

ਗੋਲਫ਼ਰਜ਼ ਐਲਬੋ

ਗੋਲਫ਼ਰਜ਼ ਐਲਬੋ: ਜੇ ਟੈਂਡਨ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਅਤੇ ਉੱਗਲਾਂ ਨੂੰ ਮੋੜਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਇੱਕ ਉੱਥਾਰ ਨਾਲ ਜੁੜਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਉਸ ਥਾਂ ਦਰਦ ਅਤੇ ਘਿਸਾਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਮਿਲਦੇ ਹਨ।

Kieran Hirpara © ⓘ 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

ਦਰਦ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉੱਥਾਰ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਇਸ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਹੇਠਾਂ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਵਿੱਚ ਫੈਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਸਪਸ਼ਟ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਵੀ ਟਿਕਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਗੋਲਫ਼, ਸੁੱਟਣਾ (throwing), ਟੈਨਿਸ, ਵੇਟਲਿਫਟਿੰਗ (ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਦੀ ਕਸਰਤ) ਅਤੇ ਬੋਲਿੰਗ, ਇਹ ਸਾਰੇ ਇਸ ਨੂੰ ਛੇੜ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਉਹ ਕੰਮ ਵੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਫੜਨਾ, 20 ਕਿਲੋ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ, ਜਾਂ ਕੰਬਣ ਵਾਲੇ ਔਜ਼ਾਰ ਵਰਤਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇ।

ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਹਿਲਜੁਲਾਂ ਤਕਲੀਫ਼ ਦੇਣ ਲੱਗਦੀਆਂ ਹਨ। ਦਰਵਾਜ਼ੇ ਦਾ ਹੈਂਡਲ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਹੱਥ ਮਿਲਾਉਣਾ, ਸੌਂਦੇ ਦੇ ਥੈਲੇ ਚੁੱਕ ਕੇ ਲਿਜਾਣਾ ਜਾਂ ਕੇਤਲੀ ਚੁੱਕਣਾ, ਇਹ ਸਭ ਇਸ ਨੂੰ ਵਧਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਕੰਮ ਉਨ੍ਹਾਂ ਹੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ ਜੋ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਉਸ ਉੱਥਾਰ ਉੱਤੇ ਜੁੜਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੀ ਪਕੜ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਨਾਲੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਅਜੇ ਵੀ ਕੂਹਣੀ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਹਿਲਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਕੂਹਣੀ ਵਿੱਚ ਥੋੜ੍ਹਾ ਅਕੜਾਅ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਉਸ ਕੰਮ ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਭੜਕਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਇਹ ਹੋਇਆ ਸੀ, ਅਤੇ ਅਗਲੀ ਸਵੇਰ ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਫੜਦੇ ਹੋ, ਉਦੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਦੋਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਉਹ ਗੋਲਫ਼ ਦੀ ਸੇਟੀ ਘੁਮਾਉਂਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਕੁਝ ਸੁੱਟਦੇ ਹਨ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਹਿਲਜੁਲ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ।

ਇੱਕ ਗੱਲ ਵੱਲ ਖ਼ਾਸ ਧਿਆਨ ਦਿਓ। ਅਲਨਰ ਨਸ (ulnar nerve), ਉਹ ਨਸ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉੱਗਲ ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਉੱਗਲ ਨੂੰ ਅਹਿਸਾਸ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਇਸ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਪਿੱਛੇ ਲੰਘਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਦਰਦ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਉੱਗਲਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਝਰਨਾਹਟ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਦੱਸੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਇਹ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਇਲਾਜ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਧ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉੱਗਲਾਂ ਫਿੱਕੀਆਂ, ਠੰਢੀਆਂ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੀਆਂ ਪੈ ਜਾਣ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਗੋਲਫਰਜ਼ ਐਲਬੋ (golfer's elbow) ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਜੋੜ ਦੀ ਨਹੀਂ। ਟੈਂਡਨ (tendon) ਉਹ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ ਹੈ ਜੋ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਮੋੜਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਾਰੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਇੱਕ ਸਾਂਝੇ ਟੈਂਡਨ ਰਾਹੀਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਸ ਉੱਥਾਰ ਨਾਲ ਜੁੜਦੀਆਂ ਹਨ, ਕੁਝ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਈ ਰੱਸੇ ਇੱਕੋ ਕਿੱਲੇ ਨਾਲ ਬੰਨ੍ਹੇ ਹੋਣ।

