NHS Greater Glasgow and Clyde

Urdu

NHS SCOTLAND

مریضوں کے لیے معلومات

پارکنسنز کی بیماری

گلاسگو میں نیشنل اسکاٹش سروس میں سبتھیلمک
نیوکلیئس کی گہری دماغی تحریک (ڈیپ برین اسٹیمولیشن
آف دی سبتھیلمک نیوکلیئس)

نیشنل اسکاٹش ڈیپ برین اسٹیمولیشن سروس
کوئین الزبتھ یونیورسٹی ہسپتال گلاسگو
Queen Elizabeth University)
(Hospital Glasgow G51 4TF

رابطے کی تفصیلات

مارگریٹ رینالڈز (Margaret Reynolds) اور ماریہ نکول (Maria Nicol)
ڈیپ برین اسٹیمولیشن ایڈمنسٹریٹرز
انسٹی ٹیوٹ آف نیورولوجیکل سائنسز
کوئین الزبتھ یونیورسٹی ہسپتال (Queen Elizabeth University Hospital)
1345 Govan Road
Glasgow G51 4TF

☎ ۰۱۴۱ ۲۳۲ ۷۵۱۲

✉ ggc.dbsadmin@ggc.scot.nhs.uk

🌐 https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-deep-brain-stimulation/

آپ کے پہلے وزٹ پر (جو اکثر سارا دن جاری رہتی ہے)، آپ مندرجہ ذیل ٹیم کے متعدد ممبران سے ملیں گے:

- **ٹریسی مرفی (Tracy Murphy)، ایلین ٹیرل (Elaine Tyrrell) اور فیونا رونن (Fiona Ronan)**
  موومنٹ ڈس آرڈر اور ڈیپ برین اسٹیمولیشن نرسیں
- **محترم مائیکل کینٹی (Michael Canty) اور محترم جیمز مین فیلڈ (James Manfield)**
  کنسلٹنٹ نیورو سرجنز
- **ڈاکٹر ایڈ نیومین (Dr Ed Newman) اور ڈاکٹر وکی مارشل (Dr Vicky Marshall)**
  کنسلٹنٹ نیورولوجسٹ

گہری دماغی تحریک (ڈیپ برین اسٹیمولیشن) (DBS) کا تعارف

آپ کو پارکنسنز کی بیماری (PD) کے علاج کے طور پر DBS کے لیے ریفر کیا گیا ہے یا آپ اس پر غور کر رہے/رہی ہیں۔ یہ معلوماتی کتابچہ آپ کو مزید معلومات دینے کے لیے لکھا گیا ہے۔ آپ ٹیم سے مزید معلومات بھی حاصل کر سکتے/سکتی ہیں (براہ کرم صفحہ ۳ دیکھیں)۔

گہری دماغی تحریک (ڈیپ برین اسٹیمولیشن) کیا ہے؟

ہم پارکنسنز کی بیماری میں مبتلا کچھ لوگوں کے علاج کے لیے گہری دماغی تحریک (ڈیپ برین اسٹیمولیشن) استعمال کر سکتے ہیں جن میں دواؤں کے مضر اثرات (سائیڈ ایفیکٹس) پیدا ہو گئے ہوں، یا جن کا رعشہ ناکافی طور پر قابو میں ہو۔ یہ دنیا بھر میں استعمال ہونے والا ایک اچھی طرح سے قائم شدہ علاج (تھیراپی) ہے۔

اس میں بہت باریک تاریں شامل ہوتی ہیں جن کے سروں پر الیکٹروڈز ہوتے ہیں جنہیں دماغ میں لگایا جاتا ہے۔ استعمال ہونے والے اہداف سبتھیلمک نیوکلیئس (Subthalamic Nucleus) (STN – سب سے عام) اور گلوبس پیلیڈس انٹرنس (Globus Pallidus Internus) (GPi) ہیں۔ الیکٹروڈز دماغ میں کچھ برقی سگنلز کو تبدیل کرنے اور PD کی علامات کو کم کرنے کے لیے ان کے ذریعے ایک مسلسل برقی نبض (الیکٹریکل پلس) بھیجتے ہیں۔

یہ تاریں ایکسٹینشنز سے جڑی ہوتی ہیں جنہیں کان کے پیچھے اور گردن کے نیچے جلد کے نیچے سرنگ کی طرح لگایا جاتا ہے۔ وہ ایک پلس جنریٹر (پیس میکر کی طرح ایک چھوٹا آلہ) سے جڑے ہوتے ہیں جسے جلد کے نیچے رکھا جاتا ہے - عام طور پر سینے کے حصے میں۔ جدید ہارڈویئر اب ماضی کے مقابلے میں بہت چھوٹا ہے اور یہ غیر معمولی بات ہے کہ مریض اس سے پریشان ہوں۔ ٹیم آپ کو اس کی مثالیں دکھا سکتی ہے کہ کٹ کیسی دکھتی ہے۔

