

## · 经验交流 ·

## 单纯胸锁乳突肌止点切断治疗小儿先天性肌性斜颈 19 例

唐仕忠 范 霞 刘 迪

【关键词】斜颈/外科学; 胸肌/外科学

先天性肌性斜颈是小儿外科常见疾病,作者采用胸锁乳突肌止点切断术治疗小儿先天性肌性斜颈 19 例,疗效较好,现报告如下。

## 临床资料

## 一、一般资料

本组 19 例,其中男 11 例,女 8 例。年龄 1~2.5 岁。右侧胸锁乳突肌挛缩 12 例,左侧胸锁乳突肌挛缩 7 例。临床表现:头部向患侧偏斜,患侧胸锁乳突肌明显紧张挛缩,部分可在胸锁乳突肌中下 1/3 交界处扪及硬结,头后仰时患侧可显现隆起的胸锁乳突肌,患侧胸锁乳突肌缩短,头部活动受限,颈部 X 线摄片均无骨骼病变。4 例经推拿治疗 3 个月。全部病例均为首次手术治疗。

## 二、治疗方法

均采用氯胺酮麻醉。肩部垫高使患侧胸锁乳突肌隆起,取乳突下皮横纹切口,长约 2.5 cm,切开皮肤、皮下,显露胸锁乳突肌,将其完全游离,于靠近乳突处用电刀完全切断松解,仔细止血,皮内缝合切口,置橡皮片引流。48 h 内拔除引流,术后每日做胸锁乳突肌被动牵拉,尽量将患儿头偏向健侧睡。

## 三、结果

根据王炜<sup>[1]</sup>标准评价疗效,优:斜颈完全改善,夹角与长度接近零,面部无畸形;良:斜颈明显改善,仍有夹角与长度差,面部畸形不明显;一般:斜颈有一定改善,夹角与长度差较术前变小,面部畸形有改善;差:斜颈无改善,甚至加重,面部畸形无改善。本组 17 例术后随访 1~4 年,其中优 13 例,良 2 例,一般 2 例,无疗效为差的病例。全部病例颈部 V 形外观美观,切口隐藏于耳下,外观细小,隐约可见。

## 讨 论

引起先天性肌性斜颈的病因目前尚未完全明了,有人认为是由于分娩时产伤造成胸锁乳突肌内血管撕裂,形成血肿,血肿机化,或肌肉损伤后肿胀,静脉回流受阻而发生缺血性挛缩所致;也有人认为是由于胎儿胎位不正,颈部屈曲,局部肌肉痉挛性缺血,静脉栓塞或感染性肌炎所致;还有人认为是由于遗传或先天性发育异常所引起。其病理改变已明确为肌肉纤维化导致肌肉挛缩。肌肉纤维化改变由原始病变所决定,与年龄的增长不成正相关关系,且为不可逆性改变,术后通过局部的纤维化粘连,重建两侧胸锁乳突肌的平衡力学结构。

关于该病的治疗,目前普遍认为 1 岁以前且病变程度较轻者应行保守治疗,包括局部按摩、理疗及手法矫正。周彦<sup>[2]</sup>报道 24 例中,22 例经保守治疗痊愈。临床上,常有患儿因各种原因延误诊治,失去非手术治疗机会。我们认为,小儿先天性肌性斜颈应坚持早发现、早诊断、早治疗的原则,对于婴儿期出现头部偏斜、胸锁乳突肌包块者应及时治疗,包括在医院内的治疗以及指导家属在家中的连续治疗。经保守治疗无效或肌肉出现挛缩、脸部出现畸形者<sup>[3]</sup>以及年龄大于 1 岁未经保守治疗的患儿需行手术治疗。手术应争取在 1 岁以后尽快施行,此时患儿面部变形尚较轻,及早手术可阻止变形的加重。手术的目的在于阻止挛缩的肌肉对颈部的不平衡牵拉,通过切断点与周围形成粘连重建颈部的力量平衡。起止点及肌肉本身的连续性是挛缩力量的力学基础,任一点的中断均可阻止不平衡牵引,无论离断起点或止点从理论上重建双侧胸锁乳突肌的牵引力平衡是完全可行的。

目前常用的手术方式包括胸锁乳突肌起点切

断;胸锁乳突肌起点切断后延长;胸锁乳突肌双极切断。延长术式力图改善单纯切断所带来的颈部 V 形外观的缺失,疗效得到普遍认同;双极切断适用于大龄儿童且挛缩严重的病例。随着现代医学美容技术的发展以及人们对于美观要求的日益提高,以上术式术后遗留显眼疤痕及下极延长部位的不饱满表现难于让人满意,因此,避免手术疤痕和重建美观的颈部 V 形结构显得尤为重要。

胸锁乳突肌止点切断术治疗肌性斜颈,疗效好,切口小而隐蔽,颈部 V 形保留完整,符合外观美容,解剖合理的原则。本组随访病例中,15 例效果优良,2 例存在较轻的长度差,可能与术后康复训练不足有关。手术切口平均长度为 2.5 cm,采用 6-0 微乔线皮下缝合后,仅在耳下遗留细线状疤痕,不易察觉。在 V 形外观方面,由于胸锁乳突肌下极未作操作,胸骨头及锁骨头完整,所有病例颈部 V 形外观呈自然状态。在肌肉离断后,两断端间距平均为 2.5 cm 以上,在此基础上的粘连形成足已达到延长的效果,同时患侧肌肉离断后,一段时间内健侧的力量相对增强,对于矫正头部偏斜起良性作用,因此,该术式有助于改善挛缩肌肉对颈部的不平衡牵引。

