

சுண்ணாம்புத் தசைநாண் அழற்சி

தோள்பட்டையின் சுண்ணாம்புத் தசைநாண் அழற்சி: சுழற்சி தசைநாண் பட்டையின் தசைநாண்களில் ஒன்றுக்குள் — பெரும்பாலும் சுப்ராஸ்பைனேட்டஸில் — சுண்ணாம்பு போன்ற படிவு சேர்கிறது; அது சுற்றியுள்ள திசுவில் அழற்சியை ஏற்படுத்தும்போது திடீர் கடுமையான வலியை உண்டாக்கலாம்.

Kieran Hirpara © ① ② ③ 4.0



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

நீங்கள் உணர்வது

சுண்ணாம்புத் தசைநாண் அழற்சி (calcific tendinitis) என்பது, உங்கள் சுழற்சி தசைநாண் பட்டையின் (rotator cuff) தசைநாண்களில் ஒன்றுக்குள் சுண்ணாம்புச் சத்து சிறிதளவு படிந்து சேர்வதைக் குறிக்கிறது; சுழற்சி தசைநாண் பட்டை என்பது உங்கள் தோள்பட்டையைப் பிடித்து வைத்து, அதை அசைக்கும் தசைநாண்களின் தொகுப்பு. வலி பொதுவாக உங்கள் தோள்பட்டையின் பக்கவாட்டிலோ மேற்பகுதியிலோ, மிக அடிக்கடி பாதிக்கப்படும் தசைநாணான சுப்ராஸ்பைனேட்டஸ் (supraspinatus) தசைநாணின் மேலே உணரப்படும். கையைப் பக்கவாட்டில் வெளிப்புறமாகவோ தலைக்கு மேலேயோ தூக்குவது வலியை மோசமாக்கும் போக்கு உள்ளது; உயரமான அடுக்கை எட்டுவதும் துவைத்த துணிகளைக் காயப்போடுவதும் கடினமான வேலையாகிவிடலாம்.

வலி பெரும்பாலும் இரவில், குறிப்பாக நீங்கள் அந்தத் தோள்பட்டையின் மீது படுக்கும்போது, அதிகரிக்கும்; அது உங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்பலாம். செயல்பாட்டுக்குப் பிறகோ காலையில் எழுந்தவுடனோ கூட அது உங்களைத் தாக்கலாம். சிலருக்கு, இடையிடையே அமைதியான காலங்களுடன், வலி அலை அலையாக வருகிறது; அது பல மாதங்கள் இழுத்துக்கொண்டு போகலாம். நீண்ட காலம் நீடிக்கும் அந்த அசௌகரியம், வேலைக்கு விடுப்பு எடுக்க வேண்டிய நிலையை ஏற்படுத்தி, உங்கள் வாழ்க்கைத் தரத்தைப் படிப்படியாகக் குறைக்கலாம்.

இந்த நிலை 30 முதல் 60 வயதுக்கு இடைப்பட்ட பெண்களிடம் மிகவும் பொதுவானது; இருப்பினும் மற்றவர்களையும் இது பாதிக்கிறது. படிவு பொதுவாக 0.5 முதல் 1.5 செ.மீ. வரை

நீளம் கொண்டது; பெரும்பாலானவை பஞ்சு போன்று இல்லாமல் அடர்த்தியாக இருக்கும். சுமார் 9% பேருக்கு ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட தசைநாண்கள் பாதிக்கப்படுகின்றன; இது வலியைத் தோள்பட்டையைச் சுற்றிப் பரவச் செய்யலாம்.

தெரிந்துகொள்ள வேண்டிய ஒன்று: ஸ்கேனில் தெரியும் சுண்ணாம்புப் படிவு இருப்பதால், அதே தசைநாணில் கிழிவு இல்லை என்று ஆகிவிடாது. உங்கள் வலி தணியாமல் இருந்தால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டிருந்தால், இரவில் உங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்பினால், அல்லது நீங்கள் வேலை செய்வதையோ உங்கள் கையைப் பயன்படுத்துவதையோ தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது நிபுணரின் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள்.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

உங்கள் சுழற்சி தசைநாண் பட்டை என்பது, உங்கள் தோள்பட்டையைப் பிடித்து வைத்து அசைக்கும் நான்கு தசைநாண்களின் தொகுப்பு. இவை தோள்பட்டையின் உச்சியில் உள்ள ஒரு சிறிய எலும்பு வளைவின் கீழே, ஒரு குறுகிய இடைவெளி வழியாக வழக்கிச் செல்கின்றன; அவற்றுக்கு இடையே திரவம் நிறைந்த மெல்லிய ஒரு மெத்தை இருக்கிறது. தசைநாணை, இறுக்கமான ஒரு கப்பி (pulley) வழியாக ஓடும் கயிறாகக் கற்பனை செய்துகொள்ளுங்கள்.

