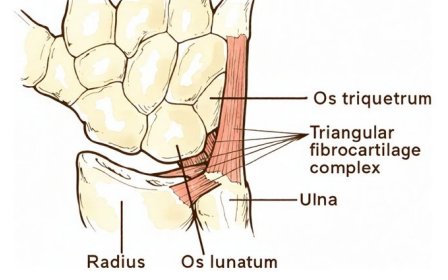


அல்நார் பக்க மணிக்கட்டு வலியும் அல்நார் இடிப்பும்

TFCC-ம் மணிக்கட்டின் அல்நார் (சுண்டுவிரல்) பக்கமும் — அல்நார் பக்க மணிக்கட்டு வலிக்கான ஒரு பொதுவான காரணம்.

Elatmani s / Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0



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

நீங்கள் உணர்வது

மணிக்கட்டின் சுண்டுவிரல் பக்கத்தில் (அல்நார் பக்கத்தில்) ஏற்படும் வலி மிகவும் பொதுவானது; அதற்குப் பல காரணங்கள் இருக்கலாம். இந்தப் பக்கம், அவற்றுள் மிக முக்கியமான இயந்திரவியல் காரணத்தைப் பற்றியது: **அல்நார் இடிப்பு** (ulnar impaction) என்று அழைக்கப்படும் நிலை; இது அல்லோகார்பல் மோதுதல் (ulnocarpal abutment) என்றும் அறியப்படுகிறது.

வலி பொதுவாக மணிக்கட்டின் வெளிவிளிம்பில், புறங்கையை நோக்கிய பக்கத்தில், ஆழமாக இருக்கும். இறுக்கிப் பிடிக்கும்போது, முன்கையைத் திருகும்போது, அல்லது மணிக்கட்டைச் சுண்டுவிரலை நோக்கி வளைக்கும்போது இது பெரும்பாலும் மோசமாகும். அதனால் ஜாடி திறப்பது, சாவியைத் திருப்புவது, திருகுளியைப் பயன்படுத்துவது, துணியைப் பிழிவது, அல்லது நாற்காலியிலிருந்து எழுவதற்குக் கையை ஊன்றுவது போன்ற அன்றாடச் செயல்கள் அனைத்துமே வலியைத் தூண்டலாம். சில அசைவுகளின்போது மணிக்கட்டில் ஒரு **“கிளிக்” அல்லது “கிளங்க்” ஒலியையும்** பலர் உணர்கிறார்கள்; ஒரு நாள் முழுவதும் கனமாகப் பயன்படுத்திய பிறகு மணிக்கட்டு வலிக்கவும் செய்யும். மணிக்கட்டின் மீது உடல் எடையைத் தாங்க வைப்பது (பிளாங்க், புஷ்-அப், அல்லது கனமான கதவைத் தள்ளுவது) இதைத் தூண்டும் ஒரு சிறந்த எடுத்துக்காட்டு.

இது வழக்கமாக ஒரே ஒரு காயத்துடன் தொடங்குவதில்லை; படிப்படியாகவே உருவாகிறது. இருப்பினும், ஒரு மணிக்கட்டு எலும்பு முறிவுக்குப் பிறகும் இது வரலாம்.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

இரண்டு முன்கை எலும்புகள் மணிக்கட்டு வரை செல்கின்றன: **ரேடியஸ்** (கட்டைவிரல் பக்கம்), **அல்னா** (சுண்டுவிரல் பக்கம்). மணிக்கட்டு சீராக வேலை செய்ய, இந்த இரு எலும்புகளின் முனைகளும் கிட்டத்தட்ட ஒரே மட்டத்தில் இருக்க வேண்டும். அல்னார் இடிப்பில், ரேடியஸுடன் ஒப்பிடும்போது அல்னா ஒப்பீட்டளவில் அதிக நீளமாக இருக்கிறது; இந்த நிலையை மருத்துவர்கள் **நேர் அல்னார் நீள வேறுபாடு** (positive ulnar variance) என்று அழைக்கிறார்கள்.

