



ב. מדיקל לוגיסטיקס בע"מ  
ייבוא ושיווק מכשור רפואי מתקדם

# עקרונות הטיפול בקינזיולוגיה טייפינג



(מהדורת אוגוסט 2012)

עורך: בני נדלר

מנחה מקצועי ומדריך: גדי טנא - פיזיותרפיסט ספורט בכיר.

זכויות שמורות



כל הזכויות שמורות לחברת ב. מדיקל לוגיסטיקס בע"מ, יבואנית ומפיצה בכל העולם Kinesiology Tape.  
אין להעתיק, לשכפל או לעשות שימוש כלשהו בחומר זה ללא אישורה המוקדם ובכתב של בעלת הזכויות

◆ ת.ד. 2129, כפר סבא 44641 ◆ טלפון 09 - 7727884 , פקס – 09 - 7714044 ◆

◆ [www.kinesio.co.il](http://www.kinesio.co.il) ◆

## תוכן עניינים

מס' עמוד	התוכן
4	מהי תרפיית קינזיולוגיה טייפינג?
4	היתרונות הרבים שמספק טייפ קינזיולוגי
5	אינדיקציות קליניות לטיפול בקינזיולוגיה טייפינג
6	ההבדלים העיקריים בין הטייפינג הרגיל (האתלטי) לבין ה- KT (קינזיולוגי טייפ)
7	השפעות פיזיולוגיות של תרפיית קינזיולוגי טייפ
8	פתולוגיות הניתנות לטיפול בעזרת ה-KT
8-9	אופן חיתוך הקינזיולוגי טייפ
10	בדיקות בתרפיית ה-KT
11	<b>בדיקות פלג הגוף העליון</b>
11	בדיקת לינדר Linder Test 1
12	בדיקת מתיחת עמוד שדרה צווארי Cervical Spine Extension Test
13	בדיקת נפיחות בעורק Bulge in an Artery Test
14	בדיקת מתיחה של בית החזה (בדיקת רייט) Pectoral Girdle Test (Wright Test)
15	<b>בדיקות פלג גוף תחתון</b>
15	בדיקת לינדר Linder Test 2
16	בדיקת לחץ בבטן Abdominal Pressure Test
17	בדיקת פטריק פבר Patrick Faber Test
18	בדיקת הרמת הרגל SLR Test
19	<b>טכניקות לקינזיולוגי טייפינג</b>
20	M. Upper Trapezius
21	M. Scalenus Anterior
22	M. Rhomboid Major
23	M. Biceps Brachii
24	Sacrospinalis (Sacral Multifidi)
24	Sacralspine Tape
25	M. Oblique Abdominis Externus
26	M. Gluteus Medius
27	M. Gastrocnemius
28	M. Scalenus Posterior
29	M. Deltoid
30	M. Pectoralis Minor
31	M. Middle Trapezius
32	M. Lower Trapezius
31	M. Sternocleidomastoid
34	M. Biceps Femoris (Lateral Hmstring)
35	M. Gluteus Maximus
36	M. Flexor Digitorum Brevis
37	M. Tensor Fascia Latae
38	M. Iliocostalis Lumborum (Superficial Erector Spinae)
39	M. Triceps Brachii (X Method)
40	M. Fibularis (Peroneus) Longus

41	Cervical Ligament (Cervical Spondylosis)
42	Functional Correction Ankle
43	M. Quadriceps Femoris
44	Patella (Jumpers Knee)
45	Anterior Cruciate Ligament (ACL)
46	M. Achilles Tendonitis
47	Mechanical Correction Type 1. Y-Form
48	SIJ Technique
49	Whiplash Cervical
50	Headache and HWS
51	Epicondylitis
52	Rib Fracture
53	Trigger Point
54	Pain Cross
55	סיכום טכניקות קינזיותרפיה טיפוי

## תרפיית קינזיולוגיה טייפינג

### הסטוריה

בסוף שנות ה-70 ד"ר קנזו קאזה, כירופרקט וקינזיולוג ממוצא יפני, החליט לשפר את הטיפול אותו הוא נתן למטופליו הסובלים מבעיות אקוטיות וכרוניות כתוצאה מבעיות גוף שונות. לשם כך ניסה ד"ר קאזה מספר סוגים של טייפינג אשר היו קיימים באותו זמן. למרבה צער חומרים אלו לא תאמו את ציפיותיו. בבסיס רעיונותיו של ד"ר קאזה באשר לחומרים החדשים ולטכניקות החדשות אפשר למצוא את הכרתו את העור, רקמות החיבור והשרירים. ד"ר קאזה לא התייחס לעור כאל המעטה החיצוני של גופנו בלבד אלא הכיר בערכו ותפקודו של העור כאיבר הרפלקסיבי הגדול ביותר בגוף. ד"ר קאזה ראה בשרירים לא רק את יכולתם להגיב לשנויים כלפי הסביבה אלא גם את יכולתם לתמוך בתהליכי החלמה ובנייה מחדש של הגוף. השרירים מאפשרים לא רק תנועה כי אם גם מיקרו סירקולציה, חום, תגובות נירומוסקולוריות וכן הלאה.

### מהי תרפיית קינזיולוגיה טייפינג?

שיטת טיפול רב תחומית מבוססת על עקרונות הרפואה המערבית, הכירופרקטיקה, הפיזיותרפיה, הקינזיולוגיה המעשית, והרפואה ההוליסטית.

### Kinesiology Tape

- הטייפ עשוי מ- 100% כותנה ואינו מכיל לטקס.
- אין בטייפ כל חומר רפואי פעיל.
- הטייפ דומה בתכונותיו (עובי, משקל, אלסטיות) לעור עצמו.
- נמתח עד 150% מאורכו בדומה לעור.
- הדבק בטייפ הינו דבק אקרילי רפואי, רגיש לחום, היפו אלרגני.
- הטייפ יכול הישאר על עור המטופל ממספר שעות ועד לשבועיים ויותר בהתאם לצורך הטיפולי.

### היתרונות של קינזיולוגיה טייפינג

תפקידו היחיד של הטייפ האתלטי המסורתי הוא לספק תמיכה נוקשה לאזור נפגע והגבלת תנועה כדי להגן עליו מפני פגיעה נוספת. לטייפ קינזיולוגי לעומת זאת, יש תכונות אלסטיות ייחודיות המאפשרות לספק תמיכה דינמית, להגן על שרירים ו / או המפרקים, תוך מתן טווח בטוח ופונקציונלי של תנועה. לטייפ יש יתרונות טיפוליים הכוללים שיפור תפקוד השרירים והאצת תהליך הריפוי.

### היתרונות הרבים שמספק טייפ קינזיולוגי:

- שינוי כאב** – הפחתת לחץ על קולטני הכאב מתחת לעור יכול לספק הקלה של כאב אקוטית או כרונית. זה יעיל במיוחד עבור כאב מ"פציעה חמה" שבה עוצמת הכאב היא מעבר לכל פרופורציה ביחס לחומרת הפציעה.
- הפחתת נפיחות ודלקת** - לחץ מופחת על תעלות ניקוז לימפטי, מאפשר הסרה טובה יותר של נוזלים וחומרים נוספים שנאספו באזור שנפגע. זה חל לא רק על פציעות ספורט, אלא גם במקרי דלקתיים אחרים, כולל Lymphedema (לדוגמה בנפיחות חמורה של הגפיים).
- הבראה מוגברת בעת שימוש מופרז בשרירים** – עייפות והפעלת יתר של שרירים גורמים לתוצרי לוואי של פעילות גופנית (כגון חומצה לקטית) אשר תורמים לתחושת הכאב והנוקשות ומגבילים את היכולת להמשיך להפעילם. כאשר טייפ קינזיולוגי מונח על אזורים אלו, הדבר גורם להסרה משופרת של תוצרי לוואי אלו, ומאפשר התאוששות מהירה יותר.
- הדבר יכול לאפשר ביצועים משופרים באירוע סיבולת או יותר החלמה מושלמת יותר בין פעילויות חוזרות באינטנסיביות גבוהה.**

- **תמיכה מספקת ללא הגבלת טווח התנועה** - המאפיינים הייחודיים של טייפ אלסטי קינזיולוגי מאפשר לו לספק תמיכה לשריר פגוע או מפרק ללא הגבלת טווח התנועה.
- **מאפשר לאתלטים להישאר פעילים בזמן פגיעה** - זה אחד היתרונות החשובים ביותר של טייפ קינזיולוגי לספורטאים תחרותיים. כאשר משתמשים בו כטייפ טיפולי לספורט, הקינזיולוגי טייפ יכול למנוע התכווצות שריר או מתיחת שריר של שריר פגוע. למעט במקרה של פציעות חמורות, זה יכול לאפשר לספורטאים להמשיך את האימונים ו / או תחרויות כמו גם את תהליך הריפוי שלהם.
- **משפר את חוזק השרירים וטונוס השרירים בחולשת שרירים או טונוס ירוד** - הפרעות נוירולוגיות או שריריות יכולים להפוך שרירים לכה חלשים עד כדי שזה כמעט בלתי אפשרי לעשות את התרגילים אשר קריטיים כדי לשפר את התפקוד היומיומי.
- טייפ הקינזיולוגי לא רק מספק תמיכה לשרירים אלה, אלא זה אף יכול גם לשפר את הפעלת השרירים, ומאפשר לבצע תרגילים טיפוליים באופן יעיל יותר.
- אחד השימושים העיקריים בקטגוריה זו עם תינוקות וילדים צעירים עם hypotonia, טונוס השרירים מוחלש אשר מגביל את יכולתם ללמוד לשבת, לזחול, וכו'.

