

تأثیر کوتاه مدت دو نوع تمرین ثبات دهنده روی فراخوانی عضلات کمری و شکمی و انحنای کمر در بیماران کمر دردی مزمن غیر اختصاصی: یک مطالعه کار آزمایی بالینی متقاطع

زهرا یعقوبی^۱ (M.Sc)، صدیقه کهزیزی^{۱*} (Ph.D)، محمد پرنیان پور^۲ (Ph.D)، سقراط فقیه زاده^۳ (Ph.D)

۱- دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه فیزیوتراپی

۲- دانشگاه صنعتی شریف، دانشکده مهندسی مکانیک، گروه بیومکانیک

۳- دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه آمار زیستی

چکیده

سابقه و هدف: کمر درد ناشی از اختلال عمل کرد عضلانی باعث تحمیل هزینه های زیاد درمان می شود. یافتن روش های موثر به منظور بررسی تغییرات فعالیت عضلات یکی از اهداف تحقیقات است. هدف مطالعه حاضر بررسی اثرات کوتاه مدت "تمرین فرو بردن شکم به داخل" (AH) و "تمرین هم انقباضی عضلات شکم با هم" (AB) روی فراخوانی عضلات تنه (RMS (%MVC) و نیز انحنای کمر در یک تکلیف ایستاده استاتیک در مردان مبتلا به کمر درد غیر اختصاصی بود.

مواد و روش ها: در یک تحقیق کار آزمایی بالینی متقاطع، ۳۰ مرد مبتلا به کمر درد مزمن غیر اختصاصی با میانگین سنی (۲۷/۹۵±۴/۴۳) به روش نمونه برداری ساده و در دسترس به سه گروه با تعداد مساوی (یک گروه کنترل و ۲ گروه مداخله) تقسیم شدند. قبل و بلافاصله بعد از تمرینات ثبات دهنده، انحنای کمر و نیز الکترومیوگرافی سطحی از عضلات تنه به صورت هم زمان در یک تکلیف عمل کردی ثبت شد.

یافته ها: بدون لود، در (AH) افزایش فعالیت عضلات لوکال و در AB کاهش معنی دار در فعالیت برخی گلوبال ها مشاهده شد (P=۰/۰۰۱) با اعمال لود در AH کاهش فعالیت لوکال و در AB کاهش فعالیت گلوبال دیده شد (P=۰/۰۰۴). در بدون لود بعد از AH، انحنای کمر ۲ درجه افزایش و با لود کاهشیافت (P=۰/۰۰۴).

نتیجه گیری: هر دو تمرین ثبات دهنده کوتاه مدت با قابلیت انتقال به یک تکلیف غیر اختصاصی، توانایی اثر گذاری روی عضلات تنه و انحنای کمر و در نتیجه روی وضعیت بدن را داشتند که اثر AH روی انحنای کمر از AB بود.

واژه های کلیدی: "تمرین فرو بردن شکم به داخل"، "تمرین هم انقباضی شکم با هم"، انحنای کمر، بیماران مبتلا به کمر درد مزمن غیر اختصاصی، الکترومیوگرافی.

مقدمه

با توجه به تایید اختلال در عمل کرد عضلات بیماران مبتلا به کمر درد مزمن توسط مطالعات مختلف [۱]، اختلالات ماسکولواسکتال یا ایمبالانس عضلانی را امروزه یکی از علل

کمر درد به حساب می آورند. به همین خاطر در دو دهه اخیر یک تمرکز فزاینده و عمده ای بر روی تمریناتی صورت گرفته است که هدف از آنها، مخاطب قرار دادن ثبات بین سگمانی در ناحیه کمر است. این تمرینات به عنوان تمرینات

ثبات‌دهنده یا تمرینات کنترل حرکتی در نظر گرفته می‌شوند و هدف از آن‌ها، بهبود کنترل نورماسکولار، قدرت و تحمل تعدادی از عضلات تنه و لگن است که نقش مهمی در ثبات تنه و لگن بر عهده دارند و از مهم‌ترین رویکردها در درمان هستند [۳،۲]. تمرین "فرو بردن شکم به داخل" Abdominal Hollowing (AH) شامل انقباضات اختصاصی و کم‌شدت داخلی‌ترین عضله شکم یعنی عضله عرضی Transverse Abdominis (Tra) است و اولین بار ریچاردسون و همکارانش تلاش کردند که این عضله را به طور اختصاصی و مجزا از سایر عضلات سطحی شکم به فعالیت وا دارند [۴]. بعداً در مطالعات متفاوتی تاثیر آموزش و تقویت اختصاصی این عضله در فعالیت‌های متنوع مورد بررسی قرار گرفته: از جمله در ستون فقرات بدون لود [۵] کنترل وضعیتی پیش‌بینانه (Anticipatory) [۶] و در ثبات بین سگمانی ستون فقرات [۷]. در مقابل این تمرین، تمرین "هم انقباضی عضلات شکم با هم" Abdominal Bracing (AB) مطرح شده است که انقباض همه عضلات دیواره شکم با هم را مطرح می‌کند [۸]. این‌که کدام یک از دو نوع تمرین واقعاً منافع زیادی دارد، به درستی مشخص نیست. برخی تمرین، تمرین AH را برای ثبات موثرتر می‌دانند [۹،۴،۱۰] اما برخی دیگر از محققان معتقدند که چون تمرین اختصاصی عضله عرضی شکم مزیت مکانیکی ندارد، به جای آن تمرین "هم انقباضی عضلات شکم با هم" (تمرین AB) را که در کارهای روزمره هم به طور طبیعی اتفاق می‌افتد، را توصیه می‌کنند [۱۱]. علاوه بر مبحث اختلال عمل‌کرد عضلات در کمردرد، تغییر انحنای کمر از مقادیر طبیعی نیز در این بیماران دیده می‌شود. از آن‌جا که ارتباط نزدیکی بین زیرواحدهای ثبات ستون فقرات مثل زیرواحد فعال (عضلات)، غیرفعال (ستون فقرات، لیگامان‌ها) و عصبی وجود دارد، انحنای ستون فقرات یک عامل مهم در سلامتی ستون فقرات و انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و نیز یک ابزار مهم در درمان‌های بالینی است [۱۲]. در این موضوع، بین محققین اختلاف نظر وجود دارد: برخی اظهار می‌دارند که تفاوتی در لوردوز کمر بین افراد سالم و کمردردی وجود

