

## بررسی تأثیر اسپلینت استاتیک cock up c-bar بر قدرت، اسپاستی سیته، دامنه حرکتی و عملکرد دست غالب کودکان فلج مغزی دایپلژی اسپاستیک

ابوالقاسم فلاح زاده ابرقویی<sup>1</sup>، مهدی عبدالوهاب<sup>2</sup>، دکتر افسون حسنی مهربان<sup>3</sup>، فرانک علی آبادی<sup>2</sup>، محمود جلیلی<sup>4</sup>، دکتر احمد رضا باغستانی<sup>5</sup>

1- کارشناس ارشد کاردرمانی

2- مربی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

3- استادیار دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

4- مدرس دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

5- استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** کودکان فلج مغزی از مراجعین اصلی به مراکز کاردرمانی هستند. دست به عنوان ابزاری مهم در عملکرد روزمره زندگی به حساب می آید. در اکثر کودکان فلج مغزی عملکرد دست دچار اختلال می شود. ارتزها و اسپلینت‌ها به منظور بهبود پوزیشن، دامنه حرکتی، کیفیت حرکت و عملکرد دست مورد استفاده قرار می گیرند. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر اسپلینت استاتیک cock up c-bar بر قدرت، اسپاستی سیته، دامنه حرکتی و عملکرد دست غالب کودکان فلج مغزی دایپلژی اسپاستیک 8-12 ساله می باشد.

**روش بررسی:** روش مطالعه در این پژوهش از نوع مداخله ای و به صورت قبل - بعد می باشد. 13 بیمار فلج مغزی دایپلژی اسپاستیک 8 تا 12 ساله از میان افرادی که در مدارس جسمی حرکتی شهر تهران تحصیل می کردند و معیارهای ورود را داشتند انتخاب شدند. بیماران از یک اسپلینت استاتیک cock up c-bar (با زاویای 10 درجه اکستانسیون مچ دست، پالمار ایداکشن و آپوزیشن شست) به مدت 2 ماه، 2 ساعت در روز و 4 تا 6 ساعت در شب استفاده کردند. در این مطالعه از تست جیسون تیلور برای ارزیابی عملکرد دست، مقیاس اشورث اصلاح شده برای ارزیابی اسپاستی سیته شست، مچ دست و آرنج، گونیامتر برای ارزیابی دامنه حرکتی شست، مچ دست و آرنج و داینامومتر برای ارزیابی قدرت دست استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج ارزیابی‌ها نشاندهنده ی بهبود معنادار در عملکرد دست ( $P < 0/001$ )، اسپاستی سیته مفصل آرنج ( $P < 0/008$ ) مفصل مچ دست ( $P < 0/001$ )، پالمار ایداکشن شست ( $P < 0/002$ ) و دامنه حرکتی مفصل مچ دست ( $P < 0/001$ )، دامنه حرکتی پالمار ایداکشن دست ( $P < 0/001$ ) و قدرت گریپ ( $P < 0/001$ ) بود اما تأثیر معناداری بر روی دامنه حرکتی آرنج ( $P < 0/160$ ) نداشت.

**نتیجه گیری:** اطلاعات حاصل از تحقیق حاضر نشان می‌دهد که استفاده از اسپلینت استاتیک cock up c-bar به مدت 2 ماه، 2 ساعت در روز و 4 تا 6 ساعت در شب، می‌تواند روش مؤثری جهت بهبود قدرت و عملکرد دست، اسپاستی سیته آرنج، مچ دست و شست و دامنه حرکتی شست و مچ دست کودکان فلج مغزی دایپلژی اسپاستیک باشد.

**کلیدواژه‌ها:** اسپلینت استاتیک cock up c-bar، اسپاستی سیته، قدرت، عملکرد دست، فلج مغزی

(ارسال مقاله 1391/3/23، پذیرش مقاله 1391/6/7)

**نویسنده مسئول:** تهران، خیابان انقلاب، پیچ شمیران، دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه کاردرمانی

**Email:** mehdiabdolvahab@yahoo.com

### مقدمه

متخصصین توانبخشی به خصوص کاردرمانگران مطرح و مورد تأکید قرار می‌گیرد.

هدف اصلی کاردرمانی کودکان ناتوان، افزایش استقلال و بهبود عملکرد آنان است. اسپلینت‌ها می‌توانند به افرادی که به علت کاهش عملکرد اندام فوقانی یا تحتانی در نتیجه اختلال در تون عضلانی و کاهش حرکات و مهارت‌های عملکردی دچار مشکل شده‌اند، در رسیدن به استقلال عملکردی بیشتر کمک کنند(1).

یکی از مراجعین اصلی به مراکز کاردرمانی کودکان فلج مغزی هستند. دست به عنوان ابزار بسیار مهم در عملکرد روزمره زندگی به حساب می‌آید در اکثر کودکان فلج مغزی عملکرد دست دچار اختلال می‌شود. مشکلات رایج بازو و دست در کودکان فلج مغزی شامل ضعف، نواقص حرکتی، اسپاستی- سیته و یا کاهش طول عضلانی و بدنبال آن، دیس تونیا و دیس یوز می‌باشد و به همین دلیل روش‌ها و تئوری‌های گوناگون درمانی در مورد باز توانی عملکرد دست این کودکان در بین

مناسب و نداشتن گروه کنترل نتوانسته‌اند تأثیر قطعی اسپلینت های استاتیک را در کاهش اسپاستی‌سیت به طور دقیق نشان دهند.

