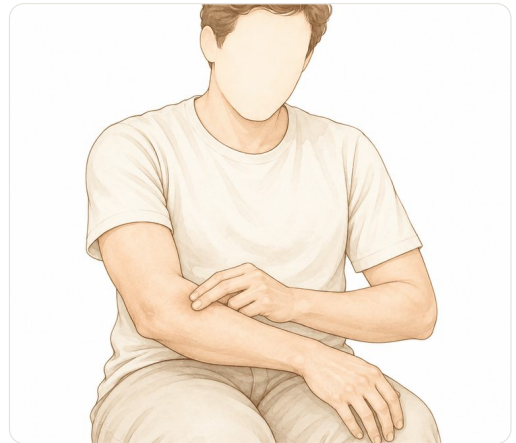


ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ

ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ (radial tunnel syndrome) ਨਾਲ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ, ਕੂਹਣੀ ਤੋਂ ਠੀਕ ਹੇਠਾਂ, ਦੁਖਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① ② ③ ④ 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

ਮੁੱਖ ਲੱਛਣ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ, ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਨੇੜੇ, ਦਰਦ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਵਾਲੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਥਾਰ ਤੋਂ ਕੁਝ ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਹੇਠਾਂ ਇੱਕ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਉਸ ਥਾਂ ਨੂੰ ਦਬਾਉਣ 'ਤੇ ਅਕਸਰ ਦੁਖਦਾ ਹੈ। ਦਰਦ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਗੁੱਟ ਵੱਲ ਫੈਲ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਕੁਝ ਖਾਸ ਹਿਲਜੁਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਵਧਾ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਰੋਕ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਜ਼ੋਰ ਲਾ ਕੇ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਜਾਂ ਰੋਕ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਜ਼ੋਰ ਲਾ ਕੇ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨਾ, ਦਰਦ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਉੱਤੇ ਲਗਾਤਾਰ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਵਾਲਾ ਕੰਮ-ਕਾਰ ਵੀ ਅਜਿਹਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਦੇਖਦੇ ਹਨ ਕਿ ਦਰਦ ਆਰਾਮ ਵੇਲੇ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕੰਮ ਜਾਂ ਖੇਡ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਭੜਕਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਨਸ (nerve) ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਚਮੜੀ ਦੀ ਬਜਾਏ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਤੱਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਝਰਨਾਹਟ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘੱਟ ਹੈ, ਅਤੇ ਨਸ ਆਪ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਠੀਕ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਸਮੱਸਿਆ ਦਰਦ ਹੈ, ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਦਾ ਖ਼ਤਮ ਹੋਣਾ ਨਹੀਂ।

ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ, ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਉਹਨਾਂ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਫੜਨਾ ਅਤੇ ਮਰੋੜਨਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਕੇਤਲੀ ਚੁੱਕਣਾ, ਦਰਵਾਜ਼ੇ ਦਾ ਹੈਂਡਲ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਪੇਚਕਸ ਵਰਤਣਾ ਜਾਂ ਕੱਪੜਾ ਨਿਚੋੜਨਾ, ਇਹ ਸਭ ਦੁਖਦਾਈ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕਿਉਂਕਿ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ (tennis elbow) ਸਮਝ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਦੋਵੇਂ ਇਕੱਠੇ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕੋਈ ਇੱਕ ਟੈਸਟ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੋ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ ਹੋਵੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਦੱਸੀ ਗੱਲ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਤੋਂ ਪਛਾਣ (diagnosis) ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਖਾਸ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦੇ ਪੈਟਰਨ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਇਹਨਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਉੱਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜਦੇ ਜਾ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਫਿੱਕਾ, ਠੰਢਾ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲਾ ਪੈ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮਕਾਜੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖੀਰ ਵਿੱਚ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਦਰਦ ਇੱਕ ਨਸ ਤੋਂ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਜੋੜ ਤੋਂ ਨਹੀਂ। ਨਸ ਇੱਕ ਤਾਰ ਵਾਂਗ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਦਿਮਾਗ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਸੰਕੇਤ ਲੈ ਕੇ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਰੇਡੀਅਲ ਨਸ (radial nerve) ਦੀ ਇੱਕ ਸ਼ਾਖਾ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ, ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਕੋਲੋਂ ਲੰਘ ਕੇ ਹੇਠਾਂ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਦੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਉਸ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ, ਕਈ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਬਣਤਰਾਂ ਨਸ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਨੇੜੇ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਕਿਸੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦਾ ਕਿਨਾਰਾ, ਰੇਸ਼ੇਦਾਰ ਟਿਸ਼ੂ ਦਾ ਇੱਕ ਬੈਂਡ, ਜਾਂ ਉੱਪਰੋਂ ਲੰਘਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਗੁੱਛਾ, ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਹਰ ਇੱਕ ਇਸ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਕੋਈ ਇੱਕ ਤੰਗ ਰਸਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾ ਇੱਕ ਪਗਡੰਡੀ ਵਰਗਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦੇ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਕਈ ਥਾਵਾਂ ਉੱਤੇ ਤੰਗੀ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਥਾਂ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਚੱਲਦੀ ਤਾਰ ਨੂੰ ਦੱਬ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਬਣਤਰ ਨਸ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਨਸ ਚਿੜ੍ਹ ਜਾਂਦੀ ਹੈ (irritated) ਅਤੇ ਦੁਖਣ ਲੱਗਦੀ ਹੈ। ਇਸੇ ਲਈ ਦਰਦ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਵਾਲੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਭਾਰ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਇੱਕ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਰੋਕ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਜ਼ੋਰ ਲਾ ਕੇ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਜਾਂ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਇਹ ਵਧਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਹਿਲਜੁਲਾਂ ਉਹਨਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਖਿੱਚਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਤੱਕ ਇਹ ਨਸ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਚਿੜ੍ਹੀ ਹੋਈ ਨਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਨਸ ਫਿਰ ਵੀ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਕੰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਝਰਨਾਹਟ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਸਮੱਸਿਆ ਨਸ ਦਾ ਚਿੜ੍ਹ ਜਾਣਾ ਅਤੇ ਦਰਦ ਹੈ, ਸੰਕੇਤਾਂ ਦਾ ਰੁਕ ਜਾਣਾ ਨਹੀਂ। ਕਿਉਂਕਿ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਇੰਨੇ ਨੇੜੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਦਰਦ ਨੂੰ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ ਸਮਝ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਉਸੇ ਇਲਾਕੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਟੈਂਡਨ (tendon) ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਦੋਵੇਂ ਇਕੱਠੇ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

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 ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਜੀਪੀ (ਫ੍ਰੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਵੱਲੋਂ ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate, ਸਰਕਾਰੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਵੱਲੋਂ ਵਾਪਸ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜੇ ਮਦਦਗਾਰ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਕੈਨ ਜਾਂ ਐਕਸ-ਰੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਉਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ।

ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਦੇ ਢੰਗ ਨੂੰ ਬਦਲਣਾ ਹੈ। ਫੜਨ ਅਤੇ ਮਰੋੜਨ ਵਾਲੇ ਜਿਹੜੇ ਕੰਮ ਦਰਦ ਭੜਕਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਨਾਲ ਚਿੜ੍ਹੀ ਹੋਈ ਨਸ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਰੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ (ਹੱਥ ਦੀ ਕਸਰਤ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ) ਦਾ ਮਕਸਦ ਦਰਦ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਸਹਿਣ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮਰੱਥਾ ਨੂੰ ਮੁੜ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਕੰਮ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ-ਧੰਦੇ ਫਿਰ ਤੋਂ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਹੋ ਜਾਣ। ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਦਮ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣ ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ ਹਾਂ।

ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories) ਦਰਦ ਭੜਕਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਦੂਜੇ ਉਪਾਅ ਆਪਣਾ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਉਦੋਂ ਇਹ ਦੁਖਣ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਨਸ ਉੱਤੇ ਪੈ ਰਹੇ ਦਬਾਅ ਨੂੰ ਆਪ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀਆਂ।

ਜੇ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਇੱਕ ਵਿਕਲਪ ਹੈ। ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਰਿਲੀਜ਼ (radial tunnel release, ਕੱਟ ਕੇ ਖੋਲ੍ਹਣਾ / ਢਿੱਲਾ ਕਰਨਾ) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਨਸ ਨੂੰ ਹਰ ਉਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਆਜ਼ਾਦ ਕਰਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਨੇੜੇ ਦੀ ਕੋਈ ਬਣਤਰ ਉਸ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾ ਰਹੀ ਹੈ। ਇਸ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦੇਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਅਸੀਂ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਜਾਂਚਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਨਸ ਕਿੱਥੇ ਦੱਬੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਸਹੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਜਿੰਨਾ ਹੋ ਸਕੇ ਘੱਟ ਛੇੜਿਆ ਜਾਵੇ। ਕਿਉਂਕਿ ਪਛਾਣ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਸਪਸ਼ਟ ਟੈਸਟ ਦੀ

ਬਜਾਏ ਤੁਹਾਡੀ ਦੱਸੀ ਗੱਲ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਉੱਤੇ ਟਿਕੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਅਸੀਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਮੰਨਦੇ ਹਾਂ, ਜੋ ਅਸੀਂ ਮਿਲ ਕੇ ਉਦੋਂ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਮਝ ਲਵੋ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਕੀ ਠੀਕ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਨਹੀਂ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਨਸ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਨਹੀਂ ਪਹੁੰਚਾਉਂਦੀ। ਨਸ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਕੰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਖ਼ਤਮ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਸਮੱਸਿਆ ਦਰਦ ਹੈ, ਅਤੇ ਚਿੜੀ ਹੋਈ ਨਸ ਦੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਲੰਮਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਘੱਟ ਹੀ ਰਾਤੋ-ਰਾਤ ਠੀਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਘਟਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਹ ਅਕਸਰ ਫੜਨ ਅਤੇ ਮਰੋੜਨ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਨਾਲ ਭੜਕਦਾ ਹੈ।

ਸੱਚੀ ਤਸਵੀਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਾਉਣਾ ਔਖਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕ ਆਰਾਮ, ਕੰਮ-ਕਾਰ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਅਤੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਦੂਜਿਆਂ ਨੂੰ ਚੰਗੇ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਪਛਾਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਕੋਈ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਟੈਸਟ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਇਹ ਕਹਿਣਾ ਔਖਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ ਹੋਵੋਗੇ। ਅਸੀਂ ਇਹ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਦਰਦ ਲਗਾਤਾਰ ਵਧਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇਸ ਗੱਲ ਮੁਤਾਬਕ ਆਉਂਦਾ-ਜਾਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਉੱਤੇ ਕਿੰਨਾ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਕਾਰਗਰ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਨਸ ਦਾ ਚਿੜਨਾ ਘਟਦਾ ਹੈ, ਦਰਦ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਟਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਉਮੀਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਪਹਿਲਾਂ ਕੇਤਲੀ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਦਰਵਾਜ਼ੇ ਦਾ ਹੈਂਡਲ ਘੁਮਾਉਣ ਵਰਗੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਘੱਟ ਦੁਖਦਾਈ ਹੋਣਗੇ, ਅਤੇ ਭਾਰੀ ਕੰਮ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਆਮ ਵਰਗਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇਗਾ। ਜੇ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਮਦਦ ਨਾ ਮਿਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਵੀ ਇੱਕਦਮ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਵੀ ਕੁਝ ਦਰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਬਣੀ ਵੀ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾਂਦੇ ਹੋ, ਭੜਕਦੀ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਇਹ ਜਾਣਨ ਦਾ ਕੋਈ ਤਰੀਕਾ ਨਹੀਂ ਕਿ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ। ਜੇ ਗੱਲ ਅਕਸਰ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ ਉਹ ਹੈ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣਾ, ਅਤੇ ਉਸ ਦਰਦ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਜ਼ੋਰ ਲਾ ਕੇ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰਦੇ ਰਹਿਣਾ ਜੋ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜਦੇ ਜਾ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਫਿੱਕਾ, ਠੰਢਾ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲਾ ਪੈ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮਕਾਜੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖੀਰ ਵਿੱਚ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦੀਆਂ ਚੇਤਾਵਨੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਉਸ ਦਰਦ ਬਾਰੇ ਹਨ ਜੋ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਖ਼ਤਰੇ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ। ਜੇ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਕੰਮ-ਕਾਰ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਜਾਂ ਜੇ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਵਾਲੀ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਇੱਕ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਲੱਛਣ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਰੋਕ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਜ਼ੋਰ ਲਾ ਕੇ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਜਾਂ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਹਰ ਵਾਰ ਦਰਦ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਦੇਰ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਜਲਦੀ ਪੁੱਛੋ। ਇਹ ਪੈਟਰਨ ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਦੀ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ।

ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਸ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਨਹੀਂ ਪਹੁੰਚਾਉਂਦੀ, ਇਸ ਲਈ ਗੁੱਟ ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਦੀ ਅਚਾਨਕ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਇਸ ਦਾ ਆਮ ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਗੁੱਟ, ਉਂਗਲਾਂ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਨਵੀਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦਿਸੇ, ਤਾਂ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਛੇਤੀ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਪੈਟਰਨ ਨਸ ਦੀ ਕਿਸੇ ਵੱਖਰੀ ਸਮੱਸਿਆ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਉਸ ਦੀ ਆਪਣੀ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ ਮੁਤਾਬਕ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਫਿੱਕਾ, ਠੰਢਾ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲਾ ਪੈ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮਕਾਜੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖੀਰ ਵਿੱਚ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇੱਕ ਅਸੁਖਾਵੇਂ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ: ਇਸ ਸਾਈਟ ਉੱਤੇ ਇਹ ਉਹ ਸਥਿਤੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਸਭ ਤੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਸਬੂਤ ਹਨ, ਇਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਟੈਸਟ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਫ਼ੈਸਲੇ ਵਿੱਚ ਇਹ ਸਾਫ਼-ਸਾਫ਼ ਦੱਸਿਆ ਜਾਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਕਿੰਨਾ ਅਨਿਸ਼ਚਿਤ ਹੈ।

ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਟੈਸਟ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਨਸਾਂ ਦੇ ਦੱਬਣ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਟੈਸਟ ਨਾਲ ਦਿਖਾਈਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ (carpal tunnel syndrome) ਵਿੱਚ ਗੁੱਟ ਦੇ ਆਰ-ਪਾਰ ਨਸ ਵਿੱਚ ਸੰਕੇਤ ਹੌਲੀ ਚੱਲਦੇ ਹਨ; ਕਿਊਬਿਟਲ ਟਨਲ (cubital tunnel) ਵਿੱਚ ਇਹ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਆਰ-ਪਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਜਿਹਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ: ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਸ ਦੀ ਸ਼ਾਖਾ ਚਮੜੀ ਦੀ ਬਜਾਏ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਤੱਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਨਕਸ਼ੇ ਉੱਤੇ ਦਿਖਾਉਣ ਲਈ ਕੋਈ ਸੁੰਨਪਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਅਤੇ ਨਰਵ ਕੰਡਕਸ਼ਨ ਸਟੱਡੀਜ਼ (nerve conduction studies, ਨਸਾਂ ਵਿੱਚ ਸੰਕੇਤਾਂ ਦੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਦਾ ਟੈਸਟ) ਅਕਸਰ ਆਮ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਇਸ ਲਈ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਇਹਨਾਂ ਗੱਲਾਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਦਰਦ ਦਾ ਪੈਟਰਨ, ਲੇਟਰਲ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲ (lateral epicondyle, ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਉਭਾਰ) ਦੇ ਉੱਪਰ ਦੀ ਬਜਾਏ ਉਸ ਤੋਂ ਕੁਝ ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਹੇਠਾਂ ਦਬਾਉਣ 'ਤੇ ਦਰਦ, ਅਤੇ ਲੋਕਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਦੇ ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਮਿਲਣ ਵਾਲਾ ਅਸਰ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਹਰ ਇੱਕ ਸੰਕੇਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ; ਕੋਈ ਵੀ ਪੱਕਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਅਜੋਕੀਆਂ ਸਮੀਖਿਆਵਾਂ **ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਅਤੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੇਵਾਂ ਬਾਰੇ ਚੱਲ ਰਹੇ ਵਿਵਾਦ** ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ [1]।

