

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.18.015

从肺虚卫弱论治卒中后中枢性疼痛

赵梓丞^{1,2}, 吴易俊^{1,2}, 宋研博^{1,2}, 孙永康^{1,3}, 徐方飏^{1,2}, 张曦方^{1,2}, 姚豫骄^{1,2}, 王新志^{1,3,4}✉

1. 河南中医药大学第一附属医院, 河南省郑州市人民路 19 号, 450099; 2. 河南中医药大学第一临床医学院; 3. 中西医防治重大疾病河南省协同创新中心; 4. 河南省中医药科学院脑病研究所

[摘要] 认为卒中后中枢性疼痛发病基础为肝风内动、肾气虚弱, 核心病机在于肺虚卫弱, 导致肝风窜扰肢体筋骨肌肉, 并影响肾气致使肺肾相损。主张以补肺益卫为治疗原则, 将卒中后中枢性疼痛分为营卫失调、肺虚肝侮、肺肾气虚三个主要证型, 分别自拟二虫续命汤以调和营卫、辛透祛风, 三藤搜风汤以抑木益金、益气化痰, 理气寄生汤以补益肺肾、温经散寒。

[关键词] 中风; 卒中后中枢性疼痛; 肺虚卫弱

卒中后中枢性疼痛 (central post stroke pain, CPSP) 是指由于卒中直接损伤中枢神经系统感觉传导通路而导致的疼痛及与疼痛相关的感觉异常, 临床表现为持续或间歇、自发或接触时出现痛觉过敏或异常疼痛等阳性症状, 同时伴有麻木、痛觉减退或缺失等阴性症状^[1]。异常疼痛可包括灼痛、压痛、刺痛、冷痛、电击样及撕裂样疼痛等。现代医学治疗 CPSP 主要采用三环类抗抑郁药、抗癫痫药、阿片类镇痛药等及其他非药物疗法进行治疗, 但临床效果并不理想, 且不良反应发生率较高, 易出现药物耐受性和依赖性问题^[2-3]。

根据本病的病位及症状, 可将其归属于中医学“中风”“痹证”及“痛症”等范畴。《医学衷中参西录》指出中风“此因肝木失和风自肝起。又加以肺气不降, 肾气不摄”, 强调中风病位与肝、肺、肾密切相关。目前临床治疗 CPSP 以活血散寒、通络止痛及祛风除湿为主, 常用《伤寒杂病论》当归四逆汤、黄芪桂枝五物汤, 以及《普济方》如神救苦散等方^[4-6]。我们认为, CPSP 发病基础为肝风内动、肾气虚弱, 核心病机在于肺虚卫弱导致四肢气血运行不畅而痛, 同时肺失肃降引起肝风窜扰肢体

筋骨肌肉而表现为偏身感觉异常, 常迁延难愈。我们临证主张从补肺益卫论治卒中后中枢性疼痛, 并辅以抑肝补肾, 现将临床经验总结如下。

1 肺虚卫弱是 CPSP 的核心病机

CPSP 的病位主要涉及肺、肝、肾三脏, 并以肺虚卫弱为核心病机。肺与卫气的关系紧密, 肺虚卫弱不仅使患者卫气不行, 易受外邪侵袭, 还会导致中风后金不制木, 并影响肾气致使肺肾相损。

1.1 营卫失调, 卫气不行

营卫失调导致卫气失宣于外, 进而造成 CPSP 患者较常人更易在遇寒时气血滞涩于脉, 产生或加重疼痛。《灵枢·本藏》云:“卫气者, 所以温分肉, 充皮肤, 肥腠理, 司开阖者也。”肺虚卫弱使患者营卫失调易受外风邪气袭表, 两虚相感则寒凝于脉, 不通则痛。如叶桂在《临证指南医案》中强调“卫虚则藩篱疏”, 卫虚则腠理皮肤不固, 患者较常人更易受外风邪气袭表而加重症状。我们认为, 卫气的作用与现代医学免疫系统有相似之处, 卫气虚弱时免疫功能下降, 易使四肢产生慢性炎症而引发或加重持续性的肢体疼痛症状^[7]; 还会使患者出现半身不遂侧冷痛或灼痛伴麻木不仁等感觉异常的表现, 如《奉时旨要》言:“营卫俱虚则不仁”“卫气不行, 则为麻木”。另外, 卫气不行则开阖不利, 一者汗液难出而成水湿留滞体表、筋脉, 二者影响气机致使气血运行不畅, 不通则痛。

