

ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ

ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ (tennis elbow): ਜਿੱਥੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਟੈਂਡਨ (tendon) ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਜੁੜਦੇ ਹਨ, ਉੱਥੇ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਚਿੜ ਜਾਣਾ (irritation)।

Kieran Hirpara © ① ③ 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

ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ (tennis elbow) ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ, ਉੱਥੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਇੱਕ ਉਭਾਰ ਉੱਤੇ ਜਾਂ ਉਸ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਲੈਟਰਲ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲ (lateral epicondyle) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਉੱਪਰ ਤੁਹਾਡੇ ਡੌਲੇ (upper arm) ਵਿੱਚ ਵੀ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਕੰਮਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਕੰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸਾਰੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਹੱਡੀ ਦੀ ਉਸੇ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਇੱਕੋ ਬਿੰਦੂ ਨਾਲ ਬੱਝੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਦਰਦ ਹਲਕੇ ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਲਗਾਤਾਰ ਅਤੇ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਤੱਕ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਤੇਜ਼ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਸਾਰੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਵੀ ਖਰਾਬ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦਰਦ ਕੰਮ-ਕਾਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜਾਂ ਸਵੇਰੇ ਉੱਠਣ 'ਤੇ ਭੜਕਦਾ ਹੈ।

ਮਰੋੜਨ ਜਾਂ ਫੜਨ ਵਾਲੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਔਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਦਰਵਾਜ਼ੇ ਦਾ ਗੋਲ ਹੈਂਡਲ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਕੋਫ਼ੀ ਦਾ ਕੱਪ ਫੜਨਾ, ਹੱਥ ਮਿਲਾਉਣਾ, ਜਾਂ ਕੇਤਲੀ ਚੁੱਕਣਾ, ਇਹ ਸਭ ਦਰਦ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਜੇ ਵੀ ਆਪਣੀ ਪੂਰੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਹਿੱਲਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਸਮੱਸਿਆ ਅਕੜਾਅ ਨਹੀਂ, ਦਰਦ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਲਗਭਗ 90% ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਇਹ ਸਮੱਸਿਆ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਵੀ ਇਲਾਜ ਕਾਹਲੀ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ।

ਕੁਝ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਵੱਲ ਦੇਰ ਨਾਲ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਛੇਤੀ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। 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 (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਉਹ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਟੈਂਡਨ (tendon) ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜਦੇ ਹਨ। ਟੈਂਡਨ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਦੀਆਂ ਹਨ। ਇੱਥੇ ਸ਼ਾਮਲ ਟੈਂਡਨ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੀ ਉਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਸਾਰੇ ਇੱਕੋ ਬਿੰਦੂ ਨਾਲ ਬੱਝੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਨਾਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਇਹ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਮਾਈਕ੍ਰੋਸਕੋਪ ਹੇਠ ਦੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਅਤੇ ਲਾਲੀ ਦੀ ਬਜਾਏ ਘਿਸਾਈ ਅਤੇ ਉੱਪੜੇ ਹੋਏ ਰੇਸ਼ੇ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਬਹੁਤ ਵਰਤੀ ਗਈ ਰੱਸੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚੋ: ਕੁਝ ਰੇਸ਼ੇ ਪਾਟ ਗਏ ਹਨ, ਅਤੇ ਰੱਸੀ ਨੇ ਆਪਣੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੈ ਪਰ ਇਹ ਕੰਮ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ। ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ ਬਣਿਆ ਟਿਸ਼ੂ ਬੇਤਰਤੀਬ ਅਤੇ ਅਸਲ ਟਿਸ਼ੂ ਨਾਲੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਲਈ ਉਹ ਥਾਂ ਦਬਾਉਣ 'ਤੇ ਦੁਖਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਫੜਨ ਜਾਂ ਮਰੋੜਨ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਇਹ ਹਰਕਤਾਂ ਸਿੱਧੇ ਨੁਕਸਾਨੀ ਗਈ ਤੰਦ ਨੂੰ ਖਿੱਚਦੀਆਂ ਹਨ।