بنابراین در پژوهش حاضر از یک نوع اسپلینت به نام cock up c-bar استفاده شده است که از طریق اعمال نیروی استاتیک عمل می‌کند. مزیت این نوع اسپلینت نسبت به انواع دیگر آن این است که دست فرد را نزدیک به وضعیت عملکردی قرار می‌دهد و فرد می‌تواند اندام خود را در فعالیت های روزمره درگیر کند.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع مداخله ای و به صورت قبل-بعد و از جامعه در دسترس بوده است که در آن 13 کودک فلج مغزی دایپلژی اسپاستیک 8 تا 12 ساله با اخذ رضایتنامه از والدین از میان افرادی که در مدارس جسمی حرکتی شهر تهران تحصیل می‌کردند شرکت نمودند. نمونه‌ها شامل 6 دختر و 7 پسر فلج مغزی دایپلژی اسپاستیک بود. معیارهای ورود و خروج به شرح زیر می‌باشند:

معیارهای ورود:

1. کودکان فلج مغزی دایپلژی اسپاستیک 8 تا 12 ساله‌ی محصل در یکی از مدارس جسمی حرکتی شهر تهران 2. حداکثر درجه 3 مقیاس اشورث اصلاح شده در آرنج و مچ دست 3. عدم تزریق بوتوکس در 6 ماه گذشته 4. عدم وجود سابقه‌ی جراحی در اندام فوقانی 5. در صورت وجود تشنج کنترل شده باشد 6. عدم وجود کانترکچر در اندام فوقانی 7. توانایی درک و انجام دستورات کلامی و عملی

معیارهای خروج:

1. بروز سوانح ارتوپدی در طی مداخله 2. عدم تمایل همکاری از سوی بیمار و والدین با وجود موافقت اولیه
- ارزیابی‌های اولیه شامل قدرت دست با استفاده از دستگاه MIE. Medical research Lth، اسپاستی سیت به بر اساس مقیاس Modified Ashworth، دامنه حرکتی غیرفعال اکستانسیون آرنج و مچ دست غالب و پالمار ابداکشن شست دست غالب با استفاده از گونیامتر و عملکرد دست غالب بیماران با استفاده از آزمون Jebson\_Taylor که توسط آزمونگر دیگری انجام شد و اطلاعات مربوطه ثبت شد. پس از ارزیابی اولیه بیماران جهت ساخت اسپلینت استاتیک Cock up C-bar به دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران کلینیک تحقیقاتی دست معرفی شدند. نحوه‌ی ساخت اسپلینت به این

فلج مغزی یک اختلال مغزی غیرپیشرونده است که تظاهراتش بصورت اختلال در تون عضلانی، حرکت و پوسچر فرد بروز می‌کند. شروع آن قبل از رشد و تکامل مغزی اتفاق می‌افتد یعنی به علت آسیب یا ضایعه به مغز نابالغ (دوره جنینی - حین تولد و یا بلافاصله پس از تولد) ایجاد می‌شود (2). فلج مغزی شایعترین علت ناتوانانه‌های حرکتی در دوران کودکی می‌باشد (3). میزان شیوع آن حدود 2 مورد به ازای 1000 نفر جمعیت است و این رقم معادل 0/15 درصد کل جمعیت کودکان است. شایع ترین نوع فلج مغزی نوع اسپاستیک است که در آن عدم تعادل عضلانی و کنترل ضعیف حرکات می‌تواند تأثیر عمده‌ای روی عملکرد کودک در فعالیت‌های روزمره‌اش داشته باشد. تقریباً نیمی از کودکان مبتلا به فلج مغزی اختلال عملکرد در دست دارند (4).

حرکات دست در یک کودک مبتلا فلج مغزی بوسیله‌ی پاره‌ای از مشکلات عصبی عضلانی و مفصلی مختل می‌شود. این تغییرات می‌تواند منجر به هایپرتونیسیتی در دست شود که الگوی شاخصی از دفورمیتی را (فلکشن مچ و اداکشن شست) ایجاد می‌کند (5). گریپ (Grip)، پینچ (Pinch) و زبردستی (Dexterity) از عملکردهای اولیه دست هستند که فرد برای انجام فعالیت‌های روز مره‌ی زندگی نیازمند آنهاست. کودکان مبتلا به فلج مغزی در انجام این عملکردها دچار مشکل هستند و بنابراین تجربه‌ی آنها در انجام فعالیت‌هایی مثل انجام تکالیف مدرسه، مراقبت از خود و بازی با همسالان کاهش می‌یابد (6). ارتزها و اسپلینت‌ها به منظور بهبود پوزیشن، دامنه حرکتی، کیفیت حرکت و عملکرد دست مورد استفاده قرار می‌گیرند (7).

