

ICS 11.020

T/ SDACM

C 05



团 体 标 准

T/SDACM

高 血 压 中 医 健 康 管 理 指 南

Guidelines for Traditional Chinese Medicine Health Management of Hypertension

发布稿

2025年10月发布

2025年10月实施

山东中医药学会发布

目 录

1 范围	6
2 规范性引用文件	6
3 术语和定义	6
4 诊断:	7
5 病因病机	7
6 证候诊断	7
6.1 临床问题:	7
6.2 辨证分型	8
6.1.1 肝火上炎证	8
6.1.2 阴虚阳亢证	8
6.1.3 痰湿壅盛证	8
6.1.4 阴阳两虚证	8
7 中医健康管理	8
7.1 管理模式	8
7.2 分层管理	9
7.2.1 分级管理原则	9
7.2.2 家庭管理范围	9
7.2.3 基层医疗机构管理范围	9
7.2.3 上级医疗机构管理范围	10
7.4 双向转诊	10
7.4.1 上转	10
7.4.2 下转	10
7.5 管理流程	10
8. 健康监测	11
8.1 基础信息	11
8.2 疾病信息	11
8.3 中医信息	11

8.4 体检信息	11
9 风险评估	11
9.1 疾病评估	11
9.1.1 血压分级	11
9.1.2 危险分层	12
9.2 生活方式及危险因素评估	12
9.3 中医风险因素评估	13
10 中医健康管理方案	13
10.1 预评估并建立中医健康档案	14
10.2 健康教育与咨询指导	14
10.3 生活方式管理	14
10.3.1 膳食管理	14
10.3.2 戒烟限酒管理	14
10.3.3 体重指数管理	15
10.3.4 血糖血脂管理	15
10.3.5 睡眠管理	15
10.3.6 运动管理	16
10.3.7 心理疏导与情志管理	16
10.4 中医特色适宜技术干预	17
10.4.1 针刺干预	17
10.4.2 艾灸干预	17
10.4.3 推拿干预	17
10.4.4 穴位贴敷	17
10.4.5 中药足浴	18
10.5 中药汤剂干预	18
10.6 中成药干预	19
11 健康教育	19
12 随访管理	19

13 干预效果评估	19
14 信息化管理	19
14.1 健康档案建立	19
14.2 智能化管理平台建设	20

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、广西中医药大学、西藏藏医药大学、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、山东中医药研究院、济南玖合健康管理有限公司、山东心之初健康管理有限公司。

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

本文件工作组：辛来运、王晓杰、滑振。

引言

流行病学研究显示，我国高血压患病率为31.6%，数量巨大且呈不断增长趋势^[1]。研究表明，收缩压每降低10mmHg可显著降低主要心血管疾病事件和全因死亡率等的风险^[2]。当前西医综合治疗可使血压基本达标，但对高血压患者伴随的头晕头痛、失眠等临床症状改善效果欠佳，且根据国内外高血压的管理模式对比分析，发现许多患者的血压控制不佳与自身管理不良、生活方式不健康等因素紧密相关。中医药作为健康管理的重要手段，在高血压防治中的全周期干预能有效降低其发病率及死亡率。中医药“治未病”思想与健康管理理念不谋而合，也符合国家“将中医药优势与健康管理结合”的战略要求。因此，本文件是在山东中医药学会团体标准管理办法的指导下，基于当前最佳证据，广泛征求临床专家意见并遵循临床实践现状制定而成，以高血压患者的中医健康管理为主要内容形成具有行业共识程度和体现中医药优势的健康监测、风险评估、干预方案等方面的指导意见，指导从事高血压防治的中医师、中西医结合医师尤其是基层机构医师水平，更好地规范和完善高血压的诊治及管理，提高高血压患者的知晓率、治疗率和控制率，最大限度地降低心脑血管事件的发生，最大程度地使更多的高血压患者受益。

高血压中医健康管理指南

1 范围

本文件规定了高血压健康管理相关的术语和定义、诊断、病因病机、辨证分型、管理对象、双向转诊及流程等内容，提出了健康监测、风险评估、干预方案、健康教育、随访管理、干预效果评估等建议。

本指南适用于高血压的中医干预及健康管理。

本指南适合于社区卫生服务中心、乡镇卫生院、村卫生室、健康管理机构等，同时供县级以上中医院、中西医结合医院、综合医院中医科医师使用。

本文件的管理对象为高血压患者人群。

2 规范性引用文件

下列文件对于本指南的应用是必不可少的。本指南出版时，所示版本均为有效。包括其他的指南或者规范性文件，比如：

- 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》

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 高血压

参考《中国高血压防治指南2024版》^[3]，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。

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]

3.3 中医健康管理

运用中医学“治未病”“整体观念”“辨证论治”等核心思想，结合健康管理学的理论方法，通过对患病人群进行中医的全面信息采集、监测、评估和干预，以实现防治目标^[4]。

