學會消息公佈

第十二屆台灣腦中風年會暨 106 年度學術研討會

Main Theme: Stroke Care Policy and Stroke Society Empowerment

時間：2017 年 11 月 24-26 日(週五晚上、週六日全天)

地點：高雄展覽館

此次大會共 14 個主題，將邀請國內外學者(包括歐洲,澳州,日本,韓國,大陸) 期待您的支持及鼓勵！

1. 區域整合北中南東(急性期/急性後期/長期照護)論壇
2. 缺血性腦血管疾病治療(血栓溶解/血栓移除/抗凝血/抗血小板)論壇
3. 出血性腦血管疾病治療論壇
4. 腦動脈血栓移除(適應症/給付規定/器械/區域整合)論壇
5. 預防腦血管疾病五高(血壓/血糖/血脂/體重/壓力)論壇
6. 腦血管疾病生活調整(認知/營養/運動/照顧者支持)論壇
7. 2017 年輕活力論壇
8. 2016 腦血管疾病臨床試驗論壇
9. 腦中風中心論壇
10. 腦血管疾病基礎研究論壇
11. 腦血管超音波論壇
12. 繼續教育課程
13. 論文口頭報告
14. 論文海報報告

歡迎您報名參加、共襄盛舉！

報名網址：傳送門請點我！

10.6318/STROKE2017.24.3.1

從跑步到空手道—中年開始的運動人生

林峯正 （部立屏東醫院神經內科主任）

最近幾年開始變成一個愛運動的人，跟過去自己的宅男形象非常不同。在照顧腦中風病人的過程中，常有病患會詢問如何避免中風 ？都有在吃要控制三高，為什麼又會中風？還有什麼可以做的？在衛教的過程中常告訴病人要運動。從較早 09 年發表在 Neurology 的研究中顯示，對於中老年人，中高強度的運動（例如跑步）有顯著預防初次腦中風的效果，降低 35%的風險[1]，到最近 2016 在 Lancet 發表的論文指出，如果可以控制好 10 種危險因子，9 成的中風是可以避免的。其中影響最大的是高血壓，若控制好血壓可減少

48%的中風機率，而養成良好運動習慣可降低 36%，甚至比控制好血脂和糖尿更有效[2]。但是，由一個體重超過 80 公斤、挺著圓圓肚子的神經科醫師口中叫病人要運動，實在是沒什麼說服力，因此決定要開始跑步，希望能透過身教來影響病人。

但是我從小運動神經就很差，身高雖高，但是打籃球投不進籃框，跑得慢，跳不高，對我來說，運動是一件非常沒有成就感的事。開始練跑沒多久就受傷，也讓自己很懷疑是否真的適合跑步這項運動。《天生就會跑》這本書提出大量的證據，說服我人類在演化上就是最適合跑步的生物：氧氣使用效率極佳，沒有其他動物「一步一呼吸」的限制；雙腳總計 52 塊骨頭以及

大量的肌肉非常適合跑步；甚至人可以徒步追獸，在夏天一口氣跑上六英哩，就能成為動物界的殺手。在參考了書中的跑步方法後，運動傷害減少了，慢慢增加的距離也讓自己更能體會跑步帶來的樂趣和成就感，也更有體力值一線班和中風 on-call 班！最直接看到的就是自己的體檢報告：血壓和心跳下降，體重從 80 公斤降到 73 公斤，HDL 一直維持在 80～90，TG 則一直在 30-40，雖然 LDL 沒有很漂亮（約 100），但論文中提到跑步預防中風的機轉（升高 NO，降 LDL，提升 HDL，降 TG，減少系統性發炎等[2]）都看得到。

「如果你想跑步，跑個一英哩就好。如果你想體驗不同的人生，那就跑場馬拉松吧。」- 奧運金牌得主 Emil Zatopek 這麼說。我的第一場路跑賽獻給了母校高醫大舉辦的紀念抗 SARS 十週年，2013 為健康高雄而跑的 21 公里半馬賽。從高醫大門口出發，沿路經過愛河之心、光之塔、中都濕地、中山大學後，再循原路跑回高醫。用自己的雙腳跑過自己居住的城市風景是這麼的不同，沿途的加油聲和補給會讓自己忘記了疲勞，帶著滿滿的感動跑回終點。之後就迷上了路跑賽，北中南到處跑，真正用腳愛台灣。

