

ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਗੁੱਟ ਕੋਲ ਰੇਡੀਅਸ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ)

ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (distal radius fracture) ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਿਰੇ ਦਾ, ਗੁੱਟ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਉੱਪਰ, ਟੁੱਟਣਾ ਹੈ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਬਾਲਗਾਂ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਹੈ।

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

ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (distal radius fracture) ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਗੁੱਟ ਤੋਂ ਬਿਲਕੁਲ ਉੱਪਰ ਰੇਡੀਅਸ (radius) ਦੇ ਸਿਰੇ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ; ਰੇਡੀਅਸ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਦੀਆਂ ਦੋ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਵੱਡੀ ਹੱਡੀ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਦੋਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜ਼ੋਰ ਵਾਲੀ ਸੱਟ ਨਾਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਆਮ ਕਹਾਣੀ ਸਾਧਾਰਨ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਡਿੱਗਣ ਦੀ ਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗਾਂ ਵਿੱਚ ਦੇਖੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਆਮ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਮਾਹਵਾਰੀ ਪੱਕੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬੰਦ ਹੋਣ (menopause) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੱਡੀਆਂ ਪਤਲੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸੇ ਵੇਲੇ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇਗਾ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਗੁੱਟ ਸੁੱਜ ਜਾਵੇਗਾ। ਅਕਸਰ ਨੀਲ ਵੀ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਹੱਡੀ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹਿੱਲ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਦਿਖਾਈ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਾਣੀ-ਪਛਾਣੀ ਸ਼ਕਲ ਹੈ ਗੁੱਟ ਦੇ ਪੁੱਠੇ ਪਾਸੇ ਇੱਕ ਉਭਾਰ ਅਤੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਇੱਕ ਟੋਆ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰ ਡਿਨਰ-ਫੋਰਕ ਡਿਫਾਰਮਿਟੀ (dinner-fork deformity, ਕਾਂਟੇ ਵਰਗਾ ਟੇਢਾਪਣ) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਗੁੱਟ ਉਲਟੇ ਫੜੇ ਹੋਏ ਕਾਂਟੇ ਵਰਗਾ ਦਿਖਦਾ ਹੈ। ਕਈ ਵਾਰ ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸਾਫ਼ ਬਦਲਾਅ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਦਬਾਉਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਹਿਲਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਪਹਿਲੇ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਉਦੋਂ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਟਿਕਿਆ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਇਹ ਰਾਤ ਨੂੰ ਵੱਧ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਉਂਗਲਾਂ ਹਿਲਾਉਣ ਜਾਂ ਗੁੱਟ ਘੁਮਾਉਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੋਵੇਗਾ। ਹੱਥ ਨੂੰ ਉੱਚਾ ਚੁੱਕ ਕੇ ਰੱਖਣ ਨਾਲ ਸੋਜ ਸੀਮਤ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਛੇਤੀ ਹਿਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਨਾਲ ਅਕੜਾਅ ਤੋਂ ਬਚਾਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਰਦ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਹਿੱਸਾ ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਹੱਡੀ ਜੁੜਨੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਕੁਝ ਗੱਲਾਂ ਵੱਲ ਫ਼ੌਰੀ (urgent) ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਉੱਪਰ ਚਮੜੀ ਫਟੀ ਹੋਈ ਦਿਖੇ, ਜੇ ਹੱਡੀ ਬਾਹਰ ਦਿਖ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜੇ ਟੇਢਾਪਣ ਸਾਫ਼ ਦਿਖਦਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਇਹੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਜਾਂ ਹੱਥ ਫਿੱਕੇ, ਠੰਢੇ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੇ ਪੈ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਜੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ। ਗੁੱਟ ਦੇ ਨੇੜੇ ਨਸ (nerve) ਦੇ ਚਿੜ ਜਾਣ (irritated) ਨਾਲ ਉਂਗਲਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਝਰਨਾਹਟ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਛੇਤੀ ਜਾਂਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਘਟ ਨਹੀਂ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਰਹੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਿਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ। ਜੇ ਦਫ਼ਤਰੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖ਼ੀਰ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਰੇਡੀਅਸ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀਆਂ ਦੋ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਵੱਡੀ ਹੱਡੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਇਸ ਦਾ ਚੌੜਾ ਸਿਰਾ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਉਹ ਹਿੱਸਾ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਜੋੜ ਦਾ ਅੱਧਾ ਹਿੱਸਾ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਹ ਜ਼ੋਰ ਹੱਡੀ ਦੇ ਇਸ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਮੋੜਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਹ ਟੁੱਟ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦਾ। ਹੱਡੀ ਇੱਕ ਸਾਫ਼ ਲਕੀਰ ਵਿੱਚ ਟੁੱਟ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਕਈ ਟੁਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਿਰਚ-ਕਿਰਚ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਵੀ ਧੱਕੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰ ਡਿਸਪਲੇਸਮੈਂਟ (displacement, ਹੱਡੀ ਦਾ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹਿੱਲਣਾ) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਟੁੱਟੇ ਹੋਏ ਟੁਕੜੇ ਸਿੱਧੀ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਹੀ ਰਹਿਣ, ਤਾਂ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਅਨਡਿਸਪਲੇਸਡ (undisplaced, ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਨਾ ਹਿੱਲੀ) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਰੇਡੀਅਸ ਦੇ ਗੁੱਟ ਵਾਲੇ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਮੇਜ਼ ਦੀ ਲੱਤ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਸਿਰੇ ਵਾਂਗ ਸਮਝੋ ਜੋ ਟੁੱਟ ਕੇ ਟੇਢਾ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੇਜ਼ ਦਾ ਉੱਪਰਲਾ ਤਖ਼ਤਾ, ਯਾਨੀ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ, ਹੁਣ ਉਸ ਉੱਤੇ ਪੱਧਰਾ ਨਹੀਂ ਟਿਕਦਾ। ਜੇ ਟੁਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਾਪਸ ਸਿੱਧੀ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਲਿਆ ਕੇ ਜੁੜਨ ਤੱਕ ਉੱਥੇ ਫੜ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾ ਸਕੇ, ਤਾਂ ਸਤ੍ਹਾ ਫਿਰ ਪੱਧਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਫੜ ਕੇ ਨਾ ਰੱਖਿਆ ਜਾ ਸਕੇ, ਤਾਂ ਹੱਥ ਢਲਾਣ ਉੱਤੇ ਹੀ ਟਿਕਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਜੁੜ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਹੁਤ ਬਾਅਦ ਤੱਕ ਵੀ ਗੁੱਟ ਅਕੜਿਆ, ਕਮਜ਼ੋਰ ਜਾਂ ਦੁਖਦਾ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਹੱਡੀ ਜੁੜ ਕੇ ਠੀਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਟੁੱਟੀ ਥਾਂ ਦੇ ਆਰ-ਪਾਰ ਨਵੀਂ ਹੱਡੀ ਬਣਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਟੁਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਜੁੜਨ ਲਈ ਟੁਕੜਿਆਂ ਦਾ ਸਥਿਰ ਰਹਿਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਕੰਮ ਪਲੱਸਟਰ (cast) ਜਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਮੁਸ਼ਕਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਰੇਡੀਅਸ ਦੇ ਇਸ ਸਿਰੇ ਦਾ ਬਾਹਰੀ ਖੋਲ ਕੁਦਰਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਤਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਸਾਫ਼ ਟੁੱਟਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਮੁੜਦਾ ਅਤੇ ਭੁਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਨੂੰ ਸਿੱਧੀ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਫੜ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹਿੱਲਿਆ ਸੀ, ਉਸੇ ਦੇ ਵਾਪਸ ਖਿਸਕਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਪਲੱਸਟਰ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਪਹਿਲੇ ਦੇ ਕੁ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਐਕਸ-ਰੇ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਸੱਟ ਦਾ ਜ਼ੋਰ ਹੱਡੀ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਨਰਮ ਹਿੱਸਿਆਂ ਉੱਤੇ ਵੀ ਖਿਚਾਅ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਕੇ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligaments, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੇ ਬੰਧਨ), ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਡੂੰਘੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਗੱਦੀ (gristle pad), ਉਸੇ ਸਮੇਂ ਮੇਚ ਖਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਪਾਟ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ ਅੱਧੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਹੱਡੀ ਦੇ ਜੁੜ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਗੁੱਟ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਿੰਦਾ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਂਦੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰਫ਼ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੀ ਨਹੀਂ ਦੇਖਦਾ।

