

بررسی تاثیر استفاده کوتاه مدت اسپلینت Volar-Dorsal Wrist/Hand Immobilization بر روی دامنه حرکتی، اسپاستیسیته و عملکرد اندام فوقانی مبتلا در بیماران سکنه مغزی

مالک امینی^۱، آریان شمیلی^۲، بیژن فروغ^۳، روزبه کاظمی^۴، طیبه صیادی نژاد^۵، قربان تقی زاده^۶

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران،

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- متخصص طب فیزیکی و توانبخشی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

۴- پزشک عمومی، مدیر مرکز توانبخشی تبسم

۵- دانشجوی کارشناسی کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۶- مربی گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

زمینه و هدف: از جمله مشکلاتی که به دنبال سکنه مغزی ایجاد می شود اسپاستی سیته یا بالا رفتن تون عضلانی، کاهش دامنه حرکتی و کاهش عملکرد اندام فوقانی می باشد. هدف از این مطالعه تعیین تاثیر اسپلینت Volar-Dorsal Wrist/Hand Immobilization بر روی عملکرد اندام فوقانی، دامنه حرکتی مفاصل آرنج، مچ دست و متاکارپوفالانژیال و اسپاستی سیته آرنج و مچ دست در بیماران مبتلا به سکنه مغزی بود.

روش بررسی: این تحقیق به روش مداخله ای و به صورت پیش آزمون- پس آزمون (Pretest - Post test Design) انجام شد. یک گروه متشکل از ۱۴ بیمار مبتلا به سکنه مغزی با روش غیر احتمالی ساده وارد این مطالعه شدند و بر اساس معیارهای ورود و خروج از مطالعه، انتخاب و پس از ارزیابی اولیه اسپلینت به آنها داده شد و بعد از گذشت یک ماه ۱۱ نفر از آنان دوباره مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای ارزیابی اسپاستی سیته از MAS، دامنه حرکتی از گونیمتری و عملکرد اندام فوقانی از فوگل مایر استفاده شد. بیماران اسپلینت را دو ساعت در روز و تمام شب (۶ تا ۸ ساعت) به مدت ۱ ماه پوشیدند.

یافته ها: تفاوت عملکرد اندام فوقانی قبل و بعد از استفاده از اسپلینت با $P=0/04$ معنی دار بود. تفاوت دامنه حرکتی مفاصل آرنج و دست و اسپاستی سیته آرنج و مچ دست قبل و بعد از استفاده از اسپلینت با معنی دار نبود ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج تحقیق نشان داد که استفاده از اسپلینت Volar-Dorsal Wrist/Hand Immobilization می تواند عملکرد اندام فوقانی مبتلا در بیماران سکنه مغزی را بهبود بخشد. اگر چه تغییراتی در اسپاستی سیته و دامنه حرکتی در استفاده کوتاه مدت از اسپلینت یعنی به مدت ۱ ماه دیده شد اما این تغییرات معنی داری نبود که نیازمند مطالعات بیشتری می باشد.

کلید واژه ها: سکنه مغزی، اسپلینت، اسپاستی سیته، دامنه حرکتی، عملکرد

نویسنده مسئول: تهران، میدان مادر، خیابان شاه نظری، دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه کاردرمانی

Email: Malekamini8@gmail.com

مقدمه

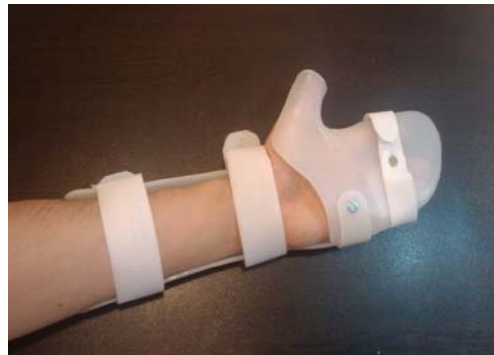
بیماران هستند که گزارش شده است هرگونه استفاده نادرست از آنها می تواند سبب بدتر شدن دفورمیتی و اسپاسم موجود شود (۳ و ۲). Gracies در مقاله ی خود بیان کرده است که با کاربرد کوتاه مدت اسپلینت دینامیک لایکرا وضعیت مچ دست بهبود و اسپاستی سیته فلکسورهای مچ دست و انگشتان کاهش می یابد (۴). Gossman نشان داد که قرار دادن عضله در وضعیت کشش پاسیو باعث تغییر بیومکانیکی، آناتومیکی و فیزیولوژیکی آن می شود (۵). در این تحقیق از یک نوع اسپلینت به نام Volar-Dorsal Wrist/Hand Immobilization استفاده شد که از طریق اعمال نیروی استاتیک تنظیم شده ی

