

ICS 11.020

T/ SDACM

C 05



团体标准

T/SDACM

青年高血压中西医综合诊疗指南

Guidelines for Comprehensive Diagnosis and Treatment of Hypertension in Young
People with Traditional Chinese and Western Medicine

草稿

xxxxxx年xxxxx月发布

xxxxxx年xxx月实施

山东中医药学会发布

目录

前 言	2
青年高血压中西医结合诊疗指南	错误！未定义书签。
1 范围	4
2 规范性引用文件	4
3 术语和定义	4
4 流行病学特点	5
5 西医诊断	5
6 病因病机	6
7 辨证分型	7
8 中西医结合干预和推荐方案	7
参考文献	8

前 言

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

本文件由本文件由山东中医药大学附属医院、山东中医药大学提出。

本文件由山东中医药学会归口。

本文件负责起草单位：山东中医药大学附属医院、山东中医药大学

本文件参与起草单位：山东中医药大学附属医院、山东中医药大学

本文件主要起草人：李运伦、薛一涛、滑振

本文件其他起草人：于杰、张玉娇、梁春、胡德胜、刘春萍、岳桂华、嵇克刚、杨佃会、吕渭辉、钟明、王洋、玄振玉、翟静波、丁书文、贾振华、卜培莉、徐浩、赵海滨、鞠建庆。

本文件工作组：滑振、魏康康、朱羽硕、张沐欣。

引 言

原发性高血压又称高血压病，是“现代流行病”，是最重要的心脑血管事件危险因素。近年来，高血压患病群体呈现显著年轻化趋势。2024 年欧洲心脏病学会（ESC）将发病年龄在 18-40 岁的个体界定为“青年高血压”，表明青年高血压已被国际学术界确认为独立的研究对象与干预重点，标志着该领域已成为全球慢性病防控的战略前沿^[1]。当前，我国青年高血压面临“增速快、基数大、控制差”的三重压力。1991-2015 年间，我国 18 至 39 岁人群的高血压患病率从 4.5%激增至 11%，增幅高达 144.4%，青年高血压患病率呈现出快速增长的特征，且远超同期中老年人群增长水平。更严峻的是，青年患者普遍存在知晓率、治疗率、控制率“三低”现象，形成“高患病率—低控制率—高风险暴露”的不良循环，叠加其起病隐匿、症状轻微的临床特点，导致早期病理损害持续累积。研究证实，青年时期累积血压暴露与中老年时期发心血管疾病相关，2019 年全球青年高血压相关死亡达 64 万例，中国成为绝对负担最高的国家之一。由此可见，早发高血压若得不到及时干预，将导致心脑血管事件的提前发生，使我国心血管疾病防控面临前所未有的压力^[2,3]。因此，将防控关口前移至青年人群，其防控成效不仅关乎个体健康预后，更深刻影响未来数十年社会医疗资源配置与国家长远发展。尽管目前已有高血压、眩晕病（原发性高血压）等相关指南，但是尚无针对青年高血压的共识或者指南。基于此，特此制定本共识，旨在提高人们对青年高血压的认知，进一步规范临床青年高血压的中医药、非药物治疗法的治疗，明确中医药相关方法的适用范围，提高中医诊疗青年高血压的临床疗效。

本共识适用于西医诊断为青年高血压，中医诊断为眩晕的患者。主要围绕青年高血压的定义、分类、流行病学、发病机制、病因病机、临床表现、评估、诊断标准、治疗原则、中西医综合干预的药物治疗及非药物治疗法、预防调护等内容而制订，能够高效地指导临床实践，反映出中西医综合干预的诊疗特色，涵盖面广，解决既往专家共识普适性不足的问题，能够广泛地在省内推广。

本共识主要针对青年高血压提供以中西医综合干预为主要内容的预防、保健、诊断、治疗建议，指导临床医生、护理人员和患者规范使用，提高患者的知晓率。本共识可供心病科、神经内科、中医科、中西医结合科、综合内科医生、护理人员及患者参考使用。

青年高血压中西医结合诊疗指南

1 范围

本文件规定了青年高血压的诊断，中医辨证分型、治法方药及中西医结合干预方式，调摄与预防等方面内容。

本文件适用于指导青年高血压的中医、中西医结合及西医诊疗。

2 规范性引用文件

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

凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修订版本）适用于本文件。

GB/T16751.1—2023《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T16751.2—2021《中医临床诊疗术语·证候部分》

GB/T16751.3—2023《中医临床诊疗术语·治法部分》

《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2024 版）》

《中华人民共和国药典（2020 年版）》

《国家基层高血压防治管理指南 2020 版》

《中国高血压防治指南 2024 年修订版》

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 青年高血压

青年高血压是指年龄在 18-40 岁之间，在未使用降压药物的情况下，非同日 3 次测量，诊室收缩压 ≥ 140 mmHg 和/或舒张压 ≥ 90 mmHg。

3.2 辨证

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

[《中医药学名词》2004 版，术语及定义 04.546]。

4 流行病学特点

青年高血压群体主要指 18~40 岁患有高血压疾病的人群，总体发病特点呈现发病率高，但知晓率、治疗率和控制率较低的特点。既往国内外研究表明，高血压的发病趋势呈现明显的年轻化态势。一项荟萃分析显示，全球儿童高血压的患病率为持续性高血压的 3.89%，偶发高血压的患病率为 11.85%，这表明即使在儿童和青少年时期，血压异常的发生率也呈现逐年上升趋势（年均增长率约为 7.20%），儿童青少年时期血压与成人期血压间存在轨迹现象，这为成年后发展为青年高血压埋下了隐患。一项中国高血压的调查研究显示，在高血压（HTN）患者中，46.9%知晓自身病情 40.7%服用处方降压药物，但仅 15.3%实现了血压控制，由此可以推断青年高血压的知晓率以及治愈率将会更低。不同地理区域和人群特征在青少年高血压患病率上观察到显著差异。肥胖或超重的儿童和青少年的高血压患病率显著更高。另有一项研究表明，通过对纳入的肥胖、年龄、居住地区、高血压家族史和饮食情况进行高血压影响因素的 meta 分析，发现儿童青少年血压与儿童肥胖呈正相关，儿童青少年的血压与年龄呈正相关，在不同文化及经济地区血压研究中，儿童青少年高血压的患病率随着年龄的增加而上升。肥胖与超重是青年高血压最核心的独立危险因素。肥胖或超重人群的高血压患病率显著高于正常体重人群，包括年龄增长、高血压家族史、居住地区差异以及文化经济背景等，均与血压水平呈正相关。由此可知青年高血压的发病并非单一因素作用，而是多因素交织的结果。