استفاده از اسپلینت رویکردی است که به منظور پیشگیری از کوتاهی عضلات اسپاستیک و کمک به بهبود عملکردهای کنترل حرکتی مثل گریپ، پینچ و رها سازی اشیاء پیشنهاد می‌شود (8).

درمانگران از ارتزهای اندام فوقانی برای افزایش دامنه‌ی حرکتی مچ و آرنج به منظور بهبود عملکرد دست در کودکانی که تون عضلانی بالایی دارند، استفاده می‌کنند (7). Hill در سال 1994 در مقاله خود بیان کرده است که روش گچ گیری اندام موثرتر از روش‌های سنتی مرسوم نظیر تمرینات دامنه حرکتی پاسیو، استرچ استاتیک و اسپلینت دادن است (9). اما در مطالعه‌ی دیگری که توسط Iannin در سال 2007 انجام شده است نتایج متفاوتی مبنی بر ایجاد ضعف، به علت شرایط بدون حرکت در روش گچ گیری گزارش شد (10). و در نهایت هیچ کدام از مطالعات به دلیل محدودیت‌های متدولوژیکی، عدم ارزیابی‌های

ترموپلاستیک low temperature با وزن سبک و قابل شستشو بود و به والدین نحوه صحیح استفاده از اسپلینت‌ها، روش نگهداری و بهداشت آن آموزش داده شد. پس از 8 هفته استفاده از اسپلینت، ارزیابی‌های اولیه دوباره توسط فرد آزمونگر انجام شده و نتایج مورد بررسی آماری قرار گرفت. طی مدت مداخله بیماران از برنامه‌های روتین کاردرمانی شامل (Neuro Development Treatment: NDT) استفاده کردند. لازم به ذکر است که به منظور آگاهی از نوع وضعیت حرکتی درشت کودکان حاضر در این مطالعه، کودکان قبل از انجام مداخله بر اساس سامانه طبقه‌بندی عملکرد حرکتی درشت (Gross Motor Function Classification System: GMFCS) نیز طبقه‌بندی شدند (شکل 1).



شکل 1 - اسپلینت استاتیک Cock up C-bar

صورت بود که ابتدا در وضعیت نوترال دست یک قالب positive گچی گرفته شده و سپس روی قالب، اسپلینت استاتیک Cock up C-bar با کمک حرارت شکل داده شد. زوایای اسپلینت‌های ساخته شده در تمام بیماران یکسان و به این صورت بود که مچ دست را در وضعیت 10 درجه اکستنشن و شست را در وضعیت مقابله با انگشت اشاره و در حالت پالمار ابداکشن قرار می‌داد. سپس با توجه به بزرگ و کوچک بودن دست کودکان اسپلینت مناسب سازی شد. از آنجایی که کودکان مورد مطالعه همگی مدرسه رو بودند و نمی‌توانستند در ساعات حضور در مدرسه و در هنگام انجام تکالیف در خانه اسپلینت را بپوشند بنابراین اسپلینت به مدت 8 هفته و روزانه 2 ساعت و در شب موقع خواب 4-6 ساعت در دست کودک پوشانده شد. جنس اسپلینت‌ها از

#### یافته‌ها

آماری قرار گرفت. پس از 8 هفته استفاده از اسپلینت نتایج زیر بدست آمد:

عملکرد اندام فوقانی ( $P < 0/001$ )، اسپاستی‌سپته مفصل مچ دست ( $P < 0/001$ )، مفصل آرنج ( $P < 0/008$ )، پالمار ابداکشن شست ( $P < 0/002$ ) و دامنه حرکتی مفصل مچ دست ( $P < 0/001$ )، دامنه حرکتی پالمار ابداکشن دست ( $P < 0/001$ ) و قدرت گریپ (P) ( $P < 0/001$ ) بهبود معناداری یافتند اما تأثیر معناداری بر روی دامنه حرکتی آرنج ( $P < 0/160$ ) دیده نشد (جدول شماره 1 و 2).

در این مطالعه 13 کودک (6 دختر و 7 پسر) شرکت نمودند که در دامنه‌ی سنی 8-12 سال با میانگین 10/30 و انحراف معیار 1/75 سال قرار داشتند. از میان شرکت‌کنندگان 3 کودک در سطح 3، 7 کودک در سطح 4، و 3 کودک نیز در سطح 5 مقیاس GMFCS قرار داشتند. برای 7 کودک دست راست و برای 6 کودک دست چپ اسپلینت گرفته شد. دستی که کودک با آن می‌نوشت به عنوان دست غالب در نظر گرفته شد. اطلاعات مربوط به این افراد توسط نرم افزار SPSS (نسخه‌ی 16) و با استفاده از آزمون‌های t زوجی و ویلکاکسون مورد تجزیه و تحلیل

جدول 1- مقایسه ی عملکرد دست با استفاده از تست جیسون تیلور و بر حسب ثانیه و دامنه ی حرکتی مفاصل مچ دست، آرنج و پالمار ابداکشن شست با استفاده از گونیامتر و بر حسب درجه و قدرت گریپ دست بر حسب کیلوگرم قبل و بعد از مداخله