یکی از مشکلاتی که پس از سکنه ی مغزی ایجاد می شود اسپاستی سیته یا بالا رفتن تون عضلانی است. به دنبال بالا رفتن تون عضلانی (افزایش فعالیت رفلکسی و کاهش کنترل مهارتی) فرد با مشکلاتی در زمینه کنترل حرکتی مواجه می شود که در نتیجه ی آن مشکلاتی در فعالیت های روزمره زندگی و عوارضی چون کوتاهی و کانترکچر بوجود می آید (۱). قطع اعصاب، دنروه کردن با مواد شیمیایی و تکنیکهای گچ گیری از روشهای درمانی جهت رفع این عوارض در این افراد محسوب می شوند. همچنین اسپلینت ها از جمله وسایل درمانی مطرح و مورد بحث برای جلوگیری از ایجاد اسپاسم و کوتاهی در این

بیان کرده است که روش گچ گیری اندام موثرتر از روش‌های سنتی مرسوم چون تمرینات دامنه حرکتی پاسیو، استرچ استاتیک و اسپلینت دادن است (۶). اما در مطالعه‌ی دیگری که توسط Lannin, NA و همکاران در سال ۲۰۰۷ انجام شد، نتایج متفاوتی مبنی بر ایجاد ضعف به علت شرایط بدون حرکت در روش گچ‌گیری گزارش شد (۷). و در نتیجه به دلیل نبود مطالعات کافی در مورد این اسپلینت بر آن شدیم که با ارزیابی‌های متنوع تر تاثیرگذاری این اسپلینت را مورد بررسی قرار دهیم.



سریالی عمل می‌کرد (۲). به دلیل ساختار خاص این اسپلینت فرد قادر است اشیاء را در کف دست لمس کند به این معنی که تا حدودی اجازته‌ی تماس ارادی با محیط را به دست می‌دهد و این یکی از مزیت‌های این اسپلینت بر سایر اسپلینت‌ها به شمار می‌رود که شاید بتواند بر بهبودی عملکرد دست تاثیر گذارتر از موارد دیگر باشد و از سویی این اسپلینت تماس مستقیم با تاندون‌های فلکسوری و پوست ناحیه کف دست که می‌تواند باعث افزایش تون شود، ندارد. Hill's در سال ۱۹۹۴ در مقاله خود



شکل ۱- نماهای قدامی و خلفی اسپلینت Volar-Dorsal Wrist/Hand Immobilization

برای دست چپ و راست و در دو ساین زن و مرد تهیه شد و تمام اسپلینت‌ها از روی این قالب‌ها ساخته شدند. در این قالب‌ها مچ دست در زاویه ۱۰ درجه اکستنشن، شست در هاپیر ابداکشن و انگشتان در صفر درجه قرار داشتند، بنابراین زوایای اسپلینت برای تمام بیماران یکسان بود.

پیش از دادن اسپلینت ارزیابی‌های اولیه شامل دامنه‌ی حرکتی پاسیو و اکتیو مفاصل آرنج، مچ دست و متاکارپوفالانژینال، اسپاستی سیتة آرنج و مچ دست و عملکرد اندام فوقانی انجام شد. برای ارزیابی دامنه‌ی حرکتی از روش گونیا متری، اسپاستی سیتة از مقیاس Modified Ashworth Scale و برای ارزیابی عملکرد اندام فوقانی از مقیاس فوگل مایر استفاده شد. نتایج ارزیابی‌ها به طور کامل ثبت می‌شد و بعد از دادن توضیحات لازم اسپلینت Volar-Dorsal Wrist/Hand Immobilization به آنها داده می‌شد. بیماران موظف بودند این اسپلینت را به مدت یک ماه و به صورت ۲ ساعت در روز و تمام طول شب (۶ تا ۸ ساعت) بپوشند. بعد از گذشت یک ماه دوباره ارزیابی‌ها انجام شدند و نتایج به دست آمده با نتایج قبلی مقایسه شدند. لازم به ذکر است که بیماران تمرینات کاردرمانی را نیز به صورت روتین سه بار در هفته طی این یک ماه دریافت می‌کردند.

