

AD 的患病率高,病程长,且疾病可造成患者的认知功能及精神行为症状的改变,给家庭,乃至整个社会带来沉重的负担,但由于 AD 的病因尚不明确,无法得到根治治疗,因而,维持和促进患者的生活质量便成为 AD 治疗和照护的主要任务。本研究通过采取延续护理干预后,观察组患者除经济外其余各项评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),这主要是由于延续护理注重重复锻炼、以加强患者的身体健康、提高日常生活能力,改善生活质量为目标;进行每天 2 次的全方位认知功能训练,强化患者对时间、空间、人物定向力的认知,弥补痴呆患者因各种行为能力的受损而导致的生活质量下降;全程的心理指导,改善了患者的不良情况,提高了患者治疗的配合性;每周 3 次的躯体运动锻炼和生活能力训练,提高了患者的肌力,增强身体的平衡性和协调性;同时通过每 2 个月 1 次的联谊会患者集合起来活动,由此创造了一个小型的社交空间,为患者提供了与他人交流的机会使得从外部环境的角度提高了患者的生活质量。

总之,AD 患者出院后的延续护理服务可提高患者的日常生活能力,改善生活质量,值得临床推广和应用。

参考文献

[1] 李峥. 老年痴呆相关概念辨析[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(10):1045.
 [2] Moniz-Cook E, Vernooij-Dassen M, Woods B, et al. Psychosocial interventions in dementia care research: the INTERDEM manifesto [J]. Aging Ment Health, 2011, 15(3):283-290.
 [3] O'Shea E, Devane D, Murphy K, et al. Effectiveness of a structured education reminiscence-based programme for staff on the quality of life of residents with dementia in long-stay units: a study protocol for a cluster randomised trial [J]. Trials, 2011, 12(1):41.
 [4] 付伟, 李萍, 钟银燕. 延续性护理研究综述[J]. 中国实用

护理杂志, 2010, 26(1C):74-76.

[5] 袁燕, 邢红霞, 李静. 护理干预在改善老年性痴呆症患者心理行为及提高生活质量中应用的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(15):3-5.
 [6] Edwards N, Gardiner M, Ritchie DM, et al. Effect of exercise on negative affect in residents in special care units with moderate to severe dementia [J]. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2008, 22:362-368.
 [7] 汪婷, 沈军. 延续护理模式对我国老年性痴呆患者生活质量影响的 Meta 分析 [J]. 中国实用护理杂志, 2014, 30(11):12-15.
 [8] 于红静, 陆新容, 钟玉群. 3+1 整体康复护理模式对老年痴呆患者认知功能的影响 [J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(16):12-14.
 [9] 谭晓雪, 罗玉玲, 招丽媪, 等. 康复训练对早、中期老年性痴呆患者认知功能障碍的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(18):3876-3878.
 [10] 林晓莉, 王君俏, 贾守梅, 等. 老年期痴呆患者实行小组活动套餐项目的实践 [J]. 中华护理杂志, 2011, 46(9):875-877.
 [11] 刘金玉, 肖露, 吴结梅, 等. 康复训练对老年痴呆患者认知功能的影响 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(12):24-25.
 [12] 杨明莹, 张丽霞, 王俊, 等. 延续护理服务对造口患者出院后自我护理能力的影响 [J]. 中国护理管理, 2014, 14(2):154-156.
 [13] 胡承平, 瞿正万, 傅红梅, 等. 老年痴呆患者综合康复训练提高生存质量有效性评估 [J]. 中国康复医学杂志, 2013, 28(2):154-156, 165.

