

AIDET 沟通模式在高原地区颅内肿瘤患者围术期疼痛管理中的应用

徐丽群¹ 龙登英^{2*}

1 青海大学 2 青海省人民医院神经外科

DOI:10.12238/bmtr.v7i3.14634

[摘要] 目的: 探讨AIDET沟通模式在高原地区颅内肿瘤患者围术期疼痛管理中的应用效果。方法: 选取2024年01月至2024年10月期间在青海省某三甲医院神经外科收治的60例颅内肿瘤围术期患者为研究对象,运用随机数字表法,将这些患者平均分为两组,即对照组和观察组,每组分别30例。对照组采用常规沟通模式,观察组在常规沟通的基础上,实施AIDET沟通模式,对两组患者的疼痛程度、心理状态以及自我效能感展开对比分析。结果: 干预结束后,与对照组相比,观察组患者在术后72h及术后一周时,NRS评分和DASS-21量表评分显著更低,GSES评分则显著更高,两组间差异经统计检验皆具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: AIDET沟通模式应用于高原地区颅内肿瘤围术期患者疼痛管理中,有利于提高疼痛管理水平,可以使患者自觉调整焦虑、抑郁等不良情绪,能有效提高患者自我效能感,改善患者疼痛。

[关键词] 颅内肿瘤; 围术期; 疼痛; AIDET沟通模式

中图分类号: R246.5 文献标识码: A

Application of AIDET communication model in perioperative pain management of patients with intracranial tumors in plateau areas

Liqun Xu¹ Dengying Long^{2*}

1 Qinghai University

2 Department of Neurosurgery, Qinghai Provincial People's Hospital

[Abstract] Objective: To explore the application effect of AIDET communication model in perioperative pain management of patients with intracranial tumors in plateau area. Methods: In the neurosurgery department of a tertiary hospital in Qinghai Province, 60 perioperative patients with intracranial tumors were selected from January 2024 to October 2024, and these patients were evenly divided into two groups, i.e., the control group and the observation group, with 30 cases in each group respectively, by applying the method of randomized numerical table. The control group used the conventional communication mode, and the observation group implemented the AIDET communication model on the basis of conventional communication, and the pain level, psychological state and self-efficacy of the patients in the two groups were compared and analyzed. Results: At the end of the intervention, compared with the control group, the patients in the observation group had significantly lower NRS scores and DASS-21 scores and higher GSES scores at 72h and one week after the operation, and the differences between the two groups were statistically significant after statistical tests ($P < 0.05$). Conclusion: The application of AIDET communication model in pain management of perioperative patients with intracranial tumors in highland areas is conducive to improving the level of pain management, which can enable patients to consciously adjust anxiety, depression and other adverse emotions, and can effectively improve the patients' self-efficacy and improve the patients' pain.

[Key words] intracranial tumor; perioperative; pain; AIDET communication model

由于术前受肿瘤压迫,加之术中神经和(或)组织损伤及术后颅内高压、脑组织水肿、切口损害等多重原因,导致颅内肿瘤患者患有不同程度的疼痛,且术后中、重度疼痛发生率高达46%~87%^[1]。我国高原地区地理和人文因素特殊,医疗资源相对匮乏,颅内肿瘤的治疗和护理给医护人员增加了难度和挑战。疼痛被认为是最不舒适的情感经历,其可兴奋交感神经系统,使心脑负荷加重,增加术后颅内出血的风险,疼痛的不舒适感不仅会影响患者的睡眠质量,还易引起或加重焦虑、抑郁等不良情绪,不利于手术治疗,影响预后^[2-3]。适当的疼痛干预是患者护理和预后的重要组成部分^[4],不但能减少患者痛苦,提高舒适度,还对疾病康复有重要意义。AIDET沟通模式在临床上常用于医患之间的沟通,由问候、介绍、过程、解释、感谢5个环节构成,旨在加强和患者之间的交流,使患者焦虑情绪得到缓解,从而提高依从性,改善临床结局^[5-6]。通过AIDET沟通模式对患者实施疼痛管理,有利于患者建立正确的疼痛认知,自我管理意识增强,改善疼痛^[7]。我科在颅内肿瘤患者围术期疼痛管理中应用AIDET沟通模式,取得满意效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入青海省某三甲医院神经外科2024年01月~2024年10月收治的60例颅内肿瘤患者为研究对象,根据随机数字表法分为对照组(n=30例)和观察组(n=30例)。纳入标准:①经MRI或病理活检确诊、行手术治疗的颅内肿瘤患者;②术后神志清楚、可配合主诉疼痛;③常居住地平均海拔 ≥ 3000 米;④年龄 ≥ 15 岁;⑤住院时间 ≥ 7 天;⑥自愿签署知情同意书。排除标准:①非原发性颅内肿瘤;②合并脑外伤、血管病变、颈椎病、头面部除脑以外的其他器官疾患等全身其他部位疾病致疼痛者;③自愿退出本研究。本研究已通过医院伦理委员会审核(编号:2022-239)。对照组男20例,女10例,年龄26~61(42.56 $\pm$ 6.12)岁;观察组男21例,女9例,年龄25~63(43.76 $\pm$ 6.11)岁;两组患者一般资料均衡可比(P>0.05)。

