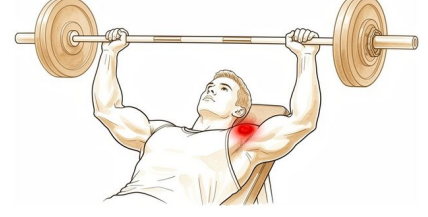


காறை எலும்பின் வெளிமுனைக் கரைவு (Distal Clavicle Osteolysis)



காறை எலும்பின் வெளிமுனைக் கரைவு (எடை தூக்குபவரின் தோள்பட்டை) தோள்பட்டையின் மேற்பகுதியில் வலியை ஏற்படுத்துகிறது; குறிப்பாக அழுத்தும் (pressing) பயிற்சிகளின்போது.

Kieran Hirpara © 2024

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

நீங்கள் உணர்வது

வலி உங்கள் காறை எலும்பின் (collarbone) வெளிமுனையில், அது உங்கள் தோள்பட்டையின் மேற்பகுதியைச் சந்திக்கும் இடத்திலேயே இருக்கும். அந்த இடம் அக்ரோமியோகிளாவிசுலர் மூட்டு (acromioclavicular joint) என்று அழைக்கப்படுகிறது. நீங்கள் கையைப் பயன்படுத்தும்போது, குறிப்பாகத் தள்ளுதல், தூக்குதல் அல்லது அழுத்துதல் (pressing) போன்ற அசைவுகளின்போது, இது மிக அதிகமாக வலிக்க முனைகிறது; நீங்கள் ஓய்வெடுக்கும்போது பொதுவாகத் தணிகிறது.

எடைப் பயிற்சி ஒரு பொதுவான தூண்டுதல். பெஞ்ச் பிரஸ் (bench press) மற்றும் பிற கனமான எடை தூக்குதல் இந்த மூட்டுக்கு நேரடியாகச் சுமை தருகின்றன; தெளிவான ஒரே காயத்துடன் தொடங்குவதைவிட, பல வாரப் பயிற்சியின்போது வலி பெரும்பாலும் படிப்படியாக அதிகரிக்கிறது. சிலர் தோள்பட்டைக் காயத்துக்குப் பிறகும் இதைக் கவனிக்கிறார்கள்; தோள்பட்டையின் மற்ற பகுதி தணிந்த பிறகும் நீண்ட காலம் வலி நீடிக்கும்.

இரவிலோ உடற்பயிற்சிக் கூடத்தில் ஒரு பயிற்சிக்குப் பிறகோ இந்த வலி அதிகரிக்கலாம். உங்கள் உடலின் குறுக்கே கையை எட்டுவது, நாற்காலியிலிருந்து கைகளால் அழுத்தி எழுவது, அந்தப் பக்கத்தில் ஷாப்பிங் பொருட்களைச் சுமப்பது அல்லது புல்வெட்டும் இயந்திரத்தைத் (lawnmower) தள்ளுவது — இவை அனைத்தும் வலியை அதிகரிக்கலாம். வலி

தோள்பட்டையின் உச்சியிலேயே இருப்பதால், தொடக்கத்தில் அதைத் தசைப் பிடிப்பு (muscle strain) என்று தவறாக நினைப்பது எளிது.

இந்த நிலை வேறு தோள்பட்டைப் பிரச்சினைகளைப் போலவே பெரிதும் தோன்றலாம்; எனவே என்ன நடக்கிறது என்பதை உறுதிப்படுத்த ஸ்கேன்கள் பயன்படுத்தப்படுகின்றன. ஒப்பிடுவதற்காக இரு பக்கங்களிலும் எடுக்கப்படும், அந்த மூட்டுக்கான ஒரு சிறப்புக் கோண எக்ஸ்-ரேயும், ஒரு MRI ஸ்கேனும் காறை எலும்பின் முனையில் உள்ள மாற்றங்களைக் காட்ட முடியும்.

