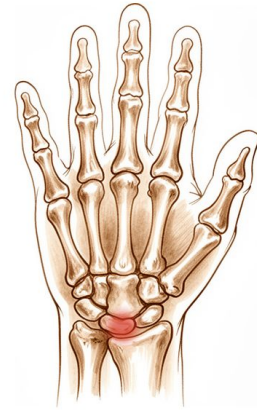


किनबॉक की बीमारी (Kienböck's disease)

किनबॉक की बीमारी का बढ़ा हुआ चरण (स्टेज IIIB): कलाई के बीच की ल्यूनेट हड्डी की खून की सप्लाई खत्म हो गई है और वह दबकर बैठ गई है, जिससे आसपास की कलाई की बनावट और काम करने का तरीका बिगड़ गया है।

Kieran Hirpara © ① ④ 4.0



यह पृष्ठ मशीन द्वारा अनूदित है और अभी तक किसी चिकित्सक द्वारा जाँचा नहीं गया है। **अंग्रेज़ी संस्करण** ही आधिकारिक है।

आपको क्या महसूस होता है

किनबॉक की बीमारी का दर्द आपकी कलाई के पिछले हिस्से के बीच में, ल्यूनेट नाम की एक छोटी हड्डी के ऊपर होता है। यह अक्सर बिना किसी भी चोट के सामने आता है, हालांकि कुछ लोगों को इससे पहले कोई ठोकर लगना या बार-बार पड़ा खिंचाव (स्ट्रेन) याद रहता है। कलाई का पिछला हिस्सा सूजा हुआ भी दिख सकता है। आपकी कलाई में जकड़न महसूस हो सकती है, और आपकी पकड़ सामान्य से कमज़ोर हो सकती है।

दर्द आमतौर पर पकड़ने, कलाई को घुमाने और कलाई पर भार डालने से बढ़ता है, जैसे सामान के थैले उठाकर ले जाना, जार का ढक्कन घुमाना या हाथों के सहारे कुर्सी से उठना। हाथ को आराम देने से यह आमतौर पर शांत हो जाता है। रोज़ के ऐसे काम जिनमें मज़बूत पकड़ या पीछे की ओर मुड़ी हुई कलाई की ज़रूरत होती है, जैसे हथौड़ा चलाना, कपड़ा निचोड़ना या देर तक स्टीयरिंग व्हील पकड़े रहना, मुश्किल या तकलीफ़देह हो सकते हैं।

किनबॉक की बीमारी आमतौर पर 30 से 40 साल की उम्र के बीच सामने आती है। बड़ी उम्र के लोगों में यह कम होती है, हालांकि जब यह जीवन में बाद में होती है, तो यह महिलाओं में ज़्यादा होती है, और उस हाथ में होती है जिसका इस्तेमाल वे भारी काम के लिए सबसे ज़्यादा करते हैं। बड़ी उम्र के लोगों में दर्द चुपचाप रह सकता है या आसानी से अनदेखा हो सकता है, जिससे कभी-कभी निदान में देर हो जाती है।

अगर इसे ऐसे ही छोड़ दिया जाए, तो यह समस्या आमतौर पर समय के साथ धीरे-धीरे बिगड़ती है, और यह उससे ज़्यादा तेज़ी से भी बढ़ सकती है जितना डॉक्टर पहले मानते थे। सालों में इससे कलाई में घिसाव वाला गठिया (आर्थराइटिस) हो सकता है। इसी वजह से आपकी दूसरी कलाई की भी जांच होनी चाहिए और उसका भी एक्स-रे होना चाहिए, क्योंकि यह बीमारी दोनों तरफ़ असर डाल सकती है।

अगर दर्द शांत नहीं हो रहा, कई सप्ताहों में बढ़ता जा रहा है, आपको रात में जगा देता है, या आपको काम करने या अपने हाथ का इस्तेमाल करने से रोकता है, तो अपने जीपी (आपके फैमिली डॉक्टर) को दिखाएं या विशेषज्ञ से जांच करवाने के लिए कहें। अगर आप काम के घंटों के बाद या सप्ताहांत पर क्लिनिक से संपर्क नहीं कर पाते, तो अपने सबसे नज़दीकी इमरजेंसी विभाग जाएं।

असल में क्या हो रहा है

आपकी कलाई आठ छोटी हड्डियों से बनी है, जो दो कतारों में लगी होती हैं। ल्यूनेट पिछली कतार के बीच में होती है, अपनी पड़ोसी हड्डियों और आपकी अग्रबाहु (कोहनी से कलाई तक का हिस्सा) की हड्डी के सिरे के बीच टिकी हुई। इससे कोई मांसपेशी नहीं जुड़ी होती, इसलिए यह बस अपने आसपास की हड्डियों के हिलने के साथ हिलती है।

