



# 团 体 标 准

T/CACM 1519—2023

---

## 2 级高血压中西医结合诊疗指南

Guidelines for diagnosis and treatment of primary hypertension (grade 2) with  
integrated traditional Chinese and western medicine

2023 - 06 - 08 发布

2023 - 06 - 08 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 诊断 .....	1
4.1 疾病诊断 .....	1
4.2 证候诊断 .....	3
4.3 临床问题 .....	4
5 治疗 .....	4
5.1 治疗原则 .....	4
5.2 疾病分型治疗 .....	5
5.3 临床问题 .....	5
6 诊疗流程图 .....	12
附录 A（资料性） 本文件编制有关情况说明 .....	14
参考文献 .....	19

## 前 言

本文件按照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。

请注意本文件中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。

本文件由山东中医药大学附属医院和山东大学齐鲁医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：山东中医药大学附属医院、山东大学齐鲁医院。

本文件主要起草人：李运伦、卜培莉、薛一涛、朱明军、翟静波、张红星、朱羽硕、滑振。

本文件参与起草人：徐浩、赵海滨、戴小华、刘春萍、刘海波、于丽平、李晓鲁、李军、王佑华、谢文、陈伯钧、王永生、樊官伟、岳小强、杨佃会、周雪忠、贺立娟、焦华琛、张玉娇、张磊；陈建新、曹克刚、鹿庆华、胡德胜、陈广、周迎春、何佳、肖长江、王肖龙、薛金贵、吴美平、孙永宁、晋群、苑海涛、蒋绍博、谢静远、童丽、乔海法、王磊、高嵩山、曲政军、赵凌、付长庚、王蕾、曹鹏、季旭明、岳桂华、崔向宁、马慧研、张新元、马俊、王世钦、杨文、马传江、王洋、李峥、刘光辉、安贵鹏、刘春晓、孙厚荣、孟祥斌、王欣、邢小卫、王永梅、李欣然、李焱、赵浩、马建亮、仝永利、周立志、赵泽英、辛锐、何超文、张明、孙宏岗、陈扶虎、张俊、唐海飞、冯晓敬、鞠建庆、谢振东、王敏、韩博、薛江博、刘伟。

本文件主审人：陈玉国、丁书文。

# 引言

## 01 背景信息

对比 2002 年~2015 年间进行的三次全国性高血压抽样调查研究显示,中国居民高血压患病率呈逐渐上升趋势<sup>[1]</sup>。2018 年发表的全国高血压调查结果显示,中国 18 岁以上居民的高血压患病粗率为 27.9% (加权率为 23.2%), 其中青年人群 (18 岁~34 岁) 高血压患病率为 5.1%, 75 岁以上居民为 59.8%, 估计中国成人高血压患病人数为 2.45 亿<sup>[2]</sup>。《中国心血管健康与疾病报告 2020》报道, 2017 年中国有 254 万人死于高血压, 其中 95.7% 死于心血管病<sup>[3]</sup>。高血压危险因素包括遗传因素、年龄以及多种不良生活方式等。人群中普遍存在危险因素的聚集, 随着危险因素聚集的数目和严重程度增加, 血压水平呈现升高的趋势, 高血压患病风险增大。2 级高血压是高血压防控的重点, 是疾病进展的关键阶段, 易导致靶器官损害及并发症的发生。因此, 及时、有效地控制 2 级高血压对于改善高血压靶器官损害及防止并发症等均具有积极的价值。

针对 2 级高血压缺乏有效中西医结合诊疗方案这一临床问题, 成立项目组, 通过专家访谈、临床调研、文献梳理等手段, 明确拟解决问题。在中华中医药学会的指导下, 由山东中医药大学附属医院和山东大学齐鲁医院牵头组织国内中西医心血管专家组成方案起草专家委员会, 参照《世界卫生组织指南制定手册》<sup>[4]</sup> 的标准制定流程以及 GRADE 系列文章的方法, 通过文献检索筛选整理循证医学证据, 根据循证等级标准对文献质量进行评价分级, 制订了本方案的草案, 随后由专家委员会进行会议讨论, 达成本文件初稿。

在本文件论证阶段, 编制工作组邀请了国内中西医心血管领域的多名专家, 涵盖中医、西医、中西医结合等专业, 召开了“征求意见稿”专家研讨会。经过专家论证, 集中汇总各位专家的意见, 修改完善了本文件草案, 形成“征求意见稿”。

根据中华中医药学会团体标准 (指南类) 质量评价表和适用性评价表, 我们邀请循证医学、临床、药学等方面的 4 位专家对草案做出共识质量及适用性评价。

工作组于 2022 年 9 月 1 日至 9 月 30 日将指南征求意见稿和编制说明等材料通过邮件的方式向全国 34 位专家开展征求意见工作。项目工作组按照“循证”等原则逐条对反馈的意见进行研究处理, 根据专家意见对草案进行详细的修改, 确定最终草案。最后报中华中医药学会, 进一步完善修订, 最终编纂完成本文件定稿。投票意见的推荐级别分为 5 个等级。相应证据等级分为 4 个等级 (参照 GRADE 证据等级评价), 详见附录 A。

## 02 构建临床问题

在本文件制定初期通过前期两轮问卷调查和专家深度访谈以及专家共识会议的形式构建了以下主要临床问题:

临床问题 1: 2 级高血压患者的常见证候类型可以归结为肝郁气滞证、肝火亢逆证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、痰瘀互结证、阴阳两虚证吗?

临床问题 2: 2 级高血压患者, 在接受生活方式干预的基础上, 可联用中医养生调摄等方法以协助降压?

临床问题 3: 2 级高血压患者, 可否联用中医药疗法协助控制血压?

临床问题 4: 2 级高血压患者, 存在头晕、头痛等不适症状, 在常规西医治疗基础上, 可否联用中医药疗法缓解患者不适症状?

临床问题 5: 2 级高血压患者血压波动大者, 是否适宜常规西药联合中医药疗法协助降压?

临床问题 6: 对于 2 级高血压 (高危) 患者, 是否联用中医药疗法协助防治靶器官损伤 (心、脑、肾)?

临床问题 7: 对于伴冠心病、糖尿病、心衰、肾功能不全、高脂血症等疾病的 2 级高血压 (很高危) 患者, 是否联用中医药疗法协助降压?

临床问题 8: 2 级单纯收缩期高血压患者是否适宜联合中医药疗法协助降压?

临床问题 9: 对于中医药疗法意愿强烈的 2 级高血压患者, 可否联用中医药疗法以协助控制血压?

临床问题 10: 对于 2 级高血压患者, 与常规治疗相比, 联合中医药对协助减/撤西药有何帮助?

临床问题 11: 中成药适宜干预 2 级高血压患者吗?

临床问题 12: 中医经典方剂 (柴胡疏肝散、天麻钩藤饮、镇肝熄风汤、半夏白术天麻汤、血府逐瘀汤合涤痰汤、六味地黄丸、肾气丸) 适宜干预 2 级高血压患者吗?

临床问题 13: 中医适宜技术 (针刺、耳穴贴压、足浴、太极拳) 适宜干预 2 级高血压患者吗?

### 03 资金资助及利益冲突情况

本文件获得齐鲁中医药优势专科集群建设项目、山东省卫健委中西医结合高血压建设项目 (2019-11)、山东省重大科技创新工程项目 (2021SFGC0503) 资助。

本文件项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”, 且已存档。本文件制定过程中“无利益冲突”, 为此不会成为本文件制定的偏倚来源, 无需进一步处理, 已在正式工作开始前在会议上公开了利益声明和评价结果, 即所有参与本文件制定的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

## 2 级高血压中西医结合诊疗指南

### 1 范围

本文件给出了 2 级原发性高血压的诊断标准、中医辨证标准、中西医结合治疗方案的内容。

本文件适用于 2 级原发性高血压的中西医结合诊断与治疗。

本文件适合各级医疗机构中从事高血压临床工作的相关人员使用。

### 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；不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语 第 2 部分：证候

GB/T 16751.3-2021 中医临床诊疗术语 第 3 部分：治法

GB/T 21709.3-2021 针灸技术操作规范 第 3 部分：耳针

GB/T 13734-2008 耳穴名称与定位

中国高血压防治指南（2018 年修订版）

### 3 术语和定义

GB/T 16751.2-2021、GB/T 16751.3-2021、GB/T 21709.3-2021 和 GB/T 13734-2008 界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

#### 3.1

**高血压** primary hypertension

在未使用降压药物的情况下，非同日 3 次测量诊室血压，收缩压 $\geq 140$ mmHg 和（或）舒张压 $\geq 90$ mmHg。

[来源：中国高血压防治指南（2018 年修订版）]