ਇਸ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਨਾਂ ਲੈਟਰਲ ਐਪੀਕੋਨਡਾਇਲਾਈਟਿਸ (lateral epicondylitis) ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਲੈਟਰਲ ਐਲਬੋ ਟੈਂਡੀਨੋਪੈਥੀ (lateral elbow tendinopathy) ਵੀ ਲਿਖਿਆ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਦੋਵੇਂ ਨਾਂ ਇੱਕੋ ਚੀਜ਼ ਦੱਸਦੇ ਹਨ: ਵਾਰ-ਵਾਰ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜਨ ਵਾਲੇ ਉਸ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਘਿਸ ਜਾਣਾ। ਇਹ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ ਨਾਲੋਂ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਕਿਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ ਦਾ ਨਾਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸੇ ਥਾਂ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਨੁਕਸਾਨ ਉਸ ਸਮੂਹ ਦੇ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਚੀਜ਼ ਫੜਨ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀਆਂ ਉਹ ਸਾਰੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ, ਉਸੇ ਇੱਕ ਬਿੰਦੂ ਨਾਲ ਬੱਝੀਆਂ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਉੱਥੋਂ ਦਾ ਦਰਦ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਫੈਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਉਸੇ ਥਾਂ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ਾਂ ਵੀ ਦਰਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਵੱਖ ਕਰ ਕੇ ਪਛਾਣਨਾ ਹਮੇਸ਼ਾ ਸੌਖਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਇਸੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਸਰੀਰਕ ਜਾਂਚ ਅਹਿਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਕਈ ਵਾਰ ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਸਕੈਨ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕਿੰਨੀ ਘਿਸਾਈ ਹੋਈ ਹੈ। ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਇਹ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ (sense of joint position) ਉੱਤੇ ਵੀ ਥੋੜ੍ਹਾ ਅਸਰ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਜੋੜ ਕਿਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਇਸ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਮੁੱਖ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ: ਟੈਂਡਨ ਘਿਸਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਨਸ਼ਟ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਅਤੇ ਸਮਾਂ ਅਤੇ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਭਾਰ ਮਿਲਣ 'ਤੇ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਅਜੇ ਵੀ ਆਪਣੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਹੈ।

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, ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਜੀਪੀ (ਫ੍ਰੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਵੱਲੋਂ ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate, ਸਰਕਾਰੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਵੱਲੋਂ ਵਾਪਸ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਲਾਕਾਤ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਸਕੈਨ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਸਿਰਫ਼ ਤਾਂ ਹੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜੇ ਉਸ ਨਾਲ ਸਾਡਾ ਇਲਾਜ ਬਦਲੇਗਾ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਉਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ।

ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਇਹ ਬਦਲਣਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਟੈਂਡਨ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਕਿਵੇਂ ਪਾਉਂਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਦਰਦ ਛੇੜਨ ਵਾਲੇ ਫੜਨ ਅਤੇ ਮਰੋੜਨ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਘਟਾਉਣਾ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੇ ਭਾਰ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਮੁੜ ਮਜ਼ਬੂਤ ਬਣਾਉਣਾ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਅੰਤਮ ਨਤੀਜਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜਲਦੀ ਲੰਘਾਉਣਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੂਹਣੀਆਂ ਦੋਵਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਨੂੰ ਸੱਚਮੁੱਚ ਅਤੇ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਅਜ਼ਮਾਓ, ਜੋ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਗਿਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਨੇ ਉੱਤੇ ਪਹਿਲਾਂ

ਪੜ੍ਹਿਆ, ਲਗਭਗ ਦਸ ਵਿੱਚੋਂ ਨੌਂ ਕੂਹਣੀਆਂ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਇਸੇ ਲਈ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਹੱਦ ਉੱਚੀ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ।

ਅਸੀਂ ਇੱਥੇ ਕੋਰਟੀਸੋਨ (cortisone) ਟੀਕਿਆਂ ਨੂੰ ਆਮ ਪਹਿਲੀ ਚੋਣ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ ਵਰਤਦੇ। ਇਸ ਦਾ ਸੰਭਾਵੀ ਕਾਰਨ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਟੈਂਡਨ ਉੱਤੇ ਮੁੜ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਲੱਗਦੇ ਹੋ ਜੋ ਅਜੇ ਤਿਆਰ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇ ਕਦੇ ਟੀਕੇ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਕੰਮ-ਕਾਰ ਬਾਰੇ ਸੋਚ-ਸਮਝ ਕੇ ਲਿਆ ਗਿਆ ਫ਼ੈਸਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕੋਈ ਆਮ ਕਦਮ ਨਹੀਂ। ਹੋਰ ਟੀਕੇ, ਜਿਵੇਂ ਪਲੇਟਲੈਟ-ਰਿਚ ਪਲਾਜ਼ਮਾ (platelet-rich plasma) ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਬਾਹਾਂ ਤੋਂ ਲਿਆ ਖੂਨ, ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ।

ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸਿਰਫ਼ ਉਸ ਛੋਟੇ ਸਮੂਹ ਲਈ ਸੋਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਸੱਚਮੁੱਚ ਅਜ਼ਮਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਲਾਚਾਰ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਉਸ ਘਿਸੇ ਹੋਏ, ਉੱਧੜੇ ਹੋਏ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਕਰ ਕੇ ਕੱਢਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਛੋਟੇ-ਛੋਟੇ ਛੇਕ ਵਰਗੇ (keyhole) ਚੀਰਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਇੱਕ ਤਰੀਕਾ ਦੂਜਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਅਸੀਂ ਮਿਲ ਕੇ ਉਦੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਜਾਣ ਲੈਂਦੇ ਹੋ ਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਕੁਝ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ, ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ ਹੌਲੀ ਪਰ ਲਗਾਤਾਰ ਸੁਧਾਰ ਵਾਲਾ ਰਸਤਾ ਫੜਦੀ ਹੈ। ਲੱਛਣ ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਬਜਾਏ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਘਟਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਸੁਧਾਰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਦੌਰਾਨ ਵਿੱਚ-ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਭੜਕਦਾ ਵੀ ਹੈ। ਲੱਗਣ ਵਾਲਾ ਸਮਾਂ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਹੈ: ਜੇ ਟੈਂਡਨ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੋਂ ਦੁਖ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਉਸ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਉੱਨੀ ਹੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਜਿੰਨੀ ਕੁਝ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਦੁਖ ਰਹੇ ਟੈਂਡਨ ਦੀ।

ਤੁਸੀਂ ਮੁੱਖ ਅੰਕੜਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਪੜ੍ਹ ਚੁੱਕੇ ਹੋ: ਲਗਭਗ ਦਸ ਵਿੱਚੋਂ ਨੌਂ ਕੂਹਣੀਆਂ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਦੀ ਸੱਚੀ ਗੱਲ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਨਾ ਕਰੋ, ਭਾਰ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਓ। ਇਲਾਜ ਜੋ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ ਉਹ ਸਫ਼ਰ ਹੈ, ਮੰਜ਼ਿਲ ਨਹੀਂ। ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਚਲਾਏ ਗਏ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਮਕਸਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਵਧੇਰੇ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਲੰਘਾਉਣਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਟੈਂਡਨ ਪਿੱਛੇ-ਪਿੱਛੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਆਪਣੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਉਹਨਾਂ ਥੋੜ੍ਹੀਆਂ ਕੂਹਣੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਹੈ ਜੋ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਸੱਚਮੁੱਚ ਅਜ਼ਮਾਉਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦੁਖਦੀਆਂ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਫਿਰ ਵੀ ਅਸਲ ਰਾਹਤ ਦੇ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਪਹਿਲਾਂ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਫਿਰ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਦਾ ਭਰੋਸਾ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿਖੇ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਉਹ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰੇਗੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਬਣਾਏਗੀ।

ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਿਹੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਲਗਭਗ 1.5% ਨੂੰ ਇੱਕ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਿੰਨ ਜਾਂ ਵੱਧ ਟੀਕੇ ਲੱਗੇ ਹੋਣ ਨਾਲ ਇਹ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਧ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। 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 ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਲਗਭਗ ਦਸ ਵਿੱਚੋਂ ਨੌਂ ਕੂਹਣੀਆਂ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਬਿਹਤਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਰ ਕੁਝ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਹੁਣ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਸਮਾਂ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਜੇ ਇਹ ਵਧ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜੇ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਆਮ ਵਾਂਗ ਵਰਤਣ ਤੋਂ

ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਵਾਲੇ ਲਗਭਗ ਪੰਜ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਦਰਦ ਇੰਨਾ ਤੇਜ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਉਸ ਦੇ ਕੰਮ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜੀਵਨ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਣਾ ਕੋਈ ਅਨੋਖੀ ਗੱਲ ਨਹੀਂ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਤਿੰਨ ਜਾਂ ਵੱਧ ਟੀਕੇ ਲੱਗ ਚੁੱਕੇ ਹਨ ਅਤੇ ਦਰਦ ਅਜੇ ਵੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਪਿਛੋਕੜ ਨਾਲ ਇਹ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕਿਹੜੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੇਗਾ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਉਹਨਾਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਜੇ ਇਲਾਜ ਪਹਿਲੇ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਅਸਰਦਾਰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਉਹੀ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਤ ਤੱਕ ਸਭ ਤੋਂ ਮਾੜਾ ਨਤੀਜਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਆਪਣੇ ਆਪ, ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ, ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ

ਜੇ ਇਸ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੇ ਗਏ ਟ੍ਰਾਇਲ ਵਿੱਚ, ਜਿਸ ਸਮੂਹ ਨੂੰ ਬੇਤਰਤੀਬੀ ਨਾਲ ਸਿਰਫ਼ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਅਤੇ ਦੇਖਣ ਲਈ ਚੁਣਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਯਾਨੀ ਨਾ ਕੋਈ ਟੀਕਾ ਅਤੇ ਨਾ ਕੋਈ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਉਸ ਦੀ 52 ਹਫ਼ਤਿਆਂ 'ਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਅਤੇ **62 ਵਿੱਚੋਂ 56 (90%)** ਨੇ ਦੱਸਿਆ ਕਿ ਉਹ ਜਾਂ ਤਾਂ ਬਹੁਤ ਬਿਹਤਰ ਸਨ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਚੁੱਕੇ ਸਨ [1]।

ਇਹ ਅੰਕੜਾ ਉਹ ਪੈਮਾਨਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਹਰ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਮਾਪਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਇਲਾਜ ਤਾਂ ਹੀ ਲੈਣ ਯੋਗ ਹੈ ਜੇ ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋਣ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਹੀ ਉਹ ਹੈ ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਦਾ ਵਿਰੋਧਾਭਾਸ

ਇੱਕ ਇਤਿਹਾਸਕ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲ (randomised trial) ਨੇ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ (corticosteroid) ਟੀਕੇ, ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕੀਤੀ, ਅਤੇ ਲੋਕਾਂ ਉੱਤੇ ਪੂਰੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੱਕ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੀ [1]।

ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ 'ਤੇ ਟੀਕਾ ਸ਼ਾਨਦਾਰ ਲੱਗਿਆ। ਟੀਕੇ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ **65 ਵਿੱਚੋਂ 51 (78%)** ਨੇ ਸਫਲਤਾ ਦੱਸੀ, ਜਦਕਿ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚ **60 ਵਿੱਚੋਂ 16 (27%)** ਨੇ, ਯਾਨੀ ਨੰਬਰ ਨੀਡਡ ਟੂ ਟ੍ਰੀਟ (number needed to treat, ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਫ਼ਾਇਦਾ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਲਈ ਕਿੰਨੇ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ) 2 ਸੀ [1]।

ਫਿਰ ਇਹ ਉਲਟ ਗਿਆ। ਉਹਨਾਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸਫਲਤਾਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ, **65 ਵਿੱਚੋਂ 47 (72%)** ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਮੁੜ ਵਿਗੜ ਗਏ। 52 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਟੀਕੇ ਵਾਲਾ ਸਮੂਹ ਹਰ ਮਾਪ ਉੱਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਨਾਲੋਂ ਕਾਫ਼ੀ ਮਾੜਾ ਸੀ, ਅਤੇ ਤਿੰਨ ਮੁੱਖ ਮਾਪਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਦੋ ਉੱਤੇ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲੋਂ ਵੀ ਮਾੜਾ ਸੀ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ **ਕੁਝ ਵੀ ਨਹੀਂ** ਕੀਤਾ ਸੀ [1]।

ਲੇਖਕਾਂ ਦੀ ਆਪਣੀ ਵਿਆਖਿਆ ਦੁਹਰਾਉਣ ਯੋਗ ਹੈ: ਟੀਕਾ ਦਰਦ ਨੂੰ ਇੰਨੀ ਜਲਦੀ ਘਟਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਲੋਕ ਉਸ ਟੈਂਡਨ ਉੱਤੇ ਮੁੜ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਲੱਗਦੇ ਹਨ ਜੋ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਟ੍ਰਾਇਲ ਦਾ ਸਿੱਟਾ ਇਹ ਸੀ ਕਿ ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ ਵਿੱਚ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ “ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਵਰਤਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ”, ਜੇ ਉਸ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਕਹਿਣ ਲਈ ਇੱਕ ਹੈਰਾਨੀਜਨਕ ਗੱਲ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਹੋਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਇਸੇ ਲਈ ਇੱਥੇ ਟੀਕਾ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਕੰਮ-ਕਾਰ ਬਾਰੇ ਸੋਚ-ਸਮਝ ਕੇ ਲਿਆ ਗਿਆ ਫ਼ੈਸਲਾ ਹੈ, ਆਪਣੇ ਆਪ ਚੁਣਿਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਵਿਕਲਪ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਇਹ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਬਦਲ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਤਾਂ ਕੀ ਕਰਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ

ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ 'ਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਹਰ ਮਾਪ ਉੱਤੇ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਸੀ, ਅਤੇ 52 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਰਿਹਾ ਕਿਉਂਕਿ ਦੋਵਾਂ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ ਹਰ ਕੋਈ ਠੀਕ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਸੀ [1]। ਇਸ ਲਈ ਇਸ ਦਾ ਫ਼ਾਇਦਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜਲਦੀ ਲੰਘਾਉਣ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਮੰਜ਼ਿਲ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ। ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਯੋਗ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਨੇ ਰਸਤੇ ਵਿੱਚ ਵਾਧੂ ਇਲਾਜ ਵੀ ਘੱਟ ਲਿਆ [1]।

ਇਸ ਨੂੰ ਦੇਖਦੇ ਹੋਏ, ਸਮਝਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਯੋਜਨਾ ਟੈਂਡਨ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਅਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਣ ਵਾਲਾ ਟੈਂਡਨ ਕਸਰਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੈ, ਇਹ ਮੰਨਦੇ ਹੋਏ ਕਿ ਸਮਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਾਪਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਉਸ ਛੋਟੀ ਘੱਟ-ਗਿਣਤੀ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਸੱਚਮੁੱਚ ਅਤੇ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਅਜ਼ਮਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਅਪਾਹਜ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਹੱਦ ਉੱਚੀ ਰੱਖਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਿਲਕੁਲ ਉੱਪਰ ਦੱਸਿਆ ਕੁਦਰਤੀ ਰਸਤਾ ਹੈ: ਜਲਦੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਸਥਿਤੀ ਨਾਲ ਮੁਕਾਬਲਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਜੋ ਦਸ ਵਿੱਚੋਂ ਨੌਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਣੀ ਸੀ।

ਪ੍ਰਯੋਗਸ਼ਾਲਾ ਵਿੱਚ ਉਗਾਏ ਟੈਂਡਨ ਸੈੱਲਾਂ ਦਾ ਟੀਕਾ

ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਟੋਲੋਗਸ ਟੈਨੋਸਾਈਟ ਇੰਪਲਾਂਟੇਸ਼ਨ (autologous tenocyte implantation, ATI, ਆਸਟ੍ਰੇਲੀਆ ਵਿੱਚ OrthoATI ਨਾਂ ਹੇਠ ਵਿਕਦਾ) ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪੜ੍ਹੋ, ਜੋ ਪ੍ਰਯੋਗਸ਼ਾਲਾ ਵਿੱਚ ਉਗਾਏ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਟੈਂਡਨ ਸੈੱਲਾਂ ਦਾ ਟੀਕਾ ਹੈ। ਇਹ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ, ਜੀਵ-ਵਿਗਿਆਨਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤਰਕਸੰਗਤ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਦੀ ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਨਤੀਜੇ ਚਾਰ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਟਿਕੇ ਰਹੇ ਹਨ। ਪਰ ਪੂਰੇ ਵਿਸ਼ਵ ਦੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸਾਹਿਤ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੇ ਸਮਰਥਨ ਵਿੱਚ ਸਿਰਫ਼ ਪੰਜ ਅਧਿਐਨ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੇ 50 ਮਰੀਜ਼ ਸਨ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵਿੱਚ ਵੀ ਤੁਲਨਾ ਲਈ ਕੋਈ ਸਮੂਹ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਇਸ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਕੁਦਰਤੀ ਰਸਤੇ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਰੱਖੋ, ਤਾਂ ਸਾਵਧਾਨੀ ਦਾ ਕਾਰਨ ਸਪਸ਼ਟ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੀ ਪਤਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਨਹੀਂ, ਇਸ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ, ਹਵਾਲਿਆਂ ਸਮੇਤ, [ਆਟੋਲੋਗਸ ਟੈਨੋਸਾਈਟ ਇੰਪਲਾਂਟੇਸ਼ਨ](#) ਵਾਲੇ ਪੰਨੇ ਉੱਤੇ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. BMJ. 2006;333(7575):939. <https://doi.org/10.1136/bmj.38961.584653.ae>