·护理管理·
·论　　著·

重庆市241家医疗机构中医护理技术分级分类管理与人员资质授权现状调查

邓乾素[1]，李飞丽[2]，钟华[3]，张超[4]，冉真榕[2]，钟懿珠[5]

摘要：目的 了解重庆市中医护理技术分级分类管理及资质授权现状，为制订中医护理技术管理措施提供参考。**方法** 采用多阶段目的抽样选取重庆市38个区县241家医疗机构为调查对象，采用自行设计的护理人员操作中医技术临床管理调查问卷进行调查。**结果** 34.02%的医疗机构实施中医护理技术分级管理，32.78%的医疗机构实施中医护理技术分类管理；安全性(74.27%)和难易度(58.92%)是主要的分级原则。45.23%的医疗机构进行了中医护理人员资质授权管理，授权形式多样，但授权标准不一。**结论** 重庆市中医护理技术管理初具雏形，但尚缺乏规范性、同质性。建议构建统一的中医护理技术分级分类基准与护理人员资质授权、培训体系，兼顾不同医疗机构实际条件完善院内实施细则，促进中医护理技术规范化开展。

关键词：中医护理技术；　分级管理；　分类管理；　资质授权；　护理管理；　中医护理
中图分类号：R248；C931　**DOI：**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.19.068

Hierarchical and classified management of Traditional Chinese Medicine nursing techniques and personnel qualification authorization in 241 medical institutions in Chongqing

Deng Qiansu, Li Feili, Zhong Hua, Zhang Chao, Ran Zhenrong, Zhong Yizhu. Emergency ICU, Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital, Chongqing 400021, China

Abstract: Objective To investigate the current status of hierarchical and classified management of Traditional Chinese Medicine (TCM) nursing techniques and personnel qualification authorization in Chongqing, and to provide reference for the development of TCM nursing technique management measures. **Methods** Multistage purposive sampling was used to select 241 medical institutions from 38 districts and counties in Chongqing. A self-designed questionnaire on clinical management of TCM techniques performed by nursing staff was administered. **Results** Hierarchical management of TCM nursing techniques was implemented in 34.02% of institutions and classified management in 32.78%. Safety (74.27%) and difficulty level (58.92%) were the primary grading principles. Qualification authorization for TCM nursing staff was established in 45.23% of the institutions, with diverse authorization forms but inconsistent standards. **Conclusion** TCM nursing technique management in Chongqing is in its infancy but lacks standardization and homogeneity. It is recommended to establish a unified grading and classification framework for TCM nursing techniques, together with a credentialing and training system for nursing staff. In-hospital implementation guidelines should be refined with consideration for the actual conditions of different medical institutions, so as to promote the standardized practice of TCM nursing techniques.

Keywords: Traditional Chinese Medicine; nursing techniques; hierarchical management; classified management; qualification authorization; nursing management; Traditional Chinese Medicine nursing

中医护理技术分级分类管理，即依据技术的风险等级与操作难度，明确其准入层级及对应人员资质，旨在规范技术应用、保障患者安全[1-2]。当前中医护理技术包含刮痧、拔罐、艾灸、穴位刺激技术等多项操作项目[3]，但国家层面尚未建立统一、明确的技术风险等级、操作难度与操作人员资质匹配体系[4]。缺乏系统的分级分类管理与人员资质授权方案，不仅难以充分发挥技术疗效，还存在一定临床安全隐患[5]。目前国内仅浙江省出台了中医护理技术分级目录及人员准入标准，该标准基于浙江省94所中医医疗机构的现状调研制订[6]，但其作为区域性探索成果尚未在全国推广。重庆市作为西部地区中医药发展重镇，开展中医技术分级分类管理相关研究具备重要现实价值，但其医疗机构层级结构、中医护理人力资源配置及信息化管理水平与东部省份相比存在明显差异。已有调查显示，重庆市中医护理质量评价仍以医院等级评审标准为主，中医特色评价指标单一，管理信息化水平偏低[7]，因此无法直接照搬东部地区现有方案，需建立适配本地实情的中医护理技术分级分类管理模式。基于此，本研究全面调查重庆市中医护理技术分级分类管理与资质授权现状，旨在为制订属地化、规范化的管理策略提供依据。

