पाठदुखीतून मुक्ती

डॉ. सतीशचंद्र गोरे

ई साहित्य प्रतिष्ठान

सादर करत आहे

पाठदुखीतून मुक्ती

मणक्यांच्या आजाराविषयी

लेखक

डॉ. सतीशचंद्र गोरे

MBBS,MS (ortho.), FABMISS [USA]

American Board Certified in minimally invasive spine surgery

पाठदुखीतून मुक्ती : मणक्यांच्या आजाराविषयी

लेखक: डॉ. सतीशचंद्र गोरे

पत्ता : ११२८ शिवाजी नगर, फर्ग्युसन कॉलेज रोड,
'पर्याय' क्लिनिक,
पुणे ४११ ०१६.

Clinic 9420483107 ,8.
ईमेल: drgoreonline@gmail.com

या पुस्तकातील लेखनाचे सर्व हक्क लेखकाकडे सुरक्षित असून पुस्तकाचे किंवा त्यातील अंशाचे पुनर्मुद्रण वा नाट्य, चित्रपट किंवा इतर रुपांतर करण्यासाठी लेखकाची लेखी परवानगी घेणे आवश्यक आहे. तसे न केल्यास कायदेशीर कारवाई (दंड व तुरुंगवास) होऊ शकते.

This declaration is as per the Copyright Act 1957 read with Sections 43 and 66 of the IT Act 2000. Copyright protection in India is available for any literary, dramatic, musical, sound recording and artistic work. The Copyright Act 1957 provides for registration of such works. Although an author's copyright in a work is recognised even without registration. Infringement of copyright entitles the owner to remedies of injunction, damages and accounts.

प्रकाशक :- ई साहित्य प्रतिष्ठान

www.esahity.com
esahity@gmail.com
Whatsapp- 9987737237
(विनामूल्य ईपुस्तकांसाठी फ़क्त नाव गाव कळवा)
प्रकाशन : 11 ऑक्टोबर २०२६

छापिल प्रत खासगी वितरणासाठी उपलब्ध
देणगी मूल्य- रु. ४५०/- फक्त
(संपर्क- डॉ. सतीशचंद्र गोरे 7021267928

©esahity Pratishthan®2026

- विनामूल्य वितरणासाठी उपलब्ध.
- आपले वाचून झाल्यावर आपण हे फ़ॉरवर्ड करू शकता.
- हे ई पुस्तक वेबसाईटवर ठेवण्यापुर्वी किंवा वाचनाव्यतिरिक्त कोणताही वापर करण्यापुर्वी ई-साहित्य प्रतिष्ठानची लेखी परवानगी घेणे आवश्यक आहे.

जागृत रुग्ण: वेदनेचे मूळ आणि टाके-विरहित शस्त्रक्रिया यांमधील नवीन शोध पाठीच्या आरोग्याबाबतची काळजी घेण्याच्या पद्धतीत कायमस्वरूपी बदल कसे घडवून आणत आहेत.

डॉ. सतीशचंद्र गोरे हे भारतातील मणक्याचे ज्येष्ठ शल्यचिकित्सक आहेत, ज्यांनी भारतात प्रथमच स्थानिक बधिरीकरणाखाली मणक्याची टाकेविरहित शस्त्रक्रिया सुरू केली. येथे त्यांनी आपले सखोल ज्ञान मांडले आहे. 'गोरे प्रणाली' आणि 'स्मृती प्रणाली' या मणक्याच्या एंडोस्कोपी प्रणालींचे श्रेय त्यांना दिले जाते.

रुग्णांसाठी संकेतस्थळ: https://www.drgoreonline.com
शल्यचिकित्सकांसाठी: www.missspine.com.

माझा जन्म २२ मे १९५६ रोजी पुण्यात झाला. मी बी. जे. मेडिकल कॉलेज मधून माझे एमबीबीएस आणि एमएस पूर्ण केले. मी १९८३ मध्ये ऑर्थोपेडिक प्रॅक्टिस सुरू केली. त्या काळातील मणक्याच्या शस्त्रक्रियेच्या पद्धतीबद्दल मी खूप असमाधानी होतो. मी १९९६ मध्ये न्यूयॉर्कमधील माउंट सिनाई हॉस्पिटल मध्ये फेलोशिप केली. त्यानंतर १९९९ मध्ये मी अमेरिकेतील ॲरिझोना येथे डॉ. युंग यांच्या मार्गदर्शनाखाली प्रशिक्षण घेतले. मी स्टॅनफोर्ड युनिव्हर्सिटीमध्ये न्यूरोसर्जरीमध्ये आणखी एक फेलोशिप केली. २००१ मध्ये माझे काम स्पाइन नेव्हिगेशनवर होते. मी १९९९ पासून मणक्याच्या ट्रान्सफोरामायनल एंडोस्कोपीच्या प्रॅक्टिससाठी स्वत:ला वाहून घेतले आहे. मी ५००० हून अधिक एंडोस्कोपी केल्या आहेत आणि भारत व परदेशात १८०० हून अधिक सर्जन ना प्रशिक्षण दिले आहे. स्थानिक भूल देऊन टाकेविरहित मणक्याच्या शस्त्रक्रियेसाठी माझी गोरे प्रणाली सुप्रसिद्ध आहे. याची उपकरणे जर्मनीतील कार्ल स्टोर्झ एंडोस्कोपी कंपनीद्वारे तयार केली जातात आणि जग भर विकली जातात.

स्थानिक भूल देऊन कंबरदुखीच्या रुग्णांवर शस्त्रक्रिया करण्याच्या माझ्या प्रदीर्घ अनुभवामुळे, मला मानवी दु:खाची एक अनोखी जाण आहे आणि म्हणूनच माझी ही समज इतरांपर्यंत पोहोचवण्यासाठी मी हे पुस्तक लिहिले आहे.

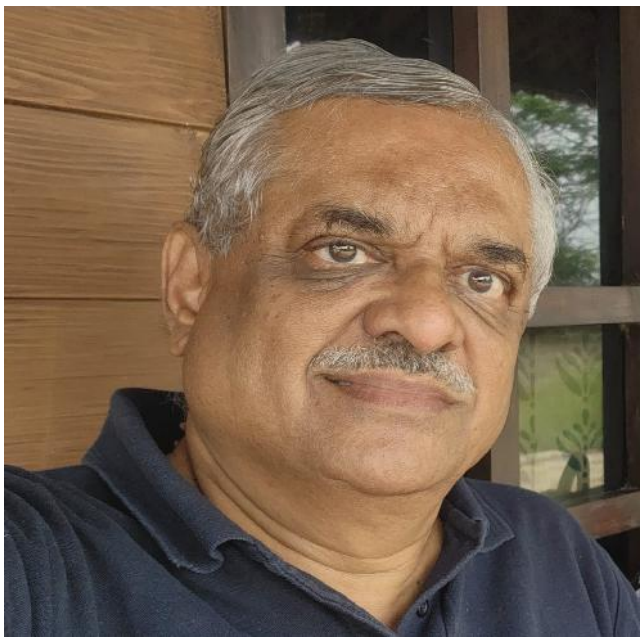
मला वाटते की, रुग्णांना मणक्यातील सुरुवातीच्या टप्प्यातील बदलांविषयी ज्यामुळे पुढे मोठे दु:ख होऊ शकते, माहिती असायला हवी. यामुळे शस्त्रक्रियेची वेळ येऊ शकते. अर्थात, आता बहुतेक शस्त्रक्रिया टाकेविरहित आणि स्थानिक भूल देऊन केल्या जातात. मी हे काम २७ वर्षांहून अधिक काळ करत आहे आणि हे पुस्तक माझ्या स्वत:च्या अनुभवावर आधारित आहे. शल्यचिकित्सकांसाठी माझ्या तंत्रावर आणि प्रणालीवर आधारित ७ तांत्रिक पुस्तके मी यापूर्वीच प्रकाशित केली आहेत. ही पुस्तके 'गोरे प्रणाली' (पाठीच्या

कण्यातील वेदना आणि डिस्कच्या शस्त्रक्रियेसाठी) आणि 'स्टेनोसिस'वरील माझ्या नवीन 'स्मृती प्रणाली' (Smrutii system) यांविषयी आहेत.

माझा मुख्य उद्देश मणक्याच्या शस्त्रक्रियेची भीती कमी करणे, आणि मणक्यातून उद्भवणाऱ्या वेदनांच्या वेळेनुसार होणाऱ्या प्रगतीबद्दल रुग्णांना जागरूक करणे हा आहे. उदाहरणार्थ, तरुण पणी गुडघा, टाच, जांघ, माकडहाडातील वेदना आणि कंबरदुखी, जी मध्यम वयात तीव्र कंबरदुखीत बदलते आणि मग वृद्धापकाळात उभे राहण्याची व चालण्याची असमर्थता येते, सोबतच मूत्राशय आणि आतड्यांसंबंधी गंभीर समस्या निर्माण होतात. आम्ही शल्यचिकित्सक म्हणून पाहतो की याची सुरुवात विशी-तिशीत होते, मध्यम वयात ती वाढत जाते आणि अखेरीस शस्त्रक्रियेची वेळ येते. आम्ही असा दावा करत नाही की आम्ही आजाराची प्रक्रिया उलटवू शकतो, परंतु आम्ही वेदना आणि दु:ख नक्कीच कमी करू शकतो.

चला पाहूया, आपण हे कसे आणि काय करू शकतो.

डॉ. सतीशचंद्र गोरे,
११२८ शिवाजी नगर, फर्ग्युसन कॉलेज रोड,
'पर्याय' क्लिनिक,
पुणे ४११ ०१६.
भ्रमणध्वनी: 7021267928.
Clinic 9420483107 ,8.



शस्त्रक्रियेपूर्वी विचारायचे २० प्रश्न

1. माझ्या वेदनेचा सर्वात संभाव्य स्रोत कोणता?

2. माझ्या symptoms आणि MRI मध्ये नेमका संबंध काय आहे?

3. माझ्या neurological examination मध्ये काय abnormal आहे?

4. मी शस्त्रक्रियेशिवाय सुधारू शकतो का?

5. आणखी किती काळ non-operative treatment सुरक्षितपणे प्रयत्न करू शकतो?

6. माझ्या बाबतीत कोणती red flag आहे का?

7. मला दुसरे मत घ्यावे का?

8. शस्त्रक्रियेचे अचूक target काय आहे?

9. हा target गाठण्यासाठी हा approach का निवडला?

10. Endoscopic, microscopic किंवा open — माझ्यासाठी पर्याय कोणते?

11. Local anesthesia की general anesthesia — आणि का?

12. हाड किंवा ligament किती हाताळावे/काढावे लागेल?

13. Screw/fusion का आवश्यक आहे किंवा का नाही?

14. या procedure कडून वास्तववादी फायदा काय अपेक्षित आहे?

15. या procedure चे प्रमुख complications कोणते?

16. “यश” माझ्यासाठी कसे मोजाल?

17. किती दिवसांत चालणे, driving, काम आणि व्यायाम सुरू करता येईल?

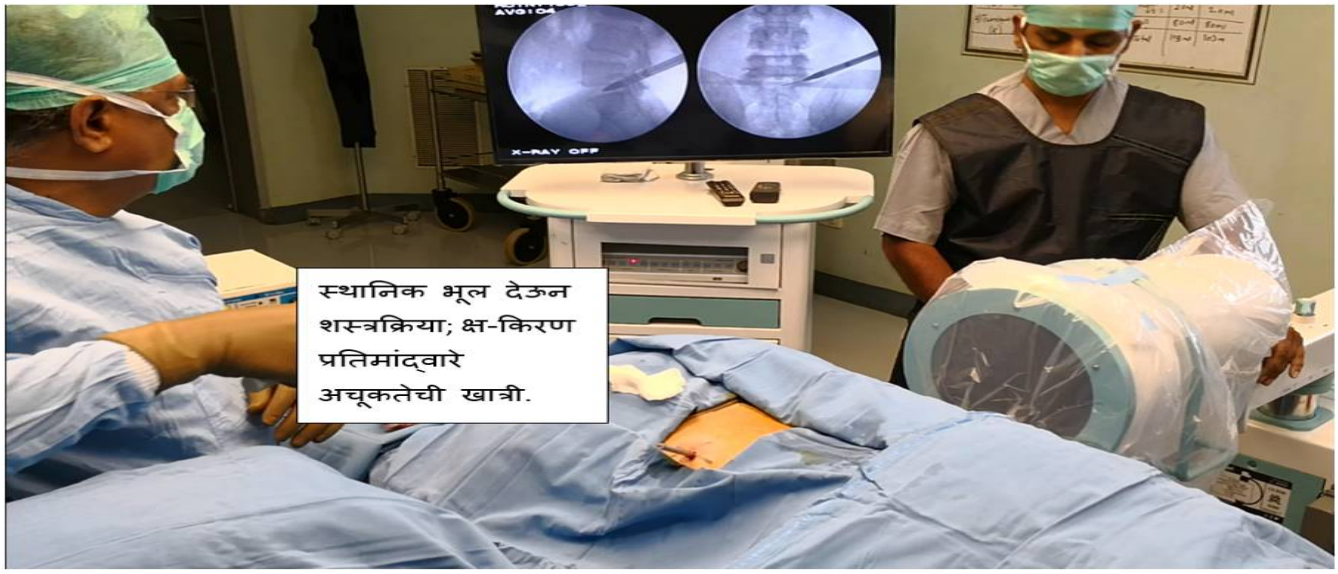
18. लक्षणे पूर्ण गेली नाहीत तर पुढची योजना काय?

19. या technique विषयी published evidence काय आहे?

20. शस्त्रक्रिया न केल्यास माझ्या स्थितीचा संभाव्य natural history काय?

आता, या गोष्टीची मांडणी अशा प्रकारे केली आहे की, तुम्हाला आधी प्रतिमा आणि नंतर तिचे वर्णन व स्पष्टीकरण पाहता येईल.

हे ई पुस्तक स्पष्टतेने वाचता न आल्यास त्याची छापील प्रत उपलब्ध आहे.



अचूक निदानासाठी चार महत्त्वाचे आधारस्तंभ

- रुग्णाची माहिती + तपासणी + प्रतिमा + वेळेतील बदल = योग्य निदान, योग्य उपचार

1. रुग्णाची माहिती
(तुमची गोष्ट सर्वात महत्त्वाची)

तुम्ही सांगितलेली प्रत्येक हकीकत डॉक्टरांसाठी खूप मौल्याची असते. वेदना फक्त तुम्हालाच जाणवते.

2. शल्यचिकित्सकाची तपासणी
(वैधाकीय मूल्यांकन)

- शरीराची तपासणी
- हालचालींचे मूल्यांकन
- स्नायूंची ताकद
- संवेदना (sensation)
- रिफ्लेक्सेस
- विशिष्ट चाचण्या (उदा. SLR)
- **Gore Sign**
  (विशिष्ट क्लिनिकल चिन्ह)
- **सायटिक नर्व्हचे palpation**
  (स्पर्श तपासणी) - जी धोटयापर्यंत करावी (SLR करण्यापूर्वी)

तपासणीमुळे वेदनेचे संभाव्य कारण कोणत्या दिशेने आहे हे समजण्याससं मोठी मदत होते.

3. प्रतिमा तपासण्या
(उदा. MRI)

- मणक्याची रचना दिसते
- डिस्क, नसांवर दाब, झीज, अरुंदपणा इत्यादी समजते
- पण MRI मध्ये दिसणारा प्रत्येक बदल वेदनेचे कारण असेलच असे नाही.

MRI हे एक महत्त्वाचे साधन आहे, पण ते संपूर्ण सत्य नाही. ते चित्र आहे, तुमचा अनुभवनाही.

4. वेदनेची प्रगती व कालावधी
(तक्रारींचा प्रवास)

- तक्रारी कधी सुरू झाल्या?
- कालांतराने कशा बदलल्या?
- चालण्याची क्षमता कमी झाली का?
- बधिरपणा/मुंग्या वाढल्या का?
- औषधे/फिजिओथेरपीने फायदा झाला का?
- काम आणि जीवनमानावर परिणाम?

वेदनेचा प्रवास समजल्याने आजाराची तीव्रता आणि पुढील धोका ओळखता येतो.

या सर्व माहितीचे एकत्रित विश्लेषण केल्यावरच वास्तविक वेदनेचे कारण (Pain Generator) ओळखता येते.

समज वाढत जाते तसे निदान अधिक स्पष्ट होते आणि उपचार अधिक नेमके होतात

तुमची गोष्ट + डॉक्टरांची तपासणी + MRI + वेदनेचा प्रवास = योग्य निदान, योग्य उपचार, चांगले जीवन

समजून घ्या... सुसता पाव... चालत रहा...!

रुग्ण जी लक्षणे सांगत आहे त्याचे अचूक निदान करण्यासाठी, आम्ही त्याच्या वर्णनावर, योग्य व सखोल तपासणीवर, एमआरआय (MRI) स्कॅनसारख्या इमेजिंग चाचण्यांवर आणि वेदना, इतर लक्षणे व मूळ आजार कशा प्रकारे बळावत किंवा बदलत आहेत, या गोष्टींवर अवलंबून असतो.

आपण हे लक्षात घेतले पाहिजे की, आपल्या पाठीच्या खालच्या भागातील मणक्यामध्ये वयानुसार होणाऱ्या प्रगतीशील आणि अपरिवर्तनीय बदलांव्यतिरिक्त, एक अपक्षयी बदल देखील होतो. वयानुसार होणाऱ्या बदलांमुळे लक्षणे उद्भवत नाहीत. पण एकदा हे बदल नसा आणि रक्तवाहिन्यांपर्यंत पोहोचले की, सचेतन मेंदूला ते वेदना म्हणून जाणवतात. हे बदल इमेजिंगमध्येही दिसतील आणि कदाचित त्यामुळे वेदना होणार नाहीत. किंवा ते इमेजिंगमध्ये दिसणार नाहीत, परंतु रुग्णाला त्रास होऊ शकतो. ही एक दैनंदिन प्रश्नमंजुषा आहे जी मी हाताळतो आणि मला ती सोडवायची आहे. या बदलांमधील 'काळाची दिशा' (arrow of time) लक्षात घेऊन, काळाच्या ओघात होणाऱ्या प्रगतीचा अभ्यास करणे अत्यंत महत्त्वाचे आहे. आपल्या उपचारपद्धतीद्वारे झालेले रचनात्मक बदल (structural changes) पूर्ववत करता येत नाहीत, परंतु वेदना आणि त्रास यांवर नियंत्रण मिळवणे व त्यापासून आराम देणे शक्य आहे.

हा मूळ ऱ्हास (degeneration) प्रामुख्याने खालील घटकांमुळे होऊ शकतो: सुमारे ५०% कारणे अनुवांशिक असतात; ३०% कारणे ही दैनंदिन जीवनशैली, आहार, व्यायाम, शरीराची ठेवण (posture), कामाचे स्वरूप, वाहनांचा वापर आणि मानसिक तणाव यांच्याशी संबंधित असतात; तर उर्वरित २०% कारणे ही अपघात इत्यादींशी संबंधित असतात.

रुग्णाने हे मान्य केले पाहिजे की, वेदना आणि त्रासाला कारणीभूत ठरणारे बदल, लक्षणे दिसण्यापूर्वी लक्षणविरहित राहू शकतात. अनेकदा दैनंदिन काम किंवा लहानशा पडण्यामुळे वेदना आणि त्रास सुरू होतो, परंतु मूळ बदल खूप

काळापासून असू शकतात. जोपर्यंत एखाद्या व्यक्तीला त्रास होत नाही, तोपर्यंत ती व्यक्ती सहसा त्याकडे लक्ष देत नाही. आम्ही अशा रुग्णांवरही उपचार करतो ज्यांना जुनाट वेदना, शस्त्रक्रियेनंतरची वेदना, रडू येईल इतकी तीव्र व न थांबणारी वेदना, तसेच वारंवार किंवा ठराविक अंतराने उद्भवणाऱ्या वेदनांचा त्रास होत असतो. **अशा वेदनांचे अचूक निदान करणे हे चिकित्सक म्हणून आमचे मूलभूत कर्तव्य ठरते. बहुतेक रुग्ण त्यांच्या तक्रारी घेऊन माझ्याकडे येतात आणि त्यांना हे जाणून घ्यायचे असते की, "हे माझ्याच बाबतीत का घडत आहे?" आणि "नेमके हे काय आहे?"**

अनेकदा रुग्ण त्यांच्या मनात आधीच असलेल्या कल्पना आणि एमआरआय अहवाल व प्रतिमा घेऊन येतात आणि डॉक्टरांशी फक्त तेवढ्यापुरतेच बोलू इच्छितात, पण आपले विज्ञान त्यापलीकडचे आहे. काही वेळा एमआरआय तज्ञ रुग्णाची तपासणी करत नाहीत, त्यामुळे त्यांच्या अहवालात सुधारणा करण्याची गरज भासू शकते.

वेदनेचे खरे कारण शोधा – मूळ कारण विश्लेषण (Root Cause Analysis)

वेदना दिसत नाही, मोजता येत नाही, पण ती खरी असते. म्हणून विचार अधिक खोल हवा.

फक्त चित्र नव्हे,
फक्त भाग नव्हे,
रुग्ण एक संपूर्ण व्यक्ती आहे.
– डॉ. गोरे

वेदना दिसत नाही!

रुग्णाला वेदना होते,
पण ही वेदना कोठेच दिसत नाही.

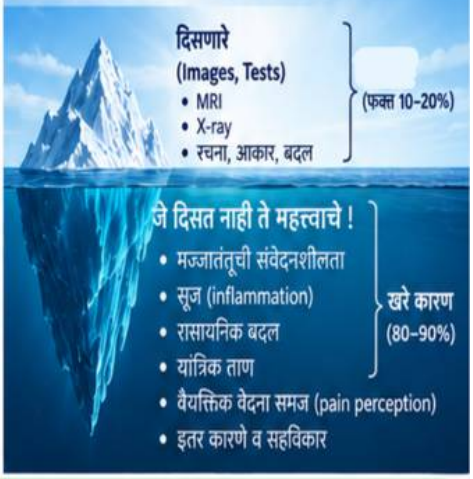
MRI बोलत नाही!

MRI मध्ये केवळ रचना दिसते.
ती वेदना सांगत नाही.

दिसणारा बदल = वेदना असे नेहमीच नाही!

अनेकांमध्ये डिस्कचा बदल असतो,
पण सर्वांनाच वेदना नसते.
तेच चित्र कधीमध्ये तीव्र वेदना देऊ शकते.

