

اثر تمرینات تقویتی عضلات ثبات مرکزی تنه و عضله چهار سر رانی بر درد و عملکرد افراد مبتلا به سندرم درد کشکی- رانی

فاروق رستمی ذلانی^{۱*}، نادر رهنما^۱، رضا مهدوی نژاد^۱، محمد تقی کریمی^۲، علیرضا فلاح^۱

(۱) گروه آسیب شناسی ورزشی و حرکات اصلاحی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

(۲) گروه ارتوپدی فنی، دانشکده توان بخشی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۸

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۱۵

چکیده

مقدمه: سندرم درد کشکی- رانی موجب اختلال در درد و عملکرد می شود. هدف از انجام این تحقیق بررسی اثر تقویت عضلات ثبات مرکزی تنه و عضله چهار سر رانی بر درد و عملکرد در افراد مبتلا به سندرم درد کشکی- رانی می باشد.

مواد و روش ها: بین ۴۳ نفر از بیماران مرد مبتلا به سندرم درد کشکی- رانی، تعداد ۲۲ نفر به صورت هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه تجربی اول (۱۱ نفر) و تجربی دوم (۱۱ نفر) قرار گرفتند. گروه تجربی اول به مدت هشت هفته، تمرینات تقویتی مرکزی تنه و گروه تجربی دوم در مدت مشابه تمرینات تقویتی عضلات چهار سر رانی را انجام دادند. قبل و بعد از دوره تمرین درد و عملکرد با پرسش نامه مقیاس دیداری درد و ناتوانی عملکردی اندازه گیری شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آماری تی مستقل و تی وابسته استفاده شد.

یافته های پژوهش: هر دو گروه تفاوت معنی داری را در قبل و بعد از مداخله در مورد مقیاس دیداری درد ($p=0/001$) و مقیاس نا توانی عملکردی ($p=0/001$) نشان دادند. مقایسه داده های بین دو گروه در مقیاس دیداری درد و مقیاس نا توانی عملکردی تفاوت معنی داری را در قبل و بعد از دوره تمرین نشان داد، به طوری که میزان بهبودی در گروه اول بیشتر از گروه دوم بود.

بحث و نتیجه گیری: بعد از انجام تمرینات دو گروه کاهش درد و بهبود عملکرد را نشان دادند. از آن جایی که تقویت عضلات ثبات مرکزی باعث کنترل بهتر لگن و جلوگیری از نزدیک شدن بیش از حد و چرخش داخلی ران می شود. بنا بر این تمرینات در گروه تجربی اول مؤثر تر از گروه تجربی دوم بود. لذا به متخصصان توان بخشی ورزشی توصیه می شود در درمان افراد مبتلا به سندرم درد کشکی- رانی از تمرینات تقویتی ثبات مرکزی تنه علاوه بر تقویت عضلات چهار سر رانی استفاده کنند.

واژه های کلیدی: درد کشکی- رانی، تمرینات تقویتی ثبات مرکزی تنه، تمرینات تقویتی چهار سر رانی

* نویسنده مسئول : گروه آسیب شناسی ورزشی و حرکات اصلاحی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

Email: f.rostami1010 @ gmail.com

مقدمه

سندرم درد کشکی- رانی (Patellofemoral Pain Syndrome) یک اختلال ارتوپدی شایع و بیش تر در زنان است که به صورت یک درد مبهم در اطراف کندیل خارجی ران و بر اثر برخورد کشکک با لبه کندیل خارجی ران ایجاد شده و موجب کاهش درد و عملکرد می‌شود (۱). ۵/۴ درصد از همه آسیب‌های زانو و ۲۵ درصد از تمام بیمارانی را که به درمانگاه‌های ارتوپدی مراجعه می‌کنند، به این درد مبتلا هستند (۲). درد کشکی- رانی یک عارضه شایع در اثر استفاده بیش از حد هست که تمرینات تقویتی در عضلات اطراف زانو را همواره به عنوان درمان سنتی آن مطرح کرده اند (۳). به نظر می‌رسد که بار وارده بر مفصل کشکی- رانی (بین کشکک و کندیل خارجی ران) دارای یک منبع چند عاملی است و بررسی‌های اخیر حاکی از نقش مؤثر ورزش درمانی و بیش تر تمرینات تقویتی بوده است (۴). کاهش توانایی‌های عملکردی در انجام فعالیت‌های روزانه یکی از مشکلاتی است که افراد مبتلا به بیماری‌های ارتو پدیک را درگیر می‌کند. افراد مبتلا به سندرم درد کشکی- رانی یکی از گروه‌هایی هستند که به دلیل دردی که در مفصل زانوی خود احساس می‌کنند در انجام فعالیت‌های عملکردی با مشکل مواجه هستند. نا توانی در انجام فعالیت‌های روزانه به دنبال وجود درد در اندام‌های مختلف به وجود می‌آید. مفصل زانو مهم ترین مفصل بدن برای تحمل وزن و انجام فعالیت‌های عملکردی است. اگر این مفصل دردناک باشد، افراد قادر به انجام فعالیت‌های روزانه خود در حد طبیعی نیستند (۲). درد کشکی- رانی علاوه بر ضعف عضلانی می‌تواند موجب نا راستایی در اندام‌های تحتانی شود (۵). بر اساس تحقیقات انجام شده با انحراف کشکک به خارج بر لبه داخلی مفصل کشکی- رانی فشرده می‌شود و علاوه بر نا هنجاری در اندام‌های فوقانی، درد به وجود می‌آید (۶). بسیاری از مطالعات به دلیل این که صرفاً مفصل زانو و هم چنین کشکک را به عنوان محل وقوع و ظهور علائمی چون درد می‌دانند، لذا بر روی مفصل زانو و عوامل بیو مکانیکی نزدیک آن تمرکز دارند (۷).

