

Intrinsic risk factors for lateral ankle sprain in athletes: A longitudinal study

Sajjad Heydari, Farzaneh Saki⁺, Ali Yalfani

Department of Corrective Exercises and Sport Injuries, Faculty of Sports Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran

(Received: 2020/05/7

Accepted: 2020/08/25)

Abstract

Background: Lateral ankle sprains are one of the most common injuries in athletes. However, there is little information about the risk factors of this injury. The aim of the present study was to determine prospectively intrinsic risk factors for lateral ankle sprains in athletes.

Methods and materials: A longitudinal study was carried out on 152 male athletes recruited from clubs in Hamadan province by first completing a personal information registration form at the beginning of the season. Then, their height, weight, body mass index, hip abductor, hip extensor, ankle evertor, and invertor muscle strength were measured. The participants played and practiced for 20 months. Lateral ankle injuries were registered during 20 months and exposure to sport was recorded. Since the dependent variable was grouped (presence or absence of sprain), logistic regression was used to analyze the data ($p \leq 0.05$).

Results: A total of 34 new ankle sprain injuries were recorded in total training sessions and competitions, which was equivalent to 0.804 injuries per 1000 hours of play and training. The results of logistic regression showed that age ($P = 0.04$, $OR = 1.040$), height ($P = 0.03$, $OR = 1.024$), weight ($P = 0.05$, $OR = 1.008$), body mass index ($P = 0.04$, $OR = 1.077$), invertor muscles strength ($P = 0.00$, $OR = 1.091$), evertor muscles strength ($P = 0.03$, $OR = 1.051$), and previous injury history ($P = 0.001$, $OR = 51.016$) are significantly associated with the incidence of ankle sprain injury. According to the results of regression analysis and ROC curve, the history of previous injury was introduced as the main predictor of ankle sprain.

Conclusions: It seems that previous injury history, age, height, weight, and body mass index can predict lateral ankle sprain. These results can help coaches and players prevent this injury in the future.

Keywords: Ankle injuries; Risk factor; Prospective study; Athlete

*Corresponding author: Farzaneh Saki

Email: f_saki@basu.ac.ir

ریسک فاکتورهای درونی اسپرین جانبی مچ پا در ورزشکاران: مطالعه طولی

سجاد حیدری، فرزانه ساکی*، علی یلفانی

گروه حرکات اصلاحی و آسیب شناسی ورزشی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

دریافت: ۱۳۹۹/۲/۱۸

پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۴

چکیده:

سابقه و هدف: اسپرین های جانبی مچ پا یکی از رایج ترین آسیب ها در ورزشکاران است. اطلاعات اندکی در زمینه ریسک فاکتورهای این آسیب وجود دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین ریسک فاکتورهای درونی اسپرین جانبی مچ پا در ورزشکاران است.

روش مطالعه: مطالعه حاضر از نوع مطالعات طولی است. آزمودنی های این تحقیق، ۱۵۲ پسر ورزشکار از ورزشکاران باشگاهی استان همدان بودند. آزمودنی ها فرم ثبت مشخصات فردی، اطلاعات پزشکی را ابتدای فصل تکمیل نمودند. سپس متغیرهای قد، وزن، شاخص توده بدنی، قدرت عضلات ابدکتور و اکستنسور ران و قدرت اینورتورها و اورتورها مچ پا اندازه گیری شد. ورزشکاران برای مدت ۲۰ ماه به بازی و تمرین پرداختند و به صورت هفتگی برای ثبت گزارش آسیب مورد بررسی قرار گرفتند. به دلیل اینکه متغیر وابسته بصورت گروه بندی (بروز یا عدم بروز اسپرین) است، برای تحلیل داده ها از رگرسیون لجستیک استفاده شد ($P \leq 5/0$).

یافته ها: در مجموع کل جلسات تمرینی و مسابقه ۳۴ آسیب اسپرین جدید مچ پا ثبت شد که این مقدار معادل $0/804$ آسیب به ازاء هر ۱۰۰۰ ساعت بازی و تمرین بود. نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که سن ($OR=1/040$ $P=0/04$)، قد ($OR=1/024$ $P=0/03$)، وزن ($OR=1/008$ $P=0/05$)، شاخص توده بدنی ($OR=1/077$ $P=0/04$)، قدرت عضلات اینورتور ($OR=1/091$ $P=0/00$)، قدرت عضلات اورتور ($OR=0/03$ $P=1/05$) و سابقه آسیب قبلی ($OR=51/016$ $P=0/00$) با بروز آسیب اسپرین مچ پا ارتباط معناداری دارند. طبق نتایج آنالیز رگرسیون و منحنی ROC سابقه آسیب قبلی به عنوان شاخص اصلی پیش بینی کننده اسپرین مچ پا معرفی شد.

نتیجه گیری: بنظر می رسد که ریسک فاکتورهای آسیب قبلی، سن، قد، وزن و BMI می توانند اسپرین جانبی مچ پا را پیش بینی کنند. این نتایج می تواند به مربیان و بازیکنان برای پیشگیری از این آسیب در آینده کمک کند.

واژگان کلیدی: آسیب های مچ، ریسک فاکتور، مطالعه آینده نگر، ورزشکار

مقدمه:

با ممکن است با ناتوانی طولانی مدت همراه باشد. اگر این آسیب برای بیشتر از شش ماه طول بکشد می تواند باعث ایجاد بی ثباتی مزمن مچ پا شود (۵). به طوری که محققان گزارش کردند بیش از ۴۰ درصد اسپرین های مچ پا منجر به ناپایداری مزمن مچ پا می شود که این عامل به نوبه خود می تواند منجر به استئوآرتریت^۲ مچ پا شود (۶). سالانه هزینه های درمانی مستقیم و غیرمستقیم زیادی برای آسیب های لیگامانی مچ پا تخمین زده شده است. گزارش شده است، ۷۳ درصد از آسیب های اسپرین مچ پا در افرادی که دارای

آسیب های مفصل مچ پا یکی از شایع ترین آسیب هایی است که در ورزش رخ می دهد (۱). در میان مفاصل بدن، مچ پا به دلیل تحمل وزن بدن و تنوع حرکات از اهمیت خاصی برخوردار است (۲). خیام باشی و همکاران (۲۰۱۵) گزارش کردند که حدود ۲۵ درصد از کل آسیب های ورزشی به مچ پا مربوط می شود (۳). در یک مطالعه مروری آسیب مچ پا با شیوع ۳۴ درصد، بیشترین میزان آسیب را در بین بخش های مختلف بدن به خود اختصاص داد (۴). آسیب های اسپرین^۱ مچ

2 Osteoarthritis-OA

1 Ankle Sprain

نویسنده مسئول: فرزانه ساکی

پست الکترونیک: f_saki@basu.ac.ir

مورد نظر را داشته باشند. تحقیق حاضر در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد IR.UMSHA.REC.1396.839 ثبت و تایید شد. در ابتدا، فرم رضایت‌نامه توسط بازیکنان امضا شد. جهت انجام پژوهش، در ابتدای فصل با حضور در تمرین تیم‌ها، اندازه‌گیری‌های مربوط به متغیرهای سن، قد، وزن، قدرت عضلات ابدکتور و اکستنسور ران، اینورتورها و اورتورها می‌چاپا انجام گردید. به منظور اندازه‌گیری قدرت عضلات، از دستگاه دینامومتر دستی^۳ مدل لافایت ساخت کشور آمریکا استفاده شد (۱۴). برای هر حرکت پنج ثانیه زمان جهت ثبت حداکثر میزان انقباض، از قبل در تنظیمات دستگاه تعیین شده بود سه بار تکرار برای حداکثر انقباض در عضله انجام گرفت و در نهایت میانگین کوشش‌ها در تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت.

