

קווים מנחים באבחון, הערכה וטיפול בכאבי גב

מהדורת 1995

תוכן העניינים

43	עשרת הדברות בטיפול בכאבי גב תחתון
44	הנחיות רפואיות בנושא כאבי גב תחתון
46	אלגוריתם קליני
50	ממצאים בבדיקה הגופנית
56	ביבליוגרפיה
59	תרגילים לטיפול בכאבי גב תחתון

נכתב ע"י קבוצת עבודה בהרכב:

ד"ר ג'ף בורקן, המחלקה לרפואת המשפחה אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
גב' שולה ורנר, החוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת תל-אביב.
ד"ר אבי פורת, אגף בקרת רפואה, מרכז קופת חולים.
פרופ' יוסף ריבק, המכון לבריאות העובד ושיקומו, רעננה.
ד"ר שמואל רייס, החוג לרפואת המשפחה, הטכניון, חיפה.

ועדה מייעצת:

ד"ר ראובן גפשטיין, יחידה לעמוד שדרה, בי"ח מאיר כפר-סבא.
מר ישראל זבולון, בי"ס למקצועות הבריאות הקהילתיים ע"ש ליאון ומטילדה רקנאטי, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
ד"ר עמוס חנני, המחלקה האורתופדית, בי"ח רמב"ם חיפה.
פרופ' יזהר פלומין, מנהל מחלקת כירורגיית עמוד שדרה, בי"ח הדסה עין-כרם.
ד"ר משה רופמן, מנהל מח' אורתופדית, בי"ח כרמל, ויו"ר האיגוד הישראלי לאורתופדיה.
פרופ' יצחק שקד, מנהל היחידה לכירורגיה ספינלית, בי"ח תל-השומר.

באישור:

איגוד רופאי המשפחה, איגוד לרפואת תעסוקה, תת קבוצה של הפיזיותרפיסטים המנואליים בארגון הפיזיותרפיסטים, האיגוד הישראלי לאורתופדיה, המרכז למדיניות בריאות בנגב והאיגוד הישראלי לנוירוכירורגיה.

סייעו, העירו ותרמו בעצה טובה ד"ר יפתח בר, אורתופד, מרכז רפואי אסף הרופא. ד"ר מיקי וינר, האגף הרפואי, מרכז קופת חולים כללית. ד"ר דורון חרמוני, המחלקה לרפואת המשפחה, חיפה. ד"ר אמנון להד, מנהל המחלקה לרפואת משפחה, ירושלים. ד"ר אלי רימון, רופא משפחה, נתיבות. גב' נורית ברק, קבוצה לקבלת החלטות רפואיות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

עשרת הדברות בטיפול בכאבי גב תחתון

1. ברוב המקרים של המקרים, המהלך הטבעי של כג"ת שפיר (גם בפריצת דיסק).
2. טיפול שמרני הוא הטיפול המתאים לרוב הפונים.
3. אבחון וטיפול בכאבי גב תחתון נעשים על בסיס קליני בלבד, מלבד מקרים מיוחדים.
4. ברוב המקרים של המקרים, הדמיה מיותרת. שימוש בהדמיה ללא אינדיקציה עלול לסבך את המטופל ללא צורך. ההדמיה מוגבלת לצילום רגיל אחרי טראומה ול-CT או MRI למועמדים לניתוח או טיפולים פולשניים אחרים.
5. בעת הבדיקה הגופנית גע במטופל במקום שכואב לו.
6. השתדל להפעיל את המטופל, לערבו בשיקומו המהיר ולהחזירו במהירות האפשרית לתפקוד רגיל ולעבודה.
7. דאג לשביעות רצון המטופל ושים לב להסבריו ולציפיותיו. וודא שהציפיות מציאותיות לשיפור תפקוד ולא בהכרח לריפוי מלא.
8. עשה שימוש מושכל במשאבים העומדים לרשותך. המרבה בבדיקות – אין זה משובח.
9. תעד היטב את האפיזודה של כג"ת.
10. זכור שיש תמיד יוצאים מן הכלל וסיבות נוספות, נדירות יותר, לכג"ת והבא זאת בחשבון.

הנחיות רפואיות בנושא כאבי גב תחתון

הקדמה

הנחיות רפואיות אלו נועדו לרופא הראשוני בקהילה (רופא כללי, רופא משפחה, רופא פנימי). הן מתייחסות לאבחון, לטיפול ולמעקב של כאב גב תחתון (כג"ת) במבוגרים מעל גיל 18. כאבים בעמוד שדרה צוארי או תורקלי וכן כאב גב תחתון בילדים, במתבגרים, בחיילים ובנשים בהריון אינם כלולים בהנחיות שלפניכם.

השימוש בהנחיות אלו מומלץ גם למומחים מתחומים נוספים, כגון אורתופדיים נירוכירורגים ופיזיותרפיסטים.

יש לראות בהנחיות אלו מיסגרת כללית והן דורשות התאמה אישית לכל מטופל. נשמח להערות והארות ונמשיך לעדכן תקופתית את ההנחיות האלו.

המחברים

הגדרות

- א. **כאב גב תחתון**: כאב הממוקם מתחת לגובה החוליה הגבית ה-12 (T-12) ומעל קו העכוזים התחתון (GLUTEAL FOLD).
- ב. **התקף (אפיזודה) של כאב גב תחתון**: ארוע של כאב בגב תחתון המופיע לראשונה בחיים וחולף לחלוטין תוך 6 שבועות (התקף חריף) או ארוע חוזר, קצר או ממושך (מעל ששה שבועות) אשר בעקבותיו יש חזרה לתיפקוד עם מידה משתנה של כאב שרידי (מהלך לסרוגין-כרוני). נידרש טיפול באפיזודות ועפ"ר ניתן לטפל בו במיסגרת המרפאה.
- ג. **תיסמונת כג"ת כרונית**: כג"ת אשר נימשך מעל ששה חודשים כאשר הוא מלווה בהפרעה תיפקודית ממושכת. בדרך כלל דורש התערבות רב-מיקצועית כגון אורתופד, מרפאת כאב ושיקום תעסוקתי.
- ד. **נשית (SCIATICA)**: הקרנת כאב מן הגב התחתון, בד"כ דרך העכוז, אל החלק האחורי והצידי של הירך והשוק, מלווה לעיתים בהפרעות כוח ותחושה של הירך והשוק.
- ה. **CAUDA EQUINA SYNDROME**: כאב עמום בחלק העליון של אזור ה-SACRUM עם ירידה בתחושה באזור העכוזים, אברי המין או הירכיים והפרעה בתפקוד המעיים או שלפוחית השתן.