DBS
الیکٹروڈز
ایکسٹینشن
تاریں
پلس
پلس

آپ اس پورے عمل کے لیے یا تو سوئے ہوئے/ہوئی ہوں گے/گی (عمومی بے ہوشی (جنرل اینستھیٹک)) یا آپ کو سکون آور دوا (سیڈیشن) دی جائے گی جس کا مطلب ہے کہ آپ اس کے ایک حصے کے دوران جاگتے/جاگتی ہوئے لیکن پرسکون ہوں گے/گی۔ آپ کے کنسلٹنٹس آپ سے اس پر بات کریں گے اور جہاں ممکن ہوا آپ کی ترجیحات کو شامل کرنے کی کوشش کریں گے۔

گلاسگو کے کوئین الزبتھ یونیورسٹی ہسپتال کی ٹیم ۲۰۰۴ سے پارکنسنز کی بیماری کے لیے اسٹیمولیٹرز لگا رہی ہے اور پورے اسکاٹ لینڈ کے لیے قومی DBS سروس چلاتی ہے۔

کیا یہ سرجری میرے لیے مناسب ہے؟

- آپ پر آپ کی لیووڈوپا (سائنی میٹ (Sinemet) یا میڈوپار (Madopar)) کا اچھا ردعمل ہوا ہو لیکن اس کے مضر اثرات (جیسے متغیر کنٹرول، آن یا آف اتار چڑھاؤ (آن یا آف فلکچوئیشنز) یا ڈسکائنیزیا (dyskinesias)) اس کی تاثیر کو محدود کر رہے ہوں۔
- ہو سکتا ہے کہ آپ کو شدید رعشہ ہو جو دوا پر کوئی ردعمل ظاہر نہ کرتا ہو، یا صرف جزوی طور پر ردعمل ظاہر کرتا ہو۔
- آپ میں ڈیمنشیا یا سوچنے یا یادداشت میں اہم خلل کے کوئی شواہد نہیں ہونے چاہئیں۔

میرے لیے DBS کے کیا فوائد ہو سکتے ہیں؟

- معیارِ زندگی میں بہتری
- "آن" وقت کی مقدار میں بہتری
- "آف" وقت کی شدت اور مقدار میں کمی
- DBS کے بعد عام طور پر دوا کو کم کرنا ممکن ہوتا ہے۔ اس سے غیر معمولی غیر ارادی حرکات کی مقدار اور دورانیہ کم ہو سکتا ہے جو اکثر پارکنسنز کی بیماری میں دواؤں کے مضر اثرات کے طور پر ہوتی ہیں۔
- لیووڈوپا چیلنج ٹیسٹ (نیچے)، جو ہمیں آپ کی "آف" اور "آن" حالت کے درمیان فرق دکھاتا ہے، ہمیں آپ کے لیے ممکنہ فوائد کے بارے میں ایک اندازہ دے سکے گا۔

DBS کیا نہیں کر سکتی؟

- DBS عام طور پر آپ کو اس سے بہتر نہیں بنا سکتی جتنا آپ اپنے بہترین "آن" وقت میں ہوتے/ہوتی ہیں، سوائے اس کے کہ غیر مطلوبہ حرکات اور رعشہ کم ہو جائے۔
- DBS پارکنسنز کی بیماری کا علاج نہیں ہے، اور بیماری کا بنیادی عمل جاری رہتا ہے، لیکن یہ علامات کو سنبھالنے کا ایک طریقہ ہے۔

سرجری کی پیچیدگیاں کیا ہیں؟

- ہیمریج (Haemorrhage) جس سے فالج یا موت واقع ہو سکتی ہے۔ یہ دونوں نتائج نایاب ہیں؛ فالج کا خطرہ ۰,۵٪ (۲۰۰ میں سے ۱) سے کم ہے اور موت کا خطرہ ۰,۲٪ (۵۰۰ میں سے ۱) ہے۔
- انفیکشن کا خطرہ ۵٪ (۲۰ میں سے ۱) سے کم ہے۔ اگر اینٹی بائیوٹک علاج سے مدد نہیں ملتی ہے، تو ہمیں DBS سسٹم کا کچھ حصہ یا پورا سسٹم ہٹانے کی ضرورت پڑ سکتی ہے (جسے بعد میں دوبارہ لگایا جا سکتا ہے)۔ ڈیوائس کو ہٹانے کی ضرورت کا خطرہ ۵٪ (۲۰ میں سے ۱) سے بہت کم ہے۔
- دورے (Seizures) یا مرگی (Epilepsy) – اس بات کا ایک چھوٹا سا خطرہ ہے کہ سرجری سے دورہ (فٹ) یا بار بار دورے پڑ سکتے ہیں۔ خطرہ ۱٪ (۱۰۰ میں سے ۱ سے کم) سے کم ہے DVLA "صحت یاب ہونے تک" گاڑی چلانے سے منع کرتی ہے – ہم عام طور پر سرجری کے ٦ ہفتے بعد آپ کی پہلی پروگرامنگ اپائنٹمنٹ پر آپ سے ملنے تک گاڑی نہ چلانے کا مشورہ دیتے ہیں۔ تاہم، اگر آپ کو دورہ پڑتا ہے تو آپ طویل مدت تک گاڑی نہیں چلا سکیں گے/سکیں گی۔
- عمومی بے ہوشی (جنرل اینستھیزیا) سے ہونے والی پیچیدگیاں (جیسے سینے کا انفیکشن)۔
- یہ ممکن ہے کہ الیکٹروڈ سب سے موزوں جگہ پر نہ ہو، یا حرکت کر جائے، جس کے لیے مزید سرجری کی ضرورت ہو۔

