

针灸治疗中风后吞咽障碍的研究进展

迟余波¹, 金 泽^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第二医院针灸五科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年8月26日; 录用日期: 2025年9月19日; 发布日期: 2025年9月28日

摘 要

脑卒中后常并发吞咽功能障碍, 这一后遗症易引发吸入性肺炎及营养摄入不足等一系列临床问题。当前, 西医在治疗该病症方面仍存在一定不足, 而中医药疗法主要采用中药内服与针刺治疗两类手段, 其中特色针刺技术已被证明对改善卒中后吞咽障碍具有积极效果。本文在梳理近年相关文献的基础上, 系统总结了舌针、眼针、头针、项针等多种针刺疗法在该病中的应用现状, 以期临床诊治提供借鉴与参考。

关键词

中风, 吞咽障碍, 舌针, 眼针, 头针, 项针, 综述

Research Progress of Acupuncture in Treating Post-Stroke Dysphagia

Yubo Chi¹, Ze Jin^{2*}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Acupuncture and Moxibustion V, The Second Hospital Affiliated to Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: August 26, 2025; accepted: September 19, 2025; published: September 28, 2025

Abstract

Dysphagia is often associated with stroke, and the sequelae of this disorder are prone to a series of clinical problems such as inhalation pneumonia and insufficient nutritional intake. Currently, Western medicine is still insufficient in the treatment of this disease, and traditional Chinese medicine therapy mainly adopts two types of means: internal administration of traditional Chinese medicine and acupuncture treatment, of which the characteristic acupuncture technique has been proved to have

*通讯作者。

positive effects on improving post-stroke dysphagia. Based on the relevant literature in recent years, this paper systematically summarises the current status of the application of various acupuncture therapies, such as tongue acupuncture, eye acupuncture, head acupuncture and neck acupuncture, in order to provide reference for clinical diagnosis and treatment.

Keywords

Stroke, Dysphagia, Tongue Acupuncture, Eye Acupuncture, Head Acupuncture, Neck Acupuncture, Review

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

在全球范围内, 中风是导致患者死亡的第二大致病因素, 具有高发病率、高致残率、高死亡率。中风后吞咽障碍是卒中后常见的严重并发症, 据流行病学研究显示, 约有 42%~78% 的卒中患者会出现不同程度的吞咽障碍, 这种功能障碍不仅导致营养不良、脱水和误吸性肺炎等风险显著增加, 还严重影响患者的生活质量和康复进程, 甚至增加死亡率。目前, 现代医学对 PSD 的主要治疗方法包括传统吞咽康复训练(如口腔运动训练、吞咽反射刺激)、神经肌肉电刺激以及饮食性状调整等。然而, 这些常规方法对重度吞咽障碍和中枢神经系统的调节作用有限, 存在一定的局限性。针刺治疗作为中国传统医学的重要组成部分, 在 PSD 的治疗中展现出独特优势, 现综述如下:

2. 舌针

舌针疗法通过刺激舌体特定穴位治疗疾病, 其中舌三针(包括廉泉及其左右旁开 0.8 寸的旁廉泉)常用于脑卒中后舌蹇语涩、吞咽障碍及饮水呛咳等症状。黄炎[1]等研究证实, 该疗法疗效显著。

马笑[2]等发现针刺百会八阵穴合舌三针可有效改善患者认知功能、语言功能, 提升患者脑血流量, 临床疗效显著。崔乐乐[3]等进一步研究发现, 针刺廉泉、夹廉泉、金津、玉液联合吞咽训练可有效改善吞咽功能。舌下刺络放血法也是舌针疗法的重要组成部分。李发荣[4]对金津、玉液行隔天 1 次放血治疗假球性麻痹吞咽障碍, 总有效率达 95.84%; 连续 7 次治疗后有效率可达 100%, 显著高于醒脑开窍针刺法 88.33% 的有效率。

