

הטעות של העתקהדבק מכאב חד לכאב כרוני

תקציר:

כיצד על הרופא לפעול כאשר ארגז הכלים שלו אינו מספק מענה?

מיכאל קאופמן¹
אליעזר קיטאי¹
חיים משה אדהאן²

¹הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב, לאומית שירותי בריאות
²מרכז כאב מתקדם במודיעין ומייסד מרכז כאב/שיקום, מרכז רפואי שיבא, תל השומר, רמת גן

בתחום הטיפול בכאב כרוני לא סרטני הוכח, כי בדיקות דימות אינן מבחינות בין נבדקים תסמיניים לאי תסמיניים, ואינן מקדמות בהכרח את הטיפול בחולים אלה. אין הוכחה ליעילותן של רבות מהטכניקות הנהוגות במרכזי כאב לטיפול בכאב כרוני. כמו כן, מספר המטופלים הנדרש לטיפול יעיל בתרופות המקובלות בכאב כרוני לא סרטני (NNT) הוכח כמאכזב ביותר. הטיפול בתרופות אלו כרוך בנוסף בהשפעות לוואי לא מבוטלות וגם בהתמכרות. המרכז לבקרת מחלות (CDC) מדווח על מגפת האופיואידים שנגרמת על ידי הרופאים עצמם. יצרני oxycodon pregabalin ו-duloxetine נתבעים בבתי משפט בארה"ב בסכומי עתק על כך שהדגישו באופן בולט מדי את היתרונות והסתירו את החסרונות של מוצריהם. אם כן עולות שאלות גדולות על מה שהיה מקובל בעבר בטיפול בכאב כרוני. בשלושים השנים האחרונות הצטברה ספרות המדגישה צדדים אחרים. הוכח שההיבטים המשמעותיים ביותר הגורמים להחמרה של כאב כרוני הם הפרשנות השלילית והקטסטרופיזציה שהחולה נותן לכאב שלו, זאת אפילו יותר מהפסיכוכרונולוגיות ה"קשות" כגון דיכאון, חרדה בתר חבלתית (פוסט-טראומה), מבנה אישיות ושאר גורמים פסיכוכברתיים, אשר הוכחו אף הם כגורמים בעלי השפעה רבה. לנוכח זאת, אנו מציעים בסקירה זו מערך כלים אחר לטיפול, שהוא יותר בטוח ומבוסס מדעית עבור הסובל מכאב כרוני.

מילות מפתח: כאב כרוני; קטסטרופיזציה; פחד שמוביל להימנעות; שיקום; מגפת האופיואיד.
KEY WORDS: Chronic pain; Catastrophization; Fear-avoidance; Rehabilitation; Opioid epidemic.

הקדמה

הבעיה של כל רופא שנדרש לטפל בכאב ובפרט בכאב כרוני, היא הצורך להתמודד עם תופעה שהיא לגמרי סובייקטיבית בכלים האובייקטיביים שהוא רגיל בהם. מאמר זה מנסה להציג פתרונות לדילמה הזו.

במצב של כאב חד (acute), עוצמת הכאב (הנמדדת על ידי סולמות סובייקטיביים דוגמת Visual analogue Scale) משקפת את מידת הפגיעה ברקמה. כאב כרוני שונה במהותו מבחינה נוירופיזיולוגית והתגובה לטיפול. הוא יותר קשור לסבל מאשר לכאב בלבד, ונובע לא רק מהנזק לרקמות, אלא ממגוון סיבות נוספות [1]. ניתן להדגים על ידי functional neuroimaging שבנוכחות כאב כרוני האזורים הסנסוריים הקלאסיים במוח אשר מגיבים לכאב חד, עוברים לאזורים אחרים במוח הקשורים לרגש [2]. חשוב להבדיל בין כאב לסבל. נשים בלידה חוות כאב עוצמתי ללא חוויית סבל. יחד עם זאת, חולים במצבי כאב כרוני כגון פיברומיאלגיה, חווים סבל רב במסגרת תלונות הכאב. לכן, חולה הסובל מכאב כרוני זקוק להערכה ולטיפול שונים. רופא שמטפל בכאב כרוני בכלים דומים לטיפול בכאב חד, יגרום להתמשכות הבעיה, לאכזבה ולהתמכרות לתרופות, עד לסכנה ממשית. כאב חד וטב (acute and benign) עם פרוגנוזה טובה עלול להפוך לכאב כרוני גם בהיעדר סיבה אנטומית ברורה. כאשר הגורם האנטומי לכאב חד אינו חולף כעבור 3-6 חודשים, הכאב מוגדר ככרוני, אך במאמר זה אנחנו מתייחסים