ہارڈویئر سے پیچیدگیاں

- لیڈ کا ٹوٹنا (لیڈ فریکچر) جس کا مطلب سسٹم کے کچھ حصوں کو تبدیل کرنا ہوگا
- سسٹم کے حصوں کا جلد سے باہر نکلنا
- بیٹری کی خرابی (نایاب ہے اور ہم اس کی نگرانی کرتے ہیں)

گہری دماغی تحریک (ڈیپ برین اسٹیمولیشن) سے ممکنہ مضر اثرات (سائیڈ ایفیکٹس)

(بہت سے عارضی ہوتے ہیں اور ہم اسٹیمولیشن یا دوا کو ایڈجسٹ کرکے ان کا علاج کر سکتے ہیں):

- الجھن
- بول چال کے مسائل
- غیر معمولی، غیر ارادی پٹھوں کا سکڑاؤ (ڈسٹونیا)
- چکر آنا
- توازن یا چلنے میں مشکلات
- وزن میں اضافہ
- مُوڈ میں خلل

اگر سرجری میرے لیے مناسب ہے تو آگے کیا ہوتا ہے؟

اگر ہم سوچتے ہیں کہ سرجری آپ کے لیے ایک مناسب آپشن ہو سکتی ہے تو ہم آپ کے آؤٹ پیشنٹ اپائنٹمنٹ پر آپ سے اس پر بات کرتے ہیں۔ ہو سکتا ہے کہ آپ خود اس بارے میں یقینی نہ ہوں کہ آیا آپ سرجری کروانا چاہتے/چاہتی ہیں اور اس پر غور کرنے کے لیے کافی وقت ہوگا۔ تشخیص کے ابتدائی دن کوئی فیصلہ کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ پھر ہم مزید ٹیسٹوں کا اہتمام کرتے ہیں، آپ کو یہ ٹیسٹ داخل مریض (ان پیشنٹ)، ڈے کیس یا آؤٹ پیشنٹ کے طور پر کروانے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ ان ٹیسٹوں کے لیے محتاط منصوبہ بندی کی ضرورت ہوتی ہے، اور DBS ایڈمنسٹریٹرز اس کا انتظام کریں گے۔ (رابطے کی تفصیلات کے لیے براہ کرم صفحہ ۳ دیکھیں)۔

اگر DBS میرے لیے مناسب نہ ہو تو کیا ہوتا ہے؟

سرجری ہر کسی کے لیے مناسب نہیں ہوگی۔ ایسا اس لیے ہو سکتا ہے کیونکہ ایسے عوامل موجود ہیں جو سرجری کو یا تو خطرناک بنا رہے ہیں یا ان سے آپ کی علامات اور مسائل میں بہتری کا امکان نہیں ہے۔ اگر ایسا ہے تو، ہم آپ سے اس پر بات کر سکیں گے اور وضاحت کر سکیں گے کہ ایسا کیوں ہے۔ آپ کو DBS ٹیم کے ساتھ مزید تشخیص کی ضرورت نہیں ہوگی اور آپ کی دیکھ بھال اسی ٹیم کے ساتھ جاری رہے گی جس نے آپ کو ریفر کیا تھا۔ وہ غور کریں گے کہ آپ کے لیے کون سے دوسرے علاج مناسب ہو سکتے ہیں۔

مزید تشخیص

اگر ہم سوچتے ہیں کہ سرجری مناسب ہو سکتی ہے، تو ہم مزید تشخیص کا اہتمام کریں گے۔ ان کے لیے آپ کو وارڈ میں آنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ کچھ تشخیص آؤٹ پیشنٹ کے طور پر ہو سکتے ہیں۔
ان میں درج ذیل شامل ہیں:

- **لیووڈوپا چیلنج ٹیسٹ**

  براہ کرم نوٹ کریں کہ یہ ٹیسٹ آپ کی ابتدائی کلینک اپائنٹمنٹ کے بعد، ایک الگ وزٹ پر ہوتا ہے۔ اپنی ابتدائی کلینک اپائنٹمنٹ میں شرکت کرتے وقت، آپ اپنی تمام معمول کی دوائیں معمول کے مطابق لے سکتے/سکتی ہیں؛ آپ کو "آف" حالت میں آنے کی ضرورت نہیں ہے۔

  ہمیں آپ کو "آف" حالت میں دیکھنے کی ضرورت ہے (جب آپ کی دوائیں کام نہیں کر رہی ہوتیں، اور آپ عام طور پر سست اور اکڑے ہوئے ہوتے/ہوتی ہیں، زیادہ رعشے کے ساتھ)، اور اس کا موازنہ آپ کی "آن" حالت سے کرنا ہے (جب آپ کی دوائیں کام کر رہی ہوتی ہیں، اور آپ کی علامات قابو میں ہوتی ہیں)۔
  اس کی تشخیص کے لیے، آپ ٹیسٹ کی صبح کوئی دوا نہیں لیتے/لیتیں؛
  ہم آپ کی تشخیص کریں گے، اور پھر آپ کو ڈوپامائن (لیووڈوپا) کی ایک بڑی خوراک دیں گے، جس کے بعد دوبارہ تشخیص کی جائے گی۔
  ہم "آف" سے "آن" میں کم از کم ۴۰٪ بہتری تلاش کر رہے ہیں؛ بصورت دیگر، DBS سے آپ کی علامات میں نمایاں بہتری کا امکان نہیں ہے (سوائے رعشہ کے)

- **عمومی بے ہوشی کے تحت دماغ کا ایم آر آئی اسکین (MRI brain scan)**

یہ عام طور پر آپ کی سرجری سے چند ہفتے یا مہینے پہلے ہوتا ہے۔
آپ کے دماغ کا بہترین کوالٹی کا اسکین حاصل کرنے کے لیے، آپ کو اپنے ایم آر آئی کے لیے سلانے کے لیے عام طور پر ایک مختصر عمومی بے ہوشی (جنرل اینستھیٹک) دی جائے گی۔ آپ کو اپنی سرجری کی منصوبہ بندی میں ہماری مدد کے لیے اس ایم آر آئی کی ضرورت ہوگی۔ یہ ہمیں بتاتا ہے کہ آیا دماغ میں کوئی ایسی تبدیلیاں ہیں جو سرجری کو زیادہ خطرناک بنا سکتی ہیں اور ہم اسے دماغ کے اس حصے کو ہدف بنانے کے لیے استعمال کرتے ہیں جہاں ہم الیکٹروڈز لگاتے ہیں۔

- **نیوروسائیکالوجی یا نیوروسائیکاٹری**

آپ کو اپنی سوچ، یادداشت اور مزاج کی مزید تفصیلی تشخیص کی ضرورت ہوگی۔ DBS ان مریضوں کے لیے بہترین کام کرتی ہے جن میں یادداشت یا سوچ کے مسائل بالکل نہ ہوں یا بہت ہلکے ہوں۔ ان ٹیسٹوں میں توجہ کی ضرورت ہوتی ہے اور یہ تھکا دینے والے ہو سکتے ہیں۔ ہم کچھ مریضوں کو نیوروسائیکاٹرسٹ کے پاس دیکھنے کے لیے بھیج سکتے ہیں۔

- **فزیوتھراپی کی تشخیص**

ہم باضابطہ طور پر آپ کی حرکت اور توازن کا جائزہ لیتے ہیں۔
یہ اہم ہے کیونکہ کچھ مریضوں کا چلنا اسٹیمولیشن سے خراب ہو سکتا ہے۔
اس سے ایسے مسائل کے زیادہ خطرے والے مریضوں کی نشاندہی کرنے میں مدد ملتی ہے۔

- **ویڈیو ریکارڈنگ**

ہم اکثر سرجری سے پہلے مریضوں کی ویڈیو تشخیص کرتے ہیں، اس سے ہمیں آپ کی حالت کی شدت کو دستاویز کرنے میں مدد ملتی ہے۔ ہم یہ صرف آپ کی رضامندی سے کریں گے، اور اسے آپ کی الیکٹرانک فائل میں محفوظ کیا جائے گا۔

ایک بار جب یہ تشخیص مکمل ہو جائیں گی، تو ہم اگلی کثیر الشعبہ جاتی ٹیم میٹنگ (ملٹی ڈسپلنری ٹیم میٹنگ) میں DBS ٹیم کے ساتھ نتائج کا جائزہ لیں گے اور اس بارے میں حتمی فیصلہ کریں گے کہ آیا ہم آپ کو سرجری کی پیشکش کر سکتے ہیں یا نہیں ۔ یہ میٹنگز مہینے میں ایک بار ہوتی ہیں۔ ہم آپ سے اس پر بات کریں گے، عام طور پر کلینک میں، یا کبھی کبھی فون پر۔

