

முழங்கை நிலையின்மை (Elbow Instability)

முழங்கையின் தசைநார்கள் — அல்நார் மற்றும் ரேடியல் இணை தசைநார்களே (ulnar and radial collateral ligaments) முக்கிய நிலைப்படுத்திகள்.

Kieran Hirpara © ① ④ 4.0



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

நீங்கள் உணர்வது

உங்கள் முழங்கை தளர்வாக, இடம் விட்டு நழுவிவிடும் போல் உணரப்படலாம்; அல்லது நீங்கள் அதை அழுத்தும்போதோ இழுக்கும்போதோ அது திரும்பத் திரும்ப இடம் கொடுத்துவிடலாம். சிலர் நீட்டிய கையின் மீது விழுந்த பிறகு இதைக் கவனிக்கிறார்கள். வேறு சிலருக்கு முன்பு மூட்டு விலகல் (dislocation) ஏற்பட்டிருக்கும்; அதற்குப் பிறகு அந்த மூட்டு சரியாக இருப்பது போல் ஒருபோதும் உணரப்பட்டதில்லை.

வலி, முழங்கையின் எந்தப் பகுதி பாதிக்கப்பட்டுள்ளது என்பதைப் பொறுத்தது. முழங்கையின் உட்புறத்தில், நீங்கள் எதையாவது எறியும்போதோ, தூக்கும்போதோ, அல்லது ராக்கெட் அல்லது சுத்தியல் போன்ற ஒன்றைச் சுழற்றி வீசும்போதோ கூரிய வலியை உணரலாம். எறிதல் விளையாட்டு வீரர்கள் பெரும்பாலும் எறிதலின் வலிமையான முன்னோக்கிய கட்டத்தில் இதை உணர்கிறார்கள்; சிலருக்கு ஒரு “படக்” என்ற சத்தம் கேட்டு, தொடர்ந்து விளையாட முடியாமல் போகும். வெளிப்புறத்தில், நாற்காலியிலிருந்து கையை ஊன்றி எழும்போதோ, புஷ்-அப் (push-up) செய்யும்போதோ, மேசையில் கையை ஊன்றிச் சாயும்போதோ முழங்கை நிலையற்றதாக உணரப்படலாம். முழங்கையை முழுமையாக நேராக்கும்போது வலி அதிகரிக்கலாம்; சிலர் “கிளிக்” என்ற சத்தத்தையோ, மூட்டு இடறுவது போலவோ பூட்டிக்கொள்வது போலவோ ஒரு உணர்வையோ கவனிக்கிறார்கள்.

விறைப்பு (stiffness) பொதுவானது. கையை முழுமையாக நேராக்க முடியாமல் போவதை நீங்கள் உணரலாம்; நேரான முழங்கை தேவைப்படும் வேலைகள் கடினமாகிவிடும்: உயரமான அலமாரியை எட்டிப் பிடிப்பது, தட்டைச் சுமந்து செல்வது, அல்லது தாழ்வான நாற்காலியிலிருந்து கையை ஊன்றி எழுவது. பிடிப்பதும் திருகுவதும் கூட அசௌகரியமாக

இருக்கலாம்; அதனால் ஜாடிகளைத் திறப்பதோ கதவுக் கைப்பிடியைத் திருப்புவதோ வழக்கத்தைவிட அதிக முயற்சியை எடுக்கலாம்.

நீங்கள் எறியும் அல்லது தலைக்கு மேல் கை உயர்த்தி விளையாடும் விளையாட்டுகளில் ஈடுபடுபவராக இருந்தால், உங்கள் செயல்திறன் குறைவதைக் கவனிக்கலாம். உங்கள் எறிதல்கள் வேகத்தையும் தாங்கும் சக்தியையும் இழக்கும்; பயிற்சிக்குப் பிறகு முழங்கை ஒரே இரவில் சரியாகாமல் வலிக்கும். முழங்கையின் உட்புறம் தொட்டால் வலிக்கலாம்; அந்த வலி சில சமயங்களில் அந்தப் பக்கம் உள்ள “ஃபன்னி போன்” நரம்பை (funny bone nerve) நோக்கிப் பரவி, கூச்சத்துடனோ பலவீனமான பிடியுடனோ வரலாம்.

சில அறிகுறிகள், மூட்டு நன்றாக ஒன்றாகப் பிடித்துக்கொள்ளவில்லை என்பதைக் காட்டுகின்றன. உங்கள் முழங்கை இடத்தில் இருக்க வேண்டுமானால் அதை மடக்கிய கோணத்தில் வைத்திருக்க வேண்டியிருந்தால், அல்லது அது திரும்பத் திரும்ப இடம் விட்டு நழுவினால், காத்திருக்காமல் உடனடியாகக் கவனம் செலுத்த வேண்டும்.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

உங்கள் முழங்கை மிகவும் இறுக்கமாகப் பொருந்தும் ஒரு மூட்டாக அமைந்துள்ளது. மேற்கை எலும்பின் (arm bone) முனையில் ஆழமான பள்ளங்கள் உள்ளன; அவற்றுக்குள் முன்கையின் எலும்புகள் பொருந்துகின்றன — நன்கு வடிவமைக்கப்பட்ட ஓர் அடைப்புக்குள் அமர்ந்திருக்கும் கீல் (hinge) போல. மூட்டை ஒன்றாகப் பிடித்து வைக்கும் வேலையில் பெரும்பகுதியை இந்த வடிவமைப்பு செய்கிறது. அதன் பிறகு, முழங்கையின் உட்புறத்திலும் வெளிப்புறத்திலும் உள்ள வலுவான தசைநார்ப் (ligament) பட்டைகள், கூடாரத்தின் இழுவைக் கயிறுகள் போலச் செயல்பட்டு, நீங்கள் மடக்கும்போதும், நேராக்கும்போதும், திரும்பும்போதும், அழுத்தும்போதும் எல்லாவற்றையும் சரியான நேர்கோட்டில் வைத்திருக்கின்றன.

