

தோள்பட்டை மூட்டழற்சி (Shoulder Arthritis)

தோள்பட்டை மூட்டழற்சியில், பந்து-குழி மூட்டுக்கு மெத்தையாக இருக்கும் குருத்தெலும்பு தேய்ந்துவிடுவதால் வலியும் விறைப்பும் ஏற்படுகின்றன.

Kieran Hirpara © ① ④ 4.0



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

நீங்கள் உணர்வது

தோள்பட்டை மூட்டழற்சி (shoulder arthritis) என்பது, தோள்பட்டையின் முக்கியப் பந்து-குழி மூட்டில் (ball-and-socket joint) ஏற்படும் தேய்மான மூட்டழற்சி (wear-and-tear arthritis). வலி பொதுவாகத் திடீரென வராமல், ஆண்டுகளாகப் படிப்படியாக அதிகரிக்கிறது. அது தோள்பட்டைக்குள்ளேயே ஆழமாக இருக்கும்; மூட்டை நீங்கள் எவ்வளவு தூரம் அசைக்க முடியும் என்பதை மெல்ல மெல்லக் குறுக்கும் விறைப்பும் பொதுவாக அதனுடன் சேர்ந்து வருகிறது.

சில அசைவுகளும் நிலைகளும் அதை மோசமாக்குகின்றன. மேல்நோக்கிக் கை நீட்டுவது, கையைப் பக்கவாட்டில் தூக்குவது, அல்லது தோள்பட்டையின் வழியாக அழுத்தித் தள்ளுவது ஆகிய அனைத்தும் அதைத் தூண்டலாம். செயல்பாட்டுக்குப் பிறகு, பெரும்பாலும் மந்தமான வலி வந்து நீடிக்கிறது. இரவு நேரம் வலி அதிகரிக்கும் பொதுவான நேரம்; தோள்பட்டை தங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்புவதையோ, வசதியாகத் தூங்கும் நிலையை அமைத்துக்கொள்வதைக் கடினமாக்குவதையோ பலர் காண்கிறார்கள். காலையில் எழுந்தவுடன், மூட்டு விறைப்பாகவும் மெதுவாகவே தளர்வதாகவும் உணரப்படலாம்.

கை நீட்ட வேண்டிய அன்றாட வேலைகளே கடினமானவையாக மாறுகின்றன. தலைமுடி கழுவுவது, உங்களுக்குப் பின்னால் உள்ள விளக்கை அணைப்பது, அல்லது உடை அணியக் கையை மேலே தூக்கிச் சுற்றிக் கொண்டு செல்வது ஆகியவை உண்மையிலேயே சிரமமான வேலைகளாக மாறலாம். விறைப்புடன் சேர்ந்து பலவீனமும் பெரும்பாலும்

மெல்ல மெல்ல நுழைகிறது; அதனால் பொருட்களைத் தூக்குவதும் சுமப்பதும் முன்பு போல நம்பகமாக உணரப்படுவதில்லை.

மூட்டழற்சியில் ஏற்படும் விறைப்பு, உறைந்த தோள்பட்டையின் (frozen shoulder) விறைப்பிலிருந்து வேறுபட்டது; உறைந்த தோள்பட்டை ஆண்டுகளில் அல்லாமல், வாரங்கள் முதல் மாதங்களுக்குள் உருவாகிறது. வேறு சில நிலைகளும் மூட்டழற்சியைப் போலவே தோன்றலாம்; ரூமட்டாய்டு மூட்டழற்சியால் (rheumatoid arthritis) ஏற்படும் அழற்சியும் இதில் அடங்கும்; அது தோள்பட்டை வலியுடனும் வீக்கத்துடனும் சேர்த்து, பெரும்பாலும் களைப்பு, மற்ற மூட்டுகளில் வலி, எடை இழப்பு ஆகியவற்றையும் கொண்டுவருகிறது. உங்கள் நோய் வரலாற்றையும் பரிசோதனையையும் கொண்டு, சில சமயம் ஸ்கேன்கள் அல்லது இரத்தப் பரிசோதனைகளின் உதவியுடன், உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் இவற்றை வேறுபடுத்தி அறிகிறார்.

