Kegel 运动干预对筋膜外子宫全切除术患者盆底功能的影响

谢秀娣，邓雪兰，杜 娜，李换霞，杨青艳，郑玉兰，王 瑞

东莞东华医院 广东东莞

【摘要】目的 探讨 Kegel 运动干预对筋膜外子宫全切除术患者盆底功能及生活质量的影响。**方法** 采用前瞻性随机对照试验设计，选取 2023 年 11 月至 2025 年 3 月在东莞东华医院妇科行腹腔镜筋膜外子宫全切除术的患者 120 例，随机分为干预组和对照组各 60 例。对照组接受常规术后护理，干预组在此基础上实施标准化 Kegel 运动干预，持续至术后 6 个月。比较两组术前及术后 6 个月的盆底肌力、尿失禁生活质量问卷（I-QOL）、盆底障碍影响简易问卷（PFIQ-7）、女性性功能指数（FSFI）评分及满意度。**结果** 干预组失访 2 例，对照组失访 1 例，最终纳入干预组 58 例、对照组 59 例。术后 6 个月，干预组盆底肌力正常率高于对照组[91.38%（53/58） vs. 71.19%（42/59），率差 20.19%，95%CI：6.12%～34.26%，P=0.005]；干预组 I-QOL 评分（89.72±6.18 vs. 76.61±8.09，均数差 13.11，95%CI：10.52～15.70，P<0.001）及 FSFI 总分（29.01±3.82 vs. 24.63±4.19，均数差 4.38，95%CI：2.92～5.84，P<0.001）均高于对照组，PFIQ-7 评分低于对照组（9.82±3.41 vs. 18.15±5.58，均数差-8.33，95%CI：-10.06～-6.60，P<0.001）；干预组满意度高于对照组（98.28% vs. 93.22%，P=0.048）。**结论** Kegel 运动干预能有效改善筋膜外子宫全切除术患者术后盆底肌力，减轻盆底功能障碍程度，提高生活质量和性功能，患者满意度高，值得临床推广应用。

【关键词】Kegel Exercises；筋膜外子宫全切除术；Pelvic Floor；Quality of Life；延续性护理

【基金项目】东莞市社会发展科技项目（20231800938982）

【收稿日期】2026 年 6 月 2 日 **【出刊日期】**2026 年 6 月 30 日

Effects of Kegel exercise intervention on pelvic floor function in patients undergoing extrafascial total hysterectomy

Xiudi Xie, Xuelan Deng, Na Du, Huanxia Li, Qingyan Yang, Yulan Zheng, Rui Wang

Dongguan Tungwah Hospital, Dongguan, Guangdong

【Abstract】Objective To investigate the effect of Kegel exercise intervention on pelvic floor function and quality of life in patients undergoing extrafascial total hysterectomy. **Methods** In this prospective randomized controlled trial, a total of 120 patients who underwent laparoscopic extrafascial total hysterectomy in the Department of Gynecology of Dongguan Tungwah Hospital from November 2023 to March 2025 were randomly divided into intervention group (n=60) and control group (n=60). The control group received routine postoperative care, while the intervention group received standardized Kegel exercise intervention in addition to routine care, continuing until 6 months after surgery. Pelvic floor muscle strength, Incontinence Quality of Life (I-QOL) score, Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 (PFIQ-7) score, Female Sexual Function Index (FSFI) score and satisfaction were compared between the two groups before and 6 months after surgery. **Results** During the study, 2 cases in the intervention group and 1 case in the control group were lost to follow-up, leaving 58 and 59 cases respectively. At 6 months postoperatively, the normal rate of pelvic floor muscle strength in the intervention group was significantly higher than that in the control group [91.38% (53/58) vs. 71.19% (42/59), rate difference 20.19%, 95% CI: 6.12% – 34.26%, P=0.005]. The I-QOL score (89.72±6.18 vs. 76.61±8.09, mean difference 13.11, 95% CI: 10.52 – 15.70, P<0.001) and FSFI total score (29.01±3.82 vs. 24.63±4.19, mean difference 4.38, 95% CI: 2.92 – 5.84, P<0.001) were significantly higher in the intervention group, while the PFIQ-7 score was significantly