இந்த அறிகுறிகளைக் கவனித்து, அவற்றுக்கேற்ப நடவடிக்கை எடுங்கள்:

உங்கள் கை சூடாகவும், சிவந்தும், வீங்கியும், வலியுடனும் ஆனால், குறிப்பாகக் காய்ச்சலும் இருந்தால், அதே நாளில் அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள். ஒரு காயத்துக்குப் பிறகு திடீரென உங்கள் கையில் உணர்வையோ அசைவையோ இழந்தால், அதே நாளில் அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

வலி தணியவில்லை என்றால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டே போனால், இரவில் உங்களை எழுப்பினால், அல்லது வேலை செய்வதையோ கையைப் பயன்படுத்துவதையோ தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது நிபுணர் மதிப்பீட்டைக் கேளுங்கள். அலுவலக நேரத்துக்குப் பிறகோ வார இறுதியிலோ கிளினிக்கைத் தொடர்பு கொள்ள முடியாவிட்டால், உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

அக்ரோமியோகிளாவிசுலர் மூட்டு என்பது உங்கள் தோள்பட்டையின் மேற்பகுதியில் உள்ள ஒரு சிறிய மூட்டு; அங்கே உங்கள் காறை எலும்பின் வெளிமுனை, அக்ரோமியன் (acromion) எனப்படும் ஒரு எலும்புத் தட்டைச் சந்திக்கிறது. காறை எலும்பு உங்கள் கையை (arm) மார்பிலிருந்து விலக்கிப் பிடித்து வைக்கும் தாங்குகோலாகச் செயல்படுகிறது; அது தோள்பட்டை எலும்புடன் (shoulder blade) இணையும் இடங்களில் இந்தச் சிறிய மூட்டும் ஒன்று. நீங்கள் தூக்கும்போதும் அழுத்தும்போதும், அடியில் உள்ள உறுதியான தசைநார்ப் (ligament) பட்டை ஒன்று அந்த இரண்டு எலும்புகளையும் நேராக வரிசையில் வைத்திருக்கிறது.

இந்த நிலையில், காறை எலும்பின் வெளிமுனை சிதையத் தொடங்குகிறது. எலும்பு இவ்வாறு சிதைவதற்கான மருத்துவச் சொல் ஆஸ்டியோலைசிஸ் (osteolysis). உடல் வழக்கமாகத் தேய்ந்த எலும்பைப் புதிய எலும்பால் மாற்றுகிறது; ஆனால் இங்கே சிதைவு பழுதுபார்ப்பைவிட வேகமாக நடக்கிறது; இதனால் காறை எலும்பின் முனையில் உள்ள எலும்பு மென்மையாகி அரிக்கப்படுகிறது. அதற்கு மேலே உள்ள மூட்டுப் பகுதி நலமாகவே இருக்கிறது; பிரச்சினை காறை எலும்புப் பக்கத்தில் மட்டுமே உள்ளது.

மிகப் பொதுவான தூண்டுதல், திரும்பத் திரும்பக் கொடுக்கப்படும் கனமான சுமை; குறிப்பாக பெஞ்ச் பிரஸ் மற்றும் எடைப் பயிற்சி. ஒவ்வொரு அழுத்தமும் மூட்டின் இரண்டு எலும்புகளையும் ஒன்றோடொன்று மோதச் செய்கிறது; இது ஒரே சிறிய நிலப்பகுதியில் அது தேய்ந்துபோகும் வரை திரும்பத் திரும்ப மிதிப்பதைப் போன்றது. தோள்பட்டைக் காயத்துக்குப் பிறகும் இதே செயல்முறை தொடரலாம்; அப்போது முதல் அடிக்குப் பிறகு பல

வாரங்கள் முதல் பல மாதங்கள் வரை வலி நீடிக்கிறது. அரிதாக, லேசான தொற்று (low-grade infection), அல்லது மூட்டு விலகலுக்குப் (dislocation) பிறகு காறை எலும்பைக் கீழே பிடித்து வைக்கப் பயன்படுத்தப்பட்ட உலோகத் தகடு இதைத் தூண்டலாம்.

