

ਟ੍ਰਿਗਰ ਫਿੰਗਰ (ਉਂਗਲ ਦਾ ਅਟਕਣਾ)

ਟ੍ਰਿਗਰ ਫਿੰਗਰ: ਉਂਗਲ ਮੁੜਦਿਆਂ ਅਟਕਦੀ ਜਾਂ ਫਸ ਜਾਂਦੀ 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

ਟ੍ਰਿਗਰ ਫਿੰਗਰ (ਉਂਗਲ ਦਾ ਅਟਕਣਾ) ਉਨ੍ਹਾਂ ਟੈਂਡਨਾਂ (tendons, ਪੱਥੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦਾਂ) ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਮੋੜਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਟੈਂਡਨ ਤੁਹਾਡੀ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਤੰਗ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚੋਂ ਖਿਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਪੁਲੀ (pulley) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਟੈਂਡਨ ਮੋਟਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦਿਆਂ ਇਹ ਅਟਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ, ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਉਂਗਲ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਉੱਤੇ, ਦਰਦ ਅਤੇ ਛੂਹਣ ਉੱਤੇ ਦੁਖਣ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉੱਥੇ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਗੰਢ ਜਾਂ ਗੱਠ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਗੰਢ ਟੈਂਡਨ ਜਾਂ ਉਸ ਦੀ ਸੁਰੰਗ ਦਾ ਮੋਟਾ ਹੋਇਆ ਹਿੱਸਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਟੈਂਡਨ ਹਿੱਲਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਵੀ ਹਿੱਲਦੀ ਹੈ।

ਅਟਕਣਾ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਮਾਮੂਲੀ ਪਰੇਸ਼ਾਨੀ ਵਜੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਧਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ, ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਮੋੜਨ ਅਤੇ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚੋਂ ਟਿਕ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਇਹ ਅਟਕ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦੂਜੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨਾ ਪਵੇ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਇਹ ਵਿਗੜਦਾ ਹੈ, ਉਂਗਲ ਮੁੜੀ ਹੋਈ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਫਸ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਜਾਗਣ ਵੇਲੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਅਕੜਾਅ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦਿਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਲਣ-ਜੁੱਲਣ ਨਾਲ ਉਂਗਲ ਖੁੱਲ੍ਹ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਪਕੜਨ ਅਤੇ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਨਾਲ ਇਹ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਫੀਲ ਫੜਨਾ, ਸਮਾਨ ਦੇ ਥੈਲੇ ਚੁੱਕਣਾ, ਕੈਚੀ ਵਰਤਣਾ ਜਾਂ ਮਰਤਬਾਨ ਦਾ ਢੱਕਣ ਪਕੜਨਾ ਵਰਗੇ ਕੰਮ ਤਕਲੀਫ਼ ਵਾਲੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉਸੇ ਉਂਗਲ ਦੇ ਮੁੱਢ ਵਾਲੇ ਜੋੜ (knuckle) ਜਾਂ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਜੋੜ ਦੇ ਪੁੱਠੇ ਪਾਸੇ ਵੀ ਦੁਖਣ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਸਮੱਸਿਆ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਟ੍ਰਿਗਰ ਫਿੰਗਰ ਆਮ ਹੈ। ਇਹ 2% ਤੋਂ 3% ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਮਰਦਾਂ ਨਾਲੋਂ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ, ਅਤੇ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ 45 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਂਗਲਾਂ ਅਟਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣਾ ਚੰਗਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਦਾ ਸੰਬੰਧ ਸ਼ੂਗਰ (ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼) ਵਰਗੀਆਂ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਟ੍ਰਿਗਰ ਫਿੰਗਰ ਅਕਸਰ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ (carpal tunnel syndrome, ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਨਸ ਦਾ ਦਬਣਾ) ਦੇ ਨਾਲ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਸੂਈਆਂ ਚੁਭਣ ਵਰਗੀ ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਸੁੰਨਪਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਟ੍ਰਿਗਰ ਫਿੰਗਰ ਵਾਲੇ 40% ਤੋਂ 60% ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਦੋਵੇਂ ਇਕੱਠੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਵਿੱਚੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਰੋ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਮੋੜਨ ਵਾਲੇ ਟੈਂਡਨ ਰੱਸੀਆਂ ਵਰਗੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਹਥੇਲੀ ਅਤੇ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਰਾਹ ਦਿਖਾਉਣ ਵਾਲੇ ਛੱਲਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦੇ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਪਹਿਲਾ ਛੱਲਾ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ, ਉਂਗਲ ਦੇ ਮੁੱਢ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ A1 ਪੁਲੀ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਪਕੜਦੇ ਜਾਂ ਨਪੀੜਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਜਿੱਥੇ ਟੈਂਡਨ ਉਸ ਛੱਲੇ ਵਿੱਚੋਂ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ ਉੱਥੇ ਇਹ ਚਿੜ ਸਕਦਾ ਹੈ (irritated)। ਚਿੜਿਆ ਹੋਇਆ ਹਿੱਸਾ ਮੋਟਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਰੱਸੀ ਹੁਣ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਖਿਸਕਦੀ। ਇਸ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇਹ ਇਕੱਠੀ ਹੋ ਕੇ ਗੁੱਛਾ ਬਣ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਫਿਰ ਤੰਗ ਹੋਏ ਛੱਲੇ ਵਿੱਚੋਂ ਫਸ ਕੇ ਝਟਕੇ ਨਾਲ ਲੰਘਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਉਹ ਅਟਕਣਾ ਜਾਂ ਝਟਕਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ।

