# 痙攣性斜頸的中醫診療進展

Progress in the Chinese medicine diagnosis and treatment of spasmodic torticollis

王偉 舒山 韓永升*

*WANG Wei, SHU Shan, HAN Yongsheng*

（安徽中醫藥大學神經病學研究所附屬醫院 合肥230001）

**[摘要]** 痙攣性斜頸是一種累及頸部深、淺層肌肉，以頸部異常姿勢為主、肌張力障礙性疾病，其治療包括肉毒毒素、藥物、手術及理療等諸多方面。祖國醫學在結合患者臨床特點的基礎上，發揮其辨證論治等傳統優勢治療本病取得良好效果。本文主要在中醫理論的指導下，從病因病機、中藥、針灸及針藥結合治療等方面進行總結，為本病的中醫傳統治療提供臨床依據。

**[關鍵詞]** 痙攣性斜頸；病因病機；治療；中藥；針灸

痙攣性斜頸（Spasmodic torticollis, ST），是一種由於胸鎖乳突肌、斜方肌等頸部肌群連續或間斷性的不自主收縮，導致的以頸部不規則的重複運動或（和）姿勢障礙為主要表現的局灶性肌張力障礙[1]。ST的病理改變目前定位於基底節區，其臨床症狀與杏仁核、眶額皮層的神經衝動傳遞有關[2]。目前西醫主要以A性肉毒毒素治療本病，但副作用較多[3]。中醫中藥及針灸手法在ST治療中有所裨益，筆者將本病的臨床表現、流行病學及現代治療，尤其是祖國醫學對本病的認識及針刺、中藥治療作一簡要綜述，以提高廣大醫療工作者對本病中醫病因病機及辯證思路的認識。

## 1 痙攣性斜頸的臨床表現及分型

本病初起症狀通常表現為一側或雙側肌肉牽拉感或（和）頸部僵硬感，或伴有肌肉痙攣性疼痛。後漸進性出現頭頸部不自主歪斜、震顫，症狀逐步加重，影響日常生活，查體可發現頸部雙側肌肉飽滿度不對稱，觸痛感明顯。ST患者頸部異常姿勢以不自主扭轉、側傾、前屈或後仰最為常見，根據頸部肌群受累的程度及範圍不同，呈現出不同姿勢異常的組合。根據本病患者頭部位置及運動方向大致分為旋轉型、側屈型、後仰型、前屈型和混合型五類[4]，但臨床上也可見以震顫為主的病例。Ledoux等[5]在一項納入1000例ST患者的分析中發現，女性患者佔75%，美國本土白種人比非洲裔美國人更常見。ST患者中47.4%的僅表現為頸部受累，21.1%的患者還累計肩部和上臂，31.5%患者的臨床症狀表現出更廣泛的解剖分佈，而女性ST患者可能更容易伴有頭部震顫、喉部肌張力障礙及精神疾病[5]。ST異常姿勢及震顫與其他類型的肌張力障礙表現頗為相似，在疲勞、緊張、情緒波動時肌緊張明顯，在症狀顯現期常伴有感覺詭計。ST發病機制尚不明確，絕大多數患者為特發性，少數病例顯示有家族遺傳史。目前尚無確切遺傳學資料顯示有與ST發病相關的特異性基因，研究顯示CIZ1、THAP1、TOR1A、GNAL基因突變可能與ST有關[5]。

## 2 痙攣性斜頸的流行病學

流行病學資料顯示ST在歐洲患病率約為5.7/10萬人[6]，美國明尼蘇達州羅徹斯特市1950-1982年間局灶性肌張力障礙的流行病學進行調查顯示該地區ST患病率為8.9/10萬[7]。Tomic等[1]估計每ST患病率為16.43/10萬人，是第三常見的運動障礙性疾病。Comella等[8]在一項納入38個國家和地區的1071例ST患者的調查中發現ST的男女比為258:813，平均發病年齡為53.2歲，其中有66% 的患者伴有局部疼痛，61%的患者存在抑鬱症狀或情緒障礙。我國尚無大樣本流行病學資料。