לחולים עם כאבים כרוניים שעוצמת הכאב שלהם אינה פרופורציונלית לממצאים האורגניים. בחולים אלו ההסבר להתמשכות הכאב מקורו אחר:

- ראשית, המקור עשוי להיות מהפרשנות השלילית שהסובל מכאב כרוני נותן לכאב שלו. לדוגמה, בכאב גב תחתון ללא 'דגלים אדומים'; אנשים מפחדים לעשות פעולות מסוימות מחשש שהם גורמים נזק ל"פריצת הדיסק" שלהם ושהגב שלהם "שברירי". חששות כאלו עלולים להוביל להתנהגויות של זהירות יתר עקב פחד, מצב המוביל להימנעות מפעילות פיזית עד כדי נכות [3]. ככל שיודגש ההסבר האנטומי על ידי הרופא המטפל, כמו "פריצת דיסק חמורה" במקרה של כאב גב תחתון (LBP), כך תרד האמונה של המתלונן ביכולתו להשתקם. דוגמאות לשאלונים הנמצאים בשימוש להעריך את העוצמה של תופעה זו הן Pain Beliefs and perceptions Inventory [4], והשאלון Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) [5]. מאז פיתוחו ותיקופו הן צוטטו לא פחות מ-2,783 פעמים בניסויים מדעיים
- גורם מרכזי נוסף בהתפתחות כאב כרוני הוא Pain Catastrophization (PC) - דהיינו קטסטרופיזציה (הפיכת הכאב לאסון). תופעת PC כוללת שלושה מרכיבים: (1) הנטייה להפריז באיום של הכאב; (2) הנטייה להרהר על הכאב בצורה אובססיבית; (3) תחושת ייאוש לגבי היכולת להתמודד עם הכאב. מאז פרסומו על ידי Sullivan ו'חב' [6] בשנת 1995, ה-PC Pain Catastrophization Score (PCS) צוטט לא פחות מ-4,334 פעמים בספרות, כולל 79 מחקרים

האכזבה והסיכון שבטיפול תרופתי

לנוכח הנתונים המובאים בסקירתנו, הרי שטיפול תרופתי כטיפול יחיד לכאב כרוני לא יצליח מבלי להתייחס לכל שאר הגורמים. אולם עקב תנאי הלחץ שבהם נתונים ועובדים רופאי המשפחה, יש פיתוי גדול לרשום תרופה, כפי שקורה בבעיות רפואיות רבות אחרות. בתחום הטיפול בכאב כרוני, חונכנו בשני העשורים האחרונים לנסות טיפול באחת משלוש קבוצות התרופות הבאות: אופיאטים, נוגדי כפיון (אנטיאפילפטיים) (דוגמת פרגבלין/גאבאפנטין) או נוגדי דיכאון, בעיקר SNRI דוגמת דולוקסטין.

טיפול באופיאטים לסובלים מכאב כרוני החל בסוף שנות השמונים. הטענה שהועלתה הייתה שאין זה מוצדק ואין זה מוסרי להניח לאדם עם כאב כרוני לסבול. עקרונות הטיפול הועתקו מההצלחה הגדולה של הטיפול באופיאטים לכאב חד, לכאב בתר-ניתוחי ולכאב בסרטן סופני. במקרים אלו, סוג הטיפול ומינונו הותאמו לעוצמת הכאב "titrate to effect" שנמדדה באמצעות סולמות כמו VAS, ובהתבסס על המלצות ה-^{WHO analgesic ladder} [14].

