

仁卫医药
科普赋能

发现颈动脉斑块不要慌，科学应对是关键

文 / 陕西省兴平市人民医院 许奎军

关键词：颈动脉斑块；脑梗死风险；斑块干预；定期监测



许奎军 神经内科主任，副主任医师。

擅长高血压、癫痫、帕金森综合征、痴呆等疾病的诊治。荣获兴平市第三届“有突出贡献优秀人才”奖，两届“最美兴平人”和咸阳市第十三届劳动模范；在国家核心期刊发表论文3篇，在省级期刊发表论文3篇，获科技论文二等奖1项，市科技论文三等奖1项。

颈动脉斑块在中老年人的体检报告中频繁出现，让不少人陷入恐慌。事实上，颈动脉斑块引发脑血管意外的风险，需结合斑块性质、血管狭窄程度等多重因素综合判断。本文从颈动脉的生理作用、斑块形成机制出发，解析不同类型斑块的风险差异，破除认知误区，并结合临床指南给出风险评估、干预及监测的科学方案，帮助读者理性看待颈动脉斑块。

一、读懂体检单上的颈动脉斑块

拿到体检报告，上面“颈动脉斑块形成”的字样往往让人心头一紧。不过，颈动脉斑块只是动脉粥样硬化在颈动脉部位的具体表现，如同血管壁上长出的“小斑块”，其危险程度不能一概而论，核心要看斑块的大小、性质，以及是否造成血管狭窄。

1. 颈动脉：为大脑供血的“主干道”

颈动脉分布在颈部两侧，是心脏向大脑输送血液的核心通道，分为颈总动脉、颈内动脉和颈外动脉，其中颈内动脉直接为大脑半球前2/3区域供血，是维持大脑正常功能的关键血管。正常状态下，颈动脉内壁光滑、弹性良好，血液可顺畅流通；而当动脉粥样硬化发生时，脂质、纤维组织等物质会在血管壁逐渐沉积，形成斑块，若斑块持续发展，可能造成血管狭窄，进而影响脑部的血液供应。

2. 斑块：长期积累形成的血管问题

颈动脉斑块并非突然出现，而是一个缓慢进展的过程，其形成与多种危险因素相关，可总结为“四高两不良”。

(1) 高血压、高血糖、高血脂、高同型半胱氨酸

长期的高血压会损伤血管内皮，高血糖会破坏血管弹性，而血脂中的低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）易在血管壁上沉积，高同型半胱氨酸则会促进血管炎症反应。

(2) 不良饮食习惯和不良生活方式

长期高油、高盐、高糖饮食，以及吸烟、酗酒、久坐、熬夜等习惯，都会加速血管壁的损伤，为斑块形成创造条件。

二、分清稳定型斑块和不稳定型斑块

判断颈动脉斑块的危险程度，核心是分清其是稳定型斑块还是不稳定型斑块。这两者的风险天差地别。临床可通过超声、CT血管造影（CTA）等影像学检查明确斑块类型，为后续干预提供依据。

1. 稳定型斑块：低风险的“老实斑块”

稳定型斑块的核心特征是具有厚纤维帽、小脂质核心、少炎症细胞，如同被坚固外壳包裹的小脂肪球，不易破裂或脱落，对血管狭窄的影响也较小，在短期内引发脑梗死的风险极低。

在超声检查中，稳定型斑块表现为强回声（类似骨骼的回声），斑块表面光滑、形态规则，无溃疡或出血

表现。这类斑块多见于无高血压、糖尿病等基础疾病的人群，被发现时体积较小，未造成血管狭窄，且患者无头晕、肢体麻木等不适症状。

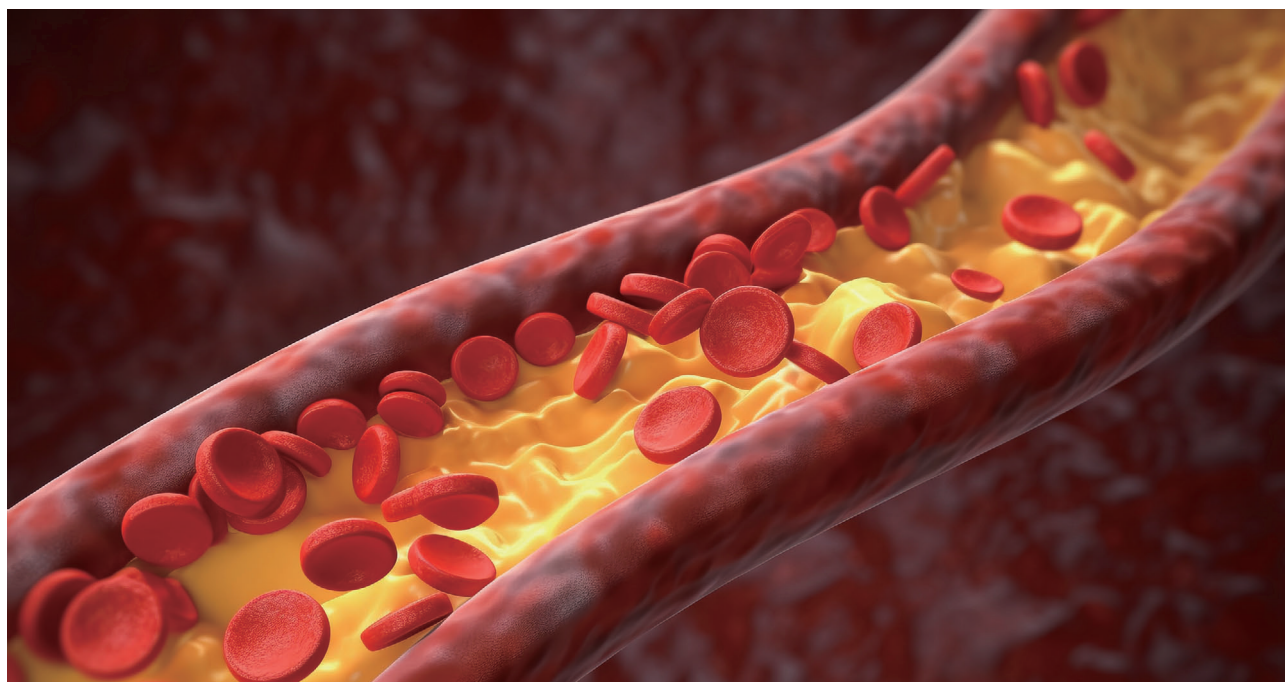
对于稳定型斑块，管理原则以生活方式干预和定期监测为主，每年复查一次颈动脉超声即可。

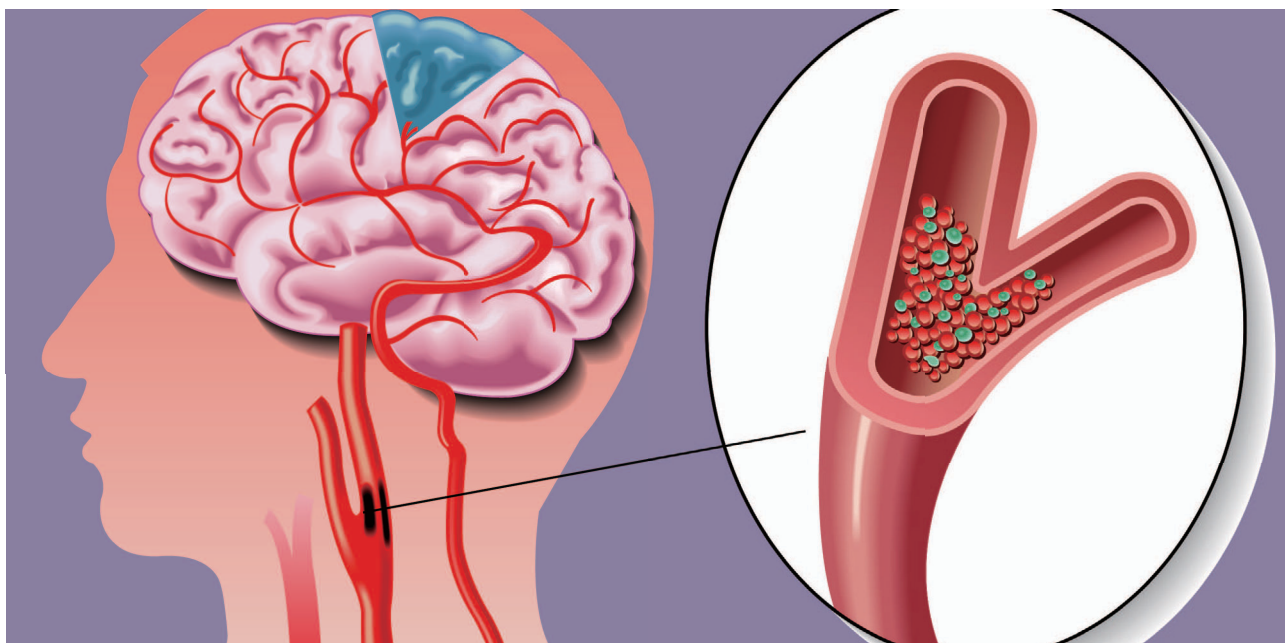
2. 不稳定型斑块：需警惕的“危险斑块”

不稳定型斑块与稳定型斑块相反，具有薄纤维帽、大脂质核心、多炎症细胞的特点，如同外壳脆弱、内部饱满的皮球，极易发生破裂。斑块破裂后，释放的脂质和碎片会激活人体的凝血系统，形成血栓，进而堵塞脑血管，引发脑梗死。

超声或CTA检查中，不稳定型斑块多表现为低回声或混合回声（类似软组织的回声），斑块表面不光滑，存在溃疡、出血或钙化不明显的情况，部分还会伴随斑块内出血或血栓形成。

若斑块造成血管狭窄程度在50%及以上，或患者同时合并高血压、糖尿病、吸烟史，或出现头晕、眼前发黑、肢体无力等症状，均为斑块高危的重要信号。临床数据显示，不稳定型斑块患者发生脑梗死的风险，是稳定型斑块患者的5~10倍；尤其是血管狭窄程度在70%及以上且伴随不适症状的患者，1年内的脑梗死发生率可达10%~15%，需高度警惕。





三、对斑块的科学评估与干预

体检发现颈动脉斑块后,不必过度慌张,核心是及时完成专业的风险评估,再根据评估结果制定个体化的干预方案。

1.通过检查给斑块精准“打分”

通过以下三项检查,可明确斑块的性质、血管狭窄程度及患者整体的脑血管风险,为后续干预方案的制定提供科学依据,其中颈动脉超声为必做检查。

颈动脉超声是评估颈动脉斑块最基础的检查。该检查无创伤、费用低,可以清晰地判断斑块的大小、回声类型,以此确定斑块稳定性,同时评估血管狭窄程度,适合作为斑块的初步评估手段。

颈动脉CTA或MRA(磁共振血管造影)为必要时的进一步检查。若超声检查提示斑块为不稳定型,或血管狭窄程度在50%及以上,则需再进行CTA或MRA检查,以此清晰地显示斑块的细节,如脂质核心大小、纤维帽厚度等,同时明确狭窄血管的具体位置,帮助医生判断患者是否需要手术干预。

脑血管风险综合评估则需结合实验室检查与个人病史。重点检查血压、血糖、血脂(尤其是LDL-C)、同型半胱氨酸等指标,同时结合患者是否有吸烟史、脑梗死家族史以及年龄等因素,由专业医生综合判断患者的整体脑血管风险等级(低危、中危、高危)。

2.针对性管理不同风险的斑块

不同风险等级的颈动脉斑块,干预策略存在明显差异,核心原则是分层管理、精准施策,根据低危、中危、高危三个等级,制定对应的干预方案。

(1)低危斑块:以生活方式调整为核心

低危斑块的判定标准为:稳定型斑块,同时血管狭窄程度在50%以下,且无基础疾病。对于这类斑块的干预以生活方式调整为主,患者不需要服用药物治疗或进行手术干预。

(2)中危斑块:生活方式调整联合药物治疗

中危斑块的判定标准为:稳定型斑块,同时血管狭窄程度在50%~69%;或不稳定型斑块,同时血管狭窄程度在50%以下。对于这类斑块的干预需在生活方式调整的基础上,配合药物治疗,同时严格控制基础疾病。基础药物治疗以他汀类药物为主,如阿托伐他汀、瑞舒伐他汀,这类药物不仅能将LDL-C控制在2.6 mmol/L以下,还能稳定斑块、增加纤维帽厚度、减少血管炎症反应,降低斑块破裂风险。治疗期间,每6~12个月复查一次颈动脉超声,每12个月复查血脂、肝肾功能,以此监测他汀类药物的不良反应,若发现斑块进展或患者出现不适症状,需及时调整干预方案。

(3)高危斑块:药物治疗联合手术

高危斑块的判定标准为:不稳定型斑块,同时血管

狭窄程度在50%及以上;或稳定型斑块,同时血管狭窄程度在70%及以上;或伴随头晕、眼前发黑等不适症状。

对于这类斑块需采取药物治疗联合手术的强化干预方式,以最大程度地降低脑梗死风险。药物治疗方面,需调整他汀类药物剂量,将LDL-C控制在1.8 mmol/L以下,必要时联合抗血小板药物(如阿司匹林、氯吡格雷双联抗血小板治疗3~6个月),更严格地控制高血压、糖尿病等基础疾病。

手术干预需符合临床指征,目前主要有两种方式:一是颈动脉内膜剥脱术(CEA),适合血管狭窄程度在70%及以上且有症状的患者,或血管狭窄程度在80%及以上但无症状的患者;二是颈动脉支架植入术(CAS),适合无法耐受手术的患者,如高龄、合并严重心肺疾病,或斑块位置特殊的患者,通过植入支架扩张狭窄血管,防止斑块脱落。监测方面,患者应在术后3个月、6个月、12个月分别复查颈动脉超声或CTA,之后每年复查一次,重点监测支架内是否出现再狭窄,或是否有新的斑块形成。

四、理性看待斑块,做好长期管理

多数情况下,体检发现的颈动脉斑块为稳定型小斑块,通过科学的生活方式干预和规律的定期监测,可长期保持稳定;而对于少数高危斑块,只要及时完成专业评估,采取规范的药物或手术干预,也能有效降低脑血管意外的风险。

面对颈动脉斑块,最忌讳的是两种极端态度:一是过度恐慌,发现斑块后忧心忡忡,盲目寻求药物或手术治疗,造成医疗资源浪费;二是盲目忽视,认为斑块无关紧要,依旧保持不良的饮食和生活方式,最终导致低危斑块进展为高危状态。

总之,体检发现颈动脉斑块需要理性看待,这不过是血管健康管理的起点。只要通过专业检查明确风险等级,制定个体化的干预方案,将斑块管理纳入长期的健康计划,坚持进行生活方式调整,规律用药并定期监测,就能有效稳定斑块,守护脑血管健康。

药物与人

本文编辑:李修坤

