

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۰۷

تأثیر ارتز مج دست بر نسبت Hmax/Mmax، اسپاستی سیتی، قدرت pinch و دامنه‌ی حرکتی آرنج و مج دست کودکان فلج مغزی اسپاستیک

چکیده

زمینه: مشکلات عملکردی اندام فوقانی از رایج‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالاتی است که به دنبال فلج مغزی به وجود می‌آیند. ابزارهای ارزیابی که بر پایه‌ی تکنیک‌های الکترو فیزیولوژی یا بیومکانیک هستند، به صورت Objective خصوصیات کلینیکی مختلف مرتبط با اسپاستی سیتی را اندازه‌گیری کرده و باید به عنوان مکمل ارزیابی‌های کلینیکی در نظر گرفته شوند. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر ارتز مج دست بر نسبت Hmax/Mmax، اسپاستی سیتی، قدرت pinch و دامنه‌ی حرکتی آرنج و مج دست کودکان فلج مغزی اسپاستیک می‌باشد.

روش کار: روش مطالعه در این پژوهش از نوع مداخله‌ای و به صورت Before-After می‌باشد. ۲۴ کودک فلج مغزی اسپاستیک ۷ تا ۱۲ ساله از میان افراد مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی شهر تهران که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. بیماران از یک ارتز مج دست (با زوایای ۱۰ درجه اکستانسیون مج دست، اکستانسیون کامل انگشتان و ابداقسیون و آپوزیشن شست) به مدت ۲ ماه، ۲ ساعت در روز و ۴ تا ۶ ساعت در شب استفاده کردند. در این مطالعه از دستگاه الکترومیوگراف برای ثبت H-reflex (توسط فیزیوتراپیست با تجربه که نسبت به نتایج کلینیکی ناآگاه بود)، دستگاه MIE برای ارزیابی قدرت pinch و grip، مقیاس اشورث اصلاح شده برای ارزیابی اسپاستی سیتی مج دست و آرنج و از گونیاگر برای ارزیابی دامنه‌ی حرکتی مج دست و آرنج استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج ارزیابی‌ها نشان‌دهنده کاهش (۰/۱۸) معنادار نسبت (P < 0/002) کاهش معنادار اسپاستی سیتی مج دست و آرنج (درصد فراوانی) (۱/۰۰۰۱) (P < 0/0001) و افزایش (۰/۷۲) معنادار قدرت (۰/۰۰۱) (P < 0/0001) و grip افزایش (۰/۰۰۰۲) (P < 0/0002) و دامنه‌ی حرکتی مج دست افزایش (۰/۳۲) (P < 0/0003) بود اما تأثیر معناداری روی دامنه‌ی حرکتی آرنج افزایش (۰/۴۱) (P < 0/0041) نداشت.

نتیجه‌گیری: اطلاعات حاصل از تحقیق حاضر نشان می‌دهد که استفاده از ارتز مج دست به مدت ۲ ماه، ۲ ساعت در روز و ۴ تا ۶ ساعت در شب، می‌تواند روش مؤثری جهت کاهش اسپاستی سیتی مج دست و آرنج، دامنه‌ی حرکتی مج دست و افزایش قدرت pinch و grip کودکان فلج مغزی اسپاستیک باشد.

واژگان کلیدی: ارتز مج دست، نسبت Hmax/Mmax، اسپاستی سیتی، قدرت pinch و grip، فلج مغزی اسپاستیک باشد.



* مهدی عبدالوهاب ۱

دکتر حسین باقری ۲

قدسیه جوینی ۳

رضاروزبان ۴

دکتر غلامرضا علیایی ۲

محمود جلیلی ۳

دکتر احمد رضا باغستانی ۴

۱- مریبی گروه کار درمانی دانشگاه

علوم پزشکی تهران

۲- استاد گروه فیزیوتراپی دانشگاه

علوم پزشکی تهران

۳- کارشناس ارشد کار درمانی

۴- استادیار گروه آمار دانشگاه آزاد

اسلامی

* نشانی نویسنده مسؤول:

تهران- خیابان انقلاب- پیچ

شمیران- دانشکده توانبخشی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

تلفن: ۰۲۱-۷۷۵۳۸۷۹۸

نشانی الکترونیکی:

mehdiabdolvahab@yahoo.com

MIE و دامنه‌ی حرکتی مج دست و آرنج کودکان فلچ مغزی مورد بررسی قرار دهیم تا نتایج آن بستر مناسبی جهت استفاده در تحقیقات و مطالعات بعدی باشد.

Postans و همکارانش تأثیر Dynamic splint همراه با Neuromuscular electrical stimulation (NMES) را در کاهش کانترکچرهای مج دست و آرنج روی ۶ کودک فلچ مغزی ۷ تا ۱۶ ساله بررسی کردند. دوره‌ی درمان به مدت ۳ ماه و روزی ۱ ساعت استفاده از اسپلینت داینامیک بوده که در نیم ساعت دوم برنامه‌ی درمانی همراه با NMES انجام می‌شده است. عملکرد اندام فوقانی، ناتوانی حرکتی، کیفیت زندگی و دامنه‌ی اکتیو و غیر فعال آرنج و مج دست ارزیابی شد. نتایج تحقیق به این صورت بود که دامنه‌ی حرکتی غیر فعال آرنج در ۲ بیمار که به منظور اصلاح کانترکچر آرنج درمان می‌شوند افزایش یافت اما تأثیری روی عملکرد اندام فوقانی دیده نشد. همچنین دامنه‌ی حرکتی مج نیز در بیماری که به منظور اصلاح کانترکچر مج درمان می‌شود، افزایش یافت [۱۶].

Yusakawa کسب دامنه‌ی کامل پسیو سوپینیشن ساعد و Forearm Rotation اکستنشن آرنج را به دنبال استفاده از Elbow Orthosis به مدت ۷ ماه ۴ ساعت در روز و تمام شب در ۲ کودک CP همی پلژی گزارش کرد [۱۷].

مهردی‌زاده تأثیر اسپلینت استاتیک ولار (با زوایای ۱۰ درجه اکستنشن مج دست، اکستنشن کامل انگشتان و ابداکشن و آپوزیشن شست) را بر عملکرد حرکتی با استفاده از تست فوگل مایر، اسپاستی سیتی بر اساس MAS و دامنه‌ی حرکتی غیر فعال مج دست و آرنج ۱۵ بیمار سکته‌ی مغزی ۴۱ تا ۸۵ ساله بررسی کرد. نتایج تحقیق نشان دهنده‌ی کاهش معنی‌دار اسپاستی سیتی مج دست و آرنج ($P < 0.0001$)، افزایش معنی‌دار دامنه‌ی حرکتی اکستنشن غیر فعال مج دست ($P < 0.0001$) و آرنج ($P < 0.002$) و افزایش معنی‌دار عملکرد اندام فوقانی ($P < 0.0001$) در بیماران مورد مطالعه به دنبال ۲ ماه، ۲ ساعت در روز و ۴ ساعت در شب استفاده از اسپلینت استاتیک ولار می‌باشد [۱۸].

