

מושב בריאות האישה – 17.5.16

בכנס הארצי של העמותה לקידום הפיזיותרפיה התקיים מושב ייחודי במתכונת של שולחנות עגולים. נבחרו חמישה נושאים הקשורים לבריאות האישה, ובכל שולחן הוצגה שאלה הקשורה לנושא. המטרה הייתה לאפשר למשתתפים לחלוק רעיונות אלה עם אלה. מבחינת ועדת ההיגוי – הייתה זו גם הזדמנות לבחון האם יש נושאים מקצועיים שנמצאים במחלוקת או שאין לפיזיותרפיסטים מספיק מידע לגביהם – ולכן כדאי יהיה להתייחס אליהם בפעילויות הבאות שלנו.

נראה שמבנה המושב קיבל ביקורת טובה מאוד מכלל המשתתפים, עפ"י 3 שאלות המשוב שנשאלו בסופו:

- כמה מכן הצליחו/הספיקו לשתף? (רוב)
- כמה מכן למדו משהו חדש מתוך השיתוף? (רוב)
- כמה מכן חושבות שהטכניקה של שולחנות עגולים מתאימה לשיתוף ידע בכנס מקצועי? (רוב מוחלט הצביע כן)

הנושאים שנדונו היו:

- פעילות גופנית מומלצת לנשים עם צניחות ו/או דליפות שתן, ולנשים בהריון ואחרי לידה
- דרכים ללימוד הפעלה של שרירי רצפת האגן
- הערכה וטיפול ב-diastasis recti
- טיפול בכאבי באגן (מעבר לטיפול ברצפת האגן)
- טיפול בעצירות

תודה לכל הפיזיותרפיסטים שהגיעו, השתתפו והשמיעו את דעתם.

להלן עיקרי הדברים שעלו בשולחנות השונים, וההערות של מנחות השולחנות לסיכום כל נושא (כולל הרחבה מיוחדת בנוגע לעצירות).

פעילות גופנית מומלצת לנשים עם צניחות ו/או דליפות שתן,

ולנשים בהריון ואחרי לידה

הנחו: נירה כהן-צוברי, ליהי צור-דברת

הייתה הסכמה בין המשתתפות בשולחן על חשיבות הפעילות הגופנית במצבים השונים, אך חלק מהמשתתפות התלבטו בנוגע לסוג הפעילות ולמינון המתאימים.

להלן התשובות שניתנו:

האם תמליצי על פעילות גופנית לאישה עם צניחות בדרגות שונות ו/או דליפת שתן, ואם כן – איזו פעילות?

כללי

- הפעילות הגופנית חשובה. בפעילות בעצימות גבוהה ובריצה – אפשר להשתמש בפסארי (לדוגמה – uresta, שמותאם לאישה)
- שימוש בפסארי – כמו שמשתמשים במגן לברך
- שחייה מפחיתה לחץ משרירי רצפת האגן ולכן היא מומלצת

לאישה עם צניחה:

- לא פעילות עצימה.
- גם לא פילאטיס - לפני שלומדת לכווץ את שרירי רצפת האגן
- לא פעילות אירובית
- תרגול שרירי רצפת האגן ללא כוח הכובד. ללמד "לנעול" את השרירים + כיווץ שרירי בטן

לאישה עם דליפת שתן

עבודה על רצפת האגן בתוך הפונקציה

פילאטיס, יוגה, הליכה

איזה פעילות גופנית מומלצת לנשים בהריון?

- פעילות גופנית תמיד בריאה בתקופת ההריון ואחרי לידה, אך יש להתאימה
- ממליצה לעשות אך לא יודעת מה להמליץ
- אפשר להמשיך באותה הפעילות שנעשתה טרם ההריון, אך בעצימות נמוכה יותר (להוריד עומסים ולהוריד דופק מטרה)
- ההמלצה: אם לא עסקת קודם – אל תעשי.
- אין בעיה להתחיל בפעילות גם במהלך ההריון
- בכל מקרה - בהדרגה. להקשיב לגוף
- פעילות גופנית מתונה, כך שניתן לדבר תוך כדי ביצוע הפעילות
- הליכה במים
- שחייה – כיוון שזו פעילות אירובית ללא נשיאת משקל
- רצוי: צעידה, קבוצות ייעודיות, תרגילי מזרון, אופניים נייחות
- לא אינטנסיבי מאוד
- לא קפיצות, לא ריצה
- חשוב להכיר את רצפת האגן וללמוד להפעילה במיוחד במאמץ, בשיעול ובעיטוש
- חשוב שהפעילות הגופנית לא תגרום לכאבים

