



# 团 体 标 准

T/CACM 1465—2023

---

## 高血压病治未病干预指南

Guidelines for preventive treatment of diseases in hypertension

2023-03-23 发布

2023-03-23 实施

---

中 华 中 医 药 学 会 发 布

# 目 次

前言 .....	II
引言 .....	III
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 流行病学 .....	1
5 病因病机 .....	2
6 筛查 .....	2
6.1 高危人群 .....	2
6.2 筛查方法 .....	2
6.3 诊断标准 .....	3
6.4 中医辨证 .....	4
7 干预 .....	4
7.1 未病先防 .....	4
7.2 既病防变 .....	7
7.3 瘥后防复 .....	13
8 随访与监测 .....	13
8.1 随访 .....	13
8.2 监测 .....	14
附录 A（资料性）本文件制定方法 .....	15
附录 B（资料性）调查问卷 .....	18
附录 C（资料性）GRADE 证据等级分级、推荐强度及其定义 .....	24
参考文献 .....	25

## 前 言

本文件参照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由北京中医药大学东直门医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：北京中医药大学东直门医院、中国中医科学院西苑医院、北京中医药大学东方医院、首都医科大学附属北京中医医院、中国中医科学院广安门医院、中国中医科学院望京医院、中国医学科学院阜外医院、中日友好医院、首都医科大学附属北京世纪坛医院、北京同仁医院、中国人民解放军总医院第七医学中心、北京市第一中西医结合医院、北京中医药大学孙思邈医院、广东省中医院、广州中医药大学第一附属医院、上海中医药大学附属曙光医院、辽宁中医药大学附属医院。

本文件主要起草人：张立晶、林谦、徐凤芹。

本文件参与起草人（按姓氏首字母排序）：陈薇（方法学专家）、高群、郝学增、黄力、霍艳明、姜红岩、赖海霞、李军、李蒙、李荣、林鼎峰、刘碧绒、刘红旭、刘用、马丽红、马立永、牛超峰、潘国忠、潘熠、彭建军、任骞、商洪才、孙瑞、石宇杰、史大卓、王国宏、王磊、王肖龙、王璇、魏大为、吴旻、肖珉、邢雁伟、徐浩、叶家奇、张明雪、张沛宇、庄锐。

## 引 言

最新一项覆盖全球 184 个国家或地区，多达 1.04 亿人的调查结果显示<sup>[1]</sup>，1990 年—2019 年 30 年期间，全球 30 周岁~79 周岁高血压患者人数从 6.5 亿增至 12.8 亿，其中 5.8 亿人（45%）对自己患有高血压并不知晓，7.2 亿人（56%）未进行治疗。在我国，18 周岁及以上患高血压人数达 2.45 亿，处于高血压前期的人数达 4.35 亿<sup>[2]</sup>，高血压病是心脑血管病发病和死亡的重要危险因素，其发生发展与性别、年龄、遗传因素、吸烟、饮食和运动等密切相关，但由于早期症状不明显、易被忽视，造成了临床中高发病率与低控制率的现状。因此，高血压病是造成我国国民医疗健康高负担的最主要疾病之一，国家高度重视其防治管理。国外指南已于 2017 年下调了诊断界值，我国最新高血压临床实践指南也提出降低诊断界值的建议，强调将高血压的防线前移。目前国内已有很多针对高血压前期即正常高值血压的相关研究，均高度重视高血压前期这一阶段人群的管理，强调早期干预的重要性。高血压疾病风险筛查与评估、日常生活调护、个体化中西医结合预防与治疗对于降低高血压发病率、控制既病人群血压水平、改善既病人群的临床预后至关重要，但目前尚缺乏专业规范的指导。为加强高血压的中医药规范防治工作，促进国民的血压管理，根据中医药临床应用的标准相关报告规范，我们结合中医诊疗的特色以及我国实际情况的特点，制定本文件，集高血压风险因素筛查、患病风险评估、日常生活调护和个体化中西医结合干预等为一体，指导高血压病的“未病先防，既病防变，瘥后防复”，促进中医治未病健康工程的升级。

本文件以传统中医“治未病”理论为指导，结合现代循证医学理念，系统梳理临床试验、系统综述等研究文献，对高血压的风险因素评估、风险控制、预防调护、病因病机、辨证分型、治法方药和非药物疗法等方面的临床研究证据进行总结，并形成现阶段最佳证据，基于改良德尔菲法达成专家共识，形成推荐意见，为中医药防治高血压病的临床与科研提供依据和标准，指导相关专业人员的临床工作，亦适用于民众自我预防的健康指导。

本文件制定方法见附录 A。

# 高血压病治未病干预指南

## 1 范围

本文件提供了高血压病风险筛查、高血压前期的诊断、未病先防、既病防变、瘥后防复干预指南，以及随访监测的建议。

本文件适用于既病高血压人群、高血压前期或健康人群自我预防的健康指导。

本文件适合各级医院、基层卫生服务机构的中医、西医、中西医结合的临床医师使用。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 16751.2 中医临床诊疗术语 第2部分：证候

ZYYXH/T 157—2009 中医体质分类与判定

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**高血压** hypertension

以体循环动脉血压增高（收缩压 $\geq 140$  mmHg和/或舒张压 $\geq 90$  mmHg）为主要特征，可伴有心、脑、肾等器官的功能或器质性损害的临床综合征。

### 3.2

**高血压前期** prehypertension

正常高值血压

血压高于正常值，但未达到高血压的诊断标准，介于正常人和高血压之间的状态，即收缩压在 120 mmHg~139 mmHg 和/或舒张压在 80 mmHg~89 mmHg。

## 4 流行病学

由世界卫生组织牵头的最新全球高血压趋势研究显示，在过去 30 年里，30 周岁~79 周岁的成年人中患有高血压的人数从 6.5 亿增加到 12.8 亿，其中超过 7 亿人不知道自己患有高血压。中国高血压调查<sup>[3]</sup>发现，2012 年—2015 年中国 $\geq 18$  周岁居民高血压粗患病率为 27.9%，估计中国成人高血压患病人数为 2.45 亿。血压正常高值粗检出率为 39.1%，估计全国有血压正常高值人数 4.35 亿，而知晓率、治疗率和控制率分别为 51.6%、45.8%和 16.8%。高血压是造成我国国民医疗健康高负担的主要慢性病之一，国家高度重视其防治与管理，要求积极开展高血压防治健康教育和科普宣传，控制高血

压危险因素，指导群众做好自我血压管理，切实提高高血压知晓率、治疗率和控制率<sup>[4]</sup>。

## 5 病因病机

参考《高血压中医诊疗专家共识》<sup>[5]</sup>，高血压病属于中医学“眩晕”“头痛”等范畴。高血压病与情志失调、饮食不节、久病过劳、年迈体虚等因素密切相关。平素性急，易于恼怒，肝阳上亢，阳升风动，发为本病；或饮食不节，伤及脾胃，运化不能，则全身气血生化无源，清窍失养致此病发生；或嗜酒肥甘，聚湿生痰，浊阴不降，痰蒙清窍从而发为此病；体虚、久病、失血、劳倦过度，或者年老肾亏，或久病伤肾，或房劳过度，导致肾精亏虚，不能生髓，而脑为髓之海，髓海不足，上下俱虚，而发生本病。本病病位在脑窍，与肝、脾、肾三脏关系密切，病理变化主要是心肝脾肾的气血阴阳失调，病理因素不外乎风、火、痰、瘀、虚，属于本虚标实证。就“治未病”而言，个体化病因调护、辨证干预是未病先防、既病防变以及瘥后防复的关键。

## 6 筛查

### 6.1 高危人群

参考高血压领域新近发布的防治管理指南<sup>[4,6-8]</sup>和重要研究结果<sup>[9-13]</sup>，高血压发病的主要危险因素包括：

- a) 遗传因素，高血压家族史（一、二级亲属）<sup>[14]</sup>；
- b) 年龄，男性>55 周岁，女性>65 周岁，特别是绝经后女性<sup>[15]</sup>；
- c) 超重和肥胖，体重指数（body mass index, BMI） $\geq 24 \text{ kg/m}^2$ ，特别是腹型肥胖，即腰围男 $\geq 90 \text{ cm}$ ，女 $\geq 85 \text{ cm}$ <sup>[16-18]</sup>；
- d) 多种不良生活方式，如高钠低钾饮食、吸烟、过量饮酒、缺乏体力活动和体育锻炼和长期精神紧张等<sup>[19,20]</sup>；
- e) 高血压前期，即正常高值血压，收缩压 120 mmHg~139 mmHg 和（或）舒张压 80 mmHg~89 mmHg<sup>[21]</sup>；
- f) 中医体质判断为痰湿质、气虚质、阴虚质<sup>[22]</sup>；
- g) 其他：合并有睡眠呼吸暂停、糖尿病、血脂异常等<sup>[23-26]</sup>。

具有以上任意一条或多条危险因素者，均为高血压高危人群的筛查对象。

### 6.2 筛查方法

#### 6.2.1 西医筛查方法

本文件总结高血压发病的危险因素，列出条目，设计高血压风险评估问卷，进行高血压病患疾病危险因素的筛查，并对患病风险进行评估，具体内容见附录 B 的 B.1。

除高血压疾病危险因素调查外，本文件还推荐正确的血压测量方法<sup>[6]</sup>：

- a) 测量前准备：测量前 30 min 不应吸烟、喝咖啡、进食和运动，安静休息 3 min~5 min；
- b) 血压计选择：推荐使用经验证的上臂式电子血压计并选择合适大小的袖带；
- c) 血压测量：取坐位背靠椅子，双脚平放于地面上，上臂充分暴露并放松，上臂袖带中间与心脏在同一水平，袖带下缘置于肘窝上方 2 cm~3 cm 处，松紧以能容纳一横指为宜，测量期间不说话；
- d) 结果读取：以 1 min 为间隔进行 3 次测量，使用最后 2 次测量的平均值；

e) 测量时间：建议定期监测并记录不同时间段的血压。

## 6.2.2 中医筛查方法——体质辨识

研究显示，中医体质为痰湿质、气虚质、阴虚质的人群更易出现高血压<sup>[22]</sup>。依照 ZYYXH/T 157—2009<sup>[27]</sup>，使用其中的中医体质分类与判定表，根据近一年的体验和感觉进行体质辨识，共分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质和特禀质 9 类，具体内容见附录 B 的 B.2。

