

AC ਜੋੜ ਦਾ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ

ਖੱਬੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਸਾਹਮਣੇ ਤੋਂ ਦ੍ਰਿਸ਼, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਐਕਰੋਮੀਓਕਲੈਵੀਕੁਲਰ (AC) ਜੋੜ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਹੱਸਲੀ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੇ ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਨਾਲ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਨਾਲ ਹੀ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਅਤੇ ਡੂੰਘਾ ਗਲੀਨੋਹਿਊਮਰਲ ਜੋੜ (ਮੋਢੇ ਦਾ ਮੁੱਖ ਗੋਦ-ਕਟੋਰੀ ਵਾਲਾ ਜੋੜ)।

Kieran Hirpara © ① ② 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

ਦਰਦ ਬਿਲਕੁਲ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਿਖਰ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਛੋਟੇ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹੱਸਲੀ (clavicle, collarbone) ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ, shoulder blade) ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਉੱਚੇ ਹਿੱਸੇ ਨਾਲ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਅਕਸਰ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਵੱਲ, ਜਾਂ ਉੱਪਰ ਉਸ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਵਿੱਚ ਫੈਲਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਗਰਦਨ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਤੱਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਕੋਈ ਵੀ ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ ਚੁੱਕਣ ਨਾਲ ਇਹ ਛਿੜ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਰਾਤ ਨੂੰ ਉਸ ਪਾਸੇ ਲੇਟਣ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੁੱਲ੍ਹ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਹਾਲਤ ਲੱਭਣਾ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਉਸ ਥਾਂ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਦਬਾਉਣ 'ਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੁਖਣ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਲੱਭ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਛਾਤੀ ਦੇ ਉੱਪਰੋਂ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਵਧਾਉਣ, ਜਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਪੂਰਾ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣ ਨਾਲ ਅਕਸਰ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਿਖਰ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਵਾਲੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਔਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ: ਸਰੀਰ ਦੇ ਪਾਸੇ ਲਟਕਾ ਕੇ ਸੌਂਦੇ ਦੇ ਥੈਲੇ ਚੁੱਕਣਾ, ਭਾਰੀ ਪਤੀਲਾ ਚੁੱਕ ਕੇ ਚੁੱਲ੍ਹੇ ਉੱਤੇ ਰੱਖਣਾ, ਉੱਚੀ ਸ਼ੈਲਫ਼ ਤੱਕ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣਾ, ਜਾਂ ਸੀਟਬੈਲਟ ਨੂੰ ਸਰੀਰ ਦੇ ਉੱਪਰੋਂ ਖਿੱਚਣਾ।

ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੌਰਾਨ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਭੜਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਸਾਰਾ ਦਿਨ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਉਸ ਸ਼ਾਮ ਅਤੇ ਅਗਲੀ ਸਵੇਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਰਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਪਾਸੇ ਰਾਤ ਨੂੰ ਦਰਦ ਹੋਣਾ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪਿੱਠ ਦੇ ਭਾਰ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਸੌਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ।

