

AIDET 沟通联合疼痛管理对全膝关节置换术患者心理弹性及疼痛的影响

彭 静 杨庆蕊

(新乡市中心医院 新乡医学院第四临床医院, 河南 新乡 453000)

[摘要] 目的: 分析 AIDET 沟通联合疼痛管理对全膝关节置换术 (TKA) 围手术期患者心理弹性及疼痛的影响。方法: 将 2022 年 3 月至 2023 年 8 月于新乡市中心医院实施 TKA 的 112 例患者按照随机分组原则分为对照组和观察组, 各 56 例。对照组采用疼痛管理, 观察组在对照组管理方案上采用 AIDET 沟通对患者进行管理干预。比较两组患者疼痛情况、心理弹性、居家康复训练依从性。结果: 术后各时段, 两组患者疼痛数字评价量表 (NRS) 评分低于术前, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 但组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预后, 两组患者各项心理弹性量表 (CD-RISC) 评分高于干预前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者身体锻炼、主动寻求建议、康复训练监督的依从性评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: AIDET 沟通联合疼痛管理可提高 TKA 围手术期患者心理弹性, 减轻术后疼痛程度。

[关键词] 全膝关节置换术; AIDET 沟通; 疼痛管理

[中图分类号] R 473 [文献标识码] B

全膝关节置换术 (total knee arthroplasty, TKA) 是临床治疗终末期膝关节疾病的主要方法, 近年来, TKA 病例数呈逐年增加趋势, 其术后引发的强烈疼痛反应及心理应激反应, 均会影响患者术后康复效果^[1]。疼痛管理是 TKA 围手术期患者常用的管理措施, 做好患者术后有效、规范的疼痛管理, 可促进患者术后康复, 增加患者康复治疗依从性^[2]。但关于患者围手术期较为明显的心理负担, 疼痛管理则无法解决。AIDET 沟通是一种新型的沟通方法, 由问候 (acknowledge, A)、介绍 (introduce, I)、过程 (duration, D)、解释 (explanation, E)、致谢 (thank you, T) 五部分组成, 强调语言与非语言沟通的重要性, 可为医疗管理及医患沟通提供标准化程序及内容, 对促进医患关系、护理管理工作的开展具有重要意义^[3]。基于此, 本研究以 TKA 患者为例, 分析 AIDET 沟通联合疼痛管理的应用效果, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2022 年 3 月至 2023 年 8 月于新乡市中心医院实施 TKA 的 112 例患者按照随机分组原则分为对照组和观察组, 各 56 例。对照组患者男性 11 例, 女性 45 例; 年龄 50 ~ 76 岁, 平均 (62.83 ± 5.85) 岁; 左膝 26 例,

右膝 30 例; 体质指数 $18 \sim 28 \text{ kg} \cdot \text{m}^2$, 平均 (22.93 ± 2.82) $\text{kg} \cdot \text{m}^2$ 。观察组患者男性 13 例, 女性 43 例; 年龄 50 ~ 78 岁, 平均 (63.12 ± 5.96) 岁; 左膝 28 例, 右膝 28 例; 体质指数 $18 \sim 28 \text{ kg} \cdot \text{m}^2$, 平均 (23.04 ± 2.85) $\text{kg} \cdot \text{m}^2$ 。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。本研究经新乡市中心医院伦理委员会批准 [伦理批号: 2020-162-01 (K)]。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 患者均择期实施单侧 TKA 术; (2) 美国麻醉医师协会 (American Society of Anesthesiologists, ASA) 分级 I ~ II 级^[4]; (3) 患者及家属知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 实施双侧 TKA 术; (2) 术前有躯体功能障碍、瘫痪者; (3) 有病理性骨折、骨结核、恶性肿瘤者; (4) 伴有心理障碍、精神功能异常、无法沟通者; (5) 神经肌肉传导障碍者; (6) 有实质性重要脏器病变者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用疼痛管理, 即在术前, 由护士评估患者疼痛程度, 术前遵医嘱给药仅超前镇痛; 术后适当抬高患肢促进血液回流, 每次 20 ~ 30 min, 同时术后冰敷患肢伤口, 术后 48 h 每 1 h 冰敷 1 次, 每次

