

ICS **.***.**

C **



团 体 标 准

T/CACM ****—20**

神志病中西医结合临床诊疗指南 癫痫所致精神障碍

Clinical Diagnosis and Treatment Guidelines of Mental Diseases for
Integrated Chinese and Western Medicine – Epileptic mental disorder

目 次

前言	错误!未定义书签。
引言	II
1. 范围.....	1
2. 规范性引用文件.....	1
3. 术语和定义.....	1
4. 诊断.....	1
5. 治疗.....	3
6. 疗效评价标准.....	9
7. 预防与调护.....	10
8. 预后.....	10
9. 注意事项.....	10
参考文献	11

前 言

本指南根据GB/T 1.1—2020的相关规则起草。

本指南由中华中医药学会神志病分会提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南起草单位：黑龙江神志医院。

本指南主要参与起草单位：黑龙江省精神心理卫生研究中心、山西中医药大学、无锡市精神卫生中心、复旦大学附属中山医院、上海市第九医院、黑龙江中医药大学、深圳市中医医院、沈阳市精神卫生中心、沈阳市安宁医院、浙江省立同德医院、长春中医药大学附属医院、河南省中医药研究院附属医院、北京中医药大学第三附属医院、北京市大兴区精神病医院、山东省中医药高等专科学校、福建省平南市人民医院。

本指南主要起草人：赵永厚、柴剑波、赵玉萍、赵思涵、王群松、于明、李卡、孙珊、杨炳友、吴永刚、都弘、高德江、刘兰英、王健、刘华、时素华、李高飞、井霖源、叶瑞华。

本指南的起草程序遵守了中华中医药学会团体标准管理办法和立项流程。

本指南在 20**年**月**日由中华中医药学会审议通过。

本指南由中华中医药学会发布，版权归中华中医药学会所有。

引 言

目前国内外缺乏癫痫所致精神障碍中西医结合诊疗的标准和指南,中医药治疗癫痫所致精神障碍的研究在国际上缺乏影响力,缺乏统一性和认可度。因此,本指南在癫痫所致精神障碍中医诊疗指南的基础上,整理国内外中医药及中西医结合治疗癫痫所致精神障碍的治疗方案及经验,借鉴循证医学的方法,对癫痫所致精神障碍的现代临床研究文献和古籍文献进行分级及意见推荐,形成中西医结合防治癫痫所致精神障碍的临床实践指南,对于规范使用中医药方法、提高癫痫所致精神障碍的临床疗效具有重要作用。

《神志病中西医结合临床诊疗指南—癫痫所致精神障碍》以中医药临床诊疗的作用与优势发挥为基础,以中西医在精神疾病临床诊疗中各自优势的最大化,以及中西医结合联合疗效的最优化为制定目标,在中华中医药学会 2018 年发布的《中医神志病临床诊疗指南·首发癫痫所致精神障碍》(标准号:T/CACM 1130-2018)基础上,结合近年来国内外临床研究证据,进行证据分级和意见推荐,经过专家讨论,形成具有指导意义的癫痫所致精神障碍的中西医结合诊疗指南。

本指南的制订采用了文献检索、Delphi 法问卷调查、专家访谈、会议讨论的方法。首先成立指南编写组,产生初始问题清单,起草 PICO(人群、干预、对照、结局)格式的关键问题及结局,制订工作计划。根据关键问题和结局制定检索策略,文献检索范围覆盖中、英文文献和现存相关国际指南。文献分级方法按北京中医药大学刘建平教授团队 2019 年更新提出的“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议”来实施。采用 Delphi 法获得临床专家对指南的共识意见,经专家论证形成最终指南。

本指南主要为癫痫所致精神障碍提供以中西医结合为主要内容的诊断、治疗、预防、保健意见,推荐有循证医学证据的癫痫所致精神障碍现代医学和中医药诊断、治疗方法。本指南的使用者为中医、西医、中西医结合临床医师、护理人员,癫痫所致精神障碍诊疗和管理相关专业人员。应用环境为具备开展中西医结合治疗癫痫所致精神障碍的所有医疗机构。

神志病中西医结合临床诊疗指南—癫痫所致精神障碍

1 范围

本指南规定了癫痫所致精神障碍的定义、临床特征、诊断标准、治疗方案。

本指南适用于轻、中度癫痫所致精神障碍中医、中西医结合临床诊疗。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 15657-1995 《中医病证分类与代码》

GB/T 16751.1-1997 《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T 16751.2-1997 《中医临床诊疗术语·证候部分》