Copyright 中醫學會 版權所有 All Rights Reserved

## 3　痙攣性斜頸的現代治療

目前ST的治療方案分為口服藥物、外科手術及神經阻滯療法、肉毒毒素及物理療法等。其中口服藥物包括抗膽鹼能藥物、多巴胺能藥、γ-氨基丁酸能藥物、肌松劑及其他類[9]。筆者臨床發現口服藥物治療本病療效欠佳，多用於輕度肌緊張或伴有震顫患者，也可以作為BTX-A後的維持治療手段。由於側屈型和旋轉型ST患者受累肌肉主要為頭夾肌、頸夾肌及胸鎖乳突肌，多由頸脊神經和副神經支配，臨床上多運用頸脊神經聯合副神經阻滯療法治療上述兩型ST患者[9]。本方法可以阻斷局部疼痛刺激的傳導通路，緩解局部肌痙攣及疼痛。手術治療適用口服藥物或BTX-A療效不佳者，根據不同臨床症狀及患者意願適當選擇。有研究[10-11]將ST手術分為□副神經離斷術、□選擇性肌肉切除術、□頸神經1~6後支選擇性切斷術三種，並根據ST不同類型選擇不同的手術方案，旋轉型、側屈型採用□+□+□方案，水準旋轉、前屈型單獨採用□方案，後仰型採用□+□方案。ST外科手術療效一般較好，需結合患者的臨床分型、病情特點，合理選擇手術方案。但手術治療損害性較大，目前尚無有效評價標準。A型肉毒毒素（BTX-A）屬於生物毒類肌松劑，主要通過抑制運動神經末梢突觸前膜乙醯膽鹼的釋放，阻斷神經肌肉興奮傳導，以緩解肌肉過度收縮引起的疼痛、異常姿勢。BTX-A用於治療ST具有起效快、有效率高、耐受性好等優點，是目前治療本病的首選方法[12-13]。有研究指出BTX-A注射治療ST不良反應發生率為26.2%[14]，主要包括導致肌肉收縮無力，出現豎頸無力、眼瞼下垂、吞咽困難及注射點疼痛、皮疹，甚至導致過敏性休克等嚴重不良反應[3,13-14]。物理療法包括肌電生物回饋療法、電療法、重複經顱磁刺激等。

## 4　痙攣性斜頸的中醫病因、病機概括

### 4.1　古代中醫對本病的認識

祖國醫學無「痙攣性斜頸」或「斜頸」之名，由於ST以頭頸部不自主運動、異常姿勢為主要表現，符合中醫「痙證」、「瘛瘲」、「轉筋」等範疇，以頭部震顫為主要表現者又可歸為「顫證」一類，統屬於肢體經絡病證。諸多臨床文獻中均把「痙證」作為本病的中醫理論研究切入點，但筆者需要指出的是「痙證」乃以項背強急，四肢痙攣、抽搐，角弓反張等症狀為主要表現，而ST的肌緊張所導致的異常姿勢僅出現在頸部，且絕大多數患者存在感覺詭計，屬於局部症狀，病變範圍較局限；其次，ST所表現出的不自主運動多以頭搖、頭顫為主，在症狀學上更接近於「顫證」的範疇；若是疼痛顯著、屈頸不利者又當歸為「痹證」。二者無論是在疾病表現形式、病變範圍以及伴隨症狀上都有明顯的區別，故用「痙證」理論去解釋ST的中醫病因病機特點有待商榷。有關本病的中醫病因病機需從本病的臨床發病及疾病自然演變史中尋求，不能以古人之驗，求現病之辯。

