

ਡਿਸਟਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਰਪਚਰ (Distal Biceps Rupture)

ਕੂਹਣੀ ਕੋਲ ਡਿਸਟਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਾਟ ਜਾਣਾ (rupture)।

Kieran Hirpara © ① ② ③ ④ 4.0



ਇਹ ਪੰਨਾ ਮਸ਼ੀਨ ਦੁਆਰਾ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਹਾਲੇ ਤੱਕ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂਚਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ। **ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸੰਸਕਰਣ** ਹੀ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ

ਡਿਸਟਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਰਪਚਰ (distal biceps rupture, ਕੂਹਣੀ ਕੋਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਾਟ ਜਾਣਾ) ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਇੱਕੋ ਪਲ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 90 ਡਿਗਰੀ ਉੱਤੇ ਮੁੜੀ ਹੋਈ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਅਚਾਨਕ ਅਤੇ ਅਣਕਿਆਸੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਜ਼ੋਰ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਡਿੱਗਦੀ ਹੋਈ ਕਿਸੇ ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ ਨੂੰ ਬੋਚਣਾ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਚੀਜ਼ ਨੂੰ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਫੜੀ ਰੱਖਣਾ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਖਿੱਚ ਕੇ ਸਿੱਧੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੋਵੇ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਪਟਾਕਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਸੁਣਾਈ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਦੀ ਇੱਕ ਹੱਡੀ ਉੱਤੇ ਆਪਣੀ ਟਿਕਣ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਪਾਟ ਕੇ ਵੱਖ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਬਦਲ ਗਈ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਖਿੱਚੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਵਿਚਕਾਰ ਦੇ ਨੇੜੇ ਇਕੱਠੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਸੱਟ ਲੱਗਦਿਆਂ ਹੀ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ। ਨੀਲ ਪੈਣਾ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਗਲੇ ਇੱਕ-ਦੋ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕੂਹਣੀ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਨੀਲ ਦਿਖਾਈ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਮੋੜਨ ਅਤੇ ਘੁਮਾਉਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕੋਤਲੀ ਚੁੱਕਣ, ਦਰਵਾਜ਼ੇ ਦਾ ਹੈਂਡਲ ਘੁਮਾਉਣ, ਜਾਂ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਵ੍ਹੀਲ ਨੂੰ ਘੁੱਟ ਕੇ ਫੜਨ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲੱਗੋ। ਵਿਰੋਧ ਦੇ ਉਲਟ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਜਿਵੇਂ ਪੇਚਕਸ ਵਰਤਣਾ, ਅਕਸਰ ਸਭ ਤੋਂ ਔਖੀ ਹਿਲਜੁਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕ ਅਜੇ ਵੀ ਕੂਹਣੀ ਮੋੜ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਹੋਰ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਸੱਟ ਅਸਲ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਗੰਭੀਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਪਹਿਲੇ ਦਿਨਾਂ ਅਤੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਹਿਲਜੁਲ ਨਾਲ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਰਾਤ ਨੂੰ ਪੀੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਸਰੀਰ ਪਾਟੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸੋਜ ਅਤੇ ਨੀਲ ਦੇ-ਕੁ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਘਟ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਗੁਆਚੀ ਤਾਕਤ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀ, ਕਿਉਂਕਿ ਟੈਂਡਨ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਉੱਖੜ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਸਹੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਮੁੜ ਨਹੀਂ ਜੁੜ ਸਕਦਾ।