ندارد، اما گروهی دیگر معتقدند که بین دو گروه تفاوت عمده‌ای وجود دارد [۱۳-۱۵] در حال حاضر اطلاعات اندکی و حتی متناقضی در مورد رفتار ستون فقرات کمری افراد سالم و بیماران کمردردی در شرایط خاص مثل اتخاذ وضعیت‌های طولانی‌اثرات لود محوری و نیز تاثیر تمرینات ثبات‌دهنده روی انحنای کمری وجود دارد. یکی از دلایل این امر، فقدان ابزارهای مناسب برای اندازه‌گیری انحنای کمر می‌باشد. از جمله برخی مطالعات به عدم هم‌بستگی بین زاویه فلکشن کمری و فعالیت عضلات کمری [۱۶]، الگوهای متفاوت از حرکت فقرات کمری در وضعیت نشسته برای افراد کمردردی و سالم [۱۷]، هم‌بستگی ضعیف بین فعالیت عضلات کمری و زاویه کلی بین تنه و ران [۱۸]، هم‌بستگی بالا بین پوسچر کمر و فعالیت عضلات کمری [۱۹] اشاره کرده‌اند. Muyor JM و همکارانش (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای به بررسی انحنای کمر در چندین وضعیت نشسته و ایستاده بین دو چرخه‌سواران حرفه‌ای و افراد غیر ورزشکار پرداختند و نشان دادند که دو چرخه‌سواری با صاف کردن انحنای کمری، تطابق خاصی در فقرات کمر ایجاد می‌کند طوری که این افراد دامنه فلکشن بزرگ‌تری در فقرات کمری دارند اما انحنای کمر در وضعیت ایستاده آن‌ها تغییری نیافته است [۲۰].

اثرات تمرینات ثبات‌دهنده کوتاه و طولانی‌مدت در مطالعات مختلف با اهداف گوناگون بارها بررسی شده است. ولی تاثیر آن‌ها بر روی پوسچر کمری کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است و بعضی از این مطالعات اثرات این تمرینات ثبات‌دهنده‌ها را در افراد سالم سنجیده‌اند از جمله Bressel و همکارانش (۲۰۱۲) گزارش کردند که در افراد سالم AB و تمرینات سویس‌بال اگر در آب انجام شوند، سطح فعالیت همه عضلات تنه را بالا می‌برند ولی AH و ابداکشن هیپ، به طور انتخابی عضله مولتی‌فیدوس و عضلات تحتانی شکم را فعال می‌کنند [۲۱] با توجه به فقدان مطالعات در رابطه با مقایسه اثر تمرین AH و AB روی فعالیت عضلات تنه و انحنای کمر در بیماران مبتلا به کمردرد غیر اختصاصی مزمن، هدف مطالعه حاضر پاسخ به سه سوال زیر بود:

آن‌ها انجام می‌شد. (گروه AH) ۱۰ نفر بعدی ابتدا مداخله AB و بعد از wash out مداخله AH را انجام دادند (گروه AB) ۱۰ نفر باقی مانده هیچ تمرینی را انجام نمی‌دادند (گروه کنترل). خصوصیات دموگرافیک هر سه گروه در جدول (۱) آورده شده است بعد از شرح کامل به افراد در مورد چگونگی مراحل انجام آزمون و پرکردن پرسش‌نامه‌های لازم، مشخصات دموگرافیک افراد ثبت می‌گردید. مراحل آماده‌سازی و انجام مطالعه به شرح زیر بود:

الکترومیوگرافی: در آغاز کار، بعد از آماده‌سازی پوست شامل زدودن موهای زائد و سمباده بافت‌های مرده، چربی آن با الکل تمیز و ضد عفونی می‌شد. سپس ثبت فعالیت الکتریکی عضلات شکمی و تنه در سمت راست (دست غالب) با استفاده از پنج جفت الکتروود سطحی (از جنس کلرید نقره (Ag/AgCl)) با قطر ۱۰ میلی‌متر و فاصله بین دو الکتروود ۱۰-۲۰ میلی‌متر (ساخت شرکت بیومتریکس (Biometric Co. UK)) انجام می‌گرفت. الکتروودها موازی با راستای فیبرهای عضلانی و در محل عضلات مورد مطالعه چسبانده شدند: عضله عرضی شکمی/مایبل داخلی (Transverse Abdominus/ Internal Oblique TrA/ IO) در ۲ سانتی‌متر داخل و پایین خار خارصه قدامی فوقانی لگن [۱۹]، عضله مایل خارجی (External oblique, EO) در ۱۳-۱۰ سانتی‌متری خارج‌تر از ناف بر روی خطی که ناف را به خار خارصه قدامی فوقانی لگن وصل می‌کنند و عضله مستقیم شکمی (Rectus Abdominis, RA) در ۲ سانتی‌متری خارج و ۳ سانتی‌متر بالای ناف و مولتی‌فیدوس کمری (Multifidus) (MF) در ۲ سانتی‌متری خارج زائده خاری مهره پنجم کمری، Erector Spine (ES) در ۳ سانتی‌متری خارج زائده خاری مهره سوم کمری [۷، ۲۱]. الکتروود زمین به زائده استیلوئید میج دست راست بسته می‌شد.

دستگاه الکترومیوگرافی برای ثبت فعالیت عضلات به این شرح تنظیم گردید: پهنای باند ۲۰ تا ۴۵۰ کیلوهرتز [۲۱]، فرکانس نمونه‌برداری ۱۰۰۰ هرتز، نسبت حذف سیگنال‌های مشترک CMRR (۹۶ دسی‌بل در ۶۰ هرتز). تحلیل داده‌های

۱- آیا اثرات کوتاه مدت تمرینیک جلسه‌ای قابل انتقال به یک تکلیف غیراختصاصی می‌باشد؟
 ۲- آیا تمرین کوتاه مدت یک جلسه‌ای فراخوانی عضلات را می‌تواند تغییر دهد؟ و اگر چنین باشد، کدام یک از این تمرینات (AH یا AB) موثرتر است؟
 ۳- آیا تمرینیک جلسه‌ای می‌تواند رفتار انحنای کمری را در طول اعمال لود محوری تغییر دهد؟ و اگر چنین باشد کدام یک (تمرین AH یا AB) توانایی افزایش کاهش انحنا را دارند؟.

مواد و روش‌ها

آزمودنی‌ها: طراحی این مطالعه کارآزمایی بالینی متقاطع از نوع کنترل شده و با نمونه‌گیری ساده بود که پس از تصویب در کمیته تحقیقات دانشگاه تربیت مدرس و تایید کمیته اخلاق پزشکی، روی ۳۰ بیمار مرد با کمردرد غیراختصاصی مزمن که در تاریخچه خود کمردرد را گزارش کرده و هیچ علت مشخصی در مورد بیماری آن‌ها ذکر نشده و در زمان انجام آزمون درد نداشته یا حداکثر درد آن‌ها بر اساس مقیاس دیداری (Visual Analog Scale VAS) دو یا کم‌تر بود، انجام گرفت. افراد در صورت مثبت بودن تست‌های درگیری عصب سیاتیک و یا سایر اعصاب اندام تحتانی، داشتن ناهنجاری‌های ساختاری ستون فقرات، سابقه جراحی ستون فقرات، سابقه شکستگی و ضربات حاد، مصرف دارو، تب و تنگی نفس حذف می‌شدند. در نهایت بعد از در نظر گرفتن معیارهای خروجی فوق، بیماران انتخاب شده به پزشک متخصص ستون فقرات ارجاع داده می‌شدند تا پس از تایید ایشان، فقط بیماران مبتلا به کمردرد مزمن غیر اختصاصی وارد مطالعه شوند.

آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به ۳ گروه مساوی تقسیم شدند: در واقع ۱۰ نفر از افراد یک‌بار تمرینات AH را انجام می‌دادند و ارزیابی‌های قبل و بعد روی آن‌ها انجام می‌شد سپس بعد از یک دوره wash out یا شستشو (یک هفته‌ای) برای اطمینان از حذف اثرات تمرین آموزش داده شده، تمرینات AB را انجام داده و مجدداً ارزیابی‌های قبل و بعد روی

اندازه‌گیری‌های قبل از مداخله (ثابت هم‌زمان فعالیت عضلات و انحنای کمر حین تکلیف با و بدون اعمال لود محوری) آماده می‌شدند.

قبل از مداخلات تمرینی، آزمودنی‌ها در حالت ایستاده ریلکس، جلیقه‌ای از جنس پارچه با وزن ناچیز ۳۶۰ (گرم) را که دارای ۴ جیب قرینه در جلو و عقب بود و یک‌بار به هم‌راه وزنه‌های ۳ کیلوگرم در هر جیب (در مجموع ۱۲ کیلوگرم)، به عنوان حالت اعمال لود محوری به ستون فقرات و یک‌بار دیگر بدون وزنه برای حالت بدون اعمال لود محوری می‌پوشیدند و این وضعیت را به مدت ۷ ثانیه حفظ می‌کردند. ترتیب دو حالت ذکر شده به صورت تصادفی انجام می‌شد. انتخاب بار ۱۲ کیلوگرمی (حدود ۱۸٪ وزن بدن فرد)، بر اساس نتایج مطالعه پیلوت بود که نشان داد که وزنه مناسب و بی‌خطری برای اعمال بار محوری در بیماران مبتلا به کمردرد می‌باشد.

آموزش تمرینات عضلات شکم، تمرینات ثبات‌دهنده کمر (AH و AB) فقط برای آزمودنی‌هایی که در گروه آزمون قرار داشتند، آموزش داده شد. انجام تمرینات توسط آزمودنی‌ها تا جایی ادامه می‌یافت که محقق اطمینان پیدا می‌کرد که تمرین به درستی انجام می‌شود سپس ثبت انجام می‌شد. هر دو تمرین در وضعیت crock lying (خواهیید به پشت با زانوهای خم شده) انجام می‌شد زیرا این وضعیت استاندارد برای شروع تمرین‌ها در بیماران کمردردی بوده و باعث ریلکسیشن عضلات شکمی می‌شود.

بعد از یادگیری صحیح، یکی از تمرینات به صورت تصادفی انتخاب و از افراد خواسته می‌شد آن را به صورت، سه ست ۱۰ تایی که هر انقباض به مدت ۱۰ ثانیه نگه داشته می‌شد با ۲ دقیقه استراحت بین هر ست انجام دهند. بعد از یک هفته دوره wash out مداخله بعدی آموزش داده می‌شد. در پایان انجام هر یک از مداخلات تمرینی مجدداً اندازه‌گیری‌ها در وضعیت ایستاده با و بدون اعمال لود محوری دقیقاً مثل قبل از مداخله بلافاصله تکرار می‌شد.

خام حاصل از الکترومیوگرافی در سیستم تحلیل Data LOG نرم‌افزار بیومتریکس (Biometrics Ltd, UK) انجام گرفت و از پارامتر (RMS Root Mean Square) با پنجره زمانی ۱۵۰ میلی‌ثانیه برای استخراج داده‌ها استفاده شد.

لازم به ذکر است که برای نرم‌لایز کردن داده‌ها برای هر عضله، از حداکثر انقباض ارادی (MVC) در هر عضله طبق روش مک‌گیل و همکاران [۱۱] استفاده شد.

انحنای کمر. به منظور ارزیابی انحنای کمری از یک جفت حسگر (شیب‌سنج) الکترولیتیسی مدل ۰۷۲۵ (Model, Fredericks Co., USA) با دامنه اندازه‌گیری زاویه $\pm 80^\circ$ استفاده شد قطر هر یک از حسگرها ۱۲ و پهنای آن‌ها ۵/۳ میلی‌متر بودند. شیب‌سنج قادر بود با ارزیابی تفاضل زاویه توراکس و لگن طبق روش Dolan میانگین زاویه انحنای کمر را محاسبه و از طریق نرم‌افزار نمایش دهد [۲۳]. طبق منابع، انحنای محدب در صفحه ساجیتال با علامت منفی و انحنای مقعر دو با علامت مثبت در نظر گرفته می‌شد. پیش از مطالعه هر شیب‌سنج با استفاده از برنامه نرم‌افزاری که قبلاً به این منظور، تهیه شده بود کالیبره شد و سپس تکرارپذیری هر دو اندازه‌گیری شد که نتایج ICC بالای ۸۰٪ رانشان داد ($P < 0.05$) هم‌چنین در بررسی‌های به عمل آمده در طی چندین مرحله آزمایش، مشخص شد که خطای اندازه‌گیری در هر حسگر بین ۰/۵-۱ درجه می‌باشد.

مراحل مطالعه. قبل و بلافاصله بعد از یک جلسه آموزش تمرینات عضلات شکمی، فراخوانی عضلات و انحنای کمر طی اعمال لود محوری به فقرات (با پوشیدن جلیقه‌های مخصوص) برای تحت تاثیر قرار دادن ثبات ستون فقرات در تکلیف هم‌راه با اغتشاش و نیز حذف اثر گشتاور خم‌کننده، هم‌زمان اندازه‌گیری شد. در شروع جلسه ابتدا، الکترودهای ثبت‌کننده و الکتروود زمین روی عضلات تنه و شیب‌سنج‌های ارزیابی‌کننده اندازه انحنای کمر به ترتیبی که شرح داده شد روی بدن افراد چسبانده شدند. سپس حداقل و حداکثر فعالیت عضلات مربوطه (MVC) با استفاده از سیستم الکترومیوگرافی ثبت می‌شد، بعد از ۱۵ دقیقه استراحت، آزمودنی‌ها برای



شکل ۱. ثبت هم‌زمان انحنای کمر و فعالیت الکترومیوگرافی سطحی در وضعیت ایستاده استاتیک همراه با اعمال لود محوری (۱۲ کیلوگرم)

آنالیز آماری. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۱۷/۰ در سطح معنی‌داری $P < 0.05$ انجام شد. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است. برای اطمینان از حذف اثر تمرین اول بعد از یک دوره wash out از تجزیه و تحلیل متقاطع استفاده شد [۲۷]. در این روش، اگر داده‌ها با محاسبات مناسب، از لحاظ آماری معنی‌دار نبود نشانگر آن بود که اثر تمرین اول در دوره شستشو از بین رفته است و بنابراین داده‌های دو گروه با هم آمیخته شدند به عبارت دیگر تجزیه و تحلیل بعدی بر روی ۲۰ نفر در گروه AH و ۲۰ نفر در گروه AB انجام گردید.

