重要者是求復位至正常解剖位置，堅固內固定也是爲了膝關節早期活動、減少關節僵硬。

由於膝關節傷害很複雜而且易誤診，膝關節損傷之治療，亦依患者年齡及機能需要而採不同方法，膝關節傷害要經患肢很多種類的測驗檢查，膝X－光片、膝關節造影術，膝關節鏡直接看膝內檢查甚至治療，中山醫院還有很先進沒有傷害性的核磁共振造影檢查等等，來決定膝關節傷害處理方式，來降低膝關節傷害程度，回復患者正常生活，更進一步使運動員重返運動場。

最後我們中山醫院是要大家知道人體最容易受傷又最容易誤診、又是人體內最大的關節是膝關節，也是X光科、骨科、復健科需密切合作才能使患者得到最佳的治療。

漫談踝關節骨折

外科部骨科　呂克修醫師



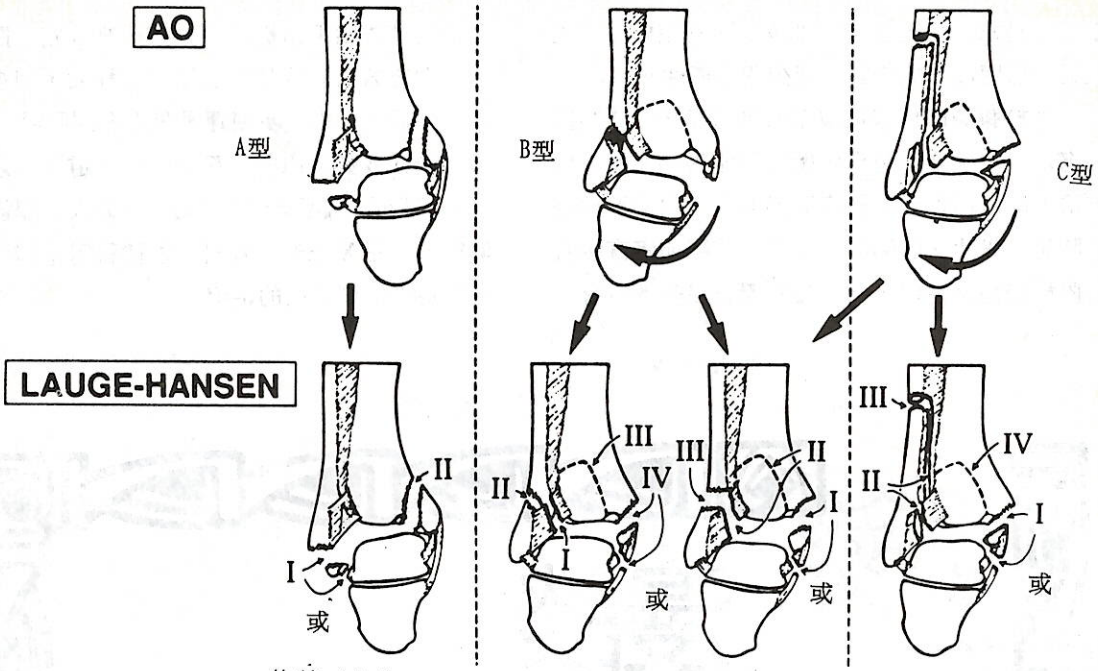
踝關節經由小腿支持全身的體重，當跑、跳、扭、滑等動作過大時，可造成扭傷或骨折，是身體中最易受傷的關節。

⊙前　言

早在西元300年Hippocrates就注意到“踝關節病灶”的問題，但一直到西元1768年法國的Potts，十九世紀英國的Dupuytren，Cooper Maisonneuve及廿世紀的Coffon等等學者，陸續提出有關踝關節骨折的報告，再經過大家的努力研究，才有今日滿意的治療成績。

⊙骨折型式

車禍或運動意外時，由於許多複雜的機轉作用，造成許多不同的骨折；於是有人依骨折的部位，分爲單踝、雙踝或三踝骨折；就距骨脫臼移位的程度分等級；視外力的方向、分外轉、外展或內收；再加上受傷時的姿勢位置，成爲複雜的Lange-Hansen分類；也有只看外踝骨折的高低，就是Danis-Weber(A-o)的簡單分類。目前以後面兩種廣被採用。（圖一）



圖一

⊙治療方式

踝關節骨折治療的目的，是要減輕患者的主觀苦楚和客觀恢復骨折前的機能狀態；也就是避免疼痛、畸型，跛行及維持正常的關節活動範圍。

1. 保守石膏固定療法

未移位的單踝骨折，利用石膏夾板或圓柱固定都可得到很好的結果，不必手術。

2. 手術金屬物內固定療法

對於移位性和雙踝或三踝的較嚴重骨折，一旦消腫後要維持準確的解剖位置往往很難，而且內踝骨折不癒合的機會高達10%，又統計上20%會有距骨和脛骨的關節軟骨損傷，所以大部分的學者主張手術療法，即使是老年人，只要身體狀況能忍受麻醉和手術的危險，還是接受手術療法，早日下床活動，減少罹病率。

一般來講，手術時機最好在骨折後6－8小時內施行；如果超過時間，患部發生嚴重腫脹，只有等3－4天消腫後再手術。但是延遲太久才要手術復位，則患部充血，骨質變易碎，增加復位固定的困難度，也增加感染和敗血症的危險，日後形成退化性關節症的機會也大大提高。

手術後約需1－2週的石膏夾板暫時固定，同時施行腳趾及踝關節的床上復健活動，傷口癒合拆線後，即給予膝下石膏圓柱固定，下床負重走路，大約6－8週後，視骨折癒合狀況拆除石膏，恢復昔日的活動。

⊙結　論

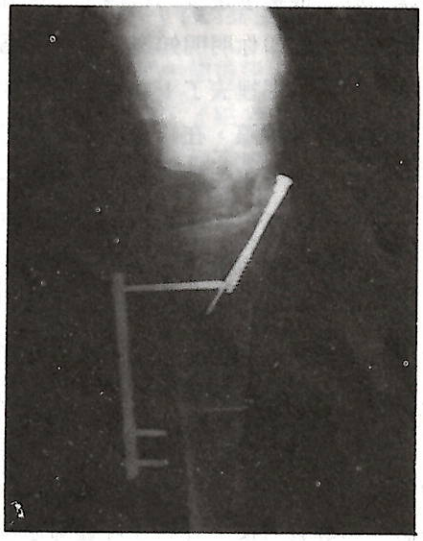
中山醫學院附設醫院骨科近兩年共對14位雙踝和9位三踝骨折的患者施行手術金屬物內固定療法，年齡從19～77歲（平均41.4歲）男女比例爲14：9，左右腳比例爲13：10，結果非常良好（圖二），至目前爲止沒有骨折癒合不良或不癒合的發現，也沒有後遺症發生。其中已有4位患者接受第二次手術取出內固定金屬物。

①凡是移位性和雙踝或三踝骨折，一般認爲還是接受手術金屬物內固定療法，結果最好，而且要越早越好，減少手術的困難和日後的麻煩，我們的經驗也是如此。



手術前

②期望早日發明沒有排斥負作用且可被吸收的內固定物，取代內固定金屬物，避免第二次手術的痛苦。



手術後

外科住院醫師生活手扎

(Pait I)

住院醫師　倪仁仰

1992　×月×日AM8:45 5F護理站

Morning meeting 剛結束，到了5F護理站，想起reuiew一下病人昨人的病況，認眞的5F大家長蕭裕明醫師例行在巡視病人，廣播響起：外科倪仁仰醫師3209，唉可惜！本院沒有一定查房的時間（主治醫師和住院醫師）我是5樓的住院醫師，但是由於外科人手不足，在5樓病房的時間沒有蕭醫師多。或許這也是人手不足的原因。

聽到廣播知道主治醫師已經到了OR(開刀房)，