PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

ڈی کویروین ٹینوسائنووائٹس

ڈی کویروین میں متاثر ہونے والے انگوٹھے کے ٹینڈنوں کی ساخت: ایبڈکٹر پولیسس لونگس (abductor pollicis longus) اور ایکسٹینسر پولیسس بریوس (extensor pollicis brevis)، جب وہ کلائی کے اوپر سے گزرتے ہیں۔

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

ڈی کویروین ٹینوسائنووائٹس (کلائی کی انگوٹھے والی طرف ٹینڈنوں کی سوزش) آپ کی کلائی کی انگوٹھے والی طرف موجود دو ٹینڈنوں (tendon، یعنی وہ مضبوط ڈوریاں جو پٹھے کو ہڈی سے جوڑتی ہیں) کا مسئلہ ہے۔ وہ سرنگ جس میں سے یہ گزرتے ہیں سوج کر تنگ ہو جاتی ہے، اس لیے اس میں سے پھسلتے ہوئے ٹینڈنوں میں درد ہوتا ہے۔ آپ کو اپنی کلائی کی انگوٹھے والی طرف، انگوٹھے کی جڑ پر ہڈی کے ابھار کے قریب، دکھن اور چھونے پر درد محسوس ہوتا ہے۔ اکثر اسی جگہ پر سوجن بھی ہوتی ہے۔

کچھ حرکتیں درد کو بڑھا دیتی ہیں۔ کلائی کو اپنی چھوٹی انگلی کی طرف موڑنا، کلائی کو انگوٹھے والی طرف موڑتے ہوئے کسی چیز کو مضبوطی سے پکڑنا، یا انگوٹھے اور شہادت کی انگلی کو آپس میں دبا کر چٹکی بھرنا، یہ سب درد شروع کر سکتے ہیں۔ روزمرہ کے وہ کام جن میں یہ حرکتیں ہوتی ہیں مشکل ہو جاتے ہیں: کیتلی اٹھانا، دروازے کا ہینڈل گھمانا، کسی چھوٹے بچے کو اٹھانا، کپڑا نچوڑنا، یا قینچی استعمال کرنا۔ کچھ لوگوں کو دکھتی جگہ پر دبانے سے جلد کے نیچے ریت جیسی کرکراہٹ محسوس ہوتی ہے۔

زیادہ تر لوگوں کو محسوس ہوتا ہے کہ درد استعمال سے بھڑک اٹھتا ہے اور آرام سے کم ہو جاتا ہے۔ ہاتھ سے بہت زیادہ کام والے دن کے بعد یہ زیادہ ہو سکتا ہے۔ کچھ لوگ اسے سب سے پہلے صبح سویرے یا رات کے دوران محسوس کرتے ہیں۔

تھوڑے سے لوگوں (تقریباً ہر 100 میں سے 1) کو محسوس ہوتا ہے کہ ان کا انگوٹھا درد کے ساتھ ساتھ اٹکتا یا پھنستا بھی ہے۔ اس کا ذکر کرنا ضروری ہے، کیونکہ اس سے یہ بدل سکتا ہے کہ کون سے علاج اچھا کام کرتے ہیں۔

مدد کب لیں

اگر درد ٹھیک نہیں ہو رہا، ہفتوں کے دوران بدتر ہو رہا ہے، رات کو آپ کو جگاتا ہے، یا آپ کو کام کرنے یا ہاتھ استعمال کرنے سے روکتا ہے، تو اپنے فیملی ڈاکٹر (GP) کو دکھائیں یا کسی ماہر سے معائنے کی درخواست کریں۔

اگر آپ کا ہاتھ یا بازو گرم، سرخ، سوجا ہوا اور دردناک ہو جائے، خاص طور پر بخار کے ساتھ، تو اسی دن ہسپتال کی ایمرجنسی جائیں۔ یہ کوئی انفیکشن ہو سکتا ہے جس کا اسی دن علاج ضروری ہے، اور اس کے لیے آپ کو فیملی ڈاکٹر کے ریفرل (referral) کی ضرورت نہیں۔ اگر آپ کی انگلیاں یا ہاتھ سفید پڑ جائیں، ٹھنڈے ہو جائیں، بالکل سفید ہو جائیں یا نیلے پڑ جائیں، یا اگر کسی چوٹ کے بعد اچانک آپ کا احساس یا حرکت کی صلاحیت ختم ہو جائے، تو بھی اسی دن 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

