



淺談頑固型癲癇

北醫兒童癲癇團隊 全方位癲癇精準治療

■ 文/北醫附醫兒童神經科 蔡明蘭醫師

癲癇不可怕，它是一種大腦的「暫時性斷電」或「過度放電」；當大腦皮質的神經元突然出現同步且強烈的放電時，孩子的動作、感覺、意識甚至是自律神經就會出現短暫的改變；兒童癲癇發生率在台灣是千分之零點六至零點七。

診斷癲癇條件（需要同時滿足以下）

發作次數：至少發作2次以上。

間隔時間：兩次發作之間超過24小時。

與家長一起努力治癒孩子

根據臨床數據，藥物反應佳約有70-80%，患兒透過藥物控制能得到良好的改善；一般而言，用藥後，完全不再發作二至三年，再參考腦波的檢查，可考慮逐漸停藥。

藥物治療的結果，有一半以上的患者可以完全不再發作，約有二十至二十五百分比會再復發，此時就須再度接受治療；如果不吃藥或隨便停藥，抽搐易反復發作，有時甚至會造成癲癇重積狀態，甚至會危及生命。

頑固性癲癇

雖然多數孩子恢復良好，但仍有約20-30%的孩子屬於「抗藥性癲癇」（又稱頑固性癲癇）；當孩子已經嘗試過2種合適且足量的抗癲癇藥物（不論是單獨或兩種合併使用），卻仍然無法有效控制發作時，醫學上就會考慮此診斷。

除了一般檢查之外，癲癇如果有合併發展較為緩慢或是對藥物反應不佳，基因及代謝的檢查也非常重要，特殊的基因或代謝問題可以用特別的治療方式，例如葡萄糖轉體1缺陷（GLUT1

Deficiency) 對生酮飲食的效果甚佳。

如果是屬於「抗藥性癲癇」（又稱頑固性癲癇）第一階段需要詳細的評估適合哪些癲癇治療，會透過兒童神經外科來進行癲癇手術；而遇到找不到病因的患者，就必須進行頑固性癲癇的術前的評估。

Phase 1 (第一階段)： 非侵襲性

臨床診斷包括詳細病史及癲癇型態、基因及代謝的檢查、長程錄影腦電圖瞭解發作時放電位置、3T核磁共振掃描（MRI & fMRI）、核子醫學 / 正子掃描（SPECT / PET）、神經心理評估（neuropsychological evaluation）有時需要住院詳細評估。

如果病灶部位適合外科手術，可透過癲癇手術配合大腦皮質腦波來到癲癇完全無發作的狀態（seizure free），尤其是誘發癲癇的腫瘤、血管異常、顳葉硬化，大腦皮質發育異常等等的個案適合外科手術；有些癲癇型態則適用於胼胝體切除或是功能性大腦半球切除術，皆需要詳細評估何種治療最適合個案。

第二階段的評估 (Phase 2)： 針對部分個案

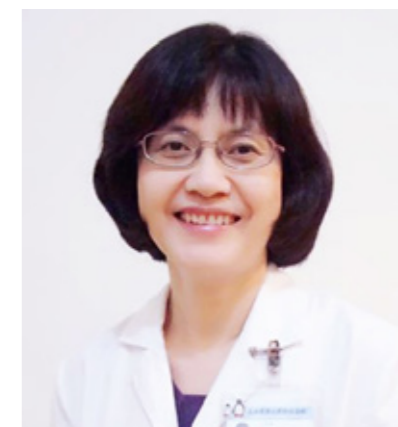
通常為多病灶或病灶不明個案，顱內深部電極置入（SEEG and extraoperative腦皮質腦電圖），直接記錄腦部表面與深層的癲癇波，必要時使用電刺激誘發癲癇發作，功能性磁共振（f-MRI）或WADA test視情況來作，以找到病灶進行精準手術治療，或以微創手術例如熱凝手術來治療。

藥物及飲食治療

現在很多新藥上市作用機轉也趨於廣泛，另外還有荷爾蒙治療、生酮飲食治療等治療方式，以改善癲癇小朋友的生活品質為最終目標。

本院兒童癲癇團隊已經非常成熟，先經過完整的評估及藥物治療，並根據患者病史及臨床症狀，施行兒童癲癇的診斷，包括基礎的實驗室檢查（血液），腦電圖（腦波）包括一般清醒、睡眠、長時間及特殊電極錄影腦波、影像檢查（3T磁振造影檢查）等等。

對於抗藥性癲癇的個案，建議要進一步評估，決定是否可以手術治療移除癲癇病灶，或是胼胝體切除等術式，來達到無癲癇發作（seizure free），最終停止服藥的目的；如果不適合手術，則可以針對不同的癲癇個案來做量身打造，例如飲食生酮治療，迷走神經刺激術（VNS）深部腦部電極刺激術（DBS），經顱磁刺激（TMS）等等；做精準的治療，以改善癲癇小朋友的生活品質為最終目標。



蔡明蘭醫師

門診時刻表

時間	一	二	三	四	五	六
上午		●				●
下午	●			●		
夜間						