சில அறிகுறிகளுக்கு விரைவான கவனம் தேவை. தோள்பட்டை சூடாகவும், சிவந்தும், வீங்கியும், கடுமையான வலியுடனும் ஆனால், குறிப்பாகக் காய்ச்சலும் இருந்தால், அதே நாளில் அவசர சிகிச்சைப் பிரிவில் சிகிச்சை பெற வேண்டும்; அதற்குப் பொது மருத்துவரின் (GP) பரிந்துரைக் கடிதம் தேவையில்லை. தோள்பட்டை அறிகுறிகள் தணியவில்லை என்றால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டே போனால், இரவில் உங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்பினால், அல்லது கையைப் பயன்படுத்துவதையோ வேலை செய்வதையோ தடுத்தால், உங்கள் பொது மருத்துவரைப் (GP) பாருங்கள் அல்லது நிபுணரின் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள். அலுவலக நேரத்துக்குப் பிறகோ வார இறுதியிலோ கிளினிக்கைத் தொடர்பு கொள்ள முடியாவிட்டால், உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

உங்கள் தோள்பட்டை ஒரு பந்து-குழி மூட்டு. பந்து என்பது உங்கள் மேற்கை எலும்பின் உருண்டையான மேல்முனை; குழி என்பது உங்கள் தோள்பட்டை எலும்பில் (scapula) உள்ள ஆழமற்ற ஒரு தட்டு. குழி இயல்பாகவே சிறியது; அது தாங்கும் பந்தின் அளவில் சுமார் மூன்றில் ஒரு பங்கு. அதன் விளிம்பைச் சுற்றியுள்ள, லேப்ரம் (labrum) எனப்படும் ரப்பர் போன்ற குருத்தெலும்பு வளையம், பந்து அதன் இடத்திலேயே இருக்கும்படி குழியை ஆழப்படுத்துகிறது. இரு பரப்புகளையும் வழுவழுப்பான, வழுக்கும் தன்மையுள்ள ஒரு குருத்தெலும்பு (cartilage) அடுக்கு மூடியிருக்கிறது; இது இரண்டு எலும்புகளும் கிட்டத்தட்ட உராய்வே இல்லாமல் ஒன்றின் மீது ஒன்று சறுக்கிச் செல்ல உதவுகிறது.

மூட்டழற்சியில், அந்த வழுவழுப்பான குருத்தெலும்பு தேய்ந்து போகிறது. இரண்டு எலும்புகளுக்கும் இடையிலான அதிர்வுதாங்கி (shock absorber), எலும்புகள் ஒன்றோடொன்று அரைபடத் தொடங்கும் வரை மெலிந்து போவதாக இதைக் கற்பனை செய்துகொள்ளுங்கள். இதற்கு எதிர்வினையாக உடல், மூட்டின் விளிம்புகளில் கூடுதல் எலும்பை வளர்க்கிறது; இந்த எலும்பு முட்கள் (bony spurs) விறைப்பை மேலும் அதிகரிக்கின்றன. மூட்டின் உட்படலமும் அழற்சியடைந்து வீங்கலாம். எலும்பு எலும்பின் மீது அரைபடுவது, எலும்பு முட்கள், அழற்சி ஆகிய மூன்றும் சேர்ந்து, மேலே நீங்கள் படித்த ஆழமான வலியையும், குறுகிக்கொண்டே வரும் அசைவு வரம்பையும், இரவு வலியையும் விளக்குகின்றன.

தேய்மானம் எப்போதும் சீராக இருப்பதில்லை. மூட்டழற்சி உள்ள பல தோள்பட்டைகளில், பந்து குழியின் பின்பகுதியை நோக்கி நகர்கிறது; அதனால் குழியின் பின் விளிம்பு மற்ற பகுதிகளைவிட வேகமாகத் தேய்கிறது. காலப்போக்கில் மூட்டின் முன்பகுதியில் உள்ள திசுக்களும் இறுகுகின்றன; இது பந்தை மேலும் பின்னோக்கித் திருப்பி, தேய்ந்த பகுதியின் மீது சுமையை இன்னும் அதிகரிக்கிறது. மூட்டைச் சுற்றியுள்ள, சுழற்சி தசைநாண் பட்டை (rotator cuff) எனப்படும் தசைநாண்கள், இந்த வகை மூட்டழற்சியில் பொதுவாக இன்னும் சேதமடையாமலே இருக்கின்றன; இருப்பினும் மற்ற வகைகளில் அவை பாதிக்கப்படலாம்.

