مقایسه تأثیر اسپلنت Manu و اسپلنت Cock-up در درمان سندرم کارپال تانل

رقیه بای (MSc)*^۱، بهنام حاجی آقایی (MSc)^۱، بیژن فروغ (MD)^۲

۱- گروه ارتوپدی فنی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- گروه طب فیزیکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دریافت: ۸۸/۶/۱۶، اصلاح: ۸۸/۹/۱۸، پذیرش: ۸۹/۵/۱۳

خلاصه

سابقه و هدف: سندرم تونل کارپ یا نوروپاتی فشاری عصب مدین در مچ از اصلی ترین علل درد، کرختی و گزگز در اندام فوقانی می باشد که شیوع نسبتاً بالایی نیز دارد. متداولترین درمان غیرجراحی در سندرم های خفیف تا متوسط تونل کارپ، اسپلنتهای مچ می باشند. این مطالعه به منظور مقایسه تأثیر اسپلنت Manu و اسپلنت کوکاپ کوتاه در درمان بیماران مبتلا به سندرم خفیف تا متوسط تونل کارپ انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۲۰ دست (۱۲ زن) مبتلا به سندرم خفیف تا متوسط تونل کارپ که بطور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند، انجام گردید. یک گروه اسپلنت نگهدارنده انگشت سوم و چهارم در اکستنشن (Manu Splint) و گروه دیگر اسپلنت کوکاپ کوتاه با زاویه طبیعی در مچ را به مدت ۴ هفته در شب پوشیدند. در پایان هفته دوم و چهارم بیماران توسط پرسشنامه بوستون و فرم دیداری سنجش درد، مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند. پرسشنامه شامل دو قسمت شدت علائم و عملکرد دست بوده که حداکثر نمره شدت علائم ۵۵ و حداکثر نمره عملکرد دست ۴۰ است. حداکثر نمره درد ۱۰۰ می باشد.

یافته ها: در پایان ۴ هفته، میانگین نمرات شدت علائم و درد در دو گروه بطور معنی داری کاهش یافته بود. عملکرد دست در پایان هفته دوم و در گروه اسپلنت Manu بهبود معنی داری نشان داد ($p=0/004$). در مقایسه تأثیر دو اسپلنت در پایان هفته چهارم، میانگین شدت علائم در گروه اسپلنت کوکاپ $51/38 \pm 15/21$ - و در گروه اسپلنت Manu، $37/15 \pm 31/15$ - بوده است ($p=0/008$). میانگین درد در گروه اسپلنت کوکاپ $96/2 \pm 59/8$ - و در گروه اسپلنت Manu $86/34 \pm 61/72$ - بوده است ($p=0/004$). تفاوت معنی داری بین دو گروه از لحاظ عملکرد دست وجود نداشت.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که یک دوره ۴ هفته ای استفاده از اسپلنت دست یا اسپلنت مچ سبب بهبود علائم CTS می شود. در درمان ارتزی سندرم تونل کارپ موقعیت مچ مهمتر از موقعیت انگشتان است.

واژه های کلیدی: سندرم تونل کارپ، اسپلنت کوکاپ، اسپلنت Manu

مقدمه

عصب مدین عصب می گیرند، خواهد شد (۲). از متداولترین روشهای درمانی در مراحل اولیه بیماری استفاده از اسپلنتها است، در مطالعه Werner و همکاران یک دوره کوتاه مدت استفاده از اسپلنت شبانگهی سبب کاهش ناراحتی ها و علائم در انگشتان دست و مچ دست میان کارگران با علائم سندرم تونل کارپ شد (۳). Ozgen و همکاران اسپلنتهایی را در چهار وضعیت ۱۵ درجه فلکشن مچ، طبیعی، ۱۵ درجه اکستنشن مچ و ۳۰ درجه اکستنشن مچ بررسی کردند. در پایان یک دوره ۶ هفته ای، با استفاده از پرسشنامه، مشخص شد که پارامترهای

سندرم تونل کارپ (Carpal Tunnel Syndrome) یا نوروپاتی فشاری عصب مدین در مچ از اصلی ترین علل درد، کرختی و گزگز در اندام فوقانی می باشد (۱). میزان بروز آن حدود ۸۸ تا ۱۲۵ نفر از هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر گزارش شده است (۲). سندرم تونل کارپ بدلیل اعمال فشار روی عصب مدین در تونل کارپ ایجاد می شود. بنابراین هر شرایطی که سبب کاهش حجم تونل کارپ یا افزایش حجم محتوای آن شود، سبب فشار روی این عصب و بروز علائم مربوط به سندرم تونل کارپ شامل درد، پاراستزی، هایپستزی در دست و نواحی که از

* مسئول مقاله:

آدرس: تهران، میدان مادر، خیابان شاه نظری، دانشکده علوم توانبخشی، گروه ارتز-پروتز، تلفن: ۰۲۱-۲۲۲۵۹۳۰۶

e-mail: roghayebay@yahoo.com

بنابراین فرد می تواند کارهای روزمره را بدون محدودیت انجام دهد (۹۱۰). با توجه به اینکه در مطالعات قبلی این اسپینت، بر درمان تونل کارپ از گروه کنترل استفاده نشده بود، این مطالعه با هدف مقایسه اثر درمانی این اسپینت با کوکاپ کوتاه در مبتلایان به سندرم خفیف تا متوسط تونل کارپ انجام گردید.

