

血脂异常易发人群治未病干预方案

项目编号：20220314-BZ-CACM

编制说明

提出单位：首都医科大学附属北京中医医院

归口单位：中华中医药学会

主要起草单位：首都医科大学附属北京中医医院、天津中医药大学第一附属医院、新疆医科大学、北京中医药大学东直门医院

主要起草人：刘红旭、毛静远、安冬青、林谦、尚菊菊

二〇二二年五月

目录

一、工作简况.....	错误!未定义书签。
1、项目背景.....	1
2、任务来源.....	2
3、起草单位.....	3
4、协作单位.....	3
5、参与共识研制相关成员及其所做的工作.....	3
二、主要技术内容.....	5
1、编制依据和原则.....	5
2、技术路线.....	5
三、主要编制过程.....	6
附件.....	22
附件 1. 预检索报告.....	22
附件 2. 专家访谈报告.....	24
附件 3. 临床应用调研报告.....	34
附件 4. 临床问题清单调研报告.....	39
附件 5. 证据清单表.....	41
附件 6. 证据概要表.....	102
附件 7. 推荐意见、共识建议汇总.....	137

一、工作简况

1、项目背景

本指南编制遵循“科学性、实用性、规范性”原则，按照“能够为中医行业内实际应用，能被行业外广泛接受和认可，并与国际诊疗指南接轨”的要求，采用刘建平教授、汪受传教授等专家指导组团队研究形成的循证性中医临床实践指南编制技术方法开展研究。

2007年，由多学科专家组成的联合委员会在充分采用中国人群流行病学和临床研究证据、结合国外研究结果及指南建议的基础上，提出了更适合中国人群的血脂异常防治建议，共同制订了《中国成人血脂异常防治指南》^[1]，对我国血脂异常的防治工作起到了重要的指导作用。近10年来，随着我国人群的前瞻性队列研究的开展，在 2007 年指南的长期随访的基础上，获得了 20 年随访的新数据。2016年10月，由中国成人血脂异常防治指南修订联合委员会修订的《中国成人血脂异常防治指南》（2016 年修订版）^[2]指出，血脂异常通常指血清中胆固醇和（或）TG 水平升高，俗称高脂血症。实际上血脂异常也泛指包括低 HDL-C 血症在内的各种血脂异常。并指出中国成人血脂异常总体患病率高达 40.40%，较 2002 年呈大幅度上升。人群血清胆固醇水平的升高将导致2010年-2030 年期间我国心血管病事件约增加 920 万^[3]。此外，青少年高胆固醇血症患病率也有明显升高^[4]，预示未来中国成人血脂异常患病及相关疾病负担将继续加重。

以低密度脂蛋白胆固醇（low-density lipoprotein cholesterol, LDL-C）或 TC 升高为特点的血脂异常是动脉粥样硬化性心血管疾病（atherosclerotic cardiovascular disease, ASCVD）重要的危险因素。降低LDL-C水平，可显著减少ASCVD的发病及死亡危险^[5]。有效控制血脂异常，对我国 ASCVD 防控具有重要意义。鼓励民众采取健康的生活方式，是防治血脂异常和 ASCVD的基本策略；对血脂异常患者，防治工作重点是提高血脂异常的知晓率、治疗率和控制率。近年来我国成人血脂异常患者的知晓率和治疗率虽有提高^[6]，但仍处于较低水平，如果我们不采取措施加强对血脂异常易发人群的干预，这对于个人家庭及国家财政无疑将成为沉重的负担。

血脂异常尤其是LDL-C升高是导致ASCVD 发生、发展的关键因素。大量临床

研究反复证实，无论采取何种药物或措施，只要能使血清 LDL-C 水平下降，就可稳定、延缓或消退动脉粥样硬化病变，并能显著减少 ASCVD 的发生率、致残率和死亡率。临床调脂达标，首选他汀类调脂药物，且生活方式干预血脂异常明显受饮食及生活方式的影响，控制饮食和改善生活方式是治疗血脂异常的基础措施。良好的生活方式包括坚持心脏健康饮食、规律运动、远离烟草和保持理想体重。虽然西药调脂药物在临床应用中发挥重要作用，对中国人群而言，安全性是使用高强度他汀需要关注的问题。越来越多的研究表明，高强度他汀治疗伴随着更高的肌病、肝酶上升风险，以及费用较高等问题。2016最新血脂异常指南也指出联合应用传统中医药，可获得安全有效的调脂效果。传统中医理念和方药干预血浊病易发人群研究成果得到认可与推广。

为遏制血脂异常的患病率肆虐扩展，世界各地卫生组织为防治血脂异常做着孜孜不倦的努力，开展了大量流行病学调查、预防与治疗研究和临床工作，并制定了一系列的规范临床工作的指南。如欧洲心脏病学会（ESC）、欧洲动脉硬化学会（EAS）、美国国家脂质协会（NLA）、加拿大心血管学会（CCS）、美国退伍军人事务部（VA）等定期更新血脂异常相关防治指南或专家共识。我国中华医学会心血管病学分会（CSC）也紧跟世界前沿的步伐，做了大量的流行病学调查、循证医学研究等工作，并于2007 在充分采用中国人群流行病学和临床研究证据、结合国外研究结果及指南建议的基础上，制订了《中国成人血脂异常防治指南》。随后10年来，随着我国人群的前瞻性队列研究的开展，在 2007 年指南的长期随访的基础上，获得了 20 年随访的新数据。2016年10月，由中国成人血脂异常防治指南修订联合委员会修订的《中国成人血脂异常防治指南》（2016 年修订版）。随着中医药标准化建设的建立与不断发展，心脑血管疾病相关指南及专家共识越来越多，但血脂异常（血浊病）尚无中医药指南或专家共识。因此，由国家中医药管理局政策法规与监督司立项，中华中医药学会委托首都医科大学附属北京中医医院心血管科运用循证医学方法与专家共识相结合的方式制定了本指南。

2、任务来源

《血脂异常易发人群治未病干预方案》是国家中医药管理局政策法规与监督司立项的中医“治未病”标准制修订项目之一，由中华中医药学会委托首都

医科大学附属北京中医医院心血管内科制定，并在专家指导组的指导、监督下实施。本标准起草人员来自首都医科大学附属北京中医医院心血管内科，标准制定小组的人员组成主要为血脂异常相关领域的专家。项目工作组按照统一要求，开展了文献研究、专家问卷调查、专家论证会、同行征求意见、临床评价等工作，并在项目工作组多次系统分析研究的基础上，按照中医治未病实践指南编写规则，完成了起草阶段工作，形成了《血脂异常易发人群治未病干预方案》的征求意见稿，包括：名称、范围、术语和定义、中医辨证论治、日常生活调护的方法，以及参考文献等部分。

3、起草单位

本共识由首都医科大学附属北京中医医院、中国医学科学院北京协和医院、中国医学科学院阜外医院、首都医科大学附属北京安贞医院、天津中医药大学第一附属医院、北京中医药大学东直门医院、新疆维吾尔自治区中医药研究院共同起草。

4、协作单位

本承办单位在专家指导组的指导下，由起草单位联合浙江中医药大学附属医院、长春中医药大学附属医院、广西中医药大学第一附属医院、河南中医药大学一附院、江西中医药大学附属医院、河南中医药大学第三附属医院、中国中医科学院广安门医院、山东中医药大学附属医院、北京市中医药研究所、北京中医药大学东方医院、广东省中医院、江苏省中医院、广州中医药大学第一附属医院、中国中医科学院西苑医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、中国中医科学院望京医院、安徽中医药大学第一附属医院的专家成立了标准工作组。

5、参与共识研制相关成员及所做的工作（按姓氏笔画排序）

工作组成员：

组长：刘红旭

主要起草人（5）：毛静远、刘红旭、安冬青、林谦、尚菊菊

其他起草人（25）：王贤良、王晓峰、毛威、邓悦、卢健棋、朱明军、刘中勇、刘文娴、李庆海、李军、李运伦、李博、吴永健、吴旻、吴剑坤、张立

晶、张敏州、陈晓虎、周琦、冼绍祥、徐凤芹、高蕊、符德玉、霍艳明、戴小华

表 1. 项目组成员及其所做工作（按姓氏笔画排序）

序号	姓名	所在单位	职称	专业	工作内容
1	王贤良	天津中医药大学第一附属医院	主任医师	临床医学	临床专家
2	王晓峰	新疆维吾尔自治区中医医院	主任医师	中医内科学	临床专家
3	毛威	浙江中医药大学附属医院	主任医师	中医内科学	临床专家
4	毛静远	天津中医药大学第一附属医院	主任医师	中医内科学	临床专家
5	邓悦	长春中医药大学附属医院	主任医师	中医内科学	临床专家
6	卢健棋	广西中医药大学第一附属医院	主任医师	中医内科学	临床专家
7	朱明军	河南中医药大学一附院	主任医师	中医内科学	临床专家
8	刘中勇	江西中医药大学附属医院	主任医师	临床医学	临床专家
9	刘文娴	首都医科大学附属北京安贞医院	主任医师	临床医学	临床专家
10	刘红旭	首都医科大学附属北京中医医院	主任医师	中医内科学	临床专家
11	安冬青	新疆维吾尔自治区中医医院	主任医师	中医内科学	临床专家
12	李庆海	河南中医药大学第三附属医院	主任医师	中医内科学	临床专家
13	李军	中国中医科学院广安门医院	主任医师	中医内科学	临床专家
14	李运伦	山东中医药大学附属医院	主任医师	临床医学	临床专家
15	李博	首都医科大学附属北京中医医院/ 北京市中医药研究所	主任医师	临床医学	方法学专家
16	吴永健	中国医学科学院阜外医院	主任医师	临床医学	临床专家
17	吴昶	北京中医药大学东方医院	主任医师	临床医学	临床专家
18	吴剑坤	首都医科大学附属北京中医医院	主任药师	药理学	药理学专家
19	张立晶	北京中医药大学东直门医院	主任医师	中医内科学	临床专家
20	张敏州	广东省中医院	主任医师	中医内科学	临床专家
21	陈晓虎	江苏省中医院	主任医师	中医内科学	临床专家
22	林谦	北京中医药大学东直门医院	主任医师	中医内科学	临床专家
23	尚菊菊	首都医科大学附属北京中医医院	主任医师	中医内科学	临床专家
24	周琦	首都医科大学附属北京中医医院	主任医师	中医内科学	临床专家
25	冼绍祥	广州中医药大学第一附属医院	主任医师	临床医学	临床专家
26	徐凤芹	中国中医科学院西苑医院	主任医师	中医内科学	临床专家
27	高蕊	中国中医科学院西苑医院	主任医师	药理学	药理学专家

28	符德玉	上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院	主任医师	中医内科学	临床专家
29	霍艳明	中国中医科学院望京医院	主任医师	中医内科学	临床专家
30	戴小华	安徽中医药大学第一附属医院	主任医师	临床医学	临床专家

二、主要技术内容

1、编制依据和原则

美国医学研究所（Institute of Medicine, IOM）2011 年对临床实践指南的最新定义（基于系统评价的且对各种备选干预方式进行利弊评估后提出的最优指导意见）^[7]，强调了循证医学方法在临床实践指南制订中的重要性。本指南参考《世界卫生组织指南制定手册》编制规范与程序，以“循证为举，共识为主，经验为鉴”为指导，在现有最佳证据的基础上，充分结合专家经验及患者偏好，基于中医药自身特点及临床实际情况进行编制。在该指南的编制过程中，主要遵循以下原则：①尽可能全面系统检索相关的直接和间接证据，包括来自不同设计类型的临床研究，针对本指南要解决的临床问题，依次考虑来自以下研究设计类型的证据：多个随机临床试验的系统综述或单个高质量的随机对照临床试验（randomized controlled trial, RCT），其次是队列研究和病例对照研究，再次是病例系列和单个病例报告，最后是专家经验；②纳入 RCT 的方法学质量采用 Cochrane 偏倚风险评估工具^[8]进行评价；③基于“推荐分级的评估、制订与评价（grading of recommendations assessment, development, and evaluation, GRADE）系统”^[9]对同一结局指标同类研究形成的证据体进行证据质量评价与分级，同时提出在证据不足或不能满足临床实际需求时，则以专家共识推荐为主；④形成专家共识是临床实践指南制修订过程中不可或缺的重要环节，专家针对不同阶段和不同问题做出群体决策，汇聚专家意见的过程即是共识的过程，本指南参考《中医临床实践指南制修订中专家共识技术规范》^[10]，采用名义组法联合问卷调查形成专家共识；⑤在指南征求意见稿完善阶段，对指南方法学质量使用指南研究与评价的评审（appraisal of guidelines for research and evaluation II, AGREE II）工具^[11]评价；

2、技术路线

工作组遵照依据《中华中医药学会中医指南制定方案（试行）》标准流程及实际工作，形成本共识的研制流程（见图 1）。

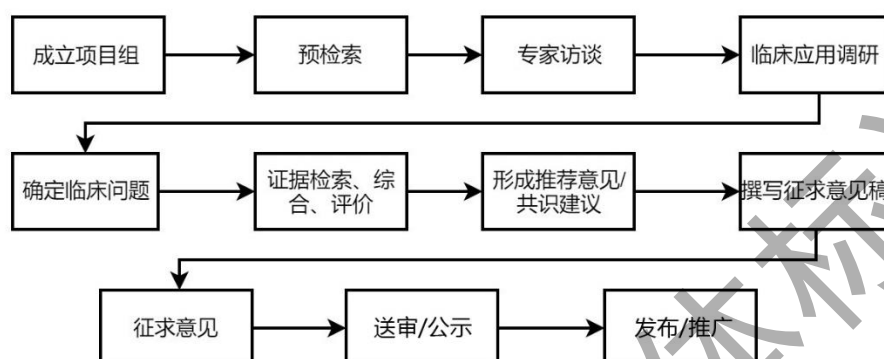


图 1 《血脂异常易发人群治未病干预方案》研制流程

三、主要编制过程

1. 成立项目组

本共识项目组由专家组和工作组组成。其中，专家组成员共 30 人，均为高级职称，方法学专家 1 人，药学专家 2 人。专家组成员分别来自北京、上海、天津、广东、广西、山东、河南、新疆、浙江、安徽、吉林、江苏、江西、山东等 14 个城市，共 24 个医疗机构及研究中心。

2. 专家访谈及临床应用调研

临床应用调研的问卷设计内容由工作组通过文献预检索（见附件 1. 预检索报告），结合临床经验，经过多次组内讨论初步拟定，经过牵头专家审核并修改后完成初稿。为了完善问卷内容，更准确地了解临床医生实际用药体会和经验，项目组根据专家访谈（见附件 2. 专家访谈报告）结果，修改问卷内容，最终形成终稿，临床应用调研的问卷共有 15 项临床问题。

项目组于 2022 年 5 月 5 日-2022 年 5 月 7 日采用线上、线下调研相结合的方式，通过问卷星及发放问卷的形式进行临床应用调研。通过线上及线下形式共发放问卷 60 份，收回 54 份，其中有效问卷 52 份，有效率 96.30%。在这 52 名医师中，包括主治医师 13 名、副主任医师 10 名、主任医师 20 名，涉及北京、上海、天津、黑龙江、山东、河北、河南、宁夏、云南、浙江、江苏、广东、广西、海南等 14 个省份（或直辖市）。分布中医医院 14 所，中医药大学附属

医院 10 所，西医医院 4 所，中西医结合医院 5 所，社区卫生服务中心 2 所，其中三级医院 28 所，二级医院 7 所。（见附件 3. 临床应用调研报告）。

3. 确定临床问题清单

经过专家访谈及临床应用调研等工作，通过起草组相关专家讨论，最终确定了 20 个原始临床问题，对 30 位临床专家进行了临床问题重要性评估。

本次调研时间为 2022 年 5 月 8 日-2022 年 5 月 10 日，采用线上调研的方式，利用问卷星作为调研工具，共发放问卷 30 份，收回 29 份，其中有效问卷 28 份，有效率 93.33%（见附件 4. 临床问题清单调研报告）。各位专家对 20 个问题是否纳入本次《方案》进行讨论。原始临床问题列表如下：

表 2. 原始临床问题清单

序号	原始问题
1	血脂异常（血浊病）易发人群如何定义？
2	血脂异常（血浊病）易发人群如何进行自我筛查？
3	哪些中医诊察手段（如脉诊仪、目诊仪等）可以作为血脂异常（血浊病）易发人群的筛查手段？”作为本指南的临床问题
4	哪些理化检查可以作为血脂异常（血浊病）易发人群的筛查手段？”作为本指南的临床问题？
5	血脂异常（血浊病）易发人群如何进行中医诊断？
6	血脂异常（血浊病）易发人群的中医病因病机是什么？
7	血脂异常（血浊病）易发人群临床常见的辨证分型有哪些？
8	血脂异常（血浊病）易发人群在辨证分型的基础上增加体质分型？
9	血脂异常（血浊病）易发人群是否有常见的临床症状？
10	血脂异常（血浊病）易发人群如何进行生活方式干预？
11	血脂异常（血浊病）易发人群有哪些中医非药物干预手段？
12	在生活方式和非药物治疗基础上，血脂异常（血浊病）易发人群伴有临床症状（肥胖、头晕头重、纳呆等）时，是否可以引入中药治疗？
13	血脂异常（血浊病）易发人群伴症状者如何通过中药汤剂或中成药干预？
14	血脂异常（血浊病）易发人群如何确定血脂控制目标值？
15	血脂异常（血浊病）易发人群血脂检测周期是多久？
16	血脂异常（血浊病）易发人群与血脂异常患者病因病机和证候类型的相关性？
17	血脂异常（血浊病）患者的中西医治疗方法？
18	血脂异常（血浊病）易发人群或患者常见的合并症有哪些？
19	血脂异常（血浊病）患者在常规西药治疗的基础上联合中医治疗方法改善血脂水

	平效果如何？
20	血脂异常（血浊病）合并高血压或冠心病、或 2 型糖尿病患者如何通过中医药方式干预？

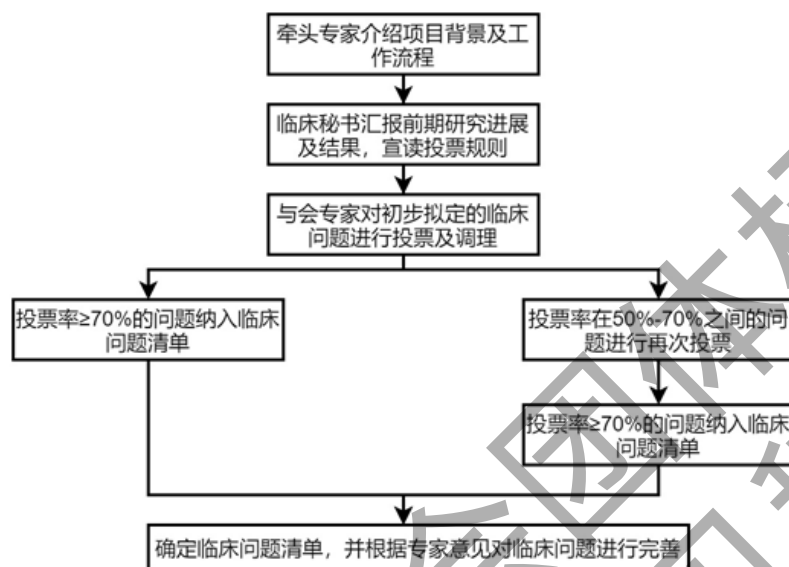


图 2. 确定临床问题流程图

4. 确定临床问题

经过临床问题问卷调查，汇总调查结果，通过起草组相关专家讨论，最终确定纳入这 20 个原始临床问题。

表 3. 确定临床问题投票结果

原始临床问题	投票（同意率）
1. 血脂异常（血浊病）易发人群如何定义？	100%
2. 血脂异常（血浊病）易发人群如何进行自我筛查？	100%
3. 哪些中医诊察手段（如脉诊仪、目诊仪等）可以作为血脂异常（血浊病）易发人群的筛查手段？”作为本指南的临床问题	82.14%（5 票不同意）
4. 哪些理化检查可以作为血脂异常（血浊病）易发人群的筛查手段？”作为本指南的临床问题？	100%
5. 血脂异常（血浊病）易发人群如何进行中医诊断？	96.43%（1 票不同意）
6. 血脂异常（血浊病）易发人群的中医病因病机是什么？	100%
7. 血脂异常（血浊病）易发人群临床常见的辨证分型有哪些？	100%
8. 血脂异常（血浊病）易发人群在辨证分型的基础上增加体质分型？	82.14%（5 票不同意）

9. 血脂异常（血浊病）易发人群是否有常见的临床症状？	96.43%（1 票不同意）
10. 血脂异常（血浊病）易发人群如何进行生活方式干预？	100%
11. 血脂异常（血浊病）易发人群有哪些中医非药物干预手段？	100%
12. 在生活方式和非药物治疗基础上，血脂异常（血浊病）易发人群伴有临床症状（肥胖、头晕头重、纳呆等）时，是否可以引入中药治疗？	100%
13. 血脂异常（血浊病）易发人群伴症状者如何通过中药汤剂或中成药干预？	96.43%（1 票不同意）
14. 血脂异常（血浊病）易发人群如何确定血脂控制目标值？	96.43%（1 票不同意）
15. 血脂异常（血浊病）易发人群血脂检测周期是多久？	100%
16. 血脂异常（血浊病）易发人群与血脂异常患者病因病机和证候类型的相关性？	100%
17. 血脂异常（血浊病）患者的中西医治疗方法？	92.86%（2 票不同意）
18. 血脂异常（血浊病）易发人群或患者常见的合并症有哪些？	96.43%（1 票不同意）
19. 血脂异常（血浊病）患者在常规西药治疗的基础上联合中医治疗方法改善血脂水平效果如何？	92.86%（2 票不同意）
20. 血脂异常（血浊病）合并高血压或冠心病、或 2 型糖尿病患者如何通过中医药方式干预？	85.71%（4 票不同意）

5. 证据检索、纳入与综合

5.1 检索策略

项目组按照 PICOS 原则，对不同临床问题进行证据检索。本指南的临床证据主要通过采用计算机和手工相结合的方法进行检索，检索数据库包括中国知网（CNKI）、万方（Wanfang data）、维普、CBM、Pubmed、Cochrane Library 等。文献检索未设定语种限制，检索时间为建库时间起至 2022 年 5 月 1 日，中文检索词包括血脂异常、高胆固醇血症，家族型高胆固醇血症，血浊病等；英文检索词包括 “dyslipidemia”、“Hyperlipidemia”、“HLP” “familial hypercholesterolemia” 等，选择中医及中西医结合与体质相关的文献作为评价对象，对于来自同一单位、同一时间段的研究和报道以及署名为同一作者的实质内容重复的研究和报道，则选择其中一篇作为目标文献，并剔除重复文献以及无结局指标的文献，最终得到纳入文献。将纳入文献导入 RevMan5.4 软件，将

效应指标进行合并效应量（详见附件 5. 证据清单表）

5.2 信息资源

电子数据库：中国期刊全文数据库（CNKI）、万方数据库、中国医用信息资源系统（维普）、中医古籍数字图书馆、中医古籍知识库、超星数字图书馆、网上百度等其他各搜索引擎、PubMed 等。

中国古代医籍文献：《黄帝内经》、《诸病源候论》、《外台秘要》、《圣济总录》、《三因极一病证方论》、《儒门事亲》、《脉因证治》、《临证指南医案》等。

专著：《岳美中全集》、《中医大辞典》、《中华传世医方》、《内经临证发微》、《中医专病专治秘方精要》等。

教科书：《中医内科学》、《中医诊断学》、《方剂学》、《中药新药治疗的临床研究指导原则》等。

指南及标准：《中国成人血脂异常防治指南（2007 版）》、《中国成人血脂异常防治指南（2016 修订版）》、《中医病证诊断疗效标准》、《内科疾病诊断标准》、《中华人民共和国药典》等。

5.3 检索结果

5.3.1 现代文献检索结果

表 4. 现代文献检索清单

数据库	检索式	检索的文献总量	结果中检索“中医药” or “针灸” or “推拿” or “功法”	结果中检索“治疗” or “疗效”	最终纳入研究文献量
CNKI (精确) 1951-2022	“血脂异常” or “高胆固醇血症” or “家族型高胆固醇血症” or “高甘油三酯血症” or “高脂血症”	47716	1755	1504	906
	“膏脂” or “脂浊” or “血浊” or “痰浊” or “湿浊” or “浊脂” or “污血”	21437			
	以“血浊”、“高脂血症”并含“中医药治疗”	获得有关证据强度（strength of evidence）的相关文章共 316 篇。其中期刊论文 253 篇，学位论文 48 篇，会议论文 11 篇。			
万方 (精确) 1979-2022	“血脂异常” or “高胆固醇血症” or “家族型高胆固醇血症” or “高甘油三酯血症” or “高脂血症”	90737	2498	2139	

	“膏脂” or “脂 浊” or “血浊” or “痰 浊” or “湿浊” or “浊 脂” or “污血”	119442		
	以“血浊”、“高脂血 症”与“中医药治疗”	获得有关证据强度 (strength of evidence) 的 相关文章共 139 篇。其中期刊论文 103 篇，学位 论文 20 篇，会议论文 16 篇。		
维普 (精确)	“血脂异常” or “高胆固 醇血症” or “家族型高胆 固醇血症” or “高甘油三 酯血症” or “高脂血症”	31976	2528	1870
	“膏脂” or “脂 浊” or “血浊” or “痰 浊” or “湿浊” or “浊 脂” or “污血”	4015		

5.3.2 英文文献检索结果

确定检索词：“dyslipidemia”、“Hyperlipidemia”、“HLP”“familial hypercholesterolemia”等，形成检索式。

PubMed 检索：97712 篇。设定以“人”为研究对象，获得 78273 篇。

Cochrane 检索：5141 篇，其中临床实验 5067 篇，方法学研究 6 篇，技术评估 13 篇，经济评价 20 篇。

参考指南：检索出涉及到血脂异常相关的指南 79 篇，主要为美国、澳大利亚、中国、韩国、英国等国。指南制修订时间跨度为 2010 年至 2022 年，主要内容涉及血脂异常前期的诊断、治疗、预防管理等方面，其中还包括针对不同年龄段病人的诊疗指南。

5.3.3 古代文献检索

5.3.3.1 检索主题

根据血浊病易发人群的定义、症状，以及专家经验论证，本病属中医“血浊”范畴，并以此为检索主题。

5.3.3.2 检索范围

战国至秦汉时期、晋、隋、唐、宋、金元、明清时期，以及近现代与“血浊”相关文献。

5.3.3.3 检索途径

采用计算机和手工检索相结合的方式进行检索；中医古籍数字图书馆；中医古籍知识库；超星数字图书馆；网上其他各搜索引擎。

5.3.3.4 检索步骤

在首都医科大学、北京中医药大学图书馆在专业人员帮助指导下，采用计算机和手工检索相结合的方式检索与“血浊”相关古代医籍，并记录相关有用信息。

以“血浊”为关键词在中医古籍数字图书馆及其中医古籍知识库进行检索，并利用超星数字图书馆以“血浊”为关键词分别在其书名、目录、全文搜索模式下进行检索；网上百度等搜索引擎检索，利用各中医古籍数字书库等进行检索。

5.4 文献纳入、排除标准

5.4.1 现代文献纳入及排除标准

RCT 的纳入标准：①研究类型：随机对照试验；②观察对象：血脂异常患者，不排除各种类型的轻度并发症（或合并症）；③报告了研究对象来源和其基本情况；④有明确的研究目的；⑤有明确的诊断标准、纳入与排除标准、疗效判定标准；⑥干预措施：各种治疗血脂异常的中药单方、复方制剂、中药提取物等，或中西医结合疗法，或针灸疗法，或饮食、运动等其他补充与替代医学疗法。对照药物为西药、中药、补充替代医学疗法、安慰剂、其他对症治疗的药物等⑦报告了结局测量，并且结局测量真实可靠；⑧陈述了统计学方法；⑨疗效指标：临床实验室化验指标或中医症状疗效评定标准为主要疗效指标；且对结果有解释，有结果的推广性应用和对临床实践的指导意义。

非 **RCT** 的纳入标准：①研究类型：专家经验、病例报告、病例系列观察、病例对照研究、队列研究、系统综述等；②观察对象：血脂异常患者患者，不排除各种类型的轻度并发症（或合并症）；③报告了研究对象来源和其基本情况；④有明确的研究目的和诊断标准；⑤干预措施：各种治疗血脂异常的中药单方、复方制剂、中药提取物等，或中西医结合疗法，或针灸疗法，或饮食、运动等其他补充与替代医学疗法。对照药物为西药、中药、补充替代医学疗法、安慰剂、其他对症治疗的药物等；⑥报告了研究结局，并进行了解释；⑦疗效指标：临床实验室化验指标或中医症状疗效评定标准为主要疗效指标。

RCT 的排除标准：①与检索疾病无关的文献；②提到合并严重的并发症（或合并症）的文献；③高血压、心血管疾病、多囊卵巢综合症、代谢综合征、

脑梗死、肝脏疾病等血脂异常以外的其他危险因素伴发的血脂系列指标异常的临床研究以及药物继发性血脂异常的临床研究；④若作者及内容基本相同的论文同时出现在会议论文和期刊论文中，则排除会议论文；⑤存在数据抄袭嫌疑的文献；⑥诊断、纳入排除标准等资料不完善；⑦非随机的临床对照研究⑧例数小于 30 例的文献；⑨西医类别治疗方法。

非 RCT 的排除标准：①基础研究（包括化学分析如成分分析等）；②动物实验研究；③传统综述类文献；④科普文章；⑤与检索疾病无关的文献；⑥提到合并严重的并发症（或合并症）的文献；⑦高血压、心血管疾病、多囊卵巢综合症、代谢综合征、脑梗死、肝脏疾病等血脂异常以外的其他危险因素伴发的血脂系列指标异常的临床研究以及药物继发性血脂异常的临床研究；⑧西医类别治疗方法以及观察性研究⑩若作者及内容基本相同的论文同时出现在会议论文和期刊论文中，则排除会议论文以及存在数据抄袭嫌疑的文献。

5.4.2 古代文献及名老中医专家经验集纳入及排除标准

古代文献纳入标准：①载有与西医病名血脂异常相对应的“血浊”“膏脂”、“脂浊”“血瘀”、“血浊”、“痰浊”、“湿浊”、“浊脂”、“污血”等病名的史料记载、古代中医经典、古代医案等；②描述内容清晰；③能够找得到的书籍。

名老中医专家经验集纳入标准：①符合专家定义及范畴；②专家经验集记录详细、可靠。

古代文献排除标准：①虽载有“血浊”、“膏脂”、“脂浊”“血瘀”、“血浊”、“痰浊”、“湿浊”、“浊脂”、“污血”等之名，但未指血脂异常者；②描述内容混乱；③转引源流不明确；④文献已失传。

