

ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ

ਮੀਡੀਅਨ ਨਸ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਨੌਂ ਫਲੈਕਸਰ ਟੈਂਡਨ (ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਮੋੜਨ ਵਾਲੇ ਟੈਂਡਨ) ਵੀ ਲੰਘਦੇ ਹਨ।

Kieran Hirpara © ① 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

ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ (carpal tunnel syndrome) ਉਦੋਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਤੋਂ ਅੰਗੂਠੇ, ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਨਸ (nerve) ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਵਿਚਲੀ ਇੱਕ ਤੰਗ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦਿਆਂ ਦੱਬ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਝਰਨਾਹਟ ਅਤੇ ਸੁੰਨਪਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅੰਗੂਠੇ, ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦੇ ਲੱਛਣ ਇਨ੍ਹਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਵੀ ਫੈਲ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਆਮ ਨਮੂਨਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਝਰਨਾਹਟ ਅਤੇ ਸੁੰਨਪਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਸਵੇਰੇ ਜਾਗਣ ਵੇਲੇ ਵੀ ਲੱਛਣ ਅਕਸਰ ਵਧ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਇਹ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਹੱਥ ਨੂੰ ਝਟਕਣ ਜਾਂ ਆਰਾਮ ਦੇਣ ਨਾਲ ਝਰਨਾਹਟ ਕੁਝ ਦੇਰ ਲਈ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਜਾਂ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਨਸ ਦੱਬੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਸੁੰਨਪਨ ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਵਾਲੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਸੁੱਕ ਕੇ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਇਹ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਚਾਬੀ ਘੁਮਾਉਣੀ, ਫ਼ੋਨ ਫੜਨਾ, ਪਤੀਲੇ ਦਾ ਹੈਂਡਲ ਪਕੜਨਾ ਜਾਂ ਬਟਨ ਬੰਦ ਕਰਨੇ ਔਖੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਉਹ ਚੀਜ਼ਾਂ ਡਿੱਗਣ ਲੱਗਣ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੜੀ ਰੱਖਦੇ ਹੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਪਕੜ ਪਹਿਲਾਂ ਵਰਗੀ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੀ ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਬੇਢੰਗੀਆਂ ਲੱਗਦੀਆਂ ਹਨ।

ਕੁਝ ਗੱਲਾਂ ਇਸ ਦੇ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਧਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਹੱਥ ਦੀਆਂ ਇੱਕੋ ਜਿਹੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਦੁਹਰਾਉਣਾ, ਅਤੇ ਸਰੀਰ ਦਾ ਵਾਧੂ ਭਾਰ, ਦੋਵੇਂ ਖ਼ਤਰਾ ਵਧਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਵੱਧ ਆਮ ਹੈ ਅਤੇ ਅੱਧਕੜ ਉਮਰ ਦੌਰਾਨ ਵਧੇਰੇ ਹੁੰਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਵੀ ਇਸ ਨਾਲ ਜੁੜੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ, ਮਾਹਵਾਰੀ ਦਾ ਬੰਦ ਹੋਣਾ (menopause), ਥਾਇਰਾਇਡ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ, ਗੁਰਦਿਆਂ ਦਾ ਫ਼ੇਲ੍ਹ ਹੋਣਾ ਅਤੇ ਸ਼ੂਗਰ (ਡਾਇਬਟੀਜ਼) ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

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

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਆਪਣੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਸੁਰੰਗ ਵਾਂਗ ਸਮਝੋ, ਜਿਸ ਦਾ ਫ਼ਰਸ਼ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦਾ ਬਣਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਛੱਤ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਖ਼ਤ ਪੱਟੀ ਨਾਲ ਬਣੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਨੌਂ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦਾਂ) ਅਤੇ ਇੱਕ ਨਸ, ਯਾਨੀ ਮੀਡੀਅਨ ਨਸ (median nerve), ਇਸ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਇਕੱਠੇ ਲੰਘਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਸੁਰੰਗ ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ ਫੈਲਦੀ, ਇਸ ਲਈ ਜਦੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਚੀਜ਼ ਇਸ ਦੇ ਅੰਦਰ ਵਾਧੂ ਥਾਂ ਘੇਰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉੱਥੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨਰਮ ਚੀਜ਼ ਨਸ ਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹੀ ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੱਬਦੀ ਹੈ।