#### אפליקציות (יישומים) אפשריות:

- טיפול ספורטיבי
- טיפול כאב
- טיפול לפני/אחרי ניתוח
- טיפול לימפטי
- טיפול אורתופדי כללי
- טיפול נוירולוגי כללי

#### אינדיקציות קליניות לטיפול בקינזיולוגיה טייפינג

TMJ Dysfunction  
Headaches (tension)  
Whiplash  
Torticollis  
Shoulder  
Impingement/Subluxation  
Rotator Cuff Tear  
Bicipital Tendonitis  
Tennis/Golfers Elbow  
Compartment Syndrome  
Trigger Finger  
Forward Shoulder

Thoracic Outlet Syndrome  
Shin Splits  
Foot Drop  
Herniated Disk  
Sciatica  
De Quervains  
Bells Palsy  
Headaches (Migraine)  
Tinnitis (SCM cause)  
Frozen Shoulder  
Hamstring Strain  
Post Operative/Traumatic Oedema

Low Back Sprain/Strain  
Sacroiliac Sprain/Strai  
Piriformis Syndrome  
Quadriceps Strain  
Toe Cramps  
Sprained Ankle  
Meniscus Tear (minor)  
Osteoarthritis of Knee  
Calf Cramps  
Plantar Fascitis  
Bunions

מעבר לפתולוגיות המצוינות לעיל, ישנם מצבים רבים נוספים בהם ניתן לטפל באמצעות השיטה.

**הטייפנג הרגיל (האתלטי)**

(כפי שפורסם ב- Taping Techniques, Austin et. al., 1994)

**מטרות:**

1. לתמוך במבנה פגוע.
2. להגביל תנועות על מנת למנוע נזק נוסף ו/או כאב.
3. לאפשר חזרה מהירה לפעילות גופנית.

**השפעות:**

1. שיפור חילוף חומרים מואץ ע"י הנעת מפרקים במידת היכולת.
2. הפחתת נפיחות על ידי קיבוע האיבר.
3. מניעה של:
  - א. הרעה/החמרה של הפגיעה הראשונית.
  - ב. מניעה של השפעת הפגיעה על אזורים סמוכים.
  - ג. הרעת תסמינים כתוצאה מחוסר תנועתיות מפרקית.
4. מאפשר אימון וחיזוק הגוף/המפרק לאחר חוסר פעילות כתוצאה מפגיעה.
5. שימור היכולת לתגובה פיזיולוגית לאחר היווצרות גרמים מעכבים כגון כאב או פחד מפגיעה.

**תכונות נוספות:**

הטייפנג הרגיל מונח על הגוף למשך מספר שעות, ובמקסימום יום או יומיים, בד"כ מגולגל סביב האיבר.

**קינזיולוג'י טייפ (KT)**

**מטרות:**

1. "נירמול" פעילות השריר (בד"כ חיזוק יכולת השריר).
2. שיפור בזרימת הדם ושיפור בזרימה הלימפטית
3. הפחתת כאב.
4. הסדרת אי יציבות מפרקית ושיפור ביכולת פורפריוצפטית.

**השפעות:**

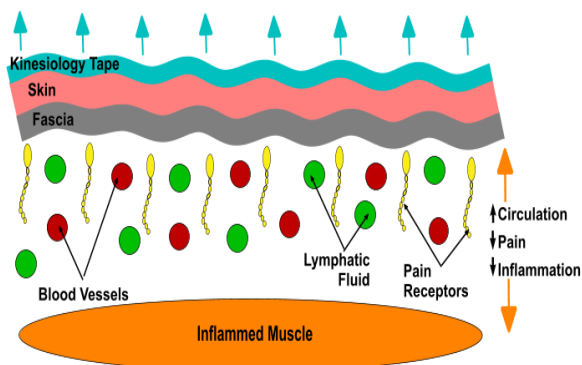
1. ממשיך את הטיפול הפיזיותרפי מעבר לזמן הטיפול עצמו.
2. מאפשר חזרה מהירה יותר לתפקוד רגיל.
3. מעודד את יכולת התנועה.
4. מאפשר תמיכה והפעלה של מנגנונים גופניים רבים העוזרים לתהליכי החלמה, שיקום וריפוי הגוף כחלק אינטגרלי מטכניקת הטיפול של KT.

**תכונות נוספות:**

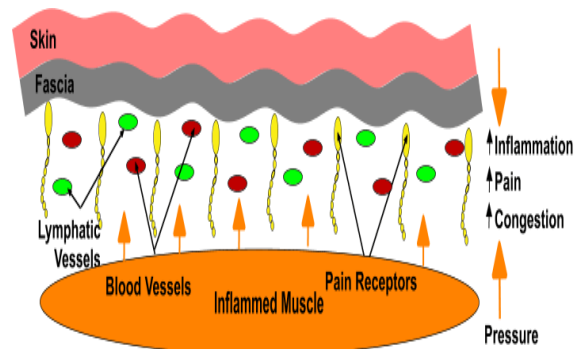
1. ה- KT יכול להישאר על הגוף בין 24 שעות ועד שבועיים, תלוי במטרת הטיפול.
2. אלסטיות ה- KT זהה לזו של העור.
3. מאפשר לעור לנשום ומונע מהזיעה להצטבר מתחת לטייפ.
4. הטייפנג מונח על העור במתח מסוים בהתאם לצורך הטיפולי, ואף פעם לא בגלילה על איברים גליליים כגון רגל או יד.

## השפעות פיזיולוגיות של תרפיית קינזיולוג'י טייפ

### INFLAMED MUSCLE WITH KINESIOLOGY TAPE



### INFLAMED MUSCLE WITHOUT KINESIOLOGY TAPE



## ההשפעות העיקריות של תרפיית קינזיולוג'י טייפ על הגוף הן:

### 1. שיפור בתפקוד השריר

הקינזיולוג'י טייפ יעיל בהחזרה ושיפור הטונוס בשרירים אשר נפגעו על ידי שימוש יתר או פציעה. כאשר הוא מונח על שרירים אשר היו נתונים בעומס יתר וכתוצאה מכך נפגעו ונגרמה דלקת, הקינזיולוג'י טייפ יעיל ביצירת תמיכה לשריר הפגוע ושיפור תפקוד השריר החלש.

### 2. שיפור בזרימת דם וזרימת לימפה

בזמן פגיעה, המרווח בין העור לבין השריר מצטמצם כתוצאה מחסימה של הזרימה לימפטית וזרימת דם. חסימה זו מעוררת חיישני כאב הנמצאים ברקמת העור (סיבי C, A Delta). הקינזיולוג'י טייפ מגדיל את המרווח ומאפשר שחרור של חסימה זו.

### 3. הפחתת כאב

המנגנונים העיקריים להפחתת הכאב על ידי הקינזיולוג'י טייפ הוא הפחתת הגירוי של חיישני הכאב, שיפור מתח השרירים והגדלת המרווח בין העור לשריר.

### 4. שיפור ביציבות מפרקית ותפקוד פרופריוצפטיבי

חוסר יציבות מפרקית נגרם בד"כ על ידי ירידה בכוח שרירים ו/או שיבוש בגמישות רקמה רכה מסביב למפרק. פגיעה מוסקולוסקלטלית מגבירה את חוסר היציבות ומשבשת את הכוחות הפועלים על המפרק.

## השפעות על המערכת הלימפטית

השימוש ב-KT מגביר ומשפר את קצב זרימת הנוזל הלימפטי וזאת עקב הרמת העור הזעירה שנוצרת עם היווצרות קפלי עור זעירים עקב הנחת ה-KT. כאשר הלחץ תחת ה-KT פוחת הנוזל החוץ תאי יכול לזרום טוב יותר לאזור הפגוע ובאותו אופן מתעצמת הזרימה הלימפטית מהאזור הפגוע.