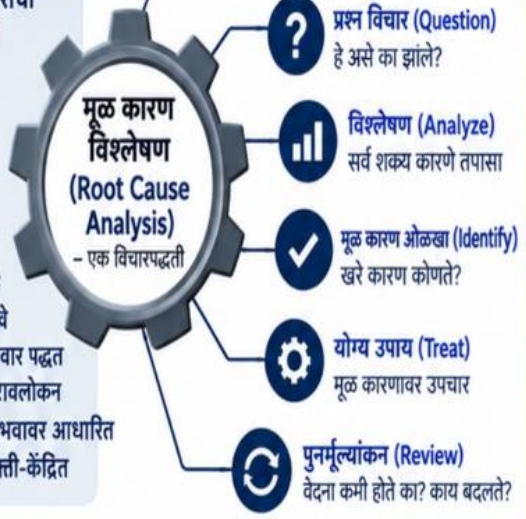
जे दिसते ते फक्त थोडेसे !



म्हणून केवळ चित्र पाहू नका – मूळापर्यंत जा !

अभियंता जसा समस्या सोडवतो, तशी वैद्यकीय विचारप्रप्रक्रिया – Root Cause Analysis

बैद्यकीय अभियांत्रिकी विचारांची तत्वे



- तर्क
- पुरावे
- क्रमवार पद्धत
- पुनरावलोकन
- अनुभवावर आधारित
- व्यक्ती-केंद्रित

वेदनेच्या कारणांचा स्तरित (स्टेंजड) विचार

1. **लक्षणे समजून घ्या**
   वेदना कुठे? कशी? कधी? काय वाढवते? काय कमी करते?
2. **क्लिनिकल तपासणी**
   न्यूरोलॉजिकल तपासणी
   विशेष चाचण्या (उदा. SLR, Gore Sign)
   दुखऱ्या मज्जातंतूची palpation
3. **इमेजिंग समजून घ्या**
   MRI, X-ray, पण त्यांची मर्यादा ओळखा
4. **मूळ कारण निश्चित करा**
   Disc? Foraminal stenosis?
   Nerve inflammation? Facet? इतर?
5. **व्यक्तिनिहाय उपाय योजना**
   केवळ विचार नव्हे, तर रुग्णाच्या मूळ कारणावर आधारित उपचार
6. **नियमित पुनर्मूल्यांकन**
   लक्षणे, कार्यक्षमता, जीवनमान

लक्षात ठेवण्यासारख्या गोष्टी

- वेदना ही खरी असते, जरी ती दिसत नसली तरी.
- MRI मध्ये दिसणारा बदल = नेहमीच वेदनेचे कारण नसते.
- प्रत्येक रुग्ण वेगळा असतो – त्याची वेदना, त्यांची पार्श्वभूमी, त्याची कारणे.
- मज्जातंतूची संवेदनशीलता (nerve sensitization) ही अनेकदा सुरुवातीची पायरी असू शकते.
- वेदनेच्या छोट्या भागालाही (उदा. गुडघा, टाच, जांचेची मूळ, माकडहाड) गंभीरतेने घ्या – ती सायटिकेचा सुरुवातीचा संकेत असू शकतो.
- एकाच MRI सारख्या दिसणाऱ्या दोन व्यक्तींमध्ये एकाला वेदना नसू शकते तर दुसऱ्याला तीव्र सायटिका असू शकते.
- मूळ कारण शोधणे हेच यशस्वी उपचाराचे मुख्य तत्व आहे.

आपला संदेश

"फक्त डिस्ककडे पाहू नका,
मज्जातंतूकडेही लक्ष द्या.
मूळ कारण शोधा – तेथेच योग्य उपचार आहे."

– डॉ. गोरे
Dr. Gore

ऐका | समजा | विचार करा | मूळ कारण शोधा | योग्य उपचार द्या | जीवनमान सुधारू द्या

मूळ कारणापर्यंत पोहोचणे का महत्त्वाचे आहे?

१. इमेजिंगमध्ये वेदना आणि रचनात्मक बदल व चेता-रक्तवाहिन्या प्रणाली यांच्यातील आंतरक्रिया दिसत नाही.

२. तसेच, आपल्याला नसांची संवेदनशीलता, दाह आणि रासायनिक बदल दिसत नाहीत.

३. मूळ कारणापर्यंत पोहोचल्यामुळे, माझे उपचार किंवा शस्त्रक्रियेचे लक्ष्य कुठे आणि काय आहे, हे मला समजते.

४. आपण यापूर्वी पाहिले आहे की, ऱ्हासाची कारणे ही केवळ औषधांच्या आवाक्याबाहेरची असतात.

५. रुग्णाचे शरीर कसे बदलत आहे किंवा कसे वागत आहे, हे क्लिनिशियनला समजते, परंतु रुग्णाने हे समजून घेतले पाहिजे की आपले आरोग्य ही आपली जबाबदारी आहे.

६. सल्लागाराचे काम मूळ कारणावर लक्ष केंद्रित करणे आणि ते नैसर्गिकरित्या किंवा शस्त्रक्रियेद्वारे दुरुस्त करणे हे आहे.

७. रुग्णाचे म्हणणे ऐकून, त्याच्या आजाराचे मूळ, कालावधी आणि प्रगती जाणून घेऊन, रुग्णाची तपासणी करून आणि इमेजिंग पाहून आम्ही हे करतो.

८. दुर्दैवाने, एमआरआय तज्ञ किंवा प्रयोगशाळेचा अहवाल हे लक्ष असंबंधित क्षेत्रांकडे विचलित करू शकतो. काहीवेळा त्यामुळे रुग्णांची दिशाभूल होते.

९. ज्या प्रकरणांमध्ये वेदना खूप तीव्र असते, जसे की शस्त्रक्रियेनंतरचा त्रास, आजाराची पुनरावृत्ती किंवा गुंतागुंत, तेव्हा आपण नेमके कशावर उपचार करत आहोत हे लक्षात ठेवणे आवश्यक आहे.

१०. **आपला मूलभूत प्रश्न हा आहे की वेदना कुठून येत आहे आणि ती का टिकून आहे? हीच रुग्णाच्या मनात असलेली मुख्य चिंता आणि भीती आहे.**

सर्वात महत्त्वाचे म्हणजे, आता स्थानिक बधिरीकरणाखाली (लोकल ऍनेस्थेशिया) टाकेविरहित शस्त्रक्रियेमुळे, कोणतीही मोठी शस्त्रक्रिया न करता थेट त्या जागेपर्यंत किंवा नेमक्या कारणापर्यंत पोहोचणे शक्य झाले आहे. याव्यतिरिक्त, गुडघा, टाच, जांघ आणि माकडहाडाच्या वेदना आता आपल्याला अधिक चांगल्या प्रकारे समजत असल्याने, अनेकांमध्ये मणक्याशी संबंधित असल्याचे आढळून आले आहे, ही एक नवीन बाब आहे आपण नवीन पद्धतींनी उपचार करू शकतो जे पूर्वी शक्य नव्हते. ही माझी सखोल अभ्यासातून केलेली निरीक्षणे आहेत.

वेदनेचे कोणतेही वस्तुनिष्ठ लक्षण नसते; ती पाहता, दाखवता किंवा मोजता येत नाही.

कंबरदुखीत लक्ष देण्यासारखी धोक्याची चिन्हे (Red Flags)

ही चिन्हे दिसल्यास विलंब न करता तज्ज्ञ डॉक्टरांचा सल्ला घ्या !

"धोका ओळखा,
वेळीच उपचार घ्या,
मोठी समस्या टाळा."
- डॉ. गोरे

1 हळूहळू वाढणारी कमजोरी (Progressive Weakness)

- पायात ताकद कमी होणे
- चालण्यात अडचण
- पाय ओढल्यासारखे होणे
- झपाट्याने वाढणारी कमजोरी

ताबडतोब तपासणी आवश्यक

2 लघवीसंबंधी समस्या (Bladder / Bowel Involvement)

- लघवी लागण्याची भावना कमी होणे
- लघवी धरून न ठेवता येणे (incontinence)
- लघवीला अडथळा / होत नाही
- शौचासंबंधी नियंत्रण कमी होणे
- महिलांमध्ये वारंवार लघवीची इन्फेक्शन, तातडीची लघवी (urgency)

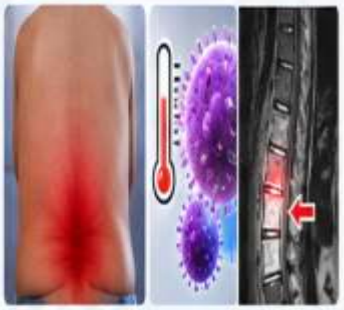
ही आपत्कालीन परिस्थिती असू शकते !

3 अपघातानंतर (Trauma)

- पडणे, अपघात, वाहन अपघात
- विशेषत: वृद्ध व्यक्ती
- पाठीला जोराचा धक्का

हाड fracture किंवा अस्थिरता असू शकते !

4 संसर्गाची शक्यता (Infection)



- तापासह कंबरदुखी
- सतत वाढणारी वेदना, रात्री जास्त
- अलीकडील संसर्ग (उदा. त्वचा, मूत्रमार्ग, दात)
- इंजेक्शन/शस्त्रक्रियेनंतर संसर्गची शंका
- मधुमेह, रोगप्रतिकारशक्ती कमी असणे

स्पयनल इन्फेक्शन ही गंभीर अवस्था आहे !

5 कॅन्सरचा इतिहास किंवा संशय (Cancer / Metastasis)

- पूर्वी कॅन्सरचा इतिहास (स्तन, फुप्फुस, प्रोस्टेट, किडनी, थायरॉईड इ.)
- अनाकलनीय वजन कमी होणे
- विश्रांतीतही वेदना
- रात्रीची वेदना
- MRI मध्ये मेटास्टेसिसची शक्यता

कॅन्सर स्पाइनमध्ये पसरू शकतो !

6 स्पष्टीकरण न मिळणारा ताप, वजन कमी होणे (Systemic Signs)

- सतत ताप
- भूक कमी होणे
- अनाकलनीय वजन कमी होणे
- अंगात अशक्तपणा
- रक्त तपासणीत संसर्ग किंवा दाहाची चिन्हे (उदा. वाढलेले ESR, CRP)

गंभीर आजारांचे चिन्हे असू शकते !

7 रात्रीची वेदना / विश्रांतीतही वेदना (Night Pain / Rest Pain)

- झोपेतून जाग येईल अशी वेदना
- विश्रांतीतही कमी न होणारी वेदना
- दिवसेंदिवस वाढणारी वेदना

साधी कंबरदुखी नसण्याची शक्यता !

8 इतर गंभीर लक्षणे

- मांडीच्या आतील भागात बधिरपणा (saddle anaesthesia)
- दोन्ही पायात लक्षणे
- चालणे अशक्य होणे
- अचानक सुरू झालेली तीव्र वेदना
- वय > 50 वर्षे आणि नवीन कंबरदुखी

विलंब करू नका - तज्ज्ञांचा सल्ला घ्या !

ही चिन्हे दिसल्यास तातडीने तपासणी करा - लवकर निदान, योग्य उपचार आणि चांगले परिणाम !

Dr. Gore

डॉक्टरकडे भेटीसाठी वेळ मर्यादित असतो. तुमची माहिती आधी व्यवस्थित अनुक्रमित असेल तर त्या वेळेचा उपयोग अधिक चांगला होतो.

१. मुख्य तक्रार एका वाक्यात लिहा

उदा. “तीन महिन्यांपासून कंबरेतून उजव्या पोटरीपर्यंत वेदना जाते; १५ मिनिटे चालल्यावर वाढते; बसल्यावर कमी होते.”

२. या आठ गोष्टी लिहा

कधी सुरू झाले?
कुठे दुखते?
कशाने वाढते?
कशाने कमी होते?
मुंग्या/बधिरपणा?
ताकद कमी?
किती चालता/बसता/झोपता येते?
आधी कोणते उपचार झाले आणि काय फायदा?

३. MRI घेऊन जा — पण शक्य असल्यास images फक्त रिपोर्ट नव्हे

शक्य असल्यास actual images उपलब्ध ठेवा. Clinical decision फक्त report text वर आधारित नसावा. REPORT देणारी व्यक्ती रुग्णाची तपासणी किंवा उपचार करत नाही.

४. तुमची उद्दिष्टे सांगा

तुम्हाला शेतीत काम करायचे आहे, office मध्ये बसायचे आहे, प्रवास करायचा आहे की फक्त २० मिनिटे वेदनाशिवाय चालायचे आहे — treatment goal प्रत्येकासाठी वेगळा असू शकतो.

आता आपण पाहूया की धोक्याची चिन्हे कोणती आहेत.

जेव्हा आपल्याला तीव्र आणि सततची वेदना जाणवते—जी इतकी तीव्र असते की त्यामुळे झोपेतही व्यत्यय येतो (शेजारील पृष्ठावरील [16] प्रतिमेत अशा ८ तक्रारी दर्शविल्या आहेत)—तेव्हा त्याकडे गंभीर कारणांचे लक्षण म्हणून पाहिले पाहिजे. अशा परिस्थितीत वेदनेचे मूळ कारण शोधणे आवश्यक असते. केवळ एमआरआय (MRI) तज्ज्ञ आणि प्रयोगशाळेचे अहवाल वाचून नेमके कारण समजणे कदाचित पुरेसे ठरणार नाही.

वेदना निर्माण करणाऱ्या घटकाचे स्थान हेच उपचारांचे लक्ष्य असते.

स्थानिक भूल (Local Anesthesia) मध्ये - स्टिचलेस (Stitchless) स्पाइन शस्त्रक्रिया

रुग्ण बोलत राहतो, आम्ही सुरक्षितपणे मुळापर्यंत पोहोचतो !

"मोठी शस्त्रक्रिया नव्हे,
समस्या जिथे आहे तिथेच पोहोचा."
- डॉ. गोरे

रुग्ण जागा असतो - आमच्यासाठी मोठा फायदा

- स्थानिक भूल - सुरक्षित आणि परिणामकारक
- रुग्ण शुद्धीवर - सतत संवाद शक्य
- लहान छिद्र - स्टिचची गरज नाही
- थेट डिस्कपर्यंत पोहोच - कमी ऊतींचे नुकसान
- लाईव्ह न्युरोमॉनिटरिंग (रुग्णाची प्रतिक्रिया + EMG)
- जास्त सुरक्षित - मुळांना इजा होण्याची शक्यता कमी
- कमी वेदना, कमी रक्तस्राव
- त्वरित हालचाल, लवकर घरी जाणे

रुग्णाशी सतत संवाद - हीच आमची सुरक्षा

- रुग्णाचे म्हणणे ऐकता येते
- पायातील संवेदना, ताकद तपासता येते
- मज्जातंतुद्वारे परिणाम त्वरित कळतो
- लाईव्ह EMG - मुळांची सुरक्षितता
- योग्य ठिकाणी शस्त्रक्रिया झाल्याची तात्काळ पुष्टी

त्वचेवर फक्त एक लहान छिद्र
(स्टिचलेस)

मोठी स्नायू छाटणी नाही,
हाडाचा मोठा भाग काढण्याची गरज नाही.

कमी त्रास - अचूक उपचार - रुग्णाच्या सहभागातून अधिक सुरक्षित शस्त्रक्रिया !

Dr. Gore

माझी ही परंपरा आणि इतरांपेक्षा वेगवेगळी मते कशावर आधारित आहेत, हे मी इथे स्पष्ट करू इच्छितो. गेल्या ४३ वर्षांपासून मी रुग्णांवर शस्त्रक्रिया करत आहे; विशेषतः १९९९ पासून मी 'लोकल ॲनेस्थेशिया' (स्थानिक भूल) देऊन, टाके न घालता आणि रुग्ण पूर्णपणे शुद्धीत असताना शस्त्रक्रिया करत आलो आहे. या अनुभवामुळे मला रुग्णांची मानसिकता, त्यांच्या वेदना व्यक्त करण्याची पद्धत, त्या वेदनांची संभाव्य कारणे आणि मूळ कारणापर्यंत पोहोचून त्यावर उपाययोजना करणे यांबाबत एक वेगळी आणि सखोल दृष्टी मिळाली आहे. या अनुभवातून मला हेही समजले आहे की, अनेकदा वेदना हा आजाराचा एक 'पूर्व-संकेत' (early warning) असू शकतो आणि अशा वेळी शस्त्रक्रियेविना इतर उपचारांचीही गरज भासू शकते.

माझ्यासाठी मूलभूत प्रश्न हा आहे की, वेदना कुठून येत आहेत आणि त्या का टिकून आहेत? आपण यावर सविस्तर चर्चा करणारच आहोत, पण इथे एवढेच सांगणे पुरेसे आहे की मणक्याच्या शस्त्रक्रियेबाबत (spine surgery) भीती बाळगण्याचे कारण नाही. योग्य निदानाशिवाय किंवा अपुऱ्या इमेजिंग/सोनोग्राफीशिवाय केल्या जाणाऱ्या 'ओपन सर्जरी'चे आणि धातूचे इम्प्लांट्स (metallic implants) वापरण्याचे दिवस आता बदलत आहेत.

शस्त्रक्रियेमुळे शरीराची हालचाल करण्याची क्षमता किंवा ताकद कमी होईल, ही पूर्वीची भीती आता बऱ्याच अंशी अनाठायी ठरली आहे. शस्त्रक्रियेपूर्वी सोनोग्राफी केल्यास मूत्राशयाच्या कार्याशी संबंधित समस्यांवर वेळीच उपचार करणे शक्य होते. येथे एक महत्त्वाची बाब म्हणजे, शस्त्रक्रियेची गरज ठरवताना लागणारा वेळ किंवा रुग्णाकडून निर्णय घेण्यास होणारा विलंब; अनेकदा या विलंबामुळेच शस्त्रक्रियेचे अपेक्षित परिणाम मिळत नाहीत. **अशा विलंबाची जबाबदारी रुग्णानेच स्वीकारणे आवश्यक असते.**

माझ्या कार्यपद्धतीत आम्ही 'सामायिक निर्णय प्रक्रिया' (shared decision making) अवलंबतो; आम्ही सर्व गोष्टी सविस्तर समजावून सांगतो आणि रुग्ण जागृत असतो, त्यामुळे गुंतागुंत किंवा दुष्परिणामांची शक्यता नगण्य असते. अर्थात, संसर्ग (infection), मज्जातंतूंना होणारी जळजळ किंवा रक्तस्राव यांसारख्या गोष्टींची शक्यता असू शकते. आजच्या काळात, मध्यमवयीन रुग्णांमध्ये मधुमेह, उच्च रक्तदाब आणि इतर सह-व्याधी (co-morbidities) यांसारख्या समस्याही चिंतेचे कारण ठरू शकतात; अशा वेळी शस्त्रक्रियेपूर्वीच्या योग्य तपासण्या खूप मदत करतात.

शस्त्रक्रियेपूर्वी, दरम्यान आणि नंतर रुग्णाशी मोकळा व शास्त्रीय संवाद साधणे ही आमची कार्यपद्धती आहे. काळ, विज्ञान आणि समाज बदलत आहेत. आपल्याला काम करण्याच्या नवीन पद्धती शिकण्याची गरज आहे.

GORE MATRIX – कंबरेच्या तक्रारीचा सोपा नकाशा

रुग्णाची लक्षणे विविध असली तरी ती काही ठराविक गटांतच बसतात – आणि काळानुसार वाढू शकतात.

"आपण आजाराचा प्रवास थांबवू शकत नाही, पण रुग्णांचे दु:ख नक्की कमी करू शकतो."
– डॉ. गोरे

कंबरेच्या आजारांमुळे होणारी प्रमुख लक्षणे – मर्यादित (Finite) आणि ओळखता येण्याजोगी

1 कंबरेतील वेदना (Low Back Pain)

मूळ समस्या – डिस्क किंवा फॅसेट

1A
डिस्कमुळे कंबरदुखी

- वाकणे, बसणे, उचलणे याने वाढते
- सहसा मध्यभागी
- अनेकदा सुरुवात येथे होते

1B
फॅसेटमुळे कंबरदुखी

- मागे वाकल्याने वाढते
- एका बाजूला जास्त
- काही रुग्णांत दीर्घकाळ त्रास

2 पायातील वेदना (Leg Pain)

दोन स्वरूपात

2A
पूर्ण पायात वेदना (सायटिका)

- नितंब ते पायापर्यंत वेदनांचा प्रवास
- साधारणत: L5 किंवा S1 मज्जामुळाशी संबंधित
- अनेकदा कंबरदुखीनंतर किंवा कधी कधी थेट

2B
मर्यादित पायातील वेदना (पॅची वेदना – गुडघा, टाच इ.)

- एका विशिष्ट भागातच वेदना
- उदा. गुडघा, टाच, पाऊल, मोठे बोट इ.
- अनेकदा सांधेदाचे सुरुवातीचे लक्षण असू शकते

3 पायात मुंग्या / बधिरपणा (Leg Numbness)

उभे राहिल्यावर किंवा चालल्यावर

3A
मणका स्थिर (Stable Spine)

– बहुतांश रुग्ण (सुमारे 80–90%)

- उभे राहणे किंवा चालल्यावर पायात मुंग्या, जडपणा, बधिरपणा
- सहसा स्पायनल कॅनाल स्टेनोसिसमध्ये
- मणका रचनात्मकदृष्ट्या स्थिर असतो
- योग्य उपचाराने त्रास कमी होऊ शकतो

3B
मणका अस्थिर (Unstable Spine)

– काही रुग्ण (सुमारे 10–20%)

- उभे राहणे, चालणे याने लक्षणे वाढू शकतात
- एक्स-रे / गतिशील इमेजिंग मध्ये अस्थिरता दिसू शकते (उदा. स्लीप)
- काही रुग्णांमध्ये विशेष काळजी आणि वेगळ्या उपचारयोजना आवश्यक

लक्षणांचा काळानुसार प्रवास (Arrow of Time)

1 कंबरदुखी (Disck / Facet) → 2 पायातील वेदना (सायटिका / पॅन्ची) → 3 पायात मुंग्या / बधिरपणा (उभे राहिल्यावर, चालल्यावर)

कमी करतो.

वेळेनुसार लक्षणे वाढू शकतात (दु:ख अधिक होते)

महत्त्वाचा संदेश:

- कंबरेच्या लक्षणांचे काही ठराविक गट आहेत – ते अनंत नाहीत.
- या लक्षणांना काळाची दिशा आहे – बहुतेक वेळा ती वाढण्याकडे झुकतात.
- आपण रोगाचा नैसर्गिक प्रवास पूर्णपणे थांबवू शकत नाही, पण रुग्णांचे दु:ख, वेदना आणि अपंगत्व नक्की कमी करू शकतो.

"लक्षात ठेवा –
आपण मणका नाही,
रुग्णाचे दु:ख उपचासतो."
– डॉ. गोरे

ओळखा | समजा | योग्य गटात बसवा | योग्य उपचार करा | रुग्णाचे दु:ख कमी करा

आता आपण वृद्धत्वामुळे पाठीच्या कण्यात होणारे बदल [लक्षणविरहित] समजून घेऊया. हे बदल मणक्यांच्या फॅसेट सांध्यांमध्ये, मणक्यांच्या मध्ये असलेल्या डिस्कमध्ये आणि त्यामधील जागा व खिडकी झाकणाऱ्या अस्थिबंधात (लिगामेंट) होतात. निरोगी वृद्ध व्यक्तीमध्ये हे बदल लक्षणविरहित असतात. माझ्या काही हजारांहून अधिक प्रकरणांच्या अनुभवातून मी हे लक्षात घेतले आहे की, येणारी **महत्त्वाची लक्षणे अमर्याद नसतात**. स्नायूंचा अशक्तपणा, चुकीची बसण्याची किंवा उभे राहण्याची पद्धत, कुपोषण इत्यादी किरकोळ कारणे सहजपणे ओळखली जातात आणि त्यावर उपचार केले जातात. खूप पूर्वी झालेला आघात, पण आता वेदना देत असल्यास, जी दीर्घकाळ टिकून राहते किंवा खूप कालावधीनंतर सुरू होते, त्याकडे लक्ष देणे आवश्यक आहे.

