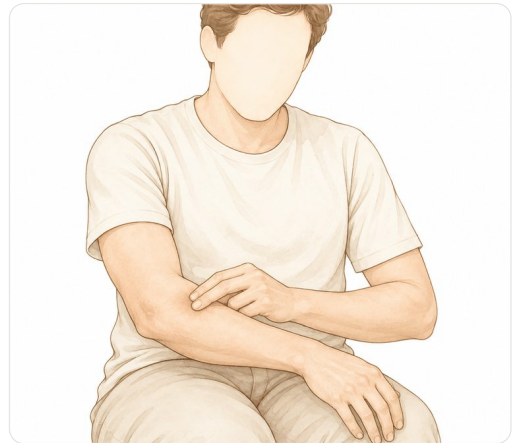


रेडियल टनल सिंड्रोम

रेडियल टनल सिंड्रोम के कारण कोहनी के ठीक नीचे ऊपरी बाहरी अग्रहस्त में दर्द होता है।

Kieran Hirpara © ① ③ 4.0



यह पृष्ठ मशीन द्वारा अनूदित है और अभी तक किसी चिकित्सक द्वारा जाँचा नहीं गया है। **अंग्रेज़ी संस्करण** ही आधिकारिक है।

आप क्या महसूस कर रहे हैं

रेडियल टनल सिंड्रोम आपकी कोहनी और अग्रहस्त के बाहर गहरे दर्द का कारण बनता है। दर्द का स्थान आमतौर पर आपकी कोहनी के बाहर की हड्डी से 3 से 5 सेंटीमीटर नीचे होता है। उस जगह पर दबाने से कहीं ज्यादा दर्द होता है।

गतिविधि के साथ दर्द भड़कने लगता है। अपनी हथेली को ऊपर की ओर मोड़ना, अपनी अग्रहस्त को मोड़ना, या पकड़ना और उठाना इसे बदतर बना सकता है। दर्द आपके अग्रहस्त और कलाई के पीछे की ओर फैल सकता है। आराम आमतौर पर इसे सुलझाता है, और दर्द अक्सर अगली बार जब आप एक ही कार्य करते हैं तो वापस आता है।

दैनिक कार्य जो बार-बार मुड़ने या पकड़ने की आवश्यकता होती है, कठिन हो सकता है। एक स्कूट्राइवर को मोड़ना, एक जार खोलना, हथौड़ा का उपयोग करना, या एक गीले कपड़े को बाहर निकालना सभी दर्द को बढ़ा सकते हैं। कुछ लोग इसे गतिविधि के दौरान नहीं बल्कि काम या खेल के बाद अधिक ध्यान देते हैं।

कोहनी और कलाई के आसपास की कुछ अन्य तंत्रिका समस्याओं के विपरीत, यह आमतौर पर सुन्नता या झुनझुनी का कारण नहीं बनता है। तंत्रिका अभी भी सामान्य रूप से काम करती है। यही एक कारण है कि यह स्थिति भ्रमित करने वाली हो सकती है, क्योंकि दर्द वास्तविक लगता है लेकिन तंत्रिका कार्य के परीक्षण अक्सर स्पष्ट हो जाते हैं।

नाम थोड़ा भ्रामक है। त्रिज्या सुरंग एक एकल संकीर्ण मार्ग नहीं है। यह त्रिज्या तंत्रिका के पथ के साथ एक खिंचाव है जहां कई अलग-अलग संरचनाएं उस पर दबाव डाल सकती हैं। इनमें एक मांसपेशी के किनारे, एक रेशेदार बैंड और छोटी रक्त वाहिकाएं शामिल हैं जो तंत्रिका को पार करती हैं। इन बिंदुओं में से किसी पर भी दबाव डालने से वही गहरी पीड़ा हो सकती है।

क्योंकि कई अन्य स्थितियां कोहनी के बाहर इसी तरह के दर्द का कारण बन सकती हैं, आपका सर्जन बारीकी से देखेगा कि यह दर्द कहाँ है और इसे क्या ट्रिगर करता है। सही निदान प्राप्त करना महत्वपूर्ण है, क्योंकि प्रत्येक कारण के लिए उपचार अलग है।

वास्तव में क्या हो रहा है

त्रिज्या तंत्रिका आपकी बांह से नीचे और आपकी कोहनी से आगे आपके हाथ तक जाती है। कोहनी के ठीक नीचे, यह दो शाखाओं में विभाजित होता है। एक शाखा आपके हाथ के पीछे की ओर महसूस करती है। दूसरी शाखा, जिसे पोजिटरी इंटरऑस्सिओस तंत्रिका कहा जाता है, संकेतों को ले जाती है जो आपकी कलाई और उंगलियों को हिलाती हैं, और यह आपके कलाई के जोड़ से दर्द फाइबर भी ले जाती है।

इस तंत्रिका खंड के साथ, कई अलग-अलग संरचनाएं पास में बैठी हैं। एक मांसपेशी का किनारा, एक कठोर रेशेदार बैंड, और तंत्रिका को पार करने वाली छोटी रक्त वाहिकाएं प्रत्येक उस पर दबाव डाल सकती हैं। इनमें से कोई भी दबाव बिंदु आपके कोहनी के बाहरी हिस्से पर महसूस किए जाने वाले गहरे दर्द का कारण बन सकता है।

तंत्रिकाओं को ग्लाइड करने के लिए बनाया गया है। जब आप अपनी कोहनी को झुकाते और सीधा करते हैं या अपने हाथ को घुमाते हैं, तो तंत्रिका इस गति के साथ चलने के लिए थोड़ा फिसल जाती है। अगर कुछ उस स्लाइडिंग को रोकता है, तो हर बार जब आप मोड़ते हैं या पकड़ते हैं तो तंत्रिका को खींचा जाता है। बार-बार खींचने से यह चिड़चिड़ा हो जाता है, और यह चिड़चिड़ापन दर्द के रूप में महसूस किया जाता है।

तंत्रिका संबंधी समस्याओं के बीच यह स्थिति असामान्य है। तंत्रिका अभी भी सामान्य रूप से काम करती है, इसलिए आपके हाथ की ताकत और संवेदना ठीक है और तंत्रिका परीक्षण स्पष्ट वापस आते हैं। जो प्रभावित होता है वह तंत्रिका के भीतर दर्द-वाहक तंतुओं का एक समूह होता है। यही कारण है कि मुख्य समस्या सुन्नता या कमजोरी के बजाय गहरे दर्द की होती है।

क्योंकि दबाव बिंदु कोहनी के बाहर के पास होते हैं, इस स्थिति को अक्सर टेनिस कोहनी के रूप में गलत माना जाता है, जो कि पहनने और आंसू है जहां अग्रभाग की नसें हड्डी से जुड़ती हैं। दोनों एक साथ भी हो सकते हैं। अंतर मायने रखता है, क्योंकि उपचार समान नहीं हैं। आपका सर्जन ठीक-ठीक घाव के स्थान और आपके लक्षणों के व्यवहार की जांच करेगा ताकि उन्हें अलग किया जा सके।

अधिकांश मामले बिना सर्जरी के ठीक हो जाते हैं। विश्राम, गतिविधि परिवर्तन और अन्य गैर-सर्जिकल उपचार पहले आते हैं। दबाव को कम करने के लिए सर्जरी उन मामलों के लिए रखी जाती है जो इन उपायों के बावजूद बेहतर नहीं होते हैं।

हम इसके बारे में क्या कर सकते हैं

मैटर प्राइवेट हॉस्पिटल रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंगों के सर्जन डॉ. किरण हिरपारा, आपकी स्थिति के अनुरूप कम से कम आक्रामक विकल्पों से शुरू करते हैं। मरीजों को आम तौर पर उनके जीपी द्वारा हमारे क्लिनिक में भेजा जाता है; यदि एक फिजियोथेरेपिस्ट ने सुझाव दिया है कि आप हमें देखें, तो आपको मेडिकेयर छूट के लिए पात्र होने के लिए अपने जीपी से एक रेफरल की आवश्यकता होगी। आपकी पहली यात्रा पर हम एक इतिहास लेते हैं, आपकी कोहनी की जांच करते हैं, और इमेजिंग की व्यवस्था करते हैं यदि यह मदद करेगा। सामान्य एक्स-रे सामान्य रूप से पहली जांच होती है। एमआरआई स्कैन तंत्रिका पर दबाव की पुष्टि कर सकता है और दर्द के अन्य कारणों को बाहर कर सकता है।

इस स्थिति के लिए, गैर-सर्जिकल देखभाल पहले आती है। हम आमतौर पर आराम से शुरू करते हैं और उन गतिविधियों को बदलते हैं जो दर्द को ट्रिगर करते हैं। इसका अर्थ यह हो सकता है कि कुछ समय के लिए बार-बार घुमाए जाने, पकड़े जाने या उठाए जाने में ढील दी जाए। फिजियोथेरेपी का उद्देश्य चिड़चिड़ापन को दूर करना और बिना खींचे तंत्रिका को फिसलने देना है। कलाई की स्प्रिंग भी इस प्रारंभिक देखभाल का हिस्सा बन सकती है। हम आगे कुछ भी सोचने से पहले इन उपायों को निष्पक्ष परीक्षण देते हैं।