எலும்பு அரிக்கப்படும்போது, மூட்டு அழற்சியடைந்து வீங்குகிறது; அதனால்தான் பல வாரப் பயிற்சியில் வலி அதிகரித்து, இரவில் தீவிரமடைகிறது. அரிக்கப்பட்ட முனை அக்ரோமியனுடன் இருந்த தனது வழுவழுப்பான பொருத்தத்தையும் இழக்கிறது; இதனால் அழுத்துதல், தூக்குதல், உடலின் குறுக்கே கையை எட்டுதல் ஆகியவை வெற்று எலும்பின் மீது உரசுகின்றன. உங்கள் தோள்பட்டையின் உச்சியில் நீங்கள் உணரும் வலி அதுதான்.

இதற்கு நாங்கள் என்ன செய்ய முடியும்

Mater Private Hospital Rockhampton-இல் பணியாற்றும் மேல் அவயவ (upper-limb) அறுவை சிகிச்சை நிபுணரான டாக்டர் கியரன் ஹிர்பரா, உங்கள் நிலைக்குப் பொருத்தமான, உடலில் மிகக் குறைவாகத் தலையிடும் சிகிச்சைகளிலிருந்தே 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, ஸ்கேன்கள் மூலம் நோயறிதலை உறுதிசெய்த பிறகு, மிக எளிமையானதிலிருந்து தொடங்கி, சிகிச்சைகளை வரிசையாகச் செய்து பார்க்கிறோம்.

முதல் படி, நீங்கள் மூட்டுக்குச் சுமை கொடுக்கும் விதத்தை மாற்றுவது. திரும்பத் திரும்பச் செய்யும் கனமான அழுத்தமே எலும்பைத் தேய்ப்பதால், வலியைத் தூண்டும் பயிற்சிகளைக் குறைப்பதோ மாற்றுவதோ எலும்பு அமைதியடைய ஒரு வாய்ப்பைத் தருகிறது. நீங்கள் இதைச் செய்யும்போது, அழற்சியைத் தணிப்பதும் உங்கள் தோள்பட்டையை வலுவாகவும் அசையும்படியும் வைத்திருப்பதுமே இயன்முறை சிகிச்சையின் (physiotherapy) நோக்கம். விளையாட்டுப் பருவத்தின் நடுவில் இருக்கும் விளையாட்டு வீரர்களுக்கு, சிகிச்சை பலனளிக்கும் வரை தொடர்ந்து விளையாட இந்த அணுகுமுறை அனுமதிக்கிறது. இதற்கு எவ்வளவு காலம் ஆகும் என்பது நீங்கள் பயிற்சி செய்யும் விதத்தை உண்மையிலேயே மாற்ற முடியுமா என்பதைப் பொறுத்தது; உங்கள் விளையாட்டுக்கோ வேலைக்கோ அதன் பொருள் என்ன என்பதை நாம் பேசித் தெளிவுபடுத்துவோம்.

அடுத்த கட்டம் மருந்துகள். சில நேரங்களில் NSAIDs என்று அழைக்கப்படும் அழற்சி எதிர்ப்பு மாத்திரைகள், மூட்டில் உள்ள வீக்கத்தையும் வலியையும் குறைக்கின்றன. மரத்துப்போகச் செய்யும் மருந்தையும், வலிமையான அழற்சி எதிர்ப்பு மருந்தான கார்டிசோனையும் (cortisone) சேர்த்து, நேரடியாக மூட்டுக்குள் ஊசி மூலம் செலுத்தவும் முடியும். இந்த ஊசி இரண்டு வேலைகளைச் செய்கிறது: அந்த மூட்டுதான் உங்கள் வலியின் மூலம் என்பதை உறுதிப்படுத்துகிறது; அதன் பிறகு சிறிது காலத்துக்கு அந்த வலியைத் தணிக்கவும் முடியும்.

