



FAMILY

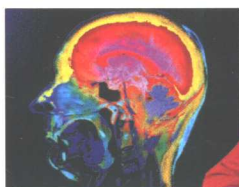
英国医学会组织编写

DOCTOR GUIDES

家庭医生丛书

癫痫

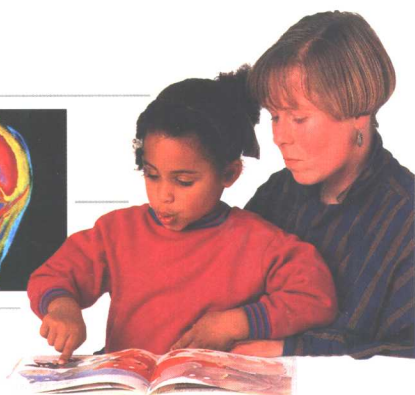
症状



检查



诊断

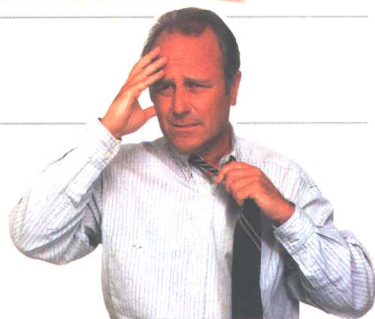


治疗



调理

预防



福建科学技术出版社

英国医学学会组织编写

中国疾病预防控制中心
国家基本公共卫生服务项目
国家基本药物目录
国家基本公共卫生服务项目
国家基本药物目录

癲病

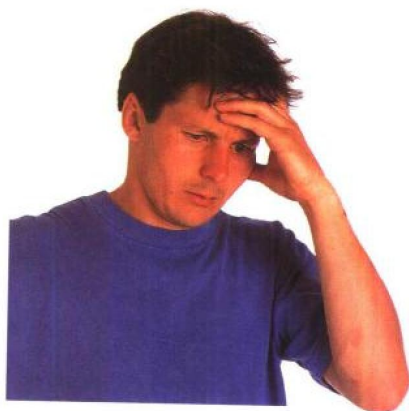
英国医学会组织编写

家庭医生丛书

癫痫

(英) Dr. Matthew Walker
Prof. Simon D. Shorvon 著

代成波 季晓林 译



福建科学技术出版社

(闽)新登字03号

著作权合同登记号: 图字 13-2000-21



A Dorling Kindersley Book

www.dk.com

Original title: EPILEPSY

Copyright © 1999 Dorling Kindersley Limited, London

Text Copyright © 1999 Family Doctor Publications

图书在版编目(CIP)数据

癫痫/(英)沃克(Matthew Walker),(英)肖温(Simon D.Shorvon)著;
代成波,季晓林译. 福州:福建科学技术出版社,2000.10

(家庭医生丛书)

ISBN 7-5335-1700-8

I. 癫… II. ①沃…②肖…③代… III. 癫痫-诊疗 IV. R742.1

中国版本图书馆CIP数据核字(2000)第29170号

家庭医生丛书

癫痫

(英) Dr. Matthew Walker 著
Prof. Simon D. Shorvon

代成波 季晓林 译

*

福建科学技术出版社出版、发行
(福州市东水路76号)

各地新华书店经销

福建省地质印刷厂排版

东莞新扬印刷有限公司印刷

32开 2.75印张 50千字

2000年10月第1版

2000年10月第1次印刷

印数: 1-10000

ISBN 7-5335-1700-8/R · 341

定价: 18.00 元

书中如有印装质量问题,可直接向承印厂调换

目 录

引言	7
什么是癫痫发作和癫痫	10
癫痫的诊断	22
癫痫的治疗	32
治疗癫痫的药物	52
特殊情况	60
社会问题	66
总体预后	76
总结	79
术语	80
索引	82

引言

下列人物有什么共同之处：朱利叶斯·凯撒、传教士圣·保罗、安斯绥耶夫斯基、文森特·凡·高、爱德华·李尔、古斯塔夫·弗莱伯特和亚历山大大帝？答案是他们都可能患有癫痫。

今天，各行各业中都有癫痫患者，因此，仍然存在对癫痫的误解多少令人惊讶。实际上，因担心可能受到歧视与偏见，很多癫痫患者对他们的朋友、雇主甚至家人隐瞒病情。

也许主要因为觉得癫痫不可预料，惹人注目，有时令人恐惧，所以人们对癫痫没有好印象。尽管如后文将解释的，癫痫有很多不同的发作类型。但是，一旦提起癫痫，人们所想到的是惊厥，即倒地，口吐白沫，四肢抽动。正是这种戏剧性的场面一直引发人们的想象力；早在巴比伦人和希伯来宗教的



著名人物中的癫痫患者
文森特·凡·高，19世纪荷兰画家，据信患有癫痫。

文字记载中就提到了癫痫。在古希腊，当时人们充满了神灵和鬼魂的观念，希波克拉底是最早试图驱散癫痫发作神秘主义的人之一。他坚信癫痫起源于脑，甚至谴责那些声称癫痫是鬼魂附体的江湖郎中。

然而，在随后的两千年里，人们相信鬼魂附体的理论，回避癫痫病人，将他们封闭，并以治疗的名义使癫痫病人受到痛苦和令人羞辱的折磨。

在解释英国国王查尔斯二世的死因时，有一种说法是他死于癫痫发作的治疗，包括放血，让其服用致病物质，反复灌肠，摇头，使皮肤起疱，最后将难吃的药物灌入喉咙。

甚至在19世纪，有人提出切除包皮和阉割治疗癫痫。直至19世纪末期第一种有效的抗癫痫药物问世，从那时起，药物治疗可使大部分癫痫病人过上正常的、没有发作的生活。

然而，在一定程度上，耻辱仍加在这一常见疾病上(在我们认识的人当中可能就有癫痫病人，然而我们可能并不知道他或她患有此病)。

多少人患有癫痫

在英国约5000万人口中：

- 100万~250万人在其一生中患过癫痫
- 25万~50万人有活动性癫痫
- 每年约1万~3.5万人得癫痫

癫痫很常见

癫痫极为常见。在英国每年约25 000人患癫痫，大多数为儿童或者老年人(癫痫极少在20~50岁之间起病)。

每个人约有1/30的机会患癫痫。不过，仅1/200的人患活动性癫痫(英国约有35万)。这说明大部分病人痊愈；并且确实如此，约60%病人可治愈。

癫痫几乎同样累及男女两性；某些类型癫痫更常见于某一种性别。

因此，癫痫极为常见，并且通常可以痊愈。对于所有癫痫患者而言，这是一条重要信息。



谁得癫痫？

大部分癫痫人发病在童年或50岁以后。

要点

- 癫痫和癫痫发作有很多类型。
- 癫痫通常于童年或老年起病。
- 癫痫很常见，但常可自愈。

什么是癫痫发作和癫痫

癫痫发作有多种形式，起源于大脑，不同类型的发作源于大脑的不同部位。

大脑功能与情感、思维和记忆的形成，运动控制，听觉、嗅觉、味觉、视觉有关。

大脑分为中间相连的两个半球，右侧半球控制左侧身体，左侧半球控制右侧身体。

对我们中大部分人而言，左侧大脑半球功能占“优势”。换言之，它控制我们如何形成和理解语言；每一半球进一步分成四叶(见下页

插图)。

大脑的部分损伤将使其失去该部分的功能。例如，左侧枕叶损伤导致病人不能看见右侧的东西；损伤右侧额叶将引起左侧瘫痪。相反，激活左侧枕叶，例如用电流刺激，使人看到右侧彩球；刺激右侧额叶引起左侧身

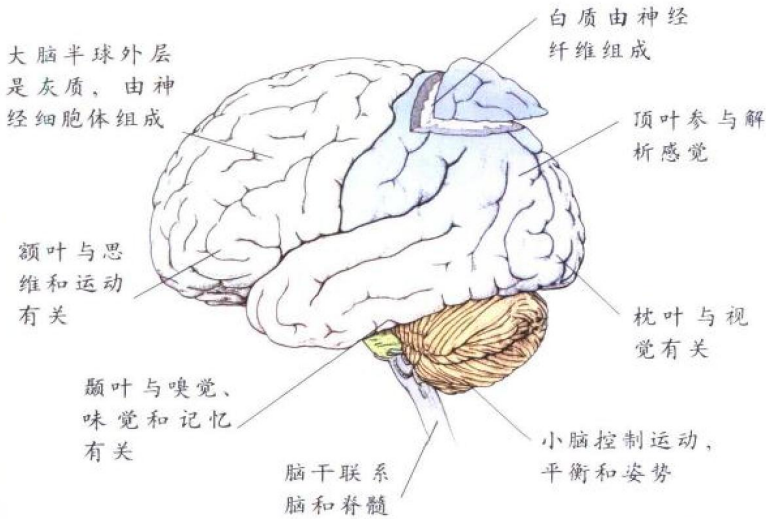


甜味

我们闻气味时，激活大脑额叶；如果此部位受损，我们的嗅觉将减退。

脑的结构

脑的左侧视图显示脑干、小脑和一侧大脑半球。每侧大脑半球分为4个脑叶，每个脑叶有独特的功能。



脑叶

每一侧大脑半球的4个脑叶各自具有特殊的躯体和精神功能，这些功能可因脑损伤而减退。

额叶
与运动控制有关

颞叶
与嗅觉和味觉的感受及记忆的形成有关

顶叶
与感觉有关

枕叶
与视觉有关

体活动。

癫痫发作像放电风暴，异常脑生物电活动可以局限于脑的一部分，向其他部分扩散；或者一开始就累及整个脑子。开始于脑内某一部分的发作称为部分性发作；开始即累及全脑的发作称为全身性发作。病人所感

受到的情形及他人看到的发作情况取决于脑内癫痫发作开始的部位及其传播多远，传播速度有多快。

下一部分我们详细描述不同类型的癫痫发作。

—— 癫痫发作的类型 ——



放电风暴

癫痫发作像放电风暴，异常脑电活动可以局限于脑内一部分，向其他部位传播，也可累及全脑。

几乎所有癫痫发作都很突然，历时短暂，并可自行停止。大部分发作无任何征兆而自然发生。如上面所解释的，癫痫发作的形式取决于脑内受累的部位。其分类列于下页表内。

部分性发作

● 简单部分性发作 这些发作限于脑内一小部分，发作期间没有意识丧失。通常分为颞叶、额叶、顶叶和枕叶发作，取决于发作开始的部位。

颞叶癫痫发作时，病人可感受到强烈的恐惧，鲜明的记忆回闪，强烈的似曾相识感，以及强烈的难受气味或滋味。这些情况我们经常体验，当然，它们不是癫痫发作。例如，似曾相识是一种常见的正常感受。主要差别是，癫痫时这些情况规律性发生，没有原因，历时短暂，且很强烈，日常生活中很少如此。

在额叶癫痫发作，偏侧上肢和腿可出现不可控制的抽动，头和眼睛转向一边。

顶叶癫痫发作时，病人可感觉偏侧身体刺痛。

枕叶癫痫发作时，病人在偏侧视野有闪光，通常持续数秒。

● **复杂部分性发作** 正如“复杂”一词所提示，此种发作确实比简单部分性发作更进一步。脑内受累部位更大，且传播到更多地方，病人不再清楚自己和周围环境(如病人神志不清)。癫痫发作可以传播很快，病人没有经历

癫痫发作的分类

部分性和全身性发作可分为更特殊的亚型

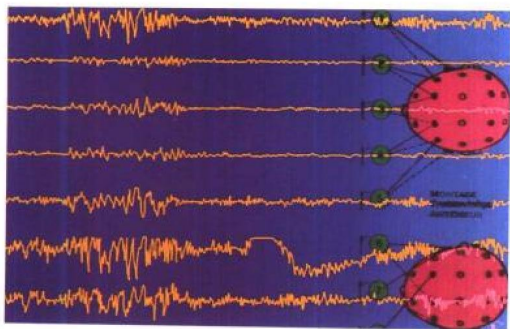
部分性发作

- A 简单部分性发作
- B 复杂部分性发作
- C 继发性全身性发作

全身性发作

- A 失神性发作(小发作)
- B 肌阵挛性发作
- C 阵挛性发作
- D 强直性发作
- E 强直-阵挛性发作(大发作)
- F 失张力性发作

简单部分性发作；也可以很慢，病人可出现似曾相识感，奇特的难受滋味或彩色的闪光感，持续数秒至几分钟，然后对周围失去知觉。



脑电波活动

脑电图显示癫痫发作时脑内电活动。发作过程中，杂乱的不规则放电通过脑，引起电活动突然增加。

癫痫发作过程中，可出现复杂的奇怪的或不恰当的动作(称之为“自动症”)。例如，病人玩弄衣服或出现咀嚼动作。

偶尔这些动作协调，病人甚至出现跑步、跳舞、脱衣服或无意义言语。通常

持续数分钟，但偶尔可时间更长，以后病人完全忘记他(或她)做了些什么。

● **继发性全身性癫痫发作** 为发作扩散至两个大脑半球所致。传播速度可以很慢，病人有先兆(实际上是简单部分性发作)，或者很快，病人没有先兆即出现神志不清。此种扩散被称为继发性全身化，病人出现全身性强直-阵挛发作。通常最初变得僵直(称强直期)，并发出高调叫声；然后跌倒，面色发青，上肢和腿节律性抽动(称阵挛期)，可出现喉鸣，并口吐白沫。