אחרי הלידה:

- קודם כל חיזוק שרירי רצפת האגן לפני ביצוע כל פעילות גופנית אחרת
- לשרירים חלשים ולדיאסטזיס – חיזוק שרירי רצפת האגן
- חיזוק שרירי רצפת האגן וקיצור שרירי הבטן
- שימוש בקוביה או בטבעת (פסארי)
- לעבוד בהדרגה. נשים חוזרות לפעילות מהר מדי
- הליכה וחיזוק כללי
- אחרי התקדמות וחיזוק – אפשר פילאטיס.
- תרגול פונקציונלי מותאם אישית – בהתאם לפעילות קודמת ולמהלך הלידה

כללי

- הדרגה והקשבה לגוף
- עבודה על יציבה, האגן כמכלול.
- הדרכה להליכה נכונה. הליכה גם עם עגלה עם תינוק

לסיכום

מסקירה של מספר מחקרים מהשנים האחרונות חשוב לעודד **נשים בהריון** לבצע פעילות גופנית בגין היתרונות הרבים שלה. כמובן שיש להתאים הפעילות לאישה ההרה. עפ"י המלצות ACOG (The American Congress of Obstetrics and Gynecology) ישנם מצבים בודדים הנחשבים להתוויית נגד לפעילות גופנית בהריון כמו: מחלות לב, מחלות ריאה חסימתיות, דימום בטרימסטר שני או שלישי, רעלת הריונית אנמיה חמורה ועוד.

לגבי המלצה על **פעילות גופנית לנשים עם דליפות וצניחות** נמצא ברוב המחקרים שדליפות מדווחות בעת פעילות בעצימות גבוהה אך אין לפעילות כזאת השפעה מוכחת על מצב הצניחות של אברי האגן. הפעילויות שהראו דליפות שתן הן בעיקר טרמפולינה (72-80%) משחקי כדור (41-62%) מרתונים (45%) חדר כושר (24%) וספורט לא תחרותי (14%). ידוע שבקרב נשים הסובלות מדליפת שתן נוצר מחסום מלבצע פעילות גופנית, ולכן חשוב לעודד אותן לפעילות, אך לבצע אותה בעצימות נמוכה .

מקורות:

- Larsen WI, Yavorek TA. Pelvic organ prolapse and urinary incontinence in nulliparous women at the United States Military Academy. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2006. 17(3):208-210
- Middlekauff MI, egger MJ, Nygaard IE, Shaw Jm. The Impact of Acute and Chronic Strenuous Exercise on Pelvic Floor Muscle Strength and Support in Nulliparous Healthy Women. Am J Obstet Gynecol. 2016. Feb 17.
- Nygaard IE. Shaw JM. Physical activity and the pelvic floor. Am J Obstet Gynecol. 2016, 214(2):164-171.

דרכים ללימוד הפעלה של שרירי רצפת האגן

הנחו: ליאת שיק-נווה, תמר שרון-סבן

השאלה: מהן הדרכים שמצאתן יעילות להדרכה להפעלת שר"א?

את התשובות שניתנו ניתן לחלק לקבוצות הבאות:

שימוש בדימויים

1. מעלית- לעלות בהדרגה, ולהחזיק בפנטהאוז עד 10 שניות
2. סגירת רצפת אגן כאילו נמצאים ב"חליפת צלילה" או מכנס שקטן במידה
3. סגירת הסוגרים ושאיבתם כלפי מעלה כאילו שותים מילקשייק מקש
4. סגירת רוכסן- להרחיק טבור מהמכנסיים
5. שאיבת ספגטי- דרך הנרתיק
6. ואקום- שואב אבק מה-pubis
7. קריצה- קטן ועדין
8. רצפת האגן כמו ארגז- "יש להיזהר לא לפתוח את הארגז מלמטה, כשמעמיסים עליו דברים"
9. קיפול של אוהל סיירים
10. להתארך
11. כיווץ ללא שרירי עזר: "כשכל החברים עובדים- הבטלנים לא עובדים"

