

告別

伊比力斯

EPILEPSY 癲癇治療新里程



「癲癇」，英文病名 Epilepsy，源於古希臘語，原意為被不可抗拒的因素所抓住。伊比力斯症患者常因腦部不正常放電，導致意識、運動、感覺等瞬間急遽變化；但令人訝異的是歷史上許多偉大的藝術家、作家、領導者，如貝多芬、莫泊桑、梵谷、亞歷山大、凱撒大帝、拿破崙等，都是伊比力斯症病友。

全臺灣目前約有二十萬人罹患伊比力斯症，由於被投以異樣眼光，並常在睡眠間發作，造成無數病友家庭夜不成眠，為保護病友尊嚴，二〇〇七年臺灣醫界將「癲癇」更名為「伊比力斯症」。

花蓮慈院早在二〇〇三年就已成立癲癇治療及研究中心，治療成效豐碩，論文獲獎連連；二〇一〇年九月更與交通大學組成跨院校神經醫學科學團隊，透過科學、生物和醫學合作所研發的晶片組，更精確地偵測與記錄伊比力斯症的放電位置和周期，適切阻斷腦中放電來源或切除病灶，告別無端來去、任意放電的伊比力斯夢魘……



文 / 黃思齊

「在小禎四歲那年，有一天剛睡著不到十分鐘的她，突然坐起來然後眼球往左邊看，我們兩個就知道不對了！」回想起第一次發病的晚上，小禎的爸媽至今仍然心有餘悸。

原本就跟一般孩子一樣開朗活潑，語言跟肢體動作發展都很正常的小禎，從四歲開始，就常常在睡夢中突然醒來，眼睛斜視全身僵硬，嚇得小禎的爸媽帶著她，找了很多醫師檢查後，才知道原來小禎罹患了「伊比力斯症（Epilepsy）」，也就是一般人聽到的「癲癇症」。

睡眠期發作高峰 發病急且猛

藉著藥物的控制，小禎發病的次數與症狀慢慢穩定下來，小禎的爸媽也抱

持著「應該會這樣好下去」的想法，沒想到小禎到了六歲之後，每次發病的症狀變得越來越嚴重，甚至還出現氣喘、缺氧的症狀，即使在服用了醫師調整過後的藥物，還是沒有明顯的改善，反而是包含眼睛斜視在內的後遺症越來越明顯。

「剛開始看到她喘不過氣缺氧的時候，我們兩個都緊張得不知道要怎麼辦，打電話叫救護車，還一直哭著求他們救我女兒……」，面對小禎無預警的發病，辭去工作專心照護小禎的高女士與先生，除了要學怎麼急救，在家裡、車上隨時都會準備好氧氣筒與人工甦醒急救球，並且夫妻倆還會預先做好分工，當小禎發病的時候，一個負責開燈拿氧氣筒，另一個就負責記錄時間與發



● 哈鐵木爾醫師與辛裕隆主任以腦部模型向小禎和父母講解腦部構造和治療方式。

病癱狀，之後才能向醫護團隊說明整個過程。

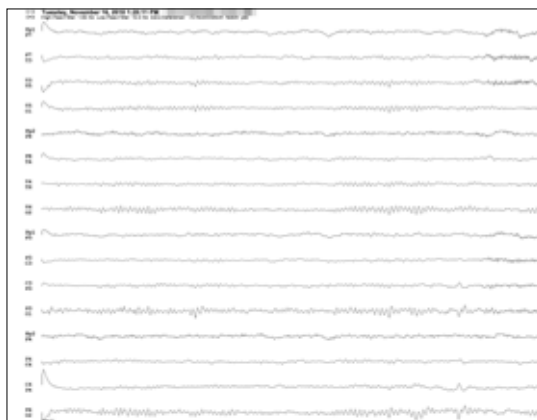
「我們最擔心的不是伊比力斯症發作，而是發作時造成的意外！」

對一般人來說，伊比力斯症的發作是無法預期的，即使許多個案的發作確定與睡眠有關，可是還是無法準確知道下一刻會不會發作，所以，每當發作的時候很可能會造成意外。有一位身高超過一百九十公分，體重一百四十公斤的病患，每當他發作的時候，他的父母親只有放任他，因為沒有人可以攔阻他做出任何發作的動作，只要想去攔阻就會受傷。而像小禎這樣的孩子，常常就是會跌得全身是傷，曾有病友嚴重的摔到門牙斷裂甚至骨折。

