

ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਦਾ ਗਠੀਆ (Basal Thumb Arthritis)

ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਦਾ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ), ਯਾਨੀ ਕਾਰਪੋਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਜੋੜ (carpometacarpal joint) ਦਾ।

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

ਦਰਦ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਵਿੱਚ, ਗੁੱਟ ਦੇ ਨੇੜੇ ਮਾਸ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਉੱਪਰ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਵੱਲ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਅਤੇ ਫੜਨ ਨਾਲ ਹੀ ਦਰਦ ਛਿੜਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਹਰਕਤਾਂ ਘਿਸੇ ਹੋਏ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਸਿੱਧਾ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਚਾਬੀ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਮਰਤਬਾਨ ਖੋਲ੍ਹਣਾ, ਪੈਨ ਫੜਨਾ ਜਾਂ ਕੇਤਲੀ ਚੁੱਕਣਾ, ਇਹ ਸਭ ਉਸੇ ਥਾਂ ਨੂੰ ਦਬਾਉਂਦੇ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੀ ਚੁੰਢੀ ਦੀ ਤਾਕਤ ਅਕਸਰ ਤੁਹਾਡੀ ਪੂਰੀ ਪਕੜ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਸੀਂ ਸੌਂਦੇ ਦੇ ਥੈਲੇ ਤਾਂ ਚੁੱਕ ਲਓ, ਪਰ ਛੋਟੇ, ਬਾਰੀਕ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ, ਜਿਵੇਂ ਸੂਈ ਵਿੱਚ ਧਾਗਾ ਪਾਉਣਾ ਜਾਂ ਜ਼ਿੱਪ ਚੜ੍ਹਾਉਣਾ, ਮੁਸ਼ਕਲ ਆਵੇ। ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਅਤੇ ਦਰਦ ਹਮੇਸ਼ਾ ਐਕਸ-ਰੇ ਵਿੱਚ ਦਿਖਦੀ ਚੀਜ਼ ਨਾਲ ਮੇਲ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦੇ, ਇਸ ਲਈ ਜੋੜ ਦੇ ਥੋੜ੍ਹੇ ਨੁਕਸਾਨ ਵਾਲੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਤਕਲੀਫ਼ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਘਿਸੇ ਹੋਏ ਜੋੜਾਂ ਵਾਲੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਥੋੜ੍ਹੀ।

ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਲਗਾਤਾਰ ਅੰਗੂਠਾ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਭੜਕ ਉੱਠਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਸਵੇਰੇ ਜਾਗਣ ਵੇਲੇ ਹੀ ਮੌਜੂਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਅਗਲੀ ਵਾਰ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਜਾਂ ਫੜਨ 'ਤੇ ਦੁਖਣ ਅਕਸਰ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਗਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ, ਪੱਕੀ ਚੁੰਢੀ ਮੰਗਣ ਵਾਲੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ ਸਭ ਤੋਂ ਔਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਫ਼ੋਨ ਫੜਨਾ, ਲਿਖਣਾ, ਕੈਂਚੀ ਵਰਤਣਾ ਜਾਂ ਟੂਟੀ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਇਹ ਸਭ ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਾਂ ਦਰਦ ਭਰੇ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਵਿੱਚ, ਅੰਦਰ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ, ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਜੋੜ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਗੁੱਟ ਦੀ ਇੱਕ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਾਠੀ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ: ਇੱਕ ਪਾਸਿਓਂ ਗੋਲ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਪਾਸਿਓਂ ਕਟੋਰੀ ਵਰਗਾ, ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਝੁਲ ਸਕੇ, ਘੁੰਮ ਸਕੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਦੇ

ਪੇਟਿਆਂ ਨਾਲ ਲੱਗ ਕੇ ਦਬਾਅ ਪਾ ਸਕੇ। ਇਹੀ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਹਿਲਜੁਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ, ਫੜਨ ਅਤੇ ਮਰੋੜਨ ਦੇ ਯੋਗ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਦਾ ਇਹ ਵੀ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਹਰ ਵਾਰ ਹੱਥ ਵਰਤਣ 'ਤੇ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਬਹੁਤ ਜ਼ੋਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਉਸ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰਲੀ ਚਿਕਨੀ, ਤਿਲਕਵੀਂ ਸਤ੍ਹਾ ਘਿਸ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਹੱਡੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਰਗੜ ਖਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਸੁੱਜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਝਿੱਲੀ ਦੁਖਣ ਲੱਗਦੀ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਮੁੱਢ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਦੁਖਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਮਾਸ ਵਾਲੀ ਗੱਦੀ ਵਿੱਚ ਕੜੱਲ ਪੈਂਦੇ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਕਿਉਂਕਿ ਘਿਸਿਆ ਹੋਇਆ ਜੋੜ ਹੁਣ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕਾ ਕੇ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦਾ, ਹੱਡੀ ਸੇਧ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਖਿਸਕ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉੱਥੇ ਇੱਕ ਦਿਸਣ ਵਾਲਾ ਉਭਾਰ ਬਣਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਗੁੱਟ ਨਾਲ ਮਿਲਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਘਿਸਾਈ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਮਾਹਵਾਰੀ ਬੰਦ ਹੋਣ (menopause) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਦੋਵਾਂ ਅੰਗੂਠਿਆਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਇਹ ਵਧਦੀ ਹੈ, ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਤੋਂ ਉੱਪਰਲਾ ਜੋੜ, ਜਿੱਥੇ ਅੰਗੂਠਾ ਮੁੜਦਾ ਹੈ, ਵੀ ਢਿੱਲਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਢਿੱਲੇਪਣ ਕਾਰਨ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਵੇਲੇ ਅੰਗੂਠਾ ਢਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਮੁੜ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਹੋਰ ਵਧਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਦਰਦ, ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਅਤੇ ਬੇਢੰਗਾਪਣ ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਉਹ ਸਭ ਇਸੇ ਘਿਸਾਈ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਹਨ। ਚੁੰਢੀ ਭਰਨਾ ਅਤੇ ਫੜਨਾ ਘਿਸੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਨੂੰ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਦਬਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਇਹੀ ਹਰਕਤਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦੁਖਦੀਆਂ ਹਨ।

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, ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿਕਲਪਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਹੋਣ। 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 Medicare ਰਿਬੇਟ (ਸਰਕਾਰੀ ਵਾਪਸੀ ਰਕਮ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਲਾਕਾਤ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਜੇ ਬੀਮਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਲਈ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਕੈਨ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਉਹ ਦੇਖਭਾਲ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਖੁਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਦਾ ਢੰਗ ਬਦਲਣਾ, ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਘਟਾਉਣਾ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਸਪਲਿੰਟ ਪਾਉਣਾ, ਇਹ ਸਭ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਹੱਡ ਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜੋ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦਿੰਦੀਆਂ ਅਤੇ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਘਿਸੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਤੋਂ ਭਾਰ ਘਟਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਉਪਾਅ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇ ਖੁਦ ਕੀਤੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories) ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਦੇ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਕੋਰਟੀਸੋਨ (cortisone, ਸਟੀਰੋਇਡ ਦਵਾਈ) ਦਾ ਟੀਕਾ ਦਰਦ ਦੇ ਭੜਕਣ ਨੂੰ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਰਾਹਤ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟਿਕੀ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੀ। ਇਹ ਟੀਕਾ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਵੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦਾ ਅਸਲ ਸਰੋਤ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਮੁੱਢ ਹੀ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਦਾ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (joint replacement) ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦੇਣ ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਹਿੱਲਦਾ ਰੱਖਣ ਲਈ ਘਿਸੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਨੂੰ ਬਦਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਸਰਜਨ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੈਕਟੋਮੀ (trapeziectomy) ਨਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਗੁੱਟ ਦੀ ਛੋਟੀ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕੱਢ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਹਰ ਵਿਕਲਪ ਦਾ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਲਈ ਕੀ ਮਤਲਬ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਿਲ ਕੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੀ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਦਾ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕਦਮ ਆਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦਾ ਹੈ। ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਆਉਂਦਾ-ਜਾਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ: ਅੰਗੂਠਾ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਭੜਕਦਾ ਹੈ, ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਅਗਲੀ ਵਾਰ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਜਾਂ ਫੜਨ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇਸ ਨੂੰ ਉਵੇਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਅਤੇ ਬੇਢੰਗਾਪਣ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਧਦੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਘਿਸੇ ਹੋਏ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਹਰ ਰੋਜ਼ ਉਹੀ ਭਾਰ ਪੈਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਜੋ ਇਸ ਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੰਭਾਲਦੇ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਅਸਲ ਰਾਹਤ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਘਟਾਉਣਾ, ਸਪਲਿੰਟ ਪਾਉਣਾ ਅਤੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ, ਇਹ ਸਭ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚ। ਟੀਕਾ ਦਰਦ ਦੇ ਭੜਕਣ ਨੂੰ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਰਾਹਤ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟਿਕੀ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੀ। ਜੇ ਇਹ ਕਦਮ ਕਾਫ਼ੀ ਨਾ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਦਰਦ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਹਿੱਲਦਾ ਰੱਖਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ: ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਤੋਂ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣੀ ਪਵੇਗੀ, ਅਤੇ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਹੱਥਾਂ ਦੀ ਭਾਰੀ ਵਰਤੋਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਹੋਰ ਲੰਬੀ ਛੁੱਟੀ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਸਭ ਕੁਝ ਠੀਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤੇ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ, Extend Rehabilitation ਵਿਖੇ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਨਾਲ, ਇਹ ਸੇਧ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਮੁੜ ਕੰਮ 'ਤੇ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਕਦੋਂ ਅਤੇ ਕਿੰਨਾ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਵਾਅਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਬਹੁਤ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਬਿਹਤਰ ਵਰਤ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਕੁਝ ਲੱਛਣ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਿਹੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਤਾਂ ਇਸ ਲਈ ਕਿ ਜੋੜ ਦੁਬਾਰਾ ਘਿਸ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸ ਲਈ ਕਿ ਇੰਪਲਾਂਟ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਅਜਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਦੂਜਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਫਿਰ ਵੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ: ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਦੂਜਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਅੰਗੂਠਾ ਪਹਿਲੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਨਤੀਜਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਕੀਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜਿੰਨਾ ਚੰਗਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਆਪਣੇ ਅੰਗੂਠੇ ਉੱਤੇ ਭਾਰੀ ਭਾਰ ਨਾ ਪਾਉਣਾ ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਲੰਬਾ ਚੱਲਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰਿਆ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੀਪੀ ਦੇ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਦਾ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਗਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨਾ ਅਤੇ ਫੜਨਾ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋ ਗਏ ਹਨ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਉੱਤੇ ਭਰੋਸਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ, ਜਾਂ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਸਪਲਿੰਟ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਚਾਬੀਆਂ ਘੁਮਾਉਣਾ ਅਤੇ ਮਰਤਬਾਨ ਖੋਲ੍ਹਣਾ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੋਰ ਜਲਦੀ ਪੁੱਛੋ।

ਕੁਝ ਚੇਤਾਵਨੀ ਦੇ ਸੰਕੇਤਾਂ ਲਈ ਉਸੇ ਦਿਨ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰਿਆ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਇਹ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਤੁਰੰਤ ਇਲਾਜ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਜੀਪੀ ਦੇ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਜਾਂ ਹੱਥ ਫਿੱਕੇ, ਠੰਢੇ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੇ ਪੈ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਚਾਨਕ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਛੂਹ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਵੀ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਜਿਵੇਂ ਦਫ਼ਤਰੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖੀਰ 'ਤੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਦਾ ਗਠੀਆ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਉਹ ਹਾਲਤ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਸਬੂਤਾਂ ਦੁਆਰਾ ਸਮਰਥਿਤ ਇਲਾਜ ਵਿਚਕਾਰ ਫ਼ਾਸਲਾ ਸਭ ਤੋਂ ਚੌੜਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਦਹਾਕਿਆਂ ਦੀਆਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਵਿਕਲਪ ਕਦੇ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰੇ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਏ।

ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸਬੂਤ ਇਸ ਦੀ ਸ਼ੋਹਰਤ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਹਨ

ਸਪਲਿੰਟਾਂ ਅਤੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਇਹ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਉਡੀਕ ਦੌਰਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਚੀਜ਼ ਹੋਵੇ। **1,962** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਸਿਸਟਮੈਟਿਕ ਰਿਵਿਊ ਅਤੇ ਨੈੱਟਵਰਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (systematic review and network meta-analysis) ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵੱਧ ਪੱਕੀ ਜ਼ਮੀਨ ਉੱਤੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ: **ਕਈ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਾਲੇ ਮਿਲੇ-ਜੁਲੇ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਹੱਥ ਦੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ** ਨੇ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਦਰਦ ਘਟਾਇਆ ਅਤੇ ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਵਧਾਈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਇੱਕ **ਸਖ਼ਤ CMC-MCP ਸਪਲਿੰਟ**, ਜੋ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਉਸ ਤੋਂ ਉੱਪਰਲੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਵੀ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਨੇ ਦਰਮਿਆਨੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਬਿਹਤਰ ਕੀਤੇ [1]।

