

ਇੰਟਰਸੈਕਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ (ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੇ ਕ੍ਰਾਸ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਦੀ ਸੋਜ)

ਇੰਟਰਸੈਕਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ: ਗੁੱਟ ਤੋਂ ਕੁਝ ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਉੱਪਰ, ਜਿੱਥੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਟੈਂਡਨ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਮੋੜਨ ਵਾਲੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੇ ਉੱਪਰੋਂ ਲੰਘਦੇ ਹਨ, ਉੱਥੇ ਰਗੜ ਨਾਲ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

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

ਇੰਟਰਸੈਕਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ (intersection syndrome) ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ, ਗੁੱਟ ਤੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਉੱਪਰ, ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ (ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਵਾਲੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਭਾਰ ਤੋਂ ਲਗਭਗ ਇੱਕ ਹੱਥ ਦੀ ਚੌੜਾਈ ਜਿੰਨਾ ਉੱਪਰ)। ਇਹ ਦਰਦ ਗੁੱਟ ਦੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਆਪ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਸਗੋਂ ਉਸ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਦੇ ਉੱਪਰੋਂ ਲੰਘਦੀਆਂ ਹਨ।

ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਦੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਮੋੜਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠਾ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਇਹ ਅਕਸਰ ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਇੱਕੋ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਕਿਸ਼ਤੀ ਚਲਾਉਣਾ (rowing), ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ, ਰੈਕੇਟ ਵਾਲੀਆਂ ਖੇਡਾਂ, ਬਾਗ਼ਬਾਨੀ, ਜਾਂ ਕੀਬੋਰਡ ਦਾ ਬਹੁਤ ਕੰਮ ਜਾਂ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਜ਼ੋਰ ਪਾਉਣ ਵਾਲਾ ਕੰਮ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਸੋਜ ਦੇਖਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਗੁੱਟ ਹਿਲਾਉਣ ਵੇਲੇ ਹਲਕੀ ਚੀਂ-ਚੀਂ, ਚੁੰ-ਚੁੰ ਜਾਂ ਕਿਰਕਿਰਾਹਟ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਸੁਣਾਈ ਵੀ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਰਗੜ ਖਾ ਰਹੀ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਨੂੰ ਕਦੇ-ਕਦੇ “ਗਿੱਲੇ ਚਮੜੇ” ਵਰਗੀ ਆਵਾਜ਼ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ, ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਦੋ ਸਮੂਹ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ X ਅੱਖਰ ਵਾਂਗ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਦੇ ਉੱਪਰੋਂ ਲੰਘਦੇ ਹਨ। ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਤੱਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਦੂਜਾ ਹੇਠਾਂ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਤਾਕਤ ਦੇਣ ਲਈ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਿਸ ਥਾਂ ਇਹ ਕ੍ਰਾਸ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਯਾਨੀ ਗੁੱਟ ਤੋਂ ਕੁਝ ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਉੱਪਰ, ਉੱਥੇ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਆਪਣੀਆਂ ਚਿਕਨੀਆਂ ਖੋਲਾਂ (sheaths) ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਦੇ ਕੋਲੋਂ ਅੱਗੇ-ਪਿੱਛੇ ਸਰਕਦੇ ਹਨ।

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਬਹੁਤ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਹ ਕ੍ਰਾਸ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਚਿੜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ (irritated) ਅਤੇ ਉਸ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੀਆਂ ਖੋਲਾਂ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਪਰਤ ਸੁੱਜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਰਗੜ ਵਧ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਟਿਸ਼ੂ ਛੁਹਣ ਨਾਲ ਦੁਖਣ ਲੱਗਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਫੁੱਲ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਦਰਦ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਚੀਂ-ਚੀਂ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ **ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸਮੱਸਿਆ** ਹੈ, ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਹਾਦਸੇ ਤੋਂ ਲੱਗੀ ਸੱਟ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਇਹ ਡੀ ਕਰਵੇਨ (de Quervain's) ਵਾਲੀ ਸਮੱਸਿਆ ਵਰਗੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜੋ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਇੱਕ ਮਿਲਦੀ-ਜੁਲਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ, ਬਿਲਕੁਲ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇੰਟਰਸੈਕਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ ਉਸ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਚੰਗੀ ਖ਼ਬਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਜਦੋਂ ਰਗੜ ਰੁਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਚਿੜਿਆ ਹੋਇਆ ਟਿਸ਼ੂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਹਾਲਤ ਕੋਈ ਪੱਕਾ ਨੁਕਸਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਇਸ ਹਾਲਤ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸਾਡੇ ਤਰੀਕੇ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਰਾ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਤਾਂ ਹੀ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ ਜੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਉਪਾਵਾਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਲੱਛਣ ਬਣੇ ਰਹਿਣ।