हम इस स्थिति के लिए इंजेक्शन का उपयोग नहीं करते हैं, इसलिए हम आपको कोर्टिसोन या इसी तरह के इंजेक्शन की पेशकश नहीं करेंगे। दर्द निवारक और विरोधी भड़काऊ गोलियां, जो आप फार्मसी में खरीद सकते हैं, अन्य उपायों के काम करने के दौरान किनारे को कम करने में मदद कर सकते हैं। वे कारण के बजाय लक्षणों का इलाज करते हैं।

शल्य चिकित्सा पर विचार किया जाता है जब गैर शल्य चिकित्सा देखभाल के उचित परीक्षण के बावजूद दर्द में सुधार नहीं हुआ है। ऑपरेशन को रेडियल टनल रिलीज कहा जाता है। यह तंत्रिका के साथ प्रत्येक स्थान को ढूँढकर काम करता है जहां एक संरचना उस पर दबाव डालती है और उस दबाव को मुक्त करती है, जबकि तंत्रिका को रक्त की आपूर्ति को अछूता छोड़ देती है। चूंकि कई दबाव बिंदु हो सकते हैं, इसलिए तंत्रिका की पूरी खिंचाव की जांच की जाती है और जारी की जाती है। हम बात करेंगे कि क्या आपरेशन आपके लिए समझ में आता है और साथ में निर्णय लेते हैं।

क्या उम्मीद करें

अधिकांश लोगों के लिए, यह स्थिति अचानक होने के बजाय धीरे-धीरे और जिद्दी तरीके से होती है। आराम के साथ दर्द कम हो जाता है और एक ही कामों के साथ फिर से भड़कता है, इसलिए यह महीनों तक आ सकता है और जा सकता है यदि इसे शुरू करने वाली गतिविधियाँ जारी रहती हैं। गैर-सर्जिकल देखभाल पहले आती है, और कई मामलों में इसके साथ सुधार होता है। यदि उन उपायों के निष्पक्ष परीक्षण के बावजूद दर्द कम नहीं हुआ है, तो दबाव को कम करने के लिए सर्जरी जिद्दी मामलों के लिए एक विकल्प है।

तंत्रिका की जलन से ठीक होने में समय लगता है। तंत्रिकाएं धीरे-धीरे ठीक हो जाती हैं, इसलिए सुधार आमतौर पर दिनों के बजाय हफ्तों या महीनों में होता है। आप देख सकते हैं कि गहरी पीड़ा पहले कम हो जाती है, फिर घबराहट कम होने पर मुड़ना, पकड़ना और उठाना अधिक आरामदायक लगता है। कुछ लोगों में धीरे-धीरे सुधार होता है; दूसरों को लगता है कि जब वे एक ही काम को बार-बार करते हैं तो वे दर्द लंबे समय तक रहता है या फिर से आता है। यथार्थवादी लक्ष्य निर्धारित करना महत्वपूर्ण है, क्योंकि लक्ष्य एक आरामदायक, कामकाजी हाथ है दर्द मुक्त होने का वादा करने के बजाय।

यदि सर्जरी की जाती है और दबाव बिंदुओं को छोड़ दिया जाता है, तो कई लोगों को दर्द से स्थायी राहत मिलती है। लेकिन सर्जरी हर किसी के लिए काम नहीं करती है, और कुछ लोगों को दर्द जारी रहता है या यह वापस आता है। एक भी ऐसा स्थान नहीं है जो हर मामले की व्याख्या करता हो, जो कि परिणामों में भिन्नता का एक हिस्सा है। यदि स्थिति को अकेला छोड़ दिया जाता है और वही गतिविधियाँ जारी रहती हैं, तो दर्द आमतौर पर जारी रहता है या अपने आप दूर होने के बजाय वापस आता रहता है।

एक अलग समस्या, जहां तंत्रिका शाखा जो कलाई और उंगलियों को हिलाती है, उसके संकेतों को प्रभावित करने के लिए काफी जोर से दबाया जाता है, अलग तरह से व्यवहार करता है। उस स्थिति में, कलाई और उंगलियों की कमजोरी प्रकट हो सकती है, और जब यह पास में एक ऑपरेशन के बाद होता है, तो यह आमतौर पर 3 महीने के भीतर, और बाद में, 5 महीने के भीतर बस जाता है। आपका सर्जन आपको बताएगा कि क्या आपके मामले में ऐसा हो रहा है, क्योंकि दृष्टिकोण और योजना केवल दर्द की स्थिति के लिए समान नहीं है।

किसी से कब मिलना है

यदि आपको अपनी कोहनी के बाहरी हिस्से में गहरा दर्द है जो लगातार वापस आता रहता है, विशेष रूप से यदि हड्डी की टक्कर से लगभग 3 से 5 सेंटीमीटर नीचे एक दर्दनाक स्थान दबाए जाने के लिए नाजुक है और आपके अग्रभाग को मोड़ने से यह बदतर हो जाता है, तो अपने चिकित्सक से मिलें। यदि विश्राम और गतिविधि परिवर्तनों के उचित परीक्षण के बाद भी दर्द कम नहीं हुआ है, या यदि यह आपको काम करने से रोकता रहता है, तो एक विशेषज्ञ की समीक्षा के लिए पूछें। यह स्थिति आमतौर पर सुन्नता, झुनझुनी या कमजोरी का कारण नहीं बनती है, इसलिए यदि वे दिखाई देते हैं तो अपने जीपी को बताएं, क्योंकि वे एक अलग तंत्रिका समस्या की ओर इशारा करते हैं जिसे जल्द जांचने की आवश्यकता होती है।

अधिक गहराई से

यह अनुभाग आपके स्वयं के उपचार निर्णयों के लिए आवश्यक से अधिक है। रेडियल टनल सिंड्रोम एक असुविधाजनक कारण के लिए अतिरिक्त पढ़ने के लायक है: यह सबसे कमजोर साक्ष्य आधार के साथ इस साइट पर स्थिति है, कोई परीक्षण नहीं है जो इसकी पुष्टि करता है, और यह स्पष्ट रूप से बताया जा रहा है कि यह कितना अनिश्चित है किसी भी ऑपरेशन के निर्णय का हिस्सा होना चाहिए।

कोई पुष्टिकरण परीक्षण नहीं

अधिकांश तंत्रिका संपीड़न का प्रदर्शन किया जा सकता है। कार्पल टनल सिंड्रोम कलाई के पार धीमी गति से प्रवाह उत्पन्न करता है; कोहनी सुरंग इसे कोहनी के पार उत्पन्न करती है। रेडियल टनल सिंड्रोम विशेष रूप से नहीं होता है, इसमें शामिल तंत्रिका शाखा त्वचा के बजाय मांसपेशियों की आपूर्ति करती है, इसलिए मानचित्रण करने के लिए कोई सुन्नता नहीं होती है, और तंत्रिका प्रवाह अध्ययन अक्सर सामान्य होते हैं।

इसलिए निदान दर्द के पैटर्न पर निर्भर करता है, संवेदना इसके ऊपर की बजाय पार्श्व एपिकॉन्डिल से कुछ सेंटीमीटर दूर, और स्थानीय संज्ञाहरण के प्रति प्रतिक्रिया। इनमें से प्रत्येक सुझावात्मक है; कोई भी निश्चित नहीं है। समकालीन समीक्षाओं में वर्णित है **निदान और परिणाम दोनों के बारे में चल रहे विवाद [1]**।

व्यावहारिक परिणाम टेनिस कोहनी के साथ भ्रम की एक उच्च दर है, जो तुरंत आसन्न बैठता है और सह-अस्तित्व में रह सकता है। लगातार “टेनिस कोहनी” जो अच्छे उपचार का जवाब नहीं दिया है, सबसे आम परिस्थितियों में से एक है जिसमें रेडियल टनल सिंड्रोम को अंततः माना जाता है।

इसका इलाज करने के लिए साक्ष्य वास्तव में पतला है

हस्तक्षेपों की एक व्यवस्थित समीक्षा में पाया गया कि **प्रवृत्ति कि शल्य चिकित्सा अवशोषण प्रभावी हो सकता है**, और, और अधिक उल्लेखनीय खोज, कि **रूढ़िवादी उपचारों की प्रभावशीलता अज्ञात है, क्योंकि उनमें से अधिकांश के लिए कोई अध्ययन उपलब्ध नहीं था [2]**।

