

डी क्वेरेवैन का टेनोसिनोवाइटिस

अंगूठे की टेंडन की शारीरिक रचना जो कि डी क्वेरेवैन के अपहरणकर्ता पोलिसिस लॉगस और विस्तारक पोलिसिस ब्रेविस में प्रभावित होती है क्योंकि वे कलाई को पार करते हैं।

Kieran Hirpara © ① ② ③ ④ 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

De Quervain's tenosynovitis आपके कलाई के अंगूठे की तरफ, अंगूठे के आधार के पास दर्द का कारण बनता है। यह क्षेत्र कोमल और थोड़ा सूजन भी महसूस कर सकता है। समस्या एक संकीर्ण सुरंग में बैठती है जिसके माध्यम से दो अंगूठे की नसें फिसलती हैं, और जब वह सुरंग चिढ़ जाती है, तो जब वे चलते हैं तो नसें पकड़ लेती हैं।

कुछ आंदोलन दर्द को बढ़ा देते हैं। अपनी कलाई को छोटी उंगली की ओर झुकाना, कलाई को झुकाते हुए कसकर पकड़ना, या अपनी अंगुली और उंगली को एक साथ चिपकाकर यह सब शुरू हो सकता है। जब आप एक केतली उठाते हैं, दरवाजे के हैंडल को मोड़ते हैं, अपने बच्चे को उठाते हैं या कैची का उपयोग करते हैं, तो आप इसे देख सकते हैं। कुछ लोगों को यह दर्द जागने पर या किसी लम्बी गतिविधि के बाद महसूस होता है।

इसका कारण स्पष्ट रूप से आपकी नौकरी या किसी विशिष्ट चोट से जुड़ा नहीं है। यह कलाई की अन्य समस्याओं के साथ दिखाई दे सकता है, लेकिन अक्सर यह अपने आप विकसित होता है।

आपका सर्जन आमतौर पर आपकी कलाई की जांच करके और यह सुनकर इसका निदान कर सकता है कि दर्द कहाँ स्थित है। जब चित्र स्पष्ट हो तो स्कैन की आवश्यकता नहीं होती है। इमेजिंग का उपयोग केवल तभी किया जाता है जब जांचने के लिए कुछ और हो, जैसे कि कलाई का पुराना फ्रैक्चर या अंगूठे के आधार पर गठिया।

इस स्थिति को समझने वाले अधिकांश लोग पहले सरल उपचार से शुरू करते हैं, और अधिकांश अपने लक्षणों को एक वर्ष के भीतर व्यवस्थित पाते हैं। कोमल सुरंग में एक स्टेरॉयड इंजेक्शन सामान्य पहला कदम है, और यह 73.4% लोगों के लिए दो इंजेक्शन के भीतर काम करता है। अकेले स्प्लिटिंग इंजेक्शन की तुलना में कम प्रभावी है।

यदि आपका दर्द गंभीर है, या यह आपको उन चीजों को करने से रोकता है जिन्हें आपको करने की आवश्यकता है, तंग सुरंग को खोलने के लिए सर्जरी पर चर्चा की जा सकती है। इसे पहले विस्तारक कक्ष की रिहाई कहा जाता है, और यह मानक उपचार है जब इंजेक्शनों ने पर्याप्त मदद नहीं की है।

वास्तव में क्या हो रहा है

आपके अंगूठे को आपके हाथ से बाहर और दूर ले जाने वाली दो नसों आपकी कलाई के अंगूठे की तरफ एक संकीर्ण सुरंग से गुजरती हैं। टेंडन को चिकनी कॉर्ड और सुरंग को पुली बैंड के रूप में सोचें जो उन्हें हड्डी के करीब रखता है। इस स्थिति में, सुरंग तंग और मोटी हो जाती है, इसलिए कॉर्ड अपनी आसान ग्लाइडिंग खो देते हैं।

टेंडन और सुरंग के बीच घर्षण उस स्थान के अंदर सूजन का कारण बनता है। समय के साथ, टेंडन शीट खुद बदलता है: यह घना और रेशेदार हो जाता है, और ऊतक एक जेल जैसी गुणवत्ता प्राप्त करता है। टेंडन्स भी चिपचिपा बैंड विकसित कर सकते हैं जो उन्हें सुरंग की दीवार पर चिपकाते हैं। नतीजा एक संकीर्ण, संकीर्ण नहर है, और अंगूठे के हर आंदोलन के माध्यम से सूजन के तारों को खींचता है। यह खींचने से पट्टा में दर्द संवेदकों को जलन होती है, यही कारण है कि ऊपर पढ़ी गई चुटकी और पकड़ने की गति चोट पहुंचाती है।