基金项目: 中医药传承与创新“百千万”人才工程 (岐黄工程) 项目 (国中医药人教函〔2018〕284 号); 河南省“双一流”创建学科中医学科学研究专项课题 (HSRP-DFCTCM-2023-5-07); 河南省中医药科学院院属研究所 2025 年首批“揭榜挂帅”项目 (2025ZKY004)

✉ 通讯作者: znqznq@163.com

1.2 肺虚肝侮, 肝风亢盛

正常生理状态下肺金制约肝木, 但中风后肝木亢盛反侮肺金。《临证指南医案·肝风》曰:“肝为风木之脏……肺金肃肃下降之令以平之”, 强调肺降不及则肝升太过。肝风串扰多挟痰走窜, 所谓《杂病源流犀烛·痰饮源流》“风鼓则涌, 变怪百端, 故痰为诸病之源”, 痰阻则气滞血瘀, 于是脉络不通; 同时肺失肃降在于肺气虚导致的功能失常, 气虚不能帅血则筋脉失养^[8]。中风后肝风内动, 若挟痰上扰清窍, 清阳不升、浊阴不降, 则见眩晕、耳鸣; 若窜扰患侧经络, 风鼓痰涌、瘀随气滞, 痰瘀互结则脉道不通, 可见麻木而刺痛; 肺金既虚, 气不帅血、筋脉失养, 则瘙痒如蚁行, 爪甲淡紫不荣。风、痰、瘀、虚四者交织, 遂成不通与不荣并见互结之痛。

1.3 肺肾相损, 肺肾气虚

肺卫与肾气在生理病理上相互影响, 我们在临床观察发现 CPSP 患者常表现为肺肾气虚证候。肺金与肾水之间通过呼吸功能与水液代谢相互联系, 肺气与肾气之间可相互影响^[9]。肾气虚加重肺气不足, 间接影响卫气祛除外邪的功能; 肺气虚使得宣降功能失常还易导致气血津液运行失常, 从而产生湿瘀互结、阻滞经络的病理状态^[10]。肺在志为忧, 肾在志为恐, 二者情绪常常相伴而呈焦虑、抑郁状态, 导致气机郁滞而加重疼痛症状^[11]。临床中, 肾精不足可见腰腿酸软、气短乏力; 肺卫虚弱则见气短乏力、不荣则痛, 半身不遂侧酸沉拘急伴凉痛。

2 补肺益卫为 CPSP 治疗原则

我们认为, CPSP 患者若不调营卫则风邪难祛, 病情迁延难愈。卫气行于脉外腠膜之间, 可有效逐肝风邪气外出, 如《医旨绪余》云:“卫气者, 为言护卫周身”。结合 CPSP 的病因病机与临床症状, 我们将 CPSP 分为营卫失调证、肺虚肝侮证、肺肾气虚证三个主要证型。主张以补肺益卫为治疗原则, 分别选用调和营卫、抑木益金、补益肺肾等治法, 重点在于调理肺、肝、肾三脏, 使卫气恢复正常生理功能。但临床患者病情虚实寒热错杂多样, 当遵循《伤寒论》“观其脉证, 知犯何逆, 随证治之”的辨证论治思想, 把握整体病情灵活用药, 重视个体化, 针对不同情况选择多种治疗方法^[12]。

2.1 调和营卫、辛透祛风

CPSP 营卫失调证临床多见以半身不遂侧冷痛或灼痛等温度感觉异常伴麻木不仁, 但体温测量显

示两侧没有差异, 汗出恶风, 体倦乏力, 舌暗苔薄白, 脉细弦数为主要表现。治以调和营卫、辛透祛风, 自拟二虫续命汤, 组成: 蜜麻黄 12 g, 桂枝 12 g, 炒白芍 12 g, 全蝎 0.5 g (另包), 蜈蚣 1 条 (另包), 炒苦杏仁 6 g, 生石膏 15~45 g (先煎), 当归 10 g, 川芎 15 g, 牛膝 30 g, 干姜 10 g, 党参 12 g, 桑枝 30 g, 炙甘草 6 g。

