

ראיון עם ד"ר סיימון וולפסון

ד"ר אלון מרגלית

מנהל רשת מרפאות "מזור לכאב"

"ב-1998 כבר הייתי רופא פנימאי בכיר, עם ניסיון של כ-10 שנים ברפואה סינית וגם עבדתי כרופא משפחה. אני זוכר שישבתי במרפאת כאב והגיע אליי מישהו והביא לי ספר. הספר היה של ד"ר צ'אן גאן מוונקובר שעסק בנקודות הדק ובטיפול באמצעות IMS (הוא אגב זה שנתן את השם לשיטת הטיפול הזאת), גירוי תוך שרירי! הצצתי בעמוד הראשון ונדהמתי. זה היה כמו לקרוא ספר מתח! היות שהייתי באמצע קבלת קהל, סגרתי את הספר, אך קשה היה לי להמתין לסיום המרפאה כדי לרוץ הביתה ולהמשיך בקריאה. באותו ערב קראתי אותו מתחילתו ועד סופו בנשימה עצורה - כמאה עמודים. לא יכולתי לעצור! למחרת הודעתי לאשתי שאני מפסיק עם הפרקטיקה של רפואה סינית וחוזר לחיק הרפואה המערבית, לגירוי תוך-שרירי. אמנם גם בשיטה זו נעזרים במחטים סיניות אטראומטיות (לא פוצעות), אך השיטה מבוססת על רפואה מערבית.

באותה שנה, 1999 (כחצי שנה לאחר שסיימתי לקרוא את הספר), הגיע ד"ר גאן לארץ להעביר סדנה. יחד איתו עלה ארצה ד"ר יונתן קנט שלמד שנים רבות אצל ד"ר גאן ושימש כמדריך בסדנה שלו באילת. בסדנה זו מצאתי עוד כמה רופאים שמתעניינים ברפואת שריר-שלד. ב-2002 הקמנו את החברה לרפואת שריר-שלד. עד היום לא חזרתי לרפואה סינית מכיוון שהבנתי שזו רפואה הדורשת לימוד מתמשך ומעמיק מעבר לידע שלי. במקום זה התמכרתי לרפואת שריר-שלד ורפואת כאב - תחום שאני מאוד אוהב!"

סיפור מדהים! הוא מתאים לסיפור המרפא הפצוע (The Wounded Healer) - רופאים שהתמחו לאחר שהתנסו בעצמם בסבל ובכאב. ואכן בגישת ההוראה שלך אתה מדגיש את הרגישות לסבלו של האדם יחד עם היכולת המקצועית הרחבה לרפא בדרכים שונות.

כרופא העוסק ברפואה השלמה (גוף, נפש ומשפחה) אני מרגיש שהוספת לי נדבך נוסף של ידע הקושר בין מצבי מתח וסבל רגשי לבין שרירים ורקמות אחרות בגוף המגיבים למתח זה, נפגעים ומייצרים כאב.

מומחים לרפואת המשפחה, המטפלים שנים רבות באנשים הסובלים מכאב, ולמדו אצלך רפואה מיופציאלית (שריר-שלד) תוהים: הרי לא מדובר בשטח אזוטרי של רפואה משלימה, אלא בגישה יעילה המסתמכת על עיקרי הרפואה המערבית המודרנית: אנטומיה, פיזיולוגיה, ביולוגיה של התא וכדומה. כיצד קרה שנושא זה נדחק לשוליים ולא קודם לחזית הרפואה המערבית?

ד"ר מרגלית: תודה לך ד"ר וולפסון על שפינית זמן לענות על כמה שאלות שמעסיקות אותי ומומחים אחרים ששפר מזלם ללמוד אצלך את תורת הטיפול בכאב.

ראשית, אני רוצה לברך אותך על פעילותך הענפה כיו"ר החברה הישראלית והבינלאומית לרפואת שריר-שלד, ניהול המכון לרפואת כאב ברמב"ם ומינוף הדרכת רופאים בנושאי הכאב.

