

ICS **. **. .
C**



团体标准

T/CACM ****—20**

临界性高血压中医诊疗指南

Guideline for Diagnosis and Treatment of Chinese Medicine in Borderline
Hypertension

(文件类型：公示稿)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目次

前 言	I
引言	II
1 范围	3
2 规范性引用文件	错误! 未定义书签。
3 术语和定义	3
4 流行病学特点	3
5 诊断标准	4
5.1 病名诊断标准	4
5.2 疾病诊断标准	4
6 临界性高血压的心血管风险水平分层	4
7 家庭血压监测	4
8 疗效评价	4
9 病因病机	4
10 治疗	5
10.1 中药辨证论治	5
10.1.1 痰湿内阻证	5
10.1.2 肝阳上亢证	5
10.1.3 肝郁气滞证	5
10.1.4 痰瘀互结证	6
10.1.5 肝肾亏虚证	6
10.2 中成药治疗	6
10.3 代茶饮	8
10.4 中医非药物治疗	8
10.5 特殊人群的中医治疗策略	9
11 预防调摄及中医社区规范化管理	9
附录 A 证据检索与评价	11
附录 B 临界性高血压的中医辨证分型	11
参 考 文 献	11

前 言

本指南按照GB/T1.1—2009《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》规定的规则起草。

本指南由中国中医科学院广安门医院提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南起草单位：中国中医科学院广安门医院、河南中医药大学第一附属医院、中国医学科学院阜外医院、天津中医药大学第一附属医院、中国中医科学院、北京中医药大学、广州中医药大学第一附属医院、新疆医科大学、甘肃中医药大学、长春中医药大学附属医院、河南省中医院、江苏省中医院、河南中医药大学、江西省中医院、北京中医药大学东直门医院、首都医科大学附属北京中医医院、安徽省中医院、辽宁省中医院、山东省中医院、广西卫生职业技术学院。

本指南起草负责人：姚魁武。

本指南主要起草人：姚魁武、熊兴江、朱明军、宋江平、蔡军、毛静远、杨洪军、陈薇、洗绍祥、安冬青、李应东、李军、邓悦、王振涛、方祝元、赵焕东、刘中勇、林谦、刘红旭、戴小华、王显、朱翠玲、张艳、薛一涛、王永霞、王贤良、陆峰、张东伟、邢雁伟、崔向宁、岳桂华、杨晓忱、段锦龙。

本指南工作组：王擎擎、张硕、林铭杉、张笑霄、张晴、王天琳、李洪峥。

本指南执笔：姚魁武、熊兴江、朱明军、宋江平。

引 言

临界性高血压是指血压在正常血压至确诊高血压之间的血压值，即收缩压120-139mmHg和/或舒张压80-89mmHg。美国预防、检测、评估与治疗高血压联合委员会第七次报告将该血压阶段定义为“高血压前期”，我国将此阶段的血压称为“正常高值”。在我国成人中有4.35亿人为正常高值血压，约占41.3%。这个阶段的人群比正常血压人群更容易发展成为高血压病和发生心血管疾病。一项长期队列研究结果发现，35-59岁血压130-139/80-89 mmHg的人群，在5年的时间里有65%的人群发展为高血压，与血压低于130/80 mmHg的人群相比，他们的心血管风险增加了3.01倍。与血压正常者相比，此阶段的人群卒中形成风险明显增加，心脑血管疾病的死亡风险也显著增加。将高血压的防治策略前移，重视临界性高血压人群的防护，对高血压的防治有很重要的意义，这也与中医“治未病”的思想不谋而合。目前，现代医学对临界性高血压的干预还没有系统的策略，主要是改善生活方式。中医药在高血压的防治中有其独特的优势，对于稳定血压、保护靶器官、改善症状等具有明显疗效。

为进一步规范临床临界性高血压的中医诊疗适用范围，提高中医干预临界性高血压的临床疗效，根据《世界卫生组织指南制定手册》的指南制定流程以及GRADE系列文章的方法学，结合中医的诊疗特色，以及中国实际情况的特点，制订具有循证医学证据、体现中医特色和疗效优势的诊疗方案，促进各类临床医护人员规范采用临界性高血压的中医药干预策略。

本指南的证据等级采用中医药临床研究证据的分级标准，推荐意见强度使用GRADE方法。（详见附录A）

临界性高血压中医诊疗指南

1 范围

本指南规定了中医药治疗临界性高血压的适用范围，中医疾病诊断标准、病因病机、中医证候诊断标准、治疗方案等内容。

本指南适用于各级中医、中西医结合医院，针对临界性高血压的中医、中西医结合临床诊疗。

本指南主要适用于18岁以上的临界性高血压人群，即诊室血压为收缩压120-139mmHg和/或舒张压80-89mmHg。

不适用于儿童、妊娠期女性以及合并严重肝肾功能障碍的临界性高血压人群。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南

2.1 临界性高血压

是指血压在正常血压至确诊高血压之间的血压值，即收缩压120-139mmHg和/或舒张压80-89mmHg。

2.2 高血压前期

指收缩压120-139mmHg和/或舒张压80-89mmHg这一阶段的血压，由美国预防、检测、评估与治疗高血压联合委员会第七次报告（JNC 7）引入的新的血压分类并正式提出。

2.3 头痛

由于外感或内伤，致使脉络拘急或失养，清窍不利所引起的以头部疼痛为主要临床特征的疾病。头痛既是一种常见病证，也是一个常见症状，可以发生于多种急慢性疾病过程中，有时亦是某些相关疾病加重或恶化的先兆。

2.4 眩晕

由于情志、饮食内伤、体虚久病、失血劳倦及外伤、手术等病因，引起风、火、痰、瘀上扰清窍或精亏血少、清窍失养，以头晕、眼花为主要临床表现的一类病证。眩即眼花，晕指头晕，两者常同时并见，故统称为“眩晕”。其轻者闭目可止，重者如坐车船，旋转不定，不能站立，或伴有恶心、呕吐、汗出、面色苍白等症状。

2.5 风眩

风邪或风痰上扰清窍，以眩晕，头痛，脉弦等为主要表现的疾病。

3 流行病学特点

临界性高血压是指血压在正常血压至确诊高血压之间的血压值，即收缩压120-139mmHg，舒张压80-89mmHg，我国将此阶段的血压定为“正常高值”^[1]。在我国成人中有4.35亿人为正常高值血压，约占41.3%^[2]。临界性高血压人群较血压理想人群有着较高的心血管危险因素聚集，比血压理想人群更容易发展成为高血压病和发生心血管疾病^[3]。一项长期队列研究结果发现，35-59岁血压130-139/80-89 mmHg的人群，在5年的时间里有65%的人群发展为高血压，与血压低于130/80 mmHg的人群相比，他们的心血管风险增加了3.01倍^[4]。与血压正常者相比，此阶段的人群卒中形成风险明显增加^[5]。心脑血管疾病