ਕੁਝ ਚੇਤਾਵਨੀ ਵਾਲੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਉੱਤੇ ਛੇਤੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਫਿੱਕੀਆਂ, ਠੰਢੀਆਂ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੀਆਂ ਪੈ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਜੇ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਚਾਨਕ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਅਹਿਸਾਸ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਧ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਬਾਈਸੈਪਸ (biceps) ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਤੁਹਾਡੇ ਡੌਲੇ (upper arm) ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਤੋਂ ਐਨ ਪਹਿਲਾਂ ਇੱਕ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ, ਯਾਨੀ ਟੈਂਡਨ, ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਉਹ ਟੈਂਡਨ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਇੱਕ ਹੱਡੀ, ਰੇਡੀਅਸ (radius, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਹੱਡੀ), ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਉੱਥਾਰ ਨਾਲ ਟਿਕਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਕੰਮ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਹਥੇਲੀ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਮੁੜ ਜਾਵੇ, ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਮੋੜਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਟੈਂਡਨ ਪਾਟਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਸ ਉੱਥਾਰ ਤੋਂ ਉੱਖੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਸੁੰਗੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਅਜੇ ਵੀ ਤੰਦਰੁਸਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਹੁਣ ਉਹ ਉਸ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੀ ਜਿਸ ਨੂੰ ਉਹ ਹਿਲਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਉਸ ਦੀ ਖਿੱਚਣ ਦੀ ਤਾਕਤ ਕਿਸੇ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀ। ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣਾ ਉਹ ਹਿਲਾਉਣਾ ਹੈ ਜਿਸ ਉੱਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਅਸਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਕੋਈ ਹੋਰ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਇਹ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਸੰਭਾਲ ਸਕਦੀ। ਕੂਹਣੀ ਮੋੜਨਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਠੀਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਬਾਈਸੈਪਸ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਇੱਕ ਦੂਜੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਇਸ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਚਰਖੀ (winch) ਨਾਲ ਬੰਨ੍ਹੇ ਇੱਕ ਰੱਸੇ ਬਾਰੇ ਸੋਚੋ। ਜੇ ਰੱਸਾ ਚਰਖੀ ਦੇ ਢੋਲ ਤੋਂ ਟੁੱਟ ਕੇ ਵੱਖ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਚਰਖੀ ਦੀ ਮੋਟਰ ਫਿਰ ਵੀ ਚੱਲਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਕੁਝ ਨਹੀਂ ਘੁੰਮਦਾ। ਰੱਸਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਾਪਸ ਆ ਕੇ ਮੁੜ ਨਹੀਂ ਬੱਝਦਾ। ਇਸ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਇਸ ਨੂੰ ਇਵੇਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਪਾਟਿਆ ਹੋਇਆ ਸਿਰਾ ਹੱਡੀ ਉੱਤੇ ਆਪਣੀ ਸਹੀ ਥਾਂ ਨਾਲ ਮੁੜ ਨਹੀਂ ਜੁੜਦਾ। ਇਸ ਦੀ ਬਜਾਏ ਖ਼ਾਲੀ ਥਾਂ ਦਾਗ਼ ਵਾਲੇ ਟਿਸ਼ੂ (scar tissue) ਨਾਲ ਭਰ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਚੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਜੋੜੀ ਤਾਂ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਪਰ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਲਿਆਉਂਦਾ। ਸਰਜਰੀ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਅਸਲ ਟਿਕਣ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਨਾਲ ਮੁੜ ਜੋੜਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਜੁੜਾਅ ਫਿਰ ਤੋਂ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਸਕੇ।

ਇਹ ਪਾਟਣਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਮਰ ਦੇ ਚਾਲ੍ਹੀਵਿਆਂ ਤੋਂ ਸੱਠਵਿਆਂ ਤੱਕ ਦੇ ਮਰਦਾਂ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਰਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਬਾਂਹ ਮੁੜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਹਥੇਲੀ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਇੱਕੋ ਭਾਰੀ ਜ਼ੋਰ ਲਾਉਣ ਸਮੇਂ, ਜਿਵੇਂ ਵਜ਼ਨ ਚੁੱਕਣਾ। ਟੈਂਡਨ ਆਪਣੀ ਲੰਬਾਈ ਦੇ ਰੁਖ਼ ਪਾਟਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਲਗਭਗ ਹਮੇਸ਼ਾ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਪੂਰਾ ਉੱਖੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਜੁੜਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਰਾ, ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ, ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਖ਼ਾਸ ਸੱਟ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਚੁਣਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਡਿਸਟਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਪਾਟਣਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਕੁਝ ਨੂੰ ਹੋਣ ਤੋਂ ਛੇਤੀ ਬਾਅਦ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਛੇਤੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣਾ ਅਹਿਮ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਫੰਡ (Medicare rebate) ਦੇ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ (referral, ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਭੇਜਣ ਵਾਲੀ ਚਿੱਠੀ) ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਦੋਵੇਂ ਕੂਹਣੀਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਮਦਦਗਾਰ ਹੋਵੇ, ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਐਕਸ-ਰੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲੀ ਜਾਂਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ MRI ਸਕੈਨ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਟੈਂਡਨ ਪਾਟਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਕਿੰਨਾ ਬੁਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ।