روش بررسی

این تحقیق به روش مداخله‌ای و به صورت پیش آزمون - پس آزمون (Pretest-Posttest Design) در کلینیک کاردرمانی بیمارستان فیروزگر انجام شد. ۱۴ بیمار سکتة مغزی مزمن به روش غیراحتمالی ساده انتخاب شدند. معیارهای ورود بیماران از این قرار بود: سپری شدن حداقل یک سال از زمان سکتة مغزی، داشتن سن ۲۰ الی ۶۴، کسب نمره‌ی شناختی بالای ۲۲ در آزمون Mini Mental Status، نداشتن بیماری نورولوژیک دیگر، داشتن اسپاستی سیتة در دست حداکثر تا نمره ۳ بر اساس MAS، توانایی نشستن مستقل لبه تخت به مدت حداقل ۱۰ دقیقه و عدم دریافت اسپلینت‌های مشابه و داروی بوتولینوم توکسین قبل از ورود به مطالعه. در ادامه ۳ بیمار به دلیل عدم مراجعه در زمان باز آزمون از مطالعه خارج شدند و ۱۱ نفر تا انتهای دوره مد نظر مشارکت نمودند. این افراد شامل ۴ زن و ۷ مرد با میانگین نمره‌ی شناختی ۲۷/۵۵ بودند که پس از تکمیل فرم رضایت نامه در این مطالعه شرکت کردند (جدول ۱). چنانچه بیماران هر یک از شرایط ذیل را داشتند از تحقیق خارج می‌شدند: بروز ضایعه‌ی ارتوپدیک در اندام فوقانی، مراجعه نکردن به موقع برای انجام باز آزمون و عدم همکاری در طول مطالعه.

برای ساخت این اسپلینت‌ها ابتدا قالب Positive

یافته ها

مچ دست قبل و بعد از استفاده از اسپلینت با مقادیر $t = -1/53$ و $P(v) = 0/15$ معنی دار نبود. میزان دامنه حرکتی فعال مفصل MP قبل و بعد از استفاده از اسپلینت با مقادیر $t = -1/65$ و $P(v) = 0/12$ و میزان دامنه حرکتی غیر فعال مفصل MP قبل و بعد از استفاده از اسپلینت با مقادیر $t = -1/48$ و $P(v) = 0/17$ نیز معنی دار نبود. تفاوت اسپاستی سبته آرنج بر اساس معیار MAS با مقادیر $Z = -0/81$ و $P(v) = 0/41$ معنی دار نبود و تفاوت اسپاستی سبته مچ دست قبل و بعد از استفاده از اسپلینت بر اساس معیار MAS با مقادیر $Z = -0/81$ و $P(v) = 0/41$ معنی دار نبود.

آنالیز داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۷) و با استفاده از آزمون t زوج و آزمون Wilcoxon انجام شد. تفاوت عملکرد دست قبل و بعد از استفاده از اسپلینت با $t = -2/3$ و $P(v) = 0/42$ معنی دار بود. میزان دامنه حرکتی فعال آرنج قبل و بعد از استفاده از اسپلینت با مقادیر $P(v) = 0/49$ و $t = -0/71$ و $t = -0/71$ و $P(v) = 0/49$ معنی دار نبود. میزان دامنه حرکتی غیر فعال آرنج قبل و بعد از استفاده از اسپلینت با مقادیر $t = -1/1$ و $P(v) = 0/29$ معنی دار نبود. میزان دامنه حرکتی فعال مچ دست قبل و بعد از استفاده از اسپلینت با مقادیر $t = -1/7$ و $P(v) = 0/1$ و میزان دامنه حرکتی غیر فعال

جدول ۱- آمار توصیفی

میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	سن
۵۲/۶۴	۹/۴۱	۳۴	۶۳	مدت زمان سپری شده از سکتته (ماه)
۲۹/۷۳	۱۷/۷۰	۱۲	۶۰	نمره ی شناختی
۲۷/۵۵	۲/۴۶	۲۳	۳۰	