सामान्य लक्षणांचा समावेश ३ प्रकारांमध्ये केला जाऊ शकतो: पाठदुखी, पायाचे दुखणे, उभे राहताना आणि चालताना पायांमध्ये वेदना आणि बधिरता, लघवीच्या तक्रारींसह किंवा त्याशिवाय. पाठदुखी डिस्क किंवा फॅसेटशी संबंधित असू शकते. पायांमधील वेदना सामान्यतः डिस्कशी संबंधित असून त्या काही मर्यादित ठिकाणी किंवा संपूर्ण पायात असू शकतात [पुन्हा, त्यांचे वितरण वेगवेगळे असू शकते], आणि पाठीच्या कण्यामुळे पायांमध्ये येणारी बधिरता ही वृद्धत्वामुळे ताठ झालेल्या, स्थिर पाठीच्या कण्यामुळे किंवा अस्थिरतेमुळे असू शकते.

मी २० च्या दशकात १ 'ए', ३०-४० च्या दशकात २ 'बी', ४० च्या दशकात २ 'ए', ५० च्या दशकात १ 'बी', [फारसे सामान्य नसले तरी] ६० च्या दशकात ३ 'ए', ५० च्या दशकात किंवा त्या सुमारास ३ 'बी' पाहिले आहेत, 3B जे स्त्रियांमध्ये जास्त प्रमाणात आढळते. सर्वात महत्त्वाचे म्हणजे, काळानुसार यात प्रगती होत जाते. जर तुमची जनुकीय रचना चांगली असेल, जीवनशैली, पोषण, विश्रांती, झोपेचे तास आणि व्यायाम या सर्व गोष्टी चांगल्या असतील,

तर या सर्व गोष्टींना उशीर होऊ शकतो किंवा त्या अगदी कमी प्रमाणातही येऊ शकतात.

पण एकदा का वेदना सुरू झाली की, आपण केवळ ती कमी करू शकतो; वेदनेला कारणीभूत ठरलेला मूळ बदल पुन्हा पूर्ववत करू शकत नाही. अर्थात, भविष्यात कदाचित हे शक्य होऊ शकेल.

आपल्या शरीराच्या कार्यामध्ये होणारे बदल समजून घेण्याची आणि ते व्यक्त करण्याची क्षमता देवाने प्रत्येकाला दिली आहे. तरीही, त्या बदलांचे रुग्णाने स्वतः केलेले वर्णन कधीकधी शरीराच्या आत होणारा प्रत्यक्ष बदल समजून घेण्यासाठी पुरेसे नसते. तिथे तुम्हाला एका तज्ज्ञ वैद्यकीय तज्ज्ञाची गरज असते.

गुडघ्याच्या बाहेरील बाजूची वेदना

टाचेत वेदना

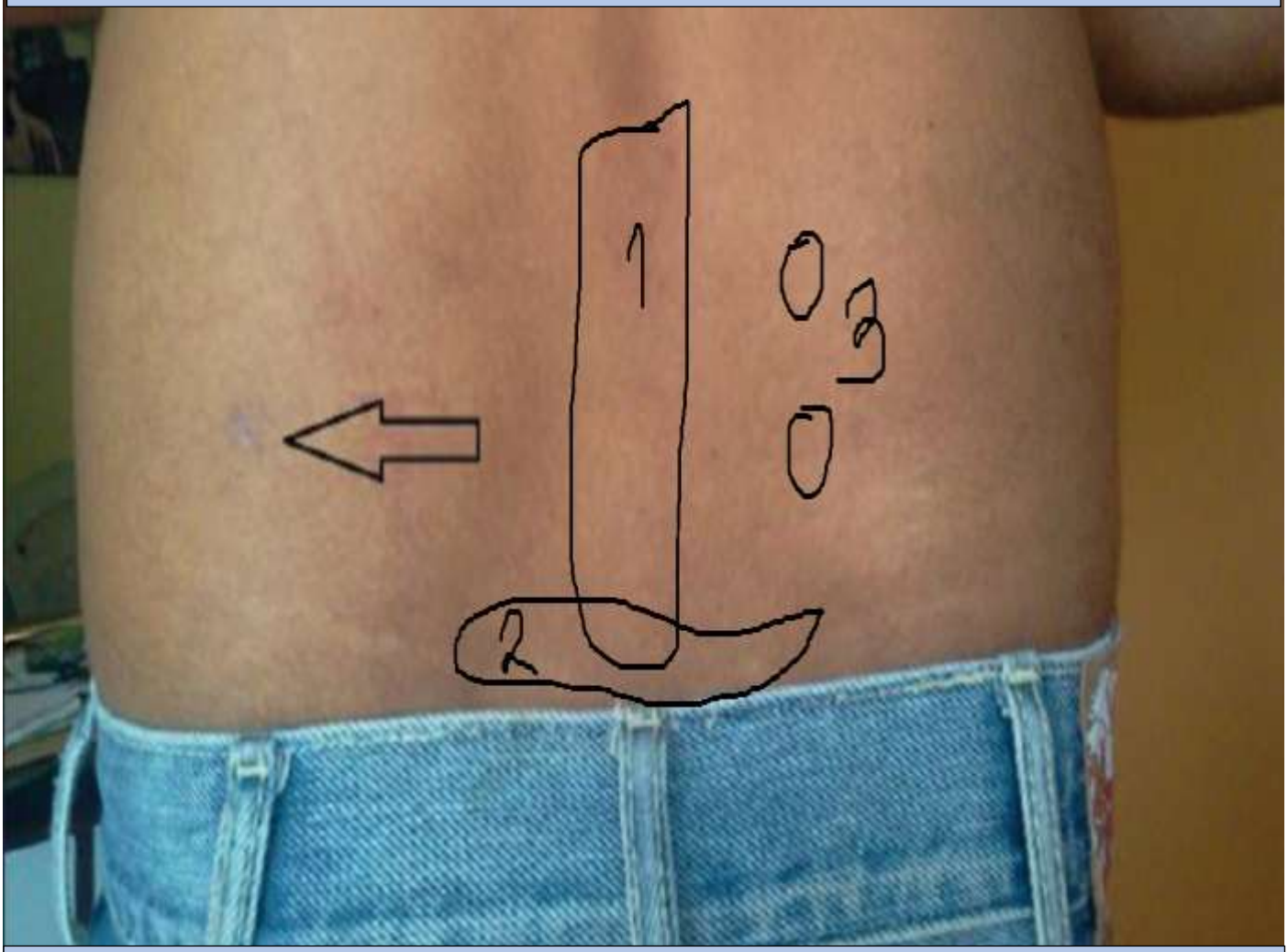
माकडहाडाचे दुखणे

कंबरदुखी आणि संबंधित संभाव्य वेदना

१. सामान्यत: L45 मुळे होणारी उभी वेदना, गुडघ्याच्या दुखण्याशी संबंधित असू शकते.

२. L5S1 मुळे होणारी आडवी वेदना, टाच किंवा माकडहाडाच्या दुखण्याशी, जांघेच्या दुखण्याशी संबंधित असू शकते.

३. बाजूला होणारी वेदना, फॅसेटशी संबंधित, मागे वाकल्याने किंवा वळल्याने वाढते, खोकल्याने किंवा शिंकल्याने वाढत नाही.



डावीकडील बाण तुम्हाला 'विना-टाके शस्त्रक्रिये'द्वारे (stitchless surgery) शक्य असलेल्या उपायाकडे लक्ष वेधण्यासाठी दर्शविला आहे.

आपण पाठदुखी समजून घेण्याचा प्रयत्न करूया. ही वेदना सामान्यतः उभी किंवा आडवी पसरते. L45 डिस्कमुळे साधारणपणे उभी[1] आणि L5S1 डिस्कमुळे आडवी [2] वेदना होते. जर डिस्कमध्ये अगदी कमी बदल हे कारण असेल आणि झोपून मागच्या बाजूला वाकल्यावर वेदना थांबत असेल, तर व्यायाम किंवा औषधोपचार करूनही ती लवकर बरी होण्याची शक्यता असते. ** गुडघ्यात [L5] किंवा टाचेत {s1} पायांमध्ये संबंधित वेदना असणे सामान्य आहे. वेदनेचा हा संबंध मला केवळ माझ्या जागृत आणि जागरूक उपचार पद्धतीमुळेच समजला आहे.

डिस्कमधून येणारी वेदना खोकल्याने, शिंकण्याने किंवा हालचाल करताना जोर लावल्याने वाढते.

चित्रांच्या उजव्या भागात दाखवल्याप्रमाणे बाजूला ठिकठिकाणी होणारी वेदना[3] सामान्यतः फॅसेटमुळे असते, जी मागे वाकल्यावर किंवा वळल्यावर अधिक जाणवते. खोकल्याने किंवा शिंकण्याने ती वाढत नाही आणि रुग्ण अंगठ्याचा वापर करून ती दाखवतात; सामान्यतः दोन्ही बाजूंना त्रास होतो.

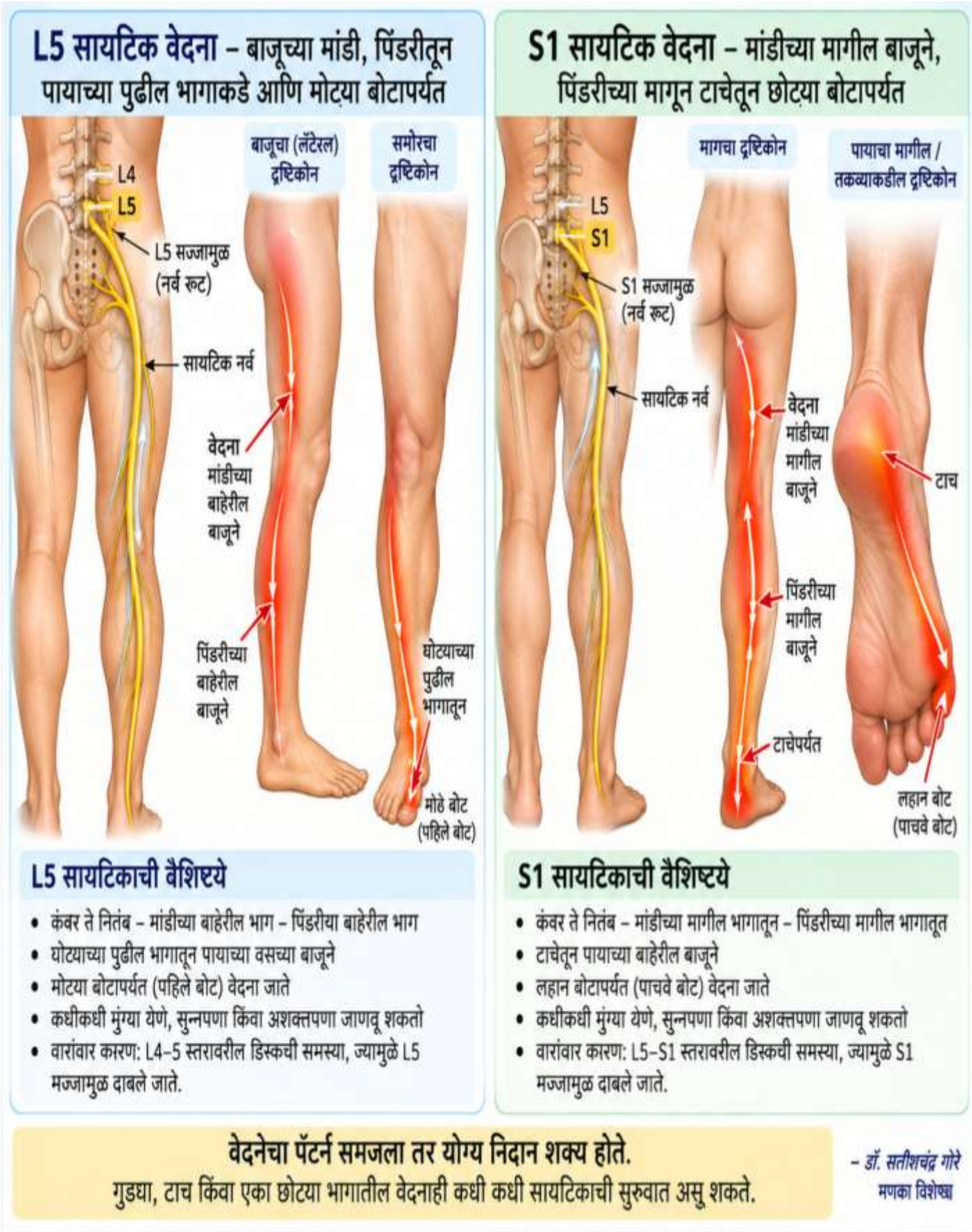
पाठदुखी आणि पायांच्या वेदनेसह होणारी पाठदुखी यात महत्त्वाचा फरक करणे आवश्यक आहे. हे आजाराच्या प्रगतीचे लक्षण आहे. जरी आपल्या तपासणीत नसा सुजलेल्या असल्या [गोर साइन, ज्याबद्दल आपण नंतर बोलू] तरी पायांची वेदना अनुपस्थित असू शकते. हे रुग्णाच्या सहनशीलतेमुळे नव्हे, तर एका मर्यादेमुळे होते; ती मर्यादा ओलांडल्यावर मेंदूपर्यंत संकेत पोहोचू लागतात आणि त्रास सुरू होतो.

१. वर्णन केल्याप्रमाणे पाठदुखी ही पाठीच्या मधल्या भागातील किंवा मानेच्या दुखण्याशी संबंधित असू शकते आणि तिचे कारण वेगळे असू शकते.

२. पाठीच्या मधल्या भागात आणि नितंबाच्या बाजूच्या हाडांजवळ होणारी सामान्य वेदना ही D12 L1 येथील कॉम्प्रेशन फ्रॅक्चरमुळे असू शकते.

३. पाठीतील वेदना नितंबाच्या सांध्याच्या दुखण्याशी देखील संबंधित असू शकते. नितंबाच्या सांध्याचे दुखणे सामान्यतः जांघेत असते, त्यामुळे नितंब फिरवण्यावर मर्यादा येतात आणि सरळ बसता येत नाही.

पुन्हा एकदा हे लक्षात घेणे अत्यंत महत्त्वाचे आहे की, खाली पडल्यामुळे किंवा घसरल्यामुळे झालेली दुखापत, तसेच सततची वेदना (जी रात्री अधिक तीव्र होते), वेदनेसोबत ताप येणे, पायांमध्ये तीव्र वेदना पसरणे व त्यासोबत अशक्तपणा जाणवणे आणि लघवीच्या क्रियेत बिघाड होऊन तो वाढत जाणे — या गोष्टींकडे तातडीने लक्ष देणे गरजेचे आहे. यात विलंब करणे धोकादायक आणि जीवघेणेही ठरू शकते.



आता अनेक रुग्णांच्या एका अत्यंत महत्त्वाच्या तक्रारीकडे वळूया, ती म्हणजे पायातील वेदना. ही वेदना गुडघा, टाच, मांडीचा सांधा (groin) किंवा माकडहाड (coccyx) यांसारख्या विशिष्ट ठिकाणी असू शकते; परंतु बऱ्याचदा

ती संपूर्ण पायात जाणवते. पाठीत समस्या असूनही पायात वेदना का होतात? याचे कारण म्हणजे 'डॉर्सल रूट गँग्लियन' (dorsal root ganglion) तो संवेदी मज्जातंतूचा भाग आहे, मधील बिघाड.

जर L5 मज्जातंतूच्या (nerve) मार्गावर काही समस्या निर्माण झाली, तर चित्रात दर्शविल्याप्रमाणे L5 शी संबंधित भागात वेदना होऊ शकतात; तसेच नितंब किंवा पाऊल कमकुवत होऊ शकते. यात वेदना मज्जातंतूच्या मार्गावरून खाली पायापर्यंत आणि अंगठ्यापर्यंत (पायाच्या मोठ्या बोटापर्यंत) जाते. जर समस्या S1 मज्जातंतूशी संबंधित असेल, तर वेदना नितंबाच्या मागील भागातून, मांडीच्या मागील बाजूस, आणि पोटरीवरून टाचेपर्यंत व पायाच्या करंगळीपर्यंत जाते. समस्या गंभीर असल्यास स्नायूंची कमजोरी किंवा बधीरपणा (numbness) जाणवू शकतो.

वेदना बाहेरून दिसत नाही किंवा तिचे मोजमाप करता येत नाही, त्यामुळे रुग्णाने वेदनेचे नेमके ठिकाण त्याला काय वाटते, अचूकपणे दर्शवणे अत्यंत महत्त्वाचे असते. **वेदना ज्या ठिकाणी जाणवते, त्यापेक्षा वेगळ्या ठिकाणी तिचे मूळ कारण असू शकते**. वेदना होणारा भाग चिन्हांकित करण्यासाठी आम्ही कधीकधी रुग्णाला बोटाचा किंवा रंगीत पेनचा वापर करण्यास सांगतो.

वेळेनुसार आणि शरीराच्या विविध स्थितींनुसार (उदा. बसणे, उभे राहणे, चालणे किंवा झोपणे) वेदनेमध्ये होणारे बदल समजून घेणे महत्त्वाचे असते. 'डिस्क'शी संबंधित वेदना सहसा बसल्यामुळे वाढते. तसेच, शरीरावर थंड हवा लागल्यास—विशेषतः पंखा, एसी (AC) किंवा कुलरखाली झोपताना—वेदना वाढते, असे सामान्यतः दिसून येते. **वेदनांचे स्वरूप, त्यांचे स्थान आणि तीव्रता यांची माहिती असणे महत्त्वाचे आहे, कारण त्यावरच पुढील कार्यवाही अवलंबून असते.**

एकच MRI सारखा दिसू शकतो – पण रुग्णाची वेदना खूप वेगळी असू शकते!

MRI मध्ये दिसणारा बदल नेहमीच वेदनेचे प्रमाण सांगत नाही.

A रुग्ण 1 – कोणतीही वेदना नाही

वय: 45 वर्षे, पुरुष, नियमित व्यायाम, दैनंदिन कामामध्ये सक्रिय

"मला कंबर किंवा पायात कोणतीही वेदना नाही. मी नियमित काम आणि व्यायाम करतो."

MRI – कंबर (L4-5)
डिस्क बल्ज (सारखाच दिसणारा बदल)

- कंबर किंवा पायात वेदना नाही.
- कुठलेही न्यूरोलॉजिकल लक्षण नाही.
- दैनंदिन जीवन पूर्णपणे सामान्य.
- हा MRI योगायोगाने (इतर कारणांसाठी केलेल्या तपासणीत) सापडला.

B रुग्ण 2 – तीव्र सायटिका

वय: 48 वर्षे, महिला, गेल्या 3 महिन्यांपासून उजव्या पायात तीव्र वेदना

"माझ्या कंबरापासून उजव्या पायात खूप वेदना आहे. बसणे, चालणे आणि झोपणेही कठीण झाले आहे."

MRI – कंबर (L4-5)
डिस्क बल्ज (सारखाच दिसणारा बदल)

- कंबरापासून पायापर्यंत तीव्र वेदना (सायटिका).
- बसल्यावर, उभे राहिल्यावर, चालताना त्रास.
- कधी कधी मुंग्या, जळजळ किंवा अशक्तपणा.
- तपासणीत सायटिक नर्व्हची संवेदनशीलता (Gore Sign सकारात्मक असू शकतो).

महत्त्वाचा संदेश:

फक्त MRI पाहून वेदनेचे प्रमाण समजत नाही.

रुग्णाची तक्रार, तपासणी, न्यूरोलॉजिकल मूल्यांकन आणि संपूर्ण परिस्थिती एकत्र पाहूनच योग्य निर्णय घ्यावा.

प्रत्येक MRI सारखी असू शकते – पण प्रत्येक रुग्णाची वेदना वेगळी असते. रुग्णाला समजून घ्या, फक्त MRI ला नाही.

– डॉ. सतीशचंद्र गोरे
मणका विशेषज्ञ

आता माझ्या कामातील एका सामान्य पण महत्त्वाच्या समस्येकडे वळूया, ती म्हणजे एमआरआय (MRI) आणि त्याच्या अहवालाचे (रिपोर्टचे) अति-महत्त्व किंवा प्रभाव. अनेकदा एमआरआयच्या प्रतिमा (images) खराब दिसू शकतात, तरीही रुग्णामध्ये कोणतीही लक्षणे नसतात; कारण त्या प्रतिमांमध्ये केवळ वयोमानानुसार होणारे बदल दिसू शकतात, ज्यांचा मज्जातंतूंवर किंवा रक्तवाहिन्यांवर कोणताही परिणाम झालेला नसतो. याउलट, तशाच प्रकारच्या प्रतिमा असूनही रुग्णामध्ये गंभीर लक्षणे असू शकतात. येथे एमआरआयच्या मर्यादा समजून घेणे अत्यंत महत्त्वाचे आहे.

एमआरआय (MRI) अहवाल हा रचनेतील बदलांविषयी असतो, कार्याविषयी नाही. दुर्दैवाने, एमआरआय तज्ज्ञ सहसा एमआरआय इमेजिंगच्या मर्यादांबद्दल माहिती देत नाहीत. त्यातील काही प्रमुख मर्यादा म्हणजे: यात शरीरातील दाह (inflammation) दिसत नाही; तसेच शरीरातील बदलांमुळे आजूबाजूच्या मज्जातंतू आणि रक्तवाहिन्यांवर होणाऱ्या प्रतिक्रिया कदाचित दिसत नाहीत. एमआरआय नेहमी पाठीवर झोपून (चेहरा वरच्या दिशेला ठेवून) केला जातो. एमआरआय मशीन शरीराचे अत्यंत सूक्ष्म (१ मिमीचे) 'कट्स' किंवा विभाग घेते, परंतु एमआरआय केंद्र त्यापैकी खूपच कमी 'कट्स' देते. **एमआरआय तज्ज्ञ रुग्णाची प्रत्यक्ष तपासणी करत नाहीत किंवा त्यांच्यावर उपचारही करत नाहीत.** अलीकडे 'टेलि-रेडिओलॉजी'चा (Teleradiology) एक नवीन प्रवाह सुरू झाला आहे. यात डॉक्टर रुग्ण आणि एमआरआय मशीनपासून दूर बसून अहवाल देतात. अशा वेळी ते असे नमूद करू लागले आहेत की, हा अहवाल कोणत्याही वैद्यकीय-कायदेशीर (medicolegal) जबाबदारीशिवाय दिला जात आहे आणि रुग्णाची ओळखही निश्चित करता येत नाही. या विषयावर , जबाबदारी कोणाची आहे याबद्दल सविस्तर चर्चा होणे गरजेचे आहे. अनेकदा असे घडते की, एमआरआय (MRI) केल्यामुळे उत्तरांऐवजी अधिक प्रश्नच निर्माण होऊ शकतात.

