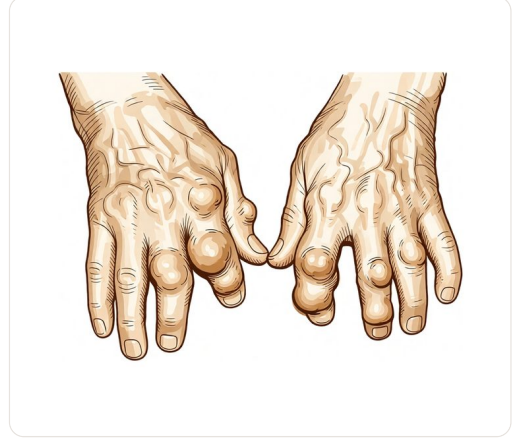


கை, மணிக்கட்டு மற்றும் முழங்கையில் கௌட் (gout)



நாள்பட்ட கௌட், விரல் மூட்டுகளைச் சுற்றி டோஃபை (tophi) எனப்படும் திடமான கட்டிகளை விட்டுச் செல்லக்கூடும்; அவை கையின் அசைவையும் செயல்பாட்டையும் கட்டுப்படுத்தலாம்.

Arthritis Research UK Primary Care Centre / Wikimedia Commons, CC BY 2.0

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

நீங்கள் உணர்வது

கௌட் (gout) பெரும்பாலும் ஓரிரவில் தன் வருகையை அறிவித்துவிடுகிறது. ஒரு மூட்டு (சில சமயங்களில் கட்டைவிரலின் அடிப்பகுதி, ஒரு விரல் கணு, மணிக்கட்டு, அல்லது முழங்கையின் முனை) சில மணி நேரங்களிலேயே கடுமையான வலியை ஏற்படுத்துகிறது. அது சூடாகவும் சிவப்பாகவும் வீங்கியும் தெரிகிறது; படுக்கை விரிப்பின் எடைகூடத் தாங்க முடியாத அளவுக்குத் தொட்டால் வலிக்கிறது. இதுவே ஒரு **தாக்கம்** (flare); முதல் தாக்கம் அடிக்கடி பாதத்தில் ஏற்படுகிறது, ஆனால் கையும் மணிக்கட்டும் கூடப் பொதுவான இடங்கள்தான்.

தாக்கங்களுக்கு இடையில் மூட்டு முற்றிலும் இயல்பாக இருப்பது போலத் தோன்றலாம்; அதனால்தான் முதல் தாக்குதலை மக்கள் அடிக்கடி கண்டுகொள்ளாமல் விட்டுவிடுகிறார்கள். ஆனால் மாதங்கள், ஆண்டுகள் செல்லச் செல்ல, விரல் மூட்டுகளைச் சுற்றியும், விரல் கணுக்களிலும், முழங்கையின் மேலும் தோலுக்கு அடியில் கௌட் திடமான கட்டிகளை விட்டுச் செல்லக்கூடும். இவற்றுக்கு டோஃபை (tophi) என்று பெயர். தோலுக்கு அடியில் இவை சுண்ணாம்பு போலவோ வெண்மையாகவோ இருக்கலாம்; இவை வளர வளர கை விறைப்பாகி, உங்கள் பிடிப்பு வலிமை குறைந்து, சட்டைப் பொத்தான் போடுவது போன்ற நுட்பமான வேலைகள் கடினமாகலாம். மணிக்கட்டில் ஒரு கட்டி ஒரு நரம்பின் மீது அழுத்தினால், விரல்களில் **மரத்துப்போதல் அல்லது கூச்சம்** ஏற்படுவதையும் சிலர் உணரலாம்.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

கௌட் என்பது உங்கள் மூட்டுகளில் வெளிப்படும் ஓர் உடல் முழுவதற்குமான பிரச்சினை. உங்கள் உடல் **யூரிக் அமிலம்** (uric acid; யூரேட் — urate) என்னும் ஒரு கழிவுப் பொருளை உற்பத்தி செய்கிறது. ரத்தத்தில் அது அளவுக்கு அதிகமாக இருக்கும்போது, மூட்டுகளுக்குள்ளும் அவற்றைச் சுற்றியுள்ள மென் திசுக்களிலும் — கை மற்றும் மணிக்கட்டு உட்பட — படிந்துகொள்ளும் நுண்ணிய, கூர்மையான படிகங்களாக அது மாறக்கூடும்.