שימוש ב-KT לשיפור תפקוד המערכת הלימפטית, משפר ביצועים אתלטיים ואת זמן חזרתו של ספורטאי או כל אדם אחר לפעילות לאחר פגיעה. לאחר ניתוח ה-KT יכול להקטין משמעותית את גודל הצלקת ע"י מניעת פיברוזיס באזור הניתוח. לאחר הסרת קשריות לימפטיות (כמו בסרטן שד), KT יכול לשפר את הזרימה הלימפטית באזור הפגיעה ובכך לאזן את אובדן הקשריות.

שימוש ב-KT לשיפור תפקוד מערכת הלימפה משפר ביצועים בספורט, משפר את זמן חזרתו של ספורטאי או כל אדם אחר לפעילות לאחר הסרת קשריות לימפטיות, שימוש מיידי ב-KT לאחר ניתוחים או דלקות יכול להקטין בצורה משמעותית את גודל הצלקת על ידי מניעת פיברוזיס באזור.

## אופן הכנת הקינזיולוג'י טייפ ליישום

- התאם את אורך הטייפ לאפליקציה המבוקשת ולאורך האיבר של המטופל.
  - יש להקפיד לגזור הטייפ באמצעות מספריים חדות (רצוי מספריים מיוחדות לחיתוך בד) על מנת לא לפגוע באריג של הטייפ.
  - הקפד לחתוך את קצה הטייפ במעוגל כך שלא יישארו פינות אשר נוטות להתרומם מהגוף (עקב מגע עם הבגד) ולגרום להרמת הטייפ.
  - רצוי ומומלץ לנקות את מקום הנחת הטייפ בחומר מסיר שומן כגון אלכוהול / מים וסבון, ולהקפיד לייבש המקום בטרם היישום של הטייפ.
  - איזור שעיר במיוחד יש לגלח על מנת לאפשר מגע של הטייפ עם רקמת העור.
  - הסרת הטייפ מהנייר:
- שים את קצה האגודל על קצה הטייפ ואז הנע לאחור את האגודל יחד עם הטייפ כלפי הגוף.



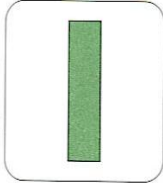
- הסרת הנייר מהטייפ (ישים לגבי רוב השימושים)
- מאחר ומתח הפנים של הטייפ שונה ממתח הנייר אליו הוא מוצמד, ניתן לקרוע בתנועה סיבובית את הנייר. הטייפ מתגלה ואז ניתן להדביק החלק החשוף למקום הנדרש.
- לאחר הנחת הטייפ, יש לחממו באמצעות שפשוף לאורכו במהירות, דבר שיגרום לדבק להיצמד לגוף (ניתן להיעזר בנייר שהוסר מתחת הטייפ).
  - הסרת הטייפ מהגוף:
- כאשר מסירים את הטייפ מהעור, אין להסירו בניגוד לכיוון השיער. כמו כן אין למתוח את הטייפ בהסרה. ככלל, יש לנסות "להסיר את העור מהטייפ" במקום "להסיר את טייפ מהעור".



## צורות חיתוך הקינזיולוג'י טייפ

הערה: לצורך חיתוך נכון של הטייפ יש להשתמש במספרים חדות במיוחד. שימוש במספרים שאינם חדות דיין יגרום לחיתוך לקוי של הטייפ ואיכותו תפגע כמו גם יכולת השימוש בו.

### 1. טייפ בצורת האות I



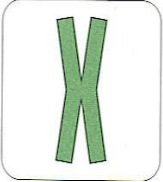
יש לחתוך את האורך הדרוש. בתצורה זו משתמשים לטיפול באיזורי כאב.

### 2. טייפ בצורת האות Y



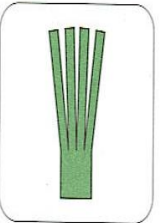
חותכים את הטייפ לאורכו לשני חלקים שווים ברוחבם, משאירים 3 עד 5 ס"מ לא חתוכים בקצה אחד של הטייפ. תצורה זו משמשת בד"כ לבעיות שרירים.

### 3. טייפ בצורת האות X



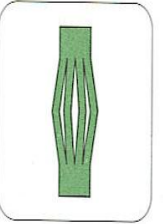
חותכים את הטייפ משני קצותיו לשני חלקים שווים ברוחבם תוך השארת אזור לא חתוך באמצע של 3 עד 5 ס"מ. בהשמת הטייפ הקצוות נפתחים ליצירת האות X. תצורה זו משמשת בעיקר לבעיות שרירים וזרימת דם.

### 4. טייפ בצורת מזלג (4 קצוות)



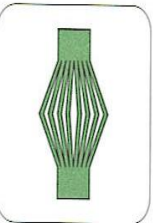
חותכים את הטייפ לאורכו ל-4 קצוות שווים ברוחבם ובאורכם. משאירים בד"כ 5-5 ס"מ לא חתוכים בקצה השני של הטייפ. צורה זו של חיתוך הטייפ נקראת גם "Superficial Myofacial Tape". תצורה זו נועדה להפחית מתח מהעור ולאפשר זרימה לימפטית ע"י הגדלת החלל בין העור לשרירים.

### 5. טייפ ספליט 4 חלקים



מקפלים את הטייפ לשניים (חלקים שווים) וחותכים 3 חתכים ברוחב שווה מהמרכז כלפי הקצוות תוך השארת 2 ס"מ לא חתוכים בקצוות. תצורה זו מתאימה במיוחד להפחתת נפיחות ומתח בשרירים ובעור במרפק ובברך.

### 6. טייפ ספליט 8 חלקים



מקפלים את הטייפ לשניים (חלקים שווים) וחותכים 7 חתכים ברוחב שווה מהמרכז כלפי הקצוות תוך השארת 2 ס"מ לא חתוכים בקצוות. תצורה זו מתאימה במיוחד להפחתת נפיחות במרפק ובברך.

## **בדיקות בתרפיית ה-KT**

תרפיית ה-KT משתמשת לצורך הערכה ראשונית של הבעיה בשמונה בדיקות המקיפות

את כל הגוף ומאפשרות למטפל להעריך את האזור הכללי של הבעיה וחומרתה.

ישנן ארבע בדיקות לפלג הגוף העליון וארבע לתחתון.

### **הערה:**

ליד כל בדיקה מופיעה רשימת השרירים (באנגלית) להם חיונית הבדיקה. השרירים מחולקים עד לארבע תתי קבוצות לפי סדר חיוניות יורד (מספר המעוינים מציין את מידת החיוניות, מהגבוה לנמוך). אפשר לראות שהבדיקות המפורטות להלן מכוונות לחלק נכבד מהשרירים המניעים את הגוף.

## בדיקות פלג הגוף העליון

תסמונת בפלג הגוף העליון, כולל הצוואר, הכתף והאזור הסקפולרי נגרמות על ידי מגוון גורמים והאזור בו מופיעים הסימפטומים אינו בהכרח מקור הבעיה. הסימפטומים שונים מאדם לאדם ותלויים בסוג העבודה, בפעילות הגופנית ובאורח החיים שהמטופל מנהל. משום כך ישנה חשיבות רבה ליכולת המטפל לזהות בצורה מהירה שיבושים בתפקודי הגוף אשר עלולים להסתבך וליצור מחלות או חוסר תפקוד, אבחנה נכונה של השיבושים תאפשר קבלת החלטה כיצד ובאיזו טכניקה ליישם את הטיפול ובכך כמובן תשפיע על תוצאות הטיפול.

ארבעת הטכניקות הראשונות כוללות שיטות לבדיקה של תסמונות בפלג הגוף העליון והן כוללות שיטות לבדיקת עייפות שרירים בזרוע, מערכת כלי הדם בראש, מתח בגב עליון ובדיקת מתיחת צוואר הקשורה לתפקודי הראש והצוואר.

### בדיקת לינדר Linder Test 1

זוהי בדירת מיופשיה ומתח שרירים בחלק העליון של הגב.

מהלך הבדיקה:

בעוד המטופל שוכב על גבו, נינוח, המטפל מרים את ראש המטופל כאשר הסנטר מונח על החזה (עד כמה שניתן). אם המטופל חש במתח רב או כאב או מתקשה בתנועות אלו ניתן לייחס זאת למתח בשרירי הגב העליון הקשורים למתח.



קבוצות השרירים:

\*\*\*\*

Upper Trapezius

\*\*\*

Upper and Middle Trapezius (Combined Method)

Middle Trapezius

Lower Trapezius

Latissimus Dorsi

Levator Scapulae

\*\*

Iliocostalis Thoracis (super ficial erector spinae)

Iliocostalis Cervicis (super ficial erector spinae)

Longissimus Thoracis (super ficial erector spinae)

Longissimus Capitis (super ficial erector spinae)

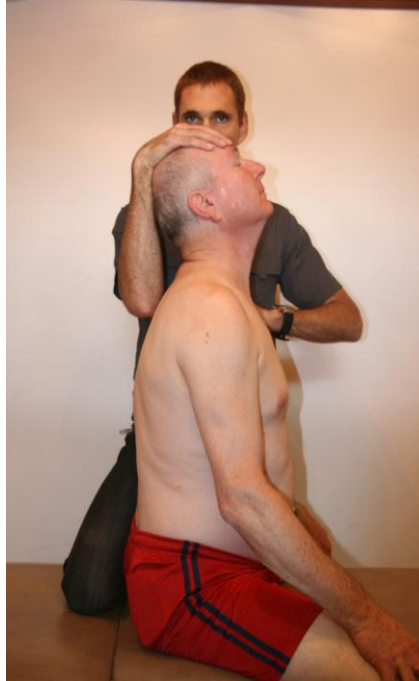
Longissimus Cervicis (super ficial erector spinae)

## בדיקת מתיחת עמוד שדרה צווארי Cervical Spine Extension Test

בעיות בעמוד השדרה או בשרירים באזור עמוד השדרה הצווארי יכולות לנבוע מבעיות באזור בית החזה.

מהלך הבדיקה:

המטופל יושב על כיסא ומותח הצוואר לאחור עד כמה שניתן כאילו מנסה להסתכל בתקרה. בדיקה חיובית אם אין ביכולת המטופל לבצע זאת באופן מלא או אם המטופל חש מתח מוגבר בצווארו, בשרירים או כאב באזור הצוואר.



קבוצת השרירים:

\*\*\*\*

Scalenus Anterior

\*\*\*

Scalenus Medius

Scalenus Posterior

\*\*

Splenius Capitis

Splenius Cervicis

### בדיקת נפיחות בעורק Bulge in an Artery Test

קשיון שרירים או כלי דם באזור הראש יכולים לגרום לנפיחות בעורק (יתר לחץ דם). אנשים הסובלים מיתר לחץ דם סובלים בדרך כלל גם מבעיות רבות בחלק גופם העליון.

מהלך הבדיקה:

בעוד המטופל יושב בכסא, מניח המטפל אצבע מראה באזור הרקה ימנית (ניתן גם בשמאלית) ומנסה לחוש את הדופק. באם הדופק "קשיח", נוקשה, יש סיכוי ללחץ דם גבוה וכן לבעיות באזור הצוואר העליון והתחתון.



קבוצת השרירים:

\*\*\*\*

Rhomboid Major

\*\*\*

Rhomboid Minor

Sternocleidomastoid

## בדיקת מתיחה של בית החזה (בדיקת רייט) (Pectoral Girdle Test (Wright Test)

בבדיקה זו משתמשים לבדיקת עייפות שרירים וכן שימוש יתר בשרירי הכתף והזרוע.

מהלך הבדיקה:

המטופל יושב על כיסא ומסתכל קדימה. המטפל מחזיק את פרק יד המטופל בכף ידו ומרים את הזרוע תוך כדי מתיחה לאחור. אם המרפק לא עובר את קו הכתף ופרק כף היד את קו המרפק ישנן בעיות באזור שבין אצבעות כף היד לקצה הזרוע.



קבוצת השרירים:

\*\*\*\*

Biceps Brachii

Pectoralis Minor

\*\*\*

Coracobrachialis

Pectoralis Major (Clavicular Portion)

Pronator Teres

Pectoralis Major (sternocostal Portion)

Flexor Carpi Radialis

Serratus Anterior

Palmaris Longus

Deltoid (Combined Method)

Flexor Carpi Ulnaris

Deltoid – anterior

Pronator Quadratus

Deltoid –Middle

Extensor Carpi Radialis Longus

Deltoid – posterior

Extensor Carpi Radialis Brevis

Supraspinatus

Extensor Carpi Ulnaris

Infraspinatus

\*

Teres Minor

Flexor Digitorum Superficialis

Extensor Indicis

Teres Major

Flexor Digitorum Profundus

Opponens Pollicis

Biceps Brachii (X-Method)

Flexor Pollicis Longus

Flexor Pollicis Brevis

Triceps Brachii

Extensor Digitorum

Adductor Pollicis

Triceps Brachii (X-Method)

Extensor Digiti Minimi

Abductor digiti minimi

Brachioradialis

Abductor Pollicis LAONGUS

Flexor digiti minimi

Supinator

Extensor Pollicis Brevis

Opponens digiti minimi

Pectoralis Major (both portions)

Extensor Pollicis Longus

## בדיקות פלג גוף תחתון

תסמונות של פלג הגוף התחתון, כגון כאבי גב תחתון וכאבי מפרק הירך והברך, יכולים לנבוע מגורמים שונים, מקום הכאב או הסימפטום אינו בהכרח מקור הבעיה. פלג הגוף התחתון חיוני להתנגדות לכוח המשיכה, לייצוב הגוף ולתנועת הגוף בעזרת הגפיים התחתונות. בנוסף, יכולתו להשתמש בגפיים התחתונות ובגב התחתון שונה מאדם לאדם ותלויה באורח החיים ובמטען הגנטי. מכיוון שכך, היכולת לזהות במהירות את הפונקציות של חלק הגוף התחתון (השונות מאדם לאדם) תשפיע על תוצאות השמת הטייפ.

ישנן ארבע טכניקות המאפשרות בדיקת מקור התסמונות בפלג הגוף התחתון, ביניהן טכניקה לבדיקת מתח בגב, לחץ באזור הבטן, סיבוב חיצוני של מפרק הירך והרמה של גפיים תחתונות.

### בדיקת לינדר 2 Linder Test

זוהי בדיקת המיופשיה השטחית לכל אורך האזור התורקלי התחתון והאזור הלומברי כולו.

מהלך הבדיקה:

המטופל שוכב על גבו, נינוח, כאשר רגליו פשוטות לפניו וישרות. המטפל מרים את פלג גופו העליון, מהמותניים ומעלה, של המטופל כאשר יד ימינו של המטפל אוחזת בעורף המטופל ויד שמאל של המטפל מונחת באזור הבטן התחתונה של המטופל (לייצוב), עד אשר גוף המטופל ישר לחלוטין. אם המטופל חש מתח רב או כאב באזור הלומברי ניתן לייחס זאת למתח שריר מוגבר, בעיות בגב תחתון או בעיות באזור הכתפיים.



קבוצת השרירים:

\*\*\*\*

Sacrospinalis (Sacral Multifidi)

\*\*\*

Quadratus Lumborum

Iliocostalis Lumborum (Superficial erector spinae)

Psoas Major

## בדיקת לחץ בבטן Abdominal Pressure Test

בדיקה זו משמשת להערכת הלחץ בבטן. משתמשים בבדיקה זו על מנת לבדוק את האיברים הפנימיים באזור הבטן. בדיקה זו יכולה להצביע על נפיחות או מתיחות באזור או נפילה של האיברים הפנימיים. במידה ואכן יש בעיה באיברים הפנימיים יתכן והמטופל ירגיש כאב רק כאשר ניגע בו. באם במהלך הבדיקה המטופל חש כאב ממוקד, יש להפנותו מיידית לבדיקת רופא.

מהלך הבדיקה:

המטופל שוכב על גבו, נינוח. המטפל בודק את המתח באזור הבטן על ידי לחץ כלפי מטה על הבטן.



קבוצת השרירים:

\*\*\*\*

Oblique Abdominis Externus

\*\*\*

Oblique Abdominis Internus

Rectus Abdominis



## בדיקת פטריק פבר Patrick Faber Test

בדיקה זו משמשת לאבחון בעיות באגן ובמרפק הירך. הסימפטומים יופיעו אם האגן או עצמות האגן והגב התחתון עוברים שינוי או תפקודם לקוי.

מהלך הבדיקה:

המטופל שוכב על גבו, נינוח, כאשר רגליו פשוטות לפניו. המטפל מקפל את ברך המטופל ומניח את כף הרגל של הרגל הנבדקת מעל הברך הישרה הנגדית. המטפל לוחץ כלפי מטה את הברך המקופלת כאשר תוך כדי כך ידו השניה מייצבת את אגן המטופל (ASIS). במידה וקיימת בעיה, ברך המטופל לא תיגע במשטח עליו הוא שוכב או שהמטופל יחוש בכאב במהלך הבדיקה.



קבוצת השרירים:

\*\*\*\*

Gluteus Medius

\*\*\*

Iliacus

Sartorius

Hip Adductors

Gluteus Maximus

Tensor Fascia Latae

Piriformis

\*\*

Gracilis

Pectineus

Adductor Longus

Adductor Brevis

Adductor Magnus

17

## בדיקת הרמת הרגל SLR Test

בדיקה זו משמשת לבדיקת מתח שרירים מוגבר או בעיות עצביות בגפה תחתונה/גב. שרירי הגפה התחתונה עלולים להיות נוקשים עקב הליכה, עמידה או מאמץ מתמשך או לאחר פעילות גופנית שבאה לאחר תקופה בה לא תורגל הגוף.

מהלך הבדיקה:

המטופל שוכב על גבו

נינוח, כאשר רגליו פשוטות לפניו ומרים את רגלו עם ברך ישרה כלפי מעלה. המטפל אוחד את קרסוליו ומרים הרגל כלפי התקרה באטיות.

אם טווח התנועה לה מסוגל המטופל הוא עד 20 מעלות ובטווח זה המטופל חש כאב חד, הבעיה יכולה להיות גירוי עצבי שורשי או פריצת דיסק.

במידה והמטופל חש כאב מעבר לטווח זה, הבעיה היא בד"כ בשרירי האגן או גפה תחתונה.



קבוצת השרירים:

\*\*\*\*

Gastrocnemius

Fibularis (Peroneus) Tertius

\*\*\*

Tibialis Posterior

Quadriceps Femoris

Fibularis (Peroneus) Brevis

Rectus Femoris

\*

Vastus Lateralis

Extensor Hallucis Longus

Vastus Medialis

Extensor Digitorum Longus

Vastus Intermedius

Plantaris

Biceps Femoris (Lateral Hamstrings)

Flexor Hallucis Longus

Semitendinosus (Medial Hamstrings)

Flexor Digitorum Longus

Semimembranosus (Medial Hamstrings)

Extensor Digitorum Brevis

Tibialis Anterior

Abductor Hallucis

Soleus

Flexor DIGITORUM Brevis

Popliteus

Abductor Digiti Minimi

Fibularis (Peroneus) Longus

Quadratus Plantae

Flexor Hallucis Brevis

Adductor Hallucis

Flexor Digiti Minimi

## טכניקות לקינזיולוג'י טייפינג

### טכניקות לשריר

- מתח'י את השריר ואת הרקמות הסובבות.
- מקם/מקמי את הבסיס והנח/הניחי את הזנבות מבלי למתוח.
- בחר/בחרי את הצורה הטובה ביותר של KT על מנת להניח מעל השריר - או Y
- בדוק/בדקי אם יש מספיק פיתולים לאחר ההנחה.
- בדוק/בדקי עם מבחן שריר אם השריר חזק = 5

### טכניקות לרצועות

- חלק מרכזי של רצועת הטייפ מתוח (25%-100%), שאר חלק רצועת הטייפ ללא מתיחה.
- האנרגיה שמצטברת מתחת לטייפ המתוח, תעביר מידע לעור להתכווץ
- אפקטים: יציבות ומרחב תנועה

### טכניקות לפשיה (רקמת חיבור)

- הבסיס הוא קבוע על העור.
- לחץ/לחצי ביחד את הזנבות בכיוון המועדף על מנת לשנות את המיקום של ה-fascia.
- התוצאה – שחרור הלחץ והשטחת הבצקת.

### Correction Techniques

- הנח/הניחי הבסיס על העור והחזק'י ביד או באצבעות.
- מתח'י את הזנבות
- האנרגיה של הזנב המתוח יתקנו חלקי הגוף, העור וה-fascia.
- העור ו-fascia יהיו במצב מתוח.

## M. Upper Trapezius



ישיבה, הנח את קצה ה-KT בקצה המרוחק של ה-Acromion Process

תנוחת המטופל:

י

צורת הטייפ:

ללא

מתח הטייפ:

ראשו וצווארו של המטופל בפלקסיה לטראלית לצד הנגדי, הנח יד אחת על ה-Acromion Process ומשוך את העור כלפי מטה והחוצה תוך הפעלת לחץ קל על הכתף

עמדת הנחת הטייפ:

הנח את ה-KT עד לבסיס ה-Occiput

## M. Scalenus Anterior



תנוחת המטופל/ת:	ישיבה או עמידה
צורת הטייפ:	1 (ברוחב 2.5 ס"מ)
מתח הטייפ:	ללא מתח

שלב ראשון: המטפל שם את בסיס הטייפ לטרנסברס פרוצס של חוליה צווארית 3.

שלב שני: המטפל מסובב את ראש המטופל ביד אחת לאותו צד בו מונח הטייפ תוך כדי הגעה למנח של פלקסיה לטראלית לצד הנגדי תוך כדי לחיצה על בסיס הטייפ בכיוון למעלה ואחורה על מנת להגדיל את המתח. המטפל מניח את קצה הטייפ השני לכיוון הצלע הראשונה הממוקמת מאחור לשליש המדיאלי של הקלוויקולה.

## M. Rhomboid Major



תנוחת המטופל/ת:	ישיבה
צורת הטייפ:	X
מתח הטייפ:	ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את אמצע ה-KT על בטן השריר בכיוון סיבי השריר.

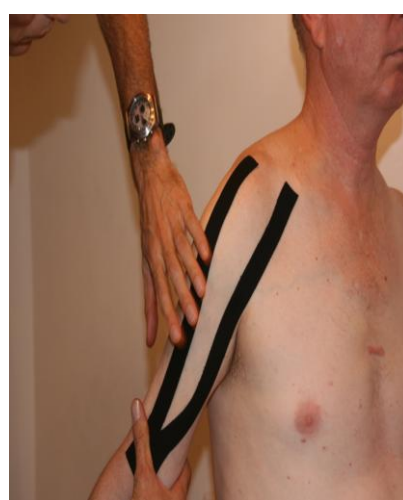
שלב שני: המטופל משלב ידיים, המטפל מניח יד אחת על אמצע ה-KT וביד השנייה מותח את העור ומניח את הקצה האמצעי העליון על ה-Spinous Process של החוליה התורקלית השנייה.

שלב שלישי: המטפל מניח יד אחת על אמצע ה-KT וביד השנייה מותח את העור ומניח את הקצה האמצעי התחתון על ה-Spinous Process של החוליה התורקלית החמישית.

שלב רביעי: המטפל מניח יד אחת על אמצע ה-KT וביד השנייה מותח את העור ומניח את הקצה הצידי העליון על הגבול העליון של השכמה תוך מעקב אחר סיבי הרומבואיד.

שלב חמישי: המטפל מניח יד אחת על אמצע ה-KT וביד השנייה מותח את העור ומניח את הקצה הצידי התחתון על הגבול התחתון של השכמה תוך מעקב אחר סיבי הרומבואיד.

## M. Biceps Brachii



תנוחת המטופל/ת:	ישיבה או עמידה
צורת הטייפ:	Y
מתח הטייפ:	ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס ה-KT באספקט הלטרלי של ה-Cubital Fossa.

שלב שני: המטפל מותח את כתף ומרפק המטופל לאחור תוך כדי רוטציה של ראש המטופל לצד הנגדי. המטפל מניח את הקצה התחתון של ה-KT על החלק הפנימי של השריר עד אזור ה-Coracoid process תוך כדי מתיחת העור.

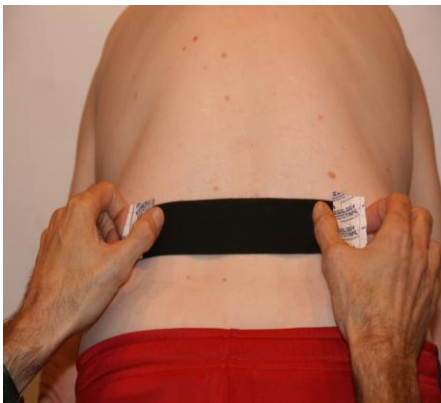
שלב שלישי: המטפל מסובב את הכתף כלפי פנים תוך כדי שמירה על כך כתף ומרפק מתוחים לאחור. המטפל מניח את הקצה העליון של הטייפ על החלק הצידי של השריר, עד לאקרומיון.

## Sacrospinalis (Sacral Multifidi)



עמידה	תנוחת המטופל/ת:
Y	צורת הטייפ:
פלקסיה מקסימלית (תלוי הנוחות או בכאב המטופל)	עמדת הנחת הטייפ:
ללא	מתח הטייפ:

## Sacralspine Tape



עמידה	תנוחת המטופל/ת:
אופקי	צורת הטייפ:
פלקסיה מקסימלית	עמדת הנחת הטייפ:
מקסימלי	מתח הטייפ:

הערה: במקרים רבים, שילוב שתי הטכניקות המוזכרות לעיל יגרום להפחתה משמעותית ומיידית של כאבי גב על רקע שרירי.



## M. Oblique Abdominis Externus



בשכיבה על הגב	תנוחת המטופל/ת:
I	צורת הטייפ:
ללא מתח	מתח הטייפ:

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס הטייפ באזור שמעל עצם הפוביס.

שלב שני: כאשר הברך של אותו צד כפופה המטפל מניח את כף ידו על בסיס הטייפ. תוך כדי כך שהמטופל מנפח את בית החזה וחלל הבטן ע"י שאיפת אוויר מקסימלית ומסובב את הברכיים שמאלה הרחק מהצד המטופל, המטפל מושך את העור כלפי מטה להגברת מתח הרקמה ומניח את קצה הטייפ על האספקט הלטרלי של הצלע העשירית.

## M. Gluteus Medius



תנוחת המטופל/ת:	בשכיבה על הצד
צורת הטייפ:	Y
מתח הטייפ:	ללא מתח

שלב ראשון: המטופל שוכב על צד הגוף שאינו כואב. המטפל ממשש את צד הירך ושם את הטייפ על הטרוכנטר הגדול (במישור יש מעין נפיחות שרירית במקום).

שלב שני: כאשר הירך בקו ישר עם הגוף המטפל מניח את הקצה המדיאלי של הטייפ לאורך אמצע הירך, הטייפ מתעגל לאורך העכוז.

שלב שלישי: המטפל מניח את הקצה הלטרלי של הטייפ כאשר הירך בפלקסיה של 90 מעלות, הטייפ יוצר מעין קשת סביב לעכוז. קצה הטייפ יגע בקצה עצם השדרה (סקרום).

## M. Gastrocnemius



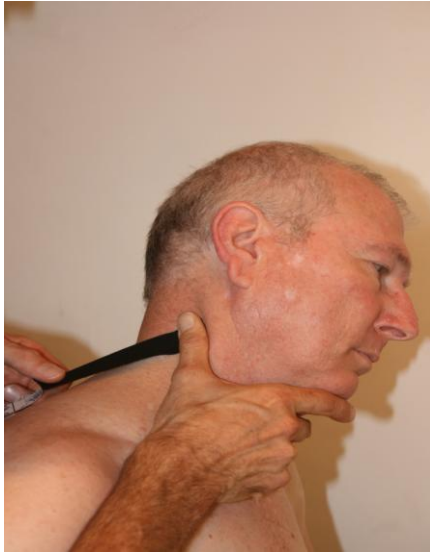
שכיבה על הבטן	תנוחת המטופל/ת:
γ	צורת הטייפ:
ללא מתח	מתח הטייפ:

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס הטייפ על העקב (אזור פלנטרי של הקלקנאוס).

שלב שני: כאשר הברך באקסטנזיה, המטפל מייצב את בסיס הטייפ כאשר כף הרגל הדורסיפלקסיה ומושך את קצה הטייפ לכיוון אצבעות כף הרגל כדי להגביר את המתח ברקמה.

שלב שלישי: המטפל מניח את הקצה המדיאלי של הטייפ לאורך הצד המדיאלי של שריר המסטרוקנמיוס ומקיף אותו עם הטייפ. המטפל מניח את הקצה הלטרלי של הטייפ של הקצה הלטרלי של שריר המסטרוקנמיוס ומקיף אותו עם הטייפ.

## M. Scalenus Posterior



תנוחת המטופל/ת:	ישיבה
צורת הטייפ:	1 (ברוחב 2.5 ס"מ)
מתח הטייפ:	ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס הטייפ על הטרונסברס פרוצס של חוליה צווארית 4. המטפל מטה את ראש המטופל לצד הנגדי, מיצב ביד אחת את בסיס הטייפ ותוך כדי כך מושך את העור לכיוון אנטריורי וסופריורי על מנת להגדיל את מתח הרקמות.

שלב שני: המטפל מניח את קצה הטייפ השני על הצלע השנייה מאחור על תחל השריר.

## M. Deltoid



תנוחת המטופל/ת: ישיבה

צורת הטייפ: Y

מתח הטייפ: ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס ה-KT על שקע הדלטואיד שעל עצם הזרוע.

שלב שני: המטופל מותח את זרועו לאחור תוך כדי רוטציה חיצונית של הכתף על מנת להגביר את המתח בדלטואיד אנטריור. המטפל מניח יד אחת על בסיס ה-KT ומושך הזרוע כלפי מטה, ביד השנייה המטפל מניח את ה-KT על השליש האחרון של הקלויקולה.

שלב שלישי: המטופל מניח את זרועו לרוחב החזה. המטפל ממשיך לייצב את בסיס ה-KT ולמתוח את הרקמה ביד אחת וביד השנייה מניח את הקצה הנותר של ה-KT על השליש האחרון של שדרת השכמה.

## M. Pectoralis Minor



תנוחת המטופל/ת: ישיבה או עמידה

צורת הטייפ: Y

מתח הטייפ: ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס הטייפ באזור הקורקואיד פרוצס של הסקפולה.

שלב שני: המטפל מחזיק את בסיס הטייפ ביד אחת ומותח את העור באזור הקורקואיד פרוצס כלי מעלה והצידה כאשר תוך כדי כך המטופל שואף אוויר על מנת להרחיב את בית החזה ולהגביר את מתח הרקמות מסביב. המטפל שם את הקצה החיצוני של הטייפ לכיוון הפטמה.

שלב שלישי: המטפל מניח את הקצה הפנימי של הטייפ על הגבול המדיאלי של שריר הפקטורליס מינור.

## M. Middle Trapezius



תנוחת המטופל/ת: ישיבה

צורת הטייפ: Y

מתח הטייפ: ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס הטייפ על המשטח הלטרלי של האקרומיון פרוצס.

שלב שני: המטפל מניח את הכתף באדוקציה אופקית כאשר יד המטופל מונחת על הכתף הנגדית.

המטפל שם את ידו על האקרומיון פרוצס של הסקפולה ומותח את העור קדימה והצידה כאשר באותו זמן הוא מניע את המפרק הגלגלני הומורלי לרוטציה פנימית. תנועה זו מותחת את הפשיה של הטרפציוס האמצעי. המטפל מניח את הקצה העליון של הטייפ לכיוון הספינוס פרוצס חוליה 7 צווארית.

שלב שלישי: המטפל מניח את הקצה התחתון של הטייפ לכיוון הספינוס פרוצס חוליה 4 תורקלית תוך התאמה לשדרת הסקפולה.

## M. Lower Trapezius



תנוחת המטופל/ת: ישיבה

צורת הטייפ: Y

מתח הטייפ: ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס הטייפ על הגבול המדיאלי של הסקפולה כאשר קצוות הטייפ פונים כלפי מטה.

שלב שני: זרוע המטופל בפלקסיה וברוטציה פנימית של הכתף כאשר היד מונחת על הראש מלפנים. המטופל, תוך ייצוב של בסיס הטייפ, מניח את הקצה המדיאלי של הטייפ לטראלית לספינוס פרוצס של חוליה 4 תורקלית ועד לחוליה 12 תורקלית.

שלב שלישי: המטפל מניח את הקצה הלטרלי של הטייפ כך שהוא מקיף את החלק הלטרלי של הטרפציוס התחתון וסוגר מצד שני לכיוון חוליה 12 תורקלית.



## M. Sternocleidomastoid



תנוחת המטופל/ת: ישיבה

צורת הטייפ: Y

מתח הטייפ: ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס הטייפ על המסטואיד פרוצס ומכופף את ראש המטופל לצד הנגדי.  
שלב שני: המטפל מניח את הקצה הלטרלי של הטייפ על השלישי המדיאלי של הקלויקולה. המטפל מסובב את ראש המטופל לאותו צד תוך שמירה על כפיפת הראש לצד הנגדי.

שלב שלישי: המטפל מניח את הקצה המדיאלי של הטייפ לכיוון השקע שמעל המנובריום (בין שתי הקלויקות).

## M. Biceps Femoris (Lateral Hmstring)



תנוחת המטופל/ת: עמידה

צורת הטייפ: Y

מתח הטייפ: ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס הטייפ על ה- Ischial Tuberosity.

שלב שני: המטופל מתכופף קדימה מהירכיים על מנת להגביר את המתח ברקמה. המטפל מניח א הקצה המדיאלי של הטייפ על שלישי הצד הלטרלי של הקפל הפופליטאלי תוך שהוא מותח כלפי מעלה את העור.

שלב שלישי: המטפל מניח את הקצה הלטרלי של הטייפ על הראש הפיבולרי.

## M. Gluteus Maximus



תנוחת המטופל/ת: בשכיבה על הצד

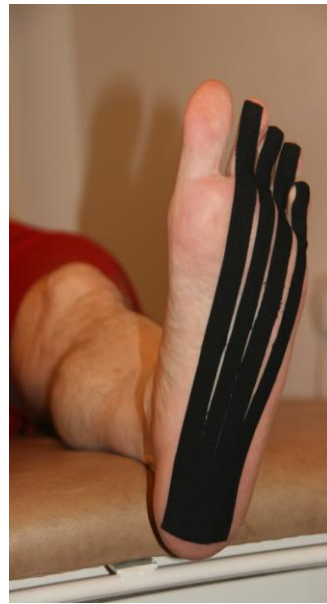
צורת הטייפ: Y

מתח הטייפ: ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס הטייפ כסנטימטר דיסטלית לטרונכטר הגדול המטפל מייצב את בסיס הטייפ ביד אחת ומניח את הקצה הפנימי של הטייפ, כאשר הרגל של המטופל ישרה ובאדוקציה, לאורך שידרת האיליאק.

שלב שני: המטפל משאיר את ידו האחת על בסיס הטייפ, ובידו השנייה מניח את רגלו של המטופל בפלקסיה ואדוקציה תוך רוטציה פנימית של הירך, תוך קיפול ברכו של מטופל. בידו השנייה, תוך כדי מתיחת העור לכיוון המרוחק והקדמי על מנת להגדיל את מתח הרקמות, מניח המטפל את הקצה החיצוני של הטייפ לכיוון בסיס הסקרום תוך כדי מעבר על שריר גלוטיאוס מקסימוס.

## M. Flexor Digitorum Brevis



תנוחת המטופל/ת: בשכיבה על הגב  
צורת הטייפ: מניפה 4 קצוות  
מתח הטייפ: ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס הטייפ על הצד הפלנטרי של הקלקנאוס.

שלב שני: כף הרגל של המטופל, כולל האצבעות, נמצאת בדורסיפלקסיה על מנת להגביר את מתח הרקמה.

שלב שלישי: המטפל מניח את קצוות הטייפ לאורך הפלנגות הדיסטליות 2-5.

## M. Tensor Fascia Latae



תנוחת המטופל/ת: בשכיבה על הצד

צורת הטייפ: I

מתח הטייפ: ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס הטייפ כ 1-2 ס"מ לטראלית ל- ASIS.

שלב שני: המטפל מייצב את בסיס הטייפ ביד אחת תוך מתיחת העור כלפי מעלה להגברת מתח הרקמה. המטפל מניח את הקצה השני של הטייפ על נקודת האמצע בצד הירך, מעט קדימה לטרונטר הגדול, כאשר הירך באדוקציה.

## M. Iliocostalis Lumborum (Superficial Erector Spinae)



תנוחת המטופל/ת: עמידה או ישיבה

צורת הטייפ: Y

מתח הטייפ: ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס הטייפ על בסיס הסקרום.

שלב שני: המטופל מתכופף קדימה מהירכיים (תוך דחיפת העכוז אחורה על מנת להגביר את מתח הרקמה). המטפל מייצב ביד אחת את בסיס הטייפ תוך מתיחת העור כלפי מטה. המטפל מניח את הקצה המדיאלי של הטייפ לכיוון חוליה 6 תורקלית (טרנסברס פרוצס).

שלב שלישי: המטפל מניח את הקצה הלטרלי של הטייפ על האזור הקוסטלי של חוליה 6 תורקלית (צלע 6), בצורה התוחמת את בטן השריר.

## M. Triceps Brachii (X Method)



תנוחת המטופל/ת: ישיבה

צורת הטייפ: X

מתח הטייפ: ללא מתח

שלב ראשון: כאשר כתף המטופל בפלקסיה 90 מעלות ובאדוקציה אופקית וכף ידו מאוגרפת ומונחת באזור בית חזה עליון נגדי, המטפל מניח את בסיס הטייפ (אמצע הטייפ) על האולקרנון פרוצס.

שלב שני: לחלק הדיסטלי של הטייפ- המטפל מייצב את בסיס הטייפ (אמצע הטייפ) תוך שהוא מותח את העור מעל האולקרנון לכיוון הכתף על מנת הגביר את המתח הרקמה. המטפל מניח את הקצה התחתון של הטייפ על שלישי החלק הפרוקסימלי של האולנה.

שלב שלישי: הנח את הקצה העליון של הטייפ לשלישי החלק הפרוקסימלי של הרדיוס.

שלב רביעי: לחלק הפרוקסימלי של הטייפ- הנח את קצה הטייפ התחתון על שלישי הצד המדיאלי של ההומרוס.

שלב חמישי: הנח את קצה הטייפ העליון על השלישי הדיסטלי לטראלי של ההומרוס.

## M. Fibularis (Peroneus) Longus



תנוחת המטופל/ת: ישיבה על מיטה או שכיבה על הגב

צורת הטייפ: I

מתח הטייפ: ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס הטייפ על הבסיס הפלנטרי של מטאטרסל 1.

שלב שני: המטופל מבצע פלנטרפלקסיה של הקרסול ואינברסיה על מנת להגביר את מתח הרקמות. המטפל מניח את הטייפ לאורך הפרוניאוס לונגוס תוך כדי מעבר מאחורי המלאולוס הלטרלי.

שלב שלישי: המטפל מניח את קצה הטייפ על ראש הפיבולה.



## Cervical Ligament (Cervical Spondylosis)



תנוחת המטופל/ת: ישיבה  
צורת הטייפ: I  
מתח הטייפ: 75%

שלב ראשון: עמוד השדרה הצווארי של המטופל נמצא במנח נייטרלי כאשר הסקפולות משוכות לכיוון קו האמצע.

שלב שני: המטפל מחזיק את הטייפ בשני קצותיו ומותח את הטייפ לכדי 75% מהמתח המקסימלי. המטפל מניח את הטייפ על הרצועה האינטרספינלית של עמוד השדרה הצווארי כאשר אמצע הטייפ הוא מעט מעל הליגמנט.

שלב שלישי: אחרי שהמטופל מחזיר את הסקפולות למצב נייטרלי, המטפל מדביק את קצוות הטייפ ללא מתח.

## Functional Correction Ankle



תנוחת המטופל/ת: שכובה על הגב, קרסול במנח ניטראלי ללא מתח

צורת הטייפ: I

מתח הטייפ: 50-75%

שלב ראשון: המטפל מניח את קצה הטייפ על החלק הדיסטלי של המפרק.

שלב שני: תוך שהמטופל מבצע דורסיפלקסיה, המטפל מותח את הטייפ ל- 50-75% מהמתח המקסימאלי בחלק האמצעי ומניח את קצה הטייפ על החלק הפרוקסימלי של המפרק ללא מתח.

שלב שלישי: כאשר יד אחת של המטפל מונחת על אמצע הטייפ, המטופל מניע את המפרק לפלנטרפלקסיה והמטפל מדביק את מרכז הטייפ.

## M. Quadriceps Femoris



תנוחת המטופל/ת: שכיבה על הגב

צורת הטייפ: Y

מתח הטייפ: ללא מתח

שלב ראשון: המטפל מניח את בסיס הטייפ על ה-AIS (חלק תחתון של שדרת האיליאק).

שלב שני: המטפל מייצב את בסיס הטייפ ומפעיל לחץ כלפי מעלה על מנת להגביר את המתח ברקמות. המטפל מניח את הטייפ עד להתפצלות על החלק האמצעי של הירך כאשר נקודת ההתפצלות נמצאת באזור העליון של הפטלה.

שלב שלישי: המטפל מכופף את ירך וברך המטופל ומותח את העור תוך הנחת כף יד על בסיס הפיצול בטייפ. המטפל מניח את הקצה הלטרלי של הטייפ על אזור הפיבור טובורוסיטי לאורך הגבול החיצוני של הפטלה.

שלב רביעי: המטפל מניח את הקצה המדיאלי על איזור הטיבואל טובורוסיטי לאורך הגבול הפנימי של הפטלה.

## Patella (Jumpers Knee)



תנוחת המטופל/ת: שכיבה על הגב, הברך המטופלת באקסטנזיה  
צורת הטייפ: I עם חתך בצורת V באמצע הטייפ עד 50% מרוחב הטייפ  
מתח הטייפ: 25%

שלב ראשון: המטפל מניח את חתך ה-V מעל לאזור הכואב של הברך.

שלב שני: המטופל מכופף את הברך ל-90 מעלות. המטפל מייצב את חתך ה-V ומניח את החלק התחתון של הטייפ עם מתח קל (25%) לאורך הגבול הלטרלי של הפטלה. הקצה מונח ללא מתח.

שלב שלישי: המטפל מניח את הקצה העליון של הטייפ עם מתח קל לאורך הגבול העליון של הפטלה. הקצה מונח ללא מתח.

## Anterior Cruciate Ligament (ACL)



תנוחת המטופל/ת:	עמידה
צורת הטייפ:	I
מתח הטייפ:	50-100%

המטופל עומד כאשר הברך באקסטנזיה מירבית.

