

癫痫 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/306/2021\\_2022\\_\\_E7\\_99\\_AB\\_E7\\_97\\_AB\\_c22\\_306497.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E7_99_AB_E7_97_AB_c22_306497.htm) 名称癫痫所属科室神经内科病因一、病因引起癫痫的原因繁多，可分为原发性和继发性两类：（一）原发性癫痫：又称真性或特发性或隐原性癫痫。其真正的原因不明。虽经现代各种诊查手段检查仍不能明确。（二）继发性癫痫：又称症状性癫痫。指能找到病因的癫痫。指能找到病因的癫痫，常见的原因有：1．脑部疾病：（1）先天性疾病：结节性硬化、Sturge-Weber综合症、脑穿通畸形、小头畸形等。（2）颅脑肿瘤：原发性或转移性肿瘤。（3）颅脑外伤：产伤、颅内血肿、脑挫裂伤及各种颅脑复合伤等。（4）颅内感染：各种细菌性、病毒性、真菌性及寄生虫性感染所引起的颅内炎症，如各种脑炎、脑膜炎、脑膜脑炎、脑脓肿、蛛网膜炎、脑囊虫病、脑弓形体病、脑爱滋病等。（5）脑血管病：脑出血、脑蛛网膜下腔出血，脑梗塞、脑动脉瘤、脑动静脉畸形及脑动脉粥样硬化等。（6）变性疾病：多发性硬化、老年性痴呆（Alzheimer病）、皮克（Pick）病等。2．全身或系统性疾病：（1）缺氧：窒息、缺氧及一氧化碳中毒等。（2）代谢疾病：低血糖、低血钙、苯丙酮酸尿症、尿毒症、碱中毒、水潴留等。（3）内分泌疾病：甲状旁腺功能减退，糖尿病、胰岛素瘤等。（4）心血管疾病：阿-斯综合征、二尖瓣脱垂、高血压脑病等。（5）中毒性疾病：有机磷、酰肼类药物、中枢兴奋剂及某些重金属中毒等。（6）其他：如血液系统疾病、风湿性疾病、儿童佝偻病、子瘤等。二、影响因素：（一）遗传：经谱系、双生子及脑电图研究和流行病学调查等，充分证实原发

性癫痫有遗传性，有的是单基因遗传，有的是多基因遗传，但不一定都有临床发作。晚近认为外伤、感染、中毒后引发的癫痫可能也有遗传因素参与。（二）年龄：年龄对癫痫的发病率、发作类型、病因和预后均有影响。癫痫的初发年龄60%~80%在20岁以前。新生儿中常呈移动性部分性发作，6个月到5岁热性惊厥多见。儿童良性中心-颞棘波灶癫痫多在4~10岁开始，青春期后自愈。成年期多为部分性发作或继发性全身性发作。病因方面，婴儿期首次发作者多为脑器质性非凡是围产前期疾病，其后至20岁以前开始发作者常为原发性者，青年至成年则颅脑外伤是一重要原因，中年期后颅脑肿瘤为多，老年者以脑血管病占首位。（三）觉醒与睡眠周期：有些全身强直-阵挛性发作患者多在晨醒后及傍晚时发作，称觉醒癫痫；有的则多在睡入后和觉醒前发作，称睡眠癫痫；觉醒及睡眠时均有发作者称不定期癫痫。后者多为症状性癫痫。婴儿痉亦常在入睡 before 和睡醒后发作，失神发作多为觉醒期发作。（四）内分泌改变：性腺功能改变对癫痫有一定影响。全身强直-阵发挛性发作及部分性发作常在月经初潮期发病，有的在经前或经期发作加频或加剧。少数仅在经前期或经期中发作者称经期性癫痫。妊娠可使癫痫发作次数增加，症状加重，或仅在妊娠期发作。后者称妊娠癫痫。（五）诱发因素：1. 发热、过量饮水、过度换气、饮酒、失眠、过劳和饥饿等均可诱发癫痫发作。某些药物如美解眠、丙咪嗪、戊四氮或忽然撤除抗痫药物，亦可导致癫痫发作。2. 感觉因素：某些患者对某些特定的感觉如视、听、嗅、味、前庭、躯体觉等较为敏感，当受刺激时可引起不同类型的癫痫发作，称反射性癫痫。3. 精神因素：某些患者在强烈