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸੋਟੀ ਘੁਮਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਕੁਝ ਸੁੱਟਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਫੜਦੇ ਅਤੇ ਚੁੱਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਹ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਇੱਕੋ ਥਾਂ ਨੂੰ ਖਿੱਚਦੀਆਂ ਹਨ। ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਨਿੱਕੇ-ਨਿੱਕੇ ਪਾਟ ਪੈ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰੀਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਮੁਰੰਮਤ ਅਧੂਰੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਨਵਾਂ ਟਿਸ਼ੂ ਅਸਲ ਟਿਸ਼ੂ ਨਾਲੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਮੋਟਾ ਅਤੇ ਬੇਤਰਤੀਬ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਰੱਸੇ ਵਾਂਗ ਜੋ ਕਈ ਵਾਰ ਉੱਧੜਿਆ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਮੁੜ ਬੰਨ੍ਹਿਆ ਗਿਆ ਹੋਵੇ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਆਰਾਮ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਦ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਫੜਨ ਜਾਂ ਚੁੱਕਣ ਨਾਲ ਇਹ ਵਧਦਾ ਹੈ: ਇਹ ਹਿਲਜੁਲਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਉਸੇ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਟੈਂਡਨ ਠੀਕ ਹੋਣ ਲਈ ਜੁੜ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਨਾਮ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੋਈ ਸੋਜ ਜਾਂ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਸਮੱਸਿਆ ਘਿਸਾਈ ਅਤੇ ਠੀਕ ਨਾ ਹੋ ਸਕਣਾ ਹੈ, ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਜਾਂ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਨਹੀਂ। ਕੁਝ ਵੀ ਟੁੱਟਿਆ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਖੁਦ ਕੋਈ ਨੁਕਸਾਨ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ।

ਨੇੜੇ ਦੀ ਇੱਕ ਬਣਤਰ ਇੱਥੇ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਅਲਨਰ ਨਸ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਅਹਿਸਾਸ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਪਿੱਛੋਂ ਲੰਘਦੀ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਇੰਨੀ ਨੇੜੇ ਹੈ, ਉਸੇ ਚਿੜਨ (irritation) ਨਾਲ ਨਸ ਵੀ ਚਿੜ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਦਰਦ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਵਿੱਚ ਝਰਨਾਹਟ ਹੁੰਦੀ 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, ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਹੋਣ। ਗੋਲਫਰਜ਼ ਐਲਬੋ ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਅਸੀਂ ਉੱਥੋਂ ਹੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਸਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਉਸ ਫੜਨ, ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਘੁਮਾਉਣ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ ਜਿਸ ਨਾਲ ਦਰਦ ਭੜਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਨੂੰ ਕਰਨ ਦੇ ਹੋਰ ਤਰੀਕੇ ਲੱਭਣਾ। ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 6 ਮਹੀਨੇ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿਓ, ਕਿਉਂਕਿ ਸਰਜਰੀ ਸਿਰਫ਼ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਲਈ ਹੈ ਜੋ ਇੰਨੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।

ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਦੁਖਦੇ ਟੈਂਡਨ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਉੱਤੇ ਘੱਟ ਭਾਰ ਪਵੇ। ਆਮ ਤਰੀਕਾ ਅਜਿਹਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੈ ਜੋ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ, ਗੁੱਟ ਅਤੇ ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਨੂੰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਗੋਲਫ਼ ਜਾਂ ਸੁੱਟਣ ਵਰਗੀ ਖੇਡ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਇੱਕ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਨੀਕ ਨੂੰ ਦੇਖਣਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਘੁਮਾਉਣ ਜਾਂ ਸੁੱਟਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਕਮੀਆਂ ਉਸੇ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੀਆਂ ਰਹਿ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈ (anti-inflammatories), ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ NSAIDs ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਰਗਰਮ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਗੋਲਫਰਜ਼ ਐਲਬੋ ਲਈ ਟੀਕੇ ਨਹੀਂ ਲਗਾਉਂਦੇ, ਇਸ ਲਈ ਅਸੀਂ ਅਗਲੇ ਕਦਮ ਵਜੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਨਹੀਂ ਦੇਵਾਂਗੇ।

ਜੇ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਦੇ 6 ਮਹੀਨੇ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਨੁਕਸਾਨੇ, ਉੱਥੇ ਹੋਏ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਕਰਕੇ ਕੱਢਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਜਿਉਂ ਦਾ ਤਿਉਂ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਚਲੇ ਜਾਂਦੇ ਹੋ। ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਅਸੀਂ ਮਿਲ ਕੇ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਇਸ ਦੀ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ ਤਾਂ ਹੀ ਕਰਾਂਗੇ ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਦੇਵੇਂ ਸਹਿਮਤ ਹੋਈਏ ਕਿ ਸੌਖੇ ਉਪਾਅ ਜੋ ਕਰ ਸਕਦੇ ਸਨ, ਉਹ ਕਰ ਚੁੱਕੇ ਹਨ।

ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ 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 ਫੀਸ ਦੀ ਵਾਪਸੀ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ (referral) ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜੇ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਜਾਂ MRI ਸਕੈਨ ਵਰਗੀ ਜਾਂਚ ਨਾਲ ਸਾਡੀ ਸਲਾਹ ਬਦਲ ਸਕਦੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਉਸ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਗੋਲਫਰਜ਼ ਐਲਬੋ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਲਈ ਅਕਸਰ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਪਹਿਲਾ ਸਕੈਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਸਪਸ਼ਟ ਨਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ MRI ਟੈਂਡਨ ਅਤੇ ਨੇੜਲੀ ਅਲਨਰ ਨਸ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਸਾਫ਼ ਤਸਵੀਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡਾ ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ (rehabilitation) ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿਖੇ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਨਾਲ ਹੈੱਡ ਥੈਰੇਪੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਰੂਬੀ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਜਿਸ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਉਹ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਗੋਲਫਰਜ਼ ਐਲਬੋ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਸਹੀ ਕਿਸਮ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜਿਹੜੇ ਕੰਮ ਇਸ ਨੂੰ ਭੜਕਾਉਂਦੇ ਹਨ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਤਾਕਤ ਮੁੜ ਬਣਾਉਣਾ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹੀ ਕਾਰਗਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਬਜਾਏ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਰਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਛੇਤੀ ਇਲਾਜ ਦੀ ਬਜਾਏ ਹੌਲੀ, ਲਗਾਤਾਰ ਬਦਲਾਅ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖਣਾ ਚੰਗਾ ਹੈ।

ਜੇ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕੁਝ ਬਦਲਦਾ ਨਹੀਂ, ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਹੀ ਉਹ ਪੜਾਅ ਹੈ ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ। ਜਦੋਂ ਸਰਜਰੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਦੇ 6 ਮਹੀਨੇ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋਏ, ਤਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਲੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਦਰਦ ਅਤੇ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮਕਾਜ ਦੱਸਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਆਪਣੀਆਂ ਆਮ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ, 12 ਵਿੱਚੋਂ 11 ਲੋਕ ਅੱਠ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਗਏ।

ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਇੱਕ ਸਿੱਧੀ ਲਕੀਰ ਵਾਂਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਕੁਝ ਦਿਨ ਦੂਜਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣਗੇ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਟੈਂਡਨ ਮੁੜ ਬਣ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਫੜਨ ਜਾਂ ਚੁੱਕਣ ਨਾਲ ਅਜੇ ਵੀ ਕੁਝ ਦਰਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਝਰਨਾਹਟ ਵੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਨਸ ਦਾ ਉਹ ਚਿੜਨਾ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਖ਼ੁਦ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵੇਲੇ ਵੀ ਬਣਿਆ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਵੀ ਇਲਾਜ ਤੈਅ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਧ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਗੋਲਫਰਜ਼ ਐਲਬੋ ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲੇ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਜਲਦਬਾਜ਼ੀ ਵਾਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਬੁੱਕ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿਓ। ਜੇ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਵਧ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਇਹੀ ਗੱਲ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਕੜ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਨਾਲੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਕੂਹਣੀ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

ਇੱਕ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਵੱਲ ਛੇਤੀ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਦਰਦ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਝਰਨਾਹਟ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ। ਅਲਨਰ ਨਸ ਦੁਖਦੇ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਪਿੱਛੋਂ ਲੰਘਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਉਹ ਵੀ ਚਿੜੀ ਹੋਈ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਇਸ ਨਾਲ ਇਹ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਇਲਾਜ ਮਦਦ ਕਰਨ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਰੱਖਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਫਿੱਕੀਆਂ, ਠੰਢੀਆਂ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੀਆਂ ਪੈ ਜਾਣ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਇਹ ਗੋਲਫਰਜ਼ ਐਲਬੋ ਦੀਆਂ ਆਪਣੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਪਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਉਸੇ ਦਿਨ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਗੋਲਫਰਜ਼ ਐਲਬੋ ਬਾਰੇ ਇਹ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ ਦੇ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਵਾਲੇ ਰੂਪ ਵਜੋਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੋ ਪੱਖਾਂ ਤੋਂ ਇਹ ਨਜ਼ਰੀਆ ਗੁੰਮਰਾਹ ਕਰਦਾ ਹੈ: ਇਸ ਦੀ ਭਵਿੱਖਬਾਣੀ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਕੈਨੀਕਲ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਕਿਸੇ ਦੂਜੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਹੋਣਾ ਇਹ ਬਦਲ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਕੀ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ

ਮੁੱਖ ਅੰਕੜਾ ਹੌਸਲਾ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਹੈ। ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਦਰਦ ਦੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ, **ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਦਸ ਵਿੱਚੋਂ ਨੌਂ ਮਰੀਜ਼ ਸੁਧਰ ਜਾਂਦੇ ਹਨ**, ਜਦਕਿ ਸਰਜੀਕਲ ਡੀਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ (debridement, ਨੁਕਸਾਨੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਸਫ਼ਾਈ) ਦੀ ਸਫਲਤਾ ਦਰ **80% ਤੋਂ 85%** ਹੈ [1]।

ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੋਵਾਂ ਅੰਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇਕੱਠੇ ਪੜ੍ਹੋ। ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਸਫਲਤਾ ਦਰ ਵੱਧ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਉਸੇ ਇਲਾਜ ਦਾ ਬਿਹਤਰ ਰੂਪ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਵਿਕਲਪ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸਮਾਂ ਅਤੇ ਭਾਰ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋ ਚੁੱਕੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਪਹਿਲੀ ਕਤਾਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਘੱਟ ਵਾਰ ਸਫਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਸਰਤ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਲਈ, ਸਬੂਤ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਹਮਾਇਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਟੈਂਡੀਨੋਸਿਸ (tendinosis, ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਘਿਸਣਾ) ਵਿੱਚ ਲੱਛਣ ਘਟਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਜੋੜੇ ਹਿਲਾਉਣ ਦੀਆਂ ਤਕਨੀਕਾਂ (manipulation) ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਦਰਦ ਘਟਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਸ ਨਾਲ ਵਧੇਰੇ ਜ਼ੋਰਦਾਰ ਖਿੱਚ ਅਤੇ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਸੰਭਵ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਲੇਖਕ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਅਜੇ ਨਿਰਣਾਇਕ ਨਹੀਂ ਮੰਨਦੇ [2]।

ਖ਼ਤਰੇ ਦੇ ਕਾਰਕ ਸਿਰਫ਼ ਇਸ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਕਿੰਨੀ ਵਰਤਦੇ ਹੋ

ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲਾਈਟਿਸ (epicondylitis) ਕੰਮਕਾਜੀ ਉਮਰ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ **ਸਰੀਰਕ ਭਾਰ ਵਾਲੇ ਕਾਰਕ, ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ ਅਤੇ ਮੋਟਾਪਾ ਇਸ ਦੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਨਿਰਧਾਰਕ ਹਨ** [3]। ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ ਅਤੇ ਸਰੀਰ ਦਾ ਭਾਰ ਉਹ ਗੱਲਾਂ ਨਹੀਂ ਜੋ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਬਾਰੇ ਸੁਣਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਦੋਵੇਂ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕਿ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਕਿੰਨੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਖਿੱਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਅਤੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਅੰਦਰੂਨੀ ਰਸਾਇਣਕ (metabolic) ਮਾਹੌਲ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਕੰਮਕਾਜੀ ਅੰਕੜੇ ਹੋਰ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। **1,824** ਕਾਮਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕਈ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਕੰਮ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਮਨੋ-ਸਮਾਜਿਕ ਕਾਰਕਾਂ ਅਤੇ ਮੀਡੀਅਲ ਤੇ ਲੈਟਰਲ ਦੋਵਾਂ ਕਿਸਮਾਂ ਦੇ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲਾਈਟਿਸ ਵਿਚਕਾਰ ਅੰਕੜਿਆਂ ਪੱਖੋਂ ਅਹਿਮ ਸਬੰਧ ਮਿਲੇ, ਜੋ **ਉਮਰ-ਲਿੰਗ ਵਰਗੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਅਤੇ ਕੰਮ ਦੇ ਸਰੀਰਕ ਭਾਰ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ** ਕਾਇਮ ਰਹੇ। ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਸਬੰਧ **ਕੰਮ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਰੀਰਕ ਥਕਾਵਟ ਅਤੇ ਲੈਟਰਲ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲਾਈਟਿਸ (ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ) ਵਿਚਕਾਰ, 7.04 ਦੇ ਔਡਜ਼ ਰੇਸ਼ੋ (odds ratio) ਨਾਲ**, ਅਤੇ **ਕੰਮ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਾਨਸਿਕ ਥਕਾਵਟ ਅਤੇ ਮੀਡੀਅਲ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲਾਈਟਿਸ ਵਿਚਕਾਰ** ਸਨ [4]।

