

தகவல் மற்றும் ஒப்புதல்

கீழ்முனை ரேடியோ-அல்நார் மூட்டு அறுவை சிகிச்சை

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

மீட்சி — ஒரு பார்வையில். 80 வெளியிடப்பட்ட ஆய்வுகளின் கூட்டுத் தரவுகளிலிருந்து — உங்கள் மீட்சி வேகம் மாறுபடலாம்.

இலேசான பணிகள் அலுவலக வேலை, வாகன ஓட்டம், தினசரி பணிகள்	பெரும்பாலான தினசரி செயல்பாடுகள் உடல் உழைப்பு வேலை, விளையாட்டு, ஜிம்	இறுதி முடிவு நிலை வலி மற்றும் பலம்
—	—	—

இந்த அறுவை சிகிச்சை ஏன் பரிந்துரைக்கப்பட்டுள்ளது

Mater Private Hospital Rockhampton-இல் பணியாற்றும் மேல் அவயவ (upper-limb) அறுவை சிகிச்சை நிபுணரான டாக்டர் கியரன் ஹிர்பரா, உங்கள் நிலைக்குப் பொருத்தமான, குறைந்த அளவே ஊடுருவும் சிகிச்சை வழிகளில் இருந்தே 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 சந்திப்பின்போது உங்கள் உடல்நல வரலாற்றைக் கேட்டறிந்து, உங்கள் மணிக்கட்டைப் பரிசோதித்து, உங்கள் வலிக்குக் காரணம் என்ன என்பதைக் கண்டறியத் தேவைப்படும் இடங்களில் ஸ்கேன்களுக்கு ஏற்பாடு செய்வோம்.

கீழ்முனை ரேடியோ-அல்நார் மூட்டு (distal radioulnar joint) என்பது, மணிக்கட்டுக்குச் சற்று மேலே, உங்கள் முன்கையின் இரண்டு எலும்புகளுக்கு இடையே உள்ள மூட்டு. அந்த மூட்டு தேய்ந்திருக்கும்போது, நிலையற்றதாக இருக்கும்போது, அல்லது ஒரு காயத்துக்குப் பிறகு

சேதமடைந்திருக்கும்போது — அதனால் உங்கள் மணிக்கட்டின் சுண்டுவிரல் பக்கத்தில் வலி, முன்கையைத் திருப்புவதில் சிரமம், அல்லது பிடி வலிமை குறைதல் ஏற்படும்போது — இந்த மூட்டுக்கு அறுவை சிகிச்சை பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. நீண்ட காலமாக நீடிக்கும் பிரச்சினைகளுக்கு நாங்கள் பொதுவாக முதலில் அறுவை சிகிச்சையற்ற சிகிச்சையையே முயற்சிக்கிறோம்: செயல்பாடுகளை மாற்றிக்கொள்ளுதல், இயன்முறை சிகிச்சை அல்லது கை சிகிச்சை, மற்றும் சிம்பு (splint) அணிதல். அந்த நடவடிக்கைகள் உங்களுக்குப் போதுமான முன்னேற்றத்தைத் தராதபோது அறுவை சிகிச்சை பரிசீலனைக்கு வருகிறது. இந்த மூட்டுக்கு ஏற்படும் சில காயங்கள் தொடக்கத்திலிருந்தே நிலையற்றவையாக இருக்கும்; அவற்றுக்கு நாங்கள் உடனடியாக அறுவை சிகிச்சையைப் பரிந்துரைக்கலாம். உங்கள் வலியைத் தணித்து, முன்கையைத் திருப்பவும் உங்கள் கையை மேலும் வசதியாகவும் நம்பிக்கையுடனும் பயன்படுத்தவும் உதவுவதே இந்த அறுவை சிகிச்சையின் நோக்கம்.

அறுவை சிகிச்சைக்கு முன்

உங்கள் அறுவை சிகிச்சைக்கான தேதி முடிவானதும், தயாராவதற்கான தெளிவான அறிவுறுத்தல்களை உங்களுக்கு வழங்குவோம். அறுவை சிகிச்சைக்கு ஏழு மணி நேரம் முன்பிருந்து நீங்கள் உண்பதையும் குடிப்பதையும் நிறுத்த வேண்டும். அன்றைய நாள் முன்கூட்டியே நகர்ந்தால் அறுவை சிகிச்சை அரங்கின் பட்டியலில் உங்கள் இடத்தை முன்னதாகக் கொண்டுவர முடியும் என்பதற்காகவே, குறைவான நேரத்துக்குப் பதிலாக ஏழு மணி நேரம் கேட்கிறோம். நீங்கள் வழக்கமாக மருந்துகள் எடுத்துக்கொண்டால், அவற்றின் பட்டியலை எழுதி மருத்துவமனைக்குக் கொண்டு வாருங்கள்; எவற்றை, எப்போது நிறுத்த வேண்டும் என்று நாங்கள் சொல்வோம். பெரும்பாலானோருக்கு முன்கூட்டியே கூடுதல் பரிசோதனைகள் எதுவும் தேவைப்படுவதில்லை. உங்களுக்கு வேறு உடல்நலப் பிரச்சினைகள் இருந்தால், இரத்தப் பரிசோதனைகள் அல்லது மயக்க மருந்து நிபுணரின் — உங்களுக்கு மயக்க மருந்து கொடுக்கும் மருத்துவரான anaesthetist-இன் — பரிசோதனை தேவைப்படலாம். அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு உங்களை வீட்டுக்கு அழைத்துச் செல்ல ஒருவரை ஏற்பாடு செய்யுங்கள்; அன்றைய தினம் தளர்வான, வசதியான ஆடைகளை அணியுங்கள்.

