

ارزیابی دامنه‌های حرکتی اندام تحتانی هنگام دویدن در بیماران مبتلا به کف پای صاف

محمد رضا جهانی^۱، علی جلالوند^{۲*}

مقاله پژوهشی

مقدمه: ارتباط بین پارامترهای بیومکانیکی و پاسچرهای متفاوت پا هنگام دویدن ناشناخته‌اند، لذا هدف از این مطالعه بررسی دامنه‌های حرکتی مفاصل هیپ، زانو و مچ پا هنگام دویدن در بیماران مبتلا به کف پای صاف است.

روش بررسی: آزمودنی‌ها ۱۲ نفر مرد سالم و ۱۲ نفر مرد بیمار مبتلا به کف پای صاف بودند که بر اساس میزان شاخص نرمالایز شده ناوی به ۲ گروه سالم و بیمار تقسیم شدند. زوایای مفاصل حین دویدن در فاز استقرار در صفحات حرکتی ساجیتال، فرونتال و هوریزنتال (درجه) مفاصل هیپ، زانو و مچ پا مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. برای ارزیابی دامنه‌های حرکتی از سیستم تحلیل حرکتی Vicon سری T با فرکانس نمونه برداری ۲۰۰ هرتز و نرم افزارهای Vicon Nexus 1.8.5، Polygon 4.1.2 استفاده گردید. روش آماری t مستقل در نرم‌افزار SPSS version 24 و $p \leq 0.05$ بود.

نتایج: در تمامی پارامترهای دامنه حرکتی مفاصل اندام تحتانی اختلاف معنی‌داری بین افراد سالم با بیماران مبتلا به کف پای صاف وجود ندارد ($P \leq 0.05$). تفاوت معنی‌داری بین دورسی فلکشن مچ پا ($P < 0.0001$)، پلانتر فلکشن مچ پا ($P = 0.001$)، فلکشن مفصل ران ($P < 0.0001$)، اکستنشن مفصل ران ($P = 0.002$)، فلکشن مفصل زانو ($P < 0.0001$) افراد مبتلا به کف پای صاف در مقایسه با افراد سالم وجود داشت.

نتیجه‌گیری: تغییرات برخی از پارامترهای دامنه حرکتی ممکن است به علت مکانیسم‌های جبرانی باشد و تغییرات در برخی از این پارامترهای کینماتیکی می‌تواند تابع شرایط پاتولوژیک کف پای صاف باشد. علاوه بر این کف پای صاف می‌تواند بر دیگر مفاصل مجاور نیز اثر بگذارد.

واژه‌های کلیدی: کف پای صاف، دویدن، دامنه‌های حرکتی اندام تحتانی

ارجاع: جهانی محمد رضا، جلالوند علی. ارزیابی دامنه‌های حرکتی اندام تحتانی هنگام دویدن در بیماران مبتلا به کف پای صاف. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۹؛ ۲۸ (۲): ۸۳-۲۳۷۳.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد بیومکانیک ورزشی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران.
 ۲- استادیار بیومکانیک ورزشی، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران.
 *(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۸۹۵۱۳۱۷۲، پست الکترونیکی: jalalvand_ali@yahoo.com، صندوق پستی: ۶۵۱۸۱۱۵۷۴۳

مقدمه

با ادامه روند پیشرفت صنعت و رواج زندگی بدون تحرک ریسک ابتلا به بیماری‌ها افزایش یافته است، به خصوص در افراد مبتلا به کف پای صاف که برای انجام فعالیت‌های روزمره خود به دلیل نوع ساختار پا و پاسچر بدن بیشتر ریسک آسیب‌پذیری دارند. علائم مرسوم کف پای صاف شامل التهاب نیام کف پای، شلی رباط‌ها، خستگی سریع پاها، درد به هنگام تحت فشار قرار گرفتن و بی‌ثباتی قسمت داخلی ساختار پا می‌باشد (۱). کک در بررسی‌های خود در مورد افراد مبتلا به کف پای صاف بیان داشت افراد با ساختار پای چرخیده به خارج نسبت به افراد با پای طبیعی به دلیل عدم هم‌راستایی در اندام تحتانی، حین راه و دویدن با برخی ناکارآمدی‌های بیومکانیکی نظیر افزایش پرونیشن پا، تغییر در فعالیت عضلانی و خستگی زودرس مواجه می‌شوند (۲). ناهنجاری‌هایی اسکلتی-عضلانی بر بیومکانیک بدن مخصوصاً بیومکانیک اندام تحتانی اثر می‌گذارد و در حالات مختلف مانند راه رفتن، دویدن و در فعالیت‌های روزمره اثر منفی دارد (۳). تغییرات در ساختار پا به خصوص در افراد دارای صافی و گودی پا می‌تواند تاثیرات جبران ناپذیری را در گذر زمان روی افراد داشته و باعث شکل‌گیری مکانیسم‌های جبرانی غلط در اندام‌های بدن در هنگام فعالیت‌های افراد مانند دویدن و راه رفتن شود (۴). بسیاری از آسیب‌های پا از انحرافات پاسچری، "انحرافاتی که در ساختار پا باعث بیش‌تر یا کمتر شدن دامنه حرکتی و متعاقب آن جلوگیری از ایجاد ثبات و حرکت‌پذیری مناسب در زمان لازم در حرکات مختلف می‌شوند" ناشی می‌شود (۵). نتایج مطالعه روی افراد دارای صافی کف پا نشان داد که این عارضه باعث ایجاد تغییرات بیومکانیکی در صفحات پا و مچ پا می‌شود (۶). و به‌ویژه بر عملکرد مفصل قابی - پاشنه‌ای تاثیرگذار است و کف پای صاف به‌طور ویژه با عملکرد تغییر یافته پا شامل اورژن طولانی مدت پاشنه، افزایش چرخش داخلی تبیبا، افزایش ابداکشن جلوی پا و کاهش حجم ضربه در ارتباط است (۷). در تحقیق پائولو و همکاران (۲۰۱۹) بیان شد افراد دارای صافی کف نسبت به افراد سالم دارای تغییرات محسوس‌تری در زوایای بین مفاصل