جدول ۲- آمار تحلیلی متغیر های کمی

میانگین تغییرات	انحراف معیار	t آماری	سطح معناداری	دامنه ی حرکتی
۹/۰۹	۴۲/۰۶	-۰/۷۱	۰/۴۹	دامنه ی حرکتی فعال آرنج
۲/۲۷	۶/۸۴	-۱/۱	۰/۲۹	دامنه ی حرکتی غیر فعال آرنج
۴/۸	۸/۹	-۱/۷۸	۰/۱	دامنه ی حرکتی فعال مچ
۱۴	۳۰/۴۸	-۱/۵۳	۰/۱۵	دامنه ی حرکتی غیر فعال مچ
۳	۶	-۱/۶۵	۰/۱۲	دامنه ی حرکتی فعال متاکارپوفالانژیال
۴/۰۹	۹/۱۷	-۱/۴۸	-۱/۷	دامنه ی حرکتی غیر فعال متاکارپوفالانژیال
۲/۰۹	۲/۹۸	-۲/۳۲	۰/۰۴	عملکرد اندام فوقانی

جدول ۳- تغییرات اسپاستی سبته

منغیر	میانگین	آماره ی Z	سطح معناداری
اسپاستی سبته ی آرنج	۱+	-۰/۸۱	۰/۴۱
اسپاستی سبته ی مچ	۲	-۰/۸۱	۰/۴۱

بحث

برای بررسی تأثیر اسپلینت بر روی اسپاستی سبته کافی نباشد. دلیلی که ممکن است باعث به دست آمدن این نتایج باشد، پایین بودن پایایی آزمون MAS و همچنین پایین بودن حساسیت به تغییر این آزمون باشد (۱) شاید این تستها به دلیل اینکه علاوه بر اسپاستی سبته، thixotropy و Fixed muscle contracture را مورد ارزیابی قرار می دهد دلیل بر ناقص بودن

نتایج تحقیق حاضر نشان می دهد که اسپاستی سبته آرنج و مچ با استفاده از معیار MAS قبل و بعد از استفاده از اسپلینت تفاوت معنی داری نداشته است. در این تحقیق اولاً تعداد نمونه ها کم بود و برای گرفتن نتایج بهتر به حجم نمونه بیشتری نیاز است. دوم اینکه مدت زمان مداخله (استفاده از اسپلینت) نسبت به سایر تحقیقات کم بوده و به نظر می آید این مدت زمان

پیدا می‌کند ولی اکستنشن غیر فعال انگشتان افزایش پیدا می‌کند که احتمالاً با استرچ فلکسورهای انگشتان مرتبط است (۴). و از آنجا که نمودار تغییر دامنه حرکتی و ضریب تغییرات در بعضی از مفاصل در تحقیق حاضر نشان دهنده تمایل به بهبودی می‌باشند بنابراین بعید نیست که در مطالعات آینده این نتیجه که در تحقیقات دیگران به دست آمده است به دست بیاید. همچنین نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که عملکرد دست در اثر استفاده از اسپلینت در مدت یک ماه بهبودی معنی‌داری پیدا کرده است. تحقیقی که در سال ۲۰۰۰ توسط Gracise و همکارانش انجام شده است نشان داده است که عملکرد اندام فوقانی در بعضی از تکالیف بهبود می‌یابد و این مسأله را به درک حسی بهتر در سمت آسیب دیده همی پلژی و کاهش اسپاستی سیتة و افزایش دامنه حرکتی در بعضی مفاصل در اثر استفاده از Garment نسبت داده است (۴). تحقیقی که در سال ۱۹۹۶ توسط Kinghorn و همکارانش انجام شد نشان داده است که بعد از استفاده از یک اسپلینت Weight-Bearing مهاری، تون به مقدار حداقل کاهش پیدا کرد. تغییرات تکالیف عملکرد حرکات ظریف متغیر بوده و وضعیت دست- بازو بهبود یافته است (۱۰). Katz و همکاران در تحقیقی نشان دادند که همبستگی قوی بین میزان اسپاستی سیتة و عملکرد دست وجود دارد (۱۱). اگر چه مقیاسهای کلینیکی نظیر MAS اطلاعات تقریباً کمی ارائه می‌دهد و در بسیاری از مطالعات استفاده می‌شود اما هنوز اعتبار پایین و حساسیت کمی به تغییرات دارند (۱). در تحقیق ما نیز اسپاستی سیتة و دامنه‌ی حرکتی بهبودی داشته‌اند ولی این بهبودی با ارزیابیهای کلینیکی تنها در حد معنی‌دار نبوده که شاید این تغییرات جزئی در اسپاستی سیتة و دامنه‌ی حرکتی بتوانند دلیلی بر بهبودی عملکرد باشند که نیاز به بررسی بیشتر با استفاده از ابزارهای نوروفیزیولوژیک در تحقیقات آینده دارد. به طور کلی این تحقیق نشان می‌دهد که در اسپاستی سیتة و دامنه حرکتی با استفاده کوتاه مدت از اسپلینت یعنی به مدت ۱ ماه تغییرات معنی‌داری بوجود نمی‌آید ولی تغییرات در عملکرد بهبود می‌یابد و نیاز به مطالعات بیشتر دارد.