இந்தப் படிகள் உங்களுக்குப் போதுமான நிவாரணம் தரவில்லை என்றால், அறுவை சிகிச்சை பற்றி நாம் பேசலாம். இந்த அறுவை சிகிச்சை உங்கள் காறை எலும்பின்

வெளிமுனையிலிருந்து ஒரு சிறிய எலும்புத் துண்டை அகற்றுகிறது; இதனால் சொரசொரப்பான, அரிக்கப்பட்ட மேற்பரப்புகள் இனி ஒன்றோடொன்று உரசாது. சில மில்லிமீட்டர் எலும்பு மட்டுமே அகற்றப்படுகிறது; அருகிலுள்ள தசைநாண் (tendon) மீது ஒரு எலும்பு முள் (bone spur) அழுத்திக்கொண்டிருந்தால், அதையும் அதே நேரத்தில் சீர்செய்கிறோம். அறுவை சிகிச்சையில் என்ன அடங்கும், மீட்சி எப்படி இருக்கும், அது எதை மாற்ற முடியும், எதை மாற்ற முடியாது என்பவற்றை நாங்கள் விளக்குவோம்; அதன் மூலம் அது உங்களுக்குப் பொருத்தமானதா என்பதை நீங்கள் எங்களுடன் சேர்ந்து முடிவு செய்யலாம்.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

பெரும்பாலானோருக்கு, இந்த நிலையை ஏற்படுத்திய சுமை நின்றவுடன் அது தணிகிறது. திரும்பத் திரும்பச் செய்யும் அழுத்துதலும் தூக்குதலும் குறையும்போது, உங்கள் காறை எலும்பின் முனையில் உள்ள எலும்பு தன்னைத்தானே மீண்டும் கட்டமைத்துக்கொள்ள முடியும். நேர்மையாகச் சொன்னால், இதில் ஒரு நிபந்தனை உள்ளது: நீங்கள் பயிற்சி செய்யும் அல்லது வேலை செய்யும் விதத்தை உண்மையிலேயே மாற்ற முடிந்தால்தான் சிகிச்சை பலனளிக்கிறது. அதே விதத்தில் மூட்டுக்குத் தொடர்ந்து சுமை கொடுத்தால், வலி நீடிக்கவோ மீண்டும் மீண்டும் வரவோ முனைகிறது.

அறுவை சிகிச்சை இல்லாத மீட்சி ஒரு விரைவான தீர்வு அல்ல. வலி பல வாரங்களில் அதிகரிக்கிறது; அது தணிவதற்குப் பொதுவாகப் பல வாரங்கள் முதல் பல மாதங்கள் வரை சுமையைக் குறைக்க வேண்டியிருக்கும். சிலர் இதற்குப் பதிலாகத் தோள்பட்டைக் காயத்துக்குப் பிறகு வலியைக் கவனிக்கிறார்கள்; அப்படியானால், தோள்பட்டையின் மற்ற பகுதி குணமடைந்த பிறகும் நீண்ட காலம் அது நீடிக்கலாம். நியாயமான கால அளவு ஓய்வெடுத்து, பயிற்சியை மாற்றிய பிறகும் வலி இருந்தால், அதைப் பொறுத்துக்கொண்டு தொடர்வதைவிடப் பரிசோதித்துக்கொள்வது நல்லது.

அறுவை சிகிச்சை அல்லாத கவனிப்பு உங்களுக்குப் போதுமான நிவாரணம் தரவில்லை என்றால், அறுவை சிகிச்சை ஒரு வாய்ப்பு. சொரசொரப்பான மேற்பரப்புகள் உரசுவதை நிறுத்த, இந்த அறுவை சிகிச்சை உங்கள் காறை எலும்பின் வெளிமுனையிலிருந்து ஒரு சிறிய எலும்புத் துண்டை அகற்றுகிறது. இதைச் செய்துகொண்டவர்கள் குறைவான வலியையும் மேம்பட்ட தோள்பட்டை அசைவையும் தெரிவிக்கிறார்கள்; பொதுவாக முடிவில் திருப்தியாகவும் இருக்கிறார்கள். துளை வழி (keyhole) முறை, திறந்த முறையைவிடக் குறைவான நீடித்த வலியையே விட்டுச்செல்ல முனைகிறது; அதன் மூலம் மக்கள் தங்கள் செயல்பாடுகளுக்கு விரைவாகத் திரும்புகிறார்கள்.

