

ICS 01 040.11

CCS 01

# 中国康复医学会团体标准

T/CARM008-2023

## 先天性肌性斜颈 中西医结合康复诊疗规范

Guidelines for Rehabilitation of Congenital Muscular Torticollis with  
Integration of Traditional Chinese and Western Medicine

2023-11-28 发布

2023-11-28 实施

中国康复医学会 发布



## 目 录

前 言.....	1
引 言.....	2
1 范围.....	2
2 规范性引用文件.....	3
3 术语和定义.....	3
4 诊断.....	4
5 评定.....	5
6 中西医结合康复治疗.....	8
7 家庭康复.....	11
8 治疗结束标准.....	7
9 随访.....	12
10 转诊.....	13
参考文献.....	13



## 前 言

本标准按照 GB/T 1.1-2009《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》、GB/T 20001.7-2017《标准编写规则第7部分：指南标准》给出的规则起草。

本标准由中国康复医学会提出并归口。

本标准起草单位：上海交通大学医学院附属新华医院、上海健康医学院附属崇明医院、河南中医药大学第一附属医院、西安中医脑病医院、广州市妇女儿童医疗中心、深圳市儿童医院、青岛市妇女儿童医院、淮安市妇幼保健院、昆明市儿童医院、上海交通大学附属儿童医院、上海市特殊儿童康复中心、上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、青海省妇女儿童医院、柳州市潭中人民医院、北海市第二人民医院、广西壮族自治区江滨医院、普洱市思茅区人民医院、嘉兴市妇幼保健院、江西省新余市妇幼保健院、福建省儿童医院

本标准主要起草人：杜青、马丙祥、宋虎杰、徐开寿、曹建国、侯梅、高晶、刘芸、唐亮、沈敏、孙克兴、冯玲、陈楠、周璇、金红芳、廖立红、詹丽霞、李欣、黄琳、丁培源、张蓓华、宋圆圆、罗晓琦、李晶、夏剑萍、李民

## 引 言

先天性肌性斜颈（congenital muscular torticollis, CMT）是婴幼儿最常见的先天性骨骼肌肉系统疾病之一，是一种出生后不久明显的姿势畸形。它是由单侧胸锁乳突肌缩短和张力增加引起的，表现为头部向同侧侧屈并向对侧旋转，在新生儿中发病率约0.3%~3.92%。CMT的早期诊断和治疗非常重要，早期保守治疗是CMT治疗的首选，且越早开始效果越好。错失早期干预时机，头面部畸形会随年龄增长逐渐加重，引起偏头畸形、脊柱侧凸，影响身心健康。

2018年国际更新的2013年《先天性肌性斜颈临床实践指南》，指导医务工作者、患儿家长及相关机构早期识别及治疗CMT。我国CMT治疗康复需求巨大，临床治疗方法涵盖传统医学与现代康复医学，但尚无统一标准，效果参差不齐。因此，急需制定CMT中西医结合康复诊疗规范。

国内针对CMT的治疗包括牵伸、主动活动训练、对称性运动训练、中医传统手法治疗等，本文件的撰写提供了中西医结合康复诊疗的建议，适用于先天性肌性斜颈的诊断与治疗，有效地、广泛地规范临床实践，减少随意性和不一致性。

# 先天性肌性斜颈中西医结合康复诊疗规范

## 1 范围

本文件提供了先天性肌性斜颈中西医结合康复诊疗的建议，包括先天性肌性斜颈的诊断与鉴别诊断、评定、中西医结合的康复治疗方案，以及家庭康复、治疗结束标准、随访及转诊建议。

