

پیرونیکیا (ناخن کے ساتھ والی جلد کا انفیکشن)

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

پیرونیکیا (paronychia) کا مطلب ہے آپ کے ناخن کے ساتھ والی جلد کی تہہ (nail fold) میں انفیکشن یا سوزش۔ یہ تیزی سے بھی شروع ہو سکتا ہے اور آہستہ آہستہ بھی بڑھ سکتا ہے، اور ان دونوں قسموں کا احساس مختلف ہوتا ہے۔

تیزی سے ہونے والی قسم عام طور پر ناخن کے کنارے کی اکھڑی ہوئی جلد (hangnail)، ناخن کو دانت سے کاٹنے، یا ناخن کے ساتھ والی جلد کی کسی چھوٹی سی چوٹ کے بعد شروع ہوتی ہے۔ ایک یا دو دن کے اندر تہہ میں چھوٹے پردے، سوجن اور سرخی آ جاتی ہے، اور اس تہہ کے نیچے پیپ جمع ہو سکتی ہے۔ درد تیز اور ٹیس والا ہوتا ہے، اور یہ انگلی میں ہاتھ کی طرف آگے ہونے کے بجائے بالکل ناخن کے کنارے پر ہوتا ہے۔ روزمرہ کے وہ کام مشکل ہو جاتے ہیں جن میں انگلی کے سرے پر دباؤ پڑتا ہے: سکے اٹھانا، ٹائپ کرنا، بٹن بند کرنا، یا کیلتی پکڑنا۔

آہستہ ہونے والی قسم چھ ہفتوں یا اس سے زیادہ عرصے میں بنتی ہے۔ سوجن اور سرخی ہلکی ہوتی ہیں، لیکن تہہ دکھتی اور پھولی ہوئی رہتی ہے۔ جلد کی تہہ ناخن سے الگ ہو کر اٹھ سکتی ہے، اور خود ناخن میں ابھری ہوئی لکیریں، نالیاں یا رنلت کی تبدیلی آ سکتی ہے۔ یہ اکثر اس وقت بھڑکتی ہے جب آپ کے ہاتھ کچھ دیر لیے رہے ہوں، اس لیے برتن دھونا، نہانا، یا نمی والے کام میں گزرا ایک دن اسے شروع کر سکتا ہے۔ بار بار کیلا کام، بار بار ہاتھ دھونا، یا ٹینیسیور سے کیوٹیکل (cuticle)، یعنی ناخن کی جڑ پر جلد کی وہ پٹی جو ناخن کو انگلی سے جوڑ کر بند رکھتی ہے (کو پھینچنے والا نقصان، یہ سب اسے جاری رکھ سکتے ہیں۔ اگر اس کا علاج نہ کیا جائے تو بھڑکنے کے تکلیف دہ دورے بار بار لوٹتے رہتے ہیں۔

اگر سرخی، سوجن اور درد آپ کی انگلی میں ہاتھ کی طرف پھیلنے لگیں، یا آپ کو بخار ہو جائے، تو اسی دن ہسپتال کی ایمرجنسی جائیں۔ آپ کو ریفرل (referral) کی ضرورت نہیں۔

دراصل کیا ہو رہا ہے

آپ کا ناخن جلد کی ایک تنگ جیب میں پیٹھا ہوتا ہے۔ جلد کی جو تہہ ناخن کو اس کی جڑ اور اطراف سے گھیرتی ہے وہ دروازے کے گرد لگی ربر کی پٹی کی طرح کام کرتی ہے: یہ ناخن کو انگلی پر دبا کر بند رکھتی ہے اور پانی، میل اور جراثیم کو نیچے کی تہوں سے باہر رکھتی ہے۔ پیرونیکیا وہ ہے جو اس بندش کے ٹوٹنے پر ہوتا ہے۔

تیزی سے ہونے والی قسم میں، بیکٹیریا ناخن کے کنارے کی اکھڑی ہوئی جلد، دانت سے کاٹنے کی جگہ یا ناخن کے ساتھ کسی چھوٹے سے کٹ کے ذریعے اندر داخل ہو جاتے ہیں۔ جسم وہاں سیال اور انفیکشن سے لڑنے والے خلیے بھیجتا ہے، اور بند جیب میں پیپ جمع ہو جاتی ہے۔ چونکہ یہ جیب زیادہ پھیل نہیں سکتی، اس لیے یہی دباؤ آپ کو بالکل ناخن کے کنارے پر وہ تیز، ٹیس والا درد دیتا ہے۔

