

黄 斌 编著

癲 癇
中 西 医
论 治

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

癫痫中西医论治/黄斌编著. —北京:人民卫生出版社,1999

ISBN 7-117-03191-3

I. 癫… II. 黄… III. 癫痫-中西医结合疗法
IV. R742.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 00659 号

癫 痫 中 西 医 论 治

黄 斌 编著

人民卫生出版社出版发行

(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

北京人卫印刷厂印刷

新华书店经销

850×1168 32开本 18印张 466千字

1999年3月第1版 1999年3月第1版第1次印刷

印数:00 001—4 000

ISBN 7-117-03191-3/R · 3192 定价:23.50 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

目

录

绪 论 篇

- 第一章 概述..... 3
第二章 临床流行病学 11

理 论 篇

- 第三章 文献撮要与释评 23
第四章 中医脑髓理论说略 40
第五章 中医病因病机分析 56
第六章 西医解剖学基础与病因分析 70

诊 查 篇

- 第七章 中医诊断与临证 89
第八章 辅助检查..... 104
第九章 西医分类及诊断..... 133

治 疗 篇

- 第十章 中医辨证纲要..... 155
第十一章 中医临床分证论治..... 177
第十二章 中医治病的基本原则及常用八

法.....	237
第十三章 治病体会.....	248
第十四章 用药经验.....	258
第十五章 验方单方.....	273
第十六章 非药物治疗.....	307
第十七章 西药使用原则及应用.....	350
第十八章 植物神经性癫痫的中西医治疗.....	382
第十九章 难治性癫痫的中西医论治.....	387
第二十章 癫痫伴有智力障碍的中医论治.....	393
第二十一章 癫痫持续状态及其中西医救治.....	399
第二十二章 儿童癫痫.....	410
第二十三章 妇女癫痫.....	431
第二十四章 老年癫痫.....	438

预 护 篇

第二十五章 预防和调护.....	443
第二十六章 预后.....	453

进 展 篇

第二十七章 中医药研究进展.....	469
第二十八章 西医研究进展.....	506
附录一 痫速康的临床研究报告.....	518
附录二 癫痫的国际分类标准.....	529
附录三 癫痫的中医行业标准.....	561

绪
论
篇

第一章

概

述

国内外对癫痫的记载都有着悠久的历史，人们对癫痫的认识经历了一个漫长而艰难的历程。由于对医药卫生知识的缺乏，在很长时间内，在不少地区人们对癫痫的认识带有鬼神迷信色彩。癫痫因其病程长，难根治，病因复杂，发病机理不明确，是中医常见疑难病证之一，亦被西医学列为现代难治病。据有关临床流调资料统计，在我国癫痫患者总人数约有六七百万。该病具有反复发作的特点，长期发作给患者带来不同程度的智力损害，严重者甚至丧失劳动能力和自制能力。癫痫病既有遗传因素，又有诱发因素。目前西医治疗对大部分类型的癫痫能起到抑制发作的作用，但长期服用西药易产生多种毒副作用。外科手术治疗癫痫病，受着手术适应证的许多限制，还易留后遗症。中医药治疗癫痫有着极为悠久的历史和丰富的经验。当今中医临床更是从诊疗规范、辨证论治、疗效机理等方面于本病做了许多开创性工作，并显示了中医药治痫的特色和疗效优势。开展

中西医相结合的独特的中国癫痫学研究,从目前的成果看,前景是十分光明的。

一、中医概念与沿革

病证名是中医临床研究的开端,早在 30 年代,著名中医学家施今墨先生曾提出过《统一中医病名建议书》。前辈程门雪在《金匱篇解》中认为“中医最难整理者莫如病名,一病数名,一名数称,初学之士,其不蹙额疾首者几希!皆缘著书漫不经意,随意定名。如循名以求病,必多错误。欲救其弊,惟有以病求名,以证定法,最为适当。”这些有益的见解,对我们开展中医癫痫病证研究启发颇多。

有关癫痫病的病名记载最早见于长沙马王堆汉墓出土的《五十二病方》,其中有“婴儿病痲”的描述。“痲”字为“痲”字之简体,以病从间(間)。间者,指其发作有时,间隔而作,“痲”字和“痲”字在读音和涵义上均不相同,“痲”反映该病的发病特点较为确切,后不知何故,演变为“痲”字。

