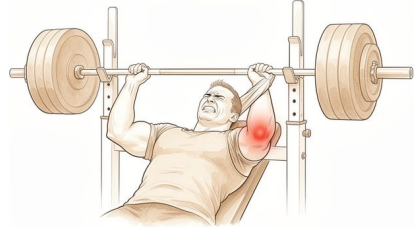


ਡਿਸਟਲ ਟ੍ਰਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ ਰਪਚਰ (ਕੂਹਣੀ ਕੋਲ ਟ੍ਰਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਪਾਟ ਜਾਣਾ)



ਡਿਸਟਲ ਟ੍ਰਾਈਸੈਪਸ ਰਪਚਰ: ਟ੍ਰਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸਿਓਂ ਪਾਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਭਾਰੀ ਧੱਕੇ ਜਾਂ ਡਿੱਗਣ ਦੌਰਾਨ।

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

ਟ੍ਰਾਈਸੈਪਸ (triceps) ਤੁਹਾਡੇ ਡੌਲੇ (upper arm) ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਵੱਡੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਨੋਕ (ਓਲੇਕ੍ਰੇਨਨ, olecranon) ਨਾਲ ਜੁੜਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਉਹ ਟੈਂਡਨ ਪਾਟ ਕੇ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸੱਟ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਪਲ ਵਿੱਚ ਲੱਗਦੀ ਹੈ: ਅਕਸਰ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗਣ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਭਾਰੀ ਚੁਕਾਈ ਜਾਂ ਧੱਕੇ ਦੌਰਾਨ ਜਦੋਂ ਬਾਂਹ ਅਚਾਨਕ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਉਸ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਤਿੱਖਾ ਦਰਦ ਜਾਂ “ਪਟਾਕਾ” ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਉਸ ਥਾਂ ਸੋਜ ਅਤੇ ਨੀਲ ਪੈ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਪਿਛਲਾ ਪਾਸਾ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਦੁਖਦਾ ਹੈ। ਸਭ ਤੋਂ ਸਾਫ਼ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਉਹ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਹੈ ਜੋ ਗੁਰੂਤਾ (gravity) ਜਾਂ ਵਿਰੋਧ ਦੇ ਉਲਟ ਬਾਂਹ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਵੇਲੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਦਰਵਾਜ਼ਾ ਧੱਕ ਕੇ ਖੋਲ੍ਹਣਾ, ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਬਾਹਾਂ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਉੱਠਣਾ, ਜਾਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਕੁਝ ਚੁੱਕਣਾ ਕਮਜ਼ੋਰ ਜਾਂ ਨਾਮੁਮਕਿਨ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਈ ਵਾਰ ਤੁਸੀਂ (ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ) ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਨੋਕ ਤੋਂ ਠੀਕ ਉੱਪਰ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਨਰਮ ਪਾੜਾ ਜਾਂ ਟੋਆ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਸਿਰਫ਼ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਪਾਟਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਬਾਂਹ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਦੀ ਕੁਝ ਤਾਕਤ ਬਚੀ ਰਹੇ ਪਰ ਫਿਰ ਵੀ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਰਹੇ।

ਇਹ ਇੱਕ ਘੱਟ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸੱਟ ਹੈ (ਸਰੀਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਟ੍ਰਾਈਸੈਪਸ ਦਾ ਟੈਂਡਨ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਪਾਟਦਾ ਹੈ), ਅਤੇ ਇਹ ਵੀ ਇੱਕ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਪਹਿਲੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਇਹ ਨਜ਼ਰੋਂ ਖੁੰਝ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਟ੍ਰਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ, ਅੰਸ਼ਕ ਜਾਂ ਪੂਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਓਲੇਕ੍ਰੇਨਨ ਉੱਤੇ ਆਪਣੀ ਜੁੜਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਉੱਖੜ ਗਿਆ ਹੈ। ਪੂਰੇ ਪਾਟਣ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਹੁਣ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਨਹੀਂ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਜੋ ਜ਼ੋਰ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਉਹ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਲਈ ਅੱਗੇ ਨਹੀਂ ਪਹੁੰਚਦਾ। ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਰੇਸ਼ੇ ਜੁੜੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਕੁਝ ਤਾਕਤ ਬਚੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ।