متغیر	میانگین		انحراف معیار		P Value
	قبل	بعد	قبل	بعد	
عملکرد دست	115	82	38/2	25/9	0/001<
دامنه حرکتی اکستنشن مچ دست	65	71/5	7/63	5/91	0/001<
دامنه حرکتی اکستنشن آرنج	136/5	137/3	7/74	8/32	0/160<
دامنه حرکتی پالمار ابداکشن شست	45/76	52/69	4/93	4/83	0/001<
قدرت گریپ	4/21	5/1	1/33	1/36	0/001<

جدول 2- تغییرات اسپاستی سینه

متغیر	میان	Z آماره ی	P Value
اسپاستی سینه فلکسور های مچ دست	1	-3/31	0/001<
اسپاستی سینه فلکسور های آرنج	1	-2/64	0/008<
اسپاستی سینه پالمار ابداکشن شست	0	-3/05	2 0/00<

### بحث

عملکرد دست

حرکتی غیرفعال مفصل مچ دست و پالمار ابداکشن شست به صورت معناداری افزایش پیدا کرده است بنابراین بدست آوردن چنین نتیجه ای دور از انتظار نمی باشد. همچنین عامل دیگری که احتمالاً بر عملکرد دست مؤثر بوده است قدرت گریپ دست می باشد که در این مطالعه به صورت معناداری افزایش یافته است.

در تحقیق انجام شده توسط Garros و همکاران (2010) نشان داده شده است که عملکرد دست بیماران با استفاده از volar dorsal orthosis به صورت معناداری بهبود یافته است که هم راستا با نتایج تحقیق حاضر می باشد (15).

در مطالعه ی دیگری که توسط Vaz و همکاران (2006) تحت عنوان قدرت و سفتی عضله و ارتباطشان با عملکرد دست کودکان همی پلژی اسپاستیک انجام شد، معلوم شد ارتباط معناداری بین محدودیت دامنه حرکتی، سفتی و ضعف عضلانی با عملکرد دست در کودکان فلج مغزی اسپاستیک وجود دارد و مداخلات درمانی که این ویژگی ها را تحت تأثیر قرار دهد باعث بهبود عملکرد دست در این کودکان می شود که هم راستا با نتایج تحقیق حاضر است (16).

از آنجایی که در این پژوهش گروه مورد مطالعه کودکان 8 تا 12 ساله بودند و در این سنین عملکرد دست برای مشارکت فعال در محیط اهمیت بسیاری دارد، تمرکز اصلی مطالعه بر روی عملکرد دست بود همچنانی که در مطالعات دیگری که در گروه های سنی مشابه انجام شده نیز عملکرد دست مورد توجه بوده است (۱۱،۱۲،۱۳،۱۴).

در پژوهش حاضر برای ارزیابی عملکرد دست از 5 آیتهم تست جیسون تیلور شامل برگرداندن کارت ها، جابجا کردن اشیاء ریز، گذاشتن مهره ها روی هم، جابجا کردن قوطی های سبک و سنگین، استفاده شد. این تست، عملکرد دست را به صورت یک طرفه ارزیابی می کند. نتایج حاصل از تحقیق نشان می دهد که عملکرد اندام فوقانی به دنبال استفاده از اسپلینت بهبود می یابد و این بهبود عملکرد به صورت کاهش زمان انجام تست جیسون تیلور می باشد. با توجه به اینکه اسپاستی سینه در آرنج، مچ دست و شست کاهش معناداری داشته است، شاید یکی از دلایل افزایش عملکرد این مورد باشد؛ عامل دیگری که ممکن است بر عملکرد اندام فوقانی تأثیر گذار بوده باشد دامنه ی حرکتی غیر فعال مفصل مچ دست و شست می باشد. از آنجا که در تحقیق حاضر دامنه ی

به دو گروه استفاده کننده از اسپلینت ولار و گروه استفاده کننده از اسپلینت دورسال تقسیم شده و هر دو گروه اسپلینت‌ها را 2 ساعت در روز و 4 ساعت در شب به مدت 12 هفته به کار بردند. دامنه حرکتی مچ دست و آرنج سمت غالب با استفاده از گونیامتر و اسپاستی‌سیتة مچ دست غالب بر اساس مقیاس Modified Ashworth مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو اسپلینت ولار و دورسال در کاهش شدت اسپاستی‌سیتة مچ دست و افزایش دامنه حرکتی مچ دست و آرنج کودکان فلج مغزی اسپاستیک کوادروپلژی به یک میزان مؤثر بوده اند که هم راستا با نتایج تحقیق حاضر می باشد (25).

نتایج تحقیق Casey و همکاران (1988) که به بررسی تأثیر thumb abduction supination splint در کودکان فلج مغزی پرداختند نشان داد که اسپاستی‌سیتة در عضلات فلکسور مچ و شست به طور معناداری کاهش پیدا کرد که هم راستا با نتایج تحقیق حاضر می باشد (17).

