CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

कार्पल टनल सिंड्रोम

मीडियन नर्व कलाई के अगले हिस्से में कार्पल टनल से होकर गुज़रती है, और उसके साथ नौ फ्लेक्सर टेंडन (उंगलियों को मोड़ने वाले टेंडन) भी गुज़रते हैं।

Kieran Hirpara 4.0

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

आपको क्या महसूस होता है

कार्पल टनल सिंड्रोम तब होता है जब आपकी कलाई से अंगूठे, तर्जनी और बीच की उंगली में जाने वाली नर्व (तंत्रिका) कलाई की एक संकरी सुरंग से गुज़रते समय दब जाती है। झुनझुनी और सुन्नपन आमतौर पर अंगूठे, तर्जनी और बीच की उंगली में महसूस होते हैं। बहुत से लोगों को हाथ में दर्द भी महसूस होता है, और कभी-कभी लक्षण इन उंगलियों से आगे भी फैल जाते हैं।

इसका आम पैटर्न है ऐसी झुनझुनी और सुन्नपन जिनकी वजह से रात में आपकी नींद खुल जाती है। सुबह जागने पर भी लक्षण अक्सर बढ़ जाते हैं, और हाथ का बहुत ज़्यादा इस्तेमाल करने के बाद भी ये शुरू हो सकते हैं। हाथ को झटकने या आराम देने से झुनझुनी कुछ देर के लिए शांत हो सकती है। जैसे-जैसे महीनों या सालों तक नर्व दबी रहती है, सुन्नपन लगातार बना रह सकता है, और आपके अंगूठे की जड़ की मांसपेशियां सूखकर पतली और कमज़ोर हो सकती हैं।

यह कमज़ोरी रोज़मर्रा के कामों में दिखती है। चाबी घुमाना, फ़ोन पकड़ना, कड़ाही या सॉसपैन का हैंडल पकड़ना या बटन लगाना मुश्किल हो सकता है। हो सकता है कि आपसे वे चीज़ें गिरने लगें जिन्हें आप आमतौर पर पकड़े रहते, क्योंकि आपकी पकड़ उतनी भरोसेमंद नहीं रहती और उंगलियां बेढंगी-सी लगती हैं।

कुछ बातें इसके होने की संभावना बढ़ाती हैं। हाथ को बार-बार एक ही तरह से चलाना और शरीर का ज़्यादा वज़न, दोनों से जोखिम बढ़ता है। यह महिलाओं में भी ज़्यादा आम है और अधेड़ उम्र (मिडल एज) के दौरान ज़्यादा होने लगता है। सेहत की कुछ समस्याओं का भी इससे संबंध है, जिनमें गर्भावस्था, मेनोपॉज़ (माहवारी का हमेशा के लिए बंद होना), थायरॉइड की समस्याएं, किडनी फेल होना (गुर्दों का काम बंद कर देना) और डायबिटीज़ (मधुमेह) शामिल हैं।

अगर आपके लक्षण शांत नहीं हो रहे, सप्ताहों के दौरान बढ़ते जा रहे हैं, रात में आपकी नींद खोल देते हैं, या आपको काम करने या हाथ का इस्तेमाल करने से रोकते हैं, तो अपने जीपी (आपके फैमिली डॉक्टर) को दिखाएं या विशेषज्ञ से जांच के लिए कहें।

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

असल में क्या हो रहा है

अपनी कलाई को एक छोटी सुरंग की तरह समझें, जिसका फ़र्श छोटी हड्डियों से बना है और छत ऊतक की एक मज़बूत पट्टी से। नौ टेंडन (कंडरा) और एक नर्व, यानी मीडियन नर्व, इस जगह में साथ-साथ रहते हैं। इस सुरंग में फैलने की कोई गुंजाइश नहीं होती, इसलिए जब भी कोई चीज़ इसके अंदर ज़्यादा जगह घेरती है, तो नर्व वहां की सबसे नरम चीज़ होती है और सबसे पहले वही दबती है।