قدردانی

بدین وسیله محققین لازم می‌دانند تا از زحمات اساتید و متخصصینی که ما را در انجام این تحقیق یاری رساندند سپاس‌گزاری نمایند. همچنین از همکار ارتوپدی فنی جناب آقای حسن بیگی و نیز مرکز درمانی تبسم کمال تشکر و قدردانی را داریم.

این تست برای ارزیابی اسپاستی سیتة باشد و به نظر می‌رسد تستهای الکتروفیزیولوژیکی مثل Hmax/Mmax معیار خوبی برای اندازه‌گیری اسپاستی سیتة به تنهایی باشد و پیشنهاد می‌شود در آینده از این تستها هم به عنوان معیار اندازه‌گیری اسپاستی- سیتة استفاده شود. تحقیقی که در سال ۲۰۰۵ توسط Pizzi و همکارانش انجام شد نشان داد که در طول ۳ ماه استفاده از Volar splint اسپاستی سیتة کاهش پیدا می‌کند و این کاهش فقط با تستهای نوروفیزیولوژیک مشخص شده و با تست MAS معنی‌دار نبود (۸). همچنین در این تحقیق مشخص شد که اسپاستی سیتة علاوه بر فلکسور کارپی رادیالیس و سایر عضلات گروه فلکسوری مچ، در آرنج هم به طور واضحی کاهش یافته است و دلیل این مسأله را مهار عضله Biceps به وسیله آورنهای II گروه فلکسوری‌های مچ در اثر استرچ گزارش نموده است. این همان مکانیسمی است که Ushiba و همکارانش در مطالعه روی ۱۷ بیمار مزمن گزارش نمودند (در اندام تحتانی هم این مسأله گزارش شده است) (۹). در تحقیق حاضر نیز اگر چه از نظر آماری نتیجه معناداری به دست نیامد ولی نمودار تغییرات و همچنین درصد تغییرات نشان دهنده ی بهبود اسپاستی سیتة می‌باشد که ممکن است با افزایش حجم نمونه و طولانی کردن استفاده از اسپلینت و استفاده از تستهای نوروفیزیولوژیک در آینده این نتیجه را بهتر نشان بدهد. همچنین نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که دامنه حرکتی فعال و غیر فعال در مفاصل آرنج، مچ دست و MP انگشتان به طور معنی‌داری تغییر نکرده است. ولی ضریب تغییرات و همچنین نمودار مورد استفاده نشان از تغییرات در دامنه حرکتی می‌باشد. تحقیقی که در سال ۲۰۰۵ توسط Pizzi و همکارانش انجام شد نشان داد که دامنه حرکتی غیر فعال در مچ دست به طور معنی‌داری افزایش یافته، که این افزایش در دامنه حرکتی ext بیشتر از flex دیده شد. همچنین دامنه حرکتی غیر فعال در بیماران مزمن بهتر از بیماران تحت حاد در مچ افزایش یافته است ولی دامنه حرکتی غیر فعال در آرنج فقط در گروه تحت حاد به طور معنی‌داری افزایش یافته است. و این مسأله را که دامنه حرکتی غیر فعال در ext مچ بیشتر از flex آن تغییر یافته است به کاهش اسپاستی سیتة در مراحل FCR و سایر فلکسورهای مچ نسبت داده‌اند. و اینکه در مراحل مزمن نتیجه بهتر از مراحل تحت حاد است به جمع بودن بیش از حد انگشتان در فاز مزمن بیماری نسبت داده‌اند (۸). همچنین تحقیقی که در سال ۲۰۰۰ توسط Gracise و همکارانش انجام شده است نشان داد که در استفاده از dynamic lycra splint به صورت کوتاه مدت دامنه حرکتی فلکشن فعال انگشتان کاهش