GB/T 16751.3-1997 《中医临床诊疗术语·治法部分》

GB/T 13016-2009 《标准体系表编制原则和要求》

GB/T 14396-2016 《疾病分类与代码》

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

癫痫所致精神障碍 Epileptic mental disorder

一种由于癫痫病变引发精神症状为主的精神疾病。临床以癫痫后出现感觉、知觉、记忆及思维等障碍为主要特征。相当于中医神志病学“痫病”、“癫病”等范畴。

4 诊断

采用中西医结合辨病与辨证相结合的诊断方法，首先根据西医诊断标准进行疾病诊断，再根据中医诊断标准判断属于中医的哪种疾病并进行中医证候诊断。^[1]

4.1 西医诊断

4.1.1 临床表现

无明显的诱因下，突然出现情绪低落，易激惹，焦虑忧郁，紧张恐怖等，多出现在癫痫发作之前或之后，也可在间歇期出现。上述症状可持续的时间由数小时至数日不等，往往突然中止，具有突然性、短暂性，及反复发作的特点。

4.1.2 诊断标准

参照世界卫生组织发布的国际疾病分类第十版（ICD-10）及中国精神疾病诊断标准（CCMD-3）中的癫痫所致精神障碍（癫痫性精神病）诊断标准。

（1）症状标准

符合器质性精神障碍的诊断标准；有原发性癫痫的证据；精神障碍的发生及其病程与癫痫相关。

（2）严重标准

社会功能受损。

（3）病程标准

分发作性和持续性两类病程。前者有突然性、短暂性，及反复发作的特点；后者（如分裂症样障碍、人格改变，或智能损害等）为迁延必病程。

（4）排除标准

排除感染或中毒所致精神障碍，需注意它们可产生继发性癫痫；排除原发性及非癫痫疾病所致癔症、睡行症、精神分裂症、情感性精神障碍。

4.1.3 辅助检查

神经系统检查及实验室检查确诊为原发性癫痫或继发性癫痫。简明国际神经精神访谈、DSM-IV 临床定式访谈、简明精神病评定量表、阴性与阳性症状量表、汉密尔顿抑郁量表、汉密尔顿焦虑量表、明尼苏达多项人格测验对本病的诊断有参考作用。

4.2 鉴别诊断

癫痫所致精神障碍当与其他脑器质性及躯体疾病所致精神障碍、癔症、精神分裂症、躁郁性精神病、感染性和中毒性精神病做出鉴别。

4.3 中医诊断

中医并没有明确提出癫痫所致精神障碍的病名，但根据其特点可归属于中医“癫病”“狂病”“痫病”等范畴。癫痫所致精神障碍的中医证候诊断，主要通过临床望、闻、问、切四诊信息进行辨证，并将中医辨证体系中的八纲辨证、脏腑辨证、气血津液辨证相结合。

4.4 中医病机及证候分型

4.4.1 中医病因病机

癫痫所致精神障碍属中医神志病学“癫病”、“痫病”范畴，历代古籍中均有关于癫痫的论述与记。又名“痫病”、“羊痫风”、“颠疾”、“癡疾”。马王堆汉墓帛书《五十二病方》有关痫证名、症、治的最早记载。其后《内经》对癫痫有进一步阐述，将其称“胎病”，属“癡疾”范畴，认为癫痫发作与母亲孕期受惊吓有关。后世医家多认为本病系各种因素导致“脏气不平”、“痰浊壅肺”所致。关于癫痫的中医辨证论治虽然方法较多，但较常用的当属脏腑辨证，甚至按病因、按症状特点的分型方法也不可避免的与脏腑辨证有关。总括癫痫的病因病机可概括为风、痰、热蒙蔽心窍，壅塞经络，气机逆乱，元神失控。^[2]

4.4.2 中医证候分型

参考中国中医药出版社2016年出版的《神志病中西医结合诊断学》^[3]，临床常见证候如下：

(1) 发作期

①风痰闭阻证

发作呈多样性，突然跌倒，神志不清，抽搐吐涎，或伴尖叫与二便失禁；或短暂神志不清，双目发呆，茫然所失，谈话中断，持物落地；或精神恍惚而无抽搐。发作前常有头昏目眩、胸闷痰多，倦怠乏力，心情不悦。平素神志抑郁，长吁短叹，萎靡不振，心中憋闷。舌质红，苔白腻，脉弦滑有力。

②痰火扰神证

发作时昏仆抽搐，口吐痰涎，吼叫如猪羊；痫止后，仍然烦躁不安。平素急躁易怒，情绪高涨，活跃多语，心烦失眠，咯痰不爽，口苦咽干，便秘溲黄，发病后彻夜难眠。舌质红，苔黄腻，脉弦滑而数。