ਪੂਰੇ ਪਾਟਣ ਲਈ, ਜਿੱਥੇ ਟੈਂਡਨ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਉੱਖੜ ਗਿਆ ਹੋਵੇ, ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹੀ ਚੋਣ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਕੰਮ ਜਾਂ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਘੁਮਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਮਜ਼ਦੂਰ ਅਤੇ ਖਿਡਾਰੀ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਅਸਲ ਟਿਕਣ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਨਾਲ ਮੁੜ ਜੋੜਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਵਾਪਸ ਆ ਸਕਣ। ਛੋਟੇ ਬਟਨ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਮੁਰੰਮਤ (button fixation, ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਫੜ ਕੇ ਰੱਖਣ ਵਾਲਾ ਛੋਟਾ ਬਟਨ) ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਲਗਭਗ ਆਮ ਵਰਗਾ ਕਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਗੰਭੀਰ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਘੱਟ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਛੋਟੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਸੁੰਨਪਨ ਵਾਲੀਆਂ ਥਾਵਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਮੁਰੰਮਤ ਸੱਟ ਤੋਂ ਛੇਤੀ ਬਾਅਦ, ਹੋ ਸਕੇ ਤਾਂ ਲਗਭਗ 3 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਟੈਂਡਨ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਸੁੰਗੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਸ ਥਾਂ ਤੋਂ ਉਹ ਉੱਖੜਿਆ ਸੀ, ਉੱਥੇ ਦਾਗ਼ ਵਾਲਾ ਟਿਸ਼ੂ ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਮੁਰੰਮਤ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸੰਭਵ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਕਿਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਔਖੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਲੰਬਾਈ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਟੈਂਡਨ ਗ੍ਰਾਫਟ (tendon graft, ਸਰੀਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਹਿੱਸੇ ਜਾਂ ਦਾਨੀ ਤੋਂ ਲਿਆ ਟੈਂਡਨ) ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ ਲਈ, ਜਿੱਥੇ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਅਜੇ ਵੀ ਜੁੜਿਆ ਹੋਵੇ, ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਕਈ ਵਾਰ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਚੋਣ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਲਿੰਗ (sling, ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਅਰਾਮ ਦੇਣਾ, ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਪਾਟੀ ਹੋਈ ਥਾਂ ਨੂੰ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਣਾ, ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਾਅਵਾਰ ਹਿਲਜ਼ਲ ਵੱਲ ਵਾਪਸੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਇਸ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਚਣ ਬਦਲੇ ਕੁਝ ਤਾਕਤ ਛੱਡਣੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਸੌਦਾ ਤੁਹਾਡਾ ਅਤੇ ਸਾਡਾ ਸੱਚਮੁੱਚ ਸਾਂਝਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਹੈ। ਜੇ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਜਾਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਲਈ ਮਨਜ਼ੂਰ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਹਤਰ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਜਿਹੜਾ ਵੀ ਰਾਹ ਚੁਣੋ, ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀਆਂ ਮੁੱਢਲੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਇੱਕੋ ਜਿਹੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਦਰਦ ਉੱਤੇ ਕਾਬੂ, ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਣਾ, ਅਤੇ ਸਹੀ ਪੜ੍ਹਾਅ ਉੱਤੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡਾ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਸ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਉਹ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ; ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿਖੇ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਨਾਲ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (rehabilitation, ਕਸਰਤਾਂ ਰਾਹੀਂ ਹਿਲਜ਼ਲ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਮੁੜ ਬਹਾਲ ਕਰਨਾ) ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਛੇਤੀ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਲਕੀ ਹਿਲਜ਼ਲ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹਿ ਲਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਡਿਸਟਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਰਪਚਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਅੱਗੇ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਕੋਈ ਝਟਪਟ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਮੁੜ ਜੁੜਨ ਲਈ ਸਮਾਂ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਪਹਿਲੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਧਿਆਨ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਣ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਲਗਭਗ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸ਼ਾਂਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਹੋਏ ਸਨ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਜਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਆਪਣੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਬਦਲਾਅ ਦੇ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਦਾ ਔਸਤ ਸਮਾਂ ਲਗਭਗ 14 ਹਫ਼ਤੇ ਹੈ। ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਲਗਭਗ 95% ਖਿਡਾਰੀ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ 82% ਮੁਕਾਬਲੇ ਦੇ ਉਸ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹਨ ਜਿਸ 'ਤੇ ਉਹ ਸੱਟ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਖੇਡਦੇ ਸਨ, ਖੇਡ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਿਆਂ ਲਗਭਗ 40 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ। ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਮੋੜਨ ਅਤੇ ਘੁਮਾਉਣ ਦੀ ਤਾਕਤ ਲਗਭਗ ਆਮ ਪੱਧਰ ਤੱਕ ਵਾਪਸ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕ ਸੱਟ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਥੋੜ੍ਹਾ ਫ਼ਰਕ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਘੁਮਾਉਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਾਟਣ ਦਾ ਇਲਾਜ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਲਿੰਗ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਅਰਾਮ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਾਅਵਾਰ ਹਿਲਜ਼ਲ ਮੁੜ ਵਧਾਉਂਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਰਾਹ ਨਾਲ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਸਥਾਈ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਉਹ ਸੌਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਇਸ ਸਫ਼ੇ ਉੱਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਗੱਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਦੀ ਗੱਲ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਗ਼ਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁੱਖ ਖ਼ਤਰੇ ਹਨ: ਨਸ (nerve) ਨੂੰ ਸੱਟ, ਜੋ ਅਕਸਰ ਸੁੰਨਪਨ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਥਾਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਕੂਹਣੀ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ, ਅਤੇ ਮੁਰੰਮਤ ਦਾ ਮੁੜ ਪਾਟ ਜਾਣਾ। ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਮੁੜ ਪਾਟਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘੱਟ ਹੈ, 1.5%, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ 3 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕਈ ਵਾਰ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਆਰ-ਪਾਰ ਨਵੀਂ ਹੱਡੀ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਘੁਮਾਉਣ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਜਦੋਂ ਅਜਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਵੀ ਤਾਕਤ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਮਾਪੇ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੇ ਫ਼ਰਕ ਦੇ ਬਣੀ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕੁਝ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਉੱਤੇ ਛੇਤੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਫਿੱਕੀਆਂ, ਠੰਢੀਆਂ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੀਆਂ ਪੈ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਜੇ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਚਾਨਕ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਅਹਿਸਾਸ ਜਾਂ ਹਿਲਜ਼ਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਕੜਾਅ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਧ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੇਢੀ ਜਾਂ ਬੇਢੰਗੀ ਦਿਸਦੀ ਹੈ, ਜੇ ਸੱਟ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਜ਼ਖ਼ਮ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਨਹੀਂ ਵਰਤ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਡਾਕਟਰੀ ਮਦਦ ਲਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਫਿੰਕੀਆਂ, ਠੰਢੀਆਂ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੀਆਂ ਪੈ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਜੇ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਚਾਨਕ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਅਹਿਸਾਸ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਇਹ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਇਸ ਸਫ਼ੇ ਉੱਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਦੱਸੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।