5 西医诊断

5.1 疾病诊断标准

参考《中国高血压防治指南(2024 年修订版)》^[4]及《2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension》^[5]，在未使用降压药物的情况下，非同日 3 次测量诊室血压，收缩压在 120-139mmHg（1mmHg=0.133kPa）之间和（或）舒张压在 80-89mmHg 之间。根据血压升高水平，又进一步将血压分为 1 级，2 级和 3 级。

5.2 血压分级

根据《中国高血压防治指南（2024 年修订版）》^[4]，血压水平的定义和分类

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

6 病因病机

根据高血压病的临床特点，大致将其归属于中医学“眩晕”、“头痛”、“头风”和“风眩”等的范畴^[6,7]。青年高血压病的发生与肝、脾、肾、心四脏关系密切。青年高血压属于高血压病的早期阶段，多因长期精神压力、情志不遂而引起肝的疏泄功能受损，肝气郁结、郁而日久肝火内生；或饮食不节，损伤脾胃，运化失健，水湿内停，聚湿成痰；或病人素体阳盛，复因五志过极、肝火内动，火灼肝阴造成肝阴不足，阴不制阳，出现风阳上扰清窍之征。青年高血压早期病位在肝、脾，以肝气郁结、脾胃虚弱为病机之肇始，整个病理变化过程以实为主，当从肝脾论治。同时，肝失疏泄、脾失健运可引起心、肾等其他脏腑功能活动发生异常，进而引发一系列病理改变；加之目前降压药物的早期干预与广泛运用，阻断了高血压的自然进展，也使得高血压的病机发生了许多变化。因此尽管青年高血压早期病位以肝、脾为主，但并不可仅拘泥于肝、脾，同时也要重视心、肾在本病中的重要作用。例如，肝气失于疏泄，影响脾的运化功能，无法正常调节水液代谢，水湿停滞，中焦痰浊随肝气上蒙清窍，发为痰湿内阻之证；肝体阴而用阳，或因先天禀赋不足，或因长期熬夜、劳倦耗伤阴液，水亏于下，水不涵木，致阳亢于上，发为阴虚阳亢之证；亦或肝气郁久化火，肝火亢盛，气血并走于上，头目胀痛，面红目赤，发为肝火上炎之证。此外，脾气虚则气血无以化源，血弱阴虚不能养心，心火炽动，亦可导致血流疾驰，对脉道压力增大，发为“脉胀”。可见，青年高血压早期病位在肝、脾，以肝气郁结、脾胃虚弱为病机之肇始，导致心、肾脏腑功能失调，气滞、痰浊、肝阳、肝风等贯穿其中，多为实证，亦可虚实并见，进而由实转虚^[8,9]。

7 辨证分型

临床问题 1：青年高血压人群常见证型是否可分为肝郁气滞证、肝火上炎证、痰湿内阻证、阴虚阳亢证？

推荐意见：青年高血压患者的常见证候类型可以归结为肝郁气滞证、肝火上炎证、痰湿内阻证、阴虚阳亢证。（共识建议）

证据描述：共检索 26 篇文献^[10]，其中流行病学调查 22 篇，指南 2 篇，专家共识 1 篇，指导原则 1 篇，结果显示：青年高血压常见证型可归纳为肝郁气滞证、肝火上炎证、阴虚阳亢证、痰湿内阻证四个证型。其中痰湿壅盛/痰饮内停在多项横断面调查中占比最高（72.9%、59.3%等），肝火上炎/肝火亢盛/肝阳上亢证在青年组中占比较高（聚类分析及多项调查支持，28.4%，23.3%等），阴虚阳亢证亦有多项调查支持（占比 12.3%，31.43%等）；肝郁气滞证有体质调查（气郁质 21.0%）及 RCT 支持，证据相对有限。上述四证在现有指南、专家共识及流行病学调查中具有不同程度的支持证据，建议在指南中将上述四证纳入青年高血压辨证分型体系。

7.1 肝郁气滞证

头晕，头痛，头胀，胸闷，胁胀或痛，情志抑郁或急躁易怒，善太息，舌质淡，苔薄白，脉弦。

7.2 肝火上炎证

眩晕，头痛，烦躁易怒，面红，目赤，口苦，口干，便秘，溲赤，舌红，苔薄黄，脉弦数。

7.3 痰湿内阻证

眩晕，头重，头昏沉，头不清爽，如有物裹，头痛，视物旋转，容易胸闷心悸，胃脘痞闷，恶心呕吐，食少，多寐，下肢酸软无力，下肢轻度水肿，按之凹陷，小便不利，大便或溏或秘，舌淡，苔白腻，脉濡滑。

7.4 阴虚阳亢证

眩晕，视力减退，两目干涩，健忘，口干，耳鸣，神疲乏力，五心烦热，盗汗，失眠，腰膝酸软无力，遗精，舌质红，少苔，脉细数。

8 中西医综合干预和推荐方案

8.1 干预原则

对于青年高血压人群应早发现、早干预。①青年高血压患者应积极进行生活方式干预；②对青年高血压且心血管高危人群而言，应给予降压治疗；而对于低中危的青年高血压人群而言，给予降压药物治疗无临床获益的证据。③对存在相关危险因素的青年高血压人群，应积极及时干预可控危险因素，以预防相关疾病发生。

