

# 女性压力性尿失禁患者全程个案管理模式的构建与应用研究

于秀丽<sup>1</sup>,徐兆宁<sup>2</sup>,于婷婷<sup>1</sup>,朴丽<sup>1</sup>

(1.吉林大学第一医院 妇科,吉林 长春 130021;2.吉林大学第一医院 护理部)

**【摘要】** 目的 构建基于达标理论的全程个案管理模式方案,探讨其在女性压力性尿失禁(stress urinary incontinence,SUI)患者中的应用效果。**方法** 通过文献检索、筛选、评价、汇总和 2 轮专家咨询形成全程个案管理模式方案。2023 年 3 月至 2024 年 2 月,采用简单随机抽样法选取吉林省某三级甲等医院收治的 138 例 SUI 患者为研究对象,按随机数字表将其分为对照组和观察组各 69 例,对照组给予常规管理,观察组在对照组基础上实施全程个案管理模式。采用 1 h 尿垫试验、盆底肌锻炼(pelvic floor muscle training,PFMT)依从性问卷、Glazer 评估和国际尿失禁问卷简表(international consultation on incontinence questionnaire-short form,ICIQ-SF)对两组患者的干预效果进行比较。**结果** 干预后,观察组患者的 PFMT 依从性、1 h 尿垫试验、Glazer 评估和 ICIQ-SF 评分均优于对照组(均  $P < 0.05$ )。**结论** 全程个案管理模式可提高 SUI 患者的盆底肌锻炼依从性,改善其健康结局。

**【关键词】** 女性;压力性尿失禁;全病程;个案管理模式

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2025.05.008

**【中图分类号】** R473.71 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2025)05-0032-05

## Construction and Application of Whole-process Case Management Model for Female Patients with Stress Urinary Incontinence

YU Xiuli<sup>1</sup>, XU Zhaoning<sup>2</sup>, YU Tingting<sup>1</sup>, PIAO Li<sup>1</sup> (1.Department of Gynaecology, The First Hospital of Jilin University, Changchun 130021, Jilin Province, China; 2.Department of Nursing, The First Hospital of Jilin University)

Corresponding author: PIAO Li, Tel: 0431-81875239

**【Abstract】 Objective** To construct a whole-process case management model based on the theory of goal attainment, and to explore its effectiveness on female with stress urinary incontinence(SUI). **Methods** The case management model was developed through literature review, screening, evaluation, synthesis, and two rounds of expert consultation. The simple random sampling method was used to select 138 patients with SUI from a tertiary A hospital in Jilin Province from March 2023 to February 2024 as research subjects. They were divided into a control group and an experimental group according to the randomized numerical table, with 69 cases in each group. The control group received routine management, and the experimental group received a whole-process case management model based on routine management. The 1-hour pad test, pelvic floor muscle training(PFMT) adherence questionnaire, Glazer assessment, and the international consultation on incontinence questionnaire-short form(ICIQ-SF) were used for evaluation. **Results** After the intervention, the experimental group demonstrated significantly better outcomes in PFMT adherence, 1-hour pad test results, Glazer assessment scores, and ICIQ-SF scores compared to the control group(all  $P < 0.05$ ). **Conclusions** The whole-process case management model can enhance PFMT adherence and health outcomes among SUI patients.

**【Key words】** female; stress urinary incontinence; whole-process; case management model

[Mil Nurs, 2025, 42(05): 32-36]

压力性尿失禁(stress urinary incontinence, SUI)指患者在打喷嚏、咳嗽和运动等致腹内压增加出现尿液不自主渗漏的现象<sup>[1]</sup>,是尿失禁中最常见

类型,患病率达 25.8%~45.1%<sup>[2]</sup>,易对患者的生理、心理及行为造成严重负面影响<sup>[3-4]</sup>。盆底肌锻炼(pelvic floor muscle training, PFMT)是缓解 SUI 的一线治疗方法,但治疗时间需达 3 个月以上<sup>[5]</sup>。漫长的治疗过程,患者疾病认知程度及自我管理行为较差<sup>[6-7]</sup>,加上传统护理模式缺乏个性化,院后管理连续性不足,导致治疗效果不佳。全程个案管理模式是根据每位