ਟੈਂਡਨ ਉੱਤੇ ਮੋਟੀ ਹੋਈ ਥਾਂ ਅਕਸਰ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਗੰਢ (nodule) ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਬਦਲੇ ਹੋਏ ਟਿਸ਼ੂ ਦਾ ਇੱਕ ਗੁੱਛਾ, ਜੋ ਬਾਕੀ ਰੱਸੀ ਨਾਲੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਚੌੜਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਹਰ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਉਂਗਲ ਮੋੜਦੇ ਹੋ, ਉਸ ਗੰਢ ਨੂੰ ਪੁਲੀ ਦੇ ਹੇਠੋਂ ਨਪੀੜ ਕੇ ਲੰਘਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਟਿਕ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਨਾਲ ਲੰਘ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਫਿਰ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਉਂਗਲ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਅਟਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਉਂਗਲ ਮੁੜੀ ਹੋਈ ਫਸ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਛੁਡਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਦੂਜੇ ਹੱਥ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਸਮੱਸਿਆ ਸਵੇਰੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਉਂਗਲ ਸਾਰੀ ਰਾਤ ਮੁੜੀ ਹੋਈ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਪਈ ਰਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ ਇਹ ਦੱਸਣ ਲਈ ਕਿ ਇਹ ਕਿੰਨਾ ਅੱਗੇ ਵਧ ਚੁੱਕਾ ਹੈ, ਚਾਰ ਪੜਾਅ ਵਰਤਦੇ ਹਨ। ਪਹਿਲਾ ਪੜਾਅ ਉਸ ਪਹਿਲੇ ਛੱਲੇ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਅਤੇ ਛੂਹਣ ਉੱਤੇ ਦੁਖਣ ਹੈ। ਦੂਜੇ ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਉਂਗਲ ਦਾ ਅਟਕਣਾ ਵੀ ਜੁੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੀਜਾ ਪੜਾਅ ਉਂਗਲ ਦਾ ਫਸਣਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਅਜੇ ਵੀ ਆਪਣੇ ਦੂਜੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਧੱਕ ਕੇ ਸਿੱਧਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਚੌਥਾ ਪੜਾਅ ਮੁੜੀ ਹੋਈ ਫਸੀ ਉਂਗਲ ਹੈ, ਜੋ ਹੁਣ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਸਿੱਧੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਅ ਅਕਸਰ ਸੌਖੇ ਇਲਾਜਾਂ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜਦਕਿ ਫਸੀ ਹੋਈ ਉਂਗਲ ਲਈ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਪੁਲੀ ਨੂੰ ਖੋਲ੍ਹਣ ਲਈ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਦੁਬਾਰਾ ਖਿਸਕ ਸਕੇ।