यह दबाव दोनों तरफ़ से आ सकता है। कभी-कभी सुरंग खुद संकरी हो जाती है, जैसे जब आपकी कलाई लंबे समय तक मुड़ी रहती है। कभी-कभी अंदर की चीज़ें सूज जाती हैं, शरीर में तरल के बदलाव से, सूजन (इन्फ्लेमेशन) से, या टेंडनों के आसपास की परत के घिसाव से। दोनों ही तरह से सुरंग के अंदर का दबाव बढ़ जाता है। शुरू में यह आता-जाता रहता है, अक्सर रात में, या तब जब पढ़ने या गाड़ी चलाने जैसे कामों में आपकी कलाई स्थिर रहती है। समय के साथ दबाव हर समय ज़्यादा बना रह सकता है, और तभी सुन्नपन आना-जाना बंद करके स्थायी रूप से बना रहने लगता है।

इससे वह पैटर्न समझ में आता है जिसके बारे में आपने अभी पढ़ा। दबाव सबसे ज़्यादा तब होता है जब कलाई पूरी तरह पीछे की ओर या पूरी तरह नीचे की ओर मुड़ी हो, इसीलिए एक ही स्थिति में रहने पर लक्षण बढ़ जाते हैं और रात में आपकी नींद खुल जाती है। यह नर्व अंगूठे, तर्जनी और बीच की उंगली में एहसास पहुंचाती है, इसलिए झुनझुनी वहीं महसूस होती है। जैसे-जैसे दबाव बना रहता है, नर्व को संकेत पहुंचाने में मुश्किल होती है, एहसास कम होता जाता है, और अंगूठे की मांसपेशियां, जिन्हें यही नर्व चलाती है, कमज़ोर होकर सूखने लगती हैं।

डॉक्टर इस समस्या को हल्की, मध्यम या गंभीर बताते हैं, इस आधार पर कि नर्व पर कितना असर पड़ा है। हल्के या मध्यम दबाव में, दबाव हटने पर एहसास आमतौर पर लौट आता है। जब लंबे समय तक गंभीर दबाव रहा हो, तो इलाज के बाद भी कुछ सुन्नपन और कमज़ोरी रह सकती है, क्योंकि खुद नर्व को नुकसान पहुंच चुका होता है।

किसी भी इलाज का मकसद एक ही है: नर्व पर से दबाव हटाना। बहुत से लोगों के लिए इसकी शुरुआत आसान उपायों से होती है, और जब वे काफ़ी न हों, तो सर्जरी सुरंग की छत को खोल देती है ताकि नर्व को फिर से जगह मिल जाए।

हम इसके लिए क्या कर सकते हैं

डॉ. कीरन हिरपरा, माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंग के सर्जन हैं, और वे आपकी समस्या के अनुकूल सबसे कम दखल वाले (लीस्ट इनवेसिव) विकल्पों से शुरुआत करते हैं। मरीज़ आमतौर पर जीपी के रेफ़रल से हमारे क्लिनिक आते हैं; अगर किसी फिजियोथेरेपिस्ट ने आपको हमसे मिलने की सलाह दी है, तब भी मेडिकेयर रिबेट पाने के लिए आपको अपने जीपी से रेफ़रल लेना होगा। आपकी मुलाकात के दौरान हम आपकी समस्या का पूरा इतिहास लेते हैं, आपके हाथ की जांच करते हैं, और निदान की पुष्टि के लिए ज़रूरत हो तो इमेजिंग (एक्स-रे या स्कैन) या नर्व की जांच (नर्व कंडक्शन टेस्ट) करवाते हैं। इस तरह की लंबे समय से चली आ रही समस्या के लिए हम आमतौर पर पहले बिना ऑपरेशन वाला इलाज आज़माते हैं, और जब उससे पर्याप्त सुधार न हो तब सर्जरी पर विचार करते हैं।

पहले कदम ऐसे हैं जो आप खुद कर सकते हैं। हाथ इस्तेमाल करने का तरीका बदलना, उसे ज़्यादा बार आराम देना, और स्प्लिंट पहनना, खासकर रात में, ये सभी नर्व पर से दबाव कम करते हैं। हैंड थेरेपी (हाथ की विशेषज्ञ थेरेपी) में नर्व और टेंडन को सरकाने वाली कसरतें (ग्लाइडिंग एक्सरसाइज़) सिखाई जाती हैं, जो नर्व को सुरंग में आसानी से सरकने में मदद करती हैं। ये आसान उपाय हल्के और मध्यम लक्षणों में अच्छा काम करते हैं, और इन्हें जल्दी आज़माना और पूरा मौका देना फ़ायदेमंद है। नर्व जितने लंबे समय से दबी रही हो, ये उपाय आमतौर पर उतना ही कम असर करते हैं।