作者单位：重庆市中医院 1.急诊ICU 2.护理部 3.针灸科 4.肾病科 5.神经外科(重庆，400021)
通信作者：李飞丽，403768084@qq.com
邓乾素：女，硕士，副主任护师，742367920@qq.com
科研项目：国家中医优势专科建设项目(国中医药医政函[2024]90号)
收稿：2026-05-08；修回：2026-07-21

1　对象与方法

1.1　对象　采用多阶段目的抽样法，于2024年8—11月选取重庆市医疗机构为调查对象。抽样步骤：

以重庆市 38 个区县为调查范围(全覆盖);在每个区县内按机构类型分层选取,涵盖公立中医医院、公立综合医院、妇幼保健机构各≥1 所及基层医疗机构≥2 所,确保所选机构覆盖不同床位数、不同护士规模,以减少选择偏倚;此外,将 16 所市卫生健康委员会所属医疗机构单独纳入(与上述选取机构不重复),避免特殊机构遗漏。纳入标准:①设有中医护理技术应用科室或已开展中医护理技术服务;③同意参与本研究并配合完成问卷调查。排除标准:①调查期间处于停业、合并或解散状态的机构;②开业时间<1 年的新建医疗机构;③问卷关键变量缺失>20%且无法补充调查。抽样过程中,通过争取各区县卫生健康行政部门支持,确保样本覆盖不同床位数、不同护士规模的医疗机构,减少抽样偏差。本研究通过重庆市中医院伦理委员会审查(2022-ky-44)。

1.2 调查工具

1.2.1 医院一般信息调查表 自行设计,包括单位名称、级别、类别、编制床位数;护士队伍的人数、学历、职称、中医院校毕业人数和中医专业培训路径。

1.2.2 护理人员操作中医技术临床管理调查问卷 通过文献回顾[8-12]构建初表。选择 15 名专家(10 名中医护理管理专家、3 名统计学专家、2 名卫生政策专家;均为副高级及以上职称、本科及以上学历;从事中医护理、公共卫生或医疗卫生管理工作年限≥10 年)进行 2 轮专家函询。本研究中专家权威程度系数为 0.912,2 轮函询的协调系数分别为 0.493 和 0.497,(χ^2 分别为 683.344 和 668.251,均 $P<0.001$),删除专家重要性评分均值<4.0、变异系数(CV)>0.25 的条目。专家函询后形成护理人员操作中医技术临床管理调查问卷,涵盖①单位基本情况(4 个条目);②护理队伍情况(8 个条目);③中医技术培训情况(3 个条目);④中医护理技术开展情况(12 个条目);⑤中医护理技术临床管理情况(15 个条目);⑥中医护理技术护理人员资质授权情况(5 个条目)。问卷整体内容效度指数 S-CVI/Ave 为 0.860。问卷具体内容见附件 1。为统一各项中医护理技术分级判定标准,保证评价一致性,本研究以 241 所医疗机构单项技术分级填报数据为基础,参考相关文献[6,13],综合技术风险程度、操作难易度两大核心要素,经小组讨论统一判定各项中医护理技术最终分级标准。

1.3 问卷发放与质量控制方法

重庆市卫生健康委员会中医药主管部门发布通知后,由重庆市中医护理质量控制中心组织专业调查团队负责调查,通过邮件方式收集资料。所有填写的问卷须经过单位负责人审核并盖章,之后发送至指定邮箱。由专人负责检查邮件和问卷填写,若发现信息遗失或逻辑错误,及时电话联系相关单位进行核实和更正。所有数据经 2 人使用 Excel2025 录入后,再由另外 2 人负责审核和修正数据。本研究共调查 241 所医疗机构,问卷均有效回收。

