

中医护理技术在慢性盆腔炎中的研究进展

陈玉萍, 吴佳如, 林丹

福建中医药大学附属第二人民医院, 福建 福州

收稿日期: 2026年4月25日; 录用日期: 2026年5月18日; 发布日期: 2026年5月29日

摘要

慢性盆腔炎(Chronic Pelvic Inflammatory Disease, CPID)是妇科临床常见的疑难病症, 以病程迁延、反复发作、易导致盆腔疼痛及生育功能受损为主要特征, 严重影响患者生活质量。文章综述了当前中医护理技术在慢性盆腔炎干预中的研究进展, 系统梳理了中药保留灌肠、穴位贴敷、艾灸疗法、耳穴压豆及中药熏蒸等外治疗法的临床应用、作用特点与研究现状, 并分析了现有研究中存在的不足。旨在为临床护理人员开展慢性盆腔炎中医特色护理实践提供循证参考, 同时为未来相关研究的方向提供思路。

关键词

慢性盆腔炎, 中医护理, 中药保留灌肠, 穴位贴敷, 艾灸, 外治法

Research Progress of Traditional Chinese Medicine Nursing Technology in Chronic Pelvic Inflammatory Disease

Yuping Chen, Jiaru Wu, Dan Lin

Second People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou Fujian

Received: April 25, 2026; accepted: May 18, 2026; published: May 29, 2026

Abstract

Chronic Pelvic Inflammatory Disease (CPID) is a common and refractory disease in clinical gynecology, characterized by prolonged course, recurrent attacks, and high risk of causing pelvic pain and impaired reproductive function, which seriously affects patients' quality of life. This article reviews the current research progress of Traditional Chinese Medicine (TCM) nursing technology in the intervention of CPID, systematically sorts out the clinical application, functional characteristics and research status of core external treatment methods such as retention enema with TCM, acupoint

application, moxibustion therapy, auricular point pressing, and TCM fumigation, and analyzes the deficiencies in existing studies. It aims to provide evidence-based reference for clinical nurses to carry out TCM characteristic nursing practice for CPID, and meanwhile offer ideas for the direction of relevant research in the future.

Keywords

Chronic Pelvic Inflammatory Disease (CPID), Traditional Chinese Medicine (TCM) Nursing, Retention Enema with TCM, Acupoint Application, Moxibustion, External Therapy

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性盆腔炎(Chronic Pelvic Inflammatory Disease, CPID)是指女性内生殖器及其周围结缔组织、盆腔腹膜的慢性炎症,多由急性盆腔炎治疗不彻底、病原体持续感染或患者免疫功能低下导致病情迁延而成[1]。其在育龄期女性中的发病率大约在 2%~10%,主要临床表现为下腹部坠胀疼痛、腰骶部酸痛、带下量多色异常,常伴有月经紊乱,严重者可导致输卵管阻塞、不孕及异位妊娠等不良结局[2]。现代医学针对 CPID 的治疗以抗生素抗感染、物理治疗及手术松解粘连为主,但长期使用抗生素易产生耐药性及肠道菌群失调,物理治疗疗效局限,手术治疗则存在创伤性,整体治疗方案对远期复发的控制效果欠佳[3][4]。中医护理技术作为中医治疗体系的重要组成部分,以其“简、便、廉、验”及副作用小的独特优势,在 CPID 的整体干预中展现出显著的临床价值和良好的应用前景。文献检索方法,数据库选用中国知网(CNKI),检索慢性盆腔炎、中医护理、中药保留灌肠、穴位贴敷、艾灸、耳穴压豆、中药熏蒸、中药离子导入、穴位按摩等关键词,时间跨度为 2013 年~2025 年。纳入标准:① 研究对象符合慢性盆腔炎中西医诊断标准;② 干预措施包含中医护理外治技术;③ 文献类型为临床对照研究、队列研究、系统评价、Meta 分析、护理规范研究;④ 数据完整、结局指标明确。排除标准:① 动物实验、细胞实验等非临床人体研究类文献,纯理论综述类文献,无对照组的个案报道类文献;② 重复发表,数据缺失,无法获取全文的文献;③ 纯西医治疗、纯中药内服而无中医护理技术类文献;④ 方法学错误、质量低劣文献。文献质量评估由 2 名研究者独立筛选与评价。随机对照试验采用 Cochrane 偏倚风险评估工具进行评价;非随机对照研究、类实验研究采用 JBI 循证卫生保健中心对应评价标准;系统评价/Meta 分析采用 AMSTAR-2 量表评价。评价内容包括研究设计、对象选择、干预实施、结局测量、结果报告及统计分析等方面。遇分歧时通过讨论或第三方专家裁定解决,最终仅纳入中等及以上质量文献,以保证综述的证据可靠性。