در فاز استقرار و در صفحه حرکتی ساجیتال هستند (۸). کف پای صاف را نباید فقط مشکل راستای استاتیک مجموعه مچ پا و پا در نظر گرفت بلکه ممکن است منجر به تغییر وظایف دینامیک در کل اندام تحتانی شود (۹) از جمله مواردی که در ویژگی‌های کینماتیکی علی‌الخصوص دامنه‌های حرکتی مفاصل اندام تحتانی مشاهده شده پرونیشن اضافی پا و مؤلفه اصلی آن یعنی اورژن عقب پا بوده، که با آسیب‌های ناشی از دویدن در ارتباط است (۱۰). از جمله موارد دیگر ذکر شده افزایش بار و فشار وارده در هنگام مراحل پایانی راه رفتن و دویدن در افراد با پای صاف بود (۱۱). قوس طولی داخلی کف پا در افراد مختلف به شکل‌های مختلف دیده می‌شود و هم‌چنین در بیومکانیک پا، مانند حمایت و جذب ضربه پا نقش اساسی دارد (۱۲). در ادامه بیان شد افزایش یا کاهش قوس داخلی می‌تواند این عملکردها را مختل کرده (۷) و منجر به بی‌تعادلی عضلانی، بدراستایی مفصلی و پرونیشن جبرانی پا و ناهنجاری‌های مختلف شود (۱۳) و در ادامه باعث تغییرات مختلفی در ویژگی‌های کینتیک و کینماتیک به خصوص دامنه‌های حرکتی مفاصل در افراد شود (۷) در برخی مطالعات انجام گرفته در مورد ویژگی‌های کینماتیکی در مورد عارضه کف پای صاف در افراد شاهد تغییرات محسوس در این ویژگی‌ها به خصوص در مفصل مچ پا بوده‌ایم و تغییرات در دورسی فلکشن افراد در هنگام دویدن کاملاً قابل بحث بوده است (۱۴). در تحقیقی که شاین و همکاران (۲۰۱۹) داشتند به این نتیجه دست یافتند میزان تغییرات موجود در صفحه ساجیتال و هوریزنتال در قسمت جلو اندام پا تغییرات معنی‌داری ندارد و بیشترین تغییرات در قسمت مچ پاست (۱۵). در بررسی‌ها روی استخوان‌های پا مشخص شده چرخش به سمت خارج پا بر روی میزان انحراف متاتارسال‌ها و زوایای مفصلی کاملاً تاثیرگذار بوده و شاهد افزایش این موارد بودیم (۱۶). بررسی متون تحقیقی حاکی از آنست که اطلاعات جامع و کاملی در مورد تغییرات پارامترهای کینماتیکی به خصوص زوایای مفصلی همگام با صافی کف پا هنگام دویدن وجود ندارد. و لازمه آن ارزیابی تعداد زیادی از بیماران در مطالعات آتی است. اطلاع از چگونگی اثر صافی کف

زانو و مچ پا، نداشتن دیابت، بیماری‌های مربوط به اعصاب پیرامونی و ورزشکار نبودن از شرایط عمومی آزمودنی‌ها بود. این اطلاعات از طریق پرسش‌نامه عمومی و نیز به صورت شفاهی از آزمودنی‌ها دریافت شد (یوتیان و همکاران ۲۰۰۸). بر اساس میزان شاخص نرمالایز شده ناوی آزمودنی‌ها به ۲ گروه سالم و کف پای صاف تقسیم شدند. این شاخص تعیین کننده ارتفاع استخوان ناوی نسبت به طول محور بریده شده پا می‌باشد. تعریف ارتفاع ناوی در این روش برابر است با فاصله سطح تماس پا با زمین تا برجستگی استخوان ناوی و تعریف طول محور بریده شده پا برابر است با فاصله عمودی بین اولین مفصل کف پای - انگشتی تا خلفی ترین بخش پاشنه، با تقسیم ارتفاع ناوی بر طول محور بریده شده پا، یک شاخص به دست می‌آید. در این مورد برای شاخص به دست آمده مقیاسی تعیین شده است که بر اساس آن اعداد بین ۰/۳۰-۰/۲۴ دارای پای نرمال می‌باشند. هر چقدر میزان این نسبت کمتر باشد (۰/۲۴) \leq NNHt) کف پای شخص صاف تر می‌باشد و هرچه میزان این نسبت بیش تر باشد ($\geq 0/30$) NNHt) کف پای شخص گودتر است (۱۸). در این پژوهش پای غالب هر فرد و فقط در فاز استقرار دویدن (از لحظه تماس پاشنه تا میانه استانس و بلند شدن پاشنه تا بلند شدن انگشتان) مورد ارزیابی قرار گرفت است. برای ارزیابی سه بعدی دامنه های حرکتی دویدن از سیستم تحلیل حرکتی شامل ۴ دوربین پرسرعت سری T ساخت کمپانی Vicon کشور انگلیس با فرکانس نمونه برداری ۲۰۰ هرتز استفاده گردید. زاویه دوربین‌ها نسبت به یکدیگر ۹۰ درجه و در دو سمت یک مسیر ۱۵ متری در طول آزمایشگاه قرار داشتند. قبل از انجام تریال‌ها تنظیم تجهیزات آزمایشگاهی و کالیبره کردن (محیط cube در ابعاد ۳۰۰*۱۵۰*۲۰۰ سانتیمتر) دوربین‌ها انجام گردید، سپس ابعاد آنترپومتریکی افراد شامل طول پا (فاصله مرکز مارکر خار خاصره‌ای قدامی فوقانی تا مرکز مارکر قوزک خارجی)، عرض زانو، عرض مچ پا، قد و وزن آزمودنی اندازه‌گیری و وارد محیط نرم‌افزار وایکان نکسوس گردید. سپس مارکرهای منعکس کننده نور بر اساس پروتکل پلاگین گیت اندام تحتانی به وسیله چسب دو طرفه،