तपासणीच्या अखेरीस आपण ज्या मुद्द्यांवर लक्ष केंद्रित केलेले असते, ते लक्ष विचलित होते आणि चर्चेत अनावश्यक गोष्टींचा समावेश होऊ लागतो. वैद्यकीय-कायदेशीर जबाबदारीच्या बाबतीत, जबाबदारीचा किमान वैद्यकीय भाग तरी एमआरआय (MRI) केंद्राने स्वीकारला पाहिजे. हळूहळू या एमआरआय अहवालांशी संबंधित प्रश्नांवर चर्चा करणे आणि ते सोडवणे खूप वेळखाऊ बनत चालले आहे.

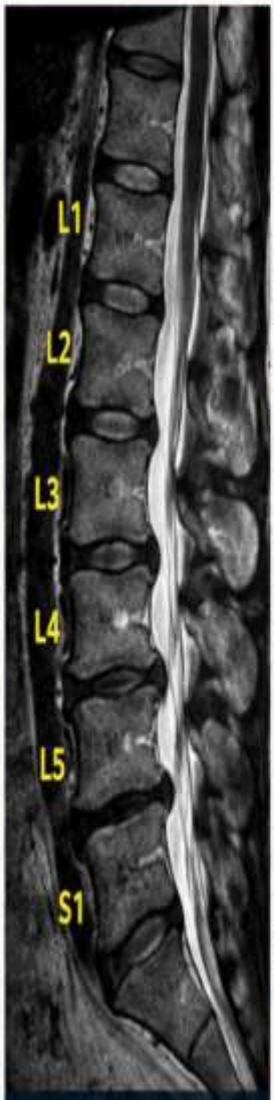
रुग्णाला शरीराच्या कार्यातील बदल म्हणून जे जाणवते, त्याला एमआरआय (MRI) प्रतिमांद्वारे कदाचित चांगला दुजोरा मिळू शकेल; परंतु त्याबाबतचा अंतिम निर्णय इमेजिंग तज्ज्ञाने नव्हे, तर उपचार करणाऱ्या डॉक्टरांनीच घेणे आवश्यक आहे. माझ्याकडे अनेकदा असे रुग्ण येतात ज्यांना गुडघ्याच्या बाहेरील बाजूला वेदना होत असतात आणि ते गुडघ्याचे एमआरआय (MRI) घेऊन येतात; मात्र, अनेक वेळा माझ्या तपासणीतून आणि अनुभवातून असे दिसून येते की, त्या वेदनेचे मूळ कारण पाठीमध्ये असते.

वय 58 वर्ष – MRI मध्ये बरेच बदल, पण तक्रारी कमी !

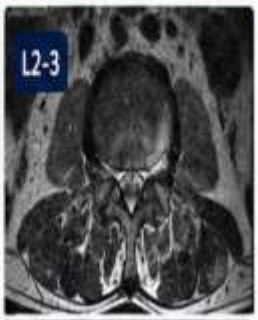
फक्त MRI नाही, तर रुग्णाला पहा – रुग्ण चालतोय, जगतोय, कार्यक्षम आहे का ते महत्त्वाचे !

"प्रतिमेत दिसणारे सर्व बदल हे नेहमीच शस्त्रक्रियेची गरज असतातच असे नाही."
– डॉ. गोरे

वय : 58 वर्ष
- सुमारे 3 कि.मी. चालू शकतो
- ठराविक पाठदुखी नाही
- दैनंदिन कामे व्यवस्थित
- जीवनमान चांगले



MRI : अनेक स्तरावर डिस्कचे क्षय, उंची कमी, बॉल्ज, फॅसेट बदल



अक्षीय (Axial) प्रतिमा : कॅनाल अरुंद, फॅसेट जाडी वाढलेली, डिस्क बॉल्ज – अनेक स्तरावर बदल

MRI मध्ये अनेक स्तरावर (multilevel) डिजनेरेटिव बदल आहेत, पण लक्षणे कमी आहेत.

पण तरीही आपण थांबतो (Wait) कारण:

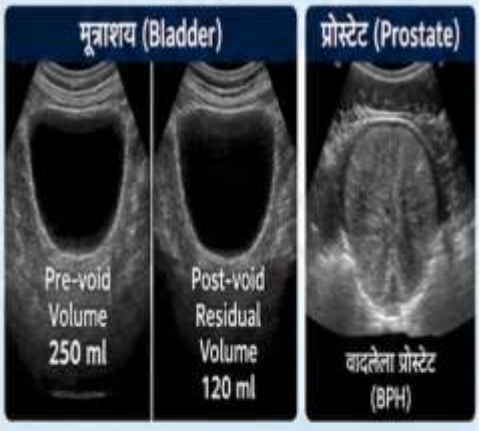
- रुग्णाला गंभीर वेदना नाहीत
- तो व्यवस्थित चालू शकतो (सुमारे 3 कि.मी.)
- दैनंदिन जीवनात मोठा अडथळा नाही
- फक्त MRI पाहून शस्त्रक्रिया करणे योग्य नाही
- नियमित फॉलो-अप आणि जीवनशैली सल्ला

मात्र एक महत्त्वाची तपासणी करू!

विशेषत: पुरुष रुग्णांमध्ये –
लक्षणे नसतानाही मूत्राशयात लघवी साठून राहू शकते (urinary retention). हे स्नायुविक कारणाने किंवा वाढलेल्या प्रोस्टेटमुळे असू शकते.

USG – मूत्राशय व प्रोस्टेट तपासणी

(सर्व 58+ वर्षांच्या पुरुष रुग्णांमध्ये शिफारस)



Post-void residual (PVR) जास्त असल्यास (उदा. > 100 ml) – पुढील उपचार आवश्यक.

फक्त MRI नव्हे – संपूर्ण रुग्णाचे मूल्यमापन करा !

लक्षणे + कार्यक्षमता + न्यूरोलॉजिकल तपासणी + मूत्राशय/प्रोस्टेट तपासणी = योग्य निर्णय

Dr. Gore

मी यापूर्वीच एमआरआय (MRI) स्कॅनच्या अहवालातील समस्यांचा उल्लेख केला आहे. पुन्हा एकदा हे समजून घेऊया की, एमआरआय (MRI) द्वारे दिसणारे संरचनात्मक बदल हे कार्याशी संबंधित नसू शकतात.

चला, काही उदाहरणे पाहूया. ५८ वर्षांच्या एका पुरुष रुग्णामध्ये काही मर्यादित लक्षणे दिसून आली, परंतु योग्य तपासणीनंतर त्यांना 'सर्व काही ठीक आहे' असे प्रमाणित करता आले. या रुग्णांमध्ये एमआरआय अहवालात अनेकदा सर्वसमावेशक माहिती देण्याचा प्रयत्न केला जातो; यामुळे मूळ गोष्टीकडे दुर्लक्ष होते, ती म्हणजे रुग्णाला होणारा त्रास नगण्य आहे.

यावरून मिळणारा धडा असा की, वयानुसार मूलभूत बदल सुरू झाले आहेत आणि त्यांची प्रगती झाली आहे, आता मोठे दुःख नसल्यामुळे पुढची पायरी म्हणजे मूळ गोष्टींकडे परत जाणे, जसे की...रुग्णाने आपली जीवनशैली, आहार, झोप, कामाचे स्वरूप, तणाव, इतर औषधे आणि मधुमेह व रक्तदाबावरील नियंत्रण या गोष्टी योग्य आहेत ना, याची पुन्हा खात्री करून घेतली पाहिजे.

अनेकदा आपले आयुष्य सुरळीत आणि शांत चाललेले असते, पण केवळ कोणाच्या तरी सांगण्यावरून "एकदा एमआरआय करून बघ" म्हणून केलेली ती चाचणी आपली मानसिक शांतता आणि झोप हिरावून घेऊ शकते.

वय 42 वर्ष – MRI जवळजवळ सामान्य, पण पाय उचलत नाही (Foot Drop) !

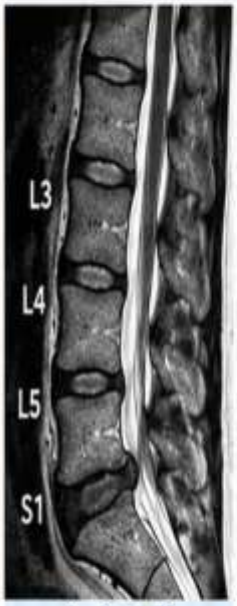
लक्षणांची तीव्रता इमेजिंगपेक्षा जास्त महत्त्वांची असू शकते – प्रगतीशील न्यूरोलॉजिकल कमतरता ही शस्त्रक्रियेची लवकर गरज दर्शवते.

रुग्ण : वय 42 वर्ष

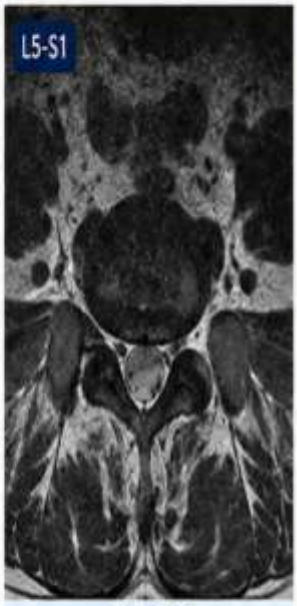
- काही आठवड्यांपासून उजव्या पायाची शक्ती कमी
- पाय उचलताना अडचण (Foot Drop)
- सुरुवातीला थोडी कमजोरी, आता वाढत आहे
- पाठदुखी कमी किंवा नाही
- दैनंदिन कामात अडथळा

पाय वर उचलता येत नाही (Dorsiflexion weakness)

MRI – अत्यल्प बदल !



Sagittal MRI
फक्त किरकोळ डिस्क बुल्क (L5-S1) – मोठा दबाव नाही



Axial MRI
किरकोळ बुल्क / ॲन्युलर टीअर – मात्र स्पष्ट मोठी हर्निएशन नाही

इमेजिंगमध्ये बदल कमी असले, तरी लक्षणे गंभीर आहेत.

न्यूरोलॉजिकल तपासणी

टिबिअर्तिस ॲंटेरियर (L4-L5) शक्ती : **1/5 – 2/5**

पाय उचलता येत नाही (Foot Drop)

रिफ्लेक्स/संवेदना : बदल असू शकतो

आधी इतर कारणे नक्की वगळा

1 Type 1 Disc Herniation (Sequestrated / Migrated disc)
- MRI मध्ये लपलेली हर्निएशन शोधा (contrast MRI विचारात घ्या)
- क्लिनिकल व इमेजिंग सुसंगतता तपासा

2 दाहजन्य (Inflammatory) कारणे
- उदा. न्यूरायटिस, रॅडिक्युलायटिस (viral, autoimmune), TB, इतर संक्रमण, ट्यूमर
- आवश्यक असल्यास रक्त तपासणी, ESR, CRP, आण इतर तपासण्या करा

! प्रगतीशील फुटड्रॉप = शस्त्रक्रियेचा लवकर विचार

- न्यूरोलॉजिकल कमतरता (motor deficit) वाढत आहे
- रुग्ण तरुण (42 वर्ष)
- जीवनमानावर मोठा परिणाम
- इमेजिंगमध्ये बदल कमी असले तरी, लक्षणे गंभीर
- उशीर केल्यास कायमची कमजोरी राहण्याचा धोका

"वेळेवरचा निर्णय भविष्यतील कार्यक्षमतेचे संरक्षण करतो."

उपचाराचा उद्देश

- दबलेली नस (nerve root) डिकम्प्रेस करणे
- पायाची शक्ती परत आणण्याची शक्यता वाढवणे
- दीर्घकालीन अपंगत्वाचा धोका कमी करणे

संदेश

MRI किती बदल दाखवतो यापेक्षा, रुग्ण कया अनुभवतो आणि न्यूरोलॉजिकल तपासणीत काय दिसते हे अधिक महत्त्वाचे आहे.

लक्षणांकडे लक्ष द्या – प्रतिमा नव्हे तर रुग्णाचा विचार करा !

Dr. Gore

इथे आणखी एका रुग्णाला पाहतोय, वय ४२, पण त्याच्या पायाचे स्नायू कमजोर आहेत आणि तो पायाची बोटे वर उचलू शकत नाही. एमआरआय तज्ञांकडून सामान्यतः असा अहवाल दिला जातो की, "कोणताही लक्षणीय दाब (compression) दिसला नाही." जे त्या जागी बरोबर आहे. पण त्याचा उपयोग होत नाही, कारण रुग्णाला अशक्तपणा, कदाचित बधिरता किंवा चालण्यात अडचण का आहे, या प्रश्नाचे उत्तर मिळत नाही. या विसंगत अहवालाचे खरे कारण म्हणजे, प्रभावित मज्जातंतूची सूज प्रतिमांमध्ये (images) दिसून येत नाही.

आता इथे आम्ही खालील गोष्टी स्पष्ट करण्याचा प्रयत्न करतो:

१. प्रतिमांचे (images) ढोबळ अवलोकन दिशाभूल करणारे असू शकते.

२. रुग्ण एमआरआय अहवालामुळे गोंधळून जाऊ शकतो आणि त्याची दिशाभूल होऊ शकते. रुग्णाची तपासणी करून उपचार करणारा डॉक्टर आणि कोणत्याही कारणास्तव तसे न करणारा डॉक्टर यांच्यातील मतांतर आजकाल वाढत आहे आणि आम्हा डॉक्टरांसाठीही ही एक मोठी चिंतेची बाब आहे.

३. माझी शस्त्रक्रिया, जी मिमी पर्यंत अतिशय अचूक असते, तिला शेवटच्या डिस्कमध्ये एक फुगवटा दिसतो आणि आम्ही याची पुष्टी करू शकतो की त्यामुळे L5 संबंधित बदल होत आहेत आणि त्यावर लक्ष देण्याची गरज भासू शकते.

४. लक्षणांनुसार मज्जातंतूंच्या कार्याविषयी आणि विद्युत पॅरामीटर्सविषयी, जसे की ईएमजी (EMG) आणि एनसीव्ही (NCV), अतिरिक्त तपासण्यांची आवश्यकता असू शकते.

५. रुग्ण साहजिकच चिंतेत असतो. आता जर निर्णय घेण्यास विलंब झाला, तर कायमस्वरूपी अशक्तपणा राहू शकतो, पण त्याचा दोष उपचार करणाऱ्या डॉक्टरांवर येऊ शकतो. रुग्णाला बरे होण्याबद्दल रास्त अपेक्षाही असू शकतात,

यावर अधिक चांगली चर्चा करून आवश्यक उपचारांबद्दल एकत्रितपणे निर्णय घेणे गरजेचे आहे.

जेव्हा अहवाल आणि रुग्णाला होणारा त्रास यामध्ये तफावत दिसून येते, तेव्हा एखाद्या तज्ज्ञ डॉक्टरांचा सल्ला घेणे आवश्यक असते हे रुग्णाने समजून घेतले पाहिजे; तसेच, त्यानंतर डॉक्टरांचे म्हणणे ऐकून घेऊन पुढील कार्यवाहीचे नियोजन केले पाहिजे.

वय 65 वर्ष – वेदना नाही, पण पायात बधिरपणा, चालताना त्रास – कारण काय ?

स्पाइनमध्ये मल्टिलेव्हल नॅरोइंग आहे, पण आधी रक्तपुरवठा तपासा !

"फक्त MRI पाहून शस्त्रक्रिया करु नका; संपूर्ण रुग्णाकडे पाहा."
– डॉ. गोरे

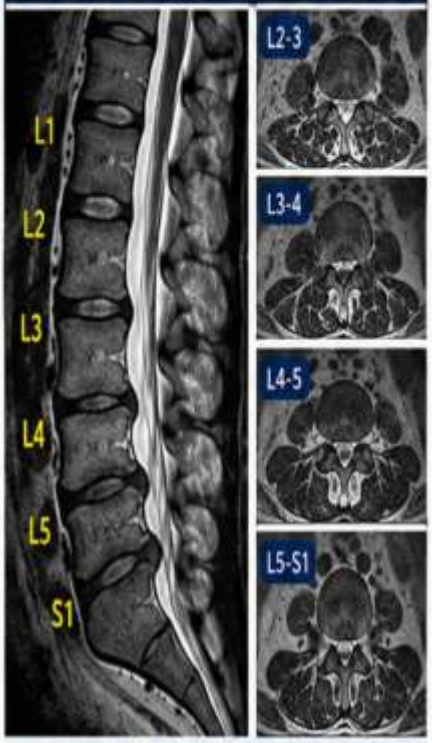
रुग्ण : वय 65 वर्ष

- कोणतीही पाठदुखी नाही
- पायात बधिरपणा / मुंग्या येणे
- जास्त चालल्यावर पाय जड होणे, लगेच विश्रांतीची गरज
- मधुमेहाचा इतिहास
- हृदयविकाराचा इतिहास (स्टेंट / ब्लॉकेज)
- रक्तदाब / कोलेस्टेरॉल
- धूम्रपानाचा इतिहास असू शकतो

तपासणीमध्ये आढळले

- खालच्या पायांना स्पर्शानुभूती कमी
- पायांचे नाडीचे ठोके (Dorsalis pedis व Posterior tibial) मिळत नाहीत
- पाय थंड, त्वचा पातळ, केस कमी
- कधी कधी चालताना पिंडऱ्यात वेदना
- मधुमेहामुळे संवेदना कमी असू शकते

स्पाइन MRI – अनेक स्तरावर नॅरोइंग (Stenosis)



MRI मध्ये L2 ते S1 पर्यंत मल्टिलेव्हल डिजेनेरेशन व कॅनल नॅरोइंग दिसते.
(क्लिनिकल लक्षणांसोबत तुलना आवश्यक)

खालच्या पायांचा रक्तपुरवठा तपासा

पायांच्या रक्तवाहिन्यांची तपासणी (Doppler / CT Angiography)

Peripheral Arterial Disease (PAD)
मध्ये पायांच्या रक्तवाहिन्यांत अरुंद किंवा ब्लॉकेज असतो.
हे चालताना पाय दुखणे, जड होणे, बधिरपणा यांचे कारण असू शकते (vascular claudication).

लक्षणे – कोणत्या कारणामुळे ?

रक्तपुरवठा कमी (Vascular)	स्पाइन नॅरोइंग (Neurogenic)
• खालताना पिंडऱ्यात वेदना / जडपणा	• चालताना पायात मुंग्या / बधिरपणा
• विश्रांतीने आराम	• पुढे झुकल्यावर आराम
• पाय थंड, नाडी कमी / नाही	• पाठीचा / कंबरचा त्रास असू शकतो
• त्वचेचा रंग बदललेला	• नाडी साधारण मिळते
• मधुमेह, हृदयविकार, धूम्रपान इतिहास	• MRI मध्ये नॅरोइंग दिसते

महत्त्वाचे मुद्दे

- फक्त MRI पाहून स्पाइन शस्त्रक्रिया करु नका.
- पायात नाडी नाही – आधी रक्तपुरवठ्याचे मूल्यांकन करा.
- डायबेटीस व हृदयविकार असलेल्या रुग्णांमध्ये वॅस्क्युलर कारण जास्त सामान्य असते.
- स्पाइन आणि वॅस्क्युलर दोन्ही समस्या एकत्रही असू शकतात.
- योग्य तपासणीसाठी – डॉप्लर, CT अँजिओग्राफी, कार्डिओलॉजिस्ट व वॅस्क्युलर सर्जनचा सल्ला घ्या.

उपचाराची दिशा

- रक्तवाहिन्यांची समस्या असल्यास – औषधोपचार, स्टेंट / बायपास, जीवनशैलीत बदल
- मधुमेह, रक्तदाब, कोलेस्टेरॉल नियंत्रणात ठेवा
- दोन्ही समस्या असल्यास – समन्वित व्यवस्थापन
- फक्त लक्षणांवर नव्हे तर मूळ कारणावर उपचार

संदेश

"रुग्णांची कथा, तपासणी आणि सर्व चाचण्यांचा एकत्र विचार करा – योग्य निदान, योग्य उपचार !"

पाय दुखतोय का ? – फक्त पाठाकडे पाहू नका, रक्तपुरवठाही तपासा !

Dr. Gore

या ६५ वर्षीय रुग्णाला वेदना होत नाहीत, परंतु बधिरता आणि चालण्यात अडचण येते. याला लंगडणे किंवा क्लॉडिकेशन म्हणतात.

हे रक्तवाहिन्या आणि रक्ताभिसरण किंवा नसांशी संबंधित कारणांमुळे होते. सारखीच दिसणारी लक्षणे मणक्यातील किंवा रक्ताभिसरणातील कारणांमुळे असू शकतात आणि त्यासाठी अत्यंत काळजीपूर्वक विश्लेषण करणे आवश्यक आहे. काहीवेळा दोन्ही कारणे एकत्र असू शकतात. मधुमेह, धूम्रपान करणारे आणि उच्च कोलेस्ट्रॉल असलेल्यांमध्ये हे सामान्य आहे. पुन्हा काळजीपूर्वक विश्लेषणासाठी सविस्तर वर्णन आणि त्यानंतर एमआरआय प्रतिमेचे विश्लेषण आवश्यक असेल. नाडी तपासण्याव्यतिरिक्त, रक्तवाहिन्यांसाठी अतिरिक्त कलर डॉप्लर तपासणीची [सोनोग्राफीप्रमाणे] आवश्यकता असू शकते. रुग्णामध्ये रक्ताभिसरणात अडथळा आणणारी इतर महत्त्वाची कारणे देखील असू शकतात, उदा. हृदयरोग, एथेरोस्क्लेरोसिस.

आता आपण पुन्हा एकदा पाठ आणि कमरेच्या साध्या, गंभीर नसलेल्या वेदनांच्या विश्लेषणाकडे आणि त्यावरील उपायांकडे वळूया.

आपण जे शिकलो त्याचा सारांश असा की, वैद्यकीय प्रतिमा (images) उपयुक्त ठरतात, परंतु रुग्णाचे स्वतःचे वर्णन अधिक महत्त्वाचे असते; तसेच, अर्थपूर्ण उपाययोजनांसाठी शल्यचिकित्सक आणि रुग्ण यांनी वेळेत मिळून निर्णय घेणे अत्यंत महत्त्वाचे आहे.