شاید نقصان موجود در دستیابی به موفقیت‌های دراز مدت، نشان از این واقعیت باشد که به علل ذکر شده در پیدایش و پیشرفت سندرم درد کشکی- رانی به خوبی پرداخته نشده است و در واقع علت ریشه‌ای این مسئله هنوز مشخص نشده است و در واقع بیش تر مطالعات انجام شده در زمینه درمان این عارضه بیش ترین توجه خود را به وضعیت قرار گیری غیر طبیعی کشکک معطوف کرده‌اند (۸،۹). در سال‌های اخیر توجه بیشتری به عضلات حول مفصل ران به عنوان یک روش جدید در درمان بیمارانی مبتلا به درد کشکی- رانی نسبت به عضلات مفصل زانو مطرح شده است (۱۰). برای مثال استدلال بر این است که ضعف عضلات دورکننده ران، موجب چرخش داخلی استخوان ران شده و درگیر شدن بیش تر عضله کشنده پهن نیام (Tensor Facia Latae) را باعث شده و در نتیجه کشش خارجی روی کشکک باعث حرکت کشکک به سمت خارج و بروز درد در اطراف کشکک می‌شود. ضعف عضله دورکننده و عضلات چرخاننده خارجی ران توانایی بیمارانی را برای کنترل چرخش داخلی و نزدیک شدن (Abductor Muscle) استخوان ران کم می‌کند و در نتیجه کشکک به سمت خارج جابه‌جایی پیدا می‌کند و باعث درد در اطراف کشکک می‌شود (۱۱). امروزه بهترین و برترین روش‌های درمان را در بهبود درد و عملکرد بیمارانی مبتلا به درد کشکی- رانی علاوه بر عضلات اطراف مفصل زانو، ناحیه ران می‌دانند (۱۲). این در حالی است که جدید ترین رویکرد در درمان بیمارانی مبتلا به درد کشکی- رانی را بیش تر تمرینات تقویتی و کششی تشکیل می‌دهد (۱۳). اگر چه هنوز هم بحث بر انگیز بودن تمرینات تقویتی در عضلات زانو و هم چنین عضلات لگنی به عنوان تمرینات برتر در درمان درد کشکی- رانی مد نظر می‌باشد، اما پیتر و تایسون (Tyson and Peter)؛ نشان داد که تقویت عضلات اندام فوقانی به عنوان روش مؤثری در بهبود درد و عملکرد بیمارانی مبتلا به سندرم درد کشکی- رانی نسبت به توجه صرف بر روی تقویت عضلات چهار سر رانی می‌باشد (۱۴). ارل و هاج، تقویت عضلات ناحیه ی مفصل ران را به عنوان

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی و به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. جامعه آماری تحقیق حاضر را تعداد ۴۳ نفر از بیماران مرد مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی یک‌طرفه و دوطرفه که برای درمان به مراکز فیزیوتراپی اصفهان مراجعه و سندرم درد کشککی- رانی آن‌ها به تأیید متخصص فیزیوتراپی رسیده بود، تشکیل دادند. حجم نمونه بر اساس جدول مورگان ۳۰ نفر مشخص شد، که به دلیل عدم شرکت هشت نفر از بیماران تا انتهای تحقیق حجم نمونه به ۲۲ نفر کاهش یافت. بیماران به صورت تصادفی در دو گروه تجربی اول و تجربی دوم قرار گرفتند. تعداد افراد هر گروه ۱۱ نفر در نظر گرفته شد (۲۰). پیش از شرکت در مطالعه تمام بیماران فرم رضایت نامه را تکمیل کردند و مراحل انجام تحقیق توسط کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان اخذ گردید. معیارهای ورود به تحقیق با توجه به مطالعات دیگر شامل: (۱) دامنه سنی ۱۸ تا ۲۸ سال (۲) مؤلفه‌های کلینیکی از درد کشککی- رانی یک‌طرفه یا دو طرفه به مدت بیشتر از سه ماه (۳) درد قدامی یا خلفی گزارش شده در حداقل دو مورد از فعالیت‌های، نشستن طولانی‌مدت، بالا و پایین رفتن از پله، اسکات، دویدن و پریدن (۴) درد در حداقل دو تا سه مورد از آزمون‌های: درد در طول مقاومت ایزو متریک انقباض عضله‌ی چهار سر رانی، درد همراه با لمس در خط عقبی کشکک، درد در طول حرکت اسکات (۲۱). معیارهای خروج از تحقیق با توجه به مطالعات دیگر شامل: (۱) افرادی که قبلاً عمل جراحی زانو داشته‌اند (۲) بی‌ثباتی لیگامان و یا اختلالات داخلی (۳) سابقه‌ی در رفتگی استخوان کشکک و یا نیم در رفتگی آن (۴) درست بودن قفل شدن و یا خالی کردن زانو (۵) بیماری‌های حاد و مزمن (۶) ازگود شلاتر، پارگی‌های عضلانی، سندرم جوهانسون (Johansson)، آماس کیسه‌های مفصلی، بیماری‌های کشککی (۷) شرکت کنندگانی که در برنامه‌های تمرینی اندام تحتانی شرکت فعال داشتند (۲۲). بعد از شناسایی و توجیه کامل افراد در مورد تحقیق و شیوه‌ی انجام تمرینات، هدف از انجام تمرینات ورزشی به صورت کامل توسط فرد آزمونگر

روش دیگری در بهبود درد و عملکرد بیماران مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی مؤثر دانست (۱۵). دولاک و همکاران در تحقیقی نشان دادند که چهار هفته تمرین بر مفصل لگن افزایش ۱۳ درصدی را در عملکرد و تمرین بر مفصل زانو بهبودی ۹/۳ درصدی در عملکرد را موجب می‌شود (۳). تاکنون مطالعات زیادی به عدم لزوم اجرای برنامه تقویتی برای عضلات دورکننده و چرخاننده‌های خارجی ران، به دلیل بهبودی موقتی در درد و عملکرد بیماران مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی متعاقب تمرینات تقویتی عضلات چهار سر رانی وجود داشته است (۱۶). در خصوص تأثیر برنامه‌های تمرینی تقویت عضلات نواحی فوقانی هیپ مطالعات معدودی صورت گرفته و نتایج متناقضی برای آن گزارش شده است (۱۷). به طوری که فلاح و همکاران، در یک تحقیق تقویت عضلات دورکننده و چرخاننده خارجی ران را در بهبود درد و عملکرد بیماران مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی مؤثرتر از عضلات چهار سر رانی گزارش کردند (۱۸). ثبات ناحیه‌ی مرکزی تنه عمدتاً به وسیله عملکرد فعال ساختارهای عضلانی می‌شود و عضلات شکمی از جلو، عضلات سرینی و پارا مهره‌ای (Paravertebral) از پشت و عضلات کف لگن و اطراف ران از پایین آن را به وجود می‌آورند به عنوان توانایی بدن در حفظ راستای صحیح مجموعه‌ی کمری- لگنی- رانی تعریف شده است و این که ثبات مرکزی تنه، در واقع اساس پایداری تنه بوده که اجازه‌ی ایجاد، انتقال و کنترل نیرو و حرکت را به بخش‌های پایینی زنجیره‌ی حرکتی مانند مفصل زانو می‌دهد (۱۹). با توجه به این که قدرت در ناحیه عضلات ثبات مرکزی تنه می‌تواند پایه‌ای را برای کنترل حرکت اندام‌های تحتانی مثل مفصل زانو فراهم آورد و این که تا کنون تحقیقی اثر تمرینات تقویتی ثبات مرکزی تنه را به عنوان تمریناتی در ناحیه کمری- لگنی در مقایسه با تقویت عضلات چهار سر رانی، بر فاکتورهای درد و عملکرد بر روی افراد مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی نسنجیده است، لذا هدف از این پژوهش بررسی اثر هشت هفته تمرینات تقویتی عضلات ثبات مرکزی تنه و عضله چهار سر رانی بر درد و عملکرد افراد مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی بود.