சிலருக்கு பிறக்கும்போதே அல்னா சற்று நீளமாக இருக்கும். மற்றவர்களுக்கு இது பிற்பாடு உருவாகிறது: பெரும்பாலும் உடைந்த மணிக்கட்டு சற்றுச் சுருங்கிய நிலையில் குணமடையும்போது, ரேடியஸ் முன்பு இருந்ததைவிடச் சற்றுக் குட்டையாகிவிடுகிறது; அதனால் அல்னா ஒப்பீட்டளவில் நீட்டிக்கொண்டு நிற்பது போலாகிறது.

காரணம் எதுவாக இருந்தாலும், அந்தச் சிறிய கூடுதல் நீளத்தின் விளைவாக, நீங்கள் மணிக்கட்டின் மீது சுமை ஏற்றும் ஒவ்வொரு முறையும் அல்னாவின் முனை, அதற்கு அடுத்திருக்கும் சிறிய மணிக்கட்டு எலும்புகளுடன் (லூனேட் மற்றும் ட்ரைக்குவெட்ரம்) உரசுகிறது. அந்த எலும்புகளுக்கு இடையே, அதிர்வு உறிஞ்சியாகச் செயல்படும் **TFCC** (முக்கோண இழைக்குருத்தெலும்புத் தொகுதி) என்னும் குருத்தெலும்பு மெத்தை அமைந்துள்ளது. திரும்பத் திரும்ப நிகழும் இந்த மோதுதல் அந்த மெத்தையை மெல்ல மெல்லத் தேய்த்து, TFCC-ஐக் கிழிக்கவும் செய்யலாம்; காலப்போக்கில் அதற்குக் கீழே உள்ள எலும்பில் சிராய்ப்பையும், சிறிய நீர்க்கட்டிகளையும் கூட உருவாக்கும். அந்தத் தேய்மான நிகழ்வுதான் வலியையும், “கிளிக்” ஒலியையும், இறுக்கிப் பிடிக்கும்போதும் திருகும்போதும் வசதி குறைவதையும் ஏற்படுத்துகிறது. (இந்த நிலையுடன் பெரும்பாலும் சேர்ந்தே வரும் **TFCC காயங்கள்** பற்றி எங்களிடம் தனிப் பக்கம் உள்ளது.)

இதற்கு நாங்கள் என்ன செய்ய முடியும்

ராக்ஹாம்டன் மாட்டர் பிரைவேட் மருத்துவமனையில் எங்கள் மேல் அவயவ சேவையை டாக்டர் கீரன் ஹிர்பரா வழிநடத்துகிறார்; அங்கு அல்னார் பக்க மணிக்கட்டு வலியை ஒரு தெளிவான வழிமுறையின் ஊடாக நாங்கள் கையாளுகிறோம். நோயாளிகள் பொதுவாகத் 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. நோயறிதலை உறுதிப்படுத்த ஒரு முழுமையான மதிப்பீட்டுடன் நாங்கள் தொடங்குகிறோம்; நீண்டகாலப் பிரச்சினைகளுக்கு, அறுவை சிகிச்சையைப் பரிசீலிப்பதற்கு முன்பு அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையையே நாங்கள் எப்போதும் முதலில் முயற்சிக்கிறோம்.

நல்ல செய்தி என்னவென்றால், பெரும்பாலானோருக்கு அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையாலேயே இது சரியாகிவிடுகிறது; நாங்கள் எப்போதும் அங்கிருந்தே தொடங்குகிறோம்.

அதை அமைதிப்படுத்துதல். முதல் படிகள் எளிமையானவை: அல்நார் பக்க மணிக்கட்டின் மீது சுமை ஏற்றும் செயல்பாடுகளை (குறிப்பாகக் கனமாக இறுக்கிப் பிடித்தல், திருகுதல், எடை தாங்குதல்) சிறிது காலத்திற்கு மாற்றிக்கொள்வது; மூட்டுக்கு ஓய்வு தர ஒரு **மணிக்கட்டுச் சிம்பு** அணிவது; வலியையும் வீக்கத்தையும் தணிக்க வீக்க எதிர்ப்பு மருந்துகளைப் பயன்படுத்துவது. சில சமயங்களில் மூட்டுக்குள் செலுத்தப்படும் ஒரு **ஸ்டிராய்டு ஊசி** அழற்சியின் சுழற்சியை உடைக்க உதவுகிறது.

