

# 脑性瘫痪的康复护理

-----康复护理

陈玉芳

2020年4月1号



## 课前导学任务

1. 概述：定义、病因、评定（微课自学）
2. 通过视频学习作业疗法，并完成视频里面的作业
3. 阅读课文链接提前预习（红笔勾画的内容）
4. 阅读案例以便做好课中互动准备



## 五、康复护理指导

脊髓损伤是一种严重的致残性疾病,病人及家属通过康复指导来掌握康复基本知识、方法、技能,学会自我管理,是回归家庭和社会的重要途径。

### 1. 自我护理

(1) 学会自我护理:使病人由替代护理过渡到促进护理和自我护理,训练病人自我护理技术和能力,激发病人独立完成活动。

(2) 养成良好的卫生习惯:教育病人养成良好的卫生习惯,预防呼吸系统及泌尿系统感染;保持环境卫生。

(3) 药物管理:指导病人遵医嘱准确按时服药,尤其注意抗痉挛药物停药时应逐渐减量。

(4) 加强二便管理:教育病人学会独自处理二便,高颈髓损伤病人的家属学会辅助病人处理二便。

(5) 疾病管理:病人出院后要定期复查,防止主要脏器并发症的发生。制订长期康复训练计划,指导家属掌握基本康复知识和训练技能,防止二次残疾。

2. 饮食调节 制订合理的膳食计划,保证维生素、微量元素及各种营养物质的合理摄入,这是增强体能、抗病能力和身体免疫力的重要环节。

3. 心理调节 营造良好的心理环境和积极训练氛围,调整病人的心理状态,使其正确乐观地对待自身疾病,充分利用肢体残存功能独立完成各种生活活动,以良好的心态面对困难和挑战。

4. 回归社会 配合社会康复和职业康复部门,协助病人做好回归社会的准备,帮助家庭和社区改造环境设施,使病人得以适应。

(吕尚梅)

## 第四节 脑性瘫痪

### 情景导入

患儿,男,2周岁,因母亲分娩时宫内缺氧、新生儿窒息导致脑组织损伤。现不能正常站立及行走,需人扶持双肩才能迈腿,说话吐字不清,确诊为脑性瘫痪,入院接受康复治疗。

请思考:

1. 患儿可能存在哪些功能障碍?
2. 如何为该患儿制订康复训练方案?

### 一、概述

#### (一) 基本概念

脑性瘫痪(cerebral palsy, CP)简称脑瘫,是自受孕开始至婴儿期非进行性脑损伤和发育缺陷所导致的综合征,主要表现为运动障碍及姿势异常,同时伴有不同程度的智力障碍、言语障碍、视听觉障碍、感知觉障碍、癫痫及心理行为异常,严重影响新生儿的生长发育。

#### (二) 病因

脑瘫最重要的致病因素为脑缺氧或脑部血液灌注量不足,可发生于不同阶段。

1. 出生前 因病毒、细菌、寄生虫感染,染色体异常,胎盘异常,妊娠高血压综合征等导致的胚胎发育异常。

2. 分娩时 因新生儿窒息缺氧、产伤、新生儿黄疸等引起的脑组织损伤。

3. 出生后 可因脑炎、一氧化碳中毒、颅脑外伤等造成永久性脑损伤。

#### (三) 分型

1. 根据临床表现 分为痉挛型(spastic)、不随意运动型(dyskinetic)、强直型(rigid)、共济失调型(ataxia)、肌张力低下型(hypotonic)及混合型(mixed types)共6型。



视频:  
穿衣服



视频:  
穿裤子

(1) 穿上衣:脱套头衫时,以健侧或功能较好的手为主,拉起衣角→将衣服从头上脱下一侧或功能好的一侧先脱下衣袖→再脱另一侧。穿衣时,先穿患侧或功能较差侧衣袖→再穿另一侧→健手将衣服套入头部,拉下衣角;对襟上衣,可先将其下面纽扣扣好,留上面1~2个纽扣不扣,按套头衫穿脱方法进行。

