

بخش اول: تست های تالیفی

1- بر اساس Concept و رویکرد Sahrmann، کدام عوامل در بروز و شکل گیری سندروم های نقص حرکتی نقش اصلی را دارند؟

- الف) Repeated movements and sustained postures
- ب) Movement restriction and Joint instability
- ج) Muscle fatigue and loss of flexibility
- د) Macro trauma and faulty postures

2- در مدل Pathokinesiology، ناهنجارهای حرکتی بیشتر به کدام یک از عوامل زیر نسبت داده می شوند؟

- الف) تغییرات بافتی ناشی از میکروتروماهای مکرر
- ب) استرس های بافتی ناشی از پاسچر های ممتد
- ج) بیماری (Disease) یا آسیب (Injury)
- د) نقص در سیستم ثبات و کنترل حرکت

3- بر اساس Concept و رویکرد Sahrmann، کدام اختلالات مسبب اصلی تغییر در الگوی حرکت و بروز سندروم درد قدامی هیپ در دوندگان می باشد؟

- الف) ضعف عضلات گلوئوتال + کوتاهی ایلئو پسوآس
- ب) ضعف گلوئوتوس ماگزیموس + ضعف ایلئوپسوآس + کوتاهی همسترینگ
- ج) ضعف همسترینگ + کوتاهی ایلئوپسوآس + ضعف رکتوس فموریس
- د) ضعف گلوئوتال + ضعف پریفورمیس + کوتاهی ایلئوپسوآس

4- چنانچه در تست Prone Knee Flexion، در زاویه 60 درجه فلکشن زانو، اکستنشن فقرات کمری افزایش یابد و زانو 135 درجه خم شود؛ اما با تثبیت سازی لگن، فلکشن زانو در

90 درجه متوقف شود، کدام یک از نتیجه گیری های زیر صحیح است؟

- الف) رکتوس فموریس کوتاه است و نسبت به عضلات شکمی، سفتی بیشتری دارد
- ب) رکتوس فموریس کوتاهی ندارد اما نسبت به عضلات شکمی، سفتی بیشتری دارد
- ج) رکتوس فموریس کوتاه است و نسبت به عضلات اکستانسور Back، سفتی بیشتری دارد
- د) رکتوس فموریس کوتاهی ندارد اما نسبت به عضلات اکستانسور Back، سفتی بیشتری دارد

5- در یک بیمار مبتلا به کمر درد، حین تست فلکسیون فعال زانو در حالت پرون، قبل از آن که زانو به $\frac{3}{4}$ دامنه ی کامل برسد لگن به تیلت خلفی رفته و لوردوز کمری صاف می شود. کدام یک از نتیجه گیری های زیر صحیح است؟

- الف) کوتاهی رکتوس فموریس + اختلال در المان اسکلتی
- ب) سفتی بیشتر رکتوس فموریس نسبت به عضلات شکمی + اختلال در المان اسکلتی
- ج) غلبه ی فعالیت عضلات همسترینگ نسبت به گلوئوتوس ماگزیموس + اختلال در المان Modulator
- د) غلبه ی فعالیت عضلات همسترینگ نسبت به عضلات اکستانسور پشت + اختلال در المان Modulator

6- یک فرد به طور عاداتی تقریباً همیشه به پهلوی راست می خوابد و شانه ی پائینی خود را به سمت جلو می برد (Pushing Forward) به طوری که کتف پائینی در وضعیت ابداکسیون و تیلت به جلو قرار می گیرد. احتمال بروز کدام یک از اختلالات زیر بیشتر مطرح است؟

- الف) کاهش قدرت سراتوس قدامی ثانویه به کشش ممتد
- ب) کوتاهی رومبویید ثانویه به تطابق آناتومیک
- ج) ضعف رومبویید در اثر آتروفی
- د) ضعف تراپز تحتانی در اثر طولیل شدگی

7- بیماری با درد در عضله تراپز فوقانی به کلینیک فیزیوتراپی ارجاع داده شده است. بیمار در وضعیت استراحت شانه، درد دارد و لمس تراپز فوقانی دردناک است. تست قدرت تراپز فوقانی، ضعیف و با درد همراه است. ساپورت کمربند شانه ای بیمار در وضعیت استراحت، باعث کاهش درد بیمار می شود. کدام اختلال تراپز فوقانی مطرح است و اقدام اصلی درمان چیست؟