بر روی پارامترهای کینماتیکی به خصوص زوایای مفصلی نگرش جدیدی در اختیار توانبخشان و متخصصان کلینیکی قرار می‌دهد. این نگرش، درمان‌گران و توانبخشان را در اجرای هرچه بهتر برنامه توانبخشی یاری خواهد رساند؛ لذا هدف از مطالعه حاضر بررسی اثر کف پای صاف بر روی دامنه‌های حرکتی مفاصل اندام تحتانی در هنگام دویدن در مردان بود.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی-مقایسه‌ای جامعه آماری شامل دانشجویان مرد غیر ورزشکار مبتلا به کف پای صاف و سالم دانشگاه آزاد همدان بودند. به دلیل عدم دسترسی به تکنسین خانم در آزمایشگاه بیومکانیک و محدودیت‌های آزمایشگاهی جامعه مورد پژوهش منحصر آقابان بودند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار جی پاور با توان آماری ۰/۶، اندازه اثر ۰/۹ و سطح آلفا ۰/۰۵ (آزمون t مستقل) حداقل ۲۴ نفر (۱۲ برای هر گروه) برآورد گردید (۱۷). نمونه‌گیری بصورت در دسترس انجام و آزمودنی‌هایی که شرایط ورود به مطالعه را دارا و حاضر به شرکت در مطالعه بودند (پرکردن رضایت‌نامه) انتخاب شدند. افراد و آزمودنی‌ها از لحاظ جسمانی سالم بوده و فقط در قسمت پا دارای تفاوت ساختاری هستند. معیارهای خروج از آزمون شامل سابقه جراحی و آسیب دیدگی در کمر و اندام تحتانی، آسیب دیدگی در شش ماه گذشته، معلولیت ناشی از اختلالات عصبی - عضلانی، محدودیت فعالیت بنا به دستور پزشک، عفونت مفصلی مزمن، نداشتن قدرت نرمال و دامنه حرکتی کامل در مفاصل اندام تحتانی، داشتن سایر ناهنجاری‌های ساختاری مثل کف پای گود و غیره بودند (۱۱). شرایط عمومی ورود به آزمون دامنه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال، عدم سابقه اسپرین مچ در یکسال گذشته، قرار گرفتن در شاخص نرمالایز شده ناوی که ورود بر مبنای عدد کمتر از ۰/۲۴ بوده است، چرخش پاشنه به سمت خارج، وجود ساییدگی در قسمت داخلی کفش فرد آزمودنی، نداشتن سابقه شکستگی، جراحی، مشکلات عصبی-عضلانی، سوختگی، عدم سابقه استفاده از هر نوع توکفشی یا کفش طبی، آسیب یا ضربات جدی در اندام تحتانی و عدم استفاده از اندام مصنوعی در ران،

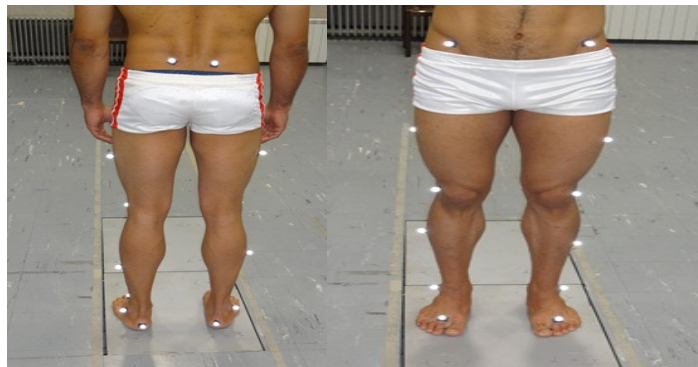
تجزیه و تحلیل آماری

پس از طی مراحل فوق در نرم‌افزار Vicon Nexus 1.8.5 پارامترهای بیومکانیکی تریال‌های هر سیکل برای آزمودنی‌ها توسط آخرین نسخه از نرم افزارهای Polygon 3.5.1 و Visual3D v4 استخراج گردید. سپس اطلاعات وارد اکسل گردید و داده‌های اصلی جهت تجزیه و تحلیل آماری به SPSS version 24 برای محاسبه نهایی وارد شد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها و امکان استفاده از آزمون‌های پارمتریک، از آزمون Shapiro-Wilks استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری t مستقل در نرم افزار SPSS و سطح معنی دار ($p \leq 0/05$) صورت گرفت.

ملاحظات اخلاقی

تحقیق در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد شناسایی IR.UMSHA.REC.1396.655 تصویب گردید.

روی خار خاصره‌ای قدامی فوقانی و خلفی چپ و راست، وسط ران، سطح خارجی کندیل ران، وسط ساق پا، روی پاشنه، قوزک خارجی و دومین استخوان متاتارس کف پای، توسط آزمونگر نصب شد (شکل ۱). سپس از آزمودنی خواسته شد تا بی‌حرکت در مرکز Cube بایستد تا تست استاتیک اولیه جهت شناسایی مارکرها و تعریف مدل مورد نظر انجام گیرد. آزمودنی‌ها در ۶ تریال با سرعت انتخابی خود در مسیر مورد نظر شروع به دویدن کردند، به این شکل که لحظه تماس پای اول فرد روی صفحه نیرو دوم ضربه می‌زند و هر فرد با الگوی حرکتی خود به انجام تریال مورد نظر پرداخت. میانگین ۶ بار تکرار برای محاسبات آماری در نظر گرفته شد. برای مشخص نمودن لحظه برخورد پاشنه، میانه استانس و بلند شدن پنجه از نمودار نیروی عکس‌العمل زمین که توسط صفحه نیروسنج Kistler (۴۰۰*۶۰۰ میلی‌متر) با فرکانس نمونه برداری ۱۰۰۰ هرتز و برش فرکانس ۱۰ هرتز ثبت می‌شد استفاده شد.