ਇਹ ਪਾਟਣ ਲਗਭਗ ਹਮੇਸ਼ਾ ਉਦੋਂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਪੂਰੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਸੁੰਗੜ ਰਹੀ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਵੇ: ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ, ਜਿਸ ਪਲ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਜਾਂ ਉਸ ਨਾਲ ਸਹਾਰਾ ਲੈਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋਵੋ, ਉਸੇ ਪਲ ਬਾਂਹ ਜ਼ਬਰਦਸਤੀ ਮੁੜ ਜਾਵੇ। ਕੁਝ ਗੱਲਾਂ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਧਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ: ਇਹ ਮਰਦਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਵਜ਼ਨ ਚੁੱਕਣ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚ; ਐਨਾਬੋਲਿਕ ਸਟੀਰੋਇਡ (anabolic steroids, ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਕਮਜ਼ੋਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇੱਕ ਜਾਣਿਆ-ਪਛਾਣਿਆ ਖ਼ਤਰਾ ਹੈ; ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕੇ, ਕੂਹਣੀ (ਓਲੋਕ੍ਰੋਨਨ) ਦੀ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਬਰਸਾਈਟਿਸ (ਬਰਸਾ ਦੀ ਸੋਜ; ਬਰਸਾ = ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਛੋਟੀ ਗੱਦੀ), ਅਤੇ ਕੁਝ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਜਿਵੇਂ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਗੁਰਦਿਆਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਇਹ ਸਭ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹੋਰ ਨਾਜ਼ੁਕ ਬਣਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਪੇਪੜੀ ਵਰਗਾ ਟੁਕੜਾ ਵੀ ਉੱਖੜ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਤਸ਼ਖੀਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਜੋ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਸਾਡੇ ਤਰੀਕੇ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ੍ਰੈਮਿਲੀ 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। ਅਸੀਂ ਤਸ਼ਖੀਸ ਕਰਨ ਲਈ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਜਾਂਚ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਵੇਰਵਾ, ਸਰੀਰਕ ਜਾਂਚ, ਅਤੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਕੈਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਤਸ਼ਖੀਸ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਜਾਂਚ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ, ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਸ ਪਛਾਣ ਦੱਸਣ ਵਾਲੇ ਛੋਟੇ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਲੱਭਣ ਲਈ ਐਕਸ-ਰੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਜਾਂ MRI ਸਕੈਨ ਨਾਲ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਪਾਟਣਾ ਅੰਸ਼ਕ ਹੈ ਜਾਂ ਪੂਰਾ, ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਕਿੰਨਾ ਪਿੱਛੇ ਖਿੱਚਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।

ਫਿਰ ਇਲਾਜ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਟੈਂਡਨ ਕਿੰਨਾ ਪਾਟਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਾਂਹ ਕਿੰਨੀ ਵਰਤਣੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ:

