

ਸਕੈਫੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ

ਕਾਰਪਲ ਬੋਨ (ਸਕੈਫੋਇਡ) ਵਿੱਚ ਟੁੱਟਣ ਦੀ ਤਸਵੀਰ ਵਾਲੀ ਐਕਸ-ਰੇ।

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 ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ਾਇਦ ਤੁਹਾਡੀ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਬੁਨਿਆਦ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੋਵੇਗਾ। ਇਸ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਸਨਫ਼ਬਾਕਸ (snuffbox) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਖੋਖਲਾ ਭਾਗ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗੂਠਾ ਉੱਪਰ ਕਰਨ 'ਤੇ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਸਿੱਧਾ ਕੀਤੇ ਹੱਥ 'ਤੇ ਡਿੱਗਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਡੂੰਘੀ ਖਿੱਚ ਜਾਂ ਤਿੱਖੀ ਛੇਛ ਜਿਹਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਮੁੜ੍ਹੇ ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਸੋਜ਼ਿਸ਼ (swelling) ਵੀ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਜਾਂ ਮੁੜ੍ਹੇ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ 'ਤੇ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਧਾਰਨ ਕੰਮ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਵਸਤੂਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਫੜਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਪਿੱਛੇ ਜਾ ਕੇ ਬ੍ਰਾ ਬੰਨ੍ਹਣਾ ਦਰਦਨਾਕ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸ਼ਰਟ ਨੂੰ ਅੰਦਰ ਧਕਣਾ ਵੀ ਅਸੁਵਿਧਾ ਪੈਦਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਦਰਵਾਜ਼ੇ ਦਾ ਨੋਬ ਘੁਮਾਉਣਾ ਜਾਂ ਜਾਰ ਖੋਲ੍ਹਣਾ ਅਜੀਬ ਅਤੇ ਦਰਦਨਾਕ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕਾਫ਼ੀ ਦੇ ਪਿਆਲੇ ਤੋਂ ਵੀ ਭਾਰੀ ਕੁਝ ਵੀ ਉਠਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਰਾਤ ਨੂੰ ਦਰਦ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਪਾਸੇ 'ਤੇ ਲੇਟਣ ਨਾਲ ਘਾਵ ਵਾਲੇ ਭਾਗ 'ਤੇ ਦਬਾਅ ਪੈਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨੀਂਦ ਆਉਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ। ਸਵੇਰ ਨੂੰ ਜਾਗਣ 'ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਖ਼ਤੀ (stiffness) ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਸਖ਼ਤੀ ਅਕਸਰ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਮਿੰਟਾਂ ਲਈ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਹਿਲਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਦਿਨ ਭਰ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਨ ਨਾਲ ਦਰਦ ਦੁਬਾਰਾ ਉਭਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਕੁਝ ਚੋਟਾਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਐਕਸ-ਰੇ (X-rays) ਵਿੱਚ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੀਆਂ। ਜੇਕਰ ਸਧਾਰਨ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸਕੈਨਾਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਨਾ ਕਰੋ। ਇਸ ਖਾਸ ਥਾਂ 'ਤੇ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਸਕੈਫੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (scaphoid fracture) ਦਾ ਇੱਕ ਮੁੱਖ ਸੰਕੇਤ ਹੈ। ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਨਿਦਾਨ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਢੁਕਵੀਂ ਠੀਕ ਹੋਣ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਅਗਲੇ ਕਦਮਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨਾ ਕਰੇਗਾ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੀ ਕਲਾਈ ਵਿੱਚ ਅੱਠ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਇੱਕ ਜਟਿਲ ਗੀਅਰ ਸਿਸਟਮ ਵਾਂਗ ਇਕੱਠੇ ਕੰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਕੈਫੋਇਡ ਇਹਨਾਂ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਬੇਸ (ਆਧਾਰ) 'ਤੇ ਸਥਿਤ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਪੁਲ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਅਗਲੇ ਹੱਥ (forearm) ਨੂੰ ਬਾਕੀ ਹੱਥ ਨਾਲ ਜੋੜਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਸੁਚਾਰੂ ਢੰਗ ਨਾਲ ਮੋੜਨ ਅਤੇ ਘੁਮਾਉਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਫੈਲੇ ਹੋਏ ਹੱਥ 'ਤੇ ਗਿਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਹੱਡੀ ਟੁੱਟ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸਨੂੰ ਸਕੈਫੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਕੈਫੋਇਡ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਖਾਸ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਭਰਪਾਈ ਨੂੰ ਮੁਸ਼ਕਲ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਟੁੱਟਣਾ ਠੀਕ ਢੰਗ ਨਾਲ ਭਰਪਾਈ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਇਸਨੂੰ ਨਾਨ-ਯੂਨੀਅਨ (nonunion) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਕਾਰਪਲ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਨਾਜ਼ੁਕ ਗਤੀ ਵਿੱਚ ਵਿਘਨ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸਖ਼ਤੀ (stiffness) ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਗਤੀ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ। ਇੱਕ ਸਿਹਤਮੰਦ ਕਲਾਈ ਵਿੱਚ, ਕਾਰਪਲ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਉੱਪਰਲੀ ਅਤੇ ਹੇਠਲੀ ਕਤਾਰ ਇੱਕ ਸਮਨਵਿਤ ਪੈਟਰਨ ਵਿੱਚ ਚਲਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਟੁੱਟੀ ਹੋਈ ਸਕੈਫੋਇਡ ਇਹਨਾਂ ਕਤਾਰਾਂ ਨੂੰ ਅਲੱਗ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਹੱਡੀਆਂ ਹੁਣ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਫਿਸਲਦੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ, ਇਹ ਅਸਧਾਰਨ ਗਤੀ ਘਿਸਾਅ-ਭਰਪੂਰ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ (wear-and-tear arthritis) ਵੱਲ ਲੈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸਨੂੰ ਸਕੈਫੋਇਡ ਨਾਨ-ਯੂਨੀਅਨ ਐਡਵਾਂਸਡ ਕੋਲਾਪਸ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਜੋੜ ਦੇ ਆਕਾਰ ਨੂੰ ਬਦਲ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀ ਦੀ ਸੀਮਾ ਨੂੰ ਘਟਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਹਾਲਾਂਕਿ, ਸਾਰੇ ਨਤੀਜੇ ਗੰਭੀਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਦੂਰੀ ਸਕੈਫੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (distal scaphoid fractures) ਵਾਲੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੇ ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ ਸਧਾਰਨ ਹੱਥ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਅਤੇ ਵਧੀਆ ਤਾਕਤ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਦਿੱਤੀ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ ਹੱਡੀ ਥੋੜ੍ਹੀ ਜਿਹੀ ਵਿਗਾੜ (deformity) ਨਾਲ ਭਰਪਾਈ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਮੱਧ-ਮਿਆਦੀ ਕਲਾਈ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਅਕਸਰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ। ਮਾਮੂਲੀ ਗਲਤ ਸੰਰੇਖਣ (misalignment) ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਲਗਭਗ ਸਾਰੇ ਯੂਨਾਈਟਿਡ (ਭਰਪਾਈ ਹੋਏ) ਸਕੈਫੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜੇ ਵੱਲ ਲੈ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਟੁੱਟਣ ਦੇ ਵਿਸਥਾਪਨ (displacement) ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰੇਗਾ। ਗੈਰ-ਵਿਸਥਾਪਿਤ (Nondisplaced) ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਕਸ਼ਨ (casting) ਵਰਗੇ ਗੈਰ-ਸਰਜਿਕਲ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰਪਾਈ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਵਿਸਥਾਪਿਤ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰੱਖਣ ਲਈ ਅੰਦਰੂਨੀ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ (internal fixation) ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਖਲਅੰਦਾਜ਼ੀ ਵਧੇਰੇ ਪਸੰਦ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ। ਟੀਚਾ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਲਾਈ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਕੁਦਰਤੀ ਸੰਰੇਖਣ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਦਰਦ ਬਿਨਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਇਕੱਠੇ ਚਲ ਸਕਣ।

