# 基于“辨经论治”研究针刺对中风后吞咽障碍疗效的影响

张世林[1],程红亮[2*],顾伟[1],徐渊[1],王强[1],汪庆庆[2]
(1. 阜阳市第六人民医院,安徽 阜阳 236000;2. 安徽省针灸医院,安徽 合肥 230001)

**摘要** 目的:通过与常规针刺疗法对比,验证基于“辨经论治”理论针刺治疗中风后吞咽障碍肾经症状的临床疗效及对单胺类神经递质水平的影响,旨在为治疗中风后吞咽障碍提供新的思路和更加有效的治疗方案。方法:选取2022 年 5 月—2023 年 5 月就诊于安徽省针灸医院的中风后吞咽障碍患者 64 例,通过随机数字法分为治疗组和对照组,各 32 例,对照组采用常规局部取穴,治疗组采用“辨经”取穴 + 项部取穴 + 舌咽部取穴,每周治疗 6 d,比较治疗 4 周后的疗效及血清单胺类神经递质含量的变化。结果:对照组脱落 2 例,治疗组脱落 1 例。治疗组的综合有效率为 96.77%(30/31),对照组为 80.00%(24/30),差异具有统计学意义($P<0.01$);治疗组洼田饮水试验(WST)、标准吞咽功能评价量表(SSA)均显著改善($P<0.01$),且改善幅度明显优于对照组($P<0.01$);两组患者治疗前后血清单胺类神经递质差异具有统计学意义($P<0.01$)。结论:“辨经论治”理论指导下的针刺法在治疗中风后吞咽障碍时优于常规取穴针刺法,且患者血清单胺类神经递质水平含量明显优于常规取穴针刺法。

**关键词** 辨经论治;中风后吞咽障碍;单胺类神经递质;针刺
**中图分类号**:R246.6 **文献标识码**:A **文章编号**:1002 - 2392(2025)05 - 0047 - 05
**DOI**:10.19664/j.cnki.1002 - 2392.250095

中国脑血管病大数据平台统计数据显示,我国卒中发病率、患病率、复发率和病死率均高居不下,且呈现年轻化的趋势[1],成为我国居民死亡的首要病因,严重威胁居民身体健康,造成巨大的家庭和社会负担。中风后吞咽障碍(dysphagia after stroke,DAS)是脑损伤的常见症状,也是中风病的常见并发症之一,其发生率超过 60%[2],常导致患者出现吸入性肺炎、营养不良等进一步损害,严重降低了患者的生存质量,成为中风患者回归社会和恢复正常生活的一大阻碍。卒中后导致的中枢神经功能损伤可使体内单胺类神经递质表达失衡,对卒中后导致吞咽中枢损伤的恢复及重塑具有重要影响[3]。吞咽中枢受大脑皮质激活后可诱发自主吞咽,大脑皮质及其与单胺类神经递质网络对自主吞咽过程的启动至关重要。中风后吞咽障碍在中医学中属“喉痹”“舌喑”等范畴,研究表明,针灸能够有效改善患者吞咽功能[4]。中国吞咽障碍评估与治疗专家共识[5]指出,针刺治疗中风后吞咽障碍疗效显著,是临床常用的方法之一。但无论是历代医籍还是现代临床对中风后吞咽障碍的治疗,其取穴都以局部为主[6-7],未顾及经脉病症特点。中风后吞咽障碍病位在脑,但其临床症状常涉及多个部位,十二经脉、任督二脉均直接或间接经过咽部。本研究对中风后吞咽障碍患者采用“辨经论治”的治疗方法,以期提高疗效,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

收集 2022 年 5 月—2023 年 5 月就诊于安徽省针灸医院的 64 例中风后吞咽障碍患者。采用随机数字表法分为治疗组和对照组,各 32 例。研究期间,对照组 2 例、治疗组 1 例因个人原因退出。最终,共有61 例患者完成临床试验,对照组和治疗组分别为30 例和 31 例。两组患者基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。本研究已通过安徽省针灸医院伦理委员会审批(伦理批号:2022zj - 32)。

