CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

STT ਜੋੜ ਦਾ ਗਠੀਆ (STT Arthritis)

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

STT ਜੋੜ ਉੱਥੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ (scaphoid) ਹੱਡੀ ਦੋ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨਾਲ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਮ (trapezium) ਅਤੇ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੌਇਡ (trapezoid) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਯਾਨੀ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਪਿੱਛੇ। ਇੱਥੇ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਹੋਣ ਨਾਲ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ ਜਾਂ ਦੁਖਣ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਫੜਨ ਅਤੇ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਨਾਲ ਇਹ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਇਸ ਨੂੰ ਛੇੜ ਸਕਦੇ ਹਨ: ਚਾਬੀ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਮਰਤਬਾਨ ਖੋਲ੍ਹਣਾ, ਲਿਖਣਾ, ਸੌਂਦੇ ਦਾ ਥੈਲਾ ਚੁੱਕਣਾ ਜਾਂ ਚਾਹ ਦਾ ਕੱਪ ਫੜਨਾ।

ਐਕਸ-ਰੇ ਵਿੱਚ ਇਸ ਜੋੜ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਆਮ ਦਿਸਦੀ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ। ਐਕਸ-ਰੇ ਵਿੱਚ ਇਹ ਬਦਲਾਅ ਵਾਲੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਦਰਦ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਐਕਸ-ਰੇ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਵੀ ਮਾੜਾ ਸੂਚਕ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਇਹੀ ਜੋੜ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ: ਇਹ ਘਿਸਾਈ ਨੂੰ ਅਸਲ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਜਾਂ ਵੱਧ ਦਿਖਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਐਕਸ-ਰੇ ਜਾਂ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਸੇਧ ਨਾਲ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਲੋਕਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਅਤੇ ਸਟੀਰੌਇਡ ਦਾ ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦਰਦ ਦਾ ਸਰੋਤ STT ਜੋੜ ਹੈ।

STT ਜੋੜ ਦੇ ਗਠੀਏ ਦੇ ਨਾਲ ਅਕਸਰ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਦਾ ਗਠੀਆ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੋਹਾਂ ਨੂੰ ਵੱਖ ਕਰਕੇ ਪਛਾਣਨਾ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਦੋਵੇਂ ਜੋੜ ਘਿਸੇ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੈਨਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਲ ਗਠੀਆ (pantrapezial arthritis) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਜੋੜ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸੇ ਤੋਂ ਤੈਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਢੁਕਵੇਂ ਹਨ।

STT ਗਠੀਏ ਵਾਲੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਝੁਕ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਇੱਕ ਨਮੂਨਾ ਜਿਸ ਨੂੰ DISI (dorsal intercalated segment instability ਦਾ ਛੋਟਾ ਰੂਪ) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਚੁਣਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਯੋਜਨਾ ਬਦਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਘਿਸਿਆ ਹੋਇਆ ਜੋੜ ਗੁੱਟ ਦੀ ਇੱਕ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਫ਼ਲੈਕਸਰ ਕਾਰਪਾਈ ਰੇਡੀਐਲਿਸ (flexor carpi radialis) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਦੇ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਨਾਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਦੁਖ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਾਟ (rupture) ਸਕਦਾ 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 (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖ਼ਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਉਸੇ ਦਿਨ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਗਠੀਆ ਜੋੜ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਪਰਤ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਹੈ। ਇਸ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ, ਘਿਸਿਆ ਹੋਇਆ ਜੋੜ STT ਜੋੜ ਹੈ: ਉਹ ਥਾਂ ਜਿੱਥੇ ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ, ਯਾਨੀ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਡੂੰਘੀ ਪਈ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਹੱਡੀ, ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਮ ਅਤੇ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੌਇਡ ਨਾਲ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਦੋ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਮੁੱਢ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਬਲਾਕਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਲੜੀ ਸਮਝੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਘੁੰਮਣ, ਫੜਨ ਅਤੇ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਬਲਾਕ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਰਗੜਦੇ ਹਨ, ਉੱਥੇ ਚਿਕਨੀ ਸਤ੍ਹਾ ਘਿਸ ਕੇ ਪਤਲੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਅਜਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦੀ ਨੰਗੀ ਹੱਡੀ ਹਿੱਲਜੁਲ ਦੌਰਾਨ ਰਗੜ ਖਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਰਗੜ ਉਹ ਦੁਖਣ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ।