עם הזמן התברר, שהטיפול במינונים גדלים והולכים של אופיאטים לטיפול בכאב כרוני לא פתר את הבעיה הבסיסית של נכות הקשורה לכאב מתמשך, וככל הנראה ברוב המקרים, הנכות רק החמירה. יעילותו של הטיפול לא הוכחה מעבר לשישה שבועות של נטילה [15]. המינונים הגבוהים גרמו לאיכות חיים ירודה עקב השפעות הלוואי של התרופות. בנוסף, הטיפול גרם לבעיה של רגישות יתר מושרית אופיאטית (opioid-induced hypersensitivity), התמכרות (כבר לאחר 5 ימי טיפול), תופעות גמילה ממושכות, מינון יתר ותמותה. חשוב לציין את העבודה הגדולה של Ray וחב' [16] שפורסמה ב-JAMA, שבה נמצאה עלייה של 67.1% בתמותה באנשים המטופלים באופיאטים. מתוכם, 47% מתו לא מסיבת מינון יתר או התמכרות, אלא מסיבות אחרות, כגון סיבה קרדיוסקולרית. רוב התמותה אירעה בחודש הראשון לשימוש. המרכז האמריקאי היוקרתי למניעת מחלות, ה-CDC, סיכם: "אנחנו לא מכירים תרופה בשימוש עבור מצבים רפואיים לא-קרטיים, שגרמה לתמותה גדולה כל כך!". חשוב לציין את העבודה החשובה של פיינגולד בריל וגור-אריה [17], שמצביעה על הסכנות ועל ההיקף המדאיג של שימוש בעייתי ולא נכון במשככי כאב ובקנביס בישראל.

היעילות של pregabalin (ליריקה) ושל duloxetine (סימבלטה) לטיפול בחולי כאב כרוני אף היא מאכזבת: NNT של טיפול בפרגבלין: 13-22 לפיברומיאלגיה, 3-5 לכאב נירופתי (בעיקר בנירופתיה שמסוכרת ונירלגיה בתר-שלבת post herpetic) [18]. כאשר הטיפול תסמיני, NNT בסדרי גודל הנ"ל משמעותו שלמרבית המטופלים לא תהא הקלה משמעותית בכאבים. הוכח, כי הטיפול בפרגבלין אינו יעיל כלל לטיפול בסיאטיקה [19]. הפסקתו יכולה לגרום לתופעות גמילה, ו-40% דיווחו על השפעות לוואי כגון נמנום ובצקת בגליים [20]. ה-NNT של טיפול בדולוקסטין (סימבלטה): 8 לפיברומיאלגיה, 5 לכאב נירופטי (הוכח בנירופתיה שמסוכרת בלבד). בשיעור של 70% ממטופלי דולוקסטין יופיעו תופעות גמילה (מהן 10% תופעות קשות) [21].

מדעיים על 9,914 אנשים. לאחרונה פורסמה מטה אנליזה (7) של 17 טיפולים שונים לכאב כרוני, כולל: ACT acceptance/commitment therapy (תרפיה ממוקדת להשלמה ומחויבות), CBT, דיקור סיני (אקופונקטורה), התעמלות בצורה הדרגתית, היפנוזה, קשיבות (mindfulness) וטיפול רב-מודלים (multimodal). בקרב מטופלים עם PC גבוה הוכחה החמרה בנכות, בעוצמת כאב, בשימוש לרעה בחומרים משככי כאב [8], בדיכאון ובחרדה [9], בהיעדרות מהעבודה [10] ובניצול יתר של משאבי בריאות [11]. נתון זה הוא גם מנבא מצוין לכישלון של טיפולים רפואיים וכירורגיים שונים.

3. המצב החברתי-כלכלי (סוציו-אקונומי) של החולה עלול להשפיע מאוד על התפתחות כאב כרוני. בכלל זה כל גורמי הלחץ הקיימים בחיים של המטופל באותה עת – בעבודה, בבית ובמשפחה (כגון אבטלה, גירושין ושכול). התפתחות כאב כרוני מושפעת גם מהיעדר גורמי תמך סביבתיים שיכולים לעזור להתמודד עם הכאב. הוכח, כי אירועי טראומה שאדם עובר במהלך חייו הם גורמים מנבאים חשובים להתפתחות כאב כרוני, בעיקר בפיברומיאלגיה [12].