## 6.3 诊断标准

### 6.3.1 高血压诊断标准

参照《中国高血压防治指南》（2018 年修订版）<sup>[8]</sup>中的西医诊断标准：

- a) 诊室血压非同日 3 次血压值均高于正常，即收缩压 $\geq 140$  mmHg 和（或）舒张压 $\geq 90$  mmHg；
- b) 或家庭自测血压 $\geq 135$  mmHg/85 mmHg；
- c) 或动态血压监测 24 h 内平均血压 $\geq 130$  mmHg/80 mmHg，白天 $\geq 135$  mmHg/85 mmHg，夜间 $\geq 120$  mmHg/70 mmHg。

符合其中一条即可诊断为高血压。具体诊断及分级标准见表 1 和表 2。

表 1 高血压诊断标准

分类	血压
诊室血压	不在一天内的 3 次血压值均高于正常： 收缩压 $\geq 140$ mmHg 和（或）舒张压 $\geq 90$ mmHg
家庭自测血压	$\geq 135$ mmHg/85 mmHg
动态血压监测	24 h 内平均血压 $\geq 130$ mmHg/80 mmHg； 白天 $\geq 135$ mmHg/85 mmHg；夜间 $\geq 120$ mmHg/70 mmHg

表 2 血压水平分类和定义

分类	SBP (mmHg)	DBP (mmHg)
正常血压	$< 120$ 和	$< 80$
正常高值	120~139 和（或）	80~89
高血压	$\geq 140$ 和（或）	$\geq 90$
1 级高血压（轻度）	140~159 和（或）	90~99
2 级高血压（中度）	160~179 和（或）	100~109
3 级高血压（重度）	$\geq 180$ 和（或）	$\geq 110$
单纯收缩期高血压	$\geq 140$ 和	$< 90$
注：当 SBP 和 DBP 分属于不同级别时，以较高的分级为准。		

### 6.3.2 高血压前期诊断标准

参照《中国高血压防治指南》（2018 年修订版）<sup>[8]</sup>中的西医诊断标准：血压高于正常值，但未达到高血压的诊断标准，介于正常人和高血压之间的状态，即收缩压在 120 mmHg~139 mmHg 和/或舒张

压在 80 mmHg~89 mmHg 之间，即可诊断为高血压前期。

## 6.4 中医辨证

### 6.4.1 基本原则

中医辨证分型依照《高血压中医诊疗专家共识》<sup>[5]</sup>《中药新药临床研究指导原则》<sup>[28]</sup>、GB/T 16751.2 等，并经起草组专家讨论，形成共识，归纳形成高血压临床常见 5 个证型，具体见 6.4.2~6.4.6。

### 6.4.2 肝火亢盛证

主症：眩晕、头痛、急躁易怒。

次症：面红、目赤、口干、口苦、便秘、溲赤、舌红苔黄、脉弦数。

### 6.4.3 肝肾阴虚证

主症：眩晕、头痛、腰酸、膝软、五心烦热。

次症：心悸、失眠、耳鸣、健忘、舌红少苔、脉弦细而数。

### 6.4.4 痰湿壅盛证

主症：眩晕、头痛、头如裹、胸闷、呕吐痰涎。

次症：心悸、失眠、口淡、食少、舌胖苔腻、脉滑。

### 6.4.5 血脉瘀阻证

主症：头痛如刺、痛有定处。

次症：胸闷心悸、手足麻木、夜间尤甚、舌质暗红或有瘀斑瘀点、脉弦涩。

### 6.4.6 气血两虚证

主症：眩晕时作、短气乏力、口干心烦。

次症：面白、自汗或盗汗、心悸失眠、纳呆、腹胀便溏、舌淡、脉细。

## 7 干预

### 7.1 未病先防

#### 7.1.1 加强监测

18 周岁及以上人群定期自我监测血压，建议使用通过国际标准方案认证的上臂式医用电子血压计，并定期校准，每年至少校准 1 次<sup>[29]</sup>。患病风险高者建议增加测量频率，每周 1 次~2 次。

基层医疗卫生机构：落实 35 周岁以上人群首诊测血压制度<sup>[20]</sup>。

#### 7.1.2 一般生活方式干预

##### 7.1.2.1 控制体重

建议将体重维持在健康范围<sup>[8,20]</sup>内（BMI：18.5 kg/m<sup>2</sup>~23.9 kg/m<sup>2</sup>，男性腰围<90 cm，女性<85 cm）。

##### 7.1.2.2 合理膳食

建议限制过多钠盐摄入，增加膳食中钾盐摄入量。

首先减少烹调用盐，《中国居民膳食指南（2022）》<sup>[30]</sup>推荐每人每天摄入盐不超过 5 g，主要措施包括：减少烹调用盐及含钠高的调味品（包括味精、酱油）；避免或减少含钠盐量较高的加工食品，

如咸菜、火腿、各类炒货和腌制品；建议在烹调时尽可能使用定量盐勺，以起到警示的作用。同时增加富钾食物（新鲜蔬菜、水果和豆类）的摄入量；肾功能良好者可选择低钠富钾替代盐。

推荐终止高血压<sup>[8]</sup>（Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH）饮食方案：摄食足够的蔬菜、水果、低脂（或脱脂）奶，以维持足够的钾、镁、钙等离子的摄取，并尽量减少饮食中油脂量（特别是富含饱和脂肪酸的动物性油脂）。

建议有进展为高血压风险的正常血压者，饮食以水果、蔬菜、低脂奶制品、富含食用纤维的全谷物、植物来源的蛋白质为主，减少饱和脂肪和胆固醇摄入，如禽肉、鱼、大豆、坚果和红肉等，其饱和脂肪和胆固醇水平低，富含钾镁钙等微量元素、优质蛋白质和纤维素。具体推荐食物表见表 3。

表 3 食物推荐表

推荐的食物	推荐不食用/少食用的食物
富含钾、钙、维生素和微量元素的食物： 新鲜蔬菜、水果、土豆、蘑菇等	高钠食物：咸菜、榨菜、咸鱼、咸肉、腌制食品、烟熏食品、火腿、含钠高的调味料酱料等
食用植物油，适量选用橄榄油对降低血胆固醇有益	高脂肪高胆固醇食物：动物内脏、肥肉、禽皮、蛋黄、鱼子、油炸食品
富含膳食纤维的食物：燕麦、薯类、粗粮、杂粮等	高反式脂肪酸食物：人造奶油、富含氢化油、起酥油的糕点和方便食品等
富含优质蛋白、低脂肪、低胆固醇食物： 无脂奶粉、鸡蛋清、鱼类、去皮禽肉、瘦肉、豆制品等	糖类、辛辣刺激的调味品、浓咖啡、浓茶等

### 7.1.2.3 合理运动

建议除日常生活的活动外，每周 4 天~7 天，每天累计 30 min~60 min 的中等强度运动<sup>[4]</sup>（如快走、慢跑、骑自行车、游泳等）。

运动形式可采取有氧、阻抗和伸展等。以有氧运动为主，无氧运动作为补充。运动强度因人而异，常用运动时最大心率来评估运动强度，中等强度运动为能达到最大心率〔最大心率（次/分钟）= 220-年龄〕的 60%~70% 的运动。高危患者运动前需进行评估。若存在心衰、不稳定型心绞痛，以及运动时血压波动较大情况者则不建议剧烈运动。继发性高血压也是运动康复的禁忌证。

### 7.1.2.4 健康睡眠

保证充足睡眠并改善睡眠质量<sup>[20, 29, 31]</sup>。

### 7.1.2.5 戒烟限酒

建议患者戒烟。

建议吸烟者在 1 周~2 周的准备期后采用“突然停止法”开始戒烟。在医生指导下患者可应用戒烟药物对抗戒断症状，如尼古丁贴片、尼古丁咀嚼胶（非处方药）、盐酸安非他酮缓释片和伐尼克兰<sup>[32, 33]</sup>。

建议患者戒酒或严格限制饮酒。

饮酒者降低酒精摄入，男性 $\leq 20$  g/d，女性 $\leq 10$  g/d，最好戒酒，避免酗酒；若饮酒，则应少量并选择低度酒（酒精度数在 20° 以下），避免饮用高度烈性酒；每周酒精摄入量男性不超过 140 g，女性不超过 80 g。白酒、葡萄酒、啤酒摄入量分别少于 50 mL、100 mL、300 mL<sup>[32]</sup>。

### 7.1.2.6 心理调节

对于长期从事脑力劳动，精神紧张、压力较大的人群进行心理干预<sup>[20]</sup>。

帮助树立积极乐观的心态，调控自我情绪，保持健康的心理、减少精神压力和抑郁，心胸开阔、精神乐观、劳逸结合。鼓励进行中医传统功法锻炼，如八段锦、太极拳等，出现焦虑抑郁情绪且难以自我调节者可与心理科联合诊治疗<sup>[34-36]</sup>。

### 7.1.2.7 环境起居

注意环境温度变化，夏季注意避暑，秋冬注意保暖，居住环境保持温度适宜、干净明亮。保持良好的生活习惯，起居规律，避免熬夜、大汗、醉酒等。

### 7.1.3 积极治疗原发病

患有糖尿病、血脂异常等疾病的人群应积极规律遵医嘱进行药物治疗，定期复查相关实验室指标，并加强血压监测<sup>[37]</sup>。

### 7.1.4 中医特色干预

针灸疗法：可选用太冲、曲池、风池等穴位<sup>[38]</sup>。

中药代茶饮：可选择日常饮用中药代茶饮<sup>[39]</sup>。（C级，弱推荐）

专家推荐的代茶饮包括：菊花茶，选用杭白菊 3 g 泡茶饮用，3 次/日，也可以再加金银花、甘草同煎代茶饮；山楂茶，选用鲜嫩山楂果 1 枚~2 枚泡茶饮用，1 次/日；莲子心茶，选用莲子心 12 g，泡茶饮用，每日早晚各饮 1 次；决明子茶：选用 15 g~20 g 决明子泡茶饮用，1 次/日。

