

从郁、火探讨中青年高血压病的辨治思路

王芙蓉¹, 杨传华², 杨洁²

1. 山东中医药大学, 山东 济南 250014; 2. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250014

[摘要] 中青年高血压病具有群体特殊性, 与长期压力过大及不良生活方式相关, 郁、火贯穿中青年高血压病的发病始终。本文从郁、火的角度切入, 基于六郁分别探讨不同病理因素与中青年高血压病的病机关联, 根据火之成因辨各脏腑之火与中青年高血压病的发病根源。以郁者宜发、火者宜清为则, 对中青年高血压病的分型辨证论治进行了系统性、理论性探讨, 为中医药防治中青年高血压病提供新思路。

[关键词] 高血压病; 中青年; 郁; 火; 辨证论治

[中图分类号] R259 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2025) 07-0197-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.07.035

Exploration on the Diagnostic and Treatment Ideas of Hypertension in Middle-Aged and Young Adults from Perspectives of Depression and Fire

WANG Furong¹, YANG Chuanhua², YANG Jie²

1. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan Shandong 250014, China; 2. Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan Shandong 250014, China

Abstract: Hypertension in middle-aged and young adults has its particularity, which is related to long-term excessive stress and unhealthy lifestyles. Depression and fire run through the whole process of the disease. This paper starts from the perspectives of depression and fire, and based on the six types of depression, it explores the association between pathological factors and the pathogenesis of hypertension in middle-aged and young adults. It also identifies the fire of each viscus and the pathogenesis of hypertension in middle-aged and young adults according to the causes of fire. Following the principles that depression should be dispersed and fire should be cleared, this paper systematically and theoretically discusses the syndrome differentiation and treatment of hypertension in middle-aged and young adults, providing new ideas for the prevention and treatment with Chinese medicine.

Keywords: Hypertension; Middle-aged and young adults; Depression; Fire; Syndrome differentiation and treatment

随着社会的发展, 中青年人群受不健康饮食、不规律作息, 协同遗传以及精神心理因素的影响, 血压高于正常值者占比大, 增长迅猛^[1]。中青年高血压病特指年龄18~65岁的人群, 主要表现为血压高于正常值。中青年人群忙于工作, 疏于健康管理, 对高血压病危害的认识存在不足, 此类因素共同造

就了中青年高血压病知晓率、治疗率以及控制率均维持在较低水平^[2]。中医学中无高血压病的论述, 但中医所述眩晕、眩冒、头痛与之相关。临床研究发现, 中青年眩晕的发生与其群体的特殊性紧密相关, 主要可归因于郁与火两大因素。现将从郁、火辨治中青年高血压病, 阐述如下。

[收稿日期] 2024-08-04

[修回日期] 2025-01-25

[基金项目] 国家自然科学基金面上项目(82374385); 泰山学者青年专家岗位建设资金资助项目(tsqn202211352); 山东省中医药管理局项目(M-2023058)

[作者简介] 王芙蓉 (1998-), 女, 硕士研究生, E-mail: 979759100@qq.com。

[通信作者] 杨传华 (1962-), 男, 教授, E-mail: yangchuanhua1962@126.com。

1 郁、火的内涵及关系

郁乃不通，郁而留止。《医碥》曰：“郁者，滞而不通之义，百病皆生于郁。”郁是一种机体气机运行受阻，精气血津液雍滞、脏腑功能不畅的状态。疾病之始不离郁，郁之当升者不升，当降者不降，失之于常，病焉起之。郁是气的一种表现形式，《尔雅注疏》“郁，气也”释曰：“郁，然气出也。谓郁蒸之气也。”火与气亦属同宗，明代医家戴思恭曰：“气之与火，一理而已……捍卫冲和不息之谓气，扰乱妄动变常之谓火。”火是一种炎热、蒸腾、向上的征象，分为内火、外火，是机体一种功能过极的状态，其中内火来源于脏腑，由人体妄动之气所化。《临症验舌法》中指出：“郁是气抑，抑则气不透，不透则热而为火也……凡病皆属火……盖郁未有不为火者也，火未有不由郁者也。”体内郁蒸之气积聚日久不得宣散，往往导致生热，正所谓“气有余便是火”，是郁火化生的基础。因而郁、火相关，郁常先生，火起在后。

