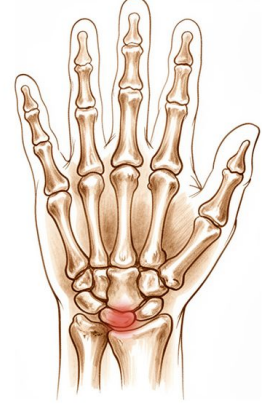


கீன்பாக் நோய் (Kienböck's Disease)

முற்றிய கீன்பாக் நோய் (Stage IIIB): மணிக்கட்டின் மையத்தில் உள்ள லுனேட் எலும்பு தனது இரத்த வழங்கலை இழந்து நொறுங்கிவிட்டது; இது சுற்றியுள்ள மணிக்கட்டின் இயக்கவியலைச் சிதைக்கிறது.

Kieran Hirpara © 2014 4.0



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

நீங்கள் உணர்வது

கீன்பாக் நோயின் (Kienböck's disease) வலி, உங்கள் மணிக்கட்டின் பின்புறத்தின் நடுவில், லுனேட் (lunate) எனப்படும் ஒரு சிறிய எலும்பின் மேல் அமைந்துள்ளது. இது பெரும்பாலும் எந்தக் காயமும் இல்லாமலேயே தோன்றுகிறது; இருப்பினும் சிலர் அதற்கு முன் ஓர் அடிபடுதலையோ, திரும்பத் திரும்ப ஏற்பட்ட அழுத்தத்தையோ (repeated strain) நினைவுசூர்கிறார்கள். மணிக்கட்டின் பின்புறம் வீங்கியதுபோலவும் தோன்றலாம். உங்கள் மணிக்கட்டு விறைப்பாக உணரப்படலாம்; உங்கள் பிடி வழக்கத்தைவிடப் பலவீனமாக இருக்கலாம்.

பற்றிப் பிடிப்பது, திருகுவது, மணிக்கட்டின் மீது சுமை ஏற்றுவது — உதாரணமாக கடைப் பொருட்களைத் தூக்கிச் செல்வது, ஜாடியின் மூடியைத் திருகுவது, அல்லது கைகளால் அழுத்தி நாற்காலியிலிருந்து எழுவது — ஆகியவற்றால் வலி அதிகரிக்கும் போக்கு உள்ளது. கைக்கு (hand) ஓய்வு கொடுப்பது பொதுவாக அதைத் தணிக்கிறது. உறுதியான பிடியோ பின்னோக்கி வளைந்த மணிக்கட்டோ தேவைப்படும் அன்றாட வேலைகள் — சுத்தியலைப் பயன்படுத்துவது, துணியைப் பிழிவது, அல்லது நீண்ட நேரம் வாகனத்தின் ஸ்டியரிங்கைப் பிடித்திருப்பது போன்றவை — கடினமாகவோ அசௌகரியமாகவோ ஆகலாம்.

கீன்பாக் நோய் பொதுவாக 30 முதல் 40 வயதுக்கு இடையில் தோன்றுகிறது. வயதானவர்களிடம் இது அரிது; இருப்பினும் வாழ்க்கையின் பிற்பகுதியில் இது தோன்றும்போது, பெண்களிடமே அதிகமாகவும், கனமான வேலைக்கு அவர்கள் அதிகம் பயன்படுத்தும் கையிலும் (hand) காணப்படுகிறது. வயதானவர்களிடம் வலி அமைதியாகவோ எளிதில் கவனிக்கப்படாமலோ இருக்கலாம்; இது சில சமயங்களில் நோயறிதலைத் தாமதப்படுத்துகிறது.

தனியே விட்டுவிட்டால், இந்த நிலை பொதுவாகக் காலப்போக்கில் மெதுவாக மோசமாகிறது; மருத்துவர்கள் ஒரு காலத்தில் நினைத்ததைவிட வேகமாகவும் அது முன்னேறலாம். ஆண்டுகள் செல்லச் செல்ல, அது மணிக்கட்டில் தேய்மான மூட்டழற்சிக்கு (wear-and-tear arthritis) வழிவகுக்கலாம். அந்தக் காரணத்தால், உங்கள் மற்ற மணிக்கட்டையும் பரிசோதித்து எக்ஸ்-ரே எடுக்க வேண்டும்; ஏனெனில் இந்த நோய் இரு பக்கங்களையும் பாதிக்கக்கூடும்.