情感活动、精神激动、受惊、计算、奕棋、玩牌等时可促癫痫发作，称精神反射性癫痫。[病理]原发性癫痫无特征性病理改变，甚至有多年癫痫发作史者，仍无重大的病理变化，常见者仅为继发的缺氧、缺血性改变。继发性癫痫的病理改变因病因不同而异。[发病机制]癫痫发作的发病机制十分复杂，迄今尚未完全阐明。许多研究结果表明它的电生理本质是神经元过度同步放电的结果，与神经生化、神经生理、神经生物学、免疫学等均密切相关。

一、神经元痫性放电的发生：正常情况下，每一种神经元都有节律性的自发放电活动，但频率较低，一般为10~20Hz。在癫痫病灶的四周部分，其神经元的膜电位与正常神经元有不同，在每次动作电位发生之后出现称为“PDS”的持续性去极化状态，并产生高幅高频（可达500Hz）的棘波放电。在历时数十至数百毫秒之后转入超极化状态。

二、癫痫性放电的传播：当异常放电仅局限于大脑皮质的某一区域时，表现为部分性发作。若在此局部的反馈回路中长期传导，则导致部分性发作持续状态。通过电场效应及传播通路，也可扩及同侧其它区域甚至一侧半球，表现为杰克逊发作。当异常放电不仅扩及同侧半球而且扩及对侧大脑半球时，引起继发性全身性发作。当异常电位的起始部分在中心脑（丘脑和上部脑干）而不在大脑皮质并仅扩及脑干网状结构上行激活系统时，则表现为失神发作；而广泛投射至两侧大脑皮质和网状脊髓束受到抑制时则表现为全身强直-阵挛性发作。

三、癫痫性放电的终止：其机制未明，可能脑内存在主动的抑制机制。即在癫痫发作时，癫痫灶内巨大突触后电位，通过负反馈的作用而激活抑制机制，使细胞膜长时间处于过度去极化状态，抑制放电过程的

扩散，并减少癫痫灶的传入性冲动，促使发作放电的终止。此外在此过程中，抑制发作的代谢产物的积聚，神经胶质细胞对钾及已经释放的神经介质的摄取也起重要作用。

#### 四．影响癫痫性放电的因素：

癫痫性放电的发作、传播和终止，与遗传、生化、电解质、免疫和微量元素等多种因素有关。具有癫痫遗传素质者其膜电位稳定性差，在后天因素及促发因素作用下轻易引起癫痫性放电及临床发作。癫痫性放电与神经介质关系极为密切，正常情况下兴奋性与抑制性神经介质保持平衡状态，神经元膜稳定。当兴奋性神经介质过多或抑制性介质过少，都能使兴奋与抑制间失稀，使膜不稳定并产生癫痫性放电。细胞内外钠、钾的分布也影响膜的稳定性。血清钙、镁离子减少，可使神经元兴奋性增强；微量元素铁、锌、铜、锰、锂等在癫痫发作中也起一定的作用。晚近对癫痫发作与免疫因素的关系也作过许多研究，认为在致癫痫病因作用下，血脑屏障破坏，脑组织抗原进入血液循环可产生抗脑抗体，后者作用于突触，封闭抑制性受体，减少抑制性冲动，亦可促成癫痫性放电。临床表现癫痫的临床发作形式繁多，常见的有如下类型：

- 一、全身强直-阵挛性发作：又称大发作。按其发展过程可分如下三期：
  - （一）先兆期：约半数患者有先兆，指在意识丧失前的一瞬间所出现的各种体验。常见的先兆可为非凡感觉性的幻视、幻嗅、眩晕，一般感觉性的肢体麻木、触电感，内脏感觉性的如腹内气体上升或热血上涌感，运动性的如头眼向一侧斜视，精神性的如恐怖感、奇异感等。一般持续1～数秒钟。有先兆者，可利用此段时间坐、卧、或避开危险。同一患者其先兆症状多固定不变，常指明大脑皮质有局限性损害，故可根据先兆症状协助

定位。原发性全身强直-阵挛性发作无先兆。（二）痉挛期：继先兆期后，随即意识丧失，进入痉挛发作期。首先为强直性发作（强直期），表现忽然尖叫一声，跌倒在地，全身肌肉强直，上肢伸直或屈曲，手握拳，下肢伸直，头转向一侧或后仰，眼球向上注视。呼吸肌强直致呼吸暂停，面唇紫绀。瞳孔散大，对光反应消失。唇、舌或口腔粘膜有咬伤。约持续20秒钟，进入阵挛期，全身肌肉呈节律性抽搐，频率开始较快，随之逐渐减慢，随最后一次痉挛后抽搐停止。此期，自动呼吸恢复，面、唇紫绀逐渐减轻，口腔内分泌物增多，口吹白沫或血沫。还可伴尿失禁、全身大汗。持续约一分钟。在痉挛发作期尚可出现心跳加快、血压升高等，且由于意识障碍，忽然跌倒，可致患者外伤、溺毙、触电、烧伤或引起火灾及各种安全事故。（三）昏睡期：抽搐停止后患者进入昏睡、昏迷状态，然后逐渐清醒，部分患者在清醒过程中有精神行为异常，表现为挣扎、拒抗、躁动不安。醒后除先兆外，对发作过程不能回忆，并可感到头痛、全身乏力、疼痛、呕吐等。有些患者在一次发作之后意识尚未恢复又连续多次发作称全身强直-阵挛性发作（大发作）持续状态。常由于忽然撤除或更换抗癫痫药物或感染等引起。由于持续状态期间脑神经元能耗骤增，脑内pH下降，加之全身性缺氧，肌肉强烈而持久性收缩，酸性代谢产物增加，可导致脑缺氧、脑水肿甚至脑疝形成。由于呼吸循环改变可致缺氧性脑病、昏迷、去大脑皮质综合征，甚至危及生命。

## 二、失神发作

又称小发作。通常有如下几种类型：（一）简单性失神发作：又称典型失神发作。临床表现为突发突止的意识障碍，可在工作、活动、进食和步行等情况下发生。患者忽然动作中

顿、呆立（坐）不动，手中持物跌落，呼之不应，但从不跌倒，持续5-30分钟。对发作过程不能回忆。一日发作数次至上百次不等。多见于6-12岁儿童。脑电图呈爆发性、两侧对称同步性3Hz棘慢波发放，轻易受深呼吸诱发。（二）复杂性失神发作：又称失神（小）发作自动症。除表现发作性意识丧失外，在发作期间还可有类似颞叶自动症的一些表现，如咂嘴、无目的摸索、双手磨擦、徘徊等一些刻板动作。对发作期不能回忆。须与复杂部分性鉴别。本症发作时间较短，无感觉性及精神性先兆，发作期及间歇期均无颞叶损害证据，发作时脑电图为3Hz棘慢波综合，而非为一侧或双侧颞叶波及（或）棘波放电，过度换气亦轻易诱发。（三）肌阵挛性失神发作：又称肌阵挛性小发作。表现为两侧对称性眼、面、颈、四肢或躯干短暂肌阵挛发作，不伴有或伴有短暂意识障碍。脑电图呈典型3Hz的棘慢波爆发或发作性多棘波慢波综合发放。2/3的患者过度换气可诱发发作，约半数儿童患者对光敏感。（四）运动不能性发作：又称失张力性猝倒发作。忽然出现短暂意识障碍，肌张力丧失姿势不能维持而跌倒。脑电图表现与简单性失神发作相同。