برای ارزیابی قدرت اکستنسورهای ران، آزمودنی در وضعیت خوابیده به شکم روی میز معاینه و زانو در وضعیت ۹۰ درجه فلکشن قرار گرفت. برای جلوگیری از حرکات لگن، لگن آزمودنی به وسیله یک نوارچرمی ثابت شد. دینامومتر در انتهای خلفی دیستال ران زیر نوار چرمی قرار گرفت. سپس از آزمودنی خواسته می‌شد ران را در مقابل مقاومت نوارچرمی به اکستنشن ببرد. برای ارزیابی قدرت ابدکتورهای ران، آزمودنی به پهلو روی میز معاینه قرار می‌گرفت به طوری که اندام برتر که ارزیابی می‌شد بالا قرار گیرد. حرکات لگن بوسیله یک نوارچرمی ثابت می‌شد. به آزمودنی آموزش داده شد که اندام مورد آزمون را در صفر درجه ابداکشن قرار دهد. برای حفظ این وضعیت یک حوله رول شده یا یک بالش بین ران‌ها قرار داده شد. دینامومتر بوسیله یک نوارچرمی در قسمت جانبی و بالای اپی‌کندیل خارجی ران ثابت شد. به آزمودنی آموزش داده می‌شد انگشتان پا را به سمت جلو نگه دارد و از خم کردن و چرخش خارجی ران خودداری کند و ابداکشن ران را با حداکثر تلاش انجام دهد (شکل ۱) (۹).

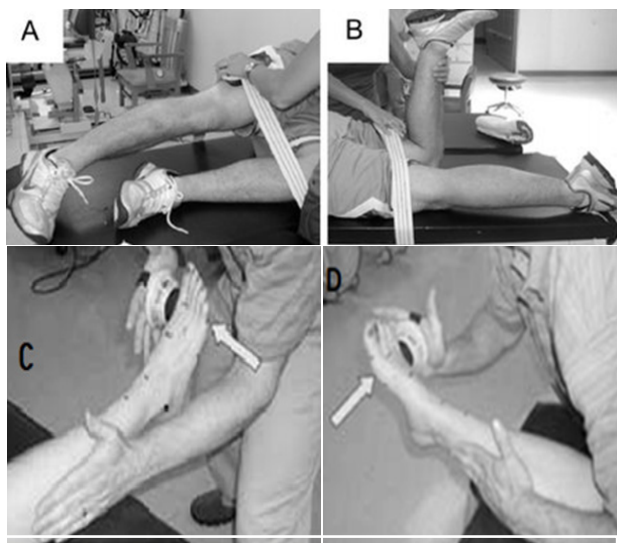
به منظور اندازه‌گیری قدرت عضلات اینورتور و اورتور می‌چاپا، دینامومتر به صورت ثابت توسط آزمونگر، محکم در دست نگه داشته شد (۱۴). برای به دست آوردن حداکثر قدرت اینورتور و اورتورها شخص روی میز در وضعیت نشسته قرار می‌گرفت (ران در حالت خم شدن، و زانو در حالت باز شدن) در حالی که می‌چاپا از میز معاینه عبور می‌کرد. قبل از انجام هر حرکت، از آزمودنی خواسته شد حرکات مورد نظر را بدون دینامومتر انجام دهد و بعد با قرار دادن دینامومتر در محل مناسب، از فرد خواسته شد تا برای یادگیری بهتر انجام حرکات، به محل قرارگیری بالشتک فشار آورد و بعد از آن عمل سنجش قدرت انجام می‌شد، بین هر انقباض ۱۰ ثانیه استراحت داده شد تا فرد دچار خستگی نشود. طی آزمون از فرد خواسته می‌شد به بالشتک دینامومتر با حداکثر نیرو فشار وارد کند. نهایتاً میانگین سه

سابقه آسیب اسپرین قبلی می‌چاپا هستند، رخ می‌دهد. همچنین سابقه پیچ خوردگی می‌چاپا با احتمال پنج برابری آسیب مجدد همراه است (۵). بنابراین اسپرین قبلی می‌چاپا یکی از عواملی است که پتانسیل بروز اسپرین مجدد می‌چاپا را بالاتر می‌برد (۷). نقص و اختلال قدرت عضلات اندام تحتانی در میان افراد با بی‌ثباتی مزمن می‌چاپا گزارش شده است (۸). De Ridder و همکاران (۲۰۱۷) گزارش کردند کاهش قدرت اکستنسورهای ران با میزان بروز اسپرین می‌چاپا در بازیکنان فوتبال ارتباط دارد. کاهش قدرت اکستنسورهای ران ممکن است کنترل پویای مفصل ران را کاهش دهد. حین فرود عضلات اکستنسور ران نقش مهمی در کاهش سرعت مرکز جرم بدن دارند. بنابراین امکان کند کردن مانورهای با سرعت بالا و در نتیجه کاهش و جذب ضربه در بازیکنانی که اکستنسورهای ران ضعیف‌تری دارند محدود می‌شود. اسپرین می‌چاپا معمولاً حین انتقال از وضعیت‌های بارگذاری نشده به وضعیت‌های بارگذاری اتفاق می‌افتد. از آنجا که مفصل می‌چاپا در انتقال این بار ناپایدار است، کاهش شوک و سرعت مرکز جرم توسط انقباضات اکستریک عضلات ران انجام می‌شود. از اینرو بازیکنانی که عضلات ران آنها قدرت کافی ندارد توانایی مقابله با افزایش بارهای می‌چاپا را ندارند (۹). ضعف عضلات نازک‌نئی یک دلیل بالقوه برای بروز ناپایداری عملکردی می‌چاپا است. عضلات نازک‌نئی اورتورهای اصلی می‌چاپا می‌باشند و ضعف این عضلات توانایی کنترل پویای حرکات اینورژن شدید را دچار نقص می‌کند و باعث ایجاد آسیب اسپرین می‌چاپا می‌گردد (۱۰).

