CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

துளை வழி சுண்ணாம்புப் படிவு அகற்றல் (Arthroscopic Calcium Deposit Removal)

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

இந்த அறுவை சிகிச்சை ஏன் பரிந்துரைக்கப்பட்டுள்ளது

Mater Private Hospital Rockhampton-இல் பணியாற்றும் மேல் அவயவ (upper-limb) அறுவை சிகிச்சை நிபுணரான டாக்டர் கியரன் ஹிர்பரா, உங்கள் நிலைக்குப் பொருத்தமான, உடலுக்குள் மிகக் குறைவாகத் தலையிடும் (least invasive) தேர்வுகளுடன் தொடங்குகிறார். தோள்பட்டையில் வலி தரும் சுண்ணாம்புப் படிவுக்கு (calcium deposit), இதன் பொருள் இயன்முறை சிகிச்சை (physiotherapy), அழற்சி எதிர்ப்பு மருந்து, பர்சாவுக்குள் (bursa) ஸ்டீராய்டு ஊசி, அல்ட்ராசவுண்ட் வழிகாட்டலுடன் படிவில் செய்யப்படும் ஊசி முறை (பார்போடேஜ் - barbotage), அதிர்வலைச் சிகிச்சை (shock wave therapy) ஆகியவை. 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. அந்தச் சிகிச்சைகள் உங்களுக்குப் போதுமான நிவாரணத்தைத் தராதபோது இந்த அறுவை சிகிச்சையைப் பரிசீலிக்கிறோம்.

இந்த அறுவை சிகிச்சை, உங்கள் சுழற்சி தசைநாண் பட்டையின் (rotator cuff) தசைநாண்களில் ஒன்றில் படிந்துள்ள சுண்ணாம்புப் படிவை அகற்றும் துளை வழி (keyhole) அறுவை சிகிச்சை. இந்தப் படிவுகள், மாதங்களோ ஆண்டுகளோ நீடிக்கக்கூடிய தொடர்ச்சியான வலியையும் விறைப்பையும் ஏற்படுத்துகின்றன. படிவை அகற்றுவது, உங்கள் வலியைக் குறைத்து, உங்கள் தோள்பட்டை மீண்டும் இயல்பாக அசையவும் செயல்படவும் உதவுவதை நோக்கமாகக் கொண்டது. இந்த அறுவை சிகிச்சை செய்துகொள்பவர்களில் பெரும்பாலானோர் அதன் பலனில் திருப்தி அடைகிறார்கள்; ஆய்வு செய்யப்பட்ட ஒரு குழுவில் 93% பேர் திருப்தி தெரிவித்தனர். உங்கள் தோள்பட்டை

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

இன்னும் வலிப்பதற்கு உங்கள் படிவே காரணம் என்று நாம் ஒப்புக்கொண்ட பிறகே அறுவை சிகிச்சையைப் பரிந்துரைப்போம்.

அறுவை சிகிச்சைக்கு முன்

அறுவை சிகிச்சையைத் திட்டமிட, அதற்கு முன் உங்களுக்குச் சில படிமப் பரிசோதனைகள் (imaging) தேவைப்படும். இது வழக்கமாக ஓர் எக்ஸ்-ரேயும், சுண்ணாம்புப் படிவையும் தசைநாண்களையும் தெளிவாகக் காட்டும் ஓர் அல்ட்ராசவுண்டும் ஆகும்; சில சமயம் MRI ஸ்கேனும் சேர்க்கப்படும். பெரும்பாலானோருக்கு வேறு எதுவும் தேவைப்படுவதில்லை. உங்களுக்கு வேறு உடல்நலப் பிரச்சினைகள் இருந்தால், இரத்தப் பரிசோதனைகள் அல்லது மயக்க மருந்து நிபுணரின் (anaesthetist) பரிசோதனை தேவைப்படலாம்.

உங்கள் அறுவை சிகிச்சைக்கு முந்தைய வாரங்களில், உதவும் சிகிச்சைகளைத் தொடர்ந்து எடுத்துக்கொள்ளுங்கள்; உங்கள் மருந்துகள் குறித்து எங்கள் கிளினிக் தரும் எந்த அறிவுறுத்தல்களையும் பின்பற்றுங்கள். உங்கள் அறுவை சிகிச்சைக்கு ஏழு மணி நேரம் முன்பிருந்து எதையும் உண்ணவோ பருகவோ வேண்டாம் என்று உங்களிடம் கேட்கப்படும்; திட்டமிட்டதைவிட அறுவை சிகிச்சைகள் விரைவாக நடந்தால், பட்டியல் நேரப்படி தொடர இது உதவுகிறது. நீங்களே வாகனம் ஓட்ட முடியாது என்பதால், உங்களை வீட்டுக்கு அழைத்துச் செல்ல ஒருவரை ஏற்பாடு செய்யுங்கள். நீங்கள் தற்போது எடுத்துக்கொள்ளும் மருந்துகளின் பட்டியலை உங்களுடன் கொண்டு வாருங்கள்; எளிதாகக் கழற்றக்கூடிய, தளர்வான, வசதியான ஆடைகளை அணியுங்கள்.

