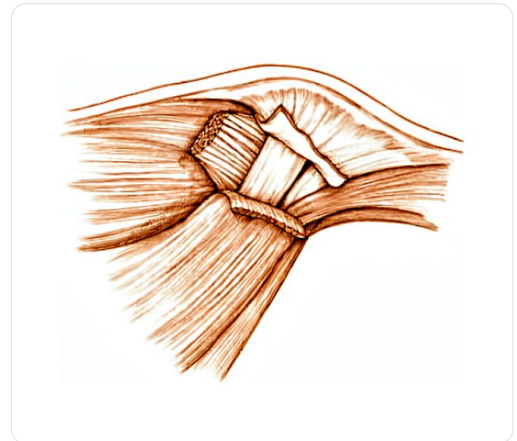


ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ UCL (ਅਲਨਰ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ) ਦੀ ਸੱਟ

ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਪਾਇਆ ਹੋਇਆ ਅਲਨਰ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ਸਕੀਅਰ ਦਾ ਅੰਗੂਠਾ, skier's thumb)।

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

ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ UCL (ਅਲਨਰ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ) ਦੀ ਸੱਟ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਵਾਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligament, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਬੰਧਨ) ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਉਸ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਜਿੱਥੇ ਅੰਗੂਠਾ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸੱਟ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਉਦੋਂ ਲੱਗਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਝਟਕੇ ਨਾਲ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਮੁੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਹੱਥ ਭਾਰ ਡਿੱਗਣ ਵੇਲੇ। ਸਕੀਇੰਗ (skiing) ਵਿੱਚ ਇਹ ਉਦੋਂ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਕੀ ਦੀ ਸੇਟੀ ਫੜੀ ਹੋਈ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਹੀ ਡਿੱਗ ਪੈਂਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਸਨੋਬੋਰਡਿੰਗ (snowboarding) ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਡਿੱਗਣ ਅਤੇ ਮੁੜਨ ਦੌਰਾਨ ਸੱਟ ਲੱਗ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਦਰਦ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਉੱਤੇ, ਹਥੇਲੀ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਅਚਾਨਕ ਸੱਟ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਉਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਸੋਜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਛੂਹਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ, ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਫੜਨ ਅਤੇ ਹਰ ਉਸ ਕੰਮ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਧੱਕਦਾ ਹੈ। ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਉਹ ਕੰਮ ਅੱਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜੋ ਅੰਗੂਠੇ ਉੱਤੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ: ਚਾਬੀ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਮਰਤਬਾਨ ਖੋਲ੍ਹਣਾ, ਭਾਰੀ ਪਤੀਲੇ ਨੂੰ ਉਸ ਦੇ ਕੰਢੇ ਤੋਂ ਫੜਨਾ। ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਅਸਥਿਰ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿਸੇ ਚੀਜ਼ ਨਾਲ ਦਬਾਉਣ ਉੱਤੇ ਇਹ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਂਦਾ ਹੋਵੇ।