痲和痲在唐代以前医书中多分而言之,实际上多指痲病。如隋·巢元方在《诸病源候论·小儿杂病诸侯·痲候》说“痲者,小儿病也。十岁以上为痲,十岁以下为痲。”《千金要方·风眩》引南齐·徐嗣伯之语“大人曰痲,小儿则为痲,其实是一。”《素问·长刺节论》中所谓“病初发岁一发,不治月一发,不治月四五发,名曰痲病”,《素问·奇病论》曰:“病名为胎病,此得之在母腹中时,其母有所大惊,气上而不下,精气并居,故令子发为痲疾也。”这里所说的“痲病”、“痲疾”等多指痲病而言。

北宋·王怀隐等编写的《太平圣惠方》将痲、痲合为一个病名。宋·刘昉撰集的《幼幼新书》立痲痲专条加以阐述。同时代的钱乙,在所著《小儿药证直诀》中称痲痲为痲,并立五痲专篇。所以后世多数医家称痲痲为痲证或痲病,以上是痲痲病名的历史沿革的大致脉络。

中医对痲病的命名与定义比较繁杂,各说不一,在疾病名称

及证候分类上，有根据脏腑辨证称为心病、脾病、肾病等五脏病者；有根据病机和症状特点称为风痫、惊痫、痰痫者；也有羊痫、马痫等五畜痫的分类。在症状的认识和描述方面，总以类似癫痫大发作者为多，对于癫痫小发作、精神运动性发作、植物神经性发作等分类论述较少，所述内容有待规范和完善。

在癫痫的症状表现方面，综合中医学对癫痫病概念的认识，可以概括为：癫痫以小儿为多见，临床表现复杂多样。发作时有的突然意识丧失、抽搐、口吐痰沫；有的瞬时失神，两眼发直，口不能言；有的点头、扭脖子，局部肌肉抽动；有的口眼相引，苦笑，转圈，跌倒。有的突发头痛、眩晕；有的腹痛，呕吐，四肢发凉，乃至出冷汗；有的精神障碍，发则如狂，等等。除少数癫痫持续状态外，绝大多数发作可以自行缓解，缓解后仍如常人，但过一段时间又可重复发作。轻者一年半载犯病一次，重者一日发作数次。

学习当今中医教材及有关的中医学学术组织制订的诊断规范，多认为癫痫系指脏腑受伤，神机受累，元神失控所致，以突然意识丧失，发则仆倒、四肢抽搐、口吐涎沫，或口中怪叫、移时苏醒、一如常人为主要临床表现的一种反复、发作性疾病，又有“羊痫风”之称。就其内涵而言，主要指癫痫大发作者。

本书论癫痫，采用中医辨证与西医辨病相结合的论述方法。关于病名称谓有癫痫、痫病、痫证的描述。癫痫或痫病是指在一定的病因条件下，机体出现的具有一定发展规律的全部演变过程，可表现为多种发作类型，表现为相应的证候，多相当于西医的癫痫综合征。痫证是指痫病发生发展过程中，能够揭示病位、病性、病因病机，为治疗提供依据的一组临床症状的组合，多相当于西医的痫性发作。这样中医的病证名就与西医的癫痫发作分类和癫痫综合征分类有了相对应的关系，也比较符合中医临床实际和癫痫当代分类的特点。

二、西医概念与沿革

癫痫为神经内科的常见病之一。它是一种慢性脑部疾患，是多种病因所致的临床综合征，以脑部神经元过度放电所致的突然和短暂的中枢神经系统功能失常为特征。临床特点为反复发作的皮层或皮层下神经异常电位发放，导致大脑功能障碍。“癫痫”一词，不是表示单一的“癫痫病”，而是一组疾病可能具有类似的病理生理机制，但发生于脑的不同部位，有不同的病因和不同的脑电图表现，在发病年龄、病因、发作类型、脑电图表现、促发因素、临床经过、治疗反应、预后及转归等方面有一定的规律性。抽风和意识障碍是它的主要症状，但是具有抽风症状的人，并不都属于此病。而且有些癫痫病人，有时并无抽风的表现，可以表现为局限性抽搐、感觉异常、知觉障碍，以至于行为、精神、情感以及内脏功能紊乱。因此，抽风和癫痫这两个概念不能等同对待。而发作性和反复性为癫痫共同的特点。