மூட்டழற்சி பல வழிகளில் தொடங்கலாம். பெரும்பாலானவற்றுக்கு ஒரே தெளிவான காரணம் என்று எதுவும் இல்லை; இருப்பினும் குடும்பப் போக்கு (family tendency) ஒரு பங்கு வகிக்கலாம். மற்றவை, பழைய எலும்பு முறிவு, மூட்டில் முன்பு செய்யப்பட்ட அறுவை சிகிச்சை, மீண்டும் மீண்டும் ஏற்படும் மூட்டு இடப்பெயர்வுகள் (dislocations), அல்லது ருமட்டாய்டு மூட்டழற்சி போன்ற அழற்சி நிலைகளைத் தொடர்ந்து ஏற்படுகின்றன; ருமட்டாய்டு மூட்டழற்சியில், உடலின் சொந்தப் பாதுகாப்பு அமைப்பே மூட்டின் உட்படலத்தைத் தாக்கி, குருத்தெலும்பை அழிக்கிறது. தொடக்கம் எதுவாக இருந்தாலும், மூட்டில் ஏற்படும் இறுதி விளைவு ஏறக்குறைய ஒன்றுதான்; அதுவே உங்கள் அறிகுறிகளை உண்டாக்குகிறது.

இதற்கு நாங்கள் என்ன செய்ய முடியும்

Mater Private Hospital Rockhampton-இல் பணியாற்றும் மேல் அவயவ (upper-limb) அறுவை சிகிச்சை நிபுணரான டாக்டர் கியரன் ஹிர்பரா, உங்கள் நிலைக்குப் பொருத்தமான, உடலில் மிகக் குறைவாகத் தலையிடும் சிகிச்சைகளிலிருந்தே தொடங்குகிறார். நோயாளிகள் பொதுவாக அவர்களது பொது மருத்துவரால் (GP) எங்கள் கிளினிக்குக்கு அனுப்பப்படுகிறார்கள்; ஒரு இயன்முறை சிகிச்சையாளர் எங்களைப் பார்க்கச் சொல்லியிருந்தாலும், Medicare திரும்பப்பெறுதலுக்குத் தகுதி பெற உங்கள் பொது மருத்துவரிடமிருந்து பரிந்துரைக் கடிதம் (referral) தேவைப்படும். உங்கள் முதல் சந்திப்பில், நோய் வரலாற்றைக் கேட்டறிந்து, தோள்பட்டையைப் பரிசோதித்து, தேவைப்படும் இடத்து ஸ்கேன் பரிசோதனைகளுக்கு (imaging) ஏற்பாடு செய்கிறோம். சிகிச்சையைத் திட்டமிட எக்ஸ்-ரேக்களே கிட்டத்தட்ட எப்போதும் போதுமானவை. சுழற்சி தசைநாண் பட்டையைச் சரிபார்ப்பது, அல்லது அறுவை சிகிச்சைக்கு முன் எலும்புத் தேய்மானத்தை அளவிடுவது போன்ற சில சந்தர்ப்பங்களில், CT அல்லது MRI ஸ்கேன் கூடுதல் விவரங்களைத் தருகிறது.

லேசானது முதல் மிதமானது வரையிலான மூட்டழற்சிக்கு, பொதுவாக முதலில் அறுவை சிகிச்சை அல்லாத கவனிப்பையே முயற்சிக்கிறோம். தோள்பட்டையை நீங்கள் பயன்படுத்தும் விதத்தை மாற்றுவது உதவுகிறது; எனவே எந்த அசைவுகளும் வேலைகளும் மூட்டுக்குச் சுமை தருகின்றன என்பதைப் பார்த்து, அவற்றைத் தவிர்க்கும் வழிகளைக் கண்டறிகிறோம். இயன்முறை சிகிச்சையின் (physiotherapy) நோக்கம், மூட்டை அசைவில் வைத்திருப்பதும் அதைச் சுற்றியுள்ள வலிமையைக் கட்டியெழுப்புவதும். அழற்சி எதிர்ப்பு மருந்து வலியைத் தணிக்கலாம்; மூட்டுக்குள் செலுத்தப்படும் கார்ட்டிசோன் ஊசி (cortisone injection) சில வாரங்கள் முதல் சில மாதங்கள் வரை அழற்சியைத் தணிக்கலாம். அறுவை சிகிச்சை பற்றிப் பேசுவதற்கு முன், இவற்றில் எதற்கும் போதுமான முயற்சிக் காலம்

கொடுக்கிறோம்; ஏனெனில் அறுவை சிகிச்சை அல்லாத கவனிப்பை உண்மையாக முயற்சித்த பிறகு செய்யப்படும்போது அறுவை சிகிச்சை சிறப்பாகப் பலனளிக்கிறது.

