



דבר היו"ר

שלום לכם!

"ביו-פסיכו-סוציאלי".

עד כמה המילה הזו מאיימת או מאתגרת אותנו, רופאי המשפחה ?? עד כמה המטופלים שלנו מודעים אליה ולמשמעויות שטמונות בה? כמו כל רופא ומטפל טוב, כולנו מודעים לצורך הבלתי מתפשר לדעת ולהכיר היטב את נבכי המחלה/הסימפטום/התחלואה אותם מציגים לנו המטופלים שלו, בצד הביולוגי שלהן.

אין לנו שום ספק, ואף מוטלת עלינו חובה המקצועית והאתית לחקור לעומק כל תלונה ולהגיע לשורש הביולוגי שלה - לתת לה שם, אותו המטופל יוכל לשאת, כמעט בגאון, כשורש כל בעיותיו.

אולם אנו, בחינוך, בתובנה, בידע הרחב, במקצועיות ובניסיון שלנו - יודעים שלא הכל מתחיל ונגמר בביולוגיה, במיוחד במצבים כרוניים ועוד יותר במצבים של כאב כרוני... זהו הרובד "הפשוט" של התחלואה, "הדגלים האדומים" שצריך להסיר מן הדרך... מן הדרך אל האמת המלאה, "העגולה" של החולה השלם - שמורכב גם מה"פסיכו" וה"סוציאלי" שלו...

יש לגלות מה המחלה הכרונית עשתה לו בנפש... כיצד השפיעה על התנהגותו? כיצד על התפיסות שלו, על יחסו לחברה ויחס החברה אליו? מה זה עשה למצב הרוח שלו ולתפקוד הכולל שלו??

כל אלו הם פאזל שלם, של מטופל סובל, שניצב מולנו ומבקש מזור, ולעיתים אף מבלי לדעת זאת - מבקש מזור למצבו הכוללני = מצבו הביו-פסיכו-סוציאלי.

על כל אלו תוכלו לקרוא בהרחבה במדור "הכר את הרופא" שנכתב במידעון זה על ידי ד"ר אלון מרגלית, יוצר הגישה הטיפולית הכוללנית של "שפת העם", וחבר ועד החוג מהיווסדו. בהמשך נתעמק בנושא זה עוד יותר בתיאור המקרה הקליני שיובא ע"י ד"ר אביבה אלעד, השותפה השווה ב"שפת העם" וגם היא, חברת ועד החוג מהיווסדו.

המאמר המרכזי במידעון זה, מובא כאן על ידי עורך המידעון, דר' אלעד ויזל. המאמר מסכם נושא חשוב וכאוב. טיפול בכאב לאחר ניתוח. מהו תפקידנו בתור רופאי משפחה בהפחתת הכאב לאחר הניתוח? מה אנחנו יכולים לעשות גם לפני הניתוח וגם לאחריו? המאמר מסכם את הקווים המנחים בטיפול בכאב שלאחר ניתוח - כפי שגובשו ע"י ה American Pain Society.

מאחלת קיץ קריר ונטול כאב לכולנו,

ד"ר ורד סימוביץ'

יו"ר החוג לטיפול בכאב של איגוד רופאי המשפחה

חשבתם פעם על מה מאפיין ומה ייחודי בתחלואת הכאב של המאה ה-21...? או, מהו הכאב המיופציאלי? ומה אנו, רופאי המשפחה, יכולים לעשות בקשר אליו...אצלנו, במרפאה?

ועל הקנביס בטח כולכם חושבים...והרבה... איך היה פעם?...מה קורה עכשיו?...ובמיוחד, מה צופן לנו ולמטופלים שלנו העתיד בתחום זה?

אז על כל אלו, כמו גם נושאים אחרים ומרתקים, תוכלו לקבל תשובות ופתרונות

בכנס הדרום לטיפול בכאב של החוג, שיתקיים ב 28/09 במלון לאונרדו ב"ש - כולכם מוזמנים ונשמח מאוד לראותכם!