آہستہ ہونے والی قسم مختلف ہے۔ یہ بنیادی طور پر انفیکشن نہیں ہے۔ یہ اس وقت شروع ہوتی ہے جب کیوٹیکل، یعنی ناخن کی جڑ پر چھوٹی سی بندش، کیلے کام، بار بار ہاتھ دھونے، مینیکور یا جلن (irritation) پیدا کرنے والی کسی چیز سے خراب ہو جاتا ہے۔ ایک بار یہ بندش ختم ہو جائے تو پانی اور جلن پیدا کرنے والی چیزیں تہہ میں جذب ہو جاتی ہیں اور تہہ میں سوزش ہو جاتی ہے۔ سوچی ہوئی تہہ واپس ناخن پر دب کر نہیں بیٹھ سکتی، اس لیے وہ اٹھی رہتی ہے اور نمی کو روکے رکھتی ہے، اور اس نرم خلا میں جراثیم بس جاتے ہیں۔ وہاں اکثر پایا جانے والا خمیر (yeast) وجہ سے زیادہ ایک مسافر ہوتا ہے۔ مسلسل جلن کیوٹیکل کے نیچے کی اس تہہ میں بھی خلل ڈالتی ہے جو ناخن بناتی ہے، اسی لیے ابھری ہوئی لکیریں اور نالیاں ظاہر ہوتی ہیں۔ ہر بار بھرنا بندش کو ٹھیک ہونے نہیں دیتا، اس لیے یہ مسئلہ خود کو جاری رکھتا ہے۔ اگر پیپ کو ویسے ہی چھوڑ دیا جائے تو وہ ناخن کے نیچے یا گھوم کر انگلی کی دوسری طرف تک جاسکتی ہے۔

ہم اس کے لیے کیا کر سکتے ہیں

ڈاکٹر کیرن ہیرا، جو Mater Private Hospital Rockhampton میں بازو اور ہاتھ کے سرجن (upper-limb surgeon) ہیں، سب سے کم بھیجنے مداخلت والے ان طریقوں سے آغاز کرتے ہیں جو آپ کی حالت کے لیے مناسب ہوں۔ مریض عام طور پر اپنے فیملی ڈاکٹر (GP) کے بھیجنے پر ہمارے کلینک آتے ہیں؛ اگر کسی فزوتھراپسٹ نے آپ کو ہمیں دکھانے کا مشورہ دیا ہے، تب بھی میڈیکیر (Medicare) کی رقم واپسی کا حق دار ہونے کے لیے آپ کو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ریفرل لینا ہوگا۔ ہم آپ کے ہاتھ کا جائزہ لیتے ہیں، ناخن کے گرد جلد کی تہہ کا معائنہ کرتے ہیں، اور صرف ضرورت ہونے پر ہی اسلین یا تصاویر (imaging) کا انتظام کرتے ہیں۔

آہستہ ہونے والی قسم میں، اپنی دیکھ بھال سب سے پہلے آتی ہے۔ ناخن کے گرد جلد کی تہوں کی حفاظت کسی بھی کریم سے زیادہ اہم ہے: اپنے ہاتھ خشک رکھیں، کیلے کام کے لیے دستاویز پہنیں، اور کیوٹیکل کو کیردنا یا کاٹنا بند کر دیں۔ ہم ایک اسٹیرائڈ کریم یا مرہم تجویز کر سکتے ہیں جسے آپ تہہ پر مل کر لگاتے ہیں، جو سوزش کو کم کرتا ہے۔ اس قسم میں تہہ پر لگائی جانے والی کریمیں گولیوں سے بہتر کام کرتی ہیں۔ اسے کئی ہفتوں کا وقت دیں، اور جلد کے ٹھیک ہو جانے کے بعد بھی ہاتھوں کو خشک اور محفوظ رکھنے کا معمول جاری رکھیں، کیونکہ بندش کو ٹھیک ہونے میں وقت لگتا ہے۔