நோயறிதலை உறுதிப்படுத்துதல். சிகிச்சையுடன் சேர்ந்து, இரு எலும்புகளும் எப்படி ஒன்றுடன் ஒன்று சீரமைந்துள்ளன என்பதைத் துல்லியமாக அளக்க நாங்கள் வழக்கமாக **எக்ஸ்-கதிர் படங்களை** எடுக்கிறோம் (சில சமயங்களில் இடிப்பை மிகைப்படுத்திக் காட்டும் ஒரு சிறப்பு “பிடி” நிலைப் படத்துடன்); குருத்தெலும்பையும், TFCC-ஐயும், அதற்குக் கீழுள்ள எலும்பையும் பார்க்க அடிக்கடி ஓர் **எம்ஆர்ஐ** படமும் எடுக்கிறோம். எப்போதாவது, என்ன நடக்கிறது என்பதை உறுதிப்படுத்தவும் அதே நேரத்தில் சிகிச்சை அளிக்கவும் மூட்டுக்குள் துளை வழியாகப் பார்க்கும் முறை (**ஆர்த்ரோஸ்கோபி**) பயன்படுத்தப்படுகிறது.

இது நீடித்தால். நல்ல அறுவை சிகிச்சை அல்லாத சிகிச்சையாலும் பிரச்சினை தீராதபோது, மணிக்கட்டின் அல்நார் பக்கத்தில் உள்ள அழுத்தத்தைக் குறைப்பதே அறுவை சிகிச்சையின் நோக்கம். மிகவும் நிலைபெற்ற தேர்வு **அல்னா சுருக்கும் எலும்பு வெட்டுச் சீரமைப்பு** (ulnar-shortening osteotomy); இதில் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் அல்னாவிலிருந்து ஒரு சிறிய துண்டை அகற்றி, அதைச் சரியான நீளத்திற்குக் கொண்டுவந்து, குணமடையும் வரை ஒரு சிறிய தகடு கொண்டு பிடித்து வைக்கிறார். தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட சில வழக்குகளில், குறைவாக ஊடுருவும் மாற்று வழி ஆர்த்ரோஸ்கோபிக் **“வேஃபர்” சிகிச்சை** (wafer procedure); இது துளை வழி அறுவை சிகிச்சை மூலம் அல்னாவின் நுனியிலிருந்து சிறிதளவு எலும்பைச் சீலுகிறது. எலும்பு மணிக்கட்டுடன் உரசுவதை நிறுத்துவதன் மூலமே இரண்டுமே செயல்படுகின்றன.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

பெரும்பாலானவர்களுக்கு, அல்நார் இடிப்பு என்பது எங்களால் கட்டுக்குள் கொண்டுவர முடிந்த ஒரு பிரச்சினை. அறுவை சிகிச்சை அல்லாத நடவடிக்கைகள் பெரும்பாலான வழக்குகளைச் சரிசெய்கின்றன; மூட்டு மீண்டும் மீண்டும் அதிக சுமைக்கு உட்படுத்தப்படாமல் போனதும் அறிகுறிகள் தணிகின்றன.

அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படும்போது, **அல்னாவைச் சுருக்குவது நம்பகமான ஓர் அறுவை சிகிச்சை**; பல ஆண்டுகளாக நோயாளிகளைத் தொடர்ந்து கண்காணித்த ஆய்வுகள், நல்ல, நீடித்த வலி நிவாரணத்தையும் அதிக திருப்தியையும் பதிவு செய்கின்றன. எலும்பு குணமடையக் காலம் தேவை; எனவே எலும்பு வெட்டுச் சீரமைப்பு ஒட்டிக்கொள்ளும் வரை சில வாரங்கள் சிம்பிலோ மாவுக்கட்டிலோ இருக்கும் மீட்சிக் காலம் உண்டு; அதைத் தொடர்ந்து படிப்படியாக இறுக்கிப் பிடிப்பதற்கும் சுமை ஏற்றுவதற்கும் திரும்புபவர்கள். கவனத்தில் கொள்ள வேண்டிய முக்கிய விஷயங்கள்: எலும்பு ஒட்டிக்கொள்ள எதிர்பார்த்ததைவிட அவ்வப்போது அதிக காலம் எடுக்கலாம்; மேலும் அந்தச் சிறிய தகடு சில சமயங்களில் தோலுக்குக் கீழே தொட்டு உணரக்கூடியதாக இருக்கலாம், எல்லாம்

குணமடைந்த பிறகு அது எப்போதாவது அகற்றப்படுவதும் உண்டு. ஒட்டுமொத்தமாக, பெரும்பான்மையானோர் வலி தீர்ந்த நிலையில் தங்கள் அன்றாடச் செயல்பாடுகளுக்குத் திரும்புகிறார்கள்.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

- சில வாரங்களுக்குள் தணியாத அல்நார் பக்க மணிக்கட்டு வலி, அல்லது இறுக்கிப் பிடிக்கும்போதும் திருகும்போதும் திரும்பத் திரும்ப வரும் வலி.
- முந்தைய மணிக்கட்டு எலும்பு முறிவுக்குப் பிறகு வரும் வலி; குறிப்பாக அதற்குப் பிறகு மணிக்கட்டு சரியாக இருப்பதாக ஒருபோதும் தோன்றவில்லை என்றால்.
- மணிக்கட்டின் சுண்டுவிரல் பக்கத்தில் தொடர்ந்து ஏற்படும் “கிளிக்”, “கிளங்க்” அல்லது சிக்கிக்கொள்ளும் உணர்வு; குறிப்பாக எடை தாங்கும்போது.
- உங்கள் வேலையையோ அன்றாடச் செயல்பாடுகளையோ செய்யவிடாமல் தடுக்கும் வலி. அதற்குக் காரணம் என்ன, என்ன செய்ய முடியும் என்பதை ஆராய்வதற்கான கட்டம் இதுதான்.

ஆழமான விளக்கம்

உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவையானதைவிட இந்தப் பகுதி மேலும் ஆழமாகச் செல்கிறது. அல்நார் பக்க மணிக்கட்டு வலியைப் பற்றி மேலும் படிப்பது பயனுள்ளது; ஏனெனில் இது ஒரு நோயறிதல் அல்ல, ஓர் இடம்; ஒரே சிறிய பகுதியை பல தனித்தனிப் பிரச்சினைகள் பகிர்ந்துகொள்கின்றன; மேலும் அவற்றுள் மிகப் பொதுவானதற்கு, புதிய, சிறிய அறுவை சிகிச்சை இப்போது நிலைபெற்ற அறுவை சிகிச்சையைவிடச் சிறந்த சிக்கல் விகிதங்களைக் கொண்டுள்ளது.

மணிக்கட்டின் இந்த மூலை ஏன் கடினமானது

சில சென்டிமீட்டர்களுக்குள் TFCC, கீழ்முனை ரேடியோஅல்நார் மூட்டு, எக்ஸ்டென்சர் கார்பை அல்நாரிஸ் தசைநாணும் அதன் உறையும், பைசோட்ரைக்குவெட்ரல் மூட்டு, லூனோட்ரைக்குவெட்ரல் தசைநார், மேலும் அல்நா மணிக்கட்டு எலும்புகளைச் சந்திக்கும் இடம் ஆகியவை அமைந்துள்ளன. இவை ஒவ்வொன்றுமே அதே இடத்தில் வலியை ஏற்படுத்தக்கூடும்; அறிகுறிகள் இல்லாதவர்களின் பட ஆய்வுகளிலும் இவற்றில் பலவற்றில் அசாதாரணங்கள் பொதுவாகத் தென்படுகின்றன; ஒன்றுக்கு மேற்பட்டவை ஒரே நேரத்தில் பாதிக்கப்பட்டிருக்கவும் முடியும்.