ਇਸ ਬਾਰੇ ਅਸੀਂ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਮੈਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜਨ, ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਦੁਆਰਾ ਅਸੀਂ ਅਪਣੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਲਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਇਸ ਚੇਟ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਨਰਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ (GP) ਜਾਂ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ ਅਸੀਂ ਅਪਣੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹਨ। ਕਲੀਨਿਕ ਮੁਲਾਂਕਣ (ਇਤਿਹਾਸ, ਜਾਂਚ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਇਮੇਜਿੰਗ) ਨਾਲ ਨਿਦਾਨ ਸਥਾਪਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਕੈਫੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਵਰਗੇ ਤਾਜ਼ਾ ਸਰਚਰਲ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ, ਸਰਜਰੀ ਤੁਰੰਤ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਗੈਰ-ਸਰਜਰੀ ਪ੍ਰਯੋਗ ਦੇ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਗੈਰ-ਸਥਾਨ-ਬਦਲੇ ਜਾਂ ਘੱਟ-ਸਥਾਨ-ਬਦਲੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਅਕਸਰ ਇਹ ਚਰਚਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਕੀ ਸੰਭਾਲ ਚਿਕਿਤਸਾ (conservative care) ਢੁਕਵੀਂ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਆਤਮ-ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ (physiotherapy) ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਸਥਿਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਭਰੇ ਜਾਣ ਤੱਕ ਇਸਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਸਪਲਿੰਟ ਜਾਂ ਕੈਸਟ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਹੱਡੀ ਦੇ ਜੁੜਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਸਬੂਤ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਗੈਰ-ਸਥਾਨ-ਬਦਲੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਲਈ, ਗੈਰ-ਸਰਜਰੀ ਚਿਕਿਤਸਾ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜੁੜਨ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਇਸ ਰਸਤੇ ਨੂੰ ਚੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਸ ਲਈ ਸਥਰ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਸਮਾਂ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਦਾਇਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਇਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਜਰੂਰ 'ਤੇ ਰੱਖਣਾ ਪਵੇਗਾ।

ਚਿਕਿਤਸਕ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਦਰਦ ਦੀ ਸ਼ਾਂਤੀ ਅਤੇ ਭਰ ਰਹੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ 'ਤੇ ਕੇਂਦ੍ਰਿਤ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਧਾਰਨ ਦਰਦ ਨਸ਼ਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਐਂਟੀ-ਇਨਫਲੇਮੇਟਰੀ (NSAIDs) ਨਾਲ ਸਾਵਧਾਨ ਰਹੋ। ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨਿਦਾਨ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੌਰਾਨ ਇਹਨਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਲੈਂਦੇ ਹਨ, ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਗੈਰ-ਜੁੜਨ (nonunion) ਦਾ ਖਤਰਾ ਵਧਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਜਿੰਨਾ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਿਸਕ੍ਰਾਈਬ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਚਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਕੁਦਰਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਭਰਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਮੌਕਾ ਮਿਲ ਸਕੇ। ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਤਾਜ਼ਾ ਸਕੈਫੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਦਾ ਇੱਕ ਮਾਨਕ ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਪਹਿਲੂਤਰੀ ਮਹੱਤਤਾ ਸਰਚਰਲ ਸਥਿਰਤਾ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਸੋਜ ਨਿਯੰਤਰਣ।