कमरेच्या मणक्यातील बदलांमुळे होणाऱ्या लंगडण्यावर किंवा क्लॉडिकेशनवर योग्य आणि पुरेसे मूल्यांकन करणे आवश्यक आहे. हा एक नैसर्गिक वृद्धत्वाचा बदल आहे, परंतु जर तो लक्षणीय असेल आणि मूत्राशयावर परिणाम करत असेल, तर रुग्णाने त्याच्या अपेक्षेनुसार जीवनमान सुधारण्यासाठी शस्त्रक्रियेची आवश्यकता भासू शकते. ही शस्त्रक्रिया तुम्हाला तरुण करण्यासाठी नाही, तर वयोमानानुसार हालचालींवर येणाऱ्या मर्यादा आणि होणारा त्रास यांपासून आराम मिळवून देण्यासाठी आहे.

तपासणी आणि एमआरआय अहवालांचे विश्लेषण केल्यानंतर, रुग्णाच्या वास्तविक अपेक्षा आणि शस्त्रक्रियेची व्यवहार्यता समजून घेण्यावर चर्चा केली जाते. वय आणि सह-व्याधींमुळे शस्त्रक्रिया जोखमीची असू शकते. स्थानिक बधिरीकरणाखाली आणि टाकेविरहित शस्त्रक्रिया हा एक चांगला उपाय असू शकतो.

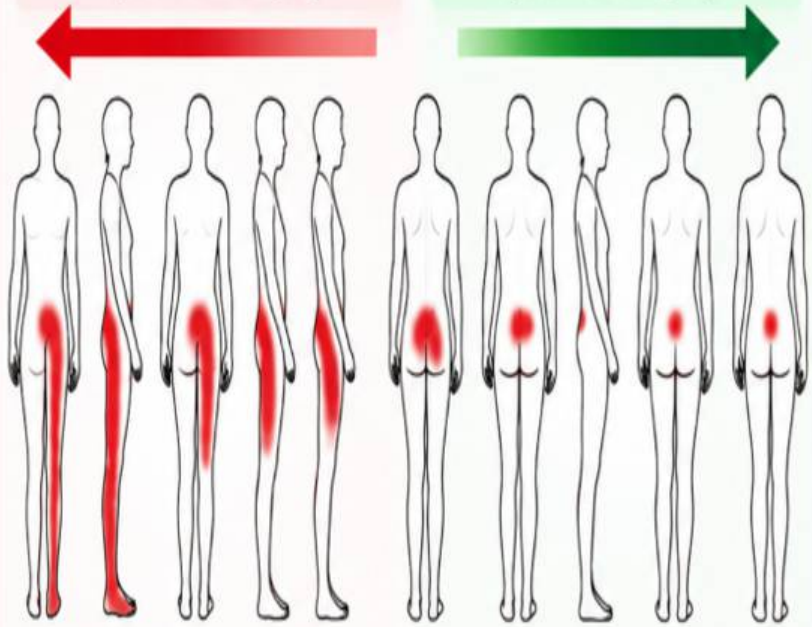
मॅकेंझी टेस्ट (McKenzie Test) – वेदनेचा दिशादर्शक

वेदना कुठे जाते हे पाहा – हा साधा पण महत्वाचा तपासणीचा मार्ग आहे.

"वेदना मध्याकडे आली तर आशा आहे."
– डॉ. गोरे

वेदना पायाकडे जात आहे (Peripheralization) – ही नकारात्मक चिन्ह आहे.

वेदना पाठीच्या मध्याकडे येत आहे (Centralization) – ही सकारात्मक चिन्ह आहे.



वेदना पायाकडे पसरत असेल (Peripheralization)

- मागे वाकल्यावर किंवा छाती उचलल्यावर वेदना अधिक पायाकडे जाते.
- ही लक्षणे सुचवतात की सध्यात्या दिशेने उपचार योग्य नाहीत.
- अशावेळी हालचाल थांबवा आणि तज्झांचा सल्ला घ्या.

वेदना पाठीच्या मध्याकडे येत असेल (Centralization)

- पायातील वेदना हळूहळू कमी होऊन पाठीच्या मध्यभागी येते.
- ही चांगली चिन्ह आहे.
- अशा वेदना बहुतेक वेळा काळानुसार कमी होतात किंवा पूर्णपणे बन्या होतात.
- अशा रुग्णांना बहुतेक वेळा शस्त्रक्रियेची गरज भासत नाही.

मॅकेंझी चाचणी कशी करावी ?

1. पोटावर झोपा आणि कोपरांच्या आधाराने छाती वर उचला (Cobra position).

2. किंवा उभे राहून हळूवार मागे वाका (Back extension).

का महत्वाचे ?

- हा साधा टेस्ट आपल्याला वेदनेची दिशा समजून मदत करतो.
- यातून आजाराची प्रवृत्ती कळते.
- योग्य व्यायाम, योग्य स्थिती आणि संयमाने अनेक रुग्णांमध्ये वेदना कमी होतात.
- याभुळे शस्त्रक्रियेची गरज आहे की नाही याचा निर्णय घेण्यास मदत होते.

मागे वाकल्यावर किंवा छाती उचलल्यावर जर वेदना पाठीच्या मध्याकडे आली, तर ही चांगली चिन्ह आहे, आणि अशा वेदना अनेकदा काळानुसार कमी होतात किंवा शस्त्रक्रियेशिवाय बन्या होतात.

Gore Sign

वेदनेची दिशा दाखवते – उपचाराची दिशा ठरवते.

जाणीवपूर्वक हालचाल, चांगले भविष्य.

रुग्णांकडून मिळालेल्या प्राथमिक माहितीचे विश्लेषण केल्यानंतर, आता आपण उपचारांचे नियोजन करण्यासाठी सर्वोत्तम मार्ग कोणता असू शकतो ते पाहूया; यामध्ये शस्त्रक्रिया किंवा शस्त्रक्रियेशिवाय केले जाणारे उपाय यांचा समावेश असू शकतो. वेदना या मज्जातंतूवर किंवा भागावर पडणाऱ्या दाबामुळे (जे एमआरआयमध्ये दिसून येते) होत आहेत की दाह किंवा सूजेमुळे (जे एमआरआयमध्ये दिसत नाही) होत आहेत, यातील फरक आपण ओळखू शकतो.

न्यूझीलंडचे डॉ. रॉबिन मॅकेन्झी यांच्या कार्याबद्दल बोलूया, ज्यांनी एक सोपा उपाय शोधून काढला आहे:

१. पाठदुखी आणि डिस्क किंवा फॅसेटमधील वेदना केवळ साध्या व्यायामाने नियंत्रणात आणता येतात का? आणि जर होय, तर आपण त्यावर कसे उपचार करतो? रुग्ण पाठदुखी आणि/किंवा पायदुखी घेऊन येतो. पहिली चाचणी म्हणजे मॅकेन्झी चाचणी. ही चाचणी एमआरआय करण्यापूर्वीच केली जाते, कारण आपल्याला संभाव्य कारणे आणि शरीराची कार्यपद्धती माहित असते. पाठदुखीच्या सुरुवातीच्या टप्प्यात, झोपून मागे वाकल्यावर वेदना पाठीच्या मध्यभागी येऊ शकतात, जे डिस्कच्या ॲन्युलसची (annulus of disc) गुणवत्ता चांगली असल्याचे दर्शवते. अशा रुग्णांवर वारंवार मागे वाकण्याच्या व्यायामाने किंवा मॅकेन्झी व्यायामाने उपचार केले जाऊ शकतात.

2. जर मागे वाकल्यावर होणारी वेदना पायापर्यंत जात असेल, तर कारणानुसार एमआरआय सारख्या पुढील तपासण्या आणि नसांभोवती इंजेक्शन देणे किंवा शस्त्रक्रिया यांसारख्या उपचारांची आवश्यकता असू शकते.

3. काही रुग्णांना तीव्र पाठदुखी आणि पाठीत एक प्रकारचा कल जाणवतो. हे दृश्य भीतीदायक असते. येथे मॅकेन्झी चाचणी करताना, जर वेदना एकाच ठिकाणी केंद्रित होत असेल, तर मॅकेन्झी व्यायामांना प्रतिसाद मिळण्याची

शक्यता असते. हे व्यायाम सामान्यतः पोटावर झोपून दिवसातून अनेक वेळा छाती वर उचलून केले जातात.

4. ज्या रुग्णांना उभे राहताना आणि चालताना पायांमध्ये बधिरता आणि जडपणा जाणवतो, त्यांच्यामध्ये मागे वाकण्याची ही हालचाल आपल्याला हे ओळखण्यास मदत करते की, नसांच्या मार्गातील अरुंदपणाचे कारण नसांच्या समोर आहे [जेव्हा बधिरता आणि वेदना कमी होतात] की नसांच्या मागे आणि बाजूला आहे [जेव्हा लक्षणे वाढतात].

[1,2] सामान्यत:, जर कोणतीही दुखापत, संसर्ग किंवा रक्तपुरवठा कमी होणे (इश्चेमिया) नसेल, तर वेदना नसेशी संबंधित कारणांमुळे होते. वेदना नसेच्या

बदललेल्या कार्यामुळे आणि दीर्घकाळ टिकणाऱ्या दाह (सूज) मुळे येत आहे. 1999, मी नितंबापासून घोट्यापर्यंत नस तपासण्यास सुरुवात केली आणि मला L5 आणि S1 च्या नसेच्या टोकांना स्पर्श केल्यावर खूप वेदना होणारी दोन ठिकाणे आणि जागा आढळल्या. हे शरीररचना आणि गुडघ्याच्या टाचेच्या वेदनांसारख्या विशिष्ट ठिकाणी होणाऱ्या वेदनांशी अगदी जुळते. वेदना होण्याचे कारण म्हणजे मज्जातंतूमधील सोडियम चॅनलसारख्या रसायनांची वाढलेली पातळी, जी स्थानिक भूल देऊन त्वरित कमी केली जाऊ शकते. काही रुग्णांमध्ये, जर वेदनेचे कारण पूर्णपणे दाह किंवा 'केमिकल रॅडिक्युलायटिस' असेल, तर यामुळे वेदना त्वरित कमी होऊ शकते आणि पाय उचलणे सामान्य होऊ शकते. वेदनेपासून मिळणारा आराम हा वेदनेच्या तीव्रतेच्या प्रमाणात असतो. यावर मी गेल्या ३० वर्षांपासून संशोधन केले आहे आणि पुस्तके व आंतरराष्ट्रीय वैज्ञानिक नियतकालिकांमध्ये ते प्रमाणित करून प्रकाशित केले आहे, आणि हे 'गोरे चिन्ह' (Gore sign) म्हणून ओळखले जाते.

गुडघा, टाच इत्यादी ठिकाणी वेदना असलेल्या रुग्णांचेही माझ्या 'साइन'च्या (sign) आधारे अधिक चांगल्या प्रकारे निदान करता येते आणि त्यांना चांगला आराम मिळवून देता येतो. जेव्हा एखाद्या रुग्णावर उपचार केले जातात, तेव्हा माझ्या 'साइन'च्या (sign) साहाय्याने त्याला मिळणाऱ्या आरामाच्या प्रगतीवरही आपण लक्ष ठेवू शकतो.

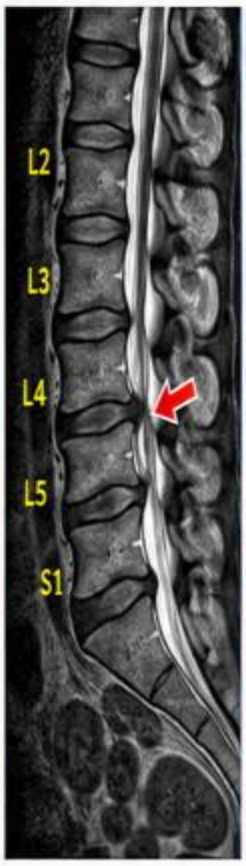
[3] माझ्या कामात, पायातील वेदना शस्त्रक्रियेची गरज भासेल इतकी गंभीर आहे की नाही हे ठरवण्यासाठी आम्ही बऱ्याच काळापासून एकाच लक्षणावर अवलंबून होतो. ते लक्षण म्हणजे पाठीवर झोपलेल्या रुग्णाचा पाय छताच्या दिशेने वर उचलणे. [SLR] जर रुग्णाच्या पायात डिस्कमुळे वेदना होत असतील आणि पाय वर उचलणे मर्यादित असेल, तर त्याला बहुतेकदा शस्त्रक्रियेची गरज भासू शकते. या चाचणीची मुख्य मर्यादा ही होती की, ती कधीही वेदनेचे निदान करत नसे, तर केवळ नसेची कमी झालेली ताणण्याची क्षमता आणि

हालचाल दर्शवत असे. हे **SLR निश्चितच महत्त्वाचे आहे, पण ते आपल्या मूलभूत प्रश्नाचे उत्तर देत नाही: वेदना कुठून येत आहे आणि ती का टिकून आहे?**

आता येथे एक महत्त्वाचा मुद्दा आहे: जर मॅकेन्झी चाचणीमध्ये वेदना एका विशिष्ट ठिकाणी केंद्रित होत असेल आणि घोट्यामध्ये इंजेक्शन दिल्यावर वेदना कमी होत असेल, तर अशा रुग्णांवर शस्त्रक्रियाविरहित उपायांनी उपचार केले जाऊ शकतात. रुग्ण आणि शल्यचिकित्सक यांच्यातील तो मूलभूत विश्वास, जो हळूहळू बदलू लागला होता, तो आता माझ्या 'साइन'च्या माध्यमातून मी कालांतराने पुन्हा निर्माण करू शकतो.

उभे राहणे आणि चालणे कठीण ? – मेरूळीत कालव्याची अरुंदी (Stenosis) असू शकते !

तुमच्या तक्रारी किती आणि कशा आहेत हे अचूक नोंदवणे खूप महत्त्वाचे आहे.



MRI मध्ये काय दिसते ?

- कंबरच्या कालव्याची अरुंदी (Spinal Stenosis)
- नर्व्हवर दाब
- साधारणपणे L3-L4, L4-L5, L5-S1 येथे जास्त
- यामुळे दीर्घकाळ उभे राहणे किंवा चालणे कठीण होते.

लक्षणे कशी असतात ?

- काही अंतर चालल्यानंतर पायात दुखणे, जडपणा, मुंग्यां येणे
- उभे राहिल्यावर अस्वस्थता
- बसल्यावर किंवा पुढे वाकल्यानंतर त्रास कमी होणे (shopping cart sign)

चालण्याची क्षमता नीट नोंदवा

तुमच्या स्थितीचे अचूक मूल्यमापन करण्यासाठी खालील माहिती सांगा :

- सलग किती अंतर चालू शकता ?
  (उदा. 50 मीटर / 100 मीटर / 500 मीटर / 1 किमी)
- किती पावले (steps) चालल्यानंतर त्रास होतो ?
  (उदा. 100 पावले / 500 पावले)
- किती वेळ उभे राहू शकता ?
  (उदा. 1 मिनिट / 5 मिनिटे / 10 मिनिटे)
- नंतर बसल्यावर किती वेळात आराम मिळतो ?
- पुढे वाकून चालल्यास (उदा. शॉपिंग ट्रॉलीला आधार घेतल्यास) चालणे सोपे होते का ?

मूत्राशी संबंधित तक्रारी विचारणे विशेष महत्वाचे

विशेषत: महिलांमध्ये खालील बाबी नक्की विचारा :

- वारंवार लघवी होणे (Frequency)
- अचानक लघवीची तीव्र जाणीव (Urgency)
- लघवी न आवरणे (Urge incontinence)
- रात्री वारंवार लघवीसाठी उठावे लागणे (Nocturia)
- लघवी करताना जळजळ किंवा त्रास
- वारंवार मूत्रमार्गाचा संसर्ग (Recurrent UTI)

ही तक्रारी केबळ वयामुळे किंवा मधुमेहामुळे नसून, कधी कधी कंबरच्या अरुंदीच्याही परिणाम असू शकतात.

अचूक इतिहास + तपासणी + MRI + मूत्रविषयक तक्रारी = योग्य निर्णय !

लक्षणे नीट सांगा – योग्य उपचार मिळवा – चांगले चालत रहा !

Dr. Gore

एका अत्यंत महत्त्वाच्या गोष्टीबद्दल आता आपण बोलूया. आपण पाहिले आहे की, ज्या रुग्णांना मणक्याच्या पोकळीत अरुंदपणा (spinal canal narrowing) असतो, त्यांना वेदना होत नाहीत, परंतु चालताना किंवा बराच वेळ उभे राहिल्यावर बधिरता जाणवते. या रुग्णांमध्ये हे खूप दीर्घकाळ टिकू शकते. अशावेळी शस्त्रक्रिया करायची की नाही आणि औषधोपचारांऐवजी इतर उपचारपद्धती वापरायच्या की नाही, हे आपण केव्हा ठरवतो? अशा प्रकरणांमध्ये, विशिष्ट शारीरिक कार्याचे स्वरूप समजून घेण्यासाठी एमआरआय (MRI) उपयुक्त ठरूही शकेल किंवा नसेलही.

माझ्या अनुभवानुसार, लघवी केल्यानंतर मूत्राशयात शिल्लक राहिलेल्या मूत्राच्या प्रमाणावरून (post void residual urine volume) मूत्राशयाच्या कार्यातील बिघाडाची (bladder dysfunction) तपासणी केल्यास या महत्त्वाच्या प्रश्नाचे उत्तर मिळू शकते. आम्ही दोनदा सोनोग्राफी करतो, एकदा लघवी करण्यापूर्वी आणि दुसऱ्यांदा लघवी केल्यानंतर लगेच. साधारणपणे प्रति मिनिट १ मिली मूत्र तयार होते, त्यामुळे दोन तास लघवी न केल्यावर ही चाचणी करणे अधिक चांगले असते. मूत्राशयाचे कार्य समजून घेण्याचा हा एक सोपा मार्ग आहे.

जर मूत्राशयाच्या कार्यावर परिणाम झाला असेल, तर आपल्याला अतिरिक्त युरोफ्लोमेट्री (uroflowmetry) आणि युरोडायनॅमिक (urodynamic) या विशेष चाचण्यांची आवश्यकता भासू शकते. या चाचण्या पूर्वी सामान्यपणे केल्या जात नव्हत्या आणि आजही केल्या जात नाहीत. यामुळे आपली महत्त्वाची माहिती गमावली जाऊ शकते, कारण चाचणी न केलेल्या परंतु बाधित रुग्णाला शस्त्रक्रियेनंतर मूत्राशयाच्या समस्येचा सामना करावा लागू शकतो. ही चाचणी रुग्णाला शस्त्रक्रियेनंतर असे काही घडण्याच्या चिंतेवर मात करण्यास देखील मदत करू शकते, कारण शस्त्रक्रियेपूर्वीच्या चाचण्यांमध्ये या सर्व गोष्टींचा समावेश असतो.

महिला रुग्णांमध्ये वारंवार होणाऱ्या लघवीच्या संसर्गाशी (urinary infections) याचा संबंध असल्याचेही अनेकदा दिसून येते. पुरुषांमध्ये लघवी अडकून पडण्यामागे (urinary retention) प्रोस्टेट ग्रंथीशी संबंधित समस्या हे एक कारण असू शकते; तसेच, सोनोग्राफीद्वारे पुरुषांमधील प्रोस्टेट ग्रंथीतील बदलही दिसून येतात.

आम्ही हळूहळू लक्षणे निर्माण होण्यावर लक्ष केंद्रित करण्यास सुरुवात केली आहे, ज्यामुळे रुग्णांची तपासणी आणि समुपदेशन करण्याची आमची पद्धत अधिक चांगली होते आणि परिणामांसाठी अधिक अर्थपूर्ण सामूहिक निर्णय घेण्यास मदत होते.

कधी शस्त्रक्रिया थांबवता येते / पुढे ढकलता येते ?

- योग्य तपासणी, योग्य निदान आणि रुग्णाचे संपूर्ण मूल्यमापन यावर निर्णय -

"प्रत्येक MRI बदल शस्त्रक्रियेची गरज नसते. रुग्णाकडे पाहा, MRI कडे नव्हे."
- डॉ. गोरे

1 दाहजन्य (Inflammatory) दुखणे – Gore Sign सकारात्मक

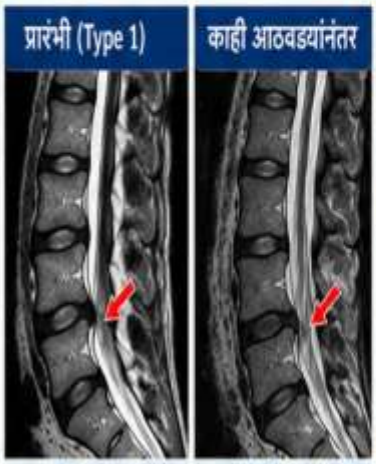
Gore Sign म्हणजे काय ?

विशिष्ट L5 किंवा S1 नसोजवळ इंजेक्शन (स्थानिक भूल इंजे. रेंईड) दिल्यानंतर रुग्णाच्या पायाच्या दुखण्यात स्पष्ट तात्पुरता आराम मिळतो.

जर पुढील गोष्टी असतील तर :

- ✔ लक्षणे दाहजन्य स्वरूपाची आहेत
- ✔ Gore Sign सकारात्मक आहे
- ✔ इंजेक्शननंतर स्पष्ट आराम मिळतो
- ✔ काही दिवस ते काही आठवडे सुधारणा दिसते

2 टाइप 1 डिस्क हर्निएशन (Type 1 Disc Herniation)



टाइप 1 डिस्क हर्निएशन (हाय सिग्नल – ताजे / दाहजन्य)

कमी झालेला डिस्क हर्निएशन

टाइप 1 म्हणजे काय ?

- डिस्कमध्ये पाणी जास्त (hydrated), हाय सिग्नल – MRI मध्ये स्पष्ट दिसते.
- बरस ळा शरीर खुदच नैसर्गिकपणे ठीक करू शकते (resorption).
- साधारणत: काही आठवड्यांत लक्षणे कमी होतात.

जर पुढील गोष्टी असतील तर :

- ✔ ताजे / नविन डिस्क हर्निएशन (Type 1)
- ✔ काही आठवड्यांत लक्षणांमध्ये स्पष्ट सुधारणा
- ✔ पुन्हा MRI मध्ये डिस्क आकारने कमी झालेला दिसतो
- ✔ कोणताही वाढती न्युरोलॉजिकल कमतोरी नाही

3 McKenzie टेस्ट मध्ये दुखणे मध्यभागी येणे (Centralization)

McKenzie एक्स्टेंशन व्यायाम (Repeated Extension)

McKenzie Centralization म्हणजे काय ?

- एक्स्टेंशन व्यायामांमुळे दुखणे पायाकडून हळूहळू पाठीकडे (मध्यभागी) येते.
- हे चांगले लक्षण मानले जाते.
- अशा रुग्णांमध्ये संधारणात्मक (conservative) उपचारांनी बहुतेक वेळा फायदा होतो.

