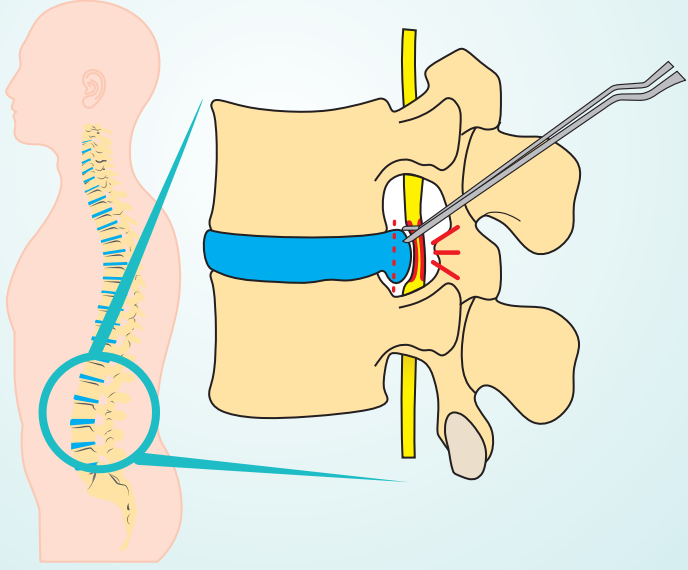


आधुनिकी कंबरसुखी!

डॉ.श्री.अनिल पाटील
न्युरोस्पायनल सर्जन, सातारा



स्लिप डिस्कसाठी मणक्याची दुर्बीण शस्त्रक्रिया एंडोस्कोपीक डिस्क सर्जरी

- उत्तम परिणाम
- एका दिवसात घरी
- कमीत कमी चिरफाड



यशवंत हॉस्पिटल
बसाप्पा पेठ, सातारा. 92 84 44 35 92

मेंदूपचार
मज्जोपचार
अपघातोपचार

for website



प्रस्तावना

'स्लिप डिस्क' (डिस्क प्रोलॅप्स) म्हणून ओळखल्या जाणाऱ्या आजाराविषयी आपण माहिती घेऊ. त्याआधी डिस्क म्हणजे काय? हे पाहू. डिस्कचे शास्त्रीय नाव आहे इंटरव्हर्टिब्रल डिस्क. ज्याला सामान्यतः कुर्चा, गादी असेही संबोधले जाते. इंटरव्हर्टिब्रल डिस्क पाठीच्या कण्यात; दोन मणक्यांच्यामध्ये असते. पाठीच्या कण्याची रचना पाहिली तर त्यामध्ये मान, छाती, कंबर असे मिळून एकूण २४ मणके आणि १ माकड हाड असते. या सर्वांच्यामध्ये एकूण २४ डिस्कस् असतात. सोप्या भाषेत सांगायचे तर प्रत्येक मणका म्हणजे रेल्वेच्या डब्यासारखे वेगवेगळे सेगमेंट असतात आणि त्यांना जोडणारा मधला भाग म्हणजे इंटरव्हर्टिब्रल डिस्क. या मणक्यांच्या माळेसारख्या रचनेमधून एका जाड आवरणाच्या वेष्टनामधून (ड्युरा-Dural Sack) मज्जारजू, मेंदूपासून माकडहाडापर्यंत जातो. याचा अर्थ असा की मूलतः ही रचना मेंदू आणि शरीर यामधील संदेशवहनासाठी असलेल्या मज्जारजू आणि विविध नसांच्या संरक्षणासाठी आहे. या बरोबरच मानवी शरीराला तिन्ही बाजूंनी, विशेषतः पुढे, मागे, बाजूला मोकळेपणाने वाकणे, सुरक्षित हालचाली करता येणे शक्य होते. शिवाय या सगळ्या रचनेचा फायदा शरीराला शॉक ऍब्सॉर्बर सारखाही होतो. या व्यतिरिक्त उभ्या स्थितीमध्ये शरीराचे वजन ट्रान्सफर करण्याचे काम सुद्धा पाठीचा कणा करतो.

पाठीचा कणा आणि डिस्क

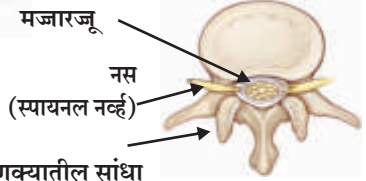
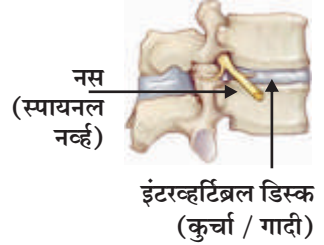
एम आर आय



