**ICS 11.020**

**C 05**

**T/ SDACM**



**团** **体** **标** **准**

T/SDACM

难治性高血压中西医结合诊疗专家共识

Expert Consensus for the Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Diagnosis and Treatment of Resistant Hypertension

发布稿

2025年05月发布

2025年05月实施

**山东中医药学会**发布

目录

**[前 言 2](#_Toc19324)**

**[1 范围 4](#_Toc26956)**

**[2 规范性引用文件 4](#_Toc24868)**

**[3 术语和定义 4](#_Toc20774)**

**[4 流行病学特点 5](#_Toc12850)**

**[5 西医诊断 5](#_Toc5321)**

**[6 病因病机](#_Toc20738) 5**

**[7 辨证分型](#_Toc20687) 5**

**[8 中西医综合干预和推荐方案](#_Toc21168) 6**

**[参考文献](#_Toc11555) 9**

前 言

本文件参照GB/T1. 1—2020《标准化工作导则第1部分:标准化文件的结构和起草规则》 的规定起草。

本文件由山东中医药大学附属医院、山东中医药大学提出。

本文件由山东中医药学会归口。

本文件负责起草单位：山东中医药大学附属医院、山东中医药大学。

本文件参与起草单位：山东中医药大学附属医院、山东中医药大学、中国中医科学院广安门医院、西藏藏医药大学、西藏藏医药大学附属医院、山东第二医科大学附属潍坊市中医院、中国中医科学院广安门医院济南医院。

本文件主要起草人：李运伦、薛一涛。

本文件其他起草人：丁书文、刘持年、熊兴江、仁青加、吴宗耀、杨佃会、嵇克刚、焦华琛、蒋海强、张学正、王怡斐、张磊、李焱、杨雯晴、李超、李洁、滑振、冯晓敬、曲政军、朱羽硕、梁士兵、辛来运。

本文件工作组：陈纪烨、杨春昆。

引 言

高血压是全世界心血管疾病、中风、残疾和死亡的主要危险因素，近年来，尽管高血压的知晓率、治疗率和控制率稳步提高，但仍有很大一部分高血压患者仍然不能通过常规降压治疗达到推荐的血压治疗目标。难治性高血压一直是高血压治疗领域的一大难题，是指在改善生活方式的基础上应用了可耐受的足够剂量且合理的3种降压药（包括一种噻嗪类利尿剂）至少治疗4周后，血压值仍在目标水平之上，或至少需要4种药才能使血压达标[1]。相较于普通的原发性高血压，难治性高血压对靶器官损害更严重，更易导致心力衰竭、心肌梗死、肾脏衰竭、脑卒中的发病，而且预后更差[2]。目前治疗方面，由于难治性高血压致病因素多，目前西医尚缺乏有效的特异性治疗药物，持续应用降压药物对难治性高血压的疗效并不理想，虽然压力反射激活疗法、去肾交感神经术、颈动脉体瘤切除术等手术疗法为临床治疗难治性高血压提供了新思路，但这些方法的有效性与安全性仍需要更多的证据支持。

中医学虽无难治性高血压病名，但根据其临床症状及发病特点，可将其归属于中医学“眩晕”等范畴。近年来，研究发现中医药联合西医常规治疗难治性高血压可以改善临床疗效且具有良好的安全性[3]，在应对难治性高血压时可中西结合，优势互补。但目前中医治疗难治性高血压缺少明确的证候分型和循证医学证据，使得临床对难治性高血压患者的诊治方案不够明确，不利于临床疗效的提高。因此，针对难治性高血压制定中西医结合的临床诊疗专家共识，提供临床药物和非药物疗法推荐意见，不仅有利于规范此类病人的诊疗方案，提高临床疗效，也为此类证型的研究提供了标准，对难治性高血压的防治具有重要意义。

本专家共识适用于西医诊断为难治性高血压，中医诊断为眩晕的患者。主要围绕难治性高血压的定义、流行病学、发病机制、病因病机、临床表现、诊断标准、治疗原则、中西医综合干预的药物治疗及非药物疗法、预防调护等内容而制订，可供心病科、中医科、中西医结合科、综合内科医生、护理人员及患者参考使用。

