

ਜਰਸੀ ਫਿੰਗਰ (ਫਲੈਕਸਰ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਉੱਖੜ ਜਾਣਾ)

ਜਰਸੀ ਫਿੰਗਰ: ਡੂੰਘਾ ਫਲੈਕਸਰ ਟੈਂਡਨ ਪੋਟੇ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਉਂਗਲ ਦਾ ਬਿਲਕੁਲ ਸਿਰਾ ਹੁਣ ਮੁੜ ਨਹੀਂ ਸਕਦਾ।

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

ਜਰਸੀ ਫਿੰਗਰ (jersey finger) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਅਜਿਹੇ ਪਲ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਯਾਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਖੇਡ ਦੌਰਾਨ ਕੁਝ ਕੱਸ ਕੇ ਫੜਦੇ ਸਮੇਂ। ਇੱਕ ਕਲਾਸਿਕ ਮਿਸਾਲ ਹੈ ਰਗਬੀ ਜਾਂ ਫੁੱਟਬਾਲ ਵਿੱਚ ਵਿਰੋਧੀ ਖਿਡਾਰੀ ਦੀ ਜਰਸੀ ਨੂੰ ਮੁੱਠੀ ਵਿੱਚ ਫੜ ਲੈਣਾ ਜਦੋਂ ਉਹ ਦੂਰ ਖਿੱਚ ਕੇ ਭੱਜਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਤੋਂ ਇਸ ਦਾ ਨਾਮ ਪਿਆ ਹੈ। ਪੋਟੇ 'ਤੇ ਅਚਾਨਕ ਤਿੱਖਾ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਉਂਗਲ ਸੁੱਜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ 'ਤੇ ਨੀਲ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਪਛਾਣ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਂਗਲ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਮੋੜ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਮੁੱਠੀ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਪੋਟੇ ਦਾ ਜੋੜ (ਨਹੁੰ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜੇ ਵਾਲਾ ਛੋਟਾ ਜੋੜ, ਜਿਸ ਨੂੰ DIP ਜੋੜ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ) ਤੁਹਾਡੀ ਹਥੇਲੀ ਵੱਲ ਨਹੀਂ ਮੁੜਦਾ, ਭਾਵੇਂ ਉਂਗਲ ਦਾ ਬਾਕੀ ਹਿੱਸਾ ਹਿੱਲਦਾ ਹੈ। ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਹੇਠਾਂ ਜਾਂ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਵੀ ਇੱਕ ਦੁਖਦੀ ਗੰਢ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਉਹ ਗੰਢ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੋਟੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਦਾ ਸਿਰਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਟੁੱਟ ਕੇ ਛੱਡੇ ਹੋਏ ਰਬੜ ਬੈਂਡ ਵਾਂਗ ਪਿੱਛੇ ਉੱਛਲ ਗਿਆ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਫਲੈਕਸਰ ਡਿਜ਼ਿਟੋਰਮ ਪ੍ਰੋਫੰਡਸ (flexor digitorum profundus, FDP) ਨਾਮ ਦਾ ਇੱਕ ਮਜ਼ਬੂਤ ਟੈਂਡਨ ਹਰ ਉਂਗਲ ਦੇ ਹਥੇਲੀ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਚੱਲਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਪੋਟੇ ਦੀ ਛੋਟੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਕੰਮ ਉਸ ਆਖਰੀ ਜੋੜ ਨੂੰ ਮੋੜਨਾ ਹੈ। ਜਰਸੀ ਫਿੰਗਰ ਵਿੱਚ, ਠੀਕ ਉਸੇ ਪਲ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਇਸ ਨੂੰ ਮੋੜਨ ਲਈ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਖਿੱਚ ਰਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਪੋਟੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਜੁੜਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਪਾਟ ਕੇ ਵੱਖ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕਈ ਵਾਰ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਟੁਕੜਾ ਵੀ ਖਿੱਚ ਲੈਂਦਾ ਹੈ।

ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਢਿੱਲਾ ਸਿਰਾ ਕਿੰਨੀ ਦੂਰ ਪਿੱਛੇ ਉੱਛਲਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਬਹੁਤ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਰਜਨ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੱਟਾਂ ਨੂੰ ਇਸੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਵੰਡਦੇ ਹਨ (ਲੈਡੀ-ਪੈਕਰ ਵਰਗੀਕਰਨ, Leddy-Packer classification)। ਜਦੋਂ ਟੈਂਡਨ ਥੋੜ੍ਹੀ ਹੀ ਦੂਰ ਪਿੱਛੇ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਹੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਦੀ ਕੁਝ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਬਣੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਥੋੜ੍ਹਾ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਿੱਛੇ ਹਥੇਲੀ ਤੱਕ ਉੱਛਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਦੀ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਸ ਨਾਲੀ ਵਿੱਚੋਂ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ (ਪੁਲੀ ਸਿਸਟਮ, pulley system) ਉਸ ਵਿੱਚ

ਦਾਗ਼ ਵਾਲਾ ਟਿਸ਼ੂ (scar tissue) ਬਣਨ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਬੰਦ ਹੋਣ ਲੱਗਦੀ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਿੱਛੇ ਖਿਸਕੀ ਜਰਸੀ ਫਿੰਗਰ ਵਿੱਚ **ਸਮਾਂ ਬਹੁਤ ਅਹਿਮ ਹੈ**: ਇਸ ਨੂੰ ਜਿੰਨਾ ਲੰਮਾ ਛੱਡਿਆ ਜਾਵੇ, ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲਿਆ ਕੇ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਨਾ ਓਨਾ ਹੀ ਔਖਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਿਸ ਸੱਟ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਅਜੇ ਵੀ ਜੁੜਿਆ ਹੋਵੇ, ਉਹ ਅਕਸਰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਟਿਕੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਉਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਥੋੜ੍ਹਾ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ, ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਇਲਾਜ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਿਛੋਕੜ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਦੇ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਮੁਲਾਂਕਣ ਰਾਹੀਂ ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਕੇ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਕਿਉਂਕਿ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਅਜ਼ਮਾਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਤੁਰੰਤ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਜਰਸੀ ਫਿੰਗਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਲਗਭਗ ਹਮੇਸ਼ਾ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਨ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਟੈਂਡਨ ਨਾਲ ਕੀ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਇਸ ਅਨੁਸਾਰ ਇਹ ਕਰਨ ਦੇ ਦੋ-ਕੁ ਤਰੀਕੇ ਹਨ:

- ਜੇ ਟੈਂਡਨ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਸਾਫ਼ ਉੱਖੜ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਲਗਾਏ ਗਏ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਐਂਕਰ (ਸਿਊਚਰ ਐਂਕਰ, suture anchor: ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਲਗਾਇਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਛੋਟਾ ਕਿੱਲ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਟਾਂਕੇ ਬੰਨ੍ਹ ਕੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਪੋਟੇ ਦੇ ਆਰ-ਪਾਰ ਲੰਘਾਏ ਗਏ ਅਤੇ ਇੱਕ ਬਟਨ ਉੱਤੇ ਬੰਨ੍ਹੇ ਗਏ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ (ਇੱਕ “ਪੁੱਲ-ਆਊਟ” ਮੁਰੰਮਤ, pull-out repair)।
- ਜੇ ਟੈਂਡਨ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਲੈ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰੱਖ ਕੇ ਟਿਕਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਬਹੁਤ ਛੋਟੇ ਸਕਰੂ, ਤਾਰ ਜਾਂ ਛੋਟੀ ਪਲੇਟ ਨਾਲ।

ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਕਾਰਕ ਸਮਾਂ ਹੈ। ਜਿਹੜਾ ਟੈਂਡਨ ਹਥੇਲੀ ਤੱਕ ਪਿੱਛੇ ਖਿਸਕ ਗਿਆ ਹੈ, ਉਸ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ **ਲਗਭਗ 7 ਤੋਂ 10 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ** ਕਰਨੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਇਸ ਦੀ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲੰਬਾਈ ਅਤੇ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ। ਹੱਡੀ ਦੇ ਟੁਕੜੇ ਨਾਲ ਟਿਕੀ ਸੱਟ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਥੋੜ੍ਹਾ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਜਲਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਨਾਲ ਸੱਚਮੁੱਚ ਇਹ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਕੁਝ ਸੰਭਵ ਹੈ।

ਜੇ ਸੱਟ ਨਜ਼ਰ ਤੋਂ ਰਹਿ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਜਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਹੀ ਪਤਾ ਲੱਗੇ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਧਾਰਨ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਨਾ ਸੰਭਵ ਨਾ ਰਹੇ। ਉਸ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਵਿਕਲਪ ਵੱਡੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ: ਗ੍ਰਾਫਟ (graft, ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਥਾਂ ਲਗਾਇਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਟਿਸ਼ੂ ਦਾ ਟੁਕੜਾ) ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾਉਣਾ, ਜਾਂ, ਜੇ ਸਮੱਸਿਆ ਪੋਟੇ ਦੇ ਜੋੜ ਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਛੋਟੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਪੱਕੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜੋੜ ਦੇਣਾ (fusion) ਤਾਂ ਜੋ ਉਂਗਲ ਸਥਿਰ ਅਤੇ ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ਹੋਵੇ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਾਅਵਾਰ ਬਣਾਇਆ ਹੋਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਬਿਨਾਂ ਵੱਖ ਹੋਏ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਹਿਲਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜਦੋਂ ਜਰਸੀ ਫਿੰਗਰ ਜਲਦੀ ਫੜੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਨਤੀਜਾ ਚੰਗਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪੋਟੇ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤ, ਕੰਮ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਹਿੱਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਪਰ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਜਲਦੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤਾ ਫਲੈਕਸਰ ਟੈਂਡਨ ਪਹਿਲੇ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਨਾਜ਼ੁਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਾਲਾ ਸਪਲਿੰਟ ਪਾਓਗੇ ਅਤੇ ਹੋਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋਗੇ ਜੋ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਹਿੱਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕਾਹਲੀ ਕਰਨਾ ਹੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋਣ ਦਾ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹੈ। ਪੂਰੀ ਪਕੜ ਅਤੇ ਭਾਰੀ ਕੰਮਾਂ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੁਝ ਮਹੀਨੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਖੇਡ ਜਾਂ ਹੱਥੀ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸੀ ਦੇ ਸਮੇਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਅਤੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਨਗੇ।

ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ ਕਿ ਚੰਗੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਪੋਟੇ ਦਾ ਜੋੜ ਦੂਜੇ ਹੱਥ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਕੜਿਆ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਸੱਟਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਦੇਰ ਨਾਲ ਹੋਇਆ, ਜਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਗ੍ਰਾਫਟ ਜਾਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਪੱਕੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜੋੜਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਪੋਟੇ ਦੀ ਹਿੱਲਜੁਲ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੀਮਤ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਜਲਦੀ ਇਲਾਜ ਇੰਨਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- **ਕੁਝ ਫੜਨ ਵੇਲੇ ਲੱਗੀ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਸੀਂ ਉਂਗਲ ਦੇ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਮੋੜ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ।** ਇਹ ਜਰਮੀ ਫਿੰਗਰ ਦੀ ਮੁੱਖ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਬਿਨਾਂ ਦੇਰੀ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ: ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਉਡੀਕ ਨਾ ਕਰੋ ਕਿ ਇਹ ਆਪੇ ਠੀਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜੇ ਉਂਗਲ “ਝਟਕਾ ਖਾਧੀ ਹੋਈ” (jammed) ਜਾਂ ਮੋਚ ਵਾਲੀ ਲੱਗਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਪਾਟ ਕੇ ਵੱਖ ਹੋਇਆ ਟੈਂਡਨ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜੇ ਜਲਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ ਮਿਲਦੇ ਹਨ।
- ਅਜਿਹੀ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਉਂਗਲ ਜਾਂ ਹਥੇਲੀ ਵਿੱਚ ਦੁਖਦੀ ਗੰਢ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਪੋਟਾ ਮੁੜਨਾ ਬੰਦ ਹੋ ਗਿਆ ਹੋਵੇ।
- ਖੇਡ ਜਾਂ ਕੁਝ ਫੜਨ ਵੇਲੇ ਲੱਗੀ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਦਰਦ, ਸੋਜ ਜਾਂ ਨੀਲ ਜੋ ਘਟ ਨਹੀਂ ਰਿਹਾ।
- ਉਂਗਲ ਦੀ ਕੋਈ ਵੀ ਸੱਟ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹਿੱਲਜੁਲ, ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਜਾਂ ਉਂਗਲ ਦੀ ਦਿੱਖ ਗ਼ਲਤ ਲੱਗੇ: ਸ਼ੱਕ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਓ, ਕਿਉਂਕਿ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜੇ ਲਈ ਸਮਾਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਰਮੀ ਫਿੰਗਰ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਹੱਥ ਦੀ ਉਹ ਸੱਟ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਸਭ ਤੋਂ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਟੈਂਡਨ ਉੱਥੇ ਨਹੀਂ ਟਿਕਦਾ ਜਿੱਥੇ ਉਹ ਪਾਟਿਆ ਸੀ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੀ ਲੈਬਾਰਟਰੀ ਤੁਲਨਾ ਇੱਕ ਪਾਸੇ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜਦਕਿ ਕਲੀਨਿਕਲ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ।

ਇੱਥੇ ਸਮਾਂ ਹੋਰ ਥਾਵਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਾਇਨੇ ਕਿਉਂ ਰੱਖਦਾ ਹੈ

ਫਲੈਕਸਰ ਡਿਜ਼ਿਟੇਰਮ ਪ੍ਰੋਫੰਡਸ ਟੈਂਡਨ ਪੋਟੇ ਨੂੰ ਮੋੜਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਸੱਟ ਵਿੱਚ ਇਹ ਉਂਗਲ ਦੀ ਸਿਰੇ ਵਾਲੀ ਹੱਡੀ (distal phalanx) ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਜੁੜਾਅ ਤੋਂ ਉੱਖੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (avulsion), ਆਮ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਉਦੋਂ ਜਦੋਂ ਕੁਝ ਫੜਦੇ ਸਮੇਂ ਉਂਗਲ ਕੱਪੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਫਸ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਉਹ ਕਲਾਸਿਕ ਤਰੀਕਾ ਜਿਸ ਤੋਂ ਇਸ ਸੱਟ ਦਾ ਨਾਮ ਪਿਆ ਹੈ।

ਇੱਕ ਵਾਰ ਵੱਖ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਟੈਂਡਨ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਿੰਨੀ ਦੂਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਇਸ ਤੋਂ ਤੈਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਆਪਣੀ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਅਤੇ ਪੁਲੀ ਸਿਸਟਮ ਨਾਲ ਟਿਕਿਆ ਹੋਇਆ ਪੋਟੇ ਦੇ ਨੇੜੇ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਹਥੇਲੀ ਤੱਕ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਦੀ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਟੁੱਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਸ਼ੀਥ ਵਿੱਚੋਂ ਇਸ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲੰਘਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ ਉਸ ਵਿੱਚ ਦਾਗ਼ ਵਾਲਾ ਟਿਸ਼ੂ ਬਣਨ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਆਪ ਛੋਟੀ ਹੋਣ ਲੱਗਦੀ ਹੈ।