پیپ والی تیزی سے ہونے والی قسم میں، ہم اینٹی بائیوٹک گولیاں تجویز کر سکتے ہیں، بعض اوقات گھر پر نیم گرم نمکین پانی میں انگلی بھگونے کے ساتھ۔ گرماش پیپ کی تھوڑی سی مقدار کو خود بخود نکلنے میں مدد دے سکتی ہے۔ اگر تہہ کے نیچے پیپ پہلے ہی جمع ہو چکی ہو، تو عام طور پر اسے صرف اینٹی بائیوٹک پر چھوڑنے کے بجائے نکالنا ضروری ہوتا ہے۔ ابتدائی مرحلے میں علاج سے ناخن کا کوئی بھی حصہ نکالے بغیر چند دنوں میں معاملہ ٹھیک ہو سکتا ہے۔

اگر ان اقدامات کو مناسب حد تک آزمانے کے بعد بھی آہستہ ہونے والی قسم ٹھیک نہ ہوئی ہو، تو سرجری پر غور کیا جاتا ہے۔ آپریشن میں ناخن کی جڑ پر موٹی ہو چکی، سوزش والی جلد کی تہہ کا ایک بال بال نمائندہ نکالا جاتا ہے، جس سے تہہ واپس ناخن پر بیٹھ کر ٹھیک ہو جاتی ہے اور دوبارہ بند ہو جاتی ہے۔ اگر خود ناخن پر ابھری ہوئی لکیریں بن گئی ہوں یا وہ بے قاعدہ ہو گیا ہو، تو اسی وقت ناخن کی پلیٹ نکالنے سے نتیجہ بہتر ہوتا ہے۔ ہم آپ کے ساتھ بات کریں گے کہ سرجری آپ کی انگلی کے لیے مناسب ہے یا نہیں، اور آپ کے ساتھ مل کر فیصلہ کریں گے۔

کیا توقع رکھیں

تیزی سے ہونے والی قسم کا اگر ابتدائی مرحلے میں علاج ہو جائے تو یہ عام طور پر اچھی طرح ٹھیک ہو جاتی ہے۔ بہت سے لوگ کوئی بھی ناخن نہ نکالوائے بغیر ٹھیک ہو جاتے ہیں۔ جب پیپ نکال دی جاتی ہے اور جلد کی تہہ ٹھیک ہو سکتی ہے، تو درد کم ہو جاتا ہے اور انگلی چند دنوں سے چند ہفتوں میں معمول پر آ جاتی ہے۔

آہستہ ہونے والی قسم میں زیادہ وقت لگتا ہے۔ یہ ایک ایسی بیماری ہے جو آتی جاتی رہتی ہے؛ کیلے کام کے بعد بھرک اٹھتی ہے اور تہہ کی حفاظت کرنے پر ٹھیک ہو جاتی ہے۔ مستقل دیکھ بھال سے، جس میں ہاتھوں کو خشک رکھنا اور کیوٹیکل کو سلامت رکھنا کسی بھی کریم سے زیادہ اہم ہے، جلد کی تہہ اور ناخن کے درمیان کا خلا 6 سے 8 ہفتوں میں بھر جاتا ہے اور بندش خود ٹھیک ہو جاتی ہے۔ کچھ لوگوں کو تہہ کے

مستقل طور پر ٹھیک ہونے سے پہلے کئی مہینے یہ معمول اپنانا پڑتا ہے۔ اگر اسے ویسے ہی چھوڑ دیا جائے تو بھڑکنے کے تکلیف دہ دورے بار بار لوٹتے رہتے ہیں، اور ناخن موٹا ہو سکتا ہے اور اس پر دیرپا ابھری ہوئی لکیریں یا نالیاں بن سکتی ہیں۔

آہستہ ہونے والی قسم کی سرجری میں موٹی ہو چکی تہ کو نکالا جاتا ہے تاکہ وہ واپس ناخن پر بیٹھ کر ٹھیک ہو سکے۔ جن انگلیوں کا ناخن ہموار رہا ہو، وہ عام طور پر صرف تہ کی سرجری سے ٹھیک ہو جاتی ہیں۔ جہاں ناخن پر پہلے ہی ابھری ہوئی لکیریں ہوں یا وہ بے قاعدہ ہو، وہاں اسی وقت ناخن کی پلیٹ نکالنے سے اس بات کا امکان بہتر ہوتا ہے کہ مسئلہ دوبارہ نہ لوٹے۔ جن لوگوں کو صحت کے دوسرے مسائل نہ ہوں، ان میں اس بیماری کی سرجری کے بعد عام طور پر ایٹھ یا نینوٹک دواؤں کی ضرورت نہیں ہوتی۔

