

# 从“瘀血”论治小儿抽动障碍的理论溯源与临床启示

刘 鹏<sup>1</sup>, 李建保<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>成都中医药大学临床医学院, 四川 成都

<sup>2</sup>成都中医药大学附属医院儿科, 四川 成都

收稿日期: 2026年3月17日; 录用日期: 2026年4月11日; 发布日期: 2026年4月17日

## 摘 要

本文旨在探讨“瘀血致搐”理论在小儿抽动障碍(TD)诊治中的应用价值。通过溯源《内经》及王清任《医林改错》等经典, 阐明“久病入络、瘀血内伏”是TD迁延难愈的核心病机, 并结合现代药理学揭示活血化瘀与虫类搜剔药物改善脑微循环、调节神经递质及稳定膜电位的科学内涵。临床研究表明, 采用“从瘀论治”方案能显著降低患儿抽动频率与强度, 疗效优于常规疗法, 且能有效减少西药副作用及复发率。结论认为, “从瘀论治”为突破难治性TD提供了新思路, 但临床应用须恪守小儿生理特点, 坚持辨证施治与顾护脾胃, 以确保祛瘀而不伤正。

## 关键词

小儿抽动障碍, 瘀血致搐, 从瘀论治, 血行风自灭, 难治性病例

# Theoretical Traceability and Clinical Implications of Treating Pediatric Tic Disorders from the Perspective of “Blood Stasis”

Peng Liu<sup>1</sup>, Jianbao Li<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Clinical Medical College, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

<sup>2</sup>Department of Pediatrics, Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

Received: March 17, 2026; accepted: April 11, 2026; published: April 17, 2026

\*通讯作者。

文章引用: 刘鹏, 李建保. 从“瘀血”论治小儿抽动障碍的理论溯源与临床启示[J]. 临床医学进展, 2026, 16(4): 3484-3491. DOI: 10.12677/acm.2026.1641612

## Abstract

This paper explores the application value of the “Blood Stasis Causing Tics” theory in the diagnosis and treatment of Pediatric Tic Disorders (TD). By tracing the origins of this theory in classics such as the Huangdi Neijing and Wang Qingren’s Yilin Gaicuo, it elucidates that “chronic disease entering the collaterals and latent blood stasis” constitutes the core pathogenesis of refractory TD, and integrates modern pharmacology to reveal the scientific underpinnings of using blood-activating and insect-based “searching and eliminating” drugs to improve cerebral microcirculation, regulate neurotransmitters, and stabilize membrane potentials. Clinical studies indicate that the “Treating from Blood Stasis” protocol significantly reduces the frequency and intensity of tics in children with superior efficacy compared to conventional therapies, effectively reducing the side effects of western medications and lowering recurrence rates. Consequently, “Treating from Blood Stasis” offers a novel perspective for tackling refractory TD, though clinical application must strictly adhere to pediatric physiological characteristics, insisting on syndrome differentiation and protecting the spleen and stomach to ensure that eliminating stasis does not damage healthy Qi.

## Keywords

Pediatric Tic Disorders, Blood Stasis Causing Tics, Treating from Blood Stasis, Blood Flow Extinguishes Wind, Refractory Cases

Copyright © 2026 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

小儿抽动障碍(Tic Disorders, TD)是一种起病于儿童期的慢性神经精神发育障碍性疾病,临床以不自主、突发、快速、重复的肌肉运动抽动和(或)发声抽动为主要特征,常伴有注意缺陷多动障碍(ADHD)、强迫障碍(OCD)及情绪行为异常等共患病[1]。近年来,受环境因素、心理压力及饮食结构改变等多重影响,TD的发病率呈逐年上升趋势,且病程迁延、易反复,严重影响了患儿的身心健康、学业表现及家庭生活质量。

在中医学范畴内,TD多归属于“慢惊风”、“癩疝”、“肝风”等范畴。传统辨证论治多立足于“风、痰、火、虚”,认为其核心病机为“肝风内动”,治疗上常以平肝熄风、豁痰开窍、清热泻火或滋补肝肾为大法,临床确有一定疗效。然而,面对部分病程较长、症状顽固、对常规熄风化痰药物反应不佳,或停药后极易复发的难治性病例,单纯从“风”、“痰”论治往往显得力不从心,提示我们对其深层病机的认识尚存盲区[2]。

