

ਐਕਰੋਮੀਓਕਲੇਵੀਕੂਲਰ (AC) ਜੋੜ ਦੀ ਸੱਟ (ਸ਼ੋਲਡਰ ਸੈਪਰੇਸ਼ਨ)

AC ਜੋੜ ਦੀ ਸੱਟ (ਸ਼ੋਲਡਰ ਸੈਪਰੇਸ਼ਨ): ਹੰਸਲੀ (collarbone) ਦਾ ਬਾਹਰਲਾ ਸਿਰਾ ਸਕੈਪੂਲਾ (shoulder blade, ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ) ਤੋਂ ਦੂਰ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਉੱਠ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

Root4(one) / Wikimedia Commons, CC BY 2.5



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 ਸੱਟ ਲਗਭਗ ਹਮੇਸ਼ਾ ਮੋਢੇ ਦੀ ਨੋਕ ਉੱਤੇ ਸਿੱਧਾ ਡਿੱਗਣ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਸਾਈਕਲ ਤੋਂ ਡਿੱਗਣਾ, ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਟੈਕਲ ਜਾਂ ਜ਼ੋਰਦਾਰ ਟੱਕਰ, ਜਾਂ ਬੱਸ ਠੋਕਰ ਖਾ ਕੇ ਸਖ਼ਤ ਸਤਹ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗ ਪੈਣਾ। ਉਸੇ ਵੇਲੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਉੱਪਰਲਾ ਹਿੱਸਾ ਦੁਖਣ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਗਲੇ ਇੱਕ-ਦੋ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਅਕਸਰ ਬਿਲਕੁਲ ਨੋਕ ਉੱਤੇ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹੰਸਲੀ (clavicle, collarbone) ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਇੱਕ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਦੁਖਣ ਵਾਲਾ ਉਭਾਰ ਜਾਂ ਪੌੜੀ ਵਰਗਾ ਕਦਮ ਦਿਖਾਈ ਦੇਣ ਲੱਗਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਥਾਂ ਨੂੰ ਛੂਹਣ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ 'ਤੇ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਰੀਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਜਾਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਲਿਜਾਣਾ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਔਖਾ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਉਭਾਰ ਨੂੰ ਦਬਾਓ, ਤਾਂ ਇਹ **ਸਪਰਿੰਗ ਵਰਗਾ** ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਹੰਸਲੀ ਦੇ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਬਾਉਣ 'ਤੇ ਇਹ ਮੁੜ ਉੱਪਰ ਉੱਛਲ ਆਉਂਦਾ ਹੋਵੇ, ਕੁਝ-ਕੁਝ ਪਿਆਨੇ ਦੀ ਚਾਬੀ ਵਾਂਗ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਆਪਣੇ-ਆਪ ਹੀ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇ ਕੇ ਫੜ ਲੈਂਦੇ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਲਟਕਣ ਦੇਣ ਨਾਲ ਦੁਖਦੇ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਖਿੱਚ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਲੋਕ **“ਸ਼ੋਲਡਰ ਸੈਪਰੇਸ਼ਨ”** (shoulder separation, ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਜੋੜ ਦਾ ਵੱਖ ਹੋਣਾ) ਇਸੇ ਨੂੰ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਮੋਢਾ ਉਤਰ ਜਾਣ (dislocation) ਵਰਗਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੋਢੇ ਦਾ ਗੋਲਾ ਆਪਣੇ ਖ਼ਾਨੇ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਉੱਪਰ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਜੋੜ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ **ਹੰਸਲੀ** ਦਾ ਬਾਹਰਲਾ ਸਿਰਾ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ, shoulder blade) ਦੀ ਇੱਕ ਹੱਡੀ ਵਾਲੀ ਨੋਕ ਨੂੰ ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ **ਐਕਰੋਮੀਅਨ (acromion, ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ)** ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਹ **ਐਕਰੋਮੀਓਕਲੇਵੀਕੂਲਰ (AC) ਜੋੜ** ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligament, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਬੰਧਨ) ਜੋੜ ਕੇ ਰੱਖਦੇ ਹਨ: ਕੁਝ ਖੁਦ ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਵਾਲੇ, ਅਤੇ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹੇਠਾਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਸਮੂਹ (**ਕੋਰਾਕੋਕਲੇਵੀਕੂਲਰ**, ਜਾਂ CC, ਲਿਗਾਮੈਂਟ), ਜੋ ਤੰਬੂ ਦੀਆਂ ਰੱਸੀਆਂ ਵਾਂਗ ਹੰਸਲੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਬੰਨ੍ਹ ਕੇ ਰੱਖਦੇ ਹਨ।