ल्यूनेट की खून की सप्लाई भी नाज़ुक होती है। खून की छोटी नलियां हड्डी के हर सिरे से उसमें प्रवेश करती हैं, और कुछ कलाईयों में खून सिर्फ़ एक ही रास्ते से अंदर आता है। जब यह सप्लाई रुक जाती है, तो हड्डी का ऊतक मर जाता है। डॉक्टर इसे ऑस्टियोनेक्रोसिस कहते हैं, जिसका मतलब है खून की कमी से हड्डी का मर जाना। किनबॉक की बीमारी में यही मूल समस्या है।

खून की सप्लाई क्यों रुकती है, यह पूरी तरह तय नहीं है। आमतौर पर इसके लिए किसी एक चोट को दोष नहीं दिया जा सकता। यह बीमारी अक्सर धीरे-धीरे शुरू होती है, बिना किसी भी तरह के गिरने या दुर्घटना के, और हड्डी में खून के आने और वहां से वापस जाने में आने वाली समस्याएं घिसाव से ज़्यादा मायने रखती लगती हैं। कुछ कलाईयों की बनावट भी ऐसी होती है कि उनमें ल्यूनेट पर दूसरों की तुलना में ज़्यादा भार पड़ता है, जिससे इस बीमारी की ज़मीन तैयार हो सकती है।

एक बार हड्डी कमज़ोर हो जाए, तो उसके नतीजे सामने आने लगते हैं। ल्यूनेट आमतौर पर एक छोटे शॉक एब्जॉर्बर (झटका सहने वाले हिस्से) की तरह काम करती है, और हर बार जब आप कुछ पकड़ते या धक्का देते हैं, तो आपकी कलाई से गुज़रने वाले भार को बांटती है। मरी हुई हड्डी यह भार ठीक से नहीं उठा सकती। वह सख्त हो जाती है, फिर दबाव में दरक जाती है और दबकर बैठ जाती है। जैसे-जैसे उसकी ऊंचाई कम होती है, उसके ऊपर की हड्डियां नीचे धंस जाती हैं, कलाई के छोटे जोड़ों की सीध बिगड़ जाती है, और सब कुछ एक साथ थामे रखने वाले लिगामेंट (स्नायुबंधन) ढीले पड़ जाते हैं। इसी दबकर बैठने से वह दर्द, जकड़न और कमज़ोर पकड़ होती है जिनके बारे में पहले बताया गया है।

डॉक्टर इस समस्या को चरणों (स्टेज) में बताते हैं: सख्त हो चुकी लेकिन साबुत हड्डी से, ल्यूनेट के दबकर बैठने तक, और फिर पूरी कलाई में गठिया तक। शुरुआती चरण सिर्फ़ आराम और स्ट्रिंट से ही शांत हो सकते हैं। बाद के चरण, जिनमें हड्डी दबकर बैठ चुकी हो या जोड़ की सतहें घिस चुकी हों, वही हैं जिनमें सर्जरी की ज़रूरत पड़ने की संभावना ज़्यादा होती है।

हम इसके लिए क्या कर सकते हैं

डॉ. कीरन हिरपरा, जो माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंग के सर्जन हैं, आपकी समस्या के हिसाब से सबसे कम चीर-फाड़ वाले विकल्पों से शुरुआत करते हैं। मरीज़ों को आमतौर पर उनके जीपी हमारे क्लिनिक में रेफ़र करते हैं; अगर किसी फिजियोथेरेपिस्ट ने आपको हमसे मिलने की सलाह दी है, तब भी मेडिकेयर रिबेट पाने के योग्य होने के लिए आपको अपने जीपी से रेफ़रल लेना होगा। क्लिनिक में आपकी पूरी जानकारी लेकर, आपकी जांच करके और ज़रूरत हो तो स्कैन करवाकर निदान तय किया जाता है।

शुरुआती चरणों में हम आमतौर पर बिना ऑपरेशन वाले इलाज से शुरुआत करते हैं। इसका मतलब है कलाई के इस्तेमाल का तरीका बदलना, कलाई को स्थिर रखने के लिए स्ट्रिंट या प्लास्टर (कास्ट) पहनना, और हैंड थेरेपी। 15 साल से कम उम्र के बच्चों और किशोरों के लिए हम कम से कम 6 सप्ताह तक कलाई को स्थिर रखने की सलाह देते हैं, जिसके बाद दोबारा एक्स-रे, सीटी और एमआरआई स्कैन से उस पर बारीकी से नज़र रखी जाती है। कुछ कलाईयां सिर्फ़ इसी से शांत हो जाती हैं, और कुछ लोगों में यह समस्या हल्के रूप में ही चलती है।