二虫续命汤由《古今验录》续命汤化裁而来, 原方中麻黄为君药, 本方代以蜜麻黄以防过汗。桂枝、炒白芍为臣药, 共同助蜜麻黄调和营卫, 白芍经炒制后寒性相对缓和, 可入脾经且养血和营之功更胜, 与桂枝共同调和营卫; 全蝎、蜈蚣为臣药, 可熄风止痉、疏通经络, 服用时嘱患者先于烘箱低温烘干或于炒锅中文火焙干至微黄干脆, 不宜有焦斑碳化, 随后研磨或打碎至粉末, 待诸药煎好去渣后趁热将其粉搅匀, 药液凉至常温后服用, 后文全蝎、蜈蚣煎煮方法同此。炒苦杏仁、石膏反佐麻黄、桂枝辛温之力, 使肺气得以宣降而无寒热偏颇之虑; 当归、川芎、牛膝佐助全蝎、蜈蚣活血活络; 干姜、党参温煦里寒之血, 佐治中焦里虚。桑枝祛风湿以利关节, 为使药, 引诸药达四肢; 甘草调和诸药。诸药同用, 调和营卫的同时, 兼顾中风患者之里虚血瘀。汗多者加浮小麦 30 g、煅牡蛎 30 g、麻黄根 15 g; 伴肢体拘急疼痛者加姜黄 10 g、鹿筋 12 g、杜仲 15 g、盐补骨脂 20 g、桑寄生 20 g; 若热象不明显亦可去石膏。

2.2 抑木益金、益气化痰

CPSP 肺虚肝侮证临床多见半身不遂侧瘙痒似蚁行感、麻木, 爪甲不荣或淡紫, 甚者可见皮肤粗糙甲错, 部分患者并见眩晕或耳中蝉鸣, 舌紫暗, 舌下脉络瘀紫, 脉弦涩等表现。治以抑木益金、益气化痰, 自拟三藤搜风汤, 组成: 酒乌梢蛇 30 g, 鸡血藤 40 g, 忍冬藤 30 g, 络石藤 30 g, 黄芪 30~120 g, 木瓜 30 g, 牛膝 30 g, 桑寄生 15 g, 地龙 10 g, 桑枝 30 g, 炙甘草 6 g。

此方以酒乌梢蛇为君药, 性善搜风, 《得配本草》言乌梢蛇能“治皮肤不仁”, 可治疗手臂麻木。鸡血藤、忍冬藤、络石藤三藤均为臣药, 助酒乌梢蛇更胜通络之功; 其中鸡血藤偏于活血补血, 忍冬藤祛风凉血, 络石藤祛风湿、强筋骨。我们在临床中观察到“三藤”合用可虚实兼顾, 改善血液循环和减轻炎症^[13-15]。用此方时卫气虚为最主要的兼证, 故用大剂量黄芪作为臣药固卫以逐风^[16], 初始用量 30 g, 若患者服用后无头晕、鼻干、口舌生

疮等不良反应则每服用 3 剂加量 20 g, 直至达到 120 g 后不再加量。以木瓜、牛膝、桑寄生为佐药, 祛风湿以增舒筋通络之效。《得配本草》述木瓜“专治筋病”, 可用于风湿痹痛、筋脉拘急; 牛膝、桑寄生还可强筋骨以助黄芪逐风之力。地龙、桑枝为使药, 引诸药直达病所, 且二药能辅助祛风湿、利关节; 甘草调和诸药, 并助黄芪和中益气, 以逐风邪。诸药合用, 可补益肺卫、逐风祛湿、舒筋活络, 治疗肝风内盛、肺虚肝侮引起的手臂麻木。