**收稿日期**:2024 - 02 - 11 **修回日期**:2024 - 07 - 17
**基金项目**:安徽省卫生健康委重点项目(AHWJ2021A020)
**作者简介**:张世林(1994 - ),男,硕士,住院医师,研究方向:针灸的临床应用及机理研究。
*通信作者:程红亮(1975 - ),男,博士,主任医师,博士生导师,研究方向:针灸的临床应用及机理研究。

表1　两组中风后吞咽障碍患者基线资料比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 性别/例 | | 年龄/岁 | 病程/d | 卒中类型/例 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 男 | 女 | | | 脑出血 | 脑梗死 |
| 对照组 | 30 | 19 | 11 | 61.90±7.57 | 43.73±17.94 | 11 | 19 |
| 治疗组 | 31 | 20 | 11 | 63.26±7.19 | 40.71±17.80 | 8 | 23 |

1.2　诊断标准

1.2.1　西医诊断标准

参照2019年制定的《中国脑出血诊治指南》[8]及《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》[9]。主要症状：①突然起病，迅速出现神经功能缺损症状且持续时间>24 h，发病后常于1~2 d内达到高峰；②神经影像学检查发现梗死灶或出血灶；③患者既往多有高血压、高血糖、高血脂、吸烟、饮酒等卒中危险因素。

1.2.2　中医诊断标准

参照《中风病诊断与疗效评定标准》[10]。主症：偏瘫，口舌歪斜，神识昏蒙，偏身感觉异常等；次症：头痛，眩晕，饮水呛咳，共济失调，目偏不瞬；多为急性起病，好发于40岁以上年龄；具有主症2个以上，急性起病，结合患者年龄、诱发因素、舌苔、脉象等方面的特点即可确定诊断；亦可结合影像检查结果确诊。

1.2.3　足少阴肾经病症

参照国家规划教材《经络腧穴学》[11]，主症：吞咽困难，咽喉肿痛；次症：腰痛，脊股内后廉痛，足心热痛，水肿，面色黧黑，惊恐不安，气上逆，耳鸣耳聋，失眠，小便潴留或失禁，肢体痿弱无力。

1.3　纳入标准

①符合以上诊断标准；②生命指征平稳；③具有吞咽困难、饮水呛咳等临床表现；④软腭、咽喉肌、舌肌、咬肌或面肌运动障碍；⑤年龄不限，男女不限；⑥签署知情同意书。

1.4　排除标准

①舌肌萎缩及纤颤症状者；②有精神疾患者；③真性球麻痹者；④有针灸禁忌证者；⑤生命体征不稳定者。

1.5　剔除及脱落标准

①不符合纳入标准而误入者；②治疗依从性较差，未按照规定配合治疗及功能评估者；③治疗过程中出现危急重症者；④患者或家属自行要求退出治疗者。

1.6　治疗方法

1.6.1　对照组

取穴：双侧风池、风府、双侧完骨、廉泉、双侧旁廉泉、双侧人迎。操作方法如下，风池：取40 mm毫针(规格统一为直径0.3 mm)，针尖微向下，向鼻尖斜刺21~32 mm，以有酸胀感为宜，须严格把握进针的深度及角度，避免伤及延髓；风府：取60 mm毫针，朝喉结方向进针30~45 mm，有酸胀或触电等针感时停止进针，不留针；完骨：取60 mm毫针，向喉结针刺，针刺深度30~45 mm，施小幅度高频率捻转补法，以咽喉麻胀感或出现吞咽动作为度；廉泉：取60 mm毫针，向舌根针刺，针刺深度30~45 mm，行小幅度捻转手法，使酸麻涨感向舌根部放射；旁廉泉：取40 mm毫针，向廉泉穴斜刺21~32 mm，行小幅度捻转手法，使酸麻涨感向舌根部放射；人迎：一手推挤颈动脉，另一手持60 mm毫针顺指甲边缘与胸锁乳突肌前缘刺入30 mm，使针感向咽喉部传导。每周治疗6 d，连续治疗4周。