Braenvik و همکارانش در طی مطالعه‌ای ارتباط بین عملکردهای نوروموسکولار و عملکرد اندام فوقانی ۲۳ کودک CP را بررسی کردند. قدرت Grip و عضلات آرنج و مج، تون عضلانی فلکسورهای آرنج و سوپیناتورهای ساعد، AROM اکستنسورهای آرنج و سوپیناتورهای ساعد و Force control فلکسورهای آرنج در سطح ساب ماکریمال اندازه‌گیری شد. نتایج تحقیق نشان داد که

مقدمه

Manual dexterity و pinch، Grip دست هستند که فرد برای انجام فعالیت‌های روزمره زندگی نیازمند آنهاست. کودکانی که به علت مشکلات عصبی- عضلانی مانند فلچ مغزی در انجام این عملکردها دچار مشکل هستند، تجربه‌ی آنها در انجام فعالیت‌هایی مثل انجام تکالیف مدرسه، مراقبت از خود و بازی با همسالان کاهش می‌یابد [۱]. کودکانی که در مهارت‌های دست دچار مشکل هستند، فرصت کمتری برای دریافت اطلاعات از محیط و تجربه‌ی تأثیر عملکردشان بر محیط دارند [۲].

فلچ مغزی یک اختلال رشدی- عصبی غیر پیشرونده است و به علت ضایعات مغزی که در قبل، حین و یا بعد از تولد ایجاد می‌شوند، به وجود می‌آید. این اختلال باعث ایجاد مشکلات حرکتی یا نواقص حسی در کودکان شده [۳] و شایع ترین علت ناتوانی‌های حرکتی در دوران کودکی می‌باشد [۴]. شدت نواقص حسی و حرکتی بسیار متفاوت است و می‌تواند به صورت اسپاستی سیتی، فلاسیدیتی یا آتنوز باشد [۵]. ۹۰٪ از انواع CP از نوع اسپاستیک بوده که دو سوم آنها Bilateral و یک سوم Unilateral می‌باشد [۶].

اسپاستی سیتی در عضلات درگیر اغلب منجر به فلاسیدیتی عضلات آناتاگونیست می‌شود [۵]. کاهش دامنه‌ی حرکتی مج دست باعث افزایش حرکات جبرانی تنه و دیگر مفاصل بالاتر اندام (شانه، آرنج و ساعد) می‌شود [۷]. وجود اسپاستی سیتی در این کودکان منجر به ایجاد الگوهای حرکتی غیر طبیعی می‌گردد و اندام فوقانی در وضعیت Int. Pron. Flex. آرنج، Rotation شانه، Int. Rotation Thumb و Flex Ulnar deviation در انگشتان این کودکان می‌شود [۸]. ارتزها و اسپلینت‌ها به طور متداول برای اصلاح وضعیت، دامنه حرکتی، کیفیت حرکات و بهبود عملکرد دست استفاده می‌شوند درمانگران از ارتزهای اندام فوقانی برای افزایش دامنه‌ی حرکتی مج و آرنج به منظور بهبود عملکرد دست در کودکانی که تون عضلانی بالایی دارند، استفاده می‌کنند [۹].

در اغلب موارد محققین از مقیاس‌های کلینیکی برای اندازه‌گیری نتایج استفاده کرده‌اند و تعداد کمی از آنها به صورت Objective تأثیر اسپلینت را بر کاهش اسپاستی سیتی بررسی کرده‌اند [۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴].

در این تحقیق می‌خواهیم تأثیر ارتز مج دست را بر اسپاستی سیتی بر اساس مقیاس‌های Modified Ashworth و نسبت



در خانه) همراه با اسپلینت گچی (bivalve cast 4) ساعت ۲ بار در روز) را با برنامه‌ی معمول کار درمانی (۴۵ دقیقه ۱ بار در هفته)، به مدت ۴ ماه، و ارزیابی بر اساس QUEST و COPM، مقایسه کردند. نتایج حاصل از تحقیق اختلاف معناداری میان درمان‌ها را نشان نداد [۲۶].

قریبی تأثیر اسپلینت کوتاه شست روی دامنه‌ی حرکتی، قدرت Pinch و الگوی نوشتن را برابر ۳۰ کودک اسپاستیک با فاصله‌ی سنی ۳ تا ۱۰ سال که به طور تصادفی در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفته بودند، بررسی کرد. طبق نتایج تحقیق افزایش ROM و مهارت‌های نوشتن در گروه مورد Pinch بیش از گروه شاهد بود اما اختلاف معناداری بین قدرت مشاهده نکرد [۲۷].

در مطالعه‌ای که توسط Copley و همکارانش روی ۱۱ کودک ۵ تا ۱۸ ساله فلج مغزی اسپاستیک با مداخله‌ی گچ به مدت ۴ ساعت در روز و تمام شب برای ۶ هفته انجام گرفت، ROM، PROM و حرکت اکتیو اندام مبتلا خارج از گج بود. نتایج به دست آمده افزایش دامنه‌ی حرکتی و کاهش فوری تون عضلانی را نشان داد [۲۸].

Smith و همکارانش تأثیر اسپلینت گچی و لار و دور سال را روی safe position در دو گروه ۳۶ نفری در دست ۷۲ بیمار CVA بررسی کردند. اندازه‌گیری‌های PIP و MP بوسیله‌ی رادیوگرافی جانبی بوده است که نتایج نشان داد کاربرد اسپلینت و لار به طور معناداری مؤثرتر می‌باشد [۲۹].

بنابراین در این مطالعه به بررسی تأثیر ارتز مچ دست بر، اسپاستی سیتی بر اساس مقیاس‌های Modified Ashworth و نسبت Hmax/Mmax، قدرت pinch و grip و دامنه‌ی حرکتی غیر فعال مچ دست و آرنج کودکان فلح مغزی پرداخته‌ایم تا نتایج آن بستر مناسبی جهت استفاده در مطالعات و تحقیقات بعدی باشد.

مواد و روش‌ها

روش مطالعه در این پژوهش از نوع مداخله‌ای و به صورت Before - After می‌باشد. ۲۴ کودک فلح مغزی اسپاستیک ۷ تا ۱۲ ساله از میان افراد مراجعه‌کننده به مرکز توانبخشی شهر تهران با اخذ رضایت‌نامه از والدین و با رعایت معیارهای ورود و خروج به شرح زیر انتخاب شدند:

تقرباً تمام عملکردهای نوروموسکولاری که اندازه‌گیری شده بودند، به طور معناداری با فعالیت اندام فوقانی مرتبطند [۱۹].