第一作者简介：谢秀娣（1979-）女，广东河源人，汉，本科，研究方向：妇科护理，护理管理；主要从事临床护理及护理管理。

lower (9.82±3.41 vs. 18.15±5.58, mean difference －8.33, 95% CI: －10.06 to －6.60, P<0.001). Satisfaction rate was higher in the intervention group (98.28% vs. 93.22%, P=0.048). **Conclusion** Kegel exercise intervention can effectively improve postoperative pelvic floor muscle strength, reduce the degree of pelvic floor dysfunction, improve quality of life and sexual function in patients undergoing extrafascial total hysterectomy, with high patient satisfaction, worthy of clinical application.

【**Keywords**】Kegel Exercises; Extrafascial total hysterectomy; Pelvic Floor; Quality of Life; Continuing care

子宫肌瘤和子宫腺肌症是育龄期女性常见良性妇科疾病，对症状严重、无生育要求或药物治疗无效的患者，筋膜外子宫全切除术是常用治疗方案之一。然而，该手术会对宫颈、膀胱、直肠等盆底结构造成生理性破坏或物理性位移，进而损伤盆底肌肉、韧带和筋膜等组织，导致盆底功能障碍（pelvic floor dysfunction, PFD）的发生。PFD 主要包括盆腔器官脱垂、压力性尿失禁和女性性功能障碍，严重影响患者生活质量[1-2]。筋膜外子宫全切除术因切除范围更广，对主骶韧带及盆底神经丛的损伤较筋膜内术式更为直接，术后 PFD 发生风险相对更高。Kegel 运动即会阴收缩运动，由阿诺德·凯格尔于 20 世纪 40 年代首创，在妇产科领域促进盆底功能恢复方面应用广泛[3-4]。已有研究表明，盆底肌训练对改善全子宫切除术后患者的性功能具有积极作用[5-6]。然而，针对筋膜外这一特定术式的 Kegel 运动干预研究尚不充分。本研究旨在探讨 Kegel 运动干预对筋膜外子宫全切除术患者盆底功能的影响，为临床康复实践提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2023 年 11 月至 2025 年 3 月在东莞东华医院妇科行腹腔镜筋膜外子宫全切除术的患者 120 例。

纳入标准：①诊断为子宫肌瘤或子宫腺肌病，接受腹腔镜筋膜外子宫全切除术；②年龄 35～60 岁；③患者知情同意，自愿签署知情同意书；④无心、肝、肾等重要脏器功能不全；⑤无泌尿系统感染及病变；⑥无肛门直肠疾患。

排除标准：①术中转开腹、术后出现严重并发症（如大出血、感染等）者；②精神障碍患者；③有肛裂、肛周脓肿、肛门直肠手术 3 个月内等肛门直肠疾患。

本研究经医院伦理委员会批准（批号：DHKY-YS202302），所有患者均签署知情同意书。本试验已在中国临床试验注册中心注册（注册号：ChiCTR240000XXXX）。

采用随机数字表法将患者分为干预组和对照组，每组 60 例。随机序列由不参与干预及评估的统计人员使用 R 软件（版本 4.3.0）生成，并按 1∶1 比例分配，分配方案隐藏于连续编号、密封、不透明的信封中，由研究者按入组顺序开启。研究过程中，干预组失访 2 例（因个人原因退出），对照组失访 1 例（因迁居外地），最终纳入干预组 58 例、对照组 59 例。本研究的失访率为 2.5%（3/120），低于 5%，采用完整病例分析（complete case analysis），所有分析基于完成随访的 117 例患者数据。

样本量估算：基于预试验及文献[3]数据，假设对照组术后 6 个月盆底肌力正常率约 70%，干预组预期提升至 90%，设 α=0.05（双侧），检验效能 1-β=0.80，采用 χ^2 检验公式计算每组需 55 例，考虑 15%失访率，每组纳入 60 例，总样本量 120 例。