But, 除了為了更好的成績而過度訓練導致的運動傷害之外，跑者猝死的新聞也讓家人對我的訓練產生疑慮。2015 年 JACC 的研究指出，跑步的量與 long term mortality 呈現 J curve 的相關。最理想的跑步量為每週最多跑 3 次，每次不能超過 48 分鐘，每週總量 144 分鐘以內，速度則以慢速

度（小於 8 km/hr）較佳。如果超過這個運動量，死亡率和從來不運動的人一樣[3]。因此逐漸把時間放在另一項運動：空手道。會開始學習空手道也是無心插柳，起初是陪著女兒一起上課練習，純粹是貪圖增加和小孩的相處時間與共同話題，沒想到練出了興趣，也一起參加了幾場比賽，享受當選手的樂趣。現代空手道講究的是「寸止」，要在擊打對手時在離對手肢體僅一厘米處收手，其實就是一種控制肢體與內心衝動的技術，這種心靈層面的技術在臨床上也是很受用的。另外和跑步相比，這些武術類的運動更能增加血中 BDNF(brain derived neurotrophic factor) 的濃度[5]，也算是意外的收穫。

「訓練最痛苦的部分，就是一開始穿上鞋子的那一刻。」真的是這樣，之後的身體會幫我完成。除了賺到自己的健康，也在忙碌的生活中找到更多親子共同的時光。

參考文獻

1. Willey JZ1, Moon YP, Paik MC, Boden-Albala B, Sacco RL, Elkind MS. Physical activity and risk of ischemic stroke in the Northern Manhattan Study. *Neurology*. 2009;73:1774-9.
2. INTERSTROKE investigators. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet*. 2016;388:761-75.
3. Gallanagh S, Quinn TJ, Alexander J, Walters MR. Physical activity in the prevention and treatment of stroke. *ISRN Neurol.* 2011;953818.

4. Schnohr P, O'Keefe JH, Marott JL, Lange P, Jensen GB. Dose of jogging and long-term mortality: the Copenhagen City Heart Study. *J Am Coll Cardiol.* 2015;65:411-9.
5. Oztasyonar Y. Interaction between different sports branches such as taekwondo, box, athletes and serum brain derived neurotrophic factor levels. *J Sports Med Phys Fitness.* 2017;57:457-60.

10.6318/STROKE2017.24.3.2

從台南跑到全世界

陳志弘 (成大醫院神經科主治醫師/中風中心主任)

應本期主編謝鎮陽醫師的邀請，寫了這篇短文。

你(真的)有在運動嗎?

運動可以減少包括中風在內的心血管疾病的發生以及死亡率[1]，但是要怎麼運動才是有益健康，以往教導病人「運動 333」的口號目前已經不適用了。根據世界衛生組織的建議，每週至少 150 分鐘的中等強度有氧運動，或每週至少 75 分鐘的高強度有氧運動，或是兩者混合，而且增加上述的運動時間，對健康促進還有額外的好處[2]。醫師常叫病人要運動，但本身真的有達到上述世衛的運動建議嗎?如果讀者已經有達到建議，那就不用再往下看了，持續從事你喜愛的運動。如果沒有達到建議，那就姑且繼續看下去，也許底下的介紹會改變你對跑步與馬拉松的看法也說不定。

轉換運動的契機

大學時期喜歡打籃球，經歷了幾次扭傷腳踝的痛苦經驗，當住院醫師時開始接觸網球，20 多年來持續打球是很好的紓壓方式。到國外開會旅遊順便看球賽也是我的興趣之一，曾到過法網及美網公開賽共 7 次，網球可說是我的第二生命。然而網球雙打只能算是中等強度的運動，每週 2-3 次的球聚，勉強達到世衛對運動的建議，運動量對我其實並不太夠。以往跑步只是我打網球的備胎，當天氣不合適(多日下雨、風太大或寒流來襲)、假日

