

ICS 11.020

T/SDACM 003-2024

C10



团体标准

T/SDACM 003-2024

正常高值血压中医心脏康复专家共识

Normal high value blood pressure TCM cardiac rehabilitation expert consensus

正式稿

2024年 6月发布

2024年 6月发布

山东中医药学会发

目录

前 言.....	3
引 言.....	4
正常高值血压中西医结合心脏康复专家共识.....	5
1. 范围.....	5
2.规范性引用文件.....	5
3.术语和定义.....	5
4.诊断依据.....	6
5.诊断标准.....	6
6.康复措施.....	7
(1) 控制危险因素.....	7
(2) 运动康复.....	7
(3) 中医康复.....	9
(4) 营养处方.....	10
(5) 心理处方.....	10
(6) 睡眠管理.....	12
(7) 戒烟处方.....	12
7.参考文献.....	13

前 言

本文件参照GB/T 1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》、《世界卫生组织指南制定手册》、GB/T 7714-2015《文后参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》的规定起草。

本诊疗方案由山东中医药大学附属医院、山东第一医科大学、山东第一医科大学附属省立医院提出，由山东中医药学会指导。

本文件由山东中医药学会归口。

本诊疗方案提出单位：山东中医药大学附属医院、山东第一医科大学、山东第一医科大学附属省立医院

本诊疗方案负责人：焦华琛

本诊疗方案执笔人：焦华琛、刘东海、彭敏

本诊疗方案主审人：丁书文、李运伦

其他参与方案撰写人员：张磊、王怡斐、李焱、王聪、陈昊昱、王振源、姜枫

引 言

正常高值血压，又称为高血压前期，是介于正常血压和高血压之间的一种中间状态，也是高血压的独立风险因素。了解正常高值血压人群并关注其血压管理，有助于改善该人群心血管健康水平并能够解决高血压发病率不断上升的问题。目前，由于不健康的生活方式（缺乏运动、吸烟和不健康的饮食习惯），正常高值血压的人数持续增加^[1]。据报道，全球健康成年人的正常高值血压患病率为 36.3%，发展中国家的患病率在 30.7% 至 47.3% 之间。以往的大量研究表明，正常高值血压已然成为心血管疾病可怕的风险因素，可显著增加高血压、靶器官损伤、脑卒中和心血管疾病死亡的风险。因此，对正常高值血压人群进行综合管理以减少高血压的发病率具有重要意义。

中医在高血压的防治方面积累了丰富的理论基础。中医学认为，正常高值血压属于“头痛”和“眩晕”的范畴，其发病机制与肝、脾、肾等脏腑密切相关。中医倡导“未病先治”的理念，正常高值血压处于疾病早期，符合中医“未病”、“欲病”的状态，因此，早发现、早诊断、早干预对于阻止正常高值血压向高血压的转变至关重要。中药联合抗阻运动训练干预正常高值血压具备可行的理论基础，并且在高血压的早期防治方面具有一定潜力和优势。

本研究通过文献检索，确定对正常高值血压有疗效的康复治疗方法，结合山东省内4家医院的临床验证，确定对于正常高值血压确有疗效的中西医康复方法。

本标准由于受到受试者地域、民族、种族等因素的影响，在具体运用过程中，可依照实际情况而定。

正常高值血压中西医结合心脏康复专家共识

1. 范围

本标准规定了正常高值血压心脏康复方法。

本标准适用于全国各级医疗机构及科研院所专业人员对正常高值血压的临床诊断及康复治疗。

2. 规范性引用文件

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

GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语第2部分：证候

GB/T 16751.3-2021 中医临床诊疗术语第3部分：治法

GB/T 21709.3-2008 针灸技术操作规范第三部分：耳针

《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（2020年版）》

《中国高血压防治指南（2018年修订版）》

3. 术语和定义

（1）正常高值血压定义：在未使用降压药物的情况下，诊室收缩压（SBP）在120-139mmHg和（或）舒张压（DBP）在80-89mmHg。

术语来源：《中国高血压防治指南（2018年修订版）》。

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

术语来源:《中国高血压防治指南(2018年修订版)》。

(3) 单纯收缩期高血压定义为:在未使用降压药物的情况下,非同日3次测量诊室血压,SBP \geq 140mmHg和DBP $<$ 90mmHg为单纯收缩期高血压。

