

## 颈动脉粥样硬化的中西医结合研究进展

王平平(综述),高利(审校)

(首都医科大学宣武医院神经内科,北京 100053)

【关键词】 颈动脉粥样硬化;中西医结合;研究进展

中图分类号:R242;R543.4 文献标识码:A 文章编号:1008-9691(2007)02-0125-04

颈动脉粥样硬化(CAS)导致的血管狭窄在中老年人群中的发病率与检出率呈逐年上升趋势,国内外已有大量的研究表明 CAS 与脑梗死的发生发展及梗死的部位关系密切<sup>[1-4]</sup>;对 CAS 导致血管狭窄的治疗,中西医各有所长,现将近年研究进展综述如下。

### 1 CAS 的病因病机

1.1 现代医学对 CAS 的认识:对动脉粥样硬化(AS)发病机制的研究已经历了一个多世纪,主要学说有脂肪浸润学说,血小板聚集和血栓形成学说,平滑肌细胞克隆学说以及损伤反应学说等。1999 年 Ross<sup>[5]</sup>在损伤反应学说的基础上指出“AS 是一种炎症性疾病而不是单纯的由脂质沉积所致”。随着研究的进展,目前已普遍认为,AS 是体内多种参与免疫反应的细胞和分子共同作用的结果,内皮细胞、巨噬细胞、平滑肌细胞、淋巴细胞等细胞及炎症因子在 AS 病理过程中起着极为重要的作用,炎症反应贯穿于 AS 起始、病变进展、斑块破裂及血栓形成的全过程<sup>[6-9]</sup>。在 AS 病变中,脂质过氧化作用可使血管内皮细胞和血管平滑肌细胞产生凋亡,而氧化低密度脂蛋白(OX-LDL)堆积在 AS 斑块中与细胞凋亡直接相关<sup>[10]</sup>。

CAS 发病部位以颈总动脉分叉处最多见,其次为颈总动脉主干及颈内动脉,颈外动脉发病率最低,这与颈动脉解剖特点及血流动力学有关,因该处血流不稳定,涡流、湍流较多,管壁易受到血流冲击致动脉内膜受损,从而引起一系列免疫反应<sup>[11]</sup>。

另外,感染作为 AS 的危险因素近年来已日益受到人们的重视,有些观点

认为 AS 为感染所触发的自身免疫性疾病。流行病学研究则提示多种病原体与 AS 有关,例如肺炎衣原体、巨细胞病毒、幽门螺旋杆菌、单纯疱疹病毒等,感染通过多种机制促发 AS,如感染可使内皮细胞功能紊乱、刺激平滑肌细胞增生和迁移、低密度脂蛋白(LDL)的氧化修饰引起炎症反应等<sup>[12-14]</sup>。

1.2 传统中医学病因病机:传统中医学文献并无 AS 命名,但与其相关的发病特点及临床表现却有许多记载,并根据血脉痹阻的不同部位,有“中风”、“真心痛”、“脱疽”等相关论述。中医认为其病机为气、血、津液紊乱,脏腑功能失调而形成痰证、瘀证等,属于本虚标实之证,与肝、脾、肾三脏关系最为密切。黄河清等<sup>[15]</sup>认为肝气虚衰、气机不畅致痰瘀阻滞是 AS 的主要病因。陈美华等<sup>[16]</sup>认为 AS 的形成与气虚、血瘀、痰阻密切相关,本虚在于肾精不足,标实在于痰瘀互结阻于经脉。陈俊发<sup>[17]</sup>认为七情内伤、情志失调、饮食不节或吸烟酗酒可伤脾胃,直接影响脏腑气机的正常运行致气滞、血瘀、痰阻。

气变于病之始,血变于病之成,气机阻滞可导致津液流通失常,气不行津,津液停聚,聚湿生痰;血涩不行,停而为瘀,致痰瘀互结。痰、瘀可进一步影响气机的升降出入,加重气滞,如此反复形成一个以痰、瘀为主的恶性循环。痰瘀日久,诸邪闭阻脉络,经络不畅则形成 CAS 有形病灶。有些学者根据痰浊证和血瘀证与血液流变学、微循环、自由基等方面的病理相似性,提出“痰瘀同源”理论,说明二者均为气血运行失常之病理产物<sup>[18]</sup>。

