

ਡੁਪੁਇਟਰਨ ਰੋਗ (Dupuytren's Disease)

ਡੁਪੁਇਟਰਨ ਰੋਗ: ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਸਖ਼ਤ ਤੰਦਾਂ ਉੱਗਣਾਂ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਖਿੱਚਦੀਆਂ ਹਨ।

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

ਡੁਪੁਇਟਰਨ ਰੋਗ (Dupuytren's disease) ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੀ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਗੰਢ, ਜਾਂ ਨੋਡਿਊਲ (nodule), ਵਜੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਜਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਛੂਹਣ ਨਾਲ ਥੋੜ੍ਹੀ ਜਿਹੀ ਹੀ ਦੁਖਦੀ ਹੈ। ਸਮੇਂ ਨਾਲ, ਹਥੇਲੀ ਦੀ ਚਮੜੀ ਹੇਠਾਂ ਇੱਕ ਸਖ਼ਤ ਤੰਦ (cord) ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਇੱਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ਉੱਗਣਾਂ ਵੱਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਤੰਦ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਕੱਸੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਉੱਗਣ ਨੂੰ ਹਥੇਲੀ ਵੱਲ ਹੇਠਾਂ ਖਿੱਚਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਉੱਗਣ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉੱਗਣ ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਉੱਗਣ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਇਹ ਹਾਲਤ ਵਧਣ ਵਾਲੀ (progressive) ਹੈ, ਭਾਵ ਇਹ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਬਦਲਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਸਦੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਹਰ ਕਿਸੇ ਲਈ ਵੱਖਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਤਬਦੀਲੀ ਨਜ਼ਰ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਦੂਜਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਖਿਚਾਅ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਸਵੇਰੇ ਉੱਠਣ ਵੇਲੇ ਪਤਾ ਲੱਗੇ, ਜਦੋਂ ਉੱਗਣ ਅਕੜੀ ਹੋਈ ਲੱਗਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਸਿੱਧੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਨੂੰ ਝਟਕ ਕੇ ਢਿੱਲਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੰਦ ਕੱਸੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਉਹ ਕੰਮ ਅੱਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਸਿੱਧੀ ਹਥੇਲੀ ਜਾਂ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਪਕੜ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ: ਮੇਜ਼ ਉੱਤੇ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਸਿੱਧਾ ਵਿਛਾਉਣਾ, ਹੱਥ ਮਿਲਾਉਣਾ, ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਢੀਲ ਫੜਨਾ, ਹਥੌੜਾ ਜਾਂ ਟੈਨਿਸ ਰੈਕੇਟ ਫੜਨਾ, ਜਾਂ ਜੇਬ ਜਾਂ ਦਸਤਾਨੇ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਪਾਉਣਾ।

ਮੁੱਖ ਸਮੱਸਿਆ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਰਦ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਹੱਥ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਖੋਲ੍ਹਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਗੁਆ ਦੇਣਾ, ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਉੱਗਣ ਨੂੰ ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਮੁੜਦਿਆਂ ਦੇਖਣ ਦੀ ਨਿਰਾਸ਼ਾ। ਹੱਥ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਵਾਪਸ ਪਾਉਣਾ ਹੀ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲੈਣ ਦਾ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹੈ।

ਕੁਝ ਚੇਤਾਵਨੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਉੱਤੇ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਜਲਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰਿਆ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉੱਗਣਾਂ ਫਿੱਕੀਆਂ, ਠੰਢੀਆਂ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੀਆਂ ਹੋ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਅਚਾਨਕ ਸੁੰਨ ਹੋ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਉਸਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ। ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਨੂੰ ਦਿਖਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ ਜੇ ਲੱਛਣ ਘਟ ਨਹੀਂ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੀ ਹਥੇਲੀ ਦੀ ਚਮੜੀ ਹੇਠਾਂ ਸਖ਼ਤ, ਲਚਕੀਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਪਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਪਾਮਰ ਫੇਸ਼ੀਆ (palmar fascia) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਸਨੂੰ ਰੇਸ਼ਿਆਂ ਦੇ ਇੱਕ ਨਰਮ ਜਾਲ ਵਾਂਗ ਸਮਝੋ, ਜੋ ਚਮੜੀ ਨੂੰ ਹੱਥ ਦੇ ਡੂੰਘੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਨਾਲ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਪਕੜਨ ਅਤੇ ਫੜੀ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਡੁਪੁਇਟਰਨ ਰੋਗ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਜਾਲ ਮੋਟਾ ਅਤੇ ਕੱਸਿਆ ਹੋਣ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਸੈੱਲ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕੋਲਾਜਨ (collagen) ਬਣਾਉਣ ਲੱਗਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਰੇਸ਼ਾ ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੇਸ਼ੀਆ ਨੂੰ ਉਸਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਰੇਸ਼ੇ ਫੈਲੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਖਿਚਾਅ ਦੀ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਕਤਾਰ ਬੰਨ੍ਹ ਲੈਂਦੇ ਹਨ।

ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਮੋਟਾ ਹੋਇਆ ਟਿਸ਼ੂ ਪੱਕਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਛੋਟਾ ਹੋ ਕੇ ਇੱਕ ਤੰਦ ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹੀ ਤੰਦ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਹਥੇਲੀ ਦੀ ਚਮੜੀ ਹੇਠਾਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਉਸ ਰੱਸੀ ਵਾਂਗ ਵਿਹਾਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਚਰਖੀ ਨਾਲ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਅੰਦਰ ਲਪੇਟਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ। ਕਿਉਂਕਿ ਤੰਦ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਜਾ ਕੇ ਜੁੜਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਹਥੇਲੀ ਵੱਲ ਹੇਠਾਂ ਖਿੱਚਦੀ ਹੈ, ਪਹਿਲਾਂ ਮੁੱਢ ਵਾਲੇ ਜੋੜ (knuckle) ਤੋਂ ਅਤੇ ਫਿਰ ਉਂਗਲ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਜੋੜ ਤੋਂ। ਉਂਗਲ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਟੈਂਡਨ (tendons, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦਾਂ) ਤੰਦਰੁਸਤ ਹਨ। ਸਮੱਸਿਆ ਛੋਟਾ ਹੋਇਆ ਫੇਸ਼ੀਆ ਹੈ, ਜੋ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਮੋੜ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ।