ਕੁਝ ਲੋਕ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟੀ, ਸਖ਼ਤ ਗੰਢ ਦੇਖਦੇ ਹਨ। ਦੂਜੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਥੋੜ੍ਹਾ ਟੇਢਾ ਪਿਆ ਜਾਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਘੁੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਸੱਟ ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲੱਗੀ ਸੀ, ਤਾਂ ਦਰਦ ਘੱਟ ਸਪਸ਼ਟ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਜਾਂ ਫੜਨ ਵੇਲੇ ਅੰਗੂਠਾ ਫਿਰ ਵੀ ਕਮਜ਼ੋਰ ਜਾਂ ਢਿੱਲਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਨ੍ਹਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਉੱਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੋ ਅਤੇ ਉਸੇ ਦਿਨ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰੋ: ਕੋਈ ਉਂਗਲ, ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਜੋ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ; ਸੱਟ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਫਟੀ ਹੋਈ ਚਮੜੀ, ਹੱਡੀ ਦਿਖਾਈ ਦੇਣਾ, ਜਾਂ ਸਾਫ਼ ਦਿਸਦਾ ਟੇਢਾਪਣ; ਅੰਗੂਠਾ ਜਾਂ ਹੱਥ ਜੋ ਫਿੱਕਾ, ਠੰਢਾ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲਾ ਪੈ ਜਾਵੇ; ਜਾਂ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਚਾਨਕ ਸੁੰਨ ਹੋ ਜਾਣਾ ਜਾਂ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕਣਾ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਦੇ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ, ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਹੱਥ ਨਾਲ ਜੁੜਦਾ ਹੈ, ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਇੱਕ ਮਜ਼ਬੂਤ ਪੱਟੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਅਲਨਰ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ulnar collateral ligament) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਨੂੰ ਤੰਬੂ ਦੇ ਬਾਂਸ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਣ ਵਾਲੀ ਰੱਸੀ ਵਾਂਗ ਸਮਝੋ: ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਚੁੰਢੀ ਭਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਫੜਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਮੁੜਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ। ਹਰ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਅੰਗੂਠਾ ਕਿਸੇ ਉਂਗਲ ਨਾਲ ਦਬਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਇਹ ਪੱਟੀ ਭਾਰ ਸਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਪਾਟਣ ਹੋਣ ਨਾਲ ਬਿਲਕੁਲ ਇਨ੍ਹਾਂ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਅਤੇ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਧੱਕਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਪੱਟੀ ਖਿੱਚੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਪਾਟ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਆਰ-ਪਾਰ ਪਾਟ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਡਾਕਟਰ ਇਸ ਨੂੰ ਇਸ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਦਰਜਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਕਿੰਨਾ ਪਾਟਿਆ ਹੈ: ਖਿਚਾਅ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ, ਅਤੇ ਪੂਰਾ ਪਾਟਣ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕਈ ਵਾਰ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਹੱਡੀ ਦੇ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਟੁਕੜੇ ਸਮੇਤ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਉੱਖੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਸਪਲਿੰਟ (splint) ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਪੂਰਾ ਪਾਟਣ ਅਕਸਰ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ, ਕਿਉਂਕਿ ਪਾਟਿਆ ਸਿਰਾ ਪਲਟ ਕੇ ਪਿੱਛੇ ਮੁੜ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਉੱਪਰ ਪਈ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਪਰਤ ਦੇ ਹੇਠ ਫਸ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਉਸ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਦੂਰ ਪਿਆ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਇਸ ਨੇ ਦੁਬਾਰਾ ਜੁੜਨਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਦੁਬਾਰਾ ਨਹੀਂ ਜੁੜ ਸਕਦਾ।

ਜੇ ਪਾਟਣ ਦਾ ਇਲਾਜ ਨਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਜੋੜ ਢਿੱਲਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਭਾਰ ਪੈਣ ਉੱਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਜਵਾਬ ਦਿੰਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਇਹ ਲਗਾਤਾਰ ਹਿਲਜੁਲ ਜੋੜ ਨੂੰ ਘਿਸਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਗਠੀਏ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸੱਟ ਨੂੰ ਗੰਭੀਰਤਾ ਨਾਲ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਇੱਕ ਆਮ ਜਿਹੀ ਮੋਚ ਵਰਗੀ ਲੱਗੇ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ, ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਖਾਸ ਸੱਟ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਚੁਣਦੇ ਹਨ। ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੇ ਕੁਝ ਪਾਟਣ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਨੂੰ ਛੋਟੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਦੇਰੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣਾ ਅਹਿਮ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ (Medicare) ਦੀ ਛੋਟ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸੱਟ ਦਾ ਪੂਰਾ ਹਾਲ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ ਸਕੈਨ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਐਕਸ-ਰੇ, ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਸਕੈਨ ਜਾਂ MRI ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ; MRI ਇੱਕ ਮਜ਼ਬੂਤ ਚੁੰਬਕ ਨਾਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀਆਂ ਵਿਸਥਾਰ ਵਾਲੀਆਂ ਤਸਵੀਰਾਂ ਲੈਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਕੈਨ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕੀ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਆਰ-ਪਾਰ ਪਾਟ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਪਾਟਿਆ ਸਿਰਾ ਪਲਟ ਕੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹਟ ਗਿਆ ਹੈ।

