



Effect of treadmill running on pain level of patients with anterior knee pain syndrome

Taktom Safari Giv¹ , peyman Sasannejad², Mohammad Moustkani³, Ali Akbarpoursohbatabadi⁴, Kamran Azadbakht^{*5} 

1. General Practitioner, Department of Medicine, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

2. Knee Fellowship, Department of Medicine, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

3. General Practitioner, Department of Medicine, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

4. Master of Biostatistics, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

5. Assistant Professor, School of Dentistry, Khorramabad University of Medical Sciences, Lorestan, Iran

ABSTRACT

Aims and background: Anterior knee pain is pain that occurs in the front and center of the knee and has a high prevalence, which is necessary to study the therapeutic effect of different methods on the pain of this disease. the aim of this study was to investigate the effect of treadmill use on pain in patients with anterior knee pain syndrome.

Material and Methods: This study was performed on 136 patients with anterior knee pain syndrome (68 patients in the treadmill group and 68 patients in the control group). After recording demographic information and clinical notes, patients were randomly assigned to two groups and pain was recorded after intervention in both groups. The statistical test of Kai Square, Mann-Whitney and independent t was used to compare the data.

Results: The results of our study showed that the difference between mean pain score before the intervention and in the first week was not statistically significant among patients with patellofemoral pain syndrome in both treadmill and control groups, but in the fourth and eighth week in patients with treadmill group it was less significance than the control group, and this difference remained significant in people under the age of 25 with a BMI greater than 25.

Conclusion: Due to the prevalence of patellofemoral pain syndrome, especially in young people, additional treadmill treatment should be done along with standard treatment for patients to improve the patients' pain in short term and increase the quality of life of them.

Keywords: Anterior knee pain, treadmill, pain

► Please cite this paper as:

Safari Giv T, Sasannejad P, Doustkani M, Akbarpoursohbatabadi A, Azadbakht K[Effect of treadmill running on pain level of patients with anterior knee pain syndrome (Persian)]. J Anesth Pain 2021;12(3): 24-33.

Corresponding Author: Kamran Azadbakht, School of Dentistry, Khorramabad University of Medical Sciences, Lorestan, Iran

Email: dr.kamran3519@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۰

بررسی اثر استفاده از تردمیل بر میزان درد بیماران مبتلا به سندرم درد قدام زانو

تکتم صفری گیو^۱، پیمان ساسان نژاد^۲، محمد دوستکانی^۳، علی اکبر پور صحبت آبادی^۴، کامران آزادبخت^{۵*}

۱. پزشک عمومی، گروه پزشکی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران
۲. فلوشیپ زانو، گروه پزشکی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران
۳. پزشک عمومی، گروه پزشکی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران
۴. کارشناس ارشد، آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۵. استادیار، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خرم آباد، لرستان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۲۴

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۰/۶/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۶

چکیده

زمینه و هدف: درد قدام زانو دردی است که در جلو و مرکز زانو اتفاق می‌افتد و دارای شیوع بالایی می‌باشد که بررسی تاثیر درمانی روشهای مختلف بر درد این بیماری امری ضروری است. هدف این مطالعه، اثر استفاده از تردمیل بر میزان درد بیماران مبتلا به سندرم درد قدام زانو را بررسی می‌کند.

مواد و روش‌ها: این مطالعه بر روی ۱۳۶ بیمار مبتلا به سندرم درد قدام زانو (۶۸ بیمار در گروه تردمیل و ۶۸ بیمار در گروه کنترل) انجام گرفت. پس از ثبت اطلاعات دموگرافیک و نکات بالینی، بیماران به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند و درد پس از مداخله در دو گروه ثبت شد. آزمون آماری کای اسکوئر، من ویتنی و t مستقل جهت مقایسه داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه ما نشان داد که میانگین نمره درد قبل از مداخله و در هفته اول بین بیماران مبتلا به سندرم درد پاتلوفمورال در دو گروه تردمیل و گروه کنترل تفاوت آماری معناداری نداشت، اما در هفته چهارم و هشتم در بیماران گروه تردمیل به صورت معناداری کمتر از گروه کنترل بود و این اختلاف در افراد با سن کمتر از ۲۵ سال و دارای BMI بیشتر از ۲۵، همچنان معنادار باقی ماند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به شیوع سندرم درد پاتلوفمورال به خصوص در جوانان، باید درمان تکمیلی تردمیل در کنار درمان استاندارد برای بیماران صورت گیرد تا شاهد بهبود درد بیماران در کوتاه مدت شویم و به دنبال آن کیفیت زندگی بیماران افزایش یابد. **واژه‌های کلیدی:** درد قدام زانو، تردمیل، درد