名老中医专家经验集排除标准：不符合上述纳入标准。

6. 证据评价

6.1 RCT 文献评价标准

专家推荐方案：采用 Cochrane 手册（版本：5.1.0）制定的标准对入选的随机对照（RCT）研究进行质量评价：低风险偏倚是指貌似可信的、不太可能严重影响结果的偏倚，判断标准为“所有关键领域的偏倚均为低风险偏倚”；风险未知偏倚是指貌似可信的偏倚，增加了结果的疑问，判断标准为“一个或一

个以上关键领域的偏倚为风险未知偏倚”；高风险偏倚是指貌似可信的、严重削弱了结果可信度的偏倚，判断标准为“一个或一个以上关键领域的偏倚为高风险偏倚”。具体评价标准见表 5。

表 5. Cochrane 纳入的 RCT 文献质量评价表

偏倚类型	判断指标	评价员的判断
选择偏倚		
随机序列的产生	足够详细的描述用于生成分配序列的方法，以评估产生的分组是否具有可比性。	生成随机序列不充分，发生选择偏倚
分配隐藏	足够详细的描述隐藏分配序列的方法，以决定干预的分配在纳入之前或纳入过程中是否可见	分配前分配隐藏不充分发生选择偏倚
实施偏倚		
实施者和参与者 双盲 应对每个主要结局进行评估（或分类结局）	如果有，描述对参与者和实施者行盲法，避免其了解干预信息的所有措施。提供任何与所实施的盲法是否有效地相关信息。	参与者和实施者了解干预的相关信息导致实施偏倚
测量偏倚		
结局评估中的盲法 每个主要结局均应评估（或分类结局）	如果有，描述对结局者行盲法，避免其了解自己所接受的干预信息的所有措施。提供任何与所实施的盲法是否有效地相关信息。	结局评估者了解分配的干预措施将导致测量偏倚
失访偏倚		
不全结局数据每个主要结局均应评估（或分类结局）	描述每个主要结局数据的完整性，包括分析中的自然缺失和排除。这些缺失数据是否报告，在各个干预组的数目（并与总样本量比较），数据缺失以及重新纳入分析的原因	不全结局数据的数量，性质，处理方式导致失访偏倚
发表偏倚		
Selective reporting.	说明如何审查选择性报道结局的可能性，以及审查结果	选择性报道结局导致发表偏倚
其它偏倚		
其它偏倚来源	说明不包括在上述偏倚中的其它重要偏倚 如果特定的问题或条目事先在计划书中指出，应对每一项说明	不包括在上述各项中的偏倚

6.2 证据评价和分级方法

本共识采用 GRADE 方法对证据评价和分级，并以证据概要表形式对评价结果进行概述和呈现，证据质量分级标准见表 6。（详见附件 6. 证据概要表）。

表 6. 证据质量分级

证据质量分级	具体描述
高 (A)	非常确信真实的效应值接近效应估计值
中 (B)	对效应估计值我们有中等程度的信心：真实值有可能接近估计值，但仍存在二者大不相同的可能性
低 (C)	对效应估计值的确信程度有限：真实值可能与估计值大不相同
极低 (D)	对效应估计值几乎没有信心：真实值很可能与估计值大不相同

7. 形成共识推荐意见/共识建议

经过对现有饮食、运动、健康教育、中医非药物治疗、中医药疗法干预血脂异常（血浊病）易发人群或血脂异常患者的临床证据进行综合评价，项目组制定了“共识推荐意见投票单”。为增加共识的临床适用价值，使临床医务工作者真正能够掌握最为优化的使用方法与注意事项，更好地指导临床用药，项目组通过整合专家访谈、临床调研结果，结合专家临床经验，对于没有临床证据的临床问题条目制定了“共识推荐意见投票单”。

2022 年 5 月 16 日项目组通过线上会议的形式组织召开了形成共识推荐意见/共识建议会议。共 30 名专家参会，其中，临床专家 27 名，方法学专家 1 名，药学专家 2 名。会议采用名义组法，对于有证据支持的条目，依据 GRADE 所形成的证据概要表，每个专家独立填写《共识推荐意见投票单》。“推荐意见”采用 GRADE 网格计票规则，即除了“无明确推荐”格以外的任何 1 格票数超过 50%，则达成共识，可直接确定推荐方向及强度；若“无明确推荐”格某一侧两格总票数超过 70%，则达成共识，可确定推荐方向，推荐强度为“弱”，其余情况视为未达成共识。对于无证据支持的条目，专家独立填写《共识建议投票单》，依据多数投票原则，若“中立”栏以外任意一栏的票数超过 50%，则视为达成；其余情况视为未达成共识，最终形成推荐意见（表 6）及共识建议（表 7），推荐强度分级见表 8。（详见附件 7. 形成共识推荐意见）

表 6. 形成的推荐意见

对应临床问题	推荐意见	共识条目	证据等级	投票结果	推荐强度
临床问题 10	推荐意见 1	健康宣教（教育）可降低血脂升高但未确诊血脂异常人群的 TC、TG、LDL-C 水平，升高 HDL-C 水平。	B		
临床问题 10	推荐意见 2	在常规生活方式干预（饮食、运动、戒烟限酒等）的基础上，联合中医“治未病”思想指导下的认知干预以及具有中医特色生活方式干预（包括：食疗、气功、情志干预、生活起居）可降低血脂升高但未确诊血脂异常人群的 TC、TG、LDL-C 水平，升高 HDL-C 水平，降低体质量指数，减少高脂血症发生情况。	单篇 RCT		
临床问题 10	推荐意见 3	适当强度的运动/有氧运动可降低血脂升高但未确诊血脂异常人群的 TC、TG、LDL-C 水平，升高 HDL-C 水平，减轻体重和三维。	B		
临床问题 10	推荐意见 4	中医运动与气功干预措施（包括太极拳、八段锦、五禽戏等）可降低成年人 TC、TG、LDL-C 水平，升高 HDL-C 水平，降低血糖。	C		
临床问题 10	推荐意见 5	健康教育联合心理干预可提高血脂异常健康查体人员的疾病知识知晓率及健康行为依从性，改善血脂水平。	单篇 RCT		
临床问题 11	推荐意见 6	中医针刺干预，具有调节血脂（降低 TC、TG、LDL-C 水平，升高 HDL-C 水平）、减轻体重和降低体重指数的作用。	B		
临床问题 11	推荐意见 7	在调节生活方式的基础上联合艾灸可降低血脂异常人群的 TC、TG、LDL-C 水平，升高 HDL-C 水平，改善临床症状。穴位宜采用神阙、丰隆、手三里、足三里穴，最佳艾灸时间为 30min。	C		
临床问题 11	推荐意见 8	中医推拿按摩可调节血脂状况，降低体质量指数及腹内脂肪厚度，改善临床症状。	C		
临床问题 11	推荐意见 9	耳穴压丸可降低体重及体质量指数，改善血脂情况，多用于脾虚湿阻证人群，取穴宜选胃、脾、腹、内分泌、神门、三	单篇 RCT		

		焦穴。			
临床问题 13	推荐意见 10	血脂异常易发人群伴临床症状，辨证属痰浊阻遏时，可采用黄连温胆汤改善血脂情况（降低 TC、TG、LDL-C 值，升高 HDL-C 值）。	单篇 RCT		
临床问题 13	推荐意见 11	血脂异常易发人群伴临床症状，辨证属痰瘀互阻时，可采用血府逐瘀汤改善血脂状况（降低 TC 值，升高 HDL-C 值）及血液流变学指标	单篇 RCT		
临床问题 13	推荐意见 12	血脂异常易发人群伴临床症状，辨证属肝肾阴虚时，可采用左归丸改善血脂状况（降低 TC 值），缓解临床症状。	单篇 RCT		
临床问题 13	推荐意见 13	血脂异常易发人群伴临床症状，辨证属脾肾阳虚时，可采用附子理中汤改善血脂状况（降低 TC、TG、LDL-C 值，升高 HDL-C 值），提高血脂总达标率，改善临床症状。	单篇 RCT		
临床问题 13	推荐意见 14	有研究显示，红曲米制剂具有改善血脂水平的作用	C		
临床问题 13	推荐意见 15	有研究显示，在规范治疗的基础上饮用降脂茶，对于心血管疾病风险人群及其他疾病患者具有进一步改善血脂水平的作用。	文献综述		

表 7. 形成的共识建议

对应临床问题	共识建议	共识条目	投票结果	建议/不建议
临床问题 1	共识建议 1	血脂异常属于中医“血浊病”的范畴，本团体标准的血脂异常标准采用《中国成人血脂异常防治指南（2016 年修订版）》标准。		
临床问题 1	共识建议 2	<p>血脂异常易发人群的诊断标准：血脂正常，45 岁以下具有以下 2 项及以上，或 45 岁以上具有 1 项及以上情况的人群：</p> <p>①具有动脉硬化性心血管疾病（arteriosclerotic cardiovascular disease, ASCVD）（包括 ACS、稳定性冠心病、血运重建术后、缺血性脑卒中或短暂性脑缺血发作、外周动脉粥样硬化病）病史；</p> <p>②具有其他明确的动脉粥样硬化病变（包括肾动脉粥样硬化、继发于动脉粥样硬化的主动脉瘤、颈动脉斑块且管腔狭窄$\geq 50\%$）；</p> <p>③存在一项或以上 ASCVD 危险因素（包括高血压、糖尿病、肥胖、吸烟）；</p> <p>④具有早发性心血管病家族史（指男性一级直系亲属在 55 岁前或女性一级直系亲属在 65 岁前患缺血性心血管病）；</p> <p>⑤具有家族性高脂血症；</p> <p>⑥既往曾检出血脂异常，并曾使用或未使用降脂药物治疗，目前血脂正常且未使用药物；</p> <p>⑦皮肤或肌腱黄色瘤及跟腱增厚者。</p>		
临床问题 9	共识建议 3	血脂异常易发人群一般无特异性临床表现，多在健康体检或因其他疾病检查时发现，少数患者可见头目昏蒙、眩晕、胸闷等症状。部分人群形体肥胖或超重，其他体征不明显。		
临床问题 6	共识建议 4	血脂异常易发人群具有和血脂异常患者相近的病因病机，其基本病机为本虚标实，本虚以肝、脾、肾气虚为主，标实则痰浊、血瘀。		
临床问题 7	共识建议 5	血脂异常易发人群临床常见证型为痰浊阻遏证、痰瘀互阻证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证。		
临床问题 7、9	共识建议 6	依据《中医痰证诊断标准》，血脂异常易发人群痰浊阻遏证的主要临床表现为：形体肥胖（BMI $>28\text{ kg/m}^2$ ），头昏，头身困重，胸腹满闷，神疲，纳呆，鼻鼾，苔腻，脉弦滑。		

临床问题 7、9	共识建议 7	依据《国际血瘀证诊断指南》、《血瘀证中西医结合诊疗共识》及《中医痰证诊断标准》，血脂异常易发人群痰瘀互阻证的主要临床表现为：形体肥胖（BMI>28 kg/m ² ），头昏，头身困重，胸闷胸痛，或心前区隐痛，肢体麻木，舌体胖大，舌质紫黯或舌体瘀斑、瘀点，舌下静脉曲张瘀血，苔滑腻，脉弦滑。		
临床问题 7、9	共识建议 8	依据《中医虚证辨证标准》及《中医证候辨治轨范 修订版》，血脂异常易发人群肝肾阴虚证的主要临床表现为：眩晕耳鸣，五心烦热，午后颧红，咽燥口干，潮热盗汗，舌红或少苔、无苔，脉细数。		
临床问题 7、9	共识建议 9	依据《中医虚证辨证标准》及《中医内科学》，血脂异常易发人群脾肾阳虚证的主要临床表现为：食少，腹胀，体倦乏力，口干不欲饮，胸闷气短，舌淡胖，苔白腻，脉濡缓。		
临床问题 10	共识建议 10	对血脂异常易感人群进行相关的系统性健康教育，唤醒血脂异常易感人群的自我管理意识，提高自我管理能力和自我管理能力，有利于提高血脂控制的效果。		
临床问题 10	共识建议 11	改善生活方式是干预血脂异常易发人群的基础措施，可有效控制血脂和动脉粥样硬化。		
临床问题 10	共识建议 12	选择合适的运动类型、运动负荷强度及负荷量，可使肥胖者减少体重，有利于改善血脂；建议每周 5~7 天、每次 30 min 中等强度代谢运动，提倡有氧运动。		
临床问题 10	共识建议 13	血脂异常易发人群饮食调养的原则是控制总能量，当摄入饱和脂肪酸和反式脂肪酸的总量超过规定上限时，应该用不饱和脂肪酸来替代。建议血脂异常易发人群每日摄入胆固醇小于 300 mg，尤其是 ASCVD 等高危患者，摄入脂肪不应超过总能量的 20%-30%，摄入饱和脂肪酸应小于总能量的 10%，反式脂肪酸摄入量应小于总能量的 1%。脂肪摄入应优先选择富含 n-3 多不饱和脂肪酸的食物。建议每日摄入碳水化合物占总能量的 50%-65%。		
临床问题 10	共识建议 14	戒烟、限酒可升高高密度脂蛋白（HDL-C）水平，有利于血脂异常易发人群血脂的调节，防治 ASCVD。		
临床问题 10	共识建议 15	过量的心理应激反应，尤其是负性的心理应激反应会增加血脂异常，以及 ASCVD 患病风险；合理的心理干预可以调节血脂状况，预防 ASCVD 的发生。		
临床问题 11	共识建议 16	茶疗和粥疗是具有中医特色的食疗方式，是防治血脂异常的重要措施；亦可作为血脂异常易发人群的膳食干预措施，可根据血脂异常易发人群的临床特		

		征选择具体方式，并长期服用。		
临床问题 12	共识建议 17	对于血脂异常易感人群，可采用中医非药物疗法进行干预；若出现临床症状者，可结合中药治疗。		
临床问题 14	共识建议 18	<p>血脂异常易发人群 LDL-C 的理想目标应根据疾病或危险因素进行判定：</p> <p>①以下情况发生过 2 次及以上的人群，LDL-C<1.4 mmol/L；</p> <p>1) 近期（12 个月内）发生过急性冠脉综合征（acute coronary syndrome, ACS）者，包括急性 ST 段抬高型/非 ST 段抬高型心肌梗死或不稳定性心绞痛；2) 既往发生过心肌梗死（12 个月以上）；3) 缺血性脑梗死病史；4) 有症状的周围血管病变，既往接受过手术改善血运或截肢。</p> <p>②发生过 1 次上述情况且存在 2 个或多于 2 个下列情况的人群，LDL-C<1.4 mmol/L；</p> <p>1) 多处血管病变（冠状动脉、脑动脉、外周动脉同时存在 2~3 处有缺血症状的病变）；2) 男性发病早于 55 岁，女性发病早于 65 岁，临床中称作早发冠心病；3) 家族性高胆固醇血症或低密度脂蛋白胆固醇高于 4.9mmol/L；4) 接受过冠脉搭桥手术或介入治疗（植入支架、球囊扩张等）；5) 患有糖尿病；6) 患有高血压；7) 患有严重肾脏病；8) 吸烟；9) 服用可耐受的最大剂量他汀类药物后，低密度脂蛋白胆固醇高于 2.6mmol/L。</p> <p>③ASCVD 患者，LDL-C<1.8mmol/L；</p> <p>④具有以下任一危险因素者，1) 高血压病，2) 糖尿病，3) 肥胖，4) 吸烟，或患有其他明确的动脉粥样硬化病变或具有早发性心血管病家族史或具有家族性高脂血症，LDL-C<2.6mmol/L；</p> <p>⑤既往曾检出血脂异常，并曾使用或未使用降脂药物治疗，目前血脂正常且未使用药物，或皮肤或肌腱黄色瘤及跟腱增厚者，LDL-C<3.4mmol/L</p>		
临床问题 14	共识建议 19	对于药物治疗血脂异常易感人群伴有临床症状者，中医证候改善率可作为中医证候疗效评定标准。		

表 8. 推荐强度分级表

推荐强度分级	具体描述
强	明显显示干预措施利大于弊或弊大于利
弱	利弊相当或不确定

8. 撰写草案

工作组在文献预检索、专家访谈、设计问卷、临床应用调研、确定临床问题、证据检索、综合及评价、形成推荐意见/共识建议等环节的基础上，依据《中华中医药学会中医指南制定方案（试行）》及 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则》（第 1 部分：标准的结构与编写）的要求，起草了《血脂异常易发人群治未病干预方案（草案）》。

参考文献

- [1]. 中国成人血脂异常防治指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, (05): 390-419.
- [2] 中国成人血脂异常防治指南修订联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南（2016 年修订版）[J] 中华心血管病杂志, 2016, 44 (10): 833~852.
- [3] Moran A, Gu D, Zhao D, et al. Future cardiovascular disease in china: markov model and risk factor scenario projections from the coronaryheart disease policy model-china. Circ Cardiovasc Qual Outcomes, 2010, 3: 243-252.
- [4] 丁文清, 董虹亭, 米杰. 中国儿童青少年血脂异常流行现状 meta 分析. 中华流行病学杂志, 2015, 36: 71-77.
- [5] Baigent C, Keech A, Kearney PM, et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. Lancet, 2005, 366: 1267-1278.
- [6] 李剑虹, 王丽敏, 米生权, 等. 2010 年我国成年人血脂异常知晓率和治疗率及控制率调查. 中华预防医学杂志, 2012, 46: 687-691.
- [7] GRAHAM R, MANCHE R M, WOLMAN D, et al. Clinical practice guidelines we can trust [M]. Washington (DC): National Academies Press, 2011.
- [8] HIGGINS J, GREEN SE. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0. the cochrane collaboration (Eds) [J]. N-S Arch Pharmacol, 2011, 5 (2): S38.
- [9] GUYATT G H, OXMAN A D, VIST G E, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations [J]. Brit Med J, 2008, 336 (7650): 924.
- [10] 廖星, 谢雁鸣, 张俊华, 等. 中医临床实践指南制修订中专家共识技术规范 [J]. 中国中药杂志, 2019, 44 (20): 4354.
- [11] AGREE enterprise website. AGREE [EB/OL]. (2017-05-02) [2020-06-03]

附件 1. 预检索报告

一、检索词/检索式

1. 中文数据库/检索词:

中国期刊全文数据库 (CNKI)、万方数据库 (Wanfang data)、中国医用信息资源系统 (维普)

西医名 “血脂异常” or “高胆固醇血症” or “家族型高胆固醇血症” or “高甘油三酯血症” or “高脂血症” ;

中医名 “膏脂” or “脂浊” or “血浊” or “痰浊” or “湿浊” or “浊脂” or “污血”

干预方式: “中医药” or “中药” or “针灸” or “推拿” or “功法”

2. 英文数据库/检索词: PubMed、Cochrane 图书馆:

“dyslipidemia”、“Hyperlipidemia”、“HLP”“familial hypercholesterolemia”等。

((((((((((("Dyslipidemias"[Mesh]) OR ("Hyperlipidemias"[Mesh])) OR

("Homozygous Familial Hypercholesterolemia"[Mesh])) OR

("Dyslipidemia"[Title/Abstract])) OR ("Dyslipoproteinemias"[Title/Abstract])) OR

("Dyslipoproteinemia"[Title/Abstract])) OR ("Hyperlipemia"[Title/Abstract])) OR

("Hyperlipemias"[Title/Abstract])) OR ("Hyperlipidemia"[Title/Abstract])) OR

("Lipidemia"[Title/Abstract])) OR ("Lipidemias"[Title/Abstract])) OR

("Lipemia"[Title/Abstract])) OR ("Lipemias"[Title/Abstract])) OR

("HoFH"[Title/Abstract])) OR ("Autosomal Recessive

Hypercholesterolemia"[Title/Abstract]))

二、检索词结果

数据库	检索式	检索的文献总量	结果中检索“中医药” or “针	结果中检“治疗” or	最终纳入研究
-----	-----	---------	------------------	-------------	--------

			灸” or “推拿” or “功法”	“疗效”	文献量
CNKI (精确) 1951-2022	“血脂异常” or “高胆固醇血症” or “家族型高胆固醇血症” or “高甘油三酯血症” or “高脂血症”	47716	1755	1504	906
	“膏脂” or “脂浊” or “血浊” or “痰浊” or “湿浊” or “浊脂” or “污血”	21437			
	以“血浊”、“高脂血症”并含“中医药治疗”	获得有关证据强度 (strength of evidence) 的相关文章共 316 篇。其中期刊论文 253 篇，学位论文 48 篇，会议论文 11 篇。			
万方 (精确) 1979-2022	“血脂异常” or “高胆固醇血症” or “家族型高胆固醇血症” or “高甘油三酯血症” or “高脂血症”	90737	2498	2139	
	“膏脂” or “脂浊” or “血浊” or “痰浊” or “湿浊” or “浊脂” or “污血”	119442			
	以“血浊”、“高脂血症”与“中医药治疗”	获得有关证据强度 (strength of evidence) 的相关文章共 139 篇。其中期刊论文 103 篇，学位论文 20 篇，会议论文 16 篇。			
维普 (精确)	“血脂异常” or “高胆固醇血症” or “家族型高胆固醇血症” or “高甘油三酯血症” or “高脂血症”	31976	2528	1870	
	“膏脂” or “脂浊” or “血浊” or “痰浊” or “湿浊” or “浊脂” or “污血”	4015			

PubMed 检索: 97712 篇。设定以“人”为研究对象, 获得 78273 篇。

Cochrane 检索: 5141 篇, 其中临床实验 5067 篇, 方法学研究 6 篇, 技术评估 13 篇, 经济评价 20 篇。

附件 2. 专家访谈报告

一、访谈目的

为进一步明确血脂异常易发人群的定义，血脂异常的诊断、辨证分型、预防、治疗等内容，以更好地指导临床医生对该病的诊治，由首都医科大学附属北京中医医院牵头，对中华中医药团体标准《血脂异常易发人群治未病干预方案》项目进行研制。本项目已顺利通过中华中医药学会立项。根据《中华中医药学会中医指南制定方案（试行）》中的流程，起草组前期已顺利完成项目组组建、预检索等工作，现项目处于确定临床问题阶段。根据本技术方案相关要求，项目组成员对 6 位具有丰富临床经验的专家进行了访谈，访谈主要内容包括定义、临床表现、诊断标准、辨证分型、预防性干预、中医药治疗等方面。各位专家对血脂异常疾病给予了十分客观意见，对于血脂异常易发人群治未病干预方案专家共识临床问题的确定提供了参考意见。

二、访谈专家名单

刘卫红、周明学、周琦、吴永健、马丽红、刘文娴（按访谈顺序排列）

序号	姓名	性别	职称	单位
1	刘卫红	女	主任医师	北京市中医研究所
2	周明学	男	研究员	北京市中医研究所
3	周琦	男	主任医师	首都医科大学附属北京中医医院
4	吴永健	男	主任医师	中国医学科学院阜外医院
5	马丽红	女	主任医师	中国医学科学院阜外医院
6	刘文娴	女	主任医师	首都医科大学附属北京安贞医院

三、访谈记录

1. 访谈时间：2022 年 4 月 30 日

访谈地点：北京市中医研究所

访谈人：来晓磊

访谈对象：刘卫红

（1）定义及临床表现

血脂异常是现代医学的病名，根据中医古籍里记载的相似临床表现，可以归为中医“膏脂”、“脂浊”、“血浊”、“血瘀”等范畴。一般无典型临床症状，部分出现眩晕、胸闷、头目昏蒙等症状，部分人群形体肥胖或超重。好发于存在高血脂症家族史，或确诊糖尿病、高血压以及动脉粥样硬化性心血管

疾病等人群。

(2) 诊疗技术及标准

血脂异常易发人群一般无明显症状，目前诊断主要依据 ASCVD 病史、高脂血症家族史及 ASCVD 相关危险因素。

(3) 辨证分型

临床证型以痰浊阻遏证、痰瘀互阻证、脾肾阳虚证、肝肾阴虚证为主。痰浊阻遏证以形体肥胖，头重如裹，胸闷肢肿，胸胁脘腹胀闷为主，伴有口黏腻，头晕，失眠，纳呆或恶心，舌有瘀斑，苔白腻，脉弦滑；痰瘀互阻证以形体肥胖，头重肢肿，胸闷胸痛，或心前区隐痛，肢麻沉重为主，舌淡暗有瘀或胖，苔滑腻，脉弦滑；脾肾阳虚证以食少，腹胀，身体困重，或形体肥胖，胸闷气短，心前区隐痛，或呕恶脘满为主，舌淡胖，苔白润或腻，脉濡缓或弦滑；肝肾阴虚证以眩晕耳鸣，五心烦热，肢体麻木为主，伴低热颧红，腰膝酸软，口咽干燥，健忘不寐，盗汗，舌红少苔，脉细数。

(4) 干预方案（包含药物及非药物治疗）

血脂异常明显受饮食及生活方式的影响，故生活方式干预。生活方式干预是治疗血脂异常的重要干预方式，也是一种最佳成本/效益比和风险/获益比的治疗措施。

生活方式干预包括坚持心脏健康饮食、规律运动、远离烟草和保持理想体重。饮食方面，建议每日摄入胆固醇小于 300mg；每日摄入碳水化合物占总能量的 50%~65%；选择使用富含膳食纤维和低升糖指数的碳水化合物替代饱和脂肪酸。同时，血脂代谢紊乱的超重或肥胖者的能量摄入应低于身体能量消耗，以控制体重增长，并争取逐渐减少体重至理想状态。运动方面，根据自己的身体状况、个人喜好和实际条件，选择适当的运动种类、运动负荷强度和负荷量。一般提倡有氧运动，最简单、最能普及、最安全的就是步行。建议每次步行 3km，30 分钟以上，每周最少运动 5 次，运动量达到中等程度。此外，需要戒烟限酒。应完全戒烟和有效避免吸入二手烟，有利于预防 ASCVD。即使少量饮酒也可使高 TG 血症患者 TG 水平进一步升高，故提倡限制饮酒。

2. 访谈时间：2022 年 4 月 30 日

访谈地点：北京市中医研究所

访谈人：来晓磊

访谈对象：周明学

(1) 定义及临床表现

血脂异常与中医的“血浊”“脂浊”“膏脂”相似，本病的发生常与饮食、情志、体质等有关。基本病理变化多为本虚标实，本虚即肾、脾、肝气虚，标实则为痰浊、血瘀。一般无典型临床表现，部分存在胸闷、眩晕等症状，多在健康体检时发现。

(2) 诊疗技术及标准

对于血脂易感人群的诊断，包括：（1）存在多项 ASCVD 危险因素：高血压；糖尿病；肥胖：超重（ $BMI \geq 24 \text{ kg/m}^2$ ）、肥胖（ $BMI \geq 28 \text{ kg/m}^2$ ）和（或）中心型肥胖（男性腰围 $\geq 90 \text{ cm}$ ，女性腰围 $\geq 85 \text{ cm}$ ）；及吸烟的人群。（2）有高脂血症家族史，或曾经诊断血脂异常，或有早发性心血管病家族史者。（3）已诊断 ASCVD。符合以上任意一项及多项即可诊断。

(3) 辨证分型

临床上可见证型包括但不限于痰浊阻遏证、痰瘀互阻证、脾肾阳虚证等。以上证型均以形体肥胖，身体困重为主症，但兼证表现不同。痰浊阻遏证兼有头重如裹，胸闷肢肿，胸胁脘腹胀闷，口黏腻等痰浊壅盛的表现；痰瘀互阻证除有痰浊阻遏的症状外，兼有心前区隐痛，肢麻沉重，舌淡暗有瘀等瘀血阻滞的表现；脾肾阳虚证兼有体倦乏力，口干不欲饮，舌淡胖，苔白润或腻，脉濡缓或弦滑等阳虚表现。

(4) 干预方案（包含药物及非药物治疗）

检索文献时应注意流行病学调查的内容。干预方面应及早对血脂异常人群进行健康宣教，进行生活方式指导及干预，并可在此基础上加用中药治疗。根据患者的临床症状，通过中医的辨证施治，达到治疗或预防血脂异常的目的。

3. 访谈时间：2022 年 4 月 30 日

访谈地点：首都医科大学附属北京中医医院

访谈人：来晓磊

访谈对象：周琦

(1) 定义及临床表现

易感人群可以包括存在如糖尿病、高血压、吸烟等具有 ASCVD 危险因素的人群，以及存在家族遗传史或血脂异常患病史等，以及确诊动脉粥样硬化性心血管疾病的人群。

(2) 诊疗技术及标准

血脂异常一发人群的症状体征不明显，所以主要是根据患者病史、家族史以及各种危险因素进行筛查。诊断标准包括：TC>6.2 mmol/L (240 mg/dl) 诊断为高胆固醇血症；TG>2.3 mmol/L (200 mg/dl) 诊断为高甘油三酯血症；HDL-C<1.03 mmol/L (40 mg/dl) 诊断为低高密度脂蛋白胆固醇血症。

(3) 辨证分型

根据中医体质，可以分为平和质、阴虚质、阳虚质、气虚质、湿热质、痰血质、痰湿质、气郁质和特禀质共 9 种分型。

其中平和质是阴阳气血调和，主要表现为体态适中、目光有神，面色红润、精力充沛等。性格随和开朗，较少患病。对外界环境适应能力较强。气虚质为元气不足，以语音低弱，气短懒言，容易疲乏，易出汗。不耐受风、寒、暑、湿邪等气虚表现为主要特征。阳虚质主要以畏寒怕冷、手足不温，易感风、寒、湿邪等虚寒表现为主要特征。阴虚质以口燥咽干、手足心热等虚热表现为主要特征。痰湿质以形体肥胖、腹部肥满、口黏苔腻等痰湿表现为主要特征。湿热质以面垢油光、口苦、苔黄腻等湿热表现为主要特征。血瘀质以肤色晦黯、舌质紫黯等血瘀表现为主要特征。气郁质以神情抑郁、忧虑脆弱等气郁表现为主要特征。特禀质以生理缺陷、过敏反应等为主要特征。

(4) 干预方案（包含药物及非药物治疗）

应对血脂异常人群进行健康宣教，首先进行生活方式指导及干预，在符合易感人群标准及出现临床症状时，可在此基础上加用中医药治疗。根据患者的临床症状，通过中医的辨证施治，达到治疗或预防血脂异常的目的。

痰浊阻遏证，治疗原则为燥湿祛痰，可选用二陈汤合胃苓汤加减，如见眩晕较甚者，加竹茹，天麻；脘闷纳差者，加砂仁，白蔻仁，焦山楂；痰郁化火者，加莲子，黄连；胸闷者，加瓜蒌，薤白；麻木者，加胆南星，僵蚕。痰瘀互阻证，治疗原则为祛瘀化痰，采用温胆汤合失笑散治疗，口干口臭，大便干结，加栀子、大黄；肢体麻木疼痛，舌质紫暗，或有瘀斑，加桃仁、红花。脾肾阳虚证，治疗原则为温阳化饮，可选用附子理中汤合苓桂术甘汤治疗，气短乏

