·针灸经络·

点刺金津、玉液、咽后壁治疗脑梗死急性期吞咽功能障碍的疗效分析

李琰琴，王乐，耿洪娇，李婴嫱
北京市鼓楼中医医院针灸科，北京 100009

摘要　目的：观察点刺金津、玉液、咽后壁治疗脑梗死急性期吞咽功能障碍的效果。方法：纳入 2024 年 3 月—2025 年 3 月北京市鼓楼中医医院诊疗的脑梗死急性期吞咽功能障碍患者 88 例，随机分为常规治疗组（44 例，常规治疗）、点刺组（44 例，常规治疗 + 点刺），比较点刺组与常规治疗组吞咽功能、生活质量、营养指标、神经损伤标志物水平，对两组进行临床疗效评估，并记录两组吞咽功能障碍相关并发症发生情况。结果：治疗后点刺组标准吞咽功能量表（SSA）、洼田饮水试验（WST）评分低于常规治疗组（$P<0.01$），吞咽生命质量量表（SWAL－QOL）评分高于常规治疗组（$P<0.01$）；治疗后点刺组血清白蛋白（ALB）、前白蛋白（PAB）水平高于常规治疗组（$P<0.01$）；治疗后点刺组血清中枢神经特异性蛋白（S100β）、神经元特异性烯醇化酶（NSE）水平低于常规治疗组（$P<0.01$）；点刺组总有效率高于常规治疗组（$P<0.05$）；点刺组吸入性肺炎、窒息等并发症总发生率低于常规治疗组（$P<0.05$）。结论：点刺金津、玉液、咽后壁治疗脑梗死急性期吞咽功能障碍可促进患者吞咽功能恢复，减轻其神经功能损伤，并能提升患者营养指标、生活质量，减少并发症。

关键词　脑梗死；吞咽功能障碍；点刺；营养状况；神经损伤标志物；随机对照
中图分类号：R255.2　　**文献标识码**：A　　**文章编号**：1002－2392（2026）10－0054－05
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.260202

脑梗死为常见急性脑血管疾病，发病率、致残率高，是我国成人残疾的常见原因。吞咽功能障碍为脑梗死后常见并发症，发生率达 50% 以上[1]。对于急性期患者，吞咽功能障碍容易引起吸入性肺炎、窒息等并发症，影响患者康复[2]。临床针对吞咽功能障碍的脑梗死患者主要采取鼻胃管进食、吞咽康复训练等常规治疗，但对其吞咽功能的改善效果有限，需探索更多干预方法[3]。脑梗死为中医“中风”范畴，中医关于本病及其相关并发症治疗历史悠久，吞咽功能障碍可纳入中医的“舌蹇”“喉痹”范畴，病因多与痰、瘀阻于舌窍有关。针刺为脑梗死康复治疗的常用手段，金津、玉液均为脑梗死后吞咽功能障碍治疗中常用针刺穴位，咽后壁富含感觉神经末梢，既往研究利用针刺咽后壁治疗脑梗死后吞咽功能障碍也取得一定应用成果[4－5]。为进一步探析点刺金津、玉液、咽后壁治疗脑梗死急性期吞咽功能障碍对患者营养状态、吞咽功能的影响，此次研究纳入北京市鼓楼中医医院 88 例患者进行分析，现报道如下。

1　资料及方法

1.1　一般资料

纳入 2024 年 3 月—2025 年 3 月北京市鼓楼中医医院治疗的脑梗死急性期吞咽功能障碍患者 88 例，随机数字表法分为常规治疗组、点刺组，每组 44 例。点刺组男女之比为 24∶20；年龄最小 41 岁，最大77 岁，平均年龄（56.96 ± 5.81）岁；病程最短 4 d，最长 13 d，平均病程（7.52 ± 0.81）d；吞咽功能障碍程度：轻度 26 例，中度 18 例。常规治疗组男女之比为 25∶19；年龄最小 43 岁，最大 79 岁，平均年龄（56.86 ± 5.83）岁；病程最短 3 d，最长 12 d，平均病程（7.41 ± 0.79）d；吞咽功能障碍程度：轻度 27 例，中度 17 例。两组病程、性别、吞咽功能障碍程度等一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本次研究已征得北京市鼓楼中医医院伦理委员会批准［批号：GL（伦）字

收稿日期：2025－05－27　　**修回日期**：2026－06－04
基金项目：首都卫生发展科研专项项目（首发 2024－2－7012）
作者简介：李琰琴（1983－），女，硕士，主治医师，研究方向：针灸治疗神经系统及疼痛类疾病。

