

基于“守关”“守机”理论探讨卒中后吞咽困难的病机与诊治思路

胥凤¹, 王海红¹, 吴卫民¹, 胡建芳²

1. 广州中医药大学, 广东 广州 510006; 2. 广州市中西医结合医院脑病科, 广东 广州 510800

[摘要] 基于《黄帝内经》“粗守关, 上守机”的理论, 从“守关”与“守机”的维度探讨卒中后吞咽困难的病机与诊治思路。认为咽喉关窍不利为病变之“关”, 神机失用、气机失调为病变之“机”; 临证应通过“查关”以明病变部位与性质, “审机”以察气机状态与神机往来。治疗上, “守关”以通利咽喉、开窍启闭; “守机”以调神导气、恢复枢机, 兼顾局部关窍与整体神机的协调统一。“守关”与“守机”相辅相成, 不可偏废, 在把握局部形态与整体功能相结合的原则下, 根据病势轻重、证候特点、病程阶段等因素灵活施治, 方能提升疗效。

[关键词] 卒中后吞咽困难; 守关; 守机; 《黄帝内经》; 辨证论治; 诊治思路

[中图分类号] R256.32; R743.9 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 10-0114-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.10.017

Exploration on Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment Strategies of Post-Stroke Dysphagia Based on the Theory of "Guarding the Gate" and "Keeping the Trigger"

XU Feng¹, WANG Haihong¹, WU Weimin¹, HU Jianfang²

1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510006, China; 2. Department of Encephalopathy, Guangzhou Hospital of Integrated Traditional and West Medicine, Guangzhou Guangdong 510800, China

Abstract: Based on the theory of "the inferior practitioner guarding the gate while the superior practitioner keeping the trigger" from *Huang Di Nei Jing* (The Yellow Emperor's Inner Classic), this study explores the pathogenesis, diagnosis, and treatment strategies of post-stroke dysphagia from the perspectives of "guarding the gate" and "keeping the trigger." It posits that the obstruction of the pharyngeal orifices constitutes the "gate" of the pathology, while the deactivation of the vital activity and the disordered qi movement represent the "trigger" of the pathology. In clinical practice, "gate identification" should be employed to clarify the location and nature of the pathological changes, while "trigger distinguishing" should be used to evaluate the state of qi movement and the interaction of the vital activity. In terms of treatment, "guarding the gate" involves unobstructing of the throat to open the orifices and restore function, while "keeping the trigger" focuses on regulating the spirit, conducting reversed qi, and restoring the pivotal mechanisms, thereby harmonizing the local orifices with the systemic spiritual mechanism. "Guarding the gate" and "keeping the trigger" are complementary and should be balanced in their implementation. Under the principle of combining local morphology with systemic function, flexible treatment strategies based on factors such as the severity of the condition, syndromes characteristics, and disease stage progression are essential to enhance therapeutic efficacy.

Keywords: Post-stroke dysphagia; Guarding the gate; Keeping the trigger; *Huang Di Nei Jing*; Syndrome differentiation and treatment; Diagnostic and treatment strategies

[收稿日期] 2025-10-20

[修回日期] 2026-01-15

[基金项目] 广东省中医药局面上项目 (20241241); 广东省中医药局面上项目 (20241238)

[作者简介] 胥凤 (1998-), 女, 在读硕士研究生。

[通信作者] 胡建芳 (1972-), 女, 主任中医师, 硕士生导师。

卒中后吞咽困难是脑卒中后以吞咽功能障碍为主要特征的临床综合征,主要表现为饮水呛咳、吞咽无力、食物滞留口腔或咽部等症候^[1]。此病症在中医学中属暗瘕、喉痹、吞咽障碍等范畴,是现代康复医学面临的常见难题。据临床统计数据显示,37%~78%的卒中患者会出现不同程度的吞咽困难,病情严重者可引发吸入性肺炎、营养不良等并发症,显著影响患者的生活质量和预后^[1]。自《黄帝内经》始,历代医家对吞咽困难的认识不断深化,如《灵枢·忧恚无言》提出“咽喉者,水谷之道也”,强调咽喉为饮食必经之关窍;后世医家在此基础上逐步形成了从脏腑经络论治吞咽障碍的理论体系。现代中医在继承传统理论的同时,结合卒中后吞咽困难的病理特点,在针刺、中药、康复训练等方面积累了丰富的丰富经验^[2]。以下基于《黄帝内经》中“粗守关,上守机”的理论内涵,探讨卒中后吞咽困难的病机特点与诊治思路。

1 “守关”“守机”理论来源与解析

“守关”与“守机”之论,肇始于《黄帝内经》,其思想精髓不仅奠定了针刺法的理论基石,更为中医临证处理诸如卒中后吞咽困难等复杂病证提供了总的辨证思路。该理论出自《灵枢·九针十二原》,其言:“粗守关,上守机。机之动,不离其空。”寥寥数语,深刻揭示了医者境界的差异关键在于对“形”“神”把握的层次不同。《灵枢·小针解》对此作了进一步阐发,指明“粗守关”是拘泥于四肢体表,“上守机”则贵在洞察气血正邪的消长变化^[3]。这一核心思想为后世医家所宗,并不断丰富。隋唐时期,杨上善在《黄帝内经太素》中强调,粗工止步于腧穴之形,而上工则能把握营卫虚实与邪正往来之“神”。至明代,张介宾于《类经》中明确以“四关”释“关”,以“气至之动”释“机”,突出了察气、候气

在治疗中的核心地位。张志聪在《灵枢集注》中则形象地以“发弩机之速”诠释“守机”,点明了把握稍纵即逝治疗时机的重要性。现代阐释亦承古启新^[4],普遍认为“守机”之要在于辨气之动静与邪正之进退,而非固守僵法。纵观其学术源流,“守关”可视为对疾病表象与固定部位的机械对应,折射出诊疗思维的固化局限;而“守机”则是对机体气血动态平衡、病势传变转归的深刻把握与灵活应对,是中医“辨证论治”在施治环节的集中体现。

2 卒中后吞咽困难与“机”“关”的关系

历代医籍虽未直接命名“卒中后吞咽困难”,然对其核心病象如“吞咽不利”“饮食呛咳”“喉痹”等,论述颇丰。《素问·脉解》云:“所谓入中为瘖者,阳盛已衰,故为瘖也。内夺而厥,则为瘖俳,此肾虚也。”此论指出精气内夺、肾虚厥逆可致失语与吞咽障碍,奠定了本病虚损病机的基础。《灵枢·忧恚无言》则从局部官窍立论:“咽喉者,水谷之道也……会厌者,音声之户也。户扇不开,则言语不利,饮食难下。”精准地揭示了咽喉机关开阖失司是吞咽困难的直接病位所在。金元时期,朱丹溪在《丹溪心法》中强调痰浊致病的关键作用,提出“中风……半身不遂,口眼喎斜,痰涎壅盛,言语謇涩”,其中“痰涎壅盛”正是吞咽障碍最常见的临床兼证。清代王清任于《医林改错》中创立“气虚血瘀”理论,其中补阳还五汤所治之中风后遗症,明确包含了吞咽功能的废用,为从气血论治本病提供了重要思路。综合可知,卒中后吞咽困难之发病核心在于元神失主,窍络闭阻,致使风、火、痰、瘀等病理因素壅滞咽喉,机关不利^[5]。卒中后吞咽困难的产生机制与“守关”“守机”理论高度契合:咽喉窍道是病变发生的具体部位(“关”之所在),而元神失司与随之而来的气血津液运行逆乱则是病变发生与演变的根本

动力(“机”之关键)。

2.1 咽喉窍道为“关”之所在 当卒中发生时,脑窍为邪所中,元神失其主宰,则气血运行失度,津液凝聚为痰,血行滞涩成瘀。这些病理产物(痰、瘀)随经气流注,最易痹阻于气血交汇之枢纽——咽喉,从而导致“关”的实质功能受损:筋肉失于濡养与调控而弛纵或拘挛,机关利滑之性顿失。辨识并干预此“关”之闭塞,成为治疗之首要靶点。临证所见之饮水呛咳、吞咽不下等症,皆是此“关”失用的外在征象。现代研究表明,针刺廉泉、天突等局部穴位,可通过神经反射有效调节咽喉部肌肉运动,这正是“守关”之法起效的现代生物学基础^[6]。

2.2 神机失调与气血失和为“机”之关键 在卒中后吞咽困难病变体系中,“机”的内涵体现在两个层面:一是导致“关”闭的核心病机(神机失调),二是疾病过程中气血正邪交争的动态变化。首先,本病之“机”在于“神机”失调。《素问·灵兰秘典论》曰:“心者,君主之官也,神明出焉……主明则下安,主不明则十二官危。”脑为元神之府,卒中导致脑窍闭塞,神明失用,犹如同君主昏聩,则下属之“官窍”(咽喉)功能危殆(此为本病之根本)。其次,神机失调随之而引发气血失和。张介宾在《景岳全书》中强调:“血气不和,则百病乃变化而生。”卒中后,气虚无力推动血行则成瘀,津液不归正化则凝痰,肝风内动则气逆,这些均是气血失和的具体表现,构成了病变过程中动态演变的病机。痰、瘀、风、火既是病理产物,又是新的致病因素,相互胶结,共同导致了咽喉窍道的闭塞。因此,医者施治时需时刻关注患者全身的神气状态与气血盛衰,辨痰火壅盛、气虚血瘀或肝肾阴虚等不同病机阶段,进而确立“醒脑开窍”“涤痰通络”“益气活血”等治则。施治中更需审察针

下气至之动静与药后证候之转归,灵活调整治法方药^[7]。此即《素问·至真要大论》“谨守病机,各司其属”之精义,是“上工”之所为。

3 “守关”“守机”在卒中后吞咽困难的诊治思路

3.1 卒中后吞咽困难的“守关”治疗

3.1.1 风痰阻络,关窍闭塞 《丹溪心法》指出:“中风……半身不遂,口眼喎斜,痰涎壅盛。”明确揭示风痰阻络、关窍闭塞是卒中相关证候的核心病机。临床研究表明,风痰阻络型在卒中后吞咽困难患者中占比达32.6%^[8],其治当祛风化痰、宣窍通络,方选解语丹加减。方中白附子、天麻、全蝎、僵蚕合用,共奏祛风通络之效,石菖蒲、远志专司化痰开窍之功。现代药理学研究证实,石菖蒲挥发油可通过血脑屏障,促进神经功能恢复^[9];僵蚕中的僵蚕素具有明显的抗凝和祛痰作用^[10]。在临床应用中,可酌加岭南道地药材新会陈皮理气燥湿,广地龙通经活络,形成“石菖蒲-广地龙-僵蚕”的角药配伍,共奏开通关窍之效^[11]。

3.1.2 气虚血瘀,关窍失养 《医林改错》中“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”的论述,精辟地概括了气血亏虚、无力推动血行、瘀血内停、咽喉关窍失于濡养的病机本质。此类患者常见吞咽无力、言语不利、身倦乏力等表现,治宜益气活血、濡养关窍。补阳还五汤合会厌逐瘀汤为常用方剂,方中黄芪大补元气,当归、赤芍、川芎等活血化瘀,地龙通络,玄参、桔梗利咽。研究表明,地龙具有纤溶和抗凝作用,黄芪多糖能显著促进神经修复,其作用机制可能与调节脑源性神经营养因子(BDNF)表达有关^[12]。在岭南地区临床应用时,常以五指毛桃替代部分黄芪,取其益气补虚而性更平和之特点,形成“黄芪-当归-丹参”的益气养血活血药组。

3.1.3 肝阳上亢,关窍受灼 肝阳上亢型吞

咽困难多见于卒中急性期。《临证指南医案》指出：“肝为风木之脏……倘精液有亏，肝阴不足，血燥生热，热则风阳上升。”明确揭示了肝阳上亢的病机渊源。此类患者临床多表现为吞咽不利，伴头晕头痛、面色潮红等症，治当平肝潜阳、滋阴利咽。天麻钩藤饮(《杂病证治新义》)合百合固金汤(《慎斋遗书》)为首选方剂，方中天麻、钩藤、石决明平肝潜阳；生地黄、麦冬、百合等滋阴利咽。现代研究佐证了天麻、钩藤有降压、镇静作用；石决明富含钙质，可抑制神经肌肉兴奋；生地黄、麦冬有抗炎、免疫调节作用；天麻素可通过调节GABA能系统发挥镇静作用，钩藤碱具有明显的降压效果^[13]。在临床配伍上，可酌情加入珍珠母、白芍等岭南常用药材，或组成“夏枯草-钩藤-铁皮石斛”的角药，以增强平肝滋阴之效。

3.2 卒中后吞咽困难的“守机”治疗

3.2.1 神不导气，气机逆乱 《类经》中“神之所至，气亦至焉”的观点，深刻揭示了神机与气机的关系。石学敏院士进一步指出，本病根本病机在于“神窍阻遏，神机失用，关窍闭阻”^[14]，脑为元神之府，卒中伤脑，则神失其位，不能引导气血津液布达于咽。强调神不导气是核心病机。针对“神不导气、气机逆乱”之证，治当调神导气、开窍启闭。临床研究表明，石学敏院士创立的通关利窍针刺法治疗本病疗效肯定，其取穴原则强调“调神为先”，主取内关(泻)、水沟(泻)以调神导气，配以风池、完骨、翳风(补)通关利窍。研究发现，此法能有效调节中枢神经系统兴奋性，促进神经网络重建^[15]。中药治疗可配合通督治郁方，方中黄芪益气，丹参活血，郁金、石菖蒲解郁开窍，形成“石菖蒲-远志-郁金”的调神开窍角药。

3.2.2 三阴失调，经气不通 《灵枢·经脉》记载：“脾足太阴之脉……上膈，挟咽，连舌

本，散舌下。”“肾足少阴之脉……，循喉咙，挟舌本”“肝足厥阴之脉……上贯膈，布胁肋，循喉咙之后，上入颞颥。”足三阴经均与咽喉、舌本存在密切联系，因此三阴失调所致吞咽困难，其病机关键在于足三阴经经气不能上奉于咽。此类患者临床多见吞咽耐久力差、口干咽燥、腰膝酸软等症，治宜滋补三阴、通络利咽。首选左归饮合半夏厚朴汤，方中熟地黄、山茱萸、枸杞子滋补肝肾，山药、茯苓健脾化痰，法半夏、厚朴降逆利咽。在岭南地区应用时，常根据证候特点加减：脾虚湿盛者加五指毛桃、白术；阴虚明显者加铁皮石斛、麦冬；或配以“女贞子-旱莲草-沙苑子”这一平补肝肾角药组合。

3.2.3 气机往来，时机失察 《灵枢·卫气行》强调：“谨候气之所在而刺之，是谓逢时。”指出把握人体气机往来规律的重要性。卒中后吞咽困难患者气机盛衰有其昼夜节律^[16]，临床可见部分患者晨起吞咽尚可，至午后症状则加重，此与人体阳气一日内的消长规律相关。治宜因时制宜、顺势调机，方选升陷汤(《医学衷中参西录》)加减，方中黄芪补气升阳；知母滋阴；柴胡、桔梗、升麻升举阳气，治疗大气下陷所致之吞咽无力、呛咳、流涎。研究表明，黄芪具有适应原样作用，能调节机体应激反应^[17]。临床应用时，早晨症状重者加桂枝助阳气升发；午后症状重者加五味子敛气滋阴，或配以“柴胡-升麻”对药以升提气机。

3.3 卒中后吞咽困难的“机关同调”层面论治 治疗上，以“守关”通利咽喉、开窍启闭，以“守机”调神导气、恢复枢机，兼顾局部关窍与整体神机的协调统一。“守关”与“守机”相辅相成、不可偏废。临床需把握局部形态与整体功能相结合的原则，根据病势轻重、证候特点、病程阶段等因素灵活施治。本病的发展过程具有明显的阶段性特征：急性期

以邪实壅盛、关窍闭阻为主；恢复期邪气渐退而正气始复；后遗症期则呈现本虚标实的复杂局面。因此，治疗需把握各期病机特点，合理调配“守关”与“守机”的侧重，方能取得最佳疗效。

3.3.1 急性期：邪壅窍闭，开窍醒神 《丹溪心法》云：“中风大率主血虚有痰，治痰为先。”《黄帝内经》亦指出：“诸风掉眩，皆属于肝。”发病2周内的急性期，病机特点为风火痰瘀标实炽盛，同时元神被蒙、神机失用，形成“关窍闭阻”与“神机失用”并存的复杂局面。治疗当“守关”与“守机”并重，以开窍启闭、调神导气为急务。方药选用解语丹合天麻钩藤饮加减，共奏开窍醒神之功。本课题组创新性采用中药冰棒(薄荷30 g、冰片50 g，蒸馏水冷冻制棒)刺激咽后壁、软腭及腭弓，充分发挥薄荷宣散透达、冰片开窍醒神之效，协同低温刺激迅速激发咽部经气，促进感觉功能恢复。临床研究显示，早期应用该法的有效率达92.5%，显著优于对照组(75.0%)，为急性期治疗提供了有效方案^[18]。

3.3.2 恢复期：正虚机滞，扶正调机 《景岳全书》云：“真阴肾水不足，不能滋养营卫，渐至衰弱。”《金匱要略》指出：“妇人咽中如有炙脔，半夏厚朴汤主之。”发病2周至3个月的恢复期，邪气渐退，正气始复，但余邪未净，气血未和。脾失健运，肾精亏虚，肝血不足，致三阴失调，经气不能上奉于咽。此期治疗重心应由“开窍”转向“调机”，以“守机”为主，兼顾“守关”^[19]。方药选用左归饮合半夏厚朴汤加减，通过益气养血、滋补三阴等扶正之法，配合调和气机、疏通经络的调机之策，为吞咽功能的进一步恢复奠定坚实基础。

《景岳全书》云：“真阴肾水不足，不能滋养营卫，渐至衰弱。”《金匱要略》亦指出：“妇人咽中如有炙脔，半夏厚朴汤主之。”在发

病2周至3个月的恢复期中，邪气渐退而正气始复，但余邪未净、气血未和；加之脾失健运、肾精亏虚、肝血不足，致三阴失调，经气不能上奉于咽。此期治疗重心应由“开窍”转向“调机”，以“守机”为主、兼顾“守关”^[19]。方药可选用左归饮合半夏厚朴汤加减，通过益气养血、滋补三阴等扶正之法，配合调和气机、疏通经络的“调机”之策，促进神机复苏与气机调达。

3.3.3 后遗症期：元亏机弱，培元固本 《医林改错》强调：“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀。”久病元气亏虚，气血运行无力、脉络瘀阻、神机失养；同时三阴俱虚，经气衰少，咽喉失于温煦濡养。发病3个月后的后遗症期，多表现为正气亏虚、脉络瘀阻、神机失养的本虚标实状态。此期治疗重在“守机”，以培元固本为核心治则。方药选用补阳还五汤合左归丸加减，通过长期扶助正气、温养元气、调和气血，改善患者整体机能状态，间接促进吞咽功能恢复，重在提高患者生活质量与长期预后，体现了“治病求本”的学术思想。

