

ICS \*\*.\*.\*.\*.\*  
C\*\*



# 团体标准

T/CACM \*\*\*\*—20\*\*

## 高血压疾病治未病干预方案

Intervention program for prevention and treatment of hypertension  
(文件类型：征求意见稿)

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.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 流行病学.....	2
5 病因病机.....	2
6 筛查.....	2
6.1 高血压风险因素评估.....	2
6.2 中医体质辨识调查.....	2
7 干预.....	3
7.1 未病先防.....	3
7.1.1 加强监测.....	3
7.1.2 控制体重.....	3
7.1.3 合理膳食.....	3
7.1.4 合理运动.....	3
7.1.5 健康睡眠.....	4
7.1.6 戒烟限酒.....	4
7.1.7 心理调节.....	4
7.1.8 积极治疗原发病.....	4
7.1.9 环境起居.....	4
7.1.10 中医特色疗法.....	4
7.1.11 体质调养建议.....	5
7.2 既病防变.....	5
7.2.1 西医诊断标准.....	6
7.2.2 中医辨证分型.....	6
7.2.3 中医辨证论治.....	6
7.2.4 中医非药物治疗.....	6
7.2.5 西医治疗.....	6
7.3 瘥后防复.....	10
8 随访与监测.....	11
8.1 随访.....	11
8.2 监测.....	11
附录 A（资料性）.....	12
附录 B（规范性）.....	14
参考文献.....	23

## 前 言

本文件参照GB/T1.1—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》规定的起草。

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。

本文件起草人：商洪才、史大卓、徐浩、吴旻、刘红旭、李军、陈薇、邢雁伟、霍艳明、马丽红、黄力、彭建军、王国宏、王磊、李荣、王肖龙、张明雪、姜红岩、石宇杰、任骞、潘国忠、郝学增、肖珉、朱海燕、李蒙、马立永、郑相颖、潘熠、高群、叶家奇。

## 引言

最新一项覆盖全球184个国家或地区，多达1.04亿人的研究显示，1990~2019年30年期间，全球30~79岁高血压患者人数几乎翻倍，从6.5亿增至12.8亿，其中5.8亿人（45%）不知道自己患高血压，7.2亿人（56%）未治疗。在我国18岁及以上患高血压人数达2.45亿，处于高血压前期的达4.35亿，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。高血压是心脏病、脑卒中、肾病发病和死亡的最重要的危险因素，其发生发展与性别、年龄、遗传因素、饮食、运动等密切相关，但由于易被忽视，造成了临床中的高发病率与低控制率现状，日常生活调护、个体化中西医结合早期干预有利于降低原发性高血压发病率、改善既患人群的临床预后，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中国实际情况的特点，制定了《高血压疾病治未病干预方案》，集高血压危险因素筛查、风险分层评估、日常生活调护、个体化中西医结合干预等为一体，指导高血压的“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。

本方案以传统中医“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、Meta分析等研究文献，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、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的临床与科研提供依据和标准，促进高血压中医诊疗的规范化研究，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。

# 高血压疾病治未病干预方案

## 1 范围

本文件提供了高血压疾病治未病的范围、病因病机、筛查、干预、随访与监测。

本文件适用于中医院、中西医结合医院心血管科、中医科、综合科、中西医结合科等中医、中西医结合执业医师，西医执业医师。亦适用于既患高血压人群、高血压前期或健康人群自我预防的健康指导。

## 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，凡是注日期的引用文件，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 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

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 第2部分:证候

中国高血压防治指南(2018, 中国心血管杂志)

## 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

高血压是指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

高血压前期是指血压高于正常值,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120~139mmHg和/或舒张压在80~89mmHg之间,也叫“正常高值血压”。

### 3.3

**治未病**

“上医治未病”最早源自于《黄帝内经》所说:“上工治未病,不治已病,此之谓也”。

“治”,为治理管理的意思。“治未病”即采取相应的措施,防止疾病的发生发展。其在中医中的主要思想是:未病先防、既病防变和瘥后防复。

## 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，30~79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。2019年，中国女性高血压患病率为24%，位列全球患病率最低十大国家中的第九位。1990~2019年，中国男性高血压患病率上升幅度处于全球第五位，增长了10%<sup>[8]</sup>。高血压疾病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>[2]</sup>。

## 5 病因病机

参考《高血压中医诊疗专家共识》<sup>[1]</sup>等相关文献研究，对于高血压病因病机的认识，历代医家及现代学者大多强调“诸风掉眩，皆属于肝”，倡导从肝风、肝阳论治。本病病位与肝、脾、肾三脏关系密切。其病机主要与肝阳上亢、痰饮内停、肾阴亏虚等火证、饮证、虚证相关，三者常常合并存在，交互为病。具体而言，包括肝阳上亢，肝火上炎，阳升风动，上冲脑窍；脾胃虚弱，痰饮内生，肝风、肝阳夹痰浊之邪，上冲清窍；大病久病及肾，肾阴亏虚，水不涵木，脑窍失养。除此之外，情志内伤是高血压外在的病因病机。高血压疾病与情志失调、饮食不节、久病过劳、年迈体虚等因素有关。就“治未病”而言，对情志失调、饮食不节等因素的调摄是未病先防、既病防变以及瘥后防复的关键。