הסבר על אופן כיווץ השרירים:

1. סגירת הסוגרים והרמתם כלפי מעלה (בתרגול בישיבה- ניתוק הסוגרים מהכיסא)- כיווץ תוך כדי נשיפה
2. בגברים- תחושה של כיווץ פי הטבעת והרמת האשכים
3. בנשים ובגברים- כיווץ פי הטבעת
4. על דרך השלילה- "כמו צעקה, אבל הפוך"
5. להתרכז ולחפש לבד את תנועת הכיווץ
6. להרגיש תחושה של התאפקות לגזים
7. שיטת ג'ארם
8. לשיר לילד, לשחרר בטן, להוריד כלוב צלעות
9. טון דיבר: מהיר לכיווץ, איטי להרפייה
10. שיטת פאולה- כיווץ תוך שימוש בשרירי עזר: סגירת פה, סגירת אצבעות זו לזו ועוד
11. Glutei עובדים בסינרגיה עם הסוגרים ברצפת אגן, ושרירי הבטן בסינרגיה עם המרימים

בדיקה פנימית:

1. אל תתני לי להוציא את האצבע
2. התנגדות להוצאת טמפון
3. לבקש משוב מהפרטנר בקיום יחסי מין
4. לשים אצבע על הפרינאום, ולהרגיש שמתרחק מהאצבע בכיוון

תנוחות שונות:

1. רכינה לפנים ולאחור, ולהרגיש מה קורה בפי הטבעת ובנרתיק
2. הפעלת שר"א בישיבה על כדור פזיו- תנועות אגן ללא הזזת הברכיים להרגיש מה קורה כשמכווצים, וגם להרגיש כיווץ עם הנחיה
3. לצניחות- הרמת אגן, הנחתו ע"ג כריות
4. מנח הירכיים: תרגול בסיבוב פנימי מדגיש תנועות סביב השופכה והדגדגן

הדגמות:

1. שימוש בתנועות ידיים, המדגימות כיווץ ושחרור ו/או סגירה והרמה



2. איך לחוש את העוצמה העדינה הנדרשת לכיווץ שרירי רצפת האגן (למי שמנסה לכווץ בכל הכוח, ומשתמשת בכיווץ חזק של כל השרירים הנלווים):
להניח את האצבע (ימין בתמונה) על ה- WEB בעדינות
ללחוץ אצבע לאגודל (שמאל בתמונה)
ולחוש את הכיווץ של שרירי ה- interosseous.
זאת העוצמה הנדרשת. לא לחפש כיווץ בעוצמה של Quadriceps..
3. אצבע בפה- סגירה ושאיבת האצבע – חלק מהנשים יחושו כיווץ של ש.ר.א
4. שימוש בבלונים- להרגיש מה קורה לרצפת האגן בעת הנשיפה בבלון.
ניתן להשתמש בבלון ככלי טיפולי – לחיזוק שר"א ולשיפור הקורדינציה.
5. החדרת אצבע ע"י המטופלת לנרתיק, והרגשה של תחושת הכיווץ
6. הסתכלות במראה על אופי תנועת הפרינאום
7. Stop pipi test להרגיש מה קורה בעת ביצוע אוטומטי של עצירת שתן, וכשמנסים לכווץ כיווץ יזום של שר"א (ולהזהיר שלא להמשיך לתרגל בעת מתן שתן)

* יש לציין כי הועלתה גם הסתייגות מעצם הצורך בהדרכה להפעלת שרירי רצפת האגן, והיו מי שטענו שהדרך הנכונה להפעלתם היא באופן עקיף, על ידי תרגול נשימתי או בדרכים אחרות.

לסיכום:

קיימות דרכים רבות להנחיה כיצד להפעיל שר"א.
אין דרך נכונה יותר ונכונה פחות. כל מטופלת תמצא את ההנחיה המתאימה לה ביותר, המדברת אל עולם המושגים שלה.

הערכה וטיפול ב-diastasis recti

הנחו: גזית מרגלית ולי סלע

השאלה:

האם אתן בודקות הימצאות של DR ומתי? על איזה טיפול אתן ממליצות?

מהדיון סביב השולחן התחווירו הנקודות הבאות:

- מעט מאוד פיזיותרפיסטיות בודקות את התופעה (בכל שולחן הרימו יד בין 2-5 פיזיו שבודקות)
- קיים בלבול בנוגע לצורך בבדיקה במהלך ההריון.
- קיים בלבול בנוגע לשאלה - האם הבדיקה ייעודית לאחר הלידה או שמתאימה לכל מעגל החיים.
- אין אחידות בדרך הבדיקה ומה מוגדר פתולוגי.
- קיים בלבול בנוגע להנחיה של כפיפת הבטן כתרגול אופציונלי, במיוחד לנוכח ממצאי המחקרים העדכניים.

להלן סיכום התשובות שניתנו:

למי את בודקת?	לכל אישה אחרי לידה	גברים עם בקעים	נשים מבוגרות	כל אישה	לא לבדוק בהריון	אם יש כאבי אגן וגו			
איפה את בודקת?	מעל ומתחת לטבור	מ-xiphoid ועד pubis	3 נקודות קבועות שאליהן חוזרים	מעל הטבור					
איך את בודקת?	שכיבה על הגב הוצאת אויר עם הרמת ראש וכתפיים	הרמת ראש בשכיבת קירוס	מישוש סרעפת	בדיקה בזמן שאיבת בטן	בזמן שיעול	במנוחה בשכיבה על הגב ללא הפעלה של בטן			
מה נחשב פתולוגי?	2 אצבעות מעל ומתחת לטבור	עומק משמעותי	קפיצה של מרכז הבטן	מעל 3 אצבעות	אם אפשר להכניס אגרוף-מפנה לכירורג				
טיפול או תרגול?	איסוף ר"א, איסוף רחב בטני, עמידת 6 על הצד	למנוע החמרה-לא ניתן לשפר	להמנע מכפיפת בטן לבצע PPT	כפיפת בטן עם עזרה פאסיבית של הידיים לקירוב	מלמדת מעבריים, לחץ תוך בטני	הוצאת אויר במאמץ תרגול נשיפה עם מנשפית	קודם תרגול של ר"א אם רצפת האגן תעבוד גם הבטן	תרגול שרירי בטן דרך התארכות ולא קיצור	טייפינג קינזיו תרגילי נשימה

לסיכום:

על פי המחקרים העדכניים בספרות שכיחות התופעה היא בין 66%-100% בטרמיסטר 3 של הריון, ו-39-52% - חודשיים ועד שנה לאחר הלידה. נכון להיום, גם במחקרים ישנה שונות לגבי אופן ביצוע הבדיקה – במיקום הבדיקה, באמצעי הבדיקה (מישוש, קאליבר ואולטרה סאונד) בפעילות בזמן הבדיקה (מנוחה או הפעלה של שרירי הבטן) ובערכים שבהם מוגדרת הפתולוגיה. במחקר שבדק את המצב התקין (נשים טרום לידה) הבדיקה נעשתה ב-3 נקודות: מתחת ל-xiphoid, 3 ס"מ מעל לטבור ו-2 ס"מ מתחתיו. גם המחקרים לגבי יעילות ואופן הטיפול הם ראשוניים. מאמר סקירה בנושא ציין, כי אין מסקנות חד משמעויות לגבי אופן הטיפול. במחקרים עדכניים ניתן דגש על התערבות באמצעות תכנית תרגול לשרירי הבטן כעדיפה על אמצעים פאסיביים (חגורה) או חוסר תרגול.

להבנתנו יש צורך בביצוע בדיקה מקיפה של הבטן תוך תיעוד מדויק של מיקום הבדיקה באופן שניתן יהיה לחזור עליה בפגישות חוזרות עם המטופלת. יש לכלול בבדיקה הערכה מלאה של רצפת האגן ולהתרשם מאסטרטגית ההפעלה של רצפת האגן הבטן והנשימה, למשש את רקמת ה-linea alba ולהעריך את העומק, המרווח והמתח הרקמתי.