ਦੋ ਵੇਰਵੇ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਸਪਲਿੰਟ ਕਾਰਗਰ ਰਿਹਾ ਉਹ ਦੋਵਾਂ ਜੋੜਾਂ ਨੂੰ ਢਕਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਉਹ ਨਰਮ ਨਿਓਪ੍ਰੀਨ (ਰਬੜ ਵਰਗੇ ਕੱਪੜੇ) ਦੀ ਆਸਤੀਨ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੋ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਤੇ ਕਸਰਤ ਨੇ ਸਿਰਫ਼ ਆਰਾਮ ਹੀ ਨਹੀਂ, ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕੀਤਾ; ਇਹ ਅਜਿਹਾ ਜੋੜ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਖ਼ਰਾਬੀ ਮਸ਼ੀਨੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਦਬਾ ਕੇ ਟਿਕਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨਾ ਉਸ ਮਸ਼ੀਨੀ ਕਾਰਨ ਦਾ ਹੀ ਇਲਾਜ ਹੈ।

ਟੀਕਾ ਮਹੀਨੇ ਨਹੀਂ, ਹਫ਼ਤੇ ਦਿੰਦਾ ਹੈ

ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ (ਸਟੀਰੋਇਡ) ਦਾ ਟੀਕਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਗਲਾ ਕਦਮ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। **673** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇਕੱਠੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲਾਏ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕੇ ਨੇ **ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਸੁਧਾਰ** ਕੀਤਾ ਪਰ ਬਾਅਦ ਦੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ **ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ** ਪਾਇਆ [2]।

ਇਹ ਗੱਲ ਸਾਫ਼-ਸਾਫ਼ ਸੁਣਨ ਯੋਗ ਹੈ। ਇੱਥੇ ਟੀਕਾ ਇੱਕ ਮਿੱਥੇ ਸਮੇਂ ਨੂੰ ਲੰਘਾਉਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਹੈ — ਕੋਈ ਸਫ਼ਰ, ਕੋਈ ਡੈਂਡਲਾਈਨ, ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਰੁੜ੍ਹੇ ਵਾਲਾ ਸਮਾਂ, ਜਾਂ ਇਹ ਪੱਕਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਦਰਦ ਇਸੇ ਜੋੜ ਤੋਂ ਆ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਜਿਹਾ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਜੋ ਹਾਲਤ ਦੀ ਦਿਸ਼ਾ ਬਦਲ ਦੇਵੇ, ਅਤੇ ਟਿਕਾਉ ਨਤੀਜੇ ਦੀ ਭਾਲ ਵਿੱਚ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਟੀਕੇ ਲਗਵਾਉਣਾ ਉਸ ਚੀਜ਼ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਭੱਜਣਾ ਹੈ ਜੋ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਉਂਦੇ।

ਕੋਈ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜੇੜ੍ਹਾ ਨਹੀਂ ਰਿਹਾ

ਜਦੋਂ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਗੱਲ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਈ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਵਿਕਲਪ ਹਨ, ਅਤੇ ਹੈਰਾਨੀ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਕਿੰਨੇ ਮਿਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਹਨ।

ਆਰਥਰੋਡੈਸਿਸ (arthrodesis), ਯਾਨੀ ਜੋੜ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਇੱਕ ਹੱਡੀ ਬਣਾ ਦੇਣਾ, ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਚੰਗੇ ਨਤੀਜੇ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਤੇ ਅਪੰਗਤਾ ਦੇ ਅੰਕ ਘੱਟ ਤੋਂ ਦਰਮਿਆਨੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਇਸ ਦੀ ਕੀਮਤ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਨਾ ਜੁੜਨ (nonunion) ਦੀ ਇੱਕ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਦਰ ਹੈ [3]। ਇਹ ਟਿਕਾਉਪਣ ਲਈ ਹਿਲਜੁਲ ਦਾ ਸੌਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਭਾਰੀ ਹੱਥੀ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹੱਥ ਲਈ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ ਅਤੇ ਪਿਆਨੇ ਵਜਾਉਣ ਵਾਲੇ ਲਈ ਬਿਲਕੁਲ ਢੁਕਵਾਂ ਨਹੀਂ।