जर पुढील गोष्टी असतील तर :

- ✔ McKenzie टेस्ट मध्ये दुखणे centralize होते
- ✔ वाढती कमतरी नाही
- ✔ दैनंदिन कामे करता येतात
- ✔ रुग्ण सहकार्यी आहे आणि व्यायाम करू शकतो

खालील परिस्थितीत शस्त्रक्रिया लवकर करावी (विलंब करू नये)

- वाढती कमतोरी (उदा. Foot Drop)
- लघवी/शौचावर नियंत्रण सुटणे (Cauda Equina Syndrome)
- असह्य व औषधांनी न कमी होणारे दुखणे
- मोठे डिस्क हर्निएशन ज्यांमुळे तीव्र न्युरोलॉजिकल दाब आहे
- लक्षणे वेगाने बाढत आहेत
- संरक्षणात्मक उपचारांनंतरही सुधारणा नाही

महत्त्वाचे

- ✔ वरील मार्गदर्शक मुद्दे प्राथमिक मार्गदर्शनासाठी आहेत.
- ✔ प्रत्येक रुग्णाची सवीलं तपासणी, न्युरोलॉजिकल मुल्यांयन, MRI सह इतर आवश्यक तपासण्यांत करूनंच अंतिम निर्णय घ्यावा.
- ✔ रुग्णानुसार परिस्थिती बदलू शकते.

घाई नको – योग्य निदान, योग्य विचार, योग्य निर्णय !

Dr. Gore

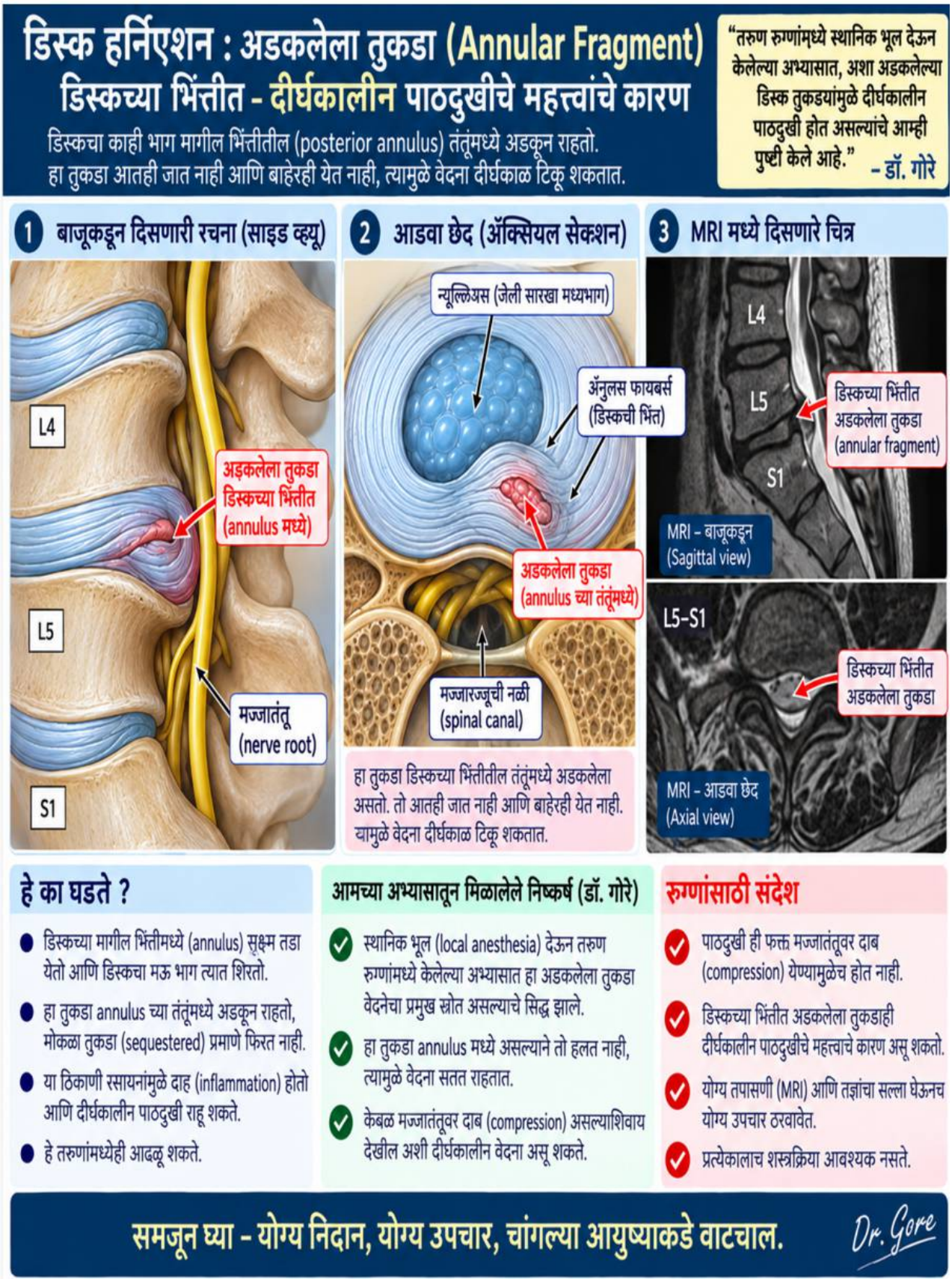
आता आपल्या विचारांच्या या टप्प्यावर सर्वात महत्त्वाच्या पण सर्वसामान्य प्रश्नाकडे येतो, की आपल्याला शस्त्रक्रियेची गरज आहे की नाही? हे डिस्कशी संबंधित सायटिकासाठी असू शकते. किंवा लंबर कॅनाल स्टेनोसिसमुळे होणाऱ्या लंगडण्या, बधिरता इत्यादींसाठीही असू शकते? प्रकृती खालावण्यापूर्वी आपण शस्त्रक्रिया पुढे ढकलू शकतो किंवा थांबू शकतो का? येथे रुग्णाला हे मान्य करावे लागेल की विलंबामुळे त्याचे नुकसान होऊ शकते किंवा त्याचे परिणाम नकारात्मक असू शकतात.

एक काळ असा होता की तीव्र वेदना आणि वाढत जाणारी मज्जासंस्थेतील कमतरता हे शस्त्रक्रियेचे प्राथमिक कारण मानले जात असे. आजही तेच खरे आहे, परंतु काळानुसार रुग्ण अशक्तपणा किंवा मज्जासंस्थेतील कमतरतेची वाट न पाहता, वेदना सुरू झाल्यावरच योग्य वेळी उपचारासाठी येऊ लागले आहेत. **उपचार हे लक्षणांवर आधारित आहेत, एमआरआयमध्ये दिसणारे केवळ संरचनात्मक बदलांच्या वाढीवर नाहीत,** याची रुग्णाला जाणीव करून दिल्यास एकत्रितपणे निर्णय घेतला जाऊ शकतो. प्रकृतीत काही सुधारणा होत आहे की ती स्थिर आहे किंवा खालावत आहे हे पाहण्यासाठी, यासाठी एक्स-रे, एमआरआय स्कॅन, सोनोग्राफी, ईएमजी, एनसीव्ही, कलर डॉप्लर इत्यादींसारख्या तपासण्या काळाच्या ओघात पुन्हा करण्याची आवश्यकता असू शकते.

दैनंदिन कामात मला सामान्यतः औषधे घेऊन किंवा न घेता वेळोवेळी केलेली, मॅकेन्झी टेस्ट, गोरे साइन, घोट्याच्या इंजेक्शनचा परिणाम, आणि एमआरआयमध्ये दिसणारे टाइप १ हर्निएशन, जे साधारणपणे २/३ महिन्यांत पूर्णपणे विरघळते आणि **शस्त्रक्रियेशिवाय बरे होते,** असे दिसून येते. त्याच वेळी, अशक्तपणा, मूत्राशयावर होणारा परिणाम, तीव्र वेदना, आणि वेगाने वाढणारा अशक्तपणा हे **शस्त्रक्रियेसाठी एक संकेत असू शकतात**.

उपचारांचे नियोजन टप्प्याटप्प्याने केले जाऊ शकते, कारण अनेकदा शरीर एखाद्या उपचारपद्धतीला अधिक चांगल्या प्रकारे प्रतिसाद देते. आजच्या काळात रुग्णांना त्वरित आराम हवा असतो, परंतु काही वेळा ते शक्य नसते. शरीराची जैविक प्रक्रिया आणि नैसर्गिकरीत्या होणारी सुधारणा या गोष्टी पूर्णपणे आपल्या इच्छेनुसार नियंत्रित करता येत नाहीत.

येथे एक महत्त्वाची बाब अशी आहे की, रुग्ण तीव्र त्रासातून जात असताना आणि एमआरआयमधूनही काही ठोस निष्कर्ष निघत नसताना, त्याला दुसऱ्या तज्ज्ञाचे मत (second opinion) घेण्याचा सल्ला देण्याऐवजी थेट मानसोपचारतज्ज्ञाची मदत घेण्यास सांगितले जाते. या गोष्टीवर गांभीर्याने विचार होणे गरजेचे आहे. अनेकदा शस्त्रक्रियेची गरज पटवून देण्यासाठी एमआरआय (MRI) प्रतिमांवर आधारित विविध युक्तिवाद केले जातात; हे कदाचित योग्यही असू शकते, परंतु त्याऐवजी मुख्यतः लक्षणांविषयी अधिक सखोल आणि बारकाईने विचार करणे अधिक फायदेशीर ठरते. एमआरआयच्या मर्यादांकडेही लक्ष देणे आवश्यक आहे.



तरुण, सक्रिय आणि कार्यरत लोकसंख्येमध्ये एका नवीन साथीचा रोग सुरू झाला आहे. हा रोग म्हणजे पाठदुखी, जी कधीकधी खूप तीव्र असते आणि

तिचा परिणाम कामावर, हालचालींवर आणि जीवनाच्या गुणवत्तेवर होतो. अशा प्रकरणांमध्ये पारंपरिक विचार आणि एमआरआय प्रतिमेवर आधारित विश्लेषण अपुरे पडते. तात्पुरते, बहुतेकदा फिजिओथेरपीचे उपाय सुचवले जातात, परंतु जोपर्यंत आपण 'वेदना कुठून येत आहे आणि ती का टिकून आहे?' ही मूळ कारणे समजत नाही, तोपर्यंत आपण ती कमी करू शकणार नाही.

वेदना दिसत नाही, दाखवता येत नाही किंवा मोजता येत नाही; ती फक्त एक तज्ञच समजू शकतो.

एक तरुण तंत्रज्ञ आहे, ज्याला अधूनमधून तीव्र पाठदुखीचा त्रास होत आहे. तो खुर्चीत स्थिर बसू शकत नाही आणि वेदनेमुळे त्याला वारंवार आपली स्थिती बदलावी लागते. अनेक डॉक्टरांचा सल्ला घेऊनही काही उपयोग झाला नाही. एमआरआय अहवालात कोणतीही लक्षणीय दाबलेली जागा (कॉम्प्रेशन) दिसून आलेली नाही.

आता, या पाठदुखीचे कारण काय आहे आणि ती इतकी का टिकून आहे?

आमचा विचार आहे की वेदना कुठे आहे? तिचे स्थान काय आहे? तिची तीव्रता किती आहे? ती फक्त पाठीच्या मध्यभागी, उभी किंवा आडवी आहे. पायात वेदना किंवा नसांमध्ये संवेदनशीलता नाही. त्यामुळे आम्ही पाठीवर लक्ष केंद्रित करतो. एंडोस्कोपी ही एकमेव पद्धत आहे जिने आम्हाला दाखवले आहे की न्यूक्लियसचा एक तुकडा केंद्रापासून तुटून ॲन्युलसमध्ये अडकू शकतो. तो बाहेर येऊ शकत नाही किंवा परत आत जाऊ शकत नाही. नसा आणि रक्तवाहिन्यांच्या या **आंशिक संपर्कामुळे** तीव्र दाह आणि पाठीच्या मध्यभागी वेदना होतात. एसएलआर किंवा गोरे साइन निगेटिव्ह आहे. परंतु एमआरआयमध्ये, जर बारकाईने पाहिले तर, ॲन्युलसच्या मागील मध्यवर्ती

भागात, न्यूक्लियसमध्ये अडकलेला एक तुकडा दिसतो. स्थानिक भूल देऊन टाकेविरहित शस्त्रक्रियेद्वारे हे काढल्यावर रुग्णाला पूर्णपणे आराम मिळतो.

सामान्यतः, या तरुण, सक्रिय व्यक्तींना नैराश्य इत्यादींचा सामना करावा लागतो आणि परिणामांची खात्री नसलेल्या, फ्यूजनसह 'चाचणी' म्हणून केल्या जाणाऱ्या खुल्या शस्त्रक्रियेव्यतिरिक्त त्यांच्याकडे कोणताही पारंपरिक उपाय नसतो. सोबतच्या चित्रात आपण ॲन्युलसमध्ये अडकलेला न्यूक्लियरचा तुकडा पाहतो.1,2 रुग्णाला दीर्घकाळच्या वेदनांपासून मुक्त करण्यासाठी तो सुरक्षितपणे काढता येतो.

हे केवळ स्थानिक बधिरीकरणाखाली गोरे सिस्टीम एंडोस्कोपीनेच शक्य आहे, जे त्या तुकड्यामुळे होणाऱ्या वेदनेची पुष्टी करते आणि तो तुकडा काढून टाकल्यामुळे वेदना कमी करते.

डिस्क हर्निएशनचे तीन प्रकार – समजून घ्या, योग्य उपचार निवडा

सर्वच डिस्क समस्या सारख्या [illegible], हर्निएट झालेल्या डिस्कच्या स्वरूपानुसार त्याचा नैसर्गिक इतिहास वेगळा असतो आणि उपचाराची गरजही वेगळी असते.

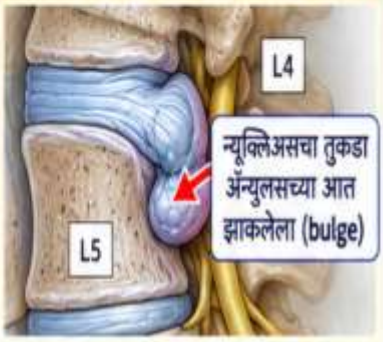
"प्रत्येक रुग्णासाठी योग्य निदान, योग्य उपचार आणि कमीत कमी आक्रमक पद्धत."
– डॉ. गोरे

कंबरदुखी आणि पायात जाणारी वेदना (सायटिका) – मध्यम वयात सामान्य समस्या

प्रकार 1 : मोकळा तुकडा (Free Fragment)

- न्यूक्लिअसचा तुकडा पूर्णपणे बाहेर आलेला (मोकळा).
- शरीरातील प्रतिकार शक्तीमुळे (इम्यून रेस्पॉन्स) हा तुकडा हळूहळू विरघळू शकतो.
- बहुतांश रुग्णांमध्ये 6-8 आठवड्यात ते सुमारे 2 महिन्यात वेदना कमी होतात.
- साधारणत: शस्त्रक्रियेची गरज नसते.

प्रकार 2 : ॲन्युलसने झाकलेला तुकडा (Contained Herniation)



- न्यूक्लिअसचा तुकडा बाहेर आलेला असतो परंतु ॲन्युलसने झाकलेला असतो.
- अनेकदा डिस्क फुगलेली (bulge) दिसते.
- स्वत:हून पूर्णपणे बरा होण्याची शक्यता कमी.
- दीर्घकाळ वेदना, पुन्हा पुन्हा त्रास होण्याची शक्यता.
- **अशा प्रकरणांमध्ये आमच्या ट्रान्सफोरॅमिनल एंडोस्कोपीने शस्त्रक्रिया उपयुक्त ठरते.**

प्रकार 3 : ॲन्युलससह बाहेर + एंड प्लेट फ्रॅक्चर (Extrusion with Endplate Fracture)

- मोठा तुकडा ॲन्युलससह बाहेर आलेला असतो.
- एंड प्लेटमध्ये सूक्ष्म फ्रॅक्चर (हाडाचा तडा) असतो.
- स्वत:हून कमी होण्याची शक्यता अत्यल्प.
- दीर्घकाळ तीव्र वेदना आणि कार्यक्षमतेवर परिणाम होतो.
- **अशा प्रकरणांमध्ये आमच्या ट्रान्सफोरॅमिनल एंडोस्कोपीने शस्त्रक्रिया योग्य पर्याय आहे.**

4 ट्रान्सफोरॅमिनल एंडोस्कोपीने शस्त्रक्रिया (आमची पद्धत)

- पाठीच्या बाजूने मोठी शस्त्रक्रिया न करता, बाजूने (ट्रान्सफोरॅमिनल) डिस्कमध्ये थेट प्रवेश.
- एंडोस्कोपच्या मदतीने डिस्कमधील त्रासदायक तुकडा काढला जातो.
- आसपासच्या स्नायू, हाड आणि लिगामेंट्सचे कमी नुकसान.
- कमी वेदना, लवकर चालणे, लवकर कामावर परत जाणे.

रुग्णांसाठी संदेश :

कंबरदुखी ही फक्त नर्वच्या दाबामुळे (compression) होत नाही.

डिस्कची समस्या कोणत्या प्रकारची आहे हे समजून घेतल्याने योग्य उपचाराचा निर्णय घेता येतो.

योग्य निदान
योग्य उपचार
चांगल्या आयुष्याकडे...

Dr. Gore

"कमी आक्रमक तंत्र, अधिक चांगले परिणाम."

आता हे दुसरे सादरीकरण आहे. ही एक मध्यमवयीन व्यक्ती आहे, जिला L5 किंवा S1 च्या बाजूने पाठ आणि पायांमध्ये तीव्र वेदना अचानक सुरू झाल्या आहेत. तपासणीत SLR पॉझिटिव्ह, गोरे साइन पॉझिटिव्ह आहे आणि वेदना तीव्र असल्याने तिची तपासणी केली जात आहे. डिस्कमध्ये होणारे बदल हे क्रमशः (टप्प्याटप्प्याने) होत असतात आणि या बदलांचा वेग वेगवेगळा असू शकतो. जेव्हा एखादा रुग्ण पाठीच्या आणि पायाच्या तीव्र वेदना घेऊन येतो आणि एमआरआय (MRI) अहवालात 'स्लिप्ड डिस्क' किंवा 'डिस्क फ्रॅगमेंट हर्निएशन' दिसून येते, तेव्हा आम्ही सामान्यतः तीन शक्यतांचा विचार करतो.एमआरआयची नोंद घेणे महत्त्वाचे आहे, कारण त्यातून ३ प्रकारांमधील फरक ओळखणे महत्त्वाचे आहे:

१. जिथे न्यूक्लियसचा एक तुकडा मोकळा बाहेर आलेला दिसतो आणि त्याचा पोत सामान्यतः लोण्यासारखा असतो.

२. जिथे दिसणारा तुकडा घट्ट ॲन्युलस तंतूंनी आच्छादलेला असतो आणि त्याचा पोत चीजसारखा असतो. आणि तो मूळ डिस्कच्या संपर्कात राहिलेला असतो.

३. इथे आपल्याला तुटलेल्या न्यूक्लियस आणि ज्यावर ॲन्युलसचे आवरण असते, आणि एंड प्लेटचा एक तुकडा दिसतो, आणि त्याचा पोत दगडासारखा असतो.

या प्रतिमेवरून अनेक रुग्णांवरील आमच्या निरीक्षणातून आम्हाला हे समजले आहे की

प्रकार १ नैसर्गिकरित्या २/३ महिन्यांत नक्कीच विरघळतो. प्रकार 2 विरघळू शकतो, परंतु त्यासाठी काळजीपूर्वक पाठपुरावा करणे आवश्यक आहे. प्रकार ३ विरघळणार नाही, कदाचित २ वर्षांत तो विरघळू शकतो, त्यासाठी लवकर शस्त्रक्रिया करणे आवश्यक आहे.

4. आम्ही बाजूने जाऊन स्थानिक बधिरीकरण देऊन हा 2,3 तुकडा काढून रुग्णाला आराम देतो. शस्त्रक्रियेनंतर बरे होण्यासाठी सुमारे ६-१२ आठवडे लागतात. आपण हे लक्षात घेतले पाहिजे की, आपण आपले लक्ष्य निश्चित केले आहे आणि वेदनादायक मज्जातंतूच्या (nerve) सापेक्ष असलेल्या त्याच्या स्थानानुसार त्याचे अचूक स्थान निश्चित केले आहे, ज्यामुळे त्याला लक्ष्य करणे सोपे झाले आहे.

लक्षणे निर्माण करणाऱ्या नेमक्या ठिकाणाचे अचूक निदान आणि स्थान निश्चिती झाल्यामुळे, आमची शस्त्रक्रिया किंवा वैद्यकीय प्रक्रिया अत्यंत अचूक आणि टाके-विरहित (stitchless) झाली आहे. सरकलेला एखादा तुकडा — जो एका सेंटीमीटरपेक्षाही लहान असतो — काढून टाकण्यासाठी आता पाठीवर मोठा छेद घेण्याची गरज पडत नाही.

कंबरच्या नलिकेची अरुंदता (Lumbar Spinal Stenosis) - कारण आणि नवा मार्ग

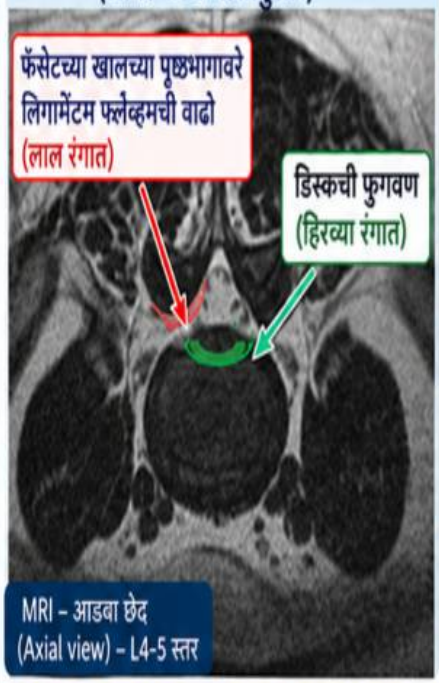
अनेकदा ही अरुंदता डिस्कच्या पातळीवर (disc level) होते आणि ती दोन मुख्य कारणांनी निर्माण होते.
आम्हीं "Smrutii System" द्वारे वरच्या स्तरावरून (उदा. L2) फोरामेनमधून प्रवेश करून नलिकेच्या वरच्या भागातील वाढलेले ऊतक काढू शकतो.