ਅਮਲੀ ਨਤੀਜਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ ਸਮਝ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਬਿਲਕੁਲ ਨਾਲ ਲੱਗਦੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣ ਵਾਲੀ “ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ” ਜੋ ਚੰਗੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਸੁਧਰੀ, ਉਹਨਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਹਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਆਖਰਕਾਰ ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਸਬੂਤ ਸੱਚਮੁੱਚ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹਨ

ਇਲਾਜਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਿਸਟਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਵਿੱਚ **ਇਹ ਰੁਝਾਨ ਮਿਲਿਆ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਣਾ (decompression) ਅਸਰਦਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ**, ਅਤੇ, ਜੋ ਇਸ ਤੋਂ ਵੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈਰਾਨੀਜਨਕ ਨਤੀਜਾ ਹੈ, ਕਿ **ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਦਾ ਅਸਰ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲਈ ਕੋਈ ਅਧਿਐਨ ਮੌਜੂਦ ਹੀ ਨਹੀਂ ਸਨ** [2]।

ਇਹ ਆਮ ਵਾਲੀ “ਸਬੂਤ ਸੀਮਤ ਹਨ” ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਲਈ, ਅਧਿਐਨ ਕੀਤੇ ਹੀ ਨਹੀਂ ਗਏ। ਮੌਜੂਦਾ ਸਮੀਖਿਆਵਾਂ ਅਜੇ ਵੀ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਰੱਖਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਜ਼ਿੱਦੀ ਮਾਮਲਿਆਂ ਲਈ ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਣ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਇੱਕ ਵਿਹਾਰਕ ਵਿਕਲਪ ਮੰਨਦੀਆਂ ਹਨ [1], ਅਤੇ ਇਹ ਕ੍ਰਮ ਕਿਸੇ ਸਾਬਤ ਹੋਈ ਉੱਤਮਤਾ ਦੀ ਬਜਾਏ ਵਾਜਬ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਫ਼ੈਸਲੇ ਲਈ ਇਸ ਦਾ ਕੀ ਮਤਲਬ ਹੈ

ਇਸ ਤੋਂ ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਨਿਕਲਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਹ ਉਲਟ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਖਿੱਚਦੀਆਂ ਹਨ।

ਜਲਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ: ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ, ਇਸ ਲਈ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੀ ਨਸ ਤੋਂ ਦਬਾਅ ਹਟਾ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ ਜੋ ਦਰਦ ਦਾ ਸਰੋਤ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਣ ਵਾਲਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਕਾਮ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਅਕਸਰ ਇਹ ਤੈਅ ਕਰਨਾ ਅਸੰਭਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਕਾਫ਼ੀ ਸੀ ਜਾਂ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਗ਼ਲਤ ਸੀ।