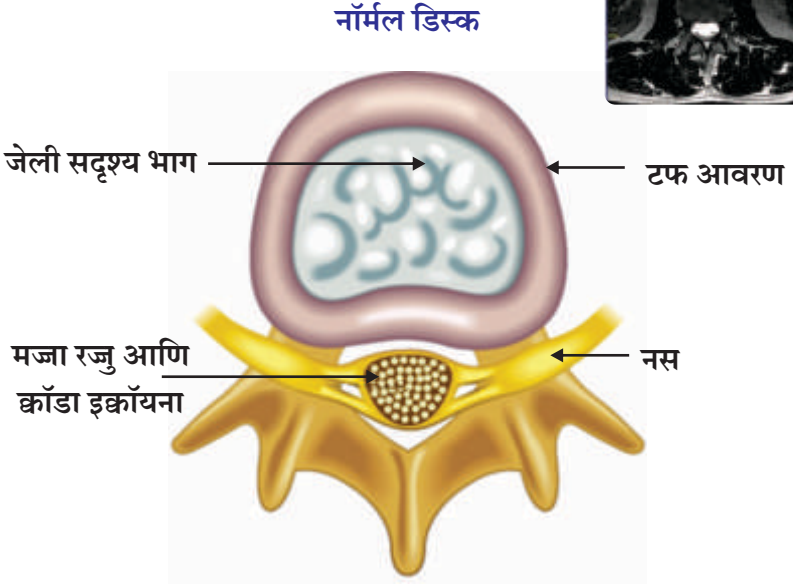
पाठीच्या कण्याचे भाग



दोन मणक्यांमधील डिस्क



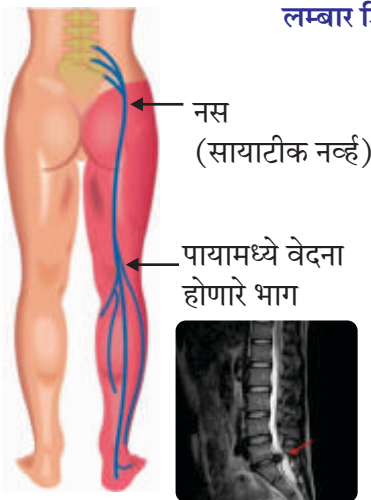
डिस्कची रचना :- बाहेरून ७ स्तरांचे टफ पण लवचिक आवरण (अॅन्युलस फायब्रोसस) आणि आत मध्ये सेमीसॉलिड जेली सारखा पदार्थ (न्यूक्लियस पल्पोजस) अशी इंटरव्हर्टिब्रल डिस्कची रचना असते. आतील जेलीसारखा भाग मोलडेबल असतो. तो शॉक ऍब्सॉर्बरचे काम करतो. बाहेरील आवरण ताकद प्रदान करते आणि आतील जेली बाहेर येऊ देत नाही.



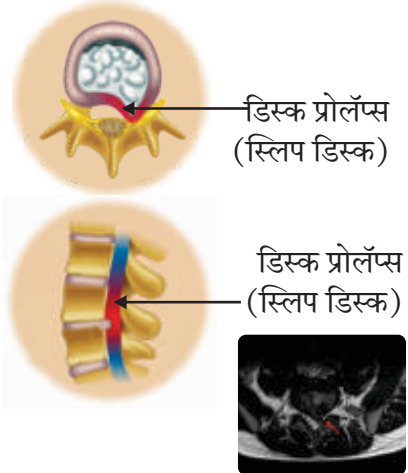
पाठीच्या कण्याच्या रचनेमध्ये, प्रत्येक खालचा आणि वरचा मणका आणि त्यामधील डिस्क असे मिळून व्हर्टिब्रोडिस्कल कॉम्प्लेक्स हे एक युनिट असते. अशी एकूण २४ युनिट्स कार्यरत असतात. जी शरीराच्या उभ्या अथवा कोणत्याही स्थितीमधील वेगवेगळ्या हालचाली आणि कृतींमध्ये (उदा. वाकणे, उडी मारणे, पळणे, वजन उचलणे, इ.) विविध दिशेने आणि जलद गतीने बदलणारे वजन, दाब आणि तणाव विभागून सहन करण्याचे काम करतात.

कंबरेतील (लम्बार) डिस्क प्रोलॅप्स

डिस्क प्रोलॅप्स अर्थात प्रोलॅप्स इंटरव्हर्टिब्रल डिस्क (PIVD) हा इंटरव्हर्टिब्रल डिस्कला होणारा एक आजार आहे. ज्याला सामान्यतः गादी सरकणे किंवा स्लिप डिस्क असेही म्हणतात. एखाद्या कारणामुळे डिस्कच्या आतील दाब वाढून किंवा कालानुरूप डिस्कच्या वरील आवरण कमकुवत झाल्यामुळे ते फाटून आतील जेली सारखा पदार्थ डिस्कच्या बाहेर येतो. डिस्कचे आवरण फाटल्यामुळे पाठदुखी होते. म्हणजे जेव्हा व्यक्ती उठून बसते तेव्हा फाटलेल्या आवरणावरचा तसेच स्पायनल कॉर्डच्या जाड आवरणावरचा दाब वाढतो आणि पाठदुखी होते. शिवाय आवरण फाटून बाहेर आलेला जेली सारखा पदार्थ मज्जारजू किंवा त्यातून पायांकडे जाणाऱ्या नसांवरती दाब देतो. ज्यामुळे पायामध्ये वेदना होतात. कंबरेतील मणक्यामधून (लम्बार L1 ते सॅक्रल S1) पायाच्या विविध भागांना वेगवेगळ्या नसा जातात. या पैकी कोणत्या नसेवर डिस्क प्रोलॅप्समुळे दाब आला आहे, त्यानुसार पायाच्या ज्या त्या भागामध्ये वेदना, मुंग्या अथवा बधीरपणा येतो. तसेच त्या भागातील स्नायूंची ताकद कमी होते. जास्त करून L4-5 आणि L5-S1 मध्ये डिस्क प्रोलॅप्स होतो. त्यामुळे पायाची पोटरी, नडगी, पंजा आणि मांडीच्या पाठीमागच्या भागासह पार्श्वभागात वेदना होतात. यालाच सायाटिका असे म्हणतात. कारण L4,5, आणि S1,2,3 या नसा एकत्र येऊन पायाला संवेदना आणि ताकद देणारी सायाटिक ही एकच मोठी नस तयार होऊन पायामध्ये आलेली असते. डिस्क प्रोलॅप्समुळे होणाऱ्या सायाटिका मध्ये कोणत्याही हालचालींमुळे कमरेतून तळपायापर्यंत तीव्र चमक (कळ) जाते. पुढे पायातील स्नायूंची ताकद कमी होऊ शकते. त्यामुळे पायातून चप्पल निसटणे, लंगडणे, तोल जाणे, नीट चालता न येणे, पाय फरकटणे, फूट ड्रॉप असे त्रास होतात. या उलट कमी प्रमाणात होणाऱ्या L1-2 अथवा L2-3 डिस्क प्रोलॅप्समध्ये केवळ मांडीचा पुढील भाग अथवा जांघेमध्ये वेदना होतात.



