

ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ

ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ ਅਕਸਰ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਅਕੜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦੁਖਦੀ ਬਣਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਉੱਪਰ ਤੱਕ ਹੱਥ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨਾ ਔਖਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① 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

ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹਰਕਤ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਅਕੜਾਅ ਅਤੇ ਦਰਦ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧੀ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਜਾਂ ਇਹ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਨਹੀਂ ਮੁੜਦੀ। ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਹੱਦਾਂ ਉੱਤੇ ਹੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਹਰਕਤ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਅਟਕਣਾ, ਕਲਿੱਕ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਜਾਂ ਜਾਮ ਹੋ ਜਾਣਾ (locking) ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਈ ਵਾਰ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਹੱਡੀ ਦੇ ਨੋਕਦਾਰ ਵਾਧੇ (bone spurs) ਅਤੇ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage), ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਚਿਕਨੀ ਪਰਤ) ਜਾਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਛੋਟੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਟੁਕੜੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਫਸ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਉਹ ਕੰਮ ਔਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਬਾਂਹ ਸਿੱਧੀ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਮੁੜੀ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਉੱਚੀ ਸ਼ੈਲਫ਼ ਤੱਕ ਹੱਥ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ, ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਬਾਹਾਂ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਉੱਠਣਾ, ਜਾਂ ਖਾਣ ਵੇਲੇ ਕਾਂਟਾ ਮੂੰਹ ਤੱਕ ਲਿਆਉਣਾ, ਇਹ ਸਭ ਔਖੇ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਜਿਵੇਂ ਚਾਬੀ ਜਾਂ ਪੇਚਕਸ ਘੁਮਾਉਣ ਵੇਲੇ, ਅਕਸਰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹੀ ਅਕੜਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿੰਨਾ ਸੀਮਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਭਾਰੀ ਹੱਥੀ ਕੰਮ, ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ ਜਾਂ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਸੁੱਟਣਾ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਮੇਜ਼ ਉੱਤੇ ਬੈਠ ਕੇ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਨਾਲੋਂ ਕਿਤੇ ਵੱਧ ਜ਼ੋਰ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਰਾਤ ਨੂੰ ਦਰਦ ਹੋਣਾ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਗਠੀਏ ਵਿੱਚ ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਾਰਨ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚੰਗੀ ਹੈ। ਜਿਹੜਾ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧਦਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਤੋਂ ਮਾਹਰ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਗਠੀਏ ਵਾਲੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਅਲਨਰ ਨਸ (ulnar nerve) ਉੱਤੇ ਵੀ ਦਬਾਅ ਪੈਣ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਲੰਘਣ ਵਾਲੀ ਨਸ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਸੁੰਨਪਨ, ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਲੱਛਣ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਨਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਸਕੀਏ।