அறுவை சிகிச்சை வலியற்ற தோள்பட்டைக்கான உத்தரவாதம் அல்ல. சிறிய எண்ணிக்கையிலானோருக்கு, 4% முதல் 10% வரையிலானோருக்கு, பிற்காலத்தில் மற்றொரு அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது. மிகக் குறைவாகவோ மிக அதிகமாகவோ எலும்பு அகற்றப்பட்டிருந்தால், தோள்பட்டையில் கவனிக்கப்படாமல் போன வேறொரு பிரச்சினை இருந்தால், அல்லது குணமடையும்போது மூட்டில் புதிய எலும்பு உருவானால் இது நிகழலாம். நீங்கள் எதையும் முடிவு செய்வதற்கு முன், உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் இந்த அபாயங்களை உங்களுடன் விரிவாகப் பேசுவார்.

நீங்கள் எந்த வழியைத் தேர்ந்தெடுத்தாலும், நோக்கம் ஒன்றே: அழற்சியைத் தணிப்பது, வழுவுழுப்பான அசைவை மீட்டெடுப்பது, உங்கள் தோள்பட்டையின் உச்சியில் உள்ள அந்தக் கூர்மையான வலி இல்லாமல் மீண்டும் உங்கள் கையைப் பயன்படுத்த உதவுவது. உங்கள் அறிகுறிகள் தணியவில்லை என்றால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டே போனால், இரவில் உங்களை எழுப்பினால், அல்லது வேலை செய்வதையோ கையைப் பயன்படுத்துவதையோ தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது நிபுணர் மதிப்பீட்டைக் கேளுங்கள்.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

இந்த நிலையைத் தசைப் பிடிப்பு என்று தவறாக நினைப்பது எளிது; எனவே தொடக்கத்தில் இது பெரும்பாலும் கவனிக்கப்படாமல் போகிறது. தோள்பட்டைக் காயத்துக்குப் பிறகு, எலும்பு முறிவும் நிலையற்ற மூட்டும் இல்லை என்று உறுதிசெய்யப்பட்ட பின்னரும், உங்கள் காறை எலும்பின் வெளிமுனையில் வலி நீடித்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள். பயிற்சியால் வலி தொடர்ந்து அதிகரித்தால், அல்லது ஓய்வெடுத்தும் சுமையை மாற்றியும் அது தணியவில்லை என்றால், நிபுணர் மதிப்பீட்டைக் கேளுங்கள். ஸ்கேன்கள் நோயறிதலை உறுதிப்படுத்த முடியும்: ஒப்பிடுவதற்காக இரு தோள்பட்டைகளிலும் எடுக்கப்படும் ஒரு சிறப்புக் கோண எக்ஸ்-ரே, காறை எலும்பு முனையின் ஆழத்தில் உள்ள வீக்கத்தைக் காட்டும் ஒரு MRI. இதைச் சரியாகக் கண்டறிவது முக்கியம்; ஏனெனில் இதே வலி வேறு தோள்பட்டைப் பிரச்சினைகளிலிருந்தும் வரலாம்; தவறான காரணத்தை நோக்கிய சிகிச்சை உதவாது. உங்கள் அறிகுறிகள் தணியவில்லை என்றால், வாரக்கணக்கில் மோசமாகிக்கொண்டே போனால், இரவில் உங்களை எழுப்பினால், அல்லது வேலை செய்வதையோ கையைப் பயன்படுத்துவதையோ தடுத்தால், உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள் அல்லது நிபுணர் மதிப்பீட்டைக் கேளுங்கள். அலுவலக நேரத்துக்குப் பிறகோ வார இறுதியிலோ கிளினிக்கைத் தொடர்புகொள்ள முடியாவிட்டால், உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்குச் செல்லுங்கள்.