लम्बार डिस्क प्रोलॅप्स



मानेतील (सर्वायकल) डिस्क प्रोलॅप्स



कंबरे प्रमाणेच मानेतील डिस्क प्रोलॅप्समुळे मानदुखी होते. हातात वेदना, मुंग्या अथवा बधीरपणा येतो. मानेमध्ये जास्त करून C5-6 आणि C6-7 मध्ये डिस्क प्रोलॅप्स होतो. ज्यामुळे मानेतून तीव्र कळा सुरु होऊन त्या उजव्या किंवा डाव्या हातातून अगदी तळहातापर्यंत जातात. बऱ्याच रुग्णांना फऱ्याच्या हाडाच्या आतील बाजूस वेदना होतात. पुढे हळूहळू बधीरपणा वाढून हातांच्या स्नायूतील ताकद कमी होऊ शकते. त्यामुळे बोटांची पकड कमजोर होते आणि वस्तू धरण्यास अथवा उचलण्यास अडचण येते. कमी प्रमाणात

आढळणाऱ्या C3-4 अथवा C4-5 च्या डिस्क प्रोलॅप्समुळे मानेत, खांद्यात आणि डोक्याच्या पाठीमागील भागात तीव्र वेदना होतात. काही रुग्णांच्या बाबतीत खांद्याच्या स्नायूंची ताकद कमी झाल्याने खांद्यातून हात उचलता येत नाही.

डिस्क प्रोलॅप्सचे टप्पे

१. **अॅन्युलार टिअर किंवा फिशर**-यामध्ये केवळ डिस्कच्या बाहेरील टफ आवरणास तडा जातो. त्यामुळे पाठदुखी सुरु होते.
२. **डिस्क बल्ज** - यामध्ये बाहेरील आवरण कमजोर होते, तिथे आतील जेलीचा दाब वाढतो आणि त्याच्या आसपास डिस्कला फुगवटा येतो. त्यामुळे बऱ्याच वेळा कमी जास्त होणारी पाठदुखी होऊ शकते.
३. **डिस्क प्रोट्रूयून** - यामध्ये डिस्कला आलेला फुगवटा वाढतो आणि तो अधिक शार्प होतो. त्यामुळे पाठदुखी सोबतच पायाला जाणाऱ्या नसांवर दाब येऊन पायामध्ये वेदना सुरु होतात.
४. **कॅटेड प्रोलॅप्स (हर्निएशन)** - यामध्ये डिस्कच्या आवरणाच्या ७ लेअर्स पैकी काही लेअर्स फाटून आतील जेली सदृश्य भाग आवरणाच्या सर्वात बाहेरील लेअरला स्पर्श करतो. त्यामुळे पाठदुखी आणि पायातील वेदना वाढतात.
५. **अनकॅटेड प्रोलॅप्स (हर्निएशन)** - यामध्ये मात्र आता; डिस्कचे बाहेरील आवरण पूर्णपणे फाटून आतील जेली सदृश्य भाग डिस्कच्या बाहेर येतो. त्यामुळे मज्जारजू आणि त्याच्या आवरणासहीत जवळच्या नसेवर थेट दाब पडतो. शिवाय तिथे केमिकल इरिटेशन होऊन सूज वाढते. परिणामस्वरूप पाठदुखी आणि पायातील वेदना असह्य होतात.

६. **सिक्वेस्ट्रेटेड आणि मायग्रेटेड प्रोलॅप्स** - यामध्ये डिस्कच्या बाहेर आलेला जेली सदृश्य भाग डिस्कपासून पूर्णपणे वेगळा होतो आणि काही वेळेस वर किंवा खाली सरकू शकतो.

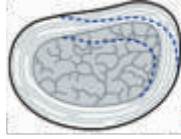
डिस्क प्रोलॅप्सच्या प्रक्रियेचे वरील सर्व टप्पे मोठ्या कालावधीत क्रमाक्रमाने घडत जाऊ शकतात किंवा एका झटक्यात एकत्रित सुद्धा होवू शकतात किंवा एखाद्या टप्प्या पर्यंत येऊन थांबूही शकतात.

७. **स्यूडोहर्निएशन** - डिस्क प्रोलॅप्सच्या एका वेगळ्या प्रकारामध्ये वयोमानानुसार डिस्कच्या आतील जेली सारखा भाग सुकून शुष्क होतो. त्याचा आकार कमी होतो आणि डिस्कचे बाहेरील आवरण ढिले पडून किंचित घडी पडल्यासारखे बनते. त्याला स्यूडोहर्निएशन असे म्हणतात. वृद्धांमध्ये याचे प्रमाण जास्त आढळून येते.

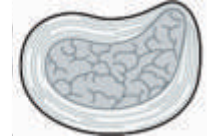
डिस्क प्रोलॅप्सचे टप्पे



अॅन्युलार टिअर / फिशर



डिस्क बल्ज



प्रोट्यूजन



कंटेन्ड प्रोलॅप्स
(हर्निएशन)



अनकंटेन्ड प्रोलॅप्स
(हर्निएशन)



सिक्वेस्ट्रेटेड आणि
मायग्रेटेड प्रोलॅप्स



स्यूडोहर्निएशन

डिस्क प्रोलॅप्सचे प्रकार

प्रोलॅप्स कोणत्या दिशेने झाला आहे त्यानुसार त्याचे ३ प्रकार पडतात. आणि त्यानुसार रुग्णाच्या त्रासामध्येही बदल होतात.

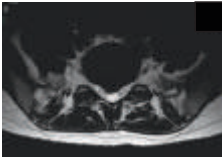
१. **सेंट्रल प्रोलॅप्स** - यामध्ये प्रोलॅप्स मध्यभागी म्हणजे मज्जारजू आणि त्यावरील आवरणाच्या दिशेने होतो. त्यामुळे पाठदुखीबरोबरच दोन्ही पायांमध्ये एकाचवेळी वेदना होतात.

२. **पॅरासेंट्रल प्रोलॅप्स** - यामध्ये प्रोलॅप्स मज्जारजूच्या डाव्या अथवा उजव्या बाजूस म्हणजे साधारण ४५ अंशाच्या दिशेने होतो. त्यामुळे डाव्या किंवा उजव्या अशा एकाच बाजूला पाठदुखी आणि पायात वेदना होतात.

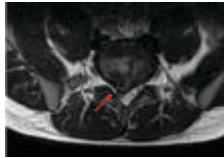
३. **फार लॅटरल अथवा फोरामिनल प्रोलॅप्स** - यामध्ये प्रोलॅप्स झालेला जेली सदृश्य भाग मज्जारजूच्या साधारण समांतर दिशेमध्ये, बाजूला एका वरच्या कोपऱ्यात जातो आणि ठराविक अंतराने अतितीव्र पाठदुखी आणि पायामध्ये तीव्र वेदना होतात.