难治性高血压中西医结合诊疗专家共识

# 1 范围

本文件规定了难治性高血压的诊断，中医辨证分型、治法方药、中医传统疗法，调摄与预防等方面内容。

本文件适用于指导难治性高血压的中医、中西医结合及西医诊疗。

# 2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。

凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修订版本）适用于本文件。

GB/T16751.1—1997 《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T16751.2—1997 《中医临床诊疗术语·证候部分》

《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(2024年修订版)》

# 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 难治性高血压

在改善生活方式的基础上应用了可耐受的足够剂量且合理的3种降压药(包括一种噻嗪类利尿剂)至少治疗4周后，诊室和诊室外[包括家庭血压监测(home blood pressure monitoring, HBPM)和/或动态血压监测(ambulatory blood pressure monitoring, ABPM)]血压值仍在目标水平之上，或至少需要4种药才能使血压达标，在排除继发性高血压后，可称为难治性高血压[1]。

3.2 辨证

以中医学理论为指导，对四诊所得的资料进行综合分析，辨别为何种证候的思维方法，是中医临床认识与诊断病证的重要方法。

[《中医药学名词》2004版，术语及定义04.546]。

# 4 流行病学特点

一项对1991—2017年全球91个研究共3 207 911例接受治疗的高血压患者的荟萃分析显示：在接受治疗的高血压患者中真性难治性高血压患者可达10.3%[4]。美国的研究显示：高血压患者中表观难治性高血压（缺少药物剂量、依从性或诊室外血压数据评价的难治性高血压患者）可达19.7%[5]。慢性肾脏病伴高血压的患者中表观难治性高血压的比例更高，可达30%[6]。我国有关难治性高血压的流行病学数据较少。2012年7月至2015年12月对我国6个省和3个直辖市平均年龄（66.4±3.6）岁老年高血压患者3 774例的抽样调查发现，表观难治性高血压(未行动态血压监测)的患病率约为5.97%[7]。

以上数据表明，难治性高血压的患病率和发病率高，患病人群基数大，如何科学防治难治性高血压，具有重要意义。

# 5 西医诊断

5.1 疾病诊断标准

参考《中国高血压防治指南(2024年修订版)》[1]，综合病史、症状、体征和体格检查及辅助检查进行诊断。

在改善生活方式的基础上应用了可耐受的足够剂量且合理的3种降压药(包括一种噻嗪类利尿剂)至少治疗4周后，诊室和诊室外[包括家庭血压监测(HBPM)和/或动态血压监测(ABPM)]血压值仍在目标水平之上，或至少需要4种药才能使血压达标，在排除继发性高血压后，可称为难治性高血压[1]。

# 6 病因病机

难治性高血压在中医学理论体系中暂无相关病名，根据难治性高血压的临床特点，一般多将其归为“头痛”、“眩晕”等范畴。其病在清窍，和肝、脾、肾三脏相关，痰、瘀、风、火、虚为相关致病因素。虚证多见，如阴阳两虚、脑髓失充而致清窍失于濡养；亦有实证表现，如肝阳上亢、肝火上炎、痰湿中阻、瘀血阻窍而致清窍失利，临证多为本虚而标实、虚实夹杂。

