

---

**齐鲁中医药优势专科集群心血管常见疾病**

# **诊疗方案汇编**

**总编审 薛一涛**

**2022 年 3 月**

---

## 目 录

|                    |    |
|--------------------|----|
| 高血压病中西医结合诊疗方案..... | 1  |
| 1.我国高血压病现状.....    | 3  |
| 2.诊断性评估 .....      | 5  |
| 3.高血压分类与分层.....    | 13 |
| 4.高血压的治疗.....      | 14 |
| 5.相关危险因素的处理 .....  | 30 |
| 参考文献.....          | 36 |
| 附录 .....           | 51 |
| 稳定型冠心病中西医诊疗方案..... | 56 |
| 1.定义.....          | 57 |
| 2.流行病学 .....       | 58 |
| 3.诊断.....          | 58 |
| 4.治疗.....          | 63 |
| 5.中医辨证论治 .....     | 67 |
| 慢性心力衰竭中医诊疗方案.....  | 74 |
| 1.西医诊断要点 .....     | 75 |
| 2.中医证候诊断 .....     | 77 |
| 3.心衰的中医治疗 .....    | 78 |
| 4.疗效评价 .....       | 83 |

---

|                    |     |
|--------------------|-----|
| 参考文献.....          | 84  |
| 缺血性心肌病中医诊疗方案 ..... | 86  |
| 1.中西医病名 .....      | 86  |
| 2.中西医诊断 .....      | 86  |
| 3.中西医结合治疗方案 .....  | 88  |
| 4.健康指导 .....       | 92  |
| 扩张型心肌病中医诊疗方案 ..... | 93  |
| 1.诊断.....          | 93  |
| 2.治疗方法 .....       | 95  |
| 3.疗效评价 .....       | 99  |
| 参考文献.....          | 100 |

---

---

# 高血压病中西医结合诊疗方案

**Traditional Chinese and Western medical  
treatment standard for Hypertation**

执笔人：李运伦 朱羽硕

---

## 引 言

高血压病是临床上常见的以血压升高为主，伴随头晕、头痛等一系列临床症状的心血管疾病。中医学中的“眩晕”、“头痛”多涵盖了现代医学中的高血压病。中医认为本病出现的原因与饮食、情志、先天等因素密切相关，人体五脏受损，气血阴阳不能顺接从而发生本病，本病的病位主要在肝肾，涉及心、脾等。

中国传统古籍中对“眩晕”原因有不同的记载，如《素问·至真要大论》中记载：“诸风掉眩，皆属于肝”，认为本病的发生与肝有关。《灵枢·口问》中则认为本病的发生以虚证为主。朱丹溪认为痰火为本病发生的重要原因，《丹溪心法·头眩》中曾提到“无痰不作眩”。肖倩倩<sup>0</sup>认为高血压病发生的中医病因主要是痰湿、瘀血、热毒等。周忠民等<sup>[2]</sup>认为本病发生的重要原因是肝郁脾湿导致气机升降异常。王玉民等<sup>[3]</sup>从血脉理论角度分析认为本病的重要病机为营血壅盛、络脉闭阻。王敏等<sup>[4]</sup>认为高血压病是以肾虚为致病根本，肝风为致病之标，脾为致病之源。

当前，随着社会经济的发展、生活压力过大，高血压病的发生也越来越常见，高血压这一类疾病也受到人们的重视。目前运用中医药治疗高血压已经得到越来越多医家的重视，中医治疗高血压的方法各异，但效果却是显著的。治疗高血压病的最终目的是要防止心脑血管并发症的发生，其发病原因目前尚不明确，但诱发本病的危险因素有很多。近年来，我国居民患高血压病的人数呈不断增高的趋势，因此必须要加强预防与治疗高血压病。

---

## 1.我国高血压病现状

### 1.1 流行病学

中国高血压调查最新数据显示<sup>[5]</sup>，2012—2015 年我国 18 岁及以上居民高血压患病粗率为 27.9%（标化率 23.2%），与 1958—1959 年、1979—1980 年、1991 年、2002 年和 2011 年进行过的 5 次全国范围内的高血压抽样调查<sup>[6]</sup>相比，虽然各次调查总人数、年龄和诊断标准不完全一致，但患病率总体呈增高的趋势。

人群高血压患病率随年龄增加而显著增高，但青年高血压亦值得注意，据 2012—2015 年全国调查，18~24 岁、25~34 岁、35~44 岁的青年高血压患病率分别为 4.0%、6.1%、15.0%<sup>[5]</sup>。男性高于女性，北方高南方低的现象仍存在，但目前差异正在转变，呈现出大中型城市高血压患病率较高的特点，如北京、天津和上海居民的高血压患病率分别为 35.9%、34.5%和 29.1%<sup>[5]</sup>。农村地区居民的高血压患病率增长速度较城市快，2012—2015 年全国调查<sup>[5]</sup>结果显示农村地区的患病率（粗率 28.8%，标化率 23.4%），首次超越了城市地区（粗率 26.9%，标化率 23.1%）。不同民族间比较，藏族、满族和蒙古族高血压的患病率较汉族人群高，而回、苗、壮、布依族高血压的患病率均低于汉族人群<sup>[7]</sup>。

### 1.2 知晓率、治疗率和控制率

高血压患者的知晓率、治疗率和控制率是反映高血压防治状况的重要评价指标。2015 年调查显示，18 岁以上人群高血压的知晓率、治疗率和控制率分别为 51.6%，45.8%和 16.8%，较 1991 年和 2002 年明显增高<sup>[5]</sup>。2004—2009 年中国慢性病前瞻性研究（CKB 研究）<sup>[8]</sup>结果显示，高血压控制率低于 2002 年，这可能与选取人群的方法等有关。

不同人口学特征比较，知晓率、治疗率和控制率均为女性高于男性，城市高血压治疗率显著高于农村<sup>[9]</sup>，与我国北方地区相比，南方地区居民高血压患者的知晓率、治疗率和控制率较高<sup>[10][11]</sup>，不同民族比较，少数民族居民的高血压治疗率和控制率低于汉族<sup>[5][12]</sup>。

### 1.3 高血压发病重要危险因素

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多方面。人群中普遍存在危险因素的聚集，随着高血压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<sup>[13][16]</sup>。

### 1.3.1 高钠、低钾膳食

是我国人群重要的高血压发病危险因素。INTERSALT 研究<sup>[17]</sup>发现，研究人群 24 小时尿钠排泄量中位数增加 2.3g (100mmol/d)，收缩压 (SBP)/舒张压 (DBP) 中位数平均升高 5~7/2~4mmHg。现况调查发现 2012 年我国 18 岁及以上居民的平均烹调盐摄入量为 10.5g，虽低于 1992 年的 12.9g 和 2002 年的 12.0g，但较推荐的盐摄入量水平依旧高 75.0%<sup>[18]</sup>，且中国人群普遍对钠敏感<sup>[17][19]</sup>。

### 1.3.2 超重和肥胖

超重和肥胖显著增加全球人群全因死亡的风险<sup>[20]</sup>，同时也是高血压患病的重要危险因素。近年来，我国人群中超重和肥胖的比例明显增加，35~64 岁中年人的超重率为 38.8%，肥胖率为 20.2%，其中女性高于男性，城市人群高于农村，北方居民高于南方<sup>[21]</sup>。中国成年人超重和肥胖与高血压发病关系的随访研究<sup>[22]</sup> 结果发现，随着体质指数 (BMI) 的增加，超重组和肥胖组的高血压发病风险是体重正常组的 1.16~1.28 倍。超重和肥胖与高血压患病率关联最显著<sup>[5]</sup>。内脏型肥胖与高血压的关系较为密切，随着内脏脂肪指数的增加，高血压患病风险增加<sup>[23]</sup>。此外，内脏型肥胖与代谢综合征密切相关，可导致糖、脂代谢异常<sup>[24]</sup>。

### 1.3.3 过量饮酒

过量饮酒包括危险饮酒（男性 41~60g，女性 21~40g）和有害饮酒（男性 60g 以上，女性 40g 以上）。我国饮酒人数众多，18 岁以上居民饮酒者中有害饮酒率为 9.3%<sup>[18]</sup>。限制饮酒与血压下降显著相关，酒精摄入量平均减少 67%，SBP 下降 3.31mmHg，DBP 下降 2.04mmHg<sup>[25]</sup>。目前有关少量饮酒有利于心血管健康的证据尚不足，相关研究表明，即使对少量饮酒的人而言，减少酒精摄入量也能够改善心血管健康，减少心血管疾病的发病风险<sup>[26]</sup>。

### 1.3.4 长期精神紧张

长期精神紧张是高血压患病的危险因素，精神紧张可激活交感神经从而使血压升高<sup>[27][28]</sup>。一项包括 13 个横断面研究和 8 个前瞻性研究的荟萃分析<sup>[29]</sup>，定义精神紧张包括焦虑、担忧、心理压力紧张、愤怒、恐慌或恐惧等，结果显示有精神紧张者发生高血压的风险是正常人群的 1.18 倍 (95%CI:1.02~1.37) 和 1.55 倍 (95%CI:1.24~1.94)。



---

### 1.3.5 其他危险因素

除了以上高血压发病危险因素外,其他危险因素还包括年龄、高血压家族史、缺乏体力活动,以及糖尿病、血脂异常等。

## 2.诊断性评估

诊断性评估的内容包括以下四方面:

①确立高血压诊断,确定血压水平分级。

②判断高血压的原因,区分原发性或继发性高血压。

③寻找其他心脑血管危险因素、靶器官损害以及相关临床情况,从而做出高血压病因的鉴别诊断和评估患者的心脑血管疾病风险程度,指导诊断与治疗。

④进行中医辨证,辨别患者证型。

### 2.1 病史

应全面详细了解患者病史,包括以下内容:

①家族史:询问患者有无高血压、脑卒中、糖尿病、血脂异常、冠心病或肾脏病的家族史,包括一级亲属发生心脑血管病事件时的年龄。

②病程:初次发现或诊断高血压的时间、场合、血压最高水平。如已接受降压药治疗,说明既往及目前使用的降压药物种类、剂量、疗效及有无不良反应。

③症状及既往史:询问目前及既往有无脑卒中或一过性脑缺血、冠心病、心力衰竭、心房颤动、外周血管病、糖尿病、痛风、血脂异常、性功能异常和肾脏疾病等症状及治疗情况。

④继发性高血压的线索:例如肾炎史或贫血史,肌无力、发作性软瘫等,阵发性头痛、心悸、多汗,打鼾伴有呼吸暂停;是否长期应用升高血压的药物。

⑤生活方式:盐、酒及脂肪的摄入量,吸烟状况、体力活动量、体重变化、睡眠习惯等情况。

⑥心理社会因素:包括家庭情况、工作环境、文化程度以及有无精神创伤史。

### 2.2 体格检查

仔细的体格检查有助于发现继发性高血压线索和靶器官损害情况。体格检查包括:测量血压,测量脉率,测量 BMI、腰围及臀围;观察有无库欣面容、神经纤维瘤性皮肤斑、甲状腺功能亢进性突眼征或下肢水肿,听诊颈动脉、胸主动脉、腹部动脉和股动脉有无杂音,触诊甲状腺,全面的心肺检查,检查腹部有无肾脏

---

增大（多囊肾）或肿块，检查四肢动脉搏动和神经系统体征。

## 2.3 实验室检查

基本项目：血生化（血钾、钠、空腹血糖、血脂、尿酸和肌酐）、血常规、尿液分析（尿蛋白、尿糖和尿沉渣镜检）、心电图等。

推荐项目：超声心动图、颈动脉超声、口服葡萄糖耐量试验、糖化血红蛋白、血高敏 C 反应蛋白、尿白蛋白/肌酐比值、尿蛋白定量、眼底、胸部 X 线摄片、脉搏波传导速度（PWV）以及踝臂血压指数（ABI）等。

选择项目：血同型半胱氨酸，对怀疑继发性高血压患者，根据需要可以选择以下检查项目：血浆肾素活性或肾素浓度、血和尿醛固酮、血和尿皮质醇、血游离甲氧基肾上腺素及甲氧基去甲肾上腺素、血或尿儿茶酚胺、肾动脉超声和造影、肾和肾上腺超声、CT 或 MRI、肾上腺静脉采血以及睡眠呼吸监测等。对有合并症的高血压患者，进行相应的心功能、肾功能和认知功能等检查。

## 2.4 血压测量

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。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（ABPM）和家庭血压监测（HBPM）。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<sup>[30][31]</sup>。

### 2.4.1 诊室血压

由医护人员在标准条件下按统一规范进行测量，是目前诊断高血压、进行血压水平分级以及观察降压疗效的常用方法。

使用通过国际标准方案认证（ESH、BHS 和 AAMI）的上臂式医用电子血压计，或者使用符合计量标准的水银柱血压计（将逐步被淘汰）。诊室自助血压测量（AOBP）可以减少白大衣效应，值得进一步研究推广<sup>[32]</sup>。

#### 诊室血压测量步骤

要求受试者安静休息至少 5 分钟后开始测量坐位上臂血压，上臂应置于心脏水平。使用标准规格的袖带，肥胖者或臂围大者应使用大规格气囊袖带。首诊时应测量两上臂血压，以血压读数较高的一侧作为测量的上臂。测量血压时，应相隔 1~2 分钟重复测量，取 2 次读数的平均值记录。如果 SBP 或 DBP 的 2 次读数

---

相差 5mmHg 以上，应再次测量，取 3 次读数的平均值记录。老年人、糖尿病患者及出现体位性低血压情况者，应该加测站立位血压。站立位血压在卧位改为站立位后 1 分钟和 3 分钟时测量。在测量血压的同时，应测定脉率。

如使用水银柱血压计测压，需快速充气，使气囊内压力在桡动脉搏动消失后再升高 30mmHg，然后以恒定速率（2mmHg/s）缓慢放气。获得 DBP 读数后，快速放气至零，在放气过程中仔细听取柯氏音，观察柯氏音第 I 时相（第一音）和第 V 时相（消失音）水银柱凸面的垂直高度。SBP 读数取柯氏音第 I 时相，DBP 读数取柯氏音第 V 时相。12 岁以下儿童、妊娠妇女、严重贫血、甲状腺功能亢进、主动脉瓣关闭不全及柯氏音不消失者，取柯氏音第 IV 时相（变音）为 DBP 读数。读取血压数值时，末位数值只能是 0、2、4、6、8，不能出现 1、3、5、7、9，并注意避免末位数偏好。心房颤动患者测量血压时，往往有较长时间的柯氏音听诊间隙，需要多次测量取均值。

#### 2.4.2 动态血压监测（ABPM）

使用自动血压测量仪器，测量次数多，无测量者误差，避免白大衣效应，可以测量夜间睡眠期间血压，鉴别白大衣高血压和检测隐蔽性高血压，诊断单纯性夜间高血压（isolated nocturnal hypertension）。目前临床上动态血压监测主要用于：诊断白大衣高血压、隐蔽性高血压和单纯夜间高血压<sup>[33]</sup>，观察异常的血压节律与变异；评估降压疗效、全时间段（包括清晨、睡眠期间）的血压控制。

①使用经过国际标准方案认证的动态血压监测仪，并定期校准<sup>[34]</sup>。

②通常白天每 15~20 分钟测量 1 次，晚上睡眠期间每 30 分钟测量 1 次。应确保整个 24 小时期间血压有效监测，每个小时至少有 1 个血压读数；有效血压读数应达到总监测次数的 70%以上，计算白天血压的读数 $\geq 20$  个，计算夜间血压的读数 $\geq 7$  个。

③动态血压监测指标：24 小时、白天（清醒活动）、夜间（睡眠）SBP 和 DBP 平均值根据动态血压监测数值。

#### 2.4.3 家庭血压监测（HBPM）

由被测量者自我测量，也可由家庭成员协助完成，又称自测血压或家庭血压测量。HBPM 可用于评估数日、数周、数月，甚至数年的降压治疗效果和长时血压变异，有助于增强患者健康参与意识，改善患者治疗依从性，适合患者长期血

---

压监测<sup>[35]</sup>。HBPM<sup>[35][36]</sup>用于一般高血压患者的血压监测,以便鉴别白大衣高血压、隐蔽性高血压和难治性高血压,评价血压长时变异,辅助评价降压疗效,预测心血管风险及预后等。

①使用经过国际标准方案认证的上臂式家用自动电子血压计,不推荐腕式血压计、手指血压计、水银柱血压计进行家庭血压监测。电子血压计使用期间应定期校准,每年至少 1 次。

②测量方案:对初诊高血压患者或血压不稳定高血压患者,建议每天早晨和晚上测量血压,每次测 2~3 遍,取平均值;建议连续测量家庭血压 7 天,取后 6 天血压平均值。血压控制平稳且达标者,可每周自测 1~2 天血压,早晚各 1 次;最好在早上起床后,服降压药和早餐前,排尿后,固定时间自测坐位血压。

③详细记录每次测量血压的日期、时间以及所有血压读数,而不是只记录平均值。应尽可能向医生提供完整的血压记录。

④精神高度焦虑患者,不建议家庭自测血压。

## 2.5 评估靶器官损害

在高血压患者中,评估是否有靶器官损害是高血压诊断评估的重要内容,特别是检出无症状性亚临床靶器官损害。早期检出并及时治疗,亚临床靶器官损害是可以逆转的。提倡因地因人制宜,采用相对简便、费效比适当、易于推广的检查手段,开展亚临床靶器官损害的筛查和防治。

### 2.5.1 心脏

左室肥厚(LVH)是心血管事件独立的危险因素,常用的检查方法包括心电图、超声心动图。心电图简单易行,可以作为 LVH 筛查方法,常用指标有:Sokolow\_Lyon 电压(SV1+RV5)和 Cornell 电压—时间乘积。超声心动图诊断 LVH 的敏感性优于心电图,左心室质量指数(LVMI)可用于检出和诊断 LVH, LVMI 是心血管事件的强预测因子。其他评估高血压心脏损害的方法有:胸部 X 线检查、运动试验、心脏同位素显像、计算机断层扫描冠状动脉造影(CTA)、心脏磁共振成像(MRI)及磁共振血管造影(MRA)、冠状动脉造影等。

### 2.5.2 肾脏

肾脏损害主要表现为血清肌酐升高、估算的肾小球滤过率(eGFR)降低,或尿白蛋白排出量增加。微量白蛋白尿已被证实是心血管事件的独立预测因素<sup>[37]</sup>。

高血压患者，尤其合并糖尿病时，应定期检查尿白蛋白排泄量，监测 24 小时尿白蛋白排泄量或尿白蛋白/肌酐比值。eGFR 是一项判断肾脏功能简便而敏感的指标，可采用“慢性肾脏病流行病学协作组（CKD\_EPI）公式”<sup>[38]</sup>、“肾脏病膳食改善试验（MDRD）公式”<sup>[39]</sup>或者我国学者提出的 MDRD 改良公式<sup>[40]</sup>来评估 eGFR。血清尿酸水平增高，对心血管风险可能也有一定预测价值<sup>[41]</sup>。

### 2.5.3 大血管

颈动脉内膜中层厚度（IMT）可预测心血管事件<sup>[42]</sup>，粥样斑块的预测作用强于 IMT<sup>[43]</sup>。大动脉僵硬度增加预测心血管风险的证据日益增多。脉搏波传导速度（PWV）增快是心血管事件和全因死亡的强预测因子<sup>[44]</sup>。颈一股 PWV（carotid\_femoralPWV，cfPWV）是测量大动脉僵硬度的金标准<sup>[45]</sup>。踝臂血压指数（ankle\_brachialindex，ABI），能有效筛查和诊断外周动脉疾病、预测心血管风险<sup>[46]</sup>。

### 2.5.4 眼底

视网膜动脉病变可反映小血管病变情况，高血压伴糖尿病患者的眼底镜检查尤为重要。常规眼底镜检查的高血压眼底改变，按 Keith\_Wagener 和 Barker 四级分类法，3 级或 4 级高血压眼底对判断预后有价值<sup>[47]</sup>。近来采用的眼底检查新技术，可观察和分析视网膜小血管的重构病变<sup>[48]</sup>。

### 2.5.5 脑

头颅 MRA 或 CTA 有助于发现脑腔隙性病灶、无症状性脑血管病变（如颅内动脉狭窄、钙化和斑块病变、血管瘤）以及脑白质损害<sup>[49]</sup>，但不推荐用于靶器官损害的临床筛查。经颅多普勒超声对诊断脑血管痉挛、狭窄或闭塞有一定帮助。目前认知功能的筛查评估主要采用简易精神状态量表。

## 2.6 中医证候诊断

本诊疗规范参考目前高血压病中医证候分型的流行病学资料<sup>[50][55]</sup>，在 1994 年中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》<sup>[56]</sup>、2002 年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[57]</sup>等关于“头风”、“眩晕”、“高血压”等病证诊断标准的基础上，结合课题组研究成果<sup>[58]</sup>，制定如下证候诊断方法。

为实现高血压病证型诊断的规范化，建立了证型诊断的阈值与程度分级标准。在此基础上，采用四分位数法建立证候轻、中、重度的分集诊断标准，证候积分

$\leq P_{25}$  为轻度, 证候积分  $P_{25}-P_{75}$  判为中度, 证候积分  $\geq P_{75}$  为重度。

### 2.6.1 肝火上炎证

症见: 头晕、头痛、耳鸣、口苦、口干、胁肋疼痛、多梦、失眠、急躁易怒、大便秘结、小便黄、面红、目赤

舌脉: 舌质红、舌苔黄、脉弦、脉数、脉有力

公式:  $Y=11*头晕+12*头痛+1*耳鸣+10*口苦+6*口干+2*胁肋疼痛+2*多梦+2*失眠+13*急躁易怒+4*大便秘结+6*小便黄+5*面红+4*目赤+5*舌质红+5*舌苔黄+6*脉弦+4*脉数+3*脉有力$

注 1: 上述公式中 Y 代表高血压病肝火上炎证积分, 头晕、头痛、耳鸣、口苦、口干、胁肋疼痛、多梦、失眠、急躁易怒、大便秘结、小便黄、面红、目赤、舌质红、舌苔黄、脉弦、脉数、脉有力为各条目量化评分得分情况。其中, 头晕、头痛、耳鸣、口苦、口干、胁肋疼痛、多梦、失眠、急躁易怒、大便秘结、小便黄用 1~5 分别代表: 1—根本没有, 2—较轻, 3—一般, 4—比较严重, 5—很严重。舌质红、舌苔黄、脉弦、脉数、脉有力中无计 1 分, 有计 3 分。量表见附录。

注 2: 计算总分时将各条目量化评分得分情况同对应系数相乘, 各条目和对应系数乘积的总和为最终高血压病肝火上炎证积分数值。

阈值:  $230 \leq \text{证候积分} < 277$  轻

$277 \leq \text{证候积分} \leq 329$  中

证候积分  $> 329$  重

### 2.6.2 肝阳亢逆证

症见: 头胀、头晕、头痛、烦躁易怒、眠差多梦、面热生火、口干、耳胀、目涩、大便偏干、小便偏黄

舌脉: 舌苔薄黄、舌质红、脉弦数

公式:  $Y=9*头胀+8*头晕+7*头痛+9*烦躁易怒+7*眠差多梦++6*面热生火+6*口干+6*耳胀+8*目涩+5*大便偏干+1*小便偏黄+3*舌苔薄黄++5*脉弦+2*脉数$

注 1: 上述公式中 Y 代表高血压病阴虚阳亢证积分, 头胀、头晕、头痛、烦躁易怒、眠差多梦、面热生火、口干、耳胀、目涩、倦怠乏力、大便偏干、小便偏黄、舌苔薄黄、舌质红、脉弦数为各条目量化评分得分情况。其中, 头胀、头晕、头痛、烦躁易怒、眠差多梦、面热生火、口干、耳胀、目涩、大便偏干、小

便偏黄用 1~5 分别代表：1—根本没有，2—较轻，3—一般，4—比较严重，5—很严重。舌苔黄、舌质红、脉弦、脉细数中无计 1 分，有计 3 分。量表见附录。

注 2：计算总分时将各条目量化评分得分情况同对应系数相乘，各条目和对应系数乘积的总和为最终高血压病阴虚阳亢证积分数值。

阈值： 164≤证候积分<192 轻

193≤证候积分≤225 中

证候积分>226 重

### 2.6.3 阴虚阳亢证

症见：头晕、头痛、烦躁易怒、眠差多梦、头重脚轻、面热生火、口干、耳鸣、腰膝酸软、目涩、倦怠乏力、大便干、小便黄

舌脉：舌苔黄、舌质红、脉弦、脉细数

公式： $Y=8*头晕+10*头痛+9*烦躁易怒+7*眠差多梦+4*头重脚轻+7*面热生火+8*口干+6*耳鸣+5*腰膝酸软+8*目涩+6*倦怠乏力+7*大便干+1*小便黄+3*舌苔黄+2*舌质红+5*脉弦+4*脉细数$

注 1：上述公式中 Y 代表高血压病阴虚阳亢证积分，头晕、头痛、烦躁易怒、眠差多梦、头重脚轻、面热生火、口干、耳鸣、腰膝酸软、目涩、倦怠乏力、大便干、小便黄、舌苔黄、舌质红、脉弦、脉细数为各条目量化评分得分情况。其中，头晕、头痛、烦躁易怒、眠差多梦、头重脚轻、面热生火、口干、耳鸣、腰膝酸软、目涩、倦怠乏力、大便干、小便黄用 1~5 分别代表：1—根本没有，2—较轻，3—一般，4—比较严重，5—很严重。舌苔黄、舌质红、脉弦、脉细数中无计 1 分，有计 3 分。量表见附录。

注 2：计算总分时将各条目量化评分得分情况同对应系数相乘，各条目和对应系数乘积的总和为最终高血压病阴虚阳亢证积分数值。

阈值： 185.5≤证候积分<246 轻

246≤证候积分≤279 中

证候积分>279 重

### 2.6.4 痰湿壅盛证

症见：头重昏蒙、胸满闷、多痰涎、多寐、口腻、肢体困重、大便黏腻不爽、呕恶、脘痞、口气秽浊、体肥

舌脉：苔白、苔腻、苔厚、脉弦、脉滑

公式： $Y=13*头重昏蒙+6*胸满闷+8*多痰涎+4*多寐+14*口腻+12*肢体困重+15*大便黏腻不爽+1*呕恶+2*脘痞+3*口气秽浊+3*体肥+3*苔白+5*苔腻+3*苔厚+3*脉弦+4*脉滑$

