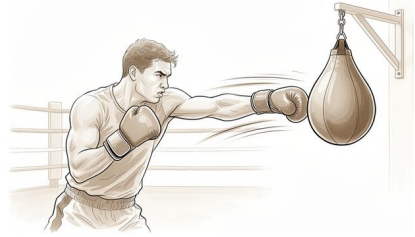


ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਬਾਕਸਰ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਸਮੇਤ)

ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਫ੍ਰੈਕਚਰ — ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਦੀ ਗੰਢ ਦੇ ਆਮ 'ਬਾਕਸਰ ਫ੍ਰੈਕਚਰ' ਸਮੇਤ — ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਮੁੱਕਾ ਮਾਰਨ ਜਾਂ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਸਿੱਧੀ ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

Kieran Hirpara © ① ② 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

ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (metacarpal fracture, ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ) ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀਆਂ ਲੰਮੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ ਹੈ: ਉਹ ਹੱਡੀਆਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਉਂਗਲਾਂ ਨਾਲ ਜੋੜਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਗੰਢਾਂ (knuckles) ਵਜੋਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਮੁੱਕਾ ਮਾਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਦੀ ਗੰਢ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਵਾਲੀ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਏਨਾ ਆਮ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਦਾ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਨਾਂ ਹੈ: **ਬਾਕਸਰ ਫ੍ਰੈਕਚਰ** (boxer's fracture, ਮੁੱਕੇਬਾਜ਼ ਵਾਲਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ)।

ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਸੱਟ ਦਾ ਇੱਕ ਸਾਫ਼ ਪਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਕਿਸੇ ਸਖ਼ਤ ਚੀਜ਼ ਉੱਤੇ ਮੁੱਕਾ ਮਾਰਨਾ, ਹੱਥ ਦੇ ਭਾਰ ਡਿੱਗਣਾ, ਜਾਂ ਹੱਥ ਦਾ ਦਬ ਜਾਣਾ ਜਾਂ ਮਰੋੜਿਆ ਜਾਣਾ। ਉਸ ਤੋਂ ਤੁਰੰਤ ਬਾਅਦ ਹੱਥ ਦੇ ਪੁੱਠੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਨੀਲ ਪੈ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਹੱਥ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਗੰਢ ਚਪਟੀ ਜਾਂ “ਅੰਦਰ ਧਸੀ ਹੋਈ” ਦਿਸ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੁੱਠੀ ਬੰਦ ਕਰਨ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਕੜ ਕਮਜ਼ੋਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕ ਦੇਖਦੇ ਹਨ ਕਿ ਜਦੋਂ ਉਹ ਹੱਥ ਨੂੰ ਮੋੜ ਕੇ ਮੁੱਠੀ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਇੱਕ ਉਂਗਲ ਆਪਣੀ ਗੁਆਂਢੀ ਉਂਗਲ ਦੇ ਉੱਤੋਂ ਲੰਘਦੀ ਜਾਂ ਉਸ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦੀ ਲੱਗਦੀ ਹੈ; ਇਹ ਮਰੋੜ ਅਹਿਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਉਹਨਾਂ ਮੁੱਖ ਚੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਅਸੀਂ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਪੰਜ ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਹੱਡੀਆਂ ਹਨ, ਹਰ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵੱਲ ਇੱਕ-ਇੱਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਫ੍ਰੈਕਚਰ **ਗਰਦਨ** (neck, ਗੰਢ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਪਿੱਛੇ, ਬਾਕਸਰ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੀ ਆਮ ਥਾਂ), **ਡਾਂਡੀ** (shaft, ਹੱਡੀ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ), ਜਾਂ **ਮੁੱਢ** (base, ਗੁੱਟ ਦੇ ਨੇੜੇ) ਉੱਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਟੁੱਟਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਟੁੱਟੇ ਹੋਏ ਸਿਰੇ ਕੋਣ ਬਣਾ ਕੇ ਝੁਕ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਛੋਟੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਮਰੋੜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ ਕੋਣ ਅਕਸਰ ਠੀਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਹੱਥ ਕਾਫ਼ੀ ਕੁਝ ਸਹਿ ਲੈਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਕਾਫ਼ੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਝੁਕਾਅ ਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕੋਈ ਅਸਲ ਸਮੱਸਿਆ ਪੈਦਾ ਕੀਤੇ ਸਹਿ ਲੈਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਗੰਢਾਂ ਕੁਦਰਤੀ ਤੌਰ ਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਿੱਲ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਚੀਜ਼ ਹੱਥ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਸਹਿੰਦਾ, ਉਹ ਹੈ ਮਰੋੜ (ਇਸ ਨੂੰ ਅਸੀਂ ਰੋਟੇਸ਼ਨ, rotation ਕਹਿੰਦੇ ਹਾਂ)। ਟੁੱਟੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ ਮਰੋੜ ਵੀ ਮੁੱਠੀ ਬੰਦ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਉਸ ਦੀਆਂ ਗੁਆਂਢੀ ਉਂਗਲਾਂ ਦੇ ਉੱਤੋਂ ਘੁਮਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਉਂਗਲਾਂ ਸਾਫ਼-ਸੁਥਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਇਕੱਠੀਆਂ ਨਹੀਂ ਬੈਠਦੀਆਂ। ਇਸੇ ਲਈ ਮੁੱਠੀ ਬੰਦ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਕਿਵੇਂ ਦਿਸਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਸਾਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਐਕਸ-ਰੇ ਦੇ ਕੋਣ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦੱਸਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਰਾ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਥਾਂ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਜੋ ਪਹਿਲੀ ਜਾਂਚ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਫਿਰ ਅਸੀਂ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਮੁਤਾਬਕ ਯੋਜਨਾ ਚੁਣਦੇ ਹਾਂ।