توضیح داده شد. اندازه‌گیری‌ها توسط فرد آزمونگر در پیش-آزمون و پس-آزمون انجام گردید. برای اندازه‌گیری قد آزمودنی‌ها از متر نواری دیواری با دقت یک سانتی متر و برای اندازه‌گیری وزن از ترازوی دیجیتالی بروبر (ساخت کشور چین با دقت ۱۰۰ گرم) استفاده شد. برای سنجش درد، از مقیاس دیداری درد که پایایی آن بین ۷۷ درصد تا ۷۹ درصد برای بیماران مبتلا به سندرم درد کشککی-رانی گزارش شده، استفاده شد و به صورت یک پیوستار از صفر تا ده رسم شده و عدد بالا تر بیانگر درد بیشتر است (۲۳). برای سنجش معیار عملکرد از پرسش نامه نا توانی عملکردی استفاده شده که پایایی و روائی این پرسش نامه توسط تحقیقات گذشته نشان داده شده است و ضریب همبستگی پیرسون آن ۹۵ درصد و روائی آن ۷۲ درصد است و به صورت یک پرسش نامه برای بیماران دارای درد زانو بوده که ۲۴ سؤال و سه قسمت مربوط به درد، خشکی و فعالیت‌های روزانه می‌باشد که پایین‌ترین و بالا ترین امتیاز آن صفر و ۹۶ بوده که عدد بیش تر بیانگر عملکرد کم تر می‌باشد (۲۲). تمرینات در گروه یک به مدت هشت هفته، هر هفته سه جلسه و هر جلسه حدود ۳۰ دقیقه (پنج دقیقه گرم کردن، بیست دقیقه تقویت عضلات ثبات مرکزی و پنج

دقیقه سرد کردن) انجام گرفت و در گروه دو به مدت هشت هفته، هر هفته سه جلسه و هر جلسه حدود ۳۰ دقیقه (پنج دقیقه گرم کردن، بیست دقیقه تقویت عضلات چهارسر رانی و پنج دقیقه سرد کردن) با تأکید بر عضله پهن داخلی صورت گرفت. پروتکل تمرینی برای گروه اول شامل: (۱) حرکت نیمه دراز و نشست: فرد به حالت دراز و نشست بر روی تشک قرار گرفته، چانه را به سینه نزدیک کرده و تا زمان جدا شدن قسمت تحتانی کتف از زمین بر روی زانو به حالت نیمه دراز و نشست خم می‌شود. (۲) حرکت دراز و نشست با چرخش: مشابه تمرین دراز و نشست است با این تفاوت که در آن فرد در حین انجام حرکت، آرنج خود را به سمت پای مخالف حرکت می‌دهد. (۳) حرکت پل از کنار: فرد در زمان شروع تمرین، به پهلو روی تشک قرار گرفته، دست را زیر بدن در یک سمت قرار داده و با کمک عضلات تنه از زمین جدا می‌شود. (۴) حرکت پل در حالت دمر: در این حرکت، فرد به صورت دمر بر روی زمین دراز کشیده، دست‌ها از ناحیه ساعد تا کف به صورت ستونی زیر بدن قرار می‌گیرد و سپس به کمک قدرت دست‌ها و انقباض عضلات تنه به صورتی که فقط انگشتان پا و ساعد‌ها با زمین در تماس باشد، از زمین جدا می‌شود (جدول ۱).

جدول ۱. پروتکل تمرینی گروه تجربی اول

تکرار	هفته پنجم	تکرار	هفته اول
۲ ست ۲۰ تایی	نیمه دراز و نشست	۲ ست ۱۰ تایی	نیمه دراز و نشست
۲ ست ۲۰ تایی	پل از بغل	۲ ست ۱۰ تایی	پل از بغل
۲ ست ۲۰ تایی	دراز و نشست با چرخش	۲ ست ۱۰ تایی	دراز و نشست با چرخش
۳ ست ۱۰ ثانیه ای	پل در حالت دمر		
تکرار	هفته ششم	تکرار	هفته دوم
۳ ست ۲۰ تایی	نیمه دراز و نشست	۳ ست ۱۰ تایی	نیمه دراز و نشست
۳ ست ۲۰ تایی	پل از بغل	۳ ست ۱۰ تایی	پل از بغل
۳ ست ۲۰ تایی	دراز و نشست با چرخش	۳ ست ۱۰ تایی	دراز و نشست با چرخش
۲ ست ۱۵ ثانیه ای	پل در حالت دمر		
تکرار	هفته هفتم	تکرار	هفته سوم
۲ ست ۲۵ تایی	نیمه دراز و نشست	۲ ست ۱۵ تایی	نیمه دراز و نشست
۲ ست ۲۵ تایی	پل از بغل	۲ ست ۱۵ تایی	پل از بغل
۲ ست ۲۵ تایی	دراز و نشست با چرخش	۲ ست ۱۵ تایی	دراز و نشست با چرخش

هفته چهارم	تکرار	هفته هشتم	پل در حالت دمر
نیمه دراز و نشست	۳ ست ۱۵ تایی	نیمه دراز و نشست	۳ ست ۱۵ ثانیه ای
پل از بغل	۳ ست ۱۵ تایی	پل از بغل	۳ ست ۲۵ تایی
دراز و نشست با چرخش	۳ ست ۱۵ تایی	دراز و نشست با چرخش	۳ ست ۲۵ تایی
پل در حالت دمر	۲ ست ۱۰ ثانیه ای	پل در حالت دمر	۴ ست ۱۵ ثانیه ای

خم کرده و توپ را فشار می‌دهد. البته قبل از انجام تمرین از فرد خواسته می‌شد که تا زاویه ۳۰ درجه نیم اسکات برود تا محدوده حرکت نیم اسکات مشخص شود (۲۴). در حرکت بعد نیز روی تخت نشسته و در زاویه ۳۰ درجه آخر اکستنشن به‌گونه ای که تیوب از یک سر به بالای قوزک و از یک سر به زیر تخت ثابت شده بود حرکت را انجام داده و باز و بسته شدن مفصل زانو را انجام می‌دادند. نرمال بودن توزیع متغیرها با آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی مستقل و تی وابسته توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ (ساخت نیویورک - ایالت متحده، شرکت IBM) در سطح معنی داری $P < 0.05$ استفاده شد.

در گروه دوم تمرین تقویتی به وسیله تیوب تمرینی ساخت کشور آمریکا انجام شد که شامل چهار رنگ قرمز، سبز، سرمه ای و مشکی بود. پیش از شروع برنامه تمرینی همه آزمودنی‌های به منظور تعیین شدت تمرین و مناسب بودن تیوب تمرینی، مورد ارزیابی قرار گرفتند و روش چند تکرار بیشینه تا سرحد خستگی را اجرا کردند، سپس هر بیمار بر اساس ارزیابی اولیه حرکات را شروع و به وسیله ی تیوب رنگی متناسب با قدرت خود، تمرینات را آغاز کردند. برای تقویت عضله چهار سر رانی در گروه دوم دو حرکت انجام شد که در حرکت اول فرد پشت به دیوار قرار گرفته و درحالی که به دیوار تکیه داده، یک توپ را در بین دو زانو قرار می‌دهد و باید سعی کند که هیچ چرخش داخلی یا خارجی در زانو هایش وجود نداشته باشد و در این حالت به صورت حرکت نیم اسکات تا زاویه ۳۰ درجه پاهایش را

یافته‌های پژوهش

جدول ۲. توصیف همسانی ویژگی‌های دو گروه

P	T	گروه تجربی اول (n=11)		متغیرها
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
۰/۴۹	۰/۵۴	۲۸/۳۱ ± ۴/۲۶	۲۶/۱۲ ± ۲/۲	سن (سال)
۰/۲	۱/۵۶	۱۷۲ ± ۱/۰۶	۱۶۱ ± ۱/۱۲	قد (cm)
۰/۵۱	۰/۵۳	۶۵/۴۳ ± ۷/۴۶	۶۸/۱۰ ± ۷/۴۰	وزن (kg)
۰/۱۵	-۱/۱۸	۲۲/۰۹ ± ۲/۱۳	۲۶/۳ ± ۲/۳۳	شاخص توده بدنی (kg/m ²)

همگن می‌باشند و در شرایط یکسانی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. طبق آزمون شاپیرو-ویلک و با توجه به سطح معنی داری $p > 0.05$ وضعیت داده‌های کلیه ی متغیرهای مورد مطالعه از توزیع طبیعی برخوردار بودند.

چنان چه یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد، بین میانگین کلیه متغیرهای مشخصات بدنی گروه‌های تجربی اول و دوم قبل از مطالعه تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p > 0.05$). بنا بر این، می‌توان نتیجه گرفت که دو گروه از نظر مشخصات بدنی همتا و

جدول ۳. مقایسه نمرات درد و عملکرد بین دو گروه قبل و بعد از برنامه تمرینی

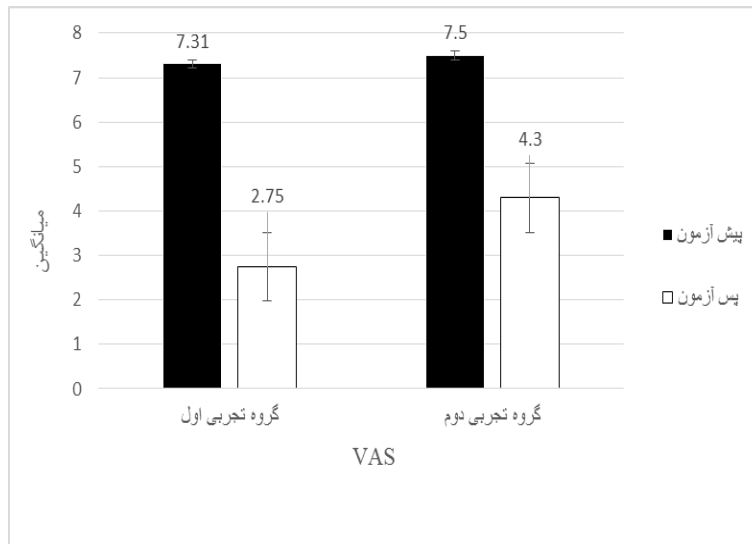
گروه	پیش آزمون	پس آزمون	معنی داری درون گروهی
	(میانگین ± انحراف معیار)	(میانگین ± انحراف معیار)	

تمرینات ثبات مرکزی گروه اول (n=11)	۷/۳۱±۱/۴۵	۲/۷۵±۱/۲	۰/۰۰۱*
تمرینات چهار سر گروه دوم (n=11)	۷/۵±۱/۲	۴/۳±۱/۶	۰/۰۰۱*
معنی داری بین گروهی			
تمرینات ثبات مرکزی گروه اول (n=11)	۳۸/۶±۳/۶	۱۷/۵±۷/۹۵	۰/۰۰۱*
تمرینات چهار سر گروه دوم (n=11)	۴۲±۱۴/۴	۳۰/۳±۱۰/۹	۰/۰۰۱*
معنی داری بین گروهی			
	۰/۱۹	۰/۰۰۳ ^o	
	۰/۳۸	۰/۰۰۵ ^o	