术语来源:《中国高血压防治指南(2018年修订版)》。

4.诊断依据

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。推荐使用经过验证的上臂式医用电子血压计,水银柱血压计将逐步被淘汰。使用标准规格的袖带(气囊长22~26cm、宽12cm),肥胖者或臂围大者($>$ 32cm)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。

5.诊断标准

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。

6. 康复措施

(1) 控制危险因素

1) 改善不良生活习惯

不健康行为和不健康的生活方式与高血压发病关系密切，如高盐高脂饮食、吸烟、酗酒、饮食不规律、作息不规律、缺乏体育锻炼等。控制高血压高危因素，建立良好生活习惯，早睡早起、适当锻炼、有效控制高脂高盐饮食、戒烟戒酒等均是改善正常高值血压的有效措施。建议每日食盐摄入量 ≤ 6 克。建议进食富钾食物，增加蔬菜、水果和谷物摄入量。建议BMI ≤ 24 ，男性腰围 ≤ 90 cm，女性腰围 ≤ 80 cm。

2) 克服不良情绪因素

不良情绪主要来自精神压力增加，主要原因包括工作时间过长、生活压力以及病态心理，具体指抑郁症、焦虑症、A型性格、社会孤立和缺乏社会支持等。可通过心理治疗的方式改善不良情绪，辅助控制血压。

(2) 运动康复

1) 适宜人群

所有能运动的，无禁忌症的正常高值血压人群，都建议通过有结构化的锻炼计划来增加体育活动（证据级别Ia级）。

由于运动受年龄、性别、个人基础情况的限制，运动方案无法统一化、标准化，应由医师根据个体化的方案制定运动处方，并以强度达标为目的进行运动训练（证据级别5b级）。

2) 运动方式及时间

动态抗阻运动是正常高值血压人群的首选运动类型(证据级别Ia级)。低强度抗阻运动加压训练能够明显改善收缩压和交感-副交感平衡,降压效果和安全性比单纯的高强度或低强度抗阻运动更好。

动态抗阻力运动:每周 3 ± 1 天,每天2-3组,每组重复8-12次,组间休息2-3min,运动强度达到最大摄氧量50%-80%。运动方式有举重、哑铃、器械、弹力带、俯卧撑等(证据级别Ia级)。

肌肉等长抗阻力运动:在肌肉30%-40%最大自主收缩下进行4次2min等长收缩,收缩间隔1min,每周训练3天(证据级别Ia级)。

对于合并心血管危险因素的正常高值血压人群,有氧运动联合抗阻运动可能比单独的动态抗阻力运动更有效(证据级别Ia级)。长期有氧运动可明确降低血压,且任何年龄均可获益。有规律的长期有氧运动可以降低高血压病人的血压水平,改善心脏自主神经调节。

有氧运动:中等强度下每周5-7天,每天45-60min,运动方式有快速步行($\geq 5\text{km/H}$)、走跑结合(跑步时间 $< 10\text{min}$)、骑自行车等;跑步、跳绳、健身操等每周3-5天,每天20-60min(证据级别Ia级)。

柔韧度锻炼:每周 ≥ 2 天,最好每天练习,运动强度达到拉伸到拉紧或稍微不适状态(出现微微酸痛感)。静力性拉伸应每次保持10-30秒,重复2-4次,每天至少10min,运动方式有瑜伽等(证据级别Ia级)。

3) 运动前评估

建议患者在运动康复开始前进行运动耐量评估,根据心肺运动试验或平板运动试验获得最大心率,根据最大心率,参考不同年龄制定运动需要达到的心率。

要接受运动安全教育，了解运动过程中可能出现的运动损伤并遵循医生指导尽量避免（证据级别5b级）。

(3) 中医康复

中医传统的养生运动通过一定的动作，以达柔筋健骨、调节经络、平衡阴阳的目的。中医传统的养生运动不仅能控制血糖、血压及血脂等水平，还有助于患者体态、生活品质和抗疲劳能力的提高，增强患者的心脏功能，缓解不良情绪。