آپریشن کروانا: داخلہ

دن ۱: داخلہ

ہم آپ کو ایک نیوروسرجیکل وارڈ (neurosurgical ward) میں داخل کریں گے اور تجربہ کار عملہ آپ کی دیکھ بھال کرے گا۔ یہ آپ کی سرجری سے ایک دن پہلے (معمول کے مطابق) یا سرجری کی صبح ہو سکتا ہے۔ کچھ معاملات میں، آپ اپنی تمام معمول کی پارکنسنز کی دوائیں معمول کے مطابق جاری رکھ سکتے/سکتی ہیں۔
بصورت دیگر، آپ کے داخلے سے پہلے کے دنوں میں آپ کی پارکنسنز کی ادویات کو کم کرنے کا ایک منصوبہ موجود ہوگا۔ آپ اپنی سرجری کے دن سے پہلے آدھی رات تک کھا پی سکیں گے/سکیں گی اور کوئی دوسری دوا لے سکیں گے/سکیں گی۔
اینستھیٹسٹ (anaesthetist) آج یا آپ کی سرجری کی صبح آپ سے ملنے آئے گا۔

دن ۲: سرجری

آپ کی سرجری کے دن، عملہ آپ کو ہسپتال کا گاؤن پہننے میں مدد کرے گا۔ عملہ آپ کو اینستھیٹک روم میں لے جائے گا جہاں اینستھیٹسٹ (anaesthetist) آپ کو یا تو عمومی بے ہوشی (جنرل اینستھیٹک) دے گا یا سکون آور دوا (سیڈیشن) دے گا، یہ آپ کو ایک آرام دہ، ہلکی نیند کی حالت میں لے جاتا ہے۔ ہم نے سرجری سے پہلے آپ کے ساتھ اس پر اتفاق کیا ہوگا۔ ہم آپ کے تھوڑے سے بال تراشیں گے اور آپ کی کھوپڑی پر ایک فریم لگائیں گے، یہ یا تو آپ کے سوئے ہوئے یا مقامی بے ہوشی کی دوا (لوکل اینستھیٹک) (سیڈیشن کے ساتھ) کے تحت کیا جائے گا۔ ہم آپ کو سر کے سی ٹی اسکین (CT head scan) کے لیے لے جائیں گے۔

ہم آپ کے سر کے اوپری حصے پر دو چھوٹے چیرے (incisions) لگاتے ہیں۔
بعض صورتوں میں، ہم دماغ میں ایک ریکارڈنگ الیکٹروڈ ڈالتے ہیں اور آپ کی تشخیص جاگتے ہوئے کرنے کے لیے آپ کی سیڈیشن کو ہلکا کرتے ہیں۔
دیگر معاملات میں، اس کی ضرورت نہیں ہوتی ہے۔ ہم سرجری سے پہلے آپ سے اس پر بات کریں گے۔

اگر آپ جاگ رہے/رہی ہیں، تو ہم آپ کا معائنہ کریں گے اور الیکٹروڈ سے ریکارڈنگ چیک کریں گے تاکہ اس بات کی تصدیق ہو سکے کہ یہ صحیح پوزیشن میں ہے۔
ایک بار جب ہم مطمئن ہو جائیں گے کہ ہم مطلوبہ جگہ پر ہیں تو ہم مستقل الیکٹروڈ ڈالیں گے اور اسے محفوظ کر دیں گے۔

زیادہ تر مریضوں کے دو طرفہ الیکٹروڈز (bilateral electrodes) (سر کے دونوں طرف الیکٹروڈز) ہوتے ہیں، اور ہم اس عمل کو دوسری طرف بھی دہرائیں گے۔

اس کے بعد آپ کا ایک اور سی ٹی اسکین (CT head scan) ہوگا۔ اگر یہ تسلی بخش ہے، تو ہم فریم کو ہٹا دیں گے، اور آپ کو عمومی بے ہوشی (جنرل اینستھیٹک) دے کر سلا دیں گے (اگر آپ پہلے سے سوئے ہوئے نہیں ہیں)۔ پھر ہم سینے کی دیوار اور گردن کی جلد میں ایک چیرا (incision) لگائیں گے اور جوڑنے والی تاروں اور اسٹیمولیٹر (قابلِ امپلانٹ پلس جنریٹر) کو ان کی جگہوں پر رکھیں گے۔

بہت سے مریضوں کو سرجری کے پہلے حصے کے دوران سیڈیشن کے تحت گزارے گئے وقت کی صرف ایک دھندلی سی یاد ہوتی ہے۔