जब बिना ऑपरेशन वाले इलाज से पर्याप्त सुधार नहीं हुआ हो, तब हम सर्जरी पर विचार करते हैं। ज़्यादातर ऑपरेशनों का मक़सद ल्यूनेट से भार हटाना है ताकि ठीक होने के दौरान वह सुरक्षित रहे, या कलाई को इस तरह दोबारा बनाना है कि घिसी हुई सतहों को दरकिनार किया जा सके। सबसे शुरुआती चरणों में, कोर डीकम्पेशन नाम की छोटे छेद से की जाने वाली (कीहोल) प्रक्रिया हड्डी के अंदर का दबाव कम करती है। एक और विकल्प अग्रबाहु की हड्डी को छोटा करना है, जिसे रेडियल शॉर्टनिंग ऑस्टियोटॉमी कहा जाता है, और यह ल्यूनेट से भार हटा देता है। खून की सप्लाई वाला (वैस्कुलराइज़्ड) बोन ग्राफ़्ट जीवित हड्डी का एक छोटा टुकड़ा, उसकी खून की सप्लाई के साथ,

ल्यूनेट में ले जाता है ताकि वह ठीक हो सके। जिन कलाइयों में ल्यूनेट काफ़ी हद तक दबकर बैठ चुकी हो या घिसाव वाला गठिया हो गया हो, उनके लिए बचाव वाले (सैल्वेज) विकल्पों में खराब हुई हड्डियों की कतार को निकालना, जिसे प्रॉक्सिमल रो कार्पेक्टॉमी कहा जाता है, कलाई की कुछ हड्डियों को आपस में जोड़ देना (फ्यूज़न), या पूरी कलाई का फ्यूज़न शामिल हैं। हम आपसे बात करेंगे कि आपकी कलाई और आपके चरण के लिए कौन सा विकल्प सही है, और आप और हम मिलकर फैसला करेंगे।

सर्जरी के बाद हैंड थेरेपी एक्सटेंड रिहैबिलिटेशन में रूबी डूलन के साथ होती है। रूबी एक हैंड थेरेपिस्ट (हाथ के विशेषज्ञ थेरेपिस्ट) हैं: वे आपके ठीक होने की प्रक्रिया (रिहैबिलिटेशन) का मार्गदर्शन करती हैं और आपको जिस भी स्प्लिंट की ज़रूरत हो, उसे बनाती हैं।

अगर दर्द शांत नहीं हो रहा, कई सप्ताहों में बढ़ता जा रहा है, आपको रात में जगा देता है, या आपको काम करने या अपने हाथ का इस्तेमाल करने से रोकता है, तो अपने जीपी को दिखाएं या विशेषज्ञ से जांच करवाने के लिए कहें। अगर आप काम के घंटों के बाद या सप्ताहांत पर क्लिनिक से संपर्क नहीं कर पाते, तो अपने सबसे नज़दीकी इमरजेंसी विभाग जाएं।

क्या उम्मीद करें

किनबॉक की बीमारी आमतौर पर धीरे-धीरे बढ़ती है, लेकिन बढ़ती ज़रूर है। अगर इसे ऐसे ही छोड़ दिया जाए, तो ल्यूनेट टूटती-बिखरती रह सकती है, और यह समस्या आखिर में पूरी कलाई में गठिया तक पहुंच सकती है। यह उससे ज़्यादा तेज़ी से भी बढ़ सकती है जितना डॉक्टर पहले मानते थे, और ल्यूनेट की चिकनी सतह शुरुआत में ही घिस सकती है। फिर भी, हर कलाई एक ही रास्ते पर नहीं चलती। कुछ लोगों को यह बीमारी होती है लेकिन उन्हें बिल्कुल भी दर्द नहीं होता, और एक्स-रे में दिखने वाले बदलाव हमेशा इससे मेल नहीं खाते कि कलाई कैसी महसूस होती है। कोई कलाई स्कैन पर ज़्यादा खराब दिख सकती है जबकि वह बेहतर महसूस हो रही हो, इसीलिए तस्वीरों से ज़्यादा यह मायने रखता है कि आपके लक्षण क्या हैं और आपका हाथ क्या कर पाता है।

