基于“风盛湿氲、湿随风动”探讨变应性咳嗽的病机及治疗

李海霞[1,2]，伊明洋[1,2]，王至婉[1,2]，高达[3]

1. 河南中医药大学第一附属医院呼吸科，河南 郑州 450000
2. 河南中医药大学第一临床医学院，河南 郑州 450046
3. 河南中医药大学第三附属医院，河南 郑州 450008

[摘要] 变应性咳嗽（AC）属于呼吸道变态反应性疾病，该疾病发病机制复杂、一般药物治疗效果较差。AC发病急骤、迁延难愈等临床特征，与中医学风邪、湿邪致病特点相似；肺脾气虚、湿浊内伏、风引湿动、上乘阳位是AC的关键病机。伏湿内藏、遇风引动，诱而发之；阳邪开泄通道，阴邪乘虚固着，风动湿流，湿阻风散，二者相互为因。在治疗上，当风湿并治，祛风、平逆、搜剔以清导风盛之象；补肺健脾以绝生湿之源；宣上、畅中、渗下以分消内藏伏湿。临证需审风、湿之偏胜，察病势之缓急，把握“动与静”“升与降”“通与补”的动态平衡，以达“风静湿去咳自宁”之效。

[关键词] 变应性咳嗽；风；湿；病因病机；补肺健脾；风湿并治
[中图分类号] R256.11 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415（2026）10-0120-07
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.10.018

Exploration of the Pathogenesis and Treatment of Allergic Cough Based on the Concept of "Exuberant Wind and Pervasive Dampness, Dampness Moves with Wind"

LI Haixia[1,2], *YI Mingyang*[1,2], *WANG Zhiwan*[1,2], *GAO Da*[3]

1. Department of Respiratory Medicine, The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan 450000, China; 2. The First Clinical Medical College, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan 450046, China; 3. The Third Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan 450008, China

Abstract: Allergic cough (AC) is a respiratory allergic disease with a complex pathogenesis and generally poor response to conventional drug therapy. The clinical characteristics of AC, such as sudden onset and prolonged refractory course, are similar to the pathogenic features of wind and dampness in traditional Chinese medicine (TCM). The key pathogenesis of AC involves lung-spleen qi deficiency, internal accumulation of dampness-turbidity, wind stirring dampness, and upward disturbance of yang positions. Latent dampness is stirred by wind, triggering the onset of symptoms; yang pathogens open and drain pathways, allowing yin pathogens to take advantage and become entrenched. Wind movement drives dampness flow, while dampness obstruction disperses wind, creating a mutually causative relationship. In treatment, wind and dampness should be addressed simultaneously: dispelling wind, suppressing adverse qi, and searching out pathogens to clear exuberant wind manifestations; tonifying the lung and strengthening the spleen to eliminate the source of dampness production; diffusing the upper body, unblocking the middle, and percolating the lower body to disperse and eliminate latent dampness. Clinical practice requires assessing the predominance of wind or dampness, differentiating the urgency of the disease progression, and maintaining a dynamic

[收稿日期] 2026-01-16
[修回日期] 2026-03-02
[基金项目] 国家自然科学基金项目（81973791）；河南省中医药学科领军人才项目（豫卫中医函〔2021〕8号）；河南省第三批中医药青苗人才培养项目（豫卫中医药科教〔2024〕4号）；河南省中医药科学研究专项课题（2024ZY2024）
[作者简介] 李海霞（1989-），女，主治医师。

balance between "movement and stillness，" "ascent and descent，" and "unblocking and tonifying" to achieve the effect of "calming wind and removing dampness，thereby naturally relieving cough."

Keywords：Allergic cough；Wind；Dampness；Etiology and pathogenesis；Tonifying the lung and strengthening the spleen；Simultaneous treatment of wind and dampness

