PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

کارپل ٹنل سنڈروم

میڈین عصب (median nerve) کلائی کے سامنے کی طرف کارپل ٹنل میں سے انگلیاں موڑنے والے نو ٹینڈنوں (flexor tendons) کے ساتھ ساتھ گزرتا ہے۔

4.0 Kieran Hirpara

اس صفحے کا ترجمہ مشین سے کیا گیا ہے اور ابھی تک کسی ڈاکٹر نے اس کی جانچ نہیں کی۔ **انگریزی نسخہ** ہی مستند ہے۔

آپ کو کیا محسوس ہوتا ہے

کارپل ٹنل سنڈروم (کلائی میں عصب کا دبنا) اس وقت ہوتا ہے جب کلائی سے انگوٹھے، شہادت کی انگلی اور درمیانی انگلی میں جانے والا عصب (nerve) کلائی کی ایک تنگ سرنگ سے گزرتے ہوئے دب جاتا ہے۔ جھنجھناہٹ اور سُن پن عموماً انگوٹھے، شہادت کی انگلی اور درمیانی انگلی میں محسوس ہوتے ہیں۔ بہت سے لوگوں کو ہاتھ میں درد بھی محسوس ہوتا ہے، اور کبھی کبھی علامات ان انگلیوں سے آگے بھی پھیل جاتی ہیں۔

اس کی عام پہچان ایسی جھنجھناہٹ اور سُن پن ہے جو آپ کو رات کو جگا دے۔ صبح جاگنے پر بھی علامات اکثر بڑھ جاتی ہیں، اور ہاتھ کو زیادہ استعمال کرنے کے بعد بھی شروع ہو سکتی ہیں۔ ہاتھ کو جھٹکنے یا اسے آرام دینے سے کچھ دیر کے لیے جھنجھناہٹ کم ہو سکتی ہے۔ جب یہ دباؤ مہینوں یا سالوں تک جاری رہے تو سُن پن مستقل ہو سکتا ہے، اور انگوٹھے کی جڑ کے پٹھے گھل کر کمزور ہو سکتے ہیں۔

یہ کمزوری روزمرہ کے کاموں میں ظاہر ہوتی ہے۔ چابی گھمانا، فون پکڑنا، دیگچی کا دستہ پکڑنا یا بٹن بند کرنا مشکل ہو سکتا ہے۔ ہو سکتا ہے آپ ایسی چیزیں گرانے لگیں جنہیں آپ عام طور پر پکڑے رہتے ہیں، کیونکہ آپ کی گرفت پہلے جیسی قابلِ بھروسہ نہیں رہتی اور انگلیاں اناڑی سی محسوس ہوتی ہیں۔

چند چیزیں اس کے ہونے کا امکان بڑھاتی ہیں۔ ہاتھ کی ایک جیسی حرکات کو بار بار دہرانا اور جسم کا اضافی وزن، دونوں خطرہ بڑھاتے ہیں۔ اس کے علاوہ یہ خواتین میں زیادہ عام ہے اور درمیانی عمر میں زیادہ ہونے لگتا ہے۔ صحت کے کچھ مسائل کا تعلق بھی اس سے ہے، جن میں حمل، ماہواری کا مستقل بند ہو جانا (menopause)، تھائیرائیڈ کے مسائل، گردوں کا ناکارہ ہو جانا اور ذیابیطس (شوگر) شامل ہیں۔

اگر آپ کی علامات کم نہیں ہو رہیں، ہفتوں کے دوران بدتر ہو رہی ہیں، آپ کو رات کو جگا دیتی ہیں، یا آپ کو کام کرنے یا اپنا ہاتھ استعمال کرنے سے روکتی ہیں، تو اپنے فیملی ڈاکٹر (GP) کو دکھائیں یا ماہر ڈاکٹر (specialist) سے معائنے کے لیے کہیں۔

دراصل کیا ہو رہا ہے

اپنی کلائی کو ایک چھوٹی سرنگ سمجھیں جس کا فرش چھوٹی ہڈیوں سے بنا ہے اور چھت ریشوں کی ایک سخت پٹی سے۔ نو ٹینڈن (tendon)، یعنی وہ مضبوط ڈوریاں جو پٹھوں کو ہڈی سے جوڑتی ہیں، اور ایک عصب، یعنی میڈین عصب (median nerve)، اس جگہ میں ساتھ ساتھ رہتے

