doi：10.7499/j.issn.1008-8830.2502066

指南解读

《先天性肌性斜颈的物理治疗管理：美国物理治疗协会儿科物理治疗学会2024年循证临床实践指南》解读

唐婉秋　罗小鸿　张雨平

（陆军军医大学第二附属医院儿科，重庆　400037）

［摘要］婴幼儿先天性肌性斜颈（congenital muscular torticollis, CMT）的早期筛查、诊断与干预对改善其预后至关重要。目前，国内儿童保健机构及养护人对CMT的认识不足，康复人员专业水平参差不齐，给CMT的诊治带来挑战。《先天性肌性斜颈的物理治疗管理：美国物理治疗协会儿科物理治疗学会2024年循证临床实践指南》提出了17项行动声明，主要涵盖CMT的预防、识别、评估及干预等内容。该指南有助于促进儿童保健机构实现CMT婴儿的早期发现，提高物理治疗师的治疗水平，从而改善CMT的临床结局。该文结合我国CMT的诊治现状对该指南进行解读，以期为提高我国基层儿童保健人员和物理治疗师识别和正确干预CMT的能力提供参考。

［中国当代儿科杂志，2025，27（9）：1045-1049］

［关键词］先天性肌性斜颈；指南；物理治疗；管理；解读

Interpretation of "Physical therapy management of congenital muscular torticollis: a 2024 evidence-based clinical practice guideline from the American Physical Therapy Association Academy of Pediatric Physical Therapy"

TANG Wan-Qiu, LUO Xiao-Hong, ZHANG Yu-Ping. Department of Pediatrics, Second Affiliated Hospital of Army Medical University, Chongqing 400037, China (Zhang Y-P, Email: 465616386@qq.com)

Abstract: Early screening, diagnosis, and intervention for congenital muscular torticollis (CMT) in infants are crucial for improving clinical outcomes. However, in China, limited awareness of CMT among child healthcare institutions and caregivers, as well as inconsistent professional standards among rehabilitation personnel, pose significant challenges to the effective diagnosis and management of CMT. The "Physical therapy management of congenital muscular torticollis: a 2024 evidence-based clinical practice guideline from the American Physical Therapy Association Academy of Pediatric Physical Therapy" includes 17 action statements, primarily addressing the prevention, identification, assessment, and intervention of CMT. This guideline is expected to facilitate early detection of CMT in infants, enhance the treatment capabilities of physical therapists, and improve clinical outcomes. This article provides an interpretation of the guideline in the context of the current status of CMT diagnosis and management in China, aiming to offer a reference for improving the ability of primary child healthcare providers and physical therapists to recognize and manage CMT appropriately. **[Chinese Journal of Contemporary Pediatrics, 2025, 27(9): 1045-1049]**

Key words: Congenital muscular torticollis; Guideline; Physical therapy; Management; Interpretation

先天性肌性斜颈（congenital muscular torticollis, CMT）是一种出生后不久即明显表现出异常姿势的疾病，主要因胸锁乳突肌单侧缩短或肌力不平衡导致，表现为颈部向患侧侧屈并向对侧旋转。先天性斜颈在新生儿中的发病率为3.9%~16%[1]，且男性发病率高于女性[2]，诊断和干预越早，CMT的治愈率越高、疗程越短，因此早期发现至关重要。但目前国内儿童保健机构对CMT的

［收稿日期］2025-02-17；［接受日期］2025-07-15
［基金项目］重庆市卫生适宜技术推广项目（2023jstg033）。
［作者简介］唐婉秋，女，本科，康复治疗师。
［通信作者］张雨平，女，主任医师。Email：465616386@qq.com。

筛查尚未普及，家长对该病认识不足，导致部分患儿未能及时接受有效干预，进而影响预后。

美国物理治疗协会（American Physical Therapy Association, APTA）儿科物理治疗学会（Academy of Pediatric Physical Therapy, APPT）于2024年10月发表了《先天性肌性斜颈的物理治疗管理：美国物理治疗协会儿科物理治疗学会2024循证临床实践指南》（以下简称《指南》）[1]，旨在通过提高物理治疗师、家庭、卫生保健人员及教育工作者的临床技能，改善CMT儿童的临床结局和卫生服务质量。本文结合我国实际情况对该指南进行解读，以期提高我国相关专业人员对CMT的识别及物理治疗管理能力，让CMT患者能够得到早发现、早干预，最大限度改善预后。

1 《指南》的背景及概况

《指南》初稿由APPT在2018年CMT临床实践指南[3]的基础上，对2017年1月—2022年6月的文献进行系统综述，并对2022年6月—2023年6月发表的文献开展批判性评价，由2名CMT患儿家长、10名专业人士（包括营养学、助产学、儿科医学、儿科护理学、小儿外科学专家以及物理治疗师、文献翻译的专业人员）进行审查修改。第二稿邀请55名物理治疗师、1名家长和1名其他医疗保健人员在线审查，最终由APPT结合所有建议形成17项行动声明，主要包括4部分：（1）CMT婴儿的识别、转诊与家长教育；（2）CMT婴儿的物理治疗检查和评估；（3）CMT婴儿的物理治疗干预；（4）CMT婴儿的治疗终止、重新评估及出院。

2 我国CMT诊疗现状及相关医务人员掌握《指南》的重要性

及早识别和早期干预是治疗CMT的关键。对出生1个月内的CMT患儿进行早期干预，至2.5月龄时矫正成功率可达98%，婴儿颈部活动范围接近正常；而6月龄后开始干预，可能需要9~10个月的治疗时间，且颈部肌肉活动范围完全恢复正常的成功率较低。在美国，初级儿童保健人员是CMT的主要诊断者，而CMT的干预者则首选物理治疗师[4]。我国在2020年发表了《指南》的2018年版本的解读[5]，但目前临床实践中，基层保健人员对CMT筛查、治疗手段优化及家庭参与康复的意识仍较薄弱[6]。初级儿童保健人员通常更关注婴幼儿体格与神经发育，对CMT缺乏足够敏锐性，导致部分CMT患儿未能早期筛查并接受系统后续干预。此外，对于已接受治疗的斜颈患儿，何时停止治疗尚无统一的标准，这可能增加复发率。2024年版的《指南》针对上述问题进行了更新，提供了详细建议及循证依据，因此，相关医务人员学习并掌握该指南具有重要意义。

3 《指南》对CMT患儿早期筛查、识别及家长教育的建议

对CMT患儿进行早期筛查并及时干预，可缩短治疗时间、降低治疗费用、减轻家庭负担，最关键的是能改善患儿的临床结局。初级儿童保健医务人员在日常工作中，应将具有CMT高危因素的婴幼儿列为重点筛查人群，如双胎妊娠、臀位分娩、斜头畸形、剖宫产等[7]。儿保人员首次进行新生儿检查时，可通过评估婴儿仰卧位时颈部能否完全旋转（下巴旋转至肩部约90°）及颈椎侧屈是否充分（耳朵接近肩部）开展初步筛查。医务人员还可通过家长教育提高其识别能力，尽管家长不做正式的婴儿评估，但作为孩子的敏锐观察者，可指导他们在婴儿出生后2~3 d内，在婴儿清醒时每天进行2~3次监督下的俯卧游戏，让婴儿全身充分主动运动，并观察是否出现姿势偏好。《指南》提及家长应警惕的信号：若发现婴儿有明显姿势偏好、颈椎活动度降低、胸锁乳突肌肿块或颅面不对称，需及时到儿保医生处就诊；确定有不对称姿势后，应立即转诊至物理治疗师。物理治疗师在婴儿初次就诊时，需记录其病史与发育史，包括年龄、症状发现时间、妊娠史、出生史、头部姿势/偏好及发育里程碑等。若婴儿有不对称姿势但未确诊CMT，物理治疗师还应筛查可能导致不对称的其他原因（如神经系统问题、颅面不对称、视觉障碍、脊柱侧弯、胃食管反流、急性呼吸窘迫），并及时转诊至专科医生。

4 《指南》对CMT患儿检查和评估的建议

《指南》建议对疑似或诊断为CMT的患儿进行以下7项初步检查和评估：（1）记录婴儿的姿势（仰卧、俯卧、坐姿和站立姿势的对称性），根据年龄对应的能力判断，可使用静态摄像的方式记录；（2）使用关节量角器或测角仪记录婴儿双侧

颈部旋转和侧屈的被动关节活动度；（3）记录患儿颈部主动关节活动度，采用肌肉功能量表评估颈部侧屈能力；（4）评估躯干和四肢的主动+被动关节活动度，包括髋关节发育不良筛查；（5）评定休息时、被动或主动运动时的不适和疼痛程度；（6）检查皮肤完整性、颈部/臀部皮肤褶皱情况，以及胸锁乳突肌肿块的位置和大小；（7）评估颅面部不对称和头/颅骨形状。

2024 年《指南》提出的 CMT 严重程度分级量表与其 2018 年版本无明显差别，仍根据患儿年龄、胸锁乳突肌肿块的存在，以及颈部活动受限情况分为 8 级[3]（见表 1）。通过该量表判断患儿的严重程度，对后期干预决策具有临床指导意义：（1）严重程度越高，干预频率、强度及家庭姿势管理时间均需增加；（2）1~6 级患儿首选保守治疗，持续干预后若无效，可增加强度或频率，后续若有效则重新评估并调整干预强度和频率，若仍效果不佳，需考虑外科手术或肉毒杆菌毒素注射；（3）7 级患儿可咨询专业人员后选择保守治疗，或直接外科手术、肉毒杆菌毒素注射；（4）8 级患儿建议直接行外科干预或肉毒杆菌毒素注射。开始干预的时间、颈部活动受限程度及胸锁乳突肌肿块大小均会影响 CMT 患儿的治疗时长与预后[8]。早期诊断并干预、颈部活动无明显受限且胸锁乳突肌无明显肿块的 CMT 患儿症状缓解时间更短。

表 1　CMT 严重程度分级量表

分级	严重程度	年龄以及临床表现
1 级	早期轻度	0~6 月龄，仅有姿势偏向或肌肉紧张，颈椎被动旋转两侧差异<15°
2 级	早期中度	0~6 月龄，伴有肌肉紧张及颈椎被动旋转两侧差异为 15°~30°
3 级	早期重度	0~6 月龄，伴有肌肉紧张及颈椎被动旋转两侧差异>30°，或有 SCM 肿块
4 级	晚期轻度	7~9 月龄，仅有姿势偏向或肌肉紧张，颈椎被动旋转两侧差异<15°
5 级	晚期中度	10~12 月龄，仅有姿势偏向或肌肉紧张，颈椎被动旋转两侧差异<15°
6 级	晚期重度	7~12 月龄，伴有肌肉紧张及颈椎被动旋转两侧差异>15°
7 级	晚期极重度	7~12 月龄伴有 SCM 肿块或 10~12 月龄颈椎被动旋转两侧差异>30°
8 级	超晚期	大于 12 月龄有任何不对称（姿势偏好、被动旋转两侧差异、SCM 肿块）

注：［CMT］先天性肌性斜颈；［SCM］胸锁乳突肌。

5　《指南》对 CMT 患儿干预措施的建议

《指南》推荐 5 项首选干预措施，包括颈部被动牵伸活动（主动活动受限时）、颈部和躯干主动活动、对称运动、环境改造及家长教育，可在短期内改善婴儿结局（即减轻斜颈症状、预防继发性并发症、促进发育里程碑达成及降低后期手术概率），其证据质量及推荐强度见表 2。上述干预措施凸显了家庭管理在 CMT 干预中的重要性[9]。在 CMT 治疗期间，家庭应与治疗师密切配合，以达到最佳的治疗效果。家长可通过玩具引导患儿主动转向患侧以促进主动牵伸，还可通过睡姿、哺乳、抱姿及俯卧位抬头训练辅助治疗[10]。《指南》还强调干预不应引发痛苦，若婴儿出现抗拒哭闹则需停止治疗[11]。拉伸仍是 CMT 的首选干预方式[12]，但关于拉伸运动的技术、重复次数、拉伸与休息的时间等尚未形成共识。除颈部活动度干预外，还应关注患儿整体发育评估和训练，以促进对称姿势和大运动发育[13]，防止后期出现发育问题。

表 2　CMT 首选的 5 个干预措施

干预方式	证据质量	推荐强度
颈部的被动牵伸活动（主动活动受限时）	Ⅰ级	强
颈部和躯干的主动活动	Ⅱ级	中等
对称运动	Ⅱ级	中等
环境改造	Ⅱ级	中等
家长教育	Ⅱ级	中等

当保守治疗未达预期效果时，应转诊患儿接受物理治疗以外的干预，以下两种情况需考虑转诊：（1）经持续 6 个月的物理治疗无进展；（2）首次就诊时患儿已超过 1 岁。目前研究最多的有创干预方式为肉毒杆菌毒素注射和手术治疗。我国既往因药物安全性、超说明书用药、临床报道少等原因，2 岁以下婴幼儿较少接受 A 型肉毒杆菌毒素治疗，但近年临床已逐步开展，其安全性亦得到

证实[14]。手术是难治性CMT最传统的治疗方式，而术后管理是防止复发的关键，主要包括瘢痕管理、肌力训练、改善或维持关节活动度等。建议术后采取仰卧位，辅助固定头部偏向健侧并转向患侧；术后2 d用颌枕带辅助牵引，拆线后用石膏固定4~6周，石膏拆除后需维持不少于半年的康复训练，以减轻或防止胸锁乳突肌术后再粘连[15]。

6 《指南》对CMT患儿治愈标准及随访管理计划的建议

《指南》推荐满足以下5项标准时可停止CMT治疗：（1）两侧颈椎被动活动范围差异≤5°；（2）主动运动模式对称；（3）运动发育与年龄相符；（4）无明显头部倾斜；（5）家长已了解孩子成长过程中需监测的内容。上述标准提示，不能仅关注颈部关节活动度的生物力学指标，还需同时关注患儿是否处于正常生长发育水平，因为持续颈部活动受限及发育迟缓是患儿复发的重要原因。物理治疗的停止并不代表家庭管理工作的停止，家长应了解婴幼儿发育里程碑，密切观察患儿姿势情况，一旦出现不对称姿势，应及时寻求专业人员的帮助，分析原因并解决问题。CMT婴儿停止治疗后，儿保人员应继续排查是否有不对称姿势或发育延迟；对于4~6月龄停止治疗的婴儿，建议在站立或行走时重新评估。后期长期随访需社区医院协助完成，因此向基层社区人员推广该指南，有助于更及时地对CMT患儿开展早期筛查以及后期随访管理。

7 《指南》在我国CMT诊疗中的应用价值

目前我国基层儿童保健人员及家长对CMT的认识不足，斜颈早期筛查意识薄弱，随访方案亦缺乏明确推荐[5]。鉴于CMT干预越早效果越好、花费越低，《指南》建议新生儿首次儿保检查时即通过颈部活动或拉伸情况进行筛查，且早期家长应通过观察姿势和运动识别CMT，这是我国当前的薄弱环节。因此，推动专业人员学习并参考指南，加强对家长的指导与宣教十分迫切。我国具有完整的儿童保健体系，《指南》推荐的筛查方法与模式适合在首次儿保门诊时进行，可显著提高CMT的早期诊断率和干预率。此外，现阶段临床对CMT评估的客观性、规范性亟待加强，根据2024年美国《指南》推荐的评估流程，推广使用量角器、主被动活动度评估等方法，形成适合本土且易于在基层推广的评估方案是早期诊断CMT的关键。

治疗方面，我国现有CMT治疗手段主要包括：（1）颈部运动疗法结合推拿手法；（2）物理因子治疗结合推拿手法；（3）中医传统康复疗法；（4）心理治疗及康复宣教[6]。其中，中医推拿仍是我国斜颈患者的主要治疗手段，物理因子治疗主要有蜡疗、超声、激光、音频等，但这些治疗方式的证据多来自小样本临床观察，有效性有待进一步验证。国内还有研究提出，对治疗3个月无好转的患儿，注射糖皮质激素辅助治疗有一定临床效果[16]，但此方法未被《指南》提及。此外，我国专业人员在CMT治疗中更关注胸锁乳突肌包块的消减和颈部的牵拉活动，对患儿运动发育的关注及家庭宣教明显不足，针对颈部功能性活动的治疗方式亦有较大提升空间。《指南》的治疗建议基于循证医学证据，治疗人员应充分参考，在提高牵伸、促进对称运动发育等物理治疗技能的同时，着重提高家长的重视度和参与度[17]。

综上，本文对《指南》进行了详细解读，其中关于CMT的筛查、评估、干预及随访的建议值得借鉴和推广，但少数内容由于文化或环境差异并不适合我国的实际情况。期待我国本土化的CMT诊疗指南早日出台，为CMT的早期筛查、干预、预后改善及治疗成本降低提供权威指导。

作者贡献声明：唐婉秋负责文献检索和整理、共识解读及论文撰写；张雨平负责循证医学指导、指南解读、写作指导；罗小鸿负责共识解读、审阅、修改。

利益冲突声明：所有作者声明无利益冲突。

［参　考　文　献］

[1] Sargent B, Coulter C, Cannoy J, et al. Physical therapy management of congenital muscular torticollis: a 2024 evidence-based clinical practice guideline from the American Physical Therapy Association Academy of Pediatric Physical Therapy[J]. Pediatr Phys Ther, 2024, 36(4): 370-421. PMID: 39356257. DOI: 10.1097/PEP.0000000000001114.

[2] Amaral DM, Cadilha RPBS, Rocha JAGM, et al. Congenital muscular torticollis: where are we today? A retrospective analysis at a tertiary hospital[J]. Porto Biomed J, 2019, 4(3): e36. PMID: 31595263. PMCID: PMC6726283.

DOI: 10.1097/j.pbj.0000000000000036.

[3] Kaplan SL, Coulter C, Sargent B. Physical therapy management of congenital muscular torticollis: a 2018 evidence-based clinical practice guideline from the APTA academy of pediatric physical therapy[J]. Pediatr Phys Ther, 2018, 30(4): 240-290. PMID: 30277962. PMCID: PMC8568067.
DOI: 10.1097/PEP.0000000000000544.

[4] Nichter S. A clinical algorithm for early identification and intervention of cervical muscular torticollis[J]. Clin Pediatr (Phila), 2016, 55(6): 532-536. PMID: 26307184.
DOI: 10.1177/0009922815600396.

[5] 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(2): 221-223.
DOI: 10.3969/j.issn.1001-1242.2020.02.021.

[6] 宫双, 王艳, 裴飞, 等. 康复治疗小儿先天性斜颈的研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(10): 80-83.
DOI: 10.3969/j.issn.1005-0779.2017.10.023.

[7] 张娟, 何娇, 张岚. 先天性肌性斜颈患儿早期筛查和管理的最佳证据总结[J]. 中华现代护理杂志, 2024, 30(12): 1643-1647.
DOI: 10.3760/cma.j.cn115682-20230616-02412.

[8] 阮雯聪, 金慧英, 杨屏日, 等. 先天性肌性斜颈严重程度评分表对小儿先天性肌性斜颈诊断及预后的评估价值[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2021, 43(9): 821-825.
DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2021.09.012.

[9] 李胤颖, 张雨平. 先天性肌斜颈的管理研究进展[J]. 中国妇幼保健, 2018, 33(14): 3352-3354.
DOI: 10.7620/zgfybj.j.issn.1001-4411.2018.14.76.

[10] 王栩, 周晓强, 王晓冬, 等. 家庭康复对先天性肌性斜颈的效果[J]. 中国康复理论与实践, 2019, 25(12): 1469-1473.
DOI: 10.3969/j.issn.1006-9771.2019.12.017.

[11] Brurberg KG, Dahm KT, Kirkehei I. Manipulation techniques for infant torticollis[J]. Tidsskr Nor Laegeforen, 2019, 138(1): 1-11. PMID: 30644674. DOI: 10.4045/tidsskr.17.1031.

[12] 汪飞, 张婧, 倪磊, 等. 先天性肌性斜颈手动牵拉治疗后胸锁乳突肌包块的影像学转归规律研究[J]. 临床小儿外科杂志, 2024, 23(10): 958-964.
DOI: 10.3760/cma.j.cn101785-202101026-011.

[13] 鲁潇莹, 姜淑云, 李阳, 等. 先天性肌性斜颈患儿运动发育异常的临床研究进展[J]. 实用骨科杂志, 2023, 29(9): 810-813.
DOI: 10.3760/cma.j.issn.1008-5572.2023.09.108.

[14] 苏振民, 汪城河, 林文雄, 等. A型肉毒毒素注射治疗先天性肌性斜颈的效果[J]. 中华医学美学美容杂志, 2021, 27(5): 419-423. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0290.2021.05.016.

[15] 许景芳, 张敏. 先天性斜颈患儿围手术期护理[J]. 现代护理, 2006, 12(20): 1909-1910.
DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2006.20.028.

[16] 赵章帅, 唐盛平, 熊竹. 婴儿先天性肌性斜颈保守综合治疗1 142例[J]. 临床小儿外科杂志, 2016, 15(6): 551-557.
DOI: 10.3969/j.issn.1671-6353.2016.06.009.

[17] 郭文, 易银芝, 王靖燕, 等. 医护一体化护理对先天性肌性斜颈患儿的临床疗效及对家庭自护知信行的改善作用[J]. 国际护理学杂志, 2023, 42(14): 2665-2668.
DOI: 10.3760/cma.j.cn221370-20220602-00653.

（本文编辑：杨丹）

（版权所有©2025 中国当代儿科杂志）