اس دوران چند باتیں جاننا مفید ہے۔ ہاتھ کے انفیکشن ایسی پیچیدگیوں کا باعث بن سکتے ہیں جن سے نمٹنا مشکل ہوتا ہے، اس لیے جو انگلی بہتر نہ ہو رہی ہو اسے نظر انداز نہ کرنا ہی بہتر ہے۔ اگر آپ کی علامات ٹھیک نہ ہو رہی ہوں، ہفتوں کے دوران بگڑ رہی ہوں، رات کو آپ کو جگا دیتی ہوں، یا آپ کو کام کرنے یا اپنا ہاتھ استعمال کرنے سے روکتی ہوں، تو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ملیں یا کسی ماہر ڈاکٹر سے معائنے کی درخواست کریں۔

ڈاکٹر کو کب دکھائیں

ناخن کے گرد جلد کی تہ کے زیادہ تر انفیکشن ابتدائی دیکھ بھال سے ٹھیک ہو جاتے ہیں، لیکن کچھ علامات کا مطلب ہے کہ آپ کو انتظار نہیں کرنا چاہیے۔ اگر آپ کی انگلی گرم، سرخ، سوجی ہوئی اور دردناک ہو جائے، خاص طور پر بخار کے ساتھ، یا اگر پیپ انگلی میں ہاتھ کی طرف پھیل رہی ہو تو اسی دن ہسپتال کی ایمرجنسی جائیں۔ آپ کو ریفزل کی ضرورت نہیں۔ ہاتھ کے انفیکشن ایک بار جڑ پکڑ لیں تو ایسی پیچیدگیوں کا باعث بن سکتے ہیں جن سے نمٹنا مشکل ہوتا ہے، اس لیے اسی دن علاج اہم ہے۔

اگر دکھن اور سوجن چھ ہفتے یا اس سے زیادہ عرصے سے ہو، یا تہ کو خشک اور محفوظ رکھنے کے باوجود گیلے کام کے بعد وہ بار بار بھڑک اٹھتی ہو، تو اپنے فیملی ڈاکٹر کو دکھائیں۔ اگر جلد کی تہ اٹھی ہوئی اور پھولی ہوئی رہے، ناخن پر ابھری ہوئی لکیریں یا نالیاں بن جائیں، یا ناخن کا کوئی مسئلہ کریموں سے ٹھیک نہ ہو، تو کسی ماہر ڈاکٹر سے معائنے کی درخواست کریں۔ ناخن کے گرد جلد کی جو تہ مناسب علاج کے بعد بھی ٹھیک نہ ہو، اس کا زیادہ غور سے معائنہ ضروری ہے، کیونکہ بعض اوقات دوسری وجوہات کو غلطی سے یہی بیماری سمجھ لیا جاتا ہے۔

مزید تفصیل

یہ حصہ اس سے زیادہ تفصیل میں جاتا ہے جتنی آپ کو اپنے علاج کے فیصلوں کے لیے ضرورت ہے۔ پیرونیکیا کے بارے میں اضافی مطالعہ اس لیے فائدہ مند ہے کہ ایک ہی لفظ دو ایسی بیماریوں کے لیے استعمال ہوتا ہے جو مختلف طرح سے برتاؤ کرتی ہیں، ایک دوسرے سے الٹ علاج سے ٹھیک ہوتی ہیں اور عام طور پر آپس میں گڈ گڈی جاتی ہیں، اور اس لیے بھی کہ دیر تک رہنے والی قسم کا سرجیکل حل زیادہ تر لوگوں کی توقع سے زیادہ پرانا، سادہ اور بہتر شواہد پر مبنی ہے۔

ایک نام، دو بیماریاں

اچانک ہونے والا پیرونیکیا (acute paronychia) ناخن کے گرد جلد کی تہ کا بیکٹیریا سے ہونے والا انفیکشن ہے، جو اکثر اسٹیفانلو کوکس اورئیس (Staphylococcus aureus) سے ہوتا ہے، اور ناخن اور جلد کے درمیان بندش ٹوٹنے کے بعد 24 سے 48 گھنٹوں میں پیدا ہوتا ہے [1]۔ یہ سرخ، گرم اور تنا ہوا ہوتا ہے، اس کا درد اس کے حجم کے مقابلے میں کہیں زیادہ ہوتا ہے، اور اس میں پیپ بنتی ہے۔