1.2 方法

对照组患者实施常规护理,即指导患者每周1~2次,每次耗时半小时,通过聆听音乐、进行冥想、书法练习等方法转移注意力,进而缓解疼痛。

观察组在常规护理基础上实施AIDET沟通模式下的疼痛管理方案,具体为:

1.2.1 建立AIDET沟通小组

由科室副主任护师组织成立AIDET沟通小组,并担任组长,小组成员主要由神经外科副主任医师、护士长及N2级以上护师组成。将颅内肿瘤围术期疼痛相关知识和沟通技能作为培训内容,通过讲座、课程授课等途径对小组成员展开培训。AIDET沟通方案的制定和实施,由小组共同讨论完成,分工协作以各成员自身领域专长为基础。为了保证和改进护理质量水平,保留实行过程中有效果的措施;针对护理过程中出现的异常情况或暴露出的不足,进行专项分析并制定改进方案,待新的改进措施经实

践验证有效后,将其正式纳入护理流程。

1.2.2 实施AIDET沟通方案

构建AIDET沟通模式的临床路径、指引及标准化用语,小组成员按AIDET模式与患者沟通,从问候(acknowledge, A)、介绍(introduce, I)、过程(duration, D)、解释(explanation, E)、感谢(thank you, T)5个方面与高原地区颅内肿瘤围术期患者进行制定和设计实施步骤。(1)问候:责任护士以病历资料为基础,获取患者基本信息和病情信息,在床旁面对患者及家属进行问答与沟通,掌握其性格特征,在进行入院环境介绍和健康宣教后,根据患者及家属的环境适应情况及对知识的掌握情况,实施个性化健康指导。为了让患者及家属树立信心并建立正确的认知,对知识达到完全掌握,在指导后,引导并鼓励患者表达自身疑问,采用通俗易懂的语言和专业知识为其分析解答。(2)介绍:制作汉、藏等不同民族的入院健康教育流程表,流程表以条目的形式依次呈现环境(科室病区环境与手术室环境)、设备、医护人员等内容,责任护士对患者每介绍完一项内容,都在相应条目上打“√”,直至流程表所有内容介绍完毕。(3)过程:①术前短视频宣教。以多媒体短视频为媒介,为患者播放手术相关内容,包括手术体位、术中切口情况及病理组织的清理等,在视频播放完成后,给患者解答对手术及术后的疑问,并为其介绍治疗后疾病改善的临床症状。②正念减压。指导患者取舒适卧位,放松全身,从足部开始至头部结束,将注意力逐渐转移至身体各部位,在身心完全沉浸的状态下进行精神扫描。③渐进肌肉放松。肌肉放松的方法录制成音频,并发放给每位患者。手术前,让患者在安静、舒适的环境下,保持意念集中,并根据音频进行肌肉放松训练。④饮食健康教育。术前指导清淡饮食,适当运动增加肠蠕动促进病人排便,必要时诱导排便,并练习床上大小便。术前禁食6h,禁水4h,监测空腹血糖。术后制订个性化饮食方案,术后4h若无恶心呕吐等反应,开始口服少量温开水,6h后流质饮食。术后第1天进半流质饮食,第2天正常饮食。⑤疼痛管理:采用简单易懂的话语,通过宣教图册和视频给患者讲解疾病症状和不良反应,及时满足患者对镇痛的认知需求。为了避免患者发生极端状况,如过度依赖止痛药或强忍疼痛,使其树立正确的镇痛理念,对于自我疼痛评估和护理的方法、药物和非药物的主要镇痛策略及其注意事项等内容进行着重讲解。⑥早期活动:术后6h指导患者在床上适量主动肢体运动;第2~3天即可协助下床床旁活动;第3天开始训练日常生活能力,第4天后逐渐增加活动时间及活动量;功能障碍患者术后48h开始功能康复训练。患者在训练时出现头疼、头晕应即刻休息。(4)解释:手术前让患者及家属充分了解手术及疼痛相关知识及注意事项,手术后让患者及家属了解术后治疗及护理措施、止痛治疗方法、活动干预等。为患者提供集体交流的机会,重点讲解居家疼痛自我护理知识,通过经验分享、相互鼓励等形成正向激励作用,促进患者及家属自我健康管理能力的提升。(5)感谢:最后感谢病人选择在本院接受治疗,感谢合作、等待、理解等;鼓励患者激发主观能动性,提升疾病治疗康复信心,进行小组宣教,给患者提供集