1) **太极拳**：每周3-5天，每天50-60 min，运动强度达到最大摄氧量50%-60%。应由具备专业知识的太极拳导师进行指导，包括热身运动、太极练习及放松运动。太极拳为中低强度有氧运动，适合各年龄阶段正常高值血压患者（证据级别C级）。

2) **八段锦**：每周3-5天，每天50-60 min，八段锦为低强度有氧运动，适合年龄阶段正常高值血压患者。能够减少神经系统的过度活动，纠正神经系统的失衡，松弛外周小动脉，缓解痉挛，减少血流阻力，降低血压（证据级别C级）。

3) **五禽戏**：每周6天，每天30 min，五禽戏有疏通气血、活动筋骨的功效，有益于提高病人心肺功能，改善心肌供氧量，增强病人体质，其运动强度小于太极拳（证据级别C级）。

4) **针刺**：针刺能刺激经络，调畅气血，调和阴阳。以中医理论为指导，以针灸捻转补泻为手法，联合精准辨证取穴，有助于改善高血压前期人群的不适症状。针刺的范围包括普通针刺、耳针、颊针、头针等方式。（证据级别5b级）

5) **艾灸**：艾灸包括热敏灸、隔物灸、温灸。施灸时应确定个体化施灸时间；并充分考虑在施灸强度、面积恒定的前提下，艾灸时

间与艾灸剂量相互影响。通过艾灸能够激发经气、疏通经络、调和气血、调节人体阴阳及脏腑功能（证据级别5b级）。

6) 穴位贴敷：将独特制作中药膏贴敷于相关穴位上通过膏药刺激促使药穴和穴效叠加从而达到治疗的效果。经皮给药可避免口服药易引起的血药浓度峰谷现象能维持稳定的作用时间，这样保证了药物的持续吸收提高了药物利用度（证据级别5b级）。

(4) 营养处方

心脏康复专业人员需要了解营养素与心血管健康之间的关系，以进行营养评估。所有患者均应接受饮食习惯评估，以确保得到适当的营养支持，并评估患者对心血管健康饮食的依从性和营养知识水平，纠正错误的营养认知^[2]。以上目的可通过饮食日记、食物频率问卷、脂肪餐量记录和饮食调查问卷来实现。

建议定期监测体重、BMI和腰围的变化，超重和肥胖者应在6到12个月内减轻体重5%到10%，以保持BMI在18.5到23.9kg/m²范围内，并控制腰围在男性<90cm、女性<85cm。

在提供营养建议时，必须考虑患者的文化、喜好和心血管健康原则，制定相应的营养处方。亦可根据患者疾病状态、体质差异可辨证施用中药膳食，以调畅气血，平衡阴阳。

(5) 心理处方

心血管疾病患者常合并抑郁、焦虑等精神心理问题，包括患病反应、行为异常、适应障碍以及药物副作用等，需要跨学科的处理。然而，通常患者并不愿意接受精神科的转诊，因此由心血管科医师处理这些问题更为安全和便利。心血管科医师应当对患者的精神心理问题，

特别是亚临床或轻中度焦虑抑郁，采取适当的处理方式，以确保患者的安全和便利。

在评估焦虑抑郁患者的情绪时，可以通过问诊和心理筛查来获取准确的信息。推荐使用《汉密尔顿抑郁焦虑量表》、《患者健康问卷-9项（PHQ-9）》、《广泛焦虑问卷7项（GAD-7）》评估患者的焦虑抑郁情绪，躯体症状较多时推荐评估《患者健康问卷-15项（PHQ-15）》或《躯体化症状自评量表》^[3]。此外，自律神经测定仪可作为补充工具。

对于重度焦虑抑郁的患者，建议进行精神专科会诊或转诊精神专科治疗。对于轻度焦虑抑郁或伴有躯体化症状的患者，心脏康复专业人员可以先给予对症治疗，包括正确的疾病认知教育、运动治疗和抗抑郁药物治疗。推荐使用5-羟色胺再摄取抑制剂、氟哌噻吨美利曲辛片和苯二氮草类药物。同时，中成药或中药汤剂中含有丹参、葛根、玉竹、人参、麝香、降香、酸枣仁、柴胡、龙骨、牡蛎等药物成分，对于改善患者焦虑情绪也有一定效果^[4]。