அறுவை சிகிச்சை நாளில்

அறுவை சிகிச்சை நாளில் நீங்கள் மருத்துவமனையின் அறுவை சிகிச்சை அனுமதிப் பிரிவுக்கு (surgical admissions unit) வருவீர்கள். அங்கே உங்கள் வருகை பதிவு செய்யப்பட்டு, அறுவை சிகிச்சை அரங்குக்குத் தயார்படுத்தப்படுவீர்கள். உங்கள் மயக்க மருந்தைக் கவனித்துக்கொள்ளும் மருத்துவரான மயக்க மருந்து நிபுணரை (anaesthetist) நீங்கள் சந்திப்பீர்கள். இந்த அறுவை சிகிச்சை முழு மயக்க மருந்தின் (general anaesthetic) கீழ் செய்யப்படுகிறது. அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய வலி நிவாரணத்துக்காகச் சில சமயங்களில் பகுதி நரம்புத் தடுப்பு ஊசியும் (regional nerve block) சேர்க்கப்படுகிறது; அதைப் பற்றி அன்றைய தினம் மயக்க மருந்து நிபுணர் உங்களுடன் கலந்து பேசுவார்.

பின்னர் நீங்கள் அறுவை சிகிச்சை அரங்குக்கு அழைத்துச் செல்லப்படுவீர்கள்; அங்கே அறுவை சிகிச்சை செய்யப்படும். அதன் பிறகு மீட்புப் பகுதியில் (recovery area) நீங்கள் கண் விழிப்பீர்கள்; மயக்க மருந்தின் விளைவு குறையும் வரை செவிலியர்கள் உங்களைக் கண்காணிப்பார்கள். உங்கள் நிலை சீரானதும், செய்யப்பட்ட சிகிச்சையையும் உங்கள் மீட்சி எப்படிப் போகிறது என்பதையும் பொறுத்து, நீங்கள் வார்டுக்குச் செல்வீர்கள் அல்லது வீட்டுக்குச் செல்வீர்கள்.

அறுவை சிகிச்சையில் என்ன செய்யப்படுகிறது

இந்த மூட்டுக்கு அறுவை சிகிச்சை செய்ய ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட வழிகள் உள்ளன; உங்களுக்குப் பொருத்தமானது எது என்பது, அந்த மூட்டில் என்ன பிரச்சினை என்பதைப் பொறுத்தது. மணிக்கட்டு எலும்பு முறிவுக்குப் பிறகு மூட்டு இடம் விட்டு நகர்ந்திருந்தால், உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் எலும்புகளைச் சரியான இடத்துக்குத் திரும்பக் கொண்டுவந்து, அவை குணமடையும் வரை — சில சமயங்களில் மாவுக்கட்டு (cast) மூலம் — அப்படியே பிடித்து வைப்பார். மூட்டு தேய்ந்து வலிக்கிறதென்றால், உங்கள் மணிக்கட்டின் சுண்டுவிரல் பக்கத்தில் உள்ள முன்கை எலும்பின் முனையில் ஒரு பகுதியை உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் அகற்றலாம். இது மணிக்கட்டின் பின்புறத்தில், சுண்டுவிரல் பக்கத்தில் போடப்படும் ஒரு வெட்டின் வழியாகச் செய்யப்படுகிறது. தேய்ந்துபோன அந்த எலும்பு மேற்பரப்பை அகற்றுவது, நீங்கள் முன்கையைத் திருப்பும்போது இரண்டு முன்கை எலும்புகளும் ஒன்றோடொன்று உரசி அரைபடுவதைத் தடுக்கிறது.

மூட்டு தேய்ந்திருப்பதற்குப் பதிலாகத் தளர்வாக இருந்தால், அதை ஒன்றாகப் பிடித்து வைக்கும் தசைநார்களை (ligaments) உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் மறுகட்டமைக்க முடியும். தசைநார்கள் என்பவை ஓர் எலும்பை மற்றோர் எலும்புடன் இணைக்கும் வலிமையான திசுப் பட்டைகள். இது ஒரு தசைநாண் (tendon — தசையை எலும்புடன் இணைக்கும் திசு) துண்டைப் பயன்படுத்திச் செய்யப்படுகிறது; அந்தத் துண்டு எலும்புகளில் போடப்படும் சிறு துளைகள் வழியாகக் கோக்கப்பட்டு, மூட்டை அதன் இடத்தில் பிடித்து வைக்கும் புதிய பட்டை போலச் செயல்படுகிறது. மூட்டின் மேற்பரப்புகளே இன்னும் ஆரோக்கியமாக இருக்கும்போது மட்டுமே இது சாத்தியம்.

மூட்டு முழுவதும் மோசமாகத் தேய்ந்திருந்தால், உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் அதை மாற்றலாம். முன்கை எலும்பின் முனையில் உள்ள சேதமடைந்த எலும்பு அகற்றப்பட்டு, உலோகத்தால் — சில சமயங்களில் பிளாஸ்டிக் பாகங்களுடனும் — செய்யப்பட்ட ஒரு செயற்கை மூட்டு பொருத்தப்படுகிறது; இதனால் இரண்டு முன்கை எலும்புகளும் மீண்டும் ஒன்றோடொன்று சுமுகமாக அசைய முடியும்.

அறுவை சிகிச்சையின் இறுதியில், உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் வெட்டைத் தையல்களால் மூடி, அதன் மேல் ஒரு கட்டைப் (dressing) போடுவார். நீங்கள் கண் விழிக்கும்போது உங்கள் கையும் மணிக்கட்டும் கட்டுப் போடப்பட்டிருக்கும்; அந்தக் கட்டு சுமார் 10 நாட்கள் அப்படியே இருக்கும்.

அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு

நீங்கள் கண் விழிக்கும்போது மீட்புப் பகுதியில் இருப்பீர்கள்; மயக்க மருந்தின் விளைவு குறையும்போது செவிலியர்கள் உங்களைக் கவனித்துக்கொள்வார்கள். உங்கள் கையும் மணிக்கட்டும் கட்டுப் போடப்பட்டிருக்கும்; உங்கள் கைக்கு ஓய்வு தர ஒரு கைத்தாங்கி (sling) இருக்கலாம். நீங்கள் வசதியாக இருக்க வலி நிவாரணம் தருவோம்; உங்கள் வலி தணியவில்லை என்றால் செவிலியர்களிடம் சொல்லுங்கள். முடிந்தவுடனேயே நீங்கள் எழுந்து நடமாடலாம்; முதல் 24 மணி நேரம் உங்களுடன் யாராவது இருக்க வேண்டும். அதே நாளில் வீட்டுக்குச் செல்கிறீர்களா அல்லது மருத்துவமனையில் ஒரு இரவு தங்குகிறீர்களா என்பதை உங்கள் குழு உங்களுக்குச் சொல்லும். கட்டைச் சுமார் 10 நாட்கள் அப்படியே வைத்திருக்கிறோம்; நாங்கள் சொன்னால் தவிர, அதற்கு முன் அதை அகற்ற வேண்டாம். உங்களைப் பார்க்கும்போது நாங்கள் அதை மாற்றுவோம் அல்லது அகற்றுவோம்.

மீட்சி

முதல் சில நாட்களுக்கு உங்கள் மணிக்கட்டு வலித்து வீங்கியிருக்கும்; சுண்டுவிரல் பக்கம், குறிப்பாக இரவில், துடிப்பது போல வலிக்கலாம். தூங்கும்போது கூட உங்கள் கையைத் தலையணைகளின் மேல் உயர்த்தி வைத்திருப்பது வீக்கம் தணிய உதவுகிறது. வலி அதிகரிக்கும் வரை காத்திருப்பதற்குப் பதிலாக, நாங்கள் தரும் வலி நிவாரண மருந்தை வழக்கமாக எடுத்துக்கொள்ளும்போதே அது சிறப்பாகச் செயல்படுகிறது.

உங்கள் கை கட்டுப் போடப்பட்டு, ஒரு கைத்தாங்கியில் தாங்கப்பட்ட நிலையிலேயே நீங்கள் மருத்துவமனையிலிருந்து புறப்படுவீர்கள். கட்டு சுமார் 10 நாட்கள் அப்படியே இருக்கும்; உங்களைப் பார்க்கும்போது நாங்கள் அதை மாற்றுவோம் அல்லது அகற்றுவோம். அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய உங்கள் மறுவாழ்வுப் பயிற்சி, Extend Rehabilitation-இல் உள்ள Ruby Doolan-உடன் நடைபெறும். Ruby ஒரு கை சிகிச்சையாளர் (hand therapist): அவர் உங்கள் பயிற்சிகளுக்கு வழிகாட்டுவார், உங்களுக்குத் தேவையான சிம்பையும் செய்து தருவார். தொடக்கத்தில் பயிற்சிகள் மென்மையானவை; உங்கள் விரல்கள், முழங்கை, தோள்பட்டை ஆகியவற்றை அசைந்த நிலையில் வைத்திருப்பதிலேயே கவனம் செலுத்தும். குணமடைதல் முன்னேறும்போது, பயிற்சிகள் உங்கள் முன்கையைத் திருப்புவதிலும் உங்கள் பிடி வலிமையை மீண்டும் கட்டியெழுப்புவதிலும் கவனம் செலுத்தும்.

அன்றாட வாழ்வில், உடை அணிவது, சமைப்பது, பொருட்களைத் தூக்கிச் செல்வது போன்ற இரண்டு கைகள் தேவைப்படும் வேலைகளுக்குத் தொடக்கத்தில் உங்களுக்கு உதவி தேவைப்படும். வீக்கம் தணிந்து அசைவு திரும்பியதும், அன்றாடச் செயல்கள் எளிதாகும். வலியின்றிப் பிடிக்கவும், முன்கையை வசதியாகத் திருப்பவும் முடியும்போது, உங்கள் கையால் மேலும் அதிகம் செய்ய முடிவதை உணர்வீர்கள். வாகனம் ஓட்டுவது உங்கள் மீட்சியின் ஒரு பகுதியாக இருந்தால்: கைத்தாங்கியிலோ சிம்பிலோ இருக்கும்போது, வலுவான வலி நிவாரண மருந்து எடுத்துக்கொண்டிருக்கும்போது, அல்லது இரண்டு கைகளாலும் ஸ்டியரிங்கைப் பிடித்து அவசரமாக நிறுத்த வேண்டிய சூழலில் எதிர்வினையாற்ற முடியாதபோது, நீங்கள் வாகனம் ஓட்டக் கூடாது. **மேல் அவயவ அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு வாகனம் ஓட்டுதல்** பற்றிய எங்கள் வழிகாட்டியைப் பாருங்கள்.

ஒவ்வொருவரும் அவரவர் வேகத்தில் குணமடைகிறார்கள்; உங்கள் கால அளவு வேறுபடலாம். ஒவ்வொரு கட்டத்திலும் உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணரும் உங்கள் கை சிகிச்சையாளரும் உங்களுக்கு வழிகாட்டுவார்கள்.