8.2 生活方式干预（预防调摄）

预防调摄是中医治未病理念的体现，又可称为治疗性生活方式干预，恰是中西医综合干预的核心和基石。提倡健康生活方式，消除不利于心理和身体健康的行为和习惯，以减少高血压及其他心血管疾病的发病危险。

8.3 中西医综合干预和推荐方案

临床问题 2：中医经典方剂（柴胡疏肝散、龙胆泻肝汤、天麻钩藤饮、半夏白术天麻汤）适宜协助干预青年高血压患者吗？

推荐意见 1：柴胡疏肝散具有疏肝解郁、行气止痛的功效，适宜干预青年高血压肝郁气滞证患者。方药：柴胡疏肝散（柴胡、枳实、白芍、炙甘草、川芎、香附、陈皮）加减。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：目前有 4 项 RCT 显示^[11]，柴胡疏肝散联合常规西药治疗可以有效地控制收缩压及舒张压，且安全性良好。收缩压：MD=-6.48mmHg，95% CI [-8.36, -4.60]，舒张压：MD=-4.75mmHg，95% CI [-6.29, -3.22]。

推荐意见 2：龙胆泻肝汤具有清热降火，平肝熄风的功效，适宜干预青年高血压肝火上炎证患者。方药：龙胆泻肝汤（龙胆草，黄芩，山栀子，泽泻，木通，车前子，当归，生地黄，柴胡，生甘草）加减。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：基于 5 篇 RCT 的 META 分析结果显示^[12]，龙胆泻肝汤联合常规西药治疗在降低收缩压、舒张压方面疗效更为显著，安全性较好，收缩压：MD=-3.09mmHg，95% CI [-3.83, -2.35]；舒张压：MD=-4.27mmHg，95% CI [-4.94, -3.60]。

推荐意见 3：半夏白术天麻汤具有健脾燥湿化痰的功效，适宜干预青年高血压痰湿内阻证患者。方药：半夏白术天麻汤（半夏、天麻、茯苓、橘红、白术、甘草）加减。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：基于 4 篇 RCT 的分析结果显示^[13]，半夏白术天麻汤联合常规西药治疗在收缩压、舒张压方面均优于常规西药治疗，收缩压：MD=-10.54，95% CI [-10.75， -10.34]；舒张压：MD=-8.98，95% CI [-9.33， -8.62]。

推荐意见 4：天麻钩藤饮具有平肝熄风、清热活血、补益肝肾的功效，适宜干预青年高血压阴虚阳亢证患者。方药：天麻钩藤饮（天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、川牛膝、杜仲、益母草、桑寄生、夜交藤、茯神）加减。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：基于 5 篇 RCT 研究的分析结果显示^[15]，天麻钩藤饮联合常规西药治疗在收缩压、舒张压方面均优于常规西药治疗，收缩压：MD=-14.07mmHg，95% CI [-15.30， -12.83]，舒张压：MD=-7.52mmHg，95% CI [-8.66， -6.38]。

临床问题 3：青年高血压患者，可否应用中医药疗法控制血压？

推荐意见 1：1 级青年高血压患者，危险分层为低危及中危者，单独应用中药汤剂，合理配合中医适宜技术（针刺、耳穴贴压）、传统功法可控制血压。在常规药物治疗基础上，可联用中医药疗法控制血压。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：纳入 6 项 RCT 的 META 分析显示^[16]，中医药疗法单独应用或联合生活方式调整在收缩压、舒张压、降低中医证候积分方面均优于生活方式调整，收缩压：MD=-5.30，95% CI [-7.44， -3.15]；舒张压：MD=-4.21，95% CI [-6.21， -2.22]；中医证候积分：MD=-5.69，95% CI [-8.49， -2.89]。纳入 3 项 RCT 的 META 分析显示，中医药疗法联合常规药物治疗在收缩压、舒张压、降低中医证候积分方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-5.99，95% CI [-10.39， -1.58]；舒张压：MD=-5.67，95% CI [-7.15， -4.20]；中医证候积分：MD=-4.83，95% CI [-6.22， -3.44]。

推荐意见 2：青年 1 级高血压患者，危险分层为高危、极高危者，在常规降压治疗的基础上，联用中医药疗法控制血压，辨证联用中药汤剂（清肝解郁汤、侯氏黑散）/中成药（连葛胶囊），以提高疗效。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：纳入 3 篇 RCT 的 META 分析结果显示^[17]，中药汤剂（清肝解郁汤、侯氏黑散）/中成药（连葛胶囊）联合常规药物治疗在收缩压、舒张压、降低中医证候积分方面均优于常规药物治疗，MD=-2.72，95%CI[-3.85， -1.59]；舒张压：MD=-1.88，95% CI [-2.86， -0.91]；中医证候积分：MD=-3.61，95% CI[-4.88， -2.33]。

推荐意见 3：青年 2 级、3 级高血压患者，在常规降压治疗的基础上，联用中医药疗法控制血压，辨证联用中药汤剂（化浊通络法、平肝健脾方、健脾祛湿汤）/中成药（平肝熄风胶囊）、太极拳，以提高疗效。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：纳入 6 篇 RCT 的 META 分析结果显示^[18]，中药汤剂（化浊通络法、平肝健脾方、健脾祛湿汤）/中成药（平肝熄风胶囊）、太极拳联合常规药物在收缩压、舒张压、降低中医证候积分方面均优于单独应用常规药物治疗，收缩压：MD=-13.37，95% CI[-21.71，-5.03]，舒张压：MD=-8.31，95% CI[-12.90，-3.72]，中医证候积分：MD=-1.97，95% CI[-3.64，-0.30]。