कुछ लोगों में यह सुरंग स्वाभाविक रूप से संकीर्ण भी हो सकती है। इसके अंदर एक अतिरिक्त दीवार, जो अंतरिक्ष को दो डिब्बों में विभाजित करती है, लगभग एक तिहाई आबादी में मौजूद है, और कुछ लोगों के पास एक ही तंग स्थान को साझा करने वाले अतिरिक्त टेंडन स्लिप हैं। ये भिन्नताएं कुछ लोगों में दोनों कलाई पर पाई जाती हैं, और वे भीड़ को अधिक संभावना बनाती हैं।

इस स्थिति को अक्सर टेनोसिनोवाइटिस कहा जाता है, जो टेंडन अस्तर की सूजन की तरह लगता है। वास्तव में, ऊतक परिवर्तन क्लासिक सूजन की तुलना में पहनने और अपक्षय के करीब हैं। सूजन और मोटाई वास्तविक हैं, लेकिन वे सूजन के एक साधारण प्लेयर से नहीं बल्कि भार के तहत टूटने वाले टेंडन शीट से आते हैं।

यह दर्द इस बात का संकेत नहीं है कि आपने अत्यधिक उपयोग के कारण अपनी कलाई को नुकसान पहुंचाया है। काम पर हाथ का उपयोग या एक विशिष्ट चोट और इस स्थिति के बीच कोई स्पष्ट संबंध स्थापित नहीं किया गया है। यह महिलाओं में अधिक आम है, और यह कलाई की अन्य समस्याओं जैसे कि कलाई के फ्रैक्चर के बाद सर्जरी के साथ प्रकट हो सकता है।

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 कलाई की जांच करते हैं और इमेजिंग की व्यवस्था केवल तभी करते हैं जब कुछ और जांचने की आवश्यकता हो। चूंकि यह समस्या एक नई चोट के बजाय लंबे समय से चली आ रही है, इसलिए हम आमतौर पर गैर-ऑपरेटिव देखभाल से शुरू करते हैं।

पहले कदम वे हैं जो आप स्वयं कर सकते हैं। अंगूठे और कलाई को आराम देने से मदद मिलती है, और अंगूठे की मसालेदार स्लिंट अंगूठे और कलाई को स्थिर रखती है ताकि चिड़चिड़ा सुरंग को आराम मिले। जब आप इसे पहनते हैं तो एक स्प्रेट दर्द को कम कर सकता है, लेकिन जब जोड़ों को फिर से स्वतंत्र रूप से चलना शुरू हो जाता है तो यह काम नहीं करता है। हाथ चिकित्सा एक इंजेक्शन के लिए जोड़ा जा सकता है, और इस संयोजन परीक्षण पर दर्द को कम करने के लिए दिखाया गया है [2]। ऐसे उपचार भी हैं जिनमें एक औषधीय क्रीम को एक छोटे से विद्युत प्रवाह द्वारा त्वचा में धकेल दिया जाता है, या जहां ध्वनि तरंगों को कोमल क्षेत्र में धक्का दिया जाता है; ये कलाई के कामकाज को बेहतर बना सकते हैं और दर्द को कम कर सकते हैं।

मुख्य चिकित्सा उपचार सुरंग में एक कोर्टिसोन इंजेक्शन है। कोर्टिसोन एक शक्तिशाली विरोधी भड़काऊ दवा है जो टेंडन के आसपास की सूजन को शांत करती है। एक एकल इंजेक्शन ने 82% रोगियों में लक्षणों से राहत दी, और उनमें से आधे से अधिक कम से कम 12 महीने तक लक्षण मुक्त रहे। यदि आपको मधुमेह है, तो एक इंजेक्शन के आपके लिए काम करने की संभावना कम है, लेकिन बार-बार इंजेक्शन लगने से इसका प्रभाव कम नहीं होता है। इंजेक्शन को स्लिंट के साथ संयोजित करना अकेले इंजेक्शन की तुलना में बेहतर काम करता है। अन्य इंजेक्शन, जैसे हील्यूरोनिक एसिड या पीआरपी, इस स्थिति के लिए हमारे द्वारा पेश किए जाने वाले उपचार का हिस्सा नहीं हैं।