变应性咳嗽（AC）又称过敏性咳嗽，指部分慢性咳嗽患者具有特应质，无气道高反应性且痰嗜酸粒细胞正常，临床表现为刺激性、阵发性干咳，白天或夜晚均可发作，多伴有咽喉发痒[1]。流行病学调查显示，AC是我国慢性咳嗽的五大病因之一，占比达13%，其发病机制尚不明确，初步研究与咳嗽反射敏感性增加、免疫调节失衡、气道慢性炎症有关[2-3]。当前现代医学多采用糖皮质激素或抗组胺药物治疗，可缓解临床症状，但仍有部分患者存在停药后易复发或产生耐药性等问题。中医学将AC归属于咳嗽、风咳等范畴，诸多医家对AC的病因病机认识多从风立论，但笔者结合名家医案及证候学研究发现，湿邪亦是影响病情进展、增加易感性的重要原因。风为百病之长，易挟湿邪，合而为病，上乘阳位，诱发咳嗽；而风湿胶结，则导致疾病迁延不愈。本文结合AC中医病机理论和疾病临床特征，探讨其“风盛湿氲、湿随风动”病机观，为中医临床诊治本病提供新的思路。

1 “风”“湿”致咳理论源流

1.1 风邪致咳的理论沿革 风邪致咳理论可追溯至《黄帝内经》。《素问·咳论》首倡“五脏六腑皆令人咳”的整体观，指出“皮毛先受邪气”的外感致病途径。至隋代，巢元方《诸病源候论·咳嗽候》首提“风咳”专论：“风咳，欲语因咳，言不得竟”，描述风邪袭肺、气道挛急所致阵发性呛咳特征，与AC“突发突止、咽痒即咳”的临床表现高度契合。明代李梴《医学入门》进一步深化认识：“风乘肺，咳则鼻塞声重，口干喉痒，语未竟而咳”，将“咽痒”确立为风咳的核心辨证要点，与《黄帝内经》“风邪客于肌中……淫气妄行则为痒”形成理论呼应，揭示风咳乃为风邪扰动肺络、气道高敏的病机本质。清代吴鞠通《温病条辨》更创“风温咳嗽”之说，补充风邪挟热致咳的证治体系。因此，风邪是诱发AC的重要因素之一。亦有医家基于其突发性、痉挛性咳嗽特点，将其归类为痉咳或喉源性咳嗽。

1.2 湿邪致咳的学术脉络 湿邪致咳理论肇始于《素问·阴阳应象大论》之“秋伤于湿，冬生咳嗽”的伏邪学说，阐明湿邪内伏、遇感而发的致病特点。金元时期李东垣《脾胃论》提出“脾胃虚弱，湿痰内阻”的致咳理论，奠定内伤湿咳的辨治基础。清代喻嘉言《医门法律·咳嗽门》系统论述湿邪致咳机理，提出“暑湿之邪，皆足令人咳也”，强调湿邪四时皆可致病，非独长夏，且常与寒、热、痰、瘀交结为患。雷丰在《时病论》中详述冒湿、伤湿等外湿致咳证型，进一步完善湿邪致咳的诊疗体系。值得注意的是，《医学原理·咳嗽门》论述了“咳、嗽、咳嗽”三分法：“咳者无痰而有声，乃肺气伤而不清也。嗽者无声而有痰，乃脾湿动而生痰也。咳嗽者，有声有痰，乃伤肺气兼助脾湿也。”从病机层面区分肺燥与脾湿致咳的差异，为临床辨证提供重要依据。

2 从“风盛湿氲，湿随风动”探讨AC病机

2.1 外风引湿：玄府开阖失司，风湿胶结肺系 《素问·风论》言“风者，百病之长也”，

其性轻扬、善行数变、主动升发，具有“开泄腠理、动摇不定”的特性。《外台秘要》曰：“邪贼之根，一切众病，悉因风而起也。”强调风邪常为外感病先导，可兼夹湿邪侵袭人体。现代环境中的花粉、尘螨、冷空气等外源性致敏因子实为“风湿合邪”的具象化载体[4-5]，风性开泄腠理，湿性黏滞玄府，二者相合，使“风湿合邪”乘虚而入，如《金匮要略》所述“风气虽能生万物，亦能害万物”。风邪开泄腠理更使卫外失司，正合AC患者遇风则咳剧、汗出卫虚的特点。风盛善行则玄府开阖失度，湿浊随气流动荡，上壅肺系，即为刘完素《素问玄机原病式》所言“玄府闭密，而致气液血脉荣卫精神不能升降出入故也”。临床可见突发喉痒如蚁行、呛咳骤作，咳声紧促如金属音，此即风盛挛急之征；而咽中异物感缠绵、咳痰白黏难咯，则为湿氲阻滞之候。

