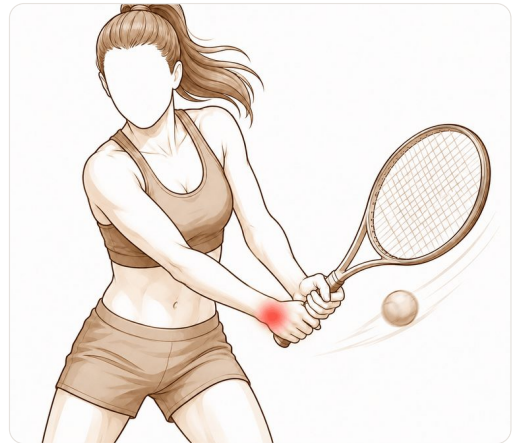


ECU ਟੈਂਡੀਨੋਪੈਥੀ ਅਤੇ ਖਿਸਕਣ ਵਾਲਾ (ਸਨੈਪਿੰਗ) ECU ਟੈਂਡਨ

ECU ਟੈਂਡਨ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਇੱਕ ਘੱਟ ਡੂੰਘੇ ਖਾਂਚੇ (groove) ਵਿੱਚ ਚੱਲਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਆਪਣੀ ਖੋਲ (sleeve) ਇਸ ਨੂੰ ਥੱਲੇ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਗੁੱਟ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵੱਲ ਮੁੜਿਆ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਘੁੰਮ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਉਸ ਵੇਲੇ ਪਕੜਨ ਨਾਲ ਇਸ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ — ਇੱਥੇ ਦਿਖਾਈ ਗਈ ਸਥਿਤੀ — ਇਸ ਲਈ ਦਰਦ ਜਾਂ ਤਾਂ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਚਿੜ ਜਾਣ ਨਾਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਇਸ ਦੇ ਆਪਣੇ ਖਾਂਚੇ ਵਿੱਚੋਂ ਝਟਕੇ ਨਾਲ ਬਾਹਰ-ਅੰਦਰ ਹੋਣ ਨਾਲ।

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

ਇਹ ਦਰਦ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ, ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ — ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਘੜੀ ਥੋੜ੍ਹੀ ਨੀਵੀਂ ਪਾਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਹ ਉਹ ਪਾਸਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜੇ ਘੜੀ ਦਾ ਪਟਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਦੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਹਥੇਲੀ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਂਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵੱਲ ਮੋੜਦੇ ਹੋ, ਜੋ ਬਿਲਕੁਲ ਉਹੀ ਹੈ ਜੋ ਟੈਨਿਸ ਦੇ ਬੈਕਹੈਂਡ, ਗੋਲਫ਼ ਦੇ ਸ਼ਾਟ, ਜਾਂ ਕੱਪੜਾ ਨਿਚੋੜਨ ਵੇਲੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਸਮੱਸਿਆ ਦੇ ਦੋ ਰੂਪ ਹਨ, ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਦੋਵਾਂ ਦਾ ਥੋੜ੍ਹਾ-ਥੋੜ੍ਹਾ ਅਸਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਚਿੜਿਆ ਹੋਇਆ ਟੈਂਡਨ। ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਮੱਠਾ ਦਰਦ (ਤਿੱਖਾ ਨਹੀਂ, ਦੁਖਣ ਵਾਲਾ) ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕਦੇ-ਕਦੇ ਅਜਿਹੀ ਸੋਜ ਨਾਲ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਹੱਥ ਲਾ ਕੇ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਰੋਕ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਧੱਕਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਪਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਦੀ ਬਜਾਏ, ਵਾਰ-ਵਾਰ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦਾ ਹੈ।

