

تأثیر کفی با گوه خارجی با و بدون ساب‌تالار استرپ بر مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین در استئوآرتریت بخش داخلی زانو^۱

الهام اسفندیاری^۱، مجتبی کامیاب^{۲*}، حمیدرضا یزدی^۳، نسیم فروغی^۴، فاطمه نواب مطلق^۵

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد ارتز و پروتز دانشگاه علوم پزشکی تهران، ^۲ استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دکتری تخصصی ارتز و پروتز، ^۳ استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، متخصص و جراح ارتوپد، ^۴ استادیار دانشگاه سیدنی، دکتری تخصصی بیومکانیک بالینی، ^۵ کارشناس ارشد بیومکانیک

*نویسنده پاسخگو: Email: m-kamyab@tums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: مقایسه تأثیر کفی با گوه خارجی با و بدون ساب‌تالار استرپ بر مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین در بیماران مبتلا به استئوآرتریت بخش داخلی زانو

مواد و روش‌ها: بیست و پنج بیمار با استئوآرتریت درجه I یا II بخش داخلی زانو بر اساس سیستم درجه‌بندی Kellgren and Lawrence با سن بیش از ۴۰ سال در این مطالعه شرکت کردند. بیماران در سه وضعیت، زمانی که در یک مسیر سه متری راه می‌رفتند، مورد آزمایش قرار گرفتند: بدون کفی، کفی با گوه خارجی، کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ. سه آزمایش موفق در هر وضعیت ضبط شد. مقایسه تأثیر کوتاه مدت کفی با گوه خارجی با و بدون ساب‌تالار استرپ بر مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین در وضعیت‌های مختلف انجام گرفت.

یافته‌ها: کفی با گوه خارجی با و بدون ساب‌تالار استرپ تأثیر معنی‌داری بر اولین قله مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین و سرعت راه‌رفتن نداشت. کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ سبب کاهش معنی‌دار دومین قله مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین نسبت به وضعیت بدون کفی و کفی با گوه خارجی گردید.

بحث: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که کفی با گوه خارجی با و بدون ساب‌تالار استرپ سبب کاهش مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین می‌گردد که متعاقب آن شاید بتواند گشتاور اداکتوری زانو را کاهش دهد. براساس یافته‌های این مطالعه کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ درمان مؤثرتری نسبت به کفی با گوه خارجی در استئوآرتریت خفیف زانو است.

کلید واژه: زانو، استئوآرتریت، کفی، ساب‌تالار استرپ

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۴/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۶/۱۰

^۱ این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به کد ۱۰۵۸/پ شماره قرارداد ۱۹۲۴۶۱۶ مورخ ۱۳۸۹/۱۲/۱۴ می‌باشد.

اطلاعات این مطالعه در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران (IRCT) با شماره IRCT201104185520N4 ثبت گردید. در ابتدا مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران (در تاریخ ۱۳۸۹/۸/۱۱ با شماره ثبت ۲۶۵) تأیید شد.

مقدمه

استئوآرتروز یکی از رایجترین اختلالات مفصلی در جهان است که باعث درد، از دست دادن عملکرد و ناتوانی در سالمندان می‌شود (۱). استئوآرتروز یک بیماری چند عاملی است که عوامل سیستمیک و موضعی به عنوان عامل خطر آن شناخته شده‌اند (۱). در زانویی با راستا طبیعی ۶۰-۷۰٪ نیروی وزن از بخش داخلی زانو عبور می‌کند که تقریباً ۲٫۵ برابر بزرگتر از بارهای انتقالی از بخش خارج زانو می‌باشد و این امر می‌تواند شیوع درگیری استئوآرتروز در بخش داخل زانو را توضیح دهد (۲). افزایش بار مکانیکی روی بخش داخلی زانو، همراه با راستای واروس است که به صورت دینامیک به عنوان گشتاور اداکتوری زانو اندازه گرفته می‌شود (۳). این در حالیست که همبستگی مثبتی بین راستا محور مکانیکی و حداکثر گشتاور اداکتوری زانو گزارش شده‌است (۴). با گذشت زمان بار زیاد وارده روی بخش داخل ممکن است باعث درد مفصلی و پیشرفت استئوآرتروز زانو گردد (۵ و ۳). میزان بار نه تنها فیبریلایسیون غضروف مفصلی آسیب‌دیده را، چنانچه در استئوآرتروز شدید، دیده می‌شود، تسریع می‌کند، بلکه همچنین ممکن است منجر به شروع استئوآرتروز در مفاصل مجاور، مانند هیپ شود (۶). هم‌چنانکه ۳۶٪ بیماران با استئوآرتروز زانو، استئوآرتروز هیپ دارند (۷). مداخلات اخیر به منظور درمان استئوآرتروز بخش داخل زانو با هدف کاهش گشتاور اداکتوری و کاهش بار انتقالی از بخش داخل زانو، استفاده می‌شوند (۸). از جمله این مداخلات می‌توان بریس (۹)، اصلاح کفش (۱۲-۱۰)، تغییرات جبرانی راه‌رفتن (۲)، تقویت عضله چهارسرزانو (۱۳) و استئوتومی قسمت فوقانی تیبیا (۱۴) را نام برد. راه‌رفتن این افراد شامل extension بیشتر زانو در heel strike، نیروی عکس‌العمل بزرگتر و افزایش نیروی وارده به هیپ، زانو و مچ پا، می‌شود (۸). یکی از درمان‌های قابل توجه و غیرتهاجمی استئوآرتروز زانو کفی با گوه خارجی است (۱۳-۱۰). هدف این مداخلات، کاهش میزان درد و افزایش سطح فعالیت با کاهش انتقال نیروها از بخش داخل زانو است (۱۵). همچنین مطالعاتی اثر کفی با گوه خارجی همراه با ساب‌تالار استرپ را ارزیابی کرده‌اند و نشان داده‌اند که گشتاور اداکتوری را بیشتر از کفی با گوه خارجی بدون ساب‌تالار استرپ کاهش می‌دهد و سبب اصلاح بیشتر زاویه فموروتیبیال و نتایج