本文就近年来中医护理技术在慢性盆腔炎中的研究进展进行综述,现报道如下。

2. 慢性盆腔炎的病因病机及辨证分型

中医将 CPID 归属于“带下病”“妇人腹痛”“癥瘕”等范畴,其主要病机为任脉不固、带脉失约,多为脾肾阳虚、湿毒蕴结、胞脉瘀阻、胞宫失养等所致,病性属本虚标实[5][6]。本病首先辨其疼痛的位置、性质、程度和带下的改变结合伴随症状及舌脉辨其虚实寒热[7]。临床上常见的辨证分型包括湿热瘀结证,主要因湿热之邪与血搏结,瘀阻冲任,血行不畅,蕴结于胞宫、胞脉,主要表现为下腹疼痛拒按,且有灼热感,或伴有腰骶胀痛,带下黄稠量多,有臭味;寒湿血瘀证,多因寒湿之邪,重浊凝滞,客于冲

任、胞中，寒湿下注伤阳，共致气血失畅、寒凝凝滞，以小腹冷痛、坠胀或绞痛、得温则瘀滞稍通、带白稀量多、形寒肢冷为主要表现；气滞血瘀证，多因情志不遂，肝失疏泄，气机不畅，进而导致气滞血瘀，患者以小腹或少腹胀痛或刺痛，拒按，胸胁乳房胀痛为特点，疼痛常与情绪波动、烦躁易怒相关[7]-[9]。证型还有肾虚血瘀证、气虚血瘀证等。治疗上强调扶正祛邪、健脾升阳、除湿为主，辅为疏肝固肾、活血化瘀、行气止痛[5][7]。

3. 核心中医护理技术在慢性盆腔炎中的应用研究

3.1. 中药保留灌肠

中药保留灌肠是目前中医护理干预 CPID 中应用最广泛、研究最深入的核心技术之一。其作用机制在于通过直肠黏膜直接吸收中药有效成分，使药物绕过肝脏首过效应，快速直达盆腔病灶区域，从而显著提高局部组织的药物浓度，同时避免了口服药物对胃肠道的刺激[10]。

临床实践中，CPID 灌肠方药的组方思路多以“活血化瘀、清热解毒、利湿止痛”为原则，核心药物包括丹参、赤芍、当归、川芎、败酱草、蒲公英、鱼腥草、黄柏等，湿热瘀结型可增加蒲公英、败酱草、黄柏剂量，强化清热利湿；寒湿血瘀型应适当减少寒凉药，加艾叶、桂枝、干姜温经散寒；年老体弱者药液适当减少，滴速减慢，以减轻肠道负担[11]。在护理操作需严格把控三个关键环节：一是药液制备，将中药浓煎至 100 mL~150 mL；二是操作参数，药液温度控制在 38℃~40℃，肛管插入深度 15 cm~20 cm，灌肠速度为 30~50 滴/分钟，患者取左侧卧位并抬高臀部 10 cm 以利于药液保留；三是效果保障，指导患者灌肠后卧床休息且 2 小时内不排便，尽量保持药液在肠道内保留 4 小时以上，以确保药物充分吸收，每日 1 次，10~14 天为 1 疗程[12]。不良反应可见腹胀、腹泻、肛门坠胀、直肠黏膜刺激，温度过高可造成黏膜灼伤；肛门直肠疾病、严重腹泻、消化道出血、孕妇、月经量多者及肠道术后小于 3 个月者禁用，需注意灌肠前嘱患者排空大小便以降低腹压、延长药液保留时间，药液温度以实测为准，禁止手测估温，肛管插入动作轻柔以避免机械损伤，灌肠过程中若出现剧烈腹痛、便血应立即停止操作并对症处理[12]。

