

中国中西医结合学会团体标准

T/CAIM 001—2024

高血压病中西医结合诊疗指南

Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment of hypertension with
integrated traditional Chineses and Western medicine

2024-12-18 发布

2024-12-18 实施

中国中西医结合学会 发布

目 次

前言	I
引言	III
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 治疗	14
5.1 治疗原则	14
5.2 生活方式干预	16
5.3 中西医结合治疗	17
6 诊疗流程图	38
附录 A（资料性）编制方法	39
附录 B（资料性）证据综合报告	44
附录 C（资料性）缩略词对照表	61
参考文献	63

前 言

本指南按照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》起草。

本指南由中国中西医结合学会提出并归口。

本指南起草单位：中国中医科学院中医临床基础医学研究所，北京大学人民医院，中国中医科学院西苑医院

本指南负责人：韩学杰（中国中医科学院中医临床基础医学研究所），孙宁玲（北京大学人民医院），徐凤芹（中国中医科学院西苑医院）

本指南执笔人：韩学杰（中国中医科学院中医临床基础医学研究所），孙宁玲（北京大学人民医院），徐凤芹（中国中医科学院西苑医院），王丽颖（中国中医科学院中医临床基础医学研究所），姚魁武（中国中医科学院），李军（中国中医科学院广安门医院），符德玉（上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院），邹旭（广东省中医院），马静（空军军医大学第一附属医院），许滔（贵阳中医药大学第二附属医院），郭家娟（长春中医药大学附属医院），匡泽民（首都医科大学附属北京安贞医院），陈薇（北京中医药大学）。

本指南讨论专家：（按照姓氏字画排序）

王仑（中国人民解放军总医院第七医学中心），王玉霞（中国航天科工集团七三一医院），毛静远（天津中医药大学第一附属医院），邓悦（长春中医药大学附属医院），付东亮（中日友好医院），朱明军（河南中医药大学第一附属医院），刘中勇（江西中医药大学），刘红旭（首都医科大学附属北京中医医院），刘超峰（陕西省中医医院），李卫虹（北京大学第三医院），李庆海（河南中医药大学第三附属医院），吴伟（广州中医药大学第一附属医院），张丽梅（中国中医科学院广安门医院），陆曙（无锡市中医医院），陈联发（厦门市中医院），姜德友（黑龙江中医药大学），衷敬柏（中国中医科学院西苑医院），黄力（中日友好医院），廖星（中国中医科学院中医临床基础医学研究所）。

指南起草工作组：

崔梁瑜（中国中医科学院中医临床基础医学研究所），尹彤（中国中医科学院中医临床基础医学研究所），王郁（中国中医科学院中医临床基础医学研究所），井天月（中国中医科学院中医临床基础医学研究所），任聪（中国中医科学院中医临床基础医学研究所），李玉坤（中国中医科学院中医临床基础医学研究所），赵志伟（中国中医科学院中医临床基础医学研究所），王嘉恒（陕西中医药大学），林子娜（中国中医科学院中医临床基础医学研究所），孙晨格（陕西中医药大学），李子颢（中国中医科学院中医临床基础医学研究所）。

引 言

1 背景信息

高血压病（Hypertension）的主要特征是全身动脉持续性压力增高，诊断高血压的血压阈值取决于测量方法^[1]。我国 18 岁及以上居民高血压病粗患病率为 27.9%，且患病率总体呈增高的趋势，高血压病前期的患病率为 39.1%^[2]。高血压病患病率随年龄增大而增高，中年人群患病率为 34.38%，在 80 岁以上的高龄人群中，高血压病的患病率接近 90%^[3]。目前大中型城市高血压病患病率较高，如北京、天津和上海的患病率分别为 35.9%、34.5%和 29.1%^[4]。同时，农村地区居民的高血压病患病率增长速度较城市快。高血压病是心血管疾病（cardiovascular disease, CVD）最常见的可预防的危险因素，是导致冠心病、心力衰竭、中风、心肌梗死、房颤、外周动脉疾病、慢性肾病和认知障碍的主要单一因素^[5]。血压水平与心脑血管病发病和死亡风险之间存在密切的因果关系，诊室血压值与脑卒中、冠心病事件、心血管病死亡的风险呈连续、独立、直接的正相关关系。收缩压每升高 20mmHg 或舒张压每升高 10mmHg，心、脑血管病发生的风险倍增。高血压病知晓率、治疗率和控制率明显提高，已取得较好成绩，但距离发达国家防控水平仍有差距^[6]。

中医无高血压病的病名，根据其临床表现归属于“眩晕”“头痛”，其病因病机有肝阳上亢、痰浊阻窍、瘀血阻络、痰瘀互结、肾精不足等。当前治疗高血压病主要以西药为主，虽有疗效，但也存在诸如应用禁忌证、对特殊类型高血压的血压控制不佳等问题。中医治疗高血压病注重整体观念，辨证论治，辨证使用降压中成药可降低血压，改善临床症状。中西医结合治疗高血压病可优势互补，进一步提高疗效。治未病是中医健康理论核心理念之一，中医治疗高血压病，在合并症的防治方面也有一定作用。中、西医治疗高血压病各有长处，大量的临床研究证实，中西医结合治疗高血压病可以优势互补，可长久稳定降压，减轻毒副作用，减少心脑血管合并症。

本指南制定的基本思想为“宜中则中，宜西则西”，推荐意见以经典名方/中成药与西药联合治疗高血压病为主。基于文献检索、临床问题调查及小组讨论

凝练形成临床问题，遵循国际规范的研制程序，在系统梳理已有研究成果的基础上，形成循证证据；基于 GRADE 方法，对证据进行分级，分为高（A）、中（B）、低（C）、极低（D）四级，形成推荐意见；专家共识意见的形成采用德尔菲法。本指南综合已经发布的高血压病西医防治指南以及中医诊疗指南，基于循证证据，广泛征求中医、西医、中西医结合心血管疾病专家、方法学家等多学科专家意见，参照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则》，综合考虑诊断、治疗等方面，提高实用性及可操作性，为高血压病中西医结合管理提供方案。

2 确定并构建临床问题

本指南基于文献检索、临床问题调查初步提出临床问题，经小组讨论凝练形成以下几个临床问题：

临床问题 1. 高血压病的诊断要点是什么？

临床问题 2. 高血压病的中医辨证分类是什么？

临床问题 3. 中西医结合对高血压病患者生活方式干预要点是什么？

临床问题 4. 常规西药联合中成药或经典名方辨证治疗高血压病，是否可以提高降压疗效、改善临床症状？

临床问题 5. 常规西药联合中成药治疗高血压病伴心血管危险因素，是否可以提高降压疗效、改善心血管病风险因素指标及临床症状？

临床问题 6. 常规西药联合中成药治疗高血压病伴靶器官损害，是否可以提高降压疗效、改善靶器官损害及临床症状？

临床问题 7. 常规西药联合中成药治疗高血压病伴发心脑血管疾病等，是否可以提高降压疗效、改善合并症指标及临床症状？

临床问题 8. 常规西药联合中成药治疗难治性高血压，是否可以提高降压疗效、改善临床症状？

3 资金资助及利益冲突情况

本指南受中国中医科学院创新工程项目资助。

本指南制定过程中“无利益冲突”，为此不会成为本指南制定的偏倚来源，无需进一步处理。所有参与本指南制定的成员均与药品生产企业没有任何经济利益往来。

高血压病中西医结合诊疗指南

1 范围

本指南规定了高血压病的中西医诊断、西药联合经典名方/中成药治疗及管理。

本指南适用于中医、西医、中西医结合心血管以及相关科室的临床医疗人员进行高血压病中西医结合诊疗和管理。

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，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 1.1-2020 《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》

GB/T 16751.1-2023 《中医临床诊疗术语 第1部分：疾病》

GB/T 16751.2-2023 《中医临床诊疗术语 第2部分：证候》

GB/T 16751.3-2023 《中医临床诊疗术语 第3部分：治法》

3 术语和定义

GB/T 16751.1、GB/T 16751.2、GB/T 16751.3 以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

高血压病 Hypertension

根据诊室血压、家庭血压和动态血压以及患者服药情况，高血压病的定义如下：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 5~7d 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 $\geq 120/70\text{mmHg}$ 。

[来源：中国高血压防治指南（2024 年修订版）]

3.2

眩晕 Vertigo

自觉头晕眼花，视物旋转动摇的症状。多因气血营精不能上荣于头，或因风阳、火热上扰，痰浊、瘀血阻滞，清阳被遏等所致。

[来源：GB/T 16751.1-2023，19.7]

3.3

头痛 Headache

患者自觉头部疼痛为特征的症状。多因风寒湿热等邪外侵，或情志所伤，风阳火毒上扰，痰浊瘀血阻滞，致经气不利，气血逆乱，或气血营精亏虚，清阳不升，脑神失养等所致。

[来源：GB/T 16751.1-2023，19.6]

4 诊断

4.1 疾病诊断

临床问题 1. 高血压病的诊断要点是什么？

推荐意见 1 参照《中国高血压防治指南（2024 年修订版）》^[6]进行高血压病的诊断。

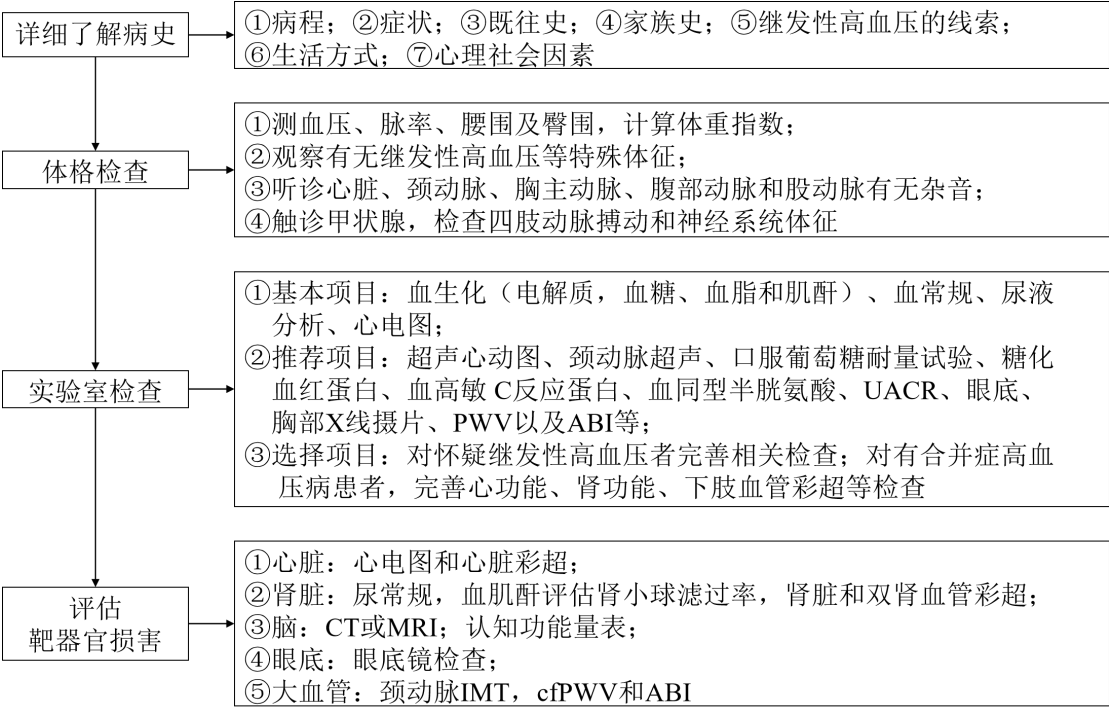
诊断性评估的目的是做出高血压病病因的鉴别诊断和评估患者的心脑血管疾病风险程度，指导诊断与治疗。

诊断性评估的内容包括以下三方面：（1）确立高血压病诊断，确定血压水平分级；（2）判断高血压病的原因，区分原发性或继发性高血压病；（3）寻找其他心脑血管疾病危险因素，评估靶器官损害，确定心血管疾病、脑血管病或肾

脏疾病等临床情况。高血压病初步诊断评估简易流程见图 1。

高血压病病人首诊时，应详细了解患者病史，进行血压测量、详细体格检查及相关实验室检查，区分原发性或继发性高血压，寻找其他心脑血管危险因素，评估是否有靶器官损害。

采用诊室血压诊断高血压病，18 岁以上任何年龄的成年人，在未使用降压药物的情况下，诊室血压 SBP/DBP \geq 140/90mmHg 诊断为高血压病。动态血压（ambulatory blood pressure monitoring, ABPM）的高血压病诊断标准为平均 SBP/DBP 24h \geq 130/80mmHg，白天 \geq 135/85mmHg，夜间 \geq 120/70mmHg。家庭血压监测（home blood pressure monitoring, HBPM）的高血压病诊断标准为连续 5~7d 测得 SBP/DBP 读数的平均值 \geq 135/85mmHg，与诊室血压的 SBP/DBP \geq 140/90mmHg 相对应。诊室血压测量与诊室外血压测量方法的比较见表 1，基于诊室血压的血压分类和高血压病分级见表 2，基于诊室血压、家庭血压和动态血压的高血压病诊断标准见表 3，血压测量及高血压病诊断流程见图 2，心血管风险水平分层见表 4，影响高血压病患者心血管预后的重要因素见表 5^[6]。



注：UACR 为尿白蛋白与肌酐比值；PWV 为脉搏波传导速度；ABI 为踝/臂血压指数；CT 为电子计算机断层扫描；MRI 为磁共振成像；IMT 为内膜中层厚度；cfPWV 为颈-股动脉脉搏波传导速度。

图 1 高血压病初步诊断评估简易流程图

表 1 诊室血压测量与诊室外血压测量方法的比较

项目	诊室血压测量		诊室外血压测量	
	诊室血压测量	自动诊室 血压测量	家庭血压测量	动态血压测量
应用价值	目前诊断高血压病、进行血压水平分级以及观察降压疗效的常用方法	可以有效解决诊室血压测量的规范化问题，有必要在全国范围内推广应用	确诊高血压病，评估降压疗效，识别白大衣性高血压与隐蔽性高血压，诊断难治性高血压；基于互联网的远程实时家庭血压监测是血压管理的新模式	确诊高血压病，评估降压疗效，识别白大衣性高血压与隐蔽性高血压，诊断难治性高血压；还可评估血压昼夜节律、夜间血压、清晨血压、体位性低血压、餐后低血压
用于高血压诊断	是	缺乏证据	是	是
评估降压疗效	可能	可能	合适	合适
评估清晨血压	可能	可能	合适	合适
评估夜间血压	不能	不能	可能	合适
白大衣效应	有	可能	无	无

表 2 基于诊室血压的血压分类和高血压病分级（mmHg）

分类	收缩压		舒张压
正常血压	<120	和	<80
正常高值	120～139	和/或	80～90
高血压病	≥140	和/或	≥90
1 级高血压（轻度）	140～159	和/或	90～99
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

表 3 基于诊室血压、家庭血压和动态血压的高血压病诊断标准

血压类型	测量方式	收缩压/舒张压（mmHg）
诊室血压	非同日 3 次规范化测量诊室血压，3 次测	≥140 和/或 ≥90

量的全部血压值		
家庭血压	连续 5 ~ 7d 规范化测量家庭血压，所有 测量血压读物的平均值	≥135 和/或≥85
动态血压	24h 平均值	≥130 和/或≥80
	白天（或清醒状态）的平均值	≥135 和/或≥85
	夜晚（或睡眠状态）的平均值	≥120 和/或≥70

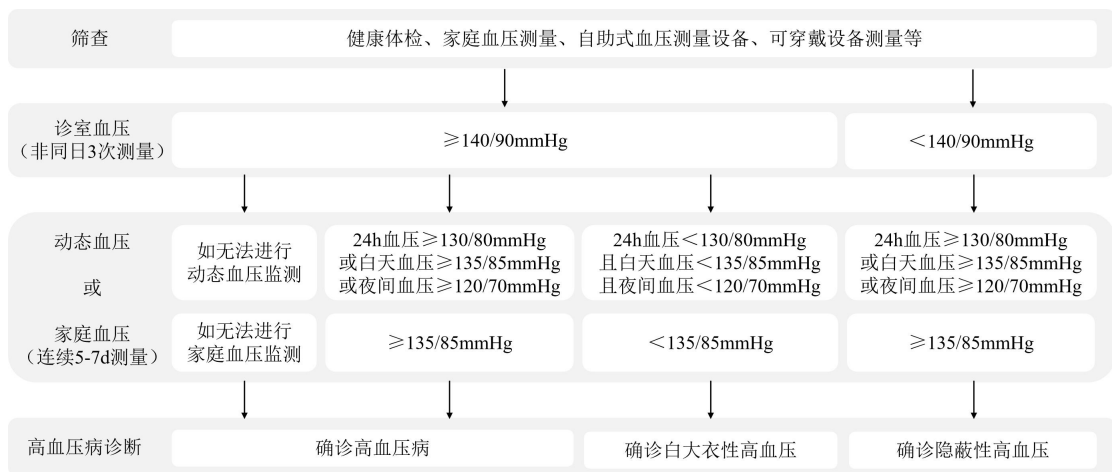


图 2 血压测量及高血压病诊断流程

表 4 血压升高患者心血管风险水平分层

其他心血管危险因素和疾病史	血压（mmHg）			
	SBP 130 ~ 139 和/或 DBP 85 ~ 89	SBP 140 ~ 159 和/或 DBP 90 ~ 99	SBP 160 ~ 179 和/或 DBP 100 ~ 109	SBP ≥180 和/或 DBP ≥110
	低危	低危	中危	高危
无	低危	低危	中危	高危
1-2 个其他危险因素	低危	中危	中-高危	很高危
≥3 个其他危险因素，靶器官损害， 或 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

注： SBP：收缩压；DBP：舒张压；CKD：慢性肾脏疾病

表 5 影响高血压病患者心血管预后的重要因素

危险因素
• 高血压（1~3 级）
• 男性>55 岁；女性>65 岁
• 吸烟或被动吸烟

- 糖耐量受损（2h 血糖 7.8~11.0 mmol/L）和/或空腹血糖异常（6.1~6.9 mmol/L）
- 血脂异常（TC \geq 5.2 mmol/L 或 LDL-C \geq 3.4 mmol/L 或 HDL-C $<$ 1.0 mmol/L）
- 早发心血管病家族史（一级亲属发病年龄 $<$ 50 岁）
- 腹型肥胖（腰围：男性 \geq 90 cm，女性 \geq 85 cm）或肥胖（BMI \geq 28 kg/m²）
- 高同型半胱氨酸血症
- 高尿酸血症（血尿酸：男性 \geq 420 μ mol/L，女性 \geq 360 μ mol/L）
- 心率增快（静息心率 $>$ 80 次/min）

靶器官损害

- 左心室肥厚：心电图 Sokolow-Lyon 电压 $>$ 3.8 mV 或 Cornell 乘积 $>$ 244 mV \cdot ms，或超声心动图 LVMI：男 \geq 109 g/m²，女 \geq 105 g/m²
- 颈动脉超声 IMT \geq 0.9 mm 或动脉粥样斑块
- cfPWV \geq 10 m/s 或 baPWV \geq 18 m/s
- ABI $<$ 0.9
- eGFR 30~59 ml/（min \cdot 1.73 m²）或血清肌酐轻度升高（男性 115~133 μ mol/L，女性 107~124 μ mol/L）
- 微量白蛋白尿：尿白蛋白与肌酐比值 30~300 mg/g 或白蛋白排泄率 30~300 mg/24 h

临床并发症与合并症

- 脑血管病：脑出血，缺血性脑卒中，短暂性脑缺血发作
- 心脏疾病：心肌梗死史，心绞痛，冠状动脉血运重建，慢性心力衰竭，房颤
- 肾脏疾病：糖尿病肾病，肾功能受损，包括：eGFR $<$ 30 ml/（min \cdot 1.73 m²）；或血肌酐升高（男性 \geq 133 μ mol/L，女性 \geq 124 μ mol/L）；或蛋白尿（ \geq 300 mg/24 h）
- 外周动脉疾病
- 视网膜病变：眼底出血或渗出，视乳头水肿
- 糖尿病

注：TC：总胆固醇；LDL-C：低密度脂蛋白胆固醇；HDL-C：高密度脂蛋白胆固醇；LVMI：左心室重量指数；IMT：颈动脉内膜中层厚度；cfPWV 为颈-股动脉脉搏波传导速度；baPWV 为肱-踝动脉脉搏波传导速度；ABI 为踝/臂血压指数；eGFR 为估算的肾小球滤过率；BMI：体质指数

证据概要：关于高血压病的诊断、分级、分期及风险水平等与国内外相关指南或共识基本一致。英国国家卫生与临床优化研究所（NICE）2019 年制定的《Hypertension in adults: diagnosis and management》^[7]、国际高血压学会 2020 年制定的《2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines》^[8]、中国高血压防治指南修订委员会发布的《中国高血压防治指南

《(2024 年修订版)》^[6]认为应全面详细了解患者病史,进行体格检查和实验室检查,确立高血压病诊断,确定血压水平分级,区分原发性或继发性高血压,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。继 1977 年美国第一版高血压病诊治指南(JNC1)面世后,至 1997 年的 JNC6 指南^[9]初步规定了将高血压病定义为 SBP/DBP \geq 140/90mmHg,并进行分级的标准,被国际社会广泛使用。目前国际普遍采用的高血压病诊断标准来自《Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure》^[10]。尽管《2017ACC/AHA/ AAPA/ABC/ACPM/AGS /APhA/ASH/ASPC/NMA/ PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults》^[11]提出将高血压病诊断标准下调为 130/80mmHg,但《2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines》^[8]、欧洲高血压学会(European Society for Hypertension, ESH) 2023 年发布的《2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension》^[12]以及《中国高血压防治指南(2024 年修订版)》^[6]仍沿用 140/90mmHg 的诊断标准,本指南也继续沿用这一诊断标准。《2017ACC/AHA/AAPA/ABC/ ACPM/AGS/ APhA/ ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults》^[11]《2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension》^[12]《中国高血压防治指南(2024 年修订版)》^[6]《2020 中国动态血压监测指南》^[13]提出动态血压监测诊断高血压病的标准是 24h SBP/DBP \geq 130/80mmHg,或白天(或清醒状态)的 SBP/DBP 平均值 \geq 135/85mmHg,或夜间(或睡眠状态)的 SBP/DBP 平均值 \geq 120/70mmHg;家庭血压监测血压的平均值 \geq 135 和/或 85mmHg,对应诊室 BP 值 140/90 mmHg。《2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension》^[14]《中国高血压防治指南(2024 年修订版)》^[6]将心血管风险分为低危、中危、高危和很高危 4 个级别,心血管风险分级有助于确定降压治疗时机、优化治疗方案以及综合管理心血管风险。

4.2 证候分类

临床问题 2. 高血压病的中医辨证分类是什么?