ਜੋੜ ਨੂੰ ਪੱਟੀਆਂ ਦੇ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਨੇ ਜੋੜ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligament, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਬੰਧਨ) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਇਹ ਪੱਟੀਆਂ ਖਿੱਚੀਆਂ ਜਾਣ ਜਾਂ ਖ਼ਰਾਬ ਹੋ ਜਾਣ, ਤਾਂ ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਆਪਣੀ ਆਮ ਥਾਂ ਤੋਂ ਝੁਕ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਹੱਡੀਆਂ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪੈਣ ਦਾ ਢੰਗ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਘਿਸਾਈ ਹੋਰ ਵਧ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨਾਲ ਅਜਿਹਾ ਨਮੂਨਾ ਬਣਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਝੁਕ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਉਹੀ DISI ਨਮੂਨਾ ਜਿਸ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਲੱਭਦਾ ਹੈ। ਘਿਸਿਆ ਹੋਇਆ ਜੋੜ ਗੁੱਟ ਦੇ ਇੱਕ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਨਾਲ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸੋਜਸ਼ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇੱਥੇ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਅਕਸਰ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁੱਢ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਦੇ ਨਾਲ ਦਿਸਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਦੋਵੇਂ ਘਿਸੇ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੈਨਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਲ ਗਠੀਆ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਦੋਵੇਂ ਜੋੜ ਇੰਨੇ ਨੇੜੇ-ਨੇੜੇ ਹਨ ਕਿ ਇੱਕ ਦਾ ਦਰਦ ਦੂਜੇ ਦੇ ਦਰਦ ਵਰਗਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਸੇਧ ਨਾਲ ਲਗਾਏ ਟੀਕੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕਿਹੜਾ ਜੋੜ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਰਾ, ਜੋ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਂਪਟਨ 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। ਇਲਾਜ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਣ ਵਾਲਾ ਸਪਲਿੰਟ ਦੁਖਣ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਹੱਥਾਂ ਨਾਲ ਬਹੁਤ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋਵੋ। ਕੰਮ ਕਰਨ ਦਾ ਢੰਗ ਬਦਲਣਾ ਵੀ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ: ਫੜਨ ਅਤੇ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਘਟਾਉਣਾ, ਜਾਂ ਮਰਤਬਾਨ ਖੋਲ੍ਹਣ ਅਤੇ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਦੇ ਹੋਰ ਤਰੀਕੇ ਲੱਭਣਾ। ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਹਿੱਲਦਾ ਰੱਖਣਾ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਹਿੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਉਪਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿਓ।

ਸਾਦੀਆਂ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories), ਯਾਨੀ ਸੋਜ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ, ਦਰਦ ਦੀ ਤਿੱਖ ਘਟਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਐਕਸ-ਰੇ ਜਾਂ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਸੇਧ ਨਾਲ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਲਗਾਇਆ ਸਟੀਰੌਇਡ ਟੀਕਾ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ STT ਜੋੜ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦਾ ਸਰੋਤ ਹੈ। ਜੇ ਇਸ ਨਾਲ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਉਸ ਜੋੜ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਰਾਹਤ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇ ਅਸਰ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਟੀਕਾ ਦੁਬਾਰਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਉਪਾਵਾਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਮਿਲਿਆ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਦਰਦ ਅਜੇ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮਾਂ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰਦਾ ਹੋਵੇ। ਕਿਹੜਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ, ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਜੋੜ ਘਿਸੇ ਹੋਏ ਹਨ। ਜੇ ਸਿਰਫ਼ STT ਜੋੜ ਘਿਸਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਦਾ ਘਿਸਿਆ ਹੋਇਆ ਸਿਰਾ ਕੱਢ ਸਕਦੇ ਹਾਂ, ਜਾਂ ਘਿਸੀ ਹੋਈ ਸਤ੍ਹਾ ਦੀ ਥਾਂ ਲੈਣ ਲਈ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਪਾਇਰੋਕਾਰਬਨ (pyrocarbon) ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਸਪੇਸਰ (ਵਿੱਥ ਰੱਖਣ ਵਾਲਾ ਟੁਕੜਾ) ਪਾ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਵਾਲਾ ਜੋੜ ਵੀ ਘਿਸਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਮ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਮ ਦੇ ਨਾਲ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੌਇਡ ਦਾ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਕੱਢਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਚੋਣ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਅਸੀਂ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਜਾਂਚਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਝੁਕ ਗਈਆਂ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਯੋਜਨਾ ਬਦਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

STT ਗਠੀਆ ਕੋਈ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਸੱਟ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਹਾਲਤ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੂੱਢ ਦੀ ਦੁਖਣ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਉਂਦੀ-ਜਾਂਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਅਕਸਰ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਫੜਨ ਜਾਂ ਚੂੰਢੀ ਭਰਨ ਨਾਲ ਭੜਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਹੱਥ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦੇਣ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਣਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਮੁੜ-ਮੁੜ ਆਉਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਸੀਮਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਵਾਲੇ ਉਪਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸੁਧਰ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਸਪਲਿੰਟ, ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਢੰਗ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਸਾਦੀਆਂ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸਟੀਰੌਇਡ ਟੀਕਾ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਟੀਕੇ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਰਾਹਤ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਟੀਕਾ ਦੁਬਾਰਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਦਮਾਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਮਿਲਿਆ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਬਣਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਥੈਰੇਪੀ Extend Rehabilitation ਵਿਖੇ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਰੂਬੀ ਇੱਕ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਹੈ: ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰੇਗੀ ਅਤੇ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਲੋੜ ਪੈਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਬਣਾਏਗੀ।

ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਉਮੀਦ ਰੱਖੋ ਕਿ ਦੁਖਣ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਘਟੇਗੀ, ਅਤੇ ਹੱਥ ਦੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਭਰੋਸਾ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਬਣੇਗਾ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਦੂਜਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਕਸਦ ਅਜਿਹਾ ਹੱਥ ਹੈ ਜੋ ਘੱਟ ਦਰਦ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕੇ, ਨਾ ਕਿ ਅਜਿਹਾ ਹੱਥ ਜੋ ਬਿਲਕੁਲ ਨਵਾਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੂੱਢ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦੁਖਣ ਆਰਾਮ, ਸਪਲਿੰਟ ਅਤੇ ਸਾਦੀਆਂ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਗਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ। ਜੇ ਫੜਨ ਅਤੇ ਚੂੰਢੀ ਭਰਨ ਨਾਲ ਦਰਦ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦਾ ਰਹੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥੋਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਡਿੱਗਣ ਲੱਗਣ, ਤਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਸੇਧ ਨਾਲ ਲਗਾਏ ਟੀਕੇ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਜੋੜ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਜੋੜ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਅਕਸਰ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੂੱਢ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਦੇ ਨਾਲ ਦਿਸਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖ਼ਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਇਹ ਲਾਗ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਉਸੇ ਦਿਨ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਦਿਖਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। STT ਗਠੀਆ ਦੋ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਇਹ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੈ: ਐਕਸ-ਰੇ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਮਾੜਾ ਸੂਚਕ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਦੁਖਣ ਵਾਲਾ ਜੋੜ ਇਹੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਹਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦੇ ਬਦਲੇ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਟਿਕਣ ਦੇ ਢੰਗ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਬਦਲਾਅ ਲਿਆਉਂਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਕਿੰਨਾ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਗੁਮਰਾਹ ਕਿਉਂ ਕਰਦਾ ਹੈ

STT ਜੋੜ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਐਕਸ-ਰੇ ਵਿੱਚ ਅਕਸਰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਲਗਾਤਾਰ **700** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਲਈ ਐਕਸ-ਰੇ ਹੋਇਆ ਸੀ, **111 (16%)** ਵਿੱਚ STT ਗਠੀਆ ਦਿਸਿਆ; ਇਸ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਉਮਰ ਨਾਲ, ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਅਤੇ ਲਿਊਨੇਟ (lunate) ਹੱਡੀ ਵਿਚਕਾਰ ਵਿੱਥ ਹੋਣ ਨਾਲ, ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੂੱਢ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਦੇ ਗਠੀਏ ਨਾਲ ਵੱਧ ਸੀ [1]। 50 ਤੋਂ 89 ਸਾਲ ਦੇ ਜਪਾਨੀ ਵਸਨੀਕਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਬੇਤਰਤੀਬ

(random) ਨਮੂਨੇ ਵਿੱਚ, **5.3%** ਗੁੱਟਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਦਿਸਿਆ, ਅਤੇ ਇਹ ਫਿਰ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਦੇ ਗਠੀਏ, ਔਰਤ ਹੋਣ ਅਤੇ ਉਮਰ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਹੋਇਆ ਸੀ [2]। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ STT ਜੋੜ ਤੋਂ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।

ਐਕਸ-ਰੇ ਦੋਹਾਂ ਪਾਸਿਆਂ ਤੋਂ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਸਰਜਨਾਂ ਨੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਦੇਖਿਆ, ਤਾਂ **62%** ਅੰਗੂਠਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਅਤੇ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੌਇਡ ਵਿਚਕਾਰ ਗਠੀਆ ਸੀ, ਪਰ ਐਕਸ-ਰੇ ਨੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਸਿਰਫ਼ **44%** ਫੜੇ ਸਨ [3]। **257** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਵੱਡੀ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵੇਲੇ **31%** ਵਿੱਚ ਆਖ਼ਰੀ ਪੜਾਅ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਮਿਲੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਐਕਸ-ਰੇ ਦੀ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲਤਾ (sensitivity, ਬਿਮਾਰੀ ਫੜਨ ਦੀ ਯੋਗਤਾ) **47%** ਅਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ (specificity, ਬਿਮਾਰੀ ਨਾ ਹੋਣ ਨੂੰ ਸਹੀ ਪਛਾਣਨ ਦੀ ਯੋਗਤਾ) **94%** ਸੀ [4]। ਇੱਕ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਵੇਲੇ ਬਿਨਾਂ ਛੇੜੇ ਛੱਡੀ ਦਰਮਿਆਨੀ STT ਘਿਸਾਈ ਔਸਤਨ **8 ਸਾਲਾਂ** ਦੌਰਾਨ ਨਾ ਵਧੀ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਇਸ ਨੇ ਲੱਛਣ ਪੈਦਾ ਕੀਤੇ [5]। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਸਿਰਫ਼ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਟਿਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਛੂਹਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਕਿੱਥੇ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਸੇਧ ਨਾਲ ਲਗਾਏ ਟੀਕੇ ਉੱਤੇ।

ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦਾ ਝੁਕਾਅ

STT ਗਠੀਆ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਝੁਕਾਅ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਡੋਰਸਲ ਇੰਟਰਕੈਲੇਟਿਡ ਸੈਗਮੈਂਟ ਇਨਸਟੇਬਿਲਿਟੀ (dorsal intercalated segment instability, DISI) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ: ਲਿਊਨੇਟ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਝੁਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਵਧੇਰੇ ਖੜ੍ਹਵੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। STT ਗਠੀਏ ਵਾਲੇ **135** ਗੁੱਟਾਂ ਵਿੱਚ, DISI ਦਰਮਿਆਨੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ **5%** ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਗੰਭੀਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ **60%** ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਸੀ; ਸਕੈਫ਼ੋਲਿਊਨੇਟ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (scapholunate ligament) ਦੇ ਪਾਟਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਝੁਕਾਅ ਦੇ ਉਲਟ, ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਅਤੇ ਲਿਊਨੇਟ ਵਿਚਕਾਰ ਵਿੱਥ ਆਮ ਰਹੀ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦਾ ਮੁੱਖ ਜੋੜ ਨਹੀਂ ਘਿਸਿਆ [6]। ਕੁਝ ਲੇਖਕ ਹੁਣ STT ਗਠੀਏ ਕਾਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਢਹਿਣ ਦੇ ਨਮੂਨੇ (SOAC wrist) ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣੇ-ਪਛਾਣੇ SLAC wrist ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਦੱਸਦੇ ਹਨ [7]।

ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਇਹ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਹੱਡੀ ਕੱਢਣ ਵਾਲਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਝੁਕਾਅ ਨੂੰ ਵਧਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਿਸ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਕਤਾਰ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਅਸਥਿਰ ਹੈ, ਉਹ ਸਾਦੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਢਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਇੱਕ ਦੱਸੇ ਗਏ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਹੋਇਆ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਇੱਕ ਕਰਨ (fusion) ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ [8]। ਇਸ ਲਈ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਚੁਣਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਰਜਨ ਝੁਕਾਅ ਅਤੇ ਮਿਡਕਾਰਪਲ ਅਸਥਿਰਤਾ (midcarpal instability) ਦੀ ਭਾਲ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਦਾ ਸਿਰਾ ਕੱਢਣਾ: ਰਾਹਤ, ਪਰ ਝੁਕਾਅ ਦੀ ਕੀਮਤ ਉੱਤੇ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੜੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਦਾ ਸਿਰਾ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਝੁਕ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲੀਆਂ ਲੜੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਵਿੱਚ, **21 ਵਿੱਚੋਂ 12** ਗੁੱਟਾਂ ਵਿੱਚ DISI ਪੈਦਾ ਹੋਇਆ, ਕਿਸੇ ਵਿੱਚ ਵੀ ਜੋੜ ਹੋਰ ਨਹੀਂ ਵਿਗੜਿਆ, ਅਤੇ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਗੁੱਟਾਂ ਜਿੰਨੀ ਹੀ ਸੀ ਜੋ ਨਹੀਂ ਝੁਕੇ [9]। ਬਾਅਦ ਦੀ ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ **21 ਵਿੱਚੋਂ 19** ਗੁੱਟਾਂ (**90%**; ਖੋਜ-ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ 95% ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ) ਵਿੱਚ DISI ਮਿਲਿਆ, ਲਿਊਨੇਟ ਦਾ ਕੋਣ ਔਸਤਨ **13°** ਵਧਿਆ, ਅਤੇ ਔਸਤਨ **3 ਸਾਲਾਂ** 'ਤੇ ਝੁਕਾਅ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਅੰਕਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਕੋਈ ਸਬੰਧ ਨਹੀਂ ਸੀ [10]।

