

ਡੀ ਕੁਏਰਵੇਨ ਟੈਨੋਸਾਈਨੋਵਾਈਟਿਸ

ਡੀ ਕੁਏਰਵੇਨ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੀ ਬਣਤਰ — ਐਬਡਕਟਰ ਪੋਲੀਸਿਸ ਲੌਂਗਸ (abductor pollicis longus) ਅਤੇ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਪੋਲੀਸਿਸ ਬ੍ਰੇਵਿਸ (extensor pollicis brevis), ਜਦੋਂ ਉਹ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਪਾਰ ਕਰਦੇ 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

ਡੀ ਕੁਏਰਵੇਨ ਟੈਨੋਸਾਈਨੋਵਾਈਟਿਸ (De Quervain's tenosynovitis) ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਟੈਂਡਨਾਂ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ। ਜਿਸ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚੋਂ ਉਹ ਲੰਘਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਸੁੱਜ ਕੇ ਤੰਗ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਉਸ ਵਿੱਚੋਂ ਖਿਸਕਦੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ, ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਕੋਲ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉੱਥਾਰ ਦੇ ਨੇੜੇ, ਦੁਖਣ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਬਾਉਣ ਉੱਤੇ ਪੀੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਅਕਸਰ ਉਸੇ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਸੋਜ ਵੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਕੁਝ ਖਾਸ ਹਰਕਤਾਂ ਦਰਦ ਨੂੰ ਵਧਾ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵੱਲ ਮੋੜਨਾ, ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਮੋੜਦੇ ਹੋਏ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਫੜਨਾ, ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਨਾਲ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨਾ, ਇਹ ਸਭ ਦਰਦ ਛੇੜ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਉਹ ਕੰਮ ਅੱਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਹਰਕਤਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ: ਕੇਤਲੀ ਚੁੱਕਣਾ, ਦਰਵਾਜ਼ੇ ਦਾ ਹੈਂਡਲ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਛੋਟੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਚੁੱਕਣਾ, ਕੱਪੜਾ ਨਿਚੋੜਨਾ, ਜਾਂ ਕੈਂਚੀ ਵਰਤਣਾ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਨੂੰ ਦਬਾਉਣ ਉੱਤੇ ਚਮੜੀ ਹੇਠਾਂ ਰੇਤ ਵਰਗੀ ਰੜਕ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦਰਦ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਭੜਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹੱਥ ਨਾਲ ਬਹੁਤ ਕੰਮ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਹ ਵੱਧ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਸਵੇਰੇ ਉੱਠਦੇ ਹੀ ਜਾਂ ਰਾਤ ਨੂੰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਿਹੇ ਲੋਕਾਂ (ਲਗਭਗ 100 ਵਿੱਚੋਂ 1) ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦਰਦ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਅੰਗੂਠਾ ਅਟਕਦਾ ਜਾਂ ਫਸਦਾ ਵੀ ਹੈ। ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਇਹ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਇਲਾਜ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਮਦਦ ਕਦੋਂ ਲੈਣੀ ਹੈ

ਜੇ ਦਰਦ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੋਲ੍ਹ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਗਰਮੀ, ਲਾਲੀ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਦਰਦ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਇਹ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਉਸੇ ਦਿਨ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜੀਪੀ ਦੇ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਜਾਂ ਹੱਥ ਫਿੱਕੇ, ਠੰਢੇ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੇ ਪੈ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਚਾਨਕ ਤੁਹਾਡੀ ਛੋਹ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਚਲੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਵੀ ਉਸੇ ਦਿਨ ਜਾਓ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖੀਰ (ਸ਼ਨੀਵਾਰ-ਐਤਵਾਰ) ਨੂੰ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਦੇ ਟੈਂਡਨ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਹੱਥ ਤੋਂ ਦੂਰ ਲਿਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਇੱਕ ਤੰਗ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚੋਂ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਲੰਘਦੇ ਹਨ। ਸੁਰੰਗ ਦੀ ਇੱਕ ਸਖ਼ਤ ਛੱਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਦੇ ਨੇੜੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕੋਈ ਛੱਲਾ ਦੇ ਰੱਸੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ।