سرجری میں اکثر کئی گھنٹے لگتے ہیں۔ طریقہ کار کے اختتام پر، ہم سرجری کے چیروں (cuts) کو ٹانکوں سے بند کر دیتے ہیں۔

دن ۳-۵: آپ کے آپریشن کے بعد

زیادہ تر مریض جراحی کے طریقہ کار سے جلد صحت یاب ہو جاتے ہیں اور اگلے دن اٹھ کر گھوم پھر سکتے ہیں۔

جب آپ اپنی سرجری کے بعد کافی بہتر محسوس کریں گے/گی تو آپ گھر جا سکتے/سکتی ہیں۔ یہ ممکنہ طور پر سرجری کے کچھ دنوں بعد ہوگا لیکن کم یا زیادہ بھی ہو سکتا ہے۔ ہم اس وقت آپ کا اسٹیمولیٹر آن نہیں کریں گے؛ آپ کو اس کے لیے واپس آنے کی ضرورت ہوگی (عام طور پر ٦ ہفتے بعد)۔

جراحی کے زخم کی دیکھ بھال

آپ کے زخموں کے ٹانکے عام طور پر سرجری کے بعد ۷ دن کے لیے چھوڑ دیے جاتے ہیں، جب تک کہ وہ حل پذیر نہ ہوں، اور عام طور پر DBS ٹیم کا عملہ انہیں ہٹاتا ہے۔ اگر آپ بہت دور رہتے/رہتی ہیں، تو آپ کی مقامی GP سرجری انہیں ہٹا سکتی ہے۔ اگر کچھ یا تمام ٹانکے حل پذیر (dissolvable) ہیں تو آپ کے ڈسچارج لیٹر میں یہ واضح طور پر لکھا ہوگا۔ زخموں کو ۷ دن تک یا ٹانکے ہٹائے جانے تک خشک رکھنا ضروری ہے۔

اگر آپ کو ہسپتال سے ڈسچارج ہونے کے بعد اپنے کسی بھی زخم سے بڑھتی ہوئی لالی، درد، سوجن یا رطوبت نظر آتی ہے، تو آپ کو فوری طور پر ہم سے براہ راست رابطہ کرنا چاہیے، یا تو وارڈ کے ذریعے یا DBS ایڈمن ٹیم کے ذریعے۔ براہ کرم صفحہ ۱۴ پر تصاویر دیکھیں۔

سرجری کے بعد کیا ہوتا ہے؟

بہت سے مریضوں کو محسوس ہوتا ہے کہ اسٹیمولیٹر کے آن ہونے سے پہلے ہی ان کی پارکنسنز کی علامات بہتر ہو گئی ہیں، جس کے بارے میں خیال کیا جاتا ہے کہ یہ سرجری کے بعد دماغ کے اس حصے میں سوجن کا نتیجہ ہے۔ اسے امپلانٹیشن، 'سٹن' یا اثر کا اثر (implantation, 'stun' or impact effect) کہا جاتا ہے۔ یہ ابتدائی اثر ٹھیک ہو جائے گا، اور آپ کو جس قدر اسٹیمولیشن کی ضرورت ہوگی وہ بدل جائے گی کیونکہ دماغ امپلانٹیشن سے صحت یاب ہوتا ہے، لہذا آپ کی سرجری کے بعد کے مہینوں میں اسٹیمولیٹر کی سیٹنگز کو باقاعدگی سے تبدیل کرنا غیر معمولی بات نہیں ہے۔ آپ کو اس وقت کے دوران باقاعدہ آؤٹ پیشنٹ اپائنٹمنٹس پر آنے کی ضرورت ہوگی، اور یہ سمجھنے میں ایک سال تک کا عرصہ لگ سکتا ہے کہ DBS آپ کے لیے کس طرح کام کر رہا ہے۔

سر کے اوپری
حصے پر زخموں کا
بھرنا جہاں الیکٹروڈز
لگائے گئے ہیں

ایکسٹینشن تاروں کے اوپر
کان کے بالکل پیچھے زخم
کا بھرنا

سینے پر پلس
جنریٹر کے اوپر
زخم کا بھرنا

DBS بیٹریاں (جنہیں IPGs بھی کہا جاتا ہے) ریچارج ایبل یا نان-ریچارج ایبل ہو سکتی ہیں اور آپ عام طور پر انتخاب کر سکتے/سکتی ہیں کہ آپ کس کو ترجیح دیتے/دیتی ہیں۔