ਕਿੰਨੀ ਹੱਡੀ ਕੱਢੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। **17** ਗੁੱਟਾਂ ਵਿੱਚ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, 10 ਵਿੱਚੋਂ ਦਰਦ ਦੇ ਅੰਕ **6.1** ਤੋਂ ਘਟ ਕੇ **1.7** ਹੋ ਗਏ ਅਤੇ ਚੁੰਢੀ ਦੀ ਤਾਕਤ **2.5 kg** ਤੋਂ ਵਧ ਕੇ **4.4 kg** ਹੋ ਗਈ; ਜਦੋਂ **3 mm** ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੱਡੀ ਕੱਢੀ ਗਈ ਤਾਂ ਝੁਕਾਅ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵੱਧ ਸੀ [11]। ਮ੍ਰਿਤਕ ਸਰੀਰਾਂ (cadaver) ਦੇ ਗੁੱਟਾਂ ਵਿੱਚ, ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਦਾ ਚੌਥਾ ਹਿੱਸਾ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਹਿੱਲਜੁਲ ਮੁਸ਼ਕਲ ਨਾਲ ਬਦਲੀ, ਅੱਧਾ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਸਪਸ਼ਟ ਝੁਕਾਅ ਆਇਆ, ਅਤੇ ਤਿੰਨ-ਚੌਥਾਈ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਗੁੱਟ ਅਸਥਿਰ ਹੋ ਗਿਆ [12]। ਸਰੀਰ ਦੀ ਬਣਤਰ ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਕਿ ਸਕੈਫ਼ੋਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (scaphotrapezial ligament) ਦੀ ਡੂੰਘੀ ਪੱਟੀ ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਦੇ ਸਿਰੇ ਤੋਂ ਲਗਭਗ **3.3 mm** ਦੂਰ ਜੁੜਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਹੱਡੀ ਕੱਢਣ ਨੂੰ ਲਗਭਗ 3 mm ਤੱਕ ਰੱਖਣ ਦਾ ਸਰੀਰਕ ਬਣਤਰ ਵਾਲਾ ਕਾਰਨ ਦਿੰਦਾ ਹੈ [13]। ਇਸੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਮ੍ਰਿਤਕ ਸਰੀਰਾਂ ਉੱਤੇ ਕੀਤੇ ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ ਨੇ ਕੈਪੀਟੇਟ (capitate) ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਲਗਭਗ **14°** ਅਤੇ ਲਿਊਨੇਟ ਨੂੰ **8°** ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਘੁੰਮਦਾ ਮਾਪਿਆ [14]। ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਉੱਤੇ ਰਹਿ ਗਏ ਤਿੱਖੇ ਕਿਨਾਰੇ ਨੇ ਘਸਾ ਕੇ ਇੱਕ ਫ਼ਲੈਕਸਰ ਟੈਂਡਨ (ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਮੋੜਨ ਵਾਲਾ ਟੈਂਡਨ) ਤੋੜ ਦਿੱਤਾ ਹੈ [15]।

ਜਦੋਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਮੁੱਢ ਵੀ ਘਿਸਿਆ ਹੋਵੇ

ਜਦੋਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਮੁੱਢ ਅਤੇ STT ਜੋੜ ਦੋਵੇਂ ਘਿਸੇ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਆਮ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਮ ਅਤੇ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੌਇਡ ਦਾ ਘਿਸਿਆ ਹੋਇਆ ਸਿਰਾ ਕੱਢਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। **37** ਅੰਗੂਠਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੌਇਡ ਦਾ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਕੱਢਣਾ ਜੋੜਨ ਨਾਲ, ਸਿਰਫ਼ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਮ ਕੱਢਣ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ, ਕੋਈ ਵਾਧੂ ਸਮੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਹੋਈ [3]। ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੌਇਡ ਕਿੰਨਾ ਕੱਢਣਾ ਹੈ, ਇਹ ਬਹਿਸ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਹੈ। ਵਿਚਕਾਰਲੇ (median) **92 ਮਹੀਨਿਆਂ** ਤੱਕ ਦੇਖੇ ਗਏ **79** ਹੱਥਾਂ ਵਿੱਚ, ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੌਇਡ ਦਾ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਜਾਂ ਸਾਰਾ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਲਿਊਨੇਟ ਦੇ **15°** ਜਾਂ ਵੱਧ ਪਿੱਛੇ ਝੁਕਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਧ ਗਈ (ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ **29%** ਅਤੇ ਸਾਰਾ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ **26%**), ਅਤੇ ਉਸ ਝੁਕਾਅ ਵਾਲੇ ਗੁੱਟਾਂ ਦੇ ਅੰਕ ਮਾੜੇ ਸਨ; ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਦੀ ਮੈਟਾਕਾਰਪਲ (metacarpal) ਹੱਡੀ ਦਾ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲਾ ਧਸਣਾ ਸਾਰਾ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ **18%** ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ **10%** ਵਿੱਚ ਹੋਇਆ, ਅਤੇ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਸਾਰਾ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤਾ [16]। ਮ੍ਰਿਤਕ ਸਰੀਰਾਂ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਕਿ ਮੋੜਨ ਅਤੇ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਪਾਸੇ ਦੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਅਤੇ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੌਇਡ ਵਿਚਕਾਰ ਦਬਾਅ ਘਟਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੌਇਡ ਦਾ **4 ਤੋਂ 6 mm** ਹਿੱਸਾ ਕੱਢਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ [17]। ਔਸਤਨ **13.5 ਸਾਲਾਂ** ਤੱਕ ਦੇਖੇ ਗਏ **150** ਅੰਗੂਠਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਮ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੌਇਡ ਦਾ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਕੱਢਣ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਨਾਲ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਕਰਨ ਨਾਲ DASH ਅਪੰਗਤਾ ਅੰਕ ਔਸਤਨ **8.7** ਰਿਹਾ ਅਤੇ ਕੋਈ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ [18]।