உங்கள் நோய் எதிர்ப்பு அமைப்பு அந்தப் படிகங்களை ஊடுருவிகளாகக் கருதித் தாக்குகிறது; அந்த எதிர்வினைதான் ஒரு தாக்கமாக நீங்கள் உணரும் திடீர், கடுமையான அழற்சி. உயர்ந்த யூரேட் அளவு ஆண்டுக்கணக்கில் கட்டுப்படுத்தப்படாமல் விடப்பட்டால், படிகங்கள் சேர்ந்து திடமான படிகங்களாக (டோஃபை) உருவாகின்றன. காலப்போக்கில் இந்தப் படிகங்கள் எலும்பைத் தேய்த்து அழிக்கலாம், தசைநாண்களைச் சேதப்படுத்தலாம், அவ்வப்போது ஒரு நரம்பின் மீது அழுத்தலாம். முக்கியமான கருத்து இதுதான்: தாக்கங்களும் கட்டிகளும் ஒரே விஷயத்தின் இரு முகங்கள் — **உடலில் யூரேட் அளவுக்கு அதிகமாக இருப்பது**. யூரேட்டைக் கட்டுப்படுத்தினால், நோயையும் கட்டுப்படுத்தியதாகும்.

இதற்கு நாங்கள் என்ன செய்ய முடியும்

சிகிச்சைக்கு இரண்டு தனித்தனிப் பகுதிகள் உள்ளன; இரண்டுமே முக்கியம்.

தாக்குதலை அடக்குவது. அழற்சி எதிர்ப்பு மருந்தால் ஒரு தாக்கம் அமைதிப்படுத்தப்படுகிறது — பொதுவாக ஓர் அழற்சி எதிர்ப்பு மாத்திரை (NSAID), கோல்சிசின் (colchicine), அல்லது குறுகிய கால ஸ்டீராய்டு மருந்து. இவை சீக்கிரம் தொடங்கப்படும்போதே சிறப்பாக வேலை செய்கின்றன; எனவே அடுத்த தாக்கம் வருவதற்கு முன்பே உங்கள் மருத்துவருடன் ஒரு திட்டத்தை ஒப்புக்கொண்டு வைத்திருப்பது பயனுள்ளது.

யூரேட்டை நிரந்தரமாகக் குறைப்பது. காலப்போக்கில் கௌட்டை உண்மையிலேயே குணப்படுத்துவது இதுதான். ஒரு தினசரி மாத்திரை — பெரும்பாலும் **அலோபுரினால்** (allopurinol) — உங்கள் ரத்த யூரேட்டை ஓர் இலக்கு அளவுக்குக் கீழே படிப்படியாகக் கொண்டுவருகிறது. போதுமான காலம் அதை அந்த அளவில் வைத்திருந்தால், படிகங்கள் மெல்ல மெல்லக் கரைகின்றன, தாக்கங்கள் நின்றாடிகின்றன, டோஃபை சுருங்குகின்றன. உணவும் வாழ்க்கை முறையும் உதவுகின்றன (பீரும் கடும் மதுவும் குறைவாக, இனிப்புப் பானங்கள் குறைவாக, ஆரோக்கியமான எடையைப் பேணுதல், நன்கு நீர் அருந்துதல்) — ஆனால் பெரும்பாலானவர்களுக்குப் பெரும் பணியைச் செய்வது அந்தத் தினசரி மாத்திரைதான்.