多项 Meta 分析结果显示，中药保留灌肠联合常规西药治疗 CPID 的总有效率(90.2%~95.6%)显著高于单纯西药治疗组(65.3%~72.8%)，且能有效降低患者盆腔疼痛视觉模拟评分(VAS)及复发率[13][14]。现代药理学研究证实，灌肠方药中的丹参酮、芍药苷等成分具有抗炎、改善微循环及抑制成纤维细胞增殖的作用，可有效减轻盆腔组织的炎症反应与粘连程度[15]。

3.2. 穴位贴敷

穴位贴敷是基于中医“经络学说”与“穴位效应”理论，将穴位、经络及中药相结合，根据疾病的性质选择对应的中药和穴位，将中药打磨成粉，调制成药剂、散剂或糊剂，贴敷在相应的穴位上进行穴位贴敷治疗，通过药物的经皮渗透作用与穴位的经络调节作用激发人体的自我修复能力，达到疏通经络、调整阴阳、扶正祛邪及防治疾病的目的。具有安全、简单、高效、价格便宜且副作用小等优点[16]。

在 CPID 的护理应用中，穴位选择具有明确的靶向性，主要集中于下腹部及腰骶部的核心穴位，包括关元、气海、中极、子宫、八髎等。其中，关元、气海穴可温肾健脾、益气固元；中极、子宫穴为胞宫的临近穴位，能直接调理冲任；八髎穴则可疏通腰骶部经络，活血化瘀[17]。贴敷药物的选择需根据患者中医证型辨证调整，对于湿热瘀结型，多选用蒲公英、连翘、大黄等清热解毒药；对于寒湿血瘀型，则以附子、肉桂、干姜、红花等温经散寒、活血化瘀药为主[18]。儿童或敏感肌患者以蜂蜜调和，降低其刺激。操作前用 75%乙醇清洁皮肤，待干后贴敷；药膏厚度 0.2 cm~0.3 cm，直径 2 cm~3 cm，固定牢固，避免沾水脱落；每次贴敷 4~6 小时，皮肤敏感者缩短至 2~3 小时；出现瘙痒红肿立即移除，外用炉甘石洗剂，严重者及时就医，同时应避免局部皮肤发红、瘙痒、皮疹、水疱等不良反应，贴敷部位破损感染、过敏体

质、孕妇、急性发热期、皮肤湿疹禁用。

临床研究表明,穴位贴敷能有效改善 CPID 患者的血液流变学指标,减轻盆腔组织的充血水肿与粘连,并能显著缓解疼痛症状[19]。该技术操作简单易行,患者可居家自行更换贴剂,依从性高,尤其适用于不耐受口服药物或灌肠治疗的患者,是一种理想的延伸护理手段[20]。

3.3. 艾灸疗法

艾灸疗法是利用艾叶燃烧产生的温热效应,作用于人体穴位或特定部位,通过温热刺激来温通经络、调和气血、扶正祛邪。对于 CPID 中医辨证属“寒凝血瘀”或“气虚血瘀”证型的患者,艾灸疗法具有显著的针对性和治疗优势[21]。

临床中常用的艾灸方式包括温和灸、隔姜灸、隔盐灸等。温和灸操作简便,适用于日常护理;隔姜灸借助生姜的温通之性,增强散寒止痛效果;隔盐灸则多用于神阙穴,以温肾固元[22]。主要选取的穴位与穴位贴敷类似,除关元、气海、中极等腹部穴位外,还常配伍下肢的三阴交、足三里穴。其中三阴交为肝脾肾三经交会穴,可调理气血、活血化瘀;足三里为强壮要穴,能益气健脾、增强机体免疫力[23]。操作过程中艾条距皮肤 2 cm~3 cm,温度 42℃~45℃,以温热不灼痛为度;每穴 15~20 分钟,局部潮红即止,防止烫伤;及时弹除艾灰,备好灭火器具;灸后避风寒,2 小时内不接触冷水;小水疱保留自愈,大水疱无菌抽液后消毒包扎。寒凝或气虚血瘀者可延长至 20~30 分钟,联合隔姜灸;湿热瘀结者慎用,仅小剂量温和灸足三里、气海以扶正;老年体虚者每穴灸 10~15 分钟,避免耗气伤阴[21]。不良反应有局部烫伤、水疱、口干、心烦、失眠,实热证、阴虚火旺、皮肤感觉障碍、孕妇腰腹部、月经量多、高热、出血倾向禁用[23]。

