

ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ (ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣਾ)

ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਲਿਗਮੈਂਟ (ligaments) — ਅਲਨਰ ਅਤੇ ਰੇਡੀਅਲ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਮੈਂਟ (ulnar and radial collateral ligaments) ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਮੁੱਖ ਲਿਗਮੈਂਟ ਹਨ।

Kieran Hirpara © 1 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

ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਢਿੱਲੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਉਹ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਸਕਦੀ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਨਾਲ ਧੱਕਦੇ ਜਾਂ ਖਿੱਚਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਉਹ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਜਵਾਬ ਦੇ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕਈਆਂ ਦੀ ਕੂਹਣੀ ਪਹਿਲਾਂ ਕਦੇ ਉਤਰ ਚੁੱਕੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ (dislocation), ਅਤੇ ਉਦੋਂ ਤੋਂ ਜੋੜ ਕਦੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ।

ਦਰਦ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਕਿਹੜਾ ਹਿੱਸਾ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੈ। ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ, ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਸੁੱਟਦੇ ਹੋ, ਚੁੱਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਰੈਕਟ ਜਾਂ ਹਥੜੇ ਵਰਗੀ ਚੀਜ਼ ਘੁਮਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤਿੱਖਾ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਗੱਦ ਸੁੱਟਣ ਵਾਲੇ ਖਿਡਾਰੀ ਅਕਸਰ ਇਸ ਨੂੰ ਥੋੜ੍ਹੇ ਜ਼ੋਰਦਾਰ ਅੱਗੇ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੌਰਾਨ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਨੂੰ “ਪੌਪ” ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਸੁਣਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਅੱਗੇ ਨਹੀਂ ਖੇਡ ਸਕਦੇ। ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ, ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਉੱਠਦੇ ਹੋ, ਡੰਡ (push-up) ਕੱਢਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਮੇਜ਼ ਉੱਤੇ ਹੱਥ ਟਿਕਾ ਕੇ ਝੁਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੂਹਣੀ ਅਸਥਿਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਦਰਦ ਭੜਕ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕਲਿੱਕ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਜਾਂ ਅਜਿਹਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਜੋੜ ਅਟਕ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਜਾਮ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ।

ਅਕੜਾਅ ਆਮ ਹੈ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧਾ ਨਾ ਕਰ ਸਕੋ, ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਸਿੱਧੀ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਉਹ ਔਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ: ਉੱਚੀ ਸ਼ੈਲਫ਼ ਤੱਕ ਹੱਥ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ, ਟ੍ਰੇਅ ਚੁੱਕਣਾ, ਜਾਂ ਨੀਵੀਂ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਉੱਠਣਾ। ਫੜਨਾ ਅਤੇ ਮਰੋੜਨਾ ਵੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਵਾਲਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਮਰਤਬਾਨ ਖੋਲ੍ਹਣ ਜਾਂ ਦਰਵਾਜ਼ੇ ਦਾ ਹੈਂਡਲ ਘੁਮਾਉਣ ਵਿੱਚ ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਜ਼ੋਰ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਗੱਦ ਸੁੱਟਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਬਾਂਹ ਵਾਲੀ ਖੇਡ ਖੇਡਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਪ੍ਰਦਰਸ਼ਨ ਘਟ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਥੋੜ੍ਹੇ ਜ਼ੋਰ ਦੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਅਤੇ ਦਮ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਰਾਤ ਭਰ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਿਖਲਾਈ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੁਖਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਅੰਦਰਲਾ ਪਾਸਾ ਛੂਹਣ ‘ਤੇ ਦੁਖ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੁਖਣ ਕਦੇ-ਕਦੇ ਉਸ ਪਾਸੇ ਦੀ ਉਸ ਨਸ ਵੱਲ ਫੈਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਵੱਜਣ ‘ਤੇ ਕਰੰਟ ਵਰਗਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ (funny bone nerve, ulnar nerve), ਅਤੇ ਨਾਲ ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਪਕੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕੁਝ ਲੱਛਣ ਇਸ ਗੱਲ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਜੋੜ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜੁੜਿਆ ਨਹੀਂ ਰਹਿ ਰਿਹਾ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ‘ਤੇ ਰੱਖਣ ਲਈ ਮੋੜ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਉਹ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਉਤਰ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਵੱਲ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਜਲਦੀ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਬਹੁਤ ਕੱਸ ਕੇ ਫਿੱਟ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਜੋੜ ਹੈ। ਡੌਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਿਰੇ ਵਿੱਚ ਡੂੰਘੇ ਖਾਂਚੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਫਸ ਕੇ ਬੈਠਦੀਆਂ ਹਨ, ਕੁਝ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕੋਈ ਕਬਜ਼ਾ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬਣੇ ਸ਼ਿਕੰਜੇ ਵਿੱਚ ਬੈਠਾ ਹੋਵੇ। ਜੋੜ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਰੱਖਣ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੰਮ ਇਹੀ ਬਣਤਰ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਫਿਰ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਅਤੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligament, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਬੰਧਨ) ਦੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਪਟੇ ਤੰਬੂ ਦੀਆਂ ਰੱਸੀਆਂ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋੜਨ, ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ, ਮਰੋੜਨ ਅਤੇ ਧੱਕਣ ਵੇਲੇ ਸਭ ਕੁਝ ਸਿੱਧੀ ਸੇਧ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹਨ।