در تحقیق مشابهی که توسط عبدالوهاب و همکاران (1389) روی بیماران سکتة مغزی انجام شد، کاهش اسپاستی‌سیتة مچ دست به دنبال 3 ماه، 4 ساعت در شب و 2 ساعت در روز استفاده از اسپلینت استاتیک کف دستی گزارش شده است که هم راستا با تحقیق حاضر می باشد (26).

نتایج تحقیق Scheker و همکاران (1999) نیز که بر روی بیماران فلج مغزی همی‌پلژی اسپاستیک 4 تا 21 ساله انجام شد نشان داد استفاده از یک بریس استاتیک در شب باعث کاهش اسپاستی‌سیتة عضلات فلکسور مچ دست می شود که هم راستا با تحقیق حاضر می باشد (27).

اسپاستی‌سیتة عضلات آرنج نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر نشان می‌دهد که اسپاستی‌سیتة در عضلات فلکسور مفصل آرنج نیز در بیماران مورد مطالعه به صورت معناداری کاهش پیدا کرده است. نتایج تحقیق Pizzi و همکاران (2005) که به مدت 3 ماه از یک اسپلینت ولار بر روی بیماران مبتلا به سکتة مغزی استفاده می‌کردند کاهش اسپاستی‌سیتة عضلات فلکسور آرنج را نشان داد و دلیل این مسأله را مهار عضله Biceps به وسیله آرنج‌های II گروه فلکسوری‌های مچ در اثر استرچ گزارش نمودند (19).

در تحقیق انجام شده توسط امینی و همکاران (1388) استفاده از اسپلینت Volar-Dorsal Wrist/Hand Immobilization تغییر معناداری در اسپاستی‌سیتة عضلات فلکسوری آرنج ایجاد نکرد. از آنجایی که استفاده از اسپلینت در مطالعه امینی کوتاه مدت بوده بنابراین ممکن است استفاده کوتاه

در تحقیق مشابهی که توسط Burtner و همکاران (2008) انجام شد نشان داده شده است که زبردستی و عملکرد دست کودکان فلج مغزی همی‌پلژی اسپاستیک با استفاده از اسپلینت مچ دستی به صورت معناداری بهبود یافته است که هم راستا با نتایج تحقیق حاضر می باشد (6).

نتایج تحقیق مشابهی که توسط Casey و همکاران (1988) انجام شد نیز بهبود عملکرد دست را در فعالیت‌های دوطرفه به دلیل کاهش اسپاسم و پوزیشن مناسب ساعد در نتیجه‌ی استفاده از یک thumb abduction supination splint نشان داد (17).

در تحقیقات دیگری نیز بهبود عملکرد اندام فوقانی به دنبال استفاده از اسپلینت در کودکان فلج مغزی گزارش شده که از جمله آن‌ها می‌توان به (1996) Goodman، (2005) Pizzi، (1997) Law، (2007) Rodrigues و (2007) Kanellopoulos اشاره کرد (18، 19، 20، 21، 22).

عاملی که ممکن بود نتایج مطالعه‌ی حاضر را مخدوش کند روایی و پایایی تست جیسون برای ارزیابی عملکرد دست است. Sears و همکاران در تحقیق خود در سال 2010 درباره‌ی روایی و پایایی تست جیسون تیلور در ارزیابی عملکرد اندام فوقانی چنین گزارش کردند که این تست ابزار مناسبی برای تشخیص تغییرات عملکرد اندام فوقانی می باشد (23). همچنین Li و همکاران (2004) طی مطالعه‌ای پایایی آزمون- باز آزمون و بین آزمونگر تست جیسون تیلور را بسیار خوب گزارش نمودند (24).

اسپاستی‌سیتة عضلات مچ دست و شست با توجه به نتایج به دست آمده اسپاستی‌سیتة عضلات فلکسور مفصل مچ دست و پالمار ایداکشن شست به صورت معناداری در بیماران مورد مطالعه کاهش پیدا کرده است. چون کشش طولانی مدت در عضله اسپاستیک باعث تحریک رفلکس کششی شده و از طریق رفلکس‌های نخاعی باعث کاهش تون عضلانی می‌شود، به احتمال زیاد استفاده طولانی مدت از اسپلینتی که عضلات فلکسور مچ دست و پالمار ایداکشن شست را در وضعیت کشیده شده یعنی در 10 درجه اکستنشن و آپوزیشن به مدت 8 ساعت در شبانه‌روز قرار می‌داده دلیل اصلی کاهش اسپاستی‌سیتة در عضلات فلکسور مفصل مچ دست و پالمار ایداکشن شست می‌باشد.

عبدالوهاب و همکارانش (1387) مطالعه‌ای را تحت عنوان تأثیر اختصاصی دو نوع اسپلینت ولار و دورسال در کاهش اسپاستی‌سیتة دست کودکان فلج مغزی بررسی کردند. در این مطالعه 20 کودک فلج مغزی اسپاستیک کوادروپلژی 4 تا 6 ساله

یافته است. از آنجایی که بین اسپاستی سیتة و قدرت عضلات در کودکان فلج مغزی ارتباط متقابل وجود دارد (31) و در مطالعه حاضر اسپاستی سیتة عضلات فلکسور مچ، آرنج و شست کاهش پیدا کرده است از این رو احتمالاً یکی از دلایل افزایش قدرت کاهش اسپاستی سیتة می باشد.