(收稿日期:2017-05-17 修回日期:2017-06-26)

• 临床探讨 •

多专业协作模式对哮喘患者呼吸功能、自理能力及生活质量的影响

林承霞

(海南省海口市中医医院文明中门诊 570203)

摘要:目的 探讨多专业协作模式对哮喘患者呼吸功能、自理能力及生活质量的影响。方法 2014 年 10 月至 2016 年 10 月选取该院收治的 110 例哮喘患者,根据随机数字表将患者分为观察组($n=55$)及对照组($n=55$),对照组给予呼吸内科常规性护理,观察组在对照组基础上应用多专业协作护理模式,干预时间为 6 个月,比较两组患者干预前后呼吸功能、自理能力及生活质量的变化。结果 观察组干预 3、6 个月后 1 s 用力呼气量(FEV1)、第 1 秒用力呼吸气量/用力肺活量(FEV1/FVC)、6 min 步行实验(6MWT)较对照组均得到明显的改善($P < 0.05$)。观察组干预 3 个月、干预 6 个月自理能力、自护实践能力、对哮喘疾病认知及总评分较对照组显著升高($P < 0.05$)。观察组干预 3、6 个月临床症状、活动能力、疾病影响及总评分较对照组显著下降($P < 0.05$)。结论 多专业协作模式能有效改善哮喘稳定期患者呼吸功能,提高患者自理能力及生活质量。

关键词:多专业协作模式; 哮喘; 呼吸功能; 自理能力; 生活质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.18.051 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)18-2781-04

哮喘是以炎症反应、高气道症状为特征的免疫变态反应性疾病,是我国呼吸内科常见的慢性疾病^[1]。患者病情反复、迁延难愈、日常生活能力受限,导致患者生活质量明显下降。哮

喘发作受环境、精神因素、吸烟、运动等因素影响,通过提高患者疾病认知功能及疾病自理能力将有助于患者避免接触刺激因素,减少哮喘发作次数,改善患者肺功能,提高患者生活质

量^[2]。多专业协作模式是以患者为中心,依靠团队成员紧密合作,制订个体化、规范化、连续性的综合治疗方案^[3]。多专业协作模式的建立将有助于发挥护理的优越性,对提高患者护理效果,改善患者病情及提高患者生活中质量具有重要的意义^[4]。本研究将探讨多专业协作模式对哮喘患者呼吸功能、自理能力及生活质量的影响,旨在为哮喘患者临床护理提供指导。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2014 年 10 月至 2016 年 10 月选取本院收治的 110 例哮喘患者,纳入标准:(1)符合全国哮喘防治协作组 1998 年修订的哮喘诊断标准^[5];(2)病程大于 1 年,为哮喘急性缓解期;(3)均于知情同意下参与本研究。排除标准:(1)认知障碍、智力障碍及器质性精神疾病者;(2)心肝肾功能不全者;(3)不愿配合研究者。根据随机数字表将患者分为观察组($n=55$)及对照组($n=55$),观察组:男 28 例,女 27 例,年 45~78 岁,平均(62.8±2.4)岁;病程 1~5 年,平均(3.2±0.4)年;文化程度:小学 12 例,初中 18 例,高中 10 例,大专或本科 15 例。对照组:男 25 例,女 30 例;年 46~75 岁,平均(63.2±2.7)岁;病程 1~5 年,平均(3.4±0.6)年;文化程度:小学 15 例,初中 15 例,高中 10 例,大专或本科 15 例。两组患者临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组患者入院后,实施平喘、抗感染、止咳、化痰、吸氧等常规性治疗及雾化吸入治疗。对照组治疗过程中给予呼吸内科常规性护理,包括密切留意患者病情变化、遵医嘱服药、合理锻炼、合理作息,并于患者出院时给予出院指导。观察组在对照组基础上应用多专业协助模式实施护理,具体措施如下。

1.2.1 成立多专业协作团队 团队成员包括呼吸内科、营养科、心理科及康复科医生各 1 名,呼吸内科护士 3 名,其中护士长 1 名,责任护士 2 名。(1)护士长负责组建团队,并督促护理方案有效实施,主导多学科间交流及沟通。(2)责任护士工作年限大于 5 年,具有良好的呼吸内科护理经验,负责哮喘患者护理计划的制订、实施、监测及护理效果分析,同时落实多学科专业化护理方案并指导下级护士完成护理工作。