در طی تحقیقی که توسط دلیری انجام شد، تأثیر اختصاصی دو نوع اسپلینت و لار و دور سال در کاهش اسپاستی سیتی دست ۲۰ کودک فلح مغزی اسپاستیک ۴ تا ۶ ساله در دو گروه بررسی شد. نتایج این مطالعه نشان داد که استفاده از هر دو اسپلینت و لار و دور سال به مدت ۳ ماه، ۲ ساعت در روز و ۴ ساعت در شب در کاهش شدت اسپاستی سیتی مج دست بر اساس MAS و افزایش دامنه‌ی حرکتی مج دست و آرنج بیماران تأثیر یکسانی داشته‌اند. بر اساس شواهد موجود، هر دو اسپلینت جهت درمان اسپاستی سیتی و دامنه‌ی حرکتی دست پیشنهاد می‌شود، اما به دلیل ساخت بسیار مشکل اسپلینت دور سال، جهت درمان اسپلینت و لار پیشنهاد گردید [۲۰].

بررسی پاییابی بین آزمونگر و آزمون- باز آزمون مقیاس‌های آشورث و آشورث اصلاح شده در سال ۲۰۰۸ روی ۳۸ کودک فلح مغزی اسپاستیک توسط سه فیزیوتراپیست در دو نوبت به فاصله یک هفته پایانی این مقیاس‌ها را متوسط تا خوب نشان داد [۲۱].

نتایج تحقیق Lannin و همکارانش روی ۶۳ بیمار CVA نشان داد که اسپلینت کردن مج دست چه در وضعیت نوتراال و چه در وضعیت Extension به مدت ۴ هفته، ۹ تا ۱۲ ساعت در طول شب تأثیری روی کانترکچر مج دست بعد از سکته‌ی مغزی ندارد [۲۲].

Henderson و Pehoski عنوان کردند که اسپلینتها برای کاهش هایپertonوسیتی و بهبودی عملکرد در کودکان فلح مغزی طراحی شده‌اند [۲۳].

نتایج تحقیق Vaz و همکارانش در سال ۲۰۰۶ نشان داد ارتباط معناداری بین عملکرد دست با قدرت و سفتی عضلات فلکسور دست در کودکان فلح مغزی اسپاستیک وجود دارد. همچنین تغییرات عضلانی که در کودکان CP ایجاد می‌شود، احتمالاً در نتیجه‌ی قرار گرفتن مج دست در وضعیت فلکسن است و مداخلاتی که این ویژگی‌ها را تحت تأثیر قرار دهند، باعث بهبود عملکرد دست در این کودکان می‌شوند [۲۴].

نتایج تحقیق محققین در سال ۲۰۰۴ نشان‌دهنده‌ی کاهش فعالیت EMG عضلات فلکسور کارپی رادیالیس و بر اکیو رادیالیس و کاهش نسبت H به M عضله فلکسور کارپی رادیالیس به دنبال ۸ هفته استفاده از اسپلینت مج دستی در بیماران همی پلزی اسپاستیک مزمن ثانویه به سکته‌ی مغزی بود [۲۵].

Law و همکارانش در مطالعه‌ای روی ۵۰ کودک CP متوسط تا شدید اندام فوقانی ۱۸ ماهه تا ۴ ساله (با میانگین سنی ۳۳ ماه)، مداخله NDT فشرده (۴۵ دقیقه ۲ بار در هفته و روزانه ۳۰ دقیقه

temperature با وزن سبک و قابل شستشو بوده و توسط سه استرپ در مفاصل متاکارپوفالنجیال، مج دست و ساعد ثابت شد. مدت زمان استفاده از اسپلینت ۲ ساعت در روز و ۴ تا ۶ ساعت در شب بود و به والدین نحوه صحیح استفاده از اسپلینتها در روز و شب، روش نگهداری و بهداشت آن آموزش داده شد. پس از ۸ هفته استفاده از اسپلینت، ارزیابی‌های اولیه دوباره توسط آزمون گر انجام شده و نتایج مورد بررسی آماری قرار گرفت. طی مدت مداخله بیماران ۲ بار در هفته از برنامه‌های روتین کار درمانی شامل NDT استفاده می‌نمودند.

محرمانه بودن اطلاعات گرفته شده از بیماران و کسب رضایت از والدین آنها از جمله ملاحظات اخلاقی این پژوهش بود. از تست‌های آماری t زوجی و ویل کاکسون و ضریب همبستگی کندال جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۴ کودک (۱۱ دختر و ۱۳ پسر) فلج مغزی اسپاستیک (۱۱ نفر دای پلزی، ۱۲ نفر کوادرپلزی و ۱ نفر همی پلزی) شرکت نمودند که در دامنه‌ی سنی ۷-۱۲ سال با میانگین ۹/۲ و انحراف معیار ۱/۸۱ سال قرار داشتند. از میان شرکت کنندگان در مطالعه برای ۹ کودک دست راست و برای ۱۵ کودک دست چپ اسپلینت گرفته شد.

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۱ میزان کاهش نسبت Hmax/Mmax عضله‌ی فلکسور کارپی رادیالیس بیماران مورد مطالعه پس از استفاده از اسپلینت با $P < 0.002$ معنادار می‌باشد.

معیارهای ورود: ۱- کودکان فلج مغزی اسپاستیک ۷ تا ۱۲ ساله، ۲- حداقل درجه ۳ مقیاس اشورث اصلاح شده در آرنج و مج دست، ۳- رضایت والدین در جهت اجرای طرح، ۴- در صورت وجود تشنج کنترل شده باشد، ۵- عدم وجود کانترکچرهای ثابت در اندام فوقانی، ۶- عدم تزریق بوتوکس در ۶ ماه گذشته، ۷- عدم وجود سابقه‌ی جراحی در اندام فوقانی، ۸- بهره هوشی طبیعی و معیارهای خروج شامل: ۱- بروز سوانح ارتقیابی در طی مداخله، ۲- عدم همکاری بیمار و والدین.

ابزار گردآوری اطلاعات عبارتند از: یک پرسشنامه‌ی دموگرافیک جهت ثبت اطلاعات عمومی بیماران، دستگاه الکترومیوگراف جهت ثبت H-reflex از عضله‌ی فلکسور کارپی رادیالیس، مقیاس اشورث اصلاح شده ارزیابی شدت اسپاستی سیتی عضلات فلکسور مفاصل مج دست و آرنج، دستگاه MIE جهت ارزیابی قدرت Pinch و Grip و گونیامتر جهت ارزیابی دامنه‌ی حرکتی غیر فعل مفاصل مج دست و آرنج.

