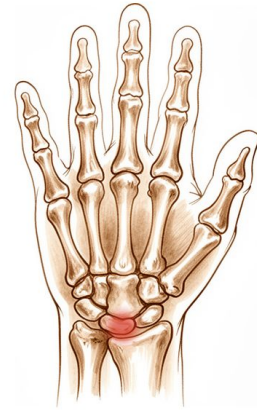


ਕੀਨਬੌਕ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ (Kienböck's disease)

ਕੀਨਬੌਕ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਅਗਲੀ ਅਵਸਥਾ (ਸਟੇਜ IIIB): ਗੁੱਟ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਵਾਲੀ ਲਿਊਨੇਟ ਹੱਡੀ ਦੀ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਬੈਠ ਗਈ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਕਾਰਜ-ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵਿਗੜ ਗਈ ਹੈ।

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

ਕੀਨਬੌਕ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ (Kienböck's disease) ਦਾ ਦਰਦ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਲਿਊਨੇਟ (lunate) ਨਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਹੱਡੀ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਕਸਰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸੱਟ ਦੇ ਹੀ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੋਈ ਟੱਕਰ ਲੱਗਣਾ ਜਾਂ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਪਿਆ ਜ਼ੋਰ ਯਾਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਦਾ ਪਿਛਲਾ ਪਾਸਾ ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਦਿਸ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਕੜ ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੜਨ, ਮਰੋੜਨ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਨਾਲ ਭੜਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਸਾਮਾਨ ਚੁੱਕਣਾ, ਮਰਤਬਾਨ ਦਾ ਢੱਕਣ ਘੁਮਾਉਣਾ ਜਾਂ ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਉੱਠਣਾ। ਹੱਥ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦੇਣ ਨਾਲ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਉਹ ਕੰਮ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਮਜ਼ਬੂਤ ਪਕੜ ਜਾਂ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਮੁੜੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਹਥੌੜਾ ਵਰਤਣਾ, ਕੱਪੜਾ ਨਿਚੋੜਨਾ ਜਾਂ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਗੱਡੀ ਦਾ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਫੜੀ ਰੱਖਣਾ, ਅੱਖੇ ਜਾਂ ਤਕਲੀਫ਼ ਵਾਲੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕੀਨਬੌਕ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 30 ਤੋਂ 40 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਵਿਚਕਾਰ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਘੱਟ ਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਜਦੋਂ ਇਹ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਜਿਸ ਨੂੰ ਉਹ ਭਾਰੀ ਕੰਮ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਰਤਦੀਆਂ ਹਨ। ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਚੁੱਪ-ਚਾਪ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਅਣਗੌਲਿਆ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਕਈ ਵਾਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਇਸ ਨੂੰ ਇਵੇਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਹਾਲਤ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਿਗੜਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਸੋਚ ਨਾਲੋਂ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਵੀ ਵਧ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਇਸ ਨਾਲ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਿਸਾਈ ਵਾਲਾ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਡੇ ਦੂਜੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਵੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਬਿਮਾਰੀ ਦੋਵਾਂ ਪਾਸਿਆਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧਦਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇ ਕਲੀਨਿਕ ਦਾ ਸਮਾਂ ਖ਼ਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖ਼ੀਰ (ਸ਼ਨੀਵਾਰ-ਐਤਵਾਰ) ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਗੁੱਟ ਅੱਠ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨਾਲ ਬਣਿਆ ਹੈ, ਜੋ ਦੋ ਕਤਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਲੱਗੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਲਿਊਨੇਟ ਪਿਛਲੀ (ਬਾਂਹ ਵੱਲ ਵਾਲੀ) ਕਤਾਰ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਆਪਣੀਆਂ ਗੁਆਂਢੀ ਹੱਡੀਆਂ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਿਰੇ ਵਿਚਕਾਰ ਟਿਕੀ ਹੋਈ। ਇਸ ਨਾਲ ਕੋਈ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਨਹੀਂ ਜੁੜੀ ਹੁੰਦੀ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਬੱਸ ਆਪਣੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਹਿੱਲਣ ਨਾਲ ਹਿੱਲਦੀ ਹੈ।