ریسک فاکتورهای اسپرین می‌چاپا به طور گسترده در مطالعات متعددی منتشر شده‌اند، این عوامل به طور مرسوم به عوامل درونی^۱ و بیرونی^۲ تقسیم می‌شوند (۱۱-۱۳). ریسک فاکتورهای درونی شامل: سن، جنس، قد، وزن، شاخص توده بدن، آسیب قبلی، استقامت هوازی، تسلط اندام، توان انفجاری اندام تحتانی، انعطاف پذیری، ابعاد اندام، قدرت عضلات، حس عمقی، زمان واکنش، تعادل (کنترل پاسچر)، آناتومی لیگامانی، ویژگی‌های مورفولوژیک و توان بخشی ناکافی. ریسک فاکتورهای بیرونی شامل: سطح رقابت، نوع کفش، استفاده از نوار می‌چاپا (تیپ)، رشته ورزشی و سطح بازی (۵). علی‌رغم اینکه بسیاری از نویسندگان به پیش بینی ریسک فاکتورهای آسیب اسپرین می‌چاپا پرداختند، به هیچ توافقی در پیش‌بینی عوامل خطر درونی اسپرین می‌چاپا نرسیده‌اند، و طرح تحقیق اکثر این مطالعات گذشته نگر بوده است. بنابراین با توجه به شیوع بالای پیچ خوردگی می‌چاپا و تاثیر آن بر ناتوانی افراد و با توجه به هزینه‌های هنگفت اقتصادی این مشکل بر جامعه، هدف تحقیق حاضر پیش بینی آینده‌نگر میزان بروز اسپرین جانبی می‌چاپا به وسیله ریسک فاکتورهای درونی این آسیب در ورزشکاران می‌باشد تا با استفاده از نتایج این پژوهش و تعدیل این ریسک فاکتورها بتوان این آسیب مفصل را به حداقل رساند.

مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر از نوع مطالعات طولی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش ورزشکاران پسر فوتبال، والیبال، بسکتبال و هندبال در سه رده سنی نوجوانان، جوانان و بزرگسالان استان همدان بودند که بصورت تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از نرم افزار جی پاور با از آزمون آماری F (Linear multiple regression)، اندازه اثر ۰/۱۵، آلفای ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۹۰ و تعداد ۱۰ متغیر پیش‌بین ۱۳۶ نفر بدست آمد (نمودار خروجی جی پاور پیوست شده است). که به دلیل ریزش احتمالی نمونه‌ها ۱۵۷ آزمودنی در تحقیق شرکت کردند که پنج بازیکن از حضور در ادامه مطالعه منصرف شدند و در نهایت ۱۵۲ نفر در تحقیق شرکت کردند. شایان ذکر است در پژوهش حاضر محدودیتی برای ورزشکاران با سابقه آسیب اسپرین می‌چاپا وجود نداشت. همچنین در پژوهش حاضر، ورزشکارانی که برای حداقل ۴۸ ساعت به دلیل آسیب‌دیدگی، حداقل یک تمرین یا بازی را از دست داده باشند، آسیب دیده اطلاق شد. همچنین لازم بود که ورزشکاران حداقل دو سال سابقه فعالیت سه روز در هفته و هر جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه در رشته



شکل ۱. نحوه اندازه‌گیری قدرت ابدکتورهای ران (A)، اکستنسورهای ران

(B)، اینورتورهای می‌چاپا (C)، اورتورهای می‌چاپا (D)

3 Muscle Testing System Lafayette Manual

1 Intrinsic risk factor

2 Extrinsic risk factor

پژوهش شرکت کردند. با توجه به مقادیر نمونه می‌توان ادعان کرد که از پیش فرض انجام تحلیل آماری رگرسیون لجستیک که حداقل ۳۰ نفر به ازای هر متغیر مستقل است رعایت شده است و می‌توان این آزمون را اجرا کرد.

در جدول ۳. نتایج به تفکیک سابقه آسیب قبلی و جدید ارائه شده است. در نمونه حاضر وضعیت آسیب قبلی و آسیب جدید ورزشکاران ثبت گردید، که مشاهده شد ۱۱۱ مورد که سابقه آسیب قبلی نداشته آسیب جدید نیز برایشان رخ نداده و ۲۵ مورد نیز که آسیب قبلی داشته اند آسیب جدید نیز برایشان رخ داده است. در مجموع کل جلسات تمرینی و مسابقه، ۳۴ آسیب اسپرین جدید مچ پا ثبت شد که این مقدار معادل ۰/۸۰۴ آسیب به ازاء هر ۱۰۰۰ ساعت بازی و تمرین بود.

جدول ۳: نتایج وضعیت سابقه آسیب قبلی و آسیب جدید نمونه مورد بررسی

آسیب	آسیب جدید		کل
	ندارد	دارد	
آسیب قبلی	ندارد	۹	۱۲۰
	دارد	۲۵	۳۲
کل	۱۱۱	۳۴	۱۵۲

با توجه به نتایج جدول ۴. آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد نسبت بخت ها (OR) در متغیرهای آسیب قبلی (۵۱/۰۱۶)، قدرت عضلات اینورتور مچ پا (۱/۰۹۱)، قدرت عضلات اورتور مچ پا (۱/۱۰۵)، سن (۱/۰۴۰)، قد (۱/۰۲۴)، وزن (۱/۰۰۸) و شاخص BMI (۱/۰۷۷) است که بزرگتر از ۱ بوده و نشان از تاثیر مثبت بر "آسیب دیدگی جدید" دارند همچنین این مقادیر در سطح معنی داری ($P < 0.05$) قرار داشتند. اما متغیرهای سابقه ورزش، قدرت عضلات ابدکتور ران، قدرت عضلات اکستنسور ران، پای برتر نسبت بخت‌ها به ترتیب ۰/۹۵۰، ۰/۸۹۴، ۰/۹۸۷، ۰/۷۲۷ است که نشان از عدم تاثیرگذاری و ارتباط بر میزان آسیب دیدگی جدید دارد.