发作过程中，病人可咬伤舌头，小便失禁。通常持续几分钟，随后，病人常有意识模糊，不知自己身在何处，并常睡着。后效

应(发作后期)持续数分钟或几小时。

这种发作，习惯称为“大发作”，现在叫做强直-阵挛性发作。有时也被称为惊厥。

全身性发作

这种发作两侧大脑半球从一开始即同时受累；本身没有征兆，且立即神志不清。通常为强直-阵挛性发作(见上)，但也可阵挛性发作(无强直期)或强直性发作(无阵挛期，病人像木板一样倒地)。

也有一种罕见类型，病人仅倒于地上，但恢复十分迅速(失张力性发作)。

还有两种其他类型全身性发作：失神性发作和肌阵挛抽动。

● **失神性发作** 习惯被称为“小发作”，通常见于小孩，出现短暂茫然入迷；持续仅数秒，可与注意力不集中混淆。失神性发作的儿童每天可出现数百次发作，因发作时间短，大部分不为患儿和观察者所知。发作时可伴有特殊的脑电波，下一章将讨论。

● **肌阵挛性发作** 通常见于伴有其他类型发作的病人；表现为某一肢体或全身抽动，时间很短。病人可描述突然跳动，一杯茶掉于地上，或全身摔倒在地。

失神性发作

失神性发作时，儿童双眼凝视，停止谈话，对周围一无所知。通常持续几秒。



癫痫发作的原因

脑的全部活动依赖于电信号的传递。脑由几百万个被称为神经元的细胞组成；它们有细胞体和带分支的神经纤维长臂(即轴突)。电信号沿着轴突通过，正如电话信号沿电话线传送一样。当信号到达轴突的末端时，引起一种化学物质释放。这种化学物质通过特殊的接收器(被称为受体)同附近的神经元联系。受体使神经元胞体兴奋，如果足够强烈，信号得以进一步沿轴突送出(“放电”)。这就是神经元相互传递信息的方式。如果脑内仅发生兴奋，则最终所有神经元一同放电，结果导致“放电风暴”，正如癫痫发作时所见到的。不过，另有某些神经元从轴突释放化学物质抑制周围的神经元，使其停止“放电”。当兴奋和抑制保持平衡时，大脑功能正常。如果在脑内某部分兴奋太多或抑制太少时(不平衡)，就可导致癫痫发作。

在部分性发作，局部兴奋和抑制不平衡可由局部的脑损伤引起，例如，出生时缺氧、脑膜炎或头部外伤，也可由异常组织如脑肿瘤、脑发育缺陷引起。在某些病人，部分性发作原因不明。

在全身性发作，化学物质不平衡影响脑内广泛区域，且大脑通常无明显的结构异常。

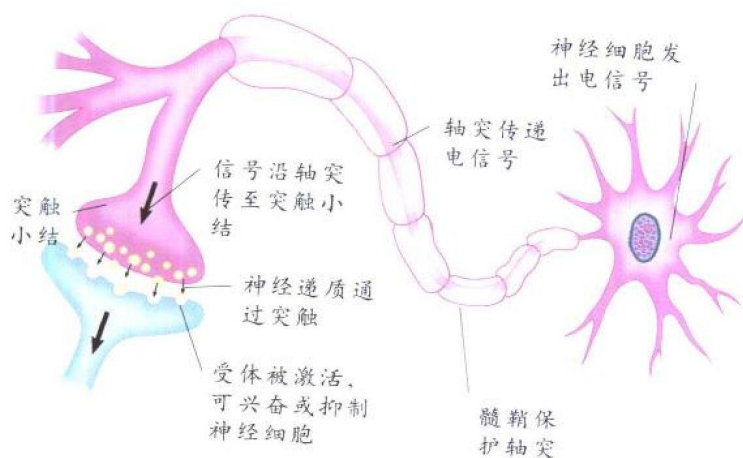
可由药物如可卡因和苯丙胺，体内电解质改变，饮酒过多，遗传性或未知因素引起。因此，癫痫发作是脑内潜在紊乱的一个症状，正如腹痛是潜在消化道异常(如食物中毒、溃疡、阑尾炎等)的症状一样。

什么是癫痫

癫痫指的是一种状态，即病人易于反复出现痫样发作。因此，诊断就是测定出现痫样发作的可能性。如果因为饮酒过多出现一

神经信号如何传递

电信号沿神经细胞轴突传播。信号通过两个神经细胞之间的突触(间隙)时，化学神经递质必须通过突触小结到下一细胞的受体。



酒精和癫痫发作
过量饮酒或戒酒都可引起痫样发作，但不一定是癫痫。



次痫样发作，戒酒后出现另一次发作的机会就很小，仅有一次痫样发作不能诊断为癫痫。另一方面，如果因脑内某部分受损出现多次发作，再次发作的机会很高，那么应该诊断为癫痫。

病人是否患有癫痫并不容易确定。一生中，我们每个人出现一次痫样发作的机会约为1/3。过量饮酒或服用某些药物可明显增加癫痫发作的机会。大多数医生仅在病人一年内出现两次发作时才诊断为癫痫。原因是，在这种情况下，出现第3次发作的机会超过80%。

困难在于仅有一次发作的病人。此种情况下，医生通常借助不同的检查，通过对发作类型和可能病因的了解，评估再次出现癫痫发作的机会有多大。

在英国，大多数医生通常对单独一次癫痫发作不做治疗，原因是再发概率小($<50\%$)以及用药可能有副作用。

第二个难题是，如果病人已被诊断为癫痫，多少年没有发作才能认为是不再患有癫痫呢？不幸的是，对这一问题没有简单的答案。不过，大部分癫痫病人最终会停止发作这一点是肯定无疑的，因

而不应打上终身的标记(就像某人已10年没有头痛,称之为头痛患者是不合情理的)。

癫痫是一种症状,而不是一种疾病,记住这点很重要。症状指的是病人的感受,提示有潜在的疾病。癫痫也是如此,应该认为它表明脑部有潜在的问题存在。多种脑部疾病可引起癫痫。

什么是癫痫综合征

综合征是一个医学术语,描述某一特殊疾病有一组特征性的症状同时发生。通常以第一次描述这些症状的人命名。

例如,West综合征的特征是婴儿痉挛(婴儿躯干、肢体突然屈曲),并伴有特殊脑电波形,通常有智力障碍,见于3~12个月的婴儿。这些患儿大多数将继续有癫痫发作,难以治疗且出现智力障碍。这一综合征解释了出现哪些情况,发生什么,但没有告诉我们发作的潜在病因(实际上,West综合征有多种病因)。

最常见的癫痫综合征是脑电图有特征性改变的良性儿童期癫痫和原发性全身性癫痫;第20页表格描述了这两种癫痫综合征的特征。

癫痫综合征的特征

两种最常见的癫痫综合征是良性儿童期癫痫和原发性全身性癫痫。

癫痫综合征

特征

有特殊脑电图改变的良性儿童期癫痫

- 2~14岁之间发病
- 可以遗传
- 发作累及面部、喉部和舌头，且意识清醒
- 偶尔于睡眠中出现全身强直-阵挛性发作
- 典型的脑电图波形
- 大部分完全恢复，通常不需药物治疗

原发性全身性癫痫

- 通常见于儿童或青少年
- 可分为多种不同的综合征
- 可以遗传
- 发作类型包括失神性发作、强直-阵挛性发作和肌阵挛
- 通常于睡醒时或之后数小时内发作
- 典型的脑电图波形
- 通常用丙戊酸控制较好

要 点

- 脑内不同部位的癫痫发作产生不同的结果
- 癫痫发作有多种形式，可喻之为脑内“放电风暴”。

癫痫的诊断

当医生初次看到一个病人的症状提示可能诊断癫痫时，必须强调两个问题：首先，病人确实有癫痫发作吗？其次，如果是癫痫发作，其病因是什么？

—— 是癫痫吗 ——

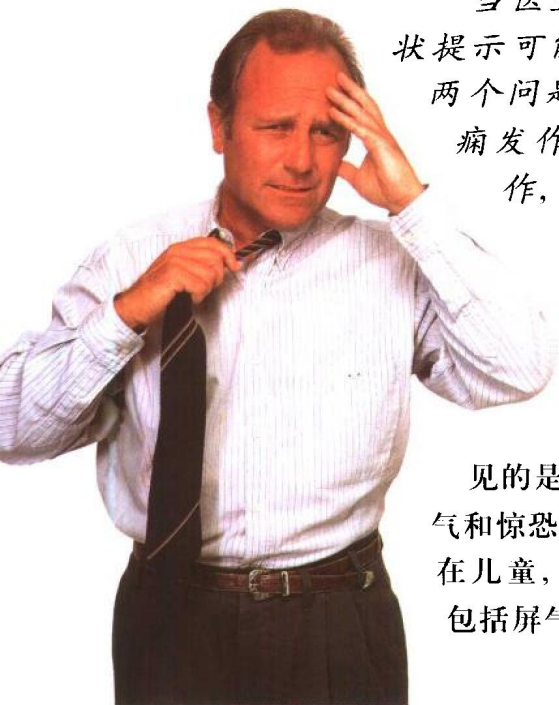
许多情况可同癫痫发作相混淆。在成人，最常见的是晕厥(晕倒)、偏头痛、过度通气和惊恐发作，以及“假性癫痫发作”。在儿童，其他情况也常同癫痫相混，包括屏气发作和夜惊。

晕厥

要晕倒了

即将晕倒时，病人觉得热，有头晕和恶心。有时典型晕厥同癫痫发作相混淆，两者都可出现抽动。

晕厥是描述晕倒的医学术语，它在脑缺乏足够的血液供应时发生。最常见的晕厥机制是心血管调节机制的紊乱(血管迷走性发作)，例如，看到令人不快的东西，剧烈疼痛，在高温密闭环境中长时间站立等都可引起晕



厥。偶尔，晕厥由心脏异常(如心律失常)引起，或者由特殊事情诱发(包括咳嗽或排尿)。

我们都熟知典型的晕厥：病人觉得头晕、发热和恶心，面色非常苍白，眼前发黑，然后慢慢倒于地上。此时，脑内血流增加，病人很快醒过来。乍看一眼，似乎很难同上一章提到的癫痫发作相混淆。晕厥时也可发生肢体抽动，尤其当病人直立时，因其妨碍足够的血液到达脑部。有时抽动时间较长，但很少像强直-阵挛性发作的类似动作。在某些部分性癫痫发作，病人有与晕厥类似的感受，因此两者并不总是容易区分。

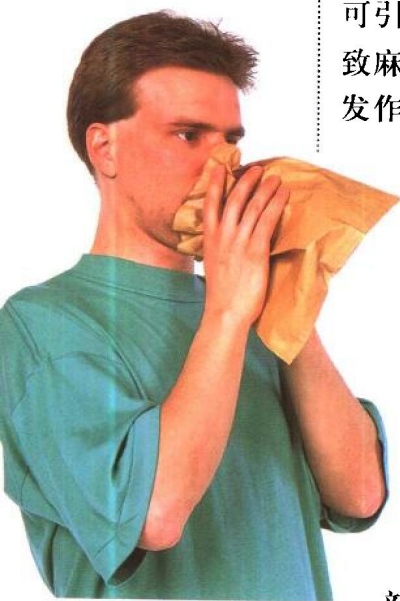
偏头痛

大部分人知道，偏头痛通常以视力模糊开始，或者伴有上臂或面部刺痛，极少见伴有言语含糊。难以把偏头痛和简单部分性发作区别，特别因为癫痫发作后出现头痛并不少见。然而，偏头痛从不出现意识丧失。偏头痛和癫痫出现的视觉异常也有差异。偏头痛的视觉异常通常历时数分钟，形式较简单(如光圈或亮点)；癫痫的视觉异常只有数秒，通常表现更复杂(如多种颜色形状，有时为场景或面孔)。此外，如果有麻木，偏头痛扩展较慢，而癫痫发作较迅速。大部分病例很少会怀疑发病是癫痫还是偏头痛引起的，但有