مواد و روشها

این مطالعه کارآزمایی بالینی و بصورت تصادفی به روی ۲۰ دست مبتلا به به سندرم خفیف تا متوسط تونل کارپ که به بخش طب فیزیکی بیمارستان شهید فیروزگر مراجعه کرده بودند، انجام شد. به منظور پرهیز از نقش عوامل مداخله گر جنس و حرفه، بیماران از بین خانم های خانه دار با دامنه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال انتخاب شدند. پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه همه افراد با درد مزمن در میچ یا دست با علائم پاراستزی و بی حسی در یک یا همه انگشتانی که از عصب مدین عصب می گیرند (۲/۵ انگشت خارجی)، وجود علائم شبانه حداقل برای سه ماه و ابتلا به سندرم خفیف تا متوسط تونل کارپ طبق یافته های الکترودیآگنوستیک، وارد مطالعه شدند. برای تعیین میزان شدت بیماری از سرعت هدایت حسی (SCV^1) عصب مدین و تأخیر حرکتی دیستال (DML^2) عصب مدین از میچ تا انگشت دوم استفاده شد. (سرعت هدایت حسی عصب مدین در حالت طبیعی بیش از ۴۷ متر بر ثانیه و تأخیر حرکتی دیستال آن در حالت طبیعی کمتر از ۴/۲ میلی ثانیه می باشد). طبق این معیار شدت سندرم تونل کارپ به شش سطح تقسیم بندی می شود که عبارتند از، ۱- خیلی شدید: عصب مدین فاقد پاسخهای حسی و حرکتی می باشد. ۲- شدید: پاسخ حسی عصب مدین وجود ندارد و تست تأخیر حرکتی دیستال عصب مدین بیش از حد طول کشنده است. ۳- متوسط: سرعت هدایت حسی عصب مدین از انگشت دوم تا میچ کاهش یافته و تست تأخیر حرکتی دیستال عصب مدین غیر عادی می باشد. ۴- خفیف: سرعت هدایت حسی عصب مدین از انگشت دوم تا میچ کاهش یافته ولی تست تأخیر حرکتی دیستال عصب مدین عادی است. ۵- خیلی خفیف: سرعت هدایت حسی و تست تأخیر حرکتی دیستال عصب مدین از انگشت دوم تا میچ، عادی بوده ولی تستهای سگمنتال و مقایسه ای غیر عادی است. ۶- عادی بودن تمامی تستها به منزله عدم سندرم تونل کارپ می باشد (۹).

در صورتیکه افراد سوابقی نظیر تزریق کورتیکواستروئید در ناحیه میچ ظرف سه ماه گذشته، سابقه جراحی کارپال تانل در دست مبتلا، سابقه شکستگی میچ دست در دست مبتلا، بارداری و مشکلات نورولوژیکی در اعصاب حرکتی فوقانی^۳ داشتند، از مطالعه خارج شدند.

پس از معاینه افراد با ظن بالینی به سندرم تونل کارپ، بیماری این افراد با مطالعات الکترودیآگنوستیک تشخیص و تأیید شده و در صورت احراز شرایط ورود به مطالعه پزشک معالج، بیماران را همراه با تستهای الکترومیوگرافی و تست سرعت هدایت حسی عصب مدین به بخش ارتوپدی فنی ارجاع می داد. در صورت موافقت آگاهانه بیماران، فرم مشخصات فردی و بالینی توسط تریپست تکمیل گردید. مشخصات فردی و بالینی شامل مشخصات دموگرافیک و معاینات معمول

بالینی در سه گروه اول بهبود داشته اند. از لحاظ قدرت گرفتن تنها گروه دوم و از لحاظ عملکرد دست گروه اول بهبود معنی داری را نشان دادند (۴). Yagci و همکاران دریافته اند که یک دوره سه ماهه استفاده از اسپینت به همراه لیزرتراپی در مبتلایان به سندرم خفیف تا متوسط تونل کارپ، سبب بهبود در سرعت هدایت پیام عصبی، بهبود در علائم و عملکرد دست در مقیاس پرسشنامه بوستون و بهبود در قدرت گرفتن می شود. در حالیکه استفاده تنها از اسپینت، صرفاً شدت علائم را بهبود می بخشد (۵).