ਆਪਣੇ ਖਾਂਚੇ ਵਿੱਚੋਂ ਖਿਸਕਣ ਵਾਲਾ ਟੈਂਡਨ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ (forearm) ਘੁਮਾਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇੱਕ ਸਾਫ਼ ਝਟਕਾ, ਕਲਿੱਕ ਜਾਂ ਖੜਕਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ — ਅਕਸਰ ਅਜਿਹਾ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਆਪ ਕਰ ਕੇ ਦਿਖਾ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਅਜਿਹਾ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਕਿਸੇ ਖ਼ਾਸ ਘਟਨਾ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ, ਜਿਵੇਂ ਗੋਲਫ਼ ਕਲੱਬ ਦਾ ਜ਼ਮੀਨ ਵਿੱਚ ਅੜ ਜਾਣਾ ਜਾਂ ਜ਼ੋਰ ਦਾ ਬੈਕਹੈਂਡ। ਇਹ ਡਰਾਉਣਾ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਜਵਾਬ ਦੇ ਰਹੀ ਹੋਵੇ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਟੈਂਡਨ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਕਾਰਪਾਈ ਅਲਨੇਰਿਸ (extensor carpi ulnaris) ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੋਟਾ ਕਰ ਕੇ ECU ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਤੋਂ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਲਨਾ (ulna) — ਉਸ ਪਾਸੇ ਵਾਲੀ

ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ — ਦੇ ਸਿਰੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਘੱਟ ਡੂੰਘੇ ਖਾਂਚੇ (groove) ਵਿੱਚ ਟਿਕਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਟਿਸੂ ਦੀ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਖੋਲ (sleeve), ਯਾਨੀ ਇਸ ਦੀ ਆਪਣੀ ਨਿੱਜੀ ਸੁਰੰਗ, ਇਸ ਨੂੰ ਉਸ ਖਾਂਚੇ ਵਿੱਚ ਫੜ ਕੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।

ਉਹ ਖਾਂਚਾ ਸੱਚਮੁੱਚ ਘੱਟ ਡੂੰਘਾ ਹੈ, ਔਸਤਨ ਸਿਰਫ਼ ਲਗਭਗ ਡੇਢ ਮਿਲੀਮੀਟਰ ਡੂੰਘਾ, ਇਸ ਲਈ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਣ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੰਮ ਖੋਲ ਹੀ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਖੋਲ ਪਾਟ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਖਿੱਚੀ ਜਾਵੇ — ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਜਿਹੇ ਜ਼ੋਰਦਾਰ ਮਰੋੜੇ ਨਾਲ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹਥੇਲੀ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁੰਮ ਰਹੀ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਮੁੜਿਆ ਹੋਵੇ — ਤਾਂ ਟੈਂਡਨ ਖਾਂਚੇ ਵਿੱਚੋਂ ਉੱਪਰ ਚੜ੍ਹ ਕੇ ਝਟਕੇ ਨਾਲ ਵਾਪਸ ਅੰਦਰ ਆ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇਸ ਦੀ ਬਜਾਏ ਟੈਂਡਨ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਪਰਤ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਭਾਰ ਪੈਣ ਨਾਲ ਚਿੜ੍ਹ ਜਾਂਦੇ ਹਨ (irritated) ਅਤੇ ਮੋਟੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਇਸ ਦਾ ਸਰਕਣਾ ਦਰਦਨਾਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਟੈਂਡੀਨੋਪੈਥੀ (tendinopathy, ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਖ਼ਰਾਬੀ) ਵਾਲਾ ਰੂਪ ਹੈ।