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

ہیں۔ سرنگ میں پھیلنے کی کوئی گنجائش نہیں ہوتی، اس لیے جب کوئی بھی چیز اس کے اندر اضافی جگہ گھیرتی ہے تو عصب، جو وہاں سب سے نرم چیز ہے، سب سے پہلے دبتا ہے۔

یہ دباؤ دونوں طرف سے آ سکتا ہے۔ کبھی خود سرنگ تنگ ہو جاتی ہے، مثلاً جب آپ کی کلائی لمبے عرصے تک مڑی رہے۔ کبھی سرنگ کے اندر کی چیزیں سوج جاتی ہیں، جس کی وجہ جسم میں سیال کی تبدیلیاں، سوزش، یا ٹینڈنوں کے گرد کی جھلی کا گھساؤ ہو سکتا ہے۔ دونوں صورتوں میں سرنگ کے اندر دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ شروع میں یہ آتا جاتا رہتا ہے، اکثر رات کو یا جب پڑھنے یا گاڑی چلانے جیسے کاموں کے دوران آپ کی کلائی ساکن رہتی ہے۔ وقت کے ساتھ دباؤ ہر وقت زیادہ رہ سکتا ہے، اور تب سُن پن کا آنا جانا رک جاتا ہے اور وہ مستقل ہو جاتا ہے۔

اس سے وہ انداز سمجھ میں آتا ہے جس کے بارے میں آپ نے ابھی پڑھا۔ دباؤ اس وقت سب سے زیادہ ہوتا ہے جب کلائی پوری طرح پیچھے کی طرف یا پوری طرح نیچے کی طرف مڑی ہو، اسی لیے ایک ہی حالت میں رہنے سے علامات بڑھ جاتی ہیں اور آپ کو رات کو جگا دیتی ہیں۔ یہ عصب انگوٹھے، شہادت کی انگلی اور درمیانی انگلی کو احساس پہنچاتا ہے، اس لیے جھنجھناہٹ وہیں محسوس ہوتی ہے۔ جیسے جیسے دباؤ جاری رہتا ہے، عصب کو سگنل پہنچانے میں مشکل ہوتی ہے، احساس مدھم پڑ جاتا ہے، اور انگوٹھے کے پٹھے، جنہیں یہی عصب طاقت بھی دیتا ہے، کمزور ہو کر گھل جاتے ہیں۔

ڈاکٹر اس مسئلے کو ہلکا، درمیانہ یا شدید کہتے ہیں، اس بنیاد پر کہ عصب کتنا متاثر ہوا ہے۔ ہلکے یا درمیانے دباؤ میں، دباؤ ختم ہونے پر احساس عموماً واپس آ جاتا ہے۔ جب طویل عرصے تک شدید دباؤ رہا ہو، تو علاج کے بعد بھی کچھ سُن پن اور کمزوری باقی رہ سکتی ہے، کیونکہ خود عصب کو نقصان پہنچ چکا ہوتا ہے۔

ہر علاج کا مقصد ایک ہی ہے: عصب پر سے دباؤ ہٹانا۔ بہت سے لوگوں کے لیے اس کا آغاز سادہ اقدامات سے ہوتا ہے، اور جب وہ کافی نہ ہوں تو سرجری سے سرنگ کی چھت کھول دی جاتی ہے تاکہ عصب کو دوبارہ جگہ مل جائے۔

ہم اس کے لیے کیا کر سکتے ہیں

ڈاکٹر کیرن ہِرپرا، جو Mater Private Hospital Rockhampton میں بازو اور ہاتھ کے سرجن (upper-limb surgeon) ہیں، آپ کی حالت کے مطابق سب سے کم چیر پھاڑ والے طریقوں سے آغاز کرتے ہیں۔ مریضوں کو عام طور پر ان کے فیملی ڈاکٹر (GP) ریفرل (referral) دے کر ہمارے کلینک بھیجتے ہیں؛ اگر کسی فزیوتھراپسٹ نے آپ کو ہمیں دکھانے کا مشورہ دیا ہے، تب بھی میڈیکیئر (Medicare) سے رقم کی واپسی (rebate) کا اہل ہونے کے لیے آپ کو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ریفرل لینا ہوگا۔ ملاقات کے وقت ہم آپ سے آپ کی تکلیف کی پوری تفصیل پوچھتے ہیں، آپ کے ہاتھ کا معائنہ کرتے ہیں، اور اگر تشخیص کی تصدیق کے لیے ضرورت ہو تو ایکسرے یا اسکین جیسے تصویری ٹیسٹ (imaging) یا اعصاب کے ٹیسٹ کرواتے ہیں۔ اس جیسے دیرینہ مسئلے میں ہم عام طور پر پہلے آپریشن کے بغیر علاج آزماتے ہیں، اور جب اس سے کافی بہتری نہ آئے تو سرجری پر غور کرتے ہیں۔