அறுவை சிகிச்சை நாளில்

உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நாளில், நீங்கள் மருத்துவமனையின் அறுவை சிகிச்சை அனுமதிப் பிரிவுக்கு (surgical admissions unit) வருவீர்கள். அங்கே உங்கள் வருகை பதிவு செய்யப்பட்டு, அறுவை சிகிச்சை அரங்குக்குத் தயார்படுத்தப்படுவீர்கள். இந்த அறுவை சிகிச்சை, முழு மயக்க மருந்துடன் (general anaesthetic) பகுதி நரம்புத் தடுப்பு ஊசியையும் (regional nerve block) சேர்த்துச் செய்யப்படுகிறது. அறுவை சிகிச்சையின்போது நீங்கள் முழுமையாக உறங்கிக்கொண்டிருப்பீர்கள்; நரம்புத் தடுப்பு ஊசி — அதாவது நீங்கள் விழிப்பதற்கு முன்பே போடப்படும், கைக்குச் செல்லும் நரம்புகளை மரக்கச் செய்யும் ஊசி — அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய முதல் 12 முதல் 24 மணி நேரத்துக்கு வலி நிவாரணத்தைத் தருகிறது. அறுவை சிகிச்சைக்கு முன் மயக்க மருந்து நிபுணர் (anaesthetist) உங்களைச் சந்தித்து, இரண்டு பகுதிகளையும் பற்றி விளக்குவார்.

பின்னர் நீங்கள் அறுவை சிகிச்சை அரங்குக்கு அழைத்துச் செல்லப்படுவீர்கள்; அங்கே அறுவை சிகிச்சை செய்யப்படும். அது முடிந்ததும், மீட்புப் பகுதியில் (recovery area) நீங்கள் கண் விழிப்பீர்கள். மயக்க மருந்தின் விளைவு குறையும் வரை செவிலியர்கள் அங்கே உங்களைக் கண்காணிப்பார்கள். உங்கள் நிலை சீரானதும், செய்யப்பட்ட சிகிச்சையையும் உங்கள் மீட்சியையும் பொறுத்து, நீங்கள் வார்டுக்குச் செல்வீர்கள் அல்லது வீட்டிற்குச் செல்வீர்கள்.

அறுவை சிகிச்சையில் என்ன செய்யப்படுகிறது

இது துளை வழி அறுவை சிகிச்சை; உங்கள் தோள்பட்டையைச் சுற்றி வெவ்வேறு இடங்களில், பின்பக்கத்தில் ஒன்று உட்பட, போடப்படும் சில சிறிய கீறல்கள் வழியாக இது செய்யப்படுகிறது. உங்கள் தோள்பட்டையின் உட்பகுதியை ஒரு திரையில் பார்க்க, அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் ஒரு கீறல் வழியாக ஒரு சிறிய கேமராவைச் செலுத்துகிறார். தசைநாணில் வேலை தொடங்குவதற்கு முன் வேறு ஏதேனும் பிரச்சினைகள் உள்ளனவா என்று சோதிக்க, தோள்பட்டை மூட்டையே சுற்றிப் பார்ப்பதுடன் அறுவை சிகிச்சை தொடங்குகிறது.

சுண்ணாம்புப் படிவு, உங்கள் தோள்பட்டையை ஒன்றாகப் பிடித்து வைத்து உங்கள் கையை (arm) அசைக்கும் தசைநாண்களின் தொகுப்பான சுழற்சி தசைநாண் பட்டையின் தசைநாண்களில் ஒன்றுக்குள் அமர்ந்துள்ளது. அதைக் கண்டுபிடிப்பதற்குச் சிறிது கவனம் தேவைப்படலாம். அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் பெரும்பாலும் ஒரு மெல்லிய ஊசியால் தசைநாணைத் துழாவி அதைக் கண்டறிகிறார்; சில சமயம் அறுவை சிகிச்சையின்போதே அல்ட்ராசவுண்டின் உதவியும் பெறப்படுகிறது. அது கண்டுபிடிக்கப்பட்டதும், படிவு அகற்றப்படுகிறது; தசைநாணைத் தெளிவாகப் பார்க்க முடியும்படி, தசைநாணின் மேல் உள்ள மெல்லிய திசு மெத்தையான அழற்சியடைந்த பர்சா (bursa) சுத்தம் செய்து அகற்றப்படுகிறது.