本文件适用于先天性肌性斜颈的诊断与治疗，可在各级别的医疗机构及康复机构中使用。

## 2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改版）适用于本文件。

GB/T 1.1-2009《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》

GB/T 20001.7-2017《标准编写规则第7部分：指南标准》

GB/T 16432-2016《康复辅助器具 分类和术语》

GB/T 41843-2022《功能、残疾、健康分类的康复组合评定》

## 3 术语和定义

以下术语和定义适用于本文件。

### 3.1 先天性肌性斜颈 congenital muscular torticollis, CMT

由于一侧胸锁乳突肌纤维化挛缩，导致颈部偏斜，伴或不伴有面部不对称的一类疾病。

### **3.2 国际功能、残疾和健康分类 International Classification of Functioning, Disability and Health , ICF**

用于描述健康和健康相关状况的国际分类系统和理论框架。

### **3.3 功能 functioning**

表示在个体有某种健康情况和个体所处的情景性因素之间发生交互作用的积极方面。

### **3.4 活动 activity**

由个体执行一项任务或行动，代表了功能的个体方面。

### **3.5 活动受限 activity limitation**

个人在活动进行中存在的困难。

### **3.6 颈部矫形器 cervical orthoses**

围绕颈椎区域全部或部分，包括寰枕关节的矫形器。

## **4 诊断**

### **4.1 诊断标准**

参照人民卫生出版社《小儿外科学》第6版。

#### **4.1.1 病史**

约30%~40%有臀位产史或难产史。

### 4.1.2 症状及体征

生后7~10天后一侧胸锁乳突肌中、下部1/3处有肿块隆起，质硬，呈圆形或椭圆形，可左右轻微活动，无压痛。头偏向患侧，下颌转向健侧，活动有不同程度受限。肿块随时间推移逐渐缩小，出现条索状胸锁乳突肌，头部歪向患侧，下颌转向健侧，颈部向患侧旋转和健侧侧屈活动明显受限，随着年龄增加出现面部不对称。

## 4.2 鉴别诊断

### 4.2.1 锁骨骨折

新生儿分娩引起锁骨骨折后约7~10天出现骨痂。骨痂呈球形，在锁骨上，较固定，按之有压痛，颈部斜向患侧，X线片可明确。

### 4.2.2 眼源性斜颈

双眼外斜肌肌力不平衡所致。颈部活动不受限，晚期可出现继发性胸锁乳突肌痉挛。

### 4.2.3 先天性颈椎畸形

包括颈椎半椎体畸形、颈椎间融合、棘突间融合、颈椎关节不对称等。颈部外观短而粗，活动少，无肿块，X线片可明确。

### 4.2.4 寰枢关节旋转性移位

多见于3~5岁，可在损伤、上呼吸道感染、咽喉部炎症或无特殊原因的情况下突然出现斜颈。颈部肌肉痉挛，活动明显受限或小时。X线检查寰枢关节有旋转移位可以鉴别。

### 4.2.5 其他

还应与习惯性斜颈、婴儿良性阵发性斜颈相鉴别。

## **5 评定**

### **5.1 临床评定**

#### **5.1.1 喂养与生活习惯**

喂养偏好、患儿睡姿、抱姿、日常俯卧位时间等。

#### **5.1.2 对称性检查**

头骨形状和颅面对称性，颈部和臀部皮肤褶皱的对称性，以及仰卧位、俯卧位、坐位、站立位等不同体位下姿势的对称性。

### **5.2 康复评定**

#### **5.2.1 颈部活动度（range of motion, ROM）评定**

5.2.1.1 体位：仰卧位。

5.2.1.2 工具：量角器。

5.2.1.3 内容：侧屈、旋转活动度，包括主动、被动活动度，两侧对比。

5.2.1.4 参考值：3岁以下儿童的正常颈部侧屈角度为 $65^{\circ} \sim 75^{\circ}$ ，正常颈部旋转角度为 $100^{\circ} \sim 110^{\circ}$ 。

#### **5.2.2 运动发育评定**

运用 Alberta 婴儿运动量表（Alberta infant motor scale, AIMS）、Peabody 运动发育量表（Peabody developmental motor scales 2nd, PDMS-2）评定 CMT 患儿的整体运动发育。AIMS 适用于矫正月龄 0~18 月的患儿，Peabody 运动发育量表适用于 6 岁以内的患儿。

#### **5.2.3 国际功能，残疾和健康分类（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）评定**

从身体结构和功能、活动和参与、个人和环境因素等方面标准化评估患儿整

体情况。

5.2.3.1 身体结构和功能：B7108 其他特指的关节活动功能， B7300 独立肌肉和肌群的肌力， B7350 独立肌肉和肌群的张力， B7600 简单随意运动的控制， S7103 头颈部关节， S7104 头颈部肌肉， S7108 其他特指的头颈部结构， S7401 / S75001 骨盆部关节/髋关节。

5.2.3.2 活动和参与：D110 看， D440 手的精细运动， D445 手和手臂的使用。

5.2.3.3 个人和环境因素：D7600 父母—子女关系， D7601 子女—父母关系， D920 娱乐和休闲。

#### 5.2.4 CMT 严重程度分级

根据不同月龄， 两侧颈椎旋转角度差异及胸锁乳突肌肿块持续存在情况， 将严重程度分为 8 级。

5.2.4.1 1 级（早期轻度）：0~6 月龄， 仅有姿势异常或两侧被动旋转差异  $<15^{\circ}$ 。

5.2.4.2 2 级（早期中度）：0~6 月龄， 两侧被动旋转差异  $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。