力者，用生黄芪；腹胀纳呆者，加薏苡仁，扁豆；见形寒肢冷者，可加干姜；见少寐健忘者，可加合欢皮，夜交藤；肾阳虚明显者，加巴戟天，肉桂；见下肢浮肿，加生黄芪，茯苓。

除健康教育、饮食生活方式调节等常规控制外，还可以根据中医体质分型采实施中医辨证调护。

如气虚体质补气养气，适当锻炼，多吃一些补气食品。阳虚体质需要保持精神舒畅，注意保暖，饮食、药物可选用补肾温阳祛寒之品。阴虚体质应保持思想娴静，起居规律，充足睡眠。不宜从事大运动量的锻炼。应多食滋补肾阴的食物。湿热体质应注意起居环境的改善和饮食调理，不宜暴饮暴食、酗酒，应注意饮食的清淡爽口，少吃肥腻甜味食品，以保持良好的消化功能，避免水湿内停或湿从外入。痰湿体质不宜在潮湿的环境里久留，多食辛温发散的食物。瘀血体质者往往面色黯滞，应保持乐观的精神状态，饮食清淡易消化，营养均衡，少食生冷滋腻之品。气郁体质应注意心理卫生和精神调养。多参加集体活动，坚持体育锻炼，、食应选用具有理气解郁功能的食物，少食冰冷食品如雪糕、冰激凌、冰冻饮料等。特禀体质应尽量避免过敏源，避免情绪紧张。饮食宜清淡，起居有规律。

4. 访谈时间：2022 年 4 月 30 日

访谈地点：中国医学科学院阜外医院

访谈人：邢文龙

访谈对象：吴永健

(1) 定义及临床表现

血脂异常易发人群可以是成年人中，存在高血压，糖尿病，肥胖，吸烟等高位因素，或有高脂血症、早发性心血管病家族史，曾经诊断血脂异常，以及确诊有动脉粥样硬化性心脑血管疾病患者。

血浊病易发人群一般没有典型的临床症状，大多数患者是在健康体检或其他疾病检查时发现，一部分患者可能出现眩晕、胸闷、头目昏蒙等症状。多数患者形体肥胖或超重，其他体征不明显。

(2) 诊疗技术及标准

符合以下一项或以上标准即可诊断：①存在多项 ASCVD 危险因素②有家族

史者③已诊断动脉粥样硬化性心脑血管疾病患者（ASCVD）。

（3）辨证分型

辨证分型主要包括痰浊阻遏证、痰瘀互阻证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证等。具体如痰浊阻遏证，表现为胸胁脘腹胀闷，口黏腻，头晕，失眠，舌有瘀斑，苔白腻，脉弦滑等。痰瘀互阻证表现为头重肢肿，胸闷胸痛，或心前区隐痛，肢麻沉重，舌淡暗有瘀或胖，苔滑腻，脉弦滑。肝肾阴虚证主要表现为眩晕耳鸣，五心烦热，腰膝酸软，口咽干燥，盗汗，舌红少苔，脉细数。脾肾阳虚证主要表现出食少腹胀，体倦乏力，口干不欲饮，或呕恶脘满，眩晕，舌淡胖，苔白润或腻，脉濡缓或弦滑。

（4）干预方案（包含药物及非药物治疗）

临床常用的中成药有有脂必妥胶囊、通心络胶囊、松龄血脉康胶囊等。

脂必妥胶囊，用于痰瘀互结，气血不利所致的高脂血症；松龄血脉康胶囊主要用于证属肝阳上亢的血脂异常。

5. 访谈时间：2022 年 4 月 30 日

访谈地点：中国医学科学院阜外医院

访谈人：邢文龙

访谈对象：马丽红

（1）定义及临床表现

血脂异常通常指血清中胆固醇和（或）TG 水平升高，俗称高脂血症。实际上血脂异常也泛指包括低 HDL-C 血症在内的各种血脂异常。临床可简易分为高胆固醇血症、高 TG 血症、混合型高脂血症及低 HDL-C 血症四种。

在成年人中，具有下列任何一个及以上者为血脂异常易感人群：（1）存在多项 ASCVD 危险因素，如高血压、糖尿病、吸烟等。（2）肥胖：超重、肥胖和（或）中心型肥胖。（3）有家族性高脂血症病史患者，或曾经诊断血脂异常，现已治愈患者，或有早发性心血管病家族史者。（4）已诊断动脉粥样硬化性疾病（AS）伴曾经患有血脂异常者：急性冠状动脉综合征（ACS）、稳定性冠心病、血运重建术后、缺血性心肌病、缺血性卒中、短暂性脑缺血发作、外周动脉粥样硬化病等。（5）近 2 年内，体检发现 2 次以上血清中胆固醇和（或）TG 水平进行性升高，接近正常值高限。

(2) 诊疗技术及标准

目前诊断主要依据临床症状、体征及辅助检查。临床上血脂检测的基本项目为 TC、TG、LDL-C 和 HDL-C。其他血脂项目如 Apo A1、Apo B、Lp (a) 的临床应用价值也日益受到关注。

(3) 辨证分型

临床常见证型以痰浊阻遏证、痰瘀互阻证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证为主。

(4) 干预方案 (包含药物及非药物治疗)

血脂异常与饮食和生活方式有密切关系, 饮食治疗和改善生活方式是血脂异常治疗的基础措施。无论是否选择药物调脂治疗, 都必须坚持控制饮食和改善生活方式。如在满足每日必需营养需要的基础上控制总能量, 合理选择各营养要素的构成比例, 同时控制体重, 戒烟、限酒, 并坚持规律的中等强度代谢运动等。

6. 访谈时间: 2022 年 4 月 30 日

访谈地点: 首都医科大学附属北京安贞医院

访谈人: 刘巍

访谈对象: 刘文娴

(1) 定义及临床表现

“血脂异常”“高脂血症”属于中医“血浊病”的范畴, 属本虚标实之证, 其病位在心肝脾肾, 常因脏腑功能失调使得人体津液生成、输布异常, 酿成痰瘀秽浊等病理因素而致病。临床主要表现为头晕, 神疲乏力, 失眠健忘, 肢体麻木, 胸闷, 心悸等症, 早期常无明显症状, 难以发现。

(2) 诊疗技术及标准

多数高脂血症患者可无任何症状和异常体征, 常在进行血液生化检测时被发现血脂异常。我国人群 TC 合适范围为 $<5.18\text{mmol/L}$, TC $5.18\text{--}6.19\text{mmol/L}$ 为边缘升高, $\text{TC} \geq 6.22\text{mmol/L}$ 为升高; TG 合适范围 $<1.7\text{mmol/L}$, TG 在 $1.70\text{--}2.25\text{mmol/L}$ 为边缘升高, $\text{TG} \geq 2.26\text{mmol/L}$ 为升高; LDL-C 合适范围 $<3.37\text{mmol/L}$, LDL-C 在 $3.37\text{--}4.12\text{mmol/L}$ 为边缘升高, $\text{LDL-C} \geq 4.14\text{mmol/L}$ 为升高; HDL-C 合适范围 $\geq 1.04\text{mmol/L}$, $\text{HDL-C} < 1.04\text{mmol/L}$ 为降低。

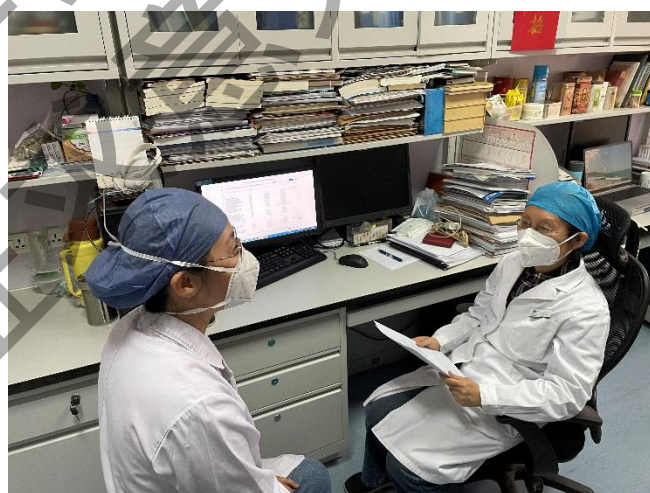
(3) 辨证分型

临床上可见的证型包括但不限于痰浊阻遏证、痰瘀互阻证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证等。痰浊阻遏证可见形体肥胖，胸闷腹胀，口黏腻，头晕，纳呆，失眠等；痰瘀互阻证在痰浊基础上形成血瘀，可表现为胸闷胸痛，或心前区隐痛等；肝肾阴虚证临床常见眩晕耳鸣，五心烦热，肢体麻木，低热颧红，腰膝酸软，口咽干燥，健忘不寐，盗汗等表现；脾肾阳虚证则以食少腹胀，身体困重，体倦乏力，口干不欲饮等表现为主。同时可以根据中医体质进一步调节。

(4) 干预方案（包含药物及非药物治疗）

临床调脂达标，首选他汀类调脂药物，同时积极健康宣教，控制饮食和改善生活方式是治疗血脂异常的基础措施。良好的生活方式包括坚持健康饮食、规律运动、远离烟草和保持理想体重。通过中药汤剂、中成药等对易发人群辨证施治，改善症状，未病先防。针刺、穴位贴敷、电针疗法、耳穴贴压、按摩、拔罐、推拿等对本病的防治也有积极意义。

四、访谈照片







附件 3. 临床应用调研报告

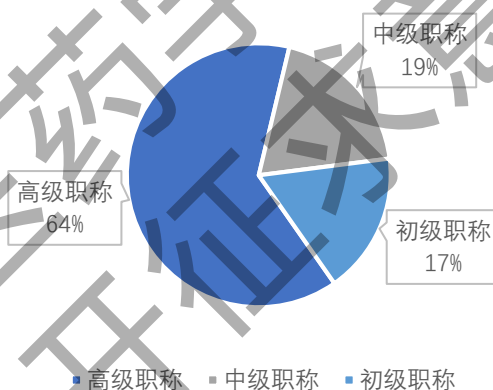
一、调查目的

本次调研通过向临床经验丰富的医生发放问卷的形式，了解中医非药物治疗及药物治疗在血脂异常易发人群及血脂异常患者的临床应用过程中的效果及所存在的临床问题。

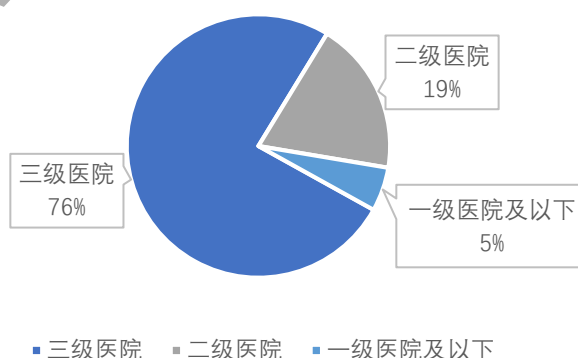
二、调查对象及一般情况

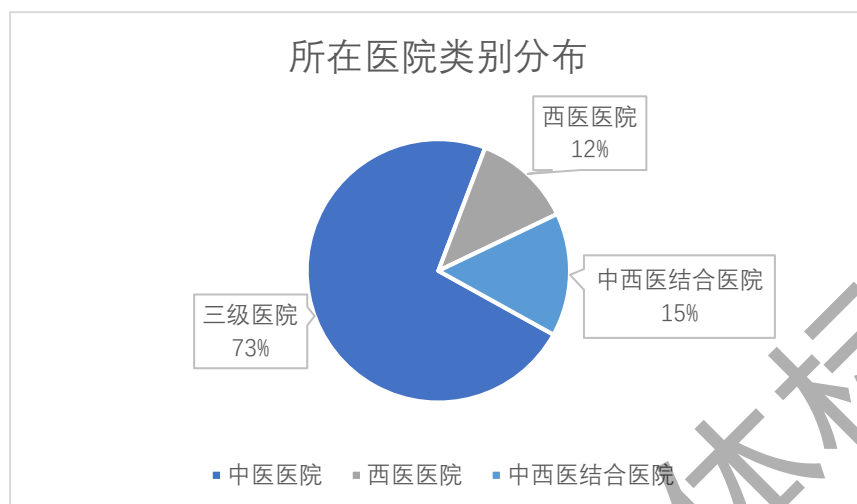
此次调研了 52 名具有丰富临床经验的临床医生，其中主治医师 13 名、副主任医师 10 名、主任医师 20 名（西医专家共 14 名），涉及北京、上海、天津、黑龙江、山东、河北、河南、宁夏、云南、浙江、江苏、广东、广西、海南等 14 个省份（或直辖市）。分布中医医院 14 所，中医药大学附属医院 10 所，西医医院 4 所，中西医结合医院 5 所，社区卫生服务中心 2 所，其中三级医院 28 所，二级医院 7 所。

研究对象职称分布



所在医院级别分布





三、调查方式

本次调研采用线上、线下调研相结合的方式，通过问卷星及发放问卷的形式进行调研。通过线上及线下形式共发放问卷 60 份，收回 54 份，其中有效问卷 52 份，有效率 96.30%。

四、调查时间

2022 年 5 月 5 日-2021 年 5 月 7 日

五、调查内容

课题组基于预检索、专家访谈及预调研结果共总结出 14 项问题。本次调研主要针对这 14 项问题进行调研，内容涉及中医药非药物及药物治疗法对血脂异常人群及患者的疗效。

六、调查结果

第 1 题：您是否认为临床医生应该关注血脂异常易发人群？

选项	小计	比例
是	52	100%
否	0	0%
补充意见：无		
本题有效填写人次	52	

第 2 题：您是否认为对血脂异常易发人群应该进行规范化的定义？

选项	小计	比例
是	51	98.08%
否	1	1.92%
补充意见：无		
本题有效填写人次	52	

第 3 题：您是否会推荐血脂异常易发人群及早开展生活方式干预？

选项	小计	比例
是	52	100.0%
否	0	0%
	补充意见：无	
本题有效填写人次	52	

第 4 题：您是否会推荐血脂异常易发人群及早开展中医药相关的干预？

选项	小计	比例
是	49	94.23%
否	3	5.77%
	补充意见：可以推荐，但实际情况需要结合临床，如果血脂没有异常也无临床表现，可以考虑生活方式干预为主，因为这部分人群接受药物干预的可行性较差。	
本题有效填写人次	52	

第 5 题：您是否认为血脂异常可归属中医“血浊”的范畴？

选项	小计	比例
是	50	96.15%
否	2	3.85%
	补充意见：定义不确切	
本题有效填写人次	52	

第 6 题：您是否认为既往曾患血脂异常，未曾或曾经治疗现已痊愈的患者属于血脂异常易发人群？

选项	小计	比例
是	51	98.08%
否	1	1.92%
	补充意见：无	
本题有效填写人次	53	

第 7 题：您是否认为有家族性高脂血症或有早发心血管病家族史者属于血脂异常易发人群？

选项	小计	比例
是	52	100.0%
否	0	0%
	补充意见：无	
本题有效填写人次	52	

第 8 题：您是否认为已诊断 ASCVD 患者或存在多项 ASCVD 危险因素的患者属于血脂异常易发人群？

选项	小计	比例
是	51	98.08%
否	1	1.92%
	补充意见：无	
本题有效填写人次		

第 9 题：您是否认为皮肤或肌腱黄色瘤及跟腱增厚患者属于血脂异常易发

人群?

选项	小计	比例
是	50	96.15%
否	2	3.85%
	补充意见: 无	
本题有效填写人次	52	

第 10 题: 您是否认为血脂异常易发人群通过中医药干预能达到“治未病”的效果?

选项	小计	比例
是	49	94.23%
否	3	5.77%
	补充意见: 无	
本题有效填写人次	52	

第 11 题: 您是否认为健康宣教及生活干预比单纯药物干预血脂异常更有效果?

选项	小计	比例
是	49	94.23%
否	3	5.77%
	补充意见: 如果是对于血脂异常易发人群同等重要, 如果是已经发生血脂异常药物治疗效果更好, 但同时也需要配合生活方式干预	
本题有效填写人次	52	

第 12 题: 您是否认为血脂异常易发人群一般无典型临床症状, 部分存在眩晕、胸闷、头目昏蒙等症状?

选项	小计	比例
是	52	100.0%
否	0	0%
	补充意见: 无	
本题有效填写人次	52	

第 13 题: 您是否认为对血脂异常易发人群伴有或不伴临床症状者均应进行证候评估, 以利中药物或非药物干预?

选项	小计	比例
是	51	98.08%
否	1	1.92%
	补充意见: 无	
本题有效填写人次	52	

第 14 题: 您是否愿意参与中华中医药学会血脂异常易发人群“治未病”干预标准的制定工作?

选项	小计	比例
是	50	96.15%
否	2	3.85%
	补充意见: 无	

本题有效填写人次	52	
----------	----	--

第 15 题：您是否还有其他意见？

①中西医并重，采用不同策略，有助于更好的改善脂类代谢。

②发挥中医药优势

③建议大样本、多中心流调挖掘中医症候特征

④细分血脂异常易发人群：建议以一级预防人群为主要对象；明确治未病干预特色与优势：突出中医非药物治疗，并注意与生活方式改变的差异

⑤饮食、运动等干预治疗

附件 4. 临床问题清单调研报告

一、调查目的

经过专家访谈及临床应用调研等工作，通过起草组相关专家讨论，最终确定了 20 个原始临床问题，对 30 位临床专家进行了临床问题重要性评估。

二、调查对象

故此次调研对 30 个专家进行了临床问题重要性评估，均为主任医师。

三、调查方式

本次调研采用线上调研的方式，利用问卷星作为调研工具，共发放问卷 30 份，收回 29 份，其中有效问卷 28 份，有效率 93.33%。

四、调查时间

2022 年 5 月 8 日-2021 年 5 月 10 日

五、调查内容

课题组基于预检索、专家访谈及临床调研结果等确定的 20 项原始临床问题，评估临床问题重要性，讨论是否纳入本次《方案》进行讨论。

六、调查结果

拟纳入的问题	同意纳入 (票数)	不同意纳入 (票数)	同意率
1. 血脂异常（血浊病）易发人群如何定义？	28	0	100%
2. 血脂异常（血浊病）易发人群如何进行自我筛查？	28	0	100%
3. 哪些中医诊察手段（如脉诊仪、目诊仪等）可以作为血脂异常（血浊病）易发人群的筛查手段？”作为本指南的临床问题	23	5	82.14%
4. 哪些理化检查可以作为血脂异常（血浊病）易发人群的筛查手段？”作为本指南的临床问题？	28	0	100%
5. 血脂异常（血浊病）易发人群如何进行中医诊断？	27	1	96.43%
6. 血脂异常（血浊病）易发人群的中医病因病机是什么？	28	0	100%
7. 血脂异常（血浊病）易发人群临床常见的辨证分型有哪些？	28	0	100%

8. 血脂异常（血浊病）易发人群在辨证分型的基础上增加体质分型？	23	5	82.14%
9. 血脂异常（血浊病）易发人群是否有常见的临床症状？	27	1	96.43%
10. 血脂异常（血浊病）易发人群如何进行生活方式干预？	28	0	100%
11. 血脂异常（血浊病）易发人群有哪些中医非药物干预手段？	28	0	100%
12. 在生活方式和非药物治疗基础上，血脂异常（血浊病）易发人群伴有临床症状（肥胖、头晕头重、纳呆等）时，是否可以引入中药治疗？	28	0	100%
13. 血脂异常（血浊病）易发人群伴症状者如何通过中药汤剂或中成药干预？	27	1	96.43%
14. 血脂异常（血浊病）易发人群如何确定血脂控制目标值？	27	1	96.43%
15. 血脂异常（血浊病）易发人群血脂检测周期是多久？	28	0	100%
16. 血脂异常（血浊病）易发人群与血脂异常患者病因病机和证候类型的相关性？	28	0	100%
17. 血脂异常（血浊病）患者的中西医治疗方法？	26	2	92.86%
18. 血脂异常（血浊病）易发人群或患者常见的合并症有哪些？	27	1	96.43%
19. 血脂异常（血浊病）患者在常规西药治疗的基础上联合中医治疗方法改善血脂水平效果如何？	26	2	92.86%
20. 血脂异常（血浊病）合并高血压或冠心病、或2型糖尿病患者如何通过中医药方式干预？	24	4	85.71%

附件 5. 证据清单表

证据清单表——治未病相关研究

序号	问题	系统评价/Meta	RCT	补充
1	运动能否改善未确诊血脂异常人群的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	<p>本问题可用运动后 TC、TG、LDL-C、HDL-C、Apo-A、Apo-B 数值来回答。</p> <p>TC：共 5 项研究。余世菊 2014、杨秀珍 1998、徐百鸿 2019、陈英杰 2003、黄愈玲 2010 提示运动可降低未确诊血脂异常人群的 TC 值。（MD=-0.49 [-0.84, -0.14], $I^2=73\%$, $P=0.006$）</p> <p>TG：共 5 项研究。余世菊 2014、杨秀珍 1998、徐百鸿 2019、陈英杰 2003、黄愈玲 2010 提示运动可降低未确诊血脂异常人群的 TG 值。（MD= -0.20 [-0.26, -0.14], $I^2=0\%$, $P<0.00001$）</p> <p>LDL-C：共 3 项研究。徐百鸿 2019、陈英杰 2003、黄愈玲 2010 提示运动可降低未确诊血脂异常人群的 LDL-C 值。（MD=-0.42 [-0.53, -0.30], $I^2=87\%$, $P<0.00001$）</p> <p>HDL-C：共 3 项研究。徐百鸿 2019、陈英杰 2003、黄愈玲 2010 提示运动可升高未确诊血脂异常人群的 HDL-C 值。（MD= 0.12 [0.07, 0.18], $I^2=0\%$, $P<0.00001$）</p> <p>Apo-A：共有 1 项研究。陈英杰 2003 研究提示中小强度的有氧运动可以使 Apo-A 显著提高（$P<0.05$）。</p> <p>Apo-B：共有 1 项研究。陈英杰 2003 研究提示有氧运动使 Apo-B 略有下降，差异无统计学意义（$P>0.05$）。</p>	无补充

2	运动是否能改善未确诊血脂异常人群的三围（体重、腰围、腹围、臀围、BMI）水平？	无系统评价	共 1 项 RCT 研究： 杨秀珍 1998 提示运动体操能减轻超重中年女性的体重（ $P<0.05$ ），同时能降低 TG 数值（ $P<0.01$ ）。	无补充
3	太极拳、五禽戏等中医特色运动能否改善未确诊血脂异常人群的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	王雪冰 2017 提示五禽戏对成年人血脂有一定的改善作用，可明显降低成年人血液中总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）浓度以及明显提高血液中高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）浓度。 禹方 2017 提示八段锦通过改善偏颇体质、降低血糖血脂、增强身体素质可以有效达到未病先防、既病防变、瘥后防复的效果。	本问题可用运动后 TC、LDL-C 数值来回答。 共 1 项研究。 霍永彦 2019 提示五脏养生操能有效降低老年人的血清总胆固醇（TC）和低密度脂蛋白胆固醇水平（LDL-C），（ $P<0.001$ ）	无补充
4	饮食控制能否改善未确诊血脂异常人群的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	本问题可用干预后 TC、TG、LDL-C、HDL-C 数值来回答。 TC：共 2 项研究。 余世菊 2014、徐百鸿 2019 提示饮食控制可降低未确诊血脂异常人群的 TC 值。（MD= -0.73 [-1.03-0.42]， $I^2=17\%$ ， $P<0.00001$ ） TG：共 2 项研究。 余世菊 2014、徐百鸿 2019 提示饮食控制可降低未确诊血脂异常人群的 TG 值。（MD= -0.17 [-0.24, -0.10]， $I^2=0\%$ ， $P<0.00001$ ）	无补充

			<p>LDL-C: 共 1 项研究。徐百鸿 2019 研究提示饮食控制可降低未确诊血脂异常人群的 LDL-C 值 ($P < 0.05$)。</p> <p>HDL-C: 共 1 项研究。徐百鸿 2019 提示饮食控制可升高未确诊血脂异常人群的 HDL-C 值 ($P < 0.05$)。</p>	
5	健康教育能否改善未确诊血脂异常人群的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	<p>本问题可用干预后 TC、TG、LDL-C、HDL-C 数值来回答。</p> <p>TC: 共 2 项研究。余世菊 2014、徐百鸿 2019 提示健康教育可降低未确诊血脂异常人群的 TC 值。 (MD= -0.73 [-1.03-0.42], $I^2=17\%$, $P < 0.00001$)</p> <p>TG: 共 2 项研究。余世菊 2014、徐百鸿 2019 提示健康教育可降低未确诊血脂异常人群的 TG 值。 (MD= -0.17 [-0.24, -0.10], $I^2=0\%$, $P < 0.00001$)</p> <p>LDL-C: 共 1 项研究。徐百鸿 2019 研究提示健康教育可降低未确诊血脂异常人群的 LDL-C 值 ($P < 0.05$)。</p> <p>HDL-C: 共 1 项研究。徐百鸿 2019 提示健康教育可降低未确诊血脂异常人群的 HDL-C 值 ($P < 0.05$)。</p>	无补充
6	中药治疗能否达到治未病效果?	无系统评价	无 RCT 研究	<p>2 项理论研究</p> <p>潘晓云 2009 总结有 ①高脂血症要及早预防: 陈皮、半夏、茯苓、白术、苍术、防己、泽泻、荷叶、大黄、鸡内金等; ②其本为脾肾虚弱, 其标</p>

				<p>为痰瘀胶结。治疗以健脾益肾，燥湿化痰，活血化痰，兼而治之。根据四诊合参辨证施治，常用药如：何首乌、桑寄生、仙灵脾、女贞子、黄精、决明子、党参、茯苓、泽泻、白术、陈皮、半夏、胆南星、白芥子、丹参、生山楂、桃仁、红花、没药、荷叶等；③必须坚持调节血脂的长期治疗，维持血脂代谢的平衡。可选择适合个体的中药如生山楂、葛根、决明子、丹参、泽泻、荷叶、三七、何首乌等，代茶饮用。</p> <p>徐名一 2018 总结对于痰湿体质人群，血脂检测结果正常，出现相关症状，则应积极进行高脂血症的预防。用药可选择陈皮、半夏、茯苓、泽泻、苍术等。②高脂血症患者，多以虚实</p>
--	--	--	--	---

				<p>并存，治则调节脏腑功能平衡，促进血液循环，以达到活血化瘀、燥湿化痰、健脾益肾的治疗效果。用药：何首乌、女贞子、决明子、生山楂、桃仁、陈皮、半夏、胆南星、荷叶等。③在病情控制、相关指标正常后，可选择用生山楂、葛根、泽泻、三七、何首乌等。</p>
--	--	--	--	--

证据清单表——非药物干预相关研究

序号	问题	系统评价/Meta	RCT	补充
1	运动能否改善血脂异常患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	<p>本问题可用运动后 TC、TG、HDL-C、LDL-C 来回答。</p> <p>TC: 共 8 项研究。江建军 2003、池煜霞 2016、陈辉 2011、朱命祺 2010、崔瑞华 2008、卢月丽 2010、朱秀华 2016、刘大男 2004 结果提示运动能降低血脂异常患者 TC 水平。（MD=-0.38[-0.43, -0.33], $I^2=85\%$, $P<0.01$）</p> <p>TG: 共 8 项研究。江建军 2003、池煜霞 2016、陈辉 2011、朱命祺 2010、崔瑞华 2008、朱秀华 2016、田国平 2015、刘大男 2004 结果提示运动能降低血脂异常患者 TG 水平。（MD=-0.28[-0.33, -0.24], $I^2=96\%$, $P<0.01$）</p> <p>HDL-C: 共 6 项研究。池煜霞 2016、陈辉 2011、朱命祺 2010、崔瑞华 2008、卢月丽 2010、朱秀华 2016 结果提示运动能升高血脂异常患者 HDL-C 水平。（MD=0.07[0.05, 0.09], $I^2=86\%$, $P<0.01$）</p> <p>LDL-C: 共 7 项研究。池煜霞 2016、陈辉 2011、朱命祺 2010、卢月丽 2010、朱秀华 2016、田国平 2015、刘大男 2004 结果提示运动能降低血脂异常患者 LDL-C 水平。（MD=-0.25[-0.28, -0.21], $I^2=98\%$, $P<0.01$）</p>	<p>5 项非 RCT 临床研究</p> <p>刘宏强 2021 研究提示常规有氧游泳运动时中等强度的运动最适宜改善高脂血症，药物干预后进行中等强度游泳运动效果最佳。</p> <p>邢坤权 2021 研究提示运动训练已经成为改善血脂代谢，防治血脂异常相关疾病的重要方法。</p> <p>蒋妮 2016 研究提示对血脂异常的中老年人来说，长期坚持有氧运动可以增加 HDL-C ($P<0.05$)，同时降低 TG ($P<0.05$) 水平。</p> <p>张彦龙 2012: 经常性的运动即使没有体重和身体指数的变化情况下，有助于降低心血管疾病的危险，</p>

				<p>可对血脂产生良好的影响。</p> <p>叶有强 2013 研究提示</p> <p>高脂血症患者进行为期 6 个月的运动疗法干预后，其 TC、TG、LDL-C 较前均有明显改善（$P<0.001$），HDL-C 较前无显著变化（$P>0.05$）。</p>
2	运动联合饮食控制能否改善血脂异常患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	<p>本问题可用干预后 TC、TG、HDL-C、LDL-C 来回答。</p> <p>TC: 共 13 项研究。王思源 2018、张敏 2011、张欣颖 2008、邵金凤 2006、潘群 2012、成丽 2016、李国华 2008、慕淑珍 2013、刘亮 2016、黄喜顺 2013、冉君花 2009、汪柳燕 2013、赖剑波 2005 结果提示运动联合饮食控制能降低血脂异常患者 TC 水平。（$MD=-0.07[-0.12, -0.03]$, $I^2=99\%$, $P=0.002$）</p> <p>TG: 共 13 项研究。王思源 2018、张敏 2011、张欣颖 2008、邵金凤 2006、潘群 2012、成丽 2016、李国华 2008、慕淑珍 2013、刘亮 2016、黄喜顺 2013、冉君花 2009、汪柳燕 2013、赖剑波 2005 结果提示运动联合饮食控制能降低血脂异常患者 TG 水平。（$MD=-0.49[-0.53, -0.45]$, $I^2=97\%$, $P<0.01$）</p> <p>HDL-C: 共 13 项研究。王思源 2018、张敏 2011、张欣颖 2008、邵金凤 2006、潘群 2012、成丽 2016、李国华 2008、慕淑珍 2013、刘亮 2016、黄喜顺 2013、冉君花 2009、汪柳燕 2013、赖剑波 2005 结果提示运动联合饮食控制能升高血脂异常患者 HDL-C 水平。（$MD=0.09[0.06, 0.12]$, $I^2=96\%$, $P<0.01$）</p>	<p>4 项非 RCT 临床研究</p> <p>何绍芳 2015 研究提示非药物治疗中饮食治疗是降脂治疗的基础；改变不良生活方式（包括运动）在非药物性降脂治疗中起关键性作用。</p> <p>马飞 2015 研究提示建议高血脂患者择适合自己的运动健身项目，采取适当的运动量，选择健康的生活方式及合理的饮食，才能够有效地预防血脂异常。</p> <p>赵庆伟 2015 研究提示</p> <p>高脂血症患者经 6 个</p>