### 2 CAS 的治疗研究

越来越多的研究结果表明,AS 的形成因素是多方面的,包括遗传、饮食、生活习惯、年龄、性别、高血压、高血脂、糖尿病、吸烟、环境、高同型半胱氨酸血症

以及精神因素等,其中以血脂及脂蛋白代谢异常所致高脂血症为首要因素。已有客观证据表明,如经积极防治措施后,AS 部分病变可能消退。一般的防治措施包括合理膳食、控制体重、适当体育运动、戒烟限酒、生活规律、情绪乐观,并积极治疗与本病相关的疾病,如高血压病、高脂血症、糖尿病、高同型半胱氨酸血症等。

#### 2.1 现代医学治疗研究

2.1.1 药物干预:他汀类药物是目前研究最深入广泛的药物,其作用有:①预防和减轻 AS,稳定斑块。通过降低血中总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)和低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)的水平,减少脂质在血管内皮细胞表面沉积和侵袭,抑制血管平滑肌细胞的增殖和迁移,减缓 AS 的进展,并使粥样硬化斑块回缩。他汀类药物还可减少血管内膜表面的巨噬细胞数量,抑制其活性,减少巨噬细胞分泌金属基质蛋白酶-9(MMP-9),稳定斑块纤维帽,避免斑块破裂,减少血栓栓塞的危险。②改善内皮细胞功能。通过上调血管内皮型一氧化氮合酶(eNOS),增强 eNOS mRNA 的稳定性并诱导其表达,从而产生大量的一氧化氮(NO),而 NO 具有稳定和保护内皮细胞的功能,并抑制细胞与血小板之间的黏附、聚集,舒张血管平滑肌,减轻血流和血管壁的剪切力,维持血管内膜的抗血栓界面。③抗血小板和抗凝作用。通过下调血小板因子和血小板 $\beta$ -球蛋白的表达、抑制巨噬细胞组织因子的表达起到抗血小板和抗凝作用<sup>[19,20]</sup>。④抗炎作用。通过减少与细胞间传递有关的蛋白质及炎症有关的蛋白质异丙烯化,干扰炎症介质的表达,抑制炎症细胞增殖。⑤抗再灌注损伤。通过抑制超氧化物产生,减轻自由基损伤,保护内皮细胞,抑制炎症反应而有利于神经修复。

基金项目:北京市中医管理局科研基金资助项目(2005-SF-2-038)

作者简介:王平平(1975-),女(汉族),北京市人,硕士研究生。

他汀类药物对 AS 性心脑血管病的二级预防作用已有大量的循证医学证据。如 Blauw 等所做的 Meta-分析, 该分析荟萃了 13 项随机、双盲、对照试验, 其中有 3 个大型研究, 包括 4S 试验 (the Scandinavian simvastatin survival study, 斯堪的那维亚辛伐他汀生存研究)、WOSCOP (west of Scotland coronary prevention, 西苏格兰冠心病预防研究) 和 CARE (cholesterol and recurrent events trial investigators, 胆固醇和心血管病事件复发研究), 分析发现他汀类药物治疗组发生缺血性脑卒中的危险性下降了 31%<sup>[21-23]</sup>。而张金盈等<sup>[24]</sup>实验结果显示, 氟伐他汀可改善高血脂兔内皮依赖性血管舒张功能及减少其 AS 的形成。

还有一些药物可起到稳定斑块的作用。如  $\beta$ -受体阻滞剂可以通过降低心率和血压来减少血管壁剪切力, 特别适用于心率快和伴有左室肥厚的患者; SAVE<sup>[25]</sup> 和 SOLVD<sup>[26]</sup> 试验研究显示, 血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 有抗 AS 和抗增殖作用, 其机制是通过阻断血管紧张素 II (Ang II) 减少巨噬细胞的聚集, 防止氧化反应物的积聚, 从而减缓斑块的进展; 阿司匹林不仅能够抑制环氧合酶的活性, 减少血小板激活物血栓素 A<sub>2</sub> (TXA<sub>2</sub>) 的合成, 而且能够通过降低白细胞介素-6 (IL-6)、C-反应蛋白 (CRP)、巨噬细胞集落刺激因子水平来抑制炎症反应, 从而降低斑块的形成与进展。

