痫病（癫痫）中医诊疗方案

---潍坊市中医院脑病科2021.09修订

中医病名：痫病BNX080

西医病名：癫痫G40.901

一、概念

痫病是一种反复发作性神志异常的病证，亦称“癫痫”。临床以突然意识丧失，甚则仆倒，不省人事，强直抽搐，口吐涎沫，两目上视或口中怪叫，移时苏醒，一如常人为特征。发作前可伴眩晕、胸闷等先兆，发作后常有疲倦乏力等症状。

相当于西医学中的癫痫，癫痫是一种有着不同病因基础、临床表现各异但以反复癫痫发作为共同特征的慢性脑部疾病。无论原发性或继发性，均可参照本病辨证论治。

二、诊断

（一）疾病诊断

1.中医诊断：参照国家中医药管理局1994年发布的中华人民共和国中医药行业标准《中医痫病诊断疗效标准》中的诊断标准。

（1）全面性发作时突然晕倒，项背强直，四肢抽搐，或仅双目瞪视，呼之不应，或头部下垂，肢体无力。

（2）局灶性发作时可见多种形式，如口、眼、手等局部抽搐而无突然晕倒，或幻视，或呕吐、多汗，或言语障碍，或无意识的动作等。

（3）起病急骤，醒后如常人，反复发作。

（4）有家族病史，每因惊恐、劳累、情志过极等诱发。

（5）发作前常有眩晕、胸闷等先兆。

（6）脑电图检查有阳性表现，有条件做CT、磁共振检查。

（7）应注意与中风、厥证、痉病等鉴别。

2、西医诊断：参照《临床诊疗指南·癫痫病分册》（中华医学会.北京：人民卫生出版社，2015修订版）的诊断标准。癫痫的诊断可分为五个步骤：

（1）确定发作性事件是否为癫痫发作，传统上，临床出现两次（间隔至少 24 小时）非诱发性癫痫发作时就可诊断癫痫。

（2）确定癫痫发作的类型，按照2017年国际抗癫痫联盟（ILAE）癫痫发作分类来确定。

（3）确定癫痫及癫痫综合征的类型，按照ILAE癫痫及癫痫综合征分类系统来确定。

（4）确定病因。

（5）确定残障和共患病。

3.分期标准  
3.1.发作期：神昏，四肢抽搐，项背强直等发作阶段。  
3.2.缓解期：症状发作缓解。

4.病类诊断

4.1.阳痫：卒然仆倒，不省人事，四肢强痉拘挛，口中有声，口吐白沫，烦躁不安，气高息粗，痰鸣漉漉，口臭便干；舌质红或暗红，苔黄腻，脉弦滑。

4.2.阴痫：卒然仆倒，不省人事，口吐涎沫，四肢抽搐无力，手足蠕动，四肢不温，二便自遗；舌质淡，少苔，脉细弱。

（二）证候诊断

1、风痰闭阻证：发作时神情呆滞，双目上视，或咂嘴、舔唇、咀嚼、吞咽，或寻衣捻物，或错语独行，或莫名伤悲，或妄见妄为，或鼻闻焦臭，或气上冲胸，恶心、胸闷、心慌等。甚者继而昏仆，目晴上视，口吐白沫，手足搐搦，喉中痰鸣或口吐涎沫，移时苏醒，头晕如蒙，静而少言，或神情呆钝，智能减退，胸部闷塞，胁肋胀满。舌质淡红，苔白腻，脉弦滑。

2、痰火扰神证：发时或咀嚼、吞咽，寻衣捻物，或视物颠倒，或狂乱无知，狂言妄走，或猝然扑到，不省人事，四肢强痉拘挛，口中有声，口吐白沫，烦躁不安，气高息粗，痰鸣漉漉。平素急躁易怒，面红目赤，头疼失眠，口臭口苦，溲赤便干，或咯痰粘稠。舌质红，苔黄腻，脉弦滑。

3、瘀阻脑络证：可有跌仆损伤史，发时或咀嚼、吞咽，寻衣捻物，或口角、眼角、肢体抽搐，颜面口唇青紫，或猝然昏仆，肢体抽搐，缓解期兼见头部或胸肋刺痛，肢体麻木，神情恍惚、健忘、心悸、寐多噩梦。舌质紫暗或瘀点、瘀斑，脉弦或涩。