ਅਸਲ ਸਮੱਸਿਆ ਜੋੜ ਦੀ ਸਤ੍ਹਾ ਦਾ ਘਿਸਣਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਕਿਨਾਰਿਆਂ ਦੁਆਲੇ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਦਾ ਬਣਨਾ। ਉਹ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ, ਕੱਸੀ ਜਾ ਰਹੀ ਜੋੜ ਦੀ ਪਰਤ ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਟੁਕੜਿਆਂ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ, ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਹਰਕਤ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਭੌਤਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਰੋਕ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਦਿਲਚਸਪ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੀ ਵਿੱਥ ਅਕਸਰ ਅਜੇ ਵੀ ਬਚੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਸਕੈਨ ਉੱਤੇ ਜੋੜ ਉਸ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਦਿਸ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿੰਨਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਜੋੜ ਇਕੱਠੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇੱਕ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਮੋੜਨ ਅਤੇ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਦੋ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਘੁੰਮਣ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਮੋੜ ਸਕੋ। ਜੋੜ ਦੀ ਹਰ ਸਤ੍ਹਾ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਇੱਕ ਚਿਕਨੀ, ਤਿਲਕਵੀਂ ਪਰਤ ਨਾਲ ਢਕੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਕੁਝ ਹੱਦ ਤੱਕ ਚੰਗੇ ਪੈਨ ਉੱਤੇ ਲੱਗੀ ਨਾਨ-ਸਟਿਕ ਪਰਤ ਵਾਂਗ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਪਰਤ ਸਹੀ-ਸਲਾਮਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਲਗਭਗ ਬਿਨਾਂ ਰਗੜ ਦੇ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਉੱਤੇ ਖਿਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਗਠੀਏ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਪਰਤ ਥਾਂ-ਥਾਂ ਤੋਂ ਘਿਸ ਕੇ ਪਤਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਰੀਰ ਇਸ ਦੇ ਜਵਾਬ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਦੇ ਕਿਨਾਰਿਆਂ ਦੁਆਲੇ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਬਣਾ ਲੈਂਦਾ ਹੈ। ਹੱਡੀ ਦੇ ਇਹ ਉੱਭਾਰ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਓਸਟੀਓਫਾਈਟਸ (osteophytes) ਜਾਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਨੋਕਦਾਰ ਵਾਧੇ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜੋੜ ਦੀ ਪਰਤ (joint lining), ਯਾਨੀ ਜੋੜ ਦੁਆਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਖੋਲ, ਵੀ ਕੱਸੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਜਾਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਛੋਟੇ ਟੁਕੜੇ ਟੁੱਟ ਕੇ ਲੂਜ਼ ਬਾਡੀਜ਼ (loose bodies, ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਟੁਕੜੇ) ਵਜੋਂ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੈਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਇਹ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਮਿਲ ਕੇ ਸਮਝਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਹੱਡੀ ਦੇ ਨੋਕਦਾਰ ਵਾਧੇ ਅਤੇ ਕੱਸੀ ਹੋਈ ਪਰਤ ਹਰਕਤ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਭੌਤਿਕ ਰੋਕ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਕੂਹਣੀ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਨਹੀਂ ਮੁੜਦੀ। ਲੂਜ਼ ਬਾਡੀਜ਼ ਹੀ ਹਿੱਲਦੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਫਸ ਕੇ ਅਟਕਣ, ਕਲਿੱਕ ਜਾਂ ਜਾਮ ਹੋਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੇ ਹਨ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ, ਦਰਦ ਹਰਕਤ ਦੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਹੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਰੁਕਾਵਟ ਉੱਥੇ ਹੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਪਰਤ ਹੋਰ ਘਿਸਦੀ ਹੈ, ਦਰਦ ਹਰਕਤ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਵੀ ਫੈਲ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਗਠੀਏ ਨੂੰ ਚੁਲ੍ਹੇ (ਕੂਲ੍ਹੇ ਦਾ ਜੋੜ, hip) ਜਾਂ ਗੋਡੇ ਦੇ ਗਠੀਏ ਨਾਲੋਂ ਕੁਝ ਵੱਖਰਾ ਬਣਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹਿਲੀ, ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੀ ਵਿੱਥ ਅਕਸਰ ਚੌੜੀ ਬਣੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਐਕਸ-ਰੇ ਉਸ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਦਿਸ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਛਣ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਦੂਜੀ, ਘਿਸਾਈ ਅਕਸਰ ਜੋੜ ਦੇ ਇੱਕ ਹਿੱਸੇ ਉੱਤੇ ਬਾਕੀ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਉਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਜਿੱਥੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਇੱਕ ਹੱਡੀ ਦਾ ਉੱਪਰਲਾ ਸਿਰਾ ਉਸ ਦੇ ਉੱਪਰ ਵਾਲੀ ਡੌਲੇ (upper arm) ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਿਰੇ ਨਾਲ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਪੱਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਭਾਰ ਚੁੱਕਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਉਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਬਹੁਤ ਭਾਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਭਾਰੀ ਹੱਥੀ ਕੰਮ, ਵਜ਼ਨ ਚੁੱਕਣ ਦੀ ਕਸਰਤ (weight lifting) ਅਤੇ ਚੀਜ਼ਾਂ ਸੁੱਟਣ (throwing) ਦਾ ਇਸ ਹਾਲਤ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ ਹੈ।

ਇਹ ਕਿਸੇ ਪੁਰਾਣੀ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ) ਜਾਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਹੋਇਆ ਕੋਈ ਹੋਰ ਨੁਕਸਾਨ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਨੂੰ ਥੋੜ੍ਹਾ ਨਾ-ਬਰਾਬਰ ਛੱਡ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਉਹ ਅਸਮਾਨ ਢੰਗ ਨਾਲ ਘਿਸਦੀਆਂ ਹਨ।