2.2 内风挟湿：肝肺枢机逆乱，肺络气液壅滞 内风是体内阳气亢逆而致风动，内风扰动暗含肝肺气机失调、湿浊内生之变。正如《临证指南医案》中叶天士所言：“内风乃身中阳气之变动”“肝阳偏亢，内风时起”。肝为风木之脏，主疏泄而调畅三焦水道，若素体阴虚或情志怫郁，则肝阳化风，引动内湿循少阳经脉上犯肺络，形成“肝风旋扰、肺络不宁”之象。肝失疏泄则三焦水道不利，脾失健运则津凝为湿，肺失宣降则湿浊伏络，终致“风挟湿浊上犯肺络”。若素体肺虚者，卫阳失于固护，外风引发肝阳妄动，此为“外风引动内风”之枢机。肝为风木之脏，肝阳亢盛或肝血亏虚，虚风内生，与外风同气相求，挟湿上扰肺金，气道挛急、咳嗽频作，咽中黏痰如絮，肝失疏泄，脉道紧张，可形成AC患者常见之弦脉[6]。总体而言，肺卫不固，内虚感邪，外风入里，肝风内动，挟湿上扰，发而为咳。

2.3 风动湿滞，疾病缠绵 风善行而数变，外风侵袭，引动内风，其动变之性愈炽。风邪鼓动，湿邪虽重浊黏滞，亦为其所驱，于肺系经络流窜游走，致咳嗽之症变幻莫测，或发或止，或轻或重，毫无定规。患者常觉咽痒骤起，旋即咳剧，时而咳止无由，俄顷复作，此皆因风邪鼓动湿邪于肺系游走。湿邪因其黏滞之性，犹若胶漆，附着于肺系经络，难分难解。风邪本当循皮毛腠理而散，然为湿邪黏滞所碍，外散之路壅塞，困阻于内，不得宣散，致咳嗽频作，缠绵难愈。二者相互为因，循环往复，风动湿流，湿阻风散，病邪于肺络渐积；治疗需祛风以散邪，更要祛湿以绝其源，以破风湿胶结之症。

2.4 风、湿病邪与疾病现代发病机制的联系 AC常因病毒感染后迁延不愈，继而合并细菌感染而引发，属于呼吸道变态反应性疾病范畴。临床上，此类患者有诸多特征性指征，如变应原皮试呈阳性、变应原接触史、血清总免疫球蛋白E（IgE）或特异性IgE水平升高等[7]。风邪致病如冷空气、花粉等多种外在致敏原，多从口鼻侵入人体[8]，通过抗原呈递细胞激活T细胞，促使Th2细胞因子释放，进而激活B细胞，使其产生特异性抗体IgE。IgE与肥大细胞表面受体结合，加速炎性因子释放，导致血管通透性增加，引发气道炎症，造成气道结构损伤。这一系列变化会使咳嗽感受器暴露，咳嗽敏感性升高，最终引发AC[9]。湿邪致病常表现为炎症反应以及炎症细胞的组织浸润，其发病特点与临床表现和微炎症状态高度相似[10]。湿邪入侵人体后，可促使促炎因子肿瘤坏死因子（TNF）-α刺激黏附分子表达，降低血管内皮细胞的通透性，进而引发微炎症反应，导致血液流变学指标出现异常[11]。AC患者多伴有慢性气道炎症，中性粒细胞较正常人显著增高且巨噬细胞明显降低，亦是湿邪作用于机体的表现之一[12]。从中医体质学角度来看，痰湿质人

群易形成过敏体质。相关研究显示，瘦素、JAK/STAT通路及免疫细胞等是促使过敏体质形成的主要分子与通路[13]。

结合现代医学研究，风邪、湿邪与AC发病机制紧密相连，主要体现在致敏过程、炎症反应以及过敏体质形成等方面，这与AC经抗过敏或抗炎治疗效果良好的临床反应相吻合。

3　从“风湿并治”探讨AC治疗

3.1　风药为先　风药是一类具有发、散、透、窜、燥、动作用的中药统称[14]。在《内外伤辨惑论》一书中，李东垣基于取类比象理论将防风、羌活、升麻、柴胡等具有“生长、升浮”特性的药物命名为风药，应用于“阳气不能生长”的内伤疾病[15]。风药气味辛、薄，且药性升浮，得风气之助，走而不守，上行头目，下达肢节，彻内彻外，可祛除、疏散外风或平熄、搜剔内风，又能调气机、散火郁、升阳气、通经络。在AC临床诊疗中，使用祛风方药是为可行之法。