ਮੋਢੇ ਦੀ ਨੋਕ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗਣ ਨਾਲ ਸਕੈਪੂਲਾ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਧੱਕਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦਕਿ ਹੰਸਲੀ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ **ਉਹਨਾਂ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਨੂੰ ਮੋਚ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਉਹ ਪਾਟ ਜਾਂਦੇ ਹਨ**। ਜਦੋਂ ਸਿਰਫ ਜੋੜ ਦੇ ਆਪਣੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਨੂੰ ਮੋਚ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੰਸਲੀ ਘੱਟ-ਵੱਧ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਰਹਿੰਦੀ

ਹੈ। ਜਦੋਂ ਹੱਸੀਆਂ ਵਰਗੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਵੀ ਪਾਟ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਹੱਸਲੀ ਹੇਠਾਂ ਬੰਨ੍ਹੀ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੀ ਅਤੇ ਉੱਪਰ ਚੜ੍ਹ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਨਾਲ ਦਿਖਾਈ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਉਭਾਰ ਅਤੇ ਕਦਮ ਬਣਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਨ ਇਹਨਾਂ ਸੱਟਾਂ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਦਰਜੇ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਲਈ **ਰੌਕਵੁਡ ਵਰਗੀਕਰਨ (Rockwood classification)**, I ਤੋਂ VI ਨਾਮ ਦਾ ਪੈਮਾਨਾ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਦਰਜੇ I ਅਤੇ II ਮੋਚਾਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਜਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ ਖਿਸਕਦੀ; ਦਰਜਾ III ਵਿਚਕਾਰ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਉਭਾਰ ਸਾਫ਼ ਦਿਸਦਾ ਹੈ ਪਰ ਮੋਚਾ ਫਿਰ ਵੀ ਕਾਫ਼ੀ ਠੀਕ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ; ਅਤੇ ਦਰਜੇ IV ਤੋਂ VI ਉੱਚੇ ਦਰਜੇ ਦੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਹੱਸਲੀ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਬੁਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹਟੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਜਾਣ ਲੈਣਾ ਚੰਗਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਸਮੱਸਿਆ **ਪਿਸ ਚੁੱਕੇ, ਗਠੀਏ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਵਾਲੇ AC ਜੋੜ (ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਹੋਈ ਪਿਸਾਈ) ਤੋਂ ਅਤੇ ਟੁੱਟੀ ਹੋਈ ਹੱਸਲੀ ਤੋਂ ਵੱਖਰੀ ਹੈ** (ਇਹਨਾਂ ਦੋਹਾਂ ਬਾਰੇ ਅਸੀਂ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੱਸਦੇ ਹਾਂ)।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ, ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਰਾ ਇਸ ਸੱਟ ਦਾ ਇਲਾਜ ਪਹਿਲਾਂ ਪੂਰੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਸਕੈਨ/ਐਕਸ-ਰੇ ਰਾਹੀਂ ਤਸ਼ਖੀਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਕੇ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਚੰਗੀ ਖ਼ਬਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ **ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ AC ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।**