सेंट्रलपेक्षा पॅरासेंट्रल प्रोलॅप्स जास्त प्रमाणात आढळतो तर फोरामिनल प्रोलॅप्सचे प्रमाण अगदीच कमी असते.

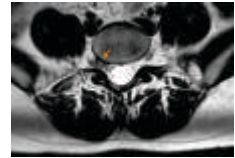
डिस्क प्रोलॅप्सचे प्रकार



सेंट्रल
प्रोलॅप्स



पॅरासेंट्रल
प्रोलॅप्स



फार लॅटरल अथवा
फोरामिनल प्रोलॅप्स

डिस्क प्रोलॅप्स का होतो?

डाव्हिनच्या उत्क्रांतीच्या ज्या टप्प्यावर चतुष्पाद माकडाचा द्विपाद माणूस झाला त्यातच डिस्क प्रोलॅप्सची कारणमिमांसा दडलेली आहे. चतुष्पाद प्राण्यामध्ये शरीराचे जे वजन ४ पायांवर विभागले जाते तेच वजन आता मनुष्याच्या बाबतीत फक्त २ पायांवर आहे. याबरोबरच आडवा पाठीचा कणा उभा (अर्थात गुरुत्वाकर्षणाच्या विरुद्ध दिशेत) झाला. या दोन्हीच्या परिणामस्वरूप पाठीच्या कण्यावरील भार वाढला. आणि म्हणूनच डिस्क प्रोलॅप्स बरोबरच मणक्याच्या विविध आजारांचे प्रमाण मानवामध्ये इतर प्राण्यांच्या तुलनेत खूपच वाढले. याशिवाय मानवाच्या बाबतीत डिस्क प्रोलॅप्सची इतर कारणे पुढील प्रमाणे आहेत.

अनुवांशिकता आणि जन्मजात दोष : काही व्यक्तींमध्ये अनुवांशिक किंवा जन्मजातच डिस्कचे बाहेरील टफ आवरण (अॅन्युलस फायब्रोसिस) कमजोर असते. त्यामुळे कमी वयातच डिस्क प्रोलॅप्स होऊ शकतो.

कामाचे/ व्यवसायाचे स्वरूप (प्रोफेशनल हॅजार्ड) :

स्थिर स्थिती (स्टॅटीक पोझिशन) मध्ये काम- सतत एका जागी तासनतास बसून काम उदा. आय टी प्रोफेशनल्स, कॉल सेंटर एम्प्लॉईज किंवा बसून निवडण्याचे काम करणाऱ्या महिला इत्यादी. किंवा एकाच जागी खांबासारखे उभे राहून केले जाणारे काम. उदा. सिक्युरिटी गार्ड्स, पोलीस, विक्रेते, किंवा फॅक्टरीमध्ये उभे राहून काम करणारे कामगार यांना डिस्क प्रोलॅप्स होण्याची शक्यता जास्त असते. कारण शास्त्रीयदृष्ट्या स्थिर स्थितीत (उभ्या अथवा बसलेल्या) ४५ मिनिटांनंतर डिस्कमधील अंतर्गत दाब (इंटरनल प्रेशर) सर्वोच्च पातळीवर असतो. त्यामुळेच पाऊण तासांनंतर ब्रेक घेऊन बैठी किंवा उभी स्थिती (पोझिशन) बदलणे फायदेशीर ठरते.

जड वस्तू वाहण्याचे काम - कष्टकरी लोकांमध्ये, विशेषतः सतत वजन वाहणे, अथवा जमिनीवरून जड वस्तू किंवा वजन उचलून घेणे, वजनदार वस्तू ओढणे असे काम करणाऱ्यांच्या मध्ये डिस्क प्रोलॅप्स किंवा कंबरदुखी मोठ्या प्रमाणात आढळते.

अति किंवा चुकीच्या पद्धतीने व्यायाम : आजकाल कमी कालावधीमध्ये (६ महिने ते २ वर्षे) जिममध्ये जाऊन अथवा भरतीपूर्व प्रशिक्षण वर्गात अतिव्यायाम करणाऱ्या १६ ते ३० वर्षांच्या तरुणांचे प्रमाण खूपच वाढले

आहे. त्यातील काही जण हा अति व्यायामाचा ताण सहन न झाल्याने तीव्र पाठदुखीसह 'डिस्क प्रोलॅप्स' चे बळी ठरत आहेत. त्यामुळे पालकांनी आपल्या पाल्याची शरीरयष्टी अशा प्रकारच्या व्यायामास पोषक आहे ना ? याची खात्री करूनच, त्यांना अनुमती देणे योग्य ! आणि हो त्यावर लक्ष ठेवणेही आवश्यकच !

सरतेशेवटी भारतीय रस्त्यांच्या दुरावस्थेबाबत न बोललेलेच बरे ! त्यावरील रामबाण उपाय म्हणजे आपला कोणताही प्रवास संथ गतीनेच करणे.



वेदनेचे मूळ

डिस्क प्रोलॅप्समध्ये दोन कारणांमुळे वेदना होतात.

१. जेली सदृश्य प्रोलॅप्सड भाग आणि फाटलेले आवरण यातून सूज आणणारे घटक (Inflammatory Markers) स्रवतात (केमिकल इरीटेशन). पहिल्या ७ ते १५ दिवसातील अतितीव्र वेदना यामुळे असते आणि ती २ आठवड्यात वेदना शामक औषधांमुळे शमते.

२. मजारज्यूचे आवरण किंवा/आणि नसेवर आलेल्या दाबामुळे वेदना होतात. काही प्रमाणात झोपलेल्या अवस्थेत विश्रांती घेतल्यामुळे हा दाब कमी होऊन वेदनामुक्ती मिळण्यास मदत होते. जेली सदृश्य भागात ७०% पाणी असल्यामुळे तो ६ आठवड्यात शुष्क होऊ शकतो आणि तरुण व्यक्तीच्या बाबतीत कालानुरूप विरघळून जाऊ शकतो.