1.2.2 多专业协作护理方案制订 方案包括 3 阶段护理内容,第 1 阶段为入院急性期护理,第 2 阶段为入院稳定期护理,第 3 阶段为出院后延续护理。

1.2.3 多专业协作护理内容 (1)急性期护理:①由呼吸内科医生给予平喘、抗感染、止咳、化痰、吸氧等治疗,呼吸内科护士密切留意患者生命体征,对于体征异常者立刻告知主治医生,并进行对症治疗。②责任护士分析患者换气存在的问题,如患者是否存在哮喘,对于存在换气问题的患者对其给予抗菌药物及支气管扩张剂治疗,改善患者临床症状。③责任护士指导患者做深呼吸,并给予低流量吸氧。④密切观察患者生命体征、

动脉血流及血氧饱和度变化情况。⑤减少患者耗氧量,观察患者痰液分布情况、呼吸声音、黏膜弹性,及时补充水分,以促进排痰。(2)稳定期护理:①联合心理医生对患者进行认知干预,帮助患者正常认识疾病,提高患者治疗及应对信心。②向患者发放哮喘日记表格,鼓励患者进行简单的记录及分析。③协助患者应用手机下载步行管理软件,养成早晚散步的习惯。指导患者进行太极拳、瑜伽练习。④联合营养科医生,对存在营养高风险或不良的患者进行个性化营养支持性治疗。⑤呼吸功能锻炼。由康复科医生指导患者进行缩唇呼气及呼吸操锻炼,缩唇呼气:指导患者手指按压腹部,缓慢吸气然后缓慢呼气,并通过吹蜡烛的方式训练患者缩唇大小。呼吸操:患者取坐姿,双手握拳,屈伸肘关节 4~8 次,同时进行深呼吸,展臂吸气,抱胸呼气 4~8 次。立式:叮嘱患者张开双腿与肩部齐宽,叉腰呼吸,一手旋转,一手搭肩,旋转上身各 4~8 次。卧式:患者取卧位,其余操作与坐式相同。(3)建立随访护理系统:①出院前 1 d,责任护士告知患者出院随访计划及统一各项评估指标,登记有效电话。②出院当天,发放随访联系卡,接受 24 h 来电及微信咨询。③出院后 1、2、4、6、8 周接受电话随访。随访护士负责整理及输入资料,注明下次回访关注的重点。

1.3 观察指标 由责任护士记录两组患者干预 3 个月、干预 6 个月时呼吸功能、自理能力及生活质量情况。(1)呼吸功能:应用 SYECA-HX01 呼吸作用测定仪测定两组患者 1s 用力呼气量(FEV1)、第 1 秒用力呼吸气量/用力肺活量(FEV1/FVC)。6 min 步行实验(6MWT)让患者直线行走,记录患者 6 min 步行距离。(2)自理能力:应用《自护能力评估量表》^[6]对患者自护能力进行评定,量表共 3 个维度 20 个条目,包括个体对哮喘知识了解(7 题)、自护实践能力(6 题)、自理能力(7 题)。应用 Likert 5 级评分法,总分 0~100 分。(3)生活质量:采用圣-乔治呼吸问卷(SGRQ)^[7]进行评价,问卷包括临床症状、活动能力、疾病影响等 3 个维度,共 76 个条目,各维度平均得分为 0~100 分,分值越高患者生活质量越差。

1.4 统计学处理 应用 SPSS19.0 软件,对数据先行正态分布检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用独立样本的 t 检验,治疗前后的比较采用配对 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前、干预后 3 个月、6 个月肺功能比较 观察组干预 3 个月、6 个月后 FEV1、FEV1/FVC、6MWT 较对照组均得到明显的改善($P<0.05$),见表 1。

2.2 两组患者干预前、干预后 3 个月、6 个月自理能力变化 观察组干预 3 个月、6 个月自理能力、自护实践能力、对哮喘疾病认知及总自护能力评分较对照组显著升高($P<0.05$),见表 2。

表 1 两组患者干预前、干预后 3 个月、6 个月肺功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FEV1(L)			FEV1/FVC(%)			6MWT(m)		
		干预前	干预 3 个月	干预 6 个月	干预前	干预 3 个月	干预 6 个月	干预前	干预 3 个月	干预 6 个月
观察组	55	2.32±0.15	2.72±0.52*	2.95±0.68*	0.52±0.18	0.68±0.59*	0.82±0.22*	312.50±12.25	345.89±8.25*	392.22±7.63*
对照组	55	2.30±0.32	2.45±0.41	2.59±0.63	0.51±0.22	0.58±0.45	0.65±0.26	312.05±10.78	325.66±9.02	358.96±9.22