的死亡风险也显著增加，其中卒中死亡风险高于冠心病死亡风险^[6]。

4 诊断标准

4.1 病名诊断标准

中医病名和证候名称参考GB/T 15657—2021^[7]，中医病名为头痛病（编码 A07.01.02）、风眩（编码 A04.02.01）、虚眩（编码 A04.01.06）、晕动病（编码 A06.02）。参考 ICD-10^[8]，西医诊断为临界性高血压（编号 I10.X09）。

4.2 疾病诊断标准

18岁以上任何年龄的成年人，在未使用降压药物的情况下，测量的诊室血压为收缩压120-139mmHg和/或舒张压80-89mmHg。

5 临界性高血压的心血管风险水平分层

表1 临界性高血压个体心血管风险水平分层^[1]

其他心血管危险因素和疾病史	血压
	SBP 130~139mmHg 和 (或) DBP 85~89mmHg
无	低危
1~2个其他危险因素	
≥3个其他危险因素，靶器官损害，或CKD3期， 无并发症的糖尿病	中/高危
临床并发症，或CKD≥4期，有并发症的糖尿病	高/很高危

6 家庭血压监测

临界性高血压患者需长期监测血压，以便观察血压的长期变化，辅助评价降压疗效：（1）使用经过国际标准方案认证的上臂式家用自动电子血压计，电子血压计使用期间应定期校准，每年至少1次；（2）建议每天早晨和晚上固定时间各测量一次血压；（3）测量前，在有靠背的椅子上坐位休息至少5分钟，测量血压时，将捆绑袖带一侧的前臂放在桌子上，捆绑袖带上臂的中点与心脏同一水平，两腿放松、落地；（4）详细记录每次测量血压的日期、时间以及所测血压读数。

7 疗效评价

参照《中国高血压防治指南(2018年修订版)》^[1]中的“降压治疗策略”和2002年《中药新药临床研究指导原则》^[9]，达到以下的任意一项可认为干预措施有效：（1）诊室偶测血压或24小时动态血压监测（ABPM）降压能达到收缩压大约下降10mmHg和（或）舒张压大约下降5mmHg；（2）诊室偶测血压≤120/80 mmHg；（3）症状改善明显，包括头晕，头痛，头痛，颈项紧，疲劳，心悸，失眠等。（**强推荐；专家共识**）

8 病因病机

临界性高血压人群出现高血压相对应的临床症状者可归属于中医“眩晕”、“头痛”范畴，对于未出现相关临床症状者可归属于“未病”、“逸病”范畴。多与情志失调、饮食不节、劳逸过度、禀赋不足、体质因素等有关。七情内伤，可致人体脏腑阴阳平衡失调，气血运行不畅，而出现郁、瘀等病理产物；饮食不节、劳逸过度可伤脾、肝、肾，禀赋不足也与肾相关，可出现痰、火等病理产物；人的体质有阴阳偏盛、偏衰的区别，体质偏颇与发病趋向有关，体质不同，临界性高血压的易感性也不同。总之，临界性高血压的发病机制可概

况为风（肝风）、火（肝火、肝阳）、痰（痰湿、痰火）、虚（肝肾阴虚）、瘀（血瘀）、气（气滞、气逆）六个方面，与肝、脾、肾密切相关。（**强推荐；专家共识**）

9 治疗

9.1 中医辨证论治

本指南按照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》^[10]2012版和2002年《中药新药临床研究指导原则》^[9]等标准中规定的证候诊断，同时系统回顾了以往临界性高血压辨证分型的相关文献以及证候的相关诊断标准，在此基础上运用德尔菲法调查专家意见，通过三轮的专家咨询，并结合医学统计学，确立以下临界性高血压常见的辨证分型及相应的诊断标准。（详见附录B）

9.1.1 痰湿内阻证

诊断

主症：①头重如裹；②头昏沉；③肢体困重；④眩晕。

次症：①口腻或纳呆；②形体肥胖；③脘腹痞胀；④胸闷；⑤喉中痰多；⑥倦怠多寐；⑦恶心欲呕。

舌脉：舌淡胖，或有齿痕，苔白腻，脉滑或濡或缓。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

治法

燥湿祛痰，健脾和胃。

方剂

半夏白术天麻汤加减^{[11][12]}（《医学心悟》）（**强推荐；证据级别：C**）

中药推荐

制半夏，天麻，茯苓，橘红，白术，炙甘草。

9.1.2 肝阳上亢证

诊断

主症：①头痛或头胀；②急躁易怒；③面红目赤；④眩晕。

次症：①口苦或口干；②耳鸣；③语声高亢；④失眠；⑤小便黄；⑥头重脚轻；⑦大便秘结。

舌脉：舌质红，脉弦数或弦细。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

治法

平肝潜阳，滋养肝肾。

方剂

天麻钩藤饮加减^{[11][13][14]}（《中医内科杂病证治新义》）（**强推荐；证据级别：B**）

中药推荐

天麻，钩藤，石决明，栀子，黄芩，川牛膝，炒杜仲，益母草，桑寄生，夜交藤，茯神。

9.1.3 肝郁气滞证

诊断

主症：①情志抑郁；②胸胁或少腹胀闷窜痛；③善太息。

次症：①头晕；②胸闷脘痞；③乳房胀痛；④暖气。

舌脉：舌质淡，苔薄白，脉弦。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

治法

疏肝理气，清利胆火

方剂

柴胡疏肝散加减^{[13][15]}（《景岳全书》）（**强推荐；证据级别：D**）

中药推荐

陈皮，柴胡，川芎，枳壳，白芍，香附，炙甘草。

9.1.4 痰瘀互结证

诊断

主症：①头重或刺痛；②胸闷痰多；③痛处固定或拒按；④唇色紫暗。

次症：①身重困倦；②纳呆恶心。

舌脉：舌质紫暗，舌体瘀斑，舌脉曲张，苔滑腻，脉弦涩。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

治法

祛痰化瘀，活血通络

方剂

半夏白术天麻汤合桃红四五汤加减（《医学心悟》《医宗金鉴》）（**强推荐；专家共识**）

中药推荐

制半夏，天麻，茯苓，橘红，白术，炙甘草，桃仁，当归，熟地黄，白芍，川芎。

9.1.5 肝肾亏虚证

诊断

主症：①耳鸣或脑鸣；②腰膝酸软；③头晕眼花；④两目干涩。

次症：①烦热失眠；②两肋隐痛；③视物模糊；④健忘；⑤耳背或耳聋；⑥遗精或滑精；⑦月经量少。

舌脉：舌质红，少苔，脉弦细。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

治法

滋养肝肾，养阴填精。

方剂

左归饮加减^[16]（《景岳全书》）（**强推荐；证据级别：D**）

中药推荐

熟地，山药，枸杞子，炙甘草，茯苓，山萸肉。

9.2 中成药治疗

9.2.1 强力定眩片

强力定眩片由天麻、杜仲、野菊花、杜仲叶、川芎组成，具有降压、降脂、定眩的功效。用于肝阳上亢，肝肾亏虚证。一项随机对照研究表明：强力定眩片联合改善生活方式干预肝阳上亢型临界性高血压，能够有效降低患者的高血压转化率，降低血压，改善头晕头胀，心烦易怒，腰膝酸软等症状，提高生活质量^[17]。一项专家共识，强推荐强力定眩片用于临界性高血压的治疗，可改善患者血压水平，缓解头胀、头晕等症状^[18]。用药方法：口服，4片/次~6片/次，3次/日，餐后服用。（**强推荐；证据级别：B**）

