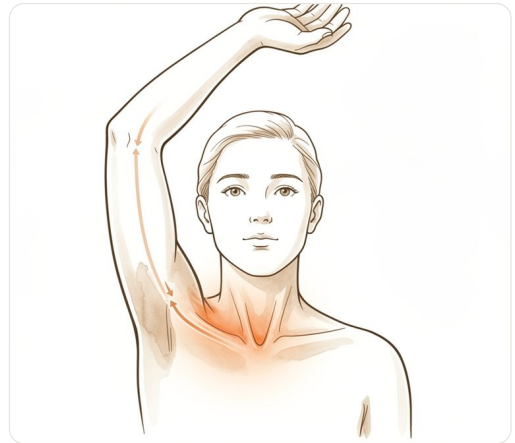


ਥੋਰੈਸਿਕ ਆਊਟਲੈੱਟ ਸਿੰਡਰੋਮ

ਥੋਰੈਸਿਕ ਆਊਟਲੈੱਟ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਿੱਚ ਗਰਦਨ ਦੇ ਥੱਲੇ ਨਸਾਂ ਅਤੇ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਦੱਬੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ — ਅਕਸਰ ਬਾਂਹ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੋਣ 'ਤੇ ਇਹ ਵਧ ਜਾਂਦਾ 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

ਥੋਰੈਸਿਕ ਆਊਟਲੈੱਟ ਸਿੰਡਰੋਮ (thoracic outlet syndrome, ਗਰਦਨ ਦੇ ਥੱਲੇ ਬਾਂਹ ਦੀਆਂ ਨਸਾਂ ਅਤੇ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਦਾ ਦੱਬਣਾ) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਬਾਂਹ ਵਜੋਂ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਬੱਸ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੋਢੇ, ਗਰਦਨ ਦੇ ਪਾਸੇ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਤੱਕ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਨਾਲ ਹੀ ਸੁੰਨਪਨ, ਸੂਈਆਂ ਚੁਭਣ ਵਰਗਾ ਅਹਿਸਾਸ ਜਾਂ ਝਰਨਾਹਟ, ਜੋ ਅਕਸਰ ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਬਾਂਹ ਭਾਰੀ, ਕਮਜ਼ੋਰ ਜਾਂ ਬੇਢੰਗੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਚੀਜ਼ਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥੋਂ ਡਿੱਗਦੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਕੜ ਜਲਦੀ ਥੱਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਬਹੁਤ ਆਮ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਲੱਛਣ **ਉਦੋਂ ਵਧ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਉੱਪਰ ਜਾਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਚੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ** (ਕੱਪੜੇ ਸੁਕਾਉਣ ਲਈ ਟੰਗਣਾ, ਉੱਚੀ ਸ਼ੈਲਫ਼ ਤੱਕ ਹੱਥ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ, ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ, ਜਾਂ ਮੋਢੇ 'ਤੇ ਬੈਠਾ ਚੁੱਕਣਾ) ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਟਿਕਾ ਕੇ ਆਰਾਮ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਮੁੜ ਘਟ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਨਾਲ ਹੀ ਸਿਰ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਸਿਰਦਰਦ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਘੱਟ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਸਮੱਸਿਆ ਨਸਾਂ ਦੀ ਬਜਾਏ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਕੋਈ ਨਾੜੀ (vein) ਦੱਬੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਪੂਰੀ ਬਾਂਹ ਅਚਾਨਕ ਸੁੱਜ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਭਾਰੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਦਾ ਰੰਗ ਨੀਲਾ ਜਿਹਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਕੋਈ ਧਮਣੀ (artery) ਦੱਬੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ (ਜੋ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ), ਤਾਂ ਹੱਥ ਫਿੱਕਾ, ਠੰਢਾ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਵਾਲੇ ਇਹ ਰੂਪ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਜਲਦੀ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ (ਆਖ਼ਰੀ ਭਾਗ ਦੇਖੋ)।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੀ ਗਰਦਨ ਤੋਂ ਬਾਂਹ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਲਈ, ਨਸਾਂ (nerves) ਅਤੇ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਨੂੰ ਗਰਦਨ ਦੇ ਥੱਲੇ ਇੱਕ ਤੰਗ ਰਸਤੇ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਹੱਸਲੀ (clavicle), ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲੀ ਪਸਲੀ ਅਤੇ ਗਰਦਨ ਦੀਆਂ ਸਕੇਲੀਨ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ (scalene muscles, ਗਰਦਨ ਦੇ ਪਾਸੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ) ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਰਸਤੇ ਨੂੰ “ਥੋਰੈਸਿਕ ਆਊਟਲੈੱਟ” ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਬਹੁਤ ਤੰਗ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਹਿੱਸੇ ਦੱਬੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਦਬਾਅ ਲੱਛਣ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਦੀਆਂ ਤਿੰਨ ਕਿਸਮਾਂ ਹਨ, ਜੋ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਕੀ ਦੱਬਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। **ਨਿਊਰੋਜੈਨਿਕ TOS** (neurogenic, ਨਸਾਂ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ, ਯਾਨੀ ਬ੍ਰੇਕੀਅਲ ਪਲੈਕਸਸ (brachial plexus, ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਨਸਾਂ ਦਾ ਜਾਲ) ਉੱਤੇ) ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲੇ ਇਸੇ ਕਿਸਮ ਦੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ; ਇਹ ਦਰਦ, ਸੁੰਨਪਨ, ਝਰਨਾਹਟ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਵਾਲਾ ਰੂਪ ਹੈ। **ਵੀਨਸ TOS** (venous, ਨਾੜੀ ਵਾਲਾ) ਵਿੱਚ ਮੁੱਖ

ਨਾੜੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਬਾਂਹ ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ, ਭਾਰੀ ਅਤੇ ਨੀਲੀ ਜਿਹੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਕਈ ਵਾਰ ਖੂਨ ਦੇ ਗਤਲੇ ਨਾਲ। **ਆਰਟੀਰੀਅਲ TOS** (arterial, ਧਮਣੀ ਵਾਲਾ) ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਧਮਣੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਹੱਥ ਫਿੱਕਾ ਅਤੇ ਠੰਢਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਕੁਝ ਗੱਲਾਂ ਇਸ ਜਗ੍ਹਾ ਨੂੰ ਹੋਰ ਤੰਗ ਕਰ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਕੁਝ ਲੋਕ ਜਨਮ ਤੋਂ ਹੀ **ਗਰਦਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਪਸਲੀ (ਸਰਵਾਈਕਲ ਪਸਲੀ, cervical rib)** ਜਾਂ ਇੱਕ ਕਸੀ ਹੋਈ ਰੇਸ਼ੇਦਾਰ ਪੱਟੀ (fibrous band) ਨਾਲ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਸਰੀਰ ਦੀ ਬਣਤਰ ਅਤੇ ਬੈਠਣ-ਖੜ੍ਹਨ ਦਾ ਢੰਗ (posture) ਵੀ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ: ਗੋਲ, ਝੁਕੇ ਹੋਏ ਮੋਢੇ ਇਸ ਜਗ੍ਹਾ ਨੂੰ ਘਟਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਗਰਦਨ ਅਤੇ ਛਾਤੀ ਦੀਆਂ ਭਾਰੀ ਜਾਂ ਕਸੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਵੀ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਆਮ ਹੈ ਜੋ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਕਰਕੇ ਕੰਮ ਜਾਂ ਖੇਡ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਗਰਦਨ ਜਾਂ ਹੱਸਲੀ ਦੀ ਪਹਿਲਾਂ ਲੱਗੀ ਸੱਟ ਵੀ ਇਸ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੈਕਰੈਂਪਟਨ ਵਿੱਚ, ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਸਾਡੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਵੱਲੋਂ ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ (Medicare) ਰਿਬੇਟ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ, ਅਤੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਪੂਰੀ ਜਾਂਚ ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੇ ਲੱਛਣਾਂ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਤਾਂ ਹੀ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ ਜੇ ਉਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਰਾਹਤ ਨਾ ਮਿਲੇ।