نتایج مطالعه‌ی Vaz و همکاران (2006) نشان داد که ارتباط معناداری بین محدودیت دامنه حرکتی، سفتی و ضعف عضلانی با عملکرد دست در کودکان فلج مغزی اسپاستیک وجود دارد (16).

در مطالعه‌ای که توسط Goodman و Bazyk انجام شد، تأثیر short thumb opponence splint روی عملکرد دست یک دختر 4 ساله کوادری پارزی اسپاستیک متوسط به صورت case report بررسی شد. قدرت پینچ و گریپ و الگوهای گرفتن قبل و بعد از مداخله و دو بار در هفته هنگام مداخلات انجام شد. اسپلینت به مدت 4 هفته و 6 ساعت در روز و در طی تمام شب استفاده و نتایج بهبودی چشمگیری در palmar radial abduction, Thumb opposition و قدرت lateral pinch و گریپ نشان داد که هم راستا با پژوهش حاضر است (18).

Barroso و همکاران (2011) مطالعه‌ای را تحت عنوان بهبود عملکرد دست در کودکان فلج مغزی بوسیله ارتزی که اکستنشن مچ و ابداکشن شست را ایجاد می کند (cock up c-bar) انجام دادند. در این مطالعه حرکات دست کودکان فلج مغزی در آزمون‌های عملکردی بررسی شد و عملکرد این کودکان با و بدون استفاده از ارتز مقایسه شد. در این مطالعه 32 کودک فلج-مغزی همی پلژی اسپاستیک 5 تا 12 ساله شرکت کردند و به منظور ارزیابی دامنه حرکتی مفصل تراپیزو متاکارپال از یک reflexive marker image system برای ارزیابی قدرت عضلانی از داینامومتر و برای ارزیابی توانایی دستی از تست جیسون تیلور استفاده شد. نتایج این مطالعه نشان داد که این ارتز باعث بهبود دامنه حرکتی، قدرت عضلات و عملکرد دست می شود که هم راستا با نتایج تحقیق حاضر است (32).

### قدردانی

این مقاله با استفاده از بودجه اختصاصی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام پذیرفته است. نویسندگان لازم می پنداندند از والدینی که در این پژوهش همکاری لازم را به عمل آوردند و همچنین از دانشگاه علوم پزشکی تهران برای حمایت مالی از این طرح تحقیقاتی تشکر نمایند.

مدت از اسپلینت، علت تفاوت نتایج این مطالعه و مطالعه حاضر باشد (28).

دامنه حرکتی اکستانسیون غیرفعال مفصل مچ دست، آرنج و شست

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می دهد که دامنه حرکتی اکستانسیون غیر فعال مچ دست و پالمار ابداکشن شست در بیماران مورد مطالعه به صورت معنی داری افزایش یافته است. یکی از دلایلی که ممکن است باعث چنین نتیجه‌ای شده باشد، کاهش اسپاستی سیتة است که در تحقیق حاضر اسپاستی سیتة مچ دست و پالمار ابداکشن شست به صورت معنی داری کاهش پیدا کرده است و این نتیجه ممکن است تأیید کند که کاهش اسپاستی سیتة ممکن است باعث افزایش دامنه حرکتی غیرفعال شود. در تحقیقات مشابهی نیز افزایش دامنه حرکتی اکستانسیون غیرفعال مفصل مچ دست و پالمار ابداکشن دست به دنبال استفاده از اسپلینت گزارش شده است.

نتایج تحقیق عبدالوهاب و همکاران (1390) که از یک اسپلینت استاتیک کف دستی برای کودکان فلج مغزی استفاده کردند نشان دهنده بهبود دامنه حرکتی پسیو در مچ دست کودکان بود که هم راستا با نتایج پژوهش حاضر است (29). قریشی تأثیر اسپلینت کوتاه شست را بر روی دامنه حرکتی، زبردستی، قدرت پینچ و الگوی نوشتن در 30 کودک اسپاستیک با فاصله‌ی سنی 3 تا 10 سال که به طور تصادفی در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفته بودند، بررسی کرد. طبق نتایج تحقیق افزایش ROM مچ دست و پالمار ابداکشن شست، زبردستی و مهارت های نوشتن در گروه مورد بیش از گروه شاهد بود که هم راستا با نتایج پژوهش حاضر است (30).

در تحقیقی که توسط Pizzi و همکاران (2005) انجام شد نشان داد که دامنه حرکتی غیر فعال در مچ دست به طور معنی داری افزایش یافته است و این مسأله را به کاهش اسپاستی سیتة در FCR و سایر فلکسورهای مچ نسبت داد که هم راستا با پژوهش حاضر است (19).

