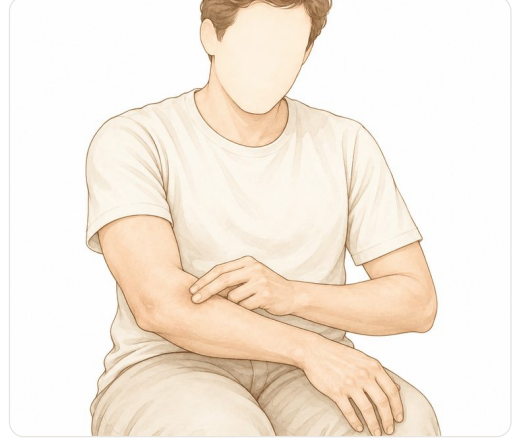


ரேடியல் டன்னல் நோய்க்குறி

ரேடியல் டன்னல் நோய்க்குறி, முழங்கைக்குச் சற்றுக் கீழே, முன்கையின் மேல் வெளிப்புறத்தில் வலிக்கும் வலியை ஏற்படுத்துகிறது.

Kieran Hirpara © ① ③ 4.0



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

நீங்கள் உணர்வது

முக்கிய அறிகுறி, உங்கள் முன்கையின் வெளிப்புறத்தில், முழங்கைக்கு அருகில் ஏற்படும் வலி. உங்கள் முழங்கையின் வெளிப்புறத்தில் உள்ள எலும்புத் தடிப்புக்குச் சில சென்டிமீட்டர் கீழே, தொட்டால் வலிக்கும் ஓர் இடத்தில் அது பொதுவாக மிக மோசமாக இருக்கும். அந்த இடத்தை அழுத்தினால் பெரும்பாலும் வலிக்கும். வலி உங்கள் முன்கையின் பின்புறம் வழியாக மணிக்கட்டை நோக்கிக் கீழே பரவலாம்.

சில அசைவுகள் அதை மோசமாக்குகின்றன. எதிர்ப்புக்கு எதிராக உங்கள் உள்ளங்கையை மேல்நோக்கித் திருப்புவது, அல்லது எதிர்ப்புக்கு எதிராக உங்கள் நடுவிரலை நேராக்குவது, வலியை வரவழைக்கலாம். உங்கள் முன்கையில் தொடர்ந்து சுமை ஏற்றும் செயல்பாடுகளும் அப்படியே செய்யலாம். ஓய்வில் இருக்கும்போது அல்லாமல், வேலை அல்லது விளையாட்டுக்குப் பிறகு வலி அதிகரிப்பதைப் பலர் கவனிக்கிறார்கள்.

இந்த நோய், தோலுக்கு அல்லாமல் தசைகளுக்குச் செல்லும் ஒரு நரம்பைப் பாதிக்கிறது. அதனால் உங்களுக்கு மரத்துப்போதலோ கூச்ச உணர்வோ ஏற்பட வாய்ப்பில்லை; நரம்பும் பொதுவாக இயல்பாகவே செயல்படுகிறது. பிரச்சினை வலிதான்; பலவீனமோ உணர்வு இழப்போ அல்ல.

அன்றாட வாழ்வில், இறுக்கிப் பிடித்தலும் திருகுதலும் தேவைப்படும் வேலைகளில் வலி தோன்றும் போக்கு உள்ளது. கெட்டிலைத் தூக்குவது, கதவுக் கைப்பிடியைத் திருப்புவது, திருகுளியைப் (screwdriver) பயன்படுத்துவது, அல்லது ஒரு துணியைப் பிழிவது — இவை அனைத்தும் வலிக்கலாம். தொட்டால் வலிக்கும் இடம் முழங்கையின் வெளிப்புறத்துக்கு அருகில் இருப்பதால், இந்த நோய் பெரும்பாலும் டென்னிஸ் எல்போ (tennis elbow) என்று தவறாகக் கருதப்படுகிறது; இரண்டும் சேர்ந்தும் ஏற்படலாம்.

