

## · 临床研究 ·

## 灸法治疗青少年痉挛性斜颈 30 例疗效观察

## Observation on the therapeutic effectiveness of treatment on adolescent spasmodic torticollis with moxibustion: A report of 30 cases

周立武

ZHOU Liwu

关键词 痉挛性斜颈; 灸法 Key words Spasmodic torticollis; Moxibustion

痉挛性斜颈是以颈部肌肉不随意收缩为特点,患者不自主的一阵阵的斜着头的颈部颤动性疾病。笔者在临床工作中,应用灸法治疗本病,取得明显效果,现报道如下。

## 1 临床资料

本组 30 例,男 17 例,女 13 例;年龄 6~17 岁,平均 11.5 岁;病程最短 2 h,最长 26 h。左侧发病者 21 例,右侧发病者 9 例。颈部正位 X 线片示:椎体向一侧侧凸者 30 例。颈部侧位 X 线片示:生理曲度正常者 3 例,变直者 18 例,反弓者 9 例。

## 2 治疗方法

2.1 温和灸 点燃艾条的一端,沿患侧胸锁乳突肌和斜方肌走行方向,距皮肤约 2~3 cm,往返熏灸,以使患者局部有温热和舒适感为度。施灸时间 15~20 min。

2.2 雀啄灸 温和灸之后,重点在风池、扶突、天容、大杼等穴位行雀啄灸,每穴 3~5 min,至皮肤出现红晕为度。

以上治疗,每天 2 次,中间间隔 4~6 h 以上,10 次为 1 个疗程。

## 3 治疗效果

3.1 疗效评定标准(自拟) 痊愈:症状、体征完全消失,颈部功能活动正常;颈部正位 X 线片示椎体序列正常,无侧凸;颈部侧位 X 线片示椎体生理曲度正常;随访半年未复发。显效:症状、体征显著减轻,颈部功能活动正常;颈部正位 X 线片示椎体序列正常,无侧凸;颈部侧位 X 线片示:椎体生理曲度正常;随访 3 个月未复发。有效:症状、体征稍减轻;颈部 X 线片示较治疗前稍改善。无效:症状、体征及颈部 X 线片均较治疗前无改善。

3.2 治疗结果 本组 30 例,痊愈 26 例,显效 3 例,有效 1 例,无效 0 例。治疗次数最少者 4 次,最多者 10 次。

## 4 典型病例

王某,女,7.5 岁,学生。主诉:颈部疼痛 2 h。患者在学校上自习课时,突发颈部不适,随即出现颈部发僵、疼痛,头向左侧扭转并固定,向右侧转动困难。据患者老师介绍,患者无外伤史。检查:神志清楚,左侧胸锁乳突肌和斜方肌痉挛,成条束状,压痛明显,头向左侧扭转并固定。四肢肌力、肌张力



图 1 治疗前正位片  
Fig.1 AP X-ray film of pretreatment



图 2 治疗前侧位片  
Fig.2 Lateral X-ray film of pretreatment



图 3 治疗后正位片  
Fig.3 AP X-ray film of post-treatment



图 4 治疗后侧位片  
Fig.4 Lateral X-ray film of post-treatment

均正常,霍夫曼征阴性。颈部正位 X 线片示:椎体向右侧凸。颈部侧位 X 线片示:椎体生理曲度变直。诊断:痉挛性斜颈。经上述方法治疗 4 次,症状、体征完全消失,颈部 X 线正位片示:椎体序列正常,无侧凸。颈部侧位 X 线片示:生理曲度正常。(图 1-4) 随访半年未复发。

### 5 讨论

痉挛性斜颈的发病机制目前还不清楚,可能与精神因素有关<sup>[1]</sup>。笔者接诊的 30 例患者,均为青少年,无外伤史,自述学习压力不大。本病应属于中医痉证的范畴,按《素问·至真要大论》:“诸暴强直,皆属于风”,考虑本病与感受风邪有关。

《素问·骨空论》云:“切之坚痛,如筋者灸之”。采用艾条温和灸痉挛的肌束,并重点雀啄灸胸乳突肌和斜方肌附近具有疏风散寒作用的风池、大杼、扶突、天容等穴位,可以达到祛风散寒、温通经络、解痉止痛的作用,艾灸治疗本病,突出了简、便、验、廉的特点,而且不同于针刺和推拿手法要直接接触患者肌肤,从而有效避免了因患者精神紧张而造成的病情加重。

### 参考文献

1 冯伟. 颈椎病合并出现痉挛性斜颈 1 例. 中国骨伤, 2000, 13(4): 215.

(收稿日期: 2003 08 13 本文编辑: 连智华)

## • 短篇报道 •

# 锁骨钩钢板治疗肩锁关节脱位 17 例

郑玉堂, 张嵩图, 陈联源, 杨源中, 马伯俊, 刘艺祥  
(漳州市中医院骨伤三科, 福建 漳州 363000)

自 2001 年 2 月 - 2003 年 1 月, 应用锁骨钩钢板内固定治疗肩锁关节脱位 17 例, 并经随访, 疗效满意, 现报告如下。

### 1 临床资料

本组 17 例, 男 15 例, 女 2 例; 年龄 22~ 53 岁, 平均 36 岁。左侧 10 例, 右侧 7 例。其中车祸致伤 11 例, 压砸伤 3 例, 坠落伤 3 例; 4 例为多发伤, 2 例合并锁骨骨折。均属 III 型新鲜肩锁关节损伤。

### 2 手术方法及术后处理

颈丛麻醉, 病人取仰卧位, 上胸略抬高, 患侧肩部垫高。患者头部转向对侧, 术者位于患者头侧。从肩峰前上缘沿锁骨外 1/4 作弯形切口, 切开浅、深筋膜。在三角肌、胸大肌间隙找出头静脉, 连同三角肌前缘部分纤维牵向内侧。将三角肌前部纤维起始处自锁骨远端及肩锁游离, 显露肩峰、肩锁关节、喙突。清理肩锁关节内破碎的组织, 并找出关节囊、断裂的肩锁韧带、喙锁韧带。在喙锁韧带上做临时固定, 如伴有锁骨远端骨折, 可一并固定。复位肩锁关节, 将锁骨钩钢板尖钩插入肩峰后下方。钢板体部与锁骨远端安放一致, 选用长度合适的螺丝钉固定。用可吸收线缝合修补断裂的肩锁韧带、喙锁韧带和关节囊。各方向活动检查肩锁关节, 绝对不能使锁骨钩脱出肩峰。最后冲洗、闭合切口。术后最好用三角巾屈肘 90° 悬吊于胸前。如无疼痛等不适, 3 d 后即可进行功能锻炼。

手术时间: 伤后 3 h~ 7 d; 手术耗时: 30~ 50 min。术中出血 60~ 120 ml。伤后患者肩均肿胀、疼痛、肩活动受限、锁骨外端明显上翘, 锁骨外端按压时上下浮动(即所谓琴键征); X

线摄片示肩锁关节间隙明显增宽, 锁骨远端高于肩峰, 喙锁间距大于健侧 5 mm 以上。

### 3 结果

随访 2 个月~ 2 年 1 个月, 平均 1 年 1 个月。根据 Karlsson[ Arthrop Orthop Trauma Surg, 1986, 106: 8 ] 的疗效标准进行评价: 优, 不痛, 有正常肌力, 肩头节能自由活动, X 线检查肩锁关节解剖复位或半脱位小于 5 mm 者 14 例; 良, 满意, 微痛, 功能受限, 肌力中度, 肩关节活动范围 90°~ 180°, X 线检查肩锁关节解剖复位或半脱位间隙 5~ 10 mm 者 3 例; 差, 疼痛并在夜间加剧, 肌力差, 肩关节活动在任何方向均受限, 并小于 90°, X 线检查肩锁关节仍脱位, 本组无此病例。

### 4 讨论

锁骨钩钢板设计合理, 有左、右之分, 钢板体与锁骨外形一致, 远端弧形设计; 尖钩为光滑设计, 呈“L”形, 在板钩交界处尖钩向后偏斜, 经肩锁关节后侧穿过肩峰的后下方, 不直接通过肩锁关节面, 避免骨性关节炎的发生。固定后有一定的活动度, 符合肩锁关节微动的生理特性, 术后功能锻炼对钢板固定无影响, 可以做到早期功能锻炼; 钢板体、尖钩都可塑形; 通过在锁骨远端的钉板固定和尖钩形成杠杆样作用, 对锁骨远端产生持续的、稳定的压力, 保持肩锁关节的解剖复位; 从而为修补后的韧带、关节囊的修复提供一个稳定无张力的环境, 提高了韧带和关节囊愈合的质量。锁骨钩钢板为钛合金材料, 生物相容性好, 对组织无刺激, 无不良反应, 具有操作简单、手术时间短、创伤小、出血量少、并发症少等特点, 临床未发现创面感染、钢板断裂、松动等并发症。

(收稿日期: 2003- 07- 19 本文编辑: 连智华)