临床问题 4：青年高血压患者，存在头晕、头痛等症状，可否联用中医药疗法缓解患者症状？

推荐意见 1：青年 1 级高血压患者，危险分层为低危及中危者，存在头晕、头痛等症状，可应用中医药疗法缓解患者症状。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据描述：一项纳入 3 篇 RCT 的 META 分析结果显示^[19]，中医药疗法联合常规药物治疗在收缩压、舒张压等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-4.35，95% CI [-7.07，-1.62]，舒张压：MD=-2.87，95% CI [-5.94，-0.2]，临床有效率：OR=2.59，95% CI [1.00，6.73]。一篇 RCT 示单独应用中药优于常规西药，单独使用中药收缩压：130.6±6.5mmHg、舒张压：82.6±6.4mmHg、临床总有效率：87.2%，常规西药治疗收缩压：132.5±7.8mmHg、舒张压：84.3±5.3mmHg、临床总有效率：70.2%。一篇 RCT 示单独应用中药优于生活方式干预，单独使用中药收缩压：136.63±6.58mmHg、舒张压：87.77±3.90mmHg、临床总有效率：82.86%、中医证候积分：1.94±1.41，生活方式干预治疗收缩压：139.77±6.38mmHg、舒张压：89.66±4.01mmHg、临床总有效率：65.71%、中医证候积分：6.31±2.39。

推荐意见 2：青年 1 级高血压患者，危险分层为高危极高危者，存在头晕、头痛等症状，可应用中医药疗法缓解患者症状。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据描述：一项纳入 3 篇 RCT 的 META 分析结果显示^[20]，中医药疗法联合常规药物治疗在收缩压、舒张压等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-0.36，95% CI [-15.43，-3.29]，舒张压：MD=-8.17，95% CI [-8.88，-7.47]，临床有效率：MD=6.97，95% CI [2.61，18.59]。

推荐意见3：青年2级、3级高血压患者高血压患者，存在头晕、头痛等症状，在常规降压药物治疗的前提下，可应用中医药疗法缓解患者症状。（证据级别：C级 推荐强度：强推荐）

证据描述：一项纳入5篇RCT的META分析结果显示^[21]，中医药疗法联合常规药物治疗治疗在收缩压、舒张压等方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-6.98，95% CI [-8.49， -5.47]，舒张压：MD=-6.19，95% CI [-7.74， -4.64]，中医证候积分：MD=-3.88，95% CI [-4.56， -3.20]。

临床问题 5：青年高血压患者，血压波动大者可否应用中医药疗法控制血压？

推荐意见 1：青年 1 级高血压患者，危险分层为低危及中危者，血压波动大者，可以单独应用应用电针曲池、太冲疗法控制血压。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：电针曲池、太冲能降低青年高血压患者各时段收缩压和舒张压水平（均 $P < 0.01$ ），与西药组比较差异无统计学意义（均 $P > 0.05$ ）；电针曲池、太冲可明显降低青年高血压患者各时段的收缩压和舒张压的标准差，与治疗前相比差异有统计学意义（ $P < 0.01$ $P < 0.05$ ），与西药组比较 24h 收缩压标准差（24hSSD）、24h 舒张压标准差（24hDSD）、白天收缩压标准差（dSSD）、夜间收缩压标准差（nSSD）、夜间舒张压标准差（nDSD）差异均有统计学意义（ $P < 0.01$ $P < 0.05$ ）；两组患者中杓型与非杓型者人数进行比较治疗后两组差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）^[22]。

推荐意见 2：青年 1 级高血压患者，危险分层为高危、极高危者，血压波动大者，在常规降压治疗的基础上，可以联用平肝熄风胶囊联合耳穴压豆治疗/清眩汤联合揸针疗法控制血压。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：2 篇 RCT 的 meta 分析结果显示^[23]，常规西医治疗+平肝熄风胶囊联合耳穴压豆治疗/清眩汤联合揸针治疗在收缩压、收缩压变异率等方面均优于生活方式调整。收缩压：MD=-4.03, 95%CI (-6.68, -1.39)，舒张压 MD=-1.37, 95%CI (-3.62, 0.87)，收缩压 MD=-1.37, 95%CI (-3.62, -0.87)。

推荐意见 3：青年 2 级、3 级高血压患者，血压波动大者，在常规降压治疗的基础上，可以联用平肝安神方/甘酸缓急中药/调肝活血汤疗法控制血压。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据概要：基于 3 项 RCT 的 Meta 分析结果显示^[24]，青年 2 级、3 级高血压患者，血压波动大者，在常规降压治疗的基础上，可以联用平肝安神方/甘酸缓急中药/调肝活血汤疗法控制血压，在收缩压、舒张压等方面均优于生活方式调整。收缩压：MD=-7.51, 95%CI (-9.27, -5.75)；舒张压：MD=-5.68, 95%CI (-7.14, -4.22)。收缩压变异性：MD=-1.21, 95% CI (-2.61, 0.20)，舒张压变异性：MD=-1.29, 95% CI (-2.88, 0.29)。

临床问题 6：青年单纯收缩期高血压患者，可否应用中医药疗法控制血压？

推荐意见 1：青年 1 级单纯收缩期高血压患者，危险分层为低危及中危者，可单独应用中医药疗法控制血压。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据描述：一项纳入 2 篇 RCT 的 Meta 分析显示^[25]，单独应用中药复方与单独应用常规降压药相比，可降低治疗结束时的诊室收缩压 MD=-2.03，95%CI [-4.00, -0.06]。

推荐意见 2：青年 1 级单纯收缩期高血压患者，危险分层为高危、极高危者，在常规降压治疗的基础上，可以联用中医药疗法控制血压。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

证据描述：一篇 RCT 示治疗 24 周后^[26]，中药联合常规降压药组诊室收缩压为（130.21±9.92）mmHg，优于单纯常规降压药组为（141.36±9.13）mmHg，联合组收缩压治疗有效 153 例（78.97%），对照组有效 72 例（39.56%）。

