

தகவல் மற்றும் ஒப்புதல்

முழங்கை மூட்டு நுண்ணோக்கி அறுவை சிகிச்சை (Elbow Arthroscopy)

இந்தப் பக்கம் இயந்திரத்தால் மொழிபெயர்க்கப்பட்டது; இன்னும் மருத்துவரால் சரிபார்க்கப்படவில்லை.
ஆங்கிலப் பதிப்பே அதிகாரப்பூர்வமானது.

மீட்சி — ஒரு பார்வையில். 112 வெளியிடப்பட்ட ஆய்வுகளின் கூட்டுத் தரவுகளிலிருந்து — உங்கள் மீட்சி வேகம் மாறுபடலாம்.

இலேசான பணிகள் அலுவலக வேலை, வாகன ஓட்டம், தினசரி பணிகள்	பெரும்பாலான தினசரி செயல்பாடுகள் உடல் உழைப்பு வேலை, விளையாட்டு, ஜிம்	இறுதி முடிவு நிலை வலி மற்றும் பலம்
—	—	—

இந்த அறுவை சிகிச்சை ஏன் பரிந்துரைக்கப்பட்டுள்ளது

Mater Private Hospital Rockhampton-இல் பணியாற்றும் மேல் அவயவ (upper-limb) அறுவை சிகிச்சை நிபுணரான டாக்டர் கியரன் ஹிர்பரா, உங்கள் நிலைக்குப் பொருத்தமான, உடலுக்குள் மிகக் குறைவாகத் தலையிடும் (least invasive) தேர்வுகளுடன் தொடங்குகிறார். நோயாளிகள் பொதுவாக அவர்களுடைய GP (பொது மருத்துவர்) மூலம் எங்கள் கிளினிக்கிற்குப் பரிந்துரைக்கப்படுகின்றனர்; ஒரு இயன்முறை சிகிச்சையாளர் (physiotherapist) எங்களைப் பார்க்கும்படி பரிந்துரைத்திருந்தாலும், Medicare தள்ளுபடியைப் (rebate) பெறத் தகுதி பெற உங்கள் GP-யிடமிருந்து பரிந்துரைக் கடிதம் (referral) இன்னும் தேவைப்படும். உங்கள் சந்திப்பின்போது நாங்கள் உங்கள் மருத்துவ வரலாற்றைக் கேட்டறிந்து, உங்கள் முழங்கையைப் பரிசோதித்து, தேவைப்படும் இடங்களில் ஸ்கேன்களுக்கு ஏற்பாடு செய்கிறோம். நீண்டகாலமாக நீடிக்கும் பிரச்சினைகளுக்கு, செயல்பாடுகளை மாற்றுவது, இயன்முறை சிகிச்சை அல்லது கை சிகிச்சை, சிம்பு (splint) அணிவது, ஊசி மருந்துகள்

போன்ற அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையையே பொதுவாக முதலில் முயன்று பார்க்கிறோம். அந்த நடவடிக்கைகள் உங்களுக்குப் போதுமான முன்னேற்றத்தைத் தராதபோது அறுவை சிகிச்சை பற்றிய பேச்சு எழுகிறது.

முழங்கை மூட்டு நுண்ணோக்கி அறுவை சிகிச்சை (elbow arthroscopy) என்பது துளை வழி அறுவை சிகிச்சை (keyhole surgery). அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் சிறிய வெட்டுகள் வழியாக மூட்டுக்கு உள்ளே வேலை செய்கிறார்; முழங்கை முழுவதையும் தெளிவாகப் பார்க்க ஒரு மெல்லிய கேமராவைப் பயன்படுத்துகிறார். சிக்கிக்கொண்டு மூட்டைப் பூட்டிவிடும் எலும்பின் அல்லது குருத்தெலும்பின் தளர்ந்த துண்டுகள், விறைத்த முழங்கை, அல்லது காயத்துக்குப் பிந்தைய சேதம் போன்ற, இந்த முறையில் சிகிச்சையளிக்கக்கூடிய ஒரு தெளிவான பிரச்சினை மூட்டுக்கு உள்ளே இருக்கும்போது இதை நாங்கள் பரிந்துரைக்கிறோம். இது எல்லா முழங்கைப் பிரச்சினைகளுக்கும் பொருந்துவதில்லை; எனவே உங்கள் நோய்க்கண்டறிதலுக்கு இது பொருந்தும்போது மட்டுமே இதை வழங்குகிறோம். வலி குறைவது, அசைவு மேலும் சுதந்திரமாக இருப்பது, அன்றாட வாழ்வில் முழங்கை நிலைத்த உறுதியுடன் இருப்பது — இவையே இதன் நோக்கம்.

