

附件 3:

高血压中医健康管理指南

草案编制说明

目 录

高血压中医健康管理指南	1
草案编制说明	1
一、制定标准的背景、意义和主要创新内容	3
二、工作简况	3
三、标准主要内容	7
四、试验验证	12
五、采标情况	12
六、知识产权说明	13
七、重大意见分歧的处理	13
八、其他应予说明的事项	13
附件 GRADE 评级、证据概要表	13

一、制定标准的背景、意义和主要创新内容：

高血压是全球范围内最常见的慢性病之一，也是心脑血管疾病最重要的危险因素。我国高血压患病率持续攀升，患者人数已超过 3 亿，但控制率仍不足 20%。长期未控制的高血压可导致脑卒中、心肌梗死、心力衰竭、肾功能衰竭等严重并发症，致残率和死亡率居高不下，给家庭和社会带来沉重的疾病负担。据统计，高血压相关医疗费用年均增长约 10%，成为公共卫生领域的重大挑战。国内外研究表明，健康管理是防控高血压及其并发症的有效手段，通过早期干预、规范管理和长期随访，可显著提高血压控制率，减少靶器官损害。然而，我国基层医疗机构的高血压健康管理能力仍显不足，尤其在中医药特色技术的整合与应用方面缺乏规范化指导。中医药在“治未病”“整体调理”“辨证施治”等方面具有独特优势，与健康管理的核心理念高度契合。但目前高血压中医健康管理的循证证据分散，缺乏系统整合，亟需制定基于证据的指南，以发挥中医药在高血压防控中的重要作用。为此，本团队依据《世界卫生组织指南制定手册》及山东中医药学会团体标准管理办法，结合 GRADE 证据分级与推荐强度系统，整合现有指南、系统评价及临床研究证据，编制《高血压中医健康管理指南》。本文件旨在为基层医疗机构提供高血压中医健康管理的标准化指导，涵盖健康状态监测、风险分层、辨证干预及长期随访等内容，推动中医药与健康管理的深度融合，助力“健康中国 2030”战略目标的实现。

二、工作简况：包括任务来源、主要起草单位、主要工作过程、标准主要起草人及其所做的工作等：

（一）任务来源：山东中医药大学附属医院

（二）主要起草单位：山东中医药大学附属医院、山东中医药大学

（三）主要工作过程：

1、启动

李运伦教授在山东中医药大学附属医院召开《高血压中医健康管理指南》项目讨论会，会议确定向山东中医药学会申请《高血压中医健康管理指南》的立项，并确立了由临床医师、社区医生专家、方法学专家等共同构成起草组。

向山东中医药学会提交《高血压中医健康管理指南》立项申请材料。

山东中医药学会组织召开团体标准立项论证会，《高血压中医健康管理指南》通过立项论证。会后按照专家意见对立项申请书进行完善，经山东中医药学会审议批准，发文正式立项，并签订任务书。

2、起草

（1）组织管理

李运伦教授在山东中医药大学附属医院召开《高血压中医健康管理指南》项目组织管理讨论会，指南秘书详细介绍项目任务与计划安排，会议确定本指南设置起草工作组、系统评价小组、指南会议专家组、指导委员会、秘书组。

（2）确定指南问题清单

1) 文献预检索

根据（一）基础问题（1.诊断；2.证候；3.其它）及（二）临床问题（PICO），对文献进行预检索，检索的侧重点在流行病学特点及危害、病因病机特点、证候、中医药干预措施、预防调摄等方面。得出以下结论：

条目	说明
病因病机	病因多与七情所伤、饮食失节、劳逸失调、内伤虚损有关，病机多为脏腑阴阳平衡失调，主要涉及肝、肾、脾脏，且以肝肾为主。
证候类型	肝火上炎证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证和阴阳两虚证
干预措施	中药汤药/针刺/传统功法/足浴等
预防调护	开展健康教育、生活方式的干预（限盐、戒烟、限酒、合理膳食、控制体重）、加强运动锻炼、情绪自我管理

2) 专家访谈

为梳理指南结构，提炼指南问题，特向本学科领军专家发出访谈邀请，对我们的指南编写提出宝贵意见。

访谈提纲包括应用范围、证候类型、中医干预和推荐方案以及预防调摄。

表 1 专家访谈受访专家名单

姓名	单位	职务/职称	专业
丁书文	山东中医药大学附属医院	全国名中医 主任医师	中医心病
薛一涛	山东中医药大学附属医院	主任医师	中医心病

李晓鲁	山东省千佛山医院	主任医师	急诊医学
王永生	南京中医药大学附属医院	主任医师	中西医结合

访谈结果概括为：

- ①应用范围：诊断为高血压的患者均适用；
- ②证候类型：肝火上炎证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证和阴阳两虚证等基本涵盖患者；
- ③中医干预和推荐方案：中药物物治疗和非药物疗法；

分证候类型干预方案：中药汤剂、中成药等；

针对疾病干预方案：传统功法、推拿等；

- ④预防调摄：放松紧张情绪、限盐、戒烟限酒、合理膳食、控制体重、积极参加体育锻炼等。

结合文献调研和专家访谈结果，形成指南问题初步清单。

（3）确定指南问题

针对初步形成的临床问题清单，开《高血压中医健康管理指南》“指南问题确定会”，形成 13 个指南问题。

表 2 指南临床问题清单

1	高血压病的中医证型分为肝火上炎证、痰湿壅盛证、阴虚阳亢证和阴阳两虚证是否合理？
2	高血压患者在常规血压监测的基础上，加用中医健康监测手段（如舌诊、脉诊等），能否更准确地评估病情进展及预测心血管并发症风险？
3	高血压患者在常规风险评估基础上，加用中医证候分型或体质辨识，能否更有效地预警高血压进展及心、脑、肾等靶器官损害？
4	高血压患者，在常规降压治疗的基础上加用中医适宜技术（如针灸、耳穴压豆、推拿等），能否进一步改善血压控制、临床症状及生活质量，并减少心血管事件？
5	高血压患者，在常规治疗的基础上加用中药（如天麻钩藤饮等辨证用药），能否增强降压效果、改善中医证候积分，并降低靶器官损害风险？
6	高血压患者，在常规治疗的基础上加用中医运动干预（如太极拳、八段锦、五禽戏等），能否改善血压波动、增强血管弹性，并减少心血管事件？
7	高血压患者，在常规治疗的基础上加用中医情志调摄（如音乐疗法、冥想、疏肝解郁法），能否降低交感神经兴奋性、改善血压稳定性及生活质量？
8	高血压患者，在常规治疗的基础上加用中医睡眠干预（如安神方药、穴位按摩、

	导引术），能否改善睡眠质量、降低夜间高血压风险，并减少心血管事件？
9	高血压患者，在常规低盐饮食的基础上加用中医膳食调理（如决明子茶、山楂饮、药膳等），能否辅助降压、调节血脂，并改善血管内皮功能？
10	高血压患者，在常规健康宣教的基础上加用中医戒烟限酒干预（如耳穴戒烟、中药解酒护肝方），能否提高戒烟限酒成功率，并改善血压控制？
11	高血压患者，在常规健康教育的基础上加用中医“治未病”理念指导（如四季养生、情志调摄），能否提高患者自我管理能力，并改善长期预后？
12	高血压患者，接受中医综合健康管理（监测+干预+随访）相比单纯西医常规管理，能否显著降低心脑血管事件发生率、提高生存质量？
13	高血压患者，接受中医综合健康管理（监测+干预+随访），能否改善高血压人群健康结局？

（4）证据收集与质量评价

李运伦教授在山东中医药大学附属医院召开《高血压中医健康管理指南》项目系统评价方法讨论会，确定采用 GRADE 方法学。

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

（5）指南推荐意见形成

采用专家名义组会法对证据形成推荐意见。本指南主要起草人、临床专家组、方法学组中来自全国的 20 位专家参与了指南会议。最终，由指南秘书组统计并汇总推荐意见及强度，对临床问题进行推荐。

（6）指导委员会修改

指南指导委员会成员丁书文，以及主要起草人李运伦、薛一涛以及方法学专家王怡斐副研究员对达成的推荐意见逐一进行审核，审核小组按照指南评审要求和流程，批准了达成指南的推荐意见。

（7）形成指南草案

工作组在前期工作的基础上，按照指南编写规则等要求开展指南起草，将循证证据形成的推荐意见等内容纳入指南中，组织有关方面专家对指南进行充分论证，形成指南初稿、编制说明等材料。指南初稿起草完成后，工作组组织召开专家委员会进行论证，根据专家意见修改完善，形成指南审查稿。