ਜੇ ਪਾਟਣ ਅੰਸ਼ਕ ਹੈ, ਜਾਂ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਹੱਡੀ ਦੇ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਟੁਕੜੇ ਸਮੇਤ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਉੱਖੜ ਗਿਆ ਹੈ ਪਰ ਉਹ ਟੁਕੜਾ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਹਿੱਲਿਆ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ 4 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਪਲੱਸਟਰ (cast) ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ। ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਸੀਂ 3 ਹੋਰ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਉਤਾਰਿਆ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲਾ ਸਪਲਿੰਟ ਪਾਉਂਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀਆਂ ਨਰਮ ਕਸਰਤਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿਖੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ, ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan), ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਸਰਤਾਂ ਦੀ ਸੇਧ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਜਿਸ ਪੂਰੇ ਪਾਟਣ ਵਿੱਚ ਪਾਟਿਆ ਸਿਰਾ ਪਲਟ ਕੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਹਟਿਆ, ਉਸ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖ ਕੇ ਦੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਜੁੜਨ ਦਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣ ਲਈ 4 ਤੋਂ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਜੋੜ ਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਹਿਲਾਏ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਉਦੋਂ ਸੋਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਪਾਟਣ ਪੂਰਾ ਅਤੇ ਅਸਥਿਰ ਹੋਵੇ, ਜਦੋਂ ਪਾਟੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦਾ ਸਿਰਾ ਪਲਟ ਕੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹਟ ਗਿਆ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਹੱਡੀ ਦਾ ਕੋਈ ਟੁਕੜਾ ਆਪਣੀ ਸੇਧ ਤੋਂ ਹਿੱਲ ਗਿਆ ਹੋਵੇ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਆਪਣੇ ਆਪ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਜੁੜ ਕੇ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ, ਇਸ ਲਈ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਰਾਹੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਸੱਟ ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲੱਗੀ ਸੀ ਅਤੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਹੁਣ ਸਿੱਧੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੀ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਤੋਂ ਜਾਂ ਦਾਨ ਕੀਤੇ ਟਿਸ਼ੂ ਤੋਂ ਲਏ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਦੀ ਇੱਕ ਪੱਟੀ ਵਰਤ ਕੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਆਪਣਾ ਵੱਖਰਾ ਪੰਨਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਵੀ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੁਝ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਇਲਾਜ ਨਾਲ, ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਪਾਟਣ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਸਪਲਿੰਟ ਜਾਂ ਪਲੱਸਟਰ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਅਸਰਦਾਰ ਪਾਟਣ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਿੱਚ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਅਤੇ ਫੜਨ ਦੀ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਨਤੀਜੇ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਚੰਗੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ: ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ, ਚੁੰਢੀ ਅਤੇ ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਬਣੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਘੱਟ ਹੀ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਇਹ ਸਰਜਰੀ ਹੋਈ, ਉਹ ਆਪਣੇ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੇ ਪੱਧਰ ਉੱਤੇ ਖੇਡਾਂ ਖੇਡਣ ਲਈ ਵਾਪਸ ਗਏ ਹਨ, ਅਤੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਨੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ ਉਨ੍ਹਾਂ ਹੀ ਮੈਚ ਖੇਡੇ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਕਰੀਅਰ ਲਗਭਗ ਉਨ੍ਹਾਂ ਹੀ ਲੰਬਾ ਰਿਹਾ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਲਈ ਸਥਰ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ, ਕਿਉਂਕਿ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਕੜਾਅ ਹੀ ਉਹ ਮੁੱਖ ਚੀਜ਼ ਹੈ ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਬਚਣਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਮਿਲ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਨਰਮ, ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਅਹਿਮ ਹਨ: ਠੀਕ ਹੋ ਰਹੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਉੱਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਭਾਰ ਪਾਉਣਾ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਖਿੱਚਣਾ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਸੁਧਾਰਦਾ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦੱਸੇ ਨਤੀਜੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਤਿੰਨ ਅਤੇ 12 ਮਹੀਨੇ ਬਾਅਦ, ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ, ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਰ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸੱਟ ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲੱਗੀ ਸੀ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਾਰਗਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਦੇਰ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਛੇਤੀ ਕੀਤੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਥੋੜ੍ਹੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਘਟਦੀ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਹਾਲਤ ਵੱਖਰੀ ਹੈ। ਚਾਰ ਵਿੱਚੋਂ ਤਿੰਨ ਪੂਰੇ ਪਾਟਣ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ, ਆਰਾਮ ਦੇਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਵੀ। ਜੇੜੇ ਢਿੱਲਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਭਾਰ ਪੈਣ ਉੱਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਜਵਾਬ ਦਿੰਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਚੁੰਢੀ ਕਮਜ਼ੋਰ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ, ਇਹ ਲਗਾਤਾਰ ਢਿੱਲਾਪਣ ਜੋੜੇ ਨੂੰ ਘਿਸਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ: ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਪੁਰਾਣੇ (chronic) ਪਾਟਣ ਦੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 88% ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਜੋੜੇ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਕੁਝ ਗਠੀਆਂ ਸੀ। ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਵੇਲੇ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦਾ ਸੰਬੰਧ ਉਸ ਜੋੜੇ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਗੰਭੀਰ ਗਠੀਏ ਨਾਲ ਹੈ।

