

项目三 日常生活活动能力训练

良姿位的摆放及其原则

正确的卧姿是预防压疮、抑制痉挛、保持肢体良好体位的关键，应在发病后立即训练，并在 ADL 训练中均应保持。作业治疗中常用的体位有卧位、坐位、立位等，治疗过程中，要针对功能障碍的特点选择合适的体位摆放方法，如烧伤后患者，从早期开始将体位保持在功位和抗挛缩体位，以预防瘢痕挛缩导致的畸形或功能障碍。良姿位的保持和体位变换必须结合进行，卧床患者应每隔 1~2 小时翻身一次，这对预防并发症的发生和促进患者的功能恢复的有着重要意义。

下面介绍几种临床常见疾病患者良姿位的摆放及其原则。

一、偏瘫患者的良姿位

偏瘫患者良姿位是为了防止或对抗痉挛模式的出现，保护肩关节及早期诱发分离运动而设计的一种治疗性体位。偏瘫患者典型的痉挛模式表现为肩关节内收、内旋、下垂后缩；肘关节屈曲；前臂旋前；腕关节掌屈、尺偏；手指屈曲。下肢髋关节内收、内旋；膝关节伸踝关节跖屈、内翻。偏瘫患者的良姿位，应针对其病理变化，采取抑制痉挛的体位。上肢保持肩胛骨向前，肩前伸，伸肘；下肢保持稍屈髋、屈膝，踝中立位。偏瘫患者在卧床期间应采取正确的姿势和体位，以利于今后功能的恢复，同时可避免患者长期卧床造成心肺功能下降并为将来的功能恢复创造条件。当患者意识清楚，生命体征平稳，病情不再进一步发展 48 小时之后，可以在患者能耐受的情况下，采取坐位姿势；当患者可以站立时则注意保持良好的立位姿势。

下面重点介绍偏瘫患者卧位和坐位的良姿位摆放方法。

1. 良好卧位姿势

(1) 患侧卧位：这一体位是卧位姿势中对患者最有利的体位。采取患侧卧位时，增加了对患侧的感觉输入，有利于患侧功能恢复；同时患侧躯体得到伸展，可避免诱发或加重痉挛，使患者健侧的活动能力得以增强。

摆放方法：头颈稍前屈，患侧肩胛带前伸，肩关节屈曲、肘关节伸展，前臂旋后，腕关节背伸，手指伸展或握一毛巾卷。患侧下肢稍屈髋，屈膝，踝关节中立位。健侧上肢放松处于舒适体位即可。健侧下肢放在患侧下肢前面，屈髋、屈膝，在其下放一枕头防止压迫患侧下肢。躯干稍向后倾，背部放一枕头依靠其上，取放

松体位。



(2) 健侧卧位：该体位有利于患侧肢体的血液循环，预防患肢水肿。

摆放方法：躯干与床面保持直角，背后放一枕头，使其放松。健侧上肢在下，置于舒适放松体位，患侧上肢在上，肩向前伸出，肩关节前屈约 90° ，在其下方放一个枕头支持，伸肘、前臂旋前，手伸展或握一个毛巾卷。健侧下肢髋关节伸展，膝关节轻度屈曲平在床上，患侧下肢髋、膝关节屈曲，置于健侧下肢前，患膝下方放一个枕头，踝中立位。注意患足不可悬空。



(3) 仰卧位：偏瘫患者痉挛明显时尽量少采取仰卧位，由于患者仰卧位时受颈紧张性反射和迷路反射的影响，异常反射活动加强，同时在该体位易引起骶尾部、足跟外侧和外踝等处发生压疮。但是患者在卧床期间进行体位变换时需要这种体位与其他体位交替使用。因此要注意仰卧位的正确摆放方法。



