

膝内侧副韧带劳损的认识及治疗

民航上海医院 (200335) 顾龙顺

暴力引起膝内侧副韧带损伤已被大多数学者认识,但对内侧副韧带劳损的认识尚不完全清楚。作者于 1989~1995 年在骨科门诊遇见此类病例共 58 例。就此发病机制及其治疗作一介绍。

临床资料

58 例病人中,女性 57 例,男性 1 例。年龄 46~95 岁,平均 58 岁。病程 3 周~5 年。

临床表现:患膝酸痛不适,酸痛部位不明确。行走时,特别在行走较久时酸痛加剧,休息后消失。病人下蹲困难,往往需双手支撑足背或身边凳子才能起立,严重者不能下蹲。但在不负重情况下(卧位或健膝单独负重)患膝作类似下蹲动作没有困难,也不引起疼痛。临床体征包括膝内侧有明显压痛点或压痛区,其范围上起股骨内上髁,向下、向前经膝关节间隙至胫骨内髁及胫骨内侧面,即相当于膝内侧副韧带分布区。症状重者该压痛区伴有轻度肿胀。膝关节 X 线平片一般无异常。

治疗方法

局封药液配制法为醋酸曲安缩松注射液 10mg, 2%利多卡因 1ml,再以灭菌注射用水稀释到所需量(一般为 5ml)。根据痛点范围大小,选择 2~5 点注射,使药液均匀分布于压痛区。由于膝内侧副韧带分深浅二层,较厚,应注意将药液均匀注射于韧带全层。在注射针进入韧带后,边推注射液边向深层逐渐进针,直达股骨髁、胫骨平台,在关节间隙直至出现落空感(进入关节腔)即停止注射。四至七天一次。本组病例局封连续 2 次 27 例,3 次 25 例,4 次 3 例,5 次 1 例,6 次 2 例。

治疗结果

疗效评定:痊愈,膝痛解除,压痛消失,行走自如,下蹲不再困难。显效:膝痛基本消失,行走明显改善,膝内侧残留轻度局限性压痛。好转:症状减轻,行走改善,但仍有轻度酸痛,膝内侧仍有局限的压痛点。差:

病情无变化或仅有轻度减轻。

结果:痊愈 47 例,显效 9 例,好转 2 例,差 0 例。有效率 96%。其中 3 例复发,经重复治疗后 2 例痊愈。

讨 论

关于膝内侧副韧带劳损的原因,作者认为与男女膝的关节的解剖特点有关。正常人膝关节有 10°左右的生理性膝外翻^[1]。女性由于其骨盆宽度大于男性,故膝关节的生理外翻大于男性。在膝关节负重时,由于生理性膝外翻产生一个使膝关节内侧间隙增宽的横向分力,使生理性膝外翻加大。正常情况下由膝内侧副韧带承受这个分力,防止膝外翻脱位。这个横向分力随生理性外翻增大而增大。膝外翻越严重,作用于膝内侧副韧带力量越大^[2]。在人生数十年反复横向分力作用下,导致了膝内侧副韧带的慢性劳损。女性因膝外翻角大而发病率高高于男性。

患者屈膝下蹲困难,下蹲后起立更困难,是因膝内侧副韧带所受分力大小不同所致。伸直位负重时,体重主要由股骨、胫骨的骨性结构支撑。在屈膝位下蹲时,股骨、胫骨不在同一力线上,重力线后移,体重产生的侧向分力加大。屈膝角度越大,体重的侧向分力也越大,膝内侧副韧带承受的牵引力也更大。下蹲起立时,膝伸屈肌将更大发力,膝内侧副韧带也随之承受更大的横向分力,从而引起膝内侧副韧带疼痛。相反,在不负重情况下,就不存在上述情况。

此外,临床上必须与退行性膝关节炎相鉴别,且治疗后有复发可能,应嘱患者避免过多行走和站立。

参考文献

1. 中国医科大学主编. 局部解剖学. 北京:人民卫生出版社, 1979. 310.
2. [法] I·A·KAPANDJI 著. 周同斌译. 图解关节运动生理学(下肢分册). 广东科技出版社, 1987. 100

(收稿: 1996-10-22)

邮 购

北京天东电子医用器材厂生产出售 I~II 型小针刀。审批文号:京药器监(准)字 96 第 214038 号。现办理邮购业务,售价 I 型(20 支装)每套 120 元; II~III 型(10 支装)每套 90 元。另每套加 10 元包装邮资,款到发货。

地址:北京崇文区广渠门外南街 67 号。邮编:100022。 联系人:杨宝萍。电话:010-67715095。或汇款至北京东直门内北新仓 18 号 《中国骨伤》编辑部 邮编 100700 联系人:钟 方