

# 惊厥性癫痫持续状态一例

张蕾 杨淑 符浩 丁里

【关键词】 癫痫持续状态; 惊厥; 脑电描记术; 病例报告

【Key words】 Status epilepticus; Convulsions; Electroencephalography; Case reports

## Convulsive status epilepticus: one case report

ZHANG Lei, YANG Shu, FU Hao, DING Li

Department of Neurology, First People's Hospital of Yunnan Province, Kunming 650032, Yunnan, China

Corresponding author: DING Li (Email: dshi31@sina.com.cn)

患者 女性, 69 岁。主因发作性四肢抽搐、呼之不应 2 d, 于 2014 年 11 月 10 日入院。患者入院前 2 d 无任何诱因突然抽搐, 双上肢屈曲、双下肢伸直、口吐白沫、大小便失禁、呼之不应, 每次发作约持续 15 min, 共发作 3 次, 发作间期不能与他人交流。急诊时曾静脉注射地西洋 10 mg。既往有脑出血病史, 遗留左侧中枢性偏瘫。入院时头部 MRI 检查显示, 右侧岛叶与外囊、半卵圆中心出血后软化灶形成, 双侧额叶、右侧颞叶多发微出血灶。临床诊断为惊厥性癫痫持续状态(CSE); 脑微出血(CMBs); 陈旧性脑出血。发病后第 3 天(2014 年 11 月 12 日)进入神经内科重症监护病房。

诊断与治疗经过 体格检查: 体温 36.6 °C, 脉搏 85 次/min, 呼吸 22 次/min, 心率 85 次/min, 心律齐, 血压 142/90 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)。双肺呼吸音粗, 未闻及啰音。腹部柔软、无压痛, 肝脾未触及。双下肢无浮肿。神经系统检查: 呈嗜睡状态, 无抽搐; 疼痛刺激双上肢无关节活动; 左侧肢体肌张力增高, 左侧 Babinski 征阳性; 其余神经系统检查无明显异常。辅助检查: 入院时常规脑电图(EEG)显示右侧导联持续高波幅尖波发放, 予丙戊酸钠 30 mg/kg 静脉注射并以 1 mg/(kg·h) 静脉泵维持, 未行视频脑电图(VEEG)监测。入院第 3 天(2014 年 11 月 12 日)动态脑电图可见各导联中波幅

2~7 Hz 慢波和低波幅 18~25 Hz  $\beta$  波, 右侧导联呈现高波幅尖-慢复合波(图 1)。发病第 5 天(2014 年 11 月 13 日)出现高热, 体温最高达 38.2 °C; 双肺可闻及痰鸣音, 动脉血氧饱和度(0.86)和氧分压(PaO<sub>2</sub>)下降(51 mm Hg), 二氧化碳分压(PaCO<sub>2</sub>)正常, 即刻行气管插管呼吸机辅助呼吸, 同时予美罗培南 1g 静脉泵注(1 次/12 h × 7 d)抗感染治疗。至发病第 9 天(2014 年 11 月 17 日)意识仍未恢复, 动态脑电图显示各导联呈中波幅 8~11 Hz  $\alpha$  波和低波幅 18~25 Hz  $\beta$  波、中波幅 4~7 Hz  $\theta$  波, 左侧  $\theta$  波不对称发放, 右侧尖-慢复合波频繁发放。实验室检查丙戊酸钠血药浓度 14  $\mu$ g/ml, 遂调整丙戊酸钠静脉泵注剂量 2 mg/(kg·h); 发病第 17 天(2014 年 11 月 25 日)动态脑电图各导联表现为中波幅 8~10 Hz  $\alpha$  波和低波幅 18~25 Hz  $\beta$  波、中波幅 4~7 Hz  $\theta$  波, 双侧不对称尖-慢复合波、慢波发放, 丙戊酸钠血药浓度高达 67  $\mu$ g/ml, 添加托吡酯 25 mg(2 次/d)口服。发病第 23 天(2014 年 12 月 01 日)动态脑电图显示痫样放电消失, 各导联大量慢波(图 2), 痫样放电消失 48 h 后丙戊酸钠改为 750 mg(2 次/d)口服。病程第 29 天(2014 年 12 月 07 日)时体温降至正常水平, 肺部听诊和实验室血气分析各项指标均恢复至正常值水平, 遂停止机械通气, 拔除气管插管。

## 讨 论

惊厥性癫痫持续状态为癫痫持续状态(SE)类型中的危重症, 具有病死率和病残率高的特征。快速并有效地控制发作不仅能够挽救患者生命, 还可改

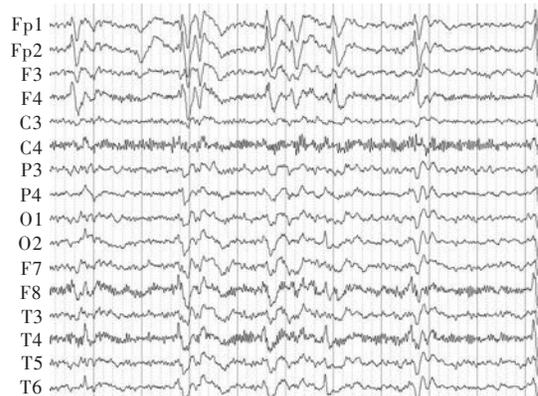


图1 入院第3天动态脑电图显示慢波背景,右侧导联尖波、尖-慢复合波频繁发放

**Figure 1** Three days after admission, ambulatory EEG revealed slow waves background, frequent distribution of sharp waves, sharp-wave complexes at the right lead.

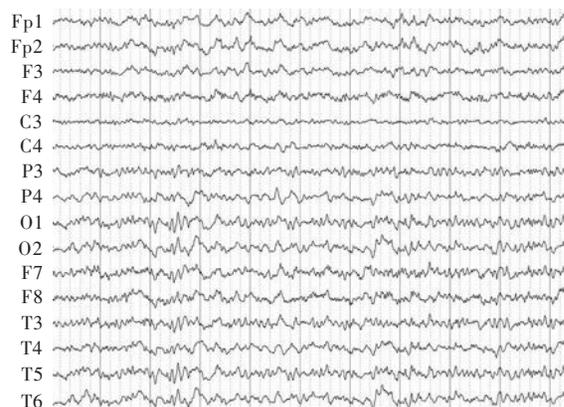


图2 治疗后第23天动态脑电图显示痫样放电消失,各导联大量慢波

**Figure 2** Twenty-three days after treatment, ambulatory EEG revealed a number of slow waves instead of epileptiform discharges at each lead.

善预后。惊厥性癫痫持续状态治疗目标是迅速终止其临床发作和脑电图痫样放电。该例患者经丙戊酸钠治疗23天抽搐停止,但脑电图仍显示有痫样放电,考虑转化为非惊厥性癫痫,由于非惊厥性癫痫较少出现急性和慢性全身系统性并发症,故采取相对保守治疗方案。部分临床医师认为只要患者意识恢复或未再抽搐即治疗达标,而忽略患者脑电活动。目前,临床常用的脑电图检查方法包括常规脑电图、动态脑电图和视频脑电图,常规脑电图简便易行,但仅能反映检查即刻的脑电活动;动态脑电图虽具有长时程性,但相对滞后于临床表现;视频

脑电图具有实时监控、精确评价的优点,但需专人负责。该例患者呈嗜睡状态,脑电图异常,考虑转化为非惊厥性癫痫持续状态,此时需加强临床观察,积极进行视频脑电图监测以指导临床治疗。经抗癫痫药物(AEDs)治疗控制发作后脑电图仍显示慢波,考虑与异常放电时间过长导致脑皮质损伤有关。老年期癫痫多为继发性,多由脑血管病所致<sup>[1]</sup>,亦可由代谢紊乱(电解质代谢紊乱、血糖异常、甲状腺功能降低)或肝肾功能衰竭等引起<sup>[2]</sup>,该例患者实验室血清学各项代谢功能检测无异常,故不考虑代谢性因素所致。脑微出血是脑内微小血管病变所引起的、以微量血液外漏为特征的脑实质亚临床损害,该例患者脑微出血位于双侧额叶、右侧颞叶,可能是导致大脑皮质异常放电的原因。因此我们认为,对于有条件的医疗卫生中心应对癫痫患者行常规头部MRI磁敏感加权成像(SWI)检查以明确有无脑微出血。该例患者在抗癫痫药物治疗之初出现的呼吸抑制可能与癫痫发作有关,但亦不排除药物作用,在抗癫痫药物治疗期间应加强呼吸功能监测,必要时可行气管插管机械通气<sup>[3-4]</sup>,但机械通气是否会诱发或加重癫痫发作,对此类患者潮气量应设置在什么水平,均是我们在今后的工作中需要考虑的。患者在发病过程中出现的血浆纤维蛋白原水平升高可能与感染有关,而高热可导致神经元和多系统功能损伤,癫痫发作时呼吸道保护性反射消失及微误吸均可能是患者发生肺部感染的原因,治疗过程中应注意控制肺部炎症并保护肺功能。

#### 参 考 文 献

- [1] Wang XH, Yang AM, Song L, Xie HG, Wu WP. Common causes and clinical features of epilepsy in the elderly. *Zhonghua Lao Nian Xin Nao Xue Guan Bing Za Zhi*, 2013, 15: 458-460. [王晓红, 杨爱民, 宋蕾, 解恒革, 吴卫平. 老年癫痫患者常见病因与临床特征的分析. *中华老年心脑血管病杂志*, 2013, 15:458-460.]
- [2] Fields MC, Labovitz DL, French JA. Hospital-onset seizures: an inpatient study. *JAMA Neurol*, 2013, 70:360-364.
- [3] Misra UK, Kalita J, Maurya PK. Levetiracetam versus lorazepam in status epilepticus: a randomized, open labeled pilot study. *J Neurol*, 2012, 259:645-648.
- [4] Silbergleit R, Durkalski V, Lowenstein D, Conwit R, Pancioli A, Palesch Y, Barsan W; NETT Investigators. Intramuscular versus intravenous therapy for prehospital status epilepticus. *N Engl J Med*, 2012, 366:591-600.

(收稿日期:2015-09-25)