

TFCC ਦੀ ਸੱਟ

ਟ੍ਰਾਈਐਂਗੂਲਰ ਫਾਈਬ੍ਰੋਕਾਰਟੀਲੇਜ ਕੰਪਲੈਕਸ (TFCC), ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ।

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

ਦਰਦ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਅਲਨਰ ਪਾਸਾ (ulnar side) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਪਾਸੇ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਹ ਅਕਸਰ ਭੜਕ ਉੱਠਦਾ ਹੈ: ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਉੱਠਣਾ, ਮਰਤਬਾਨ ਨੂੰ ਘੁੱਟ ਕੇ ਫੜਨਾ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ ਫੜੀ ਹੋਣ ਵੇਲੇ ਦਰਵਾਜ਼ੇ ਦਾ ਹੈਂਡਲ ਘੁਮਾਉਣਾ। ਮਰੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕੱਪੜਾ ਨਿਚੋੜਨਾ ਜਾਂ ਪੇਚਕਸ (screwdriver) ਵਰਤਣਾ, ਵੀ ਦਰਦ ਛੇੜ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਕੁਝ ਲੋਕ ਦੇਖਦੇ ਹਨ ਕਿ ਗੁੱਟ ਡਾਵਾਂਡੇਲ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਇਹ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਵੇਗਾ, ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣ ਵੇਲੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਖੜਕ (clunk) ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਦੂਜਿਆਂ ਨੂੰ ਅਜਿਹਾ ਦਰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਟਿਕਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਪਰ ਸਕੈਨਾਂ ਉੱਤੇ ਕੋਈ ਸਾਫ਼ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਦਿਸਦਾ, ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਇਸ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਇਹ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ। ਕੰਮ-ਕਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੁਖਣ ਵੱਧ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਾਂ ਸਵੇਰੇ ਉੱਠਦਿਆਂ ਹੀ ਤੰਗ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜੀਵਨ ਵਿੱਚ, ਉਹ ਕੰਮ ਅੱਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਘੁੱਟ ਕੇ ਫੜਨਾ ਅਤੇ ਮਰੋੜਨਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ: ਫਸਿਆ ਹੋਇਆ ਢੱਕਣ ਖੋਲ੍ਹਣਾ, ਉਸ ਪਾਸੇ ਦੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਸੌਂਦੇ ਦਾ ਭਾਰੀ ਥੈਲਾ ਚੁੱਕਣਾ, ਜਾਂ ਨੀਵੀਂ ਸੀਟ ਤੋਂ ਉੱਠਣ ਲਈ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਟੇਕ ਲਾਉਣਾ। ਜਿਸ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਅੱਜ਼ਾਰ ਵਰਤਣੇ ਪੈਂਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਜ਼ੋਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਦਰਦ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖ ਸਕਦਾ 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

ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ, ਇੱਕ ਬਣਤਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਟ੍ਰਾਈਐਂਗੂਲਰ ਫਾਈਬ੍ਰੋਕਾਰਟੀਲੇਜ ਕੰਪਲੈਕਸ (triangular fibrocartilage complex), ਜਾਂ TFCC, ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਨੂੰ ਇੱਕ ਝਟਕਾ-ਸੋਖਕ (shock absorber) ਵਾਂਗ ਸਮਝੋ ਜਿਸ ਨਾਲ ਹੱਥੀਆਂ ਬੱਝੀਆਂ ਹੋਣ। ਝਟਕਾ-ਸੋਖਕ ਸਖ਼ਤ, ਚਿਕਨੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage) ਦੀ ਇੱਕ ਡਿਸਕ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਅਲਨਾ (ulna, ਉਸ ਪਾਸੇ ਦੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਹੱਡੀ) ਦੇ ਸਿਰੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਹੱਥੀਆਂ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligaments, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੇ

ਬੰਧਨ) ਹਨ, ਜੋ ਉਸ ਡਿਸਕ ਨੂੰ ਅਲਨਾ ਨਾਲ ਬੰਨ੍ਹ ਕੇ ਰੱਖਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਸ ਜੋੜ ਨੂੰ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਦੇ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀਆਂ ਦੋਵੇਂ ਹੱਡੀਆਂ ਗੁੱਟ ਕੋਲ ਮਿਲਦੀਆਂ ਹਨ।