3.4 健康监测

运用四诊等手段并结合现代医学的检验、检查方法，全方面收集患病人群中医体质、证候、疾病情况等相关信息。

3.5 风险评估

融入中医评估方法，对患病人群的疾病状态及变化趋势作出预测，预警疾病发生的风险及种类。

3.6 健康干预

对不同风险的患病人群实施分级管理，制定个体化的中医健康干预方案，以改善健康状况，延缓病情进展，提高生活质量。

4 诊断：

参考《中国高血压防治指南2024年修订版》^[3]：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。

根据血压升高水平，又进一步将高血压分为1级、2级和3级。根据血压水平、心血管危险因素、靶器官损害、临床并发症和糖尿病进行心血管风险分层，分为低危、中危、高危和很高危4个层次。

以上适用于18岁以上的成年人。

5 病因病机

在西医诊疗体系中，高血压已形成一套标准化、系统化的诊疗路径。中医学虽无“高血压”病名，但根据其临床症状，多将其归入“眩晕”、“头痛”等疾病范畴。高血压的病因病机较为复杂，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、脾三脏。

高血压初期多因情志过极或烦劳过度，肝气升动无制，阳升风动，挟气血逆冲清窍而致眩，多表现为纯实无虚；病情发展至中期，多种病理因素劫夺阴精，肝肾阴虚，水不涵木，阴不敛阳，阴虚阳亢，气血逆乱，导致眩晕头痛，多表现为阴虚阳亢；久病及肾，脏腑功能衰退，水亏于下，阴损及阳，表现为阴阳两虚。

6 证候诊断

6.1 临床问题：

临床问题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？

推荐意见：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。（共识建议）

证据概述：共检索到107篇流行病学调查文献及5篇专家共识，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）》提出肝阳上亢证、痰饮内停证、肾阴亏虚证，《高血压中医诊疗指南（2011）》提出肝火上炎证、痰湿内阻证、瘀血内阻证、阴虚阳亢证等证型；《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。

6.2 辨证分型

根据《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》^[5]、《高血压中医诊疗专家共识（2019）》^[6]、《高血压中医诊疗指南》^[7]、《2级高血压中西医结合诊疗指南》^[8]、《1级高血压中医专家共识》^[9]，将高血压病证型分为肝火上炎证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、阴阳两虚证4种证型。

6.1.1 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

6.1.2 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、或出现肢麻震颤、甚则仆倒，大便干、小便黄

舌脉：舌苔黄、舌质红、脉弦、脉细数

6.1.3 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

6.1.4 阴阳两虚证

症见：头晕、耳鸣、腰膝酸软、畏寒肢冷、耳鸣、五心烦热、心悸气短、夜尿频

舌脉：舌淡、苔白、脉沉细弱

7 中医健康管理

7.1 管理模式

高血压中医健康管理模式以构建具备中医特色的“家庭-社区-医院”三位一体的健康管理网络为主要特点，以高血压患者为核心，发挥家庭、社区和医院的协同联动作用，实现信息化建档、监测与评估、干预和管理等过程全面化和主动化，具体如下：

①家庭管理：主要由自我管理和家庭成员监督两部分组成。自我管理通常包括主动学习高血压相关知识，提高健康素养，改善不良生活习惯，控制危险因素，遵医嘱服药，定期复诊并及时就医等；家庭成员监督通常要求患者亲属共同了解疾病知识，营造良好的家庭氛围，协助并监督患者管理血压。

②基层卫生服务机构管理：作为三级防控体系的核心环节，乡镇卫生院、社区卫生服务中心等基层机构承担以下职能：建立并更新居民中医健康档案，进行信息录入与采集，开展患者及家庭健康教育，进行疾病风险与中医体质风险评估，早期识别急危重症，运用中医适宜技术进行干预，组织健康宣教与病友交流活动，以及必要时协调转诊。

③上级医疗机构管理：包括县级及以上中医院、中西医结合医院、综合医院等，主要管理内容包括制订个体化、规范化的治疗方案，承担高血压急症的救治，定期对基层医疗机构提供技术支持、业务培训等指导，推进区域管理信息平台建设，并对高血压防控管理工作实施质量控制和效果评价等。

