

## 脛繩肌腱病變常見問題

### 此文章的內容是？

此文章為患者提供近端脛繩肌腱病變的資料。近端是指附在盆骨坐骨那段脛繩肌腱。「肌腱病變」是描述肌腱的退化，通常引致疼痛，卻不曾有創傷事件。

這種情況也被稱為「高」肌腱問題。還有很多不同的名稱包括「肌腱炎」、「肌腱退化」、「慢性肌腱炎」；很多時「肌腱退化」及「肌腱病變」兩個名詞會被交替使用。

另一篇文章「脛繩肌腱撕裂常見問題」講述此肌腱的完全撕裂或骨頭撕裂，其成因往往是明顯的創傷或事故，治療方式通常會有所不同。

### 如何診斷脛繩肌腱病變？

通常患者於運動後會覺得一邊或兩邊臀部有疼痛。隨著時間增加，痛楚變得更為持續，即使坐下也常會感到不舒服。

醫生為患者進行身體檢查後往往會發現：

1. 於「靴子測試」中得到陽性結果——當患者拉動腳掌來脫靴或鞋子，並以另一隻腳的腳趾按著靴的鞋踭在地上時感到疼痛<sup>1</sup>。
2. 臀部肌腱易有觸痛。
3. 受阻的肌腱在收緊時出現痛楚。

X光檢查的結果通常都是正常的。

磁力共振掃描檢查通常能顯示肌腱變化的信號，具體的發現是肌腱腫脹並有液體包圍。不過有時「正常」人也可能會出現這些情況<sup>2</sup>。

有時磁力共振掃描會顯示肌腱已於體內撕裂，或者部分原本附在坐骨的肌腱已經脫離。

## 脛繩肌腱病變的治療

### 物理治療

許多患有脛繩肌腱病變的跑手及其他運動員皆是過度使用他們的脛繩肌而非臀部肌肉。

受過相關訓練的物理治療師能利用跑步機及電腦視像輔助為跑手作跑步評估，電腦會分析其慢動作及靜止影像，對診斷脛繩肌腱病變有莫大幫助。在許多個案中，跑步評估能印證脛繩肌腱和臀部肌肉的不平衡狀態，並可通過核心強化運動、適當的伸展、以及改變跑步技巧來改善——有些個案會縮短步幅，而大部份個案則嘗試「推動」臀肌而非「拉引」脛繩肌腱。

### 高濃度血小板血漿

注射高濃度血小板血漿似乎是有幫助的。我用「似乎」字眼，是因為此療法沒有黃金標準的科學證據，但仍有一個小型的近端脛繩肌腱損傷回顧式研究<sup>3</sup>，及有很多的趣聞軼事式的證據。

高濃度血小板血漿是透過抽取患者的少量血液（就像一個普通血液測試），然後把它放入離心機約 10 分鐘，將血液分離並抽取浮在紅血球之上的血漿。血漿含有血小板：這血細胞會釋放生長因子來修復損傷。高濃度血小板血漿會被注射到肌腱周圍。這程序是既安全又快速的（需時約 15 分鐘），而且相當便宜。亞洲專科醫生位於中環的診所備有高濃度血小板血漿離心機，可於平常診症時進行注射。患者在注射後可立即繼續正常生活。此注射可經常及在有必要時重覆進行——雖然我們並不真正清楚「必要」在這背景下是甚麼意思。

我的信念是當肌腱於相對早期階段仍有自癒能力時，進行這療法是最有效的。

### 肌腱細胞注射

肌腱細胞在肌腱內生長及製造肌腱膠原蛋白。我們可以抽取一小片肌腱（通常在局部麻醉下，以針從膝蓋的髌腱抽取），然後在實驗室進行培植。過了 4 至 5 週，便有數百萬個新的肌腱細胞長成。這些新的肌腱細胞會被注射到脛繩肌腱病變的部位，製造新的膠原蛋白來復修肌腱。

這程序跟「幹細胞」治療相似。幹細胞是特殊的細胞，能生長成不同種類的成熟細胞。如果把幹細胞植入肌腱內，它們會發展成肌腱細胞。

這是一種新的療法，只有很少的數據，但我們知道這種重新植入自身成熟細胞的技術是安全的，因它已用於軟骨細胞多年（名為「自體軟骨細胞移植術」）。

肌腱細胞由澳洲公司 Orthocell ([www.orthocell.com.au](http://www.orthocell.com.au)) 提供，此程序名為「Ortho-ATI」，意即「自體肌腱細胞移植」。

早期研究顯示此程序對臀部肌腱病變<sup>4</sup>、肩袖問題<sup>5</sup>及網球肘<sup>6</sup> 都有良好療效。

### 手術

如果患者於物理治療和注射高濃度血小板血漿或肌腱細胞後，依然持續感到疼痛，一般都能以小手術修復受傷肌腱來解決問題<sup>7-9</sup>。

手術會於隱藏在臀部下方的皮膚皺摺處，透過切開一個 6 至 8 厘米長的小切口來進行。脛繩肌腱會從骨頭分開，將受損的肌腱會被切除，並以克維拉針將健康的肌腱縫回骨上。

### 有沒有其他治療方法？

有，而且很多！但我們相信以上介紹的各式治療方法是最有效的。

### 參考文獻

1. Zeren, B. and H.H. Oztekin, A new self-diagnostic test for biceps femoris muscle strains. Clin J Sport Med, 2006. 16(2): p. 166-9.
2. De Smet, A.A., et al., MRI appearance of the proximal hamstring tendons in patients with and without symptomatic proximal hamstring tendinopathy. AJR Am J Roentgenol, 2012. 198(2): p. 418-22.
3. Wetzel, R.J., R.M. Patel, and M.A. Terry, Platelet-rich plasma as an effective treatment for proximal hamstring injuries. Orthopedics, 2013. 36(1): p. e64-70.
4. Bucher, T., et al., Autologous Tenocyte Implantation For Gluteal Tendinopathy: A Prospective Pilot Study, in EFORT2014: London.

5. Wang, A.W., et al., Autologous tenocyte implantation, a novel treatment for partial-thickness rotator cuff tear and tendinopathy in an elite athlete. *BMJ Case Rep*, 2013. 2013.
6. Wang, A., et al., Autologous tenocyte injection for the treatment of severe, chronic resistant lateral epicondylitis: a pilot study. *Am J Sports Med*, 2013. 41(12): p. 2925-32.
7. Bowman, K.F., Jr., S.B. Cohen, and J.P. Bradley, Operative management of partial-thickness tears of the proximal hamstring muscles in athletes. *Am J Sports Med*, 2013. 41(6): p. 1363-71.
8. Benazzo, F., et al., Surgical management of chronic proximal hamstring tendinopathy in athletes: a 2 to 11 years of follow-up. *J Orthop Traumatol*, 2013. 14(2): p. 83-9.
9. Lempainen, L., et al., Proximal hamstring tendinopathy: results of surgical management and histopathologic findings. *Am J Sports Med*, 2009. 37(4): p. 727-34.

此文章原文由亞洲專科醫生以英文撰寫  
© 2016 亞洲專科醫生，版權所有