3、审查

(1) 形式审查

指南制定小组将送审稿、编制说明等提交至山东中医药学会进行形式审查，审查后给予修改意见和建议，指南制定小组根据修改意见和建议修正后，再次提交至学会。

(2) 会议审查、发布

(四) 标准主要起草人：李运伦、薛一涛

(五) 标准主要起草人所做的工作：

1、指南指导委员会

丁书文 山东中医药大学附属医院

刘持年 山东中医药大学附属医院

2、方法学专家

王怡斐 山东中医药大学附属医院

梁士兵 山东中医药大学附属医院

3、疾病领域专家委员会

丁书文、刘持年、薛一涛、岳桂华、杨佃会、嵇克刚、焦华琛、吴宗耀、蒋海强、张学正、张磊、辛军红、王萌、李焱、杨雯晴、李超、李洁、滑振、冯晓敬、朱羽硕、周永利、马承珠、董云鹏、李云、姜月华、马传江、周洪雷、王敏。

4、社区领域专家

曲政军、郭栋

5、主要起草人

李运伦 山东中医药大学附属医院

薛一涛 山东中医药大学附属医院

6、系统评价组

滑 振 山东中医药大学附属医院

朱羽硕 山东中医药大学附属医院

辛来运 山东中医药大学附属医院

王晓杰 山东中医药大学

7、秘书组

辛来运、王晓杰、滑振

三、标准主要内容：包括技术指标、参数、公式、性能要求、试验方法、检验规则等的依据（包括试验、统计数据）。标准修订项目还应增加新、旧标准水平的对比

（一）总体内容

指南正文共设 8 部分，主要技术内容有范围、规范性引用文件、术语及定义、流行病学特点、诊断、病因病机、辨证分型、中医健康管理方案及流程。

（二）内容分解

- 第 1 部分明确该指南适用范围和适用对象；
- 第 2 部分列出该指南主要引用的标准规范文件；
- 第 3 部分规定该指南的术语和定义；
- 第 4 部分介绍本病的诊断；
- 第 5 部分介绍本病的病因病机；
- 第 6 部分介绍本病证候诊断；
- 第 7 部分介绍本病辨证分型；
- 第 8 部分介绍本病的中医健康管理方案及流程。

（三）主要方法与依据

1、定义临床问题

（1）基础问题

高血压定义为：在未使用降压药的情况下，非同日 3 次测量诊室血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$ ；或连续 5~7 天测量家庭血压 $\geq 135/85\text{mmHg}$ ；或 24h 动态血压 $\geq 130/80\text{mmHg}$ ，白天血压 $\geq 135/85\text{mmHg}$ ，夜间血压 $\geq 120/70\text{mmHg}$ 。患者既往有高血压史，目前使用降压药，血压虽然低于上述界值，仍应诊断为高血压。

证候：肝火上炎证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证和阴阳两虚证。

（2）临床问题（PICO）

Patients: 符合西医诊断标准的高血压患者。

Intervention: 治疗组干预措施为使用高血压中医健康管理方案的人群等；

Comparison: 对照组为常规西医管理组：仅接受标准降压药物治疗（如 ACEI、ARB、CCB 等）+一般生活方式建议（如低盐饮食、运动等）。

Outcomes: 疗效指标为：血压控制情况、中医证候改善情况、生活质量评估、实验室检查、不良反应、依从性评估。

2、确定临床问题清单

表 3 指南问题清单

1	高血压病的常见中医证型可分为肝火上炎证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证和阴阳两虚证吗？
2	高血压病患者在常规监测的基础上，加用中医健康监测手段（如舌诊、脉诊等），能否辅助评估疾病状态？

3	高血压病患者在常规风险评估基础上，加用中医风险评估，能否更有效地预警高血压进展及心血管病发生？
4	高血压病患者，接受中医健康管理，能否有效管理血压？
5	高血压病患者，在常规治疗基础上，进行中医膳食管理，能否有效管理血压？
6	高血压病患者，在常规治疗基础上，进行中医戒烟限酒，能否有效管理血压？
7	高血压病患者，在常规治疗基础上，联用中医干预进行减重，能否有效管理血压？
8	高血压病患者，在常规治疗基础上，进行中医干预血糖血脂，能否有效管理血压？
9	高血压合并睡眠障碍的患者，在常规治疗基础上，进行中医功法、穴位按摩等中医药疗法，能否有效管理血压、改善患者睡眠质量？
10	高血压病患者，在常规治疗基础上，进行中医运动管理指导，能否有效管理血压？
11	高血压合并焦虑抑郁患者，在常规治疗基础上，进行中医干预情志管理，能否有效管理血压、改善患者情绪？
12	高血压病患者，在常规降压治疗的基础上加用针刺，能否进一步改善血压？
13	高血压病患者，在常规降压治疗的基础上加用艾灸，能否进一步改善血压？
14	高血压病患者，在常规降压治疗的基础上加用推拿，能否进一步改善血压？
15	高血压病患者，在常规降压治疗的基础上加用穴位贴敷，能否进一步改善血压？
16	高血压病患者，在常规降压治疗的基础上加用中药足浴，能否进一步改善血压？
17	高血压病患者，在常规治疗的基础上加用中药（龙胆泻肝汤、天麻钩藤饮、半夏白术天麻汤、地黄饮子），能否增强降压效果、改善临床症状？
18	高血压患者，在常规治疗基础上，进行中医健康教育，能否改善血压，缓解焦虑抑郁情绪，提高生活质量？
19	高血压患者，互联网+能有效提高患者依从性吗？

3、收集证据与系统评价

李运伦教授在山东中医药大学附属医院召开《高血压中医健康管理指南》项目系统评价方法讨论会，确定采用 GRADE 方法学。

第一，根据问题清单，构建 PICOS 问题。每个临床问题具体分析。

第二，根据 PICOS 问题制定检索策略与文献纳入排除标准。

第三，采集纳入文献的基本信息，对 Meta 分析进行质量评价，对原始研究进行 Meta 分析与质量评价。

质量评价：根据 Cochrane 手册中的“偏倚风险评估”工具对进行评价：①随机序列生成；②随机隐藏；③患者和工作人员盲法；④结局评价者盲法；⑤不完整结局数据；⑥选择性报告结局；⑦其他偏倚。最终给出“偏倚风险低”、“偏倚风险高”和“偏倚风险不确定”的判断。

4、证据质量评价

本次研究中采用 GRADE 方法对证据分级进行评价。GRADE 系统将证据质量分为高、中、低和极低 4 级。最终形成结果总结表与证据概要表。

5、形成推荐意见

本指南主要起草人、临床专家组、方法学组中来自全国各地的专家参与了指南会议，指南会议由三部分组成，首先由李运伦教授向与会者介绍该指南的背景、立项到完成 GRADE 分级的全过程，其次由秘书辛来运博士介绍该指南的方法学以及证据概要，最后由山东中医药大学附属医院王怡斐副研究员主持指南的投票过程。

推荐意见考虑利弊权衡、证据质量高低、患者的偏好和价值观、成本（资源分配）等因素，由名义组会议专家综合权衡后作出推荐强度。

本指南基于 GRADE 网格，分三轮进行投票，达成指南规则如下：除了“中间”格以外的任何 1 格票数超过 50%，则达成指南，可直接确定推荐方向及强度；若“中间”格某一侧两格总票数超过 70%，则达成指南，可确定推荐方向，推荐强度。其余情况视为未达成指南，推荐意见进入下一轮投票，投票不得超过三轮。最终，由指南秘书处统计并汇总推荐意见及强度。

表 4 推荐意见投票结果

序号	推荐条目	推荐方向强度的票数					投票轮数	是否达成共识
		↑↑	↑	/	↓	↓↓		
1	高血压病的常见中医证型可分为肝火上炎证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证和阴阳两虚证吗？	√					1	是
2	高血压病患者在常规监测的基础上，加用中医健康监测手段（如舌诊、脉诊等），能否辅助评估疾病状态？	√					1	是
3	高血压病患者在常规风险评估基础上，加用中医风险评估，能否更有效地预警高血压进展及心血管病发生？	√					1	是

4	高血压病患者，接受中医健康管理，能否有效管理血压？	√					1	是
5	高血压病患者，在常规治疗基础上，加用中医膳食管理，能否有效管理血压？	√					1	是
6	高血压病患者，在常规治疗基础上，进行中医戒烟限酒，能否有效管理血压？	√					1	是
7	高血压病患者，在常规治疗基础上，联用中医干预进行减重，能否有效管理血压？	√					1	是
8	高血压病患者，在常规治疗基础上，进行中医干预血糖血脂管理，能否有效管理血压？	√					1	是
9	高血压合并睡眠障碍的患者，在常规治疗基础上，进行中医功法、穴位按摩等中医药疗法，能否有效管理血压、改善患者睡眠质量？	√					1	是
10	高血压病患者，在常规治疗基础上，进行中医运动管理指导，能否有效管理血压？	√					1	是
11	高血压合并焦虑抑郁患者，在常规治疗基础上，进行中医干预情志管理，能否有效管理血压、改善患者情绪？	√					1	是
12	高血压病患者，在常规降压治疗的基础上加用针刺，能否进一步改善血压？	√					1	是