**【收稿日期】** 2024-03-27 **【修回日期】** 2025-05-06

**【基金项目】** 吉林省医疗卫生人才专项项目(JLSWSRCZX 2023-109)

**【作者简介】** 于秀丽,硕士,主管护师,电话:0431-81875345

**【通信作者】** 朴丽,电话:0431-81875239

患者的具体病情、生活习惯和心理状态制订的个性化护理方案<sup>[8]</sup>,可有效为患者提供整体性、连续性的照护服务,能够较好地整合医疗资源<sup>[9]</sup>。King 达标理论强调护士与患者之间通过感知、互动、沟通和交流的方式共同制订计划并达到目标<sup>[10-11]</sup>,强调的个体化、动态调整与 SUI 患者的多维度干预需求高度契合。故本研究基于该理论构建全程个案管理模式,以期提升 SUI 患者的治疗效果,现报道如下。

## 1 研究方法

### 1.1 干预方案的构建

1.1.1 文献分析 为确立科学合理的干预方案,本研究首先由 2 名经过循证护理培训的研究者,基于“6S”证据资源金字塔模型,以“女性”“压力性尿失禁/尿失禁”“盆底功能锻炼/PFMT/康复训练”“指南/共识/临床决策/最佳实践/系统评价/Meta 分析”等为关键词检索中国知网、万方、医脉通、Pubmed、Web of Science 等中英文数据库;按照文献的纳入与排除标准独立筛选文献,初步获得文献 4762 篇,经过去除重复文献、阅读主题及摘要、阅读

全文后纳入文献 32 篇(指南 14 篇,临床决策 3 篇,专家共识 2 篇、证据总结 6 篇、系统评价 6 篇和 Meta 分析 1 篇)。针对 SUI 患者的治疗过程,依据达标理论<sup>[10]</sup>从护患互动(强调护士与患者通过沟通、共同决策实现目标的双向干预)、动态目标管理(根据患者需求调整护理计划,形成“评估-目标设定-实施-监督与动态调整”的闭环流程)、自我管理能力提升(通过行为训练和心理支持、借助 APP 监督提升患者自我管理能力)制订个案管理模式;同时,参考中华护理学会团体标准《成年女性压力性尿失禁护理干预》(T/CNAS 17-2020)<sup>[12]</sup>,确保评估、干预流程符合行业规范。最终经文献质量评价、汇总和整合证据,形成方案初稿。

1.1.2 专家咨询 为完善并细化干预方案,邀请护理学、泌尿系统、心理学、营养等相关领域专家 8 人(正高级职称 3 人,副高级职称 5 人),进行 2 轮专家咨询。专家就干预方案的科学性、安全性和有效性进行评价,并达成一致意见,最终确定 SUI 患者全程个案管理干预方案(见表 1)。

表 1 女性 SUI 患者 PFMT 干预方案

干 预 项 目	干 预 频 率	实 施 对 象
1.初始综合评估		
(1)专科评估:Glazer 评估、盆腔器官脱垂定量、1 h 尿垫测量;(2)访谈:面对面访谈患者生活习惯、心理社会状态、疾病认知情况,评估家庭参与度、社会资源可用性。	首次接诊时	所有确诊 SUI 患者
2.共同目标设定		
护患协作制订短期及长期目标,如短期(4 周):掌握 Kegel 运动,每日锻炼达 3 次以上,漏尿量减少 30%~50%;长期(12 周):逐级提高的 PFMT 锻炼计划,漏尿频次≤1 次/周,恢复社交活动目标。	评估后 24 h 内	患者及盆底专科护士
3.核心干预措施		
3.1 盆底肌训练。(1)生物反馈治疗:内容包括脉冲电刺激、触发电刺激、凯格尔运动、A3 反射训练等;(2)借助 APP 居家 PFMT 锻炼:与患者共同制订逐级提升的干预策略,包括 1~6 级的自由训练、场景化训练和辅助训练。	生物反馈治疗:1 次/2~3 d;居家锻炼:3 次/d	所有患者
3.2 生活方式干预。(1)体重管理:体质量指数(body mass index, BMI)≥25 者,制订减重计划(每月减重 2~4 kg);(2)饮食调整:减少咖啡因/酒精摄入(每日咖啡因≤100 mg);(3)行为习惯:戒烟、避免重体力劳动、定时排尿(1 次/2~3 h)。	每日执行,盆底专科护士随访:1 次/月	BMI≥25 者重点干预
3.3 心理支持与认知重构。(1)个体化咨询:纠正“尿失禁不可逆”“尿失禁=衰老”等错误认知;(2)心理支持:正念减压疗法等心理调试。	1 次/周	所有患者
3.4 家庭社会支持。(1)团体支持:开展 SUI 患者小组互助,分享成功案例,提供情绪疏导;(2)家庭参与:鼓励家属陪同训练,强化家庭社会支持。	小组互助 1 次/月	所有患者
4.动态监测与调整		
应用 1 h 尿垫实验和 Glazer 评估漏尿缓解情况,未达标者调整生物反馈强度及居家 PFMT 训练方案和强度。	1 次/4 周	所有患者
5.监督提醒		
APP 推送提醒、记录锻炼日记,盆底康复护士通过 APP 医护版管理端实施监督管理。	APP 每日记录	所有患者
6.定期随访		
定期追踪关注后续情况。	每 3 个月 1 次	转入维持期患者