清代名医王清任在《医林改错》中振聋发聩地提出“抽风不是风”的学术观点,并创立通窍活血汤治疗抽搐诸症,首次将“瘀血”确立为致搐的关键病机,为后世开拓了新的诊疗视野[3]。中医理论认为,“久病必瘀”、“怪病多瘀”,TD病程缠绵,邪气深伏,易由气滞、痰阻、热灼或气虚导致血行不畅,形成瘀血。瘀血阻滞脑络,一则使元神失养、神机失用,二则致筋脉失濡、挛急生风,从而引发顽固性抽动[4]。此外,现代医学研究亦发现,部分TD患儿存在脑部微循环障碍、血液流变学异常及神经递质代谢紊乱,这与中医“瘀血阻络”的病理内涵高度契合。

鉴于此,本文旨在系统梳理“瘀血”致搐的理论源流,深入剖析瘀血在小儿抽动障碍发生发展中的

核心作用机制,并结合临床实践探讨从瘀论治的辨证策略与用药规律。通过重温经典与创新应用,期望能为突破 TD 临床治疗瓶颈、提高难治性患儿的疗效提供新的理论依据与实践思路。

## 2. 理论溯源: 瘀血致搐的文献考据与学术演变

中医对“瘀血”致病的认识源远流长,将其应用于抽搐类疾病(即今之抽动障碍, TD)的论治,经历了一个由隐至显、由浅入深的演变过程。梳理这一源流,旨在厘清“瘀血致搐”的学理依据,为现代临床提供经典支撑。

### 2.1. 经典奠基: 气血不和与筋脉失养

《黄帝内经》虽未直陈“瘀血致搐”,却奠定了气血与筋脉关系的理论基石。《素问·调经论》云:“血气不和,百病乃变化而生。”指出气血和谐是生理功能的关键;《素问·五脏生成》言:“足受血而能步……指受血而能摄。”反向推之,若血行不畅、脉络瘀阻,则筋脉失于濡养,必致拘急挛缩甚至抽动[5]。《灵枢·痲疽》所谓“血涩而不行则不通”,更暗示了血滞可致经络阻滞。此阶段确立了“血行则筋柔,血滞则筋急”的核心病理观[6]。

### 2.2. 关键突破: 王清任“抽风不是风”的学术突破

清代以前,医家治搐多囿于“风”,认为“诸暴强直,皆属于风”。直至王清任著《医林改错》,才彻底打破这一传统。他通过解剖与临床观察,振聋发聩地提出“抽风不是风”,断言小儿抽风实乃“气血凝滞,脑气与脏腑之气不接”所致。王清任在书中详述:“因血瘀于脑,致使脑气与脏腑之气不相接续,故发为抽风。”他认为瘀血阻滞脑窍,元神失司,进而引发肢体失控。基于此,他创立通窍活血汤,以赤芍、川芎、桃仁、红花活血化瘀,麝香、老葱通阳开窍,专治头面四肢血瘀之症。这一理论不仅将“瘀血”确立为抽搐的核心病机,更开创了“活血以熄风”的治疗先河,是本文探讨从瘀论治 TD 的最重要基石[7]。

### 2.3. 后世发挥: 久病入络与痰瘀互结

王清任之后,叶天士提出“久病入络”学说,认为“初病在经,久病入络”,“经主气,络主血”。TD 病程缠绵,邪气由气分深入血分,伏于络脉,致气血不能濡养筋脉而生顽固抽动。叶氏主张用全蝎、僵蚕等虫类药搜剔络中之瘀,极大地丰富了治疗手段[8]。此外,结合朱丹溪“痰夹瘀血,遂成窠囊”之说,后世医家进一步阐发了“痰瘀同源”理论[9]。在 TD 发病中,脾虚生痰致瘀,或瘀血内停生痰,痰瘀互结、蒙蔽清窍,使病情复杂难愈。这解释了为何部分患儿需“痰瘀同治”方能奏效。

