

北醫附醫以兒童癲癇團隊精準治療，助病童重回正常生活

2025-04-15

兒童癲癇發生率在臺灣是 0.6~0.7‰，臨床上會根據病人病史及臨床症狀，包括基礎的實驗室檢查（血液）、腦電圖（腦波）、一般清醒/睡眠/長時間及特殊電極腦波、影像檢查（3T 磁振造影檢查）等加以診斷。臺北醫學大學附設醫院兒童癲癇團隊為多專科團隊合作，可針對不同的癲癇病童量身打造治療方案，精準治療病灶，以改善癲癇病童的生活品質為最終目標。

若經診斷為癲癇，病人必須長期服藥，用藥後，若 2~3 年完全不再發作，則可參考腦波的檢查，考慮逐漸停藥。50%以上的病人透過藥物治療可完全不再發作，但約有 20~25%的病人可能再復發，此時需要再接受治療。值得注意的是，癲癇病人若要停藥，需接受醫師指示，不可驟然停藥，若自行停藥，抽搐容易反覆發作，可能造成癲癇重積狀態，甚至危及生命。

目前很多治療癲癇的新藥，作用機轉也趨於廣泛，同時還有荷爾蒙治療、生酮飲食治療、癲癇手術、迷走神經刺激術及深部大腦刺激術等多種治療方式，提供病人更多的治療選擇。除了一般檢查外，癲癇若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用特別的治療方式，早期診斷、早期治療，例如葡萄糖轉體 1 缺陷（GLUT1 Deficiency）對生酮飲食的效果甚佳。【右圖：北醫附醫兒科部兒童神經科蔡明蘭醫師】



兒童癲癇患者中約有 20%雖然透過藥物治療，也難以完全控制，屬於抗藥性或頑固性癲癇，需要詳細評估適合的治療方式，包括需要詳細的評估，是否適合以外科手術治療。術前須了解病人的病史並確定病因，若病因尚不明，則需進行頑固性癲癇的術前評估，看看是否有機會手術，可以不再發作，進而改善生活品質及認知學習，會以特別的進行方式觀察病灶及發作型態。

此外也可透過核子醫學檢查觀察糖分的代謝（即正子檢查），第一階段非侵

襲性檢查，臨床診斷包括詳細病史、癲癇型態、用藥反應、長程錄影腦電圖了解發作時放電位置、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）。

部分病人需要做第二階段的評估，通常為多病灶或病灶不明個案，透過顱內深部電極置入（SEEG、Extraoperative 腦皮質腦電圖），直接記錄腦部表面與深層的癲癇波，必要時同使用電刺激；功能性磁振（f-MRI）或 WADA Test 視情況進行。

若找不到病灶跟固定的放電點，就視癲癇型態是否合適進行緩和性手術，例如迷走神經治療、胼胝體切除術及深部腦部電極治療 DBS 聚焦超音波（Focus Ultrasound）等。若以外科手術治療，小兒/成人的癲癇手術需要兒童神經外科與神經科的配合，再加上復健科、營養師、神經影像科醫師以及麻醉專業與加護病房等團隊，跨團隊攜手合作治療頑固型癲癇。（文/蔡明蘭，北醫附醫兒科部兒童神經科主治醫師）