老年人的精神心理状态和认知功能之间存在着密切的关系。建议对65岁以上患有心血管疾病的老年人进行认知功能评估，而简易精神状态检查量表（MMSE）是评估认知功能的常用工具。根据其评分标准，27-30分属于正常范围，而得分低于27分则提示可能存在认知功能障碍。此外，推荐使用健康调查简表（如SF-36、SF-12）和达特茅斯生活质量问卷等工具评估患者心脏康复治疗前后的生活质量，可以更好地了解心脏康复治疗的效果和益处^[2]。

通过量表评价患者对疾病的认知和自我管理效能，判断患者改变健康行为的能力。对疾病认知错误或自我管理效能低的患者，心脏康

复专业人员有责任通过以问题为导向的教学模式，改善患者对疾病的错误认知和自我管理效能。

(6) 睡眠管理

采用匹兹堡睡眠质量评定量表客观评估患者的睡眠质量。在了解患者的睡眠行为后，纠正患者存在的错误认知和不良睡眠习惯。在患者急性失眠期间，应尽早使用镇静安眠药物，遵循短期、足量和足疗程的原则。药物的使用顺序可以是：苯二氮类药物（如安定、三唑安定、舒乐安定、劳拉西泮等）、非苯二氮类药物（如吡唑坦、佐匹克隆、扎来普隆等）以及具有镇静作用的抗抑郁药。苯二氮类药物的连续使用时间不应超过4周。在一种药物效果不佳时，可以考虑联合使用两种药物。每种药物的剂量应尽量控制在最低有效剂量范围内。

(7) 戒烟处方

临床医生在门诊或病房诊疗中，应常规询问患者吸烟史和被动吸烟情况，可使用呼出气一氧化碳(CO)检测仪判断患者是否吸烟($<10^{-6}$ 判断为未吸烟)，或使用尼古丁依赖量表评估烟草依赖程度。

在病历中标明吸烟者戒烟思考所处的阶段，并明确诊断是否存在“尼古丁依赖综合征”为吸烟患者提供戒烟咨询和戒烟计划。对于吸烟患者，需用明确清晰的态度建议患者戒烟。对于没有戒烟意愿的患者，采用“5R”法（即强调健康相关性、危害、回报、障碍、重复）干预。药物结合行为干预疗法会提高戒烟成功率。基于戒断症状对心血管系统的影响，建议有心血管病史且吸烟的患者使用戒烟药物辅助戒烟（一线戒烟药物：盐酸伐尼克兰、盐酸安非他酮、尼古丁替代治疗）以减弱神经内分泌紊乱对心血管系统的损害，建议所有患者避免暴露在工作、家庭和公共场所的环境烟草烟雾中。

7.参考文献

- 【1】中国高血压防治指南(2018年修订版)[J]. 中国心血管杂志, 2019, 24(01): 24-56.
- 【2】《中国心血管健康与疾病报告2022》要点解读[J]. 中国心血管杂志, 2023, 28(04): 297-312.
- 【3】Mu T, Xu R, Zhu Q, et al. Diet-related knowledge, attitudes, and behaviors among young and middle-aged individuals with high-normal blood pressure: A cross-sectional study in China[J]. *Frontiers in Public Health*, 2022, 10: 898457.
- 【4】丁荣晶, 胡大一. 中国心脏康复与二级预防指南2018精要[J]. 中华内科杂志, 2018, 57(11): 802-810.
- 【5】中国康复学会心血管病专业委员会, 中国老年学学会心脑血管病专业委员会. 在心血管科就诊患者的心理处方中国专家共识[J]. 中华心血管病杂志, 2014, 42(1): 6-13.
- 【6】中国康复医学会心血管病预防与康复专业委员会. 心房颤动患者心脏康复中国专家共识[J]. 中华内科杂志, 2021, 60(02): 106-116.