### 三、简单部分性发作 又称局限性发作。是不伴有意识障碍的运动、感觉和植物神经症状的发作。

（一）简单运动性发作：多数呈阵挛性发作，少数呈强直性发作。常见于一侧肢体远端如手指、足趾或一侧口角或眼部，持续数秒至十数秒后自然终止。若发作持续数时、数日、数周甚至数月者称部分性癫痫持续状态或称Koshevnikov癫痫。若发作按大脑皮质运动区排列顺序扩展，发作可从某一局部扩及整个一侧头面及肢体，此时不伴有意识障碍，称Jackson发作。当发作扩及皮质下的丘脑、中

脑网状结构并扩及对侧大脑皮质时可引起意识障碍及全身强直-阵挛性发作，称继发性全身性发作。若部分性运动发作持续时间长或较严重时，发作停止后可使原有瘫痪暂时加重或出现暂时性局限性瘫痪者称Todd麻痹。（二）简单感觉性发作：多表现为手指、足趾、口角或舌部的发作性麻木感、针刺感、触电感等。亦可与简单运动性发作一样，神经元异常放电沿大脑皮质感觉区顺序扩散，成为Jackson发作；若扩及中心前回则呈部分性运动性发作，扩及中心脑及对侧皮质则呈继发性全身强直-阵挛性发作。四、复杂部分性发作 又称精神运动性癫痫。系伴有意识障碍的部分性发作。其多数病例病灶在颞叶，故又称为颞叶癫痫（发作）。但有的病灶并不在颞叶而在额叶或边缘叶。可表现为下列症状：（一）非凡感觉性发作：多为幻觉发作。嗅幻觉者多闻及难于形容的怪味，如腐尸臭气、烧焦或霉烂气味等。若伴有意识模糊、梦境感者称钩回发作，病变多在颞叶钩回。视幻觉者表现为眼前闪光、视物变大、变小、变形、变近、变远等。听幻觉者为听到模糊或清楚的语声、噪声或乐声等。味幻觉者为尝到异味感。前庭性者有旋转感，飘浮感等。（二）内脏感觉性发作：常表现为自感腹部或胸部有一股热气向头部方向上升，还可有心悸、腹痛、肠鸣、急便感等。（三）记忆障碍发作：常见的为对生疏的人、地有似曾相识（人物）或旧地重游（环境）的熟悉感；或反之对熟人熟地有生疏感或失真实感。（四）情感障碍发作：表现为惧怕、焦虑、不安、愤怒、忧郁或欣快等。（五）思维障碍发作：表现为强迫思维、妄想等。（六）自动症：发作期间意识混浊，做出一些简单或复杂的动作，分别称为简单自动症和复杂自动症。前者

可表现为咂嘴、咀嚼、吞咽、流涎等（称摄食或口咽自动症），或为反复搓手、拍手、解开衣扣、掏摸衣袋等症状（称行为或习惯性自动症）；后者可分为梦游症和漫游症两种。梦游症多在夜间睡眠中忽然起床活动，做出一些不可理解或可以理解的动作及行为，如整理室内物品、清扫、洗衣、开关抽屉等，然后又复入睡，次晨对发作经过毫无所知；漫游症又称神游症，系指发作发生在白昼，表现为离开原工作岗位，无目的的漫游，或搭乘车船，外出旅游等，对发作过程亦多不能回忆。有时伴有精神运动兴奋，表现为赤身裸体、无理吵闹、越墙、跳楼等。若伴有幻觉，可作出一些伤人、毁物、甚至杀人、放火等危害社会治安的暴力行为。每次发作可持续数分、数时、数日乃至数月之久。