اگر آپ کلینک سے رابطہ نہ کر سکیں، مثلاً کلینک کے اوقات کے بعد یا ویک اینڈ پر، تو اپنے قریب ترین ہسپتال کی ایمرجنسی جائیں۔

دراصل کیا ہو رہا ہے

دو ٹینڈن آپ کے انگوٹھے کو ہاتھ سے دور لے جاتے اور اسے سیدھا کرتے ہیں۔ یہ کلائی کی انگوٹھے والی طرف ایک تنگ سرنگ میں ساتھ ساتھ چلتے ہیں۔ اس سرنگ کی ایک مضبوط چھت ہوتی ہے جو ٹینڈنوں کو ہڈی کے ساتھ لگا کر رکھتی ہے، جیسے کوئی چھلا دو رسیوں کو اپنی جگہ پر تھامے رکھتا ہے۔

مسئلہ یہ ہے کہ ٹینڈنوں اور ان کی سرنگ میں سوزش ہو جاتی ہے۔ سوجی ہوئی اندرونی جھلی پہلے سے تنگ جگہ کے اندر مزید جگہ گھیر لیتی ہے، اس لیے پھسلتے وقت ٹینڈن رگڑ کھاتے ہیں۔ یہ رگڑ مزید سوجن اور مزید درد کا سبب بنتی ہے، اور وقت کے ساتھ سرنگ خود بھی تنگ ہو سکتی ہے۔ اس تنگ راستے میں خون کی فراہمی کم ہوتی ہے، جس کی وجہ سے جلن (irritation) کا خود سے ٹھیک ہونا مشکل ہو جاتا ہے۔

کچھ لوگوں کی بناوٹ میں سرنگ کے اندر ایک اضافی دیوار ہوتی ہے جو اسے دو الگ راستوں میں بانٹ دیتی ہے۔ یہ اس لیے اہم ہے کہ دونوں ٹینڈنوں کو پھسلنے کے لیے جگہ چاہیے۔ اگر ایک ٹینڈن اپنے الگ بند راستے میں ہو تو مرکزی سرنگ کا علاج ہونے کے بعد بھی وہ راستہ تنگ رہ سکتا ہے۔

اسی سے وہ سب سمجھ آتا ہے جو آپ محسوس کر رہے ہیں۔ آپ کی کلائی کی انگوٹھے والی طرف دکھنے والی جگہ خود یہی سرنگ ہے۔ گرفت کرنے، چٹکی بھرنے اور اٹھانے پر ہونے والا درد ٹینڈنوں کے تنگ جگہ میں سے کھنچ کر گزرنے کی وجہ سے ہے۔ چٹکی کی گرفت اور انگوٹھے کی طاقت کم ہو سکتی ہے کیونکہ ٹینڈن آزادی سے نہیں پھسل پاتے۔ کچھ لوگوں کو جو کرکراہٹ محسوس ہوتی ہے وہ ٹینڈن کی کھردری سطح کی جلد کے نیچے حرکت ہے۔

جب انگوٹھا درد کے ساتھ ساتھ اٹکتا یا پھنستا بھی ہو تو اس کا مطلب ہے کہ تنگی اتنی شدید ہو چکی ہے کہ ٹینڈن تھوڑی دیر کے لیے پھنس جاتا ہے۔ یہ اسی مسئلے کی زیادہ بڑھی ہوئی صورت ہے، اور اس کا جلد ذکر کرنا ضروری ہے کیونکہ اس سے یہ بدل جاتا ہے کہ کون سے علاج اچھا کام کرتے ہیں۔

یہاں کا درد سرنگ کے بجائے اس کے پڑوسی حصوں سے بھی آ سکتا ہے: انگوٹھے کی جڑ پر آرتھرائٹس (جوڑ کی خرابی اور سوزش)، بازو کے نچلے حصے (forearm) میں مزید اوپر ٹینڈنوں میں جلن، یا کلائی کے اس حصے کے اوپر سے گزرنے والا ایک سطحی عصب (nerve)۔ ان کے علاج مختلف ہوتے ہیں، اسی لیے درد کا ٹھیک ٹھیک ذریعہ جاننا اہم ہے۔