ਚੰਗੀ ਖ਼ਬਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ **ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜੁੜ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।**

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ (ਜਿਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਬਾਕਸਰ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ) ਇਲਾਜ ਸਾਦਾ ਹੈ: ਸਹਾਰਾ ਅਤੇ ਜਲਦੀ ਹਿਲਜ਼ੁਲ। ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੀ ਕਿਸਮ ਮੁਤਾਬਕ ਅਸੀਂ ਹਲਕਾ ਸਪਲਿੰਟ, ਪਲੱਸਤਰ (cast), ਜਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਸੱਟ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਨਾਲ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਨਾਲ ਟੇਪ ਨਾਲ ਬੰਨ੍ਹਣਾ (buddy-strapping) ਵਰਤ ਸਕਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਫ਼ੀ ਜਲਦੀ ਹੱਥ ਨੂੰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਹਿਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਲਈ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜਲਦੀ ਹਿਲਾਉਣਾ ਜਾਣ-ਬੁੱਝ ਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਇਹ ਹੱਥ ਨੂੰ ਅਕੜਨ ਤੋਂ ਬਚਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਧਿਐਨ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਆਮ ਬਾਕਸਰ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਲਈ ਜਲਦੀ ਹਿਲਜ਼ੁਲ ਨਾਲ ਸਾਦੀ ਟੇਪ ਬੰਨ੍ਹਣਾ ਭਾਰੀ ਪਲੱਸਤਰ ਜਿੰਨਾ ਹੀ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ [4, 5]।