در جدول شماره ۵ وضعیت پیش بینی مدل رگرسیون لجستیک در قالب جدول ماتریس آشفتگی ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود ۹۴/۹ درصد عدم وجود آسیب دیدگی جدید و ۷۰/۶ درصد وجود آسیب دیدگی جدید با مدل

جدول ۴. نتایج حاصل از آزمون رگرسیون لجستیک برای تاثیر متغیرهای مختلف بر بروز آسیب دیدگی جدید

ضریب بتا	انحراف معیار	آماره والد	p-value	نسبت بخت‌ها (OR)	نتیجه
-۰/۰۵۲	۰/۲۰۰	۰/۰۶۷	۰/۷۹	۰/۹۵۰	سابقه ورزش
-۰/۰۳۹	۰/۰۵۲	۱/۵۶۶	۰/۰۴	۱/۰۴۰	(سن) سال
-۰/۰۲۴	۰/۰۶۲	۰/۰۰۸	۰/۰۳	۱/۰۲۴	قد سانتیمتر
-۰/۰۰۸	۰/۰۸۸	۱/۲۵۲	۰/۰۵	۱/۰۰۸	(وزن) کیلوگرم
-۰/۰۷۴	۰/۲۸۱	۰/۶۹۰	۰/۰۴	۱/۰۷۷	BMI شاخص
-۰/۰۱۶	۰/۰۲۴	۰/۴۷۱	۰/۵۴	۰/۸۹۴	قدرت ابدکتورهای ران (وزن بدن)
-۰/۰۱۳	۰/۰۲۵	۰/۲۶۴	۰/۶۰	۰/۹۸۷	قدرت اکستنسورهای ران (وزن بدن %)
-۰/۱۱۵	۰/۰۴۴	۶/۹۶۲	۰/۰۰	۱/۰۹۱	قدرت اینورتورهای مچ پا (وزن بدن %)
-۰/۱۰	۰/۰۴۸	۴/۳۴۶	۰/۰۳	۱/۱۰۵	قدرت اورتورهای مچ پا (وزن بدن %)
-۰/۳۱۹	۰/۸۹۵	۰/۱۲۷	۰/۷۲	۰/۷۲۷	پای برتر
۳/۹۳۲	۰/۶۶۸	۳۴/۶۰۳	۰/۰۰	۵۱/۰۱۶	سابقه آسیب قبلی
-۹/۰۲۷	۱۱/۰۵۶	۰/۶۶۷	۰/۴۱	۰/۰۰	عرض از مبدا

تکرار به عنوان میزان قدرت در هر حرکت در نظر گرفته شد. در اندازه‌گیری قدرت عضلات اینورتور دینامومتر انتهای استخوان اول کف پا (ابتدای شست) در سمت داخل قرار داده شد و از فرد آزمونگر خواسته می‌شد به بالشتک فشار وارد کند و در اندازه‌گیری قدرت عضلات اورتور با قرار گرفتن پا در وضعیت چرخش به داخل، دینامومتر روی قسمت خارجی استخوان پنجم کف پای قرار داده شد و از فرد خواسته می‌شد که مچ پا را به سمت خارج بچرخاند و بدون حرکت و یا سرخوردن پاشنه و دیگر قسمت‌های اندام تحتانی و در این وضعیت به بالشتک مخصوص دینامومتر فشار بیاورد (شکل ۱) (۱۴).

ورزشکاران برای مدت دو فصل به بازی و تمرین پرداختند. تمامی فعالیت‌های تمرینی بازیکنان از ابتدا تا انتهای فصل در فرم ویژه به صورت روزانه توسط مربی تیم ثبت شد. بعد از جمع آوری داده‌ها از نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۲ جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ (آلفا برابر ۰/۰۵) در نظر گرفته شد. برای بررسی رابطه پیش‌بین متغیرهای مستقل (۱۰ متغیر) و بروز آسیب اسپرین مچ پا از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد. حساسیت، ویژگی و نقطه برش متغیرهای پیش‌بین به وسیله منحنی مشخصه عملکرد سیستم (ROC) تحت ارزیابی قرار گرفت. سطح زیر نمودار این منحنی، میزان احتمال پیش‌بینی وقوع آسیب براساس نقطه برش مشخص را تعیین می‌کند. مساحت سطح زیر نمودار می‌تواند از ۰/۵ تا ۱ متغیر باشد. هر چه این عدد به ۱ نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده کارایی بالاتر آزمون خواهد بود.

نتایج:

نتایج توصیفی در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

جدول ۱. میزان شاخص‌های مورد مطالعه

شاخص	میزان	متغیر
سن (سال)	16.76 ± 5.94	
قد (سانتی‌متر)	165.63 ± 15.33	
وزن (کیلوگرم)	55.16 ± 6.56	
شاخص BMI	19.3 ± 9.75	
سابقه ورزشی (سال)	3.1 ± 6.55	
قدرت ابدکتورهای ران (کیلوگرم)	31.15 ± 8.18	
قدرت اکستنسورهای ران (کیلوگرم)	41.18 ± 8.33	
قدرت اینورتورها (کیلوگرم)	18.8 ± 25.39	
قدرت اورتورها (کیلوگرم)	19.8 ± 45.01	

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها در چهار رشته ورزشی و سه رده سنی بودند. فوتبال ۴۳ نفر، والیبال ۳۶ نفر، بسکتبال ۳۰ نفر، هندبال ۴۳ نفر بودند. همچنین رده سنی نوجوان ۸۸ نفر، جوان ۳۰ نفر و بزرگسال ۳۴ نفر در این

جدول ۲. تعداد و میزان درصد گروه‌های رشته ورزشی و رده سنی

متغیر	گروه	تعداد	درصد
رشته ورزشی	فوتبال	۴۳	۲۸/۳
	والیبال	۳۶	۲۳/۷
	بسکتبال	۳۰	۱۹/۷
رده سنی	هندبال	۴۳	۲۸/۳
	نوجوان	۸۸	۵۷/۹
	جوان	۳۰	۱۹/۷
	بزرگسال	۳۴	۲۲/۴

جدول ۵: نتایج وضعیت دسته بندی (Confusion Matrix)

مصدومیت جدید	میزان	ندارد	دارد	درصد صحیح
آسیب جدید	ندارد	۱۱۲	۶	۱۱۸
آسیب جدید	دارد	۱۰	۲۴	۳۴
درصد صحیح کل		۱۲۲	۳۰	۱۵۲

رگرسیون لجستیک درست پیش بینی شده است که در کل دقت ۸۹/۵ درصدی دارد که نشان از برازش بسیار مناسب مدل دارد.