ਜਦੋਂ ਸੰਭਾਲ ਚਿਕਿਤਸਾ ਢੁਕਵੀਂ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਅਸਫਲ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਸਥਾਨ-ਬਦਲੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਚਿਕਿਤਸਾ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹਨਾਂ ਦੇ ਸਥਿਰੀਕਰਨ (stabilization) ਬਿਨਾਂ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਭਰਨ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਚੁਣੇ ਗਏ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਕੁਝ ਗੈਰ-ਸਥਾਨ-ਬਦਲੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਲਈ ਵੀ, ਜਲਦੀ ਅੰਦਰੂਨੀ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ (internal fixation) ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਪਸੰਦ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸੀ ਤੇਜ਼ ਹੋ ਸਕੇ। ਜਿਹੜੇ ਗੈਰ-ਜੁੜਨ (nonunions) ਭਰੇ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਅਸੀਂ ਮਾਈਨਰਲੀ ਇਨਵੇਸਿਵ ਬੋਨ ਗ੍ਰਾਫਟਿੰਗ ਅਤੇ ਕੰਪਰੈਸ਼ਨ ਸਕੂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਣ-ਜਟਿਲ ਮਾਮਲਿਆਂ ਲਈ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਇਲਾਜਾਂ ਦੁਆਰਾ ਅਸਫਲ ਹੋਏ ਤਾਜ਼ਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਹਨ, ਤਾਂ ਡਿਸਟਲ ਸਕੈਫੋਇਡ ਰਿਜੈਕਸ਼ਨ (distal scaphoid resection) ਇੱਕ ਵਿਕਲਪ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਵਨ ਸ਼ੈਲੀ ਅਤੇ ਰਿਕਵਰੀ ਟੀਚਿਆਂ ਲਈ ਸਹੀ ਕੀ ਹੈ, ਇਹ ਤੈਅ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੀ ਮੁੜੀ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਸਖ਼ਤ ਅਤੇ ਦਰਦਨਾਕ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹੱਡੀ ਦੇ ਭਰਨ ਦੇ ਨਾਲ ਲੱਛਣ ਧੀਮੇ-ਧੀਮੇ ਠੀਕ ਹੁੰਦੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸਕੈਫੋਇਡ (scaphoid) ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਨਤੀਜੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਹੁਤ ਵਧੀਆ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਵੱਡੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਭਰਨ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਨੋਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਦਰਦ ਆਉਂਦਾ ਅਤੇ ਜਾਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਟੁੱਟਣਾ ਸਥਿਤੀ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਨਹੀਂ ਹੈ (displaced ਨਹੀਂ ਹੈ), ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਕਸਟ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸੰਭਾਵੀ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਿਸਮਾਂ ਦੇ ਟੁੱਟਣਾਂ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਗੈਰ-ਸਰਜਰੀ (nonoperative) ਇਲਾਜ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਕੋਈ ਅਸਲ ਫਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। 12 ਮਹੀਨਿਆਂ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਕਾਰਜਾਤਮਕ ਨਤੀਜਾ (functional outcome) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕੋ ਜਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਓ ਜਾਂ ਨਾ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਸਰਜਰੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਲਗਭਗ 7 ਹਫ਼ਤੇ ਜਲਦੀ ਲਿਆਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਟੁੱਟਣਾ ਸਥਿਤੀ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੈ (displaced ਹੈ), ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਨਗੇ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਦੇ ਟੁਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਰੱਖਣ ਲਈ ਇੱਕ ਸਕੂ ਲਗਾਉਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਇਹ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਹੱਡੀ ਦੇ ਭਰਨ ਨੂੰ ਭਰੋਸੇਮੰਦ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ ਹੱਡੀ ਥੋੜ੍ਹੀ ਜਿਹੀ ਵੱਖਰੀ ਆਕਾਰ ਵਿੱਚ ਭਰ ਜਾਵੇ (malunion), ਨਤੀਜਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਧੀਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਬਾਕੀ ਬਚੀ ਵਿਗਾੜ (residual deformity) ਤੁਹਾਡੇ ਮੱਧ-ਅਵਧੀ ਵਾਲੀ ਮੁੜੀ ਦੇ ਕਾਰਜ ਨੂੰ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ।