در مطالعه حاضر بر اساس یافته های موجود دامنه حرکتی اکستانسیون غیرفعال آرنج قبل و بعد از مطالعه تغییر معنی دار نداشته است و با توجه به نتایج بدست آمده دامنه حرکتی اکستنشن غیر فعال آرنج از ابتدا تقریباً کامل بوده و در نتیجه افزایش معنادار و بهبودی در دامنه انتظار نمی رفت. قدرت

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می دهد که قدرت گریپ دست در بیماران مورد مطالعه به صورت معنی داری افزایش

## REFERENCES

1. Fullerton M, Lachance A, Mailhot M. Splinting for the child and adolescent. In Solomon JW, O'Brien JC. Pediatric skills for occupational therapy assistants, 2006; 2<sup>nd</sup> edition, Mosby.
2. Bax M, Murray G, Peter R, Alan Leviton, Nigel Paneth. Proposed definition and classification of cerebral palsy, *Developmental Medicine & Child Neurology* 2005; 47: 571-576
3. Kargeloh-mann I, Staudt M. Neurological classification and Neuroradiology of cerebral palsy. In Eliasson A, Burtner P. Improving hand function in children with cerebral palsy: Theory, Evidence and Intervention. 2008; Mac Keith Press
4. Chen.Y, Kang.L, Chuang.T, Doong J, Lee S, Tsaei M and et al. Use of virtual reality to improve upper-extremity control in children With cerebral palsy. *Physical Therapy*. 2007; 87; 1441-1457
5. Wilton J. Casting, splinting, and physical and occupational therapy of hand deformity and dysfunction in cerebral palsy. *Hand Clinics*, 2003; 19, 573-584.
6. Burtner P, Amanda M, Joanne K, Clifford Q. effect of wrist hand splints on grip, pinch, manual dexterity, and muscle activation in children with spastic hemiplegia: *Journal of Hand Therapy*. 2008; 21:36-43
7. Teplicky R, Law M, Russell D. The effectiveness of casts, orthoses, splints for children with neurological disorders. *Infants Young Child*. 2002; 15:42-50
8. Flegle J, Leibowitz J. Improvement in grasp skill in children with hemiplegia with the MacKinnon splint. *Research in Developmental Disabilities*. 1998; 9:145-51
9. Hill J. The effects of casting on upper extremity motor disorders after brain injury. *Am J occup ther*. 1994; 48(3) 219 – 224.
10. Lannin N, Novak I, Cusick, A. The effects of splinting on wrist contracture after stroke. 2007; 38:111-116
11. Bagheri H, Abdolvahab M, Dehghan I, Jalili M, Beheshti SZ. The effect of task oriented training on upper extremity function in children with spastic diplegia. *Journal of Modern Rehabilitation*. 2010; 3(3):56-61. [in persian]
12. Gordon M, Schneider A, Chinnan A, Charles R. Efficacy of a hand-arm bimanual intensive therapy (HABIT) in children with hemiplegic cerebral palsy: a randomized control trial, *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2007; 49: 830-838.
13. Hung Y, Gordon A. Bimanual coordination during goal directed tasks in child with hemiplegic cerebral palsy, *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2004; 46:746-753.
14. Hung Y, Charles J, Gordon M. Influence of accuracy constraints on bimanual coordination during a goal-directed task in children with hemiplegic cerebral palsy. *Experimental Brain Research*. 2010; 201:421-428
15. Garros D, Rubens G, Regina A. Evaluation of performance and personal satisfaction of the patient with spastic hand after using a volar dorsal orthosis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 2010; 68(3):385-389.
16. Vaz DV, Mancini MC, Fonseca ST, Vieira DS. Muscle stiffness and strength and their relation to hand function in children with hemiplegic cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2006; 48: 728-733 .
17. Casey CA, Kratz EJ. Soft splinting with neoprene: the thumb abduction supinator splint. *American Journal Occupational Therapy*. 1988; 42(6):395-8
18. Goodman G, Bazyk S. The effects of a short thumb opponens splint on hand function in cerebral palsy: a single-subject study. *American Journal Occupational Therapy*. 1991; 45(8):726-31.
19. Pizzi A, Carlucci G, Falsini C, Verdesca S, Grippo A. Application of a volar static splint in poststroke spasticity of the upper limb. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2005; 86:1855-9.
20. Law M, Russell D, Pollock N, Rosenbaum P, Walter S, King G. A comparison of intensive neurodevelopment therapy plus casting and a regular occupational therapy program for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 1997; 39:664-70.
21. Rodrigues A, Mancini M, Vaz D, Silva L. Use of abduction thumb orthosis in functional performance of a child with cerebral palsy: a single-subject study. 2007, *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7 (4): 423-436.
22. Kanellopoulos A, Mavrogenis A, Mitsiokapa E, Panagopoulos D, Skouteli H, Vrettos S, Tzanos G, Papagelopoulos P. Long lasting benefits following the combination of static night upper extremity splinting with botulinum toxin A injections in cerebral palsy children. *Europa Medicophysica*. 2009; 45:501-06
23. Sears E, Chung K. Validity and responsiveness of jebsen taylor hand function test. *The Journal of Hand Surgery*. 2010; 35:30-38.
24. Li C, Chan S, Soo A. Inter rater and test retest reliability of jebsen hand function test. *HRJOT*. 2004; 14:12-20
25. Abdolvahab M, Bagheri H, Daliri A, Olyaei GR, Jalili M, Faghihzadeh S. The effects of special two different types of splint, volar and dorsal, on reduction of spasticity of hand in spastic cerebral palsy 4 – 6 years old. *Modern Rehabilitation J*. 2008; 2(1):46-50
26. Abdolvahab M, Bagheri H, Mehdizade H, Olyaei GR, Jalili M, Faghihzadeh S. Effects of volar static splint on function and spasticity of upper extremity hemiplegic adults. *Journal of Medication Council Islamic Republic Iran*. 2010; 28(1): 120-129.