7.2 分层管理

7.2.1 分级管理原则

家庭管理：适用于风险分层为低危，治疗依从性良好者，以患者自我监测为主。

基层管理：适用于风险分层为中危及以上，需定期随访或家庭管理未达标者，由社区医生主导干预与定期评估。

上级转诊：适用于难治性高血压、伴靶器官损害或高血压急症患者以及诊断不明或基层医疗机构管理困难者。

7.2.2 家庭管理范围

a) 低危高血压患者：心血管风险分层为低危，已制定明确治疗方案，目前无明显临床症状者，血压控制达标，能保持健康生活方式，并具备自我监测能力者。

b) 病情稳定且依从性良好者：长期规律服药，无严重不良反应及合并症，定期复诊，血压控制平稳且无新发症状者。

7.2.3 基层医疗机构管理范围

a) 病情稳定需长期随访者：诊断与治疗方案已由上级医院明确，需基层进行长期随访管理。

b) 中危及以上风险患者：心血管风险分层属中危及以上，临床症状轻微，且无严重靶器官损害者。

c) 家庭管理效果不佳者：家庭自测血压未达标、存在用药依从性问题，需基层医疗机构强化干预与管理。

d) 需定期随访监测与并发症筛查者：如高龄、合并糖尿病或慢性肾病等，需定期血压监测、实验室检查及并发症筛查。

e) 高血压前期或初诊患者：血压处于正常高值或初诊为高血压患者，需生活方式干预及定期评估者。

f) 上级医院转回社区的稳定患者：上级医院调整治疗方案后病情稳定，转回基层进行长期随访和健康管理。

7.2.3 上级医疗机构管理范围

a) 高血压急症或亚急症：血压显著升高，伴或不伴有靶器官功能进行性损害。

b) 难治性高血压：经规范联合足量药物治疗后血压仍不达标，或需使用 ≥ 4 种降压药才能控制，并排除继发性高血压，需进一步评估调整治疗方案者。

c) 疑似继发性高血压：临床表现、体征或初步检查提示可能存在继发性病因，需进行专项鉴别诊断。

d) 合并复杂临床情况：如合并心衰、高血压性心脏病、脑卒中、肾功能不全等多种严重并发症或合并症，病情复杂需多学科协同治疗。

e) 需特殊检查或干预者：需行动态血压监测、血管成像、超声心动图等特殊评估，或须实施器械介入、手术治疗而基层无法开展。

f) 诊断不明或管理困难者：经基层评估后诊断仍不明确，或出现难以处理的情况，需上级医院协助明确诊断或调整治疗方案。

g) 患者主动要求转诊：因个人意愿或对基层医疗不信任，申请上级医院进一步诊治。

7.4 双向转诊

7.4.1 上转

a) 基层卫生服务机构将符合上级医疗机构管理范围之一的就诊患者早期转诊。

b) 家庭管理的患者符合基层医疗机构管理范围者及时转至基层医疗机构就诊，如在家中出现急危重症等情况应呼叫120直接转至上级医疗机构救治。

7.4.2 下转

a) 上级医疗机构将符合基层医疗机构管理范围的患者，转回基层卫生机构继续治疗和康复。

b) 基层卫生服务机构对符合家庭管理的患者指导开展家庭自我健康管理。

7.5 管理流程

高血压的中医健康管理流程以中医理论和健康管理学为指导，由健康监测、风险评估和健康干预三部分组成：首先在基层医疗机构为高血压患者建立信息化健康档案，全面采集基础信息、病史资料及相关检验检查结果，判断中医证型与体质特征；其次基于健康监测结果，结合西医危险分层和中医证候进行风险评估；然后根据评估结果实施分级干预，对低危且血压达标者实施家庭干预，重点开展医生指导下的自我血压监测、生活方式改善、规范用药及中医养生调摄等；对中危或血压未达标者在基层医疗机构干预，重点规范药物治疗、应用针灸/耳穴等中医适宜技术、开展中医药辨证调理及危险因素管理；对高危、难治性或伴并发

症者转诊上级医疗机构，重点制定个体化中西医治疗方案及并发症处理。管理全程贯穿健康教育，建立定期随访机制（稳定者常规随访、控制不佳者主动随访、病情变化者及时随访），实施动态转诊（病情加重向上转诊、稳定后向下转诊），定期评估干预效果并更新健康档案，通过中西医结合、分级管理、信息化支撑的全程管理模式，实现高血压的规范防控和并发症预防。

8. 健康监测

8.1 基础信息

包括姓名、性别、年龄、民族、婚况、受教育程度、工作性质、经济情况、医疗保障类型、家庭情况、联系方式等。

8.2 疾病信息

包括病史资料、治疗史、既往史、过敏史、个人史、婚育及月经史、家族史。

8.3 中医信息

临床问题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？

推荐意见：结合中医四诊信息及中医监测设备判断疾病状态，以指导个性化的管理。（共识建议）

证据概要：研究发现高血压病随着病程延长，剥苔、燥苔、薄黄苔有所增加，而薄黄腻苔、黄厚腻苔有所下降；而血压越高，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^[10]。高血压靶器官损害患者多见于沉脉、弦脉及滑脉；若出现多个靶器官受损，则脉象常表现为迟脉、数脉或虚脉；脉图参数的变化可作为评估靶器官损害程度的参考指标，h3/h1为原发性高血压靶器官损害加重的独立预测因子^[11]。

8.4 体检信息

高血压病患者建议进行诊室与家庭血压监测、体格检查、实验室生化指标检测以及心电图、心脏超声等必要辅助检查，以全面评估血压水平、靶器官损害及心血管风险。

9 风险评估

9.1 疾病评估

9.1.1 血压分级

根据《中国高血压防治指南2024年修订版》^[3]，血压水平的定义和分类如下：

表1 血压分类及高血压分级

类别	收缩压 (mmHg)	和	舒张压 (mmHg)
正常血压	<120	和	<80
正常高值	120~139	和/或	80~89
高血压	≥140	和/或	≥90
1级高血压（轻	140~159	和/或	90~99

度)			
2级高血压 (中 度)	160~179	和/或	100~109
3级高血压 (重 度)	≥180	和/或	≥110
单纯收缩期高 血压	≥140	和	<90
单纯舒张期高 血压	<140	和	≥90

9.1.2 危险分层

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

表2 心血管风险水平分层

		血压 (mmHg)			
心血管危险因素 和疾病史	收缩压130~139 和/或 舒张压85~89	收缩压	收缩压 160~179和/或 舒张压 100~109	收缩压 ≥180和 舒张压 ≥110	
无	低危	低危	中危	高危	
1~2个危险因素	低危	中危	中-高危	很高危	
≥3个其他危险因素， 靶器官损害， CKD3 期，或无并发症的糖 尿病	中-高危	高危	高危	很高危	
临床并发症,CKD≥4 期,或有并发症的糖 尿病	高-很高危	很高危	很高危	很高危	

