

### 儿童福利机构儿童养教康社一体化服务规范 第4部分：脑性瘫痪

Standards for integrated services of children's care, education, rehabilitation and social work in child welfare institutions  
Part4: Cerebral palsy

2022-12-06 发布

2023-03-06 实施



## 目 次

前言 .....	III
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 总体要求 .....	2
4.1 人员配置 .....	2
4.2 技能要求 .....	2
4.3 场地设备 .....	2
4.4 安全与应急 .....	2
5 服务原则 .....	2
5.1 医学康复为基础的原则 .....	2
5.2 早期干预原则 .....	3
5.3 个性化干预原则 .....	3
5.4 一体服务原则 .....	3
6 服务要求 .....	3
6.1 服务流程 .....	3
6.2 服务内容 .....	4
7 养护服务要点 .....	4
7.1 基础护理 .....	4
7.2 康复护理 .....	5
7.3 特殊症状的护理 .....	6
8 康复服务要点 .....	7
9 教育服务要点 .....	7
9.1 基本要求 .....	7
9.2 引导式教育 .....	7
10 社会工作服务 .....	7
11 服务评价与改进 .....	8
11.1 服务评价 .....	8
11.2 服务改进 .....	8
附录 A (资料性) 24 小时康复管理 .....	9
附录 B (资料性) 脑性瘫痪儿童的抱姿 .....	10
附录 C (资料性) 脑性瘫痪儿童的卧姿 .....	12
附录 D (规范性) 脑性瘫痪儿童喂养方式及操作方法 .....	13
附录 E (资料性) 特殊餐具 .....	14

参考文献..... 16

## 前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件是DB64/T 1671《儿童福利机构儿童养教康社一体化服务规范》的第4部分。DB64/T 1671已经发布了以下部分：

- 第1部分：唇腭裂
- 第2部分：生长发育迟缓
- 第3部分：精神发育迟滞
- 第4部分：脑性瘫痪

尚未识别出文件涉及专利的说明。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由宁夏回族自治区民政厅提出并归口。

本文件起草单位：宁夏回族自治区儿童福利院、宁夏儿童福利指导中心。

本文件主要起草人：杨晓军、马晓飞、高丽、曹芳、王欣、冯岩、保丽燕、李立花。



# 儿童福利机构儿童养教康社一体化服务规范 第4部分：脑性瘫痪

## 1 范围

本文件规定了儿童福利机构脑性瘫痪儿童的总体要求、服务原则、服务要求、养护服务要点、康复服务要点、教育服务要点、社会工作服务、服务评价与改进的要求。

本文件适用于宁夏回族自治区行政区域内儿童福利机构脑性瘫痪儿童的服务。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB 6675 国家玩具安全技术规范