摆放方法:头部置于枕头上,枕头高度适宜,注意不能使胸椎屈曲。患侧骨盆下垫一薄枕,使患侧骨盆向前突,并防止患侧髋关节屈曲、外旋。患侧肩关节和上肢下垫一长枕,使肩胛骨前伸;患侧肩关节稍外展、肘关节伸展、腕关节背伸、手指伸展,平放于枕上。患侧下肢髋关节伸直,在膝关节下垫软枕,保持膝微屈,注意防止膝关节过于屈曲;同时要避免将软枕垫于小腿下方,防止膝过伸或对下肢静脉造成压迫。下肢大腿及小腿中部外侧各放一枕头防止髋关节外展、外旋,踝关节保持背屈、外翻位,防止足下垂。

2. 良好坐位姿势偏瘫患者因身体各部异常姿势及痉挛模式,患者表现为头颈偏向患侧、躯干侧屈、骨盆倾斜的异常坐姿。这种不良姿势容易引起部分肌肉的过度疲劳,而且会逐渐失去平衡甚至跌倒,治疗师必须随时纠正不良坐姿。良好的坐姿要求骨盆提供稳定的支持,躯干保持直立,不论何种方式的坐位都必须掌握两侧对称的原则。

(1) 床上长坐位:采取此体位时须保持躯干直立,背部伸展,必要时用棉被或抬起的床头充分支撑躯干;确保髋关节屈曲 90° ,双下肢伸展,为避免膝关节的过度伸展,可以在膝下垫一小海绵垫;患者双上肢对称置于其身前的小桌上,使患者上肢始终位于患者视野之内,避免患者忽视。

(2) 椅坐位:左右两侧肩和躯干需对称,躯干伸展、骨盆直立、髋膝踝三关节保持 90° 位,免髋关节的外展、外旋,小腿垂直下垂、双足底着地。

(3) 轮椅坐位:要求轮椅的规格尺寸要与患者的身材相适应,必要时可利用海绵坐垫来调整轮椅的高度和深度。坐位时保持躯干直立,必要时可借助背板。患侧下肢侧方垫海绵枕,防止髋关节的外展、外旋。为保持上肢处于一个良好的

姿位，应给患者所乘轮椅安置轮椅桌板。轮椅桌板一般根据轮椅规格制作，可以方便装、卸，长度应能够容纳肩屈曲、肘伸展后的上肢为宜。患侧上肢置于轮椅桌板上，能使患肢处于患者的视野之内，避免患者忽视；也可有效地防止肩部的下坠，并保持肩前伸，肘、腕、指各关节伸展，抑制屈肌的痉挛；宽大的轮椅桌板还可以保护患侧上肢不易滑落，方便进食以及进行简单的作业活动。

二、脑瘫患儿的良姿位

脑瘫患儿的症状非常复杂，因其年龄、障碍部位、肌张力、认知水平、神经发育水平、运动异常状态等的不同，分为痉挛型、手足徐动型、共济失调型等，其中以痉挛型最常见。脑瘫患儿常见的异常姿势归纳如下：头屈曲、伸展、侧屈；躯干过伸展（角弓反张）、屈曲、侧弯；肩关节屈曲、内收、内旋；肘关节屈曲；腕关节掌屈、尺偏、手指屈曲；髋关节屈曲或伸展、内收、内旋（剪刀样改变）；膝关节屈曲或过伸展；踝关节跖屈、内翻。在日常生活中随时注意矫正异常姿势，保持正确体位，是预防关节挛缩和畸形的重要手段。治疗师应根据患儿各关节的异常姿势，设计出正确的姿势模式。下面重点介绍痉挛型脑瘫患儿体位摆放方法。

1. 侧卧位此为患儿主要卧位姿势，侧卧位有利于阻断原始反射，改善痉挛状况，以及患儿姿势和动作的对称。侧卧位时，针对存在非对称姿势的痉挛患儿，应使患儿双上肢在身体前方，双下肢屈曲；也可以在患儿背部加放枕头稳定姿势；还可考虑给患儿使用“耳枕”以稳定头部。

2. 仰卧位因为患儿在仰卧位时易出现角弓反张，所以仰卧位使用较少。需要仰卧时可用软枕垫在肩下面，使患儿肩部前倾和内旋，此法可缓解患儿四肢的肌紧张；也可用一个围巾或宽布条，将患儿双肩往前拉，扣在胸前；还可以用一个特制的布套将患儿双手固定在胸前。对角弓反张表现异常强烈的患儿，上述措施效果不明显时，可让患儿躺在吊床上，吊床中间凹陷可使患儿过度伸展的躯干变成屈曲；同时吊床也能控制患儿头部背屈或向侧面旋转的倾向，促使患儿将头部保持在中线位置。如果在床的上方悬挂吸引患儿注意力的玩具，将更有利于患儿的头部保持在中线位置，并刺激患儿将手放到胸前中线位置。

3. 俯卧位屈肌张力增高的患儿可采取此体位。患儿俯卧在治疗床上，头转向一侧，胸部下方垫楔形垫或枕头，使屈曲的躯干呈伸展位；髋、膝关节呈伸展位；踝关节背曲；上肢伸展。采取此体位时要经常观察患儿的呼吸是否通畅。此

体位有利于训练患儿抬头功能，也有利于训练身体各部分姿势对称。

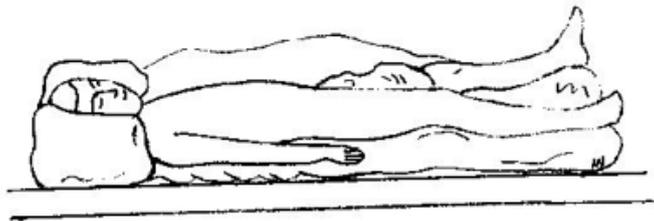
三、脊髓损伤患者的良姿位

脊髓损伤患者急性期卧床阶段，正确的姿势摆放不仅有利于维持脊柱稳定，而且对预防压疮、关节挛缩及痉挛均非常重要。应于发病后立即按照正确体位摆放患者。脊髓损伤患者常见的正确卧位姿势有仰卧位和侧卧位。

1. 仰卧位

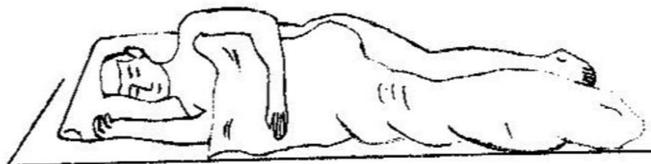
(1) 头部及上肢体位：头下枕一薄枕，将头两侧固定，需要保持颈部过伸展位时，在颈部垫上圆枕。四肢瘫患者双侧肩胛下垫薄枕使双肩向前，确保双肩不后缩。双上肢放在身体两侧的软枕上，肘伸展，用毛巾卷将腕关节保持 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 背伸位，手指自然屈曲，有条件可使用手功能位矫形器。截瘫患者上肢功能正常，采取自然体位即可。

(2) 下肢体位：双侧髋关节伸展但不旋转，在双下肢之间放 1~2 个枕头，以保持髋关节轻度外展，防止发生髋关节屈曲、内收挛缩，并可防止股骨内侧髁和内踝受压。



2. 侧卧位

双肩均向前伸，肩关节屈曲。下方上肢的肘关节屈曲，前臂旋后；下肢髋、膝关节伸展。上方上肢伸展位、置于胸前枕头上，腕关节自然伸展，手指自然屈曲；下肢髋、膝关节屈曲位，肢体下垫软枕与下方肢体分开，踝关节自然背屈，踝关节下垫一软枕以防止踝关节跖屈内翻；背部用长枕等给支持以保持侧卧位。注意四肢痛患者双手应取功能位。



四、截肢患者的良姿位

患者截肢后由于残端肌肉力量不平衡,容易导致关节挛缩。患肢关节一旦出现挛缩,将对假肢的设计、安装及步行训练带来严重影响。因此,假肢装配前将患肢保持在避免关节挛缩、能充分发挥残肢功能的良好体位非常重要。