پس از ارزیابی اولیه بیماران جهت ساخت اسپلینت کف دستی استاتیک به دانشکده توانبخشی دانشگاه تهران، کلینیک تحقیقاتی و درمانی دست معرفی شدند. نحوه‌ی ساخت اسپلینت به این صورت بود که ابتدا در وضعیت نوترال دست یک قالب positive گچی گرفته شده و سپس روی قالب، اسپلینت ولار با کمک حرارت شکل داده شد. زوایای اسپلینتها ساخته شده در تمام بیماران یکسان و به صورت ۱۰ درجه اکستانسیون مج دست، اکستانسیون کامل انگشتان و شست در وضعیت Abd و مقابله با انگشت اشاره، بود. سپس با توجه به بزرگ و کوچک بودن دست کودکان اسپلینت مناسب سازی شد. جنس اسپلینتها از ترمومپلاستیک low

جدول ۱- تغییرات نسبت Hmax/Mmax، قدرت Pinch و Grip و دامنه حرکتی مفاصل مج دست و آرنج

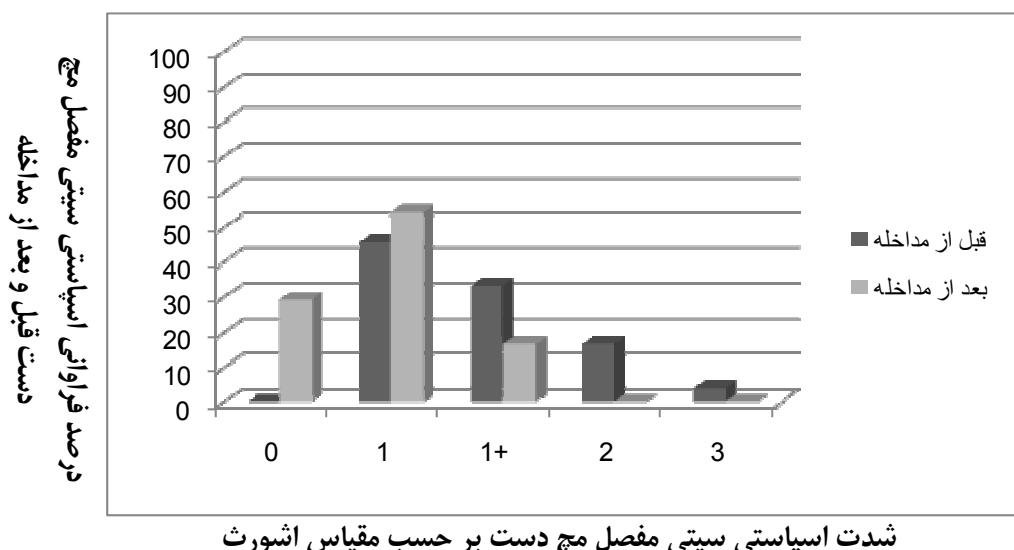
P value	دامنه	انحراف معیار	میانگین		
≤ 0.002	۰/۰-۱۰/۸۷	۰/۲	۰/۳۶	قبل از مداخله	نسبت Hmax/Mmax
	۰/۰۴-۰/۵	۰/۱۳	۰/۱۸	بعد از مداخله	
≤ 0.002	۰/۲-۱۱	۲/۷۰	۲/۷۵	قبل از مداخله	قدرت Grip
	۰/۶-۱۰	۲/۵۶	۴/۱۱	بعد از مداخله	
≤ 0.001	۰/۱-۵/۸	۱/۳۱	۱/۳۵	قبل از مداخله	قدرت Pinch
	۰/۴-۶/۷	۲/۰۲	۲/۰۷	بعد از مداخله	
≤ 0.003	۴۰-۸۵	۱۰/۹۱	۷۳/۱۲	قبل از مداخله	دامنه حرکتی مج دست
	۶۰-۸۵	۷/۴۴	۷۶/۴۵	بعد از مداخله	
≤ 0.328	۱۷۰-۱۸۰	۲/۳۷	۱۷۸/۷۵	قبل از مداخله	دامنه حرکتی آرنج
	۱۷۰-۱۸۰	۲/۸۲	۱۷۹/۱۶	بعد از مداخله	

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۱ میزان افزایش دامنه‌ی حرکتی مفصل مچ دست بیماران مورد مطالعه پس از استفاده از اسپلینت با $P < 0.003$ معنادار می‌باشد اما تأثیر معناداری روی دامنه‌ی حرکتی آرنج ($P = 0.328$) نداشت جدول شماره ۱ نمودار شماره ۱ و ۲.

با توجه به نتایج به دست آمده در نمودار ۱ و ۲ میزان کاهش اسپاستی سیتی مچ دست و آرنج بیماران مورد مطالعه پس از استفاده از اسپلینت با $P < 0.001$ معنادار می‌باشد.

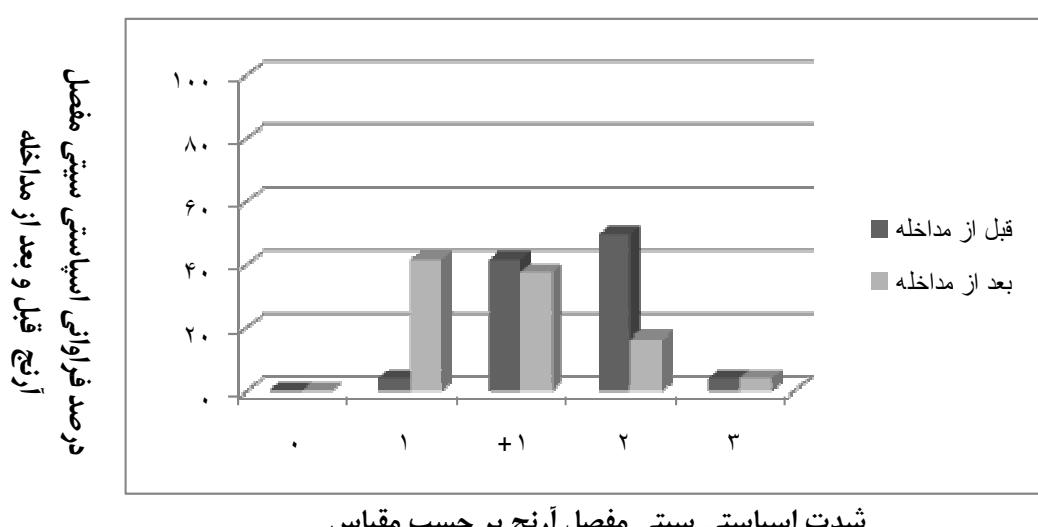
با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۱ میزان افزایش قدرت pinch بیماران مورد مطالعه پس از استفاده از اسپلینت با $P < 0.001$ و grip با $P < 0.002$ معنادار می‌باشد.

