

附件 3:

青年高血压中西医结合诊疗指南

草案编制说明

目录

- 一、制定标准的背景、意义和主要创新内容；3
- 二、工作简况：包括任务来源、主要起草单位、主要工作过程、标准主要起草人及其所做的工作等； 3
- 三、标准主要内容：包括技术指标、参数、公式、性能要求、试验方法、检验规则等的依据（包括试验、统计数据）。标准修订项目还应增加新、旧标准水平的对比；5
- 四、试验验证：包括试验（或验证）准确度、可靠性、稳定性的分析和说明，试验结果综述等； 8
- 五、 采标情况：采用国际标准和国家、行业、地方标准的情况，以及与国内外同类标准水平的比较； 8
- 六、知识产权说明：标准涉及的相关知识产权说明；8
- 七、重大意见分歧的处理：包括处理过程、依据和结果；9
- 八、其他应予说明的事项。 9

一、制定标准的背景、意义和主要创新内容：

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。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。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。

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

（一）任务来源：山东中医药大学附属医院

（二）主要起草单位：山东中医药大学附属医院

（三）主要工作过程：

（一）启动

2025 年 10 月，李运伦教授在山东中医药大学附属医院召开“青年高血压中西医综合诊疗指南”项目讨论会，会议确定向山东中医药学会申请《青年高血压中西医综合诊疗指南》的立项，并确立了起草组成员。

2026 年 1 月向山东中医药学会提交《青年高血压中西医综合诊疗指南》立项申请材料。

2026 年 2 月，山东中医药学会组织召开团体标准立项论证会，《青年高血压中西医综合诊疗指南》通过立项论证。会后按照专家意见对立项申请书进行完善，山东中医药学会于 2026 年 2 月 4 日发文正式立项。

（二）起草

1.组织管理

2026 年 2 月 8 日李运伦教授在山东中医药大学附属医院召开“青年高血压中西医综合诊疗指南”项目组织管理讨论会，共识秘书详细介绍项目任务与计划安排。

2.确定共识问题清单

（1）文献预检索

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

（2）专家访谈

为梳理共识结构，提炼共识问题，特向本学科专家发出访谈邀请，对我们的共识编写提出宝贵意见。

序号	姓名	单位	职称	专业	形式
1	张磊	山东中医药大学附属医院	主任医师	中医学	线下
2	鞠建庆	中国中医科学院西苑医院	副主任医师	中西医结合	线上
3	张玉娇	山东第一医科大学第一附属医院	副主任医师	内科学	线上

访谈提纲包括应用范围、证候类型、中医药干预和推荐方案（分证候类型干预方案和针对疾病干预方案）以及预防调摄。

（3）临床调研

应用问卷星开展《青年高血压中西医结合诊疗指南临床问题调研》，调研对象以临床医生为主。问卷主要针对《青年高血压中西医结合诊疗指南》所涉及到的基础问题和临床问题，包括适用人群、证候、干预措施（包括具体中药汤剂和中成药）、预防调护等。

3.确定共识问题

结合共识前期基础开展临床问题问卷调查，初步形成临床问题清单，采用得尔菲法于2026年5月10日开《青年高血压中西医结合诊疗指南》“共识问题确定会”，最终形成10个共识问题。

4.证据收集与质量评价

2026年5月18日，李运伦教授在山东中医药大学附属医院召开“青年高血压中西医结合诊疗指南”项目系统评价方法讨论会，确定采用GRADE方法学。

根据问题清单，共识工作组构建PICOS问题，再由PICOS问题制定检索策略与文献纳入排除标准，并在中英文数据库进行检索，经人工筛查后，进行系统综述/Meta分析。共识工作组根据GRADE系统进行证据等级评价，形成结果总结表与证据概要表（附件三：GRADE评级、证据概要表及投票单）。

5.共识推荐意见形成

2026年7月采用德尔菲法对证据形成推荐意见。本共识主要起草人、临床专家组、方法学组中来自全国的20位专家参与了共识会议。最终，由共识秘书处统计并汇总推荐意见及强度，对临床问题进行推荐。

6.指导委员会修改

2026年7月17日，共识指导委员会成员丁书文，以及主要起草人李运伦对达成的推荐意见逐一进行审核，审核小组按照共识评审要求和流程，批准了达成一致的推荐意见。

7.形成共识草案

工作组在前期工作的基础上，按照共识编写规则等要求开展共识起草，将循证证据形成的推荐意见等内容纳入共识中，组织有关方面专家对共识进行充分论证，形成共识初稿、编制说明等材料。共识初稿起草完成后，工作组组织召开专家委员会进行论证，根据专家意见修改完善，形成提交稿。

8、审查

（1）形式审查

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

（2）会议审查、发布

（四）标准主要起草人：李运伦、薛一涛、滑振

（五）标准主要起草人所做的工作：

1、共识指导委员会

丁书文 山东中医药大学附属医院

2、主要起草人

李运伦、薛一涛、滑振

3、共同起草人

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

4、系统评价组

滑振、朱羽硕、魏康康、孙锐、栗心晗、罗乐乐、张翔翔、董涵榕、高文哲、张正泽、彭鹤文、刘文亮、王浩展

5、秘书处

滑振、魏康康、朱羽硕、张沐欣

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

（一）总体内容

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

（二）内容分解

第 1 部分明确该共识适用范围和适用对象；

第 2 部分列出该共识主要引用的标准规范文件；

第 3 部分规定该共识的术语和定义；

第 4 部分介绍青年高血压的流行病学特点；

第 5 部分介绍本病的诊断，包括诊断依据、血压分级和心血管风险评估；

第 6 部分介绍本病病因病机；

第 7 部分介绍本病辨证分型；

第 8 部分介绍本病的中西医综合干预和推荐方案，包括辨证论治、中成药等药物治疗和针刺、传统功法等非药物治疗。

（三）主要方法与依据

1、定义临床问题

（1）基础问题

诊断：青年高血压定义为：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。。

证候：肝郁气滞证、肝火上炎证、痰湿内阻证、阴虚阳亢证。

（2）临床问题（PICO）

Patients: 符合西医诊断标准的青年高血压。

Intervention: 治疗组干预措施为使用高血压中西医结合干预的人群等；

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

Outcomes: 疗效指标为：血压控制情况：诊室血压（收缩压、舒张压）、24 小时动态血压（平均血压、昼夜节律）、降压总有效率（参照《中国高血压防治指南》标准）；中医证候改善：中医证候积分（如头晕、头痛、失眠、耳鸣等症状评分）、中医体质辨识变化（如痰湿体质、阴虚体质等改善情况）；生活质量评估：如 SF-36 量表、高血压相关症状评分；实验室检查：肝肾功能（ALT、AST、Scr、BUN）、血常规、电解质（K⁺、Na⁺ 等）、不良反应：如中药相关胃肠道反应、过敏反应，针灸/推拿相关局部不适等、依从性评估。

2、确定临床问题清单

表 3 专家共识问题清单

- 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
- 问题 2 根据青年高血压患者的常见证候类型，中医经典方剂（柴胡疏肝散加减、龙胆泻肝汤加减、半夏白术天麻汤加减、天麻钩藤饮加减等）干预青年高血压人群疗效如何？
- 问题 3 青年高血压患者，可否应用中医药疗法控制血压？
- 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？
- 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？
- 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？
- 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？
- 问题 8 青年高血压患者，可否应用中成药控制血压？
- 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？

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？

3、收集证据与系统评价

李运伦教授在山东中医药大学附属医院召开《青年高血压中西医结合诊疗指南》项目系统评价方法讨论会，确定采用 GRADE 方法学。

第一，根据问题清单，构建 PICOS 问题。每个临床问题具体分析。

第二，根据 PICOS 问题制定检索策略与文献纳入排除标准。

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

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

4、证据质量评价

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

5、形成推荐意见

2026 年 7 月采用德尔菲法对证据形成推荐意见。本共识主要起草人、临床专家组、方法学组中来自全国的 18 位专家参与了共识会议。最终，由共识秘书处统计并汇总推荐意见及强度，对临床问题进行推荐。

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

本专家共识为临床实践专家共识，不涉及试验验证。

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

（一）采用国际标准和国家、行业、地方标准的情况

GB/T16751.1—2023《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T16751.2—2021《中医临床诊疗术语·证候部分》