五、功能性部分性发作 以往认为部分性（局限性）癫痫均为继发性者。但功能性部分性发作系一种原发性良性发作，多见于儿童。（一）儿童良性中心-颞棘波灶癫痫。多在3~13岁发病，表现为一侧口角、齿龈的感觉异常及一侧口唇、面部、舌咽部强直性或阵挛性抽搐，伴言语困难，但意识清楚。多于睡眠中发作。抽搐可波及上肢，甚或发展成全身强直-阵挛性发作。因父母在患儿全身抽搐时才发现发作，故常误诊为全身强直-阵挛性发作。脑电图呈一侧或双侧中心区和颞部棘波灶。发作频度较少，常为数月发作一次。约占儿童癫痫的15%~20%。对抗癫痫药物有良效，至青春期自愈，预后良好。（二）儿童良性枕部放电灶癫痫：属原发性、良性癫痫。发病年龄自15个月至17岁，平均7岁。多表现为发作性黑朦、幻视（单纯性）、错视，继之可有偏侧肢体阳挛性抽搐或全身强直-阵挛性发作。约有25%的中层得发作后有偏头痛样头痛。闭目状态



下脑电图可见发作性枕部高波幅棘波、尖波或棘慢波发放，睁眼时消失。

## 六、其他类型

### （一）婴儿痉挛。

以短暂、激剧和强烈的多发性肌强直或阵挛性收缩发作为其主要表现。以“或”、“或”发作最多，亦可呈Moro反射（拥抱反射）样痉挛发作。常在婴儿期（4~6个月）起病，多伴有智力发育迟滞，脑电图呈高度失律，West综合征。可由胎儿期、围产期及出生后多种原因引起。

### （二）热性惊厥。

小儿急性发热性疾病进伴有的一种痉挛发作。以3岁以前婴幼儿多见，多呈全身强直-阵挛性发作。与热度高低不呈正相关，有进低热即可引起，与遗传因素有一定关系。预后多良好，多数不需服用预防性抗癫痫药物，在学童期自愈。亦有一部分患儿在反复出现热性痉挛后转变为无热惊厥（癫痫）。

## 化验检查诊断癫痫诊断应包括：

是不是癫痫、是哪一型癫痫和查明引起癫痫的病因三个方面的内容。

### 一、确定是否为癫痫发作

#### （一）依据病史资料：

这是诊断癫痫的主要手段之一，因发作时多有意识障碍，故除向患者了解病史外，还应向家人或目睹患者发作者作补充了解。注重询问初次发作年龄、发作情况及以后的发作频度、发作时间、场合，有无先兆，那一部位首先出现症状，发作时有无意识障碍、口吐白沫、面色青紫、瞳孔散大、病理反射、自伤、外伤、失禁，发作后有无肢体瘫痪、无力、神经系统体征等。

#### （二）脑电图检查：

这是诊断癫痫极为有价值的辅助手段。间歇期检查其阳性率可达50%以上。若重复检查，并适当选用过度换气、闪光刺激、睡眠及药物等诱发试验，其异常率可增加到90%。晚近开发的长时间脑电图监测和电视录相能进一步提高其阳性率。

主要的癫痫波为棘波、尖波、棘（尖）慢波、高度失律和

其他发作性节律波等。（三）排除其他发作性疾病：1．癔病：临床症状与癫痫有许多相似之处，但癔病性抽搐发作时意识清楚或朦胧，发作形式多变，往往有号哭或喊叫，面色潮红，瞳孔正常，一般自伤、失禁，每次发作持续时间较长，发作多与精神因素有关。2．晕厥：发作时以意识障碍为主症，很少在卧位尤其在睡眠中发作，发作过程较缓慢，在意识丧失前常有头昏、眼前发黑、腹部不适及心慌等症状，晕厥时常有面色苍白、血压降低。意识丧失时很少伴抽搐，平卧后意识很快恢复。3．暂时性脑缺血发作（TIA）：呈发作性的局限性抽搐、肢体瘫痪、意识障碍或猝倒，应与部分性癫痫及失神发作相鉴别。TIA通常发病年龄较大，常有高血压、动脉硬化、血脂增高等心血管性疾病，脑电图多无痫性发作波。4．发作性低血糖：可见意识障碍、精神症状，极似复杂部分性发作。但发作多在清晨，持续时间较长，发作时血糖降低，脑电图呈弥漫性慢波，口服或静注葡萄糖可迅速缓解。（四）诊断性治疗：若经上述诊断程序仍不能确诊而又有癫痫可疑者，可试投抗癫痫药物治疗，若为癫痫可减少或完全控制发作。