வலி தணியாமல் இருந்தால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டிருந்தால், இரவில் உங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்பினால், அல்லது வேலை செய்யவோ உங்கள் கையை (hand) பயன்படுத்தவோ முடியாமல் தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது நிபுணர் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள். வேலை நேரத்துக்குப் பிறகோ வார இறுதியிலோ கிளினிக்கைத் தொடர்புக்கொள்ள முடியாவிட்டால், உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

உங்கள் மணிக்கட்டு, இரண்டு வரிசைகளில் அமைந்த எட்டுச் சிறிய எலும்புகளால் ஆனது. லூனேட், பின் வரிசையின் நடுவில், அதன் அண்டை எலும்புகளுக்கும் உங்கள் முன்கை எலும்பின் முனைக்கும் இடையில் அடங்கியிருக்கிறது. அதனுடன் தசைகள் எதுவும் இணைக்கப்படவில்லை; எனவே அதைச் சுற்றியுள்ள எலும்புகள் அசையும்போது அதுவும் அவற்றுடன் சேர்ந்து அசைகிறது.

லூனேட்டின் இரத்த வழங்கலும் எளிதில் பாதிக்கப்படக்கூடியது. சிறிய இரத்த நாளங்கள் எலும்பின் ஒவ்வொரு முனையிலும் உள்ளே நுழைகின்றன; சில மணிக்கட்டுகளில் ஒரே ஒரு வழி மட்டுமே இரத்தத்தை உள்ளே கொண்டுவருகிறது. அந்த வழங்கல் தடைபடும்போது, எலும்புத் திசு இறந்துவிடுகிறது. மருத்துவர்கள் இதை ஆஸ்டியோநெக்ரோசிஸ் (osteonecrosis) என்று அழைக்கிறார்கள்; இரத்தப் பற்றாக்குறையால் ஏற்படும் எலும்பு இறப்பு என்பது இதன் பொருள். கீன்பாக் நோயின் மையப் பிரச்சினை இதுவே.

வழங்கல் ஏன் தோல்வியடைகிறது என்பது இன்னும் முழுமையாகத் தீர்மானிக்கப்படவில்லை. பொதுவாக ஒரே ஒரு காயம் காரணம் அல்ல. இந்த நோய் பெரும்பாலும் எந்த விழுதலோ விபத்தோ இல்லாமலேயே படிப்படியாகத் தொடங்குகிறது; தேய்மானத்தைவிட, எலும்புக்குள் இரத்தம் செல்வதிலும் எலும்பிலிருந்து வெளியேறுவதிலும் உள்ள பிரச்சினைகளே அதிக முக்கியத்துவம் வாய்ந்தவையாகத் தெரிகின்றன. சில மணிக்கட்டுகள், மற்றவற்றைவிட லூனேட்டின் மீது அதிகச் சுமை விழும் வடிவத்திலும் அமைந்துள்ளன; இது நோய்க்கான களத்தை அமைக்கலாம்.

எலும்பு பலவீனமடைந்ததும், அதன் விளைவுகள் தொடர்கின்றன. நீங்கள் பற்றும்போதோ அழுத்தும்போதோ ஒவ்வொரு முறையும் உங்கள் மணிக்கட்டின் வழியாகச் செல்லும் சுமையைப் பகிர்ந்துகொண்டு, லூனேட் வழக்கமாக ஒரு சிறிய அதிர்வுதாங்கியாக (shock absorber) செயல்படுகிறது. இறந்த எலும்பால் அந்தச் சுமையை நன்றாகத் தாங்க முடியாது. அது இறுகி, பின்னர் அழுத்தத்தின் கீழ் விரிசல் விட்டு நொறுங்குகிறது. அது உயரத்தை

இழக்கும்போது, அதற்கு மேலே உள்ள எலும்புகள் கீழே இறங்குகின்றன; மணிக்கட்டின் சிறிய மூட்டுகள் சீரமைப்பிலிருந்து விலகுகின்றன; எல்லாவற்றையும் ஒன்றாகப் பிடித்து வைத்திருக்கும் தசைநார்கள் (ligaments) தளர்ந்துவிடுகின்றன. முன்பு விவரிக்கப்பட்ட வலி, விறைப்பு, பலவீனமான பிடி ஆகியவற்றை ஏற்படுத்துவது அந்த நொறுங்குதலே.