நிலையின்மை (instability) என்பது, அந்த இழுவைக் கயிறுகளில் ஒன்றோ அதற்கு மேற்பட்டவையோ நீட்டப்பட்டுவிட்டன அல்லது கிழிந்துவிட்டன என்பதாகும்; அதனால் மூட்டின் மேற்பரப்புகள் நேர்கோட்டிலிருந்து நழுவ முடியும். மூட்டு முழுமையாகப் பிரிந்துவிடுவது முழு மூட்டு விலகல் ஆகும். மேற்பரப்புகள் இடம் மாறினாலும் முழுமையாகப் பிரியாத பகுதி நழுவல், இடறுவது போலவோ, “கிளிக்” சத்தம் போலவோ, மூட்டு இடம் கொடுக்கப் போவது போலவோ உணரப்படலாம். இரண்டும் ஒரே காயத் தொடரின் வெவ்வேறு நிலைகளே.

பெரும்பாலான மூட்டு விலகல்கள், நீட்டிய கையின் மீது விழுவதால் ஏற்படுகின்றன. அந்த விசை கையின் வழியாக மேலே சென்று தசைநார்களைக் கிழிக்கிறது; வழக்கமாக முழங்கையின் வெளிப்புறத்தில் தொடங்கி, விசை அதிகரிக்க அதிகரிக்க உட்புறத்தை நோக்கி மேலும் கிழிக்கிறது. அந்தத் தசைநார்கள் ஒட்டியிருக்கும் இடங்களில் உள்ள சிறிய எலும்புத் துண்டுகளையும் ஒரு மூட்டு விலகல் உடைத்தெறியும்போது, அல்லது மூட்டின் வெளிப்புறத்தில் உள்ள உருண்டையான எலும்பையோ முழங்கையின் முன்புறத்தில் உள்ள எலும்புத் தடுப்பையோ சேதப்படுத்தும்போது, மூட்டு அதன் கயிற்று ஆதரவுகளையும் அதன் எலும்பு வடிவத்தின் ஒரு பகுதியையும் ஒருசேர இழக்கிறது. அந்தக் கலவையை

அமைதிப்படுத்துவது கடினம்; அதற்குப் பிறகு முழங்கை தளர்வாக இருந்துவிடுவதற்கான வாய்ப்பும் அதிகம்.

எந்தப் பட்டை பாதிக்கப்பட்டுள்ளது என்பது, நீங்கள் உணர்வதை விளக்குகிறது. நீங்கள் எறியும்போது உட்புறத் தசைநார் அழுத்தத்தைத் தாங்குகிறது; எனவே அங்கு ஏற்படும் கிழிவு எறியும்போதும் தூக்கும்போதும் வலிக்கிறது. நீங்கள் கையை ஊன்றி எழும்போதோ கையில் சாய்ந்து அழுத்தும்போதோ வெளிப்புறத் தசைநார் அழுத்தத்தைத் தாங்குகிறது; எனவே அங்கு ஏற்படும் கிழிவு அந்த அசைவுகளைப் பாதுகாப்பற்றவை போல உணரச் செய்கிறது. மூட்டின் மேற்பரப்புகள் இனி சீராக நேர்கோட்டில் பொருந்தவில்லை என்றால், ஆண்டுகள் செல்லச் செல்ல முழங்கை விறைத்துப்போகவும் சீரற்ற முறையில் தேயவும் செய்யலாம்.

ஒருமுறை இடம் விட்டு நழுவி, உடனடியாக மீண்டும் இடத்தில் வைக்கப்படும் பெரும்பாலான முழங்கைகள், ஆரம்பத்திலேயே அசைவைத் தொடங்குவதன் மூலம் சரியாகிவிடுகின்றன. ஒரு சிறிய எண்ணிக்கையிலானவை தொடர்ந்து தளர்வாகவே உணரப்படும்; ஆதரவை மீண்டும் கட்டியமைக்க அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படக்கூடியவை அந்த முழங்கைகளே.

இதற்கு நாங்கள் என்ன செய்ய முடியும்

Mater Private Hospital Rockhampton-இல் மேல் அவயவ (upper-limb) அறுவை சிகிச்சை நிபுணரான டாக்டர் கியரன் ஹிர்பரா, உங்களுக்கு ஏற்பட்டுள்ள குறிப்பிட்ட காயத்திற்கு ஏற்பச் சிகிச்சையைத் தேர்ந்தெடுக்கிறார். 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. கிளினிக் சந்திப்பின்போது உங்கள் மருத்துவ வரலாற்றைக் கேட்டறிந்து, உங்கள் முழங்கையைப் பரிசோதித்து, தேவைப்படும் இடங்களில் ஸ்கேன்களுக்கு ஏற்பாடு செய்கிறோம்.