यदि नॉन-ऑपरेटिव देखभाल ने आपको पर्याप्त राहत नहीं दी है, तो हम सर्जरी के बारे में बात करेंगे। यह ऑपरेशन संकीर्ण सुरंग को मुक्त करता है ताकि टेंडन फिर से स्वतंत्र रूप से स्लाइड कर सकें, और यह तब माना जाता है जब इंजेक्शन और स्प्लिंटिंग ने आपके लक्षणों को हल नहीं किया है। आप हमारे साथ मिलकर कुछ भी निर्णय लेने से पहले हम इस बात पर चर्चा करेंगे कि ऑपरेशन में क्या शामिल है, ठीक होने का तरीका कैसा है और परिणाम क्या हैं।

क्या उम्मीद करें

अधिकांश लोगों के लिए, यह स्थिति समय के साथ ठीक हो जाती है। अधिकतर रोगियों के लक्षण एक वर्ष के भीतर ठीक हो जाते हैं। बहुत से लोग बिना सर्जरी के भी ठीक हो जाते हैं: इस स्थिति वाले केवल एक तिहाई लोगों को दो साल के भीतर एक ऑपरेशन की आवश्यकता होती है, और जब सर्जरी की आवश्यकता होती है, तो यह आमतौर पर पहले वर्ष के भीतर होता है।

उपचार का उद्देश्य उस यात्रा को छोटा करना है। कोर्टीसोन इंजेक्शन के साथ एक छोटी अवधि की स्प्लिंटिंग प्रारंभिक देखभाल का मुख्य आधार है, और यह अधिकांश लोगों के लिए काम करता है। यदि पहला इंजेक्शन मदद करता है लेकिन दर्द वापस आ जाता है, तो दूसरा इंजेक्शन अभी भी एक उचित विकल्प है। बार-बार इंजेक्शन लगाने से सफलता की दर कम हो जाती है, लेकिन वे एक उपयोगी उपकरण बने रहते हैं।

यदि आपको मधुमेह है, तो अन्य लोगों की तुलना में एक ही इंजेक्शन से आपके लक्षण ठीक होने की संभावना कम है। अच्छी खबर यह है कि मधुमेह वाले लोगों में आगे के इंजेक्शन अपना प्रभाव नहीं खोते हैं, इसलिए उपचार को दोहराना फायदेमंद रहता है।

छोटे समूह के लिए सर्जरी आरक्षित है जिसका दर्द इंजेक्शन और स्प्लिंटिंग से कम नहीं होता है। जब ऐसा होता है, तंग सुरंग को छोड़ने से टेंडन को स्थायी राहत मिलती है, और ऑपरेशन में जटिलताओं की दर कम होती है।

आप इस स्थिति के बारे में कैसे सोचते हैं यह भी मायने रखता है। जो लोग सबसे खराब की उम्मीद करते हैं वे अधिक दर्द और कम कार्य की रिपोर्ट करते हैं, इसलिए आगे क्या है, इसकी स्पष्ट तस्वीर आपके जीवन के अनुरूप उपचार चुनने में आपकी मदद कर सकती है। यह चिंता करना कि आपने अत्यधिक उपयोग के कारण अपनी कलाई को नुकसान पहुंचाया है, सबूतों द्वारा समर्थित नहीं है, और यह जानना कि कुछ डर को भड़कने से हटा सकता है।

कोई एकल गारंटीकृत समयरेखा नहीं है। कुछ कलाई एक इंजेक्शन के लिए जल्दी प्रतिक्रिया करते हैं, दूसरों को एक दोहराया खुराक की आवश्यकता होती है, और कुछ सर्जरी पर जाते हैं। जब इस स्थिति को अच्छी तरह से प्रबंधित किया जाता है तो यह होता है कि दर्द कम हो जाता है और टेंडन फिर से स्वतंत्र रूप से फिसल जाते हैं। अकेले छोड़ दिए जाने पर, अधिकतर मामले एक वर्ष के भीतर ही ठीक हो जाते हैं, लेकिन इस बीच आपको असुविधा का प्रबंधन करने में महीनों लग सकते हैं।