ਸਮੱਸਿਆ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਟੈਂਡਨਾਂ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅੰਦਰਲੀ ਪਰਤ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਤੰਗ ਥਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਗ੍ਹਾ ਘੇਰ ਲੈਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਖਿਸਕਦੇ ਸਮੇਂ ਟੈਂਡਨ ਰਗੜ ਖਾਂਦੇ ਹਨ। ਉਹ ਰਗੜ ਹੋਰ ਸੋਜ ਅਤੇ ਹੋਰ ਦਰਦ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਸੁਰੰਗ ਖੁਦ ਵੀ ਤੰਗ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਤੰਗ ਰਸਤੇ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਚਿੜੇ ਹੋਏ (irritated) ਟੈਂਡਨਾਂ ਦਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣਾ ਔਖਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਬਣਤਰ ਵਿੱਚ ਸੁਰੰਗ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਕੰਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਇਸ ਨੂੰ ਦੋ ਵੱਖਰੇ ਰਸਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਇਸ ਲਈ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਦੋਵਾਂ ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਖਿਸਕਣ ਲਈ ਥਾਂ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਇੱਕ ਟੈਂਡਨ ਆਪਣੇ ਵੱਖਰੇ, ਬੰਦ ਰਸਤੇ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੁੱਖ ਸੁਰੰਗ ਦਾ ਇਲਾਜ ਹੋਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਉਹ ਰਸਤਾ ਤੰਗ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਨਾਲ ਸਮਝ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਖੁਦ ਸੁਰੰਗ ਹੀ ਹੈ। ਪਕੜਨ, ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਅਤੇ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੇ ਤੰਗ ਹੋਈ ਥਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਖਿੱਚ ਕੇ ਲੰਘਣ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਚੁੰਢੀ ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਤਾਕਤ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਟੈਂਡਨ ਆਜ਼ਾਦੀ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਖਿਸਕ ਸਕਦੇ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਜੋ ਰੜਕ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਚਮੜੀ ਹੇਠਾਂ ਹਿੱਲਦੀ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਖੁਰਦਰੀ ਹੋਈ ਸਤ੍ਹਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਦਰਦ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਅੰਗੂਠਾ ਅਟਕਦਾ ਜਾਂ ਫਸਦਾ ਵੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੰਗੀ ਏਨੀ ਵਧ ਚੁੱਕੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਟੈਂਡਨ ਪਲ ਭਰ ਲਈ ਫਸ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਉਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਵਧਿਆ ਹੋਇਆ ਰੂਪ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਛੇਤੀ ਦੱਸਣਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਇਹ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਇਲਾਜ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਇੱਥੇ ਦਰਦ ਸੁਰੰਗ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇਸ ਦੇ ਗੁਆਂਢੀ ਹਿੱਸਿਆਂ ਤੋਂ ਵੀ ਆ ਸਕਦਾ ਹੈ: ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਵਿੱਚ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ), ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਉੱਪਰ ਚਿੜੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ, ਜਾਂ ਗੁੱਟ ਦੇ ਇਸ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਪਾਰ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਚਮੜੀ ਦੇ ਨੇੜੇ ਦੀ ਇੱਕ ਨਸ (nerve)। ਇਹਨਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਵੱਖਰੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਇਸੇ ਲਈ ਦਰਦ ਦਾ ਸਹੀ ਸਰੋਤ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ।

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 ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਅਤੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਜੋ ਚਿੜੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਘਟੇ। ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਵਾਲਾ ਸਪਲਿੰਟ ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਪੈਦਾ ਕਰ ਰਹੀ ਰਗੜ ਨੂੰ ਘਟਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅੱਗੇ ਵਧਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਹਨਾਂ ਕਦਮਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿਓ, ਅਤੇ ਜੇ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ।