(2) 穿脱裤子:取坐位,先将患侧或功能较差的下肢套入裤筒,再穿另一侧,躺下,边蹬健足,边向上提拉裤子到腰部并系好。脱与穿相反。

### 4. 洗浴训练

(1) 调节室温在27℃左右,水温38~39℃,室内设有防滑地面、扶手等安全措施。

(2) 备好患儿专用设计的浴盆,如盆底倾斜,以支撑患儿背部,或盆内固定防滑枕,使患儿躺卧于盆中;备好洗浴用品。

(3) 可在重症痉挛型患儿浴盆中放一大球,充半量气体,患儿坐或俯卧其上。

(4) 用松紧带固定不随意运动型患儿的背部,使其坐稳。

(5) 不能坐位的重症患儿,可利用放入浴盆中的木板洗浴。

(6) 根据患儿年龄进行训练,让患儿认识五官等身体各部位名称,熟悉常用梳洗用品并掌握正确的使用方法。

### (三) 语言功能训练

维持患儿头正中位,在对面患儿眼睛的高度,利用各种机会与其交谈。可利用视觉、听觉和感觉等各种感官刺激,帮助患儿纠正发音。为树立说话信心,应鼓励患儿发声。当其发声时应立即答应并与其对话,即使说不成句,也应点头示意,同时予以表扬及鼓励。进行语言训练时,应具有极大耐心。

## 五、康复护理指导

脑性瘫痪的康复治疗所需费用甚高,时间较长,给家庭和社会带来很大负担。故应加强对脑瘫知识的宣教,防止脑性瘫痪的发生。

1. 向患儿家长介绍脑瘫的一般知识,如病因、临床表现、治疗方法及预后等。

2. 在康复治疗过程中,告知患儿家长日常生活活动训练的内容和方法,提供家庭训练的指导建议。

3. 教会家长脑瘫患儿正确的卧床姿势,可在床边悬挂有声响或色彩鲜艳的玩具,吸引患儿伸手抓玩。

4. 教会家长脑瘫患儿的正确抱姿,时间不宜过长,以使患儿有更多时间进行康复训练。

5. 告知家长预防脑瘫发生的知识和措施,包括产前保健、围生期保健和出生后预防。

(秦雅沁)

## 第五节 帕金森病

### 情景导入

病人,男,62岁。右手静止性震颤2年余,近日来上述症状加重,并逐渐出现右上肢肌肉强直样改变,入院后诊断为帕金森病。护士接诊后为其做进一步检查。

请思考:

1. 护士将对该病人进行哪些体格检查?
2. 如何对该病人进行康复护理训练?

### 一、概述

#### (一) 基本概念

帕金森病(Parkinson's disease, PD)又称震颤麻痹(paralysis agitans),是一种常见于中老年人、以运动障碍为特点的锥体外系疾病,以静止性震颤、运动减少、肌强直和姿势步态异常等为临床特征,主要病理改变是黑质多巴胺能神经元变性和路易小体形成。

2. 根据瘫痪部位 分为单瘫、双瘫、三肢瘫、偏瘫及四肢瘫。
3. 根据病情严重程度 分为轻度、中度和重度。

## 二、主要功能障碍及评定

### (一) 主要功能障碍

1. 运动功能障碍 脑瘫患儿的运动功能发育水平与正常同龄儿相比较差,表现为异常的运动模式或姿势。

(1) 痉挛型:脑瘫中最常见的类型,约占60%~70%,病变位于锥体束。其特点为肌张力明显增高、腱反射亢进、肢体异常痉挛及运动发育迟缓,主要表现在前臂屈肌、髋关节内收肌群、股四头肌、腓肠肌、小腿三头肌等肌肉紧张性增高。可见前臂旋前、手指关节掌屈、拇指内收;坐位时出现圆背、W状坐位,身体不能竖直等;立位时呈尖足,步行时呈剪刀步态。痉挛常在患儿用力、激动时加重,安静入睡时减轻。因下肢关节痉挛,自主运动困难,严重者出现肌腱痉挛、关节畸形。

