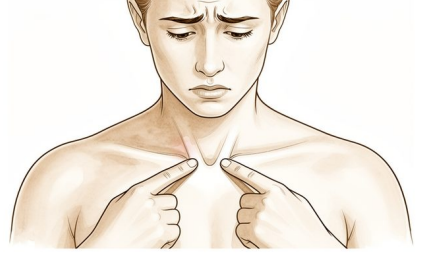


ஸ்டெர்னோகிளாவி மூட்டுக் கோளாறுகள்



ஸ்டெர்னோகிளாவிக்குலர் மூட்டு — காறை எலும்பு மார்பு எலும்பைச் சந்திக்கும் இடம் — மூட்டழற்சி, நிலையின்மை, அல்லது அரிதாக, தீவிரமான பின்பக்க மூட்டு விலகல் ஆகியவற்றால் பாதிக்கப்படலாம்.

Kieran Hirpara © ① ③ 4.0

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

நீங்கள் உணர்வது

ஸ்டெர்னோகிளாவிக்குலர் மூட்டு (sternoclavicular joint) என்பது உங்கள் மார்பின் முன்பக்கத்தில் உள்ள சிறிய மூட்டு; அங்கே உங்கள் காறை எலும்பின் (collarbone, clavicle) உட்புற முனை உங்கள் மார்பு எலும்பைச் (breastbone, sternum) சந்திக்கிறது. உங்கள் கழுத்தின் அடிப்பகுதிக்குச் சற்றுக் கீழே, நடுக்கோட்டிலிருந்து ஓரிரு சென்டிமீட்டர் விலகி, ஒரு சிறிய மேடாக அதைத் தடவி உணரலாம். அதில் ஏதேனும் பிரச்சினை ஏற்படும் வரை அதைக் கவனிக்காமல் விட்டுவிடுவது எளிது.

இங்கே ஏற்படும் பிரச்சினைகள் சில குறிப்பிட்ட வழிகளில் ஒன்றாகவே வெளிப்படுகின்றன. சிலர் அந்த மேட்டின் மேல் நேரடியாக ஆழமான **வலி அல்லது தொடுவலி** உணர்கிறார்கள்; பெரும்பாலும் சிறிது வீக்கத்துடன், தலைக்கு மேல் கையை நீட்டும்போதோ, தூக்கும்போதோ, தள்ளும்போதோ, அந்தப் பக்கமாகப் படுக்கும்போதோ இது மோசமாகிறது. மற்றவர்கள் சில அசைவுகளில் மூட்டு '**கிளிக்**' என்று **சத்தமிடுவதையோ, நழுவுவதையோ, இடம் மாறுவதையோ** உணர்கிறார்கள்; சில சமயம் வந்து போகும் ஒரு கட்டியும் கண்ணுக்குத் தெரியும். அவ்வப்போது, திடீர் காயத்துடன் (தோள்பட்டையின் மேல் விழுவது, விளையாட்டில் மோதுவது, அல்லது கார் விபத்து) பிரச்சினை தொடங்கி, அதைத் தொடர்ந்து வலி, வீக்கம் மற்றும் மூட்டின் வடிவத்தில் மாற்றம் ஏற்படுகிறது. இவற்றில் எது நடக்கிறது என்பதைப் பொறுத்தே அது எப்படி உணரப்படுகிறது என்பது பெரிதும் அமைகிறது; அதைக் கீழே நாங்கள் தெளிவுபடுத்துகிறோம்.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

உங்கள் முழுக் கையையும் தோள்பட்டையையும் உங்கள் எலும்புக்கூட்டின் மீதிப் பகுதியுடன் இணைக்கும் **ஒரே உண்மையான எலும்பு மூட்டு** ஸ்டெர்னோகிளாவிக்குலர் மூட்டுதான். உங்கள் கை செய்யும் அனைத்தும் இந்த ஒரு சிறிய மூட்டின் வழியாகவே உங்கள் மார்புடன் பிணைக்கப்பட்டுள்ளன; அதனால்தான் அது உறுதியாகக் கட்டமைக்கப்பட்டு, வலுவான தசைநார்களால் சுற்றப்பட்டுள்ளது. சில வெவ்வேறு விஷயங்கள் அதைப் பாதிக்கலாம்.