# 7 辨证分型

通过流行病学调查，难治性高血压患者证候分类可以分为痰湿壅盛证、肝火亢盛证、瘀血阻络证、阴虚阳亢证、阴阳两虚证**（共识建议）**。

7.1 痰湿壅盛证

头晕头胀，胸闷心悸，肢体困重，形体肥胖，腹部胀满，口黏腻，大便溏薄，舌苔白腻或厚腻，舌质淡胖，边有齿痕，脉滑。

7.2 肝火亢盛证

头痛眩晕，面红目赤，急躁易怒，失眠多梦，口苦口干，胁肋胀痛，便秘尿黄，舌质红，舌苔黄，脉弦数。

7.3 瘀血阻络证

头痛如刺，胸部闷痛或刺痛，面色晦暗，口唇紫暗，肢体麻木，舌质紫暗，或有瘀点、瘀斑，舌下脉络迂曲、增粗，脉弦涩或结代。

7.4 阴虚阳亢证

头晕目眩，头痛且胀，急躁易怒，失眠多梦，腰膝酸软，五心烦热，咽干口燥，舌质红，少苔或无苔，脉弦细数。

7.5 阴阳两虚证

头晕耳鸣，畏寒肢冷，神疲乏力，视物模糊，心悸气短，夜尿频多，尿少浮肿，舌质淡胖，或有齿痕，舌苔薄白或白腻，脉沉细弱或沉迟无力。

# 8 中西医综合干预和推荐方案

8.1 干预原则

对于难治性高血压病人群应做到达标、平稳、综合管理。①根据难治性高血压的病情、个人需求、心理及家庭等因素进行个性化干预，达到降压目标。②通过社区常规随访、综合医院阶段性诊疗和日常自我管理相结合的方式，实现血压的长期稳定。③采用非药物治疗、药物治疗、自我管理及支持等多种方法进行综合干预。④选择降压药物时应综合考虑其伴随合并症情况；此外，对于已患心血管疾病的患者及具有某些危险因素的患者，应考虑给予相应的治疗并调整降压目标，以降低心血管疾病再发及死亡风险。其中，中医药干预难治性高血压病以补虚泻实、调整阴阳为基本原则。

8.2 治疗性生活方式干预

高血压患者的治疗性生活方式干预包括合理膳食，减少钠盐摄入，控制体重，不吸烟，限制饮酒，运动干预，减轻精神压力，健康睡眠等方面内容[1]，在治疗性生活方式干预的同时可配合中医养生调摄。

难治性高血压患者应采取各种措施，限制钠盐摄入量，建议钠的摄入量<2 g/d(氯化钠5g/d)，肾功能良好者推荐选择低钠富钾替代盐，应减少摄入盐和饱和脂肪,增加摄入蛋白质、优质碳水化合物、钾及膳食纤维[1]。

对于超重或肥胖的患者，建议通过综合生活方式干预控制体重，建议戒烟，以减少隐蔽性高血压，降低心血管疾病和全因死亡风险。限制长期饮酒，保持健康睡眠，改善睡眠障碍，可以通过认知行为治疗、正念和冥想、瑜伽、深呼吸练习等多种方法来减轻精神压力。对于血压控制良好的患者，推荐以有氧运动为主、抗阻运动为辅的混合训练，同时结合呼吸训练与柔韧性和拉伸训练[1]。

中医养生调摄是通过饮食调养、情志护理、体质调护、中医健康综合管理等改善患者生活方式，从而达到控制血压的目的[8-11]**（证据级别：D级；推荐强度：强推荐）**，具体内容包括：

1. 合理膳食：患者在遵循药物治疗方案的同时，遵循“五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充”的原则，避免高盐食物、肥甘厚味与烟酒等辛辣刺激性食物，有助于更好地控制血压，提高生活质量。

b)情志调摄：中医认为难治性高血压与情志失调密切相关，情志失调可使肝气郁结，气滞则血瘀，脉络不通，影响气血的正常运行，进而导致血压升高。而长期的情志不舒易化火伤阴，使肝肾阴虚，肝阳上亢，加重高血压的病情，增加治疗的难度，形成难治性高血压。在常规治疗的基础上强化心理疏导，可以达到降压的目的。

c)体质调护：中医体质调护在难治性高血压的防治中具有重要作用，通过辨别患者的体质类型，并采取相应的调护措施，可以改善患者的体质状态，辅助降低血压，提高生活质量。

8.3西医治疗

常用药物包括长效CCB、ACEI、ARB、ARNI、噻嗪类利尿剂。如血压仍未控制，可考虑加用第4种降压药，首选醛固酮受体拮抗剂,如螺内酯、依普利酮,其他药物如β受体阻滞剂、α受体阻滞剂、复方保钾利尿剂及新型降压药(内皮素双受体拮抗剂等)，同时也需积极寻找其他导致血压升高的继发性因素。对于CKD分期4期以上患者，可使用袢利尿剂如呋塞米[1]。