ਅਸਥਿਰਤਾ (instability) ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ਰੱਸੀਆਂ ਖਿੱਚੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਪਾਟ ਗਈਆਂ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਸੇਧ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਉਤਰ ਜਾਣਾ (dislocation) ਉਦੋਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਜੋੜ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵੱਖ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅੰਸ਼ਕ ਖਿਸਕਣਾ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਹਿੱਲ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ ਪਰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵੱਖ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ, ਅਟਕਣ, ਕਲਿੱਕ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਅਜਿਹੇ ਜੋੜ ਵਰਗਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਹੋਵੇ। ਦੋਵੇਂ ਇੱਕੋ ਕਿਸਮ ਦੀ ਸੱਟ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਦਰਜੇ ਹਨ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੂਹਣੀਆਂ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗਣ ਨਾਲ ਉਤਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਝਟਕਾ ਬਾਂਹ ਰਾਹੀਂ ਉੱਪਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਨੂੰ ਪਾੜ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਕੇ, ਅਤੇ ਜ਼ੋਰ ਵਧਣ ਨਾਲ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਹੋਰ ਪਾੜਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਜੋੜ ਉਤਰਨ ਨਾਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਥਾਵਾਂ ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਛੋਟੇ ਟੁਕੜੇ ਵੀ ਟੁੱਟ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਜੁੜਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਜੋੜ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਗੋਲ ਹੱਡੀ ਜਾਂ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਦਾ ਹੱਡੀ ਵਾਲਾ ਉਭਾਰ ਖਰਾਬ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋੜ ਆਪਣੀਆਂ ਰੱਸੀਆਂ ਵਾਲਾ ਸਹਾਰਾ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਹੱਡੀ ਵਾਲੀ ਬਣਤਰ ਦਾ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ, ਦੋਵੇਂ ਗੁਆ ਬੈਠਦਾ ਹੈ। ਅਜਿਹੀ ਮਿਲੀ-ਜੁਲੀ ਸੱਟ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨਾ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਢਿੱਲੀ ਰਹਿ ਜਾਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਕਿਹੜਾ ਪਟਾ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੈ, ਇਸ ਤੋਂ ਪਤਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਸੁੱਟਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਅੰਦਰਲਾ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਜ਼ੋਰ ਝੱਲਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਉੱਥੇ ਪਾਟਣ ਨਾਲ ਸੁੱਟਣ ਅਤੇ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਉੱਠਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਹੱਥ ਟਿਕਾ ਕੇ ਝੁਕਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਬਾਹਰਲਾ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਜ਼ੋਰ ਝੱਲਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਉੱਥੇ ਪਾਟਣ ਨਾਲ ਇਹ ਹਰਕਤਾਂ ਅਸੁਰੱਖਿਅਤ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਹੁਣ ਸਹੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੇਧ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਬੈਠਦੀਆਂ, ਤਾਂ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਕੂਹਣੀ ਅਕੜ ਵੀ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਅਸਮਾਨ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਘਿਸ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੂਹਣੀਆਂ ਜੋ ਇੱਕ ਵਾਰ ਉਤਰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਜਲਦੀ ਵਾਪਸ ਚੜ੍ਹਾ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਲਦੀ ਹਿਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਥੋੜ੍ਹੀਆਂ ਕੂਹਣੀਆਂ ਢਿੱਲੀਆਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀਆਂ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਉਹ ਕੂਹਣੀਆਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ 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, ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਖਾਸ ਸੱਟ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਚੁਣਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate, ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਵਾਪਸੀ ਰਕਮ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਜਾਂ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੂਹਣੀਆਂ ਲਈ ਜੋ ਇੱਕ ਵਾਰ ਉਤਰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਜਲਦੀ ਵਾਪਸ ਚੜ੍ਹਾ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਸਰਜਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੋੜ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਚੜ੍ਹਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਜਾਂਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਆਰਾਮ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੂਹਣੀ 90 ਡਿਗਰੀ 'ਤੇ ਮੁੜੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ 5 ਤੋਂ 7 ਦਿਨਾਂ ਬਾਅਦ, ਹਿਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਲਦੀ ਹਿਲਾਉਣਾ ਇਸ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਸਮੱਸਿਆ ਅਕੜੀ ਹੋਈ ਕੂਹਣੀ ਹੈ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਉਸ ਹੱਦ ਵਿੱਚ ਮੋੜਨ ਅਤੇ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਉੱਤੇ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੂਹਣੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾਉਣ ਉੱਤੇ ਵੀ। ਜੇ ਉਸ ਹੱਦ ਵਿੱਚ ਕੂਹਣੀ ਸਥਿਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਦੋ ਦਿਨ ਸਪਲਿੰਟ ਅਤੇ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਲਦੀ ਹਿਲਾਉਣਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿਓ।

ਅਸੀਂ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਲਈ ਕੋਰਟੀਸੋਨ ਜਾਂ ਹੋਰ ਟੀਕੇ ਨਹੀਂ ਵਰਤਦੇ, ਇਸ ਲਈ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਜਿਹਾ ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਨਹੀਂ ਕਰਾਂਗੇ।

ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਉਦੋਂ ਪੈਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਜੋੜ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਟਿਕਿਆ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰਹਿਣ ਲਈ ਲਗਭਗ 50 ਤੋਂ 60 ਡਿਗਰੀ ਤੋਂ ਵੱਧ ਮੋੜ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਉਸ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਸਿੱਧੀ ਹਾਲਤ ਤੋਂ 30 ਡਿਗਰੀ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੱਕ ਸਿੱਧਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਉਹ ਉਤਰ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਦੇ ਆਪਣੇ-ਆਪ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘੱਟ ਹੈ। ਇਹੀ ਗੱਲ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਹੱਡੀ ਜਾਂ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਦਾ ਕੋਈ ਟੁਕੜਾ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਫਸ ਕੇ ਉਸ ਨੂੰ ਰੋਕ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਜੇ ਜੋੜ ਉਤਰਨ ਦੇ ਨਾਲ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ) ਵੀ ਹੋਏ ਹੋਣ, ਜਾਂ ਜੇ ਚਮੜੀ ਫਟ ਗਈ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਨਸਾਂ (nerves) ਅਤੇ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਨੂੰ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਹੋਵੇ। ਅਜਿਹੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਪਾਏ ਹੋਏ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਾਂ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਾਹਰਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਕੇ, ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਟੁੱਟੇ ਹੋਏ ਟੁਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਜੋੜਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਸੇਧ ਵਿੱਚ ਆ ਜਾਣ। ਜੇ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਕੂਹਣੀ ਢਿੱਲੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਆਰਜ਼ੀ ਬਾਹਰੀ ਢਾਂਚਾ (external frame) ਜੋੜ ਨੂੰ ਠੀਕ ਹੋਣ ਤੱਕ ਉਸ ਦੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰੱਖ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਕੂਹਣੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਢਿੱਲੀ ਹੈ, ਉਸ ਲਈ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ (reconstruction) ਵਿੱਚ ਖਿੱਚੇ ਹੋਏ ਪਟੇ ਦੀ ਥਾਂ ਨਵਾਂ ਟਿਸ਼ੂ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਹਰ ਵਿਕਲਪ ਵਿੱਚ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਅਤੇ ਮਿਲ ਕੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਟੀਚਿਆਂ ਲਈ ਕੀ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ, ਜੇ ਕੂਹਣੀ ਇੱਕ ਵਾਰ ਉਤਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਲਦੀ ਵਾਪਸ ਚੜ੍ਹਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਜਲਦੀ ਹਿਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਚੰਗੇ ਨਤੀਜੇ ਆਮ ਗੱਲ ਹਨ। ਥੋੜ੍ਹੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ, ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਰ 100 ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ 8 ਨੂੰ, ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਵੀ ਢਿੱਲੇਪਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੁੰਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਹਰ 100 ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ 2 ਨੂੰ ਆਖ਼ਰਕਾਰ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਕਰਨ ਲਈ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸੱਟ ਦੇ 4 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਵਿੱਚ ਦਿਨ ਨਹੀਂ, ਹਫ਼ਤੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ। ਅਕੜਾਅ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਰੁਕਾਵਟ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਟੀਮ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਲੰਮਾ ਸਮਾਂ ਆਰਾਮ ਦੇਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਜਲਦੀ ਹਿਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਵਾਏਗੀ। ਪਹਿਲੇ ਇੱਕ-ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਮੋੜਨ ਅਤੇ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਉੱਤੇ ਕੰਮ ਕਰੋਗੇ, ਅਕਸਰ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ। ਅਗਲੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹਿੱਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ ਵਧਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤਾਕਤ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ, ਹੱਥ ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਵੀ ਧਿਆਨ ਰੱਖਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜਦੋਂ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਬਾਕੀ ਬਾਹ ਅਕੜ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਪਲ ਦੀ ਉਮੀਦ ਨਾ ਰੱਖੋ ਜਦੋਂ ਕੂਹਣੀ ਅਚਾਨਕ ਫਿਰ ਆਮ ਵਰਗੀ ਲੱਗਣ ਲੱਗੇ, ਸਗੋਂ ਲਗਾਤਾਰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਤਰੱਕੀ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੋ।

ਜਦੋਂ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਨਤੀਜਾ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸੱਟ ਨੇ ਕਿੰਨਾ ਨੁਕਸਾਨ ਕੀਤਾ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਮੋੜਨ, ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣ ਦੀ ਲਗਭਗ ਪੂਰੀ ਹੱਦ ਵਾਪਸ ਪਾ ਲੈਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਢਿੱਲੇਪਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਸੱਟਾਂ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨਾ ਦੂਜੀਆਂ ਨਾਲੋਂ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਜੋੜ ਉਤਰਨ ਦੇ ਨਾਲ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਵੀ ਹੋਏ ਹੋਣ, ਉੱਥੇ ਅਕੜਾਅ, ਲਗਾਤਾਰ ਢਿੱਲਾਪਣ, ਦਰਦ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਬਣੇ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਇਲਾਜ ਭਾਵੇਂ ਕਿੰਨਾ ਵੀ ਚੰਗਾ ਹੋਵੇ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਧੇਰੇ ਗੰਭੀਰ ਸੱਟਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਵਿੱਚ, ਹਰ 100 ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ 20 ਤੋਂ 25 ਵਿੱਚ, ਕਿਸੇ ਸਮੇਂ ਇੱਕ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।