1.4 统计学方法

采用 SPSS23.0 软件进行统计分析。计数资料采用频数、百分率进行统计描述。

2 结果

2.1 调查医院一般信息 241 所医疗机构中,三级医院 74 所,二级医院 82 所,一级医院 85 所;公立中医医院 46 所,公立综合医院 62 所,妇幼保健医疗机构 42 所,基层医疗卫生机构(包括乡镇卫生院和社区卫生服务中心)91 所;编制床位数 5~4 616[193(120,680)]张;护士人数>1 500 人的医疗机构 11 所,100~1 500 人 108 所,<100 人 122 所。241 所医疗机构共有护理人员 56 893 人,大专及以下学历 16 841 人,本科 39 680 人,硕士及以上 372 人。职称:护师及以下 33 483 人,主管护师 20 126 人,副主任护师及以上 3 284 人。中医院校毕业生 2 273 人;接受过中医药继续教育培训 15 042 人;获得中医药相关证书 2 901 人,有三级中医医院进修证书 5 120 人。

2.2 中医护理技术分级分类管理情况 重庆市医疗机构目前正在开展 62 项中医护理技术。分级与分类管理的实施率分别为 34.02%(82/241)和 32.78%(79/241)。在分级管理原则方面,安全性原则(74.27%,179/241)以及难易性原则(58.92%,142/241)是最重要的因素。62 项技术分类为罐疗类、灸疗类、针刺类、推拿类等 9 个类别;分级为一级技术 34 项,二级技术 18 项,三级技术 10 项。见表 1。

2.3 中医护理技术资质授权管理情况 结果显示,45.23%(109/241)的医疗机构已对护理人员开展中医技术资质授权管理。护理人员中医技术资质授权管理情况见表 2。

3 讨论

3.1 强化中医护理技术分级分类管理,确保技术实施的科学性与规范性 本研究发现,重庆市医疗机构目前开展的 62 项中医护理技术,依据医保目录可初步划归为 9 类,但全市中医护理技术分级分类管理工作推进滞后,整体规范化水平不足。数据显示,本市医疗机构中医护理技术分级管理、分类管理的实施率仅分别为 34.02%、32.78%,且已开展管理工作的机构均采用自主制定标准,全市尚未形成统一、规范的管理体系。这一现状直接导致同一项中医护理技术在不同层级医疗机构的准入标准、操作质量参差不齐,难以保障全市中医护理技术应用的安全性与疗效一致性。中华中医药学会 2006 年颁布的《中医护理常规技术操作规程》[10]梳理汇总了 15 类 22 项中医护理技术,国家中医药管理局发布的《护理人员中医技术使用手册》[14],进一步明确了护理人员可合规操作的 18 项中医技术。国家层面已为中医护理技术的规范化管理奠定了基础。但上述规范核心聚焦于技术范围界定、标准化操作流程两大维度,并未明确不同技术的适用开展机构层级、操作人员资质权责等核心管理问题。同时,全国各区域中医医疗资源配置、护

表 1　护理人员操作中医技术分级分类管理情况(n=241)　　所(%)