### 7.1.5 调体干预

参考相关文献，方案提出不同体质的调养建议<sup>[40-42]</sup>，包括各类体质的调养原则，以及饮食调养、起居调养、中药调养、经络穴位调养等方面的建议，具体内容见表 4。

表 4 体质调养建议

体质类型	调养原则与方法
平和质（A 型）	原则：不伤不扰，顺其自然
气虚质（B 型）	原则：补脾、益气 饮食：宜吃性平偏温的、有补益作用的食物，忌冷宜热 起居：谨避风寒，避免劳累，锻炼要适度 药物：用人参、黄芪、党参、太子参、白术 经络：足三里、神阙、关元
阳虚质（C 型）	原则：温补脾肾 饮食：忌食生冷，食宜温补 起居：注意保暖，适量运动，少熬夜 药物：巴戟天、肉苁蓉、补骨脂、杜仲、菟丝子、狗脊 经络：百会、命门、关元、涌泉

表 4 体质调养建议（续）

体质类型	调养原则与方法
阴虚质（D 型）	原则：滋阴补肾 饮食：多食水果，少食辛辣。 起居：生活规律，避免过劳熬夜 药物：女贞子、山茱萸、五味子、旱莲草、麦门冬、天门冬、生地黄、熟地黄、黄精、玉竹、枸杞子、桑椹 经络：涌泉、太溪、照海
痰湿质（E 型）	原则：健脾祛湿 饮食：饮食宜清淡，七八分饱 起居：加强运动，衣服宽松，促进出汗 药物：苍术、白术、砂仁、陈皮、泽泻、瓜蒌、荷叶、橘红、猪苓、冬瓜皮 经络：中脘，水分，丰隆、足三里
湿热质（F 型）	原则：清利湿热 饮食：饮食宜清淡 起居：避免湿热，适量运动 药物：佩兰、栀子、龙胆草、茵陈、苦参、泽泻 经络：曲池、丰隆、阳陵泉
血瘀质（G 型）	原则：活血化瘀 饮食：活血化瘀，忌食寒凉。可少量饮用红葡萄酒、糯米甜酒 起居：宜温不宜凉，加强运动 药物：当归、红花、川芎、丹参、赤芍、鸡血藤、桃仁 经络：三阴交、合谷、血海
气郁质（H 型）	原则：疏肝解郁 饮食：食宜辛温 起居：生活规律，宜动不宜静，调畅情志 药物：当归、红花、川芎、丹参、赤芍、鸡血藤、桃仁 经络：内关、膻中、合谷、太冲
特禀质（I 型）	原则：调养先天，培补后天 饮食：少吃过寒凉、高蛋白和高热量的食物 起居：适度运动，避免接触过敏原 药物：乌梅、五味子、银柴胡 经络：足三里、肾俞、关元

## 7.2 既病防变

### 7.2.1 西医干预

#### 7.2.1.1 健康教育

多数高血压病患者早期可能没有任何症状，或症状不典型，不易被发现，很多人不知道自己已经得病，不知晓、不重视，常会拖到病情恶化时才就医。但这时往往已出现心、肾功能损害，甚至发生卒中、心肌梗死等终点事件，导致致残、致死等结局，这也是高血压被称为“沉默杀手”的原因。故需要大力开展疾病健康宣教，使高血压患者关注自身血压，加强监测，知晓高血压疾病的危害性，得

到准确的有关疾病知识和管理的指导，防止或延缓高血压患者出现心、脑、肾等靶器官并发症，降低终点事件和死亡的发生率，改善长期预后。内容包括健康的生活方式、平稳的情绪、适当的诱因规避、规范的药物服用以及合理的随访计划等。

### 7.2.1.2 一般生活方式干预

同 7.1.2 内容。

### 7.2.1.3 药物干预

参考《中国高血压防治指南》（2018 年修订版）<sup>[8]</sup>、《高血压合理用药指南》（第 2 版）<sup>[43]</sup>、《2020 年国际高血压学会（ISH）高血压指南》<sup>[6]</sup>《高龄老年高血压患者血压管理中国专家共识》<sup>[44]</sup>，西医治疗包括药物治疗和非药物治疗。药物治疗遵循以下几项原则：小剂量、长效、联合、适度、个体化。常用降压药物包括：钙拮抗剂、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素受体拮抗剂（ARB）、血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂（ARNI）、利尿剂、 $\alpha$  受体阻滞剂、 $\beta$  受体阻滞剂。其中钙拮抗剂、ACEI、ARB、利尿剂及单片固定复方制剂均可作为高血压降压治疗的初始用药或长期维持用药。

### 7.2.1.4 并发症的预防与治疗

高血压靶器官损害指高血压引起或伴随的心、脑、肾、血管及其他器官的病理性损害。在高血压患者中，评估是否有靶器官损害是高血压评估的重要内容，也即高血压并发症的评估，高血压的并发症包括有<sup>[45]</sup>：

- 心脏损害：主要表现为左心室肥厚、心绞痛、心肌梗死和心力衰竭等；
- 脑部损害：主要包括脑卒中，如出血性脑卒中、缺血性脑卒中和高血压脑病；
- 肾脏损害：主要表现为进展缓慢的小动脉性肾硬化症、恶性小动脉性肾硬化症、慢性肾功能衰竭；
- 大血管损害：主要表现为动脉硬化、主动脉夹层等；小动脉损害主要表现为眼底病变，如视网膜动脉硬化等。

预防高血压并发症的出现，早期检出，早期治疗，延缓其发生发展是高血压临床治疗的重点所在。提倡因地制宜，采用相对简便、费效比适当、易于推广的检查手段，开展高血压靶器官损害的筛查和防治。

高血压并发症的出现以及严重程度与血压的控制水平密切相关，严格施行高血压病健康宣教、医患管理、自我管理、生活方式改变、中西医结合综合治疗，加强重视，定期就诊，加强管理，有效平稳控制血压在适宜水平，可达到“既病防变”的目标，实现“治未病”管理。

## 7.2.2 中医干预

### 7.2.2.1 中医辨证论治

#### 7.2.2.1.1 肝火亢盛证

治法：清肝泻火。

推荐方药：天麻钩藤饮（胡光慈《中医内科杂病证治新义》）加减<sup>[46-50]</sup>。（C 级，强推荐）

药物组成：天麻，钩藤（后下），石决明（先煎），山栀子，黄芩，川牛膝，杜仲，益母草，桑寄生，夜交藤，朱茯神。

加减：眩晕头痛剧者，可酌加羚羊角、龙骨、牡蛎等，以增强平肝潜阳熄风之力；若肝火盛，口

苦面赤，心烦易怒，加龙胆草、夏枯草以加强清肝泻火之功；脉弦而细者，宜加生地、枸杞子、何首乌以滋补肝肾。

#### 7.2.2.1.2 肝肾阴虚证

治法：滋补肝肾。

推荐方药：六味地黄丸（宋·钱乙《小儿药证直诀》）加减<sup>[51,52]</sup>。（C级，强推荐）

药物组成：熟地黄，山萸肉，干山药，泽泻，茯苓去皮，牡丹皮，上为末，炼蜜为丸，如梧桐子大。

加减：若腰酸腰痛明显，可加杜仲、桑寄生以补肾益精；若虚火明显者，可加知母、玄参等加强清热泻火之力；若患者眩晕明显者，可加用天麻、杜仲等平肝潜阳；若患者兼有肝肾不足所致视物不清及目睛涩痛等症，可加用枸杞子、菊花着重滋补肝肾以明目，名杞菊地黄丸；若患者兼有腰痛脚软、下半身冷感、小便频多、下肢水肿等肾阳不足诸症，可加用桂枝和附子温肾助阳，即金匮肾气丸。

#### 7.2.2.1.3 痰湿壅盛证

治法：化痰祛湿。

推荐方药：半夏白术天麻汤（清·程国彭《医学心悟》）加减<sup>[53-55]</sup>。（C级，强推荐）

药物组成：半夏，天麻，茯苓，橘红，白术，甘草，生姜，大枣。

加减：若眩晕较甚者，可加僵蚕、胆南星等以加强化痰熄风之力；头痛甚者，加蔓荆子、白蒺藜等以祛风止痛；呕吐甚者，可加代赭石、旋覆花以镇逆止呕；兼气虚者，可加党参、生黄芪以益气；湿痰偏盛，舌苔白滑者，可加泽泻、桂枝以渗湿化饮。

#### 7.2.2.1.4 血脉瘀阻证

治法：活血化瘀。

推荐方药：血府逐瘀汤（清·王清任《医林改错》）加减<sup>[56-58]</sup>。（C级，弱推荐）

药物组成：桃仁，红花，当归，生地，川芎，赤芍，牛膝，桔梗，柴胡，枳壳，甘草。

加减：若瘀痛入络，可加全蝎、穿山甲、地龙、三棱、莪术等以破血通络止痛；气机郁滞较重，加川楝子、香附、青皮等以疏肝理气止痛；血瘀经闭、痛经者，可用本方去桔梗，加香附、益母草、泽兰等以活血调经止痛；胁下有痞块，属血瘀者，可酌加丹参、郁金、虻虫、水蛭等以活血破瘀。