- **ریچارج** ایبلز کو مختلف وقت کے لیے چارج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے مثلاً ہفتے میں ایک گھنٹہ۔ یہ وائرلیس ہے اور آپ اسے دیگر سرگرمیوں جیسے ٹی وی دیکھنے یا پڑھنے کے دوران کر سکتے/سکتی ہیں۔ ان کے کئی سال (۱۵ سال سے زیادہ) چلنے کی توقع ہے۔
- **نان-ریچارج ایبل** DBS بیٹری کی زندگی بھی مختلف ہوتی ہے - اکثر تقریباً ۳-۵ سال۔ ہم بیٹری کی زندگی کی نگرانی کرتے ہیں تاکہ ہم بیٹری کی تبدیلی کی منصوبہ بندی کر سکیں، جو ایک معمولی طریقہ کار ہے جو عمومی بے ہوشی (جنرل اینستھیٹک) یا سیڈیشن کے تحت ہوتا ہے۔

آپ کے آپریشن کے بعد دیگر مشورے اور احتیاطی تدابیر

- **ڈرائیونگ**

آپ کی سرجری کے بعد ہم مشورہ دیتے ہیں کہ آپ کم از کم ٦ ہفتوں تک گاڑی نہ چلائیں۔ DVLA کے قواعد و ضوابط کثرت سے اپ ڈیٹ ہوتے رہتے ہیں، لہذا ہم آپ کو مشورہ دیتے ہیں کہ آپ اسے DVLA سے 🌐 www.gov.uk/driving-medical-conditions پر چیک کریں؛ (موومنٹ ڈس آرڈر یا درد کے لیے امپلانٹڈ الیکٹروڈز یا ڈیپ برین اسٹیمولیشن کے تحت دیکھیں)۔ آپ کو گاڑی چلانے سے پہلے اپنی انشورنس کمپنی سے بھی چیک کرنا چاہئے۔

- **مقناطیسی گونج والی امیجنگ (Magnetic Resonance Imaging) (MRI)**

سرجری کے بعد آپ کو DBS ٹیم سے بات کیے بغیر ایم آر آئی اسکین نہیں کروانا چاہئے۔ عام طور پر لگائے گئے ڈیوائس کے ساتھ ایم آر آئی اسکین کروانا ممکن ہوتا ہے، لیکن اس کے لیے مخصوص شرائط کے تحت اور ماہرین کی رائے کی ضرورت ہوتی ہے۔

دیگر ہسپتال یہ مشورہ دے سکتے ہیں کہ آپ ایم آر آئی اسکین نہیں کروا سکتے۔ براہ کرم ہم سے چیک کریں کیونکہ یہ درحقیقت کوئین الزبتھ یونیورسٹی ہسپتال میں ممکن ہو سکتا ہے۔

- **دیگر سرجری یا طبی طریقہ کار بشمول دانتوں کا علاج**

آپ کو اپنی DBS سرجری کے بعد مستقبل میں کبھی کسی جراحی کے طریقہ کار (جیسے جوڑوں کی تبدیلی یا ریڑھ کی ہڈی کی سرجری) کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔
آپ کی سرجیکل ٹیم کو آپ کی سرجری سے پہلے یہ جاننے کی ضرورت ہوگی کہ آپ کے پاس ایک DBS ڈیوائس لگی ہوئی ہے اور انہیں کچھ احتیاطی تدابیر اختیار کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے (جیسے ڈیوائس کو بند کرنا)۔ اگر آپ دانتوں کا کام کروا رہے/رہی ہیں یا کوئی ایسا طریقہ کار کروا رہے/رہی ہیں جس میں عمومی بے ہوشی (جنرل اینستھیٹک) یا پیشاب کا کیتھیٹر (یوریزی کیتھیٹر) شامل ہے، تو ہم آپ کو احتیاطی اینٹی بائیوٹکس (prophylactic antibiotics) لینے کا مشورہ دیتے ہیں تاکہ بیکٹیریا کو DBS ہارڈویئر پر جمنے اور انفیکشن کا باعث بننے سے روکا جا سکے۔

(یہ وہ اینٹی بائیوٹکس ہیں جو آپ انفیکشن سے بچنے کے لیے طریقہ کار سے پہلے لیتے/لیتی ہیں)۔

- **ڈائتھرمی (Diathermy) (جسے الیکٹروکاٹری (electrocautery) بھی کہا جاتا ہے)**

یہ وہ عمل ہے جب ہم خون کی نالیوں کو بند کرنے کے لیے سرجری کے دوران جسم کے ٹشوز کو گرم کرنے کے لیے برقی رو کا استعمال کرتے ہیں۔ اگر ممکن ہو تو، سرجری کے دوران صرف بائی پولر ڈائتھرمی (bipolar diathermy) استعمال کی جانی چاہئے۔

مونوپولر ڈائتھرمی (Monopolar diathermy) سے ہارڈویئر کو نقصان اور حرارت سے چوٹ لگنے کا خطرہ ہوتا ہے۔ ریڈیو فریکوئنسی (RF) توانائی استعمال کرنے والے دیگر محفوظ متبادل موجود ہیں۔

