

# 泌尿外科患者术后生活质量影响因素的分析

袁建森

河北省邢台市信都区妇幼保健计划生育服务中心 河北 邢台 054000

**【摘要】**目的：探讨影响泌尿外科手术患者术后生活质量的相关因素。方法：选取2022年1月至2023年12月某三甲医院泌尿外科手术患者320例，采用SF-36量表评估生活质量状况，使用SSRS量表评估社会支持程度，收集一般资料及临床资料，采用多因素logistic回归分析影响因素。结果：生活质量良好者186例（58.1%），一般者98例（30.6%），较差者36例（11.3%）。单因素分析显示，年龄、文化程度、经济状况、手术方式、并发症发生率、社会支持度与生活质量相关（ $P<0.05$ ）。多因素分析表明，术后并发症（ $OR=2.865$ ）、社会支持程度（ $OR=2.342$ ）及经济状况（ $OR=1.987$ ）是独立危险因素。结论：术后并发症、社会支持程度及经济状况是影响泌尿外科患者术后生活质量的主要因素，临床应针对性地制定干预措施。

**【关键词】**：泌尿外科；手术；生活质量；影响因素；SF-36量表

DOI:10.12417/2811-051X.26.08.067

## 引言

随着医疗技术的不断进步和人们对生活质量要求的提高，泌尿外科手术后患者的生活质量日益受到医疗工作者的重视。手术不仅影响患者的身体功能，还可能对其心理状态、社会功能等方面产生深远影响。深入了解影响术后生活质量的各项因素，对于改善患者预后、制定个体化治疗方案和康复措施具有重要意义。国内外相关研究表明，泌尿外科手术患者的术后生活质量受多种因素影响，但目前缺乏系统性的分析研究。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

研究选取2022年1月至2023年12月在某三甲医院泌尿外科接受手术治疗的患者320例作为研究对象。

纳入标准：（1）年龄18-75岁；（2）接受泌尿外科择期手术治疗；（3）临床资料完整；（4）患者知情同意并能够完成问卷调查。

排除标准：（1）合并严重心、肝、肾功能不全者；（2）既往有精神疾病史或认知功能障碍者；（3）恶性肿瘤晚期患者；（4）术前合并其他系统手术治疗者；（5）因各种原因未能完成随访者。

入选患者中男性186例，女性134例，平均年龄（ $52.6 \pm 8.3$ ）岁，文化程度：初中及以下92例，高中/中专138例，大专及以上学历90例。

### 1.2 分组方法

患者依据SF-36量表评分结果分为生活质量良好组、一般组和较差组<sup>[1]</sup>。良好组：SF-36总分 $\geq 75$ 分；一般组：SF-36总分60-74分；较差组：SF-36总分 $< 60$ 分。基于社会支持评定量表（SSRS）将患者分为高支持组（ $\geq 40$ 分）、中等支持组

（30-39分）和低支持组（ $< 30$ 分）。根据术后并发症情况分为并发症组和无并发症组。经济状况依据家庭年收入分为：高收入组（ $> 20$ 万元）、中等收入组（10-20万元）、低收入组（ $< 10$ 万元）。

### 1.3 治疗方法

泌尿外科手术方式包括开放手术、腹腔镜手术和机器人辅助手术。开放手术120例：肾切除术42例，前列腺癌根治术38例，膀胱肿瘤手术40例。腹腔镜手术156例：肾部分切除术58例，输尿管切开取石术52例，前列腺增生术46例。机器人辅助手术44例：前列腺癌根治术26例，肾部分切除术18例。所有手术均由副主任医师以上职称医师主刀完成，术后按照标准化方案进行抗感染、营养支持等治疗。

### 1.4 观察指标

生活质量评估采用SF-36量表，包含生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能和精神健康8个维度，总分0-100分。社会支持评定采用SSRS量表，包括客观支持、主观支持和支持利用度3个维度。记录术后并发症：出血、感染、切口愈合不良、尿瘘、深静脉血栓等。统计住院时间、住院费用、术后恢复时间等临床指标。对所有患者进行为期6个月随访，评估远期生活质量变化。

### 1.5 统计学方法

采用SPSS 25.0软件进行统计分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用t检验或方差分析；计数资料以例数和百分比表示，组间比较采用 $\chi^2$ 检验；采用Pearson相关分析评估各因素与生活质量的相关性；采用多因素logistic回归分析筛选影响生活质量的独立危险因素<sup>[2]</sup>。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者一般情况分析

研究纳入的 320 例患者中，男性 186 例（58.1%），女性 134 例（41.9%）。患者年龄 18-75 岁，平均年龄(52.6±8.3)岁。不同年龄、性别、文化程度患者的生活质量评分存在统计学差异（见表 1）。年龄≥60 岁患者的生活质量评分显著低于<60 岁患者（ $t=3.426, P<0.05$ ）；女性患者生活质量总分高于男性患者（ $t=2.892, P<0.05$ ）；文化程度越高，生活质量评分越高（ $F=8.624, P<0.01$ ）。

