

文章编号: 1672-3384 (2004)-06-0006-02

## 走出癫痫治疗的误区

【作者】 吴 逊

北京大学第一医院 (北京 100034)

【中图分类号】 R742.1; R741.05

【文献标识码】 B

癫痫是常见疾病, 不仅神经科医生经常面对癫痫, 神经外科、儿科、内科、妇产科都会遇到癫痫病人就诊。我国癫痫的患病率为 7‰, 由此推算我国应有 900 万癫痫病人, 在这些病人中接受正规治疗者寥寥无几, 据 WHO 的估计仅为 20% 左右。我国的治疗缺口为 63%, 即 63% 的癫痫病人没有经过任何治疗。即使在曾经接受过治疗的病人中由于治疗中的众多误区, 其疗效也不理想。因此如何使绝大多数癫痫病人得到正规治疗是当务之急。

对癫痫病人首先应该用药物治疗, 其他疗法仅仅是药物治疗的补充。药物治疗的目标有三, 其一是完全控制发作, 其二是所用药物不良反应很少, 其三是提高生活质量。用这三个标准来衡量目前国内外的药物治疗, 均不能令人满意, 国内的问题更为突出。惟一能使我们接近这三个目标的是正规治疗。所谓正规治疗不是任何人规定的, 而是总结近百年来药物治疗的经验和教训逐步形成的, 并为国内外专家认可。这种正规治疗的模式不仅适用于现代医学, 也应适用于中医学。现在国内的问题在于有些医生不十分了解正规治疗的内容, 还有少数人臆造一些未经科学检验的“理论”用于病人, 至于那些目的不纯的“治疗”, 给病人带来的危害更大。

就抗癫痫药 (AEDs) 而言, 我国有苯妥英钠、苯巴比妥、丙戊酸类及卡马西平等常用抗癫痫药, 还有近年来上市或即将上市的一些抗癫痫药, 如托比酯 (妥泰)、拉莫三嗪 (利比通)、奥卡西平 (曲莱)、左乙拉西坦及加巴喷丁, 可选择范围很大。正规地用好这些药, 可以进一步提高疗效, 造福于病人。

不重视癫痫的分类是误区之一。任何疾病的治

疗都是以正确诊断为基础的, 诊断有误, 治疗不可能正确。不可忽视的问题是存在癫痫诊断的扩大化, 把很多非癫痫性发作性症状诊断为癫痫, 因而导致误治。即使癫痫的诊断无误, 如果不再进一步判断是什么类型的发作或是什么癫痫综合征, 也就不能遵守癫痫治疗中最重要的原则, 即根据发作类型选药。AEDs 大多数对某一类发作有效, 如乙琥胺仅对失神发作有效, 对其他类型发作无效。目前虽然有“广谱抗癫痫药”, 但并非对所有类型均有同等疗效, 如妥泰对失神发作的疗效尚无定论, 丙戊酸对部分性发作的疗效就不如卡马西平。应该特别关注的是, 不根据发作类型选药可能出现矛盾反应, 即反而使发作频率增加或诱发出新的发作类型, 这种矛盾反应虽不常见, 一旦出现, 给病人带来的后果是不容忽视的。如卡马西平、苯妥英钠可使肌阵挛发作及失神发作加重, 乙琥胺可使全身强直阵挛发作加重。

目前国际通用的癫痫分类是 1981 年癫痫发作的分类及 1998 年癫痫及癫痫综合征的分类。2001 年国际抗癫痫联盟 (ILAE) 又提出一个分类的草案。这些分类国内均有介绍, 但很多医生对分类及每种类型的定义和特点没有深入的了解, 只满足于诊断为癫痫, 甚至不考虑发作类型及综合征, 这就可能导致用药不当, 以致不能控制发作。因此应该广为宣传癫痫的分类, 使医生们做到不但诊断癫痫, 而且应该诊断发作类型或综合征。

第二个误区是在媒体上可以看到很多“理论”, 宣称在这些“理论”的指导下创造出的“疗法”可以“3 个月去根或短时间治愈癫痫”。病人家属自然对这些保证治愈的疗法趋之若鹜, 但往往事与愿违, 最后

无功而返。“短期内可以治愈癫痫”的说法是缺乏科学根据的。因为直到今天对癫痫的发生机制还不清楚,一种病的病因机制不明,就谈不上针对基本机制的治本的疗法,不但西药也包括中药在“治本”上都无能为力。目前所有的 AEDs 都是控制发作的,但通过长期规则用药,80%的癫痫病人可以完全控制发作。这些病人中的 60%以上停药后不再复发。

要想达到完全控制发作的目的,必须坚持长期规则用药的原则。服用 AEDs 后从胃肠道吸收进入血液使血药浓度逐渐上升,由于代谢和排出,浓度又逐渐下降形成明显的波动,此时尚未达到最高疗效。只有经过 5 个半衰期以上的时间,血中的药物浓度在 24h 达到稳定浓度,此时才能达到最大疗效。要想维持最大疗效,必须保证浓度不变,只有长期规则服药才能达到这个目标。

第三个误区是不能长期坚持服药。由于种种误解,在一些医生及病人家属中对长期规则服药有顾虑,如: AEDs “可以刺激脑子”,“可以让病人吃傻了”,或者 AEDs 损伤肝脏等等。任何中药西药都有不良反应这是不争的事实,权衡利弊,癫痫发作给病人带来的损害远远高于药物的不良反应。作为医生有必要真正了解癫痫病人用药的特殊性,在此基础上向病人及其家属作出恰如其分的解释,争取医患间相互信任,密切合作,坚持长期规则服药,取得最大疗效。

第四个误区是无原则不合理多药治疗。20 世纪 70 年代以前在国际上也广泛应用两种以上 AEDs 联合治疗癫痫,当时的想法是联合治疗可以使疗效相加,每种药剂量较小可以减少不良反应。20 世纪 70 年代测定血中 AEDs 浓度的技术广泛应用于临床后发现事与愿违。两种以上 AEDs 联合应用时会在蛋白结合及肝脏代谢这两个环节出现药物间相互作用,其结果使血药浓度降低,不能提高疗效。欧洲对一大组多药联合治疗的病人在血药浓度监测下逐渐减少用药品种,疗效反而提高了。20 世纪 80 年代以后单药治疗成为共识。单药治疗的优点首先是没有药物间相互作用,其次是不良反应少,第三是依从性好,费用少,实践证明疗效高于多药

治疗。但也不是完全否定多药治疗,对于已证实单药治疗无效的情况下可以合理地多药联合治疗,所谓合理指的是两种 AEDs 应有不同的抗癫痫机制,药理学方面疗效有相加作用而不良反应可以互相抵消,品种以不超过 3 种为宜。

目前国内不合理的多药治疗比比皆是,有的不论发作类型对所有病人都用 5~7 种药物(抗癫痫药、安定类及抗过敏药),每种每天仅服 1 片或两片。每种药物用量很小,达不到有效的血浓度,众多药物间相互作用复杂,而不良反应呈相加作用,因此不能提高疗效,不良反应更明显。还有的在 AEDs 中加一些作用不明显的物质,如某种动物大脑的干粉,对于这种干粉是否有药理作用不清楚,能否吸收,是否可以通过血脑屏障也不知道,与 AEDs 有什么相互作用也没有作过研究,这种合剂的疗效很值得怀疑。

更有甚者,某些没有学过中、西医的自封“专家”“教授”自己创造一些称之为“纯中药”的合剂,暗中掺一些最廉价的抗癫痫西药,其价格之高令人吃惊。这不仅有违科学,而且侵犯了病人的知情权,也违背了最基本的医德。

纠正这些问题一方面应提高医生的业务水平,普及基本药理及现代治疗学的知识,更重要的是加强科普教育,提高病人和家属识别伪医和假药的能力。有关单位也应加大打击不实宣传、查处游医及假药、净化医药市场的力度。

第五个误区是用药剂量小。这也是普遍存在的问题。AEDs 在血液中只有达到一定的浓度才能发挥抗癫痫的作用,这就是有效浓度(或叫目标血浓度)。要达到这个浓度必须有一定剂量作为基础。时常遇到一位成年癫痫患者长期每天只服一片 AEDs,如此小的剂量怎能达到控制发作的目的?这是极端的例子。普遍的情况是用 AEDs 剂量偏小,因此疗效不高。

这些误区的直接后果是使一些本可控制的发作久治不愈,形成医源性难治性癫痫,形成慢性癫痫性脑病,影响病人的生活质量及智力。我们有责任大力宣传正规的治疗方案,提高医生的水平,普及科普知识,使医生和病人共同携手走出误区,造福于病人。