

凯格尔运动联合心理支持对机器人辅助根治性前列腺切除术尿失禁的影响

孟文静¹, 李静¹, 陈小娟²

(1. 陕西省人民医院西咸院区移植泌尿外科 陕西 西安 712038; 2. 西安国际医学中心医院培训中心 陕西 西安 710100)

摘要 **目的:** 探究凯格尔运动联合心理支持对机器人辅助根治性前列腺切除术后尿失禁的影响。**方法:** 选取 2020 年 8 月—2023 年 8 月陕西省人民医院西咸院区移植泌尿外科收治的 104 例行机器人辅助根治性前列腺切除术后尿失禁患者实施前瞻性研究, 按照随机数字表法分为研究组 (52 例) 和对照组 (52 例)。对照组实施常规护理配合心理支持, 研究组在对照组的基础上实施凯格尔运动。比较两组患者尿控恢复状况、排尿指标、负面情绪及护理满意度。**结果:** 与对照组相比, 研究组尿失禁持续时间更短, 术后 1 个月、术后 3 个月尿控情况更好。两组患者国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表 (ICIQ-UI SF) 评分的时点、组间、交互比较, 差异存在统计学意义, 术后 3 个月两组患者 ICIQ-UI SF 评分低于术前 1 个月和术后拔除尿管即刻, 且研究组低于对照组。与术后拔除尿管即刻相比, 干预后两组残余尿量 (PVR) 均降低, 最大尿流率 (Q_{max})、最大逼尿肌压力 (MDP) 均升高, 且与对照组相比, 研究组 PVR 更低, Q_{max}、MDP 更高。两组患者抑郁自评量表 (SDS) 评分、焦虑自评量表 (SAS) 评分的时点、组间、交互比较, 差异有统计学意义, 术后 3 个月两组患者 SDS、SAS 评分均低于术前 1 个月和术后拔除尿管即刻, 且研究组低于对照组。与对照组相比, 研究组出院时护理满意度更优。**结论:** 凯格尔运动联合心理支持应用于机器人辅助根治性前列腺切除术后尿失禁可有效促进患者尿控功能恢复, 提高排尿功能, 改善负面情绪, 提升护理满意度。

关键词 机器人辅助手术; 根治性前列腺切除术; 尿失禁; 凯格尔运动; 心理支持

中图分类号 R737.25 **文献标识码** A **文章编号** 2096-7721 (2024) 06-1036-07

Effect of Kegel exercise combined with psychological support on urinary incontinence in patients after robot-assisted radical prostatectomy

MENG Wenjing¹, LI Jing¹, CHEN Xiaojuan²

(1. Department of Transplant Urology, Xixian Branch of Shaanxi Provincial People's Hospital, Xi'an 712038, China;

2. Training Center, Xi'an International Medical Center Hospital, Xi'an 710100, China)

Abstract **Objective:** To investigate the effect of Kegel exercise combined with psychological support on urinary incontinence in patients after robot-assisted radical prostatectomy (RARP). **Methods:** 104 patients who underwent RARP in Xixian Branch of Shaanxi Provincial People's Hospital from August 2020 to August 2023 were selected for prospective study. They were divided into the study group (n=52) and the control group (n=52) using a random number table. Patients in the control group received conventional nursing intervention with psychological support, and those in the study group received Kegel

收稿日期: 2024-03-22 录用日期: 2024-04-10

Received Date: 2024-03-22 Accepted Date: 2024-04-10

基金项目: 西安国际医学中心医院院级课题项目 (2022HL09)

Foundation Item: Xi'an International Medical Center Hospital Founding Project (2022HL09)

通讯作者: 陈小娟, Email: 354441811@qq.com

Corresponding Author: CHEN Xiaojuan, Email: 354441811@qq.com

引用格式: 孟文静, 李静, 陈小娟. 凯格尔运动联合心理支持对机器人辅助根治性前列腺切除术后尿失禁的影响 [J]. 机器人外科学杂志 (中英文), 2024, 5 (6): 1036-1041, 1046.

