

· 临床经验 ·

非惊厥性癫痫持续状态 22 例临床分析

陈进庆

(浙江省丽水市妇幼保健院儿科,浙江 丽水 323000)

[中图分类号] R748 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2009)12-1019-02

癫痫持续状态(status epilepticus,SE)是儿科最常见的急症之一,根据临床发作的形式分为惊厥性(convulsive status epilepticus,CSE)和非惊厥性持续状态(nonconvulsive status epilepticus,NCSE),尽管 NCSE 对生命威胁较小,但容易被误诊,且能引起认知功能障碍,日益受重视。本研究收集我院 2003 年 3 月至 2008 年 12 月 22 例 NCSE 患儿临床资料,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

22 例患儿均为本院住院患者,均行动态脑电图监测。男 12 例,女 10 例,年龄 25 d 至 13 岁,平均年龄 7.1±0.8 岁。其中复杂部分性癫痫持续状态 19 例,失神发作持续状态 2 例,非典型失神持续状态 1 例。原发病为特发性或隐源性癫痫 6 例,症状性癫痫 16 例。

1.2 NCSE 诊断标准

(1)符合各种非惊厥性癫痫的临床表现,持续时间 30 min 以上;(2)脑电图有癫痫样放电;(3)抗癫痫治疗后临床表现好转。对符合上述诊断标准的患儿采用头颅 MRI、脑脊液检查、血液生化检查等相关检查明确病因。

2 结果

2.1 病因及发作类型

22 例 NCSE 患儿经采用头颅 MR、腰穿、生化等相关检查,16 例明确了病因,其中颅内感染为最主要的病因,占 36%(8/22);6 例(27%)不能明确病因。NCSE 病因及发作类型见表 1。

表 1 NCSE 病因及发作类型

病因	类型(例)			构成比(%)
	复杂部分发作	失神发作	非典型失神发作	
颅内出血、产伤、缺氧	2	0	0	9
先天性发育异常	3	0	0	14
颅内感染	8	0	0	36
代谢异常	1	0	0	5
颅内肿瘤	2	0	0	9
不明原因	3	2	1	27
总计	19	2	1	100

2.2 临床表现及脑电图检查结果

临床表现复杂多样,发作时表现为意识模糊 17 例,精神行为异常 6 例,复杂的自动症 12 例,定向力障碍 2 例,视觉障碍 2 例;其中继发强直阵挛发作 2 例。脑电图均表现为脑电背景活动变慢。复杂部分性发作者表现为一侧或两侧基本电活动变慢,且有颞叶局灶性痫样放电,发作间歇期可见一侧或双侧颞叶或额颞区一侧放电;失神性发作者表现为两侧半球基本电活动变慢,可见持续或非持续性全面棘-慢波,大多为不规则的 2~3 Hz 棘-慢波、多棘-慢波,有时可见典型的 3 Hz 棘-慢波;不典型失神发作者表现呈慢棘-慢波,呈 0.5~2.5 Hz 持续棘-慢波、多棘-慢波;继发强直阵挛发作者可见两侧持续的尖波、棘波和棘-慢波。

2.3 治疗及预后

所有患者均在监护下静脉注射地西泮,剂量为 0.2~0.5 mg/kg,以 1~2 mg/min 缓慢静脉注射,能口服者给予氯硝安定 0.1~0.2 mg/kg 口服。其中 20 例患者症状控制,2 例继发全面强直阵挛发作者因出现多器官功能衰竭而死亡。

[收稿日期]2009-05-14;[修回日期]2009-07-02
[作者简介]陈进庆,男,大学,主治医师。主攻方向:儿科神经系统疾病。

3 讨论

目前 SE 诊断标准不一致,以往是指一次癫痫发作持续 30 min 以上,或频繁发作且发作间歇期意识不能恢复持续 30 min 以上。出于 SE 的临床控制和脑的保护,目前提出临床上更为实用的定义^[1]:一次发作没有停止,持续时间大大超过了具有该型癫痫的大多数患者的发作时间;或反复的发作,在发作间期患者的意识状态不能恢复到基线水平。NCSE 约占 SE 的 20%~25%,临床表现复杂、多样。Takaya 等^[2]报道表现为躯体幻觉的额叶 NCSE,接受丙戊酸钠治疗后缓解。根据临床表现,NCSE 可分为全身性 NCSE 和部分性 NCSE(复杂部分性癫痫持续状态),全身性 NCSE 分失神发作持续状态、非典型失神持续状态和失张力性持续状态,以复杂部分性癫痫持续状态多见,本组研究中该型占 86%(19/22)。

文献报道约 2/3 的患者有病因可循,围产期损伤、宫内发育异常、外伤、脑炎为其主要的病因。而抗癫痫药应用不当与感染为其主要诱因。在本组中,颅内感染是常见原因,占 36%(8/22)。