அறுவை சிகிச்சை அல்லாத கவனிப்பு போதுமான முன்னேற்றத்தைத் தராமல், வலியோ விறைப்போ நீங்கள் செய்யக்கூடியவற்றைத் தொடர்ந்து கட்டுப்படுத்திக்கொண்டிருக்கும்போது, அறுவை சிகிச்சை பேச்சுக்கு வருகிறது. முக்கிய அறுவை சிகிச்சை தோள்பட்டை மூட்டு மாற்று அறுவை சிகிச்சை (shoulder replacement); அதில் பந்தின், குழியின் தேய்ந்த பரப்புகள் செயற்கைப் பாகங்களால் மாற்றியமைக்கப்படுகின்றன. எந்த வகையைப் பற்றி நாம் பேசுவோம் என்பது, உங்கள் வயது, உங்கள் சுழற்சி தசைநாண் பட்டையின் நிலை, குழியில் உள்ள எலும்பு ஆகியவற்றைப் பொறுத்தது; அந்தத் தேர்வை உங்களுடன் சேர்ந்து, இணைந்து எடுக்கும் முடிவாகவே மேற்கொள்கிறோம்.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

மூட்டழற்சி பின்னோக்கிச் செல்வதில்லை. தேய்ந்த குருத்தெலும்பு மீண்டும் வளர்வதில்லை; எனவே அடிப்படையான தேய்மானம் அப்படியே இருக்கிறது. மாறுவது, தோள்பட்டை அன்றாடம் உங்களை எவ்வளவு தொந்தரவு செய்கிறது என்பதுதான்; அதை உங்களுக்குச் சாதகமாக மாற்ற முடியும்.

சிகிச்சை இல்லாவிட்டால், பொதுவாகத் திடீர்ச் சரிவாக அல்லாமல், ஆண்டுகளாக மெதுவான பின்னடைவே நிகழ்கிறது. வலியும் விறைப்பும் படிப்படியாக அதிகரிக்கும் போக்கு உள்ளது; தலைக்கு மேல் கை நீட்டுவது, அந்தப் பக்கமாகப் படுத்துத் தூங்குவது போன்ற, முன்பு நீங்கள் கவனித்த விஷயங்கள் பொதுவாக எளிதாவதற்குப் பதிலாகக் கடினமாகின்றன. சிலர் நீண்ட காலம் நிலையாக இருக்கிறார்கள்; ஆனால் சிகிச்சை பெறாத மூட்டழற்சித் தோள்பட்டையின் பொதுவான போக்கு கீழ்நோக்கியதே.

நன்கு நிர்வகிக்கப்படும் கவனிப்புடன், பெரும்பாலானோர் அதைவிட நன்றாக இருக்கிறார்கள். உங்கள் இயன்முறை சிகிச்சையாளரின் வழிகாட்டுதலுடன் மூட்டை அசைவில் வைத்திருப்பதும் அதைச் சுற்றியுள்ள வலிமையைக் கட்டியெழுப்புவதும், அறிகுறிகளைத் தணித்து, நீங்கள் நீண்ட காலம் அதிகம் செய்யக்கூடியவராக இருக்க உதவலாம். பலர் அறுவை சிகிச்சையே தேவைப்படாமல் தங்கள் மூட்டழற்சியைப் பல ஆண்டுகள் சமாளிக்கிறார்கள்.

