

# 三联术治疗旋转型痉挛性斜颈的疗效分析

李亮明

(中山市人民医院, 广东 中山 528400)

**〔摘要〕** **目的:** 探讨三联术治疗旋转型痉挛性斜颈的临床效果。**方法:** 选取中山市人民医院2017年1月至2019年12月期间收治的25例旋转型痉挛性斜颈患者, 观察患者采用三联术治疗的效果。**结果:** 显效19例(76.0%), 有效4例(16.0%), 无效2例(8.0%), 没有出现恶化、死亡、致残的患者。**结论:** 三联术治疗旋转型痉挛性斜颈临床效果显著, 能够确保患者术后的安全性, 改善患者的预后。

**〔关键词〕** 旋转型痉挛性斜颈; 颈神经后支选择性切断术; 副神经切断术; 颈部痉挛肌肉选择性切除术

**〔中图分类号〕** R 687 **〔文献标识码〕** B

痉挛性斜颈表现为颈部肌张力障碍和颈部运动障碍, 是较为常见的一种灶型肌张力障碍, 对于痉挛性斜颈患者, 颈部肌肉一旦受到中枢神经出现异常性的波动, 就会发生痉挛和阵挛, 并且该症状无法有效控制, 异常波动主要与锥体外系统相关, 或者由于经过锥体外系统直接传递到周围神经所致<sup>[1-2]</sup>。通过对颈部CT进行平扫, 采用颈部肌电图进行检查, 根据检查结果可以采取三联术进行治疗<sup>[3-4]</sup>。本研究选旋转型痉挛性斜颈患者作为研究对象, 探讨采用三联术治疗的临床效果, 报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院2017年1月至2019年12月期间收治的25例旋转型痉挛性斜颈患者, 其中男性15例, 女性10例, 年龄26~73岁, 平均年龄(42.01±10.89)岁; 病程1~15年, 平均病程(7.11±0.91)年。诱发该疾病的原因包括身体发热、精神欠佳、炎症感染等; 其中有18例患者的起病速度较其他患者缓慢, 斜颈之前, 患者的颈部会出现僵硬、胀痛的感觉, 甚至还有患者会出现“落枕”的现象, 在1~2周之后患者的头部开始慢慢向一侧倾斜。经影像学检查发现, 患者痉挛肌肉与其相对的同名肌肉相比较, 具有明显肥大和改变的现象。通过经颈部肌电图检查, 痉挛肌肉临床表现形式为干扰波, 对于无痉挛肌肉, 采用临床检查可以发现, 其临床表现为电静息。对25例痉挛性斜颈患者进行病理检查, 采用切除肌肉的方式对其进行检查, 其中18例患者有非常明显的肌纤维的变形的现象, 其横纹逐渐退却, 但肌间有明显的充血情况, 脂肪组织也逐渐严重增生的现象。其中有6例患者的肌细胞出现了明显肿胀和萎缩的现象。25例患者通过

将副神经病理切片证实, 有20例患者出现神经玻璃样变性的现象。

### 1.2 方法

所有患者均采用三联术进行治疗, 具体方法如下。

**1.2.1 颈部痉挛肌肉选择性切除术** 在患者一侧枕顶部的发际内, 做一个小切口, 切口形状呈“7”字形。切口水平需要在枕外粗隆的下方, 从中线到乳突的内缘, 做一个横切口, 之后在按照顺序向下、再向中线进行再向下、向中线延伸, 止在C7或T1横突平面, 距离中线2cm的位置。经皮肤、皮下组织以及斜方肌下方逐渐切开, 形成皮瓣, 对头夹肌和颈夹肌进行游离, 并将其全部切除。在夹肌外侧会出现提肩胛肌, 将其体部及4个头分离出来, 并切除。夹肌深部: 头半棘肌, 更深部: 颈半棘肌, 前方存在斜角肌。在手术过程中所要切除的痉挛需要根据三个方面进行确定: 痉挛性斜颈的分型、颈部肌电图、颈肌CT检查结果, 对于痉挛的头夹肌、颈夹肌, 需要将其全部切除。

**1.2.2 颈神经(C1~C6)后支选择性切断术** 在颈半棘肌外侧将其全部分离, 在C1~C6横突孔的后方位, 需要按照正确的方向来寻找游离C1~C6颈神经后支, 在这个过程中需要采用神经电刺激仪, 电凝之后, 全部切断, 并且还要进行远端抽剥彻底。

**1.2.3 副神经切断术** 在胸锁乳突肌前缘平下颌角水平位置上做一个呈横形的切口, 之后沿着锁乳突肌内侧间隙进行分离, 分离至后缘, 横断该肌肉, 在其下缘筋膜内利用神经刺激仪找到副神经以及其两个分支如果仅为胸锁乳突肌痉挛, 则保留斜方肌的分支, 切除胸锁乳突肌分支即可。对于胸锁乳突肌肥大的患者, 需要切除副神经, 切除该肌肉的1cm断端。

**〔收稿日期〕** 2020-09-25

**〔基金项目〕** 中山市科技计划项目资助课题(2017B1067)

**〔作者简介〕** 李亮明, 男, 副主任医师, 主要研究颅脑疾病的显微外科及内镜外科治疗。

### 1.3 观察指标

术后 6 个月, 对患者进行随访, 临床疗效标准, 显效: 患者头颈部位大致正常, 但在紧张、劳累的时候还会存在斜颈的表现; 有效: 患者斜颈临床症状术前有明显的改善, 患者自感颈部的张力与术前相比, 逐渐减低; 无效: 与术前相比, 无任何的变化; 恶化: 病情加重, 患者头部出现新的异常运动<sup>[5]</sup>。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