ਚੰਗੀ ਖ਼ਬਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਆਮ, ਨਿਊਰੋਜੈਨਿਕ ਕਿਸਮ ਲਈ ਪਹਿਲਾ ਇਲਾਜ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਹੈ, ਸਰਜਰੀ ਨਹੀਂ। ਥੈਰੇਸ਼ਿਕ ਆਊਟਲੈੱਟ ਨੂੰ ਖੋਲ੍ਹਣ ਲਈ ਇੱਕ ਨਿਸ਼ਾਨਾ ਬਣਾਇਆ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੀ ਅਸਲ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ: ਬੈਠਣ-ਖੜ੍ਹਨ ਦੇ ਢੰਗ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨਾ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨਾ ਜੋ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ, shoulder blade) ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਰੱਖਦੀਆਂ ਹਨ, ਗਰਦਨ ਅਤੇ ਛਾਤੀ ਦੀਆਂ ਕਸੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਢਿੱਲਾ ਕਰਨਾ, ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੀਆਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਤੋਂ ਬਚਣਾ ਜਿੱਥੇ ਨਸਾਂ ਨੂੰ ਦਬਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਨਾਲ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਸੱਚੇ ਦਿਲੋਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਹਾਲਤਾਂ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਪਹਿਲੀ ਹੈ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਵਾਲੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ (ਵੀਨਸ ਜਾਂ ਆਰਟੀਰੀਅਲ), ਜਿੱਥੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ (decompression, ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਣ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ) ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹੀ ਮੁੱਖ ਇਲਾਜ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਦੂਜੀ ਹੈ ਨਿਊਰੋਜੈਨਿਕ TOS ਜੋ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਪੂਰੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਸੱਚਮੁੱਚ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਆਊਟਲੈੱਟ ਦਾ ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲੀ ਪਸਲੀ (ਅਤੇ ਕੋਈ ਵਾਧੂ ਸਰਵਾਈਕਲ ਪਸਲੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਉਹ ਵੀ) ਕੱਢ ਕੇ ਅਤੇ ਸਕੇਲੀਨ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਰਿਲੀਜ਼ (ਕੱਟ ਕੇ ਢਿੱਲਾ ਕਰਨਾ) ਕਰਕੇ, ਤਾਂ ਜੋ ਨਸਾਂ ਅਤੇ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਨੂੰ ਥਾਂ ਮਿਲ ਸਕੇ। ਇਹ ਕੱਢ ਰਾਹੀਂ, ਹੱਸਲੀ ਦੇ ਉੱਪਰੋਂ, ਜਾਂ ਦੂਰਬੀਨ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ (keyhole) ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਚੁਣੇ ਹੋਏ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਇਹ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

TOS ਦਾ ਨਿਦਾਨ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਇੱਕ ਟੈਸਟ ਨਹੀਂ ਜੋ ਇਸ ਨੂੰ ਸਾਬਤ ਕਰ ਦੇਵੇ। ਨਿਦਾਨ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕਲੀਨਿਕਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਤੁਹਾਡੀ ਦੱਸੀ ਗੱਲ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਦੇ ਉਹ ਟੈਸਟ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਲੱਛਣ ਭੜਕਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਕੈਨ ਅਤੇ ਨਸਾਂ ਦੇ ਟੈਸਟ ਅਕਸਰ ਜਿੰਨੇ TOS ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਓਨੇ ਹੀ ਵਧੇਰੇ ਆਮ ਕਾਰਨਾਂ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ (ਜਿਵੇਂ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ, ਕੂਹਣੀ ਵਿੱਚ ਕਿਊਬਿਟਲ ਟਨਲ (cubital tunnel), ਜਾਂ ਗਰਦਨ/ਡਿਸਕ (ਮਣਕਿਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਗੱਦੀ) ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ)। ਇਸ ਲਈ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦਾ ਇੱਕ ਹਿੱਸਾ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕਿੱਥੋਂ ਆ ਰਹੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜਵਾਬ ਹਮੇਸ਼ਾ ਸਾਫ਼-ਸਪਸ਼ਟ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।

ਨਿਊਰੋਜੈਨਿਕ ਕਿਸਮ ਵਿੱਚ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਬੈਠਣ-ਖੜ੍ਹਨ ਦੇ ਢੰਗ ਦੇ ਸੁਧਾਰ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕਦੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਮਹੀਨੇ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਆਦਤਾਂ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣੀਆਂ ਪੈਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਦੋਂ **ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਵਾਲੀਆਂ** ਕਿਸਮਾਂ ਜਾਂ ਜ਼ਿੰਦੀ ਨਿਊਰੋਜੈਨਿਕ ਮਾਮਲੇ ਸਰਜਰੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਚੁਣੇ ਗਏ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਕਈ ਹਫ਼ਤੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ। ਕਿਉਂਕਿ TOS ਨਸ ਦੇ ਰਸਤੇ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਉੱਪਰਲੇ ਬਿੰਦੂ 'ਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ

(ਗੁੱਟ ਦੇ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਜਾਂ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਕਿਊਬਿਟਲ ਟਨਲ ਤੋਂ ਉੱਪਰ), ਇਹ ਕਈ ਵਾਰ ਬੁਝਾਰਤ ਦਾ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਟੁਕੜਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਯੋਜਨਾ ਤੁਹਾਡੇ ਅਨੁਸਾਰ ਬਣਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- ਅਚਾਨਕ ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ, ਭਾਰੀ ਜਾਂ ਨੀਲੀ ਜਿਹੀ ਬਾਂਹ: ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੋਈ ਨਾੜੀ ਬੰਦ ਹੋ ਗਈ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਦਾ ਗਤਲਾ ਬਣ ਗਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਉਸੇ ਦਿਨ **ਫ਼ੌਰੀ** ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।
- ਫਿੱਕਾ, ਠੰਢਾ, ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਹੱਥ, ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਰੰਗ ਬਦਲਦਾ ਹੈ: ਇਹ ਧਮਣੀ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ **ਫ਼ੌਰੀ** ਇਲਾਜ ਲੈਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ।
- ਬਾਂਹ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਿੱਚ **ਸੁੰਨਪਨ, ਝਰਨਾਹਟ, ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਬੇਢੰਗਾਪਣ** ਜੋ ਲਗਾਤਾਰ ਬਣਿਆ ਰਹੇ, ਵਧਦਾ ਜਾਵੇ, ਜਾਂ ਕੰਮ, ਨੀਂਦ ਜਾਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾਵੇ।
- **ਹੱਥ ਦਾ ਸੁੱਕਣਾ (ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦਾ ਘਟ ਜਾਣਾ)**, ਜਾਂ ਅਜਿਹੇ ਲੱਛਣ ਜੋ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਚੰਗੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਮੁੜ ਆਉਂਦੇ ਹਨ: ਮਾਹਿਰ ਦੀ ਰਾਇ ਲੈਣਾ ਠੀਕ ਹੈ।
- ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਵਾਈਕਲ ਪਸਲੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਲੱਛਣ ਹੋ ਰਹੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣਾ ਠੀਕ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਥੋਰੈਸਿਕ ਆਊਟਲੈੱਟ ਸਿੰਡਰੋਮ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਅਜਿਹੇ ਰੂਪਾਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਤੋਂ ਬਹੁਤ ਹੀ ਵੱਖਰੇ ਹਨ: ਇੱਕ ਟੈਸਟਾਂ ਨਾਲ ਸਾਫ਼ ਦਿਖਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦੇ ਅੰਗ ਲਈ ਖ਼ਤਰਾ ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਦੂਜੇ ਦਾ ਨਿਦਾਨ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਡਾਕਟਰੀ ਪਰਖ (clinical judgement) 'ਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਲਗਭਗ ਸਾਰਾ ਵਿਵਾਦ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ।

ਇੱਕ ਨਾਮ ਵਾਲੀਆਂ ਤਿੰਨ ਸਥਿਤੀਆਂ

ਥੋਰੈਸਿਕ ਆਊਟਲੈੱਟ ਹੰਸਲੀ ਅਤੇ ਪਹਿਲੀ ਪਸਲੀ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਉਹ ਤੰਗ ਥਾਂ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਨਸਾਂ ਅਤੇ ਮੁੱਖ ਧਮਣੀ ਅਤੇ ਨਾੜੀ ਸਾਰੀਆਂ ਲੰਘਦੀਆਂ ਹਨ। ਉੱਥੇ ਦਬਾਅ ਤਿੰਨ ਵੱਖਰੇ ਸਿੰਡਰੋਮ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਵੀਨਸ ਅਤੇ ਆਰਟੀਰੀਅਲ TOS ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ। ਇਹ ਆਮ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਇਹ ਸਕੈਨ ਉੱਤੇ ਸਾਫ਼ ਦਿਖਾਈਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਫ਼ੌਰੀ ਧਿਆਨ ਮੰਗ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ: ਸਬਕਲੇਵੀਅਨ ਨਾੜੀ (subclavian vein, ਹੰਸਲੀ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਦੀ ਮੁੱਖ ਨਾੜੀ) ਵਿੱਚ ਗਤਲਾ ਬਣਨ ਨਾਲ ਬਾਂਹ ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਨੀਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਧਮਣੀ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਨਾਲ ਹੱਥ ਠੰਢਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ, ਸਭ ਤੋਂ ਮਾੜੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ, ਐਂਬੋਲੀ (emboli, ਖੂਨ ਦੇ ਗਤਲੇ ਦੇ ਟੁਕੜੇ ਜੋ ਅੱਗੇ ਵਹਿ ਜਾਂਦੇ ਹਨ) ਬਣ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕੋਈ ਵੀ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਕਿ ਇਹ ਮੌਜੂਦ ਹਨ ਜਾਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਨਿਊਰੋਜੈਨਿਕ TOS ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਨਸਾਂ ਦੱਬੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਮੋਢੇ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਦਰਦ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਸੁੰਨਪਨ, ਅਤੇ ਬਾਂਹਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਰੱਖਣ ਨਾਲ ਵਧਣ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਮੁਸ਼ਕਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਅਜਿਹਾ ਟੈਸਟ ਨਹੀਂ ਜੋ ਇਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰੇ — ਨਸਾਂ ਦੇ ਕਰੰਟ ਦੇ ਟੈਸਟ (nerve conduction studies) ਅਕਸਰ ਆਮ ਆਉਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਸਕੈਨ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਨੁਕਸ ਨਹੀਂ ਦਿਖਦਾ।