ਇਸ ਹਾਲਤ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਸਬੂਤ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਕੋਰਟੀਸੋਨ ਟੀਕਾ (ਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕਾ) ਹੈ। ਕੋਰਟੀਸੋਨ ਸੋਜਸ਼ ਘਟਾਉਣ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਹੈ ਜੋ ਸੁਰੰਗ ਦੇ ਅੰਦਰਲੀ ਸੋਜ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਟੀਕਾ 82% ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਅੱਧੇ ਤੋਂ ਵੱਧ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਮੁਕਤ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣ ਵੇਲੇ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਸੇਧ ਲੈਣ ਨਾਲ ਨਤੀਜਾ ਬਿਹਤਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਸਾਨੂੰ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਵੀ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਬਿਲਕੁਲ ਕਿਸ ਚੀਜ਼ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਟੀਕੇ ਦੇ ਨਾਲ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਵਾਲਾ ਸਪਲਿੰਟ ਵਰਤਣਾ ਸਿਰਫ਼ ਟੀਕੇ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਦੂਜਾ ਟੀਕਾ ਫਿਰ ਵੀ ਇੱਕ ਠੀਕ

ਵਿਕਲਪ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਕਿ ਟੀਕੇ ਨਾਕਾਮ ਹੋ ਗਏ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੂਗਰ (ਡਾਇਬਟੀਜ਼) ਹੈ, ਤਾਂ ਦੂਜੇ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਇੱਕ ਟੀਕੇ ਦੇ ਕਾਮਯਾਬ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਹਰ ਅਗਲਾ ਟੀਕਾ ਪਿਛਲੇ ਟੀਕੇ ਜਿੰਨਾ ਹੀ ਅਸਰ ਕਰਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗੀ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਉਦੋਂ ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਦਰਦ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਅੰਗੂਠਾ ਅਟਕਦਾ ਅਤੇ ਫਸਦਾ ਵੀ ਹੈ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਸੁਰੰਗ ਦੀ ਤੰਗ ਛੱਤ ਨੂੰ ਰਿਲੀਜ਼ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ (release, ਕੱਟ ਕੇ ਖੋਲ੍ਹਣਾ) ਤਾਂ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਫਿਰ ਤੋਂ ਆਜ਼ਾਦੀ ਨਾਲ ਖਿਸਕ ਸਕਣ। ਇਹ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਇਹ ਦੱਸਣ ਵਾਲਾ ਇਸ ਦਾ ਆਪਣਾ ਵੱਖਰਾ ਸਫ਼ਾ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਇਹ ਹਾਲਤ ਆਪਣੇ ਆਪ ਛੇਤੀ ਗ਼ਾਇਬ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜੇ ਕੁਝ ਨਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਵੀ ਲੱਛਣ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਟਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਭੜਕਦਾ ਹੈ। ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਿਹੇ ਲੋਕਾਂ (ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ) ਨੂੰ ਅਖ਼ੀਰ ਦੇ ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ, ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਪਹਿਲੇ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੀ ਉਸ ਮੋੜ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਨਤੀਜੇ ਚੰਗੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਗੱਲ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਦੱਸੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਕੋਰਟੀਸੋਨ ਟੀਕਾ 70% ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਲੱਛਣ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੋਰ 10% ਦੂਜੇ ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੇ, ਦੋ ਟੀਕਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਟੀਕੇ 73.4% ਵਾਰ ਕਾਮਯਾਬ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ: 88% ਲੋਕ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ 91% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜਾ ਰਾਹ ਚੁਣਦੇ ਹੋ। ਟੀਕੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਸੁਰੰਗ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੀ ਸੋਜ ਸ਼ਾਂਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਦੁਖਣ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਟੈਂਡਨ ਫਿਰ ਤੋਂ ਆਜ਼ਾਦੀ ਨਾਲ ਖਿਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੇ (ਅੰਡੋਸਕੋਪਿਕ) ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਸੁਧਾਰ ਛੇਤੀ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੱਡ ਥੈਰੇਪੀ ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿੱਚ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਰੂਬੀ ਇੱਕ ਹੱਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਹੈ: ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਸ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਉਹ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਕੁਝ ਗੱਲਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਜਾਣ ਲੈਣੀਆਂ ਚੰਗੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੂਗਰ ਜਾਂ ਮੈਟਾਬੋਲਿਕ ਸਿੰਡਰੋਮ (metabolic syndrome, ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹਾਈ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ ਅਤੇ ਛਿੱਡ ਦੁਆਲੇ ਭਾਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ) ਹੈ, ਤਾਂ ਦੂਜੇ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਟੀਕਿਆਂ ਦੇ ਕਾਮਯਾਬ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘੱਟ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਹਾਲਤ ਬਾਰੇ ਕਿਵੇਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ, ਇਹ ਵੀ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ: ਜੇ ਲੋਕ ਸਭ ਤੋਂ ਬੁਰੇ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਦੇ ਹਨ ਉਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵੱਧ ਦਰਦ ਅਤੇ ਘੱਟ ਕੰਮਕਾਜ ਦੱਸਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਇਸ ਹਾਲਤ ਦੇ ਮਤਲਬ ਬਾਰੇ ਡਰਾਂ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਹੀ ਉਮੀਦਾਂ ਰੱਖਣਾ ਮਦਦਗਾਰ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੋਲ੍ਹ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਇਸ ਹਾਲਤ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਚੇਤਾਵਨੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਉੱਪਰ ਪਹਿਲੇ ਭਾਗ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਦੱਸੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ: ਦਰਦ ਜੋ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੋਲ੍ਹ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਗੱਲ ਤੁਹਾਡੇ ਉੱਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਇੱਕ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਦਾ ਇੱਥੇ ਦੁਬਾਰਾ ਜ਼ਿਕਰ ਕਰਨਾ ਬਣਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਦਰਦ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਅਟਕਦਾ ਜਾਂ ਫਸਦਾ ਵੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜਿਸ ਵੀ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਉਸ ਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਇਹ ਰੂਪ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਆਰਾਮ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਨਾਲ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਇਹ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਇਲਾਜ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਛੇਤੀ ਦੱਸਣਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ।