现代研究证实,艾灸产生的温热刺激可通过神经-体液调节,促进盆腔局部血液循环,改善病灶区域的营养供应与氧气输送,同时激活机体免疫系统,提高巨噬细胞的吞噬能力,从而有效抑制炎症介质释放,缓解疼痛和带下症状[24][25]。

3.4. 耳穴压豆

耳穴压豆是中医耳针疗法的一种无创延伸形式,其理论基础是“耳为宗脉之所聚”,即耳廓上的特定穴位与人体脏腑经络存在紧密的生理联系。通过按压耳廓上的相应穴位,可以间接调节脏腑功能,达到治疗疾病的目的[26]。在 CPID 的护理中,耳穴的选择围绕“调理胞宫、疏肝健脾、行气止痛”的原则,常用穴位包括内生殖器、盆腔、肾、肝、脾、神门、皮质下等。其中,内生殖器、盆腔为疾病的对应穴位,直接作用于病灶;肾、肝、脾三穴可调理脏腑功能,扶正固本;神门、皮质下则能镇静安神、缓解疼痛与焦虑情绪[27]。疼痛显著者加神门、皮质下强化镇痛;失眠焦虑者加神门、心、交感安神;体虚乏力者加脾、肾、胃以扶正固本[26]。

操作时,采用 75%酒精消毒耳廓皮肤后,将粘有王不留行籽的胶布贴压于所选耳穴,指导患者每日自行按压 3~5 次,每次每穴按压 1~2 分钟,以产生酸、麻、胀、痛(即“得气”)感为宜,双耳交替进行,每周更换 2~3 次[28]。操作需注意:术前严格消毒耳廓皮肤,预防感染;按压时力度适中,勿揉搓导致皮肤破损;若出现皮肤破损,应立即移除药籽并使用碘伏消毒;双耳交替进行按压,治疗期间保持防水防汗,胶布脱落时及时更换。不良反应:耳廓压痛、局部发红、轻微皮肤破损;禁忌症:耳廓湿疹、溃疡、冻疮、过敏体质、孕妇慎用。

临床研究显示,耳穴压豆可作为一种有效的辅助护理手段,不仅能缓解 CPID 患者的盆腔疼痛,还能改善其因疾病迁延导致的焦虑、抑郁状态,并对内分泌及免疫功能具有一定的调节作用[29]。

3.5. 中药熏蒸

中药熏蒸是基于中医“汗法”理论,结合现代温热疗法发展而来的外治技术,通过将中药煎剂雾化

产生的温热药气作用于人体腰骶部及下腹部，借助皮肤的渗透、吸收与经络的传导作用，实现“清热利湿、活血化瘀、温通经络”的治疗效果[30]。其核心优势在于药气的温热效应可扩张盆腔局部血管，促进血液循环，同时药物有效成分能直接渗透至病灶，双重作用减轻炎症反应与组织粘连[31]。

在 CPID 的临床应用中，熏蒸方药需依据辨证分型配伍：针对湿热瘀结型，常选用败酱草、蒲公英、苦参、黄柏等清热解毒、利湿通络药；针对寒凝血瘀型，则以艾叶、桂枝、红花、川芎等温经散寒、活血化瘀药为主[32]。护理操作中需把控三个关键：一是药液制备，将中药加水煎煮 30 分钟，取滤液 1000mL~1500 mL 倒入熏蒸仪；二是参数设置，熏蒸温度控制在 40℃~45℃，距离皮肤 20 cm~30cm，避免烫伤，每次治疗 20~30 分钟；三是疗程规范，每日 1 次，10~15 天为 1 个疗程，治疗期间指导患者注意保暖，避免受凉[33]。注意空腹或饭后 1 小时内不予熏蒸；室内保持通风，避免缺氧中暑；熏蒸后 30 分钟内不外出、不洗澡，注意保暖。湿热偏重患者可延长至 30 分钟，增强清热利湿；虚寒体质者温度应调至 38℃~40℃，时间为 15~20 分钟；皮肤敏感应加大距离、降低温度，缩短时长[34]。不良反应：皮肤潮红、瘙痒、烫伤、头晕、胸闷、口干；禁忌症：皮肤破损感染、高热、出血倾向、孕妇、严重心脑血管疾病、糖尿病足、感觉障碍禁用[32]。