ਕਈ ਗੱਲਾਂ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮੋਟੇ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਧਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਵਾਰ-ਵਾਰ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਪਕੜਨਾ ਇਸ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਹ ਕਿਸਤੀ ਚਲਾਉਣ ਵਾਲਿਆਂ (rowers) ਅਤੇ ਹੋਰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਆਮ ਹੈ ਜੋ ਆਪਣੀ ਪਕੜ ਉੱਤੇ ਬਹੁਤ ਜ਼ੋਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਦਾ ਸੰਬੰਧ ਸ਼ੂਗਰ, ਥਾਇਰਾਇਡ ਦੇ ਘੱਟ ਕੰਮ ਕਰਨ (underactive thyroid), ਗਾਊਟ (gout) ਅਤੇ ਰਾਇਮੇਟਾਇਡ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ (rheumatoid arthritis) ਵਰਗੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਵੀ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਉਹ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸੁਰੰਗ ਤੰਗ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਕਈ ਉਂਗਲਾਂ ਇੱਕੋ ਸਮੇਂ ਅਟਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਇਸ ਨਮੂਨੇ ਵੱਲ ਧਿਆਨ ਦਿਵਾਉਣਾ ਚੰਗਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਇਹਨਾਂ ਅੰਦਰੂਨੀ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਜੋ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਥਾਂ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate, ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਵਾਪਸੀ ਰਕਮ) ਦੇ ਹੱਕਦਾਰ ਬਣਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਪੂਰਾ ਹਾਲ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਸਕੈਨ ਜਾਂ ਐਕਸ-ਰੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਸਿਰਫ਼ ਤਾਂ ਹੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜੇ ਉਸ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਦਲੇਗੀ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲਣ ਵਾਲੀ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਉਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ।

ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਪਕੜਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲਣ ਅਤੇ ਹਥੇਲੀ ਉੱਤੇ ਜ਼ੋਰ ਪਾਉਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮ, ਜਿਵੇਂ ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ਾਂ ਚੁੱਕਣਾ ਜਾਂ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਨਪੀੜਨਾ, ਘਟਾਉਣ ਨਾਲ ਚਿੜੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਰੈੱਡ ਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਪੁਲੀ ਵਿੱਚੋਂ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਖਿਸਕਣਾ ਮੁੜ ਬਹਾਲ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਉਂਗਲ ਦੇ ਜੋੜਾਂ ਨੂੰ ਹਿੱਲਦਾ ਰੱਖਣਾ ਹੈ। ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਵਾਲਾ ਸਪਲਿੰਟ (splint) ਇਸ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਉਦੋਂ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਸ ਨੂੰ ਕਾਫ਼ੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਪਾਇਆ ਜਾਵੇ: ਸਬੂਤ ਇੱਕ ਜੋੜ ਨੂੰ 6 ਤੋਂ 10 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਦੀ ਹਮਾਇਤ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਉਮੀਦ ਨਾਲੋਂ ਲੰਮਾ ਸਮਾਂ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਤਰੀਕਿਆਂ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਰਾਇ ਬਣਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿਓ।

ਜੇ ਸੌਖੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਗੱਲ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋਈ, ਤਾਂ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਅਗਲਾ ਕਦਮ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚ ਕੋਰਟੀਸੋਨ (cortisone, ਸੋਜ ਘਟਾਉਣ ਵਾਲੀ ਸਟੀਰੋਇਡ ਦਵਾਈ) ਦਾ ਟੀਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕੋਰਟੀਸੋਨ ਉਸ ਸੋਜ ਅਤੇ ਮੋਟਾਪਣ ਨੂੰ ਘਟਾਉਂਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਟੈਂਡਨ ਅਟਕਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਗਰ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਉੱਤੇ ਕੋਰਟੀਸੋਨ ਦੇ ਟੀਕੇ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਘੱਟ ਅਸਰ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਚੋਣ ਕਰਦਿਆਂ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਚੰਗਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਸੋਚਦੇ ਹਨ ਕਿ ਟੀਕਾ ਅਸਲ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਦੁਖੇਗਾ, ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸੋਚ ਨਾਲੋਂ ਸੌਖਾ ਸੀ।

ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਉੱਗਲ ਫਸੀ ਹੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਟੀਕਿਆਂ ਅਤੇ ਸਪਲਿੰਟ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਉੱਗਲ ਦੇ ਮੁੱਢ ਉੱਤੇ ਤੰਗ ਪੁਲੀ ਦੀ ਰਿਲੀਜ਼ (ਕੱਟ ਕੇ ਖੋਲ੍ਹਣਾ) ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਦੁਬਾਰਾ ਖੁੱਲ੍ਹ ਕੇ ਖਿਸਕ ਸਕੇ। ਇਹ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਇੱਕ ਸਿੱਧੀ-ਸਾਦੀ, ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ ਅਤੇ ਮਿਲ ਕੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਡਾ ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ (rehabilitation) ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿਖੇ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਨਾਲ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਹੈ; ਉਹ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਨਗੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਬਣਾਉਣਗੇ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਇੱਕ ਵਾਰ ਉੱਗਲ ਅਟਕਣ ਜਾਂ ਫਸਣ ਲੱਗ ਪਵੇ, ਤਾਂ ਟ੍ਰਿਗਰ ਫਿੰਗਰ ਘੱਟ ਹੀ ਆਪਣੇ ਆਪ ਪਹਿਲਾਂ ਵਰਗਾ ਠੀਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ, ਜਦੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਅਤੇ ਛੂਹਣ ਉੱਤੇ ਦੁਖਣ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਪਕੜਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲਣ, ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਸਪਲਿੰਟ ਵਰਗੇ ਸੌਖੇ ਇਲਾਜ ਇਸ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਸਪਲਿੰਟ ਨੂੰ ਅਸਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਪਾਉਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ: ਇੱਕ ਜੋੜ ਲਈ, ਸਬੂਤ 6 ਤੋਂ 10 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਹਮਾਇਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਮਦਦ ਨਹੀਂ ਮਿਲੀ, ਤਾਂ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚ ਕੋਰਟੀਸੋਨ ਦਾ ਟੀਕਾ ਅੱਧੇ ਤੋਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਵੱਧ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਦੂਜਾ ਟੀਕਾ ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵੱਲ ਵਧਣਾ ਇੱਕ ਆਮ ਅਗਲਾ ਕਦਮ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਕਿ ਕੁਝ ਗ਼ਲਤ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਉੱਗਲ ਫਸਣ ਵਾਲੇ ਪੜਾਅ ਉੱਤੇ ਪਹੁੰਚ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੰਗ ਪੁਲੀ ਦੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਉਹ ਇਲਾਜ ਹੈ ਜੋ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਜੜ੍ਹ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਫਿਰ ਟੈਂਡਨ ਦੁਬਾਰਾ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚੋਂ ਖਿਸਕ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਉੱਗਲ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਆਮ ਵਰਤੋਂ ਲਈ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਖੁਸ਼ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਇਹ ਕਰਵਾਇਆ। ਫਿਰ ਵੀ, ਬਾਰੀਕ ਗੱਲਾਂ ਜਾਣ ਲੈਣਾ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਦੀ ਗੱਲ ਹੈ। ਲਗਭਗ 20 ਵਿੱਚੋਂ 1 ਉੱਗਲ ਨੂੰ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹਲਕੀ, ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦਰਦ, ਅਕੜਾਅ ਜਾਂ ਸੋਜ। ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ ਅਕੜਾਅ ਲਗਭਗ 8.6% ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਦਾ ਦੇਰ ਨਾਲ ਭਰਨਾ 1.2% ਵਿੱਚ। ਨਸ (nerve) ਨੂੰ ਸੱਟ ਜਾਂ ਡੂੰਘੀ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਵਰਗੀਆਂ ਗੰਭੀਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ: ਨਸ ਨੂੰ ਸੱਟ ਜਾਂ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ ਸੁੰਨਪਨ 0.6% ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਦੀ ਲਾਗ 2.1% ਵਿੱਚ। ਲਗਭਗ 200 ਵਿੱਚੋਂ 1 ਉੱਗਲ ਨੂੰ ਦੂਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ 2.2% ਵਿੱਚ ਅਟਕਣਾ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਕੁਝ ਗੱਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਤੀਜੇ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਉੱਗਲ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਜੋੜ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਦੁਖ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਪੁਲੀ ਦੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਉਸ ਜੋੜ ਦਾ ਦਰਦ ਸ਼ਾਇਦ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਇੱਕੋ ਵਾਰ ਕਈ ਉੱਗਲਾਂ ਦੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਕਰਵਾਉਣ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਉੱਗਲ ਦੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਨਾਲੋਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੱਧ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਅਤੇ ਜਿਹੜੇ ਲੋਕ ਕੋਰਟੀਸੋਨ ਦੇ ਟੀਕੇ ਤੋਂ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੀ ਲਾਗ ਦਾ ਵੱਧ ਖ਼ਤਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਮਾਂ ਤੈਅ ਕਰਦਿਆਂ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣਾ ਚੰਗਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉੱਗਲ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦੁਖਦੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਵਿੱਚੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਚ ਲਈ ਕਹੋ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉੱਗਲ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠਾ ਅਟਕਦਾ ਹੈ, ਮੁੜਿਆ ਹੋਇਆ ਫਸ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਦੂਜੇ ਹੱਥ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਚ ਲਈ ਕਹੋ। ਇਹੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਛੂਹਣ ਉੱਤੇ ਦੁਖਣ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਗੰਢ ਹੈ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਨਾਲ ਹਿੱਲਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਅਟਕਣ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਪਕੜ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਜਾਂ ਸੌ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ। ਜੇ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉੱਗਲਾਂ

ਅਟਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਵੀ ਦੱਸੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸ਼ੁਗਰ ਵਰਗੀ ਕਿਸੇ ਅੰਦਰੂਨੀ ਬਿਮਾਰੀ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬੱਚੇ ਵਿੱਚ ਇਹ ਹੋਰ ਵੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ: ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਂਗਲਾਂ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਟਕਣਾ, ਜਾਂ ਅਟਕਣ ਦੇ ਨਾਲ ਸੂਈਆਂ ਚੁਭਣ ਵਰਗੀ ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਸੁੰਨਪਨ ਹੋਣ ਉੱਤੇ, ਉਡੀਕ ਕਰ ਕੇ ਦੇਖਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦੁਖਦੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਫਿੱਕੀਆਂ, ਠੰਢੀਆਂ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੀਆਂ ਪੈ ਜਾਣ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਟ੍ਰਿਗਰ ਫਿੰਗਰ ਬਾਰੇ ਇਹ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਾਈ ਕਰਨ ਯੋਗ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਪਹਿਲੀ ਕਤਾਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਅੱਧੇ ਤੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਵੱਧ ਵਾਰ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਅੰਕੜਾ ਜੋ ਘੱਟ ਹੀ ਦੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਬੱਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਹੀ ਕਲੀਨਿਕਲ ਤਸਵੀਰ ਇੰਨੀ ਵੱਖਰੀ ਗੱਲ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਜਾਂਚ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਟੀਕਾ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਮਾਨਦਾਰ ਅੰਕੜਾ 57% ਹੈ

ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕਾ ਪਹਿਲਾ ਮਿਆਰੀ ਇਲਾਜ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਅਸਰਦਾਰ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਲੈਵਲ I ਅਤੇ II ਦੇ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਅੰਕੜਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਪਸ਼ਟ ਹੈ: **ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕੇ ਟ੍ਰਿਗਰ ਫਿੰਗਰ ਵਾਲੇ 57% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਅਸਰਦਾਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।** ਸ਼ਾਮਲ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੀਆਂ ਕਮੀਆਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਆਪਣੀ ਸਾਦਗੀ ਅਤੇ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦੇ ਅਧਾਰ ਉੱਤੇ ਇਹ ਪਹਿਲੀ ਕਤਾਰ ਦਾ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ ਕੀਤਾ ਇਲਾਜ ਬਣਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ [1]।

ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ 57% ਦਾ ਇਹ ਅੰਕੜਾ ਜਾਣਨਾ ਚੰਗਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਦੂਜਾ ਟੀਕਾ, ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵੱਲ ਵਧਣ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ, ਕਿਸੇ ਗੜਬੜ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਵੱਡੇ ਹਿੱਸੇ ਲਈ ਉਮੀਦ ਮੁਤਾਬਕ ਰਾਹ ਨਜ਼ਰ ਆਉਂਦਾ ਹੈ।

ਸਪਲਿੰਟ ਇੱਕ ਅਸਲ ਬਦਲ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਸਮਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਉਮੀਦ ਨਾਲੋਂ ਲੰਮਾ ਹੈ

ਜਿੱਥੇ ਟੀਕਾ ਢੁਕਵਾਂ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ ਸ਼ੁਗਰ ਵਿੱਚ, ਜਿੱਥੇ ਟੀਕੇ ਖ਼ੂਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਗਰ ਦੇ ਕੰਟਰੋਲ ਨੂੰ ਵਿਗਾੜ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਉੱਥੇ ਸਪਲਿੰਟ ਨਾਲ ਇਲਾਜ (orthotic management) ਦੇ ਪੱਖ ਵਿੱਚ ਠੀਕ-ਠਾਕ ਸਬੂਤ ਹਨ। ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ ਲਗਾਤਾਰ ਇਹ ਮਿਲਿਆ ਕਿ ਨਤੀਜੇ **ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਹਿੱਲਣ ਤੋਂ ਰੋਕਿਆ ਗਿਆ** ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਸਨ, ਅਤੇ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ ਇਹ ਹੈ ਕਿ **ਇੱਕ ਜੋੜ ਨੂੰ 6 ਤੋਂ 10 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਹਿੱਲਣ ਤੋਂ ਰੋਕ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇ** [2]।

ਇਹ ਸਮਾਂ ਹੀ ਉਹ ਹਿੱਸਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਲੋਕ ਘੱਟ ਸਮਝਦੇ ਹਨ। ਦੋ ਹਫ਼ਤੇ ਪਾਇਆ ਸਪਲਿੰਟ ਸਪਲਿੰਟ ਦੀ ਅਸਲ ਅਜ਼ਮਾਇਸ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਸਰਜੀਕਲ ਰਿਲੀਜ਼: ਤਕਨੀਕ ਦੀ ਬਹਿਸ ਮੁੱਕ ਚੁੱਕੀ ਹੈ, ਤਰੀਕੇ ਦਾ ਸਵਾਲ ਨਹੀਂ

A1 ਪੁਲੀ ਦੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ, ਯਾਨੀ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਸਿੱਧਾ ਦੇਖ ਕੇ, ਜਾਂ ਪਰਕਿਊਟੇਨੀਅਸ (percutaneous, ਸੂਈ ਜਾਂ ਬਲੇਡ ਨਾਲ ਚਮੜੀ ਵਿੱਚ ਛੋਟੇ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ) ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। **548 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਨ ਉੱਤੇ, ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ, ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ, ਜਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਅਤੇ ਪਰਕਿਊਟੇਨੀਅਸ ਤਕਨੀਕਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ, ਇਸ ਲਈ ਦੋਵੇਂ ਢੁਕਵੀਆਂ ਹਨ** [3]।

2,114 ਉਂਗਲਾਂ ਵਿੱਚ ਪਰਕਿਊਟੇਨੀਅਸ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੇ ਵੱਡੇ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਨੇ ਇਸ ਨੂੰ ਅਸਰਦਾਰ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਪਾਇਆ, ਅਤੇ ਦੋ ਲਾਭਦਾਇਕ ਵੇਰਵੇ ਜੋੜੇ: ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਨਾਲ ਕਾਮਯਾਬੀ ਵਧ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਦਕਿ ਕਾਮਯਾਬੀ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਵਰਤੇ ਗਏ ਸੰਦ ਨਾਲ ਜਾਂ ਨਾਲ ਕੋਰਟੀਸੋਨ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਜਾਂ ਨਾ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਨਾਲ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋਈਆਂ [4]। 2025 ਦੀ **685 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਮਿਲਿਆ ਕਿ ਪਰਕਿਊਟੇਨੀਅਸ ਰਿਲੀਜ਼ ਨੂੰ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਜੋੜਨਾ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹਿਣਯੋਗ ਸੀ ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਘੱਟ ਸੀ** [5]।