அறுவை சிகிச்சை அவ்வப்போது மட்டுமே தேவைப்படுகிறது — தோலைத் துளைத்துக்கொண்டு வெளிவரும், ஒரு தசைநாணுக்கு இடையூறு தரும், அல்லது ஒரு நரம்பின் மீது அழுத்தும் (எடுத்துக்காட்டாக, கார்பல் டன்னல் அறிகுறிகளை ஏற்படுத்தும்)

ஒரு பெரிய டோஃபஸுக்கு (tophus). அப்படிச் செய்தாலும்கூட, யூரேட்டைக் குறைக்கும் மருத்துவச் சிகிச்சை அதற்குப் பிறகும் தொடர்ந்தே ஆக வேண்டும்.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

நாம் உண்மையிலேயே கட்டுக்குள் கொண்டுவர முடிந்த ஒரு சில மூட்டழற்சி வகைகளில் கெளட்டும் ஒன்று. உங்கள் யூரேட் நீண்ட காலத்திற்கு இலக்குக்குக் கீழே வைக்கப்பட்டால், தாக்கங்கள் அரிதாகி, பிறகு நின்றுவிடுகின்றன; ஏற்கெனவே உள்ள கட்டிகள் படிப்படியாகக் கரைந்து மறைகின்றன. இது ஒரு மெதுவான செயல்முறை: மாதங்கள் முதல் ஆண்டுகள் வரை. யூரேட்டைக் குறைக்கும் மாத்திரை பொதுவாக வாழ்நாள் முழுவதும் தேவைப்படுகிறது; ஏனெனில் அதை நிறுத்தினால் படிகங்கள் மீண்டும் உருவாகிவிடும்.

அந்தக் காத்திருப்பின் விலை உண்மையானது: கையில் டோஃபஸ் எவ்வளவு அதிகமாகச் சேருகிறதோ, அவ்வளவுக்கு அது கையால் செய்யக்கூடியவற்றைக் கட்டுப்படுத்துகிறது; எனவே யூரேட்டை ஆரம்பத்திலேயே குறைப்பது உங்கள் பிடிப்பு வலிமையையும் செயல்திறனையும் காக்கிறது. சிகிச்சையைத் தொடர்ந்து கடைப்பிடிப்பவர்கள் மிகச் சிறப்பாக இருக்கிறார்கள்.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

- **முதல் முறையாகச் சூடாக, வீங்கி, வலிக்கும் ஒரு மூட்டு:** தாமதிக்காமல் ஒரு மருத்துவரைப் பாருங்கள். ஒரு மூட்டுத் தொற்று கெளட் போலவே அப்படியே தோன்றலாம், அது ஓர் அவசர நிலை; எனவே இரண்டையும் வேறுபடுத்தி அறிவது அவசியம்.
- **மீண்டும் மீண்டும் ஏற்படும் தாக்குதல்கள்,** அல்லது அடிக்கடி ஏற்படத் தொடங்கியுள்ள தாக்குதல்கள்: யூரேட்டைக் குறைக்கும் சிகிச்சையைத் தொடங்குவதற்கான அறிகுறி இதுவே.
- **மூட்டுகளைச் சுற்றி கட்டிகள் தோன்றுவது,** அல்லது தோலைத் துளைத்துக்கொண்டு வெளிவரும் அல்லது சுண்ணாம்பு போன்ற பொருளைக் கசியவிடும் ஒரு கட்டி.
- **கையில் மரத்துப்போதல், கூச்சம் அல்லது பலவீனம்:** ஒரு படிவு ஒரு நரம்பின் மீது அழுத்திக்கொண்டிருக்கலாம்; அதைப் பரிசோதிப்பது நல்லது.

ஆழமான விளக்கம்

உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவையானதைவிட இந்தப் பகுதி இன்னும் ஆழமாகச் செல்கிறது. கெளட்டைப் பற்றி மேலும் படிப்பது பயனுள்ளது; ஏனெனில் உண்மையான குணமாக்கம் உள்ள ஒரு சில வாத நோய்களில் இதுவும் ஒன்று — அதே சமயம் மிக மோசமாகச் சிகிச்சையளிக்கப்படும் நோய்களில் ஒன்றும்கூட; ஏனெனில் அந்தக் குணமாக்கம் வேலை செய்யும் கால அளவு, நீங்கள் வலியில் இருக்கும்போது தவறானதாகத் தோன்றுகிறது.