שלב ראשון: המטפל מחזיק את הטייפ כאשר השליש האמצעי מתוח ל-50-100% ומניח את אמצע הטייפ על חלק התחתון של גבול הפטלה תוך משיכת הפטלה כלפי מעלה.

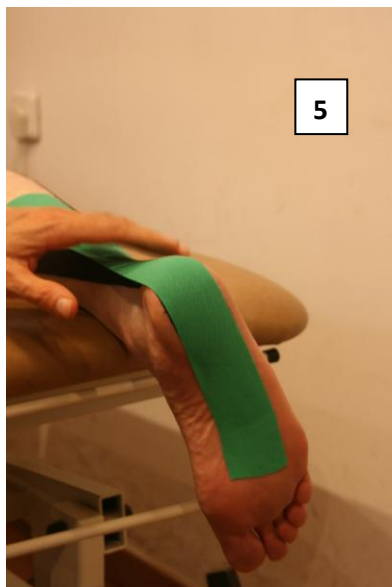
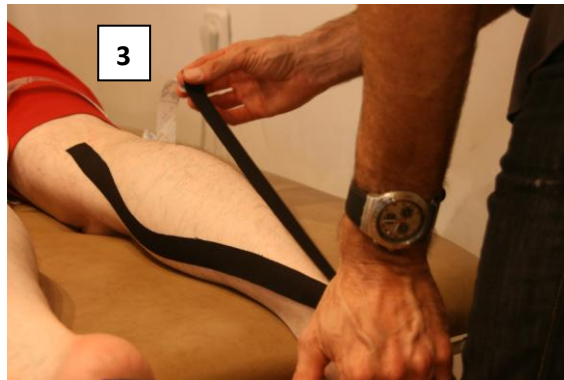
שלב שני: המטפל מניח את קצוות הטייפ לצדדים המדיאלי והלטרלי של הברך ללא מתח.

## M. Achilles Tendonitis

תנוחת המטופל/ת: שכיבה על הבטן

צורת הטייפ: I

מתח הטייפ: ללא מתח

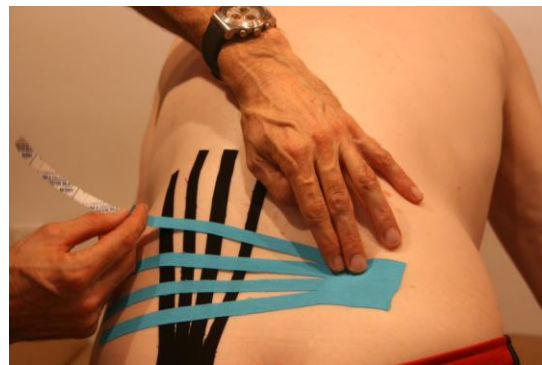


## Mechanical Correction Type 1. Y-Form



הנחת הבסיס ללא מתח  
החזק הבסיס ומתח קצוות (אחד אחרי השני) במתח של 50-75%  
את 1-2 הס"מ האחרונים יש להניח ללא מתח

## SIJ Technique



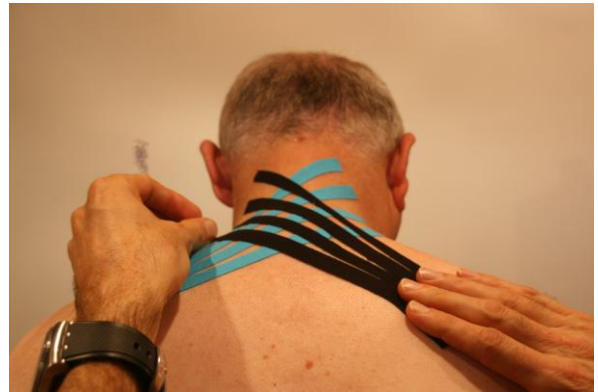
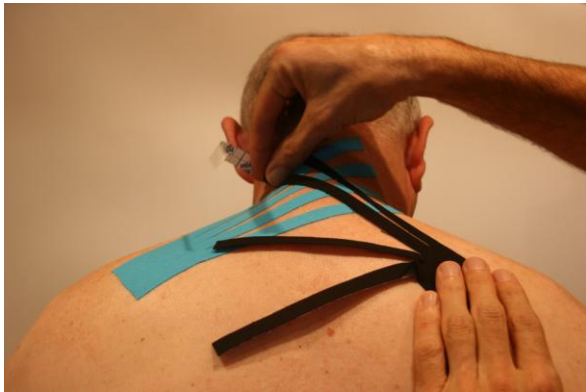
תנוחת המטופל/ת: ישיבה

צורת הטייפ: מזלג 5 חלקים

מתח הטייפ: ללא מתח



## Whiplash Cervical



תנוחת המטופל/ת: ישיבה

צורת הטייפ: מזלג 5 חלקים

מתח הטייפ: ללא מתח

## Headache and HWS



תנוחת המטופל/ת: ישיבה

צורת הטייפ: I

מתח הטייפ: 25-50%

## Epicondylitis



תנוחת המטופל/ת: ישיבה

צורת הטייפ: מזלג 4 חלקים / I / V

מתח הטייפ: ללא מתח

## Rib Fracture



תנוחת המטופל/ת: ישיבה

צורת הטייפ: I

מתח הטייפ: 25-50%

## Trigger Point



תנוחת המטופל/ת: עמידה או ישיבה  
צורת הטייפ: א (תלוי בגודל הנקודה, טייפ ברוחב 2.5-5 ס"מ)  
עמדת הנחת הטייפ: לפי נוחות המטפל  
מתח הטייפ: בינוני עד מקסימלי

## Pain Cross



תנוחת המטופל/ת: עמידה

צורת הטייפ: I

עמדת הנחת הטייפ: פלקסיה

מתח הטייפ: בינוני עד מקסימלי

# האפליקציות השונות – קצת סדר בראש...

קיימות דרכים רבות להשפיע על הגוף בעזרת הקינזיולוג' טייפ ולמרות שזה נראה מסובך, ניתן לעשות סדר בבלגן.

**טכניקת שריר:** ניתן להניח את הטייפ על השריר בשני כיוונים שכל אחד נותן אפקט שונה.

- טכניקת שריר להרפיה: שמים את הבסיס על האינסרציה (אחז), מותחים את הרקמה ומניחים את הזנבות ללא מתח על או סביב בטן השריר עד האוריג'ין (תחל).
- טכניקה לעירור השריר: שמים את הבסיס על התחל, מותחים את הרקמה ומניחים את הזנבות ללא מתח על או סביב בטן השריר עד האחז.

**טכניקת רצועה:** משתמשים באנרגיה האגורה בטייפ מתוח כדי לייצב מבנה שזקוק ליציבות כמו רצועה

פגועה. מסירים את הנייר מהטייפ חוץ מאשר מספר סנטימטרים בקצוות, מותחים אותו ומניחים על העור לאורך מסלול הרצועה. את הקצוות מדביקים ללא מתח.

**טכניקת פאשיה:** ניתן להסיע את הפאשיה השטחית לכיוונים שונים בעזרת שתי טכניקות לפחות:

- מדביקים את הבסיס באזור מסוים, מייצבים אותו, מותחים זנב ומדביקים אותו על העור בכיוון הרצוי וכך גם הזנב השני. פעולה זו מושכת את הפאשיה השטחית לכיוון הבסיס.
- טכניקה שנייה: מדביקים את הבסיס ומבלי לייצב אותו מותחים את שני הזנבות ומדביקים. פעולה זו מושכת את הפאשיה השטחית לכיוון הזנבות.

**תיקון מכאני:** בטכניקות אלו משתמשים בטייפ מתוח כדי להסיט מבנים אנטומיים בכיוון רצוי כמו למשל

תיקון הטייה לטרלית של פיקת הברך וכדומה.

**טכניקת ניקוז לימפטי:** בטכניקה זו מנסים להסיע את נוזלי הלימפה העודפים מאזור הסובל מנפיחות

או לימפאדמה אל מחזור הדם. משתמשים בטכניקת מניפה. מניחים את הבסיס על קשריות לימפה, לכיוון קשריות לימפה או לכיוון הלב. מותחים את הרקמה ומניחים את הזנבות פרושים ישרים או בצורת גל כך שיכנסו את כל האזור הנפוח. ניתן גם להניח את הזנבות במתח של 30%.

**טכניקות ל- Trigger points:** כדי להרגיע נקודת הדק ניתן להשתמש בשלוש גישות:

- ליישם טכניקת שריר להרפיה על השריר שבו שוכנת נקודת ההדק.
- להניח סביב הנקודה שלושה – ארבעה טייפים המסודרים בצורת איקס כאשר כולם מיושמים בטכניקת רצועה כלומר במתח, כאשר הנקודה במרכז.
- כמו כן ניתן להניח **Cross Tape / Spiral Tape** בדיוק על הנקודה.