

ICS 11.020

CCS C 05



# 团 体 标 准

T/CEATEC XXX—2026

## 高血压中西医结合精准防治技术规范

Technical specification for precise prevention and treatment of hypertension

with integrated traditional Chinese and Western medicine

(征求意见稿)

2026-X-XX 发布

2026-X-XX 实施

中国欧洲经济技术合作协会 发布

# 目 次

前言 .....	II
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 缩略语 .....	1
5 诊断与辨证 .....	1
5.1 西医诊断 .....	1
5.2 中医辨证 .....	2
5.3 精准辨证方法 .....	3
6 精准防治方案 .....	3
6.1 基础干预措施 .....	3
6.2 西医精准治疗 .....	3
6.3 中医精准治疗 .....	4
6.4 分级防治策略 .....	4
7 疗效评价 .....	4
7.1 评价指标 .....	4
7.2 评价标准 .....	5
7.3 评价时间点 .....	5
8 康复管理与质量控制 .....	5
8.1 分级康复管理 .....	5
8.2 质量控制要求 .....	5
8.3 保障措施 .....	6
参 考 文 献 .....	7

## 前言

本文件按照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》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中国欧洲经济技术合作协会提出并归口。

本文件起草单位：。

本文件主要起草人：。

本文件为首次编制。

# 高血压中西医结合精准防治技术规范

## 1 范围

本文件规定了高血压中西医结合精准防治的缩略语、诊断与辨证、精准防治方案、疗效评价、康复管理与质量控制。

本文件适用于各级医疗机构开展高血压中西医结合精准防治工作。

## 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 3053 血压计和血压表

GB/T 21715.6 健康信息学 患者健康卡数据 第6部分：管理数据

WS/T 872 基层医疗卫生机构高血压防治管理标准

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

#### 高血压 hypertension

在未使用降压药物的情况下，非同日3次测量诊室血压，收缩压 $\geq 140$ mmHg和（或）舒张压 $\geq 90$ mmHg；或既往有高血压病史，目前正在使用降压药物，血压虽低于140/90mmHg，仍应诊断为高血压。

### 3.2

#### 中西医结合精准防治 precision prevention and treatment with integrated traditional Chinese and Western medicine

基于现代医学精准医疗理念，结合中医辨证论治思想，整合患者的生物学特征、临床表型、中医证型、遗传背景、生活方式等多维信息，制定个性化的高血压预防、诊断、治疗、康复一体化方案的防治模式。

## 4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂（Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor）

ARB：血管紧张素II受体拮抗剂（Angiotensin Receptor Blocker）

CCB：钙通道阻滞剂（Calcium Channel Blocker）

## 5 诊断与辨证

### 5.1 西医诊断

#### 5.1.1 血压分级

按照收缩压和舒张压水平，将高血压分为1、2、3级，正常血压、正常高值及高血压分级见表1（参照《中国高血压防治指南（2024年修订版）》）。

表1 血压分级（单位：mmHg）

分类	收缩压（SBP）	舒张压（DBP）
正常血压	<120	<80
正常高值	120~139	80~89
高血压	≥140	≥90
1级高血压（轻度）	140~159	90~99
2级高血压（中度）	160~179	100~109
3级高血压（重度）	≥180	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	<90
单纯舒张期高血压	<140	≥90

### 5.1.2 危险分层

根据患者的血压分级、心血管危险因素、靶器官损害、临床并发症和合并糖尿病等情况，将高血压患者分为低危、中危、高危和很高危四个层次，具体分层标准见表2。

表2 高血压患者心血管危险分层

危险因素和病史	1级高血压	2级高血压	3级高血压
无其他危险因素	低危	中危	高危
1~2个危险因素	中危	中危	很高危
≥3个危险因素或靶器官损害	高危	高危	很高危
合并临床并发症或糖尿病	很高危	很高危	很高危

注：心血管危险因素包括：年龄（男性≥55岁，女性≥65岁）、吸烟或被动吸烟、血脂异常、糖尿病前期、肥胖或超重、早发心血管疾病家族史（一级亲属发病年龄男性<55岁，女性<65岁）。