类别	项目	实际分级管理情况			最终分级	类别	项目	实际分级管理情况			最终分级
		一级技术	二级技术	三级技术				一级技术	二级技术	三级技术	
罐疗类	普通拔罐	164(68.05)	16(6.64)	1(0.41)	一级	中医外治类	药线引流	13(5.39)	67(27.80)	33(13.69)	二级
	走罐	101(41.91)	57(23.65)	1(0.41)	一级		耳咽中药吹粉	27(11.20)	69(28.63)	17(7.05)	二级
	水罐	59(24.48)	57(23.65)	8(3.32)	一级		自血疗法	4(1.66)	36(14.94)	82(34.02)	三级
	药物罐	61(25.31)	50(20.75)	14(5.81)	一级		中药涂擦	150(62.24)	4(1.66)	0(0)	一级
灸疗类	艾条灸	147(61.00)	24(9.96)	2(0.83)	一级		中药塌渍	140(58.09)	11(4.56)	0(0)	一级
	直接灸	103(42.74)	38(15.77)	4(1.66)	一级		中药熏药	146(60.58)	10(4.15)	1(0.41)	一级
	隔物灸	127(52.70)	42(17.43)	3(1.24)	一级		贴敷疗法	152(63.07)	14(5.81)	0(0)	一级
	温灸器灸	92(38.17)	46(19.09)	1(0.41)	一级		穴位贴敷	155(64.32)	25(10.37)	1(0.41)	一级
	温针灸	28(11.62)	62(25.73)	46(19.09)	二级		中药化腐清创术	11(4.56)	48(19.92)	57(23.65)	三级
	天灸	38(15.77)	68(28.22)	13(5.39)	二级		中药热奄包	113(46.89)	23(9.54)	6(2.49)	一级
	灯火灸	23(9.54)	59(24.48)	29(12.03)	二级		中药封包	138(57.26)	24(9.96)	2(0.83)	一级
	督灸	43(17.84)	73(30.29)	30(12.45)	二级		中药熏洗	134(55.60)	15(6.22)	1(0.41)	一级
	雷火灸	46(19.09)	63(26.14)	24(9.96)	二级		中药蒸汽浴	111(46.06)	26(10.79)	2(0.83)	一级
针刺类	耳针	19(7.88)	67(27.80)	50(20.75)	二级		赘生物中药腐蚀	15(6.22)	43(17.84)	55(22.82)	三级
	腕踝针	9(3.73)	59(24.48)	71(29.46)	三级		挑治	10(4.15)	58(24.07)	46(19.09)	二级
	梅花针	6(2.49)	69(28.63)	57(23.65)	二级		甲床放血	6(2.49)	58(24.07)	54(22.41)	二级
	火针	2(0.83)	53(21.99)	76(31.54)	三级		足底反射治疗	33(13.69)	54(22.41)	27(11.20)	二级
	皮内针	10(4.15)	92(38.17)	50(20.75)	二级		中药硬膏热贴敷	69(28.63)	35(14.52)	6(2.49)	一级
	穴位注射	3(1.24)	46(19.09)	99(41.08)	三级	中医功法类	医疗气功	78(32.37)	25(10.37)	13(5.39)	一级
	穴位放血	6(2.49)	61(25.31)	85(35.27)	三级		八段锦	126(52.28)	17(7.05)	5(2.07)	一级
	静脉放血	3(1.24)	27(11.20)	88(36.51)	三级		太极拳	109(45.23)	17(7.05)	6(2.49)	一级
	激光针	3(1.24)	36(14.94)	75(31.12)	三级		五禽戏	94(39.00)	23(9.54)	7(2.90)	一级
推拿类	基本手法推拿	118(48.96)	43(17.84)	4(1.66)	一级	其他	子午流注开穴法	46(19.09)	42(17.43)	28(11.62)	一级
	小儿斜颈推拿	58(24.07)	72(29.88)	15(6.22)	二级		经络穴位测评疗法	50(20.75)	49(20.33)	16(6.64)	一级
	小儿捏脊	90(37.34)	57(23.65)	9(3.73)	一级		耳穴测评	59(24.48)	53(21.99)	11(4.56)	一级
	药棒穴位按摩	54(22.41)	51(21.16)	14(5.81)	一级		耳穴压丸	98(40.66)	45(18.67)	14(5.81)	一级
	手指点穴	93(38.59)	46(19.09)	13(5.39)	一级		面神经功能训练	52(21.58)	49(20.33)	17(7.05)	一级
中医肛肠类	结肠水疗	35(14.52)	67(27.80)	17(7.05)	二级		中医定向透药	86(35.68)	40(16.60)	12(4.98)	一级
	中药直肠滴入	50(20.75)	76(31.54)	17(7.05)	二级		割治	9(3.73)	46(19.09)	54(22.41)	三级
中医特殊治疗类	刮痧	117(48.55)	50(20.75)	5(2.07)	一级		棍针	21(8.71)	54(22.41)	43(17.84)	二级
	烫熨	64(26.56)	66(27.39)	7(2.90)	二级		干眼超声雾化(熏蒸)	83(34.44)	33(13.69)	5(2.07)	一级

