

癫痫的中西医结合诊疗方案

王倩 刘爱华 田莉莉 黄小波

(首都医科大学宣武医院, 北京 100053)

【摘要】癫痫是以反复性、发作性和短暂性的中枢神经系统功能失常为特征的一种常见的慢性脑部疾病, 由脑神经元高度同步化异常放电所致。本病属中医学“癫痫”“痫病”范畴, 其主要病机为脏腑失调, 气机逆乱, 邪闭清窍, 神机受累, 元神失控。中医药治疗癫痫具有一定优势, 尤其对于服用抗癫痫药物无效或不能耐受, 以及反复发作者, 中西医结合诊疗可以更好地降低癫痫发作频次、病情程度, 缩短发作时间, 减轻相关症状体征, 减少抗癫痫药物使用或不良反应, 控制病情, 防止复发。该中西医结合诊疗方案参照国际抗癫痫联盟发布的癫痫临床实用性定义、发作类型建议和中国抗癫痫协会制定的《临床诊疗指南·癫痫病分册》等, 结合研究团队多年临床诊疗经验形成癫痫中西医诊断、治疗、中西医结合诊疗思路及疗效评定标准方案, 旨在为本病的中西医结合诊疗提供参考依据。

【关键词】癫痫; 中西医结合; 诊疗方案

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2024.03.002

癫痫是由脑神经元高度同步化异常放电所致的一种慢性脑部疾病, 以反复性、发作性和短暂性的中枢神经系统功能失常为特征^[1]。病因复杂, 涉及结构、遗传、感染、代谢、免疫及其他未知病因等^[2]。癫痫是神经系统常见疾病之一, 流行病学调查显示全球范围内患病人数超过 7 000 万^[2], 我国约有 1 000 万癫痫患者^[3]。癫痫可发病于任何年龄, 但儿童和老年人好发, 50 岁以上人群发病率随年龄增加呈稳定上升趋势, 75 岁以上人群发病率最高^[4]。

癫痫可严重影响患者生活质量, 给患者家庭和社会带来沉重负担。目前治疗主要包括病因、药物、手术、神经调控、饮食疗法等, 其中以药物治疗应用最为广泛。常规抗癫痫药物 (anti-epileptic drugs, AEDs) 可有效控制多达 2/3 的癫痫患者病情, 但无法改变长期预后^[2], 另有 1/3 癫痫患者使用抗癫痫药物仍难以有效控制病情^[5]。

癫痫属中医学“癫痫”“痫病”范畴, 又称“痫证”“痫病”“癫痫”。由脏腑失调, 气机逆乱, 邪闭清窍, 神机受累, 元神失控所致, 主要表现为精神恍惚, 甚至突然仆倒, 不省人事, 口吐涎沫, 双目上视, 四肢抽搐, 或口发怪声, 移时苏醒如常, 反复发作, 发无定时。本病的发生与多

种因素有关, 分为先天和后天两方面。先天因素包括胎儿在母腹突受惊恐、母体多病、父母患癫痫、胎儿先天禀赋异常等, 后天因素包括情志失调、饮食不节、劳累过度、脑部外伤、外感六淫等。病位在脑, 与心、肝、脾、肾关系密切。病理因素涉及风、火、痰、瘀、虚。

1 临床特点

癫痫发作呈多样化特点, 与其起源、传播途径及范围的差异有关, 可表现为感觉、运动、自主神经、精神、认知或行为异常。

1.1 主要症状/体征

癫痫的临床过程是由 1 个和 (或) 1 个以上的痫性发作组成, 癫痫发作有“共性”和“个性”2 个主要特征^[6]。共性即发作性、短暂性、重复性、刻板性; 个性即不同癫痫类型的特征性表现。

1.2 辅助检查

脑电图 (EEG): EEG 记录的痫样放电是癫痫诊断的重要佐证, 常见波形包括棘波、尖波、棘慢复合波、尖慢复合波、多棘波、多棘慢复合波。

2 诊断

2.1 西医疾病诊断

2.1.1 疾病基本概念: 包括癫痫发作、癫痫、癫

基金项目: 中西医结合老年神经病学重点学科项目 (2006) (京中重 IV16); 综合医院中西医协同机制建设项目 (京中医学 2016-11)

作者简介: 王倩, 女, 40 岁, 博士, 副主任医师。研究方向: 中西医结合防治神经系统疾病及老年病。

通信作者: 黄小波, E-mail: huangxiaobo@xwh.ccmu.edu.cn

引用格式: 王倩, 刘爱华, 田莉莉, 等. 癫痫的中西医结合诊疗方案 [J]. 北京中医药, 2024, 43(3): 236-240.