داده‌های الکترومیوگرافی و انحنای کمر هر ۳ گروه مطالعه (گروه AH، AB و کنترل) با استفاده از آزمون تحلیل واریانسیک جانیه (One way ANOVA) با هم مقایسه شدند. البته باید یادآوری نمود که به‌خاطر ویژگی‌های فردی غیر قابل کنترل بین افراد و تنوع زیاد، برای داده‌های الکترومیوگرافی از آنالیزهای غیرپارامتریک استفاده شد (آزمون‌های کروسکال والیس، ویلکاکسون و من-یو ویتنی Kruskal-wallis و Wilcoxon و Mann-Whitney U).

برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد و فقط اندازه‌گیری‌های قبل و بعد دقیقاً همانند گروه آزمون انجام شد. البته فاصله زمانی بین دو ثبت، معادل سپری شدن مدت زمان یادگیری و انجام تمرینات (میانگین ۴۵ دقیقه) به دو گروه آزمون بود.

تمرین اختصاصی عضله عرضی شکم: تمرین "فرو بردن شکم به داخل" (Abdominal Hollowing (AH)) بر اساس اصول ریچاردسون و ژول (۱۹۹۹) آموخته شد. یک بیوفیدبک فشاری برای کنترل حرکات کمر و گرفتن فیدبک از انقباض عضلات عرضی شکم استفاده شد. بیوفیدبک فشاری تا ۴۰ میلی‌متر جیوه از هوا پر می‌شد و زیر کمر قرار می‌گرفت طوری که بخش میانی بیوفیدبک هم سطح بخش فوقانیلیاک کمرست قرار گیرد. از موقع انجام این تمرین، محقق بیوفیدبک فشاری را کنترل می‌کرد تا بیش‌تر از ۵ میلی‌متر جیوه افزایش فشار نداشته باشد. زمانی که انقباض صحیح عضله عرضی شکم (بهترین فعالیت آن همراه با حداقل هم‌انقباضی عضلات دیگر) به دست آمد، از آن‌ها خواسته شد تا انقباض را نگه دارند و هم‌زمان تنفس ریتمیک داشته باشند و نفس‌شان را حبس نکنند [۸] و این انقباض مطلوب را تمرین کنند. بعد از اطمینان از یادگیری صحیح تمرینات، در نهایت ۳ ست با ۲ دقیقه استراحت بین هر ست انجام شده و بلافاصله بعد از آن، ثبت انجام می‌شد [۹].

تمرین هم‌انقباضی عضلات شکم Abdominal Bracing (AB) از آزمودنی‌ها در وضعیت Crock lying خواسته می‌شد تا یک وضعیت نرمال برای کمرشان پیدا کنند (لوردوز خفیف) سپس از آن‌ها خواسته می‌شد تا عضلات کمر را در یک زاویه ۳۶۰ درجه (دور تا دور شکم) منقبض کنند به عبارتی سعی کنند تا کمر را باریک کنند در حالی که به صورت طبیعی تنفس می‌کنند [۲۴، ۲۵] در طول تمرین از یک بیوفیدبک فشاری برای کنترل حرکت کمر و نیز دریافت فیدبک از انقباض عضلات شکمی استفاده گردید. تعداد ست‌ها و تکرار مشابه با تمرین قبلی بود [۲۶، ۸]. (شکل ۱).

نتایج

نتایج آزمون کنترل همسان بودن متغیرهای زمینهای. مقایسه خصوصیات مثل سن، وزن، قد، مدت و شدت درد، ضخامت چربی نشان داد که اختلاف معناداری بین سه گروه وجود ندارد ($P < 0/32$) (جدول ۱).
 اثر تمرینیک جلسه‌ای بر روی فعالیت الکترومیوگرافی. آنالیز داده‌ها نشان داد که به دنبال یک جلسه تمرین AH در وضعیت بدون لود محوری (جلیقه خالی)، افزایش معنی‌داری در فراخوانی عضلات موضعی TrA/IO ($P < 0/01$) و MF ($P < 0/02$) وجود داشت در حالی که تغییر

معناداری در فعالیت عضلات گلوبال مشاهده نشد (جدول ۲). بعد از مداخله AH، در وضعیت ایستاده با لود محوری فقط کاهش معنی‌داری در فعالیت عضله TrA/IO وجود داشت ($P < 0/04$). به دنبال مداخله AB در وضعیت بدون لود محوری، کاهش معنی‌داری در فعالیت RA ($P < 0/02$) و ES ($P < 0/04$) دیده شد اما هیچ تغییر معناداری در عضلات دیگر (EO MF, TrA/IO) دیده نشد. اما در این مداخله در وضعیت با لود محوری فقط کاهش معنی‌دار در فعالیت ES ($P < 0/07$) مشاهده شد (جدول ۲).

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیرها	گروه AH نفر ۱۰	گروه AB نفر ۱۰	گروه کنترل نفر ۱۰	P value
سن (سال)	۲۷±۶/۶	۲۸±۳/۳	۲۸±۰/۶	P=۰/۶۵
قد (سانتی متر)	۱۷۴/۹±۵/۳	۱۷۲/۹±۰/۷	۱۷۶/۱±۶/۶	P=۰/۵۳
وزن (کیلوگرم)	۸/۶۵۶/۹±	۶۶/۷±۶/۸	۴/۲۶۹/۷±	P=۰/۴۳
درد (معیار دیداری درد)	۰/۹۱۲/۴±	۱/۱۲/۵±	۰/۱۲/۹±	P=۰/۹۶
مدت کمردرد (سال)	۳/۴۳/۷±	۲/۴۹/۱±	۳/۶۵/۱±	P=۰/۲۹
ضخامت چربی ناحیه شکم تحتانی (میلی متر)	۴/۱۳۶/۹±	۲/۵۱۳/۵±	۲/۱۳۹/۶±	P=۰/۷۹

Abdominal Hollowing (AH), Abdominal Bracing (AB)

جدول ۲: مقایسه میزان تغییرات RMS(%MVC) در تکلیف با و بدون لود محوری (۱۲ کیلوگرمی) در بین سه گروه

