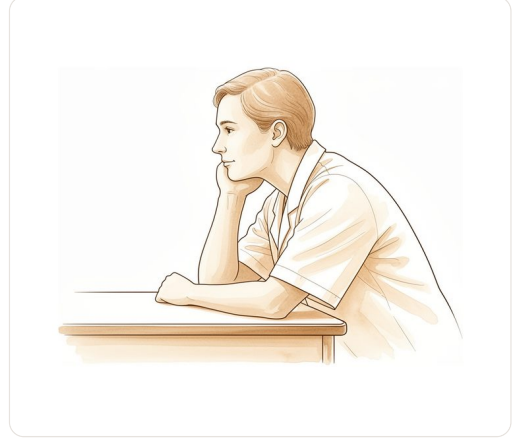


ஒலெக்ரானான் பர்சா அழற்சி

ஒலெக்ரானான் பர்சா அழற்சி: முழங்கையின் எலும்பு நுனியின் மேல் உள்ள திரவம் நிரம்பிய மெத்தை (பர்சா) வீங்கி, இங்கே காணப்படும் சிறப்பியல்பான 'வாத்து முட்டை' போன்ற கட்டியை உருவாக்குகிறது.

Kieran Hirpara © ① ② ③ 4.0



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

நீங்கள் உணர்வது

ஒலெக்ரானான் பர்சா அழற்சி (olecranon bursitis) என்றால், உங்கள் முழங்கை முனையில் உள்ள சிறிய மெத்தைப் பை வீங்கியிருக்கிறது என்று பொருள். பர்சா (bursa) எனப்படும் அந்தப் பை, வழக்கமாகத் தோல் எலும்பின் மீது சுமுகமாக நழுவிச் செல்ல அனுமதிக்கிறது. அது எரிச்சலடைந்து வீங்கும்போது, முழங்கையின் நுனிக்கு நேர் மேலே மென்மையான, சில சமயங்களில் தொட்டால் வலிக்கும் ஒரு கட்டியை நீங்கள் கவனிப்பீர்கள்.

பொதுவாக நீங்கள் முதலில் கவனிப்பது வீக்கத்தைத்தான். அது ஓரிரு நாட்களில் விரைவாக வரலாம், அல்லது பல வாரங்களில் மெதுவாக வரலாம். அந்த முழங்கையை ஊன்றுவது அதை மோசமாக்குகிறது; எனவே மேசை வேலை, நாற்காலியின் கைப்பிடியில் கையை ஊன்றி ஓய்வெடுப்பது, அல்லது முழங்கையை மடக்கி உடலுக்கு அடியில் வைத்துத் தூங்குவது — இவை அனைத்தும் அதை அதிகரிக்கலாம். பலருக்கு அது இரவில் வலிப்பதாக இருக்கும்; குறிப்பாக அந்தப் பக்கம் திரும்பித் தூங்கினால். கையை நேராக நீட்டி, முழங்கை முனையின் மீதுள்ள அழுத்தத்தை நீக்குவது அதைத் தணிக்கும் போக்கு உடையது.

எதிர்ப்புக்கு எதிராக முழங்கையை மடக்கும், அல்லது நுனியின் மீது அழுத்தும் அன்றாட வேலைகள் சிரமமாகிவிடுகின்றன. தாழ்வான நாற்காலியிலிருந்து கைகளை ஊன்றி எழுவது, பாத்திரம் கழுவும் இயந்திரத்தில் (dishwasher) பாத்திரங்களை அடுக்குவது, கடைப் பைகளை முன்கையில் தாங்கிச் சுமப்பது, அல்லது படிக்கும்போது மேசையில் முழங்கையை ஊன்றி வைப்பது — இவை அனைத்தும் அசௌகரியமாக இருக்கலாம். தலைக்கு மேல் கையை உயர்த்தி எட்டுவதும் வீங்கிய பகுதியை இழுக்கலாம்.

வீக்கம் எப்போதும் வெறும் தேய்மானத்தால் மட்டுமே ஏற்படுவதில்லை. சில சமயங்களில் அது பையில் ஏற்படும் ஒரு தொற்றால் வருகிறது; அப்போது பொதுவாக முழங்கையின்

மேல் உள்ள தோல் சிவந்து, சூடாகி, அதிக வலியுடன் இருக்கும். சில சமயங்களில் அது மூட்டில் சேரும் படிகங்களால் வருகிறது; இந்த நிலைக்குக் கௌட் (gout) என்று பெயர். முன்பே இதுபோன்ற தாக்குதல்கள் உங்களுக்கு ஏற்பட்டிருந்தால், அல்லது மற்றொரு முழங்கையும் பாதிக்கப்பட்டிருந்தால், இதற்கான வாய்ப்பு அதிகம். இங்குள்ள வீக்கம், ருமட்டாய்டு மூட்டழற்சி (rheumatoid arthritis) போன்ற அழற்சி சார்ந்த மூட்டு நிலைகளுடனும் தொடர்புடையதாக இருக்கலாம்; அத்தகைய நிலைகள் பொதுவாக உடலின் இரு பக்கங்களிலும் பல மூட்டுகளை ஒரே நேரத்தில் பாதிக்கின்றன.

இந்தக் காரணங்கள் ஒன்றைப்போலவே தோன்றக்கூடும் என்பதால், வெளிப்பார்வையில் அவற்றை வேறுபடுத்திப் பார்ப்பது எப்போதும் எளிதல்ல. உங்கள் முழங்கை சூடாக, சிவப்பாக அல்லது மிகவும் வலியுடன் இருந்தால், அல்லது வீக்கம் தணியாமல் பல வாரங்களாக நீடித்தால், சரியான சிகிச்சையைத் தொடங்குவதற்காக அதைச் சரியாகப் பரிசோதித்துக்கொள்வது நல்லது.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

உங்கள் முழங்கையின் நுனியில் பர்சா (bursa) எனப்படும், திரவம் நிரம்பிய ஒரு சிறிய பை அமைந்துள்ளது. அதை ஒரு மெல்லிய மெத்தையாக — தோலுக்கும் எலும்புக்கும் இடையே உள்ள ஒரு பஞ்சு வைத்த பை போல — கற்பனை செய்துகொள்ளுங்கள். நீங்கள் கையை மடக்கும் அல்லது நீட்டும் ஒவ்வொரு முறையும், தோல் எலும்பின் மீது சுமுகமாக நழுவிச் செல்ல வழிவகுப்பதே அதன் வேலை.

ஒலெக்ரானான் பர்சா அழற்சியில், அந்த மெத்தை அழற்சியடைந்து கூடுதல் திரவத்தால் வீங்குகிறது. இது பொதுவாக முழங்கை முனையில் மீண்டும் மீண்டும் ஏற்படும் சிறு அடிகளுக்குப் பிறகு அல்லது அழுத்தத்திற்குப் பிறகு நிகழ்கிறது — நாளுக்கு நாள் கடினமான மேற்பரப்புகளில் ஊன்றி இருப்பதால் வரும் அதே வகை அழுத்தம். காலப்போக்கில் ஏற்படும் உராய்வினால் மட்டுமேகூட அந்தப் பை பெரிதாகலாம். நீங்கள் பார்க்கக்கூடிய, தொட்டு உணரக்கூடிய கட்டி என்பது வீங்கிய அந்தப் பைதான்; தொட்டால் ஏற்படும் வலி, அதைச் சுற்றியுள்ள அழற்சியடைந்த திசுவிருந்து வருகிறது.

சில சமயங்களில் வீக்கம் வெறும் எரிச்சல் மட்டுமல்ல. அந்தப் பையில் தொற்று ஏற்படலாம்; அதனால்தான் தொற்று உள்ள பர்சா, வெறுமனே அழற்சியடைந்த ஒன்றைவிடச் சூடாகவும், சிவப்பாகவும், அதிக வலியுடனும் இருக்கும் போக்கு உடையது. கௌட்டினால் (gout) ஏற்படும் படிகங்கள் அந்தப் பையில் தங்கலாம்; மேலும் ருமட்டாய்டு மூட்டழற்சி (rheumatoid arthritis) போன்ற அழற்சி நிலைகள் அதே இடத்தில் வீக்கத்தையும் சிறிய திடமான கட்டிகளையும் ஏற்படுத்தலாம். வெளிப்பார்வையில் இந்தக் காரணங்கள் மிகவும் ஒரேமாதிரி தோன்றுவதால், அவற்றை வேறுபடுத்திப் பார்க்க முறையான பரிசோதனை தேவைப்படலாம்.

முழங்கையின் நுனியில் உள்ள எலும்பு — ஒலெக்ரானான் (olecranon) எனப்படுவது — தோலுக்குச் சற்றுக் கீழேயே, அதைச் சுற்றி மிகக் குறைவான மெத்தையுடன் அமைந்துள்ளது. அந்தத் திறந்த நிலைதான் அது இவ்வளவு எளிதாக அடிபடுவதற்கும், அதற்கு மேலுள்ள பர்சா இவ்வளவு தேய்மானத்தைத் தாங்குவதற்கும் சரியான காரணம்.

உங்கள் கையின் பின்புறத்தில் உள்ள, முழங்கையை நேராக்கும் தசையின் தசைநாணும் அதே எலும்பிலேயே பிணைக்கப்பட்டுள்ளது; எனவே இந்தச் சிறிய பகுதியைச் சுற்றியுள்ள பிரச்சினைகள், முழங்கை முழுவதும் எப்படி உணரப்படுகிறது, எப்படி அசைகிறது என்பதைப் பாதிக்கலாம்.

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 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 முதல் சந்திப்பின்போது, நாங்கள் உங்கள் மருத்துவ வரலாற்றைக் கேட்டறிந்து, உங்கள் முழங்கையைப் பரிசோதித்து, பயனுள்ளதாக இருக்கும் என்றால் அல்ட்ராசவுண்ட் அல்லது MRI ஸ்கேன் போன்ற பிம்பப் பரிசோதனைகளுக்கு ஏற்பாடு செய்கிறோம். MRI ஸ்கேன் காந்தங்களைப் பயன்படுத்தி மென்திசுக்களின் விரிவான படங்களை உருவாக்குகிறது; பை எவ்வளவு வீங்கியுள்ளது, அதில் எவ்வளவு திரவம் உள்ளது என்பதைக் காட்டுவதில் அது சிறந்தது. வீக்கத்தின் பின்னால் மறைந்திருக்கும் வேறு பிரச்சினைகளையும் பிம்பப் பரிசோதனை கண்டறியலாம்; வெவ்வேறு காரணங்களுக்கு வெவ்வேறு சிகிச்சை தேவை என்பதால் இது முக்கியம்.

நீண்ட காலமாக நீடிக்கும் பெரும்பாலான நிகழ்வுகளில், எளிய ஆதரவுப் பராமரிப்புடன் நாங்கள் தொடங்குகிறோம். அதாவது பனிக்கட்டி ஒற்றடம், கட்டு அல்லது ஸ்லீவ் மூலம் அழுத்தம் கொடுப்பது, முழங்கை முனையின் மேல் பாதுகாப்பான மெத்தை வைப்பது, மேலும் அதை மீண்டும் மீண்டும் அதிகரிக்கும் செயல்களை மாற்றுவது. முழங்கையின் நுனியிலிருந்து அழுத்தத்தை நீக்குவதே பெரும்பாலும் நீங்கள் செய்யக்கூடிய மிகவும் பயனுள்ள ஒரே மாற்றம். இயன்முறை சிகிச்சையின் நோக்கம், வீக்கத்தைத் தூண்டாமல் எரிச்சலைத் தணித்து, வசதியான அசைவை மீண்டும் கட்டியெழுப்புவதே. மேலும் எதையும் பற்றி யோசிப்பதற்கு முன், இந்த அணுகுமுறைக்கு நாங்கள் போதுமான கால அவகாசம் கொடுத்து முயன்று பார்க்கிறோம்; ஏனெனில் அறுவை சிகிச்சை அல்லாத பராமரிப்பு பெரும்பாலானவர்களுக்கு நன்றாகப் பலனளிக்கிறது, மேலும் ஊசிகளாலோ அறுவை சிகிச்சையாலோ வரும் அபாயங்களைத் தவிர்க்கிறது.

பையில் தொற்று இருந்தால், அந்தத் தொற்றுக்கு நாங்கள் நேரடியாகச் சிகிச்சை அளிக்கிறோம். இந்தப் பையில் ஏற்படும் சிக்கலற்ற தொற்றைப் பொதுவாக மருந்தால் மட்டுமே, பையை நீக்கத் தேவையின்றித் தணிக்க முடியும். ருமட்டாய்டு மூட்டழற்சி உள்ளவர்களையும் நாங்கள் கூர்ந்து கவனிக்கிறோம்; ஏனெனில் பர்சாவுடன் சேர்ந்து முழங்கை மூட்டும் அவ்வப்போது பாதிக்கப்படலாம்; அது சிகிச்சையை மாற்றுகிறது.

இந்த நிலைக்கு அறுவை சிகிச்சை எங்கள் வழக்கமான முதல் நடவடிக்கை அல்ல. பெரும்பாலான அறுவை சிகிச்சை நிபுணர்கள் ஆரம்பத்திலேயே அறுவை சிகிச்சை

செய்வதைத் தவிர்க்கிறார்கள்; ஏனெனில் வெளித்தள்ளி நிற்கும் இந்த எலும்பின் மேல் ஏற்படும் காயம் ஆற மெதுவாக இருக்கலாம், மேலும் சில சமயங்களில் தொடர்ந்து வடிந்துகொண்டே இருக்கும் ஒரு சிறிய வழியை — சைனஸ் (sinus) என்பதை — விட்டுச் செல்லலாம். அறுவை சிகிச்சை அல்லாத பராமரிப்பு போதுமான முன்னேற்றம் தராமல், வீக்கம் மீண்டும் மீண்டும் வந்துகொண்டே இருக்கும்போது, அழற்சியடைந்த பையை நீக்குவதை நாங்கள் பரிசீலிக்கிறோம்; இந்த அறுவை சிகிச்சைக்குப் பர்செக்டமி (bursectomy) என்று பெயர். பொருத்தமான இடங்களில், ஒரு சிறிய கேமராவைப் பயன்படுத்திச் சில சிறு கீறல்கள் வழியாக இதைச் செய்ய முடியும்; இந்த அணுகுமுறைக்கு எண்டோஸ்கோபிக் அறுவை சிகிச்சை (endoscopic surgery) என்று பெயர். அது முழங்கையின் உணர்திறன் மிக்க முனைக்கு நேர் மேலே ஒரு நீண்ட காயம் ஏற்படுவதைத் தவிர்க்கிறது. அறுவை சிகிச்சை உங்களுக்குச் சரியானதா என்பது நாம் சேர்ந்து எடுக்கும் முடிவு; நீங்கள் எந்தச் செயல்களுக்குத் திரும்ப விரும்புகிறீர்கள் என்பதையும், ஒவ்வொரு தேர்விலும் என்ன உள்ளது என்பதையும் எடைபோட்டு இதை முடிவு செய்வோம்.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

பெரும்பாலானவர்களுக்கு, இந்த வீக்கம் எளிய பராமரிப்பாலேயே தணிந்துவிடுகிறது. உங்கள் முழங்கை முனையின் மீதுள்ள அழுத்தத்தை நீக்குவது, மெத்தை வைத்து அதைப் பாதுகாப்பது, மேலும் அதை அதிகரிக்கும் செயல்களைக் குறைப்பது ஆகியவை அந்தப் பை அமைதியடைய வாய்ப்பு அளிக்கின்றன. இந்த நிலைக்கு அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சை பொதுவாக அறுவை சிகிச்சையைவிட அதிகப் பலனளிப்பதாகவும் பாதுகாப்பானதாகவும் உள்ளது; பெரும்பாலானவர்களுக்கு அறுவை சிகிச்சை ஒருபோதும் தேவைப்படுவதில்லை. பையில் தொற்று இருந்தாலும் அந்தத் தொற்று சிக்கலற்றதாக இருந்தால், மருந்தால் மட்டுமே சிகிச்சை அளிப்பது பொதுவாகப் பலனளிக்கும்; மேலும் திரவத்தை வெளியேற்றாமலோ பையை நீக்காமலோ வீக்கத்தைப் பெரும்பாலும் சமாளிக்க முடியும்.

அந்தப் பராமரிப்பு இல்லாவிட்டால், அல்லது அதே அழுத்தங்கள் தொடர்ந்தால், வீக்கம் நீடிக்கும் அல்லது மீண்டும் மீண்டும் வரும் போக்கு உடையது. சிலருக்கு அது தணியாமல் பல வாரங்களாக நீடிப்பதாக இருக்கும். உங்கள் முழங்கை நீண்ட காலமாக வீங்கியே இருந்தால், அதை மீண்டும் மதிப்பீடு செய்துகொள்வது நல்லது; ஏனெனில் தணிய மறுக்கும் ஒரு வீக்கம் அவ்வப்போது, தனிச் சிகிச்சை தேவைப்படும் ஒரு குறைவாகக் காணப்படும் காரணத்தைச் சுட்டிக்காட்டலாம்.

அறுவை சிகிச்சை அல்லாத பராமரிப்புக்குப் போதுமான வாய்ப்பு அளிக்கப்பட்ட பிறகும் வீக்கம் மீண்டும் மீண்டும் வந்துகொண்டே இருந்தால், அழற்சியடைந்த பையை நீக்கும் அறுவை சிகிச்சை ஒரு தேர்வாகிறது. இது இலகுவாக எடுக்கப்படும் முடிவு அல்ல; எளிய நடவடிக்கைகள் பலனளிக்கத் தவறும் வரை பொதுவாக இது ஒத்திவைக்கப்படுகிறது. இந்தப் பிடிவாதமான வகை வீக்கத்திற்கு அறுவை சிகிச்சை செய்யப்படும்போது, தங்கள் முழங்கை எப்படி உணரப்படுகிறது, எப்படிச் செயல்படுகிறது என்பதில் மக்கள் உண்மையான முன்னேற்றத்தைக் காணும் போக்கு உள்ளது. ஒரு சிறிய கேமராவுடன் சில சிறு கீறல்கள் வழியாகப் பையை நீக்குவது, அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய மிகக் குறைந்த வலியுடனும் விரைவான மீட்சியுடனும் தொடர்புபடுத்தப்பட்டுள்ளது;

தெரிவிக்கப்பட்ட நோயாளிகளில், மீண்டும் அறுவை சிகிச்சை அரங்கிற்குத் திரும்பத் தேவைப்படும் அளவுக்கு வீக்கம் மீண்டும் வந்ததோ காயம் ஆறுவதில் சிக்கல்கள் ஏற்பட்டதோ இல்லை. இருப்பினும், இங்கே அறுவை சிகிச்சை தவறே நடக்காத ஒன்று அல்ல: பையை நீக்கிக்கொள்பவர்களில் ஏறக்குறைய 11.5% பேருக்குப் பிற்காலத்தில் மேலும் ஒரு அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது. அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகும் வீக்கம் மீண்டும் வருவதற்குச் சிறிய வாய்ப்பும் உள்ளது.

அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய மீட்சி பொதுவாக நேரடியானது; ஆனால் இந்த எலும்பு முனையின் மேல் உள்ள காயம் ஆற மெதுவாக இருக்கலாம் — ஆரம்பத்திலேயே அறுவை சிகிச்சை செய்வதைத் தவிர்க்க அறுவை சிகிச்சை நிபுணர்கள் விரும்புவதற்கு இதுவும் ஒரு காரணம். பெரும்பாலானவர்கள் மாதங்களுக்குப் பதிலாக வாரங்களுக்குள்ளேயே முழங்கையை வசதியாக அன்றாடம் பயன்படுத்தத் திரும்புகிறார்கள். அறுவை சிகிச்சை எப்போதேனும் திட்டத்தின் ஒரு பகுதியாக மாறினால், உங்களுக்கு மீட்சி எப்படி இருக்கும் என்பதை உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் விளக்குவார்.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

முழங்கை முனையின் மேல் ஏற்படும் பெரும்பாலான வீக்கங்கள் ஓய்வாலும் எளிய பராமரிப்பாலும் தணிந்துவிடுகின்றன. கட்டி தொடர்ந்து வளர்ந்துகொண்டே இருந்தால், அல்லது முழங்கையின் மீதுள்ள அழுத்தத்தை நீக்கிச் சில வாரங்கள் ஆன பிறகும் அது தணியவில்லை என்றால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள்.

சில காரணங்களை விரைவாகக் கண்டறிந்து சரிசெய்ய வேண்டும். முழங்கையின் மேல் உள்ள தோல் சூடாக, சிவப்பாக, மிகவும் வலியுடன் இருந்தால் அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்; ஏனெனில் அது பையில் தொற்று இருப்பதைக் குறிக்கலாம், இங்குள்ள தொற்றுக்கு அதே நாளில் மதிப்பீடு தேவை. முன்பு உங்களுக்குக் கௌட் தாக்குதல்கள் ஏற்பட்டிருந்தால், மற்றொரு முழங்கையும் வீங்கியிருந்தால், அல்லது உங்கள் உடலின் இரு பக்கங்களிலும் பல மூட்டுகள் பாதிக்கப்பட்டிருந்தால், நிபுணர் மதிப்பீட்டைக் கேளுங்கள்; ஏனெனில் இவை வெறும் எரிச்சலைவிட, கௌட்டையோ ருமட்டாய்டு மூட்டழற்சி போன்ற ஓர் அழற்சி நிலையையோ சுட்டிக்காட்டுகின்றன. வெளிப்பார்வையில் தொற்றையும் கௌட்டையும் வேறுபடுத்திச் சொல்வது கடினமாக இருக்கலாம்; எனவே நீங்களே அதைக் கண்டுபிடிக்க முயற்சிக்க வேண்டாம்.

ஆழமான விளக்கம்

உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவைப்படுவதைவிட இந்தப் பகுதி மேலும் ஆழமாகச் செல்கிறது. ஒலெக்ரானான் பர்சா அழற்சி பற்றிக் கூடுதலாகப் படிப்பது பயனுள்ளது; ஏனெனில் இதற்கு உள்ளுணர்வால் மிகவும் அதிகமாகச் செய்யப்படும் இரண்டு விஷயங்களுக்கு — ஊசி மூலம் வீக்கத்திலிருந்து திரவத்தை வெளியேற்றுவது, அதற்குள் ஸ்டிராய்டு செலுத்துவது — எதிராகச் சான்றுகள் உள்ளன.

திரவத்தை வெளியேற்றுவதே பிரச்சினையை உருவாக்குவதாக இருக்கலாம்

உள்ளுணர்வு வலுவானது: திரவம் இருக்கிறது, எனவே திரவத்தை வெளியேற்றுங்கள். ஆனால் ஆய்வுத் தரவுகள் வேறு திசையைச் சுட்டுகின்றன. **சிக்கலற்ற, தொற்று உள்ள (uncomplicated septic) ஒலெக்ரானான் பர்சா அழற்சிக்கான சிகிச்சை உத்திகளை ஒப்பிட்ட ஓர் ஆய்வில், திரவத்தை வெளியேற்றாமல் செய்யப்பட்ட அனுபவ அடிப்படையிலான சிகிச்சை பலனளித்தது — எந்த நோயாளிக்கும் பர்செக்டமி தேவைப்படவில்லை; அதே வேளையில் பாரம்பரியமான, திரவத்தை வெளியேற்றும் குழுவில் 11 நோயாளிகளில் 8 பேருக்குப் பர்சாவை அறுவை சிகிச்சை மூலம் நீக்க வேண்டியதாயிற்று [1].**

இது ஒரு சிறிய ஆய்வுத் தொடரிலிருந்து வரும் ஒரு குறிப்பிடத்தக்க வேறுபாடு; அந்த எச்சரிக்கையுடனேயே இதைப் படிக்க வேண்டும். ஆனால் இதன் செயல்முறை புதிரானது அல்ல. ஒவ்வொரு அடியையும், மேசையில் ஊன்றும் ஒவ்வொரு முறையையும் தாங்கும் ஓர் எலும்பு முனையின் மேல், மெல்லிய தோலுக்கு நேர் கீழேயே பர்சா அமைந்துள்ளது. அந்தத் தோலின் வழியே ஊசியைச் செலுத்துவது ஒரு வழித்தடத்தை (tract) உருவாக்குகிறது; அழுத்தம் விழும் ஓர் இடத்தின் மேல் உள்ள வழித்தடம் மூடிக்கொள்ள மெதுவாக இருக்கும், மேலும் தொடர்ந்து வடிந்துகொண்டே இருக்கலாம்.

பொதுவான மறுஆய்வுகளும் இதே திசையில் ஒத்துப்போகின்றன. முதன்மையாக நிலை IV (level IV) சான்றுகளின் அடிப்படையில், **அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சை முறை, அறுவை சிகிச்சை முறையைவிடக் கணிசமாக அதிகப் பலனளிப்பதாகவும் பாதுகாப்பானதாகவும் உள்ளது [2].**

ஸ்டிராய்டு ஊசி பலனை மேம்படுத்தாமல் அபாயத்தை மட்டுமே சுமக்கிறது

இது ஆய்வு இலக்கியத்தில் வழக்கத்திற்கு மாறாக மிகத் தெளிவாகச் சொல்லப்பட்டுள்ளது. தொற்றில்லாத (aseptic) பர்சா அழற்சிக்கு, **கார்டிகோஸ்டிராய்டு ஊசி பலனை மேம்படுத்தாமல் கணிசமான அபாயங்களுடன் தொடர்புபடுத்தப்பட்டுள்ளது [2].**

இந்த அபாயங்கள் இந்த இடத்திற்கே உரியவை: தோலுக்குச் சற்றுக் கீழே வெளித்தள்ளி நிற்கும் ஓர் எலும்பின் மேல் தோல் மெலிதல் (skin atrophy) மற்றும் நிறம் இழத்தல் (depigmentation), மேலும் சுத்தப்படுத்துவதற்குக் கடினமான ஓர் இடைவெளிக்குள் தொற்று நுழைவது. மேல் அவயவத்தின் வேறு இடங்களில், எளிய நடவடிக்கைகள் பலனளிக்காதபோது ஸ்டிராய்டு ஊசி நியாயமான ஒரு படியாக இருக்கும். ஆனால் இங்கே சான்றுகள் அதற்கு ஆதரவு தரவில்லை; இந்த ஊசி உங்களுக்குப் பரிந்துரைக்கப்பட்டால், அந்த வேறுபாட்டைத் தெரிந்துகொள்வது நல்லது.

அறுவை சிகிச்சை உண்மையிலேயே கடைசி வழி; அதற்கு அளவிடக்கூடிய தோல்வி விகிதம் உள்ளது

பர்செக்டமி செய்யப்படும் இடங்களில், அது நம்பகமான முறையில் கதையை முடித்துவைப்பதில்லை. **பர்செக்டமிக்குப் பிந்தைய மறு அறுவை சிகிச்சை விகிதம் 11.5% ஆக இருந்தது; ரூம்டாய்டு மூட்டழற்சி, நீரிழிவு நோய் உள்ள நோயாளிகளிலும், இரண்டு முழங்கைகளில் எதிலாவது பர்சா அழற்சி ஏற்பட்ட வரலாறு உள்ளவர்களிலும், பெண்களிலும் மறு அறுவை சிகிச்சை அதிகமாக இருந்தது [3].**

அந்த அபாயக் காரணிகள், பர்சா மீண்டும் உருவாகும் வாய்ப்புள்ள சூழ்நிலைகளை விவரிக்கின்றன: அறுவை சிகிச்சை நீக்க முடியாத ஓர் அழற்சி சார்ந்த அல்லது வளர்சிதை மாற்றம் சார்ந்த காரணி, அல்லது அந்த நபரின் திசு இந்தப் பிரச்சினையை உருவாக்கும் போக்கை ஏற்கெனவே காட்டியிருப்பது. மீண்டும் மீண்டும் வரும் நிகழ்வுகளுக்கு, பர்சாவுக்குள் செலுத்தப்படும் டாக்சிசைக்ளின் ஸ்க்லிரோதெரபி (intrabursal doxycycline sclerotherapy) — அதாவது அந்த இடைவெளியை வெட்டி நீக்குவதற்குப் பதிலாக, வேண்டுமென்றே வடுத் திசுவால் மூடச் செய்வது — 45 முழங்கைகளைக் கொண்ட ஒரு தொடர் ஆய்வில் ஒரு மாற்று வழியாக விவரிக்கப்பட்டுள்ளது [4].

உண்மையில் இதைத் தணிப்பது எது

கவர்ச்சியற்ற பதில்: பாதுகாப்பும் காலமும். முழங்கை முனையின் மீதுள்ள அழுத்தத்தால் இயந்திரத்தனமாகவே பர்சா எரிச்சலடைகிறது என்பதால், காரணத்தை நேரடியாக அணுகும் சிகிச்சை என்பது அந்த அழுத்தத்தை நீக்குவதுதான்: மெத்தை வைப்பது, மேலும் முழங்கையை ஊன்றி ஓய்வெடுக்கும் பழக்கத்தை மாற்றுவது — தேவை என்று தோன்றுவதைவிட நீண்ட காலத்திற்கு இதைத் தொடர்ந்து செய்ய வேண்டும். பெரும்பாலான நிகழ்வுகள் தணிந்துவிடுகின்றன [5]; மேலே சொன்ன தலையீடுகள் பெரும்பாலும், எப்படியும் தானாகச் சரியாகும் ஒரு போக்கைச் சுருக்குவதற்கான முயற்சிகளே. அதனால்தான், தன்னுடைய சொந்த அபாயத்தைச் சுமக்கும் ஒரு தலையீடு இங்கே மிக உயர்ந்த தரத்தைத் தாண்ட வேண்டியிருக்கிறது.

மேற்கோள்கள்

- [1] Deal JB, Vaslow AS, Bickley RJ, Verwiebe EG, Ryan PM. Empirical treatment of uncomplicated septic olecranon bursitis without aspiration. J Hand Surg Am. 2020;45(1):20-5. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2019.06.012>
- [2] Sayegh ET, Strauch RJ. Treatment of olecranon bursitis: a systematic review. Arch Orthop Trauma Surg. 2014;134(11):1517-36. <https://doi.org/10.1007/s00402-014-2088-3>
- [3] Germawi L, Westenberg RF, Wang F, Schep NW, Chen NC, Eberlin KR. Factors associated with revision surgery for olecranon bursitis after bursectomy. J Shoulder Elbow Surg. 2021;30(5):1135-41. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2020.09.033>
- [4] McDermott D, Wakefield D, Kowalsky M, Sethi P, Vitale MA, Morrey BF. Intrabursal doxycycline sclerotherapy for recurrent olecranon bursitis of the elbow. J Hand Surg Glob Online. 2024;6(4):504-9. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2024.03.006>
- [5] Nchinda NN, Wolf JM. Clinical management of olecranon bursitis: a review. J Hand Surg Am. 2021;46(6):501-6. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.02.006>