ஆழமான விளக்கம்

உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவையானதைவிட இந்தப் பகுதி மேலும் ஆழமாகச் செல்கிறது. டிஸ்டல் கிளாவிக்கிள் ஆஸ்டியோலைசிஸ் பற்றிக் கூடுதலாகப் படிப்பது பயனுள்ளது; ஏனெனில் அதன் காரணத்தை ஏறக்குறைய எப்போதும் கண்டறிய முடியும், பெரும்பாலானோர் அறுவை சிகிச்சை இல்லாமலேயே குணமடைகிறார்கள், கடினமான பகுதி என்னவென்றால், அதை ஏற்படுத்திய சுமையை உண்மையில் மாற்ற முடியுமா என்பதுதான்.

சுமையைப் பொதுவாகக் கண்டறிய முடியும்; அது பொதுவாக பெஞ்ச் பிரஸ் (BENCH PRESS)

2026-இல் வெளியான ஒரு நோக்கெல்லை ஆய்வு (scoping review), **483 நோயாளிகளை உள்ளடக்கிய 8 ஆய்வுகளை** ஒருங்கிணைத்து, **49.1%** உடன் பெஞ்ச் பிரஸ் செய்வதே தூண்டும் செயல்பாடுகளில் மிகப் பொதுவானது என்றும், பொதுவான எடைப் பயிற்சி

மேலும் **24.4%** என்றும் கண்டறிந்தது [1]. **69.9%** நோயாளிகளில், காறை எலும்பின் வெளிமுனையில் அல்லது அக்ரோமியோகிளாவிசுலர் மூட்டில் ஏற்படும் வலியே அவர்கள் முதலில் கொண்டு வந்த அறிகுறியாக இருந்தது [1]. இந்த நிலையை முதன்முதலில் வரையறுத்த ஆய்வுத் தொடரும் இதே போக்கைக் கண்டறிந்தது: ஆஸ்டியோலைசிஸ் கண்டறியப்பட்ட, திடீர்க் காயம் எதுவும் இல்லாத **46 ஆண்களில், 45 பேர் தங்கள் பயிற்சியின் ஒரு பகுதியாக எடை தூக்கினர்** [2].

பெரும்பாலானவை அறுவை சிகிச்சை இல்லாமல் தணிகின்றன — ஆனால் சுமை உண்மையில் மாறினால் மட்டுமே

ஒருங்கிணைந்த ஆய்வில், பெரும்பாலான நோயாளிகள் அறுவை சிகிச்சை அல்லாத (conservative) கவனிப்பால் குணமடைந்தனர்; அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சை தோல்வியடைந்த பிறகு **16% பேர் அறுவை சிகிச்சைக்குச் சென்றனர்** [1]. ஒரு சிறிய குழுவின், **4.4% (3 நோயாளிகள்)**, நோய் கட்டமைப்பு ரீதியாக முன்னேறியதாலோ, விளையாட்டு அல்லது தொழில் காரணங்களுக்காகத் தங்கள் சுமையை மாற்ற விரும்பாததாலோ அறுவை சிகிச்சைக்கு வந்தனர் [1]. அந்தக் கடைசிக் குழுவே இந்தப் பிரச்சினையின் நேர்மையான வடிவம்: தூண்டும் செயல்பாடு உண்மையிலேயே நிற்கும்போது அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சை பலனளிக்கிறது; நோயறிதலைச் செய்வதில் சிரமம் இருப்பது அரிது.