مقدمه

زمانی شروع می‌شود که پتلا به درستی حرکت نکند و بیشتر در افراد دارای اضافه وزن، جابه‌جایی، شکستگی یا سایر آسیب‌های وارده به پتلا شدند، رخ می‌دهد، همچنین در اغلب ورزشکاران خصوصاً رشته‌های دو و

درد قدام زانو دردی است که در جلو و مرکز زانو اتفاق می‌افتد و معمولاً در اطراف پتلا احساس می‌شود. این درد می‌تواند علل مختلفی داشته باشد. درد قدام زانو

نویسنده مسئول: کامران آزادبخت، استادیار، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خرم آباد، لرستان، ایران
پست الکترونیک: dr.kamran3519@gmail.com

و سبب تقویت ارگان‌های مختلف بدن می‌شود. هنگام راه رفتن روی تردمیل عضلات همسترینگ، کوادریسپس و عضلات ساق پا تقویت می‌شوند. برای بیماران مبتلابه استئوآرتریت زانو که به طور عمده بر عضلات کوادریسپس، همسترینگ، گلوئوس معطوف می‌باشد بسیار مناسب و انجام این گونه تمرینات می‌تواند تا حدودی دامنه حرکتی زانو بیماران را بهبود بخشد.^(۸)

امروزه استفاده از تردمیل در میان درمانگران و محققان برای بازتوانی و تمرین و ارزیابی توانایی راه رفتن و در منازل برای ارتقاء و حفظ سلامتی رایج شده است. تمرین روی تردمیل فواید متعددی دارد: تمرین در فضای کوچکی انجام می‌شود، تعداد زیادی گام بدست می‌آید، سرعت راه رفتن قابل کنترل می‌باشد، فرد اغلب ساکن و اندام بلند می‌شود و وضعیت درمانگر برای کمک مناسب‌تر است، یک محیط کنترل شده و مناسب برای تحقیقات کینماتیک و کینتیک اندام تحتانی و فقرات کمری فراهم می‌کند. مطالعه باقری و همکاران نشان داد تمرین درمانی می‌تواند در کاهش درد و بهبود عملکرد حرکتی افراد مبتلا به سندرم درد پاتلوفمورال موثر باشد.^(۹) در مطالعه کیم و همکاران (۲۰۱۴) با هدف اثرات پیاده‌روی تردمیل بر روی زاویه قدامی لگن نشان داد کارمندی که سندرم پشت صاف همراه با درد کمر و درد زانو دارند پیاده‌روی بر روی تردمیل با زاویه ۳۰ درجه می‌تواند در پیشگیری و درمان دردهای کمر، دردهای زانو و عضلات لگن و ران مفید است.^(۱۰) مطالعه دنینگ و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که شدت تغییرات در متابولیسم غضروف در مبتلایان به درد قدام زانو در طی دویدن ۳۰ دقیقه‌ای تغییر محسوسی نداشته است.^(۱۱)

نتایج این مطالعه در ارزیابی و برنامه‌ریزی استفاده از تردمیل در افراد و گروه‌های مختلف کمک کننده است. از آنجا که در بیماران با بی‌ثباتی زانو به دلایل مختلف مثل بیماران با صدمات لیگامانی یا سالمندان مبتلابه آرتروز زانو، نقش عضلات در ثبات مفصلی برجسته‌تر می‌باشد، راه رفتن روی تردمیل به این افراد توصیه