ਦਬਾਅ ਦੇਵਾਂ ਪਾਸਿਆਂ ਤੋਂ ਆ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਦੇ ਸੁਰੰਗ ਆਪ ਤੰਗ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਗੁੱਟ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਮੁੜਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਕਦੇ ਅੰਦਰਲੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਸੁੱਜ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਤਰਲ ਦੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ, ਸੋਜਸ਼ (inflammation), ਜਾਂ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਪਰਤ ਦਾ ਘਿਸਣਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਦੋਵਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚ, ਸੁਰੰਗ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦਬਾਅ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਆਉਂਦਾ-ਜਾਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਪੜ੍ਹਨ ਜਾਂ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਵਰਗੇ ਕੰਮਾਂ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡਾ ਗੁੱਟ ਇੱਕੋ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਟਿਕਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਦਬਾਅ ਹਰ ਵੇਲੇ ਵਧਿਆ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਦੋਂ ਹੀ ਸੁੰਨਪਨ ਆਉਣਾ-ਜਾਣਾ ਬੰਦ ਕਰ ਕੇ ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣ ਲੱਗਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਤੋਂ ਉਸ ਨਮੂਨੇ ਦੀ ਸਮਝ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਹੁਣੇ ਪੜ੍ਹਿਆ ਹੈ। ਦਬਾਅ ਉਦੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਗੁੱਟ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਮੁੜਿਆ ਹੋਵੇ, ਇਸੇ ਲਈ ਇੱਕੋ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਟਿਕੇ ਰਹਿਣ ਨਾਲ ਲੱਛਣ ਵਧ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਨਸ ਅੰਗੂਠੇ, ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਉਂਗਲ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਲੈ ਕੇ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਝਰਨਾਹਟ ਉੱਥੇ ਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਦਬਾਅ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਨਸ ਨੂੰ ਸੰਕੇਤ ਅੱਗੇ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਵਿੱਚ ਔਖ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਹਿਸਾਸ ਘਟਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਨਸ ਚਲਾਉਂਦੀ ਵੀ ਹੈ, ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋ ਕੇ ਸੁੰਗੜ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਡਾਕਟਰ ਇਸ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਹਲਕੀ, ਦਰਮਿਆਨੀ ਜਾਂ ਗੰਭੀਰ ਦੱਸਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਕਿ ਨਸ ਉੱਤੇ ਕਿੰਨਾ ਅਸਰ ਪਿਆ ਹੈ। ਹਲਕੇ ਜਾਂ ਦਰਮਿਆਨੇ ਦਬਾਅ ਵਿੱਚ, ਦਬਾਅ ਹਟਣ 'ਤੇ ਅਹਿਸਾਸ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਦਬਾਅ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਗੰਭੀਰ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਕੁਝ ਸੁੰਨਪਨ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਨਸ ਨੂੰ ਖ਼ੁਦ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚ ਚੁੱਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਦਾ ਮਕਸਦ ਇੱਕੋ ਹੈ: ਨਸ ਤੋਂ ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਣਾ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਇਹ ਸਰਲ ਉਪਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਉਹ ਕਾਫ਼ੀ ਨਾ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਰਾਹੀਂ ਸੁਰੰਗ ਦੀ ਛੱਤ ਖੋਲ੍ਹ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਨਸ ਨੂੰ ਮੁੜ ਥਾਂ ਮਿਲ ਜਾਵੇ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਜੋ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਵੱਲੋਂ ਖਰਚੇ ਦੀ ਵਾਪਸੀ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਲਈ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਇਮੇਜਿੰਗ (ਐਕਸ-ਰੇ ਜਾਂ ਸਕੈਨ) ਜਾਂ ਨਸਾਂ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਉਦੋਂ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਉਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ।

ਪਹਿਲੇ ਕਦਮ ਉਹ ਹਨ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਖ਼ੁਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਵਰਤਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲਣਾ, ਇਸ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਵਾਰ ਆਰਾਮ ਦੇਣਾ, ਅਤੇ ਸਪਲਿੰਟ ਪਾਉਣਾ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਰਾਤ ਨੂੰ, ਇਹ ਸਭ ਨਸ ਤੋਂ ਦਬਾਅ ਘਟਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ (ਹੱਥ ਦੀ ਥੈਰੇਪੀ) ਵਿੱਚ ਨਸ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਖਿਸਕਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ (gliding exercises) ਸਿਖਾਈਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਜੋ ਨਸ ਨੂੰ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚੋਂ ਸੁਖਾਲੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਖਿਸਕਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਸਰਲ ਉਪਾਅ ਹਲਕੇ ਅਤੇ ਦਰਮਿਆਨੇ ਲੱਛਣਾਂ ਲਈ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਛੇਤੀ ਅਜ਼ਮਾਉਣਾ ਅਤੇ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣਾ ਚੰਗਾ ਹੈ। ਨਸ ਜਿੰਨੇ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਦੱਬੀ ਹੋਈ ਹੈ, ਇਹ ਉਪਾਅ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਓਨਾ ਹੀ ਘੱਟ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਇਕੱਲਾ ਸਪਲਿੰਟ ਕਾਫ਼ੀ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚ ਕੋਰਟੀਸੋਨ (cortisone) ਦਾ ਟੀਕਾ ਨਸ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਸੋਜਸ਼ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਅਕਸਰ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਲਗਭਗ 45% ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਰਾਹਤ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਉੱਤੇ

ਪਹਿਲੇ ਟੀਕੇ ਦਾ ਅਸਰ ਚੰਗਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਟੀਕੇ ਦੇ ਨਾਲ ਸਪਲਿੰਟ ਵੀ ਪਾਉਣ ਨਾਲ ਇਕੱਲੇ ਟੀਕੇ ਨਾਲੋਂ ਲੱਛਣ ਵੱਧ ਘਟਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਨਸ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਵੱਧ ਸੁਧਰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਹੋਰ ਵਿਕਲਪ ਪਲੇਟਲੈੱਟ-ਰਿਚ ਪਲਾਜ਼ਮਾ (platelet-rich plasma), ਜਾਂ PRP, ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਖੂਨ ਤੋਂ ਬਣਿਆ ਟੀਕਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਘਟਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹੱਥ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਹੜਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਉਪਾਵਾਂ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਰਾਹਤ ਨਾ ਮਿਲੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਅਗਲਾ ਕਦਮ ਸਰਜਰੀ ਹੈ। ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਰਿਲੀਜ਼ (ਕੱਟ ਕੇ ਖੋਲ੍ਹਣ ਵਾਲਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ) ਵਿੱਚ ਸੁਰੰਗ ਦੀ ਛੱਤ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲੀ ਕੱਸੀ ਹੋਈ ਪੱਟੀ ਨੂੰ ਕੱਟਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਥਾਂ ਖੁੱਲ੍ਹ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਨਸ ਤੋਂ ਦਬਾਅ ਉਸੇ ਵੇਲੇ ਹਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਪਲਿੰਟ ਨਾਲੋਂ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਵਧੇਰੇ ਰਾਹਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਛੇਤੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਨਾਲ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਧ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਇਸ ਦੇ ਆਪਣੇ ਪੰਨੇ ਉੱਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਪੂਰੀ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ, ਅਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਫ਼ੈਸਲਾ ਅਸੀਂ ਮਿਲ ਕੇ ਕਰਾਂਗੇ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਘੱਟ ਹੀ ਇੱਕੋ ਥਾਂ ਖੜ੍ਹਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਲੱਛਣ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ, ਹਲਕੇ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਸੰਭਾਲਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਹੋਰ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਝਰਨਾਹਟ ਅਤੇ ਸੁੰਨਪਨ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਜਾਂ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਸੁੰਨਪਨ ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਦਬਾਅ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਗੰਭੀਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਕੁਝ ਸੁੰਨਪਨ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਨਸ ਨੂੰ ਖ਼ੁਦ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚ ਚੁੱਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਕਿੰਨਾ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿੱਥੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਆਉਣ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਕਿੰਨੇ ਗੰਭੀਰ ਹਨ, ਇਹੀ ਸਭ ਤੋਂ ਅਹਿਮ ਗੱਲ ਹੈ ਜੋ ਤੈਅ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀ ਰਾਹਤ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹਲਕੇ ਜਾਂ ਦਰਮਿਆਨੇ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਦਿਨ ਵੇਲੇ ਦਾ ਸੁੰਨਪਨ ਅਤੇ ਝਰਨਾਹਟ ਗੰਭੀਰ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜਲਦੀ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਉਮਰ ਕੋਈ ਰੁਕਾਵਟ ਨਹੀਂ ਹੈ: ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਲੋਕ ਵੀ ਛੇਤੀ ਉਮਰ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਜਿੰਨੀ ਹੀ ਦਰ ਨਾਲ ਸੁਧਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵੀ ਉਮਰ ਕਾਰਨ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਨਾਂਹ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸੁਧਾਰ ਇੱਕਦਮ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਸਗੋਂ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਲਗਾਤਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਲੱਛਣ ਅਤੇ ਹੱਥ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ 12 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਸੁਧਰਦੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਤੀਜੇ ਤੋਂ ਛੇਵੇਂ ਮਹੀਨੇ ਦੌਰਾਨ, ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਅਹਿਸਾਸ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੇ ਹਨ, ਨੀਂਦ ਵੀ ਸੁਧਰ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਗਾਉਣ ਵਾਲੀ ਝਰਨਾਹਟ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਮ ਨਤੀਜਾ ਰਾਹਤ ਹੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: 97% ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਪੂਰੀ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਰਾਹਤ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਿਹੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਲੱਛਣ ਬਣੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਿਹੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਕਦੇ-ਕਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਲੰਮਾ ਸਮਾਂ ਲੰਘਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ। ਜੇ ਅਜਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਵੀ ਹੱਥ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਲਿਆ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕੁਝ ਹੋਰ ਗੱਲਾਂ ਵੀ ਅੱਗੇ ਦੀ ਤਸਵੀਰ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਸ਼ੂਗਰ ਨਤੀਜੇ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦੀ: ਸ਼ੂਗਰ ਵਾਲੇ ਲੋਕ ਵੀ ਉੱਨਾ ਹੀ ਸੁਧਰਦੇ ਹਨ ਜਿੰਨਾ ਬਿਨਾਂ ਸ਼ੂਗਰ ਵਾਲੇ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੈਟਾਬੋਲਿਕ ਸਿੰਡਰੋਮ (metabolic syndrome) ਹੈ, ਯਾਨੀ ਹਾਈ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ ਅਤੇ ਖੂਨ ਵਿੱਚ ਵਧੀ ਹੋਈ ਸ਼ੂਗਰ ਸਮੇਤ ਕਈ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਇਕੱਠ, ਉਹ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੌਲੀ ਠੀਕ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਇੱਕ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਤੱਕ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਅਤੇ ਹੱਥ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਬਾਕੀ ਸਾਰਿਆਂ ਵਰਗਾ ਹੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਦੂਜੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਵੀ ਇਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਦੋਵਾਂ ਹੱਥਾਂ ਉੱਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੋ।

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

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਜਿਹੜੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀਆਂ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਪੜ੍ਹ ਚੁੱਕੇ ਹੋ: ਅੰਗੂਠੇ, ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਝਰਨਾਹਟ ਅਤੇ ਸੁੰਨਪਨ, ਜੋ ਅਕਸਰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਵੱਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ

ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ। ਜੇ ਸਪਲਿੰਟ ਵਰਗੇ ਸਰਲ ਉਪਾਵਾਂ ਨਾਲ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਮਦਦ ਨਹੀਂ ਮਿਲੀ, ਜਾਂ ਸੁੰਨਪਨ ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣ ਲੱਗ ਪਿਆ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਵਾਲੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਸੁੰਗੜ ਰਹੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇ ਕੋਈ ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਫਿੱਕੀਆਂ, ਠੰਢੀਆਂ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੀਆਂ ਪੈ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਅਹਿਸਾਸ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਹੱਥ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕਾਮਯਾਬ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਉਹ ਤਿੰਨ ਹਾਲਤਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੱਖਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਚੱਲਦਾ ਹੈ, ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਸਮਝਣ ਯੋਗ ਹਨ।

ਸ਼ੂਗਰ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮੀਦ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਫ਼ਰਕ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ

ਸ਼ੂਗਰ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਦੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਮਾੜਾ ਹੋਵੇਗਾ, ਅਤੇ ਇਹ ਮੰਨਣਾ ਵਾਜਬ ਵੀ ਲੱਗਦਾ ਹੈ: ਸ਼ੂਗਰ ਨਸਾਂ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਨਸ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ।

ਸਬੂਤ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ। **2,869** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਕੇ ਦੇਖੇ ਗਏ, ਤਾਂ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸ਼ੂਗਰ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਸ਼ੂਗਰ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਲਗਭਗ ਸਾਰੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਦਾ **ਕੋਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ** ਸੀ। ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਅਪਵਾਦ ਸੈਂਸਰੀ ਕੰਡਕਸ਼ਨ ਵੈਲੋਸਿਟੀ (sensory conduction velocity) ਸੀ, ਜੋ ਨਸ ਦਾ ਇੱਕ ਬਿਜਲਈ ਮਾਪ ਹੈ, ਕੋਈ ਅਜਿਹੀ ਚੀਜ਼ ਨਹੀਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਖ਼ੁਦ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰੋ [1]।

ਸਹੀ ਨਜ਼ਰੀਆ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਸ਼ੂਗਰ ਨਸ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਾਲਤ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਣ ਵਾਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀ ਨਹੀਂ ਜਾਪਦੀ। ਖੋਜਕਾਰਾਂ ਦਾ ਆਪਣਾ ਸਿੱਟਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਧਿਆਨ ਸ਼ੂਗਰ ਕਾਰਨ ਨਸਾਂ ਦੇ ਨੁਕਸਾਨ (diabetic neuropathy) ਦੀ ਬਿਹਤਰ ਦੇਖਭਾਲ ਉੱਤੇ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਮਦਦ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਉੱਤੇ।

ਇਹ ਕਰਨ ਦੇ ਤਿੰਨ ਤਰੀਕੇ, ਅਤੇ ਇਹ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸ ਸਭ ਤੋਂ ਪੁਰਾਣਾ ਤਰੀਕਾ ਕਿਉਂ ਵਰਤਦੀ ਹੈ

ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਨੂੰ ਇੱਕ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਰਿਲੀਜ਼ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਐਂਡੋਸਕੋਪ (ਦੂਰਬੀਨ) ਨਾਲ ਇੱਕ ਜਾਂ ਦੋ ਛੋਟੇ ਸੁਰਾਖਾਂ ਰਾਹੀਂ (endoscopic), ਜਾਂ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਹੇਠ ਸੂਈ ਜਿੰਨੇ ਆਕਾਰ ਦੇ ਬਲੇਡ ਨਾਲ ਚਮੜੀ ਵਿੱਚੋਂ (percutaneous)। ਤਿੰਨੋਂ ਤਰੀਕੇ ਇੱਕੋ ਬਣਤਰ ਨੂੰ ਕੱਟਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਟ੍ਰਾਂਸਵਰਸ ਕਾਰਪਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (transverse carpal ligament, ਸੁਰੰਗ ਦੀ ਛੱਤ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲਾ ਸਖ਼ਤ ਬੰਧਨ) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਬਹਿਸ ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਰੇ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਕਿ ਸੁੰਨਪਨ ਠੀਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

ਖੁੱਲ੍ਹੀ (open) ਅਤੇ ਐਂਡੋਸਕੋਪਿਕ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। **1,596** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਾਲੇ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲਾਂ (randomised trials) ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਕੇ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ, ਤਾਂ ਦੋਵੇਂ ਤਰੀਕੇ **ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਵਿੱਚ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ** ਸਨ, ਪਰ ਐਂਡੋਸਕੋਪਿਕ ਰਿਲੀਜ਼ ਨਾਲ ਹੱਥ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਬਿਹਤਰ ਵਾਪਸ ਆਇਆ ਅਤੇ **ਕੰਮ 'ਤੇ ਜਲਦੀ ਵਾਪਸੀ** ਹੋਈ, ਅਤੇ ਮਾਪੀਆਂ ਗਈਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਇਹ ਵਧੇਰੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸੀ [2]।

ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ-ਗਾਈਡਡ ਰਿਲੀਜ਼ ਨਵਾਂ ਤਰੀਕਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਉਹ ਤਰੀਕਾ ਹੈ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ਼ਤਿਹਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਪੜ੍ਹੋਗੇ, ਜਿੱਥੇ ਇਸ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ "ਬਿਨਾਂ ਚੀਰੇ ਵਾਲਾ" ਦੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਲੋਕਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਨਾਲ ਕਰਨ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਪ੍ਰਚਾਰ ਦੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸੋਚ ਉੱਤੇ ਹਾਵੀ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਜਾਣਨੀਆਂ ਚੰਗੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਸ਼ਬਦੀ ਅਰਥਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਚੀਰੇ ਵਾਲਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਫਿਰ ਵੀ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਜਿਹਾ ਸੁਰਾਖ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਟ੍ਰਾਇਲ ਇਸ ਨੂੰ ਚੀਰੇ ਦੀ ਗ਼ੈਰ-ਮੌਜੂਦਗੀ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ ਵਜੋਂ ਮਾਪਦੇ ਹਨ। ਅਤੇ ਸਬੂਤ, ਭਾਵੇਂ ਸੱਚਮੁੱਚ ਹੌਸਲਾ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਹਨ, ਪਰ ਇਸ਼ਤਿਹਾਰਾਂ ਦੇ ਭਰੋਸੇ ਤੋਂ ਜਾਪਦੇ ਸਬੂਤਾਂ ਨਾਲੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹਨ। ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲਾਂ ਦਾ ਇਕੱਠਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਸਿਰਫ਼ **ਤਿੰਨ ਅਧਿਐਨਾਂ ਅਤੇ 221 ਮਰੀਜ਼ਾਂ** ਉੱਤੇ ਟਿਕਿਆ ਹੈ: ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਸਕੋਰ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਗਾਈਡਡ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਸਨ, ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਨਾਲੋਂ **20.8 ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ** ਆਪਣੀਆਂ ਆਮ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਗਏ [4]। 2026 ਦੀਆਂ ਦੋ ਵੱਡੀਆਂ ਤੁਲਨਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਮਿਲਾ ਕੇ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ: 356 ਮਰੀਜ਼ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ [5] ਅਤੇ 372 ਐਂਡੋਸਕੋਪਿਕ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ [6]। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਤਰੀਕਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਅਸਰਦਾਰ ਪਾਇਆ ਗਿਆ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਘੱਟ

ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ, ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਓਪੀਐਂਟਿਡ (opioid, ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ) ਵਰਤੇ ਗਏ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਜ਼ਖ਼ਮ ਤੋਂ ਵਧੇਰੇ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਸਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਦੋਵਾਂ ਹੋਰ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗਿਆ। ਸੁਧਾਰ ਛੇ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਕਾਇਮ ਰਹੇ ਹਨ [7]।

ਇਸ ਦਾ ਇਮਾਨਦਾਰ ਦੂਜਾ ਪੱਖ ਇਸ਼ਤਿਹਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਹੀ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੈ ਕਿ ਪ੍ਰੋਥ (ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਯੰਤਰ) ਕਿਸ ਦੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਹੈ।

