

癫痫_神经内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E7_99_AB_E7_97_AB__E7_A5_9E_c22_610991.htm 系由多种原因引起的脑部神经元群阵发性过度放电，和各种发作性脑功能障碍的一种疾病。【诊断】1. 发作类型的诊断（1）全身强直-阵挛性发作（大发作）：表现为突然意识丧失，先为强直性，后为阵挛性痉挛。常伴尖叫一声，面色紫绀、尿失禁、舌咬伤、口吐白沫或血沫，瞳孔散大。持续数十秒钟至数分钟后痉挛发作自然停止，进入昏睡状态。醒后有短时间的头昏、疲乏，对发作过程不能记忆。发作连续不断，一直处于昏迷状态者，称全身强直-阵挛发作持续状态，病情危重。（2）失神发作（小发作）：表现为发作性精神活动突然中断、意识丧失，可伴有肌阵率或自动症。1次发作历时数秒钟至10秒钟。脑电图出现3次/秒慢波综合。（3）单纯性部分性发作：表现为某一局部或一侧肢体的强直性、阵挛性发作，或感觉异常发作，意识清楚，历时多数短暂。若发作范围波及其他肢体（杰克森发作）或全身时，意识也可随之丧失，称继发性全身性发作。发作后患肢可有暂时性瘫痪，称todd麻痹。（4）复杂性部分性发作（精神运动性发作）：表现为精神感觉性、精神运动性或混合性发作。多有不同程度的意识障碍及明显的思维、知觉、情感和精神运动障碍。可有神游症、夜游症等自动症表现。有时在幻觉和妄想的支配下可发生伤人、毁物、纵火、杀人等暴力行为。（5）自主神经性（或间脑）发作：常见有头痛型、腹痛型、肢痛型、晕厥型、心血管性发作和哮喘性发作型等。（6）儿童良性中央-颞棘波灶癫：

多在3~13岁发病，入睡初出现，局限性或继发性全身性发作，中央-颞区棘波或棘慢波发放，抗药有良效，预后良好。

(7) lennox—gastaut综合征：发作形式多样，常伴智力发育迟滞，eeg呈1~2.5hz两侧同步棘慢波发放，难治。(8) 获得性癫痫失语症(landau—kleffn-er综合征)：多在10岁前发病，在1次或多次癲发作后失语(运动性、感觉性或混合性)，癲发作呈多样性。(9) 婴儿痉挛(west综合征)：婴儿期起病，点头样或鞠躬样发作(可伴其他形式发作)，醒后或临睡前密集发作，多伴智力发育迟滞，有高幅失律脑电图表现。(10) 热性惊厥：婴幼儿多见，多呈全身强直“阵挛样发作，与体温不呈正相关，有遗传倾向，预后多良好，亦可转为无热惊厥。

2. 病因诊断(1) 原发性癲：系指始终未能找到明确病因者。多为全身性发作，神经系检查多无异常，有较明显的家族史，脑电图显示为两侧对称性同步放电。(2) 继发性癲：指由颅内肿瘤、外伤、感染、寄生虫病、脑血管病、先天性异常、变性及脱髓鞘疾病、全身代谢和中毒性疾病等引起的癲。多为部分性发作，可有神经系体征，多无家族史，脑电图多呈局限性异常。

3. 诊断程序(1) 确定是否为癲及其发作类型：详询病史。根据条件进行脑电图、脑电图特殊诱发试验、脑电图遥测和电视录相等检查，有利于确诊和分型。注意与癔症、晕厥、发作性低血糖、发作性睡病和一过性脑供血不足(tia)等病相鉴别。(2) 确定癲的病因：除依据病史和查体外，可选做血、尿、粪、脑脊液、颅骨平片、脑血管造影、同位素扫描、颅脑ct, cta, mri, mra, spelt、正电子计算机扫描(pet)和免疫学等检查。

【治疗】1. 病因治疗2. 抗癲药物治疗见表7-1。药物使用原则：根据癲

发作类型选用有效、安全、价廉和易购的单一药物治疗为主。药物剂量从常量低限开始，逐渐增至发作控制而又无严重毒、副作用为宜。给药次数与时间应根据发作特点及药物特性而定。一般不随意更换或间断抗药，发作完全控制2~3年后且脑电图正常方能逐渐减量或停药。药物浓度监测。

3.全身强直阵挛性发作（大发作）持续状态的治疗(1)控制抽搐：地西洋(安定)。成人10mg~20mg.小儿0.25mg~1.0mg/kg(1次不超过10mg)，缓慢静脉注射。随后将20mg~40mg加入葡萄糖液中以每小时10mg~20mg速度静脉滴注，连续10~24小时，每天总量不超过120mg。异戊巴比妥钠。成人用0.5g，溶于10ml注射用水中，以50mg~100mg/分速度缓慢静脉注射，直至发作控制为止。注射中密切观察呼吸和心跳。副醛。成人6ml~8ml缓慢静脉注射。其他。发作控制后，应继续鼻饲或口服抗癫痫药。(2)处理并发症：保持呼吸道通畅，利尿脱水，减轻脑水肿，纠正酸中毒等。

4.对药物治疗无效的难治性癫痫，可选用病灶切除术，立体定向术破坏脑内与癫痫发作有关的区域，胼胝体前部切开术和慢性小脑刺激等。

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