ਘੱਟ ਦਰਜੇ ਦੀਆਂ ਸੱਟਾਂ (ਦਰਜੇ I, II ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦਰਜਾ III) ਦਾ ਇਲਾਜ ਸਾਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਲਗਭਗ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ **ਆਰਾਮ ਵਾਸਤੇ ਸਲਿੰਗ (sling, ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ)** ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਪੈਂਦੀ ਖਿੱਚ ਹਟਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਚਿੜ੍ਹੇ ਹੋਏ (irritated) ਜੋੜ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਰਦ ਘਟਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, **ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ** ਹਿਲਜੁਲ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਮੁੜ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਲੋਕ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚੰਗਾ, ਅਕਸਰ ਪੂਰਾ, ਕੰਮਕਾਜ ਮੁੜ ਹਾਸਲ ਕਰ ਲੈਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕੰਮ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਇਮਾਨਦਾਰ ਚੇਤਾਵਨੀ ਦਿੱਤਾ ਬਾਰੇ ਹੈ: ਸਭ ਕੁਝ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ, ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰਲਾ ਉਭਾਰ ਅਕਸਰ ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰਾ ਦਿਸਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਨਹੀਂ ਪਾਉਂਦਾ।

ਸਰਜਰੀ ਸਿਰਫ਼ ਉਹਨਾਂ ਸੱਟਾਂ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ **ਉੱਚੇ ਦਰਜੇ ਦੀਆਂ ਸੱਟਾਂ (ਦਰਜੇ IV, V ਅਤੇ VI)**, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਹੱਸਲੀ ਬੁਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਖਿਸਕੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਘੱਟ ਦਰਜੇ ਦੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਦਾ ਉਹ ਛੋਟਾ ਸਮੂਹ ਜੋ ਸਹੀ ਰੀਹੈਬ (rehab, ਕਸਰਤਾਂ ਨਾਲ ਮੁੜ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਬਣਾਉਣਾ) ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਵਾਲਾ, ਕਮਜ਼ੋਰ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਜੋ ਭਾਰੀ ਹੱਥੀ ਕੰਮ ਜਾਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਚੁੱਕ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਗੰਭੀਰ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਵਿੱਚ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਪਾਟੇ ਹੋਏ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਨੂੰ ਮੁੜ ਬਣਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਹੱਸਲੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਉਸ ਦੀ ਸਹੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਖਿੱਚ ਕੇ ਲਿਆਂਦਾ ਜਾ ਸਕੇ ਅਤੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਉੱਥੇ ਫੜ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਅਸੀਂ AC ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ (AC joint stabilisation) ਹੇਠ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗੱਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਘੱਟ ਦਰਜੇ ਦੀ ਸੱਟ ਵਾਲੇ ਬਹੁਤ ਵੱਡੀ ਗਿਣਤੀ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਤਸਵੀਰ ਹੌਸਲਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਹੈ। ਤਿੱਖਾ ਦਰਦ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਮੋਚਾ ਲਗਾਤਾਰ ਆਪਣੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ ਮੁੜ ਹਾਸਲ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਆਪਣੇ ਆਮ ਕੰਮਕਾਰ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਇਹ ਮੰਨ ਕੇ ਕਿ **ਉਭਾਰ ਸੱਟ ਦੀ ਪੱਕੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਬਣ ਕੇ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ**, ਪਰ ਇਹ ਮੋਢੇ ਦੀ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ। ਕੁਝ ਦਰਜਾ III ਦੀਆਂ ਸੱਟਾਂ, ਜੋ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਗੰਭੀਰ ਲੱਗਦੀਆਂ ਹਨ, ਉਹ ਵੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਸੱਟਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਉਹ ਉੱਚੇ ਦਰਜੇ ਵਾਲੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਘੱਟ ਦਰਜੇ ਵਾਲੀਆਂ ਉਹ ਸੱਟਾਂ ਜੋ ਬੱਸ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ। ਇੱਥੇ ਸਵਾਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ **ਕੀ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ (reconstruction) ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਪੈਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੰਗਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਥਿਰ, ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਜ਼ਬੂਤ ਅਤੇ ਘੱਟ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਮੋਚਾ ਦੇਵੇਗੀ**, ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਜਵਾਬ ਬਹੁਤ ਹੱਦ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ, ਤੁਹਾਡੀ ਖੇਡ ਅਤੇ ਪਹਿਲੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਮੋਢੇ ਦੇ ਵਿਹਾਰ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਗੱਲ ਦੇ ਚੰਗੇ ਸਬੂਤ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਬਿਨਾਂ ਕਾਹਲੀ ਦੇ ਕਰਨਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਤੋਂ

ਪਹਿਲਾਂ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਵਾਜਬ ਮੌਕਾ ਦੇਣਾ, ਪਰ ਨਾਲ ਹੀ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਸਥਿਰ, ਉੱਚੇ ਦਰਜੇ ਦੀ ਸੱਟ ਨੂੰ ਅਣਮਿੱਥੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਇਉਂ ਹੀ ਨਾ ਛੱਡਣਾ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- **ਮੋਢੇ ਦੀ ਨੇਕ ਉੱਤੇ ਡਿੱਗਣਾ** ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਸ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਉੱਪਰ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਦੁਖਣ ਵਾਲਾ ਉਭਾਰ ਜਾਂ ਕਦਮ ਹੋਵੇ: ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚੰਗੀ ਹੈ, ਸੱਟ ਦਾ ਦਰਜਾ ਤੈਅ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਅਤੇ ਟੁੱਟੀ ਹੋਈ ਹੱਸਲੀ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨੂੰ ਖਾਰਜ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ।
- **ਸਾਫ਼ ਦਿਸਣ ਵਾਲਾ, ਉੱਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਉਭਾਰ**, ਨਾਲ ਹੀ ਬਾਂਹ ਇਉਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ ਜਿਵੇਂ ਹੇਠਾਂ ਨੂੰ ਖਿੱਚੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੋਵੇ: ਇਹ ਉੱਚੇ ਦਰਜੇ ਦੀ ਸੱਟ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਸਹੀ ਜਾਂਚ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।
- **ਦਰਦ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜੋ ਘਟ ਨਹੀਂ ਰਹੀ**, ਕੁਝ ਹਫ਼ਤੇ ਸਲਿੰਗ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਭਾਰੀ ਜਾਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਵਾਲਾ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਖੇਡਾਂ ਖੇਡਦੇ ਹੋ।
- **ਉਭਾਰ ਉੱਤੇ ਚਮੜੀ ਦਾ ਖਿੱਚਿਆ ਹੋਣਾ**, ਉਸ ਉੱਤੇ ਚਮੜੀ ਦੇ ਰੰਗ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਜਾਂ ਇਹ ਅਹਿਸਾਸ ਕਿ ਹੱਡੀ ਚਮੜੀ ਨੂੰ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਧੱਕ ਰਹੀ ਹੈ: ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਹੋਰ ਜਲਦੀ ਕਰਵਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। AC ਜੋੜ ਦੀ ਸੱਟ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇੱਕ ਬੇਮੇਲਤਾ ਕਰਕੇ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਜੋ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹਰ ਫ਼ੈਸਲੇ ਦੇ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਹੈ: ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਉਸ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਦਿਸਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਇਹ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦਾ ਕਿ ਅੰਤ ਵਿੱਚ ਮੋਢਾ ਕਿਵੇਂ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਤਸਵੀਰ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਨਤੀਜੇ ਨੂੰ ਨਹੀਂ