הבעיה

כאב גב תחתון (כג"ת) מהווה בעיה שכיחה ביותר בישראל ובכל העולם.¹ קרוב לודאי שכל מבוגר יסבול מכג"ת לפחות פעם אחת בחיים.² כג"ת מהווה את אחת הסיבות העיקריות לביקור במרפאות ראשוניות. הארעות כג"ת נעה בדיווחים שונים בין 6 ל-60 מיקרים ל-1000 מבוגרים לשנה.³⁻⁵ רופא ראשוני צפוי לפחות לביקור אחד של חולה עם כג"ת לכל 30-50 ביקורים.⁶⁻⁹ במחקר מהארץ, מרבית פונים אלה היו צעירים יחסית בגיל 30-50 שנה.¹⁰

לכאבי גב השלכות כלכליות מרחיקות לכת בהיותם סיבה עיקרית לאבדן ימי עבודה. בארץ מוציא הביטוח הלאומי מעל שני מליון ש"ח לשנה כדמי מחלה לכג"ת.

העלויות הישירות (הרפואיות) והבלתי ישירות (אבדן ייצור) בגין כג"ת גבוהות בהרבה מהוצאות אלה.¹¹

ניתן להגיע לאבחנה אנטומית מדוייקת רק בכ-10-20 אחוזים מהמקרים.^{11,12} חשוב לדעת שמחלות חמורות המתבטאות בכג"ת הן נדירות. הרוב המכריע של חולי כג"ת סובל מתהליכים גורמי כאב שמקורם המדוייק לא ידוע. רק בחלק קטן מהפונים מוצאים פריצת דיסק (1-2%), ואילו פחות מ-1% יפנו בגלל המצבים הנדירים הכוללים ממאירות, זיהום ומחלות דלקתיות ברורות.¹³

מרבית הפונים בשל כג"ת משתייכים לקטגוריה של כאב לסרוגין כרוני ולא דווקא כאב חריף בודד או כאב כרוני רצוף.¹⁴ בכל הקטגוריות האלו לרוב המכריע של התקפי כג"ת יש מהלך קליני שפיר. מעל 90% מן הפונים לרופאי משפחה מדווחים על הפחתת הכאב המאפשרת חזרה לעבודה תוך שבוע.¹⁰ אפילו בחולים עם פריצת דיסק וסימנים נוירולוגים יש לצפות, ביותר מ-90% מן המקרים, למהלך שפיר עם החלמה תפקודית אחרי טיפול שמרני. משך הסימפטומים והמגבלה התפקודית עלולים להיות ארוכים יותר בחולים אלו.¹⁵ לפיכך, המטרה בטיפול בחולים עם התקף כג"ת היא החזרתם לתיפקוד מלא בהקדם האפשרי, תוך הקלה על הכאב במידת האפשר.¹⁶

אלגוריתם קליני

אבחון

א. אנמנזה ובדיקה

בביקור ראשון יש לקבל אנמנזה מכוונת ולבצע בדיקה גופנית מתאימה. האנמנזה המתקבלת בנוכחות החולה או בהתייעצות טלפונית, תכלול שאלות הכרחיות (טבלה מס' 1), שאלות תעסוקתיות, וכאלו הנוגעות לציפיות החולה מהטיפול הרפואי ולחששותיו.