9.2.2 松龄血脉康胶囊

松龄血脉康胶囊由鲜松叶、葛根、珍珠层粉组成，具有平肝潜阳、镇心安神功效。用于肝阳上亢证。一项非随机对照研究表明：松龄血脉康联合改善生活方式可显著降低临界性高血压患者的血压水平^[19]。一项随机对照研究表明：松龄血脉康在轻度高血压患者降压方面不劣于氯沙坦^[20]。用药方法：口服，3粒/次，3次/日，餐后服用。（**强推荐；证据级别：B**）

9.2.3 鲜天麻胶囊

鲜天麻胶囊主要由天麻组成，具有祛风止痛的功效。用于肝阳上亢证。鲜天麻胶囊中天麻素含量较高^[21]。一项天麻素制剂临床应用的专家共识表明：在高血压患者的临床治疗中，使用天麻素制剂可改善患者高血压情况^[22]。用药方法：口服，1粒/次，3次/日，餐后服用。**（强推荐；证据级别：D）**

9.2.4 全天麻胶囊

全天麻胶囊主要由天麻组成，具有平肝、息风的功效。用于肝阳上亢证。两项随机对照研究表明：全天麻胶囊联合硝苯地平缓释片治疗原发性高血压，比单纯西药组可显著改善患者血压水平和血液流变学水平^{[23][24]}。用药方法：口服，2-6粒/次，3次/日，餐后服用。**（强推荐；证据级别：D）**

9.2.5 眩晕宁片

眩晕宁片由泽泻、白术、茯苓、制半夏、女贞子、墨旱莲、菊花、牛膝、陈皮、甘草组成，具有健脾利湿、滋肾平肝的功效。用于痰湿中阻，肝肾不足证。一项随机对照研究表明：眩晕宁片联合阿托伐他汀降低2级高血压的效果较单独使用阿托伐他汀更佳^[25]。另一项随机对照研究表明：眩晕宁片比牛黄降压丸对2级高血压的降压效果更好^[26]。用药方法：口服，一次2片，一日3次，餐后服用。**（强推荐；证据级别：C）**

9.2.6 心可舒片

心可舒片由丹参、葛根、三七、山楂、木香组成，具有活血化瘀、行气止痛的功效。用于气滞血瘀证。三项随机对照研究表明：心可舒片联合常规西药治疗比单独西药治疗对高血压患者的降压效果更好，且能更好的保护靶器官^{[27][28][29]}。两项随机对照研究表明：心可舒片联合常规降压治疗能明显降低原发性高血压合并焦虑抑郁患者血压水平，缓解患者的焦虑抑郁情绪^{[30][31]}。用药方法：口服，一次3片，一日3次，餐后服用。**（强推荐；证据级别：C）**

9.2.7 通心络胶囊

通心络胶囊由人参、水蛭、全蝎、赤芍、蝉蜕、土鳖虫、蜈蚣、檀香、降香、乳香（制）、酸枣仁（炒）、冰片组成，具有益气活血，通络止痛的功效。用于气虚血瘀证。两项随机对照研究表明：通心络胶囊可明显改善临界性高血压的血压水平^{[32][33]}。用药方法：口服，一次2-4粒，一日3次，餐后服用。**（弱推荐；证据级别：C）**

9.2.8 藤丹胶囊

藤丹胶囊由钩藤、夏枯草、猪胆膏、桑寄生、丹参、车前子、川芎、三七、防己、黄芪组成，具有平肝息风，泻火养阴，舒脉通络的功效。用于肝阳上亢，阴血不足证。有研究发现藤丹胶囊可通过介导芳香烃受体信号通路保护原发性高血压大鼠内皮功能^[34]。用药方法：口服，一次2粒，一日3次，餐后服用。**（强推荐；专家共识）**

9.2.9 左归丸

左归丸由熟地黄、菟丝子、牛膝、龟板胶、鹿角胶、山药、山茱萸、枸杞子组成，具有滋肾补阴的功效。用于肾精不足证。两项随机对照研究表明：左归丸联合常规西药降压治疗比单独西药治疗对肾精不足型高血压患者的降压效果更好^{[35][36]}。用药方法：口服，一次9克，一日2次，餐后服用。**（强推荐；证据级别：D）**

9.2.10 金匱肾气丸

金匱腎氣丸由地黃、山藥、酒山茱萸、茯苓、牡丹皮、澤瀉、桂枝、炙附子、牛膝、鹽車前子組成，具有溫補腎陽、化氣行水的功效，用於腎陰陽兩虛證。一項隨機對照研究表明：金匱腎氣丸聯合生活方式干預能有效治療臨界性高血壓，並降低患者的頸動脈內膜中層厚度^[37]。用藥方法：口服，一次4克，一日2次，餐後服用。（**強推薦；證據級別：C**）

9.3 代茶飲治療

9.3.1 降壓減脂飲

降壓減脂飲由貢菊、炒決明子、山楂、炒槐米、荷葉、澤瀉、綠茶組成，具有清肝行氣、利濕散瘀的功效。三項隨機對照研究表明：與單純改善生活方式相比，降壓減脂飲聯合改善生活方式，治療三個月，可有效降低臨界性高血壓患者的血壓、總膽固醇、甘油三酯水平^{[38][39][40]}。（**強推薦；證據級別：B**）

9.3.2 桑菊玫瑰湯

桑菊玫瑰湯由桑葉、菊花、炒山楂、玫瑰花組成，具有平抑肝陽，清肝明目的功效。一項隨機對照研究表明：桑菊玫瑰湯聯合改善生活方式可有效改善臨界性高血壓肝火上炎證患者的血壓水平和生活質量^[41]。（**強推薦；證據級別：C**）

9.3.3 清肝降壓飲

清肝降壓飲由天麻、三七、淡竹葉、麥冬、山楂、菊花組成，具有養陰平肝，活血祛瘀的功效。兩項隨機對照研究表明：清肝降壓飲聯合生活方式改善，治療兩個月，可有效改善臨界性高血壓患者血壓水平和臨床症狀，還能調節脂代謝^{[42][43]}。（**強推薦；證據級別：B**）

9.3.4 中藥降壓茶

中藥降壓茶由野菊花、鉤藤、決明子組成，具有清熱平肝的功效。一項隨機對照研究表明：中藥降壓茶聯合生活方式干預，治療3個月，能夠明顯改善臨界性高血壓肝經郁熱證患者的中醫證候，能夠明顯延緩他們發展為高血壓的進程^[44]。（**強推薦；證據級別：C**）

