

கோல்ஃபர் முழங்கை (Golfer's Elbow)

கோல்ஃபர் முழங்கை: உங்கள் மணிக்கட்டையும் விரல்களையும் மடக்கும் தசைநாண்கள், உங்கள் முழங்கையின் உட்புறத்தில் உள்ள ஓர் எலும்பு மேட்டுடன் இணைகின்றன; அளவுக்கு மீறிய பயன்பாடு, அவை எலும்பைச் சந்திக்கும் இடத்தில் வலியையும் தேய்மானத்தையும் ஏற்படுத்துகிறது.

Kieran Hirpara © 1 4.0



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

நீங்கள் உணர்வது

வலி உங்கள் முழங்கையின் உட்புறத்தில் உள்ள எலும்பு மேட்டில் இருக்கிறது; பெரும்பாலும் அதற்குச் சற்றுக் கீழே உள்ள உங்கள் முன்கைத் தசைகளுக்குள்ளும் பரவுகிறது. அது பொதுவாக ஒரு தெளிவான காயம் இல்லாமல், படிப்படியாகவே தொடங்குகிறது; நீங்கள் ஓய்வெடுக்கும்போதும் அது நீடிக்கும் போக்கு கொண்டது. கோல்ஃப், எறிதல், டென்னிஸ், பளு தூக்குதல் (weightlifting), பந்துவீச்சு (bowling) ஆகிய அனைத்தும் அதைத் தூண்டலாம். மீண்டும் மீண்டும் வலுவாகப் பற்றிப் பிடித்தல், 20 kg அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட சுமைகளைத் தூக்குதல், அல்லது அதிரும் கருவிகளைப் பயன்படுத்துதல் ஆகியவற்றை உள்ளடக்கிய வேலையும் அதைத் தூண்டலாம்.

சில அன்றாட அசைவுகள் அசௌகரியமாகின்றன. கதவுக் கைப்பிடியைத் திருப்புவது, கைகுலுக்குவது, கடைப் பைகளைச் சுமப்பது அல்லது கெட்டிலைத் தூக்குவது ஆகிய அனைத்தும் வலியை அதிகரிக்கலாம்; ஏனெனில் இந்தச் செயல்கள், அந்த உட்புற மேட்டில் இணையும் அதே தசைகளுக்குச் சுமை கொடுக்கின்றன. உங்கள் மறுபக்கக் கையைவிட உங்கள் பிடி பலவீனமாக உணரப்படலாம். பெரும்பாலானோரால் முழங்கையையும் மணிக்கட்டையும் இன்னும் முழு அளவுக்கு அசைக்க முடியும்; இருப்பினும் சிலருக்கு முழங்கை சற்று விறைப்பாகி, முழுமையாக நேராகாமல் போகிறது.

வலிக்குக் காரணமான செயலின்போதோ அதற்குப் பிறகோ வலி பெரும்பாலும் தீவிரமடைகிறது; மறுநாள் காலையிலோ, நீங்கள் எதையாவது முதன்முதலில் பற்றிப் பிடிக்கும்போதோ அது மிக மோசமாக இருக்கலாம். சிலர் கோல்ஃப் மட்டையைச்

சுழற்றும்போதோ எறியும்போதோ, குறிப்பாக அந்த அசைவின் தொடக்கப் பகுதியில், அதை மிக அதிகமாகக் கவனிக்கிறார்கள்.

குறிப்பாக ஒரு விஷயத்தைக் கவனியுங்கள். உங்கள் மோதிர விரலுக்கும் சுண்டு விரலுக்கும் உணர்வைத் தரும் நரம்பான அல்நார் நரம்பு (ulnar nerve), முழங்கையின் இந்தப் பகுதிக்குச் சற்றுப் பின்னால் செல்கிறது. முழங்கையின் உட்புற வலியுடன் சேர்ந்து அந்த இரண்டு விரல்களிலும் மரத்துப்போதலோ கூச்சமோ இருந்தால், உங்கள் GP-யிடம் சொல்லுங்கள் அல்லது சிறப்பு நிபுணர் மதிப்பாய்வைக் கேளுங்கள்; ஏனெனில் எந்தச் சிகிச்சை உதவக்கூடும் என்பதை அது மாற்றுகிறது.