वरील कारणांमुळे आलेली सूज आणि दाब जसा जसा कमी होत जातो तस तशी वेदनामुक्ती मिळत जाते.

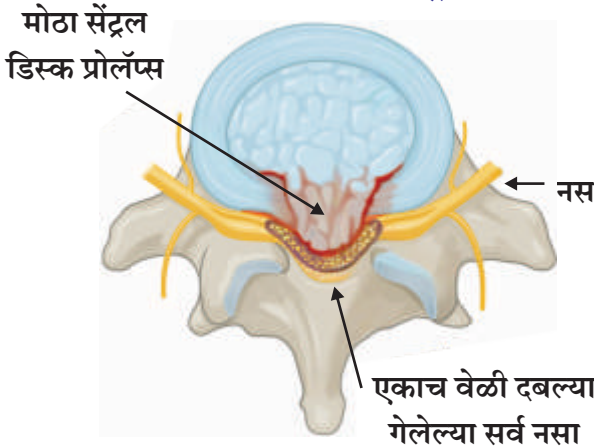
'डीस्क प्रोलॅप्सचा' नैसर्गीक व्याधीक्रम (नॅचरलकोर्स ऑफ डिसीज)

प्रत्येक व्याधीच्या प्रोग्रेशनचा, स्वतःचा असा एक नैसर्गीक क्रम असतो. शिवाय प्रत्येक शरीरात कोणताही शारीरिक आजार अथवा व्याधी भरून काढण्याची एक नैसर्गीक क्षमतासुद्धा (नॅचरल हिलिंग प्रोसेस) असते. या दोहोंचा विचार करता, व्याधीची तीव्रता आणि टप्प्यानुसार, तसेच व्यक्तीच्या हिलिंग क्षमतेनुसार संबंधित आजार बराही होतो किंवा वाढूही शकतो. नेमके यावरच आजाराचे सर्व उपचार (ट्रीटमेंट प्लॅन) अवलंबून असतात. व्याधीक्रमाच्या त्या त्या टप्प्यावर तिब्रता आणि त्यांच्या संभावीत परिणामानुसार उपचार ठरतात.

रेड फ्लॅग आणि क्वॉडा इक्वायना सिंड्रोम

अचानक होणाऱ्या मोठ्या डिस्क प्रोलॅप्समुळे किंवा लंम्बार कॅनॉल स्टीनॉसीसच्या रुग्णांमध्ये होणाऱ्या अगदी छोट्या डिस्क प्रोलॅप्समुळे देखील मज्जारजू आणि नसांवर प्रचंड दाब येतो. त्यामुळे त्यांचे काम तात्काळ थांबते. परिणामस्वरूप पाय लुळे पडतात आणि मलमूत्र विसर्जनाचे नियंत्रण सुटते (त्याबरोबरच सुरुवातीची काही काळ असणारी वेदना देखील पूर्णपणे थांबते.) याला क्वॉडा इक्वायना सिंड्रोम असे म्हणतात. या आपत्तीजनक परिस्थितीत वेदना गेल्यामुळे रुग्णाचे आणि नातेवाईकांचे त्याकडे दुर्लक्ष होऊ शकते. मात्र या परिस्थितीत अती-तातडीची शस्त्रक्रिया त्याच दिवशी करून 'मज्जारजू आणि नसांवरील' दाब काढावा लागतो. ही शस्त्रक्रिया वेळेत न केल्यास/ झाल्यास नसा निर्जीव होऊन कायमस्वरूपी अपंगत्व येऊ शकते. शिवाय मलमूत्र विसर्जनावरील नियंत्रण देखील कायमस्वरूपी जाऊ शकते.

क्वॉडा इक्वायना सिंड्रोम



डिस्क प्रोलॅप्सचे निदान

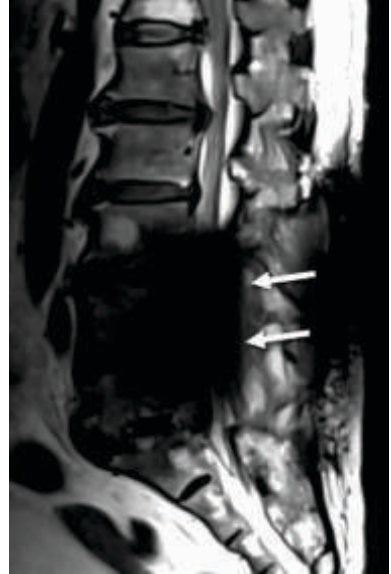
२१ व्या शतकाच्या सुरवातीपासूनच डिस्क प्रोलॅप्सचे निदान एमआरआय या आधुनिक तपासणीद्वारेच केले जाते. पुढील २ अपवादात्मक परिस्थितींमध्ये मात्र एमआरआय ऐवजी CT-मायलोग्राफी ही तपासणी केली जाते.

क्लॉस्ट्रोफोबीया : काही व्यक्तींना बंदीस्त जागेमध्ये तीव्र मानसिक अस्वस्थता अथवा भिती वाटते, जसे लिफ्ट, खिडक्या नसलेली खोली इ. एमआरआय मशीन मधील रुग्ण झोपण्याची जागा (गॅट्री) ही छोट्या बोगद्याप्रमाणे आणि केवळ ७० सें.मी. व्यासाची असते. त्यामुळे क्लॉस्ट्रोफोबीयाचे रुग्ण यामध्ये आत जायचे ऐनवेळी नाकारतात किंवा तपासणी दरम्यान मधूनच पळून बाहेर येतात. अशा रुग्णांची एमआरआय तपासणी अती आवश्यक असेल तरच ; पूर्ण भूल देऊन केली जाते.

एमआरआय कम्पॅटॅबिलिटी : २०१० पुर्वी काही शस्त्रक्रियांमध्ये चुंबकीय गुणधर्म असलेल्या धातूचे (स्टिलचे) स्क्यू-रॉड वापरले जायचे. त्यामुळेच त्यांचा एमआरआय, आर्टिफॅक्ट (डिस्टॉर्टेड इमेज) आल्यामुळे आवश्यक त्या प्रतीचा होत नाही.