TFCC ਇੱਕੋ ਵੇਲੇ ਦੋ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅਲਨਰ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਲੰਘਣ ਵਾਲੇ ਭਾਰ ਨੂੰ ਗੱਦੀ ਵਾਂਗ ਸਹਾਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਬਾਂਹ ਦੇ ਉਸ ਜੋੜ ਨੂੰ ਜੋੜੀ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਦੋਹਰੀ ਭੂਮਿਕਾ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਪੈਟਰਨਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਗੱਦੀ ਵਾਲਾ ਹਿੱਸਾ ਪਾਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਪਾਸੇ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਉੱਠਣਾ, ਘੁੱਟ ਕੇ ਫੜਨਾ, ਮਰੋੜਨਾ। ਜਦੋਂ ਰੱਸੀਆਂ ਅਲਨਾ ਉੱਤੇ ਆਪਣੀ ਜੁੜਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਪਾਟ ਕੇ ਉੱਖੜ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਜੋੜ ਦਾ ਆਪਣਾ ਸਹਾਰਾ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਗੁੱਟ ਇਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਵੇਗਾ, ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਘੁਮਾਉਣ ਵੇਲੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਖੜਾਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਦੂਜਾ ਪੈਟਰਨ ਵੱਧ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਵਾਲਾ ਹਿੱਸਾ ਹੀ ਜੋੜ ਨੂੰ ਜੋੜੀ ਰੱਖਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਥਾਂ ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਹੋਰ ਗੱਲ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹੈ। ਸਿਰਫ਼ TFCC ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਨੂੰ ਖ਼ੂਨ ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਲਗਭਗ ਇਸ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ 10% ਤੋਂ 40% ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ। ਅੰਦਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਲਗਭਗ ਕੋਈ ਖ਼ੂਨ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦਾ। ਖ਼ੂਨ ਹੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਲਿਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਕਿਨਾਰੇ ਦੇ ਨੇੜੇ ਦੇ ਪਾਟਣਾਂ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੀ ਅਸਲ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਦਕਿ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਪਾਟਣ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਦਾ ਪਾਟਣ ਦੁਖਦਾਈ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ: ਨੁਕਸਾਨਿਆਂ ਟਿਸ਼ੂ ਅਜਿਹੀ ਥਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਸਰੀਰ ਲਈ ਉਸ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨਾ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹਰ ਵਾਰ ਫੜਨ ਜਾਂ ਮਰੋੜਨ ਨਾਲ ਉਸ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪੈਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਲਈ ਦਰਦ, ਖੜਾਕ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣਾ ਵੱਖੋ-ਵੱਖਰੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਇਹ ਉਦੋਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਗੱਦੀ ਅਤੇ ਸਹਾਰੇ ਦਾ ਦੋਹਰਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਬਣਤਰ, ਜਿਸ ਉੱਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੀ ਹਰ ਹਰਕਤ ਨਾਲ ਭਾਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਆਪਣੇ ਦੋਵੇਂ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੀ ਹੁੰਦੀ।

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 ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ (referral) ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਉਸ ਪਹਿਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਇਹ ਪਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਕੀ ਪਾਟਿਆ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਇਮੇਜਿੰਗ (ਐਕਸ-ਰੇ ਜਾਂ ਸਕੈਨ) ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

TFCC ਦੇ ਕੁਝ ਪਾਟਣ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਸਪਲਿੰਟ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਭਾਰ ਹਟਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਬਾਹਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਨੂੰ, ਯਾਨੀ ਉਸ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਜਿਸ ਨੂੰ ਖ਼ੂਨ ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਜੁੜਨ ਦਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਦਰਦ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਪਕੜ ਮੁੜ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਗੁੱਟ ਫਿਰ ਤੋਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦਾ ਭਾਰ ਸਹਿ ਸਕੇ। ਇਹ ਕਾਰਗਰ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਇਸ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦਾ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ।

ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਗੋਲੀਆਂ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories) ਪਾਟਣ ਦੇ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਿੱਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀਆਂ, ਬੱਸ ਦਿਨਾਂ ਨੂੰ ਵੱਧ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਬਣਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਜੇ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਦ ਜਾਂ ਖੜਾਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਆਮ ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਗੁੱਟ ਦੀ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪੀ (wrist arthroscopy) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਸਰਜਨ ਬਹੁਤ ਛੋਟੇ ਕੈਮਰੇ ਨਾਲ ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ TFCC ਦੇ ਪਾਟਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਦਾ ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਸਹੀ ਤਰੀਕਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਪਾਟਣਾਂ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਹੀ ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਸਾਫ਼ ਕਰ ਕੇ ਪੱਪਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਗੱਦੀ ਘਿਸ ਚੁੱਕੀ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਉੱਤੇ ਵਾਧੂ ਭਾਰ ਪੈ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਇੱਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਰਾਹੀਂ ਅਲਨਾ ਦੇ ਸਿਰੇ ਤੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ ਹਿੱਸਾ ਛਿੱਲ ਕੇ ਉਸ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਬਾਅ ਘਟਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਪਾਟਣ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਕਰਨ, ਉਸ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਦੇ ਟੁਕੜੇ (graft) ਨਾਲ ਉਸ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾਉਣ ਵਿਚਕਾਰ ਚੋਣ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਪਾਟਣ ਕਿੱਥੇ ਹੈ ਅਤੇ ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਹੈ।

ਇਹ ਮਿਲ ਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਸਮਝਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਹਰ ਵਿਕਲਪ ਵਿੱਚ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕੀ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਲਈ ਕੀ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ, TFCC ਦਾ ਪਾਟਣ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਸਹੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬਾਹਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਦੇ ਨੇੜੇ ਦੇ ਪਾਟਣਾਂ ਦੇ, ਜਿੱਥੇ ਖੂਨ ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਆਪਣੇ ਆਪ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਨਾਲ ਜੁੜਨ ਦੀ ਅਸਲ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਗੱਦੀ ਦੇ ਵੱਧ ਅੰਦਰ ਵਾਲੇ ਪਾਟਣ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ, ਪਰ ਜਦੋਂ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਇਸ ਉੱਤੇ ਘੱਟ ਭਾਰ ਪਾਇਆ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਫਿਰ ਵੀ ਦਰਦ ਘਟ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਇੱਕਦਮ ਨਹੀਂ, ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਦੇਖਦੇ ਹਨ ਕਿ ਦੁਖਣ ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਬਜਾਏ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਘਟਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਗੁੱਟ ਸ਼ਾਂਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਕੜ ਅਤੇ ਮਰੋੜਨ ਦੀ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਸਿਰਫ਼ ਇਕੱਲੇ ਪਾਟਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾਣ ਦਾ ਔਸਤ ਸਮਾਂ 5.5 ਹਫ਼ਤੇ ਹੈ। ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਉਸੇ ਪਾਸੇ ਹੋਰ ਸੱਟਾਂ ਵੀ ਹੋਣ। ਇੱਕ ਪੈਟਰਨ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹੈ: ਜੇ ਅਲਨਾ ਦਾ ਸਿਰਾ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਦੱਬ ਕੇ ਦਰਦ ਕਰ ਰਿਹਾ ਸੀ, ਤਾਂ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਜਾਣ ਉੱਤੇ ਉਹ ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਮੁੜ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਪਾਟਣ ਨੂੰ ਇਵੇਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਅੱਗੇ ਦੀ ਤਸਵੀਰ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਹਿੱਸਾ ਨੁਕਸਾਨਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਕਿਨਾਰੇ ਦਾ ਪਾਟਣ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਪਾਟਣ, ਜਾਂ ਅਜਿਹਾ ਪਾਟਣ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਵਾਲੀਆਂ ਰੱਸੀਆਂ ਢਿੱਲੀਆਂ ਹੋ ਕੇ ਉੱਖੜ ਗਈਆਂ ਹੋਣ, ਅਕਸਰ ਹਰ ਵਾਰ ਫੜਨ ਅਤੇ ਮਰੋੜਨ ਨਾਲ ਦੁਖਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਟਿਸ਼ੂ ਅਜਿਹੀ ਥਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਸਰੀਰ ਲਈ ਉਸ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨਾ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਵੀ ਬਣਿਆ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਗੁੱਟ ਦਾ ਵਾਅਦਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਦਰਦ ਲਈ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਔਸਤਨ ਲਗਭਗ 50% ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ, ਅਤੇ ਉਸ ਵੇਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨੂੰ ਅਜੇ ਵੀ ਕੁਝ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਸੀ। ਸਰਜਰੀ ਜੇ ਕੰਮ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਹੈ ਠੀਕ-ਠੀਕ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨਾ ਕਿ ਕੀ ਪਾਟਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਸ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਉਸ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨਾ, ਜਿਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਘੱਟ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਜਿਹਾ ਗੁੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਫਿਰ ਤੋਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦਾ ਭਾਰ ਸਹਿ ਸਕੇ।