推荐意见 3：青年 2 级、3 级单纯收缩期高血压患者，在常规降压治疗的基础上，可以联合中医药疗法控制。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据描述：一篇 RCT 示^[27]，治疗后针刺联合西药组 24 小时平均收缩压为（140.78±7.67）mmHg 优于单纯西药组为（145.10±8.29）mmHg，联合组收缩压下降幅度为（17.09±2.76）mmHg，对照组为（12.32±4.13）mmHg，联合组下降幅度大于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。

临床问题 7：青年单纯舒张期高血压患者，可否应用中医药疗法控制血压？

推荐意见 1：对于青年 1 级单纯舒张期高血压患者，危险分层为低危及中危者，可单独应用中医药疗法控制血压。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：一篇 RCT^[28]示单独使用中药治疗 2 月后舒张压（86.68±2.23mmHg）优于不采取任何干预措施治疗 2 月后舒张压（92.84±3.16mmHg），差异有统计学意义（P<0.05）。

一项纳入2篇RCT的META分析结果显示,单独应用中医药疗法在临床疗效等方面优于单独应用常规药物治疗,临床疗效:RR=1.17, 95% CI [1.02, 1.34]。

推荐意见2: 对于青年1级单纯舒张期高血压患者,危险分层为高危、极高危者,在常规药物治疗的基础上,联用中医药疗法以协助控制血压。(证据级别:C级 推荐强度:强推荐)

证据概要: 一项纳入3篇RCT的META分析结果显示^[29],中医药疗法联合常规药物在舒张压、临床疗效等方面均优于单独应用常规药物治疗,舒张压: -6.01, 95% CI [-7.12, -4.89],临床疗效: RR=1.31, 95% CI [1.16, 1.49]。

推荐意见3: 对青年2级、3级舒张期高血压患者,在常规药物治疗的基础上,联用中医药疗法以协助控制血压。(证据级别:C级 推荐强度:强推荐)

证据概要: 一篇RCT示^[30]单独使用中药治疗12周后舒张压($91.28 \pm 6.522\text{mmHg}$)优于安慰剂治疗12周后舒张压($101.41 \pm 5.260\text{mmHg}$),差异有统计学意义($P=0.025 < 0.05$),且单独使用中药的治疗有效率明显高于使用安慰剂的治疗总有效率。一项纳入2篇RCT的META分析结果显示,中医药疗法联合常规药物在舒张压、临床疗效等方面均优于单独应用常规药物治疗,舒张压: -6.79, 95% CI [-13.19, -0.39],临床疗效: RR=1.36, 95% CI [1.13, 1.66]。

临床问题8: 青年高血压患者,可否应用中成药控制血压?

推荐意见 1: 养血清脑颗粒可协助治疗青年高血压。(证据级别:C级 推荐强度:弱推荐)

功能主治: 养血平肝,活血通络。适用于血虚肝旺所致头痛,眩晕眼花,心烦易怒,失眠多梦,高血压见上述证候者。

证据概要: 基于 5 项 RCT 的 META 分析结果显示^[31],养血清脑颗粒联合常规药物在收缩压、舒张压、降压有效率方面均优于单纯常规药物治疗,收缩压: -15.99, 95% CI (-17.41, -14.56);舒张压: MD=-15.69, 95% CI (-16.53, -14.84);降压有效率: MD=7.82, 95%CI (4.03, 15.16)。

推荐意见 2: 松龄血脉康胶囊可协助治疗青年高血压。(证据级别:B级 推荐强度:弱推荐)

功能主治：平肝潜阳，镇心安神。适用于肝阳上亢所致的头痛，眩晕，急躁易怒，心悸，失眠，颈项强痛，口苦口干，耳鸣健忘，高血压、高脂血症等心脑血管疾病见上述证候者。

证据概要：基于 9 项 RCT 的 META 分析结果显示^[32]，松龄血脉康胶囊联合常规药物在收缩压、舒张压、降压有效率方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-7.85，95% CI (-8.56, -7.15)；舒张压：MD=-4.23，95% CI (-4.87, -3.60)；降压有效率：MD=4.84，95%CI (3.23, 7.24)。

推荐意见 3：强力定眩片可协助治疗青年高血压。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

功能主治：降压、降脂、定眩。用于高血压、动脉硬化、高脂血症以及上述诸病引起的头痛、头晕、目眩、耳鸣、失眠等症。

证据概要：基于 3 项 RCT 的 META 分析结果显示^[33]，强力定眩片联合常规药物在收缩压、舒张压、降压有效率方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-19.10，95% CI [-19.99, -18.21]；舒张压：MD=-11.22，95% CI [-11.79, -10.64]；降压有效率：OR=2.03，95% CI [1.35, 3.06]。

推荐意见 4：杞菊地黄丸可协助治疗青年高血压。（证据级别：C 级 推荐强度：强推荐）

功能主治：滋肾养肝。用于肝肾阴亏，眩晕耳鸣，羞明畏光，迎风流泪，视物昏花，肝肾阴虚型高血压见上述证候者。

证据概要：基于 2 项 RCT 的 META 分析结果显示^[34]，杞菊地黄丸联合常规药物在收缩压、舒张压、降压有效率方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-6.41，95% CI (-6.90, -5.92)；舒张压：MD=-4.71，95% CI (-5.18, -4.23)；降压有效率：MD=5.27，95%CI (1.08, 25.78)。

推荐意见 5：牛黄降压丸可协助治疗青年高血压。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

功能主治：清心化痰，平肝安神。适用于心肝火旺、痰热壅盛所致的头晕目眩、头痛失眠、烦躁不安，高血压病见上述证候者。

证据概要：基于 3 项 RCT 的 META 分析结果显示^[35]，牛黄降压丸联合常规药物在收缩压、舒张压、降压有效率方面均优于常规药物治疗，收缩压：MD=-7.24，95% CI [-11.04, -3.44]；

舒张压: MD=-5.39, 95% CI [-8.27, -2.51]; 降压有效率: OR=14.76, 95% CI [7.02, 31.06]。

临床问题 9: 青年高血压患者, 可否应用中医适宜技术 (针刺疗法、耳穴贴压法、穴位埋线疗法、砭石疗法、中药足浴疗法、推拿等) 控制血压?