ਉੱਚੇ ਦਰਜੇ ਦੇ ਜੋੜ ਦਾ ਵੱਖ ਹੋਣਾ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਡਰਾਉਣਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਹੱਸਲੀ ਸਕੈਪੂਲਾ ਤੋਂ ਸਾਫ਼ ਉੱਚੀ ਉੱਠੀ ਦਿਸਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਸੋਚਣਾ ਸੁਭਾਵਿਕ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਲਿਆਉਣਾ ਜ਼ਰੂਰ ਬਿਹਤਰ ਹੋਵੇਗਾ। ਅਚਾਨਕ ਲੱਗੀ ਉੱਚੇ ਦਰਜੇ ਦੀ ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ 954 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਵਿਚਕਾਰ **ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੇ ਸਕੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਕਲੀਨਿਕਲ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਸੀ**। ਜੇ ਫ਼ਰਕ ਮਿਲੇ, ਉਹ ਦੋਹਾਂ ਪਾਸਿਆਂ ਵੱਲ ਸਨ: ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਸਮੂਹ **ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਜਲਦੀ ਵਾਪਸ ਆਇਆ** ਪਰ ਉਸ ਨੇ ਦਿੱਖ ਪੱਖੋਂ ਮਾੜਾ ਨਤੀਜਾ ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤਾ, ਜਦਕਿ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਹੱਡੀ ਬਿਹਤਰ ਢੰਗ ਨਾਲ ਥਾਂ ਸਿਰ ਆਈ [1]।

ਜਦੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਰੌਕਵੁੱਡ ਕਿਸਮ III ਨੂੰ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ, ਯਾਨੀ ਉਹ ਦਰਜਾ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਬਹਿਸ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਜਾਰੀ ਹੈ, ਤਾਂ 397 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ 2025 ਦੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦੱਸੇ ਗਏ ਜਾਂ ਮਾਪੇ ਗਏ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਖਾਸ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ; ਸਰਜਰੀ ਨੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਥਾਂ ਸਿਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕੀਤਾ, ਪਰ ਨਾਲ ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਜੋੜ ਦਿੱਤਾ [2]। 646 ਮੋਢਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੀ ਸਮੀਖਿਆ ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਪਾਸਿਓਂ ਉਸੇ ਨਤੀਜੇ ਉੱਤੇ ਪਹੁੰਚੀ: ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਗਠੀਏ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਜਾਂ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਖਾਸ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ 14% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਮੁੜ ਆਉਣਾ [3]।

ਸਬੂਤਾਂ ਦੇ ਤਿੰਨ ਵੱਖੋ-ਵੱਖਰੇ ਸਮੂਹ, ਇੱਕੋ ਨਤੀਜਾ। ਵਿਗਾੜ ਅਸਲੀ ਹੈ, ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਇਹ ਪੱਕਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਨਾਲ ਮੋਢੇ ਦੀ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਮਾਪਣਯੋਗ ਬਦਲਾਅ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦਾ।

ਇਸ ਲਈ ਫ਼ੈਸਲਾ ਉਭਾਰ ਬਾਰੇ ਹੈ, ਕੰਮਕਾਜ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ

ਗੱਲ ਨੂੰ ਇਸ ਨਵੇਂ ਢੰਗ ਨਾਲ ਦੇਖਣਾ ਹੀ ਇਹਨਾਂ ਸਬੂਤਾਂ ਦਾ ਵਿਹਾਰਕ ਲਾਭ ਹੈ। ਜੇ ਸਵਾਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ “ਕੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਮੇਰਾ ਮੋਢਾ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮ ਕਰੇਗਾ”, ਤਾਂ ਇਮਾਨਦਾਰ ਜਵਾਬ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਅਜਿਹਾ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਜੇ ਸਵਾਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ “ਕੀ ਸਰਜਰੀ ਮੇਰੀ ਹੱਸਲੀ ਵਿਚਲਾ ਕਦਮ ਹਟਾ ਦੇਵੇਗੀ”, ਤਾਂ ਜਵਾਬ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹਾਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਕੁਝ ਕਿੱਤਿਆਂ ਅਤੇ ਕੁਝ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ, ਇਕੱਲੀ ਇਹੀ ਗੱਲ ਕਾਫ਼ੀ ਅਹਿਮ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਦਾ ਇੱਕ ਜਾਇਜ਼ ਕਾਰਨ ਹੈ। ਬੱਸ ਇਹ ਉਸ ਕਾਰਨ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ ਜੋ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਸਮਝਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਕੋਈ ਤਰੀਕਾ ਜੇਤੂ ਨਹੀਂ ਬਣਿਆ, ਅਤੇ ਇੱਕ ਮਾਪਣਯੋਗ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਾੜਾ ਹੈ

ਇੱਕ ਵਾਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਹੋ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਕਿਹੜਾ ਢਾਂਚਾ (construct) ਵਰਤਣਾ ਹੈ ਇਸ ਚੋਣ ਵੱਲ ਬਹੁਤ ਧਿਆਨ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਪਰ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਫ਼ਰਕ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਨਿਕਲਦਾ ਹੈ। 939 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦੱਸੇ ਨਤੀਜੇ ਸਾਰੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਲਈ ਮਿਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਸਨ, ਪਰ ਹੁੱਕ ਪਲੇਟ (hook plate) ਅਤੇ K-ਵਾਇਰ (K-wire, ਪਤਲੀ ਧਾਤ ਦੀ ਤਾਰ) ਨਾਲ ਫ਼ਿਕਸੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੀ, ਅਤੇ ਮੋਡੀਫ਼ਾਈਡ ਵੀਵਰ-ਡਨ (modified Weaver-Dunn) ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਦਰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੀ [4]। ਅੱਜਕਲ੍ਹ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਦੋ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੀ 399 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਸਿਊਚਰ ਬਟਨ (suture button, ਮਜ਼ਬੂਤ ਟਾਂਕਿਆਂ ਅਤੇ ਛੋਟੇ ਧਾਤ ਦੇ ਬਟਨਾਂ ਨਾਲ ਹੰਸਲੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਬੰਨ੍ਹਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ) ਨੇ ਹੁੱਕ ਪਲੇਟ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮਕਾਜੀ ਸਕੋਰ ਅਤੇ ਘੱਟ ਦਰਦ ਦਿੱਤਾ, ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਸਮੇਂ, ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਜਾਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਮੁੜ ਖਿਸਕਣ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਸੀ [5]।

ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਵਾਲੇ ਅਧਿਐਨ ਵੀ ਇਸੇ ਪਾਸੇ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦੇ ਹਨ। 4,473 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਜੈਵਿਕ (ਸਰੀਰ ਦੇ ਆਪਣੇ ਜਾਂ ਦਾਨ ਕੀਤੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨਾਲ) ਅਤੇ ਸਿੰਥੈਟਿਕ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀਆਂ ਨੇ ਓਸਟੀਓਸਿੰਥੇਸਿਸ (osteosynthesis, ਧਾਤ ਦੇ ਸਾਮਾਨ ਨਾਲ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਫੜਨਾ) ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮਕਾਜੀ ਸਕੋਰ ਦਿੱਤੇ [6], ਅਤੇ 1,020 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸਰੀਰਕ ਬਣਤਰ ਅਨੁਸਾਰ (anatomic) ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀਆਂ ਨੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜੇ ਦਿੱਤੇ, ਅਤੇ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੇ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਤਰੀਕਿਆਂ ਨੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜੇ ਦਿੱਤੇ [7]।

ਰੁਝਾਨ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਆਧੁਨਿਕ ਸਰੀਰਕ ਬਣਤਰ ਅਨੁਸਾਰ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀਆਂ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਦੇ ਨੇੜੇ-ਤੇੜੇ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਪੁਰਾਣੇ ਸਖ਼ਤ ਇੰਪਲਾਂਟ ਪਿੱਛੇ ਰਹਿ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਆਧੁਨਿਕ ਸਮੂਹ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਫ਼ਰਕ ਇੰਨੇ ਛੋਟੇ ਹਨ ਕਿ ਸਰਜਨ ਦੀ ਕਿਸੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਜਾਣ-ਪਛਾਣ ਚੋਣ ਦਾ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਆਧਾਰ ਹੈ।

ਪੰਜਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਦੇ ਜੋੜ ਅੰਦਰ ਕੁਝ ਹੋਰ ਵੀ ਚੱਲ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ

ਇਹ ਨਤੀਜਾ ਜਾਣਨਾ ਚੰਗਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਉਹਨਾਂ ਐਕਸ-ਰੇਆਂ ਉੱਤੇ ਨਹੀਂ ਦਿਸਦਾ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਤਸ਼ਖ਼ੀਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕੀਤੀਆਂ ਅਚਾਨਕ ਲੱਗੀਆਂ AC ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨਾਂ ਵਾਲੇ 860 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਲਗਭਗ ਪੰਜਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਨਾਲ ਹੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸੱਟ ਸੀ ਜਿਸ ਲਈ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੇਬਰਮ (labrum, ਜੋੜ ਦੇ ਕੰਢੇ ਦੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਕਿਨਾਰੀ) ਜਾਂ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਲੇਖਕ ਦਲੀਲ ਦਿੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਜੋੜ ਦੀ ਦੂਰਬੀਨ ਨਾਲ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ, ਭਾਵੇਂ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਆਪਣੇ-ਆਪ ਵਿੱਚ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੋਵੇ [8]।

ਇਹ ਉਹਨਾਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਪਰ ਪਰੇਸ਼ਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਵੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ: ਜੇ ਮੋਢਾ ਤਕਨੀਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਹੀ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਦ ਕਰਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਇਦ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਇੱਕ ਦੂਜੀ ਸੱਟ ਵੀ ਸੀ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Chang N, Furey A, Kurdin A. Operative versus nonoperative management of acute high-grade acromioclavicular dislocations: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Trauma. 2018;32(1):1-9. <https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000001004>
- [2] Bianco Prevot L, Accetta R, Fozzato S, Moroder P, Basile G. Surgical vs conservative: what is the best treatment of acute Rockwood III acromioclavicular joint dislocation. EFORT Open Rev. 2025;10(3):141-50. <https://doi.org/10.1530/EOR-2024-0077>
- [3] Longo UG, Ciuffreda M, Rizzello G, Mannering N, Maffulli N, Denaro V. Surgical versus conservative management of Type III acromioclavicular dislocation: a systematic review. Br Med Bull. 2017;122(1):31-49. <https://doi.org/10.1093/bmb/idx003>

- [4] Moatshe G, Kruckeberg BM, Chahla J, Godin JA, Cinque ME, Provencher MT, et al. Acromioclavicular and coracoclavicular ligament reconstruction for acromioclavicular joint instability: a systematic review of clinical and radiographic outcomes. *Arthroscopy*. 2018;34(6):1979-95. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2018.01.016>
- [5] Wang C, Meng J, Zhang Y, Shi M. Suture button versus hook plate for acute unstable acromioclavicular joint dislocation: a meta-analysis. *Am J Sports Med*. 2019;48(4):1023-30. <https://doi.org/10.1177/0363546519858745>
- [6] Saccomanno MF, Sircana G, Cardona V, Vismara V, Scaini A, Salvi AG, et al. Biologic and synthetic ligament reconstructions achieve better functional scores compared to osteosynthesis in the treatment of acute acromioclavicular joint dislocation. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2020;29(7):2175-93. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-06217-9>
- [7] Sircana G, Saccomanno MF, Mocini F, Campana V, Messinese P, Monteleone A, et al. Anatomic reconstruction of the acromioclavicular joint provides the best functional outcomes in the treatment of chronic instability. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2020;29(7):2237-48. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-06059-5>
- [8] Ruiz Ibán MA, Moreno Romero MS, Díaz Heredia J, Ruiz Díaz R, Muriel A, López-Alcalde J. The prevalence of intraarticular associated lesions after acute acromioclavicular joint injuries is 20%. A systematic review and meta-analysis. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2020;29(7):2024-38. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-05917-6>