

השימוש בממדי אבחנה לצורך קבלת החלטות קליניות בפיזיותרפיה - תגובה להערות

אלון רבין DPT, MS

המרכז האוניברסיטאי אריאל בשומרון, ביה"ס למדעי הבריאות, המחלקה לפיזיותרפיה
ARPT פיזיותרפיה - מנהל

המעורבים בבעיית המטופל כפי שתואר למעלה. בחינת היפותזות אלה (אימותן או שלילתן) נעשית בדיוק באותה הצורה - שימוש בבדיקות בעלות ערך אבחנתי ידוע. בדיוק אלה יכולות לכלול, כפי שצוין במאמר, גם שאלות אותן מציב הבדוק לנבדק. לתשובות לשאלות אלה יש גם כן ערך אבחנתי שסייע לקלינאי לקבל החלטה אבחנתית (שלילה או אימות). דוגמא נוספת לאבחנת ממד פסיכולוגי היא דיכאון. דיכאון קשור לפרוגנוזה פחות טובה בקרב מטופלים עם כאב גב תחתון⁶. בנוסף, Haggman et. al. מצאו כי 24% ממטופלים המופנים לטיפול פיזיותרפיה בשל כאב גב תחתון סובלים מסימפטומים של דיכאון בינוני עד קשה⁷. היות ופיזיותרפיסטים אינם מוסמכים לאבחן דיכאון ניתן להשתמש בכלי סינון פשוט הכולל שתי שאלות:

1. האם בחודש האחרון את/ה מרגיש/ה מדוכדך, חסר/ת תקווה?

2. האם בחודש האחרון אינך מצליח/ה ליהנות או להתעניין בדברים שבד"כ גורמים לך הנאה.

כאשר התשובה לשתי השאלות היא שלילית ה-LR הוא 0.29 והסבירות לדיכאון בינוני-קשה יורדת לפחות מ-10%. Haggman et. al. מצאו כי השימוש בכלי סינון זה מביא לאבחנה מדויקת יותר לעומת אבחנה הנעשית עפ"י תחושת הפיזיותרפיסט⁷ (שיטת ה"בערך" וה"נראה לי").

אני לא מסכים עם הקביעה: "כפיזיותרפיסטים אנחנו יודעים שלא קיים דבר כזה 'בעיות כתף' ללא 'בעיות צוואר' ואפילו ללא 'בעיות בחגורת האגן' ואזורים אחרים ולהפך לגבי כל אחת מהבעיות הללו". מעניין לדעת מהו המקור ממנו שואב הכותב את המידע הזה. האם לא תתכן בעיית כתף ללא מעורבות עמוד שדרה צווארי? האם לא תתכן בעיית כתף ללא מעורבות חגורת האגן? ישנם בהחלט מקרים בהם אזורים סמוכים לאזור הכאוב משפיעים בצורה זו או אחרת על האזור הכאוב. יחסים אלה הוגדרו לא מזמן ע"י Wainner et. al. כ-⁹ Regional interdependence. השפעות אלה נמצאות אכן בין כתף לצוואר, בין עמ"ש מותני למפרקי ירכיים ובין מפרקי ברכיים למפרקי ירכיים⁴. אולם, מכאן ועד לטענה שאין בעיות כתף ללא בעיות צוואר ואגן המרחק רב. כדאי לבדוק אזורים סמוכים לאזור הכאוב על-מנת לשלול או לאמת את מעורבותם בבעיה במידה וקיים חשד ראשוני גבוה מספיק למעורבותם, דבר שצוין בביורר בדוגמא שבסוף המאמר. אולם, התפיסה שבכל כאב כתף ישנה מעורבות צוואר ו/או אגן, עלולה להביא אותנו לביצוע בדיקות ארוכות ומייגעות בכל מטופל, גם אם מדובר בבעיה מקומית ופשוטה יחסית. ביצוע בדיקה ארוכה ולא ממוקדת יקשה על הפיזיותרפיסט להגיע למסקנה נכונה באשר

שמחתי לקבל את ההערות של ישראל זבולון באשר למאמר "השימוש בממדי אבחנה לצורך קבלת החלטות קליניות בפיזיותרפיה". לדעתי ניתן לנצל הזדמנות זו על-מנת לחדד ולהבהיר מספר נקודות חשובות. אתייחס להערות בסדר בו נכתבו:

תהליך האבחנה אכן נסקר בכללותו בתחילת המאמר. התהליך מתאר את האבחנה כתהליך תלת-שלבי:

1. יצירת השערות באשר לבעיית המטופל.

2. בחינת ההשערות ע"י בדיקות אבחנתיות.