[收稿日期] 2023 - 11 - 09

[基金项目] 河南省医学科技攻关计划项目 (LHGJ20200949)

[作者简介] 彭静, 女, 主管护师, 主要研究方向是护理学。

20~30 min; 若患者疼痛难忍, 可采用止痛剂处理; 术后由护理人员讲解引起疼痛的原因及危害, 改变患者错误认识; 术后配合心理疏导、躯体放松、音乐疗法等措施转移患者注意力; 术后通过口头宣教, 说明肢体康复活动的基本流程、时间, 指导患者进行膝关节被动、主动屈伸运动等, 鼓励患者早期开展肢体康复训练。

1.3.2 观察组 在对照组管理方案上采用 AIDET 沟通对患者进行管理干预, 具体内容如下: (1) 问候。由护理人员热情接待患者、家属入院, 详细了解患者基本信息及病历信息, 主动问候, 采用“您好!”“请您留神”“请稍等”等问候语进行交流, 在与患者交流时, 注意面带微笑、语言亲切、态度温和。(2) 介绍。由护士主动向患者自我介绍, 并介绍主治医师、麻醉医师的姓名、年资、经验, 介绍主治医师的优势, 说明此次护理工作的负责人员; 并由治疗成功案例进行自我介绍、分享康复经验, 肯定手术优势; 结合视频、实物模拟等介绍手术过程、术后康复要点及流程。(3) 过程。由护士通过视频、健康手册等方法详细讲解各种康复护理的必要性, 主动说明康复训练的时间、意义、内容及疼痛护理的基本措施、时间及疼痛工具使用方法等; 指导患者在术后 6 h 即可进行肢体被动活动、肌肉收缩等训练; 鼓励患者尽早下床站立, 并逐渐进行踝关节环绕、屈伸训练、直腿抬高、膝关节抗阻屈伸训练等; 主动引导患者诉说自己的心理感受、疼痛程度, 通过音乐疗法、舒适体位、看书、看视频、躯体放松等方法转移注意力; 介绍围手术期各种治疗措施的必要性、方法及所取得的效果, 增加患者治疗依从性。(4) 解释。护理人员在为患者制定围手术期康复训练、疼痛护理、心理护理、日常生活指导等护理措施时, 需向患者、家属解释每项护理措施的注意事项及必要性, 解释每项运动的康复要点、作用以及坚持康复训练的重要性; 同时指导家属协助患者进行膝关节被动、主动屈伸运动、床边站立及下床活动等; 解释术后管道留置的机制、术后疼痛产生原因及各种镇痛措施的机制; 耐心解释在康复训练或在治疗时所带来的不适症状及处理措施; 解释患者可以进行部分简单的家务活动, 且不会影响肢体康复; 主动解释在此次护理工作中护士扮演的角色及作用, 增加患者的康复信心。(5) 致谢。当班护士在与患者沟通完成, 以及完成每项护理措施后, 均要用一系列感谢性语言, 如“谢谢您的配合、理解及支持”“您这样做是非常对的”等, 以此增加患者康复信息, 营造良好的护患关系。

两组均从术后开始连续干预至出院结束, 出院后通过电话、微信随访指导患者康复训练及家务活动, 出院 3 个月后至门诊复查。

1.4 观察指标

观察两组患者疼痛情况、心理弹性、居家康复训练

依从性。(1) 疼痛情况。即在术前、术后 1 d、3 d、5 d、7 d 采用疼痛数字评价量表 (numerical rating scale, NRS) [5] 评价术后疼痛程度, 量表总分 10 分 (剧烈疼痛, 无法忍受), 最低为 0 分 (无痛); 分值随疼痛加重而增加。(2) 心理弹性。于干预前、干预后 (出院 3 个月后) 采用心理弹性量表 (Connor-Davidson resilience scale, CD-RISC) [6] 评价患者的乐观 (4 个条目, 0~16 分)、坚韧 (13 个条目, 0~52 分)、自强 (8 个条目, 0~32 分) 的心理状态, 分值越高, 心理弹性水平越高。(3) 居家康复训练依从性。出院 3 个月后至门诊复查时比较两组居家康复训练依从性, 参照赵改云等 [7] 编制的康复锻炼依从性量表, 包括身体锻炼依从性 (5 个条目)、主动寻求建议依从性 (3 个条目) 及康复训练监督依从性 (3 个条目), 每个条目从“完全做不到”到“完全能做到”计 1~4 分, 分值越高, 康复锻炼依从性越高。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 26.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疼痛情况比较