படிவை அகற்றுவது தசைநாணில் ஓர் இடைவெளியை விட்டுச் செல்லலாம். அந்த இடைவெளி குறிப்பிடத்தக்கதாக இருந்தால், அல்லது ஒரு கிழிவு கண்டுபிடிக்கப்பட்டால், அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் தையல்களால் தசைநாணைச் சரிசெய்கிறார்; தேவைப்பட்டால், தையல்களைப் பிடித்து வைக்க எலும்பில் சிறிய நங்கூரங்களைப் (anchors) பயன்படுத்துகிறார். சுண்ணாம்பு அகற்றப்பட்ட பிறகு உங்கள் தசைநாண் எப்படித் தோன்றுகிறது என்பதன் அடிப்படையில், சரிசெய்தல் செய்யப்பட வேண்டுமா என்பது அறுவை சிகிச்சையின்போதே முடிவு செய்யப்படுகிறது. ஆரோக்கியமான தசைநாணை வெட்டி அகற்றாமல், முடிந்தவரை படிவை அகற்றுவதே முழுவதும் நோக்கமாக இருக்கிறது.

வேலை முடிந்ததும், சிறிய கீறல்கள் தையல்களால் மூடப்பட்டு, அவற்றின் மேல் கட்டுப் போடப்படுகிறது. உங்கள் கை ஒரு கைத்தாங்கியில் (sling) இருக்கும் நிலையில் நீங்கள் கண் விழிப்பீர்கள். உங்கள் தசைநாண் சரிசெய்யப்படவில்லை என்றால், கைத்தாங்கி வசதிக்காக மட்டுமே; நான்கு வாரங்கள் வரை நீங்கள் அதை அணிவீர்கள். உங்கள் தசைநாண் சரிசெய்யப்பட்டிருந்தால், உங்கள் கைத்தாங்கியும் மீட்சியும் சுழற்சி தசைநாண் பட்டைச் சரிசெய்தலுக்குப் பயன்படுத்தப்படும் மெதுவான திட்டத்தைப் பின்பற்றும்.

அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு

இந்த அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு பெரும்பாலான நோயாளிகள் மருத்துவமனையில் ஒரு இரவு தங்குகிறார்கள்; இருப்பினும் சிலரால் அதே நாளில் வீட்டுக்குச் செல்ல முடியும். உங்கள் கை கைத்தாங்கியில் இருக்கும் நிலையில் மீட்புப் பகுதியில் நீங்கள் கண் விழிப்பீர்கள்; மயக்க மருந்தின் விளைவு குறையும்போது செவிலியர்கள் உங்களைச் சோதித்துக்கொண்டே இருப்பார்கள். நரம்புத் தடுப்பின் விளைவு நீங்கியதும் உங்கள்

தோள்பட்டை வலிக்கலாம்; வலி நிவாரணம் பெரும்பாலும் படிப்படியாகவும் சீரற்றதாகவும் இருக்கும்: முன்னேற்றத்தின் பெரும்பகுதி மூன்று முதல் ஆறு மாதங்களில் வருகிறது; சிலருக்கு ஓராண்டு வரை ஆகலாம். கட்டைச் சுமார் 10 நாட்கள் அப்படியே வைத்திருக்கிறோம்; நாங்கள் சொன்னால் தவிர, அதற்கு முன் அதை அகற்ற வேண்டாம். உங்களைப் பார்க்கும்போது நாங்கள் அதை மாற்றுவோம் அல்லது அகற்றுவோம். பயிற்சிகளின்போதும் குளிக்கும்போதும் கைத்தாங்கி கழற்றப்படும். முதல் 24 மணி நேரம் உங்களுடன் யாராவது தங்க வேண்டும். உங்களுக்குக் காய்ச்சல், காயத்தைச் சுற்றிப் பரவும் சிவப்பு, அதிலிருந்து திரவம் அல்லது சீழ் கசிவு, அல்லது உங்கள் வலி நிவாரண மருந்துகளை எடுத்தும் தொடர்ந்து மோசமாகிக்கொண்டே போகும் வலி இருந்தால், அதே நாளில் கிளினிக்கை அழையுங்கள்.

மீட்சி

முதல் சில நாட்களுக்கு உங்கள் தோள்பட்டை வலியுடனும் வீக்கத்துடனும் இருக்கும். அறுவை சிகிச்சை அரங்கில் போடப்பட்ட நரம்புத் தடுப்பின் விளைவு நீங்கும்; எனவே வலி குறைவதற்கு முன் அதிகரிக்கும் என்று எதிர்பாருங்கள். அந்த ஆரம்ப நாட்களில் ஓய்வு, ஐஸ் பைகள், உங்களுக்குப் பரிந்துரைக்கப்பட்ட வலி நிவாரண மருந்து ஆகியவை உதவும். நாங்கள் உங்களைப் பார்க்கும் வரை கட்டை அப்படியே வைத்திருங்கள்; உங்கள் பயிற்சிகளுக்கும் குளிப்பதற்கும் கைத்தாங்கியைக் கழற்றுங்கள்.

அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு விரைவிலேயே உங்கள் இயன்முறை சிகிச்சையாளர் உங்கள் பயிற்சிகளுக்கு வழிகாட்டுவார். இவை மென்மையாகத் தொடங்கி, உங்கள் தோள்பட்டை அனுமதிக்கும் அளவுக்குப் படிப்படியாக அதிகரிக்கும். உங்கள் தசைநாண் சரிசெய்யப்பட்டிருந்தால், உங்கள் மீட்சி சுழற்சி தசைநாண் பட்டைச் சரிசெய்தலுக்குப் பயன்படுத்தப்படும் மெதுவான திட்டத்தைப் பின்பற்றும்; எனவே உங்கள் இயன்முறை சிகிச்சையாளர் வேறு வேகத்தில் முன்னேற்றுவார். அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு குறைந்தது ஆறு வாரங்கள் ஆகும் வரை நீங்கள் வாகனம் ஓட்டக் கூடாது; அதன் பிறகும், உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் அனுமதித்த பின்னரே ஓட்டலாம். விவரங்களுக்கு மேல் அவயவ அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு வாகனம் ஓட்டுதல் பக்கத்தைப் பாருங்கள்.

முன்னேற்றம் படிப்படியாகவும் சீரற்றதாகவும் வருகிறது. வலியிலும் அசைவிலும் ஏற்படும் முன்னேற்றத்தின் பெரும்பகுதி முதல் சில மாதங்களில் நிகழ்கிறது; தோள்பட்டை ஓராண்டு வரை தொடர்ந்து மேம்படுகிறது. வீக்கம் தணிந்து உங்கள் அசைவு திரும்பியதும், வீட்டைச் சுற்றிய அன்றாட வேலைகள் எளிதாகின்றன. உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் அனுமதித்ததும் — வழக்கமாக உங்கள் ஆறு வார மறுபரிசோதனையின்போது — மேசை வேலைக்கும் இலேசான அன்றாட வேலைகளுக்கும் திரும்பலாம். உடல் உழைப்பு வேலை, விளையாட்டு, உடற்பயிற்சிக் கூடம் ஆகியவை, உங்கள் தோள்பட்டை போதுமான வலிமை பெற்று, உங்கள் முன்னேற்றம் குறித்து உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் திருப்தி அடைந்த பிறகு, பின்னரே வரும்.

மீட்சி ஆளுக்கு ஆள் மாறுபடுகிறது. உங்கள் கால அளவு மாறுபடலாம்; உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணரும் இயன்முறை 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.

இந்த அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு மிக அடிக்கடி காணப்படும் பிரச்சினை விறைப்பு; இது சில சமயம் உறைந்த தோள்பட்டை (frozen shoulder) என்று அழைக்கப்படுகிறது. உங்கள் தோள்பட்டை இறுக்கமாக உணரப்பட்டு, எந்தத் திசையிலும் அசைப்பது மேலும் மேலும் கடினமாகிறது. வாரங்கள் செல்லச் செல்ல, மேலே எட்டுவது, முதுகுக்குப் பின்னால் கொண்டுசெல்வது, பக்கவாட்டில் நீட்டுவது ஆகியவை எளிதாவதற்குப் பதிலாகக் கடினமாகின்றன. உங்கள் தோள்பட்டை தளர்வதற்குப் பதிலாக விறைப்பாகிக்கொண்டே போனால், நாங்கள் அதை மதிப்பிட்டு, தேவைப்பட்டால் சிகிச்சையை ஆரம்பத்திலேயே தொடங்கும்படி கிளினிக்கை அழையுங்கள்.

சிலருக்கு, எதிர்பார்த்ததைவிட நீண்ட காலம் தோள்பட்டை வலியுடனும் விறைப்புடனும் இருக்கலாம். இது தணியாத ஆழமான தொடர் வலியாகவும், தொடர்ந்து கட்டுப்பட்டிருக்கும் அசைவாகவும் உணரப்படலாம். இதற்கு மேலதிக மதிப்பீடு தேவைப்படலாம் என்பதால், உங்கள் அடுத்த மறுபரிசோதனையின்போது இதைச் சொல்லுங்கள்.

அறுவை சிகிச்சையின்போது உங்கள் தசைநாண் சரிசெய்யப்பட்டிருந்தால், மீட்சிக்கு அதிக காலம் ஆகும்; விறைப்பு ஏற்படும் வாய்ப்பும் அதிகம். அதற்கு ஏற்ப உங்கள் இயன்முறை சிகிச்சையாளர் உங்கள் பயிற்சிகளின் வேகத்தை அமைப்பார்.