推荐意见 1: 针刺疗法是中医传统治疗方法之一, 可由受过针灸培训的医生开展针灸治疗, 治疗以“平肝潜阳, 调和气血”为原则, 而兼顾诸证。每周 2 至 3 次, 4 周为一个疗程。针刺疗法不仅能够改善头痛、头晕等症状, 还能有效降压。(证据级别: C 级 推荐强度: 弱推荐)

证据概要: 4 篇 RCT 的 meta 分析结果显示^[36], 针刺在收缩压、舒张压、24 小时收缩压、24 小时舒张压方面均优于常规治疗 (MD=-9.98, 95% CI (-14.61, -5.36) 收缩压; MD=-6.59, 95% CI (-9.57, -3.61) 舒张压; MD=-9.98, 95% CI (-14.61, -5.36) 24 小时收缩压; MD=-6.59, 95% CI (-9.57, -3.61) 24 小时舒张压。1 篇 RCT 显示观察组治疗后中医证候积分 17.54 ± 3.12 , 对照组治疗后中医证候积分 22.74 ± 4.62 , 证候积分优于常规治疗。

推荐意见 2: 耳穴贴压法是用胶布将药豆准确地粘贴于耳穴处, 给予适度的按压, 使其产生酸、麻、胀、痛等刺激感应, 以达到降压目的的一种外治疗法。耳廓常规消毒后, 寻找敏感点, 将粘有王不留行籽的胶布对准穴位紧贴压其上, 以拇指和食指相对按压耳穴, 每穴按压 20 至 30 次, 使患者感胀痛及耳廓发热, 每日 9 次。每隔 3 至 5 天更换 1 次, 每次一耳, 双耳交替, 5 次为一个疗程。(证据级别: C 级 推荐强度: 弱推荐)

证据概要: 基于 2 篇 RCT 的 meta 分析结果显示^[37], 耳穴贴压法在收缩压、舒张压、24 小时收缩压等方面均优于生活方式调整+常规治疗 (MD=-7.69, 95% CI (-14.10, -1.29) 收缩压; MD=-4.62, 95% CI (-8.47, -0.76) 舒张压; MD=-4.12, 95% CI (-7.77, -0.47) 24 小时收缩压)。

推荐意见 3: 穴位埋线疗法是在传统针灸疗法基础上发展而来的一种中医外治技术, 通过将可吸收性线体埋入特定穴位皮下, 对穴位产生长期、持续的刺激作用, 从而达到治疗目的。该疗法将针刺、穴位封闭、组织自我修复等多种效应融为一体, 具有操作相对简便、作用持久等特点。通常每 10 至 15 天埋线 1 次, 4 次为 1 个疗程。埋线后 3 至 5 天内嘱患者切勿洗澡, 以避免针孔感染。(证据级别: C 级 推荐强度: 弱推荐)

证据概要: 基于 1 篇 RCT^[38]提示联合穴位埋线 (选穴: 风池、天枢、大横、带脉、中脘、

气海、足三里、丰隆、阴陵泉)干预高血压患者,显效 11 例,有效 34 例,无效 3 例,有效率为 93.75%。研究结果显示:治疗后,患者血压明显降低,BMI、体脂率均较治疗前显著降低($P<0.01$)。

推荐意见 4: 中药足浴疗法是将中药煎煮取汁后,利用温热药液浸泡双足,通过药物渗透与温热刺激足部经络穴位,以达到辅助降压目的的一种外治疗法。操作时,将中药加水煎煮取汁,倒入足浴盆中。药液温度控制在 $38^{\circ}\text{C}\sim 45^{\circ}\text{C}$,以双足完全浸没于药液中为宜,每次浸泡 20~30 分钟。浸泡期间可适时加热水以保持温度,以头部或周身微微汗出为度。每日治疗 1 次,2 周为 1 个疗程。(证据级别: C 级 推荐强度: 弱推荐)

证据概要: 基于 7 篇 RCT 的 meta 分析结果显示^[39],中药足浴疗法在收缩压、舒张压等方面均优于常规降压治疗 收缩压: $\text{MD}=-2.27$, 95% $\text{CI}(-8.50, -3.95)$; 舒张压: $\text{MD}=-5.26$, 95% $\text{CI}(-7.34, -3.17)$ 。

推荐意见 5: 推拿疗法是用推、拿、按、揉、摩等手法作用于人体体表特定部位或穴位,以疏通经络、调和气血、调节脏腑功能,从而达到辅助降压目的的一种外治疗法。操作时,患者取坐位或仰卧位,施术者以推法、揉法、点按法为主,选取百会、风池、太冲、涌泉、曲池等穴位进行操作。头部操作可用一指禅推法或指推法,从印堂推至前额两侧,按揉百会、太阳、风池等穴;颈部可自上而下推桥弓穴(耳后翳风至缺盆连线),先推左侧,后推右侧;足部用拇指指腹按揉涌泉、太冲等穴。手法力度由轻到重,以穴位局部出现酸、麻、胀感或局部皮肤透热为度。每次推拿总时长约 20~30 分钟。每日或隔日治疗 1 次,10 次为 1 个疗程。(证据级别: C 级 推荐强度: 弱推荐)

证据概要: 基于 1 篇 RCT^[40]提示联合应用推拿治疗(百会为督脉与太阳经交会穴,曲池为手阳明经合穴,均具平肝潜阳、定眩降压之功;太冲属肝经之原穴,具有疏肝理气、平肝潜阳之功;涌泉、太溪为肾经;足三里及足阳明胃经之合穴,具有运脾、化痰、养血之效。)干预高血压患者,治疗后治疗组收缩压为 126.07 ± 7.74 ,舒张压为 83.06 ± 6.1 。研究结果表明: 疗效确切,简便易行,适于临床推广应用。