二、区分癫痫的发作类型 主要依据具体的病史资料、脑电图常规检查、长时间监测和录相结果进行判定。失神发作为双侧对称、同步3Hz的棘慢波放电，肌阵挛性癫痫为多棘波慢波发放，部分性发作为局限性棘波、尖波、棘慢波，婴儿痉挛为高度失律脑电图。

三、查明癫痫的病因 在癫痫诊断确定之后，应设法查明病因。在病史中应询问有无家族史，胎儿期、围产期的情况，有无产伤、头颅外伤、脑炎、脑膜炎、脑寄生虫等病史。查体中注重有无皮下结节、全身性疾病及神经系统局限体征。然后针对所怀疑的

病因选择有关检查，如血糖、血钙、血脂、脑脊液、脑电图、经颅多普勒\*\*\*、脑血管造影、核素脑扫描、rCBF、CT、MRI等检查，以进一步查明病因。治疗一、病因治疗一旦病因明确，应对因治疗，如脑瘤、脑血管畸形、脑组织瘢痕、颅内异物等可行手术治疗，脑寄生虫病需行抗寄生虫药物治疗。有的（如反射性癫痫）应尽量避免诱发因素的刺激以减免其发作。二、药物治疗对于病因未明或病因已明而暂不能治疗者一般均需行药物治疗。（一）发作期的治疗：全身强直-阵挛性发作时的处理：首先应将患者置于安全处，解开衣扣，保持呼吸道通畅。若患者张口状态下，可在上下白齿间垫于软物（缠纱布的压舌板或卷成细条状的衣角或手帕等），以防舌咬伤，切勿强力撬开。抽搐时轻按四肢以防误伤及脱臼，抽搐停止后让患者头转向一侧，以利口腔分泌物流出，防止吸入肺内致窒息或肺炎。抽搐停止后患者意识未恢复前应加强监护，以防自伤、误伤、伤人、毁物等。2. 全身强直-阵挛性发作持续状态的处理：癫痫持续状态是一严重的紧急情况，需作出及时正确的处理，以减少其致残和死亡率。（1）迅速控制抽搐：安定：成人首次剂量10~20mg，按1~5mg/min缓慢静脉注射，有效而复发者，30分钟后可重复应用，或在首次用药后将安定20~40mg加入10%葡萄糖液100~250ml中缓慢静滴，10~20mg/h，视发作情况控制滴注速度和剂量，24小时总剂量不超过120mg。儿童剂量每次0.25~0.5mg/kg静推，速度1mg/min，婴儿不超过2mg/次，幼儿不超过5mg/次。5~10岁1mg/岁，儿童一次用量不超过10mg。新生儿及婴儿亦可用安定，每次0.5~1mg/kg肛管给药。应同时注重有无抑制呼吸。因其作用时间较短，可同时

给鼻饲苯妥英钠或肌注苯巴比妥钠。 异戊巴比妥钠：成人用0.5g，以注射用水或生理盐水稀释成10ml，以50mg/min速度缓慢匀速静注，直到抽搐停止后再追加50mg，剩余部分可行肌肉注射。注射过程中需密切观察呼吸情况，如有抑制呼吸现象应立即停止注射，并作人工呼吸。 苯妥英钠：按8~10mg/kg或突击剂量14~20mg/kg，成人以50mg/min、儿童以1~3mg/min速度缓慢静注。有心律失常、呼吸功能障碍及低血压者慎用。 利多卡因：成人用1%的利多卡因10ml，以20mg/min速度匀速静注。 副醛：成人8~10ml、儿童0.3ml/kg，用植物油稀释后保留灌肠。 10%水合氯醛：成人20~30ml、儿童0.3ml/kg保留灌肠。 发作控制后应继续鼻饲或口服抗癫痫药。