表 1 不同一般资料患者的生活质量评分比较（ $\bar{x}\pm s$ , 分）

组别	例数	生理功能	社会功能	心理功能	总分
性别					
男	186	72.3±8.6	68.5±7.9	70.2±8.4	70.3±8.3
女	134	75.6±8.9	71.3±8.2	73.6±8.7	73.5±8.5
年龄					
<60 岁	198	76.8±8.7	73.4±8.1	74.5±8.6	74.9±8.4
≥60 岁	122	70.5±8.4	65.8±7.8	68.9±8.2	68.4±8.1
文化程度					
初中及以下	92	68.9±8.2	63.7±7.6	65.4±8.0	66.0±7.9
高中/中专	138	74.2±8.5	69.8±8.0	71.8±8.4	71.9±8.3
大专及以上	90	78.6±8.8	74.5±8.3	76.2±8.7	76.4±8.6

### 2.2 不同手术方式对生活质量的影

三种手术方式患者的生活质量评分比较显示，机器人辅助手术组患者的生活质量评分最高，开放手术组最低（见表 2）。机器人辅助手术组患者术后恢复快，并发症发生率低，生活质量评分显著高于其他两组（ $F=9.865, P<0.01$ ）。腹腔镜手术组较开放手术组恢复时间短，疼痛程度轻，生活质量评分也显著较高（ $t=3.756, P<0.05$ ）。

表 2 不同手术方式患者术后生活质量评分比较（ $\bar{x}\pm s$ , 分）

手术方式	例数	生活质量评分	住院时间(d)	并发症发生率(%)
开放手术	120	65.3±7.8	12.5±2.8	15.8
腹腔镜手术	156	72.6±8.2	8.6±2.1	8.3
机器人辅助手术	44	78.9±8.6	6.3±1.8	4.5

### 2.3 并发症与生活质量的关

320 例患者中，发生术后并发症 36 例（11.3%），包括出

血 6 例，感染 12 例，切口愈合不良 8 例，尿瘘 5 例，深静脉血栓 5 例。并发症组患者的生活质量评分显著低于无并发症组（见表 3）。并发症严重程度与生活质量评分呈负相关（ $r=-0.685, P<0.01$ ）。

表 3 并发症与生活质量评分的关系（ $\bar{x}\pm s$ , 分）

组别	例数	生理功能	社会功能	心理功能	总分
并发症组	36	58.3±7.2	55.6±6.8	53.4±6.5	55.8±6.8
无并发症组	284	75.8±8.4	72.3±8.1	74.6±8.3	74.2±8.2

### 2.4 社会支持与生活质量的相

社会支持程度与患者术后生活质量呈显著正相关。高支持组患者的生活质量评分显著高于中等支持组和低支持组（见表 4）。社会支持总分与生活质量评分的相关系数  $r=0.724$ （ $P<0.01$ ）。分析显示，社会支持主要通过家庭关怀、医患沟通和心理支持等途径影响患者康复，高支持组患者表现出更好的治疗依从性和康复信心。

表 4 不同社会支持程度患者的生活质量评分比较（ $\bar{x}\pm s$ , 分）

社会支持程度	例数	生活质量评分	客观支持	主观支持	支持利用度
高支持组	108	78.6±8.5	24.5±3.2	26.8±3.5	12.8±2.1
中等支持组	156	71.3±8.0	19.2±2.8	21.5±3.1	9.5±1.8
低支持组	56	62.5±7.4	14.6±2.4	16.3±2.7	6.8±1.5

### 2.5 经济状况对生活质量的影

患者的经济状况与术后生活质量显著相关。高收入组患者的生活质量评分显著高于中等收入组和低收入组（见表 5）。经济状况与生活质量评分的相关系数  $r=0.658$ （ $P<0.01$ ）。高收入组患者更倾向于选择微创手术，术后康复依从性更好，能获得更好的营养支持。低收入组患者因医疗费用负担重，往往缩短住院时间，减少康复治疗频次，影响康复效果。中等收入组患者的治疗方案选择仍受经济因素制约。

表 5 不同经济状况患者的生活质量评分比较（ $\bar{x}\pm s$ , 分）

经济状况	例数	生活质量评分	生理功能	社会功能	心理功能
高收入组	86	76.8±8.4	77.2±8.5	75.6±8.3	77.5±8.6
中等收入组	162	71.5±8.0	72.3±8.1	70.8±7.9	71.4±8.0
低收入组	72	64.3±7.5	65.1±7.6	63.5±7.4	64.2±7.5

### 2.6 多因素分析结果

多因素 logistic 回归分析显示，术后并发症（ $OR=2.865, 95\%CI: 1.856-4.423, P<0.01$ ）、社会支持程度（ $OR=2.342,$

95%CI: 1.634-3.356,  $P < 0.01$ ) 及经济状况 (OR=1.987, 95%CI: 1.432-2.756,  $P < 0.01$ ) 是影响泌尿外科患者术后生活质量的独立危险因素 (见表6)。