ਪਾਇਰੋਕਾਰਬਨ ਇੰਪਲਾਂਟ

ਪਾਇਰੋਕਾਰਬਨ ਸਪੇਸਰ ਦਾ ਮਕਸਦ ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਦੀ ਉਚਾਈ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦੇਣਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਝੁਕਾਅ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਪਾਇਰੋਕਾਰਡਨ (Pyrocardan) ਡਿਸਕ ਨਾਲ, ਔਸਤਨ **3.8 ਸਾਲਾਂ** ਤੱਕ ਦੇਖੇ ਗਏ **20** ਮਰੀਜ਼ਾਂ (**22** ਇੰਪਲਾਂਟ) ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਘੱਟ ਸੀ, ਅੰਕ ਬਿਹਤਰ ਸਨ ਅਤੇ ਚੂੰਢੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਸੀ, ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਮੋੜਨ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਕਮੀ ਆਈ ਅਤੇ ਕੋਈ ਇੰਪਲਾਂਟ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਖਿਸਕਿਆ; ਕੈਪੀਟੋਲਿਊਨੇਟ ਕੋਣ (capitolunate angle) ਵਿਗੜਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸੁਧਰਿਆ [19]। ਔਸਤਨ **5 ਸਾਲਾਂ** ਤੱਕ ਦੇਖੀ ਗਈ ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ **95%** ਇੰਪਲਾਂਟਾਂ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪਈ, ਇੱਕ ਇੰਪਲਾਂਟ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਦੇ ਖਿਸਕਿਆ, **4** ਗੁੱਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਜਮ੍ਹਾ ਹੋਇਆ, ਅਤੇ ਝੁਕਾਅ **3** ਵਿੱਚ ਬਣਿਆ ਰਿਹਾ ਅਤੇ **1** ਵਿੱਚ ਨਵਾਂ ਪੈਦਾ ਹੋਇਆ [20]। ਇੱਕ ਗ਼ੈਰ-ਬੇਤਰਤੀਬ (non-randomised) ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ STT ਜੋੜ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਇੱਕ ਕਰਨ (fusion) ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ, ਨਤੀਜੇ ਮਿਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਸਨ, ਸਿਵਾਏ ਇਸ ਦੇ ਕਿ ਇੰਪਲਾਂਟ ਨਾਲ ਗੁੱਟ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਵੱਧ ਮੁੜਦਾ ਸੀ (**58°** ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ **38°**); ਇੰਪਲਾਂਟ ਵਾਲੇ **22%** ਗੁੱਟਾਂ ਵਿੱਚ ਝੁਕਾਅ ਪੈਦਾ ਹੋਇਆ, ਅਤੇ **9%** ਫ਼ਿਊਜ਼ਨਾਂ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ ਨਹੀਂ ਜੁੜੀਆਂ [21]। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੜੀਆਂ ਫ਼ਰਾਂਸ ਦੇ ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਿਹੇ ਕੇਂਦਰਾਂ ਤੋਂ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਹੋਰ ਡਿਜ਼ਾਈਨਾਂ ਨਾਲ ਨਤੀਜੇ ਘੱਟ ਇੱਕਸਾਰ ਰਹੇ ਹਨ। ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਦੇ ਸਿਰੇ ਦੀ ਥਾਂ ਲੈਣ ਲਈ ਬਣਾਏ ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਪਾਇਰੋਕਾਰਬਨ ਇੰਪਲਾਂਟ (STPI) ਨਾਲ, **29 ਵਿੱਚੋਂ 7** ਇੰਪਲਾਂਟਾਂ ਦਾ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੋਇਆ, ਮੁੱਖ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਰਦ ਕਾਰਨ, ਅਤੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ **68 ਮਹੀਨਿਆਂ** ਦੌਰਾਨ ਝੁਕਾਅ ਵਾਲੇ ਗੁੱਟਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ **6** ਤੋਂ ਦੁੱਗਣੀ ਹੋ ਕੇ **12** ਹੋ ਗਈ [22]। ਇੱਕ ਮਾਮਲੇ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਇੱਕ ਟੈਨਿਸ ਖਿਡਾਰੀ ਬਾਰੇ ਦੱਸਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਪਾਇਰੋਕਾਰਡਨ ਦੋ ਵਾਰ ਟੁੱਟਿਆ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਮੁੜੇ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਭਾਰੀ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ [23]।

ਤੁਲਨਾ ਲਈ: STT ਫ਼ਿਊਜ਼ਨ

ਫ਼ਿਊਜ਼ਨ (fusion) ਤਿੰਨਾਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਇੱਕ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਸਿਸਟਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review, ਕਈ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੀ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ) ਦੇ **1,429** ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਵਿੱਚ, **6.3%** ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ ਨਹੀਂ ਜੁੜੀਆਂ, **4.2%** ਨੂੰ ਪੂਰੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਫ਼ਿਊਜ਼ਨ ਵਿੱਚ ਬਦਲਣਾ ਪਿਆ, ਅਤੇ ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਔਸਤਨ ਦੂਜੇ ਹੱਥ ਦੀ **76%** ਸੀ [24]। **10 ਸਾਲਾਂ** ਤੱਕ ਦੇਖੇ ਗਏ **58** ਗੁੱਟਾਂ ਵਿੱਚ, **10%** ਨੂੰ ਇੱਕ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ ਅਤੇ **7%** ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ ਨਾ ਜੁੜਨ ਕਾਰਨ ਦਰਦ ਰਿਹਾ [25]। ਫ਼ਿਊਜ਼ਨ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ-ਚੌਥਾਈ ਹਿੱਲਜੁਲ ਬਚੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਰੇਡੀਅਲ ਸਟਾਇਲੌਇਡ (radial styloid, ਗੁੱਟ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਉੱਭਰਿਆ ਸਿਰਾ) ਦੇ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਸਕੈਫ਼ੌਇਡ ਨਾਲ ਅੜਨ ਕਾਰਨ ਦਰਦ ਇੰਨਾ ਆਮ ਹੈ ਕਿ ਕੁਝ ਸਰਜਨ ਉਸੇ ਸਮੇਂ ਸਟਾਇਲੌਇਡ ਨੂੰ ਛਾਂਗ ਦਿੰਦੇ ਹਨ [26]।