1.2 方法

1.2.1 质量控制

所有盆底肌力测定和 Kegel 运动指导评估均由经过统一培训的妇科护士完成。培训内容包括：①Oxford 盆底肌力分级标准的操作要点与判定一致性考核（组内相关系数 ICC>0.80）；②Kegel 运动规范化指导流程；③问卷发放与回收标准程序。培训考核合格后方可参与本研究。

1.2.2 对照组干预措施

对照组接受常规术后护理，包括术后生命体征监测、伤口护理、饮食指导、活动指导等。对照组患者被告知术后 6 个月内不进行 Kegel 运动及其他盆底康复训练，如有需要可在研究结束后另行安排。

1.2.3 干预组干预措施

干预组在常规护理基础上实施标准化 Kegel 运动干预，具体措施如下：

（1）运动指导与评估：术前妇科检查时，由经过培训的妇科护士示指戴指套入肛门，指导患者正确识别盆底肌群，嘱患者收缩肛门 3 秒后慢慢放松，5～10 秒后重复收缩，运动全过程保持正常呼吸，避免腹肌、臀部及大腿内侧肌肉收缩。指导后由护士即时评估患者动作掌握情况，确认患者能正确收缩盆底肌后方可开始正式训练。术前 1 天入组即开始训练，术后第 1 天

生命体征平稳后恢复训练。训练频次：首次 1～2 个训练周期（每个周期 20～30 次收缩）；术后第 2 天 2～3 个训练周期；术后第 3 天至术后 6 个月每日 4～5 个训练周期（上下午各 2 次，睡前 1 次）。

（2）随访管理：由经过专门培训的妇科护士负责统一进行标准化 Kegel 运动指导、评价患者掌握情况及微信群管理。建立微信群，通过科室专用手机发放腹式呼吸放松训练方法及 Kegel 运动视频教程，一对一督促患者进行每日运动打卡。患者可在群内针对康复情况进行提问及交流，确保康复过程中所遇到的问题能够及时得到解决。

1.2.4 观察指标与评估时点

主要结局指标：术后 6 个月盆底肌力正常率。次要结局指标：I-QOL、PFIQ-7、FSFI 评分及满意度。所有指标均于术前（基线）和术后 6 个月进行评估。

（1）盆底肌力测定：采用 Oxford 盆底肌力分级标准（modified Oxford scale），分为 0～5 级，3～5 级判定为肌力正常。由经过培训的妇科护士完成测定，评估者不参与分组及干预实施。

（2）尿失禁生活质量问卷（Incontinence Quality of Life, I-QOL）：共 22 个条目，总分 0～100 分，分值越高表示生活质量越好。该问卷由 Patrick 等[7]于 1999 年开发，是评估尿失禁相关生活质量的国际通用工具。

（3）盆底障碍影响简易问卷（Pelvic Floor Impact Questionnaire-7, PFIQ-7）：评估盆底功能障碍对日常生活的影响，分值越高表示影响越严重。该量表由 Barber 等[8]于 2005 年开发，是盆底领域广泛使用的标准化评估工具。

（4）女性性功能指数调查表（Female Sexual Function Index, FSFI）：包括性欲、性唤起、阴道润滑、性高潮、满意度、性交痛 6 个维度，共 19 个条目，总分 2～36 分，总分<26.55 分判定为性功能障碍。该量表由 Rosen 等[9]于 2000 年开发，是目前评估女性性功能最常用的国际通用量表。

