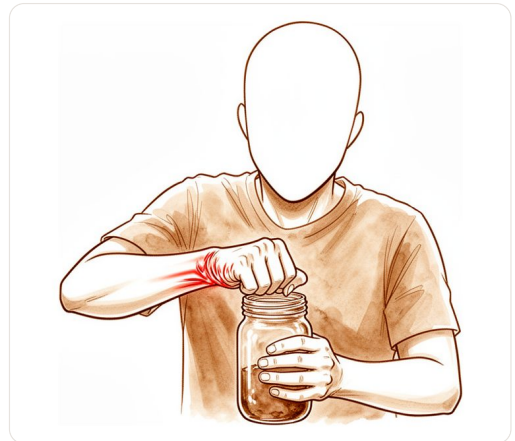


SLAC ਅਤੇ SNAC ਗੁੱਟ (SLAC and SNAC Wrist)

SLAC ਅਤੇ SNAC ਗੁੱਟ ਦੇ ਗਠੀਏ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਦੇ ਪੜਾਅ।

Kieran Hirpara © ① ② ③ 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

ਦਰਦ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋੜ ਦੇ ਕਿਨਾਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਉਸ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕਦਮ ਆਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧਦਾ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਦੇ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਕਿਸੇ ਸਾਫ਼ ਕਾਰਨ ਦਾ ਪਤਾ ਲੱਗੇ ਬਿਨਾਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਕਿਸਮ ਦਾ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹਮੇਸ਼ਾ ਆਮ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਨਹੀਂ ਦਿਸਦਾ।

ਕੁਝ ਖਾਸ ਹਰਕਤਾਂ ਨਾਲ ਦਰਦ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਹੱਥ ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਮੋੜ ਕੇ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣਾ, ਜਿਵੇਂ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਉੱਠਣਾ ਜਾਂ ਸਵਿਮਿੰਗ ਪੂਲ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਣਾ, ਘਿਸੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਨੂੰ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਦਬਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਇੱਕੋ ਵੇਲੇ ਫੜਨਾ ਅਤੇ ਮਰੋੜਨਾ ਵੀ ਦਰਦ ਛੇੜਨ ਦਾ ਇੱਕ ਆਮ ਕਾਰਨ ਹੈ: ਦਰਵਾਜ਼ੇ ਦਾ ਹੈਂਡਲ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਕੱਪੜਾ ਨਿਚੋੜਨਾ, ਜਾਂ ਪੇਚਕਸ (screwdriver) ਵਰਤਣਾ। ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਦੁਖਣ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਸਵੇਰੇ ਉੱਠਣ ਵੇਲੇ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਤੰਗ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਗੁੱਟ ਖੁੱਲ੍ਹ ਨਾ ਜਾਵੇ।

ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਘਿਸਾਈ ਫੈਲਦੀ ਹੈ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਔਖੇ ਹੁੰਦੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਸਾਮਾਨ ਚੁੱਕਣ, ਕੇਤਲੀ ਵਿੱਚੋਂ ਪਾਣੀ ਪਾਉਣ, ਜਾਂ ਮਰਤਬਾਨ ਖੋਲ੍ਹਣ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਕੜ ਕਮਜ਼ੋਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਟੇਕ ਲਾਉਣ ਲਈ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਮੋੜਨਾ, ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਪੂਰਾ ਭਾਰ ਇਸ ਉੱਤੇ ਪਾਉਣਾ, ਤਕਲੀਫ਼ਦੇਹ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਸਹਿਜ ਫੁਰਤੀ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹ ਹਰ ਉਸ ਕੰਮ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲੱਗਦੇ ਹਨ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਤਿਰਛੇ ਕੋਣ ਤੋਂ ਭਾਰ ਪੈਂਦਾ 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 (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਗੁੱਟ ਦੋ ਕਤਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਅੱਠ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨਾਲ ਬਣਿਆ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜੇ ਵਾਲੀ ਕਤਾਰ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਅਤੇ ਹੱਥ ਵਿਚਕਾਰ ਇੱਕ ਗੱਦੀ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਭਾਰ ਨੂੰ ਵੰਡਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਨੂੰ ਸਹਿਜ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਮਜ਼ਬੂਤ ਪਟੇ ਵਰਗਾ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligament, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਬੰਧਨ), ਜੋ ਗੁੱਟ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੱਟ ਖਾਣ ਵਾਲਾ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਹੈ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਦੋ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਬੰਨ੍ਹ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਕਤਾਰ ਇੱਕ ਇਕਾਈ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕੇ।