சுண்ணாம்புத் தசைநாண் அழற்சியில், அந்தக் கயிற்றின் ஒரு பகுதி மாறுகிறது. தசைநாணுக்குள் உள்ள செல்கள் மெதுவாகக் குருத்தெலும்பை (cartilage) ஒத்த செல்களாக மாறுகின்றன; மாறிய அந்தத் திசுவுக்குள் சுண்ணாம்பு படிவத் தொடங்குகிறது. இது கட்டம் கட்டமாக நிகழ்கிறது: முதலில் தசைநாண் மாறுகிறது, பிறகு சுண்ணாம்பு உருவாகி அங்கேயே தங்குகிறது, இறுதியில் உடல் அந்தப் படிவை உடைத்து உள்வாங்கிக்கொள்கிறது. இந்தச் செயல்முறை செயலாக்கமானது, வெறும் தேய்மானம் அல்ல; உடலின் வேறு இடங்களில், வயதான, தேய்ந்துபோன ஒரு தசைநாணில் நீங்கள் காணக்கூடிய சுண்ணாம்புப் படிதலிலிருந்து இது வேறுபட்டது.

ஒவ்வொரு கட்டமும் வெவ்வேறு விதமாக உணரப்படுவதால், கட்டம் முக்கியமானது. சுண்ணாம்பு தசைநாணில் அமைதியாகத் தங்கியிருக்கும்போது, உங்களுக்குச் சிறிதளவு வலியே இருக்கலாம், அல்லது வலியே இல்லாமல் இருக்கலாம். உடல் அதை உள்வாங்கத் தொடங்கும்போது, வலி பெரும்பாலும் திடீரெனக் கடுமையாகிறது; இரவில் அது மிக மோசமாக இருக்கலாம். படிவு தன் அளவாலும் தொந்தரவு தரலாம்: இறுக்கமான அந்த இடைவெளிக்குள் அது வீங்கும்போது, மேலே உள்ள எலும்பு வளைவுக்கு எதிராக அது சிக்கிக்கொண்டு, கையின் சீரான அசைவைத் தடுக்கலாம். அதனால்தான் உங்கள் கையைப் பக்கவாட்டில் வெளிப்புறமாகத் தூக்குவது விறைப்பாகவோ தடுக்கப்பட்டது போலவோ உணரப்படலாம்.

படிவு பெரும்பாலும் சுப்ராஸ்பைனேட்டஸ் தசைநாணில், அது மேற்கை எலும்பின் உச்சியில் இணையும் இடத்திலிருந்து சுமார் 1.5 முதல் 2 செ.மீ. தொலைவில் அமைந்திருக்கும். வலி ஏன் அந்த இடத்தில் இருக்கிறது, தலைக்கு மேலே எட்டுவது ஏன் மிகக் கடினமான அசைவாக இருக்கிறது என்பதை அந்த இடமே விளக்குகிறது.

தெரிந்துகொள்ள வேண்டிய இன்னொரு விஷயம்: பலருக்கு இந்தப் படிவுகள் இருந்தும் எந்த வலியும் இருப்பதில்லை; படிவுகளில் சுமார் மூன்றில் ஒரு பங்கு மட்டுமே எப்போதாவது அறிகுறிகளை ஏற்படுத்துகின்றன. எனவே உங்கள் ஸ்கேனில் உள்ள சுண்ணாம்பு உண்மையான ஒரு கண்டறிதல்தான்; ஆனால் அதுவே உங்கள் வலிக்குக் காரணமா என்பது, அது எந்தக் கட்டத்தில் உள்ளது, உங்கள் உடல் அதற்கு எப்படி எதிர்வினையாற்றுகிறது என்பதைப் பொறுத்தது.

