

ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਝਿੱਲੀ ਦੀ ਜਾਇੰਟ ਸੈੱਲ ਰਸੋਲੀ (ਉਂਗਲ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਉੱਤੇ ਗੰਢ)

ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਝਿੱਲੀ ਦੀ ਜਾਇੰਟ ਸੈੱਲ ਰਸੋਲੀ ਇੱਕ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ (ਕੈਂਸਰ ਨਹੀਂ), ਸਖ਼ਤ ਗੰਢ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਂਗਲ ਦੇ ਪਾਸੇ ਜਾਂ ਅਗਲੇ ਹਿੱਸੇ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① ② 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

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਉਂਗਲ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਗੰਢ ਨਜ਼ਰ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਦੁਖਦੀ ਨਹੀਂ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਖ਼ਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਗੰਢਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਕਿਸੇ ਜੋੜ ਦੇ ਨਾਲ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਕਸਰ ਪੋਟੇ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜੇ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਦੇ ਨਾਲ, ਅਤੇ ਇਹ ਉਂਗਲ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਪਾਸੇ, ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਜਾਂ ਹਥੇਲੀ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਥਾਂ ਹੈ।

ਗੰਢ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ ਹਰ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਕੋਈ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਕਰਕੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਵਧਦੀ ਹੋਈ ਗੰਢ ਨੇੜਲੀਆਂ ਬਣਤਰਾਂ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਗੰਢ ਕਿਸੇ ਨਸ (nerve) ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਿਹੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਸੁੰਨਪਨ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹਿੱਲਣ ਵੇਲੇ ਉਂਗਲ ਅਟਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕਲਿੱਕ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਕੁਝ ਹੱਦ ਤੱਕ ਟ੍ਰਿਗਰ ਫਿੰਗਰ (ਉਂਗਲ ਦਾ ਅਟਕਣਾ) ਵਾਂਗ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਉਂਗਲ ਥੋੜ੍ਹੀ ਦੇਰ ਲਈ ਫਸ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਫਿਰ ਝਟਕੇ ਨਾਲ ਖੁੱਲ੍ਹ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਗੰਢ ਕਿਸੇ ਜੋੜ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮੋੜਨਾ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਗੰਢ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਉਸ ਉਂਗਲ ਨਾਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਔਖੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਗੰਢ ਉਸ ਥਾਂ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਕੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਛੋਟੇ ਸਿੱਕੇ ਚੁੱਕਣਾ, ਬਟਨ ਲਾਉਣਾ, ਪੈਨ ਫੜਨਾ ਜਾਂ ਮਰਤਬਾਨ ਦਾ ਢੱਕਣ ਫੜਨਾ ਬੇਢੰਗਾ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਗੰਢ ਦਸਤਾਨਿਆਂ ਜਾਂ ਜੇਬਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਅੜ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਅਕਸਰ ਗੰਢ ਇੰਨੀ ਤੰਗ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛੋ, ਕਾਫ਼ੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਮੌਜੂਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਇਸ ਨੂੰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਬਦਲਦਾ ਦੇਖਦੇ ਹੋਏ ਮਹੀਨਿਆਂ ਜਾਂ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਉਡੀਕ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਕੁਝ ਗੱਲਾਂ ਜਾਣਨੀਆਂ ਚੰਗੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ (benign) ਹੈ, ਜਿਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਸਰੀਰ ਦੇ ਹੋਰ ਹਿੱਸਿਆਂ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਫੈਲਦੀ। ਇਹ ਮਰਦਾਂ ਨਾਲੋਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਥੋੜ੍ਹੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 32 ਤੋਂ 51 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕੋ ਗੰਢ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਥਾਵਾਂ 'ਤੇ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਗੰਢਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਧਿਆਨ ਰੱਖੋ ਕਿ ਕਿਤੇ ਉਂਗਲ ਜਾਂ ਹੱਥ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਤਾਂ ਨਹੀਂ ਹੋ ਗਿਆ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖ਼ਾਰ ਦੇ ਨਾਲ। ਜੇ ਅਜਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਗੰਢ ਵਧਦੀ ਰਹੇ, ਦੁਖਣ ਲੱਗ ਪਵੇ, ਜਾਂ ਉਂਗਲ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਟੈਂਡਨ (tendon) ਉਹ ਮਜ਼ਬੂਤ ਡੋਰੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਮੁੜਨ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਹਰ ਟੈਂਡਨ ਇੱਕ ਪਤਲੀ ਖੋਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਚੱਲਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਝਿੱਲੀ (tendon sheath) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਕੁਝ ਹੱਦ ਤੱਕ ਰੱਸੀ ਦੁਆਲੇ ਲੱਗੇ ਗੈਸਕਟ (gasket, ਸੀਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਛੱਲਾ) ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਡੋਰੀ ਨੂੰ ਤਿਲਕਵੀਂ ਰੱਖਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਉਂਗਲ ਦੇ ਹਿੱਲਣ ਵੇਲੇ ਇਹ ਖਿਸਕ ਸਕੇ।

ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਉਸ ਖੋਲ ਦੇ ਸੈੱਲ ਲੋੜ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਵਧਣ ਲੱਗਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਗੰਢ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਉੱਤੇ ਜਾਂ ਉਸ ਦੇ ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਕਿਸੇ ਜੋੜ ਦੇ ਨੇੜੇ। ਇਹ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ ਹੈ, ਜਿਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਫੈਲਦੀ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਇਹ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੀ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਗੰਢਾਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਔਸਤਨ ਲਗਭਗ 1.35 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਡੀਆਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਗੰਢ ਕੁਝ ਚੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇਕੱਠੇ ਭੀੜੇ ਹੋਣ ਨਾਲ ਬਣਦੀ ਹੈ: ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਵਾਲੇ ਸੈੱਲ, ਜਾਇੰਟ ਸੈੱਲ (giant cells, ਜੋ ਬਸ ਕਈ ਨਿਊਕਲੀਅਸ ਵਾਲੇ ਸੈੱਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ), ਅਤੇ ਹੀਮੋਸਿਡਰਿਨ (haemosiderin) ਨਾਮ ਦਾ ਇੱਕ ਗੂੜ੍ਹਾ ਰੰਗਦਾਰ ਪਦਾਰਥ, ਉਹੀ ਚੀਜ਼ ਜੋ ਪੁਰਾਣੇ ਨੀਲ ਨੂੰ ਰੰਗ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਸੇ ਰੰਗਦਾਰ ਪਦਾਰਥ ਕਰਕੇ, ਜੋ ਇਹ ਗੰਢਾਂ ਕਦੇ ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਦੇਖੀਆਂ ਜਾਣ, ਤਾਂ ਇਹ ਭੂਰੀਆਂ ਜਿਹੀਆਂ ਦਿਸ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਉੱਪਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਜਿਹੜੇ ਲੱਛਣ ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤੇ, ਉਹ ਗੰਢ ਦੇ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਇਹ ਵਧਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਟੈਂਡਨ, ਜੋੜ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਨਸ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਤੋਂ ਅਟਕਣ, ਅਕੜਾਅ ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਝਰਨਾਹਟ ਦੀ ਸਮਝ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮਾਂ ਇਹ ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ ਦੁਖਦੀ, ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਲਗਭਗ ਹਰ 100 ਵਿੱਚੋਂ 16 ਲੋਕ ਦਰਦ ਦੱਸਦੇ ਹਨ।

ਕੁਝ ਗੱਲਾਂ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹਨ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕੋ ਗੰਢ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਲਗਭਗ ਹਰ 100 ਵਿੱਚੋਂ 21 ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਦੋ ਜਾਂ ਵੱਧ ਵੱਖਰੀਆਂ ਗੰਢਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਗੰਢ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਜੋੜ ਦੇ ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਦੇ ਲਗਭਗ ਇੱਕ ਤਿਹਾਈ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਪੇਟੇ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜੇ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਹੀ ਘੱਟ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਗੰਢ ਹੱਡੀ ਦੇ ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਦਬ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਦਿਸ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸੇ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਇੱਕ ਘੱਟ ਮਿਲਣ ਵਾਲਾ, ਵਧੇਰੇ ਫੈਲਿਆ ਹੋਇਆ (diffuse) ਰੂਪ ਵੀ ਹੈ, ਜੋ ਇੱਕ ਸਾਫ਼-ਸੁਥਰੀ ਗੰਢ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਪਤਲੀਆਂ ਟਾਹਣੀਆਂ ਵਾਂਗ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਫੈਲਦਾ ਹੈ। ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਇਹ ਰੂਪ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਮਿਲਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਵਿਹਾਰ ਅਕਸਰ ਵੱਖਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਸਾਫ਼-ਸਾਫ਼ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੇਗਾ ਕਿ ਇਹ ਬਿਲਕੁਲ ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਗੰਢ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ 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 (referral) ਲੈਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਕਿ ਇਹ ਬਿਲਕੁਲ ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਗੰਢ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ ਇਮੇਜਿੰਗ (ਐਕਸ-ਰੇ ਜਾਂ ਸਕੈਨ) ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਗੰਢ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ ਹੈ ਅਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਕੁਝ ਨਾ ਕਰਨਾ ਵੀ ਇੱਕ ਅਸਲ ਵਿਕਲਪ ਹੈ। ਛੋਟੀ, ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ਗੰਢ ਲਈ, ਸਿਰਫ਼ ਇਸ ਉੱਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਣਾ ਸਹੀ ਚੋਣ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਗੰਢ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ (ਹੱਥ ਦੀ ਥੈਰੇਪੀ) ਅਕੜਾਅ ਅਤੇ ਅਟਕਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਹਿਲਦਾ ਰੱਖਣਾ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮਾਂ ਨੂੰ ਸੌਖਾ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ।

ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਕੋਈ ਅਜਿਹੀ ਦਵਾਈ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੋ ਗੰਢ ਨੂੰ ਸੁੰਗੜ ਦੇਵੇ, ਇਸ ਲਈ ਦਰਦ ਦੀਆਂ ਗੋਲੀਆਂ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatory) ਸਿਰਫ਼ ਉਸ ਤਕਲੀਫ਼ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਗੰਢ ਦੇ ਨੇੜਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾਉਣ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਗੰਢ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀਆਂ।

ਜਦੋਂ ਗੰਢ ਵੱਡੀ ਹੋਵੇ, ਦੁਖਦੀ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਆਮ ਇਲਾਜ ਹੈ। ਮਕਸਦ ਪੂਰੀ ਗੰਢ ਨੂੰ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਖੋਲ ਉੱਤੇ ਉਸ ਦੀ ਜੁੜਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਸਮੇਤ ਕੱਢਣਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜੁੜਨ ਵਾਲੀ ਉਸ ਥਾਂ ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਛੱਡ ਦੇਣ ਨਾਲ ਹੀ ਇਹ ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਾਂ, ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਵੱਡਦਰਸ਼ੀ ਸ਼ੀਸ਼ੇ (magnification) ਵਰਤਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਗੰਢ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੱਢਦੇ ਹਾਂ। ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗਣਾ (recurrence) ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਮੁੱਖ ਖ਼ਤਰਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੱਢਣ ਤੋਂ 36 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਉਂਗਲ ਦੀ ਗੰਢ ਕਢਵਾਉਣ ਵਾਲੇ 605 ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ, 14.8% ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਗੰਢ ਵਾਪਸ ਆ ਗਈ। ਇਸ ਨੂੰ ਇਵੇਂ ਵੀ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਾਂ: ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ, ਲਗਭਗ ਹਰ 100 ਵਿੱਚੋਂ 85 ਦੀ, ਗੰਢ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀ। ਜੇ ਇਹ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗਣ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਵਾਧੂ ਕਦਮਾਂ ਨਾਲ ਇਸ ਨੂੰ ਫਿਰ ਤੋਂ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਵੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੱਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਇਸ ਗੰਢ ਦਾ ਭਵਿੱਖ ਨਾਟਕੀ ਹੋਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਥਿਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਕਿਤੇ ਹੋਰ ਨਹੀਂ ਫੈਲਦੀ। ਜੇ ਇਵੇਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਛੋਟੀ ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ਗੰਢ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਬਸ ਜਿਵੇਂ ਹੈ ਉਵੇਂ ਹੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਠੀਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਿਸੇ ਖ਼ਤਰਨਾਕ ਚੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦੀ।

ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਮੁੱਖ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜੋ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਹੈ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਪਸ ਆਉਣਾ। ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗਣਾ ਇਸ ਗੰਢ ਦਾ ਮੁੱਢਲਾ ਖ਼ਤਰਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੱਢਣ ਤੋਂ 36 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਗੰਢਾਂ ਦੇ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਦੂਜੀਆਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਉਹ ਗੰਢਾਂ ਜੋ ਦੋ ਜਾਂ ਵੱਧ ਵੱਖਰੇ ਟੁਕੜਿਆਂ ਤੋਂ ਬਣੀਆਂ ਹੋਣ ਜੋ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੁੜੇ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ, ਅਤੇ ਉਹ ਗੰਢਾਂ ਜੋ ਖ਼ੁਦ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਜੋੜ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਪਰਤ ਵਿੱਚ ਵਧ ਗਈਆਂ ਹੋਣ। ਜਦੋਂ ਪੂਰੀ ਗੰਢ ਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਜੁੜਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਸਮੇਤ ਕੱਢ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਖ਼ਤਰਾ ਕਾਫ਼ੀ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੰਮਕਾਜ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚੰਗਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਉਂਗਲ ਤੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਗੰਢ ਕੱਢੀ ਗਈ ਹੈ, ਉਹ ਬਾਂਹ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਮਾਪਣ ਵਾਲੇ ਇੱਕ ਮਿਆਰੀ ਪੈਮਾਨੇ ਉੱਤੇ ਔਸਤਨ ਆਮ ਕੰਮਕਾਜ ਦਾ 92% ਅੰਕ ਹਾਸਲ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਦਰਜ ਕੀਤੇ ਗਏ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਉਂਗਲ ਦੀ ਪੂਰੀ ਹਿਲਜੁਲ ਬਣੀ ਰਹੀ, ਅਤੇ ਦੋ ਸਾਲ ਵਾਲੀ ਜਾਂਚ ਤੱਕ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਉਂਗਲ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਮੁੜ ਆਮ ਵਰਗੀ ਹੋ ਗਈ।

ਜੇ ਗੰਢ ਉਹ ਘੱਟ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ, ਵਧੇਰੇ ਫੈਲਣ ਵਾਲੀ ਕਿਸਮ ਦੀ ਹੈ ਜੋ ਟਾਹਣੀਆਂ ਵਾਂਗ ਟੈਂਡਨ ਦੁਆਲੇ ਲਿਪਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੱਢਣਾ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਅਜਿਹੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਉਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਕੇਂਦਰਿਤ ਰੇਡੀਏਸ਼ਨ ਥੈਰੇਪੀ (radiation therapy, ਰੇਡੀਏਸ਼ਨ ਨਾਲ ਇਲਾਜ) ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ ਗੰਢ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਛੋਟੀ, ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ਗੰਢ ਉੱਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹਕੀਕੀ ਤਸਵੀਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਗੰਢ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧੇਗੀ ਜਾਂ ਉਵੇਂ ਹੀ ਰਹੇਗੀ, ਅਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਮੋੜਨਾ ਜਾਂ ਛੋਟੇ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਵਰਤਣਾ ਹੋਰ ਔਖਾ ਬਣਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਦੁਖਣ ਲੱਗ ਪਵੇ, ਵਧਦੀ ਰਹੇ, ਜਾਂ ਉਂਗਲ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦੇਵੇ, ਤਾਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹੀ ਉਹ ਮੋੜ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਬਣਦਾ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਗੰਢਾਂ ਲਈ ਜਲਦਬਾਜ਼ੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਕਦੇ ਵੀ ਕੋਈ ਦੌੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜੇ ਗੰਢ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੀ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧ ਰਹੀ ਹੈ, ਦੁਖਣ ਲੱਗ ਪਈ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਂਗਲ ਜਾਂ ਹੱਥ ਨੂੰ ਆਮ ਵਾਂਗ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀ ਹੈ। ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ ਜੇ ਹਿੱਲਣ ਵੇਲੇ ਉਂਗਲ ਅਟਕਦੀ ਜਾਂ ਕਲਿੱਕ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਸੁੰਨਪਨ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਗੰਢ ਦੇ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਕਾਰਨ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮੋੜਨਾ ਔਖਾ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਹ ਉਹ ਗੱਲਾਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਦੇਰ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਜਲਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚੰਗੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜੇ ਗੰਢ ਟੈਂਡਨ ਜਾਂ ਜੋੜ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਪਰਤ ਵਿੱਚ ਵਧ ਗਈ ਹੋਵੇ, ਉਸ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੱਢਣਾ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਪਰ ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਲਈ ਉਸੇ ਦਿਨ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲ ਜਾਂ ਹੱਥ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਜੀਪੀ ਦੇ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ 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 ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਝਿੱਲੀ ਦੀ ਜਾਇੰਟ ਸੈੱਲ ਰਸੋਲੀ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਦੀ ਮੁੱਖ ਸਮੱਸਿਆ ਇਸ ਦਾ ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗਣਾ (recurrence) ਹੈ, ਅਤੇ ਸਬੂਤ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗਣਾ ਇਸ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਦੀ ਕਿਸੇ ਗੱਲ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਰ ਰਸੋਲੀ ਦੀ ਆਪਣੀ ਜੀਵ-ਵਿਗਿਆਨਕ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ (biology) ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗਣਾ ਰਸੋਲੀ ਦੀ ਆਪਣੀ ਖ਼ਾਸੀਅਤ ਹੈ, ਸਿਰਫ਼ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਨਹੀਂ

ਗੰਢ ਦੇ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਦੀ ਸਹਿਜ ਵਿਆਖਿਆ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਪਿੱਛੇ ਰਹਿ ਗਿਆ ਸੀ। ਉੱਗਣਾਂ ਦੇ 605 ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਨੇ ਕੁਝ ਹੋਰ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਿਆ: **ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗਣ ਵਿੱਚ ਰਸੋਲੀ ਦੀ ਅੰਦਰੂਨੀ ਜੀਵ-ਵਿਗਿਆਨਕ ਪ੍ਰਕਿਰਤੀ, ਰਸੋਲੀ ਦੀ ਥਾਂ ਜਾਂ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਵਿੱਚ ਧਸਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਬੁਨਿਆਦੀ ਭੂਮਿਕਾ ਨਿਭਾਉਂਦੀ ਜਾਪਦੀ ਹੈ**, ਅਤੇ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਇਹ ਪਛਾਣਨ ਲਈ ਵੱਡੇ ਅਗਾਂਹਵਧੂ ਅਧਿਐਨਾਂ (prospective studies) ਦੀ ਮੰਗ ਕੀਤੀ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਰਸੋਲੀਆਂ ਦੇ ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗਣ ਦਾ ਰੁਝਾਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ [1]।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਸੱਚਮੁੱਚ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ। ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗਣਾ ਇਸ ਰਸੋਲੀ ਦਾ ਇੱਕ ਜਾਣਿਆ-ਪਛਾਣਿਆ ਵਿਹਾਰ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਸਬੂਤ ਕਿ ਕੁਝ ਗ਼ਲਤ ਹੋ ਗਿਆ।

ਇਲਾਜ ਚੋਣਵਾਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਨਾ ਕਰਨਾ ਇੱਕ ਅਸਲ ਵਿਕਲਪ ਹੈ

ਜਦੋਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਗੱਲ ਭੁੱਲਣੀ ਸੌਖੀ ਹੈ। ਪਹਿਲੀ ਕਤਾਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦਾ ਸਿਧਾਂਤ ਗੰਢ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੱਢਣਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਲਾਜ **ਕਦੇ ਵੀ ਤੁਰੰਤ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ**, ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਕਾਰਨ ਨੂੰ ਲੱਛਣਾਂ, ਵਾਧੇ, ਥਾਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਹਾਲਾਤਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਤੋਲਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ [4]।

ਛੋਟੀ, ਦਰਦ-ਰਹਿਤ, ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਣ ਵਾਲੀ ਗੰਢੀ ਲਈ, ਇਸ ਉੱਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਣਾ ਇੱਕ ਜਾਇਜ਼ ਚੋਣ ਹੈ। ਰਸੋਲੀ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ ਹੈ ਅਤੇ ਫੈਲਦੀ ਨਹੀਂ, ਇਸ ਲਈ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਦੀ ਦਲੀਲ ਕੰਮਕਾਜ, ਆਕਾਰ ਅਤੇ ਪਰੇਸ਼ਾਨੀ ਬਾਰੇ ਹੈ — ਖ਼ਤਰੇ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ।

ਪਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀਆਂ ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਸੱਚਮੁੱਚ ਫ਼ਰਕ ਪਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ

ਜੀਵ-ਵਿਗਿਆਨ ਹੀ ਪੂਰੀ ਕਹਾਣੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇੱਕ ਥਾਂ ਸੀਮਤ ਕਿਸਮ ਦੀ ਟੀਨੋਸਾਈਨੋਵੀਅਲ ਜਾਇੰਟ ਸੈੱਲ ਰਸੋਲੀ (tenosynovial giant cell tumour) ਵਾਲੇ 941 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗਣ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਕਾਰਕ ਸਨ **ਰਸੋਲੀ ਦਾ ਵੱਡਾ ਆਕਾਰ ਅਤੇ ਪਹਿਲਾ ਇਲਾਜ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਹੋਣਾ**। ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀਆਂ ਮੁਕਾਬਲਤਨ ਘੱਟ ਦਰਾਂ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਚੰਗੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਦੇਖਦੇ ਹੋਏ, ਲੇਖਕ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖ਼ਤਰੇ ਵਾਲੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗਣ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਲਈ, ਜਿੱਥੇ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ, **ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਰਾਹੀਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੱਢਣ** ਦੀ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਨ [2]।

ਦੂਜਾ ਪੱਖ ਇਹ ਹੈ ਕਿ 1,448 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਕੱਢਣਾ ਇੱਕ ਥਾਂ ਸੀਮਤ ਕਿਸਮ ਲਈ ਚਾਰ ਜੋੜਾਂ ਵਿੱਚ ਅਸਰਦਾਰ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਦਕਿ ਫੈਲੀ ਹੋਈ (diffuse) ਕਿਸਮ ਵਿੱਚ, ਦੂਰਬੀਨ ਨਾਲ ਜੋੜ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਪਰਤ ਕੱਢਣਾ (arthroscopic synovectomy) ਸਿਰਫ਼ ਗੋਡੇ ਵਿੱਚ ਅਸਰਦਾਰ ਸਾਬਤ ਹੋਇਆ ਹੈ [3]।

ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮਿਲਾ ਕੇ ਦੇਖੀਏ ਤਾਂ: ਛੋਟੀ, ਇੱਕ ਥਾਂ ਸੀਮਤ, ਸਾਫ਼ ਕਿਨਾਰਿਆਂ ਵਾਲੀ ਗੰਢ ਲਈ, ਕੋਈ ਵੀ ਤਰੀਕਾ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਆਕਾਰ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਰੂਪ ਲਈ, ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੱਢਣ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਬੂਤ ਹਨ। ਕਾਰਨ ਮਕੈਨੀਕਲ ਹੈ: ਇਹ ਰਸੋਲੀ ਟੈਂਡਨ, ਨਸ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਪੱਤਿਆਂ ਵਾਂਗ ਟਾਹਣੀਆਂ ਬਣਾ ਕੇ ਫੈਲਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿਹੜੇ ਹਿੱਸੇ ਸਭ ਤੋਂ ਸੌਖਿਆਂ ਰਹਿ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਉਹ ਉਹੀ ਹਨ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਬਣਤਰਾਂ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਲੁਕੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਚੁੱਕ ਕੇ ਸਿੱਧਾ ਦੇਖਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ।

ਨਾਮ ਕਿਉਂ ਅਹਿਮ ਹੈ

ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਹੁਣ **ਟੀਨੋਸਾਈਨੋਵੀਅਲ ਜਾਇੰਟ ਸੈੱਲ ਰਸੋਲੀ** ਦੇ ਨਾਮ ਹੇਠ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਦਾ ਇੱਕ ਥਾਂ ਸੀਮਤ ਰੂਪ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਫੈਲਿਆ ਹੋਇਆ ਰੂਪ, ਦੋਵੇਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਪਿਗਮੈਂਟਿਡ ਵਿਲੋਨੋਡਿਊਲਰ ਸਾਈਨੋਵਾਈਟਿਸ (pigmented villonodular synovitis) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਸੀ [4]। ਇਹ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਥਾਵਾਂ ਅਤੇ ਵਧੇਰੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਢੰਗਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕੋ ਹੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਵਿਸ਼ੇ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਪੜ੍ਹਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਖੋਜ ਕਰਨ 'ਤੇ ਗੋਡਿਆਂ ਅਤੇ ਚੂਲਿਆਂ (ਕੁਲ੍ਹੇ ਦਾ ਜੋੜ, hip) ਬਾਰੇ ਸਮੱਗਰੀ ਮਿਲੇਗੀ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਰੂਪ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰ ਰਹੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਫੈਲੀ ਹੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਲਈ ਦੱਸੀਆਂ ਗਈਆਂ ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗਣ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਉੱਗਲ ਦੀ ਇੱਕ ਥਾਂ ਸੀਮਤ ਗੰਢ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਨਾਲੋਂ ਕਾਫ਼ੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਨ। ਗੋਡੇ ਦੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਉੱਗਲ ਦੀ ਗੰਢ ਉੱਤੇ ਲਾਗੂ ਕਰਨਾ ਖ਼ਤਰੇ ਨੂੰ ਵਧਾ-ਚੜ੍ਹਾ ਕੇ ਦੱਸਦਾ ਹੈ।

ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਥਾਂ ਕਿੱਥੇ ਹੈ

ਜੇ ਫੈਲੀ ਹੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗ ਆਈ ਹੈ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੱਢੀ ਨਹੀਂ ਜਾ ਸਕਦੀ, ਉਸ ਲਈ ਕਈ ਵਾਰ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਸਹਾਇਕ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ (adjuvant radiotherapy) ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (meta-analysis) ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਪਿਗਮੈਂਟਿਡ ਵਿਲੋਨੋਡਿਊਲਰ ਸਾਈਨੋਵਾਈਟਿਸ ਵਿੱਚ, ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਜੋੜ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਪਰਤ ਕੱਢਣਾ (open synovectomy), ਜਾਂ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਰੇਡੀਓਥੈਰੇਪੀ, **ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗਣ ਦੀ ਘੱਟ ਦਰ** ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਸੀ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਇਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਲਈ ਵੱਡੇ ਅਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਅਗਾਂਹਵਧੂ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੀ ਮੰਗ ਕੀਤੀ [5]।

ਉੱਗਲ ਦੀ ਇੱਕ ਥਾਂ ਸੀਮਤ ਰਸੋਲੀ ਲਈ, ਜੇ ਹੱਥ ਦੇ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਸਵਾਲ ਪੈਦਾ ਹੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਇਹ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਫੈਲੇ ਹੋਏ, ਮੁੜ-ਮੁੜ ਉੱਗਣ ਵਾਲੇ, ਜੋੜ-ਅਧਾਰਿਤ ਸਿਰੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹੈ, ਅਤੇ ਇੱਥੇ ਸਿਰਫ਼ ਇਸ ਲਈ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਨਾਮ ਨਾਲ ਖੋਜ ਕਰਨ 'ਤੇ ਇਹ ਸਾਹਮਣੇ ਆਵੇਗਾ।

ਇਹ ਕੀ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਨਾਮ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਇਹ ਇੱਕ **ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ** ਰਸੋਲੀ ਹੈ। ਇਹ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਕਿਤੇ ਹੋਰ ਨਹੀਂ ਫੈਲਦੀ। “ਰਸੋਲੀ” (tumour) ਸ਼ਬਦ ਇੱਥੇ ਉਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡਰ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿੰਨਾ ਉਸ ਨੂੰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਉੱਗਣ ਦੀ ਚਿੰਤਾ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਦੀ ਸਥਾਨਕ ਸਰਜਰੀ, ਅਕੜਾਅ ਅਤੇ ਨਸਾਂ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੋਣ ਬਾਰੇ ਹੈ, ਕੈਂਸਰ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Fotiadis E, Papadopoulos A, Svarnas T, Akritopoulos P, Sachinis NP, Chalidis BE. Giant cell tumour of tendon sheath of the digits. A systematic review. Hand (N Y). 2011;6(3):244-9. <https://doi.org/10.1007/s11552-011-9341-9>

[2] Mastboom M, Staals E, Verspoor F, Rueten-Budde A, Stacchiotti S, Palmerini E, et al. Surgical treatment of localized-type tenosynovial giant cell tumors of large joints: a study based on a multicenter-pooled database of 31 international sarcoma centers. J Bone Joint Surg Am. 2019;101(14):1309-18. <https://doi.org/10.2106/JBJS.18.01147>

[3] Noailles T, Brulefert K, Briand S, Longis P, Andrieu K, Chalopin A, et al. Giant cell tumor of tendon sheath: open surgery or arthroscopic synovectomy? A systematic review of the literature. Orthop Traumatol Surg Res. 2017;103(5):809-14. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2017.03.016>

[4] Gouin F, Noailles T. Localized and diffuse forms of tenosynovial giant cell tumor (formerly giant cell tumor of the tendon sheath and pigmented villonodular synovitis). Orthop Traumatol Surg Res. 2017;103(1):S91-S97. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.11.002>

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[5] Mollon B, Lee A, Busse JW, Griffin AM, Ferguson PC, Wunder JS, et al. The effect of surgical synovectomy and radiotherapy on the rate of recurrence of pigmented villonodular synovitis of the knee. Bone Joint J. 2015;97-B(4):550-7. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.97B4.34907>