ਕੀ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਇਨ੍ਹਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਬੇਤਰਤੀਬ ਟ੍ਰਾਇਲ (randomised trial) ਨਹੀਂ ਹੈ। ਯੂਰਪ ਦੇ ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਸਰਜਨਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਸਰਵੇਖਣ ਵਿੱਚ ਇੱਕੋ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ ਪਸੰਦੀਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਵਖਰੇਵਾਂ ਮਿਲਿਆ [27], ਅਤੇ ਹਾਲੀਆ ਸਮੀਖਿਆਵਾਂ ਇਸ ਸਿੱਟੇ ਉੱਤੇ ਪਹੁੰਚਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਕਲਪ ਦੇ ਉੱਤਮ ਹੋਣ ਦਾ ਸਪਸ਼ਟ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਚੋਣ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਸਿਰਫ਼ STT ਜੋੜ ਘਿਸਿਆ ਹੈ, ਕੀ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਮੁੱਢ ਵੀ ਘਿਸਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੀ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਝੁਕੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਹਨ [28] [29]। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੜੀਆਂ **30** ਤੋਂ ਘੱਟ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

10 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸਮੇਂ ਲਈ ਦੇਖਦੀਆਂ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਹੱਡੀ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਝੁਕਾਅ ਦਾ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਅਸਰ, ਅਤੇ ਪਾਇਰੋਕਾਰਬਨ ਇੰਪਲਾਂਟਾਂ ਦਾ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਟਿਕਣਾ, ਅਜੇ ਵੀ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਸਵਾਲ ਹਨ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Scordino LE, Bernstein J, Nakashian M, et al. Radiographic prevalence of scaphotrapeziotrapezoid osteoarthrosis. J Hand Surg Am. 2014;39(9):1677-82. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.05.033

[2] Kitamura Y, Kato H, Hayashi M, et al. Prevalence and associated factors for primary osteoarthritis of the scaphotrapeziotrapezoid, radiocarpal, and distal radioulnar joints in the Japanese general elderly population. J Hand Surg Am. 2025;50(1):103.e1-103.e10. Epub 2023. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.05.009

[3] Tomaino MM, Vogt M, Weiser R. Scaphotrapezoid arthritis: prevalence in thumbs undergoing trapezium excision arthroplasty and efficacy of proximal trapezoid excision. J Hand Surg Am. 1999;24(6):1220-4. https://doi.org/10.1053/jhsu.1999.1220

[4] Akoon A, Grandizio LC, Mookerjee GG, et al. Comparison of radiographic and intraoperative visual assessment of scaphotrapezoid joint arthritis in patients with end-stage carpometacarpal arthritis of the thumb base. Hand (N Y). 2019;14(5):609-13. Epub 2018. https://doi.org/10.1177/1558944718765246

[5] Glickel SZ, Kornstein AN, Eaton RG. Long-term follow-up of trapeziometacarpal arthroplasty with coexisting scaphotrapezial disease. J Hand Surg Am. 1992;17(4):612-20. https://doi.org/10.1016/0363-5023(92)90303-7

[6] Hattori Y, Sasaki J, Sakamoto S, et al. Radiographic characteristics of carpal instability associated with scaphotrapeziotrapezoid osteoarthritis. J Hand Surg Am. 2026;51(3):259-67. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2025.11.018

[7] Rodriguez Fontan F, Netscher DT. Scaphotrapeziotrapezoid joint osteoarthritis: differentiating SOAC wrist from SLAC wrist. J Am Acad Orthop Surg. 2026. https://doi.org/10.5435/jaaos-d-25-01408

[8] Corbin C, Warwick D. Midcarpal instability after excision arthroplasty for scapho-trapezial-trapezoid (STT) arthritis. J Hand Surg Eur Vol. 2009;34(4):537-8. https://doi.org/10.1177/1753193408098903

[9] Garcia-Elias M, Lluch AL, Farreres A, et al. Resection of the distal scaphoid for scaphotrapeziotrapezoid osteoarthritis. J Hand Surg Br. 1999;24(4):448-52. https://doi.org/10.1054/jhsb.1999.0169

[10] Brouwers D, Decramer A, Cornu P, Le Viet D. Does the DISI matter after distal scaphoidectomy with tendon interposition for STT osteoarthritis? Hand Surg Rehabil. 2020;39(4):284-90. https://doi.org/10.1016/j.hansur.2020.03.005

[11] Iida A, Omokawa S, Kawamura K, et al. Arthroscopic distal scaphoid resection for isolated scaphotrapeziotrapezoid osteoarthritis. J Hand Surg Am. 2019;44(4):337.e1-337.e5. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2018.06.021