میدانی و جوانان شایع است. از جمله درمان‌های مهم می‌توان به استراحت دادن به زانو و استفاده از داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی^(۱۲)، تغییر ورزش، کاهش وزن، ورزش‌هایی که باعث تقویت و کشیدگی عضلات چهارسر ران و همسترینگ می‌شود؛ و همچنین انجام ورزش‌هایی که باعث بهبودی بیمار می‌شود، نام برد^(۱۳). علل متمایز آن شامل استفاده بیش از حد از آن، از جمله در سندرم زانوی دوندگان، التهاب تاندون چهار سر ران می‌باشد، همچنین سندروم‌ها و دیسپلازی‌ها، علل ایاتروژنیک و علل متفرقه از جمله علل متمایز می‌باشند و از علل مبهم آن درد زانوی ایاتروژنیک، کندرومالاسی، ضعیف شدن و نیمه دررفتگی، سندرم فشار جانبی بیش از حد، دیستروفی رفلکس سمپاتیک و سایکولوژیک را می‌توان نام برد^(۱۴) فراوانی درد قدام زانو بسیار با فشار و نیروی وارد به مفصل پتلوفمورال ارتباط دارد.^(۱۵) مقیاس درد قدام زانو ۱۳ آیتم دارد. ۶ فعالیت بطور مخصوص ارتباط دارند با سندرم درد قدام زانو، از جمله پیاده‌روی، دویدن، پریدن، بالا رفتن از پله، چمپاته زدن و نشستن برای مدت طولانی با زانوی خمیده، بعلاوه نشانه‌هایی از جمله لنگیدن، عدم تحمل وزن، تورم، حرکات غیرنرمال پتلا، آتروفی عضلات و محدودیت در فلکشن زانو می‌باشد.^(۱۶) درد قدام زانو علایم شایعی دارد، مخصوصاً در دوران بلوغ. اغلب هیچ علت خاصی برایش شناسایی نشده است و دارای علل مختلفی می‌باشد. پزشکانی که بیماران مبتلابه درد قدام زانو را درمان میکنند باید ویژگی‌های نرمال آناتومی و بیومکانیکال مفصل پتلوفمورال را بدانند. هنگامی که علت بالینی درد قدام زانو مشخص شد، درمان غیردارویی شامل درمان فیزیوتراپی باید آغاز شود. مداخله جراحی به طور کلی برای بیمارانی که در آنها درمان‌های معمول ناموفق بوده و ناهنجاری قابل شناسایی وجود دارد انجام می‌شود.^(۱۷)

تردمیل جزء محدود دستگاه‌هایی است که بیشتر اعضای بدن را به کار می‌گیرد. این وسیله برسیستم قلبی-عروقی تاثیرات مثبتی می‌گذارد و ورزشی هوازی است

ترمیمل، کنترانیدیکاسیون‌های استفاده از ترمیمل از جمله: بیمارانی که در مرحله ناپایداری بیماری‌های قلبی و ریوی هستند، بیماران مبتلا به آرتروز یا دارای سابقه آرتروز در مفاصل تحمل کننده وزن، بیمارانی که در مرحله حاد بیماری‌های عفونی و تب‌دار هستند، بیمارانی که در مرحله حاد درگیری سیاتالژیا باشند، مسائل مغزی یا درگیرکننده CNS که باعث ایجاد سرگیجه در بیمار می‌شوند، بودند.

مراحل اجرای پژوهش به این صورت بود که قبل از شروع تمرینات ترمیمل از نمونه‌های شرکت کننده خواسته شد چک لیست را که شامل معیار درد است تکمیل کند. معیار سنجش درد مقیاس آنالوگ بصری vas بود. vas از ۰ تا ۱۰ امتیاز بندی شده است و دارای نمایه‌هایی از حالت چهره می‌باشد که بیمار با تکمیل کردن آنها میزان دردش را مشخص می‌کند؛ و سپس به بیمار برنامه‌ای برای تمرینات ترمیمل داده شد که در منزل به مدت ۶ هفته یک روز در میان روزی ۲۰ دقیقه با سرعت ۳-۴ متر بر ثانیه و شیب صفر درجه ترمیمل کار کند و پس از اتمام تمرینات در ۳ مقطع زمانی؛ یک هفته بعد، چهار هفته بعد و هشت هفته بعد، مجدداً درد را اندازه‌گیری شد. بر این اساس مشخص می‌شود میزان درد بیمار پس از انجام تمرینات ترمیمل کاهش پیدا کرده بود یا افزایش پیدا کرده بود و اطلاعات تحلیل شد برای تحلیل اطلاعات از آزمون من ویتنی و همچنین برآورد میانگین‌ها از طریق آزمون تی در نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS 23 استفاده شد.

یافته‌ها

با استفاده از آزمون‌های شاپیرو-ویلک توزیع داده‌ها غیر نرمال بود و برای بررسی اختلاف میانگین‌های دو گروه از آزمون‌های ناپارامتری استفاده شد. ابتدا به بررسی مشخصات دموگرافیک پرداخته شد، سپس معیار درد در زمان‌های مختلف بر اساس سن، جنس و شاخص BMI بیان شد.

