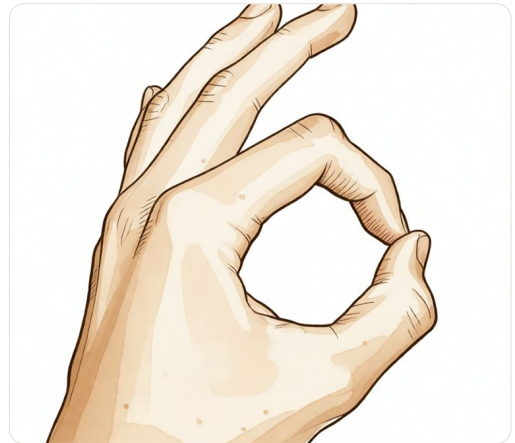


ਪ੍ਰੋਨੇਟਰ, ਲੈਸਰਟਸ ਅਤੇ ਐਂਟੀਰੀਅਰ ਇੰਟਰੋਸੀਅਸ ਨਸ ਸਿੰਡਰੋਮ (Pronator, Lacertus and Anterior Interosseous Nerve Syndromes)



"OK ਨਿਸ਼ਾਨ" ਟੈਸਟ: ਐਂਟੀਰੀਅਰ ਇੰਟਰੋਸੀਅਸ ਨਸ ਦੇ ਲਕਵੇ ਵਿੱਚ ਅੰਗੂਠਾ ਅਤੇ ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਗੋਲ ਚੱਕਰ ਨਹੀਂ ਬਣਾ ਸਕਦੇ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਥਾਂ ਚਪਟੀ ਚੁੰਢੀ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ।

Wikimedia Commons ('OK Sign'), CC BY 2.5

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

ਇਹ ਸਾਰੀਆਂ ਹਾਲਤਾਂ **ਮੀਡੀਅਨ ਨਸ (median nerve)** ਦੇ ਉੱਪਰ, ਕੂਹਣੀ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਭਾਗ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੱਬੇ ਜਾਣ ਨਾਲ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਨਾ ਕਿ ਹੇਠਾਂ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ, ਜਿੱਥੇ ਇਸ ਦਾ ਦੱਬਣਾ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਿਆ-ਪਛਾਣਿਆ ਹੈ (ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ, carpal tunnel syndrome)। ਇਹ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਤੋਂ ਕਾਫ਼ੀ ਵੱਖਰੀਆਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਪ੍ਰੋਨੇਟਰ ਸਿੰਡਰੋਮ (pronator syndrome) ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਡੂੰਘਾ, ਦੁਖਣ ਵਾਲਾ, ਥਕਾ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਅਕਸਰ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਮਰੋੜਨ (ਪੇਚਕਸ ਜਾਂ ਚਾਬੀ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਕੱਪੜਾ ਨਿਚੋੜਨਾ) ਜਾਂ ਭਾਰੀ ਪਕੜ ਨਾਲ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗੂਠੇ, ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਹਥੇਲੀ ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮਾਸਲ ਮੁੱਢ ਵਿੱਚ ਵੀ, ਸੂਈਆਂ ਚੁਭਣ ਵਰਗੀ ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਸੁੰਨਪਨ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਦੇ ਉਲਟ, ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਜਗਾਉਂਦਾ, ਅਤੇ ਬੇਆਰਾਮੀ ਹੱਥ ਨਾਲੋਂ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਲੈਸਰਟਸ ਸਿੰਡਰੋਮ (lacertus syndrome) ਇੱਕ ਨਵਾਂ ਨਾਮ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਇਸੇ ਉੱਪਰਲੇ ਦਬਾਅ ਦੇ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਰੂਪ ਲਈ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਦੇਸ਼ੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਮੋੜ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਸਖ਼ਤ ਰੇਸ਼ੇਦਾਰ ਪੱਟੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਲੈਸਰਟਸ ਫਾਈਬਰੋਸਸ (lacertus fibrosus) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਆਮ ਕਹਾਣੀ ਇਹ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਹੱਥ ਜਲਦੀ ਥੱਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਪਕੜ ਬੇਢੰਗੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ — ਲਿਖਣਾ, ਟਾਈਪ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਔਜ਼ਾਰ ਵਰਤਣਾ ਮਿਹਨਤ ਵਾਲਾ ਲੱਗਣ ਲੱਗਦਾ ਹੈ — ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਦੁਖਣਾ ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਮੋੜ ਤੋਂ ਜ਼ਰਾ ਹੇਠਾਂ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਕਾਫ਼ੀ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਉਹਨਾਂ ਗੱਲਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਵੀ ਇੱਕ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਅਸੀਂ ਉਦੋਂ ਭਾਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਨੇ ਉਹ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਸੀ।