ਇਨਸਬਰੁਕ (Innsbruck) ਤੋਂ 2025 ਦੀ ਇੱਕ ਕੇਸ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ-ਗਾਈਡਡ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੂਜੇ, ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ, ਕਿਉਂਕਿ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕੱਟਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਨਸਾਂ ਨੂੰ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਸੀ ਜਾਂ ਧਮਣੀਆਂ ਨੂੰ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਸੀ [8]। ਅਹਿਮ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਸ ਨੇ ਕੀਤਾ ਸੀ। ਚੌਦਾਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ, ਪਹਿਲਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਗਿਆਰਾਂ ਵਿੱਚ ਰੇਡੀਓਲੋਜਿਸਟਾਂ (ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ ਸਕੈਨ ਦੇ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ) ਨੇ, ਇੱਕ ਵਿੱਚ ਜਨਰਲ ਸਰਜਨ ਨੇ, ਅਤੇ ਦੋ ਵਿੱਚ ਤਜਰਬੇਕਾਰ ਹੱਥ ਦੇ ਸਰਜਨਾਂ ਨੇ ਕੀਤਾ ਸੀ। ਅੱਗੇ ਜੇ ਹੋਇਆ ਉਹ ਵੀ ਇਸੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਵੱਖਰਾ ਸੀ। ਹੱਥ ਦੇ ਸਰਜਨਾਂ ਵਾਲੇ ਦੋ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਵਿੱਚ, ਰਿਲੀਜ਼ ਦੌਰਾਨ ਇੱਕ ਧਮਣੀ ਨੂੰ ਸੱਟ ਲੱਗ ਗਈ; ਖੂਨ ਵਗਣ ਦਾ ਤੁਰੰਤ ਪਤਾ ਲੱਗ ਗਿਆ, ਸਰਜਨਾਂ ਨੇ ਉਸੇ ਵੇਲੇ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਕੇ ਖੂਨ ਰੋਕਿਆ, ਰਿਲੀਜ਼ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ, ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਕੋਈ ਤਕਲੀਫ਼ ਨਹੀਂ ਹੋਈ। ਜਨਰਲ ਸਰਜਨ ਵਾਲੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, ਔਰਤ ਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਗਣ ਦੇ ਪਲ ਤੋਂ ਹੀ ਸੁੰਨਪਨ ਸੀ, ਉਸ ਨੂੰ ਕੋਰਟੀਸੋਨ ਦੇ ਦੋ ਟੀਕੇ ਲਗਾਏ ਗਏ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਅਤੇ ਉਹ ਨੌਂ ਮਹੀਨੇ ਬਾਅਦ ਵਾਪਸ ਆਈ ਜਦੋਂ ਮੀਡੀਅਨ ਨਸ ਨੂੰ ਤਿੰਨ ਸਿਊਰਲ ਨਸ ਗ੍ਰਾਫਟਾਂ (sural nerve grafts, ਲੱਤ ਤੋਂ ਲਏ ਗਏ ਨਸ ਦੇ ਟੁਕੜੇ) ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ। ਇਸ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਤਜਰਬੇ ਦੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਇਹੀ ਦਲੀਲ ਹੈ: ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਮਾਹਰ ਹੱਥਾਂ ਵਿੱਚ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਕਦੇ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ, ਸਗੋਂ ਇਹ ਕਿ ਮਾਹਰ ਸਰਜਨ ਪੇਚੀਦਗੀ ਨੂੰ ਪਛਾਣ ਲੈਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਉਸ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਪਰ ਇਸ ਲੜੀ ਨੂੰ ਕਿੰਨਾ ਵਜ਼ਨ ਦੇਣਾ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਸਾਵਧਾਨ ਰਹੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਜਨਤਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚੁਣੌਤੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਅੰਸ਼ਕ ਸੋਧ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਵੱਡੀ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਇੰਟਰਵੈਨਸ਼ਨਲ ਰੇਡੀਓਲੋਜੀ (interventional radiology) ਦੇ ਇੱਕ ਗਰੁੱਪ ਨੇ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤਾ ਕਿ ਇਸ ਦੀ ਮੁੱਖ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ “ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਅੰਕੜਿਆਂ ਨਾਲ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ”, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਨਾ ਕੋਈ ਆਧਾਰ ਗਿਣਤੀ (denominator) ਦੱਸੀ ਗਈ, ਨਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਗਿਣਤੀ, ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਤੁਲਨਾ ਲਈ ਕੋਈ ਦਰ, ਇਸ ਲਈ ਇਸ ਤੋਂ ਖ਼ਤਰੇ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਨਹੀਂ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਉਸ ਗਰੁੱਪ ਨੇ ਇੱਕ ਮਿਆਰੀ ਤਰੀਕੇ (protocol) ਅਨੁਸਾਰ ਅਜਿਹੇ 2,000 ਤੋਂ ਵੱਧ ਰਿਲੀਜ਼ ਕੀਤੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਦੱਸਿਆ ਕਿ ਜੇ ਰੇਡੀਓਲੋਜਿਸਟਾਂ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਗਿਆਰਾਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ ਵੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਵੀ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਦਰ 1,000 ਵਿੱਚੋਂ 5 ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੋਵੇਗੀ [10]। ਫਿਰ ਮੂਲ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਮੰਨਿਆ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਤਿੰਨ ਮਾਮਲਿਆਂ ਨੂੰ ਗ਼ਲਤ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਉਹ ਅਧੂਰੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੀਆਂ ਮਿਸਾਲਾਂ ਹੀ ਨਹੀਂ ਸਨ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ “ਅੰਕੜਿਆਂ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਗੰਭੀਰ ਗ਼ਲਤੀ” ਕਿਹਾ [10]।

ਦੋਵੇਂ ਧਿਰਾਂ ਜਿਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਸਹਿਮਤ ਹਨ, ਉਹੀ ਕੰਮ ਦੀ ਗੱਲ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਸਾਫ਼-ਸਾਫ਼ ਕਹਿਣਾ ਚੰਗਾ ਹੈ: ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਕੋਲ ਨਸਾਂ ਦੇ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਅਸਲ ਮੁਹਾਰਤ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਜੋ ਇੱਕ ਮਿਆਰੀ ਤਕਨੀਕ ਅਨੁਸਾਰ ਕੰਮ ਕਰੇ, ਅਤੇ ਜੋ ਵਿਚਕਾਰ ਹੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਬਦਲਣਾ ਪਵੇ ਤਾਂ ਹੱਥ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਮਦਦ ਤੁਰੰਤ ਮੌਜੂਦ ਹੋਵੇ। ਸਿੱਖਣ ਦਾ ਦੌਰ ਲਗਭਗ 30 ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਸਮਾਂ ਸਥਿਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ [9]। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੋਚ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਪੁੱਛਣੇ ਵਾਜਬ ਸਵਾਲ ਹਨ: ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨੇ ਹੁਣ ਤੱਕ ਕਿੰਨੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀਤੇ ਹਨ, ਕਿਸ ਮਿਆਰੀ ਤਰੀਕੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਅਤੇ ਜੇ ਇਸ ਨੂੰ ਨੌਂ ਮਹੀਨੇ ਬਾਅਦ ਦੀ ਬਜਾਏ ਅੱਜ ਹੀ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਬਦਲਣਾ ਪਵੇ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ।

ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੀ ਜਿਸ ਤੁਲਨਾ ਉੱਤੇ ਇਸ਼ਤਿਹਾਰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜ਼ੋਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਉਸ ਵਿੱਚ ਇਕੱਠੀ ਪੇਚੀਦਗੀ ਦਰ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਗਾਈਡੈਂਸ ਲਈ 7.1% ਸੀ ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਲਈ 5.6%, ਅਤੇ ਇਸ ਫ਼ਰਕ ਦਾ ਕਾਨਫੀਡੈਂਸ ਇੰਟਰਵਲ (confidence interval) 0.04 ਤੋਂ 15.10 ਤੱਕ ਸੀ [4]। ਇਹ ਦਾਇਰਾ ਇੰਨਾ ਚੌੜਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਭਗ ਕੁਝ ਵੀ ਨਹੀਂ ਦੱਸਦਾ। ਇੱਥੇ “ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ” ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ “ਹਾਲੇ ਤੱਕ ਕਿਸੇ ਨੇ ਇਸ ਨੂੰ ਇੰਨੀ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਮਾਪਿਆ ਕਿ ਪੱਕਾ ਕਹਿ ਸਕੇ”।

ਡਾ. ਹਿਰਪਰਾ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਰਿਲੀਜ਼ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਉਹ ਚੀਜ਼ ਹੈ ਜੋ ਸਿਰਫ਼ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਹੀ ਦਿੰਦੀ ਹੈ: ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਅਤੇ ਨਸ ਸਿੱਧੇ ਅੱਖਾਂ ਨਾਲ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਅੱਖਾਂ ਸਾਹਮਣੇ ਪੱਕਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਰਿਲੀਜ਼ ਪੂਰੀ ਹੋ ਗਈ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਣਤਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਫ਼ਰਕ ਨੂੰ, ਜਿਵੇਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦਾ ਕੋਈ ਵਾਧੂ ਹਿੱਸਾ ਜਾਂ ਨਸ ਦੀ ਕੋਈ ਅਸਾਧਾਰਨ ਸ਼ਾਖਾ, ਉਸ ਤੋਂ ਬਚ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਮਿਲਦੇ ਹੀ ਸੰਭਾਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ ਕਿਸੇ ਖ਼ਾਸ ਸਾਜ਼ੋ-ਸਾਮਾਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਅਤੇ ਅਸਾਧਾਰਨ ਬਣਤਰ ਲਈ ਇਹ ਅਜੇ ਵੀ ਪਸੰਦੀਦਾ ਤਕਨੀਕ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਕੋਈ ਸਰਜਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਤਰੀਕਾ ਵਰਤਦਾ ਹੋਵੇ।

ਇਸ ਚੋਣ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਸਲ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਸਾਫ਼-ਸਾਫ਼ ਸੁਣਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ: ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਸਬੂਤ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ ਐਂਡੋਸਕੋਪਿਕ ਜਾਂ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ-ਗਾਈਡਡ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਾਇਦ ਜਲਦੀ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਓਗੇ। ਸਬੂਤ ਇਹ ਨਹੀਂ ਦੱਸਦੇ ਕਿ ਅੰਤ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਨਤੀਜਾ ਵੱਖਰਾ ਹੋਵੇਗਾ। ਜੇ ਨਸ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਦੇਖ ਕੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਨਾਲੋਂ ਜਲਦੀ ਵਾਪਸੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਇੱਕ ਜਾਇਜ਼ ਤਰਜੀਹ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਵੈੱਬਸਾਈਟ ਤੋਂ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਆਪਣੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਚੰਗੀ ਹੈ।

ਜੇ ਨਸ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਵੀ ਦੁਖਦੀ ਹੈ, ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਉਹ ਰਿਲੀਜ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਨਸ ਨਾ ਹੋਵੇ

ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਘਾਟ ਰੱਖਣ ਯੋਗ ਖੋਜ ਹੈ। ਨਸ ਦੇ ਦਬਾਅ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ **7,867** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ, ਲਗਭਗ **3%** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਉਸੇ ਬਾਂਹ ਦੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨਸ ਦਾ ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਣ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੋਇਆ [3]।

ਤਿੰਨ ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਛੋਟਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਵੱਡਾ ਹੈ। ਨਸ ਦਾ ਦਬਾਅ ਅਕਸਰ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਥਾਂ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ: ਇੱਕੋ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਮੀਡੀਅਨ ਨਸ ਦਾ ਦਬਾਅ ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਉੱਤੇ ਅਲਨਰ ਨਸ (ulnar nerve) ਦਾ ਦਬਾਅ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਲੱਛਣ ਇੰਨੇ ਮਿਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨੂੰ ਲੁਕਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤਕਨੀਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਾਮਯਾਬ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਹੱਥ ਠੀਕ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਵਾਲ ਹਮੇਸ਼ਾ ਇਹ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਕਿ “ਕੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਫ਼ੇਲ੍ਹ ਹੋ ਗਿਆ”, ਕਈ ਵਾਰ ਸਵਾਲ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ “ਕੀ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਕੋਈ ਦੂਜੀ ਥਾਂ ਵੀ ਸੀ”। ਖੋਜਕਾਰ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਅਤੇ ਕਿਊਬਿਟਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ (cubital tunnel syndrome, ਕੂਹਣੀ ਉੱਤੇ ਅਲਨਰ ਨਸ ਦਾ ਦਬਾਅ) ਦੋਵੇਂ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਦੋਵਾਂ ਥਾਵਾਂ ਦਾ ਦਬਾਅ ਇੱਕੋ ਸਮੇਂ ਹਟਾਉਣ ਨਾਲ ਫ਼ਾਇਦਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ [3]।

ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਇੰਨਾ ਵਧੀਆ ਕੰਮ ਕਿਉਂ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਇਸ ਦੀ ਬਣਤਰ ਦਾ ਹਿਸਾਬ ਬਹੁਤ ਸਰਲ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਇਸ ਦੀ ਕਾਮਯਾਬੀ ਦੀ ਵੱਡੀ ਵਜ੍ਹਾ ਹੈ। ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਇੱਕ ਬੰਦ ਥਾਂ ਹੈ, ਜਿਸ ਦਾ ਸਖ਼ਤ ਫ਼ਰਸ਼ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ (carpal bones) ਨਾਲ ਬਣਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਛੱਤ ਇੱਕ ਮਜ਼ਬੂਤ ਟ੍ਰਾਂਸਵਰਸ ਕਾਰਪਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦਬਾਅ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਮੀਡੀਅਨ ਨਸ ਉੱਥੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨਰਮ ਬਣਤਰ ਹੈ, ਅਤੇ ਨੁਕਸਾਨ ਉਸੇ ਨੂੰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਨੂੰ ਕੱਟਣ ਨਾਲ ਬੰਦ ਥਾਂ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਬਾਅ ਤੁਰੰਤ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸੇ ਲਈ ਰਾਤ ਦੇ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਅਕਸਰ ਲਗਭਗ ਤੁਰੰਤ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਦਕਿ ਸੁੰਨਪਨ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਮਹੀਨੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ: ਦਬਾਅ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਹੀ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਫਿਰ ਨਸ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਮੁਰੰਮਤ ਖੁਦ ਕਰਨੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਨਸ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਅਤੇ ਉੱਪਰ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਠੀਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ 'ਤੇ ਬਣਿਆ ਹੋਇਆ ਸੁੰਨਪਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਨਸ ਆਪਣੇ ਸਮੇਂ ਅਨੁਸਾਰ ਠੀਕ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਇਹ ਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨੇ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Moradi A, Sadr A, Ebrahimzadeh MH, Hassankhani GG, Mehrad-Majd H. Does diabetes mellitus change the carpal tunnel release outcomes? Evidence from a systematic review and meta-analysis. J Hand Ther. 2020;33(3):394-401.

<https://doi.org/10.1016/j.jht.2020.01.003>

[2] Chen L, Duan X, Huang X, Lv J, Peng K, Xiang Z. Effectiveness and safety of endoscopic versus open carpal tunnel decompression: a meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Orthop Trauma Surg. 2014;134(4):585-93.

<https://doi.org/10.1007/s00402-013-1898-z>

[3] Mendelaar NH, Hundepool CA, Hoogendam L, Duraku LS, Zöphel OT, Selles RW, et al. Multiple compression syndromes of the same upper extremity: prevalence, risk factors, and outcomes. J Hand Surg Am. 2023;48(5):479-88.

<https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.01.024>

[4] Ekhtiari S, Phillips M, Dhillon D, Shahabinezhad A, McMains C, Dzwierzynski B, Bhandari M. Carpal Tunnel Release with Ultrasound Guidance Versus Open and Mini-Open Carpal Tunnel Release: A Systematic Review and Meta-Analysis

of Randomized Controlled Trials. J Hand Surg Glob Online. 2025;7(2):121-126. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2024.04.001>

[5] Marwin VM, Lincoski CJ, Nelson JT, Watt JF, Moeller AT, Perry PE, et al. Propensity Score-Matched Comparison of Ultrasound-Guided Versus Open Carpal Tunnel Release: Three-Month Outcomes From the MISSION Registry. J Hand Surg Glob Online. 2026;8(2):100931. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2025.100931>

[6] Marwin VM, Nelson JT, Watt JF, Verheyden JR, Perry PE, Warhold LG, et al. Prospective Multicenter Propensity Score-matched Comparison of Ultrasound-guided Versus Endoscopic Carpal Tunnel Release. J Hand Surg Glob Online. 2026;8(3):100974. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2026.100974>

[7] Cano LC, Leiby BM, Shum LC, Ward MG, Joseph AE. Clinical Results of Carpal Tunnel Release Using Ultrasound Guidance in Over 100 Patients at Two to Six Years. J Hand Surg Glob Online. 2024;6(3):354-359. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2024.02.004>

[8] Köhl M, Seeher U, Kaiser P, Schmidle G, Zimmermann R, Sigl S. Complications after ultrasound-guided carpal tunnel release: a case series. J Hand Surg Eur Vol. 2025;50(8):1050-1053. <https://doi.org/10.1177/17531934251318533>

[9] Castro-Menéndez M, Balvís-Balvís P, Denisiuk M, Vázquez-Cancela O. Assessing the learning curve for percutaneous ultrasound-guided release in carpal tunnel syndrome. J Hand Surg Eur Vol. 2025;50(10):1365-1370. <https://doi.org/10.1177/17531934251338970>

[10] Gruber H, Honold S, Skalla-Oberherber E, Loizides A. RE: Köhl M, Seeher U, Kaiser P, Schmidle G, Zimmermann R, Sigl S. Complications after ultrasound-guided carpal tunnel release: a case series. J Hand Surg Eur Vol. 2026;51(3):384-385. <https://doi.org/10.1177/17531934251412674>