ஒருமுறை இடம் விட்டு நழுவி, உடனடியாக மீண்டும் இடத்தில் வைக்கப்படும் பெரும்பாலான முழங்கைகளுக்கு, முதல் படி அறுவை சிகிச்சை அல்ல. மூட்டு மீண்டும் இடத்தில் வைக்கப்பட்டு, எக்ஸ்-ரேயில் (x-ray) சரிபார்க்கப்பட்டு, முழங்கை 90 டிகிரி மடக்கிய நிலையில் ஒரு சிம்பில் (splint) சிறிது காலம் ஓய்வில் வைக்கப்படுகிறது. சிம்பில் சுமார் 5 முதல் 7 நாட்கள் கழித்து, அசைவு தொடங்குகிறது. இந்தக் காயத்திற்குப் பிறகு மிகவும் பொதுவான பிரச்சினை விறைத்த முழங்கை என்பதால், ஆரம்ப அசைவு முக்கியமானது. பாதுகாப்பாக உணரப்படும் வரம்புக்குள் மடக்குதல், நேராக்குதல் ஆகியவற்றிலும், பலத்தை மீண்டும் கட்டியமைப்பதிலும் இயன்முறை சிகிச்சை (physiotherapy) கவனம் செலுத்துகிறது. அந்த வரம்பு முழுவதும் முழங்கை நிலையாக இருந்தால், இரண்டு நாட்கள் சிம்பு போட்டு அதன் பிறகு ஆரம்ப அசைவைத் தொடங்கினாலே போதும். மேற்கொண்டு எதையும் யோசிப்பதற்கு முன் இந்த அணுகுமுறைக்கு நியாயமான அவகாசம் கொடுங்கள்.

முழங்கை நிலையின்மைக்குக் கார்டிசோன் (cortisone) அல்லது வேறு ஊசி மருந்துகளைப் பயன்படுத்துவதில்லை; எனவே அத்தகைய ஊசியை உங்களுக்கு வழங்க மாட்டோம்.

மூட்டு இடத்தில் நிலைத்திருக்க மறுக்கும்போது அறுவை சிகிச்சை பரிசீலனைக்கு வருகிறது. உங்கள் முழங்கை இடத்தில் இருக்க வேண்டுமானால் சுமார் 50 முதல் 60 டிகிரிக்கும் மேலாக மடக்கி வைக்க வேண்டியிருந்தால், அல்லது முழு நீட்டலிலிருந்து 30 டிகிரிக்கு மேல் நேராக்கும்போது அது இடம் விட்டு நழுவினால், தசைநார்கள் தாமாகவே சரியாகும் வாய்ப்பு குறைவு. மூட்டுக்குள் ஓர் எலும்புத் துண்டோ மென்திசுத் துண்டோ சிக்கிக்கொண்டு அதைத் தடுத்தால், மூட்டு விலகலுடன் எலும்பு முறிவுகளும் சேர்ந்திருந்தால், அல்லது தோல் கிழிந்திருந்தால் அல்லது நரம்புகளும் இரத்தக் குழாய்களும் காயமடைந்திருந்தால் — இவற்றுக்கும் இதுவே பொருந்தும். அத்தகைய சூழல்களில், கிழிந்த தசைநார்களைப் பழுதுபார்க்கிறோம் அல்லது மீண்டும் கட்டியமைக்கிறோம் — வழக்கமாக வெளிப்புறத் தசைநாரிலிருந்து தொடங்கி — மேலும் மூட்டின் மேற்பரப்புகள் மீண்டும் சரியான நேர்கோட்டில் வரும்படி உடைந்த எலும்புத் துண்டுகளைப் பொருத்துகிறோம். அதற்குப் பிறகும் முழங்கை தளர்வாகவே இருந்தால், குணமாகும்வரை மூட்டை இடத்தில் பிடித்து வைக்க ஒரு தற்காலிக வெளிப்புறச் சட்டகம் (external frame) உதவும். நீண்ட காலமாகத் தளர்வாகவே இருக்கும் ஒரு முழங்கைக்கு, நீட்டப்பட்ட பட்டையைப் புதிய திசுவால் மாற்றியமைக்கும் தசைநார் மறுகட்டமைப்பு (ligament reconstruction) செய்யப்படுகிறது. ஒவ்வொரு தேர்வும் எதை உள்ளடக்கியது என்பதைப் பற்றி விரிவாகப் பேசி, உங்கள் முழங்கைக்கும் உங்கள் இலக்குகளுக்கும் எது பொருந்தும் என்பதை நாம் ஒன்றாகத் தீர்மானிப்போம்.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

பெரும்பாலானவர்களுக்கு, ஒருமுறை இடம் விட்டு நழுவி உடனடியாக மீண்டும் இடத்தில் வைக்கப்படும் முழங்கை, ஆரம்ப அசைவின் மூலம் சரியாகிவிடும். இவ்வாறு கையாளப்படும்போது நல்ல நீண்டகாலப் பலன்களே வழக்கமான போக்கு. அறுவை சிகிச்சை இல்லாமல் சிகிச்சை பெறும் ஒவ்வொரு 100 பேரில் சுமார் 8 பேர் என்ற சிறிய எண்ணிக்கையினருக்கு, அதற்குப் பிறகும் தளர்வான உணர்வு தொடர்கிறது. ஒவ்வொரு 100 பேரில் சுமார் 2 பேருக்கு, மூட்டை நிலைப்படுத்த இறுதியில் ஓர் அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது; பெரும்பாலும் காயம் ஏற்பட்ட 4 ஆண்டுகளுக்குள்.

மீட்சிக்கு நாட்கள் அல்ல, வாரங்கள் தேவை. மிகவும் பொதுவான பின்னடைவு விறைப்பு; உங்கள் முழங்கையை நீண்ட நாட்கள் ஓய்வில் வைக்காமல் ஆரம்பத்திலேயே அசைக்கத் தொடங்குவதற்கு உங்கள் சிகிச்சைக் குழுவுக்கு உள்ள காரணம் அதுவே. முதல் ஒன்று அல்லது இரண்டு வாரங்களில், பெரும்பாலும் ஓர் இயன்முறை சிகிச்சையாளரின் உதவியுடன், மெதுவாக மடக்குதல், நேராக்குதல் ஆகியவற்றில் ஈடுபடுவீர்கள். அடுத்த வாரங்களில் அசைவு வரம்பு விரிவடையும்; அதைத் தொடர்ந்து பலப் பயிற்சிகள் வரும். முழங்கையைப் பாதுகாக்கும் காலத்தில் கையின் மற்ற பகுதிகள் விறைத்துப்போகவோ பலவீனமாகவோ கூடும் என்பதால், இயன்முறை சிகிச்சை உங்கள் மணிக்கட்டு, கை மற்றும் தோள்பட்டையையும் கவனித்துக்கொள்கிறது. முழங்கை மீண்டும் இயல்பாக உணரப்படும் ஒரே ஒரு தருணத்தை எதிர்பார்க்காமல், படிப்படியான முன்னேற்றத்தை எதிர்பாருங்கள்.

அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படும்போது, எதிர்பார்ப்பு அந்தக் காயம் எவ்வளவு சேதத்தை ஏற்படுத்தியது என்பதைப் பொறுத்தது. பலரும் மடக்குதல், நேராக்குதல், முன்கைச் சுழற்சி ஆகியவற்றில் கிட்டத்தட்ட முழு வரம்பை மீண்டும் பெறுகிறார்கள்; அவர்களுடைய

தளர்வான உணர்வும் தணிந்துவிடுகிறது. சில காயங்களைச் சரிசெய்வது மற்றவற்றைவிடக் கடினம். மூட்டு விலகலுடன் எலும்பு முறிவுகளும் சேர்ந்திருந்த இடத்தில், சிகிச்சை எவ்வளவு நன்றாக நடந்தாலும், விறைப்பு, தொடரும் தளர்வு, வலி மற்றும் மூட்டில் தேய்மானம் ஆகியவை நீண்ட காலத்திற்குப் பிரச்சினைகளாகவே இருக்கலாம். இந்தத் தீவிரமான காயங்களில் ஒரு பகுதியினருக்கு — ஒவ்வொரு 100 பேரில் சுமார் 20 முதல் 25 பேருக்கு — ஏதோ ஒரு கட்டத்தில் மேலும் ஓர் அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது.

உண்மையிலேயே நிலையற்ற ஒரு முழங்கையை அப்படியே விட்டுவிடுவது நல்ல பலனளிப்பது அரிது. இடத்தில் நிலைக்க மறுக்கும் மூட்டு தளர்வாகவே இருக்கும் போக்கைக் கொண்டுள்ளது; நழுவும் மேற்பரப்புகள் ஆண்டுகள் செல்லச் செல்லச் சீரற்ற முறையில் தேயலாம். உங்கள் முழங்கை இடத்தில் இருக்க வேண்டுமானால் நன்கு மடக்கி வைக்க வேண்டியிருந்தால், அல்லது அது தொடர்ந்து நழுவிக்கொண்டே இருந்தால், காத்திருக்காமல் அறுவை சிகிச்சை பற்றிப் பேச வேண்டிய தருணம் அதுவே.

இவை எதுவும் உங்கள் சொந்த முழங்கையைப் பற்றிய உறுதிமொழி அல்ல. எந்தெந்த அமைப்புகள் காயமடைந்துள்ளன என்பதையும், உங்கள் ஸ்கேன்கள் என்ன காட்டுகின்றன என்பதையும் அறிந்த பிறகு உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் உங்களுக்குத் தெளிவான சித்திரத்தைத் தருவார்.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

சில அறிகுறிகள், உங்கள் முழங்கையைக் காத்திருக்காமல் விரைவில் பரிசோதிக்க வேண்டும் என்பதைக் குறிக்கின்றன. உங்கள் முழங்கை இடம் விட்டு நழுவினால், அல்லது இடத்தில் இருக்க அதை மடக்கிய கோணத்தில் வைத்திருக்க வேண்டியிருந்தால், நிபுணர் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள். நாற்காலியிலிருந்து கையை ஊன்றி எழும்போதோ கையில் சாய்ந்து அழுத்தும்போதோ அது தொடர்ந்து இடம் கொடுத்தால், அல்லது மூட்டு விலகலுக்குப் பிறகு மீண்டும் இடத்தில் வைக்கப்பட்ட ஒரு மூட்டு வாரங்கள் கழித்தும் தளர்வாகவே உணரப்பட்டால், இதுவே பொருந்தும்.

எறிதல் விளையாட்டு வீரர்கள் முழங்கையின் உட்புற வலியைத் தீவிரமாக எடுத்துக்கொள்ள வேண்டும். வலிமையாக எறியும்போது மட்டும் வலி தோன்றினால், ஒரு “படக்” சத்தம் கேட்டுத் தொடர்ந்து விளையாட முடியாமல் போனால், அல்லது உங்கள் எறிதல்கள் வேகத்தையும் தாங்கும் சக்தியையும் இழந்து வந்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள். “ஃபென்னி போன்” நரம்புக்கு அருகில் கூச்சம், பலவீனமான பிடி, அல்லது பூட்டிக்கொள்ளும் அல்லது இடறும் முழங்கை ஆகியவையும் பரிசோதனைக்கு உரியவை.

முழங்கை தெளிவாக இடம் விட்டு விலகியிருந்தால், உருக்குலைந்து தோன்றினால், அல்லது கை மரத்துப்போனது போலவோ, குளிர்ந்ததாகவோ, நிறத்தை இழந்ததாகவோ இருந்தால், அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள். மீண்டும் இடத்திற்குச் செல்ல மறுக்கும் மூட்டுக்கு அதே நாளில் சிகிச்சை தேவை.

ஆழமான விளக்கம்

இந்தப் பகுதி, உங்கள் சொந்த சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவைப்படுவதைவிட ஆழமாகச் செல்கிறது. “முழங்கை நிலையின்மை” என்ற சொல், மிகவும் வேறுபட்ட எதிர்பார்ப்புகளைக் கொண்ட பலவேறு பிரச்சினைகளை உள்ளடக்குவதாலும், ஓர் எளிய மூட்டு விலகல் இறுதியில் எப்படி முடிகிறது என்பதில் மிகப் பெரிய தாக்கத்தை ஏற்படுத்துவது முதல் இரண்டு வாரங்களில் எடுக்கப்படும் ஒரு முடிவு என்பதாலும் — ஆதாரமும், மூட்டைப் பாதுகாக்க வேண்டும் என்ற உள்ளுணர்வும் எதிரெதிர் திசைகளைச் சுட்டும் ஒரு முடிவு என்பதாலும் — இது இங்கே இடம்பெற்றுள்ளது.

“முழங்கை நிலையின்மை” என்பது ஒரே ஒரு நோயறிதல் அல்ல

ஒருமுறை விலகி இப்போது நிலையாக இருக்கும் ஒரு மூட்டு முதல், அன்றாட வேலைகளிலேயே இடம் கொடுக்கும் ஒரு மூட்டு வரை, தசைநாருடன் சேர்ந்து எலும்பும் பழுதடைந்த முறிவு-விலகல் (fracture-dislocation) வரை — எல்லாவற்றையும் இந்தச் சொல் உள்ளடக்குகிறது. இந்த வடிவங்களை வகைப்படுத்த அறுவை சிகிச்சை நிபுணர்கள் ஒரு நூற்றாண்டுக்கும் மேலாக முயன்று வருகிறார்கள்; இன்னும் கருத்து வேறுபாடு உள்ளது: 130 ஆண்டுகால முயற்சிகளை ஆய்வு செய்த ஒரு கட்டுரை, “பெயரிடுதல் மற்றும் வகைப்படுத்துதல் ஆகிய இரண்டிலும் நிச்சயமற்ற தன்மைகள் இன்னும் உள்ளன” என முடிவு செய்தது; அது ஒரு தேசியக் கழகத்தின் பணிக்குழுவை மீண்டும் முயற்சிக்கத் தூண்டியது [1].

இது உங்களுக்கு ஒரு நடைமுறைக் காரணத்திற்காக முக்கியம். “முழங்கை நிலையின்மை” குறித்த பலன் புள்ளிவிவரங்களை நீங்கள் படிக்கும்போது, உங்களுடையதைப் போல் சிறிதும் இல்லாத காயங்களைக் கொண்ட ஒரு நோயாளிக் குழுவை அவை விவரிப்பதாக இருக்கலாம். மிக முக்கியமான வேறுபாடு **எளிய** (தசைநார்கள் மட்டும்) மற்றும் **சிக்கலான** (தசைநார்களுடன் உடைந்த எலும்பும்) என்பதே; இவ்விரண்டும் மிகவும் வேறுபட்ட பாதைகளில் பயணிக்கின்றன.

பெயர் கொண்ட இரண்டு திசைகள்: PLRI மற்றும் PMRI

எளியது எதிர் சிக்கலானது என்பதற்கு அப்பால், அறுவை சிகிச்சையைத் தீர்மானிக்கும் வடிவம், மூட்டு எந்த திசையில் இடம் கொடுக்கிறது என்பதுதான். பெயரிடப்பட்ட இரண்டு வடிவங்களே இதில் பெரும்பகுதியை விளக்குகின்றன [1].

பின்-பக்கவாட்டுச் சுழற்சி நிலையின்மை (Posterolateral rotatory instability, PLRI) என்பதே

பொதுவானது; “நிலையற்ற முழங்கை” என்று பெரும்பாலானோர் குறிப்பிடுவது இதைத்தான். வழக்கமான காயம் உருவாக்கும் வடிவம் இது; நீட்டிய கையின் மீது விழுவதால், முன்கை வெளிப்புறமாகத் திரும்பிய நிலையில் முழங்கையில் பாரம் விழுகிறது. சேதம் மூட்டைச் சுற்றி ஒரு வட்டமாகப் பரவுகிறது — வெளிப்புறத்தில் உள்ள **பக்கவாட்டு அல்நார் இணை தசைநாரில் (lateral ulnar collateral ligament)** தொடங்கி, மூட்டுறையைச் சுற்றி முன்னோக்கியும் பின்னோக்கியும் முன்னேறி, கடைசியாக உட்புறத் தசைநாரை அடைகிறது. இது பக்கவாட்டில் தொடங்குவதால், முதல் நிலை முழு மூட்டு விலகலாக இல்லாமல் பகுதி விலகலாகவே (subluxation) இருக்கும்; இதைச் சரிசெய்யப்

பழுதுபார்க்கவோ மீண்டும் கட்டியமைக்கவோ வேண்டிய அமைப்பு வெளிப்புறத் தசைநாரே. இந்தப் பகுதியில் பக்கவாட்டுத் தசைநார் மறுகட்டமைப்பையும் அதன் 0-33% மறுதோன்றல் வரம்பையும் பற்றி நீங்கள் முன்பு படித்தது, PLRI-க்குச் சிகிச்சை அளிக்கப்படுவதைப் பற்றியதே.

அறிகுறி அடிப்படையில், நாற்காலியிலிருந்து கையை ஊன்றி எழுவதையோ, உள்ளங்கையை மேல்நோக்கித் திருப்பிய நிலையில் கையில் பாரம் ஏற்றுவதையோ தயங்க வைக்கும் வடிவம் இதுவே; இந்த நிலைகள் மூட்டைச் சுழன்று விரிய அனுமதிக்கின்றன.

பின்-உட்புறச் சுழற்சி நிலையின்மை (Posteromedial rotatory instability, PMRI) என்பது குறைவாகவே காணப்படுகிறது, கவனிக்கத் தவறுவது எளிது, மேலும் அது மன்னிப்பது குறைவு. இயங்குமுறை நேர் எதிரானது — முன்கை உள்ளோக்கிச் சுழலும் நிலையில் ஒரு வேரஸ் (varus, உள்ளோக்கி வளைக்கும்) விசை; இது வெளிப்புறத் தசைநாரைச் சேதப்படுத்துவதோடு, **கரோனாய்டின் முன்-உட்புற முகப்பையும் (anteromedial facet of the coronoid)** வெட்டி விலக்குகிறது. அது அன்னா எலும்பின் உட்புற முன்பகுதியில் உள்ள ஒரு சிறிய எலும்புத் தட்டு; மூட்டு அதன் மீது சாய்ந்து நிற்கிறது.

அந்தத் துண்டுதான் பிரச்சினை. உடற்கூறு ஆய்வுகள், சராசரியாக **முன்-உட்புற முகப்பின் 58% பகுதிக்கு அதன் பின்னால் உள்ள எலும்புத் தண்டின் ஆதரவு இல்லை** என்பதைக் காட்டுகின்றன; எனவே அது தனித் துண்டாக முறிகிறது, சாதாரண எக்ஸ்-ரேயில் அதைக் கவனிக்கத் தவறுவது எளிது [2]. அதைக் கவனிக்கத் தவறுவது விலை உயர்ந்தது: மூட்டு சற்றே தவறான நேர்கோட்டில் விடப்பட்டு உரசத் தொடங்குகிறது. நிலையின்மை கவனிக்கப்படாத ஒரு முழங்கையில், காயம் ஏற்பட்ட **வெறும் 26 மாதங்களில் நிலைபெற்ற மூட்டுத் தேய்மானம் (arthrosis)** ஏற்பட்டதை ஒரு அறிக்கை விவரித்தது [3]. காயத்தின் வடிவம் அதைக் குறிக்கும்போது CT ஸ்கேன் அடிக்கடி கேட்கப்படுவதற்கும், சிறியதாகத் தோன்றும் ஒரு கரோனாய்டுத் துண்டுக்குக் கூட எலும்புப் பொருத்தம் தேவைப்படலாம் என்பதற்கும் இதுவே காரணம்.

உங்களுக்கான நடைமுறைக் கருத்து இதுதான்: இவை வெவ்வேறு அறுவை சிகிச்சைகள் தேவைப்படும் வெவ்வேறு காயங்கள்; “என் நண்பருக்கு நிலையற்ற முழங்கை இருந்தது, அவருக்கு இன்ன அறுவை சிகிச்சை செய்யப்பட்டது” என்பது உங்கள் முழங்கைக்கு எந்த வகையிலும் பொருந்தாமல் போகலாம்.

முதல் இரண்டு வாரங்கள், வேறு கிட்டத்தட்ட எல்லாவற்றையும்விட முக்கியம்

மூட்டு விலகலுக்குப் பிறகு ஏற்படும் உள்ளுணர்வு, மூட்டை ஒரு மாவுக்கட்டிலோ (cast) இடுக்கியிலோ (brace) பாதுகாப்பாக வைப்பதுதான். முழங்கை அந்த உள்ளுணர்வைத் தண்டிக்கிறது. அது வழக்கத்திற்கு மாறாக விறைத்துப்போகும் தன்மை கொண்டது; அந்த விறைப்பு, மூட்டு எவ்வளவு காலம் அசைவின்றி வைக்கப்பட்டிருந்தது என்பதற்கு ஏறக்குறைய நேர்விகிதத்தில் இருக்கும்.

ஒரு மதிப்பாய்வு இதற்கு எண்களைத் தந்தது: ஓர் எளிய மூட்டு விலகலுக்குப் பிறகு, அசைவின்றி வைத்திருப்பது **25 நாட்களுக்கு** மேல் நீடித்தால், முழுமையாக நேராக்கும் திறனில் **குறைந்தது 30 டிகிரி** நிரந்தர இழப்பை எதிர்பார்க்கலாம்; ஆனால் **ஐந்து நாட்களுக்குள்** முழங்கை மீண்டும் அசையத் தொடங்கினால் அந்த இழப்பு **3 டிகிரி** அளவே

இருக்கும் [4]. நீங்கள் மறந்தே போகும் ஒரு முழங்கைக்கும், நாள்தோறும் உங்கள் கவனத்தை ஈர்க்கும் ஒரு முழங்கைக்கும் இடையிலான முழு வித்தியாசமும் கிட்டத்தட்ட அதுவே.

ஒரு சமவாய்ப்பு ஒதுக்கீட்டு ஆய்வு (FuncSiE) இதை நேரடியாகச் சோதித்தது; எளிய மூட்டு விலகல்களுக்கு ஆரம்ப அசைவை, மூன்று வாரங்கள் மாவுக்கட்டில் (plaster) வைப்பதுடன் ஒப்பிட்டது [5]. ஆறு வாரங்களில், ஆரம்ப அசைவுக் குழுவின்ருக்குக் கணிசமாகப் பெரிய அசைவு வளைவும் (121° எதிர் 102°) குறைவான இயலாமையும் இருந்தன; மேலும் அவர்கள் **10 நாட்களில் வேலைக்குத் திரும்பினர், மற்றவர்கள் 18 நாட்களில்**. ஓர் ஆண்டுக்குள் இரு குழுக்களுக்கும் இடையே வேறுபாடு இல்லாமல் போனது; மிக முக்கியமாக, **இரு குழுக்களிலும் எந்த முழங்கையும் மீண்டும் விலகவில்லை** [5]. மாவுக்கட்டு வாங்கித் தந்த பாதுகாப்பு, நிகழ்வே இல்லாத ஓர் ஆபத்திற்கு எதிரான பாதுகாப்பு; அதற்கு விறைப்பாலும் இழந்த வாரங்களாலும் விலை கொடுக்கப்பட்டது.

இதனால்தான் உங்கள் மறுவாழ்வுப் பயிற்சி ஆரம்பத்திலேயே தொடங்குகிறது; மேலும் மூட்டை ஒரு நிலையான வளைவில் பிடித்து வைக்கும் கீல் கொண்ட இடுக்கிக்குப் (hinged brace) பதிலாக, ஆறுதலுக்காக ஒரு எளிய கைத்தாங்கி (sling) பயன்படுத்தப்படுகிறது.

எளிய மூட்டு விலகல்கள் நன்றாகவே குணமாகின்றன — ஒரு நேர்மையான நிபந்தனையுடன்

பெரும்பாலான எளிய மூட்டு விலகல்கள் அறுவை சிகிச்சை இல்லாமலேயே குணமாகின்றன. ஆனால் “பெரும்பாலானவை” என்பது “அனைத்தும்” அல்ல: அறுவை சிகிச்சை இல்லாமல் சிகிச்சை பெறுபவர்களில் ஏறக்குறைய **8%** பேருக்குத் தொடர்ச்சியான நிலையின்மையின் அறிகுறிகள் ஏற்படுகின்றன; சுமார் **2%** பேருக்கு இறுதியில் அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது [6]. அன்றைக்கு எளிமையாகத் தோன்றும் சில காயங்கள் பின்னர் மோசமாக நடந்துகொள்கின்றன; அதனால்தான் மூட்டு இடத்தில் அமர்ந்த முதல் அறிகுறியிலேயே உங்களை வெளியேற்றி விடாமல், தொடர்ந்து பரிசோதிக்கிறோம்.

“டெரிபிள் டிரையாட்” என்பது, காயமாக இருப்பதைவிட மோசமான ஒரு பெயர்

முழங்கை மூட்டு விலகலுடன், ரேடியல் தலை (radial head) மற்றும் கரோனாய்டு எலும்பு முறிவுகளும் சேர்ந்து வரும் கலவைக்கு “டெரிபிள் டிரையாட்” (terrible triad, கொடிய மூவினை) என்று பெயரிடப்பட்டது; ஏனெனில் அதன் ஆரம்பகாலப் பலன்கள் மிக மோசமாக இருந்தன. இன்றைய பலன்கள் மிகவும் சிறப்பாக உள்ளன: 37 ஆய்வுகளையும் 1609 நோயாளிகளையும் ஒருங்கிணைத்த ஒரு மதிப்பாய்வு, சராசரி Mayo Elbow Performance Score **90** — **சிறந்தது என மதிப்பிடப்பட்டது** என்று கண்டறிந்தது [7].

அந்த வாக்கியத்தின் நேர்மையான மறுபாதி, சிக்கல் விகிதம்; அது குறைவானது அல்ல. சுமார் **30%** நோயாளிகளுக்கு ஏதேனும் ஒரு சிக்கல் ஏற்படுகிறது; **7.8%** பேருக்கு மேலும் அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது. மிகவும் பொதுவானவை: மென்திசுக்களுக்குள் கூடுதல் எலும்பு உருவாதல் (**11%**), அல்நார் நரம்பு அறிகுறிகள் (**2.6%**) [7]. எனவே: நல்ல பலன் என்பது இப்போது வெறும் நம்பிக்கை அல்ல, எதிர்பார்ப்பு; ஆனால் இது இரண்டாவது அறுவை சிகிச்சைக்கான உண்மையான வாய்ப்பைக் கொண்ட ஒரு காயம்; தொடங்குவதற்கு முன் அதை அறிந்திருப்பது நியாயமானது.

தசைநார் அறுவை சிகிச்சை தாங்காதபோது, பெரும்பாலும் எலும்பே காரணம்

நாட்பட்ட நிலையின்மையின் மிகப் பொதுவான வடிவத்திற்கு, பக்கவாட்டுத் தசைநாரைப் பழுதுபார்ப்பதோ மீண்டும் கட்டியமைப்பதோ நன்கு நிலைபெற்ற சிகிச்சையாகும். இருப்பினும், அதற்குப் பிறகு அறிக்கையிடப்பட்ட மறுதோன்றல் **0% முதல் 33%** வரை மாறுபடுகிறது; அறுவை சிகிச்சை மட்டுமே ஒரே மாறி அல்ல என்பதைச் சொல்லும் அளவுக்கு இது பரந்த வீச்சு [8].

இதற்கான ஒரு விளக்கம், நிலையின்மை எப்போதும் வெறும் மென்திசுப் பிரச்சினை மட்டுமல்ல என்பதே. மூட்டின் வெளிப்புறத்தில் உள்ள எலும்பில் தேய்மானமோ குறைபாடுகளோ இருந்தால், தசைநார் முறையாக மீண்டும் கட்டியமைக்கப்பட்ட பிறகும் முழங்கை நிலையற்றதாகவே இருக்கலாம்; சேர்ந்து வரும் எலும்புச் சேதங்கள் ஒன்றிணைந்து செயலிழப்பின் அபாயத்தை உயர்த்துகின்றன [8]. அதற்கேற்ப மறு அறுவை சிகிச்சையும் கடினமானது: பக்கவாட்டுத் தசைநார் மறுகட்டமைப்பின் மறு அறுவை சிகிச்சை குறித்து வெளியிடப்பட்ட ஒரே தொடர் ஆய்வு **27%** செயலிழப்பு விகிதத்தைப் பதிவு செய்தது [8]. இதன் நடைமுறைப் பொருள்: தசைநார்ப் பழுதுபார்ப்புக்குப் பிறகும் உங்கள் முழங்கை நிலையற்றதாகவே இருந்தால், அடுத்த கேள்வி பொதுவாக எலும்பைப் பற்றியதே தவிர, அதே மென்திசு அறுவை சிகிச்சையை மீண்டும் செய்வது பற்றியது அல்ல.

மூட்டை உள்ளிருந்தே இடத்தில் பிடித்து வைத்தல்

பழுதுபார்ப்பை மட்டும் நம்ப முடியாத அளவுக்கு நிலையற்ற முழங்கைகளுக்கு, பாரம்பரிய விடை என்பது கையின் வெளிப்புறத்தில் பல வாரங்களுக்கு அணியப்படும் ஒரு வெளிப்புறக் கீல் சட்டகம் ஆகும். ஒரு மாற்று வழி **உள்ளக மூட்டு நிலைப்படுத்தி (internal joint stabiliser)** — மென்திசுக்கள் குணமாகும்வரை மூட்டை இடத்தில் பிடித்து வைத்து, பின்னர் அகற்றப்படும் ஒரு தற்காலிக உள்ளகக் கருவி. பாதுகாக்கப்பட்ட நிலையிலேயே முழங்கையை நல்லதொரு வளைவு முழுவதும் அசைய இது அனுமதிக்கிறது; இறுதிப் பின்தொடர் பரிசோதனையில் சராசரி மடக்கல் 134 டிகிரி இருந்ததாக மூல ஆய்வுத் தொடர் பதிவு செய்தது [9].

இந்த அணுகுமுறை இங்கு விரும்பப்படுவதற்கான காரணம், இந்தப் பக்கம் முழுவதும் உள்ள அதே கொள்கைதான்: அசைவைத் தடுக்கும் பாதுகாப்பைவிட, அசைவை அனுமதிக்கும் பாதுகாப்பே சிறந்தது.

மேற்கோள்கள்

- [1] Marinelli A, Guerra E, Rotini R. Elbow instability: are we able to classify it? Review of the literature and proposal of an all-inclusive classification system. Musculoskelet Surg. 2016;100(Suppl 1):61-71. <https://doi.org/10.1007/s12306-016-0424-1> [2] Doornberg JN, de Jong IM, Lindenhovius AL, Ring D. The anteromedial facet of the coronoid process of the ulna. J Shoulder Elbow Surg. 2007;16(6):667-70. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2007.03.013> [3] Ramirez MA, Stein JA, Murthi AM. Varus posteromedial instability. Hand Clin. 2015;31(4):557-63. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2015.06.005> [4] Martin BD, Johansen JA, Edwards SG. Complications related to simple dislocations of the elbow. Hand Clin. 2008;24(1):9-25. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2007.11.013> [5] Iordens GIT, Van Lieshout EMM, Schep NWL, De Haan J, Tuinebreijer WE, Eygendaal D, et al. Early mobilisation versus plaster immobilisation of simple elbow dislocations: results of the FuncSiE multicentre randomised clinical trial. Br J Sports Med.

2017;51(6):531-8. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094704> [6] Robinson PM, Griffiths E, Watts AC. Simple elbow dislocation. *Shoulder Elbow*. 2017;9(3):195-204. <https://doi.org/10.1177/1758573217694163> [7] Stambulic T, Desai V, Bicknell R, Daneshvar P. Terrible triad injuries are no longer terrible! Functional outcomes of terrible triad injuries of the elbow: a systematic review. *JSES Rev Rep Tech*. 2022;2(2):214-8. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2022.01.002> [8] O'Driscoll SW, Chaney GK. Preoperative and operative risk factors for failed lateral collateral ligament reconstruction. *JSES Int*. 2023;7(6):2578-86. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2023.03.017> [9] Orbay JL, Mijares MR. The management of elbow instability using an internal joint stabilizer. *Clin Orthop Relat Res*. 2014;472(7):2049-60. <https://doi.org/10.1007/s11999-014-3646-2>