دیر تک رہنے والا پیرونیکیا (chronic paronychia)، جسے روایتی طور پر چھ ہفتے سے زیادہ چلنے پر نام دیا جاتا ہے، بنیادی طور پر انفیکشن ہے ہی نہیں۔ یہ ناخن کے گرد جلد کی تہ کی سوزش والی جلدی بیماری (dermatitis) ہے جو بار بار کیلا ہونے اور جلن پیدا کرنے والی چیزوں سے ہوتی ہے، اور اس میں کیوٹیکل کی بندش ختم ہونے سے جلن پیدا کرنے والی مزید چیزیں اندر آتی ہیں، اور یوں ایک ایسا چکر بن جاتا ہے جو خود کو جاری رکھتا ہے [2]۔ ان تھوں سے لیے گئے نمونوں میں اکثر کینڈیڈا (Candida) آگ آتا ہے، اور ٹھیک یہی وجہ ہے کہ اس بیماری کا

طویل عرصے تک پھپھوندی کے انفیکشن کے طور پر علاج کیا گیا، لیکن اس کی موجودگی کو بیماری کی وجہ کے بجائے پہلے سے خراب تہ میں جراثیم کا بس جانا (colonisation) سمجھنا زیادہ درست ہے۔

وہ تحقیق جس نے دیر تک رہنے والی قسم کو نئے سرے سے سمجھایا

جو شواہد اس سوال کو طے کرتے ہیں وہ ایک رینڈمائزڈ، ڈبل بلائنڈ، ڈبل ڈمی ٹرائل (randomised double-blind double-dummy trial)، یعنی مریضوں کو قرعہ اندازی سے گروپوں میں بانٹا گیا اور نہ مریضوں کو نہ ڈاکٹروں کو معلوم تھا کہ کس کو کون سا علاج ملا ہے، جس میں جلد پر لگانے والے ایک اسٹیرائڈ (methylprednisolone aceponate) کا موازنہ پورے جسم پر اثر کرنے والی پھپھوندی کش دو دواؤں سے کیا گیا۔ جلد پر لگانے والے اسٹیرائڈ سے علاج کیے گئے 48 ناخنوں میں سے 41 بہتر ہوئے یا ٹھیک ہو گئے، جبکہ ٹرینافین (terbinafine) پر 57 میں سے 30 اور ایٹراکانازول (itraconazole) پر 64 میں سے 29، جو اسٹیرائڈ کے حق میں شماریاتی طور پر نمایاں (statistically significant) برتری تھی [3]۔

اسی ٹرائل میں اس سے بھی زیادہ فیصلہ کن مشاہدہ موجود ہے۔ کینڈیڈا کی موجودگی بیماری کی سرگرمی سے براہ راست جڑی ہوئی نہیں تھی، اور جن مریضوں میں شروع میں کینڈیڈا موجود تھا، ان میں کینڈیڈا کے خاتمے کے ساتھ بیماری کا ٹھیک ہونا 18 میں سے صرف 2 مریضوں میں دیکھا گیا [3]۔

یہ بات پھپھوندی کو وجہ ماننے سے مشکل سے میل کھاتی ہے اور سوزش کو وجہ ماننے سے آسانی ہے: خمیر خراب تہ میں محض ایک مسافر ہے، گاڑی چلانے والا نہیں۔ یہ اس بیماری کو بندش کے مسئلے کے طور پر بنے سرے سے سمجھاتا ہے: کیوٹیکل بندش ہے، کیلا کام اسے تباہ کرتا ہے، تہ سوج جاتی ہے، سوجی ہوئی تہ دوبارہ بند نہیں ہو پاتی، اور جراثیم خلا میں بس جاتے ہیں۔ بس جانے والے جراثیم کا علاج کرنے سے اصل وجہ جوں کی توں رہتی ہے۔

اس کا عملی نتیجہ غیر دلچسپ ہے اور یہی وہ حصہ ہے جسے مریض سب سے زیادہ نظر انداز کرتے ہیں: سب سے مؤثر واحد قدم ہاتھوں کو خشک اور جلن پیدا کرنے والی چیزوں سے دور رکھنا ہے۔ یہاں دستانے نسخے کی دواؤں سے بہتر کام کرتے ہیں۔

اچانک ہونے والا پیرونیکیا: پیپ نکالنا، اور کتنی چھڑ چھاڑ کی جائے

ایک بار پیپ بن جائے تو صرف اینٹی بائیوٹک اسے ختم نہیں کر سکتیں؛ جمع شدہ پیپ کو باہر نکالنا ضروری ہے [1]۔ روایتی طریقے میں پیپ کی پھیلی کا دباؤ ختم کرنے کے لیے ناخن کے گرد جلد کی تہ کو ناخن کی پلیٹ سے اٹھایا جاتا ہے، اور جہاں پیپ ناخن کے نیچے پہنچ گئی ہو وہاں ناخن کا کچھ حصہ نکال دیا جاتا ہے۔

ناخن کو بچانے والا ایک متبادل سوئس رول طریقہ (Swiss roll technique) ہے، جس میں ناخن کے گرد جلد کی تہ کو کلٹنے یا نکالنے کے بجائے اٹھا کر ایک ٹانکے کے اوپر پیچھے کی طرف لپیٹ دیا جاتا ہے، چند دن اسی حالت میں رکھا جاتا ہے اور پھر واپس ہول دیا جاتا ہے [4]۔ اس کی خوبی یہ ہے کہ یہ پوری تہ میں پھیلی ہوئی پیپ کو ناخن کی پلیٹ یا تہ کو قربان کیے بغیر نکال دیتا ہے، جو وہاں اہم ہے جہاں دوسری صورت میں ایک بڑا چیرا لگانا پڑتا۔

دونوں طریقوں میں عمومی اصول یہ ہے کہ چیرا تہ کا دباؤ ختم کرے لیکن انگلی کے پورے گودے (pulp) میں داخل نہ ہو، کیونکہ پور کا گودا ایک الگ خانہ ہے اور اسے کھولنے سے ایک سیدھا سادہ پیرونیکیا ایک زیادہ پریشان کن زخم میں بدل جاتا ہے۔

ناخن کی جڑ کی جلد کی مار سوپنٹائزیشن (EPONYCHIAL MARSUPIALISATION)

دیر تک رہنے والے پیرونیکیا میں، جو ٹھیک نہ ہوا ہو، آپریشن وہی ہے جو 1976 میں بیان کیا گیا تھا اور تب سے بنیادی طور پر ویسا ہی ہے۔

کیسر اور ایٹن (Keyser and Eaton) کے طریقے میں ناخن کی جڑ کے اوپر موٹی ہو چکی جلد کی تہ کا ہلال نما ٹکڑا نکالا جاتا ہے، یعنی سوزش والی بافت نکال دی جاتی ہے لیکن ناخن بنانے والی جڑ (germinal matrix) تک پہنچنے سے پہلے رک جایا جاتا ہے، اور زخم کو کھلا چھوڑ دیا جاتا ہے تاکہ وہ سکڑ کر بھرے، جس سے تہ صحیح کر واپس ناخن کی پلیٹ پر آ جاتی ہے اور وہ بندش بحال ہو جاتی ہے جسے بیماری نے تباہ کیا تھا [5]۔

اناٹومی ہی وہ وجہ ہے جو اس کنارے کو اتنا اہم بناتی ہے۔ کیوٹیکل کے نیچے ناخن بنانے والی جڑ کی دو سے تین ملی میٹر گہری بند جیب ہوتی ہے جو ناخن کی پلیٹ بناتی ہے، اور اس کے اوپر جلد کے نیچے کی تہ ناخن کی سطح کو کنٹرول کرتی ہے۔ اگر انفیکشن، دباؤ یا چوٹ سے

اس تہہ میں خلل پڑے تو ناخن بننے کا عمل اسی تناسب سے بگڑ جاتا ہے: مختصر دوروں سے ناخن پر آڑی لکیریں بنتی ہیں، جبکہ طویل عرصے کی بیماری سے لمبائی کے رخ نالیاں بنتی ہیں اور ناخن موٹا ہو جاتا ہے، جو دیر تک رہنے والے پیرونیکیا کی پہچان ہے [5]۔