9.2 生活方式及危险因素评估

对患者进行生活方式及高血压危险因素筛查与评估，具体如下表：

评估项目	评估内容
饮食	简易的食物频率问卷 (FFQ)
运动	Duke活动状态指数、自我感觉劳累程度评分
吸烟	患者吸烟情况与戒烟意愿
饮酒	酒精使用障碍筛查问卷
血压高值	SBP130~139和/或DBP85~89mmHg
体重情况	BMI及腰围
高血压家族史	一、二级亲属
年龄	≥55岁
情志	PHQ-9、GAD-7
睡眠	匹兹堡睡眠质量评定量表
血脂	低密度脂蛋白、总胆固醇、甘油三酯水平
血糖	空腹血糖、非空腹血糖与糖化血红蛋白

9.3 中医风险因素评估

临床问题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？

推荐意见：高血压病的中医风险因素评估重点评估阴虚阳亢证、痰湿壅盛证等核心证型，特别关注舌脉变化，评估阴虚质、痰湿质等体质状态，以预警血压波动及心脑肾等靶器官损害风险。（共识建议）

证据概要：在高血压病发生发展进程中，中医证候会呈现相应变化，及早进行判断，并辨证用药进行干预，可延缓疾病进展；临床观察表明，高血压阴阳两虚证、痰湿壅盛证左心室肥厚发病率较高^[12]，痰湿壅盛证患者更易出现脂质代谢紊乱及合并颈动脉粥样硬化^[13]，阴虚阳亢证卒中发病风险较高^[14]，高血压的不同证型可预测视网膜血管病变程度^[15]，此外，高血压病阴虚阳亢证是CVD发病风险较高的中医证型^[16]，临床中需重点关注。舌象特征研究显示，随着年龄的增长或高血压病程的增长，舌下络脉增粗、扩张、迂曲、延长等程度加重^[17]，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，可作为风险评估的指征^[10]。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^[18]，阴虚质患者动脉硬化程度较高^[19]，及早辨别不同体质，发挥“治未病”优势。此外，高血压患者，使用脉图参数、病证结合的风险预测模型可预警心血管疾病发生^[20,21]。

10 中医健康管理方案

临床问题4：高血压病患者，接受中医健康管理，能否有效管理血压？

推荐意见：采取积极有效的管理方案对减少危险因素、改善高血压预后、把握疾病主动权至关重要，中医“未病先防、既病防变、瘥后调摄”在高血压预防调控方面具有显著优势，推荐中医健康管理以控制血压。（**证据级别：B级 推荐强度：强推荐**）

证据概要：基于9项RCT的Meta分析显示^[22]，与常规健康管理相比，中医健康管理能有效改善血压，收缩压：WMD=-12.59,95%CI(-15.71, -9.46)；舒张压：WMD=-9.14,95%CI(-11.58, -6.71)。具体的健康管理方案如下：

10.1 预评估并建立中医健康档案

采集个人基本信息、家族病史、既往病史、当前病症、生活习惯、情绪状态、四诊信息等。并结合上述信息，评估患者的个人健康状态与患病倾向，整理并形成个人中医健康管理档案。

10.2 健康教育与咨询指导

- ①建立“高血压健康小屋”，提供免费电子血压计、血糖仪等设备进行定期监测和随访；
- ②对高血压患者定期组织社区医护人员进行高血压义诊或讲座，进行高血压健康知识宣教；
- ③对不同类型不同阶段的高血压患者制定健康教育计划，有针对性的进行分层目标教育，强化患者的认识干预，提升患者自护能力；
- ④详细了解高血压患者用药行为、生活习惯等，记录血压监测记录本，并为其提供高血压防治咨询服务，纠正存在问题及不良习惯；
- ⑤建立“家庭-社区-医院”线上沟通平台，实时提供疑难问题的沟通反馈。

10.3 生活方式管理

10.3.1 膳食管理

临床问题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？

推荐意见：膳食干预在预防或延缓心血管病发生发展，提高生活质量等方面具有重要作用。对于高血压病患者，结合体质辨识及高血压状况制定个体化中医膳食方案，能够有效管理血压。（**证据级别：D级 推荐强度：强推荐**）

证据概要：基于三项RCT^[23-25]的Meta分析显示，在常规治疗基础上，进行中医膳食管理能有效改善血压，收缩压：MD=-24.53,95%CI(-31.39, -17.67)；舒张压：MD=-20.46,95%CI(-31.12, -9.80)。

10.3.2 戒烟限酒管理

临床问题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？

推荐意见：吸烟饮酒是心血管疾病及全因死亡的重要可预防的危险因素，烟酒可损害血管内皮，引起代谢紊乱，增加罹患心血管病、猝死的风险，建议所有吸烟饮酒者戒烟限酒，

以减少隐蔽性高血压及心血管事件风险的发生，可通过针灸、耳穴贴压、中药、穴位埋线等手段改善烟酒依赖。（**共识建议**）

证据概要：流行病学调查显示，吸烟与隐蔽性高血压的发生率增加有关，尤其是在重度吸烟与老年男性中^[26]。而无论饮酒多少，都会增加高血压的风险，与心血管病发生密切相关^[27]。可配合中药汤剂，针刺百会、列缺、足三里等穴位，耳穴贴压肺、神门、皮质下等耳穴改善烟草依赖；耳穴贴压胃、内分泌、咽喉等耳穴，针刺脾俞、肾俞、神门、足三里等穴位改善酒精依赖^[28,29]。