Brininger و همکارانش در بررسی چهار روش درمانی نشان دادند اسپینت هایی که میچ را در وضعیت طبیعی نگه داشته و علاوه بر آن مفاصل متاکارپوفالانژیال را نیز در موقعیت طبیعی، بی حرکت نگه می دارند، نسبت به اسپینتهای پیش ساخته نئوپرنی، تأثیر بهتری در بهبود علائم سندرم تونل کارپ در معیار پرسشنامه بوستون دارند (۶).

Mohamadi نیز در مطالعه مشابهی نشان داد که اگر اسپینت ها علاوه بر مفصل میچ تا مفاصل متاکارپوفالانژیال ادامه یافته و این مفاصل را نیز بی حرکت نگه دارند، نسبت به اسپینتهایی که صرفاً مفصل میچ را نگه می دارند، سبب بهبود هر چه بیشتر علائم سندرم تونل کارپ در قدرت گرفتن و آزمون سمفز اشتاین و آزمون تمایز دو نقطه می گردد (۷). Anagholi نیز در مطالعه خود نشان داد که اگر اسپینت های میچ در زاویه طبیعی ساخته شوند، باعث کاهش هر چه بیشتر فشار تونل کارپ و بهبود علائم می شوند (۸).

Manente و همکارانش نیز طی مانوری دریافته اند که فشردگی آرام سر دیستال استخوانهای متاکارپ بجز متاکارپ اول و کشیدگی انگشتان سوم و چهارم، برای چند ثانیه سبب بهبود پاراستزی و درد ناشی از سندرم تونل کارپ می شود (۹). به دنبال مطالعات و یافته های موجود، Manente و همکارانش اسپینتی را طراحی کردند که از یک استرپ حول انتهای دیستال استخوانهای متاکارپال و یک پد گوه ای شکل تشکیل شده است. این پد، پشت انگشتان دوم و سوم قرار گرفته و کشش کمی را در سطح پالمار انگشتان سوم و چهارم ایجاد می کند. انگشتان دوم و پنجم زیر این پد قرار می گیرند. اسپینت توسط استرپهایی روی دست محکم می شود (۹).

مطالعات بعدی در بررسی این اسپینت ابداعی تأثیر مثبت آن را بر بهبود بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپ نشان داد (۹-۱۱). طراحان این اسپینت، اصلاح شکل و قطر تونل کارپ را سبب تسکین علائم توسط اسپینت Manu دانستند، هم چنین ادعا کردند که نگه داشتن انگشت دوم و سوم در اکستنشن، منجر به خروج عضلات لومبویکال از تونل کارپ و کاهش حجم محتوای پیرامونی و درونی تونل و در نتیجه سبب بهبود علائم سندرم تونل کارپ می شود (۹). یکی از عواملی که می تواند سبب افزایش فشار در تونل کارپ شود، ورود عضلات لومبویکال به داخل این تونل در طول فلکشن انگشتان است که می تواند عاملی برای تحت فشار قرار دادن عصب مدین و بروز علائم این سندرم باشد (۹-۱۱). وجود عضلات لومبویکال در تونل کارپ، محتوای تونل کارپ را افزایش داده و سبب افزایش فشار تونل می شود. این نکته خصوصاً در مورد کارگرها و سندرمهای تونل کارپ که از کار زیاد ناشی می شوند و حجم لومبویکالها نسبت به حالت عادی بزرگتر است، حائز اهمیت می باشد (۱۴-۱۳ و ۶). اسپینت Manu مانع آپوزیشن انگشت کوچک و شست نشده و امکان گرفتن با انگشت اشاره و شست را نیز فراهم می کند. فلکشن و اکستنشن میچ نیز آزاد است.

¹ Sensory Nerve Conduction

² Distal Motor Latency

³ Upper Motor Neuron

در جلسه دوم و سوم این میانگین به ترتیب به میزان $۱۸/۱۰ \pm ۴/۹۷$ و $۱۸/۲۰ \pm ۳/۴۲$ رسید. تفاوت معنی داری بین میانگین علائم در جلسه دوم و سوم نسبت به جلسه اول وجود داشت ($p=۰/۰۰۳$). میانگین عملکرد دست نیز در ارزیابی اولیه $۱۶/۶۰ \pm ۵/۲۷$ بود که این میانگین در جلسه دوم $۱۱/۸۰ \pm ۲/۱۴$ و در جلسه سوم $۱۱/۱۰ \pm ۲/۱۳$ شد و در مقایسه میانگین جلسه دوم و سوم با جلسه اول تفاوت معنی داری داشت ($p=۰/۰۰۴$). در بررسی شدت درد، میانگین درد در جلسه اول $۵۱/۱۵ \pm ۲۵/۱۱$ و در جلسه دوم $۱۷/۵۵ \pm ۱۹/۶۸$ و در جلسه سوم $۱۸/۹۵ \pm ۱۹/۰۵$ بود. میانگین درد در جلسه دوم نسبت به اول معنی دار بود ($p=۰/۰۰۴$) و در جلسه سوم نسبت به اول با میزان $p=۰/۰۰۶$ بهبود داشت. در هر سه مورد شدت علائم و عملکرد دست و درد تفاوت معنی داری بین جلسات دوم و سوم مشاهده نشد.