அறுவை சிகிச்சையே சரியான தீர்வு என்று ஆனால், இதே பிரச்சினைக்குத் தோள்பட்டை மூட்டு மாற்று அறுவை சிகிச்சைக்கு நீண்ட கால அனுபவச் சான்று உண்டு. தோள்பட்டையின் முற்றிய மூட்டழற்சியில் வலியைக் குறைப்பதற்கும் செயல்பாட்டை மேம்படுத்துவதற்கும், மிக அதிக அளவில் முன்கூட்டியே கணிக்கக்கூடிய முடிவுகளைத் தரும் சிகிச்சை இதுவே. அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு ஒப்பீட்டளவில் குறுகிய காலத்துக்குள்ளேயே, தங்கள் தோள்பட்டை சிறப்பாகச் செயல்படுவதையும் தங்கள் ஒட்டுமொத்த உடல்நலம் மேம்பட்டிருப்பதையும் மக்கள் பொதுவாகக் கவனிக்கிறார்கள். முதல் இரண்டு ஆண்டுகளில் வலிமையும் மேம்படுகிறது; இருப்பினும் தோள்பட்டையின் முன்பகுதியில் உள்ள தசைநாண் எப்போதும் முழு இயல்பான வலிமைக்குத் திரும்புவதில்லை.

எந்தச் சிகிச்சையும் ஒரு உத்தரவாதம் அல்ல. பெரும்பாலானோர் உண்மையான நிவாரணம் பெறுகிறார்கள்; ஆனால் சிலருக்கு விறைப்போ பலவீனமோ நீடிக்கிறது; சிறுபான்மையினருக்குப் பிற்காலத்தில் மேலும் ஓர் அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது. உள்பொருத்துகள் (implants) செயற்கைப் பாகங்கள்; காலப்போக்கில் அவை தளர்ச்சியடையலாம் அல்லது தேயலாம்; நீங்கள் எவ்வளவு இளையவராகவும் சுறுசுறுப்பானவராகவும் இருக்கிறீர்களோ, அவ்வளவு அதிகமாக இது கவனத்தில் கொள்ள வேண்டிய விஷயம். உங்கள் தோள்பட்டைக்குக் குறிப்பாக, யதார்த்தமான ஒரு முடிவு எப்படி இருக்கும் என்பதை உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் உங்களுடன் விரிவாகப் பேசுவார்.

தெரிந்துகொள்ள வேண்டிய ஒரு விஷயம்: எக்ஸ்-ரேயில் உங்கள் மூட்டழற்சி இன்னும் லேசானதாக இருந்தால், கடுமையான மூட்டழற்சியில் தருவதைவிட அறுவை சிகிச்சை குறைவான முன்னேற்றத்தையே தரும் போக்கு உள்ளது. அது அறுவை சிகிச்சையைத் தவிர்ப்பதற்கான காரணம் அல்ல; ஆனால் அதிலிருந்து நீங்கள் எதைப் பெற எதிர்பார்க்கிறீர்கள் என்பதில் தெளிவாக இருப்பதற்கான காரணம் அது.

உங்கள் தோள்பட்டை அறிகுறிகள் தணியவில்லை என்றால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டே போனால், இரவில் உங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்பினால், அல்லது கையைப் பயன்படுத்துவதையோ வேலை செய்வதையோ தடுத்தால், உங்கள் பொது மருத்துவரைப் (GP) பாருங்கள் அல்லது நிபுணரின் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள்.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

மூட்டழற்சி உள்ள பெரும்பாலான தோள்பட்டைகள் திட்டமிட்ட ஒரு சந்திப்பு வரை காத்திருக்கலாம்; ஆனால் சில அறிகுறிகள் காத்திருக்கக் கூடாது. தோள்பட்டை சூடாகவும், சிவந்தும், வீங்கியும், கடுமையான வலியுடனும் ஆனால், குறிப்பாகக் காய்ச்சலும் இருந்தால், அன்றே அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள். மூட்டில் ஏற்படும் தொற்றுக்கு நேரம் மிக முக்கியம்; அதற்குப் பொது மருத்துவரின் (GP) பரிந்துரைக் கடிதம் தேவையில்லை. அலுவலக நேரத்துக்குப் பிறகோ வார இறுதியிலோ கிளினிக்கைத் தொடர்பு கொள்ள முடியாவிட்டாலும் இதுவே பொருந்தும்: உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

தோள்பட்டை தணியவில்லை என்றால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டே போனால், இரவில் உங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்பினால், அல்லது நீங்கள் வேலை செய்வதையோ கையைப் பயன்படுத்துவதையோ தடுத்தால், உங்கள் பொது மருத்துவரைப் (GP) பாருங்கள். வலியும் விறைப்பும் ஆண்டுகளாக அதிகரித்து, இப்போது தலைமுடி கழுவுவது, உடை அணிவது, அல்லது பின்னால் கை நீட்டுவது ஆகியவற்றைக் கட்டுப்படுத்தினால், நிபுணரின் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள்.