चांगला एमआरआय



आर्टिफॅक्ट मुळे
खराब प्रतीचा एमआरआय

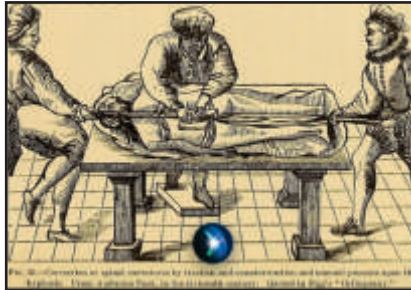
परंतु २०१० सालानंतर मणक्याच्या किंवा इतर स्कू-रॉडच्या शस्त्रक्रियांमध्ये 'टायटॅनिअम' या एमआरआय पूरक (compatible) म्हणजे चुंबकीय गुणधर्म नसलेल्या धातूपासून बनवलेले स्कू-रॉड वापरतात. त्यामुळे त्या रुग्णांचा एमआरआय करण्यास कोणतीही अडचण उद्भवत नाही. याच प्रकारची अडचण पण वेगळ्या पद्धतीने ज्या रुग्णांना २०१५ पूर्वी हृदयात पेस मेकर्स बसवलेले आहेत त्यांच्या बाबतीत येते. कारण तेव्हाचे पेस मेकर्स एमआरआय पूरक नव्हते. एमआरआय मशीनच्या चुंबकीय लहरींमुळे अशा पेस मेकर्सच्या कार्यात अडथळा अथवा बिघाड होऊ शकतो. मात्र गेल्या १० वर्षातील पेस मेकर्सच्या बाबतीत रिमोटद्वारे सेटिंग बदलून आता एमआरआय करता येतो.

बऱ्याच वेळा रुग्णांचे नातेवाईक एमआरआय चे केवळ लिखित रिपोर्ट किंवा त्याच्या फिल्म्स घेऊन/ डिजिटली शेअर करून (रुग्णांना प्रत्यक्ष न आणता) न्यूरोसर्जनचे सेकंड, थर्ड ओपिनियन मागतात. पण खरेतर एमआरआय मधील निष्कर्षापेक्षा रुग्णाला होणारा त्रास आणि त्याच्या प्रत्यक्ष बाह्य तपासणी मधील लक्षणे ही जास्त महत्वाची असतात. या दोन्हींचा मेळ घालूनच निदान पक्के होते आणि त्यानुसार योग्य उपचार ठरवले जातात.

उपचार

अॅक्यूट डिस्क प्रोलॅप्समध्ये (प्रोलॅप्सचा त्रास सुरु झाल्यापासून ३ महिन्यांचा कालावधी) प्राधान्याने विश्रांती आणि आवश्यकतेनुसार वेदनाशामक औषधे, हेच उपचार आहेत. ज्याद्वारे जवळ-जवळ ९५% रुग्ण बरे होऊन पूर्ववत आयुष्य चालू करू शकतात. या कालावधीत फिजिओथेरपीमुळे काही प्रमाणात वेदनामुक्तीसाठी मदत होऊ शकते. परंतु या कालावधीत अती/ चुकीचा व्यायाम, चोळून घेणे किंवा अशा प्रकारच्या इतर कोणत्याही अशास्त्रीय उपचारांचा अवलंब करू नये. अशा उपचारांमुळे आजार बळावून वेदना वाढतच जातात शिवाय काही रुग्णांच्या पायातील ताकद कमी होऊ शकते.

अशास्त्रीय उपचार टाळा



शस्त्रक्रियेचे उपचार :

स्लीप डिस्क आणि मणक्याच्या शस्त्रक्रियेबद्दल रुग्ण, नातेवाईक आणि एकूणच समाजात अतोनात भीती आणि गैरसमज आहेत. उदा. डिस्क सर्जरी केली तर रुग्ण कायमचा जागेवर बसेल, तो बाद झाला, त्याला पूर्वीसारखं काम करता येणार नाही, पाय लुळे पडतील इत्यादी. आणि ही भीती फार अनाठाई आहे असेही नाही. कारण इ.स. १९९० सालापर्यंत मणक्याच्या आजारांचे निदान करण्यासाठीच्या तपासण्यांनाच मर्यादा होत्या. उदा. मायलोग्राफी (CT अथवा x-ray) या तपासणीमध्ये पाठीच्या दोन मणक्यामधील जागेतून x-ray मध्ये दिसू शकणारा डाय (केमिकल द्रव) मज्जारज्जूच्या आवरणाभोवती इंजेक्ट करून x-ray काढले जायचे. ज्यामध्ये निदानाची अचूकता केवळ ८०% पर्यंत होती. पण आजच्या एमआरआय मधून केल्या जाणाऱ्या निदानाची अचूकता १००% असते. शिवाय २००० सालापर्यंत एमआरआय ची सुविधा देखील फार कमी उपलब्ध होती. माझ्या आठवणीनुसार १९९९ साली मी मुंबईत न्युरोसर्जरीचे शिक्षण घेत असताना मुंबईसारख्या अतिप्रगत महानगरात मोजकीच २ अथवा ३ एमआरआय मशीन्स उपलब्ध होती. त्याउलट उदाहरणादाखल २५ वर्षांनंतर आज सातान्यामध्ये सुद्धा ६ आणि जिल्ह्यात १५ मशीन्स उपलब्ध आहेत. याचा फायदा आता मेंदू आणि मणक्याच्या आजारांचे त्वरीत आणि अचूक निदान करण्यात होतो. जसे की २४ पैकी कोणत्या डिस्कला, किती प्रमाणात आणि कोणत्या दिशेने प्रोलॅप्स झाला आहे याची माहिती आता सर्जनला अचूक (१००%) उपलब्ध असते.