அறுவை சிகிச்சைக்கு முன்

அறுவை சிகிச்சைக்கு முந்தைய வாரங்களில், ஸ்கேன்களைக் கொண்டு திட்டத்தை நாங்கள் உறுதிப்படுத்துகிறோம். பெரும்பாலானோருக்கு ஏற்கெனவே எக்ஸ்-ரே எடுக்கப்பட்டிருக்கும்; அது எலும்புகளின் அடிப்படைப் படம். சிலருக்கு, தசைநார்கள் (ligaments), தசைநாண்கள் (tendons), குருத்தெலும்பு (cartilage) போன்ற மென்திசுக்களைக் காட்டும் MRI ஸ்கேன் அல்லது அல்ட்ராசவுண்ட் பரிசோதனையும் தேவைப்படும். உங்களுக்கு வேறு உடல்நலப் பிரச்சினைகள் இருந்தால், இரத்தப் பரிசோதனைகள் அல்லது மயக்க மருந்து நிபுணரின் (anaesthetist) — உங்களுக்கு மயக்க மருந்து கொடுக்கும் மருத்துவரின் — பரிசோதனை தேவைப்படலாம். பெரும்பாலானோருக்கு இவை இரண்டுமே தேவைப்படுவதில்லை.

அறுவை சிகிச்சை நாளில், ஏழு மணி நேரம் முன்பிருந்து உண்பதையும் பருகுவதையும் நிறுத்துங்கள். அறுவை சிகிச்சை அரங்கின் பட்டியல் முன்கூட்டியே நகர்ந்தால் உங்கள் அறுவை சிகிச்சையை முன்னதாகச் செய்ய முடியும் என்பதற்காகவே ஏழு மணி நேரம் கேட்கிறோம். உங்கள் வழக்கமான மருந்துகளில் எவற்றை நிறுத்த வேண்டும் என்று உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் சொல்வார். நீங்கள் எடுத்துக்கொள்ளும் அனைத்தின் எழுத்துப்பூர்வப் பட்டியலையும் கொண்டு வாருங்கள். அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு உங்களை வீட்டுக்கு வாகனத்தில் அழைத்துச் செல்ல ஒருவரை ஏற்பாடு செய்யுங்கள்; முழங்கையின் மேல் எளிதாக நகர்ந்து செல்லும் கைப்பகுதி (sleeve) கொண்ட, தளர்வான, வசதியான ஆடைகளை அணியுங்கள்.

அறுவை சிகிச்சை நாளில்

நீங்கள் மருத்துவமனையின் அறுவை சிகிச்சை அனுமதிப் பிரிவுக்கு (surgical admissions unit) வருவீர்கள்; அங்கே உங்கள் வருகை பதிவு செய்யப்பட்டு, அறுவை சிகிச்சை அரங்குக்குத்

தயார்படுத்தப்படுவீர்கள். பின்னர் மயக்க மருந்து நிபுணரை (anaesthetist) — உங்களுக்கு மயக்க மருந்து கொடுக்கும் மருத்துவரை — நீங்கள் சந்திப்பீர்கள். இந்த அறுவை சிகிச்சை முழு மயக்க மருந்தின் (general anaesthetic) கீழ் செய்யப்படுகிறது. அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய வலி நிவாரணத்துக்காக, சில சமயங்களில் பகுதி நரம்புத் தடுப்பு ஊசியும் (regional nerve block) சேர்க்கப்படுகிறது; அன்றைய தினம் மயக்க மருந்து நிபுணர் இதைப் பற்றி உங்களுடன் பேசுவார்.

பின்னர் நீங்கள் அறுவை சிகிச்சை அரங்குக்கு அழைத்துச் செல்லப்படுவீர்கள்; அங்கே அறுவை சிகிச்சை செய்யப்படும். அதன் பிறகு மீட்புப் பகுதியில் (recovery area) நீங்கள் கண் விழிப்பீர்கள்; மயக்க மருந்தின் விளைவு குறையும் வரை செவிலியர்கள் உங்களைக் கண்காணிப்பார்கள். உங்கள் நிலை சீரானதும், செய்த சிகிச்சையையும் உங்கள் மீட்சி எப்படிச் செல்கிறது என்பதையும் பொறுத்து, நீங்கள் வார்டுக்குச் செல்வீர்கள் அல்லது அதே நாளில் வீட்டுக்குச் செல்வீர்கள்.

அறுவை சிகிச்சையில் என்ன செய்யப்படுகிறது

முழங்கை மூட்டு நுண்ணோக்கி அறுவை சிகிச்சை என்பது துளை வழி அறுவை சிகிச்சை. உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் முழங்கையைச் சுற்றி இரண்டு அல்லது மூன்று சிறிய வெட்டுகளைப் போடுகிறார்; ஒவ்வொன்றும் சுமார் ஒரு சென்டிமீட்டர் நீளம். ஒரு வெட்டில் மெல்லிய கேமரா பொருத்தப்படுகிறது; மற்ற வெட்டுகளின் வழியாகச் சிறிய கருவிகள் மூட்டை அடைகின்றன. கருவிகள் உள்ளே செல்வதற்கு முன், சுமார் 25 முதல் 30 mL திரவம் மூட்டுக்கு உள்ளே செலுத்தப்படுகிறது. கேமரா தெளிவாகப் பார்க்கும் வகையில், இந்தத் திரவம் வேலை செய்வதற்கான இடத்தைத் திறந்து தருகிறது. முழங்கையைக் கடந்து செல்லும் முக்கிய நரம்புகளிலிருந்தும் இரத்த நாளங்களிலிருந்தும் தள்ளியே வெட்டுகள் போடப்படுகின்றன; ஒவ்வொரு வெட்டையும் பாதுகாப்பான இடத்தில் போடுவதற்காக, உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் முதலில் உங்கள் தோலின் மீது எலும்பு அடையாளப் புள்ளிகளைக் குறித்துக்கொள்கிறார்.