			<p>LDL-C: 共 13 项研究。王思源 2018、张敏 2011、张欣颖 2008、邵金凤 2006、潘群 2012、成丽 2016、李国华 2008、慕淑珍 2013、刘亮 2016、黄喜顺 2013、冉君花 2009、汪柳燕 2013、赖剑波 2005 结果提示运动联合饮食控制能降低血脂异常患者 LDL-C 水平。 (MD=-0.10[-0.13, -0.07], $I^2=98\%$, $P<0.01$)</p>	<p>月个体化饮食运动指导后, TC、TG 及 LDL-C 水平较前下降, 差异有统计学意义 ($P<0.011$), HDL-C 水平较前略有升高, 但无统计学意义 ($P>0.05$)。 曲晓霞 2014 研究提示经过有效的有氧运动后高脂血症患者 TC、TG、LDL-C、APO-B100 水平下降, HDL-C 水平升高 ($P<0.01$)。</p>
3	运动是否能改善血脂异常患者的三围(体重、腰围、腹围、臀围、BMI)水平?	无系统评价	<p>共 1 项 RCT 研究: 刘大男 2004 研究结果提示, 运动能降低血脂异常患者 BMI (4.92 ± 1.23 vs 5.58 ± 1.27, $P<0.05$)。</p>	无补充
4	运动联合饮食控制是否能改善血脂异常患者的三围(体重、腰围、腹围、臀围、BMI)水平?	无系统评价	<p>本问题可用干预后 BMI 来回答。 BMI: 共 4 项研究。张敏 2011、张欣颖 2008、李国华 2008、黄喜顺 2013 结果提示运动联合饮食控制能降低血脂异常患者 BMI。 (MD=-0.94[-1.57, -0.30], $I^2=48\%$, $P=0.004$)</p>	无补充
5	运动(或联合饮食控制)是否能改善血脂异常患者或合并糖尿病患者的血糖(FBG、2hPG、HbA1c)水平?	无系统评价	<p>共 1 项 RCT 研究: 黄喜顺 2013 研究结果提示, 运动联合饮食控制能降低血脂异常患者空腹血糖 (5.11 ± 1.01 vs 5.54 ± 1.25)。</p>	无补充

6	运动是否能改善血脂异常患者或合并高血压患者的血压水平?	无系统评价	<p>本问题可用治疗后 SBP、DBP 来回答。</p> <p>SBP: 共 2 项研究。李国华 2008、刘亮 2016 结果提示运动联合饮食控制能降低血脂异常患者或合并高血压患者的 SBP 水平。(MD=-5.36[-8.03, -2.69], $I^2=94\%$, $P<0.01$)</p> <p>DBP: 共 2 项研究。李国华 2008、刘亮 2016 结果提示运动联合饮食控制能降低血脂异常患者或合并高血压患者的 DBP 水平。(MD=-4.56[-6.21, -2.90], $I^2=98\%$, $P<0.01$)</p> <p>卢月丽 2010 研究结果提示, 运动能降低血脂异常合并高血压患者 SBP (135.91 ± 13.57vs145.57 ± 6.24, $P<0.05$)、DBP (83.18 ± 10.31vs91.71 ± 5.11, $P<0.05$)。</p>	1 项非 RCT 临床研究 陈丽 2007 研究提示, 每日运动时间超过 30min, 持续运动时间超过 5 年患高血压的风险明显低于不运动者。
7	太极拳、五禽戏等中医特色运动能否改善血脂异常患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	王雪冰 2017 系统评价提示五禽戏对成年人血脂有一定的改善作用。	<p>本问题可用 TG、TC、LDL-C、HDL-C、Apo-A、Apo-B 来回答。</p> <p>TC: 共 8 项研究。马志君 2011、刘善云 2007、丁忠 2006、闫严 2009、李兆伟 2009 结果提示太极拳、五禽戏等中医特色运动可以改善血脂异常患者的 TC 含量。 (OR=-0.33 [-1.36, 0.70], $P<0.01$, $I^2=99\%$)</p> <p>牛映雪 2013 研究结果表明太极拳治疗血脂异常患者 6 个月后, 2 套、4 套、6 套太极拳三个锻炼组的 TC 水平较以前下降 (未描述 P 值, 数据无单位)。宋月琼 2000 研究结果表明太极拳运动可改善老年人血脂的 TC 水平, 但无统计学意义 ($P>0.05$)。霍永彦 2019: 研究结果表明穴位按压、运动干预均能有效降低老年人的血清总胆固醇水平 (未描述 P 值)。</p> <p>TG: 共 8 项研究。马志君 2011、刘善云 2007、丁忠 2006、闫严 2009、李兆伟 2009 结果提示太极拳、五禽戏等中医特色运动可以改善血脂异常患者的 TG 含</p>	无补充

			<p>量。(OR=-0.51 [-0.74, -0.28], $P < 0.01$, $I^2=78\%$)</p> <p>牛映雪 2013 研究结果表明太极拳治疗血脂异常患者 6 个月后, 2 套、4 套、6 套太极拳三个锻炼组的 TG 水平较以前下降(未描述 P 值, 数据无单位)。宋月琼 2000 研究结果表明太极拳运动可改善老年人血脂的 TG 水平, 但无统计学意义($P > 0.05$)。</p> <p>LDL-C: 共 8 项研究。马志君 2011、刘善云 2007、丁忠 2006、闫严 2009、李兆伟 2009 结果提示太极拳、五禽戏等中医特色运动可以改善血脂异常患者的 LDL-C 含量。(OR=-0.57 [-0.76, -0.37], $P < 0.01$, $I^2=84\%$)</p> <p>牛映雪 2013 研究结果表明太极拳治疗血脂异常患者 6 个月后, 2 套、4 套、6 套太极拳三个锻炼组的 LDL-C 水平较以前下降, 中、高强度组的 LDL-C 水平前后有非常显著性差异($P < 0.101$)。宋月琼 2000 研究结果表明太极拳运动可改善老年人血脂的 LDL-C 水平, 但无统计学意义($P > 0.05$)。霍永彦 2019: 研究结果表明穴位按压、运动干预均能有效降低老年人的低密度脂蛋白胆固醇水平(未描述 P 值)。</p> <p>HDL-C: 共 8 项研究。马志君 2011、刘善云 2007、丁忠 2006、闫严 2009、李兆伟 2009 结果提示太极拳、五禽戏等中医特色运动可以改善血脂异常患者的 HDL-C 含量。(OR=0.32 [0.19, 0.45], $P < 0.01$, $I^2=81\%$) 牛映雪 2013 研究结果表明太极拳治疗血脂异常患者 6 个月后, 2 套、4 套、6 套太极拳三个锻炼组中低强度组的 HDL-C 水平较锻炼前有所上升, 而中、高强度组的 HDL-C 水平则较锻炼前略下降, 但均无显著性差异。宋月琼 2000 研究结果表明太极拳运动可改善老年人血脂的 HDL-C 水平, 但无统计学意</p>	
--	--	--	--	--

			义 ($P>0.05$)。 Apo-A: 共 1 项研究。丁忠 2006 结果提示太极拳治疗高脂血症患者可提高 Apo-A 水平 ($P<0.05$)。 Apo-B: 共 1 项研究。丁忠 2006 结果提示太极拳治疗高脂血症患者可降低 Apo-B 水平 ($P<0.05$)。	
8	太极拳、五禽戏等中医特色运动是否能改善血脂异常患者的三围（体重、腰围、腹围、臀围、BMI）水平？	无系统评价	无 RCT 研究	无补充
9	太极拳、五禽戏等中医特色运动是否能改善血脂异常患者或合并糖尿病患者的血糖（FBG、2hPG、HbA1c）水平？	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 王敬浩 2001 研究结果提示太极拳运动治疗高脂血症合并 II 型糖尿病患者可显著降低 TG 水平 ($P<0.05$)，极显著升高 ApoA1 水平 ($P<0.01$)，显著升高 HDL-C，A1/B, HDL-C/TC 水平 ($P<0.05$)，TC，略升高 ApoB 水平，但无显著差异 ($P>0.05$)。	无补充
10	太极拳、五禽戏等中医特色运动是否能改善血脂异常患者或合并高血压患者的血压水平？	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 靳振洋 2012 研究结果提示进行太极拳锻炼后, 80 例高血压患者的血压值均有不同程度的下降, 舒张压和收缩压均表现出下降趋势, 与锻炼前比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。且男性患者和女性患者的结果一致, 都表现为下降趋势。	无补充
11	饮食控制能否改善血脂异常患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	本问题可用于干预后 TC、TG、HDL-C、LDL-C 等生化指标来回答。 TC: 共 7 项 RCT 研究。黄燕 2014、陈雅利 2008、曹爱华 2012、谢建明 2016、牛玉菡 2010、孙成杰 2011、杨红琪 2010 研究结果提示饮食控制可以降低 TC 值。（MD=-0.98 [-1.03, -0.92]， $P<0.01$ ， $I^2=94\%$ ） TG: 共 7 项 RCT 研究。黄燕 2014、陈雅利 2008、曹爱华 2012、谢建明 2016、牛玉菡 2010、孙成杰 2011、杨红琪 2010 研究结果提示饮食控制可以降低	3 项非 RCT 临床研究 王小菲 2017、施佳 2019、魏瑞荣 2014 研究认为膳食控制是一种治疗高脂血症的重要方法。通过强化饮食干预，增加蔬菜、豆类、粗粮等食物的摄入量，减少高饱和脂肪酸和高胆固醇

			<p>TG 值。(MD=-0.69 [-1.19, -0.18], $P < 0.01$, $I^2=99\%$)</p> <p>HDL-C: 共 4 项 RCT 研究。黄燕 2014、陈雅利 2008、曹爱华 2012、谢建明 2016 研究结果提示饮食控制可升高 HDL-C 值。(MD=0.146[-0.03, 0.36], $P < 0.01$, $I^2=97\%$)</p> <p>LDL-C: 共 5 项 RCT 研究。黄燕 2014、陈雅利 2008、曹爱华 2012、谢建明 2016、牛玉茜 2010 研究结果提示饮食控制可以降低 LDL-C 值。(MD=-0.20 [-0.26, -0.15], $P=0.16$, $I^2=40\%$)</p>	醇食物的摄入量,可以有效降低患者的血清 TC、TG 和 LDL-C 浓度,而提高 HDL-C 水平。
12	饮食控制是否能改善血脂异常患者的三围(体重、腰围、腹围、臀围、BMI)水平?	无系统评价	<p>本问题可用于干预后患者的体重来回答:</p> <p>体重(体质量): 共 2 项 RCT 研究。曹爱华 2012 研究结果提示饮食控制可以降低体重($t=2.740$, $P < 0.05$)。赵蕾 2021 研究结果提示控制碳水化合物摄入可以有效降低体重($P < 0.05$),但均衡营养或控制脂肪摄入对于降低体重无明显影响($P > 0.05$)。</p>	无补充
13	饮食控制是否能改善血脂异常患者或合并糖尿病患者的血糖(FBG、2hPG、HbA1c)水平?	无系统评价	<p>本问题可用空腹血糖(FBG)、糖化血红蛋白(HbA1c)等生化指标来回答。</p> <p>FBG: 共 2 项 RCT 研究。杨红琪 2010 研究结果提示饮食控制可以降低空腹血糖($P < 0.05$)。赵蕾 2021 研究结果提示均衡营养、控制脂肪摄入或控制碳水化合物摄入对于降低空腹血糖均无明显影响($P > 0.05$)。</p> <p>HbA1c: 共 1 项 RCT 研究。曹爱华 2012 研究结果提示饮食控制可以降低糖化血红蛋白($P < 0.05$)。</p>	无补充
14	饮食控制是否能改善血脂异常患者或合并高血压患者的血压水平?	无系统评价	<p>本问题可以用治疗后收缩压、舒张压水平来回答。</p> <p>收缩压: 共 1 项 RCT, 曹爱华 2012。研究结果提示低脂肪饮食对患者收缩压未见明显影响。(126±18 VS 126±18, $P > 0.05$)。</p> <p>舒张压: 共 1 项 RCT, 曹爱华 2012。研究结果提示低</p>	<p>2 项非 RCT 临床研究</p> <p>赵蕾 2021 研究结果提示平衡营养组、碳水化合物控制组、脂肪控制组对于患者收</p>

			脂肪饮食对患者舒张压未见明显影响。 $(74 \pm 11 \text{ VS } 74 \pm 11, P > 0.05)$ 。	缩压、舒张压水平均无影响 $(P > 0.05)$ 。 魏瑞荣 2014 研究结果提示高血压合并高脂血症患者进行常规降血压、降血脂治疗的同时,配合实施饮食护理可进一步降低血压、甘油三酯和血清总胆固醇 $(P < 0.05)$ 。
15	饮食控制能否改善血脂异常患者的营养状态?对营养物质达标有何影响?	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 冯秀民 2005 研究结果提示饮食控制可显著提高患者脂肪达标情况、饱和脂肪酸达标情况、糖类达标情况、蛋白质达标情况、胆固醇达标情况 $(P < 0.01)$ 。	无补充
16	健康教育能否改善血脂异常患者的生化指标(TC、TG、HDL-C、LDL-C 等)水平?	无系统评价	本问题可用治疗后 TC、TG、LDL-C、HDL-C 数值来回答。 TC: 共 4 项 RCT 研究,张欣颖 2008、邵金凤 2006、黄萍 2016、杜文雯 2021。研究结果显示健康教育能够降低血脂异常患者的 TC 水平。 $(MD = -0.79 [-1.21, -0.36], I^2 = 92\%, P < 0.01)$ TG: 共 4 项 RCT 研究,张欣颖 2008、邵金凤 2006、黄萍 2016、杜文雯 2021。研究结果显示健康教育能够降低血脂异常患者的 TG 水平。 $(MD = -0.43 [-0.66, -0.19], I^2 = 87\%, P < 0.01)$ LDL-C: 共 4 项 RCT 研究,张欣颖 2008、邵金凤 2006、黄萍 2016、杜文雯 2021。研究结果显示健康教育可降低血脂异常患者的 LDL-C 水平。 $(MD = -0.61 [-0.99, -0.23], I^2 = 91\%, P < 0.01)$	2 项非 RCT 临床研究 翟英芬 2013 研究提示对高脂血症患者提供健康生活宣教,可提高患者治疗的依从性,保证治疗的有效性,患者血脂水平和体重指数均明显降低,差异有统计学意义 $(P < 0.01)$ 。 沈丽琼 2014 研究提示通过健康宣教让高脂血症患者不同程度掌握低脂饮食、合理

			<p>HDL-C: 共 4 项 RCT 研究, 张欣颖 2008、邵金凤 2006、黄萍 2016、杜文雯 2021。研究结果显示健康教育对血脂异常患者的 HDL-C 水平干预效果与对照组相当。(MD=0.22 [-0.03, 0.47], $I^2=90\%$, $P>0.05$)</p>	<p>运动等方面知识, 半年后其总胆固醇、三酰甘油、低密度脂蛋白胆固醇水平较前下降, 高密度脂蛋白胆固醇水平提高 ($P<0.01$)。</p> <p>1 项理论研究</p> <p>徐名一 2018 总结对于痰湿体质人群血脂检测结果正常者, 出现相关症状应积极进行高脂血症的预防。可从合理改善饮食、适度运动锻炼、保持正常体重、戒烟酒、保持良好的心态、定期测量血脂水平等方面做起。用药: 陈皮、半夏、茯苓、泽泻、苍术等。在病情控制、相关指标正常后, 应终身防治高脂血症。用药: 生山楂、葛根、泽泻、三七、何首乌等。</p>
17	健康教育联合心理干预对血脂异常人群的影响?	无系统评价	<p>共 1 项 RCT 研究: 王玉莲 2021 研究结果提示 6. 健康教育联合心理干预可提高血脂异常健康查体人员的疾病知识知晓率及健康行为依从性, 改善血压、血糖及血脂水平 ($P<0.05$)。</p>	无补充

18	健康教育联合中医“治未病”干预方式对血脂异常人群的影响？	无系统评价	共 1 项 RCT 研究： 韩雪 2022 研究提示在常规生活方式干预（饮食、运动、戒烟限酒等）的基础上，联合中医“治未病”思想指导下的认知干预以及具有中医特色生活方式干预（包括：食疗、气功、情志干预、生活起居）可降低血脂升高但未确诊血脂异常人群的 TC、TG、LDL-C 水平（ $P<0.05$ ），升高 HDL-C 水平（ $P<0.05$ ），降低体质指数（ $P<0.05$ ），减少高脂血症发生情况。	无补充
19	代茶饮对血脂异常人群的影响？	无系统研究	无 RCT 研究	1 篇文献综述研究 宁夏无果枸杞芽茶具有辅助调节血脂代谢作用；野芭蕉饮可以辅助降血脂并可预防心脑血管疾病；亚麻子籽油联合桑叶茶辅助治疗脂代谢异常功效满意；山楂枸杞茶饮（山楂、枸杞子、决明子、大麦、菊花）可辅助降低 2 型糖尿病患者的血脂水平；九味茶（丹参、银杏叶、生山楂、金银花、白菊花、枸杞、黄芪、灵芝、大枣）可改善高血压病合并空腹血糖受损者的胰岛素抵抗，辅助调节血脂、血压水平等。

证据清单表——中成药相关研究

序号	问题	系统评价/Meta	RCT	补充
1	中成药联合西药是否能更好改善血脂异常患者的血脂水平（TC、TG、HDL-C，LDL-C 等）	脂康颗粒、丹田降脂丸、降脂灵片联合他汀类降脂药能显著降低血清总胆固醇（TC）水平；脂康颗粒、丹田降脂丸、荷丹片联合他汀类降脂药均能显著降低甘油三酯（TG）水平；降脂灵片、丹田降脂丸、荷丹片联合他汀类降脂药均能显著增加高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）水平；脂康颗粒、荷丹片、降脂灵片、血脂康胶囊联合他汀类降脂药均能显著降低低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）。	无 RCT 研究	无补充
2	血脂康适用于什么证型的血脂异常患者？	无系统评价	痰浊阻滞证（徐宁芳 2011） 痰阻血瘀证（韩明阳 2021） 气虚痰瘀证（贺铁豪 2005）	药品说明书：可用为痰阻血瘀证高脂血症患者
3	血脂康是否能改善血脂异常患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	王卫霞 2005、王卫霞 2006、郑思道 2019：血脂康胶囊具有降低高脂血症患者 TC、TG、LDL-C 水平，升高 HDL-C 水平的作用，且与他汀类制剂效果相似。	本问题可用治疗后 TC、TG、LDL-C、HDL-C 数值来回答。 TC：共 15 项研究。 吴维平 2005、周宙 2009、姜宠华 2012、徐宁芳 2011、戚如怡 2007、李晓明 2009、祝春华 2004、程训民 2001、胡玲波 2012、赵冬琰 2012 鲁晓斌 2012 研究提示血脂康可降低高脂血症患者 TC 水平。（MD=-0.73 [-1.04, -0.43], I ² =95%, P<	无补充

			<p>0.00001)</p> <p>刘绍屏 2013、张立 2010、王旭玲 2004、陈莉莉 2002 研究提示血脂康 TC 改善水平与辛伐他汀相当，差异无统计学意义。(MD= 0.08 [-0.08, 0.25], $I^2=0\%$, $P=0.34$)</p> <p>TG: 共 15 项研究。吴维平 2005、周宙 2009、姜宠华 2012、徐宁芳 2011、戚如怡 2007、李晓明 2009、祝春华 2004、程训民 2001、胡玲波 2012、赵冬琰 2012</p> <p>鲁晓斌 2012 研究提示血脂康可降低高脂血症患者 TG 水平。(MD= -0.33 [-0.49, -0.16], $I^2=80\%$, $P=0.0002$)</p> <p>刘绍屏 2013、张立 2010、王旭玲 2004、陈莉莉 2002 研究提示血脂康 TG 改善水平与辛伐他汀相当，差异无统计学意义。(MD= 0.10 [-0.17, 0.37], $I^2=51\%$, $P=0.47$)</p> <p>LDL-C: 共 15 项研究。吴维平 2005、周宙 2009、姜宠华 2012、徐宁芳 2011、戚如怡 2007、李晓明 2009、祝春华 2004、程训民 2001、胡玲波 2012、赵冬琰 2012</p> <p>鲁晓斌 2012 研究提示血脂康可降低高脂血症患者 LDL-C 水平。(MD= -0.79 [-1.06, -0.52], $I^2=96\%$, $P<0.00001$)</p> <p>刘绍屏 2013、张立 2010、王旭玲 2004、陈莉莉 2002 研究提示血脂康改善 LDL-C 数值与辛伐他汀相当，差异无统计学意义。(MD= -0.06 [-0.31, 0.19], $I^2=59\%$, $P=0.66$)</p> <p>HDL-C: 共 15 项研究。吴维平 2005、周宙 2009、姜宠华 2012、徐宁芳 2011、戚如怡 2007、李晓明</p>	
--	--	--	---	--

			<p>2009、祝春华 2004、程训民 2001、胡玲波 2012、赵冬琰 2012</p> <p>鲁晓斌 2012 研究提示血脂康可升高高脂血症患者 HDL-C 水平。(MD= 0.12 [0.05, 0.19], I²=91%, P=0.001)</p> <p>刘绍屏 2013、张立 2010、王旭玲 2004、陈莉莉 2002 研究提示血脂康改善 HDL-C 数值与辛伐他汀相当, 差异无统计学意义。(MD=-0.01 [-0.07, 0.05], I²=0%, P=0.74)</p>	
4	<p>血脂康是否能改善 2 型糖尿病合并血脂异常患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C、FPG、2hPG 等) 水平?</p>	<p>潘磊 2013: 与辛伐他汀组对比, 血脂康组 TG、BUN、FPG、2hPG 等指标的改善更显著。而 Cr、ALT、CK、TC、LDL-C 等指标改善组间差异无统计学意义 (P>0.05)。熊国慧 2021: 与辛伐他汀对照组比较, 血脂康能明显降低 TC、FPG、2hPG 等指标水平, 并可助于升高 HDL-C; 占美 2010、钱橙 2019: 血脂康组 TC、FPG、2hPG 均可改善。</p>	<p>本问题可用治疗后 TC、TG、LDL-C、HDL-C、FPG、2hPG、HbA1c 数值来回答。</p> <p>TC: 共 7 项研究。李文 2020、王礼文 2006、翟文杰 2010、陈斐娟 2004 研究提示降糖药联用血脂康可降低 2 型糖尿病合并血脂异常患者 TC 水平。(MD=-2.27 [-2.93, -1.62], I²=92%, P<0.00001)</p> <p>刘研 2008、蒙莫珂 2007、史秋亚 2012 研究提示血脂康改善 TC 程度与辛伐他汀相当, 差异无统计学意义。(MD= -0.04 [-0.23, 0.15], I²=51%, P=0.69)</p> <p>TG: 共 7 项研究。李文 2020、王礼文 2006、翟文杰 2010、陈斐娟 2004 研究提示降糖药联用血脂康可降低 2 型糖尿病合并血脂异常患者 TG 水平。(MD= -1.05 [-1.20, -0.90], I²=48%, P<0.00001)</p> <p>刘研 2008、蒙莫珂 2007、史秋亚 2012 研究提示血脂康改善 TG 数值优于辛伐他汀 (MD= -0.25 [-0.37, -0.12], I²=0%, P=0.0002)</p> <p>LDL-C: 共 6 项研究。李文 2020、王礼文 2006、</p>	无补充

			<p>陈斐娟 2004 研究提示血脂康可降低 2 型糖尿病合并血脂异常患者 LDL-C 水平。(MD= -0.82 [-0.92, -0.72], $I^2=99\%$, $P<0.00001$)</p> <p>刘研 2008、蒙莫珂 2007、史秋亚 2012 研究提示血脂康改善 LDL-C 水平与辛伐他汀相当, 差异无统计学意义。(MD= -0.21 [-0.51, 0.08], $I^2=83\%$, $P=0.16$)</p> <p>HDL-C: 共 6 项研究。李文 2020、王礼文 2006、陈斐娟 2004 研究提示降糖药联用血脂康可升高 2 型糖尿病合并血脂异常患者 HDL-C 水平。(MD= 0.57 [0.50, 0.64], $I^2=99\%$, $P<0.00001$)</p> <p>刘研 2008、蒙莫珂 2007、史秋亚 2012 研究提示血脂康改善 HDL-C 水平优于辛伐他汀。(MD= 0.12 [0.07, 0.16], $I^2=0\%$, $P<0.00001$)</p> <p>FPG: 共有 4 项研究。刘研 2008、蒙莫珂 2007、史秋亚 2012 研究提示血脂康降低 2 型糖尿病合并血脂异常患者 FPG 的水平优于辛伐他汀 (MD= -0.43 [-0.60, -0.25], $I^2=83\%$, $P<0.00001$)。王礼文 2006 研究提示血脂康可以降低 2 型糖尿病合并高脂血症患者的 FPG 数值 ($P<0.05$)。</p> <p>2hPG: 共有 3 项研究。刘研 2008、蒙莫珂 2007、史秋亚 2012 研究提示血脂康降低 2 型糖尿病合并血脂异常患者 2hPG 的数值优于辛伐他汀。(MD= -1.21 [-1.58, -0.84], $I^2=69\%$, $P<0.00001$)</p> <p>HbA1c: 共有 2 项研究。陈斐娟 2004 研究提示血脂康可降低 2 型糖尿病合并血脂异常患者的 HbA1c 数值 ($P>0.05$)。史秋亚 2012 提示血脂康降低 2 型糖尿病合并血脂异常患者的 HbA1c 数值与辛伐</p>	
--	--	--	---	--

			他汀相当，差异无统计学意义 ($P>0.05$)	
5	血脂康是否能降低冠心病合并血脂异常患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	李银花 2014：在冠心病常规治疗的基础上，血脂康组较单纯常规治疗组 TC、TG、LDL-C 显著降低，HDL-C 显著升高；与他汀类药物差异均无统计学意义。 李琨 2013：治疗组 TC、LDL-C 均明显降低，HDL-C 明显升高，治疗组降低 TG 显示出优势。 刘云娣 2020：降低 TC、升高 HDL-C 血脂康优于安慰剂和辛伐他汀，低于阿托伐他汀；降低 LDL-C 效果不如阿托伐他汀、辛伐他汀。	无 RCT 研究	无补充
6	血脂康是否能改善血脂异常患者的血流变学（全血高切粘度、全血低切粘度、血浆黏度等）水平？	无系统评价	无 RCT 研究	无补充
7	血脂康是否能改善血脂异常患者的三围（体重、腰围、腹围、臀围、BMI）水平？	无系统评价	共 1 项 RCT 研究： 韩明阳 2021 研究结果提示，血脂康试验组治疗前、后对比，体重、BMI 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。	无补充

8	血脂康联合他汀类药物是否能够改善高脂血症患者的血脂水平（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）？	杨萍 2021：（1）研究组患者的总有效率明显高于对照组，（2）TC、TG 和 LDL-C 等指标水平明显低于对照组，HDL-C 水平明显高于对照组，不良反应发生率明显低于对照组，上述差异均有统计学意义。	无 RCT 研究	无补充
9	血脂康联合他汀类药物是否能够改善 2 型糖尿病合并血脂异常患者的生化指标（TC、FPG、2hPG 等）水平？安全性如何？	无系统评价	共 1 项 RCT 研究： 史秋亚 2012 研究结果提示血脂康及辛伐他汀组降低 TC、LDL-C 和 TG 的水平分别为 26%，37%，30%和 27%，27%，31%（ $P<0.01$ ），升高血清 HDL-C 水平分别为 20%和 5%，血脂康降 TG 及升 HDL-C 的作用优于辛伐他汀（ $P<0.05$ ），且具有降低空腹血糖及餐后 2h 血糖的作用（ $P<0.01$ ）。	无补充
10	血脂康是否能够应用在老年高脂血症患者中？（可从安全性评价）	无系统评价	本问题可用治疗后 TC、TG、LDL-C、HDL-C、FPG、肌酐、CK、ALT 数值来回答。 TC： 共 6 项研究。戚如怡 2007、李晓明 2008、武文峰 2020、祝春华 2004、胡玲波 2012、闫莉 2007 提示血脂康可降低老年高脂血症患者 TC 值。（MD=-0.58 [-0.89, -0.27]， $I^2=98\%$ ， $P=0.0002$ ） TG： 共 6 项研究。戚如怡 2007、李晓明 2008、武文峰 2020、祝春华 2004、胡玲波 2012、闫莉 2007 提示血脂康可降低老年高脂血症患者 TG 值。（MD=-0.31 [-0.50, -0.13]， $I^2=72\%$ ， $P=0.0009$ ） LDL-C： 共 6 项研究。戚如怡 2007、李晓明 2008、武文峰 2020、祝春华 2004、胡玲波 2012、闫莉 2007 提示血脂康可降低老年高脂血症患者 LDL-C 值。（MD= -0.62 [-1.02, -0.22]， $I^2=98\%$ ， $P=0.002$ ）	无补充

			<p>HDL-C: 共 6 项研究。戚如怡 2007、李晓明 2008、武文峰 2020、祝春华 2004、胡玲波 2012、闫莉 2007 提示血脂康可升高老年高脂血症患者 HDL-C 值。(MD= 0.13 [0.03, 0.24], $I^2=92\%$, $P=0.01$)</p> <p>FPG、肌酐、CK、ALT: 共 1 项研究。武文峰 2020 研究提示, 血脂康组与阿托伐他汀钙组治疗后的 FPG、肌酐、CK、ALT 水平均无统计学差异 ($P>0.05$), 血脂康组未见额外不良反应。</p>	
11	调脂胶囊/颗粒/口服液适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	<p>肝脾失调证(韦湘林/1999)</p> <p>脾肾两虚型(余绍清 2018) 【调脂胶囊: 知母 15g, 黄柏 8g, 熟地黄 15g, 山楂 15g, 泽泻 10g, 虎杖 10g, 蒲黄 10g, 黄精 15g, 枸杞 15g, 玉竹 10g, 何首乌 20g】</p> <p>痰瘀互结型(舒珍 2020) 【调脂颗粒: 陈皮, 半夏, 山楂, 丹参, 泽泻, 川芎、黄芪、葛根、茯苓】</p> <p>阴虚阳亢证(黄斌 2000) 【调脂胶囊: 何首乌、山楂、泽泻、草决明、红曲】</p>	无补充
12	调脂胶囊是否可以改善高脂血症患者的生化指标(TC、TG、HDL-C、LDL-C 等)水平?	无系统评价	<p>共 5 项 RCT 研究:</p> <p>余绍清 2018 研究结果提示, 调脂胶囊联合电针治疗能降低高脂血症患者的 TC、TG、LDL-C 水平, 升高 HDL-C 水平 ($P<0.05$)。【调脂胶囊: 知母 15g, 黄柏 8g, 熟地黄 15g, 山楂 15g, 泽泻 10g, 虎杖 10g, 蒲黄 10g, 黄精 15g, 枸杞 15g, 玉竹 10g, 何首乌 20g】</p> <p>黄斌 2000 研究结果提示, 调脂胶囊能降低高脂血症患者的 TC、TG 水平 ($P<0.01$), 升高 HDL-C 水平 ($P<0.05$), 且改善 TC ($P<0.01$)、HDL-C ($P<$</p>	无补充