بالیینی بهتر می‌گردد (۱۹-۱۶). علت آن می‌تواند این باشد که ساب‌تالار استرپ سبب حفظ والگوس تالوس و اصلاح زاویه فموروتیبیال شده که سبب کاهش بیشتر بار روی بخش داخلی زانو می‌گردد (۱۶). به منظور چگونگی تأثیر کفی با گوه خارجی بر گشتاور اداکتوری زانو، درد و فعالیت‌های روزمره، مشخص‌ساختن تأثیرات کینتکی و کینماتیکی این مداخلات ضروری است. در مطالعه حاضر هدف ارزیابی تأثیر کفی با گوه خارجی با و بدون ساب‌تالار استرپ بر مولفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین بوده تا بتوان با نتایج این بررسی ملاکی برای تجویز کفی در بیماران با استئوآرتروز زانو ارائه داد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مداخله‌ای شبه‌تجربی بوده که بر روی ۲۵ بیمار مبتلا به استئوآرتروز بخش داخلی زانو انجام گرفت. نمونه‌گیری به صورت غیراحتمالی ساده و از بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان شفا یحیانیان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، که شرایط ورود به مطالعه را دارا و حاضر به شرکت در مطالعه بودند، انجام‌شد. بدین منظور برای به‌دست‌آوردن حجم نمونه از نرم‌افزار Gpower (۲۰) با واردکردن پارامترهای مورد نظر به حجم نمونه ۲۵ رسیدیم.

اطلاعات این مطالعه در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران (IRCT) با شماره IRCT201104185520N4 ثبت گردید. در ابتدا مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران (در تاریخ ۱۳۸۹/۸/۱۱ با شماره ثبت ۲۶۵) تأیید شد و رضایت از بیماران حاصل گردید.

شرایط ورود به مطالعه شامل موارد زیر می‌شد: استئوآرتروز قسمت داخلی مفصل تیبیوفمورال در یک زانو، سن بالای ۴۰ سال، وجود درد در قسمت داخلی زانو در هنگام راه‌رفتن با حداقل مقدار ۳ از ۱۰ براساس مقیاس بصری درد^I (۱۱)، وجود استئوفیت رادیوگرافیکی در فضای داخلی مفصل، زانو با راستا طبیعی یا واروس خفیف (۲۱) و وجود استئوآرتروز رادیوگرافیکی با درجه I یا II براساس سیستم درجه‌بندی Kellgren & Lawrence براساس مطالعه شیمادا^{II} و همکارانش (۲۲)

^I Visual Analogue Scale^{II} Shimada

که نشان دادند در بیماران با درجه I و II استئوآرتریت زانو کفی با گوه خارجی موثرتر است. معیارهای خروج از مطالعه شامل دارا بودن استئوآرتریت با درجه III و بالاتر، استئوآرتریت ثانویه به علت تروما، جراحی و دیگر فرم‌های نادر آرتروز (۲۳)، آسیب مفصلی (وجود مشکلات لیگامانی واضح در معاینه یا شکستگی زانو و ...)، تزریق یا جراحی طی ۶ ماه گذشته در مفاصل اندام تحتانی، اختلال سیستم عصبی مختل‌کننده حرکت ارادی، محدودیت‌های عملکردی شدید (ناتوانی در راه رفتن به صورت مستقل و بدون وسیله کمکی)، اختلال درکی، کمر درد مزمن (۲۴)، اختلاف طول اندام‌ها، سابقه درمان ارتزی در ناحیه پا و زانو (۱۹)، BMI بیشتر از ۳۶ کیلوگرم بر مجذور متر (۲۵)، آرتروز مفاصل هیپ یا ستون فقرات لومبار، سفتی شست پا، دفرمیتی والگوس بخش میانی پا و آرتروپاتی پیشرفته بخش خلفی پا، شلی لیگامانی، صافی کف پا و هر نوع مشکلی در پا و میچ که مانع استفاده از کفی شود (۲۶)، زانو با راستا والگوس یا عقب‌زدگی و استئوآرتریت دو مفصل زانو بود.