#### 3.2

**2 级高血压** primary hypertension (grade 2)

诊室测量血压收缩压 160mmHg~179mmHg 和（或）舒张压 100mmHg~109mmHg。

[来源：中国高血压防治指南（2018 年修订版）]

### 4 诊断

#### 4.1 疾病诊断

#### 4.1.1 诊断标准

依据《中国高血压防治指南》（2018年修订版）<sup>[5]</sup>，高血压定义为：在未使用降压药物的情况下，非同日3次测量诊室血压，收缩压 $\geq 140$ mmHg和（或）舒张压 $\geq 90$ mmHg。

患者既往有高血压史，目前正在使用降压药物，血压虽然低于140/90mmHg，仍应诊断为高血压。根据血压升高水平，又进一步将高血压分为1级、2级和3级（表1）。根据血压水平、心血管危险因素、靶器官损害、临床并发症和糖尿病进行心血管危险分层，分为低危、中危、高危和很高危4个层次。

以上分类适用于18岁以上任何年龄的成年人。

#### 4.1.2 血压分级

根据《中国高血压防治指南》（2018年修订版）<sup>[5]</sup>，血压水平的定义和分类见表1。

表1 血压水平的定义和分类

类别	收缩压 mmHg	舒张压 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：以上诊断标准适用于成人，当收缩压和舒张压分属于不同级别时，以较高级别作为标准。

#### 4.1.3 危险分层

根据血压水平、心血管危险因素、靶器官损害、临床并发症和糖尿病进行心血管风险，分为低危、中危、高危和很高危4个层次见表2。

表2 血压升高患者心血管风险水平分层

其他心血管危险因素 和疾病史	血压 mmHg			
	收缩压 130~139 和 （或）舒张压 85~89	收缩压 140~159 （或）舒张压 90~99	收缩压 160~179 和 （或）舒张压 100~109	收缩压 $\geq 180$ 和 （或）舒张压 $\geq 110$
无		低危	中危	高危
1个~2个其他危险因素	低危	中危	中/高危	很高危
$\geq 3$ 个危险因素，靶器官损害，或CKD3期，无并发症的糖尿病	中/高危	高危	高危	很高危

表 2 血压升高患者心血管风险水平分层(续)

其他心血管危险因素 和疾病史	血压 mmHg			
	收缩压 130~139 和 (或)舒张压 85~89	收缩压 140~159 (或)舒张压 90~99	收缩压 160~179 和 (或)舒张压 100~109	收缩压 ≥180 和 (或)舒张压 ≥110
临床并发症, 或 CKD ≥ 4 期, 有并发症的糖尿 病	高/很高危	很高危	很高危	很高危
注: CKD—慢性肾脏疾病。				

## 4.2 证候诊断

### 4.2.1 肝郁气滞证

常见表现: 头晕、头痛、头胀、胸闷、胁胀或痛、情志抑郁或急躁易怒、善太息、纳呆、胃脘痞满、腹部胀满, 舌质淡、苔薄白、脉弦。

诊断要点: 头晕、头痛、胁胀或痛、情志抑郁或易怒、舌质淡、苔薄白。

### 4.2.2 肝火亢逆证

常见表现: 头晕、头痛、头胀、面红、目赤、耳鸣、口苦、口干、胁肋疼痛、多梦、失眠、急躁易怒、大便干、小便黄, 舌质红、舌苔黄、脉弦数。

诊断要点: 头胀痛、胁肋疼痛、急躁易怒、大便干、小便黄、舌质红、舌苔黄。

### 4.2.3 阴虚阳亢证

常见表现: 头晕、急躁易怒、失眠多梦、头重脚轻、面热生火、口干、目涩、耳鸣、腰膝酸软、倦怠乏力、大便干、小便黄, 舌质红、舌苔黄、脉弦或细数。

诊断要点: 头晕、头痛、头重脚轻、面热生火、腰膝酸软、失眠、舌苔黄。

### 4.2.4 痰湿壅盛证

常见表现: 头重昏蒙、胸满闷、呕恶痰涎、多寐、口中黏腻、肢体困重、胃脘痞满、口气秽浊、大便黏腻不爽、形体肥胖, 舌苔白厚腻、脉弦滑。

诊断要点: 头重昏蒙、胸满闷、呕恶痰涎、肢体困重、大便黏腻不爽、舌苔白厚腻。

### 4.2.5 痰瘀互结证

常见表现: 胸痛、四肢麻木、心悸、口干、大便黏腻不爽、呕恶痰涎、倦怠乏力、胸满闷、胃脘痞满、形体肥胖, 舌质黯或有瘀斑、舌苔腻、脉滑或脉沉涩。

诊断要点: 头晕、头痛、四肢麻木、呕恶痰涎、大便黏腻不爽、舌质黯或有瘀斑、舌苔腻。

### 4.2.6 阴阳两虚证



常见表现：头晕、耳鸣、畏寒肢冷、夜尿频、气短、乏力、腰膝酸软、五心烦热、盗汗、失眠，舌质淡红、苔白、脉沉细弱。

诊断要点：头晕、耳鸣、腰酸膝软、乏力、畏寒肢冷或五心烦热。

### 4.3 临床问题

临床问题 1：2 级高血压患者的常见证候类型可以归结为肝郁气滞证、肝火亢逆证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、痰瘀互结证、阴阳两虚证吗？

推荐意见：2 级高血压患者的常见证候类型可以归结为肝郁气滞证、肝火亢逆证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、痰瘀互结证、阴阳两虚证。（共识建议 推荐强度：推荐）

证据描述：共检索 144 篇文献，其中流行病学调查 141 篇，专家共识 3 篇，结果显示：肝郁气滞证：20 篇，肝火亢逆证：57 篇，阴虚阳亢证：71 篇，痰湿壅盛证：48 篇，痰瘀互结证：36 篇，阴阳两虚证：37 篇。《高血压中医诊疗指南》（2011）提出高血压包括肝火上炎、痰湿内阻、阴虚阳亢、肾精不足等证型，《高血压中医诊疗专家共识》（2019）提出高血压包括肝阳上亢、痰饮内停、肾阴亏虚三大证型。

## 5 治疗

### 5.1 治疗原则

高血压治疗目标是降低高血压的心脑肾与血管并发症发生和死亡的总风险。《中国高血压防治指南》（2018 年修订版）指出在条件允许的情况下，应采取强化降压的治疗策略。一般患者血压目标需控制到 140/90mmHg 以下，在可耐受和可持续的条件下，其中有糖尿病、脑卒中、心力衰竭、慢性肾脏疾病等高危患者的血压可控制在 130/80mmHg 以下。高血压需要在 4 周~6 周内将患者的血压控制在目标范围内。

2 级高血压的患者，应及时启动降压药物治疗，包括自由联合或单片复方制剂。对无严重合并症的亚临床靶器官损害的患者，采取积极干预措施逆转靶器官损害，对并存的危险因素和合并的临床疾病进行综合治疗。根据患者合并症的不同和药物疗效及耐受性，以及患者个人意愿或长期承受能力，选择适合患者个体的降压药物。

常用降压药物包括钙通道阻滞剂、血管紧张素转化酶抑制剂、血管紧张素受体拮抗剂、利尿剂和  $\beta$  受体阻滞剂五类，以及由上述药物组成的固定配比复方制剂。遵循《中国高血压防治指南》（2018 年修订版）指南建议，五大类降压药物均可作为初始和维持用药的选择，应根据患者的危险因素、亚临床靶器官损害以及合并临床疾病情况，合理使用药物，优先选择某类降压药物。新研究证实，沙库巴曲缬沙坦降压效果良好，且能显著提高患者的血压达标率，同时可以降低心血管事件的发生风险，对心脏、肾脏和血管等器官起到保护作用。

对于 2 级高血压患者，建议优先选择常规药物降压方案；但对于常规药物治疗基础上，存在未控制到目标血压、症状改善不明显、血压变异性大等问题，可联合中医药疗法（中药汤剂、中成药和中医适宜技术等）协同治疗。另外，在接受生活方式干预的基础上，结合中医养生调摄方法，如调畅情志、改善起居方式等形式，从而增强疗效，提高血压达标率。中西医结合治疗 2 级高血压需遵循中医

理论，强调整体观念和辨证论治，注重个体化治疗。

血压测量是评估血压水平、诊断高血压以及观察降压疗效的根本手段和方法。诊室血压是我国目前诊断高血压、进行血压水平分级以及观察降压疗效的常用方法。有条件者应进行诊室外血压测量，用于诊断白大衣高血压及隐蔽性高血压，评估降压治疗的疗效。在临床和人群防治工作中，主要采用诊室血压测量和诊室外血压测量，后者包括动态血压监测和家庭血压监测。可提供医疗环境外大量血压数据，其与靶器官损害的关系比诊室血压更为显著，预测心血管风险能力优于诊室血压。