ਲਿਊਨੇਟ ਦੀ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਵੀ ਨਾਜ਼ੁਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਦੋਵਾਂ ਸਿਰਿਆਂ ਤੋਂ ਦਾਖਲ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਗੁੱਟਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਹੀ ਰਸਤੇ ਰਾਹੀਂ ਖੂਨ ਅੰਦਰ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਸਪਲਾਈ ਰੁਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟਿਸ਼ੂ ਮਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਡਾਕਟਰ ਇਸ ਨੂੰ ਓਸਟੀਓਨੈਕਰੋਸਿਸ (osteonecrosis) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਖੂਨ ਦੀ ਕਮੀ ਕਾਰਨ ਹੱਡੀ ਦਾ ਮਰ ਜਾਣਾ। ਕੀਨਬੋਕ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਵਿੱਚ ਇਹੀ ਮੂਲ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ।

ਸਪਲਾਈ ਕਿਉਂ ਰੁਕਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਅਜੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਤੈਅ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੋਈ ਇੱਕ ਸੱਟ ਇਸ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਬਿਮਾਰੀ ਅਕਸਰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਡਿੱਗਣ ਜਾਂ ਹਾਦਸੇ ਦੇ, ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਦੇ ਆਉਣ ਅਤੇ ਬਾਹਰ ਜਾਣ ਨਾਲ ਜੁੜੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਘਿਸਾਈ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਹਿਮ ਜਾਪਦੀਆਂ ਹਨ। ਕੁਝ ਗੁੱਟਾਂ ਦੀ ਬਣਤਰ ਵੀ ਅਜਿਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਊਨੇਟ ਉੱਤੇ ਹੋਰਨਾਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਭਾਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਇਸ ਦਾ ਰਾਹ ਪੱਧਰਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਹੱਡੀ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੇ ਹਨ। ਲਿਊਨੇਟ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਝਟਕਾ-ਸੋਖਕ (shock absorber) ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਫੜਦੇ ਜਾਂ ਧੱਕਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਣ ਵਾਲੇ ਭਾਰ ਨੂੰ ਵੰਡਦੀ ਹੈ। ਮਰੀ ਹੋਈ ਹੱਡੀ ਉਹ ਭਾਰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਚੁੱਕ ਸਕਦੀ। ਇਹ ਸਖ਼ਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਫਿਰ ਦਬਾਅ ਹੇਠ ਤਿੜਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਬੈਠ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਇਸ ਦੀ ਉਚਾਈ ਘਟਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਦੇ ਉੱਪਰਲੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਹੇਠਾਂ ਧਸ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੇ ਜੋੜਾਂ ਦੀ ਸੇਧ ਵਿਗੜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਭ ਕੁਝ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਕੇ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligaments, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੇ ਬੰਧਨ) ਢਿੱਲੇ ਪੈ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਹੀ ਬੈਠ ਜਾਣਾ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਦਰਦ, ਅਕੜਾਅ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰ ਪਕੜ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦਾ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ ਇਸ ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਅਵਸਥਾਵਾਂ (stages) ਵਿੱਚ ਦੱਸਦੇ ਹਨ: ਸਖ਼ਤ ਹੋਈ ਪਰ ਸਾਬਤ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਕੇ, ਲਿਊਨੇਟ ਦੇ ਬੈਠ ਜਾਣ ਤੱਕ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਪੂਰੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਗਠੀਏ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਤੱਕ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਵਸਥਾਵਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਸਪਲਿੰਟ ਨਾਲ ਹੀ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਅਵਸਥਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਬੈਠ ਚੁੱਕੀ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਘਿਸ ਚੁੱਕੀਆਂ ਹੋਣ, ਉਹ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਣ ਦੀ ਵੱਧ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਰਾ, ਜੋ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ (ਭੇਜਣ ਦੀ ਚਿੱਠੀ) ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਜਾਂਚ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਪਿਛੋਕੜ, ਸਰੀਰਕ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਕੈਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਤੈਅ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਵਸਥਾਵਾਂ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਆਪਣੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਵਰਤਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲਣਾ, ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਸਪਲਿੰਟ ਜਾਂ ਪਲੱਸਟਰ (cast) ਪਾਉਣਾ, ਅਤੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ। 15 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਨੌਜਵਾਨਾਂ (ਟੀਨੇਜਰ) ਲਈ, ਅਸੀਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਦੁਬਾਰਾ ਐਕਸ-ਰੇ, CT ਅਤੇ MRI ਸਕੈਨਾਂ ਨਾਲ ਇਸ ਉੱਤੇ ਨੇੜਿਓਂ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ। ਕੁਝ ਗੁੱਟ ਸਿਰਫ਼ ਇਸੇ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਹਾਲਤ ਹਲਕਾ ਰੂਪ ਹੀ ਲੈਂਦੀ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦਾ ਮਕਸਦ ਲਿਊਨੇਟ ਤੋਂ ਭਾਰ ਹਟਾਉਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਉਸ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਰਹੇ, ਜਾਂ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮੁੜ ਬਣਾਉਣਾ ਕਿ ਘਿਸੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ

ਵਰਤੋਂ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋ ਜਾਣ। ਬਿਲਕੁਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਵਸਥਾਵਾਂ ਵਿੱਚ, ਕੋਰ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ (core decompression, ਹੱਡੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲਾ ਦਬਾਅ ਘਟਾਉਣਾ) ਨਾਂ ਦੀ ਛੋਟੇ ਛੋਟੇ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ (keyhole) ਹੱਡੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲਾ ਦਬਾਅ ਘਟਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਹੋਰ ਵਿਕਲਪ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਰੇਡੀਅਲ ਸ਼ੌਰਟਨਿੰਗ ਔਸਟੀਓਟਮੀ (radial shortening osteotomy) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਭਾਰ ਨੂੰ ਲਿਊਨੇਟ ਤੋਂ ਦੂਰ ਕਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਵਾਲਾ ਹੱਡੀ ਦਾ ਗ੍ਰਾਫਟ (vascularised bone graft) ਜਿਊਂਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ, ਉਸ ਦੀ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਸਮੇਤ, ਲਿਊਨੇਟ ਵਿੱਚ ਲਾਉਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਉਸ ਨੂੰ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਗੁੱਟਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਊਨੇਟ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਬੈਠ ਚੁੱਕੀ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲਾ ਗਠੀਆ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੋਵੇ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਬਚਾਅ ਵਾਲੇ (salvage) ਵਿਕਲਪਾਂ ਵਿੱਚ ਨੁਕਸਾਨੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਕਤਾਰ ਨੂੰ ਕੱਢਣਾ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਰੋਅ ਕਾਰਪੈਕਟਮੀ (proximal row carpectomy) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਕੇ ਇੱਕ ਕਰਨਾ, ਜਾਂ ਪੂਰੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਫ਼ਿਊਜ਼ਨ (wrist fusion) ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਵਿਕਲਪ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਵਸਥਾ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਿਲ ਕੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੱਡ ਬੈਰੇਪੀ ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿਖੇ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਰੂਬੀ ਇੱਕ ਹੱਡ ਬੈਰੇਪਿਸਟ ਹੈ: ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (ਠੀਕ ਹੋਣ ਲਈ ਕਸਰਤਾਂ ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ) ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧਦਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇ ਕਲੀਨਿਕ ਦਾ ਸਮਾਂ ਖ਼ਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖ਼ੀਰ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਕੀਨਬੱਕ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਦਾ ਰੁਝਾਨ ਵਧਣ ਵੱਲ ਹੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇਸ ਨੂੰ ਇਵੇਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਲਿਊਨੇਟ ਟੁੱਟਦੀ-ਭੱਜਦੀ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਖ਼ੀਰ ਵਿੱਚ ਪੂਰੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਗਠੀਆ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਸੋਚ ਨਾਲੋਂ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਵੀ ਵਧ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਲਿਊਨੇਟ ਦੀ ਚਿਕਨੀ ਸਤ੍ਹਾ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਘਿਸ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਫਿਰ ਵੀ, ਹਰ ਗੁੱਟ ਇੱਕੋ ਰਾਹ ਨਹੀਂ ਚੱਲਦਾ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਬਿਮਾਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਪਰ ਕੋਈ ਦਰਦ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਅਤੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਵਿੱਚ ਦਿਸਦੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਇਸ ਨਾਲ ਮੇਲ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦੀਆਂ ਕਿ ਗੁੱਟ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਗੁੱਟ ਸਕੈਨ ਉੱਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਮਾੜਾ ਦਿਸ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਦਕਿ ਉਹ ਮਹਿਸੂਸ ਬਿਹਤਰ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਇਸੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਤਸਵੀਰਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੇ ਹਨ।

ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਅੱਗੇ ਦੀ ਤਸਵੀਰ ਵਧੇਰੇ ਸਥਿਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਵਸਥਾਵਾਂ ਅਕਸਰ ਆਰਾਮ, ਸਪਲਿੰਟ ਜਾਂ ਪਲੱਸਟਰ, ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਵਰਤਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲਣ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਨੌਜਵਾਨ (ਟੀਨੇਜਰ) ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਚੰਗਾ ਸੁਧਾਰ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਜਿੱਥੇ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਮਕਸਦ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਦੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਰਦ ਘਟਾਉਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਹਿਲਦਾ ਰੱਖਣ ਲਈ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਇਹ ਵਾਅਦਾ ਕਰਨ ਲਈ ਨਹੀਂ ਕਿ ਲਿਊਨੇਟ ਬਚ ਜਾਵੇਗੀ। ਰੇਡੀਅਲ ਸ਼ੌਰਟਨਿੰਗ ਔਸਟੀਓਟਮੀ ਨਾਲ 75% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਦਸ ਸਾਲ ਤੱਕ ਸੁਧਾਰ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਅਸਰ 10 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਬਣਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਵਾਲੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਗ੍ਰਾਫਟ ਅਤੇ ਕੋਰ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਟਿਕਦੇ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਗੁੱਟਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਊਨੇਟ ਬੈਠ ਚੁੱਕੀ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਗਠੀਆ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੋਵੇ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਨੁਕਸਾਨੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਕਤਾਰ ਕੱਢਣ ਜਾਂ ਗੁੱਟ ਦੀ ਫ਼ਿਊਜ਼ਨ ਨਾਲ ਵੀ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਗੁੱਟ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਵੱਖਰੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਇਸ ਨੂੰ ਇਵੇਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਸੰਭਾਵੀ ਕਹਾਣੀ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਿਗੜਨ ਦੀ ਹੈ: ਵੱਧ ਅਕੜਾਅ, ਕਮਜ਼ੋਰ ਪਕੜ, ਅਤੇ ਅਜਿਹਾ ਦਰਦ ਜੋ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਨਾਲ ਭੜਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਗੁੱਟ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਹਲਕੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੇ। ਕਿਉਂਕਿ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਰਾਹ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਾਉਣਾ ਔਖਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਸ ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇਸ ਉੱਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਣੀ ਠੀਕ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਦਰਦ ਸਹਿਣਯੋਗ ਹੋਵੇ।

ਕੀਨਬੱਕ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀਆਂ ਆਪਣੀਆਂ ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਪਰ ਜੇ ਕਦੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧਦਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਅਜਿਹਾ ਦਰਦ ਹੈ ਜੋ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧਦਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਇਹੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦਾ ਪਿਛਲਾ ਪਾਸਾ ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਪਕੜ ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣਾ ਔਖਾ ਹੈ। ਇਹ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਇਸ ਲਈ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਹਾਲਤ ਦਾ ਰੁਝਾਨ ਵਧਣ ਵੱਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਛੇਤੀ ਜਾਂਚ ਨਾਲ ਵੱਧ ਵਿਕਲਪ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 60 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹਾ ਦਰਦ ਹੈ ਜੋ ਅਸਪਸ਼ਟ ਹੈ ਜਾਂ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਅਣਗੌਲਿਆ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਅਕਸਰ ਖੁੰਝ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਕੀਨਬੋਕ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀਆਂ ਆਪਣੀਆਂ ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਪਰ ਜੇ ਕਦੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਕਲੀਨਿਕ ਦਾ ਸਮਾਂ ਖ਼ਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖੀਰ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੀਨਬੋਕ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਦੇ ਖੋਜ-ਸਾਹਿਤ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਸਹਿਜ ਲੱਭਤ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੀ ਹੈ: ਇਸ ਲਈ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਲੱਛਣਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦੇ ਕਿ ਬਿਮਾਰੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਕੀ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦਿੰਦੀ ਹੈ; ਇਹ ਬਿਮਾਰੀ ਨੂੰ ਬਦਲਦੀ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਈ

ਮੌਜੂਦ ਸਭ ਤੋਂ ਸਿੱਧੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਰੇਡੀਅਲ ਔਸਟੀਓਟਮੀ (radial osteotomy) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਇਲਾਜ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ। ਲਿਕਟਮੈਨ ਅਵਸਥਾ (Lichtman stage) ਅਨੁਸਾਰ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਵਧਣ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਰੇਡੀਅਲ ਔਸਟੀਓਟਮੀ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲੋਂ **ਬਿਹਤਰ ਨਹੀਂ** ਸੀ, ਪਰ ਇਸ ਨਾਲ **ਦਰਦ** ਅਤੇ **ਗੁੱਟ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਦੇ ਦਾਇਰੇ** ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਬਿਹਤਰ ਰਹੇ [1]।

ਇਸ ਨੂੰ ਦੋ ਵੱਖਰੇ ਦਾਅਵਿਆਂ ਵਜੋਂ ਪੜ੍ਹੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਹਨ ਹੀ ਵੱਖਰੇ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਇਸ ਗੱਲ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਗੁੱਟ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕਿਵੇਂ ਹਿੱਲਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਕਿ ਇਹ ਲਿਊਨੇਟ ਨੂੰ ਬੈਠਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਵਾਲੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਗ੍ਰਾਫਟ (vascularised bone grafting) ਵਿਚਕਾਰ ਕੀਤੀ ਇੱਕ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵੀ ਅਜਿਹੇ ਹੀ ਸੰਜਮੀ ਨਤੀਜੇ ਉੱਤੇ ਪਹੁੰਚੀ [2]।

ਇੱਥੇ ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਮਝਣ ਵਾਲੀ ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਲਾਹੇਵੰਦ ਗੱਲ ਹੈ। ਜੇ ਕੋਈ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਲਿਊਨੇਟ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਵਜੋਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਗੱਲ ਸਬੂਤਾਂ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਹੁਣ ਦੁਖਦੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਘਟਾਉਣ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਬਚਾਉਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਵਜੋਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਇਸ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਸਬੂਤ ਹਨ।

ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ ਲੱਛਣ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਤੋਂ ਵੱਖ ਕਿਉਂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ

ਕੀਨਬੋਕ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾ ਐਕਸ-ਰੇ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ — ਲਿਕਟਮੈਨ ਅਵਸਥਾਵਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਖ਼ਤ ਅਤੇ ਸੰਘਣੀ ਹੋਣ (sclerosis), ਫਿਰ ਬੈਠ ਜਾਣ, ਫਿਰ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਬਣਤਰ ਦੇ ਬਿਖਰ ਜਾਣ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ — ਅਤੇ ਇਹ ਮੰਨ ਲੈਣਾ ਸੁਭਾਵਿਕ ਹੈ ਕਿ ਤਸਵੀਰਾਂ ਦਰਦ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਚੱਲਦੀਆਂ ਹਨ। ਅਕਸਰ ਅਜਿਹਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਕਈ ਗੁੱਟ ਬਿਹਤਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦਿਆਂ ਵੀ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਅੱਗੇ ਵਧ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕਈ ਗੁੱਟ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਵਸਥਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਲਗਾਤਾਰ ਦੁਖਦੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।

ਇਸੇ ਬੇਮੇਲ ਕਾਰਨ “ਐਕਸ-ਰੇ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਮਾੜਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ” ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਦਾ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾ ਕੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨਾ ਮਾੜਾ ਤਰੀਕਾ ਹੈ। ਫ਼ੈਸਲਾ ਲੱਛਣਾਂ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਗੱਲ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਦੱਸਦੀ ਹੈ