1. 小腿截肢 小腿截肢后易发生膝关节屈曲挛缩,应保持髌、膝关节伸展。尤其在轮椅坐位时要注意。

2. 大腿截肢 腿截肢后易发生髌关节屈曲、外展、外旋挛缩,应保持髌关节伸直、内收体位。可取健侧卧位,使患者髌关节保持在内收的功能位。也可适当采取俯卧位,有利于髌关节伸直。

五、颈椎患者的良姿位

颈椎病患者需要保持颈部的正确姿势,以减少颈部疼痛的发生。

1. 卧位首先要选择适合患者的枕头,理想的枕头应该能适应颈椎的弧度,使颈部肌肉得到充分放松。枕芯最好用谷皮、荞麦皮等充填,而不宜用海绵、棉絮等物,软硬适中。枕头的形状以中间低两端高为佳,可利用中间凹陷部来维持颈椎的生理曲度,同时对头颈部可起到相对制动与固定作用。枕头的高度因人而异,一般仰卧位枕高 12cm 左右,约与患者拳头高度相当,侧卧与肩等高。应避免枕头过高,使颈椎长时间处于前屈位置,颈部肌肉处于动牵拉状态,不利于颈部的休息。应保持头部轻度后仰的姿势,以符合颈椎的生理曲度。另外避免长时间采取俯卧位或半俯卧位,防止颈椎长时间旋向一侧,造成椎间盘压力改变,并导致张力较大一侧的肌肉疲劳。

2. 坐位尽量保持自然端坐位,头部保持略微前倾,背部有良好支撑。长时间在电脑前工作者,桌面和座椅的高度要适中,保持眼睛与显示屏在同一水平,避免颈部过度前屈。需要长时间伏案工作者,应调整桌面的高度与倾斜度,使桌台适合于自身身材,如果桌面过高,则使头颈部后伸;过低,则使头颈前屈;这两种姿势均不利于颈椎的内外平衡。颈椎病患者,尤其不要长时间低头工作,避免过度低头屈颈,桌面宁高勿低,对桌面高度的调节,半坡式斜面桌对患者更为有利,可通过调整桌面的倾斜度使颈部处于良好姿势,一般可倾斜 $10^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。患者要避免长时间阅读,以免过度劳累对颈部造成压力。在疲劳或疼痛出现之前,应定时转换姿势,使颈部得到休息和放松。避免长时间坐位和突然转动颈部。

3. 立位患者站立时,头部保持水平位置,避免颈部前屈,下颌稍内收,放

松颈部肌肉，保持颈部。

4. 日常生活和工作中良好姿势的保持颈椎病患者在洗漱时要保持颈部挺直，避免低头。熨烫衣服时要保持良好立位姿势，烫衣板的高度适中，熨衫时患者应能保持头部在水平位置，避免低头熨衫。做饭等家务劳动持续时间不宜太长，要经常变换姿势。不要长时间看电视、阅读，应使电视机、书本等与眼睛处在同一水平的位置。工作中确保头部维持在良好位置，避免长时间低头工作。

日常生活中要定期改变体位，由于工作需要，头颈部常持续做某一方向转动或固定在某一姿势，特别是前屈或左、右旋转，应当在工作一段时间后，一般每隔 1 小时适当进行颈部运动，避免长时间固定姿势引起椎间盘压力改变以及肌肉疲劳，达到保护颈椎的效果。无论进行任何活动，要安排间歇休息，如感到颈部不适，应立即停止活动，适当休息让颈部放松避免加重局部损伤。

六、腰腿痛患者的良姿位

1. 卧位腰腿痛患者卧位时要注意保持脊柱的正常曲线，床垫不可太软，要能支持身体重量，防止躯干下坠造成腰椎后凸。慢性腰腿痛患者仰卧时，可用毛巾卷垫在腰部下方，以保持腰部的生理弧度。保持脊柱正常对线，可使脊柱和躯干肌肉处于平衡状态，对于防止腰腿痛的发生及复发具有重要作用，也是治疗的重要前提。