## 5.2 疾病分型治疗

2级高血压患者按心血管风险水平可分为中危、中/高危、高危和很高危4型。

高血压的发生、发展除与遗传因素有关外，亦与各种危险因素如血脂异常、糖尿病、肥胖、代谢综合征、高盐、低钾、年龄、性别等密切相关，各级专家均提倡对心血管疾病患者进行危险因素评估<sup>[6]</sup>。明确降压目标，将血压降至目标水平，是治疗2级高血压的基本原则。对于不同类型的2级高血压患者，中医疗法的介入时机、诊疗目标和处方遣药也要“因人而异”。在2级高血压患者的中西医结合个体化治疗中，中医介入的时机也是一个重要的变量。但无论何时介入、何种类型患者介入，最终的目标都是提高降压疗效，使患者长期获益。

## 5.3 临床问题

临床问题2：2级高血压患者，在接受生活方式干预的基础上，可联用中医养生调摄等方法以协助降压？

推荐意见：生活方式干预是治疗高血压的重要措施，对降低血压和控制心血管风险的作用肯定，所有患者都宜采用。2级高血压患者在接受生活方式干预的基础上，可联用中医养生调摄等方法以协助降压。（证据级别：B级 推荐强度：强推荐）

证据概要：基于28篇RCT的META分析结果显示，在接受生活方式干预的基础上，联用中医养生调摄在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-10.61，95%CI [-12.72, -8.50]；舒张压：MD=-7.65，95%CI [-9.15, -6.15]；临床疗效：RR=1.23，95%CI [1.13, 1.34]；证候积分：MD=-0.87，95%CI [-0.41, -2.15]；血压达标率：RR=1.24，95%CI [1.07, 1.43]。

临床问题3：2级高血压患者，可否联用中医药疗法协助控制血压？

推荐意见1：2级高血压（中危）患者，在常规药物治疗的基础上，联用中医药疗法以协助控制血压。辨证加用中药汤剂，合理配合中医适宜技术（针刺、耳穴贴压）以提高疗效。（证据级别：C级 推荐强度：强推荐）

证据概要：一项纳入4项RCT<sup>[7]</sup>的META分析显示，中药汤剂、针刺、耳穴贴压联合常规药物治疗在降低收缩压和舒张压方面优于常规药物治疗，收缩压：MD=-8.50，95%CI [-10.1, -6.9]；舒张压：MD=-5.04，95%CI [-7.75, -2.34]。

推荐意见2：2级高血压（中/高危）患者在血压增高的同时已经合并了危险因素，在常规药物治疗的基础上，联用中医药疗法以协助控制血压。辨证联用中药汤剂/中成药（复方丹参滴丸）、中医适宜技术（穴位贴敷），以提高疗效。（证据级别：C级 推荐强度：强推荐）

证据概要：一项纳入4篇RCT<sup>[8]</sup>的META分析结果显示，中药汤剂/中成药（复方丹参滴丸）、穴位

贴敷联合常规药物治疗在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-9.29，95% CI [-13.23, -13.36]；舒张压：MD=-7.68，95% CI [-10.17, -5.20]。

推荐意见 3：2 级高血压（高危）患者在血压增高的同时已经合并了靶器官损害，在常规药物治疗的基础上，辨证联用中药汤剂（半夏白术天麻汤）/中成药（血府逐瘀胶囊），以提高疗效。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：一项纳入 3 篇 RCT<sup>[9]</sup>的 META 分析结果显示，中药汤剂（半夏白术天麻汤）/中成药（血府逐瘀胶囊）单独应用或联合常规药物在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于单独应用常规药物治疗，收缩压：MD=-12.30，95% CI [-23.46, -1.14]，舒张压：MD=-12.77，95% CI [-21.15, -4.39]。

推荐意见 4：2 级高血压（很高危）患者在血压增高的同时已经伴发了临床疾病，在常规药物治疗的基础上，辨证联用中药汤剂（半夏白术天麻汤），以提高疗效。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：一项纳入 3 篇 RCT<sup>[10]</sup>的 META 分析结果显示，中药汤剂单独应用或联合常规药物在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于单独应用常规药物治疗，收缩压：MD=-4.6，95% CI [-6.65, -2.55]；舒张压：MD=-2.25，95% CI [-4.06, -0.44]；临床疗效：MD=-3.26，95% CI [-3.33, -3.19]。

临床问题 4：2 级高血压患者，存在头晕、头痛等症状，在常规药物治疗基础上，可否联用中医药疗法缓解患者症状？

推荐意见 1：2 级高血压（中危）患者存在头晕、头痛等症状，在常规药物治疗基础上，联用中医药疗法缓解患者症状。辨证加用中药汤剂，合理配合中医适宜技术（针刺、穴位贴敷），以提高证候疗效。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：一项纳入 4<sup>[7]</sup>篇 RCT 的 META 分析结果显示，中医药疗法单独应用或联合常规药物治疗在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-5.47，95% CI [-7.00, -3.95]，舒张压：MD=-12.75，95% CI [-14.12, -11.37]。一项纳入 3 项<sup>[7]</sup>RCT 的 META 分析显示，中药汤剂或针刺联合常规药物治疗，在降低收缩压和舒张压方面优于常规药物治疗，收缩压：MD=-8.59，95% CI [-10.85, -6.33]；舒张压：MD=-5.52，95% CI [-7.89, -3.14]。

推荐意见 2：2 级高血压（中/高危）患者存在头晕、头痛等症状，在常规药物治疗的基础上，联用中医药疗法缓解患者症状。辨证联用中成药（复方丹参滴丸），合理配合中医适宜技术（穴位贴敷）治疗，以提高证候疗效。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：一项纳入 2 篇 RCT<sup>[8]</sup>的 META 分析结果显示，中成药（复方丹参滴丸）或穴位贴敷联合常规药物治疗在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-10.63，95% CI [-18.68, -2.59]；舒张压：MD=-7.53，95% CI [-8.78, -6.27]；临床疗效：RR=1.36，95% CI [1.12, 1.64]。

推荐意见 3：2 级高血压（高危）患者存在头晕、头痛等症状，在常规药物治疗的基础上，辨证联用中药汤剂（半夏白术天麻汤）/中成药（血府逐瘀胶囊），以提高证候疗效。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：一项纳入 2 篇 RCT<sup>[9]</sup>的 META 分析结果显示，中药汤剂（半夏白术天麻汤）/中成药（血府逐瘀胶囊）单独应用或联合常规药物治疗在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于常规药物治疗，

收缩压：MD=-12.3，95% CI [-23.46， -1.14]；舒张压：MD=-8.84，95% CI [-17.6， -0.08]；临床疗效：MD=-3.26，95% CI [-3.33， -3.19]。

推荐意见 4：2 级高血压（很高危）患者存在头晕、头痛等症状，在常规药物治疗基础上，辨证联用中药汤剂（半夏白术天麻汤等），以提高证候疗效。（证据级别：B 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：一项纳入 3 篇 RCT<sup>[10]</sup>的 META 分析结果显示，中药汤剂（半夏白术天麻汤等）单独应用或联合常规药物在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-4.81，95% CI [-7.03， -2.60]；舒张压：MD=-2.66，95% CI [-4.7， -0.62]；临床疗效：MD=-5.98，95% CI [-8.38， -3.57]。

临床问题 5：2 级高血压患者血压波动大者，是否适宜常规药物联合中医药疗法协助降压？

推荐意见 1：2 级高血压（中危）患者血压变异性大，在常规药物治疗的基础上，辨证联用中药汤剂（石决牡蛎汤）以平稳降压。（证据级别：D 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：一项纳入 4 篇 RCT<sup>[11]</sup>的 META 分析结果显示，中药汤剂（石决牡蛎汤）联合常规药物治疗在收缩压、舒张压、临床疗效、血压波动情况等疗效均优于常规药物治疗，24h 收缩压变异：MD=-5.55，95% CI [-9.77， -1.33]，24h 舒张压变异：MD=-3.10，95% CI [-6.49， 0.30]，有效率：OR=1.94，95% CI [0.10， 39.58]，收缩压：MD=-4.50，95% CI [-8.27， -0.73]，舒张压：MD=-0.87，95% CI [-4.78， 3.04]。