1.6.2　治疗组

取穴：辨经选用双侧涌泉、双侧太溪、双侧照海；项部选用双侧风池、风府、双侧完骨；舌咽部选用廉泉、双侧旁廉泉、双侧人迎。操作方法如下，涌泉：取40 mm毫针，直刺13~26 mm，施小幅度高频率提插泻法，局部有酸胀针感或触电感即可；太溪：取40 mm毫针，直刺21~26 mm，施小幅度高频率提插泻法，局部有酸胀针感即可；照海：患者取坐位垂足或仰卧位，取40 mm毫针，直刺8~13 mm，以局部出现麻胀感为宜。其余穴位操作同对照组。每周治疗6 d，连续治疗4周。

1.7　观察指标

1.7.1　洼田饮水试验(WST)

分为5个等级，等级越高，吞咽功能越差。嘱患者坐位，一次性饮用温水30 mL，观察饮水所需时间及饮水过程中有无呛咳发生。1级：能顺利1次将水全部咽下；2级：能不呛咳地将水全部咽下，但需分2次以上；3级：能1次将水全部咽下，但有呛咳；4级：需分2次以上咽下，且有呛咳；5级：频繁呛咳，不能全部咽下。

1.7.2　标准吞咽功能评价量表(SSA)

从意识水平、躯干控制、咽反射、自主咳嗽等方面进行初步评价；观察饮水5 mL(重复3次)有无口角流水、喉部运动、咳嗽及声音质量有无改变；如连续3次饮水5 mL无明显异常，则进行饮水60 mL，判断能否一次性饮完，有无误吸、哽咽及声音质量的改变，从以上3个方面进行打分，最低18分，分数越高则吞咽功能越差。

1.7.3　单胺类神经递质含量水平

两组患者治疗前后均需采集空腹肘静脉血5 mL，离心后取上层血清装入冻存管中，存放于-79 ℃环境中，通过高效液相色谱仪检测血清中去甲肾上腺素(NE)、5-羟色胺(5-HT)、多巴胺(DA)等单胺类神经递质水平。

1.8 疗效判定标准

痊愈：吞咽障碍症状基本消失，顺利进食，饮水无呛咳；显效：吞咽障碍症状明显改善，进食缓慢，饮水偶有呛咳；有效：吞咽障碍症状有一定改善，可进流食，饮水时有呛咳；无效：吞咽障碍症状无改善。

1.9 统计学方法

本研究使用 SPSS 26.0 进行数据分析，采用相应的统计方法对计量资料和计数资料进行比较，若计量资料符合正态分布则以均数 ± 标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，组间比较采用两独立样本 $t$ 检验，不符合正态分布用非参数检验，组内比较若差值满足正态性则采用配对样本 $t$ 检验，否则用非参数检验；计数资料以频数表示，性别采用卡方检验；$P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组治疗前后 WST 评级比较

治疗前两组患者 WST 评级组间经秩和检验，$W = 917.00$，$Z = -0.206$，$P = 0.837 > 0.05$，差异无统计学意义，表明两组具有可比性。治疗后两组患者 WST 评级均有所改善，两组间秩和检验对比显示，$W = 721.0$，$Z = -3.653$，$P = 0.000 < 0.05$，组间差异具有统计学意义。两组治疗前后 WST 评级分别进行组内比较，经秩和检验，结果显示对照组 $Z = -6.076$，$P = 0.000 < 0.01$，治疗组 $Z = -6.558$，$P = 0.000 < 0.01$，组内差异均具有统计学意义。两组患者治疗前后 WST 评级组内及组间比较结果表明，治疗后两组患者 WST 分级均有明显改善，且治疗组优于对照组。见表 2。

**表 2 两组中风后吞咽障碍患者治疗前后 WST 评级对比（例）**

| 组别 | 例数 | 时间 | 洼田饮水等级 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 级 | 2 级 | 3 级 | 4 级 | 5 级 |
| 对照组 | 30 | 治疗前 | 0 | 0 | 4 | 12 | 14 |
| | | 治疗后 | 2 | 9 | 17 | 2 | 0 |
| 治疗组 | 31 | 治疗前 | 0 | 0 | 5 | 10 | 16 |
| | | 治疗后 | 14 | 10 | 6 | 1 | 0 |

2.2 两组治疗前后 SSA 评分比较

治疗前两组患者 SSA 评分对比，$P = 0.716 > 0.05$，具有可比性；治疗后两组 SSA 评分均较治疗前降低（$P < 0.01$），且治疗组明显优于对照组（$P < 0.01$）。详见表 3。

