CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

ਗਲੋਮਸ ਰਸੌਲੀ (Glomus Tumour)

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

ਗਲੋਮਸ ਰਸੌਲੀ (glomus tumour) ਦਾ ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਬਿਲਕੁਲ ਛੋਟੀ ਜਿਹੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਨਹੁੰ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਉਂਗਲ ਦੇ ਪੋਟੇ ਦੀ ਗੱਦੀ (pulp) ਵਿੱਚ। ਇਹ ਬਹੁਤ ਤੇਜ਼ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਥਾਂ ਦੇ ਛੋਟੇ ਆਕਾਰ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਹੱਦੋਂ ਵੱਧ। ਬਿਲਕੁਲ ਉਸੇ ਥਾਂ ਨੂੰ ਛੂਹਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਛਿੜ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਠੰਢ ਨਾਲ ਵੀ: ਫ਼ਰਿੱਜ ਜਾਂ ਫ਼ਰੀਜ਼ਰ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਪਾਉਣਾ, ਠੰਢੇ ਪਾਣੀ ਨਾਲ ਹੱਥ ਧੋਣਾ, ਜਾਂ ਠੰਢੀ ਸਵੇਰ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਣਾ, ਇਹ ਸਭ ਅਚਾਨਕ ਤਿੱਖੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਭੜਕਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਦਰਦ ਮੋਢੇ ਵੱਲ ਉੱਪਰ ਜਾਂਦਾ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਦਰਦ ਲਗਾਤਾਰ ਦੁਖਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਅਚਾਨਕ ਦੌਰਿਆਂ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਰਾਤ ਨੂੰ ਇਸ ਦਾ ਭੜਕਣਾ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੋਲ੍ਹ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਲਗਭਗ ਹਰ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਪੋਟਾ ਵਰਤਦੇ ਹੋ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਔਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ: ਪੈੱਨ ਫੜਨਾ, ਟਾਈਪ ਕਰਨਾ, ਕਮੀਜ਼ ਦੇ ਬਟਨ ਲਾਉਣਾ, ਚਾਬੀ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਜਾਂ ਪਤੀਲਾ ਚੁੱਕਣਾ, ਇਹ ਸਭ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਨੂੰ ਦਬਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਵਰਤਣਾ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿਓ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਹੁੰ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਨੀਲਾ ਜਾਂ ਗੁਲਾਬੀ ਨਿਸ਼ਾਨ, ਜਾਂ ਖ਼ੁਦ ਨਹੁੰ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਉੱਭਰੀ ਧਾਰੀ ਵੀ ਦਿਸ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਰਸੌਲੀ ਬਹੁਤ ਛੋਟੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਸਿਰਫ਼ ਕੁਝ ਮਿਲੀਮੀਟਰ ਚੌੜੀ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਬਿਲਕੁਲ ਦਿਸਦੀ ਹੀ ਨਹੀਂ। ਇਹੀ ਇੱਕ ਵੱਡਾ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਦੀ ਪਛਾਣ (diagnosis) ਵਿੱਚ ਅਕਸਰ ਸਾਲਾਂ ਦੀ ਦੇਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੱਸੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਗਲੋਮਸ ਰਸੌਲੀ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ (benign) ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਕੈਂਸਰ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹ ਫੈਲੇਗੀ ਨਹੀਂ। ਪਰ ਇਸ ਨਾਲ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਅਸਲੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਔਖਾ ਬਣਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਲੰਮਾ ਸਮਾਂ ਇਸ ਨਾਲ ਜਿਉਣਾ ਤੁਹਾਡੇ ਉੱਤੇ ਭਾਰੀ ਪੈਂਦਾ ਹੈ।

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

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੀ ਚਮੜੀ ਦੇ ਅੰਦਰ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਤੁਹਾਡੇ ਪੋਟਿਆਂ ਅਤੇ ਨਹੁੰਆਂ ਦੇ ਹੇਠਲੀ ਚਮੜੀ (nail bed) ਵਿੱਚ, ਗਲੋਮਸ ਬਾਡੀ (glomus bodies) ਨਾਂ ਦੀਆਂ ਬਹੁਤ ਛੋਟੀਆਂ ਬਣਤਰਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਹਰ ਇੱਕ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਨਾੜੀ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਜਿਹਾ ਗੁੱਛਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਖ਼ਾਸ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਸੈੱਲਾਂ ਅਤੇ ਨਸਾਂ ਦੇ ਬਰੀਕ ਸਿਰਿਆਂ ਵਿੱਚ ਲਿਪਟਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਕੰਮ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਤਾਪਮਾਨ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਚਮੜੀ ਤੱਕ ਖ਼ੂਨ ਦੇ ਵਹਾਅ ਨੂੰ ਖੋਲ੍ਹਣਾ ਅਤੇ ਬੰਦ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਹ ਪੋਟਿਆਂ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਖ਼ੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਅਤੇ ਨਸਾਂ ਦੋਵੇਂ ਭਰਪੂਰ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

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

ਗਲੋਮਸ ਰਸੌਲੀ ਇਹਨਾਂ ਸੈੱਲਾਂ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ ਵਾਧਾ ਹੈ। ਇਹ ਕੈਂਸਰ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਫੈਲੇਗੀ ਨਹੀਂ। ਇਹ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੀ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਹੁੰ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਜਾਂ ਪੋਟੇ ਦੀ ਗੱਦੀ ਵਿੱਚ, ਅਤੇ ਇਹ ਛੋਟੀ ਹੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ: ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ 1 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੌੜੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਮੱਸਿਆ ਆਕਾਰ ਦੀ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਥਾਂ ਦੀ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਰਸੌਲੀ ਨਸਾਂ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਨਾਲ ਭਰੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਦਬਾਉਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਦੇ ਸੰਕੇਤ ਭੇਜਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਨਸ ਰੇਸ਼ਿਆਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਇੱਕ ਰਸਾਇਣ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਦਰਦ ਦੇ ਭੜਕਣ ਨੂੰ ਹੋਰ ਵਧਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਕੁਝ ਮਿਲੀਮੀਟਰ ਚੌੜੀ ਗੰਢ ਆਪਣੇ ਆਕਾਰ ਤੋਂ ਕਿਤੇ ਵੱਧ ਦਰਦ ਪੈਦਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਠੰਢ, ਜੋ ਰਸੌਲੀ ਵਿੱਚੋਂ ਖ਼ੂਨ ਦੇ ਵਹਾਅ ਨੂੰ ਬਦਲਦੀ ਹੈ, ਦਰਦ ਛੇੜ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਗਲੋਮਸ ਰਸੌਲੀਆਂ ਕਿਸੇ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਹੁੰ ਦੇ ਹੇਠਾਂ, ਅਤੇ ਇਹ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਆਮ ਹਨ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅੱਧਖੜ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਕਿਤੇ ਹੋਰ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਦੀ ਚਮੜੀ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਹੇਠਾਂ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕੋ ਸਮੇਂ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਰਸੌਲੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਨਿਊਰੋਫ਼ਾਈਬਰੋਮੈਟੋਸਿਸ ਟਾਈਪ 1 (neurofibromatosis type 1) ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹਨ, ਜੋ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਨਸਾਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਗੰਢਾਂ ਬਣਦੀਆਂ ਹਨ।