پہلے اقدامات وہ ہیں جو آپ خود کر سکتے ہیں۔ ہاتھ کے استعمال کا طریقہ بدلنا، اسے زیادہ کثرت سے آرام دینا، اور اسپلنٹ (splint، کلائی کو سہارا دینے والا سانچہ) پہننا، خاص طور پر رات کو، یہ سب عصب پر سے دباؤ کم کرتے ہیں۔ ہینڈ تھراپی (ہاتھ کی بحالی کا علاج) میں عصب اور ٹینڈن کو پھسلانے والی ورزشیں (gliding exercises) سکھائی جاتی ہیں، جو عصب کو سرنگ میں آسانی سے سرکنے میں مدد دیتی ہیں۔ یہ سادہ اقدامات ہلکی اور درمیانی علامات میں اچھا کام کرتے ہیں، اور انہیں جلد آزمانا اور پوری طرح موقع دینا فائدہ مند ہے۔ عصب جتنے زیادہ عرصے سے دبا ہوا ہو، یہ اقدامات عموماً اتنا ہی کم کام کرتے ہیں۔

اگر صرف اسپلنٹ کافی نہ ہو تو سرنگ میں کورٹیسون کا انجکشن عصب کے گرد سوزش کو کم کر سکتا ہے۔ یہ اکثر شروع میں اچھا کام کرتا ہے، اور تقریباً 45 فیصد لوگوں کو مہینوں بعد بھی آرام رہتا ہے، خاص طور پر ان لوگوں کو جن پر پہلے انجکشن کا اچھا اثر ہو۔ انجکشن کے ساتھ اسپلنٹ کا استعمال صرف انجکشن کے مقابلے میں علامات کو زیادہ کم کرتا ہے اور عصب کے کام میں زیادہ مدد دیتا ہے۔ ایک اور راستہ پلیٹلیٹ رچ پلازما (platelet-rich plasma، PRP) ہے، یعنی آپ کے اپنے خون سے تیار کیا گیا انجکشن، جو درد میں آرام دے سکتا ہے اور ہاتھ کے کام کو بہتر بنا سکتا ہے۔ ہم آپ کے ساتھ بات کریں گے کہ ان میں سے کون سا آپ کے لیے مناسب ہے۔

جب ان اقدامات سے کافی آرام نہ ملے تو اگلا قدم سرجری ہے۔ کارپل ٹنل ریلیز، یعنی دباؤ ختم کرنے کا آپریشن (release)، میں سرنگ کی چھت بنانے والی تنی ہوئی پٹی کاٹ دی جاتی ہے، جس سے جگہ کھل جاتی ہے اور عصب پر سے دباؤ فوراً ہٹ جاتا ہے۔ یہ اسپلنٹ کے

مقابلے میں علامات کو بہتر طور پر دور کرتا ہے، اور جلد آپریشن کرنے سے مکمل صحت یابی کا بہتر امکان ہوتا ہے۔ ہم اس آپریشن کے بارے میں اس کے اپنے صفحے پر آپ کو پوری تفصیل بتاتے ہیں، اور کوئی بھی فیصلہ ہم آپ کے ساتھ مل کر کرتے ہیں۔

کیا توقع رکھیں

کارپل ٹنل سنڈروم شاذ و نادر ہی ایک حالت پر ٹھہرا رہتا ہے۔ کچھ لوگوں میں علامات خود ہی ٹھیک ہو جاتی ہیں، اور ابتدائی، ہلکی علامات کا علاج اکثر سرجری کے بغیر کیا جا سکتا ہے۔ بہت سے دوسرے لوگوں میں جھنجھناہٹ اور سُن پن بار بار واپس آتے رہتے ہیں، اور مہینوں یا سالوں میں سُن پن مستقل ہو سکتا ہے۔ اگر طویل عرصے تک شدید دباؤ رہا ہو، تو علاج کے بعد بھی کچھ سُن پن اور کمزوری باقی رہ سکتی ہے، کیونکہ خود عصب کو نقصان پہنچ چکا ہوتا ہے۔

علاج کتنا اچھا کام کرتا ہے، اس کا بہت حد تک انحصار اس پر ہے کہ آپ کس حالت سے شروع کر رہے ہیں۔ جب آپ پہلی بار ہمارے پاس آتے ہیں، اس وقت آپ کی علامات کی شدت ہی سب سے اہم عنصر ہے جس سے طے ہوتا ہے کہ آپ کتنے آرام کی توقع رکھ سکتے ہیں۔ ہلکی یا درمیانی علامات والے لوگوں میں دن کے وقت کا سُن پن اور جھنجھناہٹ شدید علامات والے لوگوں کے مقابلے میں جلدی ٹھیک ہو جاتے ہیں۔ عمر کوئی رکاوٹ نہیں: زیادہ عمر کے لوگ بھی اسی رفتار سے بہتر ہوتے ہیں جس سے کم عمر لوگ، اور کسی کو بھی اس کی عمر کی وجہ سے علاج سے انکار نہیں کیا جانا چاہیے۔

سرجری کے بعد بہتری ایک دم کے بجائے بتدریج ہوتی ہے۔ علامات اور ہاتھ کا کام 12 ہفتوں تک بہتر ہوتے رہتے ہیں۔ تیسرے سے چھٹے مہینے کے دوران، جیسے جیسے احساس اور طاقت واپس آتے ہیں، نیند بھی بہتر ہو جاتی ہے، کیونکہ رات کی وہ جھنجھناہٹ جو آپ کو جگا دیتی ہے، کم ہو جاتی ہے۔ عام نتیجہ آرام ہی ہوتا ہے: 97 فیصد لوگوں کو اپنی علامات سے مکمل یا جزوی آرام مل جاتا ہے۔ تھوڑے سے لوگوں میں کچھ علامات برقرار رہتی ہیں، اور تھوڑے سے لوگوں میں یہ بعد میں واپس آ جاتی ہیں، کبھی کبھی علامات کے بغیر ایک لمبا عرصہ گزرنے کے بعد۔ اگر ایسا ہو تو مزید سرجری پھر بھی ہاتھ کے کام اور زندگی کے معیار کو بہتر بنا سکتی ہے۔

چند دوسری باتیں بھی آگے کی صورتِ حال پر اثر ڈالتی ہیں۔ ذیابیطس نتیجہ نہیں بدلتی: ذیابیطس والے لوگ بھی اتنے ہی بہتر ہوتے ہیں جتنے ذیابیطس کے بغیر لوگ۔ میٹابولک سنڈروم (metabolic syndrome)، یعنی کئی مسائل کا ایک مجموعہ جس میں ہائی بلڈ پریشر اور خون میں شوگر کا زیادہ ہونا شامل ہیں، والے لوگ شروع میں آہستہ ٹھیک ہوتے ہیں، لیکن سرجری کے ایک سال بعد تک ان کی علامات میں آرام اور ہاتھ کا کام باقی سب لوگوں جیسا ہو جاتا ہے۔ کچھ لوگوں کو وقت کے ساتھ دوسرے ہاتھ میں بھی یہی مسئلہ ہو جاتا ہے، اس لیے دونوں ہاتھوں پر نظر رکھیں۔

اگر آپ کی علامات کم نہیں ہو رہیں، ہفتوں کے دوران بدتر ہو رہی ہیں، آپ کو رات کو جگا دیتی ہیں، یا آپ کو کام کرنے یا اپنا ہاتھ استعمال کرنے سے روکتی ہیں، تو اپنے فیملی ڈاکٹر کو دکھائیں یا ماہر ڈاکٹر سے معائنے کے لیے کہیں۔

ڈاکٹر کو کب دکھائیں

زیادہ تر صورتوں میں کارپل ٹنل سنڈروم کوئی ایمرجنسی نہیں ہوتا۔ اہم علامات وہی ہیں جن کے بارے میں آپ پہلے پڑھ چکے ہیں: انگوٹھے، شہادت کی انگلی اور درمیانی انگلی میں جھنجھناہٹ اور سُن پن، جو اکثر رات کو بڑھ جاتے ہیں۔ اگر آپ کی علامات کم نہیں ہو رہیں، ہفتوں کے دوران بدتر ہو رہی ہیں، آپ کو رات کو جگا دیتی ہیں، یا آپ کو کام کرنے یا اپنا ہاتھ استعمال کرنے سے روکتی ہیں، تو اپنے فیملی ڈاکٹر کو دکھائیں۔ اگر اسپلنٹ جیسے سادہ اقدامات سے کئی ہفتوں بعد بھی فائدہ نہ ہوا ہو، یا سُن پن مستقل ہو گیا ہو، یا آپ کے انگوٹھے کی جڑ کے پٹھے گھل رہے ہوں، تو ماہر ڈاکٹر سے معائنے کے لیے کہیں۔ اگر کوئی ہاتھ یا بازو گرم، سرخ، سوجا ہوا اور دردناک ہو جائے، خاص طور پر بخار کے ساتھ، یا آپ کی انگلیاں سفید پڑ جائیں، ٹھنڈی ہو جائیں، یا ان کا رنگ بالکل سفید یا نیلا ہو جائے، یا آپ کے ہاتھ میں اچانک احساس یا حرکت ختم ہو جائے، تو ہسپتال کی ایمرجنسی جائیں۔