#### 7.2.2.1.5 气血两虚证

治法：补益气血。

推荐方药：归脾汤（明·薛己《正体类要》）加减<sup>[59,60]</sup>。（C级，弱推荐）

药物组成：白术，黄芪，龙眼肉，酸枣仁，人参，木香，炙甘草，当归，远志，生姜，大枣。

加减：若气虚卫阳不固，自汗时出，重用黄芪，加防风、浮小麦益气固表敛汗；气虚湿盛，泄泻或便溏者，加薏苡仁、泽泻、炒扁豆；心悸怔忡、不寐者，加柏子仁、朱砂等；若中气不足、清阳不升，表现为眩晕兼见气短乏力，纳差神疲，便溏下坠，脉象无力者，可用补中益气汤补中益气、升清降浊。

针对高血压并发症的中医辨证治疗亦有大量的证据支持：

——若出现心脏损害，如左心室肥厚、心绞痛、心肌梗死或心力衰竭等，可选用中药方剂血府逐瘀汤<sup>[61]</sup>、中成药复方钩藤降压片改善心肌肥厚<sup>[62]</sup>；

- 若出现脑部损害，如脑卒中，如出血性脑卒中、缺血性脑卒中和高血压脑病等，可选用复方丹参滴丸<sup>[63]</sup>、补阳还五汤<sup>[64]</sup>；
- 若出现肾脏损害，如小动脉性肾硬化症、恶性小动脉性肾硬化症、慢性肾功能衰竭等，可选用杞菊地黄丸<sup>[65]</sup>、清眩降压汤<sup>[66]</sup>；
- 若出现血管损害，如动脉硬化、主动脉夹层等，可选用血府逐瘀汤<sup>[67]</sup>、防己黄芪汤<sup>[68]</sup>等。

## 7.2.2.2 中成药干预

### 7.2.2.2.1 推荐中成药 1：松龄血脉康胶囊<sup>[69-72]</sup>（A 级，强推荐）

功效：平肝潜阳，镇心安神。

主要成分：鲜松叶、葛根、珍珠层粉。

使用条件：松龄血脉康胶囊可应用于合并高脂血症、心悸、失眠的原发性高血压患者。有文献<sup>[72]</sup>报道松龄血脉康胶囊联合尼莫地平能有效改善血脂指标、炎症状态和亚临床靶器官损害。

安全性：说明书记载个别患者服药后出现轻度腹泻、胃脘胀满等，饭后服用有助于减轻或改善这些症状。有文献<sup>[73, 74]</sup>报道松龄血脉康胶囊联合 ARB 类降压药出现腹胀、腹泻等腹部不适及恶心、面色潮红，文献提示饭后服药症状减轻或消失。

推荐用法用量：口服，3 粒/次，3 次/日。

### 7.2.2.2.2 推荐中成药 2：天麻钩藤颗粒<sup>[75-77]</sup>（C 级，强推荐）

功效：平息肝风，清热安神。

主要成分：天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、牛膝、盐杜仲、益母草、桑寄生、首乌藤、茯苓。

使用条件：有文献<sup>[76]</sup>报道天麻钩藤颗粒可应用于合并血管内皮损害的原发性高血压患者。天麻钩藤颗粒<sup>[77]</sup>配合硝苯地平控释片和卡托普利临床症状改善好，对高血压早期肾损害有一定保护作用。

安全性：说明书记载个别患者服药期间可能出现恶心、呕吐等不良反应。1 项研究<sup>[81]</sup>报告天麻钩藤颗粒联合硝苯地平控释片、卡托普利出现低血压 2 例，干咳 4 例，面部潮红 3 例，踝部水肿 3 例，且与对照组无明显差异。

推荐用法用量：开水冲服，1 袋/次（5g），3 次/日。

### 7.2.2.2.3 推荐中成药 3：清肝降压胶囊<sup>[78-80]</sup>（C 级，强推荐）

功效：清热平肝，补益肝肾。

主要成分：制何首乌、夏枯草、槐花、桑寄生、丹参、葛根、泽泻、小蓟、远志、川牛膝。

使用条件：清肝降压胶囊可应用于面红目赤、急躁易怒、口干口苦、腰膝酸软、心悸不寐、耳鸣健忘、便秘溲黄的原发性老年高血压患者。有文献<sup>[78]</sup>报道厄贝沙坦联合清肝降压胶囊治疗原发性高血压效果满意，对肾功能有一定的保护作用，临床安全性好。

安全性：说明书记载不良反应尚不明确。有文献<sup>[78]</sup>报道清肝降压胶囊联合降压西药组可见轻微咳嗽、头晕、头痛、恶心、呕吐、肾功能异常，与降压西药组相比无统计学差异。

推荐用法用量：口服，3 粒/次，3 次/日。

### 7.2.2.2.4 推荐中成药 4：养血清脑颗粒<sup>[81-83]</sup>（C 级，弱推荐）

功效：养血平肝，活血通络。

主要成分：当归、川芎、白芍、细辛等。

使用条件：养血清脑颗粒用于血虚肝旺所致头痛，眩晕眼花，心烦易怒，失眠多梦。研究提示<sup>[94]</sup>养血清脑颗粒组降压疗效和改善头痛、头晕、失眠症状有效率方面均优于常规降压药组。

安全性：说明书记载不良反应尚不明确。有文献<sup>[84, 85]</sup>报道了消化道反应、头晕、干咳等不良反应，但发生率显著低于常规降压药组。

推荐用法用量：口服，4 g/次，3 次/日。

#### 7.2.2.2.5 推荐中成药 5：银杏叶滴丸<sup>[86, 87]</sup>（C 级，弱推荐）

功效：活血化瘀通络。

主要成分：银杏叶提取物。

使用条件：银杏叶滴丸用于血脉瘀阻引起的眩晕、头痛等，也适用于合并冠心病稳定型心绞痛、脑梗塞的原发性高血压患者。证据表明<sup>[88]</sup>银杏叶滴丸联合降压药治疗原发性高血压的有效性优于单纯服用降压药。

安全性：说明书记载不良反应尚不明确，文献中未报告银杏叶滴丸服用后的副作用。

推荐用法用量：口服，5 丸/次，3 次/日。

### 7.2.2.3 中医非药物干预

#### 7.2.2.3.1 中医特色功法锻炼

中医特色功法包括太极拳、八段锦、易筋经、五禽戏等。适当的运动可以疏通经络、顺畅血脉，使肝气条达、脾气健运、阴阳平衡、情志调畅<sup>[89]</sup>。通过传统功法招式的阴阳变化来调节人体内阴阳的平衡，使人体的阴阳处于平衡协调的最佳状态，从而使人脏腑、经络、气血协调有序而平衡。中医特色功法能够改善血压水平也已得到现代临床研究证实<sup>[90]</sup>。传统的运动疗法也具有即刻降压及远期降压疗效。

##### a) 太极拳<sup>[91, 92]</sup>：

1) 适用：任何证候；（C 级，强推荐）

2) 说明：研究表明太极拳运动联合西医常规降压药在降低收缩压、舒张压方面优于单纯西医治疗；

3) 方法：24 式太极拳，每次 1 遍~2 遍，2 次/天，5 天/周。

##### b) 八段锦<sup>[93, 94]</sup>：

1) 适用：任何证候；（C 级，强推荐）

2) 说明：研究表明八段锦运动联合西医常规降压药在降低收缩压、舒张压方面优于单纯西医治疗；

3) 方法：八段锦，每次 2 遍~3 遍，2 次/天~3 次/天，5 天/周。

##### c) 易筋经<sup>[95]</sup>：

1) 适用：任何证候；（D 级，弱推荐）

2) 说明：研究表明易筋经运动联合西医常规降压药在降低收缩压、舒张压方面优于单纯西医治疗；

3) 方法：少林易筋经，每次 2 遍~3 遍，2 次/天~3 次/天，5 天/周。

##### d) 五禽戏<sup>[96]</sup>：

1) 适用：任何证候；（D 级，弱推荐）

2) 说明：研究表明五禽戏运动联合西医常规降压药在降低收缩压、舒张压方面优于单纯西医治疗；

3) 方法：五禽戏，每次 2 遍~3 遍，2 次/天~3 次/天，5 天/周。

### 7.2.2.3.2 中医适宜技术

中医适宜技术具体内容如下。

a) 针灸疗法<sup>[97,98]</sup>的原理主要是通过刺激经络穴位，调节机体神经、内分泌活动状态，激活多系统降压反应，达到降低高压、稳定正常血压的目的：

1) 适用：任何证候；（C 级，弱推荐）

2) 说明：研究表明针灸疗法联合西医常规降压药在降压有效率方面优于单纯西医治疗；

3) 方法：选穴以百会、曲池、太冲为主，配以中医辨证取穴，每次 20 min~30 min 左右，3 次/周。

b) 中医穴位贴敷法<sup>[99]</sup>是中医学理论体系中整体观念与经络学说相结合的治疗方法，体现中医内病外治的诊疗特点，它通过特定药物对相应的穴位进行刺激，从而激发经络之气使药效更加直接地到达脏腑来对疾病进行治疗。此外，穴位贴敷治疗高血压还具有减少服药量、减轻口服药物毒副作用及改善患者依从性等优势：

1) 适用：任何证候；（D 级，弱推荐）

2) 说明：研究表明穴位贴敷联合西医常规降压药在降低收缩压、舒张压方面优于单纯西医治疗；

3) 方法：以吴茱萸粉 10 g 或其他辨证方磨成粉后加适量醋、酒或蜂蜜等调成团状贴敷在涌泉穴，贴敷时间每次 6 h~8 h，3 次/周。

c) 耳针治疗<sup>[100]</sup>是通过对耳郭特定区域（即耳穴）的按压和刺激达到诊治疾病的一种方法。在针灸医学的各种刺灸方法中，耳针是较为独特的疗法。耳针治疗有自己特定的刺激区，具有诊断、预防、治疗、保健四位一体的功能。选其治疗高血压，可以降低血压、服药量，具有减轻降压药物的毒副作用和改善患者依从性等优势：

1) 适用：任何证候；（D 级，弱推荐）

2) 说明：研究表明耳针治疗可作为降压治疗的辅助手段，以降低血压并维持血压；

3) 方法：耳穴压丸，常选用神门、内分泌、心、降压沟、肝、肾、交感、皮质下等，2 次/周~3 次/周。

d) 推拿治疗<sup>[101]</sup>是在中医理论的指导下，用手在人体经络、穴位上用推、拿、提、捏、揉等手法进行治疗，运用推拿手法可通过多种途径达到降压的效果。推拿作为一种物理疗法，通过不同手法作用于人体体表的特定部位，以调节机体的生理病理状况，具有良性双向调节作用，主要优势在于患者接受度高、无毒副作用：

1) 适用：任何证候；（D 级，弱推荐）

2) 说明：研究表明推拿疗法联合降压药治疗原发性高血压的疗效较单用降压药有优势，且安全性好；

3) 方法：推拿，多以穴位按摩为主，常选用内关、足三里、合谷等穴位，推桥弓是一种特殊有效的方法，2 次/周~3 次/周。

### 7.3 痊愈后防复

参考《ISH2020 国际高血压实践指南》<sup>[6]</sup>与《中国老年高血压管理指南 2019》<sup>[32]</sup>，制定已经出现不同并发症的高血压患者的降压目标值，将血压个体化调整为适宜水平，具体内容见表 5。

表 5 不同类型高血压患者的降压目标值

临床情况	降压目标血压值
年龄<65 周岁	120 mmHg/70 mmHg≤目标血压<130 mmHg/80 mmHg
年龄≥65 周岁	目标血压<140 mmHg/90 mmHg
年龄≥80 周岁	目标血压<150 mmHg/90 mmHg，若能耐受<140 mmHg/90 mmHg
合并冠心病	<65 周岁，目标血压<130 mmHg/80 mmHg <80 周岁，目标血压<140 mmHg/90 mmHg，若能耐受<130 mmHg/80 mmHg ≥80 周岁，目标血压<150 mmHg/90 mmHg，若能耐受<140 mmHg/90 mmHg
合并脑血管疾病	急性脑出血，收缩压<180 mmHg 急性缺血性脑卒中，收缩压<200 mmHg 既往缺血性卒中或一过性脑缺血发作，<140 mmHg/90 mmHg 既往缺血性脑卒中的高龄患者，<150 mmHg/90 mmHg
合并心力衰竭	目标血压<140 mmHg/90 mmHg，若能耐受，<130 mmHg/80 mmHg
合并糖尿病	目标血压<140 mmHg/90 mmHg，若能耐受，<130 mmHg/80 mmHg
合并心房颤动	目标血压<140 mmHg/90 mmHg
合并慢性肾脏病	目标血压<140 mmHg/90 mmHg 尿蛋白大于 30 mg/d~300 mg/d 或更高者，<130 mmHg/80 mmHg
围手术期	目标血压<150 mmHg/90 mmHg，若合并糖尿病或慢性肾脏病，目标血压<140 mmHg/90 mmHg

当已经出现并发症甚至终点事件的高血压患者血压控制在适宜水平后，指导其坚持药物治疗，保证低盐、低脂、低胆固醇饮食，每日摄入食盐量不超过 5 g，限食动物脂肪、内脏、腌制食物，戒烟限酒，多食蔬菜水果，防止便秘。在病情允许的情况下，合理运动康复，注意保暖，保证充足的睡眠。此外，注意调节情志，避免情绪波动，对于轻度焦虑抑郁状态的患者可通过心理疏导、心理训练等方式进行调节。推荐八段锦、太极拳等传统功法锻炼，若焦虑抑郁情绪难以自我调节者，建议心理科联合诊疗。定期随访，动态调整血压，降低再发终点事件的发生率，改善患者的长期预后。

## 8 随访与监测

### 8.1 随访

随访内容：测量血压和（或）动态血压，了解血压数值及达标状态。

询问高血压患者的服药依从性，根据血压的波动以及服药后的不良反应进行高血压治疗药物的调整，嘱咐患者按时服药，指导患者改善生活方式、坚持长期治疗，不随意停药。随诊间隔：根据患者的心血管总体风险及血压水平决定。建议正常高值或高血压 1 级，危险分层属低危、中危或仅服 1 种药物治疗者，每 1 个月~3 个月随诊 1 次；新发现的高危及较复杂病例随诊的间隔应较短，高危患者血压未达标或临床有症状者，可考虑缩短随诊时间（2 周~4 周）；血压达标且稳定者，每月 1 次或者延长

随访时间。对使用了至少 3 种降压药，血压仍未达标者，应考虑将患者转至高血压专科诊治。随诊要有医疗记录，要建立随诊病历，社区医院要建立患者随诊档案。在随诊病历上应记录每次就诊时的血压和心率数值，记录与血压相关的症状、药物种类和剂量以及不良反应等。

## 8.2 监测

随着血压遥测技术和设备的进展以及互联网的发展，家庭血压远程监测和管理将会成为未来血压管理的新常态。我们推荐家庭自测血压与互联网结合，构建集风险筛查评估、健康监测、个体化生活方式干预建议、用药指导及记录、健康咨询为一体的中西医结合远程健康管理新模式。

## 附录 A

### (资料性)

### 本文件制定方法

#### A.1 中医疗法及非药物治疗法遴选

通过查阅国家药品监督管理局官网 (<https://www.nmpa.gov.cn/>)、国家药品监督管理局药物评审中心 (<http://www.cde.org.cn/>) 等政策性文件后, 发现目前我国尚未批准高血压病治未病的直接循证依据。故本文件涉及高血压病治未病中西医结合疗法、非药物治疗法等在中国期刊全文数据库 (CNKI)、万方医学网、维普数据库、美国国立医学图书馆 (Medline/PubMed)、考克兰图书馆 (Cochrane Library)、Embase 等各大中英文数据库中, 以“高血压、治未病、高血压前期、中医药、非药物治疗”等为关键词进行的检索, 结果包括与高血压病治疗相关的所有中医疗法及非药物治疗法, 调摄和防护。纳入病例符合高血压诊断标准, 以及高血压疾病患病风险高的人群。中医疗法包括中成药、汤药。非药物治疗法包括运动、饮食、生活方式改变、中医非药物治疗法, 如针灸、传统功法、穴位贴敷等。

#### A.2 检索策略

##### A.2.1 检索数据库

中文数据库: 中国期刊全文数据库 (CNKI)、维普中文科技期刊数据库 (VIP)、万方数据库 (Wanfang Data)。

外文数据库: 美国国立医学图书馆 (Medline/PubMed)、Cochrane Library、Embase。

##### A.2.2 检索方式

采用主题词结合自由词的方式, 中文检索词包括高血压、高血压前期, 中医方剂名、中成药名、治未病、非药物治疗法、靶器官损害等; 英文检索词 Hypertension, Prehypertension, decoction, Traditional Chinese Medicine 等。检索时间跨度为 2022 年 1 月 1 日之前的期刊文献。文献发表语种不限。将检索到的文献导入 NoteExpress 软件, 进行文献管理。

#### A.3 文献筛选

##### A.3.1 纳入标准

A.3.1.1 研究对象 (P): 高血压患者、高血压前期以及患病风险高人群。

A.3.1.2 干预措施 (I): 中医干预方式。

A.3.1.3 对照 (C): 西医常规治疗、安慰剂对照或空白对照。

A.3.1.4 结局指标 (O): 诊室收缩压水平、诊室舒张压水平、24 h 平均收缩压水平、24 h 平均舒张压水平等。

A.3.1.5 研究设计 (S): 随机对照试验、系统评价/Meta 分析。

##### A.3.2 排除标准

来自同一单位、同一时间段、纳入同一人群，实质内容重复的研究或报道，则选择内容较完善的一篇作为目标文献。

### A.3.3 资料提取

阅读全文后提取最终纳入文献的相关资料，内容包括：研究作者、发表时间、出版期刊、研究设计、研究对象、样本量、随机化方法、盲法、治疗和对照措施、试验周期、用药剂量、给药途径、结局评价指标、安全性评价指标。

### A.4 纳入文献的方法学质量评价

运用 AMSTAR 评价工具（a measurement tool to assess systematic reviews, AMSTAR）对纳入的系统综述（systematic review, SR）/Meta 分析进行偏倚风险评价。当 AMSTAR 评价结果显示现有 SR 的方法学质量高，但发表年份 >2 年，或不足 2 年但后续新的研究较多，则对该 SR 进行更新。当 AMSTAR 评价结果显示现有 SR 的方法学质量低，或者筛选之后发现某一 PICO 问题没有 SR 时，检索原始研究证据进行评价和综合。更新 SR 和制定快速系统评价参考 Cochrane 系统评价手册。

使用《Cochrane 干预措施系统评价手册 5.1.0 版》偏倚风险评价工具（risk of bias, RoB）对 RCT 进行方法学质量评价。在临床试验中，偏倚可分为随机序列的产生、分配隐藏、研究者与受试者盲法、结局评价者盲法、不完整结局数据、选择性报告研究结果及其他偏倚共 7 项。针对每个条目做出“低风险”、“高风险”或“风险不确定”的判断。“低风险”表示偏倚风险较低，文献可信度较高；“高风险”表示文献数据可能有较大的偏倚可能；“风险不确定”表示文献中缺少足够的信息以对相应条目做出明确的判断。偏倚风险评估由 2 名研究员独立完成，如遇分歧，则通过第 3 位研究者协助解决。

### A.5 证据综合分析

应用 Review Manager 5.3 对研究类型相同、干预措施相同、结局指标相同、数据类别相同的随机对照试验原始研究的数据进行整合分析。观察指标采用区间估计，计数资料用相对危险度（risk ratio, RR）及其 95% 置信区间（confidence interval, CI）表示；单位统一的计量资料用均数差（mean difference, MD）及其 95% CI 表示。

### A.6 证据体质量评价与推荐标准

采用 GRADE 方法对证据体进行汇总和质量评价，将证据体分为高、中、低、极低 4 个等级。基于专家意见，采用德尔菲法达成共识，形成推荐强度。

GRADE 证据等级：

- 高（A）：我们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）：我们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）：我们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。

GRADE 推荐强度：

- a) 强推荐：明确显示干预措施利大于弊或弊大于利；
  - b) 弱推荐：利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当。
- 更多内容见附录 C。

## A.7 推荐意见形成

对基于临床证据水平的推荐意见采取小组投票方式取得共识。以 GRADE 系统推荐分级方法评价证据质量，由指南工作组制作推荐意见决策表，使用 GRADE 网格，利用专家共识会议法，通过两轮共识会议达成本指南推荐意见共识。GRADE 网格单项投票 $>50\%$  为通过，如各项投票均 $\leq 50\%$ ，强推荐及弱推荐之和，或强不推荐及弱不推荐之和 $>70\%$ ，则结果为弱推荐或弱不推荐。如第一轮投票结果未得到统一结论，进行第二轮投票，最终对推荐意见达成共识。

## A.8 制定过程

前期文献证据推荐通过专家共识的形式进行。经过三轮专家论证后制定初稿，并在全国从事中医高血压相关临床工作 10 年以上且具有主任医师职称的专家中进行首轮专家问卷；结合专家问卷结果，召开专家论证会。组成评估小组，就本文件制修订的方法、推荐意见合理性和用于实践可行性等方面进行判断、评分，对本文件初稿、编制说明等材料进行评价，提出所属学科专家评估小组评价意见。本文件工作组根据评估小组评价意见，撰写指南质量方法学评价报告，并进一步修改完善本文件。将修订后的文件送至同行专家（本文件工作组以外的独立成员，包括临床领域和方法学方面的专家）进行进一步评审。

## 附录 B

(资料性)

## 调查问卷

## B.1 高血压风险评估问卷

高血压风险评估问卷见表 B.1。

表 B.1 高血压风险评估问卷

编号	危险因素条目		得分	
			是	否
1	年龄	男>55 周岁，女性>65 周岁	1	0
2	超重和肥胖	BMI $\geq 24$ kg/m <sup>2</sup> 或成年男性腰围 $\geq 90$ cm、成年女性腰围 $\geq 85$ cm	1	0
3	家族史	一级二级亲属中是否有早发（55 周岁之前）高血压患者	1	0
4	高钠饮食	每日食盐摄入量是否超过 5 g	1	0
5	低钾饮食	平素是否新鲜的绿色蔬菜和水果食用量少	1	0
6	缺乏体力活动	平时中等强度运动频率能否达到 3 次/周	1	0
7	吸烟及被动吸烟	是否有吸烟的习惯	1	0
8	过量饮酒	饮酒量每日男性 40 g 以上，女性 20 g 以上	1	0
9	长期精神紧张	平时是否容易情绪紧张，感到压力较大	1	0
10	睡眠呼吸暂停综合征	是否睡眠质量差，打鼾，易醒	1	0
11	糖尿病	是否临床诊断	1	0
12	血脂异常	是否临床诊断	1	0
注 1：一级亲属是父母、子女以及兄弟姐妹（同父母）。 注 2：二级亲属是叔、伯、姑、舅、姨、祖父母、外祖父母。 注 3：共 12 项危险因素，每项危险因素按二级评分，累计最高分 12 分。 注 4：总得分 1 分~4 分为低风险，5 分~8 分为中风险，9 分~12 分为高风险。				

## B.2 中医体质分类与判断表

要求受试者根据近一年的体验和感觉，回答表 B.2~表 B.10 中的全部问题，每一问题按 5 级评分，计算原始分及转化分，依标准判定体质类型。原始分 = 各个条目分值相加；转化分数 = [(原始分-条目数)/(条目数×4)]×100。

平和质为正常体质，其他 8 种体质为偏颇体质。若平和质转化分 $\geq 60$  分，其他 8 种体质转化分均 $< 30$  分，则判定为平和质；若平和质转化分 $\geq 60$  分，其他 8 种体质转化分均 $< 40$  分，则判定为基本是平和质；不满足上述条件者，则不属于平和质。偏颇体质转化分 $\geq 40$  分，则判定为是；转化分 30 分~

39 分为倾向是；转化分<30 分则为否。

表 B.2 中医体质分类与判断表-平和质（A 型）

请根据您的近一年的体验和感觉，回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您精力充沛吗?	1	2	3	4	5
(2) 您容易疲乏吗? <sup>a</sup>	1	2	3	4	5
(3) 您说话声音低弱无力吗? <sup>a</sup>	1	2	3	4	5
(4) 您感到闷闷不乐、情绪低沉吗? <sup>a</sup>	1	2	3	4	5
(5) 您比一般人耐受不了寒冷(冬天的寒冷, 夏天的冷空调、电扇等)吗? <sup>a</sup>	1	2	3	4	5
(6) 您能适应外界自然和社会环境的变化吗?	1	2	3	4	5
(7) 您容易失眠吗? <sup>a</sup>	1	2	3	4	5
(8) 您容易忘事(健忘)吗? <sup>a</sup>	1	2	3	4	5
判断结果 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 倾向是 <input type="checkbox"/> 否					
<sup>a</sup> 需先逆向计分, 即 1→5, 2→4, 3→3, 4→2, 5→1, 再用公式转化分。					

表 B.3 中医体质分类与判断表-气虚质（B 型）

请根据您的近一年的体验和感觉，回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您容易疲乏吗?	1	2	3	4	5
(2) 您容易气短(呼吸短促, 接不上气)吗?	1	2	3	4	5
(3) 您容易心慌吗?	1	2	3	4	5
(4) 您容易头晕或站起时晕眩吗?	1	2	3	4	5
(5) 您比别人容易患感冒吗?	1	2	3	4	5
(6) 您喜欢安静、懒得说话吗?	1	2	3	4	5
(7) 您说话声音低弱无力吗?	1	2	3	4	5
(8) 您活动量稍大就容易出虚汗吗?	1	2	3	4	5
判断结果 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 倾向是 <input type="checkbox"/> 否					

表 B.4 中医体质分类与判断表-阳虚质（C 型）

请根据您的近一年的体验和感觉，回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您手脚发凉吗?	1	2	3	4	5
(2) 您胃脘部、背部或腰膝部怕冷吗?	1	2	3	4	5
(3) 您感到怕冷、衣服比别人穿得多吗?	1	2	3	4	5
(4) 您比一般人耐受不了寒冷（冬天的寒冷，夏天的冷空调、电扇等）吗?	1	2	3	4	5
(5) 您比别人容易患感冒吗?	1	2	3	4	5
(6) 您吃(喝)凉的东西会感到不舒服或者怕吃(喝)凉东西吗?	1	2	3	4	5
(7) 您受凉或吃(喝)凉的东西后，容易腹泻(拉肚子)吗?	1	2	3	4	5
判断结果 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 倾向是 <input type="checkbox"/> 否					

表 B.5 中医体质分类与判断表-阴虚质（D 型）

请根据您的近一年的体验和感觉，回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您感到手脚心发热吗?	1	2	3	4	5
(2) 您感觉身体、脸上发热吗?	1	2	3	4	5
(3) 您皮肤或口唇干吗?	1	2	3	4	5
(4) 您口唇的颜色比一般人红吗?	1	2	3	4	5
(5) 您容易便秘或大便干燥吗?	1	2	3	4	5
(6) 您面部两颧潮红或偏红吗?	1	2	3	4	5
(7) 您感到眼睛干涩吗?	1	2	3	4	5
(8) 您感到口干咽燥、总想喝水吗?	1	2	3	4	5
判断结果 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 倾向是 <input type="checkbox"/> 否					

表 B.6 中医体质分类与判断表-痰湿质 (E 型)

请根据您的近一年的体验和感觉, 回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您感到胸闷或腹部胀满吗?	1	2	3	4	5
(2) 您感到身体沉重不轻松或不爽快吗?	1	2	3	4	5
(3) 您腹部肥满松软吗?	1	2	3	4	5
(4) 您有额部油脂分泌多的现象吗?	1	2	3	4	5
(5) 您上眼睑比别人肿(上眼睑有轻微隆起现象)吗?	1	2	3	4	5
(6) 您嘴里有黏黏的感觉吗?	1	2	3	4	5
(7) 您平时痰多, 特别咽喉部总感到有痰堵着吗?	1	2	3	4	5
(8) 您舌苔厚腻或有舌苔厚厚的感觉吗?	1	2	3	4	5
判断结果 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 倾向是 <input type="checkbox"/> 否					

表 B.7 中医体质分类与判断表-湿热质 (F 型)

请根据您的近一年的体验和感觉, 回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您面部或鼻部有油腻感或者油亮发光吗?	1	2	3	4	5
(2) 您容易生痤疮或疮疖吗?	1	2	3	4	5
(3) 您感到口苦或嘴里有异味吗?	1	2	3	4	5
(4) 您大便黏滞不爽、有解不尽的感觉吗?	1	2	3	4	5
(5) 您小便时尿道有发热感、尿色浓(深)吗?	1	2	3	4	5
(6) 您带下色黄(白带颜色发黄)吗? (限女性回答)	1	2	3	4	5
(7) 您的阴囊部位潮湿吗? (限男性回答)	1	2	3	4	5
判断结果 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 倾向是 <input type="checkbox"/> 否					

表 B.8 中医体质分类与判断表-血瘀质（G 型）

请根据您的近一年的体验和感觉，回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您的皮肤在不知不觉中会出现青紫瘀斑(皮下出血)吗?	1	2	3	4	5
(2) 您两颧部有细微红丝吗?	1	2	3	4	5
(3) 您身体上哪里疼痛吗?	1	2	3	4	5
(4) 您面色晦黯或容易出现褐斑吗?	1	2	3	4	5
(5) 您容易有黑眼圈吗?	1	2	3	4	5
(6) 您容易忘事(健忘)吗?	1	2	3	4	5
(7) 您口唇颜色偏黯吗?	1	2	3	4	5
判断结果 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 倾向是 <input type="checkbox"/> 否					