GB/T16751.3—2023《中医临床诊疗术语·治法部分》

《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2024 版）》

《中华人民共和国药典（2020 年版）》

《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》

（二）与国内外同类标准水平的比较

国内权威高血压的中医共识为《高血压中医诊疗专家共识》，版本为 2022 版。该专家共识参考了国内外重要专家共识和专家共识，结合最新临床研究进展和我国临床现状调研，加强了高血压的中医规范诊疗。本专家共识与其相较，有共性的基础，强调中医健康管理诊疗对高血压病的优势和治疗措施，更加体现中西医结合的优势和特色。

六、知识产权说明：标准涉及的相关知识产权说明；

本标准未涉及相关知识产权说明。

七、重大意见分歧的处理：包括处理过程、依据和结果；

本标准制定过程中无重大意见分歧。

八、其他应予说明的事项。

无其他说明事项。

附件一、GRADE 评级、证据概要表及投票单

1. GRADE 证据质量分级及定义

本共识采用推荐分级的评估、制定和评价 (The Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation, GRADE) 标准进行证据质量分级。

表 1 GRADE 证据质量分级及定义

质量等级	定义
高 (A)	我们非常确信真实的效应值接近效应估计值
中 (B)	对效应估计值我们有中等程度的信心：真实值有可能接近估计值，但仍存在二者大不相同的可能性
低 (C)	我们对效应估计值的确信程度有限：真实值可能与估计值大不相同
极低 (D)	我们对效应估计值几乎没有信心：真实值很可能与估计值大不相同

2. 推荐意见强度的定义

本共识推荐强度标准综合临床试验等标准化文件形成证据，基于利弊权衡、证据质量高低、患者的偏好和价值观、成本（资源分配）等因素，由名义组会议专家综合权衡后作出推荐强度。

表 2 推荐意见强度的定义

推荐等级	定义
强推荐	明显利大于弊
弱推荐	可能利大于弊
无明确推荐意见	利弊相当或不确定
弱不推荐	可能弊大于利
强不推荐	明显弊大于利

3. 证据概要总结表

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？

基础问题	
研究类型及数量	流行病学调查 22 篇；指南 2 篇；专家共识 1 篇；指导原则 1 篇
统计分析结果	结果显示，痰湿内阻证、肝火上炎证、阴虚阳亢证、肝郁气滞证排在青年高血压证型分布的前列。
结论	青年高血压人群常见证型可分为肝郁气滞证、肝火上炎证、痰湿内阻证、阴虚阳亢证

符号	↑	/	
详细描述	建议	中立	
共识条目：	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？ 建议 ☐ 中立 ☐ 不建议 ☐		
①疗效	运用因子分析和聚类分析的方法探究青年高血压患者中医证候分布规律，发现肝火上炎证与痰湿内阻证相关性较强。		

	滞证排在前列；《高血压中医诊疗指南（2011）》提出高血压包括肝火上炎、痰湿内阻、血两虚、冲任失调等七个证型；《中医内科临床诊疗指南：眩晕病（原发性高血压）》（2012）提出瘀互结证、阴虚阳亢证和肾气亏虚证；《高血压中医诊疗专家共识（2019）》提出高血压三大证型；《中药新药高血压病临床研究指导原则》2002：将高血压分为肝火亢盛、痰湿内阻、阴虚阳亢三大证型；横断面调查发现，青年高血压人群中医辨证多为痰湿壅盛证、肝火上炎证、阴虚阳亢证。
②安全性	--
③经济性	--
④病人可接受度	--
⑤其他因素	--

问题 2：中医经典方剂适宜协助干预青年高血压患者吗？

问题 2-1：柴胡疏肝散适宜干预青年高血压肝郁气滞证吗？

质量评价						结局指标		
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		结局指标
						治疗组	对照组	
收缩压 4 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	152	152	MD=-6.48mmHg, 95% CI [-8.36, -4.60]
舒张压 4 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	152	152	MD=-4.75mmHg, 95% CI [-6.29, -3.22]

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
柴胡疏肝散适宜干预青年高血压肝郁气滞证吗？	青年高血压患者	在对照组的基基础上采加用柴胡疏肝散	西药	收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT，4 篇			
效应值及可信区间	MD=-6.48mmHg, 95% CI [-8.36, -4.60] 收缩压 MD=-4.75mmHg, 95% CI [-6.29, -3.22] 舒张压			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	柴胡疏肝散适宜干预青年高血压肝郁气滞证			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	柴胡疏肝散适宜干预青年高血压肝郁气滞证 推荐意见：			
①证据等级	C 级			

②疗效	4 篇 RCT 的 meta 分析结果显示，柴胡疏肝散联合西药治疗在收缩压、舒张压等方面均 6.48mmHg，95% CI [-8.36，-4.60]，舒张压：MD=-4.75mmHg，95% CI [-6.29，-3.22]
③安全性	文献均未报道不良反应。
④经济性	---
⑤病人可接受度	---
⑥其他因素	---

问题 2-2：龙胆泻肝汤适宜干预青年高血压肝火上炎证吗？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 5 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	233	233	MD=-3.09， 95% CI [-3.83， -2.35]	低
舒张压 5 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	233	233	MD=-4.27， 95% CI [-4.94， -3.60]	低
临床问题			P（研究对象）		I（干预措施）		C（对照措施）		O 结局指标
龙胆泻肝汤适宜干预青年高血压肝火上炎证吗？			青年高血压患者		在对照组的基 础上加用龙胆 泻肝汤		西药		收缩压 舒张压
研究类型及数量			RCT，5 篇						
效应值及可信区间			MD=-3.09mmHg，95% CI [-3.83， -2.35] 收缩压 MD=-4.27mmHg，95% CI [-4.94， -3.60] 舒张压						
证据等级			C 级						
是否升级或降级			降 2 级						
升级或降级因素			局限性，不一致性						
结论			龙胆泻肝汤适宜干预青年高血压肝火上炎证						

符号	↑↑	↑	/	
----	----	---	---	--

详细描述	明显利大于弊 强推荐 定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定 无明显推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	龙胆泻肝汤适宜干预青年高血压肝火上炎证 推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	5 篇 RCT 的 meta 分析结果显示，龙胆泻肝汤联合西药治疗在收缩压、舒张压等方面 3.09mmHg，95% CI [-3.83，-2.35]，舒张压：MD=-4.27mmHg，95% CI [-4.94，			
③安全性	1 篇文献报道了 2 例患者出现轻微腹泻，可忍受，未予特殊处理，余文献均未报道			
④经济性	--			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			

问题 2-3：天麻钩藤饮适宜干预青年高血压阴虚阳亢证吗？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 5 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	281	281	MD=-14.07， 95% CI [-15.30，-12.83]	低
舒张压 5 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	281	281	MD=-7.52， 95% CI [-8.66，-6.38]	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
天麻钩藤饮适宜干预青年高血压阴虚阳亢证吗？	青年高血压患者	在对照组的基 础上加用天麻 钩藤饮干预	西药	收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT，5 篇			
效应值及可信区间	MD=-14.07mmHg，95% CI [-15.30，-12.83] 收缩压 MD=-7.52mmHg，95% CI [-8.66，-6.38] 舒张压			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			

升级或降级因素	局限性，不一致性
结论	天麻钩藤饮适宜干预青年高血压阴虚阳亢证

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	天麻钩藤饮适宜干预青年高血压阴虚阳亢证 推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	5 篇 RCT 的 meta 分析结果显示，天麻钩藤饮联合西药或生活方式调整在收缩压、舒张压调整（收缩压：MD=-14.07mmHg，95% CI [-15.30, -12.83]，舒张压：MD=-7.52mmHg，95% CI [-8.62, -6.42]）			
③安全性	1 篇文献报道了研究组发生恶心呕吐 1 例，头晕 1 例；对照组发生恶心呕吐 1 例，腹痛 1 例。1 篇文献报道了发生胃肠道不适 1 例，过敏 1 例，心悸 1 例，余文献均未报道不良反应。			
④经济性	--			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			

问题 2-4：半夏白术天麻汤适宜干预青年高血压痰湿内蕴证吗？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 4 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	171	171	MD=-10.54， 95% CI [-10.75, -10.34]	低
舒张压 4 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	171	171	MD=-8.98， 95% CI [-9.33, -8.62]	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
半夏白术天麻汤适宜干预青年高血压痰湿内蕴证吗？	青年高血压患者	在对照组的基础上加用白术天麻汤	西药	收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT，4 篇			

效应值及可信区间	MD=-10.54mmHg, 95% CI [-10.75, -10.34] 收缩压 MD=-8.98mmHg, 95% CI [-9.33, -8.62] 舒张压
证据等级	C 级

符号	↑↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	半夏白术天麻汤适宜干预青年高血压痰湿内蕴证 推荐意见:			
①证据等级	C 级			
②疗效	4 篇 RCT 的 meta 分析结果显示, 半夏白术天麻汤联合西药在收缩压、舒张压等方面均 10.54mmHg, 95% CI [-10.75, -10.34], 舒张压: MD=-8.98mmHg, 95% CI [-9.33, -8.62]			
③安全性	1 篇文献报道了常规组发生腹胀 1 例, 口干 1 例, 纳差 1 例; 研究组发生腹胀 1 例, 咽 1 篇文献报道了对照组发生低血压 2 例, 余文献均未报道不良反应。			
④经济性	--			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性, 不一致性			
结论	半夏白术天麻汤适宜干预青年高血压痰湿内蕴证			

问题 3: 青年高血压患者, 可否应用中医药疗法控制血压?
 问题 3-1: 1 级青年高血压患者, 危险分层为低危及中危者, 可否单独应用中医药疗法控制
 血压?