时是一个诊断难题。

过度通气和惊恐发作

过度呼吸(过度通气)并不少见，特别是处于紧张或易于惊恐的人。常见的描述是突然觉得喘不过气来，并感到恐慌(尽管并不总是这样)。过度呼吸时，呼出了过多二氧化碳，可引起血液酸度改变，影响神经活动，并导致麻木感、手指痉挛、头晕甚至昏倒。此种发作最好通过松弛和呼吸锻炼治疗。发作时呼出气体于纸袋，然后再吸入呼出的 CO_2 ，以此预防或逆转过度通气的不良感受。



控制呼吸

过度通气时可对着纸袋呼吸让 CO_2 重新吸入，恢复血液酸度，因此使呼吸恢复平静。

“假性发作”

通常最难同真性癫痫发作区别。假性发作病人“全知道”，尽管常为不自主动作且无明显动机。与情感暴发类似，偶尔病人能“控制”发作，但大部分情况病人很少控制。病人倒地，似乎失去知觉，然后剧烈摆动或者一动不动。这些发作通常有某些很深的情感基础，需要心理治疗，对抗癫痫药无反应。若很难同癫痫发作区别，病人需入院做密切观察。

屏气发作

婴幼儿可以屏住呼吸，直至面色青紫。当他们不能得到想要的东西时常借助于此。一般此种发作到面色青紫就停止，但有时，特别要强的小孩会一直屏住呼吸，直至昏过去。这种情况不需要药物治疗，一般会自行停止。

夜惊

常影响5岁以下儿童。睡眠后数小时，小儿突然醒来，感到恐惧，无法安抚。早晨一般儿童对晚上发生的事没有记忆。

尽管令人担心，夜惊完全是良性的，不需要治疗。

癫痫的诊断

最重要的诊断工具是病史。在会诊室或诊所，医生向病人询问有关病史。医生要求详细描述发病情况，以此判断病人是否为癫痫发作。很明显，当患者发病伴有意识减退时，在场看到病人发作的人帮助描述病情很重要(有录像更好)。

医生要了解引起癫痫发作的潜在病因，因此会询问患者的头部外伤史、出生情况、



检查反射

腿反射是神经科检查的一部分，帮助医生诊断发作的病因。

是否有过脑膜炎、饮酒情况以及家庭中是否有癫痫患者。医生对癫痫造成的影响也感兴趣，因而会问病人的工作和生活情况。最后医生对病人做体检，寻找提示脑部潜在异常的证据；也会检查心脏，尤其是怀疑晕厥时。

详细的神经科检查包括眼、面部、共济运动、肢体的力量和感觉以及上肢、腿和脚的反射。除血液和其他常规检查外，医生会决定三种特殊的检查，即计算机断层扫描(CT)、脑电图(EEG)和磁共振成像(MRI)，我们将在下面详细说明。

脑电图(EEG)

“脑电图”一词的英语字面意义是“从脑部记录电活动”。在头上不同部位贴上导线，然后同放大器连接。放大器把来自脑的微弱电信号放大并记录于纸上。脑电图仅记录脑内部电活动方式，本身不会干扰或影响脑部的任何电活动。因此无害处，也不痛苦，但对医生用处很大。

正常情况下，脑电图记录线呈波浪状(脑波)，约1/10秒出现1个波。脑波睡眠时变慢，清醒时加快。如果病人可能有癫痫，其电活动方式不同，特别是会出现所谓棘波或棘慢

波。约一半的癫痫病人在发作间歇期进行脑电图检查可发现棘波，如果脑电图检查发现有棘波，病人有99%的可能患有癫痫。有时在病人睡眠时行脑电图检查，更可能发现棘波。

有一种特殊的波形，称作每秒3次的棘慢波，特别重要。它见于失神性发作的癫痫病人，后者需要特殊种类药物治疗，预后良好。

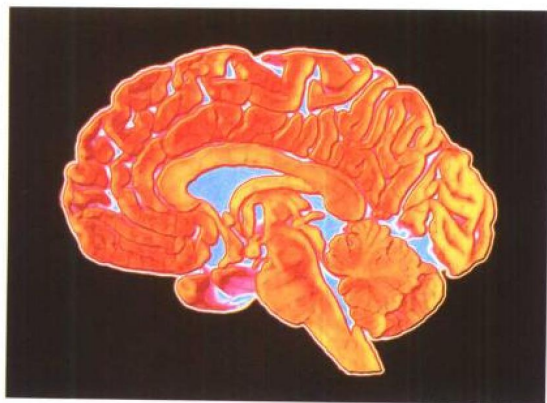
当病人诊断尚有疑问以及要确定发作开始的准确部位时(癫痫外科手术病人必需的检查)，在癫痫发作时行脑电图检查，特别是同时进行录像，用处极大。有一种此类检查叫视频监测脑电图，即病人住院，连续几天用脑电图和录像进行监视。监测病人时，为了诱导发作，有时也有必要将抗癫痫药减量或停用。

CT扫描

计算机断层扫描，或称CT，英文字面上的意思是用计算机给出大脑切面的详细图像。这种诊断技术使用的是X线。常规颅骨X线检查时，在头的一侧照射X线，另一侧放置感光板，与此不同的是，CT扫描时，按不同角度照射X线，被接收器采集，然后运用计算机分析获得的信息，显示X线信号通过颅骨

和脑的一系列切面图像，切面就像一条切片面包的一层。

使用此种技术，现在有可能显示肿瘤、脑卒中、脑出血或阿尔茨海默病时的脑内异常。不过，在诊断癫痫的原因方面，CT正逐渐被磁共振成像(见下)所取代。这是因为MRI更为灵敏，图像更清晰。



CT扫描

用X线穿过身体而创建切面影像。这张上彩的图像显示正常大脑的一个切面。

CT扫描时，病人平卧，头部保持不动数分钟，整个过程完全无痛苦。

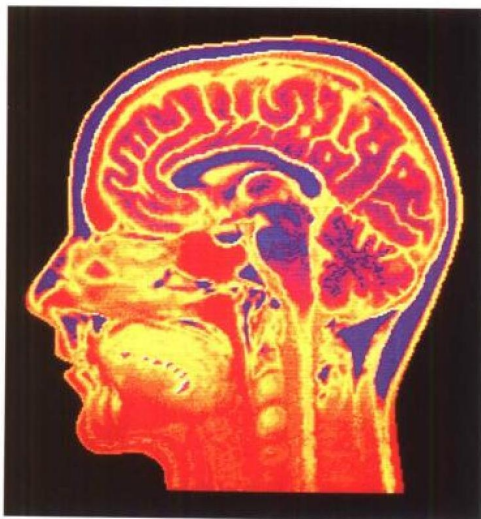
有时为了获得更多信息，从 upper 肢静脉注射造影剂以强化脑组织的某些部分影像。

磁共振成像(MRI)

这种检查根本不用X线。病人头部周围先放一个大的强磁体，脑内原子沿此磁场排列，然后朝病人发放射频电流，脑内氢原子发生共振。当氢原子逐渐恢复静息状态时，它们放出射频波，由“接收器”拾取，通过计算机分析，可以得出脑的详细图像。此种技术非常安全，完全无痛苦。不过，病人须躺在扫描器内一段时间(通常10~20分钟)，有些病人会觉得不舒适。并且，因为采用强

磁体，带有某些金属植入物的病人(如脑内或其他手术的金属夹和导线以及起搏器)不能进行扫描。

这种技术可以检测出CT扫描不到的脑内细微异常。MRI技术改进很快，使越来越多癫痫病人的潜在病因被查出。对那些药物治疗无效的病人，评估其是否适合外科治疗时，MRI检查尤其有用(见第47页)。并且，通过计算机分析，可以计算不同脑内结构的相对尺寸。这在分析引起癫痫发作的某些受损脑区(尤其是被称为海马的区域)时非常重要。



—— 癫痫的病因 ——

前面已经强调，癫痫是一种症状而不是一种疾病，因而有多种病因，如感染、头外伤、脑部肿瘤、出生时脑损伤及遗传性疾病等(见第30页表格)。有时，损伤发生后经过数年才表现癫痫。例如，儿童期有脑损伤，直至20多岁才出现癫痫的人并不少见。

许多患者(约70%)从未被查出病因。在全身性癫痫，遗传性因素可能起作用，有少数

脑MRI扫描

此幅上彩MRI图像显示正常脑的矢状切面。MRI越来越多用于检测脑的异常。

从出生到老年的癫痫病因

本表列举了儿童和成人癫痫的可能原因。产伤和遗传性疾病可导致儿童期癫痫；而在成人，脑肿瘤或脑卒中是常见病因。

- 遗传性脑部疾病，如结节性硬化
- 遗传性癫痫，如原发性全身性癫痫
- 产伤
- 高热惊厥
- 脑部感染，如脑膜炎、脑炎、脑脓肿
- 兴奋剂和酒精，如可卡因、苯丙胺、“逍遥丸”
- 头外伤
- 血液化学成分异常，例如低钙、低镁或低血糖
- 脑出血
- 脑肿瘤，如胶质瘤、脑膜瘤
- 脑卒中
- 痴呆，如阿尔茨海默病

类型的癫痫有遗传性，但大部分病例并非如此(例如，头颅外伤不能遗传)。除了少数遗传性疾病能导致癫痫外，将癫痫遗传给后代的危险性实际很小。

要点

- 许多病症可同癫痫混淆，最常见者为晕厥、偏头痛、惊恐发作、“假性发作”、屏气发作和夜惊(后两者见于儿童)。
- 癫痫可由感染、头外伤、脑肿瘤、出生时脑损伤和遗传性疾病引起，但经常是找不到病因。
- 诊断癫痫的检查包括脑电图(EEG)、CT扫描和磁共振(MRI)，但要做出诊断，病史最为重要。
- 癫痫遗传给后代的危险性非常小。

癫痫的治疗

癫痫发作时，按照一些简单步骤，有很多办法防止病人出现严重损伤。药物治疗有助于减少发作次数。

处理惊厥

急救治疗

尽管大发作令人不敢目睹，但仍要保持冷静，解开衣服使病人呼吸通畅。

癫痫发作和惊厥通常令人不敢目睹，特别是病人面色青紫、四肢抽动、口吐白沫及喊叫的情形。人们常置一物品于病人口中以“避免病人咬伤舌头”，并呼叫救护车。不过，前一种办法可能充满危险。在惊厥时不应把



惊厥时做什么

癫痫发作时若你在场，应该按几个简单步骤行事。最重要的事情是保持冷静，让发作自行停止。

- 惊厥时病人应躺于地上，远离可能引起受伤的物品，把头置于垫子上，并且病人不应受到任何限制。
- 惊厥停止后，将病人转向左侧卧位，处于恢复位置，同病人呆在一起，直至他完全清醒为止。
- 有时意识模糊很像挑衅行为，在这些情况下，不应限制病人，而应温柔、耐心地劝解使之脱离危险。在此期，如果气管中有堵塞物，应予以清除。
- 如果惊厥持续超过5分钟，或者病人多次发作而意识不能恢复，应呼叫救护车。

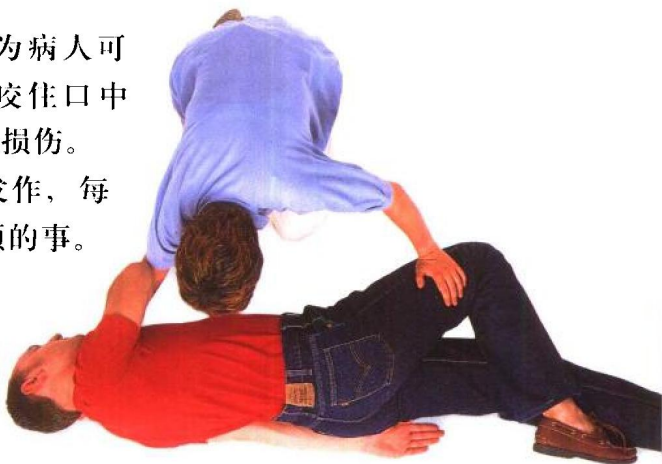
物体置于病人口中，因为病人可能咬伤帮助者的手，或咬住口中的物品而引起牙齿和口腔损伤。