ਰੇਡੀਅਸ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰਨਾ, ਕੈਪੀਟੇਟ (capitate) ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰਨਾ, ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਵਾਲਾ ਹੱਡੀ ਦਾ ਗ੍ਰਾਫਟ, ਕੋਰ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ (core decompression, ਹੱਡੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲਾ ਦਬਾਅ ਘਟਾਉਣਾ), ਅੰਸ਼ਕ ਫਿਊਜ਼ਨ, ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਰੋਅ ਕਾਰਪੇਕਟਮੀ — ਦੱਸੇ ਗਏ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਵੱਡੀ ਹੈ। ਕੈਪੀਟੇਟ ਛੋਟਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਐਸਟੀਓਟਮੀ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਹਾਲ ਹੀ ਦੇ ਵਾਰਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ [3]।

ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ, ਇੱਕ ਹਾਲਤ ਲਈ ਮੁਕਾਬਲੇ ਵਾਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਲੰਮੀ ਸੂਚੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਫੈਸਲਾਕੁੰਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇੱਥੇ ਇਮਾਨਦਾਰ ਮਤਲਬ ਇਹੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦੋ ਸਮਝਦਾਰ ਸਰਜਨ ਇੱਕੋ ਗੁੱਟ ਲਈ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਉਂ ਸੁਝਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਦੇ ਗ਼ਲਤ ਹੋਣ ਦੇ।

ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਸਾਂਝਾ ਤਰਕ ਮਸ਼ੀਨੀ (ਭਾਰ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ) ਹੈ: ਲਿਊਨੇਟ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਣ ਵਾਲਾ ਭਾਰ ਘਟਾਉਣਾ, ਜਾਂ ਤਾਂ ਰੇਡੀਅਸ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰ ਕੇ ਤਾਂ ਜੋ ਅਲਨਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਭਾਰ ਚੁੱਕੇ, ਜਾਂ ਕੈਪੀਟੇਟ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰ ਕੇ ਤਾਂ ਜੋ ਲਿਊਨੇਟ ਉੱਤੇ ਘੱਟ ਜ਼ੋਰ ਥੱਲੇ ਆਵੇ। ਇਹ ਅਜਿਹੀ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਭਾਰ ਹਟਾਉਣ ਦੀਆਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਹਨ ਜਿਸ ਦੀ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਫ਼ਲੂ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਉਸ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਨੂੰ ਮੁੜ ਬਹਾਲ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਨਹੀਂ, ਸਿਵਾਏ ਕੁਝ ਹੱਦ ਤੱਕ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਵਾਲੇ ਗ੍ਰਾਫਟ ਦੇ, ਜੋ ਦੋਵੇਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਸ ਦਾ ਕੀ ਮਤਲਬ ਹੈ

ਤਿੰਨ ਅਮਲੀ ਨਤੀਜੇ। ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਉਡੀਕ ਕਰਨਾ ਇੱਕ ਜਾਇਜ਼ ਵਿਕਲਪ ਹੈ, ਕਦਮ ਨਾ ਚੁੱਕਣ ਦੀ ਨਾਕਾਮੀ ਨਹੀਂ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਦਰਦ ਸਹਿਣਯੋਗ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਮਕਸਦ ਅਵਸਥਾ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ, ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਕੋਈ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਕੀਆਂ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਨਹੀਂ ਨਿਕਲਿਆ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਦੱਸਿਆ ਜਾਣਾ ਕਿ ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਲਈ ਕਿਉਂ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ — ਤੁਹਾਡਾ ਅਲਨਰ ਵੇਰੀਐਂਸ (ulnar variance, ਬਾਂਹ ਦੀਆਂ ਦੋ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਲੰਬਾਈ ਦਾ ਫ਼ਰਕ), ਤੁਹਾਡੀ ਅਵਸਥਾ, ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਲੋੜਾਂ — ਇੱਥੇ ਹੱਥ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਹਿੱਸਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Shin YH, Kim JK, Han M, Lee TK, Yoon JO. Comparison of long-term outcomes of radial osteotomy and nonoperative treatment for Kienböck disease: a systematic review. J Bone Joint Surg Am. 2018;100(14):1231-40. <https://doi.org/10.2106/JBJS.17.00764>
- [2] Park JY, Kim JK, Shin YH. Comparison of long-term outcomes between nonoperative treatment and vascularized bone graft for Kienböck disease. Clin Orthop Surg. 2023;15(4):643. <https://doi.org/10.4055/cios22307>
- [3] Simske N, Pourghaied M, Johnson C, Clark DM. Capitate shortening osteotomy for Kienböck's disease: a systematic review. Hand (N Y). 2026. <https://doi.org/10.1177/15589447261441826>