अगर सिर्फ़ स्प्लिंट काफ़ी न हो, तो सुरंग के अंदर कॉर्टिसोन का इंजेक्शन नर्व के आसपास की सूजन (इन्फ्लेमेशन) को शांत कर सकता है। यह अक्सर शुरू में अच्छा काम करता है, और लगभग 45% लोगों को महीनों बाद भी राहत बनी रहती है, खासकर उन्हें जिन पर पहले इंजेक्शन का अच्छा असर होता है। इंजेक्शन के साथ स्प्लिंट पहनने से, अकेले इंजेक्शन की तुलना में, लक्षण ज़्यादा कम होते हैं

और नर्व के काम में ज़्यादा मदद मिलती है। एक और विकल्प प्लेटलेट-रिच प्लाज़्मा, या पीआरपी, है, यानी आपके अपने खून से बना एक इंजेक्शन, जो दर्द से राहत दे सकता है और हाथ के काम को बेहतर बना सकता है। हम आपसे बात करेंगे कि इनमें से कौन-सा विकल्प आपके लिए सही है।

जब इन उपायों से पर्याप्त राहत न मिली हो, तो अगला कदम सर्जरी है। कार्पल टनल रिलीज़ (नर्व पर से दबाव हटाने का ऑपरेशन) में सुरंग की छत बनाने वाली तंग पट्टी को काटा जाता है, जिससे जगह खुल जाती है और नर्व पर से दबाव तुरंत हट जाता है। यह स्प्लिंट की तुलना में लक्षणों से बेहतर राहत देता है, और जल्दी ऑपरेशन करने से पूरी तरह ठीक होने की संभावना बेहतर होती है। हम इस ऑपरेशन के बारे में उसके अपने पेज पर आपसे पूरी बात करेंगे, और कोई भी फ़ैसला आप और हम मिलकर करेंगे।

क्या उम्मीद करें

कार्पल टनल सिंड्रोम शायद ही कभी एक जैसा बना रहता है। कुछ लोगों में लक्षण अपने आप शांत हो जाते हैं, और शुरुआती, हल्के लक्षणों को अक्सर बिना सर्जरी के संभाला जा सकता है। बहुत से दूसरे लोगों में झुनझुनी और सुन्नपन बार-बार लौटते रहते हैं, और महीनों या सालों में सुन्नपन लगातार बना रह सकता है। अगर लंबे समय तक नर्व पर गंभीर दबाव रहा हो, तो इलाज के बाद भी कुछ सुन्नपन और कमज़ोरी रह सकती है, क्योंकि खुद नर्व को नुकसान पहुंच चुका होता है।

इलाज कितना अच्छा असर करेगा, यह काफ़ी हद तक इस पर निर्भर करता है कि आप किस हालत से शुरुआत कर रहे हैं। जब आप पहली बार आते हैं, तब आपके लक्षण कितने गंभीर हैं, यही इस बात का सबसे अहम कारक है कि आप कितनी राहत की उम्मीद कर सकते हैं। हल्के या मध्यम लक्षणों वाले लोगों में दिन के समय का सुन्नपन और झुनझुनी, गंभीर लक्षणों वाले लोगों की तुलना में, जल्दी शांत होते हैं। उम्र कोई रुकावट नहीं है: ज़्यादा उम्र के लोगों में भी उसी दर से सुधार होता है जिस दर से कम उम्र के लोगों में, और किसी को भी उसकी उम्र की वजह से इलाज से मना नहीं किया जाना चाहिए।

सर्जरी के बाद सुधार एकदम से नहीं, बल्कि धीरे-धीरे लगातार होता है। लक्षण और हाथ का काम 12 सप्ताह तक बेहतर होते रहते हैं। तीसरे से छठे महीने के दौरान, जैसे-जैसे एहसास और ताकत लौटती है, नींद भी बेहतर होती है, क्योंकि रात की वह झुनझुनी जो आपकी नींद खोल देती है, शांत हो जाती है। आम नतीजा राहत ही है: 97% लोगों को अपने लक्षणों से पूरी या आंशिक राहत मिलती है। थोड़े-से लोगों में कुछ लक्षण बने रहते हैं, और थोड़े-से लोगों में वे बाद में लौट आते हैं, कभी-कभी लंबे समय तक बिना लक्षणों के रहने के बाद। अगर ऐसा हो, तो दोबारा सर्जरी तब भी हाथ के काम और जीवन की गुणवत्ता में सुधार ला सकती है।