推荐意见 2：2 级高血压（中/高危）患者已合并危险因素，对于血压变异性大的 2 级高血压（中/高危）患者，在常规药物治疗基础上，可辨证联用中药汤剂（钩藤四物汤、活血柔肝方）以平稳降压。（证据级别：D 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：一项纳入 2 篇 RCT<sup>[12]</sup>的 META 分析结果显示，中药汤剂（钩藤四物汤、活血柔肝方）联合常规药物治疗在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-10.65，95% CI [-14.08， -7.23]；舒张压：MD=-4.69，95% CI [-7.90， -1.49]。

临床问题 6：对于 2 级高血压（高危）患者，是否联用中医药疗法协助防治靶器官损伤（心、脑、肾）？

推荐意见：2 级高血压（高危）合并靶器官损害（心、脑、肾）的患者，在常规药物治疗的基础上，辨证联用中药汤剂（天麻钩藤饮、六味地黄汤等）/中成药（复方丹参滴丸、通心络胶囊、心可舒胶囊等），以控制血压水平，保护心、脑、肾等靶器官。（证据级别：B 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：一项 META 分析显示<sup>[13]</sup>，改善心肌损害方面，常规药物联合中成药组的左心室质量指数均显著低于常规药物组。一项 RCT 的结果显示，依那普利联合中医药治疗 2 级高血压合并左室肥厚总有效率为 94.44%，显著高于单纯依那普利治疗。对于改善肾损伤方面，有一项 META 分析显示<sup>[14]</sup>，ARB、ACEI、ARB+CCB 或 CCB 联合中药治疗降低尿微量白蛋白，优于单纯 ARB、ACEI、ARB+CCB 或 CCB，ARB+中药：MD=-4.85，95% CI [-5.58， -4.12]；ACEI+中药：MD=-2.69，95% CI [-3.87， -1.50]；CCB+中药：MD=-6.49，95% CI [-11.84， -1.15]。对于大血管损害，钙通道阻滞剂联合中药降低颈动脉内膜-中膜厚度优于单纯钙通道阻滞剂。

临床问题 7: 对于伴高脂血症、糖尿病、冠心病、心衰、肾功能不全等疾病的 2 级高血压（很高危）患者，是否联用中医药疗法协助降压？

推荐意见 1: 2 级高血压（很高危）患者中合并高脂血症者，在常规药物治疗的基础上，辨证联用中药汤剂（半夏白术天麻汤等），以协助控制血压水平。（共识建议 推荐强度：推荐）

证据概要：对于合并高脂血症的患者，应用中药汤剂联合常规药物治疗对比常规药物治疗，在控制血压、降低血脂方面均有较好的疗效，甘油三酯（ $P<0.001$ ）、胆固醇（ $P<0.001$ ）、低密度脂蛋白（ $P<0.001$ ）、收缩压（ $P=0.002$ ）、舒张压（ $P<0.001$ ），差异有统计学意义。

推荐意见 2: 2 级高血压（很高危）患者中合并糖尿病者，在常规药物治疗的基础上，辨证联用中药汤剂/中成药/中医适宜技术（耳穴贴压、针刺），以协助控制血压水平。（共识建议 推荐强度：推荐）

证据概要：对于合并 2 型糖尿病的患者，应用中药汤剂联合常规药物治疗对比常规药物治疗，在控制血压、降低血糖水平上均有更好的疗效，两组治疗后中医证候改善有效率分别为 93.33% 和 86.67%（ $P<0.05$ ），治疗后中医证候积分分别为  $9.80\pm 5.76$  和  $14.07\pm 6.55$ （ $P<0.05$ ），两组经治疗后空腹血糖分别为  $6.75\pm 0.66$  和  $7.12\pm 0.62$ （ $P<0.05$ ）、餐后两小时血糖分别为  $9.64\pm 1.53$  和  $10.37\pm 1.26$ （ $P<0.05$ ）、糖化血红蛋白分别为  $6.77\pm 0.84$  和  $7.27\pm 0.64$ （ $P<0.05$ ），两组血糖疗效总有效率分别为 86.67% 和 70.00%（ $P<0.05$ ），治疗前后收缩压分别为  $130.67\pm 6.61$  和  $134.13\pm 5.42$  mmHg（ $P<0.05$ ），舒张压分别为  $86.97\pm 6.03$  和  $90.10\pm 5.54$ （ $P<0.05$ ），降压有效率分别为 93.33% 和 76.67%（ $P<0.05$ ），治疗后胰岛素抵抗指数分别为  $2.24\pm 0.71$  和  $2.69\pm 0.82$ （ $P<0.05$ ）。

推荐意见 3: 2 级高血压（很高危）患者中合并冠心病者，在常规药物治疗的基础上，辨证联用中药汤剂（血府逐瘀汤），以协助控制血压水平。（共识建议 推荐强度：推荐）

证据概要：对于合并冠心病的患者，应用中药汤剂联合常规药物治疗对比常规药物治疗，在控制血压、缓解冠心病症状、改善心功能上均有更好的疗效。两组治疗后临床症状改善有效率分别为 89.47% 和 73.68%（ $P<0.05$ ），治疗后收缩压分别为（ $128.78\pm 9.83$ ）mmHg 和（ $136.45\pm 9.14$ ）mmHg（ $P<0.05$ ），治疗后舒张压分别为（ $85.73\pm 4.36$ ）mmHg 和（ $90.03\pm 5.59$ ）mmHg（ $P<0.05$ ），治疗后 MAP 分别为（ $100.22\pm 4.73$ ）mmHg 和（ $105.15\pm 5.11$ ）mmHg（ $P<0.05$ ），治疗后心绞痛发作次数分别为（ $0.89\pm 0.25$ ）次/每周和（ $1.47\pm 0.36$ ）次/每周（ $P<0.05$ ），治疗后心绞痛持续时间分别为（ $3.68\pm 1.32$ ）min 和（ $4.35\pm 1.63$ ）min（ $P<0.05$ ），治疗后硝酸甘油使用量（ $0.43\pm 0.28$ ）mg/周和（ $0.86\pm 0.26$ ）mg/周（ $P<0.05$ ），治疗后 CI 分别为（ $4.12\pm 0.77$ ）L/（min·m<sup>2</sup>）和（ $3.67\pm 0.68$ ）L/（min·m<sup>2</sup>）（ $P<0.05$ ），治疗后 CO 分别为（ $4.88\pm 0.49$ ）L/min 和（ $4.26\pm 0.53$ ）L/min（ $P<0.05$ ），治疗后 EF 分别为（ $53.51\pm 9.57$ ）% 和（ $48.86\pm 9.32$ ）%（ $P<0.05$ ），治疗后 LVEDD 分别为（ $4.01\pm 0.56$ ）cm 和（ $4.88\pm 0.49$ ）cm（ $P<0.05$ ），治疗后 MDA 分别为（ $8.57\pm 2.18$ ）mmol/L 和（ $10.02\pm 1.97$ ）mmol/L（ $P<0.05$ ），治疗后 SOD 分别为（ $69.46\pm 7.56$ ）U/L 和（ $63.37\pm 7.62$ ）U/L（ $P<0.05$ ），治疗后 NO 分别为（ $44.86\pm 5.32$ ）mmol/L 和（ $38.51\pm 4.57$ ）mmol/L（ $P<0.05$ ）。

临床问题 8: 2 级单纯收缩期高血压患者是否适宜联合中医药疗法协助降压？

推荐意见：对于 2 级单纯收缩期高血压患者，在常规药物治疗的基础上，辨证联用中药汤剂（加味天麻钩藤饮）以协助控制血压。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：一项纳入 3 篇 RCT<sup>[15]</sup> 的 META 分析结果显示，中药汤剂（加味天麻钩藤饮）单独应用或

联合常规药物在收缩压、临床疗效等方面均优于单独应用常规药物治疗，收缩压：MD=-6.86，95% CI [-11.76, -1.96]，临床疗效：RR=1.84，95% CI [1.42, 2.38]。

临床问题 9：对于中医药疗法意愿强烈的 2 级高血压患者，可否联用中医药疗法以协助控制血压？

推荐意见：对于中医药疗法意愿强烈的 2 级高血压患者，应结合其危险因素、合并症等进行病情评估，可辨证加用中药汤剂以控制血压。（共识建议 推荐强度：推荐）

证据概要：1 篇 RCT 提示单纯应用中药汤剂（痰瘀互结证：竹茹、枳壳、茯苓、陈皮、川芎、葛根、地龙、海藻、丹参、莱菔子、珍珠母；阴虚阳亢证：枸杞子、菊花、生地黄、黄精、天麻、川芎、泽泻、川牛膝、生杜仲、桑寄生、石决明、钩藤；阴阳两虚证：淫羊藿、补骨脂、枸杞子、菊花、生地黄、黄精、杜仲、桑寄生、川牛膝）干预高血压患者，入组时 2 级高血压患者 30 例，占 20.55%。第 1 疗程后 2 级高血压降压的总有效率为 13.20%，第 2 疗程后 2 级高血压降压的总有效率为 16.80%。随着疗程的延长，2 级的高血压疗效增加。

