

经皮小针刀治疗斜颈 81 例临床分析

洪剑飞,夏冰,毕擎,邱斌松,赵晨

(浙江省人民医院,浙江 杭州 310014)

关键词 斜颈 小针刀

斜颈是一种以患侧胸锁乳突肌纤维化病变为特征的小儿头、面、颈部发育畸形的常见病,发病率为 0.3%~2%^[1]。面部、颈部的发育严重受到影响,重者导致脊柱侧弯、心理障碍及学习困难^[2]。随年龄增长畸形加重,其疗效也随之降低,手术年龄最佳在 1 岁左右,但常有因各种原因延误诊治导致年龄偏大,病变较重,影响疗效^[3]。作者自 1996 年 1 月至 2009 年 7 月共收治斜颈患者 81 例,经采用经皮小针刀松解治疗,获满意效果,现总结报告如下。

1 临床资料

本组 81 例,男 42 例(51.85%),女 39 例(48.15%)。年龄 1~21 岁,中位数 6 岁,均为出生后不久发病;其中 1~3 岁 28 例,占 34.57%;4~6 岁 33 例,占 40.74%;7~10 岁 17 例,占 20.99%;11~21 岁 3 例,占 3.73%。81 例均是单侧发病,右侧 41 例(50.62%),左侧 40 例(49.38%)。29 例患者可触及患侧瘤样包块。病情按王文强^[4]所用标准评定,I 级 30 例(37.04%),II 级 45 例(55.56%),III 级 6 例(7.40%)。

2 方法

患者仰卧位,颈部适当垫高,头偏向健侧,稍用力。手术在麻醉下进行,根据患者年龄分别采用不同方法。年龄较大且能配合的患者,采用局部麻醉或臂丛神经阻滞麻醉;年龄小且不能配合者,则采用全身麻醉。于皮下可以扪及胸锁乳突肌有不同程度的肌纤维变性,肌肉挛缩呈条索状,与周围组织粘连,颈部深筋膜、颈阔肌也有不同程度挛缩。根据胸锁乳突肌的挛缩轻重,松解切断胸锁乳突肌的胸骨头及锁骨头或乳突的附着点。为了避免损伤主要神经血管及重要组织,术前采用手法找到胸锁乳突肌的乳突止点,消毒后在此处进针,进行骨膜下剥离;同时扪及胸骨头及锁骨头止点,同样作骨膜下剥离;一定要注意进针的深度不可超过止点的厚度。对挛缩的颈阔肌及颈部深筋膜,在紧张处也应作适当松解,但要特别谨

慎。松解完成后,检查畸形是否过度矫正及功能位,解剖的改善情况。对部分年龄较大的患儿,面部发育不对称,甚至有颈椎旋转畸形者,不强求一次达到过度矫正,再作 2~3 次小针刀治疗以求达到完全矫形。治疗后针眼用冰袋冷敷,纱袋加压,防止出血。术后 2~3 d 疼痛消除后,进行颈部伸展练习向患侧后上方主动运动,以消除粘连。矫正畸形,重建平衡。每周 2~3 次。术后无需用颈托固定。

3 结果

本组 81 例,均顺利完成手术操作。从手术后开始随访 6 个月至 14 年,平均随访时间 1.5 年,随访率 87.10%(81/93)。失访的主要原因是部分患者无联络方式。按李楠竹^[5]所用标准评定,结果优 70 例,占 86.42%;良 6 例,占 7.41%;差 5 例,占 6.17%;优良率为 93.83%。不同年龄患者疗效比较见表 1。年龄越小优良率越高,差异有统计学意义(趋势卡方检验 P 值为 0.004)。而其他不同部位以及不同斜颈程度分级临床疗效比较(见表 1)差异无统计学意义($P<0.05$)。

表 1 不同组临床疗效比较

特征因素	例数	优良例(%)	差例(%)
年龄(岁)			
1~3	28	27(96.43)	1(3.57)
4~6	33	33(100.00)	0(0.00)
7~10	17	15(88.24)	2(11.76)
11~21	3	1(33.33)	2(66.67)
发病部位			
右侧	41	38(92.68)	3(7.32)
左侧	40	38(95.00)	2(5.00)
程度分级			
I 级	30	29(96.67)	1(3.33)
II 级	45	43(95.56)	2(4.44)
III 级	6	4(66.67)	2(33.33)

4 讨论

斜颈是小儿较常见的畸形,患病率可高达 0.1%

~0.4%。从发现至今已有数百年历史,病因仍在探索中。主要病变在胸锁乳突肌,畸形发展后患侧颈部其他肌肉也相继发生相应的挛缩,颈椎、颅骨也发生一定形态、结构上的改变^[6]。研究证明,间质增生及纤维化是其基本病理变化,间质增生的细胞呈梭形,是成纤维细胞,通过电镜发现间质增生中为细胞成分组成^[7]。斜颈与出生体位和肌肉痉挛的左右侧有关。尤其经产道分娩是通常出现头颈前屈侧弯和旋转,造成胸锁乳突肌中段持续扭结,引起肌肉缺血、水肿,最后导致肌肉纤维化挛缩^[8]。中国传统医学认为,本病的发生主要是由于局部气血瘀滞,经络不通,筋失濡养,经筋聚结所致^[9]。核磁共振检查显示胸锁乳突肌有前臂和小腿阔筋膜室综合征信号,尸检和组织灌注技术研究等证实活宫内或新生儿期肌筋膜室综合征结果;临床研究显示其与难产马蹄内翻足、先天性髋关节脱位、或髋臼发育不良等骨骼肌肉异常性相关^[10],所以斜颈也称为先天性肌性斜颈(congenital muscular torticollis, CMT)。

斜颈的治疗包括非手术治疗及外科治疗。非手术治疗适于早期(包块期)和纤维化期患儿,这时颈部活动受限小于 30°,而无明显面部不对称,经早期手法扳正或局部按摩热敷,卧床固定有一定效果。1 岁以内治愈率可达 70%~80%,但有学者不提倡对颈部包块手法按摩,认为这样可使胸锁乳突肌纤维化并与周围组织粘连,有害无益。外科手术用于经上述治疗无效或斜颈明显,肌纤维瘤样病变不再进展患者。胸锁乳突肌下切断术至今仍是最常用的术式,为 1794 年 Cheselden 首先描述。

本组采用小针刀治疗斜颈,疗效满意,尤其对小儿的治疗,优良率达到 96% 以上,而且本研究也发现,随年龄的增长治疗的优良率降低。其中 4 例疗效差的原因主要是与年龄偏大,已出现颈椎骨质畸形改变,面部、头颅的继发畸形难以矫正有关。本组中,面部不对称畸形无明显改善,但也无继续加重。用小针刀治疗斜颈就是在骨膜下在一端或两端切断松解胸锁乳突肌的起止点,是一种中医特色的微型手术。此疗法适用于一切颈椎及附近软组织(如颈部肌腱、筋膜、韧带及关节囊等)的急、慢性劳损造成的病理改变,但是,不适用于颈部结核、肿瘤所致的颈部症状者,颈部风湿、类风湿疾病的急性期以及施术部位皮肤有感染或深部有脓肿者等。

小针刀对小儿肌性斜颈治疗机制为松解粘连,刮除瘢痕,使颈部的动态平衡得以恢复。一般 8 个月以后,因胸锁乳突肌已经纤维变性,甚至为结缔组织所代替,则非手术治疗效果极差,可行小针刀治疗;若在 12 岁以内,切断松解后疗效差别不大,因为面部和头颅不对称可在生长年龄内得到矫正。年龄大于 10 岁以上,多数患者除胸锁乳突肌挛缩外,还合并有周围筋膜及肌群短缩,严格选择患者治疗范围是成功的重要因素之一。

另外,小针刀治疗斜颈是一种经皮下松解,切断胸锁乳突肌起止点的过程,不同于手术直视下操作,要求治疗医师要有一定的骨科手术基础,治疗过程精准,在松解切断胸锁乳突肌起止点时,要求术者一手摸清并固定胸锁乳突肌起止点,在起止点范围内进行骨膜下操作比较安全的方法。小针刀操作过程要缓慢,每松解及切割一次动作不宜过大,有切断胸锁乳突肌挛缩硬化的纤维的感觉即可,不可盲目切割其他组织。

综上,斜颈采用经皮小针刀治疗具有出血少、粘连少,费用低,不需要住院,术后不需外固定器具,外观无疤痕等优点,同时应把握治疗时间,尽早实行手术治疗。

5 参考文献

- [1] Collins A, Jankovic J. Botulinum toxin injection for congenital muscular torticollis presenting in children and adults [J]. *Neurology*, 2006, 67(6): 1083-1085.
- [2] 刘景超, 周丽, 黄国玉, 等. 29 例先天性肌性斜颈的手术治疗[J]. *中国矫形外科杂志*, 2005, 13(15): 1197-1198.
- [3] 孟钊, 高瑞敏, 甄素芬. 先天性肌性斜颈的诊断与综合治疗[J]. *河北医药*, 2004(3): 241-242.
- [4] 王文强, 刘子欣, 郭红章. 先天性肌性斜颈的早期药物注射治疗[J]. *实用儿科临床杂志*, 2000, 15(4): 248-249.
- [5] 李楠竹, 尤元璋. 小儿先天性肌性斜颈的手术治疗[J]. *实用中西医结合临床*, 2007, 13(3): 64.
- [6] 赵敏, 洪新荣. 学习困难儿童自我意识的研究[J]. *实用儿科临床杂志*, 2002, 17(4): 412.
- [7] 柳江太. 先天性肌性斜颈的手术治疗[J]. *实用口腔医学杂志*, 1999, 15(1): 362.
- [8] 高宏, 黄耀添, 赵黎, 等. 先天性肌性斜颈胸锁乳突肌细胞外基质的组织化学研究[J]. *现代康复*, 2001, 5(12): 48-49.
- [9] 何雁玲. 小儿先天性肌性斜颈早期综合治疗的临床研究[J]. *光明中医*, 2009, 24(11): 2147-2148.
- [10] 邱开封, 杜世新, 宋建新, 等. 95 例小儿先天性肌性斜颈的诊疗[J]. *中国校医*, 2007, 21(4): 441-442.