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, ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜੇ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਹੋਣ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਵੱਲੋਂ ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate, ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਫ਼ੀਸ ਦੀ ਵਾਪਸੀ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ (referral) ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਐਕਸ-ਰੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਐਕਸ-ਰੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅਗਲੇ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਨੋਕਦਾਰ ਵਾਧੇ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ। CT ਸਕੈਨ, ਜੋ ਵਧੇਰੇ ਵਿਸਥਾਰ ਵਾਲੀ ਤਸਵੀਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਗੱਲ ਸਰਜਰੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚੇ ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਕੰਮ ਕਰਨ ਅਤੇ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲਣ ਨਾਲ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਜ਼ੋਰ ਘਟਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਤਕਲੀਫ਼ ਦੇ ਭੜਕਾਅ (flare-ups) ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਜੂਦਾ ਹਰਕਤ ਨੂੰ ਬਚਾਈ ਰੱਖਣਾ ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਦੁਆਲੇ ਤਾਕਤ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ। ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਗੋਲੀਆਂ (anti-inflammatory tablets), ਜੋ ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਇੱਕ ਆਮ ਸਮੂਹ ਹਨ ਅਤੇ ਦਰਦ ਤੇ ਸੋਜ ਘਟਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਲੱਛਣਾਂ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕਦਮਾਂ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣਾ ਠੀਕ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਦੋਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਜਦੋਂ ਅਕੜਾਅ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕੇ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਕੂਹਣੀ ਦਰਦ ਨਾਲ ਜਾਮ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਅਟਕੇ। ਮੁੱਖ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜੋੜ ਦੀ ਸਫ਼ਾਈ

ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਡੀਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ (debridement) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਹਰਕਤ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਵਾਲੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਨੋਕਦਾਰ ਵਾਧੇ ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਟੁਕੜੇ ਕੱਢੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੀ ਕੱਸੀ ਹੋਈ ਪਰਤ ਦੀ ਰਿਲੀਜ਼ (ਕੱਟ ਕੇ ਖੋਲ੍ਹਣਾ / ਢਿੱਲਾ ਕਰਨਾ) ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਦਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਆਪਣੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਜਾਂ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸ ਥਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਲਈ ਕਿਹੜਾ ਤਰੀਕਾ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਿਲ ਕੇ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਗਠੀਆ ਇੱਕ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਹਾਲਤ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਪਰ ਇਹ ਅਕਸਰ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਢੰਗ ਨਾਲ ਚੱਲਦਾ ਹੈ: ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਸ਼ਾਂਤੀ, ਫਿਰ ਜਦੋਂ ਕੂਹਣੀ ਤੋਂ ਸਖ਼ਤ ਕੰਮ ਲਿਆ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਭੜਕਣਾ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ, ਦਰਦ ਹਰਕਤ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੀ ਵਿੱਥ ਅਕਸਰ ਅਜੇ ਵੀ ਬਚੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਘਿਸਾਈ ਵਧਦੀ ਹੈ, ਦਰਦ ਹਰਕਤ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਫੈਲ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਵਧ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਹੱਡੀ ਦੇ ਨੋਕਦਾਰ ਵਾਧੇ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੀ ਕੱਸੀ ਹੋਈ ਪਰਤ ਹਰਕਤ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਨੂੰ ਰੋਕਦੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਅਕੜਾਅ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਹੀ ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਰਾਹਤ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੰਮ ਕਰਨ ਅਤੇ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲਣਾ, ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ, ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਗੋਲੀਆਂ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਇੰਨਾ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਕੰਮ ਚੱਲਦਾ ਰਹੇ। ਜੇ ਇਹ ਕਦਮ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦੇਣ, ਤਾਂ ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਹੈ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਹਾਲਤ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਜੋੜ ਨੂੰ ਬਦਲਣਾ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਮਕੈਨੀਕਲ ਰੁਕਾਵਟਾਂ ਨੂੰ ਹਟਾਉਣਾ ਹੈ। ਹੱਡੀ ਦੇ ਨੋਕਦਾਰ ਵਾਧਿਆਂ ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਟੁਕੜਿਆਂ ਦੀ ਸਫ਼ਾਈ, ਨਾਲ ਹੀ ਕੱਸੀ ਹੋਈ ਪਰਤ ਦੀ ਰਿਲੀਜ਼, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਹਰਕਤ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਸੁਧਾਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਸੁਧਾਰ ਅਸਲ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਬਿਮਾਰੀ ਨੂੰ ਜੜ੍ਹੋਂ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ: ਇਹ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਨਹੀਂ ਉਗਾਉਂਦਾ ਅਤੇ ਗਠੀਏ ਨੂੰ ਵਧਣ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਰੋਕਦਾ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਫ਼ਾਈ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਹਰਕਤ ਦਾ ਦਾਇਰਾ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਫਿਰ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਦਿਸਣ ਵਾਲੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਅਕਸਰ ਇੱਕ ਦਹਾਕੇ ਦੌਰਾਨ ਵਧ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਘਿਸਾਈ ਵਾਲੇ ਗਠੀਏ ਲਈ ਪੂਰੀ ਕੂਹਣੀ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 65 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਜਾਂ ਸਰੀਰਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਗਰਮ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਨਹੀਂ, ਕਿਉਂਕਿ ਇੰਪਲਾਂਟ ਭਾਰੀ ਭਾਰ ਹੇਠ ਘਿਸ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੀਪੀ ਦੇ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਾਹਰ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਾਡੇ ਤੋਂ ਮਾਹਰ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਗਠੀਆ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕਦਮ ਚੁੱਕਣ ਦਾ ਸਮਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਅਕੜਾਅ ਅਤੇ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਾਹਰ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕ ਰਹੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ, ਜਾਂ ਸਾਡੇ ਤੋਂ ਮਾਹਰ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ। ਵਾਰ-ਵਾਰ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਜਾਮ ਜਾਂ ਅਟਕਣ ਦੀ ਵੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚੰਗੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਟੁਕੜੇ ਹਰਕਤ ਨੂੰ ਰੋਕ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਸੁੰਨਪਨ ਬਾਰੇ ਵੀ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਤੋਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਅਲਨਰ ਨਸ ਦੱਬੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ।

ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਲਈ ਉਸੇ ਦਿਨ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੀਪੀ ਦੇ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੀ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਉਸ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਆਮ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਉਡੀਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ (ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਘਿਸਣਾ) ਬਾਰੇ ਇਹ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜਿਹੜਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਅੰਤਿਮ ਹੱਲ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਜੋੜ ਨੂੰ ਬਦਲਣਾ, ਜਿਵੇਂ ਚੂਲੇ (ਕੂਲੇ ਦਾ ਜੋੜ, hip) ਅਤੇ ਗੋਡੇ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਕੂਹਣੀ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਵੱਖਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਇੱਕ ਤੱਥ ਇਲਾਜ ਦੀ ਪੂਰੀ ਪੌੜੀ ਨੂੰ ਰੂਪ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਕੂਹਣੀ ਬਦਲਣਾ ਪਹਿਲੀ ਚੋਣ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਟੋਟਲ ਐਲਬੋ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ (total elbow arthroplasty, ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਪੂਰਾ ਜੋੜ ਬਦਲਣਾ) ਕਾਰਗਰ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਚੂਲਾ ਜਾਂ ਗੋਡਾ ਬਦਲਣ ਵਾਂਗ ਭਾਰ ਨਹੀਂ ਝੱਲਦੀ। ਰਾਇਮੇਟਾਇਡ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ (rheumatoid arthritis, ਜੋੜਾਂ ਦੀ ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲੀ ਬਿਮਾਰੀ) ਵਾਲੇ 2,118 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਕੂਹਣੀ ਬਦਲਣ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਤਸੱਲੀਬਖ਼ਸ਼ ਰਹੇ, ਪਰ ਇਸ ਨਾਲ ਚੂਲਾ ਅਤੇ ਗੋਡਾ ਬਦਲਣ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੇ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋਣ ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਕਾਫ਼ੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਸੀ [1]।

ਇਸ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਪਾਬੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਸਿਰਫ਼ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਸਥਾਈ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਕੂਹਣੀ ਇੱਕ ਲੰਮੇ ਲੀਵਰ ਦੇ ਸਿਰੇ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਦਰਮਿਆਨਾ ਭਾਰ ਵੀ ਇੰਪਲਾਂਟ ਉੱਤੇ ਵੱਡਾ ਜ਼ੋਰ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਜ਼ੋਰ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਇਸ ਨੂੰ ਢਿੱਲਾ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਕੂਹਣੀ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਦੀ ਪੌੜੀ ਹੇਠਲੇ ਅੰਗਾਂ (ਲੱਤਾਂ) ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਉਲਟੀ ਹੈ। ਚੂਲੇ ਵਿੱਚ, ਵਧੇ ਹੋਏ ਗਠੀਏ ਲਈ ਜੋੜ ਬਦਲਣਾ ਮਿਆਰੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ। ਕੂਹਣੀ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਸੀਮਤ ਮਾਮਲਿਆਂ ਲਈ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਤੋਂ ਘੱਟ ਕੰਮ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਅਤੇ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲੇ ਗਠੀਏ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਵਾਲੇ ਗਠੀਏ ਲਈ।