இதற்கு நாங்கள் என்ன செய்ய முடியும்

Mater Private Hospital Rockhampton-இல் பணியாற்றும் மேல் அவயவ (upper limb) அறுவை சிகிச்சை நிபுணரான டாக்டர் கியரன் ஹிர்பரா, உங்கள் நிலைக்குப் பொருந்தும், மிகக் குறைவாக ஊடுருவும் சிகிச்சை வழிகளிலிருந்தே தொடங்குகிறார். நோயாளிகள் பொதுவாக அவர்களின் GP (குடும்ப மருத்துவர்) மூலம் எங்கள் கிளினிக்குக்குப் பரிந்துரைக்கப்படுகிறார்கள்; ஒரு இயன்முறை சிகிச்சையாளர் (physiotherapist) எங்களைச் சந்திக்கச் சொல்லியிருந்தாலும், Medicare தள்ளுபடியைப் (rebate) பெறத் தகுதி பெற உங்கள் GP-யிடமிருந்து பரிந்துரைக் கடிதம் இன்னும் தேவைப்படும். உங்கள் முதல் சந்திப்பில் உங்கள் உடல்நல வரலாற்றைக் கேட்டறிந்து, உங்கள் தோள்பட்டையைப் பரிசோதித்து, தேவைப்படும் இடத்தில் ஸ்கேன்களுக்கு ஏற்பாடு செய்வோம். இது போன்ற நீண்ட காலப் பிரச்சினைக்கு, நாங்கள் பொதுவாக முதலில் அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையை முயற்சிக்கிறோம்; அது போதுமான முன்னேற்றம் தராதபோது அறுவை சிகிச்சையைப் பரிசீலிக்கிறோம்.

முதல் படி எளிமையானது: வலியைக் கிளறும் செயல்பாடுகளை மாற்றிக்கொண்டு, தலைக்கு மேலான வேலைகளிலிருந்து உங்கள் தோள்பட்டைக்கு ஓய்வு கொடுங்கள். வலியைத் தணித்து, கையில் சீரான, கட்டுப்பாடான அசைவை மீண்டும் கட்டியெழுப்புவதே இயன்முறை சிகிச்சையின் நோக்கம். இந்த நிலை பல மாதங்கள் இழுத்துக்கொண்டு போகலாம் என்பதால், அதன் பலனை மதிப்பிடுவதற்கு முன் அதற்கு நியாயமான வாய்ப்பு கொடுங்கள். உங்கள் அறிகுறிகள் தணியாமல் இருந்தால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டிருந்தால், இரவில் உங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்பினால், அல்லது நீங்கள் வேலை செய்வதையோ உங்கள் கையைப் பயன்படுத்துவதையோ தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது நிபுணரின் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள்.

அழற்சி எதிர்ப்பு மருந்துகள் வலிக்கான பொதுவான முதல்நிலைச் சிகிச்சை. அவை போதவில்லை என்றால், படிவையே இலக்காகக் கொண்ட சிகிச்சை முறைகளை நாங்கள் வழங்க முடியும். ஒரு வழி அதிர்வலைச் சிகிச்சை (shock wave therapy); இதில் உடலுக்கு வெளியிலிருந்து ஒலி அலைகள் சுண்ணாம்பை நோக்கிச் செலுத்தப்பட்டு, படிவு உடைக்கப்படுகிறது. இது ஊடுருவாத சிகிச்சை, அதாவது எதுவும் தோலைத் துளைப்பதில்லை; சுண்ணாம்பைப் பெயர்த்தெடுக்க, நிர்ணயிக்கப்பட்ட வலிமையிலும் நிர்ணயிக்கப்பட்ட எண்ணிக்கையிலான துடிப்புகளிலும் (pulses) இது செய்யப்படுகிறது. மற்றொரு வழி, அல்ட்ராசவுண்ட் வழிகாட்டலுடன் செய்யப்படும் ஊசி முறை (ultrasound-guided needling); இதில், தசைநாணின் நேரடிப் படங்களைக் காட்டும் ஸ்கேனான அல்ட்ராசவுண்டைப்

பயன்படுத்தி, ஒரு ஊசி படிவுக்குள் செலுத்தப்பட்டு, சுண்ணாம்பு உடைக்கப்பட்டு வெளியே உறிஞ்சி எடுக்கப்படுகிறது. இந்த இரண்டு முறைகளும் வலியைத் தணிக்கவும், செயல்பாட்டை மீட்டெடுக்கவும், சுண்ணாம்பை அகற்றவும் கூடும். அறிகுறிகள் நீடித்தால், செயல்முறைகளுக்கு இடையே குறைந்தது ஆறு வாரங்கள் இடைவெளி விட்டு, ஊசி முறையை மீண்டும் செய்யலாம்.

