何雁玲教授分型論治小兒肌性斜頸經驗總結

Professor *HE Yanling's* experience summary in the differential treatment of congenital muscular torticollis

王曉雨[1] 唐 爽[2] 何雁玲[3] *WANG Xiaoyu, TANG Shuang, HE Yanling*

（1. 德州市婦幼保健院；2. 山東中醫藥大學；3. 山東中醫藥大學附屬醫院）

[摘要] 介紹何雁玲教授根據不同分型治療小兒肌性斜頸的經驗。認為小兒肌性斜頸的分型有包塊型，發育不良型，混合型，治療上應根據斜頸的不同分型，側重不同推拿手法，並兼顧脾胃調護和間斷鞏固治療及日常功能鍛煉，以縮短治療療程，提高治癒率。

[關鍵詞] 肌性斜頸；推拿；臨床經驗；何雁玲

何雁玲（1964-），女，主任醫師，山東省中醫院知名專家，山東省第五批中醫藥師承帶教老師，張素芳全國名老中醫工作室主要成員，從事臨床醫療和教學三十餘年，對小兒常見病的推拿治療及預防保健、體質調理方面有獨到見解。尤其在手法治療小兒肌性斜頸方面頗有聲望。

小兒肌性斜頸（congenital muscular torticollis, CMT）其主要表現為頭向一側傾斜，下頜旋向健側，頸部活動受限，可伴顱骨變形，顏面雙側不對稱，髖關節發育不良（DDH）等[1]。若患兒早期未能得到及時有效的干預，隨著其年齡的增長，還可出現代償性脊柱側凸、高低肩等伴發症，嚴重影響患兒身心健康[2]。

目前診斷該病大多以包塊性斜頸為主，施以傳統推拿手法，針對性不強，對發育不良型及混合型肌性斜頸認識不足。何教授在中華中醫藥學會2016年全國推拿學術年會上首次提出了小兒肌性斜頸的分型、診斷及手法規範性治療，開創了臨床醫師對小兒肌性斜頸診療的新思路。現將何教授診療本病臨床經驗歸納如下。

1 手法特色

何老師在長期臨床實踐的基礎上不斷總結創新，提出小兒肌性斜頸有包塊型，即患側胸鎖乳突肌可觸及包塊組織；發育不良型，指患側胸鎖乳突肌、斜方肌、頭夾肌、斜角肌等頸周肌群發育較健側薄弱；混合型，即可見患側胸鎖乳突肌包塊組織又有頸周肌群發育不良。治療以舒筋活絡，軟堅散結，矯正畸形為原則[3]，針對不同分型，側重不同推拿手法，各分型經局部手法治療後，再行頸部扳法。

1.1 局部手法及操作原理

（1）包塊型：患兒取仰臥位，頭面旋向健側，以充分暴露患側胸鎖乳突肌，在包塊處均勻塗抹介質多磺酸粘多糖（喜遼妥），① 包塊在胸鎖乳突肌中上段者，用拇、食、中三指指腹對捏，提拿，撚揉3-5分鐘；自乳突端沿胸鎖乳突肌向鎖骨端撚揉包塊組織約3-5分鐘；② 包塊在

香港中醫藥學會版權所有 Copyright HKCMA All Rights Reserved

鎖骨端附近，對捏，提拿，撚揉5-10分鐘。包塊較硬，以對捏為主，較軟者以提拿撚揉為主。操作時應柔和有力。

何老師指出對捏法適用於較大較硬的包塊，可促進胸鎖乳突肌包塊的快速變軟及吸收；提拿時著重作用於腫塊或攣縮部位，力度深達肌層，以松解局部粘連組織；撚揉可促進局部血液循環，加速包塊的吸收。操作時間的長短及力度大小視患兒月齡、包塊軟硬程度及大小而定，手法宜輕重交替，避免過重導致包塊組織水腫，引起二次黏連及局部皮膚破損，且不可向下按壓包塊組織，以免壓迫氣道及頸部血流。若不慎操作致局部水腫，應先用輕撚手法促進局部水腫消散。

（2）發育不良型：患兒取坐位或仰臥位，頭面旋向健側，充分暴露患側胸鎖乳突肌，用拇、食、中三指蘸取醫用滑石粉，撚揉患側胸鎖乳突肌、斜方肌、頭半棘肌、頭夾肌、肩胛提肌等發育不良處約3-5分鐘；用拇、食、中三指提拿項後肌群細弱處（斜方肌上段）3-5分鐘；拇指彈撥乳突端緊張處2-3分鐘;伴背腰部肌肉發育不良者用拇指或其餘四指行背腰部按揉法2-3分鐘。操作時應輕柔和緩。

彈撥法能消除肌肉緊張，使筋肉放鬆，氣血暢通；按揉法可加強局部血液循環，改善營養供應，增強肌力。本型輕症患兒，經治一次即見好轉，但易復發，或出現向健側短暫性歪斜的情況，此時應以原發病側治療為主。

（3）混合型肌性斜頸：同包塊型、發育不良型，對捏，提拿，撚揉包塊組織3-5分鐘，撚揉、彈撥或提拿患側胸鎖乳突肌、斜方肌等發育不良處3-5分鐘。具體操作時間可視包塊大小、軟硬程度及頸周肌群發育情況而定。

本型可因包塊較大，影響患側頸部血流，導致後期患側肌群生長較健側薄弱。部分患兒可見包塊已吸收，但斜頸症狀仍存在。臨床尤其應注意就診月齡較大或包塊初期未行有效治療的患兒，頸周肌群的發育情況，及時發現並治療以提高治癒率。

1.2 頸部扳法[4]

（1）端提旋轉法：＞2個月月齡患兒，家長將患兒面向醫者端坐於懷中，雙手固定住患兒肩腰部；＜2個月月齡患兒，可令患兒平躺于治療床上，固定肩腰部。醫者一手扶患兒下頜部，另一手扶患兒枕後部，使患兒頭逐漸向患側旋轉，使下頜部儘量轉至肩峰處，患側活動幅度較小、體型較胖頸部較短的患兒旋轉時稍稍向上端提，操作3-5次。

（2）牽伸側扳法：患兒如前固定好。醫者一手固定患側肩部，另一手虛掌扶住患兒頭部，將患兒頭部逐漸向健側肩部側屈。操作3-5次，每次側扳時暫停3-5秒鐘。

（3）牽拉旋轉側扳法：在牽伸側扳法基礎上進行。體位同上，當胸鎖乳突肌、斜角肌、頸長肌、頭長肌等肌明顯緊張時，側扳同時使下頜向患側斜上方上抬（頸後伸位）；豎脊肌、夾肌、斜方肌等肌明顯緊張時，側扳同時使下頜向健側斜下方牽拉（頸前屈位），操作3-5次。

頸部板法可舒筋解痙，伸展拉長攣縮的肌肉組織，從而改善和恢復頸部的功能活動。何老師強調，行扳法時應因勢利導，用力不可過大、過猛，切不可超出正常生理範圍，以防頸椎脫位。

1.3 顏面部操作

斜頸患兒伴患側眼睛小者，醫者可一手固定頭部，一手用拇指或中、食指指腹沿眉弓向上旋推，按揉眼周太陽，陽白，魚腰，絲竹空，瞳子髎等穴；伴患側面部小者，以食，中，無名指，小指托起腮部或下頜部肌肉，拇指沿面頰向下頜邊緣推揉，按揉頰車，地倉，承漿，下關等穴。借撫觸油為介質，動作輕快滲透，反復操作3-5分鐘/次，2-3次/日。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCM All Rights Reserved

2 診療思想

2.1 重視脾胃調護

何老師認為，因「脾胃為後天之本」，脾氣健運，氣血化生正常，臟腑肌肉得以滋潤濡養，則肌肉發達健壯，且「脾主肌肉」，若脾胃虛弱，氣血化生不足，肌肉無以營養則肌肉鬆弛無力，故取補脾經，揉板門，摩腹，揉足三裡，捏脊等以健脾和胃，在一定程度上鞏固了治療效果。還應注意日常膳食搭配，適量補充維生素D和鈣劑，以滿足機體營養需求。

2.2 強調鞏固治療

（1）治療各類型患兒，家長可除來院治療外，每隔6-12小時鞏固治療一次，以改善局部缺血缺氧狀態，加快病理組織的吸收，增加患側肌肉的營養供給，促其生長發育。（2）患兒在體質不強或生長較快或觸冒風邪時，患側肌肉力量支撐力下降，出現斜頸反復的情況，因此，當斜頸經治頭保持中正後，應減少治療次數，採取間斷性鞏固治療，視患兒情況逐漸改為一周兩次，一週一次等，觀察至1-2周歲，後期應注意患兒有無高低肩，脊柱側凸等症狀。

2.3 注重日常鍛煉

何老師指出，治療的同時應做好宣教，使家長配合孩子日常鍛煉頸周肌群，有助於患兒早日恢復。根據患兒月齡大小，選擇以下動作主動或被動練習，可每日短時多次練習。（1）俯臥抬頭：使患兒俯臥，雙手置於胸前支撐，引逗患兒向患側斜上方主動抬頭。（2）仰臥位前屈：使患兒仰臥，家長牽拉住患兒上肢將上半身輕輕抬起，確保患兒兩肩胛承擔的力量相對稱。＜2月齡患兒可重點牽拉患側上肢，使患兒產生抗力，不可盲目另上身提起。（3）坐立位伸舉：引逗患兒患側上肢向外斜上方舉高抓握。（4）翻身運動：引導患兒向健側翻身。（5）1歲左右腰背部肌肉力量薄弱患兒，引導其患側上肢舉起，向健側做側身運動；或做引體向上運動。現代研究表明，推拿手法配合頭頸部肌肉力量訓練[5]、推拿聯合俯臥位主動抬頭[6]，治療小兒肌性斜頸療效顯著。

另外，何老師治療除手法操作外，還採用活血止痛散局部外敷以活血通絡，消瘀散結。活血止痛散主要由透骨草，川楝子，當歸，片薑黃，海桐皮等中藥組成。將中藥熬好後，待水溫似洗澡水溫度，取兩塊毛巾蘸取藥汁，擰至半幹，敷於患處，交替反復熱敷10~15分鐘，每日2~3次。推藥結合有效縮短了患兒治療療程。

3 體會

小兒肌性斜頸發病率有逐年升高的趨勢，且其發病機制仍未明確[7]。推拿作為治療本病的首選療法，療效確切。目前診療斜頸大多以包塊型、非包塊型為主，而臨床上混合型肌性斜頸並不少見，且斜頸患兒除頸部症狀外，還可見患側項背部及腰部肌肉發育較健側薄弱的情況。何老師經過多年探索創新，治療包塊型肌性斜頸施以對捏，提拿，撚揉等為主，並強調三種手法側重點不同，對捏側重于包塊較硬時;提拿側重于包塊處於深層或成條索狀、患側胸鎖乳突肌較緊張時；撚揉側重于包塊較軟或局部水腫時。同時何老師在臨床工作中發現，本型部分患兒在3個月齡前腫塊會隨小兒生長發育快而變大變硬，因此認為在新生兒期就應對小兒進行此病的篩查，如發現

香港中醫藥學會版權所有 Copyright HKSCMP All Rights Reserved

包塊者儘早治療，不僅見效快，還能縮短療程。若未能得到有效治療，肌肉呈纖維化改變，頭歪明顯，轉頭受限，可於1周歲左右行手術治療。發育不良型施以按揉，彈撥等手法為主，該型患兒常在4-6個月呈坐位時家長發現頭向一側歪斜來診，輕者恢復較快，重者療程較長，臨床應做好科普宣教，早發現早治療，避免失治、誤治錯過最佳治療時機。混合型斜頸即有局部包塊組織的對捏，提拿，又按揉各發育不良處肌群，該型患兒在發現包塊的早期應留意患側頸周肌群的發育情況，伴發育不良者應儘早介入。可見各分型並不拘泥於一定手法，而是靈活選用，有所側重，同時結合頸部扳法，重視脾胃調護，間斷鞏固治療和日常功能鍛煉，治療療程短，治癒率高，對臨床診療小兒肌性斜頸具有重要指導意義。

4 病案舉例

患兒，男，2歲，2019年07月23日初診。主訴：頭向右側歪斜2年。患兒出生1月後發現右側頸部包塊，未予系統治療。現症見：頭向右側歪斜，向右轉頭幅度較左側小，觸診右側胸鎖乳突肌條索狀包塊，質韌，乳突端較緊張，右側斜方肌、頭夾肌、肩胛提肌較左側薄弱。觸診脊柱外形可見胸椎右彎，右側肩胛骨上移，右肩較左肩偏高。頸部彩超示：胸鎖乳突肌右側增粗，寬約9.5mm，範圍3.8mm；左側4.4mm，纖維紋理清晰。脊柱正側位示：脊柱胸段向右側凸（見圖1）。診斷：小兒肌性斜頸（混合型）。治則：行氣活血，理筋散結。治療：提拿，撚揉包塊組織3-5分鐘；彈撥、按揉胸鎖乳突肌乳突端3-5分鐘；提拿、按揉斜方肌、頭夾肌等發育不良處3-5分鐘；按揉肩部3-5分鐘。于背腰部施以按揉、自右向左推棘、提肩壓胛等手法糾正脊柱側凸。

經治2個月（1周5次）後頭歪斜程度明顯減輕，包塊變軟縮小，向右轉頭幅度較前增大；觸診脊柱側凸程度較前改善，雙肩基本等高。改為1周3次鞏固治療。經治6個月後患兒頭基本保持中正，雙肩等高，向右轉頭幅度明顯增大，改為定期複查。

按語：該患兒就診時已錯過最佳治療時機，且長時間頭向一側歪斜，頸項部雙側肌肉不平衡，引起脊柱側凸，保守治療時間相對較長，考慮患兒較配合，遂給予手法治療。其患側胸鎖乳突肌包塊偏中上段，呈條索狀，乳突端緊張感明顯，向右轉頭幅度明顯小於對側，治療時自上而下撚揉包塊組織以促吸收；拇指指腹置於胸鎖乳突肌外側，中指、食指指腹置於胸鎖乳突肌內側，自該肌肉深層行提拿法以舒筋；於胸鎖乳突肌乳突端施以彈撥、按揉以松解；提拿、按揉斜方肌、頭夾肌等發育不良處以增肌力；患側肩高，于斜方肌上肌束施以按揉放鬆；再分別施以按揉、自右向左推棘、提肩壓胛等手法糾正脊柱側凸。經治半年患兒頭基本中正，囑患兒家屬配合引體向上及體側運動，避風寒，以穩定病情。

香港中醫藥學會版權所有 Copyright HKCMP All Rights Reserved

參考文獻

[1] Heidenreich Emily, Johnson Robert, Sargent Barbara. Informing the Update to the Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis Evidence-Based Clinical Practice Guideline.[J]. Pediatric Physical Therapy, 2018, 30(3):164-175.

[2] 朱玲,李瑞仕,歐巍,賀思,馮兆才.馮兆才主任醫師運用特色推拿手法治療小兒肌性斜頸經驗[J].中醫兒科雜誌,2018,14(03):22-25.

[3] 何雁玲,郭梁雲,任玉芹.推拿治療小兒肌性斜頸臨床體會[J].山東中醫雜誌,1998(06):22.

[4] 何雁玲.小兒先天性肌性斜頸早期綜合治療的臨床研究[J].光明中醫,2009,24(11):2147-2148.

[5] 馮玉美.推拿配合頭頸部肌肉力量訓練治療70例小兒肌性斜頸分析[J].黑龍江醫學,2017,41(09):843-844.

[6] 劉錦鋒.中醫推拿聯合俯臥位主動抬頭治療小兒先天性斜頸的臨床療效觀察[J].內蒙古中醫藥,2016,35(05):114-115.

[7] 趙江波,任小英.中醫推拿治療小兒肌性斜頸的研究進展[J].中醫臨床研究,2020,12(28):146-148.

作者：王曉雨 住院醫師 德州市婦幼保健院 德州市德城區東地大街835號 253000 1510089872@qq.com 18562158257

圖1 脊柱胸移向右凸

SS

（編委：朱恩審校 2025.11.23）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved