

ਡੀ ਕੁਵਰਨ ਦਾ ਟੈਨੋਸਾਈਨੋਵਾਈਟਿਸ

ਡੀ ਕੁਵਰਨ ਦੇ ਰੋਗ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੀ ਬਣਤਰ — ਅਬਡਕਟਰ ਪੋਲੀਸਿਸ ਲੌਗਸ ਅਤੇ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਪੋਲੀਸਿਸ ਬ੍ਰੇਵਿਸ, ਜੋ ਕਿ ਮੁਠੀ ਨੂੰ ਪਾਰ ਕਰਦੇ 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 ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੰਭਵ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮੁੜੀ ਦੇ ਬਾਹਰੀ ਹਿੱਸੇ 'ਤੇ, ਤੁਹਾਡੀ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਜੜ੍ਹ ਦੇ ਨੇੜੇ ਦਰਦ ਹੋਵੇਗਾ। ਇਸ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਰੇਡੀਅਲ ਸਟਾਈਲੋਇਡ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਟੈਂਡਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਕਾਰਨ ਇਹ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਥਾਂ 'ਤੇ ਸੋਜ ਜਾਂ ਤਣਾਅ ਦੀ ਭਾਵਨਾ ਨੋਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਤੁਹਾਡੀ ਅੰਗੂਠੇ ਜਾਂ ਮੁੜੀ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ 'ਤੇ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਧਾਰਨ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਵਸਤੂਆਂ ਨੂੰ ਫੜਨ, ਕਾਫ਼ੀ ਦਾ ਕਪ ਚੁੱਕਣ, ਜਾਂ ਚਾਬੀ ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਪਿੱਛੇ ਜਾ ਕੇ ਬ੍ਰਾ ਬੰਨ੍ਹਣਾ ਦਰਦਨਾਕ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਕਮੀਜ਼ ਨੂੰ ਅੰਦਰ ਧਕਣਾ ਵੀ ਅਸੁਵਿਧਾ ਪੈਦਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਪਾਸੇ 'ਤੇ ਸੌਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਦਰਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਗਦਾ ਰੱਖ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਗਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਵੇਰ ਨੂੰ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਜਾਗਣ 'ਤੇ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਹੋਰ ਲੋਕ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਹੱਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਫਿਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਮੁੜੀ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਕੋਈ ਚੋਟ ਲੱਗੀ ਸੀ, ਤਾਂ ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਉਸ ਟਰੌਮਾ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਗਰਭਾਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ ਵੀ ਵਧੇਰੇ ਆਮ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਦਰਦ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਜੜ੍ਹ ਤੋਂ ਵੱਖਰੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਕੁਝ ਹੋਰ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਦੁਰਲੱਭ ਕੇਸਾਂ ਵਿੱਚ, ਟੈਂਡਨ ਫਸ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਅਟਕ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਸਨੂੰ ਟ੍ਰਿਗਰਿੰਗ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਲਈ ਅਕਸਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਪਹਿਲਾਂ ਗੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਇਹਨਾਂ ਖਾਸ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੇਗਾ। ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਕੁਝ ਖਾਸ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਹਿਲਾਉਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਗੱਲ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰਨਾ ਕਿ ਇਹ ਕਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਚੱਲੇਗਾ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਇਲਾਜ ਚੁਣਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਡੀ ਕੁਵਰਨ (De Quervain) ਦਾ ਟੈਨੋਸਾਈਨੋਵਾਈਟਿਸ ਤੁਹਾਡੀ ਮੋਢੀ ਦੇ ਉਂਗਲੀ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਵਾਲੇ ਟੈਨਡਨਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਇੱਕ ਘਸਾਅ-ਅਤੇ-ਪਹਿਨਣ (wear-and-tear) ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ। ਟੈਨਡਨ ਉਹ ਮਜ਼ਬੂਤ, ਰੱਸੀ ਵਰਗੇ ਤੰਦ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨਾਲ ਜੋੜਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲੀ ਅਤੇ ਮੋਢੀ ਨੂੰ ਸੁਚਾਰੂ ਢੰਗ ਨਾਲ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦੇ ਹਨ।