体交流平台,通过经验分享、相互鼓励等使患者间形成正向激励,重点讲解自我居家疼痛护理相关知识,提升患者及家属的自我健康管理能力。

1.3评价指标

①疼痛：患者的疼痛程度采用疼痛程度数字评分法(Numerical Rating Scale, NRS)进行评价,0分表示无痛；1~3分表示轻微疼痛；4~6分表示中度疼痛；7~9分表示重度疼痛,影响睡眠；10分表示剧痛^[8]。

②心理状态：采用抑郁-焦虑-压力自评量表简版(DASS-21)^[9]对两组患者心理状态进行评估,包括DASS-D、DASS-A、DASS-S 3个量表,每量表可分为7项,每项分值为0~3分,后每量表的评估分×2为最后得分,分数越低,预示着该种不良情绪越轻。

③自我效能感：采用一般自我效能感量表(General Self-Efficacy Scale, GSES)评价两组自我效能感,该量表共10个条目,每个条目计1~4分,总分10~40分,分数越高说明自我效能感越强^[10]。

1.4统计学方法

本研究运用SPSS 28.0统计学软件对数据展开分析处理。其中,计量资料通过($\bar{x} \pm s$)的形式进行表述。针对组间差异的比较,当数据方差齐时,采用t检验；若方差不齐,则运用t'检验。当P值小于0.05时,判定差异具有统计学意义。

2 结果

表1 两组入院当天及术后24h、72h、一周疼痛程度评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	入院当天	术后 24 h	术后 72 h	术后一周
观察组	30	2.1±2.1	6.08±1.13	4.13±0.72	1.1±2.1
对照组	30	2.0±2.3	6.12±1.02	5.12±0.82	2.78±2.3
t 值		0.176	-0.144	-4.969	-2.955
P 值		0.861	0.886	<0.001	0.005

表2 两组干预前后自我效能表评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	30	24.02±2.12	35.01±1.13
对照组	30	25.08±3.62	31.82±1.02
t 值		0.863	5.386
P 值		0.362	<0.001

干预完成后,对比观察组与对照组数据：在术后72h以及术后一周,观察组患者的NRS评分显著更低,经两组间差异检验,结果具备统计学意义(P<0.05),详见表1；观察组患者的GSES评分显著更高,两组间差异具有统计学意义(P<0.05),具体数据见表2；在DASS-D、DASS-A和DASS-S量表评分上,观察组显著更低,两组间比较结果显示有统计学意义(P<0.05),详情见表3。

表3 两组干预前后两组患者心理状态比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	DASS-D		DASS-A		DASS-S	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组(n=30)	11.20±2.82	6.62±2.12	9.20±2.12	5.82±1.21	18.42±4.12	11.23±3.02
对照组(n=30)	11.21±1.02	9.231±2.30	9.12±2.70	8.12±2.78	19.12±2.70	18.12±2.78
t 值	0.346	5.491	0.479	6.924	0.778*	9.194
P 值	0.628	<0.001	0.621	<0.001	0.440	<0.001

备注：*为t'检验。

3 讨论

颅内肿瘤围术期疼痛若不采取系统化、有效干预,易影响患者舒适度,危害心理健康,降低生活质量；不利于术后伤口愈合和患者康复,甚至增加并发症的发生。本研究将AIDET沟通模式应用于高原地区颅内肿瘤患者围术期疼痛管理中,可显著减轻患者的疼痛程度,改善其焦虑、抑郁状态。这一结果与徐金^[11]等、陈淑娟^[12]的研究相似。对晚期癌痛患者进行AIDET沟通模式联合规范化疼痛管理后,患者的疼痛评分和负性情绪评分明显降低,心理状态改善,舒适度和生活质量提高^[11]。在胃癌化疗患者中实施基于AIDET沟通模式的疼痛管理,也能降低患者疼痛和负性情绪评分,相比于单纯常规护理其效果更优^[12]。非药物干预在颅内肿瘤围术期疼痛管理中缺乏系统性和普遍性,在临床较不被重视,效能常常被低估。针对颅内肿瘤患者,开展术前或围术期的非药物护理干预,可以调节患者的不良情绪,疾病带来的痛感进而得到缓解,也能够提升患者对疾病治疗的信心,促进患者睡眠状况改善^[13-14]。AIDET沟通模式作为一种非药物干预方式,在高原地区颅内肿瘤患者围术期疼痛管理中应用后取得显著效果。药物镇痛难以克服的副反应,以及药物镇痛不足的局限,使得AIDET沟通模式下的颅内肿瘤围术期疼痛管理成为很好的替代或补充疗法,原有非药物干预形式和内容的单一性得到扩充,为实现持续、全程、安全、有效的疼痛管理添砖加瓦。疼痛管理方案,可以减轻颅内肿瘤围术期患者的应激反应和疼痛程度,提升患者自我效能感,且对患者术后的病情恢复有积极的作用^[15]。在本研究中,干预后观察组患者GSES评分明显高于对照组(P<0.05),其可能原因是疼痛减轻,住院时长缩短,减轻了患者家庭经济负担,进而提高了其自我效能感。AIDET沟通模式是临床高效的沟通模式,其从5个方面入手,将疼痛管理干预应