注:一级,安全、操作简单、辨证选穴及操作部位简单、非侵入性。二级,比较安全、操作较复杂、辨证选穴及操作部位较复杂,非侵入性或侵入性仅在表皮真皮层。三级,操作风险较高、操作方法复杂、辨证选穴及操作部位复杂,非侵入性或侵入性在表皮真皮层以下[6]。

表 2　护理人员中医技术资质授权管理情况(n=241)　　所(%)

项目	一级技术	二级技术	三级技术
工作年限要求			
无	52(21.58)	26(10.79)	31(12.86)
≥1 年	108(44.81)	40(16.60)	14(5.81)
≥2 年	48(19.92)	82(34.02)	24(9.96)
≥3 年	30(12.45)	68(28.22)	77(31.95)
≥5 年	3(1.24)	25(10.37)	95(39.42)
职称要求			
护士及以上	191(79.25)	49(20.33)	14(5.81)
护师及以上	44(18.26)	169(70.12)	79(32.78)
主管护师及以上	4(1.66)	22(9.13)	142(58.92)
副主任护师及以上	2(0.83)	1(0.41)	6(2.49)
获得授权资质途径*			
中医药院校毕业	83(34.44)	95(39.42)	115(47.72)
取得省级以上中医护理骨干人才、中医专科护士等培训证书	68(28.22)	97(40.25)	145(60.17)
取得三级以上中医医院进修证书(≥3 个月)	81(33.61)	125(51.87)	154(63.90)
取得重庆市中医护理质控中心培训证书	67(27.80)	90(37.34)	118(48.96)
取得省级以上学术团体中医护理治疗专科护士培训证书	54(22.41)	75(31.12)	116(48.13)
3 年内完成≥100 学时的中医药系统培训	94(39.00)	124(51.45)	125(51.87)
取得省级以上西学中合格证书	52(21.58)	64(26.56)	73(30.29)
取得区县级卫生健康行政主管部门中医护理技术培训证书	96(39.83)	115(47.72)	114(47.30)
院内中医技术考核合格	158(65.56)	107(44.40)	93(38.59)

注:* 为多项选择。

理人力专业水平差异较大,各地管理需求不尽相同,需在国家规范的基础上结合本地实际进行探索。在地方实践层面,浙江省已形成成熟的可借鉴管理经验。浙江省中医护理技术规范化管理方案[6]将当地 56 项中医护理技术划分为 8 类 3 级,清晰界定了各项技术的医疗机构准入层级、操作人员资质要求,构建了体系完善、权责明确的分级分类管理模式,为各省市开展相关工作提供了优质范本。在参照浙江经验和相关文献的基础上[6,13],本研究结合重庆市 62 项中医护理技术的实际临床应用数据,针对性构建适配重庆本地的中医护理技术分级框架。研究将罐疗类、推拿类及常规中医外治类技术划定为一级基础技术,将针刺类高风险技术划定为三级高级技术;同时立足重庆市基层医疗机构中医护理服务特色,创新性将中医功法类技术纳入统一管理体系。该分级框架在技术分层管控的基础上,兼顾医疗风险防控、基层服务可及性与技术服务梯队建设,高度贴合重庆本地临床服务实际。本研究结果为制订中医护理技术分级分类管理方案提供了基线数据与分类参考。未来应在该框架基础上,进一步通过专家论证明确各级技术的操作资质要求、培训学时及考核标准,逐步建立覆盖“技术目录-分级标准-人员准入-质量监控”全链