注 1：上述公式中 Y 代表高血压病痰湿壅盛证积分，头重昏蒙、胸满闷、多痰涎、多寐、口腻、肢体困重、大便黏腻不爽、呕恶、脘痞、口气秽浊、体肥、苔白、苔腻、苔厚、脉弦、脉滑为各条目量化评分得分情况。其中，头重昏蒙、胸满闷、多痰涎、多寐、口腻、肢体困重、大便黏腻不爽、呕恶、脘痞、口气秽浊、体肥用 1~5 分别代表：1—根本没有，2—较轻，3—一般，4—比较严重，5—很严重。苔白、苔腻、苔厚、脉弦、脉滑中无计 1 分，有计 3 分。量表见附录。

注 2：计算总分时将各条目量化评分得分情况同对应系数相乘，各条目和对应系数乘积的总和为最终高血压病痰湿壅盛证积分数值。

阈值：  $181.5 \leq \text{证候积分} < 230$  轻

$230 \leq \text{证候积分} \leq 274$  中

$\text{证候积分} > 274$  重

#### 2.6.5 阴阳两虚证

症见：头晕、腰酸、膝软、畏寒肢冷、夜尿频、五心烦热、气短、盗汗、眠差

舌脉：舌淡红、苔白、脉细、脉沉、脉弱

公式： $Y=8*头晕+9*畏寒肢冷+9*夜尿频+7*气短+10*腰酸+10*膝软+8*五心烦热+8*盗汗+7*眠差+5*舌淡红+7*苔白+4*脉细+4*脉沉+4*脉弱$

注 1：上述公式中 Y 代表高血压病阴阳两虚证积分，头晕、腰酸、膝软、畏寒肢冷、夜尿频、五心烦热、气短、盗汗、眠差、舌淡红、苔白、脉细、脉沉、脉弱为各条目量化评分得分情况。其中，头晕、腰酸、膝软、畏寒肢冷、夜尿频、五心烦热、气短、盗汗、眠差用 1~5 分别代表：1—根本没有，2—较轻，3—一般，4—比较严重，5—很严重。舌淡红、苔白、脉细、脉沉、脉弱中无计 1 分，有计 3 分。量表见附录。

注 2：计算总分时将各条目量化评分得分情况同对应系数相乘，各条目和对应系数乘积的总和为最终高血压病阴阳两虚证积分数值。



### 3.高血压分类与分层

虽然高血压是影响心血管事件发生和预后的独立危险因素，但是并非唯一决定因素，大部分高血压患者还有血压升高以外的心血管危险因素。因此，高血压患者的诊断和治疗不能只根据血压水平，必须对患者进行心血管综合风险的评估并分层。高血压患者的心血管综合风险分层，有利于确定启动降压治疗的时机，优化降压治疗方案，确立更合适的血压控制目标和进行患者的综合管理。

心血管风险水平

| 其他危险因素                    | 血压                                |                                     |                                |
|---------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|                           | 1 级<br>(SBP140~159 或<br>DBP90~99) | 2 级<br>(SBP160~179 或<br>DBP100~109) | 3 级<br>(SBP≥180 或 DBP≥<br>110) |
| I 无其他危险因素                 | 低危                                | 中危                                  | 高危                             |
| II 1~2 个危险因素              | 中危                                | 中危                                  | 很高危                            |
| III ≥3 个危险因素或<br>器官损害或糖尿病 | 高危                                | 高危                                  | 很高危                            |
| IV 临床并发症或并<br>存临床情况       | 很高危                               | 很高危                                 | 很高危                            |

预后影响因素

| 心血管危险因素                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 靶器官损害 (TOD)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 并存的临床情况 (ACC)                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 高血压 (1~3 级)</li> <li>• 男性 &gt; 55 岁</li> <li>• 女性 &gt; 65 岁</li> <li>• 吸烟或被动吸烟</li> <li>• 糖耐量受损 (2 小时血糖 7.8-11.0mmol/L)</li> <li>• 血脂异常<br/>TC ≥ 5.7mmol/L (220 mg/dl)<br/>或 LDL-C &gt; 3.6 mmol/L (140 mg/dl)<br/>或 HDL-C &lt; 1.0 mmol/L (40 mg/dl)</li> <li>• 早发性心血管疾病家族史<br/>一级亲属，发病年龄 &lt;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 左心室肥厚<br/>心电图: Sokolow_Lyon 电压 &gt; 3.8mV 或 Cornell 乘积 &gt; 244mV•ms<br/>超声心动图 LVMI: 男 ≥ 115g/m<sup>2</sup>, 女 ≥ 95g/m<sup>2</sup></li> <li>• 颈动脉超声 IMT ≥ 0.9mm 或<br/>动脉粥样斑块</li> <li>• 颈一股动脉脉搏波速度 ≥ 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<br/>[eGFR 30~59ml/(min•1.73m<sup>2</sup>)]</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 脑血管疾病<br/>脑出血<br/>缺血性脑卒中<br/>短暂性脑缺血发作</li> <li>• 心脏疾病<br/>心肌梗死史<br/>心绞痛<br/>冠状动脉血运重建<br/>充血性心力衰竭<br/>心房颤动</li> <li>• 肾脏疾病<br/>糖尿病肾病<br/>肾功能受损包括<br/>eGFR &lt; 30~59ml/(min•1.73m<sup>2</sup>)</li> </ul> |

|                                    |                         |                       |
|------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 50 岁                               | 或血清肌酐轻度升高:              | 血肌酐升高:                |
| • 腹型肥胖或肥胖                          | 男性 115~133 $\mu$        | 男性 $\geq 133$ mmol/L  |
| 腹型肥胖, 腰围: 男性                       | mol/L( 1.3~1.5mg/dl)    | ( 1.5 mg/dl)          |
| $\geq 85$ cm                       | 女性 107~124 $\mu$        | 女性 $\geq 124$ mmol/L  |
| 腰围: 女性 $\geq 80$ cm                | mol/L(1.2~1.4mg/dl)     | ( 1.4mg/dl)           |
| 肥胖 BMI $\geq 28$ kg/m <sup>2</sup> | • 微量白蛋白尿: 30~           | 蛋白尿 ( $\geq$          |
| • 高同型半胱氨酸血症 ( $\geq$               | 300mg/24h               | 300mg/24h)            |
| 15 $\mu$ mol/L)                    | 白蛋白/肌酐比: $\geq 30$ mg/g | • 外周血管疾病              |
| • 高尿酸血症                            | (3.5 mg/mmol)           | • 视网膜病变               |
| 男性, 绝经后女性 $> 7$                    |                         | 出血或渗出                 |
| mg/dL                              |                         | 视乳头水肿                 |
| 绝经前女性 $> 6$ mg/dL                  |                         | • 糖尿病                 |
|                                    |                         | 新诊断:                  |
|                                    |                         | 空腹血糖: $\geq$          |
|                                    |                         | 7.0mmol/L(126mg/dl)   |
|                                    |                         | 餐后血糖: $\geq$          |
|                                    |                         | 11.1mmol/L(200mg/dl)  |
|                                    |                         | 已治疗但未控制:              |
|                                    |                         | 糖化血红蛋白:               |
|                                    |                         | ( HbA1c) $\geq 6.5\%$ |

## 4.高血压的治疗

### 4.1 高血压的治疗目标

高血压治疗的根本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危险。鉴于我国高血压患者的以脑卒中并发症为主仍然没有根本改变的局面<sup>[59]</sup>, 因此在条件允许的情况下, 应采取强化降压的治疗策略。

基于既往研究的证据<sup>[6]</sup><sup>[7]</sup><sup>[18]</sup><sup>[60]</sup>, 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, 其中部分有糖尿病、蛋白尿等的高危患者的血压可控制在 130/80mmHg 以下。虽然也有一些证据<sup>[61]</sup><sup>[62]</sup>提示在一些特殊人群中更高或更低的血压目标, 但这主要取决于患者对治疗的耐受性和治疗的复杂程度。

治疗方案的选择和应用的强度应权衡长期获益和患者耐受性, 避免或减少由于患者耐受不良所导致的停药。对高危和很高危患者采取强化干预措施, 以及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有其合理性。应注意年龄增高并不是设定更高降压目标的充分条件, 对于老年患者, 医生应根据患者合并症的严重程度, 对治疗耐受性及坚持治疗的可能因素进行评

---

估，综合决定患者的降压目标。

## 4.2 降压治疗策略

### 4.2.1 降压治疗的目的

高血压患者降压治疗的目的是通过降低血压，有效预防或延迟脑卒中、心肌梗死、心力衰竭、肾功能不全等并发症发生，有效控制高血压的疾病进程，预防高血压急症、亚急症等重症高血压发生。

### 4.2.2 降压达标的方式

将血压降低到目标水平可以显著降低心脑血管并发症的风险。除高血压急症和亚急症外，对大多数高血压患者而言，应根据病情，在 4 周内或 12 周内将血压逐渐降至目标水平。年轻、病程较短的高血压患者，降压速度可稍快，老年人、病程较长，有合并症且耐受性差的患者，降压速度则可稍慢。

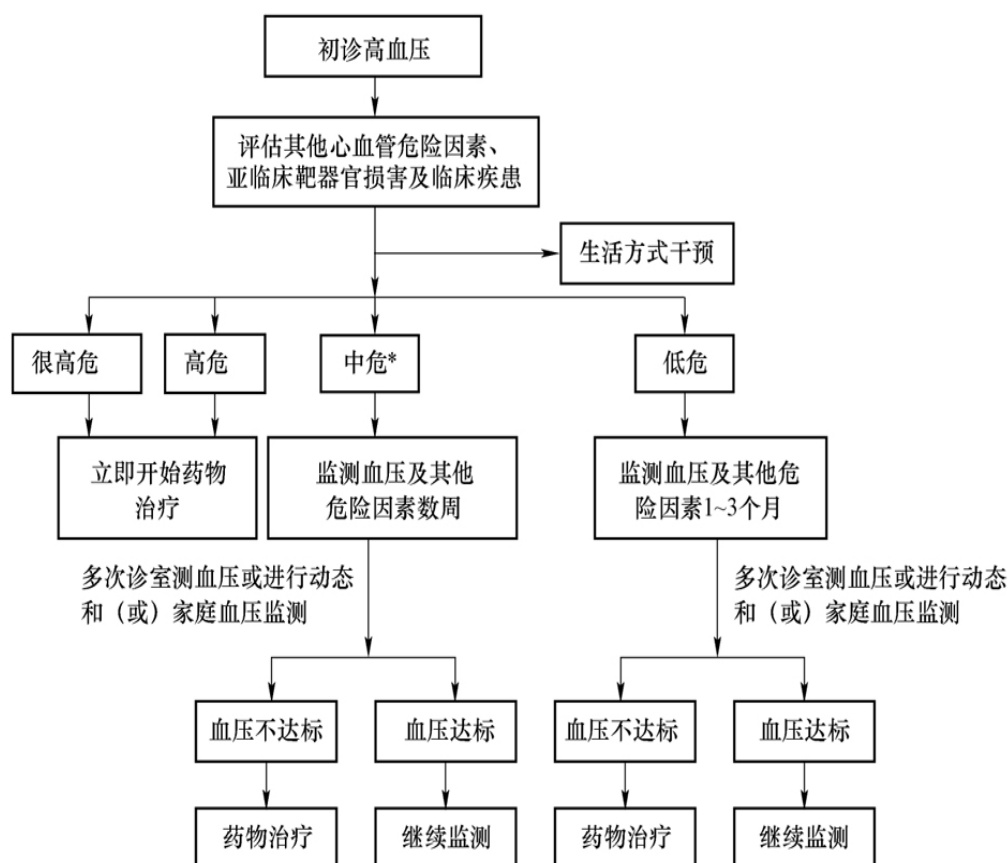
### 4.2.3 降压药物治疗的时机

降压药物治疗的时机取决于心血管风险评估水平，在改善生活方式的基础上，血压仍超过 140/90mmHg 和（或）目标水平的患者应给予药物治疗。

高危和很高危的患者，应及时启动降压药物治疗，并对并存的危险因素和合并的临床疾病进行综合治疗。

中危患者，可观察数周，评估靶器官损害情况，改善生活方式，如血压仍不达标，则应开始药物治疗。

低危患者，则可对患者进行 1~3 个月的观察，密切随诊，尽可能进行诊室外血压监测，评估靶器官损害情况，改善生活方式，如血压仍不达标可开始降压药物治疗。对初诊高血压患者而言，尤其应遵循这一策略。



### 4.3 生活方式干预

生活方式干预可以降低血压、预防或延迟高血压的发生、降低心血管病风险<sup>[63][66]</sup>。在本指南中，生活方式干预包括提倡健康生活方式，消除不利于身体和心理健康的行为和习惯。生活方式干预应该连续贯穿高血压治疗全过程，必要时联合药物治疗<sup>[67]</sup>。具体内容简述如下。

#### 4.3.1 减少钠盐摄入，增加钾摄入

为了预防高血压和降低高血压患者的血压，钠的摄入量减少至 2400mg/d(6g 氯化钠)。所有高血压患者均应采取各种措施，限制钠盐摄入量。主要措施包括：①减少烹调用盐及含钠高的调味品（包括味精、酱油），②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，③建议在烹调时尽可能使用定量盐勺，以起到警示的作用。

增加膳食中钾摄入量可降低血压<sup>[68]</sup>。主要措施为：①增加富钾食物（新鲜蔬菜、水果和豆类）的摄入量，②肾功能良好者可选择低钠富钾替代盐。不建议服用钾补充剂（包括药物）来降低血压。肾功能不全者补钾前应咨询医生。

---

#### 4.3.2 合理膳食

建议高血压患者和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。DASH(Dietary Approaches to Stop Hypertension)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<sup>[69]</sup>。

#### 4.3.3 控制体重

推荐将体重维持在健康范围内(BMI:18.5~23.9kg/m<sup>2</sup>，男性腰围<90cm，女性<85cm)<sup>[70]</sup>。建议所有超重和肥胖患者减重。控制体重，包括控制能量摄入、增加体力活动和行为干预。在膳食平衡基础上减少每日总热量摄入，控制高热量食物(高脂肪食物、含糖饮料和酒类等)的摄入，适当控制碳水化合物的摄入，提倡进行规律的中等强度的有氧运动、减少久坐时间。此外，行为疗法，如建立节食意识、制定用餐计划、记录摄入食物种类和重量、计算热量等，对减轻体重有一定帮助。

#### 4.3.4 戒烟

吸烟是一种不健康行为，是心血管病和癌症的主要危险因素之一。被动吸烟显著增加心血管疾病风险<sup>[71]</sup>。戒烟虽不能降低血压<sup>[72]</sup>，但戒烟可降低心血管疾病风险<sup>[73]</sup>。

#### 4.3.5 限制饮酒

过量饮酒显著增加高血压的发病风险，且其风险随着饮酒量的增加而增加，限制饮酒可使血压降低。建议高血压患者不饮酒。如饮酒，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<sup>[74]</sup>。白酒、葡萄酒、啤酒摄入量分别少于 50ml、100ml、300ml<sup>[25]</sup>。

#### 4.3.6 适量运动

运动可以改善血压水平。建议非高血压人群(为降低高血压发生风险)或高血压患者，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(如步行、慢跑、骑自行车、游泳等)<sup>[75]</sup>。运动形式可采取有氧、阻抗和伸展等<sup>[76]</sup>。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。

#### 4.3.7 减轻精神压力，保持心理平衡

精神紧张可激活交感神经从而使血压升高<sup>[27][28]</sup>。医生应该对高血压患者进行压力管理，指导患者进行个体化认知行为干预。必要时采取心理治疗联合药物治疗缓解焦虑和精神压力。

### 4.4 高血压的药物治疗

常用的五大类降压药物均可作为初始治疗用药，建议根据特殊人群的类型、合并症选择针对性的药物，进行个体化治疗。应根据血压水平和心血管风险选择初始单药或联合治疗。一般患者采用常规剂量，老年人及高龄老年人初始治疗时通常应采用较小的有效治疗剂量。根据需要，可考虑逐渐增加至足剂量<sup>[77][81]</sup>。优先使用长效降压药物，以有效控制 24 小时血压，更有效预防心脑血管并发症发生<sup>[40][82][86]</sup>。对血压 $\geq 160/100\text{mmHg}$ 、高于目标血压 20/10mmHg 的高危患者，或单药治疗未达标的高血压患者应进行联合降压治疗，包括自由联合或单片复方制剂<sup>[87]</sup>。

#### 4.4.1 降压药应用基本原则

（1）起始剂量：一般患者采用常规剂量；老年人及高龄老年人初始治疗时通常应采用较小的有效治疗剂量。根据需要，可考虑逐渐增加至足剂量<sup>[78][81][87]</sup>。

（2）长效降压药物：优先使用长效降压药物，以有效控制 24 小时血压，更有效预防心脑血管并发症发生<sup>[60][82][86]</sup>。如使用中、短效制剂，则需每天 2~3 次给药，以达到平稳控制血压。

（3）联合治疗：对血压 $\geq 160/100\text{mmHg}$ 、高于目标血压 20/10mmHg 的高危患者，或单药治疗未达标的高血压患者应进行联合降压治疗，包括自由联合或单片复方制剂<sup>[87]</sup>。对血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$  的患者，也可起始小剂量联合治疗<sup>[88][92]</sup>。

（4）个体化治疗：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。

（5）药物经济学：高血压是终生治疗，需要考虑成本/效益。

（6）中药治疗：对于高血压病患者，在进行规范的辨证后可采用相应证型的中药和（或）中成药进行治疗，对于 1 级高血压可单独应用，对于 2 级和 3

---

级高血压采用中药联合西药降压药进行治疗。

#### 4.4.2 常用西药降压药物的种类和作用特点

常用降压药物包括钙通道阻滞剂（CCB）、血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素受体拮抗剂 ARB、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。本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<sup>[93][94]</sup>。这些临床情况可称为强适应证。此外， $\alpha$  受体阻滞剂或其他种类降压药有时亦可应用于某些高血压人群。

##### （1）CCB

主要通过阻断血管平滑肌细胞上的钙离子通道发挥扩张血管降低血压的作用。包括二氢吡啶类 CCB 和非二氢吡啶类 CCB。二氢吡啶类 CCB 可与其他 4 类药物联合应用，尤其适用于老年高血压、单纯收缩期高血压、伴稳定性心绞痛、冠状动脉或颈动脉粥样硬化及周围血管病患者<sup>[95]</sup>。常见不良反应包括反射性交感神经激活导致心跳加快、面部潮红、脚踝部水肿、牙龈增生等。二氢吡啶类 CCB 没有绝对禁忌证，但心动过速与心力衰竭患者应慎用。急性冠状动脉综合征患者一般不推荐使用短效硝苯地平。

临床上常用的非二氢吡啶类 CCB，也可用于降压治疗，常见不良反应包括抑制心脏收缩功能和传导功能，二度至三度房室阻滞；心力衰竭患者禁忌使用，有时也会出现牙龈增生。因此，在使用非二氢吡啶类 CCB 前应详细询问病史，进行心电图检查，并在用药 2~6 周内复查。

##### （2）ACEI

作用机制是抑制血管紧张素转换酶，阻断肾素血管紧张素 II 的生成，抑制激肽酶的降解而发挥降压作用。ACEI 降压作用明确，对糖脂代谢无不良影响。限盐或加用利尿剂可增加 ACEI 的降压效应。尤其适用于伴慢性心力衰竭、心肌梗死后心功能不全、心房颤动预防、糖尿病肾病、非糖尿病肾病、代谢综合征、蛋白尿或微量白蛋白尿患者。最常见不良反应为干咳，多见于用药初期，症状较轻者可坚持服药，不能耐受者可改用 ARB。其他不良反应有低血压、皮疹，偶见血管神经性水肿及味觉障碍。长期应用有可能导致血钾升高，应定期监测血钾和血肌酐水平。禁忌证为双侧肾动脉狭窄、高钾血症及妊娠妇女。

---

### （3）ARB

作用机制是阻断血管紧张素 II 1 型受体而发挥降压作用。ARB 尤其适用于伴左心室肥厚、心力衰竭、糖尿病肾病、冠心病、代谢综合征、微量白蛋白尿或蛋白尿患者以及不能耐受 ACEI 的患者，并可预防心房颤动<sup>[96][97]</sup>。不良反应少见，偶有腹泻，长期应用可升高血钾，应注意监测血钾及肌酐水平变化。双侧肾动脉狭窄、妊娠妇女、高钾血症者禁用。

### （4）利尿剂

主要通过利钠排尿、降低容量负荷而发挥降压作用。用于控制血压的利尿剂主要是噻嗪类利尿剂，分为噻嗪型利尿剂和噻嗪样利尿剂两种，前者包括氢氯噻嗪和苄氟噻嗪等，后者包括氯噻酮和呋达帕胺等。

小剂量噻嗪类利尿剂（如氢氯噻嗪 6.25～25mg）对代谢影响很小，与其他降压药（尤其 ACEI 或 ARB）合用可显著增加后者的降压作用。此类药物尤其适用于老年高血压、单纯收缩期高血压或伴心力衰竭患者，也是难治性高血压的基础药物之一<sup>[98]</sup>。其不良反应与剂量密切相关，故通常应采用小剂量。噻嗪类利尿剂可引起低血钾，长期应用者应定期监测血钾，并适量补钾，痛风者禁用。对高尿酸血症以及明显肾功能不全者慎用，后者如需使用利尿剂，应使用襻利尿剂，如呋塞米等。

保钾利尿剂如阿米洛利、醛固酮受体拮抗剂如螺内酯等也可用于控制难治性高血压。在利钠排尿的同时不增加钾的排出，与其他具有保钾作用的降压药如 ACEI 或 ARB 合用时需注意发生高钾血症的危险。螺内酯长期应用有可能导致男性乳房发育等不良反应。

### （5）β 受体阻滞剂

主要通过抑制过度激活的交感神经活性、抑制心肌收缩力、减慢心率发挥降压作用。β 受体阻滞剂尤其适用于伴快速性心律失常、冠心病、慢性心力衰竭<sup>[99][100]</sup>、交感神经活性增高以及高动力状态的高血压患者。

常见的不良反应有疲乏、肢体冷感、激动不安、胃肠不适等，还可能影响糖、脂代谢。二/三度房室传导阻滞、哮喘患者禁用。慢性阻塞型肺病、运动员、周围血管病或糖耐量异常者慎用。糖脂代谢异常时一般不首选 β 受体阻滞剂，必要时也可慎重选用高选择性 β 受体阻滞剂。长期应用者突然停药可发生反跳现象，



---

即原有的症状加重或出现新的表现,较常见有血压反跳性升高,伴头痛、焦虑等,称之为撤药综合征。

#### (6) $\alpha$ 受体阻滞剂

不作为高血压治疗的首选药,适用于高血压伴前列腺增生患者,也用于难治性高血压患者的治疗<sup>[101]</sup>。开始给药应在入睡前,以预防体位性低血压发生,使用中注意测量坐、立位血压,最好使用控释制剂。体位性低血压者禁用。心力衰竭者慎用。

#### (7) 肾素抑制剂

作用机制是直接抑制肾素,继而减少血管紧张素 II 的产生,可显著降低高血压患者的血压水平<sup>[102][105]</sup>。其他作用也可能有助于降低血压和保护组织,如:降低血浆肾素活性,阻断肾素/肾素原受体,减少细胞内血管紧张素 II 的产生。这类药物耐受性良好。最常见的不良反应为皮疹,腹泻。

近年来,啡肽酶抑制剂沙库巴曲缬沙坦钠作为新型药物开始应用于高血压病的治疗。沙库巴曲缬沙坦钠含有脑啡肽酶抑制剂沙库巴曲和血管紧张素受体拮抗剂缬沙坦。沙库巴曲缬沙坦钠通过 LBQ657 抑制脑啡肽酶,同时通过缬沙坦阻断血管紧张素 II 的 1 型受体。通过 LBQ657 增加脑啡肽酶所降解的肽类水平,同时选择性阻断 AT1 受体抑制血管紧张素 II 作用,还可抑制血管紧张素 II 依赖性醛固酮释放。

#### (8) 神经节阻断药

神经节阻断药能选择性与神经节细胞 N1 胆碱受体结合,竞争性地阻止乙酰胆碱(ACh)与受体结合,使胆碱酯酶不能引起节细胞的除极化,从而阻断了神经冲动在神经节中的传递。该类药物作用广泛,不良反应较多,易产生耐受性。

#### (9) 去甲肾上腺素能神经阻断药

去甲肾上腺素能神经阻断药,一类通过影响递质去甲肾上腺素在去甲肾上腺素能神经末梢的储存,产生拮抗去甲肾上腺素能神经作用的药物。作用于去甲肾上腺素能神经末梢。代表药为利血平,因长期用药偶致抑郁症状很少用。

### 4.4.3 联合应用

联合应用降压药物已成为降压治疗的基本方法<sup>[106]</sup>。为了达到目标血压水平,大部分高血压患者需要使用 2 种或 2 种以上降压药物。

### (1) 联合用药的适应证

血压 $\geq 160/100\text{mmHg}$ 或高于目标血压 $20/10\text{mmHg}$ 的高危人群,往往初始治疗即需要应用2种降压药物。如血压超过 $140/90\text{mmHg}$ ,也可考虑初始小剂量联合降压药物治疗。如仍不能达到目标血压,可在原药基础上加量,或可能需要3种甚至4种以上降压药物。

### (2) 联合用药的方法

两药联合时,降压作用机制应具有互补性,同时具有相加的降压作用,并可互相抵消或减轻不良反应。例如,在应用ACEI或ARB基础上加用小剂量噻嗪类利尿剂,降压效果可以达到甚至超过将原有的ACEI或ARB剂量倍增的降压幅度。同样加用二氢吡啶类CCB也有相似效果。