13	高血压病患者，在常规降压治疗的基础上加用艾灸，能否进一步改善血压？	√					1	是
14	高血压病患者，在常规降压治疗的基础上加用推拿，能否进一步改善血压？	√					1	是
15	高血压病患者，在常规降压治疗的基础上加用穴位贴敷，能否进一步改善血压？	√					1	是
16	高血压病患者，在常规降压治疗的基础上加用中药足浴，能否进一步改善血压？	√					1	是
17	高血压病患者，在常规治疗的基础上加用中药（龙胆泻肝汤、天麻钩藤饮、半夏白术天麻汤、地黄饮子），能否增强降压效果、改善临床症状？	√					1	是
18	高血压病患者，在常规治疗基础上，进行中医健康教育，能否改善血压，缓解焦虑抑郁情绪，提高生活质量？	√					1	是
19	高血压病患者，互联网+能有效提高患者依从性吗？	√					1	是

四、试验验证：包括试验（或验证）准确度、可靠性、稳定性的分析和说明，试验结果综述等

本指南为临床实践指南，不涉及试验验证。

五、采标情况：采用国际标准和国家、行业、地方标准的情况，以及与国内外同类标准水平的比较；

（一）采用国际标准和国家、行业、地方标准的情况

- GB/T16751.1—2023《中医临床诊疗术语·疾病部分》
- GB/T16751.2—2021《中医临床诊疗术语·证候部分》
- GB/T16751.3—2023《中医临床诊疗术语·治法部分》
- 《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2024 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》

（二）与国内外同类标准水平的比较

国内权威高血压的中医指南为《高血压中医诊疗指南》，版本为 2011 版。该指南参考了国内外重要指南和专家共识，结合最新临床研究进展和我国临床现状调研，加强了高血压的中医规范诊疗。本指南与其相较，有共性的基础，强调中医健康管理诊疗对高血压的优势和 治疗措施，更加体现中医管理的优势和特色。

六、知识产权说明：标准涉及的相关知识产权说明

本标准未涉及相关知识产权说明。

七、重大意见分歧的处理：包括处理过程、依据和结果

本标准制定过程中无重大意见分歧。

八、其他应予说明的事项。

无其他说明事项。

附件 GRADE 评级、证据概要表

问题1：高血压病的常见中医证型可分为肝火上炎证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证和阴阳两虚证吗？

基础问题	高血压病的常见中医证型可分为肝火上炎证、痰湿壅盛证、阴虚阳亢证和阴阳两虚证吗？
研究类型及数量	流行病学调查，107 篇；专家共识或指南，5 篇
统计分析结果	结果显示，肝火上炎证、痰湿壅盛证、阴虚阳亢证和阴阳两虚证是高血压的主要证候类型。

结论	高血压证候分类可以分为肝火上炎证、痰湿壅盛证、阴虚阳亢证和阴阳两虚证。
----	-------------------------------------

符号	↑	/	↓
详细描述	建议	中立	不建议
指南条目	高血压患者证候分类可以分为肝火上炎证、痰湿壅盛证、阴虚阳亢证和阴阳两虚证。 建议 <input checked="" type="checkbox"/> 中立 <input type="checkbox"/> 不建议 <input type="checkbox"/>		
①疗效	对高血压中医证候分布的研究进行检索归纳，发现肝火上炎证、痰湿壅盛证、阴虚阳亢证和阴阳两虚证是高血压证候的主要类型；《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》将高血压证型分为肝火亢盛证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、阴阳两虚证，支持了本指南涉及的四种证型；《高血压中医诊疗专家共识（2019）》提出肝阳上亢、痰饮内停、肾阴亏虚证，《高血压中医诊疗指南（2011）》提出肝火上炎、痰湿内阻、瘀血内阻、阴虚阳亢等证型；《2级高血压中西医结合诊疗指南》提出肝郁气滞证、肝火亢逆证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、痰瘀互结证、阴阳两虚证；《1级高血压中医专家共识》提出肝阳上亢证、肝郁脾虚证、痰湿壅盛证、肾阴亏虚证。		
②安全性	--		
③经济性	--		
④病人可接受度	--		
⑤其他因素	--		

问题 2：高血压病患者在常规监测的基础上，加用中医健康监测手段（如舌诊、脉诊等），能否辅助评估疾病状态？

基础问题	高血压患者在常规监测的基础上，加用中医健康监测手段（如舌诊、脉诊等），能否辅助评估疾病状态？
研究类型及数量	共检索到 11 篇文献 观察性研究
研究结果	<p>四诊是中医辨证论治的重要依据，能够判断病情轻重、治疗效果及疾病转归。辨别中医体质，开展个性化的中医指导，干预高危因素，可有效平稳控制血压，改善临床症状，提高患者的生活质量。</p> <p>一项观察性研究显示，随病程的延长，剥苔、燥苔、薄黄苔有所增加，而薄黄腻苔、黄厚腻苔有所下降，血压越高，痿软舌、瘀斑瘀点舌、剥苔、薄黄苔出现的频率越高，而黄厚腻苔下降。</p> <p>一项队列研究发现，原发性高血压患者随着靶器官损害数量增加，脉象由以沉脉为主逐渐呈现弦脉、滑脉比例上升，多器官损害时虚脉更为常见。脉图参数方面，多靶器官损害组的 t4、t5、t 值延长，h5/h1、h4/h1 降低，且脑损害组 h3/h1 显著高于心脏损害组。脉图参数与多项临床指标相关，如 w1/t 与空腹血糖、肌酐呈正相关，h5、t 与二者呈负相关；t1/t、t1/t4 则与心功能及颈动脉内径负相关。判别分析提示 h3/h1 和 w1/t 对损害程度分类贡献较大，而机器学习模型中支持向量机分类准确率最高，重要参数</p>

	包括 h3/h1、as/ad 等。COX 回归分析进一步表明，h3/h1 是靶器官损害加重的独立预测因子。
结论	高血压病患者在常规监测的基础上，加用中医健康监测手段（如舌诊、脉诊等），能辅助评估疾病状态。

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
指南条目	高血压病患者在常规血压监测的基础上，加用中医健康监测手段（如舌诊、脉诊等），能评估疾病状态。 建议 <input checked="" type="checkbox"/> 中立 <input type="checkbox"/> 不建议 <input type="checkbox"/>				
①疗效	高血压患者在常规监测的基础上，加用中医健康监测手段（如舌诊、脉诊等），能辅助评估疾病状态				
②安全性	--				
③经济性	--				
④病人可接受度	--				
⑤其他因素	--				

问题 3：高血压病患者在常规风险评估基础上，加用中医风险评估，能否更有效地预警高血压进展及心血管病发生？

基础问题	高血压病患者在常规风险评估基础上，加用中医风险评估，能否更有效地预警高血压进展及心血管病发生？
研究类型及数量	共检索到 49 篇文献 观察性研究
研究结果	<p>观察性研究发现，阴阳两虚证患者的心脏射血分数明显低于其他证型，左心室肥厚发生率最高，痰湿壅盛证高血压患者最易合并脂质代谢紊乱及动脉粥样硬化性疾病，阴虚阳亢证卒中发病和 CVD 发病风险最高。此外，高血压患者的中医证型与视网膜病变严重程度存在关联性。</p> <p>高血压病患者舌下络脉变化较为明显，随着年龄的增长或高血压的病程增长,舌下络脉增粗、延长、迂曲、扩张、侧枝多以及色泽深紫等程度加重。舌象特征与性别、年龄、病程及血压分级具有显著相关性，并提示舌象变化可作为评估高血压风险的重要参考。</p> <p>中医体质研究表明，痰湿质、阴虚质、气虚质及气郁质是高血压易感体质。</p>
结论	高血压患者在常规风险评估基础上，加用中医风险评估，能更有效地预警高血压进展及心血管病发生。

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
----	----	---	---	---	----

详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
指南条目	高血压患者在常规风险评估基础上，加用中医风险评估，能更有效地预警高血压进展及心血管病发生。 建议 <input checked="" type="checkbox"/> 中立 <input type="checkbox"/> 不建议 <input type="checkbox"/>				
①疗效	高血压患者在常规风险评估基础上，加用中医风险评估，能更有效地预警高血压进展及心血管病发生。				
②安全性	--				
③经济性	--				
④病人可接受度	--				
⑤其他因素	--				

