Original Article

Comparing the effect of low-power laser therapy with methylprednisolone injection in unilateral plantar fasciitis

Zamani B[1*], Hadizadeh-Moghdam M[2], Moravveji SA[3]

1- Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
2- Student Research Committee, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
3- Trauma Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

Received May 14, 2013; Accepted October 26, 2013

Abstract:

Background: Plantar fasciitis accounts for 11 to 15 percent of foot pain in adults. Although an injection of corticosteroids is a common treatment in plantar fasciitis, it has side effects and short-term pain relief. Therefore, this study aimed to compare the effect of low-power laser therapy (LPLT) with methylprednisolone injection in unilateral plantar fasciitis patients.

Materials and Methods: In this clinical trial study, 40 patients with unilateral plantar fasciitis were randomly allocated into two groups (n=20). In the first group, 40 mg of prednisolone was locally injected and the second group received LPLT in 10 sessions. Levels of pain and morning stiffness were evaluated.

Results: Forty-two percent of cases were male and 57.5% female. Fifty-five percent of the patients had right and 45% had left foot fasciitis. The mean age of the patients was 52.98 years and the disease duration was 32.38 weeks. In men pain was seen more in the right foot and in women in left foot. Duration of pain in women with plantar fasciitis was more than the men. The effect of the two therapies on morning stiffness and pain reduction was the same in both groups. Moreover, pain reduction measured by visual analogue scale had a similar effect during the study in both groups.

Conclusion: LPLT like corticosteroid injection has significant effect on the intensity and duration of pain and morning stiffness in plantar fasciitis and can be used as an alternative to corticosteroid injection.

Keywords: Plantar fasciitis, Low-power laser, Local corticosteroid injection

* **Corresponding Author.**
Email: batol_zamani2007@yahoo.com
Tel: 0098 361 555 0026
Fax: 0098 361 555 8900
IRCT Registration NO: IRCT20111024787 N1 Conflict of Interests: ***No***
Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences January, 2014; Vol. 17, No 6, Pages 545-552

Please cite this article as: Zamani B, Hadizadeh Moghdam M, Moravveji SA. Comparing the effect of low-power laser therapy with methylprednisolone injection in unilateral plantar fasciitis. ***Feyz*** 2014; 17(6): 545-52.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-19]

مقایسه اثر درمانی لیزر کم‌توان با تزریق متیل پردنیزولون موضعی در درمان پلانتار فاشئیت یک‌طرفه

بتول زمانی [1*]، مهدی هادی‌زاده مقدم [2]، سید علیرضا مروجی [3]

خلاصه:

سابقه و هدف: فاشئیت پلانتار عامل ۱۱ تا ۱۵ درصد درد پا در بزرگ‌سالان است. تزریق کورتیکواستروئید یک درمان شایع برای فاشئیت پلانتار است که علاوه بر داشتن اثر درمانی کوتاه‌مدت دارای عوارض نیز می‌باشد. این مطالعه با هدف مقایسه اثر درمانی لیزر کم‌توان با تزریق متیل پردنیزولون در فاشئیت پلانتار یک‌طرفه صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کارآزمائی بالینی ۴۰ بیمار با فاشئیت پلانتار یک‌طرفه به‌صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره تقسیم شده و در گروه اول ترزیق موضعی ۴۰ میلی‌گرم متیل پردنیزولون و در گروه دوم ۱۰ جلسه لیزرتراپی کم‌توان انجام شد. سپس، میزان درد و خشکی صبحگاهی مورد ارزیابی قرار گرفت.

نتایج: ۴۲/۵ درصد بیماران مرد و ۵۷/۵ درصد زن بودند. ۵۵ درصد فاشئیت راست و ۴۵ درصد چپ داشتند. میانگین سن بیماران ۵۲/۹۸ سال و میانگین طول مدت بیماری ۳۲/۳۸ هفته بود. در مردان بیش‌تر درگیری پای راست و در زنان درگیری پای چپ دیده شد. طول مدت درد در زنان بیشتر از مردان بود. اثر دو نوع درمان بر روی خشکی صبحگاهی و کاهش درد در دو گروه یکسان بود. کاهش درد بر اساس معیار آنالوگ چشمی در دو گروه در طول بررسی اثر مداوم داشت.

نتیجه‌گیری: استفاده از لیزر کم‌توان در فاشئیت پلانتار همانند تزریق موضعی کورتیکواستروئید اثر قابل توجهی در کاهش میزان و مدت درد و نیز خشکی صبحگاهی داشته و می‌تواند جایگزین مناسب برای تزریق موضعی باشد.