ਸਹੀ ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ: ਬਦਲਵੇਂ ਇਲਾਜਾਂ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਵੀ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਉਡੀਕ ਕਰਨਾ ਉਹ ਸਬੂਤ-ਆਧਾਰਿਤ ਵਿਕਲਪ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੋ ਲੋਕ ਸਮਝਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਘੱਟ ਖ਼ਤਰੇ ਵਾਲਾ ਵਿਕਲਪ ਹੈ।

ਵਾਜਬ ਸਥਿਤੀ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇੱਥੇ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ ਇਸ ਸਾਈਟ ਉੱਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਥਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ: ਕੋਈ ਵੀ ਨਾ-ਵਾਪਸ ਲਿਆ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲਾ ਕਦਮ ਚੁੱਕਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇੱਕਸਾਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ, ਅਜਿਹੀ ਜਾਂਚ ਜੋ ਦਰਦ ਨੂੰ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲ ਦੀ ਬਜਾਏ ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਵੇ, ਸਕੈਨ ਜੋ ਕਿਸੇ ਥਾਂ ਘੇਰਨ ਵਾਲੀ ਗੰਢ (space-occupying lesion) ਨੂੰ ਖ਼ਾਰਜ ਕਰੇ, ਅਤੇ ਆਦਰਸ਼ਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਟੀਕੇ (diagnostic block) ਨਾਲ ਯਕੀਨ ਦਿਵਾਉਣ ਵਾਲਾ ਅਸਰ।

ਇੱਕ ਸੰਬੰਧਿਤ ਪਰ ਵੱਖਰੀ ਸਮੱਸਿਆ

ਪੋਸਟੀਰੀਅਰ ਇੰਟਰਓਸੀਅਸ ਨਸ ਦਾ **ਅਧਰੰਗ (palsy)**, ਯਾਨੀ ਦਰਦ ਦੀ ਬਜਾਏ ਉਂਗਲਾਂ ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ, ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਪਸ਼ਟ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਸਕੈਨ ਵਿੱਚ ਦਬਾਅ ਪਾਉਣ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਗੰਢ ਜਾਂ ਰੁਕਾਵਟ ਨਹੀਂ ਦਿਸਦੀ, ਉੱਥੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਇਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਉਹਨਾਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਦਬਾਅ ਪਾਉਣ ਵਾਲੀ ਗੰਢ ਜਾਂ ਰੁਕਾਵਟ ਸਾਬਤ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਨਾਕਾਮ ਹੋ ਜਾਵੇ [3]। ਜਿੱਥੇ ਥਾਂ ਘੇਰਨ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਗੰਢ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਉੱਥੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਣਾ ਸਲਾਹਯੋਗ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ **ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਕੋਈ ਸੰਕੇਤ ਨਹੀਂ** ਮਿਲਦਾ, ਜਾਂ ਜੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਵਧਦੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਕੇ ਨਸ ਨੂੰ ਖੋਲ੍ਹ ਕੇ ਦੇਖਣ ਦੀ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ [4]।

ਇਹ ਠੋਸ ਹੱਦਾਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਹੋਣਾ ਇਸ ਫ਼ਰਕ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਸਾਫ਼ ਮਿਸਾਲ ਹੈ: ਜਦੋਂ ਨਸ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਾਹਿਤ ਦੱਸ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਕਰਨਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕਦੋਂ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਦੁਖਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਨਹੀਂ ਦੱਸ ਸਕਦਾ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Wolf JM, Patel R, Ghosh K. Radial tunnel syndrome: review and best evidence. J Am Acad Orthop Surg. 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. Interventions for treating the radial tunnel syndrome: a systematic review of observational studies. J Hand Surg Am. 2008;33(1):72.e1-72.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2007.10.001>
- [3] McGraw I. Isolated spontaneous posterior interosseous nerve palsy: a review of aetiology and management. J Hand Surg Eur Vol. 2018;44(3):310-6. <https://doi.org/10.1177/1753193418813788>
- [4] Sigamoney KV, Rashid A, Ng CY. Management of atraumatic posterior interosseous nerve palsy. J Hand Surg Am. 2017;42(10):826-30. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.07.026>