"नैसर्गिक मार्गाने, कमी हानी करून, मूळ समस्येपर्यंत पोहोचणे हा उद्देश."
- डॉ. गोरे

1 MRI मध्ये अरुंद झालेली नलिका (डिस्कच्या पातळीवर)

MRI - बाजूकडून दृश्य (Sagittal view)

2 अरुंदतेची मुख्य कारणे (आपल्या अभ्यासानुसार)



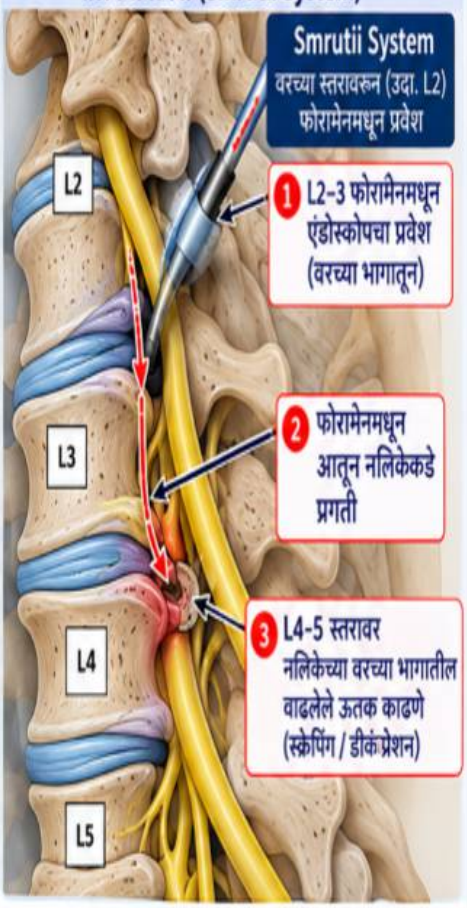
MRI - आडवा छेद (Axial view) - L4-5 स्तर

ही अरुंदता नेहमीच नलिकेच्या अगदी मध्यभागी नसते :

- पुढच्या बाजूला डिस्कची फुगवण (green)
- बाजूने फॅसेटच्या खालच्या पृष्ठभागावर लिगामेंटम फ्लॅव्हमची वाढ (red)

या दोन्हीमुळे नलिका अरुंद होते.

3 नवी पद्धत : वरच्या स्तरावरुन फोरामेनमधून नलिकेत प्रवेश (Smrutii System)



4 नलिकेच्या आत काय दिसते ?

एंडोस्कोपिक दृश्य (नलिकेच्या वरच्या भागातून)

5 या पद्धतीचे फायदे

- नैसर्गिक फोरामेनचा मार्ग वापरतो - हाडाचे कमी नुकसान.
- दोन स्तर वरुन प्रवेश करून लक्षयान पर्यंत पोहोचता येते.
- नलिकेच्या वरच्या भागातील वाढलेले ऊतक थेट दिसते.
- डिस्क व लिगामेंट दोन्हीवर उपचार शक्य.
- कमी वेदना, कमी रक्तस्राव, जलद बरे होणे.
- अनेक पातळ्यांच्या अरुंदतेमध्येही उपयोगी.

6 कोणत्या रुग्णांसाठी ?

- L4-5 किंवा इतर स्तरावर नलिका अरुंद असलेले रुग्ण.
- चालल्याने पाय दुखणे, बधिरपणा, किंवा जडपणा.
- MRI मध्ये डिस्क फुगवण व/किंवा फॅसेटवरील लिगामेंटम वाढ.
- ज्यांना पारंपरिक शस्त्रक्रियेत मोठी उघडी शस्त्रक्रिया टाळायची आहे.
- ज्यांच्यात अजून मोठी न्यूरोलॉजिकल कमतरता नाही.

7 लक्षात ठेवण्यासारखे

- प्रत्येक रुग्णाची रचना वेगळी असते.
- MRI चे काळजीपूर्वक मूल्यांकन आवश्यक.
- ही तंत्रज्ञान कुशल प्रशिक्षणाची आवश्यकता आहे.
- सर्व रुग्णांसाठी ही पद्धत योग्य नसेल.
- उद्देश - नलिका मोकळी करून, नर्व्हवरील दाब कमी करणे आणि रुग्णाची हालचाल व जीवनमान सुधारणे.

समजून घ्या - योग्य निदान, योग्य मार्ग, कमी आक्रमक उपचार, चांगल्या आयुष्यासाठी !

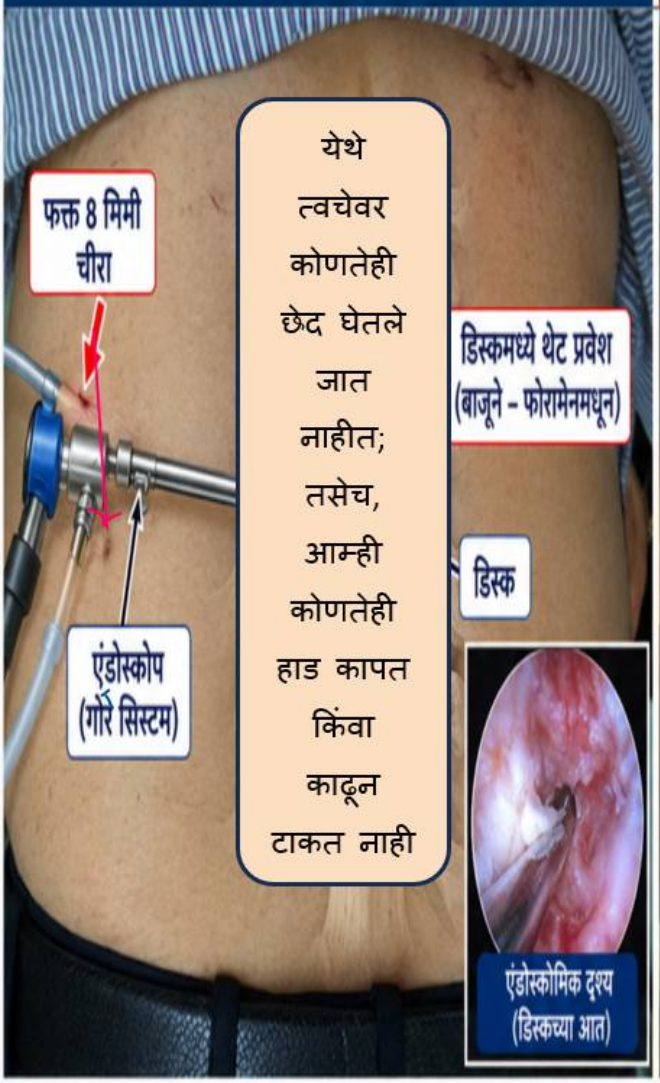
Dr. Gore

वयानुसार कमरेच्या मणक्यातील आतील पोकळीत बदल होतात. हे लक्षात घेतले पाहिजे की हा कोणताही आजार नाही. मणक्याच्या नैसर्गिक ताठरपणामुळे, त्याच्या मागील भिंतीला झाकणाऱ्या अस्थिबंधांच्या (लिगामेंटच्या) वाढीमुळे, किंवा चकती (डिस्क) खचल्यामुळे, किंवा फॅसेट कव्हरशी संबंधित अतिरिक्त बदलांमुळे ही अरुंदता सामान्यपणे आढळते. आपल्याला माहित आहे की, क्षीण होत असलेले सर्व मणके ताठर होऊन पोकळीत फक्त अरुंद होत नाहीत; काहींमध्ये फॅसेट आणि चकतीमधील बदलांमुळे किंवा 'पार्स' नावाच्या जोडणाऱ्या हाडात फ्रॅक्चर झाल्यामुळे स्थिरता कमी होते. अशा प्रकरणांमध्ये, पोकळीतील अरुंदपणा दूर केल्यानंतर मणक्याला स्थिर करण्यासाठी धातूचे इम्प्लांट्स (मेटल इम्प्लांट्स) बसवण्याची गरज भासू शकते.

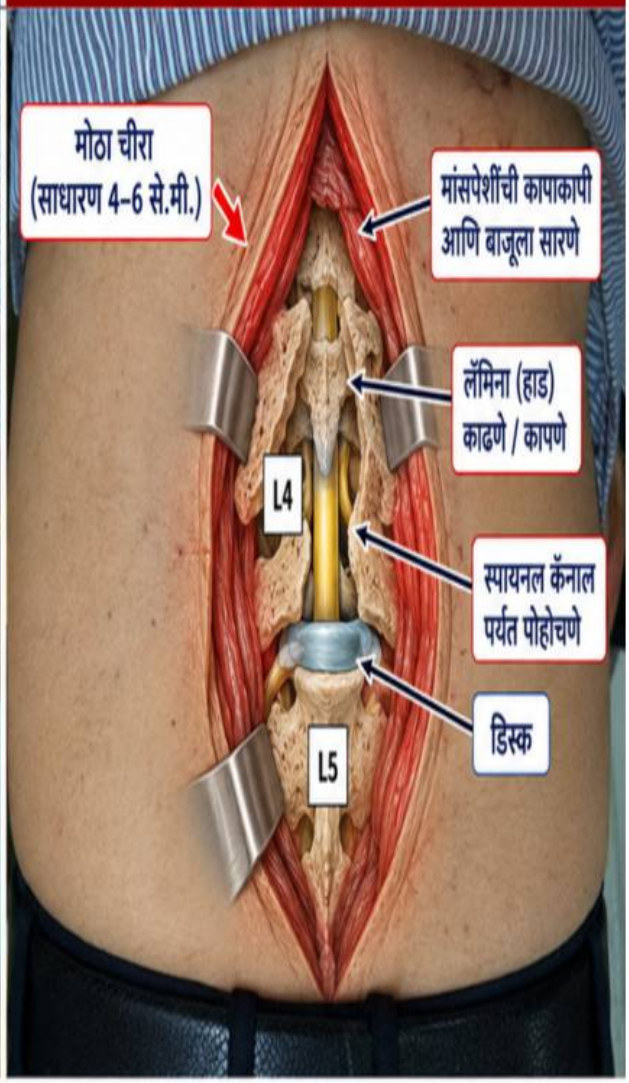
येथे शस्त्रक्रिया पोकळीच्या बाजूच्या भिंतीवर केली जाऊ शकते आणि जेव्हा मूत्राशयाच्या कार्यावर परिणाम होत असेल तेव्हा तिचा विचार केला जाऊ शकतो. ज्येष्ठ नागरिकांमध्ये, इतर वैद्यकीय आजारांमुळे शस्त्रक्रिया नेहमीच अवघड असते आणि आमची पद्धत स्थानिक भूल देऊन (लोकल ॲनेस्थेशिया) शक्य असल्याने, ती जीवनमान सुधारण्यास मदत करते.

आयुर्मान वाढत असताना, अनेक रुग्णांसाठी हा एक अधिक सोपा उपाय ठरतो. जर स्पष्टपणे अस्थिरता (instability) दिसून येत असेल, तर स्क्रू, रॉड्स किंवा केजेस यांसारखे इम्प्लांट्स वापरणे उपयुक्त ठरते.

बाजूने (Transforaminal) डिस्कमध्ये थेट प्रवेश
– लहान चीरा, कमी नुकसान, थेट उपचार



पारंपारिक पद्धत – मोठा चीरा, जास्त नुकसान
– मांसपेशी, हाडे कापून मगच डिस्कपर्यंत पोहोचावे लागते



ट्रान्सफोरामिनल एंडोस्कोपी (गोरे सिस्टम) चे फायदे

- फक्त 8 मिमी चीरा (लहान छेद)
- बाजूने नैसर्गिक फोरामेनमधून थेट डिस्कपर्यंत प्रवेश
- मांसपेशींचे कमी नुकसान
- हाडे कापण्याची गरज नाही
- रुग्णाला कमी वेदना, लवकर चालणे, लवकर घरी जाणे
- डिस्कमधील त्रास (हर्निएशन / वेदनादायक भाग) थेट पाहून उपचार

पारंपारिक शस्त्रक्रियेचे तोटे

- मोठा चीरा (4-6 से.मी. किंवा अधिक)
- त्वचा, मांसपेशी कापाव्या लागतात
- लॅमिना व इतर हाडे काढावी लागतात
- स्पायनल कॅनालमध्ये प्रवेश करून मग डिस्कपर्यंत पोहोचावे लागते
- जास्त वेदना, जास्त रक्तस्राव
- रुग्णाला उशिरा चालणे, उशिरा घरी जाणे
- स्नायूंचे व हाडांचे जास्त नुकसान

कमी नुकसान – समान परिणाम – रुग्णासाठी अधिक सोयीस्कर !

Dr. Gore

जर आपण डाव्या बाजूला दाखवलेल्या, शस्त्रक्रियेची तुलना उजव्या बाजूच्या उघड्या आणि गुंतागुंतीच्या शस्त्रक्रियेशी केली, तर आपल्याला खालील गोष्टी आढळतील:

१. स्नायूंना कमी इजा होते. २. रक्तस्त्राव होत नाही, किंवा नगण्य असतो. ३. भूल देण्याची गरज नसते. ४. काही तासांपेक्षा जास्त काळ रुग्णालयात राहावे लागत नाही. रक्त संक्रमण, टाके, मलमपट्टी इत्यादींची गरज नसते. ५. याचा खर्च सामान्य आरोग्य विमा संरक्षणांतर्गत येतो.

कमी-आक्रमक किंवा endoscopic surgery नंतर काही रुग्ण लवकर चालू शकतात आणि घरीही लवकर जाऊ शकतात. हा फायदा असू शकतो. पण त्वचेचा छोटा cut भरला म्हणून मज्जातंतू पूर्ण बरा झाला असे नाही.

मज्जातंतूला वेळ का लागतो?

दीर्घकाळ irritated किंवा compressed असलेला nerve root decompression नंतरही काही काळ मुंग्या, जळजळ, altered sensation किंवा weakness देऊ शकतो. Recovery चा वेग व्यक्तिनिहाय बदलतो.

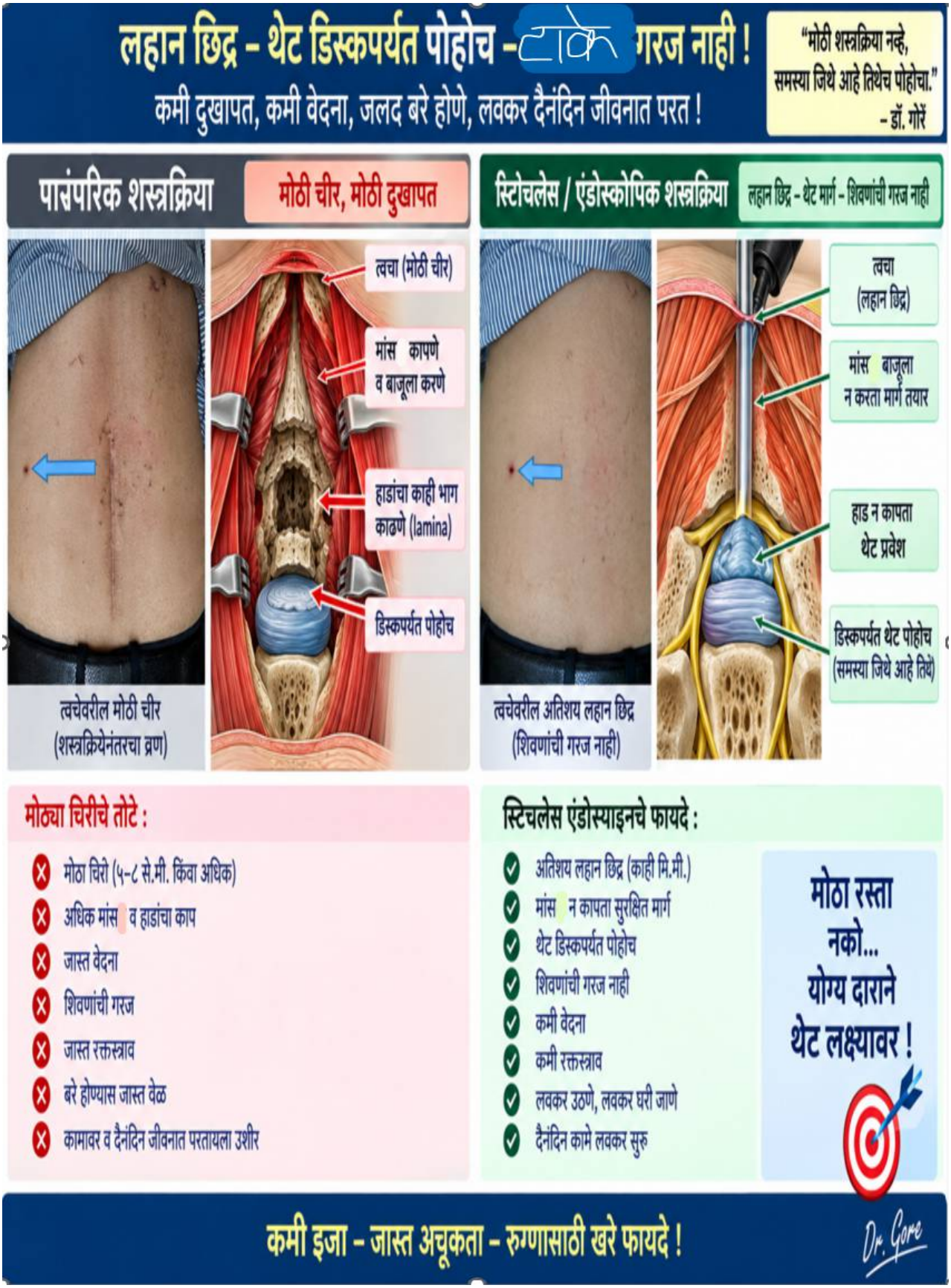
पहिल्या काही आठवड्यांत

डॉक्टरांच्या सूचनेनुसार नियमित हलके चालणे. जखमेची स्वच्छता आणि infection ची चिन्हे पाहणे. नवीन कमजोरी, ताप, जखमेतून जास्त स्त्राव किंवा bladder/bowel change असल्यास त्वरित संपर्क. जड वजन आणि अचानक twisting/bending टाळणे, जोपर्यंत treating team परवानगी देत नाही. पुनर्वसन क्रमशः वाढवणे.

वेदनामुक्ती आणि “नवीन spine” यात फरक

उपचाराचा उद्देश वय उलटे करणे नाही. अनेक age-related बदल कायम राहू शकतात. यश म्हणजे अनेकदा — वेदना कमी होणे, चालणे सुधारणे, झोप चांगली होणे, कामात परतता येणे आणि भीती कमी होणे.

हे सर्व शक्य झाले आहे ते तज्ञांच्या लक्षणांना कारणीभूत घटक अचूकपणे ओळखण्याच्या क्षमतेमुळे, एमआरआय (MRI) प्रतिमांद्वारे लक्षित भागाचे नेमके स्थान व आकार समजल्यामुळे आणि संबंधित स्कोप्स, प्रकाशयोजना, कॅमेरा व डिस्प्ले यांच्या मदतीने शस्त्रक्रिया सोपी व अत्यंत अचूक (केंद्रित) करणाऱ्या तंत्रज्ञानामुळे.



वरील छायाचित्रात आम्ही एका अशा रुग्णावर शस्त्रक्रिया केली आहे ज्यावर यापूर्वी शस्त्रक्रिया झालेली होती; मध्यरेषेवरील व्रण (scar) त्या जुन्या

शस्त्रक्रियेचा आहे, तर बाणाने दर्शवलेला डावीकडील छोटा छेद ही मी केलेली शस्त्रक्रिया आहे. दोन्ही शस्त्रक्रियांनंतरच्या शारीरिक त्रासातील (morbidity) फरक लक्षणीय आहे.

मला केवळ त्या लहान छेदावर नव्हे, तर शस्त्रक्रियेमागील सखोल विचार, विश्लेषण, नियोजन आणि ती निर्दोषपणे पार पाडणे या गोष्टींवर विशेष भर द्यायचा आहे.

काही शब्द स्वतःच भीती निर्माण करतात: “degeneration”, “compression”, “canal stenosis”, “nerve damage”, “surgery”. या शब्दांचा अर्थ समजावून सांगणे हाही उपचाराचा भाग आहे. भीती वाढवणाऱ्या तीन चुका

रिपोर्ट वाचून स्वतःचे अंतिम निदान करणे.
एका व्यक्तीच्या वाईट अनुभवावरून सर्व surgery वाईट मानणे.
इंटरनेटवरील “१००% cure”, “zero risk”, “permanent solution” अशा जाहिरातींवर विश्वास ठेवणे.

Shared decision-making — एकत्रित निर्णय

चांगला निर्णय म्हणजे डॉक्टरांचा आदेश किंवा रुग्णाचा हट्ट नाही. तो संवाद आहे. डॉक्टरांनी उपलब्ध evidence, uncertainty, alternatives आणि risks स्पष्ट करावेत. रुग्णाने आपली भीती, कामाची गरज, आर्थिक/कौटुंबिक परिस्थिती, अपेक्षा आणि उपचाराची उद्दिष्टे सांगावीत.

येथे दिलेली माहिती माझ्या अनेक वर्षांच्या अनुभवावर आधारित आहे; याचा उद्देश कोणत्याही विशिष्ट पद्धतीचा पुरस्कार करणे किंवा तिला कमी लेखणे हा नाही. याकडे वैद्यकीय सल्ला म्हणून न पाहता, केवळ माहिती म्हणून पहावे; ही माहिती तुम्हाला तुमच्या डॉक्टरांशी चर्चा करून अधिक चांगला आणि योग्य निर्णय घेण्यास सक्षम करू शकेल.

डिस्कचे छिद्र बंद करण्यासाठी PRF (Dervan Plug)

- साधे, नैसर्गिक आणि प्रभावी समाधान -

"निसर्गाने दिलेल्या घटकांचा वापर करून डिस्कचे संरक्षण."
- डॉ. गोरे

1 रक्तातून PRF तयार करणे

2 शस्त्रक्रियेनंतर डिस्कमध्ये तयार झालेले छिद्र

3 PRF (Dervan Plug) टाकणे

4 PRF द्वारे छिद्र बंद करणे

PRF (Dervan Plug) चे फ़ायदे

- रुग्णाच्या स्वतःच्या रक्तापासून तयार - सुरक्षित व जैवसुसंगत (biocompatible)
- डिस्कमधील छिद्र बंद करण्यात मदत
- डिस्कमधील आतील पदार्थ बाहेर येण्याचा (recurrence) धोका कमी
- उत्कृष्ट ऊतक भरून येण्यास मदत (healing)
- संक्रमणाचा धोका कमी
- अतिरिस्त कृत्रिम पदार्थांची गरज नाही

महत्वाचा संदेश

डिस्कचे छिद्र बंद करणे हे दीर्घकालीन यशासाठी महत्वाचे आहे.
PRF (Dervan Plug) हा एक सोपा, नैसर्गिक आणि प्रभावी उपाय आहे जो पुनरावृत्तीचा (recurrence) धोका कमी करण्यास मदत करतो.

स्वतःच्या रक्तातून स्वतःच्या डिस्कसाठी - अधिक सुरक्षित, अधिक प्रभावी !

निसर्गाची साथ - दीर्घकाळ निरोगी पाठ !