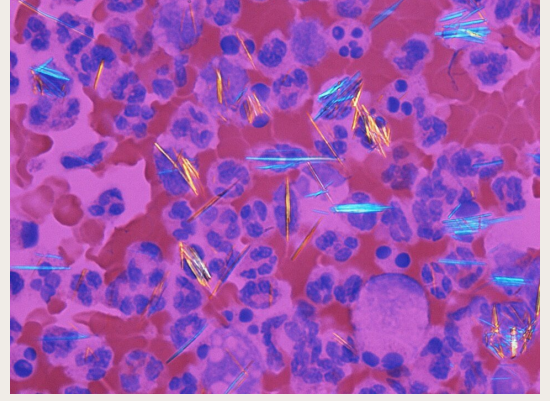
கௌட் உண்மையில் என்ன: யூரேட் படிகங்கள்

உடல் ப்யூரின்கள் (purines) என்னும் பொருட்களை — செல்களிலிருந்தும் சில உணவுகளிலிருந்தும் வருபவை — சிதைக்கும்போது உருவாகும் ஒரு சாதாரணக் கழிவுப் பொருளே யூரிக் அமிலம்.

ரத்தத்தில் யூரேட்டின் அளவு தொடர்ந்து உயர்ந்திருக்கும்போது, அது கரைசலிலிருந்து வெளிப்பட்டு, மூட்டுகளுக்குள்ளும் அவற்றைச் சுற்றியும் நுண்ணிய, ஊசி வடிவ

மோனோசோடியம் யூரேட் (monosodium urate, MSU) படிகங்களை உருவாக்குகிறது.

குளிர்ச்சியான இடங்களில் படிகங்கள் எளிதாக உருவாகின்றன; உடலின் மிகக் குளிர்ச்சியான, மிகவும் விளிம்பில் உள்ள மூட்டான கால் கட்டைவிரல் ஏன் வழக்கமான முதல் இலக்காக இருக்கிறது என்பதற்கு இதுவே பெரும்பாலான காரணம்.



முனைவுறு ஒளியின் கீழ் மோனோசோடியம் யூரேட் படிகங்கள் — நோய் எதிர்ப்புச் செல்கள் விழுங்கி, ஒரு கௌட் தாக்குதலைத் தூண்டும் ஊசி வடிவப் படிகங்கள்.

Bobjgalindo, Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0

அந்த மூட்டில் இது வெறும் வலியைத் தரும் நிலை மட்டுமல்ல; உண்மையிலேயே அழிவை ஏற்படுத்தும் நிலை. **5,478** நோயாளிகளைத் தொகுத்துப் பார்த்ததில், முதல் மெட்டடார்சோஃபேலேஞ்சியல் மூட்டின் (first metatarsophalangeal joint — கால் கட்டைவிரலின் அடி மூட்டு) கடுமையான அழற்சி கௌட்டில் மிகப் பரவலாகக் காணப்படுகிறது, வலியிலும் இயலாமையிலும் கணிசமான அளவிடத்தக்க தாக்கத்தை அது ஏற்படுத்துகிறது, மூட்டின் அமைப்பிலும் செயல்பாட்டிலும் நிரூபிக்கத்தக்க விளைவுகளையும் ஏற்படுத்துகிறது [1].

அழற்சிக்கூட்டம் (INFLAMMASOME): ஒரு தாக்குதல் ஏன் இவ்வளவு திடீரெனவும் கடுமையாகவும் இருக்கிறது

நோய் எதிர்ப்பு அமைப்பின் தூய்மைப்படுத்தும் செல்கள் (**மேக்ரோஃபேஜ்கள்** — macrophages) MSU படிகங்களை விழுங்கும்போது ஒரு தாக்குதல் தொடங்குகிறது. அந்தப் படிகங்கள் **NLRP3 அழற்சிக்கூட்டம்** (NLRP3 inflammasome) என்னும் உள்ளக அபாய மணி அமைப்பைத் தூண்டிவிடுகின்றன; அது ஒரு நொதியை (caspase-1) இயக்கி, **இன்டர்லூகின்-1β (interleukin-1β, IL-1β)** என்னும் சக்திவாய்ந்த அழற்சித் தூதுப் பொருளை வெளியிடுகிறது. IL-1β மூட்டை அழற்சியால் நிரப்பி, மணிநேரங்களுக்குள் ஒரு கடுமையான தாக்குதலின் விரைவான, தீவிரமான சிவப்பு, சூடு, வீக்கம், வலி ஆகியவற்றை உருவாக்குகிறது. எதிர்வினை தானாகவே தேய்ந்து போவதால், தாக்குதல்கள் சில நாட்களுக்குள் தாமாகவே அடங்கிவிடுகின்றன.