推荐意见 6: 中药贴敷疗法是将中药研末后以醋、水或酒等调成糊状或膏状,贴敷于体表特定穴位,通过药物经皮吸收和穴位刺激的双重作用,以达到辅助降压目的的一种外治疗法。操作时,将中药研磨成粉末,以食醋或白醋按 1:1 比例调成糊状制成药膏,或直接使

用成品贴剂。选取穴位进行常规消毒后，将药膏贴敷于穴位上。每次贴敷 6~9 小时，每日治疗 1 次。14 天为 1 个疗程。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：4 篇 RCT 的 meta 分析结果显示^[41]，中药贴敷疗法在收缩压、舒张压等方面均优于常规疗法 MD=-8.26, 95% CI (-13.79, -2.72) 收缩压；MD=-7.25, 95% CI (-12.14, -2.37) 舒张压；1 篇 RCT 提示治疗组 24 小时收缩压为 135.20±8.54, 24 小时舒张压为 85.59±8.47；对照组 24 小时收缩压为 138.21±9.77, 24 小时舒张压为 88.05±9.11。中药贴敷疗法在 24 小时收缩压、24 小时舒张压等方面均优于常规疗法。

临床问题 10：青年高血压患者，可否应用传统功法（如太极拳、八段锦、五禽戏等）控制血压？

推荐意见 1：太极拳为传统中医导引功法，可由专业功法指导师规范教学练习，练习以疏通经络、平肝降压、调和阴阳为核心原则，每日规律练习，持续坚持 4 周及以上为干预周期。太极拳可显著降低青年高血压患者收缩压与舒张压，缓解头晕、头胀等高血压相关不适症状。（证据级别：B 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：基于 2 项 RCT 的 Meta 分析结果显示^[42]，太极拳干预降低收缩压、舒张压效果优于常规生活方式对照干预，收缩压：MD=-15.44, 95% CI [-27.67, -3.20]；舒张压：MD=-10.46, 95% CI [-14.49, -6.42]。基于 4 项 RCT 的 Meta 分析结果显示，太极拳干预降低收缩压、舒张压效果优于常规药物对照干预，收缩压：MD=-17.44, 95% CI [-25.22, -9.66]；舒张压：MD=-9.85, 95% CI [-16.52, -3.18]。

推荐意见 2：五禽戏为传统仿生导引功法，需在专业指导下规范习练，干预以调畅气血、平肝潜阳、舒缓血管为治疗原则，规律每日练习，持续 4 周为一疗程。五禽戏可明显降低青年高血压患者收缩压、舒张压。（证据级别：C 级 推荐强度：弱推荐）

证据概要：基于 2 项 RCT 的 Meta 分析结果显示^[43]，五禽戏干预降低收缩压、舒张压效果优于常规药物对照干预，收缩压：MD=-23.15, 95% CI [-30.93, -15.37]；舒张压：MD=-10.70, 95% CI [-11.81, -9.59]。基于 2 项 RCT 的 Meta 分析结果显示，五禽戏干预降低血压临床有效率优于常规药物对照干预，临床有效率：MD=6.00, 95% CI [1.97, 18.27]。1 篇 RCT 结论显示，生活方式干预与五禽戏结合生活方式对于 1 级原发性高血压的治疗均有疗效。五禽戏结合生活方式干预可以有效降低 1 级原发性高血压患者的血压。

推荐意见 3：八段锦是流传广泛的中医养生导引术，经标准化功法培训后可居家自主练习，练习以行气活血、平肝熄风、平稳血压为治疗原则，每日练习 1~2 次，连续干预 4 周为基础疗程。八段锦能够有效降低青年高血压患者收缩压、舒张压。（证据级别：C 级 弱推荐强度：强推荐）

证据概要：基于 3 项 RCT 的 Meta 分析结果显示^[44]，八段锦干预在降低收缩压、舒张压均优于常规生活方式对照干预，收缩压：MD=-9.06，95% CI [-10.50, -7.62]；舒张压：MD=-6.26，95% CI [-8.05, -4.48]。基于 2 项 RCT 的 Meta 分析结果显示，八段锦干预在降低收缩压、舒张压均优于常规药物对照干预，收缩压：MD=-9.43，95% CI [-17.78, -1.07]；舒张压：MD=-7.38，95% CI [-9.37, -5.39]。基于 2 项 RCT 的 Meta 分析结果显示，八段锦干预在优化中医证候积分常规生活方式对照干预，中医证候积分：MD=2.56，95% CI [1.53, 3.58]。

参考文献

- [1] McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al. Linee guida ESC 2024 per la gestione della pressione arteriosa elevata e dell'ipertensione [2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension]. G Ital Cardiol (Rome). 2024;25(11 Suppl 1):e1-e107.
- [2] 何亭华.青年高血压:年轻人也不容忽视的“隐形威胁”![N].医药养生保健报, 2024-10-26(010).
- [3] 曹雪莲. 青年高血压的特点与生活方式指导[J].青春期健康,2024,22(2):52-54.
- [4] 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.
- [5] Williams Bryan, Mancia Giuseppe, Spiering Wilko, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension.[J]. Eur.Heart J.,2018,39:3021-3104
- [6] 孙伟茗,焦晓民. 高血压中医病名、病因、病机研究进展[J].实用中医内科杂志,2021,35(1):101-105.
- [7] 焦欣,蔺晓源,雍苏南. 基于名老中医经验的高血压病病名、病因、病机、证型研究[J].中医药信息,2020,37(4):31-35.
- [8] 宗慧琪,胡哲恺,刘红旭,等. 从“火与元气不两立”论青年高血压的病机与中医防治[J].世界中西医结合杂志,2025,20(8):1678-1681.

- [9] 姜俊.青年高血压病的证候分布和相关因素研究[D].山东中医药大学,2023.
- [10] 武颖,衷敬柏. 105 例青年原发性高血压临床特点与疗效分析[J].北京中医药,2017,36(3):213-216.
- [11] 潘青腾.柴胡疏肝散加减治疗原发性高血压肝气郁结证的临床研究[D].山东中医药大学,2015.
- [12] 王美琪.龙胆泻肝汤加减治疗肝火亢盛型高血压的临床疗效观察[D].辽宁中医药大学,2020.
- [13] 申成竹,李茉,王磊. 半夏白术天麻汤联合氯沙坦钾治疗高血压的效果观察[J].中国处方药,2023,21(12):149-151.
- [14] 王美琪.龙胆泻肝汤加减治疗肝火亢盛型高血压的临床疗效观察[D].辽宁中医药大学,2020.
- [15] 居梦瑶.天麻钩藤饮治疗肝阳上亢型青年原发性高血压（1 级低中危）的临床研究[D].山西中医药大学,2024.
- [16] 李宏艳,尚菊菊,赵晓峰. 泻肝清心汤治疗心肝火旺型新发青年原发性高血压的临床观察[J].北京中医药,2021,40(3):237-240.
- [17] 尹紫茜.清肝解郁汤联合西药对肝郁化火型青年轻度高血压的临床观察[D].河北北方学院,2020.
- [18] 张宇. 健脾祛湿汤联合择时揞针治疗中青年高血压伴高尿酸血症患者的临床效果[J].临床医学研究与实践,2025,10(29):113-116.
- [19] 韩霞,赵含森. 丹栀逍遥散加减治疗肝郁化火型青年轻度高血压的临床效果观察[J].现代诊断与治疗,2024,35(4):493-495.
- [20] 王磊,张梦平. 平肝安神汤对中青年高血压病患者临床疗效及血管紧张素的影响[J].临床医学工程,2023,30(9):1203-1204.
- [21] 陈银平.化痰祛瘀法治疗中青年高血压的临床疗效观察及对降压机制的初步探索[D].安徽中医药大学,2024.
- [22] 杨佃会. 电针曲池、太冲对青年高血压患者血压变异的影响[J].中国针灸,2010,30(7):547-550.
- [23] 李娟.清眩汤联合揞针治疗中青年原发性高血压（肝郁化火证）的临床研究[D].山东中医药大学,2024.

- [24] 胡连根,徐小章,陈丽,等. 调肝活血汤联合沙库巴曲缬沙坦治疗中青年高血压的临床效果及对血尿酸的影响[J].临床合理用药,2025,18(30):49-52.
- [25] 韩琦.补肾和脉颗粒对 1 级单纯收缩期高血压的病证疗效评价研究[D].山东中医药大学,2020.
- [26] 孙楠楠.加味天麻钩藤饮治疗社区高血压的疗效评价: 诊室血压研究[D].山东中医药大学,2017.
- [27] 李琛,武华清. 活血散风针刺法治疗单纯收缩期高血压临床观察[J].光明中医,2022,37(12):2154-2157.
- [28] 方军,谢怀全,富双玲,等. 自拟降压汤联合治疗性生活方式对中青年单纯舒张期高血压的影响[J].中国中医药信息杂志,2014,21(6):116-118.
- [29] 商淑慧,宋智慧,刘侠,等. 中医综合护理干预对单纯舒张期高血压患者的影响[J].河北中医,2015,37(10):1568-1570.
- [30] 范晓译.刘中勇教授运用疏肝健脾调脂颗粒治疗单纯舒张期高血压的临床研究[D].江西中医药大学,2021.
- [31] 周博,慕四宝. 养血清脑颗粒治疗原发性高血压眩晕患者的临床效果分析[J].现代养生,2022,22(15):1273-1275.
- [32] 李敏. 松龄血脉康胶囊治疗原发性高血压的临床效果分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2022,10(4):56-58.
- [33] 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.
- [34] 易秋红,王志忠. 杞菊地黄丸联合穴位按摩治疗妊娠高血压的临床效果[J].中国当代医药,2025,32(22):72-75.
- [35] 刘晶晶. 苯磺酸氨氯地平与牛黄降压丸联合方案治疗社区轻中度高血压的效果[J].名医,2023,(7):156-158.
- [36] 李彩莲,田春艳,管浩,等. 子午流注纳甲法配合辨证针刺对青年原发性高血压昼夜节律的影响[J].上海针灸杂志,2019,38(4):364-368.
- [37] 周拥志. 耳穴压豆对中青年男性高血压病肝阳上亢证患者血压及性功能的影响[J].中外医学研究,2025,23(8):129-132.
- [38] 王新义,张婷婷,张玉飞,等. 穴位埋线法治疗青年肥胖性难治性高血压病 48 例[J].中医研究,2021,34(11):21-23.

- [39] 华山,黄亚聪,夏五妹. 中药足浴按摩辅助治疗中青年高血压 35 例疗效观察[J].江西中医药大学学报,2020,32(5):57-58.
- [40] 任凤英. 推拿疗法辅助治疗高血压的疗效观察[J].护理研究,2014,28(16):2006-2007.
- [41] 张鑫荣,王振源,王世钦,等. 穴位贴敷治疗原发性高血压（1 级）临床研究[J].山东中医杂志,2024,43(12):1399-1406+1413.
- [42] 刘健. 太极拳结合健康管理治疗社区原发性高血压病人群的研究[J].中医药导报,2017,23(5):64-66.
- [43] 常瑜,杨静茹,李娜,等.五禽戏对中青年高血压患者血压和睡眠的干预效果观察[C]//榆林市医学会.第二届全国医药研究论坛论文集（二）.[出版者不详],2023:895-902.
- [44] 罗婷婷.八段锦对 1 级高血压不伴有靶器官损害患者的疗效评价[D].福建中医药大学,2020.