மருத்துவர்கள் இந்த நிலையை நிலைகளாக (stages) விவரிக்கிறார்கள் — இறுகிய ஆனால் உடையாத எலும்பிலிருந்து, லூனேட் நொறுங்குதல் வழியாக, முழு மணிக்கட்டு முழுவதும் பரவிய மூட்டழற்சி வரை. ஆரம்ப நிலைகள் ஓய்வு, சிம்பு (splint) ஆகியவற்றால் மட்டுமே தணியலாம். எலும்பு நொறுங்கிய அல்லது மூட்டுப் பரப்புகள் தேய்ந்துபோன பிற்கால நிலைகளுக்கே அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படும் வாய்ப்பு அதிகம்.

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 (least invasive) 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 மருத்துவ வரலாறு, பரிசோதனை, தேவைப்படும் இடங்களில் ஸ்கேன்கள் ஆகியவற்றை உள்ளடக்கிய கிளினிக் மதிப்பீடு, நோயறிதலை உறுதிசெய்கிறது.

ஆரம்ப நிலைகளுக்கு, நாங்கள் பொதுவாக அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையுடன் தொடங்குகிறோம். அதாவது, உங்கள் மணிக்கட்டைப் பயன்படுத்தும் விதத்தை மாற்றுவது, அதை அசையாமல் வைத்திருக்க ஒரு சிம்பு (splint) அல்லது கட்டு (cast) அணிவது, கை சிகிச்சை (hand therapy). 15 வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகள் மற்றும் பதின்ம வயதினருக்கு, மணிக்கட்டைக் குறைந்தது 6 வாரங்கள் அசையாமல் வைத்திருப்பதைப் பரிந்துரைக்கிறோம்; அதன் பிறகு மீண்டும் எடுக்கப்படும் எக்ஸ்-ரே, CT, MRI ஸ்கேன்கள் மூலம் அதை நெருக்கமாகக் கண்காணிக்கிறோம். சில மணிக்கட்டுகள் இதனால் மட்டுமே தணிந்துவிடுகின்றன; சிலருக்கு இந்த நிலை லேசான போக்கிலேயே செல்லலாம்.

அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சை போதுமான முன்னேற்றத்தைத் தரவில்லை என்றால், அறுவை சிகிச்சையைப் பரிசீலிக்கிறோம். பெரும்பாலான அறுவை சிகிச்சைகளின் நோக்கம், லூனேட் குணமாகும்போது அது பாதுகாக்கப்படும்படி அதிலிருந்து சுமையை நீக்குவது, அல்லது தேய்ந்த பரப்புகளைத் தவிர்த்துச் செல்லும்படி மணிக்கட்டை மீண்டும் கட்டியமைப்பது. மிக ஆரம்ப நிலைகளில், உட்பகுதி அழுத்தம் நீக்கல் (core decompression) எனப்படும் சாவித்துளை (keyhole) சிகிச்சை முறை எலும்புக்குள் உள்ள அழுத்தத்தைக் குறைக்கிறது. ரேடியல் ஷார்ட்டனிங் ஆஸ்டியோடமி (radial shortening osteotomy) எனப்படும், முன்கை எலும்பின் நீளத்தைக் குறைக்கும் சிகிச்சை மற்றொரு தேர்வு; இது லூனேட்டிலிருந்து சுமையை விலக்குகிறது. இரத்த நாளங்களுடன் கூடிய எலும்பு ஒட்டு (vascularised bone graft), இரத்த வழங்கல் அப்படியே உள்ள உயிருள்ள எலும்பின் ஒரு சிறு

துண்டை லூனேட்டுக்குள் நகர்த்தி, அது குணமடைய உதவுகிறது. லூனேட் கணிசமாக நொறுங்கிவிட்ட அல்லது தேய்மான மூட்டழற்சி உருவாகிவிட்ட மணிக்கட்டுகளுக்கான மீட்பு (salvage) தேர்வுகளில் பின்வருவன அடங்கும்: அருகாமை வரிசைக் கார்பெக்டமி (proximal row carpectomy) எனப்படும், சேதமடைந்த எலும்புகளின் வரிசையை அகற்றுதல்; மணிக்கட்டு எலும்புகளில் சிலவற்றை ஒன்றாக இணைத்தல்; அல்லது முழு மணிக்கட்டு இணைப்பு (wrist fusion). உங்கள் மணிக்கட்டுக்கும் உங்கள் நோய் நிலைக்கும் எந்தத் தேர்வு பொருந்தும் என்பதை நாங்கள் விரிவாக விளக்குவோம்; நாம் சேர்ந்து முடிவு செய்வோம்.

அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய கை சிகிச்சை (hand therapy) Extend Rehabilitation-இல் உள்ள ரூபி டூலனுடன் (Ruby Doolan) நடக்கும். ரூபி ஒரு கை சிகிச்சையாளர் (hand therapist): உங்கள் மறுவாழ்வை அவர் வழிநடத்துவார்; உங்களுக்குத் தேவைப்படும் எந்தச் சிம்பையும் செய்து தருவார்.

வலி தணியாமல் இருந்தால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டிருந்தால், இரவில் உங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்பினால், அல்லது வேலை செய்யவோ உங்கள் கையை (hand) பயன்படுத்தவோ முடியாமல் தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது நிபுணர் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள். வேலை நேரத்துக்குப் பிறகோ வார இறுதியிலோ கிளினிக்கைத் தொடர்புக்கொள்ள முடியாவிட்டால், உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

கீன்பாக் நோய் பொதுவாக மெதுவாகவே முன்னேறுகிறது; ஆனால் அது முன்னேறும் போக்கு உடையது. தனியே விட்டுவிட்டால், லூனேட் தொடர்ந்து சிதைந்துகொண்டே இருக்கலாம்; இறுதியில் இந்த நிலை முழு மணிக்கட்டு முழுவதும் பரவிய மூட்டழற்சியில் முடியலாம். மருத்துவர்கள் ஒரு காலத்தில் நினைத்ததைவிட வேகமாகவும் இது முன்னேறலாம்; லூனேட்டின் வழுவழுப்பான பரப்பு ஆரம்பத்திலேயே தேய்ந்துபோகலாம். இருப்பினும், எல்லா மணிக்கட்டுகளும் ஒரே பாதையைப் பின்பற்றுவதில்லை. சிலருக்கு எந்த வலியும் இல்லாமலேயே இந்த நோய் இருக்கிறது; எக்ஸ்-ரே மாற்றங்கள், மணிக்கட்டு எப்படி உணரப்படுகிறது என்பதுடன் எப்போதும் பொருந்துவதில்லை. ஒரு மணிக்கட்டு நன்றாக உணரப்படும் அதே வேளையில் ஸ்கேனில் மோசமாகத் தோன்றலாம்; அதனால்தான் படங்களைவிட உங்கள் அறிகுறிகளும், உங்கள் கையால் (hand) என்ன செய்ய முடிகிறது என்பதுமே அதிக முக்கியம்.

சிகிச்சையுடன், எதிர்காலம் மேலும் நிலையானது. ஆரம்ப நிலைகள் பெரும்பாலும் ஓய்வு, சிம்பு அல்லது கட்டு, மணிக்கட்டைப் பயன்படுத்தும் விதத்தை மாற்றுதல் ஆகியவற்றால் தணிகின்றன. குழந்தைகளும் பதினம் வயதினரும் அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சைக்கு நன்றாகப் பலனளிக்கிறார்கள். அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படும் இடத்தில், நோக்கம் நேர்மையானது: லூனேட் காப்பாற்றப்படும் என்று வாக்குறுதி அளிப்பதற்காக அல்ல, வலியைக் குறைத்து உங்கள் மணிக்கட்டு அசைந்துகொண்டிருக்கும்படி வைப்பதற்காகவே அறுவை சிகிச்சைகள் வழங்கப்படுகின்றன. ரேடியல் ஷார்ட்டனிங் ஆஸ்டியோடமி 75% நோயாளிகளுக்குப் பத்தாண்டு கால முன்னேற்றத்தைத் தருகிறது; அதன் பலன் 10 ஆண்டுகளுக்கும் மேலாக நீடிக்கிறது. இரத்த நாளங்களுடன் கூடிய எலும்பு

ஒட்டும் உட்பகுதி அழுத்தம் நீக்கலும் நீண்ட காலம் நீடிக்கும் முடிவுகளைக் காட்டுகின்றன. லானேட் நொறுங்கிவிட்ட அல்லது மூட்டழற்சி ஏற்பட்டுவிட்ட மணிக்கட்டுகளுக்கு, சேதமடைந்த எலும்புகளின் வரிசையை அகற்றுவது அல்லது மணிக்கட்டை இணைப்பது இன்னும் செயல்படும் ஒரு மணிக்கட்டைத் தரலாம்; இருப்பினும் பிடி வலிமையும் ஆறுதலும் ஆளுக்கு ஆள் வேறுபடுகின்றன.