ਦਰਦ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਰਸੌਲੀ ਆਪ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ ਹੈ। ਇਸ ਦੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਇੰਨੀ ਛੋਟੀ ਅਤੇ ਦੇਖਣ ਵਿੱਚ ਇੰਨੀ ਔਖੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਅਕਸਰ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਇਸ ਦੀ ਪਛਾਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਜਦਕਿ ਦਰਦ ਵਧਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਪੂਰੀ ਰਸੌਲੀ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਨਸਾਂ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਹਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਖ਼ਾਸ ਕਿਸਮ ਦਾ ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸੇ ਵੇਲੇ ਚਲਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਰਾ, ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਂਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ, ਗਲੋਮਸ ਰਸੌਲੀਆਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਕੱਢ ਕੇ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਕੋਈ ਗੋਲੀ, ਕਰੀਮ ਜਾਂ ਟੀਕਾ ਰਸੌਲੀ ਨੂੰ ਖ਼ਤਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਮੁਲਾਕਾਤ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ, ਸਰੀਰਕ ਜਾਂਚ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਸਕੈਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਨਾਲ ਪਛਾਣ ਪੱਕੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਕਿਉਂਕਿ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਰਸੌਲੀ ਆਪ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਅਜ਼ਮਾਉਣ ਲਈ ਕੋਈ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਦਰਦ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories) ਕੁਝ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਦਰਦ ਨੂੰ ਮੱਧਮ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਰਸੌਲੀ ਨੂੰ ਖ਼ਤਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀਆਂ, ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਅਸਰ ਮੁੱਕਣ ਉੱਤੇ ਦਰਦ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਠੰਢ ਤੋਂ ਬਚਾਉਣ ਬਾਰੇ ਵੀ ਇਹੀ ਗੱਲ ਹੈ: ਇਸ ਨਾਲ ਦਰਦ ਦਾ ਭੜਕਣਾ ਘਟ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਕਾਰਨ ਦਾ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

ਸਰਜਰੀ ਹੀ ਇਲਾਜ ਹੈ। ਪੂਰੀ ਰਸੌਲੀ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਪੋਟੇ ਵਿੱਚ ਨਸਾਂ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਹਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਖ਼ਾਸ ਕਿਸਮ ਦਾ ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸੇ ਵੇਲੇ ਚਲਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਹੁੰ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਨਹੁੰ ਦੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਰਸੌਲੀ ਨੂੰ ਇੱਕੋ ਟੁਕੜੇ ਵਿੱਚ ਕੱਢਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਆਪਣਾ ਵੱਖਰਾ ਪੰਨਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨੂੰ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਅਤੇ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਵੇਰਵਾ ਹੈ।

ਰਸੌਲੀ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਹੱਦੋਂ ਵੱਧ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲਤਾ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਉਸੇ ਵੇਲੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਉਸੇ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਮੁੜ ਆਉਣਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਦਰਦ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਅਕਸਰ ਇਹ ਪਹਿਲੀ ਰਸੌਲੀ ਦੇ ਮੁੜ ਵਧਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕਿਸੇ ਨਵੀਂ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਦੂਜੀ ਛੋਟੀ ਰਸੌਲੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਰਸੌਲੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਦੀ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਵੇਲੇ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇ ਕੋਈ ਉਂਗਲ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖ਼ਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ; ਜੀਪੀ ਦੇ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੋਲ੍ਹਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਮਾਹਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ।