ਬਾਕੀ ਸਭ ਕੁਝ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰੋ। ਜੇ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਜਾਂ ਜੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਸੋਜ, ਹਿਲਜੁਲ ਜਾਂ ਤਾਕਤ ਹਫ਼ਤਾ-ਦਰ-ਹਫ਼ਤਾ ਬਿਹਤਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਰੋ। ਕੂਹਟੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਅਚਾਨਕ ਪਟਾਕਾ, ਨਾਲ ਹੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਛੇਤੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਯੋਗ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਮੁਰੰਮਤ ਸੱਟ ਤੋਂ ਲਗਭਗ 3 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਡਿਸਟਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਰਪਚਰ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਇਸ ਸਾਈਟ ਉੱਤੇ ਉਹਨਾਂ ਥੋੜ੍ਹੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਸਰਜਰੀ ਸਾਬਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੁਝ ਅਜਿਹਾ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦਾ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਫ਼ਾਇਦੇ-ਨੁਕਸਾਨ ਦਾ ਤੋਲ ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਠੋਸ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਹਿਮ।

ਇੱਥੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਸੱਚਮੁੱਚ ਕੰਮਕਾਜ ਬਦਲਦਾ ਹੈ

ਇਸ ਸਾਈਟ ਉੱਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਤੁਲਨਾਵਾਂ ਦਾ ਨਤੀਜਾ “ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ” ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਨਹੀਂ। **2,481** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਕੇ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ ਕਿ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ **ਕੂਹਟੀ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਸਹਿਣਸ਼ਕਤੀ ਬਿਹਤਰ** ਰਹੀ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ DASH ਅਤੇ ਮੇਯੋ ਐਲਬੋ ਪਰਫ਼ਾਰਮੈਂਸ (Mayo Elbow Performance) ਸਕੋਰ ਵੀ ਬਿਹਤਰ ਰਹੇ [1]।

ਇਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਅੰਕੜਿਆਂ ਵਾਲਾ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਸਰੀਰ ਦੀ ਬਣਤਰ ਵਾਲਾ ਹੈ। ਡਿਸਟਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਮੁੱਖ ਸੁਪੀਨੇਟਰ (supinator) ਹੈ, ਯਾਨੀ ਉਹ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਜੋ ਵਿਰੋਧ ਦੇ ਉਲਟ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਟੈਂਡਨ ਰੇਡੀਅਸ (radius, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਹੱਡੀ) ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਸੁੰਗੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਹੋਰ ਜੋ ਮਰਜ਼ੀ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਉਹ ਘੁਮਾਅ ਪੈਦਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ। ਕੂਹਟੀ ਨੂੰ ਮੋੜਨ ਦਾ ਕੰਮ ਕੁਝ ਹੱਦ ਤੱਕ ਬ੍ਰੇਕੀਐਲਿਸ (brachialis, ਕੂਹਟੀ ਮੋੜਨ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਹੋਰ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ) ਸੰਭਾਲ ਲੈਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਕੂਹਟੀ ਮੋੜਨਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਘੁਮਾਉਣ ਲਈ ਅਜਿਹੀ ਕੋਈ ਬਦਲਵੀਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਇਸੇ ਲਈ ਇਹ ਕਮੀ ਇੱਕ ਵਾਰ ਦੇ ਪੂਰੇ ਜ਼ੋਰ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਭ ਤੋਂ ਸਾਫ਼ **ਸਹਿਣਸ਼ਕਤੀ** ਵਿੱਚ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਵਾਰ-ਵਾਰ ਘੁਮਾਉਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮ, ਜਿਵੇਂ ਪੇਚਕਸ, ਦਰਵਾਜ਼ੇ ਦਾ ਹੈਂਡਲ, ਲੰਮੇ ਸਫ਼ਰ ਦੌਰਾਨ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਫ਼ੀਲ, ਉਹ ਥਾਂ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਫ਼ਰਕ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਫ਼ੈਸਲੇ ਦਾ ਦੂਜਾ ਅੱਧ ਹੈ

ਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਫਿਰ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਣੀਆਂ-ਪਛਾਣੀਆਂ ਹਨ। **3,091** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਵਿੱਚ, **ਵੱਡੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ 4.6% ਸੀ** [2]।

ਜੇ ਕੁਝ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਉਸ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮੂਲੀ ਅਤੇ ਆਰਜ਼ੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਅਹਿਸਾਸ ਵਾਲੀ ਨਸ ਉੱਤੇ ਖਿਚਾਅ ਕਾਰਨ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਸੁੰਨਪਨ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਵੱਡੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਉਹ ਹਨ ਜੋ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਦੀ ਚੋਣ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ: ਨਸ ਨੂੰ ਸਥਾਈ ਸੱਟ, ਹੈਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸੀਫਿਕੇਸ਼ਨ (heterotopic ossification, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਆਰ-ਪਾਰ ਨਵੀਂ ਹੱਡੀ ਬਣਨਾ ਜੋ ਘੁਮਾਅ ਨੂੰ ਰੋਕਦੀ ਹੈ), ਅਤੇ ਮੁੜ ਰਪਚਰ।

ਦੇ ਤਰੀਕੇ, ਅਤੇ ਫ਼ਾਇਦੇ-ਨੁਕਸਾਨ ਦਾ ਤੋਲ ਅਸਲੀ ਹੈ

ਮੁਰੰਮਤ ਜਾਂ ਤਾਂ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਇੱਕ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਦੋ ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਰਾਹੀਂ, ਇੱਕ ਅੱਗੇ ਅਤੇ ਇੱਕ ਪਿੱਛੇ। ਦੋਵੇਂ ਇੱਕੋ ਹੱਡੀ ਤੱਕ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਤੋਂ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਹਰ ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਖ਼ਤਰੇ ਤੋਂ ਬਚਦਾ ਹੈ।