③瘀阻脑络证

发作时卒然仆倒，昏不知人，抽搐形式比较固定，或单以口角、眼角、肢体抽搐，或全身抽搐，或口眼相引，面部肌肉偏向一侧；或以麻木、疼痛为主要表现，如剧烈头痛、腹痛、肢痛等，颜面、口唇青紫。平素可有头晕目眩，肢体麻木，半身不遂。舌质紫暗，有瘀斑或瘀点，苔白，脉弦而涩。

(2) 间歇期

① 肝肾阴虚证

痫病频发，伴神志恍惚，面色晦暗，头晕耳鸣，两眼干涩，耳轮焦枯不泽，腰膝酸软，大便干燥。舌质红，苔少，脉细数。

② 心脾两虚证

反复发作，伴神疲乏力，心悸气短，失眠多梦，面色苍白，体倦纳呆，大便溏薄。舌质淡，苔白腻，脉沉细而弱。

5 治疗

5.1 治疗原则

5.1.2 中医治疗原则

癫痫所致精神障碍的中医治疗可按发作期和间歇期不同时期进行辨治。发作期多以实邪为主，治以理气解郁，泻火逐痰，化痰通窍之法；间歇期以正虚为主，治以补益心脾，滋养肝肾之法。

5.1.2 西医治疗原则

癫痫所致精神障碍的治疗应以抗癫痫药物治疗为基础，单纯使用抗精神病药物治疗无明显效果。可根据患者发作形式及病程特点不同进行个性化选择抗癫痫药物，在此基础上根据精神障碍的不同选择不同的抗精神病药物。其中卡马西平应用较为广泛，其能够对颞叶边缘系统进行选择性抑制，进而阻止该部位的异常电活动的发生，对于颞叶癫痫发作的发生发展具有良好效果，并可防止病程发展至后期精神障碍的出现。除抗癫痫药物外，应当根据患者的精神症状表现，给予适量的抗精神病药物治疗，如氟哌啶醇、利培酮等，均可在控制癫痫发作的基础上控制精神症状的出现。有研究表明，为控制癫痫所致精神障碍，单纯使用抗癫痫药物或采取加量方式治疗，并不能取得良好效果，甚至可导致病情加重，联合应用抗精神病药物，效果更确切有效。^[4]

西医对于癫痫所致精神障碍的治疗策略主要有：

(1) 明确诊断

尽可能将诊断细化，比如：是否癫痫、癫痫发作的分类、癫痫综合征的分类、癫痫的病因、诱发因素等；而且在治疗过程中还应不断完善诊断。

(2) 合理选择处理方案

由于癫痫所致精神障碍的病因学异质性很高，因此，选择治疗方案时，应充分考虑癫痫所致精神障碍（病因、发作/综合征分类等）的特点、共患病情况以及患者的个人、社会因素，进行有原则的个体

化综合治疗。需要强调的是，癫痫所致精神障碍治疗并不一直都是顺利的，因此初始治疗方案常常需要随着根据治疗反应，在治疗过程中不断修正，或者进行多种治疗手段的序贯/联合治疗。

（3）恰当的长期治疗

癫痫所致精神障碍的治疗应当坚持长期足疗程的原则，根据不同的癫痫所致精神障碍病因、综合征类型及癫痫发作类型以及患者的实际情况选择合适的疗程。

（4）保持规律健康的生活方式

与其它慢性疾病的治疗一样，癫痫所致精神障碍患者应保持健康、规律性生活，尤应注意避免睡眠不足、暴饮暴食以及过度劳累，如有发作诱因，应尽量祛除或者避免。

（5）明确治疗的目标

应进行长期针对躯体、精神心理方面的康复治疗，降低致残程度，提高心理调节能力，掌握必要的工作、生活技能，尽可能促进其获得正常的社会及家庭生活。对于儿童期患者应强调通过全面的智力精神运动康复，在控制癫痫的同时促进其正常发育。^[5]

5.2 中西医结合治疗策略

临床上，治疗癫痫的方法很多，西医具有疗效快的特点，对于癫痫持续状态、急性发作期以及器质性病变导致的癫痫，西医治疗为其首选方法，但是具有副作用大、不良反应多等缺点，而中医中药、针灸等治疗手段温和，副作用小并有调理体质的作用。大量的实验及临床研究表明，中西医联合治疗癫痫的效果明显优于单用中医或西医治疗效果。对于癫痫所致精神障碍，中药联合抗癫痫药、抗精神病药治疗比单纯西药疗效好，中医对癫痫所致精神障碍的治疗同其他疾病一样，强调整体观。在中西医结合的全程治疗中，不同的病期用不同的方式。例如，在疾病的发作期，以西医为主，中医为辅；在疾病的间歇期，以中医为主，西医为辅，配合心理治疗和康复措施。中医治疗方面首先应辨标本虚实，发作期应注重豁痰熄风、开窍定痫，间歇期应以平顺气机、调节脏腑阴阳为主。此外，中医药在缓解抗精神病药物、抗癫痫药物治疗癫痫所致精神障碍过程中发生的不良反应方面，也有独到之处。因此，中医药治疗癫痫所致精神障碍的方向在于间歇期维持治疗和缓解抗精神病药物治疗癫痫所致精神障碍过程中发生的不良反应。^[6-8]

