

ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਮੈਲਯੂਨੀਅਨ (ਗੁੱਟ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੇਢਾ ਜੁੜਨਾ) ਅਤੇ ਕਰੈਕਟਿਵ ਓਸਟੀਓਟੋਮੀ



ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਮੈਲਯੂਨੀਅਨ: ਗ਼ਲਤ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਜੁੜਿਆ ਗੁੱਟ ਦਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ 'ਖਾਣੇ ਵਾਲੇ ਕਾਂਟੇ' ਵਰਗਾ ਟੇਢਾਪਣ ਛੱਡ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਘੁਮਾਅ ਘਟ ਜਾਂਦੇ 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

ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਗੁੱਟ ਟੁੱਟਿਆ ਸੀ (ਸ਼ਾਇਦ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗਣ ਨਾਲ) ਅਤੇ ਉਹ ਜੁੜ ਗਿਆ। ਪਰ ਉਹ ਪਹਿਲਾਂ ਵਰਗਾ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਗੁੱਟ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਥੋੜ੍ਹਾ ਮੁੜਿਆ ਹੋਇਆ, ਟੇਢਾ ਜਾਂ ਛੋਟਾ ਦਿਖ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਕਈ ਵਾਰ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦਿਖਾਈ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਉਭਾਰ ਨਾਲ। ਦਿੱਖ ਤੋਂ ਵੱਧ, ਅਕਸਰ ਇਹ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ: ਪਕੜ ਕਮਜ਼ੋਰ ਲੱਗਦੀ ਹੈ, ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ-ਹੇਠਾਂ ਘੁਮਾਉਣਾ (ਜਿਵੇਂ ਚਾਬੀ ਜਾਂ ਦਰਵਾਜ਼ੇ ਦਾ ਹੈਂਡਲ ਘੁਮਾਉਣਾ) ਔਖਾ ਜਾਂ ਦਰਦ ਭਰਿਆ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ (ਅੰਗੂਠੇ ਤੋਂ ਦੂਰ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ) ਦੁਖਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਮਰੋੜਨ, ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾ ਕੇ ਝੁਕਣ, ਜਾਂ ਭਾਰੇ ਕੰਮਾਂ ਨਾਲ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣ ਵੇਲੇ ਖੜਕਾ ਜਾਂ ਢਿੱਲਾਪਣ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੱਡੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਨਸ (nerve) ਨੂੰ ਦਬਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਵਿੱਚ **ਸੂਈਆਂ ਚੁਭਣ ਵਰਗੀ ਝਰਨਾਹਟ** ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਸਾਰੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਹੱਡੀ ਬਿਲਕੁਲ ਸਹੀ ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਜੁੜੀ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ (distal radius) ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀਆਂ ਦੋ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਵੱਡੀ ਹੱਡੀ ਦਾ ਸਿਰਾ ਹੈ, ਜੋ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ, ਬਿਲਕੁਲ ਗੁੱਟ ਕੋਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਟੁੱਟ ਕੇ ਗ਼ਲਤ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਜੁੜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ **ਮੈਲਯੂਨੀਅਨ (malunion)** ਕਹਿੰਦੇ ਹਾਂ: ਹੱਡੀ ਪੱਕੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜੁੜ ਚੁੱਕੀ ਹੈ, ਬੱਸ ਗ਼ਲਤ ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ। ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਕਿਸਮ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਰੇਡੀਅਸ ਦਾ ਸਿਰਾ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ (ਹੱਥ ਦੇ ਪੁੱਠੇ ਪਾਸੇ ਵੱਲ) ਝੁਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਛੋਟੀ ਹੋ ਕੇ ਟਿਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਨਾਲ ਵਾਲੀ ਅਲਨਾ (ulna) ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮੇਲ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦੀ।

ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ ਇਸ ਛੋਟੇ ਜਿਹੇ ਬਦਲਾਅ ਦੇ ਅੱਗੇ ਹੋਰ ਅਸਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਛੋਟੀ, ਝੁਕੀ ਹੋਈ ਰੇਡੀਅਸ ਪਕੜ ਦੀ ਬਣਤਰ ਨੂੰ ਵਿਗਾੜ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤਾਕਤ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਉਸ ਜੋੜ ਦਾ ਸੰਤੁਲਨ ਵੀ ਵਿਗਾੜ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀਆਂ ਦੋਵੇਂ ਹੱਡੀਆਂ ਗੁੱਟ ਕੋਲ ਮਿਲਦੀਆਂ ਹਨ (DRUJ), ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਾਂਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਘੁਮਾਉਣ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਘੁਮਾਉਣ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਜਾਂ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਰੇਡੀਅਸ

ਹੇਠਾਂ ਬੈਠ ਗਈ ਹੈ, ਅਲਨਾ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ “ਲੰਬੀ” ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਅਤੇ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage) ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਅਲਨਾ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਰਦ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ) ਜੋੜ ਦੀ ਸਤ੍ਹਾ ਤੱਕ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਉਹ ਇੱਕ ਕਦਮ ਵਰਗੇ ਉਭਾਰ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ, ਤਾਂ ਜੋੜ ਦੀ ਸਤ੍ਹਾ ਦੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਅਸਮਾਨ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਘਿਸਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਗਠੀਆਂ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ, ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੱਟਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਸਾਡੀ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੀ ਟੀਮ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਪਰ ਜੇ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਕੜਾਅ ਬਣਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਿਛੇਕੜ ਅਤੇ ਸਕੈਨਾਂ ਦੀ ਪੂਰੀ ਜਾਂਚ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਟੇਢੇ ਜੁੜੇ ਹਰ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਜੇ ਟੇਢਾਪਣ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਠੀਕ-ਠਾਕ ਕੰਮ ਚਲਾ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ, ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਸਪਲਿੰਟ ਅਤੇ ਸਾਧਾਰਨ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵਾਜਬ ਹਨ, ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਅਕਸਰ ਇੱਥੋਂ ਹੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਜਦੋਂ ਟੇਢਾਪਣ ਕਾਫ਼ੀ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਇਹ ਸੱਚਮੁੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰੋਕ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ (ਦਰਦ, ਕਮਜ਼ੋਰ ਪਕੜ, ਘੁਮਾਉਣ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ), ਤਾਂ ਅਸਲ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ **ਕਰੈਕਟਿਵ ਓਸਟੀਓਟੋਮੀ (corrective osteotomy, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨਾ)** ਹੈ। ਸਾਡੇ ਸ਼ਬਦਾਂ ਵਿੱਚ, ਸਰਜਨ ਪੁਰਾਣੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਕੱਟਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਨੂੰ ਘੁਮਾ ਕੇ ਸਹੀ ਸੇਧ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਧਾਤ ਦੀ ਪਲੇਟ ਅਤੇ ਸਕਰੂਆਂ ਨਾਲ ਉੱਥੇ ਟਿਕਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਲੰਬਾਈ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਖੋਲ੍ਹਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਖਾਲੀ ਥਾਂ ਨੂੰ **ਬੋਨ ਗ੍ਰਾਫਟ (bone graft)** (ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਹੱਡੀ, ਦਾਨ ਕੀਤੀ ਹੱਡੀ, ਜਾਂ ਹੱਡੀ ਦੀ ਥਾਂ ਵਰਤਿਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਪਦਾਰਥ) ਨਾਲ ਭਰਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਆਧੁਨਿਕ ਪਲੇਟਾਂ ਨਾਲ ਹੁਣ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਸੁਧਾਰ ਗ੍ਰਾਫਟ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਵੀ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਜੁੜ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਮੁੱਖ ਸਮੱਸਿਆ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਰਜਨ ਉਸ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਣ ਲਈ ਇਸ ਦੀ ਬਜਾਏ (ਜਾਂ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ) **ਅਲਨਾ ਨੂੰ ਛੋਟਾ** ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਅੱਜਕੱਲ੍ਹ ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਅਕਸਰ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਗੁੱਟ ਦੇ 3D ਕੰਪਿਊਟਰ ਮਾਡਲ ਉੱਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਰਜਨ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਣਾਈ ਗਈ ਗਾਈਡ ਵਰਤ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਕੱਟ ਅਤੇ ਮੁੜ-ਸੇਧ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ ਬਿਲਕੁਲ ਮੇਲ ਖਾਣ; ਇਹ ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਉਦੋਂ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ ਜਦੋਂ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਜੋੜ ਦੀ ਸਤ੍ਹਾ ਤੱਕ ਗਿਆ ਹੋਵੇ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਇਹ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਜਾਣ ਲੈਣਾ ਮਦਦਗਾਰ ਹੈ ਕਿ ਇਹ **ਅਸਲ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲੋਂ ਵੱਡਾ ਕੰਮ** ਹੈ: ਸਰਜਨ ਸਿਰਫ਼ ਤਾਜ਼ਾ ਟੁੱਟੀ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਜੁੜ ਚੁੱਕੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਬਦਲ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਗੁੰਝਲਦਾਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਮਾਂ ਲੈਂਦੀ ਹੈ। ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਨਵੀਂ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਜੁੜਨਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੋ ਕੁ ਮਹੀਨੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਪਲੇਟ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅੰਦਰ ਹੀ ਰਹਿਣ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਚੰਗੀ ਖ਼ਬਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਸਹੀ ਗੁੱਟ ਲਈ, ਫ਼ਾਇਦੇ ਅਸਲ ਅਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਹਨ: ਅਧਿਐਨ ਲਗਾਤਾਰ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਦਰਦ ਘਟਦਾ ਹੈ, ਪਕੜ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਘੁਮਾਅ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੋਣ ਦੀ ਗੱਲ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। **ਜੋੜ ਅਤੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligaments, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੇ ਬੰਧਨ) ਗ਼ਲਤ ਸਥਿਤੀ ਮੁਤਾਬਕ ਢਲ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਸ਼ਕਲ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਠੀਕ ਕਰਨ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜਾ ਮਿਲਦਾ ਹੈ।** ਇਹ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਆਮ ਗੁੱਟ ਦੀ ਗਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇ ਗਠੀਆਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੈ ਤਾਂ ਫ਼ਾਇਦਾ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੀ ਮੈਲਯੂਨੀਅਨ ਲਈ ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਯੋਗ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- ਅਜਿਹਾ ਗੁੱਟ ਜੋ ਟੇਢਾ ਜੁੜਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਤੋਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਦ, ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਅਕੜਾਅ ਵਾਲਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ; ਇਸ ਦੀ ਸੇਧ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚੰਗੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਠੀਕ ਕਰਨਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- **ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ** ਜੋ ਮਰੋੜਨ ਜਾਂ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾ ਕੇ ਝੁਕਣ ਨਾਲ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣ ਵੇਲੇ ਖੜਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਘੁਮਾਅ ਸੀਮਤ ਹੈ।
- **ਪਕੜ ਜਾਂ ਘੁਮਾਅ ਦਾ ਵਧਦਾ ਨੁਕਸਾਨ**, ਜਾਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਜਿਵੇਂ ਚਾਬੀਆਂ ਘੁਮਾਉਣ, ਕੁਝ ਡੋਲ੍ਹਣ, ਜਾਂ ਔਜ਼ਾਰ ਵਰਤਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ।
- ਗੁੱਟ ਦੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਵਿੱਚ **ਸੂਈਆਂ ਚੁਭਣ ਵਰਗੀ ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਸੁੰਨਪਨ**; ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕੋਈ ਨਸ ਚਿੜੀ ਹੋਈ ਹੋਵੇ (irritated), ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਉਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿੰਨਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ। ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਮੈਲਯੂਨੀਅਨ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਸੁਧਾਰ ਵਾਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਇੱਕ ਸਪਸ਼ਟ ਤਕਨੀਕੀ ਜਵਾਬ ਹੈ ਜੋ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਸਥਾਪਿਤ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਕਰਨ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਐਕਸ-ਰੇ ਦੀ ਦਿੱਖ ਉੱਤੇ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਗੁੱਟ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਪਹੁੰਚ ਦਾ ਰਾਹ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਦਰ ਤੈਅ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਮੈਲਯੂਨੀਅਨ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਕੱਟਣਾ, ਉਸ ਦੀ ਸੇਧ ਮੁੜ ਠੀਕ ਕਰਨਾ, ਅਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਪਲੇਟ ਨਾਲ ਟਿਕਾਉਣਾ। ਇਹ ਪਲੇਟ ਰੇਡੀਅਸ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਲਗਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਚੋਣ ਨੂੰ ਨਿੱਜੀ ਪਸੰਦ ਦਾ ਮਾਮਲਾ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਰਿਹਾ ਹੈ।