על פי הבדיקה יותאם הטיפול באופן ספציפי לאישה ולא על פי פרוטוקול או עשה ואל תעשה, כך שתשפר את רמת הדיוק והביצוע שלה בתרגילים, מתוך כוונה למנוע החמרה ואף לשפר את ההיפרדות.

לדעתנו רצוי לכלול בדיקה של דופן הבטן בכל הבדיקות האורתופדיות לנשים באשר הן, בכל השלבים.

מקורות:

- Benjamina DR, van de Waterb ADM, Peirisa CL. Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: a systematic review. *Physiotherapy*, 2014. 100: 1–8
- Da-Mota F, Pascoal AG, Carita AI, Bo K. Prevalence and risk factors of diastasis recti abdominis from late pregnancy to 6 months postpartum, and relationship with lumbo-pelvic pain. *Man Ther.* 2015. 20(1):200-205
- Lee D, Hodges P. Behaviour of the linea alba during a curl-up task in diastasis rectus abdominis: a new interpretation with clinical implications. *Physiotherapy*, 2015. 101(1), e580–e581
- Mota P, Pascoal AG, Carita AI, Bo K. The Immediate Effects on Inter-rectus Distance of Abdominal Crunch and Drawing-in Exercises During Pregnancy and the Postpartum Period. *JOSPT*, 2015. 45(10): 781-788

טיפול בכאבי אגן (מעבר לטיפול ברצפת האגן)

הנחוו: נטע ביאר ומיכל שדה

השאלה: מה הם אמצעי הטיפול וההמלצות שתתנו לנשים הסובלות מכאבי עריה ומכאבי אגן בכלל (מעבר לרצפת אגן)

את התשובות שניתנו ניתן לחלק לשתי קבוצות:

שינויי תבנית חשיבה, התמודדויות עם כאב, טכניקות הרפיה:

- **Explain Pain**
- **Cognitive Behavioral Therapy** - דרך הטלת ספק בחשיבה השלילית הנקשרת לכאב ולתפקוד עם הכאב
- **בחירת שפה** אחרת לתיאור הכאב: לוחץ, מותח, במקום כאב
- **כתיבה אינטואיטיבית** - לבקש מהמטופל/ת לכתוב בבית את מה שמרגיש/ה, לא חייב להיות קשר או רצף בין המילים. לאחר מכן להתייחס לזה בטיפול.
- (לדוגמא - כאב, סבל, יאוש, לא ירצו אותי וכדומה... משקף את עולם המטופל/ת)
- **אנמנזה ככלי טיפולי**: לביורר והצפה של אירוע נוסף בחיים שקרה סביב תחילת הכאב
- **הסכם טיפולי**: אני לא מורידה כאב, אני משקמת את רצפת אגן במטרה לשפר תפקוד
- **מיינדפולנס** - להיות מודעת לתחושות, רגשות ומחשבות ברגע נתון
- **נשימות**: לנשום לתוך הכאב, נשימות סרעפתיות, עיסוי סרעפת.
- **דימיון מודרך**: בודקת אם האישה מעוניינת בהכוונה בתוך הדימיון: "תדמי אור, איזה צבע יש לאור, האור הזה נכנס לתוך מחזור הדם שלך... להתייחס לכאב כמו אל חפץ: עכשיו תוציאי את החפץ. דימוי השריר שנמס כמו גלידה

שיטות תרגול שונות:

- **פעילות גופנית**: הכל מתאים כל עוד זה לא כואב. הלוגו הוא: כל מה שקרוב זול ונוח.
- **טיפולי מים**: שחייה, צלילה, הצפה, הידרותרפיה או וואטסו. צרוף משקולות לרגליים שיוצרות distraction, שימוש במצופים ליצירת הרפיה בשילוב עם תנועתיות אגן קטנות.
- **יוגה נשית**: שימוש בתנוחות, תנועות, מתיחות בטיפול.
- **מתיחות נתמכות**: להגיע למתיחה - בדר"כ בשכיבה - ובמקום הזה להיעזר ברצועות שתומכות באיברים בעת המתיחה - למס' דקות: כמו בשכיבת עם ברכיים כפופות וכפות רגליים כף אל כף והברכיים נפלות לצדדים למתיחה ואז להניח חגורה/צעף מסביב לברכיים.
- **Drop down**: במקלחת עם מראה מתחת לפרינאום, לכווץ, לשחרר ואז "לעזוב" בשחרור לדמות את הפרינאום כמו שער שנפתח
- **כדור פיזיו**: בישיבה - הרחקת הפרינאום מהמגע עם הכדור (=איסוף) ושיחרור כאילו הפרינאום נמרח על הכדור.

לסיכום: מגוון הרעיונות שעלו תואם את המקובל היום בעולם הקליני. ההתייחסות לאגן, לרצפת האגן ולכל בעיות הכאב כדאי שתהיה כחלק מהערכה והטיפול מערכות שונות: שלד שריר, רגשית, ביולוגית וסוציאלית.

טיפול בעצירות

הנחוו: נורית זבולון וטסה מרכוס

השאלה:

**מה ההמלצות שלכן למי שמגיע לטיפול עם תלונה על עצירות
(כאבחנה או כבעיה נלווית לאבחנה):**

התשובות שניתנו:

- העלאת כמות צריכה הנוזלים
- תזונה המכילה סיבים תזונתיים כמו פירות, ירקות, קטניות ודגניים
- פעילות גופנית לשיפור הפרסטלטיקה של המעי
- ישיבה נכונה על האסלה (רגליים על שרפרף)
- לימוד דחיפה נכונה, תוך כדי הרפיית הסוגר ושריר ה-puborectalis

להרחבה ולסיכום:

הרפואה המערבית מגדירה עצירות כסינדרום, לא כמחלה. עצירות הינה תסמונת שכיחה ביותר. מדובר על כ 15%-20% מהאוכלוסייה הכללית הסובלים מתסמונת זו. כאשר דנים בעצירות קשה וממושכת, ההפרעה שכיחה יותר בנשים ובקשישים. לרוב תסמונת זו הינה כרונית ובעלת השפעה ניכרת על איכות חיי המטופל.

עצירות מוגדרת כאשר לפחות שניים מהתסמינים הבאים נמשכים מעל שלושה חודשים ברצף:

- פחות משלוש יציאות בשבוע.
- לפחות רבע מפעולות ההתרוקנות מלוות במאמץ.
- בלפחות רבע מפעולות ההתרוקנות הצואה היוצאת היא קשה.
- בלפחות רבע מפעולות ההתרוקנות התחושה היא של התרוקנות לא מלאה.
- תחושה של חסימה בפי הטבעת.
- לעיתים יש צורך בעזרה ידנית לביצוע ההתרוקנות.

סיבוכים של עצירות:

טחורים, פיסורה אנלית, צניחת רקטום, Fecal impaction (חסימה בשל גוש צואתי).

לפני הטיפול - מחובתנו לברר מהו סוג העצירות ועל איזה רקע היא נוצרה ובהתאם לכך, להחליט על הטיפול המתאים (טיפול שלנו או הפנייה לגורם המתאים).

דגלים אדומים: בטן תפוחה ורגישה, הקאות, דם בצואה, אובדן משקל, התחלה חדשה של עצירות

קשה, או החמרת עצירות קיימת במבוגרים.

הסיבות לעצירות

הסיבה העיקרית לעצירות לרוב הינה תזונה לא מתאימה ולא חוסר פעילות. סיבות נוספות יכולות לנבוע ממצבים כמו: הריון, נסיעה, חוסר רצון להשתמש בשירותים, שימוש יתר במשלשלים, מעי רגיז (מסוג עצירות), מחלות מטבוליות מחלות נוירולוגיות, חסימת מעיים, סרטן המעי הגס, שימוש בתרופות: נוגדות כאב (בעיקר אופיואידים), נוגדות דכאון, תרופות לאלרגיות, תרופות ללחץ דם גבוה. כמו גם, פריסטלטיקה איטית של המעי או בעיות של תפקוד לקוי של שרירי רצפת האגן, כאבים לאחר ניתוח וגורמים פסיכולוגיים (דיכאון / לאחר child abuse).