ਐਂਟੀਰੀਅਰ ਇੰਟਰੋਸੀਅਸ ਨਸ (AIN) ਸਿੰਡਰੋਮ (anterior interosseous nerve syndrome) ਫਿਰ ਵੱਖਰਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਜਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਸੁੰਨਪਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਇਸ ਦੀ ਥਾਂ ਇਹ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ: ਉਹ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਮੋੜਦੀਆਂ ਹਨ, ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਦੀ ਖਾਸ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੈ ਆਮ ਗੋਲ "OK" ਨਿਸ਼ਾਨ ਨਾ ਬਣਾ ਸਕਣਾ: ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਦੇ ਸਿਰੇ ਨਾਲ ਜੋੜ ਕੇ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਚੁੰਢੀ ਚਪਟੀ ਜਾਂ ਤਿਕੋਣੀ ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ ਢਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਬਾਂਹ ਜਾਂ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਦੁਖਣਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਆਉਂਦੀ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਇੱਕ ਵੱਡੀ ਨਸ, ਮੀਡੀਅਨ ਨਸ, ਤੁਹਾਡੀ ਗਰਦਨ ਤੋਂ, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਾਂ, ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਲੰਘ ਕੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ **ਅਹਿਸਾਸ** (ਹੱਥ ਦੇ ਇੱਕ ਹਿੱਸੇ ਲਈ) ਅਤੇ **ਤਾਕਤ** (ਕਈ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਲਈ) ਦੋਵੇਂ ਲੈ ਕੇ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਪ੍ਰੋਨੇਟਰ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਿੱਚ, ਨਸ ਕੂਹਣੀ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਭਾਗ ਦੀ ਭੀੜੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦੇ ਹੋਏ ਦੱਬੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਚਿੜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ (irritated)। ਇਹ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਮੋੜ ਦੇ ਨੇੜੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਕੱਸੀ ਪੱਟੀ ਨਾਲ ਦੱਬੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ (ਲੈਸਰਟਸ ਫਾਈਬਰੋਸਿਸ — ਜਦੋਂ ਇਹ ਪੱਟੀ ਦੋਸ਼ੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ **ਲੈਸਰਟਸ ਸਿੰਡਰੋਮ** ਕਿਹਾ ਜਾਣ ਲੱਗਾ ਹੈ), ਜਾਂ ਉਦੋਂ ਜਦੋਂ ਇਹ ਉਹਨਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰੋਂ ਜਾਂ ਹੇਠੋਂ ਲੰਘਦੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਕਿਉਂਕਿ ਦਬਾਅ ਉੱਪਰ (ਗੁੱਟ ਤੋਂ ਉੱਪਰ) ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਲੱਛਣਾਂ ਵਿੱਚ ਹਥੇਲੀ ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਮੁੱਢ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਮੁੱਖ ਸੁਰਾਗ ਹੈ ਜੋ ਇਸ ਨੂੰ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਤੋਂ ਵੱਖ ਕਰਦਾ ਹੈ।