### 2.4. 现代传承: 微观辨证与理论升华

现代中医儿科专家继承前人理论,并结合微观研究进一步拓展了其内涵。研究发现,TD 患儿常存在血液流变学异常(如全血黏度增高)、脑部微循环障碍及神经递质代谢紊乱,这与中医“瘀血阻络”、“脑窍不利”的描述高度契合。当代名医如刘弼臣[10]、汪受传[11]等强调,无论外感热毒、情志气滞还是久病气虚,终致“瘀阻脑络,神机失用”。因此,活血化瘀法已从辅助治疗提升为治疗难治性、复发性 TD 的核心策略,形成了“治风先治血,血行风自灭”的现代诊疗共识。

## 3. 病机探微: 瘀血在小儿抽动障碍中的形成机制

小儿抽动障碍(TD)病机复杂,虽以“肝风内动”为标,但“瘀血阻络”往往是其病程迁延、症状顽固的深层根源。小儿脏腑娇嫩,形气未充,气血运行易受内外因素干扰而致滞涩。瘀血在 TD 中的形成并非单一因素所致,而是气、痰、热、虚等多种病理产物相互交织、转化而成的结果[8]。深入剖析其形成机

制, 对于精准辨证至关重要[12]。

### 3.1. 气机郁滞, 血行不畅(气滞血瘀)

“气为血之帅, 血为气之母”, 气行则血行, 气滞则血瘀。小儿肝常有余, 脾常不足, 加之现代儿童学业压力大、情志不畅, 易致肝气郁结。肝主疏泄, 调畅气机, 若肝失疏泄, 气机郁滞, 则推动血液运行之力减弱, 血行迟缓而凝滞成瘀。

此外, 肺主一身之气, 若外感邪气闭郁肺气, 或脾虚中气不足, 亦可导致气机升降失常, 进而影响血行。气滞日久, 脉络受阻, 脑窍失养, 神机失用, 发为抽动。此类患儿常伴见性情急躁、胸胁胀满、叹气频作, 抽动症状随情绪波动而加重。

### 3.2. 痰浊内阻, 痰瘀互结(痰瘀同源)

“脾为生痰之源”, 小儿脾常不足, 若饮食不节, 过食肥甘厚味, 损伤脾胃, 运化失职, 则水湿停聚成痰。痰浊为阴邪, 其性黏滞, 易阻滞气机。气机受阻则血行不畅, 所谓“痰阻则血难行”, 久则成瘀。

反之, 瘀血内停, 阻碍津液输布, 亦可聚而生痰, 即“血瘀则水停”。痰与瘀二者互为因果, 胶结难解, 形成“窠囊”, 深伏于经络脏腑之中。痰瘀互结, 上蒙清窍, 扰动肝风, 致使抽动反复发作, 难以根除。此类患儿多见形体肥胖、喉中痰鸣、舌苔厚腻、舌质紫暗或有瘀斑。

### 3.3. 热毒灼津, 煎熬成瘀(热瘀互结)

小儿为“纯阳之体”, 生机蓬勃, 但也易感热邪。外感风热温毒, 或五志过极化火, 或饮食积滞化热, 均可导致体内热盛。热为阳邪, 易灼伤津液, 使血液浓缩黏稠, 运行涩滞, 即所谓“热血相搏, 煎熬成瘀”。

此外, 热邪可迫血妄行, 溢出脉外而成离经之血, 离经之血即为瘀血。热瘀互结, 阻滞脑络, 不仅损伤阴血, 更加剧筋脉失养, 导致抽动剧烈、频繁, 常伴有面红目赤、口渴喜饮、大便干结、舌红绛少津等实热征象。

### 3.4. 久病正虚, 推动无力(气虚血瘀/阴虚血瘀)

TD 病程较长, 久病必虚。

一方面, 气虚血瘀: 久病耗伤正气, 尤其是脾气虚弱。气虚则推动血液运行之力不足, “气虚则血滞”, 导致血行缓慢而瘀阻。此类患儿多见面色萎黄、神疲乏力、动则汗出, 抽动无力但持久。

另一方面, 阴虚血瘀: 热病后期或久病耗伤阴液, 肝肾阴虚。阴液亏损, 脉道失于濡润, 血液黏稠度增加, 运行不畅而成瘀, 即“阴虚血涩”。且阴虚生内热, 进一步煎熬血液。此类患儿多见形体消瘦、手足心热、盗汗、舌红少苔而有裂纹或瘀点。