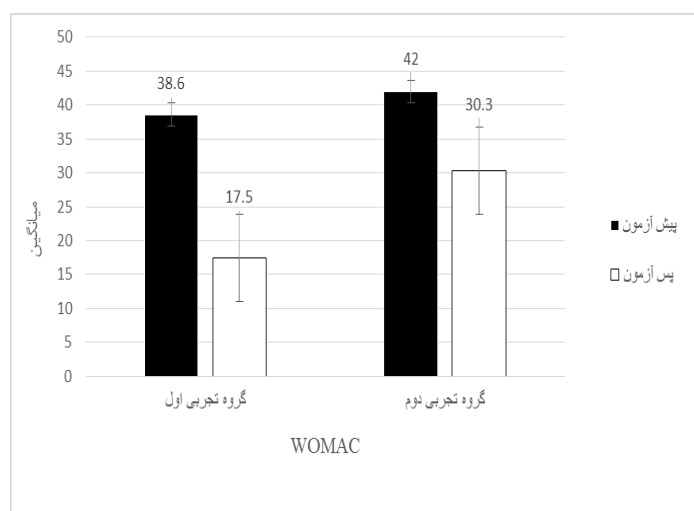
* بیانگر اختلاف معنی دار می باشد.

در رابطه با عملکرد نیز به همین صورت هر دو روش تمرینی تأثیر معنی داری بر روی میزان عملکرد دارند (p=۰/۰۰۱). اما در پیش آزمون بین میانگین نمرات عملکرد گروه ها اختلاف معنی داری وجود ندارد (t=۱/۲۸, P=۰/۳۸)، در حالی که در پس آزمون بین میانگین عملکرد گروه ها اختلاف معنی داری وجود دارد (t=۳/۱۴, P=۰/۰۰۵). با توجه به نمودار ۱ و ۲ مشاهده می شود که بهبودی درد و عملکرد در گروه عضلات ثبات مرکزی تنه (گروه اول) بیش تر می باشد :

جدول ۳ نتایج حاصل از آزمون t مستقل و t وابسته مربوط به درد و عملکرد را نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود هر دو روش تمرینی تأثیر معنی داری بر روی میزان درد دارند، یعنی بین میانگین درد قبل از درمان و بعد از درمان دو گروه اختلاف معنی داری وجود دارد (p=۰/۰۰۱). مقایسه بین گروهی نیز نشان می دهد که در پیش آزمون بین میانگین نمرات درد گروه ها اختلاف معنی داری وجود ندارد (P=۰/۱۹)، در حالی که در پس آزمون بین میانگین درد گروه ها اختلاف معنی داری وجود دارد (P=۰/۰۰۳)، (t=۳/۶۴).



نمودار ۱. نمرات درد دو گروه قبل و بعد از تمرینات



نمودار ۲. نمرات عملکرد دو گروه قبل و بعد از تمرینات

موجود امروزی برای درمان این عارضه را شاید بتوان تأییدی در خصوص مشخص نبودن علت و آسیب شناسی مفصل کشکی-رانی دانست که از آن به سیاه چاله ارتوپدی یاد کرده اند (۱۵).

در خصوص علل به وجود آورنده این سندرم در بین محققان اتفاق نظر وجود ندارد (۹). عدم تعادل در زمان فعال شدن عضله په‌ن داخلی مایل نسبت به عضله په‌ن خارجی، ضعف عضلات چهار سر رانی، سفتی و کوتاهی بافت نرم اطراف مفصل زانو، ضعف در عضلات هیپ، اختلالات بیو مکانیکی چون پرونیشن بیش از حد پا، والگوس زانو، نزدیک شدن (Adduction) و چرخش داخلی بیش از حد ران از جمله علت های ذکر شده هستند (۱۴). هر کدام از این علت های ذکر شده باعث انحراف کشکک به سمت خارج می شود که مکانیسم اصلی بروز درد مفصل کشکی-رانی می باشد (۷).

این در حالی است که جدیدترین رویکرد در درمان بیماران مبتلا به درد کشکی-رانی را بیش تر تمرینات تقویتی و کششی تشکیل می دهد به طوری که تأکید بر متمرکز شدن بر ضعف عضلانی به عنوان یک عامل اساسی در سال های اخیر مطرح شده است (۱۳). در تحقیق حاضر تقویت عضلات ثبات مرکزی تنه به عنوان یک نقطه در قسمت فوقانی و هم چنین تقویت عضلات چهارسر رانی صورت گرفته است. عضلات ثبات مرکزی تنه در واقع ثبات پروگزیمال را برای حرکت دیستال به وجود می آورد. هم چنین قدرت

در ارزیابی و بررسی اهمیت یافته های تحقیق علاوه بر معنی دار بودن تفاوت میانگین ها، گزارش اندازه اثر (Effect Size) که بیانگر اثر تمرینات بر روی گروه های تجربی می باشد، نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. مقدار اندازه اثر اگر بزرگ تر از $0/8$ باشد تأثیر تمرینات بسیار زیاد، بین $0/5$ تا $0/8$ دارای اثر متوسط و کم تر از $0/5$ بیانگر اندازه اثر کم می باشد. در تحقیق حاضر، مقادیر اندازه اثر برای متغیر های درد و عملکرد محاسبه گردید که مقدار $0/9$ برای تمرینات ثبات مرکزی تنه و مقدار $0/7$ برای تمرینات تقویتی عضله چهار سر رانی بود که بیانگر اثر بیش تر تمرینات ثبات مرکزی تنه می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه بررسی اثر هشت هفته تمرینات تقویتی عضلات ثبات مرکزی تنه و عضله چهار سر رانی بر درد و عملکرد افراد مبتلا به سندرم درد کشکی-رانی بود. پس از هشت هفته تمرین درمانی در گروه های تجربی اول و دوم، اختلاف معنی دار در شدت درد و عملکرد دو گروه تمرینی قبل و بعد از تمرینات مشاهده شد و هر دو گروه، کاهش درد و بهبود عملکرد را نشان دادند، ولی میزان کاهش درد و بهبود عملکرد در گروه تجربی اول بیشتر از گروه تجربی دوم بود. در تحقیق حاضر بهبود معنی دار در عملکرد هر دو گروه مشاهده شد که به نظر می رسد این بهبود به دنبال کاهش درد اتفاق افتاده باشد. تعدد مطالعات

چرخاننده خارجی و دورکننده های ران دارای اثر بیش تری نسبت به تمرینات صرف عضلات چهار سر رانی بوده است (۲۴). فوکودا طی تحقیقی که تحت عنوان اثر تقویت عضلات قسمت خلفی- خارجی هیپ بر روی زنان کم تحرک مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی بود، افراد را در دو گروه ورزش زانو (Knee Exercise) و گروه مفصل ران (Hip Exercise) قرار دادند. زنان در گروه ورزش زانو علاوه بر تمرینات گروه زانو، هم چنین تمرینات تقویت عضلات بازکننده مفصل ران و عضلات بخش خارجی- خلفی هیپ را انجام دادند. پس از چهار هفته نتایج بیانگر اثر مثبت تمرینات در هر دو گروه تمرینی در بهبود درد و عملکرد بود ولی گروه مفصل ران بهبودی بیش تری در علائم را نشان دادند (17). ناکا گاوا و همکاران اثر تقویت عضلات دورکننده ران و عضلات چرخاننده جانبی را بر افراد مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی را بررسی نمود. ۱۴ بیمار به مدت شش هفته در دو گروه تجربی تقویت عضلات چهار سر رانی، دورکننده ها و چرخاننده های خارجی ران و در گروه کنترل که فقط تقویت عضله ی چهار سر رانی را انجام دادند، قرار گرفتند. نتایج بیانگر بهبودی معنا دار در درد و عملکرد در گروه تجربی بود (25). بولینگ و همکاران، در تحقیقی به تقویت عضلات چهار سر رانی و عضلات دورکننده ران در افراد مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی، بعد از شش هفته بهبودی معنا داری در فاکتور های درد و عملکرد را پیدا کرد (26). ماسکال و همکاران، در یک مطالعه موردی به منظور تقویت عضلات هیپ، لگن و تنه دو فرد مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی را مورد مطالعه قرار دادند. کاهش درد و بهبود کینماتیک اندام تحتانی در فعالیت های عملکردی و افزایش قدرت در عضلات سرینی میانی و بزرگ در هر دو نفر مشاهده شد. این در حالی است که در برنامه های توان بخشی افراد مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی به تقویت عضلات فوقانی کم تر توجه شده است و درحالی که تقویت عضلات فوقانی تأثیر بیش تری بر بهبودی درد و عملکرد دارد (27). ضعف در عضلات دورکننده و چرخاننده خارجی می تواند موجب نزدیک شدن بیشتر استخوان ران شده، که این حالت باعث ایجاد یک

عضلات در ناحیه مرکزی تنه باعث فعال شدن سریع تر نسبت به اندامها شده و پایه ای را برای حرکات اندام تحتانی فراهم می آورد (۲۱). تحقیق حاضر نشان می دهد که تقویت عضلات ثبات مرکزی تنه به عنوان یک عامل در قسمت فوقانی در افراد مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی به صورت مؤثر تری میزان درد و عملکرد را نسبت به گروه تقویت عضلات چهار سر رانی بهبود داده است. نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیقات فوکودا و همکاران، دولاک، خیام باشی و همکاران، ناکا گاوا و همکاران، بولینگ و ماسکال که هر کدام به بررسی تقویت عضلات قسمت فوقانی مفصل زانو پرداخته اند، هم خوانی دارد. فوکودا و همکاران به بررسی اثر هشت هفته تمرینات تقویت عضلات دورکننده ران و عضلات چرخاننده خارجی بر درد و عملکرد افراد مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی پرداخت، نتایج بیانگر اثر مثبت تمرینات در فاکتور های درد و عملکرد در هر دو گروه نسبت به گروه کنترل بود، به طوری که گروه مفصل لگنی- رانی بهبودی معنا دار تری را در کاهش درد و افزایش عملکرد نشان دادند (۱۷). دولاک و همکاران در تحقیقی به بررسی اثر تقویت عضلات مفصل رانی و تمرینات تقویتی چهارسر رانی بر روی زنان مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی پرداختند. پس از چهار هفته تمرین و مداخله بر روی مفصل لگن و مفصل زانو، اختلاف معنی داری در فاکتور درد را در دو گروه تجربی نشان دادند، به گونه ای که ۴۷ درصدی کاهش در درد را پیدا نمودند. در مقایسه ای که بین دو گروه تجربی صورت گرفت، یافته ها حاکی از آن بود که میانگین درد (۲/۴) در قسمت فوقانی بوده که کم تر از میانگین درد در زانو (۴/۱) بود (۳). خیام باشی و همکاران در پژوهشی به مجزا کردن و تقویت عضلات دورکننده های ران و چرخاننده ی خارجی ران بر روی درد و وضعیت عملکرد در زنان مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی پرداختند. تمرین روی ناحیه ی فوقانی به این صورت بود که ابتدا دور کردن ران و بعد چرخش خارجی ران توسط باند و در هر دو طرف بدن صورت گرفت، بعد از هشت هفته تمرین نتایج حاکی از آن شد که درد ۸۲ درصد کم تر شده و در واقع بیان کردند که تمرینات بر روی عضلات

حالت دور شدن جبرانی در استخوان درشت نی شده و نهایتاً منجر به افزایش والگوس زانو می شود (۱۸). در واقع ضعف در عضلات دورکننده و چرخش دهنده های خارجی ران، نزدیک شدن بیش از حد و چرخش داخلی ران و در نتیجه افزایش والگوس زانو در حین فعالیت های مختلف را به دنبال دارد. در غیاب قدرت کافی بخش های فوقانی، در نزدیک شدن و چرخش داخلی فشار بر ناحیه خارجی کشکک افزایش یافته و موجب ایجاد درد و در نهایت کاهش عملکرد می شود (۲۴). می توان گفت که در تحقیق حاضر تمرینات تقویتی ثبات مرکزی تنه با نقش کنترلی خود بر روی تنه باعث بهبود حرکت در اندام تحتانی و بهبود کارایی مفصل ران شده است، زیرا ثبات مرکزی تنه به عنوان توانایی بدن در حفظ راستای صحیح مجموعه کمری- لگنی و ران تعریف می شود. بهبود در کنترل حرکت لگن متعاقب انجام تمرینات ثبات مرکزی تنه، موجب کاهش فعالیت عضله کشنده پهن نیام و به دنبال آن کاهش کشش رتیناکولوم جانب خارجی کشکک از طریق باند ایلیو تیبیال و نهایتاً به قرار گرفتن کشکک در مسیر مناسب کمک می کند و از این طریق تماس کشکک با کندیل خارجی ران را کاهش می دهد، بنا بر این درد کمتر شده و بهبود در عملکرد صورت می گیرد (۲۸).