9.4 中醫非藥物治療

9.4.1 針刺

針刺可選取穴位包括雙側人迎、合谷、曲池、足三里、太沖等。兩項隨機對照研究表明：在生活方式干預下聯合活血散風針刺法（雙側人迎、合谷、曲池、足三里、太沖）對臨界性高血壓患者血壓具有調控作用，並呈現逐步平穩下降趨勢，可提高血壓達標率、使發展為高血壓病的風險降低^{[45][46]}。（**強推薦；證據級別：B**）

痰濕內阻^{[47][48]}可配上巨虛穴、豐隆穴等。肝陽上亢^[49]可配百會穴、風池穴、內關穴等。肝郁氣滯可配太沖穴。肝火亢盛^[50]可配百會穴、三陰交、風池穴、行間穴。痰瘀互結^[51]可配風池穴、三陰交、太溪穴、豐隆穴。陰虛陽亢^[52]可配太白穴、大都穴、少府穴、沖陽穴、風池穴、脾俞。肝腎陰虛^[53]可配太溪穴。（**強推薦；證據級別：C**）

9.4.2 灸法

灸法可有效降低臨界性高血壓患者的血壓水平，兩項隨機對照研究發現艾灸關元、中脘、曲池、足三里、懸鐘可降低臨界性高血壓患者的收縮壓和舒張壓^{[54][55]}。（**強推薦；證據級別：B**）

肝阳上亢证, 肝肾不足证, 以及痰湿证可用三才灸法, 选取百会、神阙、涌泉穴位^{[56][57][58]}。
(**强推荐; 证据级别: C**)

9.4.3 耳穴压豆

取降压沟^[59]。痰湿内阻^[60]可配皮质下、神门、交感、脾、胃。肝阳上亢^[61]可配神门、心、肝、交感。肝火亢盛^[62]可配肝、肾、角窝上、耳尖。痰瘀互结^[63]可配耳尖、神门、内分泌、脾、胃、心、肝等。阴虚阳亢^[64]可配交感、内分泌、神门、肝、肾、心、脾。(**强推荐; 证据级别: C**)

9.4.4 传统功法

传统的运动疗法, 包括八段锦^[65]、气功^{[66][67][68]}、太极拳^{[69][70]}、易筋经^{[71][72][73]}、五禽戏^[74]对于降压、缓解症状等具有比较好的疗效。(**强推荐; 证据级别: B**)

9.5 特殊人群的中医治疗策略

9.5.1 中青年人群

近年来, 高血压患病人群不断增长, 并呈现出年轻化趋势, 血压处于正常高值水平的人群占比不断增长, 多见于年龄<65岁的中青年^[75]。中青年人群工作压力大、家庭负担重, 生活作息、饮食等多不规律, 是高血压的易患人群。中青年人群更需要从高血压前期进行管理, 可以先进行生活方式的干预^[76]。

推荐中青年临界性高血压人群每周进行家庭自测血压, 无明显症状者可选用代茶饮、传统功法进行干预, 症状显著者可选用中成药或中药辨证治疗。(**强推荐; 专家共识**)

9.5.2 伴有血脂异常人群

有研究发现, 在老年腔隙性脑梗死伴高脂血症、高血压前期患者的治疗中, 血脂康胶囊和阿托伐他汀钙片的降脂作用不相上下, 同时血脂康胶囊能发挥更显著的降压效果^{[77][78]}。研究发现, 强力定眩片联合西药治疗高脂血症, 比单纯西药治疗能更好的改善血清总胆固醇、三酰甘油、低密度脂蛋白, 显著升高高密度脂蛋白水平^[79]。多项随机对照研究表明, 松龄血脉康胶囊联合常规药物降低总胆固醇、甘油三酯的效果优于单用常规药物^[80-88]。有研究表明, 与单纯常规药物相比, 联合眩晕宁能更好地降低总胆固醇、甘油三酯^[89]。

推荐临界性高血压伴血脂异常人群可选用中药或中成药治疗, 中成药可辨证选用血脂康胶囊、强力定眩片、松龄血脉康胶囊以及眩晕宁片等进行治疗。(**强推荐; 证据级别: C**)

9.5.3 伴有糖尿病人群

糖尿病合并高血压使大血管与微血管并发症的发生和进展风险明显增加, 也使患者死亡风险增加, 糖尿病患者的血压水平如果超过120/80mmHg即应开始生活方式干预以预防高血压的发生^[90]。

推荐临界性高血压伴糖尿病人群可选择传统功法治疗, 或选用中成药或中药辨证治疗以改善血压水平。(**强推荐; 专家共识**)

10 预防调摄及中医社区规范化管理

平时注意生活起居规律; 戒烟限酒, 忌食生冷、辛辣刺激食品, 体胖者饮食宜清淡, 少油腻; 保持心情舒畅, 精神愉快; 可选用八段锦、太极拳、瑜伽等作为日常保健练习。

社区管理^{[91][92][93]}对临界性高血压人群的防护有很重要的意义，符合中医“治未病”的理念。形成规范化的中医社区管理模式，推广中医的适宜技术，对防治临界性高血压有重要意义。

规范化管理的实施细则：（1）建立统一的联网的电子化医疗卫生服务信息管理系统，保证专家为基层医护人员提供继续教育或为病人提供即时的指导意见和建议。（2）建立电子健康档案，普及社区人群定期测量血压，并筛选出高血压易患人群，及时录入档案，并定期随访。（3）开发社区健康档案小程序或APP，方便小区人群及时了解自己的健康情况，并设置提醒机制，比如随访、服用药物、有碍健康的一些注意事项等的提醒。（4）制定个体化临界性高血压人群的中医干预措施。（5）定期教授中医传统运动，如八段锦、太极、导引等。（6）建立临界性高血压患者群，密切医患关系，提高长期治疗依从性。（7）定期宣传中医科普知识。

附录 A

(资料性) 证据检索与评价

A.1 概述

通过对中医药治疗临界性高血压的相关临床试验、系统评价和定量合成分析进行严格筛选与质量评价,甄选出相对可靠的现阶段最佳证据,参照推荐等级的评估、制定与评价(GRADE)标准,形成临界性高血压中医诊疗的关键问题,其主要目的是推荐具有循证医学证据、体现中医特色优势的应用建议,促进各级各类医师的规范、安全和精确用药。如证据不充分,则形成“专家共识建议”。

A.2 证据检索策略

选用数据库包括中国知网(CNKI)、中国生物文献数据库(SinoMed)、维普(VIP)、万方(WanFang)、Cochrane library、Medline、Embase。有主题词标引数据库采用主题词与自由词联合检索,无主题词标引数据库采用高级检索/专业检索、主题检索。

A.3 数据的筛选和提取

提前参与规范化训练和校准的两位研究者根据纳排标准独立阅读文献的标题和摘要,筛选潜在的合格试验。如果意见不一致,通过讨论统一意见,或交由第三方评价。

文献筛选过程在 Note Express 3.2.0 中进行,资料提取表主要包括:研究的基本情况(作者、研究题目、出版年月、国家/地区、出版情况)、研究特征(样本量、病例来源、受试者年龄、诊断标准、纳排标准、辨证分型)、试验组和对照组的干预措施(剂型、剂量和持续时间)、文献质量评价指标(随机方案生成、隐藏分配、盲法、不完整的结果数据、选择性报道、其他偏差、失访)和结局指标。