### 3.5. 外伤产瘀, 脑络受损

部分 TD 患儿有明确的产伤史(如难产、窒息)或婴幼儿期头部外伤史。外伤直接损伤脉络, 血溢脉外, 留而为瘀。瘀血阻滞脑络, 致使脑气与脏腑之气不接续, 元神失司, 发为抽搐。王清任所言“因血瘀于脑……故发为抽风”, 在此类病例中体现得尤为明显。此类患儿往往起病较早, 症状固定, 常规祛风化痰药疗效甚微。

## 4. 临床启示: 从瘀论治的辨证策略与应用

基于“瘀血致搐”的理论认识, 临床治疗小儿抽动障碍(TD)不应仅局限于传统的平肝熄风或豁痰开

窍, 而应将“活血化瘀”贯穿治疗始终, 尤其是针对病程长、症状顽固、反复发作的难治性病例[13]。从痰论治并非一味攻伐, 而需遵循“审因论治、分期施治、痰瘀同调、虫药通络”的辨证策略。

#### 4.1. 辨证分型与治法方药

临床应根据瘀血形成的不同成因及兼夹病邪, 灵活制定治疗方案, 做到“有是证, 用是法”。

##### 1) 气滞血瘀证

证候特点: 抽动频繁, 随情绪波动加重, 伴性情急躁、易怒、胸胁胀满、善太息, 舌质暗红或有瘀点, 脉弦涩。

治法: 疏肝理气, 活血通络。

方药: 血府逐瘀汤加减。

解析: 本方由桃红四物汤合四逆散加桔梗、牛膝而成, 既能活血化瘀, 又能行气解郁, 切中“气滞血瘀”之病机。若肝火旺者, 可加夏枯草、栀子; 若睡眠不安, 加酸枣仁、夜交藤。

##### 2) 痰瘀互结证

证候特点: 喉中异声(发声抽动)明显, 如清嗓、怪叫, 伴形体肥胖、胸闷脘痞、纳呆, 舌体胖大、苔厚腻、舌质紫暗, 脉滑涩。

治法: 化痰开窍, 祛瘀通络。

方药: 涤痰汤合通窍活血汤加减。

解析: 痰瘀胶结, 非单一治法可解。涤痰汤豁痰开窍, 通窍活血汤化瘀通脑, 二者合用, 共奏“痰瘀同治”之功。可加石菖蒲、远志以增强开窍之力; 若便秘, 加瓜蒌仁、大黄通腑泄浊。

##### 3) 热瘀互结证

证候特点: 抽动剧烈有力, 面红目赤, 口渴喜饮, 大便干结, 小便短赤, 舌红绛少津或有芒刺、瘀斑, 脉数有力。

治法: 清热凉血, 化瘀熄风。

方药: 犀角地黄汤(水牛角代)合桃红四物汤加减。

解析: 热毒炽盛, 煎熬血液成瘀。方中水牛角、生地清热凉血, 丹皮、赤芍凉血散瘀, 桃仁、红花活血通络。热退则血宁, 瘀去则风熄。

##### 4) 气虚/阴虚血瘀证

证候特点: 病程迁延, 抽动无力但持久, 伴神疲乏力、面色萎黄(气虚)或形体消瘦、手足心热(阴虚), 舌淡暗或红暗少苔, 脉细涩。

治法: 益气养阴, 活血通络。

方药: 补阳还五汤或六味地黄丸

气虚血瘀: 补阳还五汤加减。重用黄芪补气以行血, 配伍归尾、赤芍、地龙等活血通络, 体现“气旺则血行”之意。

阴虚血瘀: 六味地黄丸合丹参饮加减。滋阴补肾以充脉道, 丹参、檀香、砂仁行气活血而不伤阴。

#### 4.2. 特色用药: 虫类药的搜剔通络作用

对于久病入络、常规草木之品难以取效的顽固性 TD, 应善用虫类药。叶天士云: “飞者升, 走者降, 灵动迅速, 追拔沉混气血之邪。”