कुछ और बातें भी आगे के नतीजे पर असर डालती हैं। डायबिटीज़ से नतीजा नहीं बदलता: डायबिटीज़ वाले लोगों में भी उतना ही सुधार होता है जितना बिना डायबिटीज़ वाले लोगों में। मेटाबॉलिक सिंड्रोम (कई समस्याओं का एक समूह, जिसमें हाई ब्लड प्रेशर और खून में ज़्यादा शुगर शामिल हैं) वाले लोग शुरू में धीरे ठीक होते हैं, लेकिन सर्जरी के एक साल बाद तक उनकी लक्षणों से राहत और हाथ का काम बाकी सब लोगों जैसा ही हो जाता है। कुछ लोगों को समय के साथ दूसरे हाथ में भी यही समस्या हो जाती है, इसलिए दोनों हाथों पर ध्यान रखें।

अगर आपके लक्षण शांत नहीं हो रहे, सप्ताहों के दौरान बढ़ते जा रहे हैं, रात में आपकी नींद खोल देते हैं, या आपको काम करने या हाथ का इस्तेमाल करने से रोकते हैं, तो अपने जीपी को दिखाएं या विशेषज्ञ से जांच के लिए कहें।

डॉक्टर को कब दिखाएं

ज़्यादातर मामलों में कार्पल टनल सिंड्रोम कोई इमरजेंसी नहीं है। जिन लक्षणों पर ध्यान देना ज़रूरी है, वे वही हैं जिनके बारे में आप पहले ही पढ़ चुके हैं: अंगूठे, तर्जनी और बीच की उंगली में झुनझुनी और सुन्नपन, जो अक्सर रात में ज़्यादा होते हैं। अगर आपके लक्षण शांत नहीं हो रहे, सप्ताहों के दौरान बढ़ते जा रहे हैं, रात में आपकी नींद खोल देते हैं, या आपको काम करने या हाथ का इस्तेमाल करने से रोकते हैं, तो अपने जीपी को दिखाएं। अगर कई सप्ताह बाद भी स्प्लिंट जैसे आसान उपायों से मदद नहीं मिली है, या सुन्नपन लगातार

रहने लगा है, या आपके अंगूठे की जड़ की मांसपेशियां सूख रही हैं, तो विशेषज्ञ से जांच के लिए कहें। अगर हाथ या बांह गर्म, लाल, सूजी हुई और दर्द भरी हो जाए, खासकर बुखार के साथ, या आपकी उंगलियां फीकी (सफ़ेद पड़ी हुई), ठंडी, सफ़ेद या नीली पड़ जाएं, या आपके हाथ में अचानक महसूस होना या हिलना बंद हो जाए, तो इमरजेंसी विभाग जाएं।

विस्तार से

यह हिस्सा आपके अपने इलाज के फ़ैसलों के लिए ज़रूरी जानकारी से आगे जाता है। कार्पल टनल सिंड्रोम के बारे में ज़्यादा पढ़ना फ़ायदेमंद है, क्योंकि हाथ की सर्जरी में यह सबसे भरोसेमंद ढंग से सफल होने वाला ऑपरेशन है, और इसीलिए जिन तीन स्थितियों में यह अलग तरह से व्यवहार करता है, असल में वही समझने लायक हैं।

डायबिटीज़ से उतना फ़र्क नहीं पड़ता जितना आप सोचते हैं

डायबिटीज़ वाले मरीज़ों से अक्सर कहा जाता है कि उनका नतीजा खराब रहेगा, और ऐसा मान लेना स्वाभाविक भी है: डायबिटीज़ नर्वों को नुकसान पहुंचाती है, और यह नर्व का ऑपरेशन है।

प्रमाण इसका समर्थन नहीं करते। **2,869** मरीज़ों के आंकड़ों को मिलाकर देखने पर, कार्पल टनल रिलीज़ के बाद डायबिटीज़ वाले और बिना डायबिटीज़ वाले मरीज़ों के बीच लगभग सभी नतीजों में सुधार में **कोई महत्वपूर्ण अंतर नहीं** था। एकमात्र अपवाद सेंसरी कंडक्शन वेलोसिटी थी, जो एक इलेक्ट्रिकल माप है, न कि कोई ऐसी चीज़ जिसे आप खुद महसूस करें [1]।