2.3 补益肺肾、温经散寒

CPSP 肺肾气虚证临床多见半身不遂侧酸沉拘急伴有冷痛, 肢体不仁, 可见腰腿酸软, 畏寒喜温, 胸闷易怒, 气短乏力, 舌淡苔白厚, 脉弦细等表现。治以补益肺肾、温经散寒, 自拟理气寄生汤, 组成: 独活 10~20 g, 羌活 10~20 g, 桑寄生 15 g, 杜仲 15 g, 牛膝 15 g, 黄芪 30~120 g, 桂枝 10 g, 白芍 12 g, 川芎 20 g, 桑枝 20 g, 细辛 4 g, 醋香附 9 g, 麸炒枳壳 9 g, 炙甘草 10 g。

理气寄生汤由独活寄生汤化裁而来, 方中以独活、羌活为君药, 上肢症状偏重者重用羌活, 下肢症状偏重者重用独活。臣药桑寄生、杜仲、牛膝补肝肾而强筋骨, 助君药除伏风久邪; 黄芪亦为臣药, 固益卫气, 用法同前。桂枝、白芍、川芎活血祛风, 为佐药, 为“治风先治血”之意; 其中桂枝、白芍亦可调和营卫。久病多瘀, 桑枝、细辛为佐药, 祛久病伏邪; 其中桑枝辅助祛风湿、通经络, 与桂枝合用并除血脉久邪; 细辛搜剔阴经之风寒湿邪, 配伍桂枝更达温经散寒之功。细辛常规用量为 1~3 g, 但治疗关节疼痛、痹症等情况时一般用量较大, 甚至可达 9 g 以上^[17]。使药用少量醋香附、麸炒枳壳疏肝理气而不耗气; 甘草调和诸药, 且与白芍相和柔肝缓急以助舒筋。诸药同用, 虚实兼顾, 肾气得补、肺卫得实, 肝风无留滞之依附, 肢体凉麻之感自缓。兼有大便未解 3 日及以上者加大黄 5 g; 肢体疼痛者加醋延胡索 12 g; 眠差者加首乌藤 30 g, 另加醋郁金 15 g。

3 病案举隅

患者, 女, 57 岁, 2024 年 6 月 5 日初诊。主诉: 右侧肢体冷痛伴麻木 6 个月余。患者 6 个月前因激动后出现右侧肢体乏力, 于当地医院查颅脑 CT 示左侧丘脑出血, 收入院后予降血压、保护神经等药物治疗 (具体药物不详), 未行手术, 好转出院后遗留右侧肢体持续性冷痛伴麻木, 热敷可略

有好转。既往有高血压病史 10 余年, 发病前规律服用硝苯地平片、缬沙坦片控制血压, 服药前最高血压 160/90 mmHg, 服药后血压维持在 120/70 mmHg 左右, 发病前 1 年未监测血压; 无糖尿病史。查体: 右侧肢体疼痛数字评定量表 (NRS) 评分^[18] 5 分, 热水刺激时 7 分, 浅感觉触觉减退; 右上肢近端肌力Ⅳ级, 远端肌力Ⅲ级; 右下肢肌力Ⅳ级。

刻下症见: 右侧肢体冷痛伴麻木、热水刺激时灼痛, 右上肢乏力、不能持物, 右下肢大腿根部自觉牵扯感紧痛, 周身乏力、蹲下后难以起立, 腰腿酸软, 畏寒喜温, 胸闷易怒, 口中多唾, 因肢体疼痛导致睡眠易醒, 纳可, 大便难解、不干、每日 2 次; 舌淡暗、苔白厚, 舌尖红痛, 脉沉细数。西医诊断: 左侧丘脑出血, 卒中后中枢性疼痛; 中医诊断: 痹证 (肺肾气虚证), 中风 (风中经络证)。治以补益肺肾、温经散寒, 方予理气寄生汤加減。处方: 羌活 10 g, 独活 10 g, 桑寄生 15 g, 黄芪 30 g, 全蝎粉 0.5 g (另包), 蜈蚣 1 条 (另包), 桑枝 20 g, 白芷 15 g, 细辛 4 g, 炒白芍 12 g, 川芎 20 g, 醋香附 12 g, 醋延胡索 15 g, 北柴胡 12 g, 炙甘草 10 g。14 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。西药予阿托伐他汀钙片口服 10 mg、每晚 1 次, 苯磺酸左氨氯地平片 5 mg、每晨 1 次。