نمودار ۱- مقایسه درصد فراوانی اسپاستی سیتی مفصل مچ دست قبل و بعد از مداخله



شدت اسپاستی سیتی مفصل مچ دست بر حسب مقیاس اشورث

نمودار ۲- مقایسه درصد فراوانی اسپاستی سیتی مفصل آرنج قبل و بعد از مداخله



شدت اسپاستی سیتی مفصل آرنج بر حسب مقیاس

Casting (گچ از مج تا بالای بازو) به مدت سه روز بود که هم راستا با تحقیق حاضر می‌باشد [۱۲].

Hummelsheim و همکارانش در سال ۱۹۹۴ با مطالعه‌ای که بر روی ۱۵ بیمار سکته مغزی انجام دادند، بیان کردند که استرج طولانی مدت منجر به کاهش چشمگیر اسپاستی سیتی فلکسورهای آرنج، مج و انگشتان می‌شود. یافته‌های الکتروموایوگرافی که در مطالعات آنها مورد بررسی قرار گرفت ثابت کرد که نتایج آن هم راستا با تحقیق حاضر می‌باشد [۳۰].

Mills در طی مطالعه‌ای روی ۸ بیمار ضایعه مغزی (Damaged Brain)، فعالیت EMG عضلات اسپاستیک فلکسور مج دست، آرنج و پلانتار فلکسور های مج پا را در دو وضعیت با و بدون اسپلینت مورد بررسی قرار داد. نتایج تحقیق نشان داد که استفاده از اسپلینت به طور مؤثری می‌تواند نواقص Postural ای را که در اثر وضعیت اسپاستیک اندام ایجاد می‌شود، بدون افزایش معنادار تون عضلانی کنترل کند [۱۴].

با توجه به نتایج به دست آمده اسپاستی سیتی عضلات فلکسوری مفصل مج دست بر اساس مقیاس MAS به صورت معناداری در بیماران مورد مطالعه کاهش پیدا کرده است. همه‌ی کودکانی که در تحقیق حاضر مورد بررسی قرار گرفتند اسپاستی سیتی عضلات فلکسور مفصل مج را داشتند و از آنجا که کشنش طولانی مدت و مکرر عضله اسپاستیک باعث تحریک رفلکس کششی شده و از طریق رفلکس‌های نخاعی باعث کاهش تون عضلانی می‌شود، به احتمال زیاد استفاده طولانی مدت (۲ ماه پیوسته) از اسپلینتی که عضلات فلکسور مج دست را در وضعیت کشیده شده یعنی ۱۰ درجه اکستنسیون به مدت ۶ تا ۸ ساعت در شبانه روز قرار می‌داد دليل اصلی کاهش اسپاستی سیتی در عضلات فلکسور مفصل مج دست می‌باشد.

تحقیقات دیگر نیز نشاندهندی کاهش اسپاستی سیتی در این عضلات بوده‌اند از جمله در تحقیقی که توسط مهدی‌زاده و همکاران در سال ۱۳۸۸ روی بیماران سکته مغزی انجام شد، کاهش اسپاستی سیتی مج دست بر اساس MAS به دنبال ۳ ماه، ۴ ساعت در شب و ۲ ساعت در روز استفاده از اسپلینت استاتیک ولار گزارش شده است که هم راستا با تحقیق حاضر می‌باشد [۱۸].

در طی تحقیقی که توسط دلیری انجام شد، تأثیر اختصاصی دو نوع اسپلینت ولار و دورسال در کاهش اسپاستی سیتی دست ۲۰ کودک فلچ مغزی اسپاستیک ۴ تا ۶ ساله در دو گروه بررسی شد. نتایج این مطالعه نشان داد که استفاده از هر دو اسپلینت ولار و دور سال به مدت ۳ ماه، ۲ ساعت در روز و ۴ ساعت در شب در کاهش شدت اسپاستی سیتی مج دست بر اساس MAS و افزایش دامنه حرکتی

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر نشان می‌دهد که نسبت Hmax/Mmax عضله‌ی فلکسور کارپی رادیالیس در بیماران مورد مطالعه به صورت معناداری در اثر استفاده از اسپلینت ولار کاهش پیدا کرده است. تحقیقات زیادی تأثیر مهاری استفاده از اسپلینت‌ها را روی کاهش تون بررسی کرده‌اند اما تعداد کمی تأثیر آن‌ها را روی کاهش تحریک‌پذیری موتورنورون و به دنبال آن کاهش اسپاستی سیتی را مورد توجه قرار داده‌اند. ابزارهای ارزیابی که بر پایه‌ی تکنیک‌های الکترو فیزیولوژی یا بیومکانیک هستند، به صورت Objective خصوصیات کلینیکی مختلف مرتبط با اسپاستی سیتی را اندازه‌گیری کرده و باید به عنوان مکمل ارزیابی‌های کلینیکی در نظر گرفته شوند [۱۱].

fujowara و همکارانش در سال ۲۰۰۴ تأثیر ۸ هفته استفاده از اسپلینت ساده مچی دستی را با استفاده از ارزیابی کلینیکی و EMG در ۱۵ بیمار همی پلزی اسپاستیک مزمن ثانویه به سکته مغزی بررسی کردند. رفلکس H و موج M عضله‌ی فلکسور کارپی رادیالیس به وسیله تحریک عصب مدین اندازه‌گیری شد. با استفاده از اسپلینت، فعالیت عضلات فلکسور کارپی رادیالیس و بر اکیو M رادیالیس در طول فلکشن بازو کاهش یافت و نسبت H به M عضله‌ی فلکسور کارپی رادیالیس نیز کاهش یافت. همچین افزایش چشمگیر در دامنه حرکتی اکتیو فلکشن بازو و اکستنسیون انگشتان، کاهش تون عضلانی دیده شد که نتایج آن هم راستا با تحقیق حاضر می‌باشد [۲۸].

Pizzi و همکارانش در سال ۲۰۰۵ تأثیر اسپلینت کف دستی ولار را بر اسپاستی سیتی مج دست و آرنج به صورت کلینیکی بر اساس مقیاس Modified Ashworth Scale عضله‌ی فلکسور کارپی رادیالیس و دامنه‌ی حرکتی پسیو اکستنشن مج دست و آرنج ۴۰ بیمار سکته مغزی مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحقیق نشاندهندی کاهش اسپاستی سیتی بر اساس MAS، کاهش Hmax/Mmax و افزایش دامنه‌ی حرکتی آرنج بود که هم راستا با تحقیق حاضر می‌باشد [۱۱].