(2) 不随意运动型:约占脑瘫的20%~25%,病变位于基底核。因肌张力变化使患儿不随意运动增多,以不自主、无意识运动为主要症状,表现为患儿颜面肌肉、发音和构音器官受累,伴有流涎、咀嚼吞咽困难,语言障碍,患儿表情奇特,挤眉弄眼,或哭或笑,动作不协调,累及全身,头部控制能力差。症状多在清醒紧张或情绪变化时加重,安静和睡眠时缓解。

(3) 强直型:占5%左右,病变部位较广泛。因全身肌张力明显增高,身体异常僵硬,表现为四肢被动运动时,可感觉其主动肌和拮抗肌有持续阻力。肌张力呈铅管状或齿轮状增高,尤其在缓慢运动时抵抗最大。患儿可出现扭转痉挛或强直,肢体无随意运动,常伴有严重智能障碍。

(4) 共济失调型:约占脑瘫的5%,主要病变位于小脑。其表现为肌张力过低,动作不协调,平衡功能差,位置觉丧失;步态不稳,如醉酒步态,不协调性运动和辨距障碍;智力多正常,无痉挛,病理反射阳性,可伴眼球震颤和言语障碍等。症状多于出生后6个月或1岁后逐渐显露。

(5) 肌张力低下型:又称迟缓型。此型患儿肌张力显著降低,呈软瘫状,表现为肌肉松软无力、难以站立,关节活动度增大,自主动作极少。仰卧时四肢均外展、外旋,头偏向一侧,似仰翻的青蛙;俯卧时不能抬头,四肢不能支撑,腹部贴床。因肌张力低下,易发生吸吮和吞咽运动困难。患儿呼吸运动较浅,咳嗽无力,易导致呼吸道梗阻。随年龄增长肌张力可逐渐增强,转变为不随意运动型或痉挛型。

(6) 混合型:同一患儿表现有两种或两种以上类型的症状、体征,多见痉挛型与不随意运动型混合。

2. 语言障碍 1/3~2/3脑瘫患儿有不同程度的语言障碍,表现为发音困难、构音不清,不能成句说话,不能正确表达,甚至完全失语。不随意运动型脑瘫患儿更易伴有语言障碍。