SLAC ਗੁੱਟ (scapholunate advanced collapse) ਉਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਸ ਪਟੇ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਪੁਰਾਣੀ ਸੱਟ ਕਾਰਨ। ਜਿਹੜੀਆਂ ਦੋ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਇਹ ਇਕੱਠਾ ਰੱਖਦਾ ਸੀ, ਉਹ ਖਿਸਕ ਕੇ ਇੱਕ ਦੂਜੀ ਤੋਂ ਦੂਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ, ਸਕੈਫੋਇਡ (scaphoid, ਕਿਸਤੀ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਵਾਲੀ ਛੋਟੀ ਹੱਡੀ), ਪੂਰੀ ਕਤਾਰ ਦੇ ਹਿੱਲਣ ਦਾ ਢੰਗ ਬਦਲ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇ ਭਾਰ ਪਹਿਲਾਂ ਬਰਾਬਰ ਵੰਡਿਆ ਜਾਂਦਾ ਸੀ ਉਹ ਹੁਣ ਜੋੜ ਦੇ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਹਿੱਸੇ ਉੱਤੇ ਇਕੱਠਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। SNAC ਗੁੱਟ (scaphoid nonunion advanced collapse) ਵੀ ਇਸੇ ਰਾਹ ਉੱਤੇ ਚੱਲਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਇੱਕ ਟੁੱਟੀ ਹੋਈ ਸਕੈਫੋਇਡ ਤੋਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਕਦੇ ਜੁੜੀ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਇਹ ਵੀ ਮਿਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਦੋਵਾਂ ਕਤਾਰਾਂ ਦਾ ਆਪਸੀ ਤਾਲਮੇਲ ਤੋੜ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਇਕੱਠਾ ਹੋਇਆ ਇਹ ਭਾਰ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਨੂੰ ਢਕਣ ਵਾਲੀ ਚਿਕਨੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage) ਨੂੰ ਘਿਸਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ; ਇਹ ਉਹੀ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲਾ ਗਠੀਆ ਹੈ ਜੋ ਗੋਡੇ ਵਿੱਚ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਘਿਸੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਰਗੜ ਖਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਉਹ ਦਰਦ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਉੱਠਣ ਜਾਂ ਪੇਚਕਸ ਘੁਮਾਉਣ ਵੇਲੇ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਘਿਸਾਈ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਗੁੱਟ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਵੱਲ ਫੈਲਦੀ ਹੈ, ਪਕੜ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੁੰਦੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਆਉਂਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਪੜਾਵਾਂ (stages) ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਪੜਾਅ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਘਿਸਾਈ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਕਿਹੜੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਚੁੱਕੀ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਗੁੱਟ ਦੇ ਬਾਹਰੀ ਕਿਨਾਰੇ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਇਹ ਹੱਥ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਜੋੜ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਗੱਲ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਸਰਜਰੀ ਪੜਾਅ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਚੁਣੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ: ਜਿੱਥੇ ਇੱਕ ਅਹਿਮ ਜੋੜ ਅਜੇ ਵੀ ਤੰਦਰੁਸਤ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਘਿਸੀ ਹੋਈ ਕਤਾਰ ਨੂੰ ਕੱਢਣਾ ਕਾਰਗਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਘਿਸਾਈ ਹੋਰ ਅੱਗੇ ਫੈਲ ਚੁੱਕੀ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਇਸ ਦੀ ਬਜਾਏ ਬਾਕੀ ਬਚੀਆਂ ਕੁਝ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਇੱਕ ਠੋਸ ਟੁਕੜਾ ਬਣਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (fusion)।