$$n.p.v = 70/6 \quad \text{و} \quad p.p.v = 94/9$$

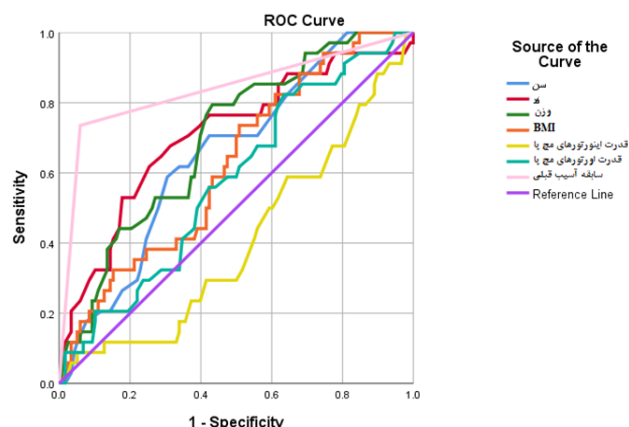
با توجه به جدول ۶ و نمودار ۱، برای بررسی جزئی تر متغیرهایی که بر آسیب دیدگی جدید تاثیر معنی دار دارند، از نتایج نمودار ROC استفاده شد. همانطور که مشاهده می شود، مساحت زیر منحنی مشخصه عملکرد سیستم (ROC) در تمامی متغیرها به جز متغیر "قدرت اینورتورهای مچ پا" بیشتر از ۰/۵ است که نشان دهنده عملکرد مطلوب این متغیرها در پیش بینی آسیب دیدگی است. بنابراین طبق این منحنی آسیب قبلی با سطح زیرمنحنی ۰/۸۳۸ به عنوان شاخص اصلی پیش بینی کننده اسپرین مچ پا معرفی شد. نتایج منحنی ROC نشان از این دارد که برای متغیرهای سن، قد، وزن، BMI و آسیب قبلی می توان نقطه برش و حساسیت و ویژگی مناسب را تعیین کرد که برای متغیر سن در نقطه برش ۱۲/۵، حساسیت ۰/۹۴۱ و ویژگی ۰/۶۶۹ هستند که با توجه به نسبت بخت با اندازه ۱/۰۴۰، می توان گفت ورزشکارانی که سن آن ها بیشتر از ۱۲/۵ است ۱/۰۴۰ برابر بیشتر از ورزشکاران دیگر در معرض آسیب دیدگی هستند و برای متغیر قد در نقطه برش ۱۶۲/۵، حساسیت ۰/۲۳۵ و ویژگی ۰/۴۳۲ است که با توجه به نسبت بخت ۱/۰۲۴ می توان گفت ورزشکارانی که قد آن ها بیشتر از ۱۶۲/۵ است ۱/۰۲۴ برابر بیشتر از ورزشکاران دیگر در معرض آسیب دیدگی هستند. در متغیر وزن با نقطه برش ۷۱، حساسیت ۰/۷۲۵ و ویژگی ۰/۸۹۰ و نسبت بخت ۱/۰۰۸ نشان می دهد افراد با وزن بیشتر از ۷۱ کیلوگرم ۱/۰۰۸ برابر بیشتر از ورزشکاران دیگر در معرض آسیب دیدگی هستند. در متغیر BMI نیز با نقطه برش ۲۲، حساسیت ۰/۶۷۶ و ویژگی ۰/۸۳۱ و نسبت بخت ۱/۰۷۷ نشان دهنده اینست که افراد با شاخص BMI بیشتر از ۲۲، ۱/۰۷۷ برابر بیشتر از ورزشکاران دیگر در معرض آسیب دیدگی هستند. در نهایت برای متغیر آسیب قبلی، در نقطه برش بیشتر از ۰/۵، حساسیت ۰/۷۳۵ و ویژگی ۰/۵۹۹ هستند که با توجه به نسبت بخت با اندازه ۵۱/۰۱۶، می توان گفت ورزشکارانی که آسیب قبلی داشته اند ۵۱/۰۱۶ برابر بیشتر از دیگر ورزشکاران در معرض آسیب دیدگی جدید هستند.

بحث:

طبق منحنی ROC آسیب قبلی به عنوان شاخص اصلی پیش بینی کننده اسپرین مچ پا معرفی شد. با توجه به نسبت شانس با اندازه ۵۱/۰۱۶، می توان گفت ورزشکارانی که آسیب قبلی داشته اند ۵۱/۰۱۶ برابر بیشتر از دیگر ورزشکاران در معرض آسیب دیدگی جدید هستند. این نتیجه با

جدول ۶: سطح زیر منحنی ROC در متغیرهای معنی دار پژوهش

متغیر ها	سطح زیر نمودار	انحراف استاندارد	P-value	فاصله اطمینان	
				کران پایین	کران بالا
سن	۰/۶۵۴	۰/۰۵۰	۰/۰۰	۰/۵۵۶	۰/۷۵۱
قد	۰/۷۰۹	۰/۰۵۳	۰/۰۰	۰/۶۰۵	۰/۸۱۴
وزن	۰/۶۹۸	۰/۰۴۸	۰/۰۰	۰/۶۰۵	۰/۷۹۲
BMI	۰/۶۲۲	۰/۰۵۲	۰/۰۳۰	۰/۵۲۱	۰/۷۲۳
اینورتور مچ پا	۰/۴۰۶	۰/۰۵۵	۰/۰۹۴	۰/۲۹۹	۰/۵۱۳
اورتور مچ پا	۰/۵۷۶	۰/۰۵۳	۰/۱۷۵	۰/۴۷۲	۰/۶۸۱
آسیب قبلی	۰/۸۳۸	۰/۰۴۷	۰/۰۰	۰/۷۴۶	۰/۹۳۰



نمودار ۱. منحنی ROC متغیرهای تاثیر گذار بر آسیب جدید

نتایج برخی از تحقیقات پیشین همسو و با برخی از تحقیقات ناهمسو است. Mansournia و همکاران گزارش کردند ورزشکاران با سابقه آسیب اسپرین قبلی مچ پا ۸/۷۵ برابر بیشتر از سایر بازیکنان در معرض آسیب اسپرین مچ پا هستند (۱۱). Giroto و همکاران به پیش بینی آسیب های اسپرین مچ پا پرداختند و گزارش کردند، ورزشکاران با آسیب اسپرین قبلی مچ پا ۲/۴ برابر بیشتر از سایر ورزشکاران در معرض اسپرین مچ پا هستند (۱۵). نتایج تحقیق Doherty و همکاران نشان داد ۴۰ درصد افرادی که سابقه اسپرین مچ پا داشتند ۱۲ ماه بعد دچار آسیب دیدگی مجدد شدند (۱۶). Pourkazemi و همکاران نیز گزارش کردند افرادی که سابقه اسپرین قبلی مچ پا داشتند ۸/۲۳ برابر بیشتر از افراد سالم در معرض آسیب مجدد هستند (۱۷). در مقابل Pacheco و همکاران ارتباط معنی داری بین بروز اسپرین و سابقه اسپرین قبلی مچ پا مشاهده نکردند (۱۳). همچنین Attenborough و همکاران در بررسی عوامل خطر آسیب اسپرین مچ پا گزارش کردند که بین اسپرین قبلی مچ پا و میزان بروز اسپرین رابطه معنی داری وجود ندارد (۱۸). تفاوت در ویژگی های آزمودنی ها و مدت زمان مطالعه می تواند از دلایل تناقض یافته های مطالعه حاضر و تحقیقات مذکور باشد. در مطالعه Pacheco و همکاران مدت زمان مطالعه محدود به پنج ماه بوده است و همچنین آزمودنی های شرکت کننده در این مطالعه را زنان و مردان تشکیل داده بودند. در تحقیق Attenborough و همکاران مدت زمان مطالعه یک فصل و همچنین آزمودنی های شرکت کننده در این مطالعه را زنان تشکیل داده بودند. سلامت مفصل بعد از آسیب دیدگی نه تنها به شدت آسیب، آسیب دیگر لیگامان ها و عضلات اطراف مفصل، بلکه به نوع توانبخشی و کیفیت ریکاوری بدست آمده نیز بستگی دارد. هنگامی که اسپرین مچ پا اتفاق می افتد لیگامان های جانب خارجی، کپسول مفصلی، عضلات بویژه پروئوس لانگوس کشیده می شوند و گیرنده های حس عمقی نیز آسیب می بینند. این گیرنده ها نقش مهمی در کنترل حرکت مچ پا دارند. نقص این گیرنده ها باعث ایجاد اختلال در پیام های آوران می شود. دوک های عضلانی، اندام وتری گلژی، گیرنده های مفصلی و گیرنده های پوستی پیام را به درستی مخابره نمی کنند و عضلات نیز پیام را به درستی دریافت نمی کنند. تحقیقات قبلی نشان داده اند عضلات پروئال که مسئول کنترل اینورژن و پلانتر فلکشن مچ پا هستند با تاخیر فعالیت