临床研究表明，中药熏蒸联合常规治疗可显著提升 CPID 疗效，且能有效降低患者血清炎症因子水平，缓解腰骶部酸痛与下腹部坠胀症状[34]。此外，该技术无需侵入性操作，患者舒适度高，尤其适用于对灌肠、贴敷不耐受的患者，可作为 CPID 综合护理的重要补充手段。

4. 其他中医护理技术的应用探索

4.1. 中药离子导入

中药离子导入是融合了中医外治理论与现代物理技术的一种新型疗法。其原理是借助直流电的电场作用，将中药药液中具有药理活性的离子成分经皮肤汗腺孔导入人体，定向作用于盆腔病变组织[35]。该方法能使药物直接在病灶局部发挥活血化瘀、消炎止痛的功效，尤其适用于伴有明显盆腔粘连、药物难以渗透的 CPID 患者[36]。临床常用的导入药物与灌肠方药相似，多为丹参、赤芍、红花等活血化瘀类中药，导入部位常选择下腹部或腰骶部，操作时电极垫均匀湿润，避免电流集中灼伤；电流 5 mA~10 mA，由小渐大，以患者耐受为度；每次治疗时间约 20~30 分钟，10~15 天为 1 疗程；治疗后清洁皮肤，涂抹保湿剂[37]。治疗后可能出现局部皮肤刺痛、红斑、干燥等不良反应。由皮肤破损、金属植入物、安装心脏起搏器、孕妇、出血倾向、急性炎症的患者禁用[36]。

4.2. 穴位按摩

穴位按摩是护理人员运用特定手法刺激穴位，可疏通经络、调和气血，调动机体抗病能力，以达到防治疾病的目的。在 CPID 中医护理中，常用穴位包括下肢的三阴交、足三里、太冲及腹部的关元、气海等[38]。护理人员可在住院期间为患者进行专业的点穴疗法，采用点按、揉法，轻柔均匀，禁用暴力；每穴 3~5 分钟，每日 1~2 次，10~14 天为 1 疗程；经期腹部穴位减量或暂停，同时指导患者及家属掌握简单的穴位按摩手法，如点按、揉法等，使其能在出院后进行自我护理，从而提高治疗的持续性和依从性[39]。不良反应有局部酸胀、轻微压痛，暴力操作可致软组织不适；局部骨折脱位、急性损伤、孕妇腹部与腰骶部、皮肤感染禁用[38]。研究表明，规律性的穴位按摩可有效缓解 CPID 患者的疼痛症状，并能调节自主神经功能，改善患者的睡眠质量[40]。

5. 中医护理技术在慢性盆腔炎中的启示及展望

中医护理技术在慢性盆腔炎的综合治疗中操作简单、实施方便、成本较低且效果确切，具有独特优

势，同时不良反应少，因而在临床实践中展现出重要的价值与良好的应用前景。以中药保留灌肠、穴位贴敷、艾灸疗法、耳穴压豆、中药熏蒸为核心的外治疗法，通过“直达病所、局部起效”的作用特点，能有效改善患者盆腔疼痛、带下异常等症状，调节机体免疫功能与盆腔微环境，降低疾病复发率；中药离子导入、穴位按摩等技术作为重要补充，进一步丰富了临床护理选择，提升了患者治疗依从性。然而，现有研究仍存在研究质量参差不齐、干预方案缺乏标准化、作用机制研究薄弱等突出问题，主要体现在不同临床研究采用的辨证分型标准不尽一致，疗效评价指标亦缺乏统一性，导致研究结论难以横向比较与推广[41]；中医护理技术的效果评价多依赖于临床症状改善等主观指标，缺乏客观化、标准化的生理生化指标作为有效补充[42]；临床中医护理专科人才相对紧缺，部分护理人员对中医基础理论、经络穴位知识、辨证施护原则掌握不够深入，影响了技术应用的准确性和效果[43]；针对不同证型、不同病程阶段患者的个性化护理方案优化研究，以及多种中医护理技术联合应用的协同效应与序贯方案研究较为缺乏[44]。制约了中医护理技术的规范化推广与科学内涵阐释。未来可聚焦高质量循证研究、标准化护理路径构建、中西医融合的机制研究及中医护理专科队伍的建设，推动中医护理技术在慢性盆腔炎治疗中实现更精准、高效的临床转化，使其在改善患者生活质量、优化妇科慢性疾病护理模式中发挥更大作用。