சில அமைப்புகளை விரைவில் நெருக்கமாகப் பார்க்க வேண்டும். அமைதியாக மெல்ல மெல்ல அதிகரித்த தோள்பட்டை வலி உள்ள வயதான பெண்களுக்கு, வேகமான, கடுமையான தேய்மானம் ஏற்படலாம். கௌட் (gout) நோய் இருந்த ஒருவருக்குக் கடுமையான எலும்பு அரிப்பு (erosion) இருந்தால், அது தோள்பட்டையிலேயே கௌட்

இருப்பதைச் சுட்டுகிறது. மேலும், காய்ச்சலுடன் தோள்பட்டை சூடாகவும் வலியுடனும் இருந்தால், அது மேலே விவரிக்கப்பட்ட, அன்றே அவசர சிகிச்சை தேவைப்படும் அறிகுறி.

கழுத்து வலி, அல்லது முழங்கைக்குக் கீழே பரவும் மரத்துப்போதலும் கூச்ச உணர்வும் இருந்தால், அவற்றைப் பற்றியும் உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் அறிய விரும்புவார்; ஏனெனில் இவை தோள்பட்டையிலிருந்து அல்லாமல் கழுத்திலிருந்து வரக்கூடும்.

ஆழமான விளக்கம்

இந்தப் பகுதி, உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவையானதை விட ஆழமாகச் செல்கிறது. தோள்பட்டை மூட்டழற்சியில் இந்தக் கூடுதல் வாசிப்பு பயனுள்ளது; ஏனெனில் முக்கிய முடிவான 'எந்த வகை மூட்டு மாற்று அறுவை சிகிச்சை' என்பது சமீபத்தில் தெளிவான ஒரு பதிலாக இல்லாமல், ஒன்றைக் கொடுத்து இன்னொன்றைப் பெறும் உண்மையான தேர்வாக மாறியுள்ளது; மேலும் அந்தத் தேர்வு உங்கள் வயதைப் பொறுத்து வேறுபடுகிறது.

உடற்கூற்று வகையும் தலைகீழ் வகையும், 70 வயதுக்கு மேல்

உடற்கூற்று (anatomic) மூட்டு மாற்று அறுவை சிகிச்சை இயல்பான அமைப்பையே மீண்டும் உருவாக்குகிறது; அது சரியாக வேலை செய்யும் சுழற்சி தசைநாண் பட்டையை (rotator cuff) நம்பியிருக்கிறது. தலைகீழ் (reverse) மூட்டு மாற்று அறுவை சிகிச்சை பந்தையும் குழியையும் இடமாற்றி, தூக்கும் வேலையை டெல்டாய்டு (deltoid) தசையிடம் ஒப்படைக்கிறது; அதற்குச் சுழற்சி தசைநாண் பட்டையின் தேவை இல்லை. முன்பெல்லாம், தசைநாண் பட்டை இல்லாத தோள்பட்டைகளுக்கு மட்டுமே தலைகீழ் வகை ஒதுக்கப்பட்டிருந்தது; இப்போது அது மிகவும் பரவலாகப் பயன்படுத்தப்படுகிறது.

நல்ல நிலையில் உள்ள தசைநாண் பட்டையுடன் **70 வயதும் அதற்கு மேலும்** உள்ள நோயாளிகளிடையே, **1,716** நோயாளிகளை உள்ளடக்கிய ஒப்பீடு தெளிவாகப் பிரிகிறது. உடற்கூற்று மூட்டு மாற்று அறுவை சிகிச்சை **மேம்பட்ட சுழற்சி அசைவை, மருத்துவ ரீதியாக முக்கியமான குறைந்தபட்ச வேறுபாட்டையும் தாண்டி, வழங்கியது**; உடை அணிதல், கழிப்பறைப் பயன்பாடு போன்ற செயல்களுக்கு இது உதவக்கூடும். அதே சமயம் தலைகீழ் வகை **சிறந்த உள்பொருத்து நீடிப்பையும் குறைவான மறு அறுவை சிகிச்சை விகிதத்தையும்** வழங்கியது [1].