نتایج تحقیق Childers و همکارانش در سال ۱۹۹۹، روی ۸ بیمار مبتلا به اسپاستی سیتی اندام فوقانی نیز، نشاندهندی کاهش H-reflex vibration amplitude و تحریک‌پذیری موتور Inhibitory نورون‌ها در این بیماران به دنبال ۳ روز استفاده از

همکارانش در سال ۱۹۹۶، Simonetta-Moreao همکارانش در سال ۱۹۹۹ انجام شده است، گزارش شده است که پروجکشن‌های بین مفصلی توسط آوران‌های بین مفصلی و آوران‌های عضلانی گروه ۴۱ موتور نورون‌های اندام تحتانی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۴۲] و [۴۳]. چنین فرضیه‌ای در مورد اندام فوقانی نیز توسط Pizzi و

همکارانش در سال ۲۰۰۵ گزارش شده است [۱۱].

در تحقیق انجام شده توسط Mills در سال ۱۹۸۳ استفاده از اسپلینت RIS هیچ تغییر معناداری در اسپاستی سیتی عضلات فلکسور آرنج ایجاد نکرد. از آنجا که استفاده از این اسپلینت در مطالعه Mills فقط به مدت زمان ۲ ساعت و در طول استراحت بیماران بوده است، بنابراین ممکن است استفاده کوتاه مدت از اسپلینت تنها در زمان استراحت علت تفاوت نتایج این مطالعه و مطالعه حاضر می‌باشد [۱۴].

روایی و پایابی اندازه‌گیری اسپاستی سیتی با استفاده از مقیاس اشورث اصلاح شده عاملی است که می‌تواند در تفسیر نتایج تأثیرگذار باشد. Clopton و همکارانش در سال ۲۰۰۵ روایی مقیاس اشورث اصلاح شده را در کودکان هایپرتون برای عضلات فلکسور آرنج خوب گزارش کردند [۴۲].

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که دامنه‌ی حرکتی اکستانسیون غیر فعال مچ دست در بیماران مورد مطالعه به صورت معنی‌داری افزایش یافته است. یکی از دلایلی که ممکن است باعث چنین نتیجه‌ای شده باشد، کاهش اسپاستی سیتی است که در تحقیق حاضر اسپاستی سیتی مچ دست هم به صورت معنی‌داری کاهش پیدا کرده است و این نتیجه ممکن است تأیید کند که کاهش اسپاستی سیتی ممکن است باعث افزایش دامنه‌ی حرکتی غیر فعال شود.

در تحقیقات مشابهی نیز افزایش دامنه‌ی حرکتی اکستانسیون غیر فعال مفصل مچ دست به دنبال استفاده از اسپلینت دیده شده است. Smith و همکارانش در سال ۱۹۹۴ تأثیر اسپلینت گچی و لار و دور سال را روی دست ۷۲ بیمار CVA در دو گروه ۳۶ نفری در safe position بررسی کردند. اندازه‌گیری دامنه‌ی حرکتی مفاصل PIP و MP بوسیله‌ی رادیوگرافی جانبی بوده است که نتایج نشان داد کاربرد اسپلینت و لار به طور معناداری مؤثرتر می‌باشد که نتایج آن هم راستا با تحقیق حاضر می‌باشد [۲۹].

در تحقیقی که توسط Hill و همکارانش در سال ۱۹۹۴ انجام شده است نیز افزایش دامنه‌ی حرکتی اکستانسیون غیر فعال مچ دست به دنبال استفاده از اسپلینت RIS دیده شده است. در تحقیق Pizzi و همکارانش در سال ۲۰۰۵ استفاده از اسپلینت RIS باعث افزایش معنادار دامنه‌ی حرکتی اکستانسیون غیر فعال مچ دست شده است [۳۲].

مج دست و آرنج بیماران تأثیر یکسانی داشته‌اند. بر اساس شواهد موجود، هر دو اسپلینت چهت درمان اسپاستی سیتی و دامنه‌ی حرکتی دست پیشنهاد می‌شود، اما به دلیل ساخت بسیار مشکل اسپلینت دور سال، چهت درمان اسپلینت ولار پیشنهاد گردید [۲۰].

در مطالعه‌ای که توسط Copley و همکارانش در سال ۱۹۹۶ روی ۱۱ کودک ۵ تا ۱۸ ساله‌ی همی‌پلژی و کوادری پلژی با مداخله‌ی اسپلینت گچی به مدت ۴ ساعت در روز و تمام شب برای ۴ تا ۶ هفته انجام گرفت، ROM، تون عضلانی و پیشرفت مراحل حرکتی مورد بررسی قرار گرفت. برنامه‌ی هفتگی کار درمانی شامل وزن انداختن روی اندام مبتلا، تمرینات PROM و حرکت اکتیو اندام مبتلا خارج از اسپلینت گچی بود. نتایج به دست آمده افزایش دامنه‌ی حرکتی و کاهش فوری تون عضلانی را نشان داد که هم راستا با تحقیق حاضر می‌باشد [۲۹].

نتایج تحقیق Tona و همکارانش در سال ۱۹۹۳ روی یک کودک ۸ ساله با اسپاستی سیتی اندام فوقانی نشان‌دهنده‌ی کاهش فوری اسپاستی سیتی بر اساس مقیاس Modified Ashworth به دنبال استفاده از plaster cast (از دو سوم دیستال هومرووس تا دیستال به مفاصل MCP) به مدت ۱۱ روز (۴۸ ساعت استفاده از اسپلینت در طی این مدت) بود که هم راستا با تحقیق حاضر می‌باشد [۱۳].

در تحقیقات دیگری نیز کاهش اسپاستی سیتی مفصل مچ دست به دنبال استفاده از اسپلینت در کودکان فلج مغزی گزارش شده است، ۱۹۹۹/Hill Scheker که از جمله‌ی آنها می‌توان به ۱۹۸۲/Mcpherson، ۱۹۸۸/King، ۱۹۹۴/Casey ۱۹۶۸/Charait-Snook، ۱۹۸۲/ ۱۹۸۱ و ۱۹۵۹/ Brennan Kaplan اشاره کرد [۱۰، ۳۹ و ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۸، ۳۷، ۳۸].

نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر نشان می‌دهد که اسپاستی سیتی در عضلات فلکسور مفصل آرنج نیز در بیماران مورد مطالعه به صورت معناداری در اثر استفاده از اسپلینت ولار کاهش پیدا کرده است.

در تحقیق مشابهی که توسط مهدی‌زاده و همکاران در سال ۱۳۸۸ روی بیماران سکته مغزی انجام شد، کاهش اسپاستی سیتی آرنج بر اساس MAS به دنبال ۳ ماه، ۴ ساعت در شب و ۲ ساعت در روز استفاده از اسپلینت استاتیک ولار گزارش شده است که هم راستا با تحقیق حاضر می‌باشد [۱۸].