ਨਤੀਜੇ ਦੀ ਭਵਿੱਖਬਾਣੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਾਰਕ ਬਿਲਕੁਲ ਇਹੀ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ: **ਟੈਂਡਨ ਕਿੰਨੀ ਦੂਰ ਪਿੱਛੇ (ਹਥੇਲੀ ਵੱਲ) ਖਿਸਕਿਆ ਹੈ, ਉੱਖੜਨ ਨੂੰ ਕਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ**, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ [1]। ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਅਜੀਬ ਢੰਗ ਨਾਲ ਚੰਗੀ ਖ਼ਬਰ ਹੈ, ਇਸ ਦਾ ਆਮ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਮਤਲਬ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਟੈਂਡਨ ਪੋਟੇ ਦੇ ਨੇੜੇ ਟਿਕਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ ਅਤੇ ਦੂਰ ਨਹੀਂ ਖਿਸਕਿਆ।

ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਜਰਮੀ ਫਿੰਗਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਇੰਨੀ ਜਲਦੀ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਅਜਿਹੀ ਉਂਗਲ ਲਈ ਹੱਥ ਵੱਧ ਲੱਗ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਖ਼ਾਸ ਦਰਦ ਨਹੀਂ ਅਤੇ ਜੋ ਅਜੇ ਵੀ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਇਹ ਨਜ਼ਰ ਤੋਂ ਰਹਿ ਜਾਣਾ ਸੌਖਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਾਰਨ ਸਰੀਰ ਦੀ ਬਣਤਰ ਵਿੱਚ ਹੈ

ਉਂਗਲ ਲਗਭਗ ਆਮ ਵਰਗੀ ਲੱਗਦੀ ਹੈ। ਸੁਪਰਫੀਸ਼ੀਆਲਿਸ ਟੈਂਡਨ (superficialis, ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਮੋੜਨ ਵਾਲਾ ਟੈਂਡਨ) ਸਹੀ-ਸਲਾਮਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਜੋੜ ਅਜੇ ਵੀ ਮੁੜਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਬੰਦ ਹੁੰਦਾ ਸਰਸਰੀ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਦੇਖਣ ਨਾਲ ਕੁਝ ਸਪਸ਼ਟ ਗ਼ਲਤ ਨਹੀਂ ਦਿਸਦਾ।

ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਟੈਸਟ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਫੜ ਕੇ ਰੱਖੋ ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਪੋਟਾ ਮੋੜਨ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇ ਪ੍ਰੋਫੰਡਸ ਟੈਂਡਨ ਵੱਖ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਹਿੱਲਜੁਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਗ਼ੈਰਹਾਜ਼ਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਪਹਿਲੇ ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਇਸ ਸੱਟ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਮੋਚ ਸਮਝ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਉਹ ਹਫ਼ਤਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਵਿਕਲਪ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਲੈਬਾਰਟਰੀ ਸਿਊਚਰ ਐਂਕਰਾਂ ਦੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਹੈ; ਕਲੀਨਿਕਲ ਤਸਵੀਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੰਤੁਲਿਤ ਹੈ

ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਦੋ ਤਰੀਕੇ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਹਨ: ਹੱਡੀ ਦੇ ਆਰ-ਪਾਰ ਲੰਘਾਇਆ ਅਤੇ ਨਹੁੰ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਬਟਨ ਉੱਤੇ ਬੰਨ੍ਹਿਆ ਟਾਂਕਾ, ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲਗਾਇਆ ਸਿਊਚਰ ਐਂਕਰ।

201 ਨਮੂਨਿਆਂ ਉੱਤੇ ਬਾਇਓਮਕੈਨੀਕਲ (biomechanical) ਅਧਿਐਨਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਕੇ ਦੇਖਣ 'ਤੇ, ਸਿਊਚਰ ਐਂਕਰ ਮੁਰੰਮਤ ਨੇ ਸਿਊਚਰ ਬਟਨ ਪੁੱਲ-ਆਊਟ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ **ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕਠੋਰਤਾ (stiffness) ਅਤੇ ਘੱਟ ਪਾੜਾ ਬਣਨਾ** ਦਿਖਾਇਆ, ਜਦਕਿ **ਟੁੱਟਣ ਵੇਲੇ ਦੇ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਭਾਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਸੀ** [2]।