临床问题 10：对于 2 级高血压患者，与常规治疗相比，联合中医药对协助减/撤西药有何帮助？

推荐意见：对于减/撤降压药意愿强烈的 2 级高血压患者，应结合患者血压情况和其危险分层进行病情评估，如患者病情平稳可联用中医药疗法协助减/撤降压药。（共识建议 推荐强度：推荐）

证据概要：1 篇 RCT 提示应用中药汤剂（痰瘀互结证：竹茹、枳壳、茯苓、陈皮、川芎、葛根、地龙、海藻、丹参、莱菔子、珍珠母；阴虚阳亢证：枸杞子、菊花、生地黄、黄精、天麻、川芎、泽泻、川牛膝、生杜仲、桑寄生、石决明、钩藤；阴阳两虚证：淫羊藿、补骨脂、枸杞子、菊花、生地黄、黄精、杜仲、桑寄生、川牛膝）治疗高血压患者，依据病机，合理遣方用药，可显著提高降压疗效，改善患者症状，撤、减降压药物。

临床问题 11：中成药适宜干预 2 级高血压患者吗？

推荐意见 1：鉴于高血压患者长期服用降压药物的特点，在降压药物的选择方面，中成药的使用比例较高。经大量研究证实，中成药治疗 2 级高血压降压疗效确切，同常规药物联用可有效控制高血压患者的血压。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：基于 49 项 RCT 的 META 分析结果显示，中成药联合常规药物在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-5.65，95% CI [-8.50, -2.81]；治疗后舒张压：MD=-2.18，95% CI [-4.02, -0.34]；降压有效率：OR=2.31，95% CI [1.65, 3.21]；中医证候有效率：OR=3.79，95% CI [2.51, 5.72]；24h 收缩压：MD=-6.98，95% CI [-12.18, -1.78]；24h 舒张压：MD=-5.03，95% CI [-10.49, 0.43]。

推荐意见 2：松龄血脉康胶囊可协助治疗 2 级高血压。

功能主治：平肝潜阳，镇心安神。适用于肝阳上亢所致的头痛，眩晕，急躁易怒，心悸，失眠，颈项强痛，口苦口干，耳鸣健忘，高血压、高脂血症等心脑血管疾病见上述证候者。

规格：每粒 0.5g。

用法用量：口服，一次 3 粒，一日 3 次。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：基于 6 篇 RCT<sup>[16]</sup>的 META 分析结果显示，松龄血脉康联合常规药物治疗在收缩压、舒张

压、临床疗效等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-6.02，95% CI [-11.71, -0.33]，舒张压：MD=-4.54，95% CI [-8.53, -0.55]，降压有效率：RR=1.10，95% CI [1.01, 1.19]。

推荐意见 3：牛黄降压丸可协助治疗 2 级高血压。

功能主治：清心化痰，平肝安神。适用于心肝火旺、痰热壅盛所致的头晕目眩、头痛失眠、烦躁不安，高血压病见上述证候者。

规格：每粒 1.6g。

用法用量：口服，一次 1 丸至 2 丸，一日 1 次。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：基于 3 项 RCT<sup>[17]</sup>的 META 分析结果显示，牛黄降压丸联合常规药物治疗在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-8.49，95% CI [-15.70, -1.28]；舒张压：MD=-2.44，95% CI [-4.52, -0.36]；降压有效率：OR=6.25，95% CI [1.97, 19.83]。

推荐意见 4：心可舒片可协助治疗 2 级高血压。

功能主治：活血化瘀，行气止痛。适用于气滞血瘀引起的胸闷、心悸、头晕、头痛、失眠、乏力、颈项疼痛；冠心病心绞痛、高血脂、高血压、心律失常见上述证候者。

规格：每片 0.31g。

用法用量：口服，一次 4 片，一日 3 次，或遵医嘱。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：基于 4 项 RCT<sup>[18]</sup>的 META 分析结果显示，心可舒片联合常规药物治疗在收缩压、舒张压、降压有效率等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-8.56，95% CI [-13.04, -4.08]，舒张压：MD=-7.09，95% CI [-9.65, -4.52]，降压有效率：OR=3.93，95% CI [1.43, 10.80]，室间隔厚度：MD=-0.92，95% CI [-1.49, -0.34]，左室壁厚度：MD=-0.88，95% CI [-1.41, -0.34]，左室舒张末内径：MD=-1.87，95% CI [-2.91, -0.82]，左心室质量指数：MD=-5.24，95% CI [-10.02, -0.47]。

临床问题 12：中医经典方剂（柴胡疏肝散、天麻钩藤饮、镇肝熄风汤、半夏白术天麻汤、血府逐瘀汤合涤痰汤、六味地黄丸、肾气丸）适宜协助干预 2 级高血压患者吗？

推荐意见 1：柴胡疏肝散具有疏肝解郁、行气止痛的功效，适宜干预 2 级高血压肝郁气滞证患者。方药：柴胡疏肝散（柴胡、枳实、白芍、炙甘草、川芎、香附、陈皮）加减。（共识建议 推荐强度：推荐）

证据概要：目前有 1 项 RCT 显示<sup>[19]</sup>，柴胡疏肝散联合常规药物治疗可以改善患者临床症状和体征，有效地控制血压，降低血液粘稠度水平，且无明显毒副作用。

推荐意见 2：天麻钩藤饮具有平肝熄风、清热活血、补益肝肾的功效，适宜干预 2 级高血压肝火亢逆证患者。方药：天麻钩藤饮（天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、川牛膝、杜仲、益母草、桑寄生、夜交藤、茯神）加减。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：基于 43 篇 RCT 研究的 META 分析结果显示，天麻钩藤饮单独应用或联合常规药物在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-10.84，95% CI [-12.47, -9.21]；舒张压：MD=-8.41，95% CI [-9.65, -7.17]；临床疗效：OR=4.31，95% CI [3.76, 5.89]。

推荐意见 3：镇肝熄风汤具有镇肝熄风，滋阴潜阳的功效，适宜干预 2 级高血压阴虚阳亢证患者。方药：镇肝熄风汤（白芍、天冬、玄参、龟板、代赭石、茵陈、龙骨、牡蛎、麦芽、怀牛膝、川楝子、甘草）加减。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：基于 17 篇 RCT 的 META 分析结果显示，镇肝熄风汤联合常规药物治疗在降低收缩压、舒张压，改善临床疗效，降低中医证候积分，降低血脂方面疗效更为显著，安全性较好，收缩压：MD=-12.14，95% CI [-15.29, -8.99]；舒张压：MD=-7.16，95% CI [-9.06, -5.26]；不良反应：RR=0.29，95% CI [0.16, 0.53]。

推荐意见 4：半夏白术天麻汤具有健脾燥湿化痰的功效，适宜干预 2 级高血压痰湿壅盛证患者。方药：半夏白术天麻汤（半夏、天麻、茯苓、橘红、白术、甘草）加减。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：基于 7 篇 RCT<sup>[9, 20-25]</sup>的 META 分析结果显示，半夏白术天麻汤联合常规药物在收缩压、舒张压方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-6.76，95% CI [-8.44, -5.08]；舒张压：MD=-8.86，95% CI [-10.31, -7.42]。

推荐意见 5：血府逐瘀汤合涤痰汤具有活血化瘀、行气化痰的功效，适宜干预 2 级高血压痰瘀互结证患者。方药：血府逐瘀汤（当归、生地黄、桃仁、红花、枳壳、赤芍、川芎、桔梗、陈皮、川牛膝、甘草）合涤痰汤（制南星、半夏、枳实、茯苓、橘红、石菖蒲、人参、竹茹、甘草）加减。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：基于 55 篇 RCT 的 META 分析结果显示，血府逐瘀汤合涤痰汤单独应用或联合常规药物在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-2.45，95% CI [-2.57, -2.34]；舒张压：MD=-1.46，95% CI [-1.56, -1.37]；临床疗效：MD=4.33，95% CI [3.49, 5.36]。

推荐意见 6：六味地黄丸具有填精滋阴补肾的功效，适宜干预 2 级高血压阴阳两虚证（偏阴虚）患者。方药：六味地黄丸（熟地黄、山药、山萸肉、茯苓、丹皮、泽泻）加减。（证据级别：D 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：基于 2 篇 RCT<sup>[26, 27]</sup>的 META 分析结果显示，六味地黄丸（六味地黄汤）单独应用或联合常规药物在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-3.47，95% CI [-12.35, -5.42]，舒张压：MD=-2.06，95% CI [-2.35, -1.77]，临床疗效：MD=0.15，95% CI [0.05, 0.25]。