403 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵੱਖ ਕਰਦੀ ਹੈ। **ਅਗਲੇ (ਹਥੇਲੀ ਵਾਲੇ) ਪਾਸੇ ਪਲੇਟ ਲਗਾਉਣ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਘੱਟ ਹੋਏ, 9% ਬਨਾਮ 28%, ਅਤੇ ਧਾਤ ਦਾ ਸਾਮਾਨ ਘੱਟ ਕੱਢਣਾ ਪਿਆ, 3% ਬਨਾਮ 18%, ਜਦਕਿ ਵੱਡੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਮਿਲਦੀਆਂ-ਜੁਲਦੀਆਂ ਸਨ, 5% ਅਤੇ 6%।** ਲੇਖਕ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਸਰਜਨਾਂ ਨੂੰ ਕਰੈਕਟਿਵ ਓਸਟੀਓਟੋਮੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਿਛਲੇ (ਹੱਥ ਦੇ ਪੁੱਠੇ) ਪਾਸੇ ਪਲੇਟ ਲਗਾਉਣ ਦੇ ਵਧੇ ਹੋਏ ਖ਼ਤਰਿਆਂ ਬਾਰੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਚੇਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ [1]।

ਇਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਤਕਨੀਕੀ ਨਾਲੋਂ ਸਰੀਰ ਦੀ ਬਣਤਰ ਨਾਲ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜੁੜਿਆ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਟੈਂਡਨ (extensor tendons, ਉਂਗਲਾਂ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਤੰਦਾਂ) ਸਿੱਧੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉੱਪਰੋਂ ਲੰਘਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਅਤੇ ਪਲੇਟ ਵਿਚਕਾਰ ਲਗਭਗ ਕੁਝ ਵੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਇਸ ਲਈ ਉੱਥੇ ਧਾਤ ਦਾ ਸਾਮਾਨ ਉੱਭਰਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਚਿੜਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਕੱਢਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਮਾੜੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਿਸ-ਪ੍ਰਿਸ ਕੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਤੋੜ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ, ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੀ ਇੱਕ ਪਰਤ ਪਲੇਟ ਨੂੰ ਫਲੈਕਸਰ ਟੈਂਡਨਾਂ (flexor tendons, ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਮੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਤੰਦਾਂ) ਤੋਂ ਵੱਖ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ ਕਿ ਕਿਸ ਚੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਸੀ: **ਵੱਡੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ** ਬਰਾਬਰ ਸਨ। ਫ਼ਾਇਦਾ ਧਾਤ ਦੇ ਸਾਮਾਨ ਲਈ ਦੂਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਚਣ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਕਿਸੇ ਤਬਾਹੀ ਤੋਂ ਬਚਣ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ।