پس از احراز تمام شرایط شرکت در تحقیق، افراد معرفی شده به آزمونگر با مراحل مطالعه آشنا شدند و در صورت رضایت، فرم رضایت‌نامه مطالعه را که از پیش تهیه شده بود به صورت اختیاری امضاء نمودند. سپس فرم اولیه که برای ثبت مشخصات بیمار در نظر گرفته شده بود توسط آزمونگر تکمیل گردید. سپس فرد تحت آنالیز کینتیکی قرار گرفت. برای نمونه‌برداری از نیروی عکس‌العمل زمین، از دو صفحه نیرو kistler مدل 9286BA ساخت کشور هلند، در فرکانس ۲۰۰ Hz که در زمین آزمایشگاه تعبیه شده بودند استفاده گردید. در این مطالعه یک سیکل راه رفتن که با برخورد پاشنه به صفحه نیروی اول آغاز شده و با برخورد همان پاشنه به صفحه نیروی دوم به پایان می‌رسید، ضبط می‌گردید. از داده‌های صفحه نیروی اول به منظور استخراج نیروی عکس‌العمل زمین استفاده شد. همچنین برای سنجش سرعت بیماران از سیستم آنالیز حرکت Vicon استفاده شد. این سیستم دارای ۶ دوربین اشعه مادون قرمز ساخت کشور انگلستان بود (vicon 460, Oxford metrics, Oxford, UK) که با فرکانس ۱۰۰ Hz قادر به نمونه‌برداری همزمان از مارکر بازتابنده اشعه مادون قرمز (با قطر ۱۴ میلی‌متر) قرار گرفته روی برجستگی استخوانی لگن خاصره قدامی فوقانی اندام مبتلای افراد، بودند (۲۷). داده‌های



تصویر ۱: تصویر کفی با گوه خارجی - سمت راست، کفی بدون گوه - سمت چپ

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات، دو پارامتر از منحنی‌های مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین استخراج شد: قله اول نیروی عکس‌العمل زمین در لحظه

سال سوم، شماره دوازدهم (تابستان ۱۳۹۰)

II استئوآرتریت زانو را براساس سیستم درجه‌بندی Kellgren & Lawrence داشتند.

مقایسه توزیع متغیرها با توزیع نرمال

با استفاده از آزمون ناپارامتری کولموگروف-اسمیرنوف^{II} توزیع متغیرهای زمینه‌ای و متغیرهای وابسته با توزیع نرمال بررسی شد. این آزمون نشان‌داد متغیرهای مطالعه حاضر توزیع نرمال دارند (جدول ۱).

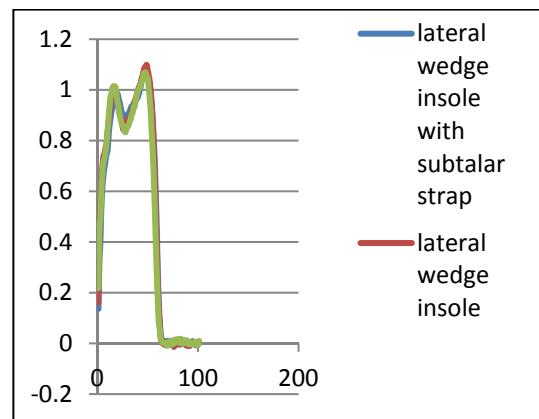
تحلیل راه‌رفتن

در مطالعه حاضر هیچ‌کدام از بیماران از عوارض کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ طی آزمایشات شکایت نکردند. اختلاف معناداری در اولین قله مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین در بین سه موقعیت بدون کفی، کفی با گوه خارجی و کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ یافت نشد. همچنین اختلاف معناداری در سرعت راه‌رفتن بین سه موقعیت یافت نشد. اما تاثیر معنادار کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ در قله دوم مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین نسبت به موقعیت‌های بدون کفی و کفی با گوه خارجی یافت شد ($P < 0,05$). جدول ۲ نتایج حاصل از تأثیر کفی با گوه خارجی با و بدون ساب‌تالار استرپ را بر سرعت راه‌رفتن، قله اول و دوم مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین نشان می‌دهد (تصویر ۲).