שני סוגי עצירות עיקריים:

1. Slow Transit Constipation או Colonic Inertia

עצירות הנגרמת עקב הפרעה בתנועתיות המעי הגס ומעבר איטי של הצואה לאורכו. התלונה העיקרית תהייה, יציאה בתדירות נמוכה.

2. תסמונת חסימת הצאיה (Obstructed Defecation או Colonic Outlet Obstruction) עצירות

הנגרמת כאשר מעבר הצואה לאורך המעי עד לרקטום הוא תקין, אך הצואה מתרכזת ברקטום, והמטופל אינו מצליח לפנותה.

התלונות השכיחות יהיו יציאות המאופיינות בצורך בלחץ רב בזמן היציאה, תחושת התרוקנות לא מלאה, כאב בזמן היציאה ותחושת מלאות ונפיחות.

את הסיבות לתסמונת חסימת הצאיה, ניתן לחלק לשתיים:

סיבות אנטומיות כמו מצבים של רקטוצלה. אנטרוצלה, סיגמואידוצלה: התפשלות אנורקטלית, צניחה פנימית של החלחולת. צניחות מלאות או חלקיות של החלחולת, היצרות אנאלית, תהליכים תופסי מקום (גידולים) באנוס ובחלחולת, מקרים קיצוניים של טחורים, פיסורה אנאלית.

סיבות תפקודיות

Descending Perineum Syndrome. צניחה עקב חולשת רצפת האגן, (על רקע טראומה מילדותית או פגיעה עצבית משנית להריון ולידה או פגיעה עצבית עקב לחץ כרוני ממושך בזמן יציאה)

Anismus: חוסר היכולת להרפות את שרירי רצפת האגן והסוגרים תוך כדי עליית הלחץ התוך בטני. בזמן צאייה,

מגה קולון/רקטום: הרחבה של המעי הגס והרקטום (כחלק מפגיעה נוירוגנית בעצבוב המעי הגס, או משנית לעצירות ממושכת).

הטיפול התרופתי: כולל תכשירים משלשלים משלושה סוגים: תכשירים מגדילי נפח צואה (סיבים מסוג פסיליום). תכשירים משלשלים אוסמוטיים (סופחים מים ובכך מגדילים את נפח המים בצואה), כגון פגלקס ואבילק, תכשירים שמגרים את התכווצויות המעי, כגון: סנה (כדורי לקסטיב, לקסדין).

הטיפול הפיזיותרפי:

במידה ואחד הגורמים לעצירות נובע גם מתפקוד לקוי של שרירי רצפת האגן מטרטנו כפיזיותרפיסטיות של רצפת האגן (בנוסף להדרכה הניתנת בנושא ההרגלים) לשקם את מערכת השרירים ולנסות לנרמל ולשחזר עבודת שרירים נכונה - במטרה להחזיר יכולת התרוקנות והתאפקות תקינים ללא כאב או הפרעה.

הכלים האפשריים: הדרכה מילולית יסודית וברורה על מנגנון ההתאפקות וההתרוקנות, מודעות לאזור השרירים בדרכים שונות כמו ביופידבק, דימוי מוטורי ועבודה מנואלית, במטרה לרכוש יכולת שליטה על מנגנונים אלו ולנרמל את התחושה הרקטלית .

חשוב לציין כי במקרים רבים נראה הפרעה משולבת אנטומית ותפקודית, ולכן טיפולי הפיזיותרפיה לרצפת האגן מומלצים לרוב גם כקו ראשון לפני טיפול ניתוחי גם בחולים הסובלים מבעיה אנטומית.

מקורות:

- Bahamani A , Arab AM, Khorasaby B, shahali S, foroutan M. The role of pelvic floor muscles dysfunction in constipation. PTJ. 2015, 4(4):177-182.
- Basson MD. Constipation Treatment & Management. Medscape, Sep, 2015.
<http://emedicine.medscape.com/article/184704-overview>
- Stren T, davis AM. Evaluation and Treatment of Patients With Constipation. JAMA. 2016, 315(2):192-193.
- Wald A. Treating constipation with medications. JAMA. 2016, 315(12):1299-1299.
- Wald A. Constipation. JAMA. 2016, 315(2):214-214