அதனால்தான், மணிக்கட்டின் மற்ற பகுதிகளைவிட இங்கே மதிப்பீடு துல்லியமான இடங்காணலையும் தூண்டல் சோதனைகளையும் அதிகமாகச் சார்ந்திருக்கிறது; அதனால்தான், பல அமைப்புகளில் அசாதாரணங்கள் உள்ளதாகக் கூறும் ஒரு ஸ்கேன் அறிக்கை பொதுவான, ஆனால் பயனற்ற ஒரு விளைவாக இருக்கிறது. குறைவாகக் காணப்படும் காரணங்கள் — எடுத்துக்காட்டாக மிட்கார்பல் இடிப்பு — கவனிக்கப்படாமல் விடப்படும் காரணிகள் என்று அவ்வப்போது விவரிக்கப்படுவதற்கும் இதுவே காரணம் [1].

அல்நார் இடிப்பு: இயந்திரவியல் தீர்வுள்ள ஓர் இயந்திரவியல் பிரச்சினை

கட்டமைப்புச் சார்ந்த மிகப் பொதுவான காரணம் அல்நார் இடிப்பு — ரேடியஸ்டன் ஒப்பிடும்போது அல்நா சற்று நீளமாக இருப்பது; இதனால் இறுக்கிப் பிடிக்கும்போதும், முன்கையை உள்ளங்கை கீழ்நோக்கித் திருப்பும்போதும், மணிக்கட்டு எலும்புகள் அதன் முனையை நோக்கித் தள்ளப்படுகின்றன. காலப்போக்கில் இது TFCC-ஐயும், அது மோதும் எலும்புகளின் குருத்தெலும்பையும் தேய்க்கிறது.

சிகிச்சை அல்னாவைச் சுருக்குகிறது — தண்டைவெட்டிச் சுருக்குவதன் மூலமோ, அல்லது அதன் முனையிலிருந்து ஒரு வேஃபர் அளவு எலும்பை அகற்றுவதன் மூலமோ; பிந்தையதை ஆர்த்ரோஸ்கோபி மூலம் செய்ய முடியும். **956** நோயாளிகளைத் திரட்டிய ஆய்வில், ஆர்த்ரோஸ்கோபிக் மற்றும் திறந்த வேஃபர் சிகிச்சைகள் **மிகவும் பரவலாகப் பயன்படுத்தப்படும் அல்நா சுருக்கும் எலும்பு வெட்டுச் சீரமைப்புக்கு ஏற்கத்தக்க மாற்று வழிகளாக இருக்கக்கூடும்** எனத் தெரிந்தது; இருப்பினும் மருத்துவரீதியான மேன்மை அந்தக் கட்டத்தில் நிறுவப்படவில்லை [2].

சமீபத்திய தரவுகள் மேலும் முன்னேறியுள்ளன. **311** நோயாளிகளில் ஆர்த்ரோஸ்கோபிக் வேஃபர் சிகிச்சையை அல்நா சுருக்கும் எலும்பு வெட்டுச் சீரமைப்புடன் ஒப்பிட்டபோது, இரண்டுமே பலனளித்தன; ஆனால் **வேஃபர் குழுவில் சிக்கல்கள் குறைவாகவும், மறு அறுவை சிகிச்சை விகிதம் குறைவாகவும் இருந்தன**; இதன் அடிப்படையில் ஆசிரியர்கள் அதைச் சிறந்த மாற்று வழியாக இருக்கக்கூடும் என விவரித்தனர் [3].