மூட்டழற்சி (மூட்டுப் பரப்புகளின் தேய்மானம்) மிகப் பொதுவான பிரச்சினை. வழுவுமுப்பான குருத்தெலும்பு காலப்போக்கில் மெலிகிறது, மூட்டு வீங்கலாம், பயன்படுத்தும்போது வலிக்கிறது. இது **நடுத்தர வயதுப் பெண்களில்** மிக அடிக்கடி காணப்படுகிறது, பெரும்பாலும் எந்தக் காயமும் இல்லாமலேயே; தனியாக இது ஆபத்தை விட ஒரு தொல்லையே.

காயமில்லாத நிலையின்மை என்பது, உண்மையான காயம் எதுவும் இல்லாமலேயே மூட்டு நழுவுவது அல்லது பகுதியளவு இடம் விட்டு வெளியே வருவது; பொதுவாகத் தசைநார்கள் இயற்கையாகவே தளர்வாக இருப்பதே காரணம். **இளம், நெகிழ்வான (hypermobile) நபர்களில்** இது மிகப் பொதுவானது; காறை எலும்பு பெரும்பாலும் முன்னோக்கி நகர்கிறது (முன்பக்க நழுவுல்); ஒரு குறிப்பிட்ட முறையில் நீங்கள் அசையும்போது தோன்றும் கட்டியாக அதை நீங்கள் பார்க்கலாம்.

காயத்தால் ஏற்படும் மூட்டு விலகல் என்பது, வலுவான விசை காறை எலும்பை முழுமையாக மூட்டிலிருந்து வெளியே தள்ளும்போது நிகழ்கிறது. அது **முன்னோக்கி (anterior)** வெளியே வந்தால், வலி மிகுந்ததாகவும் இயல்புக்கு மாறானதாகவும் தோன்றும், ஆனால் அரிதாகவே ஆபத்தானது. மிக முக்கியமானது **பின்பக்க மூட்டு விலகல் (posterior dislocation)**; இதில் காறை எலும்பு பின்னோக்கி, மார்பு எலும்புக்குப் பின்னால், மூச்சுக்குழாய், உணவுக்குழாய் மற்றும் மார்பின் பெரிய இரத்தக் குழாய்கள் அமைந்துள்ள இடத்துக்குள் தள்ளப்படுகிறது. இது அரிது, ஆனால் தீவிரமானதாக இருக்கலாம். அதைப் பற்றி மேலும் கடைசிப் பகுதியில்.

இதற்கு நாங்கள் என்ன செய்ய முடியும்

Mater Private Hospital Rockhampton-இல் மேல் அவயவ (upper-limb) அறுவை சிகிச்சை நிபுணரான டாக்டர் கியரன் ஹிர்பராவின் வழிகாட்டுதலின்படியே எங்கள் அணுகுமுறை அமைகிறது. 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. பின்னர், நோயறிதலை உறுதிப்படுத்த ஒரு முழுமையான மதிப்பீட்டுடன் நாங்கள் தொடங்குகிறோம். நீண்ட காலமாக நீடிக்கும் பிரச்சினைகளுக்கு, நாங்கள் பொதுவாக அறுவை சிகிச்சை அல்லாத கவனிப்புடன் தொடங்கி, அது போதுமான நிவாரணம் தராதபோது மட்டுமே அறுவை சிகிச்சையைப் பரிசீலிக்கிறோம்.

நல்ல செய்தி என்னவென்றால், பெரும்பாலான ஸ்டெர்னோகிளாவிக்குலர் பிரச்சினைகள் அறுவை சிகிச்சை இல்லாமலேயே தணிந்துவிடுகின்றன.