ਸੱਚਮੁੱਚ ਅਸਥਿਰ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਛੱਡ ਦੇਣ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਘੱਟ ਹੀ ਚੰਗਾ ਨਿਕਲਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਜੋੜ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਟਿਕਦਾ, ਉਹ ਢਿੱਲਾ ਹੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਖਿਸਕਦੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਅਸਮਾਨ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਘਿਸ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰਹਿਣ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਮੋੜ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਉਹ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਖਿਸਕਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇਹੀ ਸਮਾਂ ਹੈ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਦਾ।

ਇਸ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਵੀ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਕੂਹਣੀ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਵਾਅਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਪਤਾ ਲੱਗ ਜਾਵੇਗਾ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਬਣਤਰਾਂ ਨੂੰ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਨ ਕੀ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਸਪਸ਼ਟ ਤਸਵੀਰ ਦੇਣਗੇ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਕੁਝ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਜਲਦੀ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰੱਖਣ ਲਈ ਮੋੜ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਓ। ਇਹੀ ਗੱਲ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਉੱਠਣ ਵੇਲੇ ਜਾਂ ਹੱਥ ਟਿਕਾ ਕੇ ਝੁਕਣ ਵੇਲੇ ਉਹ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਜਵਾਬ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਉਤਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਪਸ ਚੜ੍ਹਾਇਆ ਗਿਆ ਜੋੜ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਢਿੱਲਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਗੋਦ ਸੁੱਟਣ ਵਾਲੇ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਗੰਭੀਰਤਾ ਨਾਲ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਦਰਦ ਸਿਰਫ਼ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਸੁੱਟਣ ਵੇਲੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ “ਪੌਪ” ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਸੁਣਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਅੱਗੇ ਨਹੀਂ ਖੇਡ ਸਕਦੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਥੋੜ੍ਹੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਅਤੇ ਦਮ ਘਟ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ। ਉਸ ਨਸ ਦੇ ਨੇੜੇ ਝਰਨਾਹਟ ਜਿਸ ਨੂੰ ਵੱਜਣ ‘ਤੇ ਕਰੰਟ ਵਰਗਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਕਮਜ਼ੋਰ ਪਕੜ, ਜਾਂ ਅਜਿਹੀ ਕੂਹਣੀ ਜੋ ਜਾਮ ਹੁੰਦੀ ਜਾਂ ਅਟਕਦੀ ਹੈ, ਦੀ ਵੀ ਜਾਂਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਕੂਹਣੀ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਉਤਰੀ ਹੋਈ ਹੈ, ਉਸ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਵਿਗੜੀ ਹੋਈ ਲੱਗਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਸੁੰਨ ਜਾਂ ਠੰਢੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸ ਦਾ ਰੰਗ ਫਿੱਕਾ ਪੈ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਜੋੜ ਵਾਪਸ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ‘ਤੇ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦਾ, ਉਸ ਨੂੰ ਉਸੇ ਦਿਨ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਥੇ ਇਸ ਲਈ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ “ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ” ਵਿੱਚ ਕਈ ਕਾਫ਼ੀ ਵੱਖਰੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਕਾਫ਼ੀ ਵੱਖਰੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਵੀ ਕਿ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਉਤਰੀ ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਅੰਤ ਵਿੱਚ ਕੀ ਬਣਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਉੱਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡਾ ਅਸਰ ਪਹਿਲੇ ਦੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਲਏ ਇੱਕ ਫ਼ੈਸਲੇ ਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਜਿਹਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਬੂਤ ਅਤੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਦੀ ਸੁਭਾਵਿਕ ਇੱਛਾ ਉਲਟ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦੇ ਹਨ।

“ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ” ਇੱਕ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਇਸ ਸ਼ਬਦ ਵਿੱਚ ਸਭ ਕੁਝ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਜੋੜ ਜੋ ਇੱਕ ਵਾਰ ਉਤਰਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਹੁਣ ਸਥਿਰ ਹੈ, ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਜੋੜ ਜੋ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਨਾਲ ਜੋੜ ਉਤਰਨਾ (fracture-dislocation) ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਵੀ ਟੁੱਟ ਗਈ ਹੋਵੇ। ਸਰਜਨ ਇੱਕ ਸਦੀ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਪੈਟਰਨਾਂ ਦੀ ਵੰਡ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਅਜੇ ਵੀ ਇੱਕਮਤ ਨਹੀਂ ਹਨ: 130 ਸਾਲਾਂ ਦੀਆਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਿਆ ਕਿ “ਨਾਵਾਂ ਅਤੇ ਵੰਡ, ਦੋਹਾਂ ਬਾਰੇ ਅਜੇ ਵੀ ਅਨਿਸ਼ਚਿਤਤਾਵਾਂ ਮੌਜੂਦ ਹਨ”, ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਪ੍ਰੇਰਿਤ ਹੋ ਕੇ ਇੱਕ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸੁਸਾਇਟੀ ਦੇ ਕਾਰਜ ਸਮੂਹ ਨੇ ਫਿਰ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ [1]।