ਐਕਸ-ਰੇ ਇਸ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ

ਗ਼ਲਤ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਜੁੜੀ ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਕਿਸੇ ਵੀ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਦਿਖ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਟੇਢਾਪਣ ਅਜਿਹਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ। ਮਾਧ, ਜਿਵੇਂ ਜੋੜ ਦੀ ਸਤ੍ਹਾ ਕਿੰਨੀ ਝੁਕੀ ਹੈ ਅਤੇ ਰੇਡੀਅਸ ਕਿੰਨੀ ਛੋਟੀ ਹੋਈ ਹੈ, ਉਹੀ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਉੱਤੇ ਬਾਅਦ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਜ਼ੋਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਪਰ ਟੇਢਾਪਣ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਲੋਕ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਤਕਲੀਫ਼ਾਂ ਨਾਲ ਆਉਂਦੇ ਹਨ ਉਹ ਹਨ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਘੁਮਾਅ ਦਾ ਘਟਣਾ, ਪਕੜ ਦਾ ਘਟਣਾ, ਗੁੱਟ ਦੇ ਅਲਨਾ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ, ਜਾਂ ਅਜਿਹੀ ਦਿੱਖ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪਰੇਸ਼ਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਐਕਸ-ਰੇ ਦੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਸਬੰਧ ਢਿੱਲਾ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਜਿੱਥੇ ਕਾਫ਼ੀ ਟੇਢਾਪਣ ਵੀ ਅਕਸਰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹਿ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਕਰੈਕਟਿਵ ਓਸਟੀਓਟੋਮੀ ਬਾਰੇ ਲੱਛਣਾਂ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਲਈ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਸਕੈਨ ਦੀ ਦਿੱਖ ਲਈ ਨਹੀਂ। ਜੇ ਗੁੱਟ ਠੀਕ-ਠਾਕ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਉਹ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਇਸ ਲਈ ਠੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਕਿਉਂਕਿ ਕੋਣ ਗ਼ਲਤ ਹਨ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਠੀਕ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮੈਲਯੂਨੀਅਨਾਂ ਪਿੱਛੇ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਪਹਿਲਾ ਹੈ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਘੁਮਾਅ ਦਾ ਘਟਣਾ। ਜਦੋਂ ਰੇਡੀਅਸ ਛੋਟੀ ਜਾਂ ਝੁਕੀ ਹੋਈ ਜੁੜਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹ ਅਲਨਾ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਘੁੰਮਦੀ, ਅਤੇ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣਾ ਸੀਮਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਟ੍ਰੇ ਚੁੱਕਣ, ਭਾਨ ਫੜਨ, ਜਾਂ ਚਾਬੀ ਘੁਮਾਉਣ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਹੈ।

ਦੂਜਾ ਹੈ ਅਲਨਾ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲਤਨ ਲੰਬੀ ਹੋ ਜਾਣ ਨਾਲ ਅਲਨਾ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਰਦ। ਰੇਡੀਅਸ ਬੈਠਣ ਨਾਲ ਛੋਟੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਅਲਨਾ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਲੰਬੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕਾਰਪਲ ਹੱਡੀਆਂ (carpal bones, ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ) ਨਾਲ ਟਕਰਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਦਰਜੇ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਟਕਰਾਅ (impaction) ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਤਾਂ ਰੇਡੀਅਸ ਦੀ ਲੰਬਾਈ ਵਾਪਸ ਲਿਆ ਕੇ ਜਾਂ ਅਲਨਾ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰਕੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਿਹੜਾ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ ਇਹ ਇਸ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਟੇਢੇਪਣ ਦਾ ਕਿੰਨਾ ਹਿੱਸਾ ਕਿਹੜੀ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਹੈ।

ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੋ ਕਾਰਨਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਨਾਲ ਪਤਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਅਸਲ ਸੱਟ ਤੋਂ ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਸੁਧਾਰ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਨਾ ਅਕਸਰ ਲਾਹੇਵੰਦ ਕਿਉਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਇਹ ਇੱਕ ਜਾਰੀ ਮਸ਼ੀਨੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਹੱਲ ਹੈ, ਕਿਸੇ ਪੁਰਾਣੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਹੀਂ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Essa A, Paul R, Khan S, Avisar E, Chan A, Persitz J. A meta-analysis comparing complications of anterior versus dorsal osteotomy and plate fixation for distal radius malunion. J Hand Surg Eur Vol. 2024;49(8):956-64. <https://doi.org/10.1177/17531934241254962>