ਇੱਕ ਗੱਲ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹੈ: ਇਸ ਜੋੜ ਦਾ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਅਜਿਹੇ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਸਕੈਨ ਵਿੱਚ ਦਿਸਦਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕੁਝ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਐਕਸ-ਰੇ ਵਿੱਚ ਪਿਸ਼ੇ ਦਿਸਣ ਵਾਲੇ ਅਜਿਹੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਜੋੜ ਚੁੱਪ ਹੀ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਪਿਸ਼ੇ ਦਿਸਦੇ ਜੋੜ ਵਾਲੇ ਦੁਖਦੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹਮੇਸ਼ਾ ਇਹ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਕਿ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਇਹੀ ਜੋੜ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਖੁਦ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਦਾ ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਬਹੁਤ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਸਰੋਤ ਇਹੀ ਜੋੜ ਹੈ। ਜੇ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਸਕੈਨ ਵਿੱਚ ਦਿਸਦੀ ਪਿਸ਼ਾਈ ਸ਼ਾਇਦ ਉਹ ਚੀਜ਼ ਨਹੀਂ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਖ ਦੇ ਰਹੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਨਾਲ ਮਦਦ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘੱਟ ਹੋਵੇਗੀ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੋਲ੍ਹ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਜਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਜੋੜ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹੱਸਲੀ ਦਾ ਬਾਹਰਲਾ ਸਿਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੇ ਸਿਰੇ ਨਾਲ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਇਹ AC ਜੋੜ ਹੈ, ਜੋ ਐਕਰੋਮੀਓਕਲੈਵੀਕੁਲਰ ਜੋੜ (acromioclavicular joint) ਦਾ ਛੋਟਾ ਰੂਪ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਹਿੱਲਣ ਵਾਲਾ ਜੋੜ ਹੈ, ਕੋਈ ਸਖ਼ਤ ਵੈਲਡ ਕੀਤਾ ਜੋੜ ਨਹੀਂ। ਬਾਂਹ ਦੀ ਆਮ ਵਰਤੋਂ ਦੌਰਾਨ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਕੈਪੂਲਾ ਘੁੰਮਦਾ ਅਤੇ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਕੁਝ ਮਿਲੀਮੀਟਰ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਅਤੇ ਹੱਸਲੀ ਨੂੰ ਇੱਕ ਜੁੜੇ ਹੋਏ ਟੁਕੜੇ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਮਜ਼ਬੂਤ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligaments, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਬੰਨ੍ਹਣ ਵਾਲੇ ਬੰਧਨ) ਇਸ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਰੱਖਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਿਖਰ ਨੂੰ ਢਕਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਪਤਲੀ ਗੱਦੀਦਾਰ ਡਿਸਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਕੁਝ-ਕੁਝ ਹੱਡੀ ਦੇ ਦੋ ਟੁਕੜਿਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਰੱਖੀ ਗੈਸਕੇਟ (ਵਾਸ਼ਰ) ਵਰਗੀ। ਅੱਧਖੜ ਉਮਰ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਇਹ ਡਿਸਕ ਘਿਸਣ ਲੱਗਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤਹਾਂ ਵੀ ਨਾਲ ਹੀ ਘਿਸਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲਾ ਗਠੀਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਇਹ ਬਹੁਤ ਆਮ ਹੈ। ਘਿਸਾਈ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਵੀਹਾਂ ਅਤੇ ਤੀਹਾਂ ਸਾਲਾਂ ਦੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਚੁੱਪਚਾਪ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਅੱਗੇ ਵਧਦੀ ਹੈ। ਭਾਰੀ ਜਾਂ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਦਾ ਕੰਮ, ਇਸ ਨੂੰ ਤੇਜ਼ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਡਿੱਗਣ ਕਾਰਨ ਜੋੜ ਦੀ ਕੋਈ ਪੁਰਾਣੀ ਮੋਚ ਜਾਂ ਜੋੜ ਦਾ ਵੱਖ ਹੋਣਾ (separation) ਵੀ ਇਸ ਨੂੰ ਤੇਜ਼ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਹਲਕੀ ਸੱਟ ਸੀ ਜੋ ਠੀਕ ਹੋ ਗਈ ਜਾਪਦੀ ਸੀ।

ਮੁਸ਼ਕਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਘਿਸਿਆ ਦਿਸਦਾ ਜੋੜ ਹਮੇਸ਼ਾ ਦੁਖਦਾ ਨਹੀਂ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਸਕੈਨ ਵਿੱਚ ਘਿਸਾਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਪਰ ਕੋਈ ਵੀ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਅਤੇ ਘਿਸੇ ਦਿਸਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਜੋੜ ਚੁੱਪ ਹੀ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਖੁਦ ਜੋੜ ਤੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਘਿਸਾਈ, ਛਿੱਲੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਸਤਹਾਂ, ਜਾਂ ਉਸ ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਕਾਰਨ ਉੱਥੋਂ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂ ਸੱਚਮੁੱਚ ਚਿੜ ਜਾਂਦੇ ਹਨ (irritated)। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਬਿਲਕੁਲ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਿਖਰ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਸ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਭੜਕਦੇ ਹਨ।

ਇਸ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਇੱਕ ਘੱਟ ਆਮ ਕਿਸਮ ਨੂੰ ਡਿਸਟਲ ਕਲੈਵੀਕੁਲ ਓਸਟੀਓਲਾਇਸਿਸ (distal clavicle osteolysis) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਖ਼ੁਦ ਹੱਸਲੀ ਦਾ ਬਾਹਰਲਾ ਸਿਰਾ ਖ਼ੁਰਨ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਸੋਜਸ਼, ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਛੋਟੇ ਫ਼ੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ), ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਘਟਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਉਹਨਾਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰਦਾਂ ਵਿੱਚ ਦੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਭਾਰੀ ਜਾਂ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਭਾਰ ਚੁੱਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਗਠੀਆ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਘਿਸਾਈ ਗੰਭੀਰ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਜੋੜ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਭਾਰ (bone spurs) ਉੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਸ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਛੱਤ ਦੇ ਹੇਠ ਲੰਘਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੋਰ ਵਧ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਜੋ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ Medicare ਦੀ ਛੋਟ (rebate) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਅਸੀਂ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡਾ ਪਿਛੋਕੜ ਪੁੱਛ ਕੇ, ਜਾਂਚ ਕਰਕੇ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ ਸਕੈਨ ਰਾਹੀਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਉਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਵੇ।