3.2　发散祛邪，开郁气机　《黄帝内经》有云“辛甘发散为阳”，风药味辛，其具发散之性，可宣畅腠理，使外邪自体表而散，外开皮毛郁闭以使肺气宣畅。麻黄、防风、荆芥、紫苏叶、桂枝等辛温散邪、调畅肺气，桑叶、菊花、薄荷等辛凉透表、清肃肺气，均是常用药物。麻黄性辛温，还略带苦味，具有辛散苦泄、温通宣畅之效，可外开皮毛之郁闭，内降上逆之气，通过发汗解肌之法驱邪外出[16]。李曼玲等[17]遵循给邪出路的原则，应用宣肺止咳法，以炙麻黄为君药组方，旨在宣肺散邪，治疗风邪犯肺型AC疗效较好，可降低疾病远期复发率。晁恩祥教授[18-19]认为，AC属风证，乃“风邪犯肺、郁闭肺气”所致，以炙麻黄、苏叶、蝉蜕、地龙等药物为基础，组方苏黄止咳胶囊，用以宣散肺中之邪，临床疗效显著。薛珊珊等[20]自拟祛风止咳方辨治变AC风邪犯肺证，方中蜜麻黄、苦杏仁宣降肺气，与甘草合用，达三拗汤祛外风之意，临床观察发现其可有效改善喉源性咳嗽患者咽干、咽痒等症状，减少刺激性咳嗽。陈珠妮[21]基于“风痰”和“少阳枢机不利”的病机观，取小柴胡汤之意，自拟柴胡止嗽方祛风宣肺、调整枢机，为该病的治疗提供了新思路。

3.3　清肝平逆，熄风止痉　厥阴肝木，与风气相通，凡痉挛、拘急、强直之症，皆属肝风范畴。《笔花医镜》言“肝之实，气与内风充之……为咳嗽”，木气郁滞，内生风邪，与外风相互引动，同气相召，上扰肺金，气道挛缩拘急，风邪羁留不去，可致久咳嗽不愈。《临证指南医案》有云：“有刚亢之威，木叩而金鸣者，当清金制木，佐以柔肝和络。”如桑叶、菊花、薄荷味辛质薄，药性升浮，性微寒，归肝、肺二经，具发散、疏解、宣透之性，既能外散风邪，又能清肝、平肝，使上亢之肝阳得降，内动之肝风得熄。蒺藜味辛、苦，性微温，归肝经，轻举善行，《会约医镜》言其有“泻肺气而散肝风”之效，可治“身体风痒，头痛、咳逆伤肺”等症[22]。钩藤质轻，性善走窜，可入肝经，具有平肝潜阳、熄风止痉的功效，又因其性微寒，能清泻肝经火热，《本草新编》认为“钩藤为手少阴、足厥阴要药”“钩藤去风甚速，有风症者必宜用之”。施今墨善用钩藤、薄荷对药，外散风热，内熄肝风，二药伍用祛风清热、利咽镇咳，用于内伤、外感咳嗽[23]。唐鸿等[24]从“风”“痉”“肝”着手，以钩藤为君药，组成钩薄过敏颗粒，用于治疗难治性咳嗽，疗效显著。

3.4　搜剔内风，祛风解痉　虫类药最早记载于《神农本草经》，书中收录了龟甲、鳖甲、蚱蝉、僵蚕、地龙、蜈蚣等20余种药物，自唐代《备急千金要方》起，虫类药开始广泛应用于内、外、妇、儿各科。地龙、全蝎、蜈蚣