5.3 中医治疗

5.3.1 中药辨证治疗

（1）发作期

①风痰闭阻证

治法：涤痰息风，开窍定痫。

方药：定痫丸^[9-13]（《医学心悟》）加减。（高级证据，强推荐）

常用药：天麻、川贝母、半夏（姜汁炒）、茯苓、茯神、胆南星、石菖蒲、全蝎（甘草水洗）、僵蚕（甘草水洗）、琥珀（灯草研）、陈皮、远志、丹参、麦冬、辰砂、竹沥、姜汁。

加减：痰黏不利者，加瓜蒌；痰涎清稀者，加干姜、细辛；纳呆者，加白术、茯苓。

②痰火扰神证

治法：清肝泻火，化痰开窍。

方药：龙胆泻肝汤（《医方集解》）合涤痰汤（《证治准绳》）^[14-16]加减。（中级证据，强推荐）

常用药：龙胆草（酒炒）、黄芩（炒）、栀子（酒炒）、泽泻、木通、车前子、当归（酒洗）、生地黄（酒炒）、柴胡、生甘草、茯苓、人参、橘红、胆星、半夏、竹茹、枳实、石菖蒲。

加减：大便秘结者，加生大黄；痰黏甚者，加竹沥水；大便秘结者，可与竹沥达痰丸合用。

③瘀阻脑络证

治法：活血通窍，祛瘀定痫。

方药：通窍活血汤^[17-21]（《医林改错》）加减。（中级证据，强推荐）

常用药：桃仁、红花、赤芍、川芎、葱白、生姜、石菖蒲、郁金、鸡血藤、丹参、乳香、没药、当归。

加减：痰热者，加竹沥、胆南星；肝火上扰者，加菊花、石决明；阴虚者，加麦门冬、鳖甲；心肾亏虚者，加党参、枸杞、熟地。

（2）间歇期

①肝肾阴虚证

治法：滋补肝肾，熄风定痫。

方药：大补元煎^[22-24]（《景岳全书》）加减。^[34-36]（低级证据，弱推荐）

常用药：人参、熟地、杜仲、当归、山茱萸、枸杞、炙甘草、山药、龟板、鳖甲、牡蛎。

加减：心中烦热者，加竹叶、灯心草；大便秘结者，加火麻仁、肉苁蓉。

②心脾两虚证

治法：补心健脾，定风止痫。

方药：归脾汤^[25-28]（《济生方》）加减。^[37-39]（中级证据，强推荐）

常用药：人参、黄芪、茯苓、当归、丹参、川芎、柏子仁、酸枣仁、远志、鸡血藤、龙眼肉。

加减：心悸者，加太子参、麦冬；动风者，加僵蚕、蜈蚣；痰浊者，加半夏、胆南星。

5.3.2 中医非药物治疗

(1) 针刺治疗

发作期：取穴以督脉、足少阴经及手厥阴经为主。主穴选内关、水沟、太冲、百会、后溪及涌泉。间歇期：取穴以任、督二脉、足少阴经及手厥阴经为主。主穴选印堂、鸠尾、间使、太冲及丰隆。痰火扰神者，加曲池、神门、内庭；风痰闭阻者，加合谷、阴陵泉；心脾两虚者，加心俞、脾俞；肝肾阴虚者，加肾俞、肝俞、太溪、三阴交；瘀阻清窍者，加膈俞、内关。^[29-31]（高级证据，强推荐）

(2) 穴位贴敷疗法

处方：陈皮、半夏、浙贝母、瓜蒌、茯神、远志各10g，生龙骨、生牡蛎、首乌藤、石菖蒲各15g。将以上药物研磨成粉末后混匀，用蜂蜜调成膏状，在关元、足三里(双)、大椎、百会、腰奇处进行贴敷，每个穴位均取5 g药膏，用医用胶带固定，每天贴敷1次，每次持续4 h。^[32]（中级证据，弱推荐）

5.4 西医治疗

5.4.1 抗癫痫药物（高级证据，强推荐）

(1) 卡马西平

成人初始剂量100~200mg/d，分1~2次服，第24小时后每日增加0.1g至最佳疗效(通常为400mg/d，分2~3次服)。一般每日最高剂量不超过1200mg。

(2) 丙戊酸钠

按体重15mg/kg/d或600~1200mg/d，分2~3次服。开始时按5~10mg/kg/d，一周后递增，至发作控制为止。当用量超过250mg/d时应分次服用，以减少胃肠刺激。最大剂量为按体重不超过30mg/kg/d或1.8~2.4g/d。

(3) 苯妥英钠

成人250~300mg/d，开始时100mg，分2次服，1~3周内增加至250~300mg，分3次服。极量300mg/次，500mg/d。由于个体差异及药动学特点，用药需个体化，达到控制发作和血药浓度达稳态后，可改用长效(控释)制剂，一次顿服。如发作频繁，可按体重12~15mg/kg，分2~3次服用，每6小时1次，第二天开始给予100mg(或按体重1.5~2mg/kg)，3次/日，直到调整至恰当剂量为止。

(4) 苯巴比妥

镇静，15~30mg/次，2~3次/d；抗惊厥，90~180mg，晚上一次顿服或30~60mg，3次/d；催眠，肌内注射，100mg/次，极量250mg/次，500mg/d。苯巴比妥和地西洋为国家二类精神药品，必须严格遵守《精神药品管理办法》的管理条例，按规定开写精神药品处方和供应、管理本类药品，防止滥用。

(5) 地西洋

癫痫持续状态和严重复发性癫痫，开始静脉注射 10~20mg，静脉注射宜缓慢，每分钟 2~5mg，每间隔 10~15 分钟可按需增加甚至达最大限量。如有效，再将 60~100mg 地西洋溶于 5%葡萄糖生理盐水，于 12 小时内缓慢静脉滴注。老年和体弱患者，肌肉注射或静脉注射时用量减半。^[33]

5.4.2 抗精神病药物（高级证据，强推荐）

临床针对癫痫所致精神障碍以联合相应剂量的抗精神病药物治疗。

(1) 第一代抗精神病药物

① 吩噻嗪类

以往常作为首选药物，包括氯丙嗪、奋乃静、三氟拉嗪、硫利达嗪及氟奋乃静等，适用于妄想幻觉、兴奋躁动、思维障碍等阳性症状。严重兴奋冲动、拒绝服药者可肌注或静脉点滴氯丙嗪。有效剂量：氯丙嗪 200~600mg/d，奋乃静 20~60mg/d。

② 硫杂蒯类

主要是氯普噻吨（泰尔登）、氯哌噻吨和氟哌噻吨。目前已很少作为首选药物使用。泰尔登有效剂量 200~600mg/d。

③ 丁酰苯类

较常用的是氟哌啶醇，有口服和注射两种剂型。主要适用于精神分裂症的阳性症状和兴奋、激越等行为异常。有效剂量 6~20mg/d。

④ 苯甲酰胺类

代表药物是舒必利，该药低剂量时有一定抗焦虑和抗抑郁的作用，高剂量有控制幻觉妄想的作用，静脉滴注能有效缓解紧张症的症状。有效剂量 800~1600mg/d。

(2) 第二代抗精神病药物

临床上已越来越多地应用较新一代的抗精神病药物。包括氯氮平、利培酮、奥氮平和喹硫平。该类药物除适用于妄想幻觉、兴奋躁动等阳性症状外，还对情感淡漠、社会退缩等阴性症状有一定疗效，对认知功能有一定的改善作用。治疗剂量一般为：氯氮平 200~400mg/d，利培酮 2~6mg/d，奥氮平 5~20mg/d，喹硫平 300~750mg/d，阿立哌唑 10~30mg/d。

总体而言，第二代抗精神病药物较第一代抗精神病药物的副反应少一些，轻一些，特别是锥体外系不良反应较少发生。值得注意的是，氯氮平可能引起粒细胞减少或缺乏，在治疗前及治疗中应定期监测血象，如有异常结果应立即停药，并对症处理。^[34-35]

