

表3. アルテプラゼ静注療法のチェックリスト

確認事項

発症時刻(最終未発症確認時刻) _____	<input type="checkbox"/>
治療開始(予定)時刻 _____ (≦3時間)	<input type="checkbox"/>
症状の急速な改善がない	<input type="checkbox"/>
軽症(失調, 感覚障害, 構音障害, 軽度の麻痺のみを呈する) <u>ではない</u>	<input type="checkbox"/>

禁忌

あり なし

既往歴

頭蓋内出血既往	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3ヵ月以内の脳梗塞(TIAは含まない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3ヵ月以内の重篤な頭部脊髄の外傷あるいは手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27日以内の消化管あるいは尿路出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14日以内の大手術あるいは頭部以外の重篤な外傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療薬の過敏症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

臨床所見

痙攣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
くも膜下出血(疑)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
出血の合併(頭蓋内出血, 消化管出血, 尿路出血, 後腹膜出血, 咯血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭蓋内腫瘍・脳動脈瘤・脳動静脈奇形・もやもや病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
収縮期血圧(適切な降圧療法後も185mmHg以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
拡張期血圧(適切な降圧療法後も110mmHg以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

血液所見

血糖異常(50mg/dl以下, 400mg/dl以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血小板100,000/mm ³ 以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ワーファリン内服中, PT-INR1.7以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ヘパリン投与中, APTTの延長(前値の1.5倍以上または正常範囲を超える)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
重篤な肝障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
急性膵炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

画像所見

CTで広汎な早期虚血性変化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT/MRI上の圧排所見(正中構造偏位)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

慎重投与(適応の可否を慎重に検討する)

あり なし

既往歴

10日以内の生検・外傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10日以内の分娩・流産	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3ヵ月以上経過した脳梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
蛋白製剤アレルギー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

臨床所見

年齢75歳以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NIHSSスコア23以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JCS100以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
消化管潰瘍・憩室炎, 大腸炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
活動性結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病性出血性網膜症・出血性眼症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血栓溶解薬, 抗血栓薬投与中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月経期間中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
重篤な腎障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コントロール不良の糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感染性心内膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<注意事項>

1. 確認事項は完全に満足する必要がある。
2. 一項目でも「禁忌」に該当すれば実施しない。
3. 一項目でも「慎重投与」に該当すれば、適応の可否を慎重に検討し、治療を実施する場合でも「リスクとベネフィット」を患者本人・家族に正確に説明し同意を得る必要がある。