மூட்டழற்சிக்கும், முன்பக்க (forward) நிலையின்மைக்கும், முதல்நிலைத் திட்டம் அறுவை சிகிச்சை அல்லாததே; அது பொதுவாக நன்றாகப் பலனளிக்கிறது: பிரச்சினையை அதிகரிக்கும் செயல்களை மாற்றியமைத்தல், எளிய வலி நிவாரணமும் அழற்சி எதிர்ப்பு மருந்தும், மேலும் மூட்டைத் தணித்து ஆதரவு தசைகளை வலுப்படுத்த இயன்முறை சிகிச்சை. இதை நேர்மையாக முயற்சித்த பிறகும் வலி மிகுந்த மூட்டழற்சி மூட்டு தொல்லை தந்துகொண்டே இருந்தால், மூட்டுக்குள் செலுத்தப்படும் **ஸ்டீராய்டு ஊசி** அதை அமைதிப்படுத்தலாம்; மேலும் அந்த மூட்டே வலியின் மூலம் என்பதை உறுதிப்படுத்தவும் உதவலாம்.

அறுவை சிகிச்சை விதிவிலக்கே, விதி அல்ல. முறையான அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சைக்குப் பிறகும் வலியோ நிலையின்மையோ தணியாத, தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட நபர்களுக்கே அது ஒதுக்கப்படுகிறது. பிரச்சினையைப் பொறுத்து, அது மூட்டை **நிலைப்படுத்துவதாக** (காறை எலும்பை அதன் இடத்தில் பிடித்து வைக்கத் தசைநார்களை மீண்டும் கட்டமைப்பது) இருக்கலாம்; அல்லது விடாப்பிடியான மூட்டழற்சிக்கு, வலி தரும் பரப்பை முற்றிலும் நீக்கிவிட **காறை எலும்பின் தேய்ந்த முனையைச் சீவி அகற்றுவதாக** இருக்கலாம். இவை கவனமாகப் பரிசீலிக்கப்படுகின்றன; ஏனெனில் இந்த மூட்டு மார்பில் உள்ள முக்கியமான அமைப்புகளுக்கு மிக அருகிலேயே அமைந்துள்ளது.

பின்பக்க மூட்டு விலகலே காத்திருக்க முடியாத நிலைமை. அதற்குப் பொதுவாக **அவசரமாக மூட்டை இடத்தில் அமர்த்துதல்** (reduction) தேவைப்படுகிறது; மூட்டுக்குப் பின்னால் என்ன உள்ளது என்பதன் காரணமாக, எதற்கும் இருக்கட்டும் என்று **மார்பு அல்லது இரத்தக் குழாய் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் ஒருவர் தயார் நிலையில்** இருக்கும்படி, இது பெரும்பாலும் அறுவை சிகிச்சை அரங்கிலேயே செய்யப்படுகிறது.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

மூட்டழற்சிக்கும், பொதுவான முன்பக்க நிலையின்மைக்கும், எதிர்காலப் பார்வை ஆறுதலளிக்கிறது. செயல்பாட்டு மாற்றங்கள், இயன்முறை சிகிச்சை மற்றும் காலத்துடன், பெரும்பான்மையான நபர்கள் இயல்பான வாழ்க்கையைத் தொடரும் அளவுக்கு வசதியாகிவிடுகிறார்கள்; பலருக்கு அதற்கு மேல் எதுவும் தேவைப்படுவதே இல்லை. சுற்றியுள்ள தசைகள் வலுப்பெறும்போதும், எந்த அசைவுகளைத் தவிர்க்க வேண்டும் என்பதை நீங்கள் கற்றுக்கொள்ளும்போதும், தளர்வான மூட்டுகள் பெரும்பாலும் அமைதியடைகின்றன.

அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படும்போது, சரியான நபருக்கு அது மிகவும் பலனளிக்கக்கூடியது; ஆனால் மீட்சிக்குப் பொறுமை தேவை: மூட்டைப் பாதுகாக்கும் ஒரு காலகட்டம், அதைத் தொடர்ந்து பல மாதங்களில் படிப்படியாகச் செயல்பாட்டுக்குத் திரும்புதல். உங்கள் நிலைமைக்கான குறிப்பிட்ட திட்டத்தை உங்கள் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் உங்களுடன் பேசுவார்.