MZ 010 儿童福利机构基本规范

MZ/T 167 儿童福利机构社会工作服务规范

DB64/T 1559 儿童福利机构生活照料服务规范

T/CARD 003 脑性瘫痪儿童康复服务

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**脑性瘫痪 cerebral palsy, CP**

一组持续存在的中枢性运动和姿势发育障碍、活动受限综合征，这种综合征是由于发育中的胎儿或婴幼儿脑部非进行性损伤所致。

注：本文件统一以“脑瘫”名称。

### 3.2

**康复护理 rehabilitation nursing**

一门旨在研究病、伤、残者身体、精神康复的护理理论、知识、技能的科学。

### 3.3

**引导式教育 guided education**

通过教育的方式引导或诱导功能障碍儿童进行各方面的训练，引导他们应用引导式教育体系的方法学习各种功能，达到改善功能障碍者的功能异常或者使其恢复正常的目的。

### 3.4

#### 康复评估 rehabilitation assessment

对病、伤、残者的功能状况及其水平进行定性和（或）定量描述，并对其结果作出合理解释的过程。

## 4 总体要求

### 4.1 人员配置

4.1.1 应配备与业务相适用的专业团队，并持有相关职业资格证书，专业团队包括：医生、教师、康复治疗师、护理人员、社工等，定期安排继续教育培训。

4.1.2 无相关资格证需参加相关职业培训，合格者可上岗。也可通过购买服务的方式开展康复、教育服务，接受有资质专业团队定期指导、评估。

### 4.2 技能要求

4.2.1 护理员应取得孤残儿童护理员（五级）资格证，熟练掌握护理脑性瘫痪儿童相应的业务知识和岗位技能。

4.2.2 康复医师、康复治疗师、特殊教育教师、护士等专业技术人员，按行业规范指导护理员开展工作。

### 4.3 场地设备

4.3.1 应符合MZ 010管理要求，康复、教育场地应满足儿童生活、学习和康复训练需求。

4.3.2 应配置满足康复、教育教学的功能室，配置有物理治疗、作业治疗、言语认知治疗、引导式教育及感知觉训练等康复设备及评估设备。

4.3.3 应考虑每个儿童的个体差异、残障程度配置适合其年龄、智力和能力的康复辅助器具，数量充足、安全牢靠的体育和游戏器械。

### 4.4 安全与应急

4.4.1 儿童玩教具应符合GB 6675安全技术要求。

4.4.2 制定突发意外如：外伤、烫伤、走失等应急预案，对职工及儿童定期开展安全教育培训。

4.4.3 康教过程中应将儿童控制在工作人员视线之内，密切观察儿童精神状态、面色变化，发现异常应停止活动，采取相应措施。

4.4.4 开展各项活动前应进行安全教育再评估环境，根据儿童年龄、残疾程度，工作人员可控范围，选择适宜的活动环境，活动前、中、后应清点儿童人数，返回时应检查儿童双手、衣兜。

4.4.5 严格每日交接程序，物品定点放置，危险物品如：暖瓶、刀、剪等放置在儿童不易拿到的地方。

## 5 服务原则

### 5.1 医学康复为基础的原则

5.1.1 脑瘫儿童在进行康复训练或实施教育康复前，应由具备医疗资质的专业康复团队进行康复评定、制定康复方案并提供训练指导。

5.1.2 选择的康复手段应以循证医学为原则，保证康复质量与效果，防止儿童受到二次伤害。

## 5.2 早期干预原则

秉承早期干预的理念，发现儿童存在残障，在医生或治疗师指导下，围绕儿童所能做的活动采取补偿性、矫正性措施，最大限度控制和改善残障程度，促进生活自理和社交沟通。

## 5.3 个性化干预原则

针对脑瘫儿童制定个性化康复方案，考虑不同类型或阶段脑瘫儿童的不同因素和身体条件，综合、协调地应用各种治疗方法和技術，促进脑瘫儿童运动、语言和认知等达到最佳功能状态。

## 5.4 一体服务原则

以脑瘫儿童为中心，社工组织相关科室医生、康复治疗师、护士、教师等，根据脑瘫儿童障碍情况和发育年龄，以促进儿童全面发展和整体发展为目的，共同制订全面系统的服务训练计划，将康复理念融入儿童一日生活活动中，综合运用和有效衔接医疗康复、教育康复、康复工程和社会适应等各项措施，促进儿童身心智全面发展。