یافته های مطالعه، تأثیر اسپلینت کوکاپ کوتاه را نیز در بهبود درد و علائم سندرم تونل کارپ نشان داد. میانگین شدت علائم در جلسه اول $۲۹/۲۰ \pm ۹/۱۷$ بود که در جلسه دوم به $۱۵/۳۰ \pm ۳/۶۲$ و در جلسه سوم به $۱۳/۰۰ \pm ۰/۸۱$ رسید. میانگین شدت علائم در جلسه دوم نسبت به اول و در جلسه سوم نسبت به اول به ترتیب با میزان $p=۰/۰۰۰۱$ و $p=۰/۰۰۱$ کاهش معنی داری داشت. در بررسی عملکرد دست میانگین ها در جلسه اول $۱۵/۳۰ \pm ۳/۳۰$ و در جلسه دوم $۱۳/۸۰ \pm ۵/۱۱$ و در جلسه سوم $۱۲/۱۰ \pm ۳/۵۴$ بدست آمد. هیچگونه تفاوت معنی داری بین میانگین سه جلسه مشاهده نشد. میانگین درد در جلسه اول $۵۵/۶۰ \pm ۲۶/۰۵$ بود که در جلسه دوم به $۱۴/۴۰ \pm ۲۹/۳۳$ و در جلسه سوم به $۰/۰۰۱ \pm ۱/۸۹$ رسید. تفاوت میانگین ها در جلسه دوم نسبت به اول با مقدار $p=۰/۰۰۱$ و در جلسه سوم نسبت به اول با مقدار $p=۰/۰۰۰۱$ معنی دار بود. مقایسه میانگین درصد شدت علائم، عملکرد دست و درد بین دو گروه در مراجعه دوم و سوم نسبت به مراجعه اول نیز مقایسه شد (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه میانگین درصد تغییرات شدت علائم عملکرد دست و درد بین دو گروه اسپلینت Manu و کوکاپ در مراجعه دوم و سوم نسبت به اول

متغیر	اسپلینت Manu	اسپلینت کوکاپ کوتاه	pvalue
مراجعه دوم			
شدت علائم	$-۳۲/۰۳ \pm ۱۶/۵۹$	$-۴۲/۷۳ \pm ۲۰/۵۹$	$۰/۰۷۴$
عملکرد دست	$-۲۴/۳۷ \pm ۱۸/۲۶$	$-۱۰/۸۱ \pm ۲۲/۸۵$	$۰/۱۶۱$
درد	$-۵۱/۸۳ \pm ۴۸/۱۹$	$-۸۱/۳۰ \pm ۳۷/۷۹$	$۰/۱۴۷$
مراجعه سوم			
شدت علائم	$-۳۱/۱۵ \pm ۱۵/۳۷$	$-۵۱/۳۸ \pm ۱۵/۲۱$	$۰/۰۰۸$
عملکرد دست	$-۳۰/۲۰ \pm ۱۲/۶۳$	$-۲۱/۰۵ \pm ۱۳/۰۳$	$۰/۱۲۸$
درد	$-۶۱/۷۲ \pm ۳۴/۸۶$	$-۹۸/۵۹ \pm ۲/۹۶$	$۰/۰۰۴$

بحث و نتیجه گیری

یافته های مطالعه نشان داد که هر دو اسپلینت کوکاپ کوتاه و اسپلینت Manu سبب بهبود سندرم تونل کارپ خفیف تا متوسط شدند. در پایان چهار هفته اسپلینت کوکاپ از لحاظ بهبود شدت علائم و درد، بهتر از اسپلینت Manu

سندرم تونل کارپ، نظیر تست فالان بود. پس از آن فرم دیداری ارزیابی درد (Pain Visual Analog Scale) و پرسشنامه بوستون (۱۵ و ۱۶) توسط بیمار و با توضیحات تراپیست کامل گردید. سپس یکی از دو نوع اسپلینت برای بیمار ساخته شد. اولین بیماری که با درگیری خفیف مراجعه کرد در گروه اسپلینت Manu و دومین بیمار با درگیری خفیف در گروه اسپلینت کوکاپ کوتاه با وضعیت طبیعی مچ قرار گرفت. به همین ترتیب اولین بیمار با درگیری متوسط در گروه اسپلینت Manu و دومین بیمار با درگیری متوسط در گروه اسپلینت کوکاپ کوتاه با وضعیت طبیعی مچ قرار گرفت. به این ترتیب شدت بیماری در دو گروه کاملاً یکسان بود.