术后各时段, 两组患者 NRS 评分低于术前, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05); 但组间比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者疼痛情况比较 (*n* = 56, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	术前	术后 1 d	术后 3 d	术后 5 d	术后 7 d
对照组	6.97 ± 1.48	2.21 ± 0.52 ^a	2.10 ± 0.50 ^a	1.79 ± 0.42 ^a	1.30 ± 0.38 ^a
观察组	7.10 ± 1.52	2.18 ± 0.46 ^a	2.02 ± 0.42 ^a	1.72 ± 0.38 ^a	1.28 ± 0.35 ^a

注: 与同组术前比较, ^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者干预前后心理弹性比较

干预后, 两组患者各项 CD-RISC 评分高于干预前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者干预前后心理弹性比较 (*n* = 56, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	乐观	坚韧	自强
对照组	干预前	9.01 ± 1.62	26.13 ± 4.25	14.18 ± 4.30
	干预后	11.08 ± 1.43 ^b	34.28 ± 4.58 ^b	18.82 ± 3.30 ^b
观察组	干预前	8.96 ± 1.58	25.92 ± 4.16	13.86 ± 4.28
	干预后	13.15 ± 1.52 ^{bc}	42.15 ± 4.31 ^{bc}	23.64 ± 3.35 ^{bc}

注: 与同组干预前比较, ^b*P* < 0.05; 与对照组干预后比较, ^c*P* < 0.05。

2.3 两组患者居家康复训练依从性比较

观察组患者身体锻炼、主动寻求建议、康复训练监督的依从性评分均高于对照组, 差异具有统计学意义

($P < 0.05$)，见表3。

表3 两组患者居家康复训练依从性比较 ($n = 56, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	身体锻炼	主动寻求建议	康复训练监督
对照组	12.08 ± 1.72	5.81 ± 1.01	5.76 ± 1.00
观察组	16.10 ± 1.84 ^d	9.86 ± 1.24 ^d	9.52 ± 1.20 ^d

注：与对照组比较，^d $P < 0.05$ 。

3 讨论

TKA患者术后多伴中度至重度疼痛，严重影响了患者术后康复效果及治疗满意度，使其康复效果明显降低。因此对于TKA患者，临床多需采用规范、合理、多样化的镇痛方案缓解患者术后疼痛，促进患者尽快康复^[8]。但因TKA手术创伤大，术后不仅会引起患者强烈的疼痛反应，也会使患者产生焦虑、恐惧、不安等心理，使其身心健康状态明显降低^[9]。因此仅采用疼痛管理虽然能缓解患者身体疼痛，但对患者心理问题无法有效解决。AIDET沟通包括问候、介绍、过程、解释及致谢的5个沟通步骤，可为医护人员提供标准、合理的沟通流程及内容，以此能充分、高效地传达各项护理及治疗措施，可明显提高护理效率，营造良好的护患关系^[10]。本研究结果显示，术后各时段，两组患者NRS评分低于术前，差异具有统计学意义($P < 0.05$)；但组间比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，说明术后规范、有效的疼痛管理可降低患者术后疼痛程度，证实了围手术期多模式镇痛的必要性，而采用AIDET沟通模式对患者术后疼痛无明显作用，主要是该方案主要是规范护理人员的护理流程，虽然能使患者认识到镇痛优势，但对患者术后疼痛整体影响不大。