இந்தச் சிகிச்சைகள் பலன் தராதபோது அறுவை சிகிச்சை பரிசீலிக்கப்படுகிறது. அதில் தசைநாணிலிருந்து சுண்ணாம்புப் படிவு அகற்றப்படுகிறது; தசைநாணும் கணிசமாகப் பாதிக்கப்பட்டிருந்தால், அதுவும் பழுதுபார்க்கப்படுகிறது. மேலே உள்ள வழிகளை முறையாக முயன்ற பிறகும் உங்கள் வலி தணியவில்லை என்றால், அறுவை சிகிச்சை உங்களுக்குப் பொருத்தமானதா என்பதைப் பற்றிப் பேசி, நாம் சேர்ந்து முடிவு செய்வோம்.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

பெரும்பாலான சந்தர்ப்பங்களில், சுண்ணாம்புத் தசைநாண் அழற்சிக்கான எதிர்கால வாய்ப்பு நல்லதே. பலருக்கு இந்தப் படிவுகள் இருப்பது தெரியாமலேயே இருக்கிறது; அவற்றில் சுவார் மூன்றில் ஒரு பங்கு மட்டுமே எப்போதாவது வலியை ஏற்படுத்துகின்றன. படிவு அறிகுறிகளை ஏற்படுத்தும்போதும், நீண்ட காலத்தில் அது முழுமையாகத் தீர்ந்துவிடுவதற்கு நல்ல வாய்ப்பு உள்ளது. உங்கள் உடல் சுண்ணாம்பைத் தானாகவே உள்வாங்கிக்கொள்ள முடியும்; படிவு உருவான கணத்திலிருந்தே அந்தச் செயல்முறை நடந்துகொண்டிருக்கிறது.

இருப்பினும், அதை அடையும் பாதை எப்போதும் விரைவானதல்ல. அறிகுறிகள் பல மாதங்கள் இழுத்துக்கொண்டு போகலாம்; நீண்ட காலம் நீடிக்கும் அந்த அசௌகரியம், வேலைக்கு விடுப்பு எடுக்க வேண்டிய நிலையையும், உங்கள் வாழ்க்கைத் தரத்தில் உண்மையான பாதிப்பையும் ஏற்படுத்தலாம். வலி பெரும்பாலும், இடையிடையே அமைதியான காலங்களுடன், அலை அலையாக வருகிறது; உங்கள் உடல் படிவை உடைக்கத் தொடங்கும்போது அது திடீரெனக் கடுமையாக இருக்கலாம். சில படிவுகள் சில மாதங்களுக்குள் அமைதியடைகின்றன, வேறு சில அதிக காலம் எடுக்கின்றன; உங்கள் படிவு எப்படி நடந்துகொள்ளும் என்பதைத் துல்லியமாகக் கணிக்க நம்பகமான வழி எதுவும் இல்லை.

பெரும்பாலானோர் அறுவை சிகிச்சை இல்லாமலேயே நன்றாக முன்னேறுகிறார்கள். பழமைவாதச் சிகிச்சை (conservative care), அதாவது அறுவை சிகிச்சை இல்லாத சிகிச்சையே, வழக்கமான முதல் தேர்வு; பெரும்பாலானோருக்கு அது குறிப்பிடத்தக்க முன்னேற்றத்தைத் தருகிறது: படிவின் அளவோ இடமோ எதுவாக இருந்தாலும், இவ்வாறு சிகிச்சை பெற்றவர்களில் 72% பேர் நல்ல அல்லது மிகச் சிறந்த பலனைத் தெரிவிக்கின்றனர். அதிர்வலைச் சிகிச்சையும் அல்ட்ராசவுண்ட் வழிகாட்டலுடன் செய்யப்படும் ஊசி முறையும், பலருக்கு வலியைத் தணித்து சுண்ணாம்பை அகற்றுகின்றன; இரண்டுமே வலுவான பாதுகாப்புப் பதிவைக் கொண்டவை. அறிகுறிகள் குறுகிய காலமாக இருந்து, படிவு சிறியதாக இருக்கும்போது ஊசி முறை சிறப்பாகப் பலன் தரும் போக்கு உள்ளது. இந்த முறைகளில் ஒன்று உங்கள் குறிப்பிட்ட படிவுக்குப் பொருந்தாவிட்டால், மற்ற வழிகளைப் பற்றி உங்களுடன் பேசுவோம்.

இந்தச் சிகிச்சைகளை முறையாக முயன்ற பிறகும் வலி தணியாதவர்களுக்கே அறுவை சிகிச்சை ஒதுக்கி வைக்கப்படுகிறது. அது தசைநாணிலிருந்து சுண்ணாம்புப் படிவை அகற்றுகிறது; பிற சிகிச்சைகளுக்குக் கட்டுப்படாத வலி உள்ளவர்களில் 88.5% பேருக்கு அது நல்ல பலனைத் தருகிறது. அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகான மீட்சி படிப்படியானது: முதல் ஆறு மாதங்களில் தோள்பட்டையின் செயல்பாடு மெதுவாக மேம்படுகிறது; செளகரியத்திலும் அசைவிலும் ஏற்படும் முன்னேற்றத்தின் பெரும்பகுதி ஒரே நேரத்தில் வராமல், அந்தக் காலத்தில் படிப்படியாக வளர்கிறது.