### (3) 联合用药方案

1) ACEI或ARB+噻嗪类利尿剂:ACEI和ARB可使血钾等不良反应。ACEI或ARB+噻嗪类利尿剂合用有协同作用,有利于改善降压效果。

2) 二氢吡啶类CCB+ACEI或ARB:CCB具有直接扩张动脉的作用,ACEI或ARB既扩张动脉、又扩张静脉,故两药合用有协同降压作用。二氢吡啶类CCB常见的不良反应为踝部水肿,可被ACEI或ARB减轻或抵消。此外,ACEI或ARB也可部分阻断CCB所致反射性交感神经张力增加和心率加快的不良反应。

3) 二氢吡啶类CCB+噻嗪类利尿剂:FEVER研究<sup>[60]</sup>证实,二氢吡啶类CCB+噻嗪类利尿剂治疗,可降低高血压患者脑卒中发生的风险。

4) 二氢吡啶类CCB+ $\beta$ 受体阻滞剂:CCB具有扩张血管和轻度增加心率的作用,恰好抵消 $\beta$ 受体阻滞剂的缩血管及减慢心率的作用。两药联合可使不良反应减轻。

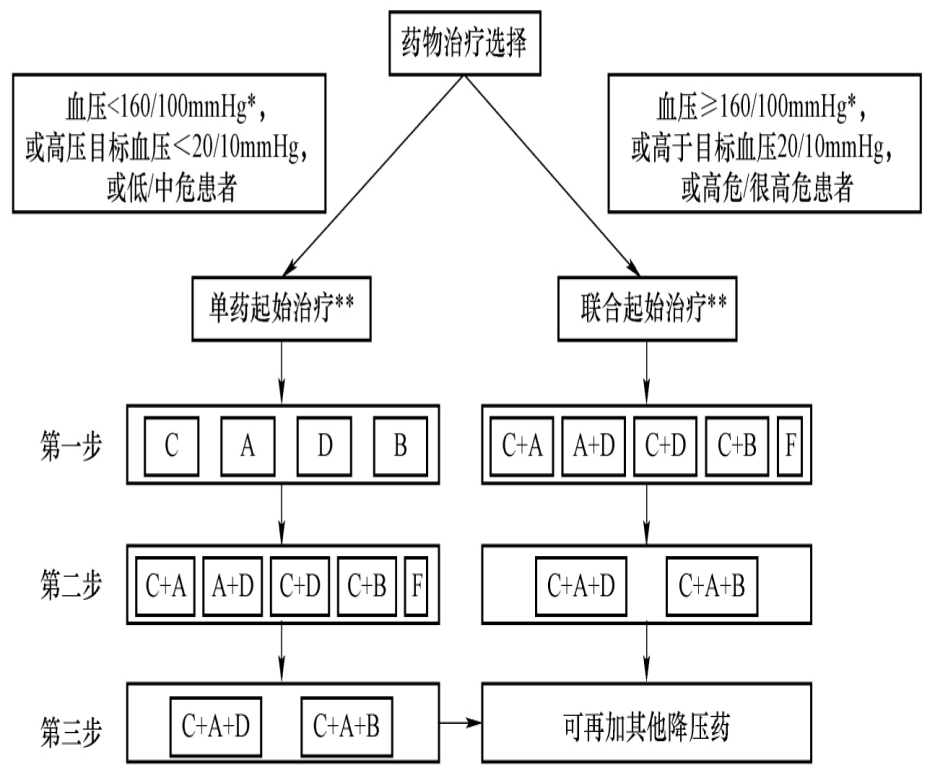
我国临床主要推荐应用的优化联合治疗方案是:二氢吡啶类CCB+ARB,二氢吡啶类CCB+ACEI,ARB+噻嗪类利尿剂,ACEI+噻嗪类利尿剂,二氢吡啶类CCB+噻嗪类利尿剂,二氢吡啶类CCB+ $\beta$ 受体阻滞剂。

可以考虑使用的联合治疗方案是:利尿剂+ $\beta$ 受体阻滞剂, $\alpha$ 受体阻滞剂+ $\beta$ 受体阻滞剂,二氢吡啶类CCB+保钾利尿剂,噻嗪类利尿剂+保钾利尿剂。

不常规推荐但必要时可慎用的联合治疗方案是:ACEI+ $\beta$ 受体阻滞剂,ARB+ $\beta$ 受体阻滞剂,ACEI+ARB,中枢作用药+ $\beta$ 受体阻滞剂。

多种药物的合用:①三药联合的方案:在上述各种两药联合方式中加上另一种

降压药物便构成三药联合方案，其中二氢吡啶类 CCB+ACEI（或 ARB）+噻嗪类利尿剂组成的联合方案最为常用。②四种药联合的方案:主要适用于难治性高血压患者，可以在上述三药联合基础上加用第 4 种药物如  $\beta$  受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂、氨苯蝶啶、可乐定或  $\alpha$  受体阻滞剂等。



#### 4.5 辨证论治

中医学认为，高血压病的发生发展变化与肝、脾、肾三脏的功能失调、气血失和相关，主要责之肝的疏泄不利、脾的升降失司、肾的阴阳失调，治疗当以调肝、理脾和补肾为法。

##### 4.5.1 肝火上炎证

治法：清肝泻火

推荐方药：龙胆泻肝汤（《医方集解》）加減

龙胆草、栀子、黄芩、泽泻、木通、车前子、柴胡、当归、生地黄、甘草

加減：头晕、头痛者，可加珍珠母平肝潜阳，胁肋灼痛者，可加白芍、川楝子、香附滋阴疏肝，急躁易怒，舌苔黄腻、大便不爽者，可加黄连、胆南星清热泻火，目赤耳鸣者，可加蝉蜕、夏枯草、菊花清利头目，大便秘结者，可加瓜蒌仁、柏子仁泻火通便，心烦、口舌生疮、小便黄，可加石膏、穿心莲清心降火。

特色验方：凉肝清心降压胶囊（山东省中医院验方）

---

组成：黄连、钩藤、泽泻、酒大黄

调摄：避免精神刺激，戒烟酒，饮食以清淡为主，也可用菊花、枸杞泡茶饮。

#### 4.5.2 肝阳亢逆证

治法：平肝降逆

推荐方药：天麻钩藤饮（《杂病证治新义》）加减（证据级别：C级；推荐强度：强推荐）

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、茯神

加减：心中烦热较甚者，可加石膏、淡豆豉清热除烦，眩晕、头痛较剧者，酌加龙骨、牡蛎平肝潜阳熄风，便秘者，加大黄、芒硝泻火通便，肝火偏盛，见面红目赤、口苦尿赤者，可用龙胆泻肝汤或上方加龙胆草、夏枯草。

特色验方：藤蓊降压片（山东省中医院验方）：

组成：钩藤，莱菔子

调摄：注意休息，劳逸结合，亦可配合针灸。

#### 4.5.3 痰湿壅盛证

治法：燥湿化痰

推荐方药：半夏白术天麻汤（《医学心悟》）加减（证据级别：C级；推荐强度：强推荐）

半夏、天麻、茯苓、橘红、白术、甘草。

加减：恶心呕吐甚者，重用茯苓、白术健脾行气，并酌加代赭石，脘闷食少者，可加白蔻仁、砂仁化湿醒脾，头昏痰黏者，可加远志、石菖蒲开窍化痰，瘀血者，可加丹参、郁金活血化瘀，舌苔厚重者，可加佩兰、藿香芳香化湿，眩晕较甚者，可加僵蚕、胆南星化痰通络。

调摄：肥胖者要加强体育锻炼，如气功、慢跑、太极拳等。饮食以素食为主，少黏腻、油腻食物，忌生冷、烟酒等物，以防助湿生痰，可常食党参粥、苡仁粥以健脾益胃。

#### 4.5.4 阴虚阳亢证

治法：育阴潜阳

推荐方药：镇肝熄风汤（《医学衷中参西录》）加减

---

怀牛膝，生赭石，龙骨，牡蛎，龟甲，白芍，玄参，天冬，川楝子，麦芽，茵陈，甘草

加減：心中煩熱甚者，加石膏、梔子以清熱除煩，痰多者，加胆南星、半夏燥濕化痰，尺脈重按虛者，加熟地黃、山茱萸以補肝腎，血瘀者，可加桃仁、紅花、丹參、地龍活血通絡，便秘者，可加枳實、大黃行氣導滯，失眠顯著者，可加茯神、酸棗仁養心安神，頭暈顯著者，可加鉤藤、天麻平肝潛陽。

特色驗方：鉤藤玄參顆粒（山東省中醫院驗方）

組成：鉤藤，玄參，萊菔子

調攝：保持心情舒暢、精神愉快，堅持適度的體育鍛煉，可用麥冬泡茶飲用。

#### 4.5.5 陰陽兩虛證

偏陰虛

治法：滋陰降火

方藥：知柏地黃丸（知母、黃柏、熟地黃、山藥、山萸肉、茯苓、丹皮、澤瀉）加減

加減：伴失眠煩躁加炒酸棗仁、首烏藤、梔子清熱除煩，便稀苔膩，手足腫脹加半夏、白朮、澤瀉利水化濕，大便秘結加玄參、麥冬養陰潤腸，上熱下寒，舌紅口乾，面熱，足冷加黃連、肉桂交通上下。

偏陽虛

治法：補氣助陽

方藥：濟生腎氣丸（附子、茯苓、澤瀉、山萸肉、山藥、車前子、丹皮、肉桂、川牛膝、熟地黃）加減

加減：。

舌淡體胖、四肢不溫者，可加菟絲子、巴戟天溫腎助陽，氣短腹瀉者，可加黃芪、白朮益氣健脾，五味子、補骨脂固腸止瀉，舌苔白膩者，可加石菖蒲、砂仁和胃化濕，脾胃虛寒，加干姜溫補脾陽，血瘀，加川芎活血行氣，去山萸肉。

特色驗方：補腎和脈顆粒（山東省中醫院驗方）

組成：黃芪，黃精，桑寄生，淫羊藿，炒杜仲，女貞子，懷牛膝，澤瀉，川芎，當歸，地龍

調攝：飲食多食補腎填精之品，如胡桃肉、黑芝麻、百合、豬腰等。

---

## 4.6 中成药

### 4.6.1 推荐中成药种类

肝火上炎证：牛黄降压片（丸）（牛黄降压丸证据级别：C级；推荐强度：强推荐。牛黄降压片证据级别：D级；推荐强度：强推荐），脑立清胶囊，珍菊降压片。

肝阳亢逆证：全天麻胶囊，天麻钩藤颗粒，松龄血脉康（证据级别：B级；推荐强度：强推荐）。

阴虚阳亢证：杞菊地黄丸，六味地黄丸。

痰湿壅盛证：复方罗布麻颗粒（证据级别：C级；推荐强度：强推荐）。

阴阳两虚证：金匱肾气丸。

### 4.6.2 用量与用法

牛黄降压片（丸）<sup>[107]</sup>：片剂每次4片，1日1次或每次2片，每日2次；丸剂，每次1-2丸，每日1次。清心化痰，镇静降压。适用于肝火上冲之高血压。一般应用于轻、中度（1、2级）高血压病，即收缩压140～179 mmHg或舒张压90～109 mmHg，初诊发现未用药或近1周未用降压药者。

脑立清胶囊<sup>[108]</sup>：每次3粒，每日3次。清肝泻火，镇肝潜阳降逆。用于肝火上炎型。

珍菊降压片<sup>[109]</sup>：每次1片，每日3次。降压，用于高血压症。

凉肝清心降压胶囊（医疗机构制剂）：每次2—3粒，每天两次。

全天麻胶囊<sup>[110]</sup>：每次3粒，每日3次。适用于肝阳上亢型高血压，尤其头痛症状明显者。

天麻钩藤颗粒<sup>[111]</sup>：每次10g，每日3次。用于肝阳上亢型高血压。

杞菊地黄丸<sup>[112]</sup>：每次6g，每日3次。适用于肝阳上亢型高血压。

六味地黄丸<sup>[113]</sup>：每次1丸，每日2～3次。滋补肾阴，适用于肝阳上亢型高血压肝肾阴虚较甚者。

复方罗布麻颗粒<sup>[115]</sup>：每次2袋，每日3次。适用于肝阳上亢，痰浊中阻型。

松龄血脉康<sup>[116]</sup>：每次4粒，每日3次。适用于痰瘀互结证高血压合并高脂血症患者的基础治疗或辅助治疗。

金匱肾气丸<sup>[117]</sup>：每次6g，每日3次。适用于高血压肾气不足证见下肢水肿，

---

腰膝酸软，小便不利，畏寒肢冷等症者。

## 4.7 中医特色适宜技术

具有中医特色的外用药物及非药物方法在高血压防治中也广泛使用，推荐的方法大多安全、简便，通过短期培训即可掌握。

### 4.7.1 针法和灸法

针法（证据级别：B 级；推荐强度：弱推荐）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 2-3 次，4 周为一个疗程。针法不仅能够改善头痛、头晕症状，还能有效降压。

灸法（证据级别：D 级；推荐强度：弱推荐）产生的艾热刺激人体穴位或特定部位，通过激发经气，纠正人体功能的紊乱，从而达到降压目的，对于高血压病阳虚证患者尤为适宜。灸法穴位的选择因辨证不同而不同。

主穴：

人迎，曲池，合谷，足三里，太冲。

配穴：

肝火上炎可加行间，风池，神门，期门

肝阳亢逆可加太白，行间，侠溪，风池

阴虚阳亢可加三阴交，足临泣，太溪

痰湿壅盛可加中脘，丰隆，廉泉，内关

阴阳两虚可加腰阳关，肾俞，太溪

加减：

头痛可加风池，头维，率谷；眩晕可加百会，风池；心悸可加内关，神门，大陵；胸闷可加内关，膻中；失眠可加神门，印堂，风池；耳鸣可加翳风，耳门，听宫，听会；便秘可加丰隆，水道（左），归来（左）

此外，放血疗法即刺络法，是用三棱针或一次性采血针刺破人体特定部位的浅表血管，放出适量血液，可达即时降压的效果。放血穴位或者部位可以选择上星、百会、双耳尖、大椎等。

### 4.7.2 推拿

中医推拿（证据级别：D 级；推荐强度：弱推荐）对 1 级高血压患者的血压

---

具有一定改善作用。推拿手法以揉法、推法、点按为主，可循经推拿，亦可选穴，或者两者结合。推拿选以头面颈项部、背部的经脉和腧穴，基础穴位可以选择百会、太阳、风池等穴。也可辨证取穴，推拿时以局部出现酸、麻、胀为准，每日或隔日 1 次，10 次为一个疗程。

#### 4.7.3 耳穴贴压

耳穴贴压法（证据级别：C 级；推荐强度：弱推荐）是用胶布将药豆准确地粘贴于耳穴处，给予适度的揉、按、捏、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，用耳穴探测仪寻找敏感点，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 20-30 次，使患者感胀痛及耳廓发热。每隔 3-5 天更换 1 次，每次一耳，双耳交替，5 次为一个疗程。

主穴：选择神门、降压沟等；

辅穴：

肝火上炎可加交感，肝，胆；肝阳亢逆可加肝，神门，耳中；阴虚阳亢可加肝，肾，皮质下；痰湿壅盛可加脾，胃，大肠；阴阳两虚可加肾，心，脾。

#### 4.7.4 穴位贴敷

穴位贴敷法（证据级别：D 级；推荐强度：弱推荐）基于中医经络理论，在穴位上敷贴药物，通过药物和腧穴的共同作用以起到降压作用。穴位贴敷药物可以用黄连、肉桂、吴茱萸、川芎、牛膝、天麻等，研磨成粉末状，用各种介质如水、酒、醋、活络油等调成糊，也可以制作成软膏，敷贴于双侧太冲、太溪、肝俞、肾俞或涌泉穴，起到降压的作用。贴敷的时间以 6-9 小时为宜，每天睡前 1 次，连续用药 2 周为一个疗程。

肝火上炎可加太冲、章门、期门；

肝阳亢逆可加大敦、太冲、行间；

阴虚阳亢可加三阴交、行间、太冲；

痰湿壅盛可加足三里、中脘、膻中；

阴阳两虚可加腰阳关、关元、肾俞。

#### 4.7.5 刮痧、砭石疗法

刮痧疗法刺激皮肤以经络循行部位为主，取足少阴肾经、足厥阴肝经、足太



阳膀胱经为主要刮痧经络，患者取坐位或卧位，露出需要刮痧的部位，操作者右手拿取刮痧板，蘸石蜡油刮痧，以出痧（皮肤潮红或出现紫红色痧痕）为度。

砭石疗法（证据级别：D 级；推荐强度：弱推荐）是应用适当大小的砭具刺激穴位中点，或用在皮肤上施熨法或摩法，以达到降压目的的一种外治疗法，对于即时降压效果尤为显著。可选足厥阴肝经、足少阴肾经、手阳明大肠经、足太阳膀胱经和督脉等。

#### 4.7.6 足浴

中药足浴疗法（证据级别：D 级；推荐强度：弱推荐）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，有一定程度的降压作用。可以采用桑叶、桑枝、茺蔚子等药物，煎煮后于每晚睡前足浴。

#### 4.7.7 体质调摄

根据不同的体质类型给予适当的饮食调理，平衡阴阳，对高血压的防治也有辅助作用，如气虚质多食益气健脾之品，如山药、莲子、大枣等。阳虚质多食温阳食物，如牛羊肉等，少食生冷寒凉之品。阴虚质多食甘凉滋润之品，如百合、银耳，少食性温燥烈食物，如辣椒。痰湿质饮食以清淡为主，少食肥甘厚腻，多食冬瓜、白萝卜、薏苡仁等。湿热质多食清淡、甘寒之品，如绿豆、苦瓜、薏苡仁等。血瘀质多食山楂、藕等。气郁质多食行气解郁、消食醒神之品，如丝瓜、柑橘等。

#### 4.7.8 药膳食疗（证据级别：C 级；推荐强度：弱推荐）

在中医药理论中，“药”与“食”同源，许多食物既是食物、又是药物，对疾病的调护具有积极作用。推荐食材，谷物类：绿豆、荞麦、玉米、大豆等。蔬菜类：胡萝卜、西红柿、冬瓜、香菇、马蹄、百合、南瓜、山药、大白菜、芹菜等。肉鱼蛋贝类：瘦猪肉、鸡肉、鱼、淡菜、虾、蛋类等。水果干果类：香蕉、桃子、苹果、山楂、橘子、葵花籽等。

根据辨证分型食用不同的药膳，如决明荞麦粥（适用于肝阳上亢患者）、泽泻荞麦粥（适用于痰湿壅盛患者）、菊花粥（适用于肝火上炎患者）、橘皮饮（适用于痰瘀互结患者）、胡桃糯米粥（适用于肾气不足患者）等。

#### 4.7.9 中药代茶饮

一些具有平肝潜阳、补益肝肾之功用，作用平和的中药可作为辅助降压的保

---

健方法，代茶饮用，如可选鬼针草、菊花、枸杞子、决明子、生山楂、麦冬、罗布麻叶等适量泡茶。

#### 4.7.10 中医综合调理

中医对高血压的管理特别强调整体调节的重要性，一些药物虽未有直接的降压证据，但可改善部分高血压患者的临床症状，提高生活质量，降低相关心血管危险因素，也会让高血压患者受益，临床可酌情使用。血脂康作为天然调脂药物，可中等强度降低低密度脂蛋白胆固醇，并对其他血脂谱具有改善作用，已有证据表明在高血压患者中的应用价值。

### 4.8 传统运动方式

一些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，并被初步的循证医学证据证实了可获得明确的血压降低效果，可作为高血压管理的运动方式选择。包括：太极拳（证据级别：C 级；推荐强度：强推荐）、八段锦（证据级别：C 级；推荐强度：弱推荐）、五禽戏（证据级别：C 级；推荐强度：弱推荐）等，归属于有氧运动系列，能够改善原发性高血压患者血压、糖代谢、脂代谢、焦虑情绪及生活质量。

太极拳可以调节情绪，缓解压力，调整阴阳失衡，每周运动 3-5 次，每次 30 分钟左右，坚持约 22 周，血压平均可降低 5~11 mmHg。

八段锦将呼吸吐纳与心理调节相结合，运动量适中，每周练习 5 天，每天 1 次，每次 2 遍，30 分钟左右，坚持练习 3-6 个月可有一定程度的降低血压作用。

### 4.9 心理干预

在常规管理的基础上强化心理健康干预（证据级别：D 级；推荐强度：强推荐），可以起到降压与改善情志的双重作用，对于因情志因素（比如紧张、焦虑）引起的血压升高效果显著。

## 5. 相关危险因素的处理

### 5.1 调脂治疗

高血压和血脂异常均为动脉粥样硬化性心脑血管疾病的重要危险因素，高血压伴有血脂异常显著增加心血管病事件发生的风险。《中国成人血脂异常防治指南（2016 年修订版）》<sup>[119]</sup>首次明确了中国动脉粥样硬化性心血管病（ASCVD）一级预防人群的理想胆固醇水平为 LDL\_C<2.6mmol/L（非 HDL\_C<3.4mmol/L）。

---

大量随机对照临床试验（包括我国完成的 CCSPS 研究<sup>[119][127]</sup>）均表明，他汀类药物降脂治疗能显著降低高血压合并血脂异常患者的全因死亡率及心血管事件的风险，并提示低-中等强度他汀用于高血压合并血脂异常患者的一级预防安全有效。然而，作为心血管事件一级预防策略，并非所有的高血压患者均需接受他汀类药物治疗。已有的数据分析显示<sup>[128][129]</sup>，低中强度他汀治疗能显著降低包括高血压患者在内的中危或高危心血管疾病患者的心血管风险，且安全性和耐受性良好。

在下列情况下，高血压患者应考虑应用他汀类药物：

高血压合并 $\geq 1$ 种代谢性危险因素，或伴靶器官损害，应使用他汀类药物作为心血管疾病的一级预防。

高血压合并临床疾病（包括心、脑、肾、血管等）应使用他汀类作为二级预防。

高血压患者应用他汀类药物作为一级预防，可采用低强度他汀，如合并多重危险因素（ $\geq 3$ 个）或靶器官损害较严重，可采用中等强度他汀。

高血压患者应用他汀类药物作为二级预防，初始治疗采取中等强度他汀，必要时采用高强度他汀或他汀联合其他降脂药物治疗（特异性肠道胆固醇吸收抑制剂）。

高血压伴血脂异常的患者，其降脂治疗按《中国成人血脂异常防治指南（2016年修订版）》处理。

## 5.2 抗血小板治疗

抗血小板治疗在心脑血管疾病二级预防中的作用已被大量临床研究证实，可有效降低心血管事件风险 19%~25%，其中非致死性心肌梗死下降 1/3，非致死性脑卒中下降 1/4，致死性血管事件下降 1/6<sup>[130][131]</sup>。下列高血压患者应积极抗血小板治疗：

①高血压合并 ASCVD 患者，需应用小剂量阿司匹林（ASA）（100mg/d）进行长期二级预防<sup>[132][133]</sup>

②合并血栓症急性发作，如急性冠状动脉综合征、缺血性脑卒中或短暂性脑缺血、闭塞性周围动脉粥样硬化症时，应按相关指南的推荐使用 ASA 合用 1 种 P2Y<sub>12</sub> 受体抑制剂。P2Y<sub>12</sub> 受体抑制剂选择包括氯吡格雷和替格瑞洛，通常在急

---

性期可给予负荷剂量一次（ASA:300mg，氯吡格雷:300~600mg 或替格瑞洛 180mg），ASA（100mg/d）和氯吡格雷（75mg/d）或替格瑞洛 180mg/d 联合应用 3~12 个月，而后应用小剂量 ASA（100mg/d）作为长期二级预防。

抗血小板治疗对心脑血管疾病一级预防的获益主要体现在高危人群，如高血压伴糖尿病、高血压伴慢性肾病、50~69 岁心血管高风险者（10 年心血管总风险 $\geq 10\%$ 或高血压合并 3 项及以上其他危险因素），可用小剂量 ASA（75~150mg/d）进行一级预防<sup>[134]</sup><sup>[137]</sup>。ASA 不能耐受者可应用氯吡格雷（75mg/d）代替。

高血压患者长期应用 ASA 应注意<sup>[138]</sup><sup>[139]</sup>：

①需在血压控制稳定（ $<150/90\text{mmHg}$ ）后开始应用。未达良好控制的高血压患者，ASA 可能增加脑出血风险

②肠溶 ASA 建议空腹服用以减少胃肠道反应

③服用前有发生消化道出血的高危因素，如消化道疾病（溃疡病及其并发症史）、65 岁以上、同时服用皮质类固醇、抗凝药或非甾体类抗炎药等，应采取预防措施，包括筛查与治疗幽门螺杆菌感染，预防性应用质子泵抑制剂，以及采用合理联合抗栓药物的方案等

④合并活动性胃溃疡、严重肝病、肾衰、出血性疾病者需慎用或停用 ASA

⑤服用 ASA 出现严重胃肠出血者停用 ASA，按出血相关路径处理，轻者可加用 PPI 治疗。

### 5.3 血糖控制

高血压患者合并高血糖很常见，同时往往合并其他多种代谢性心血管危险因素，例如肥胖、血脂异常、脂肪肝、蛋白尿、高尿酸血症等，促进并加重心血管风险发生和发展。因此，血糖控制强调通过健康的生活方式和药物对多种代谢性心血管危险因素进行综合控制。

血糖控制目标:HbA1c $<7\%$ ，空腹血糖 4.4~7.0mmol/L，餐后 2 小时血糖或非空腹血糖 $<10.0\text{mmol/L}$ 。

容易发生低血糖、病程长、老年人、合并症或并发症多、难以自我血糖监测的患者，血糖控制目标可以适当放宽。1 型糖尿病合并肾脏病、眼底病等并发症患者，血糖控制目标也应适当放宽。基本原则是不发生低血糖和高血糖急症。