ST病位在肝，《素問·至真要大論》認為：「諸痙項強，皆屬於濕」，「諸暴強直，皆屬於風」。把本病的病因歸結於「濕」與「風」。「濕邪」致病，起病隱襲，常不易被察覺。多由久居濕地，或傷於霧露，或過食生冷、肥甘厚味，日久中陽不振，水濕不運。濕邪侵襲人體各部，遍及臟腑、肢節、肌肉等處，濕蒙上焦則頭項重脹，肌肉酸楚不適。濕邪為病，黏膩、留滯，不易去除，故病程纏綿難愈。風性輕揚，「風邪」致病，最易侵犯人體高位及肌表，故《素問·太陰陽明論》說：「傷於風者，上先受之」，又因「風性主動」，風邪致病，臨床多表現為頭項、肢體動搖不定，此所謂「風勝則動」之理。風為百病之長，常作為外邪致病先導，其他邪氣可依附於風而侵襲機體，常與「濕」、「寒」等合而為病。《諸病源候論》說：「風邪傷於太陽經，複遇寒濕，則發痙也」。寒為陰邪，寒邪侵襲，易傷陽氣，又因其具有「凝滯、收引」之性，如侵襲肌肉，可使局部氣血凝滯，阻滯不通，不通則痛；侵襲筋脈、關節，可使筋脈拘急攣縮，而出現關節屈伸不利，活動受限。《靈樞·經脈》中道：「經筋之病，寒則反折筋急，熱則筋弛縱不收」，「反折筋急」指由於寒邪的收凝之性，引起筋脈牽拉、縮短，肌肉緊繃。ST可因感受風寒濕邪氣，多隱匿起病，病程延綿，病情具有波動性，臨床多以頸部肌肉酸脹、疼痛，雙側頸部肌肉（胸鎖乳突肌）緊張度、飽滿度不一致，後漸出現頸部強直、頸部活動受限，甚則頭搖頸顫之證。古代中醫認為本病多責「風寒濕」三邪合患所致。

### 4.2　現代中醫對本病的認識

ST多中年起病，女性居多，發病高峰約在40-50歲[8,14]，多數患者除頸部肌僵直外，在發病前後多伴有局部

版權所有 Copyright Reserved

疼痛、抑鬱症狀或情緒障礙。既往研究發現肌張力障礙患者多伴有歇斯底里症狀[15]。由於本病的發生與杏仁核、眶額皮層神經衝動傳導有關，此二者又參與了情感的表達，故也被認為是ST與精神情緒障礙相關聯的解剖學基礎[2]。筆者在臨床診療中亦發現本病患者發病前多伴有憂思寡慮，情志不舒，喜太息、失眠多夢等精神行為異常，部分患者合併有精神分裂症[4]，其頸部不自主運動及姿勢障礙往往在一次情感事件後顯著加重。雖然目前沒有確認證據說明「抑鬱體質」人群更易罹患本病，但目前發病形勢、加重誘因都說明了本病與情志相關。筆者推斷「七情」參與了本病的發生發展。長期的精神情緒刺激或突發的精神創傷，超過了生理活動所能調節的範圍，就會打破正常人體臟腑氣血功能而發病，張景岳稱之為：「因鬱致病」。臟腑的功能失調也會產生情志的異常改變，此所謂「因病致鬱」，故ST的發生發展與「七情」內傷相互關聯，相互影響。

此外，有研究指出部分病例顯示有家族遺傳傾向[5]，此乃責於先天稟賦不足。「稟賦」是指機體在先天遺傳因素及胎前產後內外環境的雙重作用下，所表現出生理病理相對穩定的狀態。「稟賦不足」則是「稟賦」的病理表現，多指由於遺傳缺陷或在胎孕期間感受外邪、內傷所致個體成熟後的病理改變，屬於發病的內在因素。張景岳《類經》云：「夫稟賦為胎元之本，精氣之受於父母者是也」。稟賦不足者，有生而即見者，亦有初生不顯，成年後發病者，ST多屬於後者。