Citation: MENG W J, LI J, CHEN X J. Effect of Kegel exercise combined with psychological support on urinary incontinence in patients after robot-assisted radical prostatectomy[J]. Chinese Journal of Robotic Surgery, 2024, 5(6): 1036-1041, 1046.

exercise on the basis of the control group. Urinary control recovery, urination indexes, negative emotions and nursing satisfaction of patients in the two groups were compared. **Results:** Compared with the control group, the duration of urinary incontinence in the study group was shorter, and the urinary control was better at 1 month and 3 months after surgery. The timepoint, intragroup, and interaction comparisons of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF) scores between the two groups were statistically significant, and the ICIQ-UI SF scores of patients in the two groups 3 months after surgery were lower than those 1 month before surgery and the immediate urinary catheterization, and they were lower in the study group than those in the control group. Compared with the immediate removal of urinary catheter after surgery, post-void residual urine (PVR) was lower, while maximum flow rate (Qmax) and maximal detrusor pressure (MDP) were higher in the two groups after intervention. Comparing with the control group, lower PVR, higher Qmax and MDP were found in the study group. The differences in timepoint, intragroup, and interaction comparisons of self-rating depression scale (SDS) scores and self-rating anxiety scale (SAS) scores were statistically significant between the two groups of patients, SDS and SAS scores were lower in the two groups at 3 months after surgery than that 1 month after surgery and immediate removal of urethral catheter postoperatively, and they were lower in the study group than those in the control group. Compared with the control group, the study group had better nursing satisfaction at discharge. **Conclusion:** Application of Kegel exercise combined with psychological support after RARP can effectively promote the recovery of patients' urinary control, enhance urination function, improve negative emotion, and raise patient satisfaction.

Key words Robot-assisted Surgery; Radical Prostatectomy; Urinary Incontinence; Kegel Exercise; Psychological Support

根治性前列腺切除术是治疗前列腺癌的重要手段之一，机器人辅助手术具有高精度、低创伤的特点，近年来在临床应用中逐渐普及^[1]。然而，尽管手术技术不断进步，术后尿失禁依然是该手术的常见并发症，给患者带来极大的生理和心理困扰^[2]。尿失禁不仅影响患者的日常生活质量，还可能引发一系列的心理健康问题，如焦虑、抑郁等^[3]。因此，寻找有效的干预措施，降低术后尿失禁发生率，具有重要的临床意义^[4-5]。凯格尔运动作为一种针对盆底肌肉的锻炼方法，已被广泛应用于改善多种原因引起的尿失禁，能够通过反复收缩和放松盆底肌肉，增强盆底肌肉的张力和控制能力，从而改善尿失禁症状。多项研究已经证实，凯格尔运动对于尿失禁的治疗效果显著，且操作简便，易于患者坚持和自我管理。另一方面，心理支持在尿失禁的治疗中同样扮演着重要的角色。由于尿失禁带来的生理和心理双重负担，患者往往承受着巨大的心理压力，心理支持不仅可以帮助患者缓解焦虑、抑郁等负面情绪，提高应对能力，还可以通过改变患者对尿失禁的认知和行为，促进康复过程^[6]。因此，本研究旨在探讨凯格尔运动联合心理支持对机器人辅助根治性前列腺切除术后尿失禁患者的影响，以期为临床提供更加全面、有效的术后尿失禁干预策略。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年8月—2023年8月陕西省人民医院西咸院区移植泌尿外科收治的104例行机器人辅助根治性前列腺切除术后尿失禁患者实施前瞻性研究。纳入标准：①病理确诊为前列腺癌，行机器人辅助根治性前列腺切除术治疗（由同组医师执行手术操作），术后发生尿失禁；②年龄18~80岁；③Gleason评分在6~9分；④患者与家属均对本次研究知情同意。排除标准：①影像学检查显示存在转移灶者；②存在重要脏器功能不全者；③合并其他恶性肿瘤者；④存在腹股沟疝病史者；⑤原发精神疾病、认知障碍者；⑥免疫功能疾病者；⑦中途退出研究者。按照随机数字表法分为研究组和对照组，每组52例，两组患者一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性（见表1）。本方案获得伦理委员会审批。

1.2 方法 对照组实施常规护理配合心理支持，具体方法如下。①心理评估与沟通：与患者进行深入交流，了解患者对尿失禁的认知程度、心理状态及情绪反应。通过评估确定患者的心理需求，为后续的心理支持提供依据。②心理疏导与支持：向患者解释术后尿失禁是可能出现的并发症之一，但它是暂时的，可以通过治疗和护理得到改善。鼓励患者保持积极心态，增强战胜疾病的信心，同时倾听患者的担忧和

