

ਹੱਥ, ਗੁੱਟ ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਵਿੱਚ ਗਾਊਟ

ਪੁਰਾਣਾ ਗਾਊਟ ਉੱਗਲਾਂ ਦੇ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਟੋਫ਼ਾਈ ਨਾਂ ਦੀਆਂ ਸਖ਼ਤ ਗੰਢਾਂ ਛੱਡ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਹੱਥ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

Arthritis Research UK Primary Care Centre / Wikimedia Commons, CC BY 2.0



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

ਗਾਊਟ (gout) ਅਕਸਰ ਰਾਤੋ-ਰਾਤ ਆਪਣੇ ਆਉਣ ਦਾ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਜੋੜ (ਕਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਮੁੱਢ, ਕੋਈ ਗੰਢ-ਜੋੜ (knuckle), ਗੁੱਟ, ਜਾਂ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਨੋਕ) ਕੁਝ ਹੀ ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦੁਖਣ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ ਅਤੇ ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਦਿਸਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇੰਨਾ ਨਾਜ਼ੁਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਚਾਦਰ ਦਾ ਭਾਰ ਵੀ ਅਸਹਿ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ **ਦੌਰਾ (flare)** ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਦੌਰਾ ਅਕਸਰ ਪੈਰ ਵਿੱਚ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਹੱਥ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਵੀ ਆਮ ਥਾਵਾਂ ਹਨ।

ਦੌਰਿਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਜੋੜ ਬਿਲਕੁਲ ਠੀਕ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਲੋਕ ਅਕਸਰ ਪਹਿਲੇ ਦੌਰੇ ਨੂੰ ਅਣਗੌਲਿਆ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਪਰ ਮਹੀਨਿਆਂ ਅਤੇ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ, ਗਾਊਟ ਚਮੜੀ ਦੇ ਹੇਠਾਂ, ਉੱਗਲਾਂ ਦੇ ਜੋੜਾਂ, ਗੰਢ-ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ, ਜਾਂ ਕੂਹਣੀ ਉੱਤੇ ਸਖ਼ਤ ਗੰਢਾਂ ਛੱਡ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਟੋਫ਼ਾਈ (tophi) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਚਮੜੀ ਹੇਠ ਚਾਕ ਵਰਗੀਆਂ ਜਾਂ ਚਿੱਟੀਆਂ ਦਿਸ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਇਹ ਵਧਦੀਆਂ ਹਨ, ਹੱਥ ਨੂੰ ਆਕੜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਪਕੜ ਨੂੰ ਕਮਜ਼ੋਰ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਕਮੀਜ਼ ਦੇ ਬਟਨ ਲਗਾਉਣ ਵਰਗੇ ਬਰੀਕ ਕੰਮਾਂ ਨੂੰ ਔਖਾ ਬਣਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਕੋਈ ਗੰਢ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਕਿਸੇ ਨਸ (nerve) ਨੂੰ ਦਬਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉੱਗਲਾਂ ਵਿੱਚ **ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਝਰਨਾਹਟ** ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਗਾਊਟ ਪੂਰੇ ਸਰੀਰ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਜੋੜਾਂ ਵਿੱਚ ਦਿਸਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰੀਰ **ਯੂਰਿਕ ਐਸਿਡ** (uric acid, ਯੂਰੇਟ) ਨਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਫ਼ਾਲਤੂ ਪਦਾਰਥ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਖੂਨ ਵਿੱਚ ਇਹ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਛੋਟੇ-ਛੋਟੇ, ਤਿੱਖੇ ਕ੍ਰਿਸਟਲ ਬਣਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਵਿੱਚ ਜਮ੍ਹਾਂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੀ ਰੋਗ-ਰੋਕੂ ਪ੍ਰਣਾਲੀ (immune system) ਇਨ੍ਹਾਂ ਕ੍ਰਿਸਟਲਾਂ ਨੂੰ ਹਮਲਾਵਰ ਸਮਝ ਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਉੱਤੇ ਹਮਲਾ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਅਚਾਨਕ, ਤੇਜ਼ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਦੌਰੇ ਵਜੋਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਯੂਰੇਟ ਦੇ ਉੱਚੇ ਪੱਧਰ ਨੂੰ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਕਾਬੂ ਨਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਕ੍ਰਿਸਟਲ ਇਕੱਠੇ ਹੋ ਕੇ ਸਖ਼ਤ ਜਮਾਅ (ਟੋਫ਼ਾਈ) ਬਣ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਹ ਜਮਾਅ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਖੋਰ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਟੈਂਡਨਾਂ (tendons, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦਾਂ) ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਕਿਸੇ ਨਸ ਨੂੰ ਦਬਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜ਼ਰੂਰੀ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਦੌਰੇ ਅਤੇ ਗੰਢਾਂ ਇੱਕੋ ਚੀਜ਼ ਦੇ ਦੋ ਰੂਪ ਹਨ: **ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਹੱਦੋਂ ਵੱਧ ਯੂਰੇਟ**। ਯੂਰੇਟ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਬਿਮਾਰੀ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰ ਲੈਂਦੇ ਹੋ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਇਲਾਜ ਦੇ ਦੋ ਵੱਖਰੇ ਹਿੱਸੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਦੋਵੇਂ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੇ ਹਨ।