推荐意见 2 高血压病的中医证类主要为肝阳上亢证，痰湿壅盛证，瘀血内阻证，痰瘀互结证，阴虚阳亢证，阴阳两虚证（1B）。

（1）肝阳上亢证

主症：眩晕，头胀痛，急躁易怒。

兼症：面红目赤，口干口苦，便秘溲赤甚或眩晕欲仆，肢麻震颤，语言不利等。

舌脉：舌红，苔黄，脉弦数。

（2）痰湿壅盛证

主症：头重如裹。

兼症：胸脘痞闷，纳呆恶心，呕吐痰涎，身重困倦，少食多寐等。

舌脉：舌苔腻，脉滑。

（3）瘀血内阻证

主症：头痛如刺，痛有定处。

兼症：胸闷心悸，手足麻木，夜间尤甚等。

舌脉：舌质暗，脉弦涩。

（4）痰瘀互结证

主症：头如裹，胸闷，呕吐痰涎，刺痛（痛有定处或拒按）。

兼症：脉络瘀血，皮下瘀斑，肢体麻木或偏瘫，口淡食少等。

舌脉：舌胖苔腻，脉滑，或舌质紫暗，有瘀斑瘀点，脉涩。

（5）阴虚阳亢证

主症：眩晕，耳鸣，腰酸膝软，五心烦热。

兼症：头重脚轻，口燥咽干，两目干涩等。

舌脉：舌红，少苔，脉细数。

（6）阴阳两虚证

主症：眩晕，头痛。

兼症：耳鸣，心悸，气短等。偏阳虚证者，见畏寒肢冷、动辄汗出；偏阴虚证者，见盗汗、五心烦热。

舌脉：偏阳虚证者，舌质淡，苔白，脉迟缓无力；偏阴虚证者，舌质红，苔少，脉虚细无力。

证据概要：一项综合近十年高血压病中医证类特征的文献研究发现，高血压病常见证类为阴虚阳亢证、痰湿壅盛证、肝火亢盛证、阴阳两虚证、痰瘀互结证、肝阳上亢证、血瘀证、肾虚证，近年我国高血压病痰瘀互结证患者明显增多^[15]。一项 2943 例高血压病患者临床流行病学调查发现，高血压病主要证素有阳亢、痰浊、血瘀、气虚、阴虚、阳虚^[16]。2002 年国家药品监督管理局组织发布《中药新药临床研究指导原则》中的《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》^[17]，2008 年中华中医药学会发布的《中医内科诊疗指南西医疾病部分·高血压》^[18]，2011 年 WHO 西太区资助中国中医科学院编制的《中医循证临床实践指南·高血压病》^[19]，2011 年国家中医药管理局医政司发布的《24 个专业 105 个病种中医诊疗方案·眩晕病（原发性高血压）中医诊疗方案》对证类的认识虽未统一，但总体从痰湿、瘀血、痰瘀互结、阴虚、阳虚、阳亢等方面进行辨证。结合近年高血压病证类的流行病学调查，确定高血压病证类为肝阳上亢证、痰湿壅盛证、瘀血内阻证、痰瘀互结证、阴虚阳亢证、阴阳两虚证。

5 治疗

5.1 治疗原则

5.1.1 西医治则

西药选用原则参照《中国高血压防治指南（2024 年修订版）》^[6]，具体如下：

- （1）常用的降压药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。
- （2）应根据血压水平和心血管风险选择初始单药或联合治疗。
- （3）一般患者采用常规剂量；衰弱和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。
- （4）优先使用长效降压药，以有效控制 24 h 血压，更有效预防心脑血管并发症。
- （5）血压 $\geq 160/100$ mmHg，高于目标血压 20/10 mmHg 的高危/很高危患者，或单药治疗未达标的高血压病患者应进行联合降压治疗，包括自由联合或单

片复方制剂。

(6) 对血压 $\geq 140/90$ mmHg 的患者，也可起始小剂量联合治疗。

按照《中国高血压防治指南（2024 年修订版）》^[6]，初始和维持治疗的常用降压西药包括钙通道阻滞剂（CCB）、血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素受体阻滞剂（ARB）、噻嗪类利尿剂、 β 受体阻滞剂，以及由上述药物组成的单片复方制剂（single-pill combination, SPC），血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂（angiotensin receptor-neprilysin inhibitor, ARNI）。选药方案见图 3。

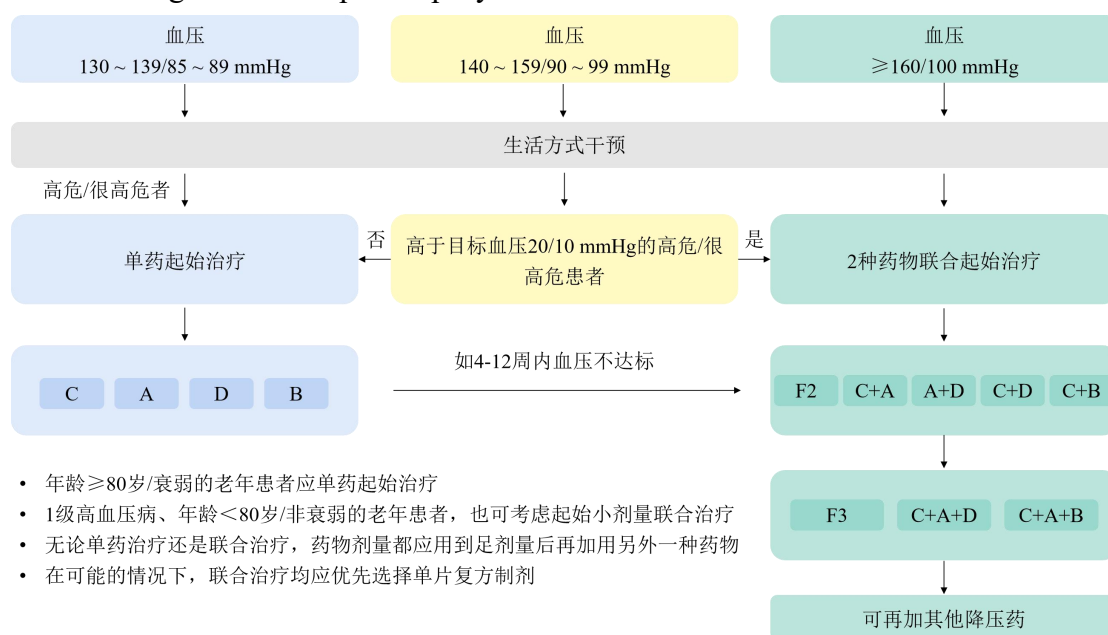


图 3 选择单药或联合降压治疗流程图

5.1.2 中医治则

中医治疗高血压病应在望、闻、问、切的基础上，根据整体观念和辨证论治原则，进行个体化诊疗。高血压前期及 1 级高血压病，可经辨证论治单独使用中药或中成药进行治疗，并积极进行生活方式干预。其中中药方剂的选用应尊重古今文献证据，灵活加减用药。中成药的选用应基于药品说明书和循证证据进行选择，慎重超范围使用，对于有明确使用剂量的，慎重超剂量使用，老年人应当从较小的有效剂量开始使用。

5.1.3 中西医结合治则

中西医结合治疗高血压病要根据患者血压水平、心血管危险因素、靶器官损害、临床症状、耐受性以及个人意愿或长期承受能力，选择适合的降压药物。降压中药可尽早干预，同时可配合针灸等非药物疗法。经规范降压治疗不能达到目标血压值，或达到目标血压值，出现头晕头痛等症状时，推荐中西医结合治疗。若伴有相关危险因素，或出现靶器官损害、合并其他疾病时，应当辨病与辨证结合使用中药，并联用相应西药进行控制及治疗。中药和西药服药时间应当间隔 1~2 个小时以上。

5.2 生活方式干预

临床问题 3. 中西医结合对高血压病患者生活方式干预要点是什么？

推荐意见 3 建议减少钠盐摄入，增加钾摄入；合理膳食，平衡膳食；控制体重；戒烟限酒；增加运动；减轻精神压力，保持心理平衡；保持健康睡眠，改善睡眠障碍（1B）。根据体质和证类辨证施膳（2C）。练习八段锦、太极拳等（2C）。根据临床症状，在医师指导下自我按摩保健（2C）。

证据概要：生活方式的干预与国内外指南或共识基本一致。如《2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines》^[8]《The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension》^[20]《中国高血压防治指南（2024 年修订版）》^[6]提出降压治疗不仅是药物治疗，还应对生活方式进行干预，如控制高盐食物的摄入、改善膳食结构、控制酒精摄入、控制体重、戒烟、增加运动、减轻压力及焦虑、保持心理平衡和良好睡眠等，可以预防或延缓高血压病的发生，提高降压疗效。中国药膳研究会 2022 年发布的《高血压病食疗药膳技术指南》^[21]提出高血压病应在中医望、闻、问、切基础上辨证施治，对肝阳上亢、阴虚阳亢、瘀血阻络、痰浊上扰证高血压病患者辨证施加食疗药膳。2019 年由中华中医药学会心血管病分会制定的《高血压中医诊疗专家共识》^[22]中提出传统的运动疗法具有即刻降压及远期降压疗效，包括太极、八段锦、气功、瑜伽等。中国高血压联盟、国家心血管病中心、中华医学会心血管病学分会等于 2014 年发布《中国高血压患者教育指南》^[23]中提出综合功能练习，如太极、瑜伽、太极柔力球等为高血压病患者适宜的运动方

式。《中医循证临床实践指南·高血压病》^[19]中提到非药物治疗主要包括针灸和推拿，一般应用于1、2级高血压病，尤其对症状明显、影响生活质量者适用。

5.3 中西医结合治疗

5.3.1 中西医结合治疗高血压病

临床问题 4. 常规西药联合中成药或经典名方辨证治疗高血压病，是否可以
提高降压疗效、改善临床症状？

推荐意见 4 针对高血压病不同证类，进行辨证论治，确定相应治法治则及
方药，并结合患者情况随症加减。

（1）肝阳上亢证

治法：平肝熄风，清热活血，补益肝肾。

【推荐方药】天麻钩藤饮（《中医内科杂病证治新义》）加减：天麻，钩藤，
石决明，栀子，黄芩，川牛膝，杜仲，益母草，桑寄生，首乌藤，茯神。可降低
SBP、DBP（1B），提高降压有效率（1B），降低中医症状积分（1B），降低
不良反应发生率（2C）。

（2）痰湿壅盛证

治法：化痰息风，健脾祛湿。

【推荐方药】半夏白术天麻汤（《医学心悟》）加减：半夏，天麻，茯苓，
橘红，白术，甘草。可降低 SBP、DBP（1D），提高降压有效率（1C），降低
中医证候积分（1C），降低不良反应发生率（2C）。推荐使用温胆汤（《三因
极一病证方论》）加减：半夏，竹茹，枳实，陈皮，甘草，茯苓。可以降低 SBP、
DBP（2B），提高降压有效率（2B）。

（3）瘀血内阻证

治法：活血化瘀，行气止痛。

【推荐方药】血府逐瘀汤（《医林改错》）加减：桃仁，红花，当归，生地，
川芎，赤芍，牛膝，桔梗，柴胡，枳壳，甘草。可以降低 SBP、DBP（2D），
提高降压有效率（2C）。

（4）痰瘀互结证

治法：祛湿化痰，活血通络。

【推荐方药】半夏白术天麻汤（《医学心悟》）合通窍活血汤（《医林改错》）
加减：半夏，天麻，茯苓，橘红，白术，甘草，赤芍，川芎，桃仁，红花，麝香。
可以降低 SBP、DBP（1C），降低不良反应发生率（2C）。

（5）阴虚阳亢证

治法：镇肝息风，滋阴潜阳。

【推荐方药】镇肝息风汤（《医学衷中参西录》）加减：怀牛膝，代赭石，龙骨，牡蛎，龟板，白芍，玄参，天冬，川楝子，麦芽，茵陈，甘草。可以降低 SBP、DBP（1B），提高降压有效率（1B），降低中医症状积分（1B），提高生活质量评分（1D），降低不良反应发生率（2C）。

（6）阴阳两虚证

治法：滋肾阴，补肾阳，开窍化痰。

【推荐方药】地黄饮子（《黄帝素问宣明论方》）加减：熟地黄，巴戟天，山茱萸，石斛，肉苁蓉，附子，五味子，肉桂，茯苓，麦冬，石菖蒲，远志。可以降低 SBP、DBP（1C），降低中医证候积分（2C）。

阴阳两虚证偏肾阴虚证

治法：填精滋阴补肾。

【推荐方药】六味地黄汤（《小儿药证直诀》）加减：熟地黄，山茱萸，山药，泽泻，牡丹皮，茯苓。可以降低 SBP、DBP（1C），降低中医症状积分（2C），提高降压有效率（1B），改善证候有效率（1B）。

证据概要：

（1）天麻钩藤饮是治疗高血压病肝阳上亢证的有效方剂，具有平肝熄风，清热活血，补益肝肾的功效，可以降低血压水平并改善头痛、眩晕等症状，其机制可能与天麻钩藤饮抑制交感神经系统活性、抑制肾素-血管紧张素-醛固酮系统（RAAS）激活、改善血管平滑肌细胞及内皮细胞功能紊乱等相关^[24]。其中的天麻、钩藤和黄芩可调节 RAAS 系统，降低血管紧张素 II 和内皮素水平，阻断平滑肌细胞膜上的 Ca^{2+} 通道。天麻钩藤饮联合降压西药治疗高血压病的 RCT 共有 23 项^[25-47]，其中 2 项为 ACEI 类对照研究^[25, 26]，2 项为 ARB 类对照研究^[27, 28]，1 项为 β 受体阻滞剂类对照研究^[29]，14 项为 CCB 类对照研究^[30-43]，2 项为 2 种及以上降压药物联合应用对照研究^[44, 45]，2 项研究为根据需要给药^[46, 47]。17 项研究

(1355 例) [26-29, 31, 32, 34-41, 44, 46, 47]显示试验组在降低 SBP、DBP 方面, 疗效优于单纯降压西药组[SBP: $MD=-10.02$, 95% $CI(-11.82,-8.22)$, $I^2=90\%$; DBP: $MD=-5.88$, 95% $CI(-7.65,-4.11)$, $I^2=95\%$], 研究有一定的异质性。敏感性分析提示结果具有较好稳健性。21 项研究(1779 例) [25-35, 37, 39-47]显示试验组在提高降压有效率方面, 疗效优于单纯降压西药组[$RR=1.23$, 95% $CI(1.18,1.28)$, $I^2=0\%$]。7 项研究(608 例) [27, 28, 35, 36, 39, 42, 46]显示试验组在降低中医证候积分方面, 疗效优于单纯降压西药组[$MD=-2.79$, 95% $CI(-4.13,-1.46)$, $I^2=98\%$], 研究具有异质性。经过敏感性分析, 剔除 1 项研究后^[35], 结果显示试验组(262 例)在降低中医症状积分方面, 疗效优于单纯降压西药组[$MD=-2.30$, 95% $CI(-2.92,-1.67)$, $I^2=86\%$]。12 项研究(1001 例) [25, 27, 29, 33, 35-38, 40, 41, 43, 46]显示试验组不良反应的发生率低于单纯降压西药组[$RR=0.40$, 95% $CI(0.23,0.68)$, $I^2=0\%$], 说明试验组具有较好的安全性。

(2) 半夏白术天麻汤是息风化痰的代表方剂, 用于治疗高血压病等, 可作用于中枢神经系统协调多种靶蛋白合成, 调节内分泌系统抑制炎症发生, 具体机制可能与调节神经递质浓度和活性、改善胰岛素抵抗、调节炎症因子的产生、抑制炎症反应等过程相关^[48]。半夏白术天麻汤联合降压西药治疗高血压病的 RCT 共有 33 项^[49-81], 其中 4 项^[67, 68, 75, 77]为 ACEI 类对照研究, 3 项^[49, 53, 57]为 ARB 类对照研究, 1 项^[78]为 β 受体阻滞剂类对照研究, 19 项^[50-52, 54-56, 59-62, 64, 65, 69-71, 73, 74, 76, 79]为 CCB 类对照研究, 1 项^[81]为 2 种及以上降压药物联合应用对照研究, 4 项研究^[58, 63, 66, 80]根据需要给药, 1 项^[72]研究为单片复方制剂。21 项研究(1838 例)^[50-53, 55-60, 63-65, 68-72, 76, 77, 81]显示试验组在降低 SBP、DBP 方面, 疗效优于单纯降压西药组[SBP: $MD=-11.31$, 95% $CI(-14.49,-8.13)$, $I^2=97\%$; DBP: $MD=-8.63$, 95% $CI(-9.90,-7.36)$, $I^2=87\%$], 研究有一定的异质性。敏感性分析提示结果具有较好稳健性。14 项研究(1181 例) [53, 55, 57, 58, 62, 63, 66, 68, 71, 74, 76, 78-80]显示试验组在提高降压有效率方面, 疗效优于单纯降压西药组[$RR=1.23$, 95% $CI(1.16,1.29)$, $I^2=0\%$]。3 项研究(352 例) ^[50, 52, 58]显示试验组在改善中医证候积分方面, 疗效优于单纯降压西药组[$MD=-3.80$, 95% $CI(-5.15,-2.45)$, $I^2=74\%$], 研究具有异质性。经敏感性分析, 其中剔除一项研究^[58], 结果显示, 试验组(146 例)在降低中医证候积分方面, 疗效优于单纯西药组[$MD=-4.33$, 95% $CI(-5.11,-3.56)$, $I^2=39\%$]。

12 项研究（1082 例）[49, 51-53, 57, 60, 61, 64, 65, 67, 75, 80]显示试验组不良反应的发生率低于单纯降压西药组[$RR=0.57$, 95% CI (0.39, 0.82), $P=6\%$], 说明试验组具有较好的安全性。

（3）温胆汤具有理气化痰、和胃利胆的功效，用于治疗眩晕、心悸等症。其降压机制主要与环磷酸鸟苷（cGMP）-环磷酸鸟苷酸依赖的蛋白激酶（PKG）信号通路、钙离子信号通路、肾素-血管紧张素系统、炎症通路相关[82]，还有研究认为其关键成分可能为黄酮类化合物，作用于信号传导及转录激活蛋白（STAT）3、白介素（IL）-6 等靶点，通过调控高级糖基化终末产物-受体（AGE-RAGE）、流体剪应力与动脉粥样硬化、肿瘤坏死因子（TNF）等信号通路从而发挥降压作用[83]。温胆汤联合降压西药治疗高血压病的 RCT 共有 9 项[84-92]，其中 4 项[84, 85, 88, 92]为 ACEI 类对照研究，1 项[91]为 ARB 类对照研究，4 项[86, 87, 89, 90]为 CCB 类对照研究。7 项研究（580 例）[86-92]显示试验组在降低 SBP、DBP 方面，疗效优于单纯降压西药组[SBP: $MD=-9.53$, 95% CI (-14.62, -4.44), $P=95\%$; DBP: $MD=-6.35$, 95% CI (-8.38, -4.32), $P=76\%$], 研究有一定的异质性。对 SBP 进行敏感性分析，其中剔除一项研究[90]后，结果显示，试验组（246 例）在降低 SBP 方面，疗效优于单纯降压西药组[$MD=-7.07$, 95% CI (-9.29, -4.85), $P=63\%$]。对 DBP 进行敏感性分析，其中剔除一项[86]研究后，结果显示，试验组（243 例）在降低 DBP 方面，疗效优于单纯降压西药组[DBP: $MD=-7.00$, 95% CI (-8.89, -5.12), $P=68\%$]。7 项研究（580 例）[86-92]显示试验组在提高降压有效率方面，疗效优于单纯降压西药组[$RR=1.16$, 95% CI (1.09, 1.23), $P=47\%$]。

（4）血府逐瘀汤是活血化瘀的代表方剂，是治疗高血压病瘀血内阻证的常用方剂[93]，可以通过扩张血管、降低血液粘稠度起到降压效果，还可通过降低血尿酸、超敏 C 反应蛋白、内皮素（ET）、IL-6、TNF- α [94]等有效改善高血压病瘀血内阻证患者的内皮功能[95]。血府逐瘀汤联合降压西药治疗高血压病瘀血内阻证的 RCT 共有 17 项[96-112]。其中 9 项为 CCB 类对照研究[96, 99-102, 104-106, 108]，2 项为 ARB 类对照研究[97, 107]，4 项为 ACEI 类对照研究[98, 103, 110, 112]，2 项未列明降压药种类[109, 111]。9 项研究（656 例）[96-99, 101, 104, 107, 108, 112]显示试验组在降低 SBP、DBP 方面，疗效优于单纯降压西药[$MD=-8.88$, 95% CI (-11.36, -6.40), $P=90\%$; DBP: $MD=-5.28$, 95% CI (-6.49, -4.07), $P=64\%$]。11 项研究（1275 例）[96, 100-106,

^{108-110]}显示试验组在提高降压有效率方面,疗效优于单纯降压西药组[RR=1.17, 95%CI (1.12, 1.22), $I^2=0\%$]。

(5) 半夏白术天麻汤合通窍活血汤治疗痰瘀互结证高血压病,可有效祛痰化瘀,通过降低 RAAS 活性,扩张血管,降低血液黏度、保护血管内皮功能,改善外周循环发生的脑部缺氧、缺血等情况^[113],从而降低血压,缓解症状。通窍活血汤具有活血化瘀、通窍活络的功效,用于治疗头痛、中风等。半夏白术天麻汤联合通窍活血汤治疗高血压病的 RCT 共 2 项^[114, 115],均为 ACEI 类对照研究。2 项研究(196 例)^[114, 115]显示试验组在降低 SBP、DBP 水平方面,疗效优于单纯降压西药组[SBP: MD=-9.83, 95%CI (-13.75, -5.91), $I^2=90\%$; DBP: MD=-6.45, 95%CI (-9.41, -3.48), $I^2=89\%$]。2 项研究(196 例)^[114, 115]显示试验组不良反应发生率低于单纯降压西药组[RR=0.28, 95%CI (0.13, 0.62), $I^2=0\%$],说明试验组具有较好的安全性。