இந்த நோயை உறுதிப்படுத்தும் ஒரே பரிசோதனை என்று எதுவும் இல்லை. உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர், நீங்கள் சொல்லும் விவரங்களிலிருந்தும் ஒரு பரிசோதனையிலிருந்தும் — தொட்டால் வலிக்கும் அந்தக் குறிப்பிட்ட இடத்தையும் உங்கள் வலியின் வடிவத்தையும் சோதித்து — நோயறிதலை அடைகிறார்.

இந்த அறிகுறிகளைக் கவனியுங்கள். உங்கள் அறிகுறிகள் தணியாமல் இருந்தால், வாரக்கணக்கில் மோசமடைந்து வந்தால், இரவில் உங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்பினால், அல்லது நீங்கள் வேலை செய்வதையோ உங்கள் கையை (arm) பயன்படுத்துவதையோ தடுத்தால், உங்கள் பொது மருத்துவரைப் (GP) பாருங்கள் அல்லது நிபுணர் மதிப்பாய்வைக் கேளுங்கள். உங்கள் கை (arm) சூடாகவும், சிவந்தும், வீங்கியும், வலியுடனும் ஆனால் — குறிப்பாகக் காய்ச்சலுடன் — அல்லது உங்கள் கை (hand) வெளிறி, குளிர்ந்து, வெள்ளையாகவோ நீலமாகவோ மாறினால், அதே நாளில் அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள். வேலை நேரத்துக்குப் பிறகோ வார இறுதியிலோ கிளினிக்கைத் தொடர்புக்கொள்ள முடியாவிட்டால், உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

வலி முழங்கை மூட்டிலிருந்து அல்ல, ஒரு நரம்பிலிருந்து வருகிறது. நரம்பு என்பது உங்கள் மூளைக்கும் தசைகளுக்கும் இடையே சமிக்கைகளைக் கொண்டு செல்லும் ஒரு கம்பி போன்றது. ரேடியல் நரம்பின் (radial nerve) ஒரு கிளை, முழங்கையைக் கடந்து உங்கள் முன்கையின் வெளிப்புறம் வழியாகக் கீழே சென்று, உங்கள் மணிக்கட்டையும் விரல்களையும் நேராக்கும் தசைகளுக்குச் செல்கிறது.

அந்தப் பகுதி நெடுகிலும், பல தனித்தனி அமைப்புகள் நரம்புக்கு நெருக்கமாக அமைந்துள்ளன. ஒரு தசையின் விளிம்பு, ஒரு நார்த்திசுப் பட்டை (fibrous band), அல்லது குறுக்காகச் செல்லும் சிறிய இரத்தக் குழாய்களின் ஒரு தொகுப்பு — இவை ஒவ்வொன்றும் அதை அழுத்தலாம். இது ஒரே குறுகிய பாதை அல்ல. வழியில் நெருக்கக்கூடிய பல இடங்களைக் கொண்ட ஒரு நடைபாதை போன்றது இது; அவற்றில் எதுவும் அதன் அருகே செல்லும் கம்பியை நெருக்கலாம்.

அந்த அமைப்புகளில் ஒன்று நரம்பை அழுத்தும்போது, நரம்பு எரிச்சலடைந்து வலிக்கிறது. அதனால்தான் வலி உங்கள் முழங்கையின் வெளிப்புறத்தில் உள்ள எலும்புத் தடிப்புக்குக் கீழே, தொட்டால் வலிக்கும் ஓர் இடத்தில் இருக்கிறது; எதிர்ப்புக்கு எதிராக உள்ளங்கையை மேல்நோக்கித் திருப்புவதோ நடுவிரலை நேராக்குவதோ அதை மோசமாக்குவதும் அதனால்தான். அந்த அசைவுகள் இந்த நரம்பு செல்லும் தசைகளை இழுக்கின்றன; எரிச்சலடைந்த நரம்பு அதைப் பற்றிப் புகார் செய்கிறது.

