

总主编

何清湖 郭志华 易法银

古今传世秘方
专治一种病系列丛书

GUJIN CHUANSHI MIFANG
ZHUANZHI YIZHONGBING
XILIE CONGSHU

高血压

良方大全

刘建和 苏联军 毛以林 主编



山西出版传媒集团



山西科学技术出版社

古今传世秘方专治一种病系列丛书

高血压良方大全

总策划 赵志春

总主编 何清湖 郭志华 易法银

主 编 刘建和 苏联军 毛以林

副主编 谢雪姣 肖碧跃 赵吉锐 雷娄芳

编 委 (按姓氏笔画排序)

石玲燕 刘璐臻 李杳瑶 杨成龙

周 正 彭 程

秘 书 樊兆义

山西出版传媒集团
山西科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

高血压良方大全/何清湖等总主编. —太原:山西科学技术出版社,2015. 12

(古今传世秘方专治一种病)

ISBN 978 - 7 - 5377 - 5220 - 6

I. ①高… II. ①何… ②郭… ③易… III. ①高血压—验方—汇编 IV. ①R289. 5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 253299 号

高血压良方大全

出 版 人: 张金柱

总 主 编: 何清湖 郭志华 易法银

责 任 编 辑: 赵志春

责 任 发 行: 阎文凯

封 面 设 计: 吕雁军

出 版 发 行: 山西出版传媒集团·山西科学技术出版社

地址: 太原市建设南路 21 号 邮编: 030012

编辑部电话: 0351 - 4922073

发 行 电 话: 0351 - 4922121

印 刷: 太原彩亿印业有限公司

网 址: www.sxkxjscbs.com

微 信: sxkjcbs

QQ 信 箱: 568758452

开 本: 787mm × 1092mm 1/16 印张: 17. 25

字 数: 320 千字

版 次: 2016 年 1 月第 1 版 2016 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978 - 7 - 5377 - 5220 - 6

定 价: 34. 00 元

本社常年法律顾问: 王葆柯

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与印刷厂联系调换。

总 序

近年来,随着我国经济总量的不断增强,中华优秀传统文化的自信也日渐凸显。中医药是中华优秀传统文化的重要组成部分,是打开中华文明宝库的钥匙。随着中国经济文化的复苏,中医药也迎来了良好的发展机遇,党和国家政策高度重视,群众对中医药认同度不断提升,中医药学术日益繁荣进步。刘延东副总理在与国医大师座谈时明确提出,“中医药是我国独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源、重要的生态资源。”对中医药在当前中国社会经济发展中的作用和地位给予了高度概括。广大中医药从业者应当抓住机遇,奋发向上,促进中医药事业的不断繁荣发展。

服务患者、治病救人是中医药事业的第一要务,提高诊疗水平、提升临床疗效是中医临床医生的职业使命。当今医学飞速发展,临床分科越来越细,中医药专科专病化方向也是中医药临床发展的必然趋势。当代的中医临床医生,在掌握比较广博的中医药基础知识的前提下,更需要在某一个专科或者某一个病种领域深入研究,有所特长。

众所周知,中医临床的特色在于辨证论治。辨证论治本身包含诊断和治疗两个方面。整体观念、四诊合参是中医辨证(诊断)的特色,因证立法、因法选方、因方遣药则是中医论治(治疗)的经典范式,论治的关键在于选方。而当前中医临床人员普遍的一个薄弱点在于方药不够娴熟,胸中无方,处方用药就很难中规中矩,往往就成了“开药医生”而非“开方医生”。另外,中医不

少的治疗经验和独特的治疗方法,散见于大量的文献刊物中,缺乏系统的整理,导致学者查寻困难。有鉴于此,我们组织了一批资深中医临床专家,根据当前中医专科专病化趋势,选择中医临床有疗效优势的六个病种,分别编写了《冠心病良方大全》、《高血压良方大全》、《糖尿病良方大全》、《脾胃病良方大全》、《中风病良方大全》和《肿瘤良方大全》,合而构建形成《中医良方》丛书。