# 6 服务要求

## 6.1 服务流程

养教康社一体化服务流程见图1。

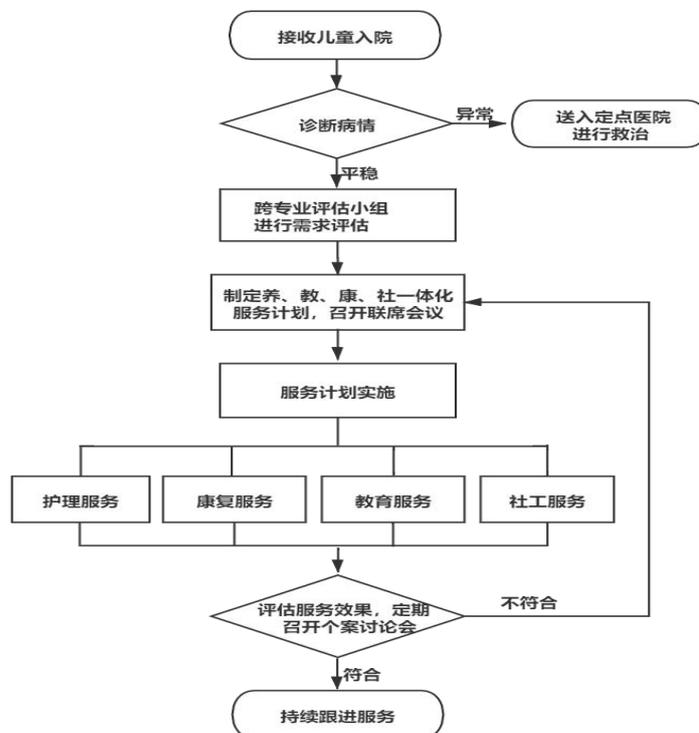


图1 养教康社一体化服务流程

## 6.2 服务内容

- 6.2.1 经医生确诊为脑瘫儿童，由社工按 MZ/T 167 要求接案。
- 6.2.2 社工召集医生、康复治疗师、教师、护理人员组成的专业团队，对儿童养育、康复、教育、心理等进行综合评估，确定安置服务目标，制定养教康社一体化服务计划的短期、中期和长期目标。
- 6.2.3 各专业按照服务计划的要求，对儿童实施详细的服务措施，具体内容如下：
- 医生按照生长发育规律，分析脑瘫儿童存在的身体功能障碍，制定诊疗计划、康复治疗目标、方案与康复指导计划。每季度对干预效果进行评定，并指导出下一阶段康复治疗方案。
  - 康复治疗师根据康复评定，制定康复目标和干预计划，内容包括训练目标、内容、方法和时间等，并对养护、特殊教育给予康复指导。
  - 特教老师应根据医师对儿童身心发展和适应行为评定结果，综合考虑儿童智力残疾程度、教育资源等条件进行编班，并制定个别化教育计划及个别化教学方案。
  - 护理员根据评定结果，在做好基础护理的同时，将康复教育目标融入日常生活中，提供个性化照顾服务。
  - 社工每周跟进养教康服务效果，根据儿童需求开展个案、小组服务及协调各专业、链接社会资源等方式促进儿童发展。
- 6.2.4 每3个月社工召开跨专业会议，对儿童进行阶段性小结，内容包括：
- 养育、教育、康复治疗效果；
  - 脑瘫儿童各项功能发展情况；
  - 阶段性养育、教育、康复目标完成情况；
  - 在服务过程中遇到的问题及解决方案；
  - 根据目标完成情况调整下一阶段服务目标。
- 6.2.5 无评估团队，可通过购买服务的方式或在专业团队指导下开展。
- 6.2.6 所有服务提供者应遵循“一日生活皆课程”的教育康复理念，将专业干预内容与日常生活活动相结合，实行24小时康复管理参见附录A。

## 7 养护服务要点

### 7.1 基础护理

7.1.1 按照脑瘫儿童类型及临床表现见表1，规范护理操作步骤，在进行日常生活照料时，动作应轻、慢、缓；语言简单，语气温和，音量适中。

表1 脑瘫儿童类型及临床表现

类型	临床表现
痉挛型	表现为上肢内收内旋、腕关节掌屈、前臂旋前、拇指内收；躯干前屈，圆背坐，髋关节内收内旋，尖足等。
不随意运动型	表现为身体左右侧不对称姿势，肌张力变化（休息时减轻，运动时突然增高），表情奇特、挤眉弄眼、构音与发音障碍，摄食困难。
共济失调型	表现为运动笨拙不协调，站立时平衡差，运动速度缓慢，姿势如同醉酒样，部分儿童还可见眼球震颤。
混合型	表现为同一个儿童有两种或者两种以上的类型，痉挛型和不随意运动混合较为常见。

7.1.2 饮食宜为高热量、高蛋白、高脂肪、高纤维素，应定期补充钙、维生素 A、维生素 D，食物应“烂、细、鲜、软”以流质、半流质为主，水果宜榨汁饮用。

7.1.3 固定儿童一日生活习惯，按 DB64/T 1559 要求做好日常生活照料。

7.1.4 根据脑瘫儿童功能，应选择特殊辅助餐具，选择方法如下：

- 对抓握能力弱的，不使用金属匙，选用匙柄加宽、加粗，匙体平坦的勺子。
- 对抓握能力较差，可在匙柄上加套，帮助抓握固定。
- 杯子应选择底部较宽的，缺口杯或斜口杯，也可用双耳杯。
- 碗的底部带有吸盘，或使用防滑布。
- 对身体能保持稳定的儿童，餐桌选用带有扶手的棒。

