

癲癇其實不可怕

環安衛中心衛生保健組 翟文菁 編制

前言

「癲癇」，早在西元前就已被發現，在科學未發達前癲癇被認為是一種超自然、出於神旨的「神聖病」或是魔鬼附身的疾病，後來也曾被誤認為是精神方面疾病。過去癲癇在台灣通常被稱為「豬母癲」或「羊癲瘋」。癲癇的盛行率約佔總人口的0.5~1%左右，在台灣約有20~30萬人罹患癲癇，但因社會上普遍存在著對於癲癇的不了解以及傳統歷史文化的歧視，使得很多人排斥這樣的診斷，甚至忌諱就醫服藥，故在各醫院診治的病人總數卻遠少於此。

定義

癲癇是源自於大腦不正常功能，導致腦部出現異常癲癇波，引起發作的疾病。其定義為兩次以上發作（發作同時沒有下述可能引起發作的特殊原因，例如：感冒、發燒、感染、血糖過低或過高、電解質不平衡、藥物過量、酒精戒斷、酒精中毒、極度心理壓力、睡眠不足等），兩次間隔須大於24小時。

發作的的原因

簡單地可分為先天性及後天性原因。

- 一、先天性原因：先天性腦部畸形、遺傳、先天代謝異常。
- 二、後天性原因：
 - (一) 構造型病變：出生前後腦細胞缺氧、腦部外傷、腫瘤、血管異常、中風、出血、感染或退化疾病。
 - (二) 代謝性病變：如血糖太低或太高、腎功能異常、電解質不平衡、藥物或酒精。

診斷及檢查

當癲癇發作超過一次，建議盡快諮詢神經內科專業醫師進行診斷，進行所需要的相關檢查，如下：

- 一、醫療病史：蒐集關於發作前、中、後的資料，參考目擊者說詞相當重要。另可詢問意識喪失前有否特殊的感覺或前兆(aura)，前兆是發作的一部份，可以幫助癲癇的診斷及放電病灶的定位。病人意識喪失後病人自己不知道發生什麼事情，如果目擊者有觀察到病人有臉色發紺、眼睛上吊、全身抽搐、牙關緊閉，癲癇的診斷大多可以確定。如果無目擊者，意識喪失後發現有合併大小便失禁、身體受傷(跌倒頭部及肢體挫傷、骨折)、舌頭咬傷及記憶空白或失憶症(amanesia)，常常暗示腦部有不正常漏電或放電造成意識喪失及癲癇發作。
- 二、身體檢查：與身體其他系統相關的內科疾病也可能導致癲癇發作，一般的內科檢查及一些檢驗能讓醫生知道你的肝臟、腎臟及其他器官系統是否運作正常。
- 三、腦神經檢查：由腦神經專家進行檢查，檢視你的大腦及其他神經系統的運作狀況，並請專家定期複查。
- 四、腦電波圖：將細小電線貼在頭部上，以紀錄腦電波活動，發作期間或發作間隔之間的腦波可能會呈現特殊的波形，可幫助醫生判斷是否患有癲癇。
- 五、核磁共振攝影(MRI)及電腦斷層掃描(CT)：用來尋找可能導致發作的任何生長、傷疤、或其他腦內狀況。
- 六、正子放射型電腦斷層掃描(PET)：利用照像來確認腦中導致發作的區域。

臨床分類如下：

- 一、部份性發作(Partial seizure)：
 - (一) 單純型部份發作(simple partial seizure)。典型的症狀包括局部肢體抽搐、局部有異樣感覺、伴隨自律

神經的徵候（如血壓變化、心跳改變、雞皮疙瘩等）、有精神或情緒徵候（如失落感、恐懼感等），此時患者尚有意識。

(二) 複雜型部份發作 (complex partial seizure)。典型的症狀在發作前會有前兆、意識障礙及合併自動症（如口中喃喃自語、手亂抓東西、反覆解扣動作、嘴巴發怪聲）到處亂走、跑步、騎車），但病人對發作當下的行為並無記憶。有時可演變成繼發性全面大發作。

(三) 部份型發作繼發全面發作 (partial seizure with 2nd generalization)。

二、全面性發作 (Generalized seizure)：

(一) 失神性發作 (absence seizure)，俗稱的小發作。典型的症狀會有短暫性失神狀態，病人表情呆滯、眼睛直視前方或反覆眨眼，發作時動作或講話暫時停止，發作症狀通常持續幾秒到 30 秒，發作結束後病人無意識混淆現象可繼續原來動作或工作。

(二) 肌陣攣性發作 (myoclonic seizure)，又稱為肌抽躍性發作。典型的症狀會有頭部、軀幹、或肢體肌肉呈現短暫、不規律性且似觸電般抽動，此不規則躍動常發生在晚上剛入睡時或早上剛清醒時且可能表現在局部或兩側身體。

(三) 陣攣性發作 (clonic seizure)，又稱為抽躍性發作。

(四) 強直性發作 (tonic seizure)。

(五) 強直陣攣性發作 (tonic-clonic seizure)，俗稱的大發作。典型的症狀會有突然倒地（有時大叫一聲），意識喪失、眼睛上吊、牙關緊閉、口吐白沫、四肢僵硬及抽筋、常伴有大小便失禁及舌頭咬傷。發作完後病人呈現嗜睡、意識混淆及失憶現象。

(六) 失張力性發作 (atonic seizure)。顧名思義也就是身體突然間會喪失所有肌肉的力氣，整個人會碰一聲摔下去，時常導致摔傷甚至摔斷骨頭。此亦肇因於整個腦子瞬間不正常

的放電所致。發作的瞬間病人是否有短暫喪失神智則無法得知，因為發作的瞬間亦太短暫了。通常好發於嬰幼兒，青少年亦偶可見之，有這種發作是非常不好的跡象，因為通常會合併有嚴重智能不足，且極不易以藥物控制，多發生於各種先天或後天之嚴重腦病變。

日常照護

一、定期回診。

二、遵從醫囑服用藥物治療。

三、有發作前兆，馬上找安全的地方躺下。

四、避免有稜角的傢俱及洗澡勿採盆浴，減少因意外發生時造成的傷害。

五、減少或避免開車及騎機車。

六、病人應隨身攜帶癲癇日誌：詳細觀察、記錄情況，包括發作的形態次數、服用藥物的名稱、劑量。

七、減少誘發因素。

(一) 不熬夜、保持睡眠充足及維持生活規律。

(二) 避免酒精或其他誘發癲癇藥物。

(三) 減少壓力並注意身體是否有發燒、感冒等狀況。

(四) 避免特殊的誘發原因 (ex: 強光刺激、聲音刺激、音樂...)

發作處理

一、保持鎮靜並確認旁邊有否其他人可以幫忙。

二、勿約束、強抓病人或試圖停止抽搐動作。

三、確認發作時間（就醫時告訴醫師）。

四、清理病人發作時四周環境，避免頭部及四肢受傷。

五、解開領帶或領口以免呼吸困難。

六、讓病人平躺並用柔軟的東西支撐頭部。

- 七、輕轉頭部到側邊讓口中東西（食物、唾液）可以流出來，以維持呼吸道的通暢。
- 八、勿塞任何堅硬東西到病人口中（筷子、湯匙、手指...）來防止舌頭咬傷。
- 九、發作時通常不需人工呼吸來急救，通常五分鐘內（大多數2到3分鐘）會自然停止。
- 十、陪伴病人直到發作停止。如果持續抽搐超過五分鐘或一次發作後病人尚未甦醒時立即發生第二次發作或第三次發作（持續癲癇發作狀態），立即送醫院急診處理。

病人何時可停抗癲癇藥物

並非每一位癲癇病人都適合停止抗癲癇藥物。停藥與否需依每一個病人個別情況來決定，須和醫師充分討論。

交通規則須注意

為保障用路人安全並兼顧癲癇患者的交通需求，交通部於109年9月7日修正「道路交通安全規則」，放寬符合特定條件的癲癇患者可考領駕駛執照。

- 一、患有癲癇疾病符合第六十四條第一項第一款第六目之1(檢具醫療院所醫師出具最近二年以上未發作診斷證明書者，不在此限。)但書規定者，得申請機車或普通小型車駕駛執照考驗，其駕駛執照並自發照之日起每滿二年換發一次。
- 二、前項駕駛人應於駕駛執照有效期限屆

滿前後一個月內，檢具最近三個月內由醫療院所之神經內科、神經外科或兒科且曾參加神經相關專業訓練醫師（以下簡稱醫療院所醫師）出具最近二年內未癲癇發作並加註專科醫師證照號碼之診斷證明書，向公路監理機關申請換發駕駛執照，或於原領駕駛執照以加註方式延長有效期間；其以加註延長者，並應依第五十二條第一項前段規定(汽車駕駛執照自發照之日起每滿六年換發一次，汽車駕駛人應於有效期間屆滿前後一個月內向公路監理機關申請換發新照。)辦理駕駛執照之換發。

總結

在知識爆炸、思想開放的今日，大部分的癲癇患者仍持續畏縮的活在陰影中。事實上大部分不發作的時間裡，他們的智能、言行、思考可以完全如常。當我們有進一步的認識，相信可以讓大眾更接納癲癇。

參考資料

馬偕紀念醫院

https://www.mmh.org.tw/know_health_view.php?docid=780

台灣癲癇醫學會

<https://www.epilepsy.org.tw/knowledge>

澄清醫院中港分院

https://ck.ccgh.com.tw/doctor_listDetail73.htm

康健雜誌

<https://www.commonhealth.com.tw/article/86816>