2. 坐位患者取坐位时，腰部挺直，避免弯腰弓背，靠背垫于腰部保持腰椎正常弧度；臀部后靠，小腿自然下垂，双足着地。座椅不宜太软、太深或太高，如果座椅偏高，为避免双足悬空，可在足下垫一个小凳子；工作台高度应合适，避免背部过分弯曲。

3. 立位站立时头部保持水平位置，下颌稍内收，肩平直，胸部微向前倾，下腹内收，腰后微凹，可以防止背部肌肉处于持续性的紧张状态。女性下腰痛患者不宜穿高跟鞋因穿高跟鞋会增加腰椎的前凸，使骨盆的前倾角增大，降低腰椎的稳定性。当需要长时间站立位工作时，为防止腰部肌肉紧张，可用一侧脚踩在约 30cm 高的小凳上，并且不时双脚轮换，实现重心在双下肢间转移。无论采取哪一种体位姿势，如果持续时间较长，要注意定时改变姿及运动作方式或做放松运动。

七、人工髋关节置换术后患者的良姿位

1. 术后早期的体位摆放

(1) 手术当天, 患者仰卧位, 在手术侧肢体下方垫软枕, 使髋、膝关节稍屈曲, 术侧足穿防旋转鞋(丁字鞋), 避免下肢外旋, 并缓解疼痛。

(2) 手术后 1~7 天, 撤除软垫, 尽量伸直手术侧下肢, 以防屈髋畸形。保持术侧下肢处于外展中立位, 可在双腿间放置三角垫, 但须防止手术侧髋关节置于外旋伸直位。为防止患者向健侧翻身引起髋外旋, 床头柜应放在手术侧。取健侧卧位时, 两腿之间垫上软枕, 防止髋关节屈曲大于 $45^{\circ} \sim 60^{\circ}$ 。

(3) 不同手术入路对体位的要求: 根据手术入路不同, 对体位有不同限制。手术后入路, 应避免患髋过度屈曲超过 90° 、内收、内旋, 特别是屈曲、内收、内旋的联合动作。手术侧方入路和前侧入路, 应避免患侧下肢的过度伸展、内收、外旋, 特别是伸展、内收、外旋的联合动作。所有患者均应避免伸髋外旋。

2. 体位摆放注意事项

(1) 全髋关节置换术后早期, 有四种危险而应避免的体位: ①髋屈曲超过 90° ; ②下肢内收超 a 身体中线; ③伸髋外旋; ④屈髋内旋。

(2) 要保持患肢经常处于外展中立位。术后 6~8 周内屈髋不要超过 90° 。

(3) 应叮嘱患者术后 6~8 周内避免性生活, 性生活时要防止术侧下肢极度外展, 并避免受压。

(4) 患者术后日常休息时使用三角垫或枕头使患髋外展是为了防止患肢内收、内旋, 该枕头通常使用 6~12 周, 12 周后, 髋关节的假髋形成, 此时的肌力也足以控制髋关节的稳定。

(5) 全髋关节置换术 4~6 周后, 患者髋关节能够完全伸直, 屈曲可达 $80^{\circ} \sim 90^{\circ}$, 轻度内旋($20^{\circ} \sim 30^{\circ}$)和外旋($20^{\circ} \sim 30^{\circ}$), 并且可以在忍受的范围内被动外展。

(6) 术侧髋关节出现任何异常情况, 均应及时与手术医生联系。

八、烧伤患者的良姿位

1. 烧伤患者体位摆放的原则烧伤后组织愈合过程中, 往往伴有疼痛和不适感觉, 如果患者所处体位能避免创面或植皮部位的紧张, 就可以减少疼痛和不适感觉。因此患者为了减少痛苦, 通过移动肢体至放松位, 使烧伤组织不再受到牵张, 患者往往采取长期屈曲和内收的舒适体位, 而这种舒适体位最容易导致关节