用于高原地区颅内肿瘤围术期患者,不仅促进了护士在与患者交流沟通内容和程序上的标准化,还使两者间的沟通变得更加自然和自信。护理形式由被动转为主动,提升了护理工作依从性和护理质量,改善了护理效果。AIDET沟通模式是一种全新的沟通模式,这种模式更加体现人性化,不仅能够有效减轻患者抑郁、焦虑及压力等负面情绪,心理状态得到改善,还可提高护理人员的综合水平,进而提升患者对护理的满意度。AIDET沟通模式下积极心理实施后,有效改善患者疼痛相关知识和技能,提高疼痛管理水平,进而达到缓解疼痛的目的,改善日常生活质量及临床症状,提高自护能力,促使患者病情恢复。

综上所述,AIDET沟通模式拓宽了高原地区颅内肿瘤患者围术期疼痛管理渠道,其整合了高适用性、符合患者需要的疼痛管理内容,以科学的形式应用于疼痛管理中,可有效缓解高原地区颅内肿瘤患者的疼痛和负面情绪状态,提高患者自我效能感,方案可行,值得借鉴推广。

[基金项目]

中华护理学会一般项目课题(ZHKY202205)。

[参考文献]

- [1]陈璐,王芳,狄恒丹,等.颅内肿瘤患者围手术期疼痛管理方案的构建及应用研究[J].中华护理杂志,2021,56(6):824-830.
- [2]陈蕾,江雪莲.神经内科护士疼痛知识、疼痛护理态度及行为的调查分析[J].湖北医药学院学报,2020,39(02):191-194.
- [3]刘景云,杨靖,王秋钰,等.动态化疼痛评估及管理对颅内肿瘤患者术后疼痛因子、自我效能及睡眠质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2024,30(10):1-4.
- [4]Small C,Laycock H.Acute postoperative pain management.Br J Surg.2020Jan;107(2):e70-e80.
- [5]陶艳苹,杨雪兰,林越如,等.聚焦解决模式联合AIDET沟通模式在晚期胎膜早破产妇中的应用效果[J].中外医学研究,2023,21(36):75-78.

[6]Register J S,Blanchard E,Belle A,et al.Using AIDET® Education Simulations to Improve Patient Experience Scores[J].Clinical Simulation in Nursing,2020,3814-17.

[7]赵校含,马亚楠,刘瑞云,等.AIDET沟通模式在临床护理中的应用研究进展[J].护理研究,2023,37(06):1026-1030.

[8]严广斌.NRS疼痛数字评价量表numerical rating scale[J].中华关节外科杂志(电子版),2014,(3):410-410.

[9]卢珊,段昕雨,邱明悦.抑郁-焦虑-压力量表简体中文版在大学生群体中的纵向等值性[J].中国临床心理学杂志,2020,28(5):950-953.

[10]Aleksandra,Luszczynska,Urte,et al.The general self-efficacy scale:multicultural validation studies.[J].The Journal of psychology,2005,139(5):439-57.

[11]徐金,王婷婷,程晨.AIDET沟通模式联合规范化疼痛管理对晚期癌痛患者的影响[C]//中华医学会,中华医学会疼痛学分会.中华医学会疼痛学分会第十九届学术年会论文汇编.南京大学医学院附属鼓楼医院,2023:1.

[12]陈淑娟.基于AIDET沟通模式的疼痛管理在胃癌化疗患者中的应用效果[J].中国民康医学,2023,35(6):152-155.

[13]杨坤.术前开展护理干预对脑瘤患者不良情绪的影响探究[J].中国医药指南,2023,21(01):14-17.

[14]袁红,全小明.团队介入式音乐治疗对颅内肿瘤切除患者焦虑、疼痛的影响[J].中国健康心理学杂志,2022,30(12):1786-1791.

[15]刘景云,杨靖,王秋钰,等.疼痛管理方案对颅内肿瘤围术期患者疼痛及自我效能的改善作用[J].罕少疾病杂志,2023,30(10):105-107,112.

作者简介:

徐丽群(1995--),女,汉族,江西赣州,在读硕士研究生,护师,研究方向:颅内肿瘤;疼痛管理;康复。