ਦੌਰੇ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ। ਦੌਰੇ ਨੂੰ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਗੋਲੀ (NSAID), ਕੋਲਚੀਸੀਨ (colchicine), ਜਾਂ ਸਟੀਰੋਇਡਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਕੋਰਸ। ਇਹ ਉਦੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਕੰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਜਦੋਂ ਜਲਦੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ, ਇਸ ਲਈ ਅਗਲਾ ਦੌਰਾ ਪੈਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾ ਤੈਅ ਕਰ ਲੈਣਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ।

ਯੂਰੇਟ ਨੂੰ ਪੱਕੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਘਟਾਉਣਾ। ਇਹੀ ਉਹ ਚੀਜ਼ ਹੈ ਜੋ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਗਾਊਟ ਨੂੰ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੀ ਇੱਕ ਗੋਲੀ, ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ **ਐਲੋਪ੍ਰਿਊਰੀਨੋਲ (allopurinol)**, ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਤੁਹਾਡੇ ਖੂਨ ਦੇ ਯੂਰੇਟ ਨੂੰ ਇੱਕ ਟੀਚੇ ਵਾਲੇ ਪੱਧਰ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਲੈ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਇਸ ਨੂੰ ਕਾਫ਼ੀ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਉੱਥੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਕ੍ਰਿਸਟਲ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘੁਲ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਦੌਰੇ ਰੁਕ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਟੋਫ਼ਾਈ ਸੁੰਗੜ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਖੁਰਾਕ ਅਤੇ ਜੀਵਨ-ਸ਼ੈਲੀ ਮਦਦ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ (ਘੱਟ ਬੀਅਰ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ, ਘੱਟ ਮਿੱਠੇ ਪੀਣ ਵਾਲੇ ਪਦਾਰਥ, ਸਿਹਤਮੰਦ ਭਾਰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣਾ, ਚੰਗੀ ਮਾਤਰਾ ਵਿੱਚ ਪਾਣੀ ਪੀਣਾ), ਪਰ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਮੁੱਖ ਕੰਮ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੀ ਗੋਲੀ ਹੀ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਸਿਰਫ਼ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਕਿਸੇ ਵੱਡੇ ਟੋਫ਼ਸ (tophus) ਲਈ ਜੋ ਚਮੜੀ ਨੂੰ ਤੋੜ ਕੇ ਬਾਹਰ ਆ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਕਿਸੇ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਨਸ ਨੂੰ ਦਬਾ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣ ਪੈਦਾ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ)। ਉਦੋਂ ਵੀ, ਯੂਰੇਟ ਘਟਾਉਣ ਵਾਲਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਗਾਊਟ ਗਠੀਏ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਦੀਆਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੁਝ ਕਿਸਮਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ ਜਿਸ ਉੱਤੇ ਅਸੀਂ ਸੱਚਮੁੱਚ ਕਾਬੂ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਯੂਰੇਟ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਟੀਚੇ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਦੌਰੇ ਘੱਟ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਫਿਰ ਰੁਕ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਗੰਢਾਂ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਖੁਰ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਹੌਲੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ: ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ, ਅਤੇ ਯੂਰੇਟ ਘਟਾਉਣ ਵਾਲੀ ਗੋਲੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਾਰੀ ਉਮਰ ਲਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰਨ ਨਾਲ ਕ੍ਰਿਸਟਲ ਮੁੜ ਬਣਨ ਲੱਗਦੇ ਹਨ।