यह सामान्य “सबूत सीमित है” शब्द नहीं है। इस स्थिति के लिए पेश किए जाने वाले अधिकांश गैर-ऑपरेटिव उपचारों के लिए अध्ययन नहीं किए गए हैं। वर्तमान समीक्षाएं अभी भी गैर-सर्जिकल प्रबंधन को पहले स्थान पर रखती हैं, जिसमें अवशोषण रेफ्रेक्टरी मामलों के लिए एक व्यवहार्य विकल्प है [1], और यह आदेश श्रेष्ठता प्रदर्शित करने के बजाय उचित सावधानी को दर्शाता है।

निर्णय के लिए इसका क्या अर्थ है

इसके बाद दो चीजें आती हैं, और वे विपरीत दिशाओं में खींचती हैं।

प्रारंभिक सर्जरी के खिलाफ: निदान की पुष्टि नहीं की जा सकती, इसलिए एक ऑपरेशन एक तंत्रिका को अवशोषित कर सकता है जो स्रोत नहीं है। जब एक अवशोषण विफल हो जाता है, तो यह निर्धारित करना अक्सर असंभव होता है कि क्या ऑपरेशन अपर्याप्त था या निदान गलत था।

सही मरीज पर विचार करने के लिए: वैकल्पिक विकल्पों का समर्थन करने वाला कोई साक्ष्य आधार नहीं है, इसलिए इंतजार करना साक्ष्य-समर्थित विकल्प नहीं है जो लोग मानते हैं। यह केवल कम जोखिम वाला है।

उचित स्थिति यह है कि एक आश्वस्त निदान इस साइट पर कहीं और से भी अधिक मायने रखता है, एक सुसंगत इतिहास, रेडियल सुरंग के बजाय एपिकॉन्डिल को स्थानीयकृत करने वाली परीक्षा, अंतरिक्ष-कब्जे वाले घाव को छोड़कर इमेजिंग, और आदर्श रूप से एक निर्विवाद कदम उठाए जाने से पहले एक नैदानिक ब्लॉक के लिए एक ठोस प्रतिक्रिया।

एक संबंधित लेकिन अलग समस्या

पिछली अंतःस्थि मज्जा **लंगड़ापन**, दर्द के बजाय उंगली और अंगूठे के विस्तार की कमजोरी, स्पष्ट प्रबंधन के साथ एक अलग इकाई है। जहां इमेजिंग कोई संपीड़न घाव नहीं दिखाता है, पहले रूढ़िवादी प्रबंधन की कोशिश की जानी चाहिए, सर्जरी के साथ प्रदर्शित संपीड़न घावों के लिए आरक्षित और रूढ़िवादी उपचार की विफलता के लिए [3]। जहां कोई जगह लेने वाला घाव नहीं है, गैर-ऑपरेटिव प्रबंधन का एक परीक्षण अनुशंसित है, और यदि कोई है तो अन्वेषण की सिफारिश की जाती है **6 सप्ताह के बाद मांसपेशियों की वसूली का कोई संकेत नहीं** यदि कमजोरी प्रगतिशील है [4]।

ये ठोस सीमाएं हैं, और इनका अस्तित्व इसके विपरीत का सबसे स्पष्ट उदाहरण है: जब तंत्रिका स्पष्ट रूप से काम करना बंद कर देती है, तो साहित्य बता सकता है कि क्या करना है और कब करना है। जब यह केवल दर्द होता है, यह नहीं कर सकते।

संदर्भ

- [1] वुल्फ जेएम, पटेल आर, घोष के। रेडियल टनल सिंड्रोम: समीक्षा और सर्वश्रेष्ठ साक्ष्य। जे एम एकेड ऑर्थोप सर्ज. 2023;31(15): 813-9. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-23-00314>
- [2] Huisstede B, Miedema HS, van Opstal T, de Ronde MT, Verhaar JA, Koes BW. रेडियल टनल सिंड्रोम के उपचार के लिए हस्तक्षेप: अवलोकन संबंधी अध्ययनों की एक व्यवस्थित समीक्षा। 2008;33(1):72.e1-72.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2007.10.001>
- [3] मैकग्रा I. पृथक स्वयंसिद्ध पिछली अंतःस्थलीय तंत्रिका पक्षाघात: एटियोलॉजी और प्रबंधन की समीक्षा। जे हैंड सर्ग यूर वॉल्यूम 2018;44(3):310-6. <https://doi.org/10.1177/1753193418813788>
- [4] सिगमनी केवी, रशीद ए, एनजी सीवाई। एट्राउमेटिक पास्टोरियर इंटरऑस्सेओस नर्व पाल्सी का प्रबंधन। 2017;42(10):826-30. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.07.026>