饮食调整的原则:控制总热卡，碳水化合物占总热量 55%~65%;蛋白质不多

---

于总热量 15%。尽可能控制体重在正常范围内。在总热量不变的情况下，少食多餐。

运动和活动的原则:适量、经常性和个体化。推荐骨骼肌等张运动项目，例如步行、游泳等，限制强运动项目和运动量。接受胰岛素治疗的患者，强调规律的生活，例如定时定量进餐和运动。

药物治疗的主要原则<sup>[134][140]</sup>:

(1) 大多数 2 型糖尿病患者，首选二甲双胍。

(2) 体重偏瘦或单用二甲双胍不能有效控制血糖者，改用或加用  $\alpha$  糖苷酶抑制剂、磺脲类或格列奈类降糖药或二肽基肽酶\_4 (DPP\_4) 抑制剂、噻唑烷二酮类降糖药、钠\_葡萄糖共转运蛋白抑制剂或注射类降糖药胰岛素或胰高血糖素肽\_1 激动剂。

(3) 新型钠\_葡萄糖协同转运蛋白 2 (SGLT2) 抑制剂或 GLP\_1 受体激动剂，除了能有效降低血糖，还有轻度降低 SBP 和减轻体重的作用。近期临床试验证明，SGLT2 类药物恩格列净、卡格列净和 GLP\_1 受体激动剂利拉鲁肽能够降低心血管不良事件风险<sup>[141][143]</sup>，达格列净能够降低心血管死亡或心衰住院风险<sup>[144]</sup>。

(4) 采用 2 种中等以上剂量降糖药物而仍难以控制血糖者，可采用白天口服降糖药，睡前注射中效或超长效胰岛素治疗。如果仍不能有效控制血糖，可采用一日多次胰岛素注射治疗。

(5) 空腹血糖超过 11mmol/L，或 HbA1c 超过 9%伴明显高血糖症状的新发糖尿病患者，可以考虑采用短期胰岛素强化治疗，尽快控制血糖和保留胰岛  $\beta$  细胞功能。

(6) 在降压治疗过程中，需注意降压药物对血糖控制的影响，例如大剂量长时间应用噻嗪类利尿药可能导致血糖升高， $\beta$  受体阻滞剂可以掩盖心率增快等低血糖反应。

(7) 肾功能不全的患者可优选从肾脏排泄较少的降糖药，严重肾功能不全患者宜采用胰岛素治疗。

有关糖尿病防治详细指导和胰岛素应用原则、注意事项参见《中国糖尿病防治指南（2017 年版）》<sup>[145]</sup>。

## 5.4 高血压并发心房颤动（房颤）的治疗

---

高血压是发生房颤的重要危险因素<sup>[146]</sup>。高血压易致房颤的高危患者如合并左房增大、左心室肥厚、心功能降低，推荐使用肾素-血管紧张素-醛固酮系统（RAS）抑制药物（尤其 ARB）以减少房颤的发生<sup>[147]</sup>。高血压及房颤共同的重要并发症是脑卒中。高血压是非瓣膜病房颤卒中和体循环栓塞的危险因素之一。未控制的高血压也是房颤患者出血的危险因素。所有合并非瓣膜病房颤的高血压患者都应根据 CHADS<sub>2</sub> 或 CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 评分进行血栓栓塞的危险评估，并进行出血风险的评估。

凡是具有血栓栓塞危险因素的高血压合并房颤患者，应按照现行指南进行抗凝治疗<sup>[148]</sup>。可以在国际标准化比值（INR）指导下使用口服抗凝剂华法林，将 INR 控制在 2.0~3.0。由于我国人群华法林代谢基因特点，在初始或调整华法林治疗剂量时应给予特别考虑和注意，以保证疗效并避免出血不良反应。新型口服抗凝药<sup>[149]</sup><sup>[152]</sup>在非瓣膜病房颤患者的临床试验中与华法林进行了比较，预防卒中和体循环栓塞方面取得了非劣效或优效的结果，出血并发症不多于或少于华法林，所有药物均明显减少颅内出血。建议按照相应指南的适应证和禁忌证，正确使用和随访。有症状的房颤患者，应按现行指南进行室率或节律控制<sup>[148]</sup>。

由于节律不整，房颤患者血压测量易于出现误差，建议采用三次测量的平均值。有条件的情况下，可以使用能够检测房颤的电子血压计。

## 5.5 高血压伴多重危险因素的管理

生活方式干预是高血压合并多重危险因素患者心血管疾病预防的基础：高血压患者管理是实现多重危险因素干预的重要手段。研究显示，健康教育、生活方式干预与药物治疗相结合的多重危险因素干预，可显著改善社区心血管病高危人群单个危险因素控制<sup>[153]</sup><sup>[156]</sup>及危险因素聚集状况<sup>[157]</sup>。降压药与其他心血管治疗药物组成的固定配比复方制剂有二氢吡啶类 CCB+他汀等，此类复方制剂的使用应基于患者合并的危险因素或临床疾病，需掌握降压药和相应非降压药治疗的适应证及禁忌证。

## 5.6 高血压伴同型半胱氨酸升高的处理

林县营养干预研究<sup>[158]</sup>和 CSPPT 研究<sup>[159]</sup>表明，补充叶酸可降低首发脑卒中事件的风险。建议高血压伴同型半胱氨酸升高的患者适当补充新鲜蔬菜水果，必要时补充叶酸。

---

## 5.7 高血压伴高尿酸血症的处理

流行病学证据发现血清尿酸(SUA)与高血压之间存在联系<sup>错误!未找到引用源。</sup>。在大型纵向前瞻性队列心血管病风险研究中,血清尿酸升高始终可以预测高血压的发展,并与心血管事件的风险增加有关<sup>错误!未找到引用源。</sup>。<sup>错误!未找到引用源。</sup>

血尿酸水平与高血压发生风险呈明显正相关<sup>错误!未找到引用源。</sup>。<sup>错误!未找到引用源。</sup>维持血清尿酸水平在正常范围有赖于人体尿酸的生成和排泄功能正常。目前,临床上治疗高尿酸血症合并高血压患者多采用 ARB 类、CCB 类、ACEI 类药物。氯沙坦为血管紧张素 II 受体拮抗剂,兼有降低血尿酸和降血压作用。

在心血管患者中,sUA 的标准水平应<5 mg/dL。所有患者都应该了解该如何改变生活方式与饮食,是否应该减肥需要,同时需要严格遵守推荐治疗方法的准确信息。减肥和体育锻炼可有效的降低 sUA 水平。摄取已知能降低 sUA 的食品饮料,包括咖啡,乳制品,樱桃和抗坏血酸。

一旦确诊为高尿酸血症的患者,ULT 处方应该含有黄嘌呤氧化酶抑制剂。从开始每天服用 100 毫克别嘌呤醇,然后逐渐增加至每天服用 300-600 毫克以达到目标 sUA 水平。一旦达到所需的 sUA 目标,ULT 的剂量应无限期保持,患者的 UA 水平应每年监测两次。

建议使用别嘌呤醇 300-600 毫克/天的剂量。如果患者不能耐受或未达到所需的 sUA 水平,则应采取联合治疗手段。

---

## 参考文献

- [1]. 肖倩倩. 高血压病的现代中医病因病机探讨[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(10):1108-1110.
- [2]. 周忠民, 赵重学. 高血压的中医病机探讨[J]. 陕西中医, 2008, 29(2):193-195.
- [3]. 王玉民, 范军铭. 高血压病中医病机探讨[J]. 中医研究, 2014, 27(4):6-8.
- [4]. 王敏, 李恩庆. 从肝风脾湿肾虚探讨高血压病的病机[J]. 四川中医, 2009, 27(9):32-33.
- [5]. 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.
- [6]. 李立明, 饶克勤, 孔灵芝, 等. 中国居民 2002 年营养与健康状况调查 [J]. 中华流行病学杂志, 2005, 26(7):478-484.
- [7]. 胡以松, 姚崇华, 王文志, 等. 2002 年中国部分民族高血压患病情况 [J]. 卫生研究, 2006, 35(5):573-575.
- [8]. Lewington S, Lacey B, Clarke R, et al. The Burden of Hypertension and Associated Risk for Cardiovascular Mortality in China [J]. JAMA Intern Med, 2016, 176(4):524-532.
- [9]. Wu Y, Huxley R, Li L, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in China: data from the China National Nutrition and Health Survey 2002 [J]. Circulation, 2008, 118(25):2679-2686.
- [10]. 范国辉, 王增武, 张林峰, 等. 2013 年北方四区县农村高血压患病率、知晓率、治疗率和控制率调查 [J]. 中华医学杂志, 2015, 95(8):616-620.
- [11]. Yang L, Yan J, Tang X, et al. Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors associated with hypertension among adults in southern China, 2013 [J]. PLoS One, 2016, 11(1):e0146181.
- [12]. Gu H, Li W, Yang J, et al. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control among Han and four ethnic minorities (Uygur, Hui, Mongolian and Dai)



- 
- in China [J]. J Hum Hypertens, 2015, 29( 9) : 555— 560.
- [13]. 王耕, 李立明, 胡永华, 等. 上海市社区人群高血压危险因素聚集与患病关系的研究 [J]. 中华流行病学杂志, 2013, 34( 4) : 307—310.
- [14]. Gu D, Gupta A, Muntner P, et al. Prevalence of cardiovascular disease risk factor clustering among the adult population of China: results from the International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia( InterAsia) [J]. Circulation, 2005, 112( 5) : 658—665.
- [15]. Li Y, Feng X, Zhang M, et al. Clustering of cardiovascular behavioral risk factors and blood pressure among people diagnosed with hypertension: a nationally representative survey in China [J]. Sci Rep, 2016, 6: 27627.
- [16]. Ying CQ, Fu SB, Xu Q, et al. Multiple risk factor clustering and risk of hypertension in the Mongolian ethnic population of China [J]. Biomed Environ Sci, 2007, 20(5) : 381—385.
- [17]. Elliott P, Stamler J, Nichols R, et al. Intersalt revisited: further analyses of 24 hour sodium excretion and blood pressure within and across populations. Intersalt Cooperative Research Group [J]. BMJ, 1996, 312(7041) : 1249—1253.
- [18]. 国家卫生和计划生育委员会疾病预防控制局. 中国居民营养与慢性病状况报告 ( 2015) [M]. 北京:人民卫生出版社, 2015: 33—50.
- [19]. Liu Z. Dietary sodium and the incidence of hypertension in the Chinese population: a review of nationwide surveys [J]. Am J Hypertens, 2009, 22 (9) : 929—933.
- [20]. Global BMIMC, Di Angelantonio E, Bhupathiraju Sh N, et al. Body mass index and all cause mortality: individual participant data meta analysis of 239 prospective studies in four continents [J]. Lancet, 2016, 388 ( 10046 ) : 776—786.
- [21]. 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, 35(10) : 1000.
- [22]. 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(5) : 606—611.

- 
- [23]. Wang Z, Zeng X, Chen Z, et al. Association of visceral and total body fat with hypertension and prehypertension in a middle \_ aged Chinese population [J]. J Hypertens, 2015, 33(8) : 1555—1562.
- [24]. Fox CS, Massaro JM, Hoffmann U, et al. Abdominal visceral and subcutaneous adipose tissue compartments: association with metabolic risk factors in the Framingham Heart Study [J]. Circulation, 2007, 116(1) : 39—48.
- [25]. Xin X, He J, Frontini MG, et al. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta analysis of randomized controlled trials [J]. Hypertension, 2001, 38( 5) : 1112—1127.
- [26]. Holmes MV, Dale CE, Zuccolo L, et al. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomization analysis based on individual participant data [J]. BMJ, 2014, 349: g4164.
- [27]. Lambert E, Dawood T, Straznicky N, et al. Association between the sympathetic firing pattern and anxiety level in patients with the metabolic syndrome and elevated blood pressure [J]. J Hypertens, 2010, 28(3) : 543—550.
- [28]. Bajko Z, Szekeres CC, Kovacs KR, et al. Anxiety, depression and autonomic nervous system dysfunction in hypertension [J]. J Neurol Sci, 2012, 317 (1—2) : 112—116.
- [29]. Pan Y, Cai W, Cheng Q, et al. Association between anxiety and hypertension: a systematic review and meta analysis of epidemiological studies [J]. Neuropsychiatr Dis Treat, 2015, 11: 1121—1130.
- [30]. Dolan E, Stanton A, Thijs L, et al. Superiority of ambulatory over clinic blood pressure measurement in predicting mortality: the Dublin outcome study [J]. Hypertension, 2005, 46( 1) : 156—161.
- [31]. Stergiou GS, Siontis KC, Ioannidis JP. Home blood pressure as a cardiovascular outcome predictor: it's time to take this method seriously [J]. Hypertension, 2010, 58(55):1301—1303.
- [32]. Myers MG, Godwin M. Automated office blood pressure [J]. Can J Cardiol, 2012, 28(3):341—346.
- [33]. Li Y, Wang JG. Isolated nocturnal hypertension: a disease masked in the dark

- 
- [J]. Hypertension, 2013, 61(2):278—283.
- [34]. Parati G, Stergiou G, O’ Brien E, et al. European Society of Hypertension practice guidelines for ambulatory blood pressure monitoring [J]. J Hypertens, 2014, 32(7):1359—1366.
- [35]. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, et al. European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the Second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring [J]. J Hypertens, 2008, 26( 8):1505—1526.
- [36]. 中国医师协会高血压专业委员会,中国高血压联盟,中华医学会心血管病学分会.家庭血压监测中国专家共识 [J]. 中华高血压杂志, 2012, 20 ( 6 ):525—529.
- [37]. Agrawal B, Berger A, Wolf K, et al. Microalbuminuria screening by reagent strip predicts cardiovascular risk in hypertension[J]. J Hypertens, 1996, 14 ( 2 ):223—228.
- [38]. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate [J]. Ann Intern Med, 2009, 150(9):604—612.
- [39]. Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, et al. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group [J]. Ann Intern Med, 1999, 130 (6):461—470.
- [40]. Ma YC, Zuo L, Chen JH, et al. Modified glomerular filtration rate estimating equation for Chinese patients with chronic kidney disease [J]. J Am Soc Nephrol, 2006, 17(10):2937—2944.
- [41]. Bos MJ, Koudstaal PJ, Hofman A, et al. Uric acid is a risk factor for myocardial infarction and stroke: the Rotterdam study [J]. Stroke, 2006, 37 (6):1503—1507.
- [42]. O’ Leary DH, Polak JF, Kronmal RA, et al. Carotid\_artery intima and media thickness as a risk factor for myocardial infarction and stroke in older adults. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group [J]. N Eng J Med, 1999, 340(1):14—22.
- [43]. Polak JF, Pencina MJ, Pencina KM, et al. Carotid\_wall intima\_media thickness and cardiovascular events [J]. N Eng J Med, 2011, 365(3):213—221.

- 
- [44]. Vlachopoulos C, Aznaouridis K, Stefanadis C. Prediction of cardiovascular events and all\_cause mortality with arterial stiffness: a systematic review and meta analysis [J]. J Am Coll Cardiol, 2010, 55(13) : 1318—1327.
- [45]. Laurent S, Cockcroft J, Van Bortel L, et al. Expert consensus document on arterial stiffness: methodological issues and clinical applications [J]. Eur Heart J, 2006, 27(21) : 2588—2605.
- [46]. Murabito JM, Evans JC, Larson MG, et al. The ankle\_brachial index in the elderly and risk of stroke, coronary disease, and death: the Framingham Study [J]. Arch Intern Med, 2003, 163(16) : 1939—1942.
- [47]. Breslin DJ, Gifford RW, Jr, et al. Prognostic importance of ophthalmoscopic findings in essential hypertension [J]. JAMA, 1966, 195(5) : 335—338.
- [48]. Lehmann MV, Schmieder RE. Remodeling of retinal small arteries in hypertension [J]. Am J Hypertens, 2011, 24(12) : 1267—1273.
- [49]. Longstreth WT, Jr, Manolio TA, et al. Clinical correlates of white matter findings on cranial magnetic resonance imaging of 3301 elderly people. The Cardiovascular Health Study [J]. Stroke, 1996, 27(8) : 1274—1282.
- [50]. 蔡光先, 朱克俭, 韩育明. 高血压病常见症候临床流行病学观察 [J]. 中医杂志, 1999, 40(8) : 492.
- [51]. 古炽明, 丁有钦. 高血压病证候文献分析述评. 中医药学刊, 2003, 21(7) : 1156—1157.
- [52]. 邓世周, 王兵, 耿黎明, 等. 中医分型治疗高血压病 200 例疗效分析. 上海军医学杂志, 2000, 21(3) : 159—160.
- [53]. 邓启华, 符文缙, 邓松涛. 高血压病中西医结合辨证分型个体化治疗方法学的临床研究. 中国中西医结合急救杂志, 1999, 6(10) : 438—441.
- [54]. 刘亦选. 1239 例原发性高血压证治规律分析. 新中医, 1993, 25(10) : 20.
- [55]. 程文江, 郭峰, 毛军民. 原发性高血压病 602 例中医证候流行病学研究. 浙江中西医结合杂志, 2003, 13(4) : 261—262.
- [56]. 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [57]. 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [58]. 杨雯晴, 李运伦, 解君, 褚岩珺, 杜峰, 姜枫. 高血压病常见中医证型量化诊断标准的

---

探索性研究[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(05):2008–2012.

[59]. 陈伟伟, 高润霖, 刘力生, 等. 《中国心血管病报告 2016》概要 [J]. 中国循环杂志, 2017, 32(6).

[60]. Liu L, Zhang Y, Liu G, et al. The Felodipine Event Reduction (FEVER) Study: a randomized long-term placebo-controlled trial in Chinese hypertensive patients [J]. J Hypertens, 2005, 23(12): 2157–2172.

[61]. ACCORD Study Group, Cushman WC, Evans GW, et al. Effects of intensive blood pressure control in type 2 diabetes mellitus [J]. N Eng J Med, 2010, 362(17): 1575–1585.

[62]. SPRINT Research Group, Wright JT, Jr, Williamson JD, et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood Pressure Control [J]. N Eng J Med, 2015, 373(22): 2103–2116.

[63]. Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial [J]. Ann Intern Med, 2006, 144(7): 485–495.

[64]. Cook NR, Cutler JA, Obarzanek E, et al. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP) [J]. BMJ, 2007, 334(7599): 885–888.

[65]. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials [J]. J Hypertens, 2006, 24(2): 215–233.

[66]. He J, Whelton PK, Appel LJ, et al. Long-Term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension [J]. Hypertension, 2000, 35:544–549.

[67]. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension [J]. J Clin Hypertens (Greenwich), 2014, 16(1): 14–26.

[68]. Aburto NJ, Hanson S, Gutierrez H, et al. Effect of increased potassium intake on cardiovascular risk factors and disease: systematic review and meta-analyses

- 
- [J]. BMJ, 2013, 346: f1378.
- [69]. Saneei P, Salehi\_Abargouei A, Esmailzadeh A, et al. Influence of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet on blood pressure: a systematic review and meta-analysis on randomized controlled trials [J]. Nutr Metab Cardiovasc Dis., 2014, 24( 12) : 1253—1261.
- [70]. 中国肥胖问题工作组数据汇总分析协作组. 中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, 23(1) : 5—10.
- [71]. Malek AM, Cushman M, Lackland DT, et al. Secondhand Smoke Exposure and Stroke: The Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (RE- GARDS) Study [J]. Am J Preven Med, 2015, 49(6) : e89—97.
- [72]. Primatesta P, Falaschetti E, Gupta S, et al. Association between smoking and blood pressure: evidence from the health survey for England [J]. Hypertension, 2001, 37(2) : 187—193.
- [73]. Clair C, Rigotti NA, Porneala B, et al. Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes [J]. JAMA, 2013, 309(10) : 1014—1021.
- [74]. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH / ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension(ESH) and of the European Society of Cardiology( ESC) [J]. J Hypertens, 2013, 31(7) : 1281—1357.
- [75]. Leung AA, Nerenberg K, Daskalopoulou SS, et al. Hypertension Canada's 2016 Canadian Hypertension Education Program Guidelines for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention and Treatment of Hypertension [J]. Canadian J Cardio, 2016, 32(5) : 569—588.
- [76]. Whelton SP, Chin A, Xin X, et al. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta \_ analysis of randomized, controlled trials [J]. Ann Intern Med, 2002, 136(7) : 493—503.
- [77]. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic

- 
- hypertension. The Systolic Hypertension in Europe ( Syst\_ Eur) Trial Investigators [J]. Lancet ( London, England) , 1997, 350( 9080) : 757—764.
- [78]. Okin PM, Oikarinen L, Viitasalo M, et al. Prognostic value of changes in the electrocardiographic strain pattern during antihypertensive treatment: the Losartan Intervention for End\_Point Reduction in Hypertension Study(LIFE) [J]. Circulation, 2009, 119(14) : 1883—1891.
- [79]. Parving HH, Lehnert H, Brochner\_Mortensen J, et al. The effect of irbesartan on the development of diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes [J]. N Eng J Med, 2001, 345( 12) : 870—878.
- [80]. 宗文漪, 杨文英, 向红丁, 等. 厄贝沙坦治疗 2 型糖尿病伴白蛋白尿患者有效性和安全性—多中心随机双盲对照研究 [J]. 中华内分泌代谢杂志, 2008, 24(1) : 55—58.
- [81]. Lewis EJ, Hunsicker LG, Clarke WR, et al. Renoprotective effect of the angiotensin\_receptor antagonist irbesartan in patients with nephropathy due to type 2 diabetes [J]. N Eng J Med, 2001, 345( 12) : 851—860.
- [82]. 中华医学会心血管病学分会高血压学组. 清晨血压临床管理的中国专家指导建议 [J]. 中华心血管病杂志, 2014, 42(9) : 721—725.
- [83]. Wang JG, Kario K, Chen CH, et al. Management of morning hypertension: a consensus statement of an Asian expert panel [J]. J Clin Hypertens, 2018, 20: 39—44.
- [84]. Brown MJ, Palmer CR, Castaigne A, et al. Morbidity and mortality in patients randomised to double\_blind treatment with a long\_acting calcium\_channel blocker or diuretic in the International Nifedipine GITS study: Intervention as a Goal in Hypertension Treatment ( INSIGHT) [J]. Lancet ( London, England) , 2000, 356( 9227) : 366—372.
- [85]. Kario K, Saito I, Kushiro T, et al. Home blood pressure and cardiovascular out- comes in patients during antihypertensive therapy: primary results of HONEST, a large\_scale prospective, real \_ world observational study [J]. Hypertension ( Dallas, Tex: 1979) , 2014, 64( 5) : 989—996.
- [86]. Weber MA, Julius S, Kjeldsen SE, et al. Blood pressure dependent and independent effects of antihypertensive treatment on clinical events in the VALUE Trial

- 
- [J]. Lancet( London, England) , 2004, 363(9426) : 2049—2051.
- [87]. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older [J]. N Engl J Med, 2008, 358(18) : 1887—1898.
- [88]. Zhang Y, Zhang X, Liu L, et al. Is a systolic blood pressure target <140 mmHg indicated in all hypertensives Subgroup analyses of findings from the randomized FEVER trial [J]. European heart journal, 2011, 32( 12) : 1500—1508.
- [89]. 王文, 马丽媛, 刘明波, 等. 初始低剂量氨氯地平加替米沙坦或复方阿米洛利联合治疗对高血压患者血压控制率影响的阶段报告 [J]. 中华心血管病杂志, 2009, 25(8) : 701—707.
- [90]. Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, et al. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high \_ risk patients [J]. N Eng J Med, 2008, 359(23) : 2417—2428.
- [91]. Patel A, MacMahon S, Chalmers J, et al. Effects of a fixed combination of per- indopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial ) : a randomised con-trolled trial [J]. Lancet( London, England) , 2007, 370( 9590) : 829—840.
- [92]. Wang W, Ma L, Zhang Y, et al. The combination of amlodipine and angioten- sin receptor blocker or diuretics in high\_risk hypertensive patients: rationale, design and baseline characteristics [J]. J Human Hypertens, 2011, 25 ( 4 ) : 271—277.
- [93]. Cooper\_DeHoff RM, Gong Y, Handberg EM, et al. Tight blood pressure control and cardiovascular outcomes among hypertensive patients with diabetes and coronary artery disease [J]. JAMA, 2010, 304( 1) : 61—68.
- [94]. 王文, 王继光, 张宇清. 针对中国高血压的特点, 制定中国高血压防治的策略与方案 [J]. 中华高血压杂志, 2010, 18(10) : 904—907.
- [95]. Elliott HL, Meredith PA. Preferential benefits of nifedipine GITS in systolic hypertension and in combination with RAS blockade: further analysis of the ‘AC- TION’ database in patients with angina [J]. J Human Hypertens, 2011, 25( 1) : 63—70.
- [96]. Coyle D, Rodby R, Soroka S, et al. Cost \_ effectiveness of irbesartan 300



---

mg given early versus late in patients with hypertension and a history of type 2 diabetes and renal disease: a Canadian perspective [J]. Clinical therapeutics, 2007, 29 (7) : 1508—1523.

[97]. Park HC, Choi HY, Kim BS, et al. Antiproteinuric effect of losartan in non\_diabetic renal disease is not dependent on ACE insertion / deletion polymorphism [J]. Kidney & Blood Pressure Research, 2006, 29( 4) : 216—224.

[98]. Al Badarin FJ, Abuannadi MA, Lavie CJ, et al. Evidence\_based diuretic therapy for improving cardiovascular prognosis in systemic hypertension[J]. Am J Cardio, 2011, 107(8) : 1178—1184.

[99]. Castagno D, Jhund PS, McMurray JJ, et al. Improved survival with bisoprolol in patients with heart failure and renal impairment: an analysis of the cardiac insufficiency bisoprolol study II ( CIBIS \_ II ) trial [J]. Eur J Heart Fai, 2010, 12(6) : 607—616.

[100]. Wikstrand J, Warnold I, Tuomilehto J, et al. Metoprolol versus thiazide diuretics in hypertension . Morbidity results from the MAPHY Study [J]. Hypertension (Dallas, Tex: 1979) , 1991, 17( 4) : 579—588.