2 基于郁的病理因素探析中青年高血压病

高血压病的发病机制颇为复杂，其与情志内伤、饮食失衡、劳倦失宜等因素紧密相关。综其发生发展的全局来看，高血压病的发生以郁为关键，郁者气机失于条达，清阳不升，则头晕目眩。朱丹溪指出，“气血冲和，万病不生，一有佛郁，诸病生焉”。他在《素问·六元正纪大论篇》中所提五郁的基础上，将其扩展为六郁，包括气、血、痰、火、湿、食。此六郁以气郁为本，病理表现多种多样，但都以气血不畅为核心。因而多有头晕头胀、脘腹胀闷、焦虑抑郁等症，且郁脉皆沉。六郁相因为病，相互兼夹，又各有侧重。若郁散气畅，则病愈眩除。因而从郁探究高血压病可从以下几种角度。

2.1 气郁在先，责之将军 早在《黄帝内经》中已提出，五气之郁，始以气郁。气郁为先，随后变生诸郁。《灵枢·五乱》言“五行有序，四时有分，相顺则治，相逆则乱……清气在阴，浊气在阳，营气顺脉，卫气逆行，清浊相干，……乱于头则为厥逆，头重眩仆”。肝为将军之官，主调气之用，肝胆少阳之气是否条畅是高血压病发生的重要基础。现今快节奏的社会生活造成紧张与焦虑倍增，中青年人群普遍具有生活方式失衡问题。相关文献研究显示，肝郁体质被认作是中青年高血压病群体的主导特征

之一^[3]。周敏^[4]认为中青年群体发病与长期于精神压力和紧张状态下的情志不畅、肝气不舒密切相关。情志不畅进一步导致气运失调，是疾病发生发展的基本病机之一^[5]。由此可以得出，气郁作为情志不畅和气运失常的产物，与高血压病的发病之间存在着紧密且显著的相关性，揭示了情志与身体健康之间不可忽视的纽带。由于气郁，清窍郁阻，清阳不升，脑络失濡，因而头晕目眩，发生高血压病。“气郁者，胸胁痛，脉沉涩”患者临床可能伴有头晕目眩，胁肋部胀满不舒，情绪低落郁闷、喜暖气等表现，“气郁则开之”“气郁者，顺之调之”因而治疗上采用疏肝解郁，可获良效。

2.2 火郁随后，责之刚脏 六郁之中，以气郁为先，而火郁之变，紧随其后。赵羽皇曰：“肝性急而善怒，其气上行则顺，下行则郁，郁则火动，而诸病生矣，生于上则头晕耳鸣或目赤……”由此可见，肝为刚脏，体阴喜柔，肝气不畅，久之郁热内生，此时若遇恼怒内扰肝气，则发为郁火^[6]。火随气逆，并行于上，扰及清窍，则头晕头胀，是高血压病发生的病因病机。临床上可能伴见头目胀痛，情绪急躁易怒，面红目赤等特点。《素问·六元正纪大论篇》中提及，此类应当顺其“火郁发之”，在此基础上李东垣创立了升阳散火汤，临床可以以此为基础进行加减。

2.3 痰、湿、食之郁，责之仓廪 脾在中医学中被认作仓廪之官，脾胃共同承担气机运化的关键。生理状态下，脾胃运化水谷精微化生气血，一身之气得以畅行。但脾胃的运化能力是有一定限度的，中青年人群社会活动频繁，酒精及肥甘厚味的过量摄入，使脾胃压力过载，易致食郁。脾胃运化功能失衡时，则清阳之气不可升，浊阴之气难以降，生湿化痰，久则生火。痰火随气血上蒙清窍，可生头晕、头胀，是高血压病发生的病因病机。正如丹溪所谓“痰因火动，无痰则不作眩”。或由于肝气不舒，肝郁乘脾，导致脾气不畅。气能行津，气郁则水湿停滞，从而导致湿郁、痰郁，由于湿性重浊、黏腻，易阻遏清阳，也可发为眩晕。“痰郁者，动则喘急，或背膊一片冰冷，四肢麻痹，寸口脉沉滑。”（《冯氏锦囊秘录》）患者临床上可能伴有头重昏蒙，胸闷脘痞，纳呆食少，舌淡苔腻，脉沉滑等症状，治疗上宜疏肝健脾，燥湿化痰。《兰室秘藏·头痛》提及