என்ன தவறு நேரலாம்

பெரும்பாலான நோயாளிகள் நன்றாக இருக்கிறார்கள், ஆனால் எப்போதாவது பிரச்சினைகள் ஏற்படலாம். எந்தப் பிரச்சினையையும் முன்கூட்டியே கண்டறிய உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணரும் குழுவும் உங்களை நெருக்கமாகக் கண்காணிக்கிறார்கள்.

உங்கள் முன்கை எலும்பின் முனையில் ஒரு பகுதி அகற்றப்பட்டிருந்தால், மீதமுள்ள அடிமுனை (stump) சில சமயங்களில் நகரலாம் அல்லது அருகிலுள்ள அமைப்புகளின் மீது அழுத்தலாம். முன்கையைத் திருப்பும்போது உங்கள் மணிக்கட்டின் சுண்டுவிரல் பக்கத்தில் கூரிய வலியையோ அரைபடுவது போன்ற வலியையோ உணரலாம், அல்லது ஏதோ ஒன்று இடறுவது போன்ற உணர்வு ஏற்படலாம். அடுத்த மறுபரிசோதனையின்போது இதைத் தெரிவியுங்கள்.

சிலர், அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு மணிக்கட்டு வலி குறைந்தாலும் அது மேலும் விறைப்பாகி, முன்னோக்கி மடங்குவது குறைவதைக் கவனிக்கிறார்கள். முன்கையைத் திருப்புவது வரம்புக்கு உட்பட்டதாகத் தோன்றினால், உங்களுக்குத் தெரியாமலேயே உங்கள் தோள்பட்டை அந்த வேலையை ஏற்றுக்கொள்வது வழக்கம்; எனவே அன்றாட வாழ்வில் வித்தியாசம் சிறியதாக இருக்கலாம். உங்களுக்குத் திருப்தியில்லாத எந்த அசைவையும் மறுபரிசோதனையின்போது சொல்லுங்கள்.

மணிக்கட்டு எலும்பு முறிவுடன் சேர்ந்து இந்த மூட்டும் காயமடைந்திருந்தால், தொடக்கத்திலேயே — சில சமயங்களில் முதல் இரண்டு வாரங்களுக்குள்ளேயே — மூட்டு இடம் விட்டு நழுவுலாம். இதைக் கவனிக்காமல் விட்டுவிடுவது எளிது. புதிய வலி, வீக்கம், அல்லது உங்கள் மணிக்கட்டின் வடிவத்தில் ஏற்படும் மாற்றம் ஆகியவற்றைக் கவனியுங்கள்; இவற்றைக் கண்டால் கிளிநிக்கிடம் தெரிவியுங்கள்.

மணிக்கட்டின் அந்தப் பக்கத்தில் உள்ள குருத்தெலும்புத் திண்டில் (cartilage cushion) ஏற்பட்ட கிழிவுக்குச் சிகிச்சையளிக்கப்படாமல் விடப்பட்டால், மூட்டு தளர்வாக உணரப்படலாம். மணிக்கட்டின் மீது சுமை கொடுக்கும்போது சொடுக்கு, இடப்பெயர்வு அல்லது “க்ளங்க்” என்ற உணர்வு, அல்லது பிடி வலிமை குறைதல் ஆகியவற்றை நீங்கள் கவனிக்கலாம். வேறு சிகிச்சைகளுக்குப் பிறகும் மூட்டு தளர்வாகவும் வலியுடனும் இருந்தால், சில சமயங்களில் மேலும் அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது; ஆனால் பலர் காலப்போக்கில் முன்னேறுகிறார்கள், அவர்களுக்கு மற்றொரு அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுவதில்லை. எலும்பு முறிவு அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு, மணிக்கட்டின் அல்நார் பக்க அறிகுறிகள் ஓர் ஆண்டு வரை தொடர்ந்து முன்னேறுவது வழக்கம்.

இளம் வயதிலிருந்தே இருக்கும் நீண்டகால மணிக்கட்டு உருக்குலைவில், காலப்போக்கில் மூட்டு படிப்படியாகத் தேய்ந்துபோகலாம் அல்லது நிலையற்றதாகலாம். கடுமையான நிலைகளில், விரல்களை நேராக்கும் தசைநாண்கள் துருத்திக்கொண்டிருக்கும் எலும்பின் மீது உரசி அறுந்துபோகலாம்; இதனால் ஒன்று அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட விரல்களை

நேராக்கும் திறன் திடீரென இழக்கப்படும். ஒரு விரல் நேராகவில்லை என்றால், உடனடியாகக் கிளிளிக்கைத் தொடர்பு கொள்ளுங்கள்.

எந்த மணிக்கட்டு அறுவை சிகிச்சையையும் போலவே, எலும்புகள் மெதுவாகக் குணமடையலாம் அல்லது ஒன்றுசேராமல் போகலாம்; எலும்பு அகற்றப்பட்ட பகுதி நிலையற்றதாகி வலிக்கலாம். மணிக்கட்டின் பின்புறத்தில் நீடிக்கும் வலியை மறுபரிசோதனையின்போது தெரிவிக்க வேண்டும்.

விவரங்கள் வேண்டுமென்றால், இந்தப் பக்கத்தில் உள்ள சிக்கல்கள் அட்டவணை வழக்கமான விகிதங்களைப் பட்டியலிடுகிறது.