ਇੱਕ ਜ਼ਰੂਰੀ ਗੱਲ ਜਾਣਨ ਵਾਲੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਬਦਲ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਟੈਸਟਾਂ ਦਾ ਮਤਲਬ ਕਿਵੇਂ ਕੱਢਿਆ ਜਾਵੇ: ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਕੁਝ ਹੱਦ ਤੱਕ ਹਿੱਲਣਾ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਖੋਜਕਾਰਾਂ ਨੇ ਅਜਿਹੇ 755 ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਤਾਂ **ਲਗਭਗ 15 ਵਿੱਚੋਂ 1 ਦਾ ECU ਟੈਂਡਨ ਝਟਕੇ ਨਾਲ ਖਿਸਕਦਾ ਸੀ**, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ ਅੱਧਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਉੱਤੇ ਟੈਂਡਨ ਆਪਣੇ ਖਾਂਚੇ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਦਾ ਸਾਫ਼ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦਾ ਸੀ — ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਦੇ। ਸਿਰਫ਼ ਝਟਕਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਕਿ ਕੁਝ ਗ਼ਲਤ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ, ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਮੁੱਖ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਕੈਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਜਾਂਚ (ਹੱਥ ਨਾਲ ਮੁਆਇਨੇ) ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਕਰਨਗੇ, ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਸਮਝਾਉਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਇੱਥੇ ਸਕੈਨਾਂ ਦਾ ਮਤਲਬ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਕੱਢਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। 4,000 ਤੋਂ ਵੱਧ ਗੁੱਟ ਦੇ MRI ਸਕੈਨਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ, ECU ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਲਗਭਗ ਅੱਠਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਸਕੈਨ ਵਿੱਚ ਦਿਖਾਈ ਦਿੱਤੀਆਂ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਸਕੈਨ ਬਿਲਕੁਲ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਾਰਨ ਕਰ ਕੇ ਹੋ ਰਿਹਾ ਸੀ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ MRI ਉੱਤੇ ਅਸਧਾਰਨ ਦਿਸਣ ਵਾਲਾ ECU ਲਓ ਅਤੇ ਪੁੱਛੋ ਕਿ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ECU ਦੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜਵਾਬ ਹੈ ਸਿਰਫ਼ ਲਗਭਗ 6% ਵਾਰ। ਗੁੱਟ ਦੇ ਉਸ ਪਾਸੇ ਦਰਦ ਦੇ ਹੋਰ ਕਾਰਨਾਂ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਲਈ MRI ਸੱਚਮੁੱਚ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ — ਜਿਵੇਂ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage) ਦਾ ਪਾਟਣਾ — ਪਰ ਟੈਂਡਨ ਉੱਤੇ ਦਿਸਿਆ ਕੋਈ ਨਿਸ਼ਾਨ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਅਕਸਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਦਦਗਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਝਟਕਾ ਦੁਬਾਰਾ ਪੈਦਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਉਸੇ ਸਮੇਂ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹਿੱਲਦਾ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਲਾਜ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸ ਕੰਮ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਦਰਦ ਛੇੜਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਜਾਂ ਪਲੱਸਟਰ (cast) ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਨਾਲ। ਜਿਹੜਾ ਟੈਂਡਨ ਆਪਣੇ ਖਾਂਚੇ ਵਿੱਚੋਂ ਖਿਸਕ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਉਸ ਲਈ ਸਥਿਤੀ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ: ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਭਗ ਚਾਰ ਤੋਂ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਬਾਂਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਹਥੇਲੀ ਥੱਲੇ ਵੱਲ ਕਰ ਕੇ ਘੁਮਾਇਆ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਥੋੜ੍ਹਾ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਚੁੱਕਿਆ ਹੋਵੇ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਉਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਉਲਟ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਚਿੜੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ ਵਾਲੇ ਰੂਪ ਲਈ, ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਖੋਲ ਵਿੱਚ **ਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕਾ** ਅਗਲਾ ਢੁਕਵਾਂ ਕਦਮ ਹੈ। ਮੌਜੂਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ, ਪੱਕੀ ਪਛਾਣ ਵਾਲੇ 13 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਸਾਰਿਆਂ ਨੂੰ ਕੁਝ ਰਾਹਤ ਮਿਲੀ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 10 ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਰਾਹਤ ਮਿਲੀ, ਅਤੇ **ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪਈ** — ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਚਾਰ ਤੋਂ ਪੰਜ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਵੀ ਆਰਾਮ ਵਿੱਚ ਸਨ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਮਿਲਣ ਵਾਲਾ ਇੱਕ ਲਾਹੇਵੰਦ ਸੰਕੇਤ: ਜੇ ਪਹਿਲਾ ਟੀਕਾ ਤਕਲੀਫ਼ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹ ਅਸਰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟਿਕਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਅੱਧਾ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਕਸਰ ਕੁਝ ਬਚਿਆ ਹੋਇਆ ਦਰਦ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਟੀਕਿਆਂ ਨੂੰ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਸੁੱਟਣ ਵਾਲੀਆਂ ਖੇਡਾਂ ਅਤੇ ਰੈਕੇਟ ਵਾਲੀਆਂ ਖੇਡਾਂ ਦੇ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਾਵਧਾਨੀ ਵਰਤਦੇ ਹਾਂ, ਕਿਉਂਕਿ ਇੱਕ ਚਿੰਤਾ ਹੈ — ਜੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਨਾਲ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ, ਪਰ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ — ਕਿ ਇਸ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਸਟੀਰੋਇਡ ਲਾਉਣ ਨਾਲ ਅਖ਼ੀਰ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੇ ਪਾਟਣ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ (ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਟਿਕਾ ਕੇ ਨਾ ਰਹਿਣਾ) ਪਲੱਸਟਰ ਦੀ ਪੂਰੀ ਅਜ਼ਮਾਇਸ਼ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਦਿੰਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਭਗ ਦੋ ਮਹੀਨਿਆਂ 'ਤੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਉਸ ਖੋਲ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾਇਆ ਜਾਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਖਾਂਚੇ ਵਿੱਚ ਫੜ ਕੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਕਈ ਤਰੀਕੇ ਹਨ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਦੇ ਚੰਗੇ ਨਤੀਜੇ ਦੱਸੇ ਗਏ ਹਨ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਰਾਹ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤਕਲੀਫ਼ ਕਿੰਨੀ ਛੋਟੀ ਭੜਕਦੀ ਹੈ। ਹਲਕੀ ਸਮੱਸਿਆ ਵਾਲੇ ਖਿਡਾਰੀ ਅਕਸਰ ਦੋ ਤੋਂ ਤਿੰਨ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ; ਜ਼ਿਆਦਾ ਗੰਭੀਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਛੇ ਤੋਂ ਅੱਠ ਹਫ਼ਤੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ; ਅਤੇ ਪਲੱਸਤਰ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਖਿਸਕੇ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ, ਟੈਨਿਸ ਵਰਗੀ ਔਖੀ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪੰਜ ਤੋਂ ਛੇ ਮਹੀਨੇ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਉਮੀਦ ਰੱਖੋ ਕਿ ਲਗਭਗ ਚਾਰ ਤੋਂ ਛੇ ਹਫ਼ਤੇ ਪਲੱਸਤਰ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਰਹੋਗੇ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਹਥੇਲੀ ਥੱਲੇ ਵੱਲ ਕਰ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਹੋਵੇਗਾ, ਫਿਰ ਹਿਲਜੁਲ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਾਪਸ ਆਵੇਗੀ, ਲਗਭਗ ਦੋ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਤਾਕਤ ਵਧਾਉਣ ਦੀ ਕਸਰਤ ਹੋਵੇਗੀ, ਅਤੇ ਤਿੰਨ ਤੋਂ ਚਾਰ ਮਹੀਨਿਆਂ 'ਤੇ ਖੇਡ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਖਾਸ ਅਭਿਆਸ ਹੋਵੇਗਾ। ਛਪੇ ਹੋਏ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਲੋਕ ਲਗਭਗ ਢਾਈ ਤੋਂ ਸਾਢੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਗਏ।

ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਦੋ ਇਮਾਨਦਾਰ ਗੱਲਾਂ। ਪਹਿਲੀ, ਲਗਭਗ ਹਰ ਛਪੇ ਹੋਏ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਝਟਕਾ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦਾ — ਪਰ ਜਿਸ ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ ਨੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਸਕੈਨ ਕੀਤਾ, ਉਸ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ ਅੱਧੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਅਜੇ ਵੀ ਆਪਣੇ ਖਾਂਚੇ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪਿਆ ਮਿਲਿਆ, ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਖੁਸ਼ ਸਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸਕੈਨ ਚੰਗੇ ਸਨ। ਦੂਜੇ ਸ਼ਬਦਾਂ ਵਿੱਚ, ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਹਮੇਸ਼ਾ ਬਣਤਰ ਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਲਿਆਉਂਦਾ। ਦੂਜੀ, ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਰਦ ਲਈ ਅਤੇ ਝਟਕੇ ਲਈ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤਾਕਤਵਰ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਨਹੀਂ।

ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਪਰ ਅਸਲੀ ਹਨ: ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਚਮੜੀ ਦੀ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਨਸ (nerve) ਦੇ ਚਿੜ ਜਾਣ ਕਾਰਨ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਇੱਕ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ, ਅਕੜਾਅ, ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਦਾ ਰੋਗ (persistent pain syndrome)।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਝਟਕੇ ਨਾਲ ਦਰਦ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਸ਼ਾਇਦ ਇਸ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ। ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਖਿਸਕਣ ਵਾਲੇ ECU ਵਾਲੇ ਲੋਕ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਟੋਪ ਲਾ ਕੇ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਰੱਖ ਕੇ ਉੱਚੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਆਪਣਾ ਕੰਮ/ਖੇਡ ਜਾਰੀ ਰੱਖਦੇ ਹਨ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਰਦ, ਉਸ ਕੰਮ ਨੂੰ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤੇ ਘੱਟ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਜਿਸ ਨਾਲ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਜਾਂ ਜੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਖੇਡ ਜਾਂ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਹੱਥ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਮਾਹਰ ਦੀ ਰਾਏ ਮੰਗੋ ਜੇ ਬਾਂਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਘੁਮਾਉਣ ਵੇਲੇ ਗੁੱਟ ਦਰਦ ਨਾਲ ਝਟਕਾ ਮਾਰਦਾ ਜਾਂ ਖੜਕਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਦਰਦ ਕਿਸੇ ਖਾਸ ਮਰੋੜ ਵਾਲੀ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਇਆ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਆਰਾਮ, ਸਪਲਿੰਟ ਅਤੇ ਟੀਕਾ ਅਜ਼ਮਾ ਚੁੱਕੇ ਹੋ ਪਰ ਟਿਕਵਾਂ ਫ਼ਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ।

ਛੋਟੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਓ ਜੇ ਗੁੱਟ ਗਰਮ, ਲਾਲ ਅਤੇ ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਜੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਆ ਜਾਵੇ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਚਾਨਕ ਕੁਝ ਜਵਾਬ ਦਿੰਦਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਇੱਕਦਮ ਤਾਕਤ ਚਲੀ ਗਈ — ਇਹ ਆਖਰੀ ਗੱਲ ਇਸ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿ ਟੈਂਡਨ ਆਪ ਪਾਟ ਗਿਆ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਕਾਰਪਾਈ ਅਲਨੇਰਿਸ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਜਿਹੜੀਆਂ ਦੋ ਲੱਭਤਾਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਛਾਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ — ਸਕੈਨ ਉੱਤੇ ਅਸਧਾਰਨ ਸਿਗਨਲ, ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਘੁੰਮਣ ਵੇਲੇ ਝਟਕੇ ਨਾਲ ਖਿਸਕਣ ਵਾਲਾ ਟੈਂਡਨ — ਦੋਵੇਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਆਮ ਮਿਲਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।

ਇੱਥੇ ਅਸਧਾਰਨ MRI ਦਾ ਮਤਲਬ ਜਿੰਨਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਉਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ

ECU ਟੈਂਡਨ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ, ਅਲਨਾ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਖਾਂਚੇ ਵਿੱਚ ਚੱਲਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਉੱਥੇ ਦਰਦ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਸਕੈਨ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਉਸ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਸਿਗਨਲ ਦੀ ਤਬਦੀਲੀ ਦੱਸੇ, ਤਾਂ ਨਤੀਜਾ ਸਾਫ਼ ਜਾਪਦਾ ਹੈ।