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, ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ੍ਰੈਮਿਲੀ 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। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡਾ ਪਿਛੋਕੜ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਘਿਸਾਈ ਦਾ ਪੜਾਅ ਪਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਉਦੋਂ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਉਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ।

ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਦਾ ਢੰਗ ਬਦਲਣਾ ਹੈ। ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਉੱਠਣਾ, ਕੱਪੜਾ ਨਿਚੋੜਨਾ ਅਤੇ ਪੇਚਕਸ ਵਰਤਣਾ ਘਿਸੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਨੂੰ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਦਬਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦਾ ਢੰਗ ਬਦਲਣ ਨਾਲ ਦਬਾਅ ਘਟਦਾ ਹੈ। ਸਪਲਿੰਟ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਜਾਂ ਸੌਂਦੇ ਸਮੇਂ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਹਿੱਲਦਾ ਰੱਖਣਾ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਤਾਕਤ ਵਧਾਉਣਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ।

ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਵਰਤਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਸਧਾਰਨ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories) ਦੁਖਣ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਹੋਰ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਨਾਲ, ਕੀ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਦਮਾਂ ਨਾਲ ਹੁਣ ਕਾਫ਼ੀ ਰਾਹਤ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦੀ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮਕਸਦ ਦਰਦ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਘਿਸੀਆਂ ਜੋੜ-ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਨੂੰ ਹਟਾਉਣਾ ਹੈ, ਜਦਕਿ ਗੁੱਟ ਦੀ ਕੰਮ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਹਿਲਜੁਲ ਨੂੰ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਇੱਕ ਅਹਿਮ ਜੋੜ ਅਜੇ ਵੀ ਤੰਦਰੁਸਤ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਘਿਸੀ ਹੋਈ ਕਤਾਰ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਗੁੱਟ ਇੱਕ ਨਵੇਂ, ਵੱਧ ਚਿਕਨੇ ਸੰਪਰਕ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਘਿਸਾਈ ਹੋਰ ਅੱਗੇ ਫੈਲ ਚੁੱਕੀ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਬਾਕੀ ਬਚੀਆਂ ਕੁਝ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਇੱਕ ਠੋਸ ਟੁਕੜਾ ਬਣਾਉਣ ਨਾਲ ਗੁੱਟ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਭਾਰ ਸਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਦੋਵੇਂ ਹਿਲਜੁਲ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪ ਹਨ, ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਵਿਚਕਾਰ ਸੌਂਦੇ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜੇ ਘਿਸਾਈ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਲਈ ਵੀ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਫੈਲੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਪੂਰੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਫਿਊਜ਼ਨ (total wrist fusion, ਸਾਰੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਇੱਕ ਕਰਨਾ) ਸਿਰਫ਼ ਖ਼ਾਸ ਹਾਲਾਤਾਂ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਢੁਕਵਾਂ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਜੋੜ ਬਦਲਣਾ (joint replacement) ਇੱਕ ਹੋਰ ਵਿਕਲਪ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਇਹ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲੇ ਗਠੀਏ ਦੀ ਇੱਕ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਚੱਲਣ ਵਾਲੀ ਕਿਸਮ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਛੇਤੀ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਜੇ ਇਵੇਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਘਿਸਾਈ ਗੁੱਟ ਦੇ ਬਾਹਰੀ ਕਿਨਾਰੇ ਤੋਂ ਵਿਚਕਾਰ ਵੱਲ ਫੈਲਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਪਕੜ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੁੰਦੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਆਉਂਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਦੁਖਣ ਨੂੰ ਘਟਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਘਿਸਾਈ ਨੂੰ ਰੋਕਦਾ ਨਹੀਂ, ਸਿਰਫ਼ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲਦਾ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਨਾਲ, ਅੱਗੇ ਦੀ ਤਸਵੀਰ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਘਿਸਾਈ ਕਿੰਨੀ ਫੈਲ ਚੁੱਕੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪੜਾਅ ਲਈ ਕਿਹੜਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਇੱਕ ਅਹਿਮ ਜੋੜ ਅਜੇ ਵੀ ਤੰਦਰੁਸਤ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਘਿਸੀ ਹੋਈ ਕਤਾਰ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਟਿਕਣ ਵਾਲੇ ਨਤੀਜੇ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜਿੱਥੇ ਕੁਝ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਇੱਕ ਠੋਸ ਟੁਕੜਾ ਬਣਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਗੁੱਟ ਠੋਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਜੁੜ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਰਗੜ ਵਾਲੇ ਦਰਦ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਭਾਰ ਸਹਿ ਲੈਂਦੇ ਹਨ। ਅਕੜਾਅ ਘੱਟ ਰੱਖਣ ਲਈ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਛੇਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਕਦੇ-ਕਦੇ ਪਹਿਲੇ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੀ, ਅਤੇ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੌਰਾਨ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਲਗਭਗ ਦੋ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਸੁਧਾਰ ਆਉਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ: ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਗੁੱਟ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 3 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਵੀ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਸੁਧਰਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਕਹੀਏ ਤਾਂ ਹਰ ਗੁੱਟ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਫ਼ਿਊਜ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੁਝ ਹੱਡੀਆਂ ਨਹੀਂ ਜੁੜਦੀਆਂ, ਜਿਸ ਲਈ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਫ਼ਿਊਜ਼ਨ ਨੂੰ ਥਾਂ ਸਿਰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਵਰਤੀ ਗਈ ਧਾਤ ਵੀ ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਇਸ ਨੂੰ ਕੱਢਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਹਿਲਜੁਲ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਇੱਕ ਕਰਵਾ ਚੁੱਕੇ ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਿਹੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ, ਜੇ ਦਰਦ ਬਣਿਆ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਫਿਰ ਵੀ ਪੂਰੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਫ਼ਿਊਜ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਅਤੇ ਕੁਝ ਗੁੱਟਾਂ ਵਿੱਚ, ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜੁੜ ਜਾਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਟਿਕਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਗੁੱਟ ਦੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਖ਼ਤਰੇ ਦੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਉੱਤੇ ਛੇਤੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲ, ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ; ਜੀਪੀ ਦੇ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਜਾਂ ਹੱਥ ਫਿੱਕੇ, ਠੰਢੇ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੇ ਪੈ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਜੇ ਅਚਾਨਕ ਤੁਹਾਡੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਚਲੀ ਜਾਵੇ।