球場沒開、或是沒有球友的時候，我會到操場跑個幾圈。去年認識了一位跑馬拉松的鄰居，今年 3 月起跟著他每週末清晨到安平的漁光島跑步，從一開始的 5 公里、3 個月已經可以增加距離到 21 公里(半馬的距離)，也認識了幾位跑友，加入了慢跑社團，運動的重心逐漸轉換為跑步，網球只有在比賽時才打。

我的初馬體驗

近年來，跑步成為全民運動，連 Circulation 雜誌都有訓練跑馬拉松文章[3]。台灣一年舉辦路跑超過 500 場，大多數的賽事都在秋冬，夏天的賽事比較少。

在炎熱的夏天跑步時，大量流汗會減少輸送到肌肉的血流，因此不適合長跑。我 6 月報名了秋天的半程馬拉松，如果訓練狀況可以，預計冬天再報名全程馬拉松(42.195 公里)。沒想到 7 月初接到跑友的電話，他說府城*安平*仲夏夜浪漫*星光馬拉松*有公關名額可以給我，問我要不要去參加全馬(星光馬賽事只有 10K 跟全馬兩組，沒有半馬的組別)。我愣了一下，我跑步才只有 4 個月，最遠的距離也只到 21 公里，5 天後要參加 42 公里的賽事，在 30℃以上的高溫下，應該會脫水無法完賽，途中就被回收車載走吧! 欲知結果如何，請點選以下的連結

https://www.facebook.com/Tainanruntotheworld/

跑步成為生活的一部分

目前每個月跑步約 200 多公里，跑步改變我的生活，會盡量挪出時間與家人一起慢跑或散步，並減少應酬的時間。出國時會帶雙跑鞋，查閱當地適合跑步的路線。6 月初到巴黎看法網時，到盧森堡公園跑步，也沿著塞納河跑到羅浮宮、聖母院等，不到攝氏 10℃的晨跑令人心曠神怡，體會花都不同的風情與景緻。8 月到土耳其旅遊，晨跑去看熱氣球時遇到一位來自西班牙的背包客，聊到她一人從保加利亞、希臘、到土耳其，當天是她近兩個月旅程的最後一天，我們互相幫對方拍照。我在跑回旅館的途中，想再度體驗在海外搭便車的樂趣，成功地在荒野攔到車。(我的 FB 有以上照片)

後記

看完文章後，有沒有想要去跑一跑的衝動呢?

如果你還沒開始運動，建議你從快走或慢跑開始

如果你喜歡上跑步，歡迎假日到台南時找我跑步

如果你喜歡上馬拉松，那就一起跑到全世界吧! (註)

註: 目前已報名 12 月的澳門馬拉松，預計明年跑到日本及其他國家，有興趣者可以在 FB 留言，一起*揪*團前往

參考文獻

1. Williams PT. Reduction in incident stroke risk with vigorous physical activity. Evidence from 7.7-year follow-up of the National Runners' Health Study. Stroke. 2009;40:1921-1923.
2. Global Recommendations on Physical Activity for Health. WHO 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf
3. Taylor BA, Thompson PD. How to Train for a Marathon. Circulation. 2014;130:e98-e99.

10.6318/STROKE2017.24.3.3

德國海德堡大學附設醫院神經加護病房參訪心得

葉旭霖醫師 (新光醫院神經加護病房主治醫師)

因為幾年前到德國參加會議時與 Professor Julian Boesel 的一面之緣，我有機會於 2017 年 3 月~5 月到海德堡神經加護病房參訪。Professor Werner Hacke 在 1987~ 2014 這 27 年間領導海德堡神經科，海德堡一直以中風的治療為強項。此次我在海德堡的神經科加護病房參訪三個月，學習重點就以中風病人(缺血性、出血性、蜘蛛膜下腔出血)的治療為主，同時觀察其他疾病的治療，以及加護病房的行政管理。

海德堡神經內科加護病房中有 8 個房間，共有 13 床，也就是說有 3 間單人房、5 間雙人房。其中有 4 床固定借給其他科(如麻醉科)，有 9 床收治神經科病人。神經科的收治範圍比台灣國內更廣，不只有缺血性中風、重積性癲癇、因神經肌病呼吸衰竭的病人，還包括了蜘蛛膜下腔出血、大量腦出血併腦室出血的病人。神經科加護病房由一位主治醫師(Dr. Silvia Schönenberger)負責，白天時段有一位 fellow, 一位住院醫師; 在小夜、大夜時段則各有一位住院醫師輪值。除此之外，還有另一位住院醫師負責在有機械取栓病例的時候，跟進血管攝影室去掌控病人狀況。如上所述，他們的住院醫師與護士一樣，是三班輪值的，每班密集工作 8 小時後就下班休息。

在臨床的技術面，我們在神經超音波的監測、24 小時 EEG monitoring/腦波的判讀，其實跟他們都在伯仲之間。一樣在健保制度下，德國的醫院部門實行的是 DRG 結合醫師固定薪的制度，所以醫師並不必為了「給了什麼治療會被核刪」而苦惱。他們不像美國一樣高薪，但他們有的，是該作什麼就作什麼，不需要管健保給不給付的自由; 還有支持醫療人員的法律環境與醫病互動。

講到法律環境，當病人失去自主決定的能力時，德國會由法官指定一位醫療代理人; 指定的過程，只需要住院醫師透過傳真機與法官一來一往就可以完成。這樣一來，醫師就不必面對眾多家屬意見不一的紛擾。家屬的意見如果不一的話，由這位醫療代理人整合，醫師只需取得這位代理人的告知同意。甚至在緊急狀況下，德國有一種法律概念是「presumed consent」，授權醫師先作再說。

我這樣敘述，可能還感覺不出跟台灣的作法有什麼不一樣，我底下給個例子:

一位腦出血併腦室出血的病人剛入院，病人本身昏迷，而家屬正在加護病房外面。住院醫師先照會神經外科，神外醫師很快到神內的加護病房中在 bedside 置放 EVD，引流減壓之後，住院醫師才到加護病房外解釋剛剛所作的緊急處置。在這種情況下，是不必取得事先告知同意、也不必事後補

同意書的，因為這是醫療上認為對病人有好處、而且是必須搶時間的處置。當然作了病人不一定會醒，但並不會有人以「沒有事先取得告知同意」來批評這個決定。

相似地，如果是一位臨時找不到家屬、但又失去決定能力的急性中風病人，他們可以直接施打 IV rt-PA、作機械取栓，並不必為了「沒有人簽同意書」而延遲處置。所以他們急性缺血性中風病人的入院流程是這樣: 在 CT room 中作完電腦斷層→ 在 CT room 中取得病人本人的告知同意(如果病人沒有意思表示能力則視為 presumed consent)→ 在 CT room 中施打 IV rt-PA, 並接著作 brain CTA，以決定是否有接著作機械取栓的機會。這樣的流程下，從進入急診到施打 IV rt-PA 通常是半小時左右，不會受到家屬是否到場簽署同意書的延遲。

這麼積極、這麼衝的醫療環境，他們怎麼看待安寧緩和醫療呢? 2009 年德國把安寧相關的理念整合到民法法典中，現在在德國，病人的自主權與「病人是不是末期」無關，就算「死亡並不迫近」，病人還是可以選擇放棄維生醫療。在病人失去意思表示能力的時候，法院所指定的醫療代理人的首要任務是貫徹病人的意願。雖然絕對尊重病人的意願，但法律中又規定「病人之意願表達或其代理人對其意願的確認，均應以先掌握醫學上之專業意見為前提」[1]。根據這些法律規定，我在海德堡加護病房中好幾次看到醫

師與病人家屬討論後，根據家屬推測「病人不會想要這樣一直躺在床上靠著呼吸器過活」，而幫病人移除呼吸管、鼻胃管、所有的靜脈注射管路，只留下鎮靜劑及止痛藥，讓病人平靜地離開世界。

我的感想是，他們因為有把握「病人的意識如果救不回來，不會長期被迫留在這個世界上」，所以可以在初期用盡所有的努力去挽救病人。而在最後要放手的時候，所有人都能夠確定「我們真的盡力了，什麼都作了就是救不回來」，而能夠安心地讓病人離開。在德國三個月，我最欽佩是這種所有人共同維持的「讓醫師可以安心救人」的環境。

能夠到非英語系國家作三個月的病房參訪，對我來說是很難得的經驗。不但看到了他們怎麼在健保制度底下行醫，也看到了他們怎麼同時顧及病人權益與醫療制度的穩定運作。在此感謝新光醫院神經科師長們的支持，也感謝海德堡神經加護病房的醫師同行們容許我在旁觀察包括臨終安寧處置的一切。

1. 孫效智. 安寧緩和醫療條例中的末期病患與病人自主權. 政治與社會哲學評論. 2012;41:45-91

10.6318/STROKE2017.24.3.4

新型口服抗凝血劑於中風後使用之時機

謝孟倉 (義大醫院神經科主治醫師)

相較於維他命 K 拮抗劑，新型口服抗凝血劑 (novel oral-anticoagulant, NOAC, 又稱直接口服抗凝血劑, direct oral-anticoagulant)，的安全性更佳，也不會與其他食物或藥物交互作用，已經被廣泛使用在心房顫動病人的中風及心血管疾病次級預防。目前 TFDA 共核准 4 種 NOAC，使用規範限定中風後 14 天內不得使用。急性中風病人的中風嚴重度、範圍及位置不同，預後也不同，若是統一在 14 日後才開始使用 NOAC，中風後前兩週會有許多不同藥物治療方式，包括使用兩週的抗血小板用藥再換到 NOAC、先用 Warfarin 再換到 NOAC、或是提早使用 NOAC。在 NOAC 與 Warfarin 或是 Aspirin 的研究中，NOAC 和其他兩者相比，次級預防的效果等於 Warfarin，大於 Aspirin；安全性及出血的表現 NOAC 優於其他兩者。

TFDA 使用 NOAC 的適應症，排除中風後 14 天內使用 NOAC，原因來自 RE-LY 和 ROCKET AF 兩個臨床試驗都把 14 天內的中風病人排除在收案條件外。後續有些研究針對中風後使用 NOAC 的時間作效果及安全性的分析，但是研究之間歧異度很大，包括開始使用抗凝血劑的天數、病人中風嚴重度、及藥物的使用劑量。歐洲專家建議依照 NIHSS 決定使用 NOAC 的時間 (Diener's rule, 1-3-6-12 rule)[1]，但是中風後開始使用 NOAC 的時

間及安全性目前尚無定論。

日本於 2015 年發表一篇收案期間 27 個月的 SAMURAI-NVAF Registry [2]，內容分析 NOAC 在日本上市前後，醫師使用口服抗凝血劑的情形：中風後開始使用 NOAC 的時間，受到中風範圍和 NIHSS 的影響 (表 1)。另一篇日本於 2017 年發表的文章[3]，比較 NOAC 和 Warfarin 在中風後病人開始使用的時間點。NOAC 的起用時間同樣和 NIHSS 分數有關，而且平均早於 Warfarin (NOAC 平均 3 天，Warfarin 平均 7 天)。

表1

Infarct size	TIA	Small	Medium	Large
	2 (1-4)	3 (1-5)	4 (2-6)	6 (3-10)
NIHSS score	TIA	<=4	5-14	>=15
	2 (1-4)	3 (2-5.5)	4 (2-6)	5 (2-8)

Median (Q1-Q3), day

德國於 2016 年的一篇 prospective study [4)，探討在不同中風位置使用 NOAC 的時間及安全性，研究設計如表 2。研究中有 89.7%使用 NOAC 時間在中風後 7 天內，98.4%在 14 天內，其中只有 2 位病人產生無症狀性腦出血，1 位病人產生症狀性腦出血。瑞典同年度另一篇研究[5])，比較中風使用 NOAC 於 7 日內及 7 日後的安全性，兩組在使用後發生腦出血 (0% vs. 0%) 和再中風的比例 (2% vs. 4%, p=0.62) 沒有統計學上差異，90 至 180 天後的 modified Rankin Scale 也沒有統計學上差異。

表2

中風位置	使用時間
TIA and minor stroke	Immediate
<=1/3 MCA, ACA, or PCA	3-5天
Intra-tentorium	3-5天
>1/3 MCA	1-2週

日本針對 41 位中風及短暫性缺血發作合併心房顫動病人，在使用 NOAC 後進行腦部核磁共振影像分析[6]，其中 5 位病人中風後第一次影像就發現有無症狀性腦出血，在使用 NOAC 後再追蹤，其中有一位出血範圍增加，但是臨床上病人沒有新的神經學症狀。其餘 36 位病人第一次影像中沒有出血，第二次追蹤影像有 11 位有無症狀性腦出血。其中有無症狀性腦出血的病人，相較於沒有腦出血的病人，有較高比例的持續性心房顫動及高血壓，且一開始的 NIHSS 分數較高。

臨床上常遇到梗塞性腦中風病人使用抗凝血劑，發生腦出血後，該如何用藥物做中風次級預防？日本針對神經相關專科醫師，對於此問題做問卷調查[7]。使用抗凝血劑後發生腦出血，有 6%醫師不會再使用抗血栓藥物，3.1%醫師會選擇使用口服抗血小板藥物，90.9%醫師會再使用口服抗凝血劑。使用口服抗凝血劑的時機，28.3%在腦出血後 7 日內開始使用，24.8%在 8-14 天後開始使用，30%會選擇在 15-28 天後開始使用，16.9%會在腦

出血 4 週後開始使用。

在目前藥物仿單及健保適應症的限制之下，中風 14 日後使用 NOAC 是最沒有爭議的方式。NOAC 在 real world 的使用經驗愈來愈多，在中風後 14 天內使用，我們必須考量病人的梗塞範圍大小、中風嚴重度，並注意病人是否有持續心房顫動或高血壓等問題。使用抗凝血劑後發生腦出血，應該評估及控制可能造成腦出血之因子 (如 HASBLED score)，同時也要考量發生栓塞之風險，再決定使用口服抗凝劑之時機。

參考文獻

1. Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Diener HC, Hacke W, et al. Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace.* 2015;17:1467-507.
2. Toyoda K, Arihiro S, Todo K, Yamagami H, Kimura K, Furui E, Terasaki T, Shiokawa Y, Kamiyama K, Takizawa S, Okuda S, Okada Y, Kameda T, Nagakane Y, Hasegawa Y, Mochizuki H, Ito Y, Nakashima T, Takamatsu K, Nishiyama K, Kario K, Sato S, Koga M; SAMURAI Study Investigators. Trends in oral anticoagulant choice for acute stroke patients with nonvalvular atrial fibrillation in Japan: the SAMURAI-NVAF study. *International Journal of Stroke*. 2015;10:836-42.
3. Deguchi I1, Tanahashi N, Takao M. Timing of Treatment Initiation With Oral Anticoagulants for Acute Ischemic Stroke in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation. *Circ J*. 2017; 81:180-4.
4. Macha K, Volbers B, Bobinger T, Kurka N, Breuer L, Huttner HB, Schwab S, Köhrmann M. Early Initiation of Anticoagulation with Direct Oral Anticoagulants in Patients after Transient Ischemic Attack or Ischemic Stroke. J*ournal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2016;25:2317-21.
5. Seiffge DJ, Traenka C, Polymeris A, Hert L, Peters N, Lyrer P, Engelter ST, Bonati LH, De Marchis GM. Early start of DOAC after ischemic stroke: Risk of intracranial hemorrhage and recurrent events. *Neurology.* 2016;87:1856–62.
6. Shibazaki K, Kimura K, Aoki J, Saji N, Sakai K. Early initiation of new oral anticoagulants in acute stroke and TIA patients with nonvalvular atrial fibrillation. *Journal of the Neurological Sciences*. 2013;331:90-3.
7. Maeda K, Koga M, Okada Y, Kimura K, Yamagami H, Okuda S, Hasegawa Y, Shiokawa Y, Furui E, Nakagawara J, Kario K, Nezu T, Minematsu K, Toyoda K; Stroke Acute Management with Urgent Risk-factor Assessment and Improvement (SAMURAI) Study Investigators. Nationwide survey of neuro-specialists' opinions on anticoagulant therapy after intracerebral hemorrhage in patients with atrial fibrillation. *Journal of the Neurological Sciences*. 2012;312:82-5.

10.6318/STROKE2017.24.3.5

奔跑人生賽途

謝鎮陽醫師 (台南新樓醫院神經內科主治醫師 / 成大藥學系兼任助理教授)

「我只有一件事，就是忘記背後，努力面前，向著目標竭力追求」

~~腓立比書三章 13-14 節

大約在四個多月前，受到恩師陳志弘醫師的啟發，開始每天練跑。很慚愧自己雖然比陳醫師年輕十多歲，但跑步的距離、速度卻遠遠不如他。目前我每天大約跑 5-6 公里，配合 10 分鐘左右的中高強度肌力鍛鍊，持續在南台灣酷熱的夏天操場上，享受揮汗如雨的暢快淋漓感。在跑步的過程中，我通常會把握聽一些高品質的有聲書或音頻節目，或是天馬行空地想像思考，最近個人有一些感悟，與各位分享。

假設今天我要跑 5 公里，以 100 公尺為單位，可以切割成 50 段；我們會需要適當地配速，每一段的速度都要經過一些盤算，好讓我們這 5 公里的成績更好。人生不也是如此嗎？從小到大，我們經歷過一連串的讀書、考試、進修、訓練，逐漸進展到職場與專業人士的角色。常看到有些人，似乎在前面幾段，就全力衝刺而氣力放盡，甚至弄傷自己，導致中、後段就無法繼續再跑下去，他們可能早已喪失學習成長的動力，很久沒有再進修、精進，更別提思考格局或認知廣度、深度了。其實這相當可惜。

今年九月初，我受韓國首爾大學尹秉宇(Byung-Woo Yoon)教授的邀請，到 SNUH International Stroke Symposium (SISS)演講。期間聽到尹教授的一句話，個人感到非常受用。他說：「Achievement is good, but maintenance is difficult」。這幾年來，我觀察台灣學術界有種現象，老是喜歡辦「第一屆」的某某學術研討會活動，有的甚至是國際性的，也耗費大量人力、物力，但常常在主事人員替換迭代後，就沒有「第二屆」、「第三屆」了。歷屆主事者競相舉辦「第一屆」的活動，也往往造成資源配置疊床架屋，成果無法積累而造成許多浪費。

身為台南人，我很自豪 Tainan Stroke Club 這樣子「小而美」的定期腦中風臨床學術活動，自 2010 年 12 月第一次舉辦，大約每 3 個月定期聚會一次，到今年底就要滿 30 屆了。而去年 12 月，我很榮幸地從陳志弘醫師與林慧娟醫師手中，接下了 Tainan Stroke Club 的主辦任務，也好高興自己努力策劃的演講節目，能夠吸引不只是專攻腦血管疾病的醫師，還有許多年輕醫師與一般神經內科醫師的參與。

作研究與發表論文也是如此，我們不只應該要把握手邊任何有用的資源，發揮巧思妥善運用，去解答臨床工作中所見的問題，更重要的，要用正確的「姿勢與配速」，持續跑下去，要能持續積累、深入探究下去，而不是發表 1-2 篇論文後，就「嘎然而止」。

韓國的中風登錄– Clinical Research Center for Stroke--5th division (CRCS-5)，起步雖然比我們晚，但是論文發表的成果，正以快速且質優的態勢在努力向前，許多文章刊登在 *Ann Neurol*、*Neurology*、*Stroke* 等主要權威期刊。在 SISS 會議期間，聆聽 CRCS-5 的相關演講，個人發覺其成功關鍵，有很大的一部份，在於資料庫對所有研究者的開放，有志研究者都可以自行使用 CRCS-5 的全部資料作分析研究並撰寫論文，其細部的運作模式、經營策略，很值得我們效法。

「Achievement is good, but maintenance is difficult」。每當我反覆思考咀嚼這句話，感受到的，是一個見識廣博的年長智者，給予自己的一個人生忠告。綜觀全局，用最適當舒適的姿勢，調整好速度，繼續跑下去吧！