ਕਾਰਨ ਵੀ ਓਨਾ ਹੀ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਜਿੰਨੀ ਗੰਭੀਰਤਾ

ਬਰਾਬਰ ਘਿਸੀਆਂ ਕੂਹਣੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦੋ ਲੋਕਾਂ ਦੀਆਂ ਸੰਭਾਵਨਾਵਾਂ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਕੇ ਵੱਖਰੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਜੋੜ ਕਿਉਂ ਘਿਸਿਆ। 679 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਗਠੀਏ ਦੇ ਕਾਰਨ ਨੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੇ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋਣ ਦੇ ਖ਼ਾਸ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੇ ਪੱਖੋਂ ਨਤੀਜੇ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾਇਆ, ਅਤੇ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਲੀਆਂ (post-traumatic) ਹਾਲਤਾਂ ਲਈ ਜੋੜ ਬਦਲਵਾਉਣ ਵਾਲਿਆਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਰਾਇਮੇਟਾਇਡ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਕਾਰਜਕਾਰੀ ਨਤੀਜੇ ਬਿਹਤਰ ਸਨ [2]।

ਇਹ ਗੱਲ ਦੱਸਣ ਯੋਗ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਉਮੀਦ ਦੇ ਉਲਟ ਹੈ, ਜੋ ਸੋਚਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇੱਕੋ ਸੱਟ ਨਾਲ ਖ਼ਰਾਬ ਹੋਇਆ ਜੋੜ ਪੂਰੇ ਸਰੀਰ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਨਾਲ ਖ਼ਰਾਬ ਹੋਏ ਜੋੜ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਰਹੇਗਾ। ਇਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਪੈਣ ਵਾਲੀ ਮੰਗ ਹੈ: ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਲਾ ਗਠੀਆਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੋਟੀ ਉਮਰ ਦੇ ਅਤੇ ਸਰੀਰਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਧੇਰੇ ਮਿਹਨਤ ਵਾਲੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਜੀਉਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਨੂੰ ਉਹ ਜ਼ੋਰ ਝੱਲਣੇ ਪੈਂਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਇਹ ਬਣਾਇਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ ਸੀ।

ਡੀਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ ਹੀ ਉਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ ਜੋ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਮੁੱਢਲੇ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲੇ ਗਠੀਏ (primary wear arthritis) ਲਈ, ਮੁੱਖ ਇਲਾਜ ਜੋੜ ਬਦਲਣਾ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਡੀਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ (debridement, ਜੋੜ ਦੀ ਸਫ਼ਾਈ) ਹੈ: ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੋਕਦਾਰ ਵਾਧਿਆਂ ਅਤੇ ਲੂਜ਼ ਬਾਡੀਜ਼ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਕਰਨਾ ਜੋ ਜੋੜ ਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਹਰਕਤ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੱਸੇ ਹੋਏ ਕੈਪਸੂਲ ਦੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਕਰਨਾ, ਜਦਕਿ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਨੂੰ ਜਿਉਂ ਦਾ ਤਿਉਂ ਛੱਡਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਬੂਤ ਇੱਕਸਾਰ ਹਨ। 1,097 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਡੀਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ ਨੇ ਦਰਮਿਆਨੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਚੰਗੇ ਕਾਰਜਕਾਰੀ ਨਤੀਜੇ ਦਿੱਤੇ, ਅਤੇ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਤਕਨੀਕ ਵਰਤਣ ਨਾਲ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵਾਧਾ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ [3]। 871 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਅਤੇ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਦੋਵੇਂ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਓਸਟੀਓਕੈਪਸੂਲਰ ਡੀਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ (osteocapsular debridement, ਹੱਡੀ ਦੇ ਵਾਧਿਆਂ ਅਤੇ ਕੈਪਸੂਲ ਦੋਵਾਂ ਦੀ ਸਫ਼ਾਈ) ਨੇ ਮੋੜਨ (flexion), ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ (extension) ਅਤੇ ਕਾਰਜਕਾਰੀ ਅੰਕਾਂ ਵਿੱਚ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਸੁਧਾਰ ਕੀਤਾ ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਘੱਟ ਸੀ [4], ਅਤੇ 586 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (meta-analysis) ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਮੁੱਢਲੇ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ ਦੇ ਅਪਾਹਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣਾਂ ਲਈ ਡੀਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ ਅਸਰਦਾਰ ਹੈ ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਸਵੀਕਾਰਯੋਗ ਹੈ [5]।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ ਕਿ ਡੀਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ ਤੋਂ ਕੀ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਜੋੜ ਦੀ ਸਤ੍ਹਾ ਨੂੰ ਨਵਾਂ ਨਹੀਂ ਬਣਾਉਂਦੀ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਗਠੀਏ ਨੂੰ ਰੋਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਹਰਕਤ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਮਕੈਨੀਕਲ ਰੁਕਾਵਟਾਂ ਨੂੰ ਹਟਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਹ ਉਸ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਮੁੱਖ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਕੁਹਣੀ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਨਹੀਂ ਮੁੜਦੀ ਅਤੇ ਹੱਦ ਉੱਤੇ ਦਰਦ ਨਾਲ ਅਟਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਘੱਟ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਦਰਦ ਹਰਕਤ ਦੇ ਪੂਰੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਜਾਂ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ, ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾਕਰਨ ਸਵਾਲ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਕੁਹਣੀ ਦੇ ਕਈ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਵਾਂਗ, ਤਕਨੀਕ ਬਾਰੇ ਬਹਿਸ ਓਨੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿੰਨੀ ਸਬੂਤ ਹਮਾਇਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ। ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਸਮੀਖਿਆਵਾਂ ਨੇ ਦੋਵਾਂ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਅਸਰਦਾਰ ਪਾਇਆ, ਅਤੇ 639 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਬਿਰਤਾਂਤਕ ਸਮੀਖਿਆ (narrative review) ਨੇ ਇਹ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਿਆ ਕਿ ਇਹ **ਤੈਅ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕੀ ਕਿ ਕਿਹੜੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਬਿਹਤਰ ਹੈ** [6]।

ਅਮਲੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜ ਦੇ ਕਿਸ ਹਿੱਸੇ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਆਰਥਰੋਸਕੋਪੀ ਜੋੜ ਦੇ ਅਗਲੇ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸਿਆਂ (anterior and posterior compartments) ਦਾ ਕੰਮ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੰਭਾਲਦੀ ਹੈ; ਇੱਕ ਅਕੜੀ ਹੋਈ ਕੁਹਣੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੈਪਸੂਲ ਦੀ ਵਿਆਪਕ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਬਣਤਰ ਵਿਗੜੀ ਹੋਈ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਕੋਈ ਨਸ ਹੋਵੇ ਜਿਸ ਨੂੰ ਦੇਖ ਕੇ ਬਚਾਉਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇ, ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਵਧੇਰੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Chou TA, Ma H, Wang J, Tsai S, Chen C, Wu P, et al. Total elbow arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Bone Joint J. 2020;102-B(8):967-80. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.102B8.BJJ-2019-1465.R1>
- [2] Wang J, Ma H, Chou TA, Tsai S, Chen C, Wu P, et al. Outcomes following total elbow arthroplasty for rheumatoid arthritis versus post-traumatic conditions: a systematic review and meta-analysis. Bone Joint J. 2019;101-B(12):1489-97. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.101B12.BJJ-2019-0799.R1>
- [3] White CHR, Ravi V, Watson J, Badhrinarayanan S, Phadnis J. A systematic review of arthroscopic versus open debridement of the arthritic elbow. Arthroscopy. 2020;37(2):747-58. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.09.005>
- [4] Guerrero EM, Bullock GS, Helmkamp JK, Madrid A, Ledbetter L, Richard MJ, et al. The clinical impact of arthroscopic vs. open osteocapsular débridement for primary osteoarthritis of the elbow: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2020;29(4):689-98. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2019.12.003>
- [5] de Klerk HH, Welsink CL, Spaans AJ, Verweij LPE, van den Bekerom MPJ. Arthroscopic and open debridement in primary elbow osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. EFORT Open Rev. 2020;5(12):874-82. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.5.190095>
- [6] Poonit K, Zhou X, Zhao B, Sun C, Yao C, Zhang F, et al. Treatment of osteoarthritis of the elbow with open or arthroscopic debridement: a narrative review. BMC Musculoskelet Disord. 2018;19(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2318-x>