痫综合征、癫痫性脑病的概念^[1]。

(1) 癫痫发作 (epileptic seizure) 癫痫发作是指神经元异常过度、同步化放电活动所造成的一过性临床表现。

(2) 癫痫 (epilepsy) 癫痫是一种以具有持久性的致病倾向为特征的脑部疾病。

(3) 癫痫综合征 (epileptic syndrome) 指由一组特定的临床表现和脑电图改变组成的癫痫疾患 (即脑电临床综合征)。

(4) 癫痫性脑病 (epileptic encephalopathy) 指由频繁癫痫发作和/或癫痫样放电造成的进行性神经精神功能障碍或退化, 如认知、语言、感觉、运动及行为等方面。

2.1.2 疾病诊断原则^[1]: 明确是否为癫痫发作; 明确癫痫发作类型; 明确癫痫、癫痫综合征类型; 明确病因; 明确残障及共患病。

2.1.3 疾病诊断方法^[1]: 主要包括病史资料、体格检查、辅助检查。

(1) 病史资料: 完整病史是癫痫诊断中最重要的一环。主要包括现病史、既往史、出生史、家族史等。其中以发作史为癫痫诊断的重要依据。通过病史了解是否具有癫痫发作的共性和个性, 脑电图等辅助检查、诊断、治疗用药情况。

(2) 体格检查: 以神经系统检查为重点的全身检查, 主要包括: 意识及精神状态, 是否存在局灶体征及各种反射、病理征等, 需关注头颅形状及大小、外貌、躯体畸形等。

(3) 辅助检查: ① EEG: 是明确癫痫诊断及类型的重要辅助检查手段。② 神经影像学: 头颅 CT、磁共振成像及功能影像学检查等, 可发现脑部结构性异常, 明确疾病性质。③ 其他: 癫痫病因学诊断相关检查, 如染色体检查、基因检测、脑脊液检查、血液检查、尿液检查等。应根据患者具体情况选择性地进行检查。

2.1.4 疾病诊断标准: 参照国际抗癫痫联盟 (International League Against Epilepsy, ILAE) 2014 年制定的癫痫临床实用性定义^[7]。

符合以下 1 项条件即可诊断: ① 至少具有 2 次间隔 >24 h 的非诱发性或反射性发作; ② 具有 1 次非诱发性或反射性发作, 且未来 10 年之内再次发作的风险与 2 次非诱发性发作后的再发风险相当 ($\geq 60\%$); ③ 癫痫综合征。

符合以下 1 项条件可解除癫痫诊断: ① 已超出

年龄依赖性癫痫综合征的患病年龄; ② 已 10 年无发作, 且近 5 年已停药。

2.1.5 疾病临床分类: 参照 2017 年 ILAE 发布的癫痫发作类型建议^[8], 常用临床分类主要包括:

(1) 局灶性起源: 知觉保留/知觉障碍, 运动性 (自动症, 失张力, 阵挛, 癫痫样痉挛, 过度运动, 肌阵挛, 强直) /非运动性 (自主神经性, 行为停止, 认知性, 情绪性, 感觉性), 局灶进展为双侧强直-阵挛。

(2) 全面性起源: 运动性 (强直-阵挛, 强直, 阵挛, 肌阵挛, 肌阵挛-强直-阵挛, 肌阵挛-失张力, 癫痫样痉挛), 非运动性 (典型失神, 不典型失神, 肌阵挛失神, 伴眼睑肌阵挛的失神)。