## 6 筛查

### 6.1 高血压危险因素评估

高血压发病重要危险因素包括遗传因素、年龄以及多种不良生活方式，如高钠低钾饮食、超重和肥胖、吸烟、过量饮酒、长期精神紧张等，也与年龄、高血压家族史、缺乏体力活动，以及糖尿病、血脂异常等其他因素密切相关。通过相关文献检索，总结高血压发病的危险因素，列出条目，包括个人基本信息、生活方式以及中医体质等内容，进行疾病风险评估预测，具体内容见附录B2。

低风险人群可暂不干预，或通过改变生活方式，来干预危险因素。中风险及高风险人群强烈建议通过改变生活方式及中医非药物疗法干预危险因素降低风险。既往高血压病史，现血压控制正常者，亦推荐通过改变生活方式及中医非药物疗法干预，以维持正常血压。对于高血压患者，推荐通过改变生活方式以及中西医结合的治疗方案控制血压。

### 6.2 中医体质辨识调查

使用简化的中医体质分类量表，进行体质辨识<sup>[9]</sup>，附表见 B3。

## 7 干预

### 7.1 未病先防

#### 7.1.1 加强监测

18 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>[1]</sup>。患病风险高者建议增加测量频率。（证据质量：高质量，推荐级别：强推荐）

基层医疗卫生机构：落实 35 岁以上人群首诊测血压制度<sup>[2]</sup>。（证据质量：高质量，推荐级别：强推荐）

#### 7.1.2 控制体重

建议将体重维持在健康范围<sup>[1-2]</sup>内(BMI: 18.5~23.9 kg/m<sup>2</sup>，男性腰围<90 cm，女性<85 cm)。（证据质量：高质量，推荐级别：强推荐）

#### 7.1.3 合理膳食

建议限制过多钠盐摄入，增加膳食中钾盐摄入量<sup>[1]</sup>。（证据质量：高质量，推荐级别：强推荐）

首先减少烹调用盐，中国营养学会推荐健康成人每日食盐摄入量不宜超过 6 g（具体而言：每人每餐摄入盐不超过 2 g，即一个 2 g 的标准盐勺；每人每天摄入盐不超过 6 g，即普通啤酒瓶盖去胶垫后一平盖）。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。

减少膳食脂肪，补充适量蛋白质。多食蔬菜和水果，摄入足量钾、镁、钙。（证据质量：高质量，推荐级别：强推荐）

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、富含膳食纤维的全谷物、植物来源的蛋白质为主，减少饱和脂肪和胆固醇摄入。饮食富含新鲜蔬菜、水果、低脂（或脱脂）乳制品、禽肉、鱼、大豆和坚果，少糖、含糖饮料和红肉，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。具体推荐食物表见附录 B4。

#### 7.1.4 合理运动

建议除日常生活的活动外，每周 4~7 天，每天累计 30~60 分钟的中等强度运动<sup>[2]</sup>（如步行、慢跑、骑自行车、游泳等）。（证据质量：高质量，推荐级别：强推荐）

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

度须因人而异，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。

#### 7.1.5 健康睡眠

保证充足睡眠并改善睡眠质量<sup>[1,2,10]</sup>。（证据质量：高质量，推荐级别：强推荐）

#### 7.1.6 戒烟限酒

建议患者戒烟<sup>[2]</sup>。（证据质量：高质量，推荐级别：强推荐）

建议吸烟者在1~2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>[3,11]</sup>。

建议患者戒酒或严格限制饮酒<sup>[1]</sup>。（证据质量：高质量，推荐级别：强推荐）

若饮酒，则应少量并选择低度酒，避免饮用高度烈性酒。每日酒精摄入量男性不超过25g，女性不超过15g；每周酒精摄入量男性不超过140g，女性不超过80g。白酒、葡萄酒、啤酒摄入量分别少于50ml、100ml、300ml<sup>[3,12]</sup>。

#### 7.1.7 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>[2]</sup>。（证据质量：高质量，推荐级别：强推荐）

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，出现焦虑抑郁情绪难以自我调节者可与心理科联合诊治<sup>[13-15]</sup>。

#### 7.1.8 积极治疗原发病

积极治疗合并疾病<sup>[2]</sup>。（证据质量：高质量，推荐级别：强推荐）

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>[16]</sup>。

#### 7.1.9 环境起居

夏季注意避暑，使用空调避免直吹、久吹。秋冬注意保暖。避免大汗、醉酒等，生活起居规律<sup>[2]</sup>，切忌连续熬夜。保持居室干燥。衣着宽松，面料以棉麻丝等天然纤维为主。居室宜温不宜凉，环境宜宽敞明亮，装饰宜明快亮丽。衣着宽松。在季节更替或外出之时，及时增减衣物。多走出户外，舒展形体，放松心情。（证据质量：低质量，推荐级别：弱推荐）

#### 7.1.10 中医特色疗法

针灸疗法：可选用太冲、曲池、风池等穴位<sup>[17]</sup>。（证据质量：低质量，推荐级别：弱



推荐)

中药代茶饮<sup>[18]</sup>: 中高风险者可选择日常饮用中药代茶饮。(证据质量: 低质量, 推荐级别: 弱推荐)

常用降压中药代茶饮主要有:

菊花茶: 选用杭白菊 3 克泡茶饮用, 每日 3 次, 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 1~2 枚泡茶饮用, 每日 1 次。