عضلات	حالات مختلف تکلیف	گروه AH	گروه AB	گروه کنترل	P value
RA	بدون وزنه	-۰/۰۱±۰/۰۷	-۰/۰۹±۰/۰۳	۰/۰۲±۰/۰۵۳	P = ۰/۰۲*
	با وزنه	-۰/۰۱±۰/۰۵۵	۰/۰۳±۰/۰۷	۰/۱۵±۰/۰۳۱	P = ۰/۸
EO	بدون وزنه	۰/۳۳±۰/۰۱	۰/۵±۰/۰۹	-۰/۰۴±۰/۰۴	P = ۰/۱۸
	با وزنه	۰/۱±۰/۰۸	-۰/۰۹±۰/۰۴	-۰/۰۲±۰/۰۵	P = ۰/۷۵
TrA/IO	بدون وزنه	۲/۵±۰/۰۹	-۰/۱±۰/۰۵	۰/۳±۰/۰۶	P=۰/۰۰۱***
	با وزنه	-۱/۷±۰/۰۵۲	-۰/۲±۰/۰۳	۰/۲±۰/۰۱۶	P=۰/۰۰۴***
MF	بدون وزنه	۱/۳۳±۰/۰۳۳	۰/۲±۰/۰۳	-۰/۱±۰/۰۹	=P ۰/۰۲*
	با وزنه	۰/۲±۰/۰۳	-۰/۴±۰/۰۴	-۰/۹۸±۰/۰۱۵	P = ۰/۳
ES	بدون وزنه	-۰/۱۶±۰/۰۳۴	-۱/۸±۰/۰۷	-۰/۰۳±۰/۰۴۵	P=۰/۰۰۴***
	با وزنه	۰/۳۳±۰/۰۲۷	-۲/۱±۰/۰۲۸	-۰/۰۲±۰/۰۵	=P ۰/۰۰۷***

Abdominal Hollowing (AH), Abdominal Bracing (AB),*: pvalue<0.05,***: pvalue <0.001

در انحنای کمر، مرتبط با نوع تکلیف (با یا بدون لود محوری و نوع مداخله) است.

اثرات کوتاه مدت مداخله روی فراخوانی عضلات شکم و کمر. اثرات تمرین بسته به نوع مداخله و انجام صحیح تمرین توسط بیمار است. در این مطالعه، بعد از مداخله AH، فعالیت عضلات MF و TrA/IO افزایش و متعاقب آن با توجه به نقش این عضلات انتظار می رود ثبات سگمنتال بهبود یابد. همسو با این مطالعه Tsao H و همکارانش (۲۰۰۷) دریافتند که اثرات تمرینیک جلسه ای (تمرین اختصاصی عضلات شکم) می تواند به تکلیف غیر اختصاصی به تمرین انتقال یابد (حرکت بازو). یافته های آنها تایید کردند که مکانیسم فیدفوروارد پلاستیک هستند [۹]. Stevens VK (۲۰۰۷) گزارش کرد در افراد سالم بعد از تمرینات ثبات دهنده، فعالیت عضلات موضعی نسبت به سطحی افزایش نسبی می یابد [۲۸].

دهقان منشاوی و همکارانش نیز با بررسی اولتراسونگرافی نشان دادند که تمرین AH باعث افزایش ضخامت دیواره عضلات عرضی شکم و مایل داخلی می شود اما تاثیری بر ضخامت عضله مایل خارجی ندارد [۲۹].

برخلاف این مطالعه Butler HL (۲۰۰۷)، متوجه شد که وقتی افراد کمردردی فعالیت بلند کردن و رساندن یک وزنه ۳/۸ کیلوگرمی را هم زمان با انجام مداخله AH انجام می دهند، فعالیت عضله EO افزایش می یابد که منجر به تیلت خلفی لگن می شود در حالی که وقتی فعالیت را به سبک آزاد و بدون انجام AH انجام می دهند تمام عضلات کمری بیش تر از عضلات شکمی فعالیت می کنند [۳۰] اما در این مطالعه عضله EO تغییر معنی داری را در هیچیک از گروه ها یا وضعیت ها نشان نداد اگرچه در تمرین AB به صورت غیر معنی دار کاهش پیدا کرد، شاید علت این عدم هم سویی را بتوان ناشی از تفاوت روش انجام مطالعه دانست چنانچه در مطالعه ایشان انجام مانورهای تمرینی حین نگه داری بار بوده است.

Chanthapetch P (۲۰۰۹) گزارش کرد که هم زمان با انجام مداخله AH در ۴ وضعیت crook lying به شکم خوابیده، نشستن چهارزانو و ایستادن با ساپورت کنار دیوار،

اثر تمرینیک جلسه ای بر روی انحنای کمر. بین زاویه انحنای کمر سه گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت بنابراین سه گروه در شروع مطالعه مشابه بودند. آنالیز ANOVA نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری در انحنای کمر در وضعیت با و بدون لود محوری دیده نشد ($P > 0.05$). مقایسه دو گروه مداخله تمرینی نشان داد فقط در گروه AH در هر دو وضعیت با و بدون لود محوری تغییرات معنی دار دیده شد. بعد از تمرین در وضعیت بدون لود محوری یک افزایش معنی دار در لوردوز کمر دیده شد (حدود ۲ درجه، $P < 0.002$) که با اعمال لود محوری کاهش معنی داریافت ($P < 0.05$). اما تمرین AB نتوانست تغییر معنی داری در انحنای کمر ایجاد کند (شکل ۲).



شکل ۲. مقایسه میزان تغییرات زاویه انحنای کمر (برحسب درجه) در بین سه گروه (Abdominal Hollowing (AH), Abdominal Bracing (AB) و گروه کنترل. علامت منفی: نشانه تحدب انحنای

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که اثرات "کوتاه مدت و یک جلسه ای" تمرین انقباض تکراری عضلات تنه با انقباض اختصاصی عضله (AH) و هم انقباضی عضلات شکم (AB) در یک وضعیت، مشابه Crock lying می تواند به یک وضعیت غیر اختصاصی نسبت به تمرین در بیماران کمردردی انتقال یابد و فراخوانی عضلات را تغییر دهد. هم چنین جالب توجه این که اثرات کوتاه مدت تمرین اختصاصی توانست انحنای کمر را به اندازه ۲ درجه تغییر دهد (نمودار ۲). فراخوانی عضله و تغییر

تمرین دیگر روی فعالیت عضلات تنه گزارش کردند که تمرین AB موثرتر از بقیه تمرینات عضلات لوکال مثل مایل داخلی را فعال می‌کند. کهریزی و همکارانش [۳۴] همسو با مطالعه ارشاد و همکاران [۳۵] دریافتند که افزایش بار خارجی یکی از محرک‌های ایجاد ثبات در ستون فقرات علی‌رغم بازویا هر می بار می‌باشد و با افزایش آن، نیاز به ثبات از طریق هم‌فعالیتی عضلات تنه افزایش می‌یابد.

برخی دیگر از محققان از جمله Tsao H و همکارانش (۲۰۰۸) بحث کردند که در افراد کم‌دردی تغییر در اندازه محل مربوط به عضله TrA در قشر حرکتی مغز، به‌خاطر شیفت محل COG به سمت خلف و لترال ورتکس است که ممکن است از علل نقص پوسچرال در این افراد در مقایسه با افراد سالم باشد [۳۶] طبق این موضوع به نظر می‌رسد که در بیماران کم‌دردی در فازهای اول توان‌بخشی تکرار انقباضات دقیق و مهارتی عضلات موضعی برای ایجاد تغییرات پلاستیک در قشر حرکتی و بنابراین بهبود ثبات و کنترل پاسچرال مفید باشد که افزایش در فعالیت عضلات موضعی بر اثر تمرین تطبیق مطالعه حاضر منطقی می‌باشد. تمرین هم‌انقباضی (AB)، برای ثبات ستون فقرات ضروری است و بر اساس برخی از مطالعات، توصیه و انجام آن را بعد از تمرین اختصاصی عضله عرضی شکم در فازهای بعدی توان‌بخشی موثر می‌دانند. Vera-Garcia FJ و همکارانش (۲۰۰۷) که مداخله AH و AB را برای کنترل حرکت ستون فقرات و ثبات در مقابل اغتشاش در افراد سالم به کار بردند، گزارش کردند که مداخله AB که باعث هم‌انقباضی در عضلات دیواره شکم می‌شود، در کاهش پاسخ کینماتیک به اغتشاشات ناگهانی موثرتر از AH است [۳۷].

