

ਸਕੈਫੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (Scaphoid Fracture)

ਸਕੈਫੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (scaphoid fracture) ਗੁੱਟ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ ਹੈ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

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

ਸਕੈਫੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (scaphoid fracture, ਗੁੱਟ ਦੀ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਦੋਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਫੈਲਾਏ ਹੋਏ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਖੇਡ ਦੌਰਾਨ। ਸਕੈਫੋਇਡ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ, ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਤੋਂ ਬਿਲਕੁਲ ਹੇਠਾਂ, ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਹੱਡੀ ਹੈ। ਇਹ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਅਕਸਰ ਖੜ੍ਹੇ-ਖੜ੍ਹੇ ਡਿੱਗਣ ਵਰਗੀ ਘੱਟ ਉਚਾਈ ਤੋਂ ਡਿੱਗਣ ਨਾਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਮਰਦਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੱਧ ਅਕਸਰ ਖੇਡ ਜਾਂ ਕਾਰ ਹਾਦਸੇ ਵਰਗੀ ਵੱਧ ਜ਼ੋਰਦਾਰ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਵੇਲੇ ਇੱਕ ਤਿੱਖੇ ਦਰਦ ਤੋਂ ਵੱਧ ਕੁਝ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।

ਸੱਟ ਲੱਗਦੇ ਸਾਰ ਹੀ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦਾ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲਾ ਪਾਸਾ ਦੁਖਦਾ ਹੈ। ਉਸ ਪਾਸੇ ਸੋਜ ਅਤੇ ਨੀਲ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਤੋਂ ਬਿਲਕੁਲ ਹੇਠਾਂ ਵਾਲੀ ਥਾਂ, ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਟੋਆ ਜਿਸ ਨੂੰ ਐਨਾਟੋਮੀਕਲ ਸਨੱਫ਼ਬਾਕਸ (anatomical snuffbox) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਦਬਾਉਣ ਨਾਲ ਦੁਖਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੋੜਨ, ਇਸ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾ ਕੇ ਟਿਕਣ, ਜਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮੁੜੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਭਾਰ ਹੇਠ ਲਿਆਉਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਸ਼ਹਾਦਤ ਦੀ ਉਂਗਲ ਨਾਲ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨਾ, ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਲੰਬਾਈ ਦੀ ਸੇਧ ਵਿੱਚ ਦਬਾਅ ਪਾਉਣਾ ਵੀ ਦੁਖ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਹੈਰਾਨੀਜਨਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਾਮੂਲੀ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਉਸ ਟੋਏ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਥੋੜ੍ਹੀ ਜਿਹੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕ ਅਜੇ ਵੀ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਇੰਨਾ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹਿਲਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਹ ਸੋਚਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਮੋਚ ਹੈ। ਸਕੈਫੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਨਾ ਲੱਗਣ ਦਾ ਇਹ ਇੱਕ ਕਾਰਨ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 30% ਤੋਂ 40% ਤੱਕ ਪਹਿਲੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਨਹੀਂ ਦਿਸਦੇ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਉਦੋਂ ਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਗੁੱਟ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਐਕਸ-ਰੇ ਜਾਂ ਸਕੈਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸੱਟ ਤੋਂ 10 ਤੋਂ 14 ਦਿਨਾਂ ਬਾਅਦ।

ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ, ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ, ਪਕੜਨ, ਜਾਂ ਉਸ ਹੱਥ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਉੱਠਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੋਵੇਗਾ। ਪਹਿਲੇ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਰਾਤ ਨੂੰ ਦੁਖਣਾ ਆਮ ਹੈ। ਹੱਡੀ ਦੇ ਜੁੜਨਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਅੰਗੂਠੇ ਹੇਠਾਂ ਵਾਲੇ ਉਸ ਟੋਏ ਵਿੱਚ ਛੂਹਣ ਨਾਲ ਦੁਖਣਾ ਦੂਜੇ ਹਫ਼ਤੇ ਤੱਕ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਘਟ ਨਹੀਂ 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 (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਸਕੈਫੋਇਡ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਇੱਕ ਛੋਟੀ, ਮੁੜੀ ਹੋਈ ਹੱਡੀ ਹੈ। ਇਹ ਖੁਦ ਗੁੱਟ ਦੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਟਿਕੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀਆਂ ਦੋ ਕਤਾਰਾਂ ਨੂੰ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਰੇਲਗੱਡੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਕੜੀ ਵਾਂਗ ਸਮਝੋ: ਜਦੋਂ ਇਹ ਸਾਬਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਦੋਵੇਂ ਅੱਧ ਇਕੱਠੇ ਸੁਚੱਜੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਮੁੜਦੇ ਅਤੇ ਸਿੱਧੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਟੁੱਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਦੋਵੇਂ ਅੱਧ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਤਾਲਮੇਲ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹਿੱਲਣ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਹੱਡੀ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਆਰ-ਪਾਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਵੇਸਟ (waist, ਹੱਡੀ ਦਾ ਲੱਕ) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਡਿੱਗਣ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡਾ ਗੁੱਟ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਮੁੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੱਡੀ ਉੱਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਮੋੜਨ ਵਾਲਾ ਜ਼ੋਰ ਇਸੇ ਥਾਂ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਸਕੈਫੋਇਡ ਦੇ ਲਗਭਗ 70% ਤੋਂ 80% ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਵੇਸਟ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਬਾਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਦੇ ਵੱਧ ਨੇੜੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਵੱਧ ਨੇੜੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਇਸ ਹੱਡੀ ਦੀ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਅਸਧਾਰਨ ਹੈ। ਖੂਨ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦੂਰਲੇ ਸਿਰੇ ਤੋਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਨੇੜਿਓਂ, ਦਾਖ਼ਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਸ ਟੁਕੜੇ ਦੀ ਇਹ ਸਪਲਾਈ ਕੱਟ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਵੱਧ ਨੇੜੇ ਹੈ। ਖੂਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਉਸ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਔਖ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸੇ ਲਈ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੀ ਥਾਂ ਇੰਨੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਕੁਝ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਦੂਜਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਦਿਸਦੇ ਹੋਣ।