问题 4：高血压病患者，接受中医健康管理，能否有效管理高血压患者的血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 (mmHg) 9 个 RCT	无严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	1075	845	WMD=-12.59,95%CI(-15.71, -9.46)	低
舒张压 (mmHg) 9 个 RCT	无严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	1075	845	WMD=-9.14,95%CI(-11.58, -6.71)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
高血压患者，接受中医健康管理，能否有效管理高血压患者的血压？	高血压患者	中医健康管理	常规健康管理	收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT 9 篇			
效应值及可信区间	收缩压：WMD=-12.59,95%CI(-15.71, -9.46) 舒张压：WMD=-9.14,95%CI(-11.58, -6.71)			
证据等级	B 级			
是否升级或降级	降 1 级			

升级或降级因素	不一致性
结论	通过中医健康管理治疗，能够有效管理血压。

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	中医健康管理用于高血压患者，能够改善患者的血压。 推荐意见：				
①证据等级	B 级				
②疗效	9 项 RCT 的 Meta 分析结果显示，中医健康管理在高血压患者血压方面有效，收缩压：WMD=-12.59,95%CI(-15.71, -9.46)；舒张压：WMD=-9.14,95%CI(-11.58, -6.71)				
③安全性	--				
④经济性	--				
⑤病人可接受度	--				
⑥其他因素	--				

问题 5：高血压病患者，在常规治疗基础上，加用中医膳食管理，能否有效管理血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 (mmHg) 3 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	存在严重不精确性	未测量	178	178	MD=-24.53,95%CI(-31.39, -17.67)	极低
舒张压 (mmHg) 3 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	存在严重不精确性	未测量	178	178	MD=-20.46,95%CI(-31.12, -9.80)	极低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
高血压患者，在常规治疗基础上，进行中医膳食管理，能否有效管理血压？	高血压患者	中医膳食+常规治疗	常规治疗	收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT，3 篇			
效应值及可信区间	收缩压：MD=-24.53,95%CI(-31.39, -17.67)			

	舒张压: MD -20.46,95%CI(-31.12, -9.80)
证据等级	D 级
是否升级或降级	降 3 级
升级或降级因素	局限性、不一致性、不精确性
结论	在常规治疗基础上, 加用中医膳食管理, 能够有效降低高血压患者收缩压、舒张压。

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	在常规治疗基础上, 中医膳食用于高血压患者, 能够辅助改善患者的收缩压、舒张压。 推荐意见:				
①证据等级	D 级				
②疗效	3 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示, 在常规治疗基础上, 中医膳食能辅助降低高血压患者收缩压、舒张压, 收缩压 MD=-24.53,95%CI(-31.39, -17.67) 与舒张压 MD=-20.46,95%CI(-31.12, -9.80)。				
③安全性	--				
④经济性	--				
⑤病人可接受度	--				
⑥其他因素	--				

问题 6: 高血压病患者, 在常规治疗基础上, 进行中医戒烟限酒, 能否有效管理血压?

基础问题	高血压病患者, 在常规治疗基础上, 进行中医戒烟限酒, 能否有效管理血压?
研究类型及数量	共检索到 22 篇文献 观察性研究
统计分析结果	<p>流行病学调查显示, 在男性高血压患者中, 当前吸烟状态与日间动态隐匿性高血压(患病率 18.7%, OR:1.69, 95%CI(1.27, 2.25))显著相关, 同时与夜间家庭隐匿性高血压(患病率 14.6%, OR:1.81, 95%CI(1.33, 2.47))显著相关。</p> <p>在线性孟德尔随机化分析中, 基因预测的酒精摄入量每增加 1 个标准差, 高血压风险升高至 1.3 倍(95%CI(1.2, 1.4)), 冠状动脉疾病风险升高至 1.4 倍(95%CI(1.1, 1.8))。非线性孟德尔随机化分析表明, 酒精摄入量与高血压及冠状动脉疾病均存在非线性关联: 轻度饮酒仅导致心血管风险轻微增加, 而重度饮酒则与临床及亚临床心血管疾病风险呈指数级上升。</p> <p>通过针灸、耳穴贴压、中药、穴位埋线等手段改善酒精依赖, 在耳穴取口、胃、皮质下、内分泌、神门、咽喉、肝; 体穴取脾俞、肝俞、肾俞、内关、列缺、神门、足三里, 此外还可采取瓜蒂戒酒及中药汤剂戒酒。百</p>

	会、列缺、合谷、足三里、三阴交和太冲联用平补平泻法针刺改善烟草依赖，除了针刺疗法，穴位埋线、耳穴贴压、耳针也是针灸疗法中常用的有效戒烟方式，并以耳穴贴压最为常用且戒烟成功率最高。
结论	高血压病患者，在常规治疗基础上，加用中医戒烟限酒措施，能有效管理血压。

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
指南条目	高血压患者，在常规治疗基础上，进行中医限烟戒酒，能有效管理血压 建议☑ 中立□ 不建议□				
①疗效	高血压患者，在常规治疗基础上，进行中医限烟戒酒，能有效管理血压。				
②安全性	--				
③经济性	--				
④病人可接受度	--				
⑤其他因素	--				

问题 7：高血压病患者，在常规治疗基础上，联用中医干预进行减重，能否有效管理血压？

基础问题	高血压病患者，在常规治疗基础上，联用中医干预进行减重，能否有效管理血压？
研究类型及数量	共检索到 1 篇 RCT
统计分析结果	治疗组治疗后,中医证候积分、血压水平、血脂水平及肥胖指标均有明显改善($P<0.05$)，且明显优于对照组($P<0.05$)。治疗组在中医临床疗效及降压疗效方面，有效率明显高于对照组,与对照组相比有统计学意义。
结论	高血压病患者，在常规治疗基础上，联用中医干预进行减重，能有效管理血压。

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	在常规治疗基础上，中医干预进行减重，能够辅助改善患者的收缩压、舒张压。 推荐意见：				
①证据等级	D 级				
②疗效	高血压患者，在常规治疗基础上，联用中医干预进行减重，能够有效降低血压及血脂水平				

③安全性	--
④经济性	--
⑤病人可接受度	--
⑥其他因素	--

问题 8：高血压病患者，在常规治疗基础上，进行中医干预血糖血脂，能否有效管理血压？

血糖：

基础问题	高血压患者，在常规治疗基础上，进行中医干预血糖，能否有效管理血压？
研究类型及数量	共检索到 1 篇 RCT
统计分析结果	在常规治疗基础上，观察组加服知柏地黄汤合天麻钩藤饮治疗总有效率 96.61%，高于对照组 84.48%($P < 0.05$)；治疗后空腹血糖、糖化血红蛋白降低，观察组低于对照组($P < 0.05$)；治疗后收缩压、舒张压水平降低，观察组低于对照组($P < 0.05$)；治疗后血清丙二醛水平降低，观察组低于对照组，超氧化物歧化酶、一氧化氮水平升高，观察组高于对照组($P < 0.05$)。
结论	高血压患者，在常规治疗基础上，进行中医干预血糖，能有效管理血压。

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	高血压病患者，在常规治疗基础上，进行中医干预血糖，能有效管理血压。 推荐意见：				
①证据等级	D 级				
②疗效	高血压病患者，在常规治疗基础上，进行中医干预血糖，能有效降低血压及血糖水平，改善氧化应激水平。				
③安全性	--				
④经济性	--				
⑤病人可接受度	--				
⑥其他因素	--				

血脂：

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
临床总有效率	存在严重	无严重不	无严重间	无严重不	未测量	147	147	RR=1.19,95%CI(1.09,1.30)	低

3 个 RCT	局限	一致性	接性	精确性					
收缩压 (mmHg) 7 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	322	322	MD=-14.18,95%CI(-18.68,-9.68)	低
舒张压 (mmHg) 6 个 RCT	存在严重局限	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	183	183	MD=-6.11,95%CI(-7.05,-5.18)	低
LDL-C 2 个 RCT	存在严重局限	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	97	97	MD=-0.64,95%CI(-0.72,-0.57)	低
HDL-C 2 个 RCT	存在严重局限	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	97	97	MD=0.17,95%CI(0.12,0.22)	低
TC 7 个 RCT	存在严重局限	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	225	225	MD=-1.28,95%CI(-1.35,-1.21)	低
TG 7 个 RCT	存在严重局限	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	272	272	MD=-0.63,95%CI(-0.71,-0.55)	低
不良反应发生率 4 个 RCT	存在严重局限	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	179	179	RR=0.50,95%CI(0.25,1.00)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
高血压患者，在常规治疗基础上，进行中医管理血糖血脂，能否有效管理血压？	高血压患者	常规治疗+半夏白术天麻汤合温胆汤	常规治疗	临床有效率 收缩压 舒张压 LDL-C HDL-C TC TG 不良反应发生率
研究类型及数量	RCT, 9 篇			