X-Ray मायलोग्राफी



CT - मायलोग्राफी



एमआरआय

या बरोबरच पूर्वी योग्य त्या मणक्याची शस्त्रक्रिया होण्यासाठी चालू शस्त्रक्रियेदरम्यान 'स्पाइन सर्जन' आपल्या शरीररचना शास्त्राच्या (सरफेस अॅनॉटॉमी) ज्ञानावर अवलंबून असत. नव्वदीनंतर मात्र प्रगत तंत्रज्ञानामुळे ऑपरेशन थिएटरमध्येच शस्त्रक्रिये दरम्यान x-ray करण्याची सुविधा आणि नंतर लगेचच C-ARM मशीनद्वारे मणक्यांची लाईव्ह इमेज उपलब्ध झाली. त्यामुळे मणक्याच्या शस्त्रक्रियेमध्ये होणाऱ्या चुकीची शक्यता पूर्णपणे दूर झाली.

आणखी एक गोष्ट म्हणजे मणक्यांची शस्त्रक्रिया ही मज्जारजू आणि नसांना (नर्व्हस) इजा न होता आणि कमीत कमी हाताळणीद्वारे करणे अत्यावश्यक असते. जे पूर्वीच्या काळी सहजरित्या शक्य नव्हते. पण पुढे मात्र प्रगत तंत्रज्ञानामुळेच या लहान लहान नसांना सूक्ष्मदर्शक प्रणालीद्वारे (मायक्रोस्कोप आणि एंडोस्कोप) मॅग्रीफाय (झूम) करून शस्त्रक्रिया करणे सुलभ आणि सुरक्षीत झाले. शिवाय शस्त्रक्रियेसाठी रुग्णाच्या शरीरावर घेतला जाणारा छेद, जो जगातील पहिल्या डिस्क प्रोलॅप्सच्या शस्त्रक्रियेसाठी (१९३४ साली अमेरीकन स्पाईन सर्जन्स डॉ. मिक्स्टर आणि डॉ. बार) 10 सें.मी. किंबहुना त्याहूनही मोठाच होता, तो आता दुर्बिणी द्वारे केल्या जाणाऱ्या शस्त्रक्रियेमध्ये केवळ 1.5 सें.मी.पर्यंत छोटा झाला आहे. परिणामस्वरूप सुलभता आणि सुरक्षिततेबरोबरच पाठीचे स्नायू, मणक्याच्या हाडाचा पाठीमागील भाग आणि विविध लिगामेंट्स यांना शस्त्रक्रियेमुळे होणारी इजा कमी कमी होत गेली. तसेच शस्त्रक्रियेतील गुंतागुंत सुद्धा जवळजवळ नाहीशी झाली. फायदेस्वरूप शस्त्रक्रियेनंतर रुग्ण पूर्ववत होण्याचा कालावधी आणि संपूर्ण विश्रांतीची आवश्यकता ६ आठवड्यांवरून केवळ ३ ते ४ दिवसांवर आली.

या तंत्रज्ञान आणि त्याद्वारे मणक्याच्या शस्त्रक्रियेच्या प्रगतीच्या प्रवासात, डॉ. प्रेमानंद रमाणी (मायक्रोलंबार डिस्केक्टॉमी), डॉ. श्रीनिवास रोहिदास (एन्डोस्कोपीक देस्टांदू टेक्नीक), डॉ. सतीशचंद्र गोरे (ट्रान्सफोरामिनल टेक्नीक), डॉ. अरविंद कुलकर्णी (ट्युबुलर टेक्नीक) या मराठी स्पाइन सर्जननी विशेष योगदान आणि प्रावीण्य मिळवून जागतिक स्तरावर किर्ती संपादन केली आहे.

रुग्ण डीस्कसाठीच्या शस्त्रक्रियेतील प्रगतीचे टप्पे

ऑपरेटिंग मायक्रोस्कोप आणि एंडोस्कोप :

शस्त्रक्रियेदरम्यान महत्वाच्या अवयवांची उदा. मेंदू, मज्जारजू, नसा, रक्तवाहिन्या यांची होणारी हाताळणी आणि त्यांना होणारी इजा ही कमीतकमी होणे

किंवा शक्य असल्यास टाळणे ही मोठी गरज होती. त्यासाठी जगभरातील विविध न्यूरोसर्जन्स आणि फिजीसीस्ट इंजीनीअर्स समोर आले आणि त्यांच्या एकत्रीत प्रयत्नातून २० व्या शतकाच्या उत्तरार्धात 'ऑपरेटिंग मायक्रोस्कोप' आणि 'एंडोस्कोप' या उपकरणांचा शोध लागला. पुढे त्यात उत्तरोत्तर प्रगती होऊन आज त्यांचे अत्याधुनिक प्रगत रूप वापरात आहे. त्यामुळे स्लिप डिस्कच्या अगदी सकाळी झालेल्या दुर्बीण शस्त्रक्रियेनंतर, संध्याकाळी रुग्ण डिस्चार्ज होऊन घरी परतत आहेत.

स्लीप डीस्क साठीची पारंपारिक शस्त्रक्रिया ते दुर्बीणीद्वारे शस्त्रक्रिया

स्लीप डीस्कसाठीच्या पारंपारीक शस्त्रक्रियेमध्ये रुग्णाच्या पाठीवर, बरोबर मध्यावर छेद घेतला जातो. नंतर सर्व स्नायू मणक्याच्या पाठीमागील हाडापासून (स्पायनल प्रोसेस व लॅमायना) वेगळे अथवा बाजूला केले जातात. लॅमायना या मणक्याच्या हाडाचा सर्व अथवा काही भाग काढला जातो. शेवटी मज्जारज्जू आणि नसा बाजूस करून, नसांवर दाब देणारा स्लिप डिस्कचा भाग काढून टाकला जातो आणि टाक्यांद्वारे स्नायू मूळ जागेवर जोडले जातात.

याउलट दुर्बीणीद्वारे केल्या जाणाऱ्या शस्त्रक्रियेमध्ये केवळ १.५ सें.मी. च्या छेदामधून स्नायूतंतू बाजूला करत, दुर्बीण स्लिप डिस्कपर्यंत नेली जाते. नसांना विशेष न हाताळता फक्त स्लिप डिस्कचा प्रोलॅप्सड भाग तेवढा काढून टाकला जातो. सर्व नसा दाबमुक्त झाल्याची खात्री करून केवळ १-२ टाक्यांद्वारे स्नायूतंतू आणि त्वचा जुळवली जाते.