ईमानदारी से देखें तो, डायबिटीज़ नर्व की शुरुआती हालत पर असर डाल सकती है, लेकिन ऐसा नहीं लगता कि यह डीकम्प्रेशन को काम करने से रोकती है। लेखकों का अपना निष्कर्ष यह है कि ध्यान डायबिटिक न्यूरोपैथी (डायबिटीज़ से नर्वों को होने वाला नुकसान) की बेहतर देखभाल पर दिया जाना चाहिए, न कि मदद करने वाले ऑपरेशन को रोकने पर।

इसे करने के तीन तरीके, और यह प्रैक्टिस सबसे पुराना तरीका क्यों अपनाती है

कार्पल टनल को खुले चीरे से (ओपन), एक या दो छोटे छेदों से एंडोस्कोप के ज़रिए (एंडोस्कोपिक), या अल्ट्रासाउंड की मदद से सुई जितने छोटे ब्लेड द्वारा त्वचा में छेद करके (पर्क्यूटेनियस) रिलीज़ किया जा सकता है। तीनों तरीके एक ही संरचना को काटते हैं, यानी ट्रांसवर्स कार्पल लिगामेंट (स्नायुबंधन) को, और इनके बीच बहस पहले कुछ सप्ताहों को लेकर है, इस बात को लेकर नहीं कि सुन्नपन ठीक होगा या नहीं।

ओपन और एंडोस्कोपिक तरीकों की तुलना बार-बार की गई है। **1,596** मरीज़ों वाले रैंडमाइज़्ड ट्रायल्स के आंकड़े मिलाने पर, दोनों तरीके **लक्षणों से राहत में लगभग बराबर** थे, लेकिन एंडोस्कोपिक रिलीज़ के बाद हाथ का काम बेहतर लौटा, मरीज़ **जल्दी काम पर लौटे**, और मापी गई जटिलताओं (कॉम्प्लिकेशन) के हिसाब से यह ज़्यादा सुरक्षित रहा [2]।

अल्ट्रासाउंड-गाइडेड रिलीज़ सबसे नया तरीका है, और विज्ञापनों में आपको सबसे ज़्यादा यही देखने को मिलेगा। आमतौर पर इसे "बिना चीरे वाला" बताया जाता है और ऑपरेशन थिएटर के बजाय क्लिनिक के कमरे में लोकल एनेस्थीसिया (केवल उस हिस्से को सुन्न करना) देकर किया जाता है। इससे पहले कि यह प्रस्तुति आपकी सोच तय कर दे, दो बातें जान लेना ज़रूरी है। यह सचमुच बिना चीरे का नहीं है, इसमें भी एक छोटा छेद होता है, और प्रकाशित ट्रायल इसे चीरा न होने के रूप में नहीं, बल्कि छोटे चीरे के रूप में मापते हैं। और प्रमाण, हालांकि सच में उत्साह बढ़ाने वाले हैं, उतने ठोस नहीं हैं जितना मार्केटिंग का आत्मविश्वास जताता है। रैंडमाइज़्ड ट्रायल्स का मिला-जुला विश्लेषण **तीन अध्ययनों और 221 मरीज़ों** पर टिका है: हाथ के काम के स्कोर अल्ट्रासाउंड गाइडेंस के पक्ष में थे, और मरीज़ ओपन रिलीज़ की तुलना में **20.8 दिन पहले** सामान्य गतिविधियों पर लौट आए [4]। 2026 की दो बड़ी तुलनाओं में, जिनमें मरीज़ों की विशेषताओं का मिलान किया गया था, यानी ओपन रिलीज़ के मुकाबले 356 मरीज़ [5] और एंडोस्कोपिक के मुकाबले 372 मरीज़ [6], इसे सुरक्षित और असरदार पाया गया: इसमें कम एनेस्थीसिया की ज़रूरत पड़ी, बाद में कम ओपिओइड (तेज़ दर्द निवारक) इस्तेमाल हुए और मरीज़ घाव से ज़्यादा संतुष्ट रहे, हालांकि इसे करने में दोनों विकल्पों से **ज़्यादा समय लगा**। सुधार **छह साल** तक बना रहा है [7]।

इसका ईमानदार दूसरा पहलू विज्ञापनों में शायद ही कभी दिखता है, और यह ज़्यादातर इस बारे में है कि **प्रोब किसके हाथ में है**।