			<p>0.001) 水平优于月见草油丸。【调脂胶囊：何首乌、山楂、泽泻、草决明、红曲】</p> <p>刘秋红 2016 研究结果提示，调脂胶囊能降低高脂血症患者的 TC、TG、LDL-C 水平 ($P<0.05$)，升高 HDL-C 水平 ($P<0.05$)，且各指标改善水平优于血脂康胶囊 ($P<0.05$)。【调脂胶囊（桂药制字 Z01060078）】</p> <p>韦湘林 2001 研究结果提示，调脂胶囊能降低高脂血症患者的 TC、TG、LDL-C 水平 ($P<0.01$)，升高 HDL-C 水平 ($P<0.05$)，且各指标改善水平优于多稀康 ($P<0.05$)。【调脂胶囊：山楂叶、柴胡、白术、白芍、当归等】</p> <p>王皓光 2005 研究结果提示，调脂胶囊能降低高脂血症患者的 TC、TG 水平 ($P<0.01$)，升高 HDL-C 水平 ($P<0.01$)，且各指标改善水平优于脂必妥 ($P<0.05$)。【调脂胶囊：明矾、柴胡、女贞子】</p>	
13	调脂胶囊是否可以降低高脂血症患者的血糖水平？	无系统评价	共 1 项 RCT 研究：刘秋红 2016 研究结果提示，调脂胶囊组治疗后血糖水平未见明显改变	无补充
14	心脑致宝平胶囊适用于什么证型的高脂血症患者？	无系统评价	痰瘀阻遏（李大锋 2008、刘亮 2010） 痰瘀阻络证（裴迅 2006）	无补充
15	心脑致宝平胶囊是否能够改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	<p>本问题可用 TC、TG、LDL-C、HDL-C 数值来回答。</p> <p>TC：共 3 项研究。裴迅 2006、李大锋 2008、刘亮 2010 结果提示心脑致宝平胶囊改善 TC 数值与地奥脂必妥胶囊、脂脉康胶囊相当，差异无统计学意义。（MD=-0.17 [-0.48, 0.15], $I^2=0\%$, $P=0.30$）</p> <p>TG：共 3 项研究。裴迅 2006、李大锋 2008、刘亮 2010 结果提示心脑致宝平胶囊改善 TG 数值优于地奥脂必妥胶囊、脂脉康胶囊。（MD= -0.41 [-0.76, -</p>	无补充

			0.07], $I^2=0\%$, $P=0.02$) LDL-C: 共 3 项研究。 裴迅 2006、李大锋 2008、刘亮 2010 结果提示心脑致宝平胶囊改善 LDL-C 数值与地奥脂必妥胶囊、脂脉康胶囊相当, 差异无统计学意义。(MD= 0.21 [-0.32, 0.73], $I^2=68\%$, $P=0.44$) HDL-C: 共 3 项研究。 裴迅 2006、李大锋 2008、刘亮 2010 结果提示心脑致宝平胶囊改善 HDL-C 数值与地奥脂必妥胶囊、脂脉康胶囊相当, 差异无统计学意义。(MD= -0.00 [-0.12, 0.12], $I^2=0\%$, $P=0.97$)	
16	续断昔元胶囊适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	痰浊阻遏证 (郝颖 2013、翟艳 2013)	无补充
17	降脂颗粒适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	痰浊血瘀证 (尹文雁 2013) 脾虚湿盛、痰瘀互阻证 (史明忠 2008)	一般是用于肝肾阴虚引起的高脂血症
18	降脂颗粒是否能够降低高脂血症患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	本问题可用 TC、TG、LDL-C、HDL-C 数值来回答。 TC: 共 2 项研究。 尹文雁 2013、史明忠 2008 结果提示降脂颗粒改善 TC 数值与血脂康、脂必妥相当, 差异无统计学意义。(MD=-0.13 [-0.43, 0.18], $I^2=0\%$, $P=0.41$) TG: 共 2 项研究。 尹文雁 2013、史明忠 2008 结果提示降脂颗粒改善 TG 数值与血脂康、脂必妥相当, 差异无统计学意义。(MD=-0.20 [-0.69, 0.29], $I^2=77\%$, $P=0.43$) LDL-C: 共 2 项研究。 尹文雁 2013、史明忠 2008 结果提示降脂颗粒改善 LDL-C 数值与血脂康、脂必妥相当, 差异无统计学意义。(MD= 0.10 [-0.09, 0.29], $I^2=1\%$, $P=0.30$) HDL-C: 共 2 项研究。 尹文雁 2013、史明忠 2008 结果提示降脂颗粒改善 HDL-C 数值与血脂康、脂必妥相当, 差异无统计学意义。(MD=-0.00 [-0.08,	无补充

			0.08], $I^2=28\%$, $P=0.97$)	
19	降脂通脉丸适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	痰瘀互结 (李振平 2002)	药品说明书: 降脂通脉胶囊具体的功效主要是活血通脉、化痰祛湿, 对于痰瘀阻滞所引起的高血脂症有非常好的治疗效果。
20	降脂通脉丸能否能够改善患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 孙传岐 2005 研究结果提示, 降脂通脉丸能降低高脂血症患者 TG ($P<0.01$)、TC ($P<0.05$)、LDL-C ($P<0.05$) 水平, 升高 HDL-C ($P<0.01$) 水平, 且降低 TG 水平优于脂必妥片 ($P<0.05$)。【降脂通脉丸: 人参、三七、银杏叶、枸杞子、陈皮、荷叶、生山楂】 共 1 项 RCT 研究: 李振平 2002 研究结果提示, 降脂通脉丸能降低高脂血症患者 TG、TC 水平, 升高 HDL-C 水平 ($P<0.05$)。【降脂通脉丸: 何首乌、决明子、白术、郁金、淫羊藿、丹参、银杏叶、石菖蒲、生山楂、生大黄、绞股蓝、泽泻、西洋参等】	无补充
21	降脂通络软胶囊适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	气滞血瘀证 (赵菲 2017、周婷 2018)	无补充
22	降脂通络软胶囊能否改善高脂血症患者中医证候积分?	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 赵菲 2017 研究结果提示, 降脂通络胶囊可以改善高脂血症患者中医证候积分 ($P<0.05$), 且改善情况优于蒲参胶囊 ($P<0.05$)。	无补充
23	降脂通络软胶囊能否改善患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	本问题可用 TC、TG、LDL-C、HDL-C 数值来回答。 TC: 共 2 项研究。陈建强 2012 研究结果提示降脂通络软胶囊改善高脂血症患者 TC 数值与辛伐他汀相当。	

			<p>赵菲 2017 研究结果提示降脂通络软胶囊可改善高脂血症患者 TC 数值，且优于蒲参胶囊 ($P<0.05$)。</p> <p>TG: 共 2 项研究。周婷 2018、赵菲 2017 研究结果提示降脂通络软胶囊可以改善高脂血症患者 TG 数值，且优于蒲参胶囊。(MD= 0.43 [0.17, 0.70], $I^2=0\%$, $P=0.001$)</p> <p>陈建强 2012 研究结果提示降脂通络软胶囊可以改善高脂血症患者 TG 数值 ($P<0.01$)，且优于辛伐他汀 ($P<0.05$)。</p> <p>LDL-C: 共 2 项研究。陈建强 2012 研究结果提示降脂通络软胶囊改善高脂血症患者 LDL-C 数值与辛伐他汀相当。</p> <p>赵菲 2017 研究结果提示降脂通络软胶囊可改善高脂血症患者 LDL-C 数值，且优于蒲参胶囊 ($P<0.05$)。</p> <p>HDL-C: 共 2 项研究。陈建强 2012 研究结果提示降脂通络软胶囊改善高脂血症患者 HDL-C 数值与辛伐他汀相当。赵菲 2017 研究结果提示降脂通络软胶囊可改善高脂血症患者 HDL-C 数值，且优于蒲参胶囊 ($P<0.05$)。</p>	
24	调脂康口服液/胶囊适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	无 RCT 研究	无补充
25	调脂康口服液/胶囊能否降低血脂 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	<p>共 1 项 RCT 研究: 牛纪华 2000 研究结果提示，调脂康胶囊能显著降低 TC (4.62 ± 0.82 vs 5.41 ± 0.94, $P < 0.01$)、TG (1.62 ± 0.37 vs 1.98 ± 0.38, $P < 0.01$)。</p>	无补充
26	舒正颗粒适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	痰瘀互结证 (黄菲 2016、莫嘉明 2019)	功效与作用是疏肝和胃，理气止痛，用于治疗肝郁气滞、胸胁胀满、胃脘疼痛、嘈

				杂呕吐、暖气泛酸等临床症状。
27	舒正颗粒是否可以降低 2 型糖尿病糖脂代谢异常患者的血脂（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	<p>本问题可用治疗后 TC、TG、LDL-C 水平来回答。</p> <p>TG: 共 2 项研究。黄菲 2016、莫嘉明 2019 结果提示舒正颗粒可降低 2 型糖尿病合并高脂血症患者 TG 水平。（MD=0.31[0.44, 0.18], $I^2=0\%$, $P<0.01$）</p> <p>LDL: 共 2 项研究。黄菲 2016、莫嘉明 2019 结果提示舒正颗粒可降低 2 型糖尿病合并高脂血症患者 LDL 水平。（MD=0.31[0.58, 0.29], $I^2=0\%$, $P<0.01$）</p> <p>TC: 共 1 项研究。黄菲 2016 研究结果提示，舒正颗粒能降低 2 型糖尿病合并高脂血症患者 TC 水平（3.5 ± 0.35vs3.76 ± 0.34, $P<0.05$）。</p>	无补充
28	舒正颗粒是否可以改善 2 型糖尿病糖脂代谢异常患者的胰岛素抵抗？	无系统评价	<p>本问题可用治疗后胰岛素抵抗指数、胰岛素敏感性系数来回答。</p> <p>胰岛素抵抗指数: 共 1 项研究。莫嘉明 2019 研究结果提示舒正颗粒能降低 2 型糖尿病糖脂代谢异常患者胰岛素抵抗指数（2.06 ± 0.48vs2.46 ± 0.53, $P<0.05$）。</p> <p>胰岛素敏感性系数: 共 1 项研究。黄菲 2016 研究结果提示，舒正颗粒能升高患者 ISI（-4.67 ± 0.29vs-4.9 ± 0.4, $P<0.01$）。</p>	无补充
29	苏子油软胶囊用于什么证型的高脂血症患者？	无系统评价	痰浊阻遏证（李鑫 2011、寇秋爱 2005）	无补充
30	苏子油软胶囊能否改善高脂血症患者的临床症状？	无系统评价	<p>本问题可用治疗后中医证候积分、中医证候疗效来回答。</p> <p>中医证候积分: 共 2 项研究。寇秋爱 2005、刘聪 2011 结果提示苏子油软胶囊可降低高脂血症中医证候积分。（MD=-1.30[-2.20, -0.40], $I^2=0\%$, $P=0.005$）</p> <p>中医证候疗效: 共 2 项研究。寇秋爱 2005、刘聪</p>	无补充

			2011 结果提示苏子油软胶囊与血脂康胶囊对高脂血症患者的中医证候疗效相当。(OR=2.68[0.81, 8.83], $I^2=65\%$, $P=0.11$)	
31	苏子油软胶囊能否改善高脂血症患者的生化指标(TC、TG、HDL-C、LDL-C 等)水平?	无系统评价	<p>本问题可用治疗后 TC、TG、HDL-C、LDL-C 来回答。</p> <p>TC: 共 2 项研究。寇秋爱 2005、刘聪 2011 结果提示苏子油软胶囊与血脂康胶囊降低高脂血症患者 TC 水平效果相当, 差异无统计学意义。(MD=-0.11[-0.29, 0.06], $I^2=34\%$, $P=0.20$)</p> <p>TG: 共 2 项研究。寇秋爱 2005、刘聪 2011 结果提示苏子油软胶囊与血脂康胶囊降低高脂血症患者 TG 水平效果相当, 差异无统计学意义。(MD=0.12[-0.35, 0.58], $I^2=71\%$, $P=0.63$)</p> <p>HDL-C: 共 2 项研究。寇秋爱 2005、刘聪 2011 结果提示苏子油软胶囊与血脂康胶囊升高高脂血症患者 HDL-C 水平效果相当, 差异无统计学意义。(MD=0.00[-0.08, 0.08], $I^2=0\%$, $P=1$)</p> <p>LDL-C: 共 2 项研究。寇秋爱 2005、刘聪 2011 结果提示苏子油软胶囊与血脂康胶囊降低高脂血症患者 LDL-C 水平效果相当, 差异无统计学意义。(MD=-0.03[-0.16, 0.10], $I^2=0\%$, $P=0.65$)</p>	无补充
32	血稠清胶囊用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	痰瘀阻滞(任洪波 2007、李杨 2007)	无补充
33	血稠清胶囊能否改善高脂血症患者的生化指标(TC、TG、HDL-C、LDL-C 等)水平?	无系统评价	<p>共 1 项 RCT 研究: 李杨 2007 研究结果提示, 血稠清胶囊与值脉康胶囊相比, 降低 TC (4.61 ± 1.17 vs 5.16 ± 0.38, $P > 0.05$)、TG (3.38 ± 2.24 vs 3.03 ± 0.44, $P > 0.05$), LDL (2.81 ± 1.04 vs 2.08 ± 0.63, $P > 0.05$), 升高 HDL (1.47 ± 0.36 vs 1.71 ± 0.51, $P > 0.05$) 的疗效相当, 差异无统计学意义。</p>	无补充

34	血稠清胶囊能否改善高脂血症患者的临床症状?	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 任洪波 2007 研究结果提示, 血稠清胶囊与值脉康胶囊相比, 中医证候疗效 (95.45%vs73.91%, $P>0.05$)、降低中医证候积分 (-10.18 ± 3.96 vs -8.30 ± 3.74 , $P>0.05$) 的疗效相当, 差异无统计学意义。	无补充
35	银丹心脑通胶囊能否改善冠心病心绞痛合并高脂血症患者的心电图?	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 罗万权 2010 研究结果提示, 应用银丹心脑通胶囊与常规西药相比, 改善冠心病心绞痛合并高脂血症患者的心电图疗效相似, 差异无统计学意义 (75%vs72.7%, $P>0.05$)。	无补充
36	黄芪注射液用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	脾虚湿盛 (沈俊宏 2018)	无补充
37	血府逐瘀胶囊适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	气滞血瘀证 (刘炜 2003、邹燕 2005)	无补充
38	血府逐瘀胶囊是否可以改善高脂血症患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	本问题可用治疗后 TC、TG、HDL-C、LDL-C 来回答。 TC: 共 2 项研究。刘炜 2003、邹燕 2009 结果提示血府逐瘀胶囊可降低高脂血症患者 TC 水平。 (MD=-0.48[-0.76, -0.21], $I^2=0\%$, $P=0.0006$) TG: 共 2 项研究。邹燕 2009 结果提示血府逐瘀胶囊与安慰剂对照组相比可以降低高脂血症患者 TG 水平 ($P<0.05$)。刘炜 2003 结果提示血府逐瘀胶囊与脂必妥胶囊组相比降低高脂血症患者 TG 水平更明显 ($P<0.05$)。 HDL-C: 共 2 项研究。邹燕 2009 研究结果提示血府逐瘀胶囊与安慰剂对照组相比可明显升高高脂血症患者 HDL-C 水平 ($P<0.05$)。 刘炜 2003 研究结果提示血府逐瘀胶囊与脂必妥对照组相比升高高脂血症患者 HDL-C 水平相似, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。 LDL-C: 共 2 项研究。刘炜 2003、邹燕 2009 结果提示血府逐瘀胶囊可降低高脂血症患者 LDL-C 水平。	无补充

			(MD=-0.28[-0.51, -0.05], $I^2=0\%$, $P=0.02$)	
39	通心络胶囊适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	无 RCT 研究	本品用于冠心病心绞痛属心气虚乏, 血瘀络阻证。亦用于气虚血瘀阻络型中风病。
40	通心络胶囊能否改善冠心病合并高脂血症患者的心绞痛症状?	无系统评价	<p>本问题可用治疗后心绞痛疗效、心电图疗效来回答。</p> <p>心绞痛疗效: 共 4 项研究。杨晓黎 1998、张艳琴 2005、蔡海坚 2006、史慧英 2007 结果提示通心络胶囊可提高冠心病合并高脂血症患者的心绞痛疗效。(OR=5.92[2.92, 12.00], $I^2=0\%$, $P<0.01$)</p> <p>心电图疗效: 共 4 项研究。杨晓黎 1998、张艳琴 2005、蔡海坚 2006、何英 2008 结果提示通心络胶囊可提高冠心病合并高脂血症患者的心电图疗效。(OR=2.50[1.49, 4.17], $I^2=0\%$, $P=0.0005$)</p>	无补充
41	通心络胶囊能否改善高脂血症患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	<p>本问题可用治疗后 TC、TG、HDL-C、LDL-C 来回答。</p> <p>TC: 共 6 项研究。杨晓黎 1998、张艳琴 2005、蔡海坚 2006、史慧英 2007、王海然 2006、何英 2008 结果提示通心络胶囊可降低冠心病合并高脂血症患者的 TC 水平。(MD=-1.03[-1.70, -0.37], $I^2=96\%$, $P=0.002$)</p> <p>TG: 共 5 项研究。张艳琴 2005、蔡海坚 2006、史慧英 2007、王海然 2006、何英 2008 结果提示通心络胶囊可降低冠心病合并高脂血症患者的 TG 水平。(MD=-0.61[-1.08, -0.13], $I^2=92\%$, $P=0.01$)</p> <p>HDL-C: 共 6 项研究。杨晓黎 1998、张艳琴 2005、蔡海坚 2006、史慧英 2007、王海然 2006、何英 2008 结果提示通心络胶囊可升高冠心病合并高脂血症患者的 HDL-C 水平。(MD=0.29[0.27, 0.31], $I^2=88\%$, $P<0.01$)</p>	无补充

			LDL-C: 共 3 项研究。杨晓黎 1998、张艳琴 2005、史慧英 2007 结果提示通心络胶囊可降低冠心病合并高脂血症患者的 LDL-C 水平。(MD=-0.52[-0.71, -0.33], I ² =90%, P<0.01)	
42	脑心通胶囊适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	气虚血瘀型(潘端 2011)	无补充
43	脑心通胶囊是否可以改善高脂血症合并高血压患者的血压和血脂水平?	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 刘艳芬 2014 研究结果提示, 脑心通胶囊与丹红注射液联合可降低高脂血症合并高血压患者收缩压(128.25±9.52vs136.12±8.63, P<0.05)、舒张压(76.45±8.11vs85.96±7.85, P<0.05)、LDL-C 水平(2.65±0.69vs3.00±0.58, P<0.05), 升高 HDL-C 水平(1.49±0.32vs1.29±0.36, P<0.05)。	无补充
44	蒲参胶囊适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	冠心病合并高脂血症(痰瘀交阻证)(邵中兴 2017)	无补充
45	蒲参胶囊是否可以改善高脂血症患者的生化指标(TC、TG、HDL-C、LDL-C 等)水平?	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 吴圣贤 2005 研究结果提示, 蒲参胶囊可显著降低原发性高脂血症患者 TG 水平(1.5343±2.3745vs0.7384±1.2816, P<0.01)。	无补充
46	蒲参胶囊是否可以改善高脂血症患者血黏度变化?	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 刘宗莲 2004 研究结果提示, 蒲参胶囊可降低高脂血症患者全血高切黏度(4.22±0.73vs4.57±1.10, P<0.05)、全血低切黏度(19.40±5.49vs20.97±5.64, P<0.05)、血浆粘度(1.64±0.37vs1.66±0.44, P<0.05), 升高纤维蛋白原(3.34±1.73vs3.15±1.52, P<0.05)。	无补充
47	蒲参胶囊是否可以降低高脂血症患者中医证候积分	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 邵中兴 2017 研究结果提示, 蒲参胶囊可降低高脂血症患者中医证候积分(7.68±4.95vs10.35±4.82, P<0.05)。	无补充
48	通脉降脂胶囊/片/丸适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	痰瘀互结(王文波 2003、肖遥 2008)	降脂化浊, 活血通脉。用于治疗高脂血

				症，防治动脉粥样硬化。
49	通脉降脂胶囊/片/丸是否可以改善高脂血症患者的血液粘滞度？	无系统评价	<p>本问题可用全血比粘度高低切、红细胞聚集指数、血浆比粘度、NO、全血粘度、全血还原粘度、血浆粘度、红细胞压积、纤维蛋白原、血沉、红细胞刚性指数来回答。</p> <p>全血比粘度高低切、红细胞聚集指数：共 2 项 RCT 研究。 吴国珍 2002 研究结果提示通脉降脂片治疗后全血低切比粘度 ($P<0.01$) 和红细胞聚集指数降低 ($P<0.05$)。</p> <p>杨坚毅 2003 研究结果提示通脉降脂饮能显著改善全血比粘度高低切、红细胞聚集指数 ($P<0.01$)。</p> <p>血浆比粘度、NO：共 1 项 RCT 研究。 吴国珍 2002 研究结果提示通脉降脂片治疗后 NO 水平升高 ($P<0.01$)，血浆比粘度降低 ($P<0.05$)。</p> <p>全血粘度、还原粘度、纤维蛋白原、血沉：共 1 项 RCT 研究。 王文波 2003 研究结果提示通脉降脂胶囊治疗可改善全血粘度、还原粘度、纤维蛋白原、血沉 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。</p> <p>血浆粘度：共 2 项 RCT 研究。 杨坚毅 2003、王文波 2003 结果提示通脉降脂胶囊/片可改善高脂血症患者的血浆粘度、红细胞压积水平。 ($MD=-0.27 [-0.34, -0.20]$, $I^2=76\%$, $P<0.05$)</p> <p>红细胞压积：共 2 项 RCT 研究。 杨坚毅 2003、王文波 2003 结果提示通脉降脂胶囊/片可改善高脂血症患者的红细胞压积水平。 ($MD=-1.57 [-4.66, 1.51]$, $I^2=98\%$, $P<0.01$)</p> <p>红细胞刚性指数：共 1 项 RCT 研究。 杨坚毅 2003 研究结果提示通脉降脂饮能显著改善红细胞刚性指数 ($P<0.01$)。</p>	无补充

50	通脉降脂胶囊/片/丸是否可以改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	<p>本问题可用 TC、TG、HDL-C、LDL-C、Apo-A1、Apo-B 来回答。</p> <p>TC：共 2 项研究。吴国珍 2002、王文波 2003 结果提示通脉降脂胶囊/片可改善高脂血症患者的 TC 水平。 (MD=-0.22 [-1.11, 0.67], $I^2=87\%$, $P<0.05$)</p> <p>TG：共 2 项研究。吴国珍 2002、王文波 2003 结果提示通脉降脂胶囊/片可改善高脂血症患者的 TG 水平。 (MD=-0.42 [-0.62, -0.21], $I^2=0\%$, $P>0.05$)</p> <p>HDL-C：共 2 项研究。吴国珍 2002、王文波 2003 结果提示通脉降脂胶囊/片可改善高脂血症患者的 HDL-C 水平。 (MD=0.27 [-0.10, 0.65], $I^2=90\%$, $P<0.05$)</p> <p>LDL-C：共 2 项研究。吴国珍 2002、王文波 2003 结果提示通脉降脂胶囊/片可改善高脂血症患者的 LDL-C 水平。 (MD=-0.91 [-2.80, 0.98], $I^2=98\%$, $P<0.001$)</p> <p>Apo-A1、Apo-B：共 1 项研究。吴国珍 2002 结果提示通脉降脂片可升高高脂血症患者 Apo-A1 水平 ($P<0.01$)，降低 Apo-B 含量 ($P<0.01$)。</p>	无补充
51	松龄血脉康胶囊适用于什么证型的高脂血症患者？	无系统评价	肝阳上亢证（王恒和 2002、代二庆 2003）	药品说明书：松龄血脉康胶囊适用于肝阳上亢所致的头痛、眩晕、急躁易怒、心悸、失眠；高血压病及原发性高脂血症见上述症候者。
52	松龄血脉康胶囊是否可以改善高脂血症患者的生化指标（TC、	无系统评价	本问题可用 TC、TG、HDL-C、LDL-C、TC-HDL-C/HDL-C 来回答。	无补充

	TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?		<p>TC: 共 3 项研究。林昌松 1999、王恒和 2002、代二庆 2003 结果提示松龄血脉康胶囊可改善高脂血症患者的 TC 水平。(MD=-0.27 [-0.82, 0.28], $I^2=78\%$, $P<0.05$)</p> <p>TG: 共 3 项研究。林昌松 1999、王恒和 2002、代二庆 2003 结果提示松龄血脉康胶囊可改善高脂血症患者的 TG 水平。(MD=-0.13 [-0.37, 0.11], $I^2=0\%$, $P>0.05$)</p> <p>HDL-C: 共 3 项研究。林昌松 1999、王恒和 2002、代二庆 2003 结果提示松龄血脉康胶囊可改善高脂血症患者的 HDL-C 水平。(MD=0.02 [-0.11, 0.15], $I^2=96\%$, $P>0.05$)</p> <p>LDL-C: 共 3 项研究。林昌松 1999、王恒和 2002、代二庆 2003 结果提示松龄血脉康胶囊可改善高脂血症患者的 LDL-C 水平。(MD=-0.61 [-1.83, 0.61], $I^2=98\%$, $P<0.001$)</p> <p>TC-HDL-C/HDL-C: 共 2 项研究。王恒和 2002、代二庆 2003 结果提示松龄血脉康胶囊可改善高脂血症患者 TC-HDL-C/HDL-C 水平 (MD=-0.01 [-0.41, 0.39], $I^2=0\%$, $P>0.05$)。</p>	
53	降脂通脉丸/颗粒适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	无 RCT 研究	药品说明书: 降脂通脉胶囊可化痰祛湿、活血通脉, 用于痰瘀阻滞所致的高脂血症。
54	降脂通脉丸/颗粒是否可以改善高脂血症患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	<p>本问题可用 TC、TG、HDL-C、LDL-C、Lp 来回答。</p> <p>TC: 共 4 项研究。贾永平 2001 结果提示降脂通脉颗粒可改善高脂血症患者的 TC 水平 ($P<0.001$)。李振平 2002 结果提示降脂通脉丸可改善高脂血症患者的 TC 水平 ($P<0.05$)。</p>	无补充

			<p>孙传岐 2005、孙传岐 2006 结果提示降脂通脉丸可改善高脂血症患者的 TC 水平 ($P<0.05$)。</p> <p>TG: 共 4 项研究。贾永平 2001 结果提示降脂通脉颗粒可改善高脂血症患者的 TG 水平 ($P<0.001$)。</p> <p>李振平 2002 结果提示降脂通脉丸可改善高脂血症患者的 TG 水平 ($P<0.05$)。</p> <p>孙传岐 2005、孙传岐 2006 结果提示降脂通脉丸可改善高脂血症患者的 TG 水平 ($P<0.01$)。</p> <p>HDL-C: 共 3 项研究。李振平 2002 结果提示降脂通脉丸可改善高脂血症患者的 HDL-C 水平 ($P<0.05$)。</p> <p>孙传岐 2005、孙传岐 2006 结果提示降脂通脉丸可改善高脂血症患者的 HDL-C 水平 ($P<0.01$)。</p> <p>LDL-C: 共 3 项研究。贾永平 2001 结果提示降脂通脉颗粒可改善高脂血症患者的 LDL-C 水平 ($P<0.001$)。</p> <p>孙传岐 2005、孙传岐 2006 结果提示降脂通脉丸可改善高脂血症患者的 LDL-C 水平 ($P<0.05$)。</p> <p>Lp: 共 2 项研究。孙传岐 2005、孙传岐 2006 结果提示降脂通脉丸可改善高脂血症患者 Lp (a) ($P<0.05$)。</p> <p>贾永平 2001 采用降脂通脉颗粒</p> <p>李振平 2002 采用降脂通脉丸【何首乌、决明子、白术、郁金、淫羊藿、丹参、银杏叶、石菖蒲、生山楂、生大黄、绞股蓝、泽泻、西洋参等】</p> <p>孙传岐 2005、孙传岐 2006 采用降脂通脉丸【人参、三七、银杏叶、枸杞子、陈皮、荷叶、生山楂】</p>	
55	降脂片/口服液/颗粒/胶囊适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	脾虚湿盛、痰瘀互阻型 (史明忠 2008)	

56	降脂片/口服液/颗粒/胶囊能否改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	<p>本问题可用 TC、TG、HDL-C、LDL-C 来回答。</p> <p>TC：共 8 项研究。陈茂礼 1994：结果提示降脂口服液可改善高脂血症患者的 TC 水平（$P<0.01$）。张翻乔 2018 结果提示自拟降脂胶囊可改善高脂血症患者的 TC 水平（$P<0.05$）。刘燕 2012 结果提示降脂口服液可改善高脂血症患者的 TC 水平（$P<0.01$）。吴同和 2012 结果提示降脂胶囊可改善高脂血症患者的 TC 水平（$P<0.05$）。朱秀华 2004、危义兵 2015 结果提示降脂片可改善高脂血症患者的 TC 水平。（MD=-0.22 [-0.43, -0.02], $I^2=7\%$, $P>0.05$）尹文雁 2013、史明忠 2008 结果提示降脂颗粒可改善高脂血症患者的 TC 水平。（MD=-0.13 [-0.43, 0.18], $I^2=0\%$, $P>0.05$）。</p> <p>TG：共 8 项研究。陈茂礼 1994 结果提示降脂口服液可改善高脂血症患者的 TG 水平（$P<0.01$）。张翻乔 2018 结果提示自拟降脂胶囊可改善高脂血症患者的 TG 水平（$P<0.05$）。刘燕 2012 结果提示降脂口服液可改善高脂血症患者的 TG 水平（$P<0.01$）。吴同和 2012 结果提示降脂胶囊可改善高脂血症患者的 TG 水平（$P<0.05$）。朱秀华 2004、危义兵 2015 结果提示降脂片可改善高脂血症患者的 TG 水平。（MD=-0.44 [-1.39, 0.51], $I^2=93\%$, $P<0.01$）尹文雁 2013、史明忠 2008 结果提示降脂颗粒可改善高脂血症患者的 TG 水平。（MD=-0.20 [-0.69, 0.29], $I^2=77\%$, $P<0.05$）。</p> <p>HDL-C：共 6 项研究。张翻乔 2018 结果提示自拟降脂</p>	无补充
----	--	-------	---	-----