در تحقیق Mills در سال ۱۹۸۳ چنین ذکر شده است که اسپلینت ممکن است به مهار رفلکس‌های غیر طبیعی دیگر در اندام یا بدن کمک کند [۱۴]. همچنین در تحقیقی که توسط Marque و

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که قدرت Grip و Pinch در بیماران مورد مطالعه به صورت معنی‌داری افزایش یافته است. در تحقیقی که توسط Burtner و همکارانش انجام شد تأثیر ارتزهای دست و مج روی قدرت، زبردستی و فعالیت عضلانی اندام فوقانی کودکان CP و سالم به منظور تعیین این که آیا نوع اسپلینت روی عملکرد دست و فعالیت عضلانی مؤثر است یا نه، بررسی شد. در این تحقیق ۱۰ کودک همی پلژی (۵ همی راست و ۵ همی چپ) و ۵ کودک سالم^۴ الی ۱۳ ساله که از نظر سنی با هم مج بودند شرکت کردند. کودکان همی از دست مبتلا و کودکان سالم هم با دست غالباً و هم با دست مغلوب تست شدند. قدرت pinch و grip با داینامومتر زبر دستی با تست nine hole pegboard و فعالیت عضلانی با EMG در ۳ وضعیت بدون اسپلینت و با اسپلینتهاي static و dynamic آندازه‌گیری شد. نتایج بدست آمده به این صورت بود که قدرت grip و مهارت‌های manual dexterity در همه کودکان هنگام استفاده از اسپلینت داینامیک افزایش پیدا می‌کند. همچنین کمترین فعالیت عضلات ساعد و بیشترین فعالیت عضلات شانه و افزایش قدرت pinch حین استفاده از static splint دیده شد.^[۳]

تقدیر و تشکر:

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی تحت عنوان بررسی تأثیر ارتز مج دست بر نسبت Hmax/Mmax، اسپاستی سیتی، قدرت pinch، grip و دامنه‌ی حرکتی آرنج و مج دست سمت غالب کودکان فلج مغزی اسپاستیک مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۸۹-۹۰ به کد ۱۱۶۴۱ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است.

دلیل دیگری که ممکن است باعث افزایش دامنه‌ی حرکتی اکستانتسیون غیر فعال مج دست شده باشد، کشش عضلات فلکسور بلند انگشتان است که در تحقیق Gracies و همکارانش در سال ۲۰۰۰ افزایش معنی‌دار دامنه‌ی حرکتی اکستانتسیون انگشتان گزارش شده بود.^[۴۳]

در تحقیقات دیگری نیز افزایش دامنه‌ی حرکتی مج دست به دنبال استفاده از اسپلینت گزارش شده است که از جمله‌ی آنها می‌توان به مهدی‌زاده،^{۱۳۸۸/ دلیری، ۱۳۸۷/ Fujowara, Pizzi}^{۱۳۷۶/ Hill, Copyl, ۱۹۹۶/ Pohl, ۲۰۰۴/ Law, ۱۹۹۴/ Smith, ۱۹۹۱ و ۱۹۹۷}^{۱۱,۲۰, ۲۶, ۲۷, ۱۸, ۲۹, ۳۳, ۴۴, ۴۵} اشاره کرد.

روایی و پایابی اندازه‌گیری دامنه‌ی حرکتی با استفاده از گونیامتری عاملی است که می‌تواند در تفسیر نتایج تأثیرگذار باشد. Van و همکارانش در سال ۲۰۱۰ گزارش کردند گونیامتری ابزار مناسبی جهت اندازه‌گیری دامنه‌ی حرکتی غیر فعال فیزیولوژیک مفاصل اندام فوقانی به منظور تعیین محدودیت حرکتی مفاصل می‌باشد.^[۴۷] Mutlu و همکارانش در سال ۲۰۰۷ و Whirk^{۲۰۰۶} پایابی و روایی گونیامتری را برای ارزیابی دامنه‌ی حرکتی غیر فعال در کودکان فلج مغزی اسپاستیک، خوب گزارش کردند.^[۴۸]

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که دامنه‌ی حرکتی اکستانتسیون غیر فعال مفصل آرنج در بیماران مورد مطالعه افزایش معناداری نشان نمی‌دهد. از آنجا که دامنه‌ی حرکتی اکستانتسیون غیر فعال مفصل آرنج در بیماران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر قبل از مطالعه کامل بود نتایج به دست آمده دور از ذهن به نظر نمی‌رسد. گرچه اهمیت ویژگی‌های مثل قدرت عضلات اینترینسیک در عملکردهای دست کودکان فلج مغزی توسط برخی از رویکردهای درمانی مورد توجه قرار نمی‌گیرد، شواهد نشان داده است که این ویژگی‌ها نقش مهمی در این کودکان دارند.^[۲۴] نتایج حاصل از

مراجع

- 1- Beckung E, Hagburn G. Neuroimpairments, activity limitations, participation restrictions in children with cerebral palsy. *Dev med child neuro*, 2002.
- 2- Exner C E. Development of hand skills. In Case-smith J. *Occupational therapy for children*, 2005, Mosby.
- 3- Burtner PA, Pool JA, Torres T. Effects of wrist hand splints on grip, pinch, manual dexterity and muscle activation in children with spastic hemiplegia. *J HAND THER*. 21: 36-43, 2008.
- 4- Kargeloh-mann I, Staudt M. (2008) Neurological classification and Neuroradiology of cerebral palsy. In Eliasson AC, Burtner PA. Improving hand function in children with cerebral palsy: Theory, evidence and intervention. Mac keith press.
- 5- Carlson M, Athwal G, Boenu R. (2006) Treatment of the hand and wrist in cerebral palsy. *J Hand Surg*. 31A: 483-490.
- 6- Cans C, Delacruz J, Mermet MA. Epidemiology of cerebral palsy. *Paediatrics and Health*. 18: 9, 2008.
- 7- Adams BD, Grosland NM, Murphy DM, McCullough M, City I. Impact of Impaired Wrist Motionon Hand and Upper-ExtremityPerformance *J Hand Surg* 2003; 28A: 898–903.
- 8- Waters PM, Van heest A. Spastic hemiplegia of the upper extremity. *Hand clin*, 1998.
- 9- Teplicky R, Law M, Russell D. The effectiveness of casts, orthoses and splints for children with neurological disorders. *Infants and young children*. 15: 42-50, 2002.
- 10- Kaplan N: Effect of splinting on reflex inhibition and sensorimotor stimulation in treatment of spasticity. *Arch Phys Med Rehabil*. 1962; 43: 565-69.
- 11- Pizzi A, Carlucci G, Falsini C, Verdesca S, Grippo A. Application of a volar static splint in poststroke spasticity of the upper limb. *Arch Phys Med Rehabil*. 86: 1855-9, 2005
- 12- Childers MK, Biswas SS, Petroski G, Merveille O. Inhibitory casting decreases a vibratory inhibition index of the H-reflex in the spastic upper limb. *Arch Phys Med Rehabil*. 80: 714-16, 1999.
- 13- Tona JL, Schneck CM. The efficacy of upper extremity inhibitive casting: a single subject pilot study. *Am J Occup Ther* 1993; 47: 901–10.
- 14- Mills VM. Electromyographic results of in inhibitory splinting. *Phys Ther*. 1984; 64: 190 -3
- 15- Zislis JM: Splinting of the hand in the spastic hemiplegia patient. *Arch Phys Med Rehabil*. 1964; 45: 41.
- 16- Postans N, Wright P, Bromwich W, Wilkinson I, Farmer SB, Swain L. The combined effect of Dynamic splinting and Neuromuscular electrical stimulation in reducing wrist and elbow contractures in six children with Cerebral palsyProsthetics and Orthotics International March 2010; 34: 1: 10-19.
- 17- Yusakawa A, Children with Elbow Extension Forearm Rotation Limitation: Functional Outcomes Using the Forearm Rotation Elbow Orthosis. (*J Prosthet Orthot*. 2009; 21: 160–166).
- 18- Mehdizadeh H , Effects of Volar Static Splint on Function and Spasticity of Upper Extremity of Hemiplegic Adults, thesis, Tehran University of Medical Sciences Faculty of Rehabilitation 1388, (persian).
- 19- rændvik SM, Elvrum AK, Vereijken B, Roeleveld K. (2009) Relationship between neuromuscular body functions and upper extremity activity in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2009 Oct 7.
- 20- Daliri A,: A study of effect of two different type splint, one with the square palmar stimulation and the other without it, on reduction upper limb in cerebral