الف) اسپاسم و کوتاهی، مدالیتة های گرمائی + کشش تراپز فوقانی

ب) ضعف ناشی از کشش ممتد وضعیتی، برنامه های تقویتی پیشرونده

ج) کشیدگی ثانویه به استرین، ساپورت تراپز فوقانی در طول استراحت نرمال

د) اسپاسم و تروما، مدالیتة سرمائی + کشش تراپز فوقانی

8- براساس دیدگاه Sahrman، در بسیاری از افراد با عضلات قوی که دچار سندروم های درد اسکلتی عضلانی شده اند، به ترتیب در ارزیابی و درمان باید به کدام موضوع توجه ویژه نمود؟

الف) Musculoskeletal Element Impairment، تجویز تمرینات صحیح انعطاف پذیری و افزایش قدرت عضلات به طور همزمان

ب) Musculoskeletal Element Impairment، آموزش حفظ راستای صحیح و نحوه صحیح انجام حرکات طی فعالیت های روزانه

ج) Modular Element Impairment، آموزش بیمار جهت کنترل حرکات از طریق تلاش آگاهانه

د) Modular Element Impairment، استفاده از وضعیت و فعالیت های روزمره برای اعمال کشش و تقویت عضلات

9- چنانچه عضله سراتوس قدامی در اثر تطابقات آناتومیکي دچار افزایش تعداد سارکومر سری گردد، کدام یک از یافته های زیر در تست قدرت این عضله در وضعیت نشسته مشاهده می شود؟

الف) اگر بیمار شانه را تا وضعیت تست فلکس نماید، اسکاپولا به ابداکشن و Upward Rotation نمی رود و تست قدرت ضعیف خواهد بود

ب) اگر بیمار شانه را تا وضعیت تست فلکس نماید و تراپیست به طور پاسیو اسکاپولا را در وضعیت ابداکشن و Upward Rotation قرار دهد، تست قدرت ضعیف خواهد بود

ج) اگر بیمار شانه را تا وضعیت تست فلکس نماید و تراپیست به طور پاسیو اسکاپولا را در وضعیت ابداکشن و Upward Rotation قرار دهد، تست قدرت قوی خواهد بود

د) تست قدرت سراتوس در تمامی وضعیت های طول بلند یا کوتاه عضله با ضعف همراه خواهد بود.

10- در صورت کوتاهی عضلات همسترینگ داخلی، در تست اکستنشن زانو در وضعیت نشسته بر لبه تخت، کدامیک از یافته های زیر مشاهده می گردد؟

الف) چنانچه از چرخش ران جلوگیری شود، دامنه بیشتری برای اکستنشن زانو ثبت خواهد شد

ب) اگر اجازه دهیم که ران به چرخش داخلی برود، در مقایسه با حالتی که ران در چرخش خنثی نگه داشته شود، دامنه بیشتری برای اکستنشن زانو ثبت خواهد شد

ج) اگر اجازه دهیم که ران به چرخش داخلی برود، در مقایسه با حالتی که ران در چرخش خنثی نگه داشته شود، دامنه کمتری برای اکستنشن زانو ثبت خواهد شد

د) اگر در طی تست، ران در چرخش خارجی نگه داشته شود، دامنه بیشتری برای اکستنشن زانو ثبت خواهد شد

11- در سندروم های نقص حرکتی، تمامی یافته های زیر در خصوص ایمبالانس طول در عضلات سینرژیک صحیح است

بجز:

الف) عضله تراپز فوقانی کوتاه و عضله لواتور اسکاپولا طویل می گردد

(ب) عضله رومبوئید کوتاه و عضله تراپز تحتانی طویل می گردد

(ج) عضله پکتورالیس ماژور کوتاه و عضله ساب اسکاپولاریس می گردد

(د) عضله همسترینگ داخلی کوتاه و عضله همسترینگ خارجی طویل می گردد

=====

بخش دوم: تست های کنکور

12- در مدل کینزیوپاتولوژیک مسبب اصلی و اولیه اختلال در کنترل حرکت چیست؟ (دکتری 86)

- (الف) درد (ب) نحوه زندگی
(ج) آسیب بافتی (د) ضربات شدید

13- کدام حالت نشان دهنده مدل بالینی پاتوکینزیولوژیک است؟ (دکتری 87)

- (الف) تاخیر طولانی در عملکرد عضلات پروئثال سبب پیچ خوردگی مکرر مچ پا می شود
- (ب) پارگی لیگامان متقاطع قدامی سبب مهار عضله کوآدریسیس می شود
- (ج) قرار گرفتن در وضعیت نشسته خمیده سبب تولید Trigger point در عضله تراپزیوس می شود
- (د) افزایش نیازهای توجهی برای کنترل تعادل، سبب کمر درد می شود