复杂部分性持续状态的临床表现形式多样^[3],多见于年长儿童。发作时可有不同程度的意识障碍,以精神症状为主,可表现为反应迟钝、思维缓慢、嗜睡、活动减少,也可表现为异常兴奋、紧张、焦虑不安、幻觉、妄想、自动症等。脑电图可有颞叶局灶性痫样放电,或呈两侧电活动变慢。容易被误诊为精神病,部分患者治疗不及时,可继发全面强直阵挛发作。在本组资料中,有 3 例在确诊前曾被误诊为精神病,1 例因继发全面强直阵挛发作出现多器官功能衰竭死亡。在本组病例中,有 10 例患儿先后出现 2 种或 2 种以上不同类型癫痫发作,表明临床的多变性、多样性而非某一固定类型。目前陶爱华等^[4]认为患者认知功能与 MRI 异常改变显著相关,脑器质性损害是复杂部分性发作癫痫患者认知功能的病理基础,在本组中有 7 例(7/19)MRI 提示脑结构异常的复杂部分性发作癫痫持续状态患儿在发作后有不同程度的认知功能障碍。

儿童失神癫痫占小儿癫痫 5%~15%,属复杂性多基因遗传病。非典型失神持续状态表现为意识模糊,表情呆滞,双眼凝视或斜视,流涎等,波动性意识障碍具有波动性,部分患者以强直和/或肌阵挛和/或一侧发作为主要特点,预后不良,脑电图可见 0.5~2.5 Hz 棘-慢波发放。本组资料中仅 1 例患

儿因继发全面强直阵挛发作出现多器官功能衰竭死亡。Thomes^[5]认为非典型失神发作脑电图为持续或间断性弥漫不规则慢的棘-慢波和多棘-慢波综合;有局灶特征的失神发作脑电图示双侧不对称痫样放电。王维平等^[6]通过点燃惊厥性癫痫持续状态和非惊厥性(失神发作)癫痫持续状态两种癫痫动物模型,发现持续性失神发作引起大鼠短暂的学习、记忆功能下降,表明非惊厥性发作并非“良性”。

NCSE 应与抑郁症、精神病、癔症、脑炎、代谢性脑病、中毒等鉴别。王学峰等^[7]提出 NCSE 的诊断标准:(1)与正常情况相比较,出现一段时间的行为异常;(2)脑电图有癫痫放电的证据;(3)对抗癫痫药反应良好。而脑电图异常是 NCSE 最重要的征象^[8]。大多数 NCES 中典型失神发作持续状态及复杂部分持续状态口服苯二氮草类是有效的,部分患者有必要静脉给药。全身性 NCES 选用丙戊酸、氯硝西泮等均可取得良好疗效,防止复发首选丙戊酸。本组除 2 例因多器官衰竭死亡外,其余患者均经苯二氮草类治疗有效。

NCSE 虽很少引起死亡,但可引起认知功能的损害,应引起重视,对出现反应淡漠、行为异常或有精神病样症状,常规行脑电图监测有利早期诊断,视频脑电图监测对诊断、用药的评估更为重要。

[参 考 文 献]

[1] 中华医学会. 临床诊疗指南·癫痫病分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2007,92.

[2] Takaya S, Matsumoto R, Namiki C, Kiyosu H, Isono O, Hashikawa K, et al. Frontal nonconvulsive status epilepticus manifesting somatic hallucinations[J]. J Neurol Sci, 2005, 234(1):25-29.

[3] Husain AM, Horn GJ, Jacobson MP. Non-convulsive status epilepticus: usefulness of clinical features in selecting patients for urgent EEG[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2003, 74(2):189-191.

[4] 陶爱华, 史良玉, 时恒屏, 何效兵, 孙永安, 何明利. 复杂部分性发作癫痫的认知功能与核磁共振的研究[J]. 神经疾病与精神卫生, 2008, 8(6):468-470.

[5] Thomas P. Absence status epilepsy[J]. Rev Neurol, 1999, 155(12):1023-1038.

[6] 王维平, 娄燕, 李攀, 段瑞生, 陈伟华. 惊厥性和非惊厥性持续状态对大鼠学习记忆功能的影响[J]. 南方医科大学学报, 2008, 28(2):255-259.

[7] 王学峰, 肖波, 孙红斌. 难治性癫痫[M]. 上海:上海科技出版社, 2002, 356.

[8] Chung PW, Seo DW, Kwon JC, Kim H, Na DL. Nonconvulsive status epilepticus presenting as a subacute progressive aphasia[J]. Seizure, 2002, 1(7):449-454.

(本文编辑:王庆红)