4. המצב הפסיכולוגי, כגון דיכאון וחרדה, יכול להשפיע על עוצמת הכאבים. בנוסף, האישייות הבסיסית של המטופל עלולה לגרום להתמשכות הכאבים; כגון בעל אישיות נרקיסיסטית שכל הזמן יחפש הסבר ייחודי לבעיה שלו, או בעל אישיות תלותית שיאשים את המטפלים שאינם עושים מספיק עבורו.

5. גם אם תלויה ועומדת תביעה משפטית, כגון מחברת ביטוח, יש רווח משני מהתמשכות הכאב. בנוסף המטופל עלול לאמץ לעצמו את "תפקיד החולה" (sick role) ולקבל רווח ראשוני, בעיקר כאשר המטופל שייך למעגל משפחתי/חברתי לא תפקודי (דיס-פונקציונאלי).

אז מה אנחנו צריכים להסיק מזה?

על פי הנתונים שהוצגו במאמרנו, כאב כרוני יכול לנבוע מגורמים שונים רבים, בדומה לתסמונות כרוניות אחרות כמו גרד כרוני או מעי רגיש. בהתאם, דרושה היערכות של מטפלים ממקצועות שונים שעובדים יחד כצוות (אינטרדיסציפלינריים) על מנת לאבחן לטפל וגם לשקם, והדבר בא לידי ביטוי בהמלצות של ארגונים בין-לאומיים שונים. ה-British Pain Society פרסם המלצות עוד בשנת 2013 [10]: (1) עובדי בריאות הנוטלים חלק בתוכנית לניהול כאב יכללו רופאים, אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאות בעיסוק ופסיכולוגים תחת קורת גג אחת, שנפגשים יחד ועוברים על המטופלים באופן תדיר; (2) הטיפול המומלץ לסובלים מכאב כרוני יתבסס על עקרונות קוגניטיביים/התנהגותיים, בהתחשב בכך שהכאב משפיע על איכות החיים ועל התפקוד הפיזי, הפסיכולוגי והחברתי; (3) יש עדויות חזקות לכך שבהשוואה לטיפול רגיל, טיפול קוגניטיבי/התנהגותי משפר את יכולת ההתמודדות עם הכאב, את מצב הרוח ואת רמת הפעילות הפיזית של המטופל; (4) תוכניות כוללניות לטיפול בכאב מקטינות צריכה של משאבי בריאות ומקדמות שימוש מושכל בהם. המלצות ברוח דומה התפרסמו לפני שנתיים על ידי קבוצת מומחים, המהווה את האסטרטגיה הלאומית בטיפול בכאב כרוני בארה"ב [13].

חשיבות נושא השיקום

היבט נוסף שמוזנח בתחום ההתייחסות לאדם הסובל מכאב כרוני הוא הנזק המשני בחייו של החולה. אדם עם כאב כרוני לעיתים כל כך מתמקד בכאב שלו, עד שבסוף הוא מוותר על הצורך לתפקד בשאר תחומי בחייו "כי הרי הוא כאוב". בסופו של דבר המטרה היא תמיד השיקום של המטופל וחזרתו לשגרת חייו על אף הכאב. הטיפול בכאב הכרוני עצמו הוא רק אחד המרכיבים הזקוקים להתייחסות בטיפול הכולל. עצם העברת מוקד ההתייחסות מהכאב למכלול התפקודים בשגרת חיי המטופל, מסייעת פעמים רבות להתמודד עם הכאב עצמו. ממילא איננו מצליחים ברוב המטופלים להעלים כאב לחלוטין, אלא רק להפחית את עוצמתו, ולכן ככל שנצליח למלא את חייו של המטופל בתכנים אחרים, כך ייטב לו.

■ **אין מקום לשימוש בסולמות כגון VAS ו־WHO analgesic ladder בכאב כרוני. עודף בדיקות הדימות ואמצעי האבחון עלול לגרום להחמרה ולקטסטרופיזציה של הכאב וגם להתבססות של "תפקיד החולה".**

■ **יש חשיבות עליונה בלימוד אירועי טראומה בעבר, גורמי עקה בהווה ואמונות בריאות פסימיות שגויות, על מנת לתת טיפול מיטבי לחולה הסובל מכאב כרוני.**

■ **על רופאי משפחה ללמוד שיטות לא תרופתיות או חודרניות אשר הוכחה יעילותן במחקרים, דוגמת רעיון מוטיבציוני או קשיבות עם בעיה שכיחה זו.**

מה מצופה מהרופא הראשוני במקרה של מטופל הסובל מכאב חד ההופך להיות כרוני?