3. 头针

头针疗法通过刺激头部特定穴位或区域, 发挥扶正祛邪、疏通经络及调和阴阳的作用, 为治疗卒中后吞咽障碍提供了中医理论支持。靳三针疗法由靳瑞教授创立, 以多组三针穴组为主要配穴方式, 其学术核心强调“调神”, 贯穿入针、行针、得气及补泻操作全过程。

在该理论指导下, 范培武[5]等将颞三针、舌三针与球囊扩张联合应用于脑卒中后环咽肌失弛缓型吞咽障碍患者, 结果显示联合治疗组的疗效优于单一疗法对照组。从解剖定位看, 颞三针的刺激区域对应于大脑皮质感觉及运动区中负责舌、咽功能的投影区域, 针刺该部位可激活大脑皮质, 缓解皮质抑制状态, 促进吞咽通路的功能重建。

李彦娇等[6]在治疗卒中后吞咽障碍时比较了单纯吞咽康复训练(含冰刺激)与联合方氏头针的疗效, 结果显示加用头针的观察组有效率达 90%, 显著高于对照组的 75%, 表明方氏头针可有效改善患者吞咽功能。

于氏头针提出了“头穴七区”定位法,包括顶区、顶前区、额区、枕区、枕下区、颞区及项区。其中项区由风府、风池及两穴间共 5 穴组成,正对延髓区域,常用于延髓麻痹所致吞咽困难、饮水呛咳及声音嘶哑的治疗。祝鹏宇[7]等在一项纳入 150 例脑出血恢复期吞咽障碍患者的研究中,对照组接受于氏头针(非项区)、颈项及偏瘫肢体针刺,观察组则加用于氏项区针刺。治疗 4 周后,观察组在洼田饮水试验、肺炎发生率(降低 20.6%)、平均胃管拔除时间(提前 6.347 天),进食评分方面均优于对照组,表明于氏头针结合项区针刺能够进一步提升治疗效果。

4. 芒针

芒针是一种特制的长针,属于针灸器械的一种,其针身细长(通常长度超过常规毫针,可达数十厘米),针尖如麦芒,故名“芒针”。它源于古代“长针”“大针”,临床上用于治疗中风后遗症等疾病。

周婷[8]等研究比较了芒针联合疗法与常规针刺治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效。所有患者均接受基础治疗(包括降压、降糖等对症处理及健康教育),对照组取廉泉、内关、通里、金津及玉液进行针刺,芒针治疗组在其基础上加用超声引导下天突穴深刺。结果显示,两组治疗后洼田饮水试验(WST)和标准吞咽功能评价量表(SSA)评分均较治疗前显著改善($P < 0.01$),且芒针治疗组的评分显著低于对照组($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$),表明增加芒针深刺天突可更有效改善吞咽功能、降低误吸风险。此外,弥散张量成像(DTI)参数提示芒针组在相关神经通路恢复方面可能更具优势。疗效评定证实芒针组总体疗效优于对照组。

程红亮[9]采用芒针透刺法治疗中风后吞咽障碍,主张深刺、透刺天突等穴以通利咽关。其操作注重得气与针感传导,强调“气至病所”。临床实践表明,该法能显著改善患者吞咽功能及饮水呛咳症状,疗效优于常规针刺,体现了“通督调神、开关利窍”的治疗思路。孙强[10]除选取天突穴外,还选用全知、风府、廉泉、足三里透三阴交进行芒针透刺,疗效显著。

5. 项针

项针疗法是针刺颈部周围穴位以治疗吞咽障碍的方法。常用穴位包括风池、翳明、治呛、吞咽穴、提咽穴、发音穴、治反流穴等。张为民[11]等研究探讨头针联合项针治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效。试验组采用头针(百会、四神聪)联合项针(风池、供血、发音、吞咽、廉泉等穴)治疗,对照组采用常规吞咽功能训练。治疗 2 周后,通过多项指标评估疗效。结果显示,试验组在标准吞咽功能评价量表(SSA)、吞咽造影评分(VFSS)、洼田饮水试验(WST)及藤岛一郎评分等方面的改善均显著优于对照组,表明头针联合项针可有效改善患者吞咽功能,提高生活质量,且安全性良好。