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

مزید تفصیل

یہ حصہ اس سے آگے جاتا ہے جتنا آپ کو اپنے علاج کے فیصلوں کے لیے جاننے کی ضرورت ہے۔ کارپل ٹنل سنڈروم کے بارے میں اضافی مطالعہ اس لیے فائدہ مند ہے کہ یہ ہاتھ کی سرجری میں سب سے زیادہ قابلِ اعتماد حد تک کامیاب آپریشن ہے، اور اسی وجہ سے وہ تین صورتیں جن میں یہ مختلف انداز سے کام کرتا ہے، دراصل سمجھنے کے قابل ہیں۔

ذیابیطس اتنا فرق نہیں ڈالتی جتنا آپ سوچتے ہیں

ذیابیطس کے مریضوں کو اکثر بتایا جاتا ہے کہ ان کا نتیجہ خراب ہوگا، اور یہ سوچنا معقول بھی ہے: ذیابیطس اعصاب کو نقصان پہنچاتی ہے، اور یہ اعصاب کا آپریشن ہے۔

شواہد اس بات کی تائید نہیں کرتے۔ **2,869** مریضوں کے اکٹھے کیے گئے اعداد و شمار میں، کارپل ٹنل ریلیز کے بعد ذیابیطس والے اور ذیابیطس کے بغیر مریضوں کے درمیان تقریباً تمام نتائج کی بہتری میں **کوئی نمایاں فرق نہیں** تھا؛ واحد استثنا حسی عصبی رفتار (sensory conduction velocity) تھی، جو ایک برقی پیمائش ہے، ایسی چیز نہیں جو آپ خود محسوس کریں [1]۔

ایمانداری سے دیکھا جائے تو ذیابیطس عصب کی ابتدائی حالت پر اثر ڈال سکتی ہے، لیکن ایسا نہیں لگتا کہ یہ دباؤ ختم کرنے کے آپریشن کو کام کرنے سے روکتی ہے۔ مصنفین کا اپنا نتیجہ یہ ہے کہ توجہ ذیابیطس سے ہونے والی عصبی خرابی (diabetic neuropathy) کے بہتر علاج پر ہونی چاہیے، نہ کہ فائدہ دینے والے آپریشن کو روک لینے پر۔

یہ آپریشن کرنے کے تین طریقے، اور یہ کلینک سب سے پرانا طریقہ کیوں اپناتا ہے

کارپل ٹنل کو کھلے چیرے کے ذریعے، ایک یا دو چھوٹے سوراخوں سے دوربین کے ذریعے (endoscopic)، یا الٹراساؤنڈ کی رہنمائی میں سوئی جتنے باریک بلیڈ کے ساتھ جلد میں سوراخ کر کے (percutaneous) کھولا جا سکتا ہے۔ تینوں طریقوں میں ایک ہی ساخت کاٹی جاتی ہے، یعنی کلائی کا آڑا لیگامنٹ (transverse carpal ligament)، اور ان کے درمیان بحث پہلے چند ہفتوں کے بارے میں ہے، اس بارے میں نہیں کہ سُن پن ختم ہوتا ہے یا نہیں۔

کھلے اور دوربین والے طریقے کا بار بار موازنہ کیا گیا ہے۔ **1,596** مریضوں پر رینڈمائزڈ ٹرائلز (randomised trials) کے اکٹھے کیے گئے نتائج میں دونوں طریقے **علامات سے آرام میں ملتے جلتے** تھے، لیکن دوربین والے طریقے سے ہاتھ کا کام بہتر بحال ہوا، **کام پر واپسی جلدی** ہوئی، اور ناپی گئی پیچیدگیوں کے لحاظ سے یہ زیادہ محفوظ تھا [2]۔