## 7.2 康复护理

### 7.2.1 抱姿

7.2.1.1 不同症状的脑瘫儿童，抱姿可见附录 B。

7.2.1.2 痉挛型儿童：儿童面向抱者，抱者一手扶住儿童肩背部，一手抱起使其靠近自己的身体，儿童双臂围住抱者的颈部或伸向抱者的背部，并把儿童双腿分开环在抱者的腰部两侧。

7.2.1.3 不随意运动型儿童：儿童背部尽量靠近抱者胸部，儿童双下肢靠拢，髋关节充分屈曲，抱者双手抓住儿童双手并抱紧儿童双膝，使儿童呈“抱球姿势”。

7.2.1.4 肌张力低下儿童：抱者手从儿童腋下穿过，用手掌托住儿童臀部，抱在胸前或身体的一侧。

7.2.1.5 重度角弓反张儿童：令儿童侧靠于抱者的前胸，头靠于抱者一侧上臂，控制儿童肩关节和上臂，抱者另一只手分开其双下肢，肘部置于儿童上侧腘窝处，手压制其前胸，使其头、肩、髋关节及膝关节屈曲。

7.2.1.6 年长儿、体重较大儿童：采用两人同时抱法，一人背向儿童，肩负其前臂、握住儿童双手，令其双上肢前伸；另一人面向儿童，双臂分别夹住儿童双足于腋下或用肘部将其双足固定于两侧躯干，用手托住儿童双侧髋关节，拇指向下推压骨盆，使儿童的髋关节充分伸展。

### 7.2.2 卧位与睡眠

7.2.2.1 脑瘫儿童的床应有床栏且无间隙。睡前不宜吃过饱，入睡时在两腿前放康复垫，使其放松，减轻痉挛时的交叉状态，也可用约束带，使痉挛的肢体保持伸展，正确卧位见附录 C。

7.2.2.2 痉挛型儿童宜采用侧卧，对于严重痉挛的大孩子，采用侧卧位，在背部放置枕头、沙袋等，在两腿中间使用一个滚筒（或 T 形滚筒）阻止上方腿压往下方腿。

7.2.2.3 对身体和四肢以伸展为主的儿童采用侧卧位，也可采用仰卧位，出现角弓反张的，应放置在特殊的悬吊床内，也可把儿童放置在大浴巾中，保持头部在中立位，双手放在胸前，在悬吊床上方悬挂一些玩具，吸引儿童的视线。

7.2.2.4 不随意运动型儿童应尽量采取侧卧位，可在其后方放软枕。

7.2.2.5 对抬头能力差的儿童，可让儿童在楔形垫或圆柱形垫俯卧位训练。

### 7.2.3 进餐

7.2.3.1 根据脑瘫儿童的能力，选择正确的喂养方式和操作方法见附录 D。

7.2.3.2 需要喂食的，尽量保持半卧位，食物应从儿童嘴的前下方喂入，放在儿童的舌头中间，可用匙轻压舌头。具有头控能力和躯干直立能力，可让儿童坐地特制的椅子上。

7.2.3.3 训练儿童进食时，护理员应坐在儿童的餐桌对面，一手帮助儿童握匙将食物送入口中；另一手帮助儿童保持另一上肢向前平放在桌上。

7.2.3.4 对学会进食儿童，根据儿童的需求按 7.1.4 选择餐具。提供带有扶手棒的餐桌，进食时另一手抓握木棒固定身体，提供特制椅子帮助稳定坐姿。特殊餐具见附录 E。

7.2.3.5 对吞咽与喂食困难的脑瘫儿童，通过改善身体和头部姿势，改善吞咽功能，方法见表 2。

表 2 处理吞咽与喂食困难的方法

问题	处理方法
唇闭合不良	用手指按下上唇或用食指及中指帮助闭合上下唇
咀嚼困难	护理员在儿童侧面，用食指和中指控制下颌的张开和闭合，将食物放置两侧牙齿上；也可坐在儿童的前面，用中指和拇指控制下颌的运动。
出现强咬合反射	选用塑料勺子，让儿童屈髋、屈膝、弯腰，双手放在前面，提起下巴，头向后，手按胸部，儿童会慢慢放松，把勺子拿出，不应强行拽出。
吞咽困难	进食前鼓励儿童舌头向口腔内两侧活动；进食时用匙把食物送到舌的后部，轻压舌面 2 s，进食后，护理员用手在儿童的下巴处往前摸，并从颈部从上往下摸。