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، سب سے پہلے وہ طریقے آزماتے ہیں جن میں کم سے کم چیر پھاڑ ہو اور جو آپ کی حالت کے مطابق ہوں۔ ہم عموماً آغاز اس سے کرتے ہیں کہ آپ اپنے ہاتھ کو استعمال کرنے کا طریقہ بدل لیں، اور ہینڈ تھراپی (ہاتھ کی بحالی کے ماہر سے علاج) سے جلن کو کم کیا جائے اور ٹینڈنوں پر بوجھ گھٹایا جائے۔ ایک اسپلنٹ جو آپ کے انگوٹھے اور کلائی کو ساکن رکھے، ٹینڈنوں کو آرام دے سکتا ہے اور اس رگڑ کو کم کر سکتا ہے جو درد کا سبب بن رہی ہے۔ آگے بڑھنے سے پہلے ان اقدامات کو مناسب موقع دیں، اور اگر حالت بہتر نہ ہو رہی ہو تو ہمیں بتائیں۔

اس بیماری کے لیے سب سے مضبوط شواہد والا علاج کورٹیسون کا انجکشن ہے۔ کورٹیسون سوزش کم کرنے والی ایک دوا ہے جو سرنگ کے اندر کی سوجن کو کم کرتی ہے۔ ایک ہی انجکشن 82 فیصد لوگوں کی علامات میں آرام لاتا ہے، اور ان میں سے آدھے سے زیادہ کم از کم 12 ماہ تک علامات سے پاک رہتے ہیں۔ انجکشن کی رہنمائی کے لیے الٹراساؤنڈ استعمال کرنے سے نتیجہ بہتر ہو سکتا ہے، اور اس سے ہمیں یہ تصدیق کرنے میں بھی مدد ملتی ہے کہ ہم ٹھیک کس چیز کا علاج کر رہے ہیں۔ انجکشن کے ساتھ کلائی کو ساکن رکھنے والا اسپلنٹ ملانا صرف انجکشن سے بہتر کام کرتا ہے۔ اگر آپ کی علامات واپس آ جائیں تو دوسرا انجکشن اب بھی ایک معقول انتخاب ہے، یہ اس بات کی علامت نہیں کہ انجکشن ناکام ہو گئے ہیں۔ اگر آپ کو ذیابیطس (شوگر) ہے تو دوسرے لوگوں کی نسبت ایک انجکشن کے کامیاب ہونے کا امکان کم ہوتا ہے، لیکن ہر اگلا انجکشن پچھلے جتنا ہی مؤثر رہتا ہے۔

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

زیادہ تر لوگوں کو سرجری کی ضرورت نہیں پڑے گی۔ ہم اس پر اس وقت غور کرتے ہیں جب سرجری کے بغیر علاج سے کافی بہتری نہ آئی ہو، یا جب انگوٹھا درد کے ساتھ ساتھ اٹکتا اور پھنستا بھی ہو، کیونکہ یہ صورت عموماً خود سے ٹھیک نہیں ہوتی۔ آپریشن سرنگ کی تنگ چھت کو کھول دیتا ہے (release) تاکہ ٹینڈن دوبارہ آزادی سے پھسل سکیں۔ یہ ایک چھوٹا آپریشن ہے جس کا اپنا الگ صفحہ ہے جس میں بتایا گیا ہے کہ اس میں کیا کیا جاتا ہے۔

کیا توقع رکھیں

زیادہ تر لوگوں میں یہ بیماری جلدی خود سے ختم نہیں ہوتی۔ جن لوگوں کو یہ ہوتی ہے ان میں سے زیادہ تر کو، اگر کچھ نہ کیا جائے، ایک سال بعد بھی علامات رہتی ہیں، اور درد آہستہ آہستہ ختم ہونے کے بجائے استعمال سے بھڑکتا رہتا ہے۔ تھوڑے سے لوگوں (تقریباً ہر تین میں سے ایک) کو بالآخر دو سال کے اندر سرجری کی ضرورت پڑے گی، اور جنہیں اس کی ضرورت پڑتی ہے ان میں سے زیادہ تر پہلے سال کے اندر ہی اس مرحلے تک پہنچ جاتے ہیں۔