等虫体有明显的回形纹，如风之动态形象，僵蚕感风而殭，蝉蜕餐风饮露，感风气而生，故此类虫药皆为风药，可治风病；其禀赋血肉之质，功善走窜，既可外达体表，疏散外风，又能深入肺络，直达病所，搜剔伏藏之邪风。蝉蜕之体轻扬似羽，升散透达而不燥，入肺经可疏散外风，入肝经能凉肝熄风，有“以皮达皮”之妙。僵蚕得桑木清化之气，僵而不腐，辛能散风、咸可软坚，升中有降，能祛风清热、化痰散结。王素梅教授[25]认为僵蚕、蝉蜕均味薄质轻，入肺络搜风，轻可去实，两药相合，可加强疏风散邪、宣肺止咳之力。现代研究表明，蝉蜕与僵蚕有祛痰、平喘、解痉、抗炎等药理作用，两者均可降低气道敏感、缓解气道痉挛、解痉止咳[26-27]。地龙咸寒质滑，性善下行而走窜，长于清热镇惊、降泄平喘，更通膀胱经气以利水，借经络别通之理调畅肺气。全蝎、蜈蚣为截风要药，张锡纯言其“专善解毒”，取其“虫蚁通络”之性，能熄风止痉、活血通络、攻毒散结，舒缓气道挛急。卢志远等[28]在治疗喘咳类疾病时，常选用全蝎、蜈蚣、地龙、僵蚕中任意两药组合以“定风脱敏”，收效甚佳。

3.5 祛湿为要 祛湿法包括化湿、利湿、渗湿、燥湿等多种治法，药味多甘淡或苦辛，其性温和，兼具升浮与沉降特性，既可化解外来之湿邪，亦能调理体内之湿浊，以恢复脏腑功能之平衡。伏湿幽藏肺络，顽固胶着，非常法得以消散，应注重给邪出路，因势利导，当开气分除湿，正如叶天士言：“先论上焦，莫如治肺，以肺主一身之气化也”“湿温阻于肺卫……当清上焦，湿走气自和。”治湿尤重气化，用药当遵循“上焦如羽，非轻不举”“轻则分利宣通”“气痹湿结，当薄味缓调”的原则，气味俱薄，轻辛微苦，辛开苦降调畅气机，淡渗利湿通泄气分，芳香醒脾振奋脾阳，以宣上、畅中、渗下之法分消伏湿。清代吴鞠通在《温病条辨·上焦篇》中创制上焦宣痹汤，其言“太阴湿温，气分痹郁而哕者，上焦宣痹汤主之”，临床可用之主治湿热咳嗽兼有咽喉不适的患者。外感湿热或湿邪郁闭化热，停于上焦，导致肺失宣降，肺气上逆，咳嗽频作。临床辨证多见干咳无痰或少痰，咽干、咽痒或伴有咽部灼热感，口干，胸闷，舌红、苔薄黄或黄腻等症状，本方药性轻灵，有轻宣肺痹、理气化湿之功，可用于AC证属湿热者[29]。宋康教授[30]根据“吴地多湿”的特点，在治疗AC时常用茯苓、薏苡仁、陈皮、广藿香等温燥之品化湿。《素问·至真要大论》有云：“诸湿肿满，皆属于脾。”脾胃受损，津液枢转失常，伏湿内生，故应健运中焦，培土生金。毛妮等[31]认为，AC的发病与肺脾二脏虚损最为相关，应用加味小青龙汤联合隔姜灸补益肺脾、燥湿化痰，可有效降低咳嗽程度评分。王羽[32]使用加味玉屏风散以健脾益肺、祛风化湿，联合西替利嗪可减轻患儿咳嗽频率及程度，缩短病程。

3.6 平治权衡，风散湿消 风湿相搏，胶着肺络，乃动与滞相激、升与浊相缠之象，风动则湿随气乱，湿壅则风遏难伸，治疗要义在于以“动”制“缠”，以“透”破“胶”，宜“治风”与“祛湿”并施，灵活组方。正如《素问·异法方宜论》所云：“圣人杂合以治，各得其所宜，故治所以异而病皆愈者，得病之情，知治之大体也。”风药辛散升浮，既有发散祛邪、开郁气机之效，可宣透玄府、疏达肺气，使外邪随汗而解，内郁随气而散；又有清肝平逆、熄风止痉之功，能调畅肝肺气机，平熄内风上扰，缓解气道挛急，更借虫类风药搜剔内风、祛风解痉之力，深入肺络，破散风痰瘀结，恢复气道柔顺。祛湿则以“宣上、畅中、渗下”为径，借辛开苦降宣上焦、通调肺