इलाज के साथ आगे की तस्वीर ज़्यादा स्थिर रहती है। शुरुआती चरण अक्सर आराम, स्प्लिंट या प्लास्टर (कास्ट), और कलाई के इस्तेमाल का तरीका बदलने से शांत हो जाते हैं। बच्चों और किशोरों पर बिना ऑपरेशन वाला इलाज अच्छा असर करता है। जहां सर्जरी की ज़रूरत हो, वहां मक़सद ईमानदारी से बताया जाता है: ऑपरेशन दर्द कम करने और आपकी कलाई को हिलता-डुलता रखने के लिए सुझाए जाते हैं, इस वादे के लिए नहीं कि ल्यूनेट बच जाएगी। रेडियल शॉर्टनिंग ऑस्टियोटॉमी से 75% मरीजों में दस साल तक सुधार बना रहता है, और इसका असर 10 साल से ज़्यादा समय तक बना रहता है। खून की सप्लाई वाला बोन ग्राफ्ट और कोर डीकम्प्रेसन भी लंबे समय तक चलने वाले नतीजे दिखाते हैं। जिन कलाइयों में ल्यूनेट दबकर बैठ चुकी हो या गठिया हो गया हो, उनमें खराब हुई हड्डियों की कतार को निकालने या कलाई का फ्यूज़न करने से भी ऐसी कलाई मिल सकती है जो काम करे, हालांकि पकड़ की ताक़त और आराम हर व्यक्ति में अलग होते हैं।

अगर इसे ऐसे ही छोड़ दिया जाए, तो सबसे संभावित रास्ता धीरे-धीरे बिगड़ने का है: ज़्यादा जकड़न, कमज़ोर पकड़ और ऐसा दर्द जो कलाई पर भार डालने से बढ़ता है। कुछ कलाइयों में समस्या सालों तक हल्की ही रहती है। कुछ में नहीं। क्योंकि इसका रास्ता पहले से बताना मुश्किल है, इसलिए दर्द सहने लायक होने पर भी इस समस्या को नज़रअंदाज़ करने के बजाय इस पर नज़र रखना ठीक है।

किनबॉक की बीमारी के अपने कोई खास इमरजेंसी लक्षण नहीं हैं, लेकिन अगर कभी आपका हाथ गर्म, लाल, सूजा हुआ और दर्द भरा हो जाए, खासकर बुखार के साथ, तो उसी दिन अपने सबसे नज़दीकी इमरजेंसी विभाग जाएं। अगर दर्द शांत नहीं हो रहा, कई सप्ताहों में बढ़ता जा रहा है, आपको रात में जगा देता है, या आपको काम करने या अपने हाथ का इस्तेमाल करने से रोकता है, तो अपने जीपी को दिखाएं या विशेषज्ञ से जांच करवाने के लिए कहें।

डॉक्टर को कब दिखाएं

अगर आपकी कलाई के पिछले हिस्से के बीच में ऐसा दर्द है जो शांत नहीं हो रहा, कई सप्ताहों में बढ़ता जा रहा है, आपको रात में जगा देता है, या आपको काम करने या अपने हाथ का इस्तेमाल करने से रोकता है, तो अपने जीपी को दिखाएं या विशेषज्ञ से जांच करवाने के लिए कहें।

लिए कहें। यही बात तब भी लागू होती है जब आपकी कलाई का पिछला हिस्सा सूजा हुआ हो, आपकी पकड़ सामान्य से कमज़ोर लगे, या आपकी कलाई में जकड़न हो और उसे हिलाना मुश्किल हो। ये लक्षण इसलिए मायने रखते हैं क्योंकि यह समस्या अक्सर बढ़ती जाती है, और जल्दी जांच से ज़्यादा विकल्प खुले रहते हैं। अगर आपकी उम्र 60 साल से ज़्यादा है और आपकी कलाई में ऐसा दर्द है जो अस्पष्ट है या आसानी से अनदेखा हो जाता है, तो भी विशेषज्ञ से जांच करवाने के लिए कहें, क्योंकि बड़ी उम्र की महिलाओं में यह निदान अक्सर छूट जाता है। किनबॉक की बीमारी के अपने कोई खास इमरजेंसी लक्षण नहीं हैं, लेकिन अगर कभी आपका हाथ गर्म, लाल, सूजा हुआ और दर्द भरा हो जाए, खासकर बुखार के साथ, तो उसी दिन अपने सबसे नज़दीकी इमरजेंसी विभाग जाएं। अगर आप काम के घंटों के बाद या सप्ताहांत पर क्लिनिक से संपर्क नहीं कर पाते, तो अपने सबसे नज़दीकी इमरजेंसी विभाग जाएं।