نتایج تحقیق حاضر با یافته های موسوی و همکاران، که به بررسی مقایسه ی تأثیرات کینزیو تیپ و تمرین قدرتی بر درد زانو و قدرت عضله ی چهار سر رانی در افراد مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی در مدت شش هفته پرداخته بود، هم خوانی ندارد. پروتکل تمرینی صورت گرفته برای یکی از گروه ها تمرین تقویتی حرکت اسکات کوتاه به همراه انقباض عضلات نزدیک کننده مفصل ران بود. نتایج نشان داد که بهبودی در درد و عملکرد تغییر معنا داری نداشته است (۲۹). چرخش داخلی و نزدیک شدن ران که به دنبال حرکتی مانند اسکات اتفاق می افتد، در واقع موجب تقویت عضلات نزدیک کننده ران و در نهایت چرخش داخلی زانو شده که کنترل راستای اندام تحتانی را از حالت

طبیعی خارج کرده و موجب حرکت کشکک برخلاف حرکت استخوان ران شده که این حرکت موجب برخورد کشکک به قسمت خارجی استخوان ران و در نتیجه افزایش درد می شود (۱۰). این در حالی است که در این تحقیق تقویت عضلات ناحیه مرکزی تنه باعث کنترل مناسب راستای اندام تحتانی و قرار گرفتن کشکک در مسیر مناسب شده و در نهایت موجب کاهش درد و در نتیجه بهبود عملکرد در افراد مبتلا به درد کشککی- رانی می شود.

نتایج تحقیق انجام شده نیز به گونه ای بیان می کند که تأثیر تمرینات در ناحیه مرکزی تنه می تواند دارای اثر بیش تری نسبت به تمرینات صرف بر روی عضلات چهار سر رانی می باشد و هم راستا با تحقیقات بیان شده می باشد. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، عدم تعمیم نتایج آن برای زنان، حجم نمونه کم، مطالعه آزمودنی ها در یک جنس، عدم کنترل فعالیت های خارج از زمان تمرین به خصوص فعالیت های ورزشی آزمودنی ها اشاره کرد. با توجه به این که در این مطالعه تأثیر مثبت برنامه تمرینی تقویت عضلات ثبات مرکزی تنه، عضلات چهارسر رانی در کاهش درد و بهبود عملکرد بیماران مبتلا به سندرم درد کشککی- رانی مشاهده گردید، می توان از این برنامه تمرینی در درمان افراد مبتلا بهره گرفت. تحقیق حاضر در مدت هشت هفته انجام شد. پیشنهاد می گردد مطالعات آینده به صورت بلند مدت مورد پیگیری قرار گرفته و نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه شود. علاوه بر آن پیشنهاد می گردد با توجه به شیوع بالای سندرم درد کشککی- رانی، در آینده مطالعات بیش تری بر روی افراد مبتلا در هر دو جنس و در دامنه های سنی مختلف انجام پذیرد.

سپاسگزاری

بدینوسیله از همکاری صمیمانه کلیه افراد شرکت کننده در انجام این پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

References

1. Sandhu JS, Thakur K, Shweta S, Ravi S. Concentric hip muscle function and quadricp hamstring in athlets with and without oatellofemoral pain syndrome. *Ibnosina J Med Biomed Sci* 2012;4:20-7.
2. Meira EP, Brumitt J. Influence of the hip on patients with patellofemoral pain syndrome a systematic review. *Sports Health Mult App* 2011; 22:1051-60.
3. Dolak KL, Silkman C, Mckeen JM, Hosey RG, Lattermann C, Uhl TL. Hip strengthening prior to functional exercises reduces pain sooner than quadriceps strengthening in females with patellofemoral pain syndrome a randomized clinical trial. *J Orthopaed Sports Phys Therap* 2011;41:560-70.
4. Clijsen R, Fuchs J, Taeymans J. Effective of exercise therapy in treatment of patients with patellofemoral pain syndrome a systematic review and metaanalysis. *Phys Therap* 2014;39:1877-82.
5. Sheehan FT, Derasari A, Fine KM, Brindle TJ, Alter KE. Q-angle and J-sign: indicative of maltracking subgroups in patellofemoral pain. *Clin Orthopaed Relat Res* 2010;468:266-75.
6. Cowan SM, Bennell KL, Hodges PW, Crossley KM, McConnell J. Delayed onset of electromyographic activity of vastus medialis obliquus relative to vastus lateralis in subjects with patellofemoral pain syndrome. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;82:183-9.
7. Thijs Y, Pattyn E, Van Tiggelen D, Rombaut L, Witvrouw E. Is hip muscle weakness a predisposing factor for patellofemoral pain in female novice runners? *Am J Sports Med* 2011;39:1877-82.
8. Bagheri S, Bayat MR, Halabchi F. The effect of 8-week exercise program on patellofemoral pain syndrome. *J Res Rehabil Sci* 2011;7:162-7.
9. Minoonejad H, Rajabi R, Ebrahimi-Takamjani E, Alizadeh M, Jamshidi A, Azhari A, et al. Combined open and closed kinetic chain exercises for patellofemoral pain syndrome: a randomized controlled trial. *World J Sport Sci* 2012;6:278-85.
10. Powers CM. The influence of abnormal hip mechanics on knee injury a biomechanical perspective. *J Orthopaed Sports Phys Therap* 2010;40:42-51.
11. Ireland ML, Willson JD, Ballantyne BT, Davis IM. Hip strength in females with and without patellofemoral pain. *J Orthopaed Sports Phys Therapy* 2003;33:671-6.
12. Powers CM, Bolgla LA, Callaghan MJ, Collins N, Sheehan FT. Patellofemoral pain proximal, distal, and local factors-2nd international research retreat August 31-September 2, 2011 Ghent Belgium. *J Orthopaed Sports Phys Therap* 2012 ;33:639-46.
13. Barton CJ, Lack S, Hemmings S, Tufail S, Morrissey D. The best practice guide to conservative management of patellofemoral pain incorporating level 1 evidence with expert clinical reasoning. *British J Sports Med* 2015;49:923-34.
14. Peters JS, Tyson NL. Proximal exercises are effective in treating patellofemoral pain syndrome: a systematic review. *Int J Sports Phys Therap* 2013;8:689.
15. Earl JE, Hoch AZ. A proximal strengthening program improves pain function and biomechanics in women with patellofemoral pain syndrome. *Am J Sports Med* 2011;39:154-63.
16. Rathleff CR, Baird WN, Olesen JL, Roos EM, Rasmussen S, Rathleff MS. Hip and knee strength is not affected in 12-16 year old adolescents with patellofemoral pain-a cross-sectional population-based study. *Plos One* 2013;8:1-8.
17. Fukuda TY, Rossetto FM, Magalhães E, Bryk FF, Garcia Lucareli PR, de Almeida Carvalho NA. Short-term effects of hip abductors and lateral rotators strengthening in females with patellofemoral pain syndrome a randomized controlled clinical trial. *J Orthopaed Sports Phys Therap* 2010;40:736-42.
18. Falah A, Khayambashi K, Rahnama N, Ghoddousi N. Effects of hip abductor and external rotators strengthening and quadriceps strengthening in females with patellofemoral pain syndrome a comparative study. *J Res Rehabil Scie* 2012;1:354-62.
19. Zazulak BT, Hewett TE, Reeves NP, Goldberg B, Cholewicki J. Deficits in neuromuscular control of the trunk predict knee injury risk a prospective biomechanical-epidemiologic study. *Am J Sports Med* 2007;35:1123-30.

20. Sullivan PB, Grahmslaw KM, Kendell M, Lapenskie SC, Moller NE, Richards KV. The effect of different standing and sitting postures on trunk muscle activity in a pain-free population. *Spine* 2002;27:1238-44.
21. Tyler TF, Nicholas SJ, Mullaney MJ, Mchugh MP. The role of hip muscle function in the treatment of patellofemoral pain syndrome. *Am J Sports Med* 2006;34:630-6.
22. Davis IS, Powers C. Patellofemoral pain syndrome proximal, distal and local factors international research retreat April to May 2009 Baltimore Maryland. *J Orthopaed Sports Phys Therap* 2010;40:671-6.
23. Bennell K, Bartam S, Crossley K, Green S. Outcome measures in patellofemoral pain syndrome test retest reliability and inter-relationships. *Phys Therap Sport* 2000;1:32-41.
24. Khayambashi K, Mohammadkhani Z, Ghaznavi K, Lyle MA, Powers CM. The effects of isolated hip abductor and external rotator muscle strengthening on pain, health status, and hip strength in females with patellofemoral pain a randomized controlled trial. *J Orthopaed Sports Phys Therap* 2012;42:22-9.
25. Nakagawa TH, Muniz TB, Marche R, Maciel CD, Menezes RB, Serrão FV. The effect of additional strengthening of hip abductor and lateral rotator muscles in patellofemoral pain syndrome a randomized controlled pilot study. *Clin Rehabil* 2008;22:1051-60.
26. Boling MC, Bolgla LA, Mattacola CG, Uhl TL, Hosey RG. Outcomes of a weight-bearing rehabilitation program for patients diagnosed with patellofemoral pain syndrome. *Arch Phys Med Rehabil* 2006;87:1428-35.
26. Sahrman S. Treatment and diagnosis of movement impairment syndromes. *St Louis Mosby* 2001;1:354-62.
27. Mascal CL, Landel R, Powers C. Management of patellofemoral pain targeting hip, pelvis, and trunk muscle function 2 case reports. *J Orthopaed Sports Phys Therap* 2003;33:647-60.
28. Halabchi F, Mazaheri R, Seifbarghi T. Patellofemoral pain syndrome and modifiable intrinsic risk factors how to assess and address? *Asian J Sports Med* 2013;4:85-100.
29. Mousavi SM, Khayambashi K, Nejadian SL, Moradi H. The Effects of Kinesiotape and Strength Training on Knee Pain and Quadriceps Strength in People with Patellofemoral Pain Syndrome. *J Isfahan Med School* 2011;29:22-7.



The Effect of Strengthening Core Stability and Quadriceps Muscle Strengthening Trainings on Pain and Function in Patients with Patellofemoral Pain Syndrome

Rostamizalani F^{1*}, Rahnama N¹, Mahdavinaga R¹, karimi M², Fallah A¹

(Received: May 4, 2016 Accepted: June 28, 2016)

Abstract

Introduction: Patellofemoral pain syndrome, cause disturbance in pain and performance. The aim of this study was to compare the effect of core stabilization muscles of the trunk with a quadriceps muscle strengthening on pain and functional disability in patients with Patellofemoral pain syndrome.

Materials and methods: Among 43 man patients with Patellofemoral pain syndrome, twenty two men were selected and randomly divided into two groups: experimental group 1 (n=11) and experimental group 2 (n=11) respectively. Group 1 participated in strengthening core stability exercises, while group 2 underwent quadriceps strengthening in the same period. Before and after training, pain and performance assessed using a pain scale and a function questionnaire. Collected data were analyzed by paired t-test and independent t-test.

Findings: Both groups showed significant differences between pre and post-

intervention conditions regarding the VAS, and WOMAC values ($P < 0/05$). Data comparison between the two groups in pain scale VAS and function scale WOMAC showed significant difference before and after the training period, so the rate of healing in group 1 was higher than that of Group 2.

Disussion & conclusions: After exercise, groups showed a reduction in pain and improvement in performance. Core stability trainings can increase pelvise stability and prevent frmur adduction and internal rotation. So the results show that exercise was more effective in group 1 than group 2, so it is recommended to exercise therapists in the treatment of patients with Patellofemoral pain syndrome in addition to strengthening the quadriceps muscles use the core stability trainings.

Keywords: Patellofemoral Pain (PFPS), Strengthening Core Stability Exercises, Strengthening Quadriceps Muscle

1. Dept of Sports Injuries and Corrective Exercises, Faculty of Sports Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran

2. Dept of Technical Orthopedics, Faculty of Rehabilitation, Isfahan University, Isfahan, Iran

* Corresponding author Email: f.rostami1010@gmail.com