### 1.2 干预方案初步应用

1.2.1 研究对象 2023 年 3 月至 2024 年 2 月,采用简单随机抽样法选取吉林省某三级甲等医院收治的

SUI 患者为研究对象,纳入标准:根据欧洲泌尿协会《尿失禁评估和非手术治疗指南》<sup>[13]</sup>诊断为轻、中度 SUI 者;认知水平正常且未参与过其他研究;自愿参

与知情同意。排除标准:有泌尿系统疾病、泌尿系手术史、重度尿失禁或合并其他类型尿失禁者;合并心肺疾病、肿瘤等疾病者。样本量计算:查阅类似研究<sup>[14]</sup>( $\alpha=0.05, \beta=0.1$ ,把握度 90%,两组样本量比值 1:1),通过 PASS 11.0 软件的 Means 模块下的 Two Sample Means 功能,计算样本量为 134 例,考虑 15%失访率,最终确定样本量为 140 例。按随机数字表分为对照组和观察组各 70 例。本研究经院伦理委员会审批(23Y187-001),并在复旦大学循证护理中心完成注册(ER20240685)。

1.2.2 干预团队及实施方法 干预团队由 8 名成员组成,其中妇科护士长 1 名,负责理论知识培训与指导;拥有护理硕士研究生学历和盆底专科资质的副护士长 1 名,负责对干预方案的整体把控及盆底专科操作培训;盆底专科护士 5 名(其中 1 人拥有国家三级心理咨询师资质)和盆底出诊医生 1 名。观察组在常规管理的基础上给予全程个案管理模式,其中访谈、个体咨询及团体干预均采用线下方式,地点在患者所在医院的一间示教室,确保环境安静不被打扰。对照组给予常规盆底康复治疗及健康宣教指导,发放 PFMT 指导手册,地点在盆底康复治疗室内。两组的干预均干预持续 12 周。

1.2.3 质量控制方法 团队严格遵循研究对象的纳入和排除标准;护士长定期质控,确保干预措施有效落实;定期召开讨论会,针对干预过程中遇到的问题及时商讨解决措施;与研究对象沟通,确保其全程参与,并认真执行;确保研究对象的分配遵循随机化;所有数据由双人录入并核对,确保其准确性。

1.2.4 评价方法 (1)一般资料:包括患者年龄、BMI、婚姻状态、文化程度、流产次数、分娩史、疾病史及尿失禁严重程度等。(2)1 h 尿垫试验:依据指南<sup>[13]</sup>推荐采用患者漏尿量(g)评判尿失禁严重程度:无漏尿为阴性,漏尿量 $<2$  g 为轻度,漏尿量 2~10 g 为中度,漏尿量 $>10$  g 为重度。(3)Glazer 评估:由美国康奈尔大学医学院的 Glazer 等<sup>[15]</sup>提出,是一种测量盆底表面肌肉电活动的技术,为盆底肌肉放松和收缩情况提供更客观、定量的数据<sup>[16]</sup>。采用盆底生物反馈仪(南京麦澜德 B4T 型号),通过阴道电极采集并测量盆底肌群进行一系列收缩和放松动作时的盆底肌电信号,主要包括 60 s 前静息基线测试、5 次快速收缩(Ⅱ类肌峰值)、5 次持续收缩(Ⅰ类肌均值)、60 s 持续收缩(耐力测试)及 60 s 后基线静息状态。结合临床特点及文献<sup>[17]</sup>,本研究收集指标包括Ⅱ类肌峰值、Ⅰ类肌均值和耐力测试值。(4)PFMT 依从性问卷:依据 PFMT 日记和 APP 记录评估患者依从性。标准锻炼情况为每天早、午、晚