ਤੰਦ ਹੱਥ ਦੇ ਹਰ ਹਿੱਸੇ ਉੱਤੇ ਬਰਾਬਰ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। ਅੰਗੂਠੇ ਵਿੱਚ ਇਸ ਫੇਸ਼ੀਆ ਦੀ ਕੋਈ ਕੇਂਦਰੀ ਪੱਟੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਇਸੇ ਲਈ ਅੰਗੂਠਾ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਹੀ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਮੂੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਉਸ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਬਿਮਾਰੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਰਗਰਮ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਉਹ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਇਸ ਹਾਲਤ ਬਾਰੇ ਕਈ ਗੱਲਾਂ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹਨ। ਇਸਦਾ ਠੀਕ-ਠੀਕ ਕਾਰਨ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ, ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸੈੱਲਾਂ ਦੇ ਪੱਧਰ ਉੱਤੇ ਗੁੰਝਲਦਾਰ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਹੱਥ ਦੀ ਸੱਟ ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ, ਵਾਰ-ਵਾਰ ਪੈਣ ਵਾਲੇ ਮਕੈਨੀਕਲ ਦਬਾਅ ਸਮੇਤ, ਇਸ ਹਾਲਤ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਉਸ ਤੰਦ ਨੂੰ ਕੱਢ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਬਣ ਚੁੱਕੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਅੰਦਰਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਹਟਾਉਂਦੀ, ਇਸ ਲਈ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਤੰਦ ਮੁੜ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸੇ ਲਈ ਇਲਾਜ ਅਕਸਰ ਇੱਕੋ ਵਾਰ ਦੀ ਬਜਾਏ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਤੰਦ ਨੂੰ ਰਿਲੀਜ਼ (ਕੱਟ ਕੇ ਢਿੱਲਾ ਕਰਨਾ) ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ, ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਕੰਟ੍ਰੈਕਚਰ (contracture, ਉਂਗਲ ਦਾ ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਖਿੱਚਿਆ ਰਹਿ ਜਾਣਾ) ਦਾ ਹਥੇਲੀ ਦੇ ਨੇੜੇ ਵਾਲਾ ਹਿੱਸਾ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਸੁਧਰ ਕੇ ਟਿਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਂਗਲ ਦੇ ਨੇੜੇ ਵਾਲਾ ਹਿੱਸਾ ਸ਼ਾਇਦ ਕਦੇ ਵੀ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਖ਼ਤਮ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਜੇ ਇਹ ਬਾਕੀ ਬਚੇ ਬਿਮਾਰ ਟਿਸ਼ੂ ਉੱਤੇ ਖਿੱਚ ਪਾਉਂਦਾ ਰਹੇ ਤਾਂ ਮੁੜ ਵਧ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਵੱਲੋਂ ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਸਕੈਨ ਸਿਰਫ਼ ਤਾਂ ਹੀ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਜੇ ਉਸ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਦਲੇ। ਡੁਪੁਇਟਰਨ ਰੋਗ ਦੀ ਪਛਾਣ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂਚ ਤੋਂ ਹੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਕਿਉਂਕਿ ਤੰਦ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਕੱਸੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਲਾਜ ਅਕਸਰ ਇੱਕੋ ਵਾਰ ਦੀ ਬਜਾਏ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚ, ਜਦੋਂ ਗੰਢ ਨਰਮ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਂਗਲ ਅਜੇ ਵੀ ਸਿੱਧੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਸੀਂ ਸ਼ਾਇਦ ਸਿਰਫ਼ ਇਸ ਉੱਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੀਏ ਅਤੇ ਦੇਖੀਏ ਕਿ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਇਹ ਕਿਵੇਂ ਚੱਲਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਬਿਮਾਰੀ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਵੇ, ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਹਿਲਦਾ ਅਤੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਕੋਈ ਉਂਗਲ ਮੁੜਨ ਲੱਗ ਪਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸਨੂੰ ਖਿੱਚ ਕੇ ਅਤੇ ਹਿਲਦਾ ਰੱਖਣਾ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਵਿਗਾੜ ਨੂੰ ਜਿੰਨਾ ਲੰਮਾ ਸਮਾਂ ਵਧਣ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ, ਕੰਟ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਸਥਾਈ ਹੋ ਜਾਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਓਨੀ ਹੀ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਕੋਈ ਉਂਗਲ ਸਿੱਧੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਤਾਂ ਕੁਝ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਹਨ ਜੋ ਤੰਦ ਨੂੰ ਰਿਲੀਜ਼ ਕਰਦੀਆਂ ਜਾਂ ਕੱਢ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੀਡਲ ਰਿਲੀਜ਼ (needle release) ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਚਮੜੀ ਰਾਹੀਂ ਇੱਕ ਬਰੀਕ ਸੂਈ ਨਾਲ ਤੰਦ ਨੂੰ ਕੱਟਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਸੁਧਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਧੀ ਹੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਵਾਲੇ ਹੱਥਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ। ਕੁਝ ਤੰਦਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਛੋਟੀ ਓਪਨ ਰਿਲੀਜ਼ (open

release, ਚੀਰਾ ਦੇ ਕੇ ਤੰਦ ਨੂੰ ਕੱਟਣਾ) ਨਾਲ ਵੀ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਬਿਮਾਰੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਪੱਕੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜੰਮ ਚੁੱਕੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਰਾਹੀਂ ਤੰਦ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਫੇਸ਼ੀਆ, ਯਾਨੀ ਹਥੇਲੀ ਦੀ ਚਮੜੀ ਹੇਠਲੀ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਪਰਤ, ਕੱਢ ਦਿੱਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਬਹੁਤ ਵਧੀ ਹੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਵਿੱਚ, ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਚਮੜੀ ਨੂੰ ਕੱਢ ਕੇ ਉਸਦੀ ਥਾਂ ਸਕਿਨ ਗ੍ਰਾਫਟ (skin graft, ਸਰੀਰ ਦੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਥਾਂ ਤੋਂ ਲਈ ਚਮੜੀ) ਲਗਾਉਣ ਨਾਲ ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਮੁੜ ਬਣਨ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘੱਟ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਲਈ ਕਿਹੜਾ ਵਿਕਲਪ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਿਲ ਕੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ।

ਸਮਾਂ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਦੋਂ ਸੋਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਮੁੱਢ ਵਾਲਾ ਜੋੜ 30 ਡਿਗਰੀ ਜਾਂ ਵੱਧ ਮੁੜ ਜਾਵੇ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਉਂਗਲ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਜ਼ਰਾ ਵੀ ਮੋੜ ਹੋਵੇ। ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਜੋੜ ਦਾ ਇਲਾਜ ਮੁੱਢ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਨਾਲੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸਦੇ ਮੁੜੀ ਹੋਈ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਕੜ ਜਾਣ ਦਾ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਖਤਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਹੱਥ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਸੁਧਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਜੋੜ ਮੁੱਢ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਯੋਗ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਬਹੁਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਹੱਥ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (rehabilitation, ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ) ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿਖੇ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਰੂਬੀ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਹਨ: ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਡੁਪੁਇਟਰਨ ਰੋਗ ਆਪਣੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਨਾਲ ਚੱਲਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਥੋੜ੍ਹੀ ਹੀ ਤਬਦੀਲੀ ਨਜ਼ਰ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਜਦਕਿ ਦੂਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਖਿਚਾਅ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਖ਼ਤਮ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਅਤੇ ਇੱਕ ਵਾਰ ਤੰਦ ਬਣ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਹ ਰੁਕਦਾ ਨਹੀਂ। ਕੱਟ੍ਰੇਕਰ ਦਾ ਹਥੇਲੀ ਦੇ ਨੇੜੇ ਵਾਲਾ ਹਿੱਸਾ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਸੁਧਰ ਕੇ ਟਿਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਉਂਗਲ ਦੇ ਨੇੜੇ ਵਾਲਾ ਹਿੱਸਾ ਸ਼ਾਇਦ ਕਦੇ ਵੀ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਖ਼ਤਮ ਨਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਮੁੜ ਵਧ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਅਸਲ ਫ਼ਰਕ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਹੱਥ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਵਾਪਸ ਪਾਉਣਾ ਹੀ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲੈਣ ਦਾ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹੈ, ਅਤੇ ਵਿਗੜ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਜੋ ਕੁਝ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਉਸ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਵਾਧਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਉਂਗਲ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਜੋੜ ਮੁੱਢ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਇਸਦਾ ਇਲਾਜ ਪਹਿਲਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਮੁੜ ਆਉਣਾ ਇਸ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕੁਦਰਤੀ ਰਾਹ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਭਾਵੇਂ ਕੋਈ ਵੀ ਇਲਾਜ ਚੁਣੋ। ਮੌਜੂਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਇਲਾਜ ਅੰਦਰਲੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਰੋਕਦਾ; ਸਾਰੇ ਇਲਾਜ ਸਿਰਫ਼ ਉਸ ਤੰਦ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਇਹ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਬਣਾ ਚੁੱਕੀ ਹੈ। ਨੀਡਲ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿਮਾਰੀ ਮੁੜ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਵਿੱਚ ਇਹ ਲਗਭਗ 2.3 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਮੁੜ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਤੰਦ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਲਗਭਗ ਇੱਕ ਚੌਥਾਈ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿਮਾਰੀ ਮੁੜ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਔਸਤਨ 3.7 ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ। ਜਿੱਥੇ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਚਮੜੀ ਕੱਢ ਕੇ ਉਸਦੀ ਥਾਂ ਗ੍ਰਾਫਟ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਉਸ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਮੁੜ ਆਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਬਿਮਾਰੀ ਮੁੜ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸਦਾ ਦੁਬਾਰਾ ਇਲਾਜ ਸੰਭਵ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਦੁਬਾਰਾ ਕੀਤੀ ਸਰਜਰੀ ਪਹਿਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਔਖੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਵਿੱਚ ਖ਼ਤਰਾ ਵੀ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਜਲਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਾਲ ਠੀਕ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਹੱਥ ਦੇ ਸਰਜਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਬਾਰੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਗੱਲ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਹਨ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਮੁੜ ਆਉਣਾ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ। ਅਕੜਾਅ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਉਂਗਲ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ, ਹੀ ਉਹ ਕਾਰਨ ਹੈ ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਜਲਦੀ ਇਲਾਜ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ: ਬਹੁਤ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਮੁੜਿਆ ਛੱਡਿਆ ਜੋੜ ਉਸੇ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਸਥਾਈ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਕੜ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰਿਆ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਲੱਛਣ ਘਟ ਨਹੀਂ ਰਹੇ ਜਾਂ ਰਫ਼ਤਾਰ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਨੂੰ ਦਿਖਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਯੋਗ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਬਹੁਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਹੱਥ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿਖੇ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਰੂਬੀ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਹਨ: ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਡੁਪੁਇਟਰਨ ਰੋਗ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਇਲਾਜ ਇਸ ਲਈ ਲੈਂਦੇ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਹੱਥ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਘਟਦਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਦਰਦ ਕਰਕੇ ਨਹੀਂ। ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਨੂੰ ਦਿਖਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਗੰਢ ਜਾਂ ਤੰਦ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੀ ਹੈ, ਜੇ ਕੋਈ ਉਂਗਲ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਜਾਂ ਜੇ ਇਹ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਹਾਲਤ ਵਧਣ ਵਾਲੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਸਦੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਹਰ ਕਿਸੇ ਲਈ ਵੱਖਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਦੇਖਣ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕਿ ਇਹ ਕਿੱਥੋਂ ਤੱਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣਾ ਚੰਗਾ ਹੈ। ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਵੀ ਗੰਢ ਜਾਂ ਮੁੜੀ ਹੋਈ ਉਂਗਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸਦੀ ਵੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਟ੍ਰਿਗਰ ਫਿੰਗਰ (ਉਂਗਲ ਦਾ ਅਟਕਣਾ) ਦਾ ਇਲਾਜ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਹਥੇਲੀ ਉੱਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਨਵਾਂ ਡੁਪੁਇਟਰਨ ਰੋਗ ਸਾਹਮਣੇ ਆ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰਿਆ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਫਿੰਕੀਆਂ, ਠੰਢੀਆਂ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੀਆਂ ਹੋ ਜਾਣ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਡੁਪੁਇਟਰਨ ਬਾਰੇ ਇਹ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਾਈ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਲਾਜਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਚੋਣ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਇਹ ਚੋਣ ਨਹੀਂ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਸਗੋਂ ਇਹ ਚੋਣ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਮੁੜ ਆਉਣ ਅਤੇ ਖ਼ਤਰੇ ਦੇ ਕਿਹੜੇ ਨਮੂਨੇ ਨਾਲ ਜਿਊਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰੋਗੇ।