الٹراساؤنڈ کی رہنمائی میں ریلیز نیا طریقہ ہے، اور زیادہ امکان یہی ہے کہ اشتہارات میں آپ کا سامنا اسی سے ہو، جہاں عموماً اسے "بغیر چیرے کا" کہا جاتا ہے اور آپریشن تھیٹر کے بجائے کلینک کے کمرے میں لوکل اینستھیزیا (صرف اس حصے کو سُن کرنا) کے تحت پیش کیا جاتا ہے۔ اس سے پہلے کہ یہ انداز آپ کی جگہ سوچنے لگے، دو باتیں جاننا ضروری ہیں۔ یہ لفظی طور پر بغیر چیرے کا نہیں ہے، اس میں بھی جلد پر ایک چھوٹا سا سوراخ ہوتا ہے، اور شائع شدہ ٹرائلز اسے چیرے کی عدم موجودگی کے بجائے چھوٹے چیرے کے طور پر ناپتے ہیں۔ اور شواہد، اگرچہ واقعی حوصلہ افزا ہیں، اتنے مضبوط نہیں جتنا مارکیٹنگ کا اعتماد ظاہر کرتا ہے۔ رینڈمائزڈ ٹرائلز کا مجموعی تجزیہ **تین تحقیقات اور 221 مریضوں** پر مبنی ہے: ہاتھ کے کام کے اسکور الٹراساؤنڈ کی رہنمائی کے حق میں تھے، اور مریض کھلے آپریشن کے مقابلے میں **20.8 دن پہلے** معمول کی سرگرمیوں پر واپس آ گئے [4]۔ سن 2026 کے دو بڑے موازنوں نے، جن میں مریضوں کو ان کی خصوصیات کے لحاظ سے ملایا گیا تھا، یعنی کھلے آپریشن کے مقابلے میں 356 مریض [5] اور دوربین والے آپریشن کے مقابلے میں 372 مریض [6]، اسے محفوظ اور مؤثر پایا: اس میں اینستھیزیا کی کم دوا درکار ہوئی، بعد میں اوپیئوئڈ درد کش دوائیں کم استعمال ہوئیں اور مریض زخم سے زیادہ مطمئن رہے، اگرچہ اسے کرنے میں دونوں متبادل طریقوں سے **زیادہ وقت لگا**۔ بہتری **چھ سال** تک برقرار رہی ہے [7]۔

توازن قائم کرنے والا دیانت دار پہلو اشتہارات میں شاذ و نادر ہی نظر آتا ہے، اور اس کا زیادہ تر تعلق اس بات سے ہے کہ **الٹراساؤنڈ کا پروب (probe) کس کے ہاتھ میں ہے۔**

سن 2025 میں انسبرک (Innsbruck) کی ایک کیس سیریز میں ایسے مریض بیان کیے گئے جنہیں الٹراساؤنڈ کی رہنمائی میں ریلیز کے بعد دوسرے، کھلے آپریشن کی ضرورت پڑی، کیونکہ لیگامنٹ پوری طرح نہیں کٹا تھا، اعصاب کو چوٹ لگی تھی یا شریانوں کو چوٹ لگی تھی [8]۔ اہم تفصیل یہ ہے کہ آپریشن کس نے کیا تھا۔ ان چودہ میں سے گیارہ کیسوں میں اصل آپریشن ریڈیالوجسٹ (radiologist) نے کیا تھا، ایک

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

میں جنرل سرجن نے، اور دو میں تجربہ کار ہاتھ کے سرجنوں نے۔ اس کے بعد جو ہوا وہ بھی اسی کے مطابق مختلف تھا۔ ہاتھ کے سرجنوں والے دو کیسوں میں سے ایک میں ریلیز کے دوران ایک شریان زد میں آ گئی؛ خون بہنے کو فوراً پہچان لیا گیا، سرجنوں نے وہیں کھلا آپریشن شروع کیا، خون روکا، ریلیز مکمل کی، اور مریض کو بعد میں کوئی مسئلہ نہیں ہوا۔ جنرل سرجن والے کیس میں خاتون کو آپریشن کے بعد جاگتے ہی سُن پن تھا، انہیں کورٹیسون کے دو انجکشن دیے گئے جن سے کوئی فائدہ نہیں ہوا، اور وہ نو ماہ بعد اس حالت میں واپس آئیں کہ میڈین عصب کو **سورل عصب** (sural nerve) **کے تین گرافٹ** لگا کر دوبارہ بنانا پڑا۔ ایک موازنے میں تجربے کے حق میں دلیل یہی ہے: یہ نہیں کہ ماہر آپریشن کرنے والے کے ساتھ کبھی پیچیدگی نہیں ہوتی، بلکہ یہ کہ ماہر آپریشن کرنے والا پیچیدگی کو پہچان لیتا ہے اور اسی نشست میں اسے سنبھال سکتا ہے۔