孙远征[12]等发现以风池穴为中心的于氏项针可有效改善血液循环,建立侧支循环,对假性延髓麻痹所致的吞咽障碍有良好疗效。高维滨教授[13]创立“项针”疗法治疗延髓麻痹,他强调辨病与辨证结合,以解剖为基础创新“供血”“吞咽 1”“吞咽 2”“发音”等穴,改善椎-基底动脉血供与咽肌功能,有效恢复吞咽及构音能力。该法取穴精要,操作规范,对假性与真性延髓麻痹均有显著疗效。

6. 眼针疗法

眼针疗法以中医学的五轮八廓、阴阳八卦及经络理论为基础,通过在眼眶周围特定区域进行针刺,改善卒中患者的血液流变状态和微循环,并促进双侧皮质延髓束的修复,从而恢复咽喉功能,改善吞咽障碍。多项研究证实其疗效显著:潘娟红[14]等对 700 例患者的分析显示,眼针联合治疗可有效提升吞咽功能与生活质量,其机制可能与抑制细胞凋亡、调节炎症反应、信号通路调控以及增强吞咽肌群灵活性、预防废用性萎缩有关;刘超[15]等发现眼针配合经颅直流电刺激(tDCS)可明显改善洼田饮水试验及 SSS 评级,提高总体疗效;姜润哲等采用眼针结合康复训练治疗卒中后吞咽障碍患者 30 例,明显改善其洼田饮

水试验评分、Fugl-Meyer 评分、Barthel 评分、HAMD 评分和 PSQI 评分, 治疗效果显著优于对照组。马晴[16]等研究眼针带针康复疗法, 对照组为单纯康复组, 治疗组采用眼针带针康复疗法, 按照彭氏眼针取穴原则, 取双侧: 肝区、肾区、上焦区、下焦区, 采用眼针带针康复疗法治疗的患者, 在临床治疗总有效率(83.3%)方面明显高于采用单纯康复疗法的患者(60.0%)。

7. 耳针

何玲燕等[17]将 30 例脑卒中后吞咽障碍患者随机分为两组。对照组采用采用神经肌肉电刺激联合吞咽训练治疗。治疗组则在常规干预基础上增加耳穴按压治疗。治疗 4 周后, 治疗组总有效率 86.67%, 对照组总有效率 60.33%, 治疗组优于对照组。

童吉力[18]研究将 80 例假性延髓麻痹所致吞咽障碍患者随机分为两组, 对照组采用常规吞咽康复训练, 治疗组在此基础上加用耳三针(取穴舌、咽喉、食道)治疗。治疗 4 周后, 两组洼田饮水试验积分及 VGF 评分均较前显著改善($P < 0.01$), 且治疗组改善幅度优于对照组($P < 0.05$), 表明耳三针联合康复训练可更有效促进吞咽功能恢复。

8. 腹针

腹针理论由薄智云教授所创, 该理论认为经络分为先天经络和后天经络, 以神阙为核心的大腹部存在一个全身高级调控系统即神阙经络系统, 该系统对全身有宏观调控作用[19]。广泛应用于治疗神经系统、消化系统等疾病。梁慧等[20]对 30 例脑卒中假性球麻痹患者采用腹针结合康复训练治疗, 穴位选取引气归元(中脘、下脘、气海、关元)、建里、滑肉门。治疗后有效率达到 96.67%。

9. 其他针法

临床上亦有许多医者结合自身临床经验总结出的针法, 这些针法取穴不局限于单一部位, 常多部位联合取穴, 以颈项部结合头部为主, 组方严谨, 注重针刺深度、进针方向与行针手法对疾病的干预。如“醒脑开窍”针法、“通关利窍”针法、“通督调神”针法等, 均取得了满意的临床疗效。