丛书立足专科专病方剂的整理和应用,体现了“精”“大”“全”三个鲜明的特色。“精”,是指病种的精选,所选的六个专科病种,都是临床常见而中医药有较好疗效的病种,也是中医临床医生最需提高诊疗水平的几个病种,并未泛选滥用;“大”,则是涉及的方剂数量巨大,如《糖尿病良方大全》涉及专病方剂 1740 余首,《中风病良方大全》更是涉及 3000 余首专科方剂;“全”,即全面完备,每个专科病种所遴选方剂,既有古代方,又有近现代方,古方文献覆盖先秦两汉至明清时期,近现代方多为国家级或省级名中医效验方,既有辨证专方,又有通用良方,既有针对专病的良方,还有针对并发症的验方,既有以证统方,也有以病统方,病证结合,十分全面。

本套丛书的编写,历时较久,编者查阅了大量资料,并经过精心筛选,择其精要而成,为中医临床、科研、教学人员提供较可靠的参考信息,也适合广大患者及医学爱好者查阅。由于编者水平有限,书中疏漏之处在所难免,还请读者朋友在使用过程中不吝提出宝贵意见,以便有机会再版时修订完善。

湖南中医药大学 何清湖

2015 年 10 月于长沙

《中医良方》丛书编委会名单

总策划 赵志春

总主编 何清湖 郭志华 易法银

编 委(按姓氏笔画排序)

王小菊	王少波	王洪海	王理槐	毛以林	文 静
尹 浩	邓一飞	石玲燕	田长庚	田双喜	吉杏媛
闫秋林	伍 静	伊拉吉	刘卜涵	刘文琛	刘 华
刘亚雄	刘 侃	刘奇志	刘建和	刘 峰	刘振杰
刘璐臻	齐 婧	汤 艳	阳 力	孙桐林	孙晨霞
严健如	苏丽清	苏联军	李 中	李 为	李杳瑶
李 菁	杨会元	杨成龙	杨 柳	肖 彦	肖碧跃
肖 麟	吴玲娇	吴彬才	吴源陶	何亚琴	邹译娴
邹晓玲	邹 婷	宋 洋	张轩绮	张佳丽	张海兵
张 辉	张 婷	张 翔	张 强	陈 成	陈志成
陈 晖	陈湘鹏	陈 瑶	林湘东	罗文娟	周月红
周 正	周 伟	周 欢	周颖燦	周赛男	周德生
孟 云	孟翠霞	赵吉锐	胡文孝	胡 华	胡 维
侯小花	姜 玲	姚欣艳	贺海霞	袁 倩	徐 寅
高云峰	高晓峰	郭忠聪	郭 璇	唐 宏	唐利文
容丽辉	黄丽君	黄柳向	黄 娟	黄 琪	盛 望
符 佳	康 超	彭廷云	彭 勃	彭 程	彭熙炜
敬 佩	喻 嵘	喻 斌	曾 勇	曾柏荣	谢运军
谢志胜	谢雪姣	谢 琼	谢 静	雷娄芳	简心璐
蔡亚宏	廖春来	谭华梁	谭 雄	熊昌红	樊兆义
樊丽萍	黎 娟	颜佳博	颜 博	戴李婷	

前 言

据估算截止 2012 年我国 15 岁以上人群高血压患病率为 24%，全国高血压患者达 2.66 亿，伴随人口老龄化、城镇化的进程，生活方式和膳食结构的改变，高血压患病率呈增长态势。

我国心脑血管病现患人数 2.9 亿。每年约有 350 万人死于心脑血管疾病，占总死亡原因的首位（41%），平均每 10 秒钟就有 1 人死于此病。我国现有脑卒中患者至少 700 万，心肌梗死 250 万，这些患者超过一半存在不同程度的残疾。心脑血管病死亡人群中，一半以上与高血压有关，所以高血压的治疗尤为重要。主要从生活方式及药物治疗两方面改善患者血压。生活方式改变主要包括：减轻体重、减少钠盐摄入、补充钾盐、减少脂肪摄入、戒烟限酒、增加运动、减轻精神压力，保持心态平衡等；药物治疗主要包括：利尿剂、受体拮抗剂、钙通道阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素 II 受体拮抗剂，然而部分患者服用降压药血压稳定后，仍然伴有头晕、头痛、面红目赤等不适症状，服用中药不仅能改善血压并且能解决患者所伴随的不适症状。

中医认为，本病隶属于“眩晕”、“头痛”范畴，与肝肾关系最为密切，与心、肺、脾相关。治疗上本着辨证论治的原则，加之后世医家对本病认识的不断深入，不仅将某些经方名方运用到本病的治疗中，而且还创制出许多疗效卓著的经验方，并且通过临床与实验研究证实中医方剂和中药降血压的确