**表 3 两组中风后吞咽障碍患者治疗前后 SSA 评分对比（$\bar{x} \pm s$，分）**

| 组别 | 例数 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前后差值 | 组内比较 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | $t$ 值 | $P$ 值 |
| 对照组 | 30 | 37.60 ± 2.93 | 27.27 ± 3.40 | 10.33 ± 3.00 | 18.526 | 0.000 |
| 治疗组 | 31 | 37.29 ± 3.54 | 23.81 ± 3.41 | 13.48 ± 2.53 | 29.242 | 0.000 |
| $t$ 值 | | −0.366 | −3.904 | 4.366 | | |
| $P$ 值 | | 0.716 | 0.000 | 0.000 | | |

2.3 两组治疗前后血清单胺类神经递质含量比较

治疗前两组间 NE 含量对比，$t = -1.592$，$P = 0.056 > 0.05$，表明差异无统计学意义，具有可比性；治疗后两组 NE 含量均较治疗前升高，两组间对比，$t = -20.464$，$P = 0.000 < 0.01$，表明两组间差异具有统计学意义。治疗前两组间 5 − HT 含量对比，$t = -0.421$，$P = 0.676 > 0.05$，表明差异无统计学意义，具有可比性；治疗后两组 5 − HT 含量均较治疗前升高，两组间对比，$t = -4.322$，$P = 0.000 < 0.01$，表明两组间差异具有统计学意义。治疗前两组间 DA 含量对比，$t = 0.677$，$P = 0.501 > 0.05$，表明差异无统计学意义，具有可比性；治疗后两组 DA 含量均较治疗前升高，两组间对比，$t = -10.962$，$P = 0.000 < 0.01$，表明两组间差异具有统计学意义。根据上述结果，可见两组治疗均可提高患者血清单胺类神经递质含量，且治疗组明显优于对照组。见表 4。

**表 4 两组中风后吞咽障碍患者治疗前后血清单胺类神经递质含量对比（$\bar{x} \pm s$，μg/mL）**

| 组别 | 例数 | NE | | 5 − HT | | DA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 30 | 1.98 ± 0.39 | 4.29 ± 0.46 | 75.05 ± 8.28 | 93.41 ± 8.70 | 42.17 ± 5.26 | 55.04 ± 5.95 |
| 治疗组 | 31 | 2.17 ± 0.37 | 7.01 ± 0.51 | 74.11 ± 8.67 | 103.90 ± 10.17 | 43.22 ± 6.76 | 71.90 ± 6.06 |
| $t$ 值 | | −1.592 | −20.464 | −0.421 | −4.322 | 0.677 | −10.962 |
| $P$ 值 | | 0.056 | 0.000 | 0.676 | 0.000 | 0.501 | 0.000 |

2.4 两组患者治疗后临床疗效比较

对照组总有效率为 80.00%，治疗组总有效率为 96.77%，经两组间秩和检验，$P<0.01$，表明两组间差异有统计学意义，治疗组的临床疗效显著优于对照组。见表 5。

**表 5 两组中风后吞咽障碍患者临床疗效对比(例)**

| 组别 | 例数 | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率/% |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 对照组 | 30 | 5 | 8 | 11 | 6 | 80.00 |
| 治疗组 | 31 | 12 | 9 | 9 | 1 | 96.77 |

## 3 讨论

吞咽障碍是指由于出血性或缺血性中风导致的大脑皮质或脑干神经损伤，支配功能降低或消失，或导致与吞咽相关的器官功能失调，使食物不能安全地运送至胃部[12-13]。单胺神经递质(MNTs)属于中枢神经系统中最重要的神经递质组之一。它们在心血管、肾脏和激素系统的功能以及建立人脑－身体整合方面发挥着至关重要的作用。