நரம்பு இன்னும் செயல்படுகிறது; எனவே உங்கள் தசைகள் தொடர்ந்து வேலை செய்கின்றன, உங்களுக்கு மரத்துப்போதலோ கூச்ச உணர்வோ இருப்பதில்லை. பிரச்சினை எரிச்சலும் வலியும்தான்; சமிக்கை இழப்பு அல்ல. வலிக்கும் இடம் முழங்கையின் வெளிப்புறத்துக்கு மிக அருகில் இருப்பதால், அதே பகுதியில் உள்ள ஒரு

தசைநாணைப் பாதிக்கும் டென்னிஸ் எல்போ என்று இந்த வலி எளிதில் தவறாகக் கருதப்படுகிறது. இரண்டும் சேர்ந்தே ஏற்படவும் கூடும்.

இதற்கு நாங்கள் என்ன செய்ய முடியும்

ராக்ஹாம்டன் மாட்டர் பிரைவேட் மருத்துவமனையின் மேல் அவயவ (upper limb) அறுவை சிகிச்சை நிபுணரான டாக்டர் கீரன் ஹிர்பரா, உங்கள் நிலைமைக்குப் பொருத்தமான, மிகக் குறைவாக ஊடுருவும் சிகிச்சை முறைகளிலிருந்தே தொடங்குகிறார். நோயாளிகள் பொதுவாக தங்கள் பொது மருத்துவரால் (GP) எங்கள் கிளினிக்கிற்குப் பரிந்துரைக்கப்படுகிறார்கள்; ஒரு பிசியோதெரபிஸ்ட் எங்களைச் சந்திக்கச் சொல்லியிருந்தாலும், மெடிகேர் (Medicare) பணத் திரும்பப்பெறுதலுக்குத் தகுதி பெற உங்கள் பொது மருத்துவரிடமிருந்து ஒரு பரிந்துரைக் கடிதம் தேவைப்படும். கிளினிக்கில் நாங்கள் உங்கள் நோய் வரலாற்றைக் கேட்டறிந்து, உங்கள் கையை (arm) பரிசோதித்து, உதவியாக இருக்கும் என்றால் ஸ்கேன் படங்களுக்கும் ஏற்பாடு செய்வோம். இந்த நோய்க்கு, நாங்கள் பொதுவாக முதலில் அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையை முயற்சிக்கிறோம்; அது போதுமான முன்னேற்றத்தைத் தராதபோது அறுவை சிகிச்சையைப் பரிசீலிக்கிறோம்.

முதல் படி, உங்கள் கையை (arm) நீங்கள் பயன்படுத்தும் விதத்தை மாற்றுவது. வலியைத் தூண்டும் இறுக்கிப் பிடிக்கும் மற்றும் திருகும் வேலைகளைக் குறைப்பது, எரிச்சலடைந்த நரம்பு தணிவதற்கு ஒரு வாய்ப்பைத் தருகிறது. கை சிகிச்சையின் (hand therapy) நோக்கம், வலியைத் தணித்து, முன்கையில் சுமை ஏற்றுவதைத் தாங்கும் திறனை மீண்டும் வளர்ப்பது; அதன் மூலம் வேலையும் அன்றாடப் பணிகளும் மீண்டும் வசதியாகின்றன. அடுத்த கட்டத்தைப் பற்றி யோசிப்பதற்கு முன்பு இதற்குப் போதுமான கால அவகாசம் கொடுக்கும்படி உங்களைக் கேட்டுக்கொள்கிறோம்.

வலி நிவாரண மருந்துகளும் வீக்கத்தைக் குறைக்கும் மருந்துகளும், வலி அதிகரிக்கும் காலகட்டத்தைக் கடக்க உங்களுக்கு உதவலாம். மற்ற சிகிச்சைகள் தங்கள் வேலையைச் செய்யும் வரை அவை வலியைத் தணிக்கின்றன. நரம்பின் மீதான அழுத்தத்தை அவை சரிசெய்வதில்லை.

அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சை போதுமான முன்னேற்றத்தைத் தராவிட்டால், அறுவை சிகிச்சை ஒரு வழி. இந்த அறுவை சிகிச்சை ரேடியல் டன்னல் விடுவிப்பு (radial tunnel release) என்று அழைக்கப்படுகிறது. அருகிலுள்ள ஓர் அமைப்பு நரம்பை அழுத்தும் ஒவ்வொரு இடத்திலும் நரம்பை விடுவிப்பதன் மூலம் இது செயல்படுகிறது. அதைப் பரிந்துரைப்பதற்கு முன், நரம்பு எங்கே நெருக்கப்படுகிறது என்பதை நாங்கள் கவனமாகச் சோதிக்கிறோம்; அதனால் அறுவை சிகிச்சை சரியான இடத்தைக் குறிவைக்கிறது, சுற்றியுள்ள திசுவை முடிந்தவரை குறைவாகவே தொந்தரவு செய்கிறது. நோயறிதல் ஒரே தெளிவான பரிசோதனையை அல்லாமல், நீங்கள் சொல்லும் விவரங்களையும் பரிசோதனையையும் சார்ந்திருப்பதால், அறுவை சிகிச்சை செய்யும் முடிவை ஒரு பகிரப்பட்ட முடிவாகவே கருதுகிறோம் — அறுவை சிகிச்சையால் எதைத் தணிக்க முடியும், எதைத் தணிக்க முடியாது என்பதை நீங்கள் புரிந்துகொண்ட பிறகு நாம் ஒன்றாக எடுக்கும் முடிவு.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

பெரும்பாலானவர்களுக்கு, இந்த நோய் நரம்பைச் சேதப்படுத்துவதில்லை. நரம்பு தொடர்ந்து செயல்படுகிறது; எனவே உங்கள் தசைகள் தொடர்ந்து வேலை செய்கின்றன, நீங்கள் உணர்வை இழப்பதில்லை. பிரச்சினை வலிதான்; எரிச்சலடைந்த நரம்பிலிருந்து வரும் வலி தணிய நீண்ட காலம் ஆகலாம். அது ஒரே இரவில் போய்விடுவது அரிது; தணிவதற்கு முன், இறுக்கிப் பிடிக்கும் மற்றும் திருகும் வேலைகளின்போது அது அடிக்கடி அதிகரிக்கிறது.

நேர்மையாகச் சொன்னால், இந்த நோயின் போக்கை முன்கூட்டியே கணிப்பது கடினம். சிலருக்கு ஓய்வு, செயல்பாட்டு மாற்றங்கள், கை சிகிச்சை ஆகியவற்றால் தணிகிறது. வேறு சிலருக்கு நல்ல அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சை இருந்தும் வலி தொடர்கிறது. நோயறிதலை உறுதிப்படுத்த நம்பகமான பரிசோதனை எதுவும் இல்லை; இதனால் நீங்கள் எந்தக் குழுவில் இருப்பீர்கள் என்று முன்கூட்டியே சொல்வது இன்னும் கடினமாகிறது. நாங்கள் சொல்லக்கூடியது இதுதான்: வலி சீராக அதிகரித்துக்கொண்டே போவதற்குப் பதிலாக, உங்கள் முன்கையின் எவ்வளவு சுமை ஏற்றுகிறீர்கள் என்பதைப் பொறுத்து வந்து போகும் போக்கு உள்ளது.

அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சை பலனளித்தால், நரம்பின் எரிச்சல் குறையக் குறைய, வாரங்கள் முதல் மாதங்கள் வரையிலான காலத்தில் வலி படிப்படியாகக் குறைகிறது. கனமான வேலைகள் மீண்டும் இயல்பாக உணரப்படுவதற்கு முன், கெட்டிடைத் தூக்குவது அல்லது கதவுக் கைப்பிடியைத் திருப்புவது போன்ற அன்றாட வேலைகள் முதலில் குறைவாக வலிப்பதை நீங்கள் எதிர்பார்க்கலாம். அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சை போதுமான அளவு உதவாத பிறகு அறுவை சிகிச்சை செய்யப்பட்டால், மீட்சியும் உடனடியாக அல்ல, படிப்படியாகவே நிகழ்கிறது; சிலருக்கு அதன் பிறகும் ஓரளவு வலி இருக்கிறது.

இந்த நோய்க்குச் சிகிச்சையளிக்காமல் விட்டால், அது தானாகவே தணியலாம்; ஆனால் அது நீடிக்கவும் செய்யலாம், அல்லது அதைத் தூண்டும் வேலைகளுக்கு நீங்கள் திரும்பும் ஒவ்வொரு முறையும் மீண்டும் மீண்டும் அதிகரிக்கவும் செய்யலாம். எது நடக்கும் என்று முன்கூட்டியே அறிய வழி இல்லை. முக்கியமாக இருப்பது, சிகிச்சைக்குப் போதுமான கால அவகாசம் கொடுப்பதும், தணியாத வலியைப் பொருட்படுத்தாமல் தொடர்ந்து செயல்படாமல் இருப்பதும் தான்.

உங்கள் அறிகுறிகள் தணியாமல் இருந்தால், வாரக்கணக்கில் மோசமடைந்து வந்தால், இரவில் உங்களைத் தூக்கத்திலிருந்து எழுப்பினால், அல்லது நீங்கள் வேலை செய்வதையோ உங்கள் கையை (arm) பயன்படுத்துவதையோ தடுத்தால், உங்கள் பொது மருத்துவரைப் (GP) பாருங்கள் அல்லது நிபுணர் மதிப்பாய்வைக் கேளுங்கள். உங்கள் கை (arm) சூடாகவும், சிவந்தும், வீங்கியும், வலியுடனும் ஆனால் — குறிப்பாகக் காய்ச்சலுடன் — அல்லது உங்கள் கை (hand) வெளிறி, குளிரிந்து, வெள்ளையாகவோ நீலமாகவோ மாறினால், அதே நாளில் அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள். வேலை நேரத்துக்குப் பிறகோ வார இறுதியிலோ கிளினிக்கைத் தொடர்புக்கொள்ள முடியாவிட்டால், உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

இந்த நோயின் எச்சரிக்கை அறிகுறிகள் ஆபத்தைப் பற்றியவை அல்ல; தணியாத வலியைப் பற்றியவை. ஓய்வுக்கும் செயல்பாட்டு மாற்றங்களுக்கும் போதுமான கால அவகாசம் கொடுத்த பிறகும் உங்கள் முன்கை வலி தணியவில்லை என்றால், அல்லது அது நீங்கள் வேலை செய்வதையோ உங்கள் கையை (arm) பயன்படுத்துவதையோ தொடர்ந்து தடுத்தால், உங்கள் பொது மருத்துவரைப் (GP) பாருங்கள் அல்லது நிபுணர் மதிப்பாய்வைக் கேளுங்கள். உங்கள் முழங்கையின் வெளிப்புறத்துக்குக் கீழே தொட்டால் வலிக்கும் இடம் ஒரு முக்கிய அம்சமாக இருந்தால், அல்லது எதிர்ப்புக்கு எதிராக உள்ளங்கையை மேல்நோக்கித் திருப்புவதோ நடுவிரலை நேராக்குவதோ தவறாமல் வலியை வரவழைத்தால், தாமதிக்காமல் விரைவிலேயே கேளுங்கள். இந்த வடிவங்கள் டென்னிஸ் எல்போவை அல்லாமல் இந்த நோயையே சுட்டிக்காட்டுகின்றன; அவற்றை முறையாகத் தெளிவுபடுத்திக்கொள்வது பயனுள்ளது.