總之，ST統屬於肢體經絡病證，病在筋脈，由肝所主，病因病機可歸納為外感、內傷兩方面。外感由於感受風、寒、濕三邪，阻滯經絡、脈道，氣血流行不暢；內傷多責先天稟賦不足，體質素弱，複加七情過極，導致情志失調。需要說明的是ST多為內外因素共同作用致病，在臨床診治過程中不能過於追求某一方面的因素，需綜合判斷。

## 5 痙攣性斜頸的中醫治療

祖國醫學的四診合參、辨證論治及情志調護等特點為ST的治療提供了新的思路。

### 5.1 中藥治療

#### 5.1.1 葛根湯專方對本病的治療作用

韓貴周等[16]觀察8例ST患者發現多數發病前伴有外感症狀，後漸出現以胸鎖乳突肌強直、痙攣的特點，根據《傷寒論》「太陽病，項背強幾幾、無汗、惡風，葛根湯主之」，運用葛根湯（麻黃，桂枝，白芍，甘草，生薑，大棗）治療ST，每日1劑，配合針刺承山、風池穴，8劑後8例患者均痊癒。李敏等[17]運用葛根湯加味治療以頭脖歪斜，頸項強硬，肩背部有緊束感或伴有疼痛者153例，總有效率達99.3%，其中74.5%痊癒。方中麻桂相配，發散風寒，桂枝、白芍調和營衛，葛根解肌止痙，開腠理，白芍平肝柔肝、解痙止痛，生薑、大棗補脾和胃，益營助陽，甘草調和諸藥，合白芍柔肝止痛，治療肢體脘腹攣急性疼痛。上述諸藥合而為之共奏祛風散寒、驅邪扶正，解痙止痛。陳大舜[18]認為本病症狀反復發作，實屬肝陰不足，引動肝風，運用葛根湯聯合鈎藤飲、首烏湯治療本病，三方合用以達養肝柔肝，息風止痙之效。吳義春[19]認為本病為邪閉太陽所致，運用葛根湯治療本病時重用葛根以提升中陽，潤養筋脈，重劑起沉屙。諸多經驗方中葛根為君治療ST之主藥，葛根除了可用於太陽感邪之頸項強痛外，現代研究[20]指出還其有效成分葛根素具有擴張血管，改善微循環，同時還能通過抑制Bcl-2蛋白及凝血酶受體mRNA表達而誘導的血管平滑肌細胞增殖。

#### 5.1.2 餘辨證論治方案

臨床治療本病尚有其他方案，如程醜夫[21]認為本病是由風寒濕邪外束，壅滯經脈，導致氣血運行不暢，筋脈失養，拘急成痙，治以祛濕散寒祛風、舒筋活絡、解肌、榮筋止痛，故以羌活勝濕湯為基礎方治療ST。李華等[22]認為ST為肌肉痙攣急性疾病之一，病位在肝筋，病因不明，症狀難消，治當平肝息風，舒筋，止攣急為主，以芍藥甘草湯主之；又據怪病多痰，加用半夏、天南星、威靈仙、木瓜等化痰利濕之品；久病入絡，配伍赤芍、雞血藤、薑黃、僵蠶等活血通絡之品，共奏活血化瘀、化痰息風之效。治療12例ST患者痊癒者3例，顯效者4例，有效者3例，總有效率達83.3%。朱廣旗[23]認為本病為肝腎不足、陰虛風動所致，治以補肝益腎、平息肝風治療ST，擬方中以天麻、鈎藤、龍骨、牡蠣平肝潛陽、息風，骨碎補、狗脊補肝腎，全蠍、蜈蚣、僵蠶祛風止

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

痙，茯苓健脾利濕，木瓜舒筋活絡，葛根解肌，諸藥共奏補肝腎、息內風、舒筋絡之功。

目前中藥治療ST雖然取得了一定成效，但病例數太少，缺乏對照研究資料。此外，對於本病的中醫病因病機不可拘泥於一點，需根據患者起病形勢及病症特點辨證選方，乃中醫中藥辨證論治之要點所在。