推荐意见 7：肾气丸具有补肾助阳、化生肾气的功效，适宜干预 2 级高血压阴阳两虚证（偏阳虚）患者。方药：肾气丸（炮附子、茯苓、泽泻、山茱萸、山药、丹皮、桂枝、生地黄）加减。（证据级别：B 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：基于 11 篇 RCT 的 META 分析结果显示，肾气丸单独应用或联合常规药物在收缩压、舒张压、临床疗效等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-5.12，95% CI [-9.90, -0.34]；舒张压：MD=-3.21，95% CI [-6.96, -0.54]；临床疗效：OR=2.67，95% CI [3.76, 5.89]。

临床问题 13：中医适宜技术（针刺、耳穴贴压、足浴、太极拳）适宜干预 2 级高血压患者吗？

推荐意见 1：针刺疗法是中医传统治疗方法之一，可由受过针灸培训的医生开展针灸治疗，治疗以“平肝潜阳，调和气血”为原则，而兼顾诸证。每周 2 至 3 次，4 周为一个疗程。针刺疗法不仅能够改善头痛、头晕等症状，还能有效降压。（证据级别：B 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：基于 3 项 RCT<sup>[28, 29]</sup>的 META 分析结果显示，针刺联合常规药物在降低收缩压、舒张压均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-10.43，95% CI [-16.70, -4.17]；舒张压：MD=-7.38，95% CI [-11.81, -2.94]。



推荐意见 2: 耳穴贴压法是用胶布将药豆准确地粘贴于耳穴处, 给予适度的按压, 使其产生酸、麻、胀、痛等刺激感应, 以达到降压目的的一种外治疗法。耳廓常规消毒后, 寻找敏感点, 将粘有王不留行籽的胶布对准穴位紧贴压其上, 以拇指和食指相对按压耳穴, 每穴按压 20 次至 30 次, 使患者感胀痛及耳廓发热, 每日 9 次。每隔 3 至 5 天更换 1 次, 每次一耳, 双耳交替, 5 次为一个疗程。(证据级别: D 级 推荐强度: 弱推荐)

证据概要: 基于 4 篇 RCT<sup>[30-32]</sup>的 META 分析结果显示, 耳穴压豆单独应用或联合常规药物在收缩压、舒张压、临床疗效等均优于常规药物治疗, 收缩压: MD=-1.96, 95% CI [-4.32, -0.39], 舒张压: MD= -2.28, 95% CI [-4.33, -0.24], 临床疗效: MD=0.68, 95% CI [0.16, 2.92]。

推荐意见 3: 中药足浴疗法可促使药物的透皮吸收, 有效成分不经胃肠破坏, 不增加肝肾负担, 有降压作用。可以采用桑叶、桑枝、茺蔚子等药物, 煎煮后于每晚睡前足浴。(证据级别: B 级 推荐强度: 弱推荐)

证据概要: 中药足浴具有疏通经络、调和气血、活血化瘀的功效。适宜干预 2 级高血压患者, 能够降低 2 级高血压患者的血压, 改善患者的中医症状。基于 38 篇 RCT 的 META 分析结果显示, 中药足浴联合常规药物在收缩压、舒张压、降压疗效、症状疗效等方面均优于常规药物治疗, 收缩压: MD=-6.88, 95% CI [-7.99, -5.16]; 舒张压: MD=-6.50, 95% CI [-8.02, -4.98]; 降压疗效: OR=3.93, 95% CI [3.03, 5.10]; 症状疗效: OR=4.69, 95% CI [3.39, 6.48]。

推荐意见 4: 太极拳等具有中国传统文化特点的运动方式可以调节情绪, 缓解压力, 并被循证医学证据证实了可获得明确的降血压效果, 归属于有氧运动范畴, 能改善高血压患者血压、糖脂代谢、焦虑情绪及生活质量。每日 1 次, 2 周为一个疗程。

## 6 诊疗流程图

诊疗流程图见图1。

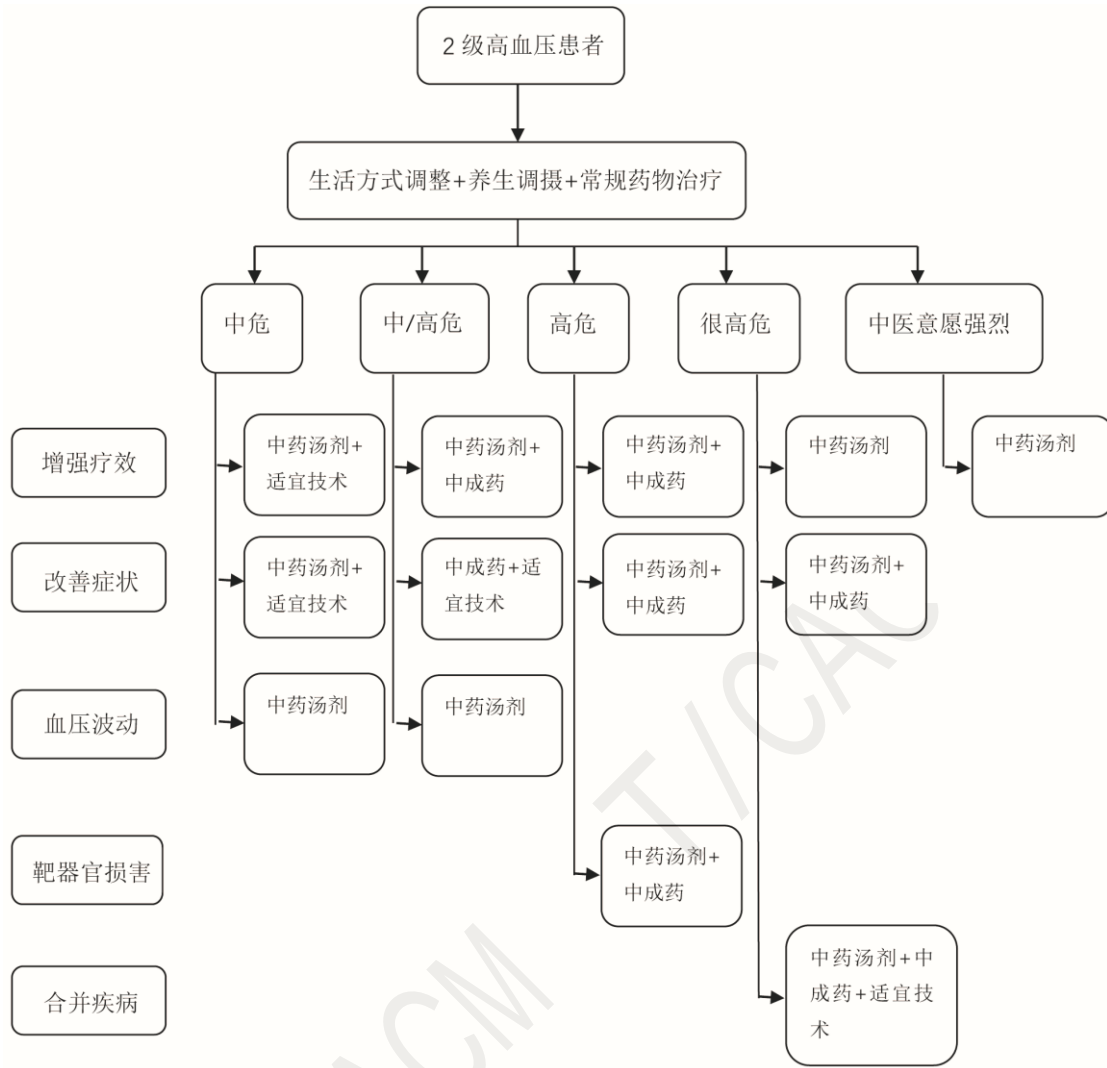


图1 诊疗流程图

## 附录 A

(资料性)

### 本文件编制有关情况说明

#### A.1 编制方法

《2级高血压中西医结合诊疗指南》项目工作组按照统一要求,进行了文献预检索、专家访谈、两轮临床调研、临床问题确定会、证据收集与评价等工作,形成了《2级高血压中西医结合诊疗指南》的草案。现就的编制过程和方法作如下简要说明,详细内容见编制说明。

##### (一) 启动

2022年2月,李运伦教授在山东中医药大学附属医院召开“2级高血压中西医结合诊疗指南”项目讨论会,会议确定向中华中医药学会标准化办公室申请《2级高血压中西医结合诊疗指南》的立项,并确立了由临床医师、药学专家、方法学专家等共同构成起草组。