بیماران اسپلینتها را فقط شبها پوشیده و در پایان هفته دوم و چهارم جهت ارزیابی مجدد و تکمیل فرم دیداری ارزیابی درد و پرسشنامه بوستون مراجعه کردند. در این مطالعه درد و شدت علائم و عملکرد دست افراد، بعنوان متغیرهای مطالعه، مورد بررسی قرار گرفتند. جهت سنجش میزان بهبود علائم و عملکرد بیماری از پرسشنامه بوستون استفاده شد. این پرسشنامه توسط Levien و همکارانش به منظور ارزیابی بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپ تهیه شد (۱۵). مطالعات پیشین، روایی پرسشنامه را با استفاده از آزمون ضریب همبستگی درون گروهی و همچنین پایایی آن را براساس ضریب کوهن تأیید کردند (۱۶ و ۱۵). در پایان نامه هایی به فارسی نیز مورد استفاده قرار گرفته است (۸). پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده است. قسمت اول ۱۱ پرسش دارد که مربوط به بررسی شدت علائم می باشد. هر پرسش شامل ۵ گزینه است که به ترتیب نمرات ۱ تا ۵ به آنها تعلق می گیرد. یک به معنی کمترین شدت و ۵ به معنی بیشترین شدت علائم در هر پرسش می باشد. حداکثر نمرات اکتسابی این قسمت ۵۵ خواهد بود. قسمت دیگر مشتمل بر ۸ سوال ۵ گزینه ای، جهت بررسی عملکرد دست بوده و حداکثر نمره این بخش ۴۰ می باشد.

فرم دیداری سنجش درد، جهت سنجش درد بکار رفت. فرم مشتمل بر یک خط بطول ۱۰۰ mm است که صفر به معنای عدم درد و ۱۰۰ به معنای درد خیلی شدید است. به بیمار توضیح داده شد که بسته به شدت درد خود، جایی در طول خط، یکبار جهت درد روزانه و یکبار جهت درد شبانه، علامت بزند. پس از آن نقاط مشخص شده روی خط، توسط خط کش اندازه گیری شده و میانگین آنها بعنوان شدت درد در نظر گرفته شد. به منظور مقایسه تأثیر دو اسپلینت با یکدیگر، طبق فرمول $100 \times [(post-pre)/pre]$ ، درصد تفاضل نمرات پرسشنامه در هفته دوم نسبت به مراجعه اول و در هفته چهارم نسبت به مراجعه اول و تحت عنوان درصد تغییرات، برای هر یک از گروه ها محاسبه گردید. در مواردی که نمرات در یک جلسه نسبت به جلسه قبل سیر کاهشی داشتند، اعداد حاصل منفی به دست آمد. داده ها با استفاده از آزمونهای آماری تی مستقل و آنالیز واریانس با تکرار مجدد تجزیه و تحلیل و $p < ۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه، میانگین سن در گروه اسپلینت Manu، $۴۳/۵۰ \pm ۱۰/۹$ سال و در گروه اسپلینت کوکاپ کوتاه $۳۵/۶۰ \pm ۵/۷۹$ سال و شاخص توده بدن نیز به ترتیب $۳۰/۵۹ \pm ۳/۲۱$ کیلوگرم بر متر مربع و $۳۳/۹۶ \pm ۵/۴۱$ کیلوگرم بر متر مربع بود. در گروه اسپلینت Manu میانگین شدت علائم $۲۷/۵۰ \pm ۷/۶۷$ بود که

افزایش محتوای تونل در لبه دیستال تونل رخ می‌دهد، فضای تونل هم در این قسمت بیشتر خواهد شد (۱۹ و ۲۱).

بنابراین منطقی است که با اکستنشن مچ، فشار تونل کارپ در لبه پروگزیمال تونل، افزایش یابد. زیرا هم افزایش محتوا و هم کاهش فضا وجود دارد. بطوریکه مشاهدات *Bower* نیز چنین امری را تأیید می‌کند (۱۹). از طرفی، در تفسیر نتایج اسپیلنت *Manu* نسبت به کوکاپ، یافته‌های *Keir*، برخلاف آنچه که پیش از این بیان شد، نقش عضلات لومبریکال را در ایجاد سندرم تونل کارپ تأیید نمی‌کند. زیرا لومبریکالها در برخی افراد تا ۲۰ درجه فلکشن مچ، همچنان در دیستال تونل کارپ قرار گرفته و وارد تونل نمی‌شوند (۲۲). هم چنین حرکت دست که سبب حرکت لومبریکالها می‌شود، متناوب بوده و لومبریکالها همواره داخل تونل کارپ قرار نمی‌گیرند، پس نمی‌تواند سبب تغییرات طولانی مدت در فشار تونل کارپ شوند (۱۱). در مقابل، اکستنشن انگشتان و مچ، سبب ورود عضلات فلکسور خارجی به تونل کارپ شده و فشار تونل را افزایش می‌دهد. محققین معتقدند که در ساخت اسپیلنت‌ها باید از اکستنشن مچ و انگشتان جلوگیری شود (۲۲).