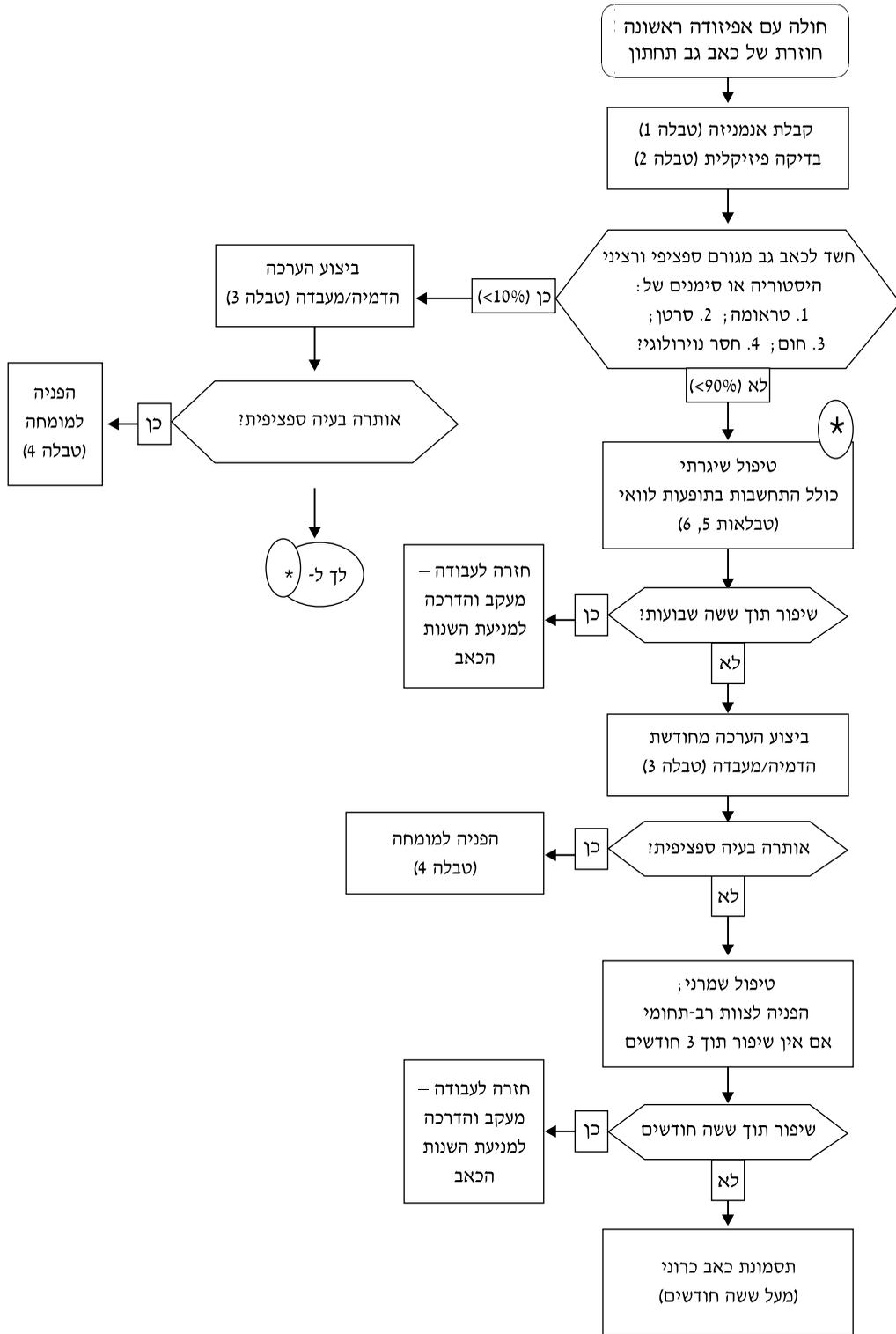
טבלה מס' 1: שאלון אנמנסטי מינימלי

1. גיל (פחות מ-20 או יותר מ-50 מחשיד לתהליך ספציפי) 2. אופי הכאב (מיקום, משך, עוצמה, תכיפות, חמורים או הקרנה, גורם מקל/מחמיר) 3. מה נסיבות הארוע? טראומה? תאונה? 4. שינוי או ירידה בתחושה, נימול? 5. יכולת ללכת על עקבים? בהונות? 6. כאב עכוז או רגל? 7. חום? 8. הריון? איחור בווסת? דימום נרתיק? 9. עצירות, עצירת שתן, חוסר שליטה על סוגרים? 10. כאב או צריבה במתן שתן? כאב במותן? 11. אבדן משקל לאחרונה ללא הסבר? 12. מחלות רקע (ממאירות, סוכרת, אוסטאופורוזיס) 13. הרגלים (אלכוהול, הזרקות סמים)?	שאלון לזיהוי מצבים חמורים או ספציפיים
14. שימוש בסטרואידים? תרופות קבועות? 15. מה לדעתו יש לו? חששות? למה הוא מצפה מהטיפול?	שאלות נוספות
16. אפיזודות קודמות ותגובה לטיפולים קודמים (כולל רפואה משלימה) המקצוע, העיסוק, תאור תפקיד ותהליכי עבודה, תאור עמדת העבודה ותנוחת העבודה, האם קיימת עבודה חוזרנית (כפיפה, הרמה, נשיאת משא). האם קיימים עומסים נוספים?	אנמנזה תעסוקתית מינימלית

איפיון הכאב יכול לרמוז על אטיולוגיות מסויימות ועל חומרת ההתקף. לדוגמה, כאב ממקור דיסקוגוני גובר בישיבה, שיעול, עיטוש או בפעולה עייש VALSALVA. כאב ממקור היצרות ספינלית (SPINAL STENOSIS) מוחמר לעיתים בהליכה (SPINAL CLAUDICATION). צריכים לזכור שרק אצל 10%-20% מהסובלים מכאב גב תחתון ניתן לעשות איבחון פתולוגי-אנטומי מדוייק.^{11,12,17} הבדיקה הגופנית (טבלה מס' 2) תכלול, כמקובל, הסתכלות, מישוש ובדיקה נוירולוגית מתאימה. מטרת האנמנזה והבדיקה הגופנית היא להבדיל בין כג'ית על רקע לא ספציפי לבין כג'ית על רקע ספציפי עם סימנים מדאיגים (סימני סכנה).

טבלה מס' 2: בדיקה גופנית מומלצת

1. חום	לכל הפונים	
2. תצפית		
א. תצפית על היציבה (Scoliosis, Protective Muscle Spasm, List)		
ב. טווח תנועה לכל הכיוונים (Flexion Extentsion, Side Flexion, Rotation)		
ג. תצפית על ההליכה (Guarding, Drop Foot)		
ד. תצפית על דלדול שרירים ירך, שוק, עכוז		
3. מישוש		
א. מישוש הגב באופן כללי		
ב. בדיקת פרקי האגן (Sacro Iliac) וירך		
4. בדיקה נוירולוגית		
א. כוח (הליכה על עקבים ובהונות, אטרופיה)		
ב. תחושה (לפי יצוג סגמנטלי)		
ג. החזרים גידיים (רפלקסים) וסימן עייש Babinski		
ד. סימן עייש Laseque או Straight leg raising (SLR)		
1. בדיקת הבטן		לפי אינדיקציות ייחודיות
2. בדיקה גינקולוגית או בדיקת אשכים		
3. דפקים פריפריים		
4. בדיקה רקטלית		
5. משקל וגובה		
6. לחץ דם ודופק		



1. סימנים המעלים חשד לממאירות או למחלת רקע מסוכנת אחרת:

- * ירידה במשקל.
- * מחלת סרטן ידועה (בעיקר ערמונית, שד).
- * כאבים בלי קשר לתנועה, כאבים המעירים משינה בלילה, לא מגיבים לאנלגטיקה, כאבים בפיזור לא אופייני לכאב מכני.
- * סימנים סיסטמיים לא ספציפיים (אנורקסיה, עייפות, חום נמוך וכו').
- * גיל מעל 50 ללא סיפור קודם של כאבי גב.
- * חום.

2. סימנים המחייבים בירור דחוף או הפניה כירורגית:

- * צניחת כף הרגל (FOOT DROP) או עקב (HEEL DROP).
- * CAUDA EQUINA SYNDROME.
- * העלמות החזרים גידיים.
- * סימנים נוירולוגיים פרוגרסיביים.
- * אנמנזה של חבלה חמורה.
- * במקרים אלה צריך לבצע בהקדם בירור הדמייתי או מעבדתי מתאים.

ב. בדיקות עזר והדמיה

מחקרים רבים מראים שצילומי עמוד שידרה בשבועות הראשונים לכאב אינם תורמים דבר, למעט בנוכחות טראומה משמעותית או חשד משמעותי למחלות ספציפיות.^{18,19} הסיכוי לזהות מחלות משמעותיות בצילומי עמוד שידרה שיגרתיים, בחולים עם כאב גב מכני וללא סימנים קליניים מחשידים, הוא 1 ל-2,500 בלבד.²⁰ המצב שונה מעט בילדים, שם מקובל לחפש במקרה של כג"ת ממצאים כמו ספונדילוליזיס, ספונדילוליסטזיס ועקמת.