效应值及可信区间	临床总有效率：RR=1.19,95%CI(1.09,1.30) 收缩压：MD=-14.18,95%CI(-18.68,-9.68) 舒张压：MD=-6.11,95%CI(-7.05,-5.18) LDL-C：MD=-0.64,95%CI(-0.72,-0.57) HDL-C：MD=0.17,95%CI(0.12,0.22) TC：MD=-1.28,95%CI(-1.35,-1.21) TG：MD=-0.63,95%CI(-0.71,-0.55) 不良反应发生率：RR=0.50,95%CI(0.25,1.00)
证据等级	C 级
是否升级或降级	降 2 级
升级或降级因素	局限性、不一致性
结论	通过联合中药汤剂，能够有效管理高血压伴高脂血症患者血压及血脂水平。

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	高血压伴高脂血症患者联合中药汤剂，能够辅助改善患者的收缩压、舒张压及血脂水平。 推荐意见：				
①证据等级	C 级				
②疗效	9 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示，联合中药汤剂能降低高血压伴高脂血症患者血压、血脂水平：临床总有效率：RR=1.19,95%CI(1.09,1.30)；收缩压：MD=-14.18,95%CI(-18.68,-9.68)；舒张压：MD=-6.11,95%CI(-7.05,-5.18)；LDL-C：MD=-0.64,95%CI(-0.72,-0.57)；HDL-C：MD=0.17,95%CI(0.12,0.22)；TC：MD=-1.28,95%CI(-1.35,-1.21)；TG：MD=-0.63,95%CI(-0.71,-0.55)；不良反应发生率：RR=0.50,95%CI(0.25,1.00)。				
③安全性	--				
④经济性	--				
⑤病人可接受度	--				
⑥其他因素	--				

问题 9：高血压合并睡眠障碍的患者，在常规治疗基础上，进行中医功法、穴位按摩等中医药疗法，能否有效管理血压、改善患者睡眠质量？

9-1 中医功法

质量评价						结果总结		
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度
						治疗组	对照组	
								质量

PSQI 7 个 RCT	存在 严重 局限	存在严重 不一致性	无严重 间接性	无严重 不精确性	未测量	298	298	MD=-2.81,95% CI(-3.16,-2.45)	低
收缩压 (mmHg) 6 个 RCT	存在 严重 局限	严重不 一致性	无严重 间接性	无严重 不精确性	未测量	253	253	MD=-4.74,95% CI(-5.92,-3.56)	低
舒张压 (mmHg) 6 个 RCT	存在 严重 局限	严重不 一致性	无严重 间接性	无严重 不精确性	未测量	253	253	MD=-3.92,95% CI(-4.71,-3.12)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
高血压合并睡眠障碍的患者，在常规治疗基础上，进行中医功法，能否有效管理血压、改善患者睡眠质量？	高血压患者	中医功法+常规治疗	常规治疗	PSQI 收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT, 7 篇			
效应值及可信区间	PSQI: MD=-2.81,95%CI(-3.16,-2.45) 收缩压: MD=-4.74,95%CI(-5.92,-3.56) 舒张压: MD=-3.92,95%CI(-4.71,-3.12)			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性、不一致性			
结论	在常规治疗基础上，加用中医功法，能够提高睡眠质量、改善血压。			

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于 弊 强 推荐 一定做	可能利大于 弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不 确定无明确推 荐意见	可能弊大于 利 弱 不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	推荐意见：高血压合并睡眠障碍的患者，在常规治疗基础上，进行中医功法，能有效管理血压、改善患者睡眠质量。				
①证据等级	C 级				
②疗效	7 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示，进行中医功法能有效改善血压及睡眠质量： PSQI: MD=-2.81,95%CI(-3.16,-2.45); 收缩压: MD=-4.74,95%CI(-5.92,-3.56); 舒张压: MD=-3.92,95%CI(-4.71,-3.12)				
③安全性	-				
④经济性	--				
⑤病人可接	--				

受度	
⑥其他因素	--

9-2 穴位按摩

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
PSQI 评分 10 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	无发表偏倚	409	405	MD=-2.09,95%CI(-2.53,-1.64)	低
收缩压 7 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	267	264	MD=-10.33,95%CI(-15.00,-5.67)	低
舒张压 7 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	267	264	MD=-4.95,95%CI(-6.87,-3.04)	低
睡眠改善有效率 5 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	152	123	RR=1.12,95%CI(1.04,1.20)	低
SF-36 评分 2 个 RCT	存在严重局限	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	71	71	MD=7.75,95%CI(5.88,9.62),	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
高血压合并睡眠障碍的患者，在常规治疗基础上，进行穴位按摩等中医药疗法，能否有效管理血压、改善患者睡眠质量？	高血压患者	穴位按摩+常规治疗	常规治疗	PSQI 收缩压 舒张压 睡眠改善有效率 SF-36 评分
研究类型及数量	RCT，19 篇			

效应值及可信区间	PSQI: MD=-2.09,95%CI(-2.53,-1.64) SBP: MD=-10.33,95%CI(-15.00,-5.67) DBP: MD=-4.95,95%CI(-6.87,-3.04) 睡眠改善有效率: RR=1.12,95%CI(1.04,1.20) SF-36: MD=7.75,95%CI(5.88,9.62)
证据等级	C 级
是否升级或降级	降 2 级
升级或降级因素	局限性、不一致性
结论	在常规降压治疗基础上,加用穴位按摩,能够提高睡眠质量、改善血压。

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	推荐意见: 高血压合并睡眠障碍的患者,在常规治疗基础上,进行穴位按摩,能有效管理血压、改善患者睡眠质量。				
①证据等级	C 级				
②疗效	19 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示,进行穴位按摩能有效改善血压及睡眠质量: PSQI: MD=-2.09,95%CI(-2.53,-1.64); SBP: MD=-10.33,95%CI(-15.00,-5.67); DBP: MD=-4.95,95%CI(-6.87,-3.04); 睡眠改善有效率: RR=1.12,95%CI(1.04,1.20); SF-36: MD=7.75,95%CI(5.88,9.62)				
③安全性	-				
④经济性	--				
⑤病人可接受度	--				
⑥其他因素	--				

9-3 正念疗法

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
PSQI 评分 2 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	59	59	MD=-3.05,95%CI(-3.93,-2.17)	低
收缩压 8 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	333	333	MD=-6.63,95%CI(-9.03,-4.23)	低

舒张压 8 个 RCT	存在 严重 局限	存在严 重不一 致性	无严 重间 接性	无严 重不 精确 性	未测 量	333	333	MD=-1.72,95% CI(-2.67,-0.77)	低
SAS 评 分 2 个 RCT	存在 严重 局限	无严重 不一致 性	无严 重间 接性	无严 重不 精确 性	未测 量	70	70	MD=-10.40,95 %CI(-11.56, -8.51)	低
SDS 评 分 2 个 RCT	存在 严重 局限	无严重 不一致 性	无严 重间 接性	无严 重不 精确 性	未测 量	70	70	MD=-9.35,95% CI(-11.11,-7.59)	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
高血压合并睡眠障碍的患者，在常规治疗基础上，进行正念疗法等中医药疗法，能否有效管理血压、改善患者睡眠质量？	高血压患者	正念疗法+常规治疗	常规治疗	PSQI 收缩压 舒张压 SAS 评分 SDS 评分
研究类型及数量	RCT，12 篇			
效应值及可信区间	PSQI: MD=-3.05,95%CI(-3.93, 2.17) SBP: MD=-6.63,95%CI(-9.03, -4.23) DBP: MD -1.72,95%CI(-2.67, -0.77) SAS 评分: MD=-10.40,95%CI(-11.56, -8.51) SDS 评分: MD=-9.35,95%CI(-11.11,-7.59)			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性、不一致性			
结论	在常规治疗基础上，加用正念疗法，能够提高患者睡眠质量、改善血压。			

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于 弊 强 推荐 一定做	可能利大于 弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不 确定无明确推 荐意见	可能弊大于 利 弱 不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	推荐意见：高血压合并睡眠障碍的患者，在常规治疗基础上，进行正念疗法，能有效管理血压、改善患者睡眠质量。				
①证据等级	C 级				
②疗效	12 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示，进行正念疗法能有效改善血压及睡眠质量： PSQI: MD=-3.05,95%CI(-3.93, -2.17); SBP: MD=-6.63,95%CI(-9.03,-4.23); DBP: -1.72,95%CI(-2.67,-0.77); SAS 评分: MD=-10.40,95%CI(-11.56, -8.51)				

	SDS 评分: MD=-9.35,95%CI(-11.11,-7.59)
③安全性	-
④经济性	--
⑤病人可接受度	--
⑥其他因素	--

临床问题 10: 高血压病患者, 在常规治疗基础上, 进行中医运动管理指导, 能否有效管理血压?