ਇਹੀ ਸਲਾਹ ਉਦੋਂ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਦਰਦ ਆਮ ਥਾਂ ਤੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹਟ ਕੇ ਹੈ, ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਉੱਪਰ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਉੱਤੇ। ਕਈ ਹੋਰ ਹਾਲਤਾਂ ਇਸ ਵਰਗੀਆਂ ਲੱਗ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਉੱਤੇ ਵੱਖਰੇ ਇਲਾਜ ਅਸਰ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾਂਚ ਨਾਲ ਪਤਾ ਲੱਗ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀ ਹਾਲਤ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਗਰਮੀ, ਲਾਲੀ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਦਰਦ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖਾਸ 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। ਡੀ ਕੁਏਰਵੇਨ ਟੈਨੋਸਾਈਨੋਵਾਈਟਿਸ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਬਣਤਰੀ ਫ਼ਰਕ ਇੱਕ ਅਜਿਹੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨਾਖ਼ੁਸ਼ੀ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦਾ ਹੈ ਜੋ ਹੋਰ ਤਾਂ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜਾ ਦੇ ਇਲਾਜਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਚੁਣਨ ਨਾਲ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਦੋਵਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠੇ ਕਰਨ ਨਾਲ ਮਿਲਦਾ ਹੈ।

ਦੋਵੇਂ ਇਲਾਜ ਇਕੱਠੇ, ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ

ਪਹਿਲਾ ਡੋਰਸਲ ਕੰਪਾਰਟਮੈਂਟ (first dorsal compartment) ਗੁੱਟ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਇੱਕ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚ ਦੋ ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਇਲਾਜ ਦਾ ਮਕਸਦ ਉਸ ਸੁਰੰਗ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਉਸ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਣ ਵਾਲੇ ਭਾਰ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ ਹੈ।

823 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਨੈੱਟਵਰਕ ਮੈਟਾ-ਐਨਾਲਿਸਿਸ (network meta-analysis, ਕਈ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦਾ ਸਾਂਝਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ) ਦਾ ਸਿੱਟਾ ਸੀ ਕਿ **ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਦੇ ਨਾਲ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕਾ ਮੁੱਖ ਅਤੇ ਅਸਰਦਾਰ ਇਲਾਜ ਬਣਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ**, ਅਤੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਬਾਹਰੋਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸ਼ੌਕਵੇਵ ਥੈਰੇਪੀ (extracorporeal shockwave therapy) ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਦਰਜੇ ਦਾ ਵਿਕਲਪ ਹੈ [1]। ਹਿੱਸਿਆਂ ਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੇਖੀਏ ਤਾਂ, **ਸਪਲਿੰਟ (orthosis) ਅਤੇ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕੇ ਨੂੰ ਮਿਲਾ ਕੇ ਕੀਤੇ ਇਲਾਜ, ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਇਲਾਜ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਅਸਰਦਾਰ ਹਨ** [2]।

