

“农家书屋”必备书系·第9卷·农村常见病治疗与预防常识

之二十二

儿童癫痫病

主 编 刘利生

副主编 余志雄

陕西科学技术出版社

“农家书屋”必备书系·第9卷·农村常见病治疗与预防常识

之二十二

儿童癫痫病

主 编 刘利生

副主编 余志雄

陕西科学技术出版社

目 录

第一章 儿童癫痫病概述	(1)
第一节 儿童癫痫病基础知识	(1)
第二节 儿童癫痫病的发病和特征	(41)
第二章 儿童癫痫病的诊断、治疗及用药须知	(51)
第一节 儿童癫痫病的诊断	(51)
第二节 儿童癫痫病的治疗	(70)
第三节 儿童癫痫病的用药知识	(72)

第一章 儿童癫痫病概述

第一节 儿童癫痫病基础知识

一、什么是癫痫

人类大脑约有 120 亿个细胞叫做神经元,每个神经元都有两种伸展成纤维状的突起叫树突和轴突。树突负责向神经元的细胞体传递来自其他神经元的信息;轴突则传送信息到别的神经元。众多神经元由这两种突起互相联系成为神经网络。神经网络使数以千万计的神经元联合为一体发挥正常的神经功能。神经元间通过网络互相传递信息,传递方式为:电传导→化学传递→电传导。信息以电位变化的方式从树突传到神经元,再传导到轴突末端,在轴突末端电能转变为化学能,释放一些化学物质影响下一个神经元的电位,产生电位变化再向其他神经元传导。因此电位变化是神经元发挥正常生理功能的基础。在细胞间有传递功能的化学物质叫递质。递质有两类即兴奋性递质和抑制性递质。前者使下一个神经元的门户大开,广纳四方信息并可传向其他神经元;而抑制性递质则使下一个神经元关闭自守,对任何传来的信息不但无反应也不再向前传递。因此神经元的基本活动方式可以概括为:有反应,即通过;无反应,即不能通过,这和电脑的基本原理完全一样,就是二进位。这绝非巧

合,而是数十万年从进化中精炼出最佳也是最简捷的功能状态。但人类大脑的功能要比电脑更为复杂,更为快捷。未来的电脑就是要模拟人类大脑而达到智能化。

但是,当某种病变影响了神经元的电位或影响神经递质的释放或其活动能力就会引起神经网络传导异常。假如其影响是使神经元过度兴奋,就会产生比正常电位变化电压更高,频率更快,持续时间更长的电位发放,这种异常发放可以用脑电图记录下来。假如异常发放扩散到较大范围,甚至影响两侧大脑半球,产生发作性的临床症状,就是癫痫。

世界卫生组织给癫痫下的定义是:由多种病因引起的大脑神经元异常地、过度的、暂时的电位发放,产生反复发作的症状。从这个定义可以看出癫痫不是单一病因的疾病,而是多种病因的综合征,但是具有相似的电生理基础和临床症状。而发作一词指的是一次突然开始和突然终止的症状,可以是癫痫性发作,也可以不是癫痫性的发作。应注意的是癫痫的定义中明确指出“反复发作”,因此一次发作并不一定是癫痫,据统计3.5%的人在一生中有过一次惊厥发作,而癫痫的患病率仅为0.5%。

在世界卫生组织的定义中并没有说癫痫有什么症状,这与其他疾病的定义不同。人类的任何功能,从简单的动动手指到复杂的思维都是由大脑支配或控制的,而且大脑各个区域还各司其职,大脑某一区域专职负责人体的某项功能。当异常放电起始于某一区域就会出现特定的症状,如大脑中央前回的功能是与肢体运动有关,因此起源于中央前回的癫痫就表现为肢体抽搐。由此可见癫痫的症状多种多样,很难在癫痫的定义中用简单的几个症状概括癫痫的特点。

二、癫痫是常见的疾病

癫痫俗称“抽风”或“羊角风”几乎尽人皆知,甚至在日常谈话中常作为贬义词,如一个人行为不正常就会说“你抽风哪”,可见癫痫是非常常见的神经系统疾病。到底常见到什么程度就需要科学的调查了,科学的调查也叫流行病学调查。通过调查可以确切知道某种疾病有多少病人,每年新发病多少,因而死亡的有多少,为治疗这个病有形和无形的花费有多少。这些资料对卫生行政部门非常重要,根据调查得来的数据制定对策,规划预算。

世界各国都对癫痫做过流行病学调查。有几项重要的调查内容对估计癫痫对人类健康的影响大小非常有意义。首先是患病率,指的是在规定的调查时间以前所调查的人口中有多少人患过癫痫;发病率与之不同,每10万人中每年新出现多少癫痫病人;缓解率可以了解随年龄增长发作消失的有多少,包括未经治疗的病人叫自发缓解以及治疗后发作消失的病人;死亡率,每10万人中有多少人死于癫痫。

过去认为癫痫多发生于儿童及青少年,近年的调查显示不但在儿童期发病率高,在60岁以后还有一个发病率高。而在发展中国家没有发现60岁以后的发病率高,这与平均寿命有关,平均寿命低显示不出老年人患病率高。不同年龄发病率不同与病因密切相关。癫痫有6大常见病因,即先天及围产期异常、颅脑外伤、中枢神经系统感染、脑血管病、脑肿瘤及变性病。儿童期以先天及围产期异常为主,外伤及肿瘤占第二位,其他少见;15~34岁以外伤为主,其他依次为肿瘤、先天及围产期异常、感染、脑血管病及变性病;35~64岁以脑血管病占首位,

其次为肿瘤、外伤、先天及围产期异常、变性病及感染;65岁以后脑血管病占绝对多数,此外为变性病及外伤,其他少见。还有很多找不到明确病因的癫痫叫隐源性癫痫,多见于儿童及青少年。

癫痫患病率高但死亡率低,在 $1.0/10$ 万~ $4.5/10$ 万之间,这表明很多病人的癫痫持续很长时间。但我国的调查高于上述水平,为 $7.9/$ 万和 $6.9/$ 万,这是我们应该重视的问题。

癫痫并非不治之症,也不需终身服药,有一部分可以缓解而发作消失。如英国报告3年缓解率为86%,5年为68%;未经治疗的缓解率5年可达28.6%~30.6%(波兰)。我国两年自发缓解率为40.4%,5年为27.4%。

由此可见癫痫的患病率高,死亡率低,因此癫痫发作可伴随病人很长时间,使病人长期处于对发作的恐惧之中,心理上承受很大压力,经济上负担很重,生活质量下降,成为社会问题。但癫痫并非不治之症,只要正规治疗至少有70%的病人可以缓解。

三、癫痫病人可以有精神异常

虽然大多数癫痫病人在发作期间与健康人无任何差别,在生活、学习、工作中都可以有出色的表现,但是10%~30%的病人有明显的精神异常。其原因并非是发作本身引起的,癫痫是大脑功能障碍的结果,而精神活动是大脑最重要的功能,假如癫痫性病变的部位与精神活动有关,这样的病人出现精神异常是可以理解的。

抑郁也是常见的精神症状,甚至有人报告 $1/3$ 的癫痫病人有自卑感,甚至有自杀企图。抑郁症状因病程长而越加严重,与

癫痫灶的部位也有一定关系,如起源于右侧颞叶的发作常合并抑郁。

有些病人在发作后可以有短期精神障碍。常表现为无故暴怒、冲动行为、严重者伤人毁物,也可表现为抑郁、寡言少动。妄想和幻觉也可以见到。病人同时多伴有意识模糊。持续数分钟至数小时逐渐恢复正常。

有一种少见的癫痫持续状态,叫非惊厥持续状态,表现为意识模糊或精神症状而非反复发作抽搐,仅占癫痫持续状态的20%,大多数病人过去有长期癫痫发作的历史,少数病人可能为第一次发作就表现为非惊厥持续状态。症状最轻的可以自己到医院看病,国外报道一位白领中年男性,过去从未有过癫痫发作,自觉近2~3天脑子有了问题,对周围的环境、自己的家庭、所住的街道、办公地点以及自己周围的人,都有一种似在梦境中的感觉,看什么都像在雾中看花。自己觉得不对劲,到医院看病,做脑电图检查发现两侧大脑半球都有长时间持续不断的棘慢复合波发放。给病人静脉注射安定一类的药物病人立刻觉得头脑突然清晰,一切都从梦中回到现实,脑电图异常也戛然而止,恢复正常。近年来还报告了一些50岁以上的老人过去没有癫痫发作,突然发生意识模糊及精神异常,可以持续几天至两周,经脑电图证实为非惊厥持续状态。

四、并非任何发作性症状都是癫痫

癫痫的症状是发作性的,来得突然,持续很短时间戛然而止。不发作时大部分病人与健康人一样。但是反过来说发作性的症状都是癫痫,这句话就错了,不管是神经系统还是其他内脏有问题,都可能出现发作性症状,假如把所有发作性症状都等同

于癫痫不但违背了循证医学的原则,也使癫痫诊断扩大化,带来很多问题。随便给一位病人不论大人或儿童诊断为癫痫,首先要面对长期服用抗癫痫药的问题,现在常用的抗癫痫药都有不同程度的不良反应,尤其是影响儿童认知功能、发育及内分泌功能。其次要面对社会歧视的压力,对癫痫病人有一种另眼看待的社会环境,甚至父母不让自己的小孩和患癫痫的小孩一起玩耍,更不允许自己的子女与癫痫病人结婚。联合国卫生署曾进行过调查,国内外都有这种反应,国内更为严重。

五、癫痫患儿知多少

癫痫是一种常见病、多发病,根据 20 世纪 80 年代初期我国部分地区的调查结果,其发病率为 $0.031\% \sim 0.044\%$ 。(发病率指的是某一个调查地区一年之内新发生的癫痫病人人数,和当年总人口数的比值。)儿童癫痫的发病率较成人高,特别是在 1 岁以内,可能与这个年龄组发生产伤、新生儿窒息、先天畸形比较多有关。

了解某种疾病的患病人数还可以从患病率中得到印象。患病率与发病率仅一字之差,但反映的内容不同。患病率指的是在某年某月某日调查时,当时存在的病人数,如统计癫痫的病人数应包括新发生的病例和当时还没有治愈的癫痫病人。将病人数与当时的人口总数相比,得出的数值就是患病率。我国癫痫的患病率为 $0.35\% \sim 0.48\%$,10 岁以内的小儿大约为 0.35% 。

由于癫痫起病多在儿童及青少年期,因此这个年龄阶段的发病率高,但由于直接死于癫痫的很少,存活的病例积累起来使得中年组的患病率最高。

癫痫的发作类型很多,有些发作只见于小儿时期,而且只见

于某一年龄阶段。如大田原综合征只见于小婴儿,且往往在新生儿时期发病,而婴儿痉挛症多在1岁以内发病,因此在年龄稍大的病孩中见不到这两类癫痫。

失神发作性癫痫往往在学龄前后或少年时开始发病。

癫痫病人中男性略多于女性,原因还不太清楚。曾有人报告不同种族之间癫痫发病率有所不同,如美国黑人儿童癫痫发病率高于白人儿童,这可能与种族不同有关。但也有些调查不同意此观点,认为经济和医疗保健水平不同可能是更重要的因素。在我国,有些调查结果也支持此观点,在经济不太发达、医疗保健水平较低的农村,癫痫的患病率高于城市。这些结果提示我们可以通过提高社会健康的预防措施来减少癫痫的发病。

六、癫痫和遗传的关系

早在19世纪70年代就有人提出遗传是原发性癫痫的主要原因,这一观点经历了70多年肯定与否定的争论,直到1951年兰诺克斯医生对4200余名癫痫患者的家系进行了深入研究,他调查了大约2万人,这些人都是癫痫患者的亲属,结论是癫痫与遗传有关。在这些中间不仅原发性癫痫的发病数远远高于正常人群,而且继发性癫痫的发病率也高于普通人群。

近40余年来,国内外很多调查材料也证实了癫痫与遗传有关这个观点。有人调查了3000余名癫痫病人的亲属,发现血缘关系越近,患癫痫的人数也越高。在一般人群中,癫痫的患病率大约为0.5%;而癫痫患者的兄弟姐妹中患病率为22.8%,父母为19.4%,其叔、伯、舅、姨为6.2%,祖父母、外祖父母为3.0%,表兄弟姐妹为2.3%。

在非洲坦尼喀的一个部族,被称为是“癫痫的滋生地”,那

里癫痫的病人很多,并且受歧视,其他部族的成员不愿与他们通婚,往往只能是癫痫患者之间结婚、繁衍后代,结果这个地区的癫痫患病率高达 1.5%,是世界患病率最高的地区。这情况也说明癫痫与遗传有关。

通过双胞胎的研究也证明癫痫的遗传性,在双卵双胞胎(出生时 2 个胎盘,性别可能不一样,面貌也不一定相同)中一个有癫痫病,另一个也是癫痫病患者占 13.2%;而单卵双胞胎(出生时一个胎盘,两人同性别,相貌相同)中一个有癫痫病,另一个也是癫痫病患者占 60.2%。

对脑电图的研究也证明癫痫有遗传性。当家庭中一个小儿有癫痫病时,此病儿的兄弟姐妹中虽然没有癫痫的发作,但脑电图有癫痫样放电的人数远远高于正常人群。

近年来对遗传基因的研究已经明确了某些癫痫的基因定位,如少年肌阵挛癫痫的致病基因在第 6 号染色体短臂的 2 区 1 带上,良性家族性新生儿惊厥定位在 20 号染色体上。

至于癫痫的遗传方式,目前一般都倾向为多基因遗传,既受遗传因素影响,也受环境因素影响。

很多父母关心的一个问题是:假如家中有了一个癫痫病的小孩,再生一个孩子会不会又是癫痫病患者。据文献报告,家中有一个 15 岁以前得原发性癫痫的小孩,如父母再生一个孩子的话,发生癫痫的危险性比普通人群增加 3 倍;若父母双方均有癫痫,同时有一个子女已发生癫痫,这种家庭中若再生一个孩子,出现癫痫的机会是正常人群的 40 倍。从优生的观点看,这个家庭最好不要再生孩子。脑外伤和癫痫脑外伤是引起癫痫常见的一种原因。早在公元前 400 年,希波克拉底就对脑外伤和癫痫的关系有了清楚的认识,他指出左侧脑损伤能引起右侧肢体

抽搐。

小儿中由于出生时脑损伤所引起的癫痫并不少见。有人曾统计了 7000 余份癫痫的病历,其中 1/10 有产伤史。妊娠高血压、子痫,胎盘早剥,脐带绕颈,难产时使用产钳、胎头吸引,出生时窒息等情况,很可能引起新生儿脑缺血缺氧而造成脑损伤,以后发生癫痫。

但并不是只要有难产史(或用产钳助产),就是所有癫痫病人的唯一病因。由于有些先天疾患所造成的胎儿脑发育异常,本来生后就有可能发生癫痫,而这种小儿在出生时常常伴有胎位不正或各种分娩困难,容易出现难产,应用产钳或胎头吸引的机会也就多。因此,难产和癫痫不一定有必然的因果关系。

外伤性癫痫还可以由其他各种原因所引起。战争时期的枪弹伤,平时的交通事故,高处坠下重物击伤头部都是常见的原因。至于小儿平时走路摔跤碰伤头部或夜晚从床上摔到地下能否引起脑外伤,要做具体分析,不能一概而论。一般情况下不会有大问题,家长不必过于紧张。

假如外伤引起脑震荡、颅内血肿、颅骨骨折等,以后有可能发生癫痫。一般说来损伤程度越重,发生癫痫的可能性就越大。伤后昏迷时间长短,与癫痫发生率没有一定关系,但伤后有严重呼吸困难者,癫痫的发生率要高些。开放性脑损伤(头皮破损、颅骨断裂等)导致癫痫发生率较闭合性脑损伤为高。

脑外伤后出现癫痫的时间长短不一,有人外伤后数小时就发生癫痫,还有人外伤后数小时到 1 个月之内发生癫痫,但这两种情况的人都不算多。最常见的是脑外伤后 1 个月到数年之内引起的癫痫发作,有此种情况人大约占外伤性癫痫的 84%。有人将这种外伤后发生癫痫的时间特点总结为三个高峰,即伤后

1 个月、半年和 1 年。

对小婴儿还要注意一种情况,有时头部外伤情况很轻,头皮也没有碰破,甚至家长都回忆不起来外伤的历史。“外伤”数日至数周后孩子出现呕吐、精神不振、烦躁,有时还可能有点低烧,严重时出现惊厥。此时家长带孩子到医院检查发现孩子头围增大,前囟饱满,考虑有慢性硬膜下血肿的可能。如能及时处理,治疗效果比较好,如长期没有得到正确的诊断治疗,将来会影响孩子脑的发育。

七、癫痫发作的诱因

诱因即诱发因素,与病因不同,指的是已明确有癫痫病的病人某些可以诱发发作的因素。就好像暴雨使河水猛涨,但不一定溃堤而出形成水灾,如某处堤岸不固,经不住河水冲刷而破溃,河水冲出淹没村庄,堤岸不固是病因,而暴雨则为诱因。假如堤岸固若金汤,雨再大也不会形成水灾。

癫痫病的发作很难预测,有些病人可以找到诱发因素,如能避免这些诱发因素,可使发作减少或不发作。最主要的诱因有饮酒酒精可以诱发各种类型的发作,因此癫痫病人应该禁酒,以及任何含酒精的饮料,饮酒不但可以诱发发作,甚至可以诱发癫痫持续状态危及生命。睡眠少也是诱发因素,有人做过实验,健康的飞行员 72 小时不睡可以引起惊厥发作,更不用说癫痫病人了。在脑电图检查中有些癫痫病人未能发现异常,进一步可以做剥夺睡眠脑电图,就是让病人 24 小时不睡觉再做脑电图,可以大为提高癫痫性异常的出现率,这是由于长时间不睡觉警觉水平下降神经细胞容易放电。这是两种最主要的诱发因素。

突然停用抗癫痫药也是不可忽视的诱因,本来在规则服药

期间发作已完全控制,由于某种原因突然停药后可再出现发作,严重者出现癫痫持续状态。因此癫痫病人不论什么原因在停药时,均应逐渐停药,假如出现药物过敏,必须迅速停药时应住院在医生密切观察下停药,最好同时静脉应用其他抗癫痫药。

此外有些病人过度劳累、惊吓也可能是诱发因素。以上这些诱因是完全可以避免的。还有一些诱因很难避免,有些女性病人的发作与月经关系密切,有人称之为经期癫痫。妊娠也是诱发因素,约45%的女性癫痫病人在妊娠期发作增加,少数病人仅在妊娠期发作,称之为妊娠癫痫,分娩后发作停止,这种发作可以不用抗癫痫药治疗。有一种叫觉醒时癫痫,在早晨当醒来时或晚上似睡非睡时发作。

更为特殊至今机制不明的反射性癫痫具有传奇色彩,这些病人仅在某些特定的刺激时才有发作,这些刺激对健康人来说是完全无害的甚至是有益的。印度曾报告的热水性癫痫,病人用热水洗头即引起发作。全球已报告电视引起的发作900多例,还有更不可思议的,看电视不引起发作,换频道才引起发作。此外,还有阅读性癫痫及弈棋性癫痫,这两者都是思考本身成为发作的诱因,在初学下棋时并无不正常之处,一旦学成下棋时走一步可以看出以后几步棋的趋势,在这种逻辑性思维的情况下导致神经元放电而引起发作。另外还有音乐性癫痫,听某种乐器,甚至某首歌或某个人唱歌引起发作。光敏性癫痫的病人对闪光敏感,坐在公交车上看窗外闪过的成行树木,上下步行电梯注视阶梯上下移动,夏天穿行于丛林中看到从树叶缝隙洒下的阳光等闪动的光线都可以诱发发作。还有的小孩因父母爱抚拍肩拍头引起突然跌倒而发作。反射性癫痫的诱因奇奇怪怪,但是治疗简单,去除诱因就可以完全无发作,不必服抗癫痫药。

八、癫痫是多种病因引起的具有相同机制的疾病

严格地说癫痫仅仅是一种症状,由于虽然临床症状相同但每个病人的病因不完全一样,换句话说多种病因通过相同的机制引起相似的症状,这就像头痛、肚子痛一样。可是医生都把癫痫当作疾病的诊断术语,医学书上也把癫痫当作独立的疾病设专章讨论。这是由于癫痫虽然病因不同但治疗相同,预后也有共同之处,因此可以将癫痫视为一种特殊的疾病。

癫痫可以根据病因分类,分为原发性癫痫、症状性癫痫以及隐源性癫痫。在所有癫痫发作的背后都有一个特殊的病因,当然这个原因足以促使发作。癫痫发作应具备3个因素:①病人惊厥阈低下,这是由遗传因素决定的;②有可以引起癫痫发作的大脑病变;③有可以引起发作的诱因。但是在临床上并非全部病人都可能发现和证实这3个因素或不能完全发现这3个因素,唯一的原因是目前的临床检查手段还很不完善。

九、应该怎样向医生描述癫痫病人的病情

医生们常遇到这样尴尬的局面,家长带着孩子来看病说“我这孩子抽风”甚至“我这孩子有癫痫”,别的情况都说不清楚。年轻的父母从来没经历过这样的场面,他们漂亮的宝贝孩子突然面部扭曲、青紫、肢体抽动、发出怪声,甚至尿了裤子,当时时间和空气都凝固了,恐怖和惊慌让父母难以冷静下来看看孩子到底发生了什么事;也有的孩子在学校犯病,老师让家长带孩子看病因此对孩子发作时的情况一无所知;还有成年病人自己来看病,只能向大夫说“别人说我昨天抽风了”。种种原因造成病史非常简单,对医生诊断疾病毫无帮助。抽风俗话说叫“羊

角风”，几乎尽人皆知，家长常在有意无意间将自己过去所听到的有关“羊角风”的情况填充到自己对孩子发作情况不了解的空白中，以致误导医生判断错了发作类型。

不但西医重视病史，中医的“望、闻、问、切”中的问指的就是问病史。一个详细客观实事求是的病史对诊断是非常有帮助的。在癫痫尤其如此但有困难。病人本人在发作时常有意识障碍，自己不知道发作的详情，有的病人夜间发作，根本不知道自己曾发作过，因此病人自己提供不了有价值的病史。家属在这方面由于上述原因时常提供不出真实可靠的病史。

有助于正确诊断的病史包括：

(1)起病年龄：发作开始的年龄不同病因也不同，发作类型也不一样。儿童期患病多半是围产期异常或先天性疾病，有很多儿童的发作类型是成年所没有的；而首次发作于成人的癫痫，以颅脑外伤为首要原因，以全身性发作为主；直到老年才有的发作多为颅内肿瘤或脑血管疾病，常为部分性发作。

(2)发作频率：有的发作非常频繁，甚至一天可以有数十次至百次，像儿童失神发作；有的发作很少像成年人的全身强直阵挛发作，一年才1~2次。

(3)发作有没有诱因：大部分病人没有什么诱因，对于有诱因的发作在治疗方面除了用抗癫痫药以外避免诱因常可起到立竿见影的效果。

(4)有没有先兆：所谓先兆指的是病人在发作前瞬间的一些主观感觉，譬如肚子有股气向上冲至头，半身或一个肢体麻木，甚至抖动，这些都是常见的先兆。详细向医生介绍先兆的症状对诊断非常有帮助。由于先兆的症状代表大脑某局部为异常放电的起源。起源于枕叶的发作常有一侧眼前发黑、闪光的先

兆,一侧肢体麻木的先兆起源于顶叶,常见的肚子有股气向上冲多来源于颞叶内侧。还有很多其他形式的先兆,病人对即将发作前的任何感受都不应小看,应该如实详细地告诉医生。

(5)发作当中病人的表现丰富多彩:也可以说病人之间的发作形式仅有大同,细微方面几乎没有完全一样的发作。看到亲人发作,首先要冷静观察病人的每一个动作的特点,如头向哪一侧偏,双眼向哪一侧凝视,肢体有没有抽动,假如有抽动两侧相同吗?假如没有抽动,四肢是什么姿势,有没有固定在很特殊的姿势不动。病人是不是做一些反复而又简单的动作,如咂嘴、吞咽、搓手等。也有的病人肢体像闪电一样动一下,使手中东西掉下来或跌倒。还是在发作时呆立不动,双眼无神凝视前方。总之病人发作的每一个细节对医生来说都是非常重要的资料和诊断依据。至于是否口吐白沫,有否尿失禁相对来说对诊断没那么重要。

(6)持续时间:每次发作持续多长时间也非常重要,除了癫痫持续状态外,癫痫发作仅持续数秒至5分钟。

(7)发作形式:病人每次发作的形式是不是基本一样,也是诊断是否为癫痫的重要依据。在同一病人的癫痫发作不会一次换一个花样,虽然发作次数有时多有时少,但每次发作的形式基本一致。

(8)用药史:从得病开始到现在都服用过什么药,是否有效,有什么不良反应。每次换药的理由是什么。这些资料对医生考虑今后用药非常重要。

(9)既往病史:病人过去得过什么病,对医生考虑癫痫的病因及进一步进行什么检查是十分重要的。

(10)家族史:父母两家的亲属有没有癫痫病人。