ਲਗਭਗ ਹਰ ਕੋਈ **ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ** ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮੁੱਖ ਇਲਾਜ ਇਹ ਹਨ:

- **ਤਕਲੀਫ਼ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਤੋਂ ਆਰਾਮ:** ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਕਦਮ ਹੈ। ਕਿਸ਼ਤੀ ਚਲਾਉਣਾ, ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ ਜਾਂ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਕੰਮ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਘਟਾਉਣ ਨਾਲ ਸੋਜਸ਼ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- **ਗੁੱਟ ਦਾ ਸਪਲਿੰਟ** ਜੋ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਥੋੜ੍ਹਾ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਮੋੜ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਕ੍ਰਾਸ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਮਿਲਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
- ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨ ਲਈ **ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਗੋਲੀਆਂ ਜਾਂ ਜੈੱਲ (NSAIDs)**।
- ਕੰਮ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ **ਬਰਫ਼**।

ਜੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਉਪਾਵਾਂ ਨਾਲ ਤਕਲੀਫ਼ ਸ਼ਾਂਤ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਖ਼ਾਨੇ (compartment) ਵਿੱਚ **ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕਾ** (ਅਕਸਰ ਸਹੀ ਥਾਂ ਲਾਉਣ ਲਈ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੋਜਸ਼ ਘਟਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਿਹੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਲੱਛਣ ਇਸ ਸਭ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਚਿੜੀ ਹੋਈ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਖੋਲ ਨੂੰ ਰਿਲੀਜ਼ (ਕੱਟ ਕੇ ਖੋਲ੍ਹਣਾ / ਢਿੱਲਾ ਕਰਨਾ) ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਫ਼ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਹੁਤ ਅਸਰਦਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੀ ਲੋੜ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜਦੋਂ ਲੋਕ ਉਸ ਕੰਮ ਤੋਂ ਆਰਾਮ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਸਪਲਿੰਟ ਵਰਤਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਦੋ-ਕੁ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਭਵਿੱਖ ਬਹੁਤ ਵਧੀਆ ਹੈ: ਇਹ ਅਜਿਹੀ ਹਾਲਤ ਹੈ ਜੋ ਸੱਚਮੁੱਚ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇੱਕ ਵਾਰ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੋਈ ਪੱਕੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਅਕੜਾਅ ਨਹੀਂ ਛੱਡਦੀ।