[101]. Haenni A , Lithell H . Moxonidine improves insulin sensitivity in insulin\_resistant hypertensives [J]. Journal of hypertension Supplement: official journal of the International Society of Hypertension, 1999, 17( 3) : S29—35.

[102]. Brown, MJ McInnes GT, Papst CC, et al. Aliskiren and the calcium channel blocker amlodipine combination as an initial treatment strategy for hypertension control( ACCELERATE) : a randomised, parallel\_group trial [J]. Lancet, 2011, 377: 312—320.

[103]. Oparil S, Yarows SA, Patel S, et al. Efficacy and safety of combined use of aliskiren and valsartan in patients with hypertension: a randomised, double\_blind trial [J]. Lancet, 2007, 370: 221—229.

[104]. Yarows A, Oparil S, Pate S, et al. Aliskiren and valsartan in stage 2 hypertension: subgroup analysis of a randomised, double\_blind study [J]. Adv Ther, 2008, 25: 1288—1302.

[105]. Duprez DA, Munger MA, Botha J, et al. Aliskiren for geriatric lowering of

- 
- systolic hypertension: a randomized controlled trial [J]. J Hum Hypertens, 2010, 24: 600—608.
- [106]. Franklin SS, Lopez VA, Wong ND, et al. Single versus combined blood pressure components and risk for cardiovascular disease: the Framingham Heart Study [J]. Circulation, 2009, 119( 2) : 243—250.
- [107]. 黄继汉, 郑青山, 高蕊, 等. 牛黄降压片治疗原发性高血压病(肝火亢盛证)的临床等效性试验. 中国循证医学杂志. 2004;4(4): 249-254.
- [108]. 杨秋君. 硝苯地平合脑立清治疗原发性高血压 52 例. 河南中医, 2005, 25(7): 58-59.
- [109]. 姜哲方, 叶人诵, 朱理安, 等. 珍菊降压片对更年期高血压的临床作用. 中成药, 2009, 31(7): 附 7-8.
- [110]. 李雄根, 廖习清, 赖真. 全天麻胶囊治疗高血压头痛 36 例临床研究. 中国民康医学, 2007, 146-147.
- [111]. 方显明, 黎芳, 何劲松, 等. 天麻钩藤饮和卡托普利对高血压病人生存质量影响的观察. 中西医结合心脑血管病杂志, 2008, 6(1): 3-4.
- [112]. 周卫华. 杞菊地黄丸合天麻钩藤饮治疗高血压肝阳上亢证的效果评析[J]. 当代医药论丛, 2019, 17(11): 214-215.
- [113]. 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.
- [114]. 杨雯晴, 李运伦. 藤蓊降压片方证初探[J]. 光明中医, 2014, 29(02): 392-395.
- [115]. 硝苯地平联合复方罗布麻颗粒治疗原发性高血压疗效研究[J]. 陕西医学杂志, 2018, 47(11): 1483-6.
- [116]. 吕双宏, 王恒和. 松龄血脉康胶囊治疗原发性高血压病的 Meta 分析[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(03): 131-136.
- [117]. 崔晓荣, 马学竹, 李秋艳. 金匱肾气丸加减干预高血压病系统评价[J]. 中国中医药信息杂志, 2018, 25(07): 87-91.
- [118]. 吕茂国. 补肾和脉颗粒治疗 1 级高血压肾气亏虚证的疗效观察[D]. 山东中医药大学, 2020.
- [119]. 诸骏仁, 高润霖, 赵水平, 等. 中国成人血脂异常防治指南 (2016 年修订版)[J]. 中国循环杂志, 2016, 31(10) : 937—953.
- [120]. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary

- 
- heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) [J]. Lancet (London, England), 1994, 344(8934): 1383—1389.
- [121]. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. Cholesterol and Recurrent Events Trial investigators [J]. N Eng J Med, 1996, 335(14): 1001—1009.
- [122]. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels [J]. N Eng J Med, 1998, 339(19): 1349—1357.
- [123]. Serruys PW, de Feyter P, Macaya C, et al. Fluvastatin for prevention of cardiac events following successful first percutaneous coronary intervention: a randomized controlled trial [J]. JAMA, 2002, 287(24): 3215—3222.
- [124]. MRC / BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20, 536 high\_risk individuals: a randomised placebo\_controlled trial [J]. Lancet (London, England), 2002, 360(9326): 7—22.
- [125]. Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomized placebo\_controlled trial [J]. Lancet (London, England), 2004, 364(9435): 685—696.
- [126]. LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, et al. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease [J]. N Eng J Med, 2005, 352(14): 1425—1435.
- [127]. Amarenco P, Bogousslavsky J, Callahan A, et al. High\_dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack [J]. N Eng J Med, 2006, 355(6): 549—559.
- [128]. Taylor F, Ward K, Moore TH, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease [J]. CDSR, 2011, (1): Cd004816.
- [129]. 中国胆固醇教育计划血脂异常防治建议专家组, 中华心血管病杂志编辑委员会血脂与动脉粥样硬化循证组, 中华医学会心血管病学分会流行病学组. 高血压患者降胆固醇治疗一级预防中国专家共识 [J]. 中华心血管病杂志, 2016, 44(8): 661—664.
- [130]. Baigent C, Blackwell L, Collins R, et al. Aspirin in the primary and secondary

---

prevention of vascular disease: collaborative meta \_ analysis of individual participant data from randomised trials[J]. Lancet ( London, England ) , 2009, 373(9678) : 1849—1860.

[131]. Smith SC, Jr, Benjamin EJ, et al. AHA / ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation [J]. Circulation, 2011, 124( 22) : 2458—2473.

[132]. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for health-care professionals from the American Heart Association / American Stroke Association [J]. Stroke, 2014, 45(7) : 2160—2236.

[133]. Fowkes FG, Price JF, Stewart MC, et al. Aspirin for prevention of cardiovascular events in a general population screened for a low ankle brachial index: a randomized controlled trial [J]. JAMA, 2010, 303(9) : 841—848.

[134]. 中华医学会糖尿病分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年版) [J]. 中国糖尿病杂志, 2014, 22( 8) : 2—42.

[135]. Guirguis\_Blake JM, Evans CV, Senger CA, et al. Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Events: A Systematic Evidence Review for the U. S. Preventive Services Task Force [J]. Ann Intern Med, 2016, 164 ( 12 ) : 804—813.

[136]. Halvorsen S, Andreotti F, ten Berg JM, et al. Aspirin therapy in primary cardiovascular disease prevention: a position paper of the European Society of Cardiology working group on thrombosis [J]. J Am Coll Cardio, 2014, 64 (3) : 319—327.

[137]. Bibbins\_Domingo K. Aspirin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Colorectal Cancer: U. S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement [J]. Ann Intern Med, 2016, 164(12) : 836—845.

[138]. Whitlock EP, Burda BU, Williams SB, et al. Bleeding Risks With Aspirin Use for Primary Prevention in Adults: A Systematic Review for the U. S. Preventive Services Task Force [J]. Ann Intern Med, 2016, 164( 12) : 826—835.

- 
- [139]. 中华医学会老年医学分会,《中华内科杂志》编辑委员会,《中华老年医学杂志》编辑委员会. 阿司匹林在动脉粥样硬化性心血管疾病中的临床应用: 中国专家共识(2016) [J]. 中华内科杂志, 2017, 65(1) : 68—80.
- [140]. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2014 [J]. Diabetes care, 2014, 37 Suppl 1: S14—80.
- [141]. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes [J]. N Eng J Med, 2015, 373 ( 22 ) :2117—2128.
- [142]. Neal B, Perkovic V, Mahaffey KW, et al. Canagliflozin and Cardiovascular and Renal Events in Type 2 Diabetes [J]. N Eng J Med, 2017, 377(7) : 644—657.
- [143]. Marso SP, Daniels GH, Brown\_Frandsen K, et al. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes [J]. N Eng J Med, 2016, 375( 4 ) : 311—322.
- [144]. Wiviott SD, Raz I, Bonaca MP, et al. Dapagliflozin and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes [J]. NEJM, 2018: 10(12389).
- [145]. 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2017 年版) [J]. 中华糖尿病杂志, 2018, 10(1) : 4—67.
- [146]. Schnabel RB, Yin X, Gona P, et al. 50 year trends in atrial fibrillation prevalence, incidence, risk factors and mortality in the Framingham Heart Study: a cohort study [J]. Lancet( London, England) , 2015, 386( 9989) : 154—162.
- [147]. Wachtell K, Horneštam B, Lehto M, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in hypertensive patients with a history of atrial fibrillation: The Losartan Intervention For End Point Reduction in Hypertension(LIFE) study [J]. J Am Coll Cardio, 2005, 45( 5) : 705—711.
- [148]. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS [J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2016, 50( 5) : e1—e88.
- [149]. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation [J]. N Eng J Med, 2009, 361( 12) : 1139—1151.
- [150]. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation [J]. N Eng J Med, 2011, 365( 10) : 883—891.

- 
- [151]. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation [J]. N Eng J Med, 2011, 365( 11) : 981—992.
- [152]. Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E, et al. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation [J]. N Eng J Med, 2013, 369( 22) : 2093 — 2104.
- [153]. Yu EY, Wan EY, Chan KH, et al. Evaluation of the quality of care of a multi-disciplinary Risk Factor Assessment and Management Programme for Hypertension(RAMPHT) [J]. BMC family practice, 2015, 16: 71.
- [154]. Wang HHX, Wong MCS, Tang JL, et al. Primary care-based lifestyle interventions on blood pressure and lipid profiles among Chinese subjects: a meta-analysis [J]. World Congress of Cardiology Scientific Sessions, 2012, 125(19) : e729.
- [155]. Wang HHX, Wong MCS, Yan BP, et al. Effectiveness of Lifestyle Interventions in Reducing Cardiovascular Risk Factors among Chinese Subjects in Primary Care Setting: A Systematic Review [J]. Int J Cardio, 2011, 147(11) : S32.
- [156]. Wang HH, Wang JJ, Xu L, et al. 12 Effect of cardiovascular risk \_ based approach in primary care physician \_ led management for 19, 400 hypertensive patients in southern China [J]. J Hypertension, 2012, 30: e4.
- [157]. 周祖勇, 潘仰中, 易旺东, 等. 贵阳市社区人群代谢综合征多重危险因素 干预前后的对比分析 [J]. 中华高血压杂志, 2008, 16(10) : 937—940.
- [158]. 周宪梁, 胡爱华, 惠汝太, 等. MTHFR 基因多态性及血浆同型半胱氨酸水平与脑卒中的关系 [J]. 中华心血管病杂志, 1999, 27(2) : 121—123.
- [159]. Huo Y, Li J, Qin X, et al. Efficacy of folic acid therapy in primary prevention of stroke among adults with hypertension in China: the CSPPT randomized clinical trial [J]. JAMA, 2015, 313( 13) : 1325—1335.

## 附录

### 高血压病肝火上炎证诊断量表

姓名： 性别： 年龄： 病程：

敬爱的病友：您好！

为了更加细致的了解您的病情，以下是关于您近两周以来的一些主观感受。请如实填写，在您认为合适的选项前划“√”。感谢您的配合，祝您早日康复！

1. 您有头晕的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

2. 您有头痛的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

3. 您有耳朵里鸣响的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

4. 您觉得口中发苦吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

5. 您有口干的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

6. 您肋骨部位最近有疼痛的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

7. 您最近睡觉的时候做梦多吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

8. 您最近失眠吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

9. 您最近容易急躁发怒吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

10. 您最近大便干吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

11. 您最近小便发黄吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

以下内容由医生填写：(请划“√”)

12. 面色 红 ①无 ②有

13. 眼睛发红 ①无 ②有

14. 脉弦 ①无 ②有

15. 脉有力 ①无 ②有

16. 脉数 ①无 ②有

17. 舌质 红 ①无 ②有

18. 舌苔 黄 ①无 ②有

辨证结果：

肝火上炎证： ☐是 ☐否

## 高血压病肝阳上亢证诊断量表

姓名： 性别： 年龄： 病程：

敬爱的病友：您好！

为了更加细致的了解您的病情，以下是关于您近两周以来的一些主观感受。请如实填写，在您认为合适的选项前划“√”。感谢您的配合，祝您早日康复！

1. 您有头晕的感觉吗？

① 根本没有 ② 有，较轻 ③ 有，一般 ④ 比较严重 ⑤ 很严重

2. 您有头痛的感觉吗？

① 根本没有 ② 有，较轻 ③ 有，一般 ④ 比较严重 ⑤ 很严重

3. 您最近有烦躁或容易发怒吗？

① 根本没有 ② 有，较轻 ③ 有，一般 ④ 比较严重 ⑤ 很严重

4. 您觉得口干的感觉吗？

① 根本没有 ② 有，较轻 ③ 有，一般 ④ 比较严重 ⑤ 很严重

5. 您有耳朵里鸣响的感觉吗？

① 根本没有 ② 有，较轻 ③ 有，一般 ④ 比较严重 ⑤ 很严重

6. 您最近有失眠吗？

① 根本没有 ② 有，较轻 ③ 有，一般 ④ 比较严重 ⑤ 很严重

7. 您有腰膝酸软的感觉吗？

① 根本没有 ② 有，较轻 ③ 有，一般 ④ 比较严重 ⑤ 很严重

8. 您有头重脚轻的感觉吗？

① 根本没有 ② 有，较轻 ③ 有，一般 ④ 比较严重 ⑤ 很严重

9. 您有面部发热的感觉吗？

① 根本没有 ② 有，较轻 ③ 有，一般 ④ 比较严重 ⑤ 很严重

10. 您有两眼发干发涩的感觉吗？

① 根本没有 ② 有，较轻 ③ 有，一般 ④ 比较严重 ⑤ 很严重

11. 您有乏力疲倦的感觉吗？

① 根本没有 ② 有，较轻 ③ 有，一般 ④ 比较严重 ⑤ 很严重

12. 您最近大便干吗？

① 根本没有 ② 有，较轻 ③ 有，一般 ④ 比较严重 ⑤ 很严重

13. 您最近小便发黄吗？

① 根本没有 ② 有，较轻 ③ 有，一般 ④ 比较严重 ⑤ 很严重

以下内容由医生填写：(请划“√”)

14. 舌苔 黄 ① 无 ② 有

15. 舌质 红 ① 无 ② 有

16. 脉弦 ① 无 ② 有

17. 脉细数 ① 无 ② 有

辨证结果：

肝阳上亢证： ☐是 ☐否



## 高血压病痰湿壅盛证诊断量表

姓名： 性别： 年龄： 病程：

敬爱的病友：您好！

为了更加细致的了解您的病情，以下是关于您近两周以来的一些主观感受。请如实填写，在您认为合适的选项前划“√”。感谢您的配合，祝您早日康复！

1. 您有头部昏沉，不清爽的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

2. 您有恶心想吐的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

3. 您有胸部满闷的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

4. 您有胃部饱满的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

5. 您会经常口吐痰涎吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

6. 您的口气重吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

7. 您会经常想睡觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

8. 您的体重较正常时有增加吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

9. 您有口中发腻的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

10. 您有四肢沉重的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

11. 您有大便粘腻便出不爽的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

以下内容由医生填写：

12. 苔腻 ①无 ②有

13. 苔白 ①无 ②有

14. 苔厚 ①无 ②有

15. 脉弦 ①无 ②有

16. 脉滑 ①无 ②有

辨证结果：

痰湿壅盛证： ☐是 ☐否

## 高血压病痰瘀互结证诊断量表

姓名： 性别： 年龄： 病程：

敬爱的病友：您好！

为了更加细致的了解您的病情，以下是关于您近两周以来的一些主观感受。请如实填写，在您认为合适的选项前划“√”。谢谢您的配合，祝您早日康复！

1.您有头晕的症状吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

2.您有头痛的症状吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

3.您有胸痛的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

4.您有四肢麻木感吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

5.您有心慌的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

6.您有自觉口中发干的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

7.您有大便时黏腻排不干净的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

8.您有恶心呕吐痰涎的症状吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

9.您最近有精神不振、浑身乏力的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

10.您最近有胸部满闷不舒服的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

11.您的身材很丰满吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

以下由医生填写：

脉滑 ①无 ②有

脉沉 ①无 ②有

脉涩 ①无 ②有

舌有瘀斑 ①无 ②有

舌苔腻 ①无 ②有

辨证结果：

痰瘀互结证： ☐是 ☐否

## 高血压病肾气不足证诊断量表

姓名： 性别： 年龄： 病程：

亲爱的病友：您好！

为了更加细致的了解您的病情，以下是关于您近两周以来的一些主观感受。请如实填写，在您认为合适的选项前划“√”。感谢您的配合，祝您早日康复！

1.您最近有头晕的感觉吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

2.您最近感到耳朵响吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

3.您感觉精神倦怠吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

4.您感觉腰膝酸软吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

5.您最近感觉身上没劲吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

6.您白天的时候好出汗吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

7.您平时怕冷吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

8.您最近有性欲减退的情况吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

9.您最近月经是否异常或有遗精的情况吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

10.您最近起夜多吗？

①根本没有 ②有，较轻 ③有，一般 ④比较严重 ⑤很严重

以下内容由医生填写：

11.舌质淡红 ①无 ②有

12.舌苔薄白 ①无 ②有

13.脉细 ①无 ②有

14.脉沉 ①无 ②有

15.脉弱 ①无 ②有

辨证结果：

肾气不足证： ☐是 ☐否

---

# 稳定型冠心病中西医诊疗方案

**Traditional Chinese and Western medical treatment standard  
for stable coronary artery disease**

执笔人：马建亮 姜永浩

---

## 1.定义

稳定型冠心病指的 SCAD，包括 3 种情况，即慢性稳定性劳力型心绞痛、缺血性心肌病和急性冠状动脉综合征（acute coronary syndrome，ACS）之后稳定的病程阶段。

慢性稳定性劳力型心绞痛是在冠状动脉固定性严重狭窄基础上，由于心肌负荷的增加引起的心肌急剧的、短暂的缺血缺氧临床综合征，通常为一过性的胸部不适，其特点为短暂的胸骨后压榨性疼痛或憋闷感（心绞痛），可由运动、情绪波动或其他应激诱发。缺血性心肌病指由于长期心肌缺血导致心肌局限性或弥漫性纤维化，从而产生心脏收缩和/或舒张功能受损，引起心脏扩大或僵硬、慢性心力衰竭、心律失常等一系列临床表现的临床综合征。ACS 之后稳定的病程阶段，通常无症状，表现为长期、静止、无典型缺血症状的状态。

本规范对推荐类别的表述沿用国际通用的方式。

I 类：指已证实和/或一致公认有益、有用和有效的操作或治疗。

II 类：指有用和/或有效的证据尚有矛盾或存在不同观点的操作或治疗。

II a 类：有关证据/观点倾向于有用和/或有效，应用这些操作或治疗是合理的。

II b 类：有关证据/观点尚不能被充分证明有用和/或有效，可考虑应用。

III 类：指已证实和/或一致公认无用和/或无效，并对一些病例可能有害的操作或治疗，不推荐使用。

对证据来源的水平表达如下。

证据水平 A：资料来源于多项随机临床试验或荟萃分析。

证据水平 B：资料来源于单项随机临床试验或多项非随机对照研究。

---

证据水平 C: :仅为专家共识意见和/或小型临床试验、回顾性研究或注册登记研究。

## 2.流行病学

《中国心血管病报告 2018》指出，我国心血管病患病率及病死率仍处于上升阶段，推算共计 2.9 亿心血管病患者，其中冠心病患者 1100 万人，心血管病死亡率高于肿瘤及其他疾病，根据《中国卫生健康统计年鉴 2019》，2018 年中国城市居民冠心病死亡率为 120.18/10 万，农村居民冠心病死亡率为 128.24/10 万，占居民疾病死亡构成的 40%以上，居于首位。自 2004 年以来，我国心脑血管病的住院总费用快速增加，其年均增速远高于 GDP 增速。中国心血管病负担日渐加重，已成为重大的公共卫生问题。

## 3.诊断

### 3.1 临床特点

#### 3.1.1 症状

与心肌缺血相关的胸部不适（心绞痛）通常从以下 4 个方面描述：（1）部位：心肌缺血引起的胸部不适通常位于胸骨体之后，可波及心前区，有手掌大小范围，甚至横贯前胸，界限不很清楚。常放射至左肩、左臂内侧达无名指和小指，或至颈、咽或下颌部。（2）性质：胸痛常为压迫、发闷、紧缩或胸口沉重感，有时被描述为颈部扼制或胸骨后烧灼感，但不像针刺或刀扎样锐性痛。可伴有呼吸困难，也可伴有非特异性症状如乏力或虚弱感、头晕、恶心、坐立不安或濒死感。呼吸困难可能为 SCAD 的唯一临床表现，有时与肺部疾病引起的气短难以鉴别。胸痛发作时，患者往往被迫停止正在进行的活动，直至症状缓解。（3）持续时间：通常持续数分钟至 10 余分钟，大多数情况下 3-5 min，很少超过 30 min，若症状仅持续数秒，则很可能与心绞痛无关。（4）诱因：与劳累或情绪激动相关是心绞痛的重要特征。当负荷增加如走坡路、逆风行走、饱餐后或天气变冷时，心绞痛

---

常被诱发。疼痛多发生于劳累或激动的当时，而不是劳累之后。含服硝酸酯类药物常可在数分钟内使心绞痛缓解。

典型心绞痛应同时符合下列 3 项特征：1.胸骨后不适感，其性质和持续时间具有明显特征；2.劳累或情绪应激可诱发；3.休息或硝酸酯类药物数分钟可缓解。

非典型心绞痛：符合上述特征中的 2 项。

非心绞痛性质的胸痛：近符合上述特征中的 1 项或都不符合。

### 3.1.2 体征

心绞痛通常无特异性体征。胸痛发作时常见心率增快、血压升高、表情焦虑、皮肤冷或出汗，有可能出现第三、第四心音和轻度的二尖瓣关闭不全，但均无特异性。体格检查对于鉴别由贫血、高血压、瓣膜病、梗阻性肥厚型心肌病引起的胸痛有重要意义。

## 3.2 辅助检查

### 3.2.1 实验室检查

评估心血管危险因素及判断预后的重要方法。可检查血糖和血脂，了解冠心病危险因素；查外周血常规注意有无贫血；必要时检查甲状腺功能；胸痛较明显患者，需查血肌钙蛋白（cTnT 或 cTnI）、肌酸激酶（CK）及同工酶（CK-MB），与 ACS 相鉴别。

### 3.2.2 心电图检查

所有正发生或刚发生过胸痛，临床疑似心绞痛的患者均建议行静息心电图检查。可作为患者病情发生变化时的心电参照（I，C）。对稳定性心绞痛患者行运动心电图评估或心肺运动试验评估是安全的，并对指导运动处方有重要意义（I，C）。对疑似伴有心律失常的稳定性冠心病患者建议行动态心电图监测，也有助于发现日常活动时心肌缺血的证据和程度以及发现变异型心绞痛发作时的心电图特异性改变（I，C）。

### 3.2.3 胸部 X 线检查

胸痛患者应常规行胸部 X 线检查。对于稳定性冠心病患者，胸部 X 线不能为诊断或危险分层提供特征性信息，但对某些可疑心力衰竭患者的评估有意义，且有助于鉴别诊断肺部疾病（I，C）。

### 3.2.4 超声心动图检查

静息经胸超声心动图可帮助了解心脏结构和功能。经胸超声心动图还有助于排除其他结构性心脏疾病，如瓣膜病、肥厚性心肌病等。稳定性冠心病患者的静息超声心动图大部分无异常表现，但在心绞痛发作时，超声心动图检查可发现缺血区心室壁运动异常，并可出现一过性心室收缩与舒张功能障碍的表现(Ⅱa,C)。

### 3.2.5 诊断心肌缺血的负荷试验

(1) 心电图负荷试验：包括运动负荷试验和药物负荷试验（多巴酚丁胺、双嘧达莫或腺苷负荷试验）。负荷心电图具有诊断意义的异常变化包括负荷运动过程中心电图 2 个以上导联 J 点后 0.06–0.08 s 的 ST 段出现水平或下斜性下移  $\geq 0.1$  mV。

(2) 超声心动图负荷试验：有运动能力的患者首选超声心动图运动负荷试验，如患者静息状态下存在室壁节段性运动异常和/或患者不能进行充分运动时，建议行多巴酚丁胺药物负荷检查。超声心动图负荷试验只能以室壁增厚异常作为缺血的标志，心肌声学造影超声心动图还可额外评估心肌灌注水平。

### 3.2.6 冠状动脉 CTA

对于根据临床症状诊断为稳定性冠心病患者可考虑行 CTA 检查以了解冠状动脉病变情况。CTA 对狭窄部位病变程度的判断仍有一定局限性，对冠状动脉狭窄程度的显示仅能作为参考。有碘对比剂过敏，严重心、肾功能不全者，未经治疗的甲状腺功能亢进及妊娠期妇女禁忌行 CTA 检查。有哮喘、高敏体质、频发期前收缩或心房颤动者慎行 CTA 检查。

### 3.2.7 冠状动脉造影

冠状动脉造影目前仍是诊断冠心病的金标准，可发现各支动脉狭窄性病变的部位并估计其程度。经无创性检查危险分层后若需确定是否需行血运重建治疗，则应行冠状动脉造影检查。对有典型性胸痛，或临床证据提示不良事件风险高的患者，可不进行无创性检查，直接行早期冠状动脉造影以确立血运重建策略。

## 3.3 中医诊断

### 3.3.1 病因病机

冠心病稳定型心绞痛属于中医学“胸痹”“心痛”范畴，本病的发生与寒邪内侵、饮食不节、情志失调、劳倦内伤、年迈体虚等因素有关。本病病位在心，



涉及肝、脾、肾等脏，以“阳微阴弦”为基本病机，是本虚标实之证，本虚为气、血、阴、阳亏虚，心脉失养；标实为寒凝、气滞、血瘀、痰浊等痹阻胸阳、阻滞心脉。冠心病稳定型心绞痛的主要证候要素包括血瘀证、气虚证、阴虚证、痰浊证、气滞证、阳虚证、寒凝证等，主要证候要素组合包括气虚血瘀证、气滞血瘀证、气阴两虚证等。