ਹੱਡੀ ਮੁੜ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੁੜ ਕੇ ਠੀਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਬਿਲਕੁਲ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਿਵੇਂ ਟੁੱਟੀ ਹੋਈ ਬਾਂਹ ਠੀਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਆਰ-ਪਾਰ ਨਵੀਂ ਹੱਡੀ ਬਣਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਦੋਵੇਂ ਟੁਕੜੇ ਫਿਰ ਤੋਂ ਇੱਕ ਨਹੀਂ ਬਣ ਜਾਂਦੇ। ਪਰ ਇਸ ਲਈ ਟੁਕੜਿਆਂ ਦਾ ਸਥਿਰ ਰਹਿਣਾ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਖੂਨ ਮਿਲਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਜੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹਿੱਲ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਗੁੱਟ ਵਰਤਣ ਵੇਲੇ ਦੋਵੇਂ ਟੁਕੜੇ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਦੇ ਉਲਟ ਹਿੱਲਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਹੱਡੀ ਨਾ ਜੁੜੇ। ਜੇ ਇਹ ਨਹੀਂ ਜੁੜਦੀ, ਤਾਂ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਗੁੱਟ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਿਸ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀਆਂ ਦੋਵੇਂ ਕਤਾਰਾਂ ਤਾਲਮੇਲ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਕੰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਥੋੜ੍ਹੇ ਸ਼ਬਦਾਂ ਵਿੱਚ, ਮਸ਼ੀਨੀ ਸਮੱਸਿਆ ਇਹੀ ਹੈ: ਇੱਕ ਅਜਿਹੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਟੁੱਟੀ ਹੋਈ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਕੜੀ, ਜੋ ਜੋੜ ਉਸੇ ਕੜੀ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਜੋ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਖ਼ਾਸ ਸੱਟ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਚੁਣਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਸਕੈਫੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਨੂੰ ਸੱਟ ਤੋਂ ਛੇਤੀ ਬਾਅਦ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਦੇਰੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਦੇਖਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਕਿੱਥੇ ਹੈ, ਕੀ ਟੁਕੜੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹਿੱਲ ਗਏ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੰਮ ਅਤੇ ਖੇਡ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਕੀ-ਕੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ Medicare ਦੀ ਛੋਟ (rebate) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਸਥਿਰ ਹੈ ਜਾਂ ਮਸਾਂ ਹੀ ਹਿੱਲਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਪਲੱਸਤਰ (cast) ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਅਕਸਰ ਸਹੀ ਚੋਣ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਹੱਡੀ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੌਰਾਨ ਉਸ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੌਰਾਨ ਅਸੀਂ ਦੁਬਾਰਾ ਐਕਸ-ਰੇ ਜਾਂ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾ ਕੇ ਜੁੜਨ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਾਂ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਸੱਟ ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲੱਗ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਸਿਰਫ਼ ਪਲੱਸਤਰ ਨਾਲ ਵੀ ਜੁੜ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਭਾਵੇਂ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਦੇਰ ਨਾਲ ਹੋਈ ਹੋਵੇ। ਹੱਡੀ ਜੁੜ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਇੱਕ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ (ਹੱਥ ਦੀ ਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਾਹਰ) ਕਦਮ-ਦਰ-ਕਦਮ ਹਿਲਜ਼ਲ ਵੱਲ ਤੁਹਾਡੀ ਵਾਪਸੀ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਸਬੂਤਾਂ ਤੋਂ ਇੱਕ ਸਾਵਧਾਨੀ: ਪਹਿਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲਈਆਂ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਰਦ ਦੀਆਂ ਗੋਲੀਆਂ (anti-inflammatories) ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਦੇ ਨਾ ਜੁੜਨ ਦੀ ਵੱਧ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨਾਲ ਜੋੜਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਅਜਿਹੀ ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਜੋ ਹੱਡੀ ਦੇ ਜੁੜਨ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਨਾ ਪਾਵੇ।

ਕੁਝ ਸੱਟਾਂ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਸਲਾਹ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਕਿਸੇ ਪਿਛਲੇ ਬਦਲ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ। ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਸ ਸਿਰੇ ਦੇ ਨੇੜੇ ਦੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ, ਜੋ ਸਿਰਾ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜੇ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਪਲੱਸਤਰ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਜੁੜਦੇ; ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਨਾਲ ਉਹ ਕਿਤੇ ਵੱਧ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਜੁੜਦੇ ਹਨ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਵਿੱਚ ਟੁਕੜੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹਿੱਲ ਗਏ ਹਨ, ਜਾਂ ਜਿੱਥੇ ਹੱਡੀ ਅਸਥਿਰ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਵੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਜੁੜਨ ਦੌਰਾਨ ਟੁਕੜੇ ਸਹੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕੇ ਰਹਿਣ। ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਸਕਰੂ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਅੰਦਰੋਂ ਸਥਿਰ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਕੁਝ ਲੋਕ ਪਲੱਸਤਰ ਪਾਉਣਾ

ਛੇਤੀ ਬੰਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਜਲਦੀ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਔਸਤਨ ਲਗਭਗ 7 ਹਫ਼ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ। ਹੋਰਨਾਂ ਲਈ ਇਹ ਚੋਣ ਸੱਚਮੁੱਚ ਸਾਂਝੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਸਥਿਰ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਪਲੱਸਤਰ ਵਿੱਚ ਜੁੜ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਪਲੱਸਤਰ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਹਫ਼ਤੇ ਅਤੇ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਹੌਲੀ ਵਾਪਸੀ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਆਪਣੇ ਛੋਟੇ ਖ਼ਤਰੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਅਤੇ ਨੁਕਸਾਨਾਂ ਨੂੰ ਮਿਲ ਕੇ ਤੋਲਦੇ ਹਾਂ।