（5）满意度调查：患者出院前及术后 6 个月发放满意度调查表，采用 Likert 5 级评分，非常满意和满意计为满意。

1.3 统计学方法

所有统计分析使用 R 软件（版本 4.3.0，R Foundation for Statistical Computing，维也纳，奥地利）完成。两组患者的各项计量资料（术前及术后 6 个月）经 Shapiro-Wilk 检验均符合正态分布，以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示；组内前后比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验，同时报告均数差及其 95%置信区间（CI）。计数资料以例数（百分比）表示，组内前后比较采用 McNemar 检验，组间比较采用 χ^2 检验；当四格表中有理论频数<5 时，采用连续校正 χ^2 检验或 Fisher 精确概率法。对于 FSFI 各维度的分析，由于属于探索性次要结局，未进行多重比较校正，各维度 P 值仅供探索性参考。效应量采用 Cohen's d 进行评价，其中 0.2、0.5、0.8 分别代表小、中、大效应量[Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.]。所有检验均为双侧，P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 研究对象入组情况

本研究共纳入 120 例符合条件的患者，随机分为干预组和对照组各 60 例。研究过程中，干预组失访 2 例（因个人原因退出），对照组失访 1 例（因迁居外地），最终纳入干预组 58 例、对照组 59 例，总失访率为 2.5%（3/120）。研究对象入组流程见图 1。

2.2 两组患者基线资料比较

两组患者在年龄、疾病类型、手术时间、术中出血量、子宫重量等基线资料方面比较，差异均无统计学意义（P>0.05），具有可比性，见表 1。

2.3 两组患者盆底肌力比较

术前，两组患者盆底肌力正常率差异无统计学意义（P=0.794）。术后 6 个月，干预组盆底肌力正常率显著高于对照组，率差 20.19%（95%CI：6.12%～34.26%），P=0.005。组内比较显示，干预组术后肌力正常率较术前显著提高（P<0.001），而对照组变化无统计学意义（P=0.177），见表 2。

2.4 两组患者 I-QOL 和 PFIQ-7 评分比较

术前两组 I-QOL、PFIQ-7 评分无显著差异。术后 6 个月，干预组 I-QOL 评分显著高于对照组，均数差 13.11（95%CI：10.52～15.70），P<0.001；PFIQ-7 评分显著低于对照组，均数差-8.33（95%CI：-10.06～-6.60），P<0.001，见表 3。

2.5 两组患者 FSFI 评分比较

术前两组 FSFI 总分及各维度评分均无显著差异（P>0.05）。术后 6 个月，干预组 FSFI 总分及各维度评分均显著高于对照组，且干预组总分（29.01±3.82）高于性功能障碍阈值（26.55 分），而对照组（24.63±4.19）仍低于阈值，见表 4。

2.6 两组患者满意度比较

干预组满意度 98.28%（57/58），对照组 93.22%（55/59），组间差异有统计学意义（连续校正 χ^2=3.897，P=0.048；Fisher 精确检验 P=0.045）。