Dr. Gore

पूर्वीच्या ओपन सर्जरीमध्ये, डिस्क उघडून जनरल ऍनेस्थेशियाखाली तिचा तुकडा काढला जायचा. शस्त्रक्रियेच्या शेवटी, ऍन्युलसमधील ती उघडी चीर काहीवेळा तशीच ठेवली जायची, ज्यामुळे न्यूक्लियसचा नवीन तुटलेला तुकडा बाहेर आल्याने रुग्णाला पुन्हा त्रास होऊ लागला. त्या शस्त्रक्रियेनंतर रुग्णाला दीर्घकाळ वेदना आणि त्रास सहन करावा लागला. हा त्रास कमी करण्यासाठी आणि पुन्हा त्रास होऊ नये म्हणून, आम्ही आता फायब्रिनचा प्लग वापरतो. हा प्लग ऍन्युलसमधील मूळ वेदनादायी आणि शस्त्रक्रियेदरम्यान तयार झालेल्या नवीन छिद्रांना बंद करतो. आम्ही रुग्णाच्या शरीरातून सुमारे १५ मिली रक्त घेतो आणि सेंट्रीफ्यूजच्या साहाय्याने चित्रात दाखवल्याप्रमाणे हा प्लग मिळवतो.

आम्ही डेरवण [हे रत्नागिरी जिल्ह्यातील चिपळूणमध्ये आहे.] मध्ये याचा वापर सुरू केला आहे. सुरुवातीला आमचे दिवंगत मित्र डॉ. पवनकुमार कोहली यांनी याचा प्रस्ताव दिला होता.आम्ही आमच्या टिश्यू कल्चर लॅबमध्ये या तंत्रज्ञानावर काम करत आहोत आणि लवकरच अधिक पुनरुत्पादक [regenerative] उपाय घेऊन येऊ शकू. 'प्लग'च्या वापरामुळे शस्त्रक्रियेनंतर आजार पुन्हा उद्भवण्याचा धोका आणि वेदना खूप वेगाने आणि बऱ्याच अंशी कमी झाल्या आहेत.

आम्ही रुग्णांच्या अनुभवाच्या विविध पैलूंचा विचार केला असून त्यांना मदत करण्याचा प्रयत्न केला आहे. तसेच, शस्त्रक्रियांच्या या नवीन पद्धतीबाबत शल्यचिकित्सकांना (सर्जनना) प्रशिक्षित करण्याचाही आम्ही प्रयत्न केला आहे. आमचा असा विश्वास आहे की, बदलता काळ, बदलती आर्थिक परिस्थिती, कार्यरत वयोगटातील लोकसंख्या आणि लोकसंख्येची बदलती रचना यांमुळे, या नवीन वास्तवाला साजेसे अधिक चांगले आणि वैज्ञानिक उपाय शोधणे आवश्यक आहे.

आमच्या शस्त्रक्रियेच्या व्हिडिओची लिंक येथे दिली आहे, जी तुम्हाला त्यातील काही फरक समजून घेण्यास मदत करू शकेल.

esahity book information video

हा व्हिडिओ सुमारे २० मिनिटांचा आहे. यात सुरुवातीची ४.२८ मिनिटे 'ओपन सर्जरी'ची आहेत, त्यानंतरची ४.२७ मिनिटे 'एंडोस्कोप'द्वारे दिसणारी तीच शस्त्रक्रिया आहे आणि शेवटची १० मिनिटे माझ्या प्रणालीद्वारे (सिस्टमद्वारे) केलेली शस्त्रक्रिया व त्यासंबंधीची तांत्रिक माहिती दर्शवतात. हा व्हिडिओ कोणत्याही प्रकारच्या जाहिरातीसाठी नसून, केवळ उत्सुक रुग्णांमध्ये जागरूकता निर्माण करण्याच्या उद्देशाने बनवला आहे. तुम्ही दिलेल्या लिंकद्वारे तो पाहू शकता; तो डाउनलोड करण्याची आवश्यकता नाही. हा व्हिडिओ '4K' गुणवत्तेचा असल्याने तो पाहण्यासाठी जलद इंटरनेट कनेक्शनची (fast connection) आवश्यकता असेल.

स्थानिक भूल मध्ये - स्टिचलेस (Stitchless) एंडोस्कोपिक स्पाइन सर्जरी

डिस्कचा त्रास कमी करा + गरज असल्यास 'वज्र" ने स्थिरता द्या !

"कमी दुखापत,
जास्त स्थिरता,
जलद पुनर्वसन."
- डॉ. गोरे

वज्र (Vajra) - मागून न सर्जरी करता स्थिरता देणारी तंत्रज्ञान

Device before expansion

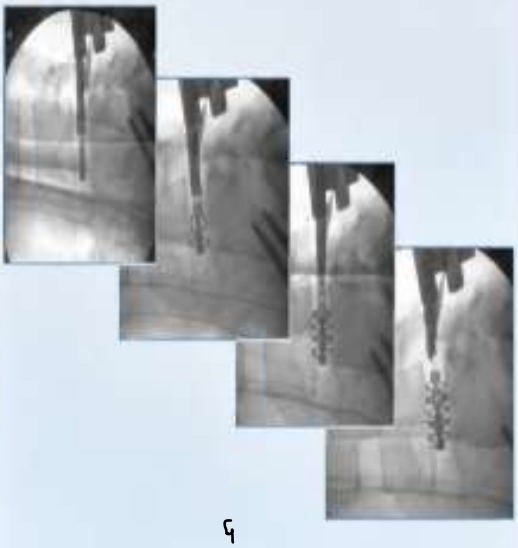
Device after expansion

11/9.5mm 13/11.5mm 15/13.5mm

वज्र - डिस्क स्पेस मध्ये टाकून विस्तारून दोन मणक्यांमध्ये स्थिरता (Fixation) देतो.

एंडोस्कोपिक मार्गदर्शित वज्र टाकण्याची प्रक्रिया

एक्स-रे मध्ये वज्र बसवण्याची प्रक्रिया (लाईव्ह मार्गदर्शनात)



रुग्णासाठी फायदे

- लहान छिद्र - टाके नाहीत (स्टिचलेस)
- डिस्कचा त्रास कमी + स्थिरता (गरजेनुसार)
- कमी दुखापत, कमी वेदना
- स्थानिक भूल, रुग्ण शुद्धीवर
- लाईव्ह न्यूरोमॉनिटरिंग (रुग्णाशी संवाद)
- जास्त सुरक्षित
- लवकर उठणे, लवकर घरी जाणे
- दैनंदिन जीवनात जलद पुनर्वसन

एंडोस्कोपी + वज्र = कमी आक्रमक,
जास्त स्थिर, उत्तम परिणाम !

" लहान छिद्र, मोठा दिलासा - वेदनामुक्त, स्थिर आणि सक्रिय जीवनाकडे ! "

Dr. Gore

वाढत्या वयानुसार आणि झीज झाल्यामुळे डिस्कमधील न्यूक्लियस, म्हणजेच त्याचा मध्यभाग, नाहीसा होऊ शकतो. साधारणपणे २५ वर्षीय तरुण व्यक्तीमध्ये त्याचे वजन १० ग्रॅम असते आणि वयानुसार दर १० वर्षांनी सुमारे १ ग्रॅमने ते कमी होते. जर डिस्कचे वजन तिच्या सध्याच्या वजनाच्या निम्म्यापेक्षा जास्त झाले असेल आणि ती निसटली असेल, तर डिस्क कोसळू शकते. पूर्वी, अशा प्रकरणांमध्ये डिस्कला आधार देण्यासाठी आणि फोरॅमेनचा आकार पूर्ववत करण्यासाठी आम्हाला प्रामुख्याने स्क्रू आणि इतर इम्प्लांट्सचा वापर करावा लागत असे.

आता मी 'वज्र' नावाचा एक इम्प्लांट सादर केला आहे [पहिला वापर जानेवारी २००४ मध्ये पुण्यात], जो टायटॅनियमपासून बनलेला आहे. एंडोस्कोपीच्या नंतरच्या टप्प्यात कॅन्युलाद्वारे तो आत टाकल्यावर, आम्ही सहजपणे डिस्कला आधार देऊ शकतो. हे स्पेसर म्हणून काम करते आणि हा एक अतिशय सोपा, अभ्यासपूर्ण आणि प्रमाणित उपाय आहे. चित्रांमध्ये 'वज्र', त्याचे विविध आकार, रुग्णाच्या एक्स-रेमध्ये पूर्णपणे बसवलेला वज्र आणि एक रेखाचित्र दाखवले आहे. ही शस्त्रक्रिया प्रामुख्याने स्थानिक भूल देऊन आणि टाके न घालता केली जाते. यामुळे आम्हाला इम्प्लांट सरकणे आणि संसर्ग होणे यासारखी कोणतीही मोठी गुंतागुंत आढळली नाही.

दबलेल्या डिस्कची उंची सुधारण्याचा हा एक मार्ग आहे. डिस्क दबल्यामुळे फोरॅमेनमधून बाहेर येणाऱ्या मज्जातंतूसाठी उपलब्ध जागा कमी होते, ज्यामुळे वेदना आणि बधिरता येते. वज्र हा एक भारतीय उपाय आहे. आपल्याला माहित आहे की वज्र हे इंद्राचे आहे.

पेडिकल स्क्रू (स्क्रू-रॉड फिक्सेशन) ची प्रमुख तीन कारणे

- स्थिरता, योग्य आकार आणि तुटलेल्या हाडाला आधार -

"योग्य रुग्णात, योग्य कारणासाठी,
योग्य स्थिरता दिली तर
चांगले आयुष्य शक्य आहे."
- डॉ. गोरे

1 अस्थिरता (Instability)

- हाडे सरकणे, जास्त हालचाल -

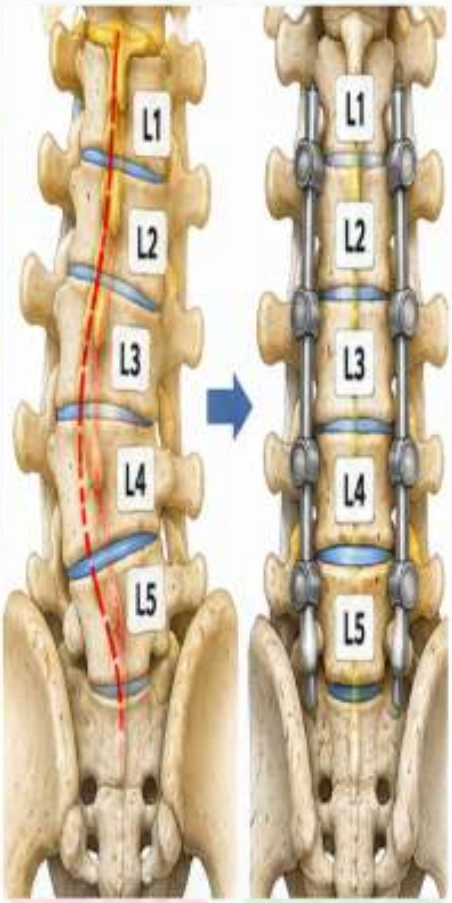
X-ray मध्ये
हाड सरकलेले दिसते

स्क्रू-रॉड फिक्सेशननंतर
हाडे स्थिर होतात

सततचा कंबरदुखी, पायात दुखणे, उभे राहिल्यावर किंवा चालताना त्रास - यामध्ये अस्थिरता असू शकते.

2 विकृती (Deformity)

- वाकडेपणा, तिरकेपणा -



शस्त्रक्रियेपूर्वी
(वाकडेपणा / स्कोलिओसिस)

स्क्रू-रॉड फिक्सेशननंतर
योग्य सरळपणा (Alignment)

कंबर वाकडी होणे (स्कोलिओसिस / किफोसिस),
शरीराची सरळ रचना बिघडणे - यामध्ये स्क्रूंची गरज असू शकते
(हाडांना योग्य आधार देण्यासाठी).

3 कंप्रेशन फ्रॅक्चर (Compression Fracture)

- हाड मोडणे व चकत्या सारखे दबणे -

X-ray / CT मध्ये
हाड दबलेले दिसते

स्क्रू-रॉड फिक्सेशननंतर
तुटलेल्या हाडाला आधार
मिळतो, पुढील दबाव कमी
होतो आणि स्थिरता मिळते.

अपघात, मणक्याचे ठिसूळपणा (ऑस्टिओपोरोसिस) किंवा कर्करोगामुळे
हाडे तुटून दबली तर स्क्रूंची गरज असू शकते.

स्थिर कणा - सरळ कणा - मजबूत कणा - चांगल्या आयुष्यासाठी!

Dr. Gore

आम्ही हे मान्य करतो की मणक्याच्या तीन विशिष्ट स्थिती आहेत, ज्या डिस्क हर्निएशनइतक्या सामान्य नसल्या तरी, त्यांना धातूच्या इम्प्लांट्सचा वापर करून स्थिर करण्याची आवश्यकता असते.

१. अस्थिरता, जिथे रुग्णाला उभे राहताना आणि चालताना बधिरता आणि वेदना जाणवतात आणि गंभीर प्रकरणांमध्ये मूत्राशयावर परिणाम होऊ शकतो.

२. वयामुळे मणका विकृत होऊ शकतो, ज्याला सेनिईल आणि डिजनरेटिव्ह स्कोलियोसिस म्हणतात.

३. ज्या रुग्णांमध्ये मणक्यांवर फ्रॅक्चरमुळे दाब आलेला असतो आणि नसा दाबल्या गेल्या असतील, तिथे आम्ही दाब कमी करण्यासाठी शस्त्रक्रिया करतो आणि मणका मजबूत व स्थिर करण्यासाठी चित्रांमध्ये दाखवल्याप्रमाणे धातूचे इम्प्लांट्स वापरतो.

हे मूलतः आमच्या कामाचाच भाग आहेत, परंतु ते एंडोस्कोपिक नाहीत.

एक नवीन ट्रेंड सुरू झाला आहे, जिथे डिस्क आणि स्टेनोसिससाठीच्या सर्व शस्त्रक्रिया आणि स्थिरीकरण, एंडोस्कोपी असे लेबल लावलेल्या आणि स्कोप जोडलेल्या मोठ्या व्यासाच्या ट्यूबद्वारे, जनरल ॲनेस्थेशियाखाली केले जात आहेत. 'एंडोस्कोपी' इत्यादी शब्दांच्या वापरामुळे हे कधीकधी दिशाभूल करणारे ठरू शकते. आपल्याला हे लक्षात घ्यायला हवे की शस्त्रक्रियेचा कल निश्चितपणे उघड्या, अधिक काप देणाऱ्या आणि घातक पद्धतींकडून कमी आक्रमक पद्धतींकडे आहे.

लक्ष्य ओळखा – मगच हस्तक्षेप करा

अनिश्चिततेतून अचूकतेकडे – प्रतिमा (इमेजिंग) आम्हाला लक्ष्य दिसू देते!

"योग्य नियोजन,
अचूक शस्त्रक्रिया,
रुग्णासाठी चांगले परिणाम."
– डॉ. गोरे

पूर्वी – (IN THE PAST)

मणक्याचा भाग उघडल्यानंतर निर्णय

- ✗ लक्ष्य स्पष्ट नसते
- ✗ उघडल्यावर निर्णय घेतला जातो
- ✗ जास्त ऊतकांची कापकापी
- ✗ चुकीच्या स्तरावरकिंवा अपूर्ण शस्त्रक्रियेचा जास्त धोका
- ✗ अनिश्चितता जास्त

प्रतिक्रियात्मक शस्त्रक्रिया – आधी पाहू, मग निर्णय.

आता – (NOW)

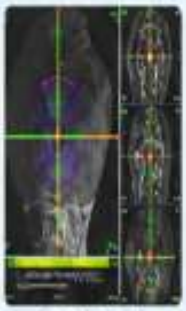
शस्त्रक्रियेपूर्वी लक्ष्य ओळखा आणि निश्चित करा

एक्स-रे / CT स्कॅन (बाजूचा दृश्य)	MRI स्कॅन (बाजूचा दृश्य)	CT / MRI स्कॅन (आडवा / Axial)
हाडांची रचना, स्तर आणि संरेखन	डिस्क, नस, कालवा, मऊ ऊतके आणि रोगस्थिती	नेमकी बाजू आणि गळतीचे ठिकाण, दाबाची पातळी

1 समजून घ्या – समस्यांचे स्वरूप ओळखा

2 लक्ष्य शोधा – अचूक ठिकाण निश्चित करा

3 खात्री करा – हस्तक्षेप करण्यापूर्वी पुन्हा पडताळा

3D CT पुनर्निर्मिती	लक्षित रोगस्थिती	शस्त्रक्रियेपूर्व नियोजन
		
चांगली दिशा मिळते	(नस / डिस्क)	(फोकस्ड ट्रिस्कोनासाठी)

परिणाम – (THE RESULT)

अधिक सक्षम S.P.I.N.E. शस्त्रक्रिया

S – अधिक सुरक्षित
कमी ऊतकांना इजा, कमी गुंतागुंत

P – अधिक अचूक
योग्य स्तर, योग्य बाजू, योग्य रोगस्थितीवर उपचार

I – नावीन्यपूर्ण
नवीन तंत्रज्ञानाचा उपयोग (कमी प्रवेशमार्ग, एंडोस्कोपी, नेव्हिगेशन, इमेज-गाइडेड)

N – नवीन शक्यता
अधिक निदान आणि उपचार पर्याय

E – रुग्णासाठी सक्षम
चांगले परिणाम, लवकर पुनर्वसन, जास्त आत्मविश्वास

लक्ष्य दिसले की मार्ग स्पष्ट होतो.

चांगली माहिती → चांगले निर्णय → चांगले रुग्ण

S.P.I.N.E. = सुरक्षित | अचूक | नावीन्यपूर्ण | नवीन शक्यता | रुग्णासाठी सक्षम

शस्त्रक्रियेपूर्वी लक्ष्य ओळखणे ही प्रत्येक मणक्याच्या शस्त्रक्रियेची गाभा आहे – प्रत्येक रुग्णाच्या हितासाठी.

– डॉ. गोरे

मी तुम्हाला मणक्याच्या समस्यांवरील उपचारांबाबत (spine solutions) माहिती देण्याचा आणि माझ्या कार्यावर प्रकाश टाकण्याचा प्रयत्न केला आहे. मी या उपचारांचे स्वरूप

'SPINE' (स्पाइन) या शब्दाद्वारे मांडले आहे:

S म्हणजे सुरक्षित (Safe),

P म्हणजे अचूक (Precise),

I म्हणजे नाविन्यपूर्ण (Innovative),

N म्हणजे अभिनव (Novel) आणि

E म्हणजे रुग्णांना सक्षम करणारे (Enabling).

मला आशा आहे की, हे छोटेसे पुस्तक तुम्हाला मणक्याच्या शस्त्रक्रियेबाबतच्या अनेक शंका, गोंधळ आणि मुख्य म्हणजे भीती दूर करण्यास मदत करेल.

या शस्त्रक्रिया करण्याबाबतचा माझा वैयक्तिक अनुभव, जगभरात विकली जाणारी माझी स्वतःची उपकरणे (instruments) विकसित करणे आणि भारत व परदेशातील सर्जनना प्रशिक्षण देणे, या गोष्टींबद्दल मी यात लिहिले आहे.

मला आशा आहे की, यामुळे तुम्हाला अधिक चांगले निर्णय घेण्यास मदत मिळेल.

पाठीच्या कण्यावरील शस्त्रक्रियेमध्ये नैपुण्य मिळवण्याच्या दिशेने झालेला माझा वैयक्तिक प्रवास वर दिला आहे. मी तुम्हा सर्वांना खूप खूप शुभेच्छा देतो.

रुग्णांचे वारंवार विचारले जाणारे प्रश्न

1. Disc bulge म्हणजे ऑपरेशन का?

नाही. Disc bulge हा imaging finding आहे. Symptoms, examination आणि imaging correlation महत्त्वाचे आहेत.

2. सायटिका स्वतःहून बरी होऊ शकते का?

अनेक रुग्णांत symptoms वेळेनुसार सुधारू शकतात. पण कमजोरी किंवा red flags असल्यास तातडीचे मूल्यमापन आवश्यक.

3. Endoscopy मध्ये धोका नाही का?

कोणतीही surgery zero-risk नाही. Endoscopy काही निवडक रुग्णांत tissue disruption कमी करू शकते, पण nerve injury, infection, bleeding, dural injury, recurrence किंवा पुन्हा intervention लागण्याचे धोके संभवतात.

4. Local anesthesia म्हणजे नेहमी saferच?

नाही. काही procedures आणि काही रुग्णांत त्याचे फायदे असू शकतात; सर्वांसाठी नाही. Anesthesia plan वैयक्तिक असते.

5. टाके नाहीत म्हणजे लगेच कामावर?

नाही. Skin wound लहान असू शकतो; internal healing आणि nerve recovery ला वेळ लागू शकतो.

6. MRI मध्ये severe stenosis आहे पण मला फार त्रास नाही. ऑपरेशन करावे?

Imaging severity आणि clinical disability नेहमी समान नसतात. निर्णय symptoms, examination, walking/standing ability आणि neurological findings वर आधारित असतो. काही निवडक रुग्णांत

bladder function साठी post-void residual तपासणे उपयुक्त ठरू शकते; abnormal result चे urological आणि neurological दोन्ही संदर्भात मूल्यांकन करावे.

7 माझी वेदना खूप आहे पण MRI near normal आहे. माझं दुखणं खोटं आहे का?

नाही. Pain experience आणि structural imaging यांचा संबंध जटिल असू शकतो. कमी dramatic imaging असूनही लक्षणे गंभीर असू शकतात; म्हणून history आणि examination महत्त्वाचे.

8 दुसरे मत घेणे डॉक्टरांवरील अविश्वास आहे का?

नाही. विशेषतः मोठ्या किंवा elective surgery पूर्वी दुसरे मत घेणे हा माहितीपूर्ण निर्णयाचा योग्य भाग असू शकतो.

9 Laser surgery म्हणजे काय?

“Laser” हा शब्द जाहिरातीत वापरला जातो. Procedure नेमकी काय आहे, laser चा खरा उपयोग काय आहे आणि त्याबद्दल evidence काय आहे — हे विचारणे महत्त्वाचे.

10 मला आयुष्यभर व्यायाम करावा लागेल का?

दीर्घकालीन spine health साठी नियमित activity, strength आणि mobility महत्त्वाची असते. विशिष्ट कार्यक्रम तुमच्या स्थितीनुसार बदलतो.

तुमच्या मनात आणखी काही प्रश्न असू शकतात; त्यासाठी तुम्ही https://www.drgoreonline.com/frequently-asked-questions/ या संकेतस्थळाला भेट देऊ शकता. तिथे तुम्हाला सर्व प्रश्नांची उत्तरे माझ्या आवाजात ऐकायला मिळतील. तसेच, तुम्ही त्यातील लिखित मजकूर (ट्रान्सक्रिप्ट) वापरू शकता आणि त्याचे इतर भाषांमध्ये भाषांतरही करू शकता.

ज्येष्ठ नागरिकांमधील पाठदुखीविषयीची, सोप्या मराठी भाषेतील सुमारे ६ मिनिटांची व्हिडिओ लिंक येथे दिली आहे. लिंकवर क्लिक करा.

https://www.drgoreonline.com/endoscopy-spine-surgery/dr-gore-system/