ਇੱਕ ਅਮਲੀ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ “ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ” ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਪੜ੍ਹਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਉਹ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅਜਿਹੇ ਸਮੂਹ ਬਾਰੇ ਹੋਣ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸੱਟ ਵਰਗੀਆਂ ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ ਸਨ। ਸਭ ਤੋਂ ਅਹਿਮ ਫ਼ਰਕ ਸਧਾਰਨ (ਸਿਰਫ਼ ਲਿਗਾਮੈਂਟ) ਬਨਾਮ ਗੁੰਝਲਦਾਰ (ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਅਤੇ ਨਾਲ ਟੁੱਟੀ ਹੱਡੀ) ਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਦੋਵੇਂ ਬਹੁਤ ਵੱਖਰੇ ਰਾਹਾਂ ‘ਤੇ ਚੱਲਦੇ ਹਨ।

ਦੋ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਨਾਮ ਹਨ: PLRI ਅਤੇ PMRI

ਸਧਾਰਨ ਬਨਾਮ ਗੁੰਝਲਦਾਰ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਹੜਾ ਹੋਵੇਗਾ ਇਹ ਉਸ ਦਿਸ਼ਾ ਤੋਂ ਤੈਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵੱਲ ਜੋੜ ਜਵਾਬ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਦੋ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਪੈਟਰਨ ਇਸ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਹਿੱਸਾ ਬਣਦੇ ਹਨ [1]।

ਪੋਸਟਰੋਲੈਟਰਲ ਰੋਟੇਟਰੀ ਇਨਸਟੇਬਿਲਿਟੀ (posterolateral rotatory instability, PLRI; ਪਿੱਛੇ ਅਤੇ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁੰਮ ਕੇ ਖਿਸਕਣ ਵਾਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ) ਆਮ ਕਿਸਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ “ਅਸਥਿਰ ਕੂਹਣੀ” ਕਹਿ ਕੇ ਇਸੇ ਦੀ ਗੱਲ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਉਹ ਪੈਟਰਨ ਹੈ ਜੋ ਆਮ ਸੱਟ ਨਾਲ ਬਣਦਾ ਹੈ: ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗਣਾ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਕੂਹਣੀ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਬਾਂਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁੰਮ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਨੁਕਸਾਨ ਜੋੜ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਇੱਕ ਚੱਕਰ ਵਿੱਚ ਚੱਲਦਾ ਹੈ, ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ **ਲੈਟਰਲ ਅਲਨਰ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (lateral ulnar collateral ligament)** ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਕੇ ਜੋੜ ਦੇ ਕੈਪਸੂਲ (capsule, ਜੋੜ ਨੂੰ ਘੇਰਨ ਵਾਲੀ ਝਿੱਲੀ) ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਅੱਗੇ ਅਤੇ ਪਿੱਛੇ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਅੰਦਰਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਤੱਕ ਸਭ ਤੋਂ ਅਖ਼ੀਰ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦਾ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਹਿਲਾ ਪੜਾਅ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਉਤਰਨਾ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਅੰਸ਼ਕ ਖਿਸਕਣਾ (subluxation) ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਲਈ ਬਾਹਰਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਹੀ ਮੁਰੰਮਤ ਜਾਂ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਕਰਨੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਬਾਹਰਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਅਤੇ ਉਸ ਦੀ 0-33% ਦੀ ਮੁੜ ਹੋਣ ਦੀ ਦਰ ਬਾਰੇ ਪੜ੍ਹਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਹ PLRI ਦਾ ਇਲਾਜ ਹੈ।

ਲੱਛਣਾਂ ਪੱਖੋਂ ਇਹ ਉਹ ਪੈਟਰਨ ਹੈ ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਉੱਠਣ ਤੋਂ, ਜਾਂ ਹਥੇਲੀ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਕਰ ਕੇ ਬਾਂਹ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਤੋਂ ਝਿਜਕਦੇ ਹੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਘੁੰਮ ਕੇ ਖੁੱਲ੍ਹ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਪੋਸਟਰੋਮੀਡੀਅਲ ਰੋਟੇਟਰੀ ਇਨਸਟੇਬਿਲਿਟੀ (posteromedial rotatory instability, PMRI; ਪਿੱਛੇ ਅਤੇ ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਘੁੰਮ ਕੇ ਖਿਸਕਣ ਵਾਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ) ਘੱਟ ਆਮ ਹੈ, ਇਸ ਨੂੰ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰਨਾ ਆਸਾਨ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਗ਼ਲਤੀ ਦੀ ਗੁੰਜਾਇਸ਼ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਉਲਟਾ ਹੈ, ਇੱਕ ਵੈਰਸ (varus, ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਮੋੜਨ ਵਾਲਾ) ਜ਼ੋਰ ਜਦੋਂ ਬਾਂਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਘੁੰਮ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਬਾਹਰਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾਉਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ **ਕੋਰੋਨੋਇਡ ਦੇ ਐਂਟੀਰੋਮੀਡੀਅਲ ਫ਼ੇਸਟ (anteromedial facet of the coronoid)** ਨੂੰ ਤੋੜ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਅਲਨਾ (ulna, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਇੱਕ ਹੱਡੀ) ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ-ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਦੀ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਜਿਹੀ ਪੱਟੀ ਹੈ ਜਿਸ ਉੱਤੇ ਜੋੜ ਟਿਕਦਾ ਹੈ।