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

2025 में इंसब्रुक की एक केस सीरीज़ में ऐसे मरीज़ों का वर्णन किया गया जिन्हें अल्ट्रासाउंड-गाइडेड रिलीज़ के बाद दूसरे, ओपन ऑपरेशन की ज़रूरत पड़ी, क्योंकि लिगामेंट पूरा नहीं कटा था, नर्व में चोट लगी थी या धमनी में चोट लगी थी [8]। जो बात मायने रखती है, वह है ऑपरेशन करने वाला। चौदह मामलों में से, मूल प्रक्रिया ग्यारह में रेडियोलॉजिस्ट ने, एक में जनरल सर्जन ने, और दो में अनुभवी हैंड सर्जनों ने की थी। इसके बाद जो हुआ, वह भी उसी हिसाब से अलग था। हैंड सर्जन वाले दो मामलों में से एक में, रिलीज़ के दौरान एक धमनी को चोट लग गई; खून बहना तुरंत पहचान लिया गया, सर्जनों ने उसी समय ऑपरेशन को ओपन ऑपरेशन में बदला, खून रोका, रिलीज़ पूरी की, और मरीज़ को आगे कोई परेशानी नहीं हुई। जनरल सर्जन वाले मामले में, महिला को जागने के समय से ही सुन्नपन था, उसे कॉर्टिसोन के दो इंजेक्शन दिए गए जिनसे कोई फ़ायदा नहीं हुआ, और नौ महीने बाद वह इस हालत में लौटी कि उसकी मीडियन नर्व को **तीन सुरल नर्व ग्राफ्ट** से दोबारा बनाना पड़ा। अनुभव के पक्ष में एक ही तुलना में यही तर्क है: यह नहीं कि कुशल ऑपरेशन करने वालों के साथ जटिलताएं कभी होती ही नहीं, बल्कि यह कि कुशल ऑपरेशन करने वाला जटिलता को पहचान लेता है और उसी ऑपरेशन के दौरान उसे संभाल सकता है।

लेकिन इस सीरीज़ को कितना महत्व दें, इस बारे में सावधान रहें, क्योंकि इस पर सार्वजनिक रूप से सवाल उठाए गए हैं और इसे आंशिक रूप से सुधारा भी गया है। बड़ी संख्या में ये प्रक्रियाएं करने वाले एक इंटरवेंशनल रेडियोलॉजी समूह ने जवाब दिया कि इसकी मुख्य सिफ़ारिश "दिए गए आंकड़ों से समर्थित नहीं" है: सीरीज़ में न कोई आधार संख्या (यानी कितने में से) बताई गई, न कुल प्रक्रियाओं की संख्या, न तुलना के लिए कोई दर, इसलिए इससे जोखिम का अनुमान नहीं निकाला जा सकता। उस समूह ने एक मानक प्रोटोकॉल के तहत ऐसे **2,000 से ज़्यादा** रिलीज़ किए हैं, और उसने बताया कि अगर रेडियोलॉजिस्ट वाले सभी ग्यारह मामलों में दोबारा ऑपरेशन (रिवीज़न) की ज़रूरत पड़ी होती, तब भी रिवीज़न की दर **1,000 में से 5** से कम होती [10]। इसके बाद मूल लेखकों ने माना कि उनमें से तीन मामलों को गलत श्रेणी में रखा गया था और वे अधूरे रिलीज़ के उदाहरण थे ही नहीं, और इसे "आंकड़ों और उनकी व्याख्या, दोनों में एक गंभीर गलती" बताया [10]।

दोनों पक्ष जिस बात पर सहमत हैं, वही काम का हिस्सा है, और इसे साफ़-साफ़ कहना ज़रूरी है: यह ऑपरेशन ऐसे व्यक्ति को करना चाहिए जिसे नर्व अल्ट्रासाउंड में असली विशेषज्ञता हो और जो एक मानक तकनीक से काम करे, और अगर बीच में प्रक्रिया को ओपन ऑपरेशन में बदलना पड़े तो हैंड सर्जरी की मदद तुरंत उपलब्ध हो। ऑपरेशन का समय स्थिर होने से पहले सीखने में लगभग **30 प्रक्रियाएं** लगती हैं [9]। अगर आप इस पर विचार कर रहे हैं, तो ये पूछने लायक उचित सवाल हैं: ऑपरेशन करने वाले ने ऐसे कितने ऑपरेशन किए हैं, किस प्रोटोकॉल के तहत, और अगर इसे नौ महीने बाद के बजाय आज ही ओपन ऑपरेशन में बदलना पड़े तो क्या होगा।

