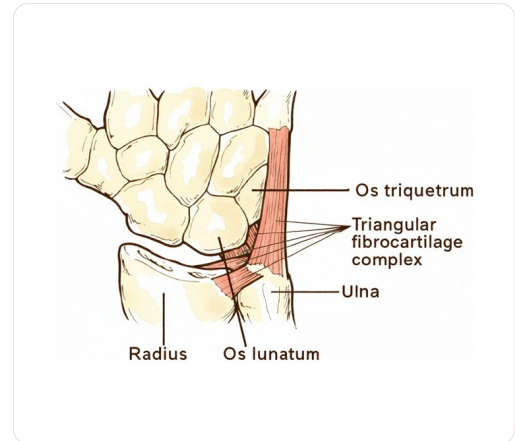


# ਊਲਨਾਰ-ਸਾਈਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦਰਦ ਅਤੇ ਊਲਨਾਰ ਇੰਪੈਕਟਸ਼ਨ

TFCC ਅਤੇ ਕਮਰੇ (ਚੋਟੀ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ) ਵਾਲੀ ਪਾਸੇ — ਕਮਰੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੁਖਣ ਦਾ ਇੱਕ ਆਮ ਕਾਰਨ।

Elatmani s / Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0



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 ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ

ਕਮਰ ਦੇ ਛੋਟੇ ਉੱਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ (ਯੂਲਨਰ ਪਾਸੇ) ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਬਹੁਤ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਕਈ ਸੰਭਾਵੀ ਕਾਰਨ ਹਨ। ਇਸ ਪੰਨੇ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਮਕੈਨੀਕਲ ਕਾਰਨ ਹੈ: ਇੱਕ ਸਥਿਤੀ ਜਿਸਨੂੰ **ਯੂਲਨਰ ਇੰਪੈਕਟਸ਼ਨ** (ਇਸਨੂੰ ਯੂਲਨੇਕਾਰਪਲ ਐਬਊਟਮੈਂਟ ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਮਰ ਦੇ ਬਾਹਰੀ ਕਿਨਾਰੇ 'ਤੇ, ਹੱਥ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵੱਲ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਕਸਰ ਤੁਹਾਡੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਫੜਨ, ਆਪਣੇ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਮੋੜਨ, ਜਾਂ ਕਮਰ ਨੂੰ ਛੋਟੀ ਉੱਗਲ ਵੱਲ ਮੋੜਨ 'ਤੇ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜਾਰ ਖੋਲ੍ਹਣਾ, ਚਾਬੀ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਸਕੂਡਰਾਈਵਰ ਵਰਤਣਾ, ਕਪੜਾ ਮੋੜਨਾ, ਜਾਂ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਉੱਭਰਨ ਲਈ ਹੱਥ 'ਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣਾ ਇਸਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕੁਝ ਚਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਕਮਰ ਵਿੱਚ **ਕਲਿੱਕ ਜਾਂ ਕਲੱਕ** ਸੁਣਾਈ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਭਾਰੀ ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਇੱਕ ਦਿਨ ਬਾਅਦ ਕਮਰ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਮਰ ਰਾਹੀਂ ਭਾਰ ਪਾਉਣਾ (ਪਲੈੱਕ, ਪੁਸ਼-ਅੱਪ, ਜਾਂ ਭਾਰੀ ਦਰਵਾਜ਼ਾ ਖੋਲ੍ਹਣ ਵਿੱਚ) ਇੱਕ ਕਲਾਸਿਕ ਭੜਕਾਉਣ ਵਾਲਾ ਕਾਰਕ ਹੈ।

ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਧੀਮੇ ਧੀਮੇ ਵਿਕਸਿਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਬਜਾਏ ਇਸ ਦੇ ਕਿ ਇਹ ਇੱਕਲੇ ਚੋਟ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਕਮਰ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਟੁੱਟਣ ਦੇ ਬਾਅਦ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

## ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਦੋ ਅਗਲੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਕਲਾਈ ਤੱਕ ਚਲੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ: **ਰੇਡੀਅਸ** (ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੀ ਪਾਸੇ) ਅਤੇ **ਯੂਲਨਾ** (ਚੰਗੂਰੀ ਵਾਲੀ ਪਾਸੇ)। ਕਲਾਈ ਦੇ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ, ਇਹਨਾਂ ਦੋਵਾਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਸਿਰੇ ਲਗਭਗ ਇੱਕੋ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਯੂਲਨਾ ਇੰਪੈਕਟਸ਼ਨ ਵਿੱਚ, ਰੇਡੀਅਸ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਯੂਲਨਾ ਅਨੁਪਾਤਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੰਬੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰ **ਪਾਜ਼ੀਟਿਵ ਯੂਲਨਾ ਵੇਰੀਅੰਸ** ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ।

ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਜਨਮ ਤੋਂ ਹੀ ਥੋੜ੍ਹੀ ਲੰਬੀ ਯੂਲਨਾ ਨਾਲ ਜਨਮ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਹੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਵਿਕਸਿਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਇਸ ਸਮੇਂ ਜਦੋਂ ਟੁੱਟੀ ਹੋਈ ਕਲਾਈ ਥੋੜ੍ਹੀ ਛੋਟੀ ਹੋ ਕੇ ਭਰ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਰੇਡੀਅਸ ਆਪਣੇ ਪਿਛਲੇ ਆਕਾਰ ਨਾਲ ਥੋੜ੍ਹਾ ਛੋਟਾ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਯੂਲਨਾ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਉੱਭਰੀ ਹੋਈ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਕਾਰਨ ਕੁਝ ਵੀ ਹੋਵੇ, ਉਹ ਥੋੜ੍ਹੀ ਜਿਹੀ ਵਾਧੂ ਲੰਬਾਈ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਯੂਲਨਾ ਦਾ ਸਿਰਾ ਹਰ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਕਲਾਈ 'ਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਉਸਦੇ ਨਾਲ ਲੱਗਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਕਲਾਈ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ (ਲਿਊਨੇਟ ਅਤੇ ਟ੍ਰਾਈਕੁਬੇਟ੍ਰਮ) ਨਾਲ ਰਗੜਦਾ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਇੱਕ ਗੱਦੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ **TFCC** (ਟ੍ਰਿਊਜ਼ਾਕਾਰ ਫਾਈਬਰੋਕਾਰਟੀਲੇਜ ਕੰਪਲੈਕਸ) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਇੱਕ ਸ਼ਾਕ-ਐਬਜ਼ਾਰਬਰ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਦੁਹਰਾਈ ਗਈ ਟਕਰਾਅ ਧੀਰੇ-ਧੀਰੇ ਇਸ ਗੱਦੀ ਨੂੰ ਪਹਿਨਦੀ ਹੈ, TFCC ਨੂੰ ਫਾੜ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਹੇਠਾਂ ਮੌਜੂਦ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਚੂਸ਼ਨ ਅਤੇ ਛੋਟੇ ਸਿਸਟ ਬਣਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਉਹ ਪਹਿਨਣ-ਭਰਨ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੀ ਉਹ ਹੈ ਜੋ ਦਰਦ, ਚਕਚਕਾਹਟ, ਅਤੇ ਫੜ੍ਹਨ ਅਤੇ ਮੋੜਨ ਵਿੱਚ ਆਰਾਮ ਦੀ ਘਾਟ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ ਹੈ। (ਸਾਡੇ ਕੋਲ **TFCC ਚੋਟਾਂ** ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਪੰਨਾ ਹੈ, ਜੋ ਅਕਸਰ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ।)

## ਇਸ ਬਾਰੇ ਅਸੀਂ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਸ਼ੁਭ ਖ਼ਬਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਗੈਰ-ਸਰਜਰੀ (non-operative) ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਇੱਥੋਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

**ਇਸਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ।** ਪਹਿਲੇ ਕਦਮ ਸਰਲ ਹਨ: ਅਲਨਾਰ ਮੁੜੀ (ulnar wrist) 'ਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ (ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਭਾਰੀ ਫੜਨਾ, ਮੋੜਨਾ ਅਤੇ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ) ਨੂੰ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ ਬਦਲੋ, ਜੋੜ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦੇਣ ਲਈ **ਮੁੜੀ ਸਪਲਿੰਟ (wrist splint)** ਪਹਿਨੋ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਲਈ ਐਂਟੀ-ਇਨਫਲੇਮੇਟਰੀ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ। ਕਈ ਵਾਰ ਜੋੜ ਵਿੱਚ **ਸਟੀਰਾਇਡ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ (steroid injection)** ਇਨਫਲੇਮੇਸ਼ਨ ਦੇ ਚੱਕਰ ਨੂੰ ਤੋੜਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

**ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨਾ।** ਇਲਾਜ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ **ਐਕਸ-ਰੇ (X-rays)** ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਮਾਪਿਆ ਜਾ ਸਕੇ ਕਿ ਦੋਵਾਂ ਹੱਡੀਆਂ ਕਿਵੇਂ ਸੰਰੇਖਿਤ ਹਨ (ਕਈ ਵਾਰ ਇੱਕ ਖਾਸ "ਗਿੱਪ" ਵੀਊ ਨਾਲ ਜੋ ਦਬਾਅ ਨੂੰ ਵਧਾਉਂਦਾ ਹੈ), ਅਤੇ ਅਕਸਰ **ਐਮ.ਆਰ.ਆਈ (MRI)** ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਕਾਰਟੀਲੇਜ, TFCC ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਮੌਜੂਦ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਦੇਖਿਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੀ ਨਾਜ਼ੁਕ ਜਾਂਚ (**ਆਰਥਰੋਸਕੋਪੀ (arthroscopy)**) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸੇ ਸਮੇਂ ਇਸਦਾ ਇਲਾਜ ਵੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