AIN ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਿੱਚ, ਸਮੱਸਿਆ ਮੀਡੀਅਨ ਨਸ ਦੀ ਇੱਕ ਡੂੰਘੀ ਸ਼ਾਖਾ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਸਿਰਫ਼ ਤਾਕਤ ਲੈ ਕੇ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਹਿਸਾਸ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਪਰ ਸੁੰਨਪਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਸਾਦਾ “ਦੱਬਣਾ” ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਸਗੋਂ ਇਹ ਨਸ ਦੇ ਚਿੜ ਜਾਣ ਜਾਂ ਉਸ ਦੀ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਵਰਗਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ (ਕਈ ਵਾਰ ਕਿਸੇ ਵਾਇਰਲ ਬਿਮਾਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸਾਫ਼ ਕਾਰਨ ਦੇ), ਅਤੇ ਇਹ ਇੱਕ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਇੰਨੀ ਵਾਰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੈਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿਖੇ, ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਸਾਡੀ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਵਾਲੀ ਟੀਮ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਵੇਰਵਾ ਲੈ ਕੇ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਕਰਕੇ ਇਹਨਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਹੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜੇ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਬਣੇ ਰਹਿਣ।

ਇਹਨਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਹਾਲਤਾਂ ਲਈ, ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਲਗਭਗ ਹਮੇਸ਼ਾ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਖਾਸ ਕਰਕੇ AIN ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਿੱਚ ਇਹ ਸਥਰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫਲ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ। ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਉਹਨਾਂ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਕਰਨਾ ਜੋ ਇਸ ਨੂੰ ਵਧਾਉਂਦੇ ਹਨ (ਵਾਰ-ਵਾਰ ਮਰੋੜਨਾ ਅਤੇ ਭਾਰੀ ਪਕੜ ਘਟਾਉਣਾ), ਕਈ ਵਾਰ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦੇਣ ਲਈ ਸਪਲਿੰਟ ਵਰਤਣਾ, ਅਤੇ ਨਸ ਨੂੰ ਸਮਾਂ ਦੇਣਾ। ਦਰਦ ਘਟਾਉਣ ਦੇ ਸਾਧਨ ਤਰੀਕੇ ਦੁਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਉਡੀਕ ਕਰਨਾ। AIN ਦੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਬਹੁਤ ਵਾਰ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸੁਧਰ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਆਮ ਯੋਜਨਾ ਇਹ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕੁਝ ਹੋਰ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਨਿਗਰਾਨੀ ਰੱਖ ਕੇ ਉਡੀਕ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ, ਅਕਸਰ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ ਤੋਂ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਇਸ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਆਪਣੀ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਪਾ ਲੈਂਦੇ ਹਨ। ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਪੱਕੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਉੱਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਵਿੱਚ-ਵਿਚਾਲੇ ਨਸਾਂ ਦੇ ਟੈਸਟ ਜਾਂ ਸਕੈਨ ਵਰਗੇ ਟੈਸਟ ਕਰਵਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਸਰਜਰੀ ਉਹਨਾਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ: ਪ੍ਰੋਨੇਟਰ ਸਿੰਡਰੋਮ ਜੋ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਨੂੰ ਠੀਕ-ਠਾਕ ਸਮਾਂ ਦੇਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਬਣਿਆ ਰਹੇ, ਜਾਂ AIN ਦੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜੋ ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਨਿਗਰਾਨੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਕੋਈ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਨਾ

ਦਿਖਾਵੇ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਸ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾ ਰਹੀਆਂ ਕੱਸੀਆਂ ਬਣਤਰਾਂ ਨੂੰ ਰਿਲੀਜ਼ (ਕੱਟ ਕੇ ਖੋਲ੍ਹਣਾ / ਢਿੱਲਾ ਕਰਨਾ) ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਨਸ ਠੀਕ ਹੋ ਸਕੇ। ਜਦੋਂ ਦਬਾਅ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੈਸਰਟਸ ਪੱਟੀ ਉੱਤੇ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਅਕਸਰ ਲੋਕਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਹੇਠ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਗਦੇ ਹੋਏ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ — ਜਿਸ ਨਾਲ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੀ ਤਾਕਤ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਉੱਥੇ ਹੀ ਜਾਂਚੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ — ਅਤੇ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਲਦੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਇਹਨਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚੰਗਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ AIN ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਮਜ਼ਬੂਤ ਰੁਝਾਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਅਸੀਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਾਹਲੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ। ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਥਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਾਪਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਸਬਰ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰੱਕੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਜਦੋਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਕਾਫ਼ੀ ਨਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇ, ਤਾਂ ਨਸ ਦੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪ੍ਰੋਨੇਟਰ ਸਿੰਡਰੋਮ ਦਾ ਦਰਦ ਘਟਾਉਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ AIN ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਿੱਚ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਮੌਕਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਨਸਾਂ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਠੀਕ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਸੁਧਾਰ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਵਧਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਦੁਖਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ, ਨਾਲ ਅੰਗੂਠੇ, ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਝਰਨਾਹਟ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਹਥੇਲੀ ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਵਿੱਚ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਇਹ ਮਰੋੜਨ ਜਾਂ ਪਕੜਨ ਨਾਲ ਵਧੇ।
- ਆਮ “OK” ਨਿਸ਼ਾਨ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਔਖ, ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਨਾਲ ਦਬਾ ਕੇ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ।
- ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਜਾਂ ਹੱਥ ਦੇ ਲੱਛਣ ਜੋ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ, ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਨਾਲ ਵੀ, ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜੋ ਕੁਝ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੀ।
- ਮੋਢੇ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਦੁਖਣਾ ਅਤੇ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ — ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਨਮੂਨਾ ਨਸ ਦੀ ਅਜਿਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਜਲਦੀ ਪਛਾਣ ਹੋਣ ਨਾਲ ਫ਼ਾਇਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਾਈ ਦੇ ਲਾਇਕ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਦੋ ਚੱਲ ਰਹੀਆਂ ਬਹਿਸਾਂ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਬਦਲਦੀਆਂ ਹਨ: ਇੱਕ ਨਵੀਂ ਮਸ਼ਹੂਰ ਹੋਈ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ (ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ) (ਲੈਸਰਟਸ ਸਿੰਡਰੋਮ) ਜਿਸ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਸਬੂਤ ਸੱਚਮੁੱਚ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਹਨ ਪਰ ਸੱਚਮੁੱਚ ਥੋੜ੍ਹੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਐਂਟੀਰੀਅਰ ਇੰਟਰੋਸੀਅਸ ਵਾਲੀ ਸਮੱਸਿਆ ਬਾਰੇ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਇਹ ਮੰਨਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਨਸ ਦਾ ਦੱਬਣਾ (compression) ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜਿਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਤੋਂ ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਣਾ ਸ਼ਾਇਦ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਉਹ ਹਾਲਤ ਜੋ ਸ਼ਾਇਦ ਨਸ ਦਾ ਦੱਬਣਾ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਐਂਟੀਰੀਅਰ ਇੰਟਰੋਸੀਅਸ ਨਸ ਸਿੰਡਰੋਮ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਦੇ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਮੋੜ ਨਾ ਸਕਣਾ, ਜਿਸ ਨਾਲ “OK” ਨਿਸ਼ਾਨ ਢਹਿ ਕੇ ਚਪਟੀ ਚੁੰਢੀ ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸੁੰਨਪਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸ਼ਾਖਾ ਸਿਰਫ਼ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਇਹ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਰਿਹਾ ਕਿ ਨਸ ਕਿਸੇ ਰੇਸ਼ੇਦਾਰ ਪੱਟੀ ਵਿੱਚ ਫਸੀ ਹੋਈ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਸੀ। ਅੱਜ ਦਾ ਨਜ਼ਰੀਆ ਵੱਖਰਾ ਹੈ: ਇਸ ਨੂੰ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਿਊਰਾਈਟਿਸ (neuritis, ਨਸ ਦੀ ਸੋਜਸ਼) ਮੰਨਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਲੰਮੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਹ ਅਕਸਰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ [1]। ਇਸ ਦਾ ਕੁਦਰਤੀ ਰਾਹ ਲਗਭਗ ਹਮੇਸ਼ਾ ਪੂਰੀ ਜਾਂ ਲਗਭਗ ਪੂਰੀ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ

ਗੱਲ ਦਾ ਕੋਈ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਉਸ ਕੁਦਰਤੀ ਰਾਹ ਨੂੰ ਬਦਲ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਚੰਗੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਾਲੇ ਅਧਿਐਨ ਇਹ ਨਾ ਦਿਖਾ ਦੇਣ ਕਿ ਜਲਦੀ ਦਖਲ ਠੀਕ ਹੋਣ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਜਾਂ ਤੇਜ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਕਾਹਲੀ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਚਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ [2]।

ਇਹ ਨਵਾਂ ਨਜ਼ਰੀਆ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਦੋਵੇਂ ਸਮਝਾਂ ਉਲਟ ਕਦਮਾਂ ਵੱਲ ਲੈ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਕੋਈ ਪੱਟੀ ਨਸ ਦਾ ਗਲਾ ਘੁੱਟ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਪੱਕਾ ਨੁਕਸਾਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਲਦੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਜੇ ਨਸ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ ਹੈ, ਤਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਜ਼ਖ਼ਮ ਜੋੜ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸੀ, ਅਤੇ ਨਸ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਾਪਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇੰਨਾ ਲੰਮਾ ਕਿ ਛੇਵੇਂ ਮਹੀਨੇ ਕੀਤੀ ਸਰਜਰੀ ਹਰ ਵਾਰ ਕਾਮਯਾਬ ਹੋਈ ਜਾਪੇਗੀ।

ਅਮਲੀ ਸੇਧ ਇਸ ਅਨਿਸ਼ਚਿਤਤਾ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰਨ ਦੀ ਥਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਹੈ: ਨਸ ਤੋਂ ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਪ੍ਰੋਨੇਟਰ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਿੱਚ **6 ਮਹੀਨਿਆਂ** ਤੋਂ ਵੱਧ ਚੱਲ ਰਹੇ ਲੱਛਣਾਂ ਲਈ, ਜਾਂ ਐਂਟੀਰੀਅਰ ਇੰਟਰੋਸੀਅਸ ਨਸ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਿੱਚ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ **12 ਮਹੀਨਿਆਂ** ਬਾਅਦ ਸੁਝਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ [1]।

ਪ੍ਰੋਨੇਟਰ ਸਿੰਡਰੋਮ ਇੱਕ ਵਿਵਾਦਿਤ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਹੈ

ਪ੍ਰੋਨੇਟਰ ਸਿੰਡਰੋਮ ਮੀਡੀਅਨ ਨਸ ਦੇ ਉੱਪਰ, ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੱਬੇ ਜਾਣ ਨੂੰ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਦੁਖਣਾ ਅਤੇ ਮੀਡੀਅਨ ਨਸ ਵਾਲੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਅਹਿਸਾਸ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣ ਲਗਭਗ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਨਾਲ ਮਿਲਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਕਿਤੇ ਵੱਧ ਆਮ ਹੈ ਅਤੇ ਨਸਾਂ ਦੇ ਕਰੰਟ ਵਾਲੇ ਟੈਸਟਾਂ (nerve conduction studies) ਨਾਲ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਪੱਕਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਔਖਿਆਈ ਇਹਨਾਂ ਦੋਹਾਂ ਨੂੰ ਵੱਖ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਹੈ।