2022年3月向中华中医药学会标准化办公室提交《2级高血压中西医结合诊疗指南》立项申请材料。

2022年4月1日,中华中医药学会组织召开团体标准立项论证会,《2级高血压中西医结合诊疗指南》通过立项论证。会后按照专家意见对立项申请书进行完善,经中华中医药学会秘书长办公会审议批准,于2022年4月12日发文正式立项。

##### (二) 起草

###### 1. 组织管理

2022年3月10日李运伦教授在山东中医药大学附属医院主持召开“2级高血压中西医结合诊疗指南”项目组织管理讨论会,诊疗方案秘书详细介绍项目任务与计划安排,会议确定本诊疗方案设置起草工作组、系统评价小组、诊疗方案会议专家组、指导委员会、秘书处。

###### 2. 确定临床问题清单

###### 1) 文献预检索

根据基础问题(1.诊断;2.证候;3.其它)及临床问题(PICO),对文献进行预检索,检索的侧重点在流行病学特点及危害、病因病机特点、证候、中医药干预措施、2级高血压中西医结合诊疗等方面。

###### 2) 专家访谈

为梳理诊疗方案结构,提炼临床问题,特向本学科领军专家发出访谈邀请,对我们的诊疗方案编写提出宝贵意见。访谈专家:丁书文、薛一涛、李晓鲁、崔向宁。访谈提纲包括应用范围、证候类型、中西医结合干预和推荐方案(药物干预方案和非药物干预方案)以及中西医结合策略。

###### 3) 临床调研

应用问卷星开展两轮《2级高血压中西医结合诊疗指南》,调研对象以临床医生为主。第一轮问卷5月24日开始,主要针对《2级高血压中西医结合诊疗指南》所涉及到的基础问题和临床问题,包括适用人群、证候、干预措施(包括具体中药汤剂和中成药)等。调查对象包括主治医师23人,副主任

医师 30 人，主任医师 43 人。调查对象来自山东、北京、辽宁、江苏、上海、四川、吉林、湖北、天津、新疆、福建、湖南、重庆、河南、内蒙古、浙江、广东、山西。共发放问卷 100 份，收回 96 份，其中有效问卷 96 份，有效率 96%。

第二轮问卷 6 月 27 日开始，主要针对临床医生对关注问题重要性的评价，根据第一轮调研问卷、诊疗方案草案大纲以及专家访谈，共总结归纳 30 个问题进入第二轮调查。

汇总分析专家访谈与临床调研结果，形成 23 个临床问题的初步清单。

### 3. 确定临床问题

结合诊疗方案前期基础开展临床问题问卷调查，初步形成临床问题清单，于 2022 年 7 月 2 日召开《2 级高血压中西医结合诊疗指南》“临床问题确定会”，经过专家投票、讨论，最终形成 30 个临床问题。

### 4. 证据收集与质量评价

2022 年 7 月 4 日，李运伦教授在山东中医药大学附属医院召开“2 级高血压中西医结合诊疗指南”项目系统评价方法讨论会，确定采用 GRADE 方法学。

根据问题清单，诊疗方案工作组构建 PICOS 问题，再由 PICOS 问题制定检索策略与文献纳入排除标准，并在中英文数据库进行检索，经人工筛查后，进行系统综述/META 分析。诊疗方案工作组根据 GRADE 系统进行证据等级评价，形成结果总结表与证据概要表（详见编制说明）。

### 5. 共识推荐意见形成

2022 年 7 月 25 日至 8 月 8 日采用改良德尔菲法对证据形成推荐意见。本共识主要起草人、临床专家组、方法学组中来自全国的 26 位专家参与了投票。最终，由共识秘书处统计并汇总推荐意见及强度，对临床问题进行推荐。

### 6. 主审专家审阅

2022 年 8 月 26 日，主审专家陈玉国教授、丁书文教授，按照指南评审要求和流程，批准了达成共识的推荐意见。

### 7. 草案确定会

2022 年 8 月 28 日采用腾讯会议线上的方式召开“草案确定会”。共有 24 位专家参加，邀请方法学专家天津中医药大学翟静波教授主持会议，对我们的草案进行讨论，所有专家依次发言，提出了修改意见，我们根据专家意见对草案进行详细的修改，确定最终草案。

### 8. 指南草案的质量评价及适用性评价

根据中华中医药学会团体标准（指南类）质量评价表和适用性评价表，我们邀请循证医学、临床、药学等方面的 4 位专家做出共识质量及适用性评价。

### 9. 征求意见

工作组于 2022 年 9 月 1 日至 9 月 30 日将指南征求意见稿和编制说明等材料通过邮件的方式向全国 34 位专家开展征求意见工作。项目工作组按照“循证”等原则逐条对反馈的意见进行研究处理，根据专家意见对草案进行详细的修改，确定最终草案，提交学会。

## A.2 证据综合报告

详见编制说明。

## A.3 引用相关标准

本文件中应用的有关标准如下：

## 1. 《中国高血压防治指南》（2018年修订版）诊断标准

在未使用降压药物的情况下，非同日3次测量诊室血压，SBP $\geq$ 140mmHg和（或）DBP $\geq$ 90mmHg定义为高血压。

## 2. 《中国高血压防治指南》（2018年修订版）诊断标准

依照《中国高血压防治指南》（2018年修订版）血压分级。血压水平的定义和分类见表A.1，心血管风险水平分层见表A.2，影响高血压患者预后的重要因素见表A.3。

表A.1 血压水平的定义和分类

类别	收缩压 mmHg	舒张压 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

表A.2 血压升高患者心血管风险水平分层

其他心血管危险因素和 疾病史	血压			
	SBP130~139 和（或） DBP85~89	SBP140~159（或） DBP90~99	SBP160~179 和 （或）DBP100~109	SBP $\geq$ 180 和（或）DBP $\geq$ 110
I 无		低危	中危	高危
II （1~2）个其他危险 因素	低危	中危	中/高危	很高危
III $\geq$ 3个危险因素，靶 器官损害，或CKD3期， 无并发症的糖尿病	中/高危	高危	高危	很高危
IV 临床并发症，或CKD $\geq$ 4期，有并发症的糖尿 病	高/很高危	很高危	很高危	很高危

表 A.3 影响高血压患者预后的重要因素

心血管危险因素	靶器官损害	伴发临床疾病
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 高血压 (1~3) 级</li> <li>• 男性 &gt;55 岁, 女性 &gt;65 岁</li> <li>• 吸烟或被动吸烟</li> <li>• 糖耐量受损 [2 h 血糖 (7.8 ~ 11.0) mmol/L 和 (或) 空腹血糖异常 (6.1~6.9) mmol/L]</li> <li>• 血脂异常 TC <math>\geq</math> 5.2 mmol/L (200mg/dl) 或 LDL_C <math>\geq</math> 3.4 mmol/L (130mg/dl) 或 HDL_C &lt; 1.0 mmol/L (40mg /dl)</li> <li>• 早发心血管病家族史 (一级亲属发病年龄 &lt; 50 岁)</li> <li>• 腹型肥胖 (腰围: 男性 <math>\geq</math> 90cm, 女性 <math>\geq</math> 85cm) 或肥胖 (BMI <math>\geq</math> 28kg/m<sup>2</sup>)</li> <li>• 高同型半胱氨酸血症 (<math>\geq</math> 15 <math>\mu</math> mol/L)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 左心室肥厚 心电图 Sokolow_Lyon 电压 &gt; 3.8mV 或 Cor-nell 乘积 &gt; 244mV<math>\cdot</math>ms 超声心动图 LVMI: 男 <math>\geq</math> 115g/m<sup>2</sup>, 女 <math>\geq</math> 95g/m<sup>2</sup></li> <li>• 颈动脉超声 IMT <math>\geq</math> 0.9mm 或动脉粥样斑块</li> <li>• 颈一股动脉脉搏波速度 <math>\geq</math> 12m/s (*选择使用)</li> <li>• 踝/臂血压指数 &lt; 0.9 (*选择使用)</li> <li>• 估算的肾小球滤过率降低 [ eGFR (30 ~ 59) ml/(min <math>\cdot</math> 1.73m<sup>2</sup>) ] 或血清肌酐轻度升高: 男性 (115 ~ 133) <math>\mu</math> mol/L (1.3 mg/dl ~ 1.5mg/dl), 女性 (107 ~ 124) <math>\mu</math> mol/L (1.2 mg/dl ~ 1.4mg/dl)</li> <li>• 微量白蛋白尿: (30~300) mg/24h 或白蛋白/肌酐比: <math>\geq</math> 30mg/g (3.5mg/mmol)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 脑血管病 脑出血 缺血性脑卒中 短暂性脑缺血发作</li> <li>• 心脏疾病 心肌梗死史 心绞痛 冠状动脉血运重建 慢性心力衰竭 心房颤动</li> <li>• 肾脏疾病 糖尿病肾病 肾功能受损包括 eGFR &lt; 30ml/(min <math>\cdot</math> 1.73m<sup>2</sup>) 血肌酐升高: 男性 <math>\geq</math> 133 <math>\mu</math> mol/L (1.5mg/dl) 女性 <math>\geq</math> 124 <math>\mu</math> mol/L (1.4mg/dl) 蛋白尿 (<math>\geq</math> 300mg/24h)</li> <li>• 外周血管疾病</li> <li>• 视网膜病变 出血或渗出 视乳头水肿</li> <li>• 糖尿病 新诊断: 空腹血糖: <math>\geq</math> 7.0 mmol/L (126mg/dl) 餐后血糖: <math>\geq</math> 11.1 mmol/L (200mg/dl) 已治疗但未控制: 糖化血红蛋白: (HbA1c) <math>\geq</math> 6.5%</li> </ul>
<p>注: TC——总胆固醇; LDL_C——低密度脂蛋白胆固醇; HDL_C——高密度脂蛋白胆固醇; LVMI——左心室重量指数; IMT——颈动脉内膜中层厚度; BMI——体质指数。</p>		