表 1 两组患者一般资料比较 [$\bar{x} \pm s$, $n(\%)$]Table 1 Comparison of general data between the two groups of patients [$\bar{x} \pm s$, $n(\%)$]

指标	研究组 ($n=52$)	对照组 ($n=52$)	t/χ^2 值	P 值
年龄 (岁)	58.66 ± 5.26	58.91 ± 5.17	0.244	0.807
术前 TPSA (ng/mL)	38.23 ± 11.69	38.55 ± 12.52	0.135	0.893
文化程度			0.156	0.693
高中及以下	22 (42.31)	24 (46.15)		
高中以上	30 (57.69)	28 (53.85)		
前列腺体积 (mL)	38.32 ± 8.12	37.99 ± 7.99	0.209	0.835
术中出血量 (mL)	58.30 ± 16.05	57.96 ± 15.92	0.108	0.914
切缘阳性	5 (9.62)	6 (11.54)	0.102	0.75
手术时间 (min)	114.58 ± 6.54	115.12 ± 7.20	0.446	0.657
临床分期			0.158	0.691
< pT _{3a}	29 (55.77)	31 (59.62)		
≥ pT _{3a}	23 (44.23)	21 (40.38)		

顾虑, 给予情感支持, 帮助患者缓解焦虑和压力。

③认知重构: 通过讲解尿失禁相关知识, 帮助患者正确认识疾病, 消除对尿失禁的恐惧和误解。指导患者学会放松技巧, 如深呼吸、冥想等, 以减轻紧张和焦虑情绪。④家庭与社会支持: 鼓励患者家属及亲友积极参与患者的护理和康复过程, 提供情感支持和物质帮助。同时为患者建立社会支持系统, 如加入康复小组或加入相关社交平台, 与其他患者分享经验, 相互鼓励。⑤常规护理: 在心理支持的基础上, 确保患者排尿顺畅, 定期检查是否出现感染或尿道狭窄等并发症。保持患者会阴部清洁, 预防感染。对于出现尿失禁的患者, 可以使用集尿袋或纸尿裤等辅助设备, 确保患者的舒适和尊严。⑥评估和反馈: 在护理过程中, 定期评估患者的心理状况, 了解心理支持的效果, 并根据患者的反馈调整护理策略。同时鼓励患者主动表达自己的感受和需求, 以便更好地满足患者心理需求。通过实施常规护理配合心理支持, 全面关注患者的生理和心理需求, 帮助患者更好地应对术后尿失禁的挑战, 促进康复, 提高生活质量。

研究组在对照组的基础上实施凯格尔运动, 具体方法如下。①患者准备: 患者取舒适体位, 如侧卧位或平卧位, 确保身体放松。②指导训练: 护理人员向患者详细解释凯格尔运动的目的

和方法。指导患者正确识别盆底肌肉, 并学会收缩和放松盆底肌肉, 做类似于停止排尿和排便的动作。③训练实施: 患者尝试收缩盆底肌肉, 持续数秒, 然后放松。开始时, 每次收缩可持续 5 s, 然后逐渐延长至 10 s。每天进行 3~4 组训练, 每次进行 10~15 次收缩, 每组之间休息片刻。训练过程中, 患者应保持正常呼吸, 避免屏气, 同时注意避免过度用力或过度收缩, 以免造成肌肉疲劳或损伤。

1.3 观察指标 ①尿控恢复情况: 记录患者尿失禁持续时间及术后拔除尿管即刻、术后 1 个月、术后 3 个月的尿控情况, 控尿定义为每天使用尿垫 ≤ 1 个, 否则即为尿失禁。采用国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表 (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form, ICIQ-UI SF) 评估患者术后拔除尿管即刻、术后 1 个月、术后 3 个月的尿失禁状态, 量表包含漏尿频次、漏尿量、对日常生活影响及发生漏尿时间 4 个维度, 满分 21 分, 分数越高表示尿失禁情况越严重。②排尿指标: 以尿流动力学检测患者术后拔除尿管即刻及术后 3 个月最大尿流率 (Maximum Flow Rate, Q_{max})、最大逼尿肌压力 (Maximal Detrusor Pressure, MDP), B 超评估患者残余尿量 (Post-void Residual Urine, PVR)。③负面情绪:

采用焦虑自评量表 (Self-rating Anxiety Scale, SAS)^[7]、抑郁自评量表 (Self-rating Depression Scale, SDS)^[8] 评估患者术后拔除尿管即刻、术后 1 个月、术后 3 个月情绪状态, SAS 以 50 分为界, SDS 以 53 分为界, 评分越高表示焦虑、抑郁程度越严重。④满意度: 采用纽卡斯尔护理服务满意度量表 (Newcastle Satisfaction With Nursing Scales, NSNS)^[9] 评估患者出院时护理满意度, 分为非常满意 (76~95 分)、满意 (65~75 分)、一般满意 (57~64 分)、不满意 (41~56 分)、非常不满意 (19~40 分)。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 22.0 软件分析本研究数据。计数资料表示为例数 (百分比) [n (%)] 的形式, 进行 χ^2 检验或秩和检验; 计量资料表示为均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 的形式, 行 *t* 检验, 多时点计量数据分析采用重复测量; $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 尿控恢复状况 与对照组相比, 研究组尿失禁持续时间更短, 术后 1 个月、术后 3 个月尿控情况更好, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者术后拔除尿管即刻尿控情况比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 2。重复测量

显示, 两组患者 ICIQ-UI SF 评分的时点、组间、交互比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者术后拔除尿管即刻 ICIQ-UI SF 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后 3 个月两组患者 ICIQ-UI SF 评分均低于术前 1 个月和术后拔除尿管即刻, 且研究组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.2 排尿指标 术后拔除尿管即刻, 两组患者 PVR、Qmax、MDP 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 与术后拔除尿管即刻相比, 干预后两组患者 PVR 均降低, Qmax、MDP 均升高, 且与对照组相比, 研究组 PVR 更低, Qmax、MDP 更高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

2.3 负面情绪 重复测量显示, 两组患者 SDS 评分、SAS 评分的时点、组间、交互比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者术后拔除尿管即刻 SDS、SAS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后 3 个月两组患者 SDS、SAS 评分均低于术前 1 个月和术后拔除尿管即刻, 且研究组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

2.4 满意度 等级资料秩和检验显示, 与对照组相比, 研究组出院时护理满意度更优, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 6。

表 2 两组患者尿控恢复状况比较 [$\bar{x} \pm s$, n (%)]

Table 2 Comparison of urinary control recovery between the two groups of patients [$\bar{x} \pm s$, n (%)]

指标	研究组 (n=52)	对照组 (n=52)	Z/ χ^2 值	P 值
尿失禁持续时间 (d)	26.96 \pm 6.17	37.52 \pm 5.71	9.058	<0.001
术后拔管即刻尿控	27 (51.92)	26 (50.00)	0.038	0.844
术后 1 个月尿控	39 (75.00)	29 (55.77)	4.248	0.039
术后 3 个月尿控	46 (88.46)	36 (69.23)	5.765	0.016

表 3 两组患者 ICIQ-UI SF 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of ICIQ-UI SF scores between the two groups of patients (score, $\bar{x} \pm s$)

指标	研究组 (n=52)	对照组 (n=52)	<i>t</i> 值	P 值
术后拔管即刻	13.96 \pm 2.91	13.90 \pm 2.78	0.103	0.918
术后 1 个月	6.37 \pm 1.48 ^a	6.27 \pm 2.08 ^a	8.204	<0.001
术后 3 个月	3.65 \pm 1.25 ^{ab}	5.71 \pm 1.40 ^{ab}	7.889	<0.001
<i>F</i> 值	$F_{\text{时点}}=1356.410$, $F_{\text{组间}}=25.527$, $F_{\text{交互}}=17.735$			
<i>P</i> 值	$P_{\text{时点}} < 0.001$, $P_{\text{组间}} < 0.001$, $P_{\text{交互}} < 0.001$			

注: 与术后拔除尿管即刻比较, ^a $P < 0.05$; 与术后 1 个月比较, ^b $P < 0.05$

表 4 两组患者排尿指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of urination indexes between the two groups of patients ($\bar{x} \pm s$)