உங்கள் அறிகுறிகள் தணியாமல் இருந்தால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டிருந்தால், இரவில் உங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்பினால், அல்லது நீங்கள் வேலை செய்வதையோ உங்கள் கையைப் பயன்படுத்துவதையோ தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது நிபுணரின் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள்.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

பெரும்பாலான சுண்ணாம்புப் படிவுகள் தானாகவே அமைதியடைகின்றன; பல படிவுகள் எந்தத் தொந்தரவும் தருவதே இல்லை. ஆனால் இந்த நிலை பல மாதங்கள் இழுத்துக்கொண்டு போகலாம்; அது உங்கள் வேலை நேரத்தை இழக்கச் செய்து, உங்கள் வாழ்க்கைத் தரத்தைப் படிப்படியாகக் குறைக்கலாம். உங்கள் தோள்பட்டை வலி தணியாமல் இருந்தால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டிருந்தால், இரவில் உங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்பினால், அல்லது நீங்கள் வேலை செய்வதையோ உங்கள் கையைப் பயன்படுத்துவதையோ தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது நிபுணரின் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள். உங்கள் கையைப் பக்கவாட்டில் வெளிப்புறமாகத் தூக்கும்போது ஏதோ தடுப்பது போலவோ சிக்கிக்கொண்டது போலவோ வலி உணரப்பட்டால், அதையும் குறிப்பிடுங்கள்; ஏனெனில் வீங்கிய படிவு, அதற்கு மேலே உள்ள எலும்பு வளைவின் கீழ் தசைநாண் அசைவதை நேரடியாகத் தடுக்கலாம். தெரிவிக்க வேண்டிய இன்னொரு விஷயம்: உங்கள் ஸ்கேனில் தெரியும் சுண்ணாம்புப் படிவு இருப்பதால், அதே தசைநாணில் கிழிவு இல்லை என்று ஆகிவிடாது; எனவே ஸ்கேன் கண்டறிதல் மட்டுமே நோயறிதலை முடிவு செய்துவிடாது. அலுவலக நேரத்துக்குப் பிறகோ வார இறுதியிலோ கிளினிக்கைத் தொடர்புகொள்ள முடியாவிட்டால், உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

ஆழமான விளக்கம்

இந்தப் பகுதி, உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவையானதை விட ஆழமாகச் செல்கிறது. சுண்ணாம்புத் தசைநாண் அழற்சியைப் பற்றிக் கூடுதலாகப் படிப்பது பயனுள்ளது; ஏனெனில் அது பெரும்பாலான தோள்பட்டை நிலைகளைப் போல் நடந்துகொள்வதில்லை: எந்த வலியும் இல்லாதவர்களிடமும் இந்தப் படிவு பொதுவாகக் காணப்படுகிறது, உடல் பொதுவாக உதவியின்றியே அதைக் கரைத்துவிடுகிறது, மேலும் சுண்ணாம்பை அகற்றும் சிகிச்சையே வலியை மிக வேகமாகத் தணிக்கும் சிகிச்சை அல்ல.

படிவு என்பது பொதுவாகக் காணப்படும் ஒன்று, தானாகவே ஒரு நோயறிதல் அல்ல

உங்கள் ஸ்கேனில் பதிவாகியுள்ள ஒரு சுண்ணாம்புப் படிவைப் பிரச்சினைக்கான காரணம் என்று புரிந்துகொள்வது எளிது; ஏனெனில் அது கண்ணுக்குத் தெரிகிறது, வலியும் உண்மையானது. ஆனால் பரவல் குறித்த தரவுகள் அதைச் சிக்கலாக்குகின்றன. 1,219 பெரியவர்களில், அறிகுறிகள் இல்லாதவர்களில் 7.8% பேரிடமும், அக்ரோமியனுக்குக் கீழான வலி நோய்க்குறி (subacromial pain syndrome) உள்ளவர்களில் 42.5% பேரிடமும் படிவுகள் இருந்தன [1]. 302 தோள்பட்டைகள் குறித்த தனியான ஒரு தொடரில், பொது மக்களிடையே படிவுகள் அடிக்கடி காணப்பட்டன; சுமார் மூன்றில் ஒரு பங்கு மட்டுமே வலி தந்தன [2].

