

癫痫患儿停药后复发状况及其影响因素

张婷玉

(河南省郑州市第十五人民医院儿科 郑州 450041)

摘要:目的:探讨癫痫患儿停药后复发状况及其影响因素。方法:回顾性分析 2018 年 1 月~2020 年 1 月收治的 130 例癫痫患儿的临床资料,在停药后随访 6 个月,统计所有癫痫患儿复发情况,并收集患儿基线资料,包括发病年龄、性别、家族史、治疗前发作频率、发作类型、用药种数、停药时脑电图表现,分析癫痫患儿停药后病情复发的影响因素。结果:停药后随访 6 个月,130 例癫痫患儿复发 28 例,复发率为 21.54%;经单因素与 Logistic 回归分析发现,发作类型、治疗前发作频率、停药时脑电图表现均可能是癫痫患儿停药后复发的影响因素($OR>1, P<0.05$)。结论:癫痫患儿在停药后存在一定复发的风险,且治疗前发作频率高、部分性发病、停药时脑电图为痫性放电均为癫痫患儿停药后复发的影响因素,临床可据此及时采取干预措施。

关键词:癫痫;停药;复发;发作频率;脑电图

中图分类号:R742.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.04.045

癫痫(Epilepsy, EP)为儿科常见的神经系统疾病,是由头外伤、皮质发育障碍等因素引起大脑神经元反复异常放电而导致的突发性脑功能障碍,临床表现为意识丧失、抽搐等^[1-2]。目前,合理并长期给予抗 EP 药物为临床治疗 EP 的一线方案,但由于小儿的免疫机能尚未发育完全,长时间服用抗 EP 药物可能出现一系列毒副反应,故在临床症状得以有效控制后应及时停药观察^[3]。但有研究显示,EP 患儿停药后具有较高的复发率,严重影响患儿的生存质量,故明确 EP 患儿停药后复发的相关因素并予以针对性的干预措施尤为重要^[4]。鉴于此,本研究着重分析 EP 患儿停药后复发状况及其影响因素,旨在为患儿的预后改善提供理论依据。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2018 年 1 月~2020 年 1 月我院 130 例 EP 患儿的临床资料。130 例患儿中男 71 例,女 59 例;年龄 1~10 岁,平均年龄(6.16±0.73)岁;发作类型:部分性发作 56 例,全身性发作 70 例,不能分类的发作 4 例;有颅内病灶 104 例,无颅内病灶 26 例。

1.2 诊断标准 参考《临床疾病诊断与疗效判断标准》^[5]中关于 EP 的诊断标准:(1)发作具备 EP 发作的共性,即发作性、重复性、刻板性、短暂性;(2)发作具有不同发作类型的特征,如自动症表现为意识障碍、看似有目的而实际无目的的异常行为,失身发作为突然发生或终止的意识丧失,全身强直-阵挛性发作表现为意识丧失、全身抽搐等;(3)近 50%的 EP 患儿发作间歇期的脑电图(Electroencephalogram, EEG)可见尖波、棘波等多种痫样放电,而不同类型的 EP 发作时 EEG 有不同表现。

1.3 入选标准 (1)纳入标准:符合上述诊断标准,并均采用抗 EP 药物治疗;依据患儿实际情况逐渐减药至停药,且减药期间无 EP 复发;临床资料、实验室资料完善。(2)排除标准:合并中枢神经系统疾病;合并免疫功能障碍;精神运动发育迟滞;未经医

师同意擅自停药。

1.4 研究方法 (1)EP 复发判定:在 EP 患儿停药后随访 6 个月,每隔 2 周进行 EEG 检查、查体等,在随访期间出现 1 次临床发作即可认为 EP 复发。(2)基线资料统计:发病年龄、性别(男、女)、家族史(有、无)、治疗前发作频率、发作类型(部分性发作、全身性发作、不能分类性发作)、用药种数、停药时 EEG 表现(痫性放电、无痫性放电)。

1.5 统计学方法 采用 SPSS24.0 处理数据,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,组间用独立样本 t 检验,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验,采用 Logistic 回归分析影响因素。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 EP 患儿停药后复发状况 停药后随访 6 个月,130 例 EP 患儿复发 28 例,复发率为 21.54%。

2.2 EP 患儿停药后复发的单因素分析 单因素分析结果显示,EP 患儿停药后复发不受发病年龄、性别、家族史、用药种数的影响($P>0.05$),但可能受发作类型、治疗前发作频率、停药时 EEG 表现的影响($P<0.05$)。见表 1。

表 1 EP 患儿停药后复发的单因素分析($\bar{x} \pm s$)

因素		复发组 ($n=28$)	未复发组 ($n=102$)	χ^2	P
发病年龄(岁)	男	6.09±0.71	6.18±0.73	0.581	0.562
	女	15(53.57)	56(54.90)	0.016	0.900
性别[例(%)]	男	13(46.43)	46(45.10)		
	女	16(57.14)	48(47.06)	0.894	0.344
家族史[例(%)]	有	12(42.86)	54(52.94)		
	无	19(67.86)	37(36.27)	10.006	0.000
发作类型[例(%)]	部分性发作	9(37.76)	61(59.80)		
	全身性发作	0(0.00)	4(3.92)		
治疗前发作频率(次/年)	不能分类性发作	6.91±0.74	3.90±0.31	32.253	0.000
	痫性放电	18(64.29)	31(30.39)	10.746	0.000
停药时 EEG 表现[例(%)]	无痫性放电	10(35.71)	71(69.61)		
	无	2.08±0.24	2.11±0.25	0.567	0.572
用药种数(种)					

2.3 EP 患儿停药后复发的 Logistic 回归分析 以 EP 患儿停药后复发情况为因变量,复发为“1”,未复发为“0”,以经单因素分析结果显示为可能的影响因素纳入自变量并赋值。见表 2。Logistic 回归分析发现,发作类型、治疗前发作频率、停药时 EEG 表现均

可能是 EP 患儿停药后复发的影响因素 (OR>1, P<0.05)。见表 3。

表 2 自变量说明

自变量	变量说明	赋值情况
发作类型	分类变量	部分性发作≠“1”, 全身性、不能分类性发作≠“0”
停药时 EEG 表现	分类变量	痫性放电≠“1”, 无痫性放电≠“0”
治疗前发作频率	连续变量	

表 3 EP 患儿停药后复发的 Logistic 回归分析

因素	B	标准误	Wald	P	OR	95%置信区间
发作类型	1.298	0.442	8.629	0.003	3.661	1.540~8.701
停药时 EEG 表现	1.416	0.449	9.938	0.002	4.123	1.709~9.946
治疗前发作频率	0.702	0.079	11.581	0.000	1.353	1.086~5.573

3 讨论

EP 发病机制较为复杂, 目前认为主要与中枢神经系统的兴奋性与抑制性失衡有关, 这种失衡多由离子通道神经递质及神经胶质细胞的改变所致^[6-8]。脑部神经元过度放电, 导致短暂、反复的中枢神经系统功能异常出现, 而患儿根据侵犯神经元的部位不同, 临床表现也较为多样。目前, 抗 EP 药物为临床治疗小儿 EP 的常用方案, 长期规律用药可有效抑制病情发展, 恢复社会适应性。在病情得以控制后逐渐减药或停药不仅可减少抗 EP 药物对小儿神经功能的影响, 还可有效降低家庭经济负担。EP 患儿停药后复发风险不一, 1 年内复发率可达 20%~50%, 需积极探究停药后复发的影响因素给予相应干预措施。

本研究结果显示, 停药后随访 6 个月, 130 例 EP 患儿复发 28 例, 复发率为 21.54%, 经单因素与 Logistic 回归分析发现, 发作类型、治疗前发作频率、停药时 EEG 表现均可能是 EP 患儿停药后复发的影响因素 (OR>1, P<0.05)。根据 EP 的起源部位与扩散情况主要分为部分性发作与全身性发作, 其中全身性发作分布相对局限, 起源部位单一, 故停药后复发率更低; 而部分性发作可反映脑局部器质性病变, EP 起源分布较广, 且以丘脑损害为主, 丘脑是一

种具有内分泌功能的神经元细胞, 可直接参与机体神经活动的募集、放大与同步化, 故停药后具有更高的复发率。每个 EP 患儿都有各自的发作周期与发作频率, 长则几年发作一次, 短则一天发作数次, 治疗前 EP 患儿的发作越频繁, 病情严重程度越高, 且机体的激素代谢水平更加紊乱, 进而增加了停药后复发的风险。因此, 临床医师应及时排查部分性发作或发作频率较高的患儿并给予足够重视, 必要时可延长撤药速度并进一步观察其临床症状。发作间期癫痫样放电可表示 EP 患儿颅内神经元出现异常的放电活动, 对患儿的睡眠、智力、认知功能、情绪均可造成严重损害, 痫性放电活跃程度越高则反映 EP 患儿复发的可能性越大。因此, 临床医师应及时关注 EP 患儿 EEG 特征, 在痫性放电完全消失后再逐步停用药物, 这对于降低 EP 复发率具有重要意义。

综上所述, EP 患儿在停药后存在一定复发风险, 且治疗前发作频率高、部分性发病、停药时 EGG 为痫性放电均为 EP 患儿停药后复发的影响因素, 临床可据此及时采取干预措施。

参考文献

[1] 张晓青, 孙素真, 唐洪侠, 等. 托吡酯大剂量冲击疗法治疗小儿癫痫的效果及安全性评价[J]. 中国医药, 2019, 14(1): 61-64.
[2] 白庆峰, 刘菲, 拜博, 等. 奥卡西平联合左乙拉西坦治疗小儿癫痫的疗效及安全性[J]. 西南国防医药, 2017, 27(6): 609-611.
[3] 丁一多, 钱玉兰, 高杰, 等. 84 例抗癫痫药物不良反应的临床分析[J]. 药学服务与研究, 2017, 17(6): 457-460.
[4] 屈会霞, 朱彩华. 小儿癫痫停用抗癫痫药物后复发因素分析[J]. 儿科药理学杂志, 2019, 25(5): 22-24.
[5] 王蔚文. 临床疾病诊断与疗效判断标准[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010. 393-394.
[6] 徐晓科, 王治静, 汪东, 等. 左乙拉西坦治疗小儿癫痫 110 例疗效及对患儿生活质量的影响[J]. 陕西医学杂志, 2017, 46(9): 1268-1269, 1290.
[7] 吴海侠, 王明光, 王媛媛, 等. 维生素 B₆ 联合左乙拉西坦治疗小儿癫痫的有效性 & 安全性评价[J]. 脑与神经疾病杂志, 2017, 25(9): 554-557.
[8] 王加朋, 梁彩艳, 丙戌酸钠, 奥卡西平与左乙拉西坦分别治疗小儿癫痫的疗效及对认知功能的影响[J]. 药物评价研究, 2017, 40(5): 687-690.

(收稿日期: 2020-10-25)

益肾强骨扶正法联合化疗治疗多发性骨髓瘤的有效性

孙志刚 曾宝珠

(河南省郑州市中医院肿瘤血液科 郑州 450007)

摘要: 目的: 分析对多发性骨髓瘤患者实施益肾强骨扶正法联合化疗治疗的有效性。方法: 选取 2018 年 8 月~2020 年 8 月收治的 102 例多发性骨髓瘤患者为研究对象, 以随机数字表法分为对照组和研究组, 每组 51 例。对照组实施常规化疗, 研究组实施益肾强骨扶正法联合化疗, 比较两组临床效果。结果: 治疗后, 研究组症状积分、浆细胞比率、破骨细胞、免疫球蛋白 A、免疫球蛋白 M、24 h 轻链含量、血钙、血 β₂ 微球蛋白、血尿素氮、C-反应蛋白均低于对照组, 成骨细胞、血红蛋白含量均高于对照组, P<0.05。结论: 多发性骨髓瘤患者采用益肾强骨扶正法联合化疗治疗的效果显著, 可以促进症状改善, 同时使病变指标得到改善。

关键词: 多发性骨髓瘤; 益肾强骨扶正法; 化疗

中图分类号: R733.3

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2021.04.046

多发性骨髓瘤属于浆细胞恶性增殖性疾病, 患者会出现骨痛、高钙血症、感染症状, 还会伴随骨质破坏、贫血、高黏滞血症以及肾功能不全, 虽发病率

低, 但可危及患者生命安全。该病应用单纯化疗治疗的效果一般, 因此临床实践研究指出可以与中医药治疗方法联合应用, 以提高临床效果^[1]。本研究旨在