இந்த நோய் பொதுவாக நரம்பைச் சேதப்படுத்துவதில்லை; எனவே உங்கள் மணிக்கட்டிலோ விரல்களிலோ திடீர்ப் பலவீனம் ஏற்படுவது இதன் வழக்கமான அம்சம் அல்ல. உங்கள் மணிக்கட்டையோ, விரல்களையோ, கட்டைவிரலையோ நேராக்குவதில் புதிய பலவீனத்தை நீங்கள் கவனித்தால், காத்திருக்காமல் உடனடியாக நிபுணர் மதிப்பாய்வைக் கேளுங்கள்; ஏனெனில் அந்த வடிவம், அதற்கே உரிய கால அட்டவணையில் மதிப்பிடப்படும் வேறொரு நரம்புப் பிரச்சினையைச் சுட்டுகிறது.

உங்கள் கை (arm) சூடாகவும், சிவந்தும், வீங்கியும், வலியுடனும் ஆனால் — குறிப்பாகக் காய்ச்சலுடன் — அல்லது உங்கள் கை (hand) வெளிறி, குளிர்ந்து, வெள்ளையாகவோ நீலமாகவோ மாறினால், அதே நாளில் அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள். வேலை நேரத்துக்குப் பிறகோ வார இறுதியிலோ கிளினிக்கைத் தொடர்புகொள்ள முடியாவிட்டால், உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

ஆழமான விளக்கம்

உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவைப்படுவதைக் காட்டிலும் இந்தப் பகுதி ஆழமாகச் செல்கிறது. ரேடியல் டன்னல் நோய்க்குறியைப் பற்றி மேலும் படிப்பது ஒரு சங்கடமான காரணத்திற்காகப் பயனுள்ளது: இந்த இணையதளத்தில் உள்ள நோய்களிலேயே மிகவும் பலவீனமான ஆதாரத் தளத்தைக் கொண்டது இதுதான், இதை உறுதிப்படுத்தும் பரிசோதனை எதுவும் இல்லை, மேலும் இது எவ்வளவு நிச்சயமற்றது என்பதைத் தெளிவாகச் சொல்லப்படுவது அறுவை சிகிச்சை செய்வதற்கான எந்த முடிவிலும் ஒரு பகுதியாக இருக்க வேண்டும்.

உறுதிப்படுத்தும் பரிசோதனை எதுவும் இல்லை

பெரும்பாலான நரம்பு அழுத்தங்களை நிரூபித்துக் காட்ட முடியும். கார்பல் டன்னல் நோய்க்குறி (carpal tunnel syndrome) மணிக்கட்டின் குறுக்கே நரம்புச் சமிக்கை மெதுவாகச் செல்வதை உண்டாக்குகிறது; க்யூபிடல் டன்னல் (cubital tunnel) அதை முழங்கையின் குறுக்கே உண்டாக்குகிறது. ரேடியல் டன்னல் நோய்க்குறி அப்படிச் செய்யாதது இதன் தனிச்சிறப்பு —

இதில் சம்பந்தப்பட்ட நரம்புக் கிளை தோலுக்கு அல்ல, தசைக்கே செல்கிறது; எனவே வரையறுக்க மரத்துப்போன பகுதி எதுவும் இல்லை, நரம்பு கடத்துதல் பரிசோதனைகளும் (nerve conduction studies) அடிக்கடி இயல்பாகவே வருகின்றன.

எனவே நோயறிதல், வலியின் தன்மையையும், லேட்டரல் எபிகாண்டைலின் (lateral epicondyle) மீதல்லாமல் அதற்குச் சில சென்டிமீட்டர் கீழே இருக்கும் வலி உணர்வையும், உள்ளூர் மயக்க மருந்துத் தடுப்புக்குக் (local anaesthetic block) கிடைக்கும் பதிலையும் சார்ந்தே உள்ளது. இவை ஒவ்வொன்றும் ஒரு சாத்தியத்தைச் சுட்டிக்காட்டுகின்றன; எதுவும் உறுதியானதல்ல.