نمی‌شود. در راه رفتن روی ترمیمل فعالیت عضلانی افزایش می‌یابد و که به نوبه خود می‌تواند باعث افزایش سرعت ایجاد خستگی و بروز آسیب احتمالی می‌شود. از طرفی افراد سالم جوان که دارای ثبات مفصلی مناسبی هستند می‌توانند با راه رفتن روی ترمیمل به دلیل فعالیت عضلانی بزرگتر به منظور تقویت عضلانی یا ازدیاد استقامت عضلانی با توجه به سرعت انتخاب شده در راه رفتن بهره ببرند^(۱۳). از این رو هدف ما بررسی اثر استفاده از ترمیمل بر میزان درد بیماران مبتلا به دردقدام زانو می‌باشد.

مواد و روش

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بر روی کلیه بیماران مبتلا به سندرم درد قدام زانو بود که تشخیص آنها بر اساس معیارهای بالینی و نظر پزشک ارتوپد انجام گرفته بود. برای بدست آوردن حجم نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) و با توجه به مقاله روپر و همکارانش^(۱۳) که میزان درد را قبل و بعد از استفاده از ترمیمل به ترتیب $24/1 \pm 40/0$ و $23/4 \pm 37/4$ گزارش نموده اند و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ بر اساس فرمول زیر نمونه وابسته پوکاک و با استفاده از نرم افزار statistica نسخه ۱۰ تعداد ۶۸ بیمار در نظر گرفته شد.

$$\frac{1}{1-f} \times \frac{2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 S^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

شرایط مطالعه و اهداف و جزئیات برای بیماران توضیح داده شد و فرم رضایت آگاهانه توسط بیماران تکمیل شد. معیارهای ورود به پژوهش داشتن محدوده سنی ۱۵ تا ۵۰ سال، گذشت حداکثر یک ماه از شروع درد و عدم دریافت درمان دیگر در حین مطالعه (درمان‌های استاندارد برای همه انجام شد (بودند) و معیارهای خروج انصراف بیمار، تروما در حین انجام تمرینات

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار سن در افراد دو گروه مورد مطالعه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	P-value Mann-whitney (test)
تردمیل	۶۸	۲۸/۲۱	۷/۴۷۸	-۰/۵۳	۰/۵۹۶
کنترل	۶۸	۲۷/۱۳	۶/۲۹۱		

همان طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین سن در دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معناداری نداشت ($P < 0.05$).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار درد در زمانهای مختلف در افراد دو گروه مورد مطالعه بر اساس سن

سن	متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	P-value Mann-whitney (test)
	قبل مداخله	تردمیل	۳۲	۵/۶۹	۱/۵۳۳	-۱/۰۲	۰/۳۰۷
		کنترل	۳۱	۵/۲۶	۱/۳۶۵		
۲۵ سال و کمتر	هفته اول	تردمیل	۳۲	۴/۲۸	۱/۶۵۱	-۱/۲۹	۰/۱۲۶
		کنترل	۳۱	۴/۸۷	۱/۵۰۰		
	هفته چهارم	تردمیل	۳۲	۲/۶۲	۱/۲۶۴	-۲/۶۵	۰/۰۰۸
		کنترل	۳۱	۳/۵۸	۱/۵۴۴		
	هفته هشتم	تردمیل	۳۲	۱/۳۸	۱/۱۲۹	-۲/۸۷	۰/۰۰۴
		کنترل	۳۱	۲/۲۳	۱/۰۲۳		
	قبل مداخله	تردمیل	۳۶	۵/۵۰	۱/۶۴۸	-۰/۱۷	۰/۱۸۶۵
		کنترل	۳۷	۵/۵۴	۱/۵۵۶		
بیشتر از ۲۵ سال	هفته اول	تردمیل	۳۶	۴/۳۶	۱/۵۵۲	-۱/۰۶	۰/۲۸۷
		کنترل	۳۷	۴/۷۳	۱/۵۰۳		
	هفته چهارم	تردمیل	۳۶	۲/۹۲	۱/۲۷۳	-۰/۹۸	۰/۳۲۶
		کنترل	۳۷	۳/۲۷	۱/۵۰۳		
	هفته هشتم	تردمیل	۳۶	۱/۵۳	۱/۴۰۴	۰/۶۹	۰/۴۸۹
		کنترل	۳۷	۱/۷۳	۱/۲۶۲		