எப்போது எங்களை அழைக்க வேண்டும்

உங்களுக்குக் காய்ச்சல் இருந்தால், அல்லது காயத்தைச் சுற்றியுள்ள தோல் மேலும் சிவந்து, வீங்கி அல்லது கசியத் தொடங்கினால் எங்களை அழையுங்கள். உங்கள் வலி திடீரென அதிகரித்தால், அல்லது முதல் இரண்டு வாரங்களில் உங்கள் மணிக்கட்டில் புதிய வலியோ வீக்கமோ தோன்றினால் எங்களை அழையுங்கள். ஒரு விரல் நேராகவில்லை என்றால், அல்லது உங்கள் மணிக்கட்டு தளர்வாக உணர்ந்தால், சொடுக்கினால் அல்லது சட்டென விட்டுக்கொடுத்தால் எங்களிடம் சொல்லுங்கள். கெண்டைக்காலில் (calf) வீக்கமோ வலியோ இருந்தால், மூச்சுத் திணறல், மார்பு வலி, உங்கள் கையில் மரத்துப்போன உணர்வு இருந்தால், அல்லது உங்கள் கையையோ விரல்களையோ அசைக்க முடியவில்லை என்றால் அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

ஆழமான விளக்கம்

உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவையானதைவிட இந்தப் பகுதி மேலும் ஆழமாகச் செல்கிறது. கீழ்முனை ரேடியோ-அல்நார் மூட்டைப் பற்றி மேலும் படிப்பது பயனுள்ளது; ஏனெனில் மணிக்கட்டில் உள்ள மூட்டுகளிலேயே நாம் மிக மோசமாக அளவிடக்கூடியது இதுதான், அவசரப்பட்டுக் குற்றம் சாட்டப்படுவதும் இதுவே, காத்திருப்பதே பெரும்பாலும் சரியான பதிலாக இருப்பதும் இதற்குத்தான்.

இந்தப் பிரச்சினையை நம்பகமாக அளவிட நம்மால் முடியவில்லை

இந்த மூட்டின் நிலையற்ற தன்மை பெரும்பாலும் தொட்டு உணர்வதன் மூலமே கண்டறியப்படுகிறது — பரிசோதிப்பவர் அல்லனாவை ரேடியஸுக்கு எதிராக நகர்த்திப் பார்த்து ஓர் அபிப்பிராயத்தை உருவாக்குகிறார். மதிப்பீட்டு உத்திகள் குறித்த 2025-ஆம் ஆண்டின் ஒரு மதிப்பாய்வு, கீழ்முனை ரேடியோ-அல்நார் மூட்டின் நிலையற்ற தன்மையை ஆராய்வதற்கான நம்பகமான, அளவிடக்கூடிய முறைகள் இன்னும் நிறைவேற்றப்படாத தேவையாகவே உள்ளன என்றும், அவற்றை உருவாக்குவது சிகிச்சை மேலாண்மையை மேம்படுத்த இன்றியமையாதது என்றும் தெளிவாக முடிவு செய்தது [1].

இதற்கு உங்களுக்கு ஒரு நேரடி விளைவு உண்டு. நோய்க் கண்டறிதல் அகவயமான (subjective) ஒரு பரிசோதனையை நம்பியிருக்கும்போது, ஒரு மூட்டை நிலையற்றது என்று

சொல்வதற்கான வரம்பு பரிசோதிப்பவருக்குப் பரிசோதிப்பவர் மாறுபடுகிறது; அதற்கு அறுவை சிகிச்சை செய்வதற்கான வரம்பும் அப்படியே மாறுபடுகிறது. இங்கு இரண்டாவது கருத்தைக் கேட்பது அவநம்பிக்கை அல்ல; அறியப்பட்ட வரம்புகளைக் கொண்ட ஒரு பரிசோதனைக்கு அது ஒரு நியாயமான எதிர்வினை.

மணிக்கட்டு எலும்பு முறிவுக்குப் பிந்தைய அல்நார் பக்க வலி பெரும்பாலும் தானாகத் தணிகிறது

கீழ்முனை ரேடியஸ் எலும்பு முறிவுக்குப் பிறகு மணிக்கட்டு வலியுடன் இருக்கும் எவருக்கும் இதுவே மிகவும் பயனுள்ள ஒற்றைக் கண்டுபிடிப்பு. ஒரு விரிவான மதிப்பாய்வு, கீழ்முனை ரேடியஸ் முறிவுகளைத் தொடர்ந்து வரும் **பெரும்பாலான** அல்நார் பக்க மணிக்கட்டுப் பிரச்சினைகளை, காலப்போக்கில் கணிசமான முன்னேற்றம் ஏற்படும் என்ற எதிர்பார்ப்புடன், **தொடக்கத்தில் அறுவை சிகிச்சையின்றி — வழக்கமாக ஓர் ஆண்டுக்கும் மேலாக — சிகிச்சையளிக்க முடியும்** என்று முடிவு செய்தது [2].

காத்திருக்கச் சொல்லப்படும் என்று பெரும்பாலானோர் எதிர்பார்ப்பதைவிட ஓர் ஆண்டு நீண்ட காலம்; முன்கூட்டியே தலையிட வேண்டும் என்ற உந்துதல் ஆலோசனையின் இரு தரப்பிலும் வலுவாக இருக்கும். அதே மதிப்பாய்வில் குறிப்பிடப்பட்ட விதிவிலக்கு முக்கியமானதும் குறிப்பானதும் ஆகும்: முன்கைச் சுழற்சியை உடல்ரீதியாகத் தடுக்கும், தொடக்கத்திலேயே ஏற்படும் குறிப்பிடத்தக்க மூட்டு இடப்பெயர்வுக்கு (subluxation) கண்காணிப்பு மட்டும் போதாது — அதைச் சரிசெய்ய வேண்டும் [2].