条规范化管理体系，推动中医护理技术管理从“经验驱动”向“制度驱动”转变，最终实现中医护理技术的规范化、同质化落地展开。

3.2 完善护理人员中医技术资质准入制度，提升中医护理专业价值 本研究发现，重庆市 45.23％的医疗机构虽已对护理人员进行中医技术的院内授权，但各医疗机构在授权方式、技术类别及培训要求方面缺乏统一标准，导致不同层级中医护士对自身技术执行范围认知模糊，制约了中医护理质量的同质化发展。这一现状反映出建立统一、规范的中医护理技术资质准入制度的迫切性。从国内实践来看，部分地区已开展有益探索。深圳市于 2024 年 1 月施行的《深圳市中医专科护士培训和管理办法》[15]明确赋予中医专科护士部分处方权，经授权的护士可在中医护理门诊或社区健康服务机构开具检查申请单、治疗申请单、外用类药品及非限制类中医药适宜技术。在中医护理门诊护士处方权的准入资质方面，研究建议要求具备本科学历、从事中医临床护理工作至少 5 年、主管护师职称，处方内容涵盖中医护理技术、护理干预及检查申请等[16]。然而，调查显示，全国中医护理门诊实践中，缺少相关配套政策支持和无处方权仍是面临的主要困难[17-18]，表明该领域仍需制度层面的持续完善。上述实践与调查表明，建立统一的技术准入与授权管理制度，是拓展中医护理服务边界、为护士处方权探索奠定制度基础的重要前提。完善护理人员中医技术资质准入制度应从以下几方面入手：第一，建立统一的技术分级分类与授权标准，依据技术风险等级及操作难易程度，明确各级中医护理人员的操作范围与准入要求，形成统一的技术目录和授权清单；第二，规范培训与考核体系，围绕中医护理核心技术，统一培训内容、学时标准和考核方式，确保不同医疗机构护理人员具备同质化的理论知识与操作能力；第三，实施动态授权管理，建立周期性再认证机制，结合临床实践、继续教育及质量评价结果，对护理人员的技术资质进行动态调整，保障技术应用的持续安全与有效。通过上述制度设计，可为中医护理技术的高质量发展提供制度保障，也为未来探索中医护士处方权积累经验与基础。

3.3 加大中医护理人才的培养力度，助力中医护理技术高质量发展 本研究结果显示，重庆市中医护理人才储备严重不足，已成为制约中医护理技术高质量发展的核心瓶颈。从学历构成来看，全市护理人员以本科学历为主，但硕士研究生及以上学历人才占比仅为 0.65％；从专业背景来看，毕业于中医院校的护理人员占比仅为 4.00％，通过继续教育接受中医相关培训的护理人员仅占 26.44％。此外，5.10％（2 901/56 893）的护理人员取得中医药相关证书，9.00％（5 120/56 893）的护理人员拥有三级中医医院进修证书，中医护理专业团队力量薄弱，难以为中医护理技术的高质量发展提供有力支撑[9]。此外，39.00％的医疗机构认为护理人员 3 年内完成≥100 学时的中医药系统培训即可开展相关工作，65.56％的医疗机构认为护理人员通过院内中医技术考核合格即可开展中医护理技术操作，源于基层医疗机构护士继续教育资源匮乏，整体培训门槛较低、专业能力薄弱，与重庆市中医护理事业发展的实际需求存在较大差距。基于上述问题，需采用“内培外引”相结合的模式，同时通过继续教育等途径加强中医护士的培训。建议依托中医药院校，开设中医护理特色班，共建“校院合作”；同时扩大中医专科护士培训基地数量与招生规模，并将分级分类管理内容纳入核心课程进行培训考核及同质化技术推广，可借鉴深圳市中医专科护士培训与管理办法[19]，建立“培训－考核－授权”一体化管理机制，将中医护理培训纳入护士职称晋升考核指标等；此外还可发挥中医护理技术学术流派的“传帮带”效应，以“师带徒”的形式培养特色中医护理人才。

4 结论

本研究结果显示，重庆市中医护理技术分级分类管理与人员资质授权尚缺乏全市统一标准，多数机构未实施分级管理，已授权者在授权方式、技术类别及培训要求上差异显著。本研究为制订中医护理技术分级目录与资质准入制度提供了基线数据，后续应在此框架基础上，通过专家论证明确分级标准、培训考核与动态授权的配套机制，推动中医护理技术的规范化、同质化管理。

附件 1 护理人员操作中医技术临床管理调查问卷
请用微信扫码查看

附件1 中医技术临床管理问卷

参考文献：

[1] 倪斐琳，汪永坚，祝亚男. 中医护理技术分级和人员准入管理实践与思考[J]. 中国医院，2018，22(11)：67-68.