**2.1.2 手术治疗:** 针对症状性颈动脉狭窄行颈动脉内膜切除术 (CEA), 最著名的是 NASCET (北美有症状的 CEA 研究协作组) 试验<sup>[27]</sup> 和 ECST (欧洲颈动脉外科研究协作组) 试验<sup>[28]</sup>。NASCET 研究显示, 内科治疗组 2 年新发卒中率为 26%, CEA 组为 9%。ECST 研究显示, 内科治疗组 3 年新发卒中率为 26.5%, CEA 组为 14.9%。ACAS (无症状性 CAS 研究)<sup>[29]</sup> 是目前最大的无症状性颈动脉狭窄临床研究, 内科治疗组 5 年新发卒中率为 11.0%, CEA 组为 5.1%。其结论为凡有症状性颈动脉狭窄 >70% 的应行 CEA; 对有卒中高危因素的患者, 症状性狭窄 >50% 者, 或无症状性狭窄 >60% 者, 都应积极行 CEA; 并认为 CEA 对长期颈动脉同侧卒中特别是致残性卒中相当有效。但 CEA 作为一种有

创性外科干预治疗存在一定的风险性, 如颅神经麻痹、切口感染、卒中、心律失常、心力衰竭 (心衰)、心肌梗死等, 严重者可能死亡; 且 CEA 手术创伤较大, 不适合于高危患者及高位狭窄、多发狭窄、颅内动脉狭窄以及椎动脉狭窄者。

**2.1.3 介入治疗:** 颈动脉经皮腔内血管成形术 (PTA) 和颈动脉支架植入术是目前较为成熟的血管再通术, 适用于不适合 CEA 治疗的颈内动脉狭窄患者或 CEA 治疗后颈内动脉狭窄复发、再次手术风险较高的患者, 以及椎动脉和颅内颈内 AS 狭窄的患者。颈动脉 PTA 中并发症常出现斑块脱落、血管痉挛、内膜撕裂、心律失常等。ARChER (Acculink for revascularization of carotids in high risk patients) 研究<sup>[30]</sup> 显示, 581 例高危颈动脉狭窄患者行颈动脉支架植入术后并发症发生率为 15%; SAPHIRE (stenting and angioplasty with protection in patients at high risk for endarterectomy) 研究<sup>[31]</sup> 是一个囊括 29 个临床中心的大型临床随机对照研究, 主要是将使用远端保护装置的颈动脉支架植入术以及 CEA 疗效和并发症情况进行比较, 试验结果表明, 在高危颈动脉狭窄患者行支架植入术的同时使用脑保护装置, 疗效与 CEA 无明显差异。颈动脉支架植入术以其安全、有效、微创、适应证更广泛的特点已得到承认并有望取代 CEA。

Wholey 等<sup>[32]</sup> 对全球多个介入治疗中心颈动脉支架植入术治疗结果统计, 术后 30 d 内卒中或手术相关性病死率为 3.98%。但手术的安全性与有效性依赖于术前对脑血管和脑功能的全面评估、术中的规范操作及术后的跟踪治疗。

## 2.2 中医治疗研究

**2.2.1 中药干预:** 从传统中医学角度认识 AS, 其病理基础为痰证、瘀证、虚证, 故目前主要治则为化痰祛浊、活血化瘀、益气补肾等<sup>[33]</sup>。游景成等<sup>[34]</sup> 用祛湿化痰法治疗 AS、高黏滞综合征, 试验结果表明该方法能迅速降低 TC、TG、全血低切黏度、血浆黏度、纤维蛋白原、血小板聚集率等一系列指标, 改善血液高凝状态, 减少了因缺血、缺氧造成的靶器官损伤。陈建宗等<sup>[35]</sup> 用多中心随机对照试验观察复方丹参滴丸对 CAS 斑块的消退作用, 并与阿司匹林作用相比较, 结果表明复方丹参滴丸具有使 AS 软斑消退的作用, 其效果与阿司匹林相似。董国菊

等<sup>[36]</sup> 使用经方血府逐瘀汤加减制成精制血府胶囊。研究结果表明该药可以减少颈动脉血管内膜厚度, 消减斑块体积, 降低血管面积狭窄率, 减少斑块数目和斑块积分, 同时能在一定程度上改善血流动力学, 降低阻力指数。檀战山等<sup>[37]</sup> 研究表明, 应用心肺口服液能降血脂、抗氧化、抑制主动脉平滑肌增殖核抗原表达来减轻 AS 外, 也可对平滑肌细胞凋亡有诱导作用, 从而逆转 AS 的形成。此外, 有用补阳还五汤、大黄酒虫丸、抵当汤改良方、桃红四物汤等治疗 AS 的报道。艾志兵等<sup>[38]</sup> 通过使用小檗碱对 AS 的兔模型干预治疗, 从病理和颈动脉造影上均证实了小檗碱对 AS 的形成和发展有效, 从另外一个角度证实了 AS 炎症反应学说。