A.4 统计分析

采用 RevMan 5.3 软件进行Meta分析,计数资料用相对危险度(relative risk, RR)表示效应统计量;连续变量资料,用均数差(mean difference, MD)表示效应统计量,两者均以效应值及 95% 的可信区间(confidence interval, CI)表示合并结果。异质性检验使用 Q 检验,若 $I^2 \leq 50\%$,采用固定效应模型,若 $I^2 > 50\%$,表明统计学异质性较大,采用随机效应模型。

A.5 证据质量评价与分级

两位研究者采用 Cochrane 协作工具^[94]对每项纳入试验的方法学质量进行独立评估。方法学质量依据文献对以下 7 个项目报道的情况进行评估:随机序列生成、分配隐藏、盲法、不完整的结果数据、选择性报道和其他偏倚。各方面的质量评估结果可分为“低风险”“高风险”“不明确”三个等级。每项试验的设计越严谨,方法质量越高,则风险系数越低。再评价过程中如果两位研究者的意见不一致,则通过讨论统一意见,或交由第三方评价

采用 GRADE 方法^[95-97]对纳入的有效性和安全性的证据体进行汇总和质量评价。根据 GRADE 方法,将证据质量分为高、中、低、极低四个等级。在证据分级过程中,考虑五个降级因素——偏倚风险、不精确性、不一致性、不直接性以及发表偏倚,和三个升级因素——效应量、剂量反应关系以及可能的混杂因素(负偏倚)。通过证据结果总结表呈现证据,并

参照 GRADE 体系对推荐意见进行强度分级，得到初步的推荐意见。在本共识证据级别制定中，降级因素主要为偏移风险、不一致性，升级因素主要为效应量大，研究最终证据级别有三种即 B 级、C 级、D 级。

附录 B

(资料性)

临界性高血压的中医辨证分型

B.1 调查问卷设计

B.1.1 成立核心讨论小组

选取两名主任医师，五名博士及数名硕士组成核心讨论小组，在前期文献搜索整理、条目初筛以及问卷完善方面分工协作，对调查问卷的内容和形式不断优化。

B.1.2 文献回顾与整理

本次研究以中国知网和万方数据网为主要搜索平台，再结合专业书籍的相关内容。为了防止漏筛重要文献，此次文献筛选分为3轮，第一轮以“临界性高血压、高血压、眩晕、正常高值血压、高血压前期”等为关键词；第二轮以前一轮的关键词与“中医证型、证候要素、中医症状、中医病因、现代危险因素”等结合重新搜索；第三轮主要是将前两轮的文献进行整理比对，剔除重复性与不完整的文献，最终获得有效文献465篇。

B.1.3 条目初筛及规范

将获得的有效文献内容，应用 Excel 软件，手动划分为四个不同的维度，分别是临界性高血压中医证素维度、临床分型维度、症状舌脉维度、中医病因及危险因素维度，初步建立临界性高血压中医证候特征条目池，依据《中医诊断学》^[98]、《中医内科学》^[99]、《中药新药临床研究指导原则》^[9]、《中医临床诊疗术语》^[100]、《中医药学名词》^[101]、《高血压中医诊疗指南》^[102]、《高血压中医诊疗专家共识》^[103]等进行条目表述规范校正，如“手足怕凉”修改为“畏寒肢冷”，“爱发脾气”修改为“急躁易怒”，“自觉睡不醒”修改为“嗜睡”等等。

B.1.4 构建《临界性高血压专家调查问卷》初表

根据德尔菲法原则，构建《临界性高血压专家调查问卷》初表，除“症状条目筛选表”外，其余每个维度的条目分为“推荐入选程度、判断依据、熟悉程度”三部分，而“症状条目筛选表”按照“主要辨证条目、次要辨证条目、非辨证条目”分为不同区域，供专家填写。此外，每部分都设有“需补充条目栏、修改意见栏”，可以全面纳入专家的意见与建议，优化临界性高血压的中医证候特征^[104-106]。

B.1.5 临床预调查

遴选了不同专业领域的35人成立预调查组，包括主任医师2名，主治医师1名，博硕士研究生32名。进行了两轮关于《临界性高血压专家调查问卷》初表的预调查，两轮之间间隔时长大约为一周，此外进行了多轮集体讨论。让小组成员们多次试做问卷初表，并提出修改意见，记录填表耗费的时间，猜测可能出现的问题提前设计对应的解决方案等，能够更好的优化问卷。

B.1.5 确立《临界性高血压专家调查问卷》终表

根据预调查的信度检测分析和效度检测分析的结果，以及补充意见，核心工作小组又进行多轮讨论，对调查表的内容、形式、布局、时长等进行不断修改与完善，确立了正式的《临界性高血压中医证候特征专家咨询表》

B.2 专家遴选

所选专家均为中华中医药学会心血管病分会的常委,在高血压专科领域或者心血管领域从事中医或中西医临床工作达10年以上,专家职称均为副主任及主任医师级别,具有丰富的临床经验。此外,专家分布地区广,分别包括北京、上海、广西、宁夏、湖南、河北、陕西、新疆等27个省、市、自治区,地域代表性突出。第一轮咨询中,遴选专家共60位,其中男性40人,女性20人;第二轮咨询中,遴选专家共58位,其中男性35人,女性23人;第三轮咨询中,由于疫情原因,部分地区无法接收问卷,遴选专家共46位,其中男性28人,女性18人。

B.3 研究方法

本次三轮德尔菲法调查采用的方法相同,均是通过纸质版问卷邮寄或者面呈的方式向各位专家发放临界性高血压中医证候特征咨询问卷。问卷内容共包括5部分:(1)专家基本信息;(2)临界性高血压中医证候要素咨询表;(3)临界性高血压临床主要分型咨询表;(4)临界性高血压症状条目筛选咨询表;(5)临界性高血压中医常见病因及危险因素咨询表;(5)临界性高血压病中医症状分级合理性调查表。

B.3 统计方法

应用Epidata3.1统计软件对专家反馈的数据经审核、归整后进行双录入,建立临界性高血压常见中医证候专家调查问卷数据库。再用SPSS.19统计分析软件对各证候要素进行均数、标准差、满分比和变异系数的统计描述。

B.4 评价方法

B.4.1 专家的积极性

主要通过专家积极系数来评价,也就是每轮专家问卷的有效回收率(有效回收率=回收的有效问卷数量/发出的问卷总量 $\times 100\%$)^[104]。一般其数值大于80%,则专家积极性较好。

B.4.2 专家的权威程度

主要通过专家权威系数来评价。专家的权威程度一般由两个因素决定,一个是专家水平及其打分的判断依据,另一个则是专家对问题的熟悉程度,专家权威系数(Cr)=(判断依据Ca+熟悉程度Cs)/2。一般认为权威系数越大,预测精度越强,权威系数大于70%则可接受^[104]。