בנוסף, יש חוסר התאמה משמעותי בין ממצאים רנטגנולוגיים לבין ממצאים קליניים. במחקרים על צילומים של עמוד השדרה, וכעת עם CT ו-MRI, אין שום הבדל בין התפלגות ממצאים לא נורמליים, כולל פריצת דיסק, בקרב אנשים סימפטומטיים ושאינם סימפטומטיים.^{21,22}

בדיקות אלו חשובות לאישור חשד קליני של פריצת דיסק או היצרות ספינלית, רק בחולים המועמדים לניתוח או לטיפול פולשני אחר, אחרת אין לבצע.²³ אסטרטגיה כזו תגביל את הנזק הרפואי מקרינה לא מוצדקת לאזור השחלות והאשכים ולהתערבות כירורגית לא חיונית. אסטרטגיה זו יכולה אולי גם למנוע מחולים "להתפס" לאבחנות אנטומיות לא רלוונטיות, שלעיתים מפריעות בשיקום. החלטה זו נעשית קשה יותר בעיקבות לחץ מצד חולים, משפחותיהם ועמיתים רפואיים אחרים. ל-EMG,²⁴ מיפוי עצמות,²⁵ MYELOGRAM,²⁶ אין מקום בבירור כג"ת ברוב המקרים של המקררים.

בדיקות המעבדה המסייעות לאבחון מצבים חריגים מפורטות בטבלה מס' 3.

גישה טיפולית:

ארבעת השבועות הראשונים:

בהעדר עדות לתהליכים ספציפיים, יחלוף כאב הגב התחתון, במרבית המקרים, מאילו, או יחלש באופן משמעותי ללא טיפול או בעזרת תרופות ו/או מנוחה תוך מספר ימים.

כ-90% מאנשים, שלוקחים חופש מחלה בשל כאבי גב בארץ, חוזרים לעבודה תוך שבוע.¹⁰

אם הכאב או הספזם חזקים, מנוחה במיטה עשויה לעזור בהחלמה, אם כי, לרוב, מה שלא ישתפר ביומיים מנוחה גם לא ישתפר במנוחה ממושכת יותר.^{27,28}

טיפול שמרני בתרופות ומנוחה קצרה, מומלצים גם בחולים החשודים לפריצת דיסק, לפני כל בדיקות אבחנתיות.

באם בתקופת המעקב הופיעו סימנים נויורולוגיים המעידים על החמרה או תהליכים ספציפיים, יש להפנות בהקדם לבירור משלים או לטיפול מתאים.

אם למרות המנוחה והתרופות אין שיפור בספזם או בכאב, מקובל להמליץ על סידרה קצרה של תרגילים פיזיותרפיים (ראה נספח 4). אפשר להפנות לפיזיותרפיסט בחלוף שבוע ללא הטבה (קיימת אי הסכמה בין היועצים לגבי התנאים להפניה).²⁹

השתדל להפעיל את החולה ולהחזירו במהירות האפשרית לתפקוד רגיל. לצורך זה יש להכיר את צפיותיו ומודל ההסבר שלו לבעיה. רצוי להבהיר שהמטרה הטפולית היא לעיתים חזרה לתפקוד ולא בהכרח ריפוי מלא.

טבלה מס' 3: בדיקות מעבדה

מתי ניתן לביצוע	בדיקה
באינדיקציות רחבות	1. שקיעת דם
בחדש לזיהום, הפרעות המטולוגיות	2. ספירת דם ומבדלת
בחדש לממאירות	3. Calcium, Alkaline Phosphatase
בחדש לזיהום	4. שתן כללית/תרבית
בחדש ספציפי Multiple myeloma	5. אלקטרופורזיס חלבון
בחדש לזיהום כמו Osteomyelitis או בחדש/סיפור קודם של סרטן או במקרה של שקיעת דם מוחשת	6. מיפוי עצמות
כאשר בדיקות הדמיה ומעבדות לא ברורות	7. EMG

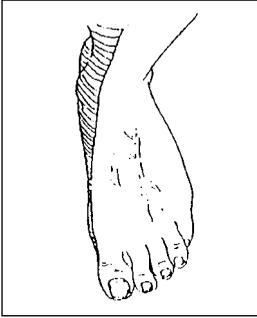
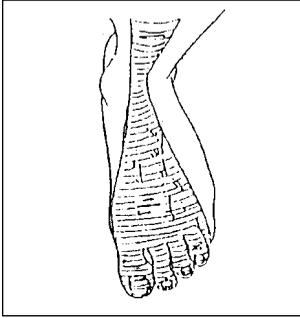
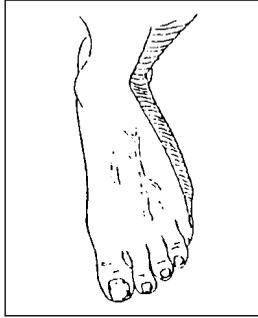
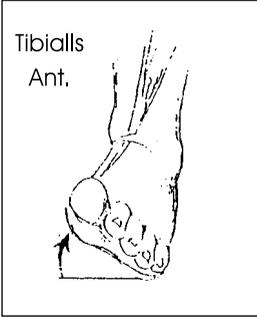
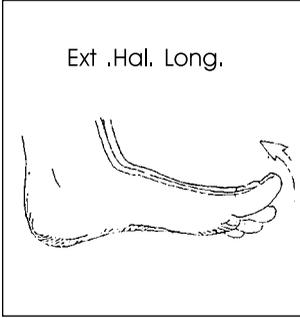
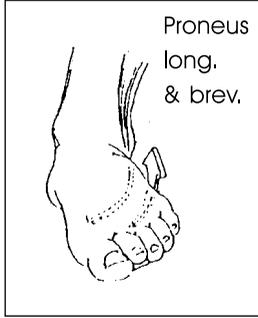
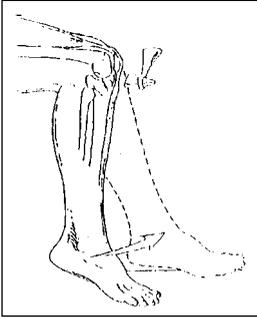
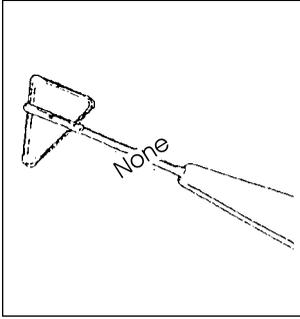
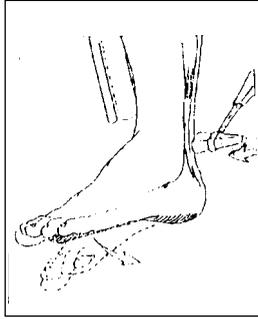
בשבוע החמישי והשישי להתקף:

נדרשת הערכה מחודשת ויתכן צילום עמוד שדרה ובדיקת שקיעת דם. אם בדיקות אלו מעלות אבחנה ספציפית, יש צורך בהפניה למומחה מתאים. באם לא נמצאה עדות לתהליך ספציפי, יש להמליץ על טיפול והדרכה של פיזיותרפיסט.