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

எப்போது எங்களை அழைக்க வேண்டும்

இந்த அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகு ஏற்படும் பெரும்பாலான பிரச்சினைகள் சிறியவை; ஆனால் சிலவற்றுக்கு உடனடிக் கவனம் தேவை. உங்கள் கெண்டைக்காலில் (calf) வீக்கம் அல்லது வலி, மூச்சுத் திணறல் அல்லது நெஞ்சு வலி இருந்தால் அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்; ஏனெனில் இவை இரத்த உறைவின் (blood clot) அறிகுறிகளாக இருக்கலாம். உங்களுக்குக் காய்ச்சல், காயத்தைச் சுற்றிப் பரவும் சிவப்பு, அதிலிருந்து திரவம் அல்லது சீழ் கசிவு, அல்லது உங்கள் வலி நிவாரண மருந்துகளை எடுத்தும் தொடர்ந்து மோசமாகிக்கொண்டே போகும் வலி இருந்தால், அதே நாளில் கிளினிக்கை அழையுங்கள். முதல் 24 மணி நேரத்தில், நரம்புத் தடுப்பின் விளைவு நீங்கும்போது, கையில் (arm) மரத்துப்போதலோ பலவீனமோ இருப்பது எதிர்பார்க்கப்படுவதே. அதன் விளைவு நீங்கிய பிறகும் உங்கள் கையோ (arm) கைப்பகுதியோ (hand) மரத்தே இருந்தால், அல்லது அதை அசைக்க முடியாவிட்டால், கிளினிக்கை அழையுங்கள். கிளினிக்கைத் தொடர்புகொள்ள முடியாவிட்டால், உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

ஆழமான விளக்கம்

உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவையானதைவிட இந்தப் பகுதி மேலும் ஆழமாகச் செல்கிறது. இந்த அறுவை சிகிச்சை பற்றிக் கூடுதலாகப் படிப்பது பயனுள்ளது; ஏனெனில், முன்பு இதனுடன் சேர்த்துச் செய்யப்பட்ட சிகிச்சையான அக்ரோமியனிலிருந்து (acromion) எலும்பைச் சீவி எடுப்பது, எதையும் கூடுதலாகச் சேர்க்கவில்லை என்று தெரியவந்தது; மேலும் இன்னும் தீர்க்கப்படாத கேள்விகள் (எவ்வளவு சுண்ணாம்பை அகற்ற வேண்டும், அதன் பிறகு தசைநாணைச் சரிசெய்ய வேண்டுமா) இன்றும் விவாதிக்கப்படுகின்றன.

படிவு ஏன் வலிக்கிறது, அறுவை சிகிச்சை ஏன் விதிவிலக்காக உள்ளது

சுண்ணாம்புத் தசைநாண் நோய் (calcific tendinopathy) என்பது உயிருள்ள ஒரு தசைநாணில் செல்களால் இயக்கப்படும் ஒரு செயல்முறை: சுண்ணாம்பு படிகிறது; பெரும்பாலானோரில் பின்னர் உடல் அதை உடைத்து அகற்றுகிறது; அதன் பிறகு தசைநாண் தன்னைத் தானே மீண்டும் கட்டமைத்துக்கொள்கிறது [1]. சுண்ணாம்பு உருவாகிக்கொண்டிருக்கும்போது, தோள்பட்டை வலியின்றியோ லேசான வலியுடனோ இருக்கலாம். கடுமையான, திடீர் வலி பொதுவாக உடல் படிவை உடைக்கத் தொடங்கும்போதுதான் வருகிறது [1]. அதனால்தான் முதல் சிகிச்சைகள் அந்த உள்வாங்கல் (resorption) நிகழும் வரை காத்திருக்கின்றன அல்லது அதை விரைவுபடுத்துகின்றன; அவற்றுக்குக் கட்டுப்படாத, நாள்பட்ட வலி தரும் படிவுக்காக மட்டுமே அறுவை சிகிச்சை வைக்கப்படுகிறது.

அறுவை சிகிச்சையல்லாத தேர்வுகள் பலனளிக்காதபோது, பெரும்பாலானோருக்குப் படிவை அகற்றுவது பலனளிக்கிறது. சீரற்ற முறையில் ஒதுக்கப்பட்ட ஆய்வுகளில் (randomised trials), வலியில் ஏற்பட்ட சராசரி முன்னேற்றம், ஊசி முறைக்குப் பிறகும் (10-புள்ளி அளவுகோலில் **4.8 புள்ளிகள்**) அறுவை சிகிச்சைக்குப் பிறகும் (**4.7 புள்ளிகள்**) ஒரே மாதிரியாக இருந்தது. தோள்பட்டைச் செயல்பாட்டு மதிப்பெண்களில் ஏற்பட்ட முன்னேற்றம் அறுவை சிகிச்சைக் குழுக்களில் அதிகமாக இருந்தது (Constant மதிப்பெண்ணில் **38 புள்ளிகள்**; ஊசி முறைக்குப் பிறகு **22**) [2]. இவை, நேரடியாக ஒன்றுக்கொன்று ஒப்பிட்ட முடிவுகள் அல்ல; வெவ்வேறு ஆய்வுகளிலிருந்து ஒருங்கிணைக்கப்பட்ட, ஒவ்வொரு சிகிச்சைக் குழுவுக்குள்ளான சராசரிகள்; மேலும் அறுவை சிகிச்சை வரை வருபவர்கள் பொதுவாக ஏற்கெனவே ஊசி முறையை முயற்சித்திருப்பார்கள்.