חבריי ואני, המומחים ברפואת המשפחה, מתפעלים מהיכולת שלך להבין את השלם - את המכלול העוטף כל מטופל ומשפחה, כבסיס לאנמנזה מעמיקה ובדיקה גופנית קפדנית ההכרחיות לטיפול בכאב. ברור לנו שזה הבסיס החשוב ביותר להצלחת הטיפול בכאב שאתה מדגים.

מה גרם לרופא מומחה בפנימית, להגיע למומחיות בכאב? מה קסם לך בתחום זה?

"בסיום הסטאג' ברפואה התלבטתי באיזו התמחות לבחור. יצאתי לטיול ממושך בחו"ל עם אשתי שסיימה לימודי רפואת שיניים. במהלך הטיול סבלתי מכאבי גב קשים שהיו 'משביתים' אותי לימים שלמים, כאבי גב תחתון המקרינים לרגליים. בהיותנו במזרח הרחוק, ביקרנו בתאילנד במקדש הבודהה השוכב. במקדש זה קיים מיקרוקוסמוס של החיים: מתקיימים שם זה לצד זה אנשים שמתפללים, רוכלים ואחרים הגרים במקום ו'מחפשים את עצמם'. בין היתר קיים שם בית ספר לעיסוי תאילנדי מסורתי בן 150 שנה. ראיתי שם אנשים שוכבים ומקבלים מסאז'. נשכבתי גם אני וניגשת אליי אישה תאילנדית מבוגרת קטנטונת ואני מנסה להסביר לה כרופא איך, איפה ולמה כואב לי. היא משתיקה אותי ומראה לי את ידיה כמו אמרה: 'תן לידיים שלי להרגיש את הגוף שלך זה עדיף מאשר לשמוע את השטויות שלך!' במשך שעה ארוכה היא בדקה אותי מכף רגל ועד ראש ולא הייתה נקודה אחת של כאב שהיא לא מצאה! התהליך 'פירק' לי את כל הגב אך קמתי מאושר ללא כאב. אמרתי לאשתי שזה לא ייתכן! 7 שנים למדתי בהדסה ואף פעם לא לימדו אותי ואף לא אמרו לי שדברים כאלו קיימים בכלל. המשכנו בטיול. כשחזרתי לא מצאתי היכן ללמוד עיסוי תאילנדי לכן החלטתי ללמוד שיאצו ובמשך שנתיים למדתי תורה זו. לאחר מכן למדתי רפואה סינית והיפנוזה. כעבור 3 שנים החלטתי להתמחות בפנימית ברמב"ם. תוך ההתמחות הצטרפתי למרפאת הכאב ברמב"ם ושם השלמתי את המומחיות בכאב."

כיצד נחשפת לשיטת הגירוי התוך-שרירי (IMS) וכיצד השפיעה עליך חשיפה זו?

גוף כלכלי שמעוניין לקדם את האבחון והטיפול באמצעות IMS בכאב. מעניין לראות מה קרה בארץ בשמונה השנים האחרונות: קבוצה "משוגעת" של רופאים, בהם גם אני, למדנו לעומק את התחום ונוכחנו לדעת עד כמה הוא יעיל. בהמשך התחלנו ללמד את הנושא ורופאים רבים סיפרו איך 'הסירו להם את הקטרקט מהעין' ולפתע גילו את רוחב היריעה המרתק והיעיל של טיפול זה. כיום יש קבוצה שהולכת ומתרחבת של רופאים שלמדו, לומדים ומתנסים בתחום זה של רפואה".

ראינו כיצד הרפואה המשלימה צמחה למרות התנגדות הממסד הרפואי, בעיקר עקב דרישת ציבור המטופלים. מטופלים סיפרו מפה לאוזן כמה היא מוצלחת והדרישה לרפואה משלימה עלתה עד שמוסדות הבריאות (קופות ובתי חולים וגם חברות הביטוח) הכניסו אותה ו"מיסדו" אותה לתוך ארגונם ומסגרת השירותים שלהם. כיצד לא התרחש באופן מקביל תהליך דומה המגיע מלב הרפואה המערבית? איך קרה שתלמידיהם של ד"ר גאן, ד"ר גרווין ואחרים^{2,3,4} לא "הפיצו את הבשורה" ולא נוצר גל של דרישה בקרב הקהל במשך כל כך הרבה שנים?