10.3.3 体重指数管理

临床问题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？

推荐意见：超重和肥胖是导致心血管病和死亡的重要危险因素，与高血压患病率显著相关，在常规治疗基础上，进行中医干预进行减重，可有效管理血压（**证据等级：D级 推荐强度：强推荐**）

证据概要：一项RCT^[30]结果提示，对于肥胖型高血压，在常规治疗基础上，进行中药汤剂治疗，可有效改善患者血压、临床症状、血脂及肥胖指标（ $P<0.05$ ）。

10.3.4 血糖血脂管理

临床问题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？

推荐意见1：血糖异常是心血管病的重要危险因素，高血压患者人群在降压同时应当积极配合降糖治疗，以改善患者血压、血糖水平。（**证据等级：D级 推荐强度：强推荐**）

证据概要：一项RCT^[31]表明，高血压伴糖尿病患者，与单纯常规西医治疗相比，加用中药汤剂可有效降低患者收缩压、舒张压、空腹血糖及糖化血红蛋白（ $P<0.05$ ），并能有效降低血清丙二醛水平，升高血清超氧化酶歧化酶及一氧化氮水平。

推荐意见2：血脂异常是心血管病的重要危险因素，高血压患者人群在降压同时应当积极配合降脂治疗，改善血压。（**证据级别：C级 推荐强度：强推荐**）

证据概要：基于九项RCT的Meta分析^[32]显示，对于高血压伴有高血脂患者，在常规治疗基础上，加用中药复方能有效管理血压，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)，且具有较好的临床安全性：RR=0.50,95%CI(0.25,1.00)。

10.3.5 睡眠管理

临床问题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？

推荐意见1：对于高血压合并睡眠障碍的患者，进行中医功法能有效改善患者睡眠（**证据级别：C级 推荐强度：强推荐**）

证据概要：基于7项RCT的八段锦对高血压患者睡眠质量及血压影响的Meta分析显示^[33]，在常规治疗基础上，进行八段锦可改善患者血压及睡眠质量，匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)积分：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)。

推荐意见2：对于高血压合并睡眠障碍患者，进行穴位按摩能有效改善患者睡眠（**证据级别：C级 推荐强度：强推荐**）

证据概要：基于19项RCT的穴位按摩对高血压伴睡眠障碍患者临床疗效的Meta分析显示^[34]，在常规治疗基础上，进行穴位按摩可有效改善患者睡眠及血压水平，匹兹堡睡眠质量指数(PSQI):MD=-2.09,95%CI(-2.53,-1.64)，收缩压：MD=-10.33,95%CI(-15.00,-5.67)，舒张压：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)。

推荐意见3：对于高血压合并睡眠障碍患者，进行正念疗法能有效改善患者睡眠（**证据级别：C级 推荐强度：强推荐**）。

证据概要：基于12篇RCT的Meta分析显示^[35]，在常规治疗基础上，进行正念疗法有助于改善患者睡眠、血压水平，并能缓解焦虑抑郁状态，PSQI:MD=-3.05,95%CI(-3.93,-2.17)，收缩压：MD=-6.63,95%CI:(-9.03, -4.23)，舒张压：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)。

10.3.6 运动管理

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？

推荐意见：对于高血压患者，推荐使用传统功法，可有效管理血压。（**证据级别：C级 推荐强度：强推荐**）

证据概要：基于16篇RCT的Meta分析^[36]结果表明，在常规治疗基础上，进行传统功法能有效管理血压，收缩压：MD=-9.34,95%CI (-11.16, -7.53)；舒张压：MD=-5.12 ,95% CI(-7.18, -3.05)。

10.3.7 心理疏导与情志管理

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？

推荐意见：对于高血压合并焦虑抑郁的患者，推荐在常规降压治疗基础上进行中医干预，可有效降压，改善患者焦虑抑郁相关症状（**证据级别：C级 推荐强度：强推荐**）。

证据概要：基于10项RCT的Meta分析^[37]结果表明，在常规降压治疗基础上，加用中药汤剂能有效降压，改善焦虑、抑郁情绪，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=-5.30, 95% CI (-8.46, -2.13), 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)。

10.4 中医特色适宜技术干预

10.4.1 针刺干预

临床问题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?

推荐意见: 高血压病患者, 在常规降压治疗的基础上加用针刺, 能进一步改善血压波动。

(证据级别: C级 推荐强度: 强推荐)

证据概要: 基于18篇RCT的Meta分析^[38]表明, 针刺可有效控制血压, 改善血压波动, 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)。

10.4.2 艾灸干预

临床问题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?