指标	研究组 (n=52)	对照组 (n=52)	t 值	P 值
PVR (mL)				
术后拔管即刻	122.61 ± 14.23	123.15 ± 14.92	0.189	0.864
干预后	20.01 ± 5.81 ^a	27.2 ± 6.15 ^a	6.128	<0.001
Qmax (mL/s)				
术后拔管即刻	7.41 ± 2.3	7.38 ± 2.37	0.066	0.817
干预后	22.22 ± 2.20 ^a	19.3 ± 2.53 ^a	6.28	<0.001
MDP (cmH ₂ O)				
术后拔管即刻	15.9 ± 2.61	16.16 ± 2.88	0.482	0.817
干预后	34.62 ± 3.83 ^a	30.2 ± 3.58 ^a	6.079	<0.001

注: 与术后拔除尿管即刻相比, ^aP<0.05

表 5 两组患者 SDS、SAS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

Table 5 Comparison of SDS and SAS scores between the two groups of patients (score, $\bar{x} \pm s$)

指标	SDS 评分		t 值	P 值	SAS 评分		t 值	P 值
	研究组 (n=52)	对照组 (n=52)			研究组 (n=52)	对照组 (n=52)		
术后拔管即刻	53.62 ± 10.27	53.81 ± 10.38	0.095	0.925	54.08 ± 10.79	53.44 ± 10.80	0.300	0.765
术后 1 个月	45.19 ± 6.18 ^a	49.71 ± 6.62 ^a	3.598	<0.001	43.23 ± 6.28 ^a	46.23 ± 6.24 ^a	2.444	0.016
术后 3 个月	38.31 ± 3.37 ^{ab}	44.08 ± 4.87 ^{ab}	5.810	<0.001	36.27 ± 3.23 ^{ab}	42.31 ± 4.64 ^{ab}	7.699	<0.001
F 值	$F_{\text{时点}}=7512.019, F_{\text{组间}}=7.594, F_{\text{交互}}=7.539$			$F_{\text{时点}}=244.867, F_{\text{组间}}=5.486, F_{\text{交互}}=13.017$				
P 值	$P_{\text{时点}}<0.001, P_{\text{组间}}=0.007, P_{\text{交互}}=0.007$			$P_{\text{时点}}<0.001, P_{\text{组间}}=0.021, P_{\text{交互}}<0.001$				

注: 与术后拔除尿管即刻比较, ^aP<0.05; 与术后 1 个月比较, ^bP<0.05

表 6 两组患者满意度比较 [n (%)]

Table 6 Comparison of patient satisfaction between the two groups [n (%)]

组别	非常满意	满意	一般满意	不满意	非常不满意	总满意度
研究组 (n=52)	29 (55.77)	15 (28.85)	6 (11.54)	2 (3.85)	0 (0.00)	50 (96.15)
对照组 (n=52)	18 (34.62)	12 (23.08)	13 (25.00)	6 (11.54)	3 (5.77)	43 (82.69)
Z/ χ^2 值				2.905		4.981
P 值				0.004		0.026

3 讨论

机器人辅助根治性前列腺切除术作为治疗前列腺癌的重要手段, 虽然手术效果显著, 但术后尿失禁等并发症却给患者带来了极大的困扰^[10-11]。为了改善这一状况, 本研究采用凯格尔运动联合心理支持的方法进行干预。

凯格尔运动, 也被称为骨盆底肌肉运动, 主要通过收缩和放松盆底肌肉来针对性地强化盆底肌肉的力量和耐力, 从而有效减少尿失禁

的发生^[9]。这种训练方式不仅能够帮助患者恢复盆底肌肉的正常功能, 还能改善神经肌肉的控制能力。对于机器人辅助根治性前列腺切除术后的患者来说, 凯格尔运动能够直接作用于受损的盆底肌肉, 促进肌肉的恢复和再生, 更具有针对性。心理支持在术后康复过程中同样起着至关重要的作用, 能够缓解患者的焦虑和压力, 增强其战胜疾病的信心。机器人辅助根治性前列腺切除术后的患者往往面临着巨大的心

理压力,包括对尿失禁的恐惧、对康复效果的担忧等^[12]。这些负面情绪不仅会影响患者的康复进程,还可能导致出现一些心理问题。因此,通过心理支持帮助患者建立积极的心态,减轻心理负担,对于提高康复效果具有重要意义^[13]。