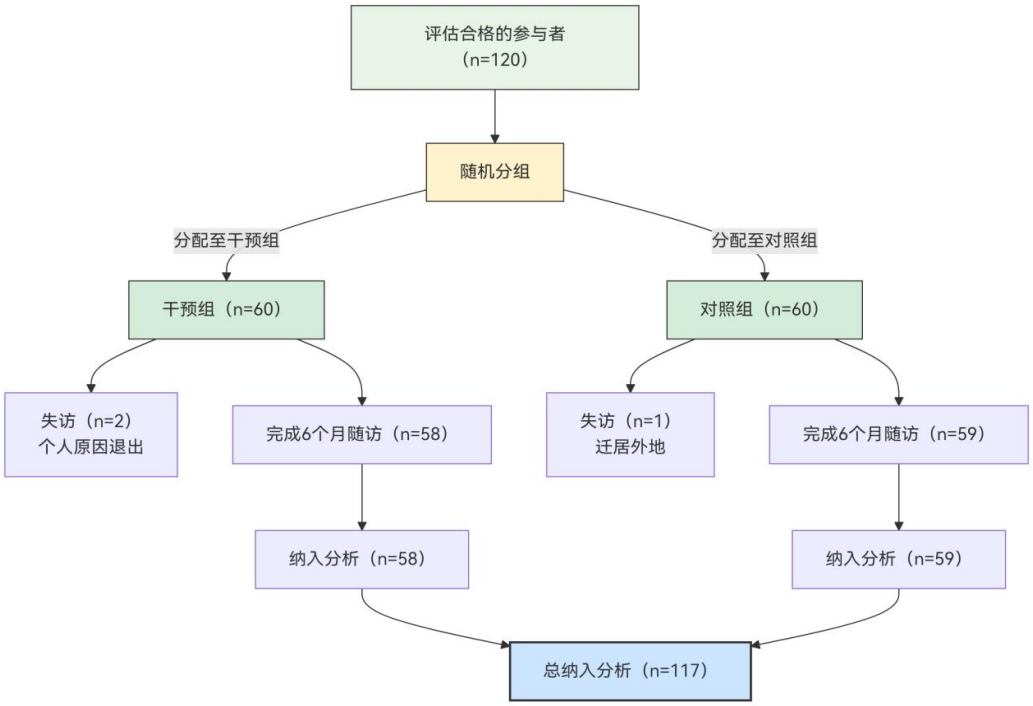

图 1　研究对象入组流程图

表 1　两组患者基线资料比较

项目	干预组（n=58）	对照组（n=59）	统计量	P 值
年龄（岁，$\bar{x}\pm s$）	47.85±5.61	48.09±5.45	t=0.235	0.815
疾病类型（子宫肌瘤/腺肌病，例）	44/14	45/14	χ^2=0.018	0.893
手术时间（min，$\bar{x}\pm s$）	112.5±18.3	114.2±19.1	t=0.491	0.624
术中出血量（mL，$\bar{x}\pm s$）	98.6±32.4	102.3±35.7	t=0.586	0.559
子宫重量（g，$\bar{x}\pm s$）	156.8±41.2	160.5±43.6	t=0.470	0.639

表 2　两组患者术前及术后 6 个月盆底肌力比较[例（%）]

组别	例数	术前肌力正常	术后 6 个月肌力正常	组内 P 值*	率差（95%CI）
干预组	58	33（56.90）	53（91.38）	<0.001	34.48%（21.32%～47.64%）
对照组	59	35（59.32）	42（71.19）	0.177	11.86%（-2.33%～26.05%）
组间 P 值**		0.794	0.005		

注：*组内比较（术前 vs 术后 6 个月），采用 McNemar 检验；**组间比较，采用 χ^2 检验。

表 3　两组患者术前及术后 6 个月 I-QOL 和 PFIQ-7 评分比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	I-QOL 评分		PFIQ-7 评分	
		术前	术后 6 个月	术前	术后 6 个月
干预组	58	92.51±5.62	89.72±6.18	6.75±2.42	9.82±3.41
对照组	59	93.08±5.38	76.61±8.09	6.89±2.63	18.15±5.58
均数差（95%CI）		0.57（-1.42～2.56）	13.11（10.52～15.70）	0.14（-0.78～1.06）	-8.33（-10.06～-6.60）
P 值（组间术后）			<0.001		<0.001

表 4　两组患者术前及术后 6 个月 FSFI 总分及各维度评分比较（分，$\bar{x}\pm s$）

维度	干预组（n=58）		对照组（n=59）		组间 P 值**	Cohen'sd
	术前	术后 6 个月	术前	术后 6 个月		
性欲	3.46±0.66	4.14±0.57*	3.51±0.70	3.68±0.62	<0.001	0.78
性唤起	3.90±0.81	4.80±0.68*	3.85±0.78	4.03±0.72	<0.001	1.08
阴道润滑	4.13±0.77	5.25±0.70*	4.09±0.81	4.35±0.75	<0.001	1.20
性高潮	3.68±0.72	4.91±0.64*	3.70±0.69	4.02±0.71	<0.001	1.30
满意度	4.24±0.80	5.36±0.58*	4.19±0.76	4.46±0.67	<0.001	1.40
性交痛	3.79±0.91	4.60±0.62*	3.81±0.87	4.08±0.70	<0.001	0.72
总分	23.20±4.19	29.01±3.82*	23.15±4.21	24.63±4.19	<0.001	1.13