தனியே விட்டுவிட்டால், பெரும்பாலும் நடப்பது படிப்படியான மோசமடைதல்: அதிக விறைப்பு, பலவீனமான பிடி, மணிக்கட்டின் மீது சுமை ஏற்றும்போது அதிகரிக்கும் வலி. சில மணிக்கட்டுகள் ஆண்டுக்கணக்கில் லேசான நிலையிலேயே இருக்கின்றன. மற்றவை அப்படி இருப்பதில்லை. இதன் போக்கைக் கணிப்பது கடினம் என்பதால், வலி தாங்கக்கூடியதாக இருந்தாலும், இந்த நிலையைப் புறக்கணிக்காமல் கண்காணித்து வருவது நல்லது.

கீன்பாக் நோய்க்கே உரிய அவசர அறிகுறிகள் எதுவும் இல்லை; ஆனால் உங்கள் கை (hand) எப்போதாவது சூடாக, சிவந்து, வீங்கி, வலியுடன் இருந்தால், குறிப்பாகக் காய்ச்சலுடன் இருந்தால், அதே நாளில் உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள். வலி தணியாமல் இருந்தால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டிருந்தால், இரவில் உங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்பினால், அல்லது வேலை செய்யவோ உங்கள் கையை (hand) பயன்படுத்தவோ முடியாமல் தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது நிபுணர் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள்.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

உங்கள் மணிக்கட்டின் பின்புறத்தின் நடுவில் வலி இருந்து, அது தணியாமல் இருந்தால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டிருந்தால், இரவில் உங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்பினால், அல்லது வேலை செய்யவோ உங்கள் கையை (hand) பயன்படுத்தவோ முடியாமல் தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது நிபுணர் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள். உங்கள் மணிக்கட்டின் பின்புறம் வீங்கியிருந்தால், உங்கள் பிடி வழக்கத்தைவிடப் பலவீனமாக உணரப்பட்டால், அல்லது உங்கள் மணிக்கட்டு விறைப்பாகவும் அசைக்கக் கடினமாகவும் இருந்தால் இதுவே பொருந்தும். இந்த நிலை முன்னேறும் போக்கு உடையது என்பதாலும், முன்கூட்டியே பரிசோதிப்பது அதிகத் தேர்வுகளைத் திறந்து வைத்திருக்கும் என்பதாலும் இந்த அறிகுறிகள் முக்கியமானவை. நீங்கள் 60 வயதுக்கு மேற்பட்டவராக இருந்து, தெளிவற்ற அல்லது எளிதில் கவனிக்கப்படாத மணிக்கட்டு வலி இருந்தால், நிபுணர் பரிசோதனையையும் கேளுங்கள்; ஏனெனில் வயதான பெண்களிடம் இந்த நோயறிதல் பெரும்பாலும் தவறவிடப்படுகிறது. கீன்பாக் நோய்க்கே உரிய அவசர அறிகுறிகள் எதுவும் இல்லை; ஆனால் உங்கள் கை (hand) எப்போதாவது சூடாக, சிவந்து, வீங்கி, வலியுடன் இருந்தால், குறிப்பாகக் காய்ச்சலுடன் இருந்தால், அதே நாளில் உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள். வேலை நேரத்துக்குப் பிறகோ வார இறுதியிலோ கிளினிக்கைத் தொடர்புகொள்ள முடியாவிட்டால், உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

ஆழமான விளக்கம்

இந்தப் பகுதி, உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவையானதைவிட ஆழமாகச் செல்கிறது. கீன்பாக் நோய் கூடுதலாகப் படிப்பதற்குத் தகுதியானது; ஏனெனில் அதன் இலக்கியம் முழுவதும் ஓடும் ஒரு சங்கடமான கண்டுபிடிப்பு உள்ளது: இதற்காகச் செய்யப்படும் அறுவை சிகிச்சைகள் அறிகுறிகளை மேம்படுத்துகின்றன, ஆனால் இந்த நோய் எலும்புக்குச் செய்வதை அவை தெளிவாக மாற்றுவதில்லை.