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

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜੇ ਇਸ ਨੂੰ ਇਵੇਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਗਲੋਮਸ ਰਸੌਲੀ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਦਰਦ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਮੁੜ ਆਉਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਕਿਸੇ ਵੱਲੋਂ ਇਸ ਦੀ ਪਛਾਣ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲੰਮਾ ਸਮਾਂ ਇਸ ਨਾਲ ਜਿਉਂਦੇ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਰਸੌਲੀ ਬਹੁਤ ਛੋਟੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਦਿਸਦੀ ਨਹੀਂ। ਉਸ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਦਰਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਥਕਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਕੰਮ ਨੂੰ ਔਖਾ ਬਣਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਮੁਤਾਬਕ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਰਸੌਲੀ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੱਢ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤਸਵੀਰ ਬਦਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਖ਼ਾਸ ਕਿਸਮ ਦਾ ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸੇ ਵੇਲੇ ਚਲਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਨਸਾਂ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੋਂ ਦਬਾਅ ਹਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮੁੜ ਆਉਣਾ ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਦਰਦ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਅਕਸਰ ਇਹ ਪਹਿਲੀ ਰਸੌਲੀ ਦੇ ਮੁੜ ਵਧਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕਿਸੇ ਨਵੀਂ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਦੂਜੀ ਛੋਟੀ ਰਸੌਲੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਰਸੌਲੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਸਰਜਰੀ ਵੇਲੇ ਜਾਂਚ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਕਾਜ ਦੀ ਵਾਪਸੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਪੇਟੇ ਨੂੰ ਛੂਹਣ ਉੱਤੇ ਦਰਦ ਹੋਵੇਗਾ, ਅਤੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਜਾਂ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਇਸ ਨੂੰ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਸ ਉੱਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਭਰੋਸਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ (ਹੱਥ ਦੀ ਕਸਰਤ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ) ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿਖੇ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਰੂਬੀ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਹਨ: ਉਹ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਨਗੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਬਣਾਉਣਗੇ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜਿਸ ਦਰਦ ਨੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਉੱਤੇ ਕਬਜ਼ਾ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਸੀ ਉਹ ਚਲਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਪਕੜਨਾ, ਟਾਈਪ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਬਟਨ ਲਾਉਣਾ ਵਰਗੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਉਸ ਇੱਕ ਥਾਂ ਬਾਰੇ ਸੋਚੇ ਬਿਨਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਸੰਭਵ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਗਲੋਮਸ ਰਸੌਲੀ ਦੀ ਛੇਤੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਪਛਾਣ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਹੀ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਖ਼ਾਸ ਗੱਲ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਕਿਸੇ ਵੱਲੋਂ ਇਸ ਦੀ ਪਛਾਣ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਦਰਦ ਨਾਲ ਜਿਉਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਪਹਿਲਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕੋਈ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਨੂੰ ਤਾਂ ਰਸਤੇ ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਰੋਗ ਵੀ ਦੱਸ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਉਂਗਲ ਦੀ ਇੱਕ ਬਿਲਕੁਲ ਛੋਟੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਹੈ, ਅਜਿਹੀ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਪੈਨਸਿਲ ਦੀ ਨੋਕ ਨਾਲ ਲੱਭ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਅਜਿਹਾ ਦਰਦ ਹੈ ਜੋ ਠੰਢ ਨਾਲ ਛਿੜਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਸੇ ਮਾਹਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ। ਨਹੁੰ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਨੀਲਾ ਜਾਂ ਗੁਲਾਬੀ ਨਿਸ਼ਾਨ, ਜਾਂ ਨਹੁੰ ਵਿੱਚ ਉੱਭਰੀ ਧਾਰੀ ਵੀ ਇਸ ਵਿੱਚ ਗਿਣੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਸਕੈਨ ਆਮ ਆਇਆ ਹੋਵੇ: ਜਦੋਂ ਲੱਛਣ ਮੇਲ ਖਾਂਦੇ ਹੋਣ ਤਾਂ ਆਮ ਸਕੈਨ ਛੋਟੀ ਰਸੌਲੀ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨੂੰ ਖ਼ਤਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

ਰਸੌਲੀ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਖ਼ੁਦ ਰਸੌਲੀ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਪਰ ਜੇ ਕੋਈ ਉਂਗਲ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖ਼ਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ; ਜੀਪੀ ਦੇ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਗਲੋਮਸ ਰਸੌਲੀ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਹੱਥ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀਆਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਥੋੜ੍ਹੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਆਮ ਸਮੱਸਿਆ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਪਛਾਣ ਹੈ: ਰਸੌਲੀ ਬਹੁਤ ਛੋਟੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਦਿਸਦੀ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਫਿਰ ਵੀ ਲੋਕ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਇਸ ਨਾਲ ਜਿਉਂਦੇ ਹਨ ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਕੋਈ ਇਸ ਦਾ ਨਾਂ ਲਵੇ।

