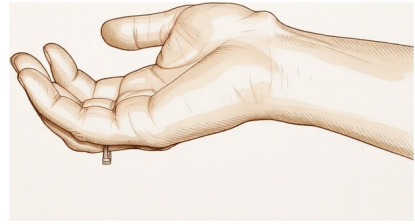


ਗੁੱਟ ਦੇ ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਸਿਸਟ

ਗੁੱਟ ਦਾ ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਸਿਸਟ: ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਇੱਕ ਚਿਕਨੀ, ਗੁੰਬਦ ਵਰਗੀ ਥੈਲੀ, ਜੋ ਹੇਠਲੇ ਜੋੜ ਤੋਂ ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਉੱਭਰ ਆਉਂਦੀ ਹੈ।

GE Malone / Wikimedia Commons, CC BY 3.0



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

ਗੁੱਟ ਦਾ ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਸਿਸਟ (ganglion, ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਗੰਢ) ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਇੱਕ ਗੰਢ ਹੈ ਜੋ ਗੁੱਟ ਦੇ ਜੋੜ ਤੋਂ ਜਾਂ ਟੈਂਡਨ (tendon) ਦੇ ਗਿਲਾਫ਼ (sheath) ਤੋਂ ਉੱਗਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਅਜਿਹਾ ਵਾਧਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੋ ਕਿਸੇ ਨੁਕਸਾਨਦੇਹ ਚੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਜਾਵੇ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਇਸਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਇੱਕ ਚਿਕਨੇ ਉਭਾਰ ਵਜੋਂ ਦੇਖਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਹਥੇਲੀ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਵੀ ਨਿਕਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਖ਼ਤ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਸਦਾ ਆਕਾਰ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਗੰਢ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਅਕਸਰ ਦਰਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। ਜਦੋਂ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਡੂੰਘਾ, ਗੰਢ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਕੰਮਕਾਜ ਨਾਲ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਹ ਕੰਮ ਜੋ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਮੋੜਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਉਸ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਧੱਕਾ ਲਾ ਕੇ ਉੱਠਣਾ, ਸੌਂਦੇ ਦੇ ਥੈਲੇ ਚੁੱਕਣਾ, ਜਾਂ ਭਾਰੀ ਪਤੀਲਾ ਫੜਨਾ, ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਦੁਖਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਗੁੱਟ ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਜਾਂ ਵੱਧ ਆਕੜਿਆ ਹੋਇਆ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਟਾਈਪ ਕਰਨਾ, ਲਿਖਣਾ, ਜਾਂ ਮਰਤਬਾਨ ਖੋਲ੍ਹਣਾ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਕਿਉਂਕਿ ਗੰਢ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਨਸਾਂ (nerves) ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਕਦੇ-ਕਦੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਝਰਨਾਹਟ, ਸੁੰਨਪਨ, ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਸਾਂ ਦੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਲੱਛਣ ਦੇਖਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਗੁੱਟ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੇਰ ਨਾਲ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਛੇਤੀ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚੰਗੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਨਸ ਨੂੰ ਉਸ ਦਬਾਅ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਗੰਢ ਜਾਂ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਜਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਜੋੜ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਪਰਤ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਛੋਟੇ, ਇੱਕ-ਪਾਸੜ ਵਾਲਵ (valve) ਤੋਂ ਉੱਗਦਾ ਹੈ। ਜੋ ਤਰਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਚਿਕਨਾ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਇਸ ਵਾਲਵ ਰਾਹੀਂ ਬਾਹਰ ਧੱਕਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਪਰ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਵਹਿ ਸਕਦਾ। ਇਹ ਚਮੜੀ ਹੇਠ ਇੱਕ ਥੈਲੀ ਵਿੱਚ ਇਕੱਠਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹ ਥੈਲੀ ਹੀ ਉਹ ਗੰਢ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਦੇਖ ਅਤੇ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਗੰਢ ਇੱਕ ਪਤਲੀ ਡੰਡੀ ਰਾਹੀਂ ਜੋੜ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਜਦੋਂ ਜੋੜ ਵੱਧ ਜਾਂ ਘੱਟ ਤਰਲ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਗੰਢ ਦਾ ਆਕਾਰ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਗੋਂਗਲੀਅਨ ਸਕੈਫੋਲਿਊਨੇਟ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (scapholunate ligament) ਤੋਂ ਉੱਗਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਟਿਸ਼ੂ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਪੱਟਾ ਹੈ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਦੋ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇਹਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਕੁਝ-ਕੁਝ ਗੈਸਕਟ (gasket, ਦੋ ਹਿੱਸਿਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਸੀਲ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਪੱਤੀ) ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਪੱਟੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਪਰਤ ਚਿੜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ (irritated), ਅਕਸਰ ਹਲਕੀ ਮੋਚ ਜਾਂ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਪੈਂਦੇ ਖਿਚਾਅ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਅਤੇ ਤਰਲ ਉੱਥੋਂ ਹੀ ਰਿਸਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦੁਖਣਾ ਚਮੜੀ ਉੱਤੇ ਹੋਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਡੂੰਘਾ ਕਿਉਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਸਮੱਸਿਆ ਖੁਦ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਗੰਢ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ।