மருத்துவ ரீதியாக முக்கியமான ஒன்றை இந்தச் செயல்முறை விளக்குகிறது: தாக்குதல் என்பது படிகங்களுக்கு நோய் எதிர்ப்பு அமைப்பு காட்டும் எதிர்வினையே தவிர, படிகங்கள் அல்ல. தாக்குதலை அடக்குவதும் படிகங்களை அகற்றுவதும் வெவ்வேறு பிரச்சினைகள்; வெவ்வேறு கால அளவுகளில் வெவ்வேறு மருந்துகளைக் கோருபவை.

எல்லாவற்றையும் தீர்மானிக்கும் எண்

நீண்டகாலச் சிகிச்சைக்கு அளவிடக்கூடிய ஒரே ஒரு நோக்கம் உள்ளது: படிகங்கள் உருவாகக்கூடிய செறிவுக்குக் கீழே ரத்த யூரேட்டைக் கொண்டுவந்து, அதை அங்கேயே வைத்திருப்பது. சர்வதேச நடைமுறை ரத்த யூரேட்டை **0.36 mmol/L (6 mg/dL)** க்குக் கீழேயும், டோஃபை இருக்கும்போது **0.30 mmol/L (5 mg/dL)** க்குக் கீழேயும் இலக்காகக் கொள்கிறது; ஏனெனில் அந்த அளவுகளில் ஏற்கெனவே உள்ள படிகங்கள் வெறுமனே சேர்வதை நிறுத்துவதோடு நில்லாமல், கரையவும் தொடங்குகின்றன.

ஒரு நிலையான அளவை எழுதிக்கொடுத்துவிட்டு நம்பிக்கையுடன் காத்திருப்பதைவிட, அந்த இலக்கை நோக்கிச் சிகிச்சையளிப்பதையே ஆதாரங்கள் ஆதரிக்கின்றன. **183** பேரிடம் நடத்தப்பட்ட ஒரு சமவாய்ப்புக் கட்டுப்பாட்டு ஆய்வில் (randomised controlled trial), இலக்கை எட்டும்வரை மாதந்தோறும் அலோபுரினால் அளவை உயர்த்தியது, **24 மாதங்களில்** தாக்கங்கள் ஏற்பட்டவர்களின் விகிதத்திலும் சராசரி டோஃபஸ் அளவிலும் குறிப்பிடத்தக்க குறைவை ஏற்படுத்தியது; அது நன்கு தாங்கிக்கொள்ளப்பட்டது [2].

சேவை மட்டத்திலும் அதே கொள்கை: நோயாளிக் கல்வியையும் இலக்கை நோக்கிச் சிகிச்சையளிக்கும் யூரேட் உத்தியையும் மையமாகக் கொண்டு செவிலியர் தலைமையிலான பராமரிப்பை ஆய்வு செய்த ஐக்கிய இராச்சியத்தின் ஒரு சமவாய்ப்பு ஆய்வில், வழக்கமான பராமரிப்பைவிடக் கணிசமாகச் சிறந்த யூரேட் கட்டுப்பாடு கிடைத்தது; **இரண்டு ஆண்டுகளில்** தாக்கங்கள் குறைவாகவும் டோஃபஸ் கரைவு அதிகமாகவும் இருந்தது [3].

இதிலிருந்து இரண்டு விஷயங்கள் தெளிவாகின்றன. ரத்தப் பரிசோதனைக்கு ஏற்ப ஒருபோதும் சரிசெய்யப்படாத அலோபுரினால் அளவு உண்மையில் சிகிச்சையே அல்ல; மேலும், “என் கௌட் கட்டுக்குள் உள்ளது” என்பதன் பொருள் ஓர் எண்ணை தவிர, இந்த மாதம் தாக்குதல்கள் இல்லாமல் இருப்பது அல்ல.