אילוסטרציה

"טיפול מיטבי מתחיל בתקופה הטרומ ניתוחית עם הערכה טובה של המטופל ובניית תכנית טיפול המותאמת לכל מטופל ולכל ניתוח.."(American Pain Society)

המאמר המרכזי (מוגש על ידי עורך המידעון, דר' אלעד ויזל)

קווים מנחים להפחתת כאבים סביב ניתוח

רב החולים שעוברים פרוצדורה ניתוחית כלשהי חווים כאב אקוטי לאחר הניתוח, אולם פחות ממחצית מהם מדווחים על הקלה מספקת בכאב. קיימות התערבויות רבות להפחתת כאב סביב הניתוח; התערבויות טרום ניתוחיות, במהלך הניתוח ולאחריו. ה **APS (American Pain Society) בשיתוף פעולה עם ה American Society of Anesthesiologists** ערכו פאנל מומחים במטרה לכתוב קווים מנחים קליניים לקידום ניהול הכאב סביב ניתוח במבוגרים ובילדים באופן אפקטיבי, מגובה מחקרית ובטוח. הקווים המנחים נוגעים בהיבטים שונים של הכאב סביב הניתוח; הסבר והכנת המטופל, תכנון ניהול הטיפול בכאב סביב הניתוח, שימוש בשיטות תרופתיות ולא תרופתיות להקלה על הכאב, והמשך הטיפול במסגרת הקהילה.

הקווים המנחים מבוססים על סקירה שיטתית של עבודות בנושא, הממצא העיקרי שחזר מתוך עבודות אלו הוא שטיפול רב תחומי (מולטי-דיספלינרי) הוא היעיל ביותר בטיפול בכאב סביב הניתוח. אמנם המרכיב המדויק של תחומים אלו אינו לגמרי ברור, אך שוב נראה כי שיתוף הפעולה בין גורמי טיפול שונים הוא האפקטיבי והבטוח ביותר.

רופא המשפחה רואה את המטופל בשתי תקופות עיקריות ומהותיות מבחינת הטיפול בכאב: התקופה הטרומ הניתוחית והתקופה שלאחר הניתוח. שתי תקופות אלו משמעותיות ביותר מבחינת ניהול הכאב סביב הניתוח.

במאמר זה אביא את ההמלצות העיקריות לניהול הטיפול בכאב בתקופות אלו והשפעתן המכרעת על כאבי המטופל:

המלצה מספר 1: יש לתת הסברים לפני הניתוח, הכוללים את אפשרויות הטיפול בכאב לאחר הניתוח. בניית תכנית לניהול הכאב לאחר הניתוח ככל הנראה מפחיתה את החרדה לקראת הניתוח, מקטינה צריכת אופיואידים ותרופות הרגעה כגון בנודיאזפינים ומקצרת את משך האשפוז.

המלצה מספר 2: בילדים, יש לספק הסברים לקראת הניתוח לגבי הערכת הכאב באופן המתאים לרמה ההתפתחותית של הילד, ולהסביר לגבי דרכי המתן האפשריות של נוגדי כאב. הסברים אלו מפחיתים חרדה אצל ההורים ומפחיתים כאב אצל הילד לאחר הניתוח.

המלצה מספר 3: יש לבצע הערכה רפואית טרום ניתוחית הכוללת, בין השאר, הערכת קו-מורבידיות פסיכיאטרית, שימוש בתרופות שונות, היסטוריה של כאב כרוני, שימוש בסמים ואלכוהול ותגובת כאב לאחר ניתוחים קודמים. מידע זה יכול לסייע בבניית התכנית לניהול הכאב לאחר הניתוח.