#### 7.2.4 洗澡

7.2.4.1 给年龄小的脑瘫儿童洗澡时，浴缸底部铺防滑垫，水温适中，动作轻柔。将儿童放进或抱出浴缸时，先屈曲儿童的身体，使髋部弯曲，躯干与手臂向前，控制稳定儿童姿势。

7.2.4.2 给年长的脑瘫儿童洗时，可采用专用的洗澡座椅，或在浴缸里按有特殊安全束缚的器具如扶手，或让儿童坐在两个橡皮圈上面，也可把充了一半气的球放在浴缸内，让儿童趴在上面，完成洗浴。

#### 7.2.5 穿脱衣物

7.2.5.1 衣服应选宽松，领口和袖口宽大一些，儿童衣服上不应有过多装饰的如珠子、金属物品等。

7.2.5.2 一般采用侧卧位便于穿脱衣物；不能坐的儿童，可以趴在床上或护理员的双膝上，两腿分开，膝关节屈曲进行操作。

7.2.5.3 一般先穿肢体运动障碍的一侧，再穿健侧；脱时，先脱健侧，再脱运动障碍的一侧。

### 7.3 特殊症状的护理

#### 7.3.1 流涎

7.3.1.1 减少食用刺激唾液产生的食物，如水果、酸奶、糖果等。

7.3.1.2 评估儿童认知与进食能力，给予小块固体食物，锻炼咀嚼能力。

7.3.1.3 增强面部的干湿感觉，抹、扫、擦、轻敲或震动儿童唇部附近的肌肉。

7.3.1.4 进行合唇和下颌的运动，以提升下颚肌肉的力量及稳定性。如：让儿童模仿用舌头舔上下唇，鼓励儿童尽量用舌尖去舔鼻尖或者下巴，如果儿童的模仿能力有限，可在儿童的唇边涂上白糖，蜂蜜或果酱鼓励儿童反复练习。

7.3.1.5 进行唇功能训练，包括吹气、鼓气和唇运动训练。可通过吹蜡烛、吹纸条、吹泡泡撅嘴、抿嘴、吧嗒嘴等方面的运动，改善口腔肌肉的灵活性和协调性改善流口水症状。

#### 7.3.2 癫痫

发现儿童突发癫痫时，应按如下步骤操作：

- a) 工作人员应保持冷静，一人立即打电话通知医务人员，一人迅速让儿童去枕仰卧，清理周围不安全物品、去枕，把缠有纱布的压舌板垫放在上下牙齿间，以防儿童自己咬伤舌头；
- b) 将儿童头偏向一侧，使口腔分泌物自行流出，用毛巾擦净。同时把儿童下颌抬起，防止舌头后坠堵塞气管；
- c) 解开儿童衣领，保持呼吸道通畅；
- d) 刺激或点压人中、合谷、足三里、涌泉等穴位；
- e) 不应强行约束儿童抖动的肢体，以免造成伤害(如骨折)；
- f) 协助医务人员进行抢救治疗，如有呼吸障碍、连续发作、受伤时应立即送定点医院处理；
- g) 癫痫发作停止后，应将儿童侧卧，保持安静，避免强光刺激。

## 8 康复服务要点

- 8.1 在康复团队的专业评定下，由康复治疗师遵循 T/CARD 003 开展康复治疗。
- 8.2 在脑瘫儿童康复过程中及结束后，对养护人员、特教老师、寄养家长、社工等相关人员开展脑瘫康复指导，指导内容包括但不限于如下内容：
  - a) 环境、精神、睡眠、饮食等合理调整；
  - b) 日常生活的管理；
  - c) 制作和选择简易的防护用具及辅助器具；
  - d) 如何配合康复工作、巩固康复效果；
- 8.3 机构应运用多种方法对所有服务人员开展预防残障的相关知识普及。