3. 智能障碍 部分患儿有不同程度的智力发育迟滞,学习困难,其中痉挛型四肢瘫痪及强直型脑瘫患儿智能常更差;手足徐动型智力正常甚至超常。

### 4. 感知障碍

(1) 视觉障碍:脑瘫患儿可有视神经萎缩、动眼神经麻痹,表现为视野缺损,内、外斜视和眼球震颤等,全盲少见。

(2) 听觉障碍:多由核黄疸引起,部分患儿听力减退甚至全聋,以不随意运动型患儿多见。

(3) 其他:脑瘫患儿常有触觉、位置觉、实体觉、两点辨别觉缺失。图形觉及对各种颜色的辨认力较差,其认知功能缺陷较为突出。

5. 癫痫发作 可发生在任何年龄,好发于痉挛性四肢瘫、偏瘫、单肢瘫和伴有智能低下者。临床发作类型以全身性阵挛发作、部分发作、继发性大作为多。

6. 人格和行为障碍 脑瘫患儿因不能与他人正常交往,多影响人格发展,常表现为好哭、任性、固执、孤僻、脾气古怪、易激惹、情绪不稳定、注意力分散等。

此外,多数患儿生长发育落后,营养不良,且免疫力低下,易患呼吸道感染等。

### (二) 康复护理评定

- (1) 患儿一般状况:包括出生日期、体重、身长、头围、胎次、胎龄、单胎或多胎等。
- (2) 父母一般情况:包括年龄、职业、文化程度、有无烟酒嗜好等。

(3) 家族史:患儿家族中有无脑瘫、智障、癫痫、神经管发育畸形病人,患儿母亲是否分娩过类似子女,家族有无其他遗传病史等。

(4) 母亲孕期情况:有无妊娠期并发症(妊娠期高血压综合征、糖尿病)、外伤史、先兆流产、感染、服药等。

(5) 母亲分娩时情况:剖宫产还是自然产,分娩时胎位,是否难产或使用产钳,有无羊水或胎粪吸入、脐带绕颈引发窒息等。

(6) 患儿生长发育情况:是否按时预防接种、接触不良环境、有无脑外伤或脑炎病史等。

2. 躯体功能评定 包括肌力、肌张力、关节活动度、神经反射、平衡反应、协调能力、站立和行走能力等。

3. 言语功能评定 通过交流、观察或使用通用量表,评定患儿的语言功能障碍。常见的言语障碍包括失语症、构音障碍、言语失用。

4. 感知觉功能评定 通过温、触、压觉检查或询问患儿家长,得知患儿是否不喜欢他人抚摸与搂抱,是否对各种感觉反应不灵敏等。

5. 日常生活活动能力评定 包括运动(如翻身、坐立、行走、爬行、玩玩具)、自理(如更衣、进食、如厕、洗澡)、交流(如说话、打电话、阅读、读写)等。评估可在实际生活环境中进行,通过观察患儿完成实际生活中的动作情况,评估其能力。有不便完成或不易完成的动作,可通过询问患儿本人或家长取得结果,如大小便控制、个人卫生管理等。还可采用功能活动问卷(FAQ)、快速残疾评定量表等。该评估可更好地确定患儿能否独立及独立程度、判断预后和治疗效果、修订治疗计划。

6. 心理社会功能评定 对患儿家长进行评定,包括对患儿疾病的认识、采取的态度和认识程度,以及家庭和社会支持系统情况;对不伴智力障碍的患儿,评估其对疾病的反应和接受程度。

7. 辅助检查 包括颅脑检查(CT、MRI、脑电图等)、智力测验、心电图、甲状腺功能、免疫功能测定等。

## 三、康复护理原则与目标

### (一) 康复护理原则

应遵循早发现、早干预、综合康复的原则;结合儿童年龄及发育特点,因人而异、循序渐进;鼓励家庭共同参与、协作进行。

### (二) 康复护理目标

1. 短期目标 通过康复评定及训练,了解脑瘫患儿的疾病特点,制订有效的康复护理方案;改善患儿的营养状态,提高咀嚼、吞咽能力,减少呛咳或窒息的发生;降低肌肉紧张度,提高日常生活活动能力及自理能力。

2. 长期目标 通过综合康复的治疗手段,提高脑瘫患儿的运动功能、日常生活能力、交流能力及社会适应能力,最大限度降低患儿的残疾程度,使其重返家庭和社会。

## 四、康复护理措施

### (一) 运动疗法

1. 患儿良肢位 为防止或对抗关节痉挛和畸形,促进正常运动模式和运动发育所采取的治疗体位。

(1) 头及肩的良肢位:头及肩的控制是患儿维持坐位和进行各项运动的基础,如进食、穿衣等日常生活动作。①对头后仰、肩旋前上抬患儿,用两前臂轻压患儿双肩,双手托住患儿头部两侧,先使患儿颈部拉伸,再抬起头部;②对坐位时肩胛带内收、双上肢屈曲向后、头过伸的患儿,护士前臂从患儿颈后环绕,将双肩推向前、向内,头部由伸展变为屈曲位;③全身软弱无力患儿的头抬起不能保持正中位时,可将双手拇指置于患儿两侧胸前,其余四指在肩后紧握患儿双肩,将双肩拉向前并扶持住。

### (2) 坐位良肢位

1) 椅子上的坐位:保持髌、膝关节屈曲,脊柱与头颈呈一直线,全足底着地。①对不随意运动型脑瘫患儿,应抑制头的伸展与肩胛带内收,促进髋关节的屈曲;②对肌张力低下型患儿,用两手扶持