经络学说是针灸学的核心所在，辨经论治也就成为针灸治疗疾病的理论基础，其理、法、方、穴及补泻手法的选择都与经络密切相关[14]。经络是生命存在的重要形式[15]。《灵枢·经脉》记载："经脉者，所以决死生，处百病，调虚实，不可不通。"表明经络在人体气血运行及疾病治疗等方面具有重要作用。根据经络的分布循行区域、功能属性特点，络属脏腑及病候，在经络理论的指导下，综合分析疾病的性质、病因病机，从而提供循经用针用药，判断疾病预后转归等[16]。经络学说是中医基础理论的重要组成部分，辨经论治内容丰富，需抓住主要特征对疾病的本质进行判断，从而提高疗效[17]。咽处于沟通上下内外之位，人体饮食、气息之道，周身经脉循行之汇，脏腑之经脉与咽联系密切，相互影响[18]。十二经脉及任督二脉循行均直接或间接过咽喉。

因此，临床治疗中风后吞咽障碍时要辨证论治与辨经论治相结合，根据不同经脉的证候，选用适合病症的穴位治疗。前期研究表明，肾经与咽部的关系尤为密切，肾经通于脑，吞咽障碍又为中风后常见并发症，脑、咽、肾三者在生理、病理上都存在着密切的联系。中风后吞咽障碍虽病症在咽部，但根本病因仍以脑部为主。咽、脑、肾之间的关系实质为任督二脉、肾经与咽、脑之间的联系。辨肾经论治，滋补肝肾，益精填髓，调整机体阴阳平衡。涌泉为肾经井穴，其气根深，针刺可使肾经精气循经上达病所，治疗其循行所过咽喉口舌疾病，且涌泉穴与头顶百会穴相配合，上下相应，共奏激发全身正气、调节一身气机之效；太溪为肾经输穴，经气汇聚之地，涌泉与太溪相配可体现"经脉所过，主治所及"之理论。照海为八脉交会穴，通阴跷脉，本经和阴跷脉皆循行过咽喉，故可通其气血而濡养咽喉，为治咽喉病要穴，八脉交会歌诀中"阴跷照海膈喉咙"，均说明照海可治疗咽喉疾患，体现了"上病下取"之法。

本研究结果显示，两组患者经 4 周不同方式的干预后疗效有显著的差别，两组患者 WST 等级、SSA 评分均有明显改善($P<0.01$)，且治疗组改善程度优于对照组($P<0.01$)，提示下选用肾经组穴治疗肾经相关的中风后吞咽障碍疗效更为显著；两组患者治疗前后血清单胺类神经递质含量均有升高($P<0.01$)，且治疗组高于对照组($P<0.01$)，说明治疗组辨经论治选用相应组穴在提高血清单胺类神经递质含量方面具有明显优势。此外，治疗组总有效率明显高于对照组，差异具有统计学意义($P<0.01$)，说明辨经论治指导下选用相应组穴治疗中风后吞咽障碍在提高血清单胺类神经递质含量方面具有明显优势，在改善患者吞咽功能方面疗效更好。

综上所述，在"辨经论治"的基础上应用"辨经"取穴＋项部取穴＋舌咽部取穴的方法治疗中风后吞咽障碍具有通络调神、宣通咽喉之功，从而有效缓解吞咽功能障碍，提高生活和生存质量。但本研究由于受到研究周期及资金等限制仍存在不足之处，如远期疗效评估不足，虽对单胺类神经递质含量进行了检测，但其与中风后吞咽障碍的特异性联系仍有待进一步深入研究。今后将在随访的同时，进行假针刺组及开展动物实验，以期发现单胺类神经递质与中风后吞咽障碍的特异性联系。

**参考文献：**

[1] 《中国卒中中心报告》编写组.《中国卒中中心报告 2020》概要[J]. 中国脑血管病杂志，2021，18(11)：737－743.

[2] RJOOB M A，HASSAN N F H N，AZIZ M A A，et al. Quality of life in stroke patients with dysphagia：a systematic review[J]. Tunis Med，2022，100(10)：664－669.

[3] 卫小梅，窦祖林，兰月，等. 吞咽障碍干预的中枢神经通路调控机制[J]. 中华物理医学与康复杂志，2013，35(12)：934－937.

[4] 夏文广，郑婵娟，夏隽晖，等. 循经辨证针刺治疗脑卒中后吞咽障碍：随机对照研究[J]. 中国针灸，2016，36(7)：673－678.

[5] 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组. 中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017 年版)第二部分治疗与康复管理篇[J]. 中华物理医学与康复杂志，2018，40(1)：1－10.