ਗੰਢ ਦੀ ਥਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਕੀ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿੱਧੀ ਉਸ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੇ ਨੇੜੇ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਹਥੇਲੀ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਇਹ ਅਕਸਰ ਮੁੱਖ ਧਮਣੀ (artery) ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਨਸਾਂ ਦੇ ਨੇੜੇ ਉੱਗਦੀ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਜਦੋਂ ਸਿਸਟ ਉਨ੍ਹਾਂ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਸੁੰਨਪਨ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਗੰਢਾਂ ਛੋਟੀਆਂ ਅਤੇ ਲੁਕੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜੋ ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਦਿਸਦੀਆਂ ਹਨ ਜਦੋਂ ਗੁੱਟ ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਮੋੜਿਆ ਜਾਵੇ, ਫਿਰ ਵੀ ਇਹ ਡੂੰਘਾ ਦਰਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਚੰਗਾ ਹੈ ਕਿ ਗੋਂਗਲੀਅਨ ਆਮ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਪਰ ਕੋਈ ਵੀ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਗੁੱਟਾਂ ਦੇ ਸਕੈਨਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮੀਦ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਾਰ ਮਿਲਦੇ ਹਨ। ਗੋਂਗਲੀਅਨ ਹੋਣ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਜੋੜ ਦੀ ਬਣਤਰ ਵਿੱਚ ਹੀ ਕੋਈ ਖ਼ਰਾਬੀ 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 ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਵੱਲੋਂ ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ Medicare ਰਿਬੇਟ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਜਾਂਚ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਇਤਿਹਾਸ, ਸਰੀਰਕ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਕੈਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਨਾਲ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਪੱਕੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਕਿਉਂਕਿ ਗੋਂਗਲੀਅਨ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕੁਝ ਨਾ ਕਰਨਾ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਗੋਂਗਲੀਅਨ ਆਪਣੇ ਆਪ ਚਲੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਗੁੱਟ ਦੇ 28% ਤੋਂ 58% ਗੋਂਗਲੀਅਨ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। 10 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਗੋਂਗਲੀਅਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਹਥੇਲੀ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 69% ਤੋਂ 79% 12 ਤੋਂ 18 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸੁੰਗੜ ਕੇ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ ਉਡੀਕ, ਕਦੇ-ਕਦੇ ਆਰਾਮ ਲਈ ਸਪਲਿੰਟ (splint) ਦੇ ਨਾਲ, ਹੱਥ ਜਾਂ ਗੁੱਟ ਦੇ ਗੋਂਗਲੀਅਨ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਢੁਕਵੀਂ ਹੈ।

ਜੇ ਗੰਢ ਤੰਗ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸੂਈ ਨਾਲ ਇਸਦਾ ਤਰਲ ਕੱਢ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਇਸਨੂੰ ਐਸਪੀਰੇਸ਼ਨ (aspiration) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇੱਕ, ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਵਾਰ ਤਰਲ ਖਿੱਚ ਕੇ ਕੱਢਣ ਨਾਲ 85% ਤੱਕ ਗੋਂਗਲੀਅਨ ਹਟ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਅਕਸਰ ਕੁਝ ਤਰਲ ਮੁੜ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਤਰਲ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਗੰਢ ਤਾਂ ਖ਼ਾਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਪਰ ਉਸਨੂੰ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲਾ ਵਾਲਵ ਉੱਥੇ ਹੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਫਿਰ ਵੀ, ਐਸਪੀਰੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਗੰਢ ਬਾਰੇ ਸਾਦੀ ਸਲਾਹ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 74% ਲੋਕ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਪਹਿਲਾਂ ਤਰਲ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਪਹਿਲੇ ਕਦਮ ਦੀ ਬਜਾਏ ਬਾਅਦ ਦੀ ਚੋਣ ਵਜੋਂ ਵੀ ਬਚਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦਾ ਲੁਕਿਆ ਹੋਇਆ ਗੋਂਗਲੀਅਨ, ਜੋ ਡੂੰਘਾ ਦਰਦ ਕਰਦਾ ਹੈ ਪਰ ਦਿਸਦਾ ਨਹੀਂ, ਉਸਦਾ ਇਲਾਜ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖ ਕੇ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਪਰਤ ਵਿੱਚ ਸਟੀਰੋਇਡ ਦੇ ਟੀਕੇ ਲਗਾ ਕੇ।

ਜਦੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਦਮਾਂ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਰਾਹਤ ਨਾ ਮਿਲੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਗੋਂਗਲੀਅਨ ਕੱਢਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਗੰਢ ਅਤੇ ਉਸਦੀ ਡੰਡੀ, ਯਾਨੀ ਗੁੱਟ ਦੇ ਜੋੜ ਨਾਲ ਜੁੜਨ ਵਾਲੀ ਪਤਲੀ ਕੜੀ, ਕੱਢੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਡੰਡੀ ਪਿੱਛੇ ਛੱਡਣ ਨਾਲ ਗੰਢ ਦੇ ਮੁੜ ਆਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਧ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਜੋਂ ਜਾਂ ਛੋਟੇ ਸੁਰਾਖਾਂ (portals) ਰਾਹੀਂ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਲਈ ਕਿਹੜਾ ਤਰੀਕਾ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਣੀ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਗੁੱਟ ਦੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਬਦਲਦੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਸੁੰਗੜ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਫੁੱਲ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਆਉਂਦੇ-ਜਾਂਦੇ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ: ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਜਾਂਚ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 6 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਗੁੱਟ ਦੇ ਲਗਭਗ 40% ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਛੋਟੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ 39% ਤੋਂ 42% ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਦੇ ਚਲੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਛੋਟੇ ਬੱਚਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਹੱਥ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਿਸਟ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਬਹੁਤੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਨਹੀਂ ਦੇ ਰਿਹਾ, ਤਾਂ ਉਡੀਕ ਕਰਨਾ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਚੋਣ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਗੰਢ ਨੂੰ ਇਵੇਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਹ ਕਿਸੇ ਨੁਕਸਾਨਦੇਹ ਚੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਬਦਲੇਗੀ।

ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸੰਭਾਵਨਾਵਾਂ ਬਦਲ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਸੂਈ ਨਾਲ ਤਰਲ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਗੰਢ ਖ਼ਾਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਐਸਪੀਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਮੁੜ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਗੰਢ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲਾ ਵਾਲਵ ਅਜੇ ਵੀ ਉੱਥੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਗੰਢ ਅਤੇ ਉਸਦੀ ਡੰਡੀ ਕੱਢਣ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁੜ ਆਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੁੱਟ ਦੇ ਲਗਭਗ 10% ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਮੁੜ ਆਉਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਨੂੰ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 3% ਤੋਂ 12% ਮੁੜ ਆਉਂਦੇ ਹਨ। ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਪਰ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਦਰਦ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਜਾਂ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਮੋੜਨਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਰਾਹ ਚੁਣਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿੱਧਾ-ਸਾਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਆਰਾਮ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਮੋਟੀ ਪੱਟੀ ਬੰਨ੍ਹੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਉੱਚਾ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਛੇਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਹਥੇਲੀ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ। ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਛੇਤੀ ਹਿਲਾਉਣਾ ਅਹਿਮ ਹੈ: ਅਕੜਾਅ ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਪਰ ਜੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਿਲਜੁਲ ਲਈ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਨਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿੱਚ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰੇਗੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਬਣਾਏਗੀ। ਹਥੇਲੀ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜਿੱਥੇ ਗੰਢ ਸੀ ਉੱਥੇ 3 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਇੱਕ ਸਖ਼ਤ ਜਾਂ ਫੂਹਣ 'ਤੇ ਦੁਖਣ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੱਸੇ ਅਨੁਸਾਰ ਉਸ ਥਾਂ ਦੀ ਮਾਲਸ਼ ਕਰਨ ਨਾਲ ਇਸਦੇ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਦਾਗ਼ ਹਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਲਕੀਰਾਂ ਦੇ ਨੇੜੇ ਗੋਲਾਈ ਵਾਲੇ ਚੀਰੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਧੇਰੇ ਸੋਹਣੇ ਦਾਗ਼ਾਂ ਨਾਲ ਭਰਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੰਢ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਜਾਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਗੁੱਟ ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਸਿਰਫ਼ ਗੰਢ ਹੋਣਾ ਕੋਈ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ ਜੇ ਗੰਢ ਜਾਂ ਦਰਦ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਝਰਨਾਹਟ, ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਹੈ ਤਾਂ ਛੇਤੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਓ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਤੋਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਿਸਟ ਕਿਸੇ ਨਸ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਫਿੱਕੀਆਂ, ਠੰਢੀਆਂ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੀਆਂ ਪੈ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਜੇ ਕਿਸੇ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਅਚਾਨਕ ਸੁੰਨ ਹੋ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸਨੂੰ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕੋ। ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਨਾਲ ਅਜਿਹਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਉਮੇਦਿਨ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਦੇ ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਸਿਸਟਾਂ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਚੋਣ ਸੱਚਮੁੱਚ ਗੰਢ ਦੇ ਮੁੜ ਆਉਣ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਵਿਚਕਾਰ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਸੌਂਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਸਪਸ਼ਟ ਹਨ।