شکل ۱: قرارگیری مارکرها برای مدل پلاگین گیت اندام تحتانی (نمای جلویی، عقبی).

دویدن در فاز استقرار در صفحات حرکتی ساجیتال، فرونتال و هوریزنتال (درجه) شامل: دورسی-فلکشن، پلنٹارفلکشن مفصل مچ، اینورشن، اورشن مفصل مچ، آداکشن، آبداکشن مفصل مچ، فلکشن مفصل زانو، ابداکشن مفصل زانو، چرخش داخلی، خارجی مفصل زانو، فلکشن، اکستنشن مفصل ران، آداکشن مفصل ران، چرخش داخلی، خارجی مفصل ران می‌باشد. نتایج حاصل از جدول (۲) در مورد دامنه‌های حرکتی مفاصل اندام تحتانی حین فاز استقرار دویدن (از لحظه تماس

نتایج

مشخصات آزمودنی‌های شرکت کننده در این پژوهش، پس از انجام معاینات لازم، در جدول (۱) نشان داده شده است. افراد شرکت کننده در این پژوهش در متغیرهای قد، وزن و سن هیچ اختلافی نداشتند. اختلافات موجود بین گروه‌ها در شاخص مربوط به ساختار کف پا بود. مشخصات توصیفی و نتایج آماری مقایسه بین گروهی زوایای مفاصل در حین دویدن گروه‌ها در جدول (۲) آمده است. این زوایای مفاصل اندام تحتانی حین

حاکمی از اختلاف معنی‌داری بین این گروه‌ها داشت ($P=0/001$)، بررسی مقادیر میانگین‌ها حاکی از آن بود که افراد مبتلا به کف پای صاف در مقایسه با افراد سالم هنگام دویدن از پلانتارفلکشن کمتری برخوردار بودند. مقایسه فلکشن زانو بین گروه سالم با کف پای صاف حاکی از اختلاف معنی‌داری بین این گروه‌ها داشت ($P < 0/00001$)، بررسی مقادیر میانگین‌ها حاکی از آن بود که افراد مبتلا به کف پای صاف در مقایسه با افراد سالم هنگام دویدن از فلکشن زانو بیشتری برخوردار بودند. همچنین بررسی‌های صورت گرفته فلکشن و اکستنشن مفصل ران حاکی از وجود اختلاف معنی‌داری در بین گروه سالم با کف پای صاف داشت و اختلاف میانگین بین این گروه‌ها بیان‌کننده میانگین‌های بیشتر گروه مبتلا به کف پای صاف نسبت به گروه سالم بود ($P < 0/0001$, $P=0/002$).

پاشنه تا میانه استانس و بلند شدن پاشنه تا بلند شدن انگشتان) در صفحات حرکتی ساجیتال، فرونتال و هوریزنتال (درجه) حاکی از عدم تفاوت معنی‌دار اینورشن مفصل مچ، اورشن مفصل مچ، آداکشن مفصل مچ، آداکشن مفصل ران، چرخش آداکشن مفصل ران، چرخش داخلی مفصل ران، چرخش خارجی مفصل ران، آداکشن مفصل زانو، چرخش داخلی مفصل زانو، چرخش خارجی مفصل زانو بین گروه سالم با مبتلا به کف پای صاف بود ($p > 0/05$). ولی نتایج سایر دامنه‌های حرکتی مفاصل اندام تحتانی حین فاز استقرار دویدن حاکی از تفاوت معنی‌دار بین دورسی‌فلکشن گروه سالم با مبتلا به کف پای صاف ($P < 0/0001$) داشت، بررسی مقادیر میانگین‌ها حاکی از آن بود که افراد مبتلا به کف پای صاف در مقایسه با افراد سالم هنگام دویدن از دورسی‌فلکشن کمتری برخوردار بودند. مقایسه پلانتارفلکشن بین گروه سالم با کف پای صاف

جدول ۱: ویژگی‌های آزمودنی‌های شرکت‌کننده در مطالعه

معنی‌داری	گروه سالم	کف پای صاف	متغیرها
۰/۲۶	$26/86 \pm 2/32$	$24/4 \pm 2/66$	سن (سال)
۰/۵۴	$169/26 \pm 6/77$	$179/16 \pm 4/31$	قد (سانتی‌متر)
۰/۱۷	$79/13 \pm 26/93$	$81/93 \pm 16/36$	جرم (کیلوگرم)
۰/۰۳۹	$0/28 \pm 0/29$	$0/18 \pm 0/05$	ارتفاع ناوی نرمالیز شده