对于难治性高血压患者应采用家庭血压或动态血压评估诊室外血压，评估服药依从性，同时评估服药过程中有无药物相关不良反应并做出及时的调整。如存在漏服和停药等情况，需耐心询问原因并鼓励患者坚持服药。对于特殊人群，如难治性高血压合并睡眠呼吸暂停综合征，可通过使用持续气道正压通气（CPAP）改善血压控制。对于存在睡眠障碍以及精神压力过大等情况，推荐至相应专科进行诊治[1]。

部分难治性高血压患者经高血压专科医生等综合评估后，可考虑尝试RDN等器械治疗。无高血压专科医生或难治性高血压诊治经验不足的医院，可推荐患者转诊至有高血压专科医生且具备难治性高血压诊治经验的医院就诊[1]。

8.4 辨证论治

8.4.1 痰湿壅盛证

治法：化痰祛湿。

推荐方：半夏白术天麻汤加减[12-17]。**（证据级别：C级；推荐强度：强推荐）**

组成：半夏、白术、天麻、茯苓、橘红等。

8.4.2 肝火亢盛证

治法：清肝泻火。

推荐方：黄连解毒汤加减[18,19]。**（证据级别：C级；推荐强度：强推荐）**

组成：黄连、黄芩、黄柏、栀子等。

8.4.3 瘀血阻络证

治法：化瘀通络。

推荐方：血府逐瘀汤加减[20-23]。**（证据级别：C级；推荐强度：强推荐）**

组成：桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳等。

8.4.4 阴虚阳亢证

治法：滋阴潜阳。

推荐方：天麻钩藤饮加减[24-28]。**（证据级别：C级；推荐强度：强推荐）**

组成：天麻、钩藤、生石决明、山栀、黄芩、川牛膝、杜仲、益母草、桑寄生、夜交藤、朱茯神等。

8.4.5 阴阳两虚证

治法：平补阴阳。

推荐方：地黄饮子加减[29]。**（证据级别：D级；推荐强度：弱推荐）**

组成：熟地，山萸肉，苁蓉，肉桂，巴戟天，附子，石斛，麦冬，五味子，远志，茯苓，菖蒲等。

8.5 中医传统疗法

8.5.1 针刺

针刺疗法是中医传统治疗方法之一，针刺疗法可有效改善难治性高血压的症状，能够有效降低难治性高血压患者收缩压、舒张压，提高降压有效率[30-32]。**（证据级别：C级；推荐强度：强推荐）**

8.5.2 足浴

中药足浴疗法源远流长，通过温热刺激,使足部循环加速，扩张血管,达到改善足部经络传导及机体自主神经功能的作用, 同时足浴药物可通过足部皮肤吸收进入血液循环,直接改善动脉血管壁的弹性, 解除细小动脉的痉挛状态，使阻力血管扩张, 外周阻力下降而降低血压, 达到治疗目的[33-37]。**（证据级别：C级；推荐强度：强推荐）**

8.5.3 穴位贴敷

穴位贴敷通过将具有活血化瘀、平肝潜阳、化痰降浊等功效药物贴敷于特定穴位，借助经络的传导作用，将药物的药效传递到相应的脏腑和经络，以调节人体的气血阴阳平衡。同时，穴位贴敷对穴位局部产生一定的物理刺激，这种刺激可以激发经气，调节经络气血的运行[38-40]。**（证据级别：D级；推荐强度：弱推荐）**

8.5.4 穴位埋线

难治性高血压的发生与经络气血的失衡有关。穴位埋线是将可吸收的蛋白线埋入穴位，对穴位产生一种持续而柔和的刺激，这种刺激可长时间作用于人体经络系统，疏通经络，使气血运行恢复正常[41-43]。**（证据级别：D级；推荐强度：弱推荐）**