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 (mmHg) 16 个 RCT	存在严重局限	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	666	575	MD=-9.34,95%CI (-11.16, -7.53)	低
舒张压 (mmHg) 16 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	133	140	MD=-5.12,95%CI(-7.18, -3.05)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
高血压病患者, 在常规治疗基础上, 进行中医运动管理指导, 能否有效管理血压?	高血压患者	传统功法+常规治疗	常规治疗	收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT, 16 篇			
效应值及可信区间	收缩压: MD=-9.34,95%CI (-11.16, -7.53) 舒张压: MD=-5.12,95%CI(-7.18, -3.05)			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性、不一致性			
结论	通过联用传统功法治疗, 能够有效降低高血压患者血压			

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做

推荐条目	在常规治疗基础上，进行传统功法用于高血压治疗能够改善患者血压 推荐意见：
①证据等级	C 级
②疗效	16 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示，传统功法与西药连用较单纯使用西药降压效果更好，收缩压：MD=-9.34,95%CI (-11.16, -7.53)；舒张压：MD=-5.12 ,95%CI(-7.18, -3.05)
③安全性	--
④经济性	--
⑤病人可接受度	--
⑥其他因素	--

临床问题 11：高血压合并焦虑抑郁患者，在常规治疗基础上，进行中医干预情志管理，能否有效管理血压、改善患者情绪？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 (mmHg) 10 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	439	442	MD=-9.54,95%CI (-11.33, -7.74)	低
舒张压 (mmHg) 10 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	439	442	MD=-7.89 ,95%CI(-9.34, -6.44)	低
焦虑自评量表评分 2 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	83	83	MD=-9.66,95%CI (-19.26, -0.06)	低
抑郁自评量表评分 2 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	83	83	MD=-4.89,95%CI (-8.51, -1.27)	低
汉密尔顿焦虑量表评分 2 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	67	70	MD=-5.30,95%CI (-8.46, -2.13)	低
汉密尔顿焦抑郁量表评分	存在严重局限	存在严重不一	无严重间接性	无严重不精确	未测量	140	146	MD=-4.92,95%CI (-8.55, -1.30)	低

3 个 RCT		致性		性					
抑郁症自我评估量表 3 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	146	149	MD=-3.73,95%CI (-4.23, -3.23)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
高血压患者合并焦虑抑郁患者，在常规治疗基础上，进行中医干预情志管理，能否有效管理血压、改善患者情绪？	高血压患者	中药汤剂+西药	西药	收缩压 舒张压 焦虑自评量表评分 抑郁自评量表评分 汉密尔顿焦虑量表评分 汉密尔顿抑郁量表评分 抑郁症自我评估量表
研究类型及数量	RCT, 10 篇			
效应值及可信区间	收缩压: MD=-9.54,95%CI (-11.33, -7.74) 舒张压: MD=-7.89,95%CI (-9.34, -6.44) 焦虑自评量表评分: MD=-9.66,95%CI (-19.26, -0.06) 抑郁自评量表评分: MD=-4.89,95%CI (-8.51, -1.27) 汉密尔顿焦虑量表评分: MD=-4.92,95%CI (-8.55, -1.30) 汉密尔顿抑郁量表评分: MD=-4.92,95%CI (-8.55, -1.30) 抑郁症自我评估量表: MD=-3.73,95%CI (-4.23, -3.23)			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性、不一致性			
结论	在常规治疗基础上，进行中药汤剂治疗，能够有效降低高血压患者血压，改善患者焦虑抑郁情绪			

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	在常规治疗基础上，进行中药用于高血压治疗能够改善血压、焦虑抑郁情绪 推荐意见：				

①证据等级	C 级
②疗效	10 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示, 中医药与西药连用较单纯使用西药降压效果更好, 收缩压: MD=-9.54,95%CI (-11.33, -7.74); 舒张压: MD=-7.89,95%CI(-9.34, -6.44); 焦虑自评量表评分: MD=-9.66,95%CI (-19.26, -0.06); 抑郁自评量表评分: MD=-4.89,95%CI (-8.51, -1.27); 汉密尔顿焦虑量表评分: MD=-4.92,95%CI (-8.55, -1.30); 汉密尔顿焦抑郁量表评分: MD=-4.92,95%CI (-8.55, -1.30); 抑郁症自我评估量表: MD=-3.73,95%CI (-4.23, -3.23)
③安全性	--
④经济性	--
⑤病人可接受度	--
⑥其他因素	--

问题 12: 高血压患者, 在常规降压治疗的基础上加用针刺, 能否进一步改善血压控制?

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
24h 平均收缩压 (mmHg) 10 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	413	412	SMD=-2.06,95%CI(-2.90,-1.23)	低
24h 平均舒张压 (mmHg) 10 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	413	412	SMD=-3.25,95%CI(-4.23,-2.16)	低
日间平均收缩压 (mmHg) 9 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	292	293	SMD=-2.78,95%CI(-4.16,-1.41)	低
日间平均舒张压 (mmHg)	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	292	293	SMD=-6.40,95%CI(-8.47,-4.33)	低

9 个 RCT									
夜间平均收缩压 (mmHg) 9 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	292	293	SMD=-2.85,95%CI(-3.87,-1.83)	低
夜间平均舒张压 (mmHg) 9 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	292	293	SMD=-2.23,95%CI(-3.77,-0.69)	低
晨峰血压 (mmHg) 2 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	130	130	SMD=-0.90,95%CI(-1.56,-0.23)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
高血压患者，在常规降压治疗的基础上加用针刺，能否进一步改善血压控制？	高血压患者	针刺或+常规治疗	常规治疗	24h 平均收缩压 24 h 平均舒张压 日间平均收缩压 日间平均舒张压 夜间平均收缩压 夜间平均舒张压 晨峰血压
研究类型及数量	RCT, 18 篇			
效应值及可信区间	24h平均收缩压: SMD=-2.06,95%CI(-2.90,-1.23) 24 h平均舒张压: SMD=-3.25,95%CI(-4.23,-2.16) 日间平均收缩压SMD=-2.78,95%CI(-4.16,-1.41) 日间平均舒张压: SMD=-6.40,95%CI(-8.47,-4.33)			

	夜间平均收缩压：SMD=-2.85,95%CI(-3.87,-1.83) 夜间平均舒张压：SMD=-2.23,95%CI(-3.77,-0.69) 晨峰血压：SMD=-0.90,95%CI(-1.56,-0.23)
证据等级	C 级
是否升级或降级	降 2 级
升级或降级因素	局限性、不一致性
结论	在常规治疗基础上，联用针刺治疗，能够有效降低高血压患者血压

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	推荐意见：在常规治疗基础上，联用针刺治疗高血压患者，能够改善患者的血压。				
①证据等级	C 级				
②疗效	18篇RCT的Meta分析结果显示，针刺能有效降低血压，24h平均收缩压：SMD=-2.06,95%CI(-2.90,-1.23)，24h平均舒张压：SMD=-3.25,95%CI(-4.23,-2.16)，日间平均收缩压：SMD=-2.78,95%CI(-4.16,-1.41)，日间平均舒张压：SMD=-6.40,95%CI(-8.47,-4.33)，夜间平均收缩压：SMD=-2.85,95%CI(-3.87,-1.83)，夜间平均舒张压：SMD=-2.23,95%CI(-3.77,-0.69)，晨峰血压：SMD=-0.90,95%CI(-1.56,-0.23)。				
③安全性	-				
④经济性	--				
⑤病人可接受度	--				
⑥其他因素	--				

问题 13：高血压病患者，在常规降压治疗的基础上加用艾灸，能否进一步改善血压控制？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 (mmHg) 9 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	425	407	MD=-6.31,95%CI(-9.46,-3.17)	低
舒张压 (mmHg) 9 个	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	425	407	MD=-4.78,95%CI(-7.06,-2.51)	低

RCT									
证候积分 (mmHg) 3个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	110	112	RR=-3.75,95%CI(-4.78,-2.73)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
高血压患者，在常规降压治疗的基础上加用艾灸，能否进一步改善血压控制？	高血压患者	艾灸+常规西药	西药	收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT, 19 篇			
效应值及可信区间	收缩压: MD=-6.31,95%CI(-9.46,-3.17) 舒张压: MD=-4.78,95%CI(-7.06, -2.51) 证候积分: RR=-3.75,95%CI(-4.78,-2.73)			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性、不一致性			
结论	在西药降压基础上，加用艾灸治疗，能够有效降低高血压患者血压，改善症状			