در نتیجه، از آنجاییکه اسپیلنت کوکاپ، مانع حرکت مفاصل مچ می‌شود و آن را در وضعیت خنثی نگه می‌دارد، یعنی وضعیتی که فشار تونل کارپ کمترین مقدار است، اثر درمانی بهتری نسبت به اسپیلنت *Manu* دارد. زیرا اسپیلنت *Manu*، نه تنها مفصل مچ را بی حرکت نگه نمی‌دارد، بلکه مفاصل متاکارپوفالانژیال را در نیز در اکستنشن حفظ می‌کند.

با وجود مطالعات متنوع و نتایج آنها، این طور به نظر می‌رسد هر دو اسپیلنت *Manu* و کوکاپ دارای اثر درمانی بوده اما اسپیلنت کوکاپ به دلیل بی حرکت کردن مفصل مچ، اثر درمانی بهتری در کاهش درد داشته است. یافته‌های *De Angelis* نیز با یافته‌های این پژوهش همسویی دارد بطوریکه بعد از یک دوره سه ماهه، هر دو اسپیلنت *Manu* و اسپیلنت مچ، سبب بهبود علائم، عملکرد و درد در بیماران شده بودند اما این بهبود در گروه اسپیلنت مچ بهتر بوده است (۱۰). بنابراین در ساخت اسپیلنتها، بهتر است، مفصل مچ در موقعیت خنثی نگه داشته شود (۸ و ۱۷) در برخی موارد اگر اسپیلنت علاوه بر مفصل مچ، مفاصل متاکارپوفالانژیال را نیز در موقعیت خنثی نگه دارد، نتایج درمانی بهتری بدست خواهد آمد (۶ و ۷).

با توجه به نتایج حاصل یک دوره استفاده کوتاه مدت از اسپیلنت *Manu* می‌تواند در موارد خفیف تا متوسط سندرم تونل کارپ موثر باشد، اما در درمانهای غیر جراحی و طولانی مدت سندرم تونل کارپ، اسپیلنت کوکاپ کوتاه همواره می‌تواند روش درمانی بهتری باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاری صمیمانه آقای محمدرضا کیهانی که در انجام آنالیز آماری تحقیق همکاری داشتند و پرسنل بیمارستان شفا یحیائیان قدردانی می‌گردد.

بود و اسپیلنت کوکاپ کوتاه با زاویه طبیعی مچ، سبب بهبود علائم و درد در معیار سنجش درد بوده است. اما در مورد بهبود عملکرد دست، چندان موثر نبوده است. یافته‌های *Burke* و همکاران نیز تأیید می‌کنند که اسپیلنت‌هایی که مچ را در موقعیت خنثی نگه می‌دارند، نسبت به اسپیلنت‌هایی که مچ را در ۲۰ درجه اکستنشن نگه می‌دارند، اثر درمانی بهتری داشته‌اند (۱۷). *Anagholi* نیز، در مطالعه‌ای مشابه نشان داد که اسپیلنت‌های کوکاپ کوتاه با حفظ زاویه طبیعی مچ، نسبت به کوکاپ با حفظ اکستنشن مچ، تأثیر بیشتری بر بهبود درد، علائم و عملکرد دست بیماران مبتلا به سندرم خفیف تا متوسط تونل کارپ در معیار سنجش پرسشنامه *Levin* داشته‌اند (۸).

Bringer و همکاران نیز در مطالعه چهار روش درمانی سندرم تونل کارپ دریافتند که استفاده از اسپیلنتها، چه اسپیلنتهای کوکاپ پیش ساخته نئوپرنی و چه کوکاپ‌هایی که برای حفظ موقعیت خنثی در مچ و مفاصل متاکارپوفالانژیال ساخته می‌شوند، سبب بهبود چشمگیر علائم و عملکرد دست می‌شوند (۶). *Nobuta* نیز گزارش کرد که اسپیلنتهای مچ سبب بهبود سندرم‌های خفیف تا متوسط تونل کارپ با تأخیر دیستال کمتر از ۸ ms برای *APB*، *CMT* بسیار موثر است (۱۸).

همسو با نتایج این مطالعه، *Werner* نیز، در مطالعه خود نشان داد که استفاده شبانه از اسپیلنتهای مچ، برای یک دوره ۶ هفته‌ای، سبب کاهش علائم در دست و ناحیه آرنج می‌شود (۳).

