

# 肌内效贴联合家庭训练干预在肌性斜颈患儿中的应用效果

禚健平 苏绮雯

**【摘要】** 目的 探讨肌内效贴联合家庭训练干预在肌性斜颈患儿中的应用效果。方法 选择 2018 年 1 月—2019 年 12 月本院儿童保健科收治的 100 例肌性斜颈患儿作为研究对象,按入院编号奇偶数分为对照组和观察组两组,每组各 50 例。对照组患儿采用肌内效贴干预;观察组患儿在对照组基础上采用家庭训练干预。比较两组患儿胸锁乳突肌厚度、颈部被动旋转度、侧屈活动度、包块厚度、挛缩长度和运动程度(AIMS)评分;同时比较两组患儿家长健康认知掌握情况、对疾病不确定感和应对方式。**结果** 干预后,观察组患儿的胸锁乳突肌厚度低于对照组,颈部被动旋转度、侧屈活动度高于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ );干预后,观察组患儿的包块厚度、挛缩长度低于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ );干预后,观察组患儿运动程度 AIMS 评分高于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ );干预后,观察组患儿家长健康认知掌握情况高于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ );干预后,观察组患儿家长对疾病的不明确性、缺乏清晰、缺乏信息及不可预测性低于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ );干预后,观察组患儿家长应对方式高于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 肌内效贴联合家庭训练干预在婴儿肌性斜颈中的应用,有助于提高家长的健康认知态度,改善肌性斜颈,临床意义重大,值得应用。

**【关键词】** 肌内效贴; 家庭训练干预; 肌性斜颈; 健康认知

[中图分类号]R720.5 [文献标识码]A DOI:10.3969/j.issn.1002-1256.2023.16.021

**Application effect of intramuscular plaster combined with family training intervention in children with muscular torticollis** Xuan Jianping, Su Qiwen. Child Healthcare Department, Maternity and Child Health Hospital of Sanshui District, Foshan, Guangdong 528100, China.

Corresponding author: Xuan Jianping, Email: 1678869208@qq.com.

**【Abstract】 Objective** To investigate the application effect of intramuscular plaster combined with family training intervention in children with muscular torticollis. **Methods** From January 2018 to December 2019, 100 children with muscular torticollis admitted to the child healthcare department of Sanshui Maternity and Child Health Hospital in Foshan city were selected as the research objects. They were divided into the observation group and the control group according to odd or even of the admission number, with 50 cases in each group. The children in control group was treated with intramuscular plaster; The children in the observation group received family training intervention on the basis of the control group. The thickness of sternocleidomastoid muscle, neck passive rotation, lateral flexion range of motion, mass thickness, contractures length and degree of movement (AIMS) score were compared between the two groups. At the same time, the mastery of health cognition, disease uncertainty and coping style of parents of children in the two groups were compared. **Results** After intervention, the thickness of sternocleidomastoid muscle in the observation group was lower than that in the control group, the degree of passive rotation and lateral flexion activity of the neck were higher than those in the control group, the differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). After intervention, the thickness of the mass and the length of contracture in the observation group were lower than those in the control group, the differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). The score of Alberta Infant Exercise Scale (AIMS) in the observation group was higher than that in the control group after intervention, the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). After the intervention, the mastery of health cognition of parents of children in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). After the intervention, the ambiguity, lack of clarity, lack of information and unpredictability of illness among parents of the children in the observation group were lower than the control group, the differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). After intervention, the coping styles of parents in the observation group were higher than those in the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusions** The application of intramuscular plaster combined with family training intervention in infant muscular torticollis is helpful to improve parents' health cognitive attitude and improve muscular torticollis. It is of great clinical significance and is worthy of application.

**【Keywords】** Intramuscular plaster; Family training intervention; Muscular torticollis; Health cognition

基金项目:佛山市医学类科技攻关项目(2018AB002565)

作者单位:528100 广东佛山,三水区妇幼保健院儿童保健科

通信作者:禚健平,Email:1678869208@qq.com

先天性肌性斜颈是婴幼儿时期常见的特发性姿势畸形,因一侧胸锁乳突肌纤维化致其挛缩,进而限制颈部活动,甚至有头面部发育不称、颅缝早闭或脊柱畸形等严重合并症<sup>[1]</sup>。该病在新生儿患病率 0.3%~2.0%,甚至高达 16%<sup>[2]</sup>。若未及时处理,随着年龄增加,会加重头面部、颈椎畸形,出现大小眼、大小脸等影响人体美观的现象<sup>[3]</sup>。因此,及早发现婴儿肌性斜颈,采用综合、有效的干预方法十分必要。肌内效贴的组成由仿皮肤的棉织布、亚克力胶及背亲纸,能够增强受损肌肉收缩能力,改善肌肉痉挛,但因单一干预局限性,无法全面改善病情,临床多需要联合其他干预方法<sup>[4]</sup>。家庭训练是先天性肌性斜颈常用的干预手段,与在院运动疗法相比,离开医院后依然能进行康复干预,以此获得理想的康复效果<sup>[5]</sup>。基于此,本研究分析肌内效贴联合家庭训练干预对婴儿肌性斜颈效果的影响,旨在为康复干预提供依据,现报道如下。

## 一、资料与方法

1. 一般资料:选择 2018 年 1 月—2019 年 12 月本院儿童保健科收治的 100 例肌性斜颈患儿作为研究对象,按入院编号奇偶数分为对照组和观察组两组,每组各 50 例。对照组中男 28 例,女 22 例;月龄 0~6 个月,平均(3.08±0.67)个月;肌性斜颈:左侧斜颈 27 例,右侧斜颈 23 例;患儿家长(每例患儿对应 1 位)中男 24 例,女 26 例;年龄 20~38 岁,平均(28.10±3.15)岁;文化水平:小学及初中 18 例,高中 22 例,大专及以上 10 例。观察组中男 30 例,女 20 例;月龄 0~6 个月,平均(2.97±0.65)个月;肌性斜颈:左侧斜颈 30 例,右侧斜颈 20 例;患儿家长(每例患儿对应 1 位)中男 28 例,女 22 例;年龄 20~38 岁,平均(27.86±3.21)岁;文化水平:小学及初中 20 例,高中 22 例,大专及以上 8 例。两组患儿性别、年龄、肌性斜颈及患儿家长的性别、年龄、文化程度等一般资料比较,无显著差异( $P>0.05$ ),具有可比性。纳入标准:(1)入组患儿经超声检查,符合《实用新生儿学》<sup>[6]</sup>中的肌性斜颈标准。(2)月龄 0~6 个月。(3)患儿家长精神良好,认知清晰。(4)患儿家长对研究知情,签署同意书。排除标准:(1)伴有先天性颈椎先天性畸形、锁骨产伤骨折、颈椎损伤等疾病。(2)因视力障碍诱发头部倾斜。(3)自发性颈椎半脱位。(4)合并先天性器质性疾病、凝血机制障碍。(5)对肌内效贴过敏者。本研究符合医院医学伦理委员审批标准,且审核通过。

2. 方法:(1)基础治疗方法,两组患儿在院期间

给予患侧胸锁乳突肌控制及力量训练,每次训练 30~40 min;低频神经肌肉电刺激,采用生物刺激反馈仪(SA9800,南京伟思医疗科技有限责任公司),脉冲强度最大值 100 mA,调节电流强度最高不超过 25 mA,每次 20 min,1 次/d;行捻转法、弹拨法、被动牵拉等规范手法推拿,每次 20 min,1 次/d;每次 20 min,连续 5 d 后再休息 2 d 进行下一次治疗,连续 4 周。(2)对照组采用肌内效贴干预,患侧肌力增强者行放松贴法,选 Y 型贴布,于乳突至肩峰张贴;乳突至锁骨中线使用 I 型胶布张贴;健侧肌肉较弱者使用促进贴法,肩峰至乳突使用 Y 型贴布张贴;锁骨中线至乳突使用 I 型胶布张贴;每次连续张贴 6~8 h,连续 4 周。(3)观察组在对照组基础上采用家庭训练干预。①家庭训练技能培训:患儿出院时,每位家长人手一份本院自制的《肌性斜颈家庭干预》手册,文内配有图片、文字说明,详细注明家庭训练的方法、步骤;出院前建立微信群,要求家长加入,定期推送家庭训练小视频、图片,说明肌性斜颈知识、姿势准确方法、技能掌握等相关知识。同时在群内解答家长的疑问,不定期评估家庭训练实施情况,包括次数、时间以及影响家庭训练干预的相关因素,重新纠正家长错误的保健行为,使其掌握准确的摆放姿势,干预时机以及方式等,促使家庭训练顺利进行。②训练内容:a.睡姿:采用专用的婴儿固定枕,患儿取仰卧位,头部固定在枕窝内,取两个小砂袋(10 cm×15 cm),用 1 个砂袋垫高健侧枕部,患侧睡眠,促使头部维持于矫正位,待患儿逐步适应仰卧矫正位后,将砂袋置于两侧耳后枕部。b.卧姿:患儿取半侧卧位,枕头以健侧垫高,脸部转向患侧,每次 5 min。c.转头:用红色、黄色等颜色鲜艳且能发出声音的玩具诱导患儿头部转向患侧,每组做 10~15 次,每天 3 组。d.抱位者,身体向患侧倾斜,抬起头部,颈部向健侧活动,每日重复多次。e.指导家长在喂奶、看东西时,头颈部处于畸形反方向。f.抬头:俯卧位,由家长对患儿的肘部、肩膀进行适当固定,肘部与肩膀保持同宽,前臂保持支撑位,引逗患儿向前抬头或向患侧抬头。g.巴氏球训练:患儿俯卧在巴氏球上,由家长对患儿的髌部进行固定,推动巴氏球往前,使患儿的胸部抬离巴氏球,再由另一名家长用玩具诱导患儿向患侧抬头,待患儿感到疲劳后拉回巴氏球,休息后再进行训练,每天反复训练 10~15 次。两组连续干预 3 个月。

3. 观察指标:(1)两组患儿胸锁乳突肌厚度、颈部被动旋转度、侧屈活动度比较;患儿胸锁乳突肌厚

度、颈部被动旋转度、侧屈活动度,于干预前、干预后测定其具体数值变化。胸锁乳突肌厚度采用高频超声(型号:DC-N3S,厂家:深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司)检查,记录胸锁乳突肌厚度变化。(2)两组患儿包块厚度、挛缩长度比较:两组患儿包块厚度、挛缩长度,于干预前后测量其具体数值,采用高频超声检查,记录其具体值。(3)两组患儿运动程度 AIMS 评分比较:患儿运动程度采用 Alberta 婴儿运动量表(Alberta Infant Motor Scale, AIMS)<sup>[7]</sup>,对患儿俯卧位、仰卧位、坐位及站立位进行评估,量表共有 58 个项目,分值计 0~1 分,总分 58 分,评分越高表示其运动程度越好,Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.950,重测信度 0.834,具较高可信度。(4)两组患儿家长健康认知掌握情况比较:两组患儿家长健康认知掌握情况由本院自制多元化健康教育量表,调查患儿家长对肌性斜颈相关知识、家庭训练步骤、准确坐姿、睡姿、遵医嘱理疗等相关知识的认知程度,由家长单独填写量表,总共有 20 个条目,每个条目计分 1~5 分,总分 100 分,评分越高表示健康认知掌握越全面,共发放 100 份量表,有效回收率 100%,Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.971,重测信度 0.861,具较高可信度。(5)两组患儿家长对疾病不确定感比较:两组患儿家长疾病不确定感采用中文版疾病不确定感父母量表<sup>[8]</sup>,该量表共有 28 个条目,内容涉及不明确性、缺乏清晰、缺乏信息及不可预测性 4 个公因子,分别为 11、8、5、4 个条目,每个条目从“非常不同意”到“非常同意”计 1~5 分,评分越高表示疾病不确定感越高,总量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数和奇偶折

半信度系数分别为 0.844,0.835,信效度高。(6)两组患儿家长应对方式比较:两组患儿家长应对方式采用父母用应对方式量表(CHIP)<sup>[9]</sup>,量表共有 45 个条目,分为 3 个公因子,即保持家庭团结、合作和乐观态度、寻求社会支持(19 个条目),维护自尊及心理稳定(18 个条目)、愿意沟通交流(与他人、医护人员)(8 个条目),每个条目计 0~3 分,评分越高表示家长应对方式明显提高。

4. 统计学处理:应用 SPSS 23.0 统计软件进行数据分析,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行  $t$  检验,计数资料以[ $n(\%)$ ]表示,行  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 二、结果

1. 两组患儿胸锁乳突肌厚度、颈部被动旋转度、侧屈活动度比较:干预前,两组患儿的胸锁乳突肌厚度、颈部被动旋转度、侧屈活动度水平比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预后,两组患儿的胸锁乳突肌厚度低于干预前、颈部被动旋转度、侧屈活动度水平高于干预前,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );且观察组患儿的胸锁乳突肌厚度低于对照组,颈部被动旋转度、侧屈活动度高于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

2. 两组患儿包块厚度、挛缩长度比较:干预前,两组患儿的包块厚度、挛缩长度比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预后,两组患儿的包块厚度、挛缩长度低于干预前,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );且观察组患儿的包块厚度、挛缩长度低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 1 两组患儿胸锁乳突肌厚度、颈部被动旋转度、侧屈活动度比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	胸锁乳突肌厚度(mm)		颈部被动旋转度(°)		侧屈活动度(°)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组( $n=50$ )	9.89±1.65	6.97±1.07 <sup>#</sup>	50.13±12.05	75.34±7.21 <sup>#</sup>	31.37±5.30	43.17±3.98 <sup>#</sup>
观察组( $n=50$ )	10.04±1.68	4.32±0.53 <sup>#</sup>	48.98±11.53	92.65±6.84 <sup>#</sup>	30.65±5.28	56.48±4.26 <sup>#</sup>
$t$ 值	0.450	15.683	0.488	12.316	0.681	16.144
$P$ 值	0.327	<0.001	0.313	<0.001	0.249	<0.001

注:与同组干预前相比,<sup>#</sup> $P < 0.05$

表 2 两组患儿包块厚度、挛缩长度比较( $\bar{x} \pm s$ ,mm)

组别	包块厚度		挛缩长度	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组( $n=50$ )	9.50±1.26	6.43±1.01 <sup>#</sup>	11.01±1.86	6.89±1.10 <sup>#</sup>
观察组( $n=50$ )	9.48±1.31	4.38±1.00 <sup>#</sup>	10.96±1.90	4.80±1.13 <sup>#</sup>
$t$ 值	0.078	10.199	0.133	9.371
$P$ 值	0.939	<0.001	0.894	<0.001

注:与同组干预前相比,<sup>#</sup> $P < 0.05$

3. 两组患儿运动程度 AIMS 评分比较: 干预前, 两组患儿运动程度 AIMS 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后, 两组患儿运动程度 AIMS 评分高于干预前, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 且观察组患儿运动程度 AIMS 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患儿运动程度 AIMS 评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	运动程度 AIMS	
	干预前	干预后
对照组 ( $n=50$ )	15.01±1.42	21.53±1.29 <sup>#</sup>
观察组 ( $n=50$ )	14.83±1.36	33.79±1.42 <sup>#</sup>
<i>t</i> 值	0.647	45.188
<i>P</i> 值	0.259	<0.001

注: 与同组干预前相比, <sup>#</sup> $P<0.05$

4. 两组患儿家长健康认知掌握情况比较: 干预前, 两组患儿家长健康认知掌握情况比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后, 两组患儿家长健康认知掌握情况评分高于干预前, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 且观察组患儿家长健康认知掌握情况评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 4。

5. 两组患儿家长对疾病不确定感评分比较: 干

预前, 两组患儿家长对疾病不确定感比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后, 两组患儿家长对疾病的不明确性、缺乏清晰、缺乏信息及不可预测性评分均低于干预前, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 且观察组患儿家长对疾病的不明确性、缺乏清晰、缺乏信息及不可预测性评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 5。

6. 两组患儿家长应对方式评分比较: 干预前, 两组患儿家长应对方式评分比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后, 两组患儿家长应对方式评分高于干预前, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 且观察组患儿家长应对方式高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 6。

表 4 两组患儿家长健康认知掌握情况比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	健康认知掌握	
	干预前	干预后
对照组 ( $n=50$ )	50.26±9.03	67.51±7.24 <sup>#</sup>
观察组 ( $n=50$ )	49.68±8.72	84.79±6.35 <sup>#</sup>
<i>t</i> 值	0.327	12.688
<i>P</i> 值	0.372	<0.001

注: 与同组干预前相比, <sup>#</sup> $P<0.05$

表 5 两组患儿家长的对疾病不确定感评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	不明确性		缺乏清晰		缺乏信息		不可预测性	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 ( $n=50$ )	32.10±3.15	24.20±2.16 <sup>#</sup>	29.82±2.10	20.04±1.62 <sup>#</sup>	17.96±2.04	12.33±1.21 <sup>#</sup>	14.01±1.86	10.04±1.12 <sup>#</sup>
观察组 ( $n=50$ )	33.04±3.24	18.82±2.23 <sup>#</sup>	30.11±2.14	14.68±1.09 <sup>#</sup>	18.04±2.11	9.36±1.07 <sup>#</sup>	13.97±1.90	8.01±1.01 <sup>#</sup>
<i>t</i> 值	1.471	12.254	0.684	19.411	0.193	13.002	0.106	9.518
<i>P</i> 值	0.145	<0.001	0.496	<0.001	0.848	<0.001	0.916	<0.001

注: 与同组干预前相比, <sup>#</sup> $P<0.05$

表 6 两组患儿家长应对方式评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	保持家庭团结、合作和乐观态度、寻求社会支持		维护自尊及心理稳定		愿意沟通交流(与他人、医护人员)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 ( $n=50$ )	24.13±2.18	32.04±2.24 <sup>#</sup>	21.68±1.93	30.17±2.07 <sup>#</sup>	11.01±1.06	15.31±1.08 <sup>#</sup>
观察组 ( $n=50$ )	23.98±2.20	43.24±2.59 <sup>#</sup>	22.14±2.04	40.51±2.35 <sup>#</sup>	10.96±1.10	18.83±1.12 <sup>#</sup>
<i>t</i> 值	0.342	23.128	1.158	23.347	0.231	15.997
<i>P</i> 值	0.733	<0.001	0.250	<0.001	0.817	<0.001

注: 与同组干预前相比, <sup>#</sup> $P<0.05$

**讨论** 肌性斜颈是婴幼儿时期高发的肌肉骨骼疾病, 患病率高, 甚至会引起颈部畸形。由于随着疾病进展, 患儿逐渐出现髋关节发育、运动发育迟缓等异常症状, 甚至会继发颈阔肌肌肉紧张、斜方肌肌肉紧张等情况, 导致肩胛骨活动受限, 延迟患儿抬头、爬行以及行走, 诱发发育迟缓。临床处理肌性斜颈患儿时, 多建议遵循早发现、早干预的处理原则, 早期按摩牵拉促进病变部位, 可防治胸锁乳突肌痉挛, 增加颈部侧屈的活动范围以及颈部旋转的活动度, 促使功能恢复<sup>[10]</sup>。

肌内效贴是治疗肌性斜颈的主要方法, 肌内效贴的组成由仿皮肤的棉织布、亚克力胶及背亲纸, 具有良好的弹性力以及张力, 无药物成分, 在将肌内效贴贴敷在肌性斜颈部位, 可促进病变位置的血液循环, 恢复正常的淋巴循环; 同时利用弹性作用可放松肌肉, 消除肌肉紧张, 有助于促进肌性斜颈的康复<sup>[11]</sup>。医院运动疗法是由康复师通过推拿、按摩等手法促使胸锁乳突肌和斜方肌力量的恢复, 使两侧肌肉力量恢复平衡。但患儿离开医院后就中断治疗, 影响整体干预效果。因此为了使患儿出院后依

然能得到专业干预,研究采用家庭训练干预,配合医院规范手法,利用准确的卧姿、抱姿等手法转动头部,可促使肌性斜颈的恢复<sup>[12]</sup>;同时使用颜色鲜艳且能发出声音的玩具诱导患儿头部转向患侧,以此能够增强受损肌肉收缩能力,改善肌肉痉挛<sup>[13]</sup>。

本研究结果显示,干预后,观察组患儿的胸锁乳突肌厚度低于对照组( $P<0.05$ ),颈部被动旋转度、侧屈活动度高于对照组( $P<0.05$ );观察组患儿的包块厚度、挛缩长度低于对照组( $P<0.05$ );观察组患儿运动程度 AIMS 评分高于对照组( $P<0.05$ )。研究表明,肌性斜颈患儿经肌内效贴联合家庭训练干预,可改善胸锁乳突肌的痉挛,增加颈部被动旋转度、侧屈活动度,防治结缔组织的增生,提高临床干预效果。其原因可能是家庭康复训练可改变患儿的活动习惯以及习惯性偏斜,加强患侧胸锁乳突肌的牵拉;同时利用肌内效贴消除肌肉紧张度,促进血液、淋巴的循环,以此能提高治疗效果<sup>[14]</sup>。

但因家庭训练干预受到家长健康知识的影响,若患儿家长健康知识认知差,会使家庭训练中断,或缺乏准确的家庭训练手法,无法遵医嘱进行康复训练,影响其康复效果。同时家长对疾病缺乏准确认知,各项康复活动全部寄托于医护人员,极易影响其对疾病的应对能力,明显增加父母的照护负担。因此研究在开展家庭训练干预时,先加强家长对肌性斜颈技能的专业培训,通过结合图文并茂的健康手册、基于微信平台的健康宣教,宣讲肌性斜颈知识、姿势准确方法、家庭训练技能掌握等相关知识,可相应提高家长对肌性斜颈的准确认识度,使家长遵医嘱进行准确合理的家庭训练,以此取得良好的干预效果<sup>[15]</sup>。本研究结果显示,干预后,观察组患儿家长健康认知掌握情况高于对照组( $P<0.05$ );观察组患儿家长对疾病的不明确性、缺乏清晰、缺乏信息及不可预测性低于对照组( $P<0.05$ );观察组患儿家长应对方式高于对照组( $P<0.05$ )。研究提示肌内效贴联合家庭训练可提高肌性斜颈患儿家长的健康知识水平,分析原因是在展开家庭训练干预时,通过开展

动态、个性化的家庭训练指导,发放健康手册、微信知识发送等方式,讲解疾病知识及干预方法,使家长持之以恒的配合医院开展康复训练,并能相应提高家长对疾病的应对方式,减轻对疾病的不确定感,从而能提高其康复效果。

综上所述,肌内效贴联合家庭训练在婴儿肌性斜颈中的应用,有助于提高家长的健康认知态度,提高家长的应对方式,减轻对疾病的不确定感,改善肌性斜颈症状,临床意义重大,值得推广应用。

## 参 考 文 献

- [1] 张健,刘东博,赵澎.以中医推拿为主要手段治疗小儿肌性斜颈的概况及临床体会[J].天津中医药,2017,34(4):74-77.
- [2] 王英,陆霞,张磊,等.天膈五部分刺法联合推拿手法治疗小儿早期先天性肌性斜颈的临床观察[J].四川中医,2017,35(5):212-214.
- [3] 蔡红玮,何璐,徐开寿.手法牵伸联合低频脉冲电刺激治疗先天性肌性斜颈的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2017,39(10):783-788.
- [4] 黄美欢,曹建国,负国俊,等.肌内效贴在脑瘫儿童康复中的应用进展[J].中国康复医学杂志,2016,31(1):102-105.
- [5] 岳远更,杨博,郝杰,等.优化手法治疗小儿肌性斜颈的临床疗效[J].中国妇幼保健,2018,33(3):577-579.
- [6] 邵肖梅,叶鸿瑁,丘小汕.实用新生儿学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2011:605-611.
- [7] 王翠,李一芳,黄真,等.Alberta 婴儿运动量表与 Peabody 粗大运动发育量表在高危儿中的预测能力研究[J].中国康复医学杂志,2019,34(3):293-296.
- [8] 麦嘉轩,谢婉花,马春花,等.中文版疾病不确定感父母量表的初步修订[J].中国实用护理杂志,2013,29(28):46-50.
- [9] 李杨,魏珉.父母用应对方式量表在我国慢性病患者家长中的适用性研究[J].中华护理杂志,2007,42(11):972-975.
- [10] 周璇,杜青,杨晓娟,等.康复治疗对先天性肌性斜颈患儿胸锁乳突肌肌电特征的影响[J].中华全科医师杂志,2019,18(1):57-60.
- [11] 何小辉,刘毅梅,熊友红,等.作业疗法结合肌内效贴对脑瘫痉挛型偏瘫患儿前臂旋前运动的疗效观察[J].中国康复,2018,33(2):111-113.
- [12] 朱松梅.家庭被动伸展运动在先天性肌性斜颈婴儿康复护理中的应用效果观察[J].山西职工医学院学报,2018,28(6):93-95.
- [13] 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.
- [14] 刘熙,汪锋,陈永田.家庭被动伸展运动治疗婴儿先天性肌性斜颈的疗效及其影响因素[J].江苏医药,2017,43(23):1738-1740.
- [15] 张玲.临床护理路径在先天性肌性斜颈患儿中的应用[J].中西医结合护理:中英文,2017,3(11):61-63.

(收稿日期:2022-11-12)