எனவே படிவு இருப்பது, அதுவே வலியின் மூலம் என்பதற்கான நிகழ்தகவைக் கணிசமாக உயர்த்துகிறது; ஆனால் வலியே இல்லாத தோள்பட்டைகளில் தோராயமாகப் பதிமூன்றில் ஒன்றிலும் ஒரு படிவு இருக்கிறது. ஒரு படிவை அமைதியான நிலையிலிருந்து அறிகுறி தரும் நிலைக்கு மாற்றுவது, ஓரளவுக்கு அதன் அளவும் இடமும் என்றே தெரிகிறது: உண்மையிலேயே அறிகுறி தரும் நோய்க்கான மிக உயர்ந்த வாய்ப்பு, அக்ரோமியனுக்குக் கீழான வலியுடன் 1.5 செ.மீ.-ஐ விட நீளமான படிவைக் கொண்ட, 30 முதல் 60 வயதுடைய பெண்களிடமே இருந்தது [1]; மேலும் வலிக்கும், படிவு சுப்ராஸ்பைனேட்டஸில் அமைந்திருப்பதற்கும், ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட தசைநாண்கள் பாதிக்கப்பட்டிருப்பதற்கும் தொடர்பு இருந்தது [2].

இது பொதுவாகக் கரைந்துவிடுகிறது; அதுவே எல்லாவற்றையும் வடிவமைக்கிறது

இயல்பான போக்கு உள்வாங்கலை (resorption) நோக்கியே இருக்கிறது; அதனால்தான் இத்தனை சிகிச்சைகள் பலன் தருவது போல் தோன்றுகின்றன. இதற்கான தெளிவான எடுத்துக்காட்டு ஒரு சமவாய்ப்பு மருத்துவச் சோதனையிலிருந்து வருகிறது: அதில் ஒவ்வொரு நோயாளிக்கும் ஊசி முறையும் கழுவுதலும் (needling and lavage) செய்யப்பட்டு, பின்னர் ஸ்டிராய்டு ஊசியோ உப்புநீர் ஊசியோ சமவாய்ப்பு முறையில் வழங்கப்பட்டது: பன்னிரண்டு மாதங்களில், உப்புநீர் குழுவில் 83% பேரிலும், ஸ்டிராய்டு குழுவில் 74% பேரிலும் சுண்ணாம்பு உள்வாங்கப்பட்டிருந்தது [3].

இதைக் கவனமாகப் படியுங்கள்; ஏனெனில் எதிர்பாராத முடிவு இதில்தான் இருக்கிறது. ஸ்டிராய்டு ஆறு வாரங்களுக்கு வலியையும், மூன்று மாதங்களுக்குச்

செயல்பாட்டையும் மேம்படுத்தியது; ஆனால் சுண்ணாம்பு மறைந்ததா என்பதில் குறிப்பிடத்தக்க தாக்கம் எதுவும் இருக்கவில்லை [3]. வலி நிவாரணமும் சுண்ணாம்பு அகற்றப்படுவதும் தனித்தனியான செயல்முறைகள். ஒரு சிகிச்சை ஒன்றை மட்டும் தந்து மற்றதைத் தராமல் இருக்கலாம்; ஸ்கேனில் கண்ணுக்குத் தெரிவது, வாரா வாரம் அறிகுறிகளை உந்தித் தள்ளுவது அல்ல.

அதனால்தான் அறுவை சிகிச்சை அல்லாத வழிகள் ஒரே மாதிரியாகச் செயல்படுகின்றன

எப்படியிருந்தாலும் படிவு பெருமளவு தானாகவே தீர்ந்துவிடுகிறது என்றால், சிகிச்சைகள் குணப்படுத்துவதற்காக அல்ல, இடைப்பட்ட காலத்தைத் தாங்கக்கூடியதாக ஆக்குவதற்காகவே போட்டியிடுகின்றன. ஒப்பீடுகள் காட்டுவதும் அதைத்தான். 257 நோயாளிகளிடையே, இயன்முறை சிகிச்சை, கார்டிகோஸ்டிராய்டு ஊசி, அல்ட்ராசவுண்ட்

வழிகாட்டலுடன் செய்யப்படும் பார்போடேஜ் (barbotage) ஆகியவை **அறுவை சிகிச்சையைத் தவிர்க்கும் விகிதங்களில் ஒரே மாதிரியான** பலனைத் தந்தன [4]. **239** நோயாளிகளில் இதே மூன்று அணுகுமுறைகளும் பெருமளவு வெற்றிகரமாக இருந்தன; இயன்முறை சிகிச்சை மட்டும் மிக அதிக தோல்வி விகிதத்தைக் கொண்டிருந்தது [5].