B.4.3 专家意见的集中程度

专家意见的集中程度主要是通过各个条目专家“推荐入选程度”得分的均数(\bar{X})、标准差(S)、满分比(K)体现,这些项目的分值越大,说明该条目的专家意见集中程度越高,该条目也就越重要。

B.4.4 专家意见的协调程度

专家意见的协调程度主要通过各个条目的变异系数来评价,变异系数即标准差与算术均数的比值,用CV表示,显示了专家对某一条目重要性评价的波动程度或者协调程度,变异系数越小,提示专家对条目重要性评价的一致性越高,分歧越小^[104]。

B.5 条目的筛选

B.5.1 不同维度条目筛选标准

根据专家反馈信息的得分,按照德尔菲法原则计算其均数、标准差、满分比和变异系数,结合专家补充的意见,再经过查阅文献和核心小组探讨,将同时符合均数排秩在后20%且变异系数 >0.4 作为指标删除标准^[107]。

B.5.2 各证型的主次症筛选标准

分析临界性高血压各证型的主次症时,参照条目重要程度的赋值及数据的分布特征^[107],首先根据统计结果将同时符合均数排秩在后20%、变异系数排秩在后20%作为条目初删标准,然后结合专家意见,经核心小组评议后进行最终的条目筛选。(1)证候主症条目以同时满足均数 >2.5 ,且变异系数 $<35\%$ 两项为标准;(2)证候次症条目以同时满足均数 >1.5 ,且变异系数 $<40\%$ 两项为标准。

B.5.3 中医症状分级合理性筛选

根据全部专家对该条目的修改及补充意见的占比再结合小组讨论、文献查阅等方式进行综合定夺^[108-109]。

B.6 临界性高血压的辨证分型结果

最终得出临界性高血压的中医辨证分型实证有5种,分别为痰湿内阻证、肝阳上亢证、肝郁气滞证、痰瘀互结证、肝胆湿热证。虚证有3种,分别为肝肾亏虚证、阴虚阳亢证、阴阳两虚证。结合专家组意见,最终纳入本指南的中医辨证分型为痰湿内阻证、肝阳上亢证、肝郁气滞证、痰瘀互结证和肝肾亏虚证。

参 考 文 献

- [1] 中国高血压防治指南(2018年修订版)[J].中国心血管杂志,2019,24(01):24-56.
- [2] Campbell NRC, Zhang XH. Hypertension in China: Time to Transition From Knowing the Problem to Implementing the Solution[J]. Circulation. 2018 May 29;137(22):2357-2359.
- [3] Blood Pressure Classification of 2017 Associated With Cardiovascular Disease and Mortality in Young Chinese Adults[J]. Hypertension,2020,76(1):251~258.
- [4] Qi Y, Han X, Zhao D, et al. Long - term cardiovascular risk associated with stage 1 hypertension defined by the 2017 ACC/AHA hypertension guideline[J]. JACC, 2018, 72(11): 1201 - 1210..
- [5] Yuli Huang, Xiaoyan Cai, Yingying Li, et al. Prehypertension and the risk of stroke:A meta-analysis[J]. Neurology.2014 March 12;82;1153-1161.
- [6] Yuli Huang,Liang Su, Xiaoyan Cai, et al. Association of all-cause and cardiovascular mortality with prehypertension: A meta-analysis[J]. American Heart Journal,2014,167(2).
- [7] GB/T 15657—2021 中医病证分类与代码.
- [8] 世界卫生组织.疾病和有关健康问题的国际统计分类(第十次修订本)[M].第二版.董景五,译.北京:人民卫生出版社,2020.
- [9] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则.北京:中国医药科技出版社,2002.
- [10] 国家中医药管理局医政司.中医病证诊断疗效标准.北京:中国中医药出版社,2019.
- [11] 康春媚.徐贵成主任医师中医辨治高血压前期临床经验总结[D].北京中医药大学,2017.
- [12] 李曼曼.半夏白术天麻汤对痰湿壅盛型高血压前期患者的临床干预的研究[D].广州中医药大学,2010.
- [13] 关宣可,彭杰,刘如秀.刘如秀教授从治未病理论防治高血压前期经验撷菁[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(01):99-101.
- [14] 倪昀.燮理阴阳法对高血压前期干预的临床研究[D/OL].新疆医科大学,2020[2021 - 05 - 16].
- [15] 陶有青,杨传华,陆峰,等.正常高值血压的中医防治思路探析[J].山东中医杂志,2011,30(07):453-455.
- [16] 周光春,何力.结合体质采用古方辨证论治正常高值血压七法[J].中医临床研究,2017,9(27):7-9.
- [17] 范粉灵.强力定眩片治疗肝阳上亢证高血压前期 116 例临床观察[J].世界最新医学信息文摘,2020,20(104):242-247.
- [18] GS/CACM 305—2022,强力定眩片临床应用专家共识[S].
- [19] 刘芳,丁翊,常洁,等.松龄血脉康治疗正常高值血压疗效观察[J].中国基层医药,2011,18(z2):36-37.
- [20] Lai X, Dong Z, Wu S, et al. Efficacy and Safety of Chinese Herbal Medicine Compared With

Losartan for Mild Essential Hypertension: A Randomized, Multicenter, Double-Blind, Noninferiority Trial. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2022 Mar;15(3):e007923.

[21] 唐斌,田惠玲,冯振斌,郭东艳,刘彦铎.高效液相色谱法测定鲜天麻胶囊中天麻素的含量[J].*现代中医药*,2013,33(03):106-107.

[22] 北京脑血管病防治协会,天麻素制剂临床应用专家共识写作组.天麻素制剂临床应用中国专家共识(2021)[J].*中华老年医学杂志*,2021,40(04):407-415.

[23] 谈正军.硝苯地平缓释片联合全天麻胶囊对原发性高血压血流动力学的影响[J].*中国初级卫生保健*,2018,32(09):68-69.

[24] 陈江,朱黎明.全天麻胶囊联合硝苯地平缓释片对原发性高血压患者血液流变学及终点事件的影响[J].*光明中医*,2011,26(10):2090-2091

[25] 贺金泉,陆新儿.中药联合阿托伐他汀治疗 2 级高血压患者的疗效分析[J].*辽宁中医杂志*,2014,41(11):2361-2363.

[26] 马晓莹,于金芳.眩晕宁与牛黄降压丸对 2 级高血压的疗效观察[J].*实用心脑血管病杂志*,2009,17(10):871.

[27] 管晶晶,曹季平,朱倩,徐雪垠,庄建芬.心可舒片联合缬沙坦治疗原发性高血压的临床研究[J].*现代药物与临床*,2019,34(09):2622-2626.

[28] 赵彩霞.心可舒片联合厄贝沙坦治疗高血压性心脏病致心律失常的临床效果研究[J].*中国慢性病预防与控制*,2018,26(02):130-132.