“脾胃气虚、浊痰上逆之眩晕，治以半夏白术天麻”，临床上常以半夏白术天麻汤加减。另外，考虑到肝与脾升降相合共同对人体气机升降的枢纽作用，治肝与治脾密不可分，常选用四君子汤合逍遥散进行加减。

2.4 血脉之郁，责之君相 气、血、脉之间具有独特的联系，血脉理论早在《黄帝内经》曾被提及，杨传华教授对其进行深入的研究并以三者之间的联系为基础总结了系统理论，进一步丰富和发展了中医的血脉理论^[7]。《痰火点雪》云：“气贵舒而不贵郁，舒则周身畅利，郁则百脉违和。”肝气对血脉的运行畅通有调节作用，若肝气郁滞，肝失疏泄，则失于对血脉运行的调节，血行瘀滞，而形成气滞血瘀，形成血郁的病变。《医家必读》：“瘀血停蓄，上冲作逆，亦作眩晕。”因此高血压病的发生不离瘀血。在临床表现上，“瘀血郁热，证见小便利，大便黑，小腹脐或胸胁急结，按之痛，或两足厥冷，或吐红鼻衄，不渴，即渴亦嗽水不咽，脉必涩。”（《医碥》）患者可能表现为头晕头痛，面唇色暗、有斑，舌下脉络迂曲、脉弦涩等特点。《脉症治方》言：“血郁则行之，或消之。”《松峰说疫》又言：“血郁者，行之破之。”因此在治疗上，宜采用疏肝解郁，理气破瘀。

3 基于火之来源脏腑探析中青年高血压病

火为阳邪，机体火热内生，则易耗气动血，影响机体的正常生理功能。内生火热所致气血失调，气火相携上冲头窍，引发眩晕。“诸热瞀瘵，皆属于火”，火性炎上攻头面，可出现面红目胀、口干多饮、口舌生疮，或出现点刺舌等，火盛扰心则情绪烦躁。待火去热消，则气血安行于脉，眩晕乃除。相关研究显示，内火在高血压病的中医证素分布中占20.8%^[8]。内火的来源多样，以心火、肝火为主导，其他脏腑之火如胃火、肾之虚火也不可忽视。李运伦教授指出火热在青壮年高血压病中的形成，主要归咎于肝、心二脏的功能失调^[9]。因而把握不同脏腑之火的特点，有利于深入理解火与高血压病之间的联系。

3.1 相火之旺，风随之起 《临证指南医案》云：“诸风掉眩，皆属于肝，头为诸阳之首，耳目口鼻皆系清空之窍，所患眩晕者，非外来之邪，乃肝胆之风阳上冒耳。”肝被视作风木之脏，内寄相火，体阴

而用阳。这意味着肝脏具有阴阳双重性质，且以阳用为主。若肝阴肝血不足，不能涵养肝阳，就会产生火，导致阳升、火热、风动，肝火上扰清窍则产生眩晕。王凤荣等^[10]认为高血压病的病机关键是肝郁化火，肝火上炎。刘中勇等^[11-12]认为此病病机与肝脾肾三脏相关，三脏气机逆乱，阳盛风动，发为眩晕。强调了肝阳偏亢在高血压病中的核心作用。周仲瑛教授^[13]进一步阐述了高血压病的动态发展过程，指出大多患者初起为阳亢证。综合以上，我们可以概括出肝火亢盛型的病机为火热内扰于肝，气火上逆清窍，发为高血压病。此证在临床较为常见，且病性以实证或本虚标实为主。刘福明等^[14]研究发现肝火亢盛证型是临床患病率最高的证型，且明显高于其他证型。患者常表现为头晕目眩、头侧胀痛，易怒，面红、口干口苦，脉弦数等症状。针对此许多医家采用平肝潜阳，清肝泻火之法进行治疗，疗效良好。如柳素珍^[15]临床应用天麻钩藤饮加味进行治疗，对于缓解肝阳上亢、肝风内动所致的眩晕、头痛等症状效果颇佳。王彦凯等^[16]选用钩藤决明方联合贝那普利中西医结合进行治疗，有助于提升治疗效果。