[2] 郑海艳. 中医护理技术难度分级与相应准入管理[J]. 中医药管理杂志，2018，26(24)：65-67.

[3] 国家中医药管理局. 中医医院中医护理工作指南(试行)[EB/OL]. (2010-07-21)[2026-05-02]. http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/gongzuodongtai/2018-03-24/3069.html.

[4] 叶会玲，徐敏，俞国红，等. 中医护理技术分级标准及分级预测模型的构建[J]. 中医药导报，2024，30(6)：100-104.

[5] 邹新花，郑秋霞，吴慧芬. 基层中医医院中医护理技术分级管理及实施评价[J]. 医学理论与实践，2020，33(10)：1718-1720.

[6] 徐敏，黄馨睿，刘婷，等. 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.

[7] 冉真榕，魏佳佳，蒲杨，等. 重庆市 44 所二级及以上公立中医医院护理质量管理现状调查[J]. 检验医学与临床，2024，21(16)：2459-2464.

[8] 蔺慧. 重庆市某县域医疗卫生机构中医护理现状分析及策略研究[D]. 长沙：湖南中医药大学，2022.

(下转第 93 页)

211-217.
[5] Dumoulin C, Hay-Smith J, Frawley H, et al. 2014 consensus statement on improving pelvic floor muscle training adherence: International Continence Society 2011 State-of-the-Science Seminar [J]. Neurourol Urodyn, 2015, 34(7): 600-605.
[6] McClurg D, Frawley H, Hay-Smith J, et al. Scoping review of adherence promotion theories in pelvic floor muscle training: 2011 ICS state-of-the-science seminar research paper i of iv[J]. Neurourol Urodyn, 2015, 34(7): 606-614.
[7] 景晶,巨娣,田利红,等. 产后压力性尿失禁女性行盆底肌功能锻炼依从性影响因素分析[J]. 中国计划生育学杂志,2023,31(2):251-256.
[8] 谷瑞芮. 产后压力性尿失禁妇女盆底肌训练依从性及影响因素研究[D]. 北京:北京协和医学院,2019.
[9] Michie S, van Stralen M M, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions [J]. Implement Sci, 2011, 6: 42.
[10] 王建宁. 基于 COM-B 模型盆底功能障碍女性盆底肌训练依从性结构方程模型的构建[D]. 北京:北京协和医学院,2024.
[11] Ingelman-Sundberg A. Pubococcygeus muscle transplant in the treatment of urinary stress incontinence[J]. Clin Obstet Gynecol, 1982, 25(4): 839-848.
[12] 中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组. 女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(2017)[J]. 中华妇产科杂志,2017,52(5):289-293.
[13] Chen S Y, Tzeng Y L. Path analysis for adherence to pelvic floor muscle exercise among women with urinary incontinence[J]. J Nurs Res, 2009, 17(2): 83-92.
[14] Broome B A. Psychometric analysis of the Broome Pelvic Muscle Self-Efficacy Scale in African-American women with incontinence[J]. Urol Nurs, 2001, 21(4): 289-297.
[15] 白雪,苏芳静,李红玉. 中文版盆底肌肉锻炼自我效能量表的信效度评价[J]. 中国全科医学,2015,18(15):1857-1860.
[16] 陈泽波,来永庆,曹群朵,等. ICIQ-SF 问卷中文版与尿动力学检查的相关性研究[J]. 现代泌尿外科杂志,2011,16(5):403-405.
[17] 甘琼瑛,卢燕秋. 电子生物反馈疗法联合肌筋膜手法对产后盆底功能障碍性疾病康复的影响[J]. 中国现代药物应用,2025,19(17):178-180.
[18] 陈笑,郑伟芬,徐晶英,等. Cox 健康行为互动模式结合凯格尔运动训练在子宫脱垂合并压力性尿失禁患者中的应用[J]. 中国妇幼保健,2026,41(9):1593-1597.
[19] Sawettikamporn W, Sarit-Apirak S, Manonai J. Attitudes and barriers to pelvic floor muscle exercises of women with stress urinary incontinence [J]. BMC Womens Health, 2022, 22(1): 477.
[20] 张蓓,马玲. 配偶支持联合早期盆底肌训练对预防产后尿失禁的影响[J]. 中华保健医学杂志,2022,24(5):390-392.
[21] 梁静,张魁,牛力春,等. 基于互联网的自我管理干预对中老年女性压力性尿失禁患者临床治疗的随机对照研究[J]. 中国全科医学,2024,27(36):4575-4581,4597.
[22] 李星华,齐榕. Snyder 希望理论干预对复发性鼻咽癌患者负性情绪、希望水平、自我管理效能的影响[J]. 中国医学创新,2023,20(33):93-96.
[23] 周丹,韩立坤,刘东明,等. 基于 COM-B 模型的糖尿病患者自我管理平台构建及应用[J]. 护理学杂志,2021,36(2):1-4.
[24] Jelovsek J E, Chagin K, Gyhagen M, et al. Predicting risk of pelvic floor disorders 12 and 20 years after delivery[J]. Am J Obstet Gynecol, 2018, 218(2): 222. e1-222. e19.
[25] Borello-France D, Burgio K L, Goode P S, et al. Adherence to behavioral interventions for stress incontinence: rates, barriers, and predictors[J]. Phys Ther, 2013, 93(6): 757-773.
[26] Kharaji G, ShahAli S, Ebrahimi-Takamjani I, et al. Supervised versus unsupervised pelvic floor muscle training in the treatment of women with urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis[J]. Int Urogynecol J, 2023, 34(7): 1339-1349.