(3) 未知起源: 运动性 (强直-阵挛, 癫痫样痉挛), 非运动性 (行为停止), 未能归类。

2.2 中医证候诊断

癫痫多由脏腑失调, 气机逆乱, 邪闭清窍, 神机受累, 元神失控所致, 病位在脑, 与心、肝、脾、肾关系密切。发病初期以实证为主, 日久不愈则可耗损正气, 多见虚证或虚实夹杂。发作期主要辨为阳痫、阴痫及痫病重症; 休止期主要证候类型分为脾虚痰湿证、风痰闭阻证、心脾两虚证、肝肾阴虚证、痰火扰神证、瘀阻脑络证。证候诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[9]《中医临床诊疗术语·证候部分》^[10]《实用中医内科学》^[11]《中医内科学》^[12]《临床诊疗指南·癫痫病分册》^[1]。

2.2.1 发作期: (1) 阳痫: 发作前常有先兆症状, 如头胀、头痛、眩晕、胸闷、伸欠等, 随即突然仆倒, 不省人事, 面色潮红或紫红, 或转为青紫, 或喉中痰鸣或吐涎沫, 或口中怪叫, 目睛上视, 牙关紧闭, 肢体抽搐。移时醒后一如常人, 或身倦乏力、头部不适。舌质红或暗红, 苔黄或黄腻, 脉弦或数或滑。

(2) 阴痫: 发作时目睛半开半合, 口吐涎沫, 神志昏愦, 面色晦暗萎黄, 肢体拘急或抽搐, 四末不温。或仅表现为突然呆木无知, 双目凝视, 头部前倾, 一日十数次或数十次频作。移时醒后疲惫瘫软。舌质多淡, 苔白或白腻, 脉沉或细或迟。

(3) 痫病重症: 不省人事, 抽搐频作, 癫痫持续不解。偏阳衰者, 多见面色苍白, 汗出肢厥, 鼻鼾息微, 脉微欲绝; 偏阴竭者, 多见面红身热,

躁动不安, 气息粗重, 脉细数无力。

2.2.2 休止期: (1) 脾虚痰湿证: 痫病发作日久, 身重肢倦, 胸闷脘痞, 咯痰色白, 不思饮食, 恶心欲呕, 大便溏黏。舌质淡, 舌体胖, 苔白或白腻, 脉濡滑或细滑。

(2) 风痰闭阻证: 病发前常有头晕昏蒙, 胸闷咯痰, 发则突然跌倒, 神志不清, 抽搐吐涎。舌红或淡红, 苔白腻或白厚腻, 脉滑或弦滑。

(3) 心脾两虚证: 痫病反复不愈, 疲乏倦怠, 面白少华, 心悸, 眠差, 食欲不振, 大便稀溏。舌质淡, 苔薄白, 脉沉或细。

(4) 肝肾阴虚证: 痫病日久, 形体瘦削, 面容枯槁, 腰膝酸软, 眩晕耳鸣, 目涩耳焦, 大便质干。舌红, 舌体瘦小, 苔薄白或薄黄, 脉细或沉细或细数。

(5) 痰火扰神证: 痫病频作, 面红目赤, 性急易怒, 心烦惊悸, 入睡困难或多梦易醒, 咽部痰阻, 痰黄质黏, 大便秘结, 小便短赤。舌红, 苔黄厚或黄腻, 脉沉滑或滑数。

(6) 瘀阻脑络证: 反复头痛, 多为刺痛, 痛处固定。多见单侧肢体或一侧面部抽动, 面色晦暗, 或口唇青紫。舌暗, 或见瘀点、瘀斑, 苔薄白, 脉弦或涩。发病前常有颅脑外伤、颅内感染或产伤等相关病史。

3 治疗方案

3.1 西医疗治

癫痫发病与多因素相关, 临床表现复杂多变, 治疗既要遵循治疗原则, 又要充分考虑个体差异。

癫痫处理的基本原则包括: 明确诊断, 合理选择处理方案, 恰当的长期治疗, 保持规律健康的生活方式, 明确治疗目标。主要治疗方法: 病因治疗, 药物治疗, 外科手术治疗, 神经调控治疗, 生酮饮食治疗^[1]。

3.1.1 病因治疗: 对于癫痫病因明确者, 需尽早控制或去除病因, 如肿瘤患者及时手术治疗^[6]。

3.1.2 药物治疗: 癫痫发作患者首选 AEDs, 个体化用药方案需依据发作类型、严重程度、癫痫综合征, 结合共患病、合并用药及患者生活方式等综合制定。

根据对不同发作类型以及癫痫综合征的疗效, 可将 AEDs 分为广谱类和窄谱类。广谱类对多数成年癫痫或癫痫综合征患者有效, 如丙戊酸、托吡酯、拉莫三嗪、左乙拉西坦等。窄谱 AEDs 仅对局

灶性癫痫患者有效, 对特发性全面性癫痫综合征的疗效弱于广谱 AEDs, 并可能加重部分癫痫类型的发作, 如卡马西平、苯妥英钠、加巴喷丁、噻加宾与奥卡西平等^[13]。

3.1.3 外科手术治疗: 外科手术是癫痫治疗的重要部分。因其有创性, 术前必须经过严格的多学科评估, 以确保诊断和分类的准确性。

3.1.4 神经调控治疗: 神经调控治疗包括迷走神经电刺激 (VNS)、脑深部电刺激 (DBS)、脑皮质电刺激、经颅磁刺激等^[6]。

3.1.5 生酮饮食治疗: 生酮饮食疗法用于治疗儿童难治性癫痫, 虽然其抗癫痫机理未明, 但其有效性和安全性已得到公认。

3.2 中医治疗

治疗原则: 发作期急则治标, 以祛邪泻实、开窍醒神为主; 休止期缓则治本, 以调理脏腑、扶助正气为主, 或兼以祛邪。祛邪宜豁痰息风、开窍定痫; 补虚宜养心健脾、补益肝肾。

根据病情可内治与外治相结合, 注重生活调护与情志调摄, 如药物、针灸、心理调适、饮食调理等措施配合应用^[1, 11-12]。

3.2.1 发作期药物治疗:

(1) 阳痫: 治法: 急以开窍醒神, 继以泻热涤痰、息风定痫。方药: 黄连解毒汤 (《外台秘要》) 合定痫丸 (《医学心悟》) 加减。

(2) 阴痫: 治法: 急以通窍醒神, 继以温化痰涎、理气定痫。方药: 半夏白术天麻汤 (《脾胃论》) 合涤痰汤 (《奇效良方》) 加减。

发作期临床常用中药: 石菖蒲、天麻、胆南星、半夏、礞石、竹茹、天竺黄、茯苓、僵蚕、钩藤、全蝎、柴胡、川芎、丹参、莪术、桂枝、代赭石、龙骨、牡蛎、大黄、贝母等, 辨证施用。

(3) 痫病重症: 予醒脑静注射液静脉点滴。偏阳衰者, 予参附注射液静脉推注或静脉点滴; 偏阴竭者, 予参麦注射液静脉点滴。

3.2.2 休止期药物治疗:

(1) 脾虚痰湿证: 治法: 健脾化痰。方药: 六君子汤 (《校注妇人良方》) 加减。

(2) 风痰闭阻证: 治法: 息风祛痰、镇心开窍。方药: 定痫丸 (《医学心悟》) 加减。

(3) 心脾两虚证: 治法: 补益心脾。方药: 归脾汤 (《校注妇人良方》) 加减。

(4) 肝肾阴虚证: 治法: 滋养肝肾。方药:

大补元煎（《景岳全书》）加减。

（5）痰火扰神证：治法：清泻肝火、化痰宁神。方药：当归龙荟丸（《丹溪心法》）加减。

（6）瘀阻脑络证：治法：活血化瘀、通络开窍。方药：通窍活血汤（《医林改错》）加减。

3.2.3 发作期针灸治疗：取穴：百会、风府、大椎、后溪。配穴：急性发作或昏迷者加水沟、十宣、涌泉；牙关紧闭加下关、颊车。

3.2.4 休止期针灸治疗：

（1）体针：取穴：虚证：神门、内关、足三里、阴陵泉、三阴交、太溪、中脘、巨阙。实证：风府、大椎、鸠尾、丰隆、太冲。

（2）艾灸：取穴：大椎、肾俞、足三里、丰隆、间使、腰奇。

4 中西医结合诊疗思路

发挥中医学整体观念，辨证论治，治未病的特色。中医对癫痫的认识积累了丰富的理论基础和实践经验，临床上有内治法、外治法，有中药汤剂、中成药、针灸、推拿、穴位压丸等，可以单一使用，也可联合应用。

抗癫痫药物治疗是癫痫治疗最重要和最基本的治疗，是癫痫西医治疗的首选方法。癫痫治疗全过程，尤其是服用抗癫痫药物无效或不能耐受者、反复发作患者，适宜中医整体调节，辨证论治。尤其是癫痫儿童患者更应注重健脾化痰。

抗癫痫药物治疗失败，且可以确定致病部位的难治性癫痫、有明确病灶的症状性癫痫，适宜手术治疗。姑息性手术主要用于特殊的癫痫性脑病和其他一些不能行切除性手术的患者。外科手术治疗后，适宜中医辨证施治，促进恢复，防止术后并发症。因恐惧手术拒绝手术患者适宜中医辨证治疗。

体质偏颇，休止期患者，可以发挥中医治未病的优势，适宜中医辨证调理体质。

5 疗效评定标准

癫痫临床疗效评定国内外尚无公认、统一、规范的标准。癫痫治疗的主要目标是降低癫痫发作频次、病情程度，缩短发作时间，减轻相关症状体征，减少抗癫痫药物使用及其不良反应，控制发作，防止复发。因此，总体来说可以从以下几个方面进行评定：①癫痫发作情况评估，包括发作频次变化、50%RR 和完全缓解率^[14-17]。其中发作频次以月统计，将治疗前3个月、平均月发作

频次作为基线发作频次，观察治疗后癫痫发作频次变化。50%RR 指治疗后发作频次较基线减少 $\geq 50\%$ 例数与总例数的比率。完全缓解率指治疗后从观察时点到观察结束期间无发作例数占总例数的比率。②中医证候评估，以治疗前后中医证候积分变化情况作为疗效评定标准^[18-20]。③理化检查评估，如监测治疗前后脑电图痫样放电情况变化^[21-23]、血药浓度及理化检查结果^[24-27]等进行疗效评定，或综合各项进行整体疗效评定。

参考文献

- [1] 中国抗癫痫协会. 临床诊疗指南·癫痫病分册(2015 修订版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 1.5-9, 116-120.
- [2] THIJS RD, SURGES R, O'BRIEN TJ, et al. Epilepsy in adults[J]. Lancet, 2019, 393(10172): 689-701.
- [3] DING D, ZHOU D, SANDER JW, et al. Epilepsy in China: major progress in the past two decades[J]. Lancet Neurol. 2021, 20(4): 316-326.
- [4] 中华医学会神经病学分会脑电图与癫痫学组. 中国老年癫痫患者管理专家共识[J]. 中华老年医学杂志, 2022, 41(8): 885-892.
- [5] CHEN Z, ROLLO B, ANTONIC-BAKER A, et al. New era of personalized epilepsy management[J]. BMJ, 2020, 371: M3658.
- [6] 王拥军. 神经病学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2019: 292-303, 309.
- [7] FISHER R, ACEVEDO C, ARZIMANOGLU A, et al. A practical clinical definition of epilepsy[J]. Epilepsia, 2014, 55: 475-482.
- [8] FISHER R, CROSS JH, FRENCH JA, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: position paper of the ILAE commission for classification and terminology[J]. Epilepsia, 2017, 58(4): 522-530.
- [9] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1995: 19-25.
- [10] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语·证候部分[M]. 北京: 中国标准出版社, 1997: 1-12.
- [11] 方药中, 邓铁涛, 李克光, 等. 实用中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 370-378.
- [12] 周仲英. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 175-176.
- [13] 中华医学会神经病学分会脑电图与癫痫学组. 抗癫痫药物应用专家共识[J]. 中华神经科杂志, 2011, 44(1): 56-65.
- [14] 孙江燕, 王潇慧, 刘冲冲, 等. 柴贝止痫汤联合抗痫药物治疗痰气郁滞证耐药性癫痫伴意识障碍的局灶发作

- 患者 34 例随机对照试验[J]. 中医杂志, 2021, 62(9): 796-801.
- [15] 陈春鹏, 笱玉兰. 拉莫三嗪联合化风丹治疗初诊癫痫的疗效评价[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(20): 2531-2533.
- [16] 王红伟. 托吡酯联合丙戊酸钠治疗小儿癫痫临床观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2017, 20(19): 78-80.
- [17] 张东林, 李爱华. 左乙拉西坦联合奥卡西平治疗卒中后继发癫痫患者的效果分析[J]. 癫痫与神经电生理学杂志, 2023, 32(5): 295-300.
- [18] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 29-31.
- [19] 黄小波, 张国君, 刘爱华, 等. 化痰解郁法干预癫痫合并抑郁的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(11): 4183-4185.
- [20] 吴犀翎, 陈文强, 黄小波, 等. 难治性癫痫中医虚实证候与脑电图及其与 NGFs 关系的研究[J]. 中国中医急症, 2015, 24(7): 1156-1158.
- [21] 吴忠强. 分析癫痫患儿联合应用左乙拉西坦、奥卡西平治疗的疗效及安全性[J]. 中国实用医药, 2023, 18(19): 103-106.
- [22] 杨国娟, 张运锋. 化痰通络定痫汤对脑梗死继发癫痫患者脑电图及铁代谢水平的影响[J]. 甘肃医药, 2022, 41(5): 442-444.
- [23] 王明光, 吴海侠, 姚丹, 等. 左乙拉西坦与奥卡西平联合治疗小儿癫痫临床疗效及对患儿免疫功能、脑电图以及认知功能的影响[J]. 脑与神经疾病杂志, 2019, 27(12): 783-787.
- [24] 詹济华, 张春玲, 颜滢. HPLC 法测定癫痫患者丙戊酸钠血药浓度及临床应用[J]. 临床合理用药, 2023, 16(19): 148-151.
- [25] 侯雄军, 王甜, 吴文明, 等. 癫痫患者体内丙戊酸钠血药浓度、游离浓度与疗效及不良反应的关系[J]. 药品评价, 2023, 20(3): 310-313.
- [26] 申红娟. 左乙拉西坦联合丙戊酸钠治疗癫痫的效果观察[J]. 当代临床医刊, 2023, 36(5): 40-41.
- [27] 孙婷, 李晓琳, 宋述环. 低频重复经颅磁刺激联合丙戊酸钠治疗癫痫效果及对氧化-抗氧化系统的调节效应[J]. 脑与神经疾病杂志, 2023, 31(12): 741-745.

专家组名单

负责起草单位: 首都医科大学宣武医院
参与专家: 樊永平(首都医科大学附属北京天坛医院)、刘金民(北京中医药大学东方医院)、陈志刚(北京中医药大学东方医院)、邹忆怀(北京中医药大学东直门医院)、孙林娟(中国中医科学院西苑医院)、王倩(首都医科大学宣武医院)、黄小波(首都医科大学宣武医院)、刘爱华(首都医科大学宣武医院)、田莉莉(首都医科大学宣武医院)
执笔人: 王倩、黄小波、刘爱华、田莉莉

Diagnosis and treatment scheme of integrated traditional Chinese medicine and western medicine for epilepsy

WANG Qian, LIU Aihua, TIAN Lili, HUANG Xiaobo

(收稿日期: 2024-01-16)

《北京中医药》杂志对论文中使用法定计量单位的要求

计量单位名称与符号一律实行国务院颁布的《中华人民共和国法定计量单位》,并用单位符号表示。使用时可参阅 2001 年中华医学会杂志社主编的《法定计量单位在医学上的应用》(第 3 版,人民军医出版社出版)。根据有关规定,血压计量单位恢复使用毫米汞柱(mm Hg),但在文中首次出现时应注明 mmHg 与千帕斯卡(kPa)的换算系数(1 mmHg=0.133 kPa)。

(本刊编辑部)