2,622 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਕੰਮਕਾਜੀ ਸਕੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਇੱਕ ਚੀਰੇ ਵਾਲੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਮੋੜਨ (flexion) ਅਤੇ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ (pronation) ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਜ਼ਿਆਦਾ ਰਹੀ ਅਤੇ ਹੈਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸੀਫ਼ਿਕੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਘੱਟ ਰਿਹਾ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਦੋ ਚੀਰਿਆਂ ਵਾਲਾ ਤਰੀਕਾ ਹੋਰ ਮਾਪਾਂ ਉੱਤੇ ਬਿਹਤਰ ਰਿਹਾ [3]। **2,833** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ 2025 ਦੇ ਇੱਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (meta-analysis, ਕਈ ਅਧਿਐਨਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਕੇ ਕੀਤਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ) ਵਿੱਚ ਵੀ ਇਹੀ ਰੂਪ ਮਿਲਿਆ: ਇੱਕ ਚੀਰੇ ਵਾਲਾ ਤਰੀਕਾ ਬਿਹਤਰ ਮਾਪੇ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮਕਾਜ ਅਤੇ ਘੱਟ ਬਣਤਰ ਸਬੰਧੀ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਸੀ, ਅਤੇ ਦੋ ਚੀਰਿਆਂ ਵਾਲਾ ਤਰੀਕਾ ਕੁਝ ਅਹਿਸਾਸ ਵਾਲੀਆਂ ਨਸਾਂ ਦੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਦੇ ਘੱਟ ਖ਼ਤਰੇ ਨਾਲ [4]।

ਦੋਵਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠੇ ਪੜ੍ਹੀਏ ਤਾਂ ਚੋਣ ਅੱਗੇ ਵਾਲੀ ਨਸ ਅਤੇ ਪਿੱਛੇ ਵਾਲੀ ਹੱਡੀ ਵਿਚਕਾਰ ਹੈ। ਕੋਈ ਵੀ ਤਰੀਕਾ ਗ਼ਲਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੇ ਲੇਖਕ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਸ ਸਵਾਲ ਨੂੰ ਹੱਲ ਹੋਇਆ ਮੰਨਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਰ ਉੱਚ-ਮਿਆਰੀ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲਾਂ (randomised trials) ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਇੱਥੇ ਸਮਾਂ ਹੋਰ ਥਾਵਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਹਿਮ ਕਿਉਂ ਹੈ

ਕਿਉਂਕਿ ਟੈਂਡਨ ਸੁੰਗੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਸ ਥਾਂ ਉਹ ਹੁੰਦਾ ਸੀ ਉੱਥੇ ਦਾਗ਼ ਵਾਲਾ ਟਿਸ਼ੂ (scar tissue) ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਮੁੜ ਜੋੜਨਾ ਔਖਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਸਿੱਧੀ ਮੁਰੰਮਤ ਹੁਣ ਸੰਭਵ ਨਾ ਰਹੇ, ਉੱਥੇ ਗ੍ਰਾਫਟ (graft, ਸਰੀਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਹਿੱਸੇ ਜਾਂ ਦਾਨੀ ਤੋਂ ਲਿਆ ਟਿਸ਼ੂ) ਨਾਲ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹੀ ਅਮਲੀ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਡਿਸਟਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਰਪਚਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਟੈਂਡਨ ਸੱਟਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਛੋਟੀ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਅਚਾਨਕ ਦਰਦ ਭਰਿਆ ਪਟਾਕਾ, ਨਾਲ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ ਦਿਸਣ ਵਾਲਾ ਬਦਲਾਅ, ਉਡੀਕ ਕੇ ਦੇਖਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਛੋਟੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਯੋਗ ਹੈ।

ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਇੱਕ ਜਾਇਜ਼ ਚੋਣ ਬਣਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਬਾਹਾਂ ਲਈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਕੰਮ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਹਥੇਲੀ ਉੱਪਰ ਘੁਮਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ। ਇਹ ਇੱਕ ਮਾਪੀ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਕਮੀ ਨੂੰ ਜਾਣ-ਬੁੱਝ ਕੇ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਉਸੇ ਨਤੀਜੇ ਦਾ ਕੋਈ ਘਟੀਆ ਰੂਪ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Looney AM, Day J, Bodendorfer BM, Wang D, Fryar CM, Murphy JP, et al. Operative vs. nonoperative treatment of distal biceps ruptures: a systematic review and meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(4):e169-e189.

<https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.12.001>

[2] Amarasooriya M, Bain GI, Roper T, Bryant K, Iqbal K, Phadnis J. Complications after distal biceps tendon repair: a systematic review. Am J Sports Med. 2020;48(12):3103-11. <https://doi.org/10.1177/0363546519899933>

[3] Castioni D, Mercurio M, Fanelli D, Cosentino O, Gasparini G, Galasso O. Single- versus double-incision technique for the treatment of distal biceps tendon rupture: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. Bone Joint J. 2020;102-B(12):1608-17. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.102B12.BJJ-2020-0822.R2>

[4] Awad G, Boutros M, Hajj Youssef M, Elhassan B. Comparing single-incision and double-incision techniques in distal biceps tendon repair: a systematic review and meta-analysis. Shoulder Elbow. 2025. <https://doi.org/10.1177/17585732251399838>