注:与对照组比较,* $P<0.05$

表 2 两组患者干预前、干预后 3 个月、6 个月自理能力变化($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	自理能力			自护实践能力		
		干预前	干预 3 个月	干预 6 个月	干预前	干预 3 个月	干预 6 个月
观察组	55	15.96±2.98	18.25±3.88*	22.92±4.78*	13.25±2.85	16.89±4.22*	22.98±5.22*
对照组	55	15.78±3.12	16.79±2.86	18.48±3.56	13.52±3.26	14.88±5.02	16.52±4.36

组别	n	对哮喘疾病认知			总自护能力评分		
		干预前	干预 3 个月	干预 6 个月	干预前	干预 3 个月	干预 6 个月
观察组	55	8.12±1.25	12.98±2.85*	18.89±3.01*	40.12±4.25	56.36±5.22*	72.98±7.89*
对照组	55	8.06±1.09	10.22±2.33	12.45±2.59	39.56±4.18	48.66±5.06	59.22±6.02

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

表 3 两组患者干预前、干预后 3 个月、6 个月生活质量变化($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	临床症状			活动能力		
		干预前	干预 3 个月	干预 6 个月	干预前	干预 3 个月	干预 6 个月
观察组	55	53.02±4.56	45.26±4.22*	42.12±3.98*	50.25±4.22	42.52±3.78*	38.02±4.75*
对照组	55	53.14±3.26	50.18±5.02	46.78±3.12	50.16±4.69	46.98±3.26	42.88±4.28
时间		$F=27.558, P=0.000$			$F=22.456, P=0.000$		
不同时间点		$F=21.425, P=0.000$			$F=26.147, P=0.000$		
组间×不同时间点		$F=30.102, P=0.000$			$F=31.254, P=0.000$		

组别	n	疾病影响			总评分		
		干预前	干预 3 个月	干预 6 个月	干预前	干预 3 个月	干预 6 个月
观察组	55	45.22±5.26	42.12±4.26*	36.45±5.02*	56.98±5.42	48.12±5.26*	45.02±4.18*
对照组	55	45.36±6.28	43.45±5.11	40.98±4.16	56.02±4.36	50.36±4.26	47.56±4.02

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.3 两组患者干预前、干预后 3 个月、6 个月生活质量变化 观察组干预 3 个月、6 个月临床症状、活动能力、疾病影响及总评分较对照组显著下降,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

3 讨 论

哮喘患者由于病情长,反复发作,迁延难愈,需对患者加强护理,以降低患者发作次数,改善患者病情。护士作为多专业协助模式实施的主体,在患者康复过程中起到重要的作用^[8]。本研究通过组建多专业协助模式护理团队,以多专业小组为基础,通过各学科人员相互合作、相互配合从而为患者提供系统化、规范化及专业化的护理干预,提高患者疾病管理能力,促进患者康复。本研究结果显示,观察组干预 3、6 个月后 FEV1、FEV1/FVC、6MWT 较对照组均得到明显的改善,从而提示多专业协助模式能有效改善哮喘患者病情,研究结果与王洪飞^[9]一致。考虑可能原因:多专业协助模式通过多学科间紧密合作及联系,对患者急性发作期、稳定期及院外随访实施科学管理,使患者病情得到有效的治疗及控制,从而更好地改善患者呼吸功能^[10]。此外,患者出院后通过院外随访进一步给予患者用药指导及生活指导,提高了患者疾病认识,使患者出院后也能配合治疗及进行康复锻炼,因此能很好地改善患者病情^[11]。

自我护理能力是哮喘防治体系中重要的手段,通过提高患者自我护理能力可提高患者疾病治疗的积极性及信心,有助于患者改善病情^[12]。本研究结果显示,两组患者干预前自护能力均处于较低的水平,观察组患者干预后自我护理能力显著高