எலும்பு அகற்றல் (RESECTION) செய்யப்படும்போது, சிறிதளவு எலும்பே அகற்றப்படுகிறது; மீட்சி விரைவானது

எடை தூக்குபவர்களைக் கொண்ட ஒரு ஆய்வுத் தொடரில், சராசரியாக **4.5 mm** அளவிலான வரம்புக்குட்பட்ட ஆர்த்ரோஸ்கோபிக் (arthroscopic) அகற்றல், சராசரியாக **3.2 நாட்களில்** விளையாட்டுக்கும், **9.1 நாட்களில்** அறுவை சிகிச்சைக்கு முந்தைய எடைப் பயிற்சித் திட்டத்துக்கும் திரும்ப அனுமதித்தது; அதன் பிறகு அனைத்து நோயாளிகளும் தொடர்ந்து பயிற்சி செய்து, தங்கள் சுமைகளை அதிகரித்தனர் [3]. குறைந்தது இரண்டு ஆண்டுகள் பின்தொடரப்பட்ட **59 நோயாளிகளைக்** கொண்ட நவீன முன்னோக்கு ஆய்வுத் தொடர் (prospective series) ஒன்று, 24 மாதங்களுக்குள் வலி **10-க்கு 8.20-இலிருந்து 1.36-க்கு** குறைந்ததாகவும், SPADI இயலாமை மதிப்பெண் **62.65-இலிருந்து 6.13-க்கு** குறைந்ததாகவும், **1.72 மாதங்களில்** விளையாட்டுக்கும் **3.02 மாதங்களில்** வேலைக்கும் திரும்பியதாகவும் தெரிவித்தது [4]. முதல் ஆய்வுத் தொடரில், **21 நோயாளிகளுக்கு** அகற்றல் செய்யப்பட்டது; **பின்தொடரப்பட்ட 19 பேர் அனைவருக்கும்** அது அறிகுறிகளைப் போக்கியது [2].

படமெடுப்பு அதை உறுதிப்படுத்துகிறது; மருத்துவ நிலைப்படம் மட்டும் அதைச் செய்வதில்லை

இந்த நிலையின் மருத்துவ அடையாளங்களும் அறிகுறிகளும் **பிற தோள்பட்டை நோய்நிலைகளிலிருந்து வேறுபடுத்த முடியாதவையாக இருந்தன** என்பதே அந்த ஆய்வின் சொந்த முடிவு [1]. MRI மிக அடிக்கடி பயன்படுத்தப்பட்ட பரிசோதனை; அது காறை எலும்பின் முனையில் எலும்பு மஜ்ஜை வீக்கத்தையும் (marrow oedema) குருத்தெலும்புக்குக் கீழான முறிவையும் (subchondral fracture) காட்டியது; அது பரிசோதனைக்குப் பதிலாக

அல்லாமல், பரிசோதனையுடன் சேர்த்தே விளக்கப்பட வேண்டும் என்று ஆசிரியர்கள் வெளிப்படையாகக் கூறுகிறார்கள் [1]. நடைமுறையில், அதனால்தான் மருத்துவ வரலாறு — நீங்கள் எதைத் தூக்குகிறீர்கள், எவ்வளவு அடிக்கடி, எவ்வளவு கனமாக — ஸ்கேனுக்கு இணையான முக்கியத்துவம் பெறுகிறது.

மேற்கோள்கள்

[1] Wilkinson M, Groch N, Freestone C, et al. Risk factors and management of atraumatic distal clavicular osteolysis: a scoping review. Shoulder Elbow. 2026. <https://doi.org/10.1177/17585732261479715> [2] Cahill BR. Osteolysis of the distal part of the clavicle in male athletes. J Bone Joint Surg Am. 1982;64(7):1053-58. <https://doi.org/10.2106/00004623-198264070-00015> [3] Auge WK, Fischer RA. Arthroscopic distal clavicle resection for isolated atraumatic osteolysis in weight lifters. Am J Sports Med. 1998;26(2):189-92. <https://doi.org/10.1177/03635465980260020701> [4] Leon JV, Hermans D, Venkatesha V, et al. Patient outcomes following arthroscopic distal clavicle excision: a prospective case series. JSES Int. 2023;7(6):2400-05. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2023.07.014>