如果经历多次癫痫发作，每次都呼叫救护车是件麻烦的事。通常并无必要。

上面框内文字说明了发作时的正确操作。

有些病人出现反复长时间发作；偶尔需

要护理人员给病人口服或由肛门塞入地西洋(安定)以使发作停止。负责照顾曾多次发作持续时间超过20~30分钟的病人时，应同医



恢复体位

用一手在病人下部将他轻柔拉向你，用另一手保护病人面部，使病人处于恢复位置。

生讨论给药办法，因为迅速的药物治疗对病人有好处，使病人不需住院治疗。

—— 长期治疗 ——

长期治疗的目的是控制所有发作，在大部分病人(约80%)可以做到。下面是达到此目标的三种主要方法。

- 避免接触引起发作的任何因素。
- 药物治疗。
- 脑部手术。

在极少数情况下，病人失去意识前有长时间的预兆，他们能够控制发作，预防发生神志不清，有时，在预兆期注意力高度集中就可做到。

—— 避免诱发因素 ——

很多病人避免某些因素可减少发作次数，有些病人则可能完全预防发作。极少数病人听到某类音乐、阅读、热水浴或者看到某类图形而引起发作，这种情况被称作“反射性癫痫”。不过，大多数病人并未发现特殊诱因。在很多病人，四种情况可引起或加重发作是毋庸置疑的——过量饮酒、睡眠不足、紧张和发热。有些病人对闪光敏感(被称为光

诱发因素

极少数情况下，在易感人群，某些类型的音乐可引起癫痫发作。



敏感性，见第36页)。

酒精和睡眠剥夺

原发性全身性癫痫病人通常特别容易在大量饮酒或睡眠剥夺后出现发作。几乎所有癫痫病人都要避免这两种因素。实际上，酒精滥用或者酒精成瘾者突然戒酒几乎都会出现癫痫发作，因此癫痫发作是酒精成瘾的一个常见并发症。对那些特别易于受睡眠剥夺而加重发作的病人，疲劳、少睡以及有时轮班工作是不适宜的。

紧张

尽管很难确定精神紧张的致病作用，但它对癫痫控制仍有很大的影响。松弛性锻炼、处理紧张状况以及诸如芳香治疗等有益处，因此应向病人推荐。对难于处理自己病情的癫痫病人，心理交流有助于控制发作。抑郁、心情低落和自我控制力差也能增加发作频率。这些情况还会影响病人能否规则服药(顺从性)，因而间断治疗不利于控制发作。

发热和高温

任何疾病都能加重发作，年轻病人出现



睡眠剥夺

许多人发现缺少睡眠可加重发作，癫痫病人应保证有规律且充足的睡眠。

发热时也是如此。原因是体温过高影响脑部功能而易诱发癫痫发作。因此，一旦出现发热征象，应立即用对乙酰氨基酚控制体温，如果需要可用风扇和海绵蘸冷水擦浴。另一种因体温升高引起发作增多的是日晒病，通常由过量太阳照射同时伴脱水所致。

光敏感性

最近，对光敏感性癫痫发作与电子游戏、电视或电脑屏幕之间的关系进行了很多研究。实际上，不超过5%的癫痫病人对闪光敏感。光敏感性癫痫发作通常在每秒闪动5~30次的光线下发生，电视及电子游戏(两者都有闪动屏幕)可引起易感个体的光敏感性癫痫发作。不过，英国的儿童通常花大量时间看电视及玩电子游戏，在此期间有一些发作可能纯属巧合。

其他常见诱因包括：

- 水面折射阳光。
- 太阳透过树丛闪光。
- 闪光灯。

对一些有光敏感性的病人，避免可引起发作的因素，或采取某些措施如在亮光下带太阳镜，可能足以预防发作，而不是采用抗癫痫药物治疗。

对于未服药者可采取以下预防措施避免

电视诱导性癫痫发作：

- 在明亮的房间内看电视。
- 看电视时有一定角度。
- 坐离电视至少2.5m。
- 用遥控器改换频道，不要走近屏幕调节。
- 罩住一只眼和(或)采用高分辨率(100Hz)电视。

电影极少引起癫痫发作，电脑显示器设置高分辨率通常可避免诱发癫痫发作。不过，在这两种情况下，画面内容如果是变幻的几何图形，偶然诱发发作。一般而言，抗癫痫药可有效预防光敏感性癫痫发作。

药物治疗

从远古时代起，人们一直寻找对癫痫有效的药物，在病人头颅上搽粉、兀鹫的血以及槲寄生都曾试用过。不过，第一个有效的疗法于1857年才由一名妇产科医生查尔斯爵士报道。因为当时有一个很常见的错误看法，认为某些妇女癫痫源于子宫。他对癫痫很有兴趣，他所用药物是溴化钾，直至1912年苯巴比妥问世前一直是最有效的。

溴剂主要的问题是副作用不可接受。实际上，降低抗癫痫药物副作用、提高其疗效



早期治疗
用槲寄生治疗癫痫
患者是早期的一种
尝试。



哪一种药物？

医生选择适合发作类型和需要的药物。

仍是药物治疗的核心。

药物如何吸收

服用抗癫痫药后，其吸收入血，进入脑内而起作用。空腹或饭后服用抗癫痫药物可影响药物吸收量；一般应固定于餐前或餐后某一时间服药。药物进入血液后，通过肝脏降解(代谢)或由肾脏滤过由尿排出(不同药物通过不同途径清除)。如果药物从体内清除很快，那么必须服用多次(一天3~4次)以保持血中药物浓度合理的有效水平；相反，如果药物清除较慢，那么可以一天服用一次。

药物如何起作用

大部分抗癫痫药物怎样作用尚不十分清楚，不过似乎有几种重要机制。在前一章(见第17~18页)，解释了当脑内兴奋和抑制不平衡时可引起癫痫发作。一些药物纠正此种化学上的不平衡；另一些药物作用方式不同，通过“稳定”神经元因而预防神经轴突过度放电。

选择正确药物

大部分抗癫痫药物作用于不同类型的癫

痫，但是通常仅选择最适合病人的药物。有趣的是，对一个病人非常有效的药物对另一病人可能毫无作用。的确，某些抗癫痫药仅对某种特殊类型的癫痫有效(如乙琥胺治疗失神性癫痫)，并且实际上，有些抗癫痫药物可加重某种类型的癫痫(如卡马西平加重肌阵挛发作)。常用于特定发作类型的药物列于下页表内。

副作用

抗癫痫药有3种主要类型的副作用，即：剂量相关性副作用、个体或特发性副作用和慢性副作用。

● **剂量相关性副作用** 见于所有病人，当抗癫痫药物浓度很高时发生(有时称为药物中毒)。不同病人所能耐受的剂量不同。大部分抗癫痫药物最常见的与剂量相关的副作用是头晕、复视、走路不稳、嗜睡和头痛，降低用量可减轻副作用。但对于从体内清除缓慢的药物而言，需要花数天时间才能有此种效果。重要的是，很多病人服用药物一段时间后耐受了某些副作用(特别是头晕)。因此，为了轻微副作用而准备停用药物前有必要观察一个月左右。大部分抗癫痫药物也能影响注意力和智力。

● **特发性副作用** 仅仅见于某些病人，基本

癫痫发作的种类和相应的药物治疗

一些抗惊厥药仅对特定类型的癫痫起作用；选择适合病人及其发作类型的药物很重要。

癫痫发作类型	首选药物	其他可使用的药物	
部分性发作			
单纯部分性	卡马西平	醋氨酰胺	氯己烯酸
复杂部分性	苯妥因	氯巴唐	替加平
继发性全身性	丙戊酸	加巴喷丁 苯巴比妥	拉莫三嗪 扑痫酮
全身性发作			
失神性发作	乙琥胺 丙戊酸	醋氨酰胺 氯硝西洋	拉莫三嗪
失张力性或强直性	丙戊酸	乙唑酰胺 卡马西平 氯巴占 氯硝西洋 加巴喷丁	拉莫三嗪 苯巴比妥 扑痫酮 苯妥因 托吡酯
强直-阵挛性或阵挛性	卡马西平 苯妥因 丙戊酸	乙唑酰胺 拉莫三嗪 苯巴比妥	扑痫酮 托吡酯 氯己烯酸
肌阵挛性	氯硝西洋 丙戊酸	乙唑酰胺 苯巴比妥	扑痫酮 吡拉西坦

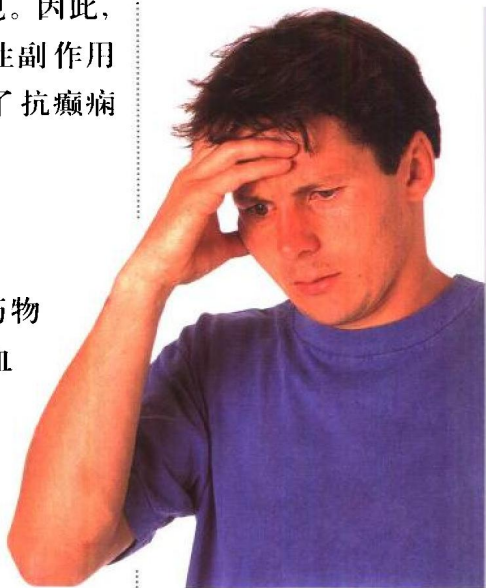
上为变态反应。可以出现皮肤红斑或各种的血液疾病。因为这种副作用不依赖于病人的剂量，克服副作用的唯一办法是停止用药。

● **慢性副作用** 服用药物多年后出现。因此，新的抗癫痫药物同老药比较，其慢性副作用尚未很好地证实。第42页表内包括了抗癫痫药物常发生的副作用。

药物的相互作用

抗癫痫药物的血中水平受其他药物(包括其他抗癫痫药)的影响，导致血中水平下降(引起发作)，或者血中水平上升(引起副作用)。原因是抗癫痫药物的降解、排泄和吸收会受其他药物的影响。因此，服用任何其他药物之前，包括非处方用药，进行检查很重要(第43页表内列举了常见的同抗癫痫药相互作用的处方药)。药物治疗癫痫过程中加用新的抗癫痫药时，通常有必要改变原有抗癫痫药物用量，并监测血中药物水平。

抗癫痫药物也可影响其他药物的血中水平，这对于避孕药很重要。因为许多抗癫痫药物使人体降解避孕药的能力增加，使它不起作用。在这种情况下，需要更高剂量的避孕药。子宫突发性出血是避孕药剂量可能不



调整剂量

副作用，如头痛、头晕困扰一些人，意味着需要调整剂量。

抗癫痫药物可能的副作用

抗癫痫药物可产生3种主要类型副作用——剂量相关性、特发性(罕见变态反应)和慢性副作用。

剂量相关性	特发性	慢性
复视	红斑	体重增加
走路不稳	血液异常	维生素缺乏
头晕	肝功能衰竭	面部外观改变
嗜睡	精神病或抑郁	痤疮
头痛		情绪改变
胃部不适		镇静
反应迟钝		

够高的征象，不能起到避孕作用。一个类似的、代谢加快的例子是同时服用抗癫痫药物和法华林(用于抗凝血的药物)，结果导致需要大量的法华林才能有效抗凝。

开始用药和停药

一开始就用大剂量抗癫痫药可引起副作用。因此开始服用应该谨慎，逐渐增加剂量。在癫痫发作得到控制和不产生副作用之间取得平衡后决定最后用量。

认识到不同病人需要不同剂量很重要，最后剂量可能超过一般推荐的最大剂量，在此情况下，如果病人未出现副作用，通常不需担心。如果药物不起作用或者因副作用无

法接受，可试用其他药物。大部分病人仅用一种药物(单药治疗)可以控制发作。在少数病人，2种甚至更多种不同的抗癫痫药物是必需的(多药治疗)。

因为下列原因，只要有可能，医生应尽量避免多药治疗：

- 一些抗癫痫药物同另一些相互作用。
- 多药治疗副作用通常更大。
- 服用多种不同药物难于记住，因而顺从性差。
- 很有可能误服药。

准备停药时，应逐渐减量；突然停止抗癫痫药物可引起严重的反复发作，即使这种药并无明显疗效。

按时服药

根据医生指导服药被称为顺从，顺从性差(即未能按指导服药，或者根本不服药，或者服药不规则)是抗癫痫药物治疗失败的主要

同抗癫痫药物相互作用的物质

下列是同抗癫痫药物相互作用的常用处方药

药物	治疗作用
别嘌呤醇	痛风
氨茶碱	哮喘
乙胺碘呋酮	心律失常
抗酸剂	消化不良
阿司匹林	止痛剂
西米替丁	消化不良、消化性溃疡
co-proxamol	止痛药
地尔硫唑	心绞痛
红霉素	抗生素
氟西汀	抗抑郁药
叶酸	维生素
丙咪嗪	抗抑郁药
奥米拉唑	消化不良、消化性溃疡
维拉帕米	心绞痛
co-trimoxazole	抗生素

