

癫痫新定义的利弊谈

将影响法规和卫生经济学，虽然临床相关性较高，但需专业的诊断和解释技巧

▲ 广东省医学科学院 广东省人民医院神经内科 秦兵

本报上期刊登了国际抗癫痫联盟 2013 年底制定的癫痫临床实用性定义主要内容，新定义认为癫痫是一种脑部疾病，诊断应符合以下条件：（1）至少两次非诱发（或反射性）发作，两次发作间隔 24 h 以上；（2）未来 10 年，一次非诱发（或反射性）发作和未来发作的可能性与两次非诱发发作后再发风险相当（至少 60%）；（3）癫痫综合征。年龄依赖性癫痫综合征已过癫痫发作年龄或停用抗癫痫药物至少 5 年，过去 10 年仍无发作者可认为癫痫不再发。

新定义有重要社会意义

从患者角度分析，癫痫与羞耻感、心理、社会认知、经济密切相关，癫痫的概念性定义在此基础上形成。新定义允许早期诊断，鉴于再发风险较高，新定义将对再发所致的不必要身体损害或造成的社会后果有积极预防价值，促进改善患者管理，预防癫痫进展及合并症的出现。

新定义如何影响癫痫

的患病率尚不能预测。由于癫痫新定义有一个“未再发”条款，以前诊断为癫痫的患者可能不再诊断为癫痫，而符合有较高再发风险的一次发作患者又可能要归属于癫痫。

新定义将对立法和卫生经济学产生影响。法规将影响到个体活动，如驾驶受限主要与发作频率、再发风险相关，而不是癫痫的诊断。但在一些国家，

癫痫诊断本身会对驾照的有效期或驾照类型有所限制。对诊断为癫痫的患者，不论发作史，指南将对其参加的体育活动有所限制。反射性癫痫患者以前曾因诱发性发作而被剥夺了公民权，现将反射性癫痫综合征纳入新定义，即认同其为癫痫。

保险覆盖范围和社会受益程度也会受诊断的影响。很多癫痫患者难

以获得人寿或医疗保险，一些患者不能购买不含人寿保险政策在内的首次家庭保险，国家公共医疗卫生服务需要为患者提供治疗资金。在发展中国家，羞耻感对先前未被诊断为癫痫的患者有深刻影响，如丧失受教育机会或禁止婚姻。而癫痫“未再发”的提法将改善不再考虑为癫痫患者的羞耻感。

新定义对癫痫未来发展的影响

新定义是对发作后再发可能性的预定义，使诊断更为清晰，临床相关性更高。然而，新定义的最佳应用需专业的诊断和解释技巧，尤其是在评估再发风险或癫痫综合征时，以及处于初级治疗水平的单位不易开展。在许多情况下，磁共振成像显示的病灶尽管很重要，但其潜在的致病性不确定，如神经囊尾蚴病、海绵状血管瘤或脑膜瘤的患者颅内偶然发现一个或多个囊肿，并无致病性。

用缺少录像功能的脑电图记录发作和典型非诱发发作，难以确诊癫痫。

解决方法是将其定义为“癫痫可能（或可疑）”。其他疾病，如多发性硬化的 McDonald 标准、肌萎缩侧索硬化 El Escorial 标准、偏头痛、血管性痴呆或癫痫性猝死也常采用此法。国际抗癫痫联盟工作组认为，告诉患者“癫痫可能”或“可能患有癫痫”，虽然字面上看来差异甚微，但在缺乏明确、详细临床资料的情况下，后者的描述简单地表达不确定性，似乎是更直接的断言。因此，工作组未将“癫痫可能”定义为一个特殊实体，为将来疾病发展留有余地。

缺血性卒中患者的血压管理

急性期降压应谨慎，二级预防有效控制血压可减少卒中的发生

▲ 复旦大学附属华山医院 董强

国内外大量研究证实，高血压是卒中最重要危险因素，对高血压患者进行长期治疗，有效控制血压，可减少卒中的发生和复发。

缺血性卒中二级预防中的血压管理

美国 JNC7 版高血压指南中指出，高血压治疗能预防非急性期缺血性卒中患者的卒中再发和其他血管性事件，无论有无高血压病史者均能获益，故推荐所有缺血性卒中 / 短暂性脑缺血发作（TIA）患者接受降压治疗，但仍不明确具体的目标血压及降压幅度，推荐个体化治疗，考虑可降低 10/5 mm Hg。

2009 年发表在 BMJ 杂志上一项抗高血压治疗预防心血管疾患的荟萃研究分析了 1966~2007 年共 104 项多中心、随机对照研究，以心脏病事件（CHD）和卒中事件为终点，结果显示，不同血压水平对 CHD 和卒中终点的获益不同；降压程度越大，减少心血管事件效果越佳，尤其对年轻、

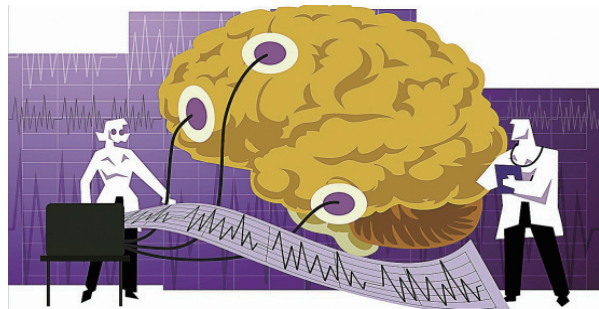
初始血压高以及多药治疗者效果显著；不同种类的降压药物，对 CHD 和卒中的终点获益不同，卒中人群中钙拮抗剂、血管紧张素受体阻滞剂与利尿剂更优。

PROGRESS 研究显示，相较抗高血压药物单药治疗，联合治疗能更好地预防卒中复发。而发表在《自然》杂志一篇关于联合降压治疗的综述指出，肾素-血管紧张素抑制剂和长效钙拮抗剂联合治疗

的临床获益更佳。

最近一项全国调查研究显示，虽然各种降压药物以不同适应证在心血管科使用，但在神经科，钙拮抗剂应用比例最高。神经科获益大多来源于钙拮抗剂治疗颈动脉内膜中层增厚的影响。

缺血性卒中患者应根据《中国高血压指南 2010》中推荐的降压原则，小剂量、联合应用长效制剂，进行个体化抗高血压治疗。



缺血性卒中急性期：脑血液动力学改变时应谨慎降压

颅外颈动脉狭窄时，对血压降低有一定的影响。从 WASID 研究中可看到，双侧颈动脉狭窄 70% 以上者平均降压幅度偏低，高于常规降压目标

值。另外，不同血管交界区域的分水岭梗死患者存在低灌注性梗死，降压不能太低。

总之，急性卒中的梗死形态与动脉狭窄之间有

一定相关性，在卒中的急性期，未得到血管造影结果时，应根据卒中梗死的范围判断血管狭窄的可能性。卒中急性期，应慎重降压。

卒中急性期降压治疗与预后

瑞典 SITS-ISTR 溶栓研究观察了高血压、抗高血压治疗对溶栓治疗的影响。当所有患者溶栓良好的情况下，多因素分析发现，高收缩压和不良预后相关，与症状性脑出血呈线性相关；收缩压在 140~150 mm Hg 时，与良好预后有关。该研究最后得出结论：只要中等程度的降压，在溶栓后早期（7 d），未揭示给既往高血压患者带来不良预后；新治疗高血压似乎也呈良好预后的趋势。因此，临床上多主张病情稳定时即开始常规的抗高血压治疗。

关于卒中急性期的降压一直有争议，临床医生也努力在这方面进行研究探索。卒中急性期对高血压患者进行降压治疗，对脑缺血和出血的混合研究中发现，收缩压超过 160 mm Hg 时，积极降压能降低死亡率；对脑出血的研究中，出血后 6 h 内行积极降压治疗，目标血压 140 mm Hg，可降低血肿增大风险。

中国缺血性卒中急性期指南指出，不同情况有

不同的降压阈值：（1）一般卒中患者，收缩压在急性期达到 200 mm Hg，即进行药物治疗干预；（2）溶栓的卒中患者，应使血压控制在收缩压 <180 mm

Hg，才能开始溶栓；（3）急性卒中伴有其他情况，如严重心功能不全、主动脉夹层、高血压脑病时，应积极降压治疗，但降压速度不宜太快。

新闻速递

研究改变卒中医疗实践 “TISC 2014”学术启动会在京召开

本报讯（记者 裘佳）3 月 8 日，“天坛国际脑血管病会议 2014（TISC 2014）”学术启动会在京召开。会议盘点“TICS 2013”热点分论坛，讨论并决定“TISC 2014”分论坛设置及具体负责人分配。“TISC 2014”将于 6 月 27~29 日在国家会议中心举行。大会主题为“研究改变卒中医疗实践”，大会口号仍沿用去年的“YOU ARE THE POWER”。

“今年主题希望突出临床研究，因为临床研究，尤其是慢病研究将是国家‘十三五’期

间重点投入项目。希望通过临床研究获得更多国人数据，指导临床实践”大会主席、北京天坛医院副院长王拥军教授表示。

据悉，大会今年将新增 3 个主办方，包括国家神经系统疾病临床医学研究中心、北京脑重大疾病研究院、北京脑血管病临床医学研究中心。除了保留原有的经典论坛，免疫炎症与脑血管病、心源性卒中、脑小血管病与认知功能障碍、脑出血的内外科及影像学诊断、侧支循环、国际研究的“中国好声音”等内容将成为本次大会的热点。