ਪਹਿਲੇ ਕਦਮ ਉਹ ਹਨ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਖੁਦ ਚੁੱਕ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੋੜ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦੇਣ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਉਸ ਭਾਰੀ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਅਤੇ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਦੇ ਕੰਮ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਿਖਰ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਕਿਸੇ ਰੁੜ੍ਹੇਵੇਂ ਭਰੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ ਭੜਕਣ ਉੱਤੇ ਬਰਫ਼ ਨਾਲ ਆਰਾਮ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਚਿੜੇ ਹੋਏ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੁਆਲੇ ਤਾਕਤ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਉਸ ਉੱਤੇ ਘੱਟ ਜ਼ੋਰ ਪਾਉਣ। ਇਹਨਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਰਾਏ ਬਣਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿਓ, ਕਿਉਂਕਿ ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੌਰਾਨ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਭੜਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਆਪ ਕਰਨਾ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories) ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ ਉਹ ਗੋਲੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਦਰਦ ਘਟਾਉਣ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਜੋੜ ਵਿਚਲੀ ਸੋਜਸ਼ ਨੂੰ ਵੀ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਅਸੀਂ

ਕੋਰਟੀਸੋਨ (cortisone), ਯਾਨੀ ਸੋਜਸ਼ ਘਟਾਉਣ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਤਾਕਤਵਰ ਦਵਾਈ, ਦੇ ਟੀਕੇ ਵੀ ਵਰਤਦੇ ਹਾਂ, ਜੋ ਸਿੱਧੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਲਗਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਟੀਕੇ ਦੇ ਦੋ ਮਕਸਦ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ: ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹੀ ਜੋੜ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦਾ ਸਰੋਤ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਵਜੋਂ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਵੀ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਰ 100 ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ 47 ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਇੱਕ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਵੀ ਚੰਗਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਹਨਾਂ ਇਲਾਜਾਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਬਣਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਹੰਸਲੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਸਿਰੇ ਤੋਂ ਕੁਝ ਮਿਲੀਮੀਟਰ ਹੱਡੀ ਕੱਢੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਘਿਸੇ ਹੋਏ ਜੋੜ ਦਾ ਉਹ ਅੱਧਾ ਹਿੱਸਾ ਜੋ ਹੰਸਲੀ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਹੈ। ਉਹ ਘਿਸੀ ਹੋਈ ਸਤਹ ਹਟ ਜਾਣ ਨਾਲ, ਹੱਡੀ ਦੇ ਦੋਵੇਂ ਛਿੱਲੇ ਹੋਏ ਸਿਰੇ ਹੁਣ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਰਗੜ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦੇ। ਇਹ ਕੈਮਰੇ ਨਾਲ ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਰਾਹੀਂ, ਯਾਨੀ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਪਹਿਲਾਂ ਕਦੇ ਤੁਹਾਡਾ ਇਹ ਜੋੜ ਵੱਖ ਹੋਇਆ (separation) ਸੀ ਅਤੇ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜੋੜ ਲਗਾਤਾਰ ਢਿੱਲਾ (unstable) ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਇਹ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਿੰਨਾ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਠੀਕ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਅਸੀਂ ਮਿਲ ਕੇ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਇਹ ਤੇਲ ਕੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਕੀ ਕੰਮ ਲੈਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ, ਇਸ ਜੋੜ ਦੀ ਉਹ ਘਿਸਾਈ ਜੋ ਸਕੈਨ ਵਿੱਚ ਦਿਸਦੀ ਹੈ ਪਰ ਦਰਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ, ਬਸ ਚੁੱਪ ਹੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਸੱਤ ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ, ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ਅਜਿਹੇ ਜੋੜਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 90% ਵਿੱਚ ਕਦੇ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੋਏ। ਇਸ ਲਈ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਜੋੜ ਘਿਸਿਆ ਦਿਸਦਾ ਹੈ ਪਰ ਦੁਖਦਾ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਚੰਗੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਇਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਰਹੇਗਾ।