(1) 与生活方式改善对比

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 6 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	228	228	MD=-5.30 mmHg, 95% CI [-7.44, -3.15]	低
舒张压 6 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	228	228	MD=-4.21 mmHg, 95% CI [-6.21, -2.22]	低
中医证候	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	85	85	MD=-5.69, 95% CI [-7.69, -3.69]	低

积分 2个 RCT	重 局 限	致性	差异	精 确 性	较低			8.49, -2.89]	
-----------------	-------------	----	----	-------------	----	--	--	--------------	--

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
1级青年高血压患者，危险分层为低危及中危者，可否单独应用中医药疗法控制血压？	1级青年高血压患者(低危、中危患者)	对照措施+天麻钩藤饮，加減龙胆泻肝汤，耳穴压豆，降压操，五禽戏，中医传统体育疗法	生活方式调整	收缩压 舒张压 中医证候积分
研究类型及数量	6个RCT			
效应值及可信区间	收缩压：MD=-5.30 mmHg, 95% CI [-7.44, -3.15] 舒张压：MD=-4.21 mmHg, 95% CI [-6.21, -2.22] 中医证候积分：MD=-5.69, 95% CI [-8.49, -2.89]			
证据等级	C级			
是否升级或降级	降二级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	1级青年高血压患者（低危及中危者），可单独应用中医药疗法控制血压。			

符号	↑↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	1级青年高血压患者，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。			
①证据等级	C级			
②疗效	6篇RCT的META分析结果显示，中医药疗法（天麻钩藤饮，加減龙胆泻肝汤，耳穴压豆，降压操，五禽戏，中医传统体育疗法）在收缩压、舒张压和降低中医证候积分方面的效果均优于生活方式调整（收缩压：MD=-5.30 mmHg, 95% CI [-7.44, -3.15]；舒张压：MD=-4.21 mmHg, 95% CI [-6.21, -2.22]；中医证候积分：MD=-5.69, 95% CI [-8.49, -2.89]）			
③安全性	均未报道不良反应。			
④经济性	--			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			

（2）与其他疗法对比

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

计									
收缩压 3个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	90	90	MD=-5.99 mmHg, 95% CI [-10.39, -1.58]	低
舒张压 3个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	90	90	MD=-5.67 mmHg, 95% CI [-7.15, -4.20]	低
中医证候积分 2个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	60	60	MD=-4.83, 95% CI [-6.22, -3.44]	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	0 结局指标
1级青年高血压患者，危险分层为低危及中危者，可否单独应用中中医药疗法控制血压？	1级青年高血压患者（低危、中危患者）	自拟降压青年方，泻肝清心汤，电针	ARB，松龄血脉康胶囊和全天麻胶囊，ACEI	收缩压 舒张压 中医证候积分
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	收缩压：MD=-5.99 mmHg，95% CI [-10.39, -1.58] 舒张压：MD=-5.67 mmHg，95% CI [-7.15, -4.20] 中医证候积分：MD=-4.83，95% CI [-6.22, -3.44]			
证据等级	C级			
是否升级或降级	降二级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	1级青年高血压患者（低危及中危者），可单独应用中中医药疗法控制血压。			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确推荐意见	可能弊弱不推荐 可能不
推荐条目	1级青年高血压患者，危险分层为低危及中危者，可单独应用中中医药疗法控制血压。			
①证据等级	C级			
②疗效	3篇RCT的META分析结果显示，中中医药疗法（自拟降压青年方，泻肝清心汤，电针）在收缩压、舒张压、中医证候积分方面的效果均优于常规治疗（收缩压：MD=-5.99 mmHg，95% CI [-10.39, -1.58]；舒张压：MD=-5.67 mmHg，95% CI [-7.15, -4.20]；中医证候积分：MD=-4.83，95% CI [-6.22, -3.44]）。			
③安全性	均未报道不良反应。			
④经济性	--			

⑤病人可接受度	--
⑥其他因素	--

问题 3-2：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，可否联用中医药疗法控制血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 3 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	119	119	MD=-2.72 mmHg, 95%CI [-3.85, -1.59]	低
舒张压 3 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	119	119	MD=-1.88 mmHg, 95%CI [-2.86, -0.91]	低
中医证候积分 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	78	78	MD=-3.61, 95%CI [-4.88, -2.33]	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
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，可否联用中医药疗法控制血压？	青年 1 级高血压患者(高危、极高危患者)	对照措施+清肝解郁汤，连葛胶囊，侯氏黑散	常规西药	收缩压 舒张压 中医证候积分
研究类型及数量	3 个 RCT			

效应值及可信区间	收缩压：MD=-2.72 mmHg， 95%CI[-3.85， -1.59] 舒张压：MD=-1.88 mmHg， 95% CI[-2.86， -0.91] 中医证候积分：MD=-3.61， 95% CI[-4.88， -2.33]
证据等级	C 级
是否升级或降级	降二级
升级或降级因素	局限性，不一致性
结论	青年 1 级高血压患者（高危、极高危患者），在常规降压治疗的基础上，可联用中医药疗法控制血压。

符号	↑↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弱可
推荐条目	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，可联用			
①证据等级	C 级			
②疗效	3 篇 RCT 的 META 分析结果显示，在常规降压治疗的基础上，联用中医药疗法中药汤剂（葛胶囊）在收缩压、中医证候积分方面的效果均优于常规降压治疗（收缩压：MD=-2.72 mmHg，95% CI [-3.85， -1.59]；舒张压：MD=-1.88 mmHg，95% CI [-2.86， -0.91]；中医证候积分：MD=-3.61，95% CI [-4.88， -2.33]）。			
③安全性	均未报道不良反应。			
④经济性	--			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			

问题 3.3：青年 2 级、3 级高血压患者，在常规降压治疗的基础上，可否联用中医药疗法控制血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 6 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	340	336	MD=-13.37mmHg， 95% CI[-21.75， -4.99]	低
舒张压 6 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	340	336	MD=-8.31 mmHg， 95%CI[-12.90， -3.72]	低

中医证候积分 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	72	72	MD=-1.97, 95%CI[-3.64, -0.30]	低
----------------	-------	--------	--------	---------	--------	----	----	-------------------------------	---

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	0 结局指标
青年 2 级、3 级高血压患者，在常规降压治疗的基础上，可否联用中医药疗法控制血压？	青年 2 级、3 级高血压患者	对照措施+化浊通络法，平肝健脾方，平肝熄风胶囊，健脾祛湿汤联合择时揲针，太极拳	常规西药	收缩压 舒张压 中医证候积分
研究类型及数量	6 个 RCT			
效应值及可信区间	收缩压：MD=-13.37 mmHg, 95% CI[-21.75, -4.99] 舒张压：MD=-8.31 mmHg, 95% CI[-12.90, -3.72] 中医证候积分：MD=-1.97, 95% CI[-3.64, -0.30]			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降二级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	青年 2 级、3 级高血压患者，在常规降压治疗的基础上，可联用中医药疗法改善控制血压。			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	青年 2 级、3 级高血压患者，在常规降压治疗的基础上，可联用中医药疗法控制血压。			
①证据等级	C 级			
②疗效	6 篇 RCT 的 META 分析结果显示，在常规降压治疗的基础上，联用中医药疗法（太极拳等）在收缩压、舒张压、中医证候积分方面的效果均优于常规降压治疗（收缩压：MD=-4.99]；舒张压：MD=-8.31 mmHg, 95% CI[-12.90, -3.72]；中医证候积分：MD=-			
③安全性	均未报道不良反应。			
④经济性	--			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			