REFERENCES

1. Starsky AJ, Sangani SG, McGuire JR, Logan B, Schmit BD. Reliability of Biomechanical spasticity measurements at the elbow of people poststroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005 Aug;86(8):1648-54.
2. Hsu J, Michael JW, Fisk J. *AAOS Atlas of orthoses and Assesstive Devices.* Philadelphia. Mosby. 2008. 191_200.
3. Lanin, NA, Herbert, RD. Is hand splinting effective for adults following stroke? A systematic review and methodologic critique of published research. *Clin Rehabil.* 2003 Dec;17(8):807-16.
4. Gracies JM, 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.* 2000; 81: 1547 – 55.
5. Gossman MR, Sahrman SA, Rose SJ. Review of length-associated change in muscle. Experimental evidence and clinical implications. *Phys Ther.* 1982 Dec;62(12):1799-808.
6. Hill J. The effects of casting on upper extremity motor disorders after brain injury. *Am J Occup Ther.* 1994 Mar;48(3):219-24.
7. Lannin NA, Cusick A, McCluskey A, Herbert RD. Effects of splinting on wrist contracture after stroke: a randomized controlled trial. *Stroke.* 2007 Jan;38(1):111-6.
8. 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.* 2005 Sep;86(9):1855-9.
9. Ushiba J, Masakado Y, Komune Y, Muraoka Y, Chino N, Tomita Y. Changes of reflex size in upper limbs using wrist splint in hemiplegic Patients. *Electromyogr Clin Neurophysiol.* 2004 Apr-May;44(3):175-82.
10. Kinghorn J, Roberts G. The effect of an Inhibitive weight – bearing splint on tone and function: a single-case study. *Am J Occup Ther.* 1996 Nov-Dec;50(10):807-15.
11. Katz RT, Rovai GP, Brait C, Rymer WZ. Objective quantification of spastic hypertonia: correlation with clinical findings. *Arch Phys Med Rehabil.* 1992 Apr;73(4):339-47.

Effects of Volar-Dorsal Wrist/Hand Immobilization Splint on Range of motion, Spasticity and Function of affected upper extremity in stroke patients

Amini M^{1*}, Shamili A¹, Foroghi B³, Kazemi R⁴, Sayad Nejad T⁵, Taghi Zadeh GH⁶

1- M.Sc of occupational therapy

2- Associate Professor of Iran University of Medical Science (Physical Medicen)

3- MD Director of Tabasom Rehabilitation

4- B.Sc of occupational therapy

5- Lecturer of Iran University of Medical Sciences

Abstract

Background and aim: The most prominent problems that is produced after stroke are spasticity or increase in muscle tone, decrease in range of motion and function of upper extremity. The aim of this study was to determine the effects of Volar-Dorsal Wrist/Hand Immobilization Splint on function of upper extremity, range of motion of the elbow, wrist and metacarpophalangeal joints and spasticity of the elbow and wrist joints.

Material and methods: Fourteen patients were participated in these experiments. The patients were selected according to inclusion and exclusion criteria and they had been given the splint after primary evaluation and were reevaluated after one month. Spasticity were evaluated with Modified Ashworth Scale. Range of motion were measured by goniometer. Fugl-meyer test were used to assess function of upper extremity. The splints were used 2 hours daily and whole night (6-8 hours) in one month.

Results: Comparison of data before and after the experiment showed significant improvement in upper extremity function ($P=0.04$). Range of motion and spasticity were not significant ($P>0.05$).

Conclusion: Volar-Dorsal Wrist/Hand Immobilization Splint can improve the function of upper extremity. Although spasticity and range of motion showed a little changes in short-term use (1month) but the differences were not significant that will need more studies.

Key words: Stroke, Splint, Spasticity, Range of motion, Function

*Corresponding author :

Arian Shamili Rehabilitation Faculty, Iran University of Medical Sciences.

Email: Malekamini8@gmail.com

This research was supported by Iran University of Medical Sciences (TUMS)