اسپرین مج پا گزارش کردند بین سن و افزایش بروز اسپرین رابطه‌ای مج پا وجود ندارد (۲۴). Fousekis و همکاران نیز در مطالعه‌ای گزارش کردند، ارتباط معناداری بین سن و آسیب اسپرین مج پا وجود ندارد (۲۰). از دلایل احتمالی تناقض یافته‌های تحقیق حاضر و تحقیقات مذکور می‌توان به دلیل دامنه سنی زیاد و تجربه‌ی آزمودنی‌ها اشاره کرد. در مطالعه Fousekis و همکاران میانگین سنی ورزشکاران ۲۴/۲۳ سال و در مطالعه Eagle و همکاران ۲۸/۵ سال بود. اما در مطالعه حاضر میانگین سنی افراد ۱۶/۷۶ سال بود. بنظر می‌رسد که افراد با سن کمتر بیشتر در معرض آسیب اسپرین مج پا قرار می‌گیرند. مواردی همچون هماهنگی‌های عصبی عضلانی کمتر و همچنین سن بلوغ از دلایل احتمالی آسیب در سنین پایین‌تر است. از اینرو بنظر می‌رسد مداخلات پیشگیری از آسیب اسپرین مج پا در سنین قبل و اوایل نوجوانی باعث کاهش بروز این آسیب شود.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد از بین متغیرهای قدرت ایزومتریک اندام تحتانی قدرت اورتورها و اینورتورها با بروز اسپرین مج پا رابطه معنی‌دار داشت اما نتایج منحنی ROC این فرضیه را تایید نکرد. بنابراین بنظر می‌رسد قدرت ایزومتریک عضلات ران و مج نمی‌تواند اسپرین مج را پیش‌بینی کند. این نتیجه با نتایج برخی از تحقیقات قبلی همسو با برخی ناهمسو است. Pacheco و همکاران گزارش کردند، که بین قدرت اینورتورها و اورتورها بروز اسپرین مج پا رابطه معنی‌داری وجود ندارد (۱۳). Kosik و همکاران گزارش کردند گشتاور ایزومتریکی ران و مج پا در افراد مبتلا به بی‌ثباتی مزمن مج پا نسبت به افراد سالم کمتر است (۲۵). Fousekis و همکاران عدم تقارن در قدرت اکستریک دورسی فلوکسورها و پلانتر فلوکسورها را به‌عنوان یکی از پیش‌بینی کننده‌های اسپرین مج پا در فوتبالیست‌ها معرفی کردند. به طوری که بازیکنانی که قبل از شروع فصل عدم تقارن قدرت اکستریک بیشتر از ۱۵ درصد داشتند هشت برابر بیشتر از سایر بازیکنان در معرض اسپرین مج پا قرار گرفتند (۲۰). De Ridder و همکاران گزارش کردند کاهش قدرت اکسترسورهای ران یک ریسک فاکتور برای اسپرین مج پا است درحالی قدرت ایداکتورهای ران نتوانست آسیب اسپرین را پیش‌بینی کند (۹). از دلایل تناقض یافته‌های تحقیق حاضر و تحقیقات مذکور را می‌توان به روش‌های اندازه‌گیری قدرت عضلات و جمعیت‌های مختلف در هر مطالعه را اشاره کرد. بنظر می‌رسد اثر قدرت عضلانی در پیش بینی آسیب اسپرین مج پا در ورزشکاران به دلیل اختلاف در روش‌های متدولوژی، تاکنون نسبتاً نامشخص است. بیشتر مطالعات مرتبط علیرغم تاکید بر اینکه آسیب‌های اسپرین مج پا در فعالیت‌های اکستریک اتفاق می‌افتد، قدرت ایزومتریک را ارزیابی کرده‌اند (۱۳). همچنین یکی دیگر از عواملی که می‌تواند نقطه‌ی بحث و جدال بین مطالعات باشد، اثر پوزیشن‌های مختلف ورزشکاران روی داینامومتر و اینکه عضلات در گروه‌های عضلانی مجزا و به صورت جداگانه مورد ارزیابی قرار گیرند. اسپرین مج پا معمولاً حین انتقال از وضعیت‌های بارگذاری نشده به شرایط بارگذاری شده اتفاق می‌افتد. از آنجا که مج پا در این شرایط ناپایدار است و کنترل شوک‌های وارده و کاهش سرعت مرکز جرم بسیار سخت است، این کنترل در مرحله اول توسط فعالیت اکستریک عضلات صورت می‌گیرد (۹). با توجه به نتایج مطالعات گذشته می‌توان گفت که اگر در هنگام ارزیابی متغیرهای مربوط به قدرت عضلانی، هم قدرت عضلات کانستریک و اکستریک مورد ارزیابی قرار گیرد، می‌توان عنوان کرد که قدرت عضلات می‌تواند به صورت قوی‌تر آسیب اسپرین مج پا را پیش‌بینی کند.