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？

问题 4-1: 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，可否

应用中医药疗法缓解患者症状？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 5个RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	275	275	MD=-3.72, 95% CI [-5.67, -1.77]	低
舒张压 5个RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	275	275	MD=-2.42, 95% CI [-4.30, -0.53]	低
临床有效率 5个RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	275	275	MD=2.47, 95% CI [1.53, 4.01]	低
中医证候积分 2个RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	65	65	MD=-4.27, 95% CI [-4.97, -3.57]	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
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	1级青年高血压患者	在对照组的基礎上采用中医疗法干预	西药治疗	收缩压、舒张压、临床有效率、中医证候积分
研究类型及数量	RCT，5篇			
效应值及可信区间	收缩压：MD=-3.72, 95% CI [-5.67, -1.77] 舒张压：MD=-2.42, 95% CI [-4.30, -0.53] 临床有效率：MD=2.47, 95% CI [1.53, 4.01] 中医证候积分：MD=-4.26, 95% CI [-4.95, -3.58]			
证据等级	C级			
是否升级或降级	降2级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			

结论	1 级青年高血压患者，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
----	--

问题 4-2：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

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 3 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	141	142	MD=-0.36, 95% CI [-15.43, -3.29]	低
舒张压 3 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	141	142	MD=-8.17, 95% CI [-8.88, -7.47]	低
临床有效率 3 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	141	142	MD=6.97, 95% CI [2.61, 18.59]	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
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	1 级青年高血压患者	在对照组的基礎上采用中医药疗法干预	西药治疗	收缩压、舒张压、临床有效率、
研究类型及数量	RCT，3 篇			
效应值及可信区间	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]			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			

升级或降级因素	局限性，不一致性
结论	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

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	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			
①证据等级	C 级			
②疗效	一项纳入 3 篇 RCT 的 META 分析结果显示，中医药疗法联合西药在收缩压、舒张压和临 缩压：MD=-0.36，95% CI [-15.43， -3.29]，舒张压：MD=-8.17，95% CI [-8.88， - [2.61， 18.59]			
③安全性	1 篇文献对照组和干预组均出现腹泻、便秘、头			
④经济性	--			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			

问题 4-3：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？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 5 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	182	182	MD=-6.98， 95% CI [-8.49， -5.47]	低
舒张压 5 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	182	182	MD=-6.19， 95% CI [-7.74， -4.64]	低
中医证候积分 5 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	182	182	MD=-3.88， 95% CI [-4.56， -3.20]	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
------	---------	---------	---------	--------

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？	1 级青年高血压患者	在对照组的基 础上采用中医 疗法干预	西药治疗	收缩压、 舒张压、 中医证候积分
研究类型及数量	RCT，5 篇			
效应值及可信区间	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]			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	青年 2 级、3 级高血压患者，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			

符号	↑↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊 不推荐 不做
推荐条目	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 症状			
①证据等级	C 级			
②疗效	一项纳入 5 篇 RCT 的 META 分析结果显示，收缩压：MD=-6.98，95% CI [-8.49，-5.4 -4.64]，中医证候积分：MD=-3.88，95% CI [-4.56，-3.20]，			
③安全性	未报道不良反应			
④经济性	--			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			

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？

**问题 5.1：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，可否单独应用
应用中医药疗法控制血压？**

研究类型及数量	质量评价					结果总结			
	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
青年高血压 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	30	30	-	低
青年高血压 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	30	30	-	低
青年高血压 T	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	30	30	-	低

收缩压标准差 (SD) 1 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	30	30	—	低
舒张压标准差 (SD) RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	30	30	—	低
收缩压标准差 (SD) RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	30	30	—	低
舒张压标准差 (SD) RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	30	30	—	低
收缩压标准差 (SD) RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	30	30	—	低
舒张压标准差 (SD) RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	30	30	—	低
RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	30	30	—	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
基于治未病理念，中医疗法是否适用于初发的1级高血压患者？	1级高血压患者（包括低危及中危者，血压波动大者）	电针曲池、太冲	口服卡托普利	收缩压 舒张压 收缩压和舒张压的标准差 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）
研究类型及数量	RCT，1篇			
效应值及可信区间	—			

证据等级	C 级
是否升级或降级	降 2 级
升级或降级因素	局限性，不一致性
结论	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。

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	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，可以单独应用电针曲池、太冲疗法控制血压。			
①证据等级	C 级			
②疗效	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 24h 收缩压标准差（24hSSD）、24h 舒张压标准差（24hSD）、夜间收缩压标准差（nSSD）、夜间舒张压标准差（nSD）差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）；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（ $P<0.01$ ），与西药组比较 24h 收缩压标准差（24hSSD）、24h 舒张压标准差（24hSD）、夜间收缩压标准差（nSSD）、夜间舒张压标准差（nSD）差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）			
③安全性	无不良反应。			
④经济性	--			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			

问题 5.2：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，可否联用中医药疗法控制血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 2 个 RCT	有严重局限	-存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	84	84	MD=-4.03, 95%CI (-6.68,-1.39)	低
舒张压 2 个 RCT	有严重局限	-存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	84	84	MD=-1.00, 95%CI (-1.58,-0.42)	低
中医证候	有严	-存在	测量	无严	偏移	34	34	-	低

积分 1 个 RCT	重 局 限	不 一 致 性	结 果 差 异	重 不 精 确 性	风 险 低				
收缩 压血 压变 异程 度 2 个 RCT	有 严 重 局 限	- 存 在 不 一 致 性	测 量 结 果 差 异	无 严 重 不 精 确 性	偏 移 风 险 低	84	84	MD=-1.37, 95%CI (-3.62, -0.87)	低
舒张 压血 压变 异程 度 2 个 RCT	有 严 重 局 限	- 存 在 不 一 致 性	测 量 结 果 差 异	无 严 重 不 精 确 性	偏 移 风 险 低	84	84	MD=-0.73, 95%CI (-1.68, 0.21)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
基于治未病理念，中医疗法是否适用于初发的 1 级高血压患者？	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	在对照组基础上予平肝熄风胶囊联合耳穴压豆治疗/清眩汤联合揸针。	西医常规治疗	收缩压 舒张压 中医证候积分 收缩压变异性 舒张压变异性
研究类型及数量	RCT, 2 篇			
效应值及可信区间	MD=-4.03, 95%CI (-6.68, -1.39) 收缩压 MD=-1.00, 95%CI (-1.58, -0.42) 舒张压 MD=-1.37, 95%CI (-3.62, -0.87) 收缩压变异性 MD=-0.73, 95%CI (-1.68, 0.21) 舒张压变异性			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	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，可以联用中医药疗法控制血压。			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	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，可以联用中医药疗法控制血压。 推荐意见：			

①证据等级	C 级
②疗效	2 篇 RCT 的 meta 分析结果显示，常规西医治疗+中医药疗法在收缩压、收缩压变异性等 MD=-4.03,95%CI (-6.68,-1.39) 收缩压，MD=-1.00,95%CI (-1.58,-0.42) 舒张压 MD=-1.37,95%CI (-3.62,-0.87) 收缩压变异性，MD=-0.73,95%CI (-1.68,0.21) 舒张压
③安全性	曾有 1 例发生腹泻，未予特殊处理，自行好转，余未见不良事件发生
④经济性	--
⑤病人可接受度	--
⑥其他因素	--

问题 5.3：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，可否联用中医药疗法控制血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	109	109	MD=-7.51,95% CI (-9.27,-5.75)	低
舒张压 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	109	109	MD=-5.68,95% CI (-7.14,-4.22)	低
中医证候积分 1 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	40	40		低
收缩压变异性 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	100	100	MD=-1.72,95% CI (-1.95,-1.49)	低