ਉਸ ਉਡੀਕ ਦੀ ਕੀਮਤ ਅਸਲੀ ਹੈ: ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਜਿੰਨਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਟੋਫ਼ਸ ਜਮ੍ਹਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਓਨਾ ਹੀ ਇਹ ਹੱਥ ਦੇ ਕੰਮਾਂ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਯੂਰੇਟ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਘਟਾਉਣਾ ਤੁਹਾਡੀ ਪਕੜ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਲੋਕ ਇਲਾਜ 'ਤੇ ਟਿਕੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਬਹੁਤ ਚੰਗਾ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- **ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਕੋਈ ਗਰਮ, ਸੁੱਜਿਆ, ਦੁਖਦਾ ਜੋੜ:** ਬਿਨਾਂ ਦੇਰੀ ਕੀਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲੋ। ਜੋੜ ਦੀ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਬਿਲਕੁਲ ਗਾਊਟ ਵਰਗੀ ਦਿਸ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਪਛਾਣਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।
- **ਵਾਰ-ਵਾਰ ਦੌਰੇ,** ਜਾਂ ਦੌਰੇ ਜੋ ਵਧੇਰੇ ਵਾਰ ਪੈਣ ਲੱਗੇ ਹਨ: ਇਹ ਯੂਰੇਟ ਘਟਾਉਣ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਹੈ।
- ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ **ਗੰਢਾਂ ਦਿਸਣਾ**, ਜਾਂ ਕੋਈ ਗੰਢ ਜੋ ਚਮੜੀ ਨੂੰ ਤੋੜ ਕੇ ਬਾਹਰ ਆ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਜਿਸ ਵਿੱਚੋਂ ਚਾਕ ਵਰਗਾ ਪਦਾਰਥ ਰਿਸੇ।
- ਹੱਥ ਵਿੱਚ **ਸੁੰਨਪਨ, ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ:** ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕੋਈ ਜਮਾਅ ਨਸ ਨੂੰ ਦਬਾ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

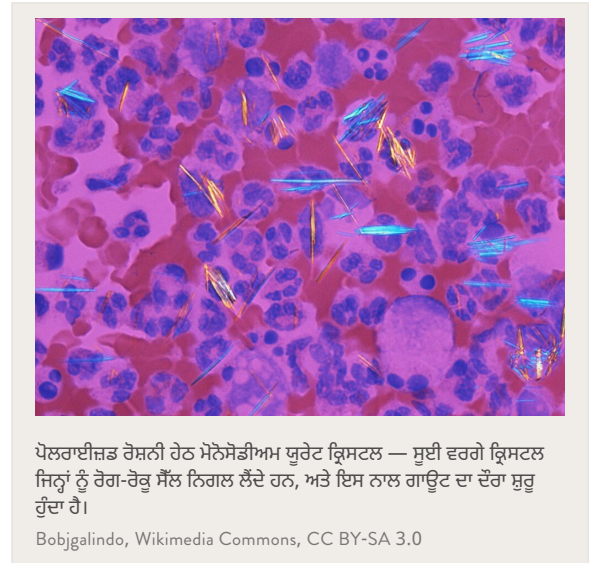
ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਗਾਊਟ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਜੋੜਾਂ ਦੀਆਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੁਝ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਅਸਲੀ ਇਲਾਜ ਮੌਜੂਦ ਹੈ — ਅਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਮਾੜੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਵੀ ਇੱਕ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਇਲਾਜ ਇੰਨੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਅਸਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਦਰਦ ਵੇਲੇ ਗ਼ਲਤ ਜਾਪਦਾ ਹੈ।