ਜਦੋਂ ਜੋੜ ਦੁਖਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅੱਗੇ ਦਾ ਹਾਲ ਵੱਖੋ-ਵੱਖਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਆਰਾਮ, ਭਾਰੀ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ ਘਟਾਉਣ, ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹੋਰਨਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਆਉਂਦਾ-ਜਾਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਰੁਝੇਵੇਂ ਭਰੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਭੜਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਮੁੜ ਆਰਾਮ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਣਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਿਖਰ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹੋ ਮੁੜ-ਮੁੜ ਆਉਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜੋੜ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

ਜੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਰਾਹਤ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦੀ, ਤਾਂ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਕੋਰਟੀਸੋਨ ਦਾ ਟੀਕਾ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਰ 100 ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ 47 ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਇੱਕ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਵੀ ਚੰਗਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਲਗਭਗ ਅੱਧੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਰਾਹਤ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਟੀਕਾ ਦੁਬਾਰਾ ਲਗਾਉਣ ਦੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕਦਮਾਂ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਇਲਾਜਾਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਬਣਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਹੰਸਲੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਸਿਰੇ ਤੋਂ ਕੁਝ ਮਿਲੀਮੀਟਰ ਹੱਡੀ ਕੱਢਣਾ ਇੱਕ ਵਿਕਲਪ ਹੈ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਮਕਸਦ ਦੋਵੇਂ ਛਿੱਲੀਆਂ, ਘਿਸੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਸਤਹਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਰਗੜ ਖਾਣ ਤੋਂ ਰੋਕਣਾ ਹੈ। ਉਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਦਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡਾ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਜੋੜ ਸ਼ਾਂਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਿਖਰ ਦਾ ਦਰਦ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜਾ ਰਾਹ ਚੁਣਦੇ ਹੋ। ਸੂਝ-ਬੂਝ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ, ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਆਪਣੇ ਆਮ ਕੰਮਾਂ ਵੱਲ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਇੰਨਾ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਸ ਨਾਲ ਜੀਇਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਕਦਮਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਜੋੜ ਭੜਕਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਦਰਦ ਸਹਿੰਦੇ ਹੋਏ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਕੋਲ ਵਾਪਸ ਜਾਣਾ ਜਾਂ ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹਿਣਾ ਠੀਕ ਰਹੇਗਾ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਇਹ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਨਹੀਂ, ਇਸ ਲਈ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਉਸੇ ਦਿਨ ਧਿਆਨ ਮੰਗਣ ਵਾਲੇ ਕੋਈ ਖ਼ਤਰੇ ਦੇ ਸੰਕੇਤ ਨਹੀਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਉੱਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਣੀ ਪਵੇ। ਮਾਇਨੇ ਇਹ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜੇ ਭਾਰੀ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਤੋਂ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤੇ ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਿਖਰ ਦਾ ਦਰਦ ਨਹੀਂ ਸੁਧਰ ਰਿਹਾ, ਜਾਂ ਜੇ ਉਸ ਪਾਸੇ ਲੇਟਣ 'ਤੇ ਇਹ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੋਲ੍ਹ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ ਜੇ ਦਰਦ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਆਮ ਵਾਂਗ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਭਾਰ

ਘਟਾਉਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ ਅਤੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣਾ ਦੁਖਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦੁਖਦਾ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਇਹ ਗਠੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਹੋਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। AC ਜੋੜ (acromioclavicular joint, ਹੰਸਲੀ ਅਤੇ ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਦਾ ਜੋੜ) ਦੇ ਗਠੀਏ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇੱਕ ਅਸੁਖਾਵੇਂ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ: ਇਹ ਸਕੈਨਾਂ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਹੀ ਆਮ ਦਿਸਦਾ ਹੈ, ਮੋਢੇ ਦੇ ਦਰਦ ਦਾ ਦੇਸ਼ ਅਕਸਰ ਇਸ ਉੱਤੇ ਲਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਦੇ ਸਬੂਤ ਕਿ ਇਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਸਾਈਟ ਉੱਤੇ ਲਗਭਗ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਨਾਲੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹਨ।

ਸਬੂਤ ਇਹ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਕਿ ਕੋਈ ਵੀ ਇਲਾਜ ਕਾਰਗਰ ਹੈ

ਮੁੱਢਲੇ AC ਜੋੜ ਦੇ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ (