

ਜੋੜਾਂ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ (ਹਾਈਪਰਮੋਬਿਲਿਟੀ) ਅਤੇ ਏਲਰਜ਼-ਡੈਨਲੋਸ ਸਿੰਡਰੋਮ

ਜੋੜਾਂ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ ਦੀ ਖ਼ਾਸ ਨਿਸ਼ਾਨੀ — ਇੱਕ ਅੰਗੂਠਾ ਜੋ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਤੱਕ ਮੁੜ ਸਕਦਾ ਹੈ।

Dagger9977 / 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 ਕਰਦੇ ਹੋ

ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਸੀਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਤੋਂ ਹੀ ਉਹ ਰਹੇ ਹੋਵੋ ਜਿਸ ਨੂੰ “ਦੋਹਰੇ ਜੋੜਾਂ ਵਾਲਾ” ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਆਪਣਾ ਅੰਗੂਠਾ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਤੱਕ ਮੋੜ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਆਪਣੀਆਂ ਕੁਹਣੀਆਂ ਨੂੰ ਹੱਦ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਿੱਧਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਅਜਿਹੇ ਆਕਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਮੋੜ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਦੇਖ ਕੇ ਦੂਜੇ ਲੋਕ ਕੰਬ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਇਹ ਲਚਕ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ ਖ਼ਾਸੀਅਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਬਿਲਕੁਲ ਕੋਈ ਮੁਸ਼ਕਲ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੀ।

ਪਰ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਇਸ ਦੀ ਕੀਮਤ ਚੁਕਾਉਣੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਜਿਹੜੇ ਜੋੜ ਆਮ ਹੱਦ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਹਿੱਲਦੇ ਹਨ, ਉਹ ਦੁਖ ਵੀ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਗਤੀਵਿਧੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਦਿਨ ਦੇ ਅਖ਼ੀਰ ਵਿੱਚ। ਤੁਸੀਂ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕੁਝ ਜੋੜ ਕਲਿੱਕ ਜਾਂ ਖੜਕ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਢਿੱਲੇ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਉਹ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਸਕਦੇ ਹੋਣ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਉਹ ਖਿਸਕ ਵੀ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਵਿੱਚ ਮੋਢਾ, ਉਂਗਲਾਂ ਦੇ ਛੋਟੇ ਜੋੜ ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਮੁੱਢ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ: ਇੱਕ ਮੋਢਾ ਜੋ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਬਾਹਰ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (ਸਬਲਕਸੇਸ਼ਨ, subluxation) ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਉਤਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (dislocation), ਉਂਗਲਾਂ ਜੋ ਗ਼ਲਤ ਪਾਸੇ ਮੁੜ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਜੋੜ ਜੋ ਚੁੰਢੀ ਭਰਨ ਜਾਂ ਫੜਨ ਵੇਲੇ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸੱਟਾਂ ਨੂੰ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਉਮੀਦ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਜਾਪ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹੀ ਜੋੜ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਧੋਖਾ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ ਦੇ ਨਾਲ ਅਕਸਰ ਹੋਰ ਲੱਛਣ ਵੀ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਚਮੜੀ ਨਰਮ ਜਾਂ ਖਿੱਚੀ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਨੀਲ ਪੈ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਅਜਿਹੀ ਥਕਾਵਟ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਕੀਤੇ ਕੰਮ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਖੜ੍ਹੇ ਹੋਣ ਉੱਤੇ ਚੱਕਰ ਆਉਣਾ ਜਾਂ ਦਿਲ ਤੇਜ਼ ਧੜਕਣਾ, ਅਤੇ ਪੇਟ ਅਫਰਨਾ ਜਾਂ ਖੱਟੇ ਡਕਾਰ (reflux) ਵਰਗੇ ਹਾਜ਼ਮੇ ਦੇ ਲੱਛਣ। ਹਰ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਇਹ ਸਭ ਕੁਝ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਪਰ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਢਿੱਲੇ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਈ ਗੱਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਉੱਤੇ ਢੁਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਉਹ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੁੜੀਆਂ ਹੋਣ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਜੋੜਾਂ ਨੂੰ **ਜੋੜਨ ਵਾਲੇ ਟਿਸ਼ੂ (connective tissue)** (ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligament, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਬੰਧਨ), ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਅਤੇ ਹਰ ਜੋੜ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਦਾ ਕੈਪਸੂਲ) ਇਕੱਠਾ ਰੱਖਦੇ ਅਤੇ ਸਹਾਰਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਸ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਮੁੱਖ ਇਮਾਰਤੀ ਇੱਕ **ਕੋਲੇਜਨ (collagen)** ਨਾਮ ਦਾ ਪ੍ਰੋਟੀਨ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ, ਕੋਲੇਜਨ ਅਤੇ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਟਿਸ਼ੂ ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ

ਜ਼ਿਆਦਾ ਖਿੱਚੇ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਅਤੇ ਲਚਕੀਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਬਣਤਰਾਂ ਥੋੜ੍ਹੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਢਿੱਲ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਜੋੜ ਆਮ ਹੱਦ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਇਹ ਇੱਕ **ਲੜੀ (spectrum)** ਉੱਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਸਿਰੇ ਉੱਤੇ ਸਧਾਰਨ **ਜੋੜਾਂ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ (joint hypermobility)** ਹੈ ਜੋ ਕਦੇ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੀ। ਜਦੋਂ ਢਿੱਲੇ ਜੋੜ ਦਰਦ, ਅਸਥਿਰਤਾ ਜਾਂ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਸੱਟਾਂ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਲੱਗਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਡਾਕਟਰ ਇਸ ਨੂੰ **ਹਾਈਪਰਮੋਬਿਲਿਟੀ ਸਪੈਕਟ੍ਰਮ ਡਿਸਆਰਡਰ (hypermobility spectrum disorder)** ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਦੂਜੇ ਸਿਰੇ ਉੱਤੇ **ਹਾਈਪਰਮੋਬਾਈਲ ਏਲਰਜ਼-ਡੈਨਲੋਸ ਸਿੰਡਰੋਮ (hypermobile Ehlers-Danlos syndrome, hEDS)** ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜਨ ਵਾਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖਿੱਚਿਆ ਜਾਣਾ ਹੋਰ ਵੀ ਉੱਘੜਵਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਵਿਆਪਕ, ਸਾਰੇ ਸਰੀਰ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣ (ਚਮੜੀ, ਨੀਲ ਪੈਣਾ, ਥਕਾਵਟ, ਪੇਟ ਅਤੇ ਚੱਕਰ ਆਉਣ/ਆਟੋਨੋਮਿਕ ਨਸ-ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੇ ਲੱਛਣ) ਹੋਣ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਹੱਦਾਂ ਤਿੱਖੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿੱਥੇ ਹੋ ਇਹ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ, ਡਾਕਟਰ ਅਕਸਰ ਤੁਹਾਡੇ ਪੂਰੇ ਇਤਿਹਾਸ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਮੋੜਨ ਵਾਲੇ ਸਧਾਰਨ ਟੈਸਟਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਵਰਤਦੇ ਹਨ ਜਿਸ ਨੂੰ **ਬਾਇਟਨ ਸਕੋਰ (Beighton score)** ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ।

ਇਹ ਸਭ ਤੁਹਾਡੇ ਜੋੜਾਂ ਲਈ ਕਿਉਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ, ਇਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਇੱਕ ਵਿਚਾਰ ਵਿੱਚ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਜੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਬਣਤਰਾਂ (ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਅਤੇ ਕੈਪਸੂਲ) ਜੋੜ ਨੂੰ ਘੱਟ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਫੜਦੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਥਿਰਤਾ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਉੱਤੇ ਕਿਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਿਰਭਰ ਰਹਿਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਉਹ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਅਤੇ ਚੰਗੇ ਤਾਲਮੇਲ ਵਾਲੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜੋੜ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਉਹ ਥੱਕ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਇਸ ਕੰਮ ਲਈ ਤਿਆਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ, ਤਾਂ ਜੋੜ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ, ਦੁਖਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਈ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਜਿੰਨਾ ਹੋਰ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਘਿਸਦਾ ਉਸ ਨਾਲੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਲਦੀ ਘਿਸ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮੇਢੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਨਮੂਨਾ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਇੱਕ ਸੱਟ ਇੱਕ ਆਮ ਮੇਢੇ ਨੂੰ ਇੱਕ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਉਤਾਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਇੱਕ ਢਿੱਲਾ ਮੇਢਾ ਅਕਸਰ ਇੱਕੋ ਸਮੇਂ ਕਈ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਅਸਥਿਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅੱਗੇ, ਪਿੱਛੇ ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ। ਡਾਕਟਰ ਇਸ ਨੂੰ **ਕਈ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਾਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ (multidirectional instability)** ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਦਾ ਇਹ ਵੀ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਮੇਢੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਉਤਰਨ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਾਰ **ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਖਿਸਕ ਕੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਾਪਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ (subluxate)**। ਇਹ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਬਿਲਕੁਲ ਉਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਹੈ ਜੋ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਉੱਤੇ ਕਾਬੂ ਬਣਾਉਣ ਨਾਲ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸੁਧਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਕੱਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੁਨੇਹਾ ਇਹ ਹੈ: ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ ਅਤੇ hEDS **ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ, ਪਰ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੰਭਾਲਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ**, ਅਤੇ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਨੀਂਹ ਕੋਈ ਗੋਲੀ ਜਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹ **ਉਹਨਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਜੋੜਾਂ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਦੀਆਂ ਹਨ**।

ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨੇ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਦੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਮੁੱਖ ਆਧਾਰ ਹਨ। ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਵਾਲਾ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਉਹਨਾਂ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਕਾਬੂ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਬਣਾਏਗਾ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤੰਗ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਲਈ, ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਅਕਸਰ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੇਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ, shoulder blade) ਅਤੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ, ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਮਕਸਦ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਉਹ ਟਿਕਾਉਣ ਵਾਲਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਸਿਖਾਉਣਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਘੱਟ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਕੋਈ ਜਲਦੀ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਚੱਲਣ ਵਾਲਾ, ਲਗਾਤਾਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੈ, ਪਰ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਇਹੀ ਹਾਲਾਤ ਬਦਲਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਮੁੱਖ ਆਧਾਰ ਦੇ ਦੁਆਲੇ, ਕਈ ਹੋਰ ਤਰੀਕੇ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ:

- **ਰਫ਼ਤਾਰ ਸੰਭਾਲਣਾ (pacing) ਅਤੇ ਜੋੜਾਂ ਦੀ ਰਾਖੀ:** ਗਤੀਵਿਧੀ ਨੂੰ ਸਾਰੇ ਦਿਨ ਵਿੱਚ ਵੰਡਣਾ, ਹੱਦ ਦੇ ਅਖ਼ੀਰਲੇ ਸਿਰੇ ਵਾਲੀਆਂ ਉਹਨਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਤੋਂ ਬਚਣਾ ਜੋ ਢਿੱਲੇ ਜੋੜਾਂ ਉੱਤੇ ਜ਼ੋਰ ਪਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਔਖੇ ਜਾਂ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਦੁਹਰਾਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਢੰਗ ਨੂੰ ਢਾਲਣਾ।
- **ਬ੍ਰੇਸ (ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਪਟਾ) ਅਤੇ ਟੇਪ ਲਾਉਣਾ:** ਚੋਣਵੇਂ ਢੰਗ ਨਾਲ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤਾਕਤ ਬਣਾਉਂਦੇ ਸਮੇਂ ਜਾਂ ਲੱਛਣ ਭੜਕਣ ਦੇ ਦੌਰ ਨੂੰ ਪਾਰ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਮਿਲੇ, ਪੱਕੀ ਬੈਸਾਖੀ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ।

- **ਦਰਦ ਦੀ ਸੰਭਾਲ:** ਸਧਾਰਨ ਤਰੀਕੇ, ਕਈ ਵਾਰ ਦਵਾਈ, ਅਤੇ ਨੀਂਦ, ਥਕਾਵਟ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਹੋਰ ਲੱਛਣਾਂ ਵੱਲ ਧਿਆਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸਭ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਜੋੜ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਸੋਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੇ ਸਰਜਨ ਲਈ ਇਹ ਸੱਚਮੁੱਚ ਇੱਕ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਗੱਲ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਚੰਗੇ ਮੁੜ-ਵਸੇਬੇ (rehabilitation) ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਕੋਈ ਜੋੜ (ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮੋਢਾ) ਵਾਰ-ਵਾਰ ਉਤਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਕਰਨ ਲਈ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਪਰ ਉਹੀ ਖਿੱਚਿਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਟਿਸ਼ੂ ਜਿਸ ਨੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਢਿੱਲਾ ਕੀਤਾ ਸੀ, ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਵੀ ਘੱਟ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਫੜਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਵੱਖਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਸਥਿਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਆਮ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਖਿੱਚੇ ਜਾਣ ਜਾਂ ਨਾਕਾਮ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਕਰਕੇ, ਸਰਜਰੀ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਚੁਣੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ ਨੂੰ ਪੱਕੇ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖ ਕੇ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਹਮੇਸ਼ਾ ਪਹਿਲਾਂ ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਨਾਲ ਜੋੜੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ ਹੀ ਨਤੀਜੇ ਦੀ ਰਾਖੀ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਦੀ ਬਣਤਰ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਖ਼ਤਮ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਪਰ ਸਹੀ ਸੰਭਾਲ ਨਾਲ ਇਸ ਦਾ ਅਸਰ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਜੋ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਪੱਕੇ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਜੁੜਦੇ ਹਨ, ਦੇਖਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਜੋੜ ਕਿਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਘੱਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਖਿਸਕਣਾ ਅਤੇ ਉਤਰਨਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤਰੱਕੀ ਅਚਾਨਕ ਹੋਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਲਗਾਤਾਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਾਪੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਫ਼ਾਇਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਤਾਂ ਟਿਕੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਹਾਲਤ ਸੁਧਰਨ ਉੱਤੇ ਰੁਕਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਤਿਆਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇ।

ਇਸ ਨੂੰ ਇੱਕ ਵਾਰ ਠੀਕ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਬਜਾਏ ਆਪਣੇ ਸਰੀਰ ਨਾਲ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਭਾਈਵਾਲੀ ਵਜੋਂ ਸੋਚਣਾ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਲੱਛਣ ਭੜਕਣ ਦੇ ਦੌਰ ਫਿਰ ਵੀ ਆ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬਿਮਾਰੀ, ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਕੱਦ ਵਧਣ ਦੇ ਦੌਰ, ਜਾਂ ਘੱਟ ਗਤੀਵਿਧੀ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਨੂੰ ਪਛਾਣਨ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਰੋਕਣ ਵਿੱਚ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦੇ ਜਾਓਗੇ। ਜਿੱਥੇ ਵਿਆਪਕ ਲੱਛਣ ਮੌਜੂਦ ਹਨ (ਥਕਾਵਟ, ਚੱਕਰ ਆਉਣਾ, ਪੇਟ ਦੇ ਲੱਛਣ), ਉੱਥੇ ਆਪਣੇ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਸਭ ਕੁਝ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੰਭਾਲਣਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਮਝਦਾਰੀ ਵਾਲੀ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਸਰਗਰਮ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਹ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹਨ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- ਕੋਈ ਜੋੜ ਜੋ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਉਤਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਬਾਹਰ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਮੋਢਾ, ਜਾਂ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਉਤਰਿਆ ਜੋੜ ਜੋ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ।
- ਦਰਦ ਜੋ ਕੰਮਕਾਜ ਰੋਕ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਆਮ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ।
- ਅਸਥਿਰਤਾ ਜੋ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ: ਫੜਨ, ਚੁੱਕਣ, ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸੌਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਕਿਉਂਕਿ ਕੋਈ ਜੋੜ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਧੋਖਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।
- ਜੋੜ ਦੀ ਕੋਈ ਨਵੀਂ ਜਾਂ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਵਿਗੜ ਰਹੀ ਸਮੱਸਿਆ, ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ, ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ।
- ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਾਈਪਰਮੋਬਿਲਿਟੀ ਸਪੈਕਟ੍ਰਮ ਡਿਸਆਰਡਰ ਜਾਂ hEDS ਦਾ ਸ਼ੱਕ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦੀ ਸਹੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ (ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਜਦੋਂ ਢਿੱਲੇ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਚਮੜੀ, ਨੀਲ ਪੈਣ, ਥਕਾਵਟ, ਚੱਕਰ ਆਉਣ ਜਾਂ ਪੇਟ ਦੇ ਲੱਛਣ ਵੀ ਹੋਣ), ਤਾਂ ਸੋਚ-ਸਮਝ ਕੇ ਕੀਤੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਸਹੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਈ ਜਾ ਸਕੇ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ ਬਾਰੇ ਇਹ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਪੂਰੇ ਭਰੋਸੇ ਵਾਲੀ ਕਹਾਣੀ, ਕਿ ਢਿੱਲੇ ਜੋੜ ਕੋਲੇਜਨ ਦੇ ਜੀਨ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹਨ, ਅਤੇ ਢਿੱਲੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਕੱਸਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਸਬੂਤਾਂ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਦੇਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਟਿਕਦੀ ਨਹੀਂ।

ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਕਿਸਮ ਦਾ ਕੋਈ ਜਾਣਿਆ-ਪਛਾਣਿਆ ਜੈਨੇਟਿਕ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਹੈ

2017 ਦਾ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਵਰਗੀਕਰਨ ਏਲਰਜ਼-ਡੈਨਲੋਸ ਸਿੰਡਰੋਮ ਦੀਆਂ 13 ਕਿਸਮਾਂ ਨੂੰ ਮਾਨਤਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਰਾਂ 20 ਪਛਾਣੇ ਗਏ ਜੀਨਾਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਵਾਂ (variants) ਕਾਰਨ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਬਾਰਾਂ ਲਈ ਪੱਕੇ ਨਿਦਾਨ ਵਾਸਤੇ ਅਣੂ-ਪੱਧਰ ਦੀ (ਜੈਨੇਟਿਕ) ਪੁਸ਼ਟੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ [1]।

ਤੋਰ੍ਹਵੀਂ ਕਿਸਮ ਹਾਈਪਰਮੋਬਾਈਲ EDS ਹੈ, ਜੋ ਬਹੁਤ ਵੱਡੇ ਫ਼ਰਕ ਨਾਲ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਅਣੂ-ਪੱਧਰ ਦਾ ਆਧਾਰ ਅਜੇ ਵੀ ਅਣਜਾਣ ਹੈ [1]। ਇਸ ਲਈ ਕੋਈ ਜੀਨ ਟੈਸਟ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹ ਇਕੱਲੀ ਕਿਸਮ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਨਿਦਾਨ ਸਿਰਫ਼ ਕਲੀਨਿਕਲ ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਉੱਤੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਲੈਬ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਨਾਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਹਾਲਤਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਇਹ ਨਿਦਾਨ ਨਿਰਾਸ਼ਾਜਨਕ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਨਿੱਜੀ ਰਾਏ ਉੱਤੇ ਅਧਾਰਿਤ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸਮਝਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਕਹਿਣਾ ਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ “ਕੋਲੇਜਨ ਦੇ ਜੀਨਾਂ ਵਿੱਚ ਵਿਰਾਸਤੀ ਫ਼ਰਕਾਂ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ” ਕਲਾਸੀਕਲ ਅਤੇ ਵੈਸਕੂਲਰ EDS ਲਈ ਸਹੀ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਕਾਰਨ ਬਣਨ ਵਾਲੇ ਬਦਲਾਅ ਜਾਣੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਹਾਈਪਰਮੋਬਾਈਲ EDS ਲਈ ਇਹ ਸਾਬਤ ਕੀਤੇ ਤੱਥ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇੱਕ ਮੰਨਣਯੋਗ ਅਨੁਮਾਨ ਹੈ। ਇਮਾਨਦਾਰ ਸਥਿਤੀ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਵਿਹਾਰ ਨੂੰ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਬਿਆਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਪਰ ਅਜੇ ਅਣੂ-ਪੱਧਰ ਦੇ ਕਾਰਨ ਦਾ ਨਾਮ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ।

ਬਾਇਟਨ ਸਕੋਰ ਆਪਣੀ ਸ਼ੋਰਤ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਹੈ

ਨੌਂ ਅੰਕਾਂ ਵਾਲੇ ਬਾਇਟਨ ਸਕੋਰ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਕੱਚਾ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਿ ਕੇ ਰੱਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਸ ਆਲੋਚਨਾ ਨੂੰ ਸਬੂਤਾਂ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਨਹੀਂ ਹੈ। 1,333 ਭਾਗੀਦਾਰਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਇਹ ਸਕੋਰ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਜਾਂਚਕਰਤਾਵਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਅਤੇ ਇੱਕੋ ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਦੇ ਦੁਹਰਾਉਣ ਉੱਤੇ ਕਾਫ਼ੀ ਚੰਗੀ ਤੋਂ ਸ਼ਾਨਦਾਰ ਭਰੋਸੇਯੋਗਤਾ ਦਿਖਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਵੱਖਰੇ ਪਿਛੇਕੜ ਅਤੇ ਤਜਰਬੇ ਵਾਲੇ ਜਾਂਚਕਰਤਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਕਾਇਮ ਰਿਹਾ [2]।

ਇਸ ਲਈ ਮਾਪ ਠੀਕ ਹੈ। ਅਸਲ ਸੀਮਾ ਕੁਝ ਹੋਰ ਹੈ: ਇਹ ਸਕੋਰ ਛੋਟੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ, ਅੰਗੂਠਿਆਂ, ਕੂਹਣੀਆਂ, ਗੋਡਿਆਂ ਅਤੇ ਰੀੜ੍ਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਪਰਖਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਚੰਗਾ ਸਕੋਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਰੇ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਫੈਲੀ ਢਿੱਲ ਬਾਰੇ ਦੱਸਦਾ ਹੈ; ਇਹ ਕਦੇ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਸਾਹਮਣੇ ਬੈਠੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਇੱਕ ਮੋਢੇ ਦੀ ਸਥਿਰਤਾ ਨੂੰ ਦਰਜਾ ਦੇਣ ਲਈ ਨਹੀਂ ਬਣਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ।

ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਲਈ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਹੈ

ਮੋਢੇ ਦੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਇਹੀ ਅੰਕੜਾ ਮਹੱਤਵ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। 2,335 ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (meta-analysis) ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਜੋੜਾਂ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ ਮੋਢੇ ਦੀ ਸੱਟ ਦੀ ਤਿੰਨ ਗੁਣਾ ਵੱਧ ਸੰਭਾਵਨਾ (odds) ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਸੀ [3]। ਲੇਖਕ ਅੰਦਰਲੇ ਸਬੂਤਾਂ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਬਾਰੇ ਢੁਕਵੇਂ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਸਾਵਧਾਨ ਹਨ, ਪਰ ਦਿਸ਼ਾ ਅਤੇ ਆਕਾਰ ਨੂੰ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰਨਾ ਔਖਾ ਹੈ।

ਇਹ ਖ਼ਤਰਾ ਸਿਰਫ਼ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਸਾਰੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਜੋੜਾਂ ਦੀ ਢਿੱਲ ਗੋਡੇ ਦੇ ਐਂਟੀਰੀਅਰ ਕਰੂਸ਼ੀਏਟ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (anterior cruciate ligament, ACL) ਦੀ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗ੍ਰਾਫਟ ਦੇ ਨਾਕਾਮ ਹੋਣ ਦੇ ਵਧੇ ਖ਼ਤਰੇ ਅਤੇ ਮਾੜੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੈ [4], ਉਹੀ ਟਿਸ਼ੂ ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵਿਹਾਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਘੱਟ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਅੰਕੜੇ ਸਪਸ਼ਟ ਹਨ

ਇਹ ਖੋਜ-ਸਾਹਿਤ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸੁਖਾਵਾਂ ਹਿੱਸਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਲਾਭਦਾਇਕ ਵੀ।

1,769 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਪੂਰਾ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (total joint arthroplasty) ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਏਲਰਜ਼-ਡੈਨਲੋਸ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ **ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਨ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ (revision), ਅਸਥਿਰਤਾ, ਲਾਗ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦਾ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣਾ (aseptic loosening) ਅਤੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ** ਦਾ ਕਾਫ਼ੀ ਵਧਿਆ ਹੋਇਆ ਖ਼ਤਰਾ ਸੀ [5]। ਏਲਰਜ਼-ਡੈਨਲੋਸ ਸਿੰਡਰੋਮਾਂ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸਮੀਖਿਆ ਵੀ ਇਸੇ ਨਤੀਜੇ ਉੱਤੇ ਪਹੁੰਚੀ: ਨਤੀਜੇ ਆਮ ਆਬਾਦੀ ਨਾਲੋਂ ਮਾੜੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਾਰ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ [6]।

ਇਸ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਵੀ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਹਿੰਦਾ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਗ਼ਲਤ ਹੈ। ਇਹ ਕਹਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਮੀਦ ਕੀਤਾ ਫ਼ਾਇਦਾ ਛੋਟਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਪੇਚੀਦਗੀ ਦਰ ਆਮ ਆਬਾਦੀ ਲਈ ਦੱਸੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਦੀ ਹੱਦ ਵੀ ਉਸੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਬਦਲਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਟਿਸ਼ੂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ ਵਾਲਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਸੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਫ਼ਲਤਾ ਦਰ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਤੁਹਾਡੇ ਵਰਗੇ ਲੋਕਾਂ ਉੱਤੇ ਨਹੀਂ ਮਾਪੀ ਗਈ ਸੀ।

ਅਸਥਿਰ ਮੋਢੇ ਲਈ, ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ ਕੋਈ ਤਸੱਲੀ ਵਾਲਾ ਇਨਾਮ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਕਈ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਾਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ, ਯਾਨੀ ਇੱਕ ਮੋਢਾ ਜੋ ਇੱਕ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਉਤਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕਈ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਢਿੱਲਾ ਹੈ, ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਚਕ ਵਾਲੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਖ਼ਾਸ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗੱਲ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਸਪਸ਼ਟ ਮਿਸਾਲ ਹੈ।

ਜਿੱਥੇ ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ ਸੱਚਮੁੱਚ ਨਾਕਾਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਕੈਪਸੂਲਰ ਪਲਿਕੇਸ਼ਨ (capsular plication, ਜੋੜ ਦੇ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਤਹਿ ਕਰਕੇ ਕੱਸਣਾ) ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਕੈਪਸੂਲਰ ਸ਼ਿਫਟ (open capsular shift) ਦੋਵੇਂ ਮੁੜ ਅਸਥਿਰਤਾ, ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀਆਂ **ਮਿਲਦੀਆਂ-ਜੁਲਦੀਆਂ** ਦਰਾਂ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ [7][8], ਅਤੇ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਕੜਾਅ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ [9]। ਇੱਕ ਪੁਰਾਣੀ ਤਕਨੀਕ, ਗਰਮੀ ਨਾਲ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਸੁੰਗੋੜਨਾ (thermal capsular shrinkage), ਇੰਨਾ ਮਾੜਾ ਨਤੀਜਾ ਦਿੰਦੀ ਸੀ ਕਿ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਇਸ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦਾ ਹੈ [9]।

ਤਰਤੀਬ ਹੀ ਸੁਨੇਹਾ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਹਰ ਸਮੀਖਿਆ ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਨਾਕਾਮ ਮੁੜ-ਵਸੇਬੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਕਦਮ ਵਜੋਂ ਪੇਸ਼ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਦੇ ਬਦਲ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ, ਕਿਉਂਕਿ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਕੱਸਣ ਨਾਲ ਉਹ ਟਿਸ਼ੂ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦਾ ਜਿਸ ਦਾ ਇਹ ਬਣਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਹੀ ਇਸ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦਾ ਇਕੱਲਾ ਹਿੱਸਾ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਸ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Malfait F, Francomano C, Byers P, Belmont J, Berglund B, Black J, et al. The 2017 international classification of the Ehlers-Danlos syndromes. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2017;175(1):8-26. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31552>
- [2] Bockhorn LN, Vera AM, Dong D, Delgado DA, Varner KE, Harris JD. Interrater and intrarater reliability of the Beighton score: a systematic review. *Orthop J Sports Med.* 2021;9(1). <https://doi.org/10.1177/2325967120968099>
- [3] Liaghat B, Pedersen JR, Young JJ, Thorlund JB, Juul-Kristensen B, Juhl CB. Joint hypermobility in athletes is associated with shoulder injuries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2021;22(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04249-x>
- [4] Krebs NM, Barber-Westin S, Noyes FR. Generalized joint laxity is associated with increased failure rates of primary anterior cruciate ligament reconstructions: a systematic review. *Arthroscopy.* 2021;37(7):2337-47. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2021.02.021>
- [5] Subramanian T, Uzzo RN, Lama J, Mazzucco M, Ortiz S, Gausden EB. Outcomes of total joint arthroplasty in patients who have Ehlers-Danlos syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Arthroplasty.* 2025;40(8):2186-95.e1. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2025.01.018>

- [6] Yonko EA, LoTurco HM, Carter EM, Raggio CL. Orthopedic considerations and surgical outcomes in Ehlers-Danlos syndromes. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2021;187(4):458-65. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31958>
- [7] Longo UG, Rizzello G, Loppini M, Locher J, Buchmann S, Maffulli N, et al. Multidirectional instability of the shoulder: a systematic review. *Arthroscopy*. 2015;31(12):2431-43. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2015.06.006>
- [8] Jacobson ME, Riggensbach M, Wooldridge AN, Bishop JY. Open capsular shift and arthroscopic capsular plication for treatment of multidirectional instability. *Arthroscopy*. 2012;28(7):1010-17. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2011.12.006>
- [9] Chen D, Goldberg J, Herald J, Critchley I, Barmare A. Effects of surgical management on multidirectional instability of the shoulder: a meta-analysis. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2015;24(2):630-9. <https://doi.org/10.1007/s00167-015-3901-4>