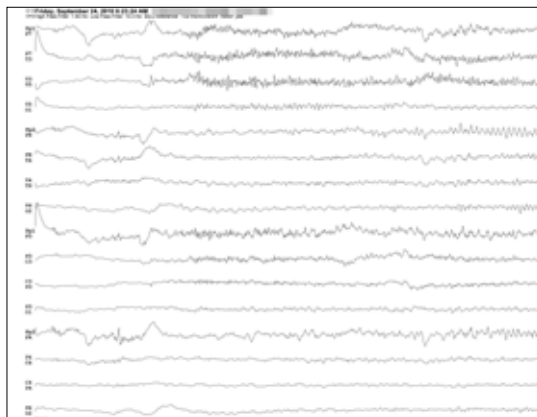
常在睡眠時發作的伊比力斯症，常常在睡著後不一會兒就會發作，不但造成小禎嚴重的睡眠障礙，也讓小禎的爸媽開始害怕「睡覺」，小禎一家十幾年來幾乎沒有一晚睡過好覺，這樣的生活一直持續到二〇〇六年的某天，高女士在電視上看見花蓮慈濟醫院神經醫學科學中心團隊協力讓伊比力斯患者找回正常的生活，當下便決定帶著小禎從南部來到花蓮。

研發晶片精確偵測 阻斷與切除放電源

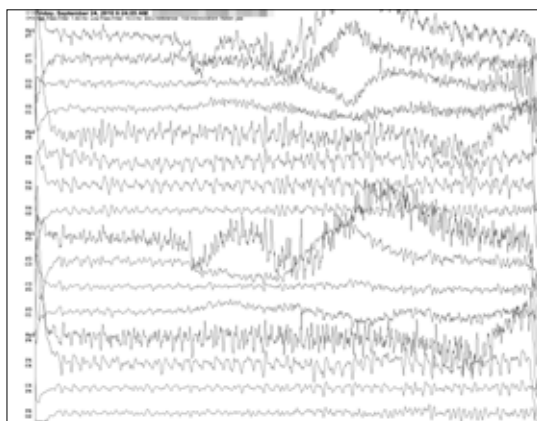
「那時候辛醫師說要住院檢查，問我們說方便嗎？需不需要先回去準備行李？當場我們毫不猶豫地說，馬上辦手續！行李已經帶在身邊！」



● 正常的腦波在熟睡時非常的平穩。



● 伊比力斯症剛發作時，右前額葉開始出現不正常的腦波。



● 伊比力斯症劇烈發作時，腦波記錄出現劇烈抖動。

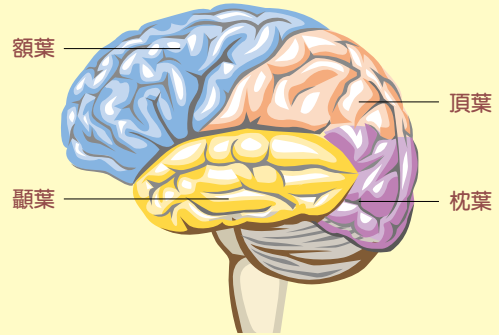


「住進來的第一天晚上，辛醫師調整了用藥，小禎睡得很熟，我才發現她可以跟一般的孩子一樣睡覺。」成功的第一步，讓小禎的父母在心中燃起了一線希望。

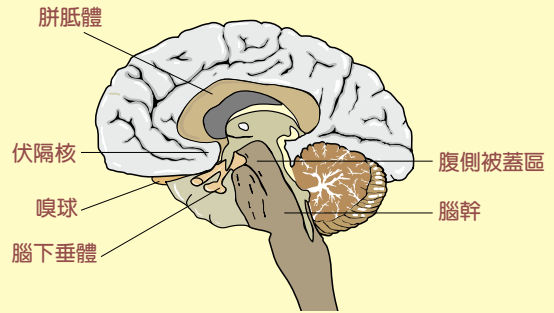
經過詳細的檢查後，花蓮慈院神經內科主任辛裕隆醫師表示，小禎屬於比較難分辨類型的伊比力斯症，因為沒有明確的致病原因，譬如說遺傳、感染或是撞擊等造成腦神經缺損的原因，但是確實在發作時出現全身抽搐的症狀，行為跟智能發育方面也漸漸受到影響。更重要的是，小禎罹患的是頑固型的伊比力斯症，簡單來說就是藥物最終還是無法控制發病狀況，這時候病人與家屬剩下的選擇，就是手術。

在與辛裕隆主任和花蓮慈院神經外科哈鐵木爾醫師討論過後，為了避免小禎發作時全身抽搐、缺氧的症狀會造成其他影響，二〇〇八年家屬決定讓小禎接受了胼胝體切割術（Corpus

側視圖(由左側看)



- 大腦皮質可分為四區，都有可能不正常放電，目前最常發生的個案大都出現在額葉和耳朵位置的顳葉。



- 胼胝體是左右腦間的橋梁，由一束神經纖維將兩個腦半球連結起來，不斷的往返運送訊息，若一側腦不正常放電，也有可能透過胼胝體傳向另一側大腦。



- 哈鐵木爾醫師（右）拿出晶片組預備植入腦中。



- 辛裕隆醫師（右一）連接晶片組，進行腦波的探測。攝影／黃思齊

Callosotomy) , 切除胼胝體以分隔左右大腦半球。如此一來發作時不正常的放電活動就不會傳向另一側大腦。

「雖然他們說是小手術，但是小禎整整一年十個月都沒有再發過病！我們也沒有再用氧氣瓶了。」就當小禎的爸媽稍微放下心中那塊大石的時候，遺憾的是，二〇一〇年當小禎升上國中後，她的伊比力斯症再度發作了！突如其來的變化，讓小禎的父母一時慌了手腳。而醫護團隊則是馬上安排小禎接受檢查，確認是否可以接受進一步「病灶切除術」，切除腦部異常放電的部位。

辛裕隆醫師表示，罹患伊比力斯症的人，其實一輩子都會有再發生的風險，很少有病人能痊癒到終身不用再服

藥。切除手術對腦部來說畢竟還是一種傷害，可是如果真的有一個疾病區，留著它，它其實並不會有功能，可是卻會一再地造成伊比力斯症的發作，切除勢必是個選擇，所以，對臨床醫師來說，如何找出有可以切除的癲癇病灶，精準確定疾病區的位置，同時評估手術切除病灶後是否會對病人產生不當的神經缺損，就變得特別重要。

「我是一個臨床醫師，病人就是我最好的老師，但是我知道我沒有太多時間去做研究實驗。」守護生命的團隊不單單只能侷限在醫院，對包含辛裕隆在內的每個臨床醫師來說，無不希望能提供更好、更適當的醫療服務，所以，花蓮慈院神經醫學科學中心，已經結合中央



● 與花蓮慈院合作的大學技術開發人員至手術室了解晶片的運用，辛裕隆醫師對他說明腦波的解讀方式。

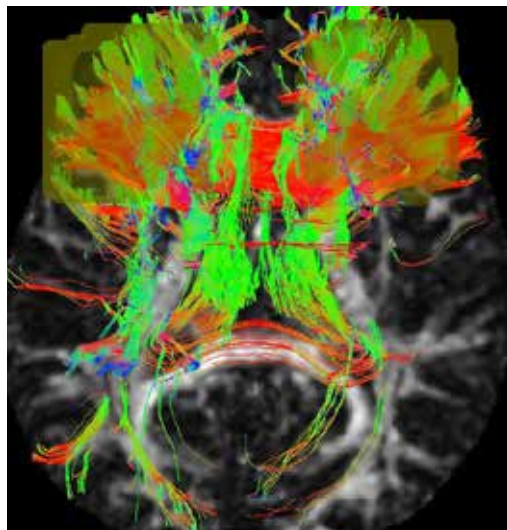


大學、交通大學、成功大學的資源，組成跨科、跨院校的團隊，透過各項專業整合儀器、腦波訊號分析與實驗，研發出一套系統，透過埋在腦內的電芽和電極的晶片組作用，不但能比現在更精確的偵測腦部異常放電的時間與位置，也能收集數據，依據發病前後的癱狀，偵測發病的時間、空間因素。因為精確的偵測，讓需要手術切除的放電部位可以縮小得更精確，不會對生活造成影響，小禎也成為第一位使用這個系統的病人，找出伊比力斯症的「致病機轉」。

「我們相信辛醫師與哈醫師！」四年多的互動下來，跟醫護團隊建立起良好的信任關係，聽到又要再開一次刀，小禎的爸媽心裡其實沒有太多掙扎，而且很高興這次開刀，不只是為了治療小禎，還能為研究團隊提供研究的數據，小禎的爸媽表示，希望這一次的開刀，能幫助所有罹患伊比力斯症的病友，尤其是有那些罹患伊比力斯症的孩子們，能夠接受到最直接、最適當的治療。

從年初的切除手術後至今，小禎已經超過半年沒有發病，語言組織能力、專注力與右側肢體的活動力也透過復健慢慢恢復中，雖然小禎的爸媽到現在還不敢讓她單獨睡，但是看著小禎一天天的恢復，慢慢學會自己照顧自己，就是一件最幸福的事情。

● 小禎和父母溫馨全家照。小禎與許多伊比力斯病友一樣，擁有獨特的天賦，她對數字特別的敏銳，曾吸引媒體報導。



● 辛裕隆主任製作的伊比力斯症病患腦磁共振攝影神經纖維重組圖型，以綠、紅、藍代表腦部前後、左右、上下神經，以研究腦部纖維較少與伊比力斯症的關聯。



伊比力斯症簡介

癲癇的英文「Epilepsy」來自希臘語，原意是被超自然的力量抓住。二〇〇七年取英語音譯正名為「伊比力斯症」，是一種腦部神經細胞重覆發生突然過度放電導致的臨床現象。伊比力斯症狀包括意識、運動、感覺等瞬間功能變化（障礙），約有二十種左右不同的發作表現。其中有近百分之四十的病人目前仍找不到確切的發生原因；而找得到的主要原因是「腦部傷害」，包括生產傷害、熱性痙攣、頭部外傷、腦炎、腦膜炎、中風、先天腦部發育異常、腦血管畸形、腦瘤……等等，至於遺傳的因素並不明顯。約有八成的病人可以藥物的治療後獲控制或減少發作。

終身相隨可控制 放電人生不褪色

伊比力斯症發作時，除了無意識的動作容易受傷外，突然間的抽搐也會造成肌肉拉傷，頻繁發作時還會造成睡眠障礙，甚至影響智力的學習。辛裕隆醫師表示，從流行性病學的角度來看，每十萬人約有一百多人患有伊比力斯症；換句話說，臺灣二千三百多萬人當中，至少有超過十五萬人罹患了伊比力斯症。可是他們並沒有受到像腫瘤、癌症等病人那般的被重視，因為罹患伊比力斯症沒有立即的死亡風險。可是伊比力斯症卻是跟隨病人一輩子的問題，影響的是病人與家屬未來的生命和生涯。

特別值得注意的是，目前部分社會大眾對伊比力斯症的認知有誤，以及伊比力斯症病人的自我認知不足，病人可能受到誤解、歧視、排擠，甚至沒有或無法正常接受教育訓練，取得工作機會，甚至有的人誤以為伊比力斯症是精神疾

病，但其實伊比力斯患者就跟一般人一樣，可以正常就學、工作、交友、結婚。辛裕隆醫師也以十年前花蓮慈院第一例接受「病灶切除術」的病友，目前已經結婚生小孩，而且不用吃藥的成功案例，鼓勵所有因伊比力斯症所苦的病友及家屬，永不放棄追尋幸福的機會。



● 本身是伊比力斯症病友的李詩敏，也是花蓮慈院的糖尿病中心護理師。伊比力斯症病友跟一般人一樣，可以在職場和人際網絡上發光發熱。



探測腦波

癲癇治療

與研究跨新頁



花蓮慈院神經內科辛裕隆主任（左）和神經外科哈鐵木爾醫師（右）是最佳拍檔。攝影／黃思齊

口述 / 辛裕隆 花蓮慈濟醫學中心神經內科主任

今年九月，慈濟醫院由林俊龍院長與交通大學吳重雨校長代表簽署學術交流協定，組成跨院校神經醫學科學團隊，結合頂尖醫療和學術團隊，建立臨床醫學與生技工程的交流平臺，將整合研究資源與學術研究、共同舉辦研討會等多方面的合作交流，促進生醫工程研究快速發展，提供更好的醫療服務。

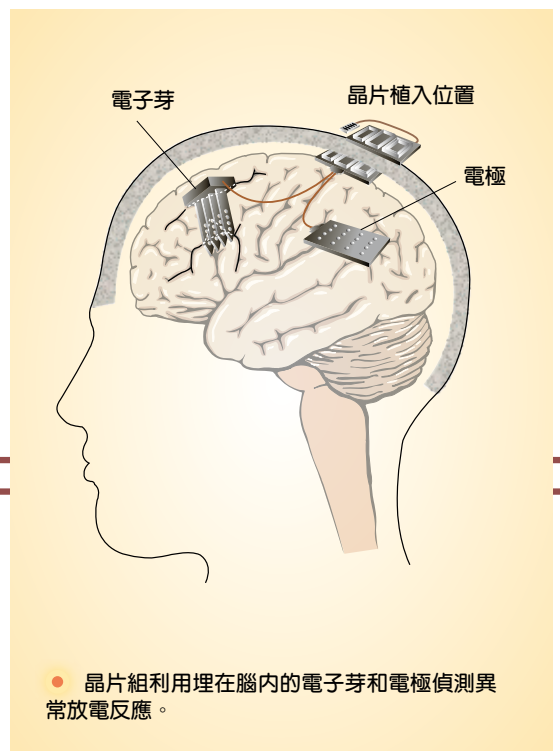
隨著醫療科技的進步，原本只存在於科幻小說中的人體植入裝置與技術，已經被應用在現實生活，其中最為廣泛應用的，除了全球已經有十幾萬人植入的人工電子耳之外，就是常被應用於治療巴金森氏症等運動障礙疾病的深部腦刺激晶片，癲癇治療也是如此。

回想我初到慈院服務時，第一個接受腦部晶片植入手術的癲癇病人，他當時在南部一家醫院接受治療時，為了要抑制癲癇症狀發作，須服用四種藥，但仍整天只能臥床在家，無法改善症狀，直到神經外

科哈鐵木爾醫師和我，透過腦波檢查進一步診斷、手術治療，才遠離病苦。目前這位病人已結婚、生子，而且沒有吃藥了。也就是說，我們正確的診斷與治療，改變了病人及他的家人的一生。

經由適當的診斷，給病人適當的治療是很重要的，也就是一定要有正確的診斷，才能決定下一步可以為病人做什麼。神經科醫師為病人做的事就是臨床診斷，可是病人往往在就醫做檢查的時候，腦波正常，下次再做，還是正常；但在家時卻再三發作，摔倒、晚上醒過來時發現床頭有血……，於是就被投以癲癇用藥治療。

因此，花蓮慈院在二〇〇三年成立癲癇治療及研究中心，以各項檢查儀器，在病人發作時，明白地找出腦部不正常放電的位置。相關檢查包含重覆執行的長期腦電圖及同步影像紀錄，二十四小時頭部腦電波檢查，清楚記錄腦部表面各個小區域的電磁波及癲癇波，可正確診斷癲癇





● 哈鐵木爾醫師（左）致力幫助癲癇兒童族群，用細膩的心眼看到肉眼看不到的神經功能，今年更獲得臺灣癲癇醫學會年會壁報論文首獎肯定。攝影／黃思齊

型態、評估預後、及用藥。而功能性的磁振攝影、正子造影等腦部影像學檢查，可偵察是否有腦器質病變而導致癲癇，此外，由於部分癲癇有家族遺傳的傾向，醫院與慈濟大學也可以利用基因篩檢，了解有無常見的基因突變。

長期觀察正確診斷 七成以上病情可控制

我們透過整合，用相同的儀器檢查、正確診斷等方式幫助病人。正確的診斷方式有時候需要長時間持續的觀察與評估，才知道醫療處置對不對，包括病人的用藥，且除了藥物以外，病人是不是可以藉由手術來改善症狀。

曾經有個十二歲男童，自八歲起因再生不良性貧血，每星期固定接受輸血治療，四年後，家屬發現男童在暈意時出現頭部屈轉、四肢不時抽搐與呼吸急促等症狀。在未記錄腦電圖之前，病人的



● 辛裕隆醫師在電腦前研讀腦波訊號的意義。透過長期腦電圖與肌電圖監視，可以確認病人的放電屬性，給予正確的治療。攝影／黃思齊

抽搐無法完全被藥物控制，甚至在發作時，還可能會有被痰哽住或異物噎到等現象。經長期腦電圖及表面肌電圖監視發作時的腦波與肌肉動作電位，確認病人的抽搐動作是源自於腦皮質的不正常放電，診斷為肌躍性痙攣，正確用藥後病情也獲控制。

也曾經有個年約五十歲的中年職業駕駛，因發生二次與他人輕微擦撞的車禍而來醫院求診，病人主訴經常出現短暫失神，兩次車禍皆是在開車時短暫失神所釀成。但進一步尋問旁觀者，患者沒有被發現有僵直抽搐或陣攣的症狀。經接受二十四小時腦電圖及同步影像記錄等檢查，證實病人在左邊顳葉有陣發性的棘波，是為複雜性局部發作症狀，接受藥物治療後，已回歸正常生活。

正確的檢查可輔助治療，約有百分之七十以上的癲癇病人，可用藥物控制良好；至於少部分患者，可採用外科手術

阻斷放電，另外許多的研究試驗發現利用伽瑪光刀照射如腦部的海馬迴可以控制一些顫葉癲癇的病人，或者如植入電極刺激特定腦神經核的深部腦刺激術也開始使用在頑固型癲癇病人。

醫教合作數位化 見微知著獲肯定

這幾年來，癲癇治療及研究中心在分析癲癇疾病相關資料的過程，發現需要借助現代資訊科技的分析能量、力量，或者說是需要資訊分析程式幫助醫療團隊系統分析資料，以進一步還原病人的實際情況，更了解病人的病情。我們因此與慈濟大學醫學資訊系、所的教師及學生在相關研究領域多有合作、配合，將累積多年的個案資料轉化成有用的數位資料，導入現代醫學科技，幫助醫療團隊更能還原病人病情的實際情況。藉

由與慈大沈祖望博士的合作，癲癇團隊在二〇〇八年台灣癲癇醫學會年會獲頒國際會議壁報論文獎，並囊括前三名。

沈祖望博士所提供的程式跟資訊分析的能力，讓醫療團隊能夠把病人的病症資料，例如經由核子醫學、磁振造影檢查出的訊號等，可以把這些訊號放大，或者說把訊號的反差加大；也就是說在現有的科技儀器當中，可能看起來是屬於灰色地帶的訊號，可以藉由資訊程式分析的後處理，把這反差加大，然後使醫療團隊可以看得更細微，所謂的更能見微知著。「Fuzzy analysis on MRI image for focal cortical dysplasia (FCD) pre-screening / 模糊類神經網路強化磁振攝影對局部腦皮質發育異常之診斷」是運用資訊科學方法在癲癇醫學臨床實務上的突破與成果，獲得第一名的肯定。



● 慈濟醫院與慈濟、交通和中央、成功等大學等院校合作，透過醫學、科學的結合，為病人帶來希望。圖為辛裕隆主任為交通、中央和成功大學前來醫院了解的師生，講解癲癇的治療方式及期望晶片治療達到的效果。攝影／黃思齊



溫柔醫師心 善用科技創新治療

哈鐵木爾醫師的「兒童癲癇病患的自主神經調控心律差異分析」是研究兒童的腦部神經生理訊號和成人有何不同。小孩子不是大人的縮小版，但是究竟生理學上有什麼不同？例如，大人的血壓一般來說是一百二十收縮壓、舒張壓大約七十至八十毫米汞柱，但是一個六、七歲，十歲以內的孩子當然不會是這個數據，至於說小孩應該有的數據在哪裡呢？需要去建立資料庫，需要很多科學化分析的數據，哈醫師所做的研究就是探討兒童癲癇病患的自主神經調控心律差異分析。

自主神經是目前醫學界無法從外在觀察到的神經功能，躲在身體內臟裡面，

沒辦法以肉眼看到的，哈醫師藉由一些儀器的偵測，來顯現出大人跟小孩在自主神經功能上表現的不同，這個研究至今也累積一些科學化的數據。今年三月，哈醫師又以「癲癇病患的自主神經調控心律差異分析」在臺灣癲癇醫學會年會獲頒國際會議壁報論文獎首獎。

我所主導的「多點軟腦膜下分隔術對非典型嬰兒痙攣癲癇治療的長期效果」這篇論文，是針對一些有非典型性的嬰兒痙攣癲癇的治療研究。嬰兒性的痙攣不是嬰兒腦性麻痺，非典型性的意思是以往醫學界認為嬰兒性的痙攣是從嬰兒兩側腦部的腦皮質同步放電引起，但在研究過程，醫療團隊發覺有一部分的病人，是從局部的腦區放電後，再迅速地擴展到整個腦部的同步放電，進而以多

Long Beach Convention Center Long Beach, California



◎ 慈濟神經外科癲癇團隊赴美國加州，在美國國家衛生研究院支持的神經腦介面研討會上發表研究成果，獲得肯定與重視。右四為辛裕隆醫師、左四為哈鐵木爾醫師。（辛裕隆醫師提供）



◎ 花蓮慈濟醫院林俊龍院長（右五）與交通大學吳重雨校長（右四）代表簽約，合作研發神經介面，讓更多病患受惠。攝影 / 劉明總

點軟腦膜下分隔術嘗試治療。

在研究過程也發現，經多點軟腦膜下分隔術治療的腦皮質區，不僅放電減少，手術後的局部腦神經代謝也獲改善了，臨床上痙攣次數減少，連合併發生的局部癲癇也顯著改善。在這項研究中，令人印象深刻的就是這些非典型性的嬰兒性痙攣的兒童癲癇病人可能從原來躺在床上、完全依賴儀器、藥物過日子，經過治療後，能夠達到脫離臥床的狀況，且減少藥物的使用，換言之，也可減少藥物使用引發的副作用，雖然醫學還沒有辦法使他們恢復成完全健康的孩子，但這對小病人及父母親來說，都是跨出重要的一步，最重要的是也減輕家長照顧上的負擔。

院校跨領域合作 共享平臺嘉惠病人

三年多來，我們透過跨院校、跨領域的合作，不僅促進學術交流與臨床應用的發展，更讓有需要的病人能得到更好的醫療服務。目前癲癇治療與研究團

隊已經與交通大學智慧型仿生裝置研究中心、成功大學心理學系暨認知科學研究所等單位，進行整合型的研究計畫，初步成果已陸續在臺灣及美國神經醫學等相關醫學會議上發表，獲得國際間許多專家的肯定與重視，包括在美國研發人工視網膜的加州大學克魯茲分校的電機工程系教授劉文泰等人。

交大吳重雨校長在與我們簽署學術交流協定時表示，他期望透過臨床醫師與工程師的密切合作，研發出高科技、價格更低廉的醫療電子輔具，並將高階醫療元件，逐步運用在臨床醫學，為病人帶來重生的希望。

林俊龍院長也強調，慈濟自創院以來，一直致力於各項疾病的治療與預防，他希望透過跨領域結合，將生技產業實際運用在臨床醫學，持續穩健地產生更具前瞻性、實質性的交流成果，提昇醫療服務品質。我們未來目標要研發出更精準的定位模式以及深部腦刺激晶片，並建立慈濟醫療志業共享平臺，嘉惠更多的病人。（整理 / 游繡華）



舒心定癇



文／林經偉

花蓮慈濟濟醫學院中心中醫科主治醫師

癲癇是一種突發性神智異常的病症，其發作特徵為精神恍惚，有時候口吐白沫，眼睛會往上吊，或是眼睛直直的，甚則突然仆臥，昏不知人，口吐涎沫，四肢抽筋；有時候因身體肌肉過度用力，空氣被擠出胸部而發出似動物嚎叫的聲音，所以在昔時會因癲症發病時出現不同的叫聲，而有「五癇」的名稱。

歷代中醫之醫書對癲癇有一定程度的認識，早在《黃帝內經》中就有紀錄，如《素問·奇病論》：「人生而有病癲疾者……此得之在母腹中時，其母有所大驚，氣上而不下，故令子發為癲疾也」，明確指出先天因素在本症的作用。在唐代以前，癲與癇分開討論，「大人曰癲，小兒則為癇」。北宋《太平聖惠方》則提出癲癇合而為一病名，至明朝時，才正式將「癲癇」明確作為一個特殊的病症。

調節飲食 化痰鎮驚可定癇

癲癇的病因可分為「痰癇」、「驚癇」、「風癇」與「瘀血癇」，中醫常說：「無痰不成癇，痰生百病」。《素問·舉痛論篇》：「恐則氣下，驚則氣亂」，指出此病症大多由於七情失調，或是先天因素，或是腦部外傷，或是飲食不節，勞累過度，造成五臟六腑功能失調，痰濁阻滯，氣機逆亂而風邪內動所致，清朝之《臨證指南醫案》指出「癇病……或因飲食不節……經久失調，一觸積痰，厥氣內風，卒焉暴逆」，由此可知癲症發作常與酒食不節，導致脾胃受損，蘊釀成痰，蒙蔽心竅有密切關係。另外小兒由於臟腑嬌嫩，元氣未充，神氣怯懦，更容易因驚恐而受邪。

中醫認為癲癇的病位主要在腦竅，涉及心、肝、脾、腎四個臟腑，病性為正虛邪實。發作的輕重程度，常因痰濁的深淺與正氣的盛衰有關，癲癇初發時因正氣未衰，痰濁不重，故發作頻率不多；若反覆發作，正氣漸衰，痰濁不化，愈發愈頻繁，病氣愈重。所以治療宜分標本虛實，當手腳痙攣、腳弓反張、牙關緊閉等癲

癲急性發作時，以治標為主，著重豁痰順氣，息風開竅定癇，可處以化痰藥，如半夏、南星、菖蒲、遠志；鎮驚藥，如龍骨、龍齒等；與息風化痰藥，如當歸、丹參、桃仁。

日常保養 首重舒心安神

平日則以治本為重，使用鎮靜安神的中藥，如磁石、蘇合香等。現代藥理研究發現，對抗腦神經異常放電的中藥，如鉤藤鉤、秦艽、蟬蛻等。另外，介殼類的藥，能夠潛陽，如龍骨、石決明等，因含有豐富的磷鈣成分，並且視五臟六腑之陰陽寒熱虛實變化，脾虛者健脾、肝火旺者加以清肝瀉火藥物（如夏枯草、黃芩等）。若由腦外傷引起癲癇者，常用血竭、川七；腹痛性癲癇重在抑肝之急，臨床上常用芍藥甘草湯等。

若癲證之病情來臨驟急，來不及使用藥物內服者，針灸或穴道按摩也可促其甦醒，並減少癲癇發作的次數，以及減緩發作的強度，降低對大腦的傷害，維持患者的健康及較佳的生活品質。在配

合穴道針灸方面，癲癇急性發作時有三個穴位是常用的，第一個是頭頂的「百會穴」，是屬於督脈的穴道，具有息風醒腦的作用；第二個是小姆指根部、手掌側的「後溪穴」，屬於手太陽小腸經的穴道，並通督脈，為治癲要穴；第三個是腳底的「湧泉穴」，是屬於足少陰腎經的井穴，能滋水潛陽。緩解期間可取胃經如「豐隆穴」，來豁其痰濁，疏通腦竅。但針灸僅止於協助控制病情，不是著重於發作的治療，仍需詳細詢問病史；平時已服用抗癲癇藥物的人，不能貿然停藥，以免發生危險。

有一些民間流傳驗方也可緩解癲癇卒倒的症狀，如用明礬一兩，茶葉五錢，共為細末，蜜煉為丸，用水送服即可；或是用皂角研為細末，吹入鼻中即甦。

生活上的調理在癲證的治療及預防上也占有重要地位，平日患者要注意調攝精神，保持心情舒暢；注意飲食，羊肉酒漿等辛燥之品，應當禁忌。工作時避免勞碌過度，一些特殊工作如駕駛、高空或水上活動宜避免。🌱