ਅਜੋਕੀਆਂ ਸਮੀਖਿਆਵਾਂ ਇਸ ਦਾ ਜਵਾਬ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਵਾਲੇ ਰੂਪਾਂ ਅਤੇ ਨਿਊਰੋਜੈਨਿਕ TOS ਦੇ **ਟੈਸਟਾਂ ਨਾਲ ਸਾਬਤ ਹੋ ਸਕਣ ਵਾਲੇ** ਰੂਪਾਂ ਨੂੰ ਬਾਕੀਆਂ ਤੋਂ ਵੱਖ ਕਰਕੇ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ [1], ਜੋ ਇਹ ਮੰਨਣ ਦਾ ਇੱਕ ਸਾਵਧਾਨ ਤਰੀਕਾ ਹੈ ਕਿ ਬਾਕੀ ਮਾਮਲੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪਰਖ 'ਤੇ ਟਿਕੇ ਹੋਏ ਹਨ।

ਇਹ ਫ਼ਰਕ ਹਰ ਗੱਲ ਨੂੰ ਕਿਉਂ ਤੈਅ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਜਿੱਥੇ ਨਿਦਾਨ ਟੈਸਟਾਂ ਨਾਲ ਸਾਬਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਆਮ ਤਰਕ ਅਨੁਸਾਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜਿੱਥੇ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ, ਉੱਥੇ ਦੋ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਗ਼ਲਤੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ: ਅਸਲ ਦਬਾਅ ਵਾਲੇ ਲੋਕ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਨਿਦਾਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਟੈਸਟ ਆਮ ਆਉਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਦਰਦ ਦਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਕਾਰਨ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਵੱਡਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ।

ਦੋਵੇਂ ਗ਼ਲਤੀਆਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਣੀਆਂ-ਪਛਾਣੀਆਂ ਹਨ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਬੂਤ ਦਾ ਮਿਆਰ ਨਸਾਂ ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਹੋਰ ਦਬਾਵਾਂ ਨਾਲੋਂ ਉੱਚਾ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਨਿਊਰੋਜੈਨਿਕ ਰੂਪ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਲੰਮੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬੈਠਣ-ਖੜ੍ਹਨ ਦਾ ਢੰਗ, ਸਕੇਲੀਨ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਘੇਰੇ (shoulder girdle) ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਉੱਤੇ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਕੱਢਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਿਵੇਂ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਸਬੂਤ

ਸਰਜਰੀ ਪਹਿਲੀ ਪਸਲੀ ਕੱਢ ਕੇ, ਸਕੇਲੀਨ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ, ਜਾਂ ਦੋਵੇਂ ਕਰਕੇ ਆਊਟਲੈੱਟ ਦਾ ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਂਦੀ ਹੈ।