			<p>胶囊可降低高脂血症患者的 HDL-C 水平 ($P > 0.05$)。</p> <p>刘燕 2012 结果提示降脂口服液可改善高脂血症患者的 HDL-C 水平 ($P < 0.01$)。</p> <p>危义兵 2015 结果提示降脂片可改善高脂血症患者的 HDL-C 水平 ($P < 0.05$)。</p> <p>吴同和 2012 结果提示降脂胶囊可改善高脂血症患者的 HDL-C 水平 ($P < 0.05$)。</p> <p>尹文雁 2013、史明忠 2008 结果提示降脂颗粒可改善高脂血症患者的 HDL-C 水平。 (MD=-0.00 [-0.08, 0.08], $I^2=28\%$, $P > 0.05$)</p> <p>LDL-C: 共 7 项研究。陈茂礼 1994 结果提示降脂口服液可改善高脂血症患者的 LDL-C 水平 ($P < 0.01$)。</p> <p>张翻乔 2018 结果提示自拟降脂胶囊可改善高脂血症患者的 LDL-C 水平 ($P < 0.05$)。</p> <p>刘燕 2012 结果提示降脂口服液可改善高脂血症患者的 LDL-C 水平 ($P < 0.01$)。</p> <p>危义兵 2015 结果提示降脂片可改善高脂血症患者的 LDL-C 水平 ($P < 0.05$)。</p> <p>吴同和 2012 结果提示降脂胶囊可改善高脂血症患者的 LDL-C 水平 ($P < 0.05$)。</p> <p>尹文雁 2013、史明忠 2008 结果提示降脂颗粒可改善高脂血症患者的 LDL-C 水平。 (MD=0.10 [-0.09, 0.29], $I^2=1\%$, $P > 0.05$)。</p> <p>陈茂礼 1994 应用降脂口服液【茯苓 30g, 虎杖 30g, 山楂 25g, 丹参 25g, 何首乌 25g, 白术 20g, 决明子 15g, 银杏叶 15g, 泽泻 15g, 枳实 10g, 党参 10g】</p> <p>张翻乔 2018 应用自拟降脂胶囊【生山楂 50 g, 葛根</p>	
--	--	--	---	--

			<p>15 g, 决明子 30 g, 川芎 12 g, 木香 10 g, 红花 15 g, 莱菔子 6 g, 赤芍 15 g, 白芍 15 g, 丹参 20 g, 葛根 15 g, 生大黄 10 g, 黄芪 30 g, 益母草 30 g, 泽兰 15 g】</p> <p>刘燕 2012 应用降脂口服液【黄芪 10g, 丹参 10g, 葛根 10g, 赤芍 10g, 生山楂 20g, 制黄精 10g, 制首乌 20g, 茯苓 20g, 茵陈 20g, 桑寄生 10g, 薤白 10g, 全瓜蒌 10g】</p> <p>吴同和 2012 应用降脂胶囊</p> <p>朱秀华 2004、危义兵 2015 采用降脂片：【草决明, 姜黄, 生何首乌, 泽泻, 茵陈, 蒲黄, 柴胡, 丹参, 大黄, 山楂, 水蛭（院内制剂）】</p> <p>尹文雁 2013 应用降脂颗粒【制首乌 10g、荷叶 10g、绞股蓝 10g、葛根 10g、山楂 10g、决明子 10g（四川新绿色药业科技发展股份有限公司生产）】</p> <p>史明忠 2008 应用降脂颗粒【制黄芪、党参、绞股蓝、茯苓、泽泻、决明子、虎杖、单山楂、荷叶等 10 味药（未描述生产地）】</p>	
57	调脂康口服液/胶囊适用于什么证型的高脂血患者？	无系统评价	无 RCT 研究	无补充
58	调脂康口服液/胶囊是否能够改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	<p>本问题可用 TC、TG、HDL-C、LDL-C 来回答。</p> <p>TC: 共 3 篇 RCT 研究。牛纪华 2000 结果提示调脂康胶囊可改善高脂血症患者 TC ($P < 0.01$)。</p> <p>黄金元 2005 结果提示调脂康片可改善高脂血症患者 TC ($P < 0.05$)。</p> <p>何子意 2011 结果提示调脂康口服液联用阿托伐他汀钙 10mg 可改善高脂血症患者 TC ($P < 0.05$)，优于单用脂必妥组 ($P < 0.05$)。</p> <p>TG: 共 3 篇 RCT 研究。牛纪华 2000 结果提示调脂康胶囊可改善高脂血症患者 TG ($P < 0.01$)。</p>	无补充

			<p>黄金元 2005 结果提示调制康片可改善高脂血症患者 TG ($P<0.05$)。</p> <p>何子意 2011 结果提示调脂康口服液联用阿托伐他汀钙 10mg 可改善高脂血症患者 TG ($P<0.05$)。</p> <p>HDL-C: 共 2 篇 RCT 研究。牛纪华 2000 结果提示调脂康胶囊可改善高脂血症患者 HDL-C ($P<0.01$)。</p> <p>何子意 2011 结果提示调脂康口服液联用阿托伐他汀钙 10mg 可改善高脂血症患者 HDL-C ($P<0.05$)。</p> <p>LDL-C: 共 1 篇 RCT 研究。何子意 2011 结果提示调脂康口服液联用阿托伐他汀钙 10mg 可改善高脂血症患者 LDL-C ($P<0.05$)。</p> <p>牛纪华 2000 应用调脂康胶囊【水蛭、葛根、川芎、红花、何首乌、大黄、山楂、丹参等（院内制剂）】</p> <p>黄金元 2005 运用调制康片【泽泻、竹沥、姜半夏、蒲公英（院内制剂）】</p> <p>何子意 2011 应用调脂康口服液【鲜竹沥、浙贝母、郁金、炒白术、泽泻等（院内制剂）】</p>	
59	芪丹通脉片适用于什么证型的高脂血症患者？	无系统评价	无 RCT 研究	药品说明书：芪丹通脉片可益气活血，通脉止痛。用于稳定性劳力性冠心病心绞痛轻、中度，中医辨证为气虚血瘀证。未描述高脂血症。
60	芪丹通脉片是否可以改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	<p>本问题可用 TC、TG、HDL-C 来回答。</p> <p>TC: 共 2 篇 RCT 研究。李晶华 2009、曹丽 2015 结果提示芪丹通脉片可改善高脂血症患者的 TC 水平。 (MD=-1.58 [-3.42, 0.25], $I^2=99\%$, $P<0.001$)。</p> <p>TG: 共 2 篇 RCT 研究。李晶华 2009、曹丽 2015 结果</p>	无补充

			提示芪丹通脉片可改善高脂血症患者 TG 水平 (MD=-1.22 [-2.26, -0.18], $I^2=96\%$, $P<0.001$)。 HDL-C: 共 2 篇 RCT 研究。 李晶华 2009、曹丽 2015 结果提示芪丹通脉片可改善高脂血症患者 HDL-C 水平 (MD=0.24 [-0.61, 1.09], $I^2=95\%$, $P<0.001$)。	
61	丹红注射液适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	无 RCT 研究	药品说明书: 丹红注射液适用于瘀血痹阻所致的胸痹及中风; 冠心病、心绞痛、心肌梗死, 瘀血型肺心病, 缺血性脑病、脑血栓。
62	丹红注射液是否可以改善高脂血症患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	本问题可用 TC、TG、HDL-C、LDL-C 来回答。 TC: 共 2 篇 RCT 研究。 宇汝翠 2013、刘芳 2011 结果提示丹红注射液可改善高脂血症患者的 TC 水平。 (MD=-0.91 [-1.71, -0.11], $I^2=90\%$, $P<0.01$)。 TG: 共 2 篇 RCT 研究。 宇汝翠 2013、刘芳 2011 结果提示丹红注射液可改善高脂血症患者的 TG 水平。 (MD=-0.12 [-0.27, 0.04], $I^2=0\%$, $P>0.05$)。 HDL-C: 共 2 篇 RCT 研究。 宇汝翠 2013、刘芳 2011 结果提示丹红注射液可改善高脂血症患者的 HDL-C 水平。 (MD=0.14 [0.08, 0.20], $I^2=0\%$, $P>0.05$)。 LDL-C: 共 1 篇 RCT 研究。 宇汝翠 2013 结果提示丹红注射液可改善高脂血症患者的 LDL-C 水平 ($P<0.01$)。	无补充
63	银杏叶是否可以改善高脂血症患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	柴露露 2019: 合并使用银杏叶制剂, 改善 TC、TG、HDL-C、LDL-C; 明显优于对照组, 差异具有统计学意义。 马月蕾 2020: 使用银杏叶组	共 1 篇 RCT 研究。 商丹 2012 研究结果提示辛伐他汀联合银杏叶片可以有效地降低 CHD 患者 TC、TG、LDL-C 水平, 升高 HDL-C 水平 ($P<0.05$); 在缩小颈动脉粥样硬化斑块面积方面, 银杏叶片与辛伐他汀具有一定的协同作用。	无补充

		的临床疗效 TG、HDL-C 的改善优于对照组。（2）TC、LDL-C 改善 2 组无明显差异。		
64	银杏叶是否可以改善高脂血症患者血流变学指标？	无系统评价	共 1 项 RCT 研究。孙敦琇 2001 研究结果显示采用银杏叶片治疗高脂血症可改善患者全血比粘度、血浆比粘度、红细胞压积、纤维蛋白原指标，降低血液粘稠度（ $P<0.05$ ）。	无补充
65	荷丹片可用于什么类型血脂异常患者？	无系统评价	代谢综合征及胰岛素抵抗患者（王红梅 2009） 老年中高危血脂异常患者（李跃林 2012） 单纯高脂血症患者（林宪华 2012）	无补充
66	荷丹片能否改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	王莹 2013：（1）在联合用药组中，荷丹片联合他汀组与他汀组比较，降低 TC、降低 LDL 和升高 HDL 的效果差异均有统计学意义，降低 TG 的效果差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。（2）在单药组中，荷丹片组与他汀组比较，在降低 TC、降低 TG、降低 LDL、升高 HDL 的效果差异均无统计学意义。	无 RCT 研究	无补充
67	复方丹参饮/滴丸/注射液可用于什么类型的血脂异常患者？	无系统评价	单纯性高脂血症（李晓阳 2003） 冠心病稳定型心绞痛伴高脂血症（胡振波 2009） 2 型糖尿病合并高脂血症（李军民 2009） 代谢综合征（姜锐 2012）	药品说明书：复方丹参滴丸用于气滞血瘀所致的胸痹；冠心病心绞痛见气滞血瘀证；2 型糖尿病引起 1 期（轻度）、1 期（中度）非增值性糖尿病视网膜病变属气

				滞血瘀证。
68	复方丹参饮/滴丸/注射液可用于什么证型的血脂异常患者？	无系统评价	痰瘀互结（姜锐 2012）	无补充
69	复方丹参饮是否可以改善冠心病合并血脂异常患者的心绞痛症状及血脂水平？	无系统评价	共 1 项 RCT 研究。 胡振波 2019 研究结果提示复方丹参饮在改善冠心病稳定型心绞痛伴高脂血症患者的心电图缺血情况与丹参片疗效相当（53.33%vs50.00%， $P>0.05$ ），复方丹参饮可减少冠心病稳定型心绞痛伴高脂血症患者的硝酸甘油用量（80.00%vs43.33%， $P<0.05$ ）、降低 TG、LDL-C 水平（ $P<0.05$ ）、提高心绞痛总有效率（83.33%vs50.00%， $P<0.05$ ）、改善临床症状。	无补充
70	益寿调脂片适用于什么类型的血脂异常患者？	无系统评价	无 RCT 研究	气虚血瘀所致的高脂血症
71	益寿调脂片是否可以改善高脂血症患者血脂水平（TC、TG、LDL-C 和 HDL-C）及动脉硬化指数？	无系统评价	本问题可用 TC、TG、HDL-C、LDL-C、AI、Apo-A、Apo-B 来回答。 TC: 共 2 项 RCT 研究。孙立 1999、孙立 2003 结果提示益寿调脂片可改善高脂血症患者的 TC 水平。（MD=0.24 [-0.02, 0.50], $I^2=0\%$, $P>0.05$ ） TG: 共 2 项 RCT 研究。孙立 1999、孙立 2003 结果提示益寿调脂片可改善高脂血症患者的 TG 水平。（MD=-0.53 [-0.93, -0.13], $I^2=0\%$, $P>0.05$ ） HDL-C: 共 2 项 RCT 研究。孙立 1999、孙立 2003 结果提示益寿调脂片可改善高脂血症患者的 HDL-C 水平。（MD=0.10 [0.00, 0.19], $I^2=0\%$, $P>0.05$ ） LDL-C: 共 2 项 RCT 研究。孙立 1999、孙立 2003 结果提示益寿调脂片可改善高脂血症患者的 LDL-C 水平。（MD=0.39 [0.12, 0.65], $I^2=0\%$, $P>0.05$ ） AI: 共 2 项 RCT 研究。孙立 1999、孙立 2003 结果提示益寿调脂片可改善高脂血症患者的 AI 水平。	无补充

			(MD=-0.18 [-0.61, 0.25], I ² =0%, P>0.05) Apo-A: 共 1 项 RCT 研究。孙立 2003 研究结果显示益寿调脂片在降低原发性高脂血症脂质的 Apo-A 水平上无统计学意义 (P>0.05)。 Apo-B: 共 1 项 RCT 研究。孙立 2003 研究结果显示益寿调脂片可降低原发性高脂血症脂质的 Apo-B 水平 (P<0.01), 疗效与舒降之组无明显差异。	
72	脂必妥适用于什么类型的血脂异常患者?	无系统评价	无 RCT 研究	药品说明书: 脂必妥健脾消食, 除湿祛痰, 活血化瘀, 适用于脾瘀阻滞型的血脂异常患者
73	脂必妥是否可以改善高脂血症患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	本问题可用 TC、TG、HDL-C、LDL-C 等生化指标的治疗前后的变化来回答。 TC: 共 2 项 RCT 研究。臧吾 1997 研究结果提示使用脂必妥治疗可降低 TC 值 (t=22.829, P<0.01)。张建军 2004 研究结果提示使用脂必妥治疗可降低 TC 水平 (P<0.001)。 TG: 共 1 项 RCT 研究。臧吾 1997 研究结果提示使用脂必妥治疗可降低 TG 值 (t=22.391, P<0.001)。 HDL-C: 共 1 项 RCT 研究。张建军 2004 研究结果提示使用脂必妥治疗可升高 HDL-C 水平 (P<0.001)。 LDL-C: 共 1 项 RCT 研究。张建军 2004 研究结果提示使用脂必妥治疗可降低 LDL-C 水平 (P<0.001)。	无补充
74	脂康颗粒适用于什么类型的血脂异常患者?	无系统评价	无 RCT 研究	药品说明书: 脂康颗粒滋阴清肝, 活血通络。用于肝肾阴虚挟瘀之高脂血症
75	脂康颗粒是否能够改善高脂血症患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	本问题可用 TC、TG、HDL-C、LDL-C 等生化指标来回答。	无补充

	C、LDL-C 等) 水平?		<p>TC: 共 2 项 RCT 研究。田相同 2006、牛纪华 2007 研究结果提示使用脂康颗粒治疗可以降低 TC 值。 (MD=-0.62 [-1.08, -0.15], P=0.15, I²=52%)</p> <p>TG: 共 2 项 RCT 研究。田相同 2006、牛纪华 2007 研究结果提示使用脂康颗粒治疗可以降低 TG 值。 (MD=-0.37 [-0.49, -0.26], P=0.41, I²=0%)</p> <p>HDL-C: 共 2 项 RCT 研究。田相同 2006、牛纪华 2007 研究结果提示使用脂康颗粒治疗对升高 HDL-C 值无明显影响。(MD=0.14 [-0.08, 0.37], P<0.05, I²=81%)</p> <p>LDL-C: 共 2 项 RCT 研究。田相同 2006、牛纪华 2007 研究结果提示使用脂康颗粒治疗对降低 LDL-C 值无明显影响。(MD=-0.32 [-0.64, 0.00], P=0.38, I²=0%)</p>	
76	脂康颗粒是否可以改善高脂血症患者血流变学?	无系统评价	<p>本问题可用高切变率全血黏度、低切变率全血黏度、血浆比黏度、血小板聚集率、纤维蛋白原、红细胞比容、红细胞聚集指数等生化指标的治疗前后的变化来回答。</p> <p>高切变率全血黏度: 共 2 项 RCT 研究。田相同 2006、牛纪华 2007 研究结果提示使用脂康颗粒治疗可以降低高切变率全血黏度。(MD=-0.57 [-0.77, -0.38], P=0.91, I²=0%)</p> <p>低切变率全血黏度: 共 2 项 RCT 研究。田相同 2006、牛纪华 2007 研究结果提示使用脂康颗粒治疗对降低低切变率全血黏度无明显影响。(MD=-1.54 [-4.13, -1.05], P<0.01, I²=93%)</p> <p>血浆比黏度: 共 2 项 RCT 研究。田相同 2006、牛纪华 2007 研究结果提示使用脂康颗粒治疗对降低血浆比黏度无明显影响。(MD=-0.06 [-0.20, -0.07], P<0.01, I²=89%)</p>	无补充

			<p>血小板聚集率: 共 1 项 RCT 研究。牛纪华 2007 研究结果提示使用脂康颗粒治疗可降低血小板聚集率 ($P < 0.01$)。</p> <p>纤维蛋白原: 共 1 项 RCT 研究。牛纪华 2007 研究结果提示使用脂康颗粒治疗可降低纤维蛋白原水平 ($P < 0.01$)。</p> <p>红细胞比容: 共 1 项 RCT 研究。田相同 2006 研究结果提示使用脂康颗粒治疗可降低红细胞比容 ($P < 0.05$)。</p> <p>红细胞聚集指数: 共 1 项 RCT 研究。田相同 2006 研究结果提示使用脂康颗粒治疗可降低红细胞聚集指数 ($P < 0.05$)。</p>	
77	降脂通便胶囊适用于什么类型的血脂异常患者?	无系统评价	阴虚血瘀型 (杨俐 2006)	药品说明书: 降脂通便胶囊用于胃肠实热、脾气亏虚的高脂血症患者兼有大便秘结。
78	降脂通便胶囊是否能够改善高脂血症患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	<p>本问题可用 TC、TG、HDL-C 等生化指标来回答。</p> <p>TC: 共 1 项 RCT 研究。杨俐 2006 研究结果提示使用降脂通便胶囊治疗可降低 TC 值 ($P < 0.05$)。</p> <p>TG: 共 1 项 RCT 研究。杨俐 2006 研究结果提示使用降脂通便胶囊治疗可降低 TG 值 ($P < 0.01$)。</p> <p>HDL-C: 共 1 项 RCT 研究。杨俐 2006 研究结果提示使用降脂通便胶囊对提高 HDL-C 无明显影响 ($P > 0.05$)。</p>	无补充
79	复方芪丹通脉片适用于什么类型的血脂异常患者?	无系统评价	无 RCT 研究	药品说明书: 复方芪丹通脉片益气活血, 通脉止痛, 用于稳定性劳力性冠心病心绞痛轻、中度, 中医辨

				证为气虚血瘀证。
80	复方芪丹通脉片是否可以改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	<p>本问题可用 TC、TG、HDL-C 等生化指标来回答。</p> <p>TC: 共 2 项 RCT 研究。李晶华 2009、曹丽 2015 研究结果提示使用复方芪丹通脉片治疗可以降低 TC 值。 (MD=-2.44 [-4.29, -0.59], P<0.01, I²=98%)</p> <p>TG: 共 2 项 RCT 研究。李晶华 2009、曹丽 2015 研究结果提示使用复方芪丹通脉片治疗可以降低 TG 值。 (MD=-1.73 [-2.30, -1.17], P<0.05, I²=80%)</p>	无补充
81	红曲制剂对血脂异常人群的影响？	韩卓君 2022 研究提示，应用红曲米制剂可以调节心血管风险人群血脂水平，降低 LDL-C、TC、apo-B 水平、升高 apo-B。	无 RCT 研究	无补充

证据清单表——中药汤剂相关研究

序号	问题	系统评价/Meta	RCT	补充
1	补阳还五汤适用于什么证型的高脂血症患者？	无系统评价	无 RCT 研究	无补充
2	补阳还五汤能否改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	师帅 2018：与他汀类药物比较，补阳还五汤治疗后 LDL-C 水平较低。	无 RCT 研究	无补充
3	血府逐瘀汤适用于什么证型的高脂血症患者？	无系统评价	无 RCT 研究	无补充
4	血府逐瘀汤能否降低高脂血症患者血脂指标？	无系统评价	<p>本问题可用 TC、TG、HDL-C、LDL-C 等生化指标来回答。</p> <p>TC: 共 3 项 RCT 研究。刘磊 2010、俞雪梅 2014 研究结果提示使用血府逐瘀汤治疗可以降低 TC 值。（MD=-1.53 [-1.82, -1.25], $P<0.01$, $I^2=90\%$）</p> <p>黄琼坚 2012 研究结果提示使用血府逐瘀汤治疗后 TC 值较治疗前明显改善（$P<0.01$）。</p> <p>TG: 共 3 项 RCT 研究。刘磊 2010、俞雪梅 2014 研究结果提示使用血府逐瘀汤治疗对于降低 TG 值无明显影响。（MD=-0.32 [-0.90, -0.26], $P<0.01$,</p>	

			<p>$I^2=98\%$)</p> <p>黄琼坚 2012 研究结果提示使用血府逐瘀汤治疗后 TG 值较治疗前明显改善 ($P<0.01$)。</p> <p>HDL-C: 共 3 项 RCT 研究。刘磊 2010、俞雪梅 2014 研究结果提示使用血府逐瘀汤治疗可以升高 HDL-C 水平。 (MD=0.38 [0.33, 0.43], $P<0.01$, $I^2=96\%$)</p> <p>黄琼坚 2012 研究结果提示使用血府逐瘀汤治疗后 HDL-C 值较治疗前明显升高 ($P<0.01$)。</p> <p>LDL-C: 共 3 项 RCT 研究。刘磊 2010、俞雪梅 2014 研究结果提示使用血府逐瘀汤治疗对于降低 LDL-C 水平无明显影响。 (MD=-0.91 [-2.23, 0.42], $P<0.01$, $I^2=100\%$)</p> <p>黄琼坚 2012 研究结果提示使用血府逐瘀汤对降低 LDL-C 值无明显影响 ($P<0.01$)。</p>	
5	血府逐瘀汤能否改善高脂血症患者的血流变学指标?	无系统评价	<p>本问题可用高切变率全血黏度、低切变率全血黏度、红细胞压积、血小板聚集率、纤维蛋白原等生化指标的治疗前后的变化来回答。</p> <p>高切变率全血黏度: 共 2 项 RCT 研究。刘磊 2010、俞雪梅 2014 研究结果提示使用血府逐瘀汤治疗可以降低高切变率全血黏度。 (MD=-0.53 [-0.84, -0.22], $P=0.90$, $I^2=0\%$)</p> <p>低切变率全血黏度: 共 2 项 RCT 研究。刘磊 2010、俞雪梅 2014 研究结果提示使用血府逐瘀汤治疗可以降低低切变率全血黏度。 (MD=-1.47 [-1.78, -1.17], $P=0.90$, $I^2=0\%$)</p> <p>红细胞压积: 共 2 项 RCT 研究。刘磊 2010、俞雪梅 2014 研究结果提示使用血府逐瘀汤治疗可改善红细胞压积。 (MD=-0.10 [-0.14, -0.06], $P<0.01$, $I^2=92\%$)</p> <p>血小板聚集率: 共 2 项 RCT 研究。刘磊 2010、俞雪</p>	无补充

			<p>梅 2014 研究结果提示使用血府逐瘀汤治疗对血小板聚集率无明显影响。(MD=-9.99 [-19.89, -0.09], P<0.01, I²=100%)</p> <p>纤维蛋白原: 共 2 项 RCT 研究。刘磊 2010、俞雪梅 2014 研究结果提示使用血府逐瘀汤治疗对纤维蛋白原含量无明显影响。(MD=-0.05 [-0.22, -0.12], P=0.86, I²=0%)</p>	
6	小陷胸汤适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	痰热阻遏型 (倪约翰 2012)	无补充
7	小陷胸汤能否改善高脂血症患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	<p>本问题可用 TC、TG、HDL-C、LDL-C 等生化指标来回答。</p> <p>TC: 共 1 项 RCT 研究。扶桂升 2008 研究结果提示使用小陷胸汤治疗可以降低 TC 值 (P<0.05)。</p> <p>TG: 共 1 项 RCT 研究。扶桂升 2008 研究结果提示使用小陷胸汤治疗可以降低 TG 值 (P<0.05)。</p> <p>HDL-C: 共 1 项 RCT 研究。扶桂升 2008 研究结果提示使用小陷胸汤治疗可以升高 HDL-C 水平 (P<0.05)。</p> <p>LDL-C: 共 2 项 RCT 研究。倪约翰 2012、扶桂升 2008 研究结果提示使用小陷胸汤治疗对降低 LDL-C 值无明显影响。(MD=-0.01 [-0.27, 0.25], P=0.11, I²=61%)</p>	无补充
8	香砂六君子汤适用于什么证型的高脂血症患者	无系统评价	脾虚 (王群 2020、李鑫 2020)	无补充
9	香砂六君子汤能否降低高脂血症患者血脂指标?	无系统评价	<p>本问题可用 TC、TG、HDL-C、LDL-C 等生化指标的治疗前后的变化来回答。</p> <p>TC: 共 1 项 RCT 研究。王群 2020 研究结果提示使用香砂六君子汤治疗可降低 TC 值 (P<0.05)。</p> <p>TG: 共 1 项 RCT 研究。王群 2020 研究结果提示使用香砂六君子汤治疗可降低 TG 值 (P<0.05)。</p>	无补充

			<p>HDL-C: 共 1 项 RCT 研究。王群 2020 研究结果提示使用香砂六君子汤治疗可升高 HDL-C 值 ($P<0.05$)。</p> <p>LDL-C: 共 1 项 RCT 研究。王群 2020 研究结果提示使用香砂六君子汤治疗可降低 LDL-C 值 ($P<0.05$)。</p>	
10	温胆汤适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	<p>胆胃不和 (张展泰 2019)、痰瘀互阻证 (梁勇 2019)</p>	无补充
11	温胆汤联合西药能否改善高脂血症患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	<p>本问题可用 TC、TG、HDL-C、LDL-C 等生化指标来回答。</p> <p>TC: 共 2 项 RCT 研究。张展泰 2019、梁勇 2019 研究结果提示使用温胆汤联合西药治疗可以降低 TC 值。 ($MMD=-0.35 [-0.57, -0.12]$, $P=0.27$, $I^2=18\%$)</p> <p>TG: 共 2 项 RCT 研究。张展泰 2019、梁勇 2019 研究结果提示使用温胆汤联合西药治疗对降低 TG 值无明显影响。 ($MD=-0.13 [-0.77, -0.50]$, $P=0.27$, $I^2=78\%$)</p> <p>HDL-C: 共 2 项 RCT 研究。张展泰 2019、梁勇 2019 研究结果提示使用温胆汤联合西药治疗对升高 HDL-C 值无明显影响。 ($MD=0.12 [-0.07, 0.32]$, $P<0.05$, $I^2=77\%$)</p> <p>LDL-C: 共 2 项 RCT 研究。张展泰 2019、梁勇 2019 研究结果提示使用温胆汤联合西药可以降低 LDL-C 水平。 ($MD=-0.39 [-0.60, -0.18]$, $P=0.87$, $I^2=0\%$)</p>	无补充
12	温胆汤能否降低高脂血症患者血脂指标?	无系统评价	<p>本问题可用 TC、TG 等生化指标的治疗前后的变化来回答。</p> <p>TC: 共 1 项 RCT 研究。黄春玲 2005 研究结果提示使用温胆汤治疗可降低 TC 值 ($P<0.01$)。</p> <p>TG: 共 1 项 RCT 研究。黄春玲 2005 研究结果提示使用温胆汤治疗可降低 TG 值 ($P<0.01$)。</p>	无补充
13	黄连温胆汤适用于什么证型的高脂血症患者?	无系统评价	<p>痰瘀互结证 (张芳 2018), 痰浊阻遏证 (陶玉娟 2013)</p>	无补充

14	黄连温胆汤是否能够改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	共 1 项 RCT 研究： 陶玉娟 2013 研究结果提示使用黄连温胆汤治疗可降低高脂血症患者 TC 值（ $P < 0.05$ ）、TG 值（ $P < 0.05$ ）、LDL-C 值（ $P < 0.05$ ），升高 HDL-C 值（ $P < 0.05$ ）。	无补充
15	三仁汤适用于什么证型的高脂血症患者	无系统评价	湿热质（徐洋 2014、程勇 2021）	无补充
16	三仁汤是否能够改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	本问题可用总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）水平来回答。 TC： 共 2 项 RCT 研究，徐洋 2014、程勇 2021 研究结果提示三仁汤可降低高脂血症患者 TC 水平，与血脂康效果相当。（MD=-0.24 [-1.21, 0.73], $I^2=98\%$, $P > 0.05$ ） TG： 共 2 项 RCT 研究，徐洋 2014、程勇 2021 研究结果提示三仁汤可降低高脂血症患者 TG 水平，与血脂康相当。（MD=-0.32 [-0.99, 0.34], $I^2=96\%$, $P > 0.05$ ） LDL-C： 共 2 项 RCT 研究，徐洋 2014、程勇 2021 研究结果提示三仁汤可降低高脂血症患者 LDL-C 水平，效果优于血脂康。（MD=0.16 [0.03, 0.29], $I^2=0\%$, $P < 0.05$ ）	无补充
17	瓜蒌薤白半夏汤用于什么证型的高脂血症患者	无系统评价	脾虚痰湿（张玉珍 2008）	无补充
18	瓜蒌薤白半夏汤是否能够改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	本问题可用总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）水平来回答。 TC： 共 1 项 RCT 研究，钱华 2019 研究结果提示瓜蒌半夏薤白汤联合丹参饮可降低高脂血症患者 TC 水平（ 4.73 ± 0.63 VS 5.11 ± 0.45 , $P < 0.05$ ）。 TG： 共 1 项 RCT 研究，钱华 2019 研究结果提示瓜蒌半夏薤白汤联合丹参饮可降低高脂血症患者 TG 水平	无补充