ਤੁਸੀਂ ਜਿਹੜਾ ਵੀ ਰਾਹ ਚੁਣੋ, ਪਹਿਲੇ ਹਫ਼ਤੇ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਹੱਡੀ ਜੁੜਨਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ, ਕਿਉਂਕਿ ਟੁੱਟੇ ਹੋਏ ਟੁਕੜਿਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਹਿਲਜੁਲ ਹੀ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਜੁੜਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀ ਹੈ। ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿਖੇ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਨਾਲ ਹੈੱਡ ਥੈਰੇਪੀ ਸਹੀ ਪੜਾਅ ਉੱਤੇ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਹੱਡੀ ਦਾ ਜੁੜਨਾ ਕਾਫ਼ੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੋ ਜਾਵੇ। ਉਹ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਘਟ ਨਹੀਂ 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 ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਹੱਡੀ ਦਾ ਜੁੜਨਾ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਕਿੱਥੇ ਹੈ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਕਿੰਨੀ ਛੇਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸੱਟ ਤੋਂ 4 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਜੁੜਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਸੱਟ ਤੋਂ 31 ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਬਾਅਦ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਦੇ ਨਾ ਜੁੜਨ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਪਲੱਸਤਰ ਵਿੱਚ, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਆਰ-ਪਾਰ ਨਵੀਂ ਹੱਡੀ ਬਣਦੀ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ, ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਸਕਰੂ ਟੁਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਅੰਦਰੋਂ ਇਕੱਠੇ ਜਕੜ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕ ਪਲੱਸਤਰ ਪਾਉਣਾ ਛੇਤੀ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਔਸਤਨ ਲਗਭਗ 7 ਹਫ਼ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਸਥਿਰ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਮਸਾਂ ਹੀ ਹਿੱਲੇ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਦੋਵੇਂ ਰਾਹ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਗੁੱਟ ਤੱਕ ਲੈ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਦਾ ਦੂਜੇ ਨਾਲੋਂ ਕੋਈ ਸਾਬਤ ਹੋਇਆ ਫ਼ਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਦੋਵਾਂ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲੇ ਹਫ਼ਤੇ ਲਗਭਗ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਦਰਦ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਟਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਤੋਂ ਬਚਦੇ ਹੋ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਹੱਡੀ ਜੁੜਦੀ ਹੈ, ਇੱਕ ਹੈੱਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਕਦਮ-ਦਰ-ਕਦਮ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਪਕੜ ਵੱਲ ਤੁਹਾਡੀ ਵਾਪਸੀ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਭਾਰੀ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮਾਂ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਖੇਡ ਸਭ ਤੋਂ ਅਖ਼ੀਰ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਹੋ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਵੇ। ਜੇ ਹੱਡੀ ਜੁੜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਲਗਭਗ ਸਾਰੇ ਗੁੱਟਾਂ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਚੰਗਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਹੱਡੀ ਥੋੜੀ ਬਦਲੀ ਹੋਈ ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ ਜੁੜੇ।