معناداری نداشت ($P < 0.05$) اما در افراد دارای سن کمتر از ۲۵ سال، در هفته چهارم و هشتم در بیماران گروه ترمیبل به صورت معناداری کمتر از گروه کنترل بود ($P > 0.05$)

همان طور که در جدول صفحه قبل مشاهده می‌شود، میانگین نمره درد قبل از مداخله و در هفته اول بین دو گروه ترمیبل و گروه کنترل در هر دو گروه سنی تفاوت آماری

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار درد در زمان‌های مختلف در افراد دو گروه مورد مطالعه بر اساس جنس

جنس	متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	P-value Mann-whitney (test)	
مرد	قبل مداخله	ترمیبل	۴۳	۵/۹۵	۱/۵۵۸	-۱/۸۱	۰/۰۶۹	
		کنترل	۴۲	۵/۴۰	۱/۶۲۴			
	هفته اول	ترمیبل	۴۳	۴/۲۱	۱/۷۵۳	-۱/۳۱	۰/۱۸۷	
		کنترل	۴۲	۴/۷۱	۱/۶۸۶			
	هفته چهارم	ترمیبل	۴۳	۲/۷۲	۱/۲۷۸	-۱/۸۶	۰/۰۶۲	
		کنترل	۴۲	۳/۳۳	۱/۶۶۳			
	هفته هشتم	ترمیبل	۴۳	۱/۵۱	۱/۳۵۲	-۱/۶۳	۰/۱۰۱	
		کنترل	۴۲	۱/۹۵	۱/۲۶۸			
	زن	قبل مداخله	ترمیبل	۲۵	۴/۹۶	۱/۳۹۹	-۱/۷۷	۰/۰۷۶
			کنترل	۲۶	۵/۴۲	۱/۲۰۶		
		هفته اول	ترمیبل	۲۵	۴/۵۲	۱/۲۶۲	-۰/۹۶	۰/۳۳۴
			کنترل	۲۶	۴/۹۲	۱/۱۲۹		
هفته چهارم		ترمیبل	۲۵	۲/۸۸	۱/۲۶۹	-۱/۸۶	۰/۰۶۲	
		کنترل	۲۶	۳/۵۴	۱/۲۷۲			
هفته هشتم		ترمیبل	۲۵	۱/۳۶	۱/۱۵۰	-۱/۸۳	۰/۰۶۷	
		کنترل	۲۶	۱/۹۶	۱/۰۳۸			

دو گروه ترمیبل و گروه کنترل در هر دو گروه جنسی تفاوت آماری معناداری نداشت ($P < 0.05$)

همان طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین نمره درد قبل از مداخله و در هفته اول تا هشتم بین

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار درد در زمان‌های مختلف در افراد دو گروه مورد مطالعه بر اساس BMI

BMI	متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	P-value Mann-whitney (test)
۲۵ و کمتر	قبل مداخله	تردمیل	۳۹	۵/۵۶	۱/۶۳۵	-۰/۷۰۵	۰/۴۸۱
		کنترل	۳۵	۵/۳۱	۱/۴۰۹		
	هفته اول	تردمیل	۳۹	۴/۲۶	۱/۶۹۷	-۱	۰/۳۱۶
		کنترل	۳۵	۴/۶۳	۱/۴۹۷		
	هفته چهارم	تردمیل	۳۹	۲/۶۹	۱/۳۶۰	-۱/۶۸	۰/۰۹۲
		کنترل	۳۵	۳/۲۰	۱/۴۳۱		
	هفته هشتم	تردمیل	۳۹	۱/۴۱	۱/۳۹۰	-۱/۲	۰/۲۳
		کنترل	۳۵	۱/۸۰	۱/۲۷۹		
بیشتر از ۲۵	قبل مداخله	تردمیل	۲۹	۵/۶۲	۱/۵۴۵	-۰/۱۱۶	۰/۹۰۷
		کنترل	۳۳	۵/۵۲	۱/۵۴۴		
	هفته اول	تردمیل	۲۹	۴/۴۱	۱/۴۵۲	-۱/۳۱	۰/۱۸۸
		کنترل	۳۳	۴/۹۷	۱/۴۸۹		
	هفته چهارم	تردمیل	۲۹	۲/۹۰	۱/۱۴۵	-۱/۹۹	۰/۰۴۶
		کنترل	۳۳	۳/۶۴	۱/۵۹۷		
	هفته هشتم	تردمیل	۲۹	۱/۵۲	۱/۱۲۲	-۲/۳۱	۰/۰۲۱
		کنترل	۳۳	۲/۱۲	۱/۰۵۳		

بر میزان درد بیماران مبتلا به سندرم درد قدام زانو انجام شده است. در این مطالعه ۱۳۶ بیمار مبتلا به سندرم درد قدام زانو وارد مطالعه شدند (۶۸ بیمار در گروه تردمیل و ۶۸ بیمار در گروه کنترل) که از این تعداد ۸۵ مورد (۶۲/۵٪) مرد و ۵۱ مورد (۳۷/۵٪) زن بودند. همچنین میانگین سن افراد مورد مطالعه برابر با $۶/۹ \pm ۲۷/۶۶$ سال بود.

یافته‌های مطالعه ما نشان داد که میانگین نمره درد قبل از مداخله و در هفته اول بین دو گروه تردمیل

همان طور که در جدول بالا مشاهده میشود، میانگین نمره درد قبل از مداخله و در هفته اول بین دو گروه تردمیل و گروه کنترل در هر دو گروه BMI تفاوت آماری معناداری نداشت ($P < ۰,۰۵$) اما در افراد دارای BMI بیشتر از ۲۵، در هفته چهارم و هشتم در بیماران گروه تردمیل به صورت معناداری کمتر از گروه کنترل بود. ($P > ۰,۰۵$)

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر استفاده از تردمیل

در سال ۲۰۱۷ در دانشگاه سلامت ژاپن با عنوان کمیته هماهنگی در میان بخش‌های عقب پا، وسط پا و جلوی پا در طی دویدن انجام گرفت، تعداد ۱۱ مرد سالم در یک مطالعه مروری بررسی شدند. در این مطالعه ۱۱ مرد جوان سالم روی ترممیل دویدند و زاویه اتصال که نشان دهنده هماهنگی بین بخش‌هاست با استفاده از تکنیک کدگذاری اصلاح شده محاسبه شد و متوجه شدند انحراف وسط پا با عقب پا (ساق پا) ارتباط دارد و این انحراف قابل مقایسه است که در افرادی که بر روی ترممیل می‌دویدند، اصلاحاتی صورتی گرفته بود و سبب بهبود عملکرد زانو می‌شود، همچنین در مطالعات گذشته اشاره شده عدم هماهنگی بین اینترنال روتیشن ساق پا و انحراف عقب پا منجر به آسیب دوندگان از جمله درد قدام زانو می‌شود. این اطلاعات ممکن است در آینده برای مقایسه بین افرادی که دفورمیتی پا دارند یا در حین دویدن آسیب دیدند مورد استفاده قرار بگیرد^(۱۶) یافته‌های مطالعه مذکور در خصوص عملکرد ترممیل و موثر بودن آن در درمان پاتولوژی‌های زانو مشابه با مطالعه ما می‌باشد چرا که در مطالعه ما مشخص شد که سندرم پتروفمورال در افرادی ناشی از انحراف پا می‌باشد که ترممیل سبب اصلاح آن می‌شود و از این طریق سبب کاهش درد در افراد می‌شود.

در مطالعه ایی که در سال ۲۰۱۶ توسط ریچارد ویلی و همکاران با هدف بررسی تاثیر ترممیل بر مفصل زانو و پتروفمورال انجام دادند. هیچ تفاوتی بین ترممیل و دویدن بر روی زمین دویدن برای اوج بار، میزان بارگذاری یا برآورد فشار جمعی بر مفصل پتروفمورال در هر کیلومتر دویدن مداوم مشاهده نشد. با این حال، دویدن بر روی ترممیل منجر به وارد آمدن نیروی ۱۲/۵٪ بیشتر بر تاندون آشیل و عضلات ($p > 0,001$)، میزان بارگذاری بیشتر بر تاندون آشیل و عضلات (۱۵/۶٪) و ۱۴/۶٪ نیروی جمعی بیشتر بر تاندون آشیل و عضلات در هر ۱ کیلومتر دویدن ($p > 0,001$) در مقایسه با دویدن بر

و گروه کنترل تفاوت آماری معناداری نداشت اما در هفته چهارم و هشتم در بیماران گروه ترممیل به صورت معناداری کمتر از گروه کنترل بود و این اختلاف در افراد با سن کمتر از ۲۵ سال و دارای BMI بیشتر از ۲۵، همچنان معنادار باقی ماند.