由于患者对TKA手术认知不足，术后剧烈疼痛、肢体受限，生理及心理均受到严重创伤，故而使其产生强烈的心理应激反应，影响患者康复锻炼依从性^[11]。本研究结果显示，观察组患者干预后的心理弹性(乐观、坚韧、自强)评分均高于对照组，身体锻炼、主动寻求建议、康复训练监督的依从性评分均高于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)；结果提示AIDET沟通联合疼痛管理可提高患者心理弹性水平，促使患者出院后也能积极进行康复锻炼。在疼痛管理当中，良好的镇痛可允许患者早期功能锻炼，促进患者积极锻炼，减轻因疼痛而产生的焦虑、烦躁等心理，改善患者情绪状态^[12]；同时采用AIDET沟通，可改变患者对疼痛、康复训练的错误认知，建立无痛理念及坚持康复锻炼的认知，提高患者康复信心及依从性；同时与患者合理沟通，能够缓解心理应激反应及心理压力，使其处于一个轻松、愉悦的沟通交流氛围^[13]；并对患者的疼痛、康复锻炼进行宣教，运用音乐疗法、放松疗法等方法能够缓解患者焦虑、疼痛、

恐惧等情况，使患者认识到积极锻炼的重要性，增加患者健康认知程度，以此能提高患者心理弹性水平，增加患者出院后的康复锻炼依从性；另外通过AIDET沟通，使患者在接受各项护理、治疗的同时，均使其了解各种医疗措施的必要性、目的及作用，消除患者治疗及康复训练的不确定感、担忧感，从而能使患者积极进行康复训练。

综上所述，AIDET沟通联合疼痛管理的应用，能够提高TKA围手术期患者心理弹性，减轻术后疼痛程度，增加患者居家康复锻炼依从性。

[参考文献]

- [1] 李晓辉. 早期量化康复训练联合疼痛管理对人工全膝关节置换术患者术后恐惧症的影响[J]. 护理与康复, 2022, 21(4): 37-40.
- [2] 中华医学会骨科学分会关节外科学组, 北京医学会骨科专业委员会关节外科学组. 中国全膝关节置换术围手术期疼痛管理指南(2022)[J]. 协和医学杂志, 2022, 13(6): 965-985.
- [3] 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(6): 1026-1030.
- [4] 王晓伟, 孙天胜, 张建政, 等. 美国麻醉医师协会分级对老年髌骨骨折患者预后的预测作用[J]. 中华创伤杂志, 2020, 36(1): 1-57.
- [5] 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, 8(3): 92.
- [6] PAPINI N, KANG M, RYU S, et al. Rasch calibration of the 25-item Connor-Davidson Resilience Scale [J]. J Health Psychol, 2021, 26(11): 1976-1987.
- [7] 赵改云, 钱会娟, 王凡凡, 等. 全膝关节置换术患者居家康复训练依从性量表的编制及信效度检验[J]. 护理学杂志, 2019, 34(12): 94-97.
- [8] 苟艳君, 王锐霞, 夏琴, 等. 疼痛灾难化对全膝关节置换术患者锻炼依从性影响的有调节的中介效应[J]. 护理学杂志, 2023, 38(22): 97-100.
- [9] 罗瑶, 王雯, 杨光辉, 等. 疼痛干预联合康复锻炼对髌关节置换术患者的早期疗效及对关节恢复情况的影响[J]. 河北医药, 2023, 45(11): 1758-1760.
- [10] 宋科, 王贺, 张思森, 等. 基于AIDET沟通模式和5E理念的综合康复护理对微创全髌关节置换术患者的影响[J]. 河南医学研究, 2021, 30(28): 5345-5348.
- [11] 张晶晶, 芮晶晶, 仇婷. 核心稳定性训练联合疼痛护理在髌关节置换术后患者中的应用[J]. 中国医药导报, 2023, 20(12): 169-172.
- [12] 周琴, 贾勤, 于红英, 等. 全膝关节置换术后非药物干预疼痛管理的最佳证据总结[J]. 护理与康复, 2022, 21(5): 33-37.
- [13] 耿艳, 孙淑晶, 孙秋月, 等. AIDET沟通模式在普外科患者围术期中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(10): 52-54.