வலி தணியாவிட்டால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டே வந்தால், இரவில் உங்களை எழுப்பினால், அல்லது வேலை செய்வதையோ உங்கள் கைப்பகுதியையோ (hand) கையையோ (arm) பயன்படுத்துவதையோ தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது சிறப்பு நிபுணர் மதிப்பாய்வைக் கேளுங்கள். உங்கள் கைப்பகுதியோ (hand) கையோ (arm) சூடாக, சிவந்து, வீங்கி, வலியுடன் இருந்தால், குறிப்பாகக் காய்ச்சலுடன் இருந்தால், அல்லது உங்கள் விரல்கள் வெளிறியோ, குளிர்ந்தோ, வெள்ளையாகவோ, நீலமாகவோ மாறினால், அதே நாளில் அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

கோல்ஃபர் முழங்கை என்பது ஒரு தசைநாணில் ஏற்படும் பிரச்சினை; மூட்டில் அல்ல. தசைநாண் என்பது தசையை எலும்புடன் இணைக்கும் வலுவான நாண். உங்கள் முழங்கையின் உட்புறத்தில், உங்கள் மணிக்கட்டையும் விரல்களையும் மடக்கி, உள்ளங்கையைக் கீழ்நோக்கித் திருப்ப உதவும் முன்கைத் தசைகளின் ஒரு குழு உள்ளது. அவை அனைத்தும் பொதுவான ஒரே தசைநாண் வழியாக அந்த எலும்பு மேட்டில் இணைகின்றன — படகுகளைக் கட்டும் ஒரே கம்பத்தில் கட்டப்பட்ட பல கயிறுகளைப் போல.

நீங்கள் மட்டையைச் சுழற்றும்போதும், எறியும்போதும், அல்லது மீண்டும் மீண்டும் பற்றிப் பிடித்துத் தூக்கும்போதும், அந்தத் தசைகள் அதே இடத்தை மீண்டும் மீண்டும் இழுக்கின்றன. தசைநாணில் நுண்ணிய கிழிவுகள் உருவாகின்றன. உங்கள் உடல் அவற்றைச் சரிசெய்ய முயல்கிறது; ஆனால் அந்தச் சரிசெய்தல் ஒழுங்கற்றதாக இருக்கிறது, புதிய திசு முன்பு இருந்ததைவிடப் பலவீனமாக இருக்கிறது. காலப்போக்கில் தசைநாண் தடித்து, ஒழுங்கற்றதாகிறது — பலமுறை நைந்து மீண்டும் முடிச்சப் போடப்பட்ட ஒரு கயிற்றைப் போல. அதனால்தான் ஓய்வுக்குப் பிறகும் வலி மீண்டும் மீண்டும் வருகிறது; பற்றிப் பிடிப்பதும் தூக்குவதும் அதை மோசமாக்குவதும் அதனால்தான்: அந்த அசைவுகள், தசைநாண் குணமடையப் போராடும் அதே இடத்துக்குச் சுமை கொடுக்கின்றன.

பெயர் அப்படி இருந்தாலும், வலிக்கும் இடத்தில் பொதுவாக வீக்கமோ அழற்சியோ இருப்பதில்லை. பிரச்சினை தேய்மானமும் தோல்வியடைந்த குணமடைதலுமே; தொற்றோ மூட்டழற்சியோ (arthritis) அல்ல. எதுவும் உடையவில்லை; மூட்டுக்கும் சேதம் இல்லை.

இங்கே அருகிலுள்ள ஓர் அமைப்பு முக்கியமானது. உங்கள் மோதிர விரலுக்கும் சுண்டு விரலுக்கும் உணர்வைத் தரும் அல்நார் நரம்பு, இந்தத் தசைநாணுக்குச் சற்றுப் பின்னால் செல்கிறது. அது மிக அருகில் அமைந்திருப்பதால், அதே எரிச்சல் நரம்பையும் பாதிக்கலாம்;

அதனால்தான் சிலருக்கு முழங்கை வலியுடன் சேர்ந்து அந்த விரல்களில் கூச்சமும் ஏற்படுகிறது.

இதற்கு நாங்கள் என்ன செய்ய முடியும்

Mater Private Hospital Rockhampton-இல் மேல் அவயவ (upper-limb) அறுவை சிகிச்சை நிபுணரான டாக்டர் கியரன் ஹிர்பரா, உங்கள் நிலைக்குப் பொருத்தமான, உடலுக்குள் மிகக் குறைவாகத் தலையிடும் (least invasive) தேர்வுகளுடன் தொடங்குகிறார். கோல்ஃபர் முழங்கையின் பெரும்பாலான நிகழ்வுகள் அறுவை சிகிச்சை இல்லாமலேயே தணிகின்றன; எனவே நாங்கள் அங்கிருந்தே தொடங்குகிறோம். நாங்கள் வழங்கக்கூடிய வேறு எதையும்விட, ஓய்வும் உங்கள் கையைப் பயன்படுத்தும் விதத்தை மாற்றுவதுமே மிக முக்கியமானவை. அதாவது, வலியைத் தீவிரமாக்கும் பற்றிப் பிடித்தல், தூக்குதல் அல்லது சுழற்றி அடித்தலைக் குறைத்துக்கொள்வதும், வலி தரும் வேலைகளைச் செய்ய வேறு வழிகளைக் கண்டறிவதும். அறுவை சிகிச்சை பற்றி யோசிப்பதற்கு முன், இதற்குக் குறைந்தது 6 மாதங்கள் முழு வாய்ப்புக் கொடுங்கள்; ஏனெனில் அவ்வளவு சிகிச்சைக்குப் பிறகும் தொடரும் அறிகுறிகளுக்கு மட்டுமே அறுவை சிகிச்சை.

இயன்முறை சிகிச்சை (physiotherapy), வலிக்கும் தசைநாணுடன் சேர்ந்து வேலை செய்யும் தசைகளை வலுப்படுத்துவதை நோக்கமாகக் கொண்டது; அப்போது தசைநாணுக்குக் குறைவான சுமையே விழும். உங்கள் முன்கை, மணிக்கட்டு, பிடி ஆகியவற்றின் வலிமையைப் படிப்படியாக வளர்க்கும் ஒரு பயிற்சித் திட்டமே வழக்கமான அணுகுமுறை. உங்கள் வலி கோல்ஃப் அல்லது எறிதல் போன்ற விளையாட்டிலிருந்து வந்திருந்தால், உங்கள் நுட்பத்தை (technique) ஆராய்வதும் மீட்சியின் ஒரு பகுதி; ஏனெனில் நீங்கள் சுழற்றும் அல்லது எறியும் விதத்தில் உள்ள குறைகள் அதே இடத்துக்குத் தொடர்ந்து சுமை கொடுக்கலாம்.

தசைநாண் தணியும் வரை நீங்கள் தொடர்ந்து இயங்க, வலி நிவாரணமும் NSAIDs எனப்படும் அழற்சி எதிர்ப்பு (anti-inflammatory) மருந்தும் உதவலாம். கோல்ஃபர் முழங்கைக்கு நாங்கள் ஊசிகளை வழங்குவதில்லை; எனவே அடுத்த படியாக அவற்றைப் பரிந்துரைக்க மாட்டோம்.

சரியான அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையின் 6 மாதங்கள் அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட காலத்துக்குப் பிறகும் உங்கள் அறிகுறிகள் மேம்படவில்லை என்றால், அறுவை சிகிச்சை பற்றி நாம் பேசலாம். உங்கள் முழங்கையின் உட்புறத்தில் தசைநாண் எலும்புடன் இணையும் இடத்தில் உள்ள, சேதமடைந்து நெந்துபோன பகுதியை இந்த அறுவை சிகிச்சை சுத்தம் செய்து அகற்றுகிறது; ஆரோக்கியமான திசு அப்படியே விடப்படுகிறது. இது ஒரு சிறிய வெட்டின் வழியாகச் செய்யப்படுகிறது; நீங்கள் அதே நாளில் வீட்டுக்குச் செல்வீர்கள். அறுவை சிகிச்சை என்பது நாம் சேர்ந்து எடுக்கும் முடிவு; எளிய நடவடிக்கைகள் தங்களால் முடிந்த அனைத்தையும் செய்துவிட்டன என்று நாம் இருவரும் ஒப்புக்கொண்ட பிறகே அதைப் பரிந்துரைப்போம்.

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, நாங்கள் பரிந்துரைப்பதை அது மாற்றும் என்றால், அல்ட்ராசவுண்ட் அல்லது MRI ஸ்கேன் போன்ற படமெடுப்புகளுக்கு ஏற்பாடு செய்கிறோம். கோல்ஃபர் முழங்கையை உறுதிப்படுத்தப் பெரும்பாலும் முதலில் பயன்படுத்தப்படும் ஸ்கேன் அல்ட்ராசவுண்ட் (ultrasound); நோயறிதல் தெளிவாக இல்லையென்றால், MRI தசைநாணையும் அருகிலுள்ள அல்நார் நரம்பையும் இன்னும் தெளிவாகக் காட்டுகிறது.

அறுவை சிகிச்சை செய்யப்பட்டால், அதன் பிறகான உங்கள் மறுவாழ்வு இயன்முறை சிகிச்சை அல்ல; Extend Rehabilitation-இல் உள்ள Ruby Doolan-உடனான கை சிகிச்சையே (hand therapy) ஆகும். Ruby உங்கள் பயிற்சிகளுக்கு வழிகாட்டி, வழியில் உங்களுக்குத் தேவையான சிம்பைச் (splint) செய்து தருவார்.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

பெரும்பாலானோருக்கு, காலப்போக்கிலும் சரியான வகையான கவனிப்புடனும் கோல்ஃபர் முழங்கை தணிகிறது. வலியைத் தீவிரமாக்கும் செயல்களைக் குறைத்துக்கொண்டு, பின்னர் வலிமையைப் படிப்படியாக மீண்டும் வளர்ப்பதே பொதுவாகப் பலனளிக்கிறது. பலர் வாரங்களில் அல்லாமல் மாதங்களில் முன்னேற்றம் காண்கின்றனர்; எனவே விரைவான தீர்வை அல்லாமல், மெதுவான, சீரான மாற்றத்தை எதிர்பார்ப்பது உதவும்.

ஓய்வும் கையைப் பயன்படுத்தும் விதத்தில் மாற்றங்களும் இருந்தும் வலி ஏற்கனவே மாதக்கணக்கில் நீடித்திருந்தால், ஏதாவது மாறாதவரை அது தொடர்ந்து நீடிக்கும் போக்கு கொண்டது. அந்தக் கட்டத்தில்தான் நாம் அறுவை சிகிச்சை பற்றிப் பேசுவோம். சரியான அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையின் 6 மாதங்கள் அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட காலத்துக்குப் பிறகும் தணியாத அறிகுறிகளுக்காக அறுவை சிகிச்சை செய்யப்படும்போது, பெரும்பாலானோர் அதற்குப் பிந்தைய ஆண்டில் குறைவான வலியையும் மேம்பட்ட செயல்பாட்டையும் தெரிவிக்கின்றனர்; பெரும்பாலானோர் தங்கள் வழக்கமான செயல்பாடுகளுக்குத் திரும்புகின்றனர். அறுவை சிகிச்சைக்கு முன் வேலை செய்துகொண்டிருந்த ஒரு குழுவில், 12 பேரில் 11 பேர் எட்டு வாரங்களுக்குள் வேலைக்குத் திரும்பினர்.

மீட்சி ஒரு நேர்கோடு அல்ல. சில நாட்கள் மற்ற நாட்களைவிட நன்றாக உணரப்படும்; தசைநாண் மீண்டும் உருவாகும்போது பற்றிப் பிடிப்பதும் தூக்குவதும் இன்னும் சிறிது வலிக்கலாம். உங்கள் மோதிர விரலிலும் சுண்டு விரலிலும் கூச்சமும் இருந்தால், தசைநாண் நன்றாகக் குணமடைந்து வரும்போதும் அந்த நரம்பு எரிச்சல் நீடிக்கலாம்; எனவே எந்தச் சிகிச்சையும் திட்டமிடப்பட்ட பிறகு அல்லாமல், அதற்கு முன்பே அதைத் தெரிவிப்பது நல்லது.

உங்கள் அறிகுறிகள் தணியாவிட்டால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டே வந்தால், இரவில் உங்களை எழுப்பினால், அல்லது வேலை செய்வதையோ உங்கள்

கைப்பகுதியையோ (hand) கையையோ (arm) பயன்படுத்துவதையோ தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது சிறப்பு நிபுணர் மதிப்பாய்வைக் கேளுங்கள்.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

கோல்ஃபர் முழங்கையின் பெரும்பாலான நிகழ்வுகள் ஓய்வினாலும் கையைப் பயன்படுத்தும் விதத்தில் மாற்றங்களினாலும் தணிகின்றன; எனவே அவசரமாக எதையும் பதிவு செய்வதற்கு முன் அவற்றுக்கு முழு வாய்ப்புக் கொடுங்கள். பல வாரங்களுக்குப் பிறகும் வலி தணியாவிட்டால், மோசமாகிக்கொண்டே வந்தால், அல்லது வேலை செய்வதையோ உங்கள் கைப்பகுதியையோ (hand) கையையோ (arm) பயன்படுத்துவதையோ தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது சிறப்பு நிபுணர் மதிப்பாய்வைக் கேளுங்கள். உங்கள் மறுபக்கக் கையைவிட உங்கள் பிடி பலவீனமாக உணரப்பட்டாலோ, முழங்கை முழுமையாக நேராகாவிட்டாலோ இதுவே பொருந்தும்.

ஓர் அறிகுறி விரைவான கவனத்துக்கு உரியது. முழங்கையின் உட்புற வலியுடன் சேர்ந்து உங்கள் மோதிர விரலிலும் சுண்டு விரலிலும் மரத்துப்போதலையோ கூச்சத்தையோ நீங்கள் கவனித்தால், உங்கள் சந்திப்பின்போது அதைக் குறிப்பிடுங்கள். அல்நார் நரம்பு வலிக்கும் தசைநாணுக்குச் சற்றுப் பின்னால் செல்கிறது; அதுவும் எரிச்சலடைந்திருக்கும்போது, எந்தச் சிகிச்சைகள் உதவக்கூடும் என்பதை அது மாற்றுகிறது.

உங்கள் கைப்பகுதியோ (hand) கையோ (arm) சூடாக, சிவந்து, வீங்கி, வலியுடன் இருந்தால், குறிப்பாகக் காய்ச்சலுடன் இருந்தால், அல்லது உங்கள் விரல்கள் வெளிறியோ, குளிர்ந்தோ, வெள்ளையாகவோ, நீலமாகவோ மாறினால், அதே நாளில் அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள். இவை கோல்ஃபர் முழங்கையின் அம்சங்கள் அல்ல; ஆனால் இவற்றுக்கு அதே நாளில் சிகிச்சை தேவை.

ஆழமான விளக்கம்

இந்தப் பகுதி, உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவையானதைவிட ஆழமாகச் செல்கிறது. கோல்ஃபர் முழங்கை பற்றிக் கூடுதலாகப் படிப்பது பயனுள்ளது; ஏனெனில் அது பொதுவாக டென்னிஸ் முழங்கையின் உட்புற வடிவமாகவே முன்வைக்கப்படுகிறது, ஆனால் இரண்டு விஷயங்களில் அந்தச் சட்டகம் தவறாக வழிநடத்துகிறது: அதை என்ன முன்கணிக்கிறது என்பது பகுதியளவு மட்டுமே இயந்திரவியல் சார்ந்தது, மேலும் அதனுடன் சேர்ந்து இரண்டாவது பிரச்சினை ஒன்று இருப்பது அறுவை சிகிச்சையால் என்ன சாதிக்க முடியும் என்பதை மாற்றுகிறது.

பெரும்பாலானவை அறுவை சிகிச்சை இல்லாமலேயே தணிகின்றன

முதன்மையான புள்ளிவிவரம் ஆறுதல் தருவதாகவே உள்ளது. முழங்கையின் உட்புற வலி பற்றிய ஒரு மதிப்பாய்வில், **பழமைவாத (conservative) சிகிச்சை பத்தில் ஒன்பது நோயாளிகளுக்கு முன்னேற்றத்தைத் தருகிறது**; அதே நேரத்தில், அறுவை சிகிச்சை

மூலம் சேதமடைந்த திசுவை அகற்றுவதன் (debridement) வெற்றி விகிதம் **80% முதல் 85% வரை** உள்ளது [1].

அந்த இரண்டு எண்களையும் தனித்தனியாக அல்லாமல், சேர்த்தே படியுங்கள். அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சைக்கே வெற்றி விகிதம் அதிகம். அறுவை சிகிச்சை என்பது அதே சிகிச்சையின் மேம்பட்ட வடிவம் அல்ல; காலமும் அழுத்த மேலாண்மையும் ஏற்கெனவே பலனளிக்கவில்லை என்ற சிறுபான்மையினருக்கான தேர்வு அது; மேலும் முதல்நிலைச் சிகிச்சையைவிடச் சற்றுக் குறைவான அளவிலேயே அது வெற்றி பெறுகிறது.

குறிப்பாகப் பயிற்சிப் பகுதியைப் பொறுத்தவரை, தசைநாண் தேய்மானத்தில் (tendinosis) வலிமைப் பயிற்சி அறிகுறிகளைக் குறைப்பதற்குச் சான்றுகள் ஆதரவளிக்கின்றன; கைமுறைச் சிகிச்சை நுட்பங்கள் (manipulation techniques) குறுகிய கால வலி நிவாரண விளைவைத் தருகின்றன, இது இன்னும் தீவிரமான நீட்சிப் பயிற்சிக்கும் வலிமைப் பயிற்சிக்கும் வழிவகுக்கலாம்; இருப்பினும் முடிவுகள் இன்னும் உறுதியானவை அல்ல என்று ஆசிரியர்கள் விவரிக்கின்றனர் [2].

அபாயக் காரணிகள், நீங்கள் கையை எவ்வளவு பயன்படுத்துகிறீர்கள் என்பதைப் பற்றியவை மட்டுமல்ல

எபிகொண்டிலைட்டிஸ் (epicondylitis) வேலை செய்யும் வயதினரிடையே பொதுவானது; மேலும் **உடல் அழுத்தக் காரணிகள், புகைபிடித்தல், உடல் பருமன் ஆகியவை வலுவான தீர்மானிக்கும் காரணிகள்** [3]. ஒரு தசைநாண் பிரச்சினையைப் பற்றிப் பேசும்போது புகைபிடித்தலையும் உடல் எடையையும் பெரும்பாலானோர் எதிர்பார்ப்பதில்லை; இவை இரண்டும், தசைநாண் எவ்வளவு வலுவாக இழுக்கப்படுகிறது என்பதைவிட, அதன் இரத்த வழங்கலையும் வளர்சிதை மாற்றச் சூழலையும் சுட்டிக்காட்டுகின்றன.

தொழில் சார்ந்த தரவுகள் இன்னும் ஒரு படி மேலே செல்கின்றன. **1,824** தொழிலாளர்களிடையே, பல தனிப்பட்ட மற்றும் தொழில் சார்ந்த உளச்சமூகக் (psychosocial) காரணிகளுக்கும், முழங்கையின் உட்புற மற்றும் வெளிப்புற எபிகொண்டிலைட்டிஸ் இரண்டுக்கும் இடையே புள்ளியியல் ரீதியாக முக்கியத்துவம் வாய்ந்த தொடர்புகள் காணப்பட்டன; **மக்கள்தொகைப் பண்புகளுக்கும் வேலையில் ஏற்படும் உடல் அழுத்தங்களுக்கும் சரிக்கட்டிய பிறகும்** அவை நீடித்தன. மிகப் பெரிய தொடர்புகள், **வேலைக்குப் பிந்தைய உடல் சோர்வுக்கும் வெளிப்புற எபிகொண்டிலைட்டிஸுக்கும் இடையே, 7.04 என்ற ஆட்ச விகிதத்தில் (odds ratio)** இருந்தன; மற்றொன்று, **வேலைக்குப் பிந்தைய மனச் சோர்வுக்கும் உட்புற எபிகொண்டிலைட்டிஸுக்கும் இடையே** இருந்தது [4].

அந்தச் சரிக்கட்டுதல்தான் இந்த வாக்கியத்தின் முக்கியமான பகுதி. சோர்வான ஆட்கள் கனமான வேலைகளைச் செய்கிறார்கள் என்பது மட்டுமே இந்தத் தொடர்பு அல்ல; உடல் அழுத்தத்தைக் கட்டுப்படுத்திய பிறகும் இந்த உறவு நிலைத்து நின்றது. சோர்வு தசைநாண் நோயை (tendinopathy) ஏற்படுத்துகிறது என்பதை இது நிரூபிக்கவில்லை; ஆனால் அழுத்தத்தை மட்டுமே மையமாகக் கொண்டு, ஒருவர் தன் வேலை நாளால் எவ்வளவு வற்றிப்போகிறார் என்பதைப் புறக்கணிக்கும் ஒரு சிகிச்சைத் திட்டம், முழுமையான சித்திரத்தின் ஒரு பகுதியை மட்டுமே கவனிக்கிறது என்பதை இது உணர்த்துகிறது.

விளைவுக்கு அல்நார் நரம்பு ஏன் முக்கியம்

முழங்கையின் உட்புற வலிக்கு ஒரு பரந்த வேறுபாட்டு ஆய்வு (differential) தேவை; அல்நார் நரம்புக் கோளாறுகள், கழுத்து நரம்பு வேர் அழுத்தம் (cervical radiculopathy), தசைநார்க் காயம் ஆகிய அனைத்தும் அதே இடத்தில் வலியை ஏற்படுத்துகின்றன [1]. இந்த நிலையே, மீண்டும் மீண்டும் ஏற்படும் நீள்-சுருக்க அழுத்தத்தாலும் (eccentric loading) வால்கஸ் அளவுமீறிய அழுத்தத்தாலும் (valgus overload) உருவாகிறது; தொடக்கத்தில் செயல்களை மாற்றிக்கொள்வதன் மூலமும் மறுவாழ்வுப் பயிற்சியின் மூலமும் இது கையாளப்படுகிறது, நீடிக்கும் அறிகுறிகளுக்கே அறுவை சிகிச்சை ஒதுக்கப்படுகிறது [5]. முடிவுகளை மிக அதிகமாகப் பாதிப்பது அல்நார் நரம்புதான்; ஏனெனில் சிகிச்சை அளிக்கப்படும் தசைநாணின் தொடக்கப் புள்ளிக்கு உடனடியாகப் பின்னால் அது செல்கிறது.

சேதமடைந்த திசுவை அகற்றும் அறுவை சிகிச்சை செய்யப்படும்போது, அதன் வெற்றி விகிதம் **உடன் இருக்கும் அல்நார் நரம்பு அழற்சியால் (ulnar neuritis) எதிர்மறையாகப் பாதிக்கப்படலாம்** [1]. இதன் நடைமுறை விளைவு என்னவென்றால், தொழில்நுட்ப ரீதியாக வெற்றிகரமான அகற்றலுக்குப் பிறகும் வலி நீடிப்பது அவசியம் தோல்வியடைந்த அறுவை சிகிச்சையைக் குறிக்காது; அறிகுறிகளில் ஒரு பங்கை ஆரம்பத்திலிருந்தே உருவாக்கிக்கொண்டிருந்தது தசைநாண் அல்ல, நரம்பாக இருக்கலாம். எனவே, முழங்கையின் உட்புற வலியுடன் சேர்ந்து மோதிர விரலிலும் சுண்டு விரலிலும் மரத்துப்போதலோ கூச்சமோ இருந்தால், அதை அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு அல்ல, திட்டமிடுவதற்கு முன்பே தெரிவிப்பது முக்கியம்.

மேற்கோள்கள்

- [1] Barco R, Antuña SA. Medial elbow pain. EFORT Open Rev. 2017;2(8):362-71. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.2.160006>
- [2] Hoogvliet P, Randsdorp MS, Dingemanse R, Koes BW, Huisstede BMA. Does effectiveness of exercise therapy and mobilisation techniques offer guidance for the treatment of lateral and medial epicondylitis? A systematic review. Br J Sports Med. 2013;47(17):1112-9. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091990>
- [3] Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliovaara M. Prevalence and determinants of lateral and medial epicondylitis: a population study. Am J Epidemiol. 2006;164(11):1065-74. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj325>
- [4] Thiese MS, Hegmann KT, Kapellusch J, Merryweather A, Bao S, Silverstein B, et al. Psychosocial factors related to lateral and medial epicondylitis. J Occup Environ Med. 2016;58(6):588-93. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000701>
- [5] Amin NH, Kumar NS, Schickendantz MS. Medial epicondylitis: evaluation and management. J Am Acad Orthop Surg. 2015;23(6):348-55. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00145>