### 3.3.2 疾病分期

#### (1) 发作期

发作期是指患者心绞痛症状由体力劳动、情绪激动或其他因素诱发或加重，疼痛部位主要在胸骨体上段或中段之后，可波及心前区，常放射至左肩、左臂内侧达无名指和小指，或至颈、咽或下颌部。疼痛性质为压迫、发闷或紧缩性，也可有烧灼感，或伴濒死的恐惧感。发作时，患者往往不自觉地停止原来的活动，直至症状缓解。

#### (2) 缓解期

患者心绞痛发作后常逐步加重，然后在 3~5 分钟内逐渐消失，一般在停止原来诱发症状的活动后即缓解，舌下含用硝酸甘油也能在几分钟内使之缓解。

### 3.4 危险度分层

对诊断为 SCAD 的患者，应进行危险分层以指导治疗决策。各种危险分层方法的适用人群不同，主要方法如下：（1）依据临床情况进行危险分层适用于所有的患者；（2）依据左心室功能进行危险分层适用于绝大多数患者；（3）依据对负荷试验的反应进行危险分层适用于大多数患者；（4）依据 CAG 进行危险分层适用于选择性的患者。

### 各种无创性检查方法用于危险分层的推荐

| 推荐内容                                | 推荐 | 证据 | 参考 |
|-------------------------------------|----|----|----|
|                                     | 类别 | 水平 | 文献 |
| 建议根据临床情况和负荷试验结果进行危险分层               | I  | B  |    |
| 患者运动负荷心电图结果不确定时，建议使用负荷影像学检查结果进行危险分层 | I  | B  |    |

|                                                                                         |    |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|---|
| 对心绞痛症状明显的SCAD 患者，建议行负荷心电图来进行危险分层（除非患者没有运动能力或心电图的改变难以评估），或在当地医院专业水平和诊疗设施允许的情况下，优选负荷影像学检查 | I  | B |
| 对症状恶化的已经确诊SCAD 的患者，若了解缺血部位和范围可能对临床决策有帮助，建议采用负荷影像学检查来进行危险分层                              | I  | B |
| 合并左束支传导阻滞的患者应考虑使用药物负荷超声心动图或SPECT 来进行危险分层                                                | Ia | B |
| 置入起搏器的患者应考虑使用负荷超声心动图或SPECT来进行危险分层                                                       | Ia | B |
| 对于可采用冠状动脉CTA 进行事件危险分层的患者，应考虑到严重钙化可能会高估狭窄程度，对于中高度PTP 患者尤其如此                              | Ia | C |

### CAG 用于危险分层的推荐

| 推荐内容                                                                       | 推荐类别 | 证据水平 | 参考文献 |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| 存在严重稳定性心绞痛（CCSIII级）或临床表现、提示事件高风险的患者建议行CAG （必要时行FFR测定）来进行危险分层，尤其是药物治疗效果不明显时 | I    | C    |      |
| 对心绞痛症状轻微（CCS I – II 级）或无症状、正接受药物治疗的患者，若其无创性危险分层提示高危，为改善预后考虑行血运重建时，建议行      | I    | C    |      |

---

CAG（必要时行FFR测定）来进行危险分层

如果无创性检查不能明确诊断，或不同无创

性检查手段结果出现矛盾，应考虑行 CAG（必要时行 FFR 测

定）

---

II  
C  
a

## 4.治疗

### 4.1 药物治疗

#### 4.1.1 缓解症状的药物

目前缓解症状及改善缺血的药物主要包括三类： $\beta$  受体阻滞剂、硝酸酯类药物和钙通道阻滞剂（calcium channel blocker, CCB）。缓解症状与改善缺血的药物应与预防心肌梗死和死亡的药物联合使用，其中  $\beta$  受体阻滞剂同时兼有两方面的作用。

##### （1） $\beta$ 受体阻滞剂

只要无禁忌证， $\beta$  受体阻滞剂应作为 SCAD 患者的初始治疗药物。 $\beta$  受体阻滞剂通过抑制心脏  $\beta$  肾上腺素能受体，减慢心率、减弱心肌收缩力、降低血压以减少心肌耗氧量，还可通过延长舒张期以增加缺血心肌灌注，因而可以减少心绞痛发作和提高运动耐量。目前更倾向于选择性  $\beta_1$  受体阻滞剂，如琥珀酸美托洛尔、比索洛尔。应用  $\beta$  受体阻滞剂治疗期间心率宜控制在 55-60 次/min。

##### （2）硝酸酯类

硝酸酯类药物为内皮依赖性血管扩张剂，能减少心肌需氧和改善心肌灌注，从而改善心绞痛症状<sup>[47]</sup>。舌下含服或喷雾用硝酸甘油仅作为心绞痛急性发作时缓解症状用药，也可在运动前数分钟预防使用。心绞痛发作时，可舌下含服硝酸甘油 0.3-0.6 mg，每 5 min 含服 1 次直至症状缓解，15 min 内含服最大剂量不超过 1.2 mg。长效硝酸酯类用于降低心绞痛发作的频率和程度，并可能增加运动耐量。长效硝酸酯类不适用于心绞痛急性发作，而适用于慢性长期治疗。每天用药时应注意给予足够的无药间期（8-10 h），以减少耐药性的发生。

##### （3）CCB

CCB 通过改善冠状动脉血流和减少心肌耗氧发挥缓解心绞痛作用。CCB 分为

---

二氢吡啶类和非二氢吡啶类，共同的药理特性为选择性抑制血管平滑肌、使心肌 L 通道开放。不同点在于与钙通道孔隙结合位点不同，二氢吡啶类药物对血管的选择性更佳（包括氨氯地平、硝苯地平、非洛地平）。长效硝苯地平具有很强的动脉舒张作用，不良反应小，适合联合  $\beta$  受体阻滞剂用于伴有高血压的心绞痛患者。氨氯地平具有半衰期长的优势，可作为 1 日 1 次使用的抗心绞痛和降压药物。非二氢吡啶类药物可降低心率（包括维拉帕米、地尔硫卓）。地尔硫卓治疗劳力型心绞痛较维拉帕米不良反应小。心力衰竭患者应避免使用 CCB，因其可使心功能恶化，增加死亡风险，尤其是短效的二氢吡啶类以及具有负性肌力作用的非二氢吡啶类。当心力衰竭患者伴有严重的心绞痛，其他药物不能控制而需应用 CCB 时，可选择安全性较好的氨氯地平或非洛地平。

若  $\beta$  受体阻滞剂禁忌或不能耐受时，可选 CCB 类药物中的氨氯地平、硝苯地平或非洛地平，必要时可选用地尔硫，或选择长效硝酸酯类药物。若  $\beta$  受体阻滞剂达到最大耐受剂量效果仍不理想时，可选用 CCB 类药物与长效硝酸酯类药物类药物联合使用。

#### 4.1.2 其他药物

曲美他嗪：曲美他嗪通过调节心肌能量底物，提高葡萄糖有氧氧化比例，能改善心肌对缺血的耐受性及左心功能，缓解心绞痛。可与  $\beta$  受体阻滞剂等抗心肌缺血药物联用。对于 SCAD 患者，曲美他嗪可作为二线用药（IIb，B）。

尼可地尔：尼可地尔为烟酰胺的硝酸盐衍生物，可用于心绞痛的预防和长期治疗。尼可地尔可扩张冠状动脉血管，刺激血管平滑肌上 ATP 敏感性钾离子通道。长期使用尼可地尔还可稳定冠状动脉斑块。尼可地尔可用于治疗微血管性心绞痛。当使用  $\beta$  受体阻滞剂禁忌、效果不佳或出现不良反应时，可使用尼可地尔缓解症状（IIa，B）。

伊伐布雷定：伊伐布雷定通过选择性抑制窦房结起搏电流达到减慢心率的作用，从而延长心脏舒张期改善冠状动脉灌注、降低心肌氧耗，对心肌收缩力和血压无影响。在慢性稳定性心绞痛患者中，如不能耐受  $\beta$  受体阻滞剂或  $\beta$  受体阻滞剂效果不佳时，窦性心律且心率  $>60$  次/min 的患者可选用此药物（IIa，B）。

#### 4.1.3 改善预后的药物

此类药物可改善 SCAD 患者的预后，预防心肌梗死、死亡等不良心血管事件

---

的发生。主要包括抗血小板药物、调脂药物、 $\beta$  受体阻滞剂和血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素 II 受体拮抗剂（ARB）。

### （1）抗血小板药物

抗血小板药物在预防缺血性事件中起着重要作用。无 ACS 及经皮冠状动脉介入治疗（percutaneous coronary intervention, PCI）病史者，推荐阿司匹林长期服用（75-100 mg、1 次/d）。SCAD 患者接受 PCI 治疗后，建议给予双联抗血小板药物治疗（DAPT，即阿司匹林基础上合用 P2Y<sub>12</sub> 受体拮抗剂）6 个月。PCI 或 ACS 后病情稳定的 SCAD 患者，可根据临床危险因素或风险评分评价缺血和出血风险，如存在较高缺血和/或出血风险，可考虑延长或缩短 DAPT 疗程。既往 1-3 年前有心肌梗死病史的缺血高危患者，可考虑采用阿司匹林联合替格瑞洛（60 mg、2 次/d）长期治疗。

### （2）调脂药物

已有大量证据表明缺血风险的下降和 LDL-C 的降幅有关。SCAD 患者如无禁忌，需依据其血脂基线水平首选起始剂量中等强度的他汀类调脂药物，根据个体调脂疗效和耐受情况，适当调整剂量，推荐以 LDL-C 为首要干预靶点，目标值 LDL-C<1.8 mmol/L。若 LDL-C 水平不达标，可与其他调脂药物（如依折麦布 10 mg、1 次/d）联合应用。如果 LDL-C 基线值较高，现有调脂药物标准治疗 3 个月后难以降至基本目标值，可考虑将 LDL-C 至少降低 50%作为替代目标。若 LDL-C 基线值已在目标值以内，可将其 LDL-C 从基线值降低 30%。LDL-C 达标后不应停药或盲目减量。

### （3） $\beta$ 受体阻滞剂

对心肌梗死后患者， $\beta$  受体阻滞剂能显著降低 30%死亡和再发梗死风险。对合并慢性心力衰竭的 SCAD 患者，琥珀酸美托洛尔、比索洛尔和卡维地洛与 ACEI、利尿剂伴/不伴洋地黄同时应用，能显著降低死亡风险，改善患者生活质量。 $\beta$  受体阻滞剂对不伴有心力衰竭的 SCAD 患者可能也有保护作用，目前为止尚无安慰剂对照研究支持这一观点。

### （4）ACEI 或 ARB

根据 HOPE、EUROPA 等研究结果，ACEI 类药物能使无心力衰竭的稳定性心绞痛患者或高危冠心病患者的主要终点事件（心血管死亡、心肌梗死、卒中等）风

---

险降低。对 SCAD 患者，尤其是合并高血压、LVEF $\leq$ 40%、糖尿病或慢性肾病的高危患者，只要无禁忌证，均可考虑使用 ACEI 或 ARB。

## 4.2 血运重建

对强化药物治疗下仍有缺血症状及存在较大范围心肌缺血证据的 SCAD 患者，如预判选择 PCI 或冠状动脉旁路移植术（coronary artery bypass grafting, CABG）治疗的潜在获益大于风险，可根据病变特点选择相应的治疗策略。

对合并左主干和/或前降支近段病变、多支血管病变患者，选择 CABG 抑或 PCI 仍有争议。近年药物洗脱支架的广泛应用显著降低了 PCI 术后长期不良事件发生率，PCI 在 SCAD 中的适应证逐渐拓宽。建议对上述患者，根据 SYNTAX 评分和 SYNTAX II 评分评估其中、远期风险，选择合适的血运重建策略。

对有典型心绞痛症状或无创性检查有心肌缺血证据的患者，建议以 CAG 显示的心外膜下冠状动脉病变的直径狭窄程度及或血流储备分数（fractional flow reserve, FFR）作为是否干预的决策依据。病变直径狭窄 $\geq$ 90%时，可直接干预；当病变直径狭窄 $<$ 90%时，建议仅对有相应缺血证据，或 FFR $\leq$ 0.8 的病变进行干预。

## 4.3 危险因素管理

### 4.3.1 血脂管理

饮食治疗和改善生活方式是血脂异常治疗的基础措施。无论是否选择药物调脂治疗，都必须坚持控制饮食和改善生活方式。强烈推荐 SCAD 患者坚持日常体育锻炼和控制体重（I，B）。建议低脂饮食。药物治疗推荐以他汀类药物为主。

### 4.3.2 血压管理

建议所有 SCAD 患者进行生活方式调整：控制体重，增加体育锻炼，节制饮酒，限盐，增加新鲜果蔬和低脂饮食，避免过度劳累（I，B）。如果 SCAD 患者血压 $\geq$ 140 / 90 mmHg（1 mmHg=0.133kPa），在生活方式调整的同时，考虑使用降压药物（I，A）。降压药物应根据患者具体情况选择，但建议包括 ACEI 或 ARB 和/或  $\beta$  受体阻滞剂，治疗目标应 $<$ 140/90 mmHg（I，B）。糖尿病患者血压控制目标建议为 130/80 mmHg。

### 4.3.3 糖尿病患者血糖管理

对于糖尿病病程较短，预期寿命较长的 SCAD 患者，HbA1c 目标值 $\leq$ 7% 是合

理的（IIa，B）。对年龄较大、糖尿病病程较长、存在低血糖高危因素患者，HbA1c 目标应控制在<7.5%或<8.0%，对慢性疾病终末期患者，如纽约心脏协会（NYHA）心功能III-IV级、终末期肾脏病、恶性肿瘤伴有转移、中重度认知功能障碍等，HbA1c 控制目标可适当放宽至<8.5%（IIa，C）。为达到 HbA1c 的目标值，推荐给予药物治疗（IIb，A）。SCAD 患者不应选用罗格列酮治疗（III，C）。

#### 4.3.4 体育锻炼

建议所有 SCAD 患者在日常锻炼强度（如工作间歇的步行，家务劳动）的基础上，每周至少 5 d 进行 30-60 min 中等强度的有氧锻炼，如健步走，以增强心肺功能（I，B）。对所有患者，建议根据体育锻炼史和/或运动试验情况进行风险评估来指导治疗和改善预后（I，B）。推荐首诊时发现具有缺血风险的患者参与医学监督项目（如心脏康复）和由医生指导下基于家庭的锻炼项目（I，A）。

#### 4.3.5 体重管理

医生应建议 SCAD 患者通过有计划的锻炼、限制热量摄取和日常运动来控制体重，目标体重指数 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup>（I，B）。减重治疗的起始目标为体重较基线下 5%-10%。如成功，可尝试进一步减重（I，C）。

#### 4.3.6 戒烟

SCAD 患者应戒烟，避免被动吸烟，必要时可借助药物戒断。

#### 4.3.7 社会心理因素管理

对于 SCAD 患者筛查是否合并抑郁、焦虑、严重失眠等心理障碍，如有指征，建议进行心理治疗或药物治疗（IIa，B）。

#### 4.3.8 酒精管理

酒精对心血管系统的影响尚有争议，故不推荐饮酒。对于有饮酒史的 SCAD 患者，如对酒精无禁忌，建议非妊娠期女性每天饮用酒精不超过 15 g（相当于 50 度白酒 30 ml），男性每天不超过 25 g（相当于 50 度白酒 50 ml）。

## 5.中医辨证论治

### 5.1 发作期

心绞痛发作时，中医药干预能够缓解胸痛症状，改善心功能和减少不良事件发生等。一般可选用：①速效救心丸证据级别：A 级；推荐强度：强推荐使用）；处方来源：《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017 版）》、《中

华人民共和国药典（2015 版）》。治法：行气活血，祛瘀止痛；用法：10-15 粒/次，舌下含服。

②复方丹参滴丸（证据级别：A 级；推荐强度：强推荐使用）；处方来源：《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017 版）》、《中华人民共和国药典（2015 版）》。治法：活血化瘀，理气止痛；用法：5-10 粒/次，舌下含服。

③麝香保心丸（证据级别：A 级；推荐强度：强推荐使用）；处方来源：《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017 版）》、《中华人民共和国药典（2015 版）》。治法：芳香温通，益气强心，适用于胸痛兼畏寒肢冷患者；用法：2-4 粒/次，舌下含服。

## 5.2 缓解期

### 5.2.1 心血瘀阻证

**临床表现：**胸痛以固定性疼痛为特点，症见面色紫暗，肢体麻木，口唇紫暗或暗红。舌质暗红或紫暗，舌体有瘀点瘀斑，舌下静脉紫暗，脉涩或结代。

**诊断：**血瘀证候要素诊断及评分包括：①胸固定性痛（4 分）；②舌质紫暗或舌体有瘀斑瘀点（4 分）；③舌下静脉紫暗（3 分）；④面色紫暗（3 分）；⑤身体有瘀点或瘀斑（3 分）；⑥肢体麻木（2 分）；⑦口唇紫暗或暗红（2 分）；⑧脉涩（2 分）。得分相加 $\geq 8$  分即可诊断为心血瘀阻证。

**治法：**活血化瘀，通络止痛。

**方药：**冠心 2 号方（证据级别：A 级；推荐强度：强推荐使用）：川芎 10g、赤芍 10g、红花 10g、降香 10g、丹参 30g。加减：若胸痛剧烈，畏寒肢冷，脉沉细或沉迟，阳虚血瘀者，可加蒲黄 10g、延胡索 15g、桂枝 15g 或肉桂 3g、细辛 3g、高良姜 10g、薤白 10-15g 等温通散寒之品（证据级别：D 级；推荐强度：弱推荐使用）；若伴胸闷痰多、舌苔腻脉滑，痰瘀互结者，宜加涤痰汤（证据级别：C 级；推荐强度：弱推荐使用）：南星 5g、半夏 9g、枳实 9g、茯苓 15g、橘红 9g、石菖蒲 6g、人参 6g、竹茹 6g、甘草 6g，豁痰宣痹；若伴舌苔黄腻，痰瘀热互结者，宜加温胆汤（证据级别：C 级；推荐强度：弱推荐使用）：枳壳 10g、竹茹 10g、陈皮 10g、半夏 9g、茯苓 15g、甘草 6-10g 或小陷胸汤（证据级别：C 级；推荐强度：弱推荐使用）：黄连 9g、半夏 9g、瓜蒌 15g 化裁。

### 5.2.2 气滞血瘀证



**临床表现：**胸痛以胸闷胀痛，多因情志不遂诱发为特点，症见善太息，脘腹两胁胀闷，得暖气或矢气则舒。舌紫或暗红，脉弦。

**诊断：**需同时满足气滞、血瘀证候要素诊断，单一证候要素得分相加 $\geq 8$ 分即可诊断。气滞证候要素诊断及评分包括：①胸闷胀痛（多由情绪诱发）（3分）；②急躁易怒（3分）；③胁胀或胁痛（3分）；④脘痞（3分）；⑤暖气（2分）；⑥口苦（2分）；⑦舌暗红（2分）；⑧脉弦（2分）。血瘀证候要素诊断及评分包括：①胸固定性痛（4分）；②舌质紫暗或舌体有瘀斑瘀点（4分）；③舌下静脉紫暗（3分）；④面色紫暗（3分）；⑤身体有瘀点或瘀斑（3分）；⑥肢体麻木（2分）；⑦口唇紫暗或暗红（2分）；⑧脉涩（2分）。

**治法：**行气活血，通络止痛。

**方药：**血府逐瘀汤证据级别：B级；推荐强度：强推荐使用）：桃仁 12g、红花 9g、当归 9g、生地黄 9g、牛膝 9g、川芎 5g、桔梗 5g、赤芍 6g、枳壳 6g、甘草 3g、柴胡 3g。加减：若胀闷显著，气滞明显者，可加用沉香 3g；若胸痛显著，血瘀明显者，可加用失笑散（证据级别：C级；推荐强度：弱推荐使用）：蒲黄 10g、五灵脂 10g、延胡索 10g、姜黄 10g、郁金 10g；若伴呃逆，胃气上逆者，可加用丁香 6g、檀香 10g；若心烦易怒、口干便秘、舌红苔黄、脉弦数，气郁日久化热者，可加牡丹皮 10g、栀子 10g；若伴便秘、大肠积热者，可加用枳实 10g、厚朴 10g、桃仁 10g（证据级别：D级；推荐强度：弱推荐使用）。

### 5.2.3 痰浊闭阻证

**临床表现：**胸痛以胸闷痛为特点，症见痰多体胖，头晕多寐，身体困重，大便黏腻不爽。舌苔厚腻，脉滑。

**诊断：**痰浊证候要素诊断及评分包括：①胸闷通（3分）；②痰多体胖（3分）；③舌胖苔厚腻（3分）；④大便粘腻（2分）；⑤肢体沉重（2分）；⑥头昏多寐（2分）；⑦口黏不爽（2分）；⑧脉滑（2分）。证候要素总得分 $\geq 8$ 分即可诊断。

**治法：**通阳泄浊，豁痰开结。

**方药：**瓜蒌薤白半夏汤（证据级别：B级；推荐强度：强推荐使用）：瓜蒌 15g、薤白 15g、半夏 9g、白酒 30-60ml。加减：若气塞、气短、咳逆、小便不利，痰饮内阻者，可用茯苓杏仁甘草汤（证据级别：D级；推荐强度：弱推荐使

用)：茯苓 15g、杏仁 10g、甘草 3g；若气塞、气短、心下痞满，气滞明显者，可用橘枳姜汤（证据级别：D 级；推荐强度：弱推荐使用）：橘皮 20g、枳实 9g、生姜 15g；若伴痰黏稠色黄，苔黄腻，脉滑数，痰热互结者，可用小陷胸汤（证据级别：B 级；推荐强度：弱推荐使用）：黄连 6g、半夏 12g、瓜蒌 20g 或黄连温胆汤（证据级别：C 级；推荐强度：弱推荐使用）：黄连 6-10g、枳壳 10g、竹茹 10g、陈皮 10g、半夏 9g、茯苓 15g、甘草 6-10g)。若饭后心绞痛发作者，可加陈皮 10g、炒白术 10g 等健脾化痰之品（证据级别：C 级；推荐强度：弱推荐使用）。

#### 5.2.4 寒凝心脉证

**临床表现：**胸痛以卒然心痛如绞，感寒痛甚为特点，症见形寒肢冷，冷汗自出，面色苍白，心悸气短。苔薄白，脉沉紧。

**诊断：**寒凝证候要素及评分包括：①胸痛遇寒而发（4 分）；②肢冷拘挛（3 分）；③腰骶寒冷（3 分）；④腹部冷痛（3 分）；⑤舌青暗或紫（3 分）；⑥面色苍白（2 分）；⑦面色青（2 分）；⑧脉沉或迟（2 分）。证候要素总得分 $\geq 8$  分即可诊断。

**治法：**温经散寒，活血通痹。

**方药：**宽胸丸（证据级别：D 级；推荐强度：弱推荐使用）：薤白 3g、高良姜 6g、细辛 3g。

#### 5.2.5 气虚血瘀证

**临床表现：**胸痛以胸痛胸闷、劳则诱发为特点，症见气短乏力，身倦懒言，心悸自汗，面色淡白或晦暗。舌胖淡暗，脉沉涩。

**诊断：**需同时满足气虚、血瘀证候要素诊断，单一证候要素得分相加 $\geq 8$  分即可诊断。气虚证候要素诊断及评分包括：①胸闷或胸痛劳则诱发（4 分）；②神疲（3 分）；③乏力（3 分）；④气短（3 分）；⑤自汗（3 分）；⑥脉弱（2 分）；⑦舌淡胖或有齿痕（2 分）；⑧心悸（1 分）。血瘀证候要素诊断及评分包括：①胸固定性痛（4 分）；②舌质紫暗或舌体有瘀斑瘀点（4 分）；③舌下静脉紫暗（3 分）；④面色紫暗（3 分）；⑤身体有瘀点或瘀斑（3 分）；⑥肢体麻木（2 分）；⑦口唇紫暗或暗红（2 分）；⑧脉涩（2 分）。

**治法：**益气活血，补虚止痛。

**方药：**八珍汤加味（证据级别：C 级；推荐强度：弱推荐使用）：党参 20g、白术 10g、茯苓 20g、甘草 10g、当归 10g、生地黄 15-20g、赤芍 15g、川芎 10g、桃仁 10g、红花 10g、丹参 30g。加减：若气不上接、乏力较甚，气虚明显者，可加升陷汤（证据级别：A 级；推荐强度：强推荐使用）：黄芪 20g、知母 10g、柴胡 10g、桔梗 10g、升麻 8-10g；若胸胀痛，心中气塞，短气，气滞明显者，可加用橘枳姜汤（证据级别：D 级；推荐强度：弱推荐使用）：橘皮 20g、枳实 9g、生姜 15g；若伴痰多体胖，身体困重，兼有痰浊者，可加瓜蒌薤白半夏汤（证据级别：B 级；推荐强度：强推荐使用）：瓜蒌 15g、薤白 15g、半夏 9g、白酒 30-60ml；若伴痰黏稠色黄，苔黄腻，脉滑数，兼有痰热者，加小陷胸汤（证据级别：B 级；推荐强度：强推荐使用）：黄连 6g、半夏 9g、瓜蒌 15g；若伴口干多饮，舌红脉数，兼有瘀热者，加牡丹皮 10g、丹参 30g、姜黄 10g、赤芍 15g 等（证据级别：D 级；推荐强度：弱推荐使用）。

#### 5.2.6 气阴两虚证

**临床表现：**胸痛以胸闷隐痛、遇劳则甚为特点，症见气短口干，心悸倦怠，眩晕失眠，自汗盗汗。舌胖嫩红少津，脉细弱无力。

**诊断：**需同时满足气虚、阴虚证候要素诊断，单一证候要素得分相加 $\geq 8$ 分即可诊断。气虚证候要素诊断及评分包括：①胸闷或胸痛劳则诱发（4 分）；②神疲（3 分）；③乏力（3 分）；④气短（3 分）；⑤自汗（3 分）；⑥脉弱（2 分）；⑦舌淡胖或有齿痕（2 分）；⑧心悸（1 分）。阴虚证候要素诊断及评分包括：①胸隐痛（3 分）；②五心烦热（3 分）；③舌红苔少（3 分）；④盗汗（3 分）；⑤目干（2 分）；⑥失眠（2 分）；⑦脉细（2 分）；⑧口干不欲饮（2 分）。