palsy 2–6 years old, thesis, Tehran University of Medical Sciences Faculty of Rehabilitation 1387, (persian).

21- Mutlu A, Livanelioglu A, Gunel MK. Reliability of Ashworth and Modified Ashworth Scales in Children with Spastic Cerebral Palsy. BMC Musculoskeletal Disorders 2008; 9: 44

<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/9/44>

22- Lannin NA, Cusick A, McCluskey A, Herbert RD. Effects of Splinting on Wrist Contracture After Stroke: A Randomized Controlled Trial. Stroke. 2007; 38: 111-116.

23- Henderson A, Pehoski C. Hand function in the child. 1997 Mosby.

24- 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.

25- Fujiwara T, Liu M, Hase k, Tanaka N, Hara Y. Electrophysiological and clinical assessment of a simple – wrist hand splint for patients with chronic spastic hemiparesis secondary to stroke. Electromyogr clin rehabil. 44: 423 – 9, 2004.

26- 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. Dev Med Child Neurol 1997; 39: 664–70.

27- Ghoreshi R, The effects of short thumb opponence on hand function of 6 to 10 years old spastic diaplegic childrens, Thesis of Iran University of Medical Sciences, 1997,(persian).

28- Copley J, Watson-Will A, Dent K. Upper limb casting for clients with cerebral palsy: A clinical report. Australian Occupational therapy journal.43: 36-50, 1996.

29- Smith KL, Gill DR, Harvey FJ. Plaster of Paris Splintage for the hand. The Australian and New Zealand journal of surgery. 64(8): 547-50, 1994.

30- Hummelsheim H, Münch B, Bütefisch C, Neumann S. Influence of sustained stretch on late muscular responses to magnetic brain stimulation in patients with upper motor neuron lesions. Scand J Rehabil Med. 1994 Mar; 26(1): 3-9.

31- 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. 24(2): 226-32, 1999.

32- Hill J. The effect of casting on upper extremity motor disorders after brain injury. Am J Occup Ther.; 48: 219-24, 1994.

33- Casey CA, Kratz EJ. Soft splinting with neoprene: the thumb abduction supinator splint. Am J Occup Ther. 42(6): 395-8, 1988.

34- King TI. Plaster splinting as a means of reducing elbow flexor spasticity: a case study. Am J Occup Ther. 1982 Oct; 36(10): 671-3.

35- McPherson JJ. Objective evaluation of a splint designed to reduce hypertonicity. Am J Occup Ther. 1981; 35(3): 189-94.

36- McPherson JJ, Kreimeyer D, Aalderks M, Gallagher T. A comparison of dorsal and volar resting hand splints in the reduction of hypertonus. Am J Occup Ther. 1982; 36: 664–670, 1982.

37- Snook J: Spasticity reduction splint. Am J Occup Ther. 1979: (5) 33: 648-651.

38- Charait SE. A comparison of volar and dorsal splinting of the hemiplegic hand. Am J Occup Ther; 22: 319–21, 1968.

39- Brennan B: Response to stretch of hypertonic muscle groups in hemiplegia. Br Med J [Clin Res] 1: 1504-1507, 1959.



- 40- Marque P, Pierrot-Deseilligny E, Simonetta-Moreau M. Evidence for excitation of the human lower limb motoneurons by group II muscles afferents. *Exp Brain Res.* 1996; 109: 357-60.
- 41- Simonetta_Moreau M, Marque P, Mrchard_pauvert V, Pierrot-Deseilligny E. The pattern of excitation of human lower limb motorneurons by probable group II muscle afferents. *J Physiol.* 1999; 517: 287-300.
- 42- Clopton N, Dutton J, Featherston T, Grigsby A, Mobley J, Melvin J. Interrater and intrarater reliability of the Modified Ashworth Scale in children with hypertonia. *Pediatr Phys Ther.* 2005 Winter; 17(4): 268-74.
- 43- Gracies J-M, Marosszeky JE, Renton R, Sandanam J, Gandevia SC, Burke D. Short-term effects of dynamic Lycra splints on upper limb in hemiplegic patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 81: 1547-55, 2000.
- 44- Pohl M, Ruckriem S, Mehrholz J, Ritschel C, Strik H, Pause MR. Effectiveness of serial casting in patients with severe cerebral spasticity: a comparison study. *Arch Phys Med Rehabil.* 83(6): 784-90, 2002 Jun.
- 45- Law M, Cadman D, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, DeMatteo C. Neurodevelopment therapy and upper-extremity inhibitive casting for children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1991; 33: 379-87.
- 46- van de Pol RJ, van Trijffel E, Lucas C. Inter-rater reliability for measurement of passive physiological range of motion of upper extremity joints is better if instruments are used: a systematic review. *J Physiother.* 2010; 56(1): 7-17.
- 47- Mutlu A, Livanelioglu A, Gunel MK. Reliability of goniometric measurements in children with spastic cerebral palsy. *Med Sci Monti.* 2007 Jul; 13(7): CR323-9.
- 48- McWhirk LB, Glanzman AM. Within-session inter-rater realiability of goniometric measures in patients with spastic cerebral palsy. *Pediatr Phys Ther.* 2006 winter; 18(4): 262-5.