[29] 刘保存.心可舒片联合厄贝沙坦治疗高血压性心脏病致心律失常的临床效果研究[J].*黑龙江中医药*,2022,51(01):27-29.

[30] 丛晓荣,秦景梅,高莉.心可舒片联合降压治疗对原发性高血压合并焦虑抑郁患者血压和血压变异性及焦虑抑郁程度的影响[J].*中国医药*,2022,17(06):814-817.

[31] 黄理安,吴朝霞.心可舒治疗高血压合并抑郁患者疗效观察[J].*湖北中医药大学学报*,2022,24(03):76-79.

[32] 屈春红.通心络胶囊对正常高值血压患者的降压效果观察[C].*中华中医药学会.络病学基础与临床研究(10)*.中华中医药学会:《疑难病杂志》,2014:480-482.

[33] 严华.通心络胶囊对临界高血压患者血压和血脂的影响[J].*医学研究杂志*,2010,39(07):101-103.

[34] 杜晓鹏,朱琳,赵震邦,董玉,张家琪,常静,陶倩倩,范斯文,贺爽,朱彦.藤丹胶囊通过介导芳香烃受体信号通路对原发性高血压大鼠血管内皮功能的影响[J].*中华中医药杂志*,2021,36(05):2664-2669.

[35] 柯沙沙,吴静怡,王一锋.左归丸联合西药治疗高血压早期肾损害肾精不足证临床研究[J].*新中医*,2021,53(10):28-31.

[36] 刘继明.补肾益精法治疗肾精不足型高血压病的临床研究[D].*山东中医药大学*,2016.

- [37] 秦瑞君,李国臣.金匱肾气丸对正常高值血压的干预作用[J].光明中医,2014,29(09):1848-1850.
- [38] 钟仲,杨小燕.降压减脂饮对高血压前期的干预作用研究[J].深圳中西医结合杂志,2016,26(16):56-57.
- [39] 通文丽,宋创业,李有,等.中药降压减脂饮对高血压前期的干预作用[J].吉林中医药,2014,34(12):1215-1217.
- [40] 张骞.降压减脂饮对高血压前期的干预研究[D].山东中医药大学,2012.
- [41] 杨川洲.中医药干预对高血压前期生活质量影响的临床研究[D].北京中医药大学,2011.
- [42] 黄照东.探究自拟清肝降压饮早期干预高血压前期和原发性 1 级高血压[J].中国医药指南,2014,12(12):11-12.
- [43] 李逊,魏玲.自拟清肝降压饮早期干预高血压前期和原发性 1 级高血压[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(03):295-297.
- [44] 商秀洋,石洁,胡元会.中药降压茶治疗肝经郁热证高血压前期患者的临床研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(04):385-387.
- [45] 李会娟,王文熠,郭蕴萍,等.“活血散风、调和肝脾”针刺法对高血压前期病人血压、颈动脉内-中膜厚度及左室质量指数的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(11):1611-1613.
- [46] 谷文龙,柳昌希,王增荣,等.活血散风针刺法对高血压前期患者血压的影响[J].中国中西医结合杂志,2015,35(11):1318-1321.
- [47] 孙忠人,栾逸先,盛国滨,尹洪娜,田洪昭,赵健宏,徐思禹,朱荟一.针刺治疗痰湿中阻型轻度原发性高血压的临床疗效观察[J].中华中医药杂志,2020,35(01):451-454.
- [48] 栾逸先.针刺治疗轻度原发性高血压病(痰湿中阻型)的临床疗效观察[D].黑龙江中医药大学,2018.
- [49] 李智.针灸,耳穴贴压治疗临界高血压临床疗效观察[J].现代养生,2017(14):162.
- [50] 吕海波,宋金兴.快针针刺疗法对肝火亢盛型原发性高血压病患者即时血压的影响[J].中国当代医药,2020,27(30):148-151.
- [51] 熊冠宇,张曼曼,秦小永,侯全云.调质降压丸联合针刺治疗痰瘀互结型原发性高血压 50 例[J].中国民间疗法,2019,27(06):50-51.
- [52] 刘丽娜.运气理论指导下针刺治疗阴虚阳亢型高血压的临床观察[D].辽宁中医药大学,2020.
- [53] 邓远秀.针灸结合中药治疗临界高血压临床疗效观察[J].双足与保健,2018,27(03):187+192.
- [54] 徐素娥,姜九.艾灸疗法治疗高血压前期患者的临床观察[J].实用临床医药杂志,2020,24(14):115-118.

- [55] Kyung-Min Shin, Ji-Eun Park, Tae-Han Yook, et al. Moxibustion for prehypertension and stage I hypertension: a pilot randomized controlled trial[J]. *Integr Med Res.* 2019 Mar;8(1):1-7.
- [56] 王敏,商庆新,李檬,等.三才逆灸法治疗痰湿质高血压病前期患者疗效观察[J].*中医临床研究*,2018,10(15):44-46.
- [57] 姜海霞,王英灿,商庆新.三才灸法改善痰湿质高血压前期临床研究[J].*山东中医药大学学报*,2018,42(01):61-63.
- [58] 陈璇,商庆新,韩云,李文秋.三才灸法防治正常高值血压的思路探讨[J].*针灸临床杂志*,2019,35(04):69-70.
- [59] 杨建萍,嵇冰,陆周翔,等.耳穴压豆防治社区老年人正常高值血压 43 例临床观察[J].*浙江中医杂志*,2016,51(09):670-671.
- [60] 胡晓琴,郑建凯,刘淑玲,黄咏歌,陈伯钧.苍术二陈汤联合耳穴压豆治疗 1 级高血压 68 例[J].*中医外治杂志*,2020,29(01):20-22.
- [61] 巩玉红,葛玲玉,陈润,等.神门关联配穴压丸法治疗肝阳上亢型 1 级原发性高血压病患者的疗效分析[J].*中国全科医学*,2020,23(33):4222-4226.
- [62] 魏思宁,王鸿庆,郭栋.耳穴压豆疗法对不同证型原发性高血压即时降压疗效比较[J].*山东中医杂志*,2016,35(04):328-329+353.
- [63] 赵鑫,刘振岳.耳穴贴压配合生活方式干预治疗痰瘀互结型高血压前期的临床研究[J].*中国处方药*,2018,16(01):102-103.
- [64] 辛意,吴春燕,刘新颖.耳穴压豆对阴虚阳亢型高血压患者生活质量影响的临床观察[J].*继续医学教育*,2019,33(07):155-157.
- [65] 潘洁玲,李绵莎,林凯玲.中医养生法对高血压亚健康状态的影响作用研究[J].*新中医*,2012,44(02):20-22.
- [66] Park JE, Kim JE, Jung S, et al. The Effect of Dongeui Qigong for Prehypertension and Mild Essential Hypertension. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2017;2017:4274538.
- [67] Park JE, Hong S, Lee M, et al. Randomized, controlled trial of qigong for treatment of prehypertension and mild essential hypertension. *Altern Ther Health Med.* 2014 Jul-Aug;20(4):21-30. PMID: 25141360.
- [68] Park JE, Yang CS, Jung SY, et al. Exploring the effects of expert-led qigong and self-practice qigong on blood pressure. *Integr Med Res.* 2019 Dec;8(4):271-272.
- [69] 贺小芳. 太极拳对比有氧运动对高血压前期患者血压及血压变异性的影响[D].北京中医药大学,2021.
- [70] 杨燕. 太极拳对高血压前期患者血压变异性的影响[D].北京中医药大学,2020.
- [71] 洪浩,王艺霖.少林易筋经对高血压病患者的干预效应[J].*武汉体育学院学报*,2017,51(07):74-79.
- [72] 姚冰珂. 少林易筋经对高血压病患者心境干预效果研究[D].河南大学,2017.