ਸਮੱਸਿਆ ਇਹੀ ਟੁਕੜਾ ਹੈ। ਸਰੀਰਿਕ ਬਣਤਰ ਦੇ ਅਧਿਐਨ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਔਸਤਨ **ਐਂਟੀਰੋਮੀਡੀਅਲ ਫ਼ੇਸਟ ਦਾ 58% ਹਿੱਸਾ ਸਹਾਰੇ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ**, ਯਾਨੀ ਉਸ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਡੰਡਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਟੁਕੜੇ ਵਜੋਂ ਟੁੱਟਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਾਦੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਨਜ਼ਰੋਂ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ [2]। ਇਸ ਨੂੰ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰਨਾ ਮਹਿੰਗਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ: ਜੋੜ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ ਟੇਢਾ ਬੈਠਾ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਰਗੜ ਖਾਂਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਰਿਪੋਰਟ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਕੂਹਣੀ ਵਿੱਚ, ਜਿਸ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦਾ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਸੱਟ ਤੋਂ **ਸਿਰਫ਼ 26 ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਜੋੜ ਦੀ ਘਿਸਾਈ (arthrosis)** ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਥਾਪਿਤ ਹੋ ਚੁੱਕੀ ਦੱਸੀ ਗਈ [3]। ਇਸੇ ਲਈ ਜਦੋਂ ਸੱਟ ਦਾ ਪੈਟਰਨ ਇਸ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਅਕਸਰ CT ਸਕੈਨ ਮੰਗਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਕੋਰੋਨੋਇਡ ਦਾ ਛੋਟਾ ਦਿਸ਼ਣ ਵਾਲਾ ਟੁਕੜਾ ਵੀ ਜੋੜਨ (fixation) ਦੇ ਲਾਇਕ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਅਮਲੀ ਗੱਲ: ਇਹ ਵੱਖਰੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਵੱਖਰੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਅਤੇ “ਮੇਰੇ ਦੋਸਤ ਦੀ ਕੂਹਣੀ ਅਸਥਿਰ ਸੀ ਅਤੇ ਉਸ ਦਾ X ਕੀਤਾ ਗਿਆ” ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਸ਼ਾਇਦ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਉੱਤੇ ਬਿਲਕੁਲ ਲਾਗੂ ਨਾ ਹੋਵੇ।

ਪਹਿਲੇ ਦੇ ਹਫ਼ਤੇ ਲਗਭਗ ਹਰ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਅਹਿਮ ਹਨ

ਜੋੜ ਉਤਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸੁਭਾਵਿਕ ਇੱਛਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜ ਨੂੰ ਪਲੱਸਤਰ (cast) ਜਾਂ ਬ੍ਰੇਸ (ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਪਟਾ) ਵਿੱਚ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇ। ਕੂਹਣੀ ਇਸ ਇੱਛਾ ਦੀ ਸਜ਼ਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਅਕੜਨ ਦੀ ਪ੍ਰਵਿਰਤੀ ਅਸਾਧਾਰਨ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਮੋਟੇ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਇਸ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਸ ਨੂੰ ਕਿੰਨੀ ਦੇਰ ਬਿਨਾਂ ਹਿਲਾਏ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ।

ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਇਸ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਦਿੱਤੇ: ਸਧਾਰਨ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਜੋੜ ਉਤਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜੇ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ **25 ਦਿਨਾਂ** ਤੋਂ ਵੱਧ ਬੰਨ੍ਹ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧਾ ਹੋਣ ਵਿੱਚ **ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 30 ਡਿਗਰੀ** ਦੀ ਸਥਾਈ ਕਮੀ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਜੇ ਕੂਹਣੀ **ਪੰਜ ਦਿਨਾਂ** ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੁਬਾਰਾ ਹਿੱਲਣ ਲੱਗ ਪਵੇ ਤਾਂ ਇਹ ਕਮੀ **3 ਡਿਗਰੀ** ਜਿੰਨੀ ਘੱਟ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ [4]। ਇਹ ਲਗਭਗ ਉਸ ਕੂਹਣੀ, ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਭੁੱਲ ਜਾਂਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਉਸ ਕੂਹਣੀ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਰ ਰੋਜ਼ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਪੂਰਾ ਫ਼ਰਕ ਹੈ।