## 2 结果

对本研究的 25 例患者经手术后患者术后进行随访, 随访时间为 6 个月, 其中显效 19 例 (75.0%), 有效 4 例 (16.0%), 无效 2 例 (8.0%), 没有出现恶化、死亡、致残的患者。25 例患者有 3 例患者在手术之后仍有头颈部抽动的现象, 通过口服药物可以控制其发作。

## 3 讨论

痉挛性斜颈属于一种基底节病变, 在临床上主要采用手术的方式进行治疗。患者一旦患有该疾病患者在短时间内可能会出现“自愈”的可能性。临床症状相对比较稳定, 患者病史在 6 个月以上, 症状仍较明显者, 需要进行手术治疗。并且还需要排除颈椎、颈部其他疾病所致的强迫性的颈位<sup>[5-6]</sup>。在手术之前, 需要对患者的病情进行检查, 经颈部 CT 检查、肌电图来对患者的痉挛肌的分布情况和强度进行分析, 同时还可以将痉挛肌肉肌肉区分为三种状态: 主要肌、协同肌和随从肌。根据患者病情选择个性化的手术方式进行治疗经手术治疗<sup>[7-8]</sup>。

手术方式要根据经患者痉挛性斜颈姿态的具体分型情况进行选择。行副神经切断术时, 需要明确下颌角的具体表现, 它是否属于副神经投影在体表中具有恒定特征的一种直接表示, 患者头部无论是处在旋转还是处在后仰的状态, 两者之间的关系都不会发生任何的改变<sup>[9]</sup>。副神经在颈部行走路线为: 下颌角、斜方肌水平部都会与垂直部汇合点之间相连接。对患者颈脊神经后支治疗工程中, 需要先将 C1 进行解剖, 在解剖的过程中需要采用专业仪器进行处理, 仪器包括显微镜、电刺激器。颈脊神经后支相互交通, 对 C1 与 C2, C2 与 C3, C3 与 C4 之间所存在的交通支采取同样的方法将其全部切除<sup>[10]</sup>。夹肌属于痉挛性斜颈中重要的痉挛肌之一,

其体表投影位置为乳突至 C5、C6 棘突连线。对于水平旋转型痉挛性斜颈者在通常情况下都是以头夹肌、颈夹肌痉挛为主, 后仰旋转型 ST 的患者, 其主要临床症状为都头半棘肌、颈半棘肌痉挛。经过临床经验表明, 对于单一的 C3 ~ C6 后支切断方式, 无法确保夹肌处在一个极度松弛的状态下, 虽然不影响手术顺利进行, 可以将痉挛的内夹肌全部切切除, 但手术后, 患者的颈部还会出现各个角度非痉挛性偏斜的情况。本研究结果表明, 手术后加强物理治疗和康复训练能够对患者的颈部功能恢复起到一定的作用, 并能有效提升患者的生活质量, 进一步改善患者的预后。

### 〔参考文献〕

- (1) 姬绍先, 陈信康, 周国俊, 等. 痉挛性斜颈的临床分型和手术治疗 (J). 立体定向和功能神经外科杂志, 2004, 17(6): 341-344.
- (2) 李良才, 唐秉航, 陈信康, 等. 痉挛性斜颈术前多层螺旋 CT 的诊断价值 (J). 中华神经外科杂志, 2009, 25(2): 158-161.
- (3) 朱正凯, 林少华, 李亮明. 旋转型痉挛性斜颈的个体化手术治疗 (J). 海南医学, 2017, 28(10): 1693-1694.
- (4) 陈信康, 林少华, 马安保, 等. 选择性周围神经切断和肌切断治疗痉挛性斜颈 400 例结果 (J). 中华神经外科杂志, 2005, 21(1): 30-34.
- (5) 郁正红, 李建华. A 型肉毒毒素用于治疗旋转型痉挛性斜颈的表面肌电分析 (J). 中国康复医学杂志, 2014, 29(4): 343-347.
- (6) 郁正红, 徐宋宇, 李建华. A 型肉毒毒素注射联合针灸干预治疗旋转型痉挛性斜颈疗效观察 (J). 浙江中西医结合杂志, 2017, 27(8): 675-678.
- (7) 刘红举, 于炎冰, 任鸿翔, 等. 改良 Foerster-Dandy 手术治疗痉挛性斜颈的长期随访结果 (附 550 例报告) (J). 中华神经外科杂志, 2019, 35(1): 6-9.
- (8) 许骏, 张黎, 徐晓利, 等. 改良颈动脉外膜交感神经切除术治疗以发作性痉挛为主要表现的抽动障碍 (J). 中华神经外科杂志, 2019, 35(1): 30-33.
- (9) 宋焯, 张天杰, 李园, 等. 实时剪切波弹性成像技术对 A 型肉毒毒素治疗扭转型痉挛性斜颈的应用评价 (J). 河北医药, 2019, 41(2): 237-239, 243.
- (10) 王耿熙. 副神经微血管减压术治疗不同类型痉挛性斜颈疗效 (J). 现代仪器与医疗, 2018, 24(4): 33-35.