學會消息公佈

一、 本學會第九屆第一次會員大會暨九十九年度學術研討會，將於 99 年 10 月 16、17 日(星期六、日)假台北圓山大飯店 V 樓敦睦廳舉行，歡迎大家踴躍的參與。

- 年會節目主題：(一) 急性缺血性中風之影像診斷與動脈內介入治療(二)大範圍腦缺血中風的診斷與治療研討會(三)腦中風中心的評鑑(四)急性腦中風血栓溶解治療的法律問題(已申請醫療法律學分)(五)腦中風臨床研究方法學討論會（由流行病學統計專家針對研究設計、分析、報告等主題分享實務經驗）(六) 腦血流調控在臨床上的應用。lunch symposium安排有關於亞洲人種控制血壓和減低中風風險的討論。
- 年會外賓：(一)擬邀請日本 Yukito Shinohara 教授，演講主題暫定為 Treatment of Cerebral Infarction －CSPS Ⅱ study updated information。(二)將邀請日本外賓演講有關日本的 “stroke guidelines” 。

二、 今年 11 月 12 日(星期五)下午在台灣醫學會年會中，安排了一場有關中風主題的演講，節目內容原則上以中風登錄及中風 guidelines 為主，不限中風專科醫師，一般神經科醫師皆可參與，歡迎大家踴躍參加。

三、 今年 11 月 6 日將在中國南通市舉辦「第二屆海峽兩岸腦血管病高峰論壇」，歡迎有興趣者自由參加。

四、 The 7th World Stroke Congress將於 10 月 13-16 日在韓國首爾開會，論文截止日期為 4 月 12 日，歡迎大家踴躍的參與。相關訊息請上網查詢，網址：http://www.world-stroke.org。

病人或家屬有權要求血栓溶解劑注射治療嗎？

陳偉熹（高雄長庚醫院神經內科系腦血管科主任、中華民國醫師公會全聯會醫事法律智庫委員）

血栓溶解劑經醫界大力推廣後，確實讓民眾認識本藥劑對急性阻塞性腦中風有治療之效果，唯反而發生多起由於病人或家屬慕名指定本藥劑治療之醫療爭執，令醫療人員飽受困擾。究竟病人或家屬有權要求血栓溶解劑注射治療嗎？

■ 醫病法律關係

「醫」和「病」爲獨立法律個體，基本上互不相干，任何一方對另一方沒有權利，也沒有義務。若要對另一方發生權利或義務，先決條件是需要「醫」和「病」雙方互相產生「關係」，權利和義務才能發生；爲了平衡雙方的權利和義務，法律才能夠介入。簡言之，當病人至醫院求醫，在一般情形下完成掛號程序時即代表「醫」和「病」之間發生「關係」—「契約關係」，雙方也同時發生以醫療爲標的（指目的）的權利和義務。家屬雖然並非是病人本人，唯在特殊情形下有（醫療）代理人之效力，例如《安寧緩和條例》。

■ 醫療內容和請求權

在一般情形下，所有權利和義務必須清楚地記載在契約中，才能夠知道雙方合意之內容，相對地也了解違反何種權利或義務。但是，醫療的契約並沒有詳細列舉雙方的權利和義務，屬於概括內容。若以委任契約之精神，是委任人之病方就一切關於醫療之事務委任受任人之醫方（民法§532），醫師得爲病人盡一切醫療行爲（民法§534）。因此「誠信原則」在雙方履行醫療委任契約時相當重要（民法§148），所以在法律中特別要求醫師和醫院必須善盡義務如善良管理人（專業水準以上）、高度注意、告知、說明等，目的是要醫師在進行醫療行爲時需注意正面和負面醫療效果之影響；同時也在保護沒有專業知識的患病民眾及家屬，避免在醫療行爲中受到不當的作爲或不作爲之傷害。

所以醫療行爲是一個以「誠信原則」爲基礎的雙向活動，雙方對另一方有權利也有義務。對病人而言，其權利可包括請求、自決、自主、和其他與人格權有關者等；其義務可包括配合醫療等。對醫師而言，其權利可包括獲得確實病史、安全的工作環境、合理報酬等；其義務可包括告知、說明、注意、合理預知等。病人或家屬對醫療有其權利請求符合本人利益之事項，這種請求權是實行私法契約中應有的權利，所以病人或家屬在發生腦中風後是有權要求（即有請求權）血栓溶解劑注射治療。

■ 醫療內容實務上決定權人—醫師而非病人或家屬

由於醫療契約是概括式契約，所以醫師的義務是相對應於醫療之內容而設定。當病人因缺血性腦中風求診，病人或家屬要求血栓溶解劑注射治療，是實行其請求權，沒有強制力。醫師

需完成契約中的「義務」，而非滿足病人之任何「請求」。所以當病人或家屬要求血栓溶解劑注射治療時，醫師本人只需要思考這「請求」是否爲其完成契約中「義務」的一部份。若是，醫師需完成「請求」；若不是，醫師不需完成「請求」，即可以拒絕「請求」。所以，醫師才是決定是否使用血栓溶解劑注射治療的決定權人。

■ 醫師被法律授權之權利

其實法律在多項醫療事務上授權醫師擁有決定權，茲如血栓溶解治療一事，血栓溶解劑是醫師處方藥品（藥事法§8），法律意義爲必須由醫師確認適應症後開立才能使用，一般藥房或其他場所沒有醫師處方使用本藥品在法律上是被禁止（藥事法§50）。即使病人發生腦中風時，病人和家屬可以行使請求權要求注射，但是在法律上醫師是唯一可以決定是否使用血栓溶解劑注射治療的人。

當醫師在法律上被賦予決定權時，相對地也必須對本人所作出的決定負起責任。例如，病人在五小時後才完成所有檢驗檢查證明有小腦缺血性中風，在家屬要求下注射血栓溶解劑後發生腦部出血；又或病人在三小時內完成所有檢驗檢查證明有左顳葉部份腦缺血性中風，由於手指血糖值稍高而認爲可能有糖尿病，因而不施打血栓溶解劑。這些偏離醫療準則之作爲或不作爲的決定，若造成病人傷害或損失，醫師當然須負起過失責任。

如果是病人或家屬强烈要求在不符合注射血栓溶解劑的醫療準則之下，對病人施打血栓溶解劑，由於故意或重大過失之責任不可以預先免除（民法§222），醫師是無法免除責任的。

■ 醫師困擾之原因和解決方法

面對病人或家屬要求血栓溶解劑注射治療時，病人和家屬當然有請求權，但是決定權是在醫師手中，醫師才是決定是否執行血栓溶解治療的決定權人。既然決定權在醫師手中，爲何醫師在面對病人或家屬要求時會產生困擾呢？其原因可能並非只有對法律的誤解，應該還包括：（1）對使用血栓溶解劑的醫療準則之解釋不清楚；（2）判斷禁忌症有顧慮；（3）對自己應用血栓溶解劑的醫療準則沒有信心；（4）面對病人或家屬挑釁的態度缺乏自信。

因此，醫學會在這一方面可以擔任更積極之角色，除了接受國外指引之內容外，更應該探討每一項指引之出處和意義，尤其是禁忌症訂立的由來。醫師應該積極參加說明會，將疑惑和經驗提出來分享。

統合分析（meta-analysis）的優勢與限制：心得分享

何慈育（國軍左營總醫院小兒科主任、國立中山大學醫管碩士學程研究生）

「實證醫學研究法」課堂上，曾美君老師在講解統合分析之後，給了一份「額外的作業」，要求我們閱讀指定的文章(1)。

一開始心想：「統計的文章怎麼讀啊！」曾老師（出了名的要求高）又要我們寫心得報告，不讀也不行，這下糟糕了。硬著頭皮讀了之後才發覺，老師真是用心良苦，選了這篇又新、又切題、又淺顯、易讀、易懂的好文章，我一定要推薦給其他人。另一方面，心想我老是提醒我們家的小孩或住院醫師不能還沒動手做，就打退堂鼓或退縮，自己還不是「人同此心」，真是慚愧。

現今，醫師必須承認並接受一項事實：醫學上新的訊息如雨後春筍般一直出現。縱使我們可能只對自己專業的部分有興趣，但仍必須面對壓倒性數量的訊息，如此才能服務民眾與病患。一個設計理想的統合分析，在蒐集與整合相同主題的研究文章，提升研究的樣本數，並盡量減少研究可能出現的誤差，絕對可以提供民眾、研究者、管理階層或政府一些有價值的訊息。2007 年發現糖尿病患使用 rosiglitazone (Avandia)可能會增加心肌梗塞的風險即是利用統合分析得到結論的例子(2)。

但是統合分析仍具有一些陷阱，吾人需小心研讀以免被誤導。茲摘錄該文重點與各位分享：

1. 我們必須先知道，世上文章發表通常是正面研究結果(positive study)爲多數，所以在蒐集與所探討主題相同的研究文章時，往往會出現出版誤差(publication bias)。這一點原本我以爲只是私底下說的話，而這篇文章已明白地指出。被歸爲出版誤差的還有因故沒有發表的研究（臆測原因可能是研究結果怕引發法律糾紛，醫師承受不起，所以沒有發表，或是醫師太忙只做地方性口頭報告，未發表論文）。慶幸的是，已有許多期刊要求研究試驗必須事前登錄計畫書，出版誤差也許得以稍微改善。
2. 現今電子科技發展一日千里，各大電子資料庫互相競庭，所以許多醫學資訊都可以透過這些資料庫從網路取得。但是，搜尋時所使用的關鍵字就相當重要，仔細一點的統合分析文章，通常會將它的搜尋方式於文章中明述，所以聰明的您可能可以從文章的搜尋策略中發現搜尋誤差(search bias)。
3. 統合分析在篩選文章時都想盡可能地選入與研究問題相關的文章。但是，文章總有差異，爲降低選文誤差(selection bias)，在研究方法上必須明確地描述選入或排除的定義並審慎執行。
4. 選入文章之異質性(heterogeneity)若很高，資料的整合勢必出現困難，最後可能會影響到分析的結論。

5. 文章之研究結果若僅是以摘要(summary）方式呈現，無法取得原始資料時，可能會嚴重影響統合分析的結論。
6. 許多研究學者相信隨機對照試驗(randomized controlled trials, RCTs)最能降低結論錯誤的風險。然而，許多重要的疾病，例如口服避孕藥對缺血性腦中風的影響，多數屬觀察性研究(3)。所以，對於某些主題的統合分析，研究者若在搜尋過程時僅設定 RCTs 而排除了其他類型的研究，所得的結論可能就會有問題。
7. 統合分析常見 fixed-effect model 與 random-effect model 兩種分析方式。若療效(effect)小且文章之間的異質性很高，則兩種分析所得之結論可能就會出現差異。另外，不管哪種事後分析(post hoc analysis)，它們都只是一種探索的工具，讀者應該清楚這一點才能正確判斷結論的有效性。
8. 在對罕見事件進行統合分析時，極小的差異可能就會帶來很大的變化。
9. 統合分析比較好，還是大型的 RCTs 比較好呢？大致說來，兩者出現不同結果的情況並不常見。不同的結果也許是因爲統合分析出現了先前提到的一些誤差所致。

另外，在讀完這篇文章後，我有一些個人想法。統合分析雖然有許多優點，但是專精於生物統計的專家若完全沒有一點醫學常識做爲基礎，很容易「荒腔走板」。就像面對醫療案件的審判，我等不也都希望由具有醫療背景或經驗的法官來承審，才不會出現一些荒謬的判決（如，「肩難產案」之醫療服務無過失之賠償責任(4)，以及竟在冬日時節選擇於早晨拔管(5)的判決）。過去醫學院老師常說：「放射科醫師判讀 X 光片，或病理科醫師看病理切片，他們在下最後診斷時，通常都要考量相關的病情資料。」同理，統計的專家若在沒有醫學基礎下進行研究，很容易造成搜尋誤差、選文誤差、異質性結果的整合困難等問題，而所做出的結果勢必無法說服他人。

感謝曾老師的指定文章，讓我們都學到了這重要的一課，也與追求新知與進步的讀者分享。

參考文獻：

1. Walker E, Hernandez AV, Kattan MW. Meta-analysis: Its strengths and limitations. *Cleve Clin J Med*. 2008;75:431-9.
2. Singh S, Loke YK, Furberg CD. Long-term Risk of Cardiovascular Events With Rosiglitazone: A Meta-analysis. *JAMA*. 2007;298:1189-95.
3. Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. *JAMA* 2000;284:72–8.
4. 台北地方法院85年度訴字第5125號。
5. 臺灣士林地方法院民事判決94年度醫字第8號。

中風照護品質指標與中風個案管理師—彰基經驗

孫穆乾 (彰化基督教醫院神經內科主治醫師及中風中心執行長）

彰化基督教醫院的院徽是一幅洗腳圖，出自約翰福音(3:14): 我是你們的主，你們的夫子，尚且洗你們的腳，你們也當彼此洗腳。我雖不是基督徒，但隨著在醫療領域服務時間越久，就越受到感動。對醫院和醫師而言，有什麼事情比服務病人更重要呢? 將心比心，對病人而言，好的照護品質是最基本的需求。那麼身爲醫療人員，熟知自己醫院所提供的照護，在面對病人與家屬時，是否問心無愧?

首先我們面對的第一個問題會是：什麼是好的照護品質? 每個專家都有自己一套精闢的見解，但是專家意見的證據等級往往是最低的，例如在美國心臟學會 (AHA)是最低的 C 級，在歐洲(EFNS)也是最低的 IV 級。相信中風學界的專家們都了解，中風照護已經有大量高等級的證據，這些證據存在於許多治療指引中。然而另一個不爭的事實是：徒治療指引不足以自行。全世界許多中風治療指引都指出，雖然某些治療對中風的預後與預防再中風有其效果，然而真正獲得這些建議目標治療的患者卻是少數，有人將之稱爲「臨床怠惰」(clinical inertia)。美國學界很早便注意到這個問題，更進一步探討如何將治療指引的遵從度量化成可參考的指標。世界上最具指標性的中風品質指標發展團體爲美國心臟學會與中風學會發展的 Get With The Guidelines Program (GWTG)，以及美國醫療機構評鑑聯合會 The Joint Commission 所訂出的中風中心評鑑指標。 這兩個團體所設定的指標中，有 8 項得到美國國家品質論壇 (National Quality Forum) 的認可，被列入正式的醫療機構品質指標。可見好的照護品質是可以有一定標準的，至少必須是奠基於治療指引。

於是，我們面對的第二個問題會是：別人的證據不一定是我們的證據。我們知道美國 FDA 在 1996 年便核准 t-PA 用於治療急性腦梗塞，歐洲較謹慎在 2002 年通過，而台灣緊接於 2003 年獲得衛生署許可。誠然，別人的證據不一定是我們的證據，但是在我們的證據證明有不同意見之前，那些至少是高等級的證據。另一個事實是：2008 年「台灣腦中風防治指引」建議的 9 項治療中，所根據判定證據等級之參考文獻中，也只有 CAST 一個是針對華人所做的研究，其他非華人研究並未因「國情不同」而被排除或降低其證據等級。

彰化基督教醫院過去兩年在中風照護品質的改變是相當可觀的。我們依據最高證據等級的照護建議，發展出一些控管指標與標準化流程，建立一個以高品質中風照護爲目標的系統。這個系統包括3個偵測機制，5個回饋機制，以及21個主要管控點。舉緊急靜脈溶栓爲例，在2007年以前，我們的治療率佔所有梗塞型中風與暫時性腦缺血患者不到1%，在2008年提升爲3%，2009年4%，在2010年初期便已超過7%。我們的緊急溶栓機制是24小時全年無休的，在2008年1月到2009年6月假日及夜間啓動緊急溶栓流程共147名，佔所有三小時內到達急診病人的9.3%。溶栓啓動與治療隨著熟悉度增加，在 2010年前4個月份共啓動115人次，佔全體中風病

人28.8%。啓動緊急流程後，接受靜脈溶栓比率爲 27.0%。若以GWTG-Stroke 的計算方式則爲78.6%。而治療效果與治療併發症與歐美並無太大差異。

在其他指標方面，以GWTG-Stroke 的方式計算，48小時內使用抗血栓藥物執行率爲99.7%，出院時使用抗血栓藥物執行率98.3%，依規定48小時復健評估執行率92.5%，依規定檢測血脂肪執行率98.8%。LDL治療目標在指引與健保給付有些差異，我們以開放自費使用來解決，因LDL高於 100mg/dL者使用降血脂藥物爲65%，若以健保局規定LDL 130mg/dL爲界線，則執行率爲89.9%。有心房顫動的病患，出院時使用抗凝血劑執行率81.7%。這些指標都可媲美美國 GWTG-Stroke 的成果。另外，我們的頸動脈狹窄監測機制，會在病人住院中即時介入，並由peer review的方式提出介入意見。頸動脈超音波檢查執行率99.0%，有症狀超過70%狹窄的比率爲6.5%，其中23.1%接受頸動脈支架置放以預防再次中風。

這些品質的提升與維持並非研究，對醫院或醫護人員的誘因在哪裡? 每個專業都已經有忙不完的臨床事務，誰願意花那麼多時間與精神在來做這些事? 每個醫院有不同的解決方式，在彰化基督教醫院很幸運地有三位專職的個案管理師。我們也曾經對個案管理師的角色摸索過一段時間，但漸漸發現，如果角色界定清楚，個案管理師可以很成功地在中風照護品質的提升與維持上扮演重要的角色。相信有過研究助理的人都知道，要讓一個助理熟悉業務是需要時間的，人事變動對品質維持極具殺傷力。依循這個邏輯，合理的推論就是尊重個案管理師的角色，並加強其專業訓練。於是在完成內部準備作業後，彰化基督教醫院在2009年舉辦第一次全國中風個案管理師工作坊，吸引超過26家醫院的參與，2010年則有39家。

在每次活動中，我們也與台北護理健康大學、個案管理專家謝碧晴教授共同進行問卷調查，以體察我國中風個案管理的現況與演變。最常被提出的問題有： 角色定位不清、不被重視、缺乏訓練，大部分的人有很深的無力感。本著彰基的洗腳精神，我們認爲組成並支持中風個案管理師團體是解決這個問題的重要方法，於是2010年3月27日在彰基舉辦第一次個管師聯誼會，緊接著成立六人工作小組，並在7月3日舉辦第一次工作小組會議。

個人相信一個中風醫療的新時代就將開始，在這新的時代裡，照護品質指標與個案管理師都將扮演重要的角色。

「縮」文解字

曾美君（國立中山大學企管系教授）

上個學期，我在系上發起新的討論會，心血來潮取名爲 BMW (Business Management Workshop)，含意與我服務單位的英文名稱（Department of Business Management）相應。同仁對這個活動名稱頗有好感，多位報告人甚至把 BMW 的標誌（logo）嵌入 PPT 檔案，令人會心一笑。這件事讓我想起在醫學文獻上經常看到的 acronym (首字母縮略詞，又稱頭字語)，茲提筆分享幾則趣聞軼事。

話說 acronym 這個字由 acro- 與-onym 組成，acro- 希臘文原意爲“topmost”，-onym 或-nym 是“name”的意思。因此，acronym 乃是首字母縮寫，如 ACRO 爲 Association of Clinical Research Organization 及 American College of Radiation Oncology 等組織的縮寫。然而，醫界許多臨床試驗的名稱十分具有創意，其中固然不乏中規中矩的頭字語，但「搞怪的」縮寫也不少。

大致說來，照規矩來縮寫的臨床試驗名稱不一定有趣或具特別意涵，譬如 IST (International Stroke Trial) 與 IST-3（the 3rd International Stroke Trial），簡單明白，但似乎少了點趣味。ECASS-I (European Cooperative Acute Stroke Study) 也是這類老實型，但 ECASS-II (the 2nd European-Australasian Acute Stroke Study) 看起來有點「變調」了。大家熟知的 TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) 與 HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation)可算是「絕妙好詞」的經典作品。「我的最愛」還包括：GRACE (the Global Registry of Acute Coronary Events)與 HOT (the Hypertension Optimal Treatment study)。

在考慮頭字語時，爲強調特色，經常需要發揮創意或變通一下。有些時候爲了取個好名字，首字母縮寫因故只考慮前幾字，甚至把「介系詞」也考慮進去，如臨床試驗 LIFE (Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study) 或 SPIRIT (Stroke Prevention In Reversible Ischemia Trial)。其次，BRAVO (Blockade of the Glycoprotein IIb/IIIa Receptor to Avoid Vascular Occlusion trial) 則是只考慮標題中間若干字的首字母。也有把「連接詞」或「冠詞」的加入頭字語的情況，如 CARE (Cholesterol And Recurrent Events study)，ADOPT (A Diabetes Outcome Progression Trial)。還有其他型態，如 TRACE (TReatment with Anticoagulants in Cerebral Events)。不過，也有講不出具體道理的「變妝」，譬如，PROGRESS (perindopril protection against recurrent stroke study) ，或 DREAM (the Diabetes Reduction Assessment with Ramipiril and Rosiglitazone Medication trial)，名稱由來是怎麼一回事，有點費解。

許多縮寫名稱具「正向意義」的臨床試驗不見得好運亨通(1)。最近的例子是2009年發表在NEJM的CHAMPION臨床試驗(2)，全名爲Cangrelor versus standard tHerapy to Achieve optimal Management of Platelet inhibitION，並未能如願證實Cangrelor具優越效果，而且CHAMPION

是搞怪的名稱，並非字首縮寫。類似這種用盡巧思的命名作法，不小心很可能就搞怪過頭了。MICHELANGELO OASIS 指導委員會(steering committee)發表該試驗的研究設計時(3)，儘管資料顯示OASIS代表Organization to Assess Strategies in Acute Ischemic Syndrome，大家並不清楚MICHELANGELO從何而來。後來有位長期關心醫界（特別是心臟科）「首字母縮略詞現象」的醫師發現，MICHELANGELO只是藥廠隨意選取的名字，並非首字母之縮寫。據說當時藥廠原本想選PICASSO爲名，響亮又好記，但Picasso家族不同意授權，因此才改成Michelangelo。這位醫師（Dr Cheng TO）早在2003年（與同儕Dr Julian D）就提出頭字語命名的「十誡」(4)，呼籲大家重視這個問題。

除了這位熱心的醫師看不過去之外，Epidemiology 編輯群也有同感。前不久主編宣布禁止在文章中使用太多頭字語(5)，以免構成讀者閱讀上的障礙。譬如，NHS 可能指英國的健康保險(National Health Service)，也可能是指流行病學上著名的世代研究(Nurses' Health Study)。該文標題匠心獨運，令人莞爾：Editors Declare a BAN ("Banish Acronyms Now")。附帶一提，巧妙結合具字意的縮寫名稱，可以產生十分有趣的語句。Stroke 剛卸任的期刊編輯 Dr Hankey 有篇評論文章(6)的副標題是 "[I]s there HOPE for PROGRESS after LIFE?"，令人拍案叫絕。

參考文獻：

1. Cheng TO. When studies with positive-sounding acronyms turned out to be negative trials. *Int J Cardiol*. 2010;142:211-2.
2. Harrington RA, Stone GW, McNulty S, et al. Platelet inhibition with cangrelor in patients undergoing PCI. *N Engl J Med*. 2009;361:2318-29.
3. MICHELANGELO OASIS 5 Steering Committee. Design and rationale of the MICHELANGELO Organization to Assess Strategies in Acute Ischemic Syndrome (OASIS)-5 trial program evaluating fondaparinux, a synthetic factor Xa inhibitor, in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Am Heart J* 2005;150:1107–14.
4. Cheng TO. Some trial acronyms using famous artists' names such as MICHELANGELO, MATISSE, PICASSO, and REMBRANDT are not true acronyms at all. *Am J Cardiol*. 2006;98:276-7.
5. Wilcox AJ, McCann MF. Editors declare a BAN ("Banish Acronyms Now"). *Epidemiology*. 2009;20:2
6. Hankey GJ. Angiotensin-converting enzyme inhibitors for stroke prevention: is there HOPE for PROGRESS after LIFE? *Stroke*. 2003;34:354-6.

無限感恩

彭家勛（台灣腦中風學會秘書長 三軍總醫院神經部主任）

擔任學會秘書長一職即將屆滿，回想二年來在學會的經歷，心中充滿對許多人的感謝與感恩，更對學會的未來充滿希望與信心。暫借學會電子會刊發表個人二年來的一些感動與大家分享。

97 年底學會理監事會改選，競選連任落選，本想就此鬆一口氣，稍微輕鬆一下，卻承蒙胡漢華前理事長的抬愛推薦與關皚麗理事長的「錯愛」，反而接任學會秘書長一職，開啓了與學會另一段更深的情感交流。剛接任時，其實學會在前幾任理事長和秘書長的大力推動下，會務已蒸蒸日上。當時胡漢華教授領導的 stroke 相關 guidelines 的製訂已逐步完成，使神經科醫師在治療中風病人時，有本土的指引可供遵循。許重義前理事長所領導、全國第一的台灣腦中風登錄，雖已接近尾聲，但其影響的層面與深度，卻與日俱增。工作啓始仍懞懞懵懵之際，幸賴鄭建興與連立明理事的指導及關理事長的帶領，才逐漸對學會未來工作的推廣有較明確的方向：

1. 善用學會已完成之 stroke 相關 guidelines，推廣中風治療知識。
2. 應用台灣腦中風登錄的成果，積極推廣腦中風中心的概念，提升國內腦中風治療的品質。

過去二年學會的學術會議皆與此有關。今年在神經學會年會時，腦中風學會所舉辦的研討會—「從中風治療指引跨越到腦中風中心評鑑標準之建立」，即是推動將具實證醫學精神的 stroke guidelines 轉譯成實際的臨床應用，真正落實對中風病人照顧的層面。

所以，過去胡教授帶領完成之 stroke 相關 guidelines 的制訂爲學會在中風治療的理論上奠下基礎，而許教授領導的台灣腦中風登錄確實爲學會開創未來，進入另一個新的境界。這項獨到的開創性研究，打破各醫學中心的門戶藩籬，促成全國神經科醫師彼此的學術研究合作，第一篇成果也發表在今年的【Circulation】期刊，這項成果讓學會及所有參與的醫院和醫師都與有榮焉。我相信以腦中風中心之團隊型治療中風病人的概念，在許前理事長持續努力下，將來必可推展於全國中大型以上醫療院所，達到提升國內中風醫療品質的目的。

談到腦中風中心團隊型治療，就不能不談神經重症認證的工作。由於鄭建興、連立明、林慧娟等理事的熱心推動，終於在 99 年 5 月 29-30 日促成了第一次神經學學會、神經外科醫學會、癲癇醫學會、神經放射線學會、腦中風學會聯合神經重症共同認證事宜，期盼這份工作將來能持續進行，以保障學會會員的權益。

學會具有促進學術研究交流的責任，98 年 11 月關理事長、胡教授聯合主辦的「第一屆海峽兩岸腦血管病論壇」及今年預定於中國南通市續辦之「第二屆海峽兩岸腦血管病論壇」，已開啓兩岸腦中風研究交流的新頁。因中風有種族差異性，期盼兩岸腦中風相關學術交流能長

長久久，讓華人在腦中風的研究更有特色並更上層樓。國際學術交流做得不多有點遺憾，但要感謝許教授與大塚公司過去的支持與協助，才能連續邀請日本 Yukito Shinohara 教授至年會專題演講。

二年來最令我難忘的是 98 年 10 月，澄清醫院葉守正主任提議學會參與日月潭國際馬拉松比賽並宣傳腦中風預防的活動。在理監事會同意後，沒想到理事長不僅親自參與，並在當天帶領秘書處跑完全程。關理事長事必躬親的領導風格，令人感動。

最後，深深感謝秘書處三位副秘書長：李俊泰主任、蘇裕峰醫師、陳崇文醫師及負責電子會刊的林慧娟、陳右緯理事，秘書陳潤綦小姐和許多幕後默默奉獻協助的會員。我堅信，今年改選後，學會在新的理監事和秘書處帶領下，將有一番更新的作爲與氣象。敬祝大家 平安喜樂。