常用药物: 全蝎、蜈蚣、地龙、僵蚕、水蛭、土鳖虫等。

应用策略: 全蝎、蜈蚣: 搜风通络力强, 善治抽搐痉挛, 为治标之要药, 但有毒, 需严格掌握剂量

(一般全蝎 3~5 g, 蜈蚣 1~2 条), 中病即止。

地龙: 性寒下行, 既能清热熄风, 又能通经活络, 且药性平和, 适合长期调理。

僵蚕: 兼具化痰散结与熄风止痉之功, 尤宜于痰瘀互结伴喉中异声者。

水蛭: 破血逐瘀力猛, 适用于瘀血重证, 但小儿慎用, 必要时可研末冲服, 小量起步。

注意: 虫类药多燥烈或有毒, 临床应用时需配伍养血滋阴之品(如当归、白芍、生地)以制其燥性, 护其正气。

### 4.3. 现代药理佐证与中西医结合思路

现代药理研究不再局限于药物对血液流变学的普适性改善, 而是深入揭示了其通过血脑屏障(BBB)对 TD 核心靶点的精准干预:

#### 1) 川芎嗪(Ligustrazine)与多巴胺 D2 受体的双向调节

川芎的主要活性成分川芎嗪不仅具有扩血管作用, 更关键的是其具有神经保护与受体调节功能。研究发现, 川芎嗪能透过血脑屏障, 通过抑制基底节区的 D2 受体过度磷酸化, 降低多巴胺能神经元的超敏反应。同时, 它能上调突触后膜 D1 受体的表达, 平衡直接通路与间接通路的活动, 从而缓解因 D1/D2 受体失衡导致的运动障碍。

#### 2) 丹参酮 IIA (Tanshinone IIA)对 5-羟色胺(5-HT)系统的修复

针对 TD 伴发的情绪行为异常, 丹参酮 IIA 表现出显著的 5-HT 转运体(SERT)抑制作用。其结构类似西药 SSRIs (选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂), 能阻断突触间隙 5-HT 的重摄取, 提升前额叶皮层的 5-HT 浓度。这不仅改善了患儿的强迫与焦虑症状, 更通过 5-HT 对 DA 释放的抑制性调节, 间接纠正了中脑边缘系统的多巴胺溢出。

#### 3) 虫类药(全蝎、蜈蚣)对神经膜电位的稳定作用

顽固性 TD 往往涉及神经元的异常高频放电。全蝎与蜈蚣中的多肽类成分(如蝎毒素类似物), 被证实具有调节电压门控钠离子通道(NaV)和钾离子通道(KV)的作用。它们能延长神经元的不应期, 减少异常高频放电的扩散, 这在电生理层面解释了“搜风通络”为何能“止痉”。

#### 4) 姜黄素(Curcumin)的抗炎与突触修剪

针对“热瘀互结”证型中的炎性因子, 姜黄素(常配伍使用)通过抑制 NF- $\kappa$ B 通路, 降低脑内 IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$  等炎性因子水平。这有助于抑制小胶质细胞的过度活化, 防止其对突触的过度“修剪”, 维持神经环路的稳定性。

临床实践中, 可将中医“从瘀论治”与现代医学改善微循环、营养神经等治疗手段相结合, 对于西药(如硫必利、阿立哌唑)疗效不佳或副作用明显的患儿, 采用中药活血化痰法往往能取得意想不到的疗效, 或起到减毒增效的作用[14]。

## 5. 病案举隅

患儿张某, 男, 9 岁, 于 2024 年 5 月初诊。主诉“反复眨眼、耸肩伴喉中异声 3 年余, 加重半年”。患儿 3 年前无明显诱因出现频繁眨眼、皱鼻, 症状逐渐进展为耸肩、扭颈, 并伴有清嗓及“吭吭”怪声。既往曾于多家医疗机构就诊, 明确诊断为“多发性抽动症”。治疗史显示, 患儿长期间断服用西药硫必利(因嗜睡副作用自行停药)及多种中药平肝熄风剂(如天麻钩藤饮加减), 初期症状稍缓, 但近半年来病情反复且呈加重趋势, 药物疗效甚微。刻下症见: 每日抽动频繁, 难以自控, 情绪激动或紧张时显著加剧。伴见面色晦暗无华, 口唇紫绀, 夜寐不安, 易惊醒, 大便干结, 小便黄。神经系统查体未见明显器质性病变。舌诊示舌质紫暗, 舌边尖可见散在瘀点, 舌下络脉青紫怒张、迂曲; 脉象弦涩。辅助检查方面, 脑电

图(EEG)未见异常放电;血液流变学检测提示全血黏度及血浆黏度轻度增高。初诊:辨证求因,活血通窍。鉴于患儿病程长达三年,久病必瘀,且前医屡用平肝熄风之法无效,结合其面色晦暗、唇紫、舌质紫暗有瘀点、舌下络脉怒张及脉弦涩等典型体征,辨证属瘀血阻络证。病机关键在于瘀血阻滞脑络,致使气血不能濡养筋脉,神机失用而虚风内动。治当突破常规“治风”定势,确立活血化瘀、通窍熄风之法。方选王清任《医林改错》之通窍活血汤加减。处方:赤芍 10 g,川芎 8 g,桃仁 8 g,红花 6 g,丹参 15 g,地龙 10 g,石菖蒲 10 g,白芷 6 g(代麝香通窍),老葱 3 根(后下),生姜 3 片,红枣 3 枚。方中桃仁、红花、赤芍、川芎、丹参共奏活血化瘀之功;地龙通经活络;石菖蒲、白芷、老葱辛香走窜,引药上行直达脑府,以开窍醒神。水煎服,日 1 剂,分早晚温服。

复诊:虫药搜剔,深伏络邪。服药 14 天后复诊,家属反馈患儿眨眼频率略有减少,但耸肩动作及喉中怪声改善不明显,夜间仍有惊跳现象。察其舌质仍暗,瘀点稍淡但未全消。分析认为,患儿病邪深伏络脉,草木之品力有不逮,难以搜剔沉疴。叶天士云:“久病入络……非虫蚁搜剔不克。”遂调整治法,在原方基础上加用虫类药以增强搜风通络之力。嘱其继续调理 1 个月。停药后随访 3 个月,患儿病情稳定,未见复发,精神状态良好,学习成绩及社交能力明显改善。本案例的转归过程深刻诠释了“治风先治血,血行风自灭”的理论内涵,为“瘀血致搐”学说提供了有力的临床实证。首先,常规治风无效的机理反思。患儿前期治疗多局限于“肝风内动”的传统认识,重用天麻、钩藤等平肝熄风之品。然而,其病机本质并非单纯的肝阳上亢或外风引动,而是瘀血阻滞脑络。瘀血作为有形之邪,阻滞气机,使新血不生,筋脉失于濡养,从而导致虚风内动。若不去除瘀血这一根本致病因素,单纯熄风犹如扬汤止沸,故疗效不佳。这印证了王清任“抽风不是风”的论断,即此类抽风的根源在于气血凝滞,而非风邪本身。

其次,从瘀论治的起效关键。本案成功的关键在于紧扣“舌质紫暗、舌下络脉怒张”这一瘀血金标准,果断采用通窍活血汤。方中辛香走窜之品(如石菖蒲、白芷、老葱)引领活血药直达脑窍,解决了药力难达病所的问题。更为重要的是,针对久病入络的顽固性病机,适时引入全蝎、蜈蚣等虫类药。虫药性善走窜,能深入经络细微之处,搜剔伏匿之瘀血与风邪,这是草木药物难以替代的优势。随着瘀血的消散,脑部微循环得以改善,气血恢复对筋脉的濡养,神机重获主宰,内风自然平息。

