

三单元 癫痫病人的护理

癫痫 (epilepsy)是由不同病因导致脑部神经元高度同步化异常放电所引起的,以短暂性中枢神经系统功能失常为特征的慢性脑部疾病,是发作性意识丧失的常见原因。

每次发作或每种发作的过程称为痫性发作 (seizure)。癫痫是神经系统常见疾病,可见于各年龄组,青少年和老年是发病的两个高峰阶段。

【病因与发病机制】

1. 病因

(1) 特发性癫痫 (idiopathic epilepsy): 又称原发性癫痫。病因不明,与遗传因素密切相关。多在儿童或青年期首次发病,具有特征性的临床及脑电图表现,药物治疗效果较好。

(2) 症状性癫痫 (symptomatic epilepsy): 又称继发性癫痫。由明确的中枢神经系统结构损伤或功能异常引起,各年龄段均可发病,药物治疗效果差。

(3) 隐源性癫痫 (cryptogenic epilepsy): 临床表现提示为症状性癫痫,但目前的检查手段未能发现明确的病因。

2. 发病机制

迄今为止未完全阐明。电生理显示发作时大脑神经元出现异常的、过度的同步性放电。不同类型癫痫的发作机制可能与异常放电的传播有关:异常放电被局限于某一脑区,表现为局灶性发作;异常放电波及双侧脑部,则出现全面性癫痫;异常放电在边缘系统扩散,引起复杂部分性发作;异常放电传至丘脑神经元被抑制,则出现失神发作。

3. 影响癫痫发作的因素

(1) 年龄:特发性癫痫与年龄密切相关。婴儿痉挛症在1岁内起病,6~7岁为儿童失神发作的高峰期,肌阵挛发作在青春期前后起病。各年龄段癫痫的病因也不同。

(2) 遗传因素:在特发性和症状性癫痫病人的近亲中,癫痫的患病率高于普通人群。有报告单卵双胎儿童失神和全面强直-阵挛发作一致率为100%。

(3) 睡眠:癫痫发作与睡眠-觉醒周期密切相关。全面强直-阵挛发作常发生于晨醒后;婴儿痉挛症多于醒后和睡前发作。

(4) 环境因素:睡眠不足、疲劳、饥饿、便秘、饮酒、情绪激动等均可诱发癫痫发作,内分泌失调、电解质紊乱和代谢异常均可影响神经元放电阈值而导致癫痫发作。少数病人仅在月经期或妊娠早期发作,称为月经期癫痫或妊娠性癫痫;部分病人仅在闪光、音乐、下棋、阅读、沐浴、刷牙等特定条件下发作,称为反射性癫痫。

【护理评估】

(一) 健康史

评估疾病的首次发作时间、发病方式及过程,发作频率,发作前有无发热、失眠、疲劳、饮酒等诱因,发作时是否伴有舌咬伤、跌伤和尿失禁等,脑电图检查是否有异常发现;有无癫痫家族史。

(二) 身体状况

癫痫的临床表现形式多样,但均具有以下共同特征:①发作性:症状突然发生,持续一段时间后迅速恢复,间歇期正常;②短暂性:每次发作持续时间为数秒钟或数分钟,很少超过30分钟(癫痫持续状态除外);③刻板性:每次发作的临床表现几乎一样;④重复

性：第一次发作后，经过不同间隔时间会有第二次或更多次的发作。

1. 部分性发作 (partial seizures) 是痫性发作的最常见类型，源于大脑半球局部神经元的异常放电。

(1) 单纯部分性发作 (simple partial seizures)：以局部症状为特征，无意识障碍，发作持续时间一般不超过 1 分钟。可分为部分运动性发作、部分感觉性发作、自主神经性发作及精神性发作四种类型。

(2) 复杂部分性发作 (complex partial seizures, CPS)：病灶多在颞叶，故又称颞叶癫痫。占成人癫痫发作的 50% 以上，有意识障碍，发作时对外界刺激无反应，以精神症状及自动症为特征，也称为精神运动性发作。可分为仅表现意识障碍、意识障碍和自动症、意识障碍和运动障碍三种类型。

(3) 部分性发作继发全面性发作：先出现上述部分性发作，继之出现全身性发作。

2. 全面性发作 (generalized seizures) 最初的症状和脑电图提示发作起源于双侧脑部，多在发作初期就有意识丧失。

(1) 全面强直-阵挛发作 (generalized tonic-clonic seizure, GTCS)：过去称为“大发作”。发作前可有瞬间疲乏、麻木、恐惧或无意识动作等先兆表现。早期出现意识丧失、跌倒在地，其后的发作过程分为以下三期：

1) 强直期：全身骨骼肌持续收缩。眼肌收缩致上眼睑上牵，眼球上翻或凝视；咀嚼肌收缩致口强张，随后突然闭合，可咬伤舌尖；喉部肌肉和呼吸肌收缩致病人尖叫一声，呼吸停止；颈部和躯干肌肉收缩使颈和躯干先屈曲，后反张，上肢由上举后旋转为内收前旋下肢先屈曲后猛烈伸直。常持续 10 ~ 20 秒转入阵挛期。

2) 阵挛期：不同肌群收缩和松弛交替出现，由肢端延及全身。阵挛频率逐渐减慢，松弛期逐渐延长，在一次剧烈阵挛后发作停止，进入发作后期。此期持续 30 - 60 秒。

3) 发作后期：此期尚有短暂阵挛，造成牙关紧闭和大小便失禁。呼吸首先恢复，心率、血压和瞳孔渐至正常。肌肉松弛，意识逐渐清醒。

(2) 失神发作 (absence seizure)：又称“小发作”，儿童期起病，青春期前停止发作。发作时病人意识短暂丧失，停止正在进行的活动，呼之不应，两眼凝视不动，可伴咀嚼、吞咽等简单的不自主动作，或伴失张力如手中持物坠落等。发作过程持续 5 ~ 10 秒，清醒后无明显不适，继续原来的活动，对发作无记忆。每天发作数次至数百次不等。

(3) 强直性发作 (tonic seizure)：多见于弥漫性脑损害的儿童，睡眠中发作较多。表现为与强直-阵挛性发作中强直期相似的全身骨骼肌强直性收缩，常伴有面色苍白或潮红、瞳孔散大等自主神经症状，发作时处于站立位者可突然倒地。发作持续数秒至数十秒。

(4) 阵挛性发作 (clonic seizure)：几乎都发生于婴幼儿。特征为重复阵挛性抽动伴意识丧失，之前无强直期，持续 1 分钟至数分钟。

(5) 肌阵挛发作 (myoclonic seizure)：可见于任何年龄，常见于预后较好的特发性癫痫病人。表现为快速、短暂、触电样肌肉收缩，可遍及全身或限于某个肌群、某个肢体，声、光刺激可诱发。

(6) 失张力发作 (atonic seizure)：部分或全身肌肉张力突然降低导致垂颈、张口、肢体下垂和跌倒。持续数秒至 1 分钟。

(7) 癫痫持续状态 (Status epilepticus): 指一次癫痫发作持续 30 分钟以上, 或连续多次发作致发作间期意识或神经功能未恢复至通常水平。可见于任何类型的癫痫, 但通常是指大发作持续状态。可由不适当地停用抗癫痫药物或治疗不规范、感染、精神刺激、过度劳累、饮酒等诱发。

(三) 心理-社会支持状况

癫痫病人病程长而且难以治愈, 不但给病人身体上造成很大痛苦, 也给病人心理带来巨大的压力, 并影响病人的生活和就业, 出现自卑心理, 不利于正常社会角色的发挥。同时病人的家庭也承受了沉重的负担, 应了解病人及家属对疾病的认知程度、社会支持情况以及所得到的社会保健资源和服务情况。

(四) 辅助检查

1. EEG: 是诊断癫痫最重要的辅助检查方法, 典型表现是棘波、尖波、棘-慢或尖-慢复合波。长程 EEG 可记录病人 24 小时正常活动下的脑电图变化。视频 EEG 对癫痫诊断和对痫性灶定位最有价值。

2. 血液检查: 血常规、血糖、血寄生虫等检查, 了解有无贫血、低血糖、寄生虫病等。

3. CT 和 MRI: 可发现脑部器质性改变、占位性病变、脑萎缩等。

(五) 治疗原则及主要措施

目前仍以药物治疗为主。药物治疗应达到: 控制发作或最大限度地减少发作次数; 没有或只有轻微的不良反应; 尽可能不影响病人的生活质量。

1. 病因治疗

有明确病因者首先进行病因治疗, 如手术切除颅内肿瘤, 药物治疗寄生虫感染, 纠正低血糖、低血钙等。

2. 发作时治疗

立即让病人就地平卧; 保持呼吸道通畅, 吸氧; 防止外伤及其他并发症; 应用地西洋或苯妥英钠预防再次发作。

3. 发作间歇期治疗 服用抗癫痫药物。

(1) 药物治疗原则: ①确定是否用药: 半年内发作 2 次以上者, 一经诊断即应用药。首次发作或半年以上发作 1 次者, 酌情选用或不用药。②尽可能单一用药。③小剂量开始。④正确选择药物: 根据癫痫发作的类型、药物不良反应的大小等选择药物。⑤长期规律服药, 缓慢停药。

(2) 常用抗癫痫药物: 常用抗癫痫药物包括卡马西平、苯妥英钠、丙戊酸、拉莫三嗪、奥卡西平等。强直性发作、部分性发作和部分性发作继发全面性发作首选卡马西平; 全面强直-阵挛发作、典型失神、肌阵挛发作、阵挛性发作首选丙戊酸。

4. 癫痫持续状态的治疗

(1) 控制发作: ①首选地西洋缓慢静脉注射, 或溶于 5%葡萄糖盐水中缓慢静滴, 如出现呼吸抑制, 则需停止用药, 必要时应用呼吸兴奋剂。② 10%水合氯酸 20 ~30ml 加等量植物油保留灌肠。③苯妥英钠溶于生理盐水中缓慢静滴, 如出现血压降低或心律不齐时需减慢滴速或停药。④经上述处理发作控制后可使用苯巴比妥肌注, 每天 2 次, 以巩固和维持疗效。

(2) 其他治疗: ①对症处理: 保持呼吸道通畅, 吸氧, 必要时行气管切开, 对病人进

行心电、血压、呼吸、脑电的监测，定时进行血液生化、动脉血气分析等项目的检查；查找诱发癫痫持续状态的原因并进行治疗。②防治并发症：脑水肿者快速静脉滴注甘露醇；预防性应用抗生素控制感染；物理降温；纠正酸碱平衡失调和低血糖、低血钠、低血钙等代谢紊乱；加强营养支持治疗。

【常见护理诊断/问题】

1. 有窒息的危险 与癫痫发作时意识丧失、喉痉挛、口腔和气道分泌物增多有关。
2. 有受伤的危险 与癫痫发作时意识突然丧失、判断力失常有关。
3. 知识缺乏：缺乏长期、正确服药的知识。
4. 体像紊乱 与癫痫发作时身体抽搐、大小便失禁，病人外观形象受损有关。
5. 潜在并发症：脑水肿、酸中毒、水电解质紊乱。

【护理目标】

1. 病人癫痫发作时未发生窒息、受伤等危险。
2. 能遵医嘱服药并能正确描述抗癫痫药物的不良反应。
3. 能保持良好的心理状态，情绪稳定。
4. 未发生脑水肿、酸中毒、肺部感染等并发症。

【护理措施】

（一）一般护理

1. 保持呼吸道通畅：置病人于头低侧卧位或平卧位头偏向一侧；松开领带和衣扣，解开腰带；取下活动性义齿，及时清除口腔和鼻腔分泌物；立即放置压舌板，必要时用舌钳将舌拖出，防止舌后坠阻塞呼吸道；癫痫持续状态者插胃管鼻饲，防止误吸；必要时备好床旁吸引器和气管切开包。

2. 饮食与营养：告知病人与家属应适当休息并合理选择饮食和正确进食。给予高热量、高维生素、高纤维素、低盐、低脂、适量优质蛋白的易消化饮食，戒烟禁酒，避免疲劳、饥饿、便秘、饮酒等易导致癫痫发作的因素。

（二）安全护理

1. 发作期安全护理

告知病人有前驱症状时立即平卧；活动状态时发作，陪伴者应立即将病人缓慢置于平卧位，防止外伤，切忌用力按压病人抽搐肢体，以防骨折和脱臼；将压舌板或筷子、纱布等置于口腔一侧上下臼齿之间，防止舌、口唇和颊部咬伤；用棉垫或软垫对跌倒时易擦伤的关节加以保护；癫痫持续状态、极度躁动或发作停止后意识恢复过程中有短时躁动的病人，应由专人守护，确保安全。遵医嘱立即缓慢静脉注射地西洋，快速静脉点滴甘露醇，注意观察用药效果和有无出现呼吸抑制、肾脏损害等不良反应。

2. 发作间歇期安全护理

给病人创造安全、安静的休养环境，减少声光刺激，床旁桌上不放置热水瓶、玻璃杯等危险物品。病室内显著位置放置“谨防跌倒、小心舌咬伤”的警示牌，做好意外防范准备。

（三）病情观察

密切观察生命体征及意识、瞳孔变化，注意发作过程中有无心率增快、血压升高、呼吸减慢或暂停、瞳孔散大、牙关紧闭、大小便失禁等；观察并记录发作的类型、发作频率与发作持续时间；观察发作停止后病人意识完全恢复的时间，有无头痛、疲乏及行为异常。

（四） 用药护理

向病人和家属强调遵医嘱长期甚至终身用药的重要性，告知病人和家属少服或漏服药物可能导致癫痫发作、有成为难治性癫痫或发生癫痫持续状态的危险性。向病人和家属介绍用药的原则、所用药物的常见不良反应和注意事项，在医护人员指导下增减剂量和停药。药物于餐后服用，以减少胃肠道反应。用药前进行血、尿常规和肝、肾功能检查，用药期间监测血药浓度并定期复查相关项目，以及时发现肝损伤、神经系统损害、智能和行为改变等严重不良反应。向病人和家属说明能否停药及何时停药取决于所患疾病的类型、发作已控制时间及减量后反应等。勿自行减量、停药和更换药物。

（五） 心理护理

护士应仔细观察病人有无产生紧张、焦虑、抑郁、淡漠、易怒等不良心理问题，关心、理解、尊重病人，鼓励病人表达自己的心理感受，指导病人面对现实，采取积极的应对方式，配合长期药物治疗。

（六） 健康指导

1. 疾病知识指导：向病人和家属介绍疾病及其治疗的相关知识和自我护理的方法，告知病人避免劳累、睡眠不足、饥饿、饮酒、便秘、情绪激动、妊娠与分娩、强烈的声光刺激、惊吓、心算、阅读、书写、下棋、外耳道刺激等诱发因素。

2. 生活指导：指导病人充分休息，环境安静适宜。养成良好的生活习惯，注意劳逸结合，避免长时间看电视、洗浴，禁忌游泳和蒸汽浴等。室内放置警示牌，提醒病人、家属和医护人员做好防止发生意外的准备。告知病人室外活动或外出就诊时应有家属陪伴，独自外出时应携带示有姓名、住址、联系电话及疾病诊断的个人信息卡，以备发作时及时联系与急救。告知病人饮食宜清淡，少量多餐，避免辛辣刺激性食物，戒烟酒，勿从事攀高、驾驶等在癫痫发作时有可能危及生命的工作；特发性癫痫且有家族史的女性病人婚后不宜生育，双方均有癫痫，或一方有癫痫，另一方有家族史者不宜结婚。

3. 用药指导：告知病人遵医嘱坚持长期、规律用药，切忌突然停药、减药、漏服药及自行换药，尤其应防止在服药控制发作后不久自行停药。如药物减量后病情有反复或加重的迹象，应尽快就诊。告知病人坚持定期复查，一般于首次服药后 5~7 天复查抗癫痫药物的血药浓度，每 3 个月至半年抽血检查 1 次，每月检查血常规和每季度检查肝、肾功能 1 次，以动态了解抗癫痫药物的血药浓度、EEG 变化和药物不良反应。当病人癫痫发作频繁或症状控制不理想，或出现发热、皮疹时应及时就诊。

【护理评价】经过治疗和护理，评价病人是否达到：①癫痫发作时未发生窒息、受伤。②理解安全用药的知识及遵医嘱服药的重要性。③自卑焦虑情绪缓解，自信心增强。④无并发症的出现或能够被及时发现和处理。