சிகிச்சை முறைகளில், அதிக ஆற்றல் கொண்ட அதிர்வலைச் சிகிச்சையே (high-energy shockwave therapy) மிக விரிவாக ஆய்வு செய்யப்பட்ட, குறைந்த அளவில் ஊடுருவும் சிகிச்சை; குறுகிய முதல் நடுத்தரக் காலம் வரை அது பாதுகாப்பானதாகவும் பலன் தருவதாகவும் காட்டப்பட்டுள்ளது. அதேநேரம், அல்ட்ராசவுண்ட் வழிகாட்டலுடன் செய்யப்படும் ஊசி முறை, அல்ட்ராசவுண்ட் வழிகாட்டலுடன் அக்ரோமியனுக்குக் கீழே போடப்படும் ஊசியை விடச் சிறந்தது என்று **காட்டப்படவில்லை** [6]. **1,258** நோயாளிகளை ஒன்றிணைத்தபோது, அதிர்வலைச் சிகிச்சை, ஊசி முறை, நுண்ணோக்கி அறுவை சிகிச்சை (arthroscopy) ஆகிய மூன்றுமே நல்ல மருத்துவப் பலன்களைத் தந்தன [7]; **908** நோயாளிகளிடையே பார்போடேஜ் பாதுகாப்பானதாகவும் அதிக வெற்றி விகிதம் கொண்டதாகவும் இருந்தது, ஆனால் மற்ற முக்கிய வழிகளுடன் அது நேருக்கு நேர் ஒப்பிடப்பட்டதே இல்லை [8].

அறுவை சிகிச்சை கூடுதலாகத் தருவது என்ன — துல்லியமாகச் சொன்னால்

அறுவை சிகிச்சைக்கு ஒரு நன்மையும் இல்லை என்பதில்லை; அதன் அளவை வர்ணிப்பதை விட மேற்கோளாகவே தருவது நல்லது. சமவாய்ப்பு மருத்துவச் சோதனைகளிலிருந்து **2,352** நோயாளிகளை ஒன்றிணைத்தபோது, அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையுடன் — குறிப்பாக அல்ட்ராசவுண்ட் வழிகாட்டலுடன் செய்யப்படும் ஊசி முறையுடன் — ஒப்பிடும்போது, அறுவை சிகிச்சை **செயல்பாட்டு மதிப்பெண்களில் அதிக முன்னேற்றத்தையும், ஒப்பிடத்தக்க வலிக் குறைப்பையும்** தந்தது; இரு வழிகளுமே மருத்துவ ரீதியாகக் குறிப்பிடத்தக்க முன்னேற்றத்தை எட்டின [9]. அறுவை சிகிச்சை நுட்பங்களுக்கு இடையே **குறிப்பிடத்தக்க வேறுபாடு எதுவும் இருக்கவில்லை**; படிவை மட்டும் அகற்றுவது, அதனுடன் அக்ரோமியனுக்குக் கீழான அழுத்தம் குறைப்பையும் (subacromial decompression) சேர்த்துச் செய்வதைப் போலவே பலனளித்தது [10].

செயல்பாடு-எதிர்-வலி என்ற இந்தப் பிரிவினையே பயனுள்ள விவரம். வலியே முதன்மையான புகாராக இருந்தால், அறுவை சிகிச்சைக்கு ஆதரவாக ஆய்வுச் சான்றுகள் தெளிவாகச் சாய்வதில்லை. விறைப்பும் செயல்பாட்டு இழப்பும் முதன்மையாக இருந்து, அவை நீடித்திருந்தால், அறுவை சிகிச்சைக்கு ஆதரவாக அவை அதிகம் சாய்கின்றன.

அடிக்கடி கவனிக்கத் தவறும் தொடர்பு

சுண்ணாம்புத் தசைநாண் அழற்சி எல்லோரிடமும் சமமாகப் பரவியிருப்பதில்லை. **102** நோயாளிகளில், உடனிணைந்த நாளமில்லாச் சுரப்பி (endocrine) கோளாறு — முக்கியமாகத் தைராய்டு நோயும் நீரிழிவும் — உள்ளவர்களுக்கு **இளம் வயதிலேயே** அறிகுறிகள் தோன்றின, நோயின் போக்கு **குறிப்பிடத்தக்க அளவில் மிக நீண்டதாக** இருந்தது, மேலும் அவர்களுக்கு **அடிக்கடி அறுவை சிகிச்சை தேவைப்பட்டது** [11].