(本文编辑 黄辉,吴红艳)

(上接第 71 页)

[9] 重庆市卫生健康委员会,重庆市中医管理局. 重庆市进一步改善护理服务行动计划工作方案(2023－2025 年)[EB/OL]. (2023-12-29)[2026-05-03]. https://cq.gov.cn/zwgk/zfxxgkzl/fdzdgknr/zdmsxx/yl/zyzc/202401/t20240103_12781422.html.
[10] 中华中医药学会. 中医护理常规技术操作规程[M]. 北京:中国中医药出版社,2006:120-180.
[11] 杨艳明,刘姝,秦阳阳,等. 基于循证证据的中医护理技术管理方案的构建[J]. 齐鲁护理杂志,2024,30(1):84-90.
[12] 王凤仙,薛莉,马锦兰,等. 山西省"西学中"护士中医护理规范化培训课程体系的构建[J]. 中医外治杂志,2024,33(3):237-240.
[13] 王娴,徐俊,王燕,等. 18 项中医护理技术难度分级及准入机制建立的探讨[J]. 护士进修杂志,2020,35(4):348-351.
[14] 国家中医药管理局. 护理人员中医技术使用手册[EB/OL]. (2015-12-28)[2026-05-03]. http://www.natcm.gov.cn/yizhengsi/gongzuodongtai/2018-03-24/2691.html.
[15] 深圳市卫生健康委员会,深圳市医疗保障局. 深圳市中医专科护士培训和管理办法[EB/OL]. (2023-12-25)[2026-05-05]. https://www.sz.gov.cn/zfgb/2024/gb1316/content/post_11094354.html.
[16] 刘竹韵,林美珍,刘杨晨,等. 中医护理门诊护士处方权准入资质与内容的构建[J]. 护理学杂志,2024,39(20):74-78.
[17] 姚斌莲,俞国红,叶富英,等. 70 家中医医疗机构中医护理门诊的现况调查与分析[J]. 中医药管理杂志,2022,30(8):45-48.
[18] 魏琳,于文琦,刘杨晨,等. 中医护理门诊建立与实践现状调查[J]. 护理研究,2020,34(15):2771-2774.
[19] 王青云.《深圳市中医专科护士培训和管理办法》施行[J]. 中医药管理杂志,2024,32(1):142.

(本文编辑 黄辉,吴红艳)