המלצה מספר 4: יש לבצע הערכה מחדש באופן קבוע בתקופה שלאחר הניתוח על מנת להעריך אם הכאב מטופל באופן מיטבי, אם קיימות תופעות לוואי ומהי ההיענות לטיפול בהתאם לתפקוד המטופל. יש להשתמש בכלים מקובלים להערכת עוצמת הכאב (לדוגמה VAS ושיטות נוספות)

המלצה מספר 5: יש להשתמש בשיטות שיכוך כאב שונות; שימוש בתרופות ממגננונים שונים ושילוב של שיטות לא תרופתיות לשיכוך כאב. הבחירה של המגננונים התרופתיים המתאימים משתנה כתלות במטופל ובאופי הכאב עצמו. שיטות לא תרופתיות לוקחות בחשבון גם שיטות פיזיקליות שונות, שיטות קוגניטיביות התנהגותיות (כגון CBT והיפנוזה) ואת המודל הפסיכו-סוציאלי כמודל מרכזי בשיכוך הכאב.

המלצה מספר 6: שימוש בשיכוך כאב תרופתי PO (Per Os) בעדיפות על IV (Intra-Venous). רוב העדויות מצביעות על כך שאין יתרון לטיפול תוך ורידי של אופיואידים על פני טיפול באופיואידים דרך הפה. הועדה ממליצה על שימוש באופיואידים קצרי טווח בתקופה המידית לאחר הניתוח (24 שעות ראשונות) לטיפול סביב השעון (ולא על פי צורך). לא מומלץ על שימוש טרום ניתוחי באופיואידים במטרה להפחית כאב לאחר הניתוח.

! תוספת העורך: רופא המשפחה יידרש יותר ויותר להיות בקיא במתן אופיואידים בתקופה המיידית לאחר הניתוח כולל ביצוע טיטרציה והמרות בין סוגי האופיואידים השונים. כמו כן חשוב ביותר לבצע מעקב צמוד אחר מטופלים אלו כדי לאתר תופעות לוואי משמעותיות ובכדי להפסיק טיפול בהדרגה למניעת תלות באופיואידים.

המלצה מספר 7: יש להמנע ממתן תרופה לשיכוך כאב בזריקה (Intra-Muscular) IM. זריקה תוך שרירית עלולה להיות כואבת ביותר, ספיגתה איננה ברורה ומשתנה בין מטופלים ולכן גם על שיכוך הכאב לא ניתן להסתמך. מעבר לכך, טיפול זה לא הראה יתרון על דרכי מתן אחרות.

המלצה מספר 8: מומלץ לשלב Acetaminophen ו־NSAIDs (בהעדר התוויות נגד) כחלק משיכוך הכאב הרב תחומי. הוספת תרופות אלו לטיפול באופיואידים מוכח כמוריד כאב לאחר הניתוח ומוריד צריכת אופיואידים, מאשר שימוש באופיואידים בלבד.

המלצה מספר 9: יש לשקול טיפול טרום ניתוחי ב־NSAIDs (בהעדר התוויות נגד). הועדה ממליצה על Celecoxib (200 מ"ג או 400 מ"ג) כתרופה שהוכחה במחקרים כיעילה בהפחתת כאב לאחר ניתוח כאשר ניתנת כשעה לפני הניתוח.

המלצה מספר 10: יש לשקול שילוב של Pregabalin או Gabapentin בשיכוך הכאב. הועדה ממליצה לשקול מתן של מנה של אחת מהתרופות האלו במיוחד בחולים לפני ניתוח גדול או ניתוחים בהם ידוע על שכיחות גבוהה של כאב משמעותי לאחר הניתוח. שימוש בתרופות אלו לפני הניתוח מוכח כמוריד כאב לאחר הניתוח וכמוריד צריכת אופיואידים.



אילוסטרציה

המלצה מספר 11: יש לספק הסברים והדרכה למטופלים ולמשפחותיהם טרם שחרורם מבתי החולים. על רופאי הקהילה לוודא שהמטופלים קיבלו הדרכה זו ומבינים איך להתנהל עם שיכוך הכאב. הדרכה זו תכלול בין השאר תכנית לירידה הדרגתית ברמות האופיואידים עד להפסקתם. ברוב המקרים לאחר כשבועיים מהניתוח ניתן להוריד בהדרגה את מינון האופיואידים. כאשר יש שיפור בכאב, הורדה הדרגתית של 20% כל יומיים עד הפסקתם הינה נסבלת על ידי רוב המטופלים הנאיבים לאופיואידים (שלא נטלו אופיואידים לפני הניתוח).