אבחון: הרופא הראשוני שנתקל בכאב חד, אשר לאחר שלושה חודשים הופך להיות כרוני, חייב לבצע סקר ולבחון את קיומם של הנתונים הבאים: (1) קיום אמונות שגויות לגבי הפרשנות של הכאב שעלולות לחבל בשיקום לדוגמה בעזרת שאלון PBPI; (2) נטייה לחשיבה קטסטרופאלית - כאשר האדם מאמין שקרה אסון מבחינה פתולוגית-אנטומית, לדוגמה

"אני מפחד שפריצת הדיסק שלי ב-5-14 תגרום לי בסוף להיות על כיסא גלגלים!" ניתן להשתמש בשאלון PCS [6] מתורגם לעברית ככלי להערכה ומעקב אחר השיקום (נספח); (3) קיום של גורמי עקה (stress) בחיים בעבר ובהווה בבית, במשפחה ובעבודה, וכן הערכת גורמי תמך שמקורם במשפחה, בחברה, בחינוך, בדת, ובמצב הכלכלי. במידת הצורך להיעזר בטיפול באיש מקצוע, עובד סוציאלי או פסיכולוג; (4) זיהוי של חיפוש רווח משני מהכאב דוגמת פיצויים מחברות ביטוח ו/או נטייה לחפש את "תפקיד החולה"; (5) נטילת תרופות ממכרות כנגד כאב. אם הוחל טיפול באופיאטים או בבנזודיאזפינים, ובמיוחד אם יש דרישה למינונים גבוהים יותר ללא עדות לשיפור בתפקוד, יש חשיבות לשאוף מיד להורדת מינונים עד להפסקתם. לאופיאטים מומלץ קצב הורדה של 10% לחודש מלווה בתמיכה פסיכולוגית. לפרגלבין מומלצת ירידה של 25 מ"ג בשבוע.

טיפול:

לאחר זיהוי והגדרת הגורמים העיקריים להפיכת הכאב חד לכאב כרוני במטופל שלפנינו, יש צורך להרכיב צוות ייעודי

העובדה שיצרני Lyrica[®], oxycontin, cymbalta נקנסו במאות מיליוני דולרים בגין הדגשת יתר של יתרונות ותת-הדגשה של הסיכונים, מחייבת את הרופא הזהיר לנסות לשאוב ידע על תרופות אלה מכתבי עת רפואיים בעלי שם ולא ממאמרים או כנסים שממונים על ידי חברות התרופות.

הטיפול הנפוץ בכאב גב כרוני: דוגמה לגישה לא מוכחת

במקרים רבים, כשהטיפול התרופתי אינו משפר את מצבו של החולה עם כאב כרוני, הוא מגיע לטיפולם של יועצים תחומיים, בין בעקבות הפניה מרופא המשפחה ובין בפנייה עצמית ישירה. על אף מה שידוע על המורכבות של כאב כרוני; הגישה הנפוצה היא הגישה החד-ממדית, שרואה את הכאב כנובע מגורם אנטומי ספציפי. ניקח לדוגמה את נושא הטיפול בכאב גב תחתון לא ספציפי כרוני (NSLBP). רבים מהמטופלים עדיין נשלחים לבדיקות דימות דוגמת CT ו־MRI, ומסתובבים מודאגים וזהירים עקב ממצאי פריצת דיסק בצילום, זאת למרות שאין קשר הדוק במקרים אלה בין הכאב לבין ממצאי בדיקת הדימות [22]. בשלב זה, נפוץ שחולים אלה מוזמנים לטיפולים נוספים, ובמקרה של כאבי גב אלה כוללים סוגים שונים של פיזיותרפיה, זריקות לעמוד שידרה וגם ניתוחים שונים לדיסקים.