熊敏^[14]、赵志宏^[15]、瞿旻^[16]、倪凤慧^[17]等人在研究中都强调了盆底功能训练对于根治性前列腺切除术、子宫切除术等不同手术后的患者在恢复尿控能力、治疗盆底功能障碍以及尿失禁康复等方面的重要性。这些研究都表明,盆底功能训练是一种有效的干预手段,可以帮助患者改善术后盆底功能,减轻尿失禁等盆底功能障碍的症状,从而提高生活质量,与本研究结果相似。本研究结果显示,与对照组相比,研究组尿失禁持续时间更短,术后1个月、术后3个月尿控情况更好;两组患者ICIQ-UI SF评分的时点、组间、交互比较,差异存在统计学意义,术后3个月两组患者ICIQ-UI SF评分均低于术前1个月和术后拔除尿管即刻,且研究组低于对照组;与术后拔除尿管即刻相比,干预后两组PVR均降低,Qmax、MDP均升高,且与对照组相比,研究组PVR更低,Qmax、MDP更高,表明采用凯格尔运动联合心理支持在尿失禁持续时间、术后尿控情况、排尿指标等方面均表现出明显的优势,分析原因如下。首先,盆底肌肉强度和控制力直接关系到尿液的流动控制^[18-19],因此凯格尔运动通过收缩和放松盆底肌肉,增强肌肉的张力和控制力,有助于改善尿失禁等尿控问题,是一种非常有效的非手术治疗方法。其次,许多尿控问题的患者,尤其是长期受尿失禁困扰的患者,可能会面临心理压力和困扰,如焦虑、抑郁等,这些心理问题不仅会影响患者的生活质量,还可能进一步加剧尿控问题。因此,提供心理支持能够帮助患者缓解压力、调整心态,从而更加积极地参与到康复训练中,对于尿控功能的恢复至关重要。当凯格尔运动与心理支持联合应用时,患者一方面可以增强盆底肌肉的张力和控制力,改善尿控问题,另一方面可以缓解因尿控问题带来的心理压力,提高治疗的积极性和信心,两者相辅相成,共

同促进尿控功能的恢复。

本研究还发现,凯格尔运动联合心理支持在改善负性情绪以及提升满意度方面也表现出显著效果。本研究结果显示,两组患者SDS评分、SAS评分的时点、组间、交互比较,差异存在统计学意义,术后3个月两组患者SDS、SAS评分均低于术前1个月和术后拔除尿管即刻,且研究组低于对照组;与对照组相比,研究组出院时护理满意度更优,分析原因如下。首先,凯格尔运动简单易行,患者可以在家中自行训练,具有较高的实用性和便捷性。而心理支持能够帮助患者建立积极的心态,减轻对尿失禁的恐惧和焦虑。其次,凯格尔运动联合心理支持能够对患者的全面照护,在身体层面,凯格尔运动能够直接作用于盆底肌肉,改善其功能;在心理层面,心理支持能够缓解患者的负面情绪,提升其生活质量^[20-21]。这种综合性的治疗方式能够更全面地满足患者需求,促进康复效果提升。

综上所述,凯格尔运动联合心理支持在机器人辅助根治性前列腺切除术后尿失禁患者的康复过程中具有显著的优势,能够有效促进尿控功能恢复,提高排尿功能,改善负性情绪,提升患者的满意度。因此,对于术后尿失禁患者,推荐采用凯格尔运动联合心理支持的方法进行康复治疗。但本研究同样还存在局限性,如样本量不足,今后可以针对性做出改进,纳入更多的样本量和临床指标进行分析,以为临床提供更多资料。

利益冲突声明: 本文不存在任何利益冲突。

作者贡献声明: 孟文静、陈小娟负责设计论文框架,起草论文,拟定写作思路,指导撰写文章并最后定稿;李静、陈小娟负责实验操作,研究过程的实施;孟文静负责数据收集,统计学分析,绘制图表;孟文静、李静、陈小娟均负责论文修改。

参考文献

- [1] Arenas-Gallo C, Shoag J E, Hu J C. Optimizing surgical techniques in robot-assisted radical prostatectomy[J]. Urol Clin North Am, 2021, 48(1): 1-9.
- [2] Basourakos S P, Kowalczyk K, Moschovas M C, et al. Robot-assisted radical prostatectomy maneuvers to attenuate erectile dysfunction: technical description and video compilation[J]. J Endourol, 2021, 35(11): 1601-1609.

(下转 1046 页)