(6) 镇肝息风汤是镇肝息风、滋阴潜阳的常用方剂,其降压作用可通过升高血清 Ca^{2+} 水平以稳定细胞膜,降低血清血管紧张素(Ang) II 水平和升高血清一氧化氮(NO)水平以降低血管张力^[116],还可通过调节胃肠激素、通过升高胃排空残留率和降低小肠推进比,调节胃肠动力降压,还可改善血管内皮功能、改善血管重构,调节血管内皮细胞的增殖、凋亡及基质成分合成,阻断 RAAS 系统、改善胰岛素抵抗等途径降低血压^[117]。镇肝息风汤治疗高血压病的 RCT 共 20 项^[118-137],5 项为 ACEI 类对照研究^[120, 125, 129, 132, 136],13 项为 CCB 类对照研究^[118, 119, 121, 123, 124, 126-128, 130, 131, 133, 134, 137],1 项为 ARB 类对照研究^[122],1 项未详细说明降压药类型^[135]。16 项研究(1574 例)^[118, 119, 121, 122, 124-132, 134, 135, 137]显示试验组在降低 SBP、DBP 水平方面,疗效优于单纯降压西药组[SBP: MD=-10.36, 95%CI (-13.17, -7.55), $I^2=96\%$; DBP: MD=-6.94, 95%CI (-8.80, -5.08), $I^2=96\%$],研究具有异质性。敏感性分析提示结果具有较好稳健性。14 项研究(1314 例)^[118-120, 122-125, 127, 128, 130, 131, 133, 136, 137]显示试验组在提高降压有效率方面,疗效优于单纯降压西药组[RR=1.17, 95%CI (1.12, 1.23), $I^2=31\%$]。4 项研究(376 例)^[124, 131, 134, 135]显示试验组在降低中医症状积分方面,疗效优于单纯降压西药组[MD=-6.50, 95%CI (-7.63, -5.37), $I^2=26\%$]。1 项研究(60 例)显示试验组在提高生活质量评分方面,疗效优于单纯降压西药组[MD=0.90, 95%CI (0.69, 1.11)]。

2 项研究（298 例）^[118, 132]显示试验组不良反应的发生率低于单纯降压西药组 [$RR=1.50$, $95\%CI(0.55, 4.11)$, $I^2=0\%$], 说明试验组具有较好的安全性。

（7）地黄饮子是滋阴补阳的常用方剂，可用于治疗高血压病阴阳两虚证，具有一定的血管内皮保护作用，可以改善微环境炎症，增加肠系膜上动脉乙酰胆碱依赖性舒张功能，通过降低动脉组织中 IL-1、IL-6 和 TNF- α 等炎症因子的 mRNA 表达水平^[138]等起到降压作用。地黄饮子治疗高血压病的 RCT 共 3 项（250 例）^[139-141]，均为 CCB 类对照研究。3 项研究（250 例）^[139-141]显示试验组在降低 SBP、DBP 水平方面，疗效优于单纯降压西药组[SBP: $MD=-6.98$, $95\%CI(-8.89, -5.06)$, $I^2=46\%$; DBP: $MD=-8.64$, $95\%CI(-11.83, -5.45)$, $I^2=88\%$], 结果具有异质性，敏感性分析结果提示结果具有稳健性。试验组在改善中医证候积分方面，疗效优于单纯降压西药组[$MD=-4.64$, $95\%CI(-5.35, -3.93)$, $I^2=0\%$]。

（8）六味地黄汤是补肾名方，也是治疗高血压病肾阴亏虚证的常用方剂，可以控制血压，改善眩晕，降低颈动脉内膜中层厚度（IMT），可能与调节脂代谢紊乱，改善血液流变学状态，缓解血栓前状态、凝血-纤溶系统功能异常、血管内皮损伤及氧化应激等从而降低血压有关。六味地黄汤治疗高血压病的 RCT 共 5 项^[142-146]，4 项为 CCB 类对照研究^[142-145]，1 项为 ACEI 类对照研究^[146]。4 项研究（299 例）^[142-145]显示试验组在降低 SBP、DBP 水平方面，疗效优于单纯降压西药组[SBP: $MD=-6.87$, $95\%CI(-9.99, -3.74)$, $I^2=71\%$; DBP: $MD=-5.09$, $95\%CI(-10.09, -0.08)$, $I^2=90\%$], 研究有一定的异质性。敏感性分析提示结果具有较好稳健性。4 项研究（299 例）^[142-145]显示试验组在降低中医症状积分方面，疗效优于单纯降压西药组[$MD=-3.04$, $95\%CI(-3.49, -2.60)$, $I^2=88\%$], 研究有一定的异质性。对中医证候积分进行敏感性分析，其中剔除一项研究^[142]后，结果显示，试验组（103 例）在降低中医症状积分方面，疗效优于单纯降压西药组[$MD=-5.84$, $95\%CI(-7.05, -4.64)$, $I^2=0\%$]。4 项研究（299 例）^[142-145]试验组在提高降压有效率方面，疗效优于单纯降压西药组[$RR=1.26$, $95\%CI(1.13, 1.41)$, $I^2=0\%$]。3 项研究（556 例）^[143, 145, 146]显示试验组在改善证候有效率方面，疗效优于单纯降压西药组[$RR=1.18$, $95\%CI(1.11, 1.25)$, $I^2=0\%$]。

推荐意见 5 对于高血压病肝阳上亢证，推荐降压西药联合使用松龄血脉康胶囊，可以提高降压有效率（1B），降低 SBP、DBP 水平（1B），降低中医证

候积分（2C），降低不良反应发生率（2C）；联合使用强力定眩片，可提高降压有效率（2B），降低 SBP、DBP 水平（2B），降低不良反应发生率（2C）；联合使用天麻钩藤颗粒可以提高降压有效率（1C），降低 SBP、DBP 水平（2C），降低 ET-1 含量（2B），降低不良反应发生率（2B）。

证据概要：根据纳入 30 篇高血压病肝阳上亢证 RCT 的《中成药治疗原发性高血压临床应用指南（2021）》^[147]，推荐联合使用松龄血脉康胶囊、天麻钩藤颗粒、强力定眩片。松龄血脉康胶囊适用于主要表现为头痛、眩晕兼见急躁易怒的患者，可用于治疗高血压病合并高脂血症、心悸、失眠的高血压病患者。天麻钩藤颗粒适用于主要表现为头痛、眩晕兼见耳鸣的患者，可用于治疗合并血管内皮损害的高血压病患者。强力定眩片适用于主要表现为头痛、眩晕兼见耳鸣、失眠的患者，可用于治疗合并高脂血症、动脉硬化的高血压病患者。

松龄血脉康胶囊的药物成份有鲜松叶、葛根和珍珠层粉，具有平肝潜阳，镇心安神的功效。用于治疗肝阳上亢所致的头痛，眩晕，急躁易怒，心悸，失眠；高血压病及原发性高脂血症见上述证候者。松龄血脉康胶囊的降压作用可能与减轻主动脉氧化应激损伤，抑制 ACE 活性、减少 Ang II 转化生成、减少醛固酮（ALD）分泌、抑制血管紧张素 1 型受体（AT1R）活性、多节点调节 RAAS^[148]，上调 PPAR γ mRNA 表达、蛋白合成，抑制 AT1RmRNA 表达、蛋白合成等机制相关^{[150][149]}。松龄血脉康胶囊联合降压西药治疗高血压病的 RCT 共有 25 项^[150-174]，其中 4 项为 ACEI 类对照研究^[150, 154, 160, 174]，10 项为 CCB 类对照研究^[151-153, 157, 159, 161, 164-166, 170]，11 项为 ARB 类对照研究^[155, 156, 158, 162, 163, 167-169, 171-173]。20 项研究（2460 例）^[151-153, 156-167, 169-173]显示试验组在降低 SBP、DBP 方面，疗效优于单纯降压西药组[SBP: $MD=-9.43$, 95%CI (-11.63,-7.23), $I^2=92\%$; DBP: $MD=-7.38$, 95%CI (-8.82,-5.93), $I^2=89\%$]，研究有一定的异质性，敏感性分析结果显示结果具有较好的稳健性。4 项研究（582 例）^[152, 153, 156, 173]显示试验组在降低中医证候积分方面，疗效优于单纯降压西药组[$MD=-2.14$, 95%CI (-4.08,-0.19), $I^2=95\%$]。18 项研究（1945 例）^[150, 151, 155, 157, 158, 160-164, 166-169, 171-174]显示试验组在提高降压有效率方面，疗效优于单纯降压西药组[$RR=1.14$, 95%CI (1.10,1.18), $I^2=17\%$]。8 项研究（1068 例）^[150, 154, 156, 157, 160, 162, 164, 171]显示试验组在降低不良反应发生率方面，疗效优于单纯降压西药组[$RR=0.93$, 95%CI (0.53,1.64), $I^2=0\%$]。

天麻钩藤颗粒的药物成份有天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、牛膝、杜仲、益母草、桑寄生、首乌藤、茯苓，具有平肝熄风，清热安神的功效。用于治疗肝阳上亢证所引起的头痛、眩晕耳鸣、眼花、震颤、失眠；高血压病见上述证候者。天麻钩藤颗粒能降低血浆内皮颗粒水平，改善肱动脉血流的血管扩张功能，从而降压^[175]。其降压机制与阻断 RAAS 系统、改善血管内皮功能、改善 NO 水平及镇静等多途径相关^[176]。天麻钩藤颗粒联合降压西药治疗高血压病的 RCT 共有 19 项^[177-195]，其中 4 项为 ACEI 类对照研究^[181, 190, 192, 194]，11 项为 CCB 类对照研究^[177, 179, 180, 182, 183, 185, 187, 189, 191, 193, 195]，3 项为 ARB 类对照研究^[178, 184, 186]，1 项为 2 种降压西药联用^[188]。11 项研究（1241 例）^[177, 178, 182, 184, 185, 187, 188, 190, 192-194]显示试验组在降低 SBP、DBP 方面，疗效优于单纯降压西药组[SBP: $MD=-12.29$, 95%CI (-15.91,-8.66), $I^2=92\%$; DBP: $MD=-5.80$, 95%CI (-7.68,-3.93), $I^2=88\%$]，研究有一定的异质性，敏感性分析结果提示结果具有较好稳健性。16 项研究（1652 例）^[177, 179-189, 191-193, 195]显示试验组在提高降压有效率方面，疗效优于单纯降压西药组[$RR=1.21$, 95%CI (1.16,1.26), $I^2=0\%$]。9 项研究（1070 例）^[180, 182-184, 186, 188, 190, 192, 193]显示试验组在降低不良反应发生率方面，疗效优于单纯降压西药组[$RR=0.45$, 95%CI (0.31,0.67), $I^2=47\%$]。5 项研究（553 例）^[177, 178, 180, 183, 187]显示试验组在降低 ET-1 含量方面，疗效优于单纯降压西药组[$MD=-14.67$, 95%CI (-17.40,-11.95), $I^2=89\%$]。

强力定眩片的药物成份有天麻、杜仲、野菊花、杜仲叶、川芎，具有降压、降脂、定眩的功效。用于治疗高血压病、动脉硬化、高脂血症及上述诸病引起的头痛、头晕、目眩、耳鸣、失眠等症。其降压作用的机制可能与调控 RAAS 系统、血管平滑肌收缩、氧化应激、钙离子通道等方式有关^[196]，还可通过扩张心脑血管的周围血管，增加供血，改善脑循环，或改善内耳微循环，增加内耳血流量，恢复前庭功能，从而改善高血压病眩晕症状^[197]。强力定眩片联合降压西药治疗高血压病的 RCT 共有 7 项^[198-204]，其中 4 项为 CCB 类对照研究^[201-204]，3 项为 ARB 类对照研究^[198-200]。5 项研究（806 例）^[199, 200, 202-204]显示试验组在降低 SBP、DBP 方面，疗效优于单纯降压西药组[SBP: $MD=-12.77$, 95%CI (-19.11,-6.43), $I^2=96\%$; DBP: $MD=-9.00$, 95%CI (-12.11,-5.88), $I^2=93\%$]，研究有一定的异质性。敏感性分析结果提示结果具有较好稳健性。7 项研究（966

例) [198-204]显示试验组在提高降压有效率方面, 疗效优于单纯降压西药组 [$RR=1.16$, $95\%CI(1.10,1.21)$, $I^2=0\%$]。4 项研究 (712 例) [198-200, 203]显示试验组在降低不良反应发生率方面, 疗效优于单纯降压西药组 [$RR=0.73$, $95\%CI(0.52,1.01)$, $I^2=0\%$]。

推荐意见 6 对于高血压病瘀血内阻证, 推荐降压西药联合使用心脉通胶囊, 可以降低 SBP 水平 (1B), 提高降压有效率 (2C), 降低 ET-1 含量 (2C), 降低不良反应发生率 (2B)。

证据概要: 心脉通胶囊的药物成份有当归、丹参、毛冬青、粉葛、牛膝、钩藤、槐米、三七、决明子和夏枯草, 具有活血化瘀、通脉养心的功效。用于治疗高血压病、高脂血症等。当归挥发油能减轻血管内皮细胞损伤, 改善血管内皮舒张和收缩功能平衡, 降低血压。丹参酮 II A 具有促进血液循环和缓解血管瘀滞作用, 对自发性高血压大鼠具有明显的降压作用, 其机制可能与抑制血管活性物质的表达和激活 NRF2 通路有关。心脉通胶囊联合降压西药治疗高血压病的 RCT 共有 11 项[205-215], 其中 5 项为 ACEI 类对照研究[207, 209-211, 214], 4 项为 CCB 类对照研究[205, 206, 208, 213], 2 项为 ARB 类对照研究[212, 215]。10 项研究 (1224 例) [205-212, 214, 215]显示试验组在降低 SBP、DBP 方面, 疗效优于单纯降压西药组[SBP: $MD=-13.01$, $95\%CI(-21.92,-4.11)$, $I^2=99\%$; DBP: $MD=-7.16$, $95\%CI(-9.59,-4.73)$, $I^2=95\%$], 研究有一定的异质性。敏感性分析提示结果稳定性较好。9 项研究 (1054 例) [206-209, 211-215]显示试验组在提高降压有效率方面, 疗效优于单纯降压西药组 [$RR=1.19$, $95\%CI(1.13,1.25)$, $I^2=0\%$]。5 项研究 (570 例) [205, 206, 212, 214, 215]显示试验组在降低不良反应发生率方面, 疗效优于单纯降压西药组 [$RR=0.35$, $95\%CI(0.19,0.66)$, $I^2=0\%$]。2 项研究 (308 例) [205, 207]显示试验组在降低 ET-1 含量 [$MD=-5.84$, $95\%CI(-7.47,-4.21)$, $I^2=0\%$]。

推荐意见 7 对于高血压病肝火亢盛、肝肾阴虚证, 推荐降压西药联合使用清肝降压胶囊, 可以降低 SBP、DBP 水平 (2C)。

证据概要: 根据纳入 5 篇高血压病肝火亢盛、肝肾阴虚证患者 RCT 的《中成药治疗原发性高血压临床应用指南 (2021)》[147], 推荐联合使用清肝降压胶囊。清肝降压胶囊的药物成份有制何首乌、夏枯草、槐花、桑寄生、丹参、葛根、泽泻、小蓟、远志和川牛膝, 具有清热平肝, 补益肝肾的功效。用于治疗高血压

病，肝火亢盛、肝肾阴虚证，症见眩晕、头痛、面红目赤、急躁易怒、口干口苦、腰膝酸软、心悸不寐、耳鸣健忘、便秘溲黄。清肝降压胶囊可以通过促进外周血管扩张，减轻外周血管阻力降低血压^[216]，其机制可能与改善体内同型半胱氨酸（Hcy）、血管内皮生长因子（VEGF）水平，降低氧化应激水平，减轻内皮细胞结构与功能受损，改善内皮细胞抗凝功能、血小板的黏附及聚集，改善血管通透性，调控血管发育及修复等相关^[217]。清肝降压胶囊联合降压西药治疗高血压病的 RCT 共有 2 项^[218, 219]，均为 CCB 类对照研究。2 项研究（280 例）显示试验组在降低 SBP、DBP 方面，疗效优于单纯降压西药组[SBP: $MD=-10.88$, 95% CI (-13.33,-8.44), $I^2=77\%$; DBP: $MD=-6.21$, 95% CI (-11.60,-0.83), $I^2=92\%$]，研究有一定的异质性。敏感性分析提示结果稳定性较好。

推荐意见 8 对于高血压病阴阳两虚证，偏肾阳虚患者，推荐降压西药联合使用右归丸，可以降低 SBP（2B）、DBP 水平（2C）；偏肾阴虚患者，推荐降压西药联合使用杞菊地黄丸，可以降低 SBP、DBP 水平（2C），提高降压有效率（2C）。

证据概要：右归丸的药物成份有熟地黄、附子、肉桂、山药、山茱萸、菟丝子、鹿角胶、枸杞子、当归、杜仲，具有温补肾阳、填精益髓的功效。国家中医药管理局医政司《高血压病中医临床路径及诊疗方案》推荐右归丸用于治疗高血压病属肾阳虚证者。右归丸的降压作用可能与附子中的甲乌头碱阻断 α 受体^[220]，扩张血管，杜仲促进 NO 释放，抑制钙离子内流、磷酸二酯酶及 AngII 的活性，拮抗 ET-1^[221]等多种途径相关。右归丸联合降压西药治疗高血压病的 RCT 共有 2 项^[222, 223]，其中 1 项^[223]为 CCB 类对照研究，1 项^[222]为利尿剂类对照研究。2 项研究（262 例）^[222, 223]显示试验组在降低 SBP、DBP 方面，疗效优于单纯降压西药组[SBP: $MD=-5.61$, 95% CI (-8.11, -3.11), $I^2=0\%$; DBP: $MD=-3.46$, 95% CI (-5.03,-1.88), $I^2=0\%$]。

杞菊地黄丸的药物成份有枸杞子、菊花、熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、牡丹皮、茯苓，具有滋肾养肝的功效。《高血压病中医临床路径及诊疗方案》推荐杞菊地黄丸用于治疗高血压病属肾阴虚证者。杞菊地黄丸的降压可能与牡丹皮中的丹皮酚抗动脉粥样硬化，枸杞子中的枸杞多糖抑制机体的应激反应，菊花中的菊花酚对心脏冠状动脉产生刺激，进而适当增加血流量，缓解总外周阻力等多途

径相关^[224]。杞菊地黄丸联合降压西药治疗高血压病的 RCT 共有 7 项^[224-230]，其中 5 项为 CCB 类对照研究^[224-226, 229, 230]，1 项为 ARB 类对照研究^[228]，1 项未列明降压药^[227]。2 项研究（156 例）^[225, 226]显示试验组可以降低 SBP、DBP 水平[SBP: $MD=-11.31$, 95% CI (-17.41, -5.21), $I^2=88\%$; DBP: $MD=-4.28$, 95% CI (-11.42, 2.86), $I^2=94\%$]。2 项研究（187 例）^[224, 230]显示试验组在降低 24h SBP、24h DBP 水平方面，疗效优于单纯降压西药组[24h SBP: $MD=-4.03$, 95% CI (-6.69, -1.37), $I^2=0\%$; 24h DBP: $MD=-4.80$, 95% CI (-7.52, -2.08), $I^2=0\%$]。7 项研究（751 例）^[224-230]显示试验组在提高降压有效率方面，疗效优于单纯降压西药组 [$RR=1.13$, 95% CI (1.07, 1.20), $I^2=0\%$]。

5.3.2 常规西药联合中成药治疗高血压病伴心血管危险因素

临床问题 5. 常规西药联合中成药治疗高血压病伴心血管危险因素，是否可以提高降压疗效、改善心血管病风险因素及临床症状？

推荐意见 9 对于高血压病合并血脂异常，证属气阴两虚、瘀阻脑络证患者，推荐降压、降脂西药联合使用灯盏生脉胶囊，可以降低 TC、TG、LDL-C，升高 HDL-C 水平（2C）。

证据概要：《中国高血压防治指南（2024 年修订版）》^[6]指出，心血管危险因素主要有糖耐量受损、血脂异常、腹型肥胖、早发心血管病家族史、同型半胱氨酸血症等。

灯盏生脉胶囊的药物成份有灯盏细辛、人参、五味子、麦冬，具有益气养阴、活血健脑的功效。用于气阴两虚、瘀阻脑络引起的胸痹心痛，中风后遗症，症见痴呆、健忘、手足麻木症；冠心病心绞痛，缺血性心脑血管疾病，高脂血症见上述证候者。灯盏生脉胶囊可以缓解高血压病大鼠大脑皮层的炎症反应，降低核因子（NF）- κ B、p65、IL-1 β 和 TNF- α 的蛋白表达水平^[231]。灯盏生脉胶囊中的活性成分灯盏乙素也可显著降低血压并减少高血压大鼠脑中活化的小胶质细胞和巨噬细胞的数量，减少 Toll 样受体 4、NF- κ B 蛋白的表达，为灯盏生脉胶囊在临床上的应用提供了实验依据^[232]。灯盏生脉胶囊的药物成份有灯盏细辛、人参、五味子、麦冬，具有益气养阴、活血健脑的功效。用于治疗高脂血症等。在降低 TG 方面，疗效优于单纯西药组 [$MD=-0.41$, 95% CI (-0.53, -0.30), $I^2=69\%$]，研

究有一定的异质性。进行敏感性分析，其中剔除一项研究^[233]，结果显示，试验组(102例)在降低TG方面，疗效优于单纯西药组[MD=-0.46, 95%CI(-0.54,-0.39), $I^2=0\%$]。在降低LDL-C和TC方面，疗效优于单纯西药组[LDL-C: MD=-0.52, 95%CI(-0.63,-0.41), $I^2=35\%$; TC: MD=-1.06, 95%CI(-1.24,-0.87), $I^2=32\%$]。在升高HDL-C方面，疗效优于单纯西药组[MD=0.31, 95%CI(0.23, 0.39), $I^2=83\%$]，研究有一定的异质性。进行敏感性分析，其中剔除一项研究^[234]，结果显示，试验组(71例)在升高HDL-C方面，疗效优于单纯降压西药组[HDL-C: MD=0.20, 95%CI(0.10,0.30), $I^2=0\%$]。

根据现有文献，高血压病合并部分心血管危险因素证据不足，故本指南仅提供高血压病合并血脂异常患者的用药推荐。

5.3.3 常规西药联合中成药治疗高血压病伴靶器官损害

临床问题 6. 常规西药联合中成药治疗高血压病伴靶器官损害，是否可以提高降压疗效、改善靶器官损害及临床症状？

推荐意见 10 对于高血压病伴心肌肥厚，证属气滞血瘀患者，推荐降压西药联合心可舒胶囊治疗，可以降低SBP、DBP水平(2C)，降低左室舒张末期内径(LVDD)、左室后壁厚度(LVPWT)、左心室重量指数(LVMI)(2C)，升高左室舒张早期充盈峰(E)、降低左室舒张晚期充盈峰(A)、并升高E/A(2C)，降低血浆醛固酮(ALD)、血管紧张素II(AngII)水平(2C)。