14- در سندروم Movement Impairment، قرار گرفتن عضله در وضعیت کوتاه منجر به کدام اتفاق می شود؟ (دکتری 93)

- (الف) شیفتمنحنی طول – تنش به سمت راست
- (ب) شیفتمنحنی طول – تنش به سمت چپ
- (ج) منحنی طول – تنش تغییری نمی کند
- (د) افزایش تعداد سارکومر بصورت سریال

15- در مدل تشخیصی – درمانی مبتنی بر حرکت – Movement Based – علت ایجاد اغلب اختلالات حرکتی با منشاء بیومکانیکی کدام گزینه است؟ (دکتری 93)

(الف) Decreased Resting Muscle Length

(ب) Greater Muscle Stiffness

(ج) Greater Relative Flexibility

(د) Muscle Shortness

16- در مدل تشخیصی – درمانی مبتنی بر حرکت – Movement Based – تاکید درمانی بر روی کدام گزینه است؟ (دکتری 93)

- (الف) اصلاح ساختارهای الگوی حرکتی غلط
- (ب) اصلاح الگوی حرکتی از طریق آموزش الگوی حرکتی صحیح
- (ج) اصلاح اجزاء ساختاری و عملکردی الگوی دچار اختلال
- (د) اصلاح الگوی حرکتی از طریق تقویت عضلات ضعیف

17- در مرحله اول (Stage I) مداخله درمانی در مدل تشخیصی – درمانی Sahrman اصلی ترین جزء درمان کدام گزینه است؟ (دکتری 93)

- (الف) اصلاح الگوی حرکتی
- (ب) بی حرکتی کامل اندام و یا عضله درگیر
- (ج) حفظ دامنه حرکتی اندام و یا عضو درگیر
- (د) محافظت از بافت آسیب دیده

18- در طی آزمون Prone Hip Flexion، در صورتی که دامنه فلکشن فعال زانو کامل و حرکت با تیلت قدامی لگن همراه باشد و با ثابت نگهداشتن لگن توسط آزمونگر بازهم دامنه حرکتی زانو کامل باشد تشخیص چیست؟

- (الف) کوتاهی رکتوس فموریس همراه با حرکت جبرانی کمری لگنی
- (ب) کوتاهی رکتوس فموریس بدون حرکت جبرانی کمری لگنی
- (ج) طول نرمال رکتوس فموریس همراه با حرکت جبرانی کمری لگنی
- (د) طول نرمال رکتوس فموریس بدون حرکت جبرانی کمری لگنی

19- به هنگام ارزیابی حرکتی Passive Knee Ext. در وضعیت نشسته اگر از اواسط دامنه حرکتی، ستون فقرات کمری شروع به Flex. و کمر بند لگنی به وضعیت Post pelvid tilt برود علت شکل گیری این الگوی حرکتی چه می باشد (دکتری 1400)

- الف) Hamstring muscle stiffer than lumbar spine
ب) Rectus femoris muscle stiffer than hamstring muscle
ج) Gluteal muscle more flexible than lumbar spine
د) Hamstring muscle more flexible than gluteal muscle

20- کدام گزینه بر اساس مدل Patho-kinesiology قابل بررسی است؟ (دکتری 1403)

- الف) Supraspinatus tendinitis
ب) Foot over pronation
ج) Rheumatoid arthritis
د) Anterior knee pain

تست های اختلالات حرکتی فقرات کمری

بخش اول: تست های تالیفی

1- بر اساس تقسیم بندی Sahrmann، کدامیک از موارد زیر از علائم و نشانه های Lumbar Flexion Syndrome می باشد؟

- الف) در وضعیت ایستاده، نسبت به وضعیت نشسته، سمپتوم ها بیشتر می باشد
- ب) اگر کمپرسیون در ایجاد سمپتوم ها نقش داشته باشد، وضعیت سوپاین با اندام های تحتانی کاملاً صاف باعث تسکین سمپتوم ها می شود
- ج) اغلب سمپتوم های این بیماران در وضعیت پرون تشدید می شود
- د) چنانچه در وضعیت چهار دست و پا، کمر در وضعیت Flat باشد اغلب سمپتوم ها تسکین می یابند

2- عموماً تمامی تست های حرکتی زیر در بیماران NSLBP مبتلا به سندروم فلکشن کمری منجر به تشدید سمپتوم ها می شود، بجز:

- الف) Prone knee flexion
- ب) Rocking backward on quadruped
- ج) Sitting knee flexion
- د) Standing forward bending

3- کدامیک یک از یافته های بالینی زیر در معاینه بیماران مبتلا به سندروم فلکشن کمری (بر اساس تقسیم بندی Sahrmann)، یافت می شود؟

- الف) پاسچر Flat lumbar در وضعیت ایستاده- Limited lumbar flexion حین تست Forward bending
- ب) پاسچر Flat lumbar در وضعیت ایستاده- Excessive lumbar flexion حین تست Forward bending

ج) پاسچر Lordotic lumbar در وضعیت ایستاده- Limited lumbar flexion حین تست Forward bending

د) پاسچر Lordotic lumbar در وضعیت ایستاده- Excessive lumbar flexion حین تست Forward bending

4- تمامی اختلالات زیر در بروز سندروم فلکشن کمری موثر می باشند، بجز:

- الف) پاسچر Swayback و Flat back همراه با تیلت خلفی لگن
- ب) غلبه فعالیت فلکسورهای هیپ نسبت به عضلات شکمی حین متمایل شدن به جلو در وضعیت نشسته
- ج) کوتاهی و یا سفتی عضلات همسترینگ و گلوئوس ماگزیموس
- د) افزایش انعطاف پذیری فقرات کمری در جهت فلکشن نسبت به هیپ ها

5- کدام تمرین اصلاحی در وضعیت ایستاده ی پشت به دیوار برای بیمار مبتلا به LBP و سندروم نقص حرکتی فلکشن کمری مناسب تر است؟

الف) بیمار شانه ها را به بالای سر Flex می کند، قفسه سینه ای را بلند کرده (Lifted) و فقرات کمری را Flat می کند

ب) بیمار شانه ها را به بالای سر Flex نموده و قفسه سینه ای را بلند می کند (Lifted)؛ بدون آن که فقرات کمری Flat شود

ج) بیمار شانه ها را به بالای سر Flex می کند، قفسه سینه ای را به پایین کشیده (Depressed) و فقرات کمری را Flat می کند

د) بیمار شانه ها را به بالای سر Flex نموده و قفسه سینه ای را به پایین می کشد (Depressed)؛ بدون آن که فقرات کمری Flat شود

6- تمامی تمرینات اصلاحی زیر برای بیماران مبتلا به سندروم نقص حرکتی فلکشن کمری مناسب است، بجز:

الف انجام حرکت Knee extension و Isometric back extension در وضعیت نشسته

ب) انجام حرکت Rocking backward در وضعیت کوآدروپد با تاکید بر فلکشن فقرات کمری

ج) انجام حرکت Unilateral hip extension در وضعیت پرون

د) کشش عضلات گلوئوس ماگزیموس در وضعیت سوپاین با انجام حرکت Knee to chest به صورت پاسو و بدون خم کردن فقرات کمری

7- به طور معمول تمامی تشخیص های بالینی زیر با سندروم نقص حرکتی Lumbar Rotation-Extension همراهی دارند، بجز:

الف) استئوآرتریت ب) اسپوندیلولیتیزیس

ج) سندروم فاست د) پروتروژن دیسک

8- سمپتوم های بیماران مبتلا به سندروم نقص حرکتی Lumbar Rotation-Extension با تست کاهش می یابد

الف) Back against the wall همراه با حفظ لوردوز کمری

ب) فلکشن کامل شانه در وضعیت سوپاین

ج) ابداکشن / لترال روتیشن هیپ از حالت خمیده در وضعیت سوپاین

د) Rocking backward در وضعیت چهار دست و پا

9- تمامی یافته های زیر می توانند عوامل سهیم (Contributing factors) در بروز سندروم روتیشن - اکستنشن کمری باشند، بجز:

الف) Thoracic kyphosis

ب) Hip retrotorsion

ج) Paraspinal asymmetry

د) Posterior pelvic tilt

10- کدام اختلال در سفتی عضلانی (Stiffness) برای سندروم روتیشن - اکستنشن کمری مثبت در نظر گرفته می شود؟

الف) در تست Prone knee flexion، فلکسور های هیپ نسبت به اکستانسور های پشت سفت تر باشند

ب) در تست Supine knee and hip flexion، فلکسور های هیپ نسبت به عضلات شکمی سفت تر باشند

ج) در تست Side lying hip adduction، عضلات ابداکتور هیپ نسبت به عضلات شکمی طرفی سفت تر باشند

د) در تست Side lying hip abduction، عضلات شکمی طرفی نسبت به عضله تنسور فاسیا لاتا سفت تر باشند