				性					
舒张压变异性 2个RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏移风险低	100	100	MD=-1.99,95% CI (-2.21, -1.78)	低
临床问题			P（研究对象）		I（干预措施）		C（对照措施）		0 结局指标
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，可否联用中医药疗法控制血压？			青年2级、3级高血压患者，血压波动大者		平肝安神方/甘酸缓急中药/调肝活血汤+常规西医治疗		常规西医治疗		收缩压 舒张压 收缩压变异性 舒张压变异性
研究类型及数量			RCT，2篇						
效应值及可信区间			MD=-7.51,95% CI (-9.27, -5.75) MD=-5.68,95% CI (-7.14, -4.22) MD=-1.72,95% CI (-1.95, -1.49) MD=-1.99,95% CI (-2.21, -1.78)		收缩压 舒张压 收缩压变异性 舒张压变异性				
证据等级			C级						
是否升级或降级			降2级						
升级或降级因素			局限性，不一致性						
结论			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，可以联用中医药疗法控制血压。						

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确推荐意见	可能弱可
推荐条目	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，可以联用中医药			
①证据等级	C级			
②疗效	2篇RCT的meta分析结果显示，平肝安神方/甘酸缓急中药/调肝活血汤在收缩压、舒张压方面均优于常规西医治疗： MD=-7.51,95% CI(-9.27,-5.75) 收缩压；MD=-5.68,95% CI(-7.14,-4.22) 舒张压； MD=-1.72,95% CI(-1.95,-1.49) 收缩压变异性；MD=-1.99,95% CI(-2.21,-1.78) 舒张压变异性			
③安全性	无不良反应			
④经济性	--			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			

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？

问题 6-1 青年 1 级单纯收缩期高血压，危险分层为低危以及中危者可否在常规疗法以外联合中医药疗法控制？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 1 个 RCT	局限较轻	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	40	40		低
舒张压 1 个 RCT	局限较轻	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	40	40		低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
青年 1 级单纯收缩期高血压患者，危险分层为低危，可单独应用中医药疗法控制患者血压	1 级高血压患者（包括初发患者和非初发患者，低危、中危、高危患者）	常规用药+中药复方	常规降压药治疗	收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT，1 篇			
效应值及可信区间	-			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	中医疗法，能够有效改善青年 1 级单纯收缩期高血压收缩压有效			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	青年 1 级单纯收缩期高血压患者，危险分层为低危，可在常规疗效以外应用中医药治疗。			
①证据等级	C 级			
②疗效	1 篇 RCT 中药联合用药组收缩压 (123.10 ± 5.12 mmHg) 优于常规用药组 (124.62 ± 5.12 mmHg) 降 ($P < 0.01$) 中药联合用药组中医证候积分 (3.78 ± 2.02) 优于常规用药组 (10.71 ± 2.02) 统计学意义 ($P < 0.01$)。			
③安全性	文献未报道不良反应。			
④经济性	--			
⑤病人可接受度	-			
⑥其他因素	--			

问题 6.2：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，可否联用中医药疗法控制血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 1 个 RCT	局限较轻	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	193	182		低
舒张压 1 个 RCT	局限较轻	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	193	182		低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
青年 1 级单纯收缩期高血压患者，危险分层为低危，可单独应用中医药疗法控制患者血压	1 级高血压患者（包括初发患者和非初发患者，低危、中危、高危患者）	常规用药+中药复方	常规降压药物治疗	收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT，1 篇			
效应值及可信区间	-			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			

结论	中医疗法，能够有效改善青年 1 级单纯收缩期高血压。			
符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	青年 1 级单纯收缩期高血压患者，危险分层为中危以及高危者，可在常规疗效以外应用中医疗法，推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	一项 RCT 提示：中药联合常规用药组收缩压（130.21±9.92 mmHg）优于对照组（141.59±6.89 mmHg）低于对照组的 73.36±7.10 mmHg（ $P=0.001$ ）			
③安全性	文献均未报道不良反应。			
④经济性	--			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			

问题 6.3：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，可否联用中医疗法控制血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 1 个 RCT	局限较轻	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	32	33		低
舒张压 1 个 RCT	局限较轻	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	32	33		低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
青年 1 级单纯收缩期高血压患者，危险分层为低危，可单独应用中医疗法控制患者血压	1 级高血压患者（包括初发患者和非初发患者，低危、中危、高危患者）	常规用药+中药复方	常规降压药物治疗	收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT，1 篇			
效应值及可信区	-			

间	
证据等级	C 级
是否升级或降级	降 2 级
升级或降级因素	局限性，不一致性
结论	中医疗法，能够有效改善青年 2 级、3 级单纯收缩期高血压患者。

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊 不推荐 不做
推荐条目	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，可否联用中医药 推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	在常规用药基础上联合针刺法治疗，平均收缩压（140.78±7.67 mmHg）优于单纯常规 压下降幅度大于对照组（ $P<0.05$ ）。提示联合治疗可进一步改善收缩压控制。			
③安全性	文献均未报道不良反应。			
④经济性	--			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			

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？

问题 7-1：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，可否单独应用中医药疗法控制血压？

质量评价						结果总结			
研究 数量 及设计	局 限 性	不 一 致 性	间 接 性	不 精 确 性	发表 偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗 组	对照 组		
临床 疗效 2 个 RCT	有 严 重 局 限	存在 不 一 致 性	测量 结果 差异	无 严 重 不 精 确 性	偏倚 风险 较低	91	91	RR=1.17, 95% CI (1.02, 1.34)	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	0 结局指标
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，可否单独应用中医药疗法控制血压？	青年 1 级单纯舒张期高血压患者，低危、中危患者	中医药疗法（中药汤剂）	常规药物	临床疗效
研究类型及数量	RCT，3 篇			

效应值及可信区间	RR=1.17, 95% CI (1.02, 1.34)	临床疗效
证据等级	C 级	
是否升级或降级	降 2 级	
升级或降级因素	局限性，不一致性	
结论	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，舒张压、临床疗效均有改善。	

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	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			
①证据等级	C 级			
②疗效	一篇 RCT 示单独使用中药治疗 2 月后舒张压 ($86.68 \pm 2.23\text{mmHg}$) 优于不采取任何干预 ($89.84 \pm 3.16\text{mmHg}$)，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 篇 RCT 的 meta 分析结果显示，单独应用常规药物治疗，临床疗效：RR=1.17，95% CI [1.02, 1.34]。			
③安全性	1 篇文献报道了 1 例患者出现腹胀，1 例患者出现腹泻，未经干预自行缓解，未影响继续			
④经济性	无器械要求，仅需专业人员指导服药			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			

问题 7-2：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，在常规降压治疗的基础上，可否联用中医药疗法控制血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
舒张压 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	77	77	MD=-6.01, 95% CI (-7.12, -4.89)	低
临床疗效 3 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	107	107	RR=1.31, 95% CI (1.16, 1.49)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
------	----------	----------	----------	--------

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，在常规降压治疗的基础上，可否联用中医药疗法控制血压？	青年 1 级单纯舒张期高血压患者，高危、极高危患者	常规降压治疗+中医药疗法（中药汤剂、中医综合干预）	常规降压治疗	舒张压 临床疗效
研究类型及数量	RCT，3 篇			
效应值及可信区间	MD=-6.01,95% CI (-7.12,-4.89) RR=1.31,95% CI (1.16,1.49)		舒张压 临床疗效	
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	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。舒张压、临床疗效均有改善。			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	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，可否联用中医药疗法控制血压。 推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	3 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 压：-6.01，95% CI [-7.12，-4.89]，临床疗效：RR=1.31，95% CI [1.16，1.49]。			
③安全性	均未报道不良反应			
④经济性	无器械要求，仅需专业人员指导服药			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			

问题 7-3：青年 2 级、3 级舒张期高血压患者，在常规降压治疗的基础上，可否联用中医药疗法控制血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
舒张压 2 个	有严重	存在不	测量结	无严重不精确	偏倚风	90	90	MD=-6.79, 95% CI (-13.19, -0.39)	低

RCT	局限	一致性	果差异	性	险较低				
临床疗效 2个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	90	90	RR=1.36, 95% CI (1.13, 1.66)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
青年2级、3级舒张期高血压患者，在常规降压治疗的基础上，可否联用中医药疗法控制血压？	青年2级、3级舒张期高血压患者	常规降压治疗+中医药疗法（中药汤剂、颗粒剂）	常规降压治疗	舒张压 临床疗效
研究类型及数量	RCT, 3篇			
效应值及可信区间	MD=-6.79, 95% CI (-13.19, -0.39) 舒张压 RR=1.36, 95% CI (1.13, 1.66) 临床疗效			
证据等级	C级			
是否升级或降级	降2级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	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。舒张压、临床疗效均有改善。			

问题8：青年高血压患者，可否应用中成药控制血压？

问题8-1：养血清脑颗粒干预青年高血压患者疗效如何？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 4个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	239	239	MD=-15.99 ,95% CI(-17.41, -14.56)	低
舒张压 4个	有严重	存在不	测量结	无严重	偏倚风	239	239	MD=-15.69,95% CI(-16.53, - 14.84)	低

RCT	局限	一致性	果差异	不精确性	险较低				
有效 率 5 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	303	296	MD=7.82, 95%CI (4.03, 15.16)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
青年高血压患者，可否应用中成药控制血压？	青年高血压患者	常规西药+养血清脑颗粒；常规西药+合理控制饮食、调整生活方式+养血清脑颗粒+强力定眩片	常规西药；常规西药+合理控制饮食、调整生活方式	收缩压 舒张压 降压有效率
研究类型及数量	RCT, 5 篇			
效应值及可信区间	MD=-15.99, 95% CI (-17.41, -14.56) 收缩压 MD=-15.69, 95% CI (-16.53, -14.84) 舒张压 MD=7.82, 95%CI (4.03, 15.16) 降压有效率			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	养血清脑颗粒可协助治疗青年高血压			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	基于中医理论，养血清脑颗粒可协助治疗青年高血压。推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	本 Meta 分析共纳入 5 项随机对照试验，对照组为单纯常规降压药物干预，试验组为养血清脑颗粒联合常规治疗方案降低收缩压、舒张压及提升降压有效率的 Meta 分析结果。收缩压：MD=-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)。			
③安全性	1 篇有具体不良反应数据（对照组：便秘 3 例、红疹 3 例、腹泻 2 例，发生率 8.00%（6/100）；试验组：便秘 2 例、红疹 2 例、腹泻 3 例，发生率 6.00%（6/100）。两组差异无统计学意义（P>0.05））；1 篇仅报告不良反应，余 3 篇未报告。			
④经济性	养血清脑颗粒单疗程用药成本适中，无需额外辅助耗材，长期联合降压治疗的经济负担较小。			

	用药。--
⑤病人可接受度	本品为袋装颗粒剂，温水冲服，服用便捷，口感易接受，青年患者日常服药依从
⑥其他因素	--

问题 8-2：松龄血脉康干预青年高血压患者疗效如何？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 9 个 RCT	局限性较低	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	1205	1017	MD=-7.85, 95% CI (-8.56, -7.15)	低
舒张压 9 个 RCT	局限性较低	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	1205	1017	MD=-4.23, 95% CI (-4.87, -3.60)	低
有效率 8 个 RCT	局限性较低	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	585	584	MD=4.84, 95%CI (3.23, 7.24)	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
青年高血压患者，可否应用中成药控制血压？	青年高血压患者	松龄血脉康+常规西药；松龄血脉康+常规西药+生活方式干预；松龄血脉康+生活方式干预	常规西药；常规西药+生活方式干预；安慰剂胶囊+生活方式干预	收缩压 舒张压 降压有效率
研究类型及数量	RCT，9 篇			
效应值及可信区间	MD=-7.85, 95% CI (-8.56, -7.15) 收缩压 MD=-4.23, 95% CI (-4.87, -3.60) 舒张压 MD=4.84, 95%CI (3.23, 7.24) 降压有效率			
证据等级	B 级			
是否升级或降级	降 1 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	松龄血脉康可协助治疗青年高血压			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	基于中医理论，松龄血脉康可协助治疗青年高血压。推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	本 Meta 分析共纳入 9 项随机对照试验，对照组为单纯常规降压药物干预，试验组为松龄血脉康联合常规治疗方案降低收缩压、舒张压及提升降压有效率。收缩压：MD=-7.85，95% CI (-8.56, -7.15)；舒张压：MD=-4.23，95% CI (-4.87, -3.60)；95%CI (3.23, 7.24)。			
③安全性	1 篇有不良反应数据（对照组 20 例，实验组 21 例），7 篇有具体不良反应数据（对照组恶心 1 例+肌肉疼痛 1 例+皮疹 1 例（6.25%）；对照组 MACE 4 例（4.39%）；不稳定型心绞痛 3 例；对照组复合心脑血管事件 2 例；实验组 MACE 3 例（3.26%）；不稳定型心绞痛 3 例；对照组复合心脑血管事件 2 例（0.35%）+其他不良事件 30 例；对照组失眠 4 例+心悸 5 例+头晕头痛 4 例（8.9%）；对照组心悸 1 例+头晕 1 例+失眠 2 例+水肿 1 例（12.50%）+水肿 2 例（20.00%）），1 篇仅报告治疗组"无明显不良反应"，4 篇未报告			
④经济性	松龄血脉康胶囊定价稳定，日均用药费用较低，长期联用西药降压不会造成经济负担			
⑤病人可接受度	本品为硬胶囊制剂，吞咽方便，服药无特殊场景限制，药性平稳，青年患者接受度高			
⑥其他因素	--			

问题 8-3：强力定眩片干预青年高血压患者疗效如何？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	300	300	MD=-19.31， 95% CI (-20.23, -18.40)	低
舒张压 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	300	300	MD=-11.40， 95% CI (-11.99, -10.82)	低
有效率 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	300	300	MD=3.32， 95%CI (1.87, 5.91)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
青年高血压患者，可否应用中成药控制血压？	青年高血压患者	强力定眩片+常规西药+生活方式干预	常规西药+生活方式干预	收缩压 舒张压 降压有效率
研究类型及数量	RCT, 2 篇			
效应值及可信区间	MD=-19.31, 95% CI (-20.23, -18.40) 收缩压 MD=-11.40, 95% CI (-11.99, -10.82) 舒张压 MD=3.32, 95%CI (1.87, 5.91) 降压有效率			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	强力定眩片可协助治疗青年高血压			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊 不推荐 不做
推荐条目	基于中医理论，强力定眩片可协助治疗青年高血压。 推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	本 Meta 分析共纳入 2 项随机对照试验，对照组为单纯常规降压药物干预，试验组为强力定眩片联合常规治疗方案降低收缩压、舒张压及提升降压有效率的效果。结果显示强力定眩片联合常规治疗方案降低收缩压：MD=-19.31, 95% CI (-20.23, -18.40)；舒张压：MD=-11.40, 95% CI (-11.99, -10.82)；降压有效率：MD=3.32, 95%CI (1.87, 5.91)。			
③安全性	2 篇有具体不良反应数据（试验组不良反应 37 例（18.5%）：消化系统不适 7 例 + 低血压 10 例 + 头痛 13 例，对照组不良反应 51 例（25.5%）：消化系统不适 12 例 + 头痛 19 例；试验组不良反应 6 例（6.00%）：便秘 1 例 + 红疹 2 例 + 腹泻 3 例；对照组不良反应 10 例（10.00%）：便秘 3 例 + 红疹 3 例 + 腹泻 2 例）			
④经济性	强力定眩片单片价格低廉，每日服药剂量成本低，长期辅助降压治疗经济负担小。			
⑤病人可接受度	口服片剂剂型，携带与服用简便，针对高血压伴随头晕症状改善效果突出，青年患者接受度高。			
⑥其他因素	--			

问题 8-4 杞菊地黄丸干预青年高血压患者疗效如何？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	90	90	MD=-6.41, 95% CI (-6.90, -5.92)	低

舒张压 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	90	90	MD=-4.71, 95% CI (-5.18, -4.23)	低
有效率 1 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	50	50	MD=5.27, 95%CI (1.08, 25.78)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	0 结局指标
青年高血压患者, 可否应用中成药控制血压?	青年高血压患者	杞菊地黄丸+常规西药+穴位按摩; 杞菊地黄丸+常规西药	常规西药+穴位按摩; 常规西药	收缩压 舒张压 降压有效率
研究类型及数量	RCT, 2 篇			
效应值及可信区间	MD=-6.41, 95% CI (-6.90, -5.92) 收缩压 MD=-4.71, 95% CI (-5.18, -4.23) 舒张压 MD=5.27, 95%CI (1.08, 25.78) 降压有效率			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性, 不一致性			
结论	杞菊地黄丸可协助治疗青年高血压			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	基于中医理论, 杞菊地黄丸可协助治疗青年高血压。 推荐意见:			
①证据等级	C 级			
②疗效	本 Meta 分析共纳入 2 项随机对照试验, 对照组均为单纯常规降压药物干预, 试验组为联合干预, 并结果显示杞菊地黄丸联合常规治疗方案降低收缩压、舒张压及提升降压有效率的效应值分别为: 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)。			
③安全性	2 篇均未报告不良反应			
④经济性	杞菊地黄丸药品价格低廉, 常规疗程用药成本很低, 无需额外医疗耗材, 长期服用经济。			
⑤病人可接受度	丸剂口服方便, 药性温和, 无明显刺激性, 适合青年患者长期慢病调理。			
⑥其他因素	—			

问题 8-5 牛黄降压丸干预青年高血压患者疗效如何?