## 5.2 中医辨证

### 5.2.1 肝阳上亢证

主症、次症、舌脉表现如下：

- 主症：头晕胀痛，面红目赤，烦躁易怒；
- 次症：口苦口干，失眠多梦，健忘，胁肋胀痛，小便黄赤；
- 舌脉：舌红苔黄，脉弦劲或弦数。

### 5.2.2 痰湿内阻证

主症、次症、舌脉表现如下：

- 主症：头晕头重，胸闷腹胀；
- 次症：肢体困重，纳呆便溏，恶心呕吐，口淡不渴；
- 舌脉：舌胖苔白腻，脉濡滑。

### 5.2.3 瘀血阻络证

主症、次症、舌脉表现如下：

- 主症：头晕头痛，痛有定处；
- 次症：肢体麻木，胸闷胸痛，口唇紫暗；
- 舌脉：舌紫暗或有瘀斑、瘀点，脉涩或结代。

### 5.2.4 肝肾阴虚证

主症、次症、舌脉表现如下：

- 主症：头晕耳鸣，腰膝酸软；
- 次症：眼花干涩，失眠多梦，五心烦热，潮热盗汗；
- 舌脉：舌红少苔或无苔，脉细数。

### 5.2.5 阴阳两虚证

主症、次症、舌脉表现如下：

- 主症：头晕眼花，畏寒肢冷，腰膝酸软；
- 次症：心悸气短，失眠多梦，夜尿多，大便溏薄；

c) 舌脉：舌淡胖或有齿痕，苔白，脉沉细或弦细。

### 5.3 精准辨证方法

符合高血压诊断的患者应按照WS/T 872进行评估，采用“四诊+客观指标”融合辨证模式，结合舌诊仪、脉诊仪检测数据，参考患者的血压昼夜节律、血脂、血糖、同型半胱氨酸等实验室指标，运用中医辨证算法模型进行综合辨证，辨证准确率应 $\geq 85\%$ 。

## 6 精准防治方案

### 6.1 基础干预措施

#### 6.1.1 生活方式干预

适用于所有高血压患者及正常高值人群，具体要求见表3（参照《国家基层高血压防治管理指南》）。

表3 生活方式精准干预要求

干预项目	干预要求	目标值
膳食调理	控制钠盐摄入，每日 $\leq 5\text{g}$ ；增加钾摄入，每日 $\geq 2000\text{mg}$ ；减少饱和脂肪和胆固醇摄入	钠盐摄入量 $\leq 5\text{g/d}$ ，钾钠比 $\geq 1.5$
体重管理	超重（BMI $24.0\sim 27.9\text{kg/m}^2$ ）者减重 $5\%\sim 10\%$ ；肥胖（BMI $\geq 28.0\text{kg/m}^2$ ）者减重 $\geq 10\%$	BMI控制在 $18.5\sim 23.9\text{kg/m}^2$ ，男性腰围 $< 90\text{cm}$ ，女性 $< 85\text{cm}$
运动干预	中等强度有氧运动，每周 $\geq 150$ 分钟；阻力训练，每周2~3次	运动时心率控制在（170-年龄）次/分钟
戒烟限酒	完全戒烟；不饮酒或少量饮酒，男性每日酒精摄入量 $\leq 25\text{g}$ ，女性 $\leq 15\text{g}$	戒烟成功率 $\geq 80\%$ ，饮酒达标率 $\geq 90\%$
睡眠管理	保证每日睡眠时间7~9小时，改善睡眠呼吸暂停症状	睡眠达标率 $\geq 85\%$ ，睡眠呼吸暂停低通气指数 $< 15$ 次/小时

#### 6.1.2 中医养生干预

根据中医体质类型制定个性化养生方案：

- 气虚体质者宜艾灸足三里、气海穴，每日1次，每次15~20分钟；
- 阴虚体质者宜按摩太溪、三阴交穴，每日2次，每次10分钟；
- 痰湿体质者宜食用薏米、冬瓜等祛湿食物，配合八段锦锻炼，每日1次，每次20分钟。

### 6.2 西医精准治疗

#### 6.2.1 药物选择原则

根据患者的血压分级、危险分层、合并症、药物过敏史及基因检测结果选择降压药物，具体推荐见表4（参照《国家基层高血压防治管理指南》）。

表4 不同人群降压药物精准推荐

人群类型	推荐药物类别
无合并症的1级高血压	钙通道阻滞剂（CCB）、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）
合并糖尿病或肾病	ACEI、血管紧张素II受体拮抗剂（ARB）
合并冠心病	$\beta$ 受体阻滞剂、CCB
合并心力衰竭	$\beta$ 受体阻滞剂、ACEI/ARB、利尿剂
老年高血压（ $\geq 65$ 岁）	CCB、利尿剂
单纯收缩期高血压	CCB、利尿剂

#### 6.2.2 用药剂量调整

遵循“小剂量起始，个体化调整”原则：

- 1级高血压患者起始剂量为常规剂量的1/2；
- 2级及以上高血压患者起始剂量为常规剂量；
- 根据血压达标情况（目标血压：一般患者 $< 130/80\text{mmHg}$ ，老年患者 $< 150/90\text{mmHg}$ ），每2~4周调整一次剂量，必要时联合用药，联合用药种类不超过3种。

### 6.3 中医精准治疗

#### 6.3.1 中药治疗

根据辨证结果选用中成药或中药汤剂，具体用药见表5，用药疗程应根据患者病情调整，一般为4~8周。

表5 不同证型中药精准用药推荐

证型	推荐中成药	推荐汤剂	用法用量
肝阳上亢证	天麻钩藤颗粒	天麻钩藤饮加减	天麻钩藤颗粒：1袋/次，3次/日
			汤剂：每日1剂，分2次温服
痰湿内阻证	半夏天麻丸	半夏白术天麻汤加减	半夏天麻丸：6g/次，2次/日
			汤剂：每日1剂，分2次温服
瘀血阻络证	血塞通胶囊	通窍活血汤加减	血塞通胶囊：2粒/次，3次/日
			汤剂：每日1剂，分2次温服
肝肾阴虚证	杞菊地黄丸	杞菊地黄汤加减	杞菊地黄丸：8g/次，3次/日
			汤剂：每日1剂，分2次温服
阴阳两虚证	金匮肾气丸	金匮肾气汤合左归丸加减	金匮肾气丸：8g/次，3次/日
			汤剂：每日1剂，分2次温服

#### 6.3.2 中医外治法

应按照以下方法进行：

a) 针灸治疗：主穴取百会、风池、曲池、足三里、太冲，根据证型加减穴位，每周治疗3~5次，每次30分钟，10次为一个疗程；

b) 穴位贴敷：选用吴茱萸、川芎等药物制成贴剂，贴敷于涌泉、太冲、神阙等穴位，每晚贴敷，晨起取下，疗程为2~4周；

c) 耳穴压豆：取耳穴肝、肾、心、血压点、神门，用王不留行籽按压，每日按压3~5次，每次1~2分钟，双耳交替，每周更换1次。

### 6.4 分级防治策略

#### 6.4.1 低危患者

以生活方式干预+中医养生干预为主，3个月血压未达标者，启动药物治疗。

#### 6.4.2 中危患者

生活方式干预+中医辨证治疗，血压未达标者联合西药治疗。

#### 6.4.3 高危及很高危患者

立即启动中西医结合药物治疗，同时强化生活方式干预和中医外治法。

## 7 疗效评价

### 7.1 评价指标

#### 7.1.1 主要指标

应包括以下指标：

a) 血压控制达标率：目标血压达标（一般患者<130/80mmHg，老年患者<150/90mmHg）的患者比例；

b) 中医证候积分改善率：治疗后中医证候积分较治疗前下降 $\geq 30\%$ 的患者比例。

#### 7.1.2 次要指标

应包括以下指标：

a) 血压昼夜节律恢复率：血压昼夜节律呈“杓型”（夜间血压较日间下降10%~20%）的患者比例；

- b) 靶器官损害改善率：左心室肥厚、颈动脉内膜中层厚度等指标较治疗前改善的患者比例；
- c) 不良事件发生率：治疗过程中出现的药物不良反应、心脑血管事件等发生率。

## 7.2 评价标准

### 7.2.1 血压控制标准

按下列规定判定血压控制效果：

- a) 达标：收缩压 $<130\text{mmHg}$ 且舒张压 $<80\text{mmHg}$ （一般患者）；收缩压 $<150\text{mmHg}$ 且舒张压 $<90\text{mmHg}$ （老年患者 $\geq 65$ 岁）；
- b) 有效：收缩压下降 $\geq 20\text{mmHg}$ 或舒张压下降 $\geq 10\text{mmHg}$ ，但未达到达标标准；
- c) 无效：未达到上述有效标准。

### 7.2.2 中医证候疗效标准

按下列规定判定中医证候疗效：

- a) 临床痊愈：中医证候积分减少 $\geq 90\%$ ，症状完全消失；
- b) 显效：中医证候积分减少 $\geq 70\%$ 且 $<90\%$ ，主要症状明显改善；
- c) 有效：中医证候积分减少 $\geq 30\%$ 且 $<70\%$ ，主要症状有所改善；
- d) 无效：中医证候积分减少 $<30\%$ ，症状无改善或加重。

## 7.3 评价时间点

### 7.3.1 初始治疗阶段

首次治疗后2周，对患者血压变化进行专项评价；首次治疗后4周，对患者中医证候疗效进行专项评价。

### 7.3.2 病情稳定阶段

患者血压及中医证候控制达标后进入稳定期，每3个月开展1次全面评价，涵盖本文件规定的疗效主要指标和次要指标。

### 7.3.3 靶器官损害监测

每年对患者进行1次靶器官损害相关检查，包括心脏超声、颈动脉超声等，检查操作应符合现行国家相关技术规范，检查结果纳入患者诊疗档案。

### 7.3.4 特殊人群

超过65岁的老年患者、合并糖尿病/冠心病/肾病等并发症的高危/很高危患者，靶器官损害检查频次调整为每6个月1次；血压波动较大者，可根据临床需要增加血压及证候疗效的评价频次。

## 8 康复管理与质量控制

### 8.1 分级康复管理

#### 8.1.1 一级管理

适用于低危高血压患者，每3个月随访一次，采用电话或线上随访方式，监测血压、生活方式及中医证候变化，调整干预方案。

#### 8.1.2 二级管理

适用于中危高血压患者，每2个月随访一次，采用门诊随访+线上随访结合方式，增加血脂、血糖等指标监测，调整药物及中医治疗方案。

#### 8.1.3 三级管理

适用于高危及很高危高血压患者，每月随访一次，门诊随访为主，必要时住院评估，全面监测靶器官功能，优化中西医结合治疗方案。

### 8.2 质量控制要求

#### 8.2.1 人员资质要求

从事高血压中西医结合精准防治的医师应具备中西医结合执业医师或中医执业医师和心血管专业培训证书，护士应具备心血管专科护士资质。

#### 8.2.2 设备要求

血压测量设备应符合GB 3053要求，中医四诊设备（舌诊仪、脉诊仪）应通过医疗器械注册，实验室检测设备应定期校准，校准周期不超过1年。

### 8.2.3 数据管理要求

按照GB/T 21715.6要求建立高血压患者健康管理数据库，记录患者的诊断信息、治疗方案、疗效评价等数据，数据完整率 $\geq 95\%$ ，准确率 $\geq 98\%$ 。

## 8.3 保障措施

应至少建立以下保障措施：

- a) 医疗机构应建立高血压中西医结合精准防治多学科团队，包括心血管科医师、中医师、健康管理师、营养师等；
- b) 加强医务人员培训，每年培训不少于16学时，培训内容包括本规范、高血压诊疗指南、中医辨证论治等；
- c) 建立疗效评价与反馈机制，定期分析防治效果，持续改进防治方案。

### 参 考 文 献

- [1]中国高血压防治指南修订委员会, 高血压联盟(中国), 中国医疗保健国际交流促进会高血压病学分会, 等. 中国高血压防治指南(2024年修订版)[J]. 中华高血压杂志(中英文), 2024, 32(07):603-700.
- [2]国家心血管病中心. 国家基层高血压防治管理指南[J]. 中华循环杂志, 2021, 36(3):209-220.
-