11- تمامی اختلالات زیر می توانند زمینه ساز بروز سندروم نقص حرکتی اکستنشن - روتیشن کمری باشند، بجز:

الف) غلبه فعالیت اکستانسور پشت نسبت به اکستانسور هیپ در حرکت بازگشت به ایستاده از حالت خم شده به جلو

ب) غلبه فعالیت فلکسورهای هیپ نسبت به عضلات شکمی در طی حرکت Leaning forward هنگام نشستن

ج) وجود ضعف غیر عصبی در عضلات فلکسور هیپ و اکستانسور زانو

د) سفتی بیشتر در عضله لاتیسیموس دورسی در مقایسه با عضلات شکمی

12- در تست Prone knee flexion ، کدام یافته و کدام اختلال در Stiffness بر سندروم اکستنشن - روتیشن کمر دلالت دارد؟

الف) تیلت قدامی لگن همراه با افزایش لوردوز کمر - سفتی بیشتر فلکسورهای هیپ نسبت به عضلات شکمی

(ب) تیلت خلفی لگن همراه با افزایش صاف شدن کمر –
 غلبه فعالیت اکستانسور های هیپ نسبت به اکستانسور
 های پشت
 (ج) تیلت قدامی لگن همراه با افزایش لوردوز کمر – غلبه
 فعالیت فلکسورهای هیپ نسبت به عضلات شکمی
 (د) تیلت خلفی لگن همراه با افزایش صاف شدن کمر –
 سفتی بیشتر اکستانسور های پشت نسبت به اکستانسور
 های هیپ

13- در یک بیمار مبتلا به سندروم اکستنشن – روتیشن
 کمری، حین تمرین درمانی **Rocking backward** در وضعیت
 چهار دست و پا، لگن در سمت چپ بالاتر از سمت راست قرار
 می گیرد و چرخش جبرانی کمری لگنی مشاهده می شود.
 برای کاهش یا حذف این چرخش جبرانی کدام مورد زیر
 پیشنهاد می شود؟

(الف) خم نمودن بیشتر هیپ راست در طی حرکت
Rocking backward
 (ب) قرار دادن هیپ چپ در وضعیت مقداری ابداکشن و
 لترال روتیشن
 (ج) قرار دادن هیپ راست در وضعیت مقداری ابداکشن و
 لترال روتیشن
 (د) منقبض نمودن عضلات شکمی در طی حرکت
Rocking backward

14- کدام تمرین کنترلی در بیمار مبتلا به سندروم نقص
 حرکت اکستنشن – روتیشن کمری بر فعال سازی عضلات
 ضعیف تنه تاکید دارد؟
 (الف) بلند کردن یک اندام فوقانی و یک اندام تحتانی
 سمت مقابل در وضعیت کوآدروپد
 (ب) اکستنشن هیپ در وضعیت پرون با زانوی صاف
 (ج) تمرین **leg sliding** در وضعیت سوپاین
 (د) تمرین کشیدن یک باند الاستیک مقاوم به سمت عقب
 از وضعیت ایستاده

15- در بیمار مبتلا به سندروم **Lumbar Extension**، شروع
 تست حرکتی فلکشن هیپ و زانو در وضعیت طاقباز،
 (الف) باعث تیلت قدامی لگن و کاهش سمپتوم ها می شود
 (ب) باعث تیلت قدامی لگن و افزایش سمپتوم ها می شود
 (ج) باعث تیلت خلفی لگن و کاهش سمپتوم ها می شود
 (د) باعث تیلت خلفی لگن و افزایش سمپتوم ها می شود

16- هدف اصلی از تمرین ابداکشن / لترال روتیشن هیپ از
 وضعیت فلکشن در حالت سوپاین در بیمار مبتلا به کمر درد
 مزمن غیر اختصاصی چیست؟

(الف) بهبود کنترل چرخش لگن توسط عضلات شکمی
 (ب) بهبود کنترل چرخش لگن توسط عضلات **Back extensor**
 (ج) بهبود کنترل تیلت لگن توسط عضلات شکمی
 (د) بهبود کنترل تیلت لگن توسط عضلات **Back extensor**

17- در دیدگاه سهرمن، تغییرات ساختاری یا اکتسابی سهیم
 در بروز سندروم روتیشن کمری شامل تمامی موارد زیر است،
بجز:

(الف) لگن پهن با تنه باریک
 (ب) **Bony leg-length discrepancy**
 (ج) **Hip antetorsion**
 (د) کیفوز توراسیک

18- اگر سمپتوم های یک بیمار مبتلا به سندروم روتیشن
 کمری در وضعیت سوپاین با هیپ ها و زانو های صاف افزایش
 یابد؛ احتمالاً **Passive positioning** هیپ در چه وضعیتی
 باعث کاهش سمپتوم های این بیمار می شود؟

(الف) فلکشن – اداکشن
 (ب) اکستنشن – اداکشن
 (ج) فلکشن – اداکشن
 (د) اکستنشن – اداکشن

=====

بخش دوم: تست های کنکور

19- در سندروم **Lumbar Extension** در وضعیت ایستاده کدامیک از حرکات زیر سبب کاهش علائم بیماری می گردد؟ (دکتری 88)

- الف) Post. Pelvic Tilt ب) Trunk Ext.
ج) Ant. Pelvic Tilt د) Hip Ext. in Prone

20- در بیمار با **Lumbar Flexion Syndrome** کدام گزینه صحیح است؟ (دکتری 89)

- الف) علائم بیمار در حرکت نشستن به برخاستن زیاد می شود
ب) علائم بیمار در حرکت ایستادن به نشستن زیاد می شود
ج) علائم بیمار در حرکت نشسته به خوابیده زیاد می شود
د) علائم بیمار با چرخش تنه تشدید می شود

21- در ارزیابی ناحیه کمری - لگنی تفاوت ساختاری این ناحیه در خانم ها و آقایان چگونه است؟ (دکتری 92)

الف) در خانم ها ASIS پایین تر و لگن Outflare است
ب) در آقایان ASIS پایین تر و لگن Inflare است
ج) در خانم ها ASIS بالاتر و لگن Inflare است
د) در آقایان ASIS بالاتر و لگن Outflare است

22- در کدام یک از انواع سندروم های کمر دردی غیر اختصاصی علائم با فعالیتی نظیر راه رفتن تخفیف پیدا می کند؟ (دکتری 92)

- الف) Lumbar Ext.
ب) Lumbar Rot. With Ext.
ج) Lumbar Flex.
د) Lumbar Rot. With Flex.

23- در کدام یک از انواع سندروم های کمر دردی غیر اختصاصی در تقسیم بندی **sahrmann** علائم با انقباض عضلات شکمی کاهش پیدا می کند؟ (دکتری 92)

الف) Lumbar Ext.

ب) Lumbar Flex.

ج) Lumbar Rot. With Flex.

د) Lumbar Rot. With Ext.

24- در کدام یک از انواع سندروم های کمر دردی مزمن غیر اختصاصی در تقسیم بندی **sahrmann** علائم بیمار با الگوی حرکتی نشسته به ایستاده (**sit to stand**) تشدید می گردد؟

- الف) Lumbar Flex.
ب) Lumbar Ext.
ج) Lumbar Rot. With Flex.
د) Lumbar Rot. With Ext.

25- مطابق نظریه **Sahrmann**، تمرین درمانی بیماران مبتلا به سندروم اختلال حرکتی کمر، بر پایه کدام یک از اصول ذیل استوار است؟ (دکتری 99)

- الف) کاهش Relative Flexibility مفاصل کمر - لگن - هیپ
ب) بهبود Recruitment pattern عضلات کمر - لگن - هیپ
ج) کاهش Stiffness ناحیه کمری و افزایش Stiffness ناحیه هیپ
د) افزایش Flexibility ناحیه کمری و کاهش Flexibility ناحیه هیپ

26- تشدید درد در کدام یک از وضعیتها / حرکات زیر باعث تشخیص افتراق قطعی سندروم اختلال حرکتی **Flex Rot** از سندروم اختلال حرکتی **Ext Rot** کمری می شود (دکتری 99)

الف) نشستن طولانی مدت باعث افزایش درد تیرکشنده به اندام تحتانی می شود

ب) خم شدن به جلو در حالت ایستاده باعث افزایش درد تیرکشنده به اندام تحتانی می شود

ج) نشستن بر روی زانو ها در وضعیت چهاردست و پا باعث افزایش درد کمر می شود

د) ایستادن طولانی مدت باعث افزایش درد کمر می شود

تست های اختلالات فقرات گردنی و توراسیک

بخش اول: تست های تالیفی

1- تمامی موارد زیر از مشخصه های Forward Head

Posture می باشد، بجز:

(الف) هیپراکستنشن فقرات گردنی

(ب) افزایش راستای کیفوتیک ناحیه توراسیک

(ج) کوتاهی اکستانسور های فقرات گردنی

(د) کاهش Demand روی عضله تراپز فوقانی جهت

تثبیت سازی و حرکت فقرات گردنی

2- الگوی حرکتی منتج از غلبه ی فعالیت فلکسورهای

اکسترنسیک نسبت به فلکسورهای اینترنسیک گردن

عبارتست از:

(الف) افزایش ترنسلیشن قدامی سر و فقرات گردنی همراه

با کاهش Anterior rotation مهره ها در صفحه ی

ساجیتال

(ب) افزایش ترنسلیشن قدامی سر و فقرات گردنی همراه با

افزایش Anterior rotation مهره ها در صفحه ی

ساجیتال

(ج) کاهش ترنسلیشن قدامی سر و فقرات گردنی همراه با

کاهش Anterior rotation مهره ها در صفحه ی

ساجیتال

(د) کاهش ترنسلیشن قدامی سر و فقرات گردنی همراه با

افزایش Anterior rotation مهره ها در صفحه ی

ساجیتال

3- در یک بیمار با اختلال حرکت گردنی "سندروم

اکستنشن"، کدام یک از یافته های زیر تقریباً همیشه وجود

دارد؟

(الف) فلکشن فعال گردن، بدون درد و محدودیت است

(ب) در تست اکستنشن فعال گردن، میزان اکستنشن در

فقرات گردنی فوقانی از فقرات گردنی تحتانی بیشتر است

(ج) اکستنشن فعال گردن با ترنسلیشن خلفی بیش از حد

مهره های گردنی همراه است

(د) اکستنشن گردن با حرکات اضافی در صفحات عرضی و

فرونرال همراه می شود

4- رایج ترین انحرافات راستائی که می توانند به عنوان

Contributing Factor در سندروم اکستنشن گردن باشند،

کدامند؟

(الف) افزایش کیفوز توراسیک، الویشن بیش از حد

اسکاپولا

(ب) افزایش لوردوز گردنی، کاهش کیفوز توراسیک

(ج) افزایش کیفوز توراسیک، اداکسیون اسکاپولا

(د) وضعیت به جلو آمده ی سر، اداکسیون اسکاپولا

5- کدام گزینه می تواند توجیه کننده ی نقص حرکتی گردن

در سندروم اکستنشن در تست اکستنشن فعال گردن در

وضعیت پرون باشد؟

(الف) حرکت چرخشی فقرات گردنی در صفحه ساژیتال

بیشتر از میزان ترنسلیشن خلفی آن می باشد

(ب) حرکت چرخشی فقرات گردنی در صفحه ساژیتال

کمتر از میزان ترنسلیشن قدامی آن می باشد

(ج) غلبه فعالیت لواتور اسکاپولا نسبت به اکستانسورهای

اینترنسیک گردن اتفاق می افتد

(د) غلبه فعالیت استرنوکلایدوماستوئید نسبت به عضلات

لونگوس کولی و لونگوس کپیتیس اتفاق می افتد

6- تمرکز برنامه تمرین فعال در مبتلایان به سندروم نقص

حرکتی اکستنشن گردن معطوف به کدام یک از موارد زیر

می باشد؟

(الف) بهبود قدرت و کنترل حرکتی عضلات فلکسور

اینترنسیک فقرات گردنی + بهبود انعطاف پذیری

ساختارهای خلفی گردن

(ب) بهبود قدرت و کنترل حرکتی عضلات فلکسور

اینترنسیک فقرات گردنی + بهبود انعطاف پذیری

ساختارهای قدامی گردن

ج) بهبود قدرت و کنترل حرکتی عضلات اکستانسور اینترنسیک فقرات گردنی + بهبود انعطاف پذیری ساختارهای خلفی گردن
 د) بهبود قدرت و کنترل حرکتی عضلات اکستانسور اینترنسیک فقرات گردنی + بهبود انعطاف پذیری ساختارهای قدامی گردن

7- تمرین ابداعش - چرخش خارجی شانه در حالت نشسته ی پشت به دیوار عمدتا به چه منظور در مبتلایان به سندروم نقص حرکتی اکستنشن گردن داده می شود؟
 الف) بهبود قدرت و کنترل حرکتی عضلات آگزیواسکاپولار
 ب) بهبود قدرت و کنترل حرکتی عضلات فلکسور اینترنسیک گردن
 ج) بهبود قدرت و کنترل حرکتی عضلات اکستانسور اینترنسیک گردن
 د) آموزش کنترل گردن و ممانعت از خم شدن گردن
 حین بالا بردن بازوها