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 1个RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	46	46	MD=-7.24, 95% CI (-11.04, -3.44)	低
舒张压 1个RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	46	46	MD=-5.39, 95% CI (-8.27, -2.51)	低
有效率 3个RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	171	171	MD=4.82, 95%CI (2.38, 9.79)	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
青年高血压患者，可否应用中成药控制血压？	青年高血压患者	牛黄降压丸+常规西药	常规西药	收缩压 舒张压 降压有效率
研究类型及数量	RCT，3篇			
效应值及可信区间	MD=-7.24,95% CI (-11.04, -3.44) 收缩压 MD=-5.39,95% CI (-8.27, -2.51) 舒张压 MD=4.82, 95%CI (2.38, 9.79) 降压有效率			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	牛黄降压丸可协助治疗青年高血压			

符号	↑ ↑	↑	/	
----	-----	---	---	--

详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊 不推荐 不做
推荐条目	基于中医理论，牛黄降压丸可协助治疗青年高血压。推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	本 Meta 分析共纳入 3 项随机对照试验，对照组为单纯常规降压药物干预，试验组为牛黄降压丸联合常规治疗方案降低收缩压、舒张压及提升降压有效率的效果。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：MD=0.12，95% CI (0.04, 0.20)。			
③安全性	3 篇均有具体不良反应数据（实验组不良反应 2 例（3.84%）：头晕头痛 1 例 + 心律失常 1 例；对照组不良反应 9 例（17.31%）：头晕头痛 6 例 + 心律失常 3 例；实验组不良反应 5 例 + 恶心 3 例，对照组不良反应 17 例（23.29%）：腹泻 4 例 + 皮肤瘙痒 7 例 + 恶心 3 例（2.17%）：恶心头晕 1 例，对照组不良反应 9 例（19.57%）：过性低血压 2 例 + 恶心 3 例，对照组不良反应 9 例（19.57%）：过性低血压 2 例 + 恶心 3 例。			
④经济性	牛黄降压丸日均用药费用适中，整体治疗性价比高，长期辅助降压不增加经济负担。			
⑤病人可接受度	丸剂服用便捷，每日服药次数少，针对肝火旺盛型高血压适配性强，青年高血压患者接受度高。			
⑥其他因素	--			

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？

问题 9-1：青年高血压患者，可否应用针刺疗法控制血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 4 个 RCT	局限性较低	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	160	159	MD=-9.98， 95% CI (-14.61, -5.36)	低
舒张压 4 个 RCT	局限性较低	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	160	159	MD=-6.59， 95% CI (-9.57, -3.61)	低
24 小时收缩压 4 个 RCT	局限性较低	无严重不一致	测量结果差异	无严重不精确	偏倚风险较低	160	159	MD=-9.98， 95% CI (-14.61, -5.36)	低

问题 9-2：青年高血压患者，可否应用耳穴贴压法控制血压？

质量评价						结果总结			
研究	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	90	90	MD=-7.69, 95% CI (-14.10, -1.29)	低
	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	90	90	MD=-4.62, 95% CI (-8.47, -0.76)	低

	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
青年高血压患者，可否应用耳穴贴压法控制血压？	青年高血压患者(包括初发患者和非初发患者,低危、中危、高危患者)	生活方式调整+常规治疗+耳穴贴压法	生活方式调整+常规治疗	收缩压 舒张压
数量	RCT, 2 篇			
置信区间	MD=-7.69, 95% CI (-14.10, -1.29) 收缩压 MD=-4.62, 95% CI (-8.47, -0.76) 舒张压			
证据等级	C 级			
降级因素	降 2 级 局限性，不一致性			
结论	耳穴贴压法，能够有效改善青年高血压，收缩压、舒张压均有改善			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确推荐意见	可能弊 不推荐 不做
推荐条目	青年高血压患者，可应用耳穴贴压法控制血压。推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	2 篇 RCT 的 meta 分析结果显示，耳穴贴压法在收缩压、舒张压方面均优于生活方式调整。MD=-7.69, 95% CI (-14.10, -1.29) 收缩压；MD=-4.62, 95% CI (-8.47, -0.76) 舒张压			
③安全性	余文献均未报道不良反应。			
④经济性	耗材单价极低，单疗程用量少，可居家自行按			
⑤病人可接受度	贴敷后不影响日常起居，仅有按压时轻微酸胀感，简便易上手，各类高血压患者尤			
⑥其他因素	--			

问题 9-3：青年高血压患者，可否应用穴位埋线疗法控制血压？

质量评价						结果总结		
研究	局	不一	间接	不精	发表	病例数	危险度	质量

数量及设计	限制性	致性	性	确性	偏倚	治疗组	对照组		
收缩压 1个RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	48	48		低
舒张压 1个RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	48	48		低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
青年高血压患者，可否应用穴位埋线疗法控制血压？	青年高血压患者（包括初发患者和非初发患者，低危、中危、高危患者）	在原对照组基础上，加用穴位埋线治疗	常规西药治疗	收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT，1篇			
效应值及可信区间				
证据等级	C级			
是否升级或降级	降2级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	穴位埋线疗法，能够有效改善青年高血压，收缩压、舒张压均有改善			

符号	↑↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊 弱不 可能
推荐条目	青年高血压患者，可应用穴位埋线疗法控制血压。推荐意见：			
①证据等级	C级			
②疗效	1篇RCT提示西药联合穴位埋线干预高血压患者，显效11例，有效34例，无效3例，治疗后，患者血压明显降低，BMI、体脂率均较治疗前显著降低($P<0.01$)			
③安全性	余文献均未报道不良反应。			
④经济性	埋线可长效刺激穴位，单次操作维持作用时间久，就诊频次少，整体疗程总花费精			
⑤病人可接受度	属于微创埋线操作，仅局部轻微刺痛，埋线后日常活动基本不受影响，能减少频繁			

⑥其他因素	--
-------	----

问题 9-4：青年高血压患者，可否应用中药足浴疗法控制血压？

质量评价					结果总结			
局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质
					治疗组	对照组		
有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	298	298	MD=-2.27, 95% CI (-8.50,-3.95)	1
有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	298	298	MD=-5.26, 95% CI (-7.34,-3.17)	1

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	0 结局指标
青年高血压患者，可否应用中药足浴疗法控制血压？	青年高血压患者（包括初发患者和非初发患者，低危、中危、高危患者）	常规降压治疗+中药足浴疗法	常规降压治疗	收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT，7 篇			
效应值及可信区间	MD=-2.27,95% CI (-8.50,-3.95)		收缩压	
	MD=-5.26,95% CI (-7.34,-3.17)		舒张压	
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	中药足浴疗法，能够有效改善青年高血压，收缩压、舒张压均有改善			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	青年高血压患者，可应用中药足浴疗法控制血压。推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	7 篇 RCT 的 meta 分析结果显示，中药足浴疗法联合常规降压治疗在收缩压、舒张压等 CI (-8.50,-3.95) 收缩压；MD=-5.26,95% CI (-7.34,-3.17) 舒张压			
③安全性	余文献均未报道不良反应。			
④经济性	所需中药饮片可按方剂批量配制分装，单次用药用量少、原料价格亲民，居家即可			
⑤病人可接受度	操作简便无创伤，温热浸泡舒适度高，在家就能开展，几乎无不适感，高血			
⑥其他因素	--			

问题 9-5：青年高血压患者，可否应用推拿控制血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 1 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	30	29		低
舒张压 1 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	30	29		低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
青年高血压患者，可否应用推拿控制血压？	青年高血压患者（包括初发患者和非初发患者，低危、中危、高危患者）	常规降压治疗+推拿	常规降压治疗	收缩压 舒张压
研究类型及数量	RCT，1 篇			
效应值及可信区间				
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	推拿，能够有效改善青年高血压，收缩压、舒张压均有改善			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	青年高血压患者，可应用推拿控制血压。推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	1 篇 RCT 提示联合应用推拿治疗联合常规药物比单纯常规药物治疗的高血压患者，收缩压为 126.07±7.74，舒张压为 83.06±6.1。			

