

論專科醫師制度

■ 作者：趙文煊

前北醫牙科OPD主任
前中華民國兒童牙科醫學會理事長
孩子王牙醫診所院長



民國88年當口腔外科及口腔病理科通過成為衛生署認定之專科醫師後，許許多多的學會也希望成為下一個衛生署認定之專科醫師。這自然引起廣泛的討論，在這些討論中，可以確定的一個共識是：專科醫師可以提升牙醫整體的水準，是牙醫界努力的目標。於是不論中華牙醫學會或全聯會都設有推行小組，進行研究、討論與溝通，希望能找出一個良好的制度使專科醫師制度能上路。一轉眼10年過去了，沒有一個完美的制度產生，中華牙醫學會與全聯會還是無法達成共識。是真的我們無法達成共識，或是真的沒有符合牙醫界的專科醫師制度存在嗎？

專科醫師制度發展的重要

為什麼要建立專科醫師制度？衛生署建立專科醫師制度之主要目的：「鼓勵醫師接受完整臨床專業訓練，促使其不斷吸收醫學新知，以提升我國醫療服務品質，照顧國民健康」。建立專科醫師制度的目的很簡單：在提升醫療品

質。世界先進國家在口腔醫學的範疇中皆有專科制度的存在，我們國家的口腔醫療比起周遭的國家，水準很高，卻遲遲沒有更進一步的分科，這將會阻礙未來的進步。也許有人會說現今牙醫界這麼多的在職教育，怎麼會阻礙未來的進步？請牙醫界細思量一下，這些的在職教育，屬於衛生署的範疇，無法進一步幫助到學校，那是屬於教育部的範疇。專科醫師制度不建立，教育單位對整體牙科的研究補助、教育補助等就只有醫科的幾分之一，於是牙科出現師資不夠，研究經費不夠等困境，幾年之後，牙科只是個賺錢的行業，沒有研究發表，無助於醫療水準改進的行業，我們現在努力的社經地位，將不會被人重視。再者，牙醫界目前已有在職教育，專科醫師制度還需要發展嗎？這兩者是可以互相幫助，卻不可互相取代的，因為專科醫師制度為醫師整體系列的訓練，在職教育是點的訓練，專科醫師制度是線的訓練。

專科醫師制度為人的訓練

其實，專科醫師制度只是透過一個制度規範，來訓練在某一範疇更精進技術的醫師，就像一些企業要爭取ISO的認證一樣。它是否是一種榮譽或地位階級的象徵，因人而異，但如果這個制度沒有排他性，任何想要精進某一門技術的醫師皆可參加，藉以得到技術、榮譽、地位或階級，為何要阻止它？不然是否不准說自己是留美醫師或留日博士醫師，因為這也會造成階級，自認高人一等。有人提出質疑，專科醫師可以提升牙醫整體的水準嗎？口腔外科及口腔病理科通過成為衛生署認定之專科醫師後，有提升牙醫整體的水準嗎？有的。我們要看一些事實，專科化前口腔癌、顏面外傷皆轉去大醫院，專科化之後醫院被要求必須設有口腔外科，透過專科醫師制度訓練出的口腔外科醫師，就可以為各醫院所聘用，現在從南到北很多醫院皆可以治療口腔癌、顏面外傷的病人，原本這些手術是由整形外科或耳鼻喉科動的手術，也轉移回到牙科，對於病人才能給予更好、更正確的治療，也提升牙醫的地位，當然提升了牙醫整體的水準。也許一般牙醫師感受不到，忽略去感受口外成為專科的好處，事實上牙醫師卻已獲得它的好處。口腔外科通過成為衛生署認定之專科醫師後，從前轉診只能「去台大、榮總治療」，到目前各大醫院皆有成熟的口外醫師，可以讓大家轉診，一般牙醫師只要告訴病人「去大醫院治療」就可以，口外的普遍性就是專科醫師制度的成果，其成為一般牙醫師的救援部隊。口外成為專科醫師對民衆及一般牙醫師都是正面的，當然提升牙醫整體的水準。