3.2 胃火之旺，痰火内动 叶天士曾言：“太阴湿土，得阳始运；阳明燥土，得阴自安，以脾喜刚燥，胃喜柔润也。”脾胃功能正常，燥湿相济，升降相依，共同维持人体气机正常运行。《脾胃论》有言：“盖阴火上冲……为烦热，为头痛……”若脾胃功能失调，可产生眩晕。中青年人群常饮食不节、饮酒过度，易生胃火，火热上冲清窍，可发为高血压病。因此治疗上采用滋阴降火之法，阴生火自灭。另一方面，《素问》云：“五脏相通，移皆有次。”肝胆之火旺，也可诱发胃火，火热煎灼于下，凝液成痰，日久痰火内生，产生“胆胃郁热”之变^[17]。痰火易携风上扰头目，导致眩晕的发生。此类患者除头晕外，可能伴有胸闷脘痞，食欲不振、恶心呕吐，舌黄苔厚腻，脉弦滑。治疗宜清热化痰、利胆和胃，可选用温胆汤加减。

3.3 心火之旺，脉失之和 唐宗海言“火者，心之所主”。心属火，为阳中之太阳。热属阳，火热之邪内犯，易伤阳脏，犯心引火，正如《圣济总录》云：“大抵心属火而恶热，其受病则易生热。”且心为君主之官，五脏六腑之大主。心火亢盛可传及其他脏腑，形成复杂的病理变化，因而谈火不离心^[18]。

翁维良^[19]认为高血压病的病理机制乃心火上炎导致血脉失合,进而引发血压升高。这一观点揭示了心火亢盛在高血压病发病中的重要作用,为理解高血压病的中医病因提供了新的视角。中青年人群常因压力大、饮食习惯不良等因素化生心火。心火上冲头窍,气血逆乱,则发为眩晕。或由于心火亢盛,火热耗气伤津,易导致心阴不足,血液黏稠度增加,从而导致血脉不畅,清扬不升,清窍失养发为眩晕。此类患者临床多伴见情绪急躁、心烦意乱,失眠多梦、辗转反侧,口舌生疮等症状,当清心泻火,方选栀子豉汤。心火炽盛,久之损及心阴心血,心神失养则见心悸怔忡、眠浅易醒等,可选用黄连阿胶汤,或加入琥珀、柏子仁、合欢皮、莲子、夜交藤等以养心安神^[20]。

3.4 肾火之起,虚阳越位 肾者,封藏之本,精之处也。肾气封藏先天之精,乃阴阳之根本。若其功能失调,则肾阴肾精无法制约阳热,人体阴阳平衡失调,则虚热内生,煎津灼液,导致血液黏稠,血行不畅,停而为瘀,阻滞脉络,清扬不升,发为眩晕^[21]。病机可被总结为肾虚血瘀,治疗上宜补肾活血。叶康等^[22]初步证实通过补肾活血法可以干预高血压病的进展。此外,从中医的五行理论来看,肝肾之间存在母子相依的关系。当肝火旺盛时,可能会伤及肾精,导致肾阴不足。肾阴是全身之阴的根本,肾阴不足久则肝阴必亏,阴不敛阳,导致肝阳上亢,产生眩晕。此类患者多伴有腰膝酸软,耳鸣耳聋、视力减退、失眠、健忘等症状。治疗宜滋阴降火,平肝益肾。

4 中西医在治疗中青年高血压病方面的特点

中青年高血压病主要受遗传、情志、不良生活习惯等因素影响,以舒张压轻度升高者占大多数。常常合并有1~2项危险因素,包括腹型肥胖、吸烟、长期过量饮酒、血脂升高、久坐的工作方式等。《中青年高血压管理中国专家共识》^[2]指出中青年高血压病中SNS和RAS的激活更为常见,虽五种常规降压药物均可选择,但 β 受体阻滞剂和RAS抑制剂常被选作临床治疗中青年高血压病的首选药物。西药降压作用快、降压能力强,足剂量治疗下可在数周内将血压降至目标水平,且对某些受损器官有逆转作用。但可能会引起咳嗽或血钾升高等不良反应。另外,中青年患者在接受治疗时,往往表现出较低的