## 9 教育服务要点

### 9.1 基本要求

特教老师应根据总体康复目标，结合儿童自身状况，将儿童分组开展引导式教育，也可安排到适龄班级接受文化课，特教老师应在康复治疗师的指导下，让儿童处在恰当的功能体位，参与课堂活动。

### 9.2 引导式教育

- 9.2.1 应全面观察和评定儿童，根据病情轻重分组，也可根据疾病种类分组，以 10-30 人为 1 组。
- 9.2.2 依据儿童能力设置不同课题，设立小组的长期目标和短期目标，制定适合患儿身心发展的教学方案，包括教学目标、活动名称、组织形式、方法和过程等。
- 9.2.3 老师应了解每名脑瘫儿童的能力，允许儿童按照自己的速度和功能水平活动。
- 9.2.4 教学方法应将康复内容有机结合，以娱乐性和节律性意向激发儿童的兴趣及主动参与意识，常用游戏法、操作法、参观法等，重点突出，促进儿童各领域发展。

## 10 社会工作服务

- 10.1 社工接案确定安置方向后，持续跟进养教康服务效果，依据儿童发展情况及时联系各专业团队，促进儿童功能改善。
- 10.2 运用个案管理方法，通过整合、链接社会资源，满足儿童个性化、多样化需求。

10.3 社工链接相关资源，围绕儿童需求开展拓展服务，促进社会参与、融合。包括能力提升、素质拓展、社会适应、家庭功能恢复、亲职教育等支持服务。

10.4 以个案、小组的形式，对儿童与职工开展丰富多彩的社交、团队建设等活动。

## 11 服务评价与改进

### 11.1 服务评价

11.1.1 机构应建立质量评估体系，对专业人员数量和水平以及抚育、教育、康复服务情况进行评估。

11.1.2 建立服务质量反馈机制，定期收集意见，对违反操作流程、工作失误等情况按制度进行处罚。

11.1.3 服务质量评价包括以下内容：

- a) 服务档案的建立；
- b) 各项记录书写的合格率；
- c) 养护、教育、康复的有效率；
- d) 对服务人员各项工作的满意度；
- e) 康复指导、社工跟进服务满意度；
- f) 设备、器材完好；
- g) 无责任事故的发生率。

### 11.2 服务改进

11.2.1 分析产生不合格或不当服务的原因，修改或重新制定服务方案，跟踪评价整改措施落实情况。

11.2.2 通过信息收集与分析，不断创新服务与管理，持续提升服务质量。

附 录 A  
(资料性)  
24 小时康复管理

表A.1给出了24小时康复管理样式。

表 A.1 24 小时康复管理

时间	内容	目标（评估儿童现有能力，促进自理能力）
6:30~7:30	起床	自己翻身坐起、会使用助行器走到盥洗间 站立或坐位完成刷牙、洗脸（护理人员逐渐减少辅助） 自己坐便盆完成解便
7:30~8:00	早餐	自己坐在桌前，保持正确姿势，进餐（部分到全部完成进餐）
8:00~8:30	清洁	自己清洁手卫生（独行或使用助行器）
8:30~9:00	进入康复	步行、使用辅助器进入康复
9:00~10:00	物理治疗	物理治疗训练（运动治疗、针灸、生物电疗等）
10:00~11:00	言语治疗	认知、语言训练
11:00~12:00	中餐	返回生活区，自己坐到桌边进餐（部分到全部完成进餐）。
12:00~12:30	清洁	自己清洁手卫生（独行或使用助行器） 自己坐便盆完成解便
12:30~13:30	午休	自己完成脱鞋、袜，保持正确睡姿
13:30~14:30	起床	自己翻身坐起、会使用助行器走到盥洗间，自己坐便盆完成解便（逐渐减少辅助）
14:30~15:00	作业治疗	手功能训练、自理能力训练
15:00~16:00	小组教学	认知、阅读、手工活动
16:00~17:00	运动感统训练	户外、移动、平衡等感统训练、多感观训练
17:00~18:00	晚餐	返回生活区，自己坐到桌边进餐（部分到全部完成进餐）
18:00~19:30	看电视	绑带+站立架+矫形器、亲子游戏
19:30~21:00	洗漱 上床睡觉	自己完成脱鞋、袜，辅助洗澡 保持正常睡姿
21:00~6:00	睡觉	观察睡姿
<p><b>注：</b>增加生活自理活动训练的机会（根据需要，照料人逐步减少帮助）；日常姿势管理，牵伸双下肢</p>		