واژگان کلیدی: فاشئیت پلانتار، لیزر کم‌توان، تزریق موضعی کورتیکواستروئید

دو ماه‌نامه علمی– پژوهشی فیض، دوره هفدهم، شماره ٦، بهمن و اسفند ۱۳۹۲، صفحات ۵۵۲-۵٤۵

مقدمه

فاشیای پلانتار باند نازک فیبروزی در سطح پلانتار پا می‌باشد که از زائده داخلی توبرکل کالکانئوس منشا گرفته و به قسمت پلانتار جلوی پا متصل می‌شود و ارتباط مکانیکی قوی بین کالکانئوس و انگشتان پا به‌وجود می‌آورد [۳-۱]. فاشئیت پلانتار حدود ۱۱ تا ۱۵ درصد علل درد پا در بزرگسالان را در بر می‌گیرد [۵-٤]. و میزان بروز آن در افراد چاق، ورزشکاران و افراد نظامی بیشتر می‌باشد [۸-٦]. بروز آن از نظر سنی در افراد جوان دونده و بزرگسالان ٤۰ و ٦۰ ساله به اوج می‌رسد [۱۱-۹]. علت بیماری ناشناخته و احتمالا چند عاملی است، و عواملی چون چاقی و مشاغلی که نیاز به ایستادن طولانی دارند و پس‌پلانوس (پروناسیون شدید پا) و دروسی فلکشن کاهش یافته مچ پا و میکروتروماهای مکرر در دونده‌ها، راه رفتن طولانی و استفاده نامناسب از کفش در ایجاد بیماری دخیل هستند [۱٦-۱۲].

فاشیئت پلانتار در نتیجه التهاب باند فیبروز کف پا به‌وجود می‌آید و ممکن است ایدیوپاتیک بوده یا به‌دنبال تروما و یا مرتبط با بیماری‌های التهابی مثل آرتریت روماتوئید و یا اسپوندیلو آرتروپاتی سرونگاتیو باشد [۱۷]. نوع ایدیوپاتیک شایع‌ترین علت درد پاشنه پا می‌باشد و بروز آن در اثر منشا مکانیکی است و با افزایش عامل مکانیکی (مهم‌ترین عامل) بیماری تشدید می‌یابد [۱۸]. تشخیص بیماری به‌طور مشخص بالینی بوده و براساس شرح حال است. درد در هنگام صبح و هنگام تحمل وزن مخصوصا در طی روز با فعالیت بدتر می‌شود. درد به‌صورت سوزشی و مبهم که بیمار آن را به‌صورت فلفل در کفش دارد، توصیف می‌کند. تظاهر پاتوگونومیک بیماری تندرنس در محل اتصال فاسیای پلانتار به توبرکل داخلی کالکانئوس می‌باشد. رادیوگرافی ساده پاشنه پا برای رد کردن شکستگی کالکانئوس و سونوگرافی و ام آر ای جهت تشخیص‌های افتراقی درد پاشنه پا و تایید تشخیص مفید هستند [۲۰-۱۸]. درمان پلانتار فاشئیت به‌طور عمده محافظه کارانه (۹۰ درصد) است و شامل مصرف داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی، تزریق موضعی استروئید، پوشش‌های پاشنه ارتوتیک، الکتروتراپی درمان با امواج شوک خارج از بدن و فیزیوتراپی با تمرینات کششی می‌باشد [۲٦-۲۱]. درمان جراحی در ۱۰ درصد بیماران توصیه می‌شود [۲۷]. تزریق موضعی کورتیکو استروئید از

[1] دانشیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[2] دستیار داخلی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[3] دانشیار، مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

*** نشانی نویسنده مسئول:**

کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، بیمارستان شهید بهشتی

تلفن: ۰۳۶۱۵۵۵۰۰۲۶ **دورنویس:** ۰۳۶۱ ۵۵۵۸۹۰۰

پست الکترونیک: Batol_zamani2007@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۲۴ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۹۲/۸/۴

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-19]

درمان‌های شایع برای درد پاشنه می‌باشد [۲۸]. این درمان تنها منجر به تسکین درد کوتاه‌مدت می‌شود، در ضمن تزریق موضعی کورتیکواستروئید ممکن است با افزایش خطر پارگی فاسیای پلانتار همراه باشد [۲۹،۳۰]. در ۳۰ سال اخیر لیزر با توان کم در درمان آسیب‌های بافت نرم و شرایط دردناک عمومیت پیدا کرده است [۳۱]. لیزر با توان کم در تسریع فرآیند بهبودی زخم، کاهش درد و التهاب و هم‌چنین افزایش سرعت بهبودی صدمات عضلانی اسکلتی استفاده می‌شود [۳۷-۳۲]. علی‌رغم کاربرد، تاثیر آن به‌علت کمبود اطلاعات هنوز مورد سوال است [۳۱]. Krischek و همکاران در مطالعه‌ای تاثیر لیزر با توان کم را در درمان فاشئیت پلانتار بررسی کردند. در این مطالعه درد بیماران تحت درمان با لیزر کم‌توان به‌طور مشخص بهبود یافت [۳۸]. Basford و همکاران نیز اعلام کردند که لیزر کم‌توان گرچه ایمن است، ولی تاثیری در درمان فاشئیت پلانتار ندارد [۳۱]. با توجه عوارض تزریق موضعی کورتیکواستروئید و هم‌چنین تاثیر کوتاه مدت در درد و اینکه لیزر درمانی اقدام درمانی راحت‌تر و با عوارض کمتری می‌باشد، در این مطالعه قصد داریم تاثیر متیل پردنیزولون تزریقی با لیزر کم‌توان را در درمان فاشئیت پلانتار مقایسه کنیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با طراحی کارآزمائی بالینی بعد از اخذ تائیدیه از کمیته اخلاق پزشکی (۲۹/۵/۱/۱۳۹۰/ت) و ثبت در IRCT (N۱۲۰۱۱۱۰۲٤۷۸۷) در کلینیک روماتولوژی بیمارستان شهید بهشتی کاشان صورت گرفت. در این مطالعه ٤۰ بیمار با فاشئیت پلانتار یک‌طرفه که بر اساس شرح حال و معاینه بالینی تشخیص داده شده و بعد از کسب رضایت آگاهانه از تمام بیماران وارد مطالعه شدند. سپس، به‌صورت تصادفی و با در نظر گرفتن اعداد فرد و زوج به دو گروه ۲۰ نفره تقسیم شدند و در گروه اول ۲۰ نفر تحت درمان تزریق موضعی با آمپول متیل پردنیزولون ٤۰ میلی‌گرم (شرکت دارویی ابوریحان) در محل حداکثر درد پاشنه که در سطح تحتانی و داخلی پاشنه می‌باشد، توسط یک نفر فوق تخصص روماتولوژی قرار گرفتند. گروه دوم تحت ۱۰ جلسه لیزرتراپی کم‌توان توسط یک نفر فیزیوتراپیست مجرب با توالی یک روز در میان برای حدود ۱۵ دقیقه در هر جلسه و در محل درد پاشنه قرار گرفتند. مشخصات لیزر مورد استفاده شامل دستگاه لیزر اسکنر با پوشش ۱۰×۱۰ سانتی‌متر و توان یک وات و طول موج ٦۲۰ نانومتر و لیزر هلیوم نئون ساخته شرکت IPO کشور ژاپن بود. قبل از درمان میزان خشکی صبحگاهی و میزان درد بر اساس معیار آنالوگ بینایی درد صفر تا ۱۰۰ میلی‌متر و برآورد خود بیمار و حساسیت در پاشنه و درد در زمان راه رفتن سنجیده شد و در چک لیست ثبت شد. پاسخ به درمان بعد از اتمام دوره درمان با میزان درد بر اساس معیار آنالوگ بینایی درد صفر تا ۱۰۰ میلی‌متر و برآورد خود بیمار و حساسیت و میزان خشکی صبحگاهی در پاشنه و درد در زمان راه رفتن ۱ و ٦ هفته بعد از درمان سنجیده و در چک لیست وارد شد. تمام داده‌های حاصل از تحقیق وارد نرم افزار SPSS شد و به‌وسیله آزمون‌های آماری شامل آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر، من‌ویتنی، ویلکاکسیون، مجذور کای، دقیق فیشر، مک‌نمار و GEE (generalized estimating equation) مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

مطالعه حاضر بر روی ٤۰ بیمار مبتلا به فاشئیت پلانتار مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی انجام گرفت. ۲۰ بیمار تحت لیزر تراپی قرار گرفتند و ۲۰ بیمار با تزریق موضعی متیل پردنیزولون تحت درمان قرار گرفتند. میانگین سنی گروه‌های مورد مطالعه به‌ترتیب ۵۳ (±۷/۷۷) و ۵۲/۹۵ (±۸/۷٦) سال (P=۰/۰۸٦) و میانگین طول مدت درد قبل از درمان نیز در دو گروه فوق به‌ترتیب ۳٦/۲۵ (±۱۹/۰۱) و ۲۸/۵۰(±۲۲/۵) هفته بود (P=۰/۱۲۳). در گروه لیزرتراپی ۵ نفر و در گروه متیل پردنیزولون ۱۲ نفر از بیماران مرد بودند (P=۰/۰٥٤) و هم‌چنین به‌ترتیب ۸ و ۱٤ نفر از دو گروه درگیری پای راست داشتند (P=۰/۱۱۱)، لذا از نظر جنس و نوع پای درگیر نیز گروه‌ها مشابه بودند. با آزمون مک‌نمار مشاهده شد که کاهش خشکی صبحگاهی در گروه لیزر یک هفته پس از درمان (P=۰/۰۰٤) و نیز ٦ هفته پس از درمان (P=۰/۰۱٦) معنی‌دار بوده است. اما در گروه متیل پردنیزولون چنین اثری دیده نشد (به‌ترتیب P=۰/۱۲۵ و P =۰/۳۷۵ در یک و ٦ هفته از درمان). هم‌چنین، درد هنگام راه رفتن و تندرنس در محل پاشنه پا نیز در گروه لیزر در یک و ٦ هفته پس از درمان (P<۰/۰۰۱) کاهش معنی‌داری را نشان داد و در گروه متیل پردنیزولون نیز کاهش علایم فوق در یک (P<۰/۰۰۱) و ٦ هفته پس از درمان (P=۰/۰۰۲ در مورد درد در راه رفتن و P=۰/۰۲۱ در مورد تندرنس) دیده شد. مقایسه بین دو گروه درمانی از نظر خشکی صبحگاهی، تندرنس در محل پاشنه پا و درد در هنگام راه رفتن در یک و ٦ هفته پس از درمان نیز توسط آزمون دقیق فیشر انجام شد و دو گروه دارای اثر مشابهی بر علایم فوق بودند (P>۰/۰٥). مقایسه میزان درد پاشنه

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-19]

پا در مقیاس VAS در هفته‌های یک و ٦ نسبت به قبل از درمان در گروه لیزر با آزمون ویلکاکسون حاکی از کاهش معنی‌دار درد بود (P=۰/۰۰۱) که در گروه متیل پردنیزولون نیز همین نتیجه به‌دست آمد. از طرفی برای مقایسه دو روش بر میزان درد پاشنه پا در مقیاس VAS در زمان‌های یک و ٦ هفته پس از درمان از روش آماری repeated measurement استفاده شد و مقادیر درد قبل از درمان در دو گروه به‌عنوان covariate به‌منظور کنترل اثر آن وارد آزمون آماری شد که با کنترل اثر مخدوش کنندگی مقادیر درد قبل از درمان (P<۰/۰۰۱) و با توجه به عدم وجود اثر متقابل (P=۰/٦۳۷) بین متغیر نوع درمان و فواصل زمانی مطالعه، دیده شد که دو روش تزریق و لیزر دارای اثر مشابهی در کاهش درد نسبت به قبل از درمان در زمان‌های متوالی یک و ٦ هفته پس از درمان هستند (P=۰/۷۹۸) (جدول شماره ۱ و نمودار شماره ۱). هم‌چنین، مقایسه مدت درد پاشنه پا با آزمون ویلکاکسون در گروه لیزر در هفته‌های یک و ٦ نسبت به قبل از درمان کاهش معنی‌دار درد را نشان داد (P=۰/۰۰۱) و در گروه متیل پردنیزولون نیز نتیجه مشابه به‌دست آمد. از طرفی برای مقایسه اثر دو روش بر مدت درد پاشنه پا در زمان‌های یک و ٦ هفته پس از درمان و کنترل اثر مخدوش کنندگی مقادیر درد قبل از درمان در دو گروه به‌عنوان covariate (P=۰/۰۰۹) از روش آماریrepeated measurement استفاده شد. با توجه به وجود اثر متقابل (P=۰/۰۰۹) بین متغیر نوع درمان و فواصل زمانی مطالعه دیده شد که دو روش تزریق و لیزر دارای اثر مشابهی در کاهش مدت درد نسبت به قبل از درمان در هر کدام از زمان‌های یک هفته (P=۰/۵۲۷- آزمون من ویتنی) و ٦ هفته پس از درمان (P=۰/۵۹۲ - آزمون من ویتنی) هستند (جدول شماره ۱ و نمودار شماره ۲). به‌منظور مقایسه دو روش بر خشکی صبحگاهی در یک و ٦ هفته پس از درمان و با لحاظ کردن اثر مخدوش کنندگی وضعیت خشکی صبحگاهی قبل از درمان (P=۰/۰۰٦)، با استفاده از آزمون GEE (Generalized Estimating Equation) دیده شد که دو روش درمانی تفاوت معنی‌دار آماری با هم ندارند (P=۰/٦۲۳) (جدول شماره ۲).

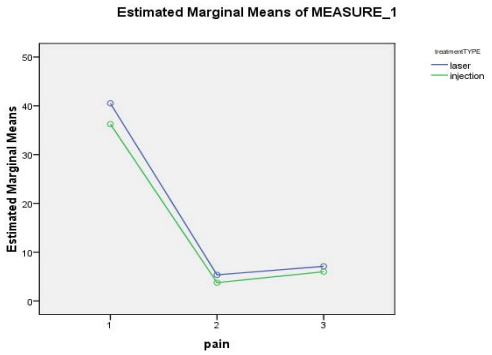
جدول شماره ۱- مقایسه تاثیر دو روش بر میزان و مدت درد پاشنه پا

متغیر	گروه‌های مورد مطالعه	$\overline{X} \pm SD$ قبل از درمان	یک هفته پس از درمان	٦ هفته پس از درمان	P اثر متقابل بین زمان و نوع دارو	P مقایسه نهایی دو دارو
میزان درد پاشنه (مقیاس VAS)	لیزر	٤۰/۵±۲۳/۳	۵/۳±٦/۷	۷/۱±۹/۸	۰/٦۳۷	P=۰/۷۹۸
	متیل پردنیزولون	۳٦/۲±۲٤/۱	۳/۷ ± ۷/٦	٦±۸/۵		
مدت درد پاشنه	لیزر	۷/۵±۵/۹	۰/ ۸۵±۲/٤	۱/۵±۲/۸	۰/۰۰۹	P=۰/۵۲۷ (یک هفته از درمان)
	متیل پردنیزولون	٤/۹±٦/٦	۰/۲±۰/٦	۰/۹±۲/۳		P=۰/۵۹۲ (شش هفته از درمان)

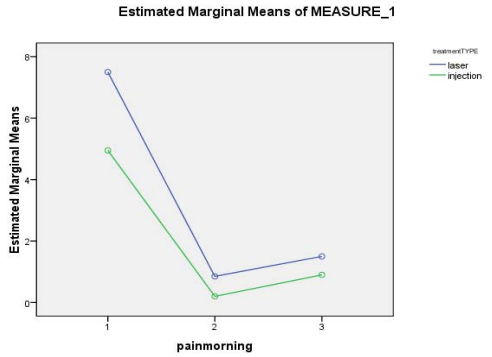
جدول شماره ۲- مقایسه تاثیر دو روش بر خشکی صبحگاهی با استفاده از آزمون Generalized Estimating Equation

	B	Std. Error	95% Wald CI		تست فرضیه		
			حداقل	حداکثر	Wald Chi-Square	df	P
گروه دارویی	-۰/٤٦۲	۰/۹٤۰۱	-۲/۳۰۵	۱/۳۸۰	۰/۲٤۲	۱	۰/٦۲۳
خشکی صبحگاهی	-۳/۰٦۳	۱/۱۲۲۱	-۵/۲٦۲	-۰/۸٦٤	۷/٤۵۱	۱	۰/۰۰٦
(Intercept)	-۰/۵۸٦	۰/۷۹۰۷	-۲/۱۳٦	۰/۹٦٤	۰/۵۵۰	۱	۰/٤۵۸

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-19]



نمودار شماره ۱- مقایسه تاثیر دو دارو بر روی میزان درد پاشنه در گروه‌های مطالعه. محور افقی هفته‌های درمان را نشان می‌دهد، ۱= قبل از درمان، ۲=۱ هفته پس از درمان ۳= ٦ هفته پس از درمان، محور عمودی مقیاس VAS برای درد را نشان می‌دهد.



نمودار شماره ۲- مقایسه تاثیر دو دارو بر روی میانگین مدت درد پاشنه در گروه‌های مطالعه. محور افقی هفته‌های درمان را نشان می‌دهد، ۱= قبل از درمان، ۲=۱ هفته پس از درمان ۳=٦ هفته پس از درمان، محور عمودی میانگین مدت درد پاشنه را نشان می‌دهد.

بحث

مطالعه حاضر بر روی ٤٠ فرد مبتلا به فاشئیت پلانتار مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان شهید بهشتی کاشان انجام شد. ۲۰ بیمار تحت تزریق موضعی ٤٠ میلی‌گرم متیل پردنیزولون در محل ضایعه قرار گرفتند و ۲۰ بیمار تحت ۱۰جلسه لیزرتراپی با توان کم قرار گرفتند. دو گروه مورد مطالعه از لحاظ مکان درد، میانگین زمان درد و میانگین سنی باهم اختلاف معنی‌داری نداشتند و در دو گروه مورد مطالعه خشکی صبحگاهی بعد از درمان تفاوت معنی‌دار آماری با هم نداشت. اثر دو روش بر خشکی صبحگاهی مشابه بود. هم‌چنین، دو روش تزریق و لیزر دارای اثر مشابهی در کاهش درد نسبت به قبل از درمان و در زمان‌های متوالی یک و ٦ هفته پس از درمان داشتند. تغییرات مقادیر درد بر اساس VAS از هفته ۱ به هفته ٦ در هر کدام از گروه‌ها معنی‌دار نبود و کاهش درد پس از درمان در هرکدام از گروه‌ها طی ٦ هفته روند با ثباتی داشت. به‌علاوه، دو روش تزریق و لیزر دارای اثر مشابهی در کاهش مدت درد نسبت به قبل از درمان در هر کدام از زمان های یک هفته و ٦ هفته پس از درمان داشتند و تغییرات مدت درد بر حسب دقیقه از هفته یک به هفته ٦ در هر کدام از گروه‌ها معنی‌دار نبود و کاهش درد پس از درمان در هر کدام از گروه‌ها طی ٦ هفته نسبت به قبل از درمان روند با ثباتی داشت و به‌طور معناداری درد کاهش یافته بود. آثار درمانی لیرز کم‌توان بر درمان دردهای مزمن سال‌ها است که مورد آزمایش قرار گرفته است. این آثار بر روی درد سندروم تونل کارپال، درد مزمن گردن و کمر و سایر دردهای موسکولواسکلتال مورد آزمایش قرار گرفته است. Dacowicz و همکاران در سال ۲۰۱۱ بر روی ۳۸ بیمار مبتلا به سندروم تونل کارپال مطالعه‌ای انجام دادند که آثار درمانی کاهش درد توسط لیزر کم‌توان را تائید می‌کند [۳۹]. لیزر از طریق جذب در کروموفر و فوتورسپتورها در میتوکندری باعث تولید ATP و بهبود عملکرد سلول می‌شود و از طریق تولید اپیوئید، سروتونین و استیل کولین باعث بهبود درد شده و بر التهاب نیز موثر است [۱۲]. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به کم بودن جامعه آماری و نداشتن گروه کنترل اشاره کرد که قضاوت‌های ما را برای قابل اطمینان بودن نتایج این مطالعه دشوار می‌کند. این تردید با نگاه کردن به مطالعه دیگری که Tascioglu و همکاران در سال ۲۰۱۲ انجام دادند تشدید می‌شود؛ چرا که ایشان مطالعه‌ای بر روی ٦۰ بیمار مبتلا به سندروم تونل کارپال با وجود یک گروه کنترل انجام داده بودند و نتایج آن‌ها نشان داد که تاثیر لیزر کم‌توان بیشتر از دارونما نمی‌باشد [٤٠]. بر روی سایر دردهای مزمن نیز مطالعاتی انجام شده است و نتایج متناقضی به‌دست آمده است. مطالعه Konstantinovic و همکاران آثار درمانی لیزر کم‌توان بر درد مزمن گردن را تایید می‌کند [٤۱]. ولی مطالعه‌ای که توسط Ay و همکاران انجام شده است اثر درمانی این روش را بر روی درد کمر تائید نمی‌کند [٤۲]. در مطالعه‌ای که یگانه و همکاران [٤۳] در سال ۱۳۸۹ بر روی ۱۲٤ بیمار مبتلا به خار پاشنه انجام دادند، بیماران را به دو گروه تقسیم کردند: یک گروه تحت درمان با تزریق موضعی کورتون و گروه دیگر تحت درمان با امواج ماورای صوت قرار گرفتند. مقایسه میانگین درد پس از درمان در دو گروه نشان از تفاوت آماری غیر معنی‌دار در گروه‌ها بود. میانگین درد قبل و بعد از درمان در هر دو گروه به‌صورت درون گروهی با هم مقایسه شدند که تفاوت آماری معنی‌داری با هم داشتند. البته سایر متغیرها مانند خشکی صبحگاهی و مدت درد در این مطالعه بررسی نشده است و بررسی این متغیرها به‌صورت کلی و به‌صورت حذف متغیرهای مخدوش‌کننده، از نقاط قوت مطالعه

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-19]

حاضر است. البته این مطالعه نیز مانند مطالعه ما در تلاش است که جایگزین مناسبی برای تزریق کورتون در بیماران مبتلا به خار پاشنه بیابد و برای این منظور اثرات امواج ماورای صوت را در کاهش میزان درد مناسب می‌داند. در مطالعه مروری که تحریریان و همکاران [٤٤] در سال ۲۰۱۲ انجام داده‌اند، درمان‌های موجود و مطالعات بر روی درمان‌های مختلف بررسی شده است. استراحت، گرما دادن، آیس پک، تزریق کورتون، پدهای پاشنه، استفاده از کفی کفش با خصوصیات آهنربایی، استفاده از قالب برای پا در هنگام راه رفتن، امواج ماورای صوت، تزریق پلاسمای غنی از پلاکت و جراحی به‌عنوان درمان برای خار پاشنه مطرح شده است. در این مطالعه از لیزر کم‌توان نامی برده نشده است. این می‌تواند ناشی از مطالعات اندک در پیرامون این روش درمانی نوین است. در ۱۵ سال اخیر از لیزر کم‌توان برای درمان‌های مختلف استفاده شده است؛ از جمله این درمان‌ها می‌توان به درمان زخم‌های مزمن پا، زخم‌های پای دیابتی، زخم‌های وریدی، زخم‌های بعد از اعمال جراحی، دردهای ماهیچه‌ای، اپی‌کوندیلیت لترال، دردهای مفصل تمپورو ماندیبولار، دردهای پایین کمر، دژنراسیون ماکولار وابسته به سن، دردهای ناشی از نوروپاتی دیابتی، آرتریت روماتوئید و انتزوپاتی کالکانئال پلانتار اشاره کرد. تعداد مطالعات بر روی اثر لیزر کم‌توان روی فاشئیت پلانتار محدود است. Kristi و همکاران [٤٥] مطالعه‌ای بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به فاشئیت پلانتار یک‌طرفه انجام دادند. آنها در مطالعه خود از شدت درد با مقیاس VAS و هم‌چنین از ضخامت فاشیای پلانتار برای بررسی اثربخشی درمان استفاده کردند. ۱۵ بیمار در گروه درمان با لیزر و ۱۵ بیمار در گروه دارونما قرار گرفتند. تفاوت ضخامت فاشیا قبل و بعد از درمان در دو گروه معنی‌دار بوده و زمان درد و خشکی صبحگاهی در گروه درمان کمتر از گروه دارونما بوده است. به‌علاوه، تفاوت میزان درد با مقیاس VAS بین دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است. این‌که این روش درمانی می‌تواند جایگزین تزریق کورتون شود با این مطالعه قابل بررسی نیست. از مزایای مطالعه ما نسبت به این مطالعه حجم نمونه بیشتر، بررسی متغیرهای بیشتر و مقایسه این درمان با تزریق کورتون را می‌توان نام برد. البته بررسی سونوگرافیک ضخامت پاشنه قبل و بعد از درمان می‌توانست بر ارزش مطالعه ما بیافزاید.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که لیزر کم‌توان تا حد زیادی در درمان بیماران مبتلا به فاشئیت پلانتار اثر مشابه با تزریق کورتیکواستروئید موضعی دارد و می‌توان از این روش درمانی کم عارضه‌تر نسبت به تزریق کورتیکواستروئید در درمان فاشئیت پلانتار استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و از طریق طرح تحقیقاتی شماره ۹۰۲۸ انجام شده و برگرفته از پایان‌نامه دستیاری دکتر مهدی هادی‌زاده مقدم می‌باشد. بدین‌وسیله از همکاری این معاونت تشکر به‌عمل می‌آید.

References:

[1] Wearing SC, Smeathers JE, Urry SR, Hennig EM, Hills AP. The path physiology of plantar fasciitis. ***Sports Med*** 2006; 36(7): 585-611.
[2] Mitchell IR, Meyer C, Krueger WA. Deep fascia of the foot: anatomical and clinical considerations. ***J Am Pediatr Med Assoc*** 1991; 81(7): 373–8.
[3] Sarratia SK. Anatomy of the foot and ankle: descriptive, tomography, and functional. Lippincott, New York; 1983.
[4] McCarthy DJ, Gorecki GE. The anatomical basis of inferior calcaneal lesions: a cryomicrotomy study. ***J Am Podiatry Assoc*** 1979; 69(9): 527-36.
[5] Pfeffer G, Bacchetti P, Deland J, Lewis A, Anderson R, Davis W, et al. Comparison of custom and prefabricated orthoses in the initial treatment of proximal plantar fasciitis. ***Foot Ankle Int*** 1999; 20(4): 214-21.
[6] Baxter DE. The heel in sports. ***Clin Sports Med*** 1994: 13(4): 683–93.
[7] Hill JJ Jr, Cutting PJ. Heel pain and body weight. ***Foot Ankle*** 1989; 9(5): 254-6.
[8] Sadat-Ali M. Plantar fasciitis/calcaneal spurs among security forces personnel. ***Mil Med*** 1998; 1 63(1): 56-7.
[9] Furey JG. Plantar fasciitis: the painful heel syndrome. ***J Bone Joint Surg Am*** 1975; 57(5): 672-3.
[10] Lapidus PW, Guidotti FP. Painful heel: report of 323 patients with 364 painful heels. ***Clin Orthop Relat Res*** 1965; 39: 178-86.
[11] Taunton JE, Ryan MB, Clement DB, McKenzie DC, Lloyd-Smith DR, Zumbo BD. A retrospective case-control analysis of 2002 running injuries. ***Br J Sports Med*** 2002; 36(2): 95-101.
[12] Gill LH, Kiebzak GM. Outcome of nonsurgical treatment for plantar fasciitis. ***Foot Ankle Int*** 1996; 17(9): 527-32.
[13] Prichasuk S, Subhadrabandhu T. The relationship of pes planus and calcaneal spur to

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-19]

plantar heel pain. ***Clin Orthop Relat Res*** 1994; (306): 192-6.
[14] Rano JA, Fallat LM, Savoy-Moore RT. Correlation of heel pain with body mass index and other characteristics of heel pain. ***J Foot Ankle Surg*** 2001; 40(6): 351-6.
[15] Riddle DL, Pulisic M, Pidcoe P, Johnson RE. Risk factors for plantar fasciitis: a matched case-control study. ***J Bone Joint Surg Am*** 2003; 85-A(5): 872-7.
[16] Onuba O, Ireland J. Plantar fasciitis. ***Ital J Orthop Traumatol*** 1986; 12(4): 533-5.
[17] Gibbon WW, Long G. Ultrasound of the plantar aponeurosis (fascia). ***Skeletal Radiol*** 1999; 28(1): 21–6.
[18] Akfirat M, Sen C, Günes T. Ultrasonographic appearance of the plantar fasciitis. ***Clin Imaging*** 2003; 27(5): 353–7.
[19] Baxter DE. The heel in sports. ***Clin Sports Med*** 1994; 13(4): 683–93.
[20] Berkowitz JF, Kier R, Rudicel S. Plantar fasciitis: MR imaging. ***Radiology*** 1991; 179(3): 665–7.
[21] Babcock MS, Foster L, Pasquina P, Jabbari B. Treatment of pain attributed to plantar fasciitis with botulinum toxin a: a short term, randomized, placebo-controlled, double-blind study. ***Am J Phys Med Rehabil*** 2005; 84(9): 649–54.
[22] Digiovanni BF, Nawoczenski DA, Malay DP, Graci PA, Williams TT, Wilding GE, et al. Plantar fascia-specific stretching exercise improves outcomes in patients with chronic plantar fasciitis. A prospective clinical trial with two-year follow-up. ***J Bone Joint Surg Am*** 2006; 88(8): 1775–81.
[23] Malay DS, Pressman MM, Assili A, Kline JT, York S, Buren B, et al. Extracorporeal shockwave therapy versus placebo for the treatment of chronic proximal plantar fasciitis: results of a randomized, placebo controlled, Double-blinded, multicenter intervention trial. ***J Foot Ankle Surg*** 2006; 45(4): 196–210.
[24] May TJ, Judy TA, Conti M, Cowan JE. Current treatment of plantar fasciitis. ***Curr Sports Med Rep*** 2002; 1(5): 278–84.
[25] Radford JA, Landorf KB, Buchbinder R, Cook C. Effectiveness of calf muscle stretching for the short-term treatment of plantar heel pain: a randomised trial. ***BMC Musculoskeletal Disord*** 2007; 8: 36–42.
[26] Tsai WC, Wang CL, Tang FT, Hsu TC, Hsu KH, Wong MK. Treatment of proximal plantar fasciitis with ultrasound-guided steroid injection. ***Arch Phys Med Rehabil*** 2000; 81(10): 1416–21.
[27] Hammer DS, Adam F, Kreutz A, Rupp S, Kohn D, Seil R. Ultrasonographic evaluation at 6-month follow-up of plantar fasciitis after extracorporeal shock wave therapy. ***Arch Orthop Trauma Surg*** 2005; 125(1): 6-9.
[28] Crawford F, Thomson C. Interventions for treating plantar heel pain. ***Cochrane Database Syst Rev*** 2003; (3): CD000416.
[29] Acevedo JI, Beskin JL. Complications of plantar fascia rupture associated with corticosteroid injection. ***Foot Ankle Int*** 1998; 19(2): 91-7.
[30] Sellman JR. Plantar fascia rupture associated with corticosteroid injection. ***Foot Ankle Int*** 1994; 15(7): 376-81.
[31] Basford RJ, Malanga AG, Krause AD, Harmsen WS. A randomized controlled evaluation of low intensity laser therapy: Plantar fasciitis. ***Arch Phys Med Rehab*** 1998; 79(3): 249–54.
[32] Chow RT, Barnsley L. Systematic review of the literature of low-level laser therapy (LLLT) in the management of neck pain. ***Lasers Surg Med*** 2005; 37(1): 46–52.
[33] Djavid GE, Mortazavi SMJ, Basirnia A. Low level laser therapy in musculoskeletal pain syndromes: pain relief and disability reduction. ***Lasers Surg Med*** Suppl. 2003; 15: 43.
[34] Gam AN, Thorsen H, Lonnberg F. The effect of low-level laser therapy on musculoskeletal pain: a meta-analysis. ***Pain*** 1993; 52(1):63-6.
[35] Jacobsen FM, Couppe C, Hilden J. Comments on the use of low-level laser therapy (LLLT) in painful musculo-skeletal disorders. ***Pain*** 1997; 73(1): 110–1.
[36] Reddy GK, Stehno-Bittel L, Enwemeka CS. Laser photostimulation of collagen production in healing rabbit Achilles tendons. ***Lasers Surg Med*** 1998; 22(5): 281–4.
[37] Walker J. Relief from chronic pain by low power laser irradiation. ***Neurosci Lett*** 1983; 43(2-3): 339–44.
[38] Krischek O, Rompe JD, Herbsthofer B, Nafe B. Symptomatic low-energy shockwave therapy in heel pain and radiologically detected plantar heel spur. ***Z Orthop Ihre Grenzgeb*** 1998; 136(2): 169-74.
[39] Dakowicz A, Kuryliszyn-Moskal A, Kosztyła-Hojna B, Moskal D, Latosiewicz R. Comparison of the long-term effectiveness of physiotherapy programs with low-level laser therapy and pulsed magnetic field in patients with carpal tunnel syndrome. ***Adv Med Sci*** 2011; 56(2): 270-4.
[40] Tascioglu F, Degirmenci NA, Ozkan S, Mehmetoglu O. Low-level laser in the treatment of carpal tunnel syndrome: clinical, electrophysiological, and ultrasonographical evaluation. ***Rheumatol Int*** 2012; 32(2): 409-15.
[41] Konstantinovic LM, Cutovic MR, Milovanovic AN, Jovic SJ, Dragin AS, Letic MDJ, et al. Low-level laser therapy for acute neck pain with radiculopathy: a double-blind placebo-controlled randomized study. ***Pain Med*** 2010; 11(8): 1169-78.
[42] Ay S, Doğan SK, Evcik D. Is low-level laser therapy effective in acute or chronic low back pain? ***Clin Rheumatol*** 2010; 29(8): 905-10.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-19]

[43] Yeganeh A, Alamaiyan F, Moghtadai M, Shah Hoseini Gh. Comparison of pain severity after Glococoricoid injection and ESWL in plantar fasciitis. ***Anestesia J*** 2011; 1(2): 17-24.
[44] Tahririan MA, Motififard M, Tahmasebi MN, Siavashi B. Plantar fasciitis. ***J Res Med Sci*** 2012; 17(8): 799-804.
[45] Kiritsi O, Tsitas K, Malliaropoulos N, Mikroulis G. Ultrasonographic evaluation of plantar fasciitis after low-level laser therapy: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. ***Lasers Med Sci*** 2010; 25(2): 275–81.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-19]