原因。

由于通常要过一段时间(数天或者数月)后抗癫痫药物才能完全生效,并且癫痫发作一般不可预料,为了预防发作一定要规则服药。病人无发作时他们感觉良好(除了抗癫痫药物的副作用),因此不管是有意或者无意,偶尔错过一次服药并不令人奇怪。

采用规则方法服药

规则服药的病人也非常容易忘记是否服过最后一次药。培养病人规则的服药很重要。如果服用一种药每天超过两次,病人难以顺从,特别是小孩,不愿意中午在学校服药。多药治疗时这种情况甚至更糟。装药物的小皮夹非常有用,根据每天用药时间及每周用药要求在不同的分隔内分装药物。然后所需要做的是每周重新装药一次。对于记忆力差或非常忙的病人也有用。

突然停药

偶尔,病人决定突然停药(通常因为抑郁或情绪沮丧所致)。因为可能引起长时间及频繁癫痫发作,突然停药可能是危险的。若病人有呕吐或腹泻,药物未被吸收,此时应重新服药,医生可开一些止吐的药物。有时住院治疗是必要的。



药物管理盘

有不同的装置上市,帮助病人在每天正确时间服药。

服用正确的剂量

最后，医生和病人之间发生误解可导致服用错误的剂量。每一次就诊，病人准确知道每一种药物的剂量很重要；如果有必要，医生应该记下这些信息。病人来就诊时，最好随身携带药品。病人含糊其辞地询问药物情况，对此的回答很少有帮助。例如，病人说：“对了，我早晨服用两颗蓝药片，要不就是红药片，然后再服一颗白色药片。不，我在晚上服用白色药片。”医生不可能知道病人怎样用药。



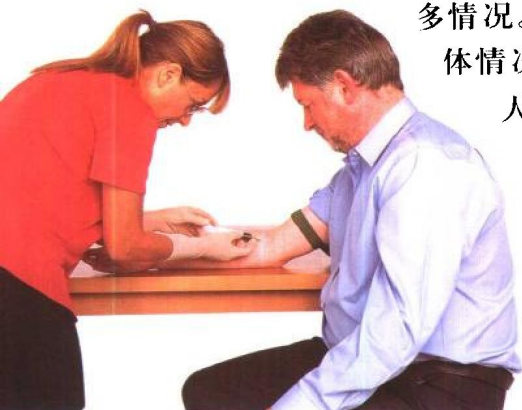
监测药物

监测抗癫痫药物的作用很重要，最好的方法是观察发作次数的变化。记住确切的发作次数通常十分困难，因此，频繁发作的病人有必要书面记录发作情况。每次就诊时，医生检查发作情况日记。病人学会区分不同类型的发作，并分别记录每一种类型的发作频率很重要。日记中也应包括开始服用抗癫痫药物的时间。

调节药物剂量最重要的指标是发作控制情况以及病人的舒适程度。不过，为了搞清楚血中抗癫痫药物的水平，偶尔取血标本(一

写发作日记

对每次发作及相关的明显诱因进行记录，帮助医生决定药物的有效性。



血中药物水平

采用简单的验血测量血中抗癫痫药物水平，可帮助医生判断药物剂量是否正确。

一般在早晨服药前，尽管并不总是可行)是有帮助的。根据血中药物水平，医生能够知道很多情况。但是，重要的是根据病人的总体情况分析所获得的信息。大部分病人癫痫发作控制良好且副作用少时，其血中药物浓度即所谓“有效血浓度”。问题是我们每一个人都不相同，对大部分病人有效的血中水平对少数人可能太高或太低。不过，血中药物水平可帮助医生大致了解药物剂量是否足够。还有一

些情况测定血中药物水平非常有用：

- 癫痫发作控制不良(血中水平可能下降)。
- 检查病人是否顺从服药。
- 开始用影响抗癫痫药物治疗的药物时(包括其他抗癫痫药)。
- 妊娠和疾病时血中药物水平可能改变
- 对严重的智能障碍病人，不能了解他们是否出现副作用。

下一章将逐个介绍治疗癫痫的药物。

癫痫手术

据估计在英国约有12500名癫痫病人可从癫痫的手术获益。随着技术如磁共振成像

(MRI, 见第28 ~ 29页)的进步, 越来越多病人癫痫发作的病因可以明确, 外科治疗癫痫的可能性及其成功率也得以提高。

癫痫手术难度很大, 手术切除癫痫发作起源的脑区, 显然不是没有危险。因此, 癫痫手术只用于长期药物治疗无效的病人(亦称为“难治性”或“耐药性”病人), 这些病人很少可能病情好转。



手术相关标准

在准备手术而对病人进行检查之前, 还有几项其他标准必须满足:

● 癫痫发作必须是病人残疾的一个主要原因(一个严重残障的病人可能有不易控制的癫痫发作, 这同病人的残疾问题相比仅仅是一个小问题)。

● 与此相类似, 医生和病人必须觉得控制发作将导致生活质量的明显提高(对于由癫痫以外的原因引起自杀或严重抑郁的病人, 以及癫痫无严重后遗症者, 明显不应推荐脑部手术)。

很多人受益

外科手术可以帮助成千上万的癫痫患者: 随着技术的进步可以确定发作的病因, 有可能使手术更广泛地应用。

- 病人必须理解癫痫手术可能的风险和益处。

手术前检查

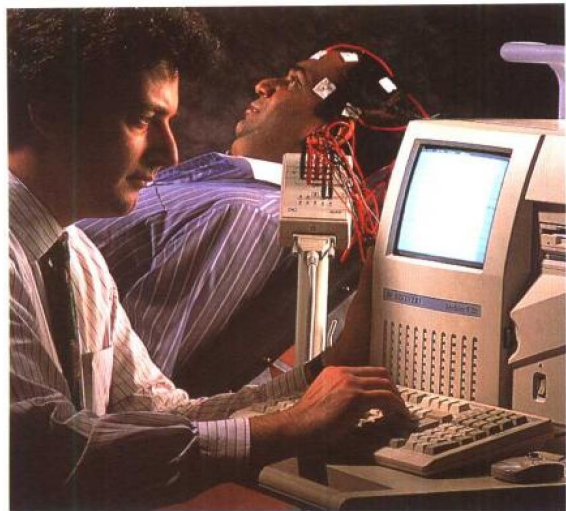
在决定采用手术治疗前必须进行几项检查：

- **脑部影像检查** MRI检查用以确定可能引起癫痫的脑部异常区域。如果未发现异常，并不排除癫痫外科手术，不过成功的可能性将小得多，不值得采用。

- **心理学测试** 详细进行检查，包括一些语

言、记忆、绘画(构图)测验，以搞清脑内不同部位的功能状况。进行此种检查用来确定病人存在的心理学问题或病征是否与引起发作的脑区相关，以及这些脑区对病人的记忆、语言的重要性等，并以此作为基础值同术后心理学状态相比较。

- **脑电波测量** EEG(脑电图)也起关键作用。为了确定发作开始的部位，通常采用一种技术，对病人发作情况录像，同时记录脑电图，两者对照分析。有必要检查MRI上看到的异



监测脑波活动

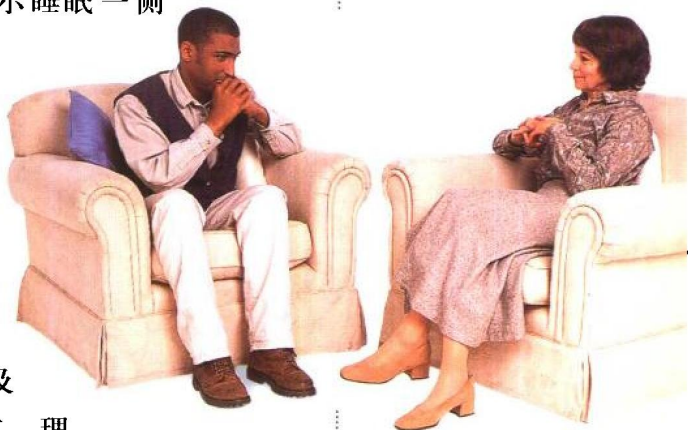
把电极附在病人头皮上，医生用EEG仪监测脑波活动。病人的脑波显示在屏幕上。

常同脑电图发现的病灶脑区是否一致。

● **阿米妥钠试验** 有时也采用。在腹股沟区的主动脉内插入一根导管，然后延伸至供应脑的血管，轮流向每侧脑内注射麻醉剂阿米妥钠。

尽管听起来十分痛苦，但此试验相对而言痛苦小，也较安全。注射的结果是，每半侧脑轮流处于睡眠状态，在此期间，对病人的记忆力和命名不同物体的能力进行测验。不能准确完成测验提示睡眠一侧脑控制语言和记忆。

大部分人语言中枢位于左侧脑部，记忆中枢位于双侧脑部，但少数人不是这样。搞清楚病人是否如此很重要，因为在决定是否能够手术以及采取何种手术时，语言、理解力和记忆力是否受到影响是关键因素。



● **精神病学测定** 以证实病人没有精神疾病，否则(如非常严重的抑郁或自杀倾向)病人不能进行脑部手术。如果发现精神问题，进行手术前需予以治疗。

所有检查完成后，病人的住院医生和脑外科医生一起讨论癫痫手术对每个病人的危

精神病学测定
为了排除精神疾病，手术前很多病人需要去看精神科医生。

险性和益处。

一旦认为可以手术，把手术的风险和可能的益处告诉病人，然后让病人作出决定。

结局

癫痫手术的效果很大程度上取决于手术类型、受累脑区及癫痫的潜在病因。

在颞叶有可以确定的缺陷的病人(最常见的情况)，约70%术后无发作，另有20%病情好转。不过仍有10%病人无好转，甚至病情更糟。不过，随着影像和手术技术的改进，癫痫手术的效果不断改善。

作出决定

一旦完成所有检查，内外科医生要讨论手术治疗的危险性和益处。



要 点

- 癫痫长期治疗的目标是控制并中止发作。
- 选择适合病人的抗癫痫药物。
- 药物的副作用可以与剂量相关，或者仅发生于某些个体，或者仅在长期治疗出现。
- 一些癫痫病人从脑部手术中获益。

治疗癫痫的药物

大部分癫痫病人发现采用抗惊厥药物治疗可以控制他们的症状。一些药物已用多年，但另一些则是近年才使用。

—— 已确定的药物 ——

一些最常用的药物从20世纪初就开始应用。

卡马西平

此药从20世纪50年代起一直应用，发现对部分性发作和强直-阵挛性发作既安全又有效。不过，可能加重失神性发作和肌阵挛性抽动。偶尔可出现皮肤红斑或血细胞计数异常，则必须停药。剂量太大可引起复视、恶心、头痛及嗜睡。卡马西平缓释剂也有供应(吞服药物从片剂里缓慢释放)，其服用次数少且副作用小。

氯硝西洋

氯硝西洋属苯二氮草类药物(其他同类药

药物治疗

大部分病人发现服用一种老药或一种新型药物可以控制发作。

后面将提及)。此类药物治疗焦虑、用作安眠药更为人们所知。对失神性发作和其他类型癫痫有效,不过,某些病人在一段时间后(通常约3个月)药效下降,这种现象称为药物耐受。与所有苯二氮草类相似,嗜睡和行为改变(特别在儿童出现攻击行为)是主要的副作用。

乙琥胺

此药仅对失神性发作有用,一些病人出现皮肤红斑,副作用有腹痛、疲乏、头痛和头晕。

苯巴比妥

苯巴比妥是抗癫痫药物中最早的一种,从1912年起开始应用。对大多数类型癫痫有效而且价格便宜,但在近年因其副作用,此药不再受青睐。最初,苯巴比妥被用作安眠药,因此很多人出现嗜睡并不惊奇,尽管嗜睡症状轻微,通常随时间而改善。自相矛盾的是,此药在儿童有相反的作用,出现活动增多和充满挑衅性。在少数病人,苯巴比妥可引起皮肤红斑及起水疱,剂量太大引起嗜睡、阳痿、抑郁或记忆力下降。长期使用苯巴比妥可使面部皮肤粗糙,减少体内维生素(叶酸和维生素D)的储存。

苯妥因

自1938年以来此药常规使用。苯妥因同

苯巴比妥一样有效，但较少引起嗜睡，因而最初被认为是一项突破。苯妥因对部分性发作和强直-阵挛性发作有效。一些病人出现皮肤红斑，此时应停药。剂量太大可引起头晕、发作次数增加、嗜睡、走路不稳和复视。长期应用可引起牙龈肿胀、面部皮肤粗糙、痤疮、面部多毛以及体内某些维生素(维生素D和叶酸)储量下降。因为这些长期副作用，年轻人不喜欢使用苯妥因，通常用其他不同的药物。