参考文献

- [1] 张浩. 加味当归芍药散联合抗生素治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎患者的疗效及对免疫功能的影响[J]. 中国性科学, 2021, 30(11): 134-138.
- [2] 张宁. 探讨温经汤结合脐灸治疗寒湿凝滞型慢性盆腔炎临床应用效果[C]//中国生命关怀协会. 关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集(中)——银发浪潮下老年护理的挑战与机遇专题. 保定: 保定抚仁传统中医门诊部, 2025: 636-638.
- [3] 汪韬, 王晓彬, 马超. 慢性盆腔炎病原菌分布特征、耐药性及感染相关危险因素分析[J]. 中国病原生物学杂志, 2024, 19(5): 566-569+578.
- [4] 朱华芬. 慢性盆腔炎患者不同年龄段的支原体感染情况及其耐药性分析[J]. 抗感染药学, 2022, 19(7): 1041-1043.
- [5] 黄娟, 胡津. 温经汤联合脐灸治疗寒湿凝滞型慢性盆腔炎临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(22): 78-80.
- [6] 王慧珍. 王慧珍妇科心悟[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2020: 133.
- [7] 冯晓玲, 张婷婷. 中医妇科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 142-145+252-256.
- [8] 石智尧, 任少键, 房致永, 等. 国医大师王晞星运用补肾调肝汤治疗妇科疾病验案举隅[J]. 时珍国医国药, 2024, 35(10): 2445-2448.
- [9] 张冰玉, 张天阳, 王玉凤, 等. 国医大师张志远治疗慢性炎症验案举隅[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(5): 2712-2715.
- [10] 黄春萍. 中药保留灌肠联合头孢呋辛钠治疗慢性盆腔炎临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(21): 138-140.
- [11] 董江源. 自拟妇炎方保留灌肠联合康妇炎胶囊治疗慢性盆腔炎湿热瘀结证的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(15): 51-54.
- [12] 张丽, 王瑞杰, 刘向娥, 张熙渊. 中药保留灌肠法治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎临床优化方案及疗效观察: 基于正交设计[J]. 亚太传统医药, 2023, 19(11): 111-116.
- [13] 冯欣, 沈庆波, 闵爱萍. 中药灌肠联合抗生素治疗慢性盆腔炎的 Meta 分析[J]. 实用中西医结合临床, 2017, 17(10): 10-12.
- [14] 贾利平, 刘玉珠, 周小飞. 中西医结合治疗慢性盆腔炎疗效观察及安全性分析[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(4): 939-941.
- [15] 韩娜娟. 中药保留灌肠治疗慢性盆腔炎的效果分析[J]. 中国医药指南, 2024, 22(11): 124-127.
- [16] 郭燕军, 雷秀虹, 赵小康. 基于 CiteSpace 和 VOSviewer 的穴位贴敷研究现状可视化分析[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2023, 47(6): 144-150.
- [17] 朱小贞, 秦秀芳. 温宫消癥方穴位贴敷、中药保留灌肠治疗慢性盆腔炎性疾病后遗症(寒凝血瘀型)疗效观察[J].

四川中医, 2022, 40(9): 167-171.