9.1. 醒脑开窍针法

醒脑开窍针法[21]由石学敏院士提出可调节大脑皮质, 增强神经反射, 改善局部循环; 同时激活脑干网状结构, 提升中枢兴奋性, 促进吞咽功能恢复。

卢兰香[22]采用“醒脑开窍”针法(选取水沟、内关、三阴交等主穴, 配合风池等研究、完骨等辅穴, 行特定针刺手法)联合吞咽治疗仪治疗, 能有效改善患者吞咽功能。一项针对 72 例患者的随机对照试验显示, 该联合疗法相较于常规基础治疗结合吞咽功能训练, 能显著提高吞咽功能评分及临床总有效率, 表明其在促进吞咽反射弧重建与修复方面具有协同增效作用, 是改善脑梗死后吞咽障碍的有效干预策略。

9.2. 通关利窍针法

殷之珺[23]研究综述了“醒脑开窍”针刺法结合“通关利窍”法治疗中风后吞咽障碍的临床应用。该方法以调神导气、滋补三阴、通关利窍为治则, 主穴选取内关、水沟、三阴交, 辅以风池、完骨、翳风等穴。研究表明, 该疗法能显著改善吞咽功能, 其机制可能与调节脑神、激发经气、促进神经功能重建有关, 临床观察显示对中风后吞咽障碍有效, 具备整体调节与局部治疗相结合的特点。

9.3. 通督调神针法

幸冰峰[24]等研究探讨了通督调神针法联合吞咽训练对缺血性脑卒中伴吞咽障碍患者的疗效。采用

随机对照试验, 将 100 例患者分为治疗组(通督调神针法 + 吞咽训练)和对照组(仅吞咽训练)。治疗组主要选取大椎、风府、百会、水沟等督脉穴位进行针刺。结果显示, 治疗组在电视透视吞咽功能检查(VFSS)评分、脑血流动力学参数及血清神经营养因子(如 BDNF、GDNF)水平的改善上均显著优于对照组(具体数据原文未提供), 表明该联合疗法能有效改善吞咽功能, 其机制可能与调节脑血流和促进神经营养有关。

10. 作用机制探讨

吞咽是一个复杂的神经生理过程, 涉及大脑皮层、脑干、小脑以及多个颅神经的协调工作。近年来, 研究者们从多个角度探讨了针灸治疗 PSD 的机制, 逐渐揭示了其多水平、多靶点的作用特点。

10.1. 针灸治疗

PSD 通过刺激颈部穴位(如廉泉、风池)激活舌咽、迷走等神经, 信号传至脑干 NTS 和 NA, 启动吞咽中枢。许能贵[25]教授团队的研究发现, 电针刺激廉泉穴治疗 PSD 的机制与激活对侧初级运动皮层(M1)的兴奋性神经元密切相关。这些神经元通过直接和间接突触投射连接到孤束核(NTS)和臂旁核(PBN), 形成 M1-PBN-NTS 神经环路, 这是电针改善吞咽功能的重要神经生物学基础。

10.2. 脑干中枢模式发生器(CPG)的调节

脑干延髓的吞咽中枢模式发生器(central pattern generator, CPG)是吞咽节律性活动的关键控制中心。它由延髓背侧区(dorsal swallow group, DSG)和腹外侧区(ventral swallow group, VSG)组成, 负责接收和整合与吞咽相关的脑神经传入信息。研究表明[26], 提出电针可能通过调整大脑皮层及脑干吞咽中枢(包含 CPG)促进功能重组, 为高位中枢调节 CPG 提供思路。赵家莹[27]表明针刺风府、廉泉等穴能显著激活孤束核(NTS, CPG 组成部分)吞咽中间神经元。针灸能够调节 CPG 的活性, 恢复其正常的节律发生和模式形成功能。针灸可能通过调节这些高位中枢对 CPG 的控制, 改善吞咽的启动和协调功能。