உங்கள் நோயின் போக்கு வழக்கத்துக்கு மாறாக நீண்டதாக இருந்தாலோ, சிறு வயதிலேயே தொடங்கியிருந்தாலோ, இதை உங்கள் GP-யிடம் தெரிவிப்பது நல்லது — நாளமில்லாச் சுரப்பி நிலைக்குச் சிகிச்சை அளித்தால் தோள்பட்டை சரியாகிவிடும் என்பதற்காக அல்ல,

மாறாக நடைமுறைக்கு ஏற்ற கால அளவு எப்படி இருக்கும் என்பதை அது மாற்றுகிறது என்பதற்காக. ஒரு நிலை தானாகவே வரம்புக்குட்பட்டது என்று சொல்லப்படுவதை, இரண்டு ஆண்டுகள் நீடிக்கும் வலியுடன் பொருத்திப் பார்ப்பது கடினம்; வழக்கமான ஆறுதல் ஒவ்வொரு நிகழ்விற்கும் ஏன் பொருந்துவதில்லை என்பதற்கு, நாளமில்லாச் சுரப்பி தொடர்பு ஒரு விளக்கம்.

மேற்கோள்கள்

- [1] Louwerens JK, Siersevelt IN, van Hove RP, van den Bekerom MP, van Noort A. Prevalence of calcific deposits within the rotator cuff tendons in adults with and without subacromial pain syndrome: clinical and radiologic analysis of 1219 patients. *J Shoulder Elbow Surg.* 2015;24(10):1588-93. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2015.02.024>
- [2] Sansone V, Consonni O, Maiorano E, Meroni R, Goddi A. Calcific tendinopathy of the rotator cuff: the correlation between pain and imaging features in symptomatic and asymptomatic female shoulders. *Skeletal Radiol.* 2015;45(1):49-55. <https://doi.org/10.1007/s00256-015-2240-3>
- [3] Darrieutort-Laffite C, Varin S, Coiffier G, Albert J, Planche L, Maugars Y, et al. Are corticosteroid injections needed after needling and lavage of calcific tendinitis? Randomised, double-blind, non-inferiority trial. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(6):837-43. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-214971>
- [4] Gilbert R, Dadoo S, Lin R, Bhardwaj N, McMahon S, Steuer F, et al. Comparison of physical therapy, corticosteroid injections, and ultrasound-guided barbotage for nonoperative management of calcific tendinitis. *Orthop J Sports Med.* 2026;14(4). <https://doi.org/10.1177/23259671261434919>
- [5] Drummond M, Ayinon C, Lin A, Dunn R. Relative efficacy of three nonsurgical treatments for calcific tendinitis: physical therapy vs steroid injection vs barbotage. *Orthop J Sports Med.* 2021;9(7_suppl4). <https://doi.org/10.1177/2325967121S00210>
- [6] Louwerens JK, Siersevelt IN, van Noort A, van den Bekerom MP. Evidence for minimally invasive therapies in the management of chronic calcific tendinopathy of the rotator cuff: a systematic review and meta-analysis. *J Shoulder Elbow Surg.* 2014;23(8):1240-9. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2014.02.002>
- [7] Louwerens JK, Veltman ES, van Noort A, van den Bekerom MP. The effectiveness of high-energy extracorporeal shockwave therapy versus ultrasound-guided needling versus arthroscopic surgery in the management of chronic calcific rotator cuff tendinopathy: a systematic review. *Arthroscopy.* 2015;32(1):165-75. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2015.06.049>
- [8] Gatt DL, Charalambous CP. Ultrasound-guided barbotage for calcific tendonitis of the shoulder: a systematic review including 908 patients. *Arthroscopy.* 2014;30(9):1166-72. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2014.03.013>
- [9] Angileri HS, Gohal C, Comeau-Gauthier M, Owen MM, Shanmugaraj A, Terry MA, et al. Chronic calcific tendonitis of the rotator cuff: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing operative and nonoperative interventions. *J Shoulder Elbow Surg.* 2023;32(8):1746-60. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2023.03.017>

- [10] Anam E, Zahran S, Roy A, Daneshvar P, Bicknell RT, Janssen I. Surgical approaches of shoulder calcific tendonitis: a systematic review and meta-analysis. JSES Rev Rep Tech. 2024;4(3):353-8. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2024.03.013>
- [11] Harvie P, Pollard TC, Carr AJ. Calcific tendinitis: natural history and association with endocrine disorders. J Shoulder Elbow Surg. 2007;16(2):169-73. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2006.06.007>