推荐意见: 高血压病患者, 在常规降压治疗的基础上加用艾灸, 能进一步改善血压。(证据级别: C级 推荐强度: 强推荐)

证据概要: 基于19篇RCT的Meta分析^[39]显示, 与单纯降压西药相比, 联合艾灸治疗可有效改善收缩压、舒张压、临床症状, 收缩压: MD=-6.31, 95% CI(-9.46, -3.17), 舒张压: MD=-4.78, 95% CI(-7.06, -2.51), 症状积分: RR=-3.75, 95% CI(-4.78, -2.73)。

10.4.3 推拿干预

临床问题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?

推荐意见: 高血压病患者, 在常规降压治疗的基础上加用推拿, 能进一步改善血压及临床症状。(证据级别: C级 推荐强度: 强推荐)

建议说明: 基于7项RCT的Meta分析^[40]显示, 与单纯降压西药相比, 联合推拿治疗可有效改善收缩压、舒张压、临床症状, 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)。

10.4.4 穴位贴敷

临床问题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?

推荐意见: 高血压病患者, 在常规降压治疗的基础上加用穴位贴敷, 能提高降压有效率。

(证据级别: C级 推荐强度: 强推荐)

证据概要：基于9项RCT的Meta分析显示^[41]，吴茱萸穴位贴敷联合基础降压治疗的降压有效率更高：OR=3.48, 95%CI (2.06, 5.87)。

10.4.5 中药足浴

临床问题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？

推荐意见：高血压患者，在常规降压治疗的基础上加用中药足浴，能进一步改善血压。

（证据级别：C级 推荐强度：强推荐）

建议说明：基于8项RCT的Meta分析^[42]显示，在常规降压治疗的基础上加用中药足浴，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)。

10.5 中药汤剂干预

临床问题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？

推荐意见1：高血压肝火上炎证患者，在常规降压治疗的基础上进行龙胆泻肝汤，能进一步改善血压及临床症状。（证据级别：C级 推荐强度：强推荐）

证据概要：基于2项RCT^[43,44]的Meta分析显示，在常规降压基础上，进行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)。

推荐意见2：高血压病阴虚阳亢证患者，在常规降压治疗的基础上进行天麻钩藤饮，能进一步改善血压。（证据级别：B级 推荐强度：强推荐）

证据概要：基于25项RCT的Meta分析^[45]显示，在常规降压基础上，进行天麻钩藤饮能有效降压，并降低内皮素-1水平，升高一氧化氮水平，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水平：SMD=-1.00, 95%CI(-1.35, -0.66)，一氧化氮：SMD=1.23, 95%CI(0.29, 2.17)。

推荐意见3：高血压病痰湿壅盛证患者，在常规降压治疗的基础上进行半夏白术天麻汤，能进一步改善血压（证据级别：C级 推荐强度：强推荐）；

证据概要：基于26项RCT的Meta分析^[46]显示，在常规降压基础上，进行半夏白术天麻汤能有效降压，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)。

推荐意见4：高血压病阴阳两虚证患者，在常规降压治疗的基础上进行地黄饮子，能进一步改善血压（证据级别：D级 推荐强度：弱推荐）；

证据概要：基于2项RCT^[47,48]的Meta分析显示，在常规降压基础上，进行地黄饮子能有效降压改善症状，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)。

10.6 中成药干预

与传统中药汤剂比较，中成药服用简便，在慢性疾病管理中具有良好的应用前景，对于肝阳偏亢患者推荐应用天麻钩藤颗粒、松龄血脉康，肝火上炎证患者推荐应用柏艾胶囊，具体中成药应用可参见《中国高血压防治指南（2024年修订版）》、《国家基层高血压防治管理指南2025版》^[3, 49]中的建议。

11 健康教育

临床问题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？

推荐意见：高血压病患者，推荐进行具有中医特色的健康教育，能进一步改善血压及焦虑抑郁情绪，提高患者生活质量。（证据级别：D级 推荐强度：强推荐）

证据概要：对高血压病患者进行健康教育能增加患者的健康意识，可通过情志疏导、中医膳食指导、中医功法指导等方式进行。一项RCT^[50]提示，在西医常规治疗基础上，加用中医健康教育能有效降压并改善生活质量，两组治疗后收缩压分别为 $120.8\pm6.0\text{mmHg}$ 和 $137.5\pm6.7\text{mmHg}$ ，两组舒张压分别为 $81.2\pm5.0\text{mmHg}$ 和 $86.9\pm5.5\text{mmHg}$ ，两组治疗后生活质量总体健康评分分别是 91.2 ± 5.0 和 83.6 ± 5.4 ，两组焦虑评分分别为 32.4 ± 4.1 和 41.5 ± 4.6 ，两组抑郁评分分别为 33.9 ± 5.0 和 41.9 ± 4.7 。

12 随访管理

高血压随访管理分为定期随访、主动随访和及时随访三种形式，主要通过面访或电话随访实施。针对血压控制达标的稳定患者进行定期随访（每1~3个月），内容包括测量血压、评估生活方式改善情况、监测危险因素控制效果、记录用药情况及中医证候变化，并根据评估结果调整治疗方案。针对新确诊、治疗方案调整或由上级医院转回的患者进行主动随访（每周1~2次），重点监测血压波动情况、靶器官损害指标及药物不良反应，待血压稳定2~4周后转入定期随访。针对高血压急症患者进行及时随访，在紧急转诊同时监测生命体征、建立静脉通路并给予急救处理，详细记录处置过程；对转诊至上级医院的患者，及时追踪诊治情况并记录血压控制效果及并发症发生情况。所有随访过程均需完整记录血压变化趋势、治疗方案调整及中医证候演变等信息，为后续治疗提供依据。