הטיפול השכיח בהזרקת סטרואידים על קשיתית (אפידוראלית) הוכח כלא יעיל במחקרים שונים שפורסמו בכתבי עת רפואיים מובילים בעולם [23-26], הן לגבי טיפול בתסמונת סכיזטית והן לגבי טיפול בהיצרות שדרתית (ספנילית). טיפול זה כרוך בסיכון להשפעות לוואי קשות, אם כי לא שכיחות. במאמר מערכת בעיתון ה־JAMA [27], הומלץ שלא לטפל בהזרקה על קשיתית (אפידוראלית) כטיפול לכאבי גב כרוניים, מאחר שפרוצדורה זו אינה מאושרת לשימוש על ידי ה־FDA והיא בגדר טיפול off label. גם לגבי טיפול ב־radiofrequency denervation יש הוכחה במחקרים לאי יעילות [28]. קיימות הגבלות קשות מאוד של חברות ביטוח בארה"ב על מימון של טיפולים אלה. בישראל, שתי הפרוצדורות עדיין מומלצות על ידי מספר לא מבוטל של מרפאות כאב.

בסקירה שיטתית של מחקרים על יעילות של פרוצדורות חודרניות לטיפול בכאב כרוני, שפורסם לאחרונה, מסכמים המחברים ש"כאב כרוני, אין עדות ליעילות של פרוצדורות חודרניות מעבר לפלצבו" [29]. אם כן, מדוע רווח ונפוץ השימוש בפרוצדורות שלא הוכחו כיעילות, לטיפול בכאב גב כרוני? ראשית, לפרוצדורות (כמו זריקות או מניפולציות) יש כנראה אפקט אינבו (פלצבו) חזק יותר מאשר לטיפול בתרופות. הכאב הכרוני גם כך מתאפיין בעליות וירידות בעוצמתו, ולכן המטופל שעבר פרוצדורות אינו מרגיש בכל המקרים שהן לא היו יעילות.

בנוסף, כנראה נוח לרופא וגם למטופל להשתמש בטיפולים המתמקדים בהיבט הפיזי, ולא להיכנס לסבך של גורמים פסיכו-חברתיים: אמונות בריאות, קטסטרופיזציה, סוגיות של זהירות יתר והימנעות, גורמים הקשורים לאופי ואישיות של המטופל ולאורח חייו. נושאים אלה נתפסים בטעות כבלתי פתירים ולכן כלא רלוונטיים.

לסיכום

כאב חד אינו הופך סתם כך לכאב כרוני, וזאת בהיעדר סיבה אנטומית ברורה (כגון ממאירות). מהפך זה קורה בהשפעת גורמים פסיכוסוציאליים, בעיקר קטסטרופיזציה ואמונות שגויות לגבי משמעות הכאב; ואלה גורמים לזהירות-יתר שרק מחמירה את המצב. חשוב לזהות גורמים אלה ולטפל בהם. צריך גם להיזהר מהגישה החד-ממדית המדגישה את ההיבט הביולוגי בלבד – המתאימה לטיפול בכאב חד. טיפולים המתאימים לכאב חד, כגון זריקות מקומיות תחת שיקוף או טיפול באופיאטים, אינם מתאימים לטיפול בכאב הכרוני, שבו חשוב להדגיש את נושא השיקום ולכלול את הטיפול בכאב בתוך המסגרת הזו. לבסוף, הצענו כלים פרקטיים לרופא המשפחה לנסות להתמודד עם בעיה שתופסת כל כך הרבה נפח מעבודתו היום-יומית.

מחבר מכותב: מיכאל קאופמן

טלפון: 08-9790194

פקס: 08-9735210

דוא"ל: mickaui194@gmail.com

ממקצועות שונים כגון פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, פסיכולוגיה ועבודה סוציאלית. הצוות יעבוד בתיאום ובשיתוף פעולה מלא בין חבריו, כולל ישיבות צוות משותפות, בהובלת רופא המשפחה. יעילות של התערבות בדגם הזה הוכחה במחקרים [30]. בתחילת הטיפול חשוב להגדיר ציפיות ומטרות ריאליות ולעקוב אחר ההתקדמות לאורך תהליך הטיפול/שיקום. הדגש צריך להיות שיקום החולה וחזרתו לתפקוד, ולא טיפול לשם התגברות על הכאב בלבד, ובהקשר הזה, לא להיצמד ל-VAS. חשוב להדגיש את ההשפעה המרפאת של דמות הרופא עצמו, ועקרונות הגישה המוטיבציונית רלוונטיות מאוד בהקשר זה. ההתערבות הפסיכולוגית המומלצת והעיקרית במקרי כאב כרוני היא CBT (cognitive behavioral therapy) ו-ACT (acceptance/commitment therapy) בשילוב עם קשיבות (mindfulness).