"אנו תלמידיהם של ד"ר גאן וד"ר גרווין, אנו קבוצה קטנה וגם התחלנו באיחור של 15 שנה ללמד את השיטה. כיום היא מתפשטת גם לציבור. הדוגמה הטובה ביותר היא של ד"ר נגב בר שלמד אצלנו את שיטות הטיפול והפעיל את קסמיו על ציבור מטופליו בקיבוץ. כעת כשהוא יוצא להשתלמות בחו"ל הקיבוץ דורש שיבוא במקומו רופא אחר שיוודע לרפא כמוהו, מה שמוכיח את הצלחת הגישה הטיפולית הזאת. בכנסים שאנו מארגנים יש התעניינות עצומה בקרב רופאי משפחה מומחים ורופאים אחרים ללמוד את יסודות הגירוי התוך-שרירי. זו דרך מעניינת שעוברת דרך קצה המחט הסינית ופותחת צוהר בחזרה לתוך הכרת גוף האדם על האנטומיה והפיזיולוגיה, ומסתמכת על הידע המעמיק שיש לרופאים ברפואה מערבית טהורה, ללא קשר לרפואה משלימה.

בעיסוק היומי בפרקטיקה הרפואית, מתנוונים הידע והמיומנויות הכרוכים במדעי היסוד ברפואה. כאשר נחשפתי לרפואת שריר-שלד, הייתי צריך להתעמק מחדש בקפדנות בנושאים הקשורים לאנטומיה ופיזיולוגיה בגלל חשיבותן שחזרה והפכה להיות שימושית קלינית.

כמו כן הכרתי היבטים חדשים של נושאים קליניים, גיליתי שאבחנות שגורות לא מעטות, הן בעצם אבחנות שגויות. כותרות המכוונות לדלקות שלא הוכחו, אבחון פיזיזי של תסמונת רדיקולרית וכדומה. אבחון שגוי מוביל לטיפול שגוי ומאריך את משך הסבל. גרוע מכך, הוא מוביל לפעולות רפואיות הגורמות לתחלואה יאטרוגנית. אני תוהה כיצד לא התעורר העולם הרפואי בעשרות השנים האחרונות להבין שהתשובה לא נמצאת מתחת ל'אור' (קרינת המכשיר) אלא בנקודה האנטומית המדויקת".

רפואת שריר-שלד יונקת שורשיה מהרפואה הבריטית המסורתית. גישה קלינית זו מסתמכת בראש ובראשונה על אנמנזה טובה ויסודית ועל בדיקה גופנית יסודית לא פחות. על סמך אלו נקבעת האבחנה המשוערת או לפחות האבחנה המבדלת בין 2-3 אפשרויות. במצב של אבחנה מבדלת מתאים להיעזר בבדיקה נוספת כמו צילום, בדיקת מעבדה

השאלה תמוהה עוד יותר, אם מביאים בחשבון את השנים שחלפו מאז שהתפתחה השיטה.

"צריך להבין שבשנות השישים חלה התפתחות מדהימה בנושאי הדימות ובעיקר בתחום צילומי ה-CT. לפתע נגלתה לעיני הרופא תמונה מרהיבה של איברי הגוף והחלו לראות פרטי אנטומיה שלא היה אפשר לראות קודם בדם החי. בשלב זה, החל עולם הרפואה לנתח את צילומי ה-CT ולבצע מחקרים שונים על סמך צילומים אלו. רק לאחר שנים הוכח, שההתלהבות הייתה במקרים רבים מוקדמת מדי ושאינה התאמה מלאה בין ממצאי הצילום לבין הקליניקה. אך ידוע שקשה להחזיר את הגלגל אחורה.

במקביל, באותה תקופה התפתחה הדרישה לרפואה מבוססת ראיות (Evidence based medicine) והשאלה שנשאלה הייתה האם ממצאי בדיקה גופנית או אנמנזה נחשבים עדות מוכחת לצורך מחקר. כי הרי אנו יודעים ששני מומחים הבודקים אותו אדם יכולים לטעון לממצאים שונים זה מזה (כמו ששני אנשים הנבדקים על ידי אותו רופא יגיבו באופן שונה זה מזה). בעולם שדורש שהכול יהיה מדיד ומדויק זו בהחלט בעיה.