其两侧腰骶部,四指在外侧,拇指置于脊柱两侧,轻向下推压,以促进患儿抬头与躯干伸直。

2) 床上坐位:①对不随意运动型患儿,屈曲其双下肢,使腹部紧贴大腿,护士握住患儿双肩,缓慢加压同时将两肩向前、向内推,使患儿两手可伸出,支持身体或抓玩具;②对痉挛型脑瘫患儿,应控制髋关节的屈曲位。护士位于患儿身后,双上肢从患儿腋下伸过,扶住大腿内侧,将患儿拉向自己,并维持双下肢外展姿势。

(3) 睡眠良肢位:脑瘫患儿存在非对称性紧张性颈反射,导致头不能保持中立位,偏向一侧。①痉挛型患儿常采取侧卧位,痉挛屈曲严重者取俯卧位;②躯干、肢体伸展为主的患儿采用悬吊式软床,仰卧位与侧卧位交替,保持头在中线位置,可在床上方悬挂玩具,吸引患儿视线,以防患儿视野狭窄和斜视。

#### (4) 正确的抱姿

1) 痉挛型患儿:患儿双上肢置于抱者颈后,双下肢分开置于抱者腰部两侧,以降低下肢肌张力(图 5-14)。

2) 肌张力低下型患儿,因患儿全身软弱无力,头颈部无支撑能力,故需给患儿提供依靠,在髋关节屈曲的状态下,保持头和躯干的伸直,两侧对称(图 5-15)。

3) 不随意运动型患儿:将患儿双下肢靠拢,髋关节充分屈曲,尽量靠近胸部;用上臂抑制患儿双上肢,防止肩与上肢向后用力;用胸部抵住患儿头部,防止头颈后仰(图 5-16)。



图 5-14 痉挛型抱姿



图 5-15 肌张力低下型抱姿



图 5-16 不随意运动型抱姿



视频:面对面抱法



视频:背对背抱法

#### 2. 仰卧位的姿势控制训练

(1) 头部控制训练:因紧张性迷路反射影响,脑瘫患儿可能出现角弓反张,表现为头后仰,双肩旋前上抬。训练时,患儿呈坐位,护士面对患儿,用双手轻压患儿双肩,逐渐抬高胸背部,从而摆正头位;或用双手托住患儿头部两侧,先将颈部拉伸,再用双手轻轻向上抬起头部。当患儿头部能够支撑时,可鼓励患儿俯卧位做抬头动作。

(2) 躯干旋转训练:目的是提高腹外斜肌的控制能力,为患儿翻身坐起做准备。训练时,患儿仰卧,双下肢屈曲呈膝立位,护士用双下肢夹住患儿双下肢以固定,并用双上肢交叉握住患儿双手。如患儿向右侧旋转,则用右手将患儿右上肢轻轻拉向内收位,左手握住患儿左上肢向右侧诱导,同时协助头向右旋转。

(3) 骨盆控制训练:主要训练骨盆上抬,为患儿坐位、爬行、站立和行走做准备。将患儿双下肢置于屈曲位,护士双手上抬患儿骨盆,并根据情况对其进行辅助或施加阻力,或进行单侧骨盆上抬训练。

(4) 髋关节内收、外展控制训练:针对下肢肌张力较高、肌肉挛缩,表现为“剪刀”样姿势的患儿。训练时,尽早对髋关节的外展外旋肌进行牵拉,以扩大关节活动范围。对因肌张力低,出现外展外旋、膝关节不能保持屈曲位、呈现“青蛙”样姿势的患儿,主要进行髋关节的内收内旋动作训练。

#### 3. 俯卧位的姿势控制训练

(1) 头部控制训练:目的是控制脑瘫患儿头部的稳定,提高头、颈部的抗重力伸展能力及伸肌在各种姿势中的控制能力,从而降低屈肌的紧张度。训练时,患儿俯卧位,护士用手控制患儿骨盆抵抗屈曲,并使其双上肢伸展至背后,用手支撑患儿背部,使肩胛骨内收,躯干后伸;同时,嘱患儿抬头