ਇਸ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ, ਕਲੀਨਿਕਲ ਸਮੀਖਿਆ ਦੱਸਦੀ ਹੈ ਕਿ **ਕਈ ਧਾਗਿਆਂ ਵਾਲੀਆਂ (multi-strand) ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ**, ਕਿ **ਪੁੱਲ-ਆਊਟ ਟਾਂਕਾ-ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਬਟਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਵਿੱਚ ਪਾੜਾ ਦੇਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ**, ਅਤੇ ਕਿ **ਸਿਊਚਰ ਐਂਕਰ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਐਂਕਰ ਦਾ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਲ ਕੇ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋਣਾ ਅਜੇ ਵੀ ਚਿੰਤਾ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੈ** [1]।

ਇਸ ਲਈ ਹਰ ਤਰੀਕੇ ਦੀ ਆਪਣੀ ਖ਼ਾਸ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਹੈ: ਬਟਨ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਖਿੱਚੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਵਿੱਚ ਪਾੜਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਐਂਕਰ ਛੋਟੀ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਲੈਬਾਰਟਰੀ ਵਿੱਚ ਮਾਪਿਆ ਗਿਆ ਕਠੋਰਤਾ ਦਾ ਫ਼ਾਇਦਾ ਅਸਲ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋਣ ਦੇ ਦੋ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਨੂੰ ਹੀ ਹੱਲ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਚੰਗੀ ਮਿਸਾਲ ਹੈ ਕਿ ਬਾਇਓਮਕੈਨੀਕਲ ਉੱਤਮਤਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਬਿਹਤਰ ਕਲੀਨਿਕਲ ਨਤੀਜੇ ਵਿੱਚ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦੀ।

ਜੇ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਕੀ ਗੁਆਚਦਾ ਹੈ

ਬਿਨਾਂ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਪ੍ਰੋਫੰਡਸ ਟੈਂਡਨ ਅਜਿਹਾ ਪੋਟਾ ਛੱਡਦਾ ਹੈ ਜੋ ਆਪਣੇ ਆਪ ਮੁੜ ਨਹੀਂ ਸਕਦਾ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਇਹ ਸਹਿਣਯੋਗ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਸੱਟ ਬਹੁਤ ਦੇਰ ਨਾਲ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਇਸ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨਾ ਇੱਕ ਜਾਇਜ਼ ਚੋਣ ਹੈ, ਉਸ ਪੜਾਅ 'ਤੇ ਵਿਕਲਪ ਪੜਾਅਵਾਰ ਟੈਂਡਨ ਗ੍ਰਾਫਟਿੰਗ ਜਾਂ ਪੋਟੇ ਦੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਪੱਕੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜੋੜਨਾ ਹਨ, ਅਤੇ ਦੋਵੇਂ ਜਲਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਨ ਨਾਲੋਂ ਕਾਫ਼ੀ ਵੱਡੇ ਕੰਮ ਹਨ।

ਕੰਮਕਾਜ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ ਆਮ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਖ਼ਾਸ ਹੈ: ਛੋਟੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਫੜਨਾ, ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਹੈਂਡਲ ਦੁਆਲੇ ਹੱਥ ਬੰਦ ਕਰਨ ਦਾ ਆਖ਼ਰੀ ਹਿੱਸਾ। ਇਹ ਉਸ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਹੈ ਜੋ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਜੋ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਿੰਨਾ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹੱਥ ਕਿਸ ਕੰਮ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Ruchelsman DE, Christoforou D, Wasserman B, Lee SK, Rettig ME. Avulsion injuries of the flexor digitorum profundus tendon. J Am Acad Orthop Surg. 2011;19(3):152-62. <https://doi.org/10.5435/00124635-201103000-00004>

[2] Imbergamo CM, Sequeira SB, Miles MR, Means KR. A meta-analysis of biomechanical studies for suture button pullout versus suture anchor fixation for flexor digitorum profundus reinsertion. Hand (N Y). 2022;19(4):671-8. <https://doi.org/10.1177/15589447221126760>