ਗਾਊਟ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੈ: ਯੂਰੇਟ ਦੇ ਕ੍ਰਿਸਟਲ

ਯੂਰਿਕ ਐਸਿਡ ਇੱਕ ਆਮ ਫ਼ਾਲਤੂ ਪਦਾਰਥ ਹੈ ਜੋ ਉਦੋਂ ਬਣਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਸਰੀਰ ਪਿਊਰੀਨ (purines) ਨਾਂ ਦੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਨੂੰ ਤੋੜਦਾ ਹੈ (ਜੋ ਸੈੱਲਾਂ ਅਤੇ ਕੁਝ ਖਾਣਿਆਂ ਤੋਂ ਆਉਂਦੇ ਹਨ)। ਜਦੋਂ ਖੂਨ ਵਿੱਚ ਯੂਰੇਟ ਦਾ ਪੱਧਰ ਉੱਚਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਘੁਲਿਆ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ ਅਤੇ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਤੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਛੋਟੇ, ਸੂਈ ਵਰਗੇ **ਮੋਨੋਸੋਡੀਅਮ ਯੂਰੇਟ (MSU) ਕ੍ਰਿਸਟਲ** ਬਣਾ ਲੈਂਦਾ ਹੈ। ਕ੍ਰਿਸਟਲ ਠੰਢੀਆਂ ਥਾਵਾਂ 'ਤੇ ਵਧੇਰੇ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਬਣਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਵੱਡਾ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਪੈਰ ਦਾ ਅੰਗੂਠਾ, ਜੋ ਸਰੀਰ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਠੰਢਾ ਅਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਬਾਹਰੀ ਸਿਰੇ ਵਾਲਾ ਜੋੜ ਹੈ, ਰਵਾਇਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾ ਨਿਸ਼ਾਨਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਉਸ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਇਹ ਸੱਚਮੁੱਚ ਨੁਕਸਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਸਿਰਫ਼ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਨਹੀਂ। **5,478** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਮਿਲਾ ਕੇ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ ਕਿ ਪੈਰ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਵਾਲੇ ਜੋੜ (first metatarsophalangeal joint) ਦਾ ਤੇਜ਼ ਗਠੀਆ ਗਾਊਟ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਆਮ ਹੈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਪੰਗਤਾ ਉੱਤੇ ਇਸ ਦਾ ਮਾਪਿਆ ਗਿਆ ਅਸਰ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੀ ਆਪਣੀ ਬਣਤਰ ਅਤੇ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਇਸ ਦੇ ਅਸਰ ਸਾਫ਼ ਦਿਖਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ [1]।



ਇਨਫਲੇਮਾਸੋਮ: ਦੌਰਾ ਇੰਨਾ ਅਚਾਨਕ ਅਤੇ ਤੇਜ਼ ਕਿਉਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ

ਦੌਰਾ ਉਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਰੋਗ-ਰੋਕੂ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੇ ਸਫ਼ਾਈ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸੈੱਲ (**ਮੈਕ੍ਰੋਫੇਜ, macrophages**) MSU ਕ੍ਰਿਸਟਲਾਂ ਨੂੰ ਨਿਗਲ ਲੈਂਦੇ ਹਨ। ਕ੍ਰਿਸਟਲ ਸੈੱਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਅਲਾਰਮ ਵਰਗੇ ਢਾਂਚੇ ਨੂੰ ਚਾਲੂ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ ਜਿਸ ਨੂੰ **NLRP3 ਇਨਫਲੇਮਾਸੋਮ (inflammasome)** ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਇੱਕ ਐਨਜ਼ਾਈਮ (caspase-1) ਨੂੰ ਚਾਲੂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਐਨਜ਼ਾਈਮ ਸੋਜਸ਼ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਇੱਕ ਤਾਕਤਵਰ ਸੰਦੇਸ਼ਵਾਹਕ, **ਇੰਟਰਲਿਊਕਿਨ-1β (IL-1β)**, ਛੱਡਦਾ ਹੈ। IL-1β ਜੋੜ ਨੂੰ ਸੋਜਸ਼ ਨਾਲ ਭਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਕੁਝ ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਤੇਜ਼ ਦੌਰੇ ਦੀ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਆਉਣ ਵਾਲੀ, ਤਿੱਖੀ ਲਾਲੀ, ਗਰਮੀ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਮੱਠੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਦੌਰੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਆਪ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਇੱਕ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਗੱਲ ਸਮਝਾਉਂਦੀ ਹੈ: ਦੌਰਾ ਕ੍ਰਿਸਟਲਾਂ ਪ੍ਰਤੀ ਰੋਗ-ਰੋਕੂ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਹੈ, ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਕ੍ਰਿਸਟਲ ਨਹੀਂ। ਦੌਰੇ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਕ੍ਰਿਸਟਲਾਂ ਨੂੰ ਹਟਾਉਣਾ ਵੱਖੋ-ਵੱਖਰੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਵੱਖੋ-ਵੱਖਰੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਵੱਖੋ-ਵੱਖਰੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਉਹ ਅੰਕ ਜੋ ਸਭ ਕੁਝ ਤੈਅ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦਾ ਇੱਕ ਮਾਪਣਯੋਗ ਟੀਚਾ ਹੈ: ਖੂਨ (ਸੀਰਮ) ਵਿੱਚ ਯੂਰੇਟ ਨੂੰ ਉਸ ਮਾਤਰਾ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਲਿਆਉਣਾ ਜਿਸ 'ਤੇ ਕ੍ਰਿਸਟਲ ਬਣ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਉੱਥੇ ਹੀ ਰੱਖਣਾ। ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਸੀਰਮ ਯੂਰੇਟ ਦਾ ਟੀਚਾ **0.36 mmol/L (6 mg/dL)** ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਟੋਫ਼ਾਈ ਮੌਜੂਦ ਹੋਣ ਉੱਥੇ **0.30 mmol/L (5 mg/dL)** ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਪੱਧਰਾਂ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਕ੍ਰਿਸਟਲ ਸਿਰਫ਼ ਇਕੱਠੇ ਹੋਣ ਨਹੀਂ ਰੁਕਦੇ, ਸਗੋਂ ਘੁਲ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਇੱਕ ਪੱਕੀ ਖ਼ੁਰਾਕ ਲਿਖ ਕੇ ਉਮੀਦ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ, ਉਸ ਟੀਚੇ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਲਈ ਇਲਾਜ ਕਰਨਾ ਹੀ ਉਹ ਹੈ ਜਿਸ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਸਬੂਤ ਹਨ। **183** ਲੋਕਾਂ ਉੱਤੇ ਕੀਤੇ ਇੱਕ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਕੰਟਰੋਲਡ ਟ੍ਰਾਇਲ (randomised controlled trial) ਵਿੱਚ, ਟੀਚਾ ਪੂਰਾ ਹੋਣ ਤੱਕ ਐਲੋਪ੍ਰਿਊਰੀਨੋਲ ਦੀ ਖ਼ੁਰਾਕ ਹਰ ਮਰੀਨੇ ਵਧਾਉਣ ਨਾਲ **24 ਮਰੀਨਿਆਂ** ਦੌਰਾਨ ਦੌਰੇ ਪੈਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਟੋਫ਼ਸ ਦੇ ਔਸਤ ਆਕਾਰ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਕਮੀ ਆਈ, ਅਤੇ ਇਹ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹਿਣ ਹੋ ਗਿਆ [2]।

ਸੇਵਾ ਦੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਵੀ ਇਹੀ ਸਿਧਾਂਤ: ਯੂਕੇ ਦੇ ਇੱਕ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲ ਵਿੱਚ, ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਟੀਚੇ ਤੱਕ ਯੂਰੇਟ ਘਟਾਉਣ ਦੀ ਰਣਨੀਤੀ ਉੱਤੇ ਅਧਾਰਿਤ ਨਰਸਾਂ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਵਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੇ ਆਮ ਦੇਖਭਾਲ ਨਾਲੋਂ ਯੂਰੇਟ ਉੱਤੇ ਕਿਤੇ ਬਿਹਤਰ ਕਾਬੂ ਪਾਇਆ, ਅਤੇ **ਦੋ ਸਾਲਾਂ** 'ਤੇ ਦੌਰੇ ਘੱਟ ਸਨ ਅਤੇ ਟੋਫ਼ਾਈ ਵਧੇਰੇ ਖੁਰੇ [3]।

ਇਸ ਤੋਂ ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਨਿਕਲਦੀਆਂ ਹਨ। ਐਲੋਪਿਊਰੀਨੋਲ ਦੀ ਅਜਿਹੀ ਖੁਰਾਕ ਜਿਸ ਨੂੰ ਕਦੇ ਖੂਨ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਘਟਾਇਆ-ਵਧਾਇਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ, ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ “ਮੇਰਾ ਗਾਊਟ ਕਾਬੂ ਵਿੱਚ ਹੈ” ਦਾ ਮਤਲਬ ਇੱਕ ਅੰਕ ਹੈ, ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਕੋਈ ਦੌਰਾ ਨਹੀਂ ਪਿਆ।

ਪਹਿਲੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕਿਉਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਯੂਰੇਟ ਘਟਾਉਣ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਨਾਲ ਦੌਰੇ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਕ੍ਰਿਸਟਲ ਘੁਲਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਅਜਿਹੇ ਕਣ ਛੱਡਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਤੀ ਇਨਫਲੇਮੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਮਹੀਨੇ ਉਸ ਨਾਲੋਂ ਵੀ ਮਾੜੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਿੰਨੀ ਬਿਮਾਰੀ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਪਦੀ ਸੀ। ਇਹੀ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਲੋਕ ਇਲਾਜ ਛੱਡ ਦਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਜਦਕਿ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਦੌਰਾ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਸਬੂਤ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਲਾਜ ਘੱਟ ਖੁਰਾਕ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਪਹਿਲੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਨਾਲ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਬਚਾਅ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ (prophylaxis) ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ‘ਤੇ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦਾ ਸਰਜਨ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਦਾ ਹੈ

ਗਾਊਟ ਸਿਰਫ਼ ਪੈਰ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਇਹ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਵਰਗਾ ਦਿਸ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਜਿਹੇ ਕੇਸ ਦਰਜ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਕੂਹਣੀ ਕੋਲ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜਨ ਵਾਲੇ ਸਿਰੇ (distal biceps insertion) ਉੱਤੇ ਗਾਊਟ ਵਾਲੀ ਟੈਨੋਸਾਇਨੋਵਾਈਟਿਸ (tenosynovitis, ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਖੋਲ ਦੀ ਸੋਜਸ਼) ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਪਾਟ ਗਿਆ, ਅਤੇ ਇਹ ਬਾਈਸੈਪਸ ਦੇ ਸਿੱਧੇ-ਸਾਢੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਾਟ ਜਾਣ (rupture) ਵਰਗਾ ਜਾਪਿਆ, ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਜਿਸ ਦਾ ਗਾਊਟ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਹੀ ਅਸਲ ਕਾਰਨ ਨਿਕਲਿਆ [4]। ਇਹ ਘੱਟ ਹੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਉਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਤਸ਼ਖੀਸ ਹੈ ਜੋ ਸਿਰਫ਼ ਉਹੀ ਵਿਅਕਤੀ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦੇ ਮਨ ਵਿੱਚ ਇਹ ਗੱਲ ਆਈ ਹੋਵੇ।

ਹੋਰ ਤਸੱਲੀ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕ ਆਮ ਚਿੰਤਾ ਸਹੀ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। **684,964** ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਮਿਲਾ ਕੇ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ ਕਿ ਗਾਊਟ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ) ਦੇ ਵਧੇ ਹੋਏ ਖ਼ਤਰੇ ਨਾਲ **ਨਹੀਂ** ਜੁੜਿਆ ਹੋਇਆ ਸੀ, ਅਤੇ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਲਿਖੀਆਂ ਗਈਆਂ ਯੂਰੇਟ ਘਟਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਉੱਤੇ ਨਾ ਕੋਈ ਮਾੜਾ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਕੋਈ ਚੰਗਾ ਅਸਰ ਦਿਸਿਆ [5]।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Stewart S, Dalbeth N, Vandal AC, Rome K. The first metatarsophalangeal joint in gout: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2016;17(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-016-0919-9>
- [2] Stamp LK, Chapman PT, Barclay ML, Horne A, Frampton C, Tan P, et al. A randomised controlled trial of the efficacy and safety of allopurinol dose escalation to achieve target serum urate in people with gout. Ann Rheum Dis. 2017;76(9):1522-8. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-210872>
- [3] Doherty M, Jenkins W, Richardson H, Sarmanova A, Abhishek A, Ashton D, et al. Efficacy and cost-effectiveness of nurse-led care involving education and engagement of patients and a treat-to-target urate-lowering strategy versus usual care for gout: a randomised controlled trial. Lancet. 2018;392(10156):1403-12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32158-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32158-5)
- [4] Fairhurst RJ, Schwartz AM, Rozmaryn LM. Gouty tenosynovitis of the distal biceps tendon insertion complicated by partial tendon rupture. Hand (N Y). 2016;12(1):NP1-NP5. <https://doi.org/10.1177/1558944715627639>
- [5] Liu F, Dong J, Zhou D, Kang Q, Xiong F. Gout is not associated with the risk of fracture: a meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2019;14(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-019-1317-4>