(2) 减轻脑水肿：可用20%甘露醇、速尿20~40mg或10%葡萄糖甘油利尿脱水，以减轻脑水肿。

(3) 其他：维护呼吸道通畅，注重循环功能，纠正水电解质及酸碱平衡紊乱，控制高热及感染等。

(二) 发作间歇期的处理：1. 常用的抗癫痫药物 2. 抗癫痫药物的使用原则：(1) 一经确诊为癫痫，原则上应及早用药，但仅有一次发作而有明确诱因或数年一发者可先观察，暂不给药。(2) 尽快控制发作：应长期按时定量服药，间断服药既无治疗价值，又有导致癫痫持续状态的危险。(3) 按癫痫发作类型选药：选择有效、安全、价廉和来源有保证的药物。通常全身性强直-阵挛性发作选用苯妥英钠、丙戊酸钠、苯巴比妥、卡马西平；部分性发作选卡马西平、苯妥英钠、苯巴比妥；失神发作选丙戊酸钠、乙琥胺；婴儿痉挛选ACTH(24~50 $\mu$ /d, 4~6周)、强地松、氯硝安定等。(4) 合适的药物剂量：通常从小剂量开始，逐渐增加至有效控制发作而无明显毒副

作用的剂量，坚持长期按时定量服用。最好结合血浆药物浓度的监测来调整剂量。病情尚未控制，血浆浓度未达稳态时宜加量。儿童因随年龄增长体重不断增加，故需经常调整药物剂量。（5）单一药物为主：一般主张使用单一药物治疗。只有当一种药物最大剂量仍不能控制发作、出现明显毒副作用或有两种以上发作类型时，可考虑两种药物联合使用，但需注重药物相互作用。（6）换药：某一药物用至极量，药物血浆浓度亦超出正常范围仍不能控制发作，或（和）有严重的毒副作用时，需考虑换药或联合用药。除因毒副作用原因无法继续使用者外，严禁忽然撤换，以免引起持续状态。换药宜有至少1周以上的交替时间。（7）停药：应根据发作类型，既往发作情况、颅内有无持久性病灶和脑电图异常来决定。一般原发性者完全控制2~4年后，脑电图正常或发作波消失者方可考虑停药。停药宜逐渐减量，最好在3~6个月内完成。对继发性癫痫有时停药困难，有的可能要终生服药。

### 三、手术治疗

手术治疗主要适用于难治性癫痫。凡确诊为癫痫后，经系统药物治疗，并在血浆浓度监测下治疗2年仍不能控制，每月发作在4次以上，病程在3年以上者，可考虑行手术治疗。外科治疗方法主要有三类：一类为切除癫痫源病灶或癫痫源区，如大脑皮质、脑叶及大脑半球切除术等；第二类为阻断癫痫放电的扩散经路，提高癫痫阈值，破坏癫痫的兴奋机构，如大脑联合（胼胝体）切开术、立体定向脑深部结构摧毁术（杏仁核、Forel-H区）等；第三类为刺激癫痫的抑制结构，如慢性小脑刺激术。

### 四、癫痫患者的保健

（一）癫痫患者或其家属必须有一套系统完整的发病与治疗档案，记载发病情况、服药剂量、时间与反应，在就诊时交给

医生，以评价治疗效果。（二）严格观察药物不良作用，定期检查血、尿常规、肝功等。（三）儿童患者可照常上学，成人患者不宜从事高空或水上作业、机动车辆驾驶、操作高速车床、高压电器及哨卫等工作。（四）患者可以结婚，遗传性癫痫患者按有关规定不得生育。预防及预后预防应从母亲孕期开始，做好产前保健工作。非凡要做好围产期的工作，提倡优生优育，避免产伤、窒息。各种年龄均应避免颅脑外伤、预防中枢神经系统感染、中毒和传染病的发生等。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问  
[www.100test.com](http://www.100test.com)