服药依从性,难以坚持按时按量服药,导致西药的药物浓度无法在体内持续维持在相对稳定的峰值水平。因而现代医学药物治疗方面存在一定的不足^[23]。

相对于西药来说,中药在疗效方面具有独特优势,尤擅于治疗中青年高血压病中、低危患者。中药发挥作用常呈现为多成分、多靶点、多途径的形式,因而降压效果全面稳定,有利于减少心血管并发症的发生和降低死亡率^[2]。与西药相比,中药的不良反应相对轻微,但中药也具有起效较慢等不足之处。

多项研究表明,中药与西药联合治疗或中医外治法辅助西药联合治疗,都能产生优于单纯西药治疗的疗效。如在药物方面,陈曦等^[24]观察到硝苯地平缓释片、氢氯噻嗪片与降压宝系列中药联合应用,对于改善夜间血压尤其是舒张压的效果优于单纯西药治疗。在中医外治方面,张惠玲等^[25]认为,耳穴贴压联合西药对轻中度高血压病的降压效果优于单纯使用西药。

5 病案举例

李某,女,34岁,2022年7月6日初诊。主诉:阵发性头晕、头胀痛3周余。患者3周前因与人冲突情绪激动后,出现头晕、头胀痛,伴胸闷、恶心。情绪平复后有所缓解,未曾口服药物,后症状反复发作,近1周自觉头晕加重。现症见:头晕,头侧部胀痛,伴胸闷、恶心,胁肋部胀痛,纳少,食欲不佳,口干口苦,眠浅多梦。素情绪郁闷,痛经、经量少质稠色暗红,二便调。舌淡边尖稍红、苔薄黄,脉细弦数。刻下血压153/106 mmHg(1 mmHg $\approx$ 0.133 kPa)。现代医学诊断:高血压病;中医诊断:眩晕(气郁化火)。治宜理气开郁,滋阴降火,调和肝脾。丹栀逍遥散加减,处方:牡丹皮12 g,焦栀子9 g,柴胡10 g,白芍15 g,当归15 g,白术12 g,川芎10 g,蔓荆子10 g,炙甘草6 g,醋香附12 g,白芷10 g,茯苓15 g,半夏9 g,炒酸枣仁30 g。共7剂,水煎服,每天1剂,早、晚饭后温服。

2022年7月13日二诊:服药后头痛、胁肋胀痛等症俱减,现偶有头晕,胸闷,纳少,食欲不佳,脘腹胀满不舒,眠浅易醒,二便调。舌淡红、苔白,脉弦细。刻下血压134/83 mmHg。此诊患者火郁得泻,以气郁为主。治以疏肝理气,兼清余火。予以柴胡疏肝散加减,处方:柴胡15 g,枳壳15 g,白芍

20 g, 川芎 12 g, 醋香附 15 g, 甘草 6 g, 青皮 9 g, 炒酸枣仁 30 g, 茯神 15 g, 夜交藤 15 g。共 7 剂。

2022 年 7 月 20 日三诊: 服药后诸症皆减, 刻下血压 123/74 mmHg。现偶有头晕, 倦怠乏力, 汗多。纳可, 食后偶有腹胀, 眠可。舌淡红、苔薄白, 脉弦细。此诊患者诸症好转, 但尚存虚象, 故予上方加黄芪 15 g, 党参 15 g, 麦冬 9 g, 五味子 6 g。共 7 剂。经随访, 服之诸症皆除, 后未再发作。

按: 患者为中青年女性, 素情绪抑郁, 气机不畅。在与人冲突后情绪激动, 火携郁气突起, 上冲清窍, 以致血压升高。舌脉症相合, 乃气郁化火, 火气上犯清窍, 兼肝脾不调。故初诊先予丹栀逍遥散滋阴清火, 平冲降逆。二诊患者火气得降, 故血压下降, 然尚有郁气, 故予柴胡疏肝散疏理气机。三诊患者气郁得解, 气血条畅, 故血压恢复正常, 然气血津液尚亏, 当善后扶正, 加黄芪、党参、五味子、麦冬等药益气养阴, 气血津液得复, 诸症皆除。

6 小结

中青年早期高血压病常由精神负荷大所导的功能失调为主, 大多并无器质性病理改变。因而对于中青年患者来说, 早期的生活方式干预十分重要。由于中青年高血压病在病因、发病机制均有独特之处, 不同于传统中所认识的老年高血压病, 临床上可以从郁、火的角度对其进行理解, 以利于及早展开治疗和防治, 同时提醒患者通过调节生活方式等非药物治疗及早干预高血压病的进展, 提高生活质量。