5.5 中西医结合分期治疗

5.5.1 发作期

发作期以应迅速采取急救措施：明确癫痫发作的诊断。严密观察：观察意识、瞳孔及生命体征变化，注意记录癫痫发作的具体症状学表现，如头是否向一侧偏斜等。注意保护，防止意外伤害：如为全面强直、阵挛或强直-阵挛发作，癫痫样发作过程中应保持头部向一侧偏斜，维持呼吸道通畅，避免窒息及误吸，避免舌咬伤，给予氧气吸入，同时注意不要过度用力按压患者，以免造成骨折；如果为复杂部分性发作的患者要注意其无意识行走和活动中造成对自身或周围人员的伤害。积极寻找原因：要询问患者及家属是否按时服药，有无诱发因素，必要时检查血常规、血糖，电解质及肝、肾功能、抗癫痫药物浓度等，如有条件可进行脑电图同步记录。如发作持续时间超过5分钟按“癫痫持续状态”处理。

必要时可行中医药急救，以开窍复苏、熄风定惊为原则。针刺开窍以手厥阴经、督脉及足少阴经穴为主。主穴：内关、水沟、百会、后溪、涌泉。操作：毫针泻法。水沟用雀啄手法，以眼球充泪为度。熄风止痉：紫雪丹、至宝丹溶化后鼻饲或冲服，每次各1丸。防治厥脱：痫证久发不得解，常变生厥脱，治当急宜益气固脱，回阳救逆，选用独参汤、参附汤或生脉散等，口服或鼻饲，以防其变。豁痰开窍：痫样发作，痰涎壅盛，痰涎阻塞气道，气道不畅，治宜豁痰开窍，熄风定痫，给予礞石滚痰丸10g，溶化后灌服或鼻饲。^[36]

5.5.2 间歇期

原则上继续使用有效抗精神病药、抗癫痫药1~2年，并维持原剂量不变，推荐在抗精神病药、抗癫痫药治疗基础上联合中药治疗，以调补脾肾、养心安神为主，稳定症状，改善残留症状，预防复发。对于病机复杂的患者，临证中将中药与针灸结合治疗可显著改善病情，减少西药用量，减轻西药副作用。

^[37]

5.6 疗程

建议对患者病情进行系统评估，若治疗效果明显，功能恢复达到病前水平，病情稳定且无复发倾向，则可在密切关注病情的前提下逐步撤减抗精神病药、抗癫痫药用量以缩短疗程。患者在经过抗癫痫药物、抗精神病药物治疗后，大约有60%~70%可以实现无发作。通常情况下，癫痫患者如果持续无发作2年以上，即存在减停药的可能性，但是否减停、如何减停，还需要综合考虑患者的癫痫类型（病因、发作类型、综合征分类）、既往治疗反应以及患者个人情况，仔细评估停药复发风险，确定减停药复发风险较低时，并且与患者或者其监护人充分沟通减药与继续服药的风险/效益比之后，可考虑开始逐渐减停抗癫痫药物、抗精神病药物。停药后短期内出现复发，应恢复既往药物治疗并随访；在停药1年后出现

有诱因的发作可以观察，注意避免诱发因素，可以酌情暂不应用抗癫痫药物或抗精神病药物；如有每年2次以上的发作，应再次评估确定治疗方案。^[38]

6 疗效评价标准

6.1 中医疗效评价标准

参照中国中医药科技出版社2002年出版的《中药新药临床研究指导原则试行》[108]的疗效判断标准。

临床痊愈：临床症状与体征消失或基本消失，治疗前后积分下降 $\geq 95\%$ 。

显效：临床症状与体征显著改善，治疗前后积分值下降 $\geq 70\%$ ；有效：临床症状与体征好转，治疗前后积分下降 $\geq 30\%$ 。

无效：临床症状与体征未见明显改善，甚者加重，治疗前后积分下降 $< 30\%$ 。

计算方式：积分下降率= $[(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分})/\text{治疗前积分}] \times 100\%$ ；总有效率=临床痊愈+显效+有效。^[39]

6.2 西医疗效评价标准

6.2.1 脑电图检查

脑电图（electroencephalogram, EEG）是通过安置在头皮或颅内的电极记录大脑皮质神经元的自发性、节律性电活动。脑电图检查是诊断癫痫发作和癫痫的最重要的手段，并且有助于评判癫痫治疗的疗效和预后。^[40-41]

6.2.2 简明精神病量表（BPRS）

结合患者的实际病情和临床表现，以及体格检查结果和相关实验室报告，BPRS对治疗前后两组的精神状态进行评估，具体包括18项，并按焦虑忧郁因子、缺乏活力因子、思维障碍因子、激活性因子、敌对猜疑因子等5类因子进行记分，总分为18~126分，以35分为临床界限，总分越高，病情越重。

6.3 安全性指标

6.3.1 相关实验室检查

随时监测血压、心率等基础生命体征；定期进行心电图检查，血常规、血糖、血脂，肝、肾功能等化验；必要时进行血药浓度监测。

6.3.2 量表评价

副反应量表（TESS）适用于评定各类抗精神病药物引起的副作用。根据体格检查结果以及实验室报告，结合患者的实际病情，做出相应评定。一般治疗前及治疗后2周、4周和6周进行评价。

7 预防与调护

一是要对已知的致病因素和诱发因素的预防，增强患者体质；二是要加强间歇期的治疗防止癫痫的反复。因此，要保持精神愉快，情绪乐观，起居有节，生活规律，适当参加文体活动，保证充足的睡眠。

[42]

8 预后

一般说来，本病若及时有效治疗，可以较好地控制其发作；久病体虚者，则疗效较差。癫痫初发或病程在半年以内者，尤其应重视间歇期的治疗和情志、饮食的调理，如能防止痫病的频繁发作，一般预后较好。间歇期应注意治疗和调养，及时给予调理脾胃和气血，健脑髓，或参用顺气涤痰、活血化瘀等法使患者体质恢复，则可逐渐缓解。有少数病例，发作时因喉间痰涎而窒息，应及时采用中西医结合的方法救治，若救治不及时可致死亡。亦有少数病例，发作时呈持续状态，此时应高度重视。采用综合措施予以积极救治，可终止其发作。但仍有较高比例的死亡病例。总的说来，本病病程长，反复发作，难以根治，但只要做到早预防、早诊断、早治疗，并坚持规律性治疗、长期治疗，其预后还是比较好的。

[43]

9 注意事项

应用本指南时应先明确诊断，本指南不能应用于除癫痫所致精神障碍外的其他疾病，如：其他脑器质性及躯体疾病所致精神障碍、癔症、精神分裂症、躁郁性精神病、感染性和中毒性精神病，以免发生诊疗错误，影响患者的转归及预后。

指南中的内容仅仅是用来指导临床工作的概括性或综合性标准，单纯依据指南中的内容和标准并不能保证每一个具体的临床病例都能获得诊疗的成功，更不能简单认为指南中的内容已经囊括了XXX临床操作中的所有规范，而轻易地排斥其他一些适合某一个体的方法。在判断某一特定医疗程序和治疗计划

正确与否时，所有的结论首先必须是建立在个体患者的具体病情、临床症状和治疗特点的基础之上，而不能简单的依据指南中的相关内容来做出判断或评价。指南中制定的临床诊疗标准并不是一成不变的，其内容或标准是基于大量的临床案例资料总结和专家共识。在指南使用过程中，要不断对其相关理论知识、操作技术及护理规范等进行提炼和总结，形成更为合理和更为科学的操作模式。

参 考 文 献

- [1]郭雅明,汪金涛,李文芳.中西医结合治疗精神疾病发展和现状[A].第二届全国焦虑症中西医结合论坛、中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第18次全国年会暨第三届京津冀中西医结合精神病学年会论文集[C].中国中西医结合学会:中国中西医结合学会,2019:3.
- [2]周信杰.《癫痫中医证候调查表》的专家问卷调查及临床预调查[D].广州中医药大学,2010.
- [3]贾竝晓,张宏耕.神志病中西医诊断学[M].北京:中国中医药出版社,2016.
- [4]许振强.癫痫所致精神障碍的临床分析[J].中国医学创新,2013,10(30):111-113.
- [5]中国抗癫痫协会.临床诊疗指南·癫痫病分册.北京:人民卫生出版社,2015:44-45.
- [6]张媛,聂莉媛,张青,等.中医药治疗癫痫的系统评价[J].中华中医药杂志,2016,31(12):5266-5270.
- [7]何丽云,吴东宁.中西医结合治疗癫痫进展[J].癫痫杂志,2017,3(04):333-337.
- [8]汪顺贵,刁丽梅.癫痫中西医治疗研究概况[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(06):75-78.
- [9]陈岩.定痫丸加减治疗小儿癫痫小发作的效果研究[J].中国实用护理杂志,2010,26(02):38-39.
- [10]姚志浩.定痫丸联合丙戊酸钠治疗癫痫大发作的临床研究[D].南京中医药大学,2014.
- [11]姚志浩,高觉民.定痫丸联合丙戊酸钠片治疗癫痫病随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2014,28(04):104-106.
- [12]刘占兵.定痫丸联合丙戊酸钠片治疗特发性癫痫73例[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(18):59-60.
- [13]陆金凤.定痫丸在癫痫治疗中的应用及有效性分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(28):164-166.
- [14]卫有巧,卫有茹,卢智慧.龙胆泻肝汤合涤痰汤结合丙戊酸钠治疗癫痫(痰火内盛型)的疗效分析[J].中医药导报,2016,22(09):83-87.
- [15]曹勇,郑慧军,范鲁鼎,等.龙胆泻肝汤和涤痰汤加减治疗癫痫发作期痰火扰神证的临床分析[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(09):172-176.
- [16]王利敏.龙胆泻肝汤和涤痰汤加减治疗癫痫发作期痰火扰神证的疗效观察[J].中华养生保健,2020,38(01):66-67.