באחרונה הולך ומתרחב הדיון גם על מגבלותיה של הגישה המבוססת על ראיות מחקריות בלבד. כיום אנו רואים חזרה של המטוטלת: כנראה הניכור שנוצר בין המטפלים למטופלים 'בזכות' ההתפתחות הטכנולוגית (מחשב, בדיקות, צילומים וכו') נתן אותותיו ויש דרישה גוברת למגע האנושי ולשיחה אישית גם בקרב מטופלים וגם בקרב הרופאים.

אחת הסיבות לכך שרפואת שריר-שלד לא התפתחה, היא גם חוסר ההכרה המוסדית בחשיבותה ומכאן גם העדר אפשרות לשכר הוגן מבדיקה קלינית וטיפול 'פשוט'".

ועדיין קיימת כאן תעלומה לא פתורה: אנו פוגשים יותר ויותר אנשים הסובלים מכאבים קשים ומומשכים, לאחר שהתנסו בייעוץ של מומחים ממקצועות שונים ועברו אינסוף בדיקות ולא בא מזור לסבלם. בשימוש בגירוי התוך-שרירי, לאחר טיפול אחד או שניים הם נפרדים מהכאב. הרי שיטות הטיפול הללו אינן חדשות ונראה שהתוצאות הטיפוליות המרשימות התקיימו לאורך עשרות שנים אצל הרופאים המיומנים ברפואת שריר-שלד. גם כיום, חבריי העוסקים בתחום זה, מדווחים על תוצאות מרשימות ביותר ובאחוזי הצלחה גבוהים. איך ייתכן ששיטה כה מוצלחת מבחינה טיפולית וללא סיכונים ותופעות לוואי משמעותיות, לא תפסה תאוצה ולא קנתה מקומה הנאות (הן בקרב הרופאים והן על פי דרישת המטופלים). למיטב הבנתי, גישה קלינית זו לא נחקרה בצורה ראויה ונותרה עלומה הן בעולם הרפואה האקדמית והן בתודעת הקהל הרחב.

"לדעתי יש כמה גורמים לכך: ראשית החינוך הרפואי לוקה בחסר בתחום זה. החל בבית ספר לרפואה והמשך בתקופת ההתמחות, רופאים לא נחשפים לידע בתחום המיופציאלי ולכן לא מוכרות להם שיטות האבחון והטיפול המיופציאלי. שנית, אין גופים כלכליים בעלי עניין, המשקיעים כסף בפרסום ובמחקר הכרוך בטיפול IMS ובתוצאותיו. חברות התרופות נוהגות להשקיע במחקר ובפרסום הקשורים בתעשיית התרופות. חברות אחרות משקיעות במחקר ופרסום מכשור רפואי שנועד לאבחון ולטיפול בכאב. אין

אני מתחיל לחשוב שאולי כדאי לנו לפנות לציבור הרחב שאינו מרוצה מהמצב הקיים ולבקש סיוע בביצוע מחקר מסוג זה. בינתיים התחלנו לאסוף נתונים קליניים מעשרות רופאי משפחה שהוכשרו לעיסוק בתחום, באופן שיאפשר להגיע למספרים מרשימים ולראיות מוצקות, כמקובל”.

אני מאחל לך המשך עשייה פורייה במפעלך החלוצי והחשוב כל כך.

אני מאמין שנשמע עוד רבות על השינוי ההולך ומתחולל לנגד עינינו והמתבסס על מאות הרופאים שהוכשרו עד כה במסגרות של בית הספר לרפואת כאב בטכניון, באוניברסיטת תל אביב ובארבע שבע ובקורסים המודולריים של החברה לרפואת שריר-שלד.

בהצלחה!