ਕੁਝ ਮਿਲੀਮੀਟਰ ਚੌੜੀ ਚੀਜ਼ ਤੋਂ ਸਾਲਾਂ ਦਾ ਦਰਦ

ਗਲੋਮਸ ਬਾਡੀ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਨਾੜੀ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਜਿਹਾ ਗੁੱਛਾ ਹੈ ਜੋ ਖ਼ਾਸ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਸੈੱਲਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਪਟਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਚਮੜੀ ਤੱਕ ਖ਼ੂਨ ਦੇ ਵਹਾਅ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਪੋਟੇ ਅਤੇ ਨਹੁੰਆਂ ਦੇ ਹੇਠਲੀ ਚਮੜੀ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਭਰੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਗਲੋਮਸ ਰਸੌਲੀ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੈੱਲਾਂ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ ਵਾਧਾ ਹੈ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਹੁੰ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਜਾਂ ਪੋਟੇ ਦੀ ਗੱਦੀ (pulp) ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸੈੱਲ ਖ਼ੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਅਤੇ ਨਸਾਂ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਸਿਰਫ਼ ਕੁਝ ਮਿਲੀਮੀਟਰ ਚੌੜੀ ਗੰਢ ਆਪਣੇ ਆਕਾਰ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਬੇਹੱਦ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਰਦ ਪੈਦਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਪਛਾਣ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਮੁੱਖ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ ਹੈ। ਯੂਕੇ ਵਿੱਚ **73** ਰਸੌਲੀਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, **90%** ਤੋਂ ਵੱਧ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਆਮ ਲੱਛਣ ਸਨ, ਫਿਰ ਵੀ **31%** ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੱਸੀ ਗਈ ਸੀ, ਅਤੇ ਪਹਿਲੇ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਪਛਾਣ ਤੱਕ ਔਸਤ ਸਮਾਂ **6 ਸਾਲ** ਸੀ [1]। ਸਿੰਗਾਪੁਰ ਵਿੱਚ **31** ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਔਸਤ **44 ਮਹੀਨੇ** ਸੀ; ਲਗਭਗ ਹਰ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਦਰਦ ਸੀ (**96.8%**), ਪਰ ਦਿਸਣ ਵਾਲੀ ਗੰਢ ਅੱਧੇ ਤੋਂ ਘੱਟ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਸੀ (**48.4%**) [2]। ਇੱਕ ਵੱਡੇ ਅਮਰੀਕੀ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ **138** ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ, ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਜਾਂਚ ਵਾਲੀ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਲੈਬਾਰਟਰੀ ਵਾਲੀ ਪਛਾਣ ਸਿਰਫ਼ **45.4%** ਵਿੱਚ ਮੇਲ ਖਾਂਦੀਆਂ ਸਨ; ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਦੂਜੀਆਂ ਸੰਭਾਵਨਾਵਾਂ ਲਾਈਪੋਮਾ (lipoma, ਚਰਬੀ ਦੀ ਗੰਢ), ਸਿਸਟ (ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਗੰਢ) ਜਾਂ ਖ਼ੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਦੀ ਗੰਢ ਸਨ [3]।

ਬਿਸਤਰੇ ਕੋਲ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਤਿੰਨ ਟੈਸਟ, ਅਤੇ ਇਹ ਇਕੱਠੇ ਕਿਉਂ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ

ਆਮ ਤਿੰਨ ਲੱਛਣ ਹਨ: ਇੱਕ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ, ਉੱਥੇ ਛੂਹਣ ਉੱਤੇ ਬੇਹੱਦ ਦੁਖਣਾ, ਅਤੇ ਠੰਢ ਨਾਲ ਭੜਕਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ। ਤਿੰਨ ਸਾਦੇ ਟੈਸਟ ਇਸੇ ਉੱਤੇ ਆਧਾਰਿਤ ਹਨ।

- **ਪਿੰਨ ਟੈਸਟ (Love's test):** ਪਿੰਨ ਦੇ ਸਿਰ ਨਾਲ ਦਬਾ ਕੇ ਦੁਖਣ ਵਾਲੀ ਇੱਕੋ ਥਾਂ ਲੱਭੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
- **ਠੰਢ ਵਾਲਾ ਟੈਸਟ (cold test):** ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਠੰਢਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਦਰਦ ਦੁਬਾਰਾ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
- **ਹਿਲਡਰੈਥ ਟੈਸਟ (Hildreth's test):** ਡੌਲੇ (upper arm) ਉੱਤੇ ਬੰਨ੍ਹਿਆ ਇੱਕ ਪਟਾ (cuff) ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਖ਼ੂਨ ਦਾ ਵਹਾਅ ਰੋਕਦਾ ਹੈ; ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਪਟਾ ਕੱਸਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਦੁਖਣਾ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਇਸ ਨੂੰ ਢਿੱਲਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