لہذا ناخن بنانے والی جڑ کو بچانا ہی ناخن کی مستقل خرابی کو روکتا ہے، اور زخم کو کھلا چھوڑنا ہی وہ سکڑاؤ پیدا کرتا ہے جو تہہ کو دوبارہ بند کرتا ہے؛ اسے ٹانگے لگا کر بند کرنا مقصد کو ہی ناکام بنا دے گا۔

وہ بہتری جس نے بیماری کا لوٹنا ختم کر دیا

نتائج کا سب سے مفید ڈیٹا ایک چھوٹی سیریز سے ملتا ہے جس کے اندر ایک واضح موازنہ موجود ہے۔ رپورٹ کے مطابق، ناخن کی بے قاعدگی والی جن انگلیوں کا علاج صرف مارسوپینٹلائزیشن سے کیا گیا، ان میں سے کچھ (اقلیت) میں بیماری دوبارہ لوٹ آئی، جبکہ بعد کے ایک گروپ میں ناخن کی بے قاعدگی والی جن انگلیوں کا علاج مارسوپینٹلائزیشن کے ساتھ ناخن کی پلیٹ نکال کر کیا گیا، ان میں بیماری نہیں لوٹی؛ اور ناخن کی بے قاعدگی کے بغیر انگلیاں صرف مارسوپینٹلائزیشن سے ٹھیک ہو گئیں [6]۔

یہ سیریز چھوٹی ہے اور رینڈماؤز ہونے کے بجائے ایک کے بعد ایک مریضوں پر مبنی ہے، اس لیے یہ ثبوت نہیں بلکہ ایک اشارہ ہے۔ اور اس کا مکمل متن ہمیں دستیاب نہیں تھا، اس لیے اوپر دیے گئے اعداد و شمار مقالے سے براہ راست پڑھے ہوئے نہیں بلکہ دوسری تحریروں میں دیے گئے خلاصے کے مطابق ہیں۔ لیکن اس سے آپریشن کے دوران کے لیے ایک ٹھوس اصول ملتا ہے: بے قاعدہ یا لکیروں والا ناخن اس بات کا ثبوت ہے کہ بیماری پہلے ہی نیچے کی جڑ تک پہنچ چکی ہے، اور ایسی انگلی میں ناخن کی پلیٹ بھی نکال دینی چاہیے۔ عام نظر آنے والا ناخن چھوڑا جا سکتا ہے۔

اتنی عام بیماری کے لیے یہ غیر معمولی طور پر قابل عمل نتیجہ ہے، اور یہی وجہ ہے کہ آپریشن کا فیصلہ کرنے سے پہلے صرف تہہ ہی نہیں بلکہ ناخن کی پلیٹ کی حالت کا معائنہ کرنا بھی فائدہ مند ہے۔

حوالہ جات

1 [Ritting AW, O'Malley MP, Rodner CM. Acute paronychia. J Hand Surg Am. 2012;37(5):1068-70]. <https://doi.org/10.1016/j.jhssa.2011.11.021>

2 [Shafritz AB, Coppage JM. Acute and chronic paronychia of the hand. J Am Acad Orthop Surg [2014];22(3):165-74]. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-22-03-165>

3 [Tosti A, Piraccini BM, Ghetti E, Colombo MD. Topical steroids versus systemic antifungals in the treatment of chronic paronychia: an open, randomized double-blind and double dummy study. J Am Acad Dermatol [2002];47(1):73-6]. <https://doi.org/10.1067/mjd.2002.122191>

4 [Pabari A, Iyer S, Khoo CTK. Swiss roll technique for treatment of paronychia. Tech Hand Up Extrem Surg [2011];15(2):75-7]. <https://doi.org/10.1097/BTH.0b013e3181ec089e>

5 [Keyser JJ, Eaton RG. Surgical cure of chronic paronychia by eponychial marsupialization. Plast Reconstr Surg [1976];58(1):66-70]. <https://doi.org/10.1097/00006534-197607000-00011>

6 [Bednar MS, Lane LB. Eponychial marsupialization and nail removal for surgical treatment of chronic paronychia. J Hand Surg Am. 1991;16(2):314-7]. [https://doi.org/10.1016/S0363-5023\(10\)80118-2](https://doi.org/10.1016/S0363-5023(10)80118-2)