

# ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (Radial Head Fracture)

ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਫੈਲੀ ਹੋਈ ਬਾਂਹ ਦੇ ਭਾਰ ਡਿੱਗਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਆਮ ਸੱਟ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① 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

ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (radial head fracture, ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਹੇਠਾਂ ਰੇਡੀਅਸ ਹੱਡੀ ਦੇ ਗੋਲ ਸਿਰੇ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਦੋਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਫੈਲੀ ਹੋਈ ਬਾਂਹ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗਦੇ ਹੋ। ਝਟਕਾ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਰਾਹੀਂ ਉੱਪਰ ਕੂਹਣੀ ਤੱਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਹੇਠਾਂ, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਸਿਖਰ ਉੱਤੇ ਛੋਟੀ ਗੋਲ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਤੋੜ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਟੁੱਟਾਂ ਆਮ ਹਨ। ਇਹ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਸਾਰੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ 20% ਹਨ, ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਇਹੀ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉਸੇ ਵੇਲੇ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਉਸ ਥਾਂ ਨੂੰ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਦਰਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਹਿਲਾਉਣ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਉੱਤੇ ਅਕਸਰ ਸੋਜ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਕਈ ਵਾਰ ਨੀਲ ਵੀ ਪੈ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਵਰਤਣਾ ਨਾ ਚਾਹੋ। ਕੁਝ ਡਿੱਗਣ ਨਾਲ ਕੂਹਣੀ ਜੋੜ ਤੋਂ ਉਤਰ ਵੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ (dislocation), ਜੋ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 3% ਤੋਂ 14% ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਨਾਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਪਹਿਲੇ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ, ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਆਰਾਮ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਵੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖਰਾਬ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੇਤਲੀ ਚੁੱਕਣਾ, ਦਰਵਾਜ਼ੇ ਦਾ ਹੈਂਡਲ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਕੁਝ ਪੀਣ ਲਈ ਡੋਲ੍ਹਣਾ, ਜਾਂ ਸਰੀਰ ਦੇ ਪਾਰ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣਾ ਵਰਗੇ ਸਾਧੇ ਕੰਮ ਬੇਆਰਾਮ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਫ਼ੋਨ ਜਾਂ ਪਲੇਟ ਫੜਨ ਲਈ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣਾ ਕੂਹਣੀ ਮੋੜਨ ਨਾਲੋਂ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਪਹਿਲੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ, ਜਿਵੇਂ ਹੱਡੀ ਜੁੜਨੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹਿਲਜੁਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੌਖੀ ਹੁੰਦੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਆਮ ਵਰਗਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਸਮਾਂ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਚੰਗਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹਨਾਂ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਨਾਲ ਕਈ ਵਾਰ ਉਸੇ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਸੱਟਾਂ ਵੀ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਉਸੇ ਡਿੱਗਣ ਨਾਲ ਗੁੱਟ, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਜਾਂ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਵੀ ਸੱਟ ਲੱਗ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ (ligament, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਬੰਧਨ) ਵਿੱਚ ਮੋਚ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਥਾਵਾਂ 'ਤੇ ਦਰਦ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛੇਗਾ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਥਾਵਾਂ ਦੀ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਜਾਂਚ ਕਰੇਗਾ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹਨਾਂ ਸੱਟਾਂ ਦਾ ਜਲਦੀ ਪਤਾ ਲੱਗਣਾ ਇਸ ਗੱਲ ਲਈ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਕੂਹਣੀ ਕਿੰਨੀ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਡਿੱਗਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣਾ ਜਾਂ ਉਸ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣਾ ਔਖਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਨਮੂਨਾ ਇਸ ਸੱਟ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਗਲੇ ਭਾਗ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਿਵੇਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

## ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਇੱਕ ਛੋਟੀ, ਟਿੱਕੀ ਵਰਗੀ ਹੱਡੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦੇ ਉੱਪਰ ਇੱਕ ਘੱਟ ਡੂੰਘੀ ਕੋਲੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕੋਲੀ ਉੱਪਰਲੀ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਿਰੇ ਨਾਲ ਖਿਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਟਿੱਕੀ ਦਾ ਪਾਸਾ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਦੂਜੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਫਿੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਦੋ ਹਿੱਲਣ ਵਾਲੇ ਪੁਰਜ਼ਿਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਪਈ ਇੱਕ ਵਾਸ਼ਰ ਵਾਂਗ ਸਮਝੋ: ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਘੁੰਮਣ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਘੁਮਾ ਸਕੋ, ਅਤੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਜਾਂਦੇ ਭਾਰ ਨੂੰ ਗੱਦੀ ਵਾਂਗ ਝੱਲਦੀ ਹੈ।