## 6. 讨论与展望

“瘀血致搐”理论在现代药理学中得到了有力佐证,活血化瘀中药(如丹参、川芎、桃仁)不仅能通过扩张脑血管、降低血液黏度改善脑部微循环,缓解基底节等关键区域的缺血缺氧,更能透过血脑屏障双向调节神经递质,抑制多巴胺系统过度亢进并提升 5-羟色胺及 GABA 水平,配合全蝎、蜈蚣等虫类药中活性肽稳定神经膜电位、减少异常放电的作用,从微观层面深刻诠释了“血行风自灭”的科学内涵[15]。现代神经影像学证实,抽动障碍(TD)的核心病理在于基底节-丘脑-皮层环路(CSTC)的功能连接异常与神经递质失衡,而中医所指的“瘀血阻络”在微观层面实质上反映了该环路的慢性缺血缺氧性重塑。这一病理状态导致基底节区局部血流量下降,引发神经元线粒体能量代谢障碍与氧化应激,进而造成膜电位失稳、多巴胺重摄取受阻及浓度异常升高,最终触发不自主抽动;因此,“从瘀论治”的本质在于通过活血化瘀修复神经血管单元(NVU)的耦联功能,改善脑微循环与能量代谢,从而稳定 CSTC 环路的电生理活动并纠正神经递质失衡。这一机制赋予了该疗法在难治性抽动障碍(TD)中的独特临床价值:它不仅能突破病程长、常规平肝熄风法及西药疗效不佳的治疗瓶颈,通过疏通脑络取得显著疗效;还能在与西药联用时发挥减毒增效作用,减少硫必利等药物剂量以缓解嗜睡及锥体外系反应,提高患儿依从性;更着眼于改善体质与微环境,消除复发基础,使远期病情稳定性更佳[16]。然而,鉴于小儿“稚阴稚阳”、脏腑娇嫩的生理特点,临床应用必须恪守“祛瘀不伤正”的原则:坚持辨证为先,严格依据舌紫、脉涩等指征,无瘀勿用;做到中病即止,避免长期过量使用破血峻剂,一旦瘀象改善即转为养血活血或扶正固

本;同时注重顾护脾胃,巧妙配伍黄芪、白术等益气健脾或当归、白芍等养血滋阴之品,以制约虫药及活血药的燥烈之性,确保在祛除病邪的同时不损患儿正气[17]。

综上所述,“瘀血致搐”理论为小儿抽动障碍的诊治开辟了新的路径。未来研究应进一步开展大样本、多中心的随机对照试验(RCT),利用功能性磁共振(fMRI)、PET-CT等现代影像学技术及分子生物学手段,深入揭示活血化瘀法改善脑网络连接及调控神经递质的具体机制。同时,探索建立基于“瘀血”证候要素的TD客观化诊断标准及疗效评价体系,推动中医药治疗TD的规范化与国际化,造福更多患儿。

## 参考文献

- [1] 戎萍,马融,韩新民,等. 中医儿科临床诊疗指南·抽动障碍(修订)[J]. 中医儿科杂志, 2019, 15(6): 1-6.
- [2] 张莹莹,白晓玲,许波,等. 抽动障碍的中医病因学探讨[J]. 中国中医药科技, 2009, 16(4): 251-252.
- [3] 王清任. 医林改错[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2023: 60.
- [4] 张馨心,马融,李亚平. 儿童抽动障碍的中医研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(12): 6241-6244.
- [5] 田代华. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 165.
- [6] 田代华,刘更生. 灵枢经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 122.
- [7] 江丰,张磊. 张伯礼教授痰瘀学说及临证应用经验[J]. 天津中医药, 2014, 31(7): 385-387.
- [8] 叶天士,苏礼. 临证指南医案[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 464.
- [9] 朱震亨,王英,竹剑平,等. 丹溪心法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 276.
- [10] 郝宏文. 刘弼臣治疗抽动-秽语综合征经验[J]. 中医杂志, 2005(6): 417-418.
- [11] 汪受传,等. 汪受传治疗小儿多发性抽动症的经验[J]. 辽宁中医杂志, 2004(3): 181-182.
- [12] 刘昭纯,马月香,刘红杰,等. “瘀血生风”假说的形成及其意义[J]. 中国中医基础医学杂志, 2005(2): 88-91+95.
- [13] 蒋燕. 《医林改错》瘀血病证的初步探讨[J]. 北京中医药大学学报, 2014, 37(3): 152-155+164.
- [14] 韩新民,李江全. 从瘀论治小儿多发性抽动症[J]. 中医杂志, 2008, 49(11): 965-966, 986.
- [15] 张欣,吴敏. 儿童抽动障碍的中医治疗路径初探[J]. 上海中医药杂志, 2008(2): 70-72.
- [16] 华智超,陈玉燕,刘力维,等. 难治性抽动障碍的中医证素及临床特征分析[J]. 现代中医临床, 2024, 31(5): 10-16.
- [17] 周亚兵,吴敏. 基于伏邪学说对儿童抽动障碍发病机制的研究[J]. 中西医结合学报, 2007(6): 612-615.