



急性缺血性脑卒中患者静脉溶栓治疗的护理新进展

神经内科
严婷婷

急性缺血性脑卒中患者静脉溶栓治疗的护理

目录



简介

急性脑梗死（ACI）是神经系统常见病、多发病，致死率和致残率高，探究有效的治疗方法和护理措施显得尤为重要。国内外研究结果表明，脑梗塞早期溶栓治疗前景光明，但其危险/疗效比还需明确。在我国溶栓治疗也才刚刚起步，对溶栓治疗仍保持严谨态度。

溶栓治疗的**关键因素**：时间

溶栓治疗的**目的**：迅速重建脑血液循环，挽救半暗带脑组织，缩小梗死面积，改善预后



溶栓疗法的概念：

- 应用纤溶酶原激活剂一类的溶栓药物，直接或间接的使血栓中的纤维蛋白溶解，从而使被阻塞的血管再通，这种治疗方法称为溶栓疗法。

溶栓药物及选择

1.链激酶

用量（1.5~15）×105U

和尿激酶均为非选择性纤维蛋白溶解剂，使血栓及血浆内纤溶酶原均被激活，导致全身溶栓及抗凝状态，有引起脑出血危险。

有3个大型的随机试验都因为应用链激酶致出血率和死亡率增加而暂停。所以除非有进一步应用链激酶的临床试验来证实链激酶应用的适应症，不应使用链激酶治疗脑卒中。**AHA**和**ANA**也不主张采用链激酶进行溶栓治疗。

溶栓药物及选择

尿激酶（我科常用）

国内多以**25~250万U**静脉滴注；容易得到，抗原性小，半衰期短。最近有报道，对于发病**3-6**小时内的大脑中动脉闭塞的患者动脉予尿激酶原溶栓治疗是有益的。

溶栓药物及选择

组织型纤溶酶原激活酶

rt-PA和**SW-PA**有更高的纤维蛋白特异性和更短的半衰期（**5-8min**），**rt-PA**的安全性和有效性已得到证实。

溶栓的必要性

- 1、脑血管闭塞后，体内纤溶系统激活，闭塞血管**44%~75%**可自然再通。
- 2、再通时间：发病后数小时~数天。高峰期：发病后**3~4**天。
- 3、此时缺血半暗带的脑组织已出现不可逆损害，因此促进血栓溶解，恢复脑血流，挽救尚未形成永久损害的脑组织是治疗急性缺血性脑卒中的关键。

治疗的时间窗

- 1、因缺血半暗区仅存在几小时，故多数临床治疗时间限制在出现症状后6~8小时，头颅CT扫描尚未形成低密度病灶。
- 2、也有在症状出现几天后溶栓治疗有效，且不会增加危险性。
- 3、理论上治疗时间越早越好，美国心脏病学会（AHA）和美国神经病学会（ANA）建议对起病3小时内缺血性脑卒中病人行rt-PA治疗。

适应症

1. 年龄 < 75-80 岁
2. 无意识障碍，但对于基底动脉血栓形成者，由于预后极差，即便昏迷较深也不禁忌；
3. 脑CT排除脑出血，且无明显神经系统功能缺损相对应得低密度影；
4. 溶栓治疗在发病6小时内进行。但若为进展性脑卒中，可延长至12小时；
5. 患者或家属签字同意者。



禁忌症

- 1.治疗前发现患者有颅内出血的证据；
- 2.治疗前怀疑患者有蛛网膜下腔出血；
- 3.近期（3个月内）颅内或脊柱内的手术、严重的头部外伤或曾有脑卒中病史；
- 4.颅内出血的病史；



禁忌症

5. 治疗前血压不能得到控制(SBP>180mmHg或DBP>110mmHg)
6. 脑卒中发生时伴癫痫发作；
7. 活动性的内出血；
8. 颅内新生物：动静脉畸形、动脉瘤；
9. 已知有出血素质。

并发症

1、出血：

颅内：影响溶栓药物疗效与安全性的主要并发症

实质性出血：CT检查有高密度占位效应的血肿，常伴有相应的临床症状、体征。

出血性梗死：阻塞血管再通后脑组织内出血，出血常呈单独或融合的斑点状，一般不出现血肿，常见于灰质。

颅外：次要

并发症

出血发生率：

未经溶栓治疗：症状性脑出血**5%**，非症状性脑出血**15%~45%**。

溶栓治疗：**9.3%~28%**

处理：立即停用溶栓药物，进行出血部位穿刺，请脑外科会诊，手术要在纤溶系统恢复后再做。

并发症

2、再灌注损伤：闭塞血管经溶栓再通后，在短时间内，其神经损害体征和形态学改变有时会有所加重，形成脑缺血后再灌注损伤，加重脑水肿。

机理：自由基损伤了缺血半暗区；无复流（**no-flow**）现象：当血栓溶解后该血管或其远端的血管仍无血流流通。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/466213110020010134>