### 5.2 針灸治療

針灸治療ST臨床報導諸多，療效頗著。武連仲等[24]研究指出運用「開竅順筋」針刺手法，以「五心穴」（水溝，雙側勞宮、湧泉）為主，治療6個月後，ST患者的臨床症狀顯著改善，尤其對未注射BTX-A的患者療效更佳明顯。「五心穴」治療ST的臨床研究較多，劉慧琴等[25]運用「五心穴」治療50例ST患者，12天/1療程，45例患者在1-5療程後症狀基本消失，總有效率為90%。徐彥龍等[26]在運用矩陣針法聯合「五心穴」治療ST患者的臨床研究中，觀察到BTX-A局部注射治療ST顯效快，但不良反應亦較多（9例頸肌無力，5例頸肌疼痛），而針刺治療組顯效雖慢，但在治療後的1月、6月隨訪中療效與BTX-A治療組無統計學差異，無明顯不良反應，且價格低廉，值得推廣。

臨床治療本病尚有其他方案，如莊禮興[27]認為本病為情志過激，複感風寒邪氣，則頸部經脈拘急，精血無以上供腦髓，提出「調神針法」的施針思想，主選心經（神門）、督脈（百會、神庭）、三陰經交會穴（三陰交）、調氣升陽之四神針治療ST患者取得滿意效果。王玉林等[28]認為本病病因複雜，外邪，氣鬱、痰熱、瘀血、血虛等病理因素共同參與下導致氣血陰陽失調而發病，運用疏通督脈與太陽膀胱經氣血之夾脊穴治療16例ST患者，結果完全緩解2例，明顯緩解7例，部分緩解6例，無效1例，說明夾脊穴針刺法為治療本病療效顯著。劉赫[29]認為ST臨床表現複雜多樣，涉及臟腑功能失調及經絡氣血瘀滯，治則應以溝通表裡上下氣血陰陽為要，結合「針之要，重在調氣」的思想，選用五腧穴，同時輔以郤穴、頸部阿是穴治療本病取得良好效果。徐翔等[30]運用通督調神針法，選取督脈之百會、神庭、水溝、風池為主穴，配伍夾脊穴、氣海、關元、完骨、天柱、合谷、三陰交等穴治療ST，6次/周，2個月一療程，連續治療2個療程後患者症狀明顯改善。李平[31]在治療ST中也強調了通督調神的重要作用，選督脈和手足太陽經穴位為主，以調神志、和陰陽。而周立武[32]在本病的治療時先在患側胸鎖乳突肌和斜方肌處行溫和灸、雀啄灸法，後在患處肌腱壓痛點上行合穀刺法，此法能疏風散寒、解痙止痛，治療45例ST患者痊癒39例，顯效4例，有效2例，有效率達100%。岳運青等[33]運用抑制II型刺激手法行針輔以溫和灸治療25例ST患者，13例治愈，10例有效，2例無效，有效率達92%。針灸（以針為主）治療本病療效確切，成本低廉，可臨床推廣。