**2.2.2 针灸治疗:** AS 属中医“痰凝”、“血瘀”范畴, 治则以化痰软坚、行气散结、活血化瘀、益气通络为主, 应辨证循经取穴以调整脏腑功能, 使气血灌注周身, 津液流通, 使已胶结之痰浊瘀血、日久坚凝之斑块软化、消散。王伟志等<sup>[39]</sup> 取人迎、内关、风池、丰隆、足三里等穴, 诸穴合用共奏活血化瘀、涤痰散结之功效, 结果表明此法能明显降低患者血瘀证候积分, 改善患者的临床症状和体征; 纠正脂质代谢紊乱, 减弱脂质过氧化物 (LP) 氧化活性, 升高超氧化物歧化酶 (SOD) 活性, 降低内皮素 (ET) 水平, 升高降钙素基因相关肽 (CGRP) 水平, 改善患者血液流变学指标。王占奎等<sup>[40]</sup> 通过颈动脉超声形态学和血液动力学检查发现针灸治疗组较药物对照组 CAS 斑块的厚度和面积明显减少, 其中以治疗扁平斑、软斑效果较好, 消退率为 53.8%; 对颈总动脉、颈内动脉、颈外动脉的收缩期峰值血流速度、舒张末期最小值、搏动指数均有不同程度的增加, 阻力指数降低, 双侧颈动脉的内径增加, 颈动脉中膜厚度减小, 明显改善了颈动脉和脑动脉血流状况; 研究还发现针灸对颈动脉中、重度狭窄疗效不明显, 且对颈动脉收缩期最大血流速度, 舒张期最小血流速度影响不大。

## 3 结语

越来越多的研究表明 CAS 斑块的形成是一个长期、复杂的过程, 是由多种因素作用在不同环节引起的疾病, 故从单一因素寻找治疗 CAS 的有效方案是不全面、不科学的。

虽然颈动脉狭窄的外科治疗和介入治疗已日臻成熟,但术后较高的再狭窄率已经成为国内外脑血管研究领域的重点和热点。

大量临床试验表明了多种西药均有治疗和稳定 CAS 斑块,降低卒中发病率的疗效;但长期服用西药引起的不良反应也日益成为人们关注的焦点。中医学的辨证论治理论体系和治疗的整体性是其最大的优势之一;中药的多靶点综合干预治疗已显示出良好前景。深入细致地研究 CAS 斑块的病因学和中医证候学,认识其演变规律,用辨证论治结合现代药理学研究成果遣药组方,实现中西医结合治疗,并严格按照循证医学要求,设计大样本多中心的随机对照研究,有望使 CAS 斑块的疗效得到切实提高。