علاج کے ساتھ آگے کی صورتِ حال اچھی ہے، اور ہم اسے دیانتداری سے بتا رہے ہیں۔ کورٹیسون کا ایک انجکشن 70 فیصد لوگوں کی علامات کو مکمل طور پر ٹھیک کر دیتا ہے، اور مزید 10 فیصد لوگ دوسرے انجکشن سے ٹھیک ہو جاتے ہیں۔ مجموعی طور پر، دو انجکشنوں کے اندر انجکشن 73.4 فیصد بار کامیاب ہوتے ہیں۔ جب سرجری کی ضرورت ہو تو یہ اچھا کام کرتی ہے: 88 فیصد لوگ اس کے بعد پوری طرح مطمئن ہوتے ہیں، اور آپریشن 91 فیصد معاملات میں مسئلہ ٹھیک کر دیتا ہے۔

صحت یابی کیسی محسوس ہوتی ہے، یہ اس پر منحصر ہے کہ آپ کون سا راستہ اختیار کرتے ہیں۔ انجکشن کے بعد، جیسے جیسے سرنگ کے اندر کی سوجن کم ہوتی ہے، دکھن عموماً دنوں سے ہفتوں میں کم ہو جاتی ہے۔ سرجری کے بعد ٹینڈن دوبارہ آزادی سے پھسلنے لگتے ہیں، اور کھلے طریقے کی نسبت دوربین والے طریقے (keyhole، endoscopic) سے بہتری عموماً جلد آتی ہے۔ سرجری کے بعد ہینڈ تھراپی Extend Rehabilitation میں Ruby Doolan کے ساتھ ہوتی ہے۔ روبی ہینڈ تھراپسٹ (ہاتھ کی بحالی کی ماہر) ہیں: وہ آپ کی تھراپی کی رہنمائی کرتی ہیں اور آپ کو جس اسپلنٹ کی بھی ضرورت ہو وہ بناتی ہیں۔

کچھ باتیں پہلے سے جان لینا فائدہ مند ہے۔ اگر آپ کو ذیابیطس یا میٹابولک سنڈروم (metabolic syndrome، صحت کے مسائل کا ایک مجموعہ جس میں ہائی بلڈ پریشر اور پیٹ کے گرد وزن شامل ہیں) ہے تو دوسرے لوگوں کی نسبت آپ کے لیے انجکشن کے کامیاب ہونے کا امکان کم ہے۔ آپ اس بیماری کے بارے میں کیسے سوچتے ہیں، یہ بھی اہمیت رکھتا ہے: جو لوگ بدترین کی توقع رکھتے ہیں وہ عموماً زیادہ درد اور کم کارکردگی بتاتے ہیں، اس لیے اس بیماری کے مطلب کے بارے میں خدشات کے بجائے درست توقعات رکھنا مددگار ہے۔

اگر آپ کی علامات ٹھیک نہیں ہو رہیں، ہفتوں کے دوران بدتر ہو رہی ہیں، رات کو آپ کو جگاتی ہیں، یا آپ کو کام کرنے یا ہاتھ استعمال کرنے سے روکتی ہیں، تو اپنے فیملی ڈاکٹر کو دکھائیں یا کسی ماہر سے معائنے کی درخواست کریں۔

ڈاکٹر کو کب دکھائیں

اس بیماری کی زیادہ تر انتباہی علامات اوپر پہلے حصے میں پہلے ہی بیان ہو چکی ہیں: ایسا درد جو ٹھیک نہیں ہو رہا، ہفتوں کے دوران بدتر ہو رہا ہے، رات کو آپ کو جگاتا ہے، یا آپ کو کام کرنے یا ہاتھ استعمال کرنے سے روکتا ہے۔ اگر ان میں سے کوئی بات آپ پر صادق آتی ہو تو اپنے فیملی ڈاکٹر کو دکھائیں یا کسی ماہر سے معائنے کی درخواست کریں۔