ਇਹ “ਪਹਿਲਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਅਜ਼ਮਾਓ, ਜੇ ਉਹ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰੇ ਤਾਂ ਟੀਕਾ” ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਸਪਸ਼ਟ ਹਦਾਇਤ ਹੈ। ਸਬੂਤ ਦੋਵਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠੇ ਕਰਨ ਦੀ ਹਮਾਇਤ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਟੀਕੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਤੈਅ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਸਪਲਿੰਟ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਦੂਜਾ ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਣਾ ਹਾਲੇ ਵੀ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ

ਜਦੋਂ ਲੱਛਣ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਝੱਟ ਇਹ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਟੀਕੇ ਨਾਕਾਮ ਹੋ ਗਏ ਹਨ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਵੱਲ ਵਧਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਪਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਵੱਡੇ ਸਮੂਹ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਕੁਝ ਹੋਰ ਦੱਸਦੇ ਹਨ: ਹਾਲਾਂਕਿ **ਕਈ ਟੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਕਾਮਯਾਬੀ ਦੀ ਦਰ ਘਟਦੀ ਹੈ, ਦੁਬਾਰਾ ਲਾਏ ਟੀਕਿਆਂ ਦੀ ਕਾਮਯਾਬੀ ਦੀ ਦਰ ਉੱਚੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਇੱਕ ਵਿਹਾਰਕ ਇਲਾਜ ਵਿਕਲਪ ਹਨ** [3]।

ਦੁਹਰਾਉਣ ਨਾਲ ਕਾਮਯਾਬੀ ਦਾ ਘਟਣਾ ਉਮੀਦ ਅਨੁਸਾਰ ਹੈ। ਪਰ ਘੱਟ ਕਾਮਯਾਬੀ ਦਰ ਦਾ ਮਤਲਬ ਬੇਕਾਰ ਹੋਣਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੂਜਾ ਟੀਕਾ ਸਿਰਫ਼ ਸਮਾਂ ਟਾਲਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਇੱਕ ਠੀਕ ਕਦਮ ਬਣਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਉਹ ਬਣਤਰੀ ਫ਼ਰਕ ਜੋ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨਿਰਾਸ਼ਾ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਪਹਿਲੇ ਡੋਰਸਲ ਕੰਪਾਰਟਮੈਂਟ ਦੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਅਸਰਦਾਰ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਨਿਰਾਸ਼ਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਉੱਥੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੋਈ ਖਾਸ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਨਾਖ਼ੁਸ਼ੀ **ਅਧੂਰੀ ਰਿਲੀਜ਼, ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਅੱਧਾ ਖਿਸਕਣ (subluxation), ਨਸ ਨੂੰ ਸੱਟ, ਜਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਲੱਗਣ ਵਾਲੇ ਸਮੇਂ ਕਾਰਨ ਹੋ** ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ **ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਪੌਲੀਸਿਸ ਬ੍ਰੇਵਿਸ (extensor pollicis brevis) ਦਾ ਅਣਪਛਾਤਾ ਅਤੇ ਨਾ ਖੋਲ੍ਹਿਆ ਗਿਆ ਵੱਖਰਾ ਗਿਲਾਫ਼ ਨਾਖ਼ੁਸ਼ੀ ਦਾ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਸਰੋਤ ਹੈ** [4]।