4 结论

基于“守关”“守机”理论，卒中后吞咽困难的核心病机可概括为“关窍不利，神机失用”，二者共同导致咽喉、舌本等吞咽“关口”的形体结构失调(守关失司)，及局部与整体气血濡养、经气流转之“机”能失常(守机不利)。在临床实践中，“守关”旨在通利局部窍道，通过针刺、方药(如解语丹、半夏厚朴汤)等法，直接作用于咽喉，祛邪开闭以恢复其形体功能；“守机”则重在调控整体功能，运用调神醒脑(如针刺内关、水沟)、益气活血(如补阳还五汤)、滋补三阴(如左归饮)等法，以恢复神机主宰与气血和调。将局部“守关”与整体“守机”紧密结合，使形体得复，气血得

充,方能精准有效地恢复吞咽功能。

[参考文献]

- [1] MATOS K C, DE OLIVEIRA V F, DE OLIVEIRA P L C, et al. An overview of dysphagia rehabilitation for stroke patients[J]. *Arq Neuropsiquiatr*, 2022, 80(1): 84-96.
- [2] 王茸,许军峰,俞晓阳. 石学敏院士治疗中风后吞咽障碍的临床思路辨析[J]. *浙江中医药大学学报*, 2022, 46(1): 65-68.
- [3] 丁思元,王琪格,胡镜清,等. 论“守机”[J]. *中华中医药杂志*, 2020, 35(2): 530-534.
- [4] 张其成. 张其成全解黄帝内经·素问[M]. 北京:华夏出版社, 2021.
- [5] 高颖,陈宝鑫,蔡业峰. 基于“脑-咽关联”理论探讨中风后吞咽障碍的中医病机与治疗[J]. *中医杂志*, 2021, 62(15): 1319-1323.
- [6] 章思佳,齐诗仪,龚萌,等. 从字义溯源小议“上守机”之理论内涵[J]. *江西中医药*, 2022, 53(4): 6-9.
- [7] 李倩,常静玲. 针刺治疗卒中后吞咽障碍机制研究进展[J]. *中国针灸*, 2023, 43(4): 469-474.
- [8] 徐璿,王忆勤. 中医证候痰瘀互结证现代研究进展[J]. *中医学*, 2021, 10(1): 127-131.
- [9] 蒲艳华,莫雪妮,钟洁,等. 石菖蒲防治脑血管疾病作用机制的药理研究进展[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2024, 26(4): 216-220.
- [10] 雷田香,彭延古,郝晓元,等. 僵蚕抗凝作用的研究进展[J]. *湖南中医药大学学报*, 2007, 27(3): 76-77.
- [11] 潘海英,张楠,赵晶,等. 经口间歇管饲联合自拟宣窍利咽汤治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效[J]. *中华危重病急救医学*, 2021, 33(5): 552-556.
- [12] 梁钊明,古剑雄,黄小妹,等. 运用因子分析法探索脑卒中后吞咽障碍的证候要素规律[J]. *中医临床研究*, 2020, 12(14): 4-7.
- [13] SASEGBON A, CHENG I, LABEIT B, et al. New and Evolving Treatments for Neurologic Dysphagia[J]. *Drugs*, 2024, 84(8): 909-932.
- [14] 韩辉,杨文明. 中风临证臻萃[M]. 北京:中国中医药出版社, 2022: 125-128.
- [15] 肖伟. 基于“通督治郁”理论探讨卒中后吞咽障碍的针刺治疗[J]. *中国针灸*, 2023, 43(5): 589-592.
- [16] 周婷,罗志辉,顾晓磊,等. 持“机”论道[J]. *中华中医药杂志*, 2022, 37(12): 7194-7197.
- [17] 曾雯,周胜强,黄佳,等. 黄芪免疫调节活性成分及其药理作用进展[J]. *上海中医药杂志*, 2024, 59(1): 80-88.
- [18] 胡建芳,余志辉,毕小丽,等. 局部针刺合药棒冰刺激治疗对卒中后吞咽障碍患者脑血流量的影响[J]. *针灸临床杂志*, 2018, 34(12): 10-13.
- [19] 余琛,常如春,覃雪薇,等. 基于“守关”“守机”理论探讨痹证的诊治思路[J]. *广州中医药大学学报*, 2025, 42(9): 2332-2337.

[责任编辑:冯天保,蒋维超(英文)]