

脳梗塞急性期の看護

脳梗塞の内科的治療の種類と概要

脳梗塞の内科的治療には、①抗血栓療法、②脳保護療法、③血液希釈療法、④抗脳浮腫療法があります。

さらにそのうちの抗血栓療法には、①血栓溶解療法、②抗血小板療法、③抗凝固療法の3種類があります(図1)。

抗血栓療法：血栓溶解療法

脳の血管が詰まって血流が低下し

た脳組織では、急速に脳梗塞に陥っていきます。図2に示すように、虚血部位の中心では脳細胞はすでに死んでいます。しかし、その外側に、完全な梗塞に陥っていない部分(ペナンプラ)が存在します。この部分は時間的経過とともに最終的には脳梗塞になってしまい、重症化します。「tPA」はプラスミノゲンをプラスミンに変換してフィブリンの分解活性を高め、血管内の病的血栓を溶解するよう働きます(図3)。「tPA療法」

はそれを利用して、閉塞している脳血管を再開通させ、不可逆的な脳梗塞に陥ることを回避しようとする治療です。現在、tPAの静注療法の対象は、発症3時間以内の患者さんです。

実際の薬剤投与量は0.6 mg/kgであり、はじめにその10%を急速静注し、残り90%を1時間かけて持続静注します。また、投与後24時間までは頭蓋内出血のリスクを避けるために、そのほかの抗血栓療法は行わな