உள்ளே என்ன செய்யப்படுகிறது என்பது உங்கள் நோய்க்கண்டறிதலைப் பொறுத்தது. சிக்கிக்கொண்டு மூட்டைப் பூட்டிவிடும் எலும்பின் அல்லது குருத்தெலும்பின் தளர்ந்த துண்டுகளை அகற்ற முடியும். முழங்கை விறைத்திருந்தால், அசைவை விடுவிக்கும் வகையில் மூட்டைச் சுற்றியுள்ள இறுக்கமான திசுவைத் தளர்த்த முடியும். சேதமடைந்த குருத்தெலும்பை மென்மையாக்க முடியும்; சில சமயங்களில், காலப்போக்கில் கரைந்துவிடும், உடலில் உறிஞ்சப்படும் சிறிய ஆணிகளால் (absorbable pins) ஒரு சிறிய எலும்புத் துண்டையோ குருத்தெலும்புத் துண்டையோ மீண்டும் அதன் இடத்தில் பொருத்த முடியும். மூட்டு முழுவதையும் கேமரா தெளிவாகக் காட்டுவதால், ஸ்கேன்களில் தென்படாத பிரச்சினைகளுக்கும் உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் சிகிச்சையளிக்க முடியும்.

சிறிய வெட்டுகள் தையல்களால் மூடப்பட்டு, கட்டால் (dressing) மறைக்கப்படுகின்றன. ஒரு நீண்ட திறப்புக்குப் பதிலாகத் துளை வழி வெட்டுகளின் மூலமே இந்த அறுவை சிகிச்சை செய்யப்படுகிறது; எனவே திறந்த அறுவை சிகிச்சையுடன் ஒப்பிடும்போது, முழங்கையைச் சுற்றியுள்ள மென் திசுக்களுக்குக் குறைவான இடையூறே ஏற்படுகிறது.

அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு

மீட்பு வார்டில் நீங்கள் கண் விழிப்பீர்கள்; மயக்க மருந்தின் விளைவு குறையும் வரை செவிலியர்கள் உங்களைக் கண்காணிப்பார்கள். உங்கள் கை ஒரு கைத்தாங்கியிலோ (sling) எளிய கட்டிலோ (dressing) இருக்கும்; நிலை சீராக உணர்ந்தவுடனேயே நீங்கள் நடமாடலாம். நீங்கள் அறுவை சிகிச்சை அரங்கை விட்டு வெளியேறும் முன்பே வலி நிவாரணம் திட்டமிடப்படுகிறது; எனவே உங்கள் முழங்கை வலித்தால் செவிலியர்களிடம் சொல்லுங்கள், அவர்கள் அதைச் சரிசெய்வார்கள். வீட்டுக்குச் சென்ற பிறகு முதல் 24 மணி நேரம் உங்களுடன் யாராவது தங்க வேண்டும். அதே நாளில் வீட்டுக்குச் செல்வீர்களா அல்லது மருத்துவமனையில் ஒரு இரவு தங்குவீர்களா என்பதை உங்கள் குழு உங்களுக்குச் சொல்லும். கட்டைச் சுமார் 10 நாட்கள் அப்படியே வைத்திருக்கிறோம்; நாங்கள் சொன்னால் தவிர, அதற்கு முன் அதை அகற்ற வேண்டாம். உங்களைப் பார்க்கும்போது நாங்கள் அதை மாற்றுவோம் அல்லது அகற்றுவோம்.

மீட்சி

முதல் சில நாட்களுக்கு உங்கள் முழங்கை வலிக்கும், வீங்கியும் இருக்கும். இது படிப்படியாகத் தணியும். ஓய்வெடுப்பது, முடிந்தபோதெல்லாம் உங்கள் கையை உயர்த்தி வைத்திருப்பது, உங்களுக்காகப் பரிந்துரைக்கப்பட்ட வலி நிவாரணம் — இவை அனைத்தும் உதவுகின்றன. அசௌகரியம் தொடக்கத்திலேயே மிக அதிகமாக இருந்து, வீக்கம் குறையக் குறையச் சீராகத் தணிவதாகப் பலர் உணர்கிறார்கள்.