ਉਸ ਵਾਕ ਦਾ ਅਹਿਮ ਹਿੱਸਾ ਇਹੀ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣਾ ਹੈ। ਸਬੰਧ ਸਿਰਫ਼ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਥੱਕੇ ਹੋਏ ਲੋਕ ਭਾਰੀ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਸਰੀਰਕ ਭਾਰ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਸਬੰਧ ਕਾਇਮ ਰਿਹਾ। ਇਹ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਕਿ ਥਕਾਵਟ ਟੈਂਡੀਨੋਪੈਥੀ (tendinopathy, ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ) ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰ ਹੈ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਭਾਰ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਬਣਾਈ ਇਲਾਜ ਯੋਜਨਾ, ਜੋ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕੰਮ ਦਾ ਦਿਨ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਕਿੰਨਾ ਨਿਢਾਲ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਸਵੀਰ ਦੇ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਹਿੱਸੇ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠ ਰਹੀ ਹੈ।

ਨਤੀਜੇ ਲਈ ਅਲਨਰ ਨਸ ਕਿਉਂ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ

ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਦਰਦ ਲਈ ਕਈ ਸੰਭਾਵੀ ਕਾਰਨਾਂ ਉੱਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਨਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਅਲਨਰ ਨਸ (ulnar nerve) ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ, ਗਰਦਨ ਵਿੱਚ ਨਸ ਦਾ ਦਬਾਣਾ (cervical radiculopathy) ਅਤੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਸੱਟ, ਸਭ ਇੱਕੋ ਥਾਂ ਦਰਦ ਪੈਦਾ ਕਰਦੇ ਹਨ [1]। ਇਹ ਹਾਲਤ ਖੁਦ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਦੇ ਐਕਸੈਂਟ੍ਰਿਕ ਭਾਰ (eccentric loading, ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੇ ਲੰਮੀ ਹੁੰਦਿਆਂ ਪੈਣ ਵਾਲਾ ਭਾਰ) ਅਤੇ ਵੈਲਗਸ (valgus, ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸਿਓਂ ਖੋਲ੍ਹਣ ਵਾਲਾ ਜ਼ੋਰ) ਦੇ ਵਾਧੂ ਭਾਰ ਤੋਂ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਅਤੇ ਮੁੜ-ਵਸੇਬੇ (rehabilitation) ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਲਗਾਤਾਰ ਬਣੇ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣਾਂ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ [5]। ਅਲਨਰ ਨਸ ਉਹ ਨਸ ਹੈ ਜੋ ਨਤੀਜਿਆਂ ਉੱਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਮੁੱਢ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਪਿੱਛੇ ਚੱਲਦੀ ਹੈ।

ਜਿੱਥੇ ਡੀਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਇਸ ਦੀ ਸਫਲਤਾ ਦਰ ਨਾਲੇ-ਨਾਲ ਮੌਜੂਦ ਅਲਨਰ ਨਸ ਦੀ ਸੋਜਸ਼ (ulnar neuritis) ਨਾਲ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ [1]। ਇਸ ਦਾ ਅਮਲੀ ਨਤੀਜਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਤਕਨੀਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਫਲ ਡੀਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਣਿਆ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਕਿ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋਇਆ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੋਵੇ, ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਹਿੱਸਾ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਨਸ ਪੈਦਾ ਕਰ ਰਹੀ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਲਈ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਦਰਦ ਦੇ ਨਾਲ ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਝਰਨਾਹਟ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੈਅ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Barco R, Antuña SA. Medial elbow pain. EFORT Open Rev. 2017;2(8):362-71. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.2.160006>
- [2] Hoogvliet P, Randsdorp MS, Dingemanse R, Koes BW, Huisstede BMA. Does effectiveness of exercise therapy and mobilisation techniques offer guidance for the treatment of lateral and medial epicondylitis? A systematic review. Br J Sports Med. 2013;47(17):1112-9. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091990>
- [3] Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliovaara M. Prevalence and determinants of lateral and medial epicondylitis: a population study. Am J Epidemiol. 2006;164(11):1065-74. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj325>
- [4] Thiese MS, Hegmann KT, Kapellusch J, Merryweather A, Bao S, Silverstein B, et al. Psychosocial factors related to lateral and medial epicondylitis. J Occup Environ Med. 2016;58(6):588-93. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000701>
- [5] Amin NH, Kumar NS, Schickendantz MS. Medial epicondylitis: evaluation and management. J Am Acad Orthop Surg. 2015;23(6):348-55. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00145>