எனவே இயல்புநிலை பொறுமைதான் — அதைக் கைவிடுவதற்கு ஒரு தெளிவாக வரையறுக்கப்பட்ட காரணத்துடன்.

மீட்புச் சிகிச்சை தேவைப்படும்போது, தேர்வு தோற்றத்தைவிட நுட்பமானது

மூட்டு அழிந்துவிட்டு, அறுவை சிகிச்சையற்ற சிகிச்சை உண்மையிலேயே தோல்வியடைந்திருந்தால், பாரம்பரியமான தேர்வுகள் இரண்டு: அல்னாவின் முனையை அகற்றும் Darrach சிகிச்சை, மற்றும் மூட்டை ஒன்றாக இணைத்து (fusion), சுழற்சிக்கு இடம் தர அதற்கு மேலே — முழங்கையை நோக்கிய பக்கத்தில் — ஓர் இடைவெளியை உருவாக்கும் Sauvé-Kapandji சிகிச்சை.

இவ்விரண்டையும் ஒப்பிட்ட ஒரு முறையான மதிப்பாய்வு, அடிப்படை நோய் எதுவாக இருந்தாலும் **ஒப்பிடத்தக்க திருப்தி** இருந்ததைக் கண்டறிந்தது; அசைவு வரம்பு, வலிமை, மொத்தச் செயல்பாடு ஆகியவற்றிலும் ஒரே மாதிரியான முன்னேற்றம் இருந்தது [3]. வித்தியாசம் இருந்தது **மறு அறுவை சிகிச்சை விகிதத்தில்; அது Sauvé-Kapandji-யில் அதிகமாக இருந்தது** [3].

அது ஒரு தெளிவான வேறுபடுத்தி. இரண்டு அறுவை சிகிச்சைகளும் ஒரே முடிவைத் தரும்போது, குறைவான மேலதிக அறுவை சிகிச்சைகளைத் தேவைப்படுத்துவதே சாதகமானது; இருப்பினும், மணிக்கட்டு எலும்புகளுக்கு (carpus) அல்நார் பக்கத் தாங்குதலைப் பாதுகாப்பது முக்கியமான இடங்களில் Sauvé-Kapandji-க்கு இன்னும் ஒரு பங்கு உண்டு — அதற்காகவே அது வடிவமைக்கப்பட்டது.

அல்நார் மோதுதல் என்பது வேறு ஒரு பிரச்சினை; அதற்குத் தனி விடை உண்டு

அல்நார் ஒப்பீட்டளவில் மிக நீளமாக இருப்பதால் ஏற்படும் அல்நார் பக்க வலி — அல்நார் மோதுதல் நோய்க்குறி (ulnar impaction syndrome) — சுமை செல்லும் பாதையைக் குறைப்பதன் மூலம் சிகிச்சையளிக்கப்படுகிறது: அல்நாவின் தண்டை (shaft) வெட்டிச் சுருக்குவதன் மூலமோ, அல்லது மூட்டு நுண்ணோக்கி (arthroscopy) மூலம் அல்நா எலும்புத் தலையின் குவிந்த மேற்பரப்பை அகற்றுவதன் மூலமோ. **311** நோயாளிகளை உள்ளடக்கிய ஒரு மெட்டா-பகுப்பாய்வு இரண்டுமே பயனுள்ளவை என்று கண்டறிந்தது; **மூட்டு நுண்ணோக்கி வேஃபர் சிகிச்சையில் (arthroscopic wafer procedure) சிக்கல்கள் குறைவாகவும், மறு அறுவை சிகிச்சை விகிதம் குறைவாகவும் இருந்தன [4].**

தண்டு எலும்பு வெட்டுச் சிகிச்சையில் (shaft osteotomy) ஒரு தகடு (plate), குணமடைய வேண்டிய ஓர் எலும்பு, மற்றும் வெட்டப்பட்ட இடம் ஒன்றுசேராமல் போகும் வாய்ப்பு ஆகியவை உள்ளன; மூட்டு நுண்ணோக்கிச் சிகிச்சை இம்மூன்றையும் தவிர்க்கிறது. உடற்கூறு அதற்குப் பொருந்தும் இடங்களில், அது பொருள்பொதிந்த ஒரு வித்தியாசம்.

மேற்கோள்கள்

- [1] Christy M, Wright DJ, Goldfarb CA. Assessment strategies for distal radioulnar joint instability: current state and a need for improved tools. J Hand Surg Am. 2025;50(12):1505-14. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2025.06.021>
- [2] Giddins G. The distal radioulnar joint after distal radial fractures: when and how do we need to treat pain, stiffness or instability? J Hand Surg Eur Vol. 2023;48(3):230-45. <https://doi.org/10.1177/17531934221140238>
- [3] Lamont S, Debkowska M, Johnsen P, Froehle A, Cotterell IH, Isaacs J. Outcomes of Darrach and Sauvé-Kapandji procedures: a systematic review. Hand (N Y). 2022;19(1):68-73. <https://doi.org/10.1177/15589447221107697>
- [4] Shi H, Huang Y, Shen Y, Wu K, Zhang Z, Li Q. Arthroscopic wafer procedure versus ulnar shortening osteotomy for ulnar impaction syndrome: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-04611-4>

கீழ்முனை ரேடியோ-அல்நார் மூட்டு அறுவை சிகிச்சை

வெளியிடப்பட்ட ஆய்வுகளில் இருந்து சிக்கல்களின் விகிதங்கள்

80 வெளியிடப்பட்ட ஆய்வுகளின் கூட்டுத் தரவுகளிலிருந்து. இவை மக்கள்தொகை அளவிலான விகிதங்கள், உங்கள் தனிப்பட்ட அபாயம் அல்ல — உங்களுக்கு எது பொருந்தும் என்பதை உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் உங்களுடன் கலந்துரையாடுவார்.