- [17]曾俊辉, 曾智春. “定痫丸”合“通窍活血汤”加减治疗癫痫 336 例[J]. 四川中医, 1986 (09): 17-18.
- [18]王怀富. 通窍活血汤化裁治疗癫痫 24 例[J]. 承德医学院学报, 1993 (04): 306.
- [19]胡宁, 楼敏芳, 吴轶颖, 等. 通窍活血汤结合西药治疗瘀阻脑络型癫痫 26 例[J]. 浙江中医杂志, 2018, 53 (05): 363.
- [20]白雁明, 王海洋, 张湘玲. 西药联合通窍活血汤治疗癫痫 41 例分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2007, 5 (09): 905-906.
- [21]郭宁, 张永全. 豁痰活血法治疗原发性癫痫临床研究[J]. 中医药临床杂志, 2016, 28 (02): 206-209.
- [22]陈百骐. 火针与大补元煎治疗肾虚型偏头痛的临床疗效观察[D]. 广州中医药大学, 2018.
- [23]周亚林. 辨证分期联合割治与灯火疗法治疗癫痫 200 例临床观察[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29 (02): 151-152.
- [24]庞增园, 于征淼, 吴智兵, 等. 中西医结合综合方案治疗癫痫的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2011, 31 (04): 42-44.
- [25]陈春鹏, 张晓敏, 李静, 等. 柴胡疏肝汤联合归脾汤加味治疗难治性癫痫肝郁脾虚证的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24 (17): 177-182.
- [26]胡桂轩, 汪超, 姚诗清. 归脾汤加减方治疗小儿癫痫临床观察[J]. 中国中医急症, 2006, 15 (09): 979-980.
- [27]高卫民. 归脾汤治疗抗癫痫药物副反应 32 例[J]. 陕西中医, 2009, 30 (09): 1199-1200.
- [28]刘迪加. 礞石滚痰丸归脾汤治疗癫痫 38 例[J]. 陕西中医, 2011, 32 (10): 1350-1350.
- [29]钟寅燕, 唐银杉, 潘芳芳, 等. 醒脑开窍针法联合基础抗癫痫及氟西汀治疗癫痫后抑郁障碍临床研究[J]. 浙江中西医结合杂志, 2020, 30 (11): 904-908.
- [30]罗海龙, 温旋威. 电针治疗癫痫伴发抑郁症的疗效观察[J]. 中国医药导刊, 2013, 15 (04): 642-644.
- [31]伊秋悦. 针刺治疗癫痫后抑郁 (肝气郁结证) 的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2018.
- [32]韩晓艳, 林彩霞, 王芳. 穴位贴敷联合中医情志护理干预癫痫所致精神障碍临床研究[J]. 新中医, 2020, 52 (09): 153-155.
- [33]中国抗癫痫协会. 临床诊疗指南·癫痫病分册. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 48-69.
- [34]马春丽, 徐甜颖. 阿立哌唑治疗癫痫所致精神障碍患者的临床效果[J]. 中国当代医药, 2020, 27(21): 79-81.
- [35]王晓静. 丙戊酸钠联合利培酮治疗癫痫所致精神障碍疗效分析[J]. 华夏医学, 2020,

33 (03) : 45-48.

[36]杨光福,任雪梅,冯鑫利.缺血性脑卒中后癫痫中西医结合个体化分期分型辨证治疗[J].医学研究与教育,2010,27(01):59-62.

[37]吴博,海英.田维柱教授应用中药治疗痫病经验总结[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(03):198-200.

[38]中国抗癫痫协会.临床诊疗指南·癫痫病分册.北京:人民卫生出版社,2015:58-59.

[39]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则试行[M].北京:中国医药科技出版社,2002.

[40]童新兰,陈瑜,韩海波,等.动态脑电图诊断癫痫所致精神障碍患者的临床分析[J].国际精神病学杂志,2015,42(06):19-22.

[41]于经旺.脑电图在癫痫诊断和治疗中的研究进展[J].中国医疗器械信息,2020,26(08):24-29.

[42]柴剑波,冯斌.神志病康复诊疗学[M].北京:中国中医药出版社,2016.

[43]赵永厚,蔡定芳.中医神志病学[M].上海市“十一五”重点图书.上海:上海中医药大学出版社,2016.