ਮੁੱਖ ਚੀਜ਼ ਜੋ ਗ਼ਲਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਉਹ ਹੈ ਹੱਡੀ ਦਾ ਹੌਲੀ ਜੁੜਨਾ ਜਾਂ ਨਾ ਜੁੜਨਾ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਨਾਨ-ਯੂਨੀਅਨ (nonunion, ਹੱਡੀ ਦਾ ਨਾ ਜੁੜਨਾ) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 10% ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਉਦੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਲਾਜ ਦੇਰ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਸ ਸਿਰੇ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੋਵੇ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜੇ ਹੈ। ਜੇ ਹੱਡੀ ਨਹੀਂ ਜੁੜਦੀ, ਤਾਂ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਪਿਸਾਈ ਵਾਲਾ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਨਾ ਜੁੜੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਦਾ ਕਦੇ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜ ਸਾਲ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਸੀ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 97% ਵਿੱਚ ਗਠੀਆ ਬਣ ਚੁੱਕਾ ਸੀ। ਜੁੜ ਚੁੱਕਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੁਬਾਰਾ ਵੀ ਟੁੱਟ ਸਕਦਾ ਹੈ: ਦਰਜ ਕੀਤੇ ਇੱਕ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਜੁੜਨ ਤੋਂ 7 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੁਬਾਰਾ ਟੁੱਟ ਗਈ। ਜਦੋਂ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਅਕੜਾਅ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਜੁੜ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਧਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਘਟ ਨਹੀਂ 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 ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਗੁੱਟ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਸ਼ਕਲ ਤੋਂ ਬਾਹਰ (ਟੇਢਾ) ਦਿਸਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਸੱਟ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਜ਼ਖ਼ਮ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਫਿੱਕੀਆਂ, ਠੰਢੀਆਂ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੀਆਂ ਪੈ ਜਾਣ, ਤਾਂ ਫ਼ੌਰਨ ਡਾਕਟਰੀ ਮਦਦ ਲਓ। ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਅਹਿਸਾਸ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਣ ਉੱਤੇ ਵੀ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਕੈਫੋਇਡ ਸੱਟਾਂ ਵਿੱਚ ਤਸਵੀਰ ਇਸ ਤੋਂ ਸ਼ਾਂਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਅਸਲ ਫਾਹੀ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਅਜੇ ਵੀ ਹਿੱਲ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸੋਜ ਥੋੜ੍ਹੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਘਟ ਨਹੀਂ ਰਿਹਾ, ਜਾਂ ਜੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਸੋਜ, ਹਿਲਜੁਲ ਜਾਂ ਪਕੜ ਹਫ਼ਤਾ-ਦਰ-ਹਫ਼ਤਾ ਸੁਧਰ ਨਹੀਂ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇ ਲੱਛਣ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜਦੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਵੀ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਂਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਕੈਫੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਬਾਰੇ ਇਹ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਕਿੱਥੇ ਹੈ, ਇਹ ਲਗਭਗ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਗੱਲ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਮਹੱਤਵ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਦਲੀਲ ਉਹ ਨਹੀਂ ਜੋ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਸਮਝਦੇ ਹਨ।

ਹੱਡੀ ਉੱਤੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੀ ਥਾਂ ਨਾਲ ਖ਼ਤਰਾ ਸੱਤ ਗੁਣਾ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਸਕੈਫੋਇਡ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਉਸ ਦੇ ਦੂਰਲੇ ਸਿਰੇ ਨੇੜਿਓਂ ਅੰਦਰ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਰਾਹੀਂ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਖੂਨ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਪੋਲ (proximal pole, ਬਾਂਹ ਵੱਲ ਵਾਲਾ ਸਿਰਾ) ਵੱਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਵੇਸਟ ਦੇ ਆਰ-ਪਾਰ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਉਸ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਵਾਲੇ ਹਰ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਇਹ ਸਪਲਾਈ ਰੋਕ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਨੂੰ ਅੰਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਾਪਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਅਧਿਐਨਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਉੱਤੇ, **ਸਕੈਫੋਇਡ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਸਿਰੇ ਦੇ ਨਵੇਂ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 34% ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਉੱਤੇ ਨਾਨ-ਯੂਨੀਅਨ ਬਣ ਜਾਂਦੇ ਹਨ**, ਅਤੇ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਗਏ ਵੱਧ ਦੂਰਲੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ **ਇਨ੍ਹਾਂ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਾਨ-ਯੂਨੀਅਨ ਦਾ ਸਾਪੇਖ ਖ਼ਤਰਾ (relative risk) 7.5 ਹੈ [1]**।

ਇਸੇ ਲਈ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਦਿਸਣ ਵਾਲੇ ਦੋ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਲਈ ਬਿਲਕੁਲ ਵੱਖਰੀਆਂ ਸਲਾਹਾਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਲੱਸਤਰ ਵਿੱਚ ਰੱਖੇ ਦੂਰਲੇ ਸਿਰੇ ਦੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਪੋਲ ਦਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਲਗਭਗ ਤੀਜੇ ਹਿੱਸੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਜੁੜਦਾ।

ਸਰਜਰੀ ਨਾਨ-ਯੂਨੀਅਨ ਦੀ ਦਰ ਘਟਾਉਂਦੀ ਹੈ ਪਰ ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜੇ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ

ਆਮ ਵੇਸਟ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਲਈ, ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਪਲੱਸਤਰ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਉੱਤੇ ਅਜਿਹਾ ਨਤੀਜਾ ਮਿਲਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ **ਨਾਨ-ਯੂਨੀਅਨ ਦੀ ਦਰ ਤਿੰਨ ਗੁਣਾ ਘੱਟ** ਸੀ, ਕੰਮਕਾਜ ਜਲਦੀ ਵਾਪਸ ਆਇਆ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ ਬਿਹਤਰ ਸੀ, ਪਰ ਇਸ ਨਾਲ **ਵੱਧ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ** ਜੁੜੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਸਨ। **ਦਰਦ, ਛੂਹਣ ਨਾਲ ਦੁਖਣ, ਖ਼ਰਚ ਜਾਂ ਕੰਮਕਾਜੀ ਨਤੀਜੇ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਸੀ [2]**।

ਇਸ ਲਈ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੀ ਭਰੋਸੇਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਜਲਦੀ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਸਰਜਰੀ ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਕੀਮਤ ਉੱਤੇ, ਅਤੇ ਅੰਤ ਵਿੱਚ ਦੇਵੇਂ ਸਮੂਹ ਇੱਕੋ ਥਾਂ ਪਹੁੰਚ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸੇ ਖ਼ਾਸ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਤੇਜ਼ ਅਤੇ ਵੱਧ ਪੱਕਾ ਰਾਹ ਕਿੰਨਾ ਕੀਮਤੀ ਹੈ; ਹੱਥੀ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਜਾਂ ਖਿਡਾਰੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਨੂੰ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਤੋਲਦਾ ਹੈ ਜੋ ਪਲੱਸਤਰ ਨਾਲ ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨੁਕਸਾਨ ਜਾਂਚ ਦੇ ਪੜਾਅ ਉੱਤੇ ਹੀ ਰੋਕਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਕਿਉਂਕਿ ਜਿਸ ਸਕੈਫੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ, ਉਹੀ ਨਾਨ-ਯੂਨੀਅਨ ਬਣਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਜਾਂਚ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ।

ਐਨਾਟੋਮੀਕਲ ਸਨੱਫ਼ਬਾਕਸ (anatomical snuffbox, ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਮੁੱਢ ਹੇਠਾਂ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਟੋਆ) ਵਿੱਚ ਦਬਾਉਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਸਭ ਤੋਂ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਕਲੀਨਿਕਲ ਟੈਸਟ ਸੀ, ਅਤੇ ਟੈਸਟਾਂ ਨੂੰ ਮਿਲਾ ਕੇ ਵਰਤਣ ਨਾਲ ਟੈਸਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਬਿਹਤਰ ਹੋਇਆ, ਜਿਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਬੇਲੋੜੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗੁੱਟ ਬੰਨ੍ਹਣ, ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਚੱਕਰਾਂ ਅਤੇ ਸਕੈਨਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ [3]।

ਇਹ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ ਹੀ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ। ਜਾਂਚ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਮਿਲਾ ਕੇ ਦੇਖਣਾ ਸਿਰਫ਼ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਫੜਨ ਲਈ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਇਸ ਨਾਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਵੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪਲਾਂਸਤਰ ਪਾਉਣਾ ਬੰਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਇਸੇ ਲਈ ਗੁੱਟ ਬਿਹਤਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ ਉੱਤੇ ਵੀ ਤਰਤੀਬਵਾਰ ਦੁਬਾਰਾ ਜਾਂਚ ਲਈ ਆਉਣਾ ਠੀਕ ਹੈ।

ਪੱਕੇ ਹੋ ਚੁੱਕੇ ਨਾਨ-ਯੂਨੀਅਨ ਲਈ, ਵੱਧ ਗੁੰਝਲਦਾਰ ਗ੍ਰਾਫਟ ਬਿਹਤਰ ਗ੍ਰਾਫਟ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਜਿੱਥੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਨਹੀਂ ਜੁੜਿਆ, ਉੱਥੇ ਮਿਆਰੀ ਇਲਾਜ ਬੋਨ ਗ੍ਰਾਫਟ ਹੈ, ਅਤੇ ਵੈਸਕੁਲਰਾਈਜ਼ਡ ਗ੍ਰਾਫਟ (vascularised graft), ਯਾਨੀ ਉਹ ਗ੍ਰਾਫਟ ਜੋ ਆਪਣੀ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਸਮੇਤ ਲਿਆਂਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਸੁਭਾਵਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ।