### 3. GRADE 证据质量分级标准

本文件采用推荐分级的评估、制定和评价 (The Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation, GRADE) 标准进行证据质量分级见表 A.4。

表 A. 4 GRADE 证据质量分级及定义

质量等级	定义
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

## A. 4 缩略词对照表

缩略语对照表见表A. 5。

表A. 5 缩略语对照表

缩略词	英文全称	中文全称
GRADE	The Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation	推荐分级的评估、制定和评价
CKD	Chronic kidney disease	慢性肾脏疾病
SBP	Systolic Blood Pressure	收缩压
DBP	Diastolic Blood Pressure	舒张压
RCT	Randomized Controlled Trial	随机对照临床试验
ACEI	Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor	血管紧张素受体转化酶抑制剂
ARB	Angiotensin Receptor Blocker	血管紧张素II受体阻滞剂
CCB	Calcium-Channel Blocker	钙离子阻滞剂
FPG	Fasting Plasma Glucose	空腹血糖
PG	Plasma Glucose	血糖
MAP	Mean Arterial Pressure	平均动脉压
NO	Nitric Oxide	一氧化氮
CO	Cardiac Output	心搏出量
LVEDD	Left Ventricular End-Diastolic Dimension	左心室舒张末期
HbA1c	Glycated Hemoglobin	糖化血红蛋白
TC	Total Cholesterol	总胆固醇
LDL_C	Low Density Lipoprotein Cholesterol	低密度脂蛋白胆固醇
HDL_C	High Density Lipoprotein Cholesterol	高密度脂蛋白胆固醇
LVMI	Left Ventricular Mass Index	左心室重量指数
IMT	carotid Intima-media Thickness	颈动脉内膜中层厚度
BMI	Body Mass Index	体重指数

## 参 考 文 献

- [1] 赵冬. 中国成人高血压流行病学现状 [J]. 中国心血管杂志, 2020, 25(06): 513-5.
- [2] WANG Z, CHEN Z, ZHANG L, et al. Status of Hypertension in China: Results from the China Hypertension Survey, 2012-2015 [J]. Circulation, 2018: CIRCULATIONAHA.117.032380.
- [3] 《中国心血管健康与疾病报告 2020》编写组. 《中国心血管健康与疾病报告 2020》要点解读 [J]. 中国心血管杂志, 2021, 26(03): 209-18.
- [4] 世界卫生组织指南制定手册 [J]. 2013.
- [5] 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.
- [6] REINER Z, CATAPANO A L, BACKER G D, et al. The european society of cardiology and the european atherosclerosis society (ESC/EAS) guidelines on the management of dyslipidemia [J]. Revista Espanola de Cardiologia, 2011, 64(14): 1168.e1-e60.
- [7] 黄敏. 中医药治疗湿热蕴结证中青年高血压病 2 级的临床观察 [D]; 长春中医药大学, 2021.
- [8] 韩璐, 宋舜尧, 王梦楠, 等. 替米沙坦联合复方丹参滴丸对原发性老年 2 级高血压患者血压及血管内皮功能的影响 [J]. 安徽医药, 2018, 22(02): 352-5.
- [9] 赵华云, 黄嘉文, 王文会, 等. 半夏白术天麻汤干预治疗肥胖型高血压疗效观察 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(12): 14-7.
- [10] 吴迪, 李克明. 半夏白术天麻汤合丹参酮对痰瘀阻络型糖尿病合并高血压患者干预作用的临床研究 [J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(03): 414-7.
- [11] 王宝宝. 邓老石决牡蛎汤对高血压病血压变异性及临床疗效的影响 [D]; 广州中医药大学, 2013.
- [12] 孟玲玲. 活血柔肝法对老年高血压患者血压波动性的影响 [D]; 河南中医学院, 2015.
- [13] 郑亚威, 李婕, 姚文强, 等. 活血化瘀类口服中成药治疗高血压病左心室肥厚的网状 Meta 分析 [J]. 中国中药杂志, 2022, 47(05): 1383-91.
- [14] 安晓娜. 中医药治疗高血压早中期肾损害有效性和安全性的 meta 分析 [D]; 北京中医药大学, 2019.
- [15] 孙楠楠. 加味天麻钩藤饮治疗社区高血压的疗效评价: 诊室血压研究 [D]; 山东中医药大学, 2017.
- [16] 潘青腾. 柴胡疏肝散加减治疗原发性高血压肝气郁结证的临床研究 [D]; 山东中医药大学, 2015.
- [17] 刘晓利. 半夏白术天麻汤联合西药治疗对原发性高血压患者血清 Hcy、CysC 和 UA 水平的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(32): 3584-6.
- [18] 吴子君. 半夏白术天麻汤辅助治疗原发性高血压的效果及对血清 Hcy、CysC 和 UA 水平的影响 [J]. 慢性病学杂志, 2019, 20(07): 1104-6.
- [19] 李航. 半夏白术天麻汤联合缬沙坦胶囊治疗高血压病(痰湿壅盛证)的临床研究 [D]; 辽宁中医药大学, 2013.



- [20] 穆善生. 半夏白术天麻汤联合硝苯地平对老年高血压的治疗效果 [J]. 河北医药, 2020, 42(24): 3746-9.
- [21] 陈建兴, 苏志远. 半夏白术天麻汤联合厄贝沙坦氢氯噻嗪片治疗高血压临床效果观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(16): 2746-7.
- [22] 马惠倪, 苏伟, 夏晶晶, 等. 半夏白术天麻汤治疗原发性高血压风痰上扰证的临床研究 [J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(11): 1579-83.
- [23] 叶盈, 黄飞翔, 王永, 等. 六味地黄丸合络活喜治疗女性更年期高血压疗效观察 [J]. 中国中医急症, 2006, (05): 487-8.
- [24] 袁静雨. 六味地黄丸联合规范西药治疗对肝肾阴虚型老年高血压患者生存质量影响的临床观察 [D]; 成都中医药大学, 2020.
- [25] 宋凯, 王亚军, 熊凡捷, 等. 补阴针法结合缬沙坦治疗阴虚阳亢型原发性2级高血压病临床疗效观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(06): 210-3.
- [26] 段佳佳, 李瑞蓉, 胡守喜, 等. 针刺对中度高血压患者 ApoA、ApoB、Lp(a)的影响 [J]. 山西中医, 2015, 31(11): 37-8.
- [27] 于澎, 李文夫, 徐惠, 等. 耳穴压籽法治疗原发性高血压病 100 例临床观察 [J]. 黑龙江中医药, 1988, (04): 29-31.
- [28] 努尔比亚·买买提明. 耳穴贴压疗法对女性高血压病(更年期)患者血压变异性的影响 [D]; 新疆医科大学, 2010.
- [29] 周荣兴, 张燕华, 常红. 耳穴贴压治疗高血压 135 例降压效应的动态观察 [J]. 上海针灸杂志, 1993, (02): 62-3.
- [30] 于艳. 松龄血脉康胶囊联合苯磺酸氨氯地平对肝阳上亢型高血压病人血浆 MDA、NOS、SOD 活性及血压变异性的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(07): 986-989.
- [31] 周端求, 周海燕, 杨铮铮, 等. 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): 612-4.
- [32] 金涛, 葛慧莉, 孔庆军. 心可舒胶囊联合厄贝沙坦改善老年高血压病合并高脂血症患者血压、血脂及炎性因子的效果观察 [J]. 临床误诊误治, 2020, 33(12): 25-8.