जिस सुरक्षा-तुलना पर मार्केटिंग सबसे ज़्यादा ज़ोर देती है, उसमें कुल जटिलता दर अल्ट्रासाउंड गाइडेंस के लिए 7.1% और ओपन रिलीज़ के लिए 5.6% थी, एक ऐसा अंतर जिसका कॉन्फ़िडेंस इंटरवल 0.04 से 15.10 तक था [4]। यह इंटरवल इतना चौड़ा है कि इससे लगभग कुछ भी पता नहीं चलता। यहां "जटिलताओं में कोई अंतर नहीं" का मतलब है "अब तक किसी ने इसे इतनी अच्छी तरह नहीं मापा कि कुछ कहा जा सके"।

डॉ. हिरपरा ओपन कार्पल टनल रिलीज़ करते हैं। इसका कारण वह चीज़ है जो सिर्फ़ ओपन सर्जरी देती है: लिगामेंट और नर्व सीधे आंखों से दिखते हैं, रिलीज़ पूरा हुआ है या नहीं यह देखकर पक्का किया जा सकता है, और शरीर की बनावट में कोई भी भिन्नता, जैसे कोई अतिरिक्त मांसपेशी या नर्व की कोई असामान्य शाखा, मिलते ही उसे संभाला जाता है, उससे बचकर काम नहीं किया जाता। इसके लिए किसी खास उपकरण की ज़रूरत नहीं होती, और सर्जन आमतौर पर चाहे कोई भी तरीका पसंद करता हो, दोबारा किए जाने वाले ऑपरेशन (रिवीज़न) और असामान्य बनावट के लिए यही पसंदीदा तकनीक बनी हुई है।

यह सौदा असली है और आपको इसे साफ़-साफ़ सुनना चाहिए: ऊपर दिए गए प्रमाण बताते हैं कि एंडोस्कोपिक या अल्ट्रासाउंड-गाइडेड रिलीज़ के बाद आप शायद जल्दी काम पर लौट पाएंगे। प्रमाण यह नहीं बताते कि अंत में आपका नतीजा अलग होगा। अगर जल्दी लौटना आपके लिए नर्व को सीधे देखने से ज़्यादा मायने रखता है, तो यह एक जायज़ पसंद है, और इसे किसी वेबसाइट के आधार पर तय करने के बजाय अपनी अपॉइंटमेंट में उठाना बेहतर है।

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

ऑपरेशन के बाद जो नर्व अब भी तकलीफ़ दे रही है, ज़रूरी नहीं कि वह वही हो जिसे रिलीज़ किया गया था

यह सबसे ज़्यादा याद रखने लायक निष्कर्ष है। नर्व पर दबाव की सर्जरी कराने वाले **7,867** मरीज़ों के एक समूह में, लगभग **3%** मरीज़ों की एक साल के भीतर उसी बांह की किसी **दूसरी** नर्व की डीकम्प्रेशन सर्जरी हुई [3]।

तीन प्रतिशत संख्या में छोटा है, लेकिन इसका मतलब बड़ा है। नर्व पर दबाव अक्सर सिर्फ़ एक जगह की समस्या नहीं होती: एक ही व्यक्ति को कलाई पर मीडियन नर्व पर दबाव और कोहनी पर अल्नर नर्व पर दबाव हो सकता है, और लक्षण इतने मिलते-जुलते होते हैं कि एक समस्या दूसरी को छिपा सकती है। तकनीकी रूप से सफल रिलीज़ के बाद भी जब हाथ ठीक न हो, तो सवाल हमेशा यह नहीं होता कि "क्या ऑपरेशन नाकाम रहा", कभी-कभी सवाल यह होता है कि "क्या शुरू से ही कोई दूसरी जगह भी थी"। लेखक खास तौर पर बताते हैं कि जिन मरीज़ों को कार्पल टनल और क्यूबिटल टनल सिंड्रोम दोनों हैं, उन्हें दोनों जगह एक साथ डीकम्प्रेशन से फ़ायदा हो सकता है [3]।