ਸਬੂਤ ਇਸ ਦੀ ਹਮਾਇਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ। ਮੌਜੂਦਾ ਸਬੂਤ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ ਸਕੈਫੋਇਡ ਨਾਨ-ਯੂਨੀਅਨ ਵਿੱਚ **ਵੈਸਕੁਲਰਾਈਜ਼ਡ ਬੋਨ ਗ੍ਰਾਫਟ ਨਾਲ ਨਾਨ-ਵੈਸਕੁਲਰਾਈਜ਼ਡ ਗ੍ਰਾਫਟ ਨਾਲੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦੇ**, ਹਾਲਾਂਕਿ ਲੇਖਕ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਚੋਣ ਵਿੱਚ ਸੰਭਾਵੀ ਪੱਖਪਾਤ (selection bias) ਕਾਰਨ ਨਿਸ਼ਚਿਤਤਾ ਘਟਦੀ ਹੈ [4]। ਜੁੜਨ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਨੇੜੇ-ਨੇੜੇ ਹਨ: **ਵੈਸਕੁਲਰਾਈਜ਼ਡ ਗ੍ਰਾਫਟ ਲਈ 84% ਅਤੇ ਨਾਨ-ਵੈਸਕੁਲਰਾਈਜ਼ਡ ਗ੍ਰਾਫਟ ਲਈ 80%**, ਅਤੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਫ਼ਰਕ ਹੈ ਜੋ ਮਰੀਜ਼, ਫ੍ਰੈਕਚਰ, ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਬਣਤਰ ਨਾਲ ਜੁੜੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਕਾਰਨ ਹੈ [5]।

ਕਿਉਂਕਿ ਵੈਸਕੁਲਰਾਈਜ਼ਡ ਗ੍ਰਾਫਟ ਵਾਲਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਲੰਬਾ ਅਤੇ ਤਕਨੀਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵੱਧ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਲਗਭਗ ਬਰਾਬਰੀ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹੈ। ਇੱਥੇ ਚੋਣ ਦਾ ਪੱਖਪਾਤ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਵੈਸਕੁਲਰਾਈਜ਼ਡ ਗ੍ਰਾਫਟ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵੱਧ ਔਖੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਤੁਲਨਾ ਸ਼ਾਇਦ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਕੇ ਦਿਖਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਪਰ ਇਹ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਨੂੰ ਹਰ ਵਾਰ ਬਿਹਤਰ ਮੰਨ ਕੇ ਚੁਣਨ ਦੀ ਹਮਾਇਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Eastley N, Singh H, Dias JJ, Taub N. Union rates after proximal scaphoid fractures; meta-analyses and review of available evidence. J Hand Surg Eur Vol. 2012;38(8):888-97. <https://doi.org/10.1177/1753193412451424>
- [2] Symes TH, Stothard J. A systematic review of the treatment of acute fractures of the scaphoid. J Hand Surg Eur Vol. 2011;36(9):802-10. <https://doi.org/10.1177/1753193411412151>
- [3] Mallee WH, Henny EP, van Dijk CN, Kamminga SP, van Enst WA, Kloen P. Clinical diagnostic evaluation for scaphoid fractures: a systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am. 2014;39(9):1683-1691.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.06.004>
- [4] Duncumb JW, Robinson PG, Williamson TR, Murray IR, Campbell D, Molyneux SG, et al. Bone grafting for scaphoid nonunion surgery: a systematic review and meta-analysis. Bone Joint J. 2022;104-B(5):549-58. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.104B5.BJJ-2021-1114.R1>
- [5] Ferguson DO, Shanbhag V, Hedley H, Reichert I, Lipscombe S, Davis TRC. Scaphoid fracture non-union: a systematic review of surgical treatment using bone graft. J Hand Surg Eur Vol. 2015;41(5):492-500. <https://doi.org/10.1177/1753193415604778>