24 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹਿਲਡਰੈਥ ਟੈਸਟ **92%** ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ (sensitive, ਰਸੌਲੀ ਹੋਣ ਉੱਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਫੜ ਲੈਣਾ) ਅਤੇ **91%** ਵਿਸ਼ੇਸ਼ (specific, ਰਸੌਲੀ ਨਾ ਹੋਣ ਉੱਤੇ ਗ਼ਲਤ ਨਤੀਜਾ ਨਾ ਦੇਣਾ) ਸੀ [4]। ਪੋਟੇ ਦੇ ਦਰਦ ਵਾਲੇ **18** ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, ਠੰਢ ਵਾਲੇ ਟੈਸਟ ਨੇ ਹਰ ਰਸੌਲੀ ਦੀ ਸਹੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਪਿੰਨ ਟੈਸਟ ਅਤੇ ਹਿਲਡਰੈਥ ਟੈਸਟ ਦੋਵੇਂ **78%** ਸਹੀ ਸਨ [5]। ਇਹ ਅੰਕੜੇ ਛੋਟੀਆਂ ਲੜੀਆਂ ਤੋਂ ਹਨ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮੇਲ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦੇ, ਇਸੇ ਲਈ ਇਹ ਟੈਸਟ ਇੱਕ-ਇੱਕ ਕਰਕੇ ਭਰੋਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇਕੱਠੇ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

MRI ਕੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਨਹੀਂ

MRI ਸਕੈਨ ਮੌਜੂਦ ਰਸੌਲੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਵਧੀਆ ਹੈ। **42** ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਇਹ **90%** ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਪੌਜ਼ਿਟਿਵ ਪ੍ਰੈਡਿਕਟਿਵ ਵੈਲਿਊ (positive predictive value, ਸਕੈਨ ਵਿੱਚ ਰਸੌਲੀ ਦਿਸਣ ਉੱਤੇ ਉਸ ਦੇ ਸੱਚਮੁੱਚ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ) **97%** ਸੀ, ਪਰ ਇਸ ਦੀ ਨੈਗੇਟਿਵ ਪ੍ਰੈਡਿਕਟਿਵ ਵੈਲਿਊ (negative predictive value, ਸਕੈਨ ਸਾਫ਼ ਆਉਣ ਉੱਤੇ ਸੱਚਮੁੱਚ ਰਸੌਲੀ ਨਾ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ) ਸਿਰਫ਼ **20%** ਸੀ: ਜਿਹੜੀਆਂ ਚਾਰ ਰਸੌਲੀਆਂ ਇਸ ਤੋਂ ਖੁੰਝ ਗਈਆਂ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਪੁਸ਼ਟੀ ਹੋਈ, ਅਤੇ ਹਰ ਇੱਕ ਸਿਰਫ਼ **2 ਤੋਂ 3 ਮਿਲੀਮੀਟਰ** ਦੀ ਸੀ [6]। **36** MRI ਸਕੈਨਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਦੂਜੀ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, ਲਗਭਗ **ਤਿੰਨ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ** ਸਕੈਨ ਨਾਲ ਪਛਾਣ ਨਹੀਂ ਹੋਈ, ਅਤੇ ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾ ਉਦੋਂ ਹੋਇਆ ਜਦੋਂ ਰਸੌਲੀ ਛੋਟੀ ਸੀ, ਮਾਈਕ੍ਰੋਸਕੋਪ ਹੇਠ ਅਸਾਧਾਰਨ ਸੀ, ਕਿਸੇ ਅਸਾਧਾਰਨ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਸੀ, ਜਾਂ ਸਕੈਨ ਲਈ ਕਹਿਣ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਇਸ ਦਾ ਸ਼ੱਕ ਨਹੀਂ ਸੀ [7]। ਐਕਸ-ਰੇ ਥੋੜ੍ਹੀ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ: ਨਹੁੰ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਮੌਜੂਦ ਰਸੌਲੀ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਟੋਆ ਛੱਡ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਰਸੌਲੀਆਂ ਨਾਲ ਅਜਿਹਾ ਟੋਆ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ MRI ਵਿੱਚ ਖੁੰਝਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੀ [7]। ਇਸ ਲਈ ਜਦੋਂ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਮੇਲ ਖਾਂਦੇ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਸਾਧਾਰਨ ਸਕੈਨ ਗਲੋਮਸ ਰਸੌਲੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ; ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਪਹਿਲਾਂ ਆਉਂਦੇ ਹਨ।

ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਰਸੌਲੀਆਂ, ਅਤੇ ਨਿਊਰੋਫ਼ਾਈਬਰੋਮੈਟੋਸਿਸ

ਗਲੋਮਸ ਰਸੌਲੀਆਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਇਕੱਲੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ। **28** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, **7** (**25%**) ਨੂੰ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਨ, ਅਤੇ **15%** ਦੇ ਲੱਛਣ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਪਸ ਆ ਗਏ, ਜਿਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਪਹਿਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਖੁੰਝ ਗਈ ਦੂਜੀ ਰਸੌਲੀ ਨੂੰ ਦੱਸਿਆ [8]। ਬਾਅਦ ਦੀ

ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, **12** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਸਾਰੇ **5** ਮੁੜ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਮਾਮਲੇ ਨਵੀਆਂ, ਵੱਖਰੀਆਂ ਥਾਵਾਂ ਉੱਤੇ ਹੋਏ, ਨਾ ਕਿ ਉੱਥੇ ਜਿੱਥੋਂ ਪਹਿਲੀ ਰਸੌਲੀ ਕੱਢੀ ਗਈ ਸੀ [9]। ਇਸ ਲਈ ਕਾਮਯਾਬ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਜਾਂ ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਮੁੜ ਵਾਧਾ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਦੂਜੀ ਰਸੌਲੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਨਿਊਰੋਫ਼ਾਈਬਰੋਮੈਟੋਸਿਸ ਟਾਈਪ 1, ਇੱਕ ਜਮਾਂਦਰੂ (genetic) ਸਥਿਤੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਨਸਾਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਗੰਢਾਂ ਬਣਦੀਆਂ ਹਨ, ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕਿਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਦੀ ਗਲੋਮਸ ਰਸੌਲੀ ਵਾਲੇ **21** ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚੋਂ **6** (**29%**) ਨੂੰ ਨਿਊਰੋਫ਼ਾਈਬਰੋਮੈਟੋਸਿਸ ਸੀ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਗੁੱਟ ਦੇ ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਸਿਸਟ ਵਾਲੇ **200** ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚੋਂ **ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵੀ ਨਹੀਂ**; ਔਡਜ਼ ਰੇਸ਼ੋ (odds ratio, ਖ਼ਤਰੇ ਦੇ ਫ਼ਰਕ ਦਾ ਮਾਪ) **168** ਸੀ [10]। ਨਿਊਰੋਫ਼ਾਈਬਰੋਮੈਟੋਸਿਸ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦੁਖਦੇ ਪੋਟੇ ਵਿੱਚ ਗਲੋਮਸ ਰਸੌਲੀ ਦੀ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਭਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਰਸੌਲੀ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਕੀ ਹਾਸਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ

ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਖ਼ਾਸ ਕਿਸਮ ਦਾ ਦਰਦ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸੇ ਵੇਲੇ। **53** ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਹਰ ਇੱਕ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਅਗਲੇ ਦਿਨ ਤੱਕ ਰਾਹਤ ਮਿਲ ਗਈ ਸੀ [11]। ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਫ਼ਰਾਂਸੀਸੀ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ, ਜਿਸ ਨੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ **10 ਸਾਲਾਂ** ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਦੇਖਿਆ, **91%** ਦਾ ਦਰਦ ਚਲਾ ਗਿਆ ਸੀ [12]। ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁੜ ਆਉਣਾ ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਵੱਡੀਆਂ ਆਧੁਨਿਕ ਲੜੀਆਂ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ **3 ਤੋਂ 7%** [1] [13], ਅਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਸਫ਼ੇ ਉੱਤੇ ਵਧੇਰੇ ਵਿਸਥਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਸ ਦਾ ਕੀ ਮਤਲਬ ਹੈ