### 5.3 針藥聯合治療

針藥聯合治療本病已有報導，劉肇恒等[34]認為風寒外束，情志刺激是造成本病的關鍵因素，以百會、四神聰、上星、神庭、通天、承光為主穴，配以雙側內關、神門、通里、心俞、足三里，水溝平補平瀉；同時運用葛根湯加減以針藥並舉，平肝調神共用，治療1月後患者患者症狀基本消失。曹國元等[35]針刺患側絕骨、足三里、陽陵泉、合穀、中渚、後溪、曲池、風池穴，並在不同時段辯證施用葛根湯、桂枝湯加減治療1月後患者未再復發。李薇薇[36]以「五心穴」為君，臣取上星、百會、印堂、郤門，佐以頸臂、人迎、豐隆，以頷厭為使共行刺法，配合鎮肝息風湯（生龍牡，煆磁石，珍珠母，僵蠶），局部肌肉僵硬者加白芍，葛根，狗脊；痰熱者加石菖蒲，遠志，竹茹；情志不舒者加郁金，合歡皮。針藥配伍治療15例ST患者愈顯率為80.5%，明顯高於單純針刺治療（53.3%）。武連仲[37]認為此類疾病病標在經筋，病本在腦竅，分別責於肝、腎，心、督脈。如為氣機內鬱，治以行氣活血通經，調神通竅，越鞠散加減方聯合五心穴、調神組穴（印堂、上星）等為主；痰濁濕盛者，治以滌痰通經散結，醒神通竅，以五心穴、強督振頹組穴（前頂、後頂、雙側通天穴）、脛前三針（三里、豐隆、騰躍穴）等為主配伍溫膽湯加減；若為肝腎虧虛者，應以調神開竅，滋陰息風為要，以強督振頹組穴、補腎三穴（複溜、太溪和腎俞穴）等為主穴配伍鎮肝息風湯治療。徐美婷等[38]取雙側風池、百會、四神聰、人迎、天鼎、氣舍、合谷、陽陵泉、足三里、豐隆、太沖、昆侖、頸部阿是穴，採用呼吸撚轉補瀉合九六複式手法刺之。同時根據所治患者以痰熱壅滯，本虛標實為主，故擬生地黃，山茱萸，石菖蒲，陳皮，遠志，葛根，瓜蔞，丹參，羌活，炒白術，炒穀芽，木香，木瓜，禹餘糧，紅藤，玄參，黃芪，山藥，天竺黃，知母，柴胡，

Copyright HKRCMP All Rights Reserved

本方以清熱利濕、化痰舒筋為主，兼顧健脾、益智之功，針刺10次，並湯藥煎服，患者症狀改善。針藥並舉之法對ST治療裨益頗多，是中醫傳統療法的優勢體現，故可在臨床廣泛推廣。

### 5.4 中西醫結合治療

藥物及手術在治療ST療效迅速，但不良反應較多，維持時間短，未達到滿意效果。中醫通過辨證施治，結合病因病證間的因果關係，巧用中醫中藥及針灸療法治療本病療效肯定。中西醫結合療法有其獨特的優勢，曹以正[39]以針刺後溪、外關穴及局部痛點，同時肌注安定10mg治療3例ST患者，頭頸歪斜、屈頸不利等症狀迅速改善。盛玉武[40]治以本病首先將患部肌肉分作10點，每點注射BTX-A 11U，共計110U，後以葛根湯鎮痛止痙，再配合針刺中諸、三間、列缺、內庭、太沖以疏通氣血、舒筋通絡。閆彥江等[41]以中藥聯合手術治療21例ST患者，具體步驟為先服用桂枝加附子湯，水煎服，每日1劑，3周後行痙攣肌肉切斷術，治癒率為85.7%，其療效明顯優於單一手術組（47.4%）。陳穎等[42]以四逆散加減、輔以中藥注射液疏肝息風、活血安神，同時配合中醫傳統之針刺、推拿、刮痧、整脊及外敷法共治，使ST患者症狀明顯改善。

筆者認為目前ST的治療仍應以BTX-A為首選方案，不僅能快速緩解患者頸項僵硬症狀，還能提高患者對日常生活的信心，同時可輔以口服抗肌張力障礙藥物及中藥、針灸、推拿等傳統治療方案，以鞏固療效。

## 6 總結

痙攣性斜頸是一種臨床常見的局灶性肌張力障礙，嚴重影響患者生活品質。目前本病尚未找到明確病因，中醫在本病的治療中優勢突出，但各文獻報導均存在樣本量少，療效不恒定等局限，故後期臨床應加大對中藥及針灸療法治療本病的研究投入，擴充樣本量，長期隨訪觀察，充分利用和發揮中醫特長，為本病提供更廣闊的治療空間。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

【參考文獻】

[1] Tomic S, Petkovic I, Pucic T, et al. Cervical dystonia and quality of life.[J]. Acta Neurologica Belgica, 2016, 116(4):1-4.