ובנימה אישית, בהמשך לראיון המרתק שערכת עם ד”ר וולפסון, ברצוני להדגיש את חשיבות הנושא לרופאי המשפחה:

כבר שנים רבות אנו מלמדים את גישת “הרפואה השלמה” שהתפתחה מהמודל הביופסיכוסוציאלי של אנגל וקיבלה ביטוי מעשי ויישומי בגישת “שפת-עם” ובספר “הרופא שבאדם, האדם שברופא”. העוסקים בגישה זו משוכנעים כי אפשר בזמן קצר ובדרך יעילה להבין את מקור הבעיה המוצגת על פי תפיסת המטופל ומשפחתו ועל סמך תובנות אלו “לתפור” את חליפת הטיפולים המתאימה רק לו, גם כאן, בגישה המתרכזת במטופל ובמשפחתו.

אף שראינו הצלחה בעמלנו וחווינו סיפוק מהבנת בעיות סבוכות ברפואה (כדוגמת unexplained medical symptoms) ובעיקר מפתרוןן לשיעיות רצון המטופלים, מצאנו שהדרך לעתים לא קלה וממושכת.

והנה נחשפנו לכלים נוספים מתחום רפואת שריר-שלד ובעיקר הטיפול בתסמונת מיופציאלית באמצעות IMS.

תוספת זו הייתה כעין החוליה החסרה במשלב גוף-נפש ומשפחה. כאשר מוסיפים לאנמנזה שלמה (הצטרפות למטופל וחקירת המערכת) בדיקה גופנית כדוגמת זו הנהוגה בגישה המיופציאלית, ובעיקר “נוגעים בכאב” באופן מוחשי ביותר, יוצרים חיבור חזק למטופל הכואב. הדיקור היבש (IMS) עושה “מעשה נסים” (האמירה החוזרת של המטופלים היא “זה קסם”), שעיקרו קליעה בול למטרה בסילוק כאב ממושך וטורדני והגדלה מיידית של טווחי תנועה מוגבלים.

אמנם יש הטוענים שחלק גדול מהריפוי הוא על בסיס פלצבו, ואמנם קשה לבצע מחקרים כפולי-סמיות בנושא כזה כדי ליצור רפואה מבוססת ראיות. עם זאת, יש חוזק ראייתי מסוים לגוף גדול של רופאים מנוסים שמצליחים להגיע לתוצאות מפליאות בלי לגרום לנזק או לתופעות לוואי משמעותיות.

חזקה של התוספת החדשה משולב: מצד אחד העצמת הרופא המפתח כלים לבדיקה גופנית יסודית, אבחון מדויק יותר מבעבר ויכולת להקל באופן משמעותי כאב וסבל בזמן קצר, אך יוצרת חיבור חזק במיוחד בין הרופא למטופל. בדרך כלל נוצר בעקבות כך חלון הזדמנויות שבו המטופל קשוב במיוחד להמלצות הרופא שהצליח להקל עליו. זה הזמן לחיזוק המלצות על אורחות חיים וחיזוק התמדה בטיפול.

וכו’ כדי לחדד את האבחנה ולהתחיל בתוכנית טיפול.

גישה זו שונה מהותית מזו המתחילה בסט של בדיקות מעבדה והדמיה. אם נכנס אליך חולה המספר על כאבי גב והדבר הראשון שאתה עושה זה לשלוח אותו ל-CT אתה עלול ללכת לאיבוד: לנסות להבין מתוצאות צילום ה-CT מה הכאב ובאיזו טריטוריה של כאב אני נמצא, זו שגיאה. האדם וגופו הם הטריטוריה האמיתית ואילו הצילום הוא רק היבט. אנו מלמדים את הרופאים להשתמש בידיים כדי לחקור את הגוף ולמצוא את הרקמה המייצרת את הכאב. גם אם נמצא ב-CT שיש פריצת דיסק, חשוב להתייחס לכך בזהירות ולבדוק אם קיימת הקרנת כאב המתאימה לפיזור העצבי המאפיין את פריצת הדיסק הספציפי. אם אין כזו, חשוב להמשיך ולחפש סיבות אחרות שאינן עצביות להקרנת הכאב. היום אני יכול לומר בבטחה שלדעתי רוב הכאבים המוקרנים אינם ממקור עצבי (ממקור של פגיעה בעצב או ירידה בסף ההפעלה של העצב). חלקם הגדול ממקור שונה.