ਅੱਗੇ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਂਦੇ ਸਮੇਂ ਕੁਝ ਗੱਲਾਂ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ; ਜੀਪੀ ਦੇ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਜਿਹੀ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਮੁੜ ਗਿਆ ਹੋਵੇ, ਛੇਤੀ ਹੀ ਆਪਣੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਓ, ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਇੱਕ ਆਮ ਜਿਹੀ ਮੈਚ ਲੱਗੇ। ਪੂਰੇ ਪਾਟਣ ਦੀ ਜਿੰਨੀ ਛੇਤੀ ਜਾਂਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਓਨੇ ਹੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਿਕਲਪ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਬਹੁਤ ਦੇਰ ਤੱਕ ਛੱਡੇ ਪਾਟਣ ਲਈ ਵੱਡੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸ ਨਾਲ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ ਅਕੜਾਅ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ ਜੇ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਜਾਂ ਫੜਨ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਅਜੇ ਵੀ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਚੁੰਢੀ ਕਮਜ਼ੋਰ ਜਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜੋੜੇ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟੀ, ਸਖ਼ਤ ਗੰਢ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਸੱਟ ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲੱਗੀ ਸੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਢਿੱਲਾ ਹੈ ਜਾਂ ਘਿਸ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ। ਅਤੇ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਅੰਗੂਠਾ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਅਲਨਰ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਸੱਟ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਸਾਰਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਸਰੀਰ ਦੀ ਬਣਤਰ ਬਾਰੇ ਇੱਕੋ ਸਵਾਲ ਉੱਤੇ ਟਿਕਿਆ ਹੈ: ਕੀ ਪਾਟਿਆ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਪਲਟ ਕੇ ਪਹੁੰਚ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਚਲਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਹੁਣ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਸਾਫ਼ ਜਵਾਬ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਦਾ ਨਿਬੇੜਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹੜਾ ਸਕੈਨ ਵਰਤਣਾ ਹੈ।