**ਜੇਕਰ ਇਹ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।** ਜਦੋਂ ਚੰਗਾ ਗੈਰ-ਸਰਜਰੀ ਇਲਾਜ ਕੁਝ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਪਾਉਂਦਾ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਮੁੜੀ ਦੇ ਅਲਨਾਰ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਬਾਅ ਘਟਾਉਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਭ ਤੋਂ ਸਥਾਪਿਤ ਵਿਕਲਪ **ਅਲਨਾਰ-ਸ਼ਾਰਟਨਿੰਗ ਓਸਟੀਓਟੋਮੀ (ulnar-shortening osteotomy)** ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਰਜਨ ਅਲਨਾ (ulna) ਤੋਂ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਟੁਕੜਾ ਹਟਾਉਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਇਸਨੂੰ ਸਹੀ ਲੰਬਾਈ 'ਤੇ ਲਿਆਂਦਾ ਜਾ ਸਕੇ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਠੀਕ ਹੋਣ ਤੱਕ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਪਲੇਟ ਨਾਲ ਫਿਕਸ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਚੁਣੇ ਗਏ ਕੇਸਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਘੱਟ ਹਮਲਾਵਰ ਵਿਕਲਪ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ **"ਵੇਫਰ" ਪ੍ਰੋਸੀਜਰ (wafer procedure)** ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਨਾਜ਼ੁਕ ਸਰਜਰੀ ਰਾਹੀਂ ਅਲਨਾ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਸਿਰੇ ਤੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ ਹਿੱਸਾ ਹਟਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਦੋਵੇਂ ਹੀ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਮੁੜੀ ਦੇ ਨਾਲ ਰਗੜਨ ਤੋਂ ਰੋਕਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

## ਕੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨੀ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਅਲਨਾਰ ਇੰਪੈਕਟਸ਼ਨ ਇੱਕ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਜਿਸ ਉੱਤੇ ਅਸੀਂ ਕਾਬੂ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਗੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਉਪਾਅ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੇ ਇੱਕ ਵੱਡੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਜੋੜ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਭਾਰ ਨਹੀਂ ਪਾਉਂਦਾ, ਤਾਂ ਲੱਛਣ ਘੱਟ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਜਦੋਂ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **ਅਲਨਾ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰਨਾ ਇੱਕ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ**, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਅਧਿਐਨਾਂ ਨੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਚੰਗੀ, ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਰਹਿਣ ਵਾਲੀ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਅਤੇ ਉੱਚ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਦਿੱਤੀ ਹੈ। ਹੱਡੀ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਓਸਟੋਟੋਮੀ ਜੁੜਨ ਦੌਰਾਨ ਸਪਲਿੰਟ ਜਾਂ ਕਾਸਟ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦਾ ਰਿਕਵਰੀ ਸਮਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਫੜਨ ਅਤੇ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਵਿੱਚ ਧੀਰੇ-ਧੀਰੇ ਵਾਪਸੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜਾਣਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮੁੱਖ ਗੱਲਾਂ ਇਹ ਹਨ ਕਿ ਹੱਡੀ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਉਮੀਦ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਮਾਂ ਲੈਂਦੀ ਹੈ ਜੁੜਨ ਵਿੱਚ, ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਪਲੇਟ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਚਮੜੀ ਹੇਠਾਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਸਭ ਕੁਝ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸਨੂੰ ਹਟਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲੋਕ ਆਪਣੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਦਰਦ ਖਤਮ ਹੋਣ ਨਾਲ।

## ਕਦੋਂ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦਿਖਾਉਣਾ ਹੈ

---

- ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਠੀਕ ਨਾ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਉਲਨਾਰ ਪਾਸੇ ਮੁੜੀ ਦੀ ਦਰਦ, ਜਾਂ ਜੋ ਫੜਨ ਅਤੇ ਮੋੜਨ ਨਾਲ ਮੁੜ ਆਉਂਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿਸਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਵਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ਪਿਛਲੀ ਮੁੜੀ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਟੁੱਟਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ, ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜੇਕਰ ਮੁੜੀ ਤਦ ਤੋਂ ਬਿਲਕੁਲ ਠੀਕ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।
- ਮੁੜੀ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਲਗਾਤਾਰ ਕਲਿੱਕ, ਕਲੰਕ ਜਾਂ ਫਸਣ ਦੀ ਭਾਵਨਾ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ।
- ਦਰਦ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਕੰਮ ਜਾਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਹ ਉਹ ਬਿੰਦੂ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਸਦੇ ਕਾਰਨ ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਲਈ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।