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 ਖ਼ਾਸ ਸੱਟ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਚੁਣਦੇ ਹਨ। ਸਹੀ ਚੋਣ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਹੱਡੀ ਕਿਵੇਂ ਟੁੱਟੀ ਹੈ, ਕੀ ਟੁਕੜੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹਿੱਲੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਉੱਤੇ ਵੀ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ: ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ, ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਗੁੱਟ ਤੋਂ ਕਿਹੜੇ ਕੰਮ ਲੈਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਕੁਝ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜੁੜ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਨੂੰ ਸੱਟ ਤੋਂ ਛੇਤੀ ਬਾਅਦ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਛੇਤੀ ਜਾਂਚ ਹੋਣਾ ਮਾਇਨੋਰ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਵੱਲੋਂ ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ Medicare ਰਿਬੇਟ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਲੈਣਾ ਪਵੇਗਾ।

ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਸਥਿਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ ਹਿੱਲੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਹੱਡੀ ਦੇ ਜੁੜਨ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਪਲਿੰਟ ਜਾਂ ਪਲੱਸਟਰ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ। ਜੇ ਟੁਕੜੇ ਹਿੱਲ ਗਏ ਹਨ, ਤਾਂ ਅਕਸਰ ਪਹਿਲਾਂ ਟੁੱਟੀ ਥਾਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਲਗਾ ਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਾਪਸ ਸਿੱਧੀ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਲਿਆਂਦਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਪਲੱਸਟਰ ਵਿੱਚ ਫੜ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਗੁੱਟ ਦੀ 7 ਦਿਨਾਂ 'ਤੇ ਅਤੇ ਫਿਰ 14 ਦਿਨਾਂ 'ਤੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ

ਸਿੱਧੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੱਡੀ ਪਲੱਸਤਰ ਦੇ ਅੰਦਰ ਖਿਸਕ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਹੱਡੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਭਗ 5 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਜੁੜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਲਈ ਪਲੱਸਤਰ ਉਤਾਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਪੜ੍ਹਾਅਵਾਰ ਹੱਥ ਨੂੰ ਮੁੜ ਵਰਤਣ ਵੱਲ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਉਦੋਂ ਸੁਝਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਅਸਥਿਰ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹਿੱਲਿਆ ਹੋਵੇ, ਜਦੋਂ ਟੁੱਟੇ ਹੋਏ ਟੁਕੜੇ ਜੋੜ ਦੀ ਸਤ੍ਹਾ ਵਿੱਚ ਪੌੜੀ ਵਰਗਾ ਉੱਚਾ-ਨੀਵਾਂ ਪਾ ਦੇਣ, ਜਦੋਂ ਚਮੜੀ ਫਟੀ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਸੱਟ ਨਾਲ ਨਸਾਂ ਜਾਂ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਨੂੰ ਵੀ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਿਆ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਦਾ ਮਕਸਦ ਜੁੜਨ ਦੌਰਾਨ ਟੁਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਸਹੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਫੜ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਗੁੱਟ ਦੀ ਸਤ੍ਹਾ ਪੱਧਰੀ ਰਹੇ। ਕੁਝ ਹਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਚੋਣ ਸੱਚਮੁੱਚ ਸਾਂਝੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਪਲੱਸਤਰ ਸੰਭਵ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਗੁੱਟ ਅੰਤ ਵਿੱਚ ਢਲਾਣ ਉੱਤੇ ਟਿਕਿਆ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਅੰਤਿਮ ਸ਼ਕਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਕੋਈ ਵੀ ਫ਼ੈਸਲਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਦੋਹਾਂ ਰਾਹਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ।

ਤੁਸੀਂ ਜਿਹੜਾ ਵੀ ਰਾਹ ਚੁਣੋ, ਪਹਿਲੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀਆਂ ਬੁਨਿਆਦੀ ਗੱਲਾਂ ਇੱਕੋ ਜਿਹੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਸੋਜ ਸੀਮਤ ਰੱਖਣ ਲਈ ਹੱਥ ਉੱਚਾ ਰੱਖੋ, ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਛੇਤੀ ਤੋਂ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਰਹੋ ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਅਕੜ ਨਾ ਜਾਣ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪਹਿਲੇ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤਾਕਤਵਰ ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ। ਜੁੜਨ ਦੌਰਾਨ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖੋ, ਅਤੇ ਥੈਰੇਪੀ ਸਹੀ ਪੜ੍ਹਾਅ ਉੱਤੇ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ: ਨਾ ਹੱਡੀ ਦੇ ਤਿਆਰ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਬਹੁਤ ਦੇਰ ਬਾਅਦ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਬੁਰਾ ਦਰਦ ਪਹਿਲੇ ਦੋ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਵਰਤਣ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਪਰ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਉੱਥੇ ਰੁਕਦੀ ਨਹੀਂ। ਇਹ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਸੁਧਰਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇੱਕ ਦਹਾਕੇ ਬਾਅਦ ਵੀ ਮਾਪਣ ਉੱਤੇ ਗੁੱਟ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਮੁੜ ਬਹਾਲ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਤਿੰਨ ਰਾਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਰਾਹ ਉੱਤੇ ਚੱਲਦੀ ਹੈ। ਲਗਭਗ 69% ਲੋਕ ਜਲਦੀ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਲਗਭਗ 23% ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਠੀਕ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਲਗਭਗ 8% ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਅਤੇ ਪਤਲੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਪਹਿਲੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਨੂੰ ਹੌਲੀ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਜ਼ਿਆਦਾ ਜ਼ੋਰ ਵਾਲੀ ਸੱਟ, ਜਿਵੇਂ ਉਚਾਈ ਤੋਂ ਡਿੱਗਣਾ ਜਾਂ ਸੜਕ ਹਾਦਸਾ, ਵੀ ਪਹਿਲੇ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਨੂੰ ਹੌਲੀ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਸੱਟ ਤੋਂ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਣਾ, ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ, ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮਕਾਜ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਪਲੱਸਤਰ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੱਡੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਭਗ 5 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਜੁੜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਜਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੁੜਨ ਦੌਰਾਨ ਟੁਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਧਾਤ ਦੀ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਪਲੇਟ ਅਤੇ ਸਕਰੂਆਂ ਨਾਲ ਫੜ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਦੋਹਾਂ ਰਾਹਾਂ ਦਾ ਟੀਚਾ ਇੱਕੋ ਹੈ: ਅਜਿਹਾ ਗੁੱਟ ਜੋ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਦੇ ਹਿੱਲੇ, ਪਕੜ ਸਕੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਭਾਰ ਚੁੱਕ ਸਕੇ। ਦੋਹਾਂ ਦੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਮੋਟੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਿਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪਲੱਸਤਰ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਕੰਮ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਮਾਂ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣੀ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕੁਝ ਗੱਲਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਨੂੰ ਹੌਲੀ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਗੁੰਝਲਦਾਰ ਬਣਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਗ਼ਲਤ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਜੁੜ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰ ਮੈਲਯੂਨੀਅਨ (malunion, ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੇਢਾ ਜੁੜਨਾ) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਗੁੱਟ ਅਕੜਿਆ, ਕਮਜ਼ੋਰ ਜਾਂ ਦੁਖਦਾ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਬਦਲ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਝੁਕਿਆ ਹੋਇਆ ਹੱਡੀ ਦਾ ਸਿਰਾ ਗੁੱਟ ਦੇ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਵੀ ਅਸਮਾਨ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਜੋੜ ਘਿਸ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਛੇਤੀ ਤੋਂ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਨਾ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਆਮ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਹੱਡੀ ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ ਜੁੜਦੀ। ਗੁੱਟ ਦੇ ਨੇੜੇ ਨਸ ਦੇ ਚਿੜ ਜਾਣ ਨਾਲ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਝਰਨਾਹਟ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਕੋਈ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਉਸ ਥਾਂ ਘਿਸ ਕੇ ਉੱਧੜ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਪਲੇਟ ਜਾਂ ਸਕਰੂ ਨਾਲ ਰਗੜ ਖਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਘਟ ਨਹੀਂ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਰਹੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਿਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ। ਜੇ ਦਫ਼ਤਰੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖੀਰ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਜੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਉੱਪਰ ਚਮੜੀ ਫਟੀ ਹੋਈ ਹੈ, ਹੱਡੀ ਬਾਹਰ ਦਿਖ ਰਹੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ ਸਾਫ਼ ਬਦਲਾਅ ਹੈ, ਤਾਂ ਫ਼ੌਰੀ (urgent) ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਵੋ। ਇਹੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਜਾਂ ਹੱਥ ਫਿੱਕੇ, ਠੰਢੇ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੇ ਪੈ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਜੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ। ਉਂਗਲਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਝਰਨਾਹਟ ਦੀ ਵੀ ਛੇਤੀ ਜਾਂਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਗੁੱਟ ਦੇ ਨੇੜੇ ਕੋਈ ਨਸ ਦੱਬੀ ਹੋਈ ਹੈ।