10.3. 皮质延髓束的调控与神经可塑性

皮质延髓束(又称皮质核束)是起源于大脑皮层运动区, 终止于脑干各脑神经运动核的传导通路, 负责支配头面部骨骼肌的随意运动。中风后, 皮质延髓束的损伤会导致吞咽相关肌肉的控制障碍。

曹玉洁[28]等研究发现, 针灸能够促进神经可塑性变化, 包括突触重塑、神经恢复和神经网络重组, 这些变化有助于恢复皮质延髓束的功能。刘初容[29]等功能磁共振成像研究显示, 针灸治疗后, 大脑皮层吞咽相关区域的激活模式发生改变, 表现为激活区域扩大和激活强度增加, 这表明针灸可能通过促进大脑功能重组来改善吞咽功能。

11. 小结

针刺治疗中风后吞咽障碍具有疗效确切、方法多样、安全性较好的优势, 且通过传统理论与现代技术的结合不断创新发展。多种针法及针刺与康复训练的联合应用已成为临床治疗的重要趋势, 并能显著改善患者的吞咽功能和生活质量。然而, 当前研究仍面临临床研究质量有待提高、疗效评价标准不统一、作用机制研究需深化以及治疗操作缺乏标准化等挑战, 建议开展比较“头针特定刺激区”与“项针”对延髓功能影响的随机对照试验; 倡导建立多中心协作平台, 以统一特色针法的操作规范和疗效评价标准; 建议应用先进技术(如高密度脑电图、弥散张量成像)来量化针刺对吞咽神经网络重塑的影响。未来需通过设计严谨的大样本多中心研究、深入的基础机制探索、推动标准化建设和重视辨证个体化治疗, 进一步明确针刺的疗效和作用机制, 为制定规范化、最优化的临床诊疗方案提供坚实依据, 更好地造福患者。