8.5.5 耳穴贴压

耳部分布着丰富的神经，包括耳大神经、枕小神经、迷走神经等分支。耳穴贴压通过刺激耳部特定穴位，如神门、降压沟、肾上腺反应点、耳尖、肝穴、肾穴等穴位，借助经络的传导作用，调节脏腑功能和气血运行。耳穴贴压时，耳穴处的感受器受到刺激，产生的神经冲动可通过神经传导通路传至中枢神经系统，影响血压[44,45]。**（证据级别：D级；推荐强度：强推荐）**

参考文献

1. 中国高血压防治指南修订委员会,高血压联盟(中国),中国医疗保健国际交流促进会高血压病学分会,等.中国高血压防治指南(2024年修订版)[J].中华高血压杂志(中英文),2024,32(07):603-700.
2. Vongpatanasin, W, Turcu, A. F. The Journey of Resistant Hypertension: From the Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure to American Heart Association/American College of Cardiology Guidelines. Circulation, 2025, 151(10), 653–655.
3. 梅延康,庄欣,杨洁,等.中医诊疗难治性高血压的研究进展[J].现代中西医结合杂志,2022,31(09):1305-1309.
4. NoubiapJJ,NansseuJR,NyagaUF,etal.Global prevalence of resistant hypertension:a meta-analysis of data from 3.2 million patients[J].Heart,2019,105(2):98-105.
5. CareyRM,SakhujaS,CalhounDA,etal.Prevalenceofapparenttreatment-resistanthypertensionintheUnitedStates[J].Hypertension,2019,73(2):424-431.
6. AnJ,KurellaTamuraM,OddenMC,etal.Prevalenceofapparenttreatment-resistanthypertensioninchronickidneydiseasein twolargeUSHealthCareSystems[J].ClinJAmSocNephrol, 2022,17(10):1457-1466.
7. Wu C,Wang Y,Zhang W,etal.Prevalence and characteristics Of apparent treatment-resistant hypertension in olde rpeople in China:across-sectionalstudy[J].ClinExpHypertens,2019,41 (8):753-758
8. 杨明.双轨道互动护理干预模式在顽固性高血压患者中的应用效果分析[J].基层医学论坛,2023,27(36):73-75.
9. 罗志贤,罗志攀,冯裕欣.综合疗法用于治疗顽固性高血压效果观察[J].中国医药科学,2014,4(07):186-188.
10. 欧阳俊,张秀丽,香锦霞,等.整体护理在老年顽固性高血压患者中的临床效果观察[J].医药前沿,2021,11(18):136-137.
11. 宗金红.中医适宜技术在不同体质难治性高血压患者中的应用研究[J].中国民间疗法,2019,27(06):8-10.
12. 王俊琴.半夏白术天麻汤合针刺联合西药治疗痰湿壅盛型顽固性高血压34例[J].中医研究,2014,27(05):59-61.
13. 陈广进,梁兜选,李美红.半夏白术天麻汤加减配合中药沐足治疗顽固性高血压的临床效果[J].中国当代医药,2021,28(27):177-179.
14. 宋日辉.化痰活血平肝方联合西药治疗顽固性高血压的临床效果[J].中国当代医药,2015,22(20):142-143+146.
15. 王玥坤.化痰祛湿、平肝潜阳方联合常规西医治疗顽固性高血压(痰湿壅盛证)的作用探讨[J].医学理论与实践,2024,37(16):2748-2751.
16. 孙贤.运脾化痰汤对痰湿中阻型难治性高血压的临床观察[D].河北北方学院,2020.
17. 吴樱,付婷婷,梁天山.中西医结合治疗对老年难治性高血压患者疗效和血压变异性的影响研究[J].中国医药科学,2020,10(23):15-18.
18. 曲凡,杨锡燕.五苓散合黄连解毒汤加减治疗难治性高血压的临床效果[J].中国老年学杂志,2020,40(04):692-694.