உடனடியாகச் சிகிச்சை அளிக்கப்பட்ட பின்பக்க மூட்டு விலகல், மூட்டு பாதுகாப்பாக மீண்டும் இடத்தில் அமர்ந்ததும் பொதுவாக நன்றாகவே இருக்கும். முக்கியமானது வேகமே: அதை விரைவில் பரிசோதித்து, இடத்தில் அமர்த்துங்கள்.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

உங்களுக்குப் பின்வருபவை இருந்தால் உங்கள் மருத்துவரைப் பாருங்கள்:

- **தொடர்ச்சியான வலி, வீக்கம் அல்லது தொடுவலி** — மார்பின் முன்பக்கத்தில் உள்ள மூட்டின் மேல், தணியாமல் இருப்பது; அல்லது தொடர்ந்து உள்ளேயும் வெளியேயும் நழுவும் ஒரு கட்டி.
- **நிலையற்றதாக உணரப்படும் ஒரு மூட்டு**, அல்லது சில அசைவுகளில் மீண்டும் மீண்டும் வெளியே வந்து, உங்களால் செய்ய முடிவதை வரம்புக்குட்படுத்தும் மூட்டு.
- **தோள்பட்டையின் அல்லது மார்பின் முன்பக்கத்தில் ஏற்பட்ட காயத்துக்குப் பிறகான வலி** — குறிப்பாக மூட்டு வடிவம் மாறியதாகத் தெரிந்தாலோ உணரப்பட்டாலோ.

தோள்பட்டையிலோ மார்பிலோ கடுமையான அடி அல்லது அதிக ஆற்றல் கொண்ட காயம் ஏற்பட்ட பிறகு உங்களுக்குப் பின்வருபவை இருந்தால், **இதை அவசர நிலையாகக் கருதுங்கள்: ஆம்புலன்ஸை அழையுங்கள் அல்லது உங்களுக்கு அருகிலுள்ள அவசர சிகிச்சைப் பிரிவுக்கு நேராகச் செல்லுங்கள்:**

- **மூச்சுவிடுவதில் சிரமம்**, அழுத்தம் அல்லது மூச்சுத் திணறல் உணர்வு, அல்லது உங்கள் குரலில் மாற்றம்.
- **விழுங்குவதில் சிரமம் அல்லது வலி.**
- **கையில் வீக்கம், நிற மாற்றம், குளிர்ச்சி அல்லது ஊசி குத்துவது போன்ற உணர்வு**, அல்லது அந்தப் பக்கத்தில் பலவீனமான நாடித்துடிப்பு.

இவை, மார்பு எலும்புக்குப் பின்னால் உள்ள மூச்சுக்குழாய், உணவுக்குழாய் அல்லது முக்கிய இரத்தக் குழாய்களை அழுத்தும் **பின்பக்க மூட்டு விலகலின்** அறிகுறிகளாக இருக்கலாம். இது அரிதானது, ஆனால் அவசர மருத்துவமனை மதிப்பீடு தேவை. அது தானாகத் தணிகிறதா என்று பார்க்கக் காத்திருக்க வேண்டாம்.

ஆழமான விளக்கம்

இந்தப் பகுதி, உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவையானதைவிட ஆழமாகச் செல்கிறது. ஸ்டெர்னோகிளாவிக்குலர் மூட்டுப் பிரச்சினைகள் பற்றிக் கூடுதலாகப் படிப்பது பயனுள்ளது; ஏனெனில் அவற்றின் ஒரு வகை, வெளியிலிருந்து பார்க்கச் சாதாரணமாகத் தோன்றக்கூடிய உண்மையான அவசர நிலை; மேலும் எளிமையான சிகிச்சை பலனளிக்கும் கால அவகாசம் மணி நேரங்களில் அளக்கப்படுகிறது.

முக்கியமானது பின்பக்க மூட்டு விலகலே

ஸ்டெர்னோகிளாவிக்குலர் மூட்டு, காறை எலும்பு மார்பு எலும்பைச் சந்திக்கும் இடத்தில், கழுத்தின் அடிப்பகுதியில் அமைந்துள்ளது. அதற்கு நேர் பின்னால் பெரிய இரத்தக் குழாய்கள், மூச்சுக்குழாய் (trachea) மற்றும் உணவுக்குழாய் (oesophagus) உள்ளன.