体重增加

一些病人服用加巴喷丁或丙戊酸等药物时体重增加。

扑痫酮

此药在体内降解成苯巴比妥，因而有同样的副作用。其使用同苯巴比妥一样。

丙戊酸

在20世纪60年代，完全是碰巧，法国人发现该药对癫痫有用。现在它是光敏感性癫痫、肌阵挛性发作和失神性发作的首选用药。不过，丙戊酸对所有类型的癫痫有效。3岁以下的儿童需要谨慎使用，在极罕见的情况下会引起严重肝损害。一些病人出现血小板数量下降(血小板是血液凝固所必需的)。

不过最常见的副作用是胃部不适、头发脱落、震颤、踝部肿胀、



体重增加和嗜睡(特别是同苯巴比妥一起使用时),丙戊酸也有缓释剂供使用。

—— 较新的药物 ——

最初开发新的抗癫痫药时,它们作为原有抗癫痫药物的辅助治疗试用于不能控制发作的病人(通常是部分性癫痫)。如果证明有效,才会开始被批准用于癫痫治疗。不过,一些新的抗癫痫药物对超出批准应用范围之外的其他类型癫痫有效。允许医生用于这些病症,但通常首先同病人讨论是否用该药。

加巴喷丁

目前,只有加巴喷丁被批准联合其他抗癫痫药物治疗部分性癫痫。其副作用小,但较高剂量可引起头晕、震颤和嗜睡;在某些病人也可增加发作频率。此药也能引起体重增加。

拉莫三嗪

此药最初被批准时同加巴喷丁一样用于有限范围,不过现在可用于不同类型的发作及单药治疗。对大部分类型的癫痫可能有效。少数病人可出现皮肤红斑,如果开始即服用高剂量时似乎更易发生。剂量过大可引起嗜睡、复视和头晕。

英国抗癫痫药物及其启用年份

一些药物从20世纪初即开始应用, 另一些则相当近期才开始。

药物(商品名)	启用年份
苯巴比妥(Gardenal)	1912
苯妥因(Epanutin)	1938
扑痫酮(Mysolin)	1952
乙琥胺(Zarontin)	1960
卡马西平(得理多)	1963
地西洋(Valium)	1973
氯硝西泮(Rivotril)	1974
丙戊酸(德巴金)	1974
氯巴占(Frisium)	1982
氯己烯酸(Sabril)	1989
卡马西平缓释片(得理多缓释剂)	1989
拉莫三嗪(Lamictal)	1991
加巴喷丁(Neurontin)	1993
丙戊酸缓释剂(德巴金CR)	1993
托吡酯(妥泰)	1995
替加平(Gabatril)	1998
fosphenytoin	1998

托吡酯

托吡酯是一种最新的抗癫痫药物, 用于各种发作类型的辅助治疗。通常在开始治疗时出现副作用, 包括疲乏、胃部不适、走路不稳, 偶尔有肾结石。病人也可出现体重增加。

替加平

这是最近在英国被批准的抗癫痫药，用于部分性癫痫的辅助治疗。主要副作用是头晕、震颤、疲乏、抑郁以及偶有腹泻。

氨己烯酸

此药仅仅被批准联合其他抗癫痫药物用于部分性癫痫。不过，在儿童其他类型癫痫也有一些疗效。约1/20病人出现抑郁，偶尔有意识混浊或精神症状。

其他副作用如嗜睡及头晕通常较轻微。一些病人服用氨己烯酸时体重增加。

近期有人担心氨己烯酸影响视野，在某些病人长期使用氨己烯酸可引起管状视野。这意味着医生不应太热心使用氨己烯酸，服用氨己烯酸的病人需密切注意自己的视野。

其他药物

主要为其他疾病开发的药物(如利尿剂或治疗焦虑和抑郁的药物)在某些情况下对治疗癫痫有效。

乙酰唑胺

这是一种利尿剂(帮助病人排更多尿)，主要用于治疗青光眼(一种眼病)。不过，偶尔被用于癫痫病人的辅助治疗，在一些病人

可能非常有效。

主要问题是一些病人几个月以后出现药物耐受(也就是, 药物疗效降低), 也可以引起皮肤红斑。其他主要副作用是过度口渴、手脚麻木、疲劳以及食欲下降。

氯巴占

它是一种苯二氮草类药物(见氯硝西洋, 第53页), 对大部分类型的癫痫作为辅助治疗非常有效, 不过, 在一些病人用几个月以后也可出现药物耐受。对于连续密集发作的病人, 或者对固定时间发作的病人(如月经期)偶尔可以间断服药(也就是3~4天服用一次), 也可在特别重要的日子服药以避免发作。

地西洋

它也是一种苯二氮草类药物, 通常不作为常规用药, 但可用于控制长时间持续发作。为此种目的可由家庭照料人员经口喂服或由肛门塞入给药。在医院, 为控制长时间持续发作可经静脉给药。

维生素和饮食

没什么证据表明维生素和饮食有助于控制发作。不过, 对于长期抗癫痫药物治疗, 补充维生素是必要的, 因为一些抗癫痫药物(见上)可干扰身体的维生素储量。对于希望

怀孕的女病人，也推荐补充叶酸。

对于严重癫痫和精神残障的儿童，高脂肪、低碳水化合物饮食(被称为生酮饮食)可帮助控制发作。但是，这种饮食并不令人愉快，难于坚持，因此罕见使用。

未来的药物

目前全球正进行许多项抗癫痫药物研究(在本书写作之时，至少10种新的化合物前景很好)，未来的抗癫痫药物治疗充满希望。不过，迄今为止尚无药物能治愈所有病人。在癫痫研究中一个未解决的问题是：为什么某些病人只对一些药物有反应。当然，每一种新药使更多病人的病情显著改善。可以希望随着更多药物的投入使用，发作不能控制的病人越来越少。

新药比老药副作用更少。但同已使用超过50年的老药相比，新药的远期副作用尚未被确认，意识到这点很重要。

要点

- 抗癫痫药物帮助大部分病人控制发作。
- 一些药物从20世纪初起就开始使用。

特殊情况



高热惊厥(见于幼儿)和癫痫状态(发作超过30分钟)各有其特征, 需要特别解释。

高热惊厥

此术语通常用于发生在幼儿(3个月到3岁)发热时出现的惊厥。高热惊厥很常见, 通常令人害怕, 因而很重要。不过, 不应把高热惊厥当作癫痫, 因为当儿童长大后此种情况几乎

可痊愈。

有时有必要排除脑部感染(如脑膜炎)等病因, 需要进行腰椎穿刺以确定有无颅内感染(穿刺时将一根针插入儿童脊柱, 以取得与脑部相通的一些液体)。在大部分高热惊厥病例没有脑膜炎或其他严重病因。

实际上, 年龄在3个月到5岁之间的儿童中, 超过3%至少出现过一次伴随发热无潜在脑部疾病的痫样发作。亲属中有类似发作史

儿童惊厥

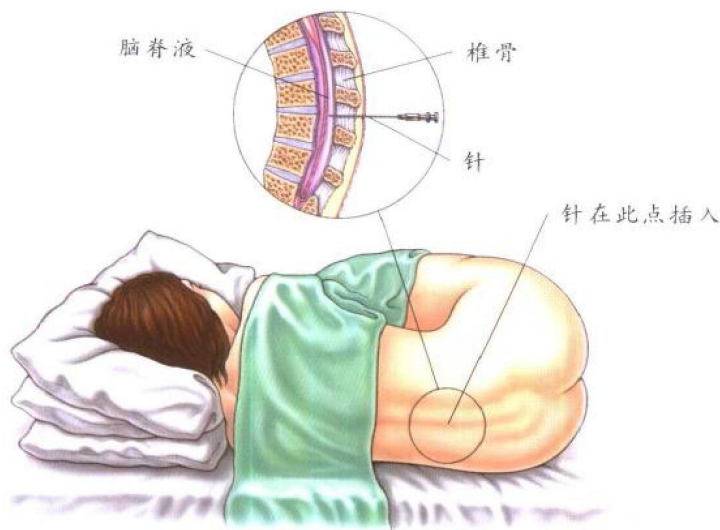
在幼儿高热可引起惊厥, 因此努力降低高温很重要。例如, 用温热水擦浴。

或患有癫痫时，高热惊厥更为常见。一次高热惊厥后约1/3的儿童随后有多次发作，但极少(低于5%)发展为癫痫。

如果儿童出现过一次热性惊厥，那么以后出现发热时，应该用对乙酰氨基酚和冷水擦浴以降低体温。在极易发作的儿童，发热时可用地西洋栓剂以预防惊厥。在极少见情况下，需要规则服用抗癫痫药，通常给以丙戊酸或苯巴比妥。

如何进行腰椎穿刺

将一根针插入腰部椎管以获取脑脊液样本，脑脊液检查有助于诊断脑膜炎等疾病。



癫痫状态

大部分癫痫发作仅持续数分钟。不过，一些发作持续时间较长——有时数小时甚至数天，被称作癫痫状态。其定义是一次发作或多次发作持续超过30分钟，其间病人意识无恢复。此定义可用于所有类型的发作。强直-阵挛性癫痫状态(通常称为惊厥性癫痫状态)最为重要，因其需要急诊治疗。

高达10%的惊厥性癫痫状态病人死亡(通常并非死于癫痫发作本身，而死于癫痫状态的潜在病因，如脑膜炎、脑卒中或脑内恶性肿瘤等)。约半数癫痫状态病人有慢性癫痫，这些病例中，突然停用抗癫痫药物是最常见的原因。约半数病人癫痫状态是第一次发作，一旦出现，需立即住院急诊治疗，经静脉给予抗癫痫药。

许多病人一天内发作次数增加，直至出现癫痫状态。对于某些有规律出现癫痫状态的病人，口服或经肛门塞入地西泮可以预防癫痫状态发生。医生和护理人员之间需要制定相应应急计划。

非惊厥性癫痫状态无如此严重。通常病人仅仅发作时间延长或多次发作而引起意识模糊，可持续数天。非惊厥性癫痫状态通常对口服给药反应较好(多用地西泮)。

妊娠和癫痫

为了确保母婴双方的健康，妊娠期必须谨慎监测药物水平和癫痫发作频率。

怀孕

癫痫病人生育率较低，主要是社会压力所致。癫痫及其治疗偶可影响生育，一些抗癫痫药物可降低性欲。

抗癫痫药物可以降低避孕药的作用，为了有效避孕，避孕药有必要用更大剂量。月经期之间出血，说明口服避孕药没起作用。

妊娠

在妊娠期间，约30%病人癫痫发作次数增加，20%发作次数减少，50%发作无变化。妊娠期体内处理抗癫痫药物的方式不同，因而需要定期监测药物水平和发作次数。通常在妊娠期的一定时间必须改变抗癫痫药物的剂量。一些母亲因担心抗癫痫药物对胎儿发育有影响，决定减少药量，这种情况并不少见。然而，大的惊厥性发作可影响胎儿发育或导致流产，因此，良好的顺从用药怎样强调也不过分的。

抗癫痫药物对子宫内胎儿发育的危险较



密切监护

在妊娠期必须仔细监护用药，确保对母亲及胎儿无害。

小，母亲采用多药治疗和高剂量的抗癫痫药物时胎儿的危险要高一些。一般人群胎儿出生时异常发生率约2%，服用一种抗癫痫药的孕妇的胎儿为6%(仍然很低)，而服用3种不同抗癫痫药物的孕妇的胎儿异常率高达20%。因而，怀孕前，医生采用最低剂量药物使病人癫痫得到充分控制很重要。

癫痫母亲的胎儿最常见的明显异常是唇(腭)裂，占所见异常的约1/3。脊柱裂是更为严重的副作用，当母亲服用丙戊酸(1%~2%胎儿)或卡马西平(0.5%~1%婴儿)时最常见。服用这些药物的病人可行超声和血液检查发现脊柱裂，以便在妊娠早期即安全地中止妊娠。所有服用抗癫痫药的妇女在怀孕前及妊娠最初3个月都应给予叶酸(这是一种天然维生素)，因为服用叶酸可以减少流产和胎儿畸形尤其是脊柱裂的危险性(有人主张不管有否癫痫，所有妇女在这些时期都要服用叶酸)。在妊娠最后一个月应给母亲补充维生素K，并且新生儿也应补充维生素K，因为抗癫痫药物可以降低体内维生素K的含量。如果新生儿体内没有足够维生素K，那么血液凝固不良，可有出血不止和脑内血肿等问题。

