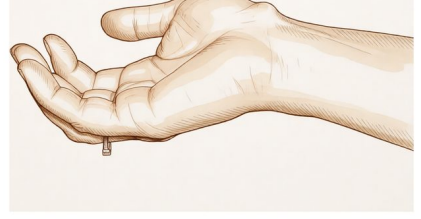


மணிக்கட்டு கேங்க்லியான்கள்

மணிக்கட்டு கேங்க்லியான்: அடியில் உள்ள மூட்டிலிருந்து மணிக்கட்டின் பின்புறம் வழியாக மேலே தள்ளி வரும், மென்மையான, குவிமாடம் போன்ற வடிவடைய, திரவம் நிரம்பிய ஒரு பை.

GEMalone / Wikimedia Commons, CC BY 3.0



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

நீங்கள் உணர்வது

மணிக்கட்டு கேங்க்லியான் (wrist ganglion) என்பது, மணிக்கட்டு மூட்டிலிருந்தோ ஒரு தசைநாண் உறையிலிருந்தோ வளரும், திரவம் நிரம்பிய ஒரு கட்டி. இது தீங்கான எதுவாகவும் மாறும் வளர்ச்சி அல்ல. பலர் முதலில் அதை மணிக்கட்டின் பின்புறத்தில் ஒரு மென்மையான புடைப்பாகக் கவனிக்கிறார்கள்; இருப்பினும் அது உள்ளங்கைப் பக்கத்திலும் தோன்றலாம். அது திடமாக உணரப்படலாம்; காலப்போக்கில் அதன் அளவு மாறலாம்.

கட்டி தானாக பெரும்பாலும் வலியற்றது. வலி இருக்கும்போது, அது மணிக்கட்டுக்குள் ஆழமாக, கட்டிக்கு அருகில் இருக்கும் போக்கு உள்ளது; செயல்பாட்டுடன் அது அடிக்கடி அதிகரிக்கிறது. நாற்காலியிலிருந்து கைகளை ஊன்றி எழுவது, கடைப் பைகளைச் சுமப்பது, அல்லது கனமான பாத்திரத்தைப் பற்றிப் பிடிப்பது போன்ற, மணிக்கட்டை வளைக்கும் அல்லது அதன் மீது எடை சுமத்தும் பணிகள் அதை வலிக்கச் செய்யலாம். சிலருக்கு மணிக்கட்டு வழக்கத்தைவிடப் பலவீனமாகவோ விறைப்பாகவோ உணரப்படுகிறது; அது தட்டச்சு செய்வதையோ, எழுதுவதையோ, ஜாடிகளைத் திறப்பதையோ கடினமாக்கலாம்.

கட்டி மணிக்கட்டில் உள்ள நரம்புகளுக்கு அருகில் அமர்ந்திருப்பதால், கேங்க்லியான் சில நேரங்களில் அவற்றின் மீது அழுத்தலாம். இது கையில் கூச்சம், மரத்துப்போதல், அல்லது பலவீனத்தை ஏற்படுத்தலாம். இந்த நரம்பு அறிகுறிகளில் எதையாவது நீங்கள் கவனித்தால், தாமதிக்காமல் விரைவிலேயே மணிக்கட்டைப் பரிசோதித்துக்கொள்வது நல்லது; ஏனெனில் அந்த அழுத்தத்திலிருந்து நரம்புக்கு விடுபடல் தேவை.

கட்டியோ வலியோ தணியாவிட்டால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டே போனால், அல்லது உங்கள் கையைப் பயன்படுத்துவதையோ வேலை செய்வதையோ தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது நிபுணரின் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள்.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

கேங்க்லியான் உங்கள் மணிக்கட்டு மூட்டின் உட்படலத்தில் உள்ள ஒரு சிறிய, ஒருவழி வால்விலிருந்து (valve) வளர்கிறது. பொதுவாக மூட்டை வழுவுழுப்பாக்கும் திரவம் இந்த வால்வு வழியாக வெளியே தள்ளப்படுகிறது; ஆனால் அதனால் திரும்பிப் பாய முடிவதில்லை. அது தோலுக்கு அடியில் ஒரு பையில் சேர்கிறது; நீங்கள் பார்க்கும், தொட்டு உணரும் கட்டி அந்தப் பைதான். கட்டி ஒரு மெல்லிய காம்பின் மூலம் மூட்டுடன் இணைந்துள்ளது; அதனால்தான் மூட்டு அதிகமாகவோ குறைவாகவோ திரவத்தை உற்பத்தி செய்யும்போது கட்டியின் அளவு மாற முடிகிறது.

பெரும்பாலான கேங்க்லியான்கள் ஸ்கேஃபோலுனேட் தசைநாரிலிருந்து (scapholunate ligament) வளர்கின்றன; இது இரண்டு சிறிய மணிக்கட்டு எலும்புகளை ஒன்றாகப் பிடித்து வைத்திருக்கும் ஒரு குட்டையான திசுப் பட்டை. அது அவற்றுக்கிடையே ஒரு கேஸ்கெட் (gasket) போலச் சற்றுச் செயல்படுகிறது. இந்தப் பட்டையைச் சுற்றியுள்ள உட்படலம், பெரும்பாலும் ஒரு லேசான சுளுக்கு அல்லது மீண்டும் மீண்டும் ஏற்படும் இழுவிசைக்குப் பிறகு, எரிச்சலடைகிறது; அங்கிருந்தே திரவம் கசிகிறது. வலி ஏன் தோலில் அல்லாமல் மணிக்கட்டுக்குள் ஆழமாக இருக்கிறது என்பதையும் இது விளக்குகிறது: பிரச்சினை கட்டியில் அல்ல, மூட்டிலேயே உள்ளது.

கட்டியின் இருப்பிடம் உங்கள் மற்ற அறிகுறிகளை விளக்குகிறது. மணிக்கட்டின் பின்புறத்தில், அது பொதுவாக அந்தத் தசைநாரின் நேர் மேலே, உங்கள் விரல்களை நேராக்கும் தசைநாண்களுக்கு அருகில் அமர்ந்திருக்கிறது. உள்ளங்கைப் பக்கத்தில், அது பெரும்பாலும் முக்கியத் தமனிக்கும் (artery) உங்கள் கைக்குள் செல்லும் நரம்புகளுக்கும் அருகில் வளர்கிறது; அதனால்தான் நீர்க்கட்டி அவற்றின் மீது அழுத்தும்போது கூச்சமோ மரத்துப்போதலோ ஏற்படலாம். சில கட்டிகள் சிறியவையாகவும் மறைந்தவையாகவும் இருந்து, மணிக்கட்டு முன்னோக்கி வளைக்கப்படும்போது மட்டுமே தோன்றுகின்றன; இருப்பினும் அவை ஆழமான வலியை ஏற்படுத்தலாம்.

கேங்க்லியான்கள் பொதுவானவை என்பதைத் தெரிந்துகொள்வது நல்லது. பலருக்கு எந்த அறிகுறிகளும் இல்லாமலேயே அவை இருக்கின்றன; வலியற்ற மணிக்கட்டுகளின் ஸ்கேன்களில் நீங்கள் எதிர்பார்ப்பதைவிட அடிக்கடி அவை கண்டறியப்படுகின்றன. ஒன்று இருப்பது, உங்கள் மணிக்கட்டு மூட்டின் அமைப்பிலேயே ஏதோ தவறு இருக்கிறது என்று பொருளாகாது.

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 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 ஆகியவற்றுடன் கூடிய கிளினிக் மதிப்பீடு நோயறிதலை உறுதிப்படுத்துகிறது.

கேங்க்லியான் தீங்கற்றது என்பதால், எதுவும் செய்யாமல் இருப்பது ஒரு நியாயமான முதல் படி. பல கேங்க்லியான்கள் தாமாகவே மறைந்துவிடுகின்றன. மணிக்கட்டு கேங்க்லியான்களில் 28% முதல் 58% வரை எந்தச் சிகிச்சையும் இல்லாமலேயே தணிந்துவிடுகின்றன. 10 வயதுக்குக் குறைவான குழந்தைகளில், கேங்க்லியான்கள் பொதுவாக மணிக்கட்டின் உள்ளங்கைப் பக்கத்தில் அமர்ந்திருக்கின்றன; இவற்றில் 69% முதல் 79% வரை 12 முதல் 18 மாதங்களுக்குள் தாமாகவே சுருங்கி மறைந்துவிடுகின்றன. கவனித்துக் காத்திருப்பது, சில நேரங்களில் வசதிக்காக ஒரு சிம்புடன் (splint), கை அல்லது மணிக்கட்டு கேங்க்லியான் உள்ள பெரும்பாலான குழந்தைகளுக்குப் பொருத்தமானது.

கட்டி தொல்லை தந்தால், அதை ஒரு ஊசியால் வடித்தெடுக்க முடியும். இது திரவம் எடுத்தல் (aspiration) எனப்படுகிறது. ஒன்று, இரண்டு அல்லது மூன்று முறை செய்யப்படும்போது, திரவத்தை வெளியே எடுப்பது 85% வரையிலான கேங்க்லியான்களை அகற்றுகிறது. அதன் பிறகு சிறிது திரவம் அடிக்கடி மீண்டும் வருகிறது; ஏனெனில் வடித்தெடுத்தல் கட்டியைக் காலியாக்குகிறது, ஆனால் அதை உருவாக்கிய வால்வை அப்படியே விட்டுவிடுகிறது. இருந்தாலும், திரவம் எடுத்தலுடன் கட்டியைப் பற்றிய எளிய அறிவுரையும் பெற்ற பிறகு 74% பேர் திருப்தி அடைகிறார்கள். முதலில் வடித்தெடுப்பது, அறுவை சிகிச்சையை முதல் நடவடிக்கையாக அல்லாமல் பின்னாளுக்கான ஒரு தேர்வாக வைத்திருக்கவும் உதவுகிறது. மணிக்கட்டின் பின்புறத்தில் மறைந்திருக்கும் கேங்க்லியான், அதாவது ஆழமான வலியை ஏற்படுத்தினாலும் கண்ணுக்குத் தெரியாத ஒன்று, பொதுவாக முதலில் அறுவை சிகிச்சை இல்லாமல் கையாளப்படுகிறது: மணிக்கட்டை அசையாமல் பிடித்து வைத்தும், மூட்டின் உட்படலத்துக்குள் ஸ்டீராய்டு (steroid) ஊசிகள் செலுத்தியும்.

இந்தப் படிகள் போதுமான நிவாரணம் தராதபோது, அறுவை சிகிச்சை மூலம் கேங்க்லியானை அகற்ற முடியும். இந்த அறுவை சிகிச்சை, கட்டியையும் அதன் காம்பையும், அதாவது மணிக்கட்டு மூட்டுடனான மெல்லிய இணைப்பையும், அகற்றுகிறது; ஏனெனில் காம்பை விட்டுவைப்பது கட்டி மீண்டும் வருவதற்கான வாய்ப்பை அதிகரிக்கிறது. இதைத் திறந்த அறுவை சிகிச்சையாகவோ, சிறிய துவாரங்கள் (portals) வழியாகச் செய்யப்படும் சாவித்துளை அறுவை சிகிச்சையாகவோ (keyhole surgery) செய்யலாம். உங்கள் மணிக்கட்டுக்கு எது பொருத்தமானது என்பதை நாம் சேர்ந்து பேசுவோம்; அறுவை சிகிச்சை உங்களுக்குப் பயனுள்ளதா என்பதை நீங்கள் எங்களுடன் சேர்ந்து முடிவு செய்வீர்கள்.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

பல மணிக்கட்டு கேங்க்லியான்கள் அப்படியே இருப்பதற்குப் பதிலாகக் காலப்போக்கில் மாறுகின்றன. அவை சுருங்கலாம், வீங்கலாம், அல்லது வந்து வந்து போகலாம். சில

தாமாகவே தணிந்துவிடுகின்றன: முதன்முதலில் மதிப்பிடப்பட்ட பிறகான முதல் 6 ஆண்டுகளில் மணிக்கட்டு கேங்க்லியான்களில் சுமார் 40% சிறியதாகின்றன; மணிக்கட்டின் பின்புறத்தில் உள்ள கேங்க்லியான்களில் 39% முதல் 42% வரை எந்தச் சிகிச்சையும் இல்லாமலேயே மறைந்துவிடுகின்றன. சிறு குழந்தைகளில், பெரும்பாலான கை மற்றும் மணிக்கட்டு நீர்க்கட்டிகள், பொதுவாக ஓர் ஆண்டுக்குள், தாமாகவே சரியாகிவிடுகின்றன. உங்களுடையது அதிகத் தொல்லை தராவிட்டால், காத்திருப்பது ஒரு நியாயமான தேர்வு; கட்டியை அப்படியே விட்டுவிட்டால் அது தீங்கான எதுவாகவும் மாறாது.

சிகிச்சை வாய்ப்புகளை மாற்றுகிறது. ஊசியால் கட்டியை வடித்தெடுப்பது அதைக் காலியாக்குகிறது; ஆனால் திரவம் எடுத்தலுக்குப் பிறகு பெரும்பாலான கேங்க்லியான்கள் மீண்டும் வருகின்றன, ஏனெனில் கட்டியை உருவாக்கிய வால்வு இன்னும் அங்கேயே உள்ளது. கட்டியையும் அதன் காம்பையும் அகற்றும் அறுவை சிகிச்சையில் மீண்டும் வருவதற்கான வாய்ப்பு மிகக் குறைவு: அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு மணிக்கட்டு கேங்க்லியான்களில் சுமார் 10% மீண்டும் வருகின்றன; மணிக்கட்டின் பின்புறத்தில் உள்ள கேங்க்லியானைத் திறந்த முறையில் அகற்றிய பிறகு 3% முதல் 12% வரை மீண்டும் வருகின்றன. அறுவை சிகிச்சை செய்துகொள்பவர்களில் பெரும்பாலானோருக்கு அறிகுறிகள் தணிகின்றன. இருப்பினும், அதன் பிறகு சிறிது வலி நீடிக்கலாம், குறிப்பாக உங்கள் வேலைக்கோ விளையாட்டுக்கோ மணிக்கட்டை வலுவாகப் பின்னோக்கி வளைக்க வேண்டியிருந்தால்.

நீங்கள் அறுவை சிகிச்சையைத் தேர்ந்தெடுத்தால், மீட்சி பொதுவாக நேரடியானது. தொடக்கத்தில் உங்களை வசதியாக வைத்திருக்க, உங்கள் கை தடிமனான ஒரு கட்டால் சுற்றப்பட்டு உயர்த்தி வைக்கப்படுகிறது; மணிக்கட்டு அசைவு ஆரம்பத்திலேயே, உள்ளங்கைப் பக்க கேங்க்லியான் அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு முதல் 2 வாரங்களுக்குள், தொடங்குகிறது. மணிக்கட்டை விரைவில் அசைப்பது முக்கியம்: விறைப்பு அசாதாரணமானது, ஆனால் ஆரம்பகால அசைவு ஊக்குவிக்கப்படாவிட்டால் அது ஏற்படலாம். அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகான கை சிகிச்சை (hand therapy) Extend Rehabilitation-இல் உள்ள Ruby Doolan-உடன் நடைபெறும்; அவர் உங்கள் பயிற்சிகளை வழிநடத்தி, உங்களுக்குத் தேவைப்படும் எந்தச் சிம்பையும் செய்து தருவார். உள்ளங்கைப் பக்கத்தில் செய்யப்படும் சாவித்துளை அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு, கட்டி இருந்த இடத்தில் ஒரு திடமான அல்லது தொட்டால் வலிக்கும் இடம் 3 வாரங்கள் வரை நீடிக்கலாம்; அறிவுறுத்தப்பட்டபடி அந்த இடத்தை மசாஜ் செய்வது அது தணிய உதவுகிறது. எந்த அறுவை சிகிச்சையிலும் வடுக்கள் ஒரு பகுதி; மணிக்கட்டு மடிப்புகளுக்கு அருகில் உள்ள வளைவான வெட்டுகள் நேர்த்தியான வடுக்களுடன் ஆறுவதற்கான வாய்ப்பு அதிகம்.

சிகிச்சை அளிக்கப்பட்ட கட்டியோ உங்கள் அறிகுறிகளோ தணியாவிட்டால், அல்லது வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டே போனால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது நிபுணரின் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள்.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

மணிக்கட்டு கேங்க்லியான்களில் பெரும்பாலானவை தீங்கற்றவை, பல தாமாகவே தணிந்துவிடுகின்றன; எனவே கட்டி மட்டும் இருப்பது அவசர நிலை அல்ல. கட்டியோ

வலியோ வாரக்கணக்கில் தணியாவிட்டால், மோசமாகிக்கொண்டே போனால், அல்லது வேலை செய்வதையோ உங்கள் கையைப் பயன்படுத்துவதையோ தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது நிபுணரின் பரிசோதனையைக் கேளுங்கள். கையில் கூச்சம், மரத்துப்போதல் அல்லது பலவீனம் இருந்தால், இன்னும் விரைவில் கேளுங்கள்; ஏனெனில் நீர்க்கட்டி ஒரு நரம்பின் மீது அழுத்துகிறது என்பதை அது குறிக்கிறது. உங்கள் கையோ விரல்களோ வெளிறியோ, குளிர்ந்தோ, வெள்ளையாகவோ, நீலமாகவோ மாறினால், அல்லது ஒரு காயத்துக்குப் பிறகு கையில் திடீரென உணர்ச்சியோ அசைவோ இழந்தால், அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள். கேங்க்லியானுடன் இவை அரிதானவை; ஆனால் இவற்றுக்கு அதே நாளில் சிகிச்சை தேவை.

ஆழமான விளக்கம்

உங்கள் சொந்த சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவைப்படுவதைவிட இந்தப் பகுதி மேலும் ஆழமாகச் செல்கிறது. மணிக்கட்டு கேங்க்லியான்கள் இந்தக் கூடுதல் வாசிப்புக்குத் தகுதியானவை; ஏனெனில் இங்கு தேர்வு என்பது, மீண்டும் வருவதற்கான அபாயத்தை ஏற்றுக்கொள்வதற்கும் ஓர் அறுவை சிகிச்சையை ஏற்றுக்கொள்வதற்கும் இடையிலானது; அந்த ஒப்பீட்டுக்குப் பின்னால் உள்ள எண்கள், முடிவெடுக்கும் அளவுக்குத் தெளிவாக உள்ளன.

திரவம் எடுத்தல் மீண்டும் வருகிறது; அகற்றுதல் அவ்வளவு அடிக்கடி இல்லை

செயலாக்கமான இரண்டு சிகிச்சைகள் இவை: ஊசியால் நீர்க்கட்டியிலிருந்து திரவத்தை வெளியே எடுப்பது, மற்றும் அதன் காம்புடன் சேர்த்து அதை அறுவை சிகிச்சையால் அகற்றுவது. 2,239 நோயாளிகளை ஒன்றிணைத்த பகுப்பாய்வில், **திரவம் எடுப்பதைவிடத் திறந்த அறுவை சிகிச்சை அகற்றுதலில் மீண்டும் வருவதற்கான வாய்ப்பு கணிசமாகக் குறைவு.** ஆர்த்ரோஸ்கோபிக் (arthroscopic) அகற்றுதல் நம்பிக்கை தரும் முடிவுகளை அளித்துள்ளது; ஆனால் ஒப்பீட்டு ஆய்வுத் தரவுகள் குறைவாகவே உள்ளன, மேலும் அவை அதன் **மேன்மையை நிரூபிக்கவில்லை** [1].

இயங்குமுறையே அந்த வித்தியாசத்தை விளக்குகிறது. கேங்க்லியான் என்பது தன்னிச்சையாக மிதக்கும் திரவப் பை அல்ல; ஒரு காம்பின் மூலம் அது அடியில் உள்ள மூட்டு உறையுடன் (joint capsule) இணைந்துள்ளது, மேலும் மூட்டு தொடர்ந்து திரவத்தை உற்பத்தி செய்துகொண்டே இருக்கிறது. திரவம் எடுத்தல் தேக்கத்தைக் காலி செய்துவிட்டு மூலத்தை அப்படியே விட்டுவிடுகிறது; எனவே மீண்டும் நிரம்புவது சிகிச்சைத் தோல்வி என்பதைவிட ஒரு பொதுவான விளைவே. அகற்றுதல், காம்பை அதன் தோற்றுவாய் வரை கண்டறிந்து நீக்குவதை நோக்கமாகக் கொண்டுள்ளது.

சாவித்துளை அகற்றுதலும் திறந்த அகற்றுதலும் ஒரேபோல் செயல்படுகின்றன

அகற்றுதல் தேர்ந்தெடுக்கப்படும் இடத்தில், அணுகுமுறைகள் நேரடியாக ஒப்பிடப்பட்டுள்ளன. 910 நோயாளிகளை உள்ளடக்கிய ஆய்வில், **மீண்டும் வருவதிலும் சிக்கல்களிலும் ஆர்த்ரோஸ்கோபிக் மற்றும் திறந்த அணுகுமுறைகள் ஒப்பிடத்தக்க**

விளைவுத் தோற்றத்தைக் கொண்டுள்ளன; தரப்படுத்தப்பட்ட, போதுமான ஆய்வுவலிமை கொண்ட ஆய்வுகள் தேவை என்று ஆசிரியர்கள் கோருகின்றனர் [2].

அது, மீண்டும் வருவதற்கான அபாயத்தின் அடிப்படையில் அல்லாமல், இரண்டாம் நிலைக் காரணிகளின் அடிப்படையில் முடிவை வைக்கிறது — வடு, அறுவை சிகிச்சை நிபுணருக்கு எந்த முறையில் பரிச்சயம் உள்ளது, மற்றும் மூட்டுக்குள் உள்ள வேறு நோய்நிலையை அதே நேரத்தில் பரிசோதிக்க வேண்டுமா என்பது.

அதற்குப் பிறகு என்ன செய்வது என்பதில் யாருக்கும் ஒத்த கருத்து இல்லை; அது முக்கியமானதாகவும் இல்லாமல் இருக்கலாம்

சிறிய, நேர்மையான ஒரு கண்டுபிடிப்பு. கை அறுவை சிகிச்சை நிபுணர்களிடையே நடத்தப்பட்ட ஒரு முறைமையான ஆய்வும் கருத்துக் கணிப்பும், **மணிக்கட்டின் பின்புறக் கோங்க்லியானை அகற்றிய பிறகு மணிக்கட்டை அசைவின்றி வைத்திருக்க வேண்டுமா என்பதில் அவர்கள் பிளவுபட்டிருப்பதைக் கண்டறிந்தன; செயல்பாட்டு விளைவைப் பொறுத்தவரை, ஒரு உத்தி மற்றொன்றைவிடச் சிறந்தது என்று கூறுவதற்குத் திடமான தரவு எதுவும் இல்லை [3].**

இங்கு அறுவை சிகிச்சை நிபுணர்களுக்கிடையே அறிவுறுத்தல்கள் வேறுபடுவது, அவர்களில் ஒருவர் தவறாக இருப்பதைக் காட்டுவதல்ல; மாறாக, உண்மையான சமநிலையான ஐயத்தையே (equipoise) பிரதிபலிக்கிறது என்பதைத் தெரிந்துகொள்வது நல்லது.

மிகவும் வலுவான வாதம் பெரும்பாலும் எதுவும் செய்யாமல் இருப்பதற்கே

மேலே உள்ள எதுவும், ஒரு கோங்க்லியானுக்குச் சிகிச்சை அளிக்கப்பட வேண்டும் என்பதை நிறுவவில்லை. இவை தீங்கற்ற நீர்க்கட்டிகள். இவற்றின் அளவு அடிக்கடி ஏறியும் இறங்கியும் மாறுகிறது; ஒரு பகுதி எந்தத் தலையீடும் இல்லாமலேயே சரியாகிவிடுகிறது. இவை வேறு எதுவாகவும் மாறுவதில்லை.

அது முடிவை வேறு கோணத்தில் வைக்கிறது. சிகிச்சை அளிப்பதற்கான காரணங்கள் இவை: வலி, மணிக்கட்டு அசைவுக்கோ பிடிக்கோ ஏற்படும் தடை, அருகிலுள்ள ஒரு நரம்பின் மீதான அழுத்தம், அல்லது அந்த நபரை உண்மையிலேயே தொந்தரவு செய்யும் அளவு — கட்டி இருக்கிறது என்பது மட்டும் அல்ல. திரவம் எடுத்தலுக்குக் குறிப்பிடத்தக்க அளவு மீண்டும் வரும் விகிதம் உள்ளது; அகற்றுதலோ ஒரு மூட்டு உறையில் செய்யப்படும் அறுவை சிகிச்சையின் அபாயங்களைக் கொண்டுள்ளது. இதைக் கருத்தில் கொண்டால், கவனிப்புடன் காத்திருப்பது ஒரு முறையான முதல் நிலைப்பாடு; செயல்படத் தவறியது என்று கருதாமல், அதைத் தெளிவாகச் சொல்வதே சரி.

இதற்கு விதிவிலக்கு, நரம்பு சார்ந்த அறிகுறிகளை — மரத்துப்போதல், பலவீனம், அல்லது கைக்குள் பரவும் வலி — ஏற்படுத்தும் கோங்க்லியான்; அங்கு நீர்க்கட்டி, அந்த அழுத்தத்தைக் காலவரம்பின்றித் தாங்க முடியாத ஓர் அமைப்பை அழுத்திக்கொண்டிருக்கிறது; அங்கு கவனிப்புடன் காத்திருப்பது இனி குறைந்த அபாயமுள்ள தேர்வு அல்ல.

மேற்கோள்கள்

- [1] Head L, Gencarelli JR, Allen M, Boyd KU. Wrist ganglion treatment: systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am. 2015;40(3):546-553.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.12.014>
- [2] Crawford C, Keswani A, Lovy AJ, Levy I, Lutz K, Kim J, et al. Arthroscopic versus open excision of dorsal ganglion cysts: a systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Eur Vol. 2017;43(6):659-64. <https://doi.org/10.1177/1753193417734428>
- [3] Wong CR, Karpinski M, Hatchell AC, McRae MH, Murphy J, McRae MC. Immobilization of the wrist after dorsal wrist ganglion excision: a systematic review and survey. Hand (N Y). 2021;18(2):254-63. <https://doi.org/10.1177/15589447211014631>