יחד עם זאת, הצוות הטיפולי אומנם יכול ללוות ולתמוך, אך העבודה שצריכה להיעשות היא של המטופל הסובל מכאב כרוני – עליו לקחת אחריות פעילה על הטיפול בו. יש להפנות את המטופלים שאינם משתקמים אלא ממשיכים לסבול מכאב, להמשך טיפול במרכזי כאב בבתי חולים, שם יעברו את אותם התהליכים אך בצורה הרבה יותר אינטנסיבית.

ביבליוגרפיה

- Ballantyne JC & Sullivan MD, Intensity of chronic pain-the wrong metric? NEJM Nov 26 2015 373:22.
- Hashmi JA, Baliki MN, Huang L & al, Shape shifting pain: chronification of back pain shifts brain from nociceptive to emotional circuits. Brain 2013; 136:2751-68.
- Boersma K & Linton SJ, Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: a prospective study of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model and disability. Clin J pain 2006;22:160-6.
- Mikail SF & DeGagne TA, Validation of the Pain Beliefs and Perceptions Inventory-Pain Research Management.1996; 1(1): 31-38.
- Waddell GA, Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the Role of Fear Avoidance Beliefs in Chronic Low Pain and Disability-Pain Feb 93 Vol 52 issue 2 157-168.
- Sullivan M, Bishop S & Pivik J, The Pain Catastrophising Scale; Development and Validation-Psychol Assess 1995;7(4) 524-532.
- Schutze R, Rees C, Smith A & al, How Can We Best Reduce Pain Catastrophising in Adults With Chronic Non-cancer Pain? A systematic Review and Meta-analysis -J Pain 2017-doi:10.1016/qj/pain:2017.09.010.
- Lazaridou A, Franceschelli O, Buliteanu A & al, Influence of Catastrophising on Pain Intensity, Disability, Side-effects and Opioid Misuse among Pain Patients in Primary Care-J Appl Biobehav Res. 2017;22.
- Edward R, Calahan C, Mensing G & al, Pain catastrophising and Depression in the Rheumatic Diseases-National Review Rheumatology 2011; 7(4) 216-224.
- Besen E, Gaines B, Linton SJ & al, The Role of Pain Catastrophising as a Mediator in the Work Disability Process following Acute Low Back Pain-J Appl Biobehav Res. 2017;22(1).
- Guidelines for Pain Management Programmes for Adults. an evidence-based review prepared on behalf of the British Pain Society November 2013.
- Haviland MG & Kelly RM, Traumatic Experiences, Major Life Stressors and Self-reporting a Physician Given Fibromyalgia Diagnosis. Psychiatry Research Vol 177 Issue 3 May 30 2010 pp 335-341.
- The interagency Pain Research Coordinating Committee. National Pain Strategy: a comprehensive population health-level strategy for pain. 2015 (http://iprcc.nih.gov/docs/Draft_HHSN_ationalpainstrategy.pdf).
- World Health Organisation. Traitement de la douleur cancéreuse. Geneva.Switzerland. World health Organisation; 1987.
- Frieden TR & Houry D, Reducing the Risks of Relief-The CDC Opioid Prescribing Guideline-NEJM 374.13 NEJM.org April 21 2016.
- Ray WA, Chung CP, Cecilia P & al, Prescription of long-acting opioids and mortality in patients with chronic non-cancer pain JAMA 2016;315(22) 2415-2423.
- Feingold D, Goor-Aryeh Brill S & al, Problematic Use of Prescription

Opioids and Medicinal Cannabis among Patients Suffering from Chronic Pain *Pain Medicine* 2016, 0:1-13 doi: 10.1093/pm/pnw134.

18. Derry S, Bell RF, Straube S & al, Pregabalin in Neuropathic Pain *Cochrane Database of Systematic Reviews-Intervention-Published* 23.1.19.