கைவிடப்பட்ட அழுத்தம் குறைப்பு

பல ஆண்டுகளாக, படிவு அக்ரோமியனுக்குக் கீழான அழுத்தம் குறைப்புடன் (subacromial decompression) சேர்த்து அகற்றப்பட்டது: தசைநாண் நெருக்கப்படுகிறது என்ற கோட்பாட்டின் அடிப்படையில், அக்ரோமியனின் அடிப்பகுதியிலிருந்து எலும்பு சீவி எடுக்கப்பட்டது. இப்போது மூன்று ஒப்பீடுகள் அதற்கு எதிராக வாதிடுகின்றன.

- **80** நோயாளிகளைக் கொண்ட ஒரு சீரற்ற ஒதுக்கீட்டு ஆய்வில், அழுத்தம் குறைப்பைச் சேர்த்தது, ஓராண்டில் வலி, செயல்பாடு அல்லது வாழ்க்கைத் தரத்தில் எந்த வேறுபாட்டையும் ஏற்படுத்தவில்லை [3].

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

- ஓர் ஒப்பீட்டுத் தொடர் ஆய்வில், படிவை மட்டும் அகற்றியவர்கள் சராசரியாக **11 வாரங்களில்** வலியற்ற, கட்டுப்பாடற்ற செயல்பாட்டுக்குத் திரும்பினர்; அழுத்தம் குறைப்பும் சேர்க்கப்பட்டவர்கள் **18 வாரங்களில்** திரும்பினர். ஆறு வாரங்களுக்குள், படிவை மட்டும் அகற்றிய குழுவில் ஏறக்குறைய **60%** பேர் கட்டுப்பாடற்ற செயல்பாட்டுக்குத் திரும்பியிருந்தனர்; அழுத்தம் குறைப்புடன் இது **20%** [4].
- **69** நோயாளிகளைக் கொண்ட, மூன்று பிரிவுகள் உள்ள ஒரு சீரற்ற ஒதுக்கீட்டு ஆய்வில், படிவை விட்டுவிட்டு அழுத்தம் குறைப்பை மட்டும் செய்தது, ஆறு வாரங்களில் குறைவான வலி நிவாரணத்தைத் தந்தது; அதற்கு அதிக தொடர் சிகிச்சையும் தேவைப்பட்டது (**9** கூடுதல் சிகிச்சைகள், பெரும்பாலும் கார்டிசோன் ஊசிகள்; படிவு அகற்றலுடன் அழுத்தம் குறைப்புக்குப் பிறகு **1**). அழுத்தம் குறைப்புடனும் அது இல்லாமலும் படிவை அகற்றியது சமமாகப் பலனளித்தது [5].

அழுத்தம் குறைப்பு இல்லாமல் சிகிச்சை அளிக்கப்பட்ட **105** தோள்பட்டைகளைக் கொண்ட ஒரு தொடர் ஆய்வு, அக்ரோமியனின் வடிவம் எதுவாக இருந்தாலும் விரைவான வலி நிவாரணத்தைப் பதிவு செய்தது [6]. பிரச்சினை படிவுதான்; அதற்கு மேலே உள்ள எலும்பு பொதுவாகப் பிரச்சினை அல்ல. அதனால்தான் இந்தப் பக்கத்தில் விவரிக்கப்படும் அறுவை சிகிச்சையில் அழுத்தம் குறைப்பு சேர்க்கப்படவில்லை.

முழுவதையும் அகற்றுவதா, பெரும்பகுதியை அகற்றுவதா?

இது உண்மையான ஒரு கருத்து வேறுபாடு. ஒரு தொடர் ஆய்வில், எவ்வளவு அதிகமாகச் சுண்ணாம்பு விட்டுச் செல்லப்பட்டதோ, இரண்டு முதல் ஐந்து ஆண்டுகளில் தோள்பட்டை மதிப்பெண்கள் அவ்வளவு குறைவாக இருந்தன; ஆசிரியர்கள் முழுமையாக அகற்றுவதைப் பரிந்துரைத்தனர் [7]. தசைநாணைப் பாதுகாக்க வேறு சிலர் இதற்கு நேர் எதிரான அணுகுமுறையை மேற்கொண்டுள்ளனர். தசைநாணை வேண்டுமென்றே பாதுகாத்த ஒரு தொடர் ஆய்வில், **99-இல் 17** தோள்பட்டைகளில் சிறிய எச்சங்கள் விடப்பட்டன (சராசரியாக, மூலப் படிவின் அளவில் சுமார் **58%**). இவர்களின் முடிவுகள் மோசமாக இல்லை; பின்தொடர் பரிசோதனையின் போது எச்சங்கள் உள்வாங்கப்பட்டிருந்தன [8]. **99** தோள்பட்டைகளைக் கொண்ட சமீபத்திய ஒரு தொடர் ஆய்வும் இதையே கண்டறிந்தது: எச்சம் இருந்த **20** தோள்பட்டைகளின் முடிவுகள், முழுமையாக அகற்றப்பட்டவற்றின் முடிவுகளைப் போலவே இருந்தன [9]. நடைமுறையில், ஆரோக்கியமான தசைநாணை வெட்டி அகற்றாமல் முடிந்தவரை அதிகமாக அகற்றுவதே நோக்கம்.