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 ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

TFCC ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਪਾਟਣ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਕੁਝ ਹਾਲਾਤ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਗੁੱਟ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਉਸੇ ਦਿਨ ਇਲਾਜ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਹੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਜਾਂ ਹੱਥ ਢਿੱਕੇ, ਠੰਢੇ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੇ ਪੈ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਜੇ ਕਿਸੇ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਚਾਨਕ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਚਲੀ ਜਾਵੇ। ਬਾਕੀ ਸਭ ਲਈ, ਸਮੇਂ ਦੀ ਗੱਲ ਤੇਜ਼ੀ ਦੀ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਇਸ ਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤਕਲੀਫ਼ ਕਿੰਨੀ ਦੇਰ ਤੋਂ ਟਿਕੀ ਹੋਈ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਰਦ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਹੈ ਅਤੇ ਆਰਾਮ, ਸਪਲਿੰਟ ਜਾਂ ਰੈੱਡ ਬੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਘਟਿਆ। ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਲਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ ਜੇ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਵੇਲੇ ਗੁੱਟ ਡਾਵਾਂਡੇਲ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਖੜਾਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਤੋਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ TFCC ਦਾ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਵਾਲਾ ਹਿੱਸਾ ਪਾਟ ਕੇ ਢਿੱਲਾ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ। ਅਜਿਹਾ ਦਰਦ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਕੈਨ ਸਾਫ਼ ਆਉਂਦੇ ਹਨ ਪਰ ਦੁਖਣ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਉਸ ਲਈ ਵੀ ਮਾਹਰ ਦੀ ਰਾਇ ਲੈਣੀ ਬਣਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਥਾਂ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਉਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨੇੜਿਓਂ ਦੇਖਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿੰਨਾ ਸਿਰਫ਼ ਸਕੈਨ ਦਿਖਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਟ੍ਰਾਈਐਂਗੁਲਰ ਫ਼ਾਈਬ੍ਰੋਕਾਰਟੀਲੇਜ ਕੰਪਲੈਕਸ ਦੀ ਸੱਟ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਲਾਭਦੇਹ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਸਰਜੀਕਲ ਤਰੀਕਿਆਂ ਬਾਰੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਬਹਿਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸਪਸ਼ਟ ਫ਼ਰਕ ਸਾਹਮਣੇ ਨਹੀਂ ਆਇਆ, ਜਦਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਇੱਕ ਵੇਰਵਾ, ਜਿਸ ਵੱਲ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਧਿਆਨ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਜਾਪਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਬਣਤਰ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕਰਦੀ ਹੈ

TFCC ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਇੱਕ ਡਿਸਕ ਹੈ ਜਿਸ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਝੁਲੇ ਵਰਗਾ ਘੇਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਅਲਨਾ (ulna, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਹੱਡੀ) ਦੇ ਸਿਰੇ ਅਤੇ ਕਾਰਪਲ ਹੱਡੀਆਂ (carpal bones, ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ) ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕੋ ਵੇਲੇ ਦੋ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ: ਇਹ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅਲਨਰ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਲੰਘਣ ਵਾਲੇ ਭਾਰ ਨੂੰ ਗੱਦੀ ਵਾਂਗ ਸਹਾਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਗੁੱਟ ਕੋਲ ਬਾਂਹ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਜੋੜ, ਯਾਨੀ ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਜੋੜ (distal radioulnar joint), ਨੂੰ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।

ਇਹ ਦੇਹਰੀ ਭੂਮਿਕਾ ਦੱਸਦੀ ਹੈ ਕਿ ਇੱਥੇ ਦੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਦੇ ਵੱਖਰੇ ਢੰਗਾਂ ਨਾਲ ਸਾਹਮਣੇ ਕਿਉਂ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਿਹੜਾ ਪਾਟਣ ਮੁੱਖ ਤੌਰ 'ਤੇ ਡਿਸਕ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਭਾਰ ਪੈਣ ਉੱਤੇ, ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਧੱਕਾ ਲਾ ਕੇ ਉੱਠਣ ਵੇਲੇ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਫੜਨ ਅਤੇ ਮਰੋੜਨ ਵੇਲੇ ਦਰਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜਿਹੜਾ ਪਾਟਣ ਡੂੰਘੇ ਰੇਸ਼ਿਆਂ ਨੂੰ ਅਲਨਾ ਉੱਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਜੁੜਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ, ਯਾਨੀ ਫੋਵੀਅਲ (foveal) ਜੁੜਨ-ਥਾਂ, ਤੋਂ ਵੱਖ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਅਸਥਿਰਤਾ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣ ਵੇਲੇ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਗੁੱਟ ਜਵਾਬ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚ ਖੜਾਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਦੂਜੀ ਕਿਸਮ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਵਾਲਾ ਇਹ ਜੁੜਾਅ ਹੀ ਜੋੜ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਜਕੜ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ।

MRI ਸਹੀ ਹੈ, ਪਰ ਇੱਕ ਸ਼ਰਤ ਨਾਲ ਜੋ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹੈ

ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਇਮੇਜਿੰਗ (ਸਕੈਨ) ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ। **1,298** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ MRI ਦੀ ਕੁੱਲ ਸ਼ੁੱਧਤਾ ਤਸੱਲੀਬਖ਼ਸ਼ ਸੀ, ਅਤੇ **ਕਿਨਾਰੇ ਵਾਲੇ (peripheral) ਪਾਟਣਾਂ ਲਈ ਇਕੱਠੇ ਕੀਤੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁੱਧਤਾ ਮੁਕਾਬਲਤਨ ਉੱਚੀ ਸੀ**, ਅਤੇ ਢੁਕਵੀਆਂ ਸੈਟਿੰਗਾਂ ਨਾਲ ਕੀਤੇ MRI ਨੂੰ ਪਾਟਣ ਦੀਆਂ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਕਿਸਮਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਲਈ ਇੱਕ ਆਦਰਸ਼ ਤਰੀਕਾ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ [1]।

ਸ਼ਰਤ “ਕਿਨਾਰੇ ਵਾਲੇ” ਸ਼ਬਦ ਵਿੱਚ ਹੈ। MRI ਕੰਪਲੈਕਸ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਬਿਹਤਰ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੁਰੰਮਤ ਹੋ ਸਕਣ ਵਾਲੇ ਪਾਟਣ ਉੱਥੇ ਹੀ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਅਤੇ ਘਿਸਾਈ ਨਾਲ ਹੋਏ ਪਾਟਣਾਂ ਨੂੰ, ਅਤੇ ਫੋਵੀਅਲ ਜੁੜਾਅ ਦੀ ਠੀਕ-ਠੀਕ ਹਾਲਤ ਨੂੰ, ਪਰਖਣਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਔਖਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਸਕੈਨ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਜਾਂਚ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਜਾਂਚ (arthroscopy) ਦਾ ਵੀ ਅਹਿਮ ਵਜ਼ਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸਪਸ਼ਟ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਨਿਕਲਦਾ

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਦੋ ਬਹਿਸਾਂ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਉੱਠਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਨਿੱਬੜੀ ਨਹੀਂ।

ਆਮ ਮਿਲਣ ਵਾਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਵਾਲੇ, ਅਲਨਰ ਪਾਸੇ ਦੇ ਪਾਟਣ ਲਈ, **240** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਿਸਟੇਮੈਟਿਕ ਰਿਵਿਊ (systematic review, ਕਈ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੀ ਵਿਉਂਤਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ) ਵਿੱਚ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਬਨਾਮ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਮੁਰੰਮਤ ਬਾਰੇ ਪੱਕੇ ਸਿੱਟੇ ਕੱਢਣ ਲਈ **ਉੱਚ-ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਾਲੇ ਸਬੂਤਾਂ ਦੀ ਘਾਟ** ਮਿਲੀ, ਅਤੇ **ਅਜਿਹਾ ਕੋਈ ਵਿਗਿਆਨਕ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ ਜੋ ਇੱਕ ਤਰੀਕੇ ਨੂੰ ਦੂਜੇ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਦਰਸਾਏ** [2]।