- ਪੋਟੇ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟੀ, ਬਹੁਤ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਜੋ ਠੰਢ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਉਸ ਬਾਰੇ ਛੇਤੀ ਗੱਲ ਕਰਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ। ਇਸ ਦੀ ਪਛਾਣ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਖੁੰਝ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- ਜਾਂਚ ਵਾਲੇ ਟੈਸਟ ਸਕੈਨ ਜਿੰਨੇ ਹੀ ਅਹਿਮ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਮੇਲ ਖਾਂਦਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਧਾਰਨ MRI ਛੋਟੀ ਰਸੌਲੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।
- ਕੱਢਣਾ ਹੀ ਇੱਕੋ ਇਲਾਜ ਹੈ ਜੋ ਇਸ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਰਾਹਤ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸੇ ਵੇਲੇ ਮਿਲਦੀ ਹੈ।
- ਜੇ ਦਰਦ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਕਸਰ ਇਹ ਦੂਜੀ ਛੋਟੀ ਰਸੌਲੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ MRI ਕਰਵਾਉਣਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Jabir S, Rodrigo T, Petkar M, Iwuagwu F. Glomus tumours of the upper limb and hand. A clinicopathological review of cases over two decades. J Hand Surg Eur Vol. 2021;47(4):419-20. https://doi.org/10.1177/17531934211049632

[2] Lee WQ, Li Y, Yeo NEM. Glomus tumour: an institutional experience of 31 cases. J Orthop Surg Res. 2023;18(1):741. https://doi.org/10.1186/s13018-023-04234-1

[3] Mravic M, LaChaud G, Nguyen A, Scott MA, Dry SM, James AW. Clinical and histopathological diagnosis of glomus tumor: an institutional experience of 138 cases. Int J Surg Pathol. 2015;23(3):181-8. https://doi.org/10.1177/1066896914567330

[4] Giele H. Hildreth's Test is a Reliable Clinical Sign for the Diagnosis of Glomus Tumours. J Hand Surg Br. 2002;27(2):157-8. https://doi.org/10.1054/jhsb.2001.0724

[5] Bhaskaranand K, Navadgi BC. Glomus Tumour of the Hand. J Hand Surg Br. 2002;27(3):229-31. https://doi.org/10.1054/jhsb.2001.0746

[6] Al-Qattan MM, Al-Namla A, Al-Thunayan A, Al-Subhi F, El-Shayeb AF. Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Glomus Tumours of the Hand. J Hand Surg Br. 2005;30(5):535-40. https://doi.org/10.1016/j.jhsb.2005.06.009

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

[7] Trehan SK, Athanasian EA, DiCarlo EF, Mintz DN, Daluiski A. Characteristics of Glomus Tumors in the Hand Not Diagnosed on Magnetic Resonance Imaging. J Hand Surg Am. 2015;40(3):542-5. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.12.002

[8] Maxwell GP, Curtis RM, Wilgis ES. Multiple digital glomus tumors. J Hand Surg Am. 1979;4(4):363-7. https://doi.org/10.1016/s0363-5023(79)80076-3

[9] Gandhi J, Yang SS, Hurd J. The Anatomic Location of Digital Glomus Tumor Recurrences. J Hand Surg Am. 2010;35(6):986-9. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2010.02.019

[10] Harrison B, Moore AM, Calfee R, Sammer DM. The Association Between Glomus Tumors and Neurofibromatosis. J Hand Surg Am. 2013;38(8):1571-4. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.05.025

[11] Madhar M, Bouslous J, Saidi H, Fikry T, Schuind F. Which approach is best for subungual glomus tumors? Transungual with microsurgical dissection of the nail bed or periungual? Chir Main. 2015;34(1):39-43. https://doi.org/10.1016/j.main.2014.09.006

[12] Faisan Smilevitch D, Chaput B, Grolleau J, Rongieres M, Mansat P. Improvement in quality of life after surgery for glomus tumors of the fingers. Chir Main. 2014;33(5):330-5. https://doi.org/10.1016/j.main.2014.07.001

[13] Kim YJ, Kim DH, Park JS, Baek JH, Kim KJ, Lee JH. Factors affecting surgical outcomes of digital glomus tumour: a multicentre study. J Hand Surg Eur Vol. 2018;43(6):652-8. https://doi.org/10.1177/1753193418774176

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