各锻炼 1 次,15~20 min/次,45~60 min/d,平均每天总时间超过 30 min,每周超过 210 min 视为依从性良好。(5)国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表(international consultation on incontinence questionnaire-short form, ICIQ-SF):采用 Huang 等<sup>[18]</sup>汉化后的版本,包括 4 个条目,漏尿的频率(0~5 分)、漏尿的量(0~6 分)、对生活质量的影(0~10 分)和症状自述(不计分),相加得到总分(0~21 分),评分越高表示尿失禁及影响越严重。该问卷的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.81。

1.2.5 资料收集方法 研究团队中含 5 名盆底专科护士,3 名主要负责干预方案的开展,副护士长和其余 2 名负责问卷调查,资料收集、整理、结果录入和数据分析。研究过程中,两组各有 1 名患者因出差、搬家中断治疗被剔除,有效样本量各 69 例。由副护士长和盆底专科护士在患者首次接诊和干预周期结束时收集患者的一般资料和基线评估项目(1 h 尿垫试验、Glazer 评估和 ICIQ-SF),干预过程中依据患者的 PFMT 日记和 APP 自动生成的记录动态评估患者的依从性。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 23.0 统计软件。计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,采用  $t$  检验;计数资料用例数及构成比表示,采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  或  $P < 0.01$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 一般资料 两组患者一般资料的差异均无统计学意义(均  $P > 0.05$ ),见表 2。

表 2 两组患者一般资料比较 $[\bar{x} \pm s, n(\%)]$

项 目	对照组 ( $n=69$ )	观察组 ( $n=69$ )	$t$ 或 $\chi^2$	$P$
年龄(岁)	41.43 $\pm$ 12.52	44.28 $\pm$ 13.79	-1.267	0.207
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	21.66 $\pm$ 2.06	21.56 $\pm$ 1.94	0.281	0.779
婚姻状态			0.697	0.404
已婚	67(97.10)	65(94.20)		
离异/丧偶	2(2.90)	4(5.80)		
文化程度			1.154	0.764
小学	8(11.59)	11(15.94)		
初中	15(21.74)	17(24.64)		
高中/中专	21(30.43)	21(30.43)		
大专及以上	25(36.23)	20(28.99)		
流产次数(次)			0.608	0.738
0	20(28.57)	23(32.86)		
1~2	27(38.57)	28(40.00)		
$\geq 3$	23(32.86)	19(27.14)		
分娩次数(次)			0.800	0.670
1	49(71.01)	50(72.49)		
2	17(26.64)	14(20.29)		
$\geq 3$	3(4.35)	5(7.25)		
分娩方式			0.758	0.384
自然分娩	54(78.26)	58(84.06)		
剖宫产	15(21.74)	11(15.94)		

续表 2

项 目	对照组 (n=69)	观察组 (n=69)	t 或 $\chi^2$	P
存在便秘			1.071	0.301
是	32(46.38)	26(37.68)		
否	37(53.62)	43(62.32)		
经常久坐			0.117	0.733
是	36(52.17)	38(55.07)		
否	33(47.83)	31(44.93)		
合并慢性呼吸系统疾病			0.123	0.725
是	27(39.13)	25(36.23)		
否	42(60.87)	44(63.77)		
尿失禁严重程度			0.511	0.475
轻度	43(62.32)	47(68.12)		
中度	26(37.68)	22(31.88)		

2.2 两组患者 PFMT 依从性的比较 观察组患者 PFMT 依从性良好者 53 例(76.81%),对照组 28 例(40.58%),两组比较,差异有统计学意义( $\chi^2 = 18.681, P < 0.05$ )。

2.3 两组患者 1 h 尿垫漏尿量情况的比较 两组患者干预后 1 h 尿垫漏尿量均较干预前改善明显,观察组患者的改善情况优于对照组( $P < 0.05$ ),见表 3。

表 3 两组患者干预前后 1 h 尿垫漏尿量情况比较(g,  $\bar{x} \pm s$ )