ایک علامت یہاں دوبارہ ذکر کے قابل ہے۔ اگر آپ کا انگوٹھا درد کے ساتھ ساتھ اٹکتا یا پھنستا بھی ہو تو آپ جس سے بھی ملیں اسے بتائیں۔ مسئلے کی یہ صورت عموماً صرف آرام یا اسپلنٹ سے ٹھیک نہیں ہوتی، اور اس سے یہ بدل جاتا ہے کہ کون سے علاج اچھا کام کرتے ہیں، اس لیے یہ دیکھنے کا انتظار کرنے کے بجائے کہ یہ خود ختم ہوتی ہے یا نہیں، اس کا جلد ذکر کرنا بہتر ہے۔

یہی مشورہ اس صورت میں بھی لاگو ہوتا ہے اگر درد معمول کی جگہ سے تھوڑا ہٹ کر ہو، مثلاً بازو کے نچلے حصے میں مزید اوپر یا انگوٹھے کی جڑ پر۔ کئی دوسری بیماریاں اس جیسی لگ سکتی ہیں، اور ان کا علاج مختلف ہوتا ہے۔ احتیاط سے کیا گیا معائنہ واضح کر دیتا ہے کہ آپ کو کون سی بیماری ہے۔

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

اگر آپ کا 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، بالکل سفید ہو جائیں یا نیلی پڑ جائیں، تو اسی دن ہسپتال کی ایمرجنسی جائیں۔

مزید تفصیل

یہ حصہ اس سے آگے جاتا ہے جتنا آپ کو اپنے علاج کے فیصلوں کے لیے ضرورت ہے۔ ڈی کوروین ٹینوسائنووائٹس کے بارے میں اضافی مطالعہ اس لیے فائدہ مند ہے کہ ایک چھوٹا سا ساختی فرق (anatomical variant) ایک ایسے آپریشن کے بعد ہونے والی زیادہ تر ناخوشی کی وجہ بنتا ہے جو ورنہ قابل اعتماد ہے، اور اس لیے کہ آپریشن کے بغیر بہترین نتیجہ دو علاجوں میں سے ایک چننے سے نہیں بلکہ دونوں کو ملانے سے آتا ہے۔

دونوں کا ملاپ ہر ایک سے بہتر ہے

پہلا ڈورسل کمپارٹمنٹ (first dorsal compartment) کلائی کی انگوٹھے والی طرف ایک سرنگ میں دو ٹینڈنوں کو رکھتا ہے۔ علاج کا مقصد اس سرنگ میں سوزش کو کم کرنا اور اس میں سے گزرنے والے بوجھ کو گھٹانا ہے۔

823 مریضوں پر کیے گئے ایک نیٹ ورک میٹا اینالیسس (network meta-analysis) کا نتیجہ یہ تھا کہ **کورٹیکو اسٹیرائیڈ کا انجکشن اور اس کے ساتھ تھوڑے عرصے کے لیے حرکت روکنا (immobilisation) بنیادی اور مؤثر علاج ہے**، جبکہ جسم کے باہر سے دی جانے والی شاک ویو تھراپی (extracorporeal shockwave therapy) ایک ثانوی انتخاب ہے [1]۔ اجزا کو براہ راست دیکھا جائے تو **اسپلنٹ (orthosis) اور کورٹیکو اسٹیرائیڈ انجکشن کو ملا کر کیے جانے والے طریقے ان دونوں میں سے کسی ایک علاج سے زیادہ مؤثر ہیں** [2]۔

یہ "پہلے اسپلنٹ آزمائیں، پھر ناکامی پر انجکشن" سے زیادہ واضح ہدایت ہے۔ شواہد دونوں کو ایک ساتھ کرنے کی حمایت کرتے ہیں، جس میں انجکشن کے بعد ایک طے شدہ مختصر عرصے کے لیے اسپلنٹ پہنا جاتا ہے۔

دوسرا انجکشن اب بھی لگوانے کے قابل ہے

جہاں علامات واپس آجائیں، وہاں فوری ردعمل یہ ہوتا ہے کہ انجکشن ناکام ہو گئے ہیں اور سرجری کی طرف بڑھا جائے۔ ایک بڑے گروپ کے اعداد و شمار کچھ اور بتاتے ہیں: **اگرچہ کئی انجکشنوں کے ساتھ کامیابی کی شرح کم ہو جاتی ہے، دوبارہ لگائے گئے انجکشنوں کی کامیابی کی شرح زیادہ ہے اور یہ ایک قابل عمل طبی انتخاب ہیں** [3]۔