- **ਛੋਟੇ ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ** (ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਲਗਭਗ ਅੱਧੇ ਤੋਂ ਘੱਟ), ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਸਰੀਰਕ ਲੋੜਾਂ ਘੱਟ ਹਨ, ਅਕਸਰ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਸੰਭਾਲੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ: ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਥੋੜ੍ਹਾ ਮੋੜ ਕੇ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣਾ, ਅਤੇ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਵੱਲ ਵਾਪਸੀ।
- **ਪੂਰੇ ਪਾਟਣ**, ਉਹ ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਮਜ਼ੋਰ ਛੱਡ ਦੇਣ, ਅਤੇ ਸਰਗਰਮ ਜਾਂ ਸਰੀਰਕ ਮਿਹਨਤ ਵਾਲਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਪਾਟਣ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਮੁੜ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਠੀਕ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਛੋਟੀਆਂ ਸੁਰੰਗਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਟਾਂਕੇ ਲੰਘਾ ਕੇ, ਜਾਂ ਖ਼ਾਸ ਇੰਪਲਾਂਟਾਂ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਅਸਲ ਜੁੜਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਮੁੜ ਟਿਕਾ ਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਦਾਗ਼ ਵਾਲਾ ਟਿਸ਼ੂ (scar tissue) ਬਣਨ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਛੋਟਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਛੇਤੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜਾ ਮਿਲਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜਦੋਂ ਪਾਟੇ ਹੋਏ ਟ੍ਰਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਨਤੀਜੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਹੁਤ ਚੰਗੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ: ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕੂਹਣੀ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤ, ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਕੰਮ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤੇ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਫਿਰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਹਿਲਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਭਾਰੀ ਚੁਕਾਈ ਵੱਲ ਪੂਰੀ ਵਾਪਸੀ ਵਿੱਚ ਹਫ਼ਤੇ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਕੁਝ ਮਹੀਨੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੀ ਟੀਮ ਰਫ਼ਤਾਰ ਤੈਅ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਗਵਾਈ ਕਰੇਗੀ।

ਹਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਂਗ ਇਸ ਦੇ ਵੀ ਕੁਝ ਖ਼ਤਰੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਮੁੱਖ ਖ਼ਤਰੇ ਹਨ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਮੁੜ ਉੱਖੜ ਜਾਣਾ (ਮੁੜ ਰਪਚਰ), ਇਸੇ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਬਚਾਅ ਅਤੇ ਪੜ੍ਹਾਅਵਾਰ ਭਾਰ ਵਧਾਉਣਾ ਅਹਿਮ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਨੋਕ ਉੱਤੇ ਚਮੜੀ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ, ਜਿੱਥੇ ਟਿਸ਼ੂ ਪਤਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਅਕੜਾਅ ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੇ ਮੁੜ ਬਣਨ ਦੌਰਾਨ ਆਰਜ਼ੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਆਮ ਹਿੱਸਾ ਹਨ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- ਡਿੱਗਣ ਜਾਂ ਭਾਰੀ ਚੁਕਾਈ ਤੋਂ ਬਾਅਦ **ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਅਚਾਨਕ ਦਰਦ ਜਾਂ ਪਟਾਕਾ**, ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸੋਜ ਅਤੇ ਨੀਲ ਪੈਣ। ਇਸ ਦੀ ਛੇਤੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਓ।
- ਗੁਰੂਤਾ ਜਾਂ ਵਿਰੋਧ ਦੇ ਉਲਟ **ਕੂਹਣੀ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਔਖਿਆਈ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ**, ਜਾਂ ਉਸ ਬਾਂਹ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਉੱਠ ਨਾ ਸਕਣਾ।
- ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਨੇਕ ਤੋਂ ਠੀਕ ਉੱਪਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ ਵਾਲਾ **ਨਰਮ ਪਾੜਾ ਜਾਂ ਟੋਆ**।
- ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜੋ ਘਟ ਨਹੀਂ ਰਹੀ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਅਜੇ ਵੀ ਬਾਂਹ ਸਿੱਧੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ; ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਵਿਹਾਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਛੇਤੀ ਜਾਂਚ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਦੇ ਵਧੇਰੇ ਵਿਕਲਪ ਅਤੇ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਮਿਲਦੇ ਹਨ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਡਿਸਟਲ ਟ੍ਰਾਈਸੈਪਸ ਰਪਚਰ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇੱਕ ਅਜਿਹੇ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਜੋ ਇਸ ਸਾਈਟ ਉੱਤੇ ਆਮ ਨਹੀਂ: ਇਹ ਇੰਨੀ ਘੱਟ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸੱਟ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸਬੂਤ ਥੋੜ੍ਹੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਉਸ ਨੂੰ ਤੋਲਣ ਵੇਲੇ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਕਿ ਸਬੂਤ ਕਿੰਨੇ ਥੋੜ੍ਹੇ ਹਨ, ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ।