ਜੇ ਦਰਦ ਘਟ ਨਹੀਂ ਰਿਹਾ, ਜਾਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੌਰਾਨ ਸੋਜ, ਹਿਲਜੁਲ ਜਾਂ ਪਕੜ ਵਿੱਚ ਹਫ਼ਤਾ-ਦਰ-ਹਫ਼ਤਾ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਮਾਹਿਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ। ਟੁੱਟੇ ਗੁੱਟ ਤੋਂ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਇੱਕ ਲੰਬਾ ਅਮਲ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਹਫ਼ਤਾ-ਦਰ-ਹਫ਼ਤਾ ਛੋਟੇ-ਛੋਟੇ ਸੁਧਾਰਾਂ ਉੱਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਣੀ ਹੈ। ਜੇ ਦਫ਼ਤਰੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖ਼ੀਰ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਉਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿੰਨਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ। ਟੁੱਟੇ ਗੁੱਟ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਉਹ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਜੇ ਠੀਕ ਦਿਖਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਜੇ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਫ਼ਰਕ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਉਸ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਹੈ ਜਿੰਨੀ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਦੱਸੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਕੰਮਕਾਜ ਸੁਧਾਰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਕਿੰਨਾ, ਇਹ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ

2,254 ਬਾਲਗਾਂ ਦੇ ਇਕੱਠੇ ਕੀਤੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨੇ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਦਰਮਿਆਨੇ ਸਮੇਂ ਦੇ DASH ਸਕੋਰ (ਬਾਂਹ, ਮੋਢੇ ਅਤੇ ਹੱਥ ਦੀ ਅਪੰਗਤਾ ਦਾ ਪੈਮਾਨਾ) ਅਤੇ ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕੀਤਾ, ਅਤੇ **ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਦਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਸੀ [1]**।

ਇਹ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਸਲ ਨਤੀਜਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਇਸ ਦੇ ਆਕਾਰ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਪੜ੍ਹਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। DASH ਦੇ ਅੰਕ 100 ਵਿੱਚੋਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਸ ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਰਮਿਆਨੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ — ਅਸਲ, ਮਾਪਣਯੋਗ, ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਉਸ ਨਾਲੋਂ ਛੋਟੇ ਜਿੰਨਾ ਮਰੀਜ਼ “ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜਾ ਮਿਲਦਾ ਹੈ” ਸੁਣ ਕੇ ਸੋਚਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਗੁੱਟ ਅਤੇ ਬੇਕਾਰ ਗੁੱਟ ਵਿਚਕਾਰ ਫ਼ਰਕ।

ਪਲੇਟ ਦੀਆਂ ਆਪਣੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਹਨ

ਵੋਲਰ ਲਾਕਿੰਗ ਪਲੇਟ (volar locking plate, ਗੁੱਟ ਦੇ ਹਥੇਲੀ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਲਗਾਈ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਪਲੇਟ) ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਦਾ ਮਿਆਰੀ ਤਰੀਕਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਬਹੁਤ ਵਧੀਆ ਹੈ। ਪਰ ਇਹ ਖ਼ਤਰੇ ਤੋਂ ਖ਼ਾਲੀ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਸਿਰਫ਼ ਉੱਚ-ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਾਲੇ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਇੱਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (meta-analysis) ਵਿੱਚ ਵੋਲਰ ਲਾਕਿੰਗ ਪਲੇਟ ਲਗਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਦਰ **30.8%** ਪਾਈ ਗਈ, ਅਤੇ ਇਹ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਕਿ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਧਾਤ ਦੇ ਸਾਮਾਨ (ਪਲੇਟ ਅਤੇ ਸਕਰੂ) ਨਾਲ ਜੁੜੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੱਸੇ ਗਏ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ [2]।

ਇਸ ਅੰਕੜੇ ਨੂੰ ਘਬਰਾਹਟ ਨਾਲ ਨਹੀਂ, ਸੰਦਰਭ ਨਾਲ ਸਮਝਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ: ਇਸ ਵਿੱਚ ਹਰ ਚੀਜ਼ ਗਿਣੀ ਗਈ ਹੈ, ਛੋਟੀਆਂ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਸਮੇਤ, ਇਹ 30.8% ਤਬਾਹੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਪਰ ਇਹ ਇਮਾਨਦਾਰ ਅੰਕੜਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ “ਪਲੇਟ ਅਤੇ ਸਕਰੂ, ਫਿਰ ਸਿੱਧਾ ਹੱਥ ਹਿਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ” ਤੋਂ ਮਿਲਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਹੈ।