60年代后期以来，以法国医学家 Gastaut 为代表的对各类癫痫发作期表现及发作期脑电图的观察和研究，为现代癫痫学奠定了基础。与传统的癫痫概念相比较，现代癫痫学概念有两方面的进步，一是明确了癫痫发作为脑神经元异常放电而致，并以此与其它发作性疾病相鉴别；二是将癫痫发作与癫痫区分开来，癫痫发作仅为癫痫的主要临床表现，而不同类型的癫痫则可作为独立的疾病或综合征来看待。故相应制定了两套分类系统，即癫痫发作的国际分类法（ICES，1981，症状分类）及癫痫和癫痫综合征的国际分类法（ICE，1989，相当于疾病分类）。

癫痫和癫痫综合征的国际分类中，根据其病因分为特发性和症状性两大类。特发性癫痫即原发性癫痫，目前认为该类癫痫与遗传密切相关。到目前为止，不仅明确了一些表现为泛化性（generalized）癫痫发作的癫痫类型的遗传特征和基因定位，如少年肌阵挛性癫痫、良性家族性新生儿惊厥等，也相继发现了一些主要表现为部分性发作，原认为是纯症状性的癫痫，如颞叶癫痫、额

叶癫痫，也具有明确的遗传背景。

痫性发作和癫痫具有不同的含义，因为具有痫性发作的病人不一定都患有癫痫。它既可以是癫痫病人反复发作中的一次，也可以是由于颅内感染、脑缺血缺氧、中毒、脑血管病等引起的暂时性的脑功能紊乱。痫性发作的临床表现多种多样，可以是抽风，也可以不表现为抽风，即使同一个病人也可有多种形式的痫性发作。痫性发作的表现取决于痫性放电的部位和强度。痫性放电是临床发作的病理生理基础，但有时痫性放电也可不引起临床症状，这种情况不能称为痫性发作。WHO 制定的癫痫定义，强调其反复发作性，仅有一次痫性发作不能诊断为癫痫病。至于偶尔发作也不属于癫痫的结论，在临床上要根据病人实际情况决定，因为有些患者发作间期的长短差别很大。

另外，在癫痫的国际分类中，将高热惊厥列入其中。因为高热惊厥常出现在脑特殊的发育阶段，大多预后良好，转为慢性者很少，所以从严格意义上讲，不能轻易地下诊断。但同时，一些癫痫病人在年幼时常因发热诱发发作，这些病人常又被误认为热性惊厥。通过许多患者的回顾性分析，热性惊厥与许多癫痫发作相关联，特别是伴有一些神经系统疾病的患者，反复的热性惊厥病人有部分可转为癫痫。在全身强直阵挛性发作、儿童良性部分性癫痫、失神性发作等癫痫患者中，据统计有 9%~20% 的病人曾有热性惊厥病史。儿童癫痫最常见的表现形式是惊厥，但是惊厥不能代表癫痫的所有症状。有学者为了解决以上问题，定义“癫痫是一种非热性痫性发作，可以任何类型的发作表现出现，一般发作一次以上，且可在任何时间出现”。这个定义解决了 WHO 认为偶尔的痫性发作不在癫痫之列而容易引起漏诊的问题，但又出现了难以解决部分痫性发作可自行消失的问题，正如其举例说明的“一名青春期的有多次痫性发作的女孩，21 岁以后未再发作。何时她才算不再罹患癫痫，是发作消失后 5 年，还是 10 年，还是应该在其一生中将其认为是‘一名癫痫患者’”。

近年来，又有人对癫痫进行定义，认为“癫痫是大脑神经元

的阵发性放电，引起临床上病人和观察者都能察觉到的各种表现”。这里用大脑是除外了脊髓神经元活动所致的脊髓肌阵挛、牵张诱发的阵挛或截瘫中的屈肌痉挛。“阵发性放电”一词是除外了诸如偏头痛或脑缺血性疾病引起的神经元活动抑制所致的短暂性偏瘫。由神经元阵发性放电所致的表现有时仅被当事人察觉，有的则仅被他人所觉察，当然，临床常见的是当事人和观察人都能发现的表现。定义中强调“临床可觉察到的表现”，其目的是把不伴有临床症状而仅在脑电图中出现痫样放电的情况不称为癫痫发作。

近年来，随着一些新的电生理技术及医学影像、分子生物学等先进技术的应用，癫痫的有关研究有了飞速的进步，使癫痫学在概念、病因、病理及诊断、治疗等方面都有了明确的更新和充实。但不容置疑的是许多复杂问题没有解决，对该病深入而广泛的研究实属必要。

三、体会与讨论

癫痫病名中西医称谓一致。西医学认为癫痫是阵发性、暂时性脑功能失调。生理学的表现是脑神经元的反复性过度放电，在临床上的表现就是各种发作。发作的症状根据异常放电的部位而不同，通常有意识障碍和肌肉抽搐，也有感觉、情感、行为或植物神经功能的异常。近百年来，国际上对癫痫的研究很重视，专门成立了国际抗癫痫协会。在理论与临床等各个方面取得了不同程度的成果，新的诊断技术不断出现，抗癫痫新药的不断问世和药物血浓度监测的广泛应用，及外科手术方法的不断创新，使癫痫的诊断和治疗水平不断提高。但存在问题也不少，一是效果不理想，国外报道10年以上缓解率仅为11%，所以癫痫被视为终生疾患。二是抗癫痫西药有一定的毒副作用，若使用不当，会产生很多不良反应。据有关文献报道，能够影响到中枢神经、呼吸、消化、造血系统、肝肾功能等各个方面，有的还产生过敏反应；长期使用还产生对药物的依赖性 or 耐药性。这些提示我们要开辟防

治癫痫的新途径、新方法。中国医药学是一个伟大的宝库，论治病病有极为悠久的历史，其中有防治癫痫的理论和经验，需要我们去发掘、整理和提高。现今许多中医关于癫痫方面的研究成果，在预防发作、提高疗效、减少抗癫痫药物的毒副作用等方面有了许多可喜的苗头，中西医结合治疗癫痫有望走出一条有中国特色的辉煌大道。

虽然癫痫中西医病名一致，但对于癫痫病的概念内涵的认识与界定确有许多不同之处。从古代文献分析，中医多把具有抽搐和意识障碍的发作性疾病称为癫痫。如果与西医辨病相结合进行分析，中医学既往论痫有可能把具有类似癫痫症状的一些其它疾病包括了进来。同时中医文献对无抽搐的癫痫发作类型则论述较少，使中医论治癫痫内容很不完善。所以十分有必要采用中西医结合，对不同类型的癫痫进行中医学理法方药的系统总结，完善中医学有关痫病的证治内容。

另外中医认识癫痫多从症状学出发，以症状的观察和总结为重点，这与西医癫痫学的脑电图诊断有着明显的不同。所以二者要结合起来，辨病与辨证相结合，延伸和扩大中医四诊内容，完善和发展中医对癫痫的检查和诊断方法。同时要发扬中医辨证论治的优势，因为中医在详细观察症状的同时，特别注意总结其发病规律和证候特征，强调整体化的辨证治疗，所以有食痫、惊痫、痰痫、瘀痫等的详细描述。中医学对于一些患者存在发作周期性的问题，如成年女性与月经周期在发作上的时间规律性等，注意调理内在病理因素。中医对惊厥及其产生惊厥的内在机制很重视，在治疗上，不仅重视发作时控制症状的一面，更要重视患者的内在病理基础，即某些学者所谓的病邪蓄存性，特别是痰、瘀、气的调理，这对于预防惊厥成为反复的痫性发作有很大的意义，也是中医认识和治疗癫痫的特色之一。

中医论治痫病虽具特色和一定优势，但也有很多问题需要解决。一是病名诊断问题，要和西医学结合，特别是参考一些新的诊断技术，使痫病诊断与分类逐渐明确。因为不同发作类型的痫

病，不但治疗用药有区别，发展预后也不相同。二是中医治疗的疗效评价，这是一个大问题。目前大样本、多中心、随机盲法的对照研究极少，而痛病的病程和用药时间一般很长，所以对中医疗效的认识要清醒、客观，且不可见效则忘乎所以，更不要盲目夸大。对于中西医结合治疗，特别是中西药同用者，要遵循西药及中药各自的用药原则，临床撤减西药一定要极为慎重。至于中西药同用期间的药物相互作用的机理，更有许多问题需要解决。这都有待进一步组织力量，协作攻关。

癫痫的流行病学是研究癫痫在人群中的分布和动态特征、影响因素和决定因素，并提出预防对策的科学。从 50 年代开始，国内外许多学者对癫痫的流行病学情况进行了深入的研究，取得了一定的成绩，这对我们了解癫痫的发病频数、病因、病程、治疗和预防等提供了有价值的参考资料。

但是目前的癫痫流行病学调查也存在着许多问题。国内外学者在确定癫痫的流行病标准，使用调查方法，以及选择人群构成等方面大不一致。而医疗水平不同、患者及亲属对调查不合作等主客观因素也会影响癫痫的调查结果。癫痫可由不同的病因所引起，各种诱发因素所促使，而且它可在任何年龄起病，表现为不同的发作形式，发作和停止无明确的原因，这些都使癫痫的流行病学复杂化。在 50 年代中期，我国的神经病学工作者对癫痫作过一些流行病学调查，由于调查方法粗草，未经统计学处理，所得的统计数字缺乏可比性。我国癫痫发病率

1984 年报告为 26/10 万, 和世界其它各国 (17.3~100/10 万) 相比, 处于较低水平。国外学者认为我们低估了我国的发病率, 调查中存在偏倚。这是由于对癫痫下定义和各类型的诊断标准不够确切, 过筛提问不全面, 辅助检查的应用不足, 流调人员的神经科专业经验有限, 加之部分患者故意隐瞒病史, 而影响了结果的准确性和可靠性。因此我们在分析国内外癫痫的流行病学调查报告时, 应注意上述问题, 避免无意义的比较, 才能明确癫痫在不同情况下的流行情况。

据有关资料统计, 美国的癫痫患病率为 5%~7%, 西欧为 4%, 日本为 3%~5%, 而儿童占其多数。整个癫痫病人的 80% 是在 18 岁以前发病, 因而在儿童期通过早期准确的诊断措施, 弄清其潜在致病原因, 并制订出合理的处理对策, 以期达到预防或减少那些将来会成为难以治疗的成年癫痫者的数目, 从而减轻由这些病人所带来的社会负担是绝对必要的。据美国癫痫基金会的一份报告表明, 1973 年前美国为对付癫痫至少花掉 40 亿美元。由此可见, 世界各国每年就癫痫的治疗要消耗相当可观的巨资。

1980 年世界卫生组织在北京举办了全国神经系统疾病防治学习班, 美国国立卫生研究所精神流行病学专家作了题为“神经流行病学的一般原理及其临床应用”的报告, 与会人员受到很大启发。随后, 北京市神经外科研究所与世界卫生组织卫生处和美国国立神经病学研究所协作, 利用世界卫生组织提供的统一调查表, 于 1981 年在北京西长安街地区开展了一项城市居民的神经流行病学调查。1992~1993 年, 在卫生部领导与协助下, 由北京市神经科学研究所牵头, 又与湖南医学院、中山医学院、哈尔滨医科大学、上海第二医学院、宁夏医学院等单位共同协作, 在长沙、成都、广州、哈尔滨、上海、银川 6 个城市完成了 6 万多人的神经流行病学调查。1984 年在中央卫生部领导下由北京神经外科研究所和上海第一医学院神经病学研究所的组织协调下, 在全国 22 个省、市、自治区、农村和少数民族地区 24 万多人进行了调查, 基本上摸清了我国神经病 (包括癫痫) 的流行状况。近 10 年来,

全国各地以不同的方式,不同的规模进行了癫痫的流行病学调查,据我国6个城市和22省农村人口的两次全国性协作调查资料,癫痫的患病率分别为4.6‰和3.7‰,与国外的报道相接近。

一、性别、年龄与发病率

一般认为,癫痫的发病率和年龄有关。主要是少年时代发病,随年龄增长发病人数逐年减少,30岁以前发病占66%,50岁以上发病者不及15%。其次癫痫不同发作类型的发病率有年龄依赖性。有学者研究发现幼年期的高发病率主要是由于产伤、新生儿窒息、先天畸形等多种原因所致。成年及中年人大约稳定在20~40/10万·年的水平。不同年龄阶段,其发癫痫的类型也不一样,如婴儿痉挛仅见于婴儿期癫痫。典型失神发作虽然反映了可能是持续终身的原发性全身性癫痫,但超出儿童期和青春期是很少见的。多数流行病学的记录表示男性癫痫患者稍多于女性。我国张宝遵教授报告的一组资料为1.15~1.7:1。通常认为男性患癫痫的比例较高是与他们不同的职业以及接触社会性致病因素如头外伤、酒精之类较女性多有关。

表 2-1 国内15次有关流行病学调查的癫痫患病率及性别比值

地区	发表年代	实际调查人数	患病率 (/10万)	性别比值 (男/女)
天津	1964	31950	134.59	1.26
成都	1960	916136	77.50	1.01
南京	1980	2103338	116.91	1.31
湖南	1980	406179	44.97(城市)	—
		463811	134.97(农村)	—
四川	1981	426789	480.09	1.36
上海虹口	1981	751594	68.25	1.03
沈阳	1982	66595	163.68	1.42
广东(遗传性)	1985	152318	23.63	—
云南(基诺族)	1982	8682	161.25	1.33
北京西长安街	1980	10941	402.16	1.10