2024 年 6 月 19 日二诊: 右侧肢体凉痛感转变为灼热感、右眼亦自觉灼热, 肢体麻木减轻, 周身乏力、腰腿酸软好转, 仍胸闷易怒、右下肢大腿根部自觉牵扯感紧痛, 现自觉肛门疼痛灼热, 牙痛咀嚼无力, 纳可, 睡眠较前好转, 二便调; 舌红暗苔白稍厚, 脉数稍弦。查体: 肢体疼痛 NRS 评分 5 分, 热水刺激时 6 分, 右上肢远端肌力Ⅳ级, 余大致同初诊。中医诊断: 痹证 (营卫失调证), 中风 (风中经络证), 治以调和营卫、辛透祛风, 方予二虫续命汤。处方: 蜜麻黄 12 g, 桂枝 12 g, 炒白芍 12 g, 全蝎粉 0.5 g (另包), 蜈蚣 1 条 (另包), 炒苦杏仁 6 g, 生石膏 40 g (先煎), 当归 10 g, 川芎 15 g, 牛膝 30 g, 干姜 10 g, 党参 12 g, 桑枝 30 g, 炙甘草 6 g。14 剂, 煎服法同前。西药治疗方案同前。

2024 年 7 月 3 日三诊: 右侧肢体与右眼灼痛、右下肢大腿根部牵扯感紧痛自觉较前减轻, 胸闷易怒好转, 腰腿酸软、肛门灼痛、牙痛消失, 睡眠可, 二便调; 舌暗苔白稍厚, 脉数稍弦细。查体: 肢体疼痛 NRS 评分 4 分, 热水刺激时 6 分, 余大致同初诊。予二诊方生石膏加量至 50 g, 蜜麻黄加量至 15 g, 牛膝加量至 45 g。14 剂, 煎服法同前。西

药治疗方案同前。

2024 年 7 月 17 日四诊：右侧肢体灼痛较前改善，右下肢大腿根部仅略有牵扯感，周身乏力好转，仍胸闷易怒，纳眠可，大便干而难解、每日 1 次；舌暗苔稍厚，脉沉数稍细。查体：肢体疼痛 NRS 评分 4 分，热水刺激时 5 分，余大致同初诊。三诊方去全蝎、蜈蚣，加醋乳香 10 g（包煎）、醋没药 10 g（包煎）、人工牛黄 0.2 g（冲服），生石膏减至 45 g，桂枝减至 10 g，干姜减至 8 g。14 剂，煎服法同前。西药治疗方案同前。

2024 年 9 月 11 日五诊：四诊后患者症状好转，因家居外地就诊不便遂自行抄四诊方间断服用。右侧肢体灼痛、肢体麻木较前明显好转，右侧肢体灵活性改善，手指末端肌力有所增强，但仍无法长时间举起重物；纳眠可，大便稍稀、每日 2 次；舌暗红苔薄白，脉沉数。处方：蜜麻黄 12 g，桂枝 10 g，炒白芍 12 g，知母 15 g，麸炒白术 10 g，炙甘草 6 g，淡附片 6 g（先煎），防风 10 g，生石膏 50 g（先煎），黄芪 30 g，地龙 10 g，牛膝 30 g。14 剂，煎服法同前。嘱不适于当地医院随诊，定期服药以巩固疗效。西药治疗方案不变。