ਪਲੇਟ ਕੱਢਣਾ ਇਸ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਸਵਾਲ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਜਵਾਬ ਸਾਫ਼ ਹੈ। **3,690** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਸਰਜਨਾਂ ਵੱਲੋਂ ਧਾਤ ਦਾ ਸਾਮਾਨ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਕੱਢਿਆ ਗਿਆ ਅਤੇ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੱਸੀਆਂ ਗਈਆਂ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਸਬੰਧ ਸੀ, ਅਤੇ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਿਆ ਕਿ ਪਲੇਟ

ਨਾਲ ਜੁੜੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਨਾ ਹੋਣ ਦੀ ਸੂਰਤ ਵਿੱਚ **ਨੇਮ ਨਾਲ ਪਲੇਟ ਕੱਢਣਾ ਜਾਇਜ਼ ਨਹੀਂ** ਹੈ [3]। ਜੇ ਪਲੇਟ ਤਕਲੀਫ਼ ਨਹੀਂ ਦੇ ਰਹੀ, ਉਸ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਵੇਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਅਲਨਰ ਸਟਾਈਲੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ, ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਸ਼ਾਇਦ ਕੋਈ ਮਾਇਨੇ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦਾ

ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਅਲਨਾ ਦੀ ਨੋਕ (ulnar styloid) ਵੀ ਟੁੱਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਅਕਸਰ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਇਹ ਕੋਈ ਦੂਜੀ, ਚਿੰਤਾਜਨਕ ਸੱਟ ਹੋਵੇ।

1,403 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇਕੱਠੇ ਕੀਤੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਨਾਲ ਹੋਏ ਅਲਨਰ ਸਟਾਈਲੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਨੇ ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਉੱਤੇ **ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ** ਪਾਇਆ, ਅਤੇ ਲੇਖਕ ਇਸ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਾਵਧਾਨੀ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦੇ ਹਨ [4]।

ਇਸ ਲਈ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਉਸ ਟੁਕੜੇ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਤਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਉਸ ਦਾ ਹੋਣਾ ਵਾਧੂ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਮਾੜੇ ਨਤੀਜੇ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਮਾੜੇ ਨਤੀਜੇ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਕਿਸ ਚੀਜ਼ ਤੋਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ

ਅਲਨਰ ਸਟਾਈਲੋਇਡ ਤੋਂ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਸਰਜਨ ਦੀ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੀ ਚੋਣ ਤੋਂ ਵੀ ਓਨਾ ਨਹੀਂ, ਜਿੰਨਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਆਪਣੇ ਵਿਹਾਰ ਤੋਂ। ਜਿੱਥੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਪਲੱਸਤਰ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਹੱਡੀ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਉਸ ਦੇ ਦੁਬਾਰਾ ਖਿਸਕਣ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਵਾਲੇ ਕਾਰਨਾਂ ਵਿੱਚ **ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਦਾ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹਿੱਲ ਜਾਣਾ** ਅਤੇ ਅਸਥਿਰ ਕਿਸਮ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ — ਜੋ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹਿੱਲਿਆ ਸੀ, ਉਸੇ ਦੇ ਵਾਪਸ ਖਿਸਕਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਪਲੱਸਤਰ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਗੁੱਟ ਦਾ ਇੱਕ ਅਤੇ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ 'ਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਐਕਸ-ਰੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਜਾਂਚ ਸਿਰਫ਼ ਕਾਗ਼ਜ਼ੀ ਕਾਰਵਾਈ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਇਹ ਉਹ ਸਮਾਂ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਖਿਸਕ ਰਹੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਨੂੰ ਅਜੇ ਵੀ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਠੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Ochen Y, Peek J, van der Velde D, Beeres FJP, van Heijl M, Groenwold RHH, et al. Operative vs nonoperative treatment of distal radius fractures in adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open. 2020;3(4):e203497. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3497>
- [2] Nwosu C, Rodriguez K, Zeng S, Klifto KM, Klifto CS, Ruch DS. Complications following volar locking plate fixation of distal radius fractures: a systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am. 2023;48(9):861-74. <https://doi.org/10.1016/j.jhssa.2023.04.022>
- [3] Yamamoto M, Fujihara Y, Fujihara N, Hirata H. A systematic review of volar locking plate removal after distal radius fracture. Injury. 2017;48(12):2650-6. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.10.010>
- [4] Yuan C, Zhang H, Liu H, Gu J. Does concomitant ulnar styloid fracture and distal radius fracture portend poorer outcomes? A meta-analysis. Injury. 2017;48(11):2575-81. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.08.061>