ਸਬੂਤ ਥੋੜ੍ਹੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਈਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਅਜਿਹੇ ਹੀ ਦੱਸੇ ਗਏ ਹਨ

ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੀ ਸਿਸਟਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਵਿੱਚ **560** ਮਰੀਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ [1]। ਇਸ ਨੇ ਪਾਇਆ ਕਿ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ **ਮੁੜ ਰਪਚਰ ਜਾਂ ਪੇਚੀਦਗੀ ਦਾ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਖ਼ਤਰਾ ਦਰਮਿਆਨਾ** ਹੈ, ਅਤੇ, ਅਹਿਮ ਗੱਲ ਇਹ ਕਿ ਪਾਟਣ ਦੇ ਰੂਪਾਂ, ਸਰਜੀਕਲ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਅਤੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੇ ਮਾਪਾਂ ਵਿੱਚ ਵੰਨ-ਸੁਵੰਨਤਾ ਕਾਰਨ **ਇਹ ਤੈਅ ਕਰਨਾ ਔਖਾ ਸੀ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਤਰੀਕਾ ਬਿਹਤਰ ਹੈ** [1]।

ਤੁਲਨਾ ਲਈ, ਇਸ ਸਾਈਟ ਉੱਤੇ ਮੇਢੇ ਅਤੇ ਗੋਡੇ ਦੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦਸਾਂ ਹਜ਼ਾਰਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇਕੱਠੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਉੱਤੇ ਆਧਾਰਿਤ ਹਨ। ਇੱਥੇ ਸਾਰੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਲਿਖਤਾਂ ਮਿਲਾ ਕੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਕਿਸਮ ਦੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਵਾਲੇ ਕੁਝ ਸੌ ਮਰੀਜ਼ ਹੀ ਬਣਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਇਲਾਜ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ। ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਛੋਟੇ ਫ਼ਰਕਾਂ ਬਾਰੇ ਭਰੋਸੇ ਨਾਲ ਕੀਤੇ ਦਾਅਵਿਆਂ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਵੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਜਿਹੇ ਦਾਅਵੇ ਮਿਲਣ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ੱਕ ਨਾਲ ਦੇਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਮੁਰੰਮਤ ਜੋ ਹਾਸਲ ਕਰਦੀ ਹੈ ਉਹ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਰਜ ਹੈ

ਜਿੱਥੇ ਸਬੂਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਇੱਕਸਾਰ ਹਨ, ਉਹ ਹੈ ਮੁੱਖ ਸਵਾਲ। **318** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਸਰਗਰਮ ਡਿਊਟੀ ਵਾਲੇ ਫ਼ੌਜੀਆਂ, ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਆਮ ਕਾਮਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ **90% ਤੋਂ ਵੱਧ** ਡਿਸਟਲ ਟ੍ਰਾਈਸੈਪਸ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਖੇਡਾਂ ਜਾਂ ਆਪਣੇ-ਆਪਣੇ ਕਿੱਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆਏ [2]।

ਇਸ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਲਈ ਇਹ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਕੌਣ ਸਨ। ਇਹ ਸਰੀਰਕ ਮਿਹਨਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭੂਮਿਕਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਵਾਪਸੀ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਆਪਣੇ ਦੱਸਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਬਾਹਰੋਂ ਪਰਖੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਇਹ ਅੰਕੜਾ ਆਮ ਲੋਕਾਂ ਤੋਂ ਲਏ ਇਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰਪੂਰ ਹੈ।