ਡੂਅਲ-ਮੋਬਿਲਿਟੀ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਓਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ (dual-mobility trapeziometacarpal arthroplasty), ਯਾਨੀ ਜੋੜ ਨੂੰ ਬਦਲਣਾ, ਨੇ **1,421** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਤਾਕਤ, ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ, ਦਰਦ, ਕੰਮਕਾਜ ਅਤੇ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਦਿਖਾਇਆ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ **13%** ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਉਤਰ ਜਾਣ (dislocation) ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ **0.6%** ਸੀ [4]। ਇਹ ਅੰਕੜੇ ਠੀਕ-ਠਾਕ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਕਾਰਨ ਵੀ ਹਨ ਕਿ ਇੰਪਲਾਂਟ ਆਮ ਚੋਣ ਦੀ ਥਾਂ ਸੋਚ-ਸਮਝ ਕੇ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਚੋਣ ਬਣੇ ਹੋਏ ਹਨ: 13% ਥੋੜ੍ਹਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਖੇਜ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਜਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਉਹ ਇਸ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹੈ ਕਿ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਕਿੰਨਾ ਲੰਬਾ ਚੱਲਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ।

ਇਮਾਨਦਾਰ ਸਾਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਚੋਣ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਕੀ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਨਾਕਾਮੀ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਲੈਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰੋਗੇ, ਇੱਕ ਜੋੜ ਜੋ ਮੁੜਦਾ ਨਹੀਂ, ਜਾਂ ਇੱਕ ਇੰਪਲਾਂਟ ਜਿਸ ਉੱਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਅੰਗੂਠਾ ਅਕਸਰ ਖਰਾਬ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਪਹਿਲਾ ਜੋੜ ਕਿਉਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ

ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਓਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਜੋੜ ਇੱਕ ਕਾਠੀ ਵਰਗਾ ਜੋੜ ਹੈ ਜੋ ਹਿਲਜ਼ਲ ਅਤੇ ਭਾਰ ਦੇ ਇੱਕ ਅਨੋਖੇ ਮੇਲ ਲਈ ਬਣਿਆ ਹੈ। ਲੀਵਰ ਦੀ ਬਾਂਹ ਕਾਰਨ, ਹਰ ਚੁੰਢੀ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਉੱਤੇ ਉਂਗਲ ਦੇ ਪੋਟੇ ਵਾਲੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲੋਂ ਕਈ ਗੁਣਾ ਵੱਧ ਜ਼ੋਰ ਪੈਂਦਾ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਉਂਗਲਾਂ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਆ ਸਕਣ ਦੀ ਕੀਮਤ ਹੈ: ਜਿਹੜਾ ਜੋੜ ਮਨੁੱਖੀ ਹੱਥ ਨੂੰ ਕੰਮ ਦਾ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਉੱਤੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਛੋਟੇ ਜੋੜ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ, ਅਤੇ ਵੱਧ ਵਾਰ, ਭਾਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਘਿਸਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਸ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨਾ ਕੋਈ ਦਿਖਾਵੇ ਦਾ ਕਦਮ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Thakker A, Ramchandani JP, Divall P, Sutton A, Johnson N, Dias J. What are the most clinically effective nonoperative interventions for thumb carpometacarpal osteoarthritis? A systematic review and network meta-analysis. Clin Orthop Relat Res. 2024;483(4):719-36. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000003300>
- [2] Krez AN, Wu KA, Klifto KM, Pidgeon TS, Klifto CS, Ruch DS. Efficacy of intra-articular corticosteroid injection for nonsurgical management of thumb carpometacarpal osteoarthritis: a systematic review. J Hand Surg Am. 2024;49(6):511-25. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.02.001>
- [3] Dharamsi MS, Caudle K, Fares A, Dunn J. Arthrodesis for carpometacarpal joint arthritis: a systematic review. Hand (N Y). 2022;18(8):1284-90. <https://doi.org/10.1177/15589447221105541>
- [4] Maling L, Rooney A. Outcomes of dual-mobility trapeziometacarpal arthroplasties: a systematic review. J Hand Surg Eur Vol. 2024;50(5):587-95. <https://doi.org/10.1177/17531934241292249>