证据概要：心可舒胶囊的药物成份有丹参、葛根、三七、山楂、木香，具有活血化瘀、行气止痛的功效。用于治疗冠心病气滞血瘀证引起的胸闷、心绞痛、高血压病，头晕、头痛、颈项疼痛及心律失常、高血脂等症。研究表明，心可舒胶囊能显著降低高血压病左心室肥厚患者的血压水平，可能通过调节RAAS系统血浆激素及AngII水平，逆转左心室肥厚，改善患者左心室功能^[235, 236]。心可舒胶囊联合西药治疗高血压病伴心肌肥厚的RCT共有4项^[235-238]，均为ARB类对照研究。4项研究(379例)显示试验组在降低SBP、DBP方面，疗效优于单纯西药组[SBP: MD=-13.96, 95%CI(-22.90,-5.02), $I^2=95\%$; DBP: MD=-10.51, 95%CI(-16.54,-4.48), $I^2=95\%$]，研究有一定的异质性。对SBP数据进行敏感性分析，其中剔除一项研究^[238]，结果显示，试验组(140例)在降低SBP方面，疗效优于单纯西药组[MD=-9.95, 95%CI(-14.46,-5.44), $I^2=72\%$]。对DBP数

据进行敏感性分析，其中剔除一项研究^[235]，结果显示，试验组（141 例）在降低 DBP 方面，疗效优于单纯西药组 $[MD=-12.83, 95\%CI(-17.32, -8.35), I^2=87\%]$ 。3 项研究（279 例）^[235-237]在降低 LVPWT、LVMI 方面，疗效优于单纯西药组 $[LVPWT: MD=-1.18, 95\%CI(-1.40, -0.90), I^2=0\%; LVMI: MD=-5.54, 95\%CI(-7.26, -3.81), I^2=0\%]$ 。4 项研究（379 例）在降低 LVDD 方面，疗效优于单纯西药组 $[MD=-2.28, 95\%CI(-2.95, -1.61), I^2=0\%]$ 。2 项研究（201 例）^[235, 236]显示试验组在升高左室舒张早期充盈峰、降低左室舒张晚期充盈峰、并升高 E/A，降低 ALD、AngII 水平方面有优势，疗效优于单纯西药组 $[E: MD=6.53, 95\%CI(5.08, 7.98), I^2=45\%; A: MD=-9.63, 95\%CI(-10.71, -8.55), I^2=39\%; E/A: MD=0.23, 95\%CI(0.18, 0.28), I^2=30\%; ALD: MD=-17.83, 95\%CI(-20.52, -15.15), I^2=0\%; AngII: MD=-7.37, 95\%CI(-9.83, -4.90), I^2=0\%]$ 。

推荐意见 11 对于高血压病伴心肌肥厚，证属血脉瘀滞患者，推荐降压西药联合心脑血管舒通胶囊，可以降低 SBP、DBP 水平（2B）。

证据概要：心脑血管舒通胶囊的药物成份主要为蒺藜，具有活血化瘀、舒利血脉的功效。用于治疗胸痹心痛和动脉硬化等心脑血管缺血性疾病，以及各种高粘血症，证属血脉瘀滞者。有研究发现对高血压左室肥厚心肌缺血患者加用心脑血管舒通胶囊治疗能有效降低血压，改善心功能和心肌缺血，可能与调节基质金属蛋白酶抑制剂（TIMP）-1、基质金属蛋白酶（MMP）-9 水平有关^[239, 240]。心脑血管舒通胶囊联合西药治疗高血压病伴心肌肥厚的 RCT 共有 2 项^[239, 240]，2 项均为 ARB 类对照研究。2 项研究（197 例）显示试验组在降低 SBP、DBP 方面，疗效优于单纯西药组 $[SBP: MD=-15.76, 95\%CI(-21.65, -9.06), I^2=84\%; DBP: MD=-9.55, 95\%CI(-14.35, -4.76), I^2=87\%]$ ，研究有一定的异质性。

推荐意见 12 对于高血压病伴早期肾损害，证属肾阴亏虚患者，推荐降压西药联合六味地黄丸治疗，可以降低 SBP、DBP 水平（2C），改善尿微量白蛋白（ALB）（2B）、尿 β_2 微球蛋白（ β_2 -MG）（2C）、血尿素氮（BUN）（2B）以及血肌酐（Scr）水平（2C）。

证据概要：六味地黄丸的药物成份有熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、牡丹皮和茯苓，具有滋阴补肾的功效。用于治疗肾阴亏虚证，症见头晕耳鸣，腰膝酸软，骨蒸潮热，盗汗遗精者。六味地黄丸与西药联用治疗高血压病伴早期肾损害，可

降低血压并改善早期肾损害，可能与降低超敏 C 反应（hs-CRP）、TNF- α 、IL-6 等炎症因子有关^[241]。六味地黄丸联合西药治疗高血压病伴早期肾损害的 RCT 共有 8 项^[241-248]，其中 2 项^[242, 243]为 ACEI 类对照研究，4 项^[241, 246-248]为 ARB 类对照研究，2 项^[244, 245]为 CCB 类对照研究。5 项研究（882 例）^[241, 243-245, 247]显示试验组在降低 SBP、DBP 方面，疗效优于单纯西药组[SBP: $MD=-11.25$, 95% CI (-15.58, -6.92), $I^2=98\%$; DBP: $MD=-7.00$, 95% CI (-8.72, -5.27), $I^2=76\%$]，研究有一定的异质性。进行敏感性分析，其中剔除一项研究^[247]后，结果显示，试验组（403 例）在降低 SBP、DBP 方面，疗效优于单纯西药组[SBP: $MD=-9.00$, 95% CI (-11.07, -6.92), $I^2=87\%$; DBP: $MD=-6.30$, 95% CI (-7.68, -4.92), $I^2=51\%$]。5 项研究（943 例）^[242-244, 247, 248]显示试验组能改善 ALB 水平[$MD=-18.13$, 95% CI (-25.96, -10.90), $I^2=97\%$]，研究有一定的异质性。进行敏感性分析，其中剔除一项研究^[247]后，结果显示，试验组（462 例）在降低 ALB 水平方面，疗效优于单纯西药组[$MD=-20.77$, 95% CI (-26.41, -15.12), $I^2=88\%$]。2 项研究（102 例）^[245, 247]显示试验组能降低尿 β_2 -MG 水平[$MD=-82.66$, 95% CI (-244.57, 79.26), $I^2=100\%$]。4 项研究（883 例）^[242-244, 247]显示试验组能降低 BUN 水平[$MD=-2.22$, 95% CI (-2.69, -1.74), $I^2=96\%$]，研究有一定的异质性。进行敏感性分析，其中剔除一项研究^[243]后，结果显示，试验组（379 例）在降低 BUN 水平方面，疗效优于单纯西药组[$MD=-1.95$, 95% CI (-2.09, -1.82), $I^2=39\%$]。3 项研究（325 例）^[242, 243, 245]显示试验组能改善 Scr 水平[$MD=-19.38$, 95% CI (-29.18, -9.57), $I^2=96\%$]，研究有一定的异质性。进行敏感性分析，其中剔除一项研究^[243]后，结果显示，试验组（97 例）在降低 Scr 水平方面，疗效优于单纯西药组[$MD=-14.88$, 95% CI (-20.56, -9.20), $I^2=83\%$]。

推荐意见 13 对于高血压病伴颈动脉硬化，证属气滞血瘀患者，推荐降压西药联合血府逐瘀胶囊，可以降低 SBP、DBP 水平（2C），改善颈动脉内膜中层厚度（IMT）（2C）。

证据概要：血府逐瘀胶囊的药物成份有桃仁、红花、赤芍、川芎、枳壳、柴胡、桔梗、当归、地黄、牛膝和甘草，具有活血祛瘀、行气止痛的功效。用于治疗气滞血瘀证，症见胸痛或头痛，内热瞋闷，失眠多梦，心悸怔忡，急躁善怒。与降压西药联用，可降低血压，改善颈动脉血管的颈动脉内膜中层厚度，降低血

脂^[249],还可以有效改善患者血管内皮功能,可能与下调血清尿酸(UA)、hs-CRP、ET、IL-6、TNF- α 水平,同时增加一氧化氮(NO)含量有关^[94]。血府逐瘀胶囊联合西药治疗高血压病伴颈动脉硬化的RCT共有2项^[249,250],其中1项^[249]为CCB类对照研究,1项^[250]为ARB类对照研究。2项研究(155例)^[249,250]显示试验组在降低SBP、DBP方面,疗效优于单纯西药组[SBP: $MD=-7.74$, 95% CI (-17.42, 1.94), $I^2=80\%$; DBP: $MD=-4.77$, 95% CI (-12.02, 2.50), $I^2=86\%$]。2项研究(155例)^[249,250]显示试验组能够改善患者的IMT[$MD=-0.06$, 95% CI (-0.10, -0.02), $I^2=0\%$]。

5.3.4 常规西药联合中成药治疗高血压病伴发心脑血管疾病

临床问题 7. 常规西药联合中成药治疗高血压病伴发心脑血管疾病等, 是否可以提高降压疗效、改善合并症指标及临床症状?

推荐意见 14 对于高血压病合并冠心病, 证属心气虚乏、血瘀络阻患者, 推荐使用通心络胶囊联合常规降压、降脂西药治疗, 可以降低 SBP、DBP 水平(2B), 改善心功能(2B), 降低 TC、TG 水平(2B)。

证据概要: 通心络胶囊的药物成份有人参、水蛭、全蝎、赤芍、蝉蜕、土鳖虫、蜈蚣、檀香、降香、制乳香、炒酸枣仁、冰片, 具有益气活血、通络止痛的功效。用于治疗冠心病心绞痛等。通心络胶囊联合常规降压、降脂西药治疗高血压病合并冠心病, 可降低 NT-proBNP、降低血脂、减轻心功能损伤^[251, 252], 可能与提高 NO, 降低 ET-1^[253]、TNF- α 、IL-6, 改善内皮功能相关^[254]。通心络胶囊联合常规降压、降脂西药治疗高血压病合并冠心病的 RCT 共 11 篇^[251-253, 255-262], 其中 6 项^[96, 98-100, 104, 105]为 ACEI 类对照研究, 1 项^[103]为利尿剂类对照研究, 3 项^[97, 101, 106]为他汀类降脂药对照研究, 1 项^[102]为 CCB 类联合他汀类降脂药对照研究。7 项研究(720 例)^[251, 253, 255-258, 260]显示试验组在降低 SBP、DBP 方面, 疗效优于单纯西药组[SBP: $MD=-12.10$, 95% CI (-13.55, -10.65), $I^2=85\%$; DBP: $MD=-8.20$, 95% CI (-9.12, -7.28), $I^2=89\%$], 研究有一定的异质性。进行敏感性分析, 其中剔除一项研究^[260], 结果显示, 试验组(310 例)在降低 SBP、DBP 方面, 疗效优于单纯西药组[SBP: $MD=-10.31$, 95% CI (-13.76, -6.86), $I^2=76\%$; DBP: $MD=-5.95$, 95% CI (-7.05, -4.84), $I^2=0\%$]。4 项研究(430 例)^[258, 259, 261],

^{262]}显示试验组在改善心功能方面,疗效优于单纯西药组[RR=1.41, 95%CI (1.23, 1.61), $I^2=0\%$]。9 项研究 (920 例) [^{251, 253, 255-259, 261, 262]}显示试验组在降低 TC 方面,疗效优于单纯西药组[MD=-1.35, 95%CI (-1.64, -1.07), $I^2=76\%$], 研究有一定的异质性。进行敏感性分析, 其中剔除一项研究^[256], 结果显示, 试验组 (396 例) 在降低 TC 水平方面, 疗效优于单纯降压西药组[MD=-1.43, 95%CI (-1.72, -1.14), $I^2=63\%$]。8 项研究 (860 例) [^{251, 253, 256-259, 261, 262]}显示试验组在降低 TG 方面, 疗效优于单纯西药组[MD=-0.44, 95%CI (-0.54, -0.34), $I^2=82\%$], 研究有一定的异质性。进行敏感性分析, 其中剔除一项研究^[258], 结果显示, 试验组 (365 例) 在降低 TG 方面, 疗效优于单纯降压西药组[MD=-0.40, 95%CI (-0.49, -0.31), $I^2=75\%$]。

推荐意见 15 对于高血压病合并冠心病, 证属气滞血瘀患者, 推荐使用麝香保心丸联合常规降压、降脂西药治疗, 可以降低 SBP (2D)、DBP 水平 (2B), 减少心绞痛的发生次数 (2C), 改善血清 NO 水平 (2C)。

证据概要: 麝香保心丸的药物成份有麝香、人参、牛黄、肉桂、苏合香、蟾酥、冰片, 具有芳香温通、益气强心的功效。用于治疗胸痹, 症见心前区疼痛、固定不移, 心肌缺血所致的心绞痛、心肌梗死者。需注意孕妇及对本品过敏者禁用。麝香保心丸与降压西药联用, 可降低血压, 减少冠心病的心绞痛次数、缩短持续时间, 降低 Hcy、CRP、升高血清 NO, 保护血管内皮细胞^[263, 264]。麝香保心丸联合常规降压、降脂西药治疗高血压病合并冠心病的 RCT 共有 13 项^[265-277], 其中 1 项^[265]为 ACEI 类对照研究, 3 项^[266-268]为 CCB 类对照研究, 7 项^[270-276]为 CCB 类联合他汀类降脂药对照研究, 2 项^[269, 277]为常规西药对照研究。6 项研究 (571 例) [^{265, 267-269, 272, 276]}显示试验组在降低 SBP、DBP 方面, 疗效优于单纯西药组[SBP: MD=-11.85, 95%CI (-18.70, -5.01), $I^2=98\%$; DBP: MD=-8.08, 95%CI (-11.12, -5.03), $I^2=94\%$], 研究有一定的异质性。进行敏感性分析, 显示结果具有较好稳健性。3 项研究 (280 例) [^{265, 272, 275]}显示试验组在减少心绞痛发生次数方面, 疗效优于单纯西药组[MD=-0.96, 95%CI (-1.13, -0.79), $I^2=81\%$], 研究有一定的异质性。进行敏感性分析, 其中剔除一项研究^[265], 结果显示, 试验组 (105 例) 在减少心绞痛发生次数方面, 疗效优于单纯西药组[MD=-1.02, 95%CI (-1.12, -0.92), $I^2=11\%$]。3 项研究 (257 例) [^{265, 268, 275]}显示试验组在改善 NO

水平方面，疗效优于单纯西药组[MD=11.22, 95%CI (4.47, 17.96), $I^2=97\%$]，研究有一定的异质性。进行敏感性分析，其中剔除一项研究^[275]，结果显示，试验组（83 例）在改善 NO 水平方面，疗效优于单纯西药组[MD=13.82, 95%CI (12.46, 15.18), $I^2=39\%$]。

推荐意见 16 对于高血压病合并冠心病，证属脾虚痰瘀阻滞患者，推荐使用血脂康胶囊联合常规降压、降脂西药治疗，可以降低 SBP、DBP 水平（2B），提高临床疗效（2B），降低 TC 水平（1C）。

证据概要：血脂康胶囊的药物成份为红曲，具有除湿祛痰、活血化瘀、健脾消食的功效。用于治疗高脂血症，也可用于由高脂血症及动脉粥样硬化引起的心脑血管疾病的辅助治疗。一项 Meta 分析结果显示，血脂康胶囊联合阿托伐他汀钙片治疗高血压病合并冠心病，可显著降低总胆固醇及甘油三酯含量^[278]，可能与降低炎症因子，保护血管内皮功能等相关^[279]。血脂康胶囊联合常规降压、降脂西药治疗高血压病合并冠心病的 RCT 共有 13 项^[280-292]，其中 1 项^[284]为 CCB 类对照研究，6 项^[281-283, 285, 286, 289]为 CCB 类联合他汀类降脂药对照研究，2 项^[287, 288]为 ACEI 类联合 CCB 类对照研究，4 项^[280, 290-292]为他汀类降脂药对照研究。10 项研究（1248 例）^[280, 282-289, 291]显示试验组在降低 SBP、DBP 水平方面，疗效优于单纯西药组[SBP: MD=-11.02, 95%CI (-14.40, -7.64), $I^2=94\%$; DBP: MD=-9.63, 95%CI (-12.39, -6.86), $I^2=95\%$]，研究有一定的异质性。进行敏感性分析，其中剔除一项研究^[287]，结果显示，试验组（525 例）在降低 SBP、DBP 方面，疗效优于单纯西药组[SBP: MD=-10.17, 95%CI (-11.41, -8.93), $I^2=38\%$; DBP: MD=-8.68, 95%CI (-9.69, -7.67), $I^2=49\%$]。6 项研究（866 例）^[281-283, 285, 286, 289]显示试验组在提高临床疗效方面，优于单纯西药组[RR=1.29, 95%CI (1.21, 1.37), $I^2=0\%$]。9 项研究（1036 例）^[282, 285-292]显示试验组在降低 TC 水平方面，疗效优于单纯西药组[MD=-0.77, 95%CI (-0.85, -0.70), $I^2=0\%$]。

推荐意见 17 对于高血压病合并心力衰竭，证属阳气虚乏、络瘀水停患者，推荐使用芪苈强心胶囊联合常规降压、抗心衰西药治疗，可以改善 NYHA 心功能等级（1B），降低 LVDD（1B）。

证据概要：芪苈强心胶囊的药物成份有黄芪、人参、附子、丹参、葶苈子、泽泻、玉竹、桂枝、红花、香加皮和陈皮，具有益气温阳、活血通络、利水消肿

的功效。用于治疗冠心病、高血压病所致轻、中度充血性心力衰竭等。芪苈强心胶囊与降压、抗心衰西药联用，可改善心功能，可能与芪苈强心胶囊阻断神经内分泌的过度激活、拮抗炎症反应，降低醛固酮水平，稳定线粒体结构，改善线粒体功能，增加心肌 ATP 含量等有关^[293-295]，还可能与降低脑钠肽（BNP）、hs-cTnT 和 AngII 浓度，降低 hs-CRP、IL-6 和 D-二聚体含量有关^[296]。芪苈强心胶囊联合西药治疗高血压病合并心力衰竭的 RCT 共有 4 项^[297-300]，其中 1 项^[298]为降压、抗心律失常类西药对照研究，3 项^[297, 299, 300]为抗心衰类西药对照研究。4 项研究（336 例）显示试验组在改善心功能方面，疗效优于单纯西药组 $[RR=1.20, 95\%CI (1.09, 1.32), I^2=0\%]$ 。2 项研究（176 例）^[298, 300]显示试验组在降低 LVDD 水平方面，疗效优于单纯西药组 $[MD=-4.44, 95\%CI (-5.67, -3.21), I^2=9\%]$ 。

5.3.5 常规西药联合中成药治疗难治性高血压高血压

临床问题 8. 常规西药降压基础上，联合中成药治疗难治性高血压，是否可以提高降压疗效，改善临床症状？

推荐意见 18 中成药干预难治性高血压的文献较少，缺少高等级证据支持，本指南暂未给出明确推荐意见。

表 6 西药联合中成药或经典名方治疗高血压病适应证

疾病	证类	经典名方/中成药	推荐意见及强度	西药
高血压病	肝阳上亢证	天麻钩藤饮	降低 SBP、DBP（1B），提高降压有效率（1B），降低中医症状积分（1B），降低不良反应发生率（2C）	降压西药
		松龄血脉康胶囊	提高降压有效率（1B），降低 SBP、DBP 水平（1B），降低中医证候积分（2C），降低不良反应发生率（2C）	
		天麻钩藤颗粒	提高降压有效率（1C），降低 SBP、DBP 水平（2C），降低 ET-1 含量（2B），降低不良反应发生率（2B）	
		强力定眩片	提高降压有效率（2B），降低 SBP、DBP 水平（2B），降低不良反应发生率（2C）	
	痰湿壅盛证	半夏白术天麻汤	降低 SBP、DBP（1D），提高降压有效率（1C），降低中医证候积分（1C），降低不良反应发生率（2C）	
		温胆汤	降低 SBP、DBP（2B），提高降压有效率（2B）	
	瘀血内阻证	血府逐瘀汤	降低 SBP、DBP（2D），提高降压有效率（2C）	
		心脉通胶囊	降低 SBP 水平（1B），提高降压有效率（2C），降低 ET-1 含量（2C），降低不良反应发生率（2B）	
	痰瘀互结证	半夏白术天麻汤	降低 SBP、DBP（1C），降低不良反应发生率（2C）	
		合通窍活血汤	降低 SBP、DBP（1B），提高降压有效率（1B），降低中医症状积分（1B），提高生活质量评分（1D），降低不良反应发生率（2C）	
阴	阴虚阳亢证	镇肝息风汤	降低 SBP、DBP（1B），提高降压有效率（1B），降低中医症状积分（1B），提高生活质量评分（1D），降低不良反应发生率（2C）	
		地黄饮子	降低 SBP、DBP（1C），降低中医证候积分（2C）	
	阴阳两虚证			

		阳 两 虚 证	偏肾阳虚	右归丸	降低 SBP 水平（2B）、DBP 水平（2C）	
			偏肾阴虚	六味地黄汤	降低 SBP、DBP（1C），降低中医症状积分（2C），提高降压有效率（1B），改善证候有效率（1B）	
				杞菊地黄丸	降低 SBP、DBP 水平（2C），提高降压有效率（2C）	
			肝火亢盛、肝肾阴虚证	清肝降压胶囊	降低 SBP、DBP 水平（2C）	
高血压病伴心 血管危险因素	高血压病合 并血脂异常		气阴两虚、瘀阻脑络证	灯盏生脉胶囊	降低 TC、TG、LDL-C，升高 HDL-C 水平（2C）	降压、降脂西药
高血压病伴靶 器官损害	高血压病伴 心肌肥厚		气阴两虚、心络瘀阻证	心可舒胶囊	降低 SBP、DBP 水平（2C），降低 LVDD、LVPWT、LVMI（2C），升高 E、降低 A、并升高 E/A（2C），降低 ALD、AngII 水平（2C）	降压西药
			血脉瘀滞证	心脑舒通胶囊	降低 SBP、DBP 水平（2B）	
	高血压病伴 早期肾损害		肾阴亏虚证	六味地黄丸	降低 SBP、DBP 水平（2C），改善尿微量 ALB（2B）、 β_2 -MG（2C）、BUN（2B）以及 Scr 水平（2C）	
	高血压病伴 颈动脉硬化		气滞血瘀证	血府逐瘀胶囊	降低 SBP、DBP 水平（2C），改善 IMT（2C）	
高血压病伴发 心脑血管疾病	高血压病 合并冠心病		心气虚乏、血瘀络阻证	通心络胶囊	SBP、DBP 水平（2B），改善心功能（2B），降低 TC、TG 水平（2B）	降压、降脂西药
			气滞血瘀证	麝香保心丸	降低 SBP（2D）、DBP 水平（2B），减少心绞痛的发生次数（2C），改善血清 NO 水平（2C）	
			脾虚痰瘀阻滞证	血脂康胶囊	降低 SBP、DBP 水平（2B），提高临床疗效（2B），降低 TC 水平（1C）	