இவை இரண்டு வெவ்வேறு நாணயங்கள். உடற்கூற்று வகை, அன்றாட வாழ்வில் நீங்கள் உணரக்கூடிய சுழற்சி அசைவை வாங்கித் தருகிறது; தலைகீழ் வகை நீடித்து உழைக்கும் தன்மையை வாங்கித் தருகிறது. இரண்டில் எதுவும் மற்றதை முழுமையாக மிஞ்சவில்லை; அதனால்தான் இது இப்போது தானாக அமையும் ஒரு தேர்வாக இல்லாமல், ஒரு கலந்துரையாடலாக இருக்கிறது.

இந்தச் சூழலில் தலைகீழ் வகையில் ஆரம்பச் சிக்கல்கள் அதிகம்

சாதாரண மூட்டழற்சிக்குத் தலைகீழ் வகை பயன்படுத்தப்படும்போது, நீடிப்பில் கிடைக்கும் இந்த நன்மைக்கு அருகிலேயே ஒரு விலையும் உண்டு. **8,846** நோயாளிகளிடையே,

முதன்மைத் தோள்பட்டை மூட்டு மூட்டழற்சிக்கு (primary glenohumeral arthritis) உடற்சூற்று வகையுடன் ஒப்பிடும்போது தலைகீழ் வகையில் ஆரம்பச் சிக்கல்களின் விகிதம் அதிகமாக இருப்பது கண்டறியப்பட்டது — மூட்டு நிலையின்மை, தோள்பட்டை எலும்பு முறிவு, தொற்று மற்றும் அனைத்துக் காரணச் சிக்கல்கள் — ஆனால் அந்தப் பின்தொடர் காலத்தில் மறு அறுவை சிகிச்சை விகிதத்தில் வேறுபாடு இல்லை [2].

மேலே சொன்ன நீடிப்புக் கண்டுபிடிப்புடன் சேர்த்துப் படித்தால், தலைகீழ் வகை ஆரம்பத்தில் பிரச்சினை வரும் அதிக வாய்ப்பைக் கொடுத்து, பிற்பாடு பிரச்சினை வரும் குறைந்த வாய்ப்பைப் பெறுகிறது என்பதே தென்படும் அமைப்பு. இவற்றில் எது அதிக முக்கியம் என்பது, உள்பொருத்து எத்தனை ஆண்டுகள் தாங்க வேண்டும் என்பதைப் பெரிதும் பொறுத்தது.

பந்துடன் சேர்த்துக் குழியையும் மாற்றுவது

பகுதி மூட்டு மாற்று அறுவை சிகிச்சை (hemiarthroplasty) பந்தை மட்டும் மாற்றி, தேய்ந்த குழியை அப்படியே விட்டுவிடுகிறது. இது சிறிய அறுவை சிகிச்சை; காலப்போக்கில் தளர்ச்சி அடைவதற்கு மிகவும் வாய்ப்புள்ள பகுதியான கிளெனாய்டு பாகத்தை (glenoid component) இது தவிர்க்கிறது.

ஆய்வுச் சான்றுகள் அதற்குச் சாதகமாக இல்லை. முதன்மைத் தோள்பட்டை மூட்டுத் தேய்மான மூட்டழற்சியும் (primary glenohumeral osteoarthritis) பாதிக்கப்படாத தசைநாண் பட்டையும் உள்ள 1,317 நோயாளிகளிடையே, மருத்துவ விளைவு, மறு அறுவை சிகிச்சை அபாயம், அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய சிக்கல்கள் ஆகியவற்றில் பகுதி மூட்டு மாற்று அறுவை சிகிச்சையை விட முழு தோள்பட்டை மூட்டு மாற்று அறுவை சிகிச்சையே சாதகமானது [3].

இதற்கான விளக்கம்: தேய்ந்த குழி, புதிய பந்துக்கு எதிராக உரசித் தொடர்ந்து வலியை உருவாக்குகிறது. கிளெனாய்டு பாகத்தைத் தவிர்ப்பது, ஒரு நீண்ட கால தோல்வி வழியைத் தவிர்க்கிறது — ஆனால் அதற்காக ஒரு குறுகிய கால தோல்வி வழியை ஏற்றுக்கொள்கிறது.