تاہم اس سیریز کو کتنی اہمیت دیں، اس میں محتاط رہیں، کیونکہ اس پر کھلے عام اعتراض کیا گیا ہے اور اسے جزوی طور پر درست بھی کیا گیا ہے۔ بڑی تعداد میں یہ آپریشن کرنے والے انٹرویشنل ریڈیالوجی (interventional radiology) کے ایک گروپ نے جواب دیا کہ اس کی مرکزی سفارش "فراہم کردہ اعداد و شمار سے ثابت نہیں ہوتی"، کیونکہ سیریز میں کوئی کل تعداد (denominator) نہیں بتائی گئی، نہ کیے گئے آپریشنوں کی مجموعی تعداد اور نہ ہی موازنے کی کوئی شرح، اس لیے اسے خطرے کی شرح میں نہیں بدلا جا سکتا۔ اس گروپ نے ایک معیاری طریقۂ کار (protocol) کے تحت ایسے **2,000 سے زیادہ** ریلیز کیے ہیں، اور نشاندہی کی کہ اگر ریڈیالوجسٹ والے تمام گیارہ کیسوں میں دوبارہ آپریشن کی ضرورت پڑی ہو، تب بھی دوبارہ آپریشن کی شرح **ہر 1,000 میں سے 5** سے کم ہوگی [10]۔ اس کے بعد اصل مصنفین نے تسلیم کیا کہ ان میں سے تین کیس غلط زمرے میں رکھے گئے تھے اور وہ نامکمل ریلیز کی مثالیں تھے ہی نہیں، اور اسے "اعداد و شمار اور ان کی تشریح دونوں میں ایک سنگین غلطی" قرار دیا [10]۔

جس بات پر دونوں فریق متفق ہیں وہی کارآمد حصہ ہے، اور اسے صاف صاف کہنا چاہیے: یہ آپریشن ایسے شخص کو کرنا چاہیے جسے عصب کے الٹراساؤنڈ میں حقیقی مہارت ہو اور جو ایک معیاری طریقے سے کام کرے، اور اگر آپریشن کے دوران اسے کھلے آپریشن میں بدلنا پڑے تو ہاتھ کے سرجن کی مدد فوراً دستیاب ہو۔ آپریشن کا وقت مستحکم ہونے سے پہلے سیکھنے کا مرحلہ تقریباً **30 آپریشنوں** کا ہوتا ہے [9]۔ اگر آپ اس پر غور کر رہے ہیں تو یہی مناسب سوالات ہیں: آپریشن کرنے والے نے کتنے آپریشن کیے ہیں، کس طریقۂ کار کے مطابق، اور اگر اسے نو ماہ بعد کے بجائے آج ہی کھلے آپریشن میں بدلنا پڑے تو کیا ہوگا۔

حفاظت کے جس موازنے پر مارکیٹنگ سب سے زیادہ زور دیتی ہے، اس میں پیچیدگیوں کی مجموعی شرح الٹراساؤنڈ کی رہنمائی میں 7.1 فیصد اور کھلے آپریشن میں 5.6 فیصد تھی، اور اس فرق کا اعتماد کا وقفہ (confidence interval) 0.04 سے 15.10 تک تھا [4]۔ یہ وقفہ اتنا وسیع ہے کہ اس سے تقریباً کچھ بھی معلوم نہیں ہوتا۔ یہاں "پیچیدگیوں میں کوئی فرق نہیں" کا مطلب ہے "ابھی تک کسی نے اسے اتنی اچھی طرح نہیں ناپا کہ کچھ کہا جا سکے"۔

ڈاکٹر ہر پر اکھلا کارپل ٹنل ریلیز کرتے ہیں اس کی وجہ وہ چیز ہے جو صرف کھلی سرجری ہی دیتی ہے: لیگامنٹ اور عصب براہ راست نظر آتے ہیں، آنکھوں کے سامنے تصدیق کی جا سکتی ہے کہ ریلیز مکمل ہے، اور جسمانی ساخت کا کوئی بھی فرق، جیسے کوئی اضافی پٹھا یا عصب کی کوئی غیر معمولی شاخ، اس سے بچ کر کام چلانے کے بجائے ملتے ہی وہیں سنبھال لیا جاتا ہے۔ اس کے لیے کسی خاص سامان کی ضرورت نہیں، اور کوئی سرجن عام طور پر جو بھی طریقہ پسند کرتا ہو، دوبارہ آپریشن (revision) اور غیر معمولی ساخت کے لیے یہی ترجیحی طریقہ رہتا ہے۔

