**成人全面惊厥性癫痫持续状态临床路径**

（2010年版）

一、成人全面惊厥性癫痫持续状态临床路径标准住院流程

(一)适用对象。

第一诊断为全面惊厥性癫痫持续状态（GCSE）（ICD-10：G40.309）。

（二）诊断依据。

根据《临床诊疗指南-癫痫病分册》（2007年）和》国际最新癫痫持续状态指南》（2010年）。

经典癫痫持续状态定义为癫痫发作超过30min或两次/两次以上间断发作，发作间期无意识恢复。但GCSE按实际操作定义执行，即发作超过5min以上或两次/两次以上发作，发作之间无意识恢复。

（三）治疗方案的选择。

1.一般措施

（1）生命支持：首先评估生命体征：如呼吸、心率、血压、血氧。随即采取生命支持措施：如开放气道/氧治疗；开放静脉输液通路/生理盐水输注；维持内环境稳定，注意纠正电解质紊乱、低血糖和酸中毒等。

（2）实验室检查：血常规、血糖、电解质、肝肾功能、血清肌酶、凝血功能、血气分析、心电图、X线胸片等。

（3）病因检查：根据病史和体格检查进行相应临床检查，以寻找GCSE病因，并予以病因治疗。

2.终止GCSE措施

（1）一线药物：首选地西泮，首次负荷剂量10mg–20mg，静脉推注，推注速度2mg/min。发作未终止者，15-30min后重复注射一次。发作仍未终止者改为二线药物治疗。

（2）二线药物：选用丙戊酸钠，首次负荷剂量15mg/kg–30mg/kg，静脉推注，推注速度3mg/kg/min–6mg/kg/min；发作终止者可予维持剂量1mg/kg/h，24小时后口服丙戊酸钠替换；发作仍未终止者改为选用苯巴比妥，首次负荷剂量10mg/kg–20mg/kg，静脉推注，推注速度50mg/min，发作仍持续者可追加5mg/kg–10mg/kg，此时须进入具有监测与救治条件的重症监护病房；发作终止者可予维持剂量2mg/kg/d–4mg/kg/d，24小时后口服苯巴比妥替换；发作仍未终止者改为三线药物治疗。

（3）三线药物：首选咪达唑仑/异丙酚。咪达唑仑首次负荷剂量0.2mg/kg，静脉推注；维持剂量0.05mg/kg/h–0.4mg/kg/h，若有条件应当以EEG出现爆发抑制模式至少24h为目标。异丙酚首次负荷剂量1mg/kg–3mg/kg，根据发作情况和EEG结果，必要时追加1mg/kg–2mg/kg；维持剂量4mg/kg/h–10mg/kg/h，以EEG出现爆发抑制模式至少24h为目标；24小时后改为肌肉注射苯巴比妥。患者在三线药物治疗治疗期间，持续监测呼吸、心电，并在机械通气前提下开始用药，必要时请麻醉师协助。

3.后续治疗：根据患者具体请况选择合适的口服抗癫痫药物。

4.病因治疗：对病因明确的GCSE患者，积极予以病因治疗。

（四）标准住院日为7–14天，难治性癫痫持续状态和需要病因治疗可适当延长住院时间。

（五）进入路径标准。

1.第一诊断必须符合ICD-10：G40.309成人全面惊厥性癫痫持续状态疾病编码。

2.同时合并或伴有其他疾病，但住院期间不需特殊处理也不影响GCSE临床路径实施患者。

（六）住院期间检查项目。

1.必需的检查项目：血常规、尿常规、便常规、血糖、肝肾功能、血清肌酶、电解质、血气分析、凝血功能、心电图。

2.根据患者病情可选择的检查项目：感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等）、头颅影像学检查、腰穿脑脊液检查、脑电图和AEDs血药浓度监测。

（七）选择用药。

1.静脉输注AEDs原则：快速达到治疗血药浓度，迅速终止癫痫持续状态。

2.静脉输注AEDs注意事项：注意说明书的禁忌证和不良反应，特别是老年群体。注意药物的相互作用，主要是P450肝酶诱导药物的作用。

（1）肝功能损害患者慎用丙戊酸钠。

（2）肾功能损害患者和老年患者适当减少AEDs剂量。

（3）过敏体质患者慎用卡马西平、奥卡西平、拉莫三嗪等口服抗癫痫药物。

（4）应用苯巴比妥患者合并用药时考虑其P450肝酶诱导作用。

（5）应用抗生素等其他药物时考虑对抗癫痫药物血药浓度的影响。

（6）用药过程中可能出现异丙酚输注综合征，表现为严重代谢性酸中毒、横纹肌溶解、心功能衰竭和肾功能衰竭，甚至死亡。因此，须密切监测乳酸、血清肌酶、甘油三酯、淀粉酶、脂肪酶以及心肾功能。