यह ऑपरेशन इतना अच्छा काम क्यों करता है

इसकी यांत्रिकी असामान्य रूप से सरल है, और यही इसकी ज़्यादातर व्याख्या है। कार्पल टनल एक बंद जगह है, जिसका फ़र्श कलाई की कार्पल हड्डियों से बना कठोर आधार है और छत एक मज़बूत ट्रांसवर्स कार्पल लिगामेंट है। इसके अंदर दबाव बढ़ता है, मीडियन नर्व वहां की सबसे नरम संरचना है, और नुकसान उसी को होता है। लिगामेंट को काट देने से बंद खाना एक खुले खाने में बदल जाता है और दबाव तुरंत कम हो जाता है।

इसीलिए रात के दर्द से राहत अक्सर लगभग तुरंत मिल जाती है, जबकि सुन्नपन ठीक होने में महीनों लगते हैं: सर्जरी के दिन ही दबाव खत्म हो जाता है, लेकिन इसके बाद नर्व को खुद की मरम्मत करनी होती है, और नर्व धीरे-धीरे और ऊपर से नीचे की ओर ठीक होती है। छह सप्ताह पर बना हुआ सुन्नपन आमतौर पर यह दिखाता है कि नर्व अपने तय समय के अनुसार ठीक हो रही है, न कि यह कि ऑपरेशन ने काम नहीं किया।

संदर्भ

[1] Moradi A, Sadr A, Ebrahimzadeh MH, Hassankhani GG, Mehrad-Majd H. Does diabetes mellitus change the carpal tunnel release outcomes? Evidence from a systematic review and meta-analysis. J Hand Ther. 2020;33(3):394-401. https://doi.org/10.1016/j.jht.2020.01.003

[2] Chen L, Duan X, Huang X, Lv J, Peng K, Xiang Z. Effectiveness and safety of endoscopic versus open carpal tunnel decompression: a meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Orthop Trauma Surg. 2014;134(4):585-93. https://doi.org/10.1007/s00402-013-1898-z

[3] Mendelaar NH, Hundepool CA, Hoogendam L, Duraku LS, Zöphel OT, Selles RW, et al. Multiple compression syndromes of the same upper extremity: prevalence, risk factors, and outcomes. J Hand Surg Am. 2023;48(5):479-88. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.01.024

[4] Ekhtiari S, Phillips M, Dhillon D, Shahabinezhad A, McMains C, Dzwierzynski B, Bhandari M. Carpal Tunnel Release with Ultrasound Guidance Versus Open and Mini-Open Carpal Tunnel Release: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Hand Surg Glob Online. 2025;7(2):121-126. https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2024.04.001

[5] Marwin VM, Lincoski CJ, Nelson JT, Watt JF, Moeller AT, Perry PE, et al. Propensity Score-Matched Comparison of Ultrasound-Guided Versus Open Carpal Tunnel Release: Three-Month Outcomes From the MISSION Registry. J Hand Surg Glob Online. 2026;8(2):100931. https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2025.100931

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

[6] Marwin VM, Nelson JT, Watt JF, Verheyden JR, Perry PE, Warhold LG, et al. Prospective Multicenter Propensity Score-matched Comparison of Ultrasound-guided Versus Endoscopic Carpal Tunnel Release. J Hand Surg Glob Online. 2026;8(3):100974. https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2026.100974

[7] Cano LC, Leiby BM, Shum LC, Ward MG, Joseph AE. Clinical Results of Carpal Tunnel Release Using Ultrasound Guidance in Over 100 Patients at Two to Six Years. J Hand Surg Glob Online. 2024;6(3):354-359. https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2024.02.004

[8] Köhl M, Seeher U, Kaiser P, Schmidle G, Zimmermann R, Sigl S. Complications after ultrasound-guided carpal tunnel release: a case series. J Hand Surg Eur Vol. 2025;50(8):1050-1053. https://doi.org/10.1177/17531934251318533

[9] Castro-Menéndez M, Balvís-Balvís P, Denisiuk M, Vázquez-Cancela O. Assessing the learning curve for percutaneous ultrasound-guided release in carpal tunnel syndrome. J Hand Surg Eur Vol. 2025;50(10):1365-1370. https://doi.org/10.1177/17531934251338970

[10] Gruber H, Honold S, Skalla-Oberherber E, Loizides A. RE: Köhl M, Seeher U, Kaiser P, Schmidle G, Zimmermann R, Sigl S. Complications after ultrasound-guided carpal tunnel release: a case series. J Hand Surg Eur Vol. 2026;51(3):384-385. https://doi.org/10.1177/17531934251412674

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