莲子心茶: 选用莲子心 12 克, 泡茶饮用。每日早晚各饮 1 次。

决明子茶: 选用 15~20 克决明子泡茶饮用, 每日 1 次。

### 7.1.11 体质调养建议

根据目前通用的中医体质辨识方法及调养方案, 进行不同体质的调养建议<sup>[19-21]</sup>, 具体内容见附表B5。

## 7.2 既病防变

### 7.2.1 西医诊断标准

参照中华中医药学会标准《中国高血压防治指南(2018 年修订版)》中的西医诊断标准。符合高血压诊断者。(见附录 B6、B7)

### 7.2.2 中医辨证分型

中医辨证分型参考中华中医药学会标准《高血压中医诊疗专家共识(T/CACM1216-2019)》、中医临床诊疗术语 第2部分: 证候(GB/T 16751.2-2021)等。并经起草组专家讨论, 形成共识, 归纳形成高血压的临床常见5个证型:

#### 7.2.2.1 肝阳上亢

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。

#### 7.2.2.2 痰湿壅盛

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。

#### 7.2.2.3 瘀血阻络

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、脉弦涩。

#### 7.2.2.4 气血两虚

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。

#### 7.2.2.5 肝肾阴虚

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。

### 7.2.3 中医辨证论治

#### 7.2.3.1 肝阳上亢证

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（证据级别：低质量，**推荐级别：强推荐**）<sup>[22-24]</sup>

药物组成及推荐用量：天麻（9g），钩藤（12g 后下），石决明（18g 先煎），山栀子（9g），黄芩（9g），川牛膝（12g），杜仲（9g），益母草（9g），桑寄生（12g），夜交藤（9g），朱茯神（9g）。

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。

#### 7.2.3.2 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（证据级别：低质量，**推荐级别：强推荐**）<sup>[25-26]</sup>

药物组成及推荐用量：半夏（4.5g），天麻（3g），茯苓（3g），橘红（3g），白术（3g），甘草（3g），生姜（一片），大枣（两枚）。

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。

#### 7.2.3.3 瘀血阻络证

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（证据级别：低质量，**推荐级别：弱推荐**）<sup>[27-29]</sup>

药物组成及推荐用量：桃红（12g），红花（9g），当归（9g），生地（9g），川芎（4.5g），赤芍（6g），牛膝（9g），桔梗（4.5g），柴胡（3g），枳壳（6g），甘草（6g）。

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、廑虫、水蛭等以活血破瘀。

#### 7.2.3.4 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（证据级别：低质量，推荐级别：弱推荐）<sup>[30-31]</sup>

药物组成及推荐用量：白术（9g），黄芪（12g），龙眼肉（12g），酸枣仁（12g），人参（6g），木香（6g），炙甘草（3g），当归（9g），远志（6g），生姜五片，大枣一枚。

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。

#### 7.2.3.5 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（证据级别：低质量，推荐级别：弱推荐）<sup>[32-33]</sup>

药物组成及推荐用量：熟地黄（24g），山萸肉（12g），干山药（12g），泽泻（9g），茯苓去皮（9g），牡丹皮（9g），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。

#### 7.2.4 中成药

##### 7.2.4.1 肝阳上亢证

**推荐中成药1：**松龄血脉康胶囊<sup>[34-38]</sup>。（证据级别：中等质量，推荐级别：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>[35]</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>[37-38]</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，一次3粒，一日三次。

**推荐中成药2：天麻钩藤颗粒<sup>[39-41]</sup>。（证据级别：低质量，推荐级别：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>[40]</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>[41]</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>[40]</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，一次一袋（5g），一日三次。

**推荐中成药3：强力定眩片<sup>[42-44]</sup>。（证据级别：低质量，推荐级别：弱推荐）**

功效：降压，降脂，定眩。

主要成分：天麻、杜仲、野菊花、杜仲叶、川芎。

使用条件：强力定眩片可应用于合并高脂血症、动脉硬化的原发性高血压患者。

安全性：说明书记载不良反应尚不明确。有1项研究<sup>[43]</sup>报告强力定眩片联合硝苯地平控释片出现面部潮红、牙龈肥厚及一过性低血压，与硝苯地平控释片对照组无统计学差异。

推荐用法用量：口服，一次4~6片，一日三次。

#### 7.2.4.2 肝肾阴虚证

**推荐中成药1：清肝降压胶囊<sup>[45-47]</sup>。（证据级别：低质量，推荐级别：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>[45]</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>[45]</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，一次3粒，一日三次。

#### 7.2.4.3 肝火亢盛，痰湿壅盛证

**推荐中成药1：牛黄降压丸<sup>[48-49]</sup>。（证据级别：低质量，推荐级别：弱推荐）**

功效：清热化痰，平肝安神。

主要成分：羚羊角、珍珠、水牛角浓缩粉、人工牛黄、冰片、白芍、党参、黄芪、决明子、川芎、黄芩提取物、甘松、薄荷、郁金。

使用条件：用于心肝火旺、痰湿壅盛所致的头晕目眩、头痛失眠、烦躁不安的高血压患者。牛黄降压丸<sup>[48]</sup>对伴有焦虑的高血压病患者适用。

安全性：说明书记载不良反应尚不明确。若患者有慢性胃肠道疾病史，牛黄降压丸可能导致腹泻，注意慎用。有文献<sup>[48]</sup>报道牛黄降压丸组出现2例发生轻度腹泻。牛黄降压丸组<sup>[49]</sup>出现仅1例头晕痛，1例恶心。

推荐用法用量：口服，一次20~40丸，一日一次。

**推荐中成药2：牛黄清心丸。（证据级别：低质量，推荐级别：弱推荐）**

功效：清心化痰，镇惊祛风。

主要成分：体外培育牛黄、当归、川芎、山药、黄芩、炒苦杏仁、六神曲、人工麝香、冰片、水牛角浓缩粉、羚羊角、朱砂、雄黄。

使用条件：用于风痰阻窍所致的头晕目眩、痰涎壅盛、神志混乱、言语不清及惊风抽搐、癫痫。

安全性：说明书记载不良反应尚不明确。孕妇慎用。推荐用法用量：口服，一次1丸，一日一次。

#### 7.2.4.3 瘀血阻络证

**推荐中成药：心可舒片<sup>[50-52]</sup>。（证据级别：低质量，推荐级别：弱推荐）**

功效：活血化瘀，行气止痛。

主要成分：丹参、葛根、三七、山楂、木香。

使用条件：用于气滞血瘀引起的胸闷、心悸、头晕、头痛、颈项疼痛；冠心病心绞痛、高血脂、高血压、心律失常常见上诉证候者。有文献<sup>[50]</sup>报道心可舒联合苯磺酸氨氯地平治疗高血压总有效率高于苯磺酸氨氯地平组，差异具有统计学意义；心可舒片<sup>[51]</sup>与厄贝沙坦、氨氯地平联用治疗高血压可明显缓解临床症状、逆转左室肥厚、改善心肌缺血。心可舒片<sup>[52]</sup>联合常规降压治疗可进一步改善高血压患者的内皮舒张功能。

安全性：说明书记载不良反应尚不明确。有文献<sup>[50]</sup>报道心可舒联合苯磺酸氨氯地平组出现1例面部潮红，1例恶心，不良反应发生率低于对照组，差异具有统计学意义。

推荐用法用量：口服，一次4片，一日三次。

#### 7.2.5 非药物治疗

**7.2.5.1 中医特色功法锻炼：**中医特色功法包括太极拳、八段锦、易筋经等。调整阴阳、平稳情绪，疏通经络、顺畅血脉，通过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、气血协调有序和平衡。中医特色功法能

够改善血压水平也已为现代临床研究所证实。传统的运动疗法也具有即刻降压及远期降压疗效。

#### **太极拳<sup>[53-54]</sup>**

适用：任何证候。（证据级别：极低质量，推荐级别：弱推荐）

方法：24 式太极拳，每次 60min 左右，3 次/周，12 周。

#### **八段锦<sup>[55-56]</sup>**

适用：任何证候。（证据级别：极低质量，推荐级别：弱推荐）

方法：坐式八段锦，每次 30~60min 左右，3 次/周，12 周。

**7.2.5.2 针灸疗法<sup>[57-58]</sup>**：针灸治疗高血压的原理主要是通过刺激经络穴位，相邻近的传入神经会引起降压反应，还能使体内释放某些舒血管因子使血管扩张，达到降低外周阻力的目的，从而使血压平稳。

适用：任何证候。（证据级别：低质量，推荐级别：弱推荐）

方法：选穴以太冲、曲池、太冲为主，配以中医辨证取穴，每次20~30min左右，5次/周，4周。

**7.2.5.3 穴位贴敷<sup>[59]</sup>**：中药穴位贴敷法是中医学理论的整体观念与经络学说相结合的内病外治的独特疗法，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，并且避免了口服药物给药可能发生的肝脏首过效应及胃肠灭活，有效地提高了有效血药浓度。选其治疗高血压，可以降低血压、服药量，减轻降压药物的毒副作用和改善患者依从性等优势。

适用：任何证候。（证据级别：极低质量，推荐级别：弱推荐）

方法：以吴茱萸粉10g加适量醋调成团状贴敷在涌泉穴，贴敷时间每次24小时，3次/周，4周。

#### **7.2.6 西医治疗**

参考《中国高血压防治指南 2018 修订版》<sup>[1]</sup>、《高血压合理用药指南(第 2 版)<sup>[7]</sup>、《2020 年国际高血压学会 (ISH) 高血压指南》<sup>[60]</sup> 高龄老年高血压患者血压管理中国专家共识。西医治疗方案可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老年高血压降压治疗的初始用药或长期维持用药。非药物治疗主要包括：健康膳食、规律运动、戒烟限酒、保持理想体质量、改善睡眠和注意保暖。

#### **7.3 瘥后防复**

指导患者低盐、低脂、低胆固醇饮食，每日摄入食盐量不超过 6 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。控制体质量，合理运动，注意保暖，保证充足的睡眠。指导患者注意调节情志，避免情绪波动，对于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。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。高血压的并发症包括有<sup>[1]</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，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<sup>[62]</sup>改善心肌肥厚；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，可选用复方丹参滴丸<sup>[63]</sup>、补阳还五汤<sup>[64]</sup>；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，可选用杞菊地黄丸<sup>[65]</sup>、清眩降压汤<sup>[66]</sup>；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，可选用血府逐瘀汤<sup>[67]</sup>、防己黄芪汤<sup>[68]</sup>。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。

## 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。

高血压患者询问服药的依从性，根据血压的波动以及药物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。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1~3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（2~4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，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，社区医院要建立病人随诊档案。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、药物剂量和种类以及不良反应。

健康人群根据患病风险及危险因素干预情况。高风险人群，进行健康宣教，提高患者对高血压疾病的认识，嘱患者改善生活方式，干预危险因素，予中医非药物疗法干预，必要时使用降压药。低风险人群，进行健康宣教，提高患者对高血压疾病的认识，嘱患者改善生活方式，干预危险因素。

### 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可能会成为未来血压管理的新常态。家庭自测血压与互联网+结合，为受众提供包括血压监测，生活方式干预建议及记录，用药指导及记录，中西医结合个体化诊疗一体的远程健康管理系统。

## 附录 A

(资料性)

### 指南制定方法

#### A.1 中医内治和外治方法、技术及外用中药遴选

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/>) 等政策性文件得知，目前我国尚未批准高血压疾病治未病的直接循证依据。故本文件涉及高血压疾病治未病中西医结合疗法、非药物疗法等在中国知识基础设施工程 (CNKI)、万方医学网、美国国立医学图书馆 (Medline/PubMed)、考克兰图书馆 (Cochrane Library) 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、非药物疗法”等为关键词检索与高血压疾病治疗相关的所有中成药药物及内治和外治技术和方法，调摄和防护。且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。非药物疗法包括运动、饮食、生活方式改变、中医非药物疗法，以针灸、传统功法、穴位贴敷等。

#### A.2 检索策略

##### 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)、中国生物医学文献数据库 (CBM)。外文数据库：美国国立医学图书馆 (Medline/PubMed)、荷兰医学文摘数据库 (Embase)、Cochrane library、美国国立指南库 (NGC)、美国临床试验注册平台。

##### 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、治未病、高血压前期、中医药、非药物疗法，英文检索词包括 Hypertension, Preventive treatment of hypertension, Prehypertension, Non-drug therapy。检索时间跨度为 2022 年 1 月 1 日之前的期刊文献。将检索到的文献导入 NoteExpress 软件，进行文献管理。

#### A.3 文献筛选



### 3.1 纳入标准

3.1.1 研究对象（P）：以高血压患者、高血压前期以及患病风险高人群；

3.1.2 干预措施（I）：中医干预方式；

3.1.3 对照（C）：西医常规治疗方式药物的一种或几种；

3.1.4 结局指标（O）：所有结局指标中必须包含与高血压疾病诊断相关的指标，如诊室收缩压水平、诊室舒张压水平、24 小时平均收缩压水平、24 小时平均舒张压水平、血压变异性、血压达标率、降压有效率、超声心动图 LVEI、颈-股动脉脉搏波速度、踝/臂指数、肾小球滤过率等；

3.1.5 研究设计（S）：随机对照试验、系统评价/Meta 分析、非随机对照临床研究（N-RCT）病例对照研究、病例报道等回顾性研究。

### 3.2 排除标准

来自同一单位、同一时间段、署名为同一作者的实质内容重复的研究和报道，不同时段应用相同中医干预措施，则选择其中一篇作为目标文献。

### 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 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”“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，代表中度偏倚风险。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，采用名义群组法达成共识，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：1）强推荐：明确显示干预措施利大于弊或弊大于利；2）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。（见附录 B8）。

#### 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 50%，强推荐及弱推荐之和，或强不推荐及弱不推荐之和 >75%，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，就指南的制修订的方法、推荐意见合理性和用于实践可行性等方面进行判断、评分，对指南初稿、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。指南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，并进一步修改完善指南。将修订后的指南送至同行专家（指南制定小组以外的独立成员，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

### 规范性

#### B1. 基本信息调查

表 1 个人基本信息

编号	基本信息	选项/填空
1	性别	男/女
2	年龄	填写具体数字
3	婚姻情况	已婚/未婚
4	收入	月薪 3000 元以下, 3000 元~8000 元, 8000 元以上
5	是否确诊过高血压	是/否 若回答是需填写 6, 7, 8; 若回答否则不用
6	高血压病史_年	填写具体数字
7	血压最高到达过收缩压_ mmHg/舒张压_ mmHg	填写具体数字
8	所服降压药	(1) 利尿剂 (呋塞米、氢氯噻嗪、吲达帕胺等); (2) $\beta$ 受体阻断剂 (美托洛尔、比索洛尔等); (3) 钙离子阻断剂 (硝苯地平、氨氯地平、非洛地平等); (4) 血管紧张素转换酶抑制剂 ACEI (贝那普利、福辛普利、培哚普利等)/血管紧张素 II 受体拮抗剂 ARB (氯沙坦、缬沙坦、厄贝沙坦、替米沙坦等)/血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂 ARNI (沙库巴曲缬沙坦钠); (5) $\alpha$ 受体阻滞剂 (特拉唑嗪片) 中药 (汤剂或中成药); (6) 其他

#### B2. 高血压风险评估问卷

表 2 高血压风险评估问卷

编号	危险因素条目	危险因素分级
9	年龄	男>55 岁, 女性>65 岁; 若为男性个人基本信息已有不需再填, 若为女性此问题为询问是否绝经
10	身高、体重、腹围 计算 BMI	$BMI \geq 24 \text{Kg/m}^2$ ; 若 $BMI \geq 24 \text{Kg/m}^2$ , 加问是否为腹型肥胖
11	血压	正常血压收缩压<120mmHg 和舒张压<80mmHg; 正常高值血压, 即监测血压收缩压 120-139mmHg 和 (或) 舒张压 80-89mmHg; 高血压收缩压>140mmHg 和 (或)

12	职业	舒张压>90mmHg 医护人员, 厨师, 司机, 教师, 其他 工作时间 工作性质 体力劳动/脑力劳动
13	一级二级亲属中是否有早发 (55岁之前) 高血压患者	有/没有/不知道
14	日常饮食偏好	咸/淡/辣/油/无所谓/其他
15	是否喜欢吃咸菜, 腊肉等腌 制食品	是/否/无所谓
16	是否喜欢吃新鲜的绿色蔬菜 和水果	是/否/无所谓
17	是否喜欢吃动物内脏, 乳脂 等脂肪含量较高的食物	是/否/无所谓
18	平时有运动的习惯吗	是/否 运动形式, 频率, 每次运动时间
19	是否吸烟	是/否 吸烟几年, 每日吸烟量, 是否戒烟, 戒烟多久
20	是否饮酒	是/否 饮酒几年, 每日饮酒量, 饮酒种类啤酒/红酒/白酒
21	平时是否容易情绪紧张, 感 到压力较大	经常/有时/很少/从不
22	生活规律, 睡眠充足(醒来不 会有疲劳感, 精神充沛)	经常/有时/很少/从不
23	是否出现过心悸、头痛、头 晕、恶心呕吐、视物模糊等症 状	经常/有时/很少/从不
24	是否有基础疾病	是/否/不清楚 糖尿病, 血脂异常, 其他

注: 一级亲属是父母、子女以及兄弟姐妹(同父母); 二级亲属, 叔、伯、姑、舅、姨、祖父母、外祖父母。1~4 为基础信息; 5 为区分高血压患者; 9~24 均为危险因素; 11 为重要指标, 正常血压伴 1~2 个危险因素或正常高值血压为低风险, 正常血压伴 3~5 个危险因素或正常高值血压伴 1~5 个危险因素为中风险, 正常血压或正常高值血压伴 5 个以上为高风险。2、6、7、10、11 需填写具体数值; 18、19、20、24 回答是选项后有次级问题。

### B3. 中医体质测评表卷

要求受试者“根据近1年的体验和感觉”, 回答调查问卷中的各个问题, 每一问题按5级评分, 然后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 =  $[(\text{原始分} - \text{条目数}) / (\text{条目数} \times 4)] \times 100$ 。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; 某种体质转化分  $\geq 30$  分, 则判定为8种偏颇体质中的某一种。见下表。

表 3 中医体质测评表卷

体质类型与条目	条目分级的评分 (分)				
	没有 (根本不)	很少 (有一点)	有时 (有些)	经常 (相当)	总是 (非常)
平和质 (A 型)					
(1) 您精力充沛吗?	1	2	3	4	5

<hr/>					
(2) 您能适应外界自然和社会环境的变化吗?	1	2	3	4	5
(3) 您容易失眠吗?	1	2	3	4	5
判断结果: <input type="checkbox"/> 是					
<input type="checkbox"/> 基本是 <input type="checkbox"/> 否					
气虚质 (B 型)					
(1) 您容易气短 (呼吸短促, 接不上气) 吗?	1	2	3	4	5
(2) 您容易心慌吗?	1	2	3	4	5
(3) 您容易头晕或站起时晕眩吗?	1	2	3	4	5
判断结果: <input type="checkbox"/> 是					
<input type="checkbox"/> 倾向是 <input type="checkbox"/> 否					
阳虚质 (C 型)					
(1) 您胃脘部、背部或腰膝部怕冷吗?	1	2	3	4	5
(2) 您感到怕冷、衣服比别人穿得多吗?	1	2	3	4	5
(3) 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
判断结果: <input type="checkbox"/> 是					
<input type="checkbox"/> 倾向是 <input type="checkbox"/> 否					
阴虚质 (D 型)					
(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) 您面部两颧潮红或偏红吗?	1	2	3	4	5
判断结果: <input type="checkbox"/> 是					
<input type="checkbox"/> 倾向是 <input type="checkbox"/> 否					
痰湿质 (E 型)					
(1) 您感到身体沉重不轻松或不爽快吗?	1	2	3	4	5
(2) 您上眼睑比别人肿 (上眼睑有轻微隆起的现象) 吗?	1	2	3	4	5
(3) 您平时痰多, 特别是咽喉部总感到有痰堵着吗?	1	2	3	4	5
判断结果: <input type="checkbox"/> 是					
<input type="checkbox"/> 倾向是 <input type="checkbox"/> 否					
湿热质 (F 型)					
(1) 您感到口苦或嘴里有异味吗?	1	2	3	4	5
(2) 您大便黏滞不爽、有解不尽的感觉吗?	1	2	3	4	5
(3) 您小便时尿道有发热感、尿色浓 (深) 吗?	1	2	3	4	5