高血压病合并心力衰竭	阳气虚乏、络瘀水停证	芪苈强心胶囊	改善 NYHA 心功能等级（1B），降低 LVDD（1B）	降压、抗心衰西药
注：SBP：收缩压；DBP：舒张压；ET-1：内皮素-1；TC：总胆固醇；TG：甘油三酯；LDL-C：低密度脂蛋白胆固醇；HDL-C：高密度脂蛋白胆固醇；LVDD：左室舒张末期内径；LVPWT：左室后壁厚度；LVMI：左心室重量指数；E：左室舒张早期充盈峰；A：左室舒张晚期充盈峰；ALD：血浆醛固酮；Ang II：血管紧张素 II；ALB：白蛋白；β2-MG：β2 微球蛋白；BUN：尿素氮；Scr：血肌酐；IMT：颈动脉内膜中层厚度；NO：一氧化氮				

6 诊疗流程图

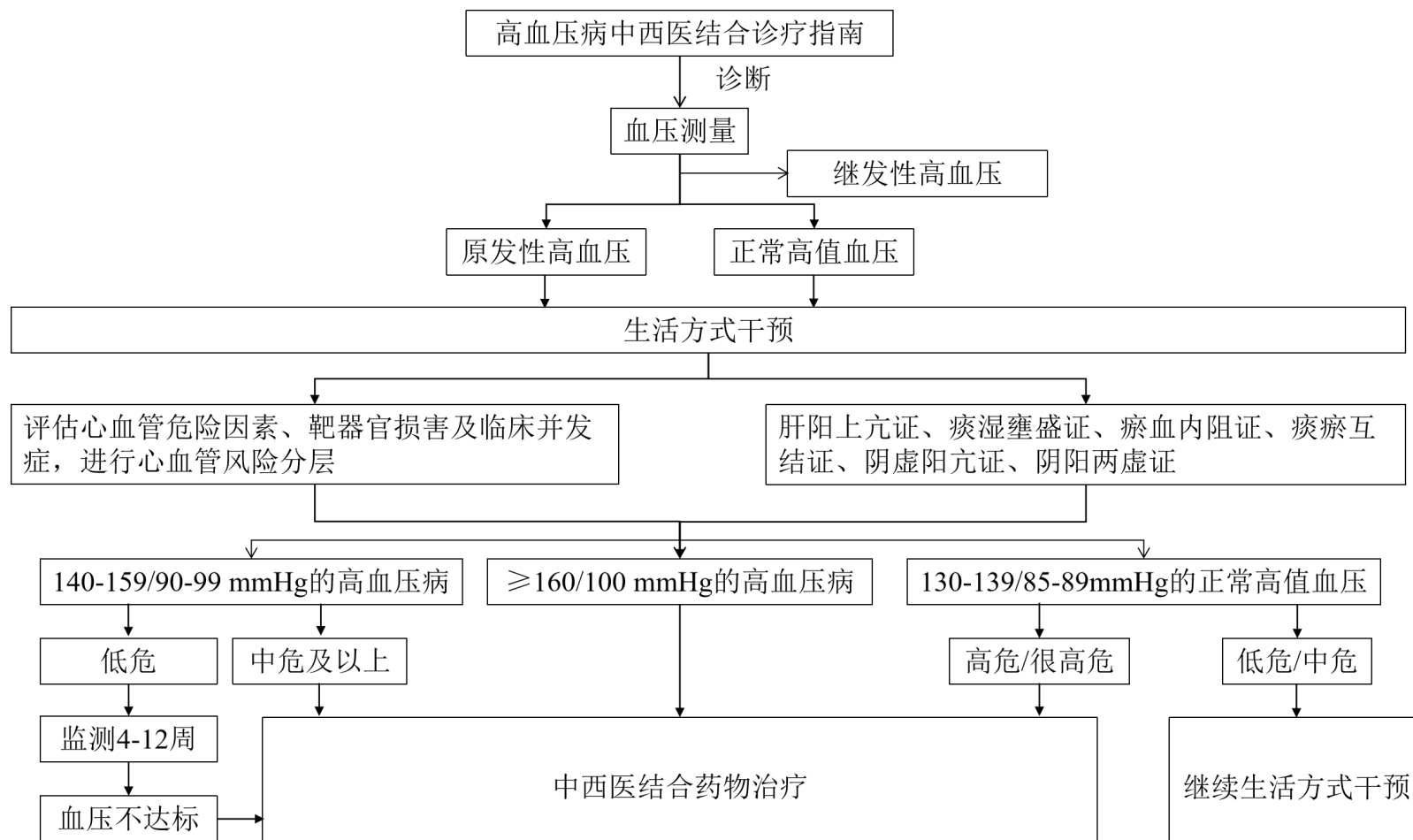


图 4 诊疗流程图

附录 A

(资料性)

编制方法

A.1 编制依据及原则

(1) 本指南依据《中医(中西医结合)临床实践指南制修订方法》以及《中华中医药学会中医指南技术方案》编制要求进行编制。

(2) 本指南以 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》为指导原则。指南的方法学质量评价采用 AGREE II 工具；系统评价/Meta 分析方法学质量评价采用 AMSTAR 评估量表；随机对照试验(RCT) 方法学质量采用 Cochrane 偏倚风险评价手册中的 ROB2 量表进行评价；证据质量评价和分级采用 GRADE。

A.2 编制过程

A.2.1 主要工作流程

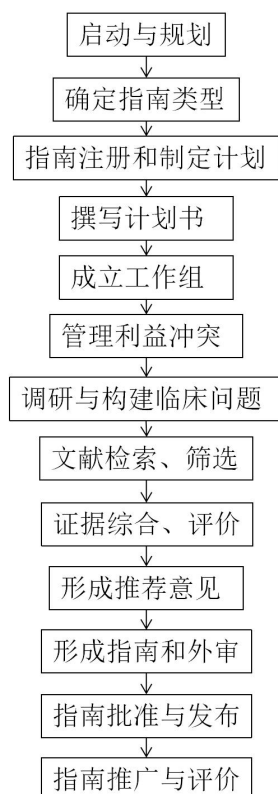


图 A.1 工作流程图

A.2.1.1 指南注册及立项

2021 年 12 月由韩学杰主任、徐凤芹主任、孙宁玲主任作为牵头专家向中国

中西医结合学会申请团体标准立项，并于 2022 年 6 月在国际实践指南注册平台完成注册（注册号：IPGRP-2022CN341）。

A. 2. 1. 2 成立指南起草组

指南起草组共有 13 位专家，包括中医学专家 5 位，西医学专家 2 位，中西医结合专家 5 位，方法学专家 1 位。

A. 2. 1. 3 管理利益冲突

指南制订成员填写《高血压病中西医结合诊疗指南》利益冲突声明表。若不存在利益冲突，则允许全程参与，若存在利益冲突，则需根据情节判定参与程度。

A. 2. 1. 4 调研与构建临床问题

本指南通过以下几种方法收集遴选并确定临床问题：（1）回顾现有的高血压病诊疗指南/专家共识，分析现有指南/专家共识所关注的临床问题及其推荐意见，形成现有指南/专家共识的临床问题清单；（2）征集专家对临床问题的意见或建议，进行临床问题的遴选，并根据 PICO 原则对纳入的临床问题进行逻辑构建，形成关注的临床问题清单。

整理收集到的临床问题，向指南制定小组专家收集意见，选出 17 个临床问题，后期通过组织会议审核讨论，确定本指南拟解决的临床问题 9 个。

A. 2. 1. 5 文献检索、筛选

（1）检索证据

计算机检索中国知网（CNKI）、万方数据知识服务平台（WF）、维普中文期刊服务平台（VIP）、中国生物医学文献服务系统（SinoMed）、Cochrance Library、Embase、PubMed 等中英文数据库。

检索式为（主题=高血压+原发性高血压）AND（主题=中西医+中成药+胶囊+片+散+丸+膏+丹+滴丸+颗粒+口服液），检索时间：建库-2022 年 7 月 31 日，并含同义词扩展。

在以上检索基础上，根据已有指南及教科书推荐的治疗高血压病经典名方进行证据检索。

（2）筛选证据

在文献筛选过程中，有近两年内发表的系统评价/Meta 分析优先选择，若没有则选用随机临床对照试验（RCT）。

纳入标准：

- ①干预人群为高血压病患者，包括高血压病导致的脏器损害及合并症患者，如高血压病头痛、高血压病眩晕、高血压病早期肾损害、高血压病左室肥大等；
- ②干预措施为中成药或经典名方与西药联用，对照措施为单纯西药治疗；
- ③研究类型为系统评价/Meta 分析、RCT；
- ④同一作者同一时期对同一联用方案进行研究的文献，取论述更加全面或疗效更确切的文献。

排除标准：

- ①高血压病合并严重疾病者，如急性心肌梗死、脑梗死、主动脉夹层等；
- ②特殊类型高血压病患者，如妊娠期高血压病、更年期高血压病、H 型高血压病等；
- ③使用中文、英文之外语言发表的文献；
- ④不能获取全文，或信息不全；
- ⑤未按药品说明书使用药物；
- ⑥关于中成药或经典名方使用的 RCT < 2 篇。

A. 2. 1. 6 综合与评价证据

(1) 综合证据

两位项目组成员独立对纳入的文献进行质量评价，如有分歧由第三人进行决策。纳入的 RCT 文献通过创建的数据提取表进行数据提取、证据合成；纳入的系统评价/Meta 分析结果，若为两年内新发表文章，可作为指南的证据。证据合成使用 Review Manager 5.4 软件，证据等级分级使用 GRADEpro 平台。

(2) 证据评价

基于文献研究，工作组将高血压病划分为 6 种证类类型，该调查问卷针对此 6 种证类类型向专家征求意见。根据 GRADE 推荐强度分级，将专家推荐意见分为：强推荐、弱推荐两种。

表 A.1 GRADE 证据质量的描述

证据质量分级	具体描述
高（A）	非常有把握观察值接近真实值
中（B）	对观察值有中等把握：观察值有可能接近真实值，也有可能差别很大
低（C）	对观察值的把握有限：观察值可能与真实值有很大差别
极低（D）	对观察值几乎没有把握：观察值与真实值可能有极大差别

表 A.2 推荐强度分级及含义

推荐强度	含义	决策者		
		政策制定者	临床医生	患者
强推荐	明确显示干预措施利大于弊或弊大于利	该推荐方案一般会被直接采纳到政策制定中去	应对几乎所有患者都推荐该方案；此时若未给予推荐，则应说明	几乎所有患者均会接受所推荐的方案；此时若未接受推荐，则应说明
	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当	制定政策时需要充分讨论，并需要众多利益相关者参与	应该认识到不同患者有各自合适的选择，帮助每个患者做出体现偏好与价值观的决定	多数患者会采纳推荐方案，但仍有不少患者可能因不同的偏好与价值观而不采用

A.2.1.7 推荐意见形成与达成共识

指南证据评价小组根据研究类型和证据质量，整理归纳临床问题证据，形成证据概要表，结合经济成本和利弊平衡，形成初步的推荐意见和推荐依据。指南指导委员会专家通过德尔菲法达成推荐意见共识。

A.2.1.8 形成指南与指南外审

执笔人撰写指南初稿，并将初稿交由专家进行审阅，针对修改意见对初稿进行讨论、修改和完善。

A.2.1.9 指南批准与发布

最终形成终稿，交由专家审核批准。批准通过后进行指南的发布。

A.2.1.10 指南推广、传播、实施与评价

指南发布后，将持续做好推广和传播工作，如在相关学术会议上介绍和传播；

在国内主要的指南注册网站、相关网络平台进行宣传 and 传播；组织全国各层级医疗机构中西、西医、中西医结合、心血管病以及相关领域的医护人员等进行指南培训等。

A. 2. 1. 11 指南更新

指南制订工作组成员将根据指南更新方法和流程更新指南的相关证据，保证指南的适用性。

附录 B
(资料性)
证据概要表

1.经典名方/中成药联合降压西药 compared to 降压西药治疗 for 高血压病肝阳上亢证患者

(1) 天麻钩藤饮

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对 (95% CI)	绝对	
收缩压											
17	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	684	671	-	MD=-10.02, 95%CI (-11.82,-8.22)	⊕⊕⊕O 中
舒张压											
17	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	684	671	-	MD=-5.88, 95%CI (-7.65,-4.11)	⊕⊕⊕O 中
降压有效率											
21	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	846/898 (94.2%)	675/881 (76.7%)	RR=1.23, 95%CI (1.18,1.28)	176 more per 1000 (from 138 more to 215 more)	⊕⊕⊕O 中
								74.7%		172 more per 1000 (from 134 more to 209 more)	
中医症状积分											
6	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	262	262	-	MD=-2.30, 95%CI (-2.92,-1.67)	⊕⊕⊕O 中
不良反应发生率											
12	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	严重 ²	未发现	17/501 (3.3%)	43/500 (8.6%)	RR=0.40, 95%CI (0.23,0.68)	52 fewer per 1000 (from 28 fewer to 66 fewer)	⊕⊕OO 低
								8.6%		52 fewer per 1000 (from 28 fewer to 66 fewer)	

¹ 偏倚风险降一级:部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不精确性降一级: 样本量相对较少而导致可信区间较宽, 影响精确性

(2) 松龄血脉康胶囊

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对 (95% CI)	绝对	
收缩压											
20	RCT	严重 ¹	无严重不	无严重	无严重不	未发	1224	1236	-	MD=-9.43, 95%CI	⊕⊕⊕○

			一致性	间接性	精确性	现				(-11.63, -7.23)	中
舒张压											
20	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	1224	1236	-	MD=-7.38, 95%CI (-8.82, -5.93)	⊕⊕⊕O 中
降压有效率											
18	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	严重 ²	未发现	899/980 (91.7%)	753/965 (78.0%)	RR=1.14, 95%CI (1.10, 1.18)	148 more per 1000 (from 124 more to 167 more)	⊕⊕⊕O 中
								78.8%		139 more per 1000 (from 116 more to 156 more)	
中医证候积分											
4	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	严重 ²	未发现	292	290	-	MD=-2.14, 95%CI (-4.08,-0.19)	⊕⊕OO 低
不良反应发生率											
8	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	23/538 (4.3%)	25/530 (4.7%)	RR=0.93, 95%CI (0.53,1.64)	4 fewer per 1000 (from 23 fewer to 28 more)	⊕⊕OO 低
								4.6%		4 fewer per 1000 (from 22 fewer to 28 more)	

¹ 偏倚风险降一级:部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不精确风险降一级: 样本量相对较少而导致可信区间较宽, 影响精确性

(3) 天麻钩藤颗粒

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对	
收缩压											
11	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	严重 ²	未发现	620	621	-	MD=-12.29, 95%CI (-15.91, -8.66)	⊕⊕OO 低
舒张压											
11	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	严重 ²	未发现	620	621	-	MD=-5.80, 95%CI (-7.68, -3.93)	⊕⊕OO 低
降压有效率											
16	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	严重 ²	未发现	749/828 (90.5%)	611/824 (74.2%)	RR=1.21, 95%CI (1.16, 1.26)	165 more per 1000 (from 138 more to 187 more)	⊕⊕OO 低
								74.8%		162 more per 1000 (from 135 more to 182 more)	
ET-1											
5	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	276	277		MD=-14.67, 95%CI (-17.67, -11.67)	⊕⊕⊕O

			一致性	间接性	精确性					(-17.40,-11.95)	中
不良反应发生率											
9	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	35/535 (6.5%)	87/535 (16.3%)	RR=0.45, 95%CI (0.31,0.67)	99 fewer per 1000 (from 69 lower to 120 fewer)	⊕⊕⊕○ 中
										110 fewer per 1000 (from 77 lower to 134 fewer)	

¹ 偏倚风险降一级:部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不精确风险降一级:样本量相对较少而导致可信区间较宽,影响精确性

(4) 强力定眩片

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对	
收缩压											
5	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	403	403	-	MD=-12.77, 95%CI (-19.11, -6.43)	⊕⊕⊕O 中
舒张压											
5	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	403	403	-	MD=-9.00, 95%CI (-12.11,-5.88)	⊕⊕⊕O 中
降压有效率											
7	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	453/483 (93.8%)	386/483 (79.9%)	RR=1.16, 95%CI (1.10,1.21)	140 more per 1000 (from 110 more to 161 more)	⊕⊕⊕O 中
								80%		140 more per 1000 (from 110 more to 160 more)	
不良反应发生率											
4	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	严重 ²	未发现	49/356 (13.8%)	68/356 (19.1%)	RR=0.73, 95%CI (0.52,1.01)	54 fewer per 1000 (from 97 fewer to 0 more)	⊕⊕OO 低
								11.9%		36 fewer per 1000 (from 63 fewer to 0 more)	

¹ 偏倚风险降一级:部分研究随机方法、分配隐藏、盲法报告不清楚

² 不精确风险降一级:样本量相对较少而导致可信区间较宽,影响精确性

2.经典名方/中成药联合降压西药 compared to 降压西药治疗 for 高血压病痰湿壅盛证患者

(1) 半夏白术天麻汤

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对	

收缩压											
21	RCT	严重 ¹	严重 ²	无明显 间接性	严重 ³	未发现	921	917	-	MD=-11.31， 95%CI （-14.49, -8.13）	⊕000 极低
舒张压											
21	RCT	严重 ¹	严重 ²	无明显 间接性	严重 ³	未发现	921	917	-	MD=-8.63, 95%CI（-9.90, -7.36）	⊕000 极低
降压有效率											
14	RCT	严重 ¹	无明显不 一致性	无明显 间接性	严重 ³	未发现	550/604 (91.1%)	428/577 (74.2%)	RR=1.23, 95%CI （1.16,1.29 ）	171 more per 1000 (from 119 more to 215 more)	⊕⊕00 低
								78.1%		180 more per 1000 (from 125 more to 226 more)	
不良反应发生率											
12	RCT	严重 ¹	无明显不 一致性	无明显 间接性	严重 ³	未发现	39/543 (7.2%)	68/539 (12.6%)	RR =0.57, 95%CI （0.39, 0.82）	54 fewer per 1000 (from 23 fewer to 77 fewer)	⊕⊕00 低
								9.3%		40 fewer per 1000 (from 17 fewer to 57 fewer)	
中医证候积分											
2	RCT	严重 ¹	严重 ³	无明显 间接性	严重 ³	未发现	146	146	-	MD=-4.33， 95%CI （-5.11,-3.56）	⊕⊕00 低

¹ 偏倚风险降两级：多数研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不一致性风险降一级：结果存在不一致性，且没有合理解释

³ 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

(2) 温胆汤

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对 (95% CI)	绝对	
收缩压											
6	RCT	严重 ¹	无明显 一致性	无明显 间接性	无严重不 精确性	未发现	246	244	-	MD=-7.07，95%CI (-9.29,-4.85)	⊕⊕⊕○ 中
舒张压											
6	RCT	严重 ¹	无明显 一致性	无明显 间接性	无严重不 精确性	未发现	243	243	-	MD=-7.00，95%CI (-8.89,-5.12)	⊕⊕⊕○ 中
降压有效率											

7	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	278/291 (95.5%)	238/289 (82.4%)	RR=1.16 , 95%CI (1.09,1.23)	132 more per 1000 (from 74 more to 189 more)	⊕⊕⊕O 中
								81.7%		131 more per 1000 (from 74 more to 188 more)	

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

3.经典名方/中成药联合降压西药 compared to 降压西药治疗 for 高血压病瘀血内阻证患者

(1) 血府逐瘀汤

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对	
收缩压											
9	RCT	严重 ¹	非常严重 ²	无严重间接性	严重 ³	未发现	329	327	-	MD=-8.88, 95%CI (-11.36,-6.40)	⊕○○○ 极低
舒张压											
9	RCT	严重 ¹	严重 ⁴	无严重间接性	严重 ³	未发现	329	327	-	MD=-5.28, 95%CI (-6.49,-4.07)	⊕○○○ 极低
降压有效率											
11	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	严重 ³	未发现	596/639 (93.3%)	507/636 (79.7%)	RR=1.17, 95%CI	136 more per 1000 (from 96 more to 175 more)	⊕⊕○○ 低
								80%	(1.12, 1.22)	136 more per 1000 (from 96 more to 176 more)	

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不一致性降二级：结果严重不一致，且没有合理解释

³ 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

⁴ 不一致性降一级：结果存在不一致性，且没有合理解释

(2) 心脉通胶囊

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对 (95% CI)	绝对	
收缩压											
10	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	612	612	-	MD=-13.01, 95%CI (-21.92, -4.11)	⊕⊕⊕O 中
舒张压											
10	RCT	严重 ¹	严重 ³	无明显间接性	严重 ²	未发现	612	612	-	MD=-7.16, 95%CI (-9.59, -4.73)	⊕OOO 极低
降压有效率											

9	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	489/527 (92.8%)	411/527 (78%)	RR=1.19, 95%CI (1.13, 1.25)	148 more per 1000 (from 117 more to 170 more)	⊕⊕⊕ 低
ET-1											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	154	154		MD=-5.84, 95%CI (-7.47,-4.21)	⊕⊕⊕ 低
不良反应发生率											
5	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	13/285 (4.6%)	39/285 (13.7%)	RR=0.35, 95%CI (0.19, 0.66)	91 fewer per 1000 (from 53 fewer to 112 fewer)	⊕⊕⊕⊕ 中
								13.8%		92 fewer per 1000 (from 53 fewer to 113 fewer)	

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

4.经典名方/中成药联合降压西药 compared to 降压西药治疗 for 高血压病痰瘀互结证患者

(1) 半夏白术天麻汤合通窍活血汤

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对(95% CI)	
收缩压											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	98	98	-	MD=-9.83, 95%CI (-13.75,-5.91)	⊕⊕⊕ 低
舒张压											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	98	98	-	MD=-6.45, 95%CI (-9.41,-3.48)	⊕⊕⊕ 低
不良反应发生率											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	7/98 (7.1%)	25/98 (25.5%)	RR=0.28, 95%CI (0.13,0.62)	194 fewer per 1000 (from 97 fewer to 222 fewer)	⊕⊕⊕ 低

								25.4%		183 fewer per 1000 (from 97 fewer to 221 fewer)	
--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	---	--