இடைவெளியைச் சரிசெய்வதா, அப்படியே விடுவதா?

படிவை அகற்றுவது தசைநாணுக்குள் ஒரு குறைபாட்டை விட்டுச் செல்கிறது. அதைத் தையலிட வேண்டுமா என்பது இரண்டாவது தீர்க்கப்படாத கேள்வி.

- சரிசெய்யாமல் விடப்பட்டபோது: **99** தோள்பட்டைகளில், படிவின் அளவோ இடமோ எதுவாக இருந்தாலும் முடிவுகள் நன்றாக இருந்தன. பின்னர் ஸ்கேன் செய்யப்பட்ட **29** தோள்பட்டைகளில் **79%** குணமடைந்திருந்தன; சிறிய எஞ்சிய குறைபாடு இருந்த **6** தோள்பட்டைகளின் மதிப்பெண்கள் மற்றவற்றைப் போலவே நன்றாக இருந்தன [9]. குறைந்தது ஏழு ஆண்டுகள் பின்தொடரப்பட்ட, சரிசெய்யப்படாத **54** தோள்பட்டைகளின்

ஒரு தொடர் ஆய்வில், **3.7%** பின்னர் சுழற்சி தசைநாண் பட்டைக் கிழிவுக்கு உள்ளாயின என்று பதிவானது [10].

- சரிசெய்யப்பட்டபோது: **44** நோயாளிகளின் ஓர் ஒப்பீட்டில், குறைபாடு சரிசெய்யப்பட்டவர்களுக்குச் சிறந்த மருத்துவ மதிப்பெண்கள் இருந்தன; சரிசெய்யப்பட்ட தோள்பட்டைகளில் **80%**-இல் MRI இயல்பாகத் தோன்றும் தசைநாணைக் காட்டியது. சுத்தம் செய்தல் மட்டும் (debridement) செய்யப்பட்ட குழுவில் தசைநாண்கள் பெரும்பாலும் சேதமின்றி இருந்தன; ஆனால் அசாதாரண சமிக்ஞையுடன் (abnormal signal) இருந்தன [11].

இதற்கான விலை மீட்சியே. சரிசெய்தலுக்குப் பிறகு கையை நீண்ட காலம் பாதுகாக்க வேண்டும். ஒவ்வொரு குறைபாடும் சரிசெய்யப்பட்ட ஒரு தொடர் ஆய்வில், **35-இல் 10** நோயாளிகளுக்கு (**29%**) விறைப்பான தோள்பட்டை உருவானது; இது மூன்று முதல் ஒன்பது மாதங்களில் தணிந்தது [12]. அதனால்தான் சரிசெய்தல் வழக்கமாகச் செய்யப்படாமல், குறிப்பிடத்தக்க குறைபாட்டுக்கோ கண்டுபிடிக்கப்படும் கிழிவுக்கோ மட்டும், அறுவை சிகிச்சையின்போதே முடிவு செய்யப்படுகிறது.

விறைப்பு, காலம் எடுத்துக்கொள்ளும் மீட்சி

உறைந்த தோள்பட்டையே இந்த அறுவை சிகிச்சையின் மிகப் பொதுவான சிக்கல். **340** தோள்பட்டைகளில், இது **12%**-இல் உருவானது [13]. அழுத்தம் குறைப்பு இல்லாத தொடர் ஆய்வில், இந்த விகிதம் **2.9%** [6].

மீட்சி சீரற்றது. ஒரு தொடர் ஆய்வில், நோயாளிகளின் வேலை எதுவாக இருந்தாலும், **78%** பேர் ஆறு வாரங்களுக்குள் வேலைக்குத் திரும்பியிருந்தனர். ஆனாலும் வலி அதன் மிகக் குறைந்த நிலையை அடைந்தது, மூன்று மாதங்களில் **31%** பேரிலும், ஆறு மாதங்களில் **17%** பேரிலும், ஒன்பது மாதங்களில் **20%** பேரிலும், ஓராண்டில் **28%** பேரிலும் மட்டுமே [14]. படிவு போய்விட்டது என்று உணர்வது, அந்த வாரமே நன்றாக உணர்வதற்குச் சமம் அல்ல; மூன்று மாதங்களில் இன்னும் வலிக்கும் தோள்பட்டை பொதுவாகச் சரியான பாதையில்தான் உள்ளது, தோல்வியடையவில்லை.

உங்கள் முடிவுக்கு இதன் பொருள் என்ன

- பெரும்பாலான படிவுகள் அறுவை சிகிச்சை இல்லாமலே நீங்கிவிடுகின்றன. அறுவை சிகிச்சையல்லாத சிகிச்சைகளை முறையாக முயற்சித்தும் நீங்காத படிவுக்கே இந்த அறுவை சிகிச்சை.
- படிவை அகற்றுவதுதான் அறுவை சிகிச்சை. அக்ரோமியனிலிருந்து எலும்பை எடுப்பது, பலனில் எதையும் சேர்க்காமல் மீட்சிக் காலத்தை மட்டும் அதிகரிக்கிறது.
- தசைநாண் சரிசெய்யப்படுமா என்பது, கண்டுபிடிக்கப்படுவதைப் பொறுத்தது. சரிசெய்தல் தசைநாணைப் பாதுகாக்கிறது; ஆனால் மீட்சியை மெதுவாக்கி, விறைப்பின் அபாயத்தை அதிகரிக்கிறது.
- வாரங்களில் அல்ல, மாதங்களில் முன்னேற்றத்தை எதிர்பாருங்கள்; சிலருக்கு ஓராண்டு வரை ஆகிறது.