19. Mathieson M, Chiro M, Christopher G & al, Trial of Pregabalin for acute and chronic sciatica *NEJM* March 27 2017 376:1111-1120.

20. Goodman CN & Brett AS, Gabapentin and Pregabalin for Pain-Is Increased Prescribing a Cause for Concern? *NJOM* 377(5) 411-414 DOI: 10, 1056/NEJM.

21. Lunn MP, Hughs RA & Wiffen PJ, Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1 Art. No. CD007115.

22. Carragee EJ, Alamin TF, Todd F & al, Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission: a prospective study in subjects with benign persistent back pain. *Spine J.* 2005 Jan-Feb;5(1):24-35.

23. Carrette SA, controlled trial of corticosteroid injections into facet joints for chronic low back pain *NEJM* 1991;325:1002-7.

24. Carrette S & Leclaire R, Epidural corticosteroid injections for sciatica due to herniated nucleus pulposus *NEJM* 1997;336:1634-1640.

25. Ropper AH & Zafonte RD *Sciatica NEJM* 2015;372: 1240-1248.

26. Janna L, Friedly MD, Bryan A & al, A randomized trial of epidural steroid injections for spinal stenosis *NEJM* 2014;371: 11-21.

27. Staal JB, Nelemans PJ & deBie RA, Spinal injections for Low Back Pain, *JAMA* June 19 2013, vol 301, no.23, pp. 2439-2440.

28. Johan N, Juch S, Maas ET & al, Effect of radiofrequency denervation on pain among patients with chronic low back pain -The Mint randomised clinical trials *JAMA* 2017;318(1):68-81 doi:10.1001/Jama.2017.7918.

29. Jonas WB & Crawford C, Are invasive procedures effective for chronic pain-*Pain Medicine*, pny154, <https://doi.org/10.1093/pm/pny154> September 2018.

30. Purcell N, Zamora K, Tighe J & al, The Integrated Pain Team: A Mixed-Method Evaluation of the Impact of an Embedded Interdisciplinary Pain Care Intervention on Primary Care Team Satisfaction, Confidence and Perceptions of Care Effectiveness. *Pain Medicine*, vol 19 issue 9, 1 September 2018 1748-1763.

נספח:

מדד קטסטרופיזציה (Pain Catastrophization Score) PCS - מדד קטסטרופיזציה

להלן 13 משפטים המתארים מחשבות ורגשות שיכולים להיות קשורים להתנסותך בכאב. אנא דרג/י בעזרת הסולם הבא, את המידה שמשחבות ורגשות אלו התקיימו אצלך במצב של כאב.

כל אחד חווה בחייו מצבי כאב כגון כאבי ראש, שיניים, או שרירים. אנשים נחשפים לעיתים למצבים שעלולים לגרום לכאב כמו מחלה, פציעה, טיפול שיניים או ניתוח. אנו מעוניינים לדעת על מחשבותיך ורגשותיך בזמן ששבלת מכאב כלשהו.

0 - בכלל לא, 1 - במידה מועטה, 2 - במידה בינונית, 3 - במידה רבה, 4 - במידה רבה ביותר

כאשר כאב לי:

- לא הייתי מסוגלת/ת להוציא את הכאב מהראש.
- כל הזמן חשבתי עד כמה שכואב לי.
- כל הזמן חשבתי עד כמה רע לי ושאני רוצה שהכאב יפסק כבר.
- לא יכולתי לעשות משהו כדי להפחית את עוצמת הכאב.
- חששתי שמשוהו חמור עלול לקרות.

- כל הזמן הייתי מודאג/ת האם יהיה סוף לכאב.
- הרגשתי שאיני מסוגלת/ת להמשיך כך עוד.
- הרגשתי שזה נורא ושזה לעולם לא ישתפר.
- הרגשתי איום ושזה מתיש אותי.
- הרגשתי שאני לא יכול/ה לסבול את זה יותר.
- פחדתי שהכאב יחמיר עוד יותר.
- חשבתי על מצבי כאב אחרים שעברתי בחיי.
- הדבר היחיד שרציתי שהכאב יפסק.

סך הכול חולה עם ציון >30 צריך טיפול אינטרדיסציפלינרי ר' עמוד 2 מאחור -->

The norms for the score are as follows: Indices of central tendency and distribution in a population of