项目	对照组(n=69)	观察组(n=69)	t	P
干预前	6.84±2.39	6.53±2.31	0.742	0.460
干预后	4.68±2.07	3.87±1.93	2.474	<0.05
t	13.713	16.792		
P	<0.05	<0.05		

2.4 两组患者干预前后 Glazer 评估及 ICIQ-SF 评分情况的比较 干预前,两组比较差异无统计学意义(均  $P > 0.05$ );干预后,观察组患者各项指标均较干预前改善,且观察组优于对照组(均  $P < 0.05$ ),见表 4。

### 3 讨论

3.1 全程个案管理模式有助于提高患者的治疗依从性 Wilai 等<sup>[19]</sup>调查发现,缺乏自律、相关知识及锻炼信心不足、对 PFMT 的有效性感知较差是患者 PFMT 的主要障碍因素。唐惠艳等<sup>[3]</sup>认为,提高患者的 PFMT 依从性是复杂的,改变其行为干预策略须以理论为指导。本研究中,观察组患者依从性及漏尿减少量均优于对照组(均  $P < 0.05$ ),与陈洁等<sup>[14]</sup>的研究结果一致。本研究基于 King 达标理论,通过护患共同决策和动态目标管理,摒弃了既往的“单项管理”,转向以患者为中心的互动式决策;从目标设定匹配行为改变、家庭参与联合团体社交激励的心理社会支持的构建;动态监测与调整,避免了患者因“无效感”放弃,从多维度破解 SUI 患者依从性低的难题,增加了患者获得医疗服务的机会,也提

高了其对 PFMT 的积极反应,增强了康复信心。

表 4 两组患者干预前后 Glazer 评估及 ICIQ-SF 评分情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

项 目	对照组 (n=69)	观察组 (n=69)	t	P
Glazer 评估(V)				
II 类肌峰值				
干预前	31.70±12.35	32.24±11.61	-0.261	0.794
干预后	33.94±13.30	39.58±15.41	-2.304	<0.05
t	-1.198	-4.871		
P	0.235	<0.05		
I 类肌均值				
干预前	18.89±8.17	18.87±7.92	0.020	0.984
干预后	21.30±8.67	24.42±8.75	-2.105	<0.05
t	-2.250	-5.492		
P	<0.05	<0.05		
耐力测试				
干预前	14.61±6.92	14.91±8.07	-0.233	0.816
干预后	16.29±6.78	19.01±8.40	-2.094	<0.05
t	-2.111	-3.730		
P	<0.05	<0.05		
ICIQ-SF 评分(分)				
干预前	8.19±1.68	8.29±2.04	-0.319	0.750
干预后	7.10±1.43	5.94±1.87	4.095	<0.05
t	14.204	23.802		
P	<0.05	<0.05		

3.2 全程个案管理模式有助于改善患者的健康结局 SUI 虽不威胁患者生命,但会严重影响患者的日常工作生活、交通出行、心理情感及社会功能<sup>[3-4]</sup>。研究<sup>[20]</sup>表明,有监督的 PFMT 对尿失禁患者的生活质量和盆底肌功能优于非监督组。本次研究结果显示,两组患者干预后 1 h 尿垫漏尿量、I 类肌均值、耐力测试及 ICIQ-SF 评分均优于干预前,说明两种干预措施均有效;但观察组优于对照组,表明观察组患者干预后的肌肉稳定性更好,尿失禁情况及对患者影响程度更小。分析原因,可能是本研究首次将 King 理论的目标导向机制与智慧化工具结合,通过目标导向的生理功能重建、“身-心-社”整合的全过程干预及 APP 智慧化监督,实现了对患者“评估-目标设定-实施-监督与动态调整”的闭环管理,使服务更具连续性和系统性。但本研究中未对患者心理状态及远期康复效果做统计分析,在后续研究中,小组将进一步完善相关实证研究,并根据患者反馈不断优化干预内容,确保方案的持续改进。

#### 【参考文献】

- [1] NAMBIAR A K, ARLANDIS S, KARI B, et al. European association of urology guidelines on the diagnosis and management of female non-neurogenic lower urinary tract symptoms. part 1: diagnostics, overactive bladder, stress urinary incontinence, and mixed urinary incontinence[J]. Eur Urol. 2022, 82(1): 49-59.
- [2] BATMANI S, JALALI R, MOHAMMADI M, et al. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis

- of observational studies[J].BMC Geriatr,2021,21(1):212-229.
- [3] 唐惠艳,李小寒.女性尿失禁患者心理社会现状及干预策略的研究进展[J].解放军护理杂志,2021,38(3):60-63.
- [4] AHLUND S,ROTHSTEIN E,RADESTAD I, et al.Urinary incontinence after uncomplicated spontaneous vaginal birth in primiparous women during the first year after birth[J].Int Urogynecol J,2020,31(7):1409-1416.
- [5] 蒋璐,苏琼,郑洪伶,等.“成年膀胱和肠道管理的积极方法”临床实践指南(第4版)尿失禁部分解读[J].军事护理,2024,41(3):74-77.
- [6] SRINIVASAN A,SANGHAVI P J.Effectiveness of home-based pelvic floor muscle training on stress urinary incontinence and quality of life in multiparous women[J].Natl J Community Med,2023,14(8):506-511.
- [7] LIM R,LIONG M L,LEONG W S, et al.The impact of stress urinary incontinence on individual components of quality of life in malaysian women [J/OL]. [2025-04-29]. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.10.019>.
- [8] PERERA S,DABNEY B W.Case management service quality and patient-centered care[J].JHOM,2020,34(5):551-568.
- [9] 杨桂华,袁伟,梁雅琪,等.个案管理模式的应用现状与启示[J].中华护理教育,2021,18(1):92-96.
- [10] KING I M.A theory for nursing:systems,concepts,process[M]. New York:John Wiley & Sons,1981:1-181.
- [11] 桑丽云,商临萍,赵洁,等.基于达标理论的干预方案对肝硬化患者出院准备度的影响[J].解放军护理杂志,2020,37(9):18-21.
- [12] 中华护理学会.T/CNAS 17-2020;成年女性压力性尿失禁护理干预[S].北京:中华护理学会,2021.
- [13] European Association of Urology.Guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence[J].Eur Urol,2018,73(4):596-609.
- [14] 陈洁,范国荣,薄海欣.基于跨理论模型的护理干预在产后尿失禁患者盆底肌功能锻炼中的应用[J].中华现代护理杂志,2021,27(9):1228-1232.
- [15] GLAZER H I,ROMANZI L,POLANCAKY M.Pelvic floor muscle surface electromyography:reliability and clinical predictive validity[J].J Reprod Med,1999,44(9):779-782.
- [16] OLEKSY L,WOJCIECHOWSKA M,MIKA A, et al.Normative values for Glazer protocol in the evaluation of pelvic floor muscle bioelectrical activity[J].Med,2020,99(5):1-5.
- [17] 温颖能,卢秋莲,王艳.Glazer 盆底表面肌电评估产后盆底肌功能康复应用效果[J].中国计划生育学杂志,2023,31(5):1105-1109.
- [18] HUANG L,ZHANG S W,WU S L, et al.The Chinese version of ICIQ:a useful tool in clinical practice and research on urinary incontinence[J].Neurourol Urodyn,2008,27(6):522-524.
- [19] WILAI S,SIRIRAT S,JITTIMA M.Attitudes and barriers to pelvic floor muscle exercises of women with stress urinary incontinence[J].BMC Women's Health,2022,22(1):477-485.
- [20] 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:沈园园)

## 关于“冒用《军事护理》名义骗取版面费”的声明

近日,本刊编辑部发现有不法分子通过网络以红头“《军事护理》稿件录用通知书”为名,告知作者来稿已通过终审,拟在某期刊发,以此向作者骗取版面费用,并要求作者汇款至个人用户邮政账号,还私刻、冒用《军事护理》编辑部公章。本刊编辑部郑重声明:以上行为实属网络诈骗,本刊保留追究诈骗者法律责任的权利。

所有通过本刊审稿并录用的稿件,录用通知均经《军事护理》官方网站(<http://jfjhlzz.smmu.edu.cn>)网络采编系统发送,稿件状态变更为“录用待安排刊期”,作者根据通知签署《论文著作权授权书》等相关文件后,稿件即进入待刊发流程,目前本刊暂不收取任何费用。谨请广大读、作者擦亮眼睛,提高警惕,防止被骗!本刊联系方式如下:

地址:上海市杨浦区翔殷路800号海军军医大学护理系

《军事护理》编辑部(收)

邮编:200433

电话:021-81871496

网址:<http://jfjhlzz.smmu.edu.cn>

本刊编辑部