表 B.9 中医体质分类与判断表-气郁质（H 型）

请根据您的近一年的体验和感觉，回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您感到闷闷不乐、情结低沉吗?	1	2	3	4	5
(2) 您容易精神紧张、焦虑不安吗?	1	2	3	4	5
(3) 您多愁善感、感情脆弱吗?	1	2	3	4	5
(4) 您容易感到害怕或受到惊吓吗?	1	2	3	4	5
(5) 您胁肋部或乳房胀痛吗?	1	2	3	4	5
(6) 您无缘无故叹气吗?	1	2	3	4	5
(7) 您咽喉部有异物感,且吐之不出、咽之不下吗?	1	2	3	4	5
判断结果 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 倾向是 <input type="checkbox"/> 否					

表 B.10 中医体质分类与判断表—特禀质（I 型）

请根据您的近一年的体验和感觉，回答以下问题	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
(1) 您没有感冒时也会打喷嚏吗？	1	2	3	4	5
(2) 您没有感冒时也会鼻塞、流鼻涕吗？	1	2	3	4	5
(3) 您有因季节变化、温度变化或异味等原因而咳喘的现象吗？	1	2	3	4	5
(4) 您容易过敏(对药物、食物、气味、花粉或在季节交替、气候变化时)吗？	1	2	3	4	5
(5) 您的皮肤容易起荨麻疹(风团、风疹块、风疙瘩)吗？	1	2	3	4	5
(6) 您的皮肤因过敏出现过紫癜(紫红色瘀点、瘀斑)吗？	1	2	3	4	5
(7) 您的皮肤一抓就红，并出现抓痕吗？	1	2	3	4	5
判断结果 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 倾向是 <input type="checkbox"/> 否					

## 附录 C

(资料性)

## GRADE 证据等级分级、推荐强度及其定义

GRADE 证据等级分级、推荐强度及其定义见表 C.1～表 C.3。

表 C.1 GRADE 证据等级分级表

证据分级	代码	说明
高质量	A	我们非常确信真实的效应值接近效应估计值
中等质量	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
低质量	C	我们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
极低质量	D	我们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

表 C.2 GRADE 推荐强度

推荐强度	具体描述
强	明显提示干预措施利大于弊或弊大于利
弱	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当

表 C.3 GRADE 推荐强度分级的定义

定义	强推荐	弱推荐
对患者	几乎所有患者均会接受所推荐的方案 此时若未接受推荐，则应说明	多数患者会采纳方案，但仍有不少患者可能因不同的偏好与价值观而不采用
对临床医生	应对几乎所有患者都推荐该方案 此时若未给予推荐，则应说明	应该认识到不同患者有各自适合的选择，帮助每个患者做出体现他偏好与价值观的决定
对政策制定者	该推荐方案一般会被直接采纳到政策制定中去	制定政策时需要充分讨论，并需要众多利益相关者参与

## 参 考 文 献

- [1] Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants[J]. Lancet, 2021, 398(10304): 957-980.
- [2] 胡盛寿编. 中国心血管健康与疾病报告 2021[M]. 北京: 科学出版社, 2022: 217.
- [3] Wang Z, Chen Z, Zhang L, et al. Status of Hypertension in China: Results From the China Hypertension Survey, 2012-2015[J]. Circulation, 2018, 137(22): 2344-2356.
- [4] 国家基层高血压防治管理指南 2020 版[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2021, 13(04): 26-37.
- [5] 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.
- [6] Unger T, Borghi C, Charchar F, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines[J]. J Hypertens, 2020, 38(6): 982-1004.
- [7] 国家卫生健康委员会疾病预防控制局, 国家心血管病中心, 中国医学科学院阜外医院, 等. 中国高血压健康管理规范(2019) [J]. 中华心血管病杂志, 2020, 48(1): 10-46.
- [8] 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.
- [9] Chowdhury M Z I, Naeem I, Quan H, et al. Prediction of hypertension using traditional regression and machine learning models: A systematic review and meta-analysis[J]. PLoS One, 2022, 17(4): e0266334.
- [10] 何昭霞, 吴俊林, 李超, 等. 25064 例体检人群高血压检出情况及风险预测模型分析[J]. 广西医科大学学报, 2022, 39(09): 1486-1492.
- [11] Zhao H, Zhang X, Xu Y, et al. Predicting the Risk of Hypertension Based on Several Easy-to-Collect Risk Factors: A Machine Learning Method[J]. Front Public Health, 2021, 9: 619429.
- [12] Kanegae H, Oikawa T, Suzuki K, et al. Developing and validating a new precise risk-prediction model for new-onset hypertension: The Jichi Genki hypertension prediction model (JG model) [J]. J Clin Hypertens (Greenwich), 2018, 20(5): 880-890.
- [13] 范舜华, 陈浩生, 陈少旭, 等. 500 例原发性高血压患者中医体质类型研究[J]. 中西医结合研究, 2021, 13(04): 254-255.
- [14] Vaura F, Kauko A, Suvila K, et al. Polygenic Risk Scores Predict Hypertension Onset and Cardiovascular Risk[J]. Hypertension, 2021, 77(4): 1119-1127.
- [15] Gu D, Wildman R P, Wu X, et al. Incidence and predictors of hypertension over 8 years among Chinese men and women[J]. J Hypertens, 2007, 25(3): 517-23.
- [16] 冯宝玉, 陈纪春, 李莹, 等. 中国成年人超重和肥胖与高血压发病关系的随访研究[J]. 中华流行病学杂志, 2016, 37(05): 606-611.
- [17] 王增武, 郝光, 王馨, 等. 我国中年人群超重/肥胖现状及心血管病危险因素聚集分析[J]. 中华高血压杂志, 2014, 22(10): 1000.

- [18] 中国肥胖问题工作组数据汇总分析协作组. 我国成人体重指数和腰围对相关疾病危险因素异常的预测价值:适宜体重指数和腰围切点的研究[J]. 中华流行病学杂志, 2002(01): 10-15.
- [19] 牟建军. 限盐管理控制高血压中国专家指导意见[J]. 中华高血压杂志, 2015, 23(11): 1028-1034+1000.
- [20] 基层心血管病综合管理实践指南 2020[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2020, 12(08): 1-73.
- [21] Egan B M, Stevens-Fabry S. Prehypertension--prevalence, health risks, and management strategies[J]. Nat Rev Cardiol, 2015, 12(5): 289-300.
- [22] Liang X, Wang Q, Jiang Z, et al. Clinical research linking Traditional Chinese Medicine constitution types with diseases: a literature review of 1639 observational studies[J]. J Tradit Chin Med, 2020, 40(4): 690-702.
- [23] Lin Y C, Chen C T, Chao P Z, et al. Prevention of Incident Hypertension in Patients With Obstructive Sleep Apnea Treated With Uvulopalatopharyngoplasty or Continuous Positive Airway Pressure: A Cohort Study[J]. Front Surg, 2022, 9: 818591.
- [24] Tanigawa T. Obstructive sleep apnea: its prevention and screening may contribute to the prevention of hypertension, diabetes and cardiovascular diseases[J]. Epma j, 2011, 2(1): 83-9.
- [25] 袁姣, 武青松, 雷枢, 等. 我国中老年人群高血压流行现状及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(34): 4337-4341.
- [26] 李光春, 金东晖, 刘加吾, 等. 湖南省人群高血压流行现状与相关因素的 Logistic 回归分析[J]. 实用预防医学, 2009, 16(06): 1957-1959.
- [27] YYXH/T 157—2009 中医体质分类与判定.
- [28] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 中华人民共和国卫生部印.
- [29] 高血压基层诊疗指南(2019年)[J]. 中华全科医师杂志, 2019(04): 301-313.
- [30] 中国营养学会. 中国居民膳食指南 2022[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2022: 360.
- [31] 刘思源, 黎红华. 高血压与睡眠障碍相关性研究进展[C]. 中国睡眠研究会第十四届全国学术年会, 2022: 393.
- [32] 中国老年高血压管理指南 2019[J]. 中华老年病研究电子杂志, 2019, 6(02): 1-27.
- [33] 王辰, 肖丹, 吴司南, 等. 中国临床戒烟指南(2015年版)[J]. 中华健康管理学杂志, 2016, 10(02): 88-95.
- [34] 赵君. 心理干预与健康管理在高血压患者干预中的应用[J]. 数理医药学杂志, 2021, 34(07): 1105-1106.
- [35] 刘芳. 强化健康教育及心理干预对老年高血压患者健康行为及生活质量的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(12): 190-192.
- [36] 李连影. 对高血压患者研究采取心理干预+健康教育的方案实施护理后的作用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(A5): 236-237.
- [37] Jp S, Kl T, Wj D, et al. 合并多种疾病的高血压患者的自测血压[J]. 中华高血压杂志, 2021, 29(02): 198.