یافته دیگر مطالعه حاضر، تأثیر اسپیلنت *Manu* در بهبود علائم، عملکرد دست و معیار سنجش درد، در افراد مبتلا به سندرم تونل کارپ بود. مطالعات محدودی در مورد تأثیر اسپیلنت *Manu* صورت گرفته است. یافته‌های *Manent* نیز در بررسی تأثیر اسپیلنت *Manu*، نشان داد که این اسپیلنت سبب بهبود علائم و عملکرد دست در مبتلایان به سندرم خفیف تا متوسط تونل کارپ در معیار پرسشنامه کارپال تانل بوستون می‌شود (۹) که با یافته‌های این مقاله همسویی دارد. اثر درمانی اسپیلنت *Manu* بدلیل اصلاح شکل و قطر تونل کارپ و اصلاح رابطه بین عصب مدین و بافت‌های احاطه کننده آن است. هم چنین نگه داشتن انگشت سوم و چهارم در اکستنشن، سبب خروج عضلات لومبویکال دوم و سوم از تونل کارپ و کاهش حجم محتوای پیرامونی و درونی تونل و در نتیجه سبب بهبود علائم سندرم تونل کارپ می‌شود (۹).

در یافته دیگر مطالعه مشاهده شد که شدت علائم و درد در گروه اسپیلنت کوکاپ کوتاه بطور معنی داری نسبت به گروه اسپیلنت *Manu* بهبود داشته است. در تفسیر این نتیجه می‌توان بیان نمود که با فلکشن یا اکستنشن مچ و یا بطور کلی انحراف مچ از موقعیت خنثی، محتوای تونل کارپ افزایش می‌یابد. این افزایش محتوا در موقعیت فلکشن مچ بدلیل وجود عضلات لومبریکال و در موقعیت اکستنشن مچ بدلیل وجود عضلات فلکسور خارجی انگشتان (فلکسورهای سطحی و عمقی انگشتان) است (۲۱-۱۹). اما فضای تونل کارپ، زمانیکه مچ در اکستنشن قرار می‌گیرد، در ناحیه پروگزیمال کمتر از ناحیه دیستال خواهد بود (۱۹). در نتیجه با اکستنشن مچ و انگشتان، در قسمت پروگزیمال تونل کارپ، افزایش محتوا و کاهش فضای تونل رخ می‌دهد. اما در فلکشن انگشتان، اگر

Comparison between Efficacy of Manu Splint and Cock-up Splint in Carpal Tunnel Syndrome Treatment

R. Bye (MSc)^{1*}, B. Hajiaqai (MSc)², B. Frorough (MD)³

1. Orthotics and Prosthetics Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Physical Medicine and Rehabilitation Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

J Babol Univ Med Sci;13(1); Jan 2011

Received: Sep 7th 2009, Revised: Dec 9th2009, Accepted: Aug 4th 2010.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Carpal tunnel syndrome (CTS) or compression neuropathy of median nerve in carpal tunnel is the main cause of pain, numbness and tingling in the upper limb. The most common conservative interventions in mild to moderate CTS are wrist splints. The purpose of this study was to compare the effect of the Manu splint to wrist cock-up splint on the symptoms and functional status in CTS.

METHODS: In this clinical trial study, we randomized 20 hands (12 female patients) with CTS into a group wearing the splint that keep 3rd and 4th fingers in extension (Manu splint) and into another one wearing the short cock-up splint with natural wrist angle, at night for 4 weeks. The patients were evaluated and compared after 2nd and 4th weeks by Boston Carpal Tunnel Questionnaire (BCTQ) and Pain Visual Analog Scale. The questionnaire comprised two parts: symptoms severity and functional statuses that maximum scores were 55 and 40 for symptom severity and functional statuses, respectively. Maximum score was 100 for PVAS.

FINDINGS: The average symptom scores of BCTQ and pain scores significantly reduced in both groups after 4 weeks. Functional statuses score was diminished significantly only in Manu splint group after 2 weeks ($p=0.004$). In comparison between 2 groups, after 4 weeks, the mean symptom severity score in Manu splint group was -31.15 ± 15.37 and in cock-up splint group was -51.38 ± 15.21 ($p=0.008$), the mean pain severity score in Manu splint group was -61.72 ± 34.86 and in cock-up splint group was -98.59 ± 2.96 ($p=0.004$). After 4 weeks no significant differences existed between 2 groups in term of functional status.

CONCLUSION: The results of this study show that a 4 week treatment with either the hand brace or the wrist splint induced symptomatic benefit in patients with CTS. In the orthotic treatment of CTS, wrist posture is more important than finger posture.

KEY WORDS: *Carpal tunnel syndrome, Cock up splint, Manu splint.*

*Corresponding Author;

Address: Orthotics and Prosthetics Department, Faculty of Rehabilitation Sciences, Shah Nazari St., Tehran, Iran

Tel: +98 21 22259306

E-mail: roghayebye@yahoo.com

References

1. Atroshi I, Gummesson C, Johnsson R, Ornstein E, Ranstam J, Rosen I. Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *JAMA* 1999;282(2):153-8.
2. Gerritsen AA, de Krom MC, Struijs MA, Scholten RJ, de Vet HC, Bouter LM. Conservative treatment options for carpal tunnel syndrome: a systematic review of randomized controlled trials. *J Neurol* 2002;249(3):272-80.
3. Werner RA, Franzblau A, Gell N. Randomized controlled trial of nocturnal splinting for active workers with symptoms of carpal tunnel syndrome. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86(1):1-7.
4. Ozgen M, Gungen G, Sarsan A, et al. Determination of the position on which the median nerve compression is at the lowest in carpal tunnel syndrome and clinical effectiveness of custom splint application. *Rheumatol Int* 2010 Mar 20. [Epub ahead of print]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
5. Yagci I, Elmas O, Akcan E, Ustun I, Gunduz OH, Guven Z. Comparison of splinting and splinting plus low-level laser therapy in idiopathic carpal tunnel syndrome. *Clin Rheumatol* 2009;28(9):1059-65.
6. Brininger TL, Rogers JC, Holm MB, Baker NA, Li ZM, Goitz RJ. Efficacy of a fabricated customized splint and tendon and nerve gliding exercises for the treatment of carpal tunnel syndrome: A randomized controlled trial. *Arch phys Med Rehabil* 2007;88(11):1429-35.
7. Mohammadi A. Comparison of two kinds of cock up splints in carpal tunnel syndrome patients. Master of Science thesis of occupational therapy. Tehran, Iran University of Medical Sciences 2006. [MSc Thesis]
8. Anaghali L. Comparison of wrist splint in natural position and functional position in hand pain, symptoms and function in mild to moderate carpal tunnel syndrome patients. Master of Science thesis of technical orthopedic. Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences 2007. [MSc Thesis]
9. Manente G, Torrieri F, Di Blasio F, Staniscia T, Romano F, Uncini A. An innovative had brace for carpal tunnel syndrome: A randomized controlled trial. *Muscle Nerve* 2001; 24(8):1020-5.
10. De Angelis MV, Pierfelice F, Di Giovanni P, Staniscia T, Uncini A. Efficacy of a soft hand brace and a wrist splint for carpal tunnel syndrome: A randomized controlled study. *Acta Neurol Scand* 2009;119(1):68-74.
11. Luchetti R, Schoenhuber R, Nathan P. Correction of segmental carpal tunnel pressures with changes in hand and wrist position in patients with carpal tunnel syndrome and controls. *J Hand Surg Br* 1998;23(5):598-602.
12. Al-Qattan MM. The anatomical site of constriction of the median nerve in patients with severe idiopathic carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg Br* 2006;31(6):608-10.
13. Joshi SD, Joshi SS, Athavale SA. Lumbrical muscles and carpal tunnel. *J Anta Soc India* 2005;54(1):12-15.
14. Siegel DB, Kuzma G, Eakins D. Anatomic investigation of the role of the lumbrical muscles in carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg Am* 1995;20(5):860-3.
15. Levine DW, Simmons BP, Koris MJ, et al. A self-administered questionnaire for the assessment of severity of symptoms and functional status in carpal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg Am* 1993;75(11):1585-92.
16. Miyamoto Meirelles L, Gomes Dos Santos JB, Leonel Dos Santos L, et al. Evaluation of boston questionnaire applied at late post-operative period of carpal tunnel syndrome operated with the paine retinaculotome through palmar port. *Acta Ortop Bras* 2006;14(3):126-32.
17. Burke DT, Burke MM, Stewart GW, Cambre A. Splinting for carpal tunnel syndrome: in search of optimal angle. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;75(11):1241-4.
18. Nobuta S, Sato K, Nakagava T, et al. Effects of wrist splinting for carpal tunnel syndrome and motor nerve conduction measurements. *Ups J Med Sci* 2008;113(2):181-92.
19. Bower J, Stanisz G, Keir P. An MRI evaluation of carpal tunnel dimensions in healthy wrists: Implication for carpal tunnel syndrome. *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 2006;21(8):816-25.

20. Mogk JP, Keir PJ. Wrist and carpal tunnel size and shape measurements: effects of posture. *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 2008;23(9):1112-20.
21. Keir PJ, Bach JM, Hudes M, Rempel DM. Guidelines for wrist posture based n carpal tunnel pressure thresholds. *Hum Fators* 2007;49(1):88-99.
22. Keir PJ, Bach JM, Rempel D.M. Effects of finger posture on carpal tunnel pressure during wrist motion. *J Hand Surg Am* 1998; 23(6):1004-9.