உங்கள் கை ஒரு கைத்தாங்கியிலோ எளிய கட்டிலோ இருக்கும் நிலையில் நீங்கள் வீட்டுக்குச் செல்வீர்கள். வசதியாக உணர்ந்தவுடனேயே, உண்பது, தட்டச்சு செய்வது, பொத்தான்களைப் போடுவது போன்ற இலகுவான வேலைகளுக்கு உங்கள் கையைப் பயன்படுத்தலாம். அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய கை சிகிச்சை, Extend Rehabilitation-இல் உள்ள Ruby Doolan-இடம் நடைபெறும். Ruby ஒரு கை சிகிச்சையாளர் (hand therapist): அவர் உங்கள் பயிற்சிகளுக்கு வழிகாட்டுவார், உங்களுக்குத் தேவையான சிம்பையும் (splint) செய்து தருவார். எல்லாம் குணமாகும் காலத்தில் உங்கள் முழங்கையையும் மணிக்கட்டையும் அசைந்துகொண்டே இருக்கச் செய்வது இந்தப் பயிற்சிகள்தான்; அறுவை சிகிச்சைக்கு இணையான முக்கியத்துவம் அவற்றுக்கு உண்டு. அறிவுறுத்தப்பட்டபடி அவற்றைச் செய்யுங்கள்; ஏதேனும் ஓர் அசைவு கூரிய வலியை ஏற்படுத்தினால் உங்கள் சிகிச்சையாளரிடம் சொல்லுங்கள்.

அன்றாடச் செயல்பாடுகள் படிப்படியாகவே திரும்பும். வீக்கம் தணிந்ததும், உங்கள் பிடி வலிமையாக உணரப்படுவதையும் கையை நீட்டி எட்டுவது எளிதாகிவிட்டதையும் கவனிப்பீர்கள். உங்கள் முழங்கை அசையும் விதம் குறித்தும் குணமாகும் விதம் குறித்தும் உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் திருப்தி அடைந்ததும், வாகனம் ஓட்ட உங்களுக்கு அனுமதி வழங்கப்படும்; உங்கள் கை கைத்தாங்கியில் இருக்கும்போது வாகனம் ஓட்டக் கூடாது என்பதும், வலுவான வலி நிவாரண மருந்துகளை நிறுத்தியிருக்க வேண்டும் என்பதும் உட்பட, பொருந்தும் விதிகளை எங்களுடைய **மேல் அவயவ அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு வாகனம் ஓட்டுதல்** வழிகாட்டி விளக்குகிறது. வலியின்றி அவற்றைச்

சமாளிக்க முடியும் நிலை வரும்போது வேலையும் விளையாட்டும் மீண்டும் தொடங்கும்; அந்த நிலை வந்துவிட்டதா என்பதை உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணரோ சிகிச்சையாளரோ உங்களுக்குச் சொல்வார்கள்.

மீட்சி ஒவ்வொருவருக்கும் வேறுபடுகிறது. உங்கள் கால அளவு மாறுபடலாம்; வழி நெடுகிலும் உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணரும் கை சிகிச்சையாளரும் உங்களுக்கு வழிகாட்டுவார்கள்.

என்ன தவறு நேரலாம்

பெரும்பாலான நோயாளிகள் நன்றாக இருக்கிறார்கள், ஆனால் எப்போதாவது பிரச்சினைகள் ஏற்படலாம். எந்தப் பிரச்சினையையும் முன்கூட்டியே கண்டறிய உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணரும் குழுவும் உங்களை நெருக்கமாகக் கண்காணிக்கிறார்கள்.

நரம்பு எரிச்சலே மிக அடிக்கடி காணப்படும் பிரச்சினை. கூச்சம், ஊசி குத்துவது போன்ற உணர்வு, மரத்துப்போதல், அல்லது வித்தியாசமாக உணரப்படும் ஒரு தோல் பகுதியை நீங்கள் கவனிக்கலாம். இது பொதுவாகத் தற்காலிகமானது; தானாகவே சரியாகிவிடும். இது தோன்றினால், அடுத்த மறுபரிசோதனையின்போது உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணரிடம் சொல்லுங்கள்.

அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய நாட்களில் தொற்று ஏற்படலாம். எளிய வலி நிவாரணிகளால் தணியாத ஆழமான, துடிக்கும் வலி, காயத்திலிருந்து வெளியே பரவும் சிவப்பு, அல்லது கட்டின் வழியாகக் கசியும் நீர் ஆகியவற்றைக் கவனியுங்கள். இவற்றில் ஏதேனும் ஒன்றைக் கண்டால், உடனடியாகக் கிளினிக்கை அழையுங்கள். ஆழமான தொற்றுக்கு விரைவான சிகிச்சை தேவை.

சில விஷயங்கள் தொற்று ஏற்படும் வாய்ப்பை அதிகரிக்கின்றன. உங்களுக்கு நீரிழிவு இருந்தால், நீங்கள் புகைபிடித்தால், அல்லது அதிக எடை கொண்டிருந்தால், உங்கள் அபாயம் அதிகம். அறுவை சிகிச்சைக்குச் சற்று முன்போ அறுவை சிகிச்சையின் இறுதியிலோ மூட்டுக்குள் செலுத்தப்படும் ஸ்டீராய்டு ஊசியும் (steroid injection) இந்த அபாயத்தை அதிகரிக்கிறது. இவை அனைத்தையும் உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் முன்கூட்டியே உங்களுடன் சேர்ந்து எடைபோடுவார்.