אחד הדברים שמלהיבים את הרופאים הלומדים אצלנו היא החזרה לרפואה הקלינית, הרפואה הדורשת בראש ובראשונה אזוניים קשובות וידיים בודקות וכמובן שכל ישר. זו רפואה שאפשר לעסוק בה ולהביא למזור בכל מקום: באמצע העיר, ביישוב חקלאי או במקומות רחוקים כמו נפאל, מקומות שבהם אין כל אמצעי הדמיה.

בעולם של שירותי בריאות ורפואה שבו מושם דגש הולך וגובר על נושא עלויות ותועלת, ברור לנו, רופאי המשפחה העוסקים בתחום, שגישה אמפטית, בירור אנמנסטי קפדני וגירוי של השריר הנכון, לא רק מקצרים את משך הסבל של החולה בצורה מרשימה, אלא בו זמנית חוסכים עלויות גבוהות בייחוד עקב הדמיות כגון CT, MRI והתערבויות הדורשות ימי אשפוז. איך ייתכן שהמערכת הרפואית בארצות הברית, שהיא הרבה יותר money minded מאשר בישראל, לא קידמה ותעדפה את שיטת העבודה הזאת?

”יש כאן מעגל קסמים. הרפואה האמריקאית מתבססת על עובדות מבוססות מחקרים. על מנת לבצע מחקרים יש צורך במימון. כיום המימון העיקרי למחקר מצוי בידי חברות התרופות והמכשור הרפואי. לחברות אלו יש אינטרס כלכלי לקדם תרופה זו או אחרת. אנו רואים כיצד בארצות הברית השימוש המופרז בנרקוטיקה הביא לתוצאות הרסניות בקנה מידה גדול. גם הנהייה אחר הטיפול בקנביס היא בכיוון מסוכן זה. כדי לקדם מחקרים ברפואה קלינית יעילה וזולה צריך לחפש את בני הברית שיכולים לתמוך במחקרים כאלו. לכאורה קופות החולים הן בנות הברית הטבעיות שאמורות לקדם רפואה איכותית יעילה וזולה יותר, אך הן נמצאות בניגוד אינטרסים כי הן גם המבטחות וגם האחראיות על הטיפול. אנו מלמדים את המומחים להקשיב היטב לסובלים מכאב ולבדוק בקפדנות אם אפשר ראשית לעזור באמצעות IMS ושיטות מיופציאליות נוספות המספקות מזור מיידי פעמים רבות ונעדרות לרוב סיכונים ותופעות לוואי. רק אם לא הצלחנו בכיוון זה, אנו פונים לשיטות אבחון וטיפול אחרות. ברגע שקובעי המדיניות יהיו מודעים לגישה זו, אין ספק שנקבל יותר תמיכה בדרכנו זו.

ככל שאני לומד את חוכמת ההמונים ונושא הרשתות החברתיות,

מחזק את הקשר מטפל מטופל ותורם רבות לאיכות החיים של שני הצדדים.

יש מעט מקצועות רפואיים שמסוגלים להפיק מהמטופלים תגובה כזו, ואשרינו שזכינו לה לאחר שנים רבות של טיפול במחלות כרוניות שבהן אנו בעיקר מנחמים ו"נמצאים שם". 

ה"חוליה" הגופנית הזאת מאפשרת לרופא להסביר למטופל כיצד מתח רגשי הופך למתח שרירי ולכאב. מכאן סלולה הדרך להסברים בגישת הרפואה השלמה.

רופאים רבים מדווחים על עליית הסיפוק בעבודה מאז שהם משלבים טיפול ברפואת שריר-שלד. כך, שהשיפור המהיר המושג

References

1. CC Gunn: The Gunn approach to the treatment of chronic pain- Intramuscular Stimulation for Myofascial Pain of Radiculopathic Origin. elsevier 1996
2. Travell JG, Simons DG: Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual. Williams &Wilkins, Baltimore, 1983.
3. Gunn CC, Milbrandt WE, Little AS, Mason KE. Dry needling of muscle motor points for chronic low-back pain: a randomized clinical trial with long-term follow-up. Spine 1980;5:279-291.
4. Gerwin RD. Classification, epidemiology, and natural history of myofascial pain syndrome. Current Pain and Headache Reports 2001;5(5):412-20.