بار بار لگانے سے کامیابی کا کم ہونا متوقع ہے۔ لیکن کم کامیابی کی شرح کا مطلب بے فائدہ ہونا نہیں، اور دوسرا انجکشن محض وقت ٹالنے کا حربہ نہیں بلکہ ایک معقول قدم ہے۔

وہ ساختی فرق جو سرجری کے بعد زیادہ تر مایوسی کی وضاحت کرتا ہے

پہلے ڈورسل کمپارٹمنٹ کی ریلیز مؤثر ہے، اور جہاں یہ مایوس کرتی ہے وہاں عموماً ایک خاص وجہ ہوتی ہے۔ ناخوشی **نامکمل ریلیز، ٹینڈن کے اپنی جگہ سے کھسکنے (subluxation)، عصب کی چوٹ، یا محض صحت یابی کی مدت** کی وجہ سے ہو سکتی ہے، اور **ایکسٹینسر پولیسس بریوس (extensor pollicis brevis) کا ایک ایسا الگ غلاف جسے پہچانا اور کھولا نہ گیا ہو، ناخوشی کی ایک الگ وجہ ہے** [4]۔

اس کی وضاحت ضروری ہے کیونکہ اس حصے میں یہ سب سے مفید بات ہے۔ لوگوں کے ایک بڑے حصے میں یہ کمپارٹمنٹ ایک سرنگ نہیں بلکہ دو ہوتا ہے، جس میں ایکسٹینسر پولیسس بریوس کا ٹینڈن دوسرے ٹینڈن کے ساتھ ساتھ اپنے الگ غلاف میں چلتا ہے۔ جو ریلیز صرف مرکزی کمپارٹمنٹ کو کھول کر رک جائے، وہ دوسرے غلاف کو جوں کا توں چھوڑ دیتی ہے، اور اس کے اندر کا ٹینڈن دبا ہی رہتا ہے۔ کلائی کھولی جاتی ہے، آپریشن بیان کے مطابق مکمل ہو جاتا ہے، اور علامات باقی رہتی ہیں۔

یہی وجہ ہے کہ دوسری دو بتائی گئی وجوہات بھی اہم ہیں: بہت زیادہ کھولنے سے کلائی کی حرکت کے ساتھ ٹینڈن اپنی نالی سے کھسک (subluxate) سکتے ہیں، جس سے دردناک جھٹکا محسوس ہوتا ہے، اور ریڈیل عصب (radial nerve) کی سطحی شاخ آپریشن والی جگہ کے عین

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

اوپر سے گزرتی ہے۔ کمپارٹمنٹ کو پوری طرح لیکن ضرورت سے زیادہ نہیں کھولنا ہوتا، اور راستے میں ایک عصب بھی ہوتا ہے، اسی لیے ایک بظاہر چھوٹا آپریشن بھی اتنی ہی احتیاط کا تقاضا کرتا ہے جتنا ایک بڑا آپریشن۔

کلائی کی انگوٹھے والی طرف کا ہر درد ڈی کویروین نہیں ہوتا

اس جگہ کے درد کی دوسری ممکنہ وجوہات جاننا مفید ہے، کیونکہ ان کے علاج مختلف ہیں: انگوٹھے کی جڑ میں آرتھرائٹس، بازو کے نچلے حصے میں چند سینٹی میٹر اوپر انٹرسیکشن سنڈروم (intersection syndrome)، اور ریڈیل عصب میں جلن، یہ سب ایک دوسرے سے ملتی جلتی جگہ میں درد پیدا کر سکتے ہیں۔ کمپارٹمنٹ کے عین اوپر ایک محدود جگہ پر چھونے سے درد، اور انگوٹھے کو ہتھیلی میں دبا کر کلائی کو چھوٹی انگلی والی طرف موڑنے (ulnar deviation) پر درد کا دوبارہ پیدا ہونا، یہی بات مسئلے کو پڑوسی حصوں کے بجائے ٹینڈن کے غلاف کی طرف اشارہ کرتی ہے۔

حوالہ جات

[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

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