并后伸。如以上动作熟练,可在此基础上使头部进行中立位、前屈、后伸和左右旋转等各种姿势的训练。亦可用颜色鲜艳或带响声的玩具放于患儿面前,吸引主动抬头;或让患儿俯卧在护士胸前,以面对面游戏的方式提高患儿对头部的控制。

(2) 肘支撑训练:是颈及肩控制的基础训练。训练时,患儿俯卧,屈肘 90°,前臂撑地,肘与肩保持一条垂线,上臂与地面垂直。在维持以上姿势的基础上抬头目视前方,训练头在不同位置的保持,以及颈的屈、伸、侧屈和旋转等运动。

(3) 手支撑训练:肘支撑熟练后,将肘关节伸展,双手撑地,以提高肘、腕关节及手的控制能力。训练时,患儿双手指伸展、外展平放于垫上,两手距离与肩同宽,腕、肘、肩于一条直线,使腹部以上部位抬高地面。

(4) 膝手跪立位训练:是患儿爬行移动前的准备动作。训练时,患儿用双手及双膝支撑地面,屈髋、屈膝 90°,手和膝关节分别置于肩和髋关节正下方,上肢与大腿始终保持与地面垂直。如以上动作控制较好,可引导患儿完成头的各方向转动。

(5) 爬行动作训练:正确掌握膝手跪立位、肘支撑训练及手支撑训练后进行,否则易造成错误的运动模式,难以矫正。先进行一侧上肢上抬训练,其余三个肢体支撑体重,左右交替;后进行一侧下肢向后方抬起,其余三肢支撑体重,左右交替。正常的爬行动作是位于对角线上的上下肢同时向前迈出,但训练初期应先进行单侧肢体按一定顺序的向前迈出训练,即右手-左膝-左手-右膝,逐渐过渡到正常的爬行动作与爬行速度。

(6) 下肢关节训练:包括髋后伸及膝屈曲训练。髋后伸训练是让患儿在俯卧位将下肢伸直,腿抬起,臀部勿向上翘起;膝屈曲控制训练是患儿取俯卧位,上抬小腿到最大范围,当小腿与地面呈 90°时保持这一姿势,训练速度应缓慢、均匀。