! תוספת העורך: ובכן, על פי ההמלצות הנ"ל תפקידנו בשיכוך הכאב, בתור רופאי המשפחה, מתחיל לפני הניתוח בהדרכת המטופל ומשפחתו והתאמת שיכוך כאב טרום ניתוחי. תפקיד זה ממשיך לאחר שחרור המטופל מבית החולים בוודא ההדרכה לקבלת הטיפול הרב תחומי והרב מנגנוני בשיכוך כאב, מעקב צמוד לגבי התגובה לטיפול וירידה בעוצמת הכאב, הופעת תופעות לוואי משמעותיות והתחלת ירידה הדרגתית במינוני האופיואידים למניעת יצירת תלות.

יש לזכור שניתוח הינו אירוע דרמטי בחיי המטופל ומשפחתו, שעלול לטמון בחובו חרדה, דכאון ופגיעה בתפקוד. הייחוד של רופאי המשפחה הוא הקשב לנושאים אלו והיכולת לעקוב באופן צמוד אחר המטופל. חשוב לזכור כי להיבטים אלו תפקיד משמעותי בקביעת הפרוגנוזה הכללית של החולה וביכולת של השיטות שהוזכרו במאמר לשיכוך כאב מיטבי.

תיאור מקרה – דר' אביבה אלעד (הצגת מקרה של טיפול בכאב כרוני מורכב בגישת 'הרפואה השלמה')

אילוסטרציה



רקע ובירור קודם:

ג'ודי (שם בדוי), בת 44 נשואה ואם לשלוש בנות, מנהלת משאבי אנוש ברשת מזון. פנתה בעקבות כאבים ממושטים בפלג גוף שמאלי, כולל פנים וראש. הכאבים מלווים בנימול בפנים ביד ורגל. אופי הכאבים לוחץ ולעתים צורב, עוצמתם 5-6/10. יש גם הפרעות שינה, קושי בהרדמות ויקיצות מרובות. מטופלת בליריקה במינון 100 מ"ג פעמיים ביום, טראמדקס, סרוקסאט, לוריאבן ובונדורמין.

התסמינים החלו כיממה אחרי אימון אינטנסיבי בחליפת גירוי חשמלי EMS. ביום שבו הופיעו התסמינים היו מלווים בחולשה במחצית הפנים השמאלית. עברה שלושה אישפוזים נירולוגיים, CT מוח, CTA, MRI מוח ועמ"ש צוארי, EMG, LP כחלק מבירור לטרשת נפוצה, בדיקות דם שונות. הכל היה תקין פרט לתת תריסיות שאוזנה מאז.

לפני פנייתה אלינו היתה אצל כעשרה רופאים שונים והשקיעה כ-30,000 ש"ח בבדיקות פרטיות! טופלה על ידי 3 פיזיותרפיסטים – אחד לחיזוק שרירים, אחד להקלה על כאביה ואחת לשיפור תפקוד רצפת האגן. בשבוע לפני הגעתה למירפאתינו עברה אישפוז בראומטולוגיה ובירור נרחב ששלל ווסקוליטיס.

מאחר שעדיין סבלה מריבוי תסמינים, לאחרונה ביקרה אצל שלושה נירולוגים, שניים לא התרשמו מבעיה נירולוגית השלישי הציע ביופסיה מעצב פריפרי במחשבה על מחלת סיבים דקים...

במהלך התשאול במרפאה הסתבר כי:

איבדה את אחיה בתאונת דרכים, מספר חודשים לפני הארוע, לאחר מות האח חזרה להתמודד עם מטלות מרובות בעבודה ובלימודי מינהל במקביל לבית. הבעל איש הייטק, תומך ומודאג משקיע הרבה כסף ומאמץ בחיפוש פיתרון, בין נסיעות תכופות לחו"ל.

אישיותה היא פרפקציוניסטית, חשוב לה שהכל יהיה "כמו שצריך". בעבר היתה בריאה בד"כ, תקופה מסוימת נזקקה לתרופות שינה כשלמדה לתואר ראשון.

בבדיקה גופנית וטיפול:

מצב כללי טוב ללא סימני מצוקה, כתפיים מעט מורמות, שמאלית יותר מהימנית, כיווץ ונקודות הדק בשרירי הטרפזיוס דו"צ. תבחין חיובי בבדיקת לטיסמוס דורסי שמאלי. נירולוגית: במ"פ.

לאחר הסבר והסכמה מדעת בוצע דיקור יבש לנקודות הדק על שני שרירי הטרפזיוס, לבטור סקפולה ולטיסמוס משמאל, הדיקור הפיק כאב אופייני, עוויתות והקרנה אופיינית.

כאביה השתפרו משמעותית אחרי הטיפול וגם הנימול ביד שמאל, באופן בלתי מוסבר דיווחה גם על הקרנה מהטרפזיוס לרגל שמאל ואחרי הטיפול נעלם הנימול שחשה ברגל (?).

שוחחנו על הקשר בין המתח השרירי למתח הרגשי, הומלץ על הפסקת פניה ליועצים וצמצום הטיפול הפיזיותראפי למטפל אחד.

במפגש השני דיווחה כי הכאבים חלפו, נותרו מעט נימול והפרעות שינה.

הוצעה אבחנה שלמה (ביו-פסיכו-סוציאלית) :

"כאב ונימול לאורך פלג גוף שמאלי בעקבות גירוי אינטנסיבי של השרירים שהתכווצו בעקבות "חליפת לחץ", הלחץ של החליפה הצטרף ללחץ רגשי שהצטבר מזה תקופה ארוכה ולא עובד, יחד גרמו הכאב, הנימול והלחץ לדאגות ומחשבות חוזרות שלא הירפו והורידו את סף הרגישות לכאב ומתח."

לאחר הסכמה על האבחנה עברנו לשלב החוזה הטיפולי:

את המעגל הסגור הזה ניתן לפתוח באמצעות שילוב של שינוי בדפוסי פניה לרופאים – סוכם כי כל הטיפול ירוכז במרפאתינו במשך שלושה חודשים. נעשה נסיון לשינוי דפוסי מחשבה – אותו ניתן ללמוד בסדרת מיפגשים של טיפול קוגניטיבי התנהגותי.

במקביל מומלץ על שינוי בתרופות:

הופסקו: לוריבאן, טראמדקס ובונדורמין לאלתר, הופנתה לטיפול פסיכוטראפי.

במפגש השלישי כעבור שבועיים – ללא כאב! הנימול בנסיגה, מוטרדת מעליה במשקל, החלה פסיכוטראפיה, עושה פעילות אירובית יומיומית.

הוחלף סרוקסאט בבונסרין – תוך יומים דיווחה על שיפר בשינה.

במפגש הרביעי – דיווחה על שיפור משמעותי במצבה, החלה לעשות הרפיה, בעצת הפסיכולוג כתבה "מכתב פרידה" לאחיה והחלה תהליך עיבוד אבל.

קיבלה תוכנית הפחתה איטית והדרגתית במינון ליריקה והמיפגש הבא נקבע כעבור חודש.

מפגש חמישי- דיווח על המשך שיפור בהרגשתה הכללית, השאלות החוזרות לגבי תופעות גופניות פסקו, מרגישה מצוין, ממשיכה פסיכוטראפיה.

מפגש ביקורת נקבע כעבור שלושה חודשים. במפגש זה: כבר אין תלונות, השלימה סידרת מיפגשים עם פסיכולוג רפואי, עושה פעילות גופנית יומיומית, הרפיה מדי יום עם דמיון מודרך, התרופה היחידה נותרה בונסרין, אינה מעוניינת להפסיקה.

סוכם כי תמשיך בונסרין במשך חצי שנה נוספת וביקורת כעבור חצי שנה.

ניתוח ומסקנות מהמקרה:

יש לציין כי טרם הגעתה למרפאה הרב תחומית ביקרה פעם אחת במרפאה הרגילה בקופה, שם הוחל תהליך טיפולי בדיקור יבש שאחריו היו השינויים המתוארים לעיל. למרות השיפור בכאב, נותר הנימול בעינו ומאחר והיה זה ביקור חד פעמי במרפאה זרה לא נוצר קשר טיפולי חזק מספיק על מנת להתמודד עם החרדה שברקע. לאחר שהבינה כי המצב יוצא משליטה פנתה שוב והופנתה למרפאה הרב תחומית. התנאי שלנו היה שתגיע עם בעלה. במפגש הראשון נבדקה סיבת הנשירה מטיפול קודם, הושקע זמן בבניית אמון, אבחנה שלמה מוסכמת וחוזה טיפולי.

במקרים של כאב כרוני מורכב חשוב מאוד להשקיע זמן בביסוס קשר טיפולי ובחווה ברור. האבחנה השלמה המוסכמת, הנבנית על ידי הרופא והמטופלת מהווה בסיס לטיפול וחוזה הטיפולי מהווה מסגרת שבלעדיה ממשיך תהליך "התרוצצות" בין מטפלים שונים. חשוב לפיכך להתעכב על שלוש התחנות שהוזכרו עוד לפני מתן טיפול.

בהקשר לטיפול: ברור מהאנמנזה שהתופעות החלו משנית לגרוי אינטנסיבי בחליפת EMS, הבדיקה כיוונה לתסמיני גרוי מיופציאלי והגורם המנציח היה חרדה כרונית שהביאה להפרעות שינה והנצחת התסמינים. במקרה זה, כמו ברבים אחרים, מהווה הטיפול בדיקור יבש חוליה בסיסית במודל הביו-פסיכו- סוציאלי: הקלה משמעותית על תסמינים גורמת למטופלת להיפתח להסבר הקושר בין מתח רגשי למתח בשרירים ומשם נבנית הנכונות לפנות לטיפול פסיכוטראפי.

כפי שעולה מהמקרה- המטופלת נזקקה לטיפול פסיכוטראפי קצר מועד ולפחות תרופות משנטלה בתחילת הדרך.

הגישה השלמה חסכה לה ביופסיה מיותרת, סבל מתמשך ונזקים איאטרוגניים, ולשמחתינו הטיבה איתה מאוד.



רשת המרפאות של מזור לכאב (www.mazor-clinics.net), נוסדה ע"י קבוצה של מומחים לרפואת המשפחה, על בסיס חזונו של דר' סיימון וולפסון להקים רשת מרפאות של מומחים לרפואת המשפחה שיקבלו הנחייה ע"י מומחים כמוהו בתחום.

רשת מזור לכאב פעילה כבר כשנתיים וחצי ומאוישת ע"י הרופאים הבכירים בתחום כמו דר' פוגלמן, דר' בקי חרש, דר' אביבה אלעד, דר' גבי אלוק ועוד, שכולם בקיאים בגישת הרפואה השלמה (גוף, נפש ומשפחה). התחלת הפעילות נבנתה בעזרת סדנא מרוכזת שעסקה בשילוב גישת 'הרפואה השלמה' עם יסודות הטיפולים בכאבי שריר שלד ובעיקר באמצעות IMS.