- [38] 林晓映,沈燕,王舒. 基于雌激素浅谈逆时针灸预防围绝经期女性高血压病的可行性[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(11): 2231-2233.
- [39] 庄学琼. 中药代茶饮配合社区干预对中青年正常高值血压的控制效果观察[J]. 广西中医药大学学报, 2013, 16(04): 33-34.
- [40] 王旭颖. 中西医结合营养在中医体质调养中的探索[C]. 第十届全国中西医结合营养学术会议, 2019: 555-557.
- [41] 徐瑾. 中医体质调养对高血压病肝阳上亢型治疗作用观察[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(04): 422-423.
- [42] 九种体质及其调养[J]. 山东人大工作, 2016(08): 64.
- [43] 高血压合理用药指南(第2版)[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2017, 9(07): 28-126.
- [44] 高龄老年高血压患者血压管理中国专家共识[J]. 实用心脑血管病杂志, 2016, 24(01): 104.
- [45] 李毅欣. 慢性病管理模式对预防高血压并发症效果观察[J]. 中国农村卫生, 2021, 13(22): 51-52.
- [46] 周倩仪,马楷奇,郭意欣,等. 天麻钩藤饮联用血管紧张素转化酶抑制剂治疗原发性高血压的 Meta 分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(04): 206-212.
- [47] 王强,黎芳,方显明. 天麻钩藤饮合卡托普利对高血压病患者血压及炎症因子的影响[J]. 中医杂志, 2008(01): 32-34.
- [48] Wang J, Feng B, Yang X, et al. Tianma gouteng yin as adjunctive treatment for essential hypertension: a systematic review of randomized controlled trials[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2013, 2013: 706125.
- [49] 安妍. 天麻钩藤饮治疗肝阳上亢型高血压的 meta 分析[D]. 辽宁中医药大学, 2015.
- [50] Zhang D Y, Cheng Y B, Guo Q H, et al. Treatment of Masked Hypertension with a Chinese Herbal Formula: A Randomized, Placebo-Controlled Trial[J]. Circulation, 2020, 142(19): 1821-1830.
- [51] 颜晓睿,隋国媛,贾连群. 六味地黄丸联合西药治疗高血压病效果的 Meta 分析[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(01): 127-131.
- [52] 蔡丽慧. 六味地黄丸对老年性高血压 ET、NO 水平影响的研究[J]. 中医药学刊, 2004(07): 1280-1281.
- [53] 朱梅,鞠建庆,李运伦. 半夏白术天麻汤治疗痰湿壅盛型原发性高血压随机对照试验系统评价[J]. 山东中医药大学学报, 2014, 38(02): 105-108.
- [54] 陈新宇,尹玲珑,刘紫轩,等. 半夏白术天麻汤治疗原发性高血压临床疗效 Meta 分析[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(02): 196-199.
- [55] 马秀瑀. 半夏白术天麻汤及其加减治疗高血压病的 Meta 分析[D]. 黑龙江中医药大学, 2021.
- [56] 陈善夫,李甜,李梦蕾,等. 血府逐瘀方治疗原发性高血压有效性与安全性的系统评价与 Meta 分析[J]. 天津中医药, 2019, 36(09): 882-890.

- [57] 王冠军,阮列敏,戴霓,等. 血府逐瘀汤联合西药治疗老年难治性高血压的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2017, 33(12): 1158-1160.
- [58] 孙晓红,陈学彬. 血府逐瘀汤对高血压合并左室肥厚患者血清超敏C反应蛋白及血管紧张素II的影响[J]. 陕西中医, 2016, 37(11): 1455-1457.
- [59] 崔维,王龙安. 归脾汤加减对老年高血压病患者血压、负性情绪及生活质量的影响[J]. 中医学报, 2017, 32(08): 1503-1506.
- [60] 李海聪,杨毅玲,李求兵,等. 归脾汤加减中药治疗老年高血压病合并抑郁症及对患者血压和生活质量的影响[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(08): 3076-3081.
- [61] 张国华,吕琳. 天麻钩藤饮、温胆汤、血府逐瘀汤对自发性高血压大鼠心肌组织与血浆ALDO和Ang II的影响[J]. 山东医药, 2012, 52(37): 11-13.
- [62] 周曼丽,简维雄,王健章,等. 基于差异蛋白组学探讨复方钩藤降压片与替米沙坦对左心室肥厚干预的作用研究[J]. 中医药信息, 2020, 37(04): 45-51.
- [63] 王卫华. 复方丹参滴丸治疗脑梗死的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(20): 49-51.
- [64] 刘芳,陈乃宏,胡耀梅,等. 补阳还五汤类方对氧化应激PC12模型细胞CDK5及凋亡因子的影响[J]. 中国药理学通报, 2019, 35(12): 1758-1764.
- [65] 王毅超. 杞菊地黄汤加减对高血压早期肾损害的保护作用[J]. 长春中医药大学学报, 2014, 30(01): 107-108.
- [66] 刘望予,陈宏伟,陈达鑫,等. 清眩降压汤对自发性高血压大鼠肾脏损害的保护作用[J]. 中医杂志, 2018, 59(21): 1873-1876.
- [67] 李香凤,王亚楠,江虹,等. 血府逐瘀汤治疗瘀血阻络型高血压病临床疗效观察[J]. 北方药学, 2016, 13(05): 23-25.
- [68] 王建波,张晨新,马永钢,等. 防己黄芪汤对肥胖型高血压大鼠血管内皮保护作用机制研究[J]. 江苏中医药, 2020, 52(07): 83-87.
- [69] 孙希鹏,丁存涛,周亚群,等. 松龄血脉康对轻度原发性高血压病人血压及糖脂代谢的影响[J]. 首都医科大学学报, 2017, 38(03): 381-385.
- [70] 顾晶晶,周肖龙. 松龄血脉康胶囊治疗原发性高血压 45 例[J]. 中国药业, 2003(08): 69-70.
- [71] 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[J]. Circ Cardiovasc Qual Outcomes, 2022, 15(3): e007923.
- [72] 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.
- [73] 何智敏,梁耀荣. 缬沙坦联用松龄血脉康治疗原发性高血压探讨[J]. 实用心脑血管病杂志, 2006(12): 968-969.
- [74] 付莉,毛振兴,王静,等. 松龄血脉康胶囊对原发性高血压患者动态血压相关指标的影响:随机单盲对照试验[J]. 中西医结合学报, 2009, 7(06): 509-513.
- [75] 刘梦琳,樊根豪,张怀亮. 天麻钩藤颗粒联合降压药治疗原发性高血压病的系统评价及序贯分析[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(06): 1511-1522.

- [76] 袁法慧. 天麻钩藤颗粒联合硝苯地平治疗老年高血压患者疗效及对血管内皮功能和炎症细胞因子的影响[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(07): 1630-1632.
- [77] 周敬荣. 天麻钩藤颗粒结合常用西药治疗老年高血压[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(07): 327-330.
- [78] 刘燕坡. 厄贝沙坦联合清肝降压胶囊治疗原发性高血压疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(03): 278-280.
- [79] 赵玉艳. 硝苯地平缓释片(I)联合清肝降压胶囊治疗老年性高血压疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志, 2012, 20(04): 645-646.
- [80] 陈菁. 清肝降压胶囊联合硝苯地平缓释片治疗老年性高血压临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(25): 2835-2836.
- [81] 樊根豪, 邢作英, 刘梦琳, 等. 养血清脑颗粒治疗原发性高血压病及伴随症状有效性及安全性的系统评价和试验序贯分析[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(06): 1523-1536.
- [82] Liu Y, Guo D, Tian Y, et al. Efficacy and safety of Yangxue Qingnao granules for the treatment of essential hypertension: A protocol for systematic review and meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2021, 100(48): e27911.
- [83] 解君, 徐文娟, 李运伦, 等. 养血清脑颗粒治疗原发性高血压的系统评价[J]. 山东中医药大学学报, 2013, 37(05): 385-388.
- [84] 王新安. 养血清脑颗粒治疗高血压性头痛疗效观察[J]. 吉林医学, 2011, 32(05): 900-901.
- [85] 秦惠萍. 养血清脑颗粒与依那普利联合治疗对老年单纯收缩期高血压肾损害的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2008(11): 1363-1364.
- [86] 季昭臣, 林姗姗, 胡海殷, 等. 口服中成药联合常规西药治疗高血压病临床疗效与安全性的网状Meta分析[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(07): 1955-1988.
- [87] 赵明娟, 马琳璐, 李柄辉, 等. 银杏叶滴丸联合降压药治疗原发性高血压有效性的系统评价与Meta分析[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2019, 11(08): 910-913+918.
- [88] 蔡建华. 中西医结合治疗原发性高血压的临床疗效研究[J]. 中国现代医生, 2012, 50(11): 104-105.
- [89] 陶丽丽, 马晓昌. 从高血压指南看中医“治未病”非药物疗法的重要性[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(11): 4859-4862.
- [90] Dai L, Jiang Y, Wang P, et al. Effects of Three Traditional Chinese Fitness Exercises Combined with Antihypertensive Drugs on Patients with Essential Hypertension: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2021, 2021: 2570472.
- [91] Wu Y, Johnson B T, Chen S, et al. Tai Ji Quan as antihypertensive lifestyle therapy: A systematic review and meta-analysis[J]. J Sport Health Sci, 2021, 10(2): 211-221.
- [92] Guan Y, Hao Y, Guan Y, et al. Effects of Tai Chi on essential hypertension and related risk factors: A meta-analysis of randomized controlled trials[J]. J Rehabil Med, 2020, 52(5): jrm00057.

- [93] Xiong X, Wang P, Li S, et al. Effect of Baduanjin exercise for hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Maturitas*, 2015, 80(4): 370-8.
- [94] Guan Y, Hao Y, Guan Y, et al. Effects of Baduanjin exercise on essential hypertension: A meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2020, 99(32): e21577.
- [95] 武彦红. 关于易筋经运动疗法配合药物治疗原发性高血压病的临床观察[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2018, 18(81): 76+78.
- [96] 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.
- [97] 陈骥, 吴曦, 梁繁荣. 针刺治疗原发性高血压临床对照试验分析[J]. *辽宁中医杂志*, 2017, 44(08): 1580-1585.
- [98] 张磊, 曾宪涛, 田国祥, 等. 针刺与服用降压药比较治疗原发性高血压效果的 Meta 分析[J]. *中国循证心血管医学杂志*, 2017, 9(12): 1420-1426.
- [99] 李味味, 章新友, 罗山水, 等. 中药穴位贴敷法治疗高血压病临床疗效的 Meta 分析[J]. *实用医学杂志*, 2015, 31(19): 3237-3240.
- [100] 刘琼琼, 刘学超, 刘健, 等. 耳针治疗原发性高血压系统评价[J]. *亚太传统医药*, 2016, 12(21): 38-43.
- [101] 赵琦, 李海松, 冀美琦, 等. 推拿治疗原发性高血压的疗效和安全性系统综述及 Meta 分析[J]. *中医杂志*, 2018, 59(18): 1568-1573.
-