[6] 游惠，王锋，陈贵全，等. 针灸治疗吞咽障碍的历史源流[J]. 吉林中医药，2019，39(6)：816－819.

[7] 杨圣洁，高瑞骏，卢岩. 针灸治疗脑卒中后吞咽障碍用穴规律研究[J]. 中国中医急症，2018，27(6)：979－981，999.

[8] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑出血诊治指南(2019)[J]. 中华神经科杂志,2019,52(12):994 - 1005.
[9] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2018)[J]. 中华神经科杂志,2018,51(9):666 - 682.
[10] 李平,吴钟璇,张云如,等. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):55 - 56.
[11] 刘清国,胡玲. 经络腧穴学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:124 - 125.
[12] WANG Z Y, CHEN J M, NI G X. Effect of an indwelling nasogastric tube on swallowing function in elderly post - stroke dysphagia patients with long - term nasal feeding[J]. BMC Neurol, 2019, 19(1):83.
[13] CHEN H J, CHEN J L, CHEN C Y, et al. Effect of an oral health programme on oral health, oral intake, and nutrition in patients with stroke and dysphagia in Taiwan: a randomised controlled trial[J]. Int J Environ Res Public Health, 2019, 16(12):2228.
[14] 卢坡. 浅谈中医的世界观[J]. 中华中医药杂志,2019,34(7):2859 - 2861.
[15] 王居易. "认祖寻根"是培育、构建经络医学理论的源泉和坚实的基础[J]. 北京中医药,2013,32(10):723 - 727.
[16] 季绍良. 中医诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:172 - 174.
[17] 王苏娜,诸毅晖. 浅谈经络辨证在针灸临床中的应用[J]. 针灸临床杂志,2006,22(3):3 - 5.
[18] 赵烨,杨志华,闫海峰,等. 从五脏之火论治慢性咽炎[J]. 河南中医,2019,39(10):1467 - 1470.

# Efficacy of Acupuncture Based on the Theory of "Meridian Differentiation and Treatment" on Post - Stroke Swallowing Disorders

ZHANG Shilin[1], CHENG Hongliang[2], GU Wei[1], XU Yuan[1], WANG Qiang[1], WANG Qingqing[2]
(1. *Fuyang Sixth People's Hospital*, *Fuyang* 236000, *China*;
2. *Anhui Provincial Acupuncture Hospital*, *Hefei* 230001, *China*)

**Abstract** Objective: To verify the clinical efficacy of acupuncture based on the theory of "Meridian Differentiation and Treatment" for treating kidney meridian symptoms of post - stroke swallowing disorders, and its effect on monoamine neurotransmitter levels, compared to conventional acupuncture methods. This study aims to provide new insights and more effective treatment options for post - stroke swallowing disorders. Methods: Sixty - four patients with post - stroke swallowing disorders who visited Anhui Provincial Acupuncture Hospital from May 2022 to May 2023 were selected. They were randomly divided into a treatment group and a control group, with 32 patients in each group. The control group received conventional local acupuncture, while the treatment group received acupuncture according to meridian differentiation combined with acupuncture at the cervical and Glossopharyngeal regions. Treatments were administered once a day and 6 days a week for 4 weeks. The efficacy and changes in serum monoamine neurotransmitter levels were compared after 4 weeks of treatment. Results: Two patients dropped out from the control group, and one from the treatment group. The comprehensive efficacy rate in the treatment group was 96.77% (30/31), compared to 80.00% (24/30) in the control group, with a statistically significant difference ($P < 0.01$). The treatment group showed significant improvements in the WST, SSA, MMASA, and TCM symptom scoring scales ($P < 0.01$), with improvements significantly exceeding those in the control group ($P < 0.01$). The differences in serum monoamine neurotransmitter levels before and after treatment were statistically significant in both groups ($P < 0.01$). Conclusion: Acupuncture guided by the meridian differentiation and treatment theory is superior to conventional acupuncture methods in treating post - stroke swallowing disorders, and it also significantly improves serum monoamine neurotransmitter levels compared to conventional acupuncture.

**Key words** Meridian differentiation and treatment; Post - stroke swallowing disorders; Monoamine neurotransmitters; Acupuncture