ਇਸ ਨੂੰ ਖੋਲ੍ਹ ਕੇ ਸਮਝਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਇਹੀ ਸਭ ਤੋਂ ਲਾਭਦਾਇਕ ਤੱਥ ਹੈ। ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਕਾਫ਼ੀ ਵੱਡੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਇਹ ਕੰਪਾਰਟਮੈਂਟ ਇੱਕ ਸੁਰੰਗ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਦੋ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਪੌਲੀਸਿਸ ਬ੍ਰੇਵਿਸ ਟੈਂਡਨ ਦੂਜੇ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਵੱਖਰੇ ਗਿਲਾਫ਼ ਵਿੱਚ ਚੱਲਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਰਿਲੀਜ਼ ਮੁੱਖ ਕੰਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨੂੰ ਖੋਲ੍ਹ ਕੇ ਰੁਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਦੂਜੇ ਗਿਲਾਫ਼ ਨੂੰ ਬੰਦ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਅੰਦਰਲਾ ਟੈਂਡਨ ਦੱਬਿਆ ਹੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਖੋਲ੍ਹਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰੇ ਅਨੁਸਾਰ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਲੱਛਣ ਫਿਰ ਵੀ ਬਣੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।

ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਦੱਸੇ ਗਏ ਦੂਜੇ ਦੋ ਕਾਰਨ ਵੀ ਅਹਿਮ ਹਨ: ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖੋਲ੍ਹਣ ਨਾਲ ਗੁੱਟ ਹਿਲਾਉਣ ਵੇਲੇ ਟੈਂਡਨ ਆਪਣੀ ਖਾਂਚ ਵਿੱਚੋਂ ਅੱਧੇ ਬਾਹਰ ਖਿਸਕ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਕੜੱਕ ਵਾਲਾ ਝਟਕਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਰੇਡੀਅਲ ਨਸ ਦੀ ਉੱਪਰਲੀ ਸ਼ਾਖਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਉੱਪਰੋਂ ਲੰਘਦੀ ਹੈ। ਕੰਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਖੋਲ੍ਹਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਪਰ ਹੱਦੋਂ ਵੱਧ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਰਸਤੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਨਸ ਵੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਦੇਖਣ ਵਿੱਚ ਛੋਟੇ ਜਿਹੇ ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਵੀ ਕਿਸੇ ਵੱਡੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜਿੰਨੀ ਹੀ ਸਾਵਧਾਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਗੁੱਟ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਾ ਹਰ ਦਰਦ ਡੀ ਕੁਏਰਵੇਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ

ਇਸ ਥਾਂ ਦੇ ਦਰਦ ਦੇ ਹੋਰ ਸੰਭਾਵੀ ਕਾਰਨ ਜਾਣਨੇ ਚੰਗੇ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਵੱਖਰੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ: ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਵਿੱਚ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ), ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਹੋਰ ਉੱਪਰ ਇੰਟਰਸੈਕਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ (intersection syndrome), ਅਤੇ ਰੇਡੀਅਲ ਨਸ ਦਾ ਚਿੜ ਜਾਣਾ, ਇਹ ਸਾਰੇ ਮਿਲਦੀ-ਜੁਲਦੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਪੈਦਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕੰਪਾਰਟਮੈਂਟ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਉੱਪਰ ਇੱਕ ਥਾਂ 'ਤੇ ਸੀਮਤ ਦੁਖਣਾ, ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਦਬਾ ਕੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਮੋੜਨ (ulnar deviation) ਨਾਲ ਦਰਦ ਦਾ ਦੁਬਾਰਾ ਪੈਦਾ ਹੋਣਾ, ਇਹੀ ਗੱਲਾਂ ਗੁਆਂਢੀ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦੀ ਬਜਾਏ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਗਿਲਾਫ਼ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Chong HH, Pradhan A, Dhingra M, Liong W, Hau MY, Shah R. Advancements in de Quervain tenosynovitis management: a comprehensive network meta-analysis of randomized controlled trials. J Hand Surg Am. 2024;49(6):557-69. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.03.003>
- [2] Cavaleri R, Schabrun SM, Te M, Chipchase LS. Hand therapy versus corticosteroid injections in the treatment of de Quervain's disease: a systematic review and meta-analysis. J Hand Ther. 2016;29(1):3-11. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2015.10.004>
- [3] Hassan K, Sohn A, Shi L, Lee M, Wolf JM. De Quervain tenosynovitis: an evaluation of the epidemiology and utility of multiple injections using a national database. J Hand Surg Am. 2022;47(3):284.e1-284.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.04.018>
- [4] Rogozinski B, Lourie GM. Dissatisfaction after first dorsal compartment release for de Quervain tendinopathy. J Hand Surg Am. 2016;41(1):117-9. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.09.003>