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

5.经典名方/中成药联合降压西药 compared to 降压西药治疗 for 高血压病阴虚阳亢证患者

(1) 镇肝息风汤

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对	
收缩压											
16	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	787	787	-	MD=-10.36, 95%CI (-13.17,-7.55)	⊕⊕⊕O 中
舒张压											
16	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	787	787	-	MD=-6.94, 95%CI (-8.80,-5.08)	⊕⊕⊕O 中
降压有效率											
14	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	619/663 (93.4%)	517/651 (79.4%)	RR=1.17, 95%CI (1.12,1.23)	135 more per 1000 (from 95 more to 183 more)	⊕⊕⊕O 中
								78.9%		134 more per 1000 (from 95 more to 181 more)	
中医症状积分											
4	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	无严重不精确性	未发现	188	188	-	MD=-6.50, 95%CI (-7.63,-5.37)	⊕⊕⊕O 中
生活质量评分											
1	RCT	非常严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	严重 ²	未发现	30	30	-	MD=0.90, 95%CI (0.69,1.11)	⊕OOO 极低
不良反应发生率											
2	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	严重 ²	未发现	9/149 (6%)	6/149 (4%)	RR=1.50, 95%CI (0.55,4.11)	20 more per 1000 (from 18 fewer to 125 more)	⊕⊕OO 低
								4.2%		21 more per 1000 (from 19 fewer to 131 more)	

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法报告不清楚

² 不精确风险降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

6.经典名方/中成药联合降压西药 compared to 降压西药治疗 for 高血压病阴阳两虚证患者

(1) 地黄饮子联合降压西药 compared to 降压西药治疗 for 高血压病阴阳两虚证患者

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对	
收缩压											
3	RCT	无严重偏倚风险	无严重不一致性	无严重间接性	非常严重 ¹	未发现	125	125	-	MD=-6.98, 95%CI (-8.89, -5.06)	⊕⊕OO 低
舒张压											
3	RCT	严重 ²	无严重不一致性	无严重间接性	严重 ³	未发现	125	125	-	MD=-8.64, 95%CI (-11.83,-5.45)	⊕⊕OO 低
中医证候积分											
3	RCT	严重 ²	无严重不一致性	无严重间接性	严重 ³	未发现	125	125	-	MD=-4.64, 95%CI (-5.35,-3.93)	⊕⊕OO 低

¹ 不精确性降两级：样本量较少而导致可信区间较宽，严重影响精确性

² 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法报告不清楚

³ 不精确性降一级：样本量较少而导致可信区间较宽，影响精确性

(2) 右归丸联合降压西药 compared to 降压西药治疗 for 高血压病肾阳亏虚证患者

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对(95% CI)	
收缩压											
2	RCT	无严重偏倚风险	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ¹	未发现	131	131	-	MD=-5.61, 95%CI (-8.11, -3.11)	⊕⊕⊕O 中
舒张压											
2	RCT	无严重偏倚风险	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ¹	未发现	131	131	-	MD=-3.46, 95%CI (-5.03,-1.88)	⊕⊕OO 低

¹ 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

(3) 六味地黄汤联合降压西药 compared to 降压西药治疗 for 高血压病肾阴亏虚证患者

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对(95% CI)	
收缩压											
4	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	153	146	-	MD=-6.87，95%CI (-9.99, -3.74)	⊕⊕OO

			一致性	间接性							低
舒张压											
4	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	153	146	-	MD=-5.09, 95%CI (-10.09,-0.08)	⊕⊕⊕O 低
中医症状积分											
3	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	103	100	-	MD=-5.84, 95%CI (-7.05,-4.64)	⊕⊕⊕O 低
降压有效率											
4	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无明显不精确性	未发现	141/153 (92.2%)	105/146 (71.9%)	RR=1.26, 95%CI (1.13,1.41)	187 more per 1000 (from 93 more to 295more)	⊕⊕⊕O 中
								66.7%		173 more per 1000 (from 87 more to 273 more)	
中医证候改善有效率											
3	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无明显不精确性	未发现	272/280 (97.1%)	228/276 (82.6%)	RR=1.18, 95%CI (1.11,1.25)	149 more per 1000 (from 91 more to 207more)	⊕⊕⊕O 中
								82.6%		149 more per 1000 (from 91 more to 206 more)	

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法报告不清楚

² 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

(4) 杞菊地黄丸联合降压西药 compared to 降压西药治疗 for 高血压病肾阴虚证患者

证据质量评价							受试者数量		效应量		
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对(95% CI)	证据等级
收缩压											

2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	78	78	-	MD=-11.31, 95%CI (-17.41, -5.21)	⊕⊕⊕ 低
舒张压											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	78	78	-	MD=-4.28, 95%CI (-11.42, 2.86)	⊕⊕⊕ 低
降压有效率											
7	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	348/377 (92.3%)	300/374 (80.2%)	RR=1.13, 95%CI (1.07, 1.20)	120 more per 1000 (from 72 more to 176 more)	⊕⊕⊕ 低
								80.8%		121 more per 1000 (from 73 more to 178 more)	

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

7.清肝降压胶囊联合降压西药 compared to 降压西药治疗 for 高血压病肝火亢盛、肝肾阴虚证患者

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对 (95% CI)	绝对	
收缩压											
2	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	严重 ²	未发现	140	140	-	MD=-10.88, 95%CI (-13.33,-8.44)	⊕⊕⊕ 低
舒张压											
2	RCT	严重 ¹	无严重不一致性	无严重间接性	严重 ²	未发现	140	140	-	MD=-6.21, 95%CI (-11.60,-0.83)	⊕⊕⊕ 低

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法报告不清楚

² 不精确风险降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

8. 灯盏生脉胶囊联合常规降压西药 compared to 常规降压西药 for 高血压病合并血脂异常气阴两虚、瘀阻脑络证患者

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对(95% CI)	
甘油三酯											

2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	102	102	-	MD=-0.46, 95%CI (-0.54,-0.39)	⊕⊕OO 低
低密度脂蛋白											
3	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	131	131	-	MD=-0.52, 95%CI (-0.63, -0.41)	⊕⊕OO 低
高密度脂蛋白											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	71	71	-	MD=0.20, 95%CI (0.10,0.30)	⊕⊕OO 低
总胆固醇											
3	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	131	131	-	MD=-1.06, 95%CI (-1.24,-0.87)	⊕⊕OO 低

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

9. 心可舒胶囊联合常规降压西药 compared to 常规降压西药治疗 for 高血压病伴心肌肥厚气阴两虚、心络瘀阻证患者

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对(95% CI)	
收缩压											
3	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	140	139	-	MD=-9.95 ， 95%CI (-14.46, -5.44)	⊕⊕OO 低
舒张压											
3	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	141	140	-	MD=-12.83, 95%CI (-17.32, -8.35)	⊕⊕OO 低
左室后壁厚度											
3	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	140	139	-	MD=-1.18 ， 95%CI (-1.40, -0.90)	⊕⊕OO 低
左心室舒张末期内径											

4	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	190	189	-	MD=-2.28, 95%CI (-2.95, -1.61)	⊕⊕○○ 低
左室重量指数											
3	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	140	139	-	MD=-5.54, 95%CI (-7.26, -3.81)	⊕⊕○○ 低
左室舒张早期充盈峰 E											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	101	100	-	MD=6.53, 95%CI (5.08, 7.98)	⊕⊕○○ 低
左室舒张晚期充盈峰 A											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	101	100	-	MD=-9.63, 95%CI (-10.71, -8.55)	⊕⊕○○ 低
E/A											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	101	100	-	MD=0.23, 95%CI (0.18, 0.28)	⊕⊕○○ 低
血浆醛固酮											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	101	100	-	MD=-17.83, 95%CI (-20.52, -15.15)	⊕⊕○○ 低
血管紧张素II											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	101	100	-	MD=-7.37, 95%CI (-9.83, -4.90)	⊕⊕○○ 低

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

10. 心脑舒通胶囊联合常规降压西药 compared to 常规降压西药治疗 for 高血压病伴心肌肥厚血脉瘀滞证患者

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对(95% CI)	
收缩压											
2	RCT	无严重偏倚风险	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ¹	未发现	99	98	-	MD=-15.76, 95%CI (-21.65,-9.06)	⊕⊕⊕○ 中

舒张压											
2	RCT	无严重偏倚风险	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ¹	未发现	99	98	-	MD=-9.55, 95%CI (-14.35,-4.76)	⊕⊕⊕O 中

¹ 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

11. 六味地黄丸联合常规降压西药 compared to 常规降压西药治疗 for 高血压病伴早期肾损害肾阴亏虚证患者

证据质量评价							受试者数量			效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		
收缩压												
4	RCT	无严重偏倚风险	严重 ¹	无明显间接性	严重 ²	未发现	403	309	-	MD=-9.00, 95%CI (-11.07, -6.92)	⊕⊕OO 低	
舒张压												
4	RCT	无严重偏倚风险	严重 ¹	无明显间接性	严重 ²	未发现	403	309	-	MD=-6.30, 95%CI (-7.68,-4.92)	⊕⊕OO 低	
尿微量白蛋白												
4	RCT	严重 ³	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	462	447	-	MD=-20.77, 95%CI (-26.41,-15.12)	⊕⊕⊕O 中	
尿β2 微球蛋白												
2	RCT	严重 ³	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	51	51	-	MD=-82.66, 95%CI (-244.57, 79.26)	⊕⊕OO 低	
血尿素氮												
3	RCT	严重 ³	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	379	368	-	MD=-1.95, 95%CI (-2.09,-1.82)	⊕⊕⊕O 中	
血肌酐												
2	RCT	严重 ³	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	97	92	-	MD=-14.88, 95%CI (-20.56,-9.20)	⊕⊕OO 低	

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

³ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

12. 血府逐瘀胶囊联合常规降压西药 compared to 常规降压西药 for 高血压病伴颈动脉硬化气滞血瘀证患者

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对(95% CI)	
收缩压											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	79	76	-	MD=-7.74, 95%CI (-17.42, 1.94)	⊕⊕○○ 低
舒张压											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	79	76	-	MD=-4.77, 95%CI (-12.02,2.50)	⊕⊕○○ 低
内膜中层厚度											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	79	76	-	MD=-0.06, 95%CI (-0.10, -0.02)	⊕⊕○○ 低

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

13. 通心络胶囊联合常规降压、降脂西药 compared to 常规降压、降脂西药治疗 for 高血压病合并冠心病心气虚乏、血瘀络阻证患者

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对(95% CI)	
收缩压											
6	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	310	310	-	MD=-10.31, 95%CI (-13.76, -6.86)	⊕⊕⊕○ 中

舒张压											
6	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	310	310	-	MD=-5.95, 95%CI (-7.05, -4.84)	⊕⊕⊕O 中
总胆固醇											
8	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	396	396	-	MD=-1.43, 95%CI (-1.72, -1.14)	⊕⊕⊕O 中
甘油三酯											
7	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	365	365	-	MD=-0.40, 95%CI (-0.49,-0.31)	⊕⊕⊕O 中
心功能改善有效率											
4	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	173/215 (80.5%)	123/215 (57.2%)	RR=1.41, 95%CI (1.23, 1.61)	234 more per 1000 (from 157 more to 293 more)	⊕⊕⊕O 中
								55.1%		241 more per 1000 (from 161 more to 304 more)	

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

14. 麝香保心丸联合常规降压、降脂西药治疗 compared to 常规降压、降脂西药治疗 for 高血压病合并冠心病气滞血瘀证患者

证据质量评价							受试者数量		效应量		
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对(95% CI)	证据等级
收缩压											
6	RCT	严重 ¹	严重 ²	无明显不一致性	严重 ³	未发现	285	286	-	MD=-11.85, 95%CI (-18.70,-5.01)	⊕OOO 极低
舒张压											
5	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	250	251	-	MD=-8.08, 95%CI (-11.12,-5.03)	⊕⊕⊕O 中
心绞痛发作次数											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ³	未发现	105	105	-	MD=-1.02, 95%CI	⊕⊕OO

			一致性	接性						(-1.12,-0.92)	低
血清一氧化氮 NO											
2	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ³	未发现	83	84	-	MD=13.82, 95%CI (12.46,15.18)	⊕⊕⊕O 低

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不一致性风险降一级：结果存在不一致性，且没有合理解释

³ 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

15. 血脂康胶囊联合常规降压、降脂西药治疗 compared to 常规降压、降脂西药治疗 for 高血压病合并冠心病脾虚痰瘀阻滞证患者

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据等级
文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对(95% CI)	
收缩压											
9	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	525	525	-	MD=-10.17, 95%CI (-11.41,-8.93)	⊕⊕⊕O 中
舒张压											
9	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	525	525	-	MD=-8.68, 95%CI (-9.69,-7.67)	⊕⊕⊕O 中
总胆固醇											
9	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	518	518	-	MD=-0.77, 95%CI (-0.85,-0.70)	⊕⊕⊕O 低
临床有效率											
6	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	399/433 (92.1%)	310/433 (71.6%)	RR=1.29, 95%CI (1.21,1.37)	208 more per 1000 (from 150 more to 265 more)	⊕⊕⊕O 中
								73.3%		213 more per 1000 (from 154 more to 271 more)	

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

16. 芪苈强心胶囊联合常规降压、抗心衰西药 compared to 常规降压、抗心衰西药 for 高血压病合并心力衰竭阳气虚乏、络瘀水停证患者

证据质量评价							受试者数量		效应量		证据
--------	--	--	--	--	--	--	-------	--	-----	--	----

文献数量	文献类型	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	观察组	对照组	相对(95% CI)	绝对(95% CI)	等级
心功能改善有效率											
4	RCT	严重 ¹	无明显不一致性	无明显间接性	无严重不精确性	未发现	157/170 (92.4%)	128/166 (77.1%)	RR=1.20, 95%CI (1.09,1.32)	154 more per 1000 (from 69 more to 247 more)	⊕⊕⊕O 中
								77.9%		156 more per 1000 (from 70 more to 249 more)	
左心室舒张末期内径											
2	RCT	无严重偏倚风险	无明显不一致性	无明显间接性	严重 ²	未发现	88	88	-	MD=-4.44, 95%CI (-5.67,-3.21)	⊕⊕⊕O 中

¹ 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法、脱落失访或选择性报告不清楚

² 不精确性降一级：样本量相对较少而导致可信区间较宽，影响精确性

附录 C
(资料性)
缩略词对照表

英文缩写	英文名称	中文名称
ABC	Advanced Breast Cancer	晚期乳腺癌
ABPM	Ambulatory Blood Pressure Monitoring	动态血压监测
ACC	American College of Cardiology	美国心脏病学会
ACEI	Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor	血管紧张素转化酶抑制剂
ACPM	American College of Preventive Medicine	美国预防医学学会
ACPM	Advisory Committee on Programme Management	方案管理咨询委员会
AGS	American Glaucoma Society	美国青光眼协会
AHA	American Heart Association	美国心脏协会
ALB	Albumin	尿微量白蛋白
APHA	American Public Health Association	美国公共卫生协会
ARB	Angiotensin Receptor Blockers	血管紧张素受体阻滞剂
ARNI	Angiotensin receptor-neprilysin inhibitor	血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂
ASH	American Society of Hematology	美国血液学会
ASPC	American Society for Preventive Cardiology	美国预防心脏病学会
BMI	Body Mass Index	身体质量指数
BP	Blood Pressure	血压
BUN	Blood Urea Nitrogen	血尿素氮
CCB	Calcium Channel Blockers	钙通道阻滞剂
CNKI	China national knowledge internet	中国知网
CRP	C-Reactive Prot	C-反应蛋白
CVD	Cardiovascular Disease	心血管疾病
DBP	Diastolic Pressure	舒张压

ESC	European Society of Cardiology	欧洲心脏病学学会
ESH	European Society for Hypertension	欧洲高血压学会
HBPM	Home Blood Pressure Monitoring	家庭血压监测
HDL-C	High-Density Liprotein Cholesterol	高密度脂蛋白胆固醇
IMT	Intima-media thickness	颈动脉内膜中层厚度
IVST	Interventricular Septal Thickness	舒张期室间隔厚度
JSH	Japanese Society of Hypertension	日本高血压学会
LDL-C	Low-Density Lipoprotein Cholesterol	低密度脂蛋白胆固醇
LVDD	Left ventricular end diastolic dimension	左心室内径
LVEDD	Left Ventricular End Diastolic dimension	左室舒张末期内径
LVEF	Left Ventricular Ejection Fraction	左室射血分数
LVMI	Left Ventricular Mass Index	左心室质量指数
LVPWT	Left Ventricular Diameter	左室后壁厚度
NICE	National institute for Health and Care Excellence	英国国家卫生与临床优化研究所
NMA	National Management Association	国家管理协会
NO	Nitric Oxide	一氧化氮
PCN	Personnel Certificate of NDT	无损检测人员证书
PCNA	Preventive Cardiovascular Nurses Association	预防心血管护士协会
RCT	randomized controlled trial	随机对照试验
SBP	Systolic Pressure	收缩压
Scr	Serum creatinine	血肌酐
TC	Total Cholesterol	总胆固醇
TG	Triglyceride	甘油三酯
VIP	VIP Database for Chinese Technical periodicals	维普中文期刊服务平台
WF	WANFANG DATA	万方数据知识服务平台
WHO	World Health Organization	世界卫生组织
β_2 -MG	β_2 -Microglobulin	尿 β_2 微球蛋白

参考文献

- [1] Oparil S, Acelajado M C, Bakris G L, et al. Hypertension[J]. Nature Reviews Disease Primers, 2018, 4(1).
- [2] 赵冬. 中国成人高血压流行病学现状[J]. 中国心血管杂志, 2020, 25(06): 513-515.
- [3] 袁姣, 武青松, 雷枢, 等. 我国中老年人群高血压流行现状及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(34): 4337-4341.
- [4] 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.
- [5] Forouzanfar M H, Alexander L, Anderson H R, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013[J]. Lancet, 2015, 386(10010): 2287-2323.
- [6] 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.
- [7] UK N G C. Evidence review for diagnosis: Hypertension in adults: diagnosis and management: Evidence review A[M]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2019.
- [8] Unger T, Borghi C, Charchar F, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines[J]. Hypertension, 2020, 75(6): 1334-1357.
- [9] The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure[J]. Arch Intern Med, 1997, 157(21): 2413-2446.
- [10] Chobanian A V, Bakris G L, Black H R, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure[J]. Hypertension, 2003, 42(6): 1206-1252.
- [11] Whelton P K, Carey R M, Aronow W S, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines[J]. Hypertension, 2018, 71(6): e13-e115.

- [12] Mancia G, Kreutz R, Brunstrom M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA)[J]. J Hypertens, 2023, 41(12): 1874-2071.
- [13] 中国高血压联盟《动态血压监测指南》委员会. 2020 中国动态血压监测指南[J]. 中国循环杂志, 2021, 36(04): 313-328.
- [14] Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension[J]. Eur Heart J, 2018, 39(33): 3021-3104.
- [15] 郭瑞, 王恒和. 近 10 年高血压病中医证素-证候分布特征[J]. 内蒙古中医药, 2019, 38(7): 144-147.
- [16] 侯雅竹, 姚红旗, 王贤良, 等. 基于 2943 例高血压病患者的中医证候特征分析[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(09): 4590-4593.
- [17] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 402.
- [18] 中华中医药学会. 中医内科诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008.
- [19] 中国中医科学院组织. 中医循证临床实践指南·中医内科[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 461.
- [20] Umemura S, Arima H, Arima S, et al. The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension (JSH 2019)[J]. Hypertens Res, 2019, 42(9): 1235-1481.
- [21] 中国药膳研究会. 高血压病食疗药膳技术指南 [EB/OL]. <https://chinayaoshan.com.cn/dfs/upload/c0544d159b5c3f6c338ff80b0fde7396.pdf>.
- [22] 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.
- [23] 中国高血压联盟, 国家心血管病中心, 中华医学会心血管病学分会, 等. 中国高血压患者教育指南[J]. 中华高血压杂志, 2013, 21(12): 1123-1149.
- [24] 孟醒, 熊兴江. 初发高血压病、青年高血压病的中医认识及天麻钩藤饮的临床治疗体会[J]. 中国中药杂志, 2020, 45(12): 2752-2759.
- [25] 宋艳秋. 天麻钩藤饮联合卡托普利治疗肝阳上亢型高血压效果观察[J]. 中国民康医学, 2019, 31(19): 93-94, 97.
- [26] 段菊花. 天麻钩藤饮联合血管紧张素转换酶抑制剂对肝阳上亢证高血压患者血压

- 控制的影响[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(11): 1869-1870.
- [27] 魏宏伟. 天麻钩藤饮加减联合西药治疗高血压肝阳上亢证 40 例的疗效分析[J]. 现代诊断与治疗, 2022, 33(9): 1278-1280.
- [28] 任洪丽, 孙秀娟, 马丹军, 等. 天麻钩藤饮联合奥美沙坦治疗肝阳上亢型原发性高血压的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2020, 35(10): 1973-1976.
- [29] 卢秀丽. 天麻钩藤饮联合富马酸比索洛尔治疗肝阳偏亢型高血压的有效性[J]. 中国社区医师, 2022, 38(6): 89-91.
- [30] 魏华. 天麻钩藤饮对肝阳上亢型高血压患者血压及血管内皮功能的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2017, 19(01): 37-39.
- [31] 孙明祎. 天麻钩藤饮对原发性高血压患者血压变异性及血管内皮保护机制作用研究[J]. 长春中医药大学学报, 2019, 35(2): 261-263.
- [32] 郑宏斌. 天麻钩藤饮加减方联合硝苯地平缓释片治疗高血压临床疗效分析[J]. 医药前沿, 2018, 8(16): 227-228.
- [33] 孙宝国, 李景华. 天麻钩藤饮加减辅助治疗肝阳上亢型高血压的临床经验[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(39): 163, 165.
- [34] 肖裕高. 天麻钩藤饮加减辅助治疗肝阳上亢型高血压的临床效果观察[J]. 中国当代医药, 2017, 24(15): 114-116.
- [35] 易悟强, 蔡淑芳, 蔡旭阳. 天麻钩藤饮加减联合西药治疗高血压肝阳上亢证疗效分析[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(8): 123-124, 140.
- [36] 刘树平, 杨艳, 訾国凯. 天麻钩藤饮加减联合西药治疗中老年高血压疗效分析[J]. 现代诊断与治疗, 2022, 33(7): 957-960.
- [37] 张文浩. 天麻钩藤饮加减治疗高血压肝阳上亢证型的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(27): 159-160.
- [38] 张晓霞. 天麻钩藤饮联合苯磺酸氨氯地平治疗肝阳上亢型原发性高血压的效果[J]. 养生保健指南, 2021,(6): 282.
- [39] 李敏. 天麻钩藤饮配合硝苯地平缓释片对高血压肝阳上亢证患者血压稳定性及 ET-1 水平的影响[J]. 心血管病防治知识, 2022, 12(35): 30-33.
- [40] 伍祥. 天麻钩藤饮治疗肝阳上亢型高血压病的疗效研究分析[J]. 婚育与健康, 2021,(13): 192.
- [41] 齐丽珍, 周愉希, 盛兴柏. 天麻钩藤饮治疗原发性高血压的效果及对血管内皮功能的影响[J]. 首都食品与医药, 2022, 29(21): 128-130.

