

ਕਿਊਬਿਟਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ

ਕਿਊਬਿਟਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ: ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਅਲਨਰ ਨਸ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ।

Kieran Hirpara © ① ③ 4.0



ਇਹ ਪੰਨਾ ਮਸ਼ੀਨ ਦੁਆਰਾ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਹਾਲੇ ਤੱਕ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂਚਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ। **ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸੰਸਕਰਣ** ਹੀ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ

ਕਿਊਬਿਟਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ (cubital tunnel syndrome) ਉਦੋਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਅਲਨਰ ਨਸ (ulnar nerve), ਯਾਨੀ ਉਹ ਨਸ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਇੱਕ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦੀ ਹੈ, ਦੱਬੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਆਮ ਅਹਿਸਾਸ ਤੁਹਾਡੀ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ, ਅਤੇ ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਦੇ ਅਲਨਰ ਪਾਸੇ, ਯਾਨੀ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਪਾਸੇ, ਸੁੰਪਨ ਅਤੇ ਝਰਨਾਹਟ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉੱਥਾਰ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਜਲਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਕੂਹਣੀ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਭਾਗ ਵਿੱਚ ਦੁਖਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਦਰਦ ਮੁੱਖ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।

ਕੂਹਣੀ ਮੋੜਨ ਨਾਲ ਤਕਲੀਫ਼ ਵਧਦੀ ਹੈ। ਫ਼ੋਨ ਕੰਨ ਨਾਲ ਲਾ ਕੇ ਫੜਨਾ, ਕੂਹਣੀ ਮੇਜ਼ ਜਾਂ ਕੁਰਸੀ ਦੀ ਬਾਂਹ ਉੱਤੇ ਟਿਕਾਉਣਾ, ਜਾਂ ਕੂਹਣੀ ਮੋੜ ਕੇ ਸੌਣਾ, ਇਹ ਸਭ ਲੱਛਣ ਛੇੜ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਝਰਨਾਹਟ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਇਸ ਨਾਲ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਾਗ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਅਹਿਸਾਸ ਫਿਰ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਵਧਦੀ ਹੈ, ਹੱਥ ਖੁਦ ਵੀ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਪਕੜ ਕਮਜ਼ੋਰ ਜਾਂ ਬੇਢੰਗੀ ਹੋ ਗਈ ਹੈ। ਬਟਨ, ਚਾਬੀਆਂ, ਸ਼ੀਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਢੱਕਣ ਅਤੇ ਪੈਨ ਸੰਭਾਲਣੇ ਔਖੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਵਧੇਰੇ ਗੰਭੀਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਹੱਥ ਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਸੁੱਕ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਬਰੀਕ ਕੰਮ ਸੱਚਮੁੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਪੰਜੇ ਵਾਂਗ ਮੁੜੀਆਂ ਰਹਿ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕੂਹਣੀ ਮੋੜਨ ਵੇਲੇ ਉਸ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਕੜਕ ਵਰਗਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਉਦੋਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਨਸ ਆਪਣੀ ਖਾਂਚ ਵਿੱਚੋਂ ਖਿਸਕ ਕੇ ਬਾਹਰ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਾਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਅਲਨਰ ਨਸ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੀਆਂ ਮੁੱਖ ਨਸਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਗਰਦਨ ਤੋਂ, ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਹੁੰਦੀ ਹੋਈ, ਹੇਠਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਤੱਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਹੱਥ ਦੇ ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਨੂੰ ਛੋਹ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੱਥ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਛੋਟੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਚਲਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਕੂਹਣੀ ਉੱਤੇ, ਨਸ ਹੱਡੀ ਅਤੇ ਸਖ਼ਤ ਰੇਸ਼ੇਦਾਰ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਪਰਤ ਨਾਲ ਬਣੀ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦੀ ਹੈ। ਨਸ ਨੂੰ ਇੱਕ ਤੰਗ ਨਾਲੀ ਵਿੱਚ ਪਈ ਬਗ਼ੀਚੇ ਦੀ ਪਾਈਪ ਵਾਂਗ ਸਮਝੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਸਿੱਧੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਪਾਈਪ ਢਿੱਲੀ ਪਈ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਖੁੱਲ੍ਹ ਕੇ ਵਗਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਮੁੜਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਨਾਲੀ ਪਾਈਪ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਕੱਸੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਨਸ ਇੱਥੇ ਵੇਲੇ ਖਿੱਚੀ ਵੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਦੱਬੀ ਵੀ। ਜਦੋਂ ਕੂਹਣੀ ਸਮਕੋਣ (ਸਿੱਧੇ ਕੋਣ) ਤੋਂ ਵੱਧ ਮੁੜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਸੁਰੰਗ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਤੰਗ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਫ਼ੋਨ ਫੜਨ ਜਾਂ ਰਾਤ ਨੂੰ ਸੁੰਗੜ ਕੇ ਸੌਣ ਨਾਲ ਝਰਨਾਹਟ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ, ਵਾਰ-ਵਾਰ ਦੱਬੇ ਅਤੇ ਖਿੱਚੇ ਜਾਣ ਨਾਲ ਨਸ ਦੇ ਅੰਦਰ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਮੋਢਾ, ਕੂਹਣੀ, ਗੁੱਟ ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਨਸ ਨੂੰ 2 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਤੋਂ ਵੱਧ ਖਿਸਕਣ ਅਤੇ ਖਿੱਚੇ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਜੇ ਵੀ ਚੀਜ਼ ਇਸ ਨੂੰ ਜਕੜ ਲੈਂਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਰਗੜ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਨਸ ਚਿੜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ (irritated) ਅਤੇ ਸੁੱਜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਸੰਕੇਤ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਅੱਗੇ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦੇ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਛੋਟੀ ਅਤੇ ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਅਤੇ ਝਰਨਾਹਟ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਜੇ ਦਬਾਅ ਜਾਰੀ ਰਹੇ ਤਾਂ ਪਕੜ ਦੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਅਤੇ ਬੇਢੰਗਾਪਣ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਕਈ ਚੀਜ਼ਾਂ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚ ਥਾਂ ਘਟਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਕੂਹਣੀ ਦੀਆਂ ਦੋ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਸਖ਼ਤ ਰੇਸ਼ੇਦਾਰ ਟਿਸ਼ੂ ਦਾ ਇੱਕ ਪਟਾ ਮੋਟਾ ਹੋ ਕੇ ਨਸ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਵਾਧੂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ, ਜੋ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਜਮਾਂਦਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਸੁਰੰਗ ਦੇ ਉੱਪਰ ਪਈ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਥਾਂ ਘੇਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ, ਹਰ ਵਾਰ ਕੂਹਣੀ ਮੋੜਨ ਉੱਤੇ ਨਸ ਆਪਣੀ ਖਾਂਚ ਵਿੱਚੋਂ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਉਹ ਕੜਕ ਹੈ ਜੋ ਕੁਝ ਲੋਕ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਚੰਗੀ ਖ਼ਬਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਨਸ ਨੂੰ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ 90% ਤੋਂ ਵੱਧ ਲੋਕ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਜੋ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ Medicare ਦੀ ਛੋਟ (rebate) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡਾ ਪਿਛੋਕੜ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਅਤੇ ਹੱਥ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲੀ ਆ ਰਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਉਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ।

ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਤੁਹਾਡੇ ਕੂਹਣੀ ਵਰਤਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਨੂੰ ਬਦਲਣਾ ਹੈ। ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਕੂਹਣੀ ਮੋੜ ਕੇ ਰੱਖਣ, ਕੂਹਣੀ ਮੇਜ਼ ਜਾਂ ਕੁਰਸੀ ਦੀ ਬਾਂਹ ਉੱਤੇ ਟਿਕਾਉਣ, ਜਾਂ ਫ਼ੋਨ ਕੰਨ ਨਾਲ ਲਾ ਕੇ ਫੜਨ ਤੋਂ ਬਚਣਾ, ਇਹ ਸਭ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਰਾਤ ਨੂੰ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਮੁੜਨ ਤੋਂ ਰੋਕਣ ਵਾਲਾ ਸਪਲਿੰਟ ਇੱਕ ਹੋਰ ਵਿਕਲਪ ਹੈ। ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ (hand therapy) ਦਾ ਮਕਸਦ ਚਿੜੀ ਹੋਈ ਨਸ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਨਸ ਨੂੰ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹਿੱਲਦਾ ਅਤੇ ਖਿਸਕਦਾ ਰੱਖਣਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਉਸ ਨੂੰ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਅੱਗੇ ਕੋਈ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਬਦਲਾਵਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿਓ।

ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories) ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਦੁਖਣ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਟੀਕੇ ਨਹੀਂ ਲਗਾਉਂਦੇ।

ਜੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਅਗਲਾ ਕਦਮ ਸਰਜਰੀ ਹੈ। ਆਮ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਰਿਲੀਜ਼ (ਕੱਟ ਕੇ ਖੋਲ੍ਹਣਾ / ਢਿੱਲਾ ਕਰਨਾ) ਹੈ: ਸੁਰੰਗ ਦੀ ਛੱਤ ਖੋਲ੍ਹ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਨਸ ਹੋਰ ਨਾ ਦੱਬੇ। ਨਸ ਨੂੰ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਖਿਸਕਾਉਣਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਸਿਰਫ਼ ਉਸ ਨਸ ਲਈ ਜੋ ਆਪਣੀ ਖਾਂਚ ਵਿੱਚੋਂ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਹੋ ਚੁੱਕੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਵਾਪਸ ਆ ਗਏ