அறுவை சிகிச்சை வலியைத் தணிக்கிறது; நோயின் போக்கை அது மாற்றுவதாக நிரூபிக்கப்படவில்லை

கிடைக்கும் மிக நேரடியான ஒப்பீடு, ரேடியல் ஆஸ்டியோடமிக்குப் (radial osteotomy) பிறகான நோயாளிகளையும், அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சை பெற்றவர்களையும் நீண்ட காலம் பின்தொடர்ந்தது. லிக்ட்மேன் நிலைப்படி (Lichtman stage) நோய் முன்னேற்றத்தைப் பொறுத்தவரை, ரேடியல் ஆஸ்டியோடமி அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையைவிட **மேலானதாக இல்லை**; ஆனால் **வலி** மற்றும் **மணிக்கட்டு அசைவின் வீச்சு** ஆகியவற்றுக்கு அது சிறந்த விளைவுகளை ஏற்படுத்தியது [1].

அதை இரண்டு தனித்தனிக் கூற்றுகளாகப் படியுங்கள், ஏனெனில் அது அப்படித்தான். மணிக்கட்டு எப்படி உணரப்படுகிறது, எப்படி அசைகிறது என்பதற்கு அறுவை சிகிச்சை உதவுகிறது. லூனேட் நொறுங்குவதை அது நிறுத்துவதாக நிரூபிக்கப்படவில்லை. அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையை இரத்த நாளங்களுடன் கூடிய எலும்பு ஒட்டுடன் (vascularised bone grafting) ஒப்பிட்ட பிற்காலத்திய நீண்டகால ஒப்பீடும் இதேபோன்ற அளவான முடிவுக்கே வந்தது [2].

இங்கே அறுவை சிகிச்சைக்கு ஒப்புதல் அளிப்பதற்கு முன் புரிந்துகொள்ள வேண்டிய மிகப் பயனுள்ள ஒரே விஷயம் இதுதான். ஒரு அறுவை சிகிச்சை லூனேட்டைக் காப்பாற்றும் வழியாக வழங்கப்பட்டால், அந்தக் கூற்று ஆய்வுச் சான்றுகளுக்கு முன்னால் ஓடுகிறது. இப்போது வலிக்கும் ஒரு மணிக்கட்டில் வலியைக் குறைத்து அசைவைத் தக்கவைக்கும் வழியாக அது வழங்கப்பட்டால், அதற்குச் சான்று ஆதரவு உண்டு.

எக்ஸ்-ரே படங்களும் அறிகுறிகளும் ஏன் ஒன்றோடொன்று ஒத்துப்போவதில்லை

கீன்பாக் நோய் கதிரியக்கப் படங்களின் அடிப்படையிலேயே வரையறுக்கப்படுகிறது; லிக்ட்மேன் நிலைகள் முதலில் எலும்பு இறுகுதலையும் (sclerosis), பின்னர் நொறுங்குதலையும், பின்னர் மணிக்கட்டு எலும்புகளின் சிதைவையும் விவரிக்கின்றன. எனவே படங்கள் வலியைப் பின்தொடர்கின்றன என்று கருதுவது இயல்பு. ஆனால் அவை பெரும்பாலும் அப்படிச் செய்வதில்லை. சில மணிக்கட்டுகள் நன்றாக உணரப்பட்டுக்கொண்டே படங்களில் மோசமாக முன்னேறுகின்றன; சில மணிக்கட்டுகள் ஆரம்ப நிலைகளிலேயே தொடர்ந்து வலிக்கின்றன.

அந்தப் பொருந்தாமையால்தான், “எக்ஸ்-ரே மோசமாகத் தெரிகிறது” என்பது மட்டுமே அறுவை சிகிச்சை செய்வதற்கான காரணம் ஆகாது; அடுத்தடுத்து ஸ்கேன் எடுத்துப் பார்ப்பதும் முடிவெடுக்க மோசமான வழி. முடிவு அறிகுறிகளுக்கும் செயல்பாட்டுக்கும் உரியது.

அறுவை சிகிச்சைகள் ஏராளம் — அதுவே ஒரு தகவலைச் சொல்கிறது

ரேடியஸ் எலும்பின் நீளத்தைக் குறைத்தல், கேப்பிட்டேட் எலும்பின் நீளத்தைக் குறைத்தல், இரத்த நாளங்களுடன் கூடிய எலும்பு ஒட்டு, உட்பகுதி அழுத்தம் நீக்கல் (core decompression), பகுதி இணைப்புகள், அருகாமை வரிசைக் கார்பெக்டமி — விவரிக்கப்பட்டுள்ள சிகிச்சை முறைகளின் எண்ணிக்கை பெரியது. கேப்பிட்டேட் ஷார்ட்டனிங் ஆஸ்டியோடமி (capitate shortening osteotomy) பற்றிய ஒரு முறையான மதிப்பாய்வு, சமீபத்தில் சேர்க்கப்பட்டவற்றில் ஒன்று [3].

அறுவை சிகிச்சைத் துறையில், ஒரே நிலைக்குப் போட்டியிடும் அறுவை சிகிச்சைகளின் நீண்ட பட்டியல், அவற்றில் எதுவும் தீர்மானமாகச் சிறந்ததல்ல என்பதற்கான அறிகுறியாகவே பொதுவாக இருக்கும். இங்கே நேர்மையான வாசிப்பு அதுதான்; இரண்டு நியாயமான அறுவை சிகிச்சை நிபுணர்கள், இருவருமே தவறாக இல்லாமல், ஒரே மணிக்கட்டுக்கு வெவ்வேறு சிகிச்சை முறைகளை ஏன் முன்மொழியலாம் என்பதையும் இது விளக்குகிறது.

அவற்றில் பெரும்பாலானவற்றின் பின்னால் உள்ள ஒருங்கிணைந்த தர்க்கம் இயந்திரவியல் சார்ந்தது: லூனேட் வழியாகச் செல்லும் சுமையைக் குறைப்பது — ரேடியஸ் எலும்பின் நீளத்தைக் குறைத்து அல்லா எலும்பு அதிகமாகச் சுமக்கும்படி செய்வதன் மூலமோ, அல்லது கேப்பிட்டேட் எலும்பின் நீளத்தைக் குறைத்து லூனேட்டின் மீது குறைவான விசையே கீழ்நோக்கிக் கடத்தப்படும்படி செய்வதன் மூலமோ. இவை, இரத்த வழங்கல் தோல்வியடைந்துகொண்டிருக்கும் ஒரு எலும்பிலிருந்து சுமையை நீக்கும் முயற்சிகள்; அந்த இரத்த வழங்கலை மீட்டெடுக்கும் முயற்சிகள் அல்ல. இரத்த நாளங்களுடன் கூடிய எலும்பு ஒட்டு மட்டுமே இதற்கு ஓரளவு விதிவிலக்கு — அது இரண்டையும் செய்ய முயல்கிறது.

இது உங்களுக்கு என்ன பொருள்

மூன்று நடைமுறை விளைவுகள். கவனமாகக் கண்காணித்துக் காத்திருப்பது, செயல்படத் தவறியது அல்ல; அது ஒரு முறையான தேர்வு — குறிப்பாக வலி தாங்கக்கூடியதாக இருந்தால். எந்த அறுவை சிகிச்சையின் நோக்கமும், நோயின் நிலையைக் கொண்டல்ல, அறிகுறிகளைக் கொண்டே சொல்லப்பட வேண்டும். மேலும், எந்தச் சிகிச்சை முறையும் மற்றவற்றிலிருந்து தன்னைத் தனித்துக் காட்டிக்கொள்ளாததால், இந்த அறுவை சிகிச்சை ஏன் உங்கள் மணிக்கட்டுக்குப் பொருத்தமானது — உங்கள் அல்நார் வேறுபாடு (ulnar variance), உங்கள் நிலை, உங்கள் தேவைகள் — என்பதைக் கேட்டுத் தெரிந்துகொள்வது, கை அறுவை சிகிச்சையின் பெரும்பாலான பகுதிகளைவிட இங்கே அதிக முக்கியத்துவம் பெறுகிறது.

மேற்கோள்கள்

- [1] Shin YH, Kim JK, Han M, Lee TK, Yoon JO. Comparison of long-term outcomes of radial osteotomy and nonoperative treatment for Kienböck disease: a systematic review. J Bone Joint Surg Am. 2018;100(14):1231-40. <https://doi.org/10.2106/JBJS.17.00764>
- [2] Park JY, Kim JK, Shin YH. Comparison of long-term outcomes between nonoperative treatment and vascularized bone graft for Kienböck disease. Clin Orthop Surg. 2023;15(4):643. <https://doi.org/10.4055/cios22307>

[3] Simske N, Pourghaed M, Johnson C, Clark DM. Capitate shortening osteotomy for Kienböck's disease: a systematic review. Hand (N Y). 2026. <https://doi.org/10.1177/15589447261441826>