



認識：癲癇

癲癇小百科

患者及家屬必看

文／神經部 主治醫師 劉彥良

古希臘人認為，癲癇患者的靈魂被神帶走，只留下軀殼，隔了一段時間，神才把靈魂帶回人間。癲癇發作就像不定時炸彈，往往帶給患者與周遭親友恐懼和擔憂。本文將敘述關於癲癇症的一些重要觀念，希望能幫助想瞭解這個疾病的朋友。

流行病學調查指出，癲癇的發生率約為30-50/100000，盛行率為3-10/1000，男性略多於女性。在台灣，約有10萬到20萬的癲癇患者。癲癇患者的後代產生癲癇的機會為5-9%，也就是說，**超過9成癲癇患者的子女沒有癲癇，遺傳給下一代的機會低**。癲癇好發於20歲之前和60歲之後。嬰幼兒的癲癇可能與遺傳性疾病或先天腦部發育障礙有關，而老人家的癲癇與腦中風和腦腫瘤較相關。

所有的癲癇患者，都應接受至少一次的影像學檢查。當癲癇發作型態改變，也應重覆做腦部影像學檢查，以排除腦部實質上的病變。腦波檢查和血液檢查對癲癇患者的評估也很重要。發燒及意識狀態改變的癲癇患者，則應接受腦脊髓液檢查以排除中樞神經感染。由於半數以上的癲癇患者為原發性癲癇，在這種情況下，上述的檢查可能都沒有特異性的發現。

醫師按臨床症狀將癲癇分類

「癲癇發作」指的是腦部神經元放電所造成的異常表現，腦部放電位置不同，患者的表現自然不同。1981年，國際抗癲癇聯盟發表了癲癇分類的準則，這個準則是依照患者一些臨床表現與腦波紀錄來分類，但醫師們發現它很難記錄與診斷所有的癲癇發作，是以在1998年之後，完全以臨床症

狀來幫癲癇分類的準則逐漸廣泛地為醫師們所使用。

這份新的準則主要將癲癇患者的症狀分類成5大項：

- **預兆 (aura)**：完全是主觀的感覺，沒有任何客觀的身體變化可以被檢查者所觀察到。
- **自律神經系統發作 (autonomic)**：患者有（或無）感受到心悸及其他自律神經功能的變化，這些變化可以被檢查者觀察到。
- **解離性發作 (Dialectic)**：患者發作時，意識處在呆滯狀態，對外界刺激沒有反應，發作結束後對此過程亦毫無記憶。
- **動作性發作 (motor)**：主要的發作表現以動作為主
- **特別型發作 (special)**：無法以上述4種分類來描述的發作表現，通常是以負性症狀來表現，例如失張性發作 (atonic seizure) 或難動性發作 (akineti seizure) 等。

依照上述準則，醫師可以清楚描述病人每一次癲癇發作的型態。

癲癇患者用藥及停藥的原則

癲癇的治療以藥物治療為主，應依照患者發作的表現來選用藥物。藥物的使用遵循單一藥物逐步加到最高治療劑量，如果無效，再加用其他藥物的原則。半數病人使用一種藥物，癲癇即可達到良好控制；使用第二種及第三種藥物，可以使另外2-3成的患者，癲癇達到良好控制。

當患者連續兩年沒有發作，醫師可以考慮幫病人進行停藥，但不可一次全部停掉，應逐步減少藥量直到完全停藥。若過程中癲癇發作，則應將藥物加回原先的治療劑量。過去曾有全身性僵直陣攣型發作 (generalized tonic-clonic seizures)，或是停藥後腦波出現異常的患者，癲癇復發的機會較高。此外，育齡女性患者的癲癇藥物應避免使用valproate，因其造成畸胎的機會最高。懷孕的婦女不建議停藥，因為癲癇孕婦死亡率極高。此外，若患者服用避孕藥節育，應注意部分癲癇藥物可能會強化體內P-450酵素活性而增加藥物的代謝，使避孕的效果變差。





難治型癲癇的手術治療

另有少數難治型癲癇，可能要考慮使用外科手術切除部分放電的腦區或者截斷兩側大腦交連，使癲癇發作中斷。迷走神經刺激術是腦切除手術外的另一選擇，3成難治型癲癇的患者術後的發作可以減少一半左右。

癲癇發作時的急救須知

當患者癲癇發作時，應將其周遭的障礙物移除，避免患者受傷。切勿用力壓制患者，因為可能造成患者骨折或其他壓創傷。若患者牙關尚未緊閉，可以在患者口中塞入毛巾減少咬傷，若牙關已緊閉，則勿用力撬開。事實上，患者雖然可能咬傷自己的舌頭及嘴唇，但咬斷舌頭的機率極低。

當患者發作時間較長，超過30分鐘，或發作一次後，意識尚未恢復即發作第二次，為癲癇重積狀態，是癲癇的急重症，死亡及造成腦部恆久傷害的機率高。所以當癲癇發作超過5分鐘，應立即送醫以免延誤病情。

日常生活應注意事項

癲癇往往使患者日常生活受到限制，以及造成社交障礙。但是，大部分患者在與醫師配合，按時服藥的情形下，病情可以達到良好控制，縱有發作，嚴重度及頻率也不高。只要注意規律作息，減少壓力，同時避免暴露在有閃光的環境如pub或欣賞過度刺激的電影，在適合的生活方式下，癲癇患者一樣可以歡唱屬於自己的生命之歌。🌍