முன்பக்க மூட்டு விலகல் காறை எலும்பை முன்னோக்கித் தள்ளி, கண்ணுக்குத் தெரியும் ஒரு கட்டியை உருவாக்குகிறது. அது பார்க்கப் பயங்கரமாகத் தோன்றும், ஆனால் பொதுவாகத் தீங்கற்றது. **பின்பக்க மூட்டு விலகல்** அதைப் பின்னோக்கி, அந்த அமைப்புகளை நோக்கித் தள்ளுகிறது; வெளியில் பார்க்க அதிகம் ஒன்றும் தெரிவதில்லை, சில சமயம் ஒரு நுட்பமான பள்ளம் மட்டுமே. தோற்றங்கள் தீவிரத்தன்மைக்கு நேர் எதிராக உள்ளன.

பின்பக்க மூட்டு விலகலைச் சுட்டிக்காட்டும் அறிகுறிகள்: விழுங்குவதில் சிரமம், மூச்சுத் திணறல், குரலில் மாற்றம், அல்லது கை அல்லது கழுத்தில் உள்ள சிரைகளில் இரத்தம் தேங்குதல். தோள்பட்டையின் முன்பக்கத்தில் காயம் ஏற்பட்ட பிறகு இவற்றில் ஏதேனும் ஒன்று இருந்தாலும் உடனடி மதிப்பீடு தேவை. இந்த மூட்டில் சாதாரண எக்ஸ்-ரேக்கள் நம்பகமானவை அல்ல; பொதுவாக CT தேவைப்படுகிறது.

48 மணி நேரக் கால அவகாசம்

பின்பக்க மூட்டு விலகல் கண்டறியப்படும்போது, மூட்டைத் திறக்காமலேயே காறை எலும்பை மீண்டும் இடத்துக்கு இழுத்து அமர்த்தப் பெரும்பாலும் முடியும். **140** இளம்பருவ நோயாளிகளிடையே, மூடிய முறையும் திறந்த முறையும் இரண்டுமே **மிகவும் பலனளிப்பதாக** நிரூபிக்கப்பட்டுள்ளன; மேலும் **முதல் காயம் ஏற்பட்ட 48 மணி நேரத்துக்கும் குறைவான நேரத்தில் முயற்சிக்கப்படும்போது, மூடிய முறையில் இடத்தில் அமர்த்துவது (closed reduction) மிக அதிகப் பலனளிக்கிறது** [1].

அது ஒரு குறிப்பிட்ட, செயல்படுத்தக்கூடிய எண். சுமார் இரண்டு நாட்களுக்குப் பிறகு, இடம் மாறிய எலும்பைச் சுற்றி மென்திசுக்கள் ஒழுங்கமைய ஆரம்பிக்கின்றன; மூடிய முறையில் இடத்தில் அமர்த்துவது வெற்றிபெறும் வாய்ப்புப் படிப்படியாகக் குறைகிறது. இதனால் ஒரு சிறிய கைமுறை நடவடிக்கை, பெரிய இரத்தக் குழாய்களுக்கு அருகில் செய்யப்படும் திறந்த அறுவை சிகிச்சையாக மாறிவிடுகிறது. காயம் ஏற்பட்ட விதம் பொருந்தும்போது, கவனித்துக் காத்திருப்பதைவிட விரைவாக ஸ்கேன் எடுப்பதற்கான மிக வலுவான வாதம் இதுவே.

அந்த நெருக்கத்தின் காரணமாக, பின்பக்க மூட்டு விலகலை இடத்தில் அமர்த்தும் செயல், இதய-மார்பு (cardiothoracic) குழு ஒன்று கிடைக்கும் நிலையிலேயே வழக்கமாகச் செய்யப்படுகிறது — அது பொதுவாகத் தவறாகப் போகும் என்பதால் அல்ல, தவறாகப் போனால் அதன் விளைவுகள் உடனடியானவை என்பதால்.