ਸਬੂਤਾਂ ਦਾ ਆਧਾਰ ਉਸ ਨਾਲੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੈ ਜਿੰਨਾ ਭਰੋਸਾ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦਿਖਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਇੱਥੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਠੀਕ ਹੈ। Bone & Joint Journal ਵਿੱਚ ਛਪੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਿਆ ਕਿ ਡੁਪੁਇਟਰਨ ਕੋਂਟੈਕਚਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਲਈ ਅਜੇ ਵੀ **ਸੀਮਤ ਸਬੂਤ** ਹਨ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਇਹ ਵੀ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਕਿ ਪਰਕਿਊਟੇਨੀਅਸ ਨੀਡਲ ਐਪੋਨੈਕਟਮੀ (percutaneous needle aponeurotomy, ਚਮੜੀ ਰਾਹੀਂ ਸੂਈ ਨਾਲ ਤੰਦ ਨੂੰ ਕੱਟਣਾ) ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਤੇ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਘੱਟ ਹੁੰਦੇ ਹਨ [1]।

ਇਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ ਨੂੰ ਸੰਜਮ ਨਾਲ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਹਾਲਤ ਆਮ ਹੈ, ਇਲਾਜ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਸਥਾਪਿਤ ਹਨ, ਅਤੇ ਜਿਹੜੀਆਂ ਤੁਲਨਾਤਮਕ ਖੋਜਾਂ ਇਸ ਸਵਾਲ ਦਾ ਨਿਬੇੜਾ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਸਨ, ਉਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੀਤੀਆਂ ਹੀ ਨਹੀਂ ਗਈਆਂ।

ਕੋਲਾਜਨੇਜ਼ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ

ਕੋਲਾਜਨੇਜ਼ ਟੀਕੇ ਨੇ, ਜੋ ਤੰਦ ਨੂੰ ਕੱਟਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਘੋਲ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਇਲਾਜ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਬਦਲ ਦਿੱਤਾ। **2,675** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਇਹ ਹੱਥ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਸੁਧਾਰਨ ਲਈ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਅਸਰਦਾਰ ਪਾਇਆ ਗਿਆ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਮਾਮੂਲੀ ਸਨ ਜੋ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਗਏ [2]।

ਉਸੇ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਉਹ ਅੰਕੜਾ ਹੈ ਜੋ ਉਮੀਦਾਂ ਤੈਅ ਕਰਨ ਲਈ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ: ਕਾਮਯਾਬੀ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਜੋੜਾਂ ਵਿੱਚੋਂ **23%** ਵਿੱਚ ਬਿਮਾਰੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਮੁੜ ਆਈ [2]। ਇੱਥੇ ਮੁੜ ਆਉਣਾ ਇਲਾਜ ਦੀ ਨਾਕਾਮੀ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਇਹ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਕੁਦਰਤੀ ਰਾਹ ਹੈ ਜੋ ਫਿਰ ਤੋਂ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਡੁਪੁਇਟਰਨ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਜੀਵ-ਵਿਗਿਆਨਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਇਲਾਜ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਰੋਕਦਾ, ਸਾਰੇ ਇਲਾਜ ਸਿਰਫ਼ ਉਸ ਤੰਦ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਇਹ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਬਣਾ ਚੁੱਕੀ ਹੈ।

ਖ਼ਤਰਿਆਂ ਦੀ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਤੁਲਨਾ

ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਸੌਂਦਾ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਇੱਕ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ ਅਤੇ ਦੂਜਾ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। **8,809** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਲਾਜਨੇਜ਼ ਦੀ ਫੇਸੀਐਕਟੋਮੀ ਨਾਲ ਤੁਲਨਾ ਕਰਦਿਆਂ, ਜਿਹੜੇ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਕੋਲਾਜਨੇਜ਼ ਨਾਲ ਦੇਖੇ ਗਏ ਅਤੇ ਫੇਸੀਐਕਟੋਮੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਰਿਪੋਰਟ **ਨਹੀਂ** ਹੋਏ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਹੱਥ-ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਸੋਜ (peripheral oedema), ਹੱਥ-ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਅਤੇ ਟੀਕੇ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਸਨ [3]।

ਇਸਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ: ਇਹ ਵਾਧੂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਅਤੇ ਇੱਕੋ ਥਾਂ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਟੀਕਾ ਜਿਸ ਚੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਚਾਉਂਦਾ ਹੈ ਉਹ ਹੈ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਜ਼ਖ਼ਮ, ਆਪਣੀ ਲੰਮੀ ਸਿਹਤਯਾਬੀ, ਅਕੜਾਅ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਅਤੇ ਦਾਗ਼ ਸਮੇਤ। ਬਦਲੇ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਬਿਮਾਰ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹਟਾਉਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਮੁੜ ਆਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲੰਮਾ ਸਮਾਂ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਜਾਇਜ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਿੱਜੀ ਹੈ। ਜਿਹੜਾ ਮਰੀਜ਼ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਹੱਥ ਦੀ ਸੀਮਤ ਵਰਤੋਂ ਬਰਦਾਸ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ, ਉਸ ਕੋਲ ਟੀਕੇ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦੇਣ ਦਾ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਾਰਨ ਹੈ, ਇਹ ਜਾਣਦੇ ਹੋਏ ਵੀ ਕਿ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਮੁੜ ਆਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵੱਧ ਹੈ। ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਵਧਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਵਾਲਾ ਇੱਕ ਨੌਜਵਾਨ ਮਰੀਜ਼ ਵਾਜਬ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਛੋਟੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇੱਕ ਵਾਰ ਵੱਡਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਸਬੂਤ ਪੱਕੇ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਇਲਾਜ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲ ਗਿਆ

ਕੋਲਾਜਨੇਜ਼ ਦੇ ਆਉਣ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਅਗਲੇ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ, ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਅਮਰੀਕਾ ਵਿੱਚ ਇਸਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਾਫ਼ੀ ਵਧ ਗਈ, ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਫੇਸ਼ੀਓਟੋਮੀ (fasciotomy, ਤੰਦ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਕੱਟਣਾ) ਅਤੇ ਫੇਸ਼ੀਐਕਟੋਮੀ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਘਟ ਗਿਆ, ਜਦਕਿ ਕਿਹੜਾ ਇਲਾਜ ਚੁਣਿਆ ਗਿਆ ਇਸ ਉੱਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਉਮਰ ਅਤੇ ਨਾਲ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦਾ ਅਸਰ ਸੀ [4]।

ਜਦੋਂ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ “ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ”, ਤਾਂ ਇਹ ਇੱਕ ਲਾਹੇਵੰਦ ਪਿਛੋਕੜ ਹੈ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜੋ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਇੱਕ ਦਹਾਕੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਾਫ਼ੀ ਬਦਲ ਗਿਆ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਬੂਤਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਉੱਪਰਲੀਆਂ ਸਮੀਖਿਆਵਾਂ ਸੀਮਤ ਦੱਸਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਇੱਕ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਮੰਨ ਲੈਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕਿ ਮੌਜੂਦਾ ਤਰੀਕਾ ਪੱਕੇ ਵਿਗਿਆਨ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਪੁੱਛੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਵਿਕਲਪ ਕਿਉਂ ਸੁਝਾਇਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Soreide E, Murad MH, Denbeigh JM, Lewallen EA, Dudakovic A, Nordsletten L, et al. Treatment of Dupuytren's contracture: a systematic review. Bone Joint J. 2018;100-B(9):1138-45. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.100B9.BJJ-2017-1194.R2>
- [2] Sandler AB, Scanaliato JP, Dennis T, Gonzalez Trevizo GA, Raiciulescu S, Nesti L, et al. Treatment of Dupuytren's contracture with collagenase: a systematic review. Hand (N Y). 2021;17(5):815-24. <https://doi.org/10.1177/1558944720974119>
- [3] Peimer CA, Wilbrand S, Gerber RA, Chapman D, Szczypa PP. Safety and tolerability of collagenase Clostridium histolyticum and fasciectomy for Dupuytren's contracture. J Hand Surg Eur Vol. 2014;40(2):141-9. <https://doi.org/10.1177/1753193414528843>
- [4] Lipman MD, Carstensen SE, Deal DN. Trends in the treatment of Dupuytren disease in the United States between 2007 and 2014. Hand (N Y). 2016;12(1):13-20. <https://doi.org/10.1177/1558944716647101>