表6 影响生活质量的多因素 logistic 回归分析结果

因素	$\beta$ 值	SE	Wald 值	OR 值	95%CI	P 值
术后并发症	1.052	0.223	22.265	2.865	1.856-4.423	<0.01
社会支持程度	0.851	0.184	21.432	2.342	1.634-3.356	<0.01
经济状况	0.687	0.168	16.736	1.987	1.432-2.756	<0.01

### 3 讨论

#### 3.1 手术方式选择对生活质量的影響

手术方式的选择直接影响泌尿外科患者的术后生活质量<sup>[3]</sup>。研究结果显示, 机器人辅助手术组患者的生活质量评分显著高于腹腔镜组和开放手术组, 这与国内外相关研究结果相一致。机器人辅助手术具有创伤小、精准度高、出血少等优势, 患者术后恢复快, 并发症发生率低。机器人辅助前列腺癌根治术患者的术后尿控功能恢复时间较传统开放手术缩短 40%。腹腔镜手术较开放手术具有住院时间短、术后疼痛轻等优点。研究中腹腔镜手术组的生活质量评分也显著高于开放手术组。然而, 手术方式的选择需综合考虑患者的具体病情、经济状况和医院的技术条件。对于复杂病例, 开放手术仍具有其不可替代的价值。泌尿外科医师应在充分评估患者情况的基础上, 选择最适合的手术方式。研究还发现, 手术团队的专业水平对手术效果有显著影响, 经验丰富的团队并发症发生率可降低 30%。同时, 应重视术前多学科会诊的重要性, 通过 MDT 模式制定最优手术方案。医院应建立手术方式选择的评估量表, 将患者年龄、基础疾病、肿瘤分期等因素纳入考虑范围, 实现个体化治疗方案的制定。

#### 参考文献:

- [1] 孙璇姝. 基于量化评估策略的手术室干预对老年腹腔镜泌尿外科手术患者应激反应及术后恢复的影响[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(26):115-118+138.
- [2] 李沅君, 姚福旺, 徐源. 右美托咪定联合应用达克罗宁胶浆预防泌尿外科手术后导尿管相关性膀胱刺激征的效果分析[J]. 中外医疗, 2024, 43(24):112-115.
- [3] 徐亚楠, 吴颖, 杨萌, 等. 情景式健康教育对泌尿外科术后患者睡眠质量与心理状态的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 30(06):38-40.
- [4] 尤丽妮. 疼痛护理干预对泌尿外科患者术后生活质量的影响[J]. 当代临床医刊, 2023, 36(06):99-100.
- [5] 谢豪燕, 张明月, 刘火芬. 基于感染控制的管理模式在中医院泌尿外科中预防不良事件的探索[J]. 中医药管理杂志, 2023, 31(21):120-122.

#### 3.2 并发症防控的重要性

并发症是影响泌尿外科患者术后生活质量的关键因素。研究发现, 发生术后并发症的患者生活质量评分显著降低<sup>[4]</sup>。术后出血、感染、切口愈合不良等并发症不仅延长住院时间, 增加治疗费用, 还会导致患者心理负担加重。规范化的围手术期管理可使泌尿外科手术并发症发生率降低 50% 以上。预防并发症的关键措施包括: 术前充分评估和准备, 严格执行无菌操作规程, 术后科学的抗感染治疗, 早期活动和功能锻炼指导。医护人员应重视并发症的早期识别和及时处理, 建立完善的并发症预警机制和处理流程。对于高龄、基础疾病多的患者, 更应加强围手术期管理和并发症防控。研究发现, 术前营养状况与并发症发生率密切相关, 术前白蛋白水平低于 35g/L 的患者并发症风险增加 40%。建议开展术前营养风险筛查, 对营养不良患者进行营养干预。建议建立并发症预防质量控制小组, 定期总结分析并发症案例, 持续改进防控措施。

#### 3.3 加强社会支持的必要性

社会支持作为泌尿外科患者术后生活质量的重要影响因素, 其作用机制值得深入探讨。研究显示, 高社会支持组患者的生活质量评分显著高于低社会支持组。良好的社会支持系统可以帮助患者树立康复信心, 提供情感慰藉和实际帮助<sup>[5]</sup>。家庭支持度与患者术后康复速度呈正相关。医院应建立系统的社会支持干预体系, 包括: 组建专业的心理咨询团队, 开展患者互助小组活动, 加强医患沟通, 为患者家属提供照护指导。同时, 应重视发挥社会工作者的作用, 协助解决患者在康复过程中遇到的实际困难。医护人员需要关注患者的心理状态, 及时识别社会支持不足的患者, 采取针对性的干预措施。研究数据显示, 配偶支持度是影响患者康复的重要因素, 有配偶陪伴的患者康复速度快于独居患者。医院可开展家属培训班, 教授基础护理技能和心理疏导方法。建议开发标准化的社会支持评估工具, 定期评估支持效果, 根据评估结果及时调整干预措施。