

## 兒童斜頸之物理治療介入

物理治療師 黃暄雅/鍾佳英醫師校閱

斜頸是新生兒常見的外科疾病之一，常見的造成原因為「胸鎖乳突肌」這條控制頸部動作的肌肉纖維化，纖維化的結果會使得肌肉變短變緊，限制了寶寶某些頸部動作的產生，常見的臨床表現會發現寶寶的頸部歪斜向某側、臉部左右大小不對稱、大小眼或大小臉、頸部出現硬塊及很少出現主動轉向硬塊同側等特徵。除了典型的肌肉纖維化造成之斜頸，不容忽略的還有一些其他原因也會使得兒童表現出斜頸的狀況，如：先天性斜視引起續發姿勢性斜頸、骨性斜頸：如頸椎第一第二節脫位或半頸椎症等骨骼異常所造成、不正常肌肉張力反射造成：如腦性麻痺兒童因不對稱張力頸部反射也會表現出斜頸的特徵、頸部的組織發炎：如急性淋巴腺發炎，因為腫痛的關係，也會使頭歪到一邊去，在開始斜頸的物理治療之前都先須做好完善的鑑別診斷，排除其他原因造成之斜頸表現，針對造成斜頸原因處理，對症下藥才能達到最好的治療效果

在兒童復健科的診斷上通常醫師會進行下列3個寶寶斜頸診斷(1)理學檢查：醫師可以觸診方式檢查胸鎖乳突肌是否有局部腫塊及觀察兒童整體頸部動作與位置。(2)可能會使用X光排除骨骼性問題。(3)以超音波掃描胸鎖乳突肌是否有纖維化。

如果是肌肉型斜，頸其纖維化程度，在超音波檢查通常可將結果分為四型：

第一型：假性腫塊，可在超音波下評估其腫塊的大小

第二型：瀰漫性纖維化併有正常肌肉組織

第三型：完全瀰漫性纖維化

第四型：索狀纖維化

醫師會依類型不同訂定治療計劃，通常第三型、第四型斜頸可能需要開刀；對於第一型及第二型斜頸，早期物理治療通常有良好療效，每三個月至半年以超音波追蹤其纖維化腫塊是否散開、變小或是轉型。

肌肉性斜頸的物理治療包括：

1. 超音波：為深層熱效應，促進肌肉纖維化位置軟化以利後續復健運動
2. 按摩：按摩時需垂直肌肉纖維走向，可鬆軟張力過高及纖維化之肌肉組織
3. 被動牽拉運動：主要分成兩個方向，以右側斜頸兒童為例，第一個方向的牽拉運動為左耳靠近左肩，過程中需固定好寶寶右側肩膀，預防代償性動作產生；第二個方向的牽拉運動為頭轉向右側，需固定好寶寶左側肩膀平貼床面，盡量讓右耳貼近右側床面。
4. 主動動作訓練：當寶寶3至4個月大頭部控制發展完全後，可利用玩具或是平衡翻正反應誘發對側肌肉用力(以右側斜頸兒童為例，主動轉頭至右側或側彎至

左側)，讓寶寶主動做出矯正斜頸之動作，訓練對側肌肉使用，改善兩側肌肉平衡性。

5. 正確姿勢擺位訓練：由專業物理治療師衛教正確抱姿(如餵奶時患側在下利用媽媽手臂撐開患側胸鎖乳突肌)、寶寶睡覺時擺位(盡量維持正中姿勢或是擺位在側睡姿患側在下)、及改變寶寶周遭環境(如健側靠牆誘發寶寶主動轉頭至患側)。

一般來說，對於超音波診斷為第一型及第二型肌肉型斜頸之兒童早期適當的物理治療介入都能達到良好的治療效果，依統計大約有百分之八十五的治癒率，而須治療的期間則因開始治療的年齡及肌肉攣縮的程度而會有所不同，但大略平均約須復健治療四點七個月。若復健至一歲之後頸部動作受限仍明顯之兒童，則須考慮外科開刀介入，但不需太擔心的是開刀治癒率亦高達九成以上，最佳手術時間為1至4歲之間。

以一篇1991年12月1日(19期，第71頁-77頁)發表在中華民國復健醫學會雜誌上研究指出，此研究追蹤長庚醫院基隆院區六年來及林口院區四年來就診之斜頸兒童，共114位。以發生原因分析，其中先天性肌肉性斜頸佔大多數，共108位(94.7%)，急性斜頸3位(2.6%)，先天性頸椎不分節或是半脊椎異常佔2位(1.8%)，習慣性斜頸僅有1位(0.9%)。治療結果的追蹤方面，以先天性肌肉性斜頸孩童個案流失較多，僅58例追蹤得到(53.7%)。其中39例接受物理治療者，僅有3位需手術治療；另19例接受手術治療者，亦有3位手術後效果不理想，仍需繼續接受物理治療。經復健治療被評估為「良好」者佔25例(64.1%)，「尚好」者佔4例。其中就醫年齡愈早，開始症狀愈輕者，效果愈好。手術治療3年內達「良好」結果者亦高達77.3%。一歲以下接受手術與一歲以上才接受手術者，手術後效果並無顯著差異；但六歲以上才接受手術的4例，則僅可達「尚好」程度的改善。急性斜頸3例在發生前7至10日間均有過上呼吸道感染病史，但無受傷經過，經藥物治療(非類固醇類消炎鎮痛劑及肌肉鬆弛劑)及頸圈穿戴後均完全恢復。習慣性斜頸病例經頸圈穿戴半年後，有顯著改善。先天性頸椎不分節或是半脊椎異常的2例，則毫無改善。

由此可見，斜頸兒童的治療方法及效果與原因有密切關係，應及早診斷，及早作適當治療。