母乳喂养

患癫痫的妇女服用抗癫痫药物通常可以安全进行母乳喂养，因为大部分抗癫痫药物极少分泌到乳汁中。高剂量的乙琥胺或苯巴比妥是例外，可以大量分泌到乳汁中。乳汁中的苯巴比妥可使婴儿嗜睡。

要 点

- 仅在儿童发热时发生的惊厥通常不会转变为癫痫。
- 持续数小时或数天的发作称为癫痫状态。惊厥性癫痫状态是内科急症。
- 在妊娠期，抗癫痫药物对胎儿的危险性较小，并且肯定小于未控制发作的孕妇对胎儿的影响。
- 服用抗癫痫药物时通常可安全地进行母乳喂养。

社会问题

尽管本书用了大量篇幅处理癫痫的医学问题，同样重要的是，要认识到癫痫的社会问题很多，例如驾车、上学、就业及人际关系等。

安全驾车

癫痫病人清醒状态无发作至少一年，才能重新驾车。

不幸的是，社会仍对癫痫患者施加了额外的压力，虽然有时还算公正，例如驾车问题。



—— 驾车 ——

驾车时出现癫痫发作仍是道路交通事故最常见的可预防原因之一。为驾车而制定的规则非常简明，没有理由不遵守。在英国，每个人应把可能影响自己驾驶的情况（包括癫痫）通知司机和汽车执照管理局 (Driver and Vehicle Licensing Authority, DVLA) 是其义务与责任。任何未通知DVLA而继续驾车者构成犯罪。并且，未

通知DVLA不能获得驾车保险。这对所有癫痫发作的病人都适用，即使是最小的癫痫事件(例如先兆或肌阵挛抽动)也算作一次发作。

一旦通知DVLA后，病人应停止驾车，只有当右框内一条标准满足后才能重新申请驾驶执照。

单独一次癫痫发作后，或者有原因未明的意识丧失，病人被禁止驾车一年。重新申请执照时，病人必须填写一张关于发作的详细表格，并且DVLA也寻求全科医生和医院专科医生的意见。如果不满意DVLA的决定，可以诉诸地方法庭。

如果病人已经停止发作，并获得了驾驶执照，但希望停止用药时，建议病人在撤药期间和停药后6个月内不要驾车，尽管没有法规要求如此。撤药期间只要发作一次将导致撤销执照。

驾驶重型货车(HGV)和客车(PCV)的执照规定更严格，如果病人一直易于发作，他不可能取得这些执照。为此要求过去10年无癫痫发作或没有服用抗癫痫药物，并且没有癫痫发作持续危险性的医学证据(例如脑电图上

DVLA的驾车标准

当下列一条标准符合后，DVLA才会考虑驾驶执照的重新申请。

- 在前一年没有癫痫发作(也包括先兆等)
- 在过去3年仅在睡眠中发生过癫痫发作

显示每秒3次的棘慢波或脑扫描有异常)。

就业

条文规定禁止癫痫患者从事下列几种职业，它们是：飞行员、救护车司机、出租车司机、列车司机、商船海员以及军人、消防队员或警察。



被排除的职业

不幸的是，癫痫病人不能成为飞行员，因为工作时的一次发作明显可将他人置于危险之中。

也有一些工作若出现发作可伴有相当的危险性，因此不被推荐(如脚手架上工作)，考虑这些工作时需用常识分析。还有一些工作没有直接提及癫痫能否胜任，但仍应禁止(如助产士)。

如果癫痫可能影响工作能力或工作时的安全性，病人有必要告诉雇主自己的病情。在这些情况下未告知病情可作为解雇的理由。

就我们看来，如果可能在工作时出现发作，把病情告诉雇主而不是隐瞒可能要好些。如果雇主知道患者病情并予以考虑，那么不管病情怎样，将给他进行工作保险。如果可能在工作时出现发作，告诉同事并解释发作时怎么做是很重要的。

最初申请工作时，除非癫痫对工作能力

有严重影响，没有必要告诉雇主，除非特别被问及有关情况。如果要求填表，不要过分强调患有癫痫；在一些情况下，建议不填写有关部分或者填上“面试时讨论”。说明癫痫的最佳时间是就要接受工作或在最后面试时，但是还应让你的解释处于有利的地位。通常，全科医生或医院专科医生的信件将有帮助。申请工作时，癫痫患者所感受的偏见通常比实际的要大。一些人把自己未能找到工作归罪于癫痫，而事实上，问题更多在于病人自己的态度，面试时对工作充满信心，表示自己适合此项工作而不是过多考虑癫痫的负面影响很关键。

评估危险性

癫痫的一个重要特征是间歇发病，如果病人每周发作一次(这被认为控制不良)，每年仍有313天没有发作。因此不要让癫痫病情控制和支配自己的生活很重要。过分保护、过多的限制和成就低下是癫痫更为常见的继发性残障问题，可以避免出现。癫痫最主要的危险来自其发作的不可预测性，需要采取一定预防措施。有必要避免某些高危场合如登山、潜水和悬挂式滑翔运动等(尽管可能参加组织良好



应避免的活动

因为发作不可预料，高危运动如潜水应该避免。

的登山活动)。

在大部分其他情况下，限制患者生活所导致的社会学和心理学损害可能超过其发作不可预测带来的危险性。游泳完全可能，但最好同了解病情并知道发作时怎样做的人在一起，同时通知游泳池的管理员。骑车和骑马也完全可能，但还是要注意预防可能的危险，两种活动需要和了解病情的人一起或组队行动，并要戴头盔。

在家里，大部分活动危险性较小。不过，为了降低危险性，可采取一定办法。洗澡时最好用淋浴；如果用浴缸，水应不深，并告知别人。此外，浴室的门不应锁上。微波炉比火炉要好；有热油的煎锅应避免。对明火加热器和炊具安装保护装置是明智的。最后，要有报警器可供癫痫患者使用，例如在摔倒时可引发报警器。这些对独居的发作频繁的病人有用。

癫痫控制不佳的病人经常跌倒，可引起头和面部外伤。如果持续足够长时间，可发生脑损害和面部疤痕。建议这些人(癫痫患者中的极少数)戴保护性头盔。

上学和养育

笼统地讲癫痫儿童是错误的。我们现在

已经明白,“癫痫”描述的是多种不同的疾病,有很多不同的病因,发生于许多不同人群。把一位癫痫患者列为癫痫儿童或癫痫成人,并千篇一律对待是不可原谅的。尽管如此,关于上学有一些重要之处需予以说明。

大部分癫痫患儿上正常学校,仅少数伴有学习困难或癫痫非常严重者需要就读特殊学校。尽管受到主流教育,因多种原因很多癫痫患儿在学校成绩不佳。癫痫本身和抗癫痫药物可使儿童的学习能力减退。不过,通过现代药物治疗,记忆受损更小而发作控制更好。失神性癫痫患儿可能出现多次发作而未被自己及老师发现,表现为注意力不集中和学习成绩差。夜间发作也可影响白天的学习。

更重要的是,一些人认定癫痫患儿学习成绩应该差,父母及老师的这种看法很快会使患儿出现“自我满足”。经常旷课、自我要求低以及焦虑可能是主要问题。在学校父母、儿童和医生之间应有良好的交流。学校了解癫痫的有关情况,老师知道当出现发作时做什么以及对儿童病情的了解是重要的。

此外,除非必要,老师和父母不要过分

上学

大部分癫痫儿童能够上主流学校。



限制儿童的活动(见“评估危险性”第69~70页)。应该鼓励儿童积极思考并参加学校活动。老师应意识到可能出现的取笑和侮辱。如果儿童有可能在上学时出现发作,提供教给全班有关癫痫发作和癫痫的知识。儿童不要因为发作而感到孤立或实际上被孤立,这是很重要的。

家庭过度保护即使在控制良好的儿童也非常普遍,更不用说控制不良的癫痫患儿,这是适得其反的。过度保护通常持续到成人,可导致社会隔离、社交不良、依赖性、幼稚、成就低下和自我要求低。可以理解,寻求平衡是困难的,但不要忽略这个问题是重要的。为了更好地理解自己孩子的病情以及避免可能对孩子生活造成的影响,父母不要害怕同医生、律师或其他人讨论有关情况。按我们的经验,父母常处于过度担心和过度焦虑的边缘,因此出现心理和社会方面损害的可能性是很大的。

交往

广而言之,癫痫患者社会关系较少,通常比正常人更易孤立。通常一般公众中的偏见,被认为是其原因,但实际原因更为复杂。一些病人相信比实际存在更大的偏见,这与

父母的过度保护一起导致害怕交往，这种焦虑通常使建立关系更为困难。这引起一定程度的社会隔离，反过来又加重最初的焦虑。我们常发现甚至病情已不再发作，他们仍有顾虑。因此，许多癫痫患者需要鼓励，积极思考自己和病情，并面对自己的焦虑。有时，帮助是必须的。不要让癫痫不恰当地支配自己的生活是重要的，因为这样的偏见非常具有自我破坏性。

一旦在交往中，如果癫痫仍有发作，让同伴知道这一点是重要的。没有证据表明知道某人有癫痫是关系破裂的主要原因。尽管这个建议不错，我们确实知道有的妻子只是在蜜月的晚上才第一次发现丈夫的癫痫。怎样及何时告诉同伴是困难的，但应强调疾病的积极方面——通常癫痫容易控制，并不遗传，它不会导致精神病，等等。建立一个家庭(见第63页)以及为活动性癫痫患者照看养育孩子是完全可以实现的。过度依赖健康一方，或者把生病一方当作小孩，这两种情况都应避免。



真正的伴侣

没有理由不让癫痫患者去爱和建立家庭。也许把自己的病情告诉伴侣很困难，但强调疾病的积极方面是重要的。

精神疾病

精神病和癫痫发作之间的关系是复杂

的。过去，癫痫被认为是一种精神病，但现在被认为是器质性的脑部疾病。

不过，在癫痫患者中伴有精神障碍并不少见。癫痫患者面对很多社会压力，更有可能被解雇和过单身生活。因此在癫痫患者中焦虑和抑郁很常见并不令人惊讶，特别是长期控制不良者。此外，发作和抗癫痫药物通过对脑的影响都可能使抑郁加重，有时本身也可产生严重抑郁，需要住院和药物治疗。

罕见情况下，颞叶癫痫患者出现躁狂样发作和精神分裂症样发作。通常历时很短、可发生于癫痫发作时、刚发作后或者发作间期。在少数个体类似发作可持续，并需要长期药物治疗。在颞叶癫痫和精神病之间的确切联系不清楚，因为在一些病例发作频率增加或者减少都可导致精神病发作。

一些精神疾病和癫痫有共同原因，例如，出生时严重脑损伤可引起癫痫发作、人格问题和精神病。在这些病例中，不是癫痫引起精神障碍，而是潜在的脑部病因导致两种情况发生。

要 点

- 所有取得驾驶执照的人如果出现癫痫发作都需要通知交通管理部门。
- 如果患有癫痫，最好告诉雇主。
- 高危状况如剧烈、危险的运动应该避免；在适当监护下可享受大部分运动。
- 癫痫患儿的父母不应过度保护小孩，因为这可能导致患儿与社会隔离。
- 建立人际交往对癫痫患者而言有时是困难的，但他们必须小心不要让病情“控制”了自己的生活。

总体预后

通过恰当的护理和治疗，大部分癫痫患者有望过上正常而充实的生活，其寿命和正常人一样。

可能的预后

疾病的预后是为疾病发展“预告”，告诉我们在将来会发生什么情况。正如引言所述，大部分人癫痫可痊愈，因此可以说有良好的预后。用抗癫痫药物治疗的人中约80%可停止发作，因此必然会考虑何时停药。在停药前病人要持续两年左右无

发作。有很多因素决定撤药的成功或失败，包括潜在的癫痫病因。总而言之，两年无发作的病人约60%可成功停药。

停药的机会在年轻人和仅服用一种抗癫痫药物者要更多。因为重新发作一次的社会代价太大(丧失驾驶执照等)，一些病人不愿

良好的预后

停药后，年轻人比成人更可能保持不发作。



意冒险停药。

在成人患者,这些社会代价比儿童更大。实际上,无发作的儿童停用抗癫痫药物通常获益最大。因为撤药准确、及时,可以及早免去上学时癫痫发作和服药所带来的种种烦恼。

一个争论多年的问题是抗癫痫药物除了制止发作,是否帮助治愈疾病。答案尚不清楚。最近的研究表明甚至在后期才应用抗癫痫药物可能同早期治疗一样预后良好。

精神和身体健康

经常有担心癫痫及其发作导致精神和身体状况恶化。事实并非如此,在大多数情况下,发作停止或用抗癫痫药物得到良好控制的这些人通常过上正常生活。不幸的是,有一些人发作得不到控制,偶尔可看到其精神或身体状况恶化。不过,在这些病例中,恶化通常是由癫痫的潜在病因或发作时发生的损伤所致,而非发作本身。