எலும்பு வெட்டுச் சீரமைப்பில் ஏன் சிக்கல்கள் சேர்கின்றன

அறுவை சிகிச்சை மோசமாகச் செய்யப்படுகிறது என்பது இதற்குக் காரணம் அல்ல. தண்டைச் சுருக்குவதற்கு ஒரு எலும்பை வெட்ட வேண்டும், குணமடையும் வரை அதை ஒரு தகடு கொண்டு பிடித்து வைக்க வேண்டும், அது குணமடையாமல் போகலாம் என்பதையும் ஏற்றுக்கொள்ள வேண்டும். **1,423** நோயாளிகளைத் திரட்டிய ஒரு மறுஆய்வு எலும்பு இணையாமையை (nonunion) குறிப்பாக ஆராய்ந்து, **குறுக்குவாட்டு மற்றும் சாய்வான எலும்பு வெட்டுகளுக்கு இடையே வேறுபாடு இல்லை** எனக் கண்டறிந்தது; எனவே இவ்விரண்டுக்கும் இடையிலான தேர்வை எலும்பு இணையாமை அபாயத்தின் அடிப்படையில் செய்யக் கூடாது என்று முடிவுரைத்தது [4].

தண்டைப் பிரிப்பதற்குப் பதிலாக முனையிலிருந்து எலும்பை அகற்றுவதால், வேஃபர் சிகிச்சை இந்த வகைப் பிரச்சினையையே முற்றிலும் தவிர்க்கிறது. ஒட்டிக்கொள்ள வேண்டிய முறிவு எதுவும் இல்லை; பிற்பாடு அகற்ற வேண்டிய தகடும் வழக்கமாக இல்லை. மறு அறுவை சிகிச்சை விகிதங்களில் காணப்படும் வேறுபாடு அங்கிருந்தே வருகிறது.

இதற்கு ஈடாக, வேஃபர் சிகிச்சை வரையறுக்கப்பட்ட அளவு எலும்பை மட்டுமே அகற்றுகிறது; மேலும் கீழ்முனை ரேடியோஅல்நார் மூட்டு நல்ல நிலையில் இருக்க வேண்டும். எனவே அதிகத் திருத்தம் தேவைப்படும்போதோ, அந்த மூட்டும் பாதிக்கப்பட்டிருக்கும்போதோ தண்டைச் சுருக்குவது இன்னும் அவசியமாகவே இருக்கிறது.

ஒரு நோயாளிக்கு இதன் நடைமுறை விளைவு

பல அமைப்புகள் இதற்குக் காரணமாக இருக்க முடியும் என்பதால், தவறான ஒன்றை இலக்காகக் கொண்ட சிகிச்சை எவ்வளவு சிறப்பாகச் செய்யப்பட்டாலும் பலன் தராது. ஒரு முடிவுக்கு வருவதற்கு முன்பு ஒரு நோயறிதல் ஊசியும், குறிவைத்த பட ஆய்வும், சில சமயங்களில் ஆர்த்ரோஸ்கோபியும் தங்கள் இடத்தை நியாயப்படுத்தும் பகுதி இதுதான்; மேலும், ஓர் அறுவை சிகிச்சை திட்டமிடப்படுவதற்கு முன்பு “அல்நார் பக்க மணிக்கட்டு வலி” என்பதல்ல, ஒரு குறிப்பிட்ட நோயறிதலை எட்டப்பட வேண்டிய பகுதியும் இதுதான்.

மேற்கோள்கள்

- [1] Kyriacou S, Tahmassebi R. Midcarpal impaction syndromes as a rare cause of ulnar-sided wrist pain: a review. J Hand Surg Am. 2024;49(10):1027-31. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.07.016>
- [2] Stockton DJ, Pelletier M, Pike JM. Operative treatment of ulnar impaction syndrome: a systematic review. J Hand Surg Eur Vol. 2014;40(5):470-6. <https://doi.org/10.1177/1753193414541749>
- [3] Shi H, Huang Y, Shen Y, Wu K, Zhang Z, Li Q. Arthroscopic wafer procedure versus ulnar shortening osteotomy for ulnar impaction syndrome: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-04611-4>
- [4] Owens J, Compton J, Day M, Glass N, Lawler E. Nonunion rates among ulnar-shortening osteotomy for ulnar impaction syndrome: a systematic review. J Hand Surg Am. 2019;44(7):612.e1-612.e12. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2018.08.018>