بحث

این مطالعه به منظور بررسی تأثیر کفی با گوه خارجی با و بدون ساب‌تالار استرپ روی مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین در استئوآرتریت زانو انجام شد. با یافته‌های این مطالعه کفی با گوه خارجی با و بدون ساب‌تالار استرپ نسبت به وضعیت بدون کفی تأثیر معناداری بر قله اول مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین نداشت، هرچند اختلاف معناداری در قله دوم مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین در استفاده از کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ نسبت به وضعیت بدون کفی و کفی با گوه خارجی یافت شد. چندین مطالعه گزارش کردند که بیمارانی با استئوآرتریت زانو BMI بالاتر، سرعت آهسته‌تر و طول کوتاه‌تر گام

loading و قله دوم نیروی عکس‌العمل زمین در لحظه pushoff (تصویر ۲). برای هر فرد داده‌های صفحه نیروی اول در طی سه آزمایش استخراج شد و میانگین گرفته شد. داده‌های استخراج‌شده مربوط به هر آزمایش براساس وزن فرد با مقیاس نیوتن و زمان تعدیل^I شده و همچنین نمودار مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین نسبت به کل زمان سیکل راه‌رفتن تعدیل گردید. به منظور بررسی توزیع نرمال داده‌ها از آزمون ناپارامتری مناسب، تست کولموگروف-اسمیرنوف، استفاده گردید. به منظور بررسی اختلافات بین قله‌های منحنی مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین در وضعیت‌های مختلف بدون کفی، کفی با گوه خارجی بدون ساب‌تالار استرپ و کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ، از آزمون repeated measures within subjects استفاده گردید ($\alpha = 0,05$).



تصویر ۲: منحنی مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین یک بیمار در سه وضعیت بدون کفی، کفی با گوه خارجی، کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ

یافته‌ها

بیماران

بیست و پنج بیمار در مطالعه حاضر با دامنه سنی ۴۰ تا ۵۴ سال (میانگین $46,84 \pm 4,93$ سال) شرکت کردند. میانگین وزنی آن‌ها $77 \pm 8,751$ کیلوگرم، میانگین قدی آن‌ها $1,57 \pm 0,05$ متر بود. میانگین شاخص توده جرم بدنی آن‌ها $31,32 \pm 4,102$ کیلوگرم بر مجذورمتر به‌دست آمد. میانگین مقیاس بصری درد $5,68 \pm 1,626$ بود. ۵ بیمار درجه I استئوآرتریت زانو و ۲۰ بیمار درجه

^{II} Kolmogorov-Smirnov

^I نرمالایز

تفاوت قابل توجهی نداشت، گرچه نسبت به همین مطالعات که میانگین BMI در مطالعه آنها در وزن زیاد دسته‌بندی می‌شد میانگین BMI در مطالعه ما در دسته BMI چاق دسته اول قرار می‌گیرد (۳۳).

نسبت به افراد سالم دارند (۳۱ و ۳۰). میانگین شاخص توده جرم بدنی در مطالعه ما ۳۱,۳۲ کیلوگرم بر مجذور متر بود که نسبت به مطالعه هانت و همکارانش (۳۲) با میانگین ۲۹,۴ کیلوگرم بر مجذور متر و مطالعه هینمن و همکارانش (۲۵) با میانگین ۲۹,۶ کیلوگرم بر مجذور متر

جدول ۱: مقایسه توزیع متغیرهای زمینه‌ای و وابسته با توزیع نرمال

سن	BMI	VAS	اولین قله مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین			دومین قله مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین		
			پابرهنه	کفی با گوه خارجی	کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ	پابرهنه	کفی با گوه خارجی	کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ
۰,۸۰۳	۰,۴۵۲	۱,۱۱۱	۰,۴۱۲	۰,۵۶۹	۰,۵۰۴	۰,۵۹۳	۰,۵۲۲	۰,۵۵۹
۰,۵۳۹	۰,۹۸۷	۰,۱۷۰	۰,۹۹۶	۰,۹۰۲	۰,۹۶۱	۰,۸۷۳	۰,۹۴۸	۰,۹۱۳
		p-value						

جدول ۲: نتایج حاصل از تحلیل کمی و مقایسه تاثیر سه موقعیت بدون کفی، کفی با گوه خارجی و کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار

استرپ بر سرعت راه رفتن، قله اول و دوم مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین

n = ۲۵			
میانگین	۰,۹۸	کفی با گوه خارجی	۰,۹۷
انحراف معیار	۰,۱۲۱	کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ	۰,۱۱۷
F	۱,۳۴۶		
P value	۰,۲۷۱		
میانگین	۱,۰۲	کفی با گوه خارجی	۱,۰۲
انحراف معیار	۰,۰۴۵	کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ	۰,۰۴۲
F	۱,۷۹۳		
P value	۰,۱۷۷		
میانگین	۱,۰۹	کفی با گوه خارجی	۱,۰۷
انحراف معیار	۰,۰۴۲	کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ	۰,۰۴۲
F	۱۵,۰۳۴		
P value	۰,۰۰۰۱		

گشتاور اداکتوری زانو در بیماران مبتلا به استئوآرتریت زانو بیشتر از افراد گروه کنترل است. گرچه اولین اوج گشتاور اداکتوری زانو در بیماران با استئوآرتریت شدید به صورت معناداری بیشتر از بیماران با استئوآرتریت خفیف و گروه کنترل است، بیماران با استئوآرتریت خفیف به صورت معناداری دومین اوج گشتاور اداکتوری زانو کمتری نسبت به گروه کنترل و بیماران با استئوآرتریت شدید دارند (۸). در مطالعه حاضر تاثیر کفی با گوه خارجی با و بدون ساب‌تالار استرپ سبب کاهش دومین قله نیروی عکس‌العمل زمین شد. گرچه تاثیر کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ بر دومین قله نسبت به تاثیر کفی با گوه خارجی و بدون کفی معنی‌دار بود. کفی با گوه خارجی نسبت به وضعیت بدون کفی تاثیر معنی‌داری نشان‌داد. در مطالعاتی که کینتک

در این مطالعه اختلاف معناداری در سرعت دلخواه راه رفتن افراد در موقعیت‌های مختلف نشان‌داده‌نشده. این یافته با یافته‌های دیگر مطالعات که اختلاف معناداری را در سرعت راه رفتن افراد در وضعیت‌های مختلف بدون کفی، کفی با گوه خارجی و کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ نشان‌ندادند، مشابه است (۱۹ و ۲۵). سرعت گزارش شده در مطالعه ما (۰,۹۹-۰,۹۷ m/s) با سرعت گزارش شده در دیگر مطالعات (۰,۹-۱,۱ m/s) تقریباً برابر بود (۲۸ و ۳۴)، و این در حالیست که سرعت راه رفتن در مطالعه هانت و همکارانش (۳۲) نسبت معناداری از واریانس گشتاور اداکتوری زانو را توضیح نداد. به تحقیقات بیشتری نیاز است که عوامل مربوط به سرعت راه رفتن و بارگذاری مفصل زانو را بررسی کند.

گوه خارجی تأثیر گذارد، همچنین ممکن است که در بعضی از افراد راستای زانوپیشان ریجید باشد و وضعیت ثابت‌شده‌استخوانی قابلیت تغییر با گوه‌های خارجی را نداشته باشد.

ویژگی‌های خاص هر فرد مانند راستای اندام‌تحتانی، انقباضات عضلانی، وضعیت فرارگیری پا و قدرت عضلانی ممکن است در تأثیر یک مداخله روی نیروی عکس‌العمل زمین مؤثر باشد.

مطالعات روی مداخلات جراحی و غیر تهاجمی نشان‌داده‌اند که کینتیک راه‌رفتن در افرادی با استئوآرتروز قسمت داخلی زانو بدون تغییر باقی می‌ماند.

برای مثال در مطالعه‌ای گشتاور اداکتوری زانو روی ۲۱ فرد با زانوی واروس و مبتلا به استئوآرتروز، یکسال قبل از استئوتومی قسمت فوقانی تیبیا و ۳٫۲ سال بعد از استئوتومی قسمت فوقانی تیبیا، ارزیابی شد (۴۰).

علی‌رغم تغییر جراحی راستای اندام تحتانی، افرادی با گشتاور اداکتوری بالای زانو در قبل از جراحی (۵۲٪ افراد)، گشتاور اداکتوری بالای زانوی خود را بعد از عمل حفظ کردند. در مطالعه دیگری نتایج مشابه یافت شد (۴۱). به نظر می‌رسد برای ثبت تغییرات ایجادشده، به

یک دوره زمانی طولانی‌تر استفاده از کفی برای نیاز است و ممکن است تطبیق راه‌رفتن یک اثر نوروماسکولاری داشته‌باشد تا یک تأثیر مکانیکی، و این در حالیست که در مطالعه حاضر اثر مداخلات به صورت کوتاه مدت و

فوری^۱ و به منظور ارزیابی اثر بیومکانیکی کفی با گوه خارجی و در مسیر سه متری آزمایشگاه بررسی شد. تأثیر دقیق کفی با گوه خارجی بر گشتاور اداکتوری زانو مشخص نیست، ممکن است کفی با گوه خارجی با

کوتاه‌کردن بازوی اهرمی سبب کاهش بیشتر دومین قله گشتاور اداکتوری زانو گردد یا ممکن است با کاهش مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین اثرگذار باشد (۲۲ و ۲۵). در مطالعات بعدی بررسی تأثیر بلند مدت کفی

با گوه خارجی با و بدون ساب‌تالار استرپ به منظور بررسی اثرات بیومکانیکی و نوروماسکولاری آن، ممکن است مفید باشد. آنالیز راه‌رفتن استفاده شده در این مطالعه قابلیت تعمیم کلی را ندارد. جمعیت مورد مطالعه همگی مونث بودند و این در حالیست که آنترپومتریک و اتیولوژی استئوآرتروز قسمت داخلی زانو در دو جنس

راه‌رفتن بیمارانی با استئوآرتروز زانو را بررسی کرده‌اند تناقضاتی وجود دارد، تعدادی از آن‌ها افزایش نیروی عکس‌العمل زمین (۳۵)، تعدادی برابر بودن (۳۶) و تعدادی کمتر بودن نیروی عکس‌العمل زمین (۳۷) را در بیمارانی با استئوآرتروز بخش داخلی زانو نسبت به گروه کنترل گزارش کرده‌اند.

مداخلاتی که تنها بار را به میزان کمی تغییر می‌دهد (مانند ۵ درجه گوه خارجی) تفاوت‌های زیادی در تعدیل و اصلاح بار وارده بر زانو دارند، چرا که دیگر عوامل هم، ممکن است نقش مهمی در الگویی که افراد در راه‌رفتنشان اتخاذ می‌کنند تا سبب اصلاح راه‌رفتن شوند، ایفاکنند. تغییرات در گشتاور اداکتوری زانو سبب

تغییرات در توزیع بار روی مفصل زانو می‌شود، که می‌تواند توضیح دهد که چرا کفی‌ها و اصلاحات کفش سبب کاهش درد و افزایش عملکرد بیماران مبتلا به

استئوآرتروز زانو می‌شود. مطالعات بیومکانیکی که اثر کفی با گوه خارجی را روی راستای استاتیک و بارگذاری قسمت داخلی زانو ارزیابی کرده‌اند، اغلب در این تفاهم‌اند که کفی‌ها به صورت کوتاه مدت اوج گشتاور اداکتوری زانو را ۵ تا ۱۰٪ طی راه‌رفتن کاهش می‌دهند

و ۳۸ و ۳۴ و ۲۸. تودا و همکارانش (۱۷) نشان دادند که استفاده از گوه خارجی و ساپورت مچ زوایای فموروتیبیال و تیلت تالار را در ایستادن روی یک پا، تغییر می‌دهند که سبب بیان این مطلب شد که تطبیقات با کفی‌ها

ممکن است در مچ پا رخ دهد تا زانو. در مطالعه‌ای نشان داده‌شد که ۵ درجه گوه والگوس پاشنه سبب کاهش گشتاور واروس (اداکتوری) و بار بخش داخلی زانو می‌شود (۳۴). هر چند، اثر گوه پاشنه در مطالعه آن‌ها

روی جمعیت افراد سالم و جوان بررسی شد که ممکن است نسبت به بیماران مبتلا به استئوآرتروز زانو، توانایی بالاتری برای تطبیق با اصلاحات صورت گرفته روی کفش، داشته‌باشند. در مطالعات گذشته نشان‌داده‌شد که

گوه خارجی پاشنه با ساب‌تالار استرپ، سبب راستای واروس کمتر در زانو می‌شود (۳۹ و ۱۷ و ۱۶)، علت این امر محدودساختن حرکت تالار، توسط استرپ است. با

استفاده از گوه خارجی، کالکانئوس در یک وضعیت خارجی قرار می‌گیرد، استرپ به کالکانئوس نیرو وارد می‌کند و سبب محدودیت حرکت تالار می‌شود، بنابراین سبب اصلاح دفرمیتی واروس زانو می‌گردد. تفاوت در سفتی مفصل ساب‌تالار ممکن است که روی اثر کفی با

^۱ Immediate effect

استرپ می‌تواند سبب کاهش دومین قله مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین گردد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این مطالعه تاثیر معنی‌دار کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار استرپ را بر دومین قله مؤلفه عمودی نیروی عکس‌العمل زمین نشان داد. بررسی تاثیر کفی با گوه خارجی با و بدون ساب‌تالار استرپ بر گشتاور اداکتوری زانو ممکن است اطلاعات مفیدی در رابطه با تجویز مداخله درمانی مناسب برای این دسته از بیماران ارائه دهد.

تشکر و قدردانی

تمامی نویسندگان از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تهران در رابطه با تأمین هزینه‌های طرح تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

متفاوت است و نتایج این مطالعه را نمی‌توان به مردان تعمیم داد. همچنین یکی از محدودیت‌های دیگر این مطالعه حجم کوچک نمونه مورد مطالعه بود. نمونه مطالعه حاضر شامل درجه I و II استئوآرتروز زانو می‌شد که نمی‌توان نتایج حاصل را به تمامی درجات استئوآرتروز زانو تعمیم داد.

در این مطالعه تاثیر کفی با گوه خارجی روی گشتاور اداکتوری زانو ناواضح است. چگونگی تاثیر کفی با گوه خارجی روی گشتاور اداکتوری زانو به صورت کلی مشخص نیست. ممکن است با کاهش مقدار نیروی عکس‌العمل زمین و یا کاهش بازوی اهرمی واروس آن نسبت به مرکز مفصل زانو باشد. به نظر می‌رسد که کفی با گوه خارجی سبب افزایش بازوی گشتاوری والگوس در مفصل ساب‌تالار و سبب انتقال مرکز فشار به سمت خارج می‌شود (۳۸). این انتقال به سمت خارج سبب کاهش طول بازوی گشتاور مفصل زانو می‌شود. با یافته‌های حاصل از این مطالعه کفی با گوه خارجی و ساب‌تالار

منابع

- Arden N, Nevitt MC. Osteoarthritis: Epidemiology. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2006;20(1):3-25.
- Mündermann A, Dyrby CO, Hurwitz DE, Sharma L, Andriacchi TP. Potential strategies to reduce medial compartment loading in patients with knee osteoarthritis of varying severity: Reduced walking speed. *Arthritis & Rheumatism* 2004;50(4):1172-8.
- Baliunas AJ, Hurwitz DE, Ryals AB, Karrar A, Case JP, Block JA, et al. Increased knee joint loads during walking are present in subjects with knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage* 2002;10(7):573-9.
- Hurwitz DE, Ryals AB, Case JP, Block JA, Andriacchi TP. The knee adduction moment during gait in subjects with knee osteoarthritis is more closely correlated with static alignment than radiographic disease severity, toe out angle and pain. *Journal of Orthopaedic Research* 2002; 20(1):101-7.
- Deluzio KJ, Astephen JL. Biomechanical features of gait waveform data associated with knee osteoarthritis: An application of principal component analysis. *Gait & posture* 2007; 25(1):86-93.
- Kerin AJ, Coleman A, Wisnom MR, Adams MA. Propagation of surface fissures in articular cartilage in response to cyclic loading in vitro. *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 2003 Dec;18(10):960-8.
- Elliott AL, Kraus VB, Luta G, Stabler T, Renner JB, Woodard J, et al. Serum hyaluronan levels and radiographic knee and hip osteoarthritis in African Americans and Caucasians in the Johnston County Osteoarthritis Project. *Arthritis Rheum* 2005 Jan;52(1):105-11.
- Mündermann A, Dyrby CO, Andriacchi TP. Secondary gait changes in patients with medial compartment knee osteoarthritis: Increased load at the ankle, knee, and hip during walking. *Arthritis & Rheumatism* 2005;52(9):2835-44.
- Gaasbeek RDA, Groen BE, Hampsink B, van Heerwaarden RJ, Duysens J. Valgus bracing in patients with medial compartment osteoarthritis of the knee: A gait analysis study of a new brace. *Gait & posture* 2007;26(1):3-10.
- Hinman RS, Bowles KA, Payne C, Bennell KL. Effect of length on laterally-wedged insoles in knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2008 Jan 15;59(1):144-7.
- Barrio JA, Crenshaw JR, Royer TD, Davis IS. Walking shoes and laterally wedged orthoses in the clinical management of medial tibiofemoral

- osteoarthritis: A one-year prospective controlled trial. *The Knee* 2009; 16(2):136-42.
12. Butler R, Marchesi S, Royer T, Davis I. The effect of a subject-specific amount of lateral wedge on knee mechanics in patients with medial knee osteoarthritis. *J Orthop Res* 2007.
13. Di Domenico F, Sarzi-Puttini P, Cazzola M, Atzeni F, Cappadonia C, Caserta A, et al. Physical and Rehabilitative Approaches in Osteoarthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2004;34(6, Supplement 2):62-9.
14. Briem K, Ramsey DK, Newcomb W, Rudolph KS, Snyder-Mackler L. Effects of the amount of valgus correction for medial compartment knee osteoarthritis on clinical outcome, knee kinetics and muscle co-contraction after opening wedge high tibial osteotomy. *Journal of Orthopaedic Research* 2007;25(3):311-8.
15. Hurwitz DE, Ryals AR, Block JA, Sharma L, Schnitzer TJ, Andriacchi TP. Knee pain and joint loading in subjects with osteoarthritis of the knee. *Journal of Orthopaedic Research* 2000;18(4):572-9.
16. Toda Y, Segal N. Usefulness of an insole with subtalar strapping for analgesia in patients with medial compartment osteoarthritis of the knee. *Arthritis Care & Research* [serial on the Internet]. 2002; (5): Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/art.10669>.
17. Toda Y, Segal N, Kato A, Yamamoto S, Irie M. Effect of a novel insole on the subtalar joint of patients with medial compartment osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol* 2001 Dec; 28(12):2705-10.
18. Toda Y, Tsukimura N. A six-month followup of a randomized trial comparing the efficacy of a lateral-wedge insole with subtalar strapping and an in-shoe lateral-wedge insole in patients with varus deformity osteoarthritis of the knee. *Arthritis & Rheumatism* 2004;50(10):3129-36.
19. Kuroyanagi Y, Nagura T, Matsumoto H, Otani T, Suda Y, Nakamura T, et al. The lateral wedged insole with subtalar strapping significantly reduces dynamic knee load in the medial compartment: Gait analysis on patients with medial knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage* 2007; 15(8):932-6.
20. Faul F, Erdfelder E, Lang A, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods* .2007; 39(2):175.
21. Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD, Clark BM, Dieppe PA, Griffin MR, et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part II. Osteoarthritis of the knee. *American College of Rheumatology. Arthritis Rheum* 1995 Nov; 38(11):1541-6.
22. Shimada S, Kobayashi S, Wada M, Uchida K, Sasaki S, Kawahara H, et al. Effects of disease severity on response to lateral wedged shoe insole for medial compartment knee osteoarthritis. *Arch Phys Med Rehabil* 2006;87(11):1436 - 41.
23. Foroughi N, Smith RM, Lange AK, Baker MK, Singh MAF, Vanwanseele B. Dynamic alignment and its association with knee adduction moment in medial knee osteoarthritis. *The Knee* 2010; In Press, Corrected Proof.
24. Tanaka K, Miyashita K, Urabe Y, Ijiri T, Takemoto Y, Ishii Y, et al. Characteristics of trunk lean motion during walking in patients with symptomatic knee osteoarthritis. *The Knee* 2008;15(2):134-8.
25. Hinman RS, Payne C, Metcalf BR, Wrigley TV, Bennell KL. Lateral wedges in knee osteoarthritis: What are their immediate clinical and biomechanical effects and can these predict a three-month clinical outcome? *Arthritis Care & Research* 2008;59(3):408-15.
26. Maillefert JF, Hudry C, Baron G, Kieffert P, Bourgeois P, Lechevalier D, et al. Laterally elevated wedged insoles in the treatment of medial knee osteoarthritis: a prospective randomized controlled study. *Osteoarthritis and Cartilage* 2001;9(8):738-45.
27. Kadaba M, Ramakrishnan H, Wootten M. Measurement of lower extremity kinematics during level walking. *Journal of Orthopaedic Research* 1990;8(3):383-92.
28. Kerrigan D, Lelas J, Goggins J, Merriman G, Kaplan R, Felson D. Effectiveness of a lateral-wedge insole on knee varus torque in patients with knee osteoarthritis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2002;83:889 - 93.
29. Mündermann A, Asay JL, Mündermann L, Andriacchi TP. Implications of increased medio-lateral trunk sway for ambulatory mechanics. *Journal of Biomechanics* 2008;41(1):165-70.
30. Chen C, Chen M, Pei Y, Lew H, Wong P, Tang S. Sagittal plane loading response during gait in different age groups and in people with knee osteoarthritis. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2003;82(4):307.
31. Weidow J, Tranberg R, Saari T, Kärrholm J. Hip and knee joint rotations differ between patients with medial and lateral knee osteoarthritis: Gait analysis of 30 patients and 15 controls. *Journal of Orthopaedic Research* 2006;24(9):1890-6.
32. Hunt MA, Birmingham TB, Bryant D, Jones I, Giffin JR, Jenkyn TR, et al. Lateral trunk lean explains variation in dynamic knee joint load in patients with medial compartment knee

- osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage* .2008; 16(5):591-9.
33. Consultation WHOE. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet* 2004; 363(9403):157.
34. Crenshaw S, Pollo F, Calton E. Effects of lateral-wedged insoles on kinetics at the knee. *Clinical Orthopaedics & Related Research* 2000; 375:185 - 92.
35. Radin EL, Yang KH, Riegger C, Kish VL, O'Connor JJ. Relationship between lower limb dynamics and knee joint pain. *Journal of Orthopaedic Research* 1991; 9(3):398-405.
36. Messier S, Loeser R, Hoover J, Semble E, Wise C. Osteoarthritis of the knee: effects on gait, strength, and flexibility. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1992; 73(1):29.
37. Gyory A, Chao E, Stauffer R. Functional evaluation of normal and pathologic knees during gait. *Arch Phys Med Rehabil* 1976; 57(12):571-7.
38. Kakihana W, Akai M, Nakazawa K, Takashima T, Naito K, Torii S. Effects of Laterally Wedged Insoles on Knee and Subtalar Joint Moments. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2005; 86(7):1465-71.
39. Toda Y, Tsukimura N. A 2-year follow-up of a study to compare the efficacy of lateral wedged insoles with subtalar strapping and in-shoe lateral wedged insoles in patients with varus deformity osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis and Cartilage* 2006; 14(3):231-7.
40. Prodromos C, Andriacchi T, Galante J. A relationship between gait and clinical changes following high tibial osteotomy. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 1985; 67(8):1188.
41. Goh J. Gait analysis study on patients with varus osteoarthrosis of the knee. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 1993; 294:22.