〔参考文献〕

- [1] 国家心血管病中心. 中国心血管病报告 2014[M]. 北京: 中国大百科全书出版社, 2015: 1.
- [2] 刘婧, 卢新政, 陈鲁原, 等. 中国中青年高血压管理专家共识[J]. 中华高血压杂志, 2020, 28(4): 316-324.
- [3] 张沁园, 郭栋. 论高血压体质证候辨证中的年龄因素[J]. 山东中医药大学学报, 2014, 38(5): 429-431.
- [4] 周敏. 靳利运用平肝柔肝法治疗中青年高血压病肝阳上亢证经验介绍[J]. 新中医, 2014, 46(8): 15-16.
- [5] 张登本. 《黄帝内经》中的气化理论(一)[J]. 陕西中医药大学学报, 2016, 39(6): 8-12.
- [6] 赵良斌. “郁火”浅析[J]. 甘肃中医, 2008, 21(6): 1-2.
- [7] 杨宝, 杨传华. 血脉理论视角下的高血压三期论治[J]. 吉林中医药, 2016, 36(12): 1195-1197, 1201.
- [8] 张进进, 岳桂华, 秦海洸, 等. 944 例高血压患者中医证素与体质的相关性研究[J]. 山东中医杂志, 2019, 38(1): 50-54.
- [9] 李运伦. 清热降火为主治疗青壮年高血压病的机理集要[J]. 中医药学刊, 2003, 21(5): 700-710.
- [10] 王凤荣, 王帅, 郑炯. 高血压病从肝论治[J]. 中华中医药学刊, 2006, 27(6): 1172-1173.
- [11] 徐小章, 刘中勇. 刘中勇运用调肝活血稳压颗粒联合厄贝沙坦片治疗中青年高血压病 33 例[J]. 江西中医药, 2015, 46(5): 41-42.
- [12] 徐小章, 陈丽. 中青年高血压病的中西医认识及防治[J]. 江西中医药, 2015, 46(3): 12-13.
- [13] 周仲瑛. 国医大师临床经验实录——国医大师周仲瑛[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 92-97.
- [14] 刘福明, 陈晓虎, 杜午奇, 等. 高血压病中医证型分布规律的临床研究[J]. 江苏中医药, 2009, 41(10): 33-35.
- [15] 柳素珍. 天麻钩藤饮加味治疗肝阳上亢型高血压病 60 例临床观察[J]. 中医临床研究, 2013, 5(12): 75-76.
- [16] 王彦凯, 王凤丽, 王月华, 等. 钩藤决明方对肝阳上亢型高血压病患者的临床疗效研究[J]. 中国全科医学, 2011, 14(19): 2225-2226.
- [17] 刘小斌. 邓铁涛教授“五脏相关”学术源流探讨[J]. 广州中医药大学学报, 2006, 23(5): 424-427.
- [18] 蔺琳, 李运伦, 赵书颖. 从心火亢盛论治高血压病的理论探讨[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(1): 26-28.
- [19] 张东, 陆芳. 翁维良治疗高血压病学术思想与临床经验[J]. 世界中医药, 2013, 8(2): 181-182.
- [20] 熊兴江, 王阶. 论高血压病的中医认识及经典名方防治策略[J]. 中医杂志, 2011, 52(23): 1985-1989.
- [21] 崔家康, 姜泉. 试论“血之源头在乎肾”[J]. 中医学报, 2019, 34(4): 686-688.
- [22] 叶康, 薛金贵, 方宏钧. 补肾活血法治疗高血压病的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(10): 1187-1189.
- [23] 左维民. 中青年高血压中医药治疗策略[J]. 中国中医急症, 2010, 19(2): 260-267.
- [24] 陈曦, 程广书, 范军铭. 中西医结合诊疗方案治疗中青年 2 级高血压病的多中心随机对照试验[J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(7): 801-805.
- [25] 张惠玲, 陈庆琳, 张敏, 等. 耳穴贴压对轻中度原发性高血压干预效果的 Meta 分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(17): 1966-1970.

(责任编辑: 吴凌, 郭雨驰)