8- در بیماران مبتلا به سندروم اکستنشن گردن،
 کمربند شانه ای در وضعیت نشسته می تواند از طریق بر ساختارهای ستون فقرات گردنی، باعث افزایش دامنه حرکتی و کاهش درد در طی تست اکستنشن فعال گردن گردد

الف) Passive depression - کاهش تنش عضلات اسکالن
 ب) Passive depression - کاهش تنش عضلات تراپز فوقانی و لواتور اسکاپولا
 ج) Passive elevation - کاهش تنش عضلات اسکالن
 د) Passive elevation - کاهش تنش عضلات تراپز فوقانی و لواتور اسکاپولا

9- اختلال حرکتی که اغلب در طی تست Quadruped rocking backward در یک بیمار مبتلا به سندروم اکستنشن گردن مشاهده می شود عبارتست از:

الف) حرکت جبرانی اکستنشن گردن به دلیل کشش لواتور اسکاپولا
 ب) حرکت جبرانی اکستنشن گردن به دلیل انقباض لواتور اسکاپولا

ج) حرکت جبرانی Chin tucked به دلیل کشش عضلات لونگوس کولی و لونگوس کپیتیس
 د) حرکت جبرانی Chin tucked به دلیل انقباض عضلات لونگوس کولی و لونگوس کپیتیس

10- در تمرین درمان سندروم اکستنشن روتیشن گردنی، کدام یک از تمرینات زیر تجویز می شود؟
 الف) چرخش فعال گردن در وضعیت نشسته با تشویق بیمار به همراهی حرکت لترال فلکشن گردن به همان سمت

ب) چرخش فعال گردن در وضعیت نشسته با اجتناب از هر گونه حرکت همراه اکستنشن و لترال فلکشن گردن
 ج) چرخش فعال گردن در وضعیت نشسته با تشویق بیمار به استفاده از عضلات اسکالن و SCM برای انجام حرکت
 د) چرخش فعال گردن در وضعیت نشسته با تشویق بیمار به همراهی حرکت بالا دادن چانه (Chin up)

11- به طور معمول در مبتلایان به سندروم اختلال حرکتی فلکشن گردن،

الف) انحنای طبیعی فقرات توراسیک کاهش می یابد
 ب) دامنه فلکشن در فقرات گردنی فوقانی بیشتر از فقرات گردنی تحتانی است
 ج) مفاصل گردنی تحتانی نسبت به توراسیک فوقانی، در جهت فلکشن سفتی بیشتری نشان می دهند
 د) مهار فلکسورهای اینترنسیک گردن باعث صاف شدگی قوس گردنی می شود

12 - سندروم اختلال حرکتی فلکشن گردن، در کدام گروه از افراد بیشتر دیده می شود؟

الف) افراد جوان که به صورت طولانی مدت با وضعیت Forward Head می نشینند

ب) افراد مسن که به صورت طولانی مدت با وضعیت Slumped Sitting می نشینند

ج) افراد جوان که به صورت طولانی مدت با وضعیت Straight Thoracic می نشینند

د) افراد مسن که به صورت طولانی مدت با وضعیت Military Posture می نشینند

الف) Passive rib cage elevation و با مکانیسم Unloading

ب) Active rib cage elevation و با مکانیسم Reloading

ج) Passive rib cage counter rotation و با مکانیسم Unloading

د) Passive rib cage counter rotation و با مکانیسم Reloading

13- در بیمار مبتلا به سندروم فلکشن - روتیشن گردن، انجام کدام حرکت اصلاحی باعث کاهش سمپتوم های بیمار حین تست فلکشن فعال گردن می گردد؟

الف) تشویق بیمار به حرکت فلکشن بیشتر در ناحیه گردنی تحتانی

ب) تشویق بیمار به صاف نگه داشتن قوس گردنی هنگام فعالیت

ج) تشویق بیمار به افزایش فلکشن توراسیک با اتخاذ Slump

د) Passive depression کمر بند شانه ای قبل از فلکشن گردن

=====

بخش دوم: تست های کنکور

14- در سندروم Thoracic Ext. انجام کدام حرکت می تواند باعث کاهش علائم بیمار گردد؟ (دکتری 93)

الف) Passive elevation of ribcage

ب) Trunk Flex.

ج) Trunk Rot. & Lat. Flex.

د) prone lying without support

15- در سندروم Thoracic-Rotation- Flexion کدام تست بالینی و با چه مکانیسمی می تواند موجی کاهش درد شود؟ (دکتری 1400)