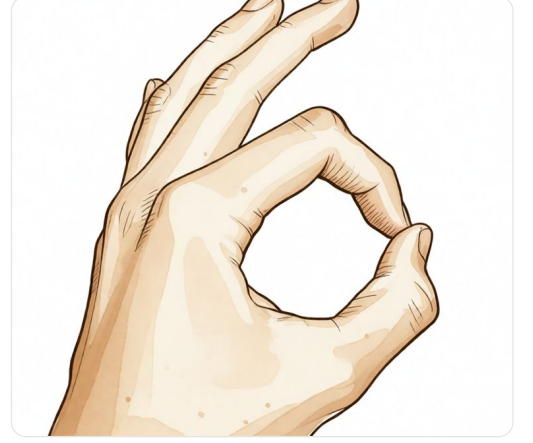


ப்ரோனேட்டர், லேசர்டஸ் மற்றும் முன்புற இடையெலும்பு நரம்பு நோய்க்குறிகள்



'OK சைகை' சோதனை: முன்புற இடையெலும்பு நரம்பு முடக்கம் இருக்கும்போது, கட்டைவிரலும் ஆள்காட்டி விரலும் வட்ட வடிவம் அமைக்க முடியாமல், தட்டையாகச் சேர்ந்து பிடிக்கின்றன.

Wikimedia Commons ('OK Sign'), CC BY 2.5

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

நீங்கள் உணர்வது

இந்த நிலைகள் அனைத்துமே **மீடியன் நரம்பு** (median nerve) அழுத்தப்படுவதால் ஏற்படுகின்றன; ஆனால் அது மிகவும் பிரபலமாக அழுத்தப்படும் இடமான மணிக்கட்டில் (கார்பல் டனல் சிண்ட்ரோம் — carpal tunnel syndrome) அல்லாமல், முழங்கையையும் முன்கையின் மேல்பகுதியையும் சுற்றி மேலே அழுத்தப்படுகிறது. இவை ஒன்றுக்கொன்று வெகுவாக வேறுபட்ட உணர்வுகளைத் தருகின்றன.

ப்ரோனேட்டர் சிண்ட்ரோம் (pronator syndrome) பொதுவாக முன்கையின் முன்பக்கத்தில் ஆழமான, வலிக்கும், சோர்வூட்டும் வலியை ஏற்படுத்துகிறது; முன்கையைத் திரும்பத் திரும்பத் திருப்புவது (ஸ்க்ரூடிரைவரையோ சாவியையோ திருப்புவது, துணியைப் பிழிவது) அல்லது இறுக்கமாகப் பிடிப்பது இதை அடிக்கடி மோசமாக்கும். கட்டைவிரல், ஆள்காட்டி விரல், நடுவிரல் ஆகியவற்றிலும், உள்ளங்கை முழுவதிலும், கட்டைவிரலின் சதைப்பற்றான அடிப்பகுதியிலும் கூட கூச்சத்தையோ மரத்துப்போதலையோ நீங்கள் உணரலாம். கார்பல் டனல் சிண்ட்ரோமைப் போலன்றி, இது பொதுவாக இரவில் உங்களை

எழுப்புவதில்லை; அசௌகரியம் கையைவிட முன்கையிலேயே அதிகமாக உணரப்படுகிறது.

லேசர்டஸ் சிண்ட்ரோம் (lacertus syndrome) என்பது, மேலே ஏற்படும் இதே அழுத்தத்தின் ஒரு குறிப்பிட்ட வடிவத்திற்கு நீங்கள் கேள்விப்படக்கூடிய புதிய பெயர்; இதில் காரணமாக இருப்பது, முழங்கை மடிப்பில் உள்ள லேசர்டஸ் ஃபைப்ரோசஸ் (lacertus fibrosus) எனப்படும் ஒரு உறுதியான நார்த்திசுப் பட்டை. வழக்கமான கதை இதுதான்: கை விரைவில் சோர்வடைகிறது, பிடி தடுமாறுகிறது — எழுதுவது, தட்டச்சு செய்வது அல்லது கருவிகளைப் பயன்படுத்துவது சிரமமாகிறது — இதனுடன் முன்கை வலியும், முழங்கை மடிப்புக்குச் சற்றுக் கீழே தொட்டால் கூடுதலான வலியும் இருக்கும். கார்பல் டனல் அறுவை சிகிச்சை, அது சரிசெய்யும் என்று எதிர்பார்க்கப்பட்ட அறிகுறிகளைச் சரிசெய்யாதபோது நாங்கள் தேடிப் பார்க்கும் விஷயங்களில் இதுவும் ஒன்று.

முன்புற இடையெலும்பு நரம்பு (anterior interosseous nerve, AIN) **நோய்க்குறி** மீண்டும் வேறுபட்டது. இது பொதுவாக மரத்துப்போதலைக் குறைவாகவே ஏற்படுத்துகிறது அல்லது அறவே ஏற்படுத்துவதில்லை. மாறாக, இது ஒரு பலவீனப் பிரச்சினை: உங்கள் கட்டைவிரலின், ஆள்காட்டி விரலின் நுனியை மடக்கும் தசைகள் சரியாகச் செயல்படுவதை நிறுத்திவிடுகின்றன. வழக்கமான அறிகுறி, சாதாரணமான வட்ட வடிவ “OK” சைகையைச் செய்ய முடியாமல் போவது; கட்டைவிரல் நுனியையும் ஆள்காட்டி விரல் நுனியையும் சேர்த்துப் பிடிக்க முயலும்போது, அந்தப் பிடி தட்டையான அல்லது முக்கோண வடிவமாகச் சரிந்துவிடுகிறது. சிலர் முதலில் கையிலோ தோள்பட்டையிலோ சிறிது காலம் வலி இருப்பதைக் கவனிக்கிறார்கள்; அதன் பிறகு பலவீனம் தோன்றுகிறது.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

மீடியன் நரம்பு என்ற ஒரே ஒரு பெரிய நரம்பு, உங்கள் கழுத்திலிருந்து கை வழியாகக் கீழே இறங்கி, முழங்கையின் முன்பக்கத்தைக் கடந்து கைக்குள் செல்கிறது. இது **உணர்வையும்** (கையின் ஒரு பகுதிக்கு) **இயக்க சக்தியையும்** (பல தசைகளுக்கு) கொண்டு செல்கிறது.

ப்ரோனேட்டர் சிண்ட்ரோமில், முழங்கையிலும் முன்கையின் மேல்பகுதியிலும் உள்ள நெரிசலான இடத்தின் வழியாக நரம்பு செல்லும்போது அது அழுத்தப்படுகிறது அல்லது எரிச்சலடைகிறது. முழங்கை மடிப்புக்கு அருகில் உள்ள ஒரு இறுக்கமான திசுப் பட்டை (லேசர்டஸ் ஃபைப்ரோசஸ் — இந்தப் பட்டையே காரணமாக இருக்கும்போது, இந்த நிலை பெருகிய முறையில் **லேசர்டஸ் சிண்ட்ரோம்** என்று அழைக்கப்படுகிறது) அதை அழுத்தலாம்; அல்லது உங்கள் உள்ளங்கையைக் கீழ்நோக்கித் திருப்பும் தசைகளுக்கு இடையிலோ அவற்றுக்குக் கீழோ அது நுழைந்து செல்லும்போதும் அழுத்தப்படலாம். அழுத்தம் மேலே (மணிக்கட்டுக்கு மேலே) இருப்பதால், அறிகுறிகளில் உள்ளங்கையும் கட்டைவிரலின் அடிப்பகுதியும் அடங்கும்; கார்பல் டனல் சிண்ட்ரோமிலிருந்து இதைப் பிரித்தறியும் முக்கியத் தடயம் இதுவே.

AIN நோய்க்குறியில், மீடியன் நரம்பின் ஆழமான ஒரு கிளை பாதிக்கப்படுகிறது; அந்தக் கிளை இயக்க சக்தியை மட்டுமே கொண்டு செல்கிறது, உணர்வைக் கொண்டு செல்வதில்லை — அதனால்தான் பலவீனம் இருக்கிறது, ஆனால் மரத்துப்போதல் இல்லை.

பலருக்கு இது எளிய “அழுத்தம்” அல்லவே அல்ல; மாறாக, நரம்பில் ஏற்படும் எரிச்சல் அல்லது அழற்சி போன்றது (சில சமயங்களில் ஒரு வைரஸ் நோய்க்குப் பிறகு, அல்லது தெளிவான காரணம் எதுவும் இல்லாமல்) — இது அடிக்கடி தானாகவே குணமடைவதற்கு இதுவும் ஒரு காரணம்.

இதற்கு நாங்கள் என்ன செய்ய முடியும்

Mater Private Hospital Rockhampton-இல், கவனமான மருத்துவ வரலாறு மற்றும் உடற்பரிசோதனை மூலம் இந்த நிலைகளை மதிப்பிடுவதில் எங்கள் மேல் அவயவ (upper-limb) குழுவை டாக்டர் கியரன் ஹிர்பரா வழிநடத்துகிறார். நாங்கள் பொதுவாக அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையுடன் தொடங்குகிறோம்; ஓய்வும் செயல்பாட்டு மாற்றங்களும் இருந்தும் உங்கள் அறிகுறிகள் நீடித்தால் மட்டுமே அறுவை சிகிச்சையைப் பரிசீலிக்கிறோம்.

இந்த நிலைகள் அனைத்துக்குமே, முதல் படி கிட்டத்தட்ட எப்போதும் அறுவை சிகிச்சை அல்லாததுதான்; குறிப்பாக AIN நோய்க்குறியில் அந்தப் பொறுமைக்குப் பொதுவாகப் பலன் கிடைக்கிறது.

நிலைமையைத் தணித்தல். அதாவது, அதை மோசமாக்கும் செயல்களை மாற்றிக்கொள்வது (திரும்பத் திரும்பத் திருப்புவதையும் இறுக்கமாகப் பிடிப்பதையும் குறைப்பது), சில சமயங்களில் கைக்கு ஓய்வு தர ஒரு சிம்பைப் (splint) பயன்படுத்துவது, நரம்புக்கு அவகாசம் கொடுப்பது. வலிக்கு எளிய வலி நிவாரண வழிமுறைகள் உதவுகின்றன.

கவனித்துக் காத்திருத்தல். AIN பலவீனம் பெரும்பாலும் சில மாதங்களில் தானாகவே மேம்படுகிறது; எனவே வழக்கமான திட்டம், மேலும் ஏதேனும் செய்வதைப் பரிசீலிப்பதற்கு முன், பெரும்பாலும் சுமார் மூன்று முதல் ஆறு மாதங்கள் வரை, கவனித்துக் காத்திருப்பதே. பலர் அறுவை சிகிச்சை இல்லாமலேயே அந்தக் காலத்திற்குள் தங்கள் வலிமையை மீண்டும் பெறுகிறார்கள். நோயறிதலை உறுதிப்படுத்தவும் மீட்சியைக் கண்காணிக்கவும், நரம்புப் பரிசோதனைகள் அல்லது ஸ்கேன் போன்ற சோதனைகளுக்கு இடையில் ஏற்பாடு செய்யப்படலாம்.

முன்னேற்றம் காணாத சிறுபான்மையினருக்கே அறுவை சிகிச்சை ஒதுக்கப்படுகிறது: ஓய்வையும் செயல்பாட்டு மாற்றத்தையும் நியாயமான அளவு முயன்ற பிறகும் வலி நீடிக்கும் ப்ரோனேட்டர் சிண்ட்ரோம், அல்லது ஒரு காலம் கவனித்த பிறகும் குணமடையும் அறிகுறியே காட்டாத AIN பலவீனம். நரம்பை அழுத்திக்கொண்டிருக்கும் இறுக்கமான அமைப்புகளை அறுவை சிகிச்சை விடுவிக்கிறது; இதனால் நரம்பு குணமடைய முடியும். அழுத்தம் குறிப்பாக லேசர்டஸ் பட்டையில் இருக்கும்போது, நீங்கள் விழிப்புடன் இருக்கும்போதே உள்ளூர் மயக்க மருந்தின் கீழ் ஒரு குறுகிய வெட்டின் வழியாக இதைப் பெரும்பாலும் செய்ய முடியும் — இதனால் பாதிக்கப்பட்ட தசைகளின் வலிமையை அப்போதே சரிபார்க்க முடிகிறது — மேலும் மீட்சி பொதுவாக விரைவானது.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

இந்த நிலைகளுக்குப் பொதுவாக நல்ல எதிர்கால நிலை உள்ளது. குறிப்பாக AIN நோய்க்குறி தானாகவே குணமடையும் வலுவான போக்கைக் கொண்டுள்ளது; அதனால்தான் நாங்கள் அவசரப்பட்டு அறுவை சிகிச்சை செய்வதில்லை. மீட்சி படிப்படியானது; வாரங்களில் அல்ல, மாதங்களில் அளக்கப்படுகிறது. எனவே சிறிது பொறுமை தேவை; வழி நெடுகிலும் உங்கள் முன்னேற்றம் மதிப்பாய்வு செய்யப்படும்.

அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சை போதாமல் அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படும்போது, நரம்பை விடுவிப்பது பொதுவாக ப்ரோனேட்டர் சிண்ட்ரோமின் வலியைத் தணிக்கிறது; AIN நோய்க்குறியில் வலிமை திரும்புவதற்கான சிறந்த வாய்ப்பைத் தருகிறது. இருப்பினும் நரம்புகள் மெதுவாகவே குணமடைகின்றன; அதற்குப் பிறகு பல மாதங்களுக்கு முன்னேற்றம் தொடர்ந்து கூடிக்கொண்டே இருக்கும்.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

- கட்டைவிரல், ஆள்காட்டி விரல், நடுவிரல் ஆகியவற்றில் மரத்துப்போதல் அல்லது கூச்சத்துடன் கூடிய முன்கை வலி — குறிப்பாக உள்ளங்கையிலும் கட்டைவிரலின் அடிப்பகுதியிலும் கூட அதை உணர்ந்தால், மேலும் திருப்பும்போதோ பிடிக்கும்போதோ அது மோசமானால்.
- சாதாரணமான “OK” சைகையைச் செய்வதில் திடீரெனத் தோன்றும் சிரமம், அல்லது கட்டைவிரல் நுனியை ஆள்காட்டி விரலுடன் சேர்த்துப் பிடிப்பதில் பலவீனம்.
- ஓய்வாலும் செயல்பாட்டு மாற்றங்களாலும் தணியாத முன்கை அல்லது கை அறிகுறிகள், அல்லது சில மாதங்களுக்குப் பிறகும் குணமடையாத பலவீனம்.
- தோள்பட்டையிலோ கையிலோ சிறிது காலம் வலி ஏற்பட்டு, அதைத் தொடர்ந்து கையில் பலவீனம் தோன்றினால், அதை மதிப்பீடு செய்துகொள்வது நல்லது; ஏனெனில் இந்தப் போக்கு, முன்கூட்டியே கண்டறியப்படுவதால் பலன் பெறும் ஒரு நரம்புப் பிரச்சினையைக் குறிக்கலாம்.

ஆழமான விளக்கம்

இந்தப் பகுதி, உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவையானதைவிட ஆழமாகச் செல்கிறது. சிகிச்சையையே மாற்றக்கூடிய இரண்டு நடப்பு விவாதங்கள் இருப்பதால், இந்த நோய்க்குறிகளைப் பற்றிக் கூடுதலாகப் படிப்பது பயனுள்ளது: ஒன்று, புதிதாகப் பிரபலமடைந்துவரும் ஒரு நோயறிதல் (லேசர்டஸ் சிண்ட்ரோம்) — அதற்கான ஆதாரம் உண்மையிலேயே கவனத்தை ஈர்ப்பது, ஆனால் உண்மையிலேயே மெலிதானது; இரண்டு, முன்புற இடையெலும்புப் பிரச்சினை என்பது ஒரு அழுத்தமே அல்ல என்று பெருகிய முறையில் கருதப்படுகிறது — அதாவது, அதற்கு அழுத்த நீக்கம் செய்வது விடையாக இருக்க வாய்ப்பில்லை.

அழுத்தமாக இருக்க வாய்ப்பில்லாத நிலை

முன்புற இடையெலும்பு நரம்பு நோய்க்குறி ஒரு தனித்துவமான பலவீனத்தை ஏற்படுத்துகிறது: கட்டைவிரலின், ஆள்காட்டி விரலின் நுனியை மடக்க முடியாமல் போவது; இதனால் “OK” சைகை ஒரு நுனிப்பிடியாகச் சரிந்துவிடுகிறது. மரத்துப்போதல் இருக்காது, ஏனெனில் இந்தக் கிளை தசைகளுக்கு மட்டுமே நரம்பு வழங்குகிறது.

நீண்ட காலமாக, ஒரு நார்த்திசுப் பட்டையால் நரம்பு சிக்கிக்கொள்வதே இதன் காரணம் என்று கருதப்பட்டு, அதற்கேற்பச் சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டது. இன்றைய பார்வை வேறுபட்டது:

இது ஒரு நரம்பழற்சி (neuritis) என்று பெருகிய முறையில் கருதப்படுகிறது; நீண்ட காலம் கவனித்து வந்தால் பெரும்பாலும் தானாகவே சரியாகிவிடுகிறது [1]. இதன் இயற்கையான போக்கு கிட்டத்தட்ட எப்போதும் முழுமையான அல்லது கிட்டத்தட்ட முழுமையான மீட்சியே; மேலும், அந்த இயற்கையான போக்கை அறுவை சிகிச்சை மாற்ற முடியும் என்பதற்கு நம்பகமான ஆதாரம் எதுவும் இல்லை. எனவே, முன்கூட்டிய தலையீடு மீட்சியை மேம்படுத்துகிறது அல்லது துரிதப்படுத்துகிறது என்று தரமான ஆய்வுகள் காட்டும் வரை, அவசரப்பட்ட அறுவை சிகிச்சையைத் தவிர்க்க வேண்டும் [2].

இந்த மறுவரையறை முக்கியமானது; ஏனெனில் இந்த இரண்டு மாதிரிகளும் நேர் எதிரான நடவடிக்கைகளைக் குறிக்கின்றன. ஒரு பட்டை நரம்பை நெரித்துக்கொண்டிருந்தால், தாமதம் நிரந்தரச் சேதத்தை ஏற்படுத்தும்; விரைவில் விடுவிப்பது அவசரத் தேவை. நரம்பில் அழற்சி இருந்தால், தானாகவே குணமடையவிருந்த ஒரு நிகழ்வுக்கு அறுவை சிகிச்சை ஒரு காயத்தைச் சேர்க்கிறது; மேலும் நரம்பின் கால அளவில் மீட்சி என்பது பல மாதங்களில் அளக்கப்படுகிறது — ஆறாவது மாதத்தில் செய்யப்படும் அறுவை சிகிச்சை வேலை செய்ததுபோலத் தவறாமல் தோன்றுவதற்கு அது போதுமான நீண்ட காலம்.

நடைமுறை வழிகாட்டுதல், இந்த நிச்சயமின்மையைத் தீர்க்காமல் அதைப் பிரதிபலிக்கிறது: ப்ரோனேட்டர் சிண்ட்ரோமில் 6 மாதங்களுக்கு மேல் அறிகுறிகள் நீடித்தால், அல்லது முன்புற இடையெலும்பு நரம்பு நோய்க்குறியில் குறைந்தது 12 மாதங்கள் கழிந்த பிறகு, அறுவை சிகிச்சை மூலம் அழுத்த நீக்கம் செய்வது பரிந்துரைக்கப்படுகிறது [1].

ப்ரோனேட்டர் சிண்ட்ரோம் ஒரு சர்ச்சைக்குரிய நோயறிதல்

ப்ரோனேட்டர் சிண்ட்ரோம் என்பது, முழங்கையைச் சுற்றி மேலே மீடியன் நரம்பு அழுத்தப்படுவதைக் குறிக்கிறது; இது முன்கை வலியையும், மீடியன் நரம்பு சப்ளை செய்யும் விரல்களில் மரத்துப்போதலையும் ஏற்படுத்துகிறது. இந்த உணர்வு சார்ந்த அறிகுறிகள், மிகவும் பொதுவான, நரம்புக் கடத்தல் பரிசோதனைகளில் (nerve conduction studies) எளிதாக உறுதிப்படுத்தக்கூடிய கார்பல் டனல் சிண்ட்ரோமுடன் கிட்டத்தட்ட முழுமையாக ஒன்றுடன் ஒன்று பொருந்துவதால், இரண்டையும் பிரித்தறிவதே சிரமம்.

ஆய்வு இலக்கியத்தில் இது ஒரு **சர்ச்சைக்குரிய நோயறிதல்** என்று விவரிக்கப்படுகிறது; பொதுவாக சுமார் 12 மாதங்கள் என்ற நீண்ட காலத்திற்கு அறுவை சிகிச்சை இல்லாமலேயே இதற்குச் சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது [1]. பிரச்சினை கீழே அல்ல, மேலே உள்ளது என்பதைச் சுட்டிக்காட்டும் அம்சங்கள்: கட்டைவிரலின் அடிப்பகுதியில் உள்ளங்கையின் மேல் ஏற்படும் மரத்துப்போதல் — அந்தப் பகுதிக்கு நரம்பு வழங்கும் கிளை, கார்பல் டனலுக்கு முன்பே மீடியன் நரம்பிலிருந்து பிரிந்து செல்கிறது, எனவே கார்பல் டனல் சிண்ட்ரோமில் அது பாதிக்கப்படுவதில்லை — இதனுடன், முன்கையில் தொட்டால் வலி,

மேலும் இரவில் மணிக்கட்டின் நிலையால் அல்லாமல், எதிர்ப்புக்கு எதிராக முன்கையைத் திருப்பும்போது தூண்டப்படும் அறிகுறிகள் [3] [5].

லேசர்டஸ் சிண்ட்ரோம்: மிகப் பழைய பட்டைக்கு மிகப் புதிய பெயர்

லேசர்டஸ் ஃபைப்ரோசஸ் என்பது, பைசெப்ஸ் தசைநாணிலிருந்து (biceps tendon) முழங்கையின் முன்பக்கத்தைக் கடந்து செல்லும் ஒரு நார்த்திசுத் தாள்; மீடியன் நரம்பை அழுத்தக்கூடிய அமைப்புகளின் பட்டியலில் இது எப்போதுமே இடம்பெற்றுள்ளது. சமீபத்தில் மாறியிருப்பது என்னவென்றால், அதற்கே முதன்மை இடம் தர வேண்டும் என்ற கூற்று. ஸ்வீடன் நாட்டுக் கை அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் Elisabet Hagert தலைமையிலான ஒரு பள்ளி, குறிப்பிட்ட காரணம் இல்லாத முன்கைச் சோர்வு, “தடுமாறும் கை”, அல்லது பலனளிக்காத கார்பல் டனல் விடுவிப்பு என்று அடையாளம் காணப்பட்ட பலருக்கு, உண்மையில் சரியாக இந்த இடத்திலேயே நரம்பு சிக்கியிருக்கிறது என்று வாதாடுகிறது — இந்தப் போக்கு இப்போது பரவலாக **லேசர்டஸ் சிண்ட்ரோம்** என்று அழைக்கப்படுகிறது [6].

மேல்பகுதியில் மீடியன் நரம்பு அழுத்தப்படும்போது மின் பரிசோதனைகள் பொதுவாக இயல்பாகவே இருப்பதால், இந்த நோயறிதல் வேண்டுமென்றே மருத்துவப் பரிசோதனையை அடிப்படையாகக் கொண்டது: மீடியன் நரம்பு சப்ளை செய்யும் மூன்று குறிப்பிட்ட தசைகளின் பலவீனம் (கட்டைவிரல், ஆள்காட்டி விரல் நுனிகளை மடக்கும் தசைகள், மற்றும் ஒரு மணிக்கட்டு மடக்குத் தசை), அத்துடன் பட்டையின் மேல் நேரடியாகத் தொட்டால் வலி [6]. முன்மொழியப்படும் சிகிச்சை, நோயாளி முழு விழிப்புடன் இருக்கும்போது உள்ளூர் மயக்க மருந்தின் கீழ் செய்யப்படும் ஒரு குறுகிய விடுவிப்பு; இதனால் பட்டை வெட்டப்பட்ட சில நிமிடங்களிலேயே அறுவை சிகிச்சை மேசையிலேயே வலிமையை மீண்டும் பரிசோதிக்க முடியும். பதிவான முடிவுகள் கவனத்தை ஈர்ப்பவை: வெளியிடப்பட்ட மிகப் பெரிய ஆய்வுத் தொடரில், 93 நோயாளிகளின் சராசரி இயலாமை (QuickDASH) மதிப்பெண், அறுவை சிகிச்சைக்கு முன் இருந்த 53-லிருந்து அதற்குப் பிறகு உடனடியாக 8 ஆக மேம்பட்டது; பிடி வலிமை 16-லிருந்து 24 kg ஆக உயர்ந்தது; அலுவலகப் பணியாளர்கள் பொதுவாகச் சில நாட்களுக்குள் வேலைக்குத் திரும்பினர் [7].

கவனத்தை ஈர்க்கும் முடிவுகள் கூர்ந்த ஆய்வுக்கு உரியவை; அதற்கான சந்தேகங்களும் உடனுக்குடன் வெளியிடப்பட்டுள்ளன. லேசர்டஸின் மேல் தொட்டால் வலி இருப்பது முற்றிலும் ஆரோக்கியமானவர்களிடமும் பொதுவானது என்று தெரியவந்துள்ளது; அறிகுறிகளே இல்லாத 72 கைகளில் 14-ல் (சுமார் ஐந்தில் ஒன்று) அதை ஒரு ஆய்வு கண்டறிந்தது. இது, தொட்டால் வலி என்பதைத் தனியாக ஒரு நோயறிதல் அறிகுறியாகக் கொள்வதைப் பலவீனப்படுத்துகிறது; மறுபக்கக் கையுடன் ஒப்பிடுவதையும் நம்பகமற்றதாகக்கூறியது [8]. “லேசர்டஸ் சிண்ட்ரோம்” என்ற சொல் தற்போது இரண்டு வெவ்வேறு பிரச்சினைகளுக்குப் பயன்படுத்தப்படுகிறது — உண்மையான நரம்பு அழுத்தம், மற்றும் அதே இடத்தில் ஏற்படும் தசை அதிகப் பயன்பாட்டுப் போக்கு — ஒரே பெயர் இரண்டையும் உள்ளடக்க இழுபடலாம் என்று மற்றவர்கள் சுட்டிக்காட்டுகிறார்கள் [9]. சமவாய்ப்பு ஒதுக்கீட்டு ஆய்வுகள் எதுவும் இல்லை; விளைவுகளைப் பதிவுசெய்த ஆய்வுத் தொடர்களில் பின்தொடர்தல் காலம் குறுகியது; மேலும், புறநிலைச் சோதனை இல்லாமல் நோயறியப்பட்டு, உடனடிப் பின்னூட்டம் தரும் அறுவை சிகிச்சையால் சிகிச்சையளிக்கப்படும் ஒரு நிலை என்பது, தேர்வுச் சார்பும் மருந்துப்போலி (placebo) விளைவும் முடிவுகளை மிகைப்படுத்திக் காட்டும் சரியான சூழ்நிலைதான்.

நியாயமான நடுநிலை, இந்தப் பக்கம் ஏற்கெனவே நிற்கும் இடம்தான்: அந்தப் பட்டை உண்மையானது, அது நரம்பை அழுத்த முடியும்; பலவீனம் மற்றும் தொட்டால் வலி என்ற குறிப்பிட்ட போக்கு இருக்கும்போது, இலக்கு வைத்த ஒரு விடுவிப்பு என்பது விரைவான மீட்சியுடன் கூடிய ஒரு சிறிய அறுவை சிகிச்சை. உற்சாகமும் சந்தேகமும் இரண்டுமே தற்போதைய ஆய்வு இலக்கியத்தின் பகுதிகளே.

பொறுமை வெறும் எச்சரிக்கை அல்ல, நியாயமானது ஏன்

இரண்டு நிலைகளுக்குமே பரிந்துரைக்கப்படும் வழி நீண்ட கால கவனிப்பே; அறிகுறிகள் நீடித்துக்கொண்டிருக்கும்போது இதை ஏற்றுக்கொள்வது கடினம். இரண்டு காரணங்கள் இதை நியாயப்படுத்துகின்றன.

முதலாவது, மேலே சொன்ன இயற்கையான போக்கு: முன்புற இடையெலும்பு நரம்பு நோய்க்குறியில், எந்தத் தலையீடும் இல்லாமலேயே மீட்சியே எதிர்பார்க்கப்படும் விளைவு [2]. இரண்டாவது, திடீரெனத் தொடங்கும் வலிமிகுந்த நரம்பு முடக்கத்தில் மாற்று நோயறிதலாக இருப்பது நியூரால்ஜிக் அமையோட்ரோஃபி (neuralgic amyotrophy), அதாவது பார்க்ஸேஜ்-டர்னர் சிண்ட்ரோம் (Parsonage-Turner syndrome) — இது நரம்புகளின் ஒரு அழற்சி நிலை; வழக்கமாக இது நாட்கள் முதல் வாரங்கள் வரை நீடிக்கும் கடுமையான தோள்பட்டை அல்லது கை வலியுடன் தொடங்கி, வலி தணியும்போது பலவீனம் தோன்றுகிறது [4]. இது ஒரு மருத்துவ நிலை, இயந்திரவியல் பிரச்சினை அல்ல; எந்த அழுத்த நீக்கமும் அதற்குத் தீர்வாகாது.

எனவே, பலவீனத்திற்கு முன்பாகக் கடுமையான வலியுடன் தொடங்கியது என்பதுதான் மிகச் சரியாகத் தெரிவிக்கத்தக்க அம்சம்; ஏனெனில் அது சாத்தியமான நோயறிதலை அழுத்தத்திலிருந்து முற்றிலும் வேறு திசைக்கு நகர்த்துகிறது.

மேற்கோள்கள்

- [1] Rodner CM, Tinsley BA, O'Malley MP. Pronator syndrome and anterior interosseous nerve syndrome. J Am Acad Orthop Surg. 2013;21(5):268-75. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-21-05-268>
- [2] Nzeako OJ, Tahmassebi R. Idiopathic anterior interosseous nerve dysfunction. J Hand Surg Am. 2015;40(11):2277-8. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.07.021>
- [3] Balcerzak AA, Ruzik K, Tubbs RS, Konschake M, Podgórski M, Borowski A, et al. How to differentiate pronator syndrome from carpal tunnel syndrome: a comprehensive clinical comparison. Diagnostics (Basel). 2022;12(10):2433. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12102433>
- [4] Stutz CM. Neuralgic amyotrophy: Parsonage-Turner syndrome. J Hand Surg Am. 2010;35(12):2104-6. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2010.09.010>
- [5] Presciutti S, Rodner CM. Pronator syndrome. J Hand Surg Am. 2011;36(5):907-9. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2011.02.014>
- [6] Hagert E. Clinical diagnosis and wide-awake surgical treatment of proximal median nerve entrapment at the elbow: a prospective study. Hand (N Y). 2013;8(1):41-6. <https://doi.org/10.1007/s11552-012-9483-4>

- [7] Ahmad AA, Abdullah S, Thavamany AS, Tong CY, Ganapathy SS. Lacertus syndrome: an outcome analysis after lacertus release. J Hand Surg Glob Online. 2023;5(4):498-502. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2023.03.001>
- [8] Fang J, Zhang LQ, Tang JB. Incidence of local tenderness at the lacertus fibrosus in healthy people. J Hand Surg Eur Vol. 2025;51(1):107-8. <https://doi.org/10.1177/17531934251346595>
- [9] Berezin PA, Zolotov AS. Lacertus syndrome: one term - two different pathologies. J Hand Surg Eur Vol. 2023;48(8):825-6. <https://doi.org/10.1177/17531934231170347>