ਇਸ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣ ਵਾਲੀ ਮੁੱਖ ਗੱਲ ਹੈ ਉਸੇ ਭਾਰੀ ਜਾਂ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਛੇਤੀ ਵਾਪਸ ਜਾਣਾ। ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਾਪਸ ਆਉਣਾ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ ਤਕਨੀਕ ਜਾਂ ਸਾਮਾਨ ਵੱਲ ਧਿਆਨ ਦੇਣਾ (ਜਿਵੇਂ ਕਿਸ਼ਤੀ ਚਲਾਉਣ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਚੱਪੂ ਦੀ ਪਕੜ, ਜਾਂ ਜਿੰਮ ਵਿੱਚ ਰਾਡ ਦੀ ਪਕੜ), ਇਸ ਨੂੰ ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ ਦੂਰ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਜੋ ਦੋ-ਕੁ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਸਪਲਿੰਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਸ਼ਾਂਤ ਨਾ ਹੋਵੇ।
- ਉਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਚੀਂ-ਚੀਂ ਜਾਂ ਚੁੰ-ਚੁੰ ਦੀ ਆਵਾਜ਼, ਜਾਂ ਅਜਿਹਾ ਦਰਦ ਜੋ ਹਰ ਵਾਰ ਆਪਣੀ ਖੇਡ ਜਾਂ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾਣ ਨਾਲ ਭੜਕ ਉੱਠੇ।
- ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ ਲਾਇਆ ਟੀਕਾ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਕੋਈ ਵੀ **ਬੁਖਾਰ, ਗਰਮ ਲਾਲ ਚਮੜੀ, ਜਾਂ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਵਧਦੀ ਸੋਜ**: ਛੇਤੀ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਰਤੋਂ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇੰਟਰਸੈਕਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਮੁੱਖ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਲਈ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਕਿਸ ਨਾਲ ਭੁਲੇਖੇ ਨਾਲ ਰਲਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਇਹ ਡੀ ਕਰਵੇਨ ਟੈਨੋਸਾਈਨੋਵਾਈਟਿਸ (de Quervain's tenosynovitis) ਤੋਂ ਕੁਝ ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਦੂਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਵੱਖਰਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਦੱਸਣ ਵਾਲੇ ਸਬੂਤ ਸੱਚਮੁੱਚ ਥੋੜ੍ਹੇ ਹਨ।

ਇਹ ਕਿੱਥੇ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਪੂਰੀ ਪਛਾਣ ਕਿਉਂ ਹੈ

ਅੰਗੂਠੇ ਤੱਕ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਦੋ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ, ਗੁੱਟ ਤੋਂ ਲਗਭਗ ਚਾਰ ਤੋਂ ਅੱਠ ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਉੱਪਰ, ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਮੋੜਨ ਵਾਲੇ ਦੋ ਟੈਂਡਨਾਂ (wrist extensor tendons) ਦੇ ਉੱਪਰੋਂ ਲੰਘਦੀਆਂ ਹਨ। ਉਸ ਕ੍ਰਮ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਰਗੜ ਨਾਲ ਦਰਦ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦੇ ਗੁੱਟ ਹਿਲਾਉਣ ਵੇਲੇ ਸੁਣਾਈ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਜਾਂ ਹੱਥ ਨਾਲ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਚੀਜ਼ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਥਾਂ ਹੀ ਪਛਾਣ ਹੈ। ਡੀ ਕਰਵੇਨ ਵਿੱਚ ਦੁਖਣ ਬਿਲਕੁਲ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ, ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਭਾਰ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇੰਟਰਸੈਕਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਿੱਚ ਦੁਖਣ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹੋਰ ਉੱਪਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਦੋਵੇਂ ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਨਾਲ ਭੜਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦੁਖਣ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵੱਖ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇੰਨੇ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਅਕਸਰ ਸਕੈਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ।

ਦੋਵਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਕੀ ਫ਼ਰਕ ਹੈ

ਸਿੱਧੀ ਤੁਲਨਾ ਛੋਟੀ ਹੈ, **80** ਮਰੀਜ਼, ਪਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰਪੂਰ ਹੈ। ਡੀ ਕਰਵੇਨ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਇੰਟਰਸੈਕਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ **ਮਰਦਾਂ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਰਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ (ਮੁੱਖ) ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਾਰ** ਹੋਇਆ, ਸਾਰੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਗਿਣ ਕੇ ਵੀ ਅਤੇ ਜਣੇਪੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਰੱਖ ਕੇ ਵੀ, ਅਤੇ ਇੰਟਰਸੈਕਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ **ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੇ ਲੱਛਣਾਂ** ਨਾਲ ਆਏ [1]।