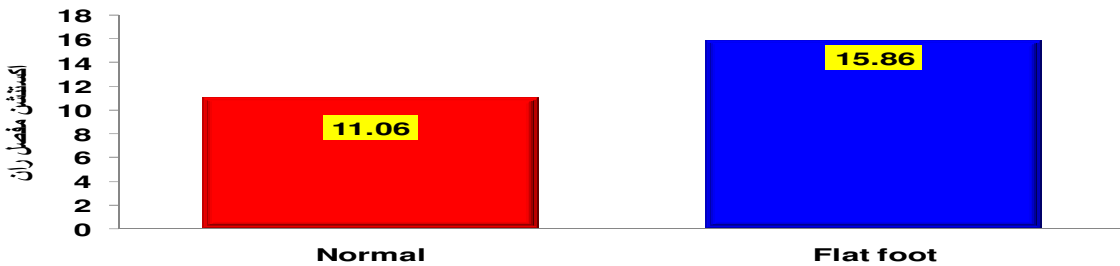
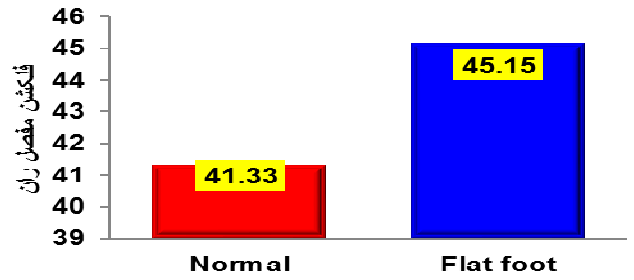
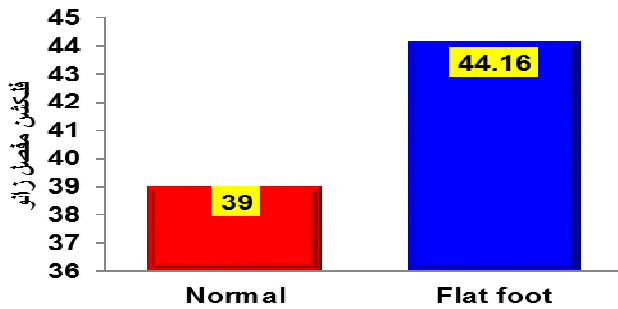
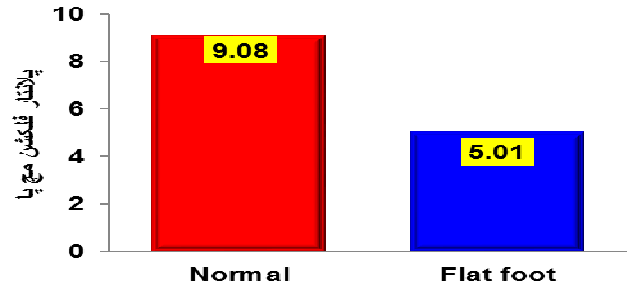
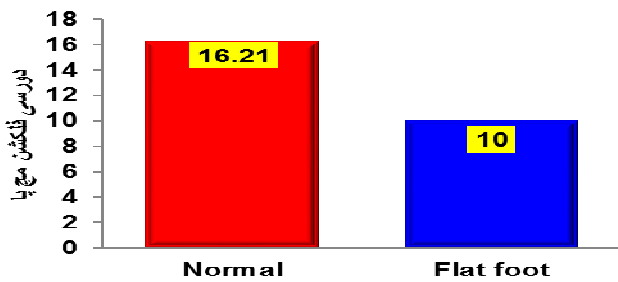
علامت (*) بیانگر اختلاف بین گروه‌های مبتلا به کف پای صاف و گروه نرمال است و آزمون آماری t مستقل می‌باشد ($P < 0/05$).

جدول ۲: مقایسه زوایای مفاصل اندام تحتانی حین دویدن در فاز استقرار در صفحات حرکتی ساجیتال، فرونتال و هوریزنتال (درجه) گروه کف پای صاف در مقایسه با گروه سالم

معنی‌داری (میانگین \pm انحراف معیار)	گروه کف پای صاف (میانگین \pm انحراف معیار)	گروه سالم (میانگین \pm انحراف معیار)	متغیر
*۰/۰۰۰	$10/00 \pm 0/93$	$21/16 \pm 0/68$	دورسی‌فلکشن مفصل مچ
*۰/۰۰۱	$5/01 \pm 1/27$	$9/08 \pm 0/44$	پلانتار فلکشن مفصل مچ
۰/۴۷	$3/01 \pm 0/69$	$2/40 \pm 0/42$	اینورشن مفصل مچ
۰/۹۶	$5/00 \pm 1/18$	$6/02 \pm 4/83$	اورشن مفصل مچ
۰/۳۵	$10/00 \pm 2/60$	$9/23 \pm 1/52$	آداکشن مفصل مچ
۰/۳۲	$10/47 \pm 2/51$	$9/89 \pm 2/66$	آداکشن مفصل مچ
*۰/۰۰۰	$45/15 \pm 2/09$	$41/33 \pm 0/58$	فلکشن مفصل ران
*۰/۰۰۲	$15/86 \pm 1/00$	$11/06 \pm 1/06$	اکستنشن مفصل ران

۰/۴۶	۴/۱۱±۱/۶۵	۴/۸۵±۲/۱۱	آداکشن مفصل ران
۰/۲۹	۱۲/۹۶±۱/۲۹	۱۱/۷۶±۳/۳۱	چرخش داخلی مفصل ران
۰/۰۹۷	۹/۱۰±۱/۹۷	۶/۹۷±۱/۰۴	چرخش خارجی مفصل ران
*۰/۰۰۰	۴۴/۱۶±۱/۵۹	۳۹/۰۰±۲/۵۹	فلکشن مفصل زانو
۰/۶۷	۱۲/۶۶±۳/۷۵	۱۳/۷۷±۵/۷۰	آبداکشن مفصل زانو
۰/۴۳	۱۶/۰۳±۴/۵۲	۱۴/۰۰±۳/۷۹	چرخش داخلی مفصل زانو
۰/۵۱	۸/۸۶±۲/۳۵	۷/۹۲±۰/۱۶	چرخش خارجی مفصل زانو

علامت (*) بیانگر اختلاف بین گروه‌های مبتلا به کف پای صاف و گروه نرمال است و آزمون آماری t مستقل می باشد (P<۰/۰۵).



نمودار ۱: مقایسه دامنه‌های حرکتی هنگام دویدن بین افراد سالم و افراد مبتلا به کف پای صاف

مطالعه حاکی از آن بود که دورسی فلکشن گروه مبتلا به کف پای صاف حین دویدن در فاز استقرار نسبت به گروه سالم کمتر بوده است. لذا با بررسی اختلاف میانگین‌ها می‌توان نتیجه گرفت که یکی از مشخصه‌های گیت افراد مبتلا به کف پای صاف میزان دورسی فلکشن کمتر می‌باشد. یکی از دلایل احتمالی کاهش زاویه دورسی فلکشن در افراد مبتلا به کف پای

بحث

در این مطالعه پارامترهای دامنه حرکتی مفاصل اندام تحتانی به‌طور مجزا از پارامترهای فضایی-زمانی در آزمودنی‌های مرد مبتلا به کف پای صاف در مقایسه با افراد سالم مورد بررسی و چگونگی تاثیرپذیری کف پای صاف بر هریک از این متغیرها مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از

پلانتارفلکشن حاکی از آن بود که مقدار این پارامتر در گروه مبتلا به کف پای صاف حین دویدن در فاز استقرار نسبت به گروه سالم کمتر بوده است. لذا با بررسی اختلاف میانگین‌ها می‌توان نتیجه گرفت که یکی از مشخصه‌های گیت پاتولوژیک افراد مبتلا به کف پای صاف ممکن است میزان پلانتارفلکشن کمتر در این افراد باشد. در افراد دارای کف پای صاف، پاشنه به سمت خارج می‌چرخد که چرخش پاشنه خط کشش تاندون عضله دوقلو و نعلی را تغییر داده باعث کاهش نیروی اعمالی این عضلات می‌شود هم‌چنین ضعف عضلات پلانتارفلکسوری بخصوص دوقلو و نعلی در افراد دارای کف پای صاف منجر به کاهش قابل توجهی قدرت پلانتارفلکشن پا شده در نتیجه در اواخر مرحله استانس (مرحله بلند شدن پاشنه تا بلند شدن انگشتان) به سختی روی جلو پا حرکت کرده، عمل بلند شدن پاشنه با تاخیر صورت می‌گیرد (۲۲). نتایج این تحقیق با پژوهش (۱۹) که به بررسی زوایای مفصلی در افراد کف پای صاف پرداخته بود و از کاهش پلانتارفلکشن خبر داده بود مطابقت داشت. هم‌چنین با نتایج تحقیق (۲۳) که بیان کردند حداکثر پلانتارفلکشن مچ پا در مرحله بعد از میانه استانس در گروه کف پای صاف از گروه نرمال بیشتر است در تضاد بوده است که از دلایل این تضاد می‌توان به نوع حرکت انجام گرفته که دویدن در مسیری طولانی‌تر با زمان بیشتر بوده می‌توان نام برد. نتایج حاصل از بررسی فلکشن مفصل زانو حین دویدن در فاز استقرار حاکی از آن بود که مقدار این پارامتر در گروه مبتلا به کف پای صاف نسبت به گروه سالم بیشتر بوده است. لذا با بررسی اختلاف میانگین‌ها می‌توان نتیجه گرفت که یکی از مشخصه‌های گیت پاتولوژیک افراد مبتلا به کف پای صاف ممکن است میزان فلکشن زانو بالاتر در این افراد باشد. در توجیه زاویه فلکشنی بالاتر در افراد مبتلا به کف پای صاف می‌توان گفت کاهش قوس کف پا باعث ایجاد پرونیشن در مفصل مچ پا و والگوس استخوان پاشنه و در نتیجه افزایش چرخش درشت نی به سمت داخل شده که متعاقب آن می‌تواند موجب والگوس در مفصل زانو و انحراف کشکک به سمت خارج شود. با ایجاد والگوس در زانو، خط کشش عضله چهار سر ران تغییر

صاف، ناشی از ضعف عضله ساقی قدامی می‌باشد. عضله ساقی قدامی از عضلات نگه دارنده قوس کف پای می‌باشد که در افراد مبتلا به صافی کف پا این عضله دچار ضعف شده، به‌طور طبیعی در هنگام ضربه پاشنه نیروی حاصل از وزن اندام تحتانی در قسمت پا یک گشتاور پلانتارفلکشنی ایجاد می‌کند که این گشتاور پلانتارفلکشنی توسط گشتاور برون‌گرا عضله ساقی قدامی کنترل می‌شود، که در افراد دارای کف پای صاف دلیل ضعف عضله ساقی قدامی توانایی کنترل گشتاور پلانتارفلکشن کاهش می‌یابد و لذا دورسی فلکشن کمتری نسبت به گروه نرمال نشان داده‌اند (۱۹). صاف بودن بیشتر کف پا نشان دهنده ضعف بیشتر عضلات نگهدارنده قوس کف پا و هم‌چنین عضلات دوقلو و نعلی می‌باشد. در هنگام فاز میانه استانس پا روی زمین مستقر است و در واقع استخوان ساق به سمت جلو حرکت کرده، یک حرکت دورسی فلکشن در مچ پا صورت می‌گیرد، این حرکت دورسی فلکشن توسط عضله نعلی به صورت اکسنتریک کنترل می‌شود. در افراد دارای کف پای صاف، ضعف این عضله، از توانایی کنترل ساق پا روی مچ، هنگامی که بدن رو به جلو سر می‌خورد کاسته و منجر به دورسی فلکشن بیش از حد مفصل مچ پا شود (۲۰). در مرحله بعد از میانه استانس عضلات پلانتارفلکسور فعال می‌شوند تا پاشنه را از زمین جدا کرده و فرد را به سمت جلو هدایت کنند و عضلات چهار سر رانی فعال شده تا از فلکشن بیش از حد زانو جلوگیری کرده و عضلات اکستنسور ران فعال می‌شوند تا بدن را به سمت جلو هدایت کنند. بنابراین ضعف عضلات پلانتارفلکسور در نیمه آخر فاز استنس هنگام دویدن به وسیله غلتیدن ناکافی پا و تأخیر در بلند شدن پاشنه آشکار می‌شود (۲۰) که باعث بیشتر شدن زاویه دورسی فلکشن مچ پا در افراد دارای کف پای صاف در فاز بلند شدن پاشنه تا بلند شدن انگشتان می‌شود. در نتیجه در فاز تماس پاشنه دورسی فلکشن کاهش و در میانه استانس با توجه به دلایل ذکر شده افزایش می‌یابد و در مرحله انتهایی استانس دورسی فلکشن بیشتر می‌شود که هنوز اختلافات زیادی در این مورد در نظرات محققین پابرجاست (۲۱). نتایج حاصل از بررسی مقدار

معطوف می‌گردد به همین دلیل در این مطالعه نیز از شرایط کفش پوشیده صرف نظر شده است. با این حال از آنجایی که افراد با کفش‌های مناسب عمل دویدن را انجام می‌دهند شرایط پوشیدن کفش باید در حیطه دیگری در تحقیقات آتی باشد تا تعیین شود که آیا پوشیدن کفش روی ریسک فاکتورهای مورد بررسی در این پژوهش اثر دارد یا خیر؟

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این تحقیق نشان داد که تغییرات برخی از این پارامترهای کینماتیکی می‌تواند تابع شرایط پاتولوژیک باشد. علاوه بر این کف پای صاف می‌تواند بر دیگر مفاصل مجاور نیز اثر بگذارد هم‌چنین تغییر در پارامترهایی مانند زوایای مفصلی بیماران ممکن است یک مکانیسم جبرانی در جهت پایداری گیت و کاهش خطر سقوط به خصوص در افراد دارای کف پای صاف باشد. نتایج این مطالعه نشان داد هر گونه تغییری در زوایای مفاصل اندام تحتانی به خصوص در ناحیه مچ پا و زانو موجب بوجود آمدن ریسک فاکتورهای آسیب در انجام فعالیت‌های روزمره مانند راه رفتن، دویدن و سایر فعالیت‌هاست، لذا بدین منظور ارائه راهکارهای پیشگیری از این ریسک فاکتورها می‌تواند نقش بسیار مهمی ایفا کند.

سپاس‌گزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه آقای محمدرضا جهانی به راهنمایی آقای دکتر علی جلالوند می‌باشد. مؤلفین این مقاله تشکر صمیمانه خود را به خاطر همکاری افراد مبتلا به کف پای صاف اظهار می‌نمایند.

حامی مالی: ندارد.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

کرده و منجر به تجزیه بیشتر نیروها در مفصل زانو شده که این مطلب از گشتاور اکستنسوری مفصل زانو می‌کاهد. گشتاور اکستنسوری مفصل زانو در مرحله میانه استانس عامل اکستنشن مفصل زانو می‌باشد، بنابراین کاهش این نیرو شاید از دلایل افزایش زاویه فلکشن در مفصل زانو باشد (۲۴). نتایج این تحقیق نشان داد که زوایای مفصلی ران، زانو و مچ (پای برتر)، در مرحله ضربه پاشنه اختلاف معنی داری دارند که با تحقیق (۲۵) همسو نبود.

نتایج حاصل از بررسی فلکشن و اکستنشن مفصل ران حین دویدن در فاز استقرار حاکی از آن بود که مقدار این پارامترها در گروه‌های مبتلا به کف پای صاف نسبت به گروه سالم در زمان تماس پاشنه بیشتر بوده است. لذا با بررسی اختلاف میانگین‌ها می‌توان نتیجه گرفت که یکی از مشخصه‌های گیت پاتولوژیک افراد مبتلا به کف پای صاف ممکن است میزان فلکشن و اکستنشن ران بیشتر در این افراد باشد. هم‌چنین زاویه فلکشن مفصل ران در فاز میانه استانس و فاز سوم بعد از میانه استانس گروه کف پای صاف از گروه نرمال کمتر است که به دلیل چرخش خارجی بیشتر پا این عمل اتفاق افتاده است (۲۶) که این نتایج همسو با نتایج تحقیق (۲۷) که بیان می‌کند تفاوت معنی‌داری بین دو گروه سالم و تجربی در حرکت مفصل ران حین استانس مشاهده شده است. مطالعه حاضر دارای محدودیت‌های نیز بود از جمله اینکه انجام تست‌های آزمایشگاهی در وضعیت پا برهنه بود و تعامل بین پا، کفش و زمین مد نظر قرار نگرفته است. محققان توصیه نموده‌اند که در تحقیقات پایه ابتدا به بررسی دویدن در وضعیت پا برهنه پرداخته شود. (۲۸). علاوه بر آن با پوشیدن کفش هنگام مطالعه ریسک فاکتورهای احتمالی توجه به عوامل خارجی

References:

- 1-Jacobs B. *Toe Walking, Flat Feet and Bow Legs, In-Toeing and Out-Toeing*. Paediatrics and Child Health 2010; 20(5): 221-4.
- 2-De Cock A, Willems T, Witvrouw E, Vanrenterghem J, De Clercq D. *A Functional Foot Type Classification with Cluster Analysis Based on Plantar Pressure Distribution During Jogging*. Gait & Posture 2006; 23(3): 339-47.
- 3-Cote KP, Brunet ME, II BMG, Shultz SJ. *Effects of Pronated and Supinated Foot Postures on Static and Dynamic Postural Stability*. J Athl Train 2005; 40(1): 41-6.
- 4-Kruger KM, Graf A, Flanagan A, Mchenry BD, Ahtiok H, Smith PA, et al. *Segmental Foot and Ankle Kinematic Differences between Rectus, Planus, and Cavus Foot Types*. Journal of Biomechanics 2019; 94: 180-6.
- 5-Longo UG, Ronga M, Maffulli N. *Achilles Tendinopathy*. Sports Med Arthrosc Rev 2018; 26(1): 16-30.
- 6-Mosavi S, Bazvand M, Memar R, Sadeghi H. *Comparison of Leg Muscles Electromyography During Gait in Pescavus and Planus in Men Aged 20-28 Years*. Scientific J Kurd Uni Med Sci 2015; 20(1): 71-9. [Persian]
- 7-Williams III DS, Mcclay IS, Hamill J, Buchanan TS. *Lower Extremity Kinematic and Kinetic Differences in Runners with High and Low Arches*. J Applied Biomechanics 2001; 17(2): 153-63.
- 8-Caravaggi P, Sforza C, Leardini A, Portinaro N, Panou A. *Effect of Plano-Valgus Foot Posture on Midfoot Kinematics During Barefoot Walking in an Adolescent Population*. J Foot Ankle Res 2018; 11: 55.
- 9-Lin CJ, Lai KA, Kuan TS, Chou YL. *Correlating Factors and Clinical Significance of Flexible Flatfoot in Preschool Children*. J Pediatr Orthop 2001; 21(3): 378-82.
- 10-Hreljac A, Imamura R, Escamilla RF, Edwards WB. *Effects of Changing Protocol, Grade, and Direction on the Preferred Gait Transition Speed during Human Locomotion*. Gait Posture 2007; 25(3): 419-24.
- 11-Buldt AK, Allan JJ, Landorf KB, Menz HB. *The Relationship between Foot Posture and Plantar Pressure During Walking in Adults: A Systematic Review*. Gait Posture 2018; 62: 56-67.
- 12-Forriol F, Pascual J. *Footprint Analysis between Three and Seventeen Years of Age*. Foot Ankle 1990; 11(2): 101-4.
- 13-Franco AH. *Pes Cavus and Pes Planus: Analyses and Treatment*. Phys Ther 1987; 67(5): 688-94.
- 14-Mutlu EK, Unver B, Taskiran H, Ozgen IT. *An Investigation of the Foot Ankle Joint Mobility, Muscle Strength, and Foot Structure in Adolescent with Type 1 Diabetes*. International Journal of Diabetes in Developing Countries 2018; 38(1): 108-14.
- 15-Shin HS, Lee JH, Kim EJ, Kyung MG, Yoo HJ, Lee DY. *Flatfoot Deformity Affected the Kinematics of the Foot and Ankle in Proportion to the Severity of Deformity*. Gait & Posture 2019; 72: 123-28.

- 16-Besse JL. *Metatarsalgia*. Orthop Traumatol: Surg & Res 2017; 103(1): S29-S39.
- 17-Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. *G* Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences*. Behav Res Methods 2007; 39(2): 175-91.
- 18-Murley GS, Menz HB, Landorf KB. *Foot Posture Influences the Electromyographic Activity of Selected Lower Limb Muscles During Gait*. J Foot Ankle Res 2009; 2(1): 35.
- 19-Gray EG, Basmajian JV. *Electromyography and Cinematography of Leg and Foot ("Normal" and Flat) During Walking*. Anat Rec 1968; 161(1): 1-15.
- 20-Oatis CA. *Kinesiology: The Mechanics and Pathomechanics of Human Movement*. 1st ed. Lippincott: Williams &Wilkins Philadelphia; 2004: 806-65.
- 21-Levangie P, Norkin C. *Joint Structure and Function: A Comprehensive Analysis*. 2nd ed. FA Davis Company 2011: 311-60.
- 22-Neumann D. *Neumann Kinesiology of the Musculoskeletal System: Foundations for Rehabilitation*. 3rd ed. Mosby; 2009: 615-21.
- 23-Levinger P, Murley GS, Barton CJ, Cotchett MP, Mcsweeney SR, Menz HB. *A Comparison of Foot Kinematics in People with Normal-And Flat-Arched Feet Using the Oxford Foot Model*. Gait Posture 2010; 32(4): 519-23.
- 24-Mizrahi J, Verbitsky O, Isakov E, Daily D. *Effect of Fatigue on Leg Kinematics and Impact Acceleration in Long Distance Running*. Human Movement Science 2000; 19(2): 139-51.
- 25-Hunt AE, Smith RM. *Mechanics and Control of the Flat versus Normal Foot during the Stance Phase of Walking*. Clini Biomech 2004; 19(4): 391-7.
- 26-Christina KA, White SC, Gilchrist LA. *Effect of Localized Muscle Fatigue on Vertical Ground Reaction Forces and Ankle Joint Motion During Running*. Human Mov Sci 2001; 20(3): 257-76.
- 27-Twomey D, McIntosh A. *The Effects of Low Arched Feet on Lower Limb Gait Kinematics in Children*. Foot 2012; 22(2): 60-5.
- 28-Willems TM, Witvrouw E, De Cock A, De Clercq D. *Gait-Related Risk Factors for Exercise-Related Lower-Leg Pain during Shod Running*. Med Sci Sports Exerc 2007; 39(2): 330-9.

Effect of Flat Foot on Excursions of Lower Limb Joints during Running

Mohammad Reza Jahani¹, Ali Jalalvand^{†2}

Original Article

Introduction: The relationship between biomechanical parameters and different types of posture problems in association with running is unknown. Therefore, this study aimed to investigate the excursion changes at the hip, knee, and ankle joints during running in the patients with flat foot.

Methods: The participants comprised 12 healthy men and 12 others suffering from flat feet disorder. They were divided into two experimental and control groups based on the normalized criterion of navicular. Motion excursions during the stance phase of running were calculated for all three planes of motion at the hip, knee, and ankle joints. A Vicon (200 Hz) motion analysis system with four T-Series cameras were used to measure parameters by Vicon Nexus 1.8.5, Polygon 4.1.2 software. Data were analyzed using SPSS24, and Independent sample t-test test.

Results: There were no significant differences in all excursions of lower limb joints between the healthy and flat foot groups ($P > 0.05$). There were significant differences observed between the healthy and flat foot groups in the dorsiflexion of the ankle ($P = 0.00$), ankle plantarflexion ($P = 0.00$), hip flexion ($P = 0.000$), hip extension ($P = 0.002$), and knee flexion ($P = 0.000$).

Conclusion: The results showed that some observed changes in excursion parameters are due to the effects of compensatory mechanisms, and some might be considered as pathologic characteristics of the flat foot. Also, flat foot had strong effects on other joints.

Keywords: Flat foot, Running, Excursions, Lower limb joints.

Citation: Jahani MR, Jalalvand A. Effect of flat foot on excursions of lower limb joints during running. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2020; 28(2): 2373-83.

¹Department of Sport Biomechanics, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran

²Department of Sport Biomechanics, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

*Corresponding author: Tel: 09189513172, email: jalalvand_ali@yahoo.com