参考文献

- [1] 黄炎, 王群, 王康, 等. 舌三针为主针刺辅助治疗脑卒中后吞咽障碍的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 50(7): 194-198.
- [2] 马笑, 邹亚轩, 陈秋菊, 等. 针刺百会八阵穴联合舌三针对脑梗死患者的临床疗效观察[J/OL]. 辽宁中医杂志: 1-10. <https://link.cnki.net/urlid/21.1128.R.20250805.1804.104>, 2025-08-24.
- [3] 崔乐乐, 张闻东, 汪瑛, 等. 舌针联合吞咽训练治疗卒中后吞咽功能障碍临床观察[J]. 中国中医急症, 2021, 30(2): 312-314.
- [4] 李发荣. 金津、玉液放血疗法三次治疗假性球麻痹吞咽障碍的临床观察[J]. 大家健康(学术版), 2013, 7(14): 23-24.
- [5] 范培武, 李斌, 黄炎, 等. 舌、颞三针联合球囊扩张在脑卒中后吞咽障碍的应用研究[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(5): 177-179.
- [6] 李彦娇, 汪杏, 杨鹏程, 等. 方氏头针联合冰刺激治疗脑卒中后吞咽障碍[J]. 中医学报, 2021, 36(8): 1782-1785.
- [7] 祝鹏宇, 刘彦麟, 陈东, 等. 于氏头针结合颈项部针刺法治疗脑出血恢复期吞咽障碍[J]. 现代生物医学进展, 2019, 19(1): 120-124.
- [8] 周婷, 舒琳睿, 邹维志, 等. 基于 DTI 探究芒针治疗脑卒中后假性球麻痹吞咽障碍临床疗效[J]. 时珍国医国药, 2025, 36(3): 489-492.
- [9] 张宜廷, 程红亮, 汪庆庆, 等. 程红亮芒针透刺治疗中风后吞咽功能障碍临床经验[J]. 中医药临床杂志, 2023, 35(11): 2127-2130.
- [10] 孙强. 芒针治疗中风后假性球麻痹吞咽障碍的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 合肥: 安徽中医药大学, 2017.
- [11] 张为民, 岳盼盼, 任杰, 等. 头项针联合对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能及生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2024, 44(2): 315-318.
- [12] 孙远征, 于天洋, 周琛, 等. 于氏项针联合康复训练对脑出血后假性延髓麻痹患者吞咽困难及构音障碍的影响[J]. 针灸临床杂志, 2020, 36(4): 22-26.
- [13] 祝鹏宇, 关妹妍, 刘金涛, 等. 高维滨项针治疗延髓麻痹临床经验荟萃[J]. 中国针灸, 2022, 42(11): 1285-1289.
- [14] 潘娟红, 郭鸿, 王菊, 等. 眼针联合吞咽康复训练治疗卒中后吞咽功能障碍临床疗效: 一项 meta 分析和 TSA 分析[J]. 中国康复医学杂志, 2025, 40(7): 1076-1081.
- [15] 刘超, 万明珠, 关红丽, 等. 眼针结合经颅直流电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍临床效益研究[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(8): 1722-1725.
- [16] 马晴, 王鹏琴. 应用改良洼田饮水试验评价眼针带针康复疗法改善中风后吞咽障碍[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(6): 195-197.
- [17] 何玲燕, 冯玲. 耳穴刺激结合神经肌肉电刺激及吞咽训练改善脑卒中后吞咽障碍 30 例[J]. 浙江中医杂志, 2018, 53(4): 265.
- [18] 童吉力, 周琦, 罗贤良, 等. 耳三针治疗脑卒中后假性球麻痹 40 例临床观察[J]. 吉林中医药, 2011, 31(9): 880-881.
- [19] 薄智云. 谈谈腹针疗法[J]. 中国针灸, 2001(8): 27-29.
- [20] 梁慧, 杜忠剑. 腹针结合康复训练对脑卒中假性球麻痹患者的疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2020, 11(1): 14-16.
- [21] 胡莹莹, 谢西梅. 醒脑开窍针法治疗中风后并发症的临床研究进展[J]. 中医学报, 2023, 38(11): 2354-2358.
- [22] 卢兰香, 李孟汉. “醒脑开窍”针法治疗脑梗死吞咽功能障碍的临床研究[J]. 中华针灸电子杂志, 2021, 10(1): 1-4.
- [23] 殷之琨, 李彦娇, 杨敏, 等. “通关利窍”针刺法治疗中风后吞咽障碍研究进展[J]. 世界中医药, 2021, 16(21): 3261-3264.
- [24] 幸冰峰, 周歆, 邓先琴. 通督调神针法联合吞咽训练对缺血性脑卒中吞咽障碍患者的疗效及对脑血流和血清神经营养因子的影响[J]. 针刺研究, 2019, 44(7): 506-511.
- [25] 狄文惠, 黄可妮, 易立琛, 等. 电针“廉泉”通过舌下神经核改善中风后吞咽障碍的机制研究[J]. 针刺研究, 2025, 50(8): 862-871.
- [26] 电针促进卒中吞咽障碍脑功能重组的 fMRI 研究[Z]. 北京市: 中国中医科学院广安门医院, 2012-01-01.
- [27] 赵家莹. 针刺任督脉经穴对脑干吞咽中间神经元的调节作用[D]: [博士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2015.
- [28] 曹玉洁, 张宁, 王强, 等. 针灸改善突触可塑性的效应与机制[J]. 针灸临床杂志, 2025, 41(2): 107-111.
- [29] 刘初容, 张新斐, 莫昊风, 等. 针刺舌根部穴对假性延髓麻痹吞咽障碍患者脑区 fMRI 的影响[J]. 中医药导报, 2019, 25(6): 112-115.