反過來說，口外成為專科醫師對民衆及一般牙醫師造成什麼不良的結果，會使的大家不放心

專科醫師制度的推行嗎？如果答案是否定的，牙醫界（特別是全聯會）應該來推動專科醫師制度，它只是一個制度規範，來訓練在某一範疇更精進技術的醫師，想更精進技術的醫師可以透過這個制度磨練更好的技術，如果不想精進在某個特殊範疇精進技術的醫師，可以不考慮成為該科的專科醫師。

專科醫師的排他性

舉凡世界先進國家在口腔醫學的範疇中皆有專科制度的存在。但是，一牽涉到健保事務，就產生異議。最大的癥結點就是認為專科醫師會壟斷一些健保給付項目，使一般牙醫師受害。其次就是只有醫院的醫師才能受訓成為專科醫師，造成排他性。

關於健保事務，跟專科醫師制度是沒有關係的。專科醫師制度只是委託專科學會審核醫師是否具有更精進技術，當該醫師具有更精進技術時，便認可其為專科醫師。是否因此就應該多得一些健保給付，跟專科學會、專科醫師制度、專科醫師無關，跟健保局委託執行健保業務的全聯會有關。如果全聯會認定沒有不同工的情形存在，自然就同工同酬。健保的制度的規劃，依據法令是屬於全聯會的執掌範圍，與專科醫師一點關係皆沒有。目前口腔外科已是衛署專科醫師，其所有的費用核撥，皆以全聯會的審核為準，與口外專科學會一點都沒關係，任何給付費用的變更皆由全聯會決定。

釐清了健保的疑慮，另一個讓大家憂心的就是所謂「法律的排他性」，一般牙醫師怕專科醫師制度實施後，一般牙醫師無法執行現在業務。關於這點衛生署及律師都已說明，從法律觀點上，專科醫師制度實施不會造成一般牙醫師無法執行現在業務的情況，像口外專科醫師實施，一般牙醫

師還是可以從事口外的醫療業務，牙醫師執行牙科業務，這反而是受到法律保障的。還是有醫師擔心如果患者與醫師發生訴訟，法官會以此責難一般牙醫師，如果會發生嚴重到需要訴訟的醫療糾紛，應該先探討為何該醫師不顧患者的權益，作超過自己能力的事，而不是譴責專科醫師制度；而且沒有專科醫師制度，法官還是會責難不顧患者權益的醫師，不論他是一般牙醫師還是專科醫師。作為一個醫師，我們應該知道維護患者的權益，是我們應守的基本醫德，相信只要我們自覺是超過自己能力範圍以外的病人，我們也會轉診，較不可能發生前述現象。另外一個令一般牙醫師憂心的是所謂「實質的排他性」，一般牙醫師怕患者會質疑牙醫師，不是專科醫師，為何作專科醫師的業務。其實，患者求診，是基於良好的醫病關係，對醫師的信賴，專科醫師也不一定獲得患者信賴；一般牙醫師也可以告知患者法律或自己的訓練是可以執行該業務，以幫助患者；再者一般牙醫師也可以成為家庭牙科專科醫師，以解決可能在心理上造成所謂「實質的排他性」的疑慮。

需要人人成為專科醫師嗎？專科醫師制度該由何人認定？

需要人人成為專科醫師嗎？這是不需要的，在討論專科醫師制度時，大家常參照美、日等國的制度，以美國ADA在2005年所作的調查，全美約17萬6千位牙醫師，16萬2千位為開業醫，其中80.47%是一般牙醫師，專科醫師只佔19.6%，跟國內的情況差不多。所以，專科醫師制度推行對牙科生態會造成影響，但應在有限範圍之內。如果一般牙醫師還有疑慮，可以使自己成為家庭牙科專科醫師，一起加入專科



醫師制度中，就不會有階級、地位不對等的疑慮，也可以鼓勵全體牙醫師一起提升醫療水準。剩下最後的問題就是誰來認證，為什麼是政府衛生署認定，我們牙醫界認定不是更好嗎？美、日兩國皆是牙醫界自己認證，我們也可以仿效，不要政府干預，達到自主管理之效。這當然好啦！但是10年過去了，卻為何不見任何牙醫界版的認證制度？因為中華牙醫學會希望是衛生署認證，全聯會雖然沒有任何結論，但相信不希望由全聯會來認證，因為如此一來專科醫師制度就透過全聯會的角色與健保事務牽扯上關係，全聯會認證的專科醫師健保給付要不要加倍，所謂「同工同酬，不同工不同酬」。中華牙醫學會與全聯會兩者間存在很大的歧見，也使專科醫師制度難產。筆者認為應該是由衛生署認證，理由是我國有法律叫做「專科醫師分科及甄審辦法」，其中第七條說：中醫師、牙醫師之專科醫師分科，由中央衛生主管機關訂定之。所以牙科的專科醫師制度自然該依據此法由衛生署認定。美、日等他國並沒有這些法令規定，自然不用政府機關認定。事實上衛生署不希望牙科再分科，以免有管理的問題，多一事不如少一事。牙醫界要自主管理，不受政府干預，就應該自己決定我們要不要分科，要，就請衛生署依據「專科醫師分科及甄審辦

法」辦理，這才叫決定權在自己手中，自主性在自己手中。但是，最重要的是，美國是一個相當尊重專業的社會，ADA與各學會訂定的制度，可以跟政府的衛生部門、教育部門互相銜接與承認。我們牙醫界自己定的辦法，衛生署同意嗎？可以銜接教育部嗎？現在連醫界訂定的臨床教職，如臨床教授、臨床副教授等，教育部都不承認，牙醫界要如何自主管理，自訂整個體系呢？

如何取得專科醫師？

牙醫師或全聯會的主事者往往沒有了解專科醫師的制度與其辦法，只聽其名，就感到憂心，這是不了解實際情況所造成的「杯弓蛇影」效應。可以查詢法律書籍中醫療法的專科醫師法，找尋醫科或口外的專科醫師制度作為參考；或上網查詢口腔外科學會網站，其中也有相關辦法。衛生署專科醫師相關辦法主要涵蓋三個部分：專科醫師甄審辦法、專科醫師訓練課程綱要、專科醫師訓練機構認定標準。專科醫師甄審辦法，主要說明如何取得專科醫師的資格；專科醫師訓練課程綱要，主要說明專科醫師的訓練要求；專科醫師訓練機構認定標準，主要說明專科醫師的訓練機構須具備的標準。當大家審視這些辦法後，就會發現專科醫師制度只是一個制度規範，來訓練在某一範疇更精進技術的醫師，不牽涉任何權益分配，獨占排外的權謀情事。當大家審視這些辦法後，還會發現在專科醫師訓練機構訓練的醫師需整天浸淫在專業治療中，還要接受病例討論、文獻回顧、專題探討等課程，並在學會大會提研究報告，這些是一般牙醫師都不見得有參與的。而且透過考試與病例報告，確定這個牙醫師夠技術成為一個專科醫師。其中的辛苦，值

得給予公平的認證肯定。重要的是，辦法是公平地對任何一位牙醫師，提供其成為專科醫師的管道。

行政院衛生署在第三次「牙科專科醫師制度籌畫相關事宜」工作小組會議中，確立了專科醫師甄審原則、專科醫師訓練課程綱要、專科醫師訓練機構認定標準的原則。以下就其原則中的重點摘要說明，幫助大家去除疑慮，更希望大家能成為專科醫師。

衛生署專科醫師甄審原則：

二、牙醫師符合下列各款資格之一者，得參加專科醫師甄審。

(一) 在國內專科醫師訓練機構接受兩年以上完整之專科醫師訓練，並持有該醫院發給之訓練期滿證明文件者。(訓練機構包含醫院與診所。)

(二) 領有外國之兒童牙科專科醫師證書，經本署認可者。

(三) 凡從事某專科臨床治療滿六年以上(含)，並呈報該醫師親自治療完成之不同且紀錄完整之病例數個以上(含)，並經認可者。(此條例及可能在專科醫師制度推行5年後取消，衛生署希望訓練能回歸到訓練機構為之。)

三、專科醫師甄審分筆試、及口試部分，筆試及口試均及格者為合格。筆試不及格者，不得參加口試，口試不及格者及甄審案例不及格者，筆試及格成績得保留五年。

四、筆試以選擇題為主，以中文命題(專有名詞部分得用英文)，其內容範圍包括與專科有關之各基礎及臨床學科。(筆試以選擇題為主，不是隨便出些問答題來為難大家。)

九、專科醫師證書有效期限為六年，期滿每次展延期限為六年。

十、申請專科醫師證書有效期限之展延，應於專科醫師證書之有效期限六年內，參加下列學術活動之積分至少二四〇分以上，其中第一款至第五款之學術活動積分至少需達一八〇分以上。（再教育的學分，較目前的6年一八〇學分皆增加。）

專科醫師訓練課程綱要原則：

各專科不同，基本包含：

完成訓練所需時間：一、專科醫師訓練期間，可連續或分期（每期至少一年）或分別在其他合格之訓練機構完成。二、受訓合格者，須由該機構核結（畢）業證書以資證明。

訓練期間治療病例之最低要求量。

專科訓練之基礎生物醫學課程及臨床牙醫醫學課程：課程可在衛生署認定合格之訓練機構獨或聯合開課。

相關醫學學科如：1.急救課程、2.感染控制、3.醫學倫理等。

專科醫師訓練機構認定標準原則：

壹、訓練機構條件：衛生署認定之兒童牙科訓練機構（可以為訓練醫院或訓練診所）

一、醫療業務：訓練機構至少應能提供足夠上述病例要求之各種不同類型之病例，足夠訓練專科醫師之臨床能力。

二、醫療設施及設備。

三、人員：專科指導醫師、專科兼任指導醫師、助理等。

四、品質管制、品質評估指定項目：具有病人安全及醫療品質相關作業。

貳、教學師資

一、科主任／訓練負責人、二、專任指導

醫師、三、兼任指導醫師

參、教學設備

一、教學場所、二、教學設備

肆、教學內容

一、教學課程須符合專科醫師訓練課程綱要

二、教學活動：病例討論會、跨科討論會、文獻討論會、專題討論會、受訓醫師參加醫學會之學術活動、醫師投稿於醫學會之刊物、受訓醫師在受訓期間在醫學會提出報告等。（需附表列出過去一年各討論會主題及主持人，會議記錄請保留於評鑑時備查。）



牙醫界可不是小鼻子、小眼睛，我們在追求合理制度與社會地位的努力，一直是從大處著手。我們必須回到專科醫師制度的真正意義：鼓勵醫師接受完整臨床專業訓練，促使其不斷吸收醫學新知，以提升我國醫療服務品質，照顧國民健康。當我國的國民正為口腔癌、牙周病、兒童齲齒而苦，中華牙醫學會與全聯會當努力推動專科醫師制度，讓國民能夠受惠的口腔外科、牙周病科、兒童牙科、家庭牙醫科、牙髓病科等，牙醫界不應分彼此，造成對立，中華牙醫學會推動專科醫師制度在提升我國醫療服務品質，照顧國民健

康。全聯會也在努力推動國民口腔健康，如：照顧身心障礙的民衆、偏遠離島的民衆、無牙醫鄉的民衆、唇顎裂的民衆、4歲以下的孩童。哪來的專科醫師與一般醫師的對立，我們的目標是一樣的，皆在促進國民口腔健康。其實每一個專科皆可以對健保有貢獻。希望藉由本文的說明可以讓大家都對專科醫師制度更了解、更支持、更希望大家都能成為某一範疇的專科醫師。

參考資料：

1. 醫療衛生主要法規行政院衛生署編印，民84年10月。
2. 實施台灣地區醫院牙科評鑑之首部曲—現況調查。黃耀慧、姚振華，台灣牙醫界2003年22卷10期12頁至15頁。
3. 牙醫院所該普查囉？鄭信忠，台灣牙醫界2003年22卷10期16頁至17頁。
4. 牙科專科醫師制度座談會暨問卷調查報告。鄭信忠，台灣牙醫界1999年18卷11期52頁至59頁。
5. 口腔病理專科醫師甄審原則、訓練醫院認定標準及訓練課程。台灣牙醫界2001年20卷7期29頁至34頁。
6. 深思牙科專科醫師制度。黃涌澧，台灣牙醫界2003年22卷2期17頁。
7. 看看別人，想想自己，全球口腔醫療人力之省思。黃耀慧、姚振華，台灣牙醫界2003年22卷12期20頁至23頁。
8. 中華民國口腔顎面外科學會辦理九十一年度「口腔顎面外科專科醫師甄審」初審工作簡章。台灣牙醫界2002年21卷9期46頁。
9. 公告九十一年度口腔病理科專科醫師訓練醫院認定合格名單、資格效期及訓練容量。台灣牙醫界2002年21卷8期37頁。
10. 中華牙醫學會第二次『牙科專科醫師制度』座談會紀要。鄭信忠，中華牙醫學會會訊1999年146期13頁至19頁。
11. 中華民國牙醫師公會全國聯合會第三次『牙科專科醫師制度』座談會紀要。鄭信忠，台灣牙醫界2000年19卷5期53頁至62頁。
12. 從一個重要提案的挫敗談起—如今世道已慣，此心依然期盼—李勝揚，2006年7月11日。
13. 中華牙醫學會與各專科醫師學會第一次座談會議紀錄。李勝揚主持，民九十五年三月二十五日於台北聯誼會。
14. 「中華牙醫學會推動牙科專科醫師制度立場說明書」。中華牙醫學會理事長：李勝揚、教育學術委員會主委：黃炯興、專科醫師制度推動執行長：江俊斌，民95年1月20日。
15. 「中華牙醫學會及中華民國牙醫師公會全國聯合會溝通會議共識決議」。李勝揚、詹勳政等，民95年1月18日於御書園西餐廳。
16. 「齒顎矯正專科醫師甄審辦法溝通會議共識決議」。李勝揚、詹勳政、蘇志鵬等，民95年1月18日於御書園西餐廳。
17. 研商「牙科專科醫師制度籌畫相關事宜」第三次會議紀錄。行政院衛生署、醫策會、全聯會與各專科醫學會，民97年5月6日。
18. ADA Survey Center：Distribution of Dentists in the United States by Region and State, 2005。Pediatric Dentistry Today, November, 2007。

扭傷與拉傷

~最常見的運動傷害



作者：林頌凱 醫師
 滙新醫院、桃新醫院復健科主治醫師
 高爾夫雜誌、自由時報運動傷害專欄主筆
 中華奧會醫學委員會副執行秘書
 2005 澳門東亞運中華台北代表隊隊醫

大部分的球友一定有過「腳扭到」、「筋拉到」的不愉快經驗。縱使不是在打球的時候發生，有時只是日常生活中的小動作，例如整理花園、下樓梯、彎腰拿東西等時候，就有可能一個不小心受傷。根據統計，扭傷與拉傷可是我們最常見的運動傷害。這時除了疼痛以外，更會因此而造成生活上很多的不方便。

「扭傷？拉傷？不是一樣的東西嗎？有什麼不同？」這是我們在面對病患時很常被問到的問題。所謂的扭傷與拉傷，在醫學上其實是有明確定義的。「扭傷」是指「韌帶」受到不正常的力量導致過度伸展，甚至斷裂。簡單的說，就是「韌帶受傷」。韌帶是連接骨頭與骨頭之間的結締組織，主要作用在於維持關節的穩定度，讓我們在激烈運動時不會因用力過大而使關節變形。而「拉傷」是指「肌肉」或「肌腱」受到不正常的力量而扭曲、擠壓，甚至斷裂。簡單的說，就是「肌肉（肌腱）受傷」。我們的身體有一條一條的肌肉，當肌肉收縮時，可以讓我們的身體維持在某個特定的姿勢，也可以讓身體產生不同的動作。肌腱則是連接肌肉與骨骼間的索狀結締組織，就是我們平常所謂的「筋」，它的大小因肌肉的不同而有所差異，而其作用是幫助肌肉固定在骨頭上，並傳遞力量，讓身體動作時更有效率。

從職業選手、業餘運動員，到一般民眾都有可能發生扭傷或拉傷，特別是曾經發生過類似傷害、體重過重，以及缺乏運動者。在運動的項目方面，幾乎所有的運動都可能發生扭傷或拉傷，只是發生的位置會因不同的運動型態而有所差異。例如：籃、排球以及其他常有跳躍動作的運動，腳踝是最常扭傷的部位；體操、桌球、高爾夫、網球等運動，由於其中某些動作需要手腕的快速轉動，腕關節的扭傷也是屢見不鮮。至於足球、跆拳道、拳擊等運動，則是因為與對手間會有身體直接的碰撞而容易肌肉拉傷；另外一些需要急速起動的運動，如短跑、跳高、跳遠等，如果熱身不足、伸展不夠完整，也容易產生肌肉拉傷。

扭傷 (sprain) 扭傷，就是韌帶受傷。

急性的扭傷可能是直接或間接的外力造成，例如跌倒、或者是身體與身體的撞擊，這種不當的力量會使我們的關節偏離正常的位置，造成連接關節間的韌帶過度伸展，甚至斷裂。常見的受傷動作有手部過度伸展地著地（如排球救球、棒壘球滑壘）、跳躍後由腳的側面著地（如籃球、排球、網球），以及在不平坦的地面上跑步等。

在高爾夫球運動來說，不正確的揮桿動作，容易使肩關節、腕關節、膝關節、以及踝關節的韌帶承受了異於尋常的扭力與壓力；或者是因為過度練習所造成的肌肉疲乏，都容易造成韌帶的扭傷。此外，下場打球的時候，走在不平坦的斜坡，或者是想效法 Tiger Woods 神乎其技的救球技術，也讓我們扭傷的機會大大增加。

扭傷發生以後，受傷的部位會以紅、腫、熱、痛等發炎的典型症狀來表現。至於受傷的嚴重程度，醫生會依照疼痛、瘀血、發炎、腫脹等症狀及關節的穩定度，分成輕微、中度及嚴重三個等級。如果在受傷的當下，病患感到受傷部位有一陣撕裂感，甚至聽到或感覺到「啪」的一聲，這常代表韌帶已經斷裂。通常在這種情況下，運動員將無法再度使用這個受傷的關節，這是屬於嚴重的扭傷。此外，受傷部位的劇痛，鬆弛感，以及局部的瘀血，也都暗示我們這是一個嚴重的扭傷。中度的扭傷代表韌帶沒有完全斷裂，疼痛常是病患最主要的敘述，患處可能會產生腫脹，而且關節可能會有些許的不穩定。輕微的扭傷大多是在某些特定動作或角度時才會產生疼痛，對日常生活沒有太大的妨礙，也不會影響關節的穩定度。幸運的是，大部分的扭傷都是輕微的，只要好好治療，並不會產生太嚴重的後遺症。

拉傷 (strain) 拉傷，就是肌肉或肌腱受傷。

急性的肌肉拉傷，可能因為身體的直接撞擊（如籃球）、過度伸展（如瑜伽）或是肌肉的過度收縮（如不正確的重量訓練）所造成。慢性的肌肉拉傷大多起源於長時間、重複性的過度使用身體某個部位的肌肉，在缺乏休息的情況最容易發生。

在高爾夫球運動來說，熱身時伸展不夠，在身體還處於僵硬狀態時就猛力揮桿，會使肩關節、背部的肌肉過度收縮而拉傷。不正確的姿勢，讓身體每部位的肌肉都不當使用，肌肉拉傷當然無可避免。握桿太用力、或是握把尺寸不合，則使手肘部位要出更大的力氣，也容易肌肉拉傷或肌腱發炎。縱使揮桿動作一百分，但因為過度練習所產生的肌肉疲勞，也會讓肌肉無法完全正確收縮，進而增加拉傷的危險性。還有一個要特別特別提到的下場須知，就是不要貿然的「跳起來」看球的落點，尤其是在冬天時的前幾洞。跳躍的動作需要小腿肌肉強力的收縮才能完成，當身體還沒有熱起來的時候，突然跳躍會使小腿肌肉或肌腱因為猛力收縮而拉斷，形成一種非人為的「斷腳」。