4、气血两虚证：痫病久发不愈，发则神情恍惚，或咀嚼、吞咽，寻衣捻物，口眼颤动，或颈软头垂，或手足蠕动，或猝然扑到抽搐无力，或两目瞪视，或口吐白沫，或口噤目闭，二便自遗。平素可见神疲乏力，面色无华，眩晕时作，食欲不佳，大便溏薄。舌质淡，苔白或少苔，脉细弱。

5、肝肾阴虚证：发则神思恍惚，或咀嚼、吞咽，寻衣捻物，或言语噻涩，或耳鸣如蝉，或妄见妄闻，手指蠕动，甚则猝然晕仆，肢搐，平素面色潮红，健忘失眠，五心烦热，腰膝酸软。舌质红绛，少苔或无苔，脉弦细数。

(三) 鉴别诊断：

1、中医鉴别诊断：

（1）中风病：典型发作痫病与中风病均有突然仆倒，昏不知人，但痫病有反复发作史，发时口吐白沫，双目上视，四肢抽搐，或作怪叫，可自行苏醒，无半身不遂、口舌歪斜等症，而中风则仆地无声，昏迷时间持续长，醒后常伴有半身不遂后遗症等。

（2）厥证：厥证除见突然仆倒，昏不知人主症外，还有面色苍白，四肢厥冷，或见口噤，握拳，手指拘急，而无口吐白沫，双目上视，四肢抽搐，或作怪叫之症，临床上不难区别。

2、西医鉴别诊断：

（1）肢体抖动型TIA（LS-TIA）是颈内动脉系统TIA的特殊类型，主要表现为发作性、不自主的一侧上下肢体或单肢肢体抖动，也可表现为跳动、摆动、颤动、摇摆、舞蹈样动作，肢体抖动一般不涉及面部及躯干，无全身发作及意识障碍，发作诱因为体位改变（突然站立）、长时间站立、颈部过伸、低血压、咳嗽、大笑过度换气、妊娠、手术、应激等，每次发作持续时间数秒至数分钟，每天可发作多次，发作肢体的对侧存在严重的颈内动脉狭窄或闭塞，EEG无癫痫波，易误诊为局灶性运动性癫痫发作。

（2）晕厥：是一种短暂的、自限性的意识丧失，是由于大脑半球及脑干血液供应减少导致的急性全脑功能障碍，常伴有姿势张力丧失。晕厥前期通常有先兆症状，如：头晕、恶心、面色苍白、出汗、视物不清、恍惚等，随后出现意识丧失，有时可伴有肢体抽搐、尿失禁等，并且很快恢复正常，一般持续时间≤30s。主要包括自主神经介导性晕厥（血管迷走性晕厥、体位性心动过速综合征、直立性低血压）、心源性晕厥、脑源性晕厥以及原因不明的晕厥。其中心源性晕厥最容易出现癫痫样发作，尤其是高度房室传导阻滞引起的阿斯综合征发作，易与癫痫大发作相混淆。

（3）发作性运动障碍：是一类少见的具有异质性的神经系统疾病，表现为突发的、难以预测的、持续时间短暂的、间歇期完全正常的不自主的异常运动或姿势障碍，包括肌张力障碍、舞蹈样运动、手足徐动、投掷样动作等，异常运动可累及肢体、躯干、面部、颈部。该病少见、症状奇特，其反复发作性和短暂性的特点，易于和癫痫混淆，特别是与反射性癫痫难以鉴别，发作性运动诱发性运动障碍（PKD）是最常见类型，大多为家族遗传性疾病，为常染色体显性遗传，伴不完全外显，偶有散发，男性多于女性，多见于儿童和青少年，由运动诱发（突然从静止到运动/改变运动形式诱发），发作时不伴意识丧失；发作持续时间一般<1min，不超过5min；频发发作，但多次EEG检查均正常；发作间期无神经系统体征。

1. 治疗方案
2. 辨证选择口服中药汤剂或中成药

风、痰的病理因素贯穿痫病始终，故化痰、熄风之法适用于本病的治疗全过程。

1、风痰闭阻证

主症：发则卒然昏仆，目晴上视，口吐白沫，手足抽搐，喉中痰鸣。舌质淡红，苔白腻，脉滑。

治法：涤痰熄风、开窍定痫

方药：定痫丸加减

天麻12g 全蝎10g 僵蚕10g 川贝母10g

胆南星15g 姜半夏10g 竹沥10g 菖蒲20g

茯神20g 远志15g 茯苓20g 琥珀3g（冲服）

陈皮15g 丹参12g

加减：眩晕、目斜视者，加生龙骨20g、生牡蛎20g、磁石20g、 珍珠母30g重镇安神；痰浊盛而恶心呕吐痰涎者,加胆南星15g、瓜蒌20g；便溏者,加薏苡仁20g、炒扁豆20g、炮姜15g；脘腹饱胀，饮食难下者，加神曲20g、谷芽30g、麦芽30g。

2、痰火扰神证

主症：卒然仆倒，不省人事，四肢强痉拘挛，口中有声，口吐白沫，烦躁不

安，气高息粗，痰鸣漉漉，口臭便干。舌质红或暗红，苔黄腻，脉弦滑。

治法：清热泻火、化痰开窍

方药：龙胆泻肝汤合涤痰汤加减

龙胆草15g 芦荟15g 大黄10g 青黛3g（冲服）

黄芩10g 栀子10g 姜半夏10g 胆南星15g

木香10g 枳实10g 茯苓30g 橘红15g

菖蒲15g 当归10g 麝香0.5g（冲服）

加减：有肝火动风之势者，加天麻12g、石决明30g、钩藤15g、地龙10g、全蝎10g，以平肝熄风；大便秘结加生大黄10g、枳实12g、厚朴15g、芒硝10g；彻夜难眠者，加酸枣仁30g、柏子仁15g、五味子6g养心安神；

中成药：安宫牛黄丸、牛黄清心丸等

3、瘀阻脑络证

主症：发则卒然昏仆，瘛瘲抽搐，或单以口角、眼角、肢体抽搐，颜面口唇青紫。舌质紫暗或有瘀点，脉弦或涩。

治法：活血化瘀，熄风通络

方药：通窍活血汤加减

麝香0.5g（冲服） 桃仁10g 红花10g 赤芍15g

当归15g 川芎15g 川牛膝20g 生牡蛎20g先煎

全蝎10g 僵蚕10g 地龙10g

加减：痰涎偏盛者，加半夏10g、胆南星15g、竹茹15g；肝阳上亢者，加钩藤12g、石决明30g、白芍12g以平肝潜阳；乏力纳差，少气懒言、肢体瘫软者，加黄芪20g、党参20g、白术15g以补中益气。

中成药：血府逐瘀胶囊（口服液）、血塞通软胶囊等

4、气血两虚(心脾两虚)证

主症：久发不愈，卒然昏仆，或仅头部下垂，四肢无力，伴面色苍白，口吐白沫，四肢抽搐无力，口噤目闭，二便自遗。舌质淡，苔白，脉弱。

治法：补益气血，健脾养心

方药：归脾汤加减

人参15g 黄芪20g 白术15g 茯神30g

陈皮15g 姜半夏10g 当归15g 酸枣仁20g

远志15g 五味子10g 生龙骨20g先煎 生牡蛎20g先煎

炙甘草6g

加减：痰浊盛而恶心呕吐痰涎者，加胆南星20g、姜竹茹15g、瓜蒌20g、菖蒲15g、旋覆花6g化痰降浊；便溏者，加焦米仁20g、炒扁豆15g、炮姜10g等健脾止泻；夜游者，加生铁落20g等镇心安神。

中成药：归脾丸。

5、肝肾阴虚证

主症：发则卒然昏仆，或失神发作，或语謇，四肢逆冷，肢搐瘛瘲，手足蠕动，健忘失眠，腰膝酸软。舌质红绛，少苔或无苔，脉弦细数。

治法：滋养肝肾，熄风安神

方药：大定风珠加减

熟地15g 山茱萸12g 枸杞子15g 当归15g

杜仲20g 山药15g 党参15g 鹿角胶10g（烊化）

全蝎10g 生牡蛎20g先煎

加减：神思恍惚，持续时间长者，加阿胶10g补益心血； 心中烦热者，加焦山栀10g、莲子心10g清心除烦； 大便干燥者，加玄参12g、天花粉20g、当归12g、火麻仁15g以养阴、润肠通便。

中成药：左归丸、六味地黄丸等

临证参考：本证患者常反复发作，多伤于先天之肾，故治疗当始终顾护肾脏之精血，不可过用刚燥之品。若形瘦体羸，久病不复，为阴精气血俱虚，宜常服河车大造丸以补精血。

（二）辨证选择静脉滴注中药注射液

痰火扰神证可选用清开灵、复方麝香、醒脑静注射液；另外在辨证的基础上可使用活血化瘀类的中药注射液静脉滴注，如三七总皂苷、灯盏花素、红花黄色素、疏血通注射液等可以选择使用。

(三) 针灸治疗

根据辨证，归经取穴。

1．风痰闭阻证

取穴：百会、人中、太冲、丰隆、膻中。

操作：毫针刺，针用泻法，每日1次或隔日1次，10次为一个疗程。

2．痰火扰神证

取穴以任、督两脉和足阳明胃经、足厥阴肝经穴为主。

主穴：长强、鸠尾、阳陵泉、筋缩、丰隆、行间、足三里、通里；

配穴：发作时加水沟、颊车、素髎、神门、涌泉、内关强刺激不留针。夜间发作加照海，白昼发作加申脉。

操作：毫针刺，针用泻法，每日1次，每次留针30分钟，10次为一个疗程。

3．瘀阻脑络证

取穴以督脉穴为主。

主穴：水沟、上星、太阳、风池、阳陵泉、筋缩、血海、膈俞、内关。

配穴：头痛者，在其局部以梅花针叩刺微出血。

操作：毫针刺，针用泻法，或点刺出血，每日1次，每次留针30分钟，10次为一个疗程。

4．气血两虚证

取穴以足太阴脾经、足阳明胃经穴为主。

主穴：三阴交、中脘、足三里、心俞、脾俞、内关、阳陵泉、通里。

配穴：发作持续昏迷不醒者，可针补涌泉，灸气海、关元。

操作：毫针刺，针用补法，并可加灸，每日1次，每次留针30分钟，10次为一个疗程。

5．肝肾阴虚证

取穴以足少阴肾经、足厥阴肝经穴为主。

主穴：肝俞、肾俞、三阴交、太溪、通里、鸠尾、阳陵泉、筋缩。

配穴：神疲面白、久而不复者，为阴精气血俱虚之象，加气海、足三里、百会。

操作：毫针刺，针用补法，每日1次，每次留针30分钟，10次为一个疗程。

（四）内科基础治疗

癫痫最主要的治疗是合理应用抗癫痫药物，抗癫痫药物需要长期、规律服用才能提高疗效和减少不良反应。治疗原则：按照癫痫类型选药；尽量单一用药；服药剂量适当，定期复查药物血药浓度及脑电图；定时定量服药；坚持连续服药；观察不良反应、慎用其他联合用药有不良反应的药物。

（五）其他非药物中医特色治疗

1、风痰闭阻证：

药棒按摩：药棒用生姜汁浸泡，按摩足三里，丰隆，脾俞、太冲

艾灸：中脘

穴位敷贴：涌泉穴

撳针：内关

耳穴压豆：肝、神门、皮质下、脾

2、痰火扰神证：

药棒按摩：药棒蘸风油精，按摩太冲、行间、风池、丰隆

穴位敷贴：肝俞、胆俞、涌泉

撳针：风池、太阳

放血疗法：耳尖、大敦、关冲

耳穴压豆：皮质下、神门、内分泌、肝

3、瘀阻脑络证：

药棒按摩：药棒蘸红花油，按摩三阴交、血海、足三里

艾灸：气海穴、神阙穴

放血疗法：耳尖、大敦、关冲

耳穴压豆：皮质下、神门、内分泌、心、肺

4、气血两虚证：

艾灸：神阙、百会、关元

药棒按摩：药棒用生姜汁浸泡，按摩足三里，肾俞，脾俞

穴位敷贴：气海、涌泉、神阙

撳针：关元、气海

耳穴压豆：脾、胃、皮质下、神门、内分泌

5、肝肾亏虚证：

艾灸：神阙、百会、关元、命门

药棒按摩：药棒用花椒汁浸泡，按摩太溪、复溜、筑宾、肾俞。

穴位敷贴：涌泉、志室、神阙

撳针：关元、气海

耳穴压豆：肾、肝、皮质下、神门、内分泌

中药熏蒸、热奄包、中药封包：命门至腰俞

（六）调摄护理

1.对患者进行痫病相关健康知识宣教，使患者全面了解痫病的基础知识，消除患者对痫病的不正确观点和认识，解除心理上的负担，避免外界的不良因素刺激。应积极寻找诱发因素，并尽量避免，防治诱发本病的发作，要坚持正规、长期、合理用药；

2.起居有常，劳逸适度，保证充足的睡眠；

3.饮食应清淡有节，结构合理。戒烟酒，适当限制食盐的摄入；

4.患者应注意不宜从事高空、驾驶及水上工作，亦应注意远离火源、水塘、电源。避免意外；外出时应以2人同行为宜，以避免突然发病时发生危险；

5.适度锻炼身体，以增强抵抗力，减少发作。

6.发作时注意观察神志的改变，抽搐的频率，脉搏的快慢与节律，舌之润燥，瞳孔之大小，有无发绀及呕吐，二便是否失禁等情况，并详加记录。对昏仆抽搐的病人，松解衣物，建议侧卧，保持呼吸道通畅，同时加用床档，以免翻坠下床。

三、疗效评价

（一）评价标准

1、中医证候学评价标准：

通过《痫病中医证候诊断标准》动态观察中医证候的改变。

采用计算公式：[（治疗后积分-治疗前积分）]÷治疗前积分× 100%。

2、西医疗效评价标准：

（1）显效：发作频率减少≥75%且＜100%；

（2）有效：发作频率减少≥50%且＜75%；

（3）无效：发作频率减少＜50%；

（4）恶化：发作频率增加。

（二）评价方法

在患者不同门诊就诊时间：第一次就诊、第1个月、第3个月、第6个月时分别选用疗效判定标准、中医证候诊断标准、视频脑电图、认知功能及生活质量量表进行评价。

《痫病（癫痫）中医诊疗方案》

实施情况分析、总结及评估和方案优化说明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 制定部门 | | 脑病科 | | 执行部门 | 脑病科 |
| 优化时间 | | | | 2021年9月 | |
| 《方案》实施情况及中医疗效分析、总结及评估 | 实施情况  分析 | | 本年度我科共617例病例中，用中药汤剂568例，用中药自制剂598例，用中成药静脉制剂520例，针灸409例，使用中医特色疗法608例。中药饮片使用率97.9%，中成药使用率88.9%，中医特色疗法能使用率99.4%，辨证施治率100%。风痰闭阻型398例，痰火扰神证104例，气血亏虚38例，肝肾亏虚20例，瘀阻脑络52例，其它5例。  通过对诊断为癫痫的出院患者进行电话随访，对治疗费用满意率95.8%、治疗效果满意率92.4%、诊疗服务满意率98.9%。总有效率达到93.6%以上。该诊疗方案疗效可靠，安全性好，能明显改善患者的症状、提高生活质量。 | | |
| 中医疗效  分析 | | 疗效分析：治疗效果：症状改善率为97.1%、体征改善率96.2%。 | | |
| 《方案》  优化点说明 | 难点分析 | | 癫痫患者共患病较多，病机复杂，无法以单一证型治疗，需要执行方案者较扎实的中医理论基础，方能辨证准确有较好疗效；癫痫为一慢性病，采用中药治疗可减轻单纯西药治疗的不良反应，但部分患者依从性差，导致最终结果不尽如意。 | | |
| 修订内容 | | 对2020年版诊疗方案中辨证论治中，去除了气郁热扰一型；  针对临床易于误诊为癫痫的发作性疾病，增加了相应的西医学鉴别诊断。 | | |
| 修订依据 | | 在临床诊疗过程中发现气郁热扰一型病人偏少，将该辨证分型去除，以增加诊疗方案可操作性。  临床中诸多发作性疾病临床表现类似癫痫，增加西医学相关疾病鉴别知识点，以提高临床诊断和治疗准确性。 | | |
| 评估及优化  专家签名 |  | | | | |