- [42] 刘武定, 梁杰斌, 阳承建, 等. 中西医结合治疗肝阳上亢型原发性高血压临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(1): 78-80.
- [43] 陈培亮. 中西医结合治疗老年高血压病 49 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(2): 46-47.
- [44] 李秀梅. 天麻钩藤饮加减治疗肝阳上亢型高血压病临床疗效评价[J]. 养生保健指南, 2021,(11): 122.
- [45] 王伟, 范小会. 天麻钩藤饮联合西药治疗肝阳上亢型高血压病的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(10): 57-58.
- [46] 于向伟. 天麻钩藤饮加减治疗春季肝阳上亢型高血压临床观察[J]. 山西中医, 2022, 38(10): 16-18.
- [47] 夏巴提·海依拉提. 天麻钩藤饮加减治疗老年肝阳上亢型眩晕的临床效果分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2021, 9(20): 84-87.
- [48] 徐男, 王亮, 时海燕, 等. 基于整合药理学平台探究半夏白术天麻汤治疗高血压的分子机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(02): 109-117.
- [49] 张婉, 张金华, 王喜欢. 半夏白术天麻汤联合厄贝沙坦治疗高血压病临床研究[J]. 新中医, 2022, 54(5): 49-52.
- [50] 李永锋, 王开娜. 半夏白术天麻汤对痰湿内蕴型原发性高血压眩晕患者临床症状的改善效果[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(15): 137-139.
- [51] 张岩. 半夏白术天麻汤联合苯磺酸左旋氨氯地平片治疗老年高血压的效果[J]. 中外医学研究, 2021, 19(13): 20-22.
- [52] 郑雪龙. 半夏白术天麻汤治疗高血压病的临床效果分析[J]. 中医临床研究, 2021, 13(10): 99-101.
- [53] 唐林, 黎宗宝, 白瑞娜. 半夏白术天麻汤对原发性高血压的作用机制研究[J]. 世界中医药, 2020, 15(16): 2458-2461, 2465.
- [54] 穆善生. 半夏白术天麻汤联合硝苯地平对老年高血压的治疗效果[J]. 河北医药, 2020, 42(24): 3746-3749.
- [55] 郑文彬. 高血压眩晕采用半夏白术天麻汤治疗的转归[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(1): 45-46.
- [56] 吴子君. 半夏白术天麻汤辅助治疗原发性高血压的效果及对血清 Hcy、CysC 和 UA 水平的影响[J]. 慢性病学杂志, 2019, 20(07): 1104-1106.
- [57] 侯治强, 周琳. 半夏白术天麻汤联合替米沙坦治疗高血压的效果[J]. 临床医学研究

- 与实践, 2019, 4(15): 132-134.
- [58] 马学芳. 半夏白术天麻汤联合西药治疗痰湿壅盛型老年高血压病的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(11): 52-53.
- [59] 姚丰国. 半夏白术天麻汤联合左旋氨氯地平治疗痰湿壅盛型高血压的效果[J]. 河南医学研究, 2019, 28(17): 3194-3196.
- [60] 吴祥谦. 半夏白术天麻汤治疗痰湿中阻型高血压的效果探讨[J]. 当代医药论丛, 2019, 17(6): 180-181.
- [61] 马玉梅. 采用半夏白术天麻汤治疗高血压的症状改善作用评估[J]. 心理月刊, 2019, 14(03): 111.
- [62] 杨绍清. 半夏白术天麻汤联合苯磺酸氨氯地平对痰浊中阻型原发性高血压的应用效果研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(14): 143-144.
- [63] 宋桂平. 半夏白术天麻汤联合西药治疗高血压临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(5): 708-710.
- [64] 聂洪涛. 半夏白术天麻汤联合西药治疗原发性高血压患者的疗效[J]. 医疗装备, 2018, 31(8): 120-121.
- [65] 黄浦. 半夏白术天麻汤治疗 46 例老年痰湿壅盛型高血压病临床研究[J]. 实用中西医结合临床, 2018, 18(7): 17-18.
- [66] 刘天琪. 半夏白术天麻汤辅助治疗高血压病痰湿壅盛证临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(11): 101-102.
- [67] 苗灵娟, 杨永枝, 邢海燕, 等. 半夏白术天麻汤联合卡托普利治疗高血压临床疗效观察[J]. 内蒙古医学杂志, 2017, 49(05): 601-604.
- [68] 王稷. 半夏白术天麻汤治疗新发高血压的疗效分析[J]. 中国药物经济学, 2017, 12(9): 65-67.
- [69] 赵爱静. 半夏白术天麻汤对痰湿壅盛型高血压的治疗价值[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(6): 16-17.
- [70] 刘晓利. 半夏白术天麻汤联合西药治疗对原发性高血压患者血清 Hcy、CysC 和 UA 水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(32): 3584-3586.
- [71] 杜越飞. 半夏白术天麻汤结合硝苯地平治疗高血压的效果观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2015, 3(36): 193-194.
- [72] 沈秋生, 金月华. 半夏白术天麻汤联合西药治疗高血压患者疗效观察及对肾功能和炎症因子水平的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2015, 17(06): 28-30.

- [73] 康珺楠. 应用半夏白术天麻汤治疗 60 例高血压患者的临床体会[J]. 中国初级卫生保健, 2015, 29(02): 108-109.
- [74] 谢金萍. 半夏白术天麻汤联合苯磺酸氨氯地平治疗痰浊中阻型原发性高血压疗效观察[J]. 社区医学杂志, 2014, 12(16): 44-45.
- [75] 牛延峰. 半夏白术天麻汤联合依那普利治疗痰湿中阻型高血压的临床研究[J]. 中医药临床杂志, 2014, 26(9): 901-902.
- [76] 胡银柱. 半夏白术天麻汤治疗痰湿壅盛型原发性高血压的有效性和安全性评价[J]. 北方药学, 2014,(12): 85.
- [77] 吴萍, 朱亚萍, 王建钢, 等. 中西医结合治疗原发性高血压痰湿壅盛证的疗效观察[J]. 山东中医杂志, 2014, 33(04): 293-295.
- [78] 王成斌, 杨传华. 半夏白术天麻汤联合倍他乐克治疗高血压临床观察[J]. 山西中医, 2012, 28(06): 15.
- [79] 孙兰平. 中西医结合治疗痰湿型老年原发性高血压 58 例[J]. 福建中医药, 2012, 43(6): 38-39.
- [80] 金卓祥. 半夏白术天麻汤治疗痰湿壅盛型高血压病及对血尿酸代谢影响的研究[J]. 新中医, 2011, 43(11): 5-6.
- [81] 吴启锋, 温茂祥, 兰东辉. 半夏白术天麻汤对痰湿壅盛型高血压病盐敏感性及血脂水平的影响[J]. 福建医药杂志, 2007, 29(1): 146-148.
- [82] 杨小英, 陈春玲, 马晓聪, 等. 基于网络药理学探讨温胆汤治疗高血压的作用机制[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(24): 4108-4116.
- [83] 李人亮, 胡子毅, 张平. 基于网络药理学探讨温胆汤治疗高血压的作用机制[J]. 中医药通报, 2021, 20(01): 38-43.
- [84] 王依依, 徐京育. 黄连温胆汤治疗 H 型高血压临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(2): 147-148.
- [85] 刘莉, 孙旭, 邹国良, 等. 加味黄连温胆汤治疗痰湿壅盛型 H 型高血压[J]. 吉林中医药, 2019, 39(09): 1194-1197.
- [86] 杨艳. 加味温胆汤联合苯磺酸氨氯地平片与叶酸治疗 H 型高血压痰湿壅盛证的临床疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2019, 19(7): 137-139.
- [87] 张茂桃. 痰浊型高血压病患者服用加味温胆汤降压效果观察及护理[J]. 中国民间疗法, 2015, 23(06): 44-46.
- [88] 罗孟德. 天麻温胆汤加减联合依那普利叶酸片治疗 H 型高血压(痰瘀互结型)临床观

- 察[J]. 四川中医, 2017,(9).
- [89] 奚峰, 朱萍. 温胆汤加减联合苯磺酸氨氯地平治疗老年高血压病临床研究[J]. 新中医, 2021, 53(14): 53-55.
- [90] 邓明, 张水艳, 陆怡衡. 温胆汤加味联合苯磺酸左旋氨氯地平治疗高血压病的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2015, 15(11): 1433-1436.
- [91] 孙帅帅, 张立. 温胆汤联合替米沙坦治疗原发性高血压病(痰浊中阻型)临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(02): 115-117.
- [92] 吴蕾. 温胆汤联合依那普利片治疗 H 型高血压(痰浊内蕴型)的临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(21): 117-119.
- [93] 王丽颖, 郑光, 赵学尧, 等. 基于文本挖掘的高血压病中医辨证用药情况分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(04): 462-465.
- [94] 程少冰, 周永红, 陈利国. 血府逐瘀汤对高血压血瘀证患者血清致内皮功能障碍的影响[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(6): 971-973.
- [95] Wang P, Xiong X, Li S. Efficacy and Safety of a Traditional Chinese Herbal Formula Xuefu Zhuyu Decoction for Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2015, 94(42): e1850.
- [96] 吴殿波. 血府逐瘀汤治疗瘀血阻络型高血压病的临床效果浅析[J]. 医药卫生, 2022(10): 172-175.
- [97] 张丽娟. 西药配合血府逐瘀汤治疗高血压的疗效[J]. 医药卫生, 2022(8): 214-216.
- [98] 代永佳. 血府逐瘀汤对原发性高血压患者血压控制及心室重构状态的影响[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(12): 40-42.
- [99] 徐华春. 血府逐瘀汤治疗瘀血阻络型高血压病的临床效果分析[J]. 临床医学, 2021,(8): 44-45.
- [100] 余荣华. 探讨临床对高血压患者实施中西医结合治疗方案的研究[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2019, 19(49): 350, 353.
- [101] 张效岩. 血府逐瘀汤治疗瘀血阻络型高血压病的临床疗效及有效率影响观察[J]. 健康之友, 2019, 32(4): 37.
- [102] 金华. 浅谈血府逐瘀汤治疗瘀血阻络型高血压病的临床疗效[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2018, 18(86): 157.
- [103] 高印红. 血府逐瘀汤治疗瘀血阻络型高血压病的临床疗效[J]. 中国社区医师, 2016, 32(21): 101-103.

- [104] 霍娟勇. 血府逐瘀汤与长效钙拮抗剂联合降压的疗效分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(8): 801-803.
- [105] 施裕忠. 血府逐瘀汤联合长效钙拮抗剂降压的疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2016, 4(18): 183.
- [106] 李志伟, 赵晓阳, 韩丽华. 血府逐瘀汤治疗瘀血阻络型高血压病 50 例临床疗效观察[J]. 中医临床研究, 2015,(25): 101, 103.
- [107] 张志恒. 血府逐瘀汤联合西药治疗原发性高血压 40 例[J]. 河南中医, 2015, 35(6): 1412-1414.
- [108] 陈晓祥. 血府逐瘀汤合并氨氯地平治疗血瘀型高血压的临床研究[J]. 中国实用医刊, 2014, 41(10): 59-61.
- [109] 李明华, 罗炽权. 血府逐瘀汤与阿托伐他汀钙联合治疗对老年高血压患者同型半胱氨酸的影响[J]. 中国现代医生, 2014, 52(33): 48-50.
- [110] 刘要武. 活血化瘀法治疗高血压 45 例远期疗效观察[J]. 光明中医, 2014,(6): 1213-1214.
- [111] 周勇, 孟建国, 张恒, 等. 血府逐瘀汤联合阿托伐他汀对老年高血压患者血管功能状态及心室重塑状态的影响[J]. 海南医学院学报, 2014, 20(2): 198-201.
- [112] 宋群利, 王健. 血府逐瘀汤治疗瘀血阻络型高血压 36 例临床观察[J]. 新中医, 2010, 42(06): 8-9.
- [113] 朱显飞. 半夏白术天麻汤合通窍活血汤加减方对高血压眩晕的效果研究[J]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2019,(11): 142-143.
- [114] 郝振华, 贺红梅. 半夏白术天麻汤合通窍活血汤治疗痰瘀互结型高血压的临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(19): 2833-2835.
- [115] 李建建, 杨林. 半夏白术天麻汤合通窍活血汤在痰瘀互结型高血压中的应用探讨[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2019, 19(46): 186, 192.
- [116] 张明昊, 赵珍珍, 龚曼, 等. 镇肝熄风汤对高血压模型家兔血压的影响[J]. 中医学报, 2018, 33(11): 2156-2159.
- [117] 董蓉蓉, 李敏, 荆鲁. 镇肝熄风汤治疗原发性高血压的临床及机制研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(14): 222-228.
- [118] 张侠. 镇肝熄风汤联合硝苯地平治疗高血压阴虚阳亢证的临床观察[J]. 反射疗法与康复医学, 2022, 3(17): 47-50.
- [119] 陈凯吉. 高血压患者治疗中镇肝熄风汤的应用及疗效分析[J]. 医学食疗与健康,

2021, 19(9): 26-27.

- [120] 李珊. 镇肝熄风汤对阴虚阳亢类原发性高血压的降压效果及安全性影响[J]. 中国处方药, 2020, 18(9): 145-146.
- [121] 袁征. 镇肝息风汤加减治疗原发性高血压患者的临床观察[J]. 中国医药指南, 2019, 17(25): 14-15.
- [122] 杨超. 镇肝熄风汤联合厄贝沙坦治疗原发性高血压疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019,(23): 33-34.
- [123] 翟丽娜. 镇肝息风汤、苯磺酸氨氯地平联合治疗高血压(肝肾阴虚肝阳上亢型)临床疗效[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(88): 180.
- [124] 王洲羿, 黄虎翔, 肖展翅, 等. 苯磺酸左旋氨氯地平联合镇肝熄风汤对阴虚阳亢型老年高血压患者的疗效分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2017, 20(11): 21-24.
- [125] 田艾华, 田苗. 镇肝熄风汤联合贝那普利治疗原发性高血压的临床效果研究[J]. 当代医药论丛, 2017, 15(12): 27-28.
- [126] 赵烨烨. 镇肝息风汤治疗阴虚风动型高血压病的临床疗效分析[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(11): 22.
- [127] 彭伟平. 镇肝息风汤治疗阴虚风动型高血压病疗效观察[J]. 医学信息, 2016, 29(1): 152.
- [128] 刘登, 姚有华, 朱晓健. 镇肝熄风汤联合西药治疗原发性高血压临床观察[J]. 新中医, 2016,(2): 24-25.
- [129] 李香甜. 镇肝熄风汤治疗高血压 100 例[J]. 光明中医, 2015, 30(7): 1457-1458.
- [130] 邹宗英. 镇肝熄风汤治疗眩晕 100 例临床观察[J]. 中医临床研究, 2015, 7(27): 44-45.
- [131] 王兰香, 周瑾. 镇肝熄风汤联合苯磺酸左旋氨氯地平治疗老年高血压 57 例临床观察[J]. 四川中医, 2014, 32(9): 79-81.
- [132] 李凌华, 左英. 镇肝熄风汤联合福辛普利治疗肝阳上亢型高血压疗效观察[J]. 中医临床研究, 2014, 6(36): 49-50.
- [133] 赵昕, 王一辉. 镇肝熄风汤联合硝苯地平治疗肝肾阴虚型高血压随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2014,(4): 87-89.
- [134] 朱红霞. 镇肝息风汤联合苯磺酸氨氯地平在肝肾阴虚肝阳上亢型高血压病中的应用[J]. 江西医药, 2013, 48(09): 798-800.
- [135] 马绍波. 镇肝息风汤治疗肝肾阴虚肝阳上亢型高血压病疗效观察[J]. 实用中医内

- 科杂志, 2011, 25(07): 68-70.
- [136] 刘笑云, 钟飞鹏. 镇肝熄风汤治疗原发性高血压 60 例疗效观察[J]. 中外健康文摘·医药月刊, 2008, 5(7): 786-787.
- [137] 唐希军. 镇肝熄风汤治疗肝肾阴虚肝阳上亢型高血压病疗效观察[J]. 中国民间疗法, 2016, 24(4): 65-66.
- [138] 王现珍, 蒋嘉烨, 罗珊珊, 等. 地黄饮子改善自发性高血压大鼠进程中血管内皮功能的研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(14): 110-114.
- [139] 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.
- [140] 王宁忻. 加减地黄饮子联合硝苯地平缓释片治疗阴阳两虚型老年性高血压的随机对照分析[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(05): 612-613.
- [141] 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.
- [142] 胡战云. 六味地黄汤加味结合尼群地平治疗阴虚阳亢高血压临床研究[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(10): 110-111.
- [143] 叶丽燕. 六味地黄汤加味联合尼群地平治疗阴虚阳亢高血压临床观察[J]. 中医药导报, 2014, 20(12): 68-70.
- [144] 李立荣. 六味地黄汤加味治疗阴虚阳亢高血压临床观察[J]. 中医临床研究, 2013, 5(14): 8-9.
- [145] 李金华. 加味六味地黄汤治疗老年人高血压病（阴阳两虚兼血瘀型）临床观察[硕士学位论文]. 云南中医学院, 2012.
- [146] 孟淑萍. 中西医结合治疗高血压病 200 例疗效观察[J]. 中国医药指南, 2012, 10(32): 281-282.
- [147] 中成药治疗优势病种临床应用指南标准化项目组. 中成药治疗原发性高血压临床应用指南(2021 年)[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(07): 773-781.
- [148] 柳威, 王娟, 赵英强. 松龄血脉康胶囊对自发性高血压大鼠 RAAS 系统的调控机制研究[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(4): 1322-1324.
- [149] 赵英强, 柳威, 蔡晓月, 等. 松龄血脉康胶囊对自发性高血压大鼠 PPAR γ 调控机制的实验研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(09): 1236-1241.
- [150] 刘晓云. 福辛普利钠联合松龄血脉康胶囊治疗原发性高血压的研究[J]. 航空航天医学杂志, 2022, 33(10): 1215-1217.

- [151] 邱树霞, 霍翠婷, 李秀丽, 等. 松龄血脉康治疗轻度原发性高血压疗效及对患者血压平稳性影响分析[J]. 养生保健指南, 2021,(42): 23-24.
- [152] 刘慧卿, 金凤表, 张志敏, 等. 松龄血脉康胶囊联合盐酸贝尼地平对原发性高血压患者的临床疗效[J]. 中成药, 2020, 42(12): 3180-3184.
- [153] 于艳. 松龄血脉康胶囊联合苯磺酸氨氯地平对肝阳上亢型高血压病人血浆 MDA、NOS、SOD 活性及血压变异性的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(07): 986-989.
- [154] 朱成朔, 姜威锋, 潘庆丽, 等. 松龄血脉康胶囊对高血压患者血压变异性及血脂水平的影响[J]. 中国医药导刊, 2019, 21(08): 466-469.
- [155] 马晓芳. 松龄血脉康与缬沙坦联合用药方案治疗原发性高血压的临床疗效评价[J]. 航空航天医学杂志, 2018, 29(10): 1237-1239.
- [156] 王东华, 马吉祥. 松龄血脉康胶囊与氯沙坦钾片对照治疗高血压的临床研究[J]. 药物评价研究, 2018, 41(05): 836-840.
- [157] 李卓远. 松龄血脉康胶囊联合左旋氨氯地平治疗原发性高血压疗效分析[J]. 中医药临床杂志, 2017, 29(04): 515-517.
- [158] 李艳莉. 松龄血脉康胶囊辅助治疗原发性高血压的效果及对患者生活质量的影响[J]. 中国当代医药, 2016, 23(13): 47-49.
- [159] 辛丹平, 林武. 松龄血脉康治疗原发性高血压临床研究[J]. 大家健康(学术版), 2016, 10(12): 155-156.
- [160] 兰红斌, 袁惠平. 松龄血脉康联合马来酸依那普利叶酸片治疗肝肾阴虚型社区原发性高血压临床研究[J]. 中医临床研究, 2015, 7(21): 37-39.
- [161] 孙成琰. 松龄血脉康胶囊联合硝苯地平控释片在原发性高血压治疗中的应用体会[J]. 心理医生, 2015, 21(20): 120-121.
- [162] 翁金生, 郑永曦. 松龄血脉康联合坎地沙坦酯片用于降压、降脂的疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病电子杂志, 2015, 3(07): 139-140.
- [163] 张碧辉. 松龄血脉康胶囊联合厄贝沙坦片治疗高血压患者临床疗效分析[J]. 现代实用医学, 2015, 27(3): 310-311.
- [164] 张海利, 李文明, 步振英, 等. 松龄血脉康联合苯磺酸左旋氨氯地平治疗原发性高血压疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(23): 2550-2552.
- [165] 何冠, 江庆, 马燕霞, 等. 松龄血脉康胶囊的临床运用[J]. 医学美学美容(中旬刊), 2013,(9): 112, 113.