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 ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਇਹ ਹਾਲਤ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਚੇਤਾਵਨੀ ਵਾਲੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਅਚਾਨਕ ਖ਼ਤਰੇ ਦੀ ਬਜਾਏ ਬਦਲਾਅ ਬਾਰੇ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜੇ ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਦਾ ਢੰਗ ਬਦਲਣ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦਾ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਜਾਂ ਜੇ ਇਹ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ ਜੇ ਦਰਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਕੜ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੁੰਦੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਅੱਖੇ ਹੁੰਦੇ ਜਾ ਰਹੇ ਹਨ।

ਗੁੱਟ ਦੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਕੁਝ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਲਈ ਉਸੇ ਦਿਨ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲ, ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ। ਇਹੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਜਾਂ ਹੱਥ ਫਿੱਕੇ, ਠੰਢੇ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੇ ਪੈ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਜੇ ਅਚਾਨਕ ਤੁਹਾਡੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਚਲੀ ਜਾਵੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮਕਾਜੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖੀਰ ਵਿੱਚ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਗਠੀਏ ਦੀ ਆਪਣੀ ਕੋਈ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਾਲੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਘਿਸਾਈ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਫੈਲਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹਿਲਜੁਲ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪ ਉਦੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਘਿਸਾਈ ਅਜੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਤੱਕ ਨਾ ਪਹੁੰਚੀ ਹੋਵੇ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। SLAC ਅਤੇ SNAC ਗੁੱਟ ਬਾਰੇ ਇਹ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਦੋ ਮਿਆਰੀ ਬਚਾਅ ਵਾਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ (salvage operations) ਵਿਚਕਾਰ ਚੋਣ ਇੱਕ ਅਸਲੀ ਸੌਂਦਾ ਹੈ, ਇੱਕ ਵੱਧ ਹਿਲਜੁਲ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦੂਜਾ ਵੱਧ ਤਾਕਤ, ਅਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨਵੇਂ ਇਕੱਠੇ ਕੀਤੇ ਸਬੂਤ ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਜਾਣ ਲੱਗੇ ਹਨ।

ਦੋ ਓਪਰੇਸ਼ਨ, ਦੋ ਵੱਖਰੇ ਸਮਝੌਤੇ

ਜਦੋਂ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ (carpus) ਗਠੀਏ ਵਾਲੇ ਪੈਟਰਨ ਵਿੱਚ ਬੈਠ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ, ਇਸ ਲਈ ਦੋਵੇਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਗਠੀਏ ਵਾਲੇ ਸੰਪਰਕ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਉਸ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। **ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਰੋਅ ਕਾਰਪੈਕਟੋਮੀ (proximal row carpectomy)** ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਪੂਰੀ ਪਹਿਲੀ ਕਤਾਰ ਕੱਢ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਕੈਪੀਟੇਟ (capitate, ਗੁੱਟ ਦੀ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਵੱਡੀ ਹੱਡੀ) ਦਾ ਸਿਰਾ ਉਸ ਖੋਲ ਵਿੱਚ ਬੈਠ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਸਕੈਫੋਇਡ ਅਤੇ ਲੂਨੇਟ ਨੇ ਖ਼ਾਲੀ ਕੀਤੀ ਹੈ। **ਫ਼ੋਰ-ਕਾਰਨਰ ਫ਼ਿਊਜ਼ਨ (four-corner fusion)** ਸਕੈਫੋਇਡ ਨੂੰ ਕੱਢ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਬਾਕੀ ਚਾਰ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਇੱਕ ਠੋਸ ਟੁਕੜਾ ਬਣਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

240 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਿੱਧੀ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਉੱਤੇ, ਸਮਝੌਤਾ ਸਾਫ਼ ਦਿਸਦਾ ਹੈ। ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਵਜੋਂ, ਫ਼ੋਰ-ਕਾਰਨਰ ਆਰਥਰੋਡੀਸਿਸ (arthrodesis, ਹੱਡੀਆਂ ਜੋੜਨਾ) ਨਾਲ **ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਅੰਗੂਠੇ ਵੱਲ ਮੋੜਨ (radial deviation) ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਅਤੇ ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵੱਧ ਸੀ**, ਜਦਕਿ ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਰੋਅ ਕਾਰਪੈਕਟੋਮੀ ਨਾਲ **ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਮੋੜਨ (flexion), ਪਿੱਛੇ ਮੋੜਨ (extension) ਅਤੇ ਅੱਗੇ-ਪਿੱਛੇ ਮੋੜਨ ਦੀ ਕੁੱਲ ਹੱਦ ਬਿਹਤਰ ਸੀ, ਅਤੇ ਕੁੱਲ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਘੱਟ ਸੀ [1]**।

ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਵੇਂ ਬਣਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਚਾਰ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਇੱਕ ਟੁਕੜਾ ਬਣਾਉਣ ਨਾਲ ਪਕੜ ਚਲਾਉਣ ਵਾਲੇ ਜੁੜਾਅ ਬਚੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਪਰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਹਿਲਜੁਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਕਤਾਰ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਗੁੱਟ ਛੋਟਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇੱਕ ਨਵਾਂ, ਵੱਧ ਹਿੱਲਣ ਵਾਲਾ ਜੋੜ ਬਣਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਕੱਢੀਆਂ ਗਈਆਂ ਬਣਤਰਾਂ ਤੋਂ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਤਾਕਤ ਦੀ ਕੀਮਤ ਉੱਤੇ।