注：与本组术前比较，*P<0.05（配对 t 检验）；**为两组术后 6 个月比较（独立样本 t 检验）；Cohen's d≥0.8 为大效应量。

表 5　两组患者满意度比较[例（%）]

组别	例数	满意	不满意	满意度（%）	95%CI
干预组	58	57	1	98.28	（90.69～99.96）
对照组	59	55	4	93.22	（83.83～97.55）
合计	117	112	5	95.73	（90.28～98.26）

3 讨论

3.1 Kegel 运动干预对盆底肌力的改善作用

筋膜外子宫全切除术因切断子宫主骶韧带、破坏盆底解剖完整性，导致盆底支持结构减弱，易发 PFD[1,3]。本研究显示，术后 6 个月干预组盆底肌力正常率（91.38%）显著高于对照组（71.19%），率差 20.19%（95%CI：6.12%～34.26%），绝对获益明确，证实 Kegel 运动能有效促进该术式术后盆底肌力恢复。该结果与杜文琰等[3]针对筋膜外术式的研究结论一致。本研究采用每日 4～5 个训练周期、持续 6 个月的方案，保证了足够训练剂量，是取得效果的关键。此外，当前针对筋膜外术式的专门性研究仍较少，多数文献（如[5-6,10]）以普通全子宫切除为对象，其结论外推至筋膜外术式需谨慎；但鉴于筋膜外术式对盆底损伤更重，理论上盆底肌训练更有必要，本研究的阳性结果也间接支持了这一观点。本研究由经过统一培训的妇科护士完成盆底肌力测定和运动指导，评估者不参与分组及干预实施，一定程度上减少了测量偏倚，提高了评估结果的一致性。采用的 Oxford 分级标准操作简便、临床可及性高，适合在基层医疗机构推广应用。

3.2 Kegel 运动干预对生活质量的改善作用

PFD 对患者排尿、日常活动及社交产生多维度影响。本研究中，术后 6 个月干预组 I-QOL 评分显著高于对照组，PFIQ-7 评分显著低于对照组，且干预组术后 I-QOL 仅较术前下降 2.79 分（降幅 3.0%），而对照组下降 16.47 分（降幅 17.7%），提示 Kegel 运动有效缓冲了手术对生活质量的冲击。该效应量（均数差 13.11）具有明确的临床意义——I-QOL 的最小临床重要差异（MCID）约为 5～10 分，本研究的效应量超过了 MCID 阈值，提示干预效果不仅具有统计学意义，还具有临床实际价值。这与 de Oliveira 等[5]的系统评价结论相符，该研究纳入 776 例参与者，中等质量证据表明盆底肌训练能改善全子宫切除术后患者性功能和生活质量。值得注意的是，对照组术后 I-QOL 出现较大幅度下降，可能与手术本身对盆底结构的创伤有关，而干预组借助延续性护理（微信群打卡、一对一指导）提高了依从性，从而维持了较高生活质量[11]。

3.3 Kegel 运动干预对性功能的改善作用

本研究中，术后 6 个月干预组 FSFI 总分（29.01±3.82）显著高于对照组（24.63±4.19），且超过 26.55 分的功能障碍阈值，而对照组仍低于阈值。各维度评分均显著改善，其中满意度（d=1.40）和性高潮（d=1.30）改善最为显著（均为极大效应量），提示微信互动、同伴支持等护理措施可能带来了额外的心理获益。Zhang 等[6]对全子宫切除术后患者进行 Kegel 联合合理情绪疗法，同样观察到 FSFI 总分提升；Wang 等[10]的前瞻性研究也证实生物反馈辅助盆底训练可改善全子宫切除术后性功能。本研究进一步将这一结论扩展至筋膜外术式，填补了相关证据空白。