באם הבדיקה המחודשת לא העלתה ממצאים חדשים, יש להעריך את יכולת החולה לחזור לעבודה ולדון איתו בנושא. עפ"ר יסתבר שמרכיב החרדה ואי הוודאות מונעים את חזרתו לעבודה בשלב זה. יש ליידע את החולה על האופי השפיר של מחלתו ועל סיכויי החלמתו הטובים. יש להדריך אותו בנושא היתרונות של שמירה על פעילות גופנית הולמת.

למעלה משישה שבועות:

אם החולה לא חזר לתפקוד משך תקופה זו, יש להפנותו למומחה מתאים (אורתופד, נויורוכירורג, נויורולוג) להערכה מחודשת ומשלימה (טבלה מס' 4). זהו השלב שבו יש טעם להפנותו לבדיקות הדמיה, כגון CT או MRI, אם החולה מועמד לניתוח או טיפול חודרני. זה יעזור למומחה בקביעת אבחנה וגישה טיפולית.

	L4	L5	S1
SENSATION			
MOTOR	Tibialis Ant. 	Ext. Hal. Long. 	Proneus long. & brev. 
REFLEX		None 	

למעלה משלושה חודשים:

נדרשת הערכה אחת לשנה של צוות רב תחומי כולל רופא תעסוקתי, אורתופד מומחה לגב, פיזיותרפיסט ופסיכולוג או מומחה לשיקום. צוות זה ידרש בין השאר להתייחס להיבט הארגונומי של עבודת החולה וכן לאפשרות השיקום המקצועי של אותם חולים הנותרים עם תסמונת כג'ית כרונית (מעבר לשישה חודשים). הרופא המטפל יפעל בהתאם להמלצות הצוות. הרופא המטפל צריך להתייחס לחולים אלה (רק 1-2% מהכלל) לא כמקרי כשלון טיפולי, אלא כמבטאים את הספקטרום הרחב של מהלך מחלה זו.

בשלב הטיפול והמעקב, שיחה והדרכת המטופל יאפשרו את שיפור מצבו בטווח הקצר ויפחיתו את משך הריתוק למיטה ואת השימוש בתרופות,³⁰ לכן שים תמיד דגש על החינוך לפונים:

1. הסבר את המהלך הטבעי של הכאבים
2. הסבר מדוע הפניות לבדיקות ויועצים אינן מתאימות (כאשר הנך משוכנע בכך)
3. פרט טיפולים אפשריים
4. הסבר את חשיבות הטיפול העצמי
5. תאר את לוח הזמנים המשוער (תוכל להשתמש בחומר ההסברה למטופל).

טבלה מס' 4: אינדיקציות מקובלות להפניה

פיזיותרפיה	רופא תעסוקתי	אורתופד/נוירוכירורג
1. כאב וחוסר תפקוד הנמשכים יותר משבוע לאחר טיפול שמרני (אי הסכמה בין היועצים)	1. קבלה לעבודה הדורשת מאמץ ביומכני	1. לאחר 6 שבועות טיפול שמרני ללא תגובה או עם הופעת החמרה בתלונות (בכל עת)
2. לאחר 5-6 שבועות טיפול שמרני	2. בדיקת כושר עבודה בהתקפים חוזרים או מצב כרוני	2. Cauda Equina Syndrome
	3. כשמתעורר חשד שעמדת העבודה אינה מתוכננת כראוי	3. סימנים נוירולוגיים פרוגרסיביים (החמרה)
		4. חשד ל-Epidural Abscess או זיהום אחר באיזור עמוד השדרה
		5. טראומה חמורה או כשיש ממצא רנטגני

סוגי טיפולים

מחקרים מבוקרים הראו שרק NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS (NSAID) כמו IBUPROFEN, ASPIRIN וכו' ונרקוטיקה מקילים על כאב יותר מאינבו (Placebo), ועל כן תרופות אלה יהוו את עיקר הטיפול התרופתי השמרני.³¹⁻³⁴ מקובל להשתמש גם בתרופות אנלגטיות רגילות ובתרופות מרפות שרירים אשר יעילותן בשלב האקוטי מוכחת, אך יעילותן למצבים כרוניים אינה ברורה.³⁵ יש לזכור אפשרות לתופעות לוואי וסיכוי להתמכרות לתרופות מסוימות (כמו CODEINE, ו-VALIUM) בטיפול ממושך.

בבחירת תכשירי ה-NSAID, יש להביא בחשבון לא רק את יעילותם ונוחיות הלקיחה, אלא גם את תופעות הלוואי הגסטרואינטסטינליות והאחרות המיוחסות להם. ככלל, תכשירי NSAID קיצרי טווח פעולה, גורמים לפחות תופעות לוואי מתכשירים ארוכי טווח, אם כי לכלל זה יש

יוצאים מהכלל.³⁶ כך למשל לתכשירי IBUPROFEN פרופיל בטוח יחסית (פי 5 פחות דיווחי תופעות לוואי גסטרואינטסטינלים מאשר NAPROXEN, ופי 4 פחות מ־DICLOFENAC, וכן פי 8 פחות דיווחי תמותה מאשר NAPROXEN ופי 4 פחות מאשר DICLOFENAC). טבלה 5 מציגה תכשירי NSAID נפוצים בצרוף עלות יחסית.