ਵੱਡਾ ਇਕੱਠਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਕਾਰਪੈਕਟੋਮੀ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਹੈ

ਵੱਧ ਨਵੇਂ ਅਤੇ ਕਿਤੇ ਵੱਡੇ ਸਬੂਤਾਂ ਨੇ ਪਲੜਾ ਬਦਲ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। SLAC ਅਤੇ SNAC ਗੁੱਟ ਵਾਲੇ **3,174** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, **ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਰੋਅ ਕਾਰਪੈਕਟੋਮੀ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਫ਼ੋਰ-ਕਾਰਨਰ ਫ਼ਿਊਜ਼ਨ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਸਨ ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਘੱਟ ਸੀ [2]**।

ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਵਿਚਲਾ ਫ਼ਰਕ ਉਸ ਤੁਲਨਾ ਦਾ ਵੱਧ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਹਿੱਸਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਇੱਕ ਮਕੈਨੀਕਲ ਵਿਆਖਿਆ ਹੈ: ਫ਼ੋਰ-ਕਾਰਨਰ ਫ਼ਿਊਜ਼ਨ ਵਿੱਚ ਚਾਰ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਨੂੰ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੁੜਨਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੱਡੀਆਂ ਦਾ ਨਾ ਜੁੜਨਾ (nonunion), ਧਾਤ ਦੇ ਸਮਾਨ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਅਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਦੀ ਲੋੜ ਅਜਿਹੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਕਾਰਪੈਕਟੋਮੀ ਵਿੱਚ ਹੋ ਗਈਆਂ ਸਕਦੀਆਂ।

ਹੱਡੀਆਂ ਜੋੜਨ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਰੂਪਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਵੀ ਇਸ ਫ਼ਰਕ ਨੂੰ ਖ਼ਤਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। ਟੂ-ਕਾਰਨਰ (two-corner) ਅਤੇ ਫ਼ੋਰ-ਕਾਰਨਰ ਆਰਥਰੋਡੀਸਿਸ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ, ਛੋਟੇ ਜੋੜ ਦੇ ਸਿਧਾਂਤਕ ਫ਼ਾਇਦੇ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦੋਵਾਂ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੇ **ਨਤੀਜੇ ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਇੱਕੋ ਜਿਹੀਆਂ ਸਨ**, ਇਸ ਲਈ ਦੋਵੇਂ ਵਾਜਬ ਵਿਕਲਪ ਬਣੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ [3]।

ਜਿੱਥੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਅਜੇ ਵੀ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਇਕੱਠਾ ਨਤੀਜਾ ਕਾਰਪੈਕਟੋਮੀ ਨੂੰ ਹਰ ਕਿਸੇ ਲਈ ਸਹੀ ਨਹੀਂ ਬਣਾਉਂਦਾ। ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕੈਪੀਟੇਟ ਦਾ ਸਿਰਾ ਅਤੇ ਰੇਡੀਅਸ (radius, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਹੱਡੀ) ਦੀ ਉਸ ਨਾਲ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਸਤ੍ਹਾ ਠੀਕ-ਠਾਕ ਹੋਣ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹੀ ਦੋ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਨਵਾਂ ਜੋੜ ਬਣਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਿੱਥੇ ਗਠੀਆਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਕੈਪੀਟੇਟ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਚੁੱਕਾ ਹੈ, ਜੋ ਉਸੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦਾ ਵੱਧ ਅਗਲਾ ਪੜਾਅ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਕਾਰਪੈਕਟੋਮੀ ਕੋਲ ਜੋੜ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕੋਈ ਠੀਕ ਸਤ੍ਹਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਅਤੇ ਹੱਡੀਆਂ ਜੋੜਨਾ ਹੀ ਵਿਕਲਪ ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਉਮਰ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਤੋਂ ਲਿਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਕੰਮ ਵੀ ਮਹੱਤਵ ਰੱਖਦੇ ਹਨ। ਘੱਟ ਉਮਰ ਦਾ, ਵੱਧ ਭਾਰੀ ਵਰਤੋਂ ਵਾਲਾ ਗੁੱਟ ਉਸ ਤਾਕਤ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਹੱਡੀਆਂ ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਬਚੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਵੱਧ ਦਰ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦੇ ਹੋਏ।