ਸਰਜਰੀ ਸਿਰਫ਼ ਉਹਨਾਂ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਆਪਣੇ ਹਾਲ ਉੱਤੇ ਛੱਡਣ ਨਾਲ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋਣਗੇ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਦੇ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹਨ **ਮਰੋੜੀ ਹੋਈ (ਘੁੰਮੀ ਹੋਈ) ਉਂਗਲ**, ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕੋਣ ਵਾਲੀ ਜਾਂ ਛੋਟੀ ਹੋਈ ਹੱਡੀ, ਇੱਕੋ ਵੇਲੇ ਕਈ ਮੈਟਾਕਾਰਪਲਾਂ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ, ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੱਕ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ, ਜਾਂ ਟੁੱਟੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਜ਼ਖ਼ਮ। ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਜੋੜਦੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਵਿਕਲਪ ਹਨ ਚਮੜੀ ਰਾਹੀਂ ਪਾਈਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਤਾਰਾਂ (K-wires), ਜਾਂ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਲਗਾਈ ਛੋਟੀ ਪਲੇਟ ਅਤੇ ਸਕਰੂ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਗਦੇ ਹੋਏ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਨੂੰ ਲੋਕਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਨਾਲ ਸੁੰਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਜਾਗਦੇ ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਅਸੀਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਮੇਜ਼ ਉੱਤੇ ਹੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਂਗਲ ਹਿਲਾਉਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪੱਕਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਮਰੋੜ ਠੀਕ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਲਗਭਗ **ਚਾਰ ਤੋਂ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ** ਵਿੱਚ ਜੁੜ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਸ ਤੋਂ ਥੋੜ੍ਹੀ ਦੇਰ ਬਾਅਦ ਹੱਥ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਆਮ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ ਹੱਡੀ ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਿਹੇ ਵਾਧੂ ਝੁਕਾਅ ਨਾਲ ਜੁੜੇ, ਗੰਢ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਥੋੜ੍ਹੀ ਘੱਟ ਉੱਭਰੀ ਦਿਸ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਹੱਥ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਆਮ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਜਰੀ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਨਾ, ਤੁਹਾਡੇ ਨਤੀਜੇ ਦੀ ਰਾਖੀ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਕੰਮ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਦੀ ਹਿਲਜ਼ੁਲ ਹੈ: ਹੌਲੀ, ਜਲਦੀ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਹੌਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਵਿੱਚ। ਜਿਹਨਾਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਉੱਤੇ ਅਸੀਂ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ ਉਹ ਹਨ ਅਕੜਾਅ (ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ), ਬਾਕੀ ਰਹਿ ਗਿਆ ਮਰੋੜ ਜਾਂ ਝੁਕਾਅ (ਗ਼ਲਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਜੁੜਨਾ, malunion), ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਥੋੜ੍ਹੀ ਕਮੀ। ਅਕੜਾਅ ਨੂੰ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਕਰਨ ਨਾਲੋਂ ਜਲਦੀ ਹਿਲਜ਼ੁਲ ਨਾਲ ਰੋਕਣਾ ਕਿਤੇ ਆਸਾਨ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਰ ਨਾਲ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਛੇਤੀ ਹਿਲਜ਼ੁਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਲਈ ਪ੍ਰੇਰਦੇ ਹਾਂ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- ਕੋਈ ਵੀ ਟੇਢਾਪਣ, ਜਾਂ ਅਜਿਹੀ ਉਂਗਲ ਜੋ ਮੁੱਠੀ ਬੰਦ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਗੁਆਂਢੀ ਉਂਗਲਾਂ ਦੇ ਉੱਤੋਂ ਲੰਘਦੀ ਹੈ:** ਇਸ ਮਰੋੜ ਦੀ ਛੇਤੀ ਜਾਂਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਜੋੜਨ ਦਾ ਇੱਕ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹੈ।
- ਗੰਢ ਉੱਤੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਜਾਂ ਚਮੜੀ ਦਾ ਫਟਣਾ,** ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਦੇ ਮੂੰਹ ਉੱਤੇ ਮੁੱਕਾ ਮਾਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ: ਦੰਦ ਨਾਲ ਗੰਭੀਰ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਅੰਦਰ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

- **ਤੇਜ਼ ਦਰਦ, ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੋਜ, ਸੁੰਨਪਨ, ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਜੋ ਫਿੱਕੀਆਂ ਜਾਂ ਗੂੜ੍ਹੀਆਂ ਨੀਲੀਆਂ-ਸਲੇਟੀ (dusky) ਦਿਸਣ:** ਬਿਨਾਂ ਦੇਰੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਓ।
- **ਅਜਿਹਾ ਹੱਥ ਜੋ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣ ਦੀ ਥਾਂ ਹੋਰ ਅਕੜਦਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ:** ਜਲਦੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਹੱਡ ਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਅਸਲ ਫ਼ਰਕ ਪੈਂਦਾ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਫ਼੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਜੇ ਟੇਢਾਪਣ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਚਿੰਤਾ ਵਿੱਚ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਚਪਟੀ ਹੋ ਗਈ ਗੰਢ, ਉਹੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਹੱਥ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸਹਿ ਲੈਂਦਾ ਹੈ।

ਕੋਣ (ANGULATION) ਕਿਉਂ ਸਹਿ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਹਰ ਉਂਗਲ ਲਈ ਵੱਖਰਾ ਕਿਉਂ ਹੈ

ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਦੀ ਗਰਦਨ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦਾ ਫ਼੍ਰੈਕਚਰ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਿਰ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਹਥੇਲੀ ਵੱਲ ਝੁਕਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਗੰਢ ਦਾ ਉਭਾਰ ਘੱਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਗ਼ਲਤ ਦਿਸਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਸੁਧਾਰ ਦੀ ਲੋੜ ਵਾਲਾ ਸਮਝ ਲੈਣਾ ਆਸਾਨ ਹੈ।

ਇਹ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਗੁੱਟ ਵਾਲੇ ਸਿਰੇ ਉੱਤੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੀ ਵਾਧੂ ਹਿਲਜੁਲ ਬਚੀ ਹੈ। ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਉਂਗਲ ਦੇ ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਆਪਣੇ ਮੁੱਢ ਉੱਤੇ ਲਗਭਗ ਜਕੜੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਉੱਥੇ ਕੋਣ ਦੀ ਭਰਪਾਈ ਮਾੜੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਮੁੰਦਰੀ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਦੇ ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਹਿੱਲਣ ਵਾਲੇ ਜੋੜਾਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਕਾਫ਼ੀ ਘੁੰਮਣ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਘਾਟ ਪਾਏ ਬਿਨਾਂ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਕੋਣ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲ ਲੈਂਦੇ ਹਨ।

ਇਸੇ ਲਈ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਦੇ ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਦਾ ਬਾਕਸਰ ਫ਼੍ਰੈਕਚਰ, ਜੋ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਹੈ, ਦੇ ਉਂਗਲਾਂ ਦੂਰ ਉਸੇ ਸੱਟ ਨਾਲੋਂ ਕਿਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕੋਣ ਸਹਿ ਲੈਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਉੱਥੇ ਦੇਖਣ ਵਿੱਚ ਵੱਡੇ ਲੱਗਦੇ ਟੇਢੇਪਣ ਦਾ ਇਲਾਜ ਅਕਸਰ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਮਰੋੜ ਉਹ ਟੇਢਾਪਣ ਹੈ ਜੋ ਸੱਚਮੁੱਚ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ

ਇਸ ਦਾ ਅਪਵਾਦ ਮਰੋੜ (rotation) ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਸਮਝਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਇਸ ਦਾ ਨਜ਼ਰੋਂ ਰਹਿ ਜਾਣਾ ਆਸਾਨ ਹੈ। ਮਰੋੜ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਹੱਥ ਬੰਦ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਗੁਆਂਢੀ ਉਂਗਲ ਦੇ ਉੱਤੇ ਲੰਘਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ — ਕੈਂਚੀ ਵਾਂਗ ਉਂਗਲਾਂ ਦਾ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਉੱਤੇ ਚੜ੍ਹਨਾ (scissoring), ਜੋ ਸੱਚਮੁੱਚ ਪਕੜ ਨੂੰ ਕਮਜ਼ੋਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਆਪ ਅਨੁਕੂਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।

ਮਰੋੜ ਦੀ ਜਾਂਚ ਐਕਸ-ਰੇ ਨੂੰ ਮਾਪ ਕੇ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਮੁੱਠੀ ਬੰਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹਿ ਕੇ ਅਤੇ ਇਹ ਦੇਖ ਕੇ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਨਹੁੰ ਇੱਕ ਸੇਪ ਵਿੱਚ ਹਨ ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਇੱਕੋ ਥਾਂ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜਿਸ ਫ਼੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਕੋਣ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਪਰ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਕੈਂਚੀ ਵਾਂਗ ਉਂਗਲਾਂ ਚੜ੍ਹਦੀਆਂ ਦਿਸਣ, ਉਸ ਨੂੰ ਸੁਧਾਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਉਲਟੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਅਕਸਰ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

ਜਿੱਥੇ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਸਬੂਤ ਸੀਮਿਤ ਹਨ

ਜਿਹਨਾਂ ਫ਼੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਇੰਟਰਾਮੈਡੂਲਰੀ ਸਕਰੂ ਫ਼ਿਕਸੇਸ਼ਨ (intramedullary screw fixation), ਯਾਨੀ ਗੰਢ ਵੱਲੋਂ ਹੱਡੀ ਦੀ ਡੰਡੀ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਕਰੂ ਪਾਉਣਾ, ਮਸ਼ਹੂਰ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਉਂਗਲਾਂ ਸਿੱਧੀਆਂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਟੈਂਡਨਾਂ (extensor tendons) ਹੇਠ ਪਲੇਟ ਲਗਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ। **1,014** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ, ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਫ਼੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਦੀ ਇੰਟਰਾਮੈਡੂਲਰੀ ਸਕਰੂ ਫ਼ਿਕਸੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਮੁਕਾਬਲਤਨ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ [1]।