气，使湿随气化；以升阳燥湿畅中焦，健运脾土，绝湿浊之源；渗下焦则通阳利水，导湿下行，杜其上泛。“治风”和“祛湿”协同，使风邪外散有径，伏湿随之松动，上启闸而下通渠，风散湿行不相掣肘，湿去则风无所附，气畅则风邪自消，各循其道而解，两法结合既承“风能胜湿”之古训，又融“风散湿消”之新义。同时，临证还当审风、湿之偏胜，或先治风后祛湿，或风、湿并治，急则开玄透邪，缓则分消固本，更可借虫类药深入络脉、搜剔伏邪。重在把握“动与静”“升与降”“通与补”的动态平衡，如此方能复肺之宣肃，达“风静湿去咳自宁”之效。国医大师张志远辨治因气道敏感而导致的久咳不愈患者时，喜加露蜂房、百部、白芥子等祛风解痉，同时使用细辛、干姜等辛温燥湿[33]。洪广祥教授治疗反复发作性咳嗽，患者自觉咽部异物感、遇刺激性气味加重、咽痒即咳者，予麻黄连翘赤小豆汤加紫苏叶、钩藤、刺蒺藜等清热燥湿、祛风止痒，可有效缓解患者咳嗽、咽痒等症状，降低气道敏感性[34]。方芳等[35]以疏风宣肺、化湿燥痰立法，应用三子养亲汤合三拗汤治疗该病，可明显改善患者症状，提高机体免疫功能、降低血清炎性因子水平。

4　小结

AC虽无统一的中医病名，病因病机也尚未完全规范，但梳理古今医家研究发现，风、湿病邪是AC的重要致病因素，“风盛湿氲、湿随风动”与疾病发生发展的关系密切。临床辨治时，宜从治风与祛湿立法，合理选用方药进行辨证论治，对于改善临床症状、缩短病程、提高患者生活质量具有重要意义。

[参考文献]

[1] 中华医学会，中华医学会杂志社，中华医学会全科医学分会，等. 中国咳嗽基层诊疗与管理指南(2024年)[J]. 中华全科医师杂志，2024，23(8)：793-812.

[2] LAI K，LONG L. Current Status and Future Directions of Chronic Cough in China[J]. Lung，2020，198(1)：23-29.

[3] WEIHRAUCH T，LIMBERG M M，GRAY N，et al. Neurotrophins：Neuroimmune Interactions in Human Atopic Diseases[J]. Int J Mol Sci，2023，24(7)：6105.

[4] 陆荣锦，薛珊珊，吴拥军. 风药治疗过敏性鼻炎探析[J]. 中华中医药杂志，2023，38(12)：5884-5887.

[5] 师艺航，孙增涛. 从“风邪致病”论治慢性咳嗽高敏感性[J]. 中医杂志，2021，62(7)：638-640.

[6] 王广龙，张锁. 基于李时珍《濒湖脉学》探析脉诊象思维及临床意义[J]. 时珍国医国药，2025，36(9)：1770-1777.

[7] 董洁，陈军. 基于微生物视角的“皮-肺-肠”轴与过敏性疾病[J]. 南京中医药大学学报，2022，38(1)：18-24.

[8] 王文洁，王敏，王蕾. 基于咳嗽相关指南及“五脏六腑皆令人咳”理论认识慢性咳嗽辨治要点[J]. 中华中医药杂志，2023，38(12)：5861-5864.

[9] 金佩瑶，刘超红，龚权. B细胞在慢性呼吸系统疾病中的作用研究进展[J]. 中国免疫学杂志，2026，42(2)：503-508.

[10] 陈雪吟，康福琴，杨丽虹，等. 中医湿证与微炎症状态的相关性探讨[J]. 中医杂志，2021，62(21)：1841-1845，1854.

[11] MATTOS B R，BONACIO G F，VITORINO T R，et al. TNF-α inhibition decreases MMP-2 activity，reactive oxygen species formation and improves hypertensive vascular hypertrophy independent of its effects on blood pressure[J]. Biochem Pharmacol，2020，180：114121.

[12] 刘智霖，马建岭，史利卿，等. 难治性慢性咳嗽发病机制及治疗的研究进展[J]. 华中科技大学学报(医学版)，2022，51(4)：578-584.