நிலையின்மைக்கான மறுகட்டமைப்பு பலனளிக்கிறது, நுட்பம் அதைத் தீர்மானிப்பதில்லை

மீண்டும் மீண்டும் ஏற்படும் அல்லது நாள்பட்ட நிலையின்மைக்கு, தசைநாண் ஒட்டுத் திசுவைப் (tendon graft) பயன்படுத்தி மூட்டு மறுகட்டமைக்கப்படுகிறது. **164**

நோயாளிகளிடையே, மறுகட்டமைப்பு நோயாளிகள் தெரிவித்த விளைவுகளிலும் செயல்பாட்டுக்குத் திரும்புவதிலும் குறிப்பிடத்தக்க முன்னேற்றங்களை ஏற்படுத்தியது, **சிக்கல் விகிதமும் குறைவாக இருந்தது**; மேலும் பயனுள்ள வகையில், ஒற்றைப் புறணி (unicortical) மற்றும் இரட்டைப் புறணி (bicortical) துளையிடல், பிறர் திசு ஒட்டு (allograft) மற்றும் சொந்தத் திசு ஒட்டு (autograft) உள்ளிட்ட **எந்த நுட்பமாக இருந்தாலும்** இது பொருந்தியது [2].

பல தொழில்நுட்ப வகைகளும் ஒரே மாதிரிச் செயல்படும்போது, அறிவார்ந்த விளக்கம் இதுவே: நிலையான ஒரு அமைப்பை அடைவதே, அதை எப்படி அடைகிறோம் என்பதைவிட முக்கியம்.

இங்கே ஏற்படும் மூட்டழற்சி சிகிச்சையளிக்கக்கூடியது, ஆனால் போதுமான அளவு அடையாளம் காணப்படுவதில்லை

இந்த மூட்டில் ஏற்படும் சிதைவு மாற்றம், கழுத்தின் அடிப்பகுதியில் ஏற்படும் வலிக்கு ஒரு உண்மையான, பெரும்பாலும் கவனிக்கப்படாத காரணம் — குறிப்பாக நடுத்தர வயதுப் பெண்களில்; மேலும் அது அடிக்கடி கழுத்தின் மீதே சுமத்தப்படுகிறது. **107**

நோயாளிகளிடையே செய்யப்பட்ட அறுவை சிகிச்சை, **நல்ல வலிக் குறைப்பையும் அதிக திருப்தி விகிதத்தையும் தரும் பாதுகாப்பான ஒரு செயல்முறை**; இருப்பினும் திறந்த முறை அறுவை சிகிச்சையா ஆர்த்ரோஸ்கோபிக் அறுவை சிகிச்சையா எது விரும்பத்தக்கது என்பதை ஆய்வு இலக்கியம் நிறுவவில்லை [3].

நடைமுறைக் கருத்து இதுதான்: இந்த மூட்டின் மேல் சரியாக, ஒரே இடத்தில் நீடிக்கும் தொடுவலி இருந்தால், அதைக் குறிப்பாகச் சுட்டிக்காட்டுவது பயனுள்ளது; ஏனெனில் புகார் தோள்பட்டை வலி அல்லது கழுத்து வலி என்று விவரிக்கப்படும்போது, கவனிக்காமல் விட்டுவிட எளிதான ஒரு சிறிய இலக்கு இது.

மேற்கோள்கள்

[1] Tepolt F, Carry PM, Heyn PC, Miller NH. Posterior sternoclavicular joint injuries in the adolescent population: a meta-analysis. Am J Sports Med. 2014;42(10):2517-24. <https://doi.org/10.1177/0363546514523386>

[2] Kapoor U, Khoo KJ, Hsu JE, Matsen FA, Schiffman CJ. Clinical outcomes and complications after sternoclavicular joint reconstruction: a systematic review. Am J Sports Med. 2026;54(7):1799-806. <https://doi.org/10.1177/03635465251407324>

[3] Rasmussen AH, Krogsgaard MR. Surgical treatment of sternoclavicular joint osteoarthritis: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2025;34(10):2517-28. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.12.044>