சிக்கல்	பதிவான விகிதம்	குறிப்புகள்
மறு அறுவை சிகிச்சை	25.0%	கீழ்முனை ரேடியோ-அல்நார் மூட்டுக்கான செயற்கை மூட்டுச் சீரமைப்பு (prosthetic arthroplasty) குறித்த ஒரு முறையான மதிப்பாய்வில் பதிவாகியுள்ளது (n=1525).
இயந்திரவியல் அறிகுறிகள் (mechanical symptoms)	12.5%	Darrach மற்றும் Sauvé-Kapandji சிகிச்சைகள் குறித்த ஒரு முறையான மதிப்பாய்வில் பதிவாகியுள்ளது.
எலும்பு ஒன்றுசேராமை (nonunion)	2.3%	Darrach மற்றும் Sauvé-Kapandji சிகிச்சைகள் குறித்த ஒரு முறையான மதிப்பாய்வில் பதிவாகியுள்ளது.
மீண்டும் ஏற்படும் நிலையற்ற தன்மை	4.4%	எக்ஸ்டென்சர் ரெட்டினாகுலம் கேப்சுலோரஃபி (extensor retinaculum capsulorrhaphy) மற்றும் தையல் பழுதுபார்ப்பு செய்யப்பட்ட 88 நோயாளிகளின் முன்னோக்குக் (prospective) குழுமத்தில் பதிவாகியுள்ளது.
இடம்மாறிய எலும்பு உருவாதல் (heterotopic ossification)	10.0%	Aptis முழு கீழ்முனை ரேடியோ-அல்நார் மூட்டுச் செயற்கை உறுப்பின் நீண்டகாலப் பின்தொடர்தலுடன் கூடிய 10 நோயாளிகளின் முன்னோக்குக் குழுமத்தில் பதிவாகியுள்ளது.

சிக்கல்	பதிவான விகிதம்	குறிப்புகள்
செயற்கை மூட்டைச் சுற்றியுள்ள எலும்பு முறிவு (periprosthetic fracture)	10.0%	Aptis முழு கீழ்முனை ரேடியோ-அல்நார் மூட்டுச் செயற்கை உறுப்பின் நீண்டகாலப் பின்தொடர்தலுடன் கூடிய 10 நோயாளிகளின் முன்னோக்குக் குழுமத்தில் பதிவாகியுள்ளது.
மூட்டு நுண்ணோக்கிப் பழுதுபார்ப்புக்குப் பிறகு மீண்டும் ஏற்படும் DRUJ நிலையற்ற தன்மை	3.7%	பின்புறக் கேப்சுலர் இம்ப்ரிகேஷனுடன் (dorsal capsular imbrication) மூட்டு நுண்ணோக்கி TFCC பழுதுபார்ப்பு செய்யப்பட்ட 225 நோயாளிகளின் பின்னோக்கு (retrospective) ஆய்வில் பதிவாகியுள்ளது.
அல்னா எலும்புத் தலையின் மீண்டும் ஏற்படும் உள்ளங்கைப் பக்க (volar) இடப்பெயர்ச்சி	1.2%	கீழ்முனை ரேடியஸ் எலும்பு முறிவுகளும் DRUJ இடப்பெயர்ச்சியும் கொண்ட, வயது முதிர்ந்த 173 நோயாளிகளின் பின்னோக்கு ஆய்வில் பதிவாகியுள்ளது.
தளர்வான மூட்டுகள் உள்ளவர்களில் மீண்டும் ஏற்படும் DRUJ நிலையற்ற தன்மை	17.7%	பொதுவான மூட்டுத் தளர்வு (generalized joint laxity) கொண்ட, மூட்டு நுண்ணோக்கி ஃபோவியல் பழுதுபார்ப்பு செய்யப்பட்ட 120 நோயாளிகளின் பின்னோக்கு ஆய்வில் பதிவாகியுள்ளது.
எக்ஸ்-ரேயில் தெரியும் DRUJ தேய்மான மூட்டழற்சியின் அறிகுறிகள்	20.0%	அல்னா சுருக்கும் எலும்பு வெட்டுச் சிகிச்சை (ulnar shortening osteotomy) செய்யப்பட்ட 66 நோயாளிகளின் பின்னோக்கு ஆய்வில் பதிவாகியுள்ளது.
அல்னாவின் மேல்முனை அடிமுனையின் (proximal ulnar stump) நிலையற்ற தன்மை	13.8%	Sauvé-Kapandji சிகிச்சை செய்யப்பட்ட 30 நோயாளிகளின் பின்னோக்கு ஆய்வில் பதிவாகியுள்ளது.
அல்நார் அடிமுனையின் எலும்பு-மஜ்ஜை அழற்சி (osteomyelitis)	3.4%	Sauvé-Kapandji சிகிச்சை செய்யப்பட்ட 30 நோயாளிகளின் பின்னோக்கு ஆய்வில் பதிவாகியுள்ளது.
அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய ஏதேனும் ஒரு சிக்கல்	20.7%	Sauvé-Kapandji சிகிச்சை செய்யப்பட்ட 30 நோயாளிகளின் பின்னோக்கு ஆய்வில் பதிவாகியுள்ளது.
பொருத்தப்பட்ட எலும்பு ஒட்டு உறிஞ்சப்படுதல்	9.1%	மாற்றியமைக்கப்பட்ட Sauvé-Kapandji சிகிச்சை செய்யப்பட்ட, ருமட்டாய்டு மூட்டழற்சி (rheumatoid arthritis) கொண்ட 56 நோயாளிகளின் வழக்குத் தொடரில் பதிவாகியுள்ளது.