آپ کو شارٹ ویو ڈائتھرمی (Shortwave Diathermy)، مائیکروویو ڈائتھرمی (Microwave Diathermy) اور تھراپیوٹک الٹراساؤنڈ ڈائتھرمی (Therapeutic Ultrasound Diathermy) سے بھی بچنا چاہئے۔ فزیوتھراپسٹ ان کا استعمال درد، اکڑن اور پٹھوں کے کھچاؤ کو دور کرنے کے لیے کرتے ہیں۔

- **دیگر آلات یا سامان جن سے بچنا ہے**

سیکیورٹی اسکریننگ ڈیوائسز جیسے کہ ہوائی اڈوں پر موجود آلات سے بچیں۔ ان کے قریب جاتے وقت، اپنا مریض شناختی کارڈ حوالے کریں اور ہاتھ سے تلاشی کی درخواست کریں۔

- **دیگر ٹیسٹ یا اسکین**

ایکس رے (X-rays)، سی ٹی اسکین (CT scans) اور پی ای ٹی اسکین (PET scans) سے DBS سسٹم کے متاثر ہونے کا امکان نہیں ہے۔

- **وہ آلات جو آپ بغیر کسی پریشانی کے چلا سکتے/سکتی ہیں**

کمپیوٹر، کاپیئر، الیکٹرک کمبل، الیکٹرک کاریں، ہیٹنگ پیڈز، واشنگ مشینیں، ڈرائرز، گیراج کے دروازے کھولنے والے، الیکٹرک چولہے، ویکیوم کلینر، ہیئر ڈرائر، شیورز، ریموٹ کنٹرولز، ٹوسٹرز، بلینڈرز، الیکٹرک کین اوپنرز، فوڈ پروسیسرز، مائیکروویو اوون، ٹیلی ویژن، ریڈیو، ویڈیو ریکارڈرز، سی ڈی پلیئرز، موبائل فون اور ٹیبلٹس۔

- **خاص حالات**

روزمرہ کی زندگی میں کچھ آلات میں مقناطیس ہوتے ہیں۔ اگر آپ کی DBS بیٹری (IPG) ایسے کسی آلے کے بہت قریب (مثلاً ۳۰ سینٹی میٹر کے اندر) آ جائے تو اس کے بند ہونے کا ایک چھوٹا سا خطرہ ہوتا ہے۔ اس میں الیکٹرک کار چارجرز، انڈکشن ہوبز (induction hobs)، اور کچھ جدید موبائل فون شامل ہیں جو انڈکشن کے ذریعے چارج ہو سکتے ہیں۔ ہمارے تجربے میں ایسی مداخلت درحقیقت بہت نایاب ہے؛ کسی بھی صورت میں آپ کے IPG کو آپ کے ہینڈ ہیلڈ پروگرامر (handheld programmer) کا استعمال کرتے ہوئے فوری طور پر دوبارہ آن کیا جا سکتا ہے۔ سوناز (Saunas) اور ہاٹ ٹبز (hot tubs) آپ کے IPG کے ارد گرد مقامی درجہ حرارت کو نمایاں طور پر بڑھا سکتے ہیں، اور عام طور پر ہم ان سے بچنے کا مشورہ دیتے ہیں۔

- **جسمانی سرگرمی**

جراحی کے زخم بھر جانے کے بعد (عام طور پر کم از کم ٦ ہفتے) آپ زیادہ تر جسمانی سرگرمیوں پر واپس جا سکتے/سکتی ہیں سوائے ان کے جن کے نتیجے میں ڈیوائس پر بار بار ضربیں لگیں جیسے کہ باکسنگ۔ آپ کو سائیکلنگ، اسکیئنگ، اسنو بورڈنگ اور گھڑ سواری جیسے کھیلوں کے لیے ہمیشہ ہیلمٹ پہننا چاہئے۔ آپ کو پیراشوٹ جمپنگ اور اسکائی ڈائیونگ سے گریز کرنا چاہئے۔

- **پرواز**

آپ کو سرجری کے ٦ ہفتوں تک پرواز نہیں کرنی چاہئے۔

کیا آپ کے کوئی سوالات ہیں؟

اگر آپ کا کوئی بھی سوال ہے تو براہ کرم عملے سے پوچھیں۔

نوٹس...

NHS
Greater Glasgow and Clyde

NHS
SCOTLAND

تصاویر بشکریہ میڈٹرونک (Medtronic) اور ایبٹ (Abbott)۔

نیشنل اسکاٹش ڈیپ برین اسٹیمولیشن سروس، کوئین الزبتھ یونیورسٹی ہسپتال گلاسگو۔

مصنف: ڈاکٹر وکی مارشل (Dr Vicky Marshall)، محترم جیمز مین فیلڈ (Mr James Manfield)

تاریخ:جون ۲۰۲۳.

جائزہ لینے کی تاریخ: اگست ۲۰۲۶