ਤਰਲ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੰਢ ਮੁੜ ਆਉਂਦੀ ਹੈ; ਕੱਟ ਕੇ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੰਨੀ ਵਾਰ ਨਹੀਂ

ਦੇ ਸਰਗਰਮ ਇਲਾਜ ਹਨ: ਸੂਈ ਨਾਲ ਸਿਸਟ ਦਾ ਤਰਲ ਖਿੱਚ ਕੇ ਕੱਢਣਾ (aspiration), ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਰਾਹੀਂ ਇਸਨੂੰ ਇਸਦੀ ਡੰਡੀ ਸਮੇਤ ਕੱਟ ਕੇ ਕੱਢਣਾ (excision)। **2,239** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਕੇ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ ਕਿ **ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਕੱਟ ਕੇ ਕੱਢਣ ਵਿੱਚ ਤਰਲ ਕੱਢਣ ਨਾਲੋਂ ਗੰਢ ਦੇ ਮੁੜ ਆਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਕਾਫ਼ੀ ਘੱਟ ਹੈ**। ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਕੱਢਣ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਉਮੀਦ ਜਗਾਉਣ ਵਾਲੇ ਰਹੇ ਹਨ, ਪਰ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਟ੍ਰਾਇਲਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਸੀਮਤ ਹਨ ਅਤੇ **ਇਸਦਾ ਬਿਹਤਰ ਹੋਣਾ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ** [1]।

ਕਾਰਜ-ਵਿਧੀ ਇਸ ਫ਼ਰਕ ਨੂੰ ਸਮਝਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਤਰਲ ਦੀ ਕੋਈ ਆਜ਼ਾਦ ਤੈਰਦੀ ਥੈਲੀ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਇਹ ਇੱਕ ਡੰਡੀ ਰਾਹੀਂ ਹੇਠਲੇ ਜੋੜ ਦੇ ਕੈਪਸੂਲ (joint capsule, ਜੋੜ ਨੂੰ ਘੇਰਨ ਵਾਲਾ ਖੋਲ) ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਤਰਲ ਬਣਾਉਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਤਰਲ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਭੰਡਾਰ ਖ਼ਾਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਪਰ ਸਰੋਤ ਉਥੋਂ ਹੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਮੁੜ ਭਰ ਜਾਣਾ ਇਲਾਜ ਦੀ ਨਾਕਾਮੀ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਇੱਕ ਆਮ ਨਤੀਜਾ ਹੈ। ਕੱਟ ਕੇ ਕੱਢਣ ਦਾ ਮਕਸਦ ਡੰਡੀ ਨੂੰ ਉਸਦੇ ਮੁੱਢ ਤੱਕ ਲੱਭ ਕੇ ਕੱਢਣਾ ਹੈ।

ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਇੱਕੋ ਜਿਹਾ ਕੰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ

ਜਿੱਥੇ ਕੱਟ ਕੇ ਕੱਢਣਾ ਚੁਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੀ ਸਿੱਧੀ ਤੁਲਨਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। **910** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, **ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੇ ਗੰਢ ਮੁੜ ਆਉਣ ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਹਨ**, ਅਤੇ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਮਿਆਰੀ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਆਕਾਰ ਵਾਲੇ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੀ ਮੰਗ ਕੀਤੀ ਹੈ [2]।

ਇਸ ਨਾਲ ਫ਼ੈਸਲਾ ਗੰਢ ਮੁੜ ਆਉਣ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਦੀ ਬਜਾਏ ਦੂਜੇ ਦਰਜੇ ਦੇ ਆਧਾਰਾਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਦਾਗ਼, ਸਰਜਨ ਦੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਜਾਣ-ਪਛਾਣ, ਅਤੇ ਕੀ ਉਸੇ ਸਮੇਂ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨੁਕਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਸ਼ਾਇਦ ਇਸ ਨਾਲ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ

ਇੱਕ ਛੋਟੀ, ਇਮਾਨਦਾਰ ਖੋਜ। ਹੱਥ ਦੇ ਸਰਜਨਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਿਸਟਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਸਰਵੇਖਣ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਉਹ **ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ (ਹਿਲਣ ਨਾ ਦੇਣ) ਬਾਰੇ ਵੰਡੇ ਹੋਏ ਹਨ**, ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜੀ ਨਤੀਜੇ ਦੇ ਲਿਹਾਜ਼ ਨਾਲ ਇਹ ਦਰਸਾਉਣ ਲਈ ਕੋਈ ਠੋਸ ਅੰਕੜੇ ਨਹੀਂ ਹਨ ਕਿ ਕੋਈ ਇੱਕ ਤਰੀਕਾ ਬਿਹਤਰ ਹੈ [3]।

ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਚੰਗਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਸਰਜਨਾਂ ਦੀਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦਾ ਵੱਖੋ-ਵੱਖਰਾ ਹੋਣਾ ਇਹ ਨਹੀਂ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਗ਼ਲਤ ਹੈ, ਸਗੋਂ ਇਹ ਕਿ ਦੋਵੇਂ ਤਰੀਕੇ ਸੱਚਮੁੱਚ ਬਰਾਬਰ ਦੇ ਹਨ।

ਸਭ ਤੋਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਦਲੀਲ ਅਕਸਰ ਕੁਝ ਨਾ ਕਰਨ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ

ਉੱਪਰ ਦੱਸੀ ਕੋਈ ਵੀ ਗੱਲ ਇਹ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ ਕਿ ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਹੀ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ (ਕੈਸਰ ਨਹੀਂ) ਸਿਸਟ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਆਕਾਰ ਅਕਸਰ ਘਟਦਾ-ਵਧਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਦਖ਼ਲ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦੇ।

ਇਹ ਫ਼ੈਸਲੇ ਨੂੰ ਨਵੇਂ ਢੰਗ ਨਾਲ ਦੇਖਣ ਲਈ ਕਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦੇ ਕਾਰਨ ਹਨ: ਦਰਦ, ਗੁੱਟ ਦੀ ਹਰਕਤ ਜਾਂ ਪਕੜ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ, ਨੇੜਲੀ ਨਸ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ, ਜਾਂ ਅਜਿਹਾ ਆਕਾਰ ਜੋ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸੱਚਮੁੱਚ ਤੰਗ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਗੰਢ ਦਾ ਹੋਣਾ। ਕਿਉਂਕਿ ਤਰਲ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੰਢ ਮੁੜ ਆਉਣ ਦੀ ਦਰ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕੱਟ ਕੇ ਕੱਢਣ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਦੇ ਕੈਪਸੂਲ ਉੱਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਹਨ, ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ ਉਡੀਕ ਇੱਕ ਜਾਇਜ਼ ਪਹਿਲੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਕਾਰਵਾਈ ਨਾ ਕਰਨ ਦੀ ਨਾਕਾਮੀ ਮੰਨਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਾਫ਼-ਸਾਫ਼ ਕਹਿਣਾ ਬਣਦਾ ਹੈ।

ਅਪਵਾਦ ਉਹ ਗੈਂਗਲੀਅਨ ਹੈ ਜੋ ਨਸ ਦੇ ਲੱਛਣ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਸੁੰਨਪਨ, ਕਮਜ਼ੋਰੀ, ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਫੈਲਦਾ ਦਰਦ, ਜਿੱਥੇ ਸਿਸਟ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੀ ਬਣਤਰ ਨੂੰ ਦਬਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜੋ ਇਸਨੂੰ ਅਣਮਿੱਥੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਨਹੀਂ ਸਹਿ ਸਕਦੀ, ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ ਉਡੀਕ ਹੁਣ ਘੱਟ ਖ਼ਤਰੇ ਵਾਲਾ ਵਿਕਲਪ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Head L, Gencarelli JR, Allen M, Boyd KU. Wrist ganglion treatment: systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am. 2015;40(3):546-553.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.12.014>

- [2] Crawford C, Keswani A, Lovy AJ, Levy I, Lutz K, Kim J, et al. Arthroscopic versus open excision of dorsal ganglion cysts: a systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Eur Vol. 2017;43(6):659-64. <https://doi.org/10.1177/1753193417734428>
- [3] Wong CR, Karpinski M, Hatchell AC, McRae MH, Murphy J, McRae MC. Immobilization of the wrist after dorsal wrist ganglion excision: a systematic review and survey. Hand (N Y). 2021;18(2):254-63. <https://doi.org/10.1177/15589447211014631>