[2] 錢海, 周忠清, 石祥恩. 痙攣性斜頸患者的心理測評[J]. 中國醫師進修雜誌, 2010, 33(32):22-24.

[3] Akgun F S, Karaarslan N, Ibrahim YILMAZ, et al. Systematic Evaluation of Adverse Reactions That May Occur After Injection of Type-A Botulinum Toxin in Patients with Spasmodic Torticollis Admittedto Emergency Department[J]. Merit Research Journal of Medicine & Medical Sciences, 2018.068-072.

[4] 姬紹先, 陳信康, 周國俊, 等. 痙攣性斜頸的臨床分型和手術治療[J]. 立體定向和功能性神經外科雜誌, 2004, 17(6):341-344.

[5] Ledoux M S, Vemula S R, Xiao J, et al. Clinical and genetic features of cervical dystonia in a large multicenter cohort[J]. Neurology Genetics, 2016, 2(3):1-11.

[6] The Epidemiological Study of Dystonia in Europe (ESDE) Collaborative Group. A prevalence study of primary dystonia in eight European countries.[J]. Journal of Neurology, 2000, 247(10):787-792.

[7] Nutt J G, Muenter M D, Aronson A, et al. Epidemiology of focal and generalized dystonia in Rochester, Minnesota.[J]. Movement Disorders, 2010, 3(3):188–194.

[8] Comella C, Bhatia K. An international survey of patients with cervical dystonia[J]. Journal of Neurology, 2015, 262(4):837-848.

[9] 王志劍, 張達穎, 張學學. 頸脊神經聯合副神經阻滯治療痙攣性斜頸[J]. 中國疼痛醫學雜誌, 2015, 21(1):67-68.

[10] 王潞, 李俊, 梁健,等. 痙攣性斜頸的手術治療(附580例報導)[J]. 中國臨床神經外科雜誌, 2018(1).23-28

[11] 薛泳華, 徐侃. 痙攣性斜頸的外科治療及其相關解剖特點[J]. 安徽醫藥, 2018, 22(5):882-884.

[12] Simpson D M, Hallett M, Ashman E J, et al. Practice guideline update summary: Botulinum neurotoxin for the treatment of blepharospasm, cervical dystonia, adult spasticity, and headache: Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology[J]. Neurology, 2016, 86(19):1818.

[13] Jankovic J, Truong D, Patel A T, et al. Injectable DaxibotulinumtoxinA in Cervical Dystonia: A Phase 2 Dose-Escalation Multicenter Study[J]. Movement Disorders Clinical Practice, 2018, 5(3):273-282.

[14] Jankovic J, Adler C H, Charles D, et al. Primary results from the cervical dystonia patient registry for observation of onabotulinumtoxina efficacy (CD PROBE). [J]. Journal of the Neurological Sciences, 2015, 349(1-2):84-93.

[15] Ron M. Explaining the unexplained: understanding hysteria[J]. Brain A Journal of Neurology, 2001, 124(6):1065-6.

[16] 韓貴周. 葛根湯治療痙攣性斜頸8例分析[J]. 西部中醫藥, 2005, 18(3):18-18.

[17] 李敏. 葛根湯加味治療斜頸153例[J]. 中醫臨床研究, 2009, 1(3):37-38.