நோயறிதல் மற்றும் முடிவுகள் ஆகிய இரண்டையும் பற்றித் தொடரும் கருத்து வேறுபாடு இருப்பதாகச் சமீபத்திய மதிப்பாய்வுகள் விவரிக்கின்றன [1].

இதன் நடைமுறை விளைவு, டென்னிஸ் எல்போவுடன் அடிக்கடி குழப்பம் ஏற்படுவதுதான்; டென்னிஸ் எல்போ இதற்கு உடனடியாக அருகில் அமைந்துள்ளது, இரண்டும் சேர்ந்தும் இருக்கலாம். நல்ல சிகிச்சைக்குப் பலனளிக்காமல் நீடிக்கும் “டென்னிஸ் எல்போ”, ரேடியல் டன்னல் நோய்க்குறி இறுதியில் பரிசீலிக்கப்படும் மிகவும் பொதுவான சூழ்நிலைகளில் ஒன்றாகும்.

இதற்குச் சிகிச்சை அளிப்பதற்கான ஆதாரங்கள் உண்மையிலேயே மிகக் குறைவு

சிகிச்சை முறைகள் குறித்த ஒரு முறைமையான மதிப்பாய்வு, அறுவை சிகிச்சை மூலம் அழுத்தத்தை நீக்குவது பயனளிக்கக்கூடும் என்ற ஒரு போக்கைக் கண்டறிந்தது; அதைவிட குறிப்பிடத்தக்க கண்டுபிடிப்பு என்னவென்றால், அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சைகளின் பயன் தெரியவில்லை, ஏனெனில் அவற்றில் பெரும்பாலானவற்றுக்கு ஆய்வுகளே எதுவும் இருக்கவில்லை [2].

இது வழக்கமான “ஆதாரங்கள் குறைவு” என்ற சொல்லாடல் அல்ல. இந்த நோய்க்கு வழங்கப்படும் அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சைகளில் பெரும்பாலானவற்றுக்கு ஆய்வுகளே செய்யப்படவில்லை. இன்றைய மதிப்பாய்வுகள் இன்னும் அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையையே முதலில் வைக்கின்றன; பலனளிக்காத பிடிவாதமான நிகழ்வுகளுக்கு அழுத்தத்தை நீக்கும் அறுவை சிகிச்சை ஒரு சாத்தியமான வழி [1]. இந்த வரிசை, நிரூபிக்கப்பட்ட மேன்மையை அல்ல, நியாயமான எச்சரிக்கையையே காட்டுகிறது.

ஒரு முடிவெடுப்பதற்கு அதன் பொருள் என்ன

இதிலிருந்து இரண்டு விஷயங்கள் வெளிப்படுகின்றன; அவை எதிரெதிர் திசைகளில் இழுக்கின்றன.

விரைவான அறுவை சிகிச்சைக்கு எதிராக: நோயறிதலை உறுதிப்படுத்த முடியாது; எனவே வலிக்குக் காரணமல்லாத ஒரு நரம்பின் அழுத்தத்தை அறுவை சிகிச்சை நீக்கிக்கொண்டிருக்கலாம். ஒரு அழுத்த நீக்க அறுவை சிகிச்சை தோல்வியடையும்போது, அறுவை சிகிச்சை போதுமானதாக இல்லையா அல்லது நோயறிதலே தவறா என்பதைத் தீர்மானிப்பது பெரும்பாலும் இயலாததாகிறது.

சரியான நோயாளியில் அதைப் பரிசீலிப்பதற்கு ஆதரவாக: மாற்று வழிகளுக்கும் ஆதாரத் தளம் எதுவும் இல்லை; எனவே காத்திருப்பது என்பது மக்கள் நினைப்பது போல

ஆதாரங்களால் ஆதரிக்கப்பட்ட வழி அல்ல. அது வெறுமனே குறைந்த அபாயமுள்ள வழி மட்டுமே.

