

Pilates Training on Pulmonary and Endurance Function in Female Patients with Multiple Sclerosis

*Eftekhari E¹

Author Address

1. PhD Exercise Physiology, Assistant professor, Department of Physical Education and Sports Sciences, Faculty of Humanities, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

*Corresponding Author E-mail: e.eftekhari66@gmail.com

Received: 2019 April 14; Accepted: 2019 January 21

Abstract

Background & Objective: Multiple Sclerosis as a neurodegenerative disease by affecting motor neurons could cause decrease muscle strength, endurance, and physical performance. Respiratory muscle weakness could occur in the early phase of the disease, and its complications appear in the advanced phase—this phenomenon as an essential factor, which could influence Pulmonary Functional Capacity. Pilates exercise as a rehabilitation program by focusing on muscle control, strength, core stability, flexibility, posture, and breathing is recommended to multiple sclerosis patients. This research aimed to investigate the effect of Pilates training on Pulmonary Function and Endurance Function in female patients with Multiple Sclerosis.

Methods: This study employed two groups with pre-test and post-test as quasi-experimental research design. The subjects were the female multiple sclerosis patients who were registered in Gholdasht Multiple Sclerosis Center of Najafabad-Isfahan. The participants were 40 female multiple sclerosis patients (age= 33.08±8.88 yrs., BMI= 22.20±4.92 Kg/m²) with Relapsing Remitting and Expanded Disability Status Score 2–6. They were selected by purposive sampling and randomly divided to equal Pilates and Control groups. During the study, five subjects (Pilates=2, Control=3) were excluded from the study. The Pilates group subjects participated in exercise training 3d/week for eight-week. Each session began with a seven-minute warm-up. The main exercise training continued for 30–40 minutes. The main exercises included Hundred, Roll-Up, Roll-Down, and Single Leg Circle movements, and ended with a seven-minute as the cool-down. The intensity of the protocol adjusted to increase. In the first month, one to two sets and in the second month, two to three sets of repetitions (which started with three to four repetitions and gradually increased to reach up to 10) of movements were done. Movements consisted of 10 seconds exercise, 10 seconds rest, 30 seconds rest between each movement, and 60 seconds rest between each set. The Control groups had their usual lifestyle. Respiratory volumes and Peak oxygen uptake were measured before and after the protocol by using MIR SPIROLAB III made by Italy and Six Minutes Walking Distance Test, respectively. Forced Vital Capacity, Forced Expiratory Volume in the first second, Forced Expiratory Flow rate 25–75%, Peak Expiratory Flow rate, Maximal Voluntary Ventilation were measured, and Peak oxygen uptake was predicted by using the equation “Peak oxygen uptake (ml/kg×min)=4.948+[0.023×mean Six Minutes Walking Distance (meter)]” before and after the protocol. Descriptive analysis was adopted for demographic and clinical characteristics and are reported as mean± standard deviation. Kolmogorov-Smirnov test was used for determination of normality of the distribution, and Levene’s test was used to show homogeneity of variance between two-groups before the start of the protocol. The differences among groups were assessed by using analysis of covariance (ANCOVA) test to compare post-tests by considering covariates pre-tests ($p < 0.05$).

Results: Eight-week Pilates training showed significant increase in Forced Vital Capacity ($F=8.44$, $p=0.008$) (4.19%), Forced Expiratory Volume in the first second ($F=6.23$, $p=0.020$) (13.48%), Forced Expiratory Flow rate 25–75% ($F=7.82$, $p=0.011$) (11.00%), Peak Expiratory Flow rate ($F=5.95$, $p=0.023$) (13.16%), Maximal Voluntary Ventilation ($F=6.10$, $p=0.022$) (18.56%), and Peak oxygen uptake ($F=12.99$, $p=0.002$) (5.20%) variables, while there was no significant change in Forced Expiratory Volume / Forced Vital Capacity.

Conclusion: Pilates exercise as a rehabilitation program for these patients can improve some of the parameters related to pulmonary volumes, pulmonary capacities, and Endurance Function. The Endurance Function decreases in multiple sclerosis ambulatory patients and could evaluate easily by using field tests such as Six Minutes Walking Distance Test. Endurance Function has a relationship with Pulmonary Function, so Pulmonary Function could be managed indirectly by improving physical fitness and Endurance Function following exercises such as Pilates.

Keywords: Endurance Function, Pulmonary Function, Pilates, Multiple Sclerosis.

تأثیر تمرین پیلاتس بر عملکرد ریوی و استقامتی در بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروز

*الهام افتخاری^۱

توضیحات نویسندگان

۱. دکتر فیزیولوژی ورزشی، استادیار، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجفآباد، نجفآباد، ایران.
*رایانامه نویسنده مسئول: E.efekharif66@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱ بهمن ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۲۵ فروردین ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: ظرفیت عملکردی از عوامل تأثیرگذار بر عملکرد ریوی است. کاهش توانایی و قدرت انقباضی عضلات اسکلتی، با قدرت انقباضی عضلات تنفسی در ارتباط هستند که در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز مورد بحث است؛ لذا هدف از این پژوهش تأثیر تمرین پیلاتس بر عملکرد ریوی و استقامتی در بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروز بود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود. تعداد ۴۰ آزمودنی (سن=۳۳/۰۸±۸/۸۸ سال، شاخص توده بدن=۲۲/۰۰±۴/۹۲ کیلوگرم بر مترمربع) از آزمودنی‌های واجد شرایط با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به‌طور تصادفی به دو گروه مساوی پیلاتس (n=۲۰) و کنترل (n=۲۰) تقسیم شدند. آزمودنی‌ها در گروه پیلاتس به مدت هشت هفته در برنامه تمرینی شرکت کردند؛ اما گروه کنترل سبک زندگی معمول خود را داشت. در طی مطالعه پنج نفر از آزمودنی‌ها (پیلاتس=۲، کنترل=۳) از مطالعه خارج شدند. اسپرومتری و آزمون شش دقیقه راه رفتن قبل و بعد از پروتکل تمرینی انجام شد. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از SPSS نسخه ۲۰ در سطح معناداری آماری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: هشت هفته تمرین پیلاتس تفاوت معناداری را در متغیرهای ظرفیت حیاتی اجباری، حجم بازدم فعال در ثانیه اول، میانگین جریان بازدمی حداکثر بین ۲۵ تا ۷۵ درصد ظرفیت حیاتی، حداکثر جریان بازدمی، حداکثر تنفس ارادی به‌صورت سریع و عمیق و پیک اکسیژن مصرفی ایجاد کرد ($p<0/05$)؛ درحالی‌که تأثیر معناداری بر نسبت حجم بازدم فعال در ثانیه اول به ظرفیت حیاتی اجباری نداشت.

نتیجه‌گیری: تمرین پیلاتس به‌عنوان برنامه بازتوانی برای این بیماران می‌تواند منجر به بهبود بعضی از پارامترهای مربوط به ظرفیت‌ها و حجم‌های ریوی و عملکرد استقامتی شود. **کلیدواژه‌ها:** عملکرد استقامتی، عملکرد ریوی، پیلاتس، مولتیپل اسکلروز.

بیماری مولتیپل اسکلروز (ام اس)، بیماری مزمن عصبی و نروژنراتیو بوده که با تأثیر بر مسیر اعصاب حرکتی می تواند منجر به کاهش قدرت و استقامت عضلانی و ظرفیت عملکردی گردد و از عوامل تأثیرگذار بر عملکرد ریوی محسوب می شود. کاهش تدریجی حجم ها و ظرفیت های تنفسی در بیماران مبتلا به ام اس نه فقط با کاهش توانایی و قدرت انقباضی عضلات اسکلتی، بلکه با قدرت انقباضی عضلات تنفسی نیز ارتباط دارد (۱). ضعف عضلات تنفسی و کاهش عملکرد ریوی و کم شدن ظرفیت عملکرد حرکتی در همان مراحل اولیه بیماری مشهود است (۲)؛ حتی در مواقعی که شدت ناتوانی حرکتی در بیمار خفیف بوده، اختلال در عملکرد ریه بدون علائم ظاهری گزارش شده است. این اختلال با افزایش مقیاس وضعیت ناتوانی توسعه یافته (EDSS) شدت پیدا می کند و با کاهش ظرفیت عملکردی در بیماران ام اس همراه است (۱). بیماران ام اس که در معرض خطر حمله های رفت و برگشتی هستند، تقریباً شش سال پس از مشاهده اولین پلاک دمیینه شده، دچار نارسایی تنفسی حاد می شوند و مراقبت های خاص و برنامه های بازتوانی می تواند موجب کاهش احتمال این خطرات شود (۳). اختلال و ضعف و خستگی عضلات الگوی تنفسی را تحت تأثیر قرار می دهد که با ضعف و خستگی در عضلات اسکلتی همراه است و در مراحل پایانی بیماری منجر به ناتوانی شدید و مرگ می شود (۲). تحقیقات متعددی تأثیر فعالیت بدنی و ورزش استقامتی و مقاومتی را بر ظرفیت عملکردی و قدرت انقباضی عضلات تنفسی و اصلاح عملکرد ریه نشان داده اند (۴-۶). اصلاح عملکرد ریه به دنبال تمرینات تنفسی در بیماران ام اس گزارش شده است (۸، ۷، ۵، ۴). مطالعه ای مروری نشان داد که تمرین عضلات تنفسی در بیماران ام اس دارای EDSS کمتر، موجب بهبود بیشتری در حداکثر فشار دمی و بازدمی آن ها می شود (۸). پیلاتس به عنوان ورزشی با شدت ملایم و با تأکید بر قدرت، کنترل عضلانی، حفظ موقعیت بدن، تعادل مرکزی و انعطاف پذیری با کنترل تنفس و کنترل انقباض عضلات ناحیه شکم می تواند بر عملکرد قلبی تنفسی تأثیرگذار باشد (۹). باتوجه به کاهش فعالیت بدنی در بیماران ام اس این ورزش می تواند تمرین مناسبی جهت بازتوانی حرکتی برای آن ها محسوب شود؛ اما مطالعه ای مبنی بر تأثیر ورزش پیلاتس بر حجم ها و ظرفیت عملکردی در بیماران ام اس انجام نشده است. باتوجه به تفاوت شدت و نحوه اجرای آن با تمرینات هوازی و نیز با تمرکز تمرین بر نحوه تنفس در این برنامه تمرینی، توجه محقق به این مطالعه معطوف شد که آیا تمرین پیلاتس می تواند تأثیری بر عملکرد ریوی داشته باشد که نشانگری از قدرت انقباضی عضلات تنفسی محسوب می شود.

لذا هدف از این پژوهش تأثیر تمرین پیلاتس بر عملکرد ریوی (با انجام اسپرومتری) و عملکرد استقامتی قلبی تنفسی (با استفاده از آزمون شش دقیقه راه رفتن) در بیماران زن مبتلا به ام اس بود.

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود. معیار ورود به پژوهش براساس معیار مک دونالد^۱، بیمار زن مبتلا به ام اس از نوع رفت و برگشتی با EDSS ۲ تا ۶ در نظر گرفته شد. بیماران، استفاده کننده داروی بتافرون بودند. معیار خروج از مطالعه شامل حمله های رفت و برگشتی، حاملگی، صرع، سرطان و اختلالات ارتوپدیک که انجام حرکات ورزشی برای آن مضر بوده، شد.

تعداد ۴۰ نفر از آزمودنی های واجد شرایط با نمونه گیری هدف مند انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه مساوی پیلاتس (n=۲۰) و کنترل (n=۲۰) تقسیم شدند. آزمودنی ها در گروه پیلاتس به مدت هشت هفته در برنامه تمرینی شرکت کردند؛ اما گروه کنترل سبک زندگی معمول خود را داشت. در طی پژوهش پنج نفر از آزمودنی ها (پیلاتس=۲، کنترل=۳) از مطالعه خارج شدند.

ابزار اندازه گیری

به منظور اندازه گیری وزن و قد در وضعیت ایستاده از وزنه و قدسنج seca Vogel & Halke مدل ۷۶۰۱۰۲۹۰۰۹ ساخت کشور آلمان استفاده شد. برای محاسبه شاخص توده بدن (BMI)^۲ (کیلوگرم بر مترمربع) فرمول زیر به کار رفت.

$$\text{وزن (کیلوگرم)} \\ \text{مجدور قد (مترمربع)}$$

جهت اندازه گیری حجم های تنفسی از دستگاه اسپرومتر MIR SPIROLAB III ساخت کشور ایتالیا استفاده شد. در این پژوهش متغیرهای ظرفیت حیاتی اجباری (FVC)، حجم بازدم فعال در ثانیه اول (FEV₁)، نسبت حجم بازدم فعال در ثانیه اول به ظرفیت حیاتی اجباری (FEV₁/FVC)، میانگین جریان بازدمی حداکثر بین ۲۵ تا ۷۵ درصد ظرفیت حیاتی (۲۵ تا ۷۵ درصد FEF)، حداکثر جریان بازدمی (PEF) و حداکثر تنفس ارادی به صورت سریع و عمیق (MVV) اندازه گیری شد. قبل از انجام آزمون اسپرومتری، روش اجرا به بیماران آموزش داده شد. حداقل سه بار آزمون انجام پذیرفت و ارزش های اندازه گیری شده بیشتر، ثبت گردید. به بیماران توصیه شد شش ساعت قبل از انجام آزمون ورزش نکنند و در روز اجرای آزمون، از پوشیدن لباس های تنگ (موجب محدودیت حرکات تنفسی می شود) و مصرف نوشیدنی های کافئین دار (موجب شل شدن عضلات مجاری تنفسی می گردد) و مصرف غذاهای پرچرب (مانع از بازشدن کامل ریه ها می شود)، اجتناب ورزند.

پیک متوسط اکسیژن مصرفی (VO_{2peak}) با استفاده از آزمون شش دقیقه راه رفتن (6MWD) و ثبت مسافت با استفاده از فرمول $4/98 + (\text{مسافت (متر)} \times 0/23)$ = (میلی لیتر بر کیلوگرم بر دقیقه) "VO_{2peak}" محاسبه شد (۱۰).

برنامه تمرین: گروه پیلاتس، ورزش پیلاتس را در طی هشت هفته متوالی به شکل پیشرونده و به صورت سه جلسه در هفته و به مدت ۴۸

². Body Mass Index

¹. McDonald criteria

تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از SPSS نسخه ۲۰ در سطح معناداری آماری ۰/۰۵ صورت گرفت. از آمار توصیفی برای توصیف داده‌های دموگرافیک و بالینی با عنوان میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. به منظور تعیین توزیع نرمال، آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف و برای تعیین همگنی واریانس‌ها، آزمون لوین به کار رفت. از آزمون تی مستقل جهت نشان دادن تفاوت بین پیش‌آزمون‌ها قبل از انجام پروتکل تمرینی و از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) برای تعیین اختلاف پس‌آزمون‌ها استفاده شد.

۳ یافته‌ها

با استفاده از آزمون تی مستقل برای ۲۵ نمونه اولیه، بین دو گروه پیلاتس (۱۳) و کنترل (۱۲) شرکت‌کننده در تحقیق، تفاوت معناداری در متغیرهای سن و وزن و شاخص توده بدن در پیش‌آزمون مشاهده نشد. ویژگی دموگرافیک آزمودنی‌ها به همراه نتیجه آزمون در جدول ۱ آمده است.

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تنفسی قبل و بعد از هشت هفته تمرین پیلاتس و مقایسه میانگین‌های پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بین دو گروه پیلاتس و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

ساعت استراحت بین جلسات انجام داد. برنامه تمرین باتوجه به ظرفیت عملکردی بیمار، تعادل و جلوگیری از هیپرترمی، خستگی و حمله‌های رفت و برگشتی طراحی شد. آغاز هر جلسه با هفت دقیقه گرم کردن شامل دو تکرار ۱۵ تا ۳۰ ثانیه‌ای از حرکات تنفس، آزادسازی، به پشت دراز کشیدن، چرخش دست، آزادسازی لگن، چرخش ستون فقرات، کشش گربه، بلند کردن لگن، جدا کردن کتف، بلند کردن سر و بالا بردن شانه بود.

تمرین اصلی به مدت ۳۰ دقیقه انجام شد و یک ست ده تکرار از تمرین پیلاتس هاندرد، دو تا سه ست ۸ تا ۱۰ تکرار از حرکات رول آپ، رول دان و دایره زدن با یک پا را در بر گرفت. زمان بندی شامل ۱۰ ثانیه تمرین، ۱۰ ثانیه استراحت، ۳۰ ثانیه استراحت بین هر تمرین و ۶۰ ثانیه استراحت بین هر ست بود. تعداد تکرارها و ست‌ها باتوجه به توانایی فردی آزمودنی‌ها در طول هشت هفته به تدریج افزایش یافت. سرد کردن همانند گرم کردن اجرا شد. گروه کنترل به سبک زندگی معمول خود ادامه داد.

این مطالعه با حمایت مرکز ام اس گلدهشت نجف آباد انجام پذیرفت. شرکت کنندگان در این تحقیق افراد ثبت نام شده در مرکز ام اس گلدهشت نجف آباد بودند. روند اجرای پژوهش برای همه شرکت کنندگان توضیح داده شد. همچنین رضایت نامه شرکت در مطالعه توسط شرکت کنندگان داوطلب امضا گردید.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها در دو گروه پیلاتس و کنترل و مقایسه پیش‌آزمون بین دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل

متغیرها	گروه پیلاتس میانگین±انحراف استاندارد	گروه کنترل میانگین±انحراف استاندارد	مقدار T	مقدار p
سن (سال)	۳۴/۴۶±۷/۲۹	۳۱/۴۱±۸/۸۹	۱/۱۲	۰/۳۰۰
وزن (کیلوگرم)	۵۸/۹۲±۱۲/۰۲	۶۳/۷۰±۱۲/۳۵	۰/۰۳	۰/۸۵۰
شاخص توده بدن (کیلوگرم بر مترمربع)	۲۴/۳۸±۵/۳۶	۲۴/۶۶±۴/۶۴	۰/۴۳	۰/۵۱۵

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تنفسی دخیل در عملکرد ریوی و استقامتی قبل و بعد از هشت هفته تمرین پیلاتس به همراه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین‌های پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	مقدار F	مقدار p	ضریب اتا	توان آماری
FVC (لیتر)	پیلاتس	۳/۴۷±۰/۸۵	۳/۶۱±۰/۹۰	۸/۴۴	۰/۰۰۸*	۰/۲۷	۰/۷۹
	کنترل	۳/۳۶±۰/۵۸	۳/۲۰±۰/۵۱				
FEV ₁ (لیتر بر ثانیه)	پیلاتس	۲/۱۹±۰/۴۸	۲/۴۸±۰/۵۳	۶/۲۳	۰/۰۲۰*	۰/۲۲	۰/۶۶
	کنترل	۲/۳۴±۰/۵۱	۲/۳۶±۰/۴۳				
FEV ₁ /FVC (درصد)	پیلاتس	۶۳/۶۹±۸/۷۵	۶۹/۵۹±۷/۴۵	۰/۲۶	۰/۶۱۰	۰/۰۱	۰/۰۷
	کنترل	۷۰/۰۰±۱۲/۰۰	۷۳/۷۵±۷/۷۲				
FEF ۷۵ تا ۲۵ درصد (لیتر بر دقیقه)	پیلاتس	۲/۶۶±۰/۶۳	۲/۸۹±۰/۵۶	۷/۸۲	۰/۰۱۱*	۰/۲۶	۰/۷۶
	کنترل	۲/۸۱±۰/۵۴	۲/۷۱±۰/۵۱				
PEF (لیتر بر ثانیه)	پیلاتس	۴/۵۹±۱/۳۸	۵/۰۷±۱/۳۰	۵/۹۵	۰/۰۲۳*	۰/۲۱	۰/۶۴
	کنترل	۴/۹۲±۰/۸۲	۴/۹۲±۰/۹۳				
MVV (لیتر بر دقیقه)	پیلاتس	۵۹/۶۶±۱۸/۲۷	۶۹/۶۲±۱۸/۶۲	۶/۱۰	۰/۰۲۲*	۰/۲۱	۰/۶۵
	کنترل	۶۴/۳۸±۱۴/۷۵	۶۵/۱۷±۱۵/۰۸				
VO _{2peak} (میلی لیتر بر کیلوگرم بر دقیقه)	پیلاتس	۲۷/۲۹±۵/۳۲	۲۸/۴۹±۴/۵۹	۱۲/۹۹	۰/۰۰۲*	۰/۳۷	۰/۹۳
	کنترل	۲۶/۸۲±۳/۹۲	۲۶/۵۸±۴/۴۰				

نتایج مطالعه نشان داد که هشت هفته تمرین پیلاتس تفاوت معناداری را در متغیرهای FVC ، FEV_1 ، FEV_1 تا ۷۵ درصد، PEF ، MVV و VO_{2peak} ایجاد می‌کند ($p < 0.05$)؛ درحالی‌که تأثیر معناداری بر FEV_1/FVC نداشت.

۴ بحث

تحقیقات متعددی در زمینه انواع فعالیت‌های ورزشی از جمله تمرینات هوازی و قدرتی و تمرینات عضلات تنفسی بر عملکرد حرکتی و ریوی در بیماران ام‌اس انجام شده است (۴، ۵، ۷، ۸، ۱۱، ۱۲)؛ اما تحقیق درباره ورزش پیلاتس به عنوان برنامه بازتوانی حرکتی در بیماران ام‌اس، بسیار محدود بوده و نیز تأثیر آن بر عملکرد ریوی وجود ندارد. نتایج این مطالعه نشان داد که هشت هفته تمرین پیلاتس موجب ۴/۱۹ درصد افزایش در FVC ، ۱۳/۴۸ درصد افزایش در FEV_1 ، ۱۱ درصد افزایش در ۷۵ تا ۱۳/۱۶ درصد، PEF و ۱۸/۵۳ درصد افزایش در MVV و نیز نبود تغییر معنادار در FVC/FEV_1 در بیماران زن مبتلا به ام‌اس شده است. مطالعه‌ای مشابه با این روش تمرینی بر بیماران ام‌اس و ارزیابی عملکرد تنفسی وجود ندارد؛ درحالی‌که تأثیر ورزش پیلاتس بر عملکرد ریوی و بازدمی‌های سالم انجام شده و نشان داده است که دوازده هفته تمرین پیلاتس (دو جلسه در هفته) تأثیر معناداری بر قدرت انقباضی عضلات دم و بازدمی در زنان سالم دارد؛ اما دارای تأثیر معناداری بر عملکرد ریه در مقایسه با گروه کنترل نیست (۱۳). مطالعات مشابهی با پروتکل‌های متفاوت ورزشی بر عملکرد تنفسی در بیماران ام‌اس عنوان شده است. سنجش عملکرد تنفسی در مطالعات با متغیرهای تنفسی متنوعی از جمله حجم‌ها و ظرفیت‌ها و قدرت انقباضی عضلات دمی و بازدمی صورت گرفته است. افزایش معنادار FEV_1 و ۷۵ تا ۷۵ درصد FEF به دنبال ده هفته تمرینات تنفسی دمی در منزل در بیماران ام‌اس (۱۴) و افزایش معنادار PEF به دنبال تمرینات تنفسی بازدمی در بیماران ام‌اس با درجه ناتوانی حرکتی خفیف تا متوسط (۱۵) و افزایش حداکثر فشار دمی و بازدمی به دنبال پنج هفته تمرینات مقاومتی پیشرونده سه بار در هفته و هر جلسه ۳۰ دقیقه بر بیماران ام‌اس با EDSS ۱ تا ۶ گزارش شده است (۵). در پژوهشی مروری و متاآنالیز که روی نه مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با هدف تأثیر تمرین تنفسی بر پارامترهای اسپرومتریک در ۱۴۹ بیمار نورودژنراتیو (مانند ام‌اس) انجام شد، نبود تغییر معنادار FVC و افزایش معنادار FEV_1 (عملکرد تهویه‌ای) و حداکثر فشار دمی و بازدمی را به دنبال تمرینات تنفسی نشان داد (۴). مطالعه‌ای مروری با بررسی تأثیر تمرینات تنفسی روی حجم‌ها و ظرفیت ریوی مشخص کرد که تمرینات عضلات دمی با شدت زیاد در بیماران ام‌اس با شدت ناتوانی حرکتی خفیف تا متوسط، تأثیر مثبت متوسطی را در اصلاح فشار دمی دارد؛ درحالی‌که تمرینات بازدمی تأثیر معناداری را نشان نداد (۱۱).

پروتکل‌های تمرینی متفاوت در مقایسه با گروه کنترل تأثیرات مثبتی را بر اصلاح قدرت عضلات تنفسی و اکثر متغیرهای اسپرومتری نشان داده است که درصد تغییرات بستگی به نوع پروتکل تمرینی و شدت بیماری و سطح عملکرد تنفسی اولیه بیمار مبتلا به ام‌اس دارد؛ به‌طوری‌که شدت تغییرات می‌تواند متأثر از بهبود عملکرد استقامتی

باشد (۱۶). کاهش تحرک و اختلال عضلات اسکلتی منجر به کم شدن حرکات قفسه سینه شده و کاهش حجم قفسه سینه و حجم‌ها و ظرفیت‌های ریوی را در پی دارد (۲). افزایش FVC به دنبال فعالیت‌های هوازی به دلیل بیشتر شدن استقامت عضلات تنفسی است که از افزایش حجم ریه‌ها و حالت الاستیسیته آن‌ها ناشی می‌شود. MVV نیز نشانگری از مقاومت راه‌های هوایی و مقاومت بافت ریه است که افزایش آن همراه با کاهش مقاومت راه‌های هوایی می‌باشد. کاهش معنادار MVV به عنوان شاخص استقامت عضلات دمی-تنفسی گزارش شده که به علت ضعف عضلات تنفسی در بیماران ام‌اس و رابطه معکوس آن با EDSS و طول دوره ابتلا بوده است (۱۷). تفاوت در پروتکل‌های تمرینی، طول دوره تمرین، حجم عضلات به کار گرفته شده در برنامه تمرینی و میزان اولیه متغیرهای اسپرومتریک می‌تواند توجیهی برای تفاوت در میزان تغییرات در متغیرهای اسپرومتریک و تفاوت در نتایج باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که هشت هفته تمرین پیلاتس موجب ۵/۲۰ درصد افزایش در VO_{2peak} می‌شود. مطالعه‌ای مشابه با پروتکل تمرینی پژوهش حاضر (پیلاتس) بر VO_{2peak} در آزمودنی‌های ام‌اس مشاهده نشد؛ اما پروتکل‌های ورزشی دیگری مانند تمرینات تنفسی و مقاومتی پیشرونده وجود داشت که حاکی از افزایش استقامت (آزمون شش دقیقه راه رفتن) و تعادل به دنبال ده هفته تمرینات تنفسی در بیماران ام‌اس بود (۱۲)؛ درحالی‌که نبود افزایش معنادار VO_{2peak} در طی پنج هفته تمرینات مقاومتی پیشرونده بر بیماران ام‌اس با EDSS ۱ تا ۶ گزارش شد. مسافت طی شده در آزمون شش دقیقه راه رفتن افزایش یافت؛ اما این تفاوت معنادار نبود (۵). افزایش VO_{2peak} بیانگر افزایش قدرت عضلات اسکلتی و افزایش سرعت و جابه‌جایی و نیز افزایش استقامت قلبی-عروقی است (۱۸) که با حجم‌ها و ظرفیت‌های ریه ارتباط مستقیم (۴) و با EDSS رابطه معکوس دارد (۱۹). همچنین پژوهشی مروری و متاآنالیز روی نه مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی در ۱۴۹ بیمار نورودژنراتیو (مانند ام‌اس)، نبود تغییر معنادار VO_{2peak} را با استفاده از آزمون شش دقیقه راه رفتن به دنبال تمرینات تنفسی نشان داد (۴)؛ این تناقضات به دلیل تفاوت ماهیت پروتکل تمرینی، تفاوت در عضلات مخطط درگیر در تمرینات ورزشی، طول دوره تمرین و EDSS آزمودنی‌ها است.

باتوجه به تأثیر معنادار این روش ورزشی بر عملکرد ریوی و استقامتی در بیماران مبتلا به ام‌اس، پیشنهاد می‌شود روش مذکور بر آزمودنی‌های مرد نیز انجام شود. از آنجا که نداشتن تعادل از مشکلات این بیماران است، پروتکل‌های تمرینی مشابهی که بیشتر به صورت نشسته یا خوابیده با تمرکز بر قدرت و استقامت عضلات تنه و عضلات تنفسی بوده، جهت بهبود تعادل و آمادگی قلبی-تنفسی برای این بیماران توصیه می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان داد تمرین ورزشی پیلاتس افزون بر تأثیر بر برخی از متغیرهای اسپرومتریک که معرف عملکرد ریوی است، می‌تواند بر استقامت قلبی-عروقی (VO_{2peak}) نیز اثرگذار باشد که به دلیل درگیری عضلات مخطط اندام‌ها علاوه بر عضلات تنه و

عضلات تنفسی در هنگام اجرای برنامه تمرینی است؛ از این رو، این برنامه تمرینی می‌تواند به عنوان برنامه ورزشی مناسب در کنار دارودرمانی برای مدیریت عوارض ناشی از فقر حرکتی به بیماران ام‌اس پیشنهاد شود.

۶ تشکر و قدردانی

از دکتر مسعود اعتمادی‌فر و سرکار خانم پرویزی (مدیریت مرکز ام‌اس گلدشت نجف‌آباد) و بیماران ثبت‌نام‌شده در مرکز ام‌اس گلدشت نجف‌آباد که در اجرای این تحقیق همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Srouf N, LeBlanc C, King J, McKim DA. Lung Volume Recruitment in Multiple Sclerosis. Rojas M, editor. PLoS ONE. 2013;8(1):e56676. doi: [10.1371/journal.pone.0056676](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056676)
2. Levy J, Bensmail D, Brotier-Chomienne A, Butel S, Joussain C, Hugeron C, et al. Respiratory impairment in multiple sclerosis: a study of respiratory function in wheelchair-bound patients. Eur J Neurol. 2017;24(3):497–502. doi: [10.1111/ene.13231](https://doi.org/10.1111/ene.13231)
3. Tzelepis GE, McCool FD. Respiratory dysfunction in multiple sclerosis. Respir Med. 2015;109(6):671–9. doi: [10.1016/j.rmed.2015.01.018](https://doi.org/10.1016/j.rmed.2015.01.018)
4. Ferreira GD, Costa ACC, Plentz RDM, Coronel CC, Sbruzzi G. Respiratory training improved ventilatory function and respiratory muscle strength in patients with multiple sclerosis and lateral amyotrophic sclerosis: systematic review and meta-analysis. Physiotherapy. 2016;102(3):221–8. doi: [10.1016/j.physio.2016.01.002](https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.01.002)
5. Ray AD, Udhoji S, Mashtare TL, Fisher NM. A combined inspiratory and expiratory muscle training program improves respiratory muscle strength and fatigue in multiple sclerosis. Arch Phys Med Rehabil. 2013;94(10):1964–70. doi: [10.1016/j.apmr.2013.05.005](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.05.005)
6. Chen Y-C, Cao J-M, Zhou H-T, Guo X, Wang Y. The effect of loaded deep inhale training on mild and moderate COPD smokers. Int J Clin Exp Med. 2014;7(10):3583–7.
7. Levy J, Prigent H, Bensmail D. Respiratory rehabilitation in multiple sclerosis: A narrative review of rehabilitation techniques. Ann Phys Rehabil Med. 2018;61(1):38–45. doi: [10.1016/j.rehab.2017.06.002](https://doi.org/10.1016/j.rehab.2017.06.002)
8. Martín-Valero R, Zamora-Pascual N, Armenta-Peinado JA. Training of respiratory muscles in patients with multiple sclerosis: a systematic review. Respir Care. 2014;59(11):1764–72. doi: [10.4187/respcare.02881](https://doi.org/10.4187/respcare.02881)
9. Wells C, Kolt GS, Bialocerkowski A. Defining Pilates exercise: A systematic review. Complementary Therapies in Medicine. 2012;20(4):253–62. doi: [10.1016/j.ctim.2012.02.005](https://doi.org/10.1016/j.ctim.2012.02.005)
10. Ross RM, Murthy JN, Wollak ID, Jackson AS. The six minute walk test accurately estimates mean peak oxygen uptake. BMC Pulm Med. 2010;10:31. doi: [10.1186/1471-2466-10-31](https://doi.org/10.1186/1471-2466-10-31)
11. Rietberg MB, Veerbeek JM, Gosselink R, Kwakkel G, van Wegen EE. Respiratory muscle training for multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev. 2017;12:CD009424. doi: [10.1002/14651858.CD009424.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009424.pub2)
12. Pfalzer L, Fry D. Effects of a 10-week inspiratory muscle training program on lower-extremity mobility in people with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. International Journal of MS Care. 2011;13(1):32–42. doi: [10.7224/1537-2073-13.1.32](https://doi.org/10.7224/1537-2073-13.1.32)
13. Jesus LT de, Baltieri L, Oliveira LG de, Angeli LR, Antonio SP, Pazzianotto-Forti EM, et al. Effects of the Pilates method on lung function, thoracoabdominal mobility and respiratory muscle strength: non-randomized placebo-controlled clinical trial. Fisioterapia e Pesquisa. 2015;22(3):213–22. doi: [10.590/1809-2950/12658022032015](https://doi.org/10.590/1809-2950/12658022032015)
14. Fry DK, Pfalzer LA, Chokshi AR, Wagner MT, Jackson ES. Randomized control trial of effects of a 10-week inspiratory muscle training program on measures of pulmonary function in persons with multiple sclerosis. J Neurol Phys Ther. 2007;31(4):162–72. doi: [10.1097/NPT.0b013e31815ce136](https://doi.org/10.1097/NPT.0b013e31815ce136)
15. Chiara T, Martin AD, Davenport PW, Bolser DC. Expiratory muscle strength training in persons with multiple sclerosis having mild to moderate disability: effect on maximal expiratory pressure, pulmonary function, and maximal voluntary cough. Arch Phys Med Rehabil. 2006;87(4):468–73. doi: [10.1016/j.apmr.2005.12.035](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2005.12.035)
16. Rasova K, Havrdova E, Brandejsky P, Zálisová M, Foubikova B, Martinkova P. Comparison of the influence of different rehabilitation programmes on clinical, spirometric and spiroergometric parameters in patients with multiple sclerosis. Mult Scler. 2006;12(2):227–34. doi: [10.1191/135248506ms12480a](https://doi.org/10.1191/135248506ms12480a)
17. Smeltzer SC, Skurnick JH, Troiano R, Cook SD, Duran W, Laviertes MH. Respiratory function in multiple sclerosis. Utility of clinical assessment of respiratory muscle function. Chest. 1992;101(2):479–84. doi: [10.1378/chest.101.2.479](https://doi.org/10.1378/chest.101.2.479)
18. Attar Sayyah E, Hosseini Kakhk SA, Hamedinia M, Pirayesh B. Effect of 8-week combined training on muscle strength, balance and functional capacity of multiple sclerosis patients. J Neyshabur Univ Med Sci. 2016;3(4):27–36. [Persian] <http://journal.nums.ac.ir/article-1-205-en.pdf>
19. Bosnak-Guclu M, Gunduz AG, Nazliel B, Irkec C. Comparison of functional exercise capacity, pulmonary function and respiratory muscle strength in patients with multiple sclerosis with different disability levels and healthy controls. J Rehabil Med. 2012;44(1):80–6. doi: [10.2340/16501977-0900](https://doi.org/10.2340/16501977-0900)