3. שימוש בתוצאות הבדיקות על-מנת לשלול ו/או לאמת את ההשערות השונות.

בהמשך, אכן מתרכז המאמר בהצגת ממדי אבחנה והשימוש בהם.

אני בהחלט מסכים עם ישראל בכך שתהליך האבחנה מורכב יותר מאבחנה של פתולוגיה או ליקויים פיזיים. ישראל מציין כי האבחנה צריכה לכלול גם את הבנת חווית הכאב ע"י המטופל ואני בהחלט מסכים עם טענה זו. אולם, גם הבנת, או אבחנת, חווית הכאב צריכה להיעשות באותו תהליך תלת-שלבי המתואר למעלה. לדוגמא: חרדת כאב, ליקוי בעל אופי פסיכולוגי בעל חשיבות רבה בפרוגנוזה של כאב גב תחתון והיכולת לחזור לעבודה⁸. את חרדת הכאב ניתן לבדוק ע"י שאלון ה-FABQW Fear-avoidance beliefs questionnaire - Work sub-scale. השאלון נותן ערך מספרי למידת החרדה מכאב הגב (0-42). כאשר הציון בשאלון גבוה מ-34 (חרדת כאב גבוהה) ה-LR+ לחוסר יכולת לחזור לעבודה מלאה בטווח 4 שבועות עומד על 3.3 מה שמגדיל את הסיכון ליכולת עבודה מוגבלת ל-58%. לחילופין כאשר הציון בשאלון נמוך מ-30 ה-LR- הנו 0.08 והסבירות להגבלה ביכולת העבודה יורד ל-3% בלבד⁸. דוגמא זו ממחישה היטב כי ממדי האבחנה יכולים לסייע לנו לא רק בהבנת תהליכים פתולוגיים פיזיים אלא גם תהליכים נפשיים וחברתיים. החלופה לשימוש בממדים אלה היא שיטת ה"בערך" וה"נראה לי".

המודל הביו-רפואי אכן אינו נותן מענה מספק למספר בעיות עמן מתמודד הפיזיותרפיסט בחיי היומיום כפי שמציין הכותב. יחד עם זאת אין הדבר משנה את תהליך האבחנה באופן מהותי. יצירת היפותזות ובדיקתן ע"י בדיקות אבחנתיות איננה מצטמצמת למודל הביו-רפואי. היפותזות יכולות להיווצר גם באשר לגורמים פסיכוסוציאליים

מצומצם של תשובות אפשריות⁵. הדבר נובע מהצורך להקל על תהליך עיבוד הנתונים אותו מבצע הקלינאי. אין הדבר אומר שבתהליך האבחנה המטפל שואל אך ורק שאלות סגורות. הפורמט הספציפי של השאלות הנשאלות במהלך הראיון (פתוח או סגור) אינו נושא כל-כך חשוב לטעמי. הדבר החשוב יותר הוא השגת המידע בעל הערך האבחנתי. אם ישראל רואה לנכון להשיג את המידע הזה רק בשאלות פתוחות כגון: "מה מקל על הכאב?" זה בסדר גמור. אולם השגת המידע בעזרת שאלה סגורה יותר כמו: "האם בישיבה כאב הגב ו/או הרגל נחלש או נעלם", איננה בעייתית מבחינתי. שאלה סגורה לא הופכת את הרפואה או הפיזיותרפיה ל"רובוטית, טכנית ולא אנושית". הדרך בה נשאלת השאלה (טון הדיבור, הקצב והבעת הפנים של השואל) תשפיע יותר על האווירה מאשר פורמט השאלה עצמה.

הערת הכותב באשר לצורך להדגיש את מידת התקיפות של בדיקה (Validity) איננה מובנת לי לחלוטין. הלוא רוב המאמר עוסק בתקיפות! תקיפות של בדיקה אבחנתית מתבטאת בערך האבחנתי שלה. במלים אחרות, עד כמה תוצאת הבדיקה מדויקת: חיובית כאשר יש פתולוגיה ושליילית כאשר אין פתולוגיה.

לסיכום, בדיוק בגלל המציאות הקלינית האינטנסיבית, הדרישה להספקים הולכים וגדלים וצמצום המשאבים, יש צורך גדול מתמיד להסתמך על הסתברות והערכה מספרית. דווקא כאשר אין זמן צריך לדעת מה סביר יותר ומה סביר פחות על-מנת להתמקד. לבסוף, אני מתקשה להבין את הסלידה/חרדה הזו ממספרים והערכה הסתברותית. בל נשכח כי המספרים וההסתברויות מבוססים על עובדות (Evidence). זה מה שציבור המטופלים מצפה מאתנו וזה מה שאנחנו מחויבים לספק: טיפול מבוסס מבחינה מדעית.