#### 参考文献:

- [1] Virmani R, Ladich E R, Burke A P, et al. Histopathology of carotid atherosclerotic disease [J]. *Neurosurgery*, 2006, 59 (5 Suppl 3): S219 - 227.
- [2] Kablak-Ziembicka A, Przewlocki T, Pieniazek P, et al. Evaluation of cerebral circulation in patients with significant carotid artery stenosis [J]. *Kardiologia Pol*, 2005, 63 (4): 381 - 389.
- [3] 刘亚平, 张莹, 王从旭, 等. 脑梗死与颈动脉粥样斑块的相关性分析 [J]. *中国脑血管病杂志*, 2005, 2(4): 153 - 155.
- [4] 阎平建, 刘建祥, 牛凌川, 等. 颈动脉狭窄与脑梗死的关系探讨 [J]. *卒中与神经疾病*, 2006, 13 (1): 23 - 24.
- [5] Ross R. Atherosclerosis: an inflammatory disease [J]. *N Engl J Med*, 1999, 340(2): 115 - 126.
- [6] de Winther M P, Kanters E, Kraal G, et al. Nuclear factor - kappa B signaling in atherogenesis [J]. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 2005, 25 (5): 904 - 914.
- [7] Tobias P, Curtiss L K. Thematic review series: the immune system and atherogenesis, paying the price for pathogen protection: toll receptors in atherogenesis [J]. *J Lipid Res*, 2005, 46(3): 404 - 411.
- [8] Frostegard J. Atherosclerosis in patients with autoimmune disorders [J]. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 2005, 25 (9): 1776 - 1785.
- [9] 沈洪, 尹明, 黎檀实, 等. 环氧化酶-2 在动脉粥样硬化中的表达及血清炎性细胞因子的变化 [J]. *中国危重病急救医学*, 2002, 14(4): 226 - 229.
- [10] 沈洪, 尹明, 郭继鸿, 等. 氧化低密度脂蛋白对血管平滑肌细胞早期凋亡的影响 [J]. *中国危重病急救医学*, 2003, 15(5): 295 - 298.
- [11] Ding C, He Q, Li P A, et al. Diabetes increases expression of ICAM after a brief period of cerebral ischemia [J]. *J Neuroimmunol*, 2005, 161 (1 - 2): 61 - 67.
- [12] Wick G, Knoflach M, Xu Q. Autoimmune and inflammatory mechanisms in atherosclerosis [J]. *Annu Rev Immunol*, 2004, 22: 361 - 403.
- [13] 田凤石, 胡大一, 李阳, 等. 心肌梗死和心绞痛患者的动脉微生物感染 [J]. *中国危重病急救医学*, 2004, 16(11): 683 - 684.
- [14] 张双彦, 郭英全, 于明, 等. 人白细胞 DR 抗原基因与动脉粥样硬化性脑梗死关系的研究 [J]. *中国危重病急救医学*, 2006, 18(5): 300 - 302.
- [15] 黄河清, 黄骏, 李明富. 谈肝气虚衰与动脉粥样硬化 [J]. *四川中医*, 1997, 15(2): 7 - 8.
- [16] 陈美华, 赵红佳, 林求诚, 等. 畅脉乐胶囊消退颈动脉粥样硬化斑块的疗效观察 [J]. *福建医药杂志*, 2001, 23(5): 1 - 3.
- [17] 陈俊发. 大黄蛰虫丸治疗颈动脉粥样硬化斑块 50 例 [J]. *山东中医杂志*, 2001, 20(6): 331 - 332.
- [18] 马雪柏, 毛春林, 张敏. 微循环障碍与肝阴虚证相互关系的研究 [J]. *中国中西医结合急救杂志*, 2004, 11(1): 47 - 49.
- [19] 吕以杰, 郭玉清, 孙德成, 等. 不稳定型心绞痛血浆 P-选择素水平变化及调脂干预的研究 [J]. *中国危重病急救医学*, 2001, 13(3): 156 - 157.
- [20] 郭汉林, 新建阳, 李晓阳, 等. 阿托伐汀对老年血脂异常的调脂及非调脂作用 [J]. *中国中西医结合急救杂志*, 2005, 12(1): 51 - 53.
- [21] Pedersen T R, Kjekshus J, Berg K, et al. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian simvastatin survival study (4S) 1994 [J]. *Atheroscler*, 2004, 5(Suppl3): S81 - 87.
- [22] West of Scotland coronary prevention study group. Influence of pravastatin and plasma lipids on clinical events in the west of Scotland coronary prevention study (WOSCOPS) [J]. *Circulation*, 1998, 97(15): 1440 - 1445.
- [23] Sacks F M, Pfeffer M A, Moye L A, et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels, cholesterol and recurrent events trial investigators [J]. *N Engl J Med*, 1996, 335(14): 1001 - 1009.
- [24] 张金盈, 李凌, 董建增, 等. 氟伐他汀和 L-精氨酸对高血脂兔血管舒张功能和动脉粥样硬化影响的比较研究 [J]. *中国危重病急救医学*, 1999, 11(9): 523 - 525.
- [25] Pfeffer M A, Braunwald E, Moye L A, et al. Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction: results of the survival and ventricular enlargement trial. The SAVE Investigators [J]. *N Engl J Med*, 1992, 327 (10): 669 - 677.
- [26] Shindler D M, Kostis J B, Yusuf S, et al. Diabetes mellitus, a predictor of morbidity and mortality in the studies of left ventricular dysfunction (SOLVD) trials and registry [J]. *Am J Cardiol*, 1996, 77(11): 1017 - 1020.
- [27] Henderson R D, Eliasziw M, Fox A J, et al. Angiographically defined collateral circulation and risk of stroke in patients with severe carotid artery stenosis: north American symptomatic carotid endarterectomy trial (NASCET) group [J]. *Stroke*, 2000, 31(1): 128 - 132.
- [28] European carotid surgery trialists' collaborative group. Randomised trial of endarterectomy for recently symptomatic carotid stenosis: final results of the MRC European carotid surgery trial (ECST) [J]. *Lancet*, 1998, 351 (9113): 1379 - 1387.
- [29] Executive committee for the asymptomatic carotid atherosclerosis study. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis [J]. *JAMA*, 1995, 273(18): 1421 - 1428.
- [30] Gray W A, Hopkins L N, Yadav S, et al. Protected carotid stenting in high - surgical - risk patients: the ARCHER results [J]. *J Vasc Surg*, 2006, 44 (2): 258 - 268.
- [31] Mozes G, Sullivan T M, Torres-Russotto D R, et al. Carotid endarterectomy in SAPHIRE - eligible high - risk patients: implications for selecting patients for carotid angioplasty and stenting [J]. *J Vasc Surg*, 2004, 39 (5): 958 - 965.
- [32] Wholey M H, Al-Mubarek N. Wholey M H. Update review of the global carotid artery stent registry [J]. *Catheter Cardiovasc Interv*, 2003, 60 (2): 259 - 266.
- [33] 冯宁娜, 王清海, 邓敏君, 等. 高血压颈动脉斑块形成高频超声检测与中医证候的关系 [J]. *中国中西医结合急救杂志*, 2005, 12(3): 183.
- [34] 游景成, 陈炳旺, 叶盈, 等. 祛湿化痰汤治疗 CHD 高粘滞综合征 61 例 [J]. *福建中医学院学报*, 1999, 9(4): 11.
- [35] 陈建宗, 赵永峰, 崔大江, 等. 复方丹参滴丸对颈动脉粥样硬化斑块的消退作用: 多中心随机对照实验 [J]. *中国临床康*

- 复, 2005, 9(19): 208-211.
- [36] 董国菊, 刘剑刚, 史大卓. 精制血府胶囊对颈动脉粥样硬化患者颈动脉超声相关指标的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(5): 397-399.
- [37] 檀战山, 刘军生, 王艳玲, 等. 心肺神口服液对动脉粥样硬化预防作用的实验研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2001, 8(6): 355-359.
- [38] 艾志兵, 何国厚, 刘勇, 等. 小檗碱对家兔颈动脉粥样硬化干预的实验研究[J]. 中风与神经疾病杂志, 2005, 22(2): 138-140.
- [39] 王伟志, 王占奎, 赵建国, 等. 针灸对缺血性脑血管病颈动脉粥样硬化患者血脂、血流变、LPO 和 SOD、ET 和 CGRP 的影响[J]. 上海针灸杂志, 2005, 24(7): 19-23.
- [40] 王占奎, 王伟志, 傅立新, 等. 针灸对颈动脉粥样硬化患者颈动脉形态学和动力学的影响[J]. 上海针灸杂志, 2005, 24(6): 8-11. (收稿日期: 2006-11-11 修回日期: 2007-01-20) (本文编辑: 李银平)

## • 治则 • 方剂 • 针灸 •

# 活血通络法治疗高血压病探讨

谢幼娟

(浙江省奉化市中医院, 浙江 奉化 315500)

**【关键词】** 高血压病; 活血通络法; 血液流变学

**中图分类号:** R259 **文献标识码:** B **文章编号:** 1008-9691(2007)02-0128-01

高血压病是最常见的心血管疾病, 患病率高, 可引起严重的心、脑、肾并发症, 是冠心病、脑卒中的主要危险因素。笔者总结多年的临床实践认为, 高血压病的病机根本是络脉瘀阻, 运用中医活血通络法往往可以收到满意的疗效。

### 1 络脉瘀阻是病机根本

高血压病多具有病程长、反复发作、迁延难愈的特点, 根据叶天士“久病人络”及王清任“久病人络为瘀”理论, 认为络脉瘀阻是高血压病的根本病机。

络脉是经络系统的分支, 包括十五络脉、孙络、浮络和血络等内容, 又有阴络、阳络、脏络、腑络及系络和缠络等称谓。它纵横交错、遍及全身, 内络脏腑、外联肢节, 构成了一个复杂的网络系统。其贯通表里上下, 环流气血津液, 渗灌脏腑组织, 维持着人体正常的生命活动。因此, 络脉既是沟通机体内外、保障脏腑气血灌注的功能性网络系统, 又是协调机体内外环境统一和维持机体内稳态的重要结构。络脉具有双向性和满溢灌注的特点, 能使经脉中的气血流溢于络脉, 又通过络脉散布于脏腑肌膜之中, 还可通过散布于脏腑肌膜的气血渗入络脉而灌于经脉。因此, 络脉与现代医学所描述的微循环在分布、结构和功能上非常相似。络脉维系气血津液双向流动、渗灌的特点正和微循环中毛细血管网的作用相似, 而微循环在维持机体正常血液循环、

保持血压恒定方面起着非常重要的作用。高血压病是全身性的血管疾病, 在病位上与络脉有关联, 故高血压病属于络脉病变。因此, 一旦络脉瘀阻, 就会引起微循环障碍, 破坏机体正常血液循环, 从而导致高血压病。

我们在临床上发现, 高血压病的形成与血液流变学异常、微循环障碍、血管内皮细胞损伤、血小板功能异常、红细胞变形力减弱有密切关系。因此, 高血压病患者都存在不同程度的高黏血症和血液流变学指标异常等现象, 这些都是络脉瘀阻在临床上的具体表现。同时高血压病患者多伴有高血脂、高血糖、高尿酸等病症, 这样更加重了高黏血症, 从而使络脉瘀阻更加明显。

引起络脉瘀阻的原因很多, 长期精神紧张或恼怒忧思, 可使肝气内郁、郁久化火, “血得热则煎熬成块”, 而致络脉瘀阻; 肝肾同源, 肝火也可灼伤肝肾之阴, 形成肝肾阴虚、肝阳偏亢、阴虚阳亢, 气血逆乱、血流不畅, 而致络脉瘀阻; 饮食失节, 过食肥甘厚味, 或饮酒过度以致湿浊内生, 湿浊久蕴可以化热, 热又能灼津成痰, 痰浊阻塞络脉, 而致络脉瘀阻; 劳伤过度易致肾气亏虚, 气虚无力运血, 而致络脉瘀阻。

### 2 活血通络为治疗大法

中医辨证施治对高血压病有较好的疗效<sup>[1]</sup>; 采用综合个体化治疗方法可明显提高对血压的控制率<sup>[2]</sup>。既然络脉瘀阻是高血压病的根本病机, 那么治疗就

应该以活血通络法为主, 这样才能疏通血脉, 激清扬浊, 从而降低血压。方用自拟通络降压汤, 药物组成: 益母草 30 g, 泽兰 12 g, 川牛膝 15 g, 水蛭 6 g, 地龙 10 g, 当归 9 g, 赤芍 12 g, 生山楂 20 g, 葛根 20 g。伴头痛、头胀、面红、易怒、口苦、失眠等肝火亢盛者, 可合用天麻钩藤饮加减; 伴眩晕、心悸、失眠、视物模糊、健忘、舌红少苔等肝肾阴虚者, 可合用知柏地黄汤加减; 伴头重如蒙、胸闷心悸、体胖倦怠、食少多寐等痰浊内蕴者, 可合用半夏白术天麻汤加减; 伴眩晕、肢冷、腰酸、尿频、耳鸣等肾气亏虚者, 可合用金匱肾气丸加减。

现代医学研究证实, 益母草、当归、水蛭、地龙、赤芍等活血通络药均具有抑制血小板活性、降低血液黏度、扩张血管、改善微循环等作用, 从而减少外周血管阻力、恢复血流动力平衡, 而使血压恢复至正常范围, 进一步减少心脑血管疾病的并发症。

### 参考文献:

- [1] 郭善才. 中西医结合治疗阴虚型原发性高血压 40 例[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2005, 12(1): 20.
- [2] 邓启华, 符文增, 邓松涛. 高血压病中西医结合辨证分型个体化治疗方法学的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 1999, 6(10): 438-441.

(收稿日期: 2006-10-09)

(本文编辑: 李银平)

作者简介: 谢幼娟(1967-), 女(汉族), 浙江人, 副主任医师。