ਇਹ ਹਰ ਗੱਲ ਇਸ ਦੇ ਹੋਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦੀ ਹੈ। ਇੰਟਰਸੈਕਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ ਰੋਕ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਪਿੱਛੇ ਮੋੜਨ ਨਾਲ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਰਗੜ ਦੀ ਸੱਟ ਹੈ — ਕਿਸ਼ਤੀ ਚਲਾਉਣਾ, ਭਾਰ ਦੀ ਕਸਰਤ, ਰੈਕੇਟ ਵਾਲੀਆਂ ਖੇਡਾਂ, ਭਾਰੀ ਹੱਥੀ ਕੰਮ — ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਮੁੱਖ ਹੱਥ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਅਤੇ ਕੰਮ ਕਾਰਨ ਇਸ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਘੱਟ ਸਮਾਂ ਇਹ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਚੁੱਪਚਾਪ ਇਕੱਠਾ ਹੋਣ ਦੀ ਬਜਾਏ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਪਛਾਣੇ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੇ ਬਦਲਾਅ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਡੀ ਕਰਵੇਨ ਨਾਲ ਤੁਲਨਾ ਦੂਜੀ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਿੱਖਿਆ ਦਿੰਦੀ ਹੈ: ਜਣੇਪੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਰੱਖਣ ਨਾਲ ਤੁਲਨਾ ਬਦਲ ਗਈ, ਜੋ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਉਭਾਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਹਾਲਤ ਜਣੇਪੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਕਿੰਨੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੈ — ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਸਬੰਧ ਜੋ ਇੰਟਰਸੈਕਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਇਲਾਜ, ਅਤੇ ਸਬੂਤਾਂ ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਇਮਾਨਦਾਰ ਬਿਆਨ

ਬਹੁਤ ਵੱਡੀ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਤਕਲੀਫ਼ ਛੇੜਨ ਵਾਲੀ ਹਿਲਜੁਲ ਤੋਂ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਆਰਾਮ, ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਵੀ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲਾ (thumb-spica) ਸਪਲਿੰਟ, ਸੋਜਸ਼ ਘਟਾਉਣ ਵਾਲੇ ਉਪਾਅ, ਅਤੇ ਉਸ ਤਕਨੀਕ ਜਾਂ ਕੰਮ ਦੇ ਬੋਝ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨਾ ਜਿਸ ਨਾਲ ਇਹ ਹੋਇਆ। ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰੇ ਉੱਥੇ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕਾ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਖ਼ਾਨੇ (second compartment) ਦੀ ਸਰਜੀਕਲ ਰਿਲੀਜ਼ ਉਨ੍ਹਾਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।

ਇਸ ਕ੍ਰਮ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਸਬੂਤ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹਨ। ਖੋਜ-ਸਾਹਿਤ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੇਸ ਲੜੀਆਂ (case series) ਅਤੇ ਵਰਣਨ ਵਾਲੀਆਂ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਉੱਤੇ ਆਧਾਰਿਤ ਹੈ; ਵੱਖ-ਵੱਖ ਇਲਾਜਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕੋਈ ਟ੍ਰਾਇਲ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਮੌਜੂਦ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡਾ ਤੁਲਨਾਤਮਕ ਅਧਿਐਨ ਉੱਪਰ ਦੱਸੀ **80** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਾਲੀ ਲੜੀ ਹੈ [1]। ਇਲਾਜ ਦੀ ਇਹ ਪੌੜੀ ਸਾਬਤ ਹੋਈ ਉੱਤਮਤਾ ਦੀ ਬਜਾਏ ਹਾਲਤ ਦੇ ਹੋਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਅਤੇ ਕਲੀਨਿਕਲ ਤਜਰਬੇ ਉੱਤੇ ਟਿਕੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਅਸਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਪੱਕੀ ਨੀਂਹ ਦਾ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਾਫ਼-ਸਾਫ਼ ਕਹਿਣਾ ਠੀਕ ਹੈ।

ਅਮਲੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇੱਥੇ ਕੋਈ ਵੀ ਸਭ ਤੋਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਚੀਜ਼ ਜੋ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਆਪ ਪਛਾਣ ਹੀ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਤਕਲੀਫ਼ ਛੇੜਨ ਵਾਲਾ ਭਾਰ ਹਟਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਹ ਹਾਲਤ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਥਾਂ ਦੀ ਸਹੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨਾ, ਅਤੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬਦਲਣ ਵਾਲੀ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨਾ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੰਮ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Sato J, Ishii Y, Noguchi H. Clinical and ultrasound features in patients with intersection syndrome or de Quervain's disease. J Hand Surg Eur Vol. 2015;41(2):220-5. <https://doi.org/10.1177/1753193415614267>