[12] Kadar A, Grewal R, Padmore CE, et al. How much scaphoid can be safely resected? A biomechanical analysis of the effects of distal scaphoid resection. Hand (N Y). 2022;17(5):885-92. Epub 2020. https://doi.org/10.1177/1558944720966717

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[13] Yoshimura Y, Yokota A, Fujino K, et al. Anatomy of the scaphotrapezial ligament complex and its implications for distal scaphoid resection. J Hand Surg Am. 2026;51(1):25.e1-25.e8. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2025.09.010

[14] Paeffgen L, Riederer J, Adler T, et al. Carpal instability after partial trapeziectomy, total trapeziectomy and the resection of the distal scaphoid pole: a cadaveric study. Arch Orthop Trauma Surg. 2024;144(3):1443-51. Epub 2023. https://doi.org/10.1007/s00402-023-05134-z

[15] Deren ME, Mitchell CH, Weiss AC. Flexor tendon ruptures after distal scaphoid excision for scaphotrapeziotrapezoid osteoarthritis. Hand (N Y). 2017;12(5):NP152-6. https://doi.org/10.1177/1558944717708028

[16] Renfree KJ, Odgers R, Tillinghast C, Zhang N. Effect of partial and complete trapezoid excision on radiographic and functional results after abductor pollicis longus suspensionplasty. J Hand Surg Am. 2020;45(4):364.e1-364.e9. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2019.10.006

[17] Anz H, Roylance J, Ismaily S, et al. Correlation of scaphotrapezoid contact pressures with degree of trapezoid resection: does eliminating contact matter? J Hand Surg Glob Online. 2026;8(4):101049. https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2026.101049

[18] Melone CP, Lovy AJ, Ciaglia M, Qin B. Trapeziectomy, partial trapezoidectomy, and abductor pollicis longus dual loop ligament reconstruction for advanced basal joint arthritis: long-term outcome of 150 cases. Hand (N Y). 2023;18(3):491-500. Epub 2022. https://doi.org/10.1177/15589447221092060

[19] Gauthier E, Truffandier M, Gaisne E, Bellemère P. Treatment of scaphotrapeziotrapezoid osteoarthritis with the Pyrocardan implant: results with a minimum follow-up of 2 years. Hand Surg Rehabil. 2017;36(2):113-21. https://doi.org/10.1016/j.hansur.2017.01.003

[20] Cholley-Roulleau M, Bouju Y, Lecoq FA, et al. Pyrocardan scaphotrapeziotrapezoid joint arthroplasty for isolated osteoarthritis: results after a mean follow-up of 5 years. J Wrist Surg. 2022;11(3):262-8. Epub 2021. https://doi.org/10.1055/s-0041-1733877

[21] Cholley-Roulleau M, Dautel G, Dap F, et al. Comparison between scaphotrapeziotrapezoid arthrodesis and Pyrocardan implant for isolated scaphotrapeziotrapezoid osteoarthritis. Orthop Traumatol Surg Res. 2025;111(5):103867. https://doi.org/10.1016/j.otsr.2024.103867

[22] Zander M, Ibsen-Sörensen A, Nilsson A, Björkman A. Retrospective analysis of scaphoid trapezium pyrocarbon implant intervention in STT arthritis: a 3-year follow-up study. J Plast Surg Hand Surg. 2024;59:40-5. https://doi.org/10.2340/jphs.v59.34985

[23] Sarigiannis CN, Axelsson P. Game, set... revision! A case report of a tennis player who smashed his scaphotrapeziotrapezoid-joint Pyrocardan implant twice. J Hand Surg Glob Online. 2026;8(3):100964. https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2026.100964

[24] Stephens AR, Garcia BN, Rogers MJ, et al. Scaphotrapeziotrapezoid arthrodesis: systematic review. J Hand Surg Am. 2022;47(3):218-227.e2. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.09.029

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[25] Rogers MJ, Lu C, Stephens AR, et al. Scaphotrapeziotrapezoid arthrodesis: a 10-year follow-up study of complications in 58 wrists. Hand (N Y). 2022;17(5):919-25. Epub 2020. https://doi.org/10.1177/1558944720964972

[26] Deans VM, Naqui Z, Muir LT. Scaphotrapeziotrapezoidal joint osteoarthritis: a systematic review of surgical treatment. J Hand Surg Asian Pac Vol. 2017;22(1):1-9. https://doi.org/10.1142/s0218810417300017

[27] Berkhout MJL, Yin Q, Ritt MJPF. Current trends in operative treatment of scaphotrapeziotrapezoid osteoarthritis: a survey among European hand surgeons. J Wrist Surg. 2020;9(2):94-9. https://doi.org/10.1055/s-0039-3402796

[28] Bellemère P, Ardouin L. Surgical options and outcomes for treatment of osteoarthritis of the scaphotrapeziotrapezoidal joint. J Hand Surg Eur Vol. 2025;50(1):58-67. https://doi.org/10.1177/17531934241295345

[29] Alder KD, Feroe AG, Karim KE. Management of scaphotrapeziotrapezoid osteoarthritis: a critical analysis review. JBJS Rev. 2023;11(10):e23.00093. https://doi.org/10.2106/JBJS.RVW.23.00093

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au