לבעיית המטופל בדיוק כפי שביצוע בדיקה קצרה ולא מספקת לא יאפשר הגעה למסקנה נכונה. הסיבה היא פשוטה: אם נבדוק, בסוף נמצא!

ניקח לדוגמא מטופל הסובל מבעיית כתף שמתבטאת בקושי בביצוע פעולות מעל גובה הכתף ו/או מאחורי הגב. אם נצא מנקודת הנחה שתמיד ישנה מעורבות צוואר ומעורבות אגן, כפי שמציע הכותב, הרי שנצטרך לבדוק גם את הצוואר וגם את האגן. כאן מתחיל לטעמי מרוץ עיוור למטרה לא מוגדרת. כאשר נבדוק את הצוואר (טווח תנועה, נוקשות סגמנטלית, Neural tension) סביר שנמצא ממצאים כלשהם (הגבלה בתנועה, נוקשות, רגישות למישוש). כך גם יקרה בבדיקת האגן. האם העובדה שיש ממצא כלשהו מצריכה טיפול? לעיתים, אבל לא תמיד! כפי שהוסבר במאמר, לכל בדיקה יש מידה מסוימת של טעות הנקראת False-positive. זו בדיוק הסכנה בביצוע בדיקות ללא סיבה מוצדקת. אם החשד הראשוני למעורבות אזורים סמוכים בבעיה הוא נמוך (Pre-test probability נמוך) תהיה זו טעות לבדוק את המעורבות של אותם אזורים בשל קיום מידת False-positive לכל בדיקה. במלים אחרות: זו טעות לחשוב שכדאי תמיד לבדוק! אני לא הולך לרופא כאשר החשד הראשוני שלי בשפעת הוא נמוך (אין חום, אין כאב, אני מרגיש טוב), הרופא לא מבצע MRI כאשר החשד הראשוני בקרע ACL הוא נמוך (אין סיפור של חבלה סיבובית, נפיחות וכו') והפיזיותרפיסט לא חייב לבדוק את הצוואר ובוודאי לא את האגן כאשר למטופל יש קושי בביצוע פעולות מעל גובה הכתף או מאחורי הגב! החיים הקליניים קשים מספיק, למה לסבך אותם עוד יותר?

באשר להערת הכותב לגבי השימוש בשאלות סגורות, אני סבור שישראל מתייחס יותר מדי למלים ופחות למשמעות העומדת מאחוריהן. Delitto אכן מציע להפוך את תהליך האבחנה מתהליך פתוח עם מגוון רחב של תשובות אפשריות לתהליך סגור עם מספר

מקורות:

1. Bang M.D., Deyle G.D. Comparison of Supervised Exercise With and Without Manual Physical Therapy for Patients With Shoulder Impingement Syndrome. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2000; 30:126-137.
2. Barbee-Ellison J.B., Rose S.J., Sahrman S.A. Patterns of Hip Rotation Range of Motion: Comparison Between Healthy Subjects and Patients With Low Back Pain. *Phys. Ther.* 1990; 70:537-541.
3. Cibulka M.T., Sinacore D.R., Cromer G.S., Delitto A. Unilateral Hip Rotation range of Motion Asymmetry in Patients With Sacroiliac Joint Regional Pain. *Spine* 1998; 23:1009-1015.
4. Cliborne A.V., Wainner R.S., Rhon D.I. et. al. Clinical Hip Tests and a Functional Squat Test in Patients With Knee Osteoarthritis: Reliability, Prevalence of Positive Test Findings, and Short-Term Response to hip Mobilizations. *Journal Orthop Sports Phys Ther.* 2004; 34:676-685.
5. Delitto A., Snyder Mackler L.: The Diagnostic Process: Examples in Orthopedic Physical Therapy. *Phys. Ther.* 1995; 75(3):43-51.
6. Fritz J.M., George S.Z. Identifying Psychosocial Variables in Patients With Acute Work-Related Low Back Pain: The Importance of Fear-Avoidance Beliefs. *Phys Ther.* 2002; 82: 973-983.
7. Haggman S., Maher C.G., Refshauge K.M. Screening for Symptoms of Depression by Physical therapists Managing Low Back Pain. *Phys Ther.* 2004; 84:1157-1166.
8. Jette D.U., Jette A.M. Physical therapy and Health Outcomes in Patients With Spinal Impairments. *Phs Ther.* 1996; 76:930-945.
9. Wainner R.S., Whitman J.M., Cleland JA et. al. Regional Interdependence: A Musculoskeletal Examination Model Whose Time Has Come. *Journal Orthop Sports Phys Ther.* 2007; 37:658-660.