- [166] 高梅英, 金红弟. 硝苯地平联合松龄血脉康治疗原发性高血压的疗效观察[J]. 医学综述, 2013, 19(09): 1686-1687.
- [167] 葛彩英. 松龄血脉康联合缬沙坦治疗原发性高血压的疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(05): 515-516.
- [168] 谢丽萍. 松龄血脉康胶囊合并厄贝沙坦对原发性高血压患者的疗效及生活质量的影响[J]. 中外健康文摘, 2012, 9(24): 95-96.
- [169] 崔京京, 刘伟, 彭大力, 等. 松龄血脉康联合缬沙坦对高血压病患者生活质量改善的疗效评估[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2011, 9(05): 533-534.
- [170] 王凤秋. 松龄血脉康联合氨氯地平降低原发性高血压患者血压变异的疗效观察[J]. 吉林中医药, 2011, 31(02): 149-150.
- [171] 李华. 缬沙坦联合松龄血脉康治疗原发性高血压临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2011, 9(08): 911-912.
- [172] 何智敏, 梁耀荣. 缬沙坦联用松龄血脉康治疗原发性高血压探讨[J]. 实用心脑血管病杂志, 2006,(12): 968-969.
- [173] 翁锦龙, 张富文. 松龄血脉康联合氯沙坦钾治疗肝阳上亢型原发性高血压 58 例疗效观察[J]. 中国全科医学, 2005,(11): 933.
- [174] 左玉潭, 朱玉萍. 松龄血脉康胶囊在高血压病中的治疗作用[J]. 邯郸医学高等专科学校学报, 1999,(05): 337-338.
- [175] 沈智杰, 张莹, 王英杰, 等. 天麻钩藤颗粒治疗肝阳上亢型原发性高血压患者的临床疗效及对血管内皮功能的影响[J]. 中国医师杂志, 2013, 15(6): 744-747.
- [176] 邓谦, 石江, 方丽, 等. 天麻钩藤颗粒药理及临床应用研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(7): 1121-1124.
- [177] 叶悦, 张家美, 乔亮, 等. 天麻钩藤颗粒对肝阳上亢型原发性高血压血压变异性及血管内皮功能的影响[J]. 河北中医, 2021, 43(01): 76-79.
- [178] 杜敏, 李莉, 吕鹏, 等. 天麻钩藤颗粒联合替米沙坦对原发性老年 2 级高血压 Klotho 蛋白水平的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(02): 206-212.
- [179] 郝继祥, 张洪也, 熊开鹏, 等. 天麻钩藤颗粒联合非洛地平片治疗高血压随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(11): 100-102.
- [180] 王尚仁. 天麻钩藤颗粒联合硝苯地平缓释片治疗高血压的临床研究[J]. 中国初级卫生保健, 2020, 34(10): 109-111.
- [181] 宁朝霞. 天麻钩藤颗粒对原发性高血压病患者血管功能的影响[J]. 心理医生, 2019,

- 25(5): 62-63.
- [182] 孙红云. 天麻钩藤颗粒联合西药治疗老年高血压的临床疗效分析[J]. 健康大视野, 2019,(2): 81-82.
- [183] 王威. 天麻钩藤颗粒联合硝苯地平治疗老年高血压的疗效及对血管内皮功能和炎症细胞因子的影响[J]. 慢性病学杂志, 2019, 20(02): 276-278.
- [184] 周领, 刘丽. 天麻钩藤颗粒联合厄贝沙坦治疗高血压病血瘀证临床观察[J]. 光明中医, 2019, 34(22): 3478-3480.
- [185] 杭亮, 张永刚, 田慧娟, 等. 左旋氨氯地平联合天麻钩藤颗粒对高血压病人 NT-ProBNP 与颈部血管内膜厚度的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16(10): 1327-1330.
- [186] 姜振. 天麻钩藤颗粒联合厄贝沙坦在原发性高血压中应用研究[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(14): 78-79.
- [187] 袁法慧. 天麻钩藤颗粒联合硝苯地平治疗老年高血压患者疗效及对血管内皮功能和炎症细胞因子的影响[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(07): 1630-1632.
- [188] 钟青, 夏卫明, 张俊, 等. 天麻钩藤颗粒联合西药治疗老年高血压的临床疗效[J]. 云南中医学院学报, 2017, 40(06): 44-46.
- [189] 朱吉基, 杨澜, 付静波, 等. 天麻钩藤颗粒对原发性高血压患者血管功能的影响[J]. 上海中医药杂志, 2015, 49(04): 52-54.
- [190] 陈卫民, 王建. 天麻钩藤颗粒联合卡托普对高血压患者降压作用的比较观察[J]. 中医药导报, 2014, 20(08): 49-51.
- [191] 黄萍, 付新. 天麻钩藤颗粒治疗高血压的临床疗效及对患者血脂异常的影响[J]. 中国社区医师, 2014, 30(20): 105-107.
- [192] 柳叶, 罗冬华, 蒋慧倩, 等. 天麻钩藤颗粒结合卡托普利治疗原发性高血压 63 例临床观察[J]. 中医药导报, 2014, 20(13): 73-75.
- [193] 周敬荣. 天麻钩藤颗粒结合常用西药治疗老年高血压[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(07): 327-330.
- [194] 朱智德, 李成林, 王庆高, 等. 天麻钩藤颗粒对高血压病患者生存质量的影响[J]. 福建中医药, 2010, 41(04): 6-7.
- [195] 贾青梅, 刘舒音. 天麻钩藤颗粒并施慧达治疗高血压 34 例临床观察[J]. 中国社区医师(综合版), 2004,(24): 52-54.
- [196] 林建国, 张津菊, 段锦龙, 等. 基于网络药理学和分子对接探讨强力定眩片治疗高

- 血压的作用机制[J]. 世界中医药, 2021, 16(17): 2570-2575.
- [197] 王禹, 高超, 杨丹凤. 强力定眩片对高血压性眩晕症的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2019, 14(31): 98-99.
- [198] 杨素琴. 强力定眩片联合缬沙坦胶囊治疗原发性高血压的疗效观察[J]. 中国保健营养, 2022, 32(8): 127-129.
- [199] 殷鹏, 闫沛. 强力定眩片联合坎地沙坦酯片治疗原发性高血压临床研究[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(2): 271-273.
- [200] 李军, 苏凤全, 张义军, 等. 缬沙坦联合强力定眩片治疗老年原发性高血压患者疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(07): 12-14.
- [201] 陈琴, 邱炜伟. 强力定眩片联合拉西地平片治疗肝阳上亢型高血压疗效观察探讨[J]. 中国农村卫生, 2018, 0(24): 39.
- [202] 黄陈敏, 周洪武, 钟志明, 等. 强力定眩片联合拉西地平片治疗肝阳上亢型高血压疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2018, 28(3): 219-221.
- [203] 熊红菊. 硝苯地平控释片联合强力定眩片治疗高血压的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(30): 58-59.
- [204] 刘克卿. 硝苯地平控释片联合强力定眩片治疗高血压疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2013, (3): 358-360.
- [205] 王广弟, 郭照军, 黄茂芹, 等. 心脉通胶囊对老年高血压患者血管内皮功能、动脉弹性功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(05): 1035-1039.
- [206] 刘彦铭. 心脉通胶囊联合维拉帕米治疗高血压的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2021, 36(10): 2059-2062.
- [207] 董科科. 心脉通胶囊联合依那普利治疗老年人原发性高血压的临床效果[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(14): 49-50.
- [208] 刘娟, 刘飞, 任飞, 等. 心脉通胶囊联合左旋氨氯地平治疗老年高血压的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(08): 2311-2316.
- [209] 刘新灿. 心脉通胶囊用于原发性高血压的疗效观察及成本-效果分析[J]. 中国医药导刊, 2015, 17(12): 1222-1224.
- [210] 闫建萍. 心脉通胶囊联合福辛普利治疗原发性高血压的临床疗效观察[J]. 实用心脑血管肺血管病杂志, 2015, 23(11): 125-127.
- [211] 朱为勇, 马燕. 心脉通胶囊联合依那普利治疗原发性高血压的临床疗效研究[J]. 实用心脑血管肺血管病杂志, 2015, 23(10): 137-138.

- [212] 冯齐安,熊小玲. 心脉通联合缬沙坦片治疗原发性高血压的临床观察[J]. 医药前沿, 2014,(20): 234.
- [213] 韩秀敏. 心脉通胶囊联合苯磺酸氨氯地平治疗高血压临床疗效观察[J]. 河南中医, 2014, 34(B06): 57-58.
- [214] 罗显云. 心脉通胶囊联合福辛普利治疗原发性高血压随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(2): 11-13.
- [215] 陈家兴. 心脉通片配合厄贝沙坦治疗老年高血压 33 疗效观察[J]. 医药前沿, 2011,(16): 37-38.
- [216] 王夏云, 陈民, 全守霞, 等. 清肝降压胶囊联合厄贝沙坦对原发性高血压患者血清脂联素,VEGF 及 Hcy 水平的影响[J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(11): 2068-2071.
- [217] 梁燕飞, 朱英标, 李俊慧. 清肝降压胶囊治疗原发性高血压的有效性及对患者血清同型半胱氨酸和血管内皮生长因子水平的影响[J]. 中国医药, 2021, 16(06): 837-840.
- [218] 严燕玲. 观察硝苯地平缓释片联合清肝降压胶囊治疗老年性高血压的疗效[J]. 中国实用医药, 2017, 12(16): 124-125.
- [219] 赵玉艳. 硝苯地平缓释片(I)联合清肝降压胶囊治疗老年性高血压疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志, 2012, 20(04): 645-646.
- [220] 徐红兵. 略述附子的临床药理及应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(05): 107-108.
- [221] 罗丽芳, 吴卫华, 欧阳冬生, 等. 杜仲的降压成分及降压机制[J]. 中草药, 2006,(01): 150-152.
- [222] 王美莺. 右归丸联合西药治疗老年高血压(?肾阳亏虚?)随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2018, 32(10): 32-34.
- [223] 杜鹏冲, 刘培中, 李创鹏, 等. 右归丸联合苯磺酸氨氯地平片治疗高血压 112 例[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(09): 1045-1047.
- [224] 芳草. 杞菊地黄丸辅助治疗对高血压(肝肾阴虚型)血压变异性及 NO-NOS 系统的影响[J]. 中国心血管病研究, 2018, 16(2): 181-185.
- [225] 郑玉姣, 吴晓晓, 韩强. 杞菊地黄丸对肝肾阴虚型单纯收缩期老年高血压患者血压及 IMT、PWV、ABI 的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2021, 5(07): 137-139.
- [226] 都佳蕴, 周慧君, 杜昱林. 肝肾阴虚型高血压采用杞菊地黄丸与硝苯地平缓释片联合治疗临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(06): 147-149.

- [227] 梁涛. 杞菊地黄丸用于肝肾阴虚型高血压的临床研究[J]. 医药论坛杂志, 2013, 34(01): 122-123.
- [228] 孙伟斌, 卫玉康, 马震宇, 等. 杞菊地黄胶囊联合西药治疗肝肾阴虚型高血压病的临床研究[J]. 中国社区医师 (医学专业), 2011, 13(33): 152-153.
- [229] 庄光彤. 杞菊地黄丸配合西药治疗肝肾阴虚型高血压 80 例临床观察[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(16): 88-89.
- [230] 方伟, 祝光礼, 魏丽萍. 中西医结合疗法对高血压患者血压晨峰现象的影响[J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(05): 1110-1112.
- [231] 穆雪梅, 米楠, 祖先鹏, 等. 灯盏生脉胶囊化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 中国中药杂志, 2019, 44(18).
- [232] Chen X, Shi X, Zhang X, et al. Scutellarin attenuates hypertension-induced expression of brain Toll-like receptor 4/nuclear factor kappa B[J]. Mediators Inflamm, 2013, 2013: 432623.
- [233] 王伟, 陈宇岚. 灯盏生脉胶囊联合瑞舒伐他汀治疗高血压合并高脂血症的疗效及对血清炎症因子水平的影响[J]. 中国药业, 2016, 25(16): 23-26.
- [234] 杨广智. 灯盏生脉胶囊对高血压并高脂血症的影响[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(01): 138-139.
- [235] 王自豪, 李素娟, 宋晓光, 等. 心可舒胶囊治疗高血压左心室肥厚的疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2022, 35(2): 219-221.
- [236] 张敏, 杨涛, 王福花, 等. 心可舒胶囊联合缬沙坦治疗高血压病左心室肥厚的临床观察[J]. 西北药学杂志, 2020, 35(02): 273-276.
- [237] 题红杰. 心可舒胶囊联合缬沙坦治疗高血压病左心室肥厚的临床观察[J]. 医学美容美容, 2021, 30(3): 104.
- [238] 崔慎情, 孔立茶, 凌鑫, 等. 厄贝沙坦联合心可舒胶囊对高血压左心肥厚患者血压及左心功能的影响[J]. 海南医学院学报, 2016, 22(21): 2535-2537.
- [239] 张晓燕. 心脑舒通胶囊在高血压左室肥厚心肌缺血患者治疗中的应用效果[J]. 河南医学研究, 2020, 29(22): 4156-4158.
- [240] 王小范. 心脑舒通胶囊联合血管紧张素 II 受体阻断剂治疗高血压左室肥厚心肌缺血患者的临床研究[J]. 医药论坛杂志, 2019, 40(11): 124-126.
- [241] 王梦楠, 刘军红, 张瑞芳, 等. 厄贝沙坦联合六味地黄丸对阴虚阳亢型原发性高血压伴早期肾损害病人炎症因子的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(4):

635-638.

- [242] 王兰芬. 六味地黄丸对高血压患者肾脏保护的临床观察[J]. 中国保健营养（中旬刊）, 2014, 24(3): 1543.
- [243] 张天斗, 李承禧. 六味地黄丸对老年性高血压患者肾保护作用的临床研究[J]. 世界科学技术—中医药现代化, 2006, 8(2): 102-104.
- [244] 程吉东. 六味地黄丸对老年性高血压患者肾保护作用的随访调查[J]. 山东中医杂志, 2007, 26(2): 87-89.
- [245] 张育彬. 六味地黄丸对原发性高血压患者 β_2 -微球蛋白的影响[J]. 甘肃中医, 2007,(09): 54-55.
- [246] 董月桂, 易健, 刘柏炎. 六味地黄丸联合奥美沙坦酯片治疗高血压病早期肾损伤 34 例[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(8): 45-47.
- [247] 韩璐, 操丽芳, 宋舜尧, 等. 六味地黄丸联合厄贝沙坦治疗高血压肾病的临床观察[J]. 中国保健营养, 2017, 27(24): 244-245.
- [248] 陶红琴, 李静, 张江, 等. 六味地黄丸配合西药治疗高血压病早期肾损害疗效观察[J]. 陕西中医, 2012, 33(4): 411-412.
- [249] 万新红, 邓利芝, 陈朝霞, 等. 血府逐瘀胶囊联合厄贝沙坦对高血压患者颈动脉血管重构逆转作用的初步研究[J]. 中国医师杂志, 2004, 6(7): 907-908.
- [250] 叶萍, 胡华青, 侯勇, 等. 血府逐瘀软胶囊联合常规治疗对高血压伴颈动脉粥样硬化患者的临床疗效[J]. 中成药, 2019, 41(12): 2898-2901.
- [251] 张迎, 薛永亮. 贝那普利联合通心络胶囊治疗高血压合并冠心病的疗效观察[J]. 海峡药学, 2018, 30(03): 46-48.
- [252] 吕俊, 鲜玉军. 贝那普利联合通心络胶囊治疗高血压合并冠心病的疗效观察[J]. 健康之路, 2017, 16(05): 42.
- [253] 于永敏, 陈冰, 邵银玉. 贝那普利联合通心络胶囊治疗高血压合并冠心病患者的临床效果及对血脂、血管内皮功能的影响[J]. 内科, 2021, 16(05): 646-648.
- [254] 高朝宝. 通心络汤联合硝苯地平控释片对高血压病合并冠心病患者血压、血脂水平及氨基末端脑钠肽前体表达的影响[J]. 中医研究, 2022, 35(06): 70-75.
- [255] 董庆峰. 普伐他汀联合通心络胶囊治疗高血压合并冠心病的临床疗效[J]. 中国医药指南, 2019, 17(31): 48-49.
- [256] 程凤卫. 贝那普利配合通心络胶囊治疗高血压合并冠心病 128 例疗效观察[J]. 首都食品与医药, 2017, 24(18): 64-65.

- [257] 李健, 魏峰, 陶金松, 等. 瑞舒伐他汀联合通心络胶囊治疗高血压合并冠心病的临床疗效分析[J]. 贵州医药, 2017, 41(09): 951-953.
- [258] 殷白丁, 朱敬, 吐达洪. 通心络、氨氯地平和阿托伐他汀钙联合治疗高血压合并冠心病的疗效观察[J]. 河北医药, 2017, 39(14): 2198-2200.
- [259] 刘冰, 杨娜. 通心络胶囊联合吲达帕胺治疗高血压合并冠心病的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2016, 31(08): 1160-1163.
- [260] 李百雄. 贝那普利联合通心络胶囊治疗高血压合并冠心病的可行性及临床价值评述[J]. 中国社区医师, 2015, 31(33): 75-77.
- [261] 杨章丽, 贾晓云, 罗茜元. 贝那普利联合通心络胶囊治疗高血压合并冠心病的疗效观察[J]. 安徽医药, 2014, 18(03): 556-558.
- [262] 姜海东, 由丽娜, 马秋野. 普伐他汀联合通心络胶囊治疗高血压合并冠心病的疗效和安全性观察[J]. 河北医学, 2013, 19(11): 1697-1699.
- [263] 徐立新, 张素燕, 李美. 麝香保心丸治疗老年冠心病合并高血压的疗效及血清 NO、CRP、HCY 的变化[J]. 中成药, 2004,(S1): 11-12.
- [264] 廖金晓. 麝香保心丸联合硝苯地平控释片对高血压合并冠心病的治疗效果[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41(07): 57-58.
- [265] 李威, 郑建勇. 依那普利结合麝香保心丸应用于老年冠心病伴高血压患者的效果分析[J]. 临床医学工程, 2022, 29(05): 657-658.
- [266] 任超. 麝香保心丸联合硝苯地平控释片治疗高血压合并冠心病的临床效果[J]. 健康女性, 2021,(37): 110.
- [267] 刘海红. 麝香保心丸联合氨氯地平阿托伐他汀钙在高血压合并冠心病中的治疗效果[J]. 健康之友, 2020,(20): 120-121.
- [268] 赵红萍, 余姝妍, 胡雅君. 麝香保心丸联合硝苯地平控释片治疗高血压合并冠心病临床研究[J]. 新中医, 2020, 52(05): 62-64.
- [269] 陈高祥. 麝香保心丸治疗高血压合并冠心病临床效果研究[J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20(13): 125-126.
- [270] 冯子义. 麝香保心丸与氨氯地平阿托伐他汀钙片在高血压合并冠心病中的应用[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(01): 58-60.
- [271] 杜凤东. 麝香保心丸联合氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效[J]. 中国实用医药, 2018, 13(06): 93-94.
- [272] 高健. 麝香保心丸联合氨氯地平阿托伐他汀钙治疗高血压合并冠心病的临床评价

- [J]. 医学理论与实践, 2018, 31(23): 3508-3510.
- [273] 王晓晨, 包玉双, 王春艳, 等. 中西医结合治疗高血压合并冠心病患者的临床效果[J]. 继续医学教育, 2018, 32(12): 154-155.
- [274] 吕从欢, 刘瑜. 麝香保心丸联合氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2017, 12(28): 119-120.
- [275] 钟燕友, 李永红. 麝香保心丸治疗高血压合并冠心病的疗效观察[J]. 光明中医, 2017, 32(21): 3120-3122.
- [276] 李莉, 徐志勇, 禹颖, 等. 麝香保心丸联合氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2016, 31(03): 302-305.
- [277] 杜卫甫, 胡业彬, 姚淮芳, 等. 麝香保心丸对老年高血压合并冠心病患者颈动脉粥样硬化的影响[J]. 中医药临床杂志, 2014, 26(04): 351-352.
- [278] 陈佳帅, 陈熹, 赵奎君, 等. 血脂康胶囊联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的血清指标 Meta 分析[J]. 中国现代医生, 2018, 56(10): 112-115.
- [279] 李绪贵. 血脂康联合阿托伐他汀对老年高血压合并冠心病患者血压、血脂及炎症因子的影响[J]. 河北医药, 2022, 44(17): 2667-2669.
- [280] 张韩, 鲁雪丽, 姚新亮. 阿托伐他汀联合血脂康对高血压合并冠心病患者血管内皮功能及 IL-6、TNF- α 水平的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(10): 64-65.
- [281] 范燕宾, 孙运. 血脂康胶囊联合氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的疗效及对炎症因子、血管内皮功能的影响[J]. 湖北科技学院学报(医学版), 2020, 34(02): 124-126.
- [282] 骆华, 沈江晁, 杨帆, 等. 血脂康胶囊结合氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压并冠心病效果分析[J]. 养生保健指南, 2019,(1): 334.
- [283] 仇小妍, 王富海, 黎凤珍, 等. 血脂康胶囊联合氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压并冠心病的临床疗效及炎症因子影响[J]. 北方药学, 2019, 16(7): 18-20.
- [284] 郭文安, 陈津瀚, 吴娟. 血脂康联合氨氯地平片治疗高血压合并冠心病疗效分析[J]. 心血管病防治知识, 2019, 9(29): 5-7.
- [285] 朱方升. 血脂康胶囊联合氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压并冠心病的临床疗效及其对血脂、血管内皮功能及炎症的影响分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(05): 125-128.
- [286] 李楠. 氨氯地平阿托伐他汀钙片联合血脂康胶囊治疗高血压合并冠心病的临床分析[J]. 现代实用医学, 2017, 29(2): 220-222.

- [287] 屈春利. 血脂康胶囊联合依那普利、硝苯地平在高血压合并冠心病治疗中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(24): 39-40.
- [288] 王文彬. 血脂康胶囊联合依那普利和硝苯地平治疗老年高血压合并冠心病的疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(29): 45-46.
- [289] 李玉敏. 血脂康胶囊联合氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压并冠心病的临床疗效及其对血脂、血管内皮功能及炎症的影响[J]. 实用心脑血管病杂志, 2016, 24(7): 90-93.
- [290] 陆振涛. 血脂康联合阿托伐他汀治疗高血压合并冠心病的临床可行性[J]. 中国医药指南, 2015,(9): 221, 222.
- [291] 王瑛璞. 血脂康联合阿托伐他汀治疗高血压合并冠心病的临床疗效分析[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(30): 196-197.
- [292] 郑伟民, 周有华, 赵汉儒, 等. 血脂康联合阿托伐他汀治疗老年高血压合并冠心病疗效观察[J]. 海南医学, 2013, 24(22): 3306-3307.
- [293] 张杰. 芪苈强心胶囊对慢性心力衰竭患者醛固酮水平和心功能的干预作用[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(09): 2157-2159.
- [294] 于春泉, 李欣桐, 史芳, 等. 芪苈强心胶囊对心气虚型慢性心力衰竭大鼠心肌腺苷酸含量的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(03): 174-177.
- [295] 董红科, 孙洪平, 姚文明, 等. 芪苈强心对阿霉素致心肌病大鼠心功能及血清因子的影响[J]. 临床心血管病杂志, 2010, 26(02): 112-115.
- [296] 郭莘, 李雪葳, 郭华, 等. 芪苈强心胶囊联合贝那普利对老年高血压伴心力衰竭的疗效及神经内分泌激素的作用分析[J]. 河北医学, 2019, 25(10): 1663-1667.
- [297] 殷国田, 解娜, 黄艳梅, 等. 芪苈强心胶囊联合辅酶 Q10 对老年高血压并心衰患者心肌营养素-1、丙二醛水平的影响[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(9): 2149-2151.
- [298] 闫东霞. 芪苈强心胶囊辅助美托洛尔治疗高血压慢性心力衰竭[J]. 实用中西医结合临床, 2022, 22(7): 24-26, 76.
- [299] 张晨光. 芪苈强心胶囊联合米力农注射液在高血压性心脏病伴心力衰竭患者治疗中的效果及对运动耐受性的影响[J]. 当代医学, 2022, 28(4): 92-94.
- [300] 任阳, 谢圆媛. 芪苈强心胶囊联合托拉塞米片治疗老年原发性高血压合并心力衰竭的效果及安全性[J]. 中国医药导报, 2016, 13(33): 153-156.