ਫੋਵੀਅਲ ਮੁਰੰਮਤ ਲਈ, **904** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿਊਚਰ ਐਂਕਰ (suture anchor, ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਲਗਾਇਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਛੋਟਾ ਕਿੱਲ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਟਾਂਕੇ ਬੰਨ੍ਹ ਕੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚੋਂ ਆਰ-ਪਾਰ ਲੰਘਾਏ ਟਾਂਕਿਆਂ (transosseous suture) ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਨਾਲ ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ, ਦਰਦ ਅਤੇ ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਦਰ ਘੱਟ ਰਹੀ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ (range of motion) ਦੀ ਤੁਲਨਾ **ਅਨਿਰਣਾਇਕ** ਰਹੀ [3]।

ਇੱਕਸਾਰ ਸੁਨੇਹਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ ਜੁੜਾਅ ਮੁੜ ਬਹਾਲ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ; ਇਸ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਸਾਜ਼ੋ-ਸਾਮਾਨ ਨਾਲ ਨਤੀਜਾ ਬਦਲਦਾ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਾ ਉਹ ਵੇਰਵਾ ਜੋ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਜਾਪਦਾ ਹੈ

ਇੱਥੇ ਸਬੂਤ ਵੱਧ ਸਪਸ਼ਟ ਫ਼ਰਕ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਅਮਲੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੰਮ ਦੇ ਹਨ। **288** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਫ਼ੋਵੀਅਲ TFCC ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਢੰਗਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ, ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ **ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਰੋਕਣ ਨਾਲੋਂ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਘੁੰਮਣਾ ਰੋਕਣਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ**, ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਮੋੜਨ ਅਤੇ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਉੱਤੇ ਲਾਈ ਵਾਧੂ ਰੋਕ ਨੇ **ਕੋਈ ਇੱਕਸਾਰ ਫ਼ਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਇਆ** [4]।

ਇਹ ਸਿੱਧਾ ਸਰੀਰ ਦੀ ਬਣਤਰ ਤੋਂ ਨਿਕਲਦਾ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੇ ਹਿੱਸੇ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਘੁੰਮਣ ਨਾਲ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਕੂਹਣੀ ਮੋੜਨ ਨਾਲ ਨਹੀਂ, ਇਸ ਲਈ ਸਪਲਿੰਟ ਨੂੰ ਹਥੇਲੀ ਦੇ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਘੁੰਮਣ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਅਸਿੱਧੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਲਈ ਅਕਸਰ ਕੂਹਣੀ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਤੱਕ ਦਾ ਪਲੱਸਤਰ (cast) ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਘੁੰਮਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਸਬੂਤ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕੂਹਣੀ ਵਾਲਾ ਹਿੱਸਾ ਉਹ ਨਹੀਂ ਜੋ ਅਸਲ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ ਲਈ, ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਛੱਡਣ ਵਾਲੀ ਬ੍ਰੇਸ (ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਪਟਾ) ਵਿੱਚ ਛੇ ਹਫ਼ਤੇ ਬਿਤਾਉਣਾ, ਕੂਹਣੀ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਤੱਕ ਦੇ ਪਲੱਸਤਰ ਵਿੱਚ ਛੇ ਹਫ਼ਤੇ ਬਿਤਾਉਣ ਨਾਲੋਂ ਕਾਫ਼ੀ ਵੱਖਰਾ ਤਜਰਬਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Wang ZX, Chen SL, Wang QQ, Liu B, Zhu J, Shen J. The performance of magnetic resonance imaging in the detection of triangular fibrocartilage complex injury: a meta-analysis. J Hand Surg Eur Vol. 2015;40(5):477-84. <https://doi.org/10.1177/1753193414567425>
- [2] Robba V, Fowler A, Karantana A, Grindlay D, Lindau T. Open versus arthroscopic repair of 1B ulnar-sided triangular fibrocartilage complex tears: a systematic review. Hand (N Y). 2019;15(4):456-64. <https://doi.org/10.1177/1558944718815244>
- [3] Ma H, Wang J, Yang C. Effectiveness of suture anchor and transosseous suture technique in arthroscopic triangular fibrocartilage complex foveal repair: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-04530-4>
- [4] Lee J, Lee T, Lee S, Lim H, Chang E, Park MO, et al. Postoperative immobilization after foveal triangular fibrocartilage complex repair: a systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am. 2026;51(5):512.e1-512.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jhssa.2026.01.029>