ਮੈਡੀਕਲ ਲਿਖਤਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨੂੰ ਇੱਕ **ਵਿਵਾਦਿਤ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ** ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਿਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਭਗ **12 ਮਹੀਨਿਆਂ** ਦੇ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ [1]। ਜੇ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਹੇਠਾਂ (ਗੁੱਟ) ਦੀ ਥਾਂ ਉੱਪਰ (ਕੂਹਣੀ) ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ, ਉਹ ਹਨ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਕੋਲ ਹਥੇਲੀ ਉੱਤੇ ਸੁੰਨਪਨ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਉਹ ਸ਼ਾਖਾ ਅਹਿਸਾਸ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਨਸ ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਲਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਿੱਚ ਇਹ ਥਾਂ ਬਚੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਨਾਲ ਹੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਜਿਹੇ ਲੱਛਣ ਜੋ ਰਾਤ ਨੂੰ ਗੁੱਟ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਰੋਕ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਬਾਂਹ ਘੁਮਾਉਣ ਨਾਲ ਭੜਕਦੇ ਹਨ [3] [5]।

ਲੈਸਰਟਸ ਸਿੰਡਰੋਮ: ਸਭ ਤੋਂ ਪੁਰਾਣੀ ਪੱਟੀ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਨਵਾਂ ਨਾਮ

ਲੈਸਰਟਸ ਫਾਈਬਰੋਸਿਸ, ਰੇਸ਼ਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਚਾਦਰ ਜੋ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ (biceps tendon, ਡੌਲੇ ਦੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦਾ ਟੈਂਡਨ) ਤੋਂ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਤੱਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਹਮੇਸ਼ਾ ਤੋਂ ਉਹਨਾਂ ਬਣਤਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਰਹੀ ਹੈ ਜੋ ਮੀਡੀਅਨ ਨਸ ਨੂੰ ਦਬਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਹਾਲ ਵਿੱਚ ਜੋ ਬਦਲਿਆ ਹੈ ਉਹ ਇਹ ਦਾਅਵਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਉੱਪਰਲੀ ਥਾਂ ਦੀ ਹੱਕਦਾਰ ਹੈ। ਸਵੀਡਨ ਦੀ ਹੈਂਡ ਸਰਜਨ ਐਲਿਜ਼ਾਬੈਥ ਹੈਗਰਟ (Elisabet Hagert) ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਵਾਲਾ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਦਲੀਲ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਬਾਂਹ ਦੀ ਆਮ ਥਕਾਵਟ, “ਬੇਢੰਗਾ ਹੱਥ”, ਜਾਂ ਅਜਿਹੀ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਰਿਲੀਜ਼ ਜਿਸ ਨਾਲ ਮਦਦ ਨਹੀਂ ਹੋਈ, ਦਾ ਨਾਮ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਨਸ ਬਿਲਕੁਲ ਇਸੇ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਫਸੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ — ਇੱਕ ਨਮੂਨਾ ਜਿਸ ਨੂੰ ਹੁਣ ਵਿਆਪਕ ਤੌਰ 'ਤੇ **ਲੈਸਰਟਸ ਸਿੰਡਰੋਮ** ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ [6]।

ਇਹ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਜਾਣ-ਬੁੱਝ ਕੇ ਕਲੀਨਿਕਲ ਜਾਂਚ ਉੱਤੇ ਆਧਾਰਿਤ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਮੀਡੀਅਨ ਨਸ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਦੱਬਣ ਵਿੱਚ ਬਿਜਲਈ ਟੈਸਟ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਠੀਕ ਆਉਂਦੇ ਹਨ: ਮੀਡੀਅਨ ਨਸ ਵਾਲੀਆਂ ਤਿੰਨ ਖ਼ਾਸ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ (ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਦੇ ਸਿਰੇ ਮੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ, ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਮੋੜਨ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ) ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਪੱਟੀ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਉੱਤੇ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਦਰਦ [6]। ਸੁਝਾਇਆ ਗਿਆ ਇਲਾਜ ਲੋਕਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਹੇਠ, ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਗਦੇ ਹੋਏ, ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਪੱਟੀ ਕੱਟਣ ਤੋਂ ਕੁਝ ਮਿੰਟ ਬਾਅਦ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਟੇਬਲ ਉੱਤੇ ਹੀ ਤਾਕਤ ਦੁਬਾਰਾ ਜਾਂਚੀ ਜਾ ਸਕੇ। ਦੱਸੇ ਗਏ ਨਤੀਜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਹਨ: ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ, 93 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦਾ ਔਸਤ ਅਪੰਗਤਾ ਸਕੋਰ (QuickDASH) ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ 53 ਤੋਂ ਸੁਧਰ ਕੇ ਤੁਰੰਤ ਬਾਅਦ 8 ਹੋ ਗਿਆ, ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ 16 ਤੋਂ ਵਧ ਕੇ 24 ਕਿਲੋ ਹੋ ਗਈ, ਅਤੇ ਦਫ਼ਤਰੀ ਕਰਮਚਾਰੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਗਏ [7]।

ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੀ ਬਾਰੀਕੀ ਨਾਲ ਜਾਂਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਸ਼ੱਕ ਵੀ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਹੋਇਆ ਹੈ। ਲੈਸਰਟਸ ਉੱਤੇ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਦਰਦ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਤੰਦਰੁਸਤ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਆਮ ਨਿਕਲਿਆ ਹੈ — ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਇਹ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੀਆਂ 72 ਬਾਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 14 ਵਿੱਚ ਮਿਲਿਆ (ਲਗਭਗ ਪੰਜ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ), ਜੋ ਇਕੱਲੇ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਵਜੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦੂਜੀ ਬਾਂਹ ਨਾਲ ਤੁਲਨਾ ਨੂੰ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਨਹੀਂ ਰਹਿਣ ਦਿੰਦਾ [8]। ਹੋਰ ਮਾਹਿਰ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ “ਲੈਸਰਟਸ ਸਿੰਡਰੋਮ” ਇਸ ਵੇਲੇ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ

— ਅਸਲ ਨਸ ਦਾ ਦੱਬਣਾ, ਅਤੇ ਉਸੇ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਰਤੋਂ ਵਾਲਾ ਨਮੂਨਾ — ਅਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਇੱਕ ਨਾਮ ਨੂੰ ਦੋਹਾਂ ਉੱਤੇ ਖਿੱਚਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ [9]। ਕੋਈ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲ (randomised trial) ਨਹੀਂ ਹਨ, ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਾਲੇ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ ਫਾਲੋ-ਅੱਪ ਛੋਟਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਵਸਤੂਨਿਸ਼ਠ ਟੈਸਟ ਦੇ ਪਛਾਣੀ ਗਈ ਅਤੇ ਤੁਰੰਤ ਨਤੀਜਾ ਦਿਖਾਉਣ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹਾਲਤ ਬਿਲਕੁਲ ਉਹੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਚੋਣ ਅਤੇ ਪਲੇਸੀਬੋ (placebo, ਉਮੀਦ ਦਾ ਅਸਰ) ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਅਸਲ ਨਾਲੋਂ ਚੰਗਾ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ।

ਸਮਝਦਾਰੀ ਵਾਲਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਰਾਹ ਉਹੀ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਸਫ਼ਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਖੜ੍ਹਾ ਹੈ: ਪੱਟੀ ਅਸਲੀ ਹੈ, ਇਹ ਨਸ ਨੂੰ ਦਬਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਅਤੇ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਦਰਦ ਦਾ ਖ਼ਾਸ ਨਮੂਨਾ ਮੌਜੂਦ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨਾ ਬਣਾ ਕੇ ਕੀਤੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ ਜਿਸ ਤੋਂ ਜਲਦੀ ਠੀਕ ਹੋਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੋਸ਼ ਅਤੇ ਸ਼ੱਕ ਦੋਵੇਂ ਮੌਜੂਦਾ ਮੈਡੀਕਲ ਲਿਖਤਾਂ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹਨ।