ਅੰਕੜੇ ਇਸ ਨੂੰ ਕਮਜ਼ੋਰ ਕਰਦੇ ਹਨ। 4,301 ਗੁੱਟ ਦੇ MRI ਸਕੈਨਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ, ECU ਵਿੱਚ ਸਿਗਨਲ ਦੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਆਮ ਹਨ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਅਜਿਹੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੀ ਟੈਂਡੀਨੋਪੈਥੀ ਨਾਲ ਘੱਟ ਹੀ ਜੁੜੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪੌਜ਼ਿਟਿਵ ਪ੍ਰੈਡਿਕਟਿਵ ਵੈਲਿਊ (positive predictive value) ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ [1]।

ਘੱਟ ਪੌਜ਼ਿਟਿਵ ਪ੍ਰੈਡਿਕਟਿਵ ਵੈਲਿਊ ਹੀ ਮੁੱਖ ਗੱਲ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਸਾਰੇ ਗੁੱਟਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਲੱਭਤ ਦਿਸਦੀ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਥੋੜ੍ਹਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਸਕੈਨ ਆਪਣੇ ਆਪ ਪਛਾਣ ਦਾ ਭਾਰ ਨਹੀਂ ਚੁੱਕ ਸਕਦਾ, ਇਸ ਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਉਸੇ ਥਾਂ ਦੀ ਦੁਖਣ ਅਤੇ ਸਹੀ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਰੋਕ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਹਿਲਜੁਲ ਨਾਲ ਪੈਦਾ ਹੋਏ ਦਰਦ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ।

ਅਤੇ ਠੀਕ-ਠਾਕ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਝਟਕਾ ਆਮ ਹੈ

ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦੂਜੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਅਜਿਹਾ ਟੈਂਡਨ ਹੈ ਜੋ ਬਾਂਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਘੁੰਮਣ ਵੇਲੇ ਦਿਸਣ ਜਾਂ ਸੁਣਨ ਯੋਗ ਝਟਕੇ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਖਾਂਚੇ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਦਾ ਹੈ। ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ 755 ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਵਿੱਚ, ECU ਦਾ ਝਟਕਾ ਇੰਨੀ ਆਮ ਦਰ ਨਾਲ ਮਿਲਿਆ ਕਿ ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ [2]।

ਅਮਲੀ ਮਤਲਬ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਜਿਹੜਾ ਝਟਕਾ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਆਪ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹ ਵੀ ਅਜਿਹੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਜੋ ਬਿਲਕੁਲ ਉਸੇ ਥਾਂ ਦੁਖਦਾ ਵੀ ਹੈ, ਉਹ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਜਿਹੜਾ ਝਟਕਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਥਾਂ ਦੁਖਦੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੌਰਾਨ ਇਤਫ਼ਾਕ ਨਾਲ ਮਿਲ ਜਾਵੇ, ਉਹ ਸ਼ਾਇਦ ਇੱਕ ਆਮ ਕੁਦਰਤੀ ਫ਼ਰਕ ਹੈ।

MRI ਵਾਲੀ ਲੱਭਤ ਦੇ ਨਾਲ ਮਿਲਾ ਕੇ ਦੇਖੀਏ ਤਾਂ ਨਮੂਨਾ ਇੱਕੋ ਜਿਹਾ ਹੈ: ਇਹ ਟੈਂਡਨ ਆਮ ਗੁੱਟਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਅਸਧਾਰਨ ਦਿਸਣ ਵਾਲੇ ਨਤੀਜੇ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਥੇ ਪਛਾਣ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਲੱਭਤ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲੱਭਤਾਂ ਦੇ ਆਪਸੀ ਮੇਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਇਸ ਲਈ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅਲਨਰ (ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ) ਪਾਸੇ ਦਰਦ ਦੇ ਕਈ ਸੰਭਵ ਸਰੋਤ ਹਨ