ਹਨ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਉਮੀਦਾਂ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਤੈਅ ਕਰਦੇ ਹਾਂ: ਦੂਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਔਸਤਨ ਸੀਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਬਣੇ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣ ਅਕਸਰ ਨਸ ਦੀ ਆਪਣੀ ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ (rehabilitation) ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਦੀ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਨਾਲ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਰਾਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰੇਗੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਬਣਾਏਗੀ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਕਿਊਬਿਟਲ ਟਨਲ ਦੇ ਲੱਛਣ ਅਕਸਰ ਇੱਕੋ ਵਾਰ ਆਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੇ ਹਨ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ, ਝਰਨਾਹਟ ਆਉਂਦੀ-ਜਾਂਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਾਂ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਕੂਹਣੀ ਮੋੜ ਕੇ ਰੱਖਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ। ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਛੱਡਣ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਨਸ ਖੁਦ ਖਰਾਬ ਹੁੰਦੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਸੁੰਨਪਨ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਸਥਾਈ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਸੇ ਲਈ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਸੁੱਕਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਦਮ ਚੁੱਕਣਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਨਾਲ, ਅੱਗੇ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹਾਲਤ ਕਿੰਨੀ ਗੰਭੀਰ ਸੀ। ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨਾ ਸੁਧਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਹਲਕੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਰਾਹਤ ਅਕਸਰ ਛੇਤੀ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਉਹ ਗੰਭੀਰ ਹਨ, ਤਾਂ ਨਸ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਠੀਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਛੋਟਾ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਵਿੱਚ ਹਫ਼ਤੇ, ਮਹੀਨੇ, ਜਾਂ ਸਾਲ ਵੀ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਬਦਲਾਅ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਸਾਫ਼ ਮੋੜ ਦੀ ਬਜਾਏ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਆ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਗੰਭੀਰ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਹੌਲੀ ਹੋਵੇ।

ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਾਪੀਆਂ ਗਈਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਬਾਹਾਂ ਵਿੱਚ ਨਸ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਸੁਧਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨੇ ਹੋਣ ਤੱਕ ਸਧਾਰਨ ਰਿਲੀਜ਼ ਅਤੇ ਨਸ ਨੂੰ ਖਿਸਕਾਉਣ ਵਾਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਲਗਭਗ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਲਗਭਗ 2.17% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਦੇਖਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਉਂਗਲ, ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਪਹਿਲਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਤਾਂ ਦੂਜਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ ਪਰ ਇਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਔਸਤਨ ਸੀਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣ ਅਕਸਰ ਕਿਸੇ ਠੀਕ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਬਜਾਏ ਨਸ ਦੀ ਆਪਣੀ ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਰਿਵੀਜ਼ਨ ਸਰਜਰੀ (revision surgery, ਦੂਜਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲਗਭਗ 75% ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਦਰਦ ਅਤੇ ਝਰਨਾਹਟ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਅਜਿਹੀ ਖੇਡ ਖੇਡਦੇ ਹੋ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕੁਝ ਸੁੱਟਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਹਰ ਕੋਈ ਆਪਣੇ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੇ ਪੱਧਰ ਤੱਕ ਨਹੀਂ ਪਹੁੰਚਦਾ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਅਹਿਮ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਇਹ ਹਨ: ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਹੱਥ ਦੇ ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਸੁੰਨਪਨ ਅਤੇ ਝਰਨਾਹਟ, ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਜਲਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ, ਅਤੇ ਪਕੜ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਬੇਢੰਗਾਪਣ। ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਅਤੇ ਛੋਟੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਸੁੱਕਣਾ ਉਹ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਉੱਤੇ ਛੇਤੀ ਕਦਮ ਚੁੱਕਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇੱਕ ਵਾਰ ਦਿਸਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਹ ਸਥਾਈ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਕੜਕ ਵਰਗਾ ਅਹਿਸਾਸ ਵੀ ਦੱਸਣ ਯੋਗ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜੇ ਕੋਈ ਉਂਗਲ, ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ; ਇਸ ਲਈ ਜੀਪੀ ਦੇ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਦਫ਼ਤਰੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖ਼ੀਰ ਵਿੱਚ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਕਿਊਬਿਟਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਬਹਿਸ ਹੁਣ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਨਿੱਬੜ ਚੁੱਕੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਲੱਭਤ ਇਸ ਮਜ਼ਬੂਤ ਸਹਿਜ ਧਾਰਨਾ ਦੇ ਉਲਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਜੇ ਨਸ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕਦੀ ਹੈ ਉਸ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵਧੇਰੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਰੱਖਣਾ ਹੀ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਸਭ ਤੋਂ ਸਰਲ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜਿੰਨਾ ਹੀ ਵਧੀਆ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਦੇ ਮੁੱਖ ਤਰੀਕੇ ਹਨ। **ਸਧਾਰਨ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ (simple decompression)** ਸੁਰੰਗ ਦੀ ਛੱਤ ਨੂੰ ਖੋਲ੍ਹ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਸ ਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਹੀ ਰਹਿਣ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। **ਟ੍ਰਾਂਸਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ (transposition)** ਨਸ ਨੂੰ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਖਿਸਕਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤਾਂ ਚਮੜੀ ਹੇਠਾਂ ਜਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਹੇਠਾਂ, ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਹੁਣ ਉਸ ਖਾਂਚ ਵਿੱਚ ਨਾ ਰਹੇ ਜੋ ਕੂਹਣੀ ਮੋੜਨ ਵੇਲੇ ਖਿੱਚੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਟ੍ਰਾਂਸਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਵੱਡਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ ਅਤੇ ਮਕੈਨੀਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਧੇਰੇ ਤਸੱਲੀਬਖ਼ਸ਼ ਵਿਚਾਰ ਜਾਪਦਾ ਹੈ।