ਸਬਰ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਜਾਇਜ਼ ਕਿਉਂ ਹੈ

ਦੋਹਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਲਈ ਸੁਝਾਇਆ ਗਿਆ ਰਾਹ ਲੰਮੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਲੱਛਣ ਬਣੇ ਰਹਿਣ ਵੇਲੇ ਮੰਨਣਾ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਠੀਕ ਨਹਿਰਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਪਹਿਲੀ ਉੱਪਰ ਦੱਸਿਆ ਕੁਦਰਤੀ ਰਾਹ ਹੈ: ਐਂਟੀਰੀਅਰ ਇੰਟਰੋਸੀਅਸ ਨਸ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਿੱਚ, ਬਿਨਾਂ ਦਖ਼ਲ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਹੀ ਉਮੀਦ ਕੀਤਾ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਨਤੀਜਾ ਹੈ [2]। ਦੂਜੀ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਅਚਾਨਕ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਏ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਲਕਵੇ ਵਿੱਚ ਦੂਜੀ ਸੰਭਾਵਿਤ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਨਿਊਰੋਲੋਜਿਕ ਐਮਿਓਟ੍ਰੋਫੀ (neuralgic amyotrophy), ਯਾਨੀ ਪਾਰਸਨੇਜ-ਟਰਨਰ ਸਿੰਡਰੋਮ (Parsonage-Turner syndrome) ਹੈ, ਨਸਾਂ ਦੀ ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਹਾਲਤ ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੇਢੇ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਚੱਲਣ ਵਾਲੇ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਘਟਣ ਦੇ ਨਾਲ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਆਉਂਦੀ ਹੈ [4]। ਇਹ ਇੱਕ ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ ਹੈ, ਮਕੈਨੀਕਲ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਇਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

ਇਸ ਲਈ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਉਹ ਗੱਲ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਸਹੀ-ਸਹੀ ਦੱਸਣਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸੰਭਾਵਿਤ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਨੂੰ ਨਸ ਦੇ ਦੱਬਣ ਤੋਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੂਰ ਲੈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Rodner CM, Tinsley BA, O'Malley MP. Pronator syndrome and anterior interosseous nerve syndrome. J Am Acad Orthop Surg. 2013;21(5):268-75. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-21-05-268>
- [2] Nzeako OJ, Tahmassebi R. Idiopathic anterior interosseous nerve dysfunction. J Hand Surg Am. 2015;40(11):2277-8. <https://doi.org/10.1016/j.jhssa.2015.07.021>
- [3] Balcerzak AA, Ruzik K, Tubbs RS, Konschake M, Podgórski M, Borowski A, et al. How to differentiate pronator syndrome from carpal tunnel syndrome: a comprehensive clinical comparison. Diagnostics (Basel). 2022;12(10):2433. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12102433>
- [4] Stutz CM. Neuralgic amyotrophy: Parsonage-Turner syndrome. J Hand Surg Am. 2010;35(12):2104-6. <https://doi.org/10.1016/j.jhssa.2010.09.010>
- [5] Presciutti S, Rodner CM. Pronator syndrome. J Hand Surg Am. 2011;36(5):907-9. <https://doi.org/10.1016/j.jhssa.2011.02.014>
- [6] Hagert E. Clinical diagnosis and wide-awake surgical treatment of proximal median nerve entrapment at the elbow: a prospective study. Hand (N Y). 2013;8(1):41-6. <https://doi.org/10.1007/s11552-012-9483-4>
- [7] Ahmad AA, Abdullah S, Thavamany AS, Tong CY, Ganapathy SS. Lacertus syndrome: an outcome analysis after lacertus release. J Hand Surg Glob Online. 2023;5(4):498-502. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2023.03.001>

[8] Fang J, Zhang LQ, Tang JB. Incidence of local tenderness at the lacertus fibrosus in healthy people. J Hand Surg Eur Vol. 2025;51(1):107-8. <https://doi.org/10.1177/17531934251346595>

[9] Berezin PA, Zolotov AS. Lacertus syndrome: one term - two different pathologies. J Hand Surg Eur Vol. 2023;48(8):825-6. <https://doi.org/10.1177/17531934231170347>