ECU ਬਿਲਕੁਲ TFCC (ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਅਤੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦਾ ਗੁੱਛਾ), ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਜੋਇਂਟ (distal radioulnar joint) ਅਤੇ ਪਾਈਸੋਟ੍ਰਾਈਕੁਏਟ੍ਰਲ ਜੋਇਂਟ (pisotriquetral joint) ਦੇ ਨਾਲ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਸਾਰੇ ਇਸੇ ਛੋਟੇ ਜਿਹੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਪੈਦਾ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਉਸ ਦਰਦ ਨੂੰ ਅਸਧਾਰਨ ਦਿਸਣ ਵਾਲੇ ECU ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਸਿਰ ਮੜ੍ਹਨਾ ਸੌਖਾ ਹੈ ਅਤੇ, ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਦੇਖਦਿਆਂ, ਅਕਸਰ ਗ਼ਲਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਦੇਸ਼ੀ ਮੰਨ ਕੇ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਾਵਧਾਨ ਰਹਿਣ ਦਾ ਇਹੀ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹੈ।

ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਹੀ ਮੁੱਖ ਆਧਾਰ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਜਿੱਥੇ ਪਛਾਣ ਠੋਸ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਇਲਾਜ ਸਾਦਾ ਜਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਉਪਾਵਾਂ ਅਤੇ ਰੀਹੈਬਲੀਟੇਸ਼ਨ (ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ ਕਸਰਤਾਂ) ਦਾ ਮੇਲ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਮੁਕਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਮਨਚਾਏ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਜਾਣ ਦੇ ਯੋਗ ਬਣਾ ਸਕਦਾ ਹੈ [3]।

ਇਸ ਟੈਂਡਨ ਦੀਆਂ ਦੋ ਖ਼ਾਸ ਗੱਲਾਂ ਰੀਹੈਬਲੀਟੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਰੂਪ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਘੁੰਮਣ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵੱਲ ਮੁੜਨ (ulnar deviation) ਦੇ ਮੇਲ ਨਾਲ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਗੋਲਫ਼ ਦੇ ਸ਼ਾਟ, ਰੈਕੇਟ ਦੇ ਸਟ੍ਰੋਕ, ਜਾਂ ਭਾਰੀ ਕੜਾਹੀ ਚੁੱਕਣ ਵਾਲੀ ਸਥਿਤੀ, ਇਸ ਲਈ ਇੱਥੇ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਦਾ ਮਤਲਬ ਸਿਰਫ਼ ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਭਾਰ ਪੈਣ ਦੀ ਦਿਸ਼ਾ ਬਦਲਣਾ ਹੈ। ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਟੈਂਡਨ ਇੱਕ ਅੰਦਰਲੀ ਖੋਲ (subsheath) ਵਿੱਚ ਟਿਕਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਖਿੱਚੀ ਜਾਂ ਪਾਟ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕ (subluxate) ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ (pronation, ਹਥੇਲੀ ਥੱਲੇ ਵੱਲ) ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਮੋੜ ਕੇ (extended) ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਖੋਲ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਤੱਕ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਉਸ ਦੇ ਖਾਂਚੇ ਵਿੱਚ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Kuntz MT, Janssen SJ, Ring D. Incidental signal changes in the extensor carpi ulnaris on MRI. Hand (N Y). 2015;10(4):750-5. <https://doi.org/10.1007/s11552-015-9764-9>

- [2] Erpala F, Ozturk T. "Snapping" of the extensor carpi ulnaris tendon in asymptomatic population and its relationship with chronic wrist pain. BMC Musculoskelet Disord. 2021;22(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04271-z>
- [3] Zarro M, Goel R, Bickhart N, May CC, Abzug JM. Extensor carpi ulnaris tendinopathy in athletes: a review of the conservative management. Hand (N Y). 2022;19(3):407-13. <https://doi.org/10.1177/15589447221127331>