اثر مداخله‌ها روی انحنای کمر. شکل انحنای فقرات کمری بستگی به فراخوانی عضلات پشت و شکمی و عناصر غیرفعال کمری دارد. تغییر در انحنای کمری روی تشخیص و برنامه درمانی بیماران کم‌دردی می‌تواند اثرگذار باشد و این در حالی است که بر طبق مطالعه حاضر، تجویز تمرینات ثبات‌دهنده منجر به تغییر انحنای کمر و در نتیجه تاثیر روی

بیش‌ترین فعالیت در TrA/IO و حداقل فعالیت در RA و EO مشاهده شد. در افراد سالم وضعیت به شکم خوابیده و crook lying بهتر از وضعیت‌های دیگر باعث تسهیل TrA/IO حین تمرین AH می‌شود شاید یک دلیل آن، آناتومی عضلات باشد چنانچه عضله راست شکمی نسبت به مایل خارجی اتصالات عضلانی کم‌تر دارد، پس راحت‌تر می‌توان فعالیت آن را حین تمرین AH کاهش داد [۳۱].

در مطالعه حاضر نیز عضله RA حداقل فعالیت (به‌خصوص بعد از آموزش تمرین AB) را داشت که همسو با مطالعه Chanthapetch P می‌باشد. به نظر می‌رسد موقعیت آناتومیکی این عضله و هم‌انقباضی همه عضلات دیواره شکم با هم در این تمرین، باعث پخش لود محوری بین عضلات شده و نیاز به فعالیت عضله RA را در این فعالیت استاتیک کاهش داده است به نحوی که حتی بین گروه کنترل و همسوبا کار Van Dieen و همکارانش (۲۰۰۳) بود [۳۲].

هال و همکارانش (۲۰۰۹) همسو با مطالعات دیگر نشان دادند در افرادی با کم‌درد مزمن غیراختصاصی تنها یک جلسه تمرین غیر اختصاصی عضلات شکم (بعضی از روش‌های تمرینی AB مثل پل زدن یک‌طرفه، دراز و نشست) تاخیر عضله TrA را در تکلیف مرتبط با حرکات بازو تغییر می‌دهد [۳۳]. ولی در مطالعه حاضر، بعد از AB کاهش در فراخوانی تعدادی از عضلات گلوبال (ES, RA) دیده شد در حالی که فراخوانی عضلات موضعی تغییری نکرد و علت این اختلاف شاید به‌خاطر نوع تمرین انتخاب شده برای AB باشد.

برخی از محققین مثل McGill S و همکارانش (۲۰۰۷) که اثرات آنی تمرینات اختصاصی را مورد مطالعه قرار داده بودند، دریافتند مداخله AB در افراد سالم موقع ایستادن، برای افزایش ثبات ستون فقرات موثرتر است. آن‌ها پیشنهاد کردند که AH مزیت مکانیکی ندارد و برای افراد کم‌دردی نباید تجویز نشود اما تمرین هم‌انقباضی با درصد پایینی از MVC مانند فعالیت عضلات در طول فعالیت‌های روزمره مفیدتر است [۸] Maeo S و همکارانش (۲۰۱۳) با مقایسه AH و AB و ۸

پوسچر فقرات شد. به دنبال مداخله AH، ۲ درجه افزایش در انحنای کمر دیده شد اما با اعمال ۱۲ کیلوگرم لود محوری، انحنا به صورت معنی داری کاهش یافت. اما در افراد کمردردی لوردوز در این افراد تمایل به صاف شدن داشت چنان که این موضوع در مطالعات دیگر نیز گزارش شده است [۳۸] بعد از مداخله AH انحنای کمر در بیماران کمردردی با ۲ درجه افزایش به مقادیر طبیعی نزدیک شد و مشابه با رفتار انحنای طبیعی در افراد سالم، بعد از اعمال لود محوری، انحنا کاهش یافت [۳۸، ۱۵، ۱۴]. Crommert ME. و همکارانش نشان دادن عضله عرضی سطوح متفاوتی از فعالیت را در وضعیت های متفاوت از COM در پوسچر ایستاده بر عهده دارد. و نیز این عضله از طریق افزایش فشار داخل شکمی با فلکشن تنه مقابله می کند و زمانی که گشاورهای فلکسوری و اکستنسوری متوسط به تنه اعمال می شوند در ثبات کلی ستون فقرات کمک کننده است بنابراین این عضله نقش فعالی در پوسچر ایستاده بر عهده دارد [۳۹].

پیتنو و همکاران (۲۰۱۱) تاثیر دو انحنای طبیعی و خم شده کمر را حین انجام تمرین AH در ۳۰ بیمار کمردردی و سالم بر روی ضخامت عضله عرضی شکم مورد بررسی قرار داده و نتیجه گرفتند که وقتی کمر در انحنای نرمال قرار دارد، میزان ضخامت عضله عرضی شکم و بنابراین فعالیت آن در هر دو گروه افزایش می یابد ولی تفاوت معنی داری بین دو گروه در تغییر ضخامت عضله عرضی شکم مشاهده نشد. این مطالعه تاییدی بر مزایای انحنای نرمال کمر می باشد که سطوح فعالیت عضله عرضی شکم را افزایش می دهد [۴۰].

مکین (۲۰۰۸) متوجه شد که انحنای کمر حین اعمال لودهای محوری بسته به شکل اولیه انحنا تغییر می یابد به عبارت دیگر، انحنای کم تر از مقادیر طبیعی، تمایل به صاف شدن دارد و انحناهای لوردوتیک تر زیر بارهای محوری تمایل به افزایش دارند و توجیه این یافته را به خاطر "مسیر عبور نیرو از ستون فقرات" بحث کردند [۳۸] این در حالی است که Morl F (۲۰۱۳) گزارش کرد که فعالیت عضلات کمری بیش تر به نوع تکلیف بستگی دارد تا نوع پوسچر کمر. در کارمندانی که

نشستن طولانی مدت دارند، لوردوز کمرشان صاف شده و فعالیت عضلات کاهش می یابد و این کاهش فعالیت عضلات با طراحی متفاوت از صندلی های مختلف تحت تاثیر قرار نمی گیرد [۴۱].

در مطالعه حاضر، حین مراحل آزمون سعی شد تا با اعمال لود قرینه هر نوع گشتاور خم کننده کنترل شود تا بدین وسیله هر نوع فعالیت عضلانی که ممکن بود سبب تغییر در فعالیت عضلانی شود، کنترل گردد بنابراین می توان گفت که تغییرات مشاهده شده در انحنا ناشی از اثرات مداخله AH است. به نظر می رسد که این مداخله توانست با فراخوانی عضله عرضی شکم روی وضعیت انحنای کمر در هر دو حالت با و بدون لود محوری موثر واقع گردد. بیماران کمردردی به خاطر پوسچرهای عاداتی غلط، پاسخ تطابقی به درد یا رفتارهای اجتنابی ناشی از ترس از درد و حرکت فعالیت عضلانی بزرگ تری در طول فعالیت های عادی زندگی دارند که منجر به لودهای فشاری بزرگ روی ستون فقرات و بافت نرم می شود. این مطالعه نشان می دهد که چگونه پوسچر می تواند به صورت غیرمستقیم از مداخله تاثیر پذیرد. باید ذکر شود که با مداخله AB تغییرات معنی دار نبود (نمودار ۱) که شاید به خاطر ماهیت و روند این مداخله باشد که نیازمند مطالعات بیشتر است.

- محدودیت مطالعه و پیشنهادات:

برخی از عوامل از جمله وضعیت سر، لگن و جهت گیری آن نسبت به رانها، اندازه جمعیت مورد مطالعه، روش های نمونه گیری و آماری، استفاده از ابزارهای مختلف برای اندازه گیری لوردوز کمر (MRI، رادیوگرافی، مدل سازی، اینکلینومتر و...) روی یافته های مطالعه تاثیر می گذارند و نیاز به مطالعات بیشتر برای درک مکانیسم اثرات کوتاه مدت این تمرینات بر روی افراد کمردرد مزمن غیراختصاصی احساس می شود. علاوه بر این در فعالیت های دیگر روزمره که لودهای محوری به مدت طولانی روی ستون فقرات اعمال می شود عضلات گلوبال دیگر مثل گلوئوسوس ماگزی موس، لاتی موس دورسی و عضله ایلیو کوستالیس کمری نیز سهیم هستند که ثبت فعالیت آنها برای ارزیابی کامل نیز پیشنهاد می شود.

dynamic spinal stability. Arch Phys Med Rehabil 2005; 86: 216-223.

[14] Tüzün C, Yorulmaz I, Cindaş A, Vatan S. Low back pain and posture. Clin Rheumatol 1999; 18:308-312.

[15] El-RichM, Shirazi-AdlA, Arjmand N. Muscle activity, internal loads, and stability of the human spine in standing postures: combined model and in vivo studies. Spine 2004; 29: 2633-2642.

[16] O'Sullivan P, Dankaerts W, Burnett A, Chen D, Booth R, Carlsen C, Schultz A. Evaluation of the flexion relaxation phenomenon of the trunk muscles in sitting. Spine 2006; 31: 2009-2016.

[17] Dunk NM, Callaghan JP. Lumbar spine movement patterns during prolonged sitting differentiate low back pain developers from matched asymptomatic controls. Work 2010; 35:3-14.

[18] Mork PJ, Westgaard RH. Back posture and low back muscle activity in female computer workers: a field study. Clin Biomech 2009; 24:169-175.

[19] Morl F, Bradl I. Lumbar posture and muscular activity while sitting during office work. J Electromyogr Kinesiol 2013; 23: 362-368.

[20] Muyor JM, López-Miñarro PA, Alacid F. Comparison of sagittal lumbar curvature between elite cyclists and non-athletes. Sci sports 2013; 28: 167-173.

[21] Bressel E, Dolny DG, Vandenberg C, Cronin J B. Trunk muscle activity during spine stabilization exercises performed in a pool. Phys Ther Sport 2012; 13:67-72.

[22] Marshall P, Murphy B. The validity and reliability of surface EMG to assess the neuromuscular response of the abdominal muscles to rapid limb movement. J Electromyogr Kinesiol 2003; 13: 477-489.

[23] Dolan P, Adams MA, Hutton WC. Commonly adopted postures and their effect on the lumbar spine. Spine 1988; 13:197-201.

[24] Liebenson C. Abdominal exercises made simple-Part III: self-care. J Bodyw Mov Ther 2008; 12: 37-39.

[25] Liebenson C. A modern approach to abdominal training-Part III: putting it together. J Bodyw Mov Ther 2008; 12:31-36.

[26] Hall L, Tsao H, Macdonald D, Coppieters M, Hodges PW. Immediate effects of co-contraction training on motor control of the trunk muscles in people with recurrent low - back pain. J Electromyogr kinesiol 2009; 19:763-773.

[27] Naseri M, Ahmadi A, Gharegoli K, Nabavi M, faghizadeh S, Ashtarian N, et al. A double blind, placebo-controlled, crossover study on the effect of MS, an herbal-marine drug, on quality of life in patients with multiple sclerosis. J Med Plants Res 2009; 3: 271-275.

[28] Stevens VK, Coorevits PL, Bouche KG, Mahieu NN, Vanderstraeten GG, Danneels LA. The influence of specific training on trunk muscle recruitment patterns in healthy subjects during stabilization exercises. Man Ther 2007; 12:271-279.

[29] Dehghan Menshavi F, ParnianPour M, Sarraf Zade J, Kazemzhad A. Evaluation of abdominal hollowing maneuver on abdominal muscle thickness. Pazhouhandeh 2010; 71:233-239. (Persian).

[30] Butler HL, Hubley-Kozey CL, Kozey JW. Changes in trunk muscle activation and lumbar-pelvic position associated with abdominal hollowing and reach during a simulated manual material handling task. Ergonomics 2007; 50:410-425.

[31] Chanthapetch P, Kanlayanaphotporn R, Gaogasigam C, Chiradejnant A. Abdominal muscle activity during abdominal hollowing in four starting positions. Man Ther 2009; 14:642-646.

[32] van Dieën JH, Cholewicki J, Radebold A. Trunk muscle recruitment patterns in patients with low back pain enhance the stability of the lumbar spine. Spine 2003; 28: 834-841.

[33] Hall L, Tsao H, MacDonald D, Coppieters M, Hodges PW. Immediate effects of co-contraction training on motor control of the trunk muscles in people with recurrent low back pain. J Electromyogr Kinesiol 2009; 19:763-773.

[34] Kahrizi S, ParnianPour M, Firoozabadi SM, Karimi H, Kazemzhad A. Static evaluation of external load and trunk posture on trunk muscle recruitment. Iran J Med Phys 2004; 5: 59-68. (Persian).

کاربرد بالینی. به خاطر مزیت‌های فراوان انحنای نرمال

کمر، بیماران کمردردی باید برنامه‌های طولانی‌مدت انجام

مداخله را دنبال کنند تا تاثیرات ماندگارتری را روی

پوسچرشان داشته باشند. مداخله AH برای برگرداندن کنترل

طبیعی سگمنتال در مراحل اولیه توانبخشی و مداخله AB در

مراحل بعدی برای کنترل عمومی عضلات مناسب است.

تشکر و قدردانی

این تحقیق مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد

فیزیوتراپی است و با حمایت مالی دانشکده علوم پزشکی

دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است. نویسندگان مقاله مراتب

قدردانی خود از موسسه فوق اعلام می‌دارند.

منابع

[1] Demoulin C, Crielaard JM, Vanderthommen M. Spinal muscle evaluation in healthy individuals and low-back-pain patients: a literature review. Joint Bone Spine 2007; 74:9-13.

[2] Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Herbert RD, Refshauge K. Specific stabilization exercise for spinal and pelvic pain: a systematic review. Aust J Physiother 2006; 52: 79-88.

[3] Ghaderi F, Ebrahimi Takamjani E, Salavati M, Marofi N. Effects of active spinal stabilization exercise on lumbar muscle performance in sagittal plane in healthy subjects. J Iran Med Sci 2004; 34: 233-276. (Persian).

[4] Richardson CA, Jull GA. Muscle control-pain control. What exercises would you prescribe? Man Ther 1995; 1:2-10.

[5] Hodges PW, Cresswell AG, Daggfeldt K, Thorstensson A. In vivo measurements of the effect of intra-abdominal pressure on the human spine. J Biomech 2001; 34:347-353.

[6] Hodges PW, Richardson CA. Feedforward contraction of transversus abdominis is not influenced by the direction of arm movement. Exp Brain Res 1997; 114: 362-370.

[7] Hodges P, Kaigle Holm A, Holm S, Ekström L, Cresswell A, Hansson T, Thorstensson A. Intervertebral stiffness of the spine is increased by evoked contraction of transversus abdominis and the diaphragm: in vivo porcine studies. Spine 2003; 28:2594-2601.

[8] Kavcic N, Grenier S, and McGill SM. Determining the stabilizing role of individual torso muscles during rehabilitation exercises. Spine 2004; 29:1254-1265.

[9] Tsao H, Hodges PW. Immediate changes in feed forward postural adjustments following voluntary motor training. Exp Brain Res 2007; 181: 537-546.

[10] O'Sullivan PB, Phyt GD, Twomey LT, Allison GT. Evaluation of specific stabilizing exercise in the treatment of chronic low back pain with radiologic diagnosis of spondylolysis or spondylolisthesis. Spine 1997; 22: 2959-2967.

[11] Grenier SG, McGill SM. Quantification of lumbar stability by using 2 different abdominal activation strategies. Arch Phys Med Rehabil 2007; 88:54-62.

[12] Aspden RM. The spine as an arch, a new mathematical model. Spine 1989; 14:266-274.

[13] Davidson KL, Hubley-Kozey CL. Trunk muscle responses to demands of an exercise progression to improve

[39]Crommert ME, Ekblom MM, Thorstensson A. Activation of transversus abdominis varies with postural demand in standing. *Gait Posture* 2011; 33: 473-477.

[40]Pinto RZ, Ferreira PH, Franco MR, Ferreira ML, Ferreira MC, Teixeira-Salmela LF, Maher CG. Effect of 2 lumbar spine postures on transversus abdominis muscle thickness during a voluntary contraction in people with and without low back pain. *J Manipulative Physiol Ther* 2011; 34: 164-172.

[41] Maeo S, Takahashi T, Takai Y, Kanehisa H. Trunk muscle activities during abdominal bracing: comparison among muscles and exercises. *J Sports Sci Med* 2013; 12: 467-474.

[35] Ershad N, Kahrizi S, Firoozabadi SM, Faghieh zadeh S. Evaluation of external load and trunk posture on trunk muscle recruitment in healthy woman. *J Mil Med* 2010; 5: 1093-1099. (Persian).

[36] Tsao H, Galea MP, Hodges PW. Reorganization of the motor cortex is associated with postural control deficits in recurrent low back pain. *Brain* 2008; 131:2161-2171.

[37] Vera-Garcia FJ, Elvira JL, Brown SH, McGill SM. Effects of abdominal stabilization maneuvers on the control of spine motion and stability against sudden trunk perturbations. *J Electromyogr Kinesiol* 2007; 17: 556-557.

[38] Meakin JR, Smith FW, Gilbert FG, Aspden RM. The effect of axial load on the sagittal plane curvature of the upright human spine in vivo. *J Biomech* 2008; 41: 2850-2854.

Short effects of two common stabilization exercise on back and abdominal muscle recruitment and lumbar curvature in non-specific chronic low back pain patients: a crossover clinical trial study

Zahra Yaghoubi (M.Sc)¹, Sedighe Kahrizi (Ph.D)^{*1}, Mohamad Parnian pour (Ph.D)², Soghrot Faghihzadeh (Ph.D)³

1 – Dept. of Physical Therapy, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2 – Dept. of Mechanic Engineering, Sharif University of Technology, Tehran, Iran

3–Dept. of Biostatistic, Tarbiat Modares University, Tehran, and Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

(Received: 3 Feb 2013; Accepted: 20 Jan 2014)

Introduction: The purpose of this study was to investigate shorts effects of two common stabilization exercises the Abdominal Hollowing (AH) and the Abdominal Bracing (AB) on abdominal and back muscle recruitment and behavior of lumbar curvature in static standing tasks.

Materials and Methods: In this crossover randomized clinical trial study (RCTs), 30 male (mean age 27/7) with NS-CLBP by convenience sampling were randomly allocated to 3 equal size groups (2 interventions and one control group). Before and immediately after stabilization training (AH and AB), lumbar curvature and surface EMG activity from abdominal and back muscle was simultaneously recorded, in functional task that contain static standing with and without axial loading (12kg weight).

Results: In static standing without axial loading, high EMG activity of local muscle was observed in the AH group and a significant reduction in erector spine (ES) and rectus abdominis (RA) activity in the AB groups. Meanwhile, in regards with axial loading, a reduction of TrA/IO in the AH groups and aslo ES with RA in the AB groups was seen ($P<0.05$). Lumbar curvature was surprisingly increased 2 degree after AH intervention and significantly decreased with axial loading ($P<0.05$).

Conclusion: Short effects of stabilization training with transferred to untrained tasks have ability to effect on curvature and sequentially on posture.

Keywords: Abdominal hollowing, Abdominal bracing, Lumbar curvature, Posture, Chronic low back pain

*Corresponding author. Fax: +98 21 82884555 Tel: +98 21 82884511
kahrizis@modares.ac.ir

How to cite this article:

Yaghoubi Z, Kahrizy S, Parnian Pour M, Faghihzade S. Short effects of two common stabilization exercise on back and abdominal muscle recruitment and lumbar curvature in non-specific chronic low back pain patients: a crossover clinical trial study. koomesh. 2014; 15 (4) :511-521

URL http://koomeshjournal.semums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1897-1&slc_lang=fa&sid=1