附录 B

(资料性)

脑性瘫痪儿童的抱姿

表B.1给出脑性瘫痪儿童的抱姿要求。

表 B.1 脑性瘫痪儿童的抱姿

分型及表现	操作方法	图示
痉挛型	儿童面向抱者,抱者一手扶住儿童肩背部,一手托住臀部,儿童双臂围住抱者的颈部或伸向抱者的背部,并把儿童双腿分开环在抱者的腰部两侧。	
不随意运动型	儿童背部尽量靠近抱者胸部,儿童双下肢靠拢,髋关节充分屈曲,抱者双手抓住儿童双手并抱紧儿童双膝,使儿童呈“抱球姿势”。	
肌张力低下	抱者手从儿童腋下穿过,用手掌托住儿童臀部,抱在胸前或身体的一侧。	

<p>重度角弓反张</p>	<p>令儿童侧靠于抱者的前胸，头靠于抱者一侧上臂，控制儿童肩关节和上臂，抱者另一只手分开其双下肢，肘部置于儿童上侧胸窝处，手压制其前胸，使其头、肩、髋关节及膝关节屈曲。</p>	
<p>年长儿、体重较大</p>	<p>采用两人同时抱法，一人背向儿童，肩负其前臂、握住儿童双手，令其双上肢前伸；另一人面向儿童，双臂分别夹住儿童双足于腋下或用肘部将其双足固定于两侧躯干，用手托住儿童双侧髋关节，拇指向下推压骨盆，使儿童的髋关节充分伸展。</p>	

附 录 C  
(资料性)  
脑性瘫痪儿童的卧姿

表C.1给出了脑性瘫痪儿童的卧姿要求。

表 C.1 脑性瘫痪儿童的卧姿

分型及表现	操作方法	图示
<p>痉挛型</p>	<p>采用侧卧位，可在背部放置枕头、沙袋等，在两腿中间使用一个滚筒（或T形滚筒）阻止上方腿压下方腿。</p>	
<p>角弓反张</p>	<p>放置在特殊的悬吊床内，也可把儿童放置在大浴巾中，保持头部在中立位，双手放在胸前，在悬吊床上方悬挂一些玩具，吸引儿童的视线。</p>	
<p>不随意运动型</p>	<p>尽量采取侧卧位，可在头后方放软枕。</p>	

附录 D  
(规范性)

脑性瘫痪儿童喂养方式及操作方法

表D.1给出脑性瘫痪儿童喂养方式及操作方法。

表 D.1 脑性瘫痪儿童喂养方式及操作方法

进食方式	操作方法	图示
喂食	半卧位，食物应从儿童嘴的前下方喂入，放在儿童的舌头中间，可用匙轻压舌头。	
喂食（口腔闭合困难）	当食物进入口中后，可用拇指与食指夹住儿童下巴并稍用力缓缓上抬，使儿童的嘴闭合。	
	也可轻按患儿上颌，使儿童的嘴闭合。	
训练进食	坐在儿童的餐桌对面，一手帮助儿童握匙将食物送入口中；另一手帮助儿童保持另一上肢向前平放在桌上。	

附录 E  
(资料性)  
特殊餐具

表E.1给出特殊辅助餐具的样式。

表 E.1 常用特殊辅助餐具

名称	图示
防滑碗	
双耳缺口杯	
弯头勺	
加粗手柄勺	

名称	图示
手柄加粗加套勺	
手柄加粗加套叉	
餐桌横向把手	
餐桌柱状把手	
绑带固定持勺	

### 参 考 文 献

- [1] 李晓捷. 实用小儿脑性瘫痪康复治疗技术[M]. 北京:人民卫生出版社, 2016
- [2] 陈秀洁, 姜志梅, 史惟, 等. 中国脑性瘫痪康复指南(2015): 第三部分[J]. 中国康复医学杂志 2015, 30(9):972-978.
- [3] 朱丽平. 孤残儿童护理员(中级技能). 北京:中国社会出版社, 2010年11月第1版
-