27. Scheker LR, Chesher SP, Ramirez S. Neuromuscular electrical stimulation and dynamic bracing as a treatment for upper-extremity spasticity in children with cerebral palsy. *Journal of Hand Surgery. British Volume*.1999; 24(2): 226-32
28. Amini M , Shimili A, Foroghi B, Kazemi R , Sayad Nejad T, Taghi Zadeh Gh. Effects of Volar-Dorsal Wrist/Hand Immobilization Splint on Range of motion, Spasticity and Function of affected upper extremity in stroke patients. *Modern Rehabilitation J from TUMS*.2009;3(3,4)22-26
- 29 . Abdolvahab M, Bagheri H, Joveyni GH, Olyaei GR ,Jalili M, Baghestani A. Effects of volar static splint on hand function, spasticity and range of motion of wrist and elbow of 8-12 years old spastic cerebral palsy children. *Modern Rehabilitation J from TUMS*. 2011;5(1)31-38
30. Ghoreyshi R, Effects of C bar Splint on Hand Function of 3-10 years old Cerebral Palsy Children. A thesis presented for the master of science degree in occupational therapy Tehran University of Medical Sciences (Faculty of Rehabilitation)
31. Damiano D L, Quinlivan J, Owen BF, Shaffrey M and Abel MF. Spasticity versus strength in cerebral palsy: relationships among involuntary resistance, voluntary torque, and motor function. *European Journal of Neurology*. 2001;8(5)40-49
32. Barroso PN, Vecchio SD, Xavier YR, Sesselmann M, Araujo PA, Pinotti M. Improvement of hand function in children with cerebral palsy via an orthosis that provides wrist extension and thumb abduction, *Clinical Biomechanical* 2011; 937-943.

Archive of SID



# The effects of static cock up c-bar splint on strength, spasticity, ROM, and dominant hand function in spastic diplegic children

Fallahzadeh Abarghuei A<sup>1</sup>, Abdolvahab M<sup>2\*</sup>, Hasani Mehraban A<sup>3</sup>, Aliabadi F<sup>2</sup>, Jalili M<sup>4</sup>, Baghestani A<sup>5</sup>

1. M.Sc of occupational therapy.

2. Lecturer of Tehran University of Medical Sciences.

3. Assistant professor, Tehran University of Medical Sciences.

4. Teacher of Tehran University of Medical Sciences.

5. Department of Biostatistics, Faculty of Paramedical Sciences Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Abstract

**Background and Aim:** Cerebral Palsy (CP) children are the most clients referred to occupational therapy settings. Hand function is important in Activities of Daily living. There is a hand dysfunction in most cerebral palsy children. Orthosis and splints are commonly used to improve the position, range of motion, quality of movement and function of a person's arm or hand. The aim of this study was to investigate the effects of static cock up c-bar splint on strength, spasticity, range of motion, and dominant hand function in spastic diplegic children with 8 to 12 years old.

**Materials and Methods:** This interventional study is in a before-after design. Thirteen spastic diplegic cerebral palsy children with 8 to 12 years old were selected through students who studied in physical disabled schools in Tehran city and had the inclusion criteria. Patients used a static cock up c-bar splint (wrist in 10 degrees of extension and thumb in palmar abduction and opposition) for two months, 2 hours daily and 4-6 hours at night. In this study the Jebsen Taylor test was used to evaluate hand function, the Modified Ashworth Scale was used to assess spasticity of thumb, wrist and elbow, ROM of thumb, wrist and elbow were tested with goniometer and power grip was evaluated with dynamometer.

**Results :** Results showed a significant improvement in hand function ( $p < 0.001$ ), in wrist's spasticity ( $p < 0.001$ ), elbow's spasticity ( $p < 0.008$ ), palmar abduction of thumb spasticity ( $p < 0.002$ ), wrist's ROM ( $p < 0.001$ ), Palmar abduction of thumb ROM ( $p < 0.001$ ) and power grip ( $p < 0.001$ ). The data did not show significant improvement on elbow's joint ROM.

**Conclusion:** Information from present research shows that using static cock up c-bar splint for 2 months, 2 hours a day and 4 to 6 hours nightly, can be an effective method to improve power grip, hand function, thumb, wrist and elbow spasticity and range of motion of thumb and wrist of spastic diplegic CP children.

**Key words:** Static cock up c-bar splint, Spasticity, Power grip, Hand function, Cerebral palsy.

**Corresponding author\*:** Abdolvahab M, Rehabilitation Faculty, Tehran University of Medical Sciences

**Email:** mehdiabdolvahab@yahoo.com

*This research was supported by Tehran University of Medical Sciences*