מצאנו שהטיפולים המוצלחים ביותר בכאב כרוני הם אלו הניתנים בגישת 'הרפואה השלמה'. 'הרפואה השלמה' היא השילוב המודרני של רפואה מערבית מעודכנת יחד עם עקרונות האבחון והטיפול הפסיכולוגי-התנהגותי-חברתי. ההתייחסות של הרופא המומחה בגישה זו אינה מוגבלת לאיבר או לסימפטום עצמו, אלא לאדם כמכלול של גוף-נפש, כמו גם ליחסיו עם משפחתו והקרובים אליו. ניתן לקרוא עוד על אודות גישת 'הרפואה השלמה' בויקיפדיה.

http://www.wikirefua.org.il/index.php/%D7%A8%D7%A4%D7%95%D7%90%D7%94_%D7%A9%D7%9C%D7%9E%D7%94

94

הטיפול בכאב בגישת הרפואה השלמה אינו מבדיל בין הכאב לסבל, אלא רואה אותם כמשפיעים ומושפעים זה מזה. כדי להפחית כאב, יש להשפיע על הסבל. הפחתת הסבל מקטינה כאב שבתורו גם יכול להפחית כאב וחוזר חלילה. מניסיוננו, הטיפול במסגרת מרפאת כאב של רשת מזור לכאב גורם לאחת החוויות המרגשות והמפעימות ביותר הקיימות ברפואה. אנו פוגשים קבוצה ייחודית של מטופלים הסובלים חודשים ואף שנים רבות מכאב כרוני שלא נמצא לו מזור. הם מיאשים, מתוסכלים, מדוכאים ואיכות חייהם ירודה ביותר. רבים מהם מוכנים לשלם הרבה בתמורה להקלה בכאב ובסבל. הם בוגרי מפגשים רפואיים של פרופסורים ורופאים בכירים בתחומי האורטופדיה, נירוכירורגיה, נירולוגיה, ואף פסיכיאטריה ועוד, כולל מרפאות כאב. הם כבר ניסו את כל שיטות הרפואה המשלימה ללא תועלת.

כשהם מגיעים למפגש במסגרת מרפאת כאב של מזור לכאב, החוויה הראשונית שלהם היא ההיכרות עם רופא מסביר פנים ואמפטי, קשוב לכאבם ולסבלם. כנהוג בגישת הרפואה השלמה, האנמנזה והתקשורת הטיפולית יוצרים קשר אמין ואמון ברופא, אותו איבדו כמעט בייאושם עד הלום. התחקור האנמנסטי מצליח לחשוף קצות עצבים חבויים שבייסוד הסבל, בעיקר במישור הנפשי-משפחתי. לאחר מכן הבדיקה הגופנית נותנת למומחה את השלמת התמונה האבחנתית ונותנת למטופל את ההרגשה שהוא בידיים טובות. השיחה לגבי מהות האבחנה השלמה – הביו-פסיכו-סוציאלית, מאפשרת למטופל להבין את כל המכלול עם ההקשרים המשמעותיים בין הגוף לנפש ולמשפחה. הסכמתו לאבחנה זו מאפשרת לבנות חוזה טיפולי המגדיר במדויק את חלקו של המומחה ואת חלקם של המטופל ומשפחתו בשלבי הריפוי, ההחלמה והשיקום.

עד כאן, מילייה שהכרנו היטב לאורך השנים בהם טיפלנו באופן זה במטופלינו. הדובדבן שבקצפת הגיע עם ההכרה בשיטת הטיפול של גרוי שרירי עמוק (IMS) אותה למדנו במכון לרפואת כאב ע"י דר' סיימון וחבריו (דר' גרווין, דר' קנט, דר' רטמנסקי, דר' פיינסטון ואחרים). שיטת טיפול זו מהווה את החוליה החסרה שכולנו היינו כמהים לה – את התגובה המיידית. לאחר שאנו עוברים עם המטופל את התהליך המתואר לעיל של תחילת המפגש, אנו פונים לטיפול בו. תוך מספר דקות מהטיפול, טווחי תנועה קפואים מזה זמן רב, מופשרים וכאבים קשים לפתע מוקלים. התגובה המדהימה ביותר היא של אנשים המגיעים עם כסא גלגלים מעוותים מכאב ויוצאים מהחדר כעבור שעה בהליכה זקופה ובחיוך מקיר לקיר. אין משהו דומה לכך ברפואה! לפני שבוע כשזה קרה במרפאתי שליד תל השומר, לנגד עיניהן המשתאות של המזכירות, אמרתי שרק לישו היתה חוויה מחוננת מסוג זה – להקים נכים מכסאותיהם ולראותם הולכים...

השינוי המתרחש, מהווה מקפצה לשיח אחר עם המטופלים. מתח השרירים המכאיב והמוקל מהווה דוגמא לנזקי המתח היומיומי המצטבר. רגעי ההקלה מהווים שער פתוח של התודעה לקבל הצעות לשינוי אורחות חיים על מנת שהסבל לא יחזור. החל בגמילה מעישון סמים (כן, כולל קאנאביס רפואי) ואלכוהול, כללי ארגונומיה, דרך פעילות אירובית, תרגילי שחרור ומתיחה, תזונה בריאה ובעיקר ניהול מתח יומי. בנושאים אלו אנו נעזרים בכללי הנעה (motivational interview), CBT, היפנוזה ושיטות התנהגותיות ופסיכולוגיות אחרות.

במובנים רבים מהווה הטיפול המיופציאלי חוליה מרכזית במודל הביו פסיכוסוציאלי ומאפשר לנו לקדם טיפול כוללני בסבל כרוני באופן משודרג. על כך אנו מוקירים תודה מקרב הלב לדר' סיימון ולצוותו המובחר.



למעוניינים להעמיק בידע, אספנו כאן לטובתכם רשימת כנסים הכשרות והדרכות בנושאי טיפול בכאב :

הכנס לטיפול בכאב כרוני בקהילה ב 7.9.2016 - יו"ר הכנס: פרופ' הלפרין, דר' יורם מור, דר' יעל עולמי לפרטים נוספים והרשמה בטלפון 037650504

כנס הדרום לטיפול בכאב ב 28.9.2016 - יו"ר הכנס: דר' ורד סימוביץ' להרשמה בטלפון 037650504

קורס באוניברסיטת תל אביב בנושא רפואה מוסקולוסקלטלית וכאב - איגוד רופאי המשפחה שמח לפתוח מחזור נוסף של קורס בנושא רפואה מוסקולוסקלטלית וכאב (Musculoskeletal Medicine) בבית הספר ללימודי המשך של אוניברסיטת תל אביב. הקורס מורכב מהרצאות פרונטאליות ותרגול מעשי, וכולל 16 מפגשים מרוכזים של 3.5 שעות כל מפגש. בניהול דר' ריטה משוב ודר' ורדינה שומלה, רופאות משפחה ותיקות המנוסות בטיפול בכאב על היבטיו השונים. הרשמה עד 30 בספטמבר, במזכירות בית הספר ללימודי המשך ברפואה בטלפונים: 03-6409228, 03-6409797.

פתיחת בית הספר לכאב, בניהול דר' יורם מור - קורס שנפתח אחת לשנתיים, המקיף נושאים רבים בהבנה וטיפול בכאב, בניהול והדרכה של דר' מור, מומחה שיקום וכאב, מוותיקי טיפול בכאב בארץ. הקורס מתקיים פעם בשבוע במשך 4 שעות, במרכז תרבות בנס ציונה. ליצירת קשר דר' יורם מור - yoram@clalit.org.il

שיטת הרפואה שלמה, דר' אלון מרגלית ודר' אביבה אלעד - הכשרות בשיטת הרפואה השלמה כפי שהוזכר בפירוט במידעון זה. ליצירת קשר דר' אביבה אלעד - ae7@netvision.net.il



חברי החוג לטיפול בכאב של איגוד רופאי המשפחה מאחלים לכולכם שנה טובה ומתוקה!

לתגובות, הצעות ורצון לקחת חלק בכתיבת המידעון הבא ניתן ליצור קשר עם דר' אלעד וילד במייל: eladwi@gmail.com