நியாயமான நிலைப்பாடு இதுதான்: இந்த இணையதளத்தில் வேறு எங்கையும் விட இங்கே ஒரு உறுதியான நோயறிதல் மிகவும் முக்கியம் — ஒத்துப்போகும் நோய் வரலாறு, எபிகாண்டைலுக்கு அல்ல ரேடியல் டன்னலுக்கே இடம் சுட்டும் பரிசோதனை, இடத்தை அடைத்துக்கொண்டிருக்கும் கட்டியை (space-occupying lesion) விலக்கும் ஸ்கேன் படங்கள், மேலும் திரும்பப் பெற முடியாத ஒரு நடவடிக்கை எடுக்கப்படுவதற்கு முன் ஒரு நோயறிதல் தடுப்பு ஊசிக்குக் (diagnostic block) கிடைக்கும் நம்பத்தகுந்த பதில் — இவை இருப்பதே சிறந்தது.

தொடர்புடைய ஆனால் வேறுபட்ட ஒரு பிரச்சினை

பின்புற இடையெலும்பு நரம்பு **செயலிழப்பு** (palsy) — அதாவது வலி அல்லாமல், விரல்களையும் கட்டைவிரலையும் நேராக்குவதில் ஏற்படும் பலவீனம் — தெளிவான சிகிச்சை முறையைக் கொண்ட தனியான ஒரு நிலையாகும். ஸ்கேன் படங்களில் அழுத்தும் கட்டி எதுவும் தெரியாதபோது, முதலில் அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையை முயற்சிக்க வேண்டும்; அழுத்தும் கட்டி நிரூபிக்கப்பட்ட நிலைகளுக்கும், அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சை தோல்வியடைந்த நிலைகளுக்குமே அறுவை சிகிச்சை ஒதுக்கி வைக்கப்படுகிறது [3]. இடத்தை அடைத்துக்கொண்டிருக்கும் கட்டி இல்லாதபோது, அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையை முயற்சிப்பதே நல்லது; கண்காணிப்பில் **6 வாரங்களுக்குப் பிறகும் தசை மீள்வதற்கான அறிகுறி எதுவும் இல்லாவிட்டால்**, அல்லது பலவீனம் மேலும் மோசமடைந்து கொண்டே போனால், அறுவை சிகிச்சை மூலம் உள்ளே ஆய்வு செய்யப் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது [4].

அவை உறுதியான வரம்புகள்; அவை இருப்பதே இந்த முரணை மிகத் தெளிவாகக் காட்டுகிறது: நரம்பு வேலை செய்வதை நிறுத்துவது கண்ணுக்குத் தெரியும்போது, என்ன செய்ய வேண்டும், எப்போது செய்ய வேண்டும் என்பதை ஆய்வு இலக்கியம் சொல்ல முடியும். நரம்பு வெறுமனே வலியை மட்டும் ஏற்படுத்தும்போது, அதனால் சொல்ல முடிவதில்லை.

மேற்கோள்கள்

- [1] Wolf JM, Patel R, Ghosh K. Radial tunnel syndrome: review and best evidence. J Am Acad Orthop Surg. 2023;31(15):813-9. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-23-00314>
- [2] Huisstede B, Miedema HS, van Opstal T, de Ronde MT, Verhaar JA, Koes BW. Interventions for treating the radial tunnel syndrome: a systematic review of observational studies. J Hand Surg Am. 2008;33(1):72.e1-72.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2007.10.001>
- [3] McGraw I. Isolated spontaneous posterior interosseous nerve palsy: a review of aetiology and management. J Hand Surg Eur Vol. 2018;44(3):310-6. <https://doi.org/10.1177/1753193418813788>
- [4] Sigamoney KV, Rashid A, Ng CY. Management of atraumatic posterior interosseous nerve palsy. J Hand Surg Am. 2017;42(10):826-30. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.07.026>