通常有另一种担心,即可能出现精神疾病。但是,正如已经解释的,直接由癫痫发作引起的精神疾病罕见,并且发作本身极少引起人格和智力的破坏。

死亡和癫痫

癫痫影响寿命吗?答案是: 控制不佳的严重癫痫大多肯定影响, 甚至在癫痫控制良好的病人预期寿命可能略有缩短。其原因尚不肯定, 但在很多病例, 癫痫的病因(如脑肿瘤)明显缩短寿命。此外, 癫痫患者出现意外的危险要高些, 通常在发作时或因发作导致。未能预见的骤死(即以往身体健康的人突然无人在场时死亡, 尸检未发现原因)在癫痫病人更常见, 每年高达1/400(在严重癫痫病人可能更高), 原因不清楚, 但可能是癫痫突然发作的结果。

大部分发作并不导致死亡或脑损伤。不过, 癫痫控制良好的病人肯定比控制不佳者好。随着治疗方法不断进步, 癫痫的预后、癫痫患者的生活甚至寿命将一同改善。

要点

- 大部分病人癫痫可以痊愈
- 癫痫病人可使用药物来减少或预防发作, 并过上正常生活。
- 癫痫发作很少引起脑损伤或死亡。

总结

在本书中有很多重要之处应予以强调。

- 癫痫是一种常见的可以治疗的病症。
- 癫痫发作由脑内“放电风暴”导致，发作形式取决于从何处开始及传播多远。
- 很多疾病可同癫痫发作混淆。
- 癫痫发作的病因有多种。
- 高热惊厥极少发展成为癫痫。
- 大部分癫痫患者可用药物治疗且得到良好控制，但必须规则服药。
- 抗癫痫药物的剂量取决于发作控制和药物副作用之间的平衡。
- 抗癫痫药物血中水平仅是选择药物剂量的参考指标。
- 很多人的癫痫可以缓解并中止发作。
- 癫痫的预后可能与潜在病因有关。
- 脑部手术适合于很多药物耐受的癫痫病人，并可取得成功。
- 对癫痫患者的大部分偏见是不公正的，但通常并不像病人所认为的那样严重。
- 大部分癫痫患者可过上正常生活，不应被过度保护。
- “癫痫”一词是医学术语，不应用来称谓患者或成为其固定的称呼。

术语

阿米妥钠试验：依次注射阿米妥钠(一种麻醉剂)进入供应半侧大脑的血管中，以确定癫痫手术对记忆和语言的可能影响。

先兆：在大发作前出现的警报，或者单独发生，是一次简单部分性发作。

顺从性：按照医生指导服药。

计算机断层扫描(CT)：采用X线进行脑扫描并用计算机分析以获得脑的不同层面的详细图像。

脑电图(EEG)：记录脑电波(脑内电活动)。

癫痫发作：是脑内“放电风暴”的结果。可分为：①部分性发作(简单部分性、复杂部分性和继发性全身性发作)，异常电活动由脑内一部分开始，但可传播至其他部分；②全身性发作(强直-阵挛性、阵挛性、强直性、失神性和肌阵挛性)，异常电活动在脑内两个半球同时开始。

高热惊厥：儿童发热时出现，

很少发展为癫痫。

大脑半球：大脑分为左右两半，大部分人左半侧是“优势半球”，并控制语言。

海马：颞叶的一部分(见“脑叶”)，与记忆的形成有关，如果受损，通常可引起癫痫。

过度换气：过度呼吸，偶可同癫痫发作相混淆。

特发性副作用：仅发生于特定病人，抗癫痫药物最常见的副作用是皮肤红疹。

脑叶：大脑的不同分区，每个脑叶有特殊的功能。额叶在前部，处理运动；顶叶位于中间，处理感觉；枕叶在后部，处理视觉；颞叶在两边，与记忆形成有关。

磁共振成像(MRI)：采用强磁场和射频电波以引起原子振动，并放出能量；然后转化为脑的详细图像。在检测引起癫痫的脑部异常时MRI比CT好。

单药治疗：仅服用一种药物。

药物抵抗性癫痫：也称为难治性和耐药性癫痫，对药物治疗无效（仅指少数癫痫病人）

光敏感性：见于1/20的癫痫患者，易由闪光引起发作。

多药治疗：服用2种或更多药物。

预后：预告疾病以后的情况。

假性发作：不是癫痫，像一场情感爆发，通常由深层次的心理问题

所致。对抗癫痫药物治疗无反应，很难同癫痫发作区分开。

癫痫状态：一次发作或多次发作持续超过30分钟，无意识恢复。惊厥性癫痫状态，需要急诊治疗，应收住医院。

晕厥：晕倒。

视频遥测：摄像并同步记录EEG，用于难以诊断的病人和癫痫手术前评估。

索引

CT 见计算机断层扫描
EEG 见脑电图
MRI 见磁共振成像
West 综合征 19
X线, CT 28

A

阿米妥钠试验 49
阿司匹林 43
氨基烯酸 57

B

半球, 脑 10~11, 49
保护头盔 70
报警器 70
苯巴比妥 37, 40, 53
 母乳喂养 65
苯二氮革类 53, 58
苯妥因 40, 54
避孕药 41, 63
变态反应 见特发性副作用
丙戊酸 40, 54~55
病史, 重要性 25~26
病因 也见诱因
 癫痫 29~31
 发作 16~18
补充叶酸 58, 64
不能从事的职业 68

产伤 30
长期治疗 34~50
成人, 病因 30
唇(腭)裂 64
磁共振成像(MRI) 28~29, 46, 48

D

大发作 见强直-阵挛性发作
单药治疗 42~43
地西洋 33~34, 58, 61~62
癫痫, 定义 18
癫痫发作 18~19, 23~27 也见 惊厥
 长期治疗 34~50
 对驾车的影响 66~68
 分类 14~15
 概况 10~21
 急救治疗 32~33, 60~61
 精神疾病 74~75, 77
 类型 12~16, 62~63
 日记 45
 药物治疗一览表 40
 运动 69~70
癫痫状态 62~63
电活动, 脑 14~17, 26~27, 48
电视, 诱发因素 36~37
顶叶, 概况 11~13
顶叶发作
 病因 16~17
 概况 12~15

药物治疗 40、52~54、57

与偏头痛混淆 23~24

与晕厥混淆 23

定义、癫痫 18

对驾车的影响 67

对交往的影响 73~74

对就业的影响 68~69、74

对上学的影响 71~72

对乙酰氨基酚 36、61

多药治疗 43、64

E

额叶,概况 10~13

儿童 22、25、57

West综合征 19

苯巴比妥 53

病因 30

撤药前景 77

高热惊厥 60~61

母乳喂养 65

屏气发作 25

上学 71~72

失神性发作 15、71

先天异常 64

养育 71~74

夜惊 25

综合征 19~20

F

发热 35~36、60~61

发作后期 14

反射,检查 33

反射性癫痫 34

复杂部分性发作 13~14

副作用,药物治疗 39~43、52~59、

63~65

G

高热惊厥 60~61

高温 35~36、60~61

工作面试 69

光敏感,诱发因素 36~37

鬼魂附体 8

过度保护 69、72~74

过度呼吸 见过度通气

过度通气 24

H

海马 29

蛔寄生 37

化学不平衡 16~17、38

怀孕 63

恢复体位 33

活动,应避免 69~70

J

肌阵挛发作 15~16、39~40、52~54

急救治疗 32~33、60~61

棘波,脑电图 27、68

脊柱裂 64

计算机断层扫描(CT) 27~28

计算机屏幕 37

剂量,药物治疗所需 45

剂量相关性副作用 39、42

继发性全身性发作 14~15

加巴喷丁 55

家庭防护 70

假性发作 24~25

简单部分性发作

索引

概况 12~13

诊断 23

紧张, 诱发因素 35

惊厥 7~8, 15 也见 癫痫发作

癫痫状态 62~63

高热惊厥 60~61

急救治疗 32~33, 60~61

惊恐发作 24

精神病 74

精神病学评估 49

精神分裂症 74

精神疾病 49

酒精滥用 17~18, 30, 35

K

卡马西平 39~40, 52

开始或停止用药的考虑 42~43, 44,
76~77

耐受 53, 58

维生素耗竭 53~54, 58~59, 64~65

药物夹子的使用 44

启用年份一览表 56

康复, 统计资料 9, 19, 76

口, 急救治疗 32~33

L

拉莫三嗪 55

历史背景 7~8

药物治疗 37

良性儿童期癫痫 19~20

氯巴占 58

氯硝西洋 40, 52

M

慢性副作用 41, 42

模拟放电风暴 12

母乳喂养 65

N

耐受, 药物治疗 53, 58

难治性癫痫 47

脑 也见头

半球 10~11, 49

电活动 14~17, 26~27, 38, 48

功能 10~12, 49

结构 10~12

脑电波 27, 48

脑叶功能 10~12

特殊检查 26~29, 48-49

外科 46~50

影像检查 28~29, 46, 48

脑电图(EEG) 14, 48

概念 26~27

综合征 19~20

脑干 11

脑膜炎 60~62

脑叶功能 10~12

颞叶

概况 11~13

精神疾病 74

P

偏头痛 23~24

屏气发作 25

扑痫酮 54

Q

- 起始 8~9、30
- 强直性发作 14~15
- 强直-阵挛性发作 14~15、52、54
- 全身性惊厥发作
 - 病因 17、30、35
 - 概况 15~16
 - 概念 12
 - 药物治疗表 40
 - 遗传因素 30~31

R

- 妊娠 58、63~65
- 日记 45

S

- 闪光 见光敏感
- 社会问题 66~75、77
- 神经系统检查 16~17
- 圣保罗 7
- 失神性发作 15、39、52~54
 - 上学 71
- 失张力性发作 15
- 使用药物夹子, 药物治疗 44
- 视觉异常 23~24
- 视频遥测 27
- 寿命 78
- 栓剂、地西洋
 - 用法, 33~34、58、61~62
- 睡眠剥夺, 诱因 35
- 顺从, 药物治疗 43~44
- 死亡危险性 78
- 似曾相识 13~14
- 松弛, 益处 35

手术

- 标准 47
- 初步检查 48~49
- 概况 46~50
- 结果 50

T

- 太阳镜, 益处 36
- 特发性副作用 39、42
- 体重增加 54
- 替加平 57
- 统计资料 8~9、28、46
 - 外科效果 50
- 头 也见脑
 - 保护性头盔 70
- 托吡酯 56
- 甜味 10

W

- 外伤 30
- 危险性评估 69~70、78
- 维生素耗竭, 与药物治疗相关 53~54、58~59、64~65

X

- 先天异常 64
- 先兆 14、67
- 小发作 见失神性发作
- 小脑 11
- 心理学测试 48
- 新药 55~57
- 溴化钾 8、37
- 嗅觉 10
- 血中水平, 药物治疗 45~46

索引

Y

养育问题 71~74
腰椎穿刺 60~61
药物抵抗性癫痫 47
药物滥用 17~18、30
药物治疗 8、20、33~34
 多药治疗 43、64
 副作用 39~43、52~59、63~65
 概况 37~46、52~59、76~77
 监测 45~46
 前景 59
 顺从 43~44
 所需剂量 45
 吸收 38
 相互作用 41~42、43
 新药 55~57
 选择 38~39
 血中水平 45~46
 一览表 40、56
 已证实的药物 52~55
 有关治愈的争论 77
 作用机制 38
夜惊 25
遗传性疾病 30
遗传因素 30~31
乙琥胺 39~40、53、65
乙酰唑胺 57~58
已证实的药物 52~55
意识
 对驾车的影响 67
 发作类型 12~14、62

晕厥 22~23
 偏头痛 23
音乐, 诱发 34
饮食 58~59
诱发因素 34~37、41、60~61
 也见病因
预后 76~78
原发性全身性癫痫 20~21、35
运动 69~70
晕倒 见晕厥
晕厥 22~23

Z

诊断 18~19
 概况 22~31
 技术 25~29
枕叶, 概况 10~13
阵挛性作用 14~15
症状, 概念 19、29
治疗 也见药物、手术
 避免诱发因素 34~37
 长期 34~50
 概况 32~51
 急救 32~34、60~61
 惊厥 32~34、60~63
治愈、药物治疗的争议 77
 历史背景 8
轴索 16~17、38
自动症 14
综合、概念 19~21
总结 79

记录

记录

[General Information]

书名=家庭医生丛书 癫痫

页数=88

SS号=10422949