③安全性	余文献均未报道不良反应。
④经济性	推拿无需特殊耗材，仅依靠医师手法操作，单次费用适中，长期调理综合经济负担可 价比。
⑤病人可接受度	纯手法物理干预，无侵入性操作，体感以放松舒缓为主，痛苦感极低，绝大多数
⑥其他因素	—

问题 9-6：青年高血压患者，可否应用中药贴敷疗法控制血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 4 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	346	335	MD=-8.26, 95% CI (-13.79, -2.72)	低
舒张压 4 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险较低	346	335	MD=-7.25, 95% CI (-12.14, -2.37)	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	0 结局指标
青年高血压患者，可否应用中药贴敷疗法控制血压？	青年高血压患者（包括初发患者和非初发患者，低危、中危、高危患者）	3 篇 RCT 常规降压治疗+中药贴敷疗法 1 篇 RCT 中药穴位贴敷	3 篇 RCT 常规降压治疗 1 篇 RCT 中药穴位贴敷安慰剂	收缩压 舒张压 24 小时收缩压 24 小时舒张压
研究类型及数量	RCT，4 篇			
效应值及可信区间	MD=-8.26, 95% CI (-13.79, -2.72)		收缩压	
	MD=-7.25, 95% CI (-12.14, -2.37)		舒张压	
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			

结论	中药贴敷疗法，能够有效改善青年高血压，收缩压、舒张压、24小时收缩压、24小时舒张压均有改善
----	--

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？

问题 10-1 青年高血压患者，可否应用太极拳控制血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 2个RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险低	91	91	MD=-15.44, 95% CI [-27.67, -3.20]	低
舒张压 2个RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险低	91	91	MD=-10.46, 95% CI [-14.49, -6.42]	低
收缩压 4个RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险低	204	165	MD=-17.44, 95% CI [-25.22, -9.66]	低
舒张压 4个RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险低	204	165	MD=-9.85, 95% CI [-16.52, -3.18]	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
青年高血压患者，可否应用太极拳控制血压？	1级青年高血压患者（包括初发患者和非初发患者，低危、中危、高危患者）	一般治疗+太极拳； 保持原有生活习惯和治疗+太极拳 常规降压药物+太极拳； 常规护理无药物+太极拳；	一般治疗； 保持原有生活习惯和治疗； 常规降压药物； 常规护理无药物 进行低盐低脂饮食教育	收缩压 舒张压

		进行低盐低脂 饮食教育+太极 拳		
研究类型及数量	RCT, 6 篇			
效应值及可信区间	MD=-15.44, 95% CI [-27.67, -3.20] 收缩压（对照组生活方式干预） MD=-10.46, 95% CI [-14.49, -6.42] 舒张压（对照组生活方式干预） MD=-17.44, 95% CI [-25.22, -9.66] 收缩压（对照组药物干预） MD=-9.85, 95% CI [-16.52, -3.18] 舒张压（对照组药物干预）			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	太极拳相关干预方案降低收缩压、舒张压的效果均优于各类单纯药物和常规生活方式干预对照措施			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	青年高血压患者，可应用太极拳控制血压。推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	基于 2 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=-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]。			
③安全性	现有 6 项太极拳相关研究均未报道严重不良反应			
④经济性	太极拳学习成本低，无需特殊器械，长期干预经济负担小			
⑤病人可接受度	动作柔和、强度可控，可居家、社区常态化练习			
⑥其他因素	—			

问题 10-2：青年高血压患者，可否应用五禽戏控制血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险低	103	103	MD=-23.15, 95% CI [-30.93, -15.37]	低
舒张压	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险低	103	103	MD=-10.70, 95% CI [-15.37, -6.03]	低

2 个 RCT	重局限	致性	差异	精确性	低			11.81, -9.59]	
临床有效率 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险低	103	103	MD=6.00, 95% CI [1.97, 18.27]	低

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O 结局指标
青年高血压患者，可否应用五禽戏控制血压？	1 级青年高血压患者（包括初发患者和非初发患者，低危、中危、高危患者）	降血压药物治疗+五禽戏； 采用常规护理（含药物治疗）+五禽戏； 生活方式干预+五禽戏；	降血压药物治疗； 采用常规护理（含药物治疗）； 生活方式干预；	收缩压 舒张压 临床有效率
研究类型及数量	RCT, 3 篇			
效应值及可信区间	MD=-23.15, 95% CI [-30.93, -15.37] 收缩压（对照组药物干预） MD=-10.70, 95% CI [-11.81, -9.59] 舒张压（对照组药物干预） MD=6.00, 95% CI [1.97, 18.27] 临床有效率（对照组药物干预）			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	五禽戏可明显降低青年高血压患者收缩压、舒张压，相对于单纯药物干预对照有更高临床有效率。			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊大于利 弱不推荐 可能不做
推荐条目	青年高血压患者，可应用五禽戏控制血压。 推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	基于 2 项 RCT 的 Meta 分析结果显示，五禽戏干预降低收缩压、舒张压效果优于常规药物干预。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 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]。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对于 1 级原发性高血压患者的血压。			
③安全性	现有 3 项研究无严重不良事件报道。			
④经济性	无器械要求，仅初期需专业人员指导，长期居家练习经济。			

⑤病人可接受度	--
⑥其他因素	--

问题 10-3：青年高血压患者，可否应用八段锦控制血压？

质量评价						结果总结			
研究数量及设计	局限性	不一致性	间接性	不精确性	发表偏倚	病例数		危险度	质量
						治疗组	对照组		
收缩压 3 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险低	103	103	MD=-9.06, 95% CI [-10.50, -7.62]	低
舒张压 3 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险低	103	103	MD=-6.26, 95% CI [-8.05, -4.48]	低
收缩压 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险低	70	71	MD=-9.43, 95% CI [-17.78, -1.07]	低
舒张压 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险低	70	71	MD=-7.38, 95% CI [-9.37, -5.39]	低
中医证候积分 2 个 RCT	有严重局限	存在不一致性	测量结果差异	无严重不精确性	偏倚风险低	73	73	MD=2.56, 95% CI [1.53, 3.58]	低

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O 结局指标
青年高血压患者，可否应用八段锦控制血压？	1 级青年高血压患者（包括初发患者和非初发患者，低危、中危、高危患者）	常规降压药物+八段锦； 常规健康宣教+八段锦； 降压药物+半夏白术天麻汤+八段锦康复锻炼； 低盐低脂饮食	常规降压药物； 常规健康宣教+散步； 降压药物； 低盐低脂饮食教育； 健康教育干预；	收缩压 舒张压 中医证候积分

		教育+八段锦； 健康教育干预+ 八段锦；		
研究类型及数量	RCT，5 篇			
效应值及可信区间	MD=-9.06，95% CI [-10.50，-7.62] 收缩压（对照组生活方式干预） MD=-6.26，95% CI [-8.05，-4.48] 舒张压（对照组生活方式干预） MD=-9.43，95% CI [-17.78，-1.07] 收缩压（对照组药物干预） MD=-7.38，95% CI [-9.37，-5.39] 舒张压（对照组药物干预） MD=2.56，95% CI [1.53，3.58] 中医证候积分（对照组生活方式干预）			
证据等级	C 级			
是否升级或降级	降 2 级			
升级或降级因素	局限性，不一致性			
结论	八段锦能够有效降低青年高血压患者收缩压、舒张压，改善中医证候积分。			

符号	↑ ↑	↑	/	
详细描述	明显利大于弊 强推荐 一定做	可能利大于弊 弱推荐 可能做	利弊相当或不确定无明确 推荐意见	可能弊 不推荐 不做
推荐条目	青年高血压患者，可应用八段锦控制血压。推荐意见：			
①证据等级	C 级			
②疗效	基于 3 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 95% CI [-10.50，-7.62]；舒张压：MD=-6.26，95% CI [-8.05，-4.48]。基于 2 项 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 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 分：MD=2.56，95% CI [1.53，3.58]。			
③安全性	纳入 5 项研究未报道严重不良反应；			
④经济性	无需器械，标准化学习后居家练习，经济成本低			
⑤病人可接受度	--			
⑥其他因素	--			