טבלה מס' 5: תרופות NSAID (מחיר יחסי לטיפול יומי)

תכשיר	מינון יומי שכיח		מחיר יחסי
Indomethacin	Indovis	75 mg	1.0
	Indovis SR	75 mg	8.7
Diclofenac	Betaren	100 mg	2.0
	Abitren	100 mg	2.2
	Voltaren	100 mg	4.0
Ibuprofen	Ibufen	1.2 Gr	2.7
	Artofen	1.2 Gr	3.3
Naproxen	Naproxi	1.0 Gr	4.9
	Naxyn	1.0 Gr	6.7

טיפולים נוספים רבים הוצעו לכג'ית, אך רובם הוכחו כלא יעילים.³¹⁻³⁴ לדוגמה, כאשר השוו טיפול ב-TRANS CUTANEOUS ELECTRONIC NERVE STIMULATION (TENS) וטיפול באקופונקטורה עם טיפולי אינבו (PLACEBO) לא נמצאו הבדלים משכנעים או לזמן ממושך.³⁷ (ראה טבלה 6).

העדויות שהתעמלות או תרגילים משפרים כאבי גב בהתקף חריף מעטות ולא חד משמעיות. חלק מהבעיה טמון בריבוי ההמלצות להתעמלות כגון, תרגילי אקסטנסיה, תרגילי פלקסיה, תרגילי חיזוק, תרגילי מתיחה ושיטות אחרות. הנטיה כיום היא להמליץ על עליה בפעילות גופנית ועליה בכושר גופני. כמו־כן מומלץ על שיפור ארגונומי בעבודה. קיימת עדות המצביעה על כך שהתעמלות או טיפול ושיקום בקבוצה, בהדרכת פיזיותרפיסטים, יכולים למנוע עוד התקפים של כאבי גב תחתון.^{38,39} להתערבויות אלה במסגרת מיקצועית יש ערך גם בטיפול בכאב חריף, כאשר הטיפול מלווה בשנוי סביבת העבודה הפיסית וכן כחלק מטיפול כוללני במצבים כרוניים.³⁵

טבלה מס' 6: יעילות טיפולית בכג"ת

טיפולים ללא יעילות מוכחת	טיפולים עם יעילות שאינה ברורה	טיפולים עם יעילות מוכחת
Acupuncture (32)	Short bedrest (27)	NSAIDs (31-35)
Anti-depressants (46)	Thermal therapy – heat or ice (no literature)	Muscle relaxants (31-35)
Corsets – Mechanical back supports (32, 35)	Massage (no literature)	Narcotics (for acute pain relief) (31-35)
Traction (32, 35)	Back School (38, 39)	Exercise for back strengthening (29-30)
TENS units (37)	Physical therapy (41)	אם נעשו לפי האינדיקציות הנכונות (31-35, 53)
Biofeedback (47)	Chiropracty (42)	
Facet joint Injection (48)	Lumbar support cushions (no literature)	
Chemoneuolysis with chymopapain injection (49)	Trigger point injection (43)	
Laminectomy and lumbar fusion surgery (50, 651)	Epidural anesthetic/steroid injection (44, 45)	
Sacroiliac fusions (52)		

הבטים תעסוקתיים

כג"ת אצל עובדים, נגרמים ע"י שילוב של סיבות תעסוקתיות – ארגונומיות וכאלו שאינן קשורות לעבודה. כג"ת ממקור לא תעסוקתי יכול להחמיר בנסיבות תעסוקתיות. מקצועות בעלי שעור ארועי כג"ת גבוה כוללים:

1. נהגי משאיות ורכב כבד
2. אחיות
3. מקצועות הכרוכים בהרמת משאות כבדים.

טבלה מס' 7: גורמים תעסוקתיים הקשורים בכג"ת

1. עבודה מונוטונית, עבודה פיזית מתישה
2. עבודה הקשורה בוברציות וקפיצות
3. כיפוף, סיבוב, זחילה, כריעה, הרמה וסחיבה.
4. תנאים ארגונומיים ירודים
5. הרמת משא כבד של 30 ק"ג ומעלה אחת ל-5 דקות (לגברים)
6. הרמת משא כבד של 15 ק"ג ומעלה אחת ל-5 דקות (לנשים)

מנבאים של חוסר חזרה לעבודה כוללים:

העדרות מעל ששה חודשי עבודה, תלונות ללא אישור אוביקטיבי, אישיות עם נטיה לסומטיזציה, חוסר מוטיבציה, שביעות רצון ירודה בעבודה. באפיזודות כג"ת ממושכות יש מקום להתערבות צוות רב מקצועי (כולל ייעוץ פסיכולוגי ותעסוקתי) במטרה לשקם את החולה ולהחזירו לתפקוד.

טבלה מס' 8: שיקום תעסוקתי ועקרונות ההתייחסות לחזרה לעבודה

1.	צמצם למינימום העדרות מהעבודה.
2.	לא יותר מיומיים מנוחה במיטה לאלה הזקוקים למנוחה.
3.	בצע הערכה תפקודית של עובדים לפני העסקתם, ואחרי הופעת כג"ת.
4.	בצע בדיקה ארגונומית של מקום העבודה והמלץ על שינויים מתאימים במצבי כג"ת ממושכים או כרוניים.
5.	הדרך העובד בהרמה ונשיאה, המלץ על שיפור כושר גופני וחיזוק הגב – כמניעה ושיקום.
6.	במצבי כג"ת ממושכים/כרוניים בנה תכנית שיקום הכוללת חינוך לבריאות ואימון לביצוע תרגילים ספציפיים. בצע סימולציה של תהליכים בעבודה על מכשיר לחיזוק הגב. העזר בייעוץ פסיכולוגי ופיזיותרפיה בעת הצורך.
7.	הקפד על הערכה מתמדת ומעקב.

סיכום

ההנחיות שקראת מיועדות לסייע בידך לטפל בצורה מיטבית בפונים עם כג"ת. הן מבוססות על הידע המדעי מעודכן ביותר. הן אינן מחליפות את שיקול הדעת המקצועי שלך, את ההיכרות האישית עם המטופל ואת הכרותך את המערכת היחודית בה אתה והחולה מתפקדים.

BIBLIOGRAPHY

LBP: THE PROBLEM

1. Andersson G.B.J., Pope M.H., Frymoyer J.W., Snook S. Epidemiological and cost in occupational low back pain. In **Occupational Low back pain: Assessment, treatment and prevention** (Edited by Pope M.H., Andersson F.B.J., Frymoyer J.W., Chaffin D.B.), pp. 95-113. Mosby-Year Book, ST Louis, 1991.
2. Wassell G. A new clinical model for the treatment of low back pain. **Spine** 12:632-644, 1987.
3. Biering-Sorensen F. A prospective study of low back pain in a general population: occurrence, recurrence and aetiology. **Scand J Rehab Med** 15:71-79, 1983.