5.2.4.3 3 级（早期重度）：0~6 月龄， 两侧被动旋转差异  $>30^{\circ}$  或胸锁乳突肌有肿块。

5.2.4.4 4 级（晚期轻度）：7~9 月龄， 仅有姿势异常或两侧被动旋转差异  $<15^{\circ}$ 。

5.2.4.5 5 级（晚期中度）：10~12 月龄， 仅有姿势异常或两侧被动旋转差异  $<15^{\circ}$ 。

5.2.4.6 6 级（晚期重度）：7~9 月龄， 两侧被动旋转差异  $>15^{\circ}$ ；10~12 月龄， 两侧被动旋转差异  $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。

5.2.4.7 7 级（晚期超重）：7~12 月龄， 胸锁乳突肌有肿块；10~12 月龄， 两侧被动旋转差异  $>30^{\circ}$ 。

5.2.4.8 8 级（超晚期）： $>12$  月龄有任何不对称， 包括姿势异常、被动活动有差异或胸锁乳突肌肿块。

## **5.3 影像学评定**

### **5.3.1 超声**

5.3.1.1 颈部超声：左右两侧胸锁乳突肌的形态、结构、长度、厚度，肌肉内部回声有无异常，测量肿块大小，与健侧胸锁乳突肌比较。用于 CMT 诊断、预后评估及病情动态观察。

5.3.1.2 髋关节超声：用于 6 月龄以下患儿的髋关节发育不良的筛查。

### **5.3.2 其他影像学检查**

颈椎、锁骨 X 片，头颅 CT、MRI 等用于鉴别诊断。

## **6 中西医结合康复治疗**

### **6.1 治疗原则**

年龄在 1~2 岁以下，尤其是 6 个月以下婴儿首选康复治疗。

### **6.2 非手术患儿的中西医结合康复治疗**

包括：牵伸、主动活动训练、对称性运动训练、中医传统手法治疗等。

#### **6.2.1 牵伸**

##### **6.2.1.1 被动牵伸**

###### **6.2.1.1.1 方式**

a) 单人牵伸：用于小月龄患儿。患儿仰卧位，操作者单手固定患侧肩部，另一手缓慢将头部往健侧侧屈至最大角度并维持；或另一手缓慢将头部向患侧旋转至最大角度并维持。

b) 双人牵伸：用于较大月龄患儿。患儿仰卧位，操作者一人固定患儿双肩，另一人缓慢将头部往健侧侧屈至最大角度并维持；或在头中立位缓慢将头部向患侧旋转至最大角度并维持。

6.2.1.1.2 强度：低强度、无痛性，牵伸至无明显抵抗的最大角度。

6.2.1.1.3 时间：每个牵伸动作维持 10~15 秒，间隔 10 秒，每组 10 次，每天 5~10 组。

6.2.1.1.4 注意事项

- a) 治疗中患儿哭闹、不配合应暂缓治疗。
- b) 牵伸时避免压迫颈动脉窦。
- c) 可选择玩具或音乐帮助缓解患儿紧张情绪。

6.1.1.2 主动牵伸：患侧玩具吸引、患侧喂养等方式引导向患侧转头，通过体位调整，姿势维持等方式持续进行低强度的主动牵伸。

## 6.2.2 主动活动训练

对患侧颈部肌力和姿势控制进行训练，维持颈部两侧肌肉的平衡，改善姿势，促进对称性运动发育。

6.2.2.1 主动侧屈训练：向患侧倾斜患儿躯干，或使患儿翻身、侧卧，利用直立反射增强患儿头部控制能力。

6.2.2.2 主动旋转训练：配合玩具、儿歌等视听觉刺激，引导患儿主动旋转颈部，训练颈部肌力。

6.2.2.3 俯卧训练：颈部抗重力训练、中线位头部主动控制训练。

## 6.2.3 对称性运动训练

在与患儿年龄相符的抗重力体位，进行对称性运动训练。

6.2.3.1 训练一（0~3 月龄）：俯卧位抬头练习，诱导患儿主动抬头并尽力控制头部于中线位置。

6.2.3.2 训练二（3~6 月龄）：直立位抱时进行头控训练，诱导患儿主动控制头部于中线位置。

6.2.3.3 训练三（6~12 月龄）：坐位、四点支撑位、扶站时进行头控训练，诱导患儿主动控制头部于中线位置，可使用姿势镜。

6.2.3.4 训练四（12 月以上）：站立位进行头控训练，诱导患儿主动控制头部于中线位置，可使用姿势镜。

## **6.2.4 中医传统手法治疗**

6.2.4.1 体位：仰卧位，充分暴露患侧胸锁乳突肌，可利用玩具、音乐、图片等视觉、听觉的诱导吸引患儿头部尽量转向健侧。

6.2.4.2 介质：滑石粉

6.2.4.3 方法

a) 拇指和食指、中指指腹对患侧胸锁乳突肌起止点及肿块进行反复地推、捏、揉、拿，自上而下。

b) 拇指指腹和食指、中指指腹拿揉肿块。

c) 一手固定肩部，一手弹拨患侧胸锁乳突肌。

d) 按揉风池、肩井、曲池、合谷穴。

e) 被动牵伸后按揉。

6.2.4.4 强度 缓慢、柔和。

6.2.4.5 时间 牵伸前推、捏、揉、拿 5~8 分钟，拿揉、弹拨 3~5 分钟，穴位按揉 2~3 分钟，牵伸后按揉 3~5 分钟，总时间 15~20 分钟。

6.2.4.6 频率 每周 3~5 天，每天 1~3 组。

6.2.4.7 注意事项

a) 治疗前需皮肤完整，无皮疹、破损。

b) 牵伸前、牵伸后均进行推揉手法。

c) 治疗中利用音乐、儿歌、玩具等吸引患儿注意力，使其放松，避免抵抗。

## **6.2.5 局部中药外敷**

6.2.5.1 处方：当归、白芍、川芎、红花、桃仁、伸筋草等。

6.2.5.2 用法：浓煎取汁，用毛巾浸汁温敷，10~15 分钟/次，每天 1 次。

6.1.5.3 注意事项：皮肤破损者禁用，使用后有局部瘙痒者停用。避免烫伤。使用前可用成人手腕皮肤试温。

## **6.2.6 肌肉效贴**

6.2.6.1 贴法

a) I 型：贴布锚点为健侧胸锁乳突肌的胸骨柄起点处，沿着胸锁乳突肌进行

贴敷，使其近端固定于乳突。

b) Y型：贴布锚点位于健侧肩峰处，将贴布一端沿着胸锁乳突肌贴敷，止于乳突，另一端沿着斜方肌贴敷，止于脊柱旁。

#### 6.1.6.2 注意事项

a) 贴扎前剔除多余毛发，清洁颈部皮肤。

b) 严密观察皮肤状况，如存在过敏现象，立即停止使用。

### 6.3 手术后患儿的康复治疗

从术后即刻或术后2周开始康复治疗，包括活动度训练、运动控制训练、颈部矫形器佩戴等。

#### 6.3.1 关节活动训练

主动与被动颈部活动度训练；被动活动训练时注意保护手术切口，强度不宜太大。

#### 6.3.2 运动控制训练

6.3.2.1 颈部肌力训练以保持两侧肌力平衡，维持头颈部正确姿势。

6.3.2.2 利用姿势矫正镜的视觉反馈进行姿势控制训练，强化头控能力。

#### 6.3.3 颈部矫形器

术后早期常规佩戴约2~4周，暂停佩戴后立即开始手法牵伸训练，训练应持续1年及以上，避免颈部软组织再度粘连挛缩。

## 7 家庭康复

### 7.1 姿势诱导

引导患儿进行颈部旋转、侧屈和抗重力活动。

7.1.1 怀抱时用手臂固定患儿头部，尽量保持其位于中线。

## **T/CARM008-2023**

7.1.2 调整床的朝向与玩具位置，避免头部长时间朝向一侧。

7.1.3 通过玩具、儿歌等视听觉刺激，诱导向患侧转头，纠正其姿势。

### **7.2 体位管理**

7.2.1 患侧倾斜抱姿势：患儿背对家长，家长一手穿过患儿双腿中间至腰，另一手从腋下穿过环抱于胸前，缓慢将其躯干向患侧倾斜，诱导头颈部主动向健侧侧屈。

7.2.2 哺乳姿势：从患儿患侧哺乳，引导头部转向患侧。

7.2.3 睡眠姿势 俯卧位需密切关注患儿的呼吸，适时调整使其头部旋转至患侧，下颌对向患侧肩峰。仰卧位、侧卧位保持头部中立位。

## **8 治疗结束标准**

当 CMT 达到以下标准时可以停止治疗：头部无明显倾斜及旋转；颈部被动活动两侧一致；颈部主动活动两侧一致；运动发育与月龄相一致；家长或抚育者了解随访要求，掌握家庭康复治疗方法。

## **9 随访**

### **9.1 治疗期间随访**

#### **9.1.1 颈部**

2~4 周复评颈部活动度，8~12 周复评 CMT 严重程度分级，3 个月复查颈部超声。

#### **9.1.2 发育**

4~12 周复评整体运动发育，12~24 周复评 ICF。

#### **9.1.3 髋关节**

小于 6 月龄进行髋关节超声随访。

## 9.2 治疗停止后随访

9.2.1 医疗机构治疗停止后 1 年内，3~6 个月随访一次，监测 CMT 体征、整体发育。

9.2.2 脊柱姿势随访：能配合进行体前屈试验时随访进行脊柱侧凸的筛查。

## 10 转诊

10.1 鉴别诊断时，非肌性斜颈的患儿应根据相关表现转诊至相关的眼科、骨科、神经科、感染科、遗传科等科室治疗。

10.2 7 月龄以上患儿保守治疗后，如仍存在胸锁乳突肌肿块可考虑转诊至儿童骨科。

10.3 1 岁以上患儿保守治疗后，如存在以下情况可考虑手术治疗：①面部不对称；②颈部被动或主动旋转、侧屈左右两侧活动度差异大于 15°。

## 参考文献

[1]Kaplan S L , Colleen C , Barbara S . Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis: A 2018 Evidence-Based Clinical Practice Guideline From the APTA Academy of Pediatric Physical TherapyPractice Guideline[J]. *Pediatr Phys Ther.* 2018,30(4):240-290.

[2]Lu He, Xiaohua Yan, Jinling Li, et al. Comparison of 2 Dosages of Stretching Treatment in Infants with Congenital Muscular Torticollis: A Randomized Trial[J].*Randomized Controlled Trial Am J Phys Med Rehabil.* 2017 ,96(5):333-340.

[3]单玲, 李洪华, 王冰, 等. ICF-CY 框架下先天性肌性斜颈的评估与综合治疗[J]. *中华临床医师杂志 (电子版)*, 2019, 13 (1) : 69-73.

[4]Xiao Y, Chi Z, Yuan F, et al. Effectiveness and safety of massage in the treatment of the congenital muscular torticollis: A systematic review and meta-analysis protocol[J]. *Medicine (Baltimore).* 2020,99(35):e21879.

[5]Song H, Zhang X, Zou X. Chinese massage (Tuina) combined with paraffin therapy versus tuina or paraffin therapy alone for the treatment of congenital muscular torticollis: A protocol for systematic review and Bayesian network

meta-analysis[J]. *Medicine (Baltimore)*. 2021,100(44):e27648.

[6]Giray E, Karadag-Saygi E, Mansiz-Kaplan B, et al. A randomized, single-blinded pilot study evaluating the effects of kinesiology taping and the tape application techniques in addition to therapeutic exercises in the treatment of congenital muscular torticollis[J]. *Clin Rehabil*. 2017,31(8):1098-1106.

[7]Heidenreich E, Johnson R, Sargent B. Informing the Update to the Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis Evidence-Based Clinical Practice Guideline[J]. *Pediatr Phys Ther*. 2018,30(3):164-175.

[8]赵娜, 骆雄飞, 苏志超等. 美国物理治疗协会 2018 年《先天性肌性斜颈的循证医学指南》解读——早期识别、分级与治疗[J]. *中国康复医学杂志*, 2020, 35(02):221-223.

[9]洪钰, 黄龙生, 葛品. 先天性肌性斜颈的早期综合干预疗效观察[J]. *中国妇幼保健*, 2016, 31(14):2864-2867.

[10]杨晓颜, 周璇, 毛琳等. 中西医结合治疗婴儿先天性肌性斜颈的效果[J]. *中国康复理论与实践*, 2020, 26(08):897-902.

[11]Carenzio, G., Carlisi, E., Morani, I., Tinelli, C., Barak, M. Early rehabilitation treatment in newborns with congenital muscular torticollis. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 2015, 51(5):539-45.