(2024 - 03)号)]。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》[6]中有关疾病定义,①急性起病,局灶神经功能缺损症状或全面神经功能缺损症状;②影像学检查见缺血灶或血管狭窄/闭塞;③排除脑出血、短暂性脑缺血发作等。

1.2.2 中医诊断标准

参考《中医病证诊断疗效标准》[7],辨证为痰瘀阻络证,①主症:半身不遂、舌强不语或言语謇涩、口舌歪斜;②次症:偏身麻木、头晕目眩;③舌脉:舌暗淡,苔薄白,脉弦滑。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准

①WST 评分≥3 分,发病时间≤2 周;②脑梗死前无吞咽功能障碍病史;③电视荧光吞咽检查显示吞咽功能障碍为轻、中度吞咽功能障碍,可口服药物;④年龄 40 ~ 80 岁;⑤已签知情同意书。

1.3.2 排除标准

①脑梗死后出血性转化;②严重认知功能障碍;③治疗依从性极差;④既往有针刺过敏史;⑤严重凝血功能障碍或口腔感染;⑥重度吞咽功能障碍;⑦需器械通气或管饲。

1.4 治疗方法

两组患者均进行抗血小板聚集、营养神经等脑梗死常规干预措施,予以吞咽功能康复训练以改善患者吞咽功能,并予以涤痰汤,组方:胆南星 15 g,竹茹 3 g,石菖蒲 5 g,人参 5 g,茯苓 10 g,甘草 3 g,枳实 10 g,半夏 10 g,橘红 5 g,600 mL 清水煎煮余 200 mL 药液,早晚各服 100 mL,1 剂/d,持续服药 14 d。点刺组加用点刺治疗,点刺部位为金津、玉液、咽后壁。患者取仰卧位,利用压舌板压住其舌体,充分显露咽后壁,使用东邦牌针灸针(规格 0.35 mm × 75 mm,苏械注准 20192200828),快速轻弹针身末端,使针尖刺入 2 ~ 3 mm,快速撤针,点刺 2 ~ 3 次;金津、玉液点刺手法与咽后壁相同,点刺 2 ~ 3 次,不留针,不进行补泻、提插操作,点刺治疗 1 次/d,持续治疗 14 d。

1.5 观察指标及疗效评价标准

1.5.1 吞咽功能及生活质量评估

治疗前后借助 SSA[8]、WST[9]对患者吞咽功能进行量化评分,SSA 评估患者咽反射、咳嗽、进食饮水等情况,分值 17 ~ 46;WST 仅对患者吞咽功能进行测试,分值 1 ~ 5,SSA 及 WST 均为评分越高患者吞咽功能越差。治疗前后借助 SWAL - QOL[10]对患者生活质量进行量化评估,此量表对患者进食时间、食欲、语言交流、心理健康等 11 个维度进行评估,分值 44 ~ 220,分值与患者生活质量正相关。

1.5.2 营养指标及神经损伤标志物测量

治疗前后采集患者肘静脉血 2 mL(空腹),离心处理(4 000 r/min,半径 14.0 cm,持续 8 min),获得血清后以酶标法测量 ALB、PAB 及 NSE、S100β 水平,检测过程参照上海禹绍生物科技有限公司所产试剂盒操作说明。

1.5.3 疗效评级

根据患者治疗后 WST 评分进行疗效评级:显效:治疗后 WST 评分减少≥2 分;好转:治疗后 WST 评分减少≥1 分;无效:治疗后 WST 评分未减少。有效率 = (显效例数 + 好转例数)/总例数 × 100%。

1.5.4 并发症

记录吸入性肺炎、窒息等吞咽功能障碍相关并发症发生情况。

1.6 统计学分析

使用 SPSS24.0 软件处理数据,WST 评分、NSE 等计量资料符合正态分布且方差齐同,以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较行独立 t 检验,组内比较行配对 t 检验,[例(%)]表示计数资料,行 χ^2 检验,$P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 吞咽功能及生活质量评分对比

治疗前两组 SSA、WST、SWAL - QOL 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后两组 SSA、WST 评分均下降($P < 0.05$),SWAL - QOL 评分均上升($P < 0.05$),点刺组 SSA、WST 评分降幅及 SWAL - QOL 评分上升幅度大于常规治疗组($P < 0.01$),见表 1。

表 1 两组脑梗死急性期吞咽功能障碍患者 SSA、WST、SWAL - QOL 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	SSA		WST		SWAL - QOL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规治疗组	44	31.03 ± 3.22	24.52 ± 2.49[a]	3.59 ± 0.39	2.41 ± 0.25[a]	116.02 ± 12.28	134.02 ± 14.09[a]
点刺组	44	30.29 ± 3.18	20.31 ± 2.14[a]	3.54 ± 0.38	1.94 ± 0.20[a]	118.05 ± 12.36	153.05 ± 15.63[a]
t 值		1.085	8.506	0.609	9.738	-0.773	-5.999
P 值		0.281	0.000	0.544	0.000	0.442	0.000

注:与同组治疗前对比,[a]$P < 0.05$。

2.2 营养指标对比

治疗前点刺组血清 ALB、PAB 水平与常规治疗组无明显差异($P>0.05$),治疗后两组 ALB、PAB 水平均上升($P<0.05$),点刺组上升幅度大于常规治疗组($P<0.01$),见表 2。

表 2 两组脑梗死急性期吞咽功能障碍患者血清 ALB、PAB 水平比较($\bar{x}\pm s$,g/L)

组别	例数	ALB		PAB	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规治疗组	44	28.63±3.01	34.51±3.57[a]	0.16±0.03	0.24±0.03[a]
点刺组	44	28.19±2.97	40.36±4.15[a]	0.17±0.03	0.31±0.04[a]
t 值		0.690	−7.089	−1.564	−9.287
P 值		0.492	0.000	0.122	0.000

注:与同组治疗前对比,[a]$P<0.05$。

2.3 神经损伤标志物水平对比

治疗前两组血清 NSE、S100β 水平无明显差异($P>0.05$),治疗后两组 NSE、S100β 水平均下降($P<0.05$),点刺组降幅大于常规治疗组($P<0.01$),见表 3。

表 3 两组脑梗死急性期吞咽功能障碍患者血清 NSE、S100β 水平比较($\bar{x}\pm s$,ug/L)

组别	例数	NSE		S100β	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规治疗组	44	26.53±2.72	22.41±2.24[a]	0.46±0.05	0.29±0.03[a]
点刺组	44	26.29±2.67	18.47±1.91[a]	0.45±0.05	0.22±0.02[a]
t 值		0.418	8.878	0.938	12.878
P 值		0.677	0.000	0.351	0.000

注:与同组治疗前对比,[a]$P<0.05$。

2.4 临床疗效对比

点刺组治疗总有效率高于常规治疗组($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组脑梗死急性期吞咽功能障碍患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	好转	无效	总有效
常规治疗组	44	15(34.09)	17(38.64)	12(27.27)	32(72.73)
点刺组	44	22(50.00)	18(40.91)	4(9.09)	40(90.91)
χ^2 值					4.889
P 值					0.027

2.5 并发症对比

点刺组吞咽功能障碍相关并发症总发生率低于常规治疗组($P<0.05$),见表 5。

表 5 两组脑梗死急性期吞咽功能障碍患者吞咽功能障碍相关并发症比较[例(%)]

组别	例数	呛咳	窒息	吸入性肺炎	并发症总发生
常规治疗组	44	11(25.00)	3(6.82)	2(4.55)	16(36.36)
点刺组	44	5(11.36)	1(2.27)	0(0.00)	6(13.64)
χ^2 值					6.061
P 值					0.014

3 讨论

中医理论中并无脑梗死后吞咽功能障碍的概念,但根据患者临床症状可将其纳入“喉痹”“舌蹇”范畴,中医认为,情志失调、外邪侵袭等因素导致阴阳失衡,气血上逆,风、痰、火、瘀上蒙神窍,致使患者咽喉气机不利,舌本失养,发为吞咽功能障碍[11]。本病属本虚标实之证,本虚以肝肾阴虚、气血亏虚为主,标实涉及风、痰、火、瘀,以痰瘀阻络为核心病机[12]。鉴于上述认识,本病应采用通关利窍之法治疗。

涤痰汤为脑梗死及其相关并发症治疗中常用中药方剂,既往临床实践结果表明,该方剂可改善患者神经功能,促进吞咽功能恢复[13]。在中药方剂内服治疗的基础上予以针刺治疗可增强治疗效果,进一步改善患者吞咽功能。金津、玉液穴位于舌系带两侧静脉,属于经外奇穴,为少阴肾经别络所过,明·杨继洲所著《针灸大成》记载:“金津、玉液,治舌强不语”,今取其通络开窍、活血利咽之效,以治脑梗后吞咽不利[14]。咽后壁为肾经、胃经所经之处,中医认为,肾为先天之本,肾经循喉咙,挟舌本,肾虚则不能上荣咽喉,致使咽喉不利;胃主受纳、腐熟水谷,胃失和降则胃气上升,加重咽喉壅塞,点刺咽后壁可激发肾经气血,濡养咽喉,改善吞咽无力,并可泻胃火、降逆气,恢复胃之和降[15]。此次观察中点刺组治疗后 SSA、WST、SWAL-QOL 评分均优于常规治疗组($P<0.01$),说明点刺金津、玉液、咽后壁可促进患者吞咽功能恢复,改善其生活质量。分析认为,金津、玉液穴周围分布舌下神经和舌咽神经终末支,富含机械感受器及化学感受器,点刺金津、玉液经舌下神经、舌咽神经传导,可激活大脑皮质的语言中枢及吞咽中枢,促进相关神经功能的恢复,并改善吞咽相关神经通路的传导功能;咽后壁为迷走神经咽支的主要分布区域,也是咽缩肌、环咽肌的神经支配区域,对此区域进行点刺可将冲动传入神经中枢系统,促进患者吞咽反射弧的修复,并可提高其吞咽反射敏感性,增强咽缩肌、环咽肌的收缩力及协调性[16]。此外,点刺金津、玉液、咽后壁可刺激局部血管收缩,增加舌部及周围组织的血液灌注,为患者恢复吞咽功能提供良好的血氧支持。

吞咽功能障碍患者进食困难,营养摄入不足,易发生营养不良。ALB、PAB 均为反映机体营养状况的常用指标,此次分析中点刺组治疗后血清 ALB、PAB 水平高于常规治疗组($P<0.01$),说明点刺金津、玉液、咽后壁可改善脑梗死急性期吞咽功能障碍患者的营养状态。分析认为,除上述对吞咽功能的改善作用外,点

刺金津、玉液可刺激患者唾液腺分泌唾液,促进其食物消化;点刺咽后壁可通过迷走神经调节患者胃肠道的蠕动,改善患者胃肠道功能。NSE、S100β 常用于评估患者神经受损程度,此次观察中点刺组治疗后血清 NSE、S100β 水平低于常规治疗组($P<0.01$),说明点刺金津、玉液、咽后壁可减轻患者神经功能损伤。分析认为,点刺金津、玉液可直接刺激舌下神经终末支,经孤束核 - 疑核反射弧增强延髓吞咽中枢兴奋性,改善患者脑血流灌注;点刺咽后壁则可抑制交感神经过度激活导致的激发损伤,因而可减轻患者神经损伤[17]。点刺组总有效率高于常规治疗组,吞咽功能障碍相关并发症总发生率低于常规治疗组($P<0.05$),说明点刺金津、玉液、咽后壁整体疗效显著,可避免患者因吞咽功能障碍出现吸入性肺炎、窒息等并发症。既往关于针刺治疗脑梗死吞咽功能的研究多侧重于恢复期,并且针刺方案中取穴较多,有留针操作,本次研究则仅针对患者吞咽功能障碍进行施针,取金津、玉液、咽后壁进行点刺,聚焦吞咽反射的神经解剖关键环节(舌咽神经、迷走神经咽支),无留针操作,可避免过度针刺可能导致患者耐受性下降;同时,本次研究证实了针刺联合汤剂较单纯汤剂治疗脑梗死疗效更佳,凸显了针药联合应用的优势,研究具有一定创新性。

综上所述,点刺金津、玉液、咽后壁治疗脑梗死急性期吞咽功能障碍患者效果显著,可改善患者吞咽功能、营养状态、生活质量,预防吸入性肺炎、窒息等并发症发生。不过,本次纳入的吞咽功能障碍患者较少,研究结果可能存在偏倚,今后将通过多中心研究收集更多病例完善试验结果。

参考文献:

[1] 刘伟. 脑梗死后吞咽功能障碍患者的危险因素及护理干预对策[J]. 国际护理学杂志,2020,39(22):4065 - 4067.
[2] 陈科容,周文刚,施红伶,等. 吞咽功能障碍患者合并胃食管反流危险因素[J]. 昆明医科大学学报,2022,43(12):164 - 170.
[3] 钟洁平,秦莲花,张奕玲,等. 咽部肌群电刺激联合穴位按摩治疗老年脑卒中后吞咽功能障碍的临床分析[J]. 中国医刊,2023,58(7):788 - 792.
[4] 张轶,李晶. 针刺联合 Vitalstim 电刺激疗法治疗缺血性脑卒中后吞咽功能障碍的疗效观察[J]. 中国中西医结合急救杂志,2017,24(4):346 - 350.
[5] 李章晗,黎华茂,艾年年. 醒脑开窍针刺法联合呼吸训练治疗脑卒中后吞咽障碍临床研究[J]. 针刺研究,2021,46(10):875 - 879,884.
[6] 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.
[7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:142 - 146.
[8] 隋颖,顾珏,罗波. 标准吞咽功能量表对阻塞性睡眠呼吸暂停综合征合并吞咽障碍患者发生吸入性肺炎的预测能力[J]. 解放军医学院学报,2017,38(5):449 - 451,455.
[9] 张蒙蒙,孙洁,陈伟,等. 咽反射功能对洼田饮水试验评估吞咽障碍准确性的影响[J]. 中国康复,2020,35(10):529 - 531.
[10] 苏文渊,罗伦,蒋敏,等. 舌三针埋线疗法联合高频重复经颅磁刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的临床研究[J]. 湖南中医药大学学报,2021,41(8):1230 - 1234.
[11] 任小辉,黄杨,邵雅楠,等. 中医针刺联合舌肌训练对脑卒中恢复期吞咽功能障碍患者的临床疗效观察[J]. 中医药学报,2024,52(5):57 - 61.
[12] 赵楠楠,尚高岗,赵鑫. 项针联合吞咽功能障碍治疗仪治疗脑梗死后吞咽功能障碍的临床观察[J]. 广州中医药大学学报,2024,41(6):1504 - 1509.
[13] 朱明瑾,毛萌. 涤痰汤加味结合耳针治疗风痰瘀阻型脑卒中后吞咽障碍疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2020,29(3):305 - 307,321.
[14] 宋苗苗,王颖. 舌面散刺联合金津、玉液点刺出血治疗脑卒中后吞咽困难临床疗效观察[J]. 安徽中医药大学学报,2022,41(4):60 - 64.
[15] 李眺,金小千,张白雪,等. 基于超声测量舌骨 - 甲状软骨运动距离评估针刺治疗脑梗死后吞咽障碍的疗效[J]. 广东医学,2023,44(6):766 - 772.
[16] 曹雪,张红娟,徐刚,等. 开窍利咽四步针法联合神经肌肉电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍:随机对照试验[J]. 中国针灸,2023,43(6):611 - 614,678.
[17] 王金金,邵蒙蒙,周雪珍,等. 口内穴位点刺疗法联合吞咽康复训练对脑卒中后流涎的临床疗效[J]. 温州医科大学学报,2025,55(3):218 - 223,229.

Efficacy Analysis of Pricking Jinjin, Yuye, and Posterior Pharyngeal Wall in Treating Swallowing Dysfunction in Acute Cerebral Infarction

LI Yanqin, WANG Le, GENG Hongjiao, LI Zhaoqiang

Department of Acupuncture, Beijing Gulou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100009, *China*

Abstract Objective: To observe the effect of acupuncture of Jinjin, Yuye and posterior pharyngeal wall in the treatment of swallowing dysfunction in the acute phase of cerebral infarction. Methods: The study started and ended from March 2024 to March 2025, 88 patients with swallowing dysfunction in the acute phase of cerebral infarction admitted to Beijing

Gulou Hospital of Traditional Chinese Medicine were included and randomly divided into two groups, 44 cases in each group: acupuncture group (conventional treatment + acupuncture) and conventional treatment group (conventional treatment). The swallowing function, quality of life, nutritional indicators, and nerve injury marker levels of the acupuncture group and the conventional treatment group were evaluated/measured and compared, and the efficacy was evaluated, and the occurrence of complications related to swallowing dysfunction was recorded. Results: After treatment, the Standardized Swallowing Assessment (SSA) and Water Swallow Test (WST) scores of the acupuncture group were lower than those of the conventional treatment group, and the Swallowing Quality of Life Scale (SWAL-QOL) score was higher than that of the conventional treatment group ($P<0.01$). After treatment, the serum albumin (ALB) and prealbumin (PAB) levels of the acupuncture group were higher than those of the conventional treatment group ($P<0.01$). After treatment, the serum soluble protein-100β (S100β) and neuron specific enolase (NSE) levels of the acupuncture group were lower than those of the conventional treatment group ($P<0.01$). The total effective rate of the acupuncture group was higher than that of the conventional treatment group ($P<0.05$). The total incidence of complications such as aspiration pneumonia and suffocation in the acupuncture group was lower than that in the conventional treatment group ($P<0.05$). Conclusion: Acupuncture of Jinjin, Yuye and the posterior pharyngeal wall to treat swallowing dysfunction in the acute phase of cerebral infarction can promote the recovery of patients' swallowing function, reduce their neurological damage, improve their nutritional indicators and quality of life, and reduce complications.

Key words Cerebral infarction; Swallowing dysfunction; Acupuncture; Nutritional status; Nerve damage markers; Randomized controlled