اس میں ایک حقیقی سمجھوتہ ہے اور آپ کو اسے صاف الفاظ میں سننا چاہیے: اوپر دیے گئے شواہد بتاتے ہیں کہ دوربین والے یا الٹراساؤنڈ کی رہنمائی والے ریلیز کے بعد آپ غالباً جلدی کام پر واپس آ جائیں گے۔ شواہد یہ نہیں بتاتے کہ آخرکار آپ کا نتیجہ مختلف ہوگا۔ اگر آپ کے لیے عصب کو براہ راست دیکھنے سے زیادہ جلد واپسی اہم ہے تو یہ ایک جائز ترجیح ہے، اور بہتر ہے کہ ویب سائٹ پڑھ کر فیصلہ کرنے کے بجائے آپ یہ بات اپنی ملاقات میں اٹھائیں۔

آپریشن کے بعد بھی تکلیف دینے والا عصب ضروری نہیں کہ وہی ہو جس کا دباؤ ختم کیا گیا تھا

یہ وہ نتیجہ ہے جو سب سے زیادہ یاد رکھنے کے قابل ہے۔ اعصاب کے دبنے کی سرجری کروانے والے **7,867** مریضوں کے ایک گروپ میں سے تقریباً **3 فیصد** کا ایک سال کے اندر اسی بازو میں کسی **دوسرے** عصب کا دباؤ ختم کرنے کا آپریشن ہوا [3]۔

تین فیصد مطلق لحاظ سے کم ہے مگر اپنے مطلب میں بڑا ہے۔ اعصاب کا دبنا اکثر صرف ایک جگہ کا مسئلہ نہیں ہوتا: ایک ہی شخص کو کلائی پر میڈین عصب اور کہنی پر النر عصب (ulnar nerve) کا دبنا ہو سکتا ہے، اور علامات اس حد تک ملتی جلتی ہیں کہ ایک دوسرے کو چھپا سکتی

ہے۔ جب تکنیکی لحاظ سے کامیاب ریلیز کے بعد بھی ہاتھ ٹھیک نہ ہو تو سوال ہمیشہ یہ نہیں ہوتا کہ "کیا آپریشن ناکام ہو گیا"، کبھی کبھی سوال یہ ہوتا ہے کہ "کیا شروع سے ہی کوئی دوسری جگہ بھی موجود تھی"۔ مصنفین خاص طور پر ذکر کرتے ہیں کہ جن مریضوں کو کارپل ٹنل اور کیوبیٹل ٹنل سنڈروم (cubital tunnel syndrome) دونوں ہوں، انہیں دونوں جگہوں کا دباؤ ایک ساتھ ختم کرنے سے فائدہ ہو سکتا ہے [3]۔

یہ آپریشن اتنا اچھا کام کیوں کرتا ہے

اس کا طریقۂ عمل غیر معمولی حد تک سادہ ہے، اور زیادہ تر وضاحت یہی ہے۔ کارپل ٹنل ایک بند جگہ ہے جس کا سخت فرش کلائی کی ہڈیوں (carpal bones) سے بنا ہے اور چھت کلائی کا مضبوط آڑا لیگامنٹ ہے۔ اس کے اندر دباؤ بڑھتا ہے، میڈین عصب وہاں موجود سب سے نرم ساخت ہے، اور وہی تکلیف اٹھاتا ہے۔ لیگامنٹ کو کاٹنے سے بند خانہ کھلا ہو جاتا ہے اور دباؤ فوراً کم ہو جاتا ہے۔

اسی لیے رات کے درد سے آرام اکثر تقریباً فوری ہوتا ہے جبکہ سُن پن ختم ہونے میں مہینے لگتے ہیں: دباؤ آپریشن کے دن ختم ہو جاتا ہے، لیکن پھر عصب کو خود اپنی مرمت کرنی ہوتی ہے، اور عصب آہستہ آہستہ اور اوپر سے نیچے کی طرف ٹھیک ہوتا ہے۔ چھ ہفتے پر باقی رہنے والا سُن پن عموماً اس بات کی علامت ہے کہ عصب اپنے مقررہ وقت کے مطابق ٹھیک ہو رہا ہے، نہ کہ یہ کہ آپریشن ناکام رہا۔

حوالہ جات

[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

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[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

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au