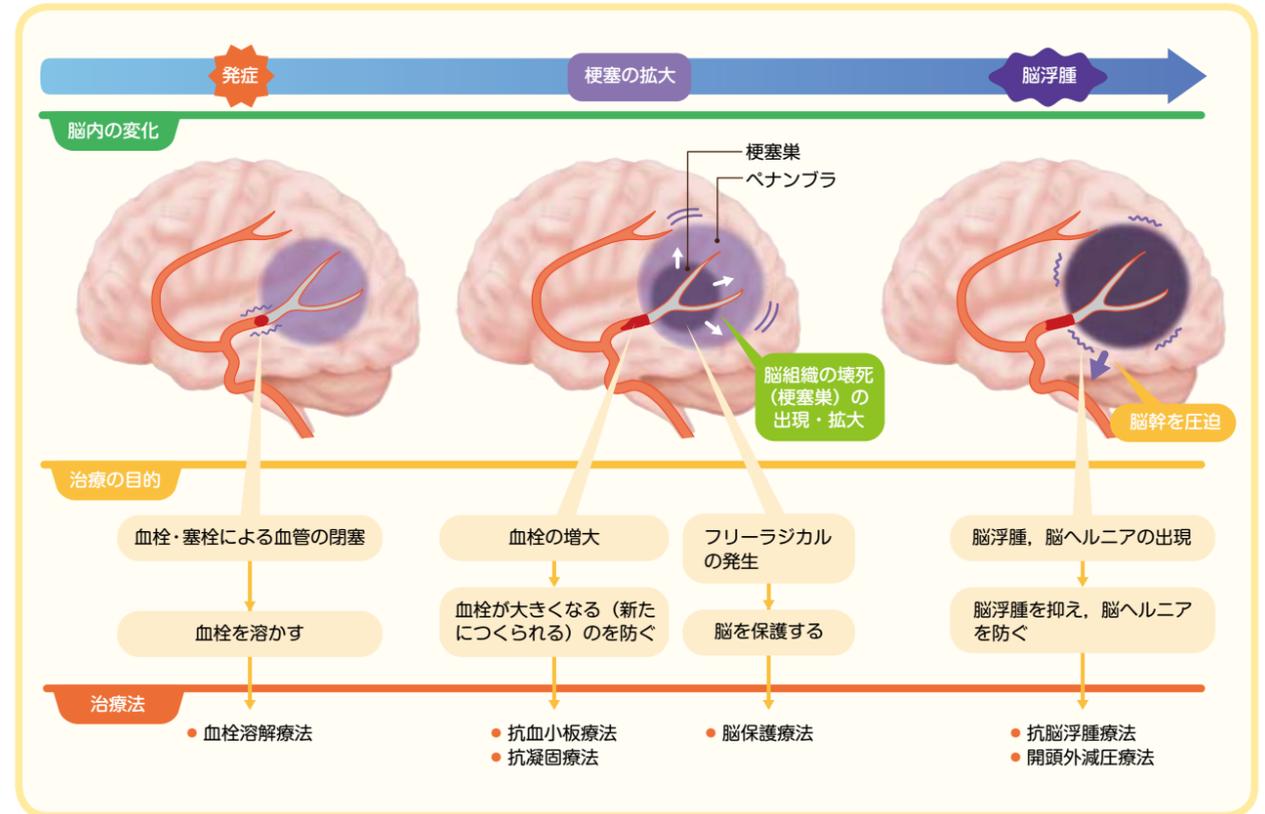


図2 脳梗塞急性期の脳内の変化と治療(文献¹⁾より引用改変)

脳が虚血に陥ると、閉塞した血管の支配領域では中心部はすぐに壊死します。一方、その周辺部は機能不全の状態にありますが、早期に血流が再開すれば機能は回復する可能性があります。この可逆性の領域を「ペナンプラ」と呼びます。



図1 抗血栓療法(文献¹⁾より引用改変、一部追加)

脳梗塞の治療において、血栓の増大を防ぎ新たな血栓を作らないために、血栓溶解療法、抗血小板療法や抗凝固療法が行われます。
*アテローム血栓性脳梗塞の急性期の場合、血小板凝集による血栓形成に加えて、凝固因子の活性化によるフィブリン血栓が混在していると考えられる。そのため、抗血小板薬と抗凝固薬の併用が行われることが多い。

いことになっています。治療実施にあたっては、問診、診察所見、画像診断、血液検査などの検査がチェックリストに沿って行われます。

看護ケアのポイント①

正確な情報収集と万全な準備

発症3時間以内に開始する必要があるため、限られた時間のなかで滞りなく治療へ結びつけるためには、脳卒中医療チーム全体の連携が重要です。早期に再開通が得られたものほど予後がよいため、できるかぎり迅速に治療に移行できるように、看護師として全体の流れを把握して調整する必要があります。発症時間、障害血管、症状などの情報を把握し、

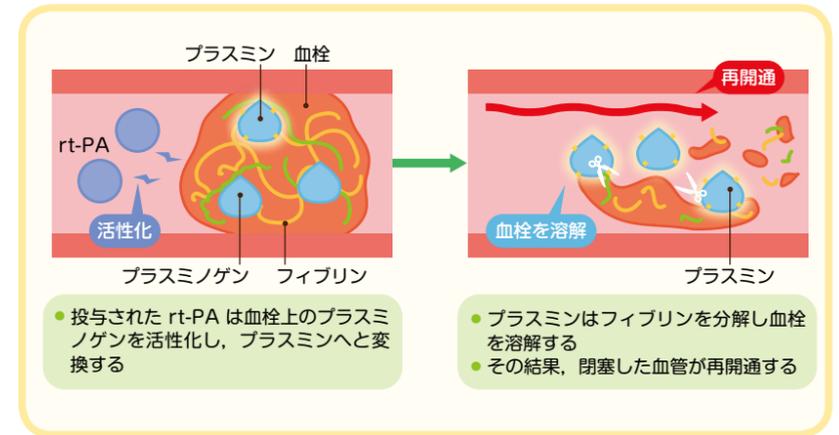


図3 t-PAの作用機序(文献¹⁾より引用改変)

t-PAは血栓上のプラスミノゲンを活性化してプラスミンへと変換し、血栓溶解を促す薬剤です。

ベッドの確保、薬剤準備、自動血圧測定器、体重計といった万全な準備をすばやく整えられるようにしてお

くことが重要です(図4)。

看護ケアのポイント②継続的な観察
投与前・中・後のバイタルサイン