ਇੱਕ ਤਕਨੀਕੀ ਤੁਲਨਾ ਫ਼ਰਕ ਦਿਖਾਉਂਦੀ ਹੈ

ਇਸ ਆਮ ਸਿੱਟੇ ਦੇ ਉਲਟ ਕਿ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ, ਇੱਕ ਤੁਲਨਾ ਨੇ ਫ਼ਰਕ ਦਿਖਾਇਆ। **56** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਸਿਊਚਰ ਐਂਕਰ (suture anchor, ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਲਗਾਇਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਛੋਟਾ ਕਿੱਲ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਟਾਂਕੇ ਬੰਨ੍ਹ ਕੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਸੁਰੰਗ (transosseous tunnel) ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ, ਦੋਵਾਂ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦੱਸੇ ਨਤੀਜੇ ਚੰਗੇ ਸਨ, ਪਰ **ਸਿਊਚਰ ਐਂਕਰ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨੇ ਮਸ਼ੀਨ ਨਾਲ ਤਾਕਤ ਦੀ ਜਾਂਚ (isokinetic strength testing), ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਅਤੇ ਮੁੜ ਪਾਟਣ ਦੀ ਦਰ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਦਿਖਾਏ** [3]।

ਨਮੂਨਾ ਛੋਟਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਪੱਕੇ ਸਿੱਟੇ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇੱਕ ਇਸ਼ਾਰੇ ਵਜੋਂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਠੀਕ ਉਹੀ ਗੱਲ ਹੈ ਜੋ ਵੱਡੀ ਸਮੀਖਿਆ ਇਹਨਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਲਿਖਤਾਂ ਬਾਰੇ ਕਹਿੰਦੀ ਹੈ।

ਇੱਥੇ ਛੋਟੀ ਤਸ਼ਖੀਸ ਕਿਉਂ ਅਹਿਮ ਹੈ

ਟ੍ਰਾਈਸੈਪਸ ਹੀ ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਹੈ ਜੋ ਵਿਰੋਧ ਦੇ ਉਲਟ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਪੂਰਾ ਰਪਚਰ ਕੰਮਕਾਜ ਪੱਖੋਂ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਅਹਿਮ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਪੂਰੇ ਪਾਟਣਾਂ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਇਲਾਜ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਮੁਰੰਮਤ ਹੈ, **ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਜਦੋਂ ਇਹ ਸੱਟ ਤੋਂ ਛੋਟੀ ਬਾਅਦ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ [4]**।

ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਇਸ ਸੱਟ ਨੂੰ ਨਜ਼ਰੋਂ ਖੁੰਝਣ ਯੋਗ ਬਣਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਬਾਕੀ ਬਚੇ ਜੁੜਾਵਾਂ ਰਾਹੀਂ ਅਕਸਰ ਬਾਂਹ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਦੀ ਕੁਝ ਸਮਰੱਥਾ ਬਚੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਬਾਂਹ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬੇਕਾਰ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦੀ; ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਸੋਜ ਅਤੇ ਨੀਲ ਨੂੰ ਡਿੱਗਣ ਦਾ ਹੀ ਨਤੀਜਾ ਮੰਨ ਲਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਮਲੀ ਜਾਂਚ ਗੁਰੂਤਾ ਦੇ ਉਲਟ ਵਿਰੋਧ ਨਾਲ ਬਾਂਹ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨਾ ਹੈ; ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਪੱਕੇ ਦੇ ਉਲਟ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਨਾ ਰੱਖ ਸਕਣਾ, ਨਾ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਦਰਦ ਹੋਣਾ, ਉਹ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੈ ਜੋ ਅਹਿਮ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Alnaji O, Erdogan S, Shanmugaraj A, AlQahtani S, Prada C, Leroux T, et al. The surgical management of distal triceps tendon ruptures: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(1):217-24. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.06.019>
- [2] Johns WL, Miltenberg BH, Baumann AN, Kermanshahi N, Muchintala RR, Cohen SB. Return to work, sport, and sport-related activity after distal triceps tendon repair: a systematic review. Am J Sports Med. 2025;53(9):2240-7. <https://doi.org/10.1177/03635465241283970>
- [3] Tran DV, Yetter TR, Somerson JS. Surgical repair of distal triceps rupture: a systematic review of outcomes and complications. JSES Rev Rep Tech. 2022;2(3):332-9. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2022.04.001>
- [4] Walker CM, Noonan TJ. Distal triceps tendon injuries. Clin Sports Med. 2020;39(3):673-85. <https://doi.org/10.1016/j.csm.2020.03.003>