ਇੱਕ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲ (randomised trial, ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਲਾਟਰੀ ਵਾਂਗ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਇਲਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡਣ ਵਾਲਾ ਅਧਿਐਨ) (FuncSiE) ਨੇ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਇਸ ਦੀ ਪਰਖ ਕੀਤੀ, ਸਧਾਰਨ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਉਤਰੀਆਂ ਕੂਹਣੀਆਂ ਲਈ ਜਲਦੀ ਹਿਲਾਉਣ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਤਿੰਨ ਹਫ਼ਤੇ ਪਲੱਸਤਰ ਨਾਲ ਕੀਤੀ [5]। ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ‘ਤੇ ਜਲਦੀ ਹਿਲਾਉਣ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਦੀ ਹਿੱਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਵੱਡੀ ਸੀ (121° ਬਨਾਮ 102°), ਅਪੰਗਤਾ ਘੱਟ ਸੀ, ਅਤੇ ਉਹ **18 ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ 10 ਦਿਨਾਂ** ਵਿੱਚ ਕੰਮ ‘ਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਗਏ। ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੱਕ ਦੋਹਾਂ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਰਿਹਾ, ਅਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਅਹਿਮ, **ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਕੂਹਣੀ ਦੁਬਾਰਾ ਨਹੀਂ ਉਤਰੀ** [5]। ਪਲੱਸਤਰ ਨੇ ਜਿਸ ਖ਼ਤਰੇ ਤੋਂ ਬਚਾਅ ਕੀਤਾ, ਉਹ ਖ਼ਤਰਾ ਕਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਆਇਆ ਹੀ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਉਸ ਬਚਾਅ ਦੀ ਕੀਮਤ ਅਕੜਾਅ ਅਤੇ ਗੁਆਚੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਨਾਲ ਚੁਕਾਈ ਗਈ।

ਇਸੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ (rehabilitation) ਜਲਦੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਜੋੜ ਨੂੰ ਇੱਕ ਮਿੱਥੀ ਹੱਦ ਵਿੱਚ ਬੰਨ੍ਹ ਕੇ ਰੱਖਣ ਵਾਲੀ ਕਬਜ਼ੇਦਾਰ ਬ੍ਰੇਸ ਦੀ ਬਜਾਏ ਆਰਾਮ ਲਈ ਇੱਕ ਸਾਦੀ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਸਧਾਰਨ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਉਤਰੀਆਂ ਕੂਹਣੀਆਂ ਠੀਕ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ — ਪਰ ਇੱਕ ਇਮਾਨਦਾਰ ਸ਼ਰਤ ਨਾਲ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਧਾਰਨ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਉਤਰੀਆਂ ਕੂਹਣੀਆਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਰ “ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ” ਦਾ ਮਤਲਬ “ਸਾਰੀਆਂ” ਨਹੀਂ ਹੈ: ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਗਏ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ **8%** ਨੂੰ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਲਗਾਤਾਰ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੇ ਲੱਛਣ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਲਗਭਗ **2%** ਨੂੰ ਆਖ਼ਰਕਾਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ [6]। ਕੁਝ ਸੱਟਾਂ ਜੋ ਪਹਿਲੇ ਦਿਨ ਸਧਾਰਨ ਲੱਗਦੀਆਂ ਹਨ, ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਮਾੜਾ ਰੂਪ ਲੈ ਲੈਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਇਸੇ ਲਈ ਜੋੜ ਵਾਪਸ ਚੜ੍ਹਿਆ ਦੇਖਦੇ ਹੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਛੁੱਟੀ ਦੇਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਦੁਬਾਰਾ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

“ਟੈਰੀਬਲ ਟ੍ਰਾਇਡ” ਨਾਮ ਜਿੰਨਾ ਭਿਆਨਕ ਹੈ, ਸੱਟ ਓਨੀ ਨਹੀਂ

ਕੂਹਣੀ ਉਤਰਨ ਦੇ ਨਾਲ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ (radial head, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਬਾਹਰਲੀ ਹੱਡੀ ਦਾ ਸਿਰਾ) ਅਤੇ ਕੋਰੋਨੋਇਡ ਦੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਦੇ ਮੇਲ ਨੂੰ “ਟੈਰੀਬਲ ਟ੍ਰਾਇਡ” (terrible triad, “ਭਿਆਨਕ ਤਿੱਕੜੀ”) ਦਾ ਨਾਮ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਨਤੀਜੇ ਬਹੁਤ ਮਾੜੇ ਸਨ। ਆਧੁਨਿਕ ਨਤੀਜੇ ਕਿਤੇ ਬਿਹਤਰ ਹਨ: 37 ਅਧਿਐਨਾਂ ਅਤੇ 1609 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਔਸਤ ਮੇਓ ਐਲਬੋ ਪਰਫਾਰਮੈਂਸ ਸਕੋਰ (Mayo Elbow Performance Score, ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦਾ ਅੰਕ) **90 ਸੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਸ਼ਾਨਦਾਰ ਦਰਜਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ** [7]।

ਉਸ ਗੱਲ ਦਾ ਇਮਾਨਦਾਰ ਦੂਜਾ ਅੱਧ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਹੈ, ਜੋ ਘੱਟ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਲਗਭਗ **30%** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕੋਈ ਨਾ ਕੋਈ ਪੇਚੀਦਗੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ **7.8%** ਨੂੰ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਹਨ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਬਣਨਾ (**11%**) ਅਤੇ ਅਲਨਰ ਨਸ (ulnar nerve) ਦੇ ਲੱਛਣ (**2.6%**) [7]। ਇਸ ਲਈ: ਚੰਗਾ ਨਤੀਜਾ ਹੁਣ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਆਸ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਆਮ ਉਮੀਦ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਸੱਟ ਵਿੱਚ ਦੂਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਅਸਲ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਵਾਜਬ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਨਹੀਂ ਟਿਕਦੀ, ਤਾਂ ਅਕਸਰ ਕਾਰਨ ਹੱਡੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ

ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਪੈਟਰਨ ਲਈ ਬਾਹਰਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਜਾਂ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਥਾਪਿਤ ਇਲਾਜ ਹੈ। ਫਿਰ ਵੀ, ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਸਥਿਰਤਾ ਮੁੜ ਹੋਣ ਦੀ ਦੱਸੀ ਗਈ ਦਰ **0% ਤੋਂ 33%** ਤੱਕ ਹੈ, ਇੰਨਾ ਵੱਡਾ ਫ਼ਰਕ ਜੋ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਨਤੀਜਾ ਸਿਰਫ਼ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ [8]।

ਇਸ ਦਾ ਇੱਕ ਕਾਰਨ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਅਸਥਿਰਤਾ ਹਮੇਸ਼ਾ ਸਿਰਫ਼ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਜੇੜ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਜਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚ ਨੁਕਸ, ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਸਹੀ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਅਸਥਿਰ ਰੱਖ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਕਈ ਨੁਕਸ ਇਕੱਠੇ ਮਿਲ ਕੇ ਅਸਫਲਤਾ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਵਧਾਉਂਦੇ ਹਨ [8]। ਇਸੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਔਖੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਬਾਹਰਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਦੀ ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਲੜੀ ਵਿੱਚ **27%** ਅਸਫਲਤਾ ਦਰ ਦੱਸੀ ਗਈ [8]। ਅਮਲੀ ਮਤਲਬ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਜੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਅਸਥਿਰ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਗਲਾ ਸਵਾਲ ਆਮ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਹੱਡੀ ਬਾਰੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਉਸੇ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਵਾਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ।

ਜੇੜ ਨੂੰ ਅੰਦਰੋਂ ਥਾਂ ਸਿਰ ਰੱਖਣਾ

ਜਿਹੜੀਆਂ ਕੂਹਣੀਆਂ ਇੰਨੀਆਂ ਅਸਥਿਰ ਹਨ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਮੁਰੰਮਤ ਉੱਤੇ ਭਰੋਸਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਰਵਾਇਤੀ ਇਲਾਜ ਇੱਕ ਬਾਹਰੀ ਕਬਜ਼ੇਦਾਰ ਢਾਂਚਾ ਸੀ ਜੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਬਾਂਹ ਦੇ ਬਾਹਰ ਲੱਗਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਸੀ। ਇੱਕ ਹੋਰ ਵਿਕਲਪ ਹੈ **ਅੰਦਰੂਨੀ ਜੇੜ ਸਥਿਰ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਯੰਤਰ (internal joint stabiliser)**, ਇੱਕ ਆਰਜ਼ੀ ਅੰਦਰੂਨੀ ਯੰਤਰ ਜੋ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਤੱਕ ਜੇੜ ਨੂੰ ਥਾਂ ਸਿਰ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਕੱਢ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੌਰਾਨ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਚੰਗੀ ਹੱਦ ਵਿੱਚ ਹਿੱਲਣ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੂਲ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਅੰਤਿਮ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਔਸਤ ਮੋੜ (flexion) 134 ਡਿਗਰੀ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ [9]।

ਇੱਥੇ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦੇਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਉਹੀ ਸਿਧਾਂਤ ਹੈ ਜੋ ਇਸ ਪੂਰੇ ਸਫ਼ੇ ਦਾ ਹੈ: ਹਿੱਲਜੁਲ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਸੁਰੱਖਿਆ, ਹਿੱਲਜੁਲ ਰੋਕਣ ਵਾਲੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Marinelli A, Guerra E, Rotini R. Elbow instability: are we able to classify it? Review of the literature and proposal of an all-inclusive classification system. *Musculoskelet Surg.* 2016;100(Suppl 1):61-71. <https://doi.org/10.1007/s12306-016-0424-1> [2] Doornberg JN, de Jong IM, Lindenhovius AL, Ring D. The anteromedial facet of the coronoid process of the ulna. *J Shoulder Elbow Surg.* 2007;16(6):667-70. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2007.03.013> [3] Ramirez MA, Stein JA, Murthi AM. Varus posteromedial instability. *Hand Clin.* 2015;31(4):557-63. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2015.06.005> [4] Martin BD, Johansen JA, Edwards SG. Complications related to simple dislocations of the elbow. *Hand Clin.* 2008;24(1):9-25. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2007.11.013> [5] Iordens GIT, Van Lieshout EMM, Schep NWL, De Haan J, Tuinebreijer WE, Eygendaal D, et al. Early mobilisation versus plaster immobilisation of simple elbow dislocations: results of the FuncSiE multicentre randomised clinical trial. *Br J Sports Med.*

2017;51(6):531-8. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094704> [6] Robinson PM, Griffiths E, Watts AC. Simple elbow dislocation. *Shoulder Elbow*. 2017;9(3):195-204. <https://doi.org/10.1177/1758573217694163> [7] Stambulic T, Desai V, Bicknell R, Daneshvar P. Terrible triad injuries are no longer terrible! Functional outcomes of terrible triad injuries of the elbow: a systematic review. *JSES Rev Rep Tech*. 2022;2(2):214-8. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2022.01.002> [8] O'Driscoll SW, Chaney GK. Preoperative and operative risk factors for failed lateral collateral ligament reconstruction. *JSES Int*. 2023;7(6):2578-86. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2023.03.017> [9] Orbay JL, Mijares MR. The management of elbow instability using an internal joint stabilizer. *Clin Orthop Relat Res*. 2014;472(7):2049-60. <https://doi.org/10.1007/s11999-014-3646-2>