முதல் சில மாதங்களிலேயே சிகிச்சை ஏன் கைவிடப்படுகிறது

யூரேட்டைக் குறைக்கும் சிகிச்சையைத் தொடங்குவதே தாக்குதல்களைத் **தூண்டக்கூடும்**. படிகங்கள் கரையும்போது, அழற்சிக்கூட்டம் எதிர்வினையாற்றும் பொருளை அவை உதிர்க்கின்றன; எனவே ஒரு குணமாக்கத்தின் தொடக்க மாதங்கள், நோய் தோன்றியதைவிட மோசமாக இருக்கலாம். சிகிச்சை வேலை செய்யவில்லை என்று முடிவுசெய்து மக்கள் அதை நிறுத்திவிடுவதற்கு இதுவே மிகப் பொதுவான ஒற்றைக் காரணம் — உண்மையில் அந்தத் தாக்கம் சிகிச்சை வேலை செய்கிறது என்பதற்கான சான்று. இதனால்தான் சிகிச்சை குறைந்த அளவில் தொடங்கப்பட்டு, படிப்படியாக உயர்த்தப்படுகிறது; முதல் சில மாதங்களுக்கு அழற்சி எதிர்ப்பு முன்காப்பு மருந்துடன் பொதுவாகச் சேர்த்துக் கொடுக்கப்படுகிறது.

மேல் அவயவ அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் கவனத்தில் கொள்ளும் இரண்டு விஷயங்கள்

கௌட் பாதத்துடன் மட்டும் நின்றுவிடுவதில்லை; கையில் அது அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படும் நோய் போலவே தோற்றமளிக்கக்கூடும். கீழ்முனைப் பைசெபஸ் தசைநாண் இணைப்பிடத்தில் கௌட்டால் ஏற்படும் தசைநாண் உறை அழற்சி (gouty tenosynovitis) பகுதியளவு தசைநாண் கிழிவை ஏற்படுத்திய நிகழ்வுகள் பதிவாகியுள்ளன; அவை

வெளிப்பார்வைக்குச் சாதாரணமான ஒரு பைசெப்ஸ் தசைநாண் அறுவு போலத் தோன்றின, ஆனால் அந்த நபரின் கௌட் வரலாறுதான் இறுதியில் விளக்கமாக அமைந்தது [4]. இது அரிதானது; ஆனால் அதை நினைத்துப் பார்த்தவரால் மட்டுமே கண்டறியப்படும் வகையான நோயறிதல் இது.

இன்னும் ஆறுதலான செய்தி: பொதுவான ஒரு கவலைக்கு ஆதாரம் இல்லை. **684,964** பேரைத் தொகுத்துப் பார்த்ததில், எலும்பு முறிவு ஏற்படும் அபாயம் அதிகரிப்பதுடன் கௌட்டுக்குத் தொடர்பு **இல்லை**; ஆரம்பத்திலேயே எழுதிக்கொடுக்கப்பட்ட, யூரேட்டைக் குறைக்கும் மருந்துகள் எலும்பு முறிவு அபாயத்தில் தீங்கான விளைவையோ நன்மையான விளைவையோ காட்டவில்லை [5].

மேற்கோள்கள்

- [1] Stewart S, Dalbeth N, Vandal AC, Rome K. The first metatarsophalangeal joint in gout: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2016;17(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-016-0919-9>
- [2] Stamp LK, Chapman PT, Barclay ML, Horne A, Frampton C, Tan P, et al. A randomised controlled trial of the efficacy and safety of allopurinol dose escalation to achieve target serum urate in people with gout. Ann Rheum Dis. 2017;76(9):1522-8. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-210872>
- [3] Doherty M, Jenkins W, Richardson H, Sarmanova A, Abhishek A, Ashton D, et al. Efficacy and cost-effectiveness of nurse-led care involving education and engagement of patients and a treat-to-target urate-lowering strategy versus usual care for gout: a randomised controlled trial. Lancet. 2018;392(10156):1403-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32158-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32158-5)
- [4] Fairhurst RJ, Schwartz AM, Rozmaryn LM. Gouty tenosynovitis of the distal biceps tendon insertion complicated by partial tendon rupture. Hand (N Y). 2016;12(1):NP1-NP5. <https://doi.org/10.1177/1558944715627639>
- [5] Liu F, Dong J, Zhou D, Kang Q, Xiong F. Gout is not associated with the risk of fracture: a meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2019;14(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-019-1317-4>