نتایج تحقیق نشان داد پای برتر ارتباط معنی‌داری با بروز اسپرین مج پا ندارد. باور بر این است در فعالیت‌های پویا نیروها و گشتاورهایی که به پای برتر وارد می‌شود آن را بیشتر در معرض آسیب قرار می‌دهد. نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیقات قبلی همسو است. Surve و همکاران گزارش کردند بین میزان بروز اسپرین در پای برتر و غیربرتر فوتبالیست‌ها تفاوت معنی داری وجود ندارد (۲۶). Ekstrand و همکاران

خود را شروع می‌کنند که این تاخیر شانس بروز آسیب مجدد را افزایش می‌دهد. از طرف دیگر بعد از اسپرین، برنامه‌های حرکتی ذخیره شده در مغز هم تغییر می‌کند. این برنامه‌ها دائمی نیستند و توسط اطلاعات جدید فیدبکی اهدیت می‌شوند. وقتی منبع اطلاعات حسی که یکی از مهم‌ترین آنها حس عمقی است دچار اختلال شود، اطلاعات فیدفوراردی نیز دچار مشکل می‌شود (۱۹). بنابراین بسیار مهم است که آسیب اسپرین اولیه را درمان و همچنین نباید آن را به عنوان یک آسیب جزئی در نظر گرفت. طبق نتایج منحنی ROC شاخص‌های دموگرافیک (قد، وزن و BMI) به‌عنوان پیش‌بینی کننده اسپرین مج پا معرفی شدند. برای متغیر قد ورزشکارانی که قد آن‌ها بیشتر از ۱۶۲/۵ است، ۱/۰۲۴ برابر بیشتر از ورزشکاران دیگر در معرض آسیب دیدگی هستند. در متغیر وزن افراد با BMI بیشتر از ۲۲، ۱/۰۷۷ برابر بیشتر از ورزشکاران دیگر در معرض آسیب دیدگی هستند. این نتایج با نتایج برخی از تحقیقات همسو است. Mansournia و همکاران گزارش کردند ورزشکارانی که قد بلندتری دارند ۱/۱۷ برابر بیشتر از سایر بازیکنان به اسپرین مج پا مبتلا شدند (۱۱). Hershkovich و همکاران گزارش کردند با افزایش یک سانتی‌متر در قد مردان ۲/۴۴ برابر و در زنان ۱/۴۳ برابر شانس ابتلا به اسپرین مج پا افزایش می‌یابد. همچنین در ورزشکاران مرد با افزایش یک واحد در شاخص BMI، ۱/۰۵۷ برابر و در ورزشکاران زن با افزایش یک واحد در شاخص BMI، ۱/۰۹۷ برابر بیشتر از سایر بازیکنان در معرض آسیب اسپرین مج پا بودند (۵). در دو مطالعه مذکور نتایج منحنی راک و نقطه برش گزارش نشده بود. نتیجه تحقیق Fousekis و همکاران نشان داد ورزشکاران با وزن بالاتر از ۷۲/۶ سال، ۵/۷۲ برابر و ورزشکاران با شاخص BMI بیشتر از ۲۱، ۸/۱۶ برابر بیشتر از ورزشکاران دیگر در معرض آسیب دیدگی قرار دارند (۲۰). در مقابل Najafipour و همکاران در تحقیقی روی نظامیان مرد، ارتباطی بین بروز آسیب اسپرین و قد مشاهده نکردند (۲۱). همچنین Beynon و همکاران در بررسی عوامل خطر آسیب اسپرین مج پا گزارش کردند بین قد و وزن با افزایش بروز اسپرین مج پا رابطه وجود ندارد (۲۲). قد بلند در ورزشکاران، نشان دهنده تفاوت در اندازه بالا تنه و پایین تنه افراد است که این عامل در تعیین مرکز ثقل نقش بسزایی دارد. مرکز ثقل و گرانیگاه در افراد با قد بلندتر بالاتر قرار دارد. در نتیجه بالاتر بودن مرکز ثقل، باعث ناتوانی افراد در بازگرداندن مرکز ثقل و برقراری تعادل به هنگام فرود و تغییر مسیرهای ناگهانی و در نهایت منجر به ایجاد آسیب دیدگی می‌گردد. همچنین در افراد با اضافه وزن بیشتر، بار بیشتری به مفاصل اندام تحتانی وارد می‌شود که این عامل احتمال ایجاد آسیب اسپرین مج پا را افزایش می‌دهد (۲۰). از طرف دیگر افزایش قد و وزن باعث افزایش گشتاور اینورژنی می‌شود که این گشتاور باید بوسیله لیگامان‌ها و عضلات اطراف مفصل مج پا خنثی شود. اگر میزان گشتاور بیش از تحمل این ساختارها باشد آسیب اسپرین مج پا اتفاق می‌افتد (۲۲).

طبق نتایج تحقیق حاضر سن به‌عنوان یکی از پیش‌بینی کننده‌های اسپرین مج پا معرفی شد. نتایج منحنی ROC راک نشان داد ورزشکارانی که سن آن‌ها بیشتر از ۱۲/۵ سال است ۱/۰۴۰ برابر بیشتر از ورزشکاران دیگر در معرض آسیب دیدگی هستند. این نتایج با نتایج برخی از تحقیقات قبلی همسو است. Delahunt و همکاران گزارش کردند، ورزشکارانی که سن آن‌ها کمتر از ۲۴ سال است ۸/۴۱ برابر بیشتر از ورزشکاران دیگر در معرض آسیب دیدگی قرار دارند. در تحقیق دیگری گزارش شد بیشترین آسیب اسپرین در زنان در محدوده سنی بین ۱۰ تا ۱۴ سال و در بین ورزشکاران مرد بین محدوده سنی ۱۵ تا ۱۹ سال رخ داده است (۱۲). Vereijken و همکاران گزارش کردند، ورزشکارانی که سن آن‌ها کمتر از ۲۴/۷ سال است ۰/۹۰۹ برابر بیشتر از سایر ورزشکاران در معرض آسیب اسپرین مج پا قرار دارند (۲۳). در مقابل Eagle و همکاران در بررسی عوامل خطر آسیب

مشابهی روی جمعیت بزرگتر انجام شود.

نتیجه گیری و توصیه ها :

به نظر می رسد سابقه آسیب قلی، قد، وزن، IMB توانستند آسیب اسپرین مچ پا را پیش بینی کنند. از اینرو به مربیان و ورزشکاران پیشنهاد می شود به منظور پیش بینی آسیب و هدفمند کردن برنامه های پیشگیری از آسیب اسپرین مچ پا، این فاکتورها را مدنظر قرار دهند و افراد مستعد اسپرین را شناسایی کنند.

تشکر و قدردانی :

نویسندگان این مقاله بخود لازم می دانند از تمام آزمودنی هایی که در این تحقیق همکاری کردند و همچنین از دانشگاه بوعلی سینا برای حمایت مالی از این پژوهش تشکر و قدردانی کنند.