- [18] 周菊洪. 腹部中药贴敷护理对慢性盆腔炎预后的影响[J]. 中医外治杂志, 2021, 30(2): 52-53.
- [19] 孙书青, 马秀君, 陈凤娟. 当归芍药散穴位敷贴对湿热瘀结型盆腔炎性疾病后遗症患者血液流变学和炎性因子的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10(12): 91-92.
- [20] 杨玉林. 中医治疗慢性盆腔炎临床观察与护理研究[J]. 光明中医, 2021, 36(12): 2069-2071.
- [21] 王艳萍, 张国忠, 李艳红, 王艳君, 李娜, 魏昱航. 艾灸疗法结合刮痧治疗寒湿凝滞型慢性盆腔炎的临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(20): 2197-2199.
- [22] 刘秀英, 黎红琴, 何思锦, 赵亚丽, 和智娟. 国医大师张震“疏调气机”理论指导多形式灸法治疗中风后痉挛性偏瘫的学术探讨[J]. 四川中医, 2025, 43(5): 47-51.
- [23] 楚丽敏, 姜伟, 彭华杰. 中药外敷配合关元穴艾灸在湿热瘀结型慢性盆腔炎护理中的疗效观察[J]. 实用中医内科杂志, 2025, 39(5): 89-93.
- [24] 黄碧春, 何玲玲, 杨柳, 王历刚, 圣夏, 邱吓花, 陈柳茵, 王雅娇, 林桂娇. 基于关联规则分析灸法干预癌性疼痛的选穴规律研究[J]. 山西中医药大学学报, 2023, 24(2): 144-148.
- [25] 李自如, 郑琼, 迟振海, 周星辰, 周水生, 毛强健. 热敏灸治疗气滞血瘀型慢性盆腔炎不同灸量方案的临床疗效评价[J]. 中医药临床杂志, 2021, 33(11): 2192-2195.
- [26] 邢雪梅, 赵兰, 刘宏, 陈丰英. 揶针疗法联合耳穴压豆对肺结节患者术后疼痛、睡眠质量的影响[J]. 中国防痨杂志, 2025, 47(S1): 330-332.
- [27] 康贞, 邱懿, 朱墨豪, 邢艺璇, 唐诗, 刘未艾, 尤昭玲. “一针二灸三贴”干预治疗女性生殖疾病策略[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(9): 1619-1624.
- [28] 陈雷, 周丹, 胡雯雯, 郭义, 李桂兰. 耳针穴位的取穴标准及依据[J]. 吉林中医药, 2009, 29(2): 148-149.
- [29] 吴结冰, 樊婉桃, 曾妍. 耳穴压豆联合中药热奄包治疗盆腔炎的临床研究[J]. 内蒙古中医药, 2025, 44(4): 136-137+168.
- [30] 农秀明, 黄小丽. 中医外治法在慢性盆腔炎治疗中的应用研究进展[J]. 广西中医药, 2024, 47(3): 67-70.
- [31] 李代红. 中药熏蒸联合抗生素治疗慢性盆腔炎对氧化应激因子及 MCP-1 水平的影响[J]. 新中医, 2020, 52(4): 83-85.
- [32] 李娟, 张小妹. 活血化瘀及行气止痛联合中药熏蒸治疗慢性盆腔炎的临床观察[J]. 当代医学, 2020, 26(33): 125-126.
- [33] 甘春梅. 中药熏药治疗慢性盆腔炎的疗效及护理效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(44): 132-133.
- [34] 刘淑珍. 中药熏蒸疗法治疗慢性盆腔炎疗效观察与护理体会[J]. 光明中医, 2018, 33(12): 1812-1814.
- [35] 李景溪, 王莲莲, 施展, 陆伟斌. 中药离子导入治疗慢性盆腔炎伴盆腔痛的临床研究[J]. 中国医药导刊, 2017, 19(6): 592-593+595.
- [36] 刘志霞. 中药内服结合离子导入治疗慢性盆腔痛疗效观察[J]. 新中医, 2016, 48(2): 138-140.
- [37] 黄泽隽. 中药离子导入联合推拿治疗慢性盆腔炎疗效观察[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2022, 9(15): 32-34.
- [38] 魏成红, 王超超, 赵晓晓, 方丽萍. 穴位按摩配合中药灌肠治疗慢性盆腔炎临床疗效观察[J]. 潍坊医学院学报, 2024, 46(3): 210-213.
- [39] 陈云静. 带脉理论指导的穴位按摩联合拔罐对湿热瘀结型盆腔炎患者的干预效果研究[D]: [硕士学位论文]. 昆明: 云南中医药大学, 2024.
- [40] 余艳霞, 涂桂英, 何庆琴. 穴位按摩在慢性盆腔炎患者中的运用效果与评价[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(33): 59.
- [41] 张胡, 戴艳秋, 杜雪华, 周丽英. 中医特色护理技术在慢性盆腔炎患者中的应用效果研究[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2020, 7(9): 1-2.
- [42] 徐敏, 黄馨睿, 刘婷, 叶会玲, 帅玮, 孙秋华. 浙江省中医护理技术规范化管理方案的构建[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(2): 217-223.
- [43] 刘甜. 宁夏地区中医护士工作现状及培训需求调查分析[J]. 全科护理, 2021, 19(27): 3876-3879.
- [44] 李培君. 现阶段中医护理技术应用发展的制约因素与对策[J]. 中医药管理杂志, 2019, 27(18): 231-232.