于对照组。考虑可能原因:既往我国社会医疗保障系统建立尚不完善,对疾病自我保健知识宣传力度还不够,患者自我保健意识差,缺乏疾病自我护理知识及认知技能^[13]。而多专业协作模式通过调查及评估更好地了解患者存在的缺陷,通过制订健康指导方针,出院后院外随访提供具体的健康指导,纠正患者存在的不良健康生活方式及行为,提高患者疾病认识,改善患者自护能力^[14]。

生活质量是评价慢性疾病患者康复效果的重要指标,本研究中观察组干预 3、6 个月临床症状、活动能力、疾病影响及总评分较对照组显著下降,提示多专业协助模式能有效提高哮喘患者生活质量。考虑可能原因:多专业协助模式能为哮喘患者提供专业化的躯体及心理干预,能最大限度改善患者躯体症状及增强患者心理适应性,提高患者对哮喘的认知水平,促使患者更好地配合治疗,使患者心理及躯体症状均得到有效的改善,提高了患者生活质量^[15]。

综上所述,多专业协助模式能有效促进哮喘患者康复,提高患者自理能力及生活质量。但由于本院开展多学科专业化护理的时间较短,因此在日后工作中需进一步细化多学科专业化团队护士职责及提高护士管理能力,通过建立路径式培训及考核,提高护士专科护理能力,完善多学科专业化护理方案。

参考文献

[1] 钱朝翠,张妍蓓.个体化系统性护理干预对支气管哮喘疾病控制效果的影响[J].中华疾病控制杂志,2014,18(5):

453-455.

- [2] 谭燕平. 一体化护理在改善哮喘急性发作患者情绪及心理状态中的效果研究[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(12):17-19.
- [3] 尹萍, 牛艳慧. 多专业协作模式在稳定期 COPD 患者中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 3(30):3670-3672.
- [4] 齐丽娜. 多专业协作护理模式在慢性阻塞性肺疾病患者中的运用效果[J]. 山西医药杂志, 2016, 45(6):737-738.
- [5] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 中华医学会第五届全国哮喘学术会议暨中国哮喘联盟第一次大会纪要[J]. 中华内科杂志, 2007, 46(6):513-514.
- [6] 郭丽娜, 高涵, 郭启云, 等. 修正版自我护理能力评估量表汉化后的信效度评价[J]. 中国实用护理杂志, 2014, 30(30):64-66.
- [7] 张新静, 沈威, 高蔚, 等. 六分钟步行试验及圣·乔治呼吸问卷与慢性阻塞性肺疾病患者运动能力的相关性研究[J]. 中国实用医药, 2013, 8(12):82-83.
- [8] 蔡盈, 晁玲, 史德利, 等. 优质护理在哮喘患儿急性发作期

中的应用[J]. 安徽医药, 2015, (3):588-589.

- [9] 王洪飞. 老年哮喘护理中应用舒适护理的临床体会[J]. 中国卫生标准管理, 2014, 5(22):171-173.
- [10] 袁梅, 黄翠红, 欧瑞燕, 等. 延续性护理对老年性哮喘患者的影响研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2014, 35(2):287-288.
- [11] 赵艳红, 张海亚. 健康指导对哮喘患者自我护理能力及生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(20):2268-2269.
- [12] 宋雪娟, 沈晓兰. 哮喘患者自我护理能力与健康行为的相关性研究[J]. 护理实践与研究, 2015, 4(3):99-100.
- [13] 孙祥丽. 自我护理教育对哮喘病人自我护理能力和生活质量的影响[J]. 临床研究, 2016, 24(5):14-15.
- [14] 张建芳. 全方位护理对老年哮喘患者肺功能及生活质量的影响[J]. 吉林医学, 2015, 5(11):2385-2386.
- [15] 宋红梅. 康复护理措施对老年哮喘病人肺功能及生活质量的影响[J]. 全科护理, 2015, 6(34):3421-3423.