किसी से कब मिलना है

यदि आपकी कलाई के अंगूठे की तरफ का दर्द वापस आता रहता है, या यदि यह आपको आराम और स्लेंट के बावजूद अपने सामान्य कार्यों को करने से रोकता है, तो अपने चिकित्सक से परामर्श करें। यदि इंजेक्शन ने स्थिति को ठीक नहीं किया है, या यदि दर्द इतना गंभीर है कि आप दिन-प्रतिदिन अपने हाथ का उपयोग कैसे सीमित करते हैं, तो एक विशेषज्ञ की समीक्षा के लिए पूछें। कुछ लोगों को उनके लक्षण एक वर्ष के भीतर अपने आप कम हो जाते हैं, लेकिन इंतजार ही एकमात्र विकल्प नहीं है, और उपचार उस खिंचाव को छोटा कर सकता है। यदि आपको अंगूठे या कलाई में नई सुन्नता, झुनझुनी या असामान्य संवेदनाएं मिलती हैं जो सामान्य पैटर्न से मेल नहीं खाती हैं, तो अपनी नियुक्ति में इसका उल्लेख करें, क्योंकि कलाई की अन्य समस्याएं कभी-कभी इस स्थिति की नकल कर सकती हैं।

अधिक गहराई से

यह अनुभाग आपके स्वयं के उपचार निर्णयों के लिए आवश्यक से अधिक है। डी क्वेरेन का टेनोसिनोवाइटिस अतिरिक्त पढ़ने के लायक है क्योंकि एक छोटे से शारीरिक संस्करण के कारण जो एक ऑपरेशन के बाद असंतोष का अधिकांश हिस्सा है जो अन्यथा विश्वसनीय है, और क्योंकि सबसे अच्छा गैर-ऑपरेटिव परिणाम दो उपचारों के बीच चयन करने के बजाय दो उपचारों के संयोजन से आता है।

संयोजन किसी भी भाग को हराता है

पहला डोरसियल डिब्बा कलाई के अंगूठे की तरफ एक सुरंग में दो टेंडन रखता है। उपचार का उद्देश्य उस सुरंग में सूजन को कम करना और इसके माध्यम से गुजरने वाले भार को कम करना है।

का एक नेटवर्क मेटा-विश्लेषण 823 रोगियों ने निष्कर्ष निकाला कि **corticosteroid इंजेक्शन के साथ एक छोटी अवधि के immobilisation प्राथमिक और प्रभावी उपचार बनी हुई है** बाहरी शॉकवेव थेरेपी के साथ एक द्वितीयक विकल्प [1]। सीधे घटकों को देखते हुए, **संयुक्त ऑर्थोसिस और कॉर्टिकोस्टेरोइड इंजेक्शन दृष्टिकोण अकेले किसी भी हस्तक्षेप की तुलना में अधिक प्रभावी हैं** [2]।

यह एक अधिक विशिष्ट निर्देश है “एक स्लिट का प्रयास करें, फिर एक इंजेक्शन अगर यह विफल रहता है।” साक्ष्य दोनों को एक साथ करने का समर्थन करते हैं, इंजेक्शन के बाद एक परिभाषित छोटी अवधि के लिए स्लिट पहना जाता है।

दूसरा इंजेक्शन अभी भी लेने लायक है

जब लक्षण वापस आते हैं, तो रिफ्लेक्स यह निष्कर्ष निकालना है कि इंजेक्शन विफल हो गए हैं और सर्जरी के लिए आगे बढ़ें। एक बड़े समूह के आंकड़े इसके विपरीत कहते हैं: **कई इंजेक्शनों के साथ सफलता दर कम हो जाती है, पुनरावर्ती इंजेक्शन की सफलता की दर उच्च है और यह एक व्यवहार्य नैदानिक विकल्प है** [3]।

पुनरावृत्ति के साथ घटती सफलता की अपेक्षा की जाती है। लेकिन कम सफलता दर व्यर्थता के समान नहीं है, और दूसरा इंजेक्शन एक विलम्ब रणनीति के बजाय एक उचित कदम है।