மேற்கோள்கள்

[1] Uhthoff HK, Loehr JW. Calcific Tendinopathy of the Rotator Cuff: Pathogenesis, Diagnosis, and Management. J Am Acad Orthop Surg. 1997;5(4):183-91. https://doi.org/10.5435/00124635-199707000-00001

[2] Angileri HS, Gohal C, Comeau-Gauthier M, Owen MM, Shanmugaraj A, Terry MA, et al. Chronic calcific tendonitis of the rotator cuff: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing operative and nonoperative interventions. J Shoulder Elbow Surg. 2023;32(8):1746-60. https://doi.org/10.1016/j.jse.2023.03.017

[3] Clement ND, Watts AC, Phillips C, McBirnie JM. Short-Term Outcome After Arthroscopic Bursectomy Debridement of Rotator Cuff Calcific Tendonopathy With and Without Subacromial Decompression: A Prospective Randomized Controlled Trial. Arthroscopy. 2015;31(9):1680-7. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2015.05.015

[4] Marder RA, Heiden EA, Kim S. Calcific tendonitis of the shoulder: is subacromial decompression in combination with removal of the calcific deposit beneficial? J Shoulder Elbow Surg. 2011;20(6):955-60. https://doi.org/10.1016/j.jse.2010.10.038

[5] Verstraelen F, Schotanus M, Klemann-Harings S, Lambers Heerspink O, Jansen E. Comparison of clinical and radiological outcomes after three different surgical treatments for resistant calcifying tendinitis of the shoulder: a short-term randomized controlled trial. J Orthop Surg Res. 2022;17(1):480. https://doi.org/10.1186/s13018-022-03373-1

[6] Maier D, Jaeger M, Izadpanah K, Köstler W, Bischofberger AK, Südkamp NP, et al. Arthroscopic Removal of Chronic Symptomatic Calcifications of the Supraspinatus Tendon Without Acromioplasty. Orthop J Sports Med. 2014;2(5):2325967114533646. https://doi.org/10.1177/2325967114533646

[7] Porcellini G, Paladini P, Campi F, Paganelli M. Arthroscopic treatment of calcifying tendinitis of the shoulder: Clinical and ultrasonographic follow-up findings at two to five years. J Shoulder Elbow Surg. 2004;13(5):503-8. https://doi.org/10.1016/j.jse.2004.04.001

[8] Maier D, Jaeger M, Izadpanah K, Bornebusch L, Suedkamp NP, Ogon P. Rotator Cuff Preservation in Arthroscopic Treatment of Calcific Tendinitis. Arthroscopy. 2013;29(5):824-31. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2013.01.031

[9] Youn S, Rhee SM, Cho S, Kim C, Lee J, Rhee YG. Arthroscopic decompression of calcific tendinitis without cuff repair. Bone Joint J. 2023;105-B(6):663-7. https://doi.org/10.1302/0301-620X.105B6.BJJ-2022-1137.R1

[10] El Shewy MT. Arthroscopic removal of calcium deposits of the rotator cuff: a 7-year follow-up. Am J Sports Med. 2011;39(6):1302-5. https://doi.org/10.1177/0363546510396320

[11] Lorbach O, Haupert A, Berger C, Brockmeyer M. Clinical and Structural Results of Rotator Cuff Repair Compared With Rotator Cuff Debridement in Arthroscopic Treatment of Calcifying Tendinitis of the Shoulder. Am J Sports Med. 2021;49(12):3196-201. https://doi.org/10.1177/03635465211037690

[12] Yoo JC, Park WH, Koh KH, Kim SM. Arthroscopic treatment of chronic calcific tendinitis with complete removal and rotator cuff tendon repair. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2010;18(12):1694-9. https://doi.org/10.1007/s00167-010-1067-7

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[13] Ecalle A, Julien C, Chaouche S, Cungi P, Anger F, Galland A, et al. Is routine gleno-humeral exploration a risk factor for adhesive capsulitis after arthroscopic removal of rotator cuff calcifications? A comparative retrospective study in 340 cases. Orthop Traumatol Surg Res. 2021;107(4):102915. https://doi.org/10.1016/j.otsr.2021.102915

[14] Seil R, Litzenburger H, Kohn D, Rupp S. Arthroscopic Treatment of Chronically Painful Calcifying Tendinitis of the Supraspinatus Tendon. Arthroscopy. 2006;22(5):521-7. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2006.01.012

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au