در تحقیقی که توسط روپرو و همکارانش در سال ۲۰۱۳ در دانشگاه فلوریدا کشور آمریکا با عنوان تمرین حاد ترممیل در آب باعث بهبود راه رفتن و درد در افرادی که استئوآرتریت زانو دارند انجام گرفت، یافته‌های به دست آمده همسو با یافته‌های مطالعه ما می‌باشد و نشان از تاثیر ترممیل در کاهش درد زانو در بیماران دارد^(۱۳). تحقیق چستر و همکارانش (۲۰۱۶) با هدف کینماتیک اندام تحتانی و هزینه متابولیک در طول تمرینات بیضوی و دویدن روی ترممیل انجام گرفت، نشان داد دستگاه‌های بیضوی استاندارد و بیضوی جانبی در افزایش دامنه حرکت مفصل زانو و ران مفیدتر از ترممیل بوده‌اند و علایم درد قدام زانو را بیشتر از ترممیل بهبود بخشیدن، اما همچنان ترممیل بر کاهش علایم و افزایش دامنه حرکت فلکشن و اکستنشن زانو بسیار مفید است^(۱۴) هر چند نوع طراحی مطالعه مذکور با مطالعه ما متفاوت می‌باشد، اما یافته‌های مطالعه مذکور تایید کننده یافته‌های مطالعه ما می‌باشد و نشان از کاربرد ترممیل در کاهش درد در بیماران مبتلا به درد قدام زانو دارد. در تحقیقی که توسط ون در هیجدن و همکارانش در سال ۲۰۱۵ در دانشگاه روتردام کشور هلند با عنوان ورزش در درمان سندرم درد پتروفمورال انجام گرفت، در این مطالعه گفته شد تمرینات ترممیل برای درمان سندرم پتروفمورال مفید است^(۱۵). یافته‌های مطالعه مذکور کاملاً همسو با یافته‌های مطالعه ما می‌باشد و نشان از تاثیر معنی دار ترممیل در کاهش درد در بیماران مبتلا به سندرم پتروفمورال دارد.

در مطالعه‌ای که توسط تومایا تاکابایاشی و همکارانش

درمان تکمیلی بر اساس ترمیمیل در کنار درمان استاندارد برای بیماران صورت گیرد تا شاهد بهبود درد در کوتاه مدت برای بیماران شویم و به دنبال آن کیفیت زندگی بیماران افزایش یابد و افراد سریعتر بتوانند به عملکرد طبیعی خود بازگردند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد علوم پزشکی زاهدان و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد. کد اخلاق این پژوهش IR.IAU.MSHD.REC.1397.015 است.

روی زمین شده بود. در پایان نتیجه بر آن شد که دوییدن بر روی ترمیمیل سبب می‌شود که بر روی مفصل پتلوفمورال فشار وارد نشود اما از طرفی بر روی عضلات اطراف فشار بیشتری آمده و با تقویت عضلات، سبب می‌شود که فشار کمتری بر مفصل آمده و نسبت به دوییدن بر روی زمین سبب بهبود درد در بیماران دارای مشکلات زانو می‌شود.^(۱۷) لذا بر اساس یافته‌های مطالعه مذکور و مطالعه ما میتوان دریافت که چرا دوییدن بر روی ترمیمیل سبب بهبود درد در بیماران دارای سندرم پتلوفمورال می‌شود. در مطالعه‌ایی که توسط دیرکس تا و همکاران با هدف بررسی تاثیر ترمیمیل در افراد دارای سندرم پتلوفمورال انجام دادند. برای این مطالعه، ۲۰ بیمار با PFP و ۲۰ نفر در گروه کنترل، یک راه رفتن طولانی را بر روی ترمیمیل با سرعت انتخابی خود انجام دادند. این مطالعه نشان داد که آموزش صحیح در خصوص استفاده ترمیمیل سبب کاهش موارد بیان شده، شده و در ادامه سبب کاهش درد در بیماران شده بود.^(۱۸) بنابراین بر اساس یافته‌های مطالعه ما و مطالعه مذکور می‌توان دریافت که ترمیمیل سبب بهبود اشکالات آناتومیکی در بیماران مبتلا به سندرم پتلوفمورال می‌شود و این امر سبب بهبود درد در بیماران می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه ما نشان داد که میانگین نمره درد قبل از مداخله و در هفته اول بین بیماران مبتلا به سندرم درد پتلوفمورال در دو گروه ترمیمیل و گروه کنترل تفاوت آماری معناداری نداشت، اما در هفته چهارم و هشتم در بیماران گروه ترمیمیل به صورت معناداری کمتر از گروه کنترل بود و این اختلاف در افراد با سن کمتر از ۲۵ سال و دارای BMI بیشتر از ۲۵، همچنان معنادار باقی ماند. بنابراین با توجه به شیوع بالای سندرم درد پتلوفمورال به خصوص در جوانان، باید

References

1. Collado H, Fredericson M. Patellofemoral pain syndrome. *Clin Sports Med.* 2010; 29:379-98. PMID: 20610028 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20610028.
2. De Carlo M, Armstrong B. Rehabilitation of the knee following sports injury. *Clin Sports Med.* 2010; 29:81-106. PMID: 19945588, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19945588
3. Insall J. Patellar pain. *J Bone Joint Surg [Am]* 1982; 64-A: 147-5
4. Dowd GSE, Bentley G. Anterior knee pain in knee surgery: current practice. London: Martin Dunitz, 1992:724-35.
5. Goodfellow J, Hungerford DS, Zindell M. Patellofemoral joint mechanics and pathology. I: Functional anatomy of the patello-femoral joint. *J Bone Joint Surg [Br]* 1976; 58-B: 287-90.
6. Anterior Knee Pain Scale. Watson CJ et al (2005) *JOSPT* 35: 136-146.
7. *J Am Acad Orthop Surg.* Anterior knee pain: diagnosis and treatment. 2005 Dec; 13(8):534-43. PMID: 16330515
8. Bavardi, A. Shojauddin, S. Evaluation of the effect of eight weeks of aerobic exercise on functional indicators and range of motion of the knee of active elderly men with osteoarthritis of the knee. *Razi Medical Sciences Journal*, Volume 24, Number 156, June 2017
9. Bagheri Shahabuddin*, Bayat Mohammad Reza, Aleppo Chi Farzin. The Impact of an 8-Week Training Program on patellofemoral Pain Syndrome. *Research in Rehabilitation Sciences: December and January 2011*, Volume 7, Number 3; From page 357 to page 367.
10. Kim M-h, Yoo W-g. Effects of Inclined Treadmill Walking on Pelvic Anterior Tilt Angle, Hamstring Muscle Length, and Trunk Muscle Endurance of Seated Workers with Flat-back Syndrome. *Journal of physical therapy science.* 2014; 26(6):855-6.
11. W. Matt Denning, MS Scott Woodland, MS Jason G. Winward, Michael G. Leavitt, MS Allen C. Parcell, PhD J. Ty Hopkins, PhD Devin Francom, MS Matthew K. Seeley, PhD. The Influence of Experimental Anterior Knee Pain during Running on Electromyography and Articular Cartilage Metabolism. 10.1016/j.joca.2014.05.006
12. Kalantari, Kh. Rahimi, F. Hosseini, M. Gardener, A. (1393). Compare the pattern of lower limb muscle activity while walking on a treadmill and on the ground at different speeds. Master Thesis. Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
13. Jaimie A. Roper, MS,a,b Eadric Bressel, EdD,a Mark D. Tillman, PhD. Acute Aquatic Treadmill Exercise Improves Gait and Pain in People With Knee Osteoarthritis. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.10.027>
14. Chester S, Zucker-Levin A, Melcher DA, Peel SA, Bloomer RJ, Paquette MR. Lower Limb Kinematics and Metabolic Cost during Elliptical Exercises and Treadmill Running. *Journal of applied biomechanics.* 2016; 32(2):113-9.
15. Van der Heijden RA, Lankhorst NE, Van Linschoten R, Bierma-Zeinstra S, Van Middelkoop M. Exercise for treating patellofemoral painsyndrome. An abridged version of Cochrane systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2015; 52(1):110-33.
16. Tomoya Takabayashi, Mutsuaki Edama, Erika Yokoyama, Chiaki Kanaya & Masayoshi Kubo. Quantifying coordination among the rearfoot, midfoot, and forefoot segments during running. <http://dx.doi.org/10.1080/14763141.2016.1271447>
17. Richard Willy. Patellofemoral Joint and Achilles Tendon Loads During Overground and Treadmill Running. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy.* 2016; 46(8): 12-22.
18. Dierks TA1, Manal KT, Hamill J, Davis I. Lower extremity kinematics in runners with patellofemoral pain during a prolonged run. *Med Sci Sports Exerc.* 2011 Apr;43(4):693-700. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181f744f5.