906 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇਕੱਠੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਸਧਾਰਨ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਅਤੇ ਟ੍ਰਾਂਸਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰੂਪ ਵਿਚਕਾਰ ਇਲਾਜ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ **ਅੰਕੜਿਆਂ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਕੋਈ ਅਹਿਮ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ** ਸੀ; ਰੁਝਾਨ ਟ੍ਰਾਂਸਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਸੀ, ਪਰ ਉਹ ਅਹਿਮ ਪੱਧਰ ਤੱਕ ਨਹੀਂ ਪਹੁੰਚਿਆ [1]। **352** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਟ੍ਰਾਂਸਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਦੇ ਦੋਵਾਂ ਰੂਪਾਂ ਦੀ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਸਬੂਤ **ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਤਕਨੀਕ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ** ਸਨ [2]।

ਮੀਡੀਅਲ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲੈਕਟੋਮੀ (medial epicondylectomy), ਯਾਨੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਉਹ ਉੱਥਰੀ ਧਾਰ ਕੱਢ ਦੇਣਾ ਜਿਸ ਦੇ ਪਿੱਛੋਂ ਨਸ ਲੰਘਦੀ ਹੈ, ਨੇ ਵੀ ਇਹ ਸਵਾਲ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ: **886** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਪਾਇਆ ਕਿ ਖੋਜ-ਸਾਹਿਤ ਦੀ ਵਿਧੀਗਤ ਗੁਣਵੱਤਾ ਸੀਮਤ ਹੈ, ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਸਧਾਰਨ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਇਸ ਦੀ ਕਾਰਗਰਤਾ ਬਾਰੇ ਪੱਕੇ ਸਿੱਟੇ ਨਹੀਂ ਕੱਢੇ ਜਾ ਸਕਦੇ [3]।

ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਨਸ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਅਸਥਿਰ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਵਾਧੂ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਕੀਮਤ ਚੁਕਾਉਣੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ

ਇਹ ਉਹ ਲੱਭਤ ਹੈ ਜੋ ਇਲਾਜ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਬਦਲਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਉਸ ਇੱਕ ਹਾਲਤ ਬਾਰੇ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਟ੍ਰਾਂਸਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦਾ ਜਾਪਦਾ ਹੈ: ਉਹ ਨਸ ਜੋ ਕੂਹਣੀ ਮੋੜਨ ਵੇਲੇ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉੱਥਾਰ ਉੱਤੇ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

768 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਅਤੇ ਟ੍ਰਾਂਸਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ **ਲੱਛਣਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕੋ ਜਿਹਾ ਸੁਧਾਰ** ਦਿਸਿਆ, ਅਤੇ **ਟ੍ਰਾਂਸਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਵੱਧ** ਸੀ [4]। ਲੇਖਕ ਸੀਮਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਸਾਵਧਾਨ ਹਨ, ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਅਧਿਐਨ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਵੀ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੀ ਬਣਤਰ ਵਿੱਚ ਪੱਖਪਾਤ ਹੈ — ਪਰ ਨਤੀਜੇ ਦੀ ਦਿਸ਼ਾ ਸਹਿਜ ਧਾਰਨਾ ਦੇ ਉਲਟ ਹੈ। ਅਸਥਿਰ ਨਸ ਨੂੰ ਖਿਸਕਾਉਣ ਨਾਲ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਬਿਹਤਰ ਰਾਹਤ ਨਹੀਂ ਮਿਲੀ, ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਵੱਧ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਹੋਈਆਂ।

ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲਾ ਜਾਂ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ, ਇਹ ਅਹਿਮ ਸਵਾਲ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਜਿੱਥੇ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਤਕਨੀਕ ਦੀ ਚੋਣ ਨੂੰ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਧਿਆਨ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। **981** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਐਂਡੋਸਕੋਪ (ਦੂਰਬੀਨ) ਵਾਲੀ ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਕਿਊਬਿਟਲ ਟਨਲ ਰਿਲੀਜ਼ (ਕੱਟ ਕੇ ਖੋਲ੍ਹਣਾ / ਢਿੱਲਾ ਕਰਨਾ) ਦੇ **ਨਤੀਜੇ, ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਇੱਕੋ ਜਿਹੀਆਂ** ਸਨ [5]।

ਦੁਬਾਰਾ ਕੀਤੀ ਸਰਜਰੀ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਮਾਮਲਾ ਕਿਉਂ ਹੈ

ਜੇ ਪਹਿਲਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਤਾਂ ਦੂਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਉਮੀਦਾਂ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਤੈਅ ਕਰਨੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ। ਠੀਕ ਨਾ ਹੋਣ ਵਾਲੇ (refractory) ਕਿਊਬਿਟਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਲਈ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ **192** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ **ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਔਸਤ ਨਤੀਜੇ** ਮਿਲੇ; ਪਹਿਲਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਟ੍ਰਾਂਸਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਸੀ, ਅਤੇ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਫ਼ਰਕਾਂ ਕਾਰਨ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਤਰੀਕੇ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਿਆ [6]।

ਇਹ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਇੱਕ ਅਹਿਮ ਫ਼ਰਕ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਦੁਬਾਰਾ ਦੇਖਣ 'ਤੇ ਅਕਸਰ ਅਧੂਰੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇੱਥੇ, ਬਣੇ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੀ ਤਕਨੀਕੀ ਗ਼ਲਤੀ ਨਾਲੋਂ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਸੁਧਾਰਿਆ ਜਾ ਸਕੇ, ਅਕਸਰ ਪਹਿਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਨਸ ਦੀ

ਆਪਣੀ ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ: ਉਹ ਕਿੰਨੀ ਦੇਰ ਦੱਬੀ ਰਹੀ, ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਕਿੰਨੀਆਂ ਸੁੱਕ ਚੁੱਕੀਆਂ ਸਨ। ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਸੁੱਕਣਾ ਦਿਸਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਟਾਲਣ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਇਹੀ ਸਭ ਤੋਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਦਲੀਲ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Macadam SA, Gandhi R, Bezuhly M, Lefaivre KA. Simple decompression versus anterior subcutaneous and submuscular transposition of the ulnar nerve for cubital tunnel syndrome: a meta-analysis. *J Hand Surg Am*. 2008;33(8):1314.e1-1314.e12. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2008.03.006>
- [2] Liu C, Chen C, Xu J, Wang H, Ke X, Zhuang Z, et al. Anterior subcutaneous versus submuscular transposition of the ulnar nerve for cubital tunnel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(6):e0130843. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130843>
- [3] O'Grady EE, Vanat Q, Power DM, Tan S. A systematic review of medial epicondylectomy as a surgical treatment for cubital tunnel syndrome. *J Hand Surg Eur Vol*. 2017;42(9):941-5. <https://doi.org/10.1177/1753193417724351>
- [4] Clark DM, Piscosa AS, Dunn JC, Nesti LJ. The impact of pre-existing ulnar nerve instability on the surgical treatment of cubital tunnel syndrome: a systematic review. *J Shoulder Elbow Surg*. 2020;29(11):2339-46. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2020.05.028>
- [5] Aldekhayel S, Govshievich A, Lee J, Tahiri Y, Luc M. Endoscopic versus open cubital tunnel release: a systematic review and meta-analysis. *Hand (N Y)*. 2016;11(1):36-44. <https://doi.org/10.1177/1558944715616097>
- [6] Kholinne E, Alsharidah MM, Almutair O, Aljasser S, Alhothali W, Kwak J, et al. Revision surgery for refractory cubital tunnel syndrome: a systematic review. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2019;105(5):867-76. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.03.020>