**治法：**益气养阴，活血通络。

**方药：**生脉散加味（证据级别：D 级；推荐强度：弱推荐使用）：党参 20g、麦冬 10g、五味子 2-6g、黄芪 20g、炒白术 10g、茯苓 15g、甘草 6-10g。加减：若伴纳呆、失眠，心脾两虚者，可加用茯神 15-20g、半夏曲 6-8g 健脾和胃，柏子仁 10-15g、酸枣仁 20g 养心安神（气阴两虚证-汤剂加减法证据级别：D 级；推荐强度：弱推荐使用）；若兼见舌体有瘀点瘀斑，舌下静脉紫暗，兼有血瘀者，加用冠心 2 号方（证据级别：A 级；推荐强度：强推荐使用）。

#### 5.2.7 心肾阴虚证

**临床表现：**胸痛以疼痛时作时止为特点，症见腰膝酸软，心悸失眠，五心烦热，口燥咽干，潮热盗汗。舌红少苔，脉细数。

**诊断：**阴虚证候要素诊断及评分包括：①胸隐痛（3分）；②五心烦热（3分）；③舌红苔少（3分）；④盗汗（3分）；⑤目干（2分）；⑥失眠（2分）；⑦脉细（2分）；⑧口干不欲饮（2分）。证候要素总得分 $\geq 8$ 分即可诊断

**治法：**滋阴清热，养心安神。

**方药：**左归饮（证据级别：D级；推荐强度：弱推荐使用）：熟地黄 9-30g、山药 6g、枸杞子 6g、炙甘草 3g、茯苓 4.5g、山茱萸 3-6g。加减：若心烦不寐，舌尖红少津者，可加用酸枣仁汤（证据级别：C级；推荐强度：弱推荐使用）：酸枣仁 20g、川芎 10g、知母 10g、茯苓 20g、甘草 6-10g 或黄连阿胶汤（证据级别：C级；推荐强度：弱推荐使用）：黄连 6-10g、阿胶 3-5g、黄芩 6-10g、白芍 10g、鸡子黄 1 枚；若伴畏寒肢冷、自汗盗汗，阴阳两虚者，可加用二仙汤（证据级别：D级；推荐强度：弱推荐使用）：仙茅 10g、仙灵脾 10g；若舌体有瘀点瘀斑，舌下静脉紫暗，兼有血瘀者，加冠心 2 号方（证据级别：A级；推荐强度：强推荐使用）。

### 5.2.8 心肾阳虚证

**临床表现：**胸痛以胸闷痛，遇寒加重为特点，症见畏寒肢冷，心悸怔忡，自汗神倦，面色晄白，便溏，肢体浮肿。舌淡胖，苔白，脉沉迟。

**诊断：**阳虚证候要素及评分包括：①胸憋闷或闷痛（4分）；②畏寒肢冷（3分）；③动则喘憋（3分）；④大便溏稀（2分）；⑤夜尿频多（2分）；⑥脘腹腰冷（2分）；⑦舌淡胖润（2分）；⑧脉沉（2分）。证候要素总得分 $\geq 8$ 分即可诊断。

**治法：**补益阳气，温振心阳。

**方药：**参附汤合右归饮（证据级别：D级；推荐强度：弱推荐使用）：人参（生晒参/红参 10g）、附子 3-9g、桂枝（肉桂 1-5g）、熟地黄 9-15g、山茱萸 3g、山药 6g、枸杞子 6g、杜仲 6g）。加减：若伴喘促、心悸、浮肿，兼水饮凌心射肺者，可用真武汤[119]（证据级别：B级；推荐强度：弱推荐使用）：茯苓 20g、白术 10g、白芍 10g、附子 3-6g、生姜 6g；若伴痰多胸闷，兼有痰浊者，可加瓜蒌薤白半夏汤（证据级别：B级；推荐强度：强推荐使用）；若舌体有瘀点瘀斑，

---

舌下静脉紫暗，兼见血瘀者，加用冠心 2 号方（证据级别：A 级；推荐强度：强推荐使用）；若憋喘明显，夜间不能平卧，可用葶苈大枣泻肺汤[120]（证据级别：D 级；推荐强度：弱推荐使用）：葶苈子 10g、大枣 15g，清肺化痰、止咳平喘。

**中成药：**①参附注射液（证据级别：B 级；推荐强度：强推荐使用）；处方来源：《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017 版）》、《中华人民共和国药典（2015 版）》。用法：肌肉注射一次 2-4ml，一日 1-2 次。静脉滴注一次 20-100ml，（用 5-10%葡萄糖注射液 250-500ml 稀释后使用）。静脉推注：一次 5-20ml，（用 5-10%葡萄糖注射液 20ml 稀释后使用）。

### 5.3 其他治疗

#### 5.3.1 针灸治疗

针灸疗法是中医传统治疗方法之一，针对冠心病心绞痛患者采用针刺配合中药治疗可缓解心绞痛症状，改善心肌缺血。根据传统针灸理论以及现代针灸研究，冠心病稳定型心绞痛针灸治疗可选用主穴：内关穴（证据级别：B；推荐强度：弱推荐使用），膻中（证据级别：B；推荐强度：弱推荐使用）。

#### 5.3.2 心脏康复

在心脏康复的全程管理过程中，推荐在运动处方，营养处方，心理处方，戒烟处方和药物处方基础上结合针灸，传统功法，包括太极拳（证据级别：B；推荐强度：弱推荐使用）、八段锦（证据级别：B；推荐强度：弱推荐使用）等中医特色方法，帮助患者恢复生理、心理和社会功能状态，提高患者生活质量，延长患者寿命。

---

# 慢性心力衰竭中医诊疗方案

**Traditional Chinese and Western medical treatment standard  
For Chronic heart failure**

**执笔人：李晓**

---

心力衰竭是一种临床综合征，其症状和/或体征由心脏结构和/或功能异常引起，并由利钠肽（BNP）水平升高和/或肺部或全身充血的客观证据证实。定义中的心脏结构和/或功能异常包括：射血分数（EF）＜50%，心腔异常扩大，E/E'＞15，中重度心室肥厚，或中/重度瓣膜狭窄或反流<sup>[1]</sup>。在我国，冠心病和高血压已成为心力衰竭的最主要原因，心力衰竭的5年病死率和恶性肿瘤相当<sup>[2]</sup>。虽然现代医学对心衰治疗理念和手段不断进步，心衰患者预后有了明显改善，但中医药因其在稳定病情、改善心功能、提高生存质量等方面具有优势，仍被广泛地应用于心衰的治疗中<sup>[3]</sup>。

中医学将慢性心力衰竭归为“怔忡”“喘证”“痰饮”“水肿”等范畴。本病属于本虚标实之证，其中本虚以气虚、阳虚、阴虚为主，而标实以血瘀、水饮、痰浊为主。2014年，国家中医药管理局在“十一五”期间修订完善并形成了《慢性心力衰竭中医诊疗专家共识》，将慢性心力衰竭的中医证型分为：气虚血瘀、气阴两虚血瘀、阳气亏虚血瘀3种基本证型，均可兼有痰饮证<sup>[4]</sup>。本诊疗规范是在上述专家共识基础上进行修改完善，以进一步完善慢性心力衰竭的中医药诊疗方案。

## 1. 西医诊断要点

### 1.1. 疾病诊断

中医诊断：参考《实用中西医结合内科学》（陈可冀主编，北京医科大学/中国协和医科大学联合出版社）。

西医诊断和分级标准：参照中华医学会2018年颁布的“中国心力衰竭诊断和治疗指南[5]”、2009年中华医学会编著《临床诊疗指南-心血管内科分册》、Framingham心衰诊断标准和美国纽约心脏病协会心功能分级标准制定。

#### 1.1.1 心力衰竭的分类和诊断标准

| 诊断标准 | HFrEF    | HFmrEF                                          | HFpEF                                           |
|------|----------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1    | 症状和/或体征  | 症状和/或体征                                         | 症状和/或体征                                         |
| 2    | LVEF<40% | LVEF<40%—49%                                    | LVEF≥50%                                        |
| 3    |          | 利钠肽升高，并符合以下至少 1 条：（1）左心室肥厚和/或左心房扩大，（2）心脏舒张功能异常。 | 利钠肽升高，并符合以下至少 1 条：（1）左心室肥厚和/或左心房扩大，（2）心脏舒张功能异常。 |

注：HFrEF 为射血分数降低的心力衰竭，HFmrEF 为射血分数中间值的心力衰竭，HFpEF 为射血分数保留的心力衰竭，LVEF 为左心室射血分数；利钠肽升高为 B 型利钠肽(BNP)>35 ng / L 和/或 N 末端 B 型利钠肽原(NT-proBNP)>125 ng/L；心脏舒张功能异常指标见心力衰竭的诊断和评估中的经胸超声心动图部分。

超声心动图指标：

①收缩功能：以收缩末及舒张末的容量差计算射血分数（EF 值），虽不够精确，但方便实用。正常 EF 值>50%，运动时至少增加 5%。

②舒张功能：目前大多采用多普勒超声心动图二尖瓣血流频谱间接测定心室舒张功能，心动周期中舒张早期心室充盈速度最大值为 E 峰，舒张晚期心室充盈最大值为 A 峰，E/A 为两者之比。正常人 E/A 值不应小于 1.2，中青年应更大。舒张功能不全时，E 峰下降，A 峰增高，E/A 比值降低。

### 1.1.2 心力衰竭严重程度分级标准

美国纽约心脏病学会（NYHA）的分级方案，主要是根据患者自觉的活动能力划分为心功能四级，心力衰竭三度：



---

I级（心功能代偿期）：患者患有心脏病，但活动量不受限制，平时一般活动不引起疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

II级（I度心衰）：心脏病患者的体力活动受到轻度的限制，休息时无自觉症状，但平时一般活动下可出现疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

III级（II度心衰）：心脏病患者体力活动明显受限，小于平时一般活动即引起上述的症状。

IV级（III度心衰）：心脏病患者不能从事任何体力活动。休息状态下也出现心衰的症状，体力活动后加重。

## 2.中医证候诊断

心衰的基本中医证候特征为本虚标实、虚实夹杂。本虚以气虚为主，常兼有阴虚、阳虚；标实以血瘀为主，常兼痰、饮等，每因外感、劳累等加重。本虚是心衰的基本要素，决定了心衰的发展趋势；标实是心衰的变动因素，影响着心衰的病情变化，本虚和标实的消长决定了心衰发展演变。心衰中医基本证候特征可用气虚血瘀统驭，在此基础上可有阴虚、阳虚的转化，常兼见痰、饮。但从近几年来临床实践来看，由于心衰病人病程缠绵，气虚血瘀、痰瘀互结日久阴虚火旺；或长期服用大量辛热温阳药物，耗气伤阴，伤阴助火。毒邪易与热邪相兼为病，更易郁而化热生火，所谓“无邪不有毒，热从毒化，变从毒气，瘀从毒结”。痰湿瘀血日久化热，热甚成毒的病机不容忽视，特别是慢性顽固性心衰病人，阴虚火旺热毒病机是病情反复发作的病理特征。

上述证候在其他疾病中也有体现，临证处方本病主要与中医范畴的“哮证(支气管哮喘)”、“喘证（慢性支气管炎并肺气肿）”、“水肿（肾性水肿、肝性水肿）”作鉴别诊断。

据此，慢性心力衰竭的证型可分为以下几种：

## 2.1 慢性稳定期

(1) 气虚血瘀证：气短喘息，乏力，心悸，倦怠懒言，活动易劳累，自汗，语声低微，面色/口唇紫暗。舌质紫暗(或有瘀斑、瘀点或舌下脉络迂曲青紫)，舌体不胖不瘦，苔白，脉沉、细或虚无力。

(2) 气阴两虚血瘀证：气短喘息，乏力，心悸，口渴咽干，自汗盗汗，手足心热，面色/口唇紫暗。舌质暗红或紫暗(或有瘀斑、瘀点或舌下脉络迂曲青紫)，舌体瘦，少苔，或无苔，或剥苔，或有裂纹，脉细数无力或结代。

(3) 气阴两虚，瘀热互结证：气短喘息，乏力，心悸，自汗，两颧泛红，口渴咽干，五心烦热，失眠多梦，或有紫绀。舌红少苔，或紫暗，有瘀点、瘀斑，脉沉细、虚数或涩、结代。

(4) 阳气亏虚血瘀证：气短喘息、乏力、心悸，怕冷和/或喜温，胃脘/腹/腰/肢体冷感，冷汗，面色/口唇紫暗。舌质紫暗或有瘀斑、瘀点或舌下脉络迂曲青紫)，舌体胖大，或有齿痕，脉细、沉、迟无力。

(5) 阳气亏虚，水湿内停证：气短喘息、乏力、心悸，咳嗽，肢冷，畏寒，尿少浮肿，自汗，汗出湿冷。舌质暗淡或绛紫，苔白腻，脉沉细或涩、结代。

(6) 阴火热毒，水聚血瘀证：气短喘息、乏力、心悸，下肢浮肿，腹胀纳少，消瘦，唇绀，尿少，大便溏。亦常见心动过速，烦躁失眠，多汗，口干等阴虚火旺症状。舌淡胖暗苔白滑，或舌红少苔，脉沉弱促数结代等。

## 2.2 急性加重期

(1) 阳虚水泛证：喘促气急，痰涎上涌，咳嗽，吐粉红色泡沫样痰，口唇青紫，汗出肢冷，烦躁不安，舌质暗红，苔白腻，脉细促。

(2) 阳虚喘脱证：面色晦暗，喘悸不休，烦躁不安，或额汗如油，四肢厥冷，尿少肢肿，面色苍白，舌淡苔白，脉微细欲绝或疾数无力。

(3) 痰浊壅肺证：咳喘痰多，或发热形寒，倚息不得平卧；心悸气短，胸闷，动则尤甚，尿少肢肿，或颈脉显露。舌淡或略青，苔白腻，脉沉或弦滑。

# 3.心衰的中医治疗

## 3.1 中药治疗

现代研究明确了心衰是一种进展性的病症，因各阶段病理机制的特点有所差

---

别，治疗上有所侧重。代偿阶段的慢性稳定期多表现为本虚明显，标实不甚，应以益气、养阴或温阳固本调养，酌情兼以活血化瘀、化痰利水、清热解毒治标。心衰失代偿的急性加重期多表现为本虚不支，标实邪盛，甚至阴竭阳脱，常需住院治疗，既要积极固护气阴或气阳以治本，更需加强活血、利水、化痰、解表、清热以治标，必要时需急救回阳固脱。

### 3.1.1 气虚血瘀或兼痰饮

中医治法：益气活血，或兼以化痰利水。

代表方剂：保元汤合血府逐瘀汤加减。人参、黄芪、肉桂、甘草、当归、生地、桃仁、红花、赤芍、柴胡、川芎、桔梗、牛膝。血瘀甚者加丹参、三七、地龙等；兼痰浊者，加瓜蒌、薤白、半夏、陈皮、杏仁等；兼水饮者，加葶苈子、茯苓皮、泽泻、车前子(草)、大腹皮、五加皮等；兼热证者，加连翘、黄芩。

### 3.1.2 气阴两虚血瘀或兼痰饮

中医治法：益气养阴活血，或兼以化痰利水。

代表方剂：生脉散合血府逐瘀汤加减。人参、麦冬、五味子、当归、生地、桃仁、红花、赤芍、柴胡、川芎、桔梗、牛膝。偏阴虚者，可将人参换用太子参、西洋参，或加玉竹、黄精、山萸肉等。

### 3.1.3 气阴两虚，瘀热互结证

中医治法：益气养阴，清热活血

代表方剂：生脉散合黄连解毒汤加减。西洋参、黄芪、麦冬、五味子、黄精、玉竹、桃仁、红花、川芎、赤芍、车前草、冬瓜皮、连翘、黄芩、栀子、知母、黄柏、炙甘草。

### 3.1.4 阳气亏虚血瘀证

中医治法：益气温阳活血，或兼以化痰利水。

代表方剂：真武汤合血府逐瘀汤加减。

阳虚明显，可加桂枝、淫羊藿等。

### 3.1.5 阳气亏虚，水湿内停证

中医治法：益气温阳，活血化瘀

代表方剂：参附汤合苓桂术甘汤加减。红参、制附子、茯苓、白术、桂枝、丹参、赤芍、红花、炒葶苈子、车前草、泽泻、猪苓、大枣。

### 3.1.6 阴火热毒，水聚血瘀证

中医治法：降火解毒，活血利水

代表方剂：黄芪生脉散、当归六黄汤、猪苓汤加减。黄芪、麦冬、五味子、生地、黄连、黄芩、黄柏、茯苓、白术、泽泻、猪苓、车前草、葶苈子、红花、丹参、大枣。

#### 急性加重期：

##### （1）阳虚水泛证

治法：温阳利水，泻肺平喘。

推荐方药：真武汤、小青龙汤合葶苈大枣泻肺汤加减。熟附子、白术、白芍、猪苓、茯苓、车前子、泽泻、葶苈子、炙甘草、地龙、桃仁、煅龙骨、煅牡蛎等。

中成药：芪苈强心胶囊等。可选用参附注射液等。

##### （2）阳虚喘脱证

治法：回阳固脱。

推荐方药：参附龙牡汤加味。人参、炮附子、煅龙牡、干姜、桃仁、红花、紫石英、炙甘草等。

中成药：可选用参附注射液等。

##### （3）痰浊壅肺证

治法：宣肺化痰，蠲饮平喘。

推荐方药：三子养亲汤合真武汤加减。炙苏子、白芥子、莱菔子、开金锁、款冬花、地龙、葶苈子、车前子、桃仁、杏仁、炙枇杷叶、制附子、白术、白芍、茯苓等。

在急性心衰发作期，临床需中西医结合紧急救治，如使用参麦注射液、参附注射液等中药静脉，临床结合血压、心率、证候辨证使用，以提高急性心衰中医药治疗有效率。

### 3.2 心衰综合康复治疗

适应症：心衰病稳定期。

流程：心脏评估——康复前教育（热身活动）——康复运动——情志疗法、饮食疗法等（根据病情酌情选用）。

方法：

### 3.2.1 心脏评估和康复前教育

要对病人作各种应有的检查,而且定期复查。这包括:①分级运动试验测定;②超声心动图测定左室射血分数,进行心脏评估。病情必须稳定,无休息时的心绞痛、失代偿性心衰,或影响血液动力学稳定的心律失常。严格按照 Vera Bitter 方法进行,观察运动前后 6min 内步行距离,制定运动方案。

### 3.2.2 康复运动(参考中国康复程序中心衰部分)运动类型

最普通的是走步。病人要熟悉某些客观和主观运动强度指标:如脉搏测定、自感劳累分级法等运用。采用步行训练,最初 1 周内进行步行训练,运动宜采取间歇形式,开始 5~10min,每运动 2~3min 休息 1min,运动时间可以按一两分钟的长度逐渐增加至 6min 以上。运动应为低水平的,靶心率比立位休息心率多 10~20 次/min,开始几天,不超过休息心率 5~10 次/min。在病情稳定、功能贮量增加以后,运动强度可逐渐增加。治疗过程中每周评价病人的一般情况,调整治疗计划,不能耐受者退出。CHF 患者安全而有效的目标心率的计算方法为: $(\text{负荷试验中的最大心率}-\text{静息心率}) \times 0.6 (\text{或 } 0.8) + \text{静息脉率}$ 。服用血管扩张剂和运动时间应尽量错开,以避免血压下降等危险。运动的热身和恢复时间:应该延长,因为心功能减退,运动反应较慢。作为运动强度指标,因为心衰病人运动心率反应欠佳,比较容易产生劳累性低血压,故进行血压、自感劳累强度、心电图监测更为重要。这时运动的自感劳累强度应为 12~14 级。

### 3.2.3 情志疗法、饮食疗法康复教育中实施。

### 3.2.4 心力衰竭易损期

指心衰患者出院后 3 个月内心衰再入院甚或死亡的时期,对于心衰易损期,建议患者出院后门诊随诊 3 个月,并坚持规范西药药物及中药治疗。

应用指导:

- (1) 运动处方的制定特别强调个体化原则。
- (2) 在考虑采用运动训练之前应该进行详尽的心肺功能和药物治疗的评定。
- (3) 活动时强调循序渐进、动静结合、量力而行,不可引起不适或症状加重,禁忌剧烈运动,并要有恰当的准备和结束活动。
- (4) 治疗时应有恰当的医学监护,出现疲劳、心悸、呼吸困难以及其它症状时应暂停活动,查明原因。严格掌握运动治疗的适应症,特别注意排除不稳定

---

的心脏患者。

(5) 心功能Ⅳ级者，体力活动应予限制，过多的体力活动会加重心脏负担，加剧病情。此期的重点以静为主，以动为辅。病情稳定后立即开始被动运动，活动肩、肘、膝关节，每次 5-10min，1-2 次/d，不应有疲劳感。活动必须循序渐进，开始可以在床上伸展四肢，再缓慢下床，在床边、室内漫步；经过一段时间后再逐渐缓慢增加活动量；病情好转后，可到室外活动。如活动不引起胸闷、气喘，则表明活动的适度。要以轻体力、小活动量、长期坚持为原则。

### 3.3 中医特色疗法

#### 3.3.1 灸法

随症配穴。如：心俞、足三里、肺俞、百会、内关、肾俞、三焦俞、关元等。

#### 3.3.2 三伏贴

三伏贴是根据《素问·四气调神论篇》中：“春夏养阳，秋冬养阴”理论，通过中医辨证取穴进行药物贴敷的一种外治方法。取一年中的三伏天在人体的相应穴位上进行药物贴敷。三伏贴适宜心衰病稳定期。

准确选定穴位，按药方将研末好药物用食醋调成糊状，贴敷于选定穴位，每日 1 次，每次 6-8 小时。可选用的敷贴穴位：内关、膻中、神阙、心膻、厥阴膻、肾膻等。

### 3.4 基础治疗

积极控制危险因素和合并症，如高血压、糖尿病、高脂血症等，参照中华医学会 2018 年颁布的“中国心力衰竭诊断和治疗指南”。

### 3.5 护理

3.5.1 起居：居室环境温湿度适宜，注意防寒保暖。气候转冷时注意须加强室内保暖，防止上呼吸道感染诱发心衰。保证病人夜间睡眠充足，避免病人过度劳累，如果病人心衰较重，高枕或半卧位姿势睡眠。病情缓解医生允许后，病人可在陪同下进行适度下床活动，如小范围散步，以促进身心健康；康复活动宜适量、适度。

3.5.2 饮食：注意营养，对水肿者，应限制水和钠盐的摄入，每日食盐摄入量少于 5 克。注意日常饮食以低热量、清淡易消化为主，并摄入充足维生素和碳水化合物，少食多餐。虚者可进食大枣、莲子、百合等补益之品。饮食有节制，宜清

---

淡可口，忌食辛辣、醇酒、咖啡之品。

3.5.3 情志：平时多向患者讲解，避免紧张、恐惧、激动、过度思虑等。保持平和心态。

## **4.疗效评价**

### **4.1 疗效标准**

（1）临床近期治愈：心功能纠正至Ⅰ级、症状、体征基本消失，各项检查基本恢复正常。

（2）显效：心功能改善2级以上，症状体征及心电图、EF、6分钟步行试验等指标明显改善。

（3）有效：心功能改善1级，症状体征及心电图、EF、6分钟步行试验等指标有所改善。

（4）无效：心功能无明显变化，或加重、或死亡。

### **4.2 评价方法**

根据患者入院和出院当天病情按照疗效标准进行心衰疗效评价。心功能评价根据美国纽约心脏病协会（NYHA）心功能分级方案。

---

## 参考文献

- [1] Bozkurt B, Coats AJS, Tsutsui H, et al. Universal definition and classification of heart failure: a report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure: Endorsed by the Canadian Heart Failure Society, Heart Failure Association of India, Cardiac Society of Australia and New Zealand, and Chinese Heart Failure Association. *Eur J Heart Fail.* 2021;23(3):352-380.
- [2] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会.慢性心力衰竭诊断治疗指南 [J] .中华心血管病杂志,2007,35(12):1076-1080.
- [3] Fu S, Zhang J, Gao X, et al. Clinical practice of traditional Chinese medicines for chronic heart failure. *Heart Asia.* 2010;2(1):24-27.
- [4] 毛静远, 朱明军. 慢性心力衰竭中医诊疗专家共识 [J]. 中医杂志,2014,55(14):1258-1260.
- [5] 王华,梁延春.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J].中华心血管病杂志,2018,46(10):760-789.