筋」，嚴重時可是要開刀治療的。

至於肌肉或肌腱的拉傷，典型的症狀包括疼痛、肌肉痠攣、無力及腫脹，醫生同樣也可以依症狀程度分成輕微、中度及嚴重三個等級。嚴重的拉傷代表肌肉或肌腱有局部或全部的斷裂，病人通常痛苦萬分，而且受傷部位根本無法產生動作，治療多半需要進開刀房直接修補。中度或輕微的拉傷差別只在於症狀的嚴重程度，肌肉或肌腱本身通常沒有斷裂，會有不同程度的疼痛、腫脹、及肌肉無力等症狀。輕度到中度的拉傷，其實只要適度休息加上復健治療，大部分都可以完全痊癒。

受傷的時候怎麼辦？

剛受傷時，掌握所謂的基本原則：PRICE原則，可以很有效的降低後遺症，讓自己在最短的時間回到球場。PRICE是五個英文字母縮寫，簡單介紹如下：

Protection(保護患處)：馬上中斷受傷時所從事的運動，不要過度移動受傷的部位，也不要患處按摩或推拿。

Rest(適度休息)：不要過度使用受傷的部位，例如腳踝或膝蓋扭傷時，就不要走太多路，必要時甚至要使用拐杖。

Ice(冰敷)：在受傷後的24-48小時，可以使用冰敷的方式來減少出血，也可以避免患處持續腫脹。冰敷時除了使用冰敷袋以外，其實只要將冰塊裝在塑膠袋裡面，外面包上一層手帕或是薄毛巾，就可以直接敷在受傷的位置。冰敷的時間每次約二十分鐘，每兩個小時可以冰敷一次，如果受傷48小時後還仍然持續腫脹，可以視情況延長冰敷的時間。**切記：不要讓冰塊直接在皮膚上冰敷太久，以免產生凍傷！**

Compression(壓迫患處)：用彈性繃帶在受傷的部位作適度的包紮，可以有效避免腫脹的現象持續惡化。

Elevation(抬高患處)：利用水(液體)往低處流的原理，幫助積在患處的水分回流到心臟，藉此幫助消腫。抬高患處的原則很簡單，只要比心臟高的位置就可以了。如果是下肢的部位受傷，就得身體平躺，腳部墊高才能達到效果。

什麼時候要看醫師？

- 受傷部位有嚴重的疼痛，痛到連一點點的力量都使不出來。
- 受傷部位有嚴重的疼痛，痛到連輕輕的觸碰都不能碰。
- 受傷的部位外觀變形。
- 受傷的關節無法活動(卡住)，或是活動時有鬆鬆無法施力的感覺。
- 關節活動時有奇怪的聲響。
- 受傷部位附近有麻木或感覺變差的情形。

- 雖然沒有明顯的疼痛，但走個幾步路就無法繼續前進。
- 越來越嚴重的腫脹。
- 同一個部位，一而再、再而三的反覆受傷。

對球友而言，想打球但卻不能打球是一件非常痛苦的經驗。要避免扭傷與拉傷並不難，還是老話一句「預防重於治療」。這裡提供一些預防打高爾夫球時的扭傷與拉傷的小秘訣：

- 避免在身體或精神狀態不好，注意力無法集中的時候打球。
- 要有適時適度的休息，尤其當肌肉疲勞(例如已經在練習場上練習了五盒球的一號木桿發球)，或身體某部位有酸痛現象時。
- 維持標準的體重：過重的體重對身體的每個部位都是壓力。
- 擊球前完整的熱身與伸展運動。
- 選擇一雙適合自己的高爾夫球鞋，舒適合腳為最重要的考量，價錢與美觀則是其次。
- 下場打球時盡量走平路，不要刻意穿越斜坡或障礙物。迫不得已的時候，球桿可是很好的拐杖喔。
- 均衡的營養攝取與正常的飲食習慣。
- 除了打球以外，養成每天運動的好習慣(例如：散步、游泳、瑜珈、彼拉提斯)，可以讓我們的身體隨時保持最佳狀態。

有一個很重要的觀念要提醒大家：**切勿在剛受傷時，或是受傷部位還有腫脹的時候去接受推拿的治療**，因為除了會延誤治療的黃金時期以外，不穩定的關節或出血，可能會因為不當的推拿而造成嚴重的後果，進一步可能喪失以後打球的權利。要再一次的奉勸球友們：**在接受推拿治療之前，一定要先尋求復健科或骨科醫師的評估，確定沒有相關的禁忌症之後，再接受治療，以免得不償失。**