- [73] 王艺霖. 少林易筋经对高血压病干预效应研究[D].河南大学,2016.
- [74] 许恒正.五禽戏对中老年人血压影响的 Meta 分析[J].南京体育学院学报,2019,2(07):50-55.
- [75] 刘靖,卢新政,陈鲁原,等.中国中青年高血压管理专家共识[J].中华高血压杂志,2020,28(04):316-324.
- [76] 刘靖.中青年高血压前期需要管理,生活方式干预仍应作为首选[J].中华高血压杂志,2019,27(04):301-302.
- [77] 肖静.血脂康胶囊与阿托伐他汀钙片治疗老年腔隙性脑梗死伴高脂血症、高血压前期患者临床疗效的比较[J].药品评价,2019,16(10):41-43.
- [78] 王晓君,王健.血脂康胶囊与阿托伐他汀钙片治疗老年腔隙性脑梗死伴高脂血症、高血压前期患者临床疗效的对比研究[J].实用心脑血管病杂志,2016,24(06):67-71.
- [79] 刘卫红.强力定眩片联合阿托伐他汀钙治疗高脂血症的疗效观察[J].中国药物经济学,2019,04:94-96.
- [80] 杨浩,颜蕾,张晓华,陆华玲,赵玉红,陈剑锋.依那普利叶酸片联合松龄血脉康胶囊治疗社区 H 型高血压的疗效观察[J].心血管康复医学杂志,2021,30(01):56-59.
- [81] 刘慧卿,金凤表,张志敏,等.松龄血脉康胶囊联合盐酸贝尼地平对原发性高血压患者的临床疗效[J].中成药,2020,42(12):3180-3184.
- [82] 朱成朔,姜威锋,潘庆丽,等.松龄血脉康胶囊对高血压患者血压变异性及血脂水平的影响[J].中国医药导刊,2019,21(08):466-469.
- [83] 赵换牢,支亚军.松龄血脉康胶囊联合厄贝沙坦片对高血压合并糖尿病肾病患者血清 RBP-4、COMP、APN 及 ghrelin 的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(23):2565-2568.
- [84] 任焱,范仲才,任静,等.松龄血脉康胶囊联合立普妥对老年高血压患者血清 Fibulin-3、Lp(a)、MCP-1 水平的影响[J].现代生物医学进展,2018,18(17):3348-3351.
- [85] 邢铁艳,朱佳.松龄血脉康胶囊对 H 型高血压伴颈动脉狭窄患者血脂及血管内皮功能的影响[J].牡丹江医学院学报,2017,38(03):33-37.
- [86] 翁金生,郑永曦.松龄血脉康联合坎地沙坦酯片用于降压、降脂的疗效观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2015,3(07):139-140.
- [87] 余琴,李新,杨悠.松龄血脉康对高血压患者脉搏波传导速度及血管内皮功能的影响[J].华西药学杂志,2011,26(03):298-299.
- [88] 黄轶.松龄血脉康联合左旋氨氯地平应用于高血压病患者降血压及降脂疗效研究[J].实用医院临床杂志,2014,11(05):151-153.
- [89] 张艳,韩新生.眩晕宁联合阿司匹林治疗短暂性脑缺血发作性眩晕的临床研究[J].现代诊断与治疗,2018,29(20):3225-3227.
- [90] 中华医学会糖尿病学分会.中国 2 型糖尿病防治指南(2020 年版)[J].中华糖尿病杂志,2021,13(04):315-409.

- [91] 范洪亮.PDCA 模式健康教育对社区正常高值血压人群的影响[J].中国城乡企业卫生,2019,34(08):111-113.
- [92] 陈晶华,邓风清,周月英,等.老年正常高值血压人群的社区护理干预研究[J].护理学杂志,2012,27(03):73-76.
- [93] 任立茹,王晓曦,王永强.社区护士对“血压正常高值”者生活方式干预的效果分析[J].中国医药导报,2010,7(31):82-83.
- [94] Review manager (RevMan)[computer program].Version 5.3; 2014.
- [95] Howard Balshem,Mark Helfanda,Holger J.Schunemann,等.GRADE 指南:III.证据质量分级[J].中国循证医学杂志,2011,11(04):451-455.
- [96] Gordon H.Guyatt,Andrew D.Oxman,Gunn Vist,Regina Kunz,等.GRADE 指南:IV.证据质量分级——研究的局限性(偏倚风险)[J].中国循证医学杂志,2011,11(04):456-463.
- [97] 陈耀龙,姚亮,Susan Norris,等.GRADE 在系统评价中应用的必要性及注意事项[J].中国循证医学杂志,2013,13(12):1401-1404.
- [98] 李灿东.中医诊断学(新世界第四版)[M].北京;中国中医药出版社,2016:50-201.
- [99] 张伯礼,吴勉华.中医内科学(新世界第四版)[M].北京;中国中医药出版社,2017:32-210.
- [100] 中华人民共和国国家标准.中医临床诊疗术语[M].北京:中国标准出版社,1997:25-110.
- [101] 中医药学名词审定委员会.中医药学名词(2010)[M].北京:科学出版社,2011:15-370.
- [102] 张兰凤.高血压中医诊疗指南[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(23):108-109..
- [103] 高血压中医诊疗专家共识[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(15):217-221.
- [104] 毕颖斐,毛静远.Delphi 法在中医临床研究中的应用[J].中西医结合学报,2012,10(03):264-27.
- [105] 孟健,张哲.基于德尔菲法对《中医治未病科研项目管理基本原则》条目筛选的研究[J].辽宁中医杂志,2020,47(11):34-37.
- [106] 杜彩凤,王天芳,吴秀艳,等.基于专家咨询问卷调查的更年期综合征常见证候要素[J].中西医结合学报,2010;8(8):757-761.
- [107] 王至婉,李建生,余学庆,等.COPD 急性加重期证候诊断的专家问卷调查分析[J].河南南阳:世界中联第三届中医、中西医结合老年医学学术大会论文集,2010:302-309.
- [108] 张颖,季聪华,李秋爽,等.中医临床实践指南制修订中德尔菲法的统计分析方法[J].中华中医药杂志.2018,33(1):249-251.
- [109] 崔小磊,毛静远,王贤良,等.Delphi 法在心力衰竭中医四诊信息条目筛选中的应用[J].辽宁中医杂志,2009;36(4):508-509.