---

# 心肌病诊疗方案

**Traditional Chinese and Western medical treatment standard  
For Cardiomyopathy**

执笔人：孟昭阳

---

# 缺血性心肌病中医诊疗方案

## 1. 中西医病名

### 1.1 中医病名

胸痹心痛是指以胸痛憋闷、心悸气短为主症的一种心系疾病。轻者胸闷或胸部隐痛，发作短暂；重者心痛彻背，背痛彻心，喘息不得卧，痛引左肩或左臂内侧。常伴有心悸气短，呼吸不畅，甚则喘促，面色苍白，冷汗淋漓等。多由劳累饱餐、寒冷或情绪激动而诱发；主要病机为心脉痹阻，病理变化为本虚标实，虚实夹杂。其本虚可有气虚、血虚、阴虚、阳虚，标实为血瘀、痰浊、气滞、寒凝。急性发作期以标实为主，缓解期以本虚为主。病位在心，与肝、脾、肾二脏关系密切。

### 1.2 西医病名

缺血性心肌病（ICM）属于冠心病的一种特殊类型或晚期阶段，是指由冠状动脉粥样硬化引起长期心肌缺血，导致心肌弥漫性纤维化，产生与原发性扩张型心肌病类似的临床综合征。

## 2. 中西医诊断

### 2.1 中医诊断

#### 2.1.1 诊断依据：

①左侧胸膺或膻中处突发憋闷而痛，疼痛性质为隐痛，胀痛，刺痛，绞痛，灼痛。疼痛常可窜及肩背，前臂，咽喉，胃脘部等，甚者可沿手少阴，手厥阴经循行部位窜至中指或小指，并兼心悸；

②突然发病，时作时止，反复发作。持续时间短暂，一般几秒至数十分钟，经休息或服药后可迅速缓解

③多见于中年以上，常因情志波动，气候变化，多饮暴食，劳累过度等而诱发。亦有无明显诱因或安静时发病者

④心电图应列为必备的常规检查，有缺血改变或心电图运动试验阳性，有助于诊断。

#### 2.1.2 鉴别诊断

---

①真心痛 真心痛是心痛重症，由于心脉闭塞，猝然大痛，以膻中或左胸部剧烈疼痛为主要表现的一种病证，伴四肢不温，舌青气冷，面白唇紫，大汗淋漓，脉微欲绝，经服芳香温通药物不能缓解，持续数小时或数天不等。厥心痛（心绞痛）是由于心脉挛急则疼痛程度较轻，疼痛时间较短，芳香温通药物可以缓解。

②胃痛 胃脘痛的疼痛部位在上腹胃脘部，局部可有压痛，以胀痛、灼痛为主，持续时间较长，常因饮食不当而诱发，多伴有泛酸嗝气、恶心呕吐、纳呆等症状。胸痹心痛之不典型者亦表现为胃脘部疼痛，但多伴有心悸怔忡、短气乏力等症状，休息或服用药物后可缓解。

## 2.2 西医诊断

### 2.2.1 诊断依据：

①有明确的心肌坏死或心肌缺血证据，包括：既往曾发生过心脏事件如心肌梗死或心绞痛；既往有血管重建病史，如经皮冠状动脉介入史或冠状动脉旁路移植术史；虽然没有已知心肌梗死或急性冠脉综合征病史，但临床有或无心绞痛症状，静息状态或负荷状态下存在心肌缺血的客观证据。

②心脏明显扩大；

③心功能不全临床表现（乏力、呼吸困难、心悸等）或实验室依据。

排除冠心病的某些并发症如室间隔穿孔、心室壁瘤和乳头肌功能不全所致二尖瓣关闭不全等；除外其他心脏病或其他原因引起的心脏扩大和心衰。

### 2.2.2 鉴别诊断

①急性心肌梗死：与心绞痛比较，二者均可有胸痛，性质相似，但前者胸痛更剧烈，持续时间更长，不易缓解，一般缺血性胸痛持续超过 20 分钟，高度怀疑心肌梗死；前者合并心律失常、心衰、休克较前者常见；此外心绞痛心电图仅表现短暂 ST 段及 T 波变化，后者除了典型心电图动态演变，同时伴心肌标志物升高。

②急性肺动脉栓塞：常有突发胸痛、咯血呼吸困难、紫绀和休克，多有骨折、盆腔或前列腺手术或长期卧床史。右心室前负荷急剧增加，P2 亢进，颈静脉怒张、肝大等。心电图肺性 P 波、电轴右偏、呈 S1QIIIITIII 型，即 I 导联出现深 S 波，III 导联有明显 Q 波 (<0.03s) 及 T 波倒置；X 线胸片显示肺梗塞阴影；进一步心脏彩超及肺部 CT 可帮助明确诊断。

③主动脉夹层动脉瘤：前胸出现剧烈撕裂样锐痛，迅速达峰，常放射至背、肋、腹部及腰部。在颈动脉、锁骨下动脉起始部可听到杂音，两上肢血压、脉搏不对称。胸部 X 线示纵隔增宽，血管壁增厚。超声心动图和增强 CT 可见主动脉双重管腔图像。心电图一般无典型的动态演变过程，部分患者可有轻度标志物升高，但无典型酶学变化曲线。

### 3. 中西医结合治疗方案

#### 3.1 辨证分型

##### 3.1.1 发作期：

###### （1）寒凝血瘀证

主症：卒然心痛如绞，形寒，甚则手足不温，冷汗自出，心悸气短，或心痛彻背，背痛彻心。多因气候与骤冷或骤遇风寒，而发病或加重症状。舌黯淡，苔薄白，脉沉紧或促。

治法：辛温散寒 宣通心阳。

方药：枳实薤白桂枝汤合当归四逆汤

|        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|
| 桂枝 10g | 细辛 15g | 栝楼 10g | 薤白 15g |
| 赤芍 6g  | 甘草 15g | 枳实 10g | 厚朴 10g |
| 大枣 10g |        |        |        |

共 2 剂，日一剂，水煎服

药物加减：①重证可加熟川乌（另先煎 1 小时），附子（另先煎 1 小时）、干姜、蜀椒等；②痛剧四肢不温者可舌下含服麝香保心丸，芳香化浊，理气温通开窍。

###### （2）气滞血瘀证

主症：心胸满闷，隐痛阵发，痛无定处，时欲太息，遇情志不遂时容易诱发加重，或兼有胸脘胀闷，矢气则舒。舌暗淡有瘀斑，苔薄或薄腻，脉细涩或细弦

治法：辛散温通，行气活血。

方药：柴胡疏肝散合血府逐瘀汤加减

|        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|
| 柴胡 10g | 枳壳 10g | 香附 10g | 陈皮 10g |
| 川芎 10g | 赤芍 10g | 北芪 20g | 当归 10g |
| 桃仁 10g | 桂枝 10g |        |        |

共 2 剂，日一剂，水煎服

药物加减：①胸闷心痛明显者：合用失笑散，以增强活血化瘀，散结止痛；②气郁日久化热，心烦易怒，口干便秘，舌红苔黄，脉弦数者，用丹栀逍遥散，以增强疏肝清热之力；③气滞重者可加木香、延胡索、砂仁、厚朴等芳香气及破气之品，但只可暂用，不可久施，以免耗伤正气。

### 3.1.2 缓解期：

#### (1) 气虚血瘀证

主症：心胸隐痛，时作时休，心悸气短，时作时休，心悸气短，动则愈甚，伴有倦怠乏力，头晕，声息低微，面色恍白，易汗出。舌质淡红，舌体胖且边有齿痕，苔薄白，脉细缓或者结代。

治法：益气活血化瘀。

方药：保元汤合桃红四物汤加减

|        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|
| 党参 20g | 北芪 20g | 桃仁 10g | 红花 10g |
| 川芎 10g | 赤芍 10g | 当归 10g | 生地 10g |
| 桂枝 10g | 甘草 5g  |        |        |

共 2 剂，日一剂，水煎服

药物加减：①气虚明显者，可合用补中益气汤加减；②血瘀偏重者，可合用血府逐瘀汤加减。

#### (2) 气阴两虚、心血瘀阻证

主症：心胸隐痛或刺痛，时作时休，心悸气短，倦怠懒言，面色少华，头晕目眩，遇劳则甚，或间有手足心热，或伴五心烦热，口干盗汗，颜面潮红。舌质红，苔薄少津，脉细数或结代

治法：益气养阴，活血化瘀

方药：生脉散加减

|         |        |        |         |
|---------|--------|--------|---------|
| 黄芪 30g  | 党参 20g | 麦冬 10g | 五味子 10g |
| 赤芍 10g  | 红花 5g  | 川芎 5g  | 桂枝 10g  |
| 炙甘草 10g |        |        |         |

共 2 剂，日一剂，水煎服

药物加减：心悸气短明显者：合用炙甘草汤加减。

### (3) 痰阻血瘀证

主症：胸前区闷重而心痛轻微，肥胖体重，痰多气短，遇阴雨天气易发作或加重伴有倦怠乏力，纳呆便溏，口粘腻，恶心，咯吐痰涎。舌苔白腻或者白滑，脉滑

治法：通阳泄浊，活血化瘀

方药：栝楼薤白半夏汤合桃红四物汤

|        |         |        |        |
|--------|---------|--------|--------|
| 栝蒌 15g | 薤白 10g  | 法夏 10g | 桃仁 10g |
| 竹茹 10g | 党参 15g  | 川芎 10g | 茯苓 15g |
| 炙甘草 5g | 石菖蒲 15g | 陈皮 10g |        |

共 2 剂，日一剂，水煎服

药物加减：痰浊郁而化热者，用黄连温胆汤加郁金，以祛痰化热而理气活血。

### (4) 心肾阳虚证

主症：以胸痛心悸、形寒肢冷为主症，可兼有神倦懒言、自汗乏力、小便清长、心悸怔忡等。舌质淡胖，有齿痕，苔薄白，脉沉细或微

治法：温补阳气，振奋心阳。

方药：参附汤合右归饮

|                |         |         |         |
|----------------|---------|---------|---------|
| 附子（先煎 1 小时）10g | 党参 15g  | 肉桂 10g  | 补骨脂 10g |
| 熟地 15g         | 山萸肉 15g | 仙灵脾 10g | 炙甘草 5g  |

共 2 剂，日一剂，水煎服

药物加减：兼肾阳虚明显者，可用金匮肾气丸。

## 3.2 中医外治法

### (1) 耳穴压豆

可选心、皮质下、交感区等穴埋王不留行籽，自行按压刺激，亦可达到缓解疼痛的目的。

### (2) 穴位贴敷治疗

可选心俞、膈俞、厥阴俞、内关、三阴交、胸前区阿是穴。

## 3.3 西医治疗

---

### 3.3.1 急性期治疗

出现急性左心衰的症状如端坐呼吸、疲乏、虚弱时，必须尽快缓解呼吸困难，治疗目标：改善症状，稳定血流动力学状态，维护重要脏器功能，避免复发，改善预后。

一般处理：半卧位或端坐位，双腿下垂；立即高流量鼻管给氧；静脉通道开放，留置导尿管，心电监护。

药物治疗：吗啡静脉注射缓解焦虑，使患者镇静；呋塞米快速利尿缓解肺水肿；氨茶碱解除支气管痉挛；洋地黄类药物稳定心律；选择血管活性药物增加回心血量，恢复心脏正常射血功能。

非药物治疗：以上措施仍然无法缓解呼吸困难时可采用机械通气。

### 3.3.2 一般治疗

进食易消化的食物，清淡饮食，少盐，少食多餐，减轻心脏的负荷。避免重体力劳动，卧床休息，间断吸氧。密切监控心率、血压。积极控制冠心病危险因素，治疗各种原因所致的心肌缺血，对缺血区域有存活心肌者，血运重建术可显著改善心肌功能。

### 3.3.3 药物治疗

①改善心肌缺血：减轻症状的药物有 $\beta$ 受体拮抗剂、硝酸酯类、钙通道阻滞剂。

$\beta$ 受体拮抗剂长期应用可改善心功能，降低病死率，常用的药物有美托洛尔，普那洛尔、比索洛尔，有严重心动过缓和高度房室传导阻滞、窦房结功能紊乱、有明显的支气管痉挛或支气管哮喘的患者禁用。

使用时应注意，剂量应个体化，从较小剂量开始，逐渐增加剂量，以能缓解症状、心率不低于50次/分为宜。

硝酸酯类可以迅速缓解心绞痛症状，恢复心脏血流。常用的硝酸酯类药物包括二硝酸异山梨酯和单硝酸异山梨酯等，每天用药时应注意给予足够的无药间期，以减少耐药性的发生。硝酸酯类药物的不良反应有头痛、面色潮红、心率反射加快和低血压等。

钙通道阻滞剂可抑制心肌收缩，减少心肌氧耗，扩张冠脉，解除冠脉痉挛，改善心肌的微循环。常用药物有维拉帕米、地尔硫卓，不建议用于左室功能不全

---

的人，与 $\beta$ 受体拮抗剂联合应用也需要谨慎。禁忌证是严重心动过缓、高度房室传导阻滞和病态窦房结综合征的患者。

#### ②预防心肌梗死，改善预后

关键是抗血小板治疗，小剂量阿司匹林可降低心肌梗死的危险，无禁忌证的患者应该长期治疗，若不能耐受阿司匹林，可选用氯吡格雷或者替格瑞洛。

纠正心律失常：当药物治疗无效的心律失常可采用心脏起搏器治疗，如心律失常中的病态窦房结综合征应及早安置永久性心脏起搏器。症状轻微时常用药物是胺碘酮，胺碘酮心脏毒性小应优先使用。

### 4.健康指导

①调情志：保持良好的心态，避免过于激动或喜怒忧思无度；

②节饮食：饮食宜清淡、低盐，食勿过急过饱，不宜过食肥甘，饮食要多样化，粗细粮搭配，多吃水果及富含纤维食物。

③改变不良生活习惯：生活起居有规律，戒烟限酒，缓解期要坚持力所能及的活动，做到动中有静，保证充足的睡眠；肥胖者应注意控制食量，减肥。

④注意劳逸适度，坚持适当的体育锻炼：如太极拳、八段锦、散步、伸展运动、慢跑等有氧运动，以促进心肺功能，使气血调畅，有利康复。但忌过劳，体力活动的强度应根据患者身体情况、年龄、心脏功能状态来确定，以不过多增加心脏负担和不引起不适感觉为原则。

⑤保持大便通畅，避免用力引起胸痛发作。生活起居要有规律，注意适寒温，特别是素体阳虚，心肺气虚者，外邪易乘虚而入，应随四时气候变化增减衣被。

⑥指导病人遵医嘱服药，定时复诊，随身携带急救药如硝酸甘油、消心痛、速效救心丸等，以便发作时服用。



# 扩张型心肌病中医诊疗方案

## 1. 诊断

### 1.1 疾病诊断

#### 1.1.1 中医诊断标准

1.1.1 临床表现：心悸、气短、胸痛、浮肿、各种心律失常、心功能不全及各脏器栓塞表现。

1.2 发病特点：起病缓慢，进行性加重，迁延难愈。

1.3 诱发因素：情绪刺激，疲劳过度，病毒感染<sup>[1]</sup>。

#### 1.1.2 西医诊断标准

(1) 临床常用左心室舒张期末内径 (LVEDd) >5.0cm (女性) 和 >5.5cm (男性)。

(2) LVEF <45% 和 (或) 左心室缩短速率 (FS) <25%。

(3) 更为科学的是 LVEDd > 2.7cm/m<sup>2</sup>, 体表面积 (In) = 0.0061 × 身高 (cm) + 0.0128 × 体重 (kg) - 0.1529, 更为保守的评价 LVEDd 大于年龄和体表面积预测值的 117%, 即预测值的 2 倍 SD + 5%。

临床上主要以超声心动图作为诊断依据, X 线胸片、心脏同位素、心脏计算机断层扫描有助于诊断, 磁共振检查对于一些心脏局限性肥厚的患者, 具有确诊意义。在进行 DCM 诊断时需要排除引起心肌损害的其他疾病, 如高血压、冠心病、心脏瓣膜病、先天性心脏病、酒精性心肌病、心动过速性心肌病、心包疾病、系统性疾病、肺心病和神经肌肉性疾病等<sup>[2]</sup>。

### 1.2 分期诊断

参照中华医学会心血管病学分会、中华心血管病杂志编辑委员会、中国心肌病诊断与治疗建议工作组制定的《心肌病诊断与治疗建议》将扩张型心肌病分为：早期、中期和晚期阶段：

早期阶段：仅仅是心脏结构的改变，超声心动图显示心脏扩大、收缩功能损害但无心力衰竭的临床表现。

中期阶段：超声心动图显示心脏扩大、LVEF 降低并有心力衰竭的临床表现。

晚期阶段：超声心动图显示心脏扩大、LVEF 明显降低并有顽固性终末期心

---

力衰竭的临床表现<sup>[2]</sup>。

### 1.3 心功能分级诊断

I级：患者患有心脏病，但活动量不受限制，平时一般活动不引起疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

II级：心脏病患者的体力活动受到轻度限制，休息时无自觉症状、但平时一般活动下可出现疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

III级：心脏病患者体力活动明显受限，小于平时一般活动即引起上述的症状。

IV级：心脏病患者不能从事任何体力活动。休息状态下也出现心衰的症状，体力活动后加重。

### 1.4 证候诊断

#### 1.4.1 早期阶段

(1) 邪伤心阴证：心烦心悸，胸闷隐痛，咽干红痛，五心烦热或有低热，口渴不欲饮。舌红少苔或黄苔，脉细数或结代。

(2) 气虚邪恋证：心悸善惊，胸闷憋气，动则心悸，心神不安；项强背冷，反复感冒，低热时作。舌质淡、苔白腻，脉濡或结代。

(3) 心肾不交证：心悸怔忡，失眠健忘，腰酸耳鸣，气短胸闷，口干心烦，神疲乏力。舌质淡红，脉细数。

#### 1.4.2 中期阶段

(1) 气虚血瘀证：心悸气喘，神疲乏力，遇劳加重，喘息尿少，面色晦暗，唇甲色紫。舌质淡或紫黯、或边有齿痕，苔薄白，脉细涩。

(2) 气阴两虚证：心悸气短，乏力体倦，心烦失眠，五心烦热，头目不清，口干眼涩。舌质红，或紫暗、有瘀点、瘀斑，苔薄白或苔少，脉细软无力或结代。

(3) 心肾阳虚证：心悸怔忡，短气喘促，或咳逆依息不得卧，精神不振，畏寒肢冷，尿少浮肿，神倦乏力，腰膝酸软，唇青舌暗。舌苔薄白或白滑，脉沉细，或沉弱、结代，或促。

#### 1.4.3 晚期阶段

(1) 痰瘀饮停证：咳喘胸闷，咯吐白泡沫痰，心下悸动，尿少，下肢浮肿，颈脉怒张，右肋下痞块，面唇发紫。舌质紫，苔白滑腻、脉弦滑或结。

(2) 阳虚水泛证：心悸气急，咳喘痰多，动则喘息，喘息不得卧，恶心纳

---

呆，畏寒肢冷，尿少浮肿。舌质淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉沉细而数，重取无力，或虚大结代。

（3）阳气欲脱证：心悸喘促，不得平卧，大汗淋漓，咯吐涎沫，四肢厥冷，面色苍白，唇甲青紫，烦躁不安，尿少浮肿。舌淡苔白，脉沉微欲绝。

临床路径适用于诊疗方案中为中期阶段的患者。

## 2. 治疗方法

### 2.1 辨证选择口服中药汤剂、中成药

#### 2.1.1 早期阶段

##### （1）邪伤心阴证

治法：清热养阴，保心凉血。

推荐方药：清瘟败毒散加减。生地、麦冬、元参、银花、连翘、知母、桔梗、柏子仁、玉竹等。

中成药：滋心阴口服液等。

##### （2）气虚邪恋证

治法：益气养心，化湿泄毒。

推荐方药：四君子汤加减。太子参、白术、茯苓、生黄芪、苦参、苍术、桂枝、防风、葛根、仙鹤草等。

中成药：黄芪口服液、双黄连口服液等。

##### （3）心肾不交证

治法：补肾养心，交通心肾。

推荐方药：交泰丸合离照汤（《医醇剩义》）加减。人参（另煎）、丹参、黄连、肉桂、楮实子、五味子、沉香、茯神、郁金、琥珀屑等。

中成药：心肝宝胶囊等。

#### 2.1.2 中期阶段

---

### （1）气虚血瘀证

治法：益气活血，理气通脉。

推荐方药：保元汤合桃红四物汤加减。黄芪、人参（党参）、肉桂、当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、生姜、甘草等。

中成药：补心气口服液、芪参益气滴丸等。

静脉制剂：黄芪注射液、丹参注射液等。

### （2）气阴两虚证

治法：益气养阴，通脉宁心。

推荐方药：生脉饮加味。生黄芪、太子参（党参）、麦冬、黄精、生地、五味子、炙甘草、酸枣仁、紫丹参等。

中成药：生脉口服液、益心舒胶囊等。

静脉制剂：生脉注射液等。

### （3）心肾阳虚证

治法：温阳益气，利水平喘。

推荐方药：参附汤合苓桂术甘汤加减。人参（红参）、炮附子、黄芪、茯苓、桂枝、白术、泽泻、车前子等。

中成药：芪苈强心胶囊等。

静脉制剂：参附注射液等。

## 2.1.3 晚期阶段

### （1）痰瘀饮停证

治法：化痰祛瘀利水。

推荐方药：苏子降气汤合丹参散（《沈氏尊生书》）加减。苏子、法半夏、陈皮、肉桂、前胡、炒当归、厚朴、丹参、茯苓、开金锁、白术等。

静脉制剂：丹参注射液等。

---

### （2）阳虚水泛证

治法：温阳利水，化痰平喘。

推荐方药：真武汤合葶苈大枣泻肺汤加减。制附片（先煎）、茯苓、白术、白芍、生姜、葶苈子、桑白皮、生黄芪、党参、陈皮、半夏、泽泻等。

中成药：芪苈强心胶囊等。

静脉制剂：黄芪注射液、参附注射液等。

### （3）阳气欲脱证

治法：温阳益气，回阳救逆。

推荐方药：回阳救急汤加减。制附片（先煎）、红参（另煎）、干姜、肉桂、白术、茯苓、五味子、半夏、陈皮、炙甘草、煅龙骨（先煎）、煅牡蛎（先煎）等。

静脉制剂：参附注射液等。

## 2.2 针灸疗法

治疗原则：按照经络理论，可根据不同分期、不同证候选择合理的穴位配伍和适宜的手法进行。治疗主要以体针、耳针为主。

### 2.2.1 体针

选穴：内关、少府、心俞、神门、足三里、阴陵泉、三焦俞、水分、水道等。每次取穴 4~5 个，1 日 1 次，7~10 天为 1 疗程，休息 2~7 天再行下一疗程。

### 2.2.2 耳针

选穴：心、肺、肾、脾、神门、内分泌、三焦等。

用耳贴或王不留行籽压穴。每次取 4~6 穴，两耳交替，3 天换药 1 次，5 次为 1 个疗程，共 1~4 个疗程。

### 2.2.3 灸法

选穴：心俞、列缺、百会、神阙、膻中、关元、内关、足三里、三焦俞、肾

---

俞、肺俞、气海、三阴交等。

每次选用 3~5 穴位，艾条灸 15~20 分钟，灸至皮肤潮红为度，每日一次，10 次为一疗程。

### 2.3 穴位贴敷

1. (取良姜、香附、吴茱萸等份) 贴敷神阙穴，1 次/日。适用于心衰纳差者。

2. 葱白、白胡椒等分，外敷神阙穴。用于各种顽固性心衰，出现利尿剂抵抗者。

### 2.4 中药熏洗疗法

2.4.1 伸筋草、透骨草、桂枝、当归尾、鸡血藤、路路通、夜交藤。煎汤熏洗双足，持续 20~30 分钟，1 次/日，10 日为一个疗程。

2.4.2 益母草、泽兰、泽泻、食盐。煎汤熏洗双足，持续 20~30 分钟，1 次/日，10 日为一个疗程。

### 2.5 内科基础治疗

参照中华医学会心血管病学分会、中华心血管病杂志编辑委员会、中国心肌病诊断与治疗建议工作组制定的《心肌病诊断与治疗建议》(2007 年)，并积极控制危险因素和合并症，如高血压、糖尿病、高脂血症等。

### 2.6 护理调摄

2.6.1 生活起居：注意休息，适当限制活动量，避免持重、屏气及剧烈的体能活动，以减少耗伤气血。保持空气新鲜流通，阳光充足，室内寒暖适宜，预防感冒。

2.6.2 饮食调理：饮食以清淡，少量多餐，忌食甘肥厚腻及生冷之品，宜摄入低盐、低脂、高蛋白和高维生素的饮食，控制钠盐及动物脂肪的摄入。选择服用益气养阴如黄芪粥、莲子粥、山药、木耳等；化饮利水如薏米、莲子、赤小豆等；清心宁心的莲子心、苦瓜等；益气温阳如清蒸黑鱼等食品。

---

2.6.3 情志调摄：保持心情舒畅，平素情绪稳定，避免情志过激；以良好的心态，积极接受早期系统治疗。

### 3.疗效评价

#### 3.1 评价标准

##### 3.1.1 中医证候疗效标准

显效：症状全部消失，中医证候积分为 0 或治疗前后证候积分之差 $\geq 70\%$ 者。

有效：治疗前后中医证候积分之差 $\geq 50\%$ 而 $< 70\%$ 者。

无效：治疗前后中医证候积分之差 $< 50\%$ 者。

加重：治疗后中医证候积分超过前积分。

##### 3.1.2 综合疗效标准

显效：症状、体征基本消失，心功能纠正至 NYHA I 级，各项检查指标基本恢复正常。

有效：症状、体征好转，心功能改善 1 级或以上，各项检查指标有所改善。

无效：症状、体征、心功能 NYHA 分级以及各项检查指标基本无明显变化。

加重：症状、体征加重，心功能 NYHA 分级加重 1 级或以上，各项检查指标无改善或恶化。

#### 3.2 评价方法

##### 3.2.1 中医证候评价：按照中医证候积分计量评分表进行计分。

###### (1) 证候计分评定方法

4 分：心悸，气短，乏力，胸闷、胸满、胸痛、浮肿，心烦，失眠，尿少，喘促，不得平卧等症状，舌脉等表现明显，经常持续出现，影响工作和生活者。

3 分：上证明显，经常出现，不影响工作和生活者。

2 分：上证时轻时重，间断出现，不影响工作和生活者。

1 分：上证较轻，偶尔出现，不影响工作和生活者。

0 分：上述消失。

(2) 积分百分比计算公式为： $[(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分}) \div \text{治疗前积分}] \times 100\%$

3.2.2 综合疗效评价：按照疗效评价标准中的症状、体征、心功能 NYHA 分级，以及心电图、X 线检查、超声心动图、BNP (或 NT-ProBNP)、抗心肌线粒体 ADP/ATP

---

载体抗体、抗肌球蛋白抗体等各项检查指标综合评定。

## 参考文献

[1] 中华中医药学会心病专业委员会《中医心病诊断疗效标准与用药规范》，北京出版社，2001 年

[2] 中华医学会心血管病学分会、中华心血管病杂志编辑委员会、中国心肌病诊断与治疗建议工作组, 心肌病诊断与治疗建议, 《中华心血管病杂志》2007, 35(1)