ਇਹ ਟੈਨਡਨ ਇੱਕ ਤੰਗ ਟਨਲ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦੇ ਹਨ ਜਿਸਨੂੰ ਸ਼ੀਥ (sheath) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਸ਼ੀਥ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸੁਰੱਖਿਆਤਮਕ ਆਵਰਣ ਜਾਂ ਗੈਸਕੇਟ ਵਜੋਂ ਸੋਚੋ ਜੋ ਟੈਨਡਨ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਡੀ ਕੁਵਰਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਆਵਰਣ ਸੋਜਿਤ ਅਤੇ ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸੋਜ ਕਾਰਨ ਟਨਲ ਦੇ ਅੰਦਰਲੀ ਥਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਤੰਗ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਉਂਗਲੀ ਜਾਂ ਮੋਢੀ ਨੂੰ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਟੈਨਡਨ ਸ਼ੀਥ ਦੀਆਂ ਤੰਗ ਕੰਧਾਂ ਨਾਲ ਰਗੜਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਰਗੜ ਕਾਰਨ ਦਰਦ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਫਸਣ ਵਾਲਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਚਲਾਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਸਣ ਜਾਂ ਛਿਣਕਣ ਵਾਲਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇਸ ਲਈ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਟੈਨਡਨ ਤੰਗ ਹੋਏ ਟਨਲ ਵਿੱਚੋਂ ਫਿਸਲਣ ਲਈ ਸੰਘਰਸ਼ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਰੇਡੀਅਲ ਸਟਾਇਲੋਇਡ (radial styloid) 'ਤੇ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਮੋਢੀ ਦੇ ਉਂਗਲੀ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਵਾਲੀ ਹੱਡੀ ਦਾ ਉਭਾਰ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਖੇਤਰ 'ਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਅਕਸਰ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ (tender) ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਉਂਗਲੀ ਦੇ ਜੋੜਾਂ ਵਿੱਚ ਸਖ਼ਤੀ ਵੀ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਕਈ ਵਾਰ, ਦਰਦ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਇਹ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਥਾਂ ਤੋਂ ਆ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਰੇਡੀਅਲ ਸਟਾਇਲੋਇਡ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਨੇੜੇ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਹੋਰ ਕਾਰਨਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਤਿਰਿਕਤ ਪੇਸ਼ੀ ਦਾ ਪੇਟ (muscle belly) ਜਾਂ ਨੇੜਲੇ ਟੈਨਡਨ ਖੰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਵਰਗੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਡੀ ਕੁਵਰਨ ਦੀ ਨਕਲ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਨੂੰ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੇਖਣ ਲਈ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਜਾਂ MRI ਵਰਗੀਆਂ ਇਮੇਜਿੰਗ ਤਕਨੀਕਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਇਸ ਪਹਿਲੇ ਵਿਸਤਾਰਕ ਖੰਡ (first extensor compartment) ਦੀ ਬਣਤਰ ਨੂੰ ਦਿਖਾਉਣ ਵਿੱਚ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਧੀਆ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਟੈਨਡਨ ਮੌਜੂਦ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਇਹ ਸਮਝਣਾ ਕਿ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਗਰੂਕ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਗੈਰ-ਸਰਜਿਕਲ ਇਲਾਜ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਆਰਾਮ ਜਾਂ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰਾਇਡ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨਾਂ ਨੂੰ ਚੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਸੋਜ ਨੂੰ ਘਟਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਰੁਝਾਨ ਨੂੰ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਲੱਛਣ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਟਨਲ ਨੂੰ ਚੌੜਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਟੈਨਡਨ 'ਤੇ ਦਬਾਅ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਸਰਜਿਕਲ ਰਿਲੀਜ਼ (surgical release) 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਬਾਰੇ ਅਸੀਂ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜਨ, ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਅਸੀਂ ਇਸਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਿਵੇਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਇਹ ਇੱਕ ਸਪਸ਼ਟ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ: ਮਰੀਜ਼ ਜਨਰਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ (GP) ਜਾਂ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹਨ। ਕਲੀਨਿਕ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ (ਇਤਿਹਾਸ, ਜਾਂਚ, ਅਤੇ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਇਮੇਜਿੰਗ) ਨਿਦਾਨ ਨੂੰ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਡੀਜਨਰੇਟਿਵ ਜਾਂ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗੈਰ-ਸਰਜਿਕਲ ਇਲਾਜ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ — ਗਤੀਵਿਧੀ ਬਦਲਣਾ, ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ ਜਾਂ ਹੱਥ ਦੀ ਥੈਰੇਪੀ, ਸਪਲਿੰਟਿੰਗ, ਅਤੇ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ — ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਇਸ ਨਾਲ ਪਰਿਪੱਕ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦਾ ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬਣਤਰਗਤ ਜਾਂ ਤਾਜ਼ਾ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ, ਸਰਜਰੀ ਤੁਰੰਤ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਪਿਛਲੇ ਗੈਰ-ਸਰਜਿਕਲ ਪਰਖ ਦੇ।