அரிதாக, ஒரு நரம்புக் காயம் நிரந்தரமாகிவிடலாம். இது அரிது; ஆனால் அது நிகழும்போது அதன் விளைவுகள் வாழ்நாள் முழுவதும் நீடிக்கும். நீங்கள் அறுவை சிகிச்சைக்கு ஒப்புதல் அளிப்பதற்கு முன், இந்த அபாயத்தைப் பற்றி உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் உங்களுடன் பேசுவார்.

சில நேரங்களில், இருக்கக் கூடாத இடத்தில் — மூட்டுக்கு உள்ளேயோ அதைச் சுற்றியோ — எலும்பு உருவாகிறது. இது ஹெட்ட்ரோடோபிக் ஆசிஃபிகேஷன், அதாவது இடம் மாறிய எலும்பு உருவாக்கம் (heterotopic ossification) எனப்படுகிறது. முழங்கைக்கு அருகில் ஒரு திடமான கட்டியை நீங்கள் உணரலாம், அல்லது மூட்டு முன்பு மடங்கியது போல இப்போது மடங்காமல் இருப்பதையோ முன்பு நேராக நீண்டது போல இப்போது நீளாமல் இருப்பதையோ கவனிக்கலாம். இதைப் பரிசோதிக்கும் வகையில், உங்கள் மறுபரிசோதனையின்போது இதைத் தெரிவியுங்கள்.

மற்ற பிரச்சினைகள் அரிதானவை, ஆனால் அறியப்பட்டவை. கேமராவோ ஒரு கருவியோ மூட்டின் மென்மையான பரப்பைத் தொட்டுச் சிராய்ப்பு ஏற்படுத்தலாம். மூட்டிலிருந்து வெளியே தோல் வரை திரவம் செல்லும் ஒரு சிறிய வழி உருவாகலாம். ஒரு கருவி மூட்டுக்கு உள்ளே உடையலாம். அறுவை சிகிச்சையின்போது பயன்படுத்தப்படும் அழுத்தப் பட்டை (cuff) கையை அழுத்தி, அதன் கீழுள்ள தோலில் சிறிது நேரம் எரிச்சலை ஏற்படுத்தலாம்.

அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய நாட்களில் உங்களுக்கு உடல்நலம் சரியில்லை என்று தோன்றினாலோ, உங்கள் முழங்கையில் ஏதோ சரியில்லை என்று தோன்றினாலோ, அடுத்த சந்திப்புக்குக் காத்திராமல் கிளினிக்கை அழையுங்கள். விவரங்கள் வேண்டுமென்றால், இந்தப் பக்கத்தில் உள்ள சிக்கல்கள் அட்டவணை வழக்கமான விகிதங்களைப் பட்டியலிடுகிறது.

எப்போது எங்களை அழைக்க வேண்டும்

பெரும்பாலான பிரச்சினைகள் ஆரம்பத்திலேயே வெளிப்படுகின்றன; நீங்கள் காத்திருப்பதைவிட, அதே நாளில் அவற்றைப் பற்றிக் கேட்பதையே நாங்கள் விரும்புகிறோம். உங்கள் முழங்கை சூடானாலோ, மேலும் வீங்கினாலோ, மேலும் வலித்தாலோ, காயத்திலிருந்து சிவப்பு பரவினாலோ, அல்லது கட்டின் வழியாக நீர் கசிந்தாலோ எங்களை அழையுங்கள். உங்களுக்குக் காய்ச்சல் போல் இருந்தாலோ, கூச்சமோ மரத்துப்போதலோ தணிவதற்குப் பதிலாக மோசமானாலோ, அல்லது முன்பு முடிந்தது போல உங்கள் கையையோ விரல்களையோ அசைக்க முடியவில்லை என்றாலோ எங்களை அழையுங்கள். திடீரென கடுமையான வலி, உங்கள் கெண்டைக்காலில் (calf) புதிதாக வீக்கம், அல்லது மூச்சுத் திணறல் ஏற்பட்டால் மருத்துவமனையின் அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள். இவை இரத்தக் கட்டியைக் குறிக்கலாம்; இவற்றை உடனடியாகப் பரிசோதிக்க வேண்டும். ஏதோ சரியில்லை என்று தோன்றினால், எங்களை அழையுங்கள்.

ஆழமான விளக்கம்

இந்தப் பகுதி, உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவையானதைவிட ஆழமாகச் செல்கிறது. முழங்கை மூட்டு நுண்ணோக்கி அறுவை சிகிச்சை பற்றிக் கூடுதலாகப் படிப்பது பயனுள்ளது; ஏனெனில் அதற்காக வெளியிடப்பட்டுள்ள சிக்கல் விகிதம் ஒரே ஒரு எண் அல்ல, ஒரு பிழை போலத் தோன்றும் அளவுக்கு அகலமான ஒரு வரம்பு; அது ஏன் அப்படி இருக்கிறது என்பதைப் புரிந்துகொள்வது, இந்த அறுவை சிகிச்சையில் முக்கியமான பெரும்பாலானவற்றை விளக்கிவிடுகிறது.