[13] 丛林鹏，周玉美，王济，等. 从中医体质学原理看过敏体质[J]. 北京中医药大学学报，2024，47(11)：1597-1602.

[14] 王明杰，罗再琼. 风药新识与临床[M]. 北京：人民卫生出版社，2016.

[15] 洪泓. 风药的理论梳理与创新[D]. 沈阳：辽宁中医药大学，2023.

[16] 谢素馨，徐依婷，汤杰. 麻黄-桂枝药对治疗呼吸系统疾病的临床应用[J]. 世界中医药，2024，19(14)：2191-2195，2202.

[17] 李曼玲，甘婷，陈帅. 宣肺止咳法治疗风邪犯肺型儿童变应性咳嗽的近期疗效及远期复发率观察[J]. 中华中医药学刊，2024，42(1)：100-103.

[18] 刘安琪，姜之炎. 活用晁恩祥苏黄止咳方治疗儿童慢性咳嗽经验[J]. 中国中医基础医学杂志，2023，29(3)：486-487，514.

[19] 明雨，黄常芮，俞邦，等. 苏黄止咳胶囊治疗呼吸系统疾病临床应用专家共识[J]. 中国中药杂志，2025，50(3)：817-823.

[20] 薛珊珊，熊汉琪，孙炘宸，等. 祛风止咳方治疗风邪犯肺型喉源性咳嗽临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志，2021，36(9)：5649-

5652.
[21] 陈珠妮. 柴胡止嗽方治疗变应性咳嗽(风痰阻肺证)的临床疗效观察[D]. 广州：广州中医药大学，2023.
[22] 牟佳勤，李文静，马艳珠，等. 经典名方中蒺藜类药材的本草考证[J]. 中国实验方剂学杂志，2025，31(22)：241-251.
[23] 吕景山. 施今墨对药[M]. 北京：人民军医出版社，2002.
[24] 唐鸿，翟慧媛，王东旭. 王东旭应用含钩藤方药治疗难治性咳嗽经验[J]. 中国中医基础医学杂志，2023，29(3)：482-485.
[25] 陈宏，卫利，吉晓晓，等. 王素梅教授应用虫类药治疗小儿咳嗽经验[J]. 中医儿科杂志，2022，18(2)：17-19.
[26] 胡楠，石岩，曹宇博，等. 白僵蚕化学成分及药用药效的中西医研究进展[J]. 中华中医药学刊，2023，41(6)：150-154.
[27] 冯林敏，杨树谊，潘激扬，等. 经典名方中蝉蜕的本草考证[J]. 中国实验方剂学杂志，2025，31(19)：299-314.
[28] 卢志远，王雨涵，戴启刚，等. 从肺络构效与病变证治论治儿童肺系疾病[J]. 北京中医药大学学报，2025，48(3)：323-320.
[29] 赵一霖，陈宣妤，刘绍媛，等. “轻苦微辛”治法在外感病治疗中的价值[J]. 世界中医药，2024，19(15)：2294-2298.
[30] 陈天玺，郑兰芝，毛雪莹，等. 基于中医传承辅助平台的宋康教授治疗风咳用药规律研究[J]. 中华中医药学刊，2020，38(11)：203-206.
[31] 毛妮，吴凡伟，李佳凤，等. 加味小青龙汤合隔姜灸治疗外寒内饮型变应性咳嗽的临床观察[J]. 广州中医药大学学报，2023，40(12)：3013-3018.
[32] 王羽. 加味玉屏风散联合西替利嗪糖浆治疗儿童变应性咳嗽(肺虚邪恋证)的临床观察[D]. 南京：南京中医药大学，2018.
[33] 王新彦，刘桂荣，陈战，等. 国医大师张志远治疗咳嗽用药经验[J]. 中华中医药杂志，2020，35(3)：1248-1250.
[34] 胡君霞，莫丽莎，朱国双，等. 国医大师洪广祥“治肺不远温”论治慢性咳嗽经验[J]. 中华中医药杂志，2024，39(10)：5262-5265.
[35] 方芳，周怡，叶龙，等. 三拗汤合三子养亲汤加减对小儿过敏性咳嗽中医证候评分、免疫功能及炎性因子水平的影响[J]. 中华中医药学刊，2024，42(2)：38-41.

[责任编辑：冯天保，蒋维超(英文)]