后患者间断服用五诊方以巩固疗效，随访至 2025 年 3 月，精神状态及生活质量良好，未见病情反复。

按语：本案患者素有高血压病，肝木生风上冲于脑而出现中风。随后出现右侧肢体冷痛伴麻木，热水刺激时灼痛激烈，阳性症状异常痛觉与阴性症状感觉麻木并见，病因明确与左侧丘脑相关，故诊断为卒中后中枢性疼痛，属中风、痹证。卫气不行则见舌淡、肢体麻木；气虚出现脉细数、气短乏力、大便难解不干。腰腿酸软，口中多唾提示存在肾虚，畏寒喜温说明病久伤及阳气；患侧部位热敷可有好转，乏力不能持物提示肾虚及骨，证属肺肾气虚证。中风后仍有肝气不舒，故胸闷喜怒，右下肢大腿根部拘挛牵扯；舌暗苔厚、脉稍弦说明久病生瘀，且略生郁热出现舌尖红痛热象。因此在治疗时当以补肺益卫为治则，予理气寄生汤加减以补益肺肾、温经散寒，同时辅以化瘀除湿、清和郁热。方中独活、羌活、桑枝、白芷、细辛并重，除湿治久病伏风；桑寄生补肝肾、强筋骨；黄芪、炙甘草固益卫气，补益正气；全蝎、蜈蚣熄风止痉以缓解肢体紧痛，配伍醋延胡索、香附以助止痛之功；炒白芍、川芎活血以助祛风；柴胡清和郁热；甘草调和诸药，并兼能缓急止痛。

二诊时见右侧肢体凉紧感转变为灼热感、肾气虚象渐轻、无脉沉之象，此为肺肾气虚趋向好转，病情向阳证转化，病情集中体现在营卫失调证，治以调和营卫、辛透祛风，方予二虫续命汤原方。三诊时病情稳定好转，二诊方中石膏、蜜麻黄、牛膝加量巩固治疗。四诊时肢体紧、疼痛明显改善，故去全蝎、蜈蚣，桂枝减至 10 g，改用醋乳香、醋没药活血止痛，加人工牛黄清热开窍，生石膏减量以防大寒伤胃；患者大便干，故干姜减至 8 g。五诊时患者自觉明显改善，故依二虫续命汤方义，蜜麻黄、桂枝、石膏共用实肺卫以祛风；地龙疏通经络而无毒代二虫功用；淡附片与甘草同用起沉痾久病，并加炒白芍生津活络；石膏得麻黄升透之力则寒而不凝，再加知母清热生津，三者寒热并用，宣肺透表兼清里热；患者本有病邪郁久化热，表现为右侧肢体灼痛，然方中麻黄、桂枝、防风等辛温解表之品最易助热，黄芪、附子等温燥之品又易伤津，故用石膏既制诸药温燥之性，又防郁火更甚；用麸炒白术与黄芪补益中焦；防风解表祛湿；牛膝活血强筋骨。本案患者病情复杂，涉及肺、肝、肾三脏，其病机要点在于肺虚卫弱。治疗应注意辨证论治，先用理气寄生汤加减补益肺肾，后用二虫续命汤调和营卫，共同恢复三脏正常生理功能，使患者症状好转，取得良好疗效。

参考文献

- [1] 黄宇光, 徐建国. 神经病理性疼痛临床诊疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 277-278.
- [2] KLIT H, FINNERUP NB, JENSEN TS. Central post-stroke pain: clinical characteristics, pathophysiology, and management[J]. Lancet Neurol, 2009, 8(9): 857-868.
- [3] 宋淑佳, 孙琛, 裴丽坚, 等. 卒中后中枢性疼痛的诊断及治疗进展[J]. 协和医学杂志, 2024, 15(2): 265-271.
- [4] 陶毅航, 雷静, 尤浩军. 卒中后中枢性疼痛的病理生理机制及治疗[J]. 中国疼痛医学杂志, 2023, 29(5): 371-375.
- [5] 杨海燕, 陈俊华. 王新志教授从寒瘀论治卒中后中枢性疼痛经验[J]. 中医研究, 2018, 31(8): 46-48.
- [6] 孙宏伟. 如神救苦散加减治疗卒中后中枢性疼痛疗效及对生活质量、脑血流动力学的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(32): 3609-3613.
- [7] 李燕村, 朱姝, 王钰涵, 等. 从“营衰卫伐”探讨细胞焦亡与类风湿关节炎免疫微环境失调的相关性[J]. 中医杂志, 2025, 66(5): 464-467, 491.
- [8] 李家豪, 赵浩森, 任玮洁, 等. 从“天明则日月不明”探析肺失清肃对心系疾病的影响[J]. 中医学报, 2025, 40