ஒரே அறுவை சிகிச்சை, முற்றிலும் வேறுபட்ட இரண்டு பதில்கள்

16,815 முழங்கை மூட்டு நுண்ணோக்கி அறுவை சிகிச்சைகளை ஒன்றிணைத்த ஒரு முறைமையான ஆய்வு (systematic review), இடைநிலைச் சிக்கல் விகிதம் **3%** என்றும், ஆய்வுகளுக்கு இடையிலான வரம்பு **0% முதல் 71% வரை** என்றும் பதிவு செய்தது [1]. மறு அறுவை சிகிச்சையும் இதே போக்கையே பின்பற்றியது: இடைநிலை **2%**, வரம்பு **0% முதல்**

59% வரை [1]. 14,289 சிகிச்சைகள் பற்றிய தனியான ஒரு தொகுப்பு பகுப்பாய்வு (meta-analysis), முழங்கை மூட்டு நுண்ணோக்கி அறுவை சிகிச்சை ஒப்பீட்டளவில் பாதுகாப்பான, குறைந்த சிக்கல் விகிதங்களைக் கொண்ட ஒரு அறுவை சிகிச்சை என்று நியாயமாகவே முடிவுக்கு வந்தது [2].

இரண்டுமே சரியானவை. இந்த முரணுக்கான விளக்கம், முதல் ஆய்வின் சொந்தக் கண்டுபிடிப்பிலேயே உள்ளது: மிகவும் சிக்கலான அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு சிக்கல் விகிதங்கள் அதிகமாக இருக்கின்றன [1]. “முழங்கை மூட்டு நுண்ணோக்கி அறுவை சிகிச்சை” என்பது ஒரே ஒரு அறுவை சிகிச்சை அல்ல. விசாலமான ஒரு மூட்டிலிருந்து ஒரு தளர்ந்த துண்டை அகற்றுவதற்கும், அல்நார் மற்றும் ரேடியல் நரம்புகளிலிருந்து மில்லிமீட்டர் தொலைவில் சுருங்கிய மூட்டுறையை (capsule) விடுவிப்பதற்கும் இடையே பொதுவானது ஒரு பெயரும் ஒரு கருவியும் மட்டுமே; வேறு கிட்டத்தட்ட எதுவும் இல்லை. மேற்கோள் காட்டப்படும் ஓர் அபாய எண், செய்யப்படும் குறிப்பிட்ட சிகிச்சையுடன் இணைக்கப்படாத வரை, அது அர்த்தமற்றதற்கு நிகர்.

முழங்கை ஏன் முழங்காலைப் போன்றது அல்ல

வழக்கமாக நுண்ணோக்கி அறுவை சிகிச்சை செய்யப்படும் மூட்டுகள் அனைத்திலும், மூட்டுக்கும் நரம்புக்கும் இடையே மிக நெருக்கமான உறவைக் கொண்டது முழங்கைதான். அல்நார், ரேடியல், மீடியன் நரம்புகள் மூன்றுமே வழக்கமான போர்ட்டல் (portal) இடங்களிலிருந்து மில்லிமீட்டர் தொலைவுக்குள்ளேயே அமைந்துள்ளன; வேலை செய்வதற்கான இடமும் சிறியது — இந்த அறுவை சிகிச்சை மிகவும் தேவைப்படும் விறைத்த, சுருங்கிய முழங்கைகளில் அது இன்னும் சிறியது. சிக்கல் அட்டவணைகளில் தற்காலிக நரம்பு அறிகுறிகளே மேலோங்கி நிற்பதற்கும், எடுத்துக்கொள்ளும் நேரத்தைவிட விடுவிப்பின் அளவைப் பொறுத்தே அபாயம் உயர்வதற்கும் காரணம் இந்த உடற்கூறு அமைப்புதான்.

நுண்ணோக்கி நுட்பம் திறந்த முறையுடன் ஒப்பிடப்பட்டுள்ள இடங்கள்

மூட்டுத் தேய்மானம் (arthritic) உள்ள முழங்கைகளைப் பொறுத்தவரை, **1,097** நோயாளிகள் பற்றிய ஒரு முறைமையான ஆய்வு, சுத்தப்படுத்தும் மூட்டு அறுவை சிகிச்சைக்குப் (debridement arthroplasty) பிறகு நடுத்தரக் காலச் செயல்பாடு நன்றாக இருந்ததையும், திறந்த முறையுடன் ஒப்பிடும்போது நுண்ணோக்கி நுட்பத்தைப் பயன்படுத்தியதில் சிக்கல்கள் அதிகரிக்கவில்லை என்பதையும் கண்டறிந்தது [3]. இது மேன்மையை நிரூபிக்கும் முடிவு அல்ல; உண்மையான சமநிலையைக் காட்டும் முடிவு.

டென்னிஸ் முழங்கையைப் (tennis elbow) பொறுத்தவரை, திறந்த, நுண்ணோக்கி மற்றும் தோல் வழி (percutaneous) விடுவிப்பு முறைகளை ஒப்பிட்ட **1,604** நோயாளிகள் பற்றிய ஒரு மதிப்பாய்வு, தோல் வழி முறையைவிடத் திறந்த மற்றும் நுண்ணோக்கி விடுவிப்புகள் சிறந்த செயல்பாட்டைத் தரக்கூடும் என்றும், அதே நேரத்தில் நுண்ணோக்கி மற்றும் தோல் வழி அணுகுமுறைகளில் வலி குறைவாக இருந்தது என்றும் கண்டறிந்தது. நுட்பம் எதுவாக இருந்தாலும் சிக்கல்களின் அபாயம் ஒரே மாதிரியாகவே இருந்தது [4].

இரண்டிலும் தெரியும் போக்கு இதுதான்: நுண்ணோக்கி அறுவை சிகிச்சை தன்னளவில் அதிகப் பாதுகாப்பானதோ அதிகச் செயல்திறன் கொண்டதோ அல்ல. அது வெல்லும்

இடங்களில், அறுவை சிகிச்சையின் முடிவில் அல்ல — அறுவை சிகிச்சையைச் சுற்றியுள்ள மீட்சியிலேயே அது வெல்கிறது.

ஒரு நேர்மையான எதிர்மறை முடிவு

“ஒரு முறை பார்த்துவிடலாம்” என்பதற்காக இன்னொரு அறுவை சிகிச்சையுடன் நுண்ணோக்கி அறுவை சிகிச்சையைச் சேர்ப்பது பலன் தருவதில்லை. **2,118** நோயாளிகள் பற்றிய ஒரு தொகுப்பு பகுப்பாய்வில், அல்நார் பக்கவாட்டு இணைப்புத் தசைநாரை (ulnar collateral ligament) மீண்டும் கட்டியமைப்பதற்கு முன் வழக்கமாகச் செய்யப்படும் நோய்கண்டறியும் நுண்ணோக்கிப் பரிசோதனை, பிற வால்கஸ் நீட்சி அதிகச் சுமை (valgus extension overload) பிரச்சினைகளுக்காகப் பின்னர் தேவைப்படும் அறுவை சிகிச்சையைக் குறிப்பிடத்தக்க அளவில் **குறைக்கவில்லை** [5]. பார்ப்பது என்பது சிகிச்சையளிக்கத் தகுந்த ஒன்றைக் கண்டறிவதற்குச் சமம் அல்ல; மேலும், கூடுதலாகப் போடப்படும் ஒவ்வொரு போர்ட்டலும் மேலே விவரிக்கப்பட்ட நரம்பு அபாயத்தைச் சுமந்து வருகிறது.

மேற்கோள்கள்

- [1] de Klerk HH, Verweij LP, Sierevelt IN, Priester-Vink S, Hilgersom NF, Eygendaal D, et al. Wide range in complication rates following elbow arthroscopy in adult and pediatric patients: a systematic review. *Arthroscopy*. 2023;39(11):2363-87. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2023.04.015>
- [2] Ahmed AF, Alzobi OZ, Hantouly AT, Toubasi A, Farsakoury R, Alkhelaifi K, et al. Complications of elbow arthroscopic surgery: a systematic review and meta-analysis. *Orthop J Sports Med*. 2022;10(11). <https://doi.org/10.1177/23259671221137863>
- [3] White CHR, Ravi V, Watson J, Badhrinarayanan S, Phadnis J. A systematic review of arthroscopic versus open debridement of the arthritic elbow. *Arthroscopy*. 2020;37(2):747. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.09.005>
- [4] Pierce TP, Issa K, Gilbert BT, Hanly B, Festa A, McInerney VK, et al. A systematic review of tennis elbow surgery: open versus arthroscopic versus percutaneous release of the common extensor origin. *Arthroscopy*. 2017;33(6):1260. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2017.01.042>
- [5] Looney AM, Bovill JD, Huffman SS, Najarian RG. Routine diagnostic arthroscopy with elbow ulnar collateral ligament reconstruction does not reduce the need for future valgus extension overload-related surgeries: a systematic review and meta-analysis. *J Shoulder Elbow Surg*. 2022;31(1):e22-e36. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.08.004>

முழங்கை மூட்டு நுண்ணோக்கி அறுவை சிகிச்சை (Elbow Arthroscopy)

வெளியிடப்பட்ட ஆய்வுகளில் இருந்து சிக்கல்களின் விகிதங்கள்

112 வெளியிடப்பட்ட ஆய்வுகளின் கூட்டுத் தரவுகளிலிருந்து. இவை மக்கள்தொகை அளவிலான விகிதங்கள், உங்கள் தனிப்பட்ட அபாயம் அல்ல — உங்களுக்கு எது பொருந்தும் என்பதை உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் உங்களுடன் கலந்துரையாடுவார்.

சிக்கல்	பதிவான விகிதம்	குறிப்புகள்
ஒட்டுமொத்தச் சிக்கல் விகிதம் (overall complication rate)	11.0%	14,289 சிகிச்சைகள் பற்றிய ஒரு தொகுப்பு பகுப்பாய்விலிருந்து (meta-analysis) பெறப்பட்ட நிறையிட்ட விகிதம்; முறைமையான ஆய்வுகள் இடைநிலை 3% என்றும், 0-71% என்ற அகலமான வரம்பு என்றும் பதிவு செய்கின்றன.
நரம்புக் காயம் (nerve injury)	3.4%	தொகுப்பு பகுப்பாய்விலிருந்து பெறப்பட்ட நிறையிட்ட விகிதம்; தற்காலிக நரம்புச் செயலிழப்புகளே (transient nerve palsies) மிகப் பொதுவான குறிப்பிட்ட சிக்கல்; முறைமையான ஆய்வுகளில் பதிவான அனைத்துச் சிக்கல்களிலும் ~31% இவையே.
அல்நார் நரம்புக் காயம் (ulnar nerve injury)	2.6%	முழங்கை மூட்டு நுண்ணோக்கி அறுவை சிகிச்சையில் மிக அடிக்கடி காயமடையும் நரம்பு இதுவே; தொகுப்பு பகுப்பாய்வுத் தரவுகளில் இதன் நிறையிட்ட விகிதம் 2.6%.
விறைப்பு/மூட்டு நார்த்திசு உருவாக்கம் (arthrofibrosis)	4.5%	தொகுப்பு பகுப்பாய்விலிருந்து பெறப்பட்ட நிறையிட்ட விகிதம்; முழங்கையின் அசைவைப் பாதிக்கும் மிகப் பொதுவான சிக்கலாக இது அடையாளம் காணப்பட்டுள்ளது.
மறு அறுவை சிகிச்சை (revision surgery)	4.1%	பின்னர் மேலும் ஓர் அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுவதற்கான நிறையிட்ட விகிதம்; முறைமையான ஆய்வுகள் இடைநிலை மறு அறுவை சிகிச்சை விகிதம் 2% எனப் பதிவு செய்கின்றன.

சிக்கல்	பதிவான விகிதம்	குறிப்புகள்
தொற்று (மேலோட்டமானது)	2.0%	மேலோட்டமான காயத் தொற்றுக்கான நிறையிட்ட விகிதம்; ஒரு பெரிய குழு ஆய்வின் 30-நாள் தரவுகள், அறுவை சிகிச்சை இடத்தில் ஏற்படும் தொற்று விகிதம் 0.9% எனக் காட்டுகின்றன.
தொற்று (ஆழமானது)	0.7%	ஆழமான காயத் தொற்றுக்கான நிறையிட்ட விகிதம்; அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய 30-நாள் நிலைப் பதிவு ஒன்றில் ஆழமான தொற்றே மிகப் பொதுவான சிக்கலாக இருந்தது (0.57%).
இடம் மாறிய எலும்பு உருவாக்கம் (heterotopic ossification)	6.3%	பின்னோக்கிய குழு ஆய்வொன்றில் (retrospective cohort) பதிவான பரவல் விகிதம்; பொதுவாக முழங்கையின் உட்புறப் பகுதியில் (medial compartment) இது அமைந்திருக்கும்.
இரத்தக் கட்டி அடைப்பு (thromboembolism)	0.4%	30-நாள் குழு ஆய்வில் ஆழமான சிரையில் இரத்தக் கட்டி (DVT)/சிரை அழற்சியுடன் கூடிய இரத்தக் கட்டி (thrombophlebitis) ஏற்பட்ட விகிதம்; நுரையீரல் இரத்தக் குழாய் அடைப்பு (pulmonary embolism) அரிதானது, ஆனால் தீவிரமானதாக இருக்கக்கூடியது.
காயம் ஆறுவதில் ஏற்படும் சிக்கல்கள் (wound healing complications)	1.5%	காயத்திலிருந்து கசிவு அல்லது காயம் பிரிந்து திறப்பதற்கான (dehiscence) நிறையிட்ட விகிதம்; போர்ட்டல் இடத்திலிருந்து நீடித்துக் கசிவது மற்றும் மேலோட்டமான தோல் அழற்சித் தொற்று (cellulitis) ஆகியவையும் இதில் அடங்கும்.
முழங்கை நிலையின்மை (elbow instability)	2.6%	தொகுப்பு பகுப்பாய்விலிருந்து பெறப்பட்ட நிறையிட்ட விகிதம்; அரிதானது, ஆனால் மூட்டின் நிலைப்புத்தன்மையைப் பாதிக்கும் ஒரு சிக்கலாகப் பதிவாகியுள்ளது.
நிரந்தர நரம்புக் காயம் (permanent nerve injury)	0.8%	ஒரு முறைமையான ஆய்வில் பதிவான நிரந்தர நரம்புச் செயலிழப்புகளின் விகிதம்; அரிதானது, ஆனால் வாழ்நாள் முழுவதும் நீடிக்கும் விளைவுகளைக் கொண்ட முக்கியமான ஒன்று.

நான் இந்தத் தகவல்களைப் படித்துள்ளேன், மேலும் இந்த சிகிச்சை முறை, அதன் எதிர்பார்க்கப்படும் மீட்சி காலம் மற்றும் மேலே பட்டியலிடப்பட்டுள்ள சிக்கல்கள் குறித்து டாக்டர் ஹிர்பராவிடம் கேள்விகள் கேட்கும் வாய்ப்பு எனக்குக் கிடைத்துள்ளது.

நோயாளி — பெயர் (தெளிவாக
எழுதவும்)

கையொப்பம்

தேதி