3.4 延续性护理模式的应用价值

本研究采用护士主导的延续性护理模式，干预组满意度达 98.28%，高于对照组 93.22%（P=0.048）。对

照组满意度亦较高，说明我院基础护理质量良好；干预组的进一步提升则反映了 Kegel 运动及延续性管理的附加价值。Lai 等[11]的研究同样证实护士主导的远程指导盆底运动方案能显著改善全子宫切除术后盆底功能，且满意度高。延续性护理通过每日打卡、及时答疑、同伴支持，提高了训练依从性和正确性，且总失访率仅 2.5%，表明该模式可行性良好。

3.5 本研究创新性与局限性

创新性：①专门针对筋膜外子宫全切除术这一特定术式，填补了该领域 Kegel 运动干预的研究空白；②采用护士主导的延续性护理联合微信平台远程督导，提升了干预可及性；③综合评估多维度结局，并提供效应量及 95%CI，增强了结果的临床解读价值。

局限性：①单中心、小样本（117 例），未设盲法，存在测量偏倚风险；②随访仅 6 个月，远期疗效不明；③部分证据来自全子宫切除术人群，外推需谨慎；④FSFI 多维度分析未进行多重校正，属探索性发现。未来应开展多中心、盲法、长周期的随机对照试验，并探索 Kegel 运动联合生物反馈、电刺激等综合康复方案的疗效。

综上所述，Kegel 运动干预能有效改善筋膜外子宫全切除术患者术后盆底肌力，降低盆底功能障碍程度，提高生活质量和性功能，提升患者满意度，是一种简单易行、经济有效的康复方案，值得临床推广应用。

参考文献

[1] 谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学[M]. 第 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 275.

[2] 曹泽毅, 乔杰. 中华妇产科学[M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2023.

[3] 杜文琰, 周元芬, 袁怡婷, 等. Kegel 运动联合盆底康复治疗对腹腔镜筋膜外子宫切除术患者盆底功能的影响[J]. 海军医学杂志, 2020, 41(2): 203-205.

[4] 胡慧婉, 苏园园, 冯丽嫦, 等. 个体化凯格尔锻炼指导对子宫切除病人术后盆底康复效果及性生活质量的影响[J]. 全科护理, 2020, 18(23): 3034-3036.

[5] DE OLIVEIRA NFF, SANTUZZI CH, DA CONCEIÇÃO TV, et al. Pelvic floor muscle training for urinary symptoms, vaginal prolapse, sexual function, pelvic floor muscle strength, and quality of life after hysterectomy: a systematic review with meta-analyses[J]. BRAZ J PHYS THER, 2024, 28(5): 101122.

[6] ZHANG M, ZHU M, ZHANG X, et al. Effects of Kegel exercise combined with rational emotive behavior therapy on pelvic floor muscle function and sexual life quality in patients with total hysterectomy: A retrospective study[J]. MEDICINE (BALTIMORE), 2023, 102(52): e36222.

[7] PATRICK DL, MARTIN ML, BUSHNELL DM, et al. Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL)[J]. UROLOGY, 1999, 53(1): 71-76.

[8] BARBER MD, WALTERS MD, BUMP RC. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7)[J]. AM J OBSTET GYNECOL, 2005, 193(1): 103-113.

[9] ROSEN R, BROWN C, HEIMAN J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function[J]. J SEX MARITAL THER, 2000, 26(2): 191-208.

[10] WANG Y, WANG Q, CHEN H, et al. Basic vs electromyographic biofeedback-assisted pelvic floor muscle training for the improvement of sexual function after total hysterectomy: a prospective study[J]. SEX MED, 2024, 12(3): qfae034.

[11] LAI F, LIU H, WANG H. Effect of a Nurse-Led Remote Guided Pelvic Floor Exercise Program on Stress Urinary Incontinence, Pelvic Floor Function and Sexual Function in Patients after Total Hysterectomy: A Retrospective Study[J]. ARCH ESP UROL, 2024, 77(9): 992-998.

版权声明：©2026 作者与开放科学出版研究中心（OSPRC）所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
OPEN ACCESS