ਸਭ ਨੂੰ ਮਿਲਾ ਕੇ: ਪੁਲੀ ਨੂੰ ਕੱਟਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਇਸ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਸੰਦ ਨਤੀਜਾ ਤੈਅ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

ਬੱਚੇ ਵਿੱਚ, ਇਹੀ ਲੱਛਣ ਵੱਖਰੀ ਕਾਰਵਾਈ ਮੰਗਦਾ ਹੈ

ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਟ੍ਰਿਗਰ ਫਿੰਗਰ ਸਿਰਫ਼ ਵੱਡਿਆਂ ਵਾਲੀ ਹਾਲਤ ਦਾ ਜਲਦੀ ਆ ਜਾਣਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। **ਦੋਵੇਂ ਹੱਥਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਕਈ ਉਂਗਲਾਂ ਦਾ ਅਟਕਣਾ, ਜਾਂ ਨਾਲ ਹੀ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਹੋਣਾ, ਮਿਊਕੋਪੋਲੀਸੈਕਰਾਈਡੋਸਿਸ (mucopolysaccharidosis, ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਬਿਮਾਰੀ) ਵਰਗੀ ਕਿਸੇ ਅਸਧਾਰਨ ਅੰਦਰੂਨੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਸ਼ੱਕ ਪੈਦਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ [6]।**

ਇਸ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਕਲੀਨਿਕਲ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਤੀਜੇ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਹੈ। ਜਿਸ ਬੱਚੇ ਦੀ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਂਗਲ ਅਟਕਦੀ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਅਟਕਣ ਦੇ ਨਾਲ ਨਸਾਂ ਦੇ ਲੱਛਣ ਹੋਣ, ਉਸ ਦੀ ਸਿੱਧੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਪੂਰੇ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਪਦਾਰਥ ਜਮ੍ਹਾਂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਲਈ ਜਾਂਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਹੱਥ ਦਾ ਇਹ ਲੱਛਣ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦੇ ਅਸਰ ਹੱਥ ਤੋਂ ਕਿਤੇ ਅੱਗੇ ਤੱਕ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਹੋਰ ਪੱਖੋਂ ਤੰਦਰੁਸਤ ਬੱਚੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕੋ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਅਟਕਣਾ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਅਤੇ ਕਿਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਸਥਿਤੀ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Fleisch SB, Spindler KP, Lee DH. Corticosteroid injections in the treatment of trigger finger: a level I and II systematic review. J Am Acad Orthop Surg. 2007;15(3):166-71. <https://doi.org/10.5435/00124635-200703000-00006>
- [2] Lunsford D, Valdes K, Hengy S. Conservative management of trigger finger: a systematic review. J Hand Ther. 2019;32(2):212-21. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2017.10.016>
- [3] Casey JC, Daher M, Dworkin M, Cusano J, Garavito J, Gil JA. Open versus percutaneous fixation of trigger finger: meta-analysis of clinical outcomes. J Hand Surg Am. 2024;49(6):570-5. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.03.010>
- [4] Zhao J, Kan S, Zhao L, Wang Z, Long L, Wang J, et al. Percutaneous first annular pulley release for trigger digits: a systematic review and meta-analysis of current evidence. J Hand Surg Am. 2014;39(11):2192-202. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.07.044>
- [5] Wen J, Syed B, Khalil R, Shehabat M, Alam M, Sedighi R, et al. Percutaneous A1 pulley with corticosteroid injection for trigger finger release: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2025;20(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-025-05776-2>
- [6] Wong AL, Wong MJ, Parker R, Wheelock ME. Presentation and aetiology of paediatric trigger finger: a systematic review. J Hand Surg Eur Vol. 2021;47(2):192-6. <https://doi.org/10.1177/17531934211035642>