ਇਹ ਇੱਕ ਦੂਜਾ ਕੰਮ ਵੀ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਇੱਕ ਪਾਸੇ ਟੇਕ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਨਾਲ ਧੱਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਨੂੰ ਜੋੜ ਸਿੱਧਾ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਉਹ ਟੇਕ ਟੁੱਟ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਕੂਹਣੀ ਡਾਵਾਂਡੋਲ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਕੋਈ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਵੀ ਪਾਟ ਗਿਆ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਛੋਟੀ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਸੀਮਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਇੱਕ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਕੁਝ ਟੁੱਟਾਂ ਹੌਲੀ ਜੁੜਦੀਆਂ ਹਨ।

ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਉਦੋਂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਫੈਲੀ ਹੋਈ ਬਾਂਹ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਝਟਕਾ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਨੂੰ ਉਸ ਦੇ ਉੱਪਰਲੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋਰ ਨਾਲ ਟਕਰਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਕਈ ਵਾਰ ਉਸੇ ਡਿੱਗਣ ਨਾਲ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਜਾਂ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਵਿੱਚ ਮੋਚ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਉਹ ਪਾਟ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਅੱਗੇ ਜਾ ਕੇ ਗੁੱਟ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਸੱਟ ਲੱਗ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਵਾਲੇ ਲਗਭਗ 30% ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉਸੇ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਸੱਟਾਂ ਵੀ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਕੂਹਣੀ ਜੋੜ ਤੋਂ ਵੀ ਉਤਰ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਹੋਰ ਹਿੱਸਿਆਂ ਨੂੰ ਵੀ ਨੁਕਸਾਨ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਮੇਲ ਜੋੜ ਨੂੰ ਹੋਰ ਡਾਵਾਂਡੋਲ ਬਣਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਹੱਡੀ ਮੁੜ ਜੁੜ ਕੇ ਠੀਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਨਵੀਂ ਹੱਡੀ ਟੁੱਟ ਉੱਤੇ ਪੁਲ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਟੁਕੜੇ ਨੇੜੇ-ਨੇੜੇ ਅਤੇ ਠੀਕ ਸੇਧ ਵਿੱਚ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਉਹ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਜੁੜ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕੋਈ ਟੁਕੜਾ 2 ਤੋਂ 3 ਮਿਲੀਮੀਟਰ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦੂਰ ਖਿਸਕ ਗਿਆ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜੋੜ ਦੀ ਸਤ੍ਹਾ ਕਈ ਟੁਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਟੁੱਟ ਗਈ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਹੱਡੀ ਆਪਣੇ ਆਪ ਕੰਮ ਦੇਣ ਯੋਗ ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ ਨਾ ਜੁੜੇ। ਅਜਿਹੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਟੁਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਨੁਕਸਾਨੇ ਗਏ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਨੂੰ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਨਾਲ ਬਦਲਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਟੇਕ ਅਤੇ ਉਸ ਦੀ ਘੁੰਮਣ ਵਾਲੀ ਚਿਕਨੀ ਸਤ੍ਹਾ ਬਣੀ ਰਹੇ।

## ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਜੋ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਖਾਸ ਸੱਟ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਚੁਣਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਵੱਲੋਂ ਖਰਚੇ ਦੀ ਵਾਪਸੀ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਉਸ ਪਹਿਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਐਕਸ-ਰੇ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੁੱਟ ਦਿਖਾਈ ਦੇ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਕਈ ਵਾਰ ਹੱਡੀ ਦੇ ਛੋਟੇ ਟੁਕੜਿਆਂ ਜਾਂ ਸੱਟ ਵਾਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਲਈ, ਜੋ ਯੋਜਨਾ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਨਾਲ ਇੱਕ ਸਕੈਨ ਵੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਸਥਿਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਟੁਕੜੇ ਨੇੜੇ-ਨੇੜੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਅਜਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਰੁਕਾਵਟ ਦੇ ਅਜੇ ਵੀ ਮੁੜ ਅਤੇ ਘੁੰਮ ਸਕਦੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਆਰਾਮ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਹਫ਼ਤੇ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸਮੇਂ ਲਈ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਪਾ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਬਾਂਹ ਹਿਲਾਉਣੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਸੂਈ ਨਾਲ ਤਰਲ ਕੱਢਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਦਰਦ ਘਟਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਲਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਸੌਖੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਦਰਦ ਘਟਦਾ ਹੈ, ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਪੜ੍ਹਾਅਵਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਚੰਗੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਕਿਸਮ ਦੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੋਹਾਂ ਨਾਲ ਇੱਕ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਬਾਂਹ ਦਾ ਕੰਮ ਲਗਭਗ ਇੱਕੋ ਜਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਥੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਸੱਚਮੁੱਚ ਮਿਲ ਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਵਾਜਬ ਹੈ, ਪਰ ਦਰਦ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੀ ਅੰਤਲੀ ਸਥਿਤੀ ਹਰ ਕਿਸੇ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੀ।

ਸਰਜਰੀ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਉਦੋਂ ਸੁਝਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਟੁੱਟ ਦੇ ਟੁਕੜੇ ਖਿਸਕ ਕੇ ਦੂਰ ਹੋ ਗਏ ਹੋਣ, ਜਦੋਂ ਟੁੱਟੇ ਟੁਕੜੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਫਸ ਕੇ ਉਸ ਨੂੰ ਘੁੰਮਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹੋਣ, ਜਦੋਂ ਕੂਹਣੀ ਡਾਵਾਂਡੋਲ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਉਸੇ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਸੱਟਾਂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨੀ ਹੋਵੇ। ਮਕਸਦ ਟੁਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਛੋਟੀਆਂ ਪਲੇਟਾਂ ਜਾਂ ਸਕਰੂਆਂ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕਾਉਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ, ਜਦੋਂ ਹੱਡੀ ਇੰਨੇ ਟੁਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇ ਕਿ ਉਸ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਿਆ ਨਾ ਜਾ ਸਕੇ, ਤਾਂ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਨੂੰ ਨਕਲੀ

ਹਿੱਸੇ ਨਾਲ ਬਦਲਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਵਿਕਲਪ ਤੁਹਾਡੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ, ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ, ਤੁਹਾਡੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਤੋਂ ਕੀ ਕੰਮ ਲੈਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਇਹਨਾਂ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਜਿਹੜਾ ਵੀ ਰਾਹ ਚੁਣੋ, ਪਹਿਲੇ ਹਫ਼ਤੇ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਬਚਾਅ ਬਾਰੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੀਆਂ ਦੱਸੀਆਂ ਹੱਦਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹਿਲਜੁਲ ਕਰਦੇ ਰਹਿਣ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਹੱਡੀ ਜੁੜ ਰਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਮੁਰੰਮਤ ਟਿਕ ਰਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਫਿਰ ਸਹੀ ਪੜਾਅ ਉੱਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਕੰਮ ਸੰਭਾਲਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜਲਦੀ, ਅਗਵਾਈ ਹੇਠ ਕੀਤੀ ਹਿਲਜੁਲ ਹੀ ਅਕੜਾਅ ਨੂੰ ਰੋਕਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਦੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਹੱਡੀ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਸਕੀਏ ਅਤੇ ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਸੁਧਰਦੀ ਹੈ, ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬਦਲ ਸਕੀਏ।

## ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਵਿੱਚ ਟੁਕੜੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਖਿਸਕਦੇ ਅਤੇ ਇਹ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਪਹਿਲੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਦਰਦ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਸੌਖੀ ਹੁੰਦੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੂਹਣੀ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਅਕੜਾਅ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣਾ ਅਕਸਰ ਸਭ ਤੋਂ ਅਖ਼ੀਰ ਵਿੱਚ ਆਮ ਵਰਗਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਉਮੀਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਖਾਣਾ ਖਾਣ ਅਤੇ ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣ ਵਰਗੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ ਜਲਦੀ ਹੀ ਕਰਨ ਲੱਗ ਪਵੇਗੇ, ਅਤੇ ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ਾਂ ਚੁੱਕਣਾ ਅਤੇ ਕੰਮ ਅਗਲੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਾਪਸ ਆਉਣਗੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਕੰਮ ਜਾਂ ਖੇਡ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾਣਾ ਕਦੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਛੋਟੀਆਂ ਪਲੇਟਾਂ ਜਾਂ ਸਕਰੂਆਂ ਨਾਲ ਟਿਕਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਇਹ ਇੰਨੇ ਟੁਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇ ਕਿ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜੀ ਨਾ ਜਾ ਸਕੇ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਕਲੀ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਨਾਲ ਬਦਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਮੋਟੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਚੱਲਦਾ ਹੈ: ਪਹਿਲਾਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਫਿਰ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਬਣਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਬਾਂਹ ਦਾ ਕੰਮ ਚੰਗਾ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਕਹੀਏ ਤਾਂ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਗੱਲਾਂ ਗਲਤ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਹੱਡੀ ਹੌਲੀ ਜੁੜ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਉਮੀਦ ਨਾਲੋਂ ਮਾੜੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਜੁੜ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਅਕੜਾਅ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਅਗਵਾਈ ਹੇਠ ਹਿਲਜੁਲ ਜਲਦੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸਾ (ਇੰਪਲਾਂਟ) ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਈ ਵਾਰ ਪਹਿਲੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ 10 ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਬਿਨਾਂ ਸੀਮਿੰਟ ਵਾਲੇ ਇੰਪਲਾਂਟਾਂ ਦੇ ਟਿਕੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਦਰ ਉੱਚੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। 18 ਸਾਲਾਂ 'ਤੇ, ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੇ ਟਿਕੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਦਰ 75.1% ਹੈ, ਅਤੇ ਅਸਫਲਤਾ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦਰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਬਦਲਣ ਦੀ ਥਾਂ ਕੱਢ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਵੀ ਚੰਗਾ ਕਰਦੇ ਹਨ: 96% ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਤਸੱਲੀਬਖ਼ਸ਼ ਕੰਮਕਾਜ ਦੱਸਦੇ ਹਨ, ਭਾਵੇਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਵਿੱਚ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲੇ ਬਦਲਾਅ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਨਾਲ ਹੋਰ ਸੱਟਾਂ ਵੀ ਲੱਗੀਆਂ ਹੋਣ, ਜਿਵੇਂ ਪਾਟਿਆ ਹੋਇਆ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਜਾਂ ਉਤਰੀ ਹੋਈ ਕੂਹਣੀ, ਤਾਂ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ ਘੱਟ ਸਥਿਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਸੱਟਾਂ ਦਾ ਜਲਦੀ ਪਤਾ ਲਗਾ ਕੇ ਇਲਾਜ ਕਰਨਾ ਚੰਗੇ ਨਤੀਜੇ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਮੌਕਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਪਤਾ ਲੱਗ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਕਾਮਯਾਬੀ ਦੀ ਦਰ ਲਗਭਗ 80% ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

## ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਤੁਰੰਤ ਡਾਕਟਰੀ ਮਦਦ ਲਓ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬੇਢੰਗੀ ਦਿਸਦੀ ਹੋਵੇ, ਜੇ ਕੋਈ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਜ਼ਖ਼ਮ ਹੋਵੇ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਝਰਨਾਹਟ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਨਾ ਵਰਤ ਸਕੋ। ਇਹਨਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਦੀ ਉਸੇ ਵੇਲੇ ਜਾਂਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਨਹੀਂ ਤਾਂ, ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰੋ। ਜੇ ਦਰਦ ਘਟ ਨਹੀਂ ਰਿਹਾ, ਜਾਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੌਰਾਨ ਸੋਜ, ਹਿਲਜੁਲ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਹਫ਼ਤਾ-ਦਰ-ਹਫ਼ਤਾ ਸੁਧਰ ਨਹੀਂ ਰਹੀ, ਤਾਂ ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ। ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਾਤਾਰ ਅੱਗੇ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਹਰ ਹਫ਼ਤੇ ਕੁਝ ਬਿਹਤਰੀ ਹੀ ਉਹ ਚੀਜ਼ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਦੇਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਇਹ ਹੋਣਾ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚੰਗੀ ਹੈ।

# ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਅਕਸਰ ਹੱਡੀ ਆਪ ਸੱਟ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਅਹਿਮ ਹਿੱਸਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ — ਤੁਹਾਡਾ ਨਤੀਜਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਉਸੇ ਵੇਲੇ ਕੁਹਣੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਨੂੰ ਵੀ ਨੁਕਸਾਨ ਹੋਇਆ ਸੀ।

## ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਇੱਕ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੈ, ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਸੱਟ ਨਹੀਂ

ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਸਥਿਰਤਾ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ। ਇਹ ਰੇਡੀਅਸ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਖਿਸਕਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੁਹਣੀ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਧੱਕੇ ਜਾਣ ਦਾ ਵਿਰੋਧ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ ਜੇ ਝਟਕਾ ਇਸ ਨੂੰ ਤੋੜਨ ਜਿੰਨਾ ਵੱਡਾ ਹੋਵੇ, ਉਹ ਅਕਸਰ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਅਤੇ ਕੋਰੋਨੋਇਡ (coronoid, ਕੁਹਣੀ ਉੱਤੇ ਅਲਨਾ ਹੱਡੀ ਦਾ ਅਗਲਾ ਉੱਥਾਰ) ਨੂੰ ਵੀ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਜਿੰਨਾ ਵੱਡਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਮੇਲ ਨੂੰ **ਟੈਰੀਬਲ ਟ੍ਰਾਇਡ (terrible triad, ਤਿੰਨ ਸੱਟਾਂ ਦਾ ਗੰਭੀਰ ਮੇਲ)** ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ, ਕੋਰੋਨੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਅਤੇ ਕੁਹਣੀ ਦਾ ਜੋੜ ਤੋਂ ਉਤਰ ਜਾਣਾ।

ਇਸੇ ਲਈ ਇਕੱਲਾ, ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਨਾ ਖਿਸਕਿਆ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਅਤੇ ਟ੍ਰਾਇਡ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਹੋਇਆ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਬਿਲਕੁਲ ਵੱਖਰੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ, ਭਾਵੇਂ ਐਕਸ-ਰੇ ਰਿਪੋਰਟ ਉੱਤੇ ਨਾਮ ਇੱਕੋ ਹੋਵੇ। ਪਹਿਲੇ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਲਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਥੋੜ੍ਹੀ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਦੂਜਾ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਔਖੀਆਂ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ।

ਟ੍ਰਾਇਡ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਰਾਹ (approach) ਵੀ ਵਿਵਾਦਿਤ ਹੈ। **866** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਅਤੇ ਅੱਗੇ-ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੋਹਾਂ ਤੋਂ ਮਿਲਿਆ-ਜੁਲਿਆ ਰਾਹ (lateral plus anteromedial) ਬਾਂਹ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਵਿਚਕਾਰ ਚੰਗਾ ਸੰਤੁਲਨ ਦਿੰਦਾ ਜਾਪਿਆ, ਜਦਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਅੱਗੇ-ਬਾਹਰਲੇ (anterolateral) ਜਾਂ ਅੱਗੇ-ਅੰਦਰਲੇ (anteromedial) ਰਾਹਾਂ ਨੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਕੁਝ ਮਾਪਾਂ ਵਿੱਚ ਫ਼ਾਇਦੇ ਦਿੱਤੇ [1] — ਇਹ ਤੁਲਨਾ ਅਜੇ ਵੀ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਨਾ ਹੁੰਦੀ ਜੇ ਕੋਈ ਇੱਕ ਰਾਹ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦਾ।

## ਜੋੜਨਾ ਜਾਂ ਬਦਲਣਾ

ਜਿੱਥੇ ਹੈੱਡ ਟੁੱਟਿਆ ਹੋਵੇ ਪਰ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਉਸ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਬਣਤਰ ਬਚੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਟੁਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਜਿਹੀ ਜੋੜਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਨਾਲੋਂ, ਜਿਸ ਦੇ ਅਸਫਲ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੋਵੇ, ਬਦਲਣ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ — ਅਸਫਲ ਜੋੜ ਇੱਕ ਆਕੜੀ, ਡਾਵਾਂਡੇਲ ਕੁਹਣੀ ਅਤੇ ਇੱਕ ਹੋਰ ਔਖਾ ਦੂਜਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਛੱਡ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਬਦਲਣਾ ਚੁਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਬਾਰੇ ਬਹਿਸ ਉਮੀਦ ਨਾਲੋਂ ਸ਼ਾਂਤ ਰਹੀ ਹੈ। **591** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਮੋਨੋਪੋਲਰ (monopolar) ਅਤੇ ਬਾਈਪੋਲਰ (bipolar) ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਅਸਰ ਜਾਂ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿੱਚ **ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ** ਮਿਲਿਆ, ਅਤੇ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਵਧੇਰੇ ਉੱਚ-ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਾਲੇ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲਾਂ (randomised trials) ਦੀ ਮੰਗ ਕੀਤੀ [2]।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਇੰਪਲਾਂਟ ਬਿਹਤਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ। ਮੌਜੂਦਾ ਸਬੂਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਇਹ ਫ਼ਰਕ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਹੈ।

## ਇੰਪਲਾਂਟ ਕਿਉਂ ਕੱਢੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ — ਅਤੇ ਕਾਰਨ ਉਹ ਨਹੀਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚੋਗੇ

**1,017** ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਬਦਲਣ ਦੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ (arthroplasty) ਦੇ ਇੱਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (meta-analysis, ਕਈ ਅਧਿਐਨਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਕੇ ਕੀਤਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ) ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਇੰਪਲਾਂਟ ਨੂੰ ਕੱਢਣਾ ਜਾਂ ਬਦਲਣਾ ਲਗਾਉਣ ਤੋਂ **ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ** ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਸੀ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਇੰਪਲਾਂਟ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੇ ਢਿੱਲੇ ਹੋਣ ਕਰਕੇ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ **ਕੁਹਣੀ ਦੇ ਅਕੜਾਅ ਅਤੇ ਹੈਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸੀਫਿਕੇਸ਼ਨ (heterotopic ossification, ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਬਣਨਾ)** ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਕੱਢੇ ਗਏ ਸਨ [3]।

ਇਸ ਲਈ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਉਹ ਚੀਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਜੋ ਅਸਫਲ ਹੋਈ। ਉਸ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਕੁਹਣੀ ਆਕੜ ਗਈ, ਅਤੇ ਧਾਤ ਨੂੰ ਕੱਢਣਾ ਉਸ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਸੀ। ਇਹ ਇੱਥੇ “ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ (revision surgery)” ਦੇ ਮਤਲਬ ਨੂੰ ਨਵੇਂ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸਮਝਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਕਸਰਤ ਅਤੇ ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਚੋਣ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਅਹਿਮ ਕਿਉਂ ਹੈ।

ਇਸ ਦਾ ਇਹ ਵੀ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਨੂੰ ਫਾਲੋ-ਅੱਪ ਦੀ ਲੰਬਾਈ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖ ਕੇ ਪੜ੍ਹਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। **1,272** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਿਆ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਲਿਖਤਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਦਰ ਦਾ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੀਆਂ, ਅਤੇ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ **ਤਿੰਨ ਸਾਲ** ਦੇ ਫਾਲੋ-ਅੱਪ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ, ਨਾਲ ਹੀ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਸਹਿਮਤ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਕਿ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਕਾਰਨ ਕੀ ਗਿਣਿਆ ਜਾਵੇ [4]। ਬਾਰਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਦੱਸਣ ਵਾਲਾ ਅਧਿਐਨ ਹਰ ਵਾਰ ਉਹ ਕੱਢੇ ਗਏ ਇੰਪਲਾਂਟ ਨਹੀਂ ਗਿਣੇਗਾ ਜੋ ਪਹਿਲੇ ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਇਕੱਠੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

### ਜਿਸ ਚੀਜ਼ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣਾ ਹੈ ਉਹ ਹੈ ਹਿਲਜੁਲ

ਸਾਰੀ ਗੱਲ ਦਾ ਇੱਕੋ ਧਾਰਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਖ਼ਾਸ ਅਸਫਲਤਾ ਅਕੜਾਅ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਡਾਵਾਂਡੇਲ ਹੋਣਾ ਜਾਂ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦਾ ਅਸਫਲ ਹੋਣਾ। ਇਹ ਇੱਕ ਬੇਰਹਿਮ ਜੋੜ ਹੈ: ਇਹ ਨਾ ਹਿਲਾਏ ਜਾਣ ਨੂੰ ਮਾੜੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਿੱਧਾ ਹੋਣ ਦੀਆਂ ਆਖ਼ਰੀ ਕੁਝ ਡਿਗਰੀਆਂ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਗੁਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋ ਵੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ, ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਮਹੀਨੇ ਹੀ ਤੈਅ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਬਾਂਹ ਕਿਵੇਂ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ।

### ਹਵਾਲੇ

- [1] Zheng M, Wan W, Liang S. Which is the optimal surgical strategy for the terrible triad of the elbow? A systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2026;21(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-025-06596-0>
- [2] Said E, Ameen M, Sayed AA, Mosallam KH, Ahmed AM, Tammam H. Efficacy and safety of monopolar versus bipolar radial head arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(3):646-55. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.10.037>
- [3] Kachooei AR, Baradaran A, Ebrahimzadeh MH, van Dijk CN, Chen N. The rate of radial head prosthesis removal or revision: a systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am. 2018;43(1):39-53.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.08.031>
- [4] Laumonerie P, Reina N, Kerezoudis P, Declaux S, Tibbo ME, Bonneville N, et al. The minimum follow-up required for radial head arthroplasty. Bone Joint J. 2017;99-B(12):1561-70. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.99B12.BJJ-2017-0543.R2>