			(1.81 ± 0.32 VS 2.75 ± 4.31 , $P < 0.05$)。 LDL-C: 共 1 项 RCT 研究, 钱华 2019 研究结果提示瓜蒌半夏薤白汤联合丹参饮可降低高脂血症患者 LDL-C 水平 (2.34 ± 0.55 VS 3.81 ± 0.47 , $P < 0.05$)。	
19	加味半夏白术天麻汤适用于什么类型的血脂异常患者?	无系统评价	高血压病并高脂血症 (熊原 2015、翟小趁 2019)	无补充
20	加味半夏白术天麻汤适用于什么证型的血脂异常患者?	无系统评价	痰瘀互结 (熊原 2005)	无补充
21	加味半夏白术天麻汤是否能够改善高脂血症患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	<p>本问题可用总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)、丙二醛 (MDA)、脂蛋白 a [Lp (a)]、载脂蛋白 B100 (Apo B100)</p> <p>水平来回答。</p> <p>TC: 共 2 项 RCT 研究, 熊原 2015、翟小趁 2019 研究结果提示加味半夏白术天麻汤降低高脂血症患者 TC 水平与对照组相当。 (MD=-0.26 [-2.17, 1.65], $I^2=97\%$, $P > 0.05$)</p> <p>TG: 共 2 项 RCT 研究, 熊原 2015、翟小趁 2019 研究结果提示加味半夏白术天麻汤降低高脂血症患者 TG 水平与对照组相当。 (MD=-0.27 [-0.86, 0.32], $I^2=80\%$, $P > 0.05$)</p> <p>MDA: 共 1 项 RCT 研究, 熊原 2015, 研究结果提示加味半夏白术天麻汤可降低高脂血症患者 MDA 水平 (5.98 ± 2.2 VS 7.49 ± 1.79, $P < 0.05$)。</p> <p>Lp (a): 共 1 项 RCT 研究, 熊原 2015, 研究结果提示半夏白术天麻汤可降低高脂血症患者 a[Lp (a)] 水平 (219.70 ± 120 VS 284.50 ± 147, $P < 0.01$)。</p> <p>Apo B100: 共 1 项 RCT 研究, 熊原 2015, 研究结果提示半夏白术天麻汤可降低高脂血症患者 Apo B100 水平 (0.85 ± 0.21 VS 0.99 ± 0.28, $P < 0.01$)。</p>	无补充

22	加味半夏白术天麻汤能否改善高血压病并高脂血症患者头晕头痛等症状?	刘逸南 2021 (1) 临床总有效率更高 (2) 收缩压和舒张压明显降低	<p>本问题可用临床症状积分、中医临床症状疗效、收缩压、舒张压来回答。</p> <p>临床症状积分: 共 1 项 RCT 研究, 翟小趁 2019 研究结果提示加味半夏白术天麻汤对改善高血压合并高脂血症患者临床症状积分有较好效果 (1.26 ± 0.18 VS 6.95 ± 0.46, $P < 0.05$)。</p> <p>中医临床症状疗效: 共 1 项 RCT 研究, 熊原 2015 研究结果提示半夏白术天麻汤对于高血压合并高脂血症患者有较好的中医临床疗效 (总有效率: 91.3% VS 77.5%, $P < 0.05$)。</p> <p>收缩压: 共 2 项 RCT 研究, 熊原 2015、翟小趁 2019 研究结果提示加味半夏白术天麻汤可降低高血压合并高脂血症患者收缩压。 (MD=-12.46 [-19.38, -5.55], $I^2=98\%$, $P < 0.01$)</p> <p>舒张压: 共 2 项 RCT 研究, 熊原 2015、翟小趁 2019 研究结果提示加味半夏白术天麻汤可降低高血压合并高脂血症患者舒张压。 (MD=-6.00 [-6.15, -5.84], $I^2=0\%$, $P < 0.01$)</p>	
23	加味半夏白术天麻汤能否改善高脂血症患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	刘逸南 2021 (1) LDL-C、TG、TC 均明显下降, (2) HDL-C 高于对照组	<p>本问题可用总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)、丙二醛 (MDA)、脂蛋白 a [Lp (a)]、载脂蛋白 B100 (Apo B100) 水平来回答。</p> <p>TC: 共 2 项 RCT 研究, 熊原 2015、翟小趁 2019 研究结果提示加味半夏白术天麻汤对降低高脂血症患者 TC 水平与对照组无明显差异。 (MD=-0.26 [-2.17, 1.65], $I^2=97\%$, $P > 0.05$)</p> <p>TG: 共 2 项 RCT 研究, 熊原 2015、翟小趁 2019 研究结果提示加味半夏白术天麻汤对降低高脂血症患者 TG 水平与对照组无明显差异。 (MD=-0.27 [-0.86, 0.32], $I^2=80\%$, $P > 0.05$)</p> <p>MDA: 共 1 项 RCT 研究, 熊原 2015 研究结果提示加味</p>	无补充

			<p>半夏白术天麻汤可降低高脂血症患者 MDA 水平 (5.98 ± 2.2 VS 7.49 ± 1.79, $P < 0.05$)。</p> <p>Lp (a): 共 1 项 RCT 研究, 熊原 2015 研究结果提示半夏白术天麻汤可降低高脂血症患者 a[Lp (a)] 水平 (219.70 ± 120 VS 284.50 ± 147, $P < 0.01$)。</p> <p>Apo B100: 共 1 项 RCT 研究, 熊原 2015 研究结果提示半夏白术天麻汤可降低高脂血症患者 Apo B100 水平 (0.85 ± 0.21 VS 0.99 ± 0.28, $P < 0.01$)。</p>	
24	加味苓桂术甘汤适用于什么证型的血脂异常患者?	无系统评价	脾虚血瘀型 (邱振伟 2004)、脾虚痰湿型 (柯斌 2012)	无补充
25	加味苓桂术甘汤是否能够改善高脂血症患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?	无系统评价	<p>本问题可用总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG) 水平来回答。</p> <p>TC: 共 1 项 RCT 研究, 邱振伟 2004 研究结果提示加味苓桂术甘汤可降低高脂血症患者 TC 水平 (5.28 ± 0.44 VS 6.25 ± 0.52, $P < 0.05$)。</p> <p>TG: 共 1 项 RCT 研究, 邱振伟 2004 研究结果提示加味苓桂术甘汤可降低高脂血症患者 TG 水平 (1.55 ± 0.25 VS 2.64 ± 0.35, $P < 0.05$)。</p>	无补充
26	加味苓桂术甘汤是否能够改善高脂血症患者血流变学指标?	无系统评价	<p>本问题可用全血高切粘度、全血低切粘度、血浆粘度、红细胞聚集指数、纤维蛋白原来回答。</p> <p>全血高切粘度: 共 1 项 RCT 研究, 邱振伟 2004 研究结果提示加味苓桂术甘汤对高脂血症患者全血高切粘度无明显影响 (4.84 ± 0.31 VS 5.21 ± 0.46, $P > 0.05$)。</p> <p>全血低切粘度: 共 1 项 RCT 研究, 邱振伟 2004 研究结果提示加味苓桂术甘汤可降低高脂血症患者全血低切粘度 (12.30 ± 1.51 VS 19.17 ± 1.31, $P < 0.05$)。</p>	无补充

			<p>0.01)。</p> <p>血浆粘度：共 1 项 RCT 研究，邱振伟 2004 研究结果提示加味苓桂术甘汤对高脂血症患者血浆粘度无明显影响 (1.11 ± 0.11 VS 1.42 ± 0.19, $P > 0.05$)。</p> <p>红细胞聚集指数：共 1 项 RCT 研究，邱振伟 2004 研究结果提示加味苓桂术甘汤可降低高脂血症患者红细胞聚集指数 (3.24 ± 0.45 VS 4.85 ± 0.41, $P < 0.05$)。</p> <p>纤维蛋白原：共 1 项 RCT 研究，邱振伟 2004, 研究结果提示加味苓桂术甘汤可降低高脂血症患者纤维蛋白原水平 (2.23 ± 0.32 VS 3.87 ± 0.51, $P < 0.01$)。</p>	
27	加味二陈汤适用于什么证型的血脂异常患者？	无系统评价	燥湿化痰（孟辉 2004）脾虚痰湿证（陈卫蓉 2021）	无补充
28	参苓白术散加味适用于什么证型的血脂异常患者？	无系统评价	无 RCT 研究	无补充
29	参苓白术散加味是否能够改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？	无系统评价	<p>本问题可用总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）水平来回答。</p> <p>TC：共 1 项 RCT 研究，张选明 2015 研究结果提示参苓白术散加味可降低高脂血症患者 TC 水平 (4.49 ± 0.85 VS 6.64 ± 1.17, $P < 0.01$)。</p> <p>TG：共 1 项 RCT 研究，张选明 2015 研究结果提示参苓白术散加味可降低高脂血症患者 TG 水平 (1.86 ± 0.51 VS 3.32 ± 0.89, $P < 0.05$)。</p> <p>LDL-C：共 1 项 RCT 研究，张选明 2015 研究结果提示参苓白术散加味可降低高脂血症患者 LDL-C 水平 (3.28 ± 0.72 VS 4.44 ± 1.15, $P < 0.01$)。</p> <p>HDL-C：共 1 项 RCT 研究，张选明 2015 研究结果提示参苓白术散加味可提高高脂血症患者 HDL-C 水平</p>	无补充

			(1.74 ± 0.52 VS 0.9 ± 0.27 , $P < 0.05$)。	
30	参苓白术散加味是否能够改善高脂血症患者血流变学指标?	无系统评价	<p>本问题可用全血高切粘度、全血低切粘度、血浆粘度、红细胞压积来回答。</p> <p>全血高切粘度: 共 1 项 RCT 研究, 张选明 2015, 研究结果提示参苓白术散加味可降低高脂血症患者全血高切粘度: (6.15 ± 0.81 VS 7.62 ± 1.05, $P < 0.05$)</p> <p>全血低切粘度: 共 1 项 RCT 研究, 张选明 2015 研究结果提示参苓白术散加味可降低高脂血症患者全血低切粘度: (10.25 ± 1.02 VS 12.68 ± 1.20, $P < 0.05$)</p> <p>血浆粘度: 共 1 项 RCT 研究, 张选明 2015, 研究结果提示参苓白术散加味可降低高脂血症患者血浆粘度: (1.54 ± 0.15 VS 1.95 ± 0.26, $P < 0.05$)</p> <p>红细胞压积: 共 1 项 RCT 研究, 张选明 2015, 研究结果提示参苓白术散加味可降低高脂血症患者红细胞聚集指数: 39.28 ± 3.24 VS 50.64 ± 5.45, $P < 0.05$)</p>	无补充
31	附子理中汤对血脂异常人群的调理作用?	无系统评价	<p>共 1 项 RCT 研究: 王亚明 2020 研究结果提示血脂异常易发人群辨证属脾肾阳虚时, 可采用附子理中汤改善血脂状况, 可降低患者 TC、TG、LDL-C 水平 ($P < 0.05$), 升高 HDL-C 值 ($P < 0.05$), 提高血脂总达标率 ($P < 0.05$), 改善临床症状 ($P < 0.05$)。</p>	无补充

32	左归丸对血脂异常人群的作用?	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 崔延军 2015 研究结果提示血脂异常人群辨证属肝肾阴虚时, 可采用左归丸改善血脂状况 (降低 TC、TG、LDL-C, 升高 HDL-C、apo-A) ($P < 0.05$), 缓解临床症状 ($P < 0.05$)	无补充
----	----------------	-------	---	-----

证据清单表——中医非药物治疗法相关研究

1	艾灸适用于什么证型的高脂血症患者、	艾灸在改善痰浊相关型高脂血症患者的临床症状方面优于血脂康胶囊组。(崔雅妹 2020)	脾虚痰湿 (林彬彬 2016)	无补充
2	艾灸对血脂异常人群的作用?	无系统评价	共 2 项 RCT 研究: 李建萍 2005 研究结果提示, 针对饮食调整后血脂异常不能达标者应用艾灸 (取穴: 手三里、足三里、神阙穴) 干预后, 对患者血脂水平具有调节作用, 可降低 TC、TG、LDL-C 水平 ($P < 0.05$), 升高血清 HDL-C 水平 ($P < 0.05$)。 丁凤 2016 研究结果提示, 对饮食调整后血脂异常不能达标者应用艾灸温和灸 (取穴: 足三里、神阙、丰隆穴) 治疗后, 对患者血脂水平具有调节作用, 可降低 TC、TG、LDL-C 水平 ($P < 0.05$), 升高血清 HDL-C 水平 ($P < 0.05$), 改善临床症状 ($P < 0.05$), 且治疗 30min 效果最好。	无补充
3	温针灸适用于什么类型的血脂异常患者	无系统评价	肥胖并发高脂血症患者 (王鸣 2015、高陆地 2018、庞婷婷 2015、杜大林 2018、陈淑清 2018)	无补充
4	温针灸适用于什么证型的血脂异常患者	无系统评价	痰湿内阻 (陆春霞 2015) 联合耳针一脾虚湿阻 (王鸣 2015、高陆地 2018) 脾肾阳虚 (庞婷婷 2015、杜大林 2018、陈淑清 2018)	无补充

5	温针灸联合耳针是否可以降低高脂血症患者的血脂水平	无系统评价	<p>本问题可用总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）水平来回答。</p> <p>TC: 共 4 项 RCT 研究，陈淑清 2018、王鸣 2015、旁婷婷 2015、高陆地 2018 研究结果提示温针灸联合耳针可降低高脂血症患者 TC 水平。（MD=-0.53 [-0.83, -0.23], $I^2=80\%$, $P<0.01$）</p> <p>TG: 共 4 项 RCT 研究，陈淑清 2018、王鸣 2015、旁婷婷 2015、高陆地 2018 研究结果提示温针灸联合耳针可降低高脂血症患者 TG 水平。（MD=-0.46 [-0.58, -0.34], $I^2=34\%$, $P<0.01$）</p> <p>LDL-C: 共 4 项 RCT 研究，陈淑清 2018、王鸣 2015、旁婷婷 2015、高陆地 2018 研究结果提示温针灸联合耳针可降低高脂血症患者 LDL-C 水平。（MD=-0.39 [-0.64, -0.13], $I^2=76\%$, $P<0.01$）</p> <p>HDL-C: 共 4 项 RCT 研究，陈淑清 2018、王鸣 2015、旁婷婷 2015、高陆地 2018 研究结果提示温针灸联合耳针提高高脂血症患者 HDL-C 水平与对照组相比无明显差异。（MD=0.04 [-0.08, 0.15], $I^2=86\%$, $P>0.05$）</p>	无补充
6	温针灸联合耳针是否可以降低肥胖合并高脂血症患者的肥胖指标	无系统评价	<p>本问题可用体质量、肥胖度、体脂百分率、BMI 水平来回答。</p> <p>体质量: 共 4 项 RCT 研究，陈淑清 2018、王鸣 2015、旁婷婷 2015、高陆地 2018 研究结果提示温针灸联合耳针可降低高脂血症合并肥胖患者体质量，与温针灸单纯治疗效果相当。（MD=-2.54 [-5.52, 0.44], $I^2=71\%$, $P>0.05$）</p> <p>肥胖度: 共 3 项 RCT 研究，王鸣 2015、旁婷婷 2015、高陆地 2018 研究结果提示温针灸联合耳针可降低高脂血症合并肥胖患者肥胖度，与温针灸单纯治</p>	无补充

			<p>疗效果相当。(MD=-1.36 [-4.47, 1.74], $I^2=0\%$, $P>0.05$)</p> <p>体脂百分率: 共 3 项 RCT 研究, 王鸣 2015、旁婷婷 2015、高陆地 2018 研究结果提示温针灸联合耳针可降低高脂血症合并肥胖患者体脂率百分比, 与温针灸单纯治疗效果相当。(MD=-0.05 [-1.70, 1.60], $I^2=0\%$, $P>0.05$)</p> <p>BMI: 共 4 项 RCT 研究, 陈淑清 2018、王鸣 2015、旁婷婷 2015、高陆地 2018 研究结果提示温针灸联合耳针可降低高脂血症合并肥胖患者 BMI, 与温针灸单纯治疗效果相当。(MD=-0.42 [-0.98, 0.15], $I^2=0\%$, $P>0.05$)</p>	
7	针药结合用于什么证型的血脂异常患者?	无系统评价	痰浊阻遏证(周昭辉 2011) 血瘀型(邹莉萍 2010)	无补充
8	针灸治疗常取什么穴位治疗血瘀型高脂血症患者?	无系统评价	双侧内关、三阴交、足三里、丰隆、血海、阴陵泉。	无补充
9	针灸治疗常取什么穴位治疗痰湿阻遏型高脂血症患者?	无系统评价	足三里、阴陵泉、丰隆、三阴交、章门、中脘、天枢、脾俞、胃俞、大肠俞	无补充
10	针灸治疗高脂血症安全性和有效性?	<p>马占强 2012: 针灸疗法降低 TC、TG、升高 HDL-C 方面的作用与辛伐他汀、氟伐他汀、普伐他汀阿托伐他汀等他汀类药物疗效相当。在 LDL-C 方面针灸疗法的疗效较等他汀类药物疗效稍差。</p> <p>刘美玲 2021: 试验组治疗后 HDL-C 高于对照组, 中医症状积分低于对照组, 差异有统计学意义; 总有效率、TC、LDL-C、TG、BMI 比较,</p>	无 RCT 研究	无补充

		差异无统计学意义		
11	针刺丰隆穴能否降低高脂血症患者	张宝珍 2014：降低 TC：针灸丰隆=他汀类药物=血脂康胶囊；降低 TG：他汀类药物>针灸丰隆=血脂康胶囊；升高 HDL-C：针灸丰隆=血脂康胶囊>他汀类药物；降低 LDL-C：他汀类药物>针灸丰隆=血脂康胶囊。	无 RCT 研究	无补充
12	针刺治疗联合耳针治疗对血脂异常人群的影响？	无系统评价	共 1 项 RCT 研究：结果提示耳针（取穴：胃、脾、腹、内分泌、神门、三焦穴）、腹针（取穴：中脘、下脘、气海、关元、双侧天枢、双侧大横、双侧滑肉门、双侧外陵）联合健康宣教，与非诺贝特胶囊联合健康宣教治疗痰湿质代谢综合征血脂异常患者相比，均能有效调节 TG、TC、HDL-C、LDL-C 水平，两组疗效相当，均能降低患者腰围及中医体质积分，联合耳针+腹针组疗效更明显。	无补充
13	针刺治疗高脂血症常用什么穴位？	无系统评价	林国琴 2015：穴位选取双侧足三里、三阴交、丰隆穴	无补充
14	刺络放血用于什么证型的血脂异常患者？	无系统评价	痰瘀互结型（马庆宇 2010、张达盛 2012）	无补充
15	磁针适用于什么类型的血脂异常患者？	无系统评价	单纯高脂血症（赵钧 2007） 单纯性肥胖合并高脂血症（张丽 2003）	无补充
16	腹部推拿适用于什么证型的血脂异常患者？	无系统评价	痰浊阻遏型（李丰 2012）	无补充
17	腹部推拿能否降低高脂血症患者的血脂水平	无系统评价	共 1 项 RCT 研究：李丰 2012 研究结果提示腹部推拿法对 TG、TC、LDL-C、HDL-C 均有调节作用，其疗效与阿托伐他汀相当（ $P>0.05$ ），对症状的改善优于阿托伐他汀（ $P<0.01$ ）。	无补充

18	腹部推拿能否使肥胖合并高脂血症患者腹内脂肪厚度减少?	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 王宾 2020 研究结果提示臧氏振腹减脂术治疗单纯性肥胖伴血脂异常患者后, 身体质量指数及腹内脂肪厚度均显著降低, TG、TC、LDL-C 显著降低, HDL-C 显著升高 ($P < 0.05$)。	无补充
19	穴位埋线适用于什么类型的血脂异常患者?	无系统评价	围绝经期综合征伴血脂异常、单纯高脂血症	无补充
20	穴位埋线是否能减轻肥胖血脂异常患者的体重及降低血脂水平?	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 张萍 2021 研究提示穴位埋线在减轻体重、改善肝功能方面优于口服血脂康胶囊 ($P < 0.05$)。	无补充
21	穴位埋线治疗围绝经期综合征伴血脂异常	无系统评价	郑雪雍 2020: 关元、中脘、双侧三阴交、双侧足三里、双侧丰隆、双侧血海、双侧肾俞、双侧脾俞、双侧胃俞、双侧三焦俞	无补充
22	耳穴压丸适用于什么证型的血脂异常患者?	无系统评价	脾虚湿阻型 (邓宏伟 2016)	无补充
23	耳穴压丸治疗痰湿质代谢综合征血脂异常患者选穴?	无系统评价	共 1 项 RCT 研究: 邓宏伟 2016 研究结果提示, 脾虚湿阻型代谢综合征患者应用耳穴压丸 (取穴: 胃、脾、腹、内分泌、神门、三焦穴) 耳穴压丸联合针刺与单纯针刺治疗相比, 可以进一步改善临床症状 ($P < 0.05$), 降低体重、体重指数和腰围 ($P < 0.05$), 调节 TC、TG、HDL-C ($P < 0.05$)。	无补充
24	眼针适用于什么证型的高脂血症患者	无系统评价	痰湿阻遏 (窦智勇 2021)	无补充
25	眼针疗法治疗痰浊内阻型高脂血症的临床观察	无系统评价	眼针取穴: 中焦穴区、脾胃穴区、肺大肠穴区、肾膀胱穴区、上焦穴区、下焦穴区。	无补充

附件 6. 证据概要表

治未病相关研究



问题 1: 运动能否改善血脂异常患者的生化指标 (TC、TG、HDL-C、LDL-C 等) 水平?

Certainty assessment							№ 患者的		效果		Certainty assessment	重要性
№ 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	运动组	对照组	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
5	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	213	185	-	MD -0.49 lower (-0.84 to -0.14 lower)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
TG												
5	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	213	185	-	MD -0.2 lower (-0.26 to -0.14 lower)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
LDL-C												
3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	169	141	-	MD -0.42 lower (-0.53 to -0.3 lower)	⊕⊕○○ Low	重要
HDL-C												
3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	169	141	-	MD 0.12 higher (0.07 to 0.18 higher)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要

a. 未描述分配隐藏及盲法

中华中医药学会团体标准
公开征求意见稿



问题 4：饮食控制能否改善未确诊血脂异常人群的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							№ 患者的		效果		Certainty assessment	重要性
№ 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素 【注意事 项】	饮食控制	对照组	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	72	72	-	MD 0.73 lower (1.03 to 0.42 lower)	 Low	重要
TG												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	72	72	-	MD 0.17 lower (0.24 to 0.1 lower)	 Low	重要

a. 未描述分配隐藏及盲法

b. 样本量较小

问题 5：健康教育能否改善未确诊血脂异常人群的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							№ 患者的		效果		Certainty assessment	重要性
№ 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素 【注意事 项】	健康宣教	对照组	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	72	72	-	MD 0.73 lower (1.03 to 0.42 lower)	 Low	重要
TG												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	72	72	-	MD 0.17 lower (0.24 to 0.1 lower)	 Low	重要

a. 未描述分配隐藏及盲法

b. 样本量较小

非药物干预相关研究

问题 1：运动能否改善血脂异常患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							№：患者的		效果		Certainty	重要性
№：研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	运动	不联合运动	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
8	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	267	245	-	MD 0.38 更低 (0.43 更低到 0.33 更低)	⊕⊕○○ 低	CRITICAL
TG												
8	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	293	223	-	MD 0.28 更低 (0.33 更低到 0.24 更低)	⊕⊕○○ 低	CRITICAL
HDL-C												
6	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	197	175	-	MD 0.07 更高 (0.05 更高到 0.09 更高)	⊕⊕○○ 低	CRITICAL
LDL-C												
7	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	246	224	-	MD 0.25 更低 (0.28 更低到 0.21 更低)	⊕⊕○○ 低	CRITICAL

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. 随机方法、分配隐藏不合适，盲法缺失。 b. I²值较大。

问题 2：运动联合饮食控制能否改善血脂异常患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？


Certainty assessment							№: 患者的		效果		Certainty	重要性
№: 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	运动联合饮食控制	不运动或饮食控制	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
13	随机试验	严重 a	严重 b	不严重	不严重	无	697	695	-	MD 0.07 更低 (0.12 更低 到 0.03 更 低)	 低	CRITICAL
TG												
13	随机试验	严重 a	严重 b	不严重	不严重	无	697	695	-	MD 0.49 更低 (0.53 更低 到 0.45 更 低)	 低	CRITICAL
HDL												
13	随机试验	严重 a	严重 b	不严重	不严重	无	697	695	-	MD 0.09 更高 (0.06 更高 到 0.12 更 高)	 低	CRITICAL
LDL												
13	随机试验	严重 a	严重 b	不严重	不严重	无	697	695	-	MD 0.1 更低 (0.13 更低 到 0.07 更 低)	 低	CRITICAL

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 随机方法、分配隐藏不合适，盲法缺失。
b. I²值较大。

问题 4：运动联合饮食控制是否能改善血脂异常患者的三围（体重、腰围、腹围、臀围、BMI）水平？



Certainty assessment							№：患者的		效果		Certainty	重要性
№：研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	运动联合饮食控制	不运动或饮食控制	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
BMI												
4	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	197	196	-	MD 0.94 更低 (1.57 更低 到 0.3 更低)	 Moderate	IMPORTANT

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. 随机方法、分配隐藏不合适，盲法缺失。

问题 6：运动是否能改善血脂异常患者或合并高血压患者的血压水平？

Certainty assessment							№；患者的		效果		Certainty	重要性
№；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	运动联合饮食控制	不运动或饮食控制	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
收缩压												
2	随机试验	严重 a	严重 b	不严重	不严重	无	62	62	-	MD 5.36 更低 (8.03 更低 到 2.69 更低)	 低	IMPORTANT
舒张压												
2	随机试验	严重 a	严重 b	不严重	不严重	无	62	62	-	MD 4.56 更低 (6.21 更低 到 2.9 更低)	 低	IMPORTANT

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. 随机方法、分配隐藏不合适，盲法缺失。

b. P值较大。

问题 7：太极拳、五禽戏等中医特色运动能否改善血脂异常患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							№ 患者的		效果		Certainty assessment	重要性
№ 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素 【注意事 项】	太极拳、五禽戏 等中医特色运动	对照组	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
5	随机试验	非常严重 ^a	严重	不严重	不严重	无	129	129	-	MD 0.33 lower (.36 to 0.7 lower)	⊕○○○ Very low	IMPORTANT
TG												
5	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	129	129	-	MD 0.51 lower (0.74to 0.28 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
LDL-C												
5	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	129	129	-	MD 0.32 lower (0.19 to 0.45 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
HDL-C												
5	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	129	129	-	MD 0.57 higher (0.76 to 0.37 higher)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. 随机方法、分配隐藏不合适，盲法缺失。

问题 11：饮食控制能否改善血脂异常患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							№：患者的		效果		Certainty	重要性
№：研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	饮食干预	[comparison]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
7	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	446	424	-	MD 1.27 更低 (1.71 更低 到 0.83 更低)	 低	CRITICAL
TG												
7	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	446	424	-	MD 0.69 更低 (1.19 更低 到 0.18 更低)	 低	CRITICAL
HDL-C												
4	随机试验	非常严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	252	238	-	MD 0.16 更高 (0.03 更低 到 0.36 更高)	 Very low	IMPORTANT
LDL-C												
5	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	315	296	-	MD 0.2 更低 (0.26 更低 到 0.15 更低)	 低	CRITICAL

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. 所属文献均未描述分配隐藏、盲法、随机产生的方法。

b. 谢建明 2016、曹爱华 2012 结果均为阴性。

问题 16：健康教育能否改善血脂异常患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							№: 患者的		效果		Certainty	重要性
№: 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	健康宣教	常规治疗	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
4	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	192	194	-	MD 0.79 更低 (1.21 更低到 0.36 更低)	 低	关键
TG												
4	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	192	194	-	MD 0.43 更低 (0.66 更低到 0.19 更低)	 低	关键
HDL-C												
4	随机试验	非常严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	192	194	-	MD 0.22 更高 (0.03 更低到 0.47 更高)	 Very low	关键
LDL-C												
4	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	192	194	-	MD 0.61 更低 (0.99 更低到 0.23 更低)	 低	关键

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. 随机方法、分配隐藏不合适，盲法缺失。 b. P值较大。

中成药相关研究

问题 3：血脂康是否能改善血脂异常患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

(1)

Certainty assessment							№ 患者的		效果		Certainty assessment	重要性
№ 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素 【注意事项】	血脂康	对照组	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
11	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	512	444	-	MD -0.73 lower (-1.04 lower to -0.43 lower)	 Low	重要
TG												
11	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	512	444	-	MD -0.33 lower (-0.49 lower to -0.16 lower)	 Low	重要
LDL-C												
11	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	512	444	-	MD -0.79 lower (-1.06 lower to -0.52 lower)	 Low	重要
HDL-C												
11	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	512	444	-	MD 0.12 higher (0.05 higher to 0.19 higher)	 Low	重要

a. 未描述分配隐藏及盲法

b. 置信区间跨过 MD=0

问题 3：血脂康是否能改善血脂异常患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？
(2)

Certainty assessment							№ 患者的		效果		Certainty assessment	重要性
№ 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素 【注意事 项】	血脂康	辛伐他汀	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
4	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	275	282	-	MD 0.88 lower (-0.08 lower to 0.25 lower)	 Low	重要
TG												
4	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	275	282	-	MD 0.10 lower (-0.17 lower to 0.37 lower)	 Low	重要
LDL-C												
4	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	275	282	-	MD -0.06 lower (-0.31 lower to -0.19 lower)	 Low	重要
HDL-C												
4	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	275	282	-	MD -0.01 higher (-0.07 higher to 0.05 higher)	 Low	重要

a. 未描述分配隐藏及盲法
b. 置信区间跨过 MD=0

问题 4：血脂康是否能改善 2 型糖尿病合并血脂异常患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C、FPG、2hPG 等）水平？
(1)

Certainty assessment							№ 患者的		效果		Certainty assessment	重要性
№ 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事 项】	血脂康	对照组	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
4	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	261	249	-	MD -2.27 lower (-2.93 lower to -1.62 lower)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
TG												
4	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	261	249	-	MD -1.15 lower (-1.20 lower to -0.90 lower)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
LDL-C												
3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	213	211	-	MD -0.82 lower (-0.92 lower to -0.72 lower)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要
HDL-C												
3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	213	211	-	MD 0.57 higher (0.50 higher to 0.64 higher)	⊕⊕○○ Low	重要

a. 未描述分配隐藏及盲法

b. 置信区间跨过 MD=0

问题 4：血脂康是否能改善 2 型糖尿病合并血脂异常患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C、FPG、2hPG 等）水平？
(2)