ਤੁਲਨਾਤਮਕ ਸਬੂਤ ਓਨੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਨਹੀਂ ਜਿੰਨੀ ਇਸ ਦੀ ਮਸ਼ਹੂਰੀ ਤੋਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। **502** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਿਆ ਕਿ ਕੁਝ ਖ਼ਾਸ ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ ਫ਼੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਇੰਟਰਾਮੈਡੂਲਰੀ ਫ਼ਿਕਸੇਸ਼ਨ ਦੀ **ਭੂਮਿਕਾ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ**, ਪਰ ਉਪਲਬਧ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ **ਕੋਈ ਪੱਕੀਆਂ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ਾਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ** [2]।

ਦੇਵੇਂ ਗੱਲਾਂ ਸੱਚ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ: ਇਹ ਤਰੀਕਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਦੂਜਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਇਹ ਦੇਖਦੇ ਹੋਏ ਕਿ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਹਿਮ ਫ਼ੈਸਲਾ ਇਹ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਨਾ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਇੰਪਲਾਂਟ ਵਰਤਣਾ ਹੈ।

ਗਲਤ ਜੁੜੀ ਹੱਡੀ ਠੀਕ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਹਿਸਾਬ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਜਿੱਥੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਮਾੜੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਜੁੜ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਅਸਲ ਸਮੱਸਿਆ ਪੈਦਾ ਕਰੇ, ਉੱਥੇ ਸੁਧਾਰ ਲਈ ਹੱਡੀ ਕੱਟ ਕੇ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ (corrective osteotomy) ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **ਸੁਧਾਰ ਵਾਲੇ ਓਸਟੀਓਟਮੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਲਗਭਗ ਹਮੇਸ਼ਾ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਦੇ ਜੁੜ ਜਾਂਦੇ ਹਨ,** ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਟੇਢੇਪਣ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਜਾਂ ਉਸ ਦਾ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਅਤੇ ਉਂਗਲ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਦਿਸਦਾ ਹੈ — ਹਾਲਾਂਕਿ ਸਮੀਖਿਆ ਦੱਸਦੀ ਹੈ ਕਿ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਸੁਧਾਰ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਕੁਝ ਕਮੀ ਬਾਕੀ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ [3]।

ਹੱਦ ਉੱਤੇ ਖੜ੍ਹੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਦਲੀਲ ਹੈ। ਹੁਣੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਦਾ ਬਦਲ “ਜੇ ਵੀ ਹੋਵੇ ਉਸ ਨੂੰ ਮੰਨ ਲੈਣਾ” ਨਹੀਂ ਹੈ, ਸਗੋਂ “ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨਾ, ਉਹਨਾਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਦੀ ਲੋੜ ਨਿਕਲਦੀ ਹੈ” ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹ ਵੀ ਅਜਿਹੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨਾਲ ਜੋ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਜੁੜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Anene CC, Thomas TL, Matzon JL, Jones CM. Complications following intramedullary screw fixation for metacarpal fractures: a systematic review. J Hand Surg Am. 2024;49(10):1043.e1-1043.e16. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.01.012>
- [2] Corkum JP, Davison PG, Lalonde DH. Systematic review of the best evidence in intramedullary fixation for metacarpal fractures. Hand (N Y). 2013;8(3):253-60. <https://doi.org/10.1007/s11552-013-9531-8>
- [3] Freeland AE, Lindley SG. Malunions of the finger metacarpals and phalanges. Hand Clin. 2006;22(3):341-55. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2006.03.001>
- [4] van Aaken J, Fusetti C, Luchina S, Brunetti S, Beaulieu JY, Gayet-Ageron A, et al. Fifth metacarpal neck fractures treated with soft wrap/buddy taping compared to reduction and casting: results of a prospective, multicenter, randomized trial. Arch Orthop Trauma Surg. 2015;136(1):135-42. <https://doi.org/10.1007/s00402-015-2361-0>
- [5] Poolman RW, Goslings JC, Lee J, Statius Muller M, Steller EP, Struijs PA. Conservative treatment for closed fifth (small finger) metacarpal neck fractures. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(3):CD003210. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003210.pub3>