- (6):1199-1204.
- [9]洪涛,蒋倩羽,李金田.“金水相生”治法的历史源流及其发展探析[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(9):4715-4718.
- [10]金雨静,黄世敬,王永炎.“虚气留滞”病机理论的考证与发挥[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(12):6310-6318.
- [11]边致远,石焱,李心悦,等. 从《景岳全书》情志之郁理论探讨情志致痛[J]. 中医杂志, 2019, 60(16):1367-1370.
- [12]张文立,顾连杰. 王新志教授治疗缺血性中风临证经验[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(5):884-886.
- [13]李丽媛,李爱鹏,孙立新,等. 鸡血藤 3 种单体的抗氧化活性和作用机制[J]. 化学与生物工程, 2025, 42(6):43-51.
- [14]姚奕冰,王煜雷,郭若领,等. 忍冬藤化学成分、药理作用 and 临床应用的研究进展及其质量标志物(Q-Marker)预测分析[J/OL]. 中华中医药学刊. (2025-04-11) [2025-08-09]. <https://link.cnki.net/urlid/21.1546.R.20250411.1423.011>.
- [15]许鑫杰,李志岭,张曼怡,等. 基于 GEO 数据库和网络药理学探讨鸡血藤-络石藤治疗强直性脊柱炎的作用机制[J]. 颈腰痛杂志, 2023, 44(6):899-903.
- [16]孙永康,王新志. 王新志教授中风病补气理论探究[J]. 吉林中医药, 2019, 39(10):1272-1274.
- [17]张慧杰,黄娜娜,孙蓉. 细辛毒性辨析及安全风险评控策略的研究与思考[J]. 中草药, 2024, 55(24):8589-8601.
- [18]国家疼痛专业质控中心神经病理性疼痛专家组. 神经病理性疼痛评估与管理中国指南(2024 版)[J]. 中国疼痛医学杂志, 2024, 30(1):5-14.

Treatment of Central Post-Stroke Pain Based on the Theory of Lung Deficiency with Weak Wei Qi

ZHAO Zicheng^{1,2}, WU Yijun^{1,2}, SONG Yanbo^{1,2}, SUN Yongkang^{1,3}, XU Fangbiao^{1,2}, ZHANG Xifang^{1,2}, Yao yujiao^{1,2}, WANG Xinzhi^{1,3,4}

1. The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, 450099; 2. The First Clinical Medical College, Henan University of Chinese Medicine; 3. Collaborative Innovation Center of Prevention and Treatment of Major Diseases by Integrated Chinese and Western Medicine; 4. Institute for Brain Disorders, Henan Academy of Chinese Medical Sciences

ABSTRACT It is believed that the pathogenesis of central pain after stroke is based on internal stirring of liver wind, and kidney *qi* deficiency, with the core pathogenesis being lung deficiency and weak *wei qi*, leading to liver wind disturbing the limbs, sinews and bones, and muscles, and affecting kidney *qi*, causing damage to both lungs and kidneys. It is advocated that the therapeutic principle for central post-stroke pain should be nourishing the lung and reinforcing defensive *qi*. Central post-stroke pain is classified into three main traditional Chinese medicine syndrome types, including disharmony between *ying* and *wei qi*, lung deficiency with liver counter-restricts, and lung-kidney *qi* deficiency. Corresponding prescriptions are applied respectively: self-prescribed *Erchong Xuming Decoction* (二虫续命汤) to harmonize *ying* and *wei* levels, expel pathogen and dispel wind by pungency medicinals, *Santeng Soufeng Decoction* (三藤搜风汤) to inhibit wood and boost metal, boost *qi* and dissolve stasis, and *Liqi Jisheng Decoction* (理气寄生汤) to supplement and boost lungs and kidneys, warm the channels and dissipate cold.

Keywords stroke; central post-stroke pain; lung deficiency with weak *wei qi*

(收稿日期: 2025-02-07; 修回日期: 2025-04-16)

[编辑: 贾维娜]