Certainty assessment							№ 患者的		效果		Certainty assessment	重要性
№ 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素 【注意事项】	血脂康	辛伐他汀	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	90	90	-	MD -0.04 lower (-0.23 lower to 0.15 lower)	⊕⊕○○ Low	重要
TG												
3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	90	90	-	MD -0.25 lower (-0.37 lower to 0.12lower)	⊕⊕○○ Low	重要
LDL-C												
3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	90	90	-	MD -0.21 lower (-0.51 lower to -0.08 lower)	⊕⊕○○ Low	重要
HDL-C												
3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	90	90	-	MD 0.12 higher (0.07 higher to 0.16 higher)	⊕⊕○○ Low	重要
FPG												
3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	90	90	-	MD -0.43 lower (-0.60 lower to -0.25 lower)	⊕⊕○○ Low	重要
2hPG												
3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	90	90	-	MD -0.21 higher (-0.58 higher to 0.84 higher)	⊕⊕⊕○ Moderate	重要

a. 未描述分配隐藏及盲法

b. 置信区间跨过 MD=0

问题 10：血脂康是否能够应用在老年高脂血症患者中？（可从安全性评价）

Certainty assessment							№ 患者的		效果		Certainty assessment	重要性
№ 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素 【注意事项】	血脂康	对照组	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
6	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	278	244	-	MD 0.58 lower (0.89 lower to 0.27 lower)	⊕⊕○○ Low	重要
TG												
6	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	278	244	-	MD 0.31 lower (0.5 lower to 0.13 lower)	⊕⊕○○ Low	重要
LDL-C												
6	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	278	244	-	MD 0.62 lower (1.02 lower to 0.22 lower)	⊕⊕○○ Low	重要
HDL-C												
6	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	278	244	-	MD 0.13 higher (0.03 higher to 0.24 higher)	⊕⊕○○ Low	重要

a. 未描述分配隐藏及盲法

b. 置信区间跨过 MD=0

问题 15：心脑血管宝平胶囊是否能够改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？


Certainty assessment							No 患者的		效果		Certainty	重要性
No 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事 项】	心脑血管宝平胶囊	对照	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	66	66	-	MD 0.17 lower (0.48 lower to 0.15 higher)	⊕○○○ Very Low	重要
TG												
3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	66	66	-	MD 0.41 lower (0.76 to 0.07 lower)	⊕○○○ Very Low	重要
LDL-C												
3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	66	66	-	MD 0.21 higher (0.32 lower to 0.73 higher)	⊕○○○ Very Low	重要
HDL-C												
3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	66	66	-	MD 0 higher (0.12 lower to 0.12 higher)	⊕○○○ Very Low	重要

a. 未描述分配隐藏及盲法

b. 置信区间跨过 MD=0

c. 样本量较少

问题 18：降脂颗粒是否能够降低高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							№ 患者的		效果		Certainty	重要性
№ 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素 【注意事项】	降脂颗粒	对照	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	77	77	-	MD 0.13 lower (0.43 lower to 0.18 higher)	 Very Low	重要
TG												
2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	77	77	-	MD 0.2 lower (0.69 lower to 0.29 higher)	 Very Low	重要
LDL-C												
2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	77	77	-	MD 0.1 higher (0.09 lower to 0.29 higher)	 Very Low	重要
HDL-C												
2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	77	77	-	MD 0 higher (0.08 lower to 0.08 higher)	 Very Low	重要


a. 未描述分配隐藏及盲法

b. 置信区间跨过 MD=0

c. 样本量较少

问题 23：降脂通络软胶囊能否改善患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

a. 未描述分配隐藏及盲法

Certainty assessment							№ 患者的		效果		Certainty	重要性
№ 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事 项】	降脂通络软胶囊	对照	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TG												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	60	62		MD 0.43 higher (0.17 to 0.7 higher)	 Low	重要

b. 样本量较少

问题 27：舒正颗粒是否可以降低 2 型糖尿病糖脂代谢异常患者的血脂（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							N ₂ : 患者的		效果		Certainty	重要性
N ₂ : 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	联合舒正颗粒	常规西药	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TG												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	72	72	-	MD 0.31 更低 (0.44 更低到 0.18 更低)	 Moderate	CRITICAL
LDL												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	72	72	-	MD 0.43 更低 (0.58 更低到 0.29 更低)	 Moderate	CRITICAL
FINS												
2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	72	72	-	MD 3.9 更低 (10.21 更低到 2.41 更高)	 Very low	IMPORTANT

CI: Confidence interval; MD: Mean difference



Explanations

a. 分配隐藏不合适，盲法不完整。

b. I²值显著

c. 样本量小，可信区间宽

问题 30：苏子油软胶囊能否改善高脂血症患者的临床症状？

Certainty assessment							№：患者的		效果		Certainty	重要性
№：研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	苏子油软胶囊	血脂康胶囊	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
临床证候疗效												
2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	363/390 (93.1%)	116/148 (78.4%)	比值比 2.68 (0.81 到 8.83)	123 更每 1,000 (来自 38 较 少到 186 更)	 Very low	IMPORTANT
临床证候积分												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	390	148	-	MD 1.3 更低 (2.2 更低 到 0.4 更低)	 Moderate	IMPORTANT

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; OR: Odds ratio

Explanations

a. 随机方法、分配隐藏不合适，盲法缺失。

b. I²值较大

问题 31：苏子油软胶囊能否改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							№：患者的		效果		Certainty	重要性
№：研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	苏子油软胶囊	血脂康胶囊	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^c	无	390	148	-	MD 0.11 更低 (0.29 更低 到 0.06 更高)	 低	CRITICAL
TG												
2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	390	148	-	MD 0.12 更高 (0.35 更低 到 0.58 更高)	 Very low	CRITICAL
HDL-C												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^c	无	390	148	-	MD 0 (0.08 更低 到 0.08 更高)	 低	CRITICAL
LDL-C												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^c	无	400	142	-	MD 0.03 更低 (0.16 更低 到 0.1 更高)	 低	CRITICAL

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; OR: Odds ratio

Explanations

- a. 随机方法、分配隐藏不合适，盲法缺失。
- b. I²值较大
- c. 可信区间较宽

问题 38：血府逐瘀胶囊是否可以改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？



Certainty assessment							№：患者的		效果		Certainty	重要性
№：研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	联合血府逐瘀胶囊	常规西药	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	73	67	-	MD 0.48 更低 (0.76 更低到 0.21 更低)	 Moderate	CRITICAL
TG												
2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	73	67	-	MD 0.58 更低 (1.79 更低到 0.63 更高)	 Very low	CRITICAL
LDL-C												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	73	67	-	MD 0.28 更低 (0.51 更低到 0.05 更低)	 Moderate	CRITICAL
HDL-C												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^c	无	73	67	-	MD 0.04 更高 (0.05 更低到 0.12 更高)	 低	CRITICAL

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. 分配隐藏不合适，盲法不完整。 b. I²值较大。 c. 可信区间宽

问题 40：通心络胶囊能否改善冠心病合并高脂血症患者的心绞痛症状？

Certainty assessment							№: 患者的		效果		Certainty	重要性
№: 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	通心络胶囊	常规药物	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
心绞痛疗效												
4	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	183/194 (94.3%)	130/174 (74.7%)	比值比 5.92 (2.92 到 12.00)	199 更每 1,000 (来自 149 更到 225 更)	 Moderate	IMPORTANT
心电图疗效												
4	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	172/203 (84.7%)	129/182 (70.9%)	比值比 2.50 (1.49 到 4.17)	150 更每 1,000 (来自 75 更 到 202 更)	 Moderate	IMPORTANT

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; OR: Odds ratio

Explanations

- a. 随机方法、分配因此不合适，盲法缺失。
b. I²值较大

问题 41：通心络胶囊能否改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？



Certainty assessment							№：患者的		效果		Certainty	重要性
№：研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	通心络胶囊	常规药物	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
6	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	372	345	-	MD 1.03 更低 (1.7 更低 到 0.37 更低)	 低	CRITICAL
TG												
5	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	327	319	-	MD 0.61 更低 (1.08 更低 到 0.13 更低)	 低	CRITICAL
HDL-C												
6	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	372	345	-	MD 0.29 更高 (0.27 更高 到 0.31 更高)	 低	CRITICAL
LDL-C												
3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	138	122	-	MD 0.52 更低 (0.71 更低 到 0.33 更低)	 低	CRITICAL

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; OR: Odds ratio

Explanations

- a. 随机方法、分配因此不合适，盲法缺失。
b. I²值较大

问题 75：脂康颗粒是否能够改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							N ₂ ：患者的		效果		Certainty	重要性
N ₂ ：研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	脂康胶囊	对照组	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
脂康颗粒降 TC												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	105	104	-	MD 0.62 更低 (1.08 更低 到 0.15 更低)	 Moderate	IMPORTANT
脂康颗粒降 TG												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	105	104	-	MD 0.37 更低 (0.49 更低 到 0.26 更低)	 Moderate	IMPORTANT
脂康颗粒升 HDL-C												
2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	105	104	-	MD 0.14 更高 (0.08 更低 到 0.37 更高)	 低	CRITICAL
脂康颗粒降 LDL-C												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	105	104	-	MD 0.32 更低 (0.64 更低 到 0)	 Moderate	IMPORTANT




CI: Confidence interval; MD: Mean difference; OR: Odds ratio

Explanations

a. 随机方法、分配因此不合适，盲法缺失。

b. I²值较大

问题 77：脂康颗粒是否可以改善高脂血症患者血流变学？


Certainty assessment							№: 患者的		效果		Certainty	重要性
№: 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
全血比黏度高切												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	105	104	-	MD 0.57 更低 (0.77 更低 到 0.38 更低)	 Moderate	IMPORTANT
全血比黏度低切												
2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	105	104	-	MD 1.54 更低 (4.13 更低 到 1.05 更高)	 低	CRITICAL
血浆比黏度												
2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	105	104	-	MD 0.06 更低 (0.2 更低 到 0.07 更高)	 低	CRITICAL

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 所列文献均未描述分配隐藏方法、盲法
b. 牛纪华 2007 结果为阴性

问题 80：复方芪丹通脉片是否可以改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							№: 患者的		效果		Certainty	重要性
№: 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	复方芪丹通脉片	安慰剂	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
复方芪丹通脉片 TC												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	125	122	-	MD 2.44 更低 (4.29 更低 到 0.59 更低)		IMPORTANT
复方芪丹通脉片 TG												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	125	122	-	MD 1.73 更低 (2.3 更低 到 1.17 更低)		IMPORTANT
复方芪丹通脉片 HDL-C												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	125	122	-	MD 0.53 更高 (0.35 更高 到 0.72 更高)		IMPORTANT

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. 所列文献均未描述分配隐藏方法、盲法

中药汤剂相关研究

问题 4：血府逐瘀汤能否降低高脂血症患者血脂指标？

Certainty assessment							№：患者的		效果		Certainty	重要性
№：研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	血府逐瘀汤	对照组	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
血府逐瘀 TC												
2	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	103	103	-	MD 1.53 更低 (1.82 更低 到 1.25 更低)	 低	CRITICAL
血府逐瘀 TG												
2	随机试验	非常严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	103	103	-	MD 0.32 更低 (0.9 更低 到 0.26 更高)	 Very low	IMPORTANT
血府逐瘀 HDL-C												
2	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	103	103	-	MD 0.5 更高 (0.15 更高 到 0.86 更高)	 低	CRITICAL
血府逐瘀 LDL-C												
2	随机试验	非常严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	103	103	-	MD 0.91 更低 (2.23 更低 到 0.42 更高)	 Very low	IMPORTANT

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. 所列文献均未描述分配隐藏方法、盲法、随机产生的方法

b. Liu L 2010 结果阴性

问题 5：血府逐瘀汤能否改善高脂血症患者的血流变学指标？


Certainty assessment							№: 患者的		效果		Certainty	重要性
№: 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	血府逐瘀	对照组	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
高切变率全血黏度												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	103	103	-	MD 0.53 更低 (0.84 更低 到 0.22 更低)	 Moderate	IMPORTANT
低切变率全血黏度												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	103	103	-	MD 1.47 更低 (1.78 更低 到 1.17 更低)	 Moderate	IMPORTANT
红细胞压积												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	103	103	-	MD 0.1 更低 (0.14 更低 到 0.06 更低)	 Moderate	IMPORTANT
血小板聚集率												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	103	103	-	MD 9.99 更低 (19.89 更低 到 0.09 更低)	 Moderate	IMPORTANT
纤维蛋白原												
2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	103	103	-	MD 0.05 更低 (0.22 更低 到 0.12 更高)	 低	CRITICAL

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. 所列文献均未描述分配隐藏方法、盲法、随机产生的方法 b. 所列文献对照组治疗方法不一致。

问题 7：小陷胸汤能否改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							№: 患者的		效果		Certainty	重要性
№: 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
小陷胸汤 LDL-C												
2	随机试验	严重 a	严重 b	不严重	严重 c	无	60	60	-	MD 0.01 更低 (0.27 更低 到 0.25 更高)	 Very low	IMPORTANT

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 所列文献均未描述分配隐藏方法、盲法、随机产生的方法。
- b. 纳入研究过少。
- c. 所列文献样本量过小。

问题 11：温胆汤联合西药能否改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							N ₀ : 患者的		效果		Certainty	重要性
N ₀ : 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	温胆汤联合西药	对照组	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
2	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	80	80	-	MD 0.35 更低 (0.57 更低到 0.12 更低)	 Very low	IMPORTANT
TG												
2	随机试验	非常严重 ^a	严重 ^c	不严重	严重 ^b	无	80	80	-	MD 0.13 更低 (0.77 更低到 0.5 更高)	 Very low	IMPORTANT
HDL-C												
2	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	80	80	-	MD 0.12 更高 (0.07 更低到 0.32 更高)	 Very low	IMPORTANT
LDL-C												
2	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	80	80	-	MD 0.39 更低 (0.6 更低到 0.18 更低)	 Very low	IMPORTANT




CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 所列文献均未描述分配隐藏方法、盲法、随机产生的方法。
b. 所涉及 RCT 合计样本量过小。

c. Liang Y 2019 结果为阴性。

问题 16：三仁汤是否能够改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							№: 患者的		效果		Certainty	重要性
№: 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	三仁汤	血脂康	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
2	随机试验	非常严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	77	78	-	MD 0.24 更低 (1.21 更低 到 0.73 更高)	 Very low	IMPORTANT
TG												
2	随机试验	非常严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	77	78	-	MD 0.32 更低 (0.99 更低 到 0.34 更高)	 Very low	IMPORTANT
LDL-C												
2	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^c	无	77	78	-	MD 0.16 更高 (0.03 更高 到 0.29 更高)	 Very low	IMPORTANT

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 所列文献未描述分配隐藏方法、盲法、随机产生的方法
b. 程勇 2021 结果阴性
c. 试验组及对照组样本量均不足 100

问题 21：加味半夏白术天麻汤是否能够改善高脂血症患者的生化指标（TC、TG、HDL-C、LDL-C 等）水平？

Certainty assessment							№：患者的		效果		Certainty	重要性
№：研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	加味半夏白术天麻汤	常规治疗	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
2	随机试验	非常严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	129	89	-	MD 0.26 更低 (2.17 更低到 1.65 更高)	 Very low	IMPORTANT
TG												
2	随机试验	非常严重 ^a	严重 ^b	不严重	严重 ^c	无	129	89	-	MD 0.27 更低 (0.86 更低到 0.32 更高)	 Very low	IMPORTANT
收缩压												
2	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^c	无	129	89	-	MD 12.46 更低 (19.38 更低到 5.55 更低)	 Very low	IMPORTANT
舒张压												
2	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^c	无	129	89	-	MD 6 更低 (6.15 更低到 5.84 更低)	 Very low	IMPORTANT

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. 所列文献未描述分配隐藏方法、盲法、随机产生的方法

b. 熊原 2005 结果阴性
c. 对照组样本量不足 100

中医非药物治疗法相关研究

问题 4：温针灸联合耳针是否可以降低高脂血症患者的血脂水平？

Certainty assessment							№: 患者的		效果		Certainty	重要性
№: 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	温针灸联合耳针治疗	温针灸	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
TC												
4	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	260	260	-	MD 0.53 更低 (0.83 更低到 0.23 更低)	 低	CRITICAL
TG												
4	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	260	260	-	MD 0.46 更低 (0.58 更低到 0.34 更低)	 低	CRITICAL
HDL-C												
4	随机试验	非常严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	260	260	-	MD 0.04 更高 (0.08 更低到 0.15 更高)	 Very low	IMPORTANT
LDL-C												
4	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	260	260	-	MD 0.39 更低 (0.64 更低到 0.13 更低)	 低	CRITICAL

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. 所列文献未描述分配隐藏方法、盲法、随机产生的方法

b. 仅陈淑清 2018 结果阳性

问题 5：温针灸联合耳针是否可以降低肥胖合并高脂血症患者的肥胖指标？

Certainty assessment							№: 患者的		效果		Certainty	重要性
№: 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	温针灸联合耳针治疗	温针灸	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
体质量												
4	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	260	260	-	MD 2.54 更低 (5.52 更低到 0.44 更高)	 低	CRITICAL
肥胖度												
3	随机试验	非常严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	210	210	-	MD 1.36 更低 (4.47 更低到 1.74 更高)	 低	CRITICAL
体脂百分率												
3	随机试验	非常严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	210	210	-	MD 0.05 更低 (1.7 更低到 1.6 更高)	 Very low	IMPORTANT
BMI												
4	随机试验	非常严重 ^a	严重 ^c	不严重	不严重	无	260	260	-	MD 0.42 更低 (0.98 更低到 0.15 更高)	 Very low	IMPORTANT

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. 所列文献未描述分配隐藏方法、盲法、随机产生的方法

b. 王鸣 2015 结果阴性

c. 高陆地 2018 结果阴性

中华中医药学会团体标准
公开征求意见稿

附件 7. 推荐意见及共识建议汇总

一、会议时间：2022 年 5 月 16 日

二、会议形式：腾讯会议

三、会议目的：结合证据清单表及推荐意见/共识建议投票单，形成推荐意见或共识建议。

四、参会人员：

(1) 中医专家 18 人：毛静远、刘红旭、安冬青、尚菊菊、王贤良、王晓峰、邓悦、卢健棋、朱明军、李庆海、李运伦、吴旻、张立晶、周琦、冼绍祥、徐凤芹、霍艳明、戴小华

(2) 西医专家 3 人：毛威、刘文娴、吴永健

(3) 中西医结合专家 6 人：林谦、刘中勇、李军、张敏州、陈晓虎、符德玉、

(4) 方法学专家 1 人：李博。

(5) 药学专家 2 人：吴剑坤、高蕊。

五、会议流程

本次会议由首都医科大学附属北京中医医院心血管科主治医师邢文龙主持。

(1) 主持人宣布会议开始，并依次介绍参会专家。

(2) 苏祥飞主任介绍共识制定背景：

(3) 刘红旭教授介绍项目背景、项目前期工作成果：

(4) 邢文龙医师介绍投票方式及计票规则：

投票方式：①名义组法（各位专家根据投票单、证据清单及证据概要表独立投票）；②线上投票（问卷星）；③投票单包括三部分内容（专家基本信息——第 1 条；推荐意见投票单——第 2 至 16 条；共识建议投票单——第 17 至 35 条）。

计票规则：①“推荐意见”采用 GRADE 网格计票规则：除了“无明确推荐”格以外的任何 1 格票数超过 50%，则达成共识，可直接确定推荐方向及强度；若“无明确推荐”格某一侧两格总票数超过 70%，则达成共识，可确定推荐方向，推荐强度为“弱”；其余情况视为未达成共识，共识推荐进入下一轮投票，投票不超过 3 轮。②“共识建议”采用多数计票规则：若“中立”栏以外任意一栏的票数超过 50%，则视为达成；其余情况视为未达成共识，共识建议进入

下一轮投票。投票不超过 3 轮。

*注：最多经过 3 轮投票，所有条目列入决策表。对于达成共识且有证据基础的条目，注明推荐的方向及强度；对于达成共识的无证据基础的条目，注明“共识建议”；未达成共识的条目标注为“未达成共识”。

(5) 参会专家线上投票

(6) 刘红旭教授宣布投票结果（见表 1 及表 2）

中华中医药学会团体标准
公开征求意见稿

六、投票结果

表 1. 形成的推荐意见

对应临床问题	推荐意见	共识条目	证据等级	投票结果	推荐强度
临床问题 10	推荐意见 1	健康宣教（教育）可降低血脂升高但未确诊血脂异常人群的 TC、TG、LDL-C 水平，升高 HDL-C 水平。	B		
临床问题 10	推荐意见 2	在常规生活方式干预（饮食、运动、戒烟限酒等）的基础上，联合中医“治未病”思想指导下的认知干预以及具有中医特色生活方式干预（包括：食疗、气功、情志干预、生活起居）可降低血脂升高但未确诊血脂异常人群的 TC、TG、LDL-C 水平，升高 HDL-C 水平，降低体质量指数，减少高脂血症发生情况。	单篇 RCT		
临床问题 10	推荐意见 3	适当强度的运动/有氧运动可降低血脂升高但未确诊血脂异常人群的 TC、TG、LDL-C 水平，升高 HDL-C 水平，减轻体重和三维。	B		
临床问题 10	推荐意见 4	中医运动与气功干预措施（包括太极拳、八段锦、五禽戏等）可降低成年人 TC、TG、LDL-C 水平，升高 HDL-C 水平，降低血糖。	C		
临床问题 10	推荐意见 5	健康教育联合心理干预可提高血脂异常健康查体人员的疾病知识知晓率及健康行为依从性，改善血脂水平。	单篇 RCT		
临床问题 11	推荐意见 6	中医针刺干预，具有调节血脂（降低 TC、TG、LDL-C 水平，升高 HDL-C 水平）、减轻体重和降低体重指数的作用。	B		
临床问题 11	推荐意见 7	在调节生活方式的基础上联合艾灸可降低血脂异常人群的 TC、TG、LDL-C 水平，升高 HDL-C 水平，改善临床症状。穴位宜采用神阙、丰隆、手三里、足三里穴，最佳艾灸时间为 30min。	C		
临床问题 11	推荐意见 8	中医推拿按摩可调节血脂状况，降低体质量指数及腹内脂肪厚度，改善临床症状。	C		

临床问题 11	推荐意见 9	耳穴压丸可降低体重及体质量指数，改善血脂情况，多用于脾虚湿阻证人群，取穴宜选胃、脾、腹、内分泌、神门、三焦穴。	单篇 RCT		
临床问题 13	推荐意见 10	血脂异常易发人群伴临床症状，辨证属痰浊阻遏时，可采用黄连温胆汤改善血脂情况（降低 TC、TG、LDL-C 值，升高 HDL-C 值）。	单篇 RCT		
临床问题 13	推荐意见 11	血脂异常易发人群伴临床症状，辨证属痰瘀互阻时，可采用血府逐瘀汤改善血脂状况（降低 TC 值，升高 HDL-C 值）及血液流变学指标	单篇 RCT		
临床问题 13	推荐意见 12	血脂异常易发人群伴临床症状，辨证属肝肾阴虚时，可采用左归丸改善血脂状况（降低 TC 值），缓解临床症状。	单篇 RCT		
临床问题 13	推荐意见 13	血脂异常易发人群伴临床症状，辨证属脾肾阳虚时，可采用附子理中汤改善血脂状况（降低 TC、TG、LDL-C 值，升高 HDL-C 值），提高血脂总达标率，改善临床症状。	单篇 RCT		
临床问题 13	推荐意见 14	有研究显示，红曲米制剂具有改善血脂水平的作用	C		
临床问题 13	推荐意见 15	有研究显示，在规范治疗的基础上饮用降脂茶，对于心血管疾病风险人群及其他疾病患者具有进一步改善血脂水平的作用。	文献综述		

表 2. 形成的共识建议

对应临床问题	共识建议	共识条目	投票结果	建议/不建议
临床问题 1	共识建议 1	血脂异常属于中医“血浊病”的范畴，本团体标准的血脂异常标准采用《中国成人血脂异常防治指南（2016 年修订版）》标准。		
临床问题 1	共识建议 2	<p>血脂异常易发人群的诊断标准：血脂正常，45 岁以下具有以下 2 项及以上，或 45 岁以上具有 1 项及以上情况的人群：</p> <p>①具有动脉硬化性心血管疾病（arteriosclerotic cardiovascular disease, ASCVD）（包括 ACS、稳定性冠心病、血运重建术后、缺血性脑卒中或短暂性脑缺血发作、外周动脉粥样硬化病）病史；</p> <p>②具有其他明确的动脉粥样硬化病变（包括肾动脉粥样硬化、继发于动脉粥样硬化的主动脉瘤、颈动脉斑块且管腔狭窄$\geq 50\%$）；</p> <p>③存在一项或以上 ASCVD 危险因素（包括高血压、糖尿病、肥胖、吸烟）；</p> <p>④具有早发性心血管病家族史（指男性一级直系亲属在 55 岁前或女性一级直系亲属在 65 岁前患缺血性心血管病）；</p> <p>⑤具有家族性高脂血症；</p> <p>⑥既往曾检出血脂异常，并曾使用或未使用降脂药物治疗，目前血脂正常且未使用药物；</p> <p>⑦皮肤或肌腱黄色瘤及跟腱增厚者。</p>		
临床问题 9	共识建议 3	血脂异常易发人群一般无特异性临床表现，多在健康体检或因其他疾病检查时发现，少数患者可见头目昏蒙、眩晕、胸闷等症状。部分人群形体肥胖或超重，其他体征不明显。		
临床问题 6	共识建议 4	血脂异常易发人群具有和血脂异常患者相近的病因病机，其基本病机为本虚标实，本虚以肝、脾、肾气虚为主，标实则痰浊、血瘀。		
临床问题 7	共识建议 5	血脂异常易发人群临床常见证型为痰浊阻遏证、痰瘀互阻证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证。		
临床问题 7、9	共识建议 6	依据《中医痰证诊断标准》，血脂异常易发人群痰浊阻遏证的主要临床表现为：形体肥胖（BMI $>28\text{ kg/m}^2$ ），头昏，头身困重，胸腹满闷，神疲，纳呆，鼻鼾，苔腻，脉弦滑。		

临床问题 7、9	共识建议 7	依据《国际血瘀证诊断指南》、《血瘀证中西医结合诊疗共识》及《中医痰证诊断标准》，血脂异常易发人群痰瘀互阻证的主要临床表现为：形体肥胖（BMI>28 kg/m ² ），头昏，头身困重，胸闷胸痛，或心前区隐痛，肢体麻木，舌体胖大，舌质紫黯或舌体瘀斑、瘀点，舌下静脉曲张瘀血，苔滑腻，脉弦滑。		
临床问题 7、9	共识建议 8	依据《中医虚证辨证标准》及《中医证候辨治轨范 修订版》，血脂异常易发人群肝肾阴虚证的主要临床表现为：眩晕耳鸣，五心烦热，午后颧红，咽燥口干，潮热盗汗，舌红或少苔、无苔，脉细数。		
临床问题 7、9	共识建议 9	依据《中医虚证辨证标准》及《中医内科学》，血脂异常易发人群脾肾阳虚证的主要临床表现为：食少，腹胀，体倦乏力，口干不欲饮，胸闷气短，舌淡胖，苔白腻，脉濡缓。		
临床问题 10	共识建议 10	对血脂异常易感人群进行相关的系统性健康教育，唤醒血脂异常易感人群的自我管理意识，提高自我管理能力和能力，有利于提高血脂控制的效果。		
临床问题 10	共识建议 11	改善生活方式是干预血脂异常易发人群的基础措施，可有效控制血脂和动脉粥样硬化。		
临床问题 10	共识建议 12	选择合适的运动类型、运动负荷强度及负荷量，可使肥胖者减少体重，有利于改善血脂；建议每周 5~7 天、每次 30 min 中等强度代谢运动，提倡有氧运动。		
临床问题 10	共识建议 13	血脂异常易发人群饮食调养的原则是控制总能量，当摄入饱和脂肪酸和反式脂肪酸的总量超过规定上限时，应该用不饱和脂肪酸来替代。建议血脂异常易发人群每日摄入胆固醇小于 300 mg，尤其是 ASCVD 等高危患者，摄入脂肪不应超过总能量的 20%-30%，摄入饱和脂肪酸应小于总能量的 10%，反式脂肪酸摄入量应小于总能量的 1%。脂肪摄入应优先选择富含 n-3 多不饱和脂肪酸的食物。建议每日摄入碳水化合物占总能量的 50%-65%。		
临床问题 10	共识建议 14	戒烟、限酒可升高高密度脂蛋白（HDL-C）水平，有利于血脂异常易发人群血脂的调节，防治 ASCVD。		
临床问题 10	共识建议 15	过量的心理应激反应，尤其是负性的心理应激反应会增加血脂异常，以及 ASCVD 患病风险；合理的心理干预可以调节血脂状况，预防 ASCVD 的发生。		
临床问题 11	共识建议 16	茶疗和粥疗是具有中医特色的食疗方式，是防治血脂异常的重要措施；亦可作为血脂异常易发人群的膳食干预措施，可根据血脂异常易发人群的临床特		

		征选择具体方式，并长期服用。		
临床问题 12	共识建议 17	对于血脂异常易感人群，可采用中医非药物疗法进行干预；若出现临床症状者，可结合中药治疗。		
临床问题 14	共识建议 18	<p>血脂异常易发人群 LDL-C 的理想目标应根据疾病或危险因素进行判定：</p> <p>①以下情况发生过 2 次及以上的人群，LDL-C<1.4 mmol/L；</p> <p>1) 近期（12 个月内）发生过急性冠脉综合征（acute coronary syndrome, ACS）者，包括急性 ST 段抬高型/非 ST 段抬高型心肌梗死或不稳定性心绞痛；2) 既往发生过心肌梗死（12 个月以上）；3) 缺血性脑梗死病史；4) 有症状的周围血管病变，既往接受过手术改善血运或截肢。</p> <p>②发生过 1 次上述情况且存在 2 个或多于 2 个下列情况的人群，LDL-C<1.4 mmol/L；</p> <p>1) 多处血管病变（冠状动脉、脑动脉、外周动脉同时存在 2~3 处有缺血症状的病变）；2) 男性发病早于 55 岁，女性发病早于 65 岁，临床中称作早发冠心病；3) 家族性高胆固醇血症或低密度脂蛋白胆固醇高于 4.9mmol/L；4) 接受过冠脉搭桥手术或介入治疗（植入支架、球囊扩张等）；5) 患有糖尿病；6) 患有高血压；7) 患有严重肾脏病；8) 吸烟；9) 服用可耐受的最大剂量他汀类药物后，低密度脂蛋白胆固醇高于 2.6mmol/L。</p> <p>③ASCVD 患者，LDL-C<1.8mmol/L；</p> <p>④具有以下任危险因素者，1) 高血压病，2) 糖尿病，3) 肥胖，4) 吸烟，或患有其他明确的动脉粥样硬化病变或具有早发性心血管病家族史或具有家族性高脂血症，LDL-C<2.6mmol/L；</p> <p>⑤既往曾检出血脂异常，并曾使用或未使用降脂药物治疗，目前血脂正常且未使用药物，或皮肤或肌腱黄色瘤及跟腱增厚者，LDL-C<3.4mmol/L</p>		
临床问题 14	共识建议 19	对于药物治疗血脂异常易感人群伴有临床症状者，中医证候改善率可作为中医证候疗效评定标准。		