4. Svensson HO, Andersson GBL: Low back pain in forty to forty-seven year old men. I. Frequency of occurrence and impact on medical services. **Scand J Rehab Med** 14:47-53, 1982.
5. Svensson HO: Low back pain in forty to forty-seven year old men. II. Socio-economic factors and previous sickness-absence. **Scand J Rehab Med** 14:55-60, 1982.
6. Dillance JB, Fry J, Kalton G. Acute back syndrome — a study from general practice. **Br Med J** 2:82-84, 1966.
7. Frolund F, Frolund C. Pain in general practice. **Scand J Primary Health Care** 4:97-100, 1986.
8. Cypress Bk. Characteristics of physician visits for back symptoms: a national perspective. **Am J Pub Health** 73:389-395, 1983.
9. Sive PH, Bialik O: Ten thousand consultations. **Family Medicine** 8:7-8, 1978.
10. Reis S Borkan JB, Hermoni D, Tabenkin C et/ al/ Low back pain in family practice: a ramban Network study. Presented at Annual Family Medicine Day, Zichron Yaacov, 1994.
11. Frymoyer J.W., Cats-Baril W.L. An overview of the incidence and costs of low back pain. **Orthop Clin NA** 22:263-271, 1991.
12. Mooney V. Differential diagnosis of low back disorders. In: Frymoyer JW, (ed) **The Adult spine: Principles and Practice**. New York: Raven Press, 1551-1556, 1991.
13. Deyo, RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? **JAMA** 268:760-765, 1992.
14. Philips HC, Grant L. The evolution of chronic back pain problems: a longitudinal study. **Behav Res Ther**, 29:435-441, 1991.
15. Deyo RA, Loeser JD, Bigos SJ. Herniated lumbar intervertebral disk. **Ann of Intern Med** 112:598-603, 1990.
16. Von Korff M, Deyo RA, Cherkin D, Barlow W. Back pain in primary care: outcomes at one year. **Spine** 18:855-862, 1993.

DIAGNOSIS

17. Nachemson AL. Advances in low back pain. **Clin Ortop** 200:266-278, 1985.

IMAGING

18. Liang M, Komaroff AL. Roentgenograms in primary care patients with acute low back pain. **Arch Intern Med** 142:1108-1112 1982.
19. Halpin SFS, Yeoman L, Dundas DD. Radiographic examinations of the lumbar spine in a community hospital: an audit of current practice. **Brit Med J** 303:813-815, 1991.
20. Nachemson AL. The lumbar spine: an orthopedic challenge. **Spine** 1:59-71, 1976.
21. Wiesel SW Tsourmas N, Feffer HL, Citrin CM, Patronas N. A study of computer-assisted tomography. I. The incidence of positive Cat scans in an asymptomatic group of patients. **Spine** 9:549-551, 1984.
22. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS.

- Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. **N Engl J Med** 331:69-73, 1994.
23. Deyo R, Bigos SJ, Maravilla KR. Diagnostic imaging procedures for the lumbar spine. **Ann of Intern Med** 111:865-867, 1989.
 24. Glantz RH, Haldeman S. Other diagnostic studies: electodiagnosis. In: Frymoyer JW, (ed) **The Adult Spine: Principles and Practice**. New York: Raven Press, 541-548, 1991.
 25. Vincent KA, Benson DR. Differential diagnosis and conservative treatment of infectious diseases. In: Frymoyer JW, (ed) **The Adult Spine: Principles and Practice**. New York: Raven Press, 774, 1991.
 26. Hitselberger WE, Witten RM. Abnormal myelograms in asymptomatic patients. **J Neurosurg** 28:204-206. 1968.

TREATMENT

27. Deyo RA, Diehl A, Rosental M. How many days of bed rest for acute back pain? **N Engl J Med** 315:1064-1070, 1986.
28. Malmivaura A, Hakinen U, Aro T, et al. The treatment of acute low back pain — Bedrest, ordinary activity? **Nejm** 332 (16):351-55, 1995.
29. Lahad A, Malter AD, Berg AO, Deyo RA. The effectiveness of four interventions for the prevention of low back pain. **JAMA** 272(16):1286-1294, 1994.
30. Von Korf M, Barlow W, Cherkin D, Deyo RA. Effects of practice style in managing back pain. **Ann of intern Med** 121(3):187-195, 1994.
31. Wiesel SW, Cuckler JM, Deluca F, et al. Acute low back pain: an objective analysis of conservative therapy. **Spine**: 5:324-330, 1980.
32. Deyo RA. Non-operative treatment of low back disorders: differentiating useful from useless therapy. In: Frymoyer JW, (ed) **The Adult Spine: Principles and Practice**. New York: Raven Press, 1567-1580, 1991.
33. Nachemson AL. Newest knowledge of low back pain: a critical look. **Clinical Orthopedics and Related Research** 279:8-20, 1992.
34. Deyo RA. Clinical strategies for controlling costs and improving quality in the primary care of low back pain. **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation** 3 (4) 1-13, 1993.
35. Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupuis M. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorder: Report of the Quebec Task Force on spinal disorders. **Spine** 12(7S):5-59. 1987.
36. Langman MJS, Well J, Wainwright P, Lawson DH, Rawlins MD, Logan RFA, Murphy M, Vessey MP, Colin-Jones DG. Risks of bleeding peptic ulcer associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. **Lancet** 343:1075-1078, 1994.
37. Deyo RA, Walsh N, Martin DF, Schoenfeld L, Ramumurthy S: A controlled trial of

- transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) and exercise for chronic low back pain. **N Engl J Med**: 322:1627-1634, 1990.
38. Hurri H. The Swedish back school in chronic low back pain. II. **Scand J Rehab Med** 21:41-44, 1989.
 39. Harkapaa K, Jarvikovski A, Mellin G, Hurri H A controlled study on the outcome of inpatient and outpatient treatment of low back pain. **Scand J Rehab Med** 21:81-89, 1989 & 22:181-188, 1990.
 40. Donchin M, Woolf O, Kaplan L, Folman Y. Secondary prevention of low-back pain, a clinical trial. **Spine** 15:1317-1320, 1990.
 41. Koes BW, Bouter LM, Beckerman H, Heijden GJMG, Knipschild PG. Physiotherapy exercises and back pain: blinded review. **Brit Med j** 302:1572-76, 1991.
 42. Hadler NM, Curtis P, Gillings DB, Stinnett S. A benefit of spinal manipulation as adjunctive therapy of acute low-back pain: a stratified controlled trial. **Spine** 12:703-706, 1987.
 43. Garvey TA, Marks MR, Wiesel SW. A prospective, randomized, double-blind evaluation of trigger-point injection therapy for low back pain. **Spine** 14:962-964, 1989.
 44. Bush K. Low back pain. Serial epidural injections effective. **Brit Med J** 306:1268, 1993.
 45. Snoek W, Weber HW, Jorgensen B. Double-blind evaluation of extracurial methylprednisolone for herniated lumbar discs. **Acta Orthop Scand** 48:635-641, 1997.
 46. Turner JA and Denny MC. Do antidepressant medications relieve chronic low back pain? **J Fam Pract** 37(6):545-553, 1993.
 47. Bush C, Ditto B, Feuerstien M. A controlled evaluation of paraspinal EMG biofeedback in the treatment of chronic low back pain. **Health Psychology** 4, 307-321, 1985.
 48. Carrette S, Marcoux S, Truchon R, et al. A controlled trial of corticosteroid injections into facet joints for chronic low back pain. **N Engl J Med** 325:1002-1007, 1991.
 49. Nachemson AL and Rydevik B. Chemoneurolysis for sciatic: a critical review. **Acta Orthop Scand** 59(1):56-63, 1988.
 50. Herkowitz HN and Kurz LT. Degenerative spondylolisthesis: prospective study comparing decompression versus decompression and fusion. **Bone Joint Surg** 73A:802, 1991.
 51. Turner JA, Ersek M, Herron L, Haselkorn J, Kent D, Ciol MA, Deyo, R. Patient outcomes after lumbar spinal fusions. **JAMA** 268(7):907-911, 1992.
 52. Allan DB, Wadell G. An historical perspective on low back pain and disability. **Acta Orthop Scand (Suppl)** 234, 1-23, 1989.
 53. Weber H. Lumbar disc herniation: a controlled prospective study with ten years of observation. **Spine** 8:131, 1983.

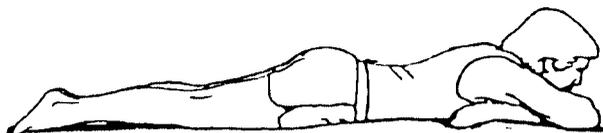
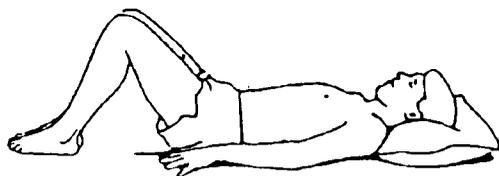
תרגילים לטיפול בכאבי גב תחתון

הנחיות לשלב החד

רוב החולים זקוקים למנוחה ב־48 השעות הראשונות. מעוטם מרגיש יותר טוב בתנועה ואז ניתן לוותר על השכיבה המוחלטת ולאפשר הליכה לפרקים קצרים. מומלצת שכיבה על מיזרון קשיח בתנוחה הנוחה ביותר למטופל. יש לשנות את התנוחה כשמורגשת אי־נוחות.

התנוחות האפשריות הן:

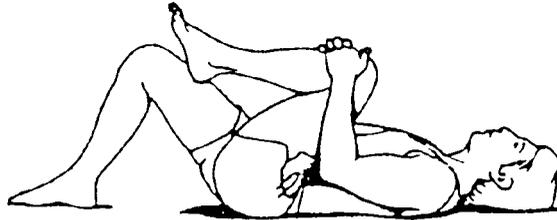
1. שכיבת פרקדן (שכיבה על הגב), כרית קטנה מתחת לראש, ברכיים וירכיים כפופות. ניתן להניח את השוקיים על שרפרף מרופד או גליל גדול. יש לשנות את זווית הכפוף מדי פעם.
2. שכיבה צידית, כרית ממלאה את החלל בין הראש לכתף, ברכיים כפופות בזווית נוחה.
3. שכיבה אפיים (שכיבה על הבטן), כרית מתחת לבית החזה הגורמת לשקע בגב.



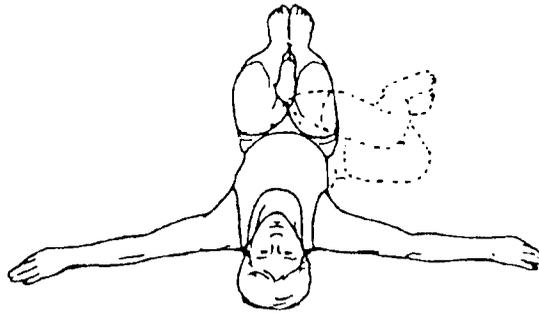
תרגילים ומתיחות מומלצים בשלב החד

יש לבצע את התרגילים חמש עד שבע פעמים בשני הצדדים לסרוגין. יש להמנע מבצוע תרגיל הגורם לכאב.

1. שכיבת קרוס (ברכיים כפופות, כפות הרגליים עומדות על המשטח), להרים ברך אחת אל הבטן בעזרת הידיים ולהוריד.



2. שכיבת קרוב, זרועות לצדדים, להעביר הברכיים הצמודות מצד לצד.



הנחיות לשלב התת-חד (SUB-ACUTE)

לאחר יומיים ניתן לקום מהמיטה לזמן קצר, מספר פעמים ביום. יש להמנע מתנוחות מכאיבות כגון ישיבה או עמידה ממושכת. עם התגברות הכאב יש לחזור ולשכב.

תרגילים ומתיחות לשלב התת־חד

לחזור על התרגילים בשלב החד ולהגדיל את מספר הפעמים. להוסיף:

1. שכיבת פרקדן (שכיבה על הגב), להצמיד ברך אחת אל הבטן ולישר את השנייה על המיטה.
2. שכיבת אפיים (שכיבה על הבטן), זרועות כפופות ליד הגוף, כפות הידיים מתחת לכתפיים, יש לבצע את התרגילים שלוש פעמים ביום.