ਜਦੋਂ ਦੋਵੇਂ ਵਿਕਲਪ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਣ

ਜੇ ਬਚਾਅ ਵਾਲਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਕਾਮ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਜਾਂ ਗਠੀਆਂ ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਲਈ ਵੀ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਫੈਲਿਆ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਬਾਕੀ ਵਿਕਲਪ ਪੂਰੇ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਜੋੜਨਾ (total wrist fusion) ਅਤੇ ਪੂਰਾ ਗੁੱਟ ਬਦਲਣਾ (total wrist replacement) ਹਨ। ਦੋਵੇਂ ਦਰਦ ਘਟਾਉਣ ਅਤੇ ਪਕੜ ਸੁਧਾਰਨ ਵਿੱਚ ਕਾਰਗਰ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ **ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਕ੍ਰਮਵਾਰ 17% ਅਤੇ 19% ਨਾਲ ਮਿਲਦੀਆਂ-ਜੁਲਦੀਆਂ** ਹਨ; ਜੋੜ ਬਦਲਣ (arthroplasty) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ, ਪਰ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਬਾਰੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਠੋਸ ਅੰਕੜਿਆਂ ਦੀ ਅਜੇ ਵੀ ਘਾਟ ਹੈ [4]।

ਇਹ ਬਰਾਬਰੀ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਹੱਡੀਆਂ ਜੋੜਨ ਅਤੇ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਬਿਲਕੁਲ ਵੱਖਰੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਵਜੋਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੋ ਜਿਹਾ ਗੁੱਟ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਨਾ ਕਿ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਕਿ ਇਹ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਗ਼ਲਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ: ਇੱਕ ਮਜ਼ਬੂਤ, ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲਾ, ਨਾ ਹਿੱਲਣ ਵਾਲਾ ਗੁੱਟ, ਬਨਾਮ ਇੱਕ ਹਿੱਲਣ ਵਾਲਾ ਗੁੱਟ ਜਿਸ ਦਾ ਬਦਲਿਆ ਜੋੜ ਸ਼ਾਇਦ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਘਿਸ ਜਾਵੇ, ਯਾਨੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Saltzman BM, Frank JM, Slikker W, Fernandez JJ, Cohen MS, Wysocki RW. Clinical outcomes of proximal row carpectomy versus four-corner arthrodesis for post-traumatic wrist arthropathy: a systematic review. J Hand Surg Eur Vol. 2014;40(5):450-7. <https://doi.org/10.1177/1753193414554359>
- [2] Hones KM, Hao KA, Rakauskas TR, Densley S, Hampton H, Kim J, et al. Four-corner fusion versus proximal row carpectomy for scapholunate advanced collapse and scaphoid nonunion advanced collapse wrists: a systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am. 2024;49(7):633-8. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.01.011>
- [3] Hundepool CA, Duraku LS, Quanjel TJ, van Minnen LP, Jansen MC, Zuidam JM. Two-, three-, or four-corner arthrodesis for midcarpal osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am. 2025;50(1):93.e1-93.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.04.018>
- [4] Zhu XM, Perera E, Gohal C, Dennis B, Khan M, Alolabi B. A systematic review of outcomes of wrist arthrodesis and wrist arthroplasty in patients with wrist arthritis. J Hand Surg Eur Vol. 2020;46(3):297-303. <https://doi.org/10.1177/1753193420953683>