சிக்கல்	பதிவான விகிதம்	குறிப்புகள்
லுனேட் எலும்புக்கும் (lunate) அல்நார் எலும்பு ஒட்டுக்கும் இடையே ஏற்படும் எலும்பு இறுக்கிணைவு (osseous ankylosis)	10.6%	மாற்றியமைக்கப்பட்ட Sauvé-Kapandji சிகிச்சை செய்யப்பட்ட, ருமட்டாய்டு மூட்டழற்சி (rheumatoid arthritis) கொண்ட 56 நோயாளிகளின் வழக்குத் தொடரில் பதிவாகியுள்ளது.
செயற்கை மூட்டைச் சுற்றியுள்ள அல்னா எலும்பு முறிவு	1.7%	Aptis DRUJ மூட்டுச் சீரமைப்புக்குப் பிறகு செயற்கை மூட்டைச் சுற்றி அல்னா எலும்பு முறிவு ஏற்பட்ட 4 நோயாளிகளின் வழக்குத் தொடரில் பதிவாகியுள்ளது.
ஒட்டு உறிஞ்சப்படுதலும் அது தோல்வியடைதலும்	—	நாள்பட்ட உள்ளங்கைப் பக்க (volar) இடப்பெயர்ச்சிக்குச் செய்யப்பட்ட தசைநாண் இடைவைப்பு மூட்டுச் சீரமைப்பு (tendon interposition arthroplasty) குறித்த ஒரு வழக்கு அறிக்கையில், சாத்தியமான ஒரு சிக்கலாகப் பதிவாகியுள்ளது.
எஞ்சிய வலியும் விறைப்பும்	—	நாள்பட்ட உள்ளங்கைப் பக்க (volar) இடப்பெயர்ச்சிக்குச் செய்யப்பட்ட தசைநாண் இடைவைப்பு மூட்டுச் சீரமைப்பு (tendon interposition arthroplasty) குறித்த ஒரு வழக்கு அறிக்கையில், சாத்தியமான ஒரு சிக்கலாகப் பதிவாகியுள்ளது.
தேய்மான மூட்டழற்சி முற்றிச் செல்லுதல்	—	நாள்பட்ட உள்ளங்கைப் பக்க (volar) இடப்பெயர்ச்சிக்குச் செய்யப்பட்ட தசைநாண் இடைவைப்பு மூட்டுச் சீரமைப்பு (tendon interposition arthroplasty) குறித்த ஒரு வழக்கு அறிக்கையில், சாத்தியமான ஒரு சிக்கலாகப் பதிவாகியுள்ளது.
அல்நார் இடிப்பு நோய்க்குறி (ulnar impingement syndrome)	—	அல்னா எலும்புத் தலை அகற்றல் தோல்வியடைந்ததன் ஒரு சிக்கலாகப் பதிவாகியுள்ளது.
அல்னாவின் கழுத்துப் பகுதி உறிஞ்சப்படுதல்	—	கீழ்முனை ரேடியோ-அல்நார் மூட்டுக்குச் செய்யப்படும் கட்டுப்பாடற்ற (non-constrained) உள்பொருத்து மூட்டுச் சீரமைப்பின் ஒரு சிக்கலாகப் பதிவாகியுள்ளது.
சிக்மாய்டு பள்ளம் (sigmoid notch) அரிக்கப்படுதல்	—	கீழ்முனை ரேடியோ-அல்நார் மூட்டுக்குச் செய்யப்படும் கட்டுப்பாடற்ற (non-constrained) உள்பொருத்து மூட்டுச் சீரமைப்பின் ஒரு சிக்கலாகப் பதிவாகியுள்ளது.

சிக்கல்	பதிவான விகிதம்	குறிப்புகள்
உள்பொருத்து தளர்ச்சி	—	கீழ்முனை ரேடியோ-அல்நார் மூட்டுக்குச் செய்யப்படும் கட்டுப்பாடற்ற (non-constrained) உள்பொருத்து மூட்டுச் சீரமைப்பின் ஒரு சிக்கலாகப் பதிவாகியுள்ளது.
ஒட்டு அறுதல்	—	உள்ளங்கைப் பக்க மற்றும் பின்புற ரேடியோஅல்நார் தசைநார்களின் (palmar and dorsal radioulnar ligaments) உடற்கூறு ரீதியான மறுகட்டமைப்பின் ஒரு சிக்கலாகப் பதிவாகியுள்ளது.
தற்காலிக உணர்வுக் கோளாறு (transient dysesthesia)	—	உள்ளங்கைப் பக்க மற்றும் பின்புற ரேடியோஅல்நார் தசைநார்களின் (palmar and dorsal radioulnar ligaments) உடற்கூறு ரீதியான மறுகட்டமைப்பின் ஒரு சிக்கலாகப் பதிவாகியுள்ளது.

நான் இந்தத் தகவல்களைப் படித்துள்ளேன், மேலும் இந்த சிகிச்சை முறை, அதன் எதிர்பார்க்கப்படும் மீட்சி காலம் மற்றும் மேலே பட்டியலிடப்பட்டுள்ள சிக்கல்கள் குறித்து டாக்டர் ஹிர்பராவிடம் கேள்விகள் கேட்கும் வாய்ப்பு எனக்குக் கிடைத்துள்ளது.

நோயாளி — பெயர் (தெளிவாக எழுதவும்)

கையொப்பம்

தேதி