挛缩。烧伤后 24~48 小时胶原蛋白合成，挛缩开始，应尽早将身体的受累部分维持在正确体位，并进行适当固定，可限制水肿的形成，维持关节活动度，防止挛缩和畸形，预防功能障碍的发生。

根据深度烧伤愈合后瘢痕挛缩的好发部位，从早期开始将体位保持在功能位和抗挛缩体位，以预防瘢痕挛缩导致的畸形或功能障碍。根据不同烧伤部位，体位摆放方法存在差异。

2. 体位摆放方法伤后 48 小时之内患者应平卧，休克期过后若存在头面部烧伤，床头应抬高 30° 左右，有利于头面部消肿，1 周后恢复平卧。

(1) 颈部烧伤：颈前部烧伤时，去枕仰卧保持头部充分后仰（可在颈肩部放一个小长枕），预防颈前部屈曲挛缩；颈后或两侧烧伤时，保持颈部中立位，预防颈两侧瘢痕挛缩。

(2) 胸部、背部、腋部、侧胸壁、上臂烧伤：上肢充分外展 90°，预防上臂与腋部及侧胸壁创面粘连和瘢痕挛缩。

(3) 肘部烧伤：上肢屈侧烧伤或环形烧伤时，肘关节保持伸直位；背侧烧伤时，肘关节屈曲 70°~90°，前臂保持中立位。

(4) 手部烧伤：患者伤后因怕痛往往造成腕关节屈曲，指间关节屈曲和拇指内收畸形。手背烧伤，宜将腕关节置于掌屈位；手掌或环形烧伤，腕关节以背伸为主；全手烧伤时，腕关节微背伸，各指蹼间用无菌纱布隔开，掌指关节自然屈曲 40°~50°，指间关节伸直，拇指保持外展对掌位，必要时采用塑料夹板做功能位固定（夜间使用夹板固定，白天取下活动）。

(5) 臀部、会阴部烧伤：保持髋关节伸直，双下肢充分外展。

(6) 下肢烧伤：单纯前侧烧伤，膝关节微屈 10°~20°，也可在膝关节后侧垫高 15°~30°。若膝关节后侧烧伤，膝关节保持伸直位，必要时用夹板作伸直位固定。

(7) 小腿伴踝部烧伤：踝关节保持中立位，患者仰卧位可在床尾放置海绵垫尽量保持踝关节背屈，防止跟腱短缩形成足下垂。

为减轻水肿，减少疼痛，可将烧伤部位抬高，一般用枕头、软垫等将肢体维持在伸展和抗重力位置，也可采用矫形器帮助体位摆放。大面积烧伤患者应每隔 2 小时变换体位一次，防止压疮，减少肺部感染。

总之，正确的体位姿势是顺利完成各种日常生活动作的基础，可以有效地避免身体损伤的出现；在损伤发生后也需要通过正确的体位姿势来缓解症状，预防并发症，促进功能的恢复。因此日常生活中无论在卧、坐还是站立时都需要保持身体良好的姿势，并且要定时进行体位变换。体位摆放时注意以下几点：①良姿位的摆放应从疾病的急性期开始，以不影响临床救治为前提；②针对瘫痪患者的良姿位，是从治疗角度出发设计的临时性体位，为了防止关节挛缩影响运动功能，必须定时进行体位变换；③在进行体位摆放时，切忌使用暴力牵拉肢体；④保护后枕部、肩胛部、肘、骶尾部、坐骨结节、股骨大转子、膝内外侧、踝内外侧、足跟等骨突处，防止形成压疮；⑤坐位、立位下良姿位的保持，需要患者具备一定的静态坐位、立位平衡能力；⑥为达到好的效果，患者需具备遵从简单指令的认知能力；⑦在任何一种体位下，若患者出现不适症状，应及时做出调整。