切疗效。

开编作了高血压概述，为方便广大患者及医务工作者了解、使用这些行之有效的高血压良方、良药，编者翻阅了大量的医学书籍和文献，将收集的高血压良方和良药重新分类，分为补虚类、泻实类、补虚泻实类及通治良方，并简单介绍了某些验方与食疗方，介绍其组成、功用、用法加减和出处，同时将市面流通的常用中成药加以介绍其成份、功用、用法和使用注意，最后将常用的具有降血压作用的中药进行归纳总结，介绍其性味、归经、功用、用法、药理和出处。

本书着重介绍治疗高血压的常见中医方药，指导医生及高血压患者正确使用这些良方。因为时间仓促，书中难免有不足之处，恳请读者批评指正，以便再版时修正。

湖南中医药大学第一附属医院 刘建和

湖南中医药大学 苏联军

2015年10月

目 录

上 编 高 血 压 概 述

一、血压的形成	3
二、血压的正确测量方法	4
三、高血压的诊断及高血压分级	4
四、高血压的危险因素	5
五、高血压的症状	6
六、高血压的靶器官损害及并发症	7
七、高血压的西医治疗	9
八、高血压的中医治疗	12

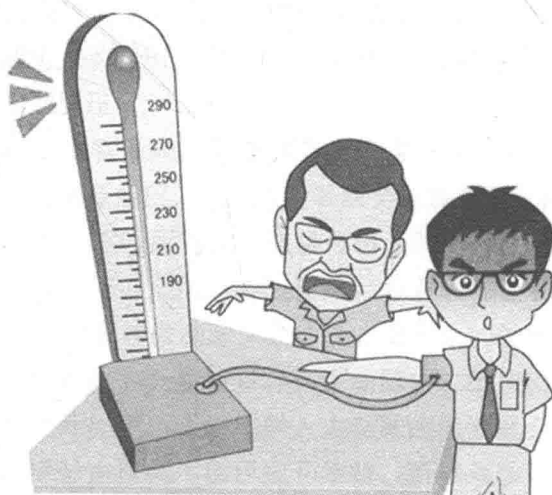
下 编 高 血 压 良 方

第一章 辨证良方	19
第一节 补虚类良方	19
一、益气类良方	19
二、温阳类良方	24
三、滋阴类良方	29
四、补血类良方	39
五、阴阳双补类良方	40
六、气血双补类良方	50
第二节 泻实类良方	52
一、平肝类良方	52
二、泻火类良方	61
三、祛痰类良方	78
四、活血类良方	87
五、利水类良方	96

第三节 补虚泻实类良方	97
第二章 通治良方	150
第一节 基础方	150
一、汤剂	150
二、片剂	163
三、胶囊剂	164
四、散剂	167
五、丸剂	168
六、其他	168
第二节 中成药	170
一、片剂	170
二、胶囊剂	176
三、颗粒剂	179
四、丸剂	180
五、液体剂	184
六、其他	184
第三章 高血压并发症良方	186
第一节 合并冠心病良方	186
第二节 合并心力衰竭良方	197
第三节 合并脑卒中良方	204
第四节 合并肾病良方	211
第五节 合并糖尿病良方	218
第六节 合并高脂血症良方	225
第七节 合并高尿酸血症良方	228
第四章 验方与食疗良方	230
第五章 外治良方	242
第六章 降压良药	243
第一节 平抑药	243
第二节 熄风药	245
第三节 清肝药	247
第四节 活血药	253
第五节 利水药	257
第六节 补气药	260
第七节 补阳药	261
第八节 补血药	263

上 编

高血压概述



我国自 20 世纪 50 年代以来进行了 4 次较大规模的成人血压普查, 1959 年我国成人高血压患病率仅为 5%, 2002 年上升到 19%, 估计每年新增加 1000 万例患者, 估算 2012 年 15 岁以上人群患病率 24%, 全国高血压患者达 2.66 亿。可见, 伴随人口老龄化、城镇化的进程, 生活方式和膳食结构的改变, 高血压患病率呈增长态势。同时应注意, 现在高血压越来越年轻化, 儿童和中青年高血压的患病率呈持续上升趋势。

我国心脑血管病现患人数 2.9 亿。每年约有 350 万人死于心脑血管疾病, 占总死亡原因的首位 (41%), 平均每 10 秒钟就有 1 人死于此病。我国现有脑卒中患者至少 700 万, 心肌梗死 250 万, 这些患者超过一半存在不同程度的残疾。心脑血管病死亡人群中, 一半以上与高血压有关。^[1]

但我国人群高血压知晓率、治疗率和控制率分别为 30.2%、24.7% 和 6.1%, 依然很低。我国高血压患病率和流行存在地区、城乡和民族差别, 随年龄增长而升高。北方高于南方, 华北和东北属于高发区; 沿海高于内地; 城市高于农村; 高原少数民族地区患病率较高。男、女性高血压总体患病率差别不大, 青年期男性略高于女性, 中年后女性稍高于男性。^[2] 所以高血压相关知识亟待普及。

一、血压的形成

通常讲的血压多指动脉血压, 其指流动的血液对动脉管壁单位面积上的侧压力, 在一个心动周期中, 动脉血压随着心室的收缩与舒张而发生规律性的波动, 心室收缩时, 主动脉压升高, 约在收缩期的中期达到最高值, 称收缩压; 心室舒张时, 主动脉压下降, 在心舒张末期降到最低值, 称为舒张压。收缩压和舒张压之差称为脉搏压, 简称脉压。一个心动周期中动脉血压的平均值, 称平均动脉压, 约等于舒张压加 $\frac{1}{3}$ 脉压。一般所说的动脉血压是指主动脉压, 由于在大动脉中血压降落很小, 故通常将在上臂测得的肱动脉压代表主动脉压。

血压形成一般应具备以下条件: 1. 心血管系统内的血液充盈, 其是血压形成的前提, 所以大失血、严重失液的患者会出现低血压, 相反大量补液会出现血压升高; 2. 心脏射血, 为血压形成提供能量, 心室收缩时所释放的能量可转为两部分, 一部分推动血液流动; 另一部分转化为对血管的压力, 所以心肌梗死、心力衰竭患者会出现血压降低; 3. 外周阻力, 主要来自小动脉和微动脉, 其适度收缩产生的外周阻力能阻碍血液从大动脉快速流向外周, 从而使部分血液暂存在大动脉内, 维持动脉血压在一定高度。如果只有心脏射血而无外周阻力, 心室射入主动脉的血液就会全部流走, 动脉内不能保持足够的血量, 动脉血压就不能形成和维持, 所以夏季气温高小动脉和微动脉舒张血压偏低, 相反冬季血管收缩血压偏高; 4. 大动脉的弹性贮器作用, 在心室收缩期, 大动脉发生弹性扩张, 将心室收缩产生的部分能量贮存在被扩张的血管壁内, 在心室舒张期, 大动脉发生弹性回缩, 继续推动血液流动, 使

心室间断的射血转变为动脉内连续的血流，并缓冲了心动周期中血压的波动，使收缩压不致过高、舒张压不致过低，所以动脉硬化患者会出现收缩压偏高、舒张压偏低、脉压差增大。^[3]

二、血压的正确测量方法

血压计的种类及特点：①水银血压计，水银血压计测得的数值准确，但它体积较大，玻璃管易破裂；②弹簧表式血压计，又称无液血压计、压力表式血压计，携带方便，但欠准确；③电子血压计，操作方便，清晰直观，不需听诊器，使用方便、简单。^[4] 以下介绍水银血压计测量血压的方法：

被测量者半小时内禁烟、禁咖啡，安静环境下在有靠背的椅子休息至少 5min。取仰卧或坐位测血压，被检查者上肢裸露伸直并轻度外展，肘部置于心脏同一水平，将气袖均匀紧贴皮肤缠于上臂，使其下缘在肘窝以上约 2~3cm，气袖之中央位于肱动脉表面。检查者触及肱动脉搏动后，将听诊器体件置于搏动上准备听诊。然后，向袖带内充气，边充气边听诊，待肱动脉搏动声消失，再升高 20~30mmHg 后，缓慢放气，双眼随汞柱下降，平视汞柱表面，根据听诊结果读出血压值。首先听到的响亮拍击声（第 1 期）代表收缩压，随后这些声音被柔和吹风样杂音所代替成为第 2 期，在第 3 期当压力进一步降低而动脉血流量增加后，拍击声重新出现，然后音调突然变得沉闷为第 4 期，最终声音消失即达第 5 期。第 5 期声音消失前的血压值即舒张压，血压至少应测量 2 次。需注意的是，部分被检查者偶尔可出现听诊间隙（在收缩压与舒张压之间出现的无声间隔），可能因未能识别而导致收缩压的低估。因此，需注意向袖带内充气至肱动脉搏动声消失后，再升高 30mmHg，一般能防止此误差。

气袖宽度：气袖大小应适合患者的上臂臂围，至少应包裹 80% 上臂。手臂过于粗大，用标准气袖测值会过高，反之，手臂太细或儿童测压时用标准气袖则结果会偏低。因此，针对这些情况，为保证测量准确，须使用适当大小的袖带。^[5]

三、高血压的诊断及高血压分级

目前大众所讲的高血压多指原发性高血压，其是以体循环动脉压升高为主要临床表现的心血管综合征，通常简称为高血压。具体来说如何诊断高血压：

高血压诊断主要根据诊室测量的血压值，采用经核准的水银柱或电子血压计，测量安静休息坐位时上臂肱动脉部位血压，一般需非同日测量三次血压值收缩压均 $>140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压均 $\geq 90\text{mmHg}$ 可诊断高血压。患者既往有高血压史，正在使用降压药物，血压虽然正常，也诊断为高血压。也可参考家庭自测血压收缩压 $\geq 135\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 85\text{mmHg}$ 和 24 小时动态血压收缩压平均值 $\geq 130\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 80\text{mmHg}$ ，白天收缩压平均值 $\geq 135\text{mmHg}$ 和（或）舒

张压平均值 $\geq 85\text{mmHg}$ ，夜间收缩压平均值 $\geq 120\text{mmHg}$ 和（或）舒张压平均值 $\geq 70\text{mmHg}$ 进一步评估血压状态。一般来说，左、右上臂的血压相差 $< 10 \sim 20\text{mmHg}$ ，右侧 $>$ 左侧。如果左、右上臂血压相差较大，要考虑一侧锁骨下动脉及远端有阻塞性病变。如疑似直立性低血压的患者还应测量平卧位和站立位血压。是否血压升高，不能仅凭每次或2次诊室血压测量值，需要经过一段时间的随访，进一步观察血压变化和总体水平。

根据血压升高水平，进一步将高血压分为1~3级，具体如下表1：

表1 血压水平分类和定义

分类	收缩压		舒张压
正常血压	< 120	和	$<$
正常高值血压	$120 \sim 139$	和（或）	$80 \sim 89$
高血压	≥ 140	和（或）	≥ 90
1级高血压（轻度）	$140 \sim 159$	和（或）	$90 \sim 99$
2级高血压（中度）	$160 \sim 179$	和（或）	$100 \sim 109$
3级高血压（重度）	≥ 180	和（或）	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	和	< 90

注：当收缩压和舒张压分属于不同分级时，以较高的级别作为标准。以上标准适用于任何年龄的成年男性和女性

四、高血压的危险因素

（一）遗传因素

高血压具有明显的家族聚集性。父母均有高血压，子女发病概率高达46%，约60%高血压患者有高血压家族史，且在血压高度、并发症发生以及其他有关因素如肥胖等方面也有遗传性。

（二）环境因素

1. 饮食

- （1）钠盐摄入，不同地区人群血压水平和高血压患病率与钠盐平均摄入量显著正相关，但同一地区人群中个体间血压水平与摄盐量并不相关，摄盐过多导致血压升高主要见于对盐敏感的人群。
- （2）高蛋白质摄入，属于升压因素。
- （3）脂肪摄入，饮食中饱和脂肪酸或饱和脂肪酸/多不饱和脂肪酸比值较高也属于升压因素。

(4) 酒精摄入, 饮酒量与血压水平线性相关, 尤其与收缩压相关性更强。

(5) 叶酸摄入, 我国人群叶酸普遍缺乏, 导致血浆同型半胱氨酸水平增高, 与高血压发病正相关, 尤其增加高血压引起脑卒中的风险。

2. 精神应激

城市脑力劳动者高血压患病率超过体力劳动者, 从事精神紧张度高的职业者发生高血压的可能性较大, 长期生活在噪声环境中听力敏感性减退者患高血压也较多。此类高血压患者经休息后症状和血压可获得一定改善。

3. 吸烟

吸烟可使交感神经末梢释放去甲肾上腺素增加而使血压增高, 同时可以通过氧化应激损害一氧化氮介导的血管舒张引起血压增高。

(三) 其他因素

1. 体重

体重增加是血压升高的重要危险因素。肥胖的类型与高血压发生关系密切, 腹型肥胖者容易发生高血压。

2. 药物

服避孕药妇女血压升高发生率及程度与服药时间长短有关。口服避孕药引起的高血压一般为轻度, 并且可逆转, 在终止服药后3~6个月血压常恢复正常。其他如麻黄素、肾上腺皮质激素、非甾体类抗炎药、甘草等也可使血压增高。

3. 睡眠呼吸暂停低通气综合征

是指睡眠期间反复发作性呼吸暂停。有中枢性和阻塞性之分。其患者50%有高血压, 血压升高程度与病程和严重程度有关。

五、高血压的症状

大多数起病缓慢, 缺乏特殊临床表现, 导致诊断延迟, 仅在测量血压时或发生心、脑、肾等并发症时才被发现。常见症状有头晕、头痛、颈项板紧、疲劳、心悸等, 也可出现视力模糊、鼻出血等较重症状, 典型的高血压头痛在血压下降后即可消失。高血压患者可以同时合并其他原因的头痛, 往往与血压水平无关, 例如精神焦虑性头痛、偏头痛、青光眼。如果突然发生严重头晕与眩晕, 要注意可能是脑血管病或者降压过度、直立性低血压。高血压患者还可以出现受累器官的症状, 如胸闷、气短、心绞痛、多尿。另外, 有些症状可能是降压药的不良反应。大多数高血压患者通常无症状, 很多患者根本不知道自己血压高, 是体检或偶尔测量血压时才发现血压高, 故高血压被称为“无声杀手”。有些患者是在发生了心脏病、脑卒中、肾功能衰竭需要透析时才知道自己的血压高。所以建议正常血压成人每两年至少测量一次血压。强化各级医疗机构首诊测血压制度, 到医疗机构就诊, 不管看什么病,

均要测量血压，以便早发现、早治疗高血压。

六、高血压的靶器官损害及并发症

持续的血压升高造成心、脑、肾、全身血管损害，严重时发生脑卒中、心肌梗死、心力衰竭、肾功能衰竭、主动脉夹层等危及生命的临床并发症。

（一）心脏

高血压可引起左室肥厚、冠心病、心力衰竭和心律失常。

1. 左室肥厚

左室肥厚是高血压最常见的靶器官损害。血压升高使心脏向动脉射血的阻力增大，负担加重，心腔内压力高，加上一些神经体液因子的作用，造成心肌细胞肥大、间质纤维化，导致心肌肥厚。

2. 冠心病

高血压促进动脉粥样硬化的进展。随着血压水平的增高，冠心病发病的危险也随之增高。高血压患者发生冠心病的危险较正常血压者增高 2.6 倍。

3. 心力衰竭

心肌肥厚及动脉粥样硬化造成心肌供血不足，心脏舒张和收缩功能受损，最终发生心力衰竭。患者会出现夜间平卧呼吸困难，劳累或饱食时发生气喘、心悸、咳嗽、少尿、水肿等症状。

4. 心律失常

由于心肌肥厚、缺血和纤维化，左室肥厚患者容易发生室性心律失常，甚至猝死。心房颤动是高血压患者常见的一种心律失常，心房颤动易在左心房形成血栓，血栓脱落，随血液流动，阻塞血管，如果阻塞脑动脉则引起脑卒中。

（二）脑

中国是脑卒中高发区，每年新发脑卒中 250 万人。高血压是脑卒中最重要危险因素，我国 70% 的脑卒中患者有高血压。高血压可引起脑卒中（脑梗死、脑出血）、短暂性脑缺血发作。脑卒中是导致血管性痴呆的重要原因。

1. 脑梗死

原因有二，其一，是颅内动脉硬化，原位血栓形成；其二，脑外的栓子（例如颈动脉粥样斑块脱落、心房颤动左心房血栓脱落），随血流堵塞脑部动脉。

2. 腔隙性脑梗死

长期高血压使脑小动脉硬化，血管腔狭窄闭塞，供血区脑组织因缺血而坏死软化，形成 2~15mm 的病灶，残留小囊腔，称为腔隙性脑梗死，反复发作出现多个囊腔者，称为多发性腔隙性脑梗死，可造成脑萎缩以至于老年性痴呆。