13 干预效果评估

干预效果的评估包括流行病学指标（如高血压知晓率、治疗率、控制率及并发症发生率）、临床疗效指标（如血压达标率、靶器官损害进展率、心血管事件发生率）、中医疗效指标（如阴虚阳亢证等证候积分改善情况）以及卫生经济学指标（如医疗费用、住院率、生活质量评分）。

14 信息化管理

14.1 健康档案建立

高血压健康档案是对患者全周期健康管理的完整记录，包括首次建档和动态更新两个环节。档案建立应严格遵循“五性”原则：数据真实性、科学规范性、信息完整性、更新连续性和临床可用性。

14.2 智能化管理平台建设

临床问题19：高血压病患者，互联网+能有效提高患者依从性吗？

推荐意见：随着智能手机的普及，以互联网为基础的移动医疗技术为高血压管理提供了新的策略，构建信息平台有利用辅助患者开展个体化的血压管理与监测。对于高血压患者，在常规健康管理的基础上，用互联网健康推广中医特色健康管理，能有效管理血压、提高患者依从性（证据级别：C级 推荐强度：强推荐）。

证据概要：基于46项RCT的Meta分析^[51]结果表明，在常规治疗基础上，进行互联网管理能有效改善血压，提高患者依从性，收缩压：MD=-12.19,95% CI(-14.65,-9.73)，舒张压：MD=-8.82,95% CI(-10.44,-7.20)，降压达标率：OR=3.7,95%CI(2.35,5.82)，服药依从性：OR=5.06,95%CI(3.29,7.77)。

参 考 文 献

- [1] 王增武.《中国心血管健康与疾病报告2024》:心血管疾病及其危险因素流行状况 [J]. 中国心血管病研究, 2025, 23 (09): 771-793.
- [2] ETTEHAD D, EMDIN C A, KIRAN A, 等. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis[J]. Lancet (London, England), 2016, 387(10022): 957-967.
- [3] 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.
- [4] 张思超,郭栋,石作荣,等. 中医健康管理学理论体系模式构建[J]. 中华健康管理学杂志 ,2014,8(4):280-281.
- [5]《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》(摘编之一) [J]. 中医药临床杂志, 2007, (02): 118-119.
- [6] 中华中医药学会心血管病分会,高血压中医诊疗专家共识 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25 (15): 217-221.
- [7] 张兰凤. 高血压中医诊疗指南 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9 (23): 108-109.
- [8] 中华中医药学会.2级高血压中西医结合诊疗指南, 2023.
- [9] 中华中医药学会.1级高血压中医专家共识, 2021.
- [10] 王静. 原发性高血压病中医舌象与证候的相关性研究[D]. 广州中医药大学, 2012

- [11]赵倩倩. 原发性高血压脉图参数与靶器官损害评估的相关性研究[D]. 上海中医药大学, 2021.
- [12]邢长城. 原发性高血压的中医辨证分型与左心室肥厚的相关性研究[D]. 山东中医药大学, 2021.
- [13]杨金果,汤献文,严权浩. 高血压病患者不同证型与糖脂代谢、颈动脉斑块相关性研究 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18 (11): 52-55.
- [14]司美龙. 不同中医证型高血压病患者卒中发病风险评估研究[D]. 甘肃中医药大学, 2022.
- [15]杨成昊,王静敏,李新宇,等. 高血压病中医证型眼底改变差异研究 [J]. 中医药临床杂志, 2023, 35 (01): 118-125.
- [16]张俊鹏. 不同中医证型高血压病患者心血管病短期风险与长期风险评估研究[D]. 甘肃中医药大学, 2021.
- [17]王发渭 ,刘毅,王治宽. 高血压病患者舌下络脉的对照观察 [J]. 中国动脉硬化杂志, 2004, (04): 455-457.
- [18]万生芳,舒畅,张小荣,等. 基于原发性高血压的中医体质特点分析 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 19 (03): 317-319.
- [19]宋银枝,宋群利,叶仁群,等. 原发性高血压病中医体质与并发症相关性研究 [J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19 (09): 20-21+75.
- [20]王斯曼,张梦楚,李文,等. 基于脉图参数的原发性高血压伴左心室肥厚风险预测机器学习模型构建及分析 [J]. 中国中医药信息杂志, 2025, 32 (07): 134-141.
- [21]崔伟锋,马笑凡,潘玉颖,等. 基于病证结合及组合分类器的原发性高血压合并心血管疾病风险预测模型构建 [J]. 中医研究, 2024, 37 (12): 1-6.
- [22]吴晶,郎颖,杜倩倩,等. 中医“治未病”对高血压患者健康管理效果的Meta分析 [J]. 宁夏医科大学学报, 2022, 44 (01): 84-89.
- [23]段晓云,周燕. 应用中医食疗对高血压患者营养膳食进行干预及效果的评估 [J]. 医学食疗与健康, 2020, 18 (18): 21+24.
- [24]殷秋明,洪声. 应用中医食疗对高血压患者营养膳食进行干预及效果的评估分析 [J]. 名医, 2019, (06): 61.
- [25] 刘连静. 中医膳食干预在高血压68例中的应用 [J]. 中国民族民间医药, 2015, 24 (12): 150.
- [26] ZHANG D Y, HUANG J F, KANG Y Y, et al. The prevalence of masked hypertension in relation to cigarette smoking in a Chinese male population[J]. Journal of Hypertension, 2020, 38(6): 1056-1063.
- [27] BIDDINGER K J, EMDIN C A, HAAS M E, et al. Association of Habitual Alcohol Intake With Risk of Cardiovascular Disease[J]. JAMA network open, 2022, 5(3): e223849.
- [28]田野,徐慧,尹爱宁,等. 浅谈中医戒酒 [J]. 中国中医药信息杂志, 2008, (S1): 71.