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	推荐意见：在西药降压基础上，加用艾灸用于高血压患者，能够改善患者的血压及不适症状。				
①证据等级	C 级				
②疗效	19 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示，艾灸能有效降低血压，收缩压：MD=-6.31,95%CI(-9.46,-3.17)；舒张压：MD=-4.78,95%CI(-7.06, -2.51)；证候积分：RR=-3.75,95%CI(-4.78,-2.73)。				
③安全性	-				
④经济性	--				
⑤病人可接受度	--				
⑥其他因素	--				

问题 14：高血压患者，在常规降压治疗的基础上加推拿，能否进一步改善血压控制？

质量评价	结果总结
------	------

研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 (mmHg) 7 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	379	377	MD=-7.31,95%CI(-11.50, -3.12)	低
舒张压 (mmHg) 7 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	379	377	MD=-6.03,95%CI(-8.10, -3.97)	低
治疗总有效率 4 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	266	266	OR=7.02,95%CI(4.09,12.04)	低
中医证候积分 4 个 RCT	存在严重局限	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	184	181	MD=-3.41,95%CI(-4.93,-1.89)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
高血压患者，在常规降压治疗的基础上加推拿，能否进一步改善血压控制？	高血压患者	中医推拿结合常规降压药物治疗或纯推拿治疗	常规降压药物或安慰性推拿治疗	收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT，7 篇			
效应值及可信区间	收缩压：MD=-7.31,95%CI(-11.50, -3.12) 舒张压：MD=-6.03,95%CI(-8.10, -3.97) 治疗总有效率：OR=7.02,95%CI(4.09,12.04) 中医证候积分：MD=-3.41,95%CI(-4.93,-1.89)			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性、不一致性			
结论	通过推拿治疗，能够有效降低高血压患者血压			

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	推荐意见：推拿用于高血压患者，能够改善患者的血压。				
①证据等级	C 级				
②疗效	7 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示，推拿能有效降低血压并改善症状，收缩压：				

	MD=-7.31,95%CI(-11.50, -3.12); 舒张压: MD=-6.03,95%CI(-8.10, -3.97); 治疗总有效率: OR=7.02,95%CI(4.09,12.04); 中医证候积分: MD=-3.41,95%CI(-4.93,-1.89)
③安全性	-
④经济性	--
⑤病人可接受度	--
⑥其他因素	--

问题 15: 高血压患者, 在常规降压治疗的基础上加穴位贴敷, 能否进一步改善血压控制?

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	无严重间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
降压有效率 9 个 RCT	存在严重局限	无严重不一致性	无严重间接性	存在严重不精确性	未测量	376	357	OR=3.48, 95%CI (2.06, 5.87)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
高血压患者, 在常规降压治疗的基础上加穴位贴敷, 能否进一步改善血压控制?	高血压患者	穴位贴敷+常规西药	西药	降压有效率
研究类型及数量	RCT, 9 篇			
效应值及可信区间	降压有效率 OR=3.48, 95%CI (2.06, 5.87)			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性、不精确性			
结论	通过联合穴位贴敷, 能够有效降低高血压患者血压			

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	推荐意见: 穴位贴敷用于高血压患者, 能够改善患者的血压。				
①证据等级	C 级				
②疗效	9 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示, 在常规用药基础上联用穴位贴敷能有效降压, 降压有效率 OR=3.48, 95%CI (2.06, 5.87)				
③安全性	-				

④经济性	--
⑤病人可接受度	--
⑥其他因素	--

问题 16：高血压患者，在常规降压治疗的基础上加用足浴，能否进一步改善血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 8 个 RCT	存在严重局限性	存在严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	348	344	MD=-7.13,95%CI(-8.10,-6.17)	低
舒张压 8 个 RCT	存在严重局限性	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	348	344	MD=-7.11,95%CI(-10.04,-4.17)	低
降压疗效 6 个 RCT	存在严重局限性	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未测量	239	202	OR=4.48,95%CI(2.30,8.72)	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
高血压患者，在常规降压治疗的基础上加用足浴，能否进一步改善血压？	高血压患者	对照措施基础上+中药足浴	基础治疗或安慰剂足浴	血压
研究类型及数量	RCT，8 篇			
效应值及可信区间	收缩压：MD=-7.13,95%CI(-8.10,-6.17) 舒张压：MD=-7.11,95%CI(-10.04,-4.17) 降压疗效：OR=4.48,95%CI(2.30,8.72)			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性、不一致性			
结论	在常规降压治疗的基础上加用中药足浴，能够有效降压			

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做

推荐条目	推荐意见：足浴用于高血压患者，能够有效降压。
①证据等级	C 级
②疗效	8 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示，足浴能有效降压：收缩压：MD=-7.13,95%CI(-8.10,-6.17)；舒张压：MD=-7.11,95%CI(-10.04,-4.17)；降压疗效：OR=4.48,95%CI (2.30,8.72)。
③安全性	-
④经济性	--
⑤病人可接受度	--
⑥其他因素	--

问题 17：高血压患者，在常规治疗的基础上加用中药（龙胆泻肝汤、天麻钩藤饮、半夏白术天麻汤、地黄饮子），能否增强降压效果、改善临床症状？

17-1 龙胆泻肝汤联合常规降压药适宜干预高血压病肝火上炎证患者吗？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 2 个 RCT	无严重局限性	严重不一致性	无严重间接性	严重不精确性	未测量	130	130	MD=-13.51,95%CI(-20.99, -6.06)	低
舒张压 2 个 RCT	无严重局限性	严重不一致性	无严重间接性	严重不精确性	未测量	130	130	MD=-1.78,95%CI(-2.07, -1.49)	低
证候积分 2 个 RCT	无严重局限性	严重不一致性	无严重间接性	严重不精确性	未测量	130	130	MD=-1.98,95%CI(-2.69, -1.27)	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
龙胆泻肝汤联合常规降压药适宜干预高血压病肝火上炎证患者吗？	高血压患者	龙胆泻肝汤+常规西药	西药	血压
研究类型及数量	RCT，2 篇			
效应值及可信区间	收缩压：MD=-13.51,95%CI(-20.99, -6.06) 舒张压：MD=-1.78,95%CI(-2.07, -1.49) 证候积分：MD=-1.98,95%CI(-2.69, -1.27)			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	不一致性、不精确性			
结论	在常规治疗基础上，联用龙胆泻肝汤能够有效降压，改善患			

	者症状				
符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	推荐意见：在常规治疗基础上，联用龙胆泻肝汤用于高血压患者，能够有效降压并改善患者临床症状。				
①证据等级	C 级				
②疗效	2 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示，龙胆泻肝汤能有效降压改善临床症状：收缩压：MD=-13.51,95%CI(-20.99, -6.06)；舒张压：MD=-1.78,95%CI(-2.07, -1.49)；证候积分：MD=-1.98,95%CI(-2.69, -1.27)。				
③安全性	-				
④经济性	--				
⑤病人可接受度	--				
⑥其他因素	--				

问题 17-2 天麻钩藤饮联合常规降压药适宜干预高血压病阴虚阳亢证患者吗？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
降压疗效 25 个 RCT	无严重局限性	严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	存在	1228	1222	OR=4.25,95%CI(3.24,5.57)	低
收缩压 10 个 RCT	无严重局限性	严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	存在	427	421	SMD=-0.52,95%CI:(-0.71,-0.33)	低
舒张压 10 个 RCT	无严重局限性	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	存在	427	421	SMD=-0.76,95%CI:(-1.04,-0.49)	低
内皮素 -1 水平 5 个 RCT	无严重局限性	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	存在	212	212	SMD=-1.00,95%CI(-1.35,-0.66)	低
一氧化氮水平	无严重局限	无严重不一致	无严重间接	无严重不	存在	272	272	SMD=1.23,95%CI(0.29,2.1)	低

6个 RCT	限性	性	接性	精确 性				7)	
-----------	----	---	----	---------	--	--	--	----	--

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
天麻钩藤饮联合常规降压药适宜干预高血压病阴虚阳亢证患者吗？	高血压患者	天麻钩藤饮+常规西药	西药	血压、降压疗效 内皮素-1 一氧化氮
研究类型及数量	RCT，25 篇			
效应值及可信区间	降压疗效：OR=4.25,95%CI(3.24,5.57) 收缩压：SMD=-0.52,95%CI:(-0.71,-0.33) 舒张压：SMD=-0.76,95%CI: (-1.04,-0.49) 内皮素-1：SMD=-1.00, 95%CI(-1.35,-0.66) 一氧化氮：SMD=1.23, 95%CI(0.29,2.17)			
证据等级	B 级			
是否升级或降级	降 1 级			
升级或降级因素	不一致性、发表偏倚			
结论	在西药基础上，联合天麻钩藤饮能够有效降压			