19. 朱玉江.对于顽固性高血压患者实施中西医结合治疗的临床效果[J].兵团医学,2023,21(02):31-32.
20. 钟礼强.血府逐瘀汤联合西药治疗难治性高血压随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2015,29(08):127-129.
21. 柴文亮.对老年难治性高血压患者实施中西医结合治疗的疗效研究[J].中西医结合心血管病电子杂,2016,4(24):87+89.
22. 李钊华.血府逐瘀汤联合西药治疗老年难治性高血压[J].实用中医内科杂志,2019,33(09):35-38.
23. 王冠军,阮列敏,戴霓,等.血府逐瘀汤联合西药治疗老年难治性高血压的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2017,33(12):1158-1160.
24. 甘莉,夏粉仙,余健,等.天麻钩藤饮加减煎服联合耳尖放血疗法治疗高血压临床研究[J].中华中医药学刊,2012,30(12):2786-2788.
25. 邢菲,徐京育,冯欣.中西医结合治疗顽固性高血压病36例临床观察[J].湖南中医杂志,2016,32(04):44-45.
26. 贾晓伟,高萍.补肾平肝方内服加浴足治疗肝火亢盛证难治性高血压47例[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(12):174-177.
27. 智海燕.对于顽固性高血压患者实施中西医结合治疗的临床效果观察[J].世界最新医学信息文摘, 2020(77):2.
28. 钱轶华,钱卫东.宁脉潜阳颗粒治疗难治性高血压临床分析[J].系统医学,2018,3(24):24-26.
29. 王春亮,来于.地黄饮子胶囊联合西医常规疗法治疗难治性高血压阴阳两虚证临床研究[J].中国中医药信息杂志,2020,27(12):21-25.
30. 陈丽霞.电耳针联合西药治疗顽固性高血压的临床观察[J].内蒙古中医药,2023,42(02):67-70.
31. 沈志坤,邵慈慧,蒋培余,等.针刺足三里合用降压药物治疗顽固性高血压25例[J].陕西中医,2007,(10):1377-1378.
32. 宋倩.针灸治疗顽固性高血压的疗效观察[J].数理医药学杂志,2020,33(08):1139-1140.
33. 郑明凤,苏秀青,孔苓,等.老年顽固性高血压中药熏洗的疗效观察[J].中国卫生标准管理,2018,9(08):106-108.
34. 周淑平,钱锋.联合中药浴足治疗顽固性高血压疗效观察[J].中国实用医药,2015,10(23):25-27.
35. 吴小和,戴玉,董姣姣,等.特制足浴方对难治性高血压的治疗效果研究[J].江西中医药大学学报,2020,32(05):33-35.
36. 陈笑莹,郑明凤,苏秀青.中药熏洗联合药物治疗在老年顽固性高血压患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2018,24(08):39-41.
37. 钱锋,张晓华,于清华.中药浴足联合滋补肝肾潜阳颗粒治疗顽固性高血压临床疗效评价[J].中医临床研究,2019,11(04):116-118.
38. 林秋娥,邓蕾.吴茱萸贴敷涌泉穴治疗难治性高血压疗效观察[J].蛇志,2019,31(04):520-521.
39. 唐善慈.穴位贴敷治疗难治性高血压疗效观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(16):193-194.
40. 赵贤珍.针刺加穴位贴敷治疗难治性高血压病的临床研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2015,3(33):73-74.
41. 高军大,刘桂英,陶燕,等.穴位埋线加穴位注射配合口服降压药治疗难治性高血压38例临床观察[C]//甘肃省中医药学会.2011年甘肃省中医药学会学术年会论文集.民勤县人民医院;民勤县妇幼保健院;,2011:323-326.
42. 田元生,程广书,王新义,等.穴位埋线治疗顽固性高血压46例[J].中医研究,2008,(01):55-56.
43. 张腾云,郭泉滢,田元生,等.中西医结合治疗难治性高血压35例临床观察[J].中国民族民间医药,2020,29(23):98-101.
44. 陈富玲.耳穴贴压配合中医护理治疗顽固性高血压疗效观察[J].中医临床研究,2016,8(01):134-136.
45. 王爱方.用耳穴压豆法治疗顽固性高血压的效果研析[J].当代医药论丛,2019,17(18):162-163.