ਸਟੈਨਰ ਲੀਜ਼ਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਸਭ ਕੁਝ ਕਿਉਂ ਬਦਲ ਦਿੰਦਾ ਹੈ

ਅਲਨਰ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਹਰ ਚੁੰਢੀ ਅਤੇ ਪਕੜ ਦੇ ਪਾਸੇ ਵਾਲੇ ਜ਼ੋਰ ਦੇ ਖ਼ਿਲਾਫ਼ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਆਪਣੀ ਜੁੜਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਪਾਟਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਇਹ ਉੱਥੇ ਹੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਠੀਕ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਕਈ ਵਾਰ ਅਜਿਹਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਇੱਕ ਪਰਤ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਐਡਕਟਰ ਐਪੋਨੀਊਰੋਸਿਸ (adductor aponeurosis) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੇ ਉੱਪਰ ਪਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇ ਪਾਟਿਆ ਸਿਰਾ ਸੁੰਗੜ ਕੇ ਉਸ ਪਰਤ ਦੇ ਉੱਪਰੋਂ ਪਿੱਛੇ ਚਲਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਐਪੋਨੀਊਰੋਸਿਸ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ **ਸਟੈਨਰ ਲੀਜ਼ਨ (Stener lesion)** ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਸ ਸੱਟ ਦਾ ਇਲਾਜ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮੋਚਾਂ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਹੁਣ ਉਸ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਫੂਹ ਨਹੀਂ ਰਿਹਾ ਜਿਸ ਨਾਲ ਜੁੜ ਕੇ ਇਸ ਨੇ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਕਿੰਨਾ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਲਗਾਇਆ ਜਾਵੇ, ਇਹ ਦੁਬਾਰਾ ਨਹੀਂ ਜੁੜੇਗਾ।

ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਸਭ ਕੁਝ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਨਿਕਲਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਹੋਇਆ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

ਇਸ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ

ਕਿਉਂਕਿ ਫ਼ੈਸਲਾ ਹਾਂ-ਜਾਂ-ਨਾਂਹ ਵਾਲਾ ਅਤੇ ਅਹਿਮ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਾਲਾ ਹੈ, ਸਕੈਨ ਦਾ ਸਵਾਲ ਅਸਧਾਰਨ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਰਿਭਾਸ਼ਿਤ ਹੈ — ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਜਵਾਬ ਮਿਲ ਚੁੱਕਾ ਹੈ। **422 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਅਤੇ MRI ਦੇਵੇਂ ਸਟੈਨਰ ਲੀਜ਼ਨ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਉੱਚੀ ਸ਼ੁੱਧਤਾ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਪਹਿਲੀ ਪਸੰਦ ਦੇ ਸਕੈਨ ਵਜੋਂ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ [1]।**

ਇਹ ਅਮਲੀ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਕੰਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ MRI ਨਾਲੋਂ ਤੇਜ਼, ਸਸਤਾ ਅਤੇ ਵੱਧ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਮਿਲਣ ਵਾਲਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਤਜਰਬੇਕਾਰ ਸਕੈਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਮੌਜੂਦ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਜੋ ਇਹ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਦਿਖਾ ਚੁੱਕਾ ਹੈ ਉਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਲਈ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ MRI ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ। ਇਹ ਹਿਲਜੁਲ ਦੌਰਾਨ ਵੀ ਦੇਖ ਸਕਦਾ ਹੈ: ਸਕੈਨ ਦੌਰਾਨ ਅੰਗੂਠੇ ਉੱਤੇ ਜ਼ੋਰ ਪਾ ਕੇ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜਿੱਥੇ ਸਟੈਨਰ ਲੀਜ਼ਨ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਢਿੱਲਾਪਨ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਬ੍ਰਿਟਿਸ਼ ਸੋਸਾਇਟੀ ਫ਼ਾਰ ਸਰਜਰੀ ਆਫ਼ ਦ ਹੈਂਡ (British Society for Surgery of the Hand) ਦੀ ਗਾਈਡਲਾਈਨ ਇਹ ਰਾਹ ਸਾਫ਼-ਸਾਫ਼ ਦੱਸਦੀ ਹੈ। ਤਾਜ਼ਾ ਸੱਟਾਂ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ **ਸੱਟ ਦੇ ਹਾਲ, ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਐਕਸ-ਰੇ** ਨਾਲ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਖ਼ਾਸ ਢਿੱਲਾਪਨ ਨਹੀਂ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਦਕਿ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਖ਼ਾਸ ਢਿੱਲਾਪਨ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਸਾਂਝੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਤਾਂ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਸਥਿਰ ਰੱਖ ਕੇ ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ ਰਾਹੀਂ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ [2]।

ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਉਭਾਰਨ ਯੋਗ ਹਨ। ਪਹਿਲੀ ਇਹ ਕਿ ਐਕਸ-ਰੇ ਵੱਡੇ ਸਕੈਨਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਉਂਦੇ ਹਨ, ਕੁਝ ਹੱਦ ਤੱਕ ਐਵਲਸ਼ਨ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (avulsion fracture, ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਉੱਖੜ ਜਾਣਾ) ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਕਰਨ ਲਈ, ਜੋ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਫਿਰ ਬਦਲ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਦੂਜੀ ਇਹ ਕਿ ਖ਼ਾਸ ਢਿੱਲਾਪਨ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਰਜਰੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਨਹੀਂ ਹੈ: ਗਾਈਡਲਾਈਨ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਅਤੇ ਮੁਰੰਮਤ ਵਿਚਕਾਰ ਇੱਕ ਸਾਂਝੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਵਜੋਂ ਰੱਖਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਰਾਹ ਦੱਸਣ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਈਮਾਨਦਾਰ ਰੁਖ਼ ਹੈ।

ਗਲਤੀ ਹੋਣ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਖ਼ਾਸ ਕਿਉਂ ਹਨ

ਕੰਮ ਨਾ ਕਰ ਰਿਹਾ ਅਲਨਰ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਆਰਾਮ ਵੇਲੇ ਦਰਦ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਪੈਦਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ। ਇਹ ਅਜਿਹਾ ਅੰਗੂਠਾ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਪਾਸੇ ਵਾਲੇ ਭਾਰ ਹੇਠ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਚਾਬੀ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਮਰਤਬਾਨ ਖੋਲ੍ਹਣਾ, ਭਾਰੇ ਪਤੀਲੇ ਨੂੰ ਕੰਢੇ ਤੋਂ ਫੜਨਾ, ਕਿਉਂਕਿ ਚੁੰਢੀ ਦਬਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਸਥਿਰ ਟੇਕ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਉਸ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਗਠੀਏ ਵੱਲ ਲੈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਜੇ ਸੱਟ ਸਾਧਾਰਨ ਮੋਚ ਵਰਗੀ ਲੱਗਦੀ ਹੈ, ਉਸ ਦੀ ਵੀ ਠੋਸ ਜਾਂਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ: ਇਸ ਨੂੰ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰਨ ਦੀ ਕੀਮਤ ਬਾਅਦ ਦੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਜਦੋਂ ਅੰਗੂਠਾ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਠੀਕ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਸਗੋਂ ਬਹੁਤ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Qamhawi Z, Shah K, Kiernan G, Furniss D, Teh J, Azzopardi C. Diagnostic accuracy of ultrasound and magnetic resonance imaging in detecting Stener lesions of the thumb: systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Eur Vol. 2021;46(9):946-53. <https://doi.org/10.1177/1753193421993015>

[2] Dean B, Rodrigues J, Riley N, Rabey N, Donnison E, Challen K, et al. Guideline on managing thumb ulnar collateral ligament injuries: the British Society for Surgery of the Hand. J Hand Surg Eur Vol. 2024;49(10):1195-201. <https://doi.org/10.1177/17531934241274612>