ਇਹ ਸਮਝਣਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿ ਗੈਰ-ਭਰਨ (nonunion) ਦੇ ਜੋਖਮਾਂ ਬਾਰੇ, ਜਿੱਥੇ ਹੱਡੀ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੈਰ-ਭਰਨ ਦੀ ਬਾਰੰਬਾਰਤਾ 10% ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਗੈਰ-ਭਰਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਮੁੜੀ ਵਿੱਚ ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਖਰਾਬ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਬਦਲਾਅ (progressive degenerative changes) ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਗੈਰ-ਭਰਨ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲਗਾਤਾਰ ਗੈਰ-ਭਰਨ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀਆਂ ਘੱਟ ਸਫਲ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 21 ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਪੇਸ਼ ਹੋਣ ਨਾਲ ਕਸਟ ਦੇ ਅਸਫਲ ਹੋਣ ਦੇ ਜੋਖਮ ਨੂੰ ਵਧਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਆਮ ਹੱਥ ਦੇ ਕਾਰਜ ਅਤੇ ਵਧੀਆ ਮੁੜੀ ਦੀ ਤਾਕਤ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। 8 ਤੋਂ 11 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਤੋਂ, ਦੂਰੀ ਸਕੈਫੋਇਡ (distal scaphoid) ਟੁੱਟਣਾਂ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ ਆਮ ਸਵੈ-ਮੁਲਾਂਕਣ ਕੀਤੇ ਹੱਥ ਦੇ ਕਾਰਜ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਗੈਰ-ਭਰਨ ਕਾਰਨ ਗੱਠੀਆ (arthritis) ਵਿਕਸਿਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਦੂਰੀ ਸਕੈਫੋਇਡ ਰੀਸੈਕਸ਼ਨ (distal scaphoid resection) ਇੱਕ ਟਿਕਾਊ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ। ਇਸ

ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 94% ਮਰੀਜ਼ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਰਹੇ। ਇਸ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੋਈ ਹੋਰ ਮੁੜੀ ਦਾ ਢਹਿਣਾ ਜਾਂ ਰੇਡੀਓਕਾਰਪਲ ਗੱਠੀਆ (radiocarpal arthritis) ਵਿਕਸਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋਈ।

ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿਰਾਮ ਅਤੇ ਹਲਕੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਦੇ ਸੰਤੁਲਨ ਵਰਗੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਭਰ ਰਹੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਸਖ਼ਤੀ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਇੱਕ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋਗੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਰਾਹੀਂ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰੇਗਾ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਭਰੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਟੁੱਟਣਾਂ ਦਾ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਛੋਟੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹੋਣ।

ਕਦੋਂ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦਿਖਾਉਣਾ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਜੜ੍ਹ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਲਗਾਤਾਰ ਬਣਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਆਮ ਡਾਕਟਰ (GP) ਨੂੰ ਦਿਖਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲਾਈ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ, ਅਸਥਿਰਤਾ, ਜਾਂ ਫਸਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇਕਰ ਲੱਛਣ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਜਾਂ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਰਦ ਅਚਾਨਕ ਵਧਦਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾ ਲਓ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਨਿਦਾਨ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਮਾਮੂਲੀ ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ ਕਲੀਨੀਕਲ ਜਾਂਚ ਅਕਸਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਚੇਟਾਂ ਨੂੰ ਛੱਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਸਲੀ ਟੁੱਟਣ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 60% ਤੱਕ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਛਾਣ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ। ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਦਾ ਠੀਕ ਨਾ ਹੋਣਾ (nonunion) ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਹੱਡੀ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਇਸਦੇ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਜੜ੍ਹਾਵ (stiffness) ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਪੈਰੀ ਡਿੱਗਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਨਾ ਕਰੋ।