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਢੰਗ ਨੂੰ ਬਦਲ ਕੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਜਿਹੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਤੋਂ ਬਚੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਪਿਨਚ (pinch) ਜਾਂ ਮੋੜਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਭਾਰੀ ਪੈਨ ਨੂੰ ਇਸਦੇ ਹੈਂਡਲ ਨੂੰ ਫੜ ਕੇ ਚੁੱਕਣਾ। ਤੁਹਾਡਾ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਤੰਦਾਂ (tendons) ਨੂੰ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਚਲਾਉਣ ਲਈ ਹਲਕੀਆਂ ਤਣਾਅ ਮੁਕਤ ਵਿਸਤਾਰ (stretches) ਦਾ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦੇਣ ਲਈ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਸਪਲਿੰਟ ਪਹਿਨਣ ਦੀ ਵੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਸਰਲ ਸਹਾਇਤਾ ਸੋਜ (inflammation) ਠੀਕ ਹੋਣ ਤੱਕ ਤਣਾਅ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਉਪਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤੇ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਦੁਖਾਵਾ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਅਗਲੇ ਕਦਮ ਵੱਲ ਵਧਦੇ ਹਾਂ।

ਚਿਕਿਤਸਕ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਸੋਜ ਅਤੇ ਦੁਖਾਵੇ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ 'ਤੇ ਕੇਂਦਰਿਤ ਹੈ। ਪਸੰਦੀਦਾ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਇਲਾਜ ਤੰਦ ਦੇ ਖੋਲ (tendon sheath) ਵਿੱਚ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਹੈ। ਇਹ ਇਕੱਲਾ ਗੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਵਿਕਲਪ ਹੈ ਜੋ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਰੁਝਾਨ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੋਜ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਇੱਕ ਜਾਂ ਦੋ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਰਾਹਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਸਬੂਤ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ 2 ਇੰਜੈਕਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ 73.4% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਦੀ ਸਫਲਤਾ ਵੱਲ ਲੈ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਇੱਕ ਇਕੱਲਾ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ 82% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਸਾਬਤ ਹੋਇਆ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਅੱਧੇ ਤੋਂ ਵੱਧ ਮਰੀਜ਼ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਲੱਛਣ-ਮੁਕਤ ਰਹੇ। ਅਸੀਂ ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਤੰਦ ਦੇ ਭਰਪਾਈ (heal) ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਇਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ (immobilization) ਨੂੰ ਜੋੜਦੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੱਧੂਮੇਹ (diabetes) ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਗੈਰ-ਮੱਧੂਮੇਹੀ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਇੱਕ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਫਲਤਾ ਦੀ ਘੱਟ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਮੱਧੂਮੇਹੀ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਹਰੇਕ ਵਾਧੂ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਦੀ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ੀਲਤਾ ਘਟਦੀ ਨਜ਼ਰ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀ।

ਜਦੋਂ ਸੰਭਾਵੀ ਇਲਾਜ ਆਪਣੀ ਸੀਮਾ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਦੁਰਲੱਭ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਸਦੇ ਬਿਨਾਂ ਸੁਧਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟ੍ਰਿਗਰਿੰਗ (triggering) ਲਈ ਸੀਮਿਤ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇੱਕ ਦੁਰਲੱਭ ਸਥਿਤੀ ਜਿੱਥੇ ਤੰਦ ਫਸ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਸਥਾਈ ਰਾਹਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਤੰਦ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਤੰਗ ਖੋਲ ਨੂੰ ਛੱਡਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਆਜ਼ਾਦੀ ਨਾਲ ਚੱਲ ਸਕੇ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਵਿਕਲਪ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸਿਰਫ਼ ਤਦ ਹੀ ਚਰਚਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਗੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਵਿਧੀਆਂ ਖਤਮ ਹੋ ਚੁੱਕੀਆਂ ਹੋਣ ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਖਾਸ ਬਣਤਰ (anatomy) ਇਸਦੀ ਲੋੜ ਰੱਖਦੀ ਹੋਵੇ।