मणक्याच्या शस्त्रक्रियेतील प्रगतीचे टप्पे



पारंपारिक



मायक्रो लंबार



मायक्रो ट्यूबुलर



एंडोस्कोपीक देस्दांदू



एंडोस्कोपीक
ट्रान्सफोरामिनल



एंडोस्कोपीक
इंटरलॅमायनार



एंडोस्कोपीक
युबीई



मणक्याची पारंपारिक शस्त्रक्रिया



मणक्याची दुर्बिण शस्त्रक्रिया

पारंपारिक शस्त्रक्रिया	आधुनिक दुर्बिण शस्त्रक्रिया
१. १० सें.मी. चा मोठा छेद	१. १.५ सें.मी. चा छोटा छेद
२. स्नायु, मास (लिंगामेंट), आणि मणक्याच्या हाडास इजा	२. स्नायु, मास (लिंगामेंट), आणि मणक्याच्या हाडास कमीत कमी इजा.
३. २ आठवडे सक्तीची विश्रांती	३. २ ते ३ दिवसात सर्वसाधारण दिनक्रम सुरु.
४. जंतुसंसर्ग, नसांना इजा या गुंतागुंतीची शक्यता.	४. जंतुसंसर्ग, नसांना इजा या गुंतागुंतीची शक्यता जवळ जवळ नाही.
५. दीर्घकाळ पाठदुखीची शक्यता.	५. पाठदुखीची शक्यता जवळ जवळ नाही.

‘स्लिप डिस्कच्या शस्त्रक्रियेबाबत संभाव्य गुंतागुंत (कॉम्प्लिकेशन्स) :

१. नर्व्ह रुटला इजा आणि त्याचे दुष्परीणाम : डीस्कचा नसांवर दाब देणारा भाग (प्रोलॅप्सड डीस्क) काढताना नसेला इजा होण्याची शक्यता असते. परिणामस्वरूप पायाच्या संबंधीत भागाची ताकद अंशतः अथवा पूर्णतः, तात्पुरती किंवा कायमची कमी होऊ शकते. तसेच वेदनाशामक औषधांना दाद न देणारी वेदना (न्युरोपॅथीक पेन) सुरु होऊ शकते. सुदैवाने तंत्रज्ञानाच्या प्रगतीमुळे दुर्बिणीच्या मदतीने या नसा आणि एकूणच ऑपरेटीव्ह फिल्ड ३० ते ५० पट मॅग्रीफाय (झूम इन) म्हणजेच मोठे होऊन दिसते. त्यामुळे या इजांची शक्यता जवळजवळ नाहीशी झाली आहे.

२. जंतूसंसर्ग (डिस्कायटीस) : शस्त्रक्रियेदरम्यान डिस्कला जंतुसंसर्ग होण्याची शक्यता असते. (विशेषतः अनियंत्रित मधुमेहींमध्ये ती जास्त असते.) त्यामुळे शस्त्रक्रियेनंतर ५ दिवसांपासून, ५ आठवड्यांपर्यंत कधीही रुग्णांना वाढत जाणारी कंबरदुखी होऊ शकते. याचे निदान वेळेत न झाल्यास रुग्णास वेदनेमुळे साधे कूस बदलणेही अशक्य होते. दुर्बिणीद्वारे केल्या जाणाऱ्या शस्त्रक्रियेमध्ये त्वचेचा छेद आणि एकूणच ऑपरेटीव्ह फिल्ड अगदी छोटे झाल्यामुळे शिवाय शस्त्रक्रियेला लागणारा वेळ कमी झाल्यामुळे, जंतु संसर्गाची शक्यता नाहीशी झाली आहे. तरीही जंतुसंसर्ग झाल्यास ३ आठवडे प्रतिजैवके (अँटिबायोटिक्स) आणि ६ आठवडे संपूर्ण विश्रांतीने रुग्ण बरा होतो.

३. रिकरन्स (डिस्क प्रोलॅप्स पुन्हा होणे) : ज्या रुग्णांमध्ये डिस्कचे आवरण (अॅन्युलस) भरून येण्याची (हिलींग) नैसर्गिक प्रक्रिया समाधानकारक होत नाही, त्या रुग्णास पूढील आयुष्यात म्हणजे अगदी शस्त्रक्रियेनंतर उठून बसलेल्या क्षणापासून कधीही, परत स्लिप डिस्क होऊ शकते. मात्र याचे प्रमाण १% पेक्षाही कमी आहे.





चांगले उपचार



महात्मा ज्योतिराव फुले
जन-आरोग्य योजना
MJPJAY उपलब्ध*



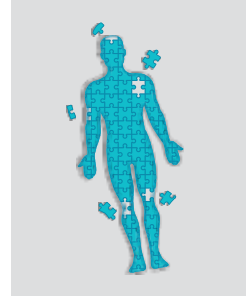
मेंदूपचार

अत्याधुनिक आणि फलदायी



मज्जोपचार

अत्याधुनिक आणि नेमके



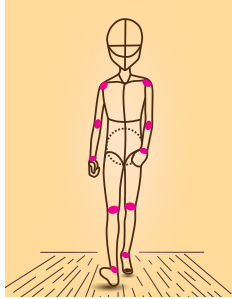
अपघातोपचार

अत्याधुनिक आणि खात्रीशीर



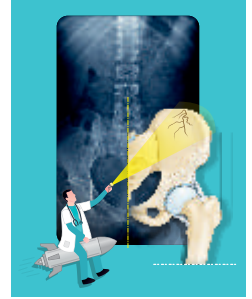
आपत्कालोपचार

अत्याधुनिक आणि तत्पर



सक्रियोपचार (न्यूरो रिहॅब)

अत्याधुनिक आणि प्रभावी



स्वास्थ्य-प्रतिमा

अत्याधुनिक आणि सुचक

* नियम व अटी लागू



यशवंत हॉस्पिटल

सर्वोत्तम सुविधा! सर्वोत्तम देखभाल!

अपॉईंटमेंट/अॅब्युलन्स

02162-232432

9309705706

डायग्नॉस्टिक सेंटर

02162-233333

8010051042

इमर्जन्सी केअर

02162-232432

9284443592