判断结果： ☐ 是

☐ 倾向是 ☐ 否

血瘀质（G 型）

（1）您面色晦黯、或容易出现褐斑吗？

1 2 3 4 5

（2）您口唇颜色偏黯吗？

1 2 3 4 5

（3）您容易有黑眼圈吗？

1 2 3 4 5

判断结果： ☐ 是

☐ 倾向是 ☐ 否

气郁质（H 型）

（1）您感到闷闷不乐、情绪低沉吗？

1 2 3 4 5

（2）您多愁善感、感情脆弱吗？

1 2 3 4 5

（3）您咽喉部有异物感，且吐之不出、咽之不下吗？

1 2 3 4 5

（4）您胁肋部或乳房腹痛吗？

1 2 3 4 5

判断结果： ☐ 是

☐ 倾向是 ☐ 否

特禀质（I 型）

（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）您的皮肤容易起荨麻疹（风团、风疹块、风疙瘩）吗？

1 2 3 4 5

（4）您容易过敏（药物、食物、气味、花粉、季节交替时、气候变化等）吗？

1 2 3 4 5

判断结果： ☐ 是

☐ 倾向是 ☐ 否

#### B4. 食物推荐表

表 4 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（每星期 3 次或隔天 1 次即可）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	糖类、辛辣刺激的调味品、浓咖啡、浓茶等

## B5.体质调养建议

表5 体质调养建议

体质类型	调养原则与方法
平和体质	原则：不伤不扰，顺其自然
痰湿体质	原则：健脾祛湿 饮食：口味清淡，吃饭七八成饱，速度不要太快，不要吃夜宵 起居：少用空调，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 四季：夏多食姜，冬少进补 经络：中脘，水分，神阙、关元
湿热体质	原则：疏肝利胆，清热祛湿 饮食：少甜少酒，少辣少油 起居：避免湿热，舒利关节，保证睡眠，静养心神 药物：佩兰、栀子、龙胆草、茵陈、苦参、泽泻 四季：空调避湿热，秋天多清润 经络：肝俞、胃俞、阴陵泉、三阴交
特禀体质	原则：补气益血，理通经脉 饮食：少吃过寒凉、高蛋白和高热量的食物 起居：合适的运动能增强体质，提高对过敏源的免疫力 药物：乌梅、五味子、银柴胡 四季：注意保暖，谨防寒气郁积 经络：灵台、身柱、丰隆、合谷、足三里、涌泉
阳虚体质	原则：不伤不损阳气 饮食：忌食生冷，多吃温热 起居：注意保暖，多动少熬 药物：巴戟天、肉苁蓉、补骨脂、杜仲、菟丝子、狗脊 四季：夏勿贪凉，冬宜温补

阴虚体质

经络：神阙、气海、关元、中极

原则：镇静安神

饮食：多食水果，少吃辛辣，酸甘可化阴，

甘寒可清热，适合此类体质

起居：生活工作，有条不紊

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

四季：夏宜清凉，秋要养肺

经络：养老、鱼际、支沟、大肠俞、太阳、照海

原则：补脾、健脾

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，不要过劳，锻炼要适度

药物：用人参、黄芪、党参、太子参、白术

四季：春捂秋少冬，夏温冬平补

经络：曲池、足三里、中脘、关元

原则：疏肝理气，补益肝血

饮食：适补肝血，少量饮酒

起居：多听音乐、多去旅游，学会发泄，勿太敏感

药物：当归、红花、川芎、丹参、赤芍、鸡血藤、桃仁

四季：春季为主、舒展形体

经络：膻中、中脘、神阙、气海

原则：疏肝活血

饮食：活血化瘀，忌食寒凉。可少量饮用红葡萄酒、糯米甜酒，尤其适合女性

起居：多做运动，少用电脑

药物：当归、红花、川芎、丹参、赤芍、鸡血藤、桃仁

四季：春季舒展，秋冬保暖

经络：神阙、膈腧、肝俞、委中

气虚体质

气郁体质

血瘀体质



表6 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 $P \geq 140$ mmHg 和(或)舒张压 $\geq 90$ mmHg
家庭自测血压	$\geq 135/85$ mmHg
动态血压监测	24小时内平均血压 $\geq 130/80$ mmHg； 白天 $\geq 135/85$ mmHg；夜间 $\geq 120/70$ mmHg

## B7. 血压水平分类和定义

表7 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	$120 \sim 139$ 和(或)	$80 \sim 89$
高血压	$\geq 140$ 和(或)	$\geq 90$
1级高血压(轻度)	$140 \sim 159$ 和(或)	$90 \sim 99$
2级高血压(中度)	$160 \sim 179$ 和(或)	$100 \sim 109$
3级高血压(重度)	$\geq 180$ 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

## B8. GRADE 证据等级分级、推荐强度及其定义

表 8.1 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 8.2 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 8.3 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

表 8.4 GRADE 推荐强度分级的定义

推荐等级	符号	本指南推荐用语
支持适用某种方法的强推荐	↑↑	强推荐
支持适用某种疗法的弱推荐	↑	弱推荐
不能确定	/	暂不推荐
反对使用某种疗法的强推荐	↓↓	反对
反对使用某种疗法的弱推荐	↓	不建议

中华中医药学会团体标准  
公开征求意见稿

## 参考文献

- [1]中国高血压防治指南修订委员会. 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]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.
- [3]李静, 范利, 华琦, 蔡军, 等. 中国老年高血压管理指南2019[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2019, 18(02):81-106.
- [4] 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.
- [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]中国高血压健康管理规范(2019)[J]. 中华心血管病杂志, 2020(01):10-46.
- [7]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.
- [8] 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.
- [9] 刘四军, 周成成, 林秋姍, 杨佩芬, 陈蓝云, 吴庆光.《中医体质分类与判定表》的简化研究[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(08):1734-1739.
- [10] 李海聪, 杨毅玲, 马明, 等. 改善睡眠障碍有助于降血压[J]. 中华高血压杂志, 2007(04):294-298.
- [11] 贾贡献, 余金明, 林凡礼, 宫霄欢, 石常宏, 孔群钰, 胡大一. 高血压患者吸烟状况与心血管危险分层的关系[J]. 中华高血压杂志, 2013, 21(04):340-345.
- [12] 高血压患者必须限酒[J]. 人人健康, 2015(03):50.
- [13] 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.
- [14] 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.
- [15] 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.
- [16] Sheppard JP, 周卫, 叶鹏, 等. 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.
- [17] 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.