ਤੁਹਾਡੀ ਉਮੀਦ ਕੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ

ਡੀ ਕੁਵਰਨ ਦੇ ਤਨੇਸਾਈਨੋਵਾਈਟਿਸ ਇੱਕ ਅਵਸਥਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਮੁਥੇ ਦੇ ਪਾਸੇ ਵਾਲੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਗੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਨਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਹੈ। ਪਸੰਦੀਦਾ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਗੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਵਿਕਲਪ ਹੈ ਜੋ ਅਵਸਥਾ ਦੇ ਰੁਝਾਨ ਨੂੰ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਅਕਸਰ ਤੁਹਾਡੇ ਮੁਥੇ ਲਈ ਆਰਾਮ ਦੇ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਹੈ। ਅਸਲ ਵਿੱਚ, ਇਲਾਜ ਦੇ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ 73.4% ਸਮੇਂ ਸਫਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਧੂਮੇਹ (ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼) ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਇੱਕ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਨਾਲ ਸਫਲਤਾ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਘੱਟ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮਧੂਮੇਹ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਵਾਧੂ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਵੀ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।

ਜੇਕਰ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਰਾਹਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ, ਤਾਂ ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿ ਹਰ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਨਵੀਆਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਸਿਰਫ਼ 34.9% ਨੂੰ ਦੋ ਸਾਲ ਦੇ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੇ ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਵੱਲ ਵਧਿਆ, ਉਹ ਆਪਣੀ ਪਹਿਲੀ ਮਿਲਣ ਤੋਂ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇਸ ਵੱਲ ਵਧੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵੱਧ ਹੈ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਦਰਦ ਤੁਹਾਡੀ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਨੂੰ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸਰੀਰਕ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਸਕੋਰ ਘੱਟ ਹਨ।

ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੇ ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਇਆ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਭਵਿੱਖਬਾਣੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਹੈ। ਇੰਡੋਸਕੋਪਿਕ ਰਿਲੀਜ਼, ਇੱਕ ਨਿਊਨਤਮ ਹਸਤਖੇਪ ਤਕਨੀਕ, ਪਰੰਪਰਾਗਤ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਨਾਲੋਂ ਅਕਸਰ ਜਲਦੀ ਸੁਧਾਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਨਰਵ ਸੰਬੰਧੀ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਸਕਾਰ (ਸਕਾਰ) ਦੇ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਕਿ ਇਲਾਜ ਦੀ ਸਫਲਤਾ ਦਰ ਕਈ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨਾਂ ਨਾਲ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਦੁਹਰਾਏ ਗਏ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਇੱਕ ਉਚਿਤ ਵਿਕਲਪ ਬਣੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸਫਲਤਾ ਦੀ ਦਰ ਉੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਇਲਾਜ ਨਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਜਾਰੀ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਉਹ ਢੁਕਵੇਂ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਠੀਕ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਕਿ ਇਹ ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਗਲਤ ਧਾਰਨਾਵਾਂ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕਰਨਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਗਰੂਕ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਸ਼ੈਲੀ ਨਾਲ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਢੰਗ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦੇ ਰਸਤੇ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ।

ਕਦੋਂ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦਿਖਾਉਣਾ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕਮਰ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ ਹੈ ਜੋ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਠੀਕ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਆਮ ਡਾਕਟਰ (GP) ਨੂੰ ਦਿਖਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ, ਅਸਥਿਰਤਾ, ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਫਸਣਾ ਜਾਂ ਢਹਿ ਜਾਣਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇਕਰ ਲੱਛਣ ਸੌਣ ਜਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਨਿਦਾਨਾਤਮਕ ਟੈਸਟ ਰੇਡੀਅਲ ਸਟਾਈਲੋਇਡ ਤੋਂ ਹੋਰ ਕਿਸੇ ਸਥਾਨ 'ਤੇ ਦਰਦ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਹੋਰ ਕਾਰਨਾਂ ਨੂੰ ਲੱਭਣ ਲਈ ਉੱਨਤ ਇਮੇਜਿੰਗ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰਾਇਡ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਦੇ ਇਲਾਜਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ 73.4% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਫਾਇਦਾ ਪਹੁੰਚਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਮੁਲਾਂਕਣ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਹੀ ਦੇਖਭਾਲ ਮਿਲੇ। ਅਸੀਂ ਗਲਤ ਧਾਰਨਾਵਾਂ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਬਾਰੇ ਜਾਗਰੂਕ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।