वेरिंट जो सबसे सर्जिकल निराशा की व्याख्या करता है

पहली पीठ की कक्ष की रिहाई प्रभावी है, और जहां यह निराशा होती है वहां आमतौर पर एक विशिष्ट कारण होता है। असंतोष का परिणाम हो सकता है **अपूर्ण रिलीज़, टेंडन सबलुक्सेशन, तंत्रिका क्षति, या बस वसूली की अवधि, और एक अज्ञात और अप्रकाशित एक्सटेंसर पोलिसिस ब्रेविस सब्सिडी असंतोष का एक अलग स्रोत है** [4]।

यह अनपेक्षित करने लायक है क्योंकि यह इस खंड में सबसे उपयोगी तथ्य है। लोगों के एक महत्वपूर्ण अनुपात में कक्ष एक सुरंग नहीं बल्कि दो है, जिसमें एक्सटेंसर पोलिसिस ब्रेविस टेंडन दूसरे के साथ अपने स्वयं के अलग आवरण में चलता है। एक रिलीज़ जो मुख्य डिब्बे को खोलती है और रोकती है वह दूसरी आवरण को बरकरार छोड़ देती है, और इसके अंदर की नस अभी भी संपीड़ित है। कलाई को खोला जाता है, ऑपरेशन वर्णित के रूप में पूरा किया जाता है, और लक्षण बने रहते हैं।

यही कारण है कि दो अन्य सूचीबद्ध कारण भी महत्वपूर्ण हैं: बहुत व्यापक रूप से रिलीज़ करने से कलाई की गति के साथ स्नायुओं को नाली से बाहर निकलने की अनुमति मिलती है, जिससे एक दर्दनाक स्नैप होता है, और रेडियल तंत्रिका की सतही शाखा ऑपरेटिव क्षेत्र पर तुरंत पार हो जाती है। डिब्बे को पूरी तरह से खोला जाना चाहिए, लेकिन अत्यधिक नहीं, एक तंत्रिका के रास्ते में, यही कारण है कि एक स्पष्ट रूप से मामूली ऑपरेशन एक बड़े के रूप में एक ही देखभाल की आवश्यकता है।

विकिरण कलाई पर सब कुछ डी QUERVAIN के नहीं है

इस क्षेत्र में दर्द का एक अंतर जानने योग्य है, क्योंकि उपचार अलग-अलग होते हैं: अंगूठे के आधार पर गठिया, अग्रहस्त के कुछ सेंटीमीटर ऊपर इंटरसेक्शन सिंड्रोम, और रेडियल तंत्रिका की जलन सभी अतिव्यापी क्षेत्र में दर्द पैदा कर सकते हैं। कंधे के अलनेर विचलन के साथ कंधे के ऊपर सीधे स्थानीयकृत कोमलता, जब अंगूठे को हथेली में धकेल दिया जाता है, तो दर्द उसके पड़ोसियों के बजाय कंधे के ढक्कन की ओर इशारा करता है।

संदर्भ

- [1] चोंग एचएच, प्रधान ए, ढिंगरा एम, लियोंग डब्ल्यू, हाउ एमवाई, शाह आर। डी क्वेर्वैन टेनोसिनोवाइटिस प्रबंधन में प्रगति: यादृच्छिक नियंत्रित परीक्षणों का एक व्यापक नेटवर्क मेटा-विश्लेषण। जे हैंड सर्ज अम. 2024;49(6):557-69. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.03.003>
- [2] कैवेलरी आर, शाब्रुन एसएम, टीएम, चिपचेस एलएस। डी क्वेर्वैन रोग के उपचार में हाथ चिकित्सा बनाम कॉर्टिकोस्टेराइड इंजेक्शन: एक व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-विश्लेषण। जे हैंड थेर. 2016;29(1):3-11. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2015.10.004>
- [3] हसन के, सोहन ए, शी एल, ली एम, वुल्फ जेएम। De Quervain tenosynovitis: एक राष्ट्रीय डेटाबेस का उपयोग करके एकाधिक इंजेक्शन के महामारी विज्ञान और उपयोगिता का मूल्यांकन। जे हाथ सर्ज अ. 2022;47(3):284.e1-284.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.04.018>
- [4] रोगोज़िनस्की बी, लोरी जीएम। डी क्वेर्वैन टेंडिनोपैथी के लिए पहली पीठ कक्ष रिलीज के बाद असंतोष। जे हैंड सर्ज अमे. २०१६;४१) ११७-१। <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.09.003>