- [18]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.
- [19]王旭颖. 中西医结合营养在中医体质调养中的探索[A]. 中国中西医结合学会营养专业委员会. 第十届全国中西医结合营养学术会议论文资料汇编[C]. 中国中西医结合学会营养专业委员会:中国中西医结合学会, 2019:3.
- [20]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.
- [21]九种体质及其调养[J]. 山东人大工作, 2016(08):64.
- [22]周倩仪, 马楷奇, 郭意欣, 戴新芳, 陈新林. 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.
- [23]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.
- [24]Wang J, Feng B, Yang X, Liu W, Liu Y, Zhang Y, Yu G, Li S, Zhang Y, Xiong X. Tianma gouteng yin as adjunctive treatment for essential hypertension: a systematic review of randomized controlled trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2013;2013:706125.
- [25]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.
- [26]陈新宇, 尹玲珑, 刘紫轩, 罗秀枝. 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.
- [27]陈善夫, 李甜, 李梦蕾, 李娟, 赵英强. 血府逐瘀汤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(9):882-890.
- [28]王冠军, 阮列敏, 戴霓, 季蕴辛, 柴莹. 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.
- [29]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):3.
- [30]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.
- [31]李海聪, 杨毅玲, 李求兵, 王燕, 杨学青, 田心, 陈晓光, 王博元. 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.
- [32]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.
- [33]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.

- [34]樊根豪,邢作英,刘梦琳,陈彦,安宜沛,陈召起,王永霞.松龄血脉康胶囊治疗原发性高血压病有效性及安全性的系统评价[J].中国中药杂志,2021,46(02):467-477.
- [35]刘慧卿,金凤表,张志敏,高宇,刘晓腾,李青联,侯瑞田.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.
- [36]张德龙,殷莉.松龄血脉康联合奥美沙坦酯治疗老年原发性高血压患者的临床疗效及对动脉弹性指标、胰岛素抵抗和AP-1的影响[J].中国老年学杂志,2019,39(12):2844-2848.
- [37]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.
- [38]付莉,毛振兴,王静,张静,郑太蓉,王胜莲.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.
- [39]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试验序贯分析[J].中国中药杂志,2021,46(06):1511-1522.
- [40]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.
- [41]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.
- [42]郑淑萍,常伟.中西医结合治疗社区中肝阳上亢证H型高血压病的疗效分析[J].中华全科医学,2017,15(01):95-98.
- [43]刘克卿.硝苯地平控释片联合强力定眩片治疗高血压疗效观察[J].现代药物与临床,2013,28(03):358-360.
- [44]李军,苏凤全,张义军.缬沙坦联合强力定眩片治疗老年原发性高血压患者疗效观察[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2019,7(07):12-14.
- [45]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.
- [46]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.
- [47]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):2.
- [48]戴伦,王拥军.牛黄降压丸对伴有焦虑的高血压病患者的疗效观察[J].中国中药杂志,2006(20):1743-1744.
- [49]周端求,周海燕,杨铮铮,周广青.牛黄降压丸治疗原发性高血压的临床研究[J].中国中药杂志,2006(07):612-614.
- [50]陈刚,宋敏,孙小东.苯磺酸氨氯地平联合心可舒治疗高血压的临床观察[J].中国药房,2016,27(15):2054-2056.

- [51]邱先辉,张力.心可舒联用厄贝沙坦和氨氯地平对中重度高血压左室肥厚心肌缺血的疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2010,8(11):1281-1283.
- [52]李旻,徐忠,侯云.心可舒片对原发性高血压病患者内皮功能的影响[J].中华中医药学刊,2008(03):671-672.
- [53]金成吉,张白云,解超.太极拳对中老年原发性高血压患者血压水平影响的Meta分析[J].现代预防医学,2018,45(18):3446-3451.
- [54]胡庆华,乾佑玲,刘晓丽,朱欢,肖杰文.12周太极拳运动对中老年轻度高血压患者微血管反应性的影响及机制[J].中国应用生理学杂志,2021,37(06):683-687.
- [55]林嘉豪,李荣.八段锦联用常规方案治疗原发性高血压效果的系统评价与Meta分析[J].广州中医药大学学报,2017,34(05):774-780.
- [56]陈薇薇,吕奇玮,连艳玲.坐式八段锦锻炼结合健康教育对社区老年高血压患者降压疗效的影响[J].上海医药,2020,41(08):47-50.
- [57]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.
- [58]张磊,曾宪涛,田国祥,刘小平,尹仁芳,张华敏.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.
- [59]李咪咪,章新友,罗山水,齐城成.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.
- [60]Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, Ramirez A, Schlaich M, Stergiou GS, Tomaszewski M, Wainford RD, Williams B, Schutte AE. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020 Jun;75(6):1334-1357.
- [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室肥厚干预的作用研究[J].中医药信息,2020,37(4):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(1):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 (5) : 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(7) : 83-87.

中华中医药学会团体标准  
公开征求意见稿