(收稿日期:2017-05-18 修回日期:2017-06-27)

不同 PEEP 水平时 ARDS 患者经颅多普勒检查和肺部指标变化情况观察

蔡林再, 王成存, 谢五菊, 陈 山

(海南省儋州市第一人民医院呼吸内科 571700)

摘要:目的 探索不同呼吸末正压(PEEP)水平时急性呼吸窘迫征(ARDS)患者经颅多普勒检查脑血管调节能力和肺部指标的变化。方法 选取 2015 年 3 月至 2016 年 3 月于该院就诊的中度和重度急性呼吸窘迫综合征患者 116 例, 观察患者不同 PEEP 水平时经颅多普勒检查指标和肺部指标的具体变化情况。结果 PEEP 从 (6.8 ± 1.1) cm H₂O 调节到 (15.3 ± 2.0) cm H₂O 时, 患者的氧合指数(PaO₂/FiO₂)从 (172.5 ± 98.5) 升高至 (339.6 ± 119.8) , 差异有统计学意义($P < 0.05$); 且与 PEEP 调节前相比较, PEEP 调节后患者的气道峰压(APP)、气道平台压(Pplat)显著升高($P < 0.05$); 与 PEEP 调节前相比较患者的心率(HR)、平均动脉压(MAP)、大脑中动脉的血流平均速度(Vm)、收缩期最高峰值速度(Vps)、舒张期速度(Vd)、屏气指数(BHI)值与 PEEP 调节后差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 相对较高的 PEEP 水平可以缓解 ARDS 患者的肺部症状、改善肺部功能, 且不会影响患者的脑血管自我调节能力。

关键词:不同呼吸末正压; 急性呼吸窘迫征; 脑血流速度; 屏气指数; 肺功能

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.18.052 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)18-2784-04

急性呼吸窘迫综合征(ARDS)是指由各种肺内和肺外致病因素所导致的急性弥漫性肺损伤和进而发展的急性肺衰竭, 且 ARDS 患者的致残率、病死率较高^[1]。研究表明, 中毒、感染、药物过量、大面积重度烧伤、外伤、外科手术和休克等出现时, 可能引起机体肺毛细血管弥漫性的损伤以及肺间质的炎性反应, 引起肺泡的进行性塌陷, 降低肺顺应性, 有的可发展成通透性肺水肿, 导致患者出现急性、进行性、缺氧性的呼吸衰竭^[2]。因此临床常采取肺复张, 以及肺复张后适当呼气末正压(PEEP)维持肺泡开放状态的措施改善 ARDS 患者氧合情况^[3]。临床上针对 ARDS 患者主要采取扩张患者气道肺泡的方式增加其功能残气量, 纠正低氧血症, 降低肺内分流的概率。然而当呼吸末正压过高时, 患者的脑静脉血流量大大降低, 引起患者的脑血管的相对扩张, 增加患者的颅内血容量, 患者脑血管的自动调节能力降低, 进而导致其脑灌注压和颅内压的升高, 引起一系列的不良反应^[4-5]。本研究探索不同 PEEP 水平时, ARDS 患者经颅多普勒检查(TCD)和肺部指标变化情况观

察患者脑血流和脑血管自我调节能力, 以为临床治疗提供参考, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 3 月至 2016 年 3 月于本院就诊的中度和重度 ARDS 患者 116 例, 标准见中华医学会重症医学《急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征诊断和治疗指南》^[6], 其中男 60 例, 女 56 例; 年龄 20~74 岁, 平均 (46.2 ± 13.5) 岁; 中度 ARDS 有 83 例, 重度 ARDS 有 33 例; 其中 9 例伴胰腺炎, 16 例伴脓毒血症, 21 例伴肺炎, 5 例伴急性中毒, 3 例伴休克。所有患者均进行气管插管、机械通气的治疗。处于妊娠期, 合并脑出血、脑卒中、颅内感染、颈动脉狭窄、侧颞窗透声差, 有长期吸烟、饮酒史的患者均排除在外。所有患者均大于 18 岁, 且此研究取得医院伦理委员会的批准, 所有入选患者及其家属均知情并自愿参与本研究, 且已签署知情同意书。

1.2 方法 根据患者的具体病情给予丙泊酚 1~4 mg/(kg·h)和吗啡 1~2 mg/h 进行镇静及镇痛处理; 机械通气治