（八）出院标准。

1.GCSE终止，病因明确，病情稳定。

2.抗癫痫药物的不良反应纠正，进一步治疗方案确定，神经功能评估完毕。

（九）变异及原因分析。

癫痫发作可能为非痫性发作，经住院检查和观察后排除GCSE。

二、成人全面惊厥性癫痫持续状态临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**全身惊厥性癫痫持续状态（ICD-10：G40.309）

患者姓名： 性别： 年龄： 门诊号： 住院号：

住院日期： 年 月 日 出院日期： 年 月 日 标准住院日：7–14天

|  |  |
| --- | --- |
| **时间** | **住院第1天** |
| **主**  **要**  **诊**  **疗**  **工**  **作** | □ 生命体征监护（呼吸、心率、血压、血氧、体温）  □ 基础生命支持（气道开放/氧疗，开放静脉输液通路，物理降温）  □ 初步确定静脉抗癫痫药物治疗方案  □ 纠正内环境紊乱：注意纠正电解质紊乱、低血糖和酸中毒等  □ 快速了解病史及查体  □ 查看既往辅助检查：影像学、脑电图、血药物浓度等  □ 初步诊断，包括SE发作类型、发作特点，查寻潜在病因及诱发因素  □ 开化验单（血常规、血糖、电解质、肝肾功能、血清肌酶、凝血功能、血气分析）及相关检查单（如头CT/心电图/胸片等）  □ 完成病程记录等病历书写  □ 难治性SE 准备请麻醉科气管插管，有条件的转NICU，行床旁脑电图监测及呼吸机床旁准备  □ 发作控制后进行临床（尤其意识）和/或脑电图的评价  □ 及时与家属沟通：交待病情、治疗目的、风险和诊疗计划 |
| **重**  **点**  **医**  **嘱** | **长期医嘱：**  □ 神经科重症护理常规  □ 特级护理  □ 生命体征监护（呼吸、心率、血压、血氧、体温）  **临时医嘱：**  □ 生命支持（气道开放、给氧、开放静脉输液通路、物理降温）  □ 静脉抗癫痫药物尽快终止SE  □ 迅速纠正内环境紊乱  □ 检查：血常规、血糖、肝肾功能、血清肌酶、电解质、血气分析、凝血功能、心电图  □ 服抗癫痫药物者行血药浓度测定  □ 脑水肿者甘露醇脱水降颅压治疗  □ 补液：生理盐水  □ 难治性SE有条件的转NICU  □ 难治性SE有条件的行脑电图实时监测  □ 难治性SE或在NICU呼吸衰减患者需气管插管，必要时机械通气 |
| **主要**  **护理**  **工作** | □ 入院介绍及制度宣教  □ 入院护理评估（意识、生命体征、瞳孔、言语、肌力、外伤情况）  □ 书写护理病历及药物剂量、疗效、皮肤情况  □ 记录发作情况（意识、生命体征、瞳孔、头眼偏向、四肢姿势、发作起始部位、持续时间、发作间隔；发作后立即评估定向力、言语、有无Todd麻痹及有无外伤、大小便失禁）  □ 做好防御措施（床档保护套、准备通气措施如吸氧、压舌板、口咽通气道、面罩、吸痰、气管插管及呼吸机,抬高头位30度）  □ 做好发作护理：扶持患者侧卧，头偏向一侧以防误吸，发作后吸痰，大小便失禁更换衣服床单  □ 协助做好检查前准备 |
| **疾病变异记录** | □ 无 □ 有，原因：  1.  2. |
| **护士签名** |  |
| **医师**  **签名** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **时间** | **住院第2天** | **住院第3–4天** |
| **主**  **要**  **诊**  **疗**  **工**  **作** | □ 三级医师查房，书写查房记录  □ 明确癫痫持续状态分类及病因诊断  □ 记录并分析发作特点  □ 根据患者病情、辅助检查结果等确认或修正治疗方案，进行药物调整，SE控制后予以AEDs维持用药  □ 复查相关化验结果，及早发现和逆转药物不良反应  □ 不明原因患者必要时行腰穿检查  □ 发作不对称或病因不明者，行头颅CT  □ 肺部感染患者根据病情查胸片、血常规，予以抗生素治疗  □ 及时与家属沟通，介绍病情变化及相关检查结果 | □ 上级医师查房，书写上级医师查房记录  □ 记录临床发作，发作终止后行意识及神经功能评估  □ 必要时修正诊断和治疗方案  □ 必要时行头颅MRI和发作间期脑电图检查  □ 根据发作情况及检查结果进行药物调整  □ 逆转可能出现的药物不良反应  □ 及时与家属沟通，向家属介绍相关检查结果及下一步诊疗计划 |
| **重**  **点**  **医**  **嘱** | **长期医嘱：**  □ 神经科护理常规  □ 一级护理  □ 尽早肠道营养  □ SE控制后予以口服抗癫痫药物维持疗效  □ 肺部感染患者根据病情予以抗菌素治疗  **临时医嘱（必要时）：**  □ 头颅影像学检查头颅CT  □ 脑电图实时监测  □ 不明原因者行腰穿脑脊液检查  □ 复查血常规、肝肾功能、电解质、血糖、血气分析、凝血功能等  □ 胸片  □ 痰培养  □ 发热患者物理降温  □ 发作控制患者拟行脱机 | **长期医嘱：**  □ 神经科护理常规  □ 一/二级护理  □ 口服抗癫痫药物  **临时医嘱（必要时）：**  □ 脑电图监测  □ 复查血常规、肝肾功能、电解质、血糖、血气分析、凝血功能  □ 复查痰培养  □ 发热患者行物理降温  □ 发作控制患者拟行脱机 |
| **主要**  **护理**  **工作** | □ 运用安全流程，进行安全护理  □ 记录发作情况（意识、生命体征、瞳孔、头眼偏向、四肢姿势、发作持续时间、发作间隔；发作后立即评估定向力、言语、四肢运动及有无损伤）  □ 协助做好检查前准备  □ 书写护理记录 | □ 做好安全护理  □ 记录发作情况  □ 书写护理记录  □ 针对具体情况做个体化调整 |
| **疾病**  **变异**  **记录** | □ 无 □ 有，原因：  1.  2. | □ 无 □ 有，原因：  1.  2. |
| **护士**  **签名** |  |  |
| **医师**  **签名** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **时间** | **住院第5–12天** | **住院第13天** | **住院第14天**  **（出院日）** |
| **主**  **要**  **诊**  **疗**  **工**  **作** | □ 三级医师查房，完成病程记录和查房记录  □ 观察癫痫发作情况及病情变化，评价药物治疗效果以及是否需要调整药物  □ NICU患者脱机成功或意识好转，拟转普通病房  □ 向家属介绍相关检查结果和治疗效果，征求家属及患者意见后制定下一步诊疗计划 | □ 上级医师查房，完成病程记录和查房记录  □ 根据发作类型调整抗癫痫药物，拟行出院，癫痫门诊随诊  □ 复查肝肾功能、电解质、血常规  □ 书写病程记录及出院小结  □ 向患者及家属介绍病情及出院后注意事项  □ 转科病人书写转科录 | □ 向患者及家属介绍出院后注意事项  □ 患者办理出院手续，出院  □ 转科病人办理转科手续 |
| **重**  **点**  **医**  **嘱** | **长期医嘱：**  □ 神经科护理常规  □ 一/二级护理饮食  □ 口服药物  **临时医嘱：**  □ 转科（由NICU转普通病房者） | **长期医嘱：**  □ 神经科护理常规  □ 一/二级护理  □ 口服药物  **临时医嘱：**  □ 明日出院或转科 | **出院医嘱：**  □ 出院带药  □ 门诊随诊 |
| **主要**  **护理**  **工作** | □ 做好安全护理  □ 督导服药，避免自行用药、减药及停药  □ 记录发作情况  □ 书写护理记录  □ 健康教育：针对具体情况做个体化指导 | □ 做好出院指导  ①遵医嘱进行用药指导  ②选择适合的锻炼方法及工作，避免危险活动，防止意外伤害  ③指导定期癫痫门诊随诊  □ 完成出院护理病历书写  □ 健康教育 | □ 出院带药及服药指导  □ 特殊护理指导  □ 告知复诊时间和地点  □ 交待常见的药物不良反应，嘱其定期癫痫门诊复诊 |
| **病情**  **变异**  **记录** | □ 无 □ 有，原因：  1.  2. | □ 无 □ 有，原因：  1.  2. | □ 无 □ 有，原因：  1.  2. |
| **护士**  **签名** |  |  |  |
| **医师**  **签名** |  |  |  |