#### 坐位训练

(1) 肌张力低下型:护士用一手扶患儿胸部,另一手扶其腰部,帮助患儿坐稳。亦可将患儿置于自己的大腿上进行上述操作,有利于患儿将双腿分开,手放在中线位活动。

(2) 痉挛型:护士将双手从患儿腋下穿过,用双臂顶住患儿双肩,阻止肩胛骨内收,同时用双手将患儿大腿外旋分开,并按压患儿双膝,使下肢伸直(图 5-17)。

(3) 不随意运动型:将患儿双腿并拢后屈曲,用双手握住患儿双肩,做肩关节内旋动作,带动肩胛骨向外使双手置于身前,便于玩耍。

#### 5. 站立训练

(1) 从跪到站立训练:四点跪训练→双膝跪训练→蹲起训练。

(2) 辅助站立训练:从坐位站起→从跪位站起→从椅子上站起→单腿站立,护士可扶患儿腰部或肩部使其保持正确站姿。

6. 步行训练 步行要求有一定的动态平衡能力,即重心转移能力,及上下肢协调能力。可用助行器或在双杠内进行平地行走、上下楼梯及步态矫正训练。

#### (二) 作业疗法

1. 进食训练 脑瘫患儿因咀嚼、吞咽困难,多体重低、营养状态差。喂食时应注意以下几点。

(1) 喂食时,将患儿保持坐位或半坐位,头处于中线位,避免患儿头后仰导致异物吸入。

(2) 将食物喂至患儿口内时,立即用手托起其下颌,促使闭嘴;若食物不能及时吞咽,可轻轻按摩患儿颌下舌根部,以刺激吞咽。

(3) 患儿牙齿紧咬时,切勿强行抽出食匙,以防损伤牙齿,待其松口后,再将食匙迅速抽出。

(4) 可手把手教患儿进食动作,使其尽快能够独立进食。

2. 排便训练 养成定时大小便习惯,训练使用痰盂→使用坐便→脱穿裤子和清洁等技巧。护士记录患儿 24h 内排便的次数和时间。

3. 更衣训练 常采取较为方便的坐位。为患儿选择穿脱方便的衣服,患儿先学脱、后学穿。



图 5-17 坐位训练



组图:俯卧位抬头训练



视频:头颈部控制训练



图片:辅助站立位

01

主诉

2岁多站不好，不会走

02

病史

宫内出血保胎、  
出生时窒息、  
早产

# 病例分析

姓名：尤zj

性别：男

出生日期：2017年7月29

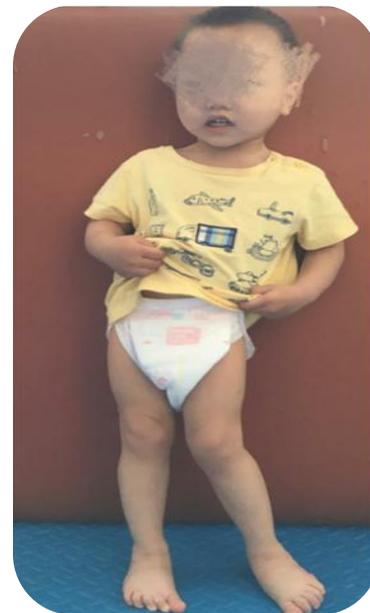
是否足月：早产（30W+1）

年龄：2y10M

分娩方式：剖宫产、双胞胎

出生体重：1.48kg

诊断：脑瘫



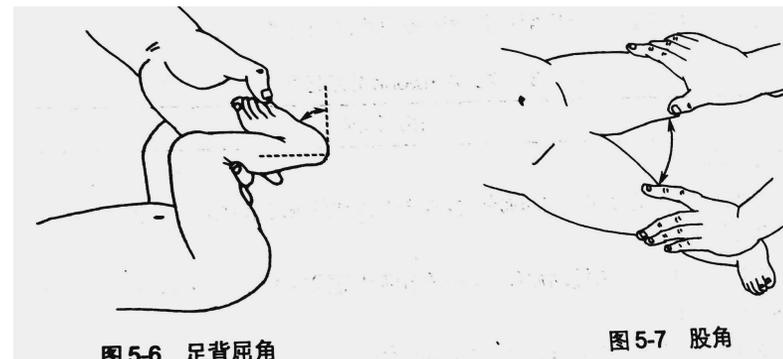
# 病例分析

## • 康复评估

2019年10月评定结果



- ✓ 肌张力：双侧上肢 I 级，双侧下肢 II 级
- ✓ 肌力：双侧上肢 IV 级，双侧下肢 III
- ✓ 关节活动度：股角  $60^{\circ}$ ，双侧腘窝角  $65^{\circ}$ ，足背屈角  $75^{\circ}$
- ✓ 粗大运动：能翻身，直腿坐位平衡 0 级，端坐位坐位平衡 I 级，不能爬，不能扶物站立
- ✓ 精细运动：能拇食指捏小丸，能穿珠子，能插木棒
- ✓ 认知语言：基本符合月龄



# 病例分析

## • 康复评估

2019年10月评定结果



看一看, 想一想

评估者对患儿哪些功能进行的康复评定?

看一看, 想一想

该患儿有哪些功能障碍?

- ✓ 患儿坐位时上肢肩关节内收、内旋, 头过伸, 肘关节屈曲和前臂旋前及手指屈曲; 下肢伸直外展。
- ✓ 立位足尖畸形, 站立不稳, 短距离行走呈剪刀样姿势。
- ✓ 仰卧位易出现角弓反张。
- ✓ 能够听清并理解他人言语, 但说话吐字不清, 语速慢。
- ✓ 智力发育正常, 流口水, 摄食饮水不能自理, 但无呛咳。
- ✓ 大小便能控制, 但须家长协助。



# 脑性瘫痪的康复护理

-----康复护理

陈玉芳

2020年4月1日