DOI:10.3724/SP.J.1008.2015.01039

·研究简报·

老年非惊厥性癫痫持续状态5例临床分析

曲立新[1△]，程　凯[2△]，宋　军[1]，李秀峰[1]，时兴华[1]，张之营[1*]，徐贵霞[2*]
1. 德州市人民医院神经内科，德州 253014
2. 第二军医大学长海医院临床实验中心，上海 200433

[关键词] 非惊厥性癫痫持续状态；老年人；诊断；治疗；脑电图
[中图分类号] R 742.1　[文献标志码] B　[文章编号] 0258-879X(2015)09-1039-03

Clinical analysis of five elderly patients with non-convulsive status epilepticus

QU Li-xin[1△], CHENG Kai[2△], SONG Jun[1], LI Xiu-feng[1], SHI Xing-hua[1], ZHANG Zhi-ying[1*], XU Gui-xia[2*]
1. Department of Neurology, Dezhou People's Hospital, Dezhou 253014, Shandong, China
2. Clinical Laboratory Center, Changhai Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200433, China

[Key words] non-convulsive status epilepticus; aged; diagnosis; therapy; electroencephalography
[Acad J Sec Mil Med Univ, 2015, 36(9): 1039-1041]

非惊厥性癫痫持续状态(NCSE)是指大脑持续痫性放电活动>30 min，同时伴有某些精神、意识或行为的异常。由于其临床表现复杂多样[1]，缺乏特异性，容易漏诊，或被误诊为其他疾病(如抑郁症、精神病、癔症、脑炎及代谢性脑病等)而延误治疗，造成神经系统损害。而老年人往往存在着脑血管疾病、痴呆、高血压、慢性肾病等等基础疾病，出现精神、意识、行为等方面的异常与其原发病的表现非常相似使得老年人更易误诊，并且老年病患合并症多，对老年NCSE患者急性期治疗存在争议。现对德州市人民医院近3年来诊治的5例老年NCSE患者的资料进行回顾分析。

1　临床资料

1.1　一般资料　德州市人民医院神经内科2010年8月至2013年8月收治的年龄超过65岁的5例NCSE患者，4例为女性，1例为男性；就诊时年龄分别为67岁(病例1)、66岁(病例2)、84岁(病例3)、66岁(病例4)、73岁(病例5)。病例1、病例3、病例5有脑梗死后癫痫病史。例2以NCSE起病，确诊病毒性脑炎。例4有癫痫病史，控制欠佳。

1.2　临床表现　临床表现多样，无明显特异性，5例均有精神行为异常表现及意识障碍，可以同时合并有自主神经系统的症状，出现语言中止、凝视、自动症等表现。

1.3　脑电图检查　采用32导数字化脑电图仪(日本光电)，按国际10-20系统安放电极，根据患者发作情况进行24 h长程视频脑电图监测。本组5例患者均在发作期进行了视频脑电图检查，发作期脑电图主要表现：5例均表现为广泛或局灶性持续放电>30 s。其中2例为全脑弥漫性持续尖(棘)波或尖-慢波发放；1例全脑见弥慢性70～220 μV，12～13 Hz，尖(棘)波节律夹杂2～3 Hz棘慢复合波持续发放(右侧著)；1例为右侧枕叶尖波时伴有尖慢波持续发放；另外1例表现出全脑单侧额、前颞为著的棘-慢波持续发放。5例患者发作时静滴地西泮，脑电图均恢复背景脑电，持续放电消失。

1.4　治疗及预后　本组5例NCSE患者在持续状态发作期均静脉滴注地西泮治疗，其中4例静滴后短时间持续发作停止，脑电图恢复背景。1例发作停止后，又出现持续状态发作，后地西泮维持静滴后发作停止，最终持续状态控制良好。5例患者均未出现意识障碍及病情加重表现。后续癫痫按照发作及癫痫综合症分类选用不同抗癫痫药物，随访控制良好。

1.5　典型病例　例1，女性，67岁，2009年患脑梗死后出现发作性意识不清、两眼上翻、口唇发绀、四肢抽搐，

[收稿日期] 2015-01-18　[接受日期] 2015-03-12
[作者简介] 曲立新，硕士，副主任医师. E-mail: qulx12060057@163.com；程　凯，技师. E-mail: ck_fei@126.com
△共同第一作者(Co-first authors)
*通信作者(Corresponding authors). Tel: 0534-2637006, E-mail: zzy55885588@163.com; Tel: 021-31162098, E-mail: 13636390280@163.com

持续 2～4 min 发作停止。上述症状反复出现。口服丙戊酸钠治疗，上述症状发作减少但仍有发作。2011 年突发言语不清，反应迟钝，表情淡漠，对家人呼唤无反应，不知大小便，不愿躺在床上等异常行为 10 余小时而来院。无明显肢体及口角抽搐。患者入院后立即颅脑 CT 检查示：右侧放射冠软化灶。肝肾功能大致正常。按脑梗死治疗 1 d，上述症状无缓解。入院第 2 天予颅脑 MRI 检查示：右侧放射冠软化灶，未见新发病灶。行视频脑电图检查示：全脑见弥慢性 70～220 μV，12～13 Hz，尖(棘)波节律夹杂 2～3 Hz 棘慢复合波持续发放(图 1A)。考虑患者为 NCSE，予地西泮 15 mg 缓慢静脉滴注，患者意识情况较前好转，能认识家人，简单对话。约 1 h 左右，患者又出现反应迟钝，不认识家人。又予地西泮 10 mg 缓慢静脉滴注，5%葡萄糖 250 mL 加地西泮 40 mg 缓慢静滴，患者入睡。约 2 h 后，清醒，反应正常。脑电图恢复背景节律，持续性尖(棘)节律消失(图 1B)。后口服丙戊酸钠及拉莫三嗪治疗，上述症状未再发作。分析患者考虑此次发作为 NCSE，与患者癫痫控制不好有关。随访 18 个月，癫痫发作 2 次，未再有 NCSE。

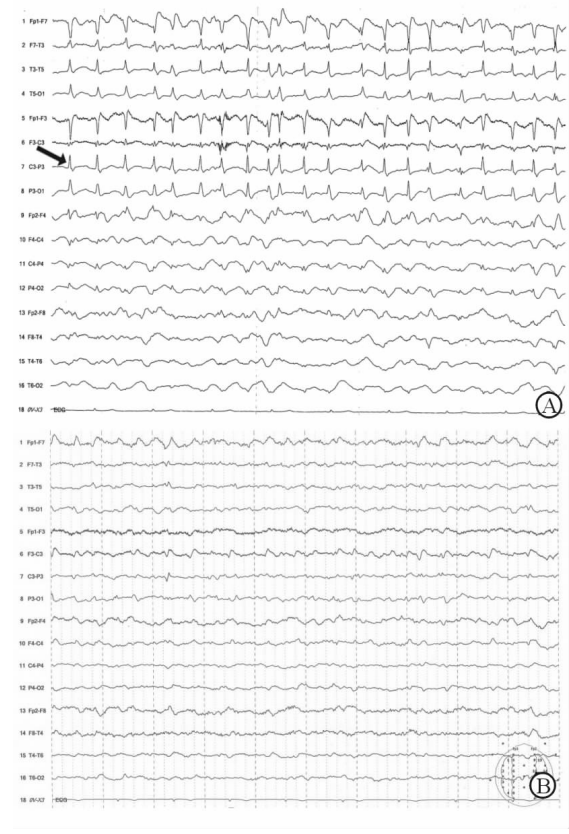

图 1　非惊厥性癫痫持续状态(NCSE)脑电图表现(例 1)

A：全脑见弥慢性 70～220 μV，12～13 Hz，尖(棘)波节律夹杂 2～3 Hz 棘慢复合波持续发放(箭头示)；B：脑电图恢复背景节律，持续性尖(棘)节律消失

2　讨　论

癫痫持续状态是常见的神经科急症，其中 NCSE 占 20%～25%[2]。欧洲和美国的研究表明，NCSE 的患者群分布呈双峰趋势，大于 65 岁与小于 1 岁的人群发病率较高[3]。NCSE 有 4 种常见临床类型：失神发作持续状态、简单部分发作持续状态、复杂部分发作持续状态和昏迷中的癫痫持续状态。其中失神发作持续状态又分为典型、非典型和晚发失神发作持续状态。NCSE 临床表现缺乏特异性使得诊断相对困难。老年人由于基础疾病多，使得其误诊的概率更大。

目前国际上对 NCSE 的定义缺乏统一的标准。对于诊断标准较为一致的看法是：NCSE 脑电图上可见持续性痫样放电，临床可表现为发作性行为、意识水平不同程度的降低，无惊厥抽搐表现的癫痫持续状态[4-6]。也有学者认为 NCSE 的定义应包括临床表现(常包括意识障碍)、发作期脑电图的异常以及对治疗的反应[7-9]。对于癫痫持续的时间，多数专家建议持续 30 min 以上定义为 NCSE[10-11]。

脑电图是癫痫的诊断中不可替代的检查方法。NCSE 的临床表现没有特异性，但脑电图有其特点。但是对于发作间歇期就诊的患者，常规脑电图有其局限性，视频脑电图较常规脑电图对异常放电的检出率显著提高，有报道指出睡眠期痫样放电检出率比清醒期增加 15.6%[12]。因此视频脑电图是其重要诊断工具，并且长程视频脑电监测可以明确持续放电持续时间、用药后脑电及患者行为意识的改变，对 NCSE 的诊断更有意义。

本组 5 例患者，年龄均超过 65 岁，3 例有梗死后癫痫，1 例有癫痫病史，1 例以 NCSE 起病。5 例患者临床上均主要表现为意识或精神行为改变，3 例患者既往有脑血管病病史，最初误诊为“脑梗死”。5 例患者予视频脑电图监测，均见持续性局灶性或全面性放电，持续时间超过 30 s。静脉滴注地西泮，临床症状及脑电图均有好转，符合 NCSE 诊断标准。5 例患者静脉滴注地西泮均恢复正常，无临床病情加重，积极控制 NCSE 均获得良好预后。后根据临床发作类型选择抗癫痫药物控制均良好。

笔者认为视频脑电图监测对 NCSE 诊断至关重要，早期诊断早期积极治疗对于老年患者同样重要。长期脑电异常放电会造成不可逆的认知功能障碍[13]。静脉缓慢推注地西泮对肝肾功能正常的老年患者安全

有效。对于临床上难以解释的精神行为异常,特别是既往有癫痫病史的老年患者,要考虑到 NCSE 的可能,要尽早予视频脑电图检查。

[参 考 文 献]

[1] Martin H, Hartmut M. Nonconvulsive status epilepticus:a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care setting[J]. Ther Adv Neurol Disord, 2011,4:169-181.

[2] Bauer G, Trinka E. Nonconvulsive status epilepticus and coma[J]. Epilepsia,2010,51:177-190.

[3] Maganti R,Gerber P,Drees C,Chung S. Nonconvulsive status epilepticus[J]. Epilepsy Behav, 2008, 12: 572-586.

[4] 王学峰,肖 波,洪 震. 癫痫持续状态的诊断和治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社,2010:121-131.

[5] 权青云, 陈 静, 张君毅,江 文. 癫痫持续状态的诊断及治疗[J]. 国际神经病学神经外科学杂志,2009,36:338-341.

[6] Brigo F. Consciousness impairment and diagnostic criteria for nonconvulsive status epilepticus [J]. Epilepsy Behav, 2011,20:588.

[7] 卢 强,金丽日,周祥琴,黄 颜,崔丽英,吴立文. 额叶非惊厥性癫痫持续状态临床和脑电图特征[J]. 协和医学杂志,2012,3:318-322.

[8] Tomson T, Lindbom U, Nilsson B Y. Nonconvulsive status epilcpticus in adults: thirty-two consecutive patients from a general hospital population [J]. Epilepsia,1992,33:829-835.

[9] Cockerell O C, Walker M C, Sander J W, Shorvon S D. Complex partial status epilepticus: a recurrent problem[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1994,57: 835-837.

[10] Knake S, Rosenow F, Vescovi M, Oertel W H, Mueller H H, Wirbatz A, et al. Incidence of status epilepticus in adults in Germany: a prospective, population-based study[J]. Epilepsia, 2001, 42: 714-718.

[11] Meierkord H, Hohkamp M. Non-convulsive status epilepticus in adults: clinical forms and treatment[J]. Lancet Neurol,2007,6:329-339.

[12] Kothare S V,Kaleyias J. Sleep and epilepsy in children and adolescents[J]. Sleep Med,2010,11:674-685.

[13] Chang A K, Shinnar S. Nonconvulsive status epilepticus[J]. Emerg Med Clin North Am,2011,29: 65-72.

[本文编辑] 孙 岩