2,010 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ 'ਤੇ, **ਰਿਬ-ਸਪੇਅਰਿੰਗ ਸਕੇਲੀਨੈਕਟੋਮੀ** (rib-sparing scalenectomy, ਪਸਲੀ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ ਸਿਰਫ਼ ਸਕੇਲੀਨ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਕੱਢਣਾ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ **ਬਾਂਹ, ਮੋਢੇ ਅਤੇ ਹੱਥ ਦੀ ਅਪੰਗਤਾ ਦਾ ਸਕੋਰ (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)** ਅਤੇ **ਡੇਰਕੈਸ਼ ਸਕੋਰ (Derkash)** ਕਾਫ਼ੀ ਬਿਹਤਰ ਸਨ, ਅਤੇ **ਪਹਿਲੀ ਪਸਲੀ ਕੱਢਣ (first rib resection)** ਤੋਂ ਬਾਅਦ **ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਵੱਧ ਦੱਸੀ ਗਈ [2]**।

ਇਸ ਦੇ ਉਲਟ, ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਲੜੀਆਂ (series) ਸਾਂਝੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਦਲੀਲ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। **532** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਕੱਢ ਰਾਹੀਂ ਪਹਿਲੀ ਪਸਲੀ ਕੱਢਣ ਦੇ ਨਾਲ ਗਰਦਨ ਰਾਹੀਂ ਸਕੇਲੀਨੈਕਟੋਮੀ (transaxillary first rib resection with transcervical scalenectomy) ਵਾਲੇ ਸਾਂਝੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਪੂਰਾ ਦਬਾਅ-ਹਟਾਉਣ ਵਾਲਾ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਲੱਛਣਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਦੀ ਦਰ ਬਿਹਤਰ ਅਤੇ ਮੁੜ ਹੋਣ ਦੀ ਦਰ ਘੱਟ ਸੀ [3], ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਸਾਂਝਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਪਹਿਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਜੋਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਤਾਂ ਮੁੜ ਹੋਣ ਦੀ ਦਰ **5% ਤੋਂ 10%** ਦੱਸੀ ਗਈ [4]।

ਛਪੇ ਹੋਏ ਅੰਕੜਿਆਂ ਤੋਂ ਇਹ ਦੋਵੇਂ ਰਾਵਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮੇਲ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦੀਆਂ। ਨਵਾਂ ਤੁਲਨਾਤਮਕ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਘੱਟ ਕਰਨ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਹੈ; ਇੱਕੋ ਸਰਜਨ ਦਾ ਵੱਡਾ ਤਜਰਬਾ ਵੱਧ ਕਰਨ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਇਸ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਕਿ ਅਧੂਰਾ ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਣਾ ਹੀ ਮੁੜ ਹੋਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦਾ ਹੈ। ਦੋਵੇਂ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਸਹਿਮਤ ਹਨ ਕਿ ਮੁੜ ਹੋਇਆ TOS ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਕਾਫ਼ੀ ਔਖੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਫ਼ੈਸਲਾ ਸਹੀ ਲੈਣਾ ਤਕਨੀਕ ਦੀ ਚੋਣ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ।

ਅਮਲੀ ਨਤੀਜਾ

ਜਦੋਂ ਨਿਦਾਨ ਅਕਸਰ ਕਲੀਨਿਕਲ ਹੋਵੇ, ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿੰਨਾ ਵੱਡਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਇਸ ਬਾਰੇ ਮਤਭੇਦ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਮੁੜ ਹੋਣ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨਾ ਔਖਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਅਜਿਹੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਮਾਹਿਰ ਦੀ ਦੂਜੀ ਰਾਇ ਲੈਣਾ ਵਾਜਬ ਹੈ, ਵਿਰੋਧ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਨਹੀਂ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਨਿਊਰੋਜੈਨਿਕ ਰੂਪ ਲਈ ਜਿਸ ਦੀ ਟੈਸਟਾਂ ਨਾਲ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਾ ਹੋਈ ਹੋਵੇ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Panther EJ, Reintgen CD, Cueto RJ, Hao KA, Chim H, King JJ. Thoracic outlet syndrome: a review. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(11):e545-e561. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2022.06.026>

[2] Blondin M, Garner GL, Hones KM, Nichols DS, Cox EA, Chim H. Considerations for surgical treatment of neurogenic thoracic outlet syndrome: a meta-analysis of patient-reported outcomes. J Hand Surg Am. 2023;48(6):585-94. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.03.005>

[3] Atasoy E. A hand surgeon's further experience with thoracic outlet compression syndrome. J Hand Surg Am. 2010;35(9):1528-38. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2010.06.025>

[4] Atasoy E. Recurrent thoracic outlet syndrome. Hand Clin. 2004;20(1):99-105. [https://doi.org/10.1016/S0749-0712\(03\)00085-4](https://doi.org/10.1016/S0749-0712(03)00085-4)