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	推荐意见：在西药治疗基础上，天麻钩藤饮用于高血压病阴虚阳亢证患者，能够有效管理血压，改善内皮功能。				
①证据等级	B 级				
②疗效	25 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示，天麻钩藤饮能有效降低血压，降压疗效：OR=4.25,95%CI(3.24,5.57)；收缩压：SMD=-0.52,95%CI:(-0.71,-0.33)，舒张压：SMD=-0.76,95%CI: (-1.04,-0.49)，内皮素-1：SMD=-1.00, 95%CI(-1.35,-0.66)，一氧化氮：SMD=-1.00, 95%CI(-1.35,-0.66)				
③安全性	-				
④经济性	--				
⑤病人可接受度	--				
⑥其他因素	--				

问题 17-3：半夏白术天麻汤联合常规降压药适宜干预高血压病痰湿壅盛证患者吗？

质量评价						结果总结		
研究数	局限	不一致	间接	不精	发表	病例数	危险度	质

量及设计	性	性	性	确性	偏倚	治疗组	对照组		量
收缩压 26 个 RCT	严重 局限性	严重不 一致性	无严 重间 接性	无严 重不 精确 性	未测 量	1156	1146	MD=-9.10,95% CI(-11.13, -7.06)	低
舒张压 26 个 RCT	严重 局限性	严重不 一致性	无严 重间 接性	无严 重不 精确 性	未测 量	1156	1146	MD=-5.97,95% CI(-7.35, -4.60)	低
降压有 效率 8 个 RCT	严重 局限性	无严重 不一致 性	无严 重间 接性	无严 重不 精确 性	未测 量	430	429	OR=4.26,95%CI (2.79, 6.50)	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
半夏白术天麻汤联合常规降压药适宜干预高血压病痰湿壅盛证患者吗？	高血压患者	半夏白术天麻汤 + 常规西药	西药	收缩压 舒张压 降压有效 率
研究类型及数量	RCT, 26 篇			
效应值及可信区间	收缩压：MD=-9.10,95%CI(-11.13, -7.06) 舒张压：MD=-5.97,95%CI(-7.35, -4.60) 降压有效率：OR=4.26,95%CI(2.79, 6.50)			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性、不一致性			
结论	在常规治疗基础上，联用半夏白术天麻汤能够有效降压			

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于 弊 强推荐 一定做	可能利大于 弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不 确定无明确推 荐意见	可能弊大于 利 弱 不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	推荐意见：在常规治疗基础上，联用半夏白术天麻汤能够有效降压。				
①证据等级	C 级				
②疗效	26 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示，半夏白术天麻汤能有效降低血压：收缩压：MD=-9.10,95%CI(-11.13, -7.06)；舒张压：MD=-5.97,95%CI(-7.35, -4.60)；降压有效率：OR=4.26,95%CI(2.79, 6.50)				
③安全性	6 项研究报道了不良反应发生，共 575 例，其中试验组 288 例，对照组 287 例，OR=1.12, 95%CI(0.65, 1.93)，P=0.69，结果表明联用半夏白术天麻汤不增加不良反应发生率，安全性较好。				

④经济性	--
⑤病人可接受度	--
⑥其他因素	--

问题 17-4：地黄饮子联合常规降压药适宜干预高血压病阴阳两虚证患者吗？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 2个 RCT	严重 局限性	严重不一致性	无严重间接性	存在不精确性	未测量	50	50	MD=-6.95,95%CI(-13.62, -0.27)	极低
舒张压 2个 RCT	严重 局限性	严重不一致性	无严重间接性	存在不精确性	未测量	50	50	MD=-8.98,95%CI(-15.26, -2.71)	极低
证候积分 2个 RCT	严重 局限性	无严重不一致性	无严重间接性	存在不精确性	未测量	50	50	MD=-4.70,95%CI(-5.57, -3.84)	极低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
地黄饮子联合常规降压药适宜干预高血压病阴阳两虚证患者吗？	高血压患者	地黄饮子+常规西药	西药	收缩压 舒张压 证候积分
研究类型及数量	RCT，2篇			
效应值及可信区间	收缩压：MD=-6.95,95%CI(-13.62, -0.27) 舒张压：MD=-8.98,95%CI(-15.26, -2.71) 证候积分：MD=-4.70,95%CI(-5.57, -3.84)			
证据等级	D 级			
是否升级或降级	降 3 级			
升级或降级因素	局限性、不一致性、不精确性			
结论	在常规治疗基础上，联用地黄饮子能够有效降压，改善症状			

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做
推荐条目	推荐意见：在常规治疗基础上，联用地黄饮子用于高血压阴阳两虚证患者，能够有效降压，并改善临床症状。				
①证据等级	D 级				

②疗效	2 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示，地黄饮子能有效降低血压：收缩压：MD=-6.95,95%CI(-13.62, -0.27)；舒张压：MD=-8.98,95%CI(-15.26, -2.71)；证候积分：MD =-4.70,95%CI(-5.57, -3.84)
③安全性	-
④经济性	--
⑤病人可接受度	--
⑥其他因素	--

临床问题 18：高血压患者，在常规健康教育基础上，进行中医健康教育，能否改善血压及不适症状？

基础问题	高血压患者，在常规健康教育基础上，进行中医健康教育，能否改善血压及不适症状？
研究类型及数量	1篇 RCT
统计分析结果	干预后两组SBP和DBP水平、焦虑和抑郁评分均明显低于干预前 (P<0.05)，且干预后治疗组上述指标均明显低于常规治疗组 (P<0.05)。干预后治疗组生理机能、躯体疼痛、生理职能、一般健康、社会功能、精力、情感职能、精神健康、总体健康维度生活质量评分均高于常规治疗组 (P<0.05)。
结论	高血压患者，进行具有中医特色的健康教育，能有效改善血压、焦虑抑郁情绪，提高患者生活质量。

符号	↑	/	↓
详细描述	建议	中立	不建议
推荐条目	高血压患者，在常规健康教育基础上，进行中医健康教育，能改善血压及不适症状。 推荐意见：		
①证据等级	D 级		
②疗效	在常规治疗基础上，进行中医健康教育，能有效管理血压，改善患者焦虑抑郁状态		
③安全性	--		
④经济性	--		
⑤病人可接受度	--		
⑥其他因素	--		

问题 19：高血压病患者，互联网+能有效提高患者依从性吗？

质量评价						结果总结		
研究数量	局限	不一	间接	精确	发表偏倚	病例数	危险度	质

及设计	性	致性	性	性		治疗组	对照组		量
收缩压 (mmHg) 42 个 RCT	存在 严重 局限	无严 重不 一致 性	无严 重间 接性	无严 重不 精确 性	存在发表 偏倚	3694	3691	MD=-12.19,95% CI(-14.65,-9.73)	低
舒张压 (mmHg) 41 个 RCT	存在 严重 局限	严重 不一 致性	无严 重间 接性	无严 重不 精确 性	存在发表 偏倚	3636	3633	MD=-8.82,95% CI(-10.44,-7.20)	低
降压达标 率 (%) 9 个 RCT	存在 严重 局限	严重 不一 致性	无严 重间 接性	无严 重不 精确 性	存在发表 偏倚	731	710	OR=3.7,95%CI(2.35,5.82)	低
服药依次 性 12 个 RCT	存在 严重 局限	严重 不一 致性	无严 重间 接性	无严 重不 精确 性	存在发表 偏倚	939	932	OR=5.06,95%CI(3.29,7.77)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
高血压病患者，互联网+能有效提高患者依从性吗？	高血压患者	互联网健康管理	常规健康管理	收缩压 舒张压 降压达标率 服药依从性
研究类型及数量	RCT, 46 篇			
效应值及可信区间	收缩压：MD=-12.19,95% CI(-14.65,-9.73) 舒张压：MD=-8.82,95% CI(-10.44,-7.20) 降压有效率：OR=5.06,95%CI(3.29,7.77) 服药依从性：OR=5.06,95%CI(3.29,7.77)			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性、不一致、发表偏倚			
结论	通过互联网+，能够有效降低高血压患者收缩压、舒张压，提高降压有效率及治疗依从性			

符号	↑↑	↑	/	↓	↓↓
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做	明显弊大于利 强不推荐 一定不做

推荐条目	互联网+用于高血压患者，能够改善患者的收缩压、舒张压，提高临床疗效及依从性。 推荐意见：
①证据等级	C 级
②疗效	46 篇 RCT 的 Meta 分析结果显示，互联网+在高血压患者收缩压、舒张压及依从性等方面有效，收缩压：MD=-12.19,95% CI(-14.65,-9.73)；舒张压：MD=-8.82,95% CI(-10.44,-7.20)；降压有效率：OR=5.06,95%CI(3.29,7.77)；服药依从性：OR=5.06,95%CI(3.29,7.77)
③安全性	--
④经济性	--
⑤病人可接受度	--