- [29] 卢曼晨,高松,石楠楠,等. 中医药介入戒烟的研究概况 [J]. 中医药临床杂志, 2019, 31 (01): 38-42.
- [30] 蔡泽鑫. 除湿化痰法治疗肥胖型高血压(痰湿内阻证)的临床研究[D]. 成都中医药大学, 2020.
- [31] 任琳莉. 知柏地黄汤合天麻钩藤饮治疗糖尿病合并高血压病临床观察 [J]. 光明中医, 2021, 36 (17): 2854-2856.
- [32] 周莉君,杨洛琦,谢连娣. 半夏白术天麻汤联合温胆汤治疗高血压合并高脂血症临床疗效的Meta分析和试验序贯分析 [J]. 浙江中医药大学学报, 2023, 47 (07): 793-803
- [33] 陈梓琼,康雅红,苏桂婷,等. 八段锦对高血压患者睡眠质量及血压影响的系统评价与Meta分析 [J]. 中国疗养医学, 2025, 34 (05): 52-58.
- [34] 饶玉莲,郑丽维,范维英,等. 穴位按摩对高血压病伴失眠患者临床疗效的Meta分析 [J]. 湖南中医杂志, 2022, 38 (05): 113-119.
- [35] 蒲霞敏,冷叶波,黄厚强,等. 正念疗法对原发性高血压患者干预效果的系统评价 [J]. 现代医药卫生, 2023, 39 (10): 1694-1698+1704.
- [36] MA J, MA L, LU S, et al. The Effect of Traditional Chinese Exercises on Blood Pressure in Patients with Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: eCAM, 2023, 2023: 2897664.
- [37] 罗山河,黄凯琳,王茜,等. 逍遥散加减辅助治疗高血压病合并焦虑抑郁有效性与安全性的Meta分析 [J]. 中国医药, 2023, 18 (12): 1863-1868
- [38] 王峰,王僚瑶,裴建. 针刺对原发性高血压动态血压调节作用的Meta分析 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2023, 21 (24): 4501-4509.
- [39] 侯宁,黄瑶,陈若宏,等. 艾灸治疗原发性高血压病临床疗效的Meta分析 [J]. 时珍国医国药, 2019, 30 (10): 2519-2524.
- [40] 雷骏轩,蔡伟蓝,邓文斐,等. 中医推拿治疗原发性高血压的Meta分析 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2023, 21 (16): 2999-3003.
- [41] 张桂悦,欧水平,周清娣,等. 吴茱萸穴位贴敷辅助治疗高血压的临床疗效Meta分析 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24 (12): 1757-1761
- [42] 任新生,许碧香. 中药足浴对原发性高血压患者降压效果的Meta分析 [J]. 中国老年保健医学, 2024, 22 (01): 36-40.
- [43] 李瑜. 龙胆泻肝汤对肝火上炎型高血压的干预效果 [J]. 中国城乡企业卫生, 2023, 38 (03): 119-121.
- [44] 左玲,王志业,崔冬雯. 龙胆泻肝汤加减对肝火上炎型高血压患者血压、中医症候积分及生存质量的影响 [J]. 中国医药科学, 2020, 10 (13): 15-19.
- [45] 李艳妮,张鹏,朱浩. 天麻钩藤饮联合西药治疗原发性高血压的Meta分析 [J]. 巴楚医学, 2022, 5 (04): 83-88.

- [46]马秀瑀. 半夏白术天麻汤及其加减治疗高血压病的Meta分析[D]. 黑龙江中医药大学, 2021.
- [47]梁海松. 地黄饮子加减治疗阴阳两虚型高血压病的疗效观察 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5 (23): 156+158.
- [48]刘莉,刘鹤飞,谢宁. 加减地黄饮子治疗阴阳两虚型老年性高血压临床观察 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015, 13 (05): 566-568.
- [49] 《国家基层高血压防治管理指南2025版》 [J]. 中国循环杂志, 2025, 40 (09): 836-850.
- [50]赖瑜,王春梅,谢金晖,等. 中医“治未病”思想在高血压病患者健康教育中应用对其血压控制、心理状态和生活质量的影响 [J]. 中医临床研究, 2019, 11 (04): 129-131.
- [51]焦雪妍,刘新灿,刘姝彤,等. 基于微信的健康管理对高血压患者疗效与依从性影响的Meta分析 [J]. 中国循证心血管医学杂志, 2024, 16 (04): 390-397.