منابع :

1. Chan C, Vivek A, Leong W, Rukmanikanthan S. Distal radius morphometry in the Malaysian population. *Malaysian Orthopaedic Journal*. 2008;22(2):27-30.
2. Ng C, McQueen M. What are the radiological predictors of functional outcome following fractures of the distal radius? *The Journal of bone and joint surgery British volume*. 2011;93(2):145-50.
3. Short WH, Palmer AK, Werner FW, Murphy DJ. A biomechanical study of distal radial fractures. *The Journal of hand surgery*. 1987;12(4):529-34.
4. Gambaran nilai rata-rata SG. aksis sudut radius distal normal pada pengunjung di RSCM [thesis]. Mount Pleasant (MI): Universitas Indonesia. 1993.
5. Nana AD, Joshi A, Lichtman DM. Plating of the distal radius. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2005;13(3):159-71.
6. Austin L, Veillette C. Distal radius fracture. *Orthopedia-collaborative orthopaedic knowledgebase*. 2009:13-26.
7. Hadi SA, Wijiono W. Distal radius morphometry of Indonesian population. *Medical Journal of Indonesia*. 2013;22(3):173-7.
8. Costa ML, Achten J, Parsons NR, Rangan A, Griffin D, Tubeuf S, et al. Percutaneous fixation with Kirschner wires versus volar locking plate fixation in adults with dorsally displaced fracture of distal radius: randomised controlled trial. *bmj*. 2014;349:g4807.
9. Melton L, Christen D, Riggs BL, Achenbach SJ, Müller R, van Lenthe GH, et al. Assessing forearm fracture risk in postmenopausal women. *Osteoporosis international*. 2010;21(7):1161-9.
10. Ishikawa J-I, Iwasaki N, Minami A. Influence of distal radioulnar joint subluxation on restricted forearm rotation after distal radius fracture. *The Journal of hand surgery*. 2005;30(6):1178-84.
11. Prommersberger K-J, Froehner SC, Schmitt RR, Lanz UB. Rotational deformity in malunited fractures of the distal radius 1. *The Journal of hand surgery*. 2004;29(1):110-5.
12. Leung F, Ozkan M, Chow SP. Conservative treatment of intra-articular fractures of the distal radius—factors affecting functional outcome. *Hand Surgery*. 2000;5(02):145-53.
13. Slutsky DJ. Predicting the outcome of distal radius fractures. *Hand Clinics*. 2005;21(3):289-94.
14. Bozentka DJ, Beredjiklian PK, Westawski D, Steinberg DR. Digital radiographs in the assessment of distal radius fracture

گزارش کردند ۹۲ درصد از آسیب های اسپرین در پای برتر فوتبالیست ها رخ می دهد (۲۷).

نتایج تحقیق حاضر نشان داد، ارتباط معناداری میان سابقه ی ورزش و آسیب اسپرین مچ پا وجود ندارد. مطالعات اندکی تاثیر سابقه ی ورزش را بر آسیب اسپرین مچ پا بررسی اند. نتایج تحقیق حاضر با نتایج Hiller و همکاران همسو است (۲۸). با توجه به اینکه مبانی نظری کمی وجود دارد به تحقیقات بیشتری در آینده نیاز است که اثر سابقه تمرینی را بر آسیب اسپرین مچ پا مورد بررسی قرار دهد.

از جمله محدودیت های تحقیق حاضر می توان پدیده بلوغ و اثر آن بر متغیرهای تحقیق اشاره کرد که در تحقیق حاضر این مساله کنترل نشد. همچنین به عدم اندازه گیری قدرت عضلات اکستنسور زانو، دروسی فلکسورها و پلانتر فلکسورهای مچ پا می توان اشاره کرد که پیشنهاد می شود در تحقیقات آینده این محدودیت مد نظر قرار بگیرد و تحقیقات

parameters. *Clinical Orthopaedics and Related Research*®. 2002;397:409-13.

15. Andersen DJ, Blair WF, Stevers CM, Adams BD, El-Khoury GY, Brandser EA. Classification of distal radius fractures: an analysis of interobserver reliability and intraobserver reproducibility. *Journal of Hand Surgery*. 1996;21(4):574-82.

16. Medoff RJ. Essential radiographic evaluation for distal radius fractures. *Hand clinics*. 2005;21(3):279-88.

17. Hollevoet N, VAN MAELE G, SEYMORTIER PV, Verdonk R. Comparison of palmar tilt, radial inclination and ulnar variance in left and right wrists. *Journal of Hand Surgery*. 2000;25(5):431-3.

18. Bonnin J. Fractures of the Distal End of the Radius. A Clinical and Statistical Study of End Results. By Anders Lidström, MD 9½ x 7 in. Pp. 118, with 20 figures and 44 tables. 1959. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, Supplement No. 41. Copenhagen: Ejnar Munksgaard. Price Dan. kr. 18. *The Journal of Bone and Joint Surgery British volume*. 1960;42(3):666-7.

19. Cooney Jr, Dobyns J, Linscheid R. Complications of Colles' fractures. *J Bone Joint Surg Am*. 1980;62(4):613-9.

20. Acosta-Olivo C, Flores-Garza P, García-Espinoza Ó, Salas-Longoria K, Salas-Fraire Ó. Distal radius fractures: Still a common problem. *Medicina Universitaria*. 2017;19(76):140-2.

21. Pennock AT, Phillips CS, Matzon JL, Daley E. The effects of forearm rotation on three wrist measurements: radial inclination, radial height and palmar tilt. *Hand Surgery*. 2005;10(01):17-22.

22. Van Eerten P, Lindeboom R, Oosterkamp A, Goslings J. An X-ray template assessment for distal radial fractures. *Archives of orthopaedic and trauma surgery*. 2008;128(2):217-21.

23. Capo J, Accousti K, Jacob G, Tan V. The effect of rotational malalignment on X-rays of the wrist. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*. 2009;34(2):166-72.

24. Tsuge S, Nakamura R. Anatomical risk factors for Keinböck's disease. *Journal of hand surgery*. 1993;18(1):70-5.

25. Pichler W, Clement H, Hausleitner L, Tanzer K, Tesch NP, Grechenig W. Various circular arc radii of the distal volar radius and the implications on volar plate osteosynthesis. *Orthopedics*. 2008;31(12).

26. Gasse N, Lepage D, Pem R, Bernard C, Lerais J, Garbuio P, et al. Anatomical and radiological study applied to distal radius surgery. *Surgical and radiologic anatomy*. 2011;33(6):485-90.

27. Evans S, Ramasamy A, Deshmukh S. Distal volar radial plates: how anatomical are they? *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 2014;100(3):293-5.
28. GARTLAND J. Evaluation of healed Colles' fractures. *J Bone Joint Surg, A*. 1984;33:747-9.
29. Nekkanti S, Shah J, Mudundi D, Sakhuja V, Shankar V, Chandru V. A study of the radiographic morphometry of the distal radius in a south Indian population. 2018.