இளம் வயது நோயாளிகளுக்குக் கணக்கு முற்றிலும் மாறுகிறது

சுமார் 60 வயதுக்குக் கீழ், ஒவ்வொரு வழியும் ஏதோ ஒரு குறிப்பிட்ட வகையில் திருப்தியற்றதாகவே இருக்கிறது; ஆய்வு இலக்கியம் இதைத் தீர்த்து வைக்காமல், நேர்மையாக அப்படியே பிரதிபலிக்கிறது. மூட்டு மாற்று அறுவை சிகிச்சைக்கு ஒருவரின் வாழ்நாளுக்குள் மறு அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படும் வாய்ப்பு மிக அதிகம்; தோள்பட்டையின் மறு அறுவை சிகிச்சை முதல் அறுவை சிகிச்சையை விடக் கணிசமாகக் கடினமானது. மூட்டைப் பாதுகாக்கும் வழிகள் — துளை வழி அறுவை சிகிச்சையில் சிதைந்த திசுக்களை அகற்றுதல், மூட்டு உறையைத் தளர்த்துதல், எலும்பு முளைகளை (osteophytes) அகற்றுதல் — மூட்டழற்சியை நிறுத்துவதில்லை; ஆனால் மூட்டு மாற்று அறுவை சிகிச்சையைப் பிற்படுத்த முடியும், இளம் நோயாளிக்கு அதுவே தனியாக ஒரு பொருத்தமான இலக்காகும்.

மூட்டு நிலையின்மைக்கு அறுவை சிகிச்சை செய்துகொண்ட எவருக்கும் ஒரு கண்டுபிடிப்பு

தோள்பட்டையை நிலைப்படுத்தும் அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு ஸ்கேன்களில் மூட்டழற்சி தென்படுவது பொதுவானது; பெரும்பாலும் அது எந்த அறிகுறியையும் ஏற்படுத்துவதில்லை. துளை வழி பேங்கார்ட் சீரமைப்புக்குப் (arthroscopic Bankart repair) பிறகு, ஏதேனும் ஒரு மூட்டழற்சி மாற்றம் 60% பேருக்கும், நடுத்தர முதல் கடுமையான மாற்றம் 28% பேருக்கும் காணப்பட்டது; இருப்பினும் அது பொதுவாக அறிகுறிகளற்றது, அறியப்பட்ட அபாயக் காரணிகளுடன் குறிப்பிடத்தக்க தொடர்பு எதுவும் கண்டறியப்படவில்லை [4].

நீங்கள் நிலைப்படுத்தும் அறுவை சிகிச்சை செய்துகொண்டிருந்து, பிற்பாடு எடுக்கப்பட்ட ஸ்கேனில் மூட்டழற்சி இருப்பதாகக் குறிப்பிடப்பட்டால் — அந்தக் கண்டுபிடிப்பு பொதுவானது, பெரும்பாலும் அது அறிகுறிகளுக்கான காரணம் அல்ல, அது மட்டுமே ஏதாவது செய்வதற்கான காரணமும் அல்ல.

மேற்கோள்கள்

- [1] Gupta MS, Krishan A, Rashid A, Lee MH. Reverse versus anatomic total shoulder arthroplasty in patients over 70 years with primary glenohumeral osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg. 2026;35(5):1370-86. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.10.015>
- [2] Givens JM, Malkani AL, Ong KL, Watson HN, Harreld KL. Complication rates following reverse and anatomic shoulder replacement in patients with primary glenohumeral arthritis. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(2):273-80. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2023.06.017>
- [3] Singh Jagdev B, McGrath J, Cole A, Gomaa A, Chong HH, Singh HP. Total shoulder arthroplasty vs. hemiarthroplasty in patients with primary glenohumeral arthritis with intact rotator cuff: meta-analysis using the revised Cochrane risk of bias tool. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(12):2657-70. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2022.07.012>
- [4] Yeo MH, Seah SJ, Ang G, Arce G, Lie D. Prevalence and risk factors for the development of glenohumeral osteoarthritis following arthroscopic Bankart repair: a systematic review and meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg. 2025;34(12):e1224-e1233. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.03.011>