手术可能的风险在于局部神经血管的损伤和复发。局部较大可能出现的并发症是副神经损伤,表现为斜方肌功能障碍引起的一系列肩综合征:肩前移、翼状肩胛、肩部外展运动不对称、肩部疼痛、僵硬

无力等。副神经自颈前三角行向后下至胸锁乳突肌上部前缘深面中上 1/3 处,并发出肌支至胸锁乳突肌,约为副神经外径的 1/2,手术者应熟悉副神经解剖,切断点尽量靠近乳突处,避免损伤副神经。复发原因多为胸锁乳突肌及筋膜切除不完全,术后恢复训练不足,术中可适当旋转头部,绷紧胸锁乳突肌,彻底切断筋膜,术后置橡皮片引流,防止血肿形成,进行半年以上的康复训练也可减少复发机会。另外,就恢复良好的外观来说,复发可考虑为二期手术前的一期准备,不应列为禁忌。

综上所述,作者对于先天性肌性斜颈的治疗重点在于外观的整形,力求尽可能小的疤痕和美观的颈部 V 形结构,同时矫正头部偏斜。单纯胸锁乳突肌止点切断术可作为早期手术治疗小儿先天性肌性斜颈的首选方法。

#### 参 考 文 献

- 1 王炜. 整形外科学 [M]. 杭州: 浙江科学技术出版社, 1999, 834 - 837.
- 2 周彦. 先天性肌性斜颈的门诊治疗 [J]. 交通医学, 1999, 13(2): 275.
- 3 马瑞雪. 实用小儿外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001, 341.

## · 消息 ·

### 小儿泌尿外科手术演示及学术交流会征文

经中华医学会批准, 小儿外科学分会泌尿学组拟定于 2008 年 10 月份在广西省南宁市召开全国小儿泌尿外科手术演示及学术交流会, 此活动重点以转播国内知名小儿泌尿外科医生手术演示及手术录像, 达到经验交流和提高小儿泌尿外科疾病治疗技巧的目的, 同时进行临床经验及手术治疗技巧的交流和讨论。现特向全国同仁征集会议论文及手术录像。

论文要求: 稿件必须是未在杂志及全国性学术会议上发表的论文, 文章要求主题突出, 具有科学性和创新性, 摘要 500 ~ 800 字左右, 应包括目的、方法、结果、结论等内容。稿件需用 Word 电子文档录入, 题目用宋体 4 号字, 正文宋体小 4 号字, 电子版寄。手术录像以光盘方式邮寄。

征文内容: 1. 小儿泌尿外科临床诊疗与临床应用; 2. 小儿泌尿系统肿瘤、创伤及微创外科等领域的新进展; 3. 小儿尿道下裂手术方法的选择, 临床经验总结; 4. 小儿泌尿外科常见及疑难手术演示、手术录像; 5. 小儿泌尿外科基础研究方面的新成果、新技术。


投稿方式: 稿件采用 E-mail 投稿, 稿件务必注明作者姓名、单位、邮编、联系电话。并注明“小儿泌尿外科会议”。手术录像采用光盘邮寄。E-mail 地址: Jiamp@tom.com 或 Jiampyk@126.com

邮寄地址: 北京市西城区南礼士路 56 号 北京儿童医院外科, 邮政编码: 100045; 电话: (010)68029251 或 68028401 转 2418, 联系人: 孙宁、贾美萍, 征文截稿日期: 2008 年 7 月 10 日 (以电子邮件发送时间为准)

中华小儿外科学分会

2008 年 1 月 28 日

# 单纯胸锁乳突肌止点切断治疗小儿先天性肌性斜颈19例

作者: [唐仕忠](#), [范霞](#), [刘迪](#)  
作者单位: [贵州省人民医院小儿外科, 贵阳市, 550003](#)  
刊名: [临床小儿外科杂志](#)   
英文刊名: [JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY](#)  
年, 卷(期): 2008, 7 (2)  
被引用次数: 2次

## 参考文献(3条)

1. [周彦](#) [先天性肌性斜颈的门诊治疗](#) 1999(02)
2. [王炜](#) [整形外科科学](#) 1999
3. [马瑞雪](#) [实用小儿外科学](#) 2001

## 引证文献(2条)

1. [罗树友](#), [李新宁](#), [石群峰](#), [蒋琦培](#), [黄晶](#) [先天性肌性斜颈的手术治疗](#)[期刊论文]-[中国基层医药](#) 2010(20)
2. [程霞](#), [马少林](#) [先天性肌性斜颈的病因与诊断治疗](#)[期刊论文]-[中国美容医学](#) 2009(3)

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_lcxewkzz200802026.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200802026.aspx)

授权使用: 黔南民族师范学院(gnnzsfxy), 授权号: 07a6649c-99eb-4918-92d9-9ed4009405f3

下载时间: 2011年4月29日