[18] 陳大舜. 古方今用驗案存真(八)[J]. 湖南中醫藥大學學報, 2011,31(5): 46-47.
[19] 吳義春. 從痙攣性斜頸治驗看隨症施量[J]. 中國中醫藥報, 2009,12(4):1.
[20] 許軼洲, 李佩璋, 王寧夫, 等. 葛根素對血管平滑肌細胞增殖及Bcl-2蛋白和凝血酶受體mRNA表達的影響[J]. 中國動脈硬化雜誌, 2006, 14(2):123-126.
[21] 梁濤, 程醜夫, 金昭輝. 程醜夫教授治療痙攣性斜頸驗案1例[J]. 湖南中醫藥大學學報, 2014, 34(11):34-36.
[22] 李華, 陳獻紅, 謝勇, 等. 熄風化痰通絡中藥治療原發性痙攣性斜頸12例臨床觀察[J]. 按摩與康復醫學, 2011, 02(36):183-184.
[23] 余蘭, 朱廣旗. 朱廣旗教授治療痙攣性斜頸驗案[J]. 亞太傳統醫藥, 2016, 12(24):107-108.
[24] Hai L U, Zhang C H, Sheng R Y, et al. Acupuncture for 40 cases of spasmodic torticollis[J]. WJAM, 2017, 27(2):11-8.
[25] 劉慧琴, 吳洲紅, 武連仲. 針刺五心穴治療痙攣性斜頸50例[J]. 中國中醫藥科技, 2009, 16(1).72.
[26] 徐彥龍, 金鈺鈞, 張洪濤, 等. 矩陣針法結合「五心穴」為主治療痙攣性斜頸[J]. 中國針灸, 2013, 33(6):513-516.
[27] 曾訪溪. 莊禮興調神針法治療痙攣性斜頸經驗[J]. 廣州中醫藥大學學報, 2018(2).345-7.
[28] 王玉琳, 劉佳, 秦旭旭, 等. 頸夾脊穴恢刺法治療痙攣性斜頸16例[J]. 亞太傳統醫藥, 2017, 13(1):122-123.
[29] 劉海華. 劉赫主任治療痙攣性斜頸經驗[J]. 中醫臨床研究, 2017, 9(5):84-86.
[30] 徐翔, 李平. 通督調神針法治療痙攣性斜頸[J]. 光明中醫, 2012, 27(2):237-238.
[31] 王宏業, 李曉霞, 李平. 李平教授針刺治療痙攣性斜頸的臨床體會[J]. 針灸臨床雜誌, 2008, 24(10):36-37.
[32] 周立武. 灸刺結合治療痙攣性斜頸45例[J]. 中國針灸, 2007, 27(6):462-462.
[33] 岳運青, 岳進, 盧敏. 朱璉針法配合艾灸治療痙攣性斜頸25例臨床觀察[J]. 雲南中醫中藥雜誌, 2016, 37(1):47-48.
[34] 劉肇恒, 張立德. 針藥並舉辨治痙攣性斜頸[J]. 實用中醫內科雜誌, 2016, v.30(5):114-115.
[35] 曹國元, 楊青宇. 針刺結合葛根湯加減治療痙攣性斜頸1例[J]. 針灸臨床雜誌, 2010, 26(4):31-32.
[36] 李薇薇, 武連仲. 針藥並用治療痙攣性斜頸臨床觀察[J]. 上海針灸雜誌, 2015(2):143-144.
[37] 戴琛, 張春紅, 武連仲. 武連仲針藥結合治療肌張力障礙經驗[J]. 廣州中醫藥大學學報, 2016(2):252-255.
[38] 徐美婷, 劉健, 王季良. 針藥結合治療痙攣性斜頸驗案1則[J]. 湖南中醫雜誌, 2018(4).111-112.
[39] 曹以正. 中西醫結合治療痙攣性斜頸3例報告[J]. 中國社區醫師, 1997(10).39-40
[40] 盛玉武. 中西醫結合治療痙攣性斜頸12例臨床觀察[J]. 中國社區醫師:醫學專業, 2009, 11(4):60-60.
[41] 閆彥江, 翟彥雙, 王美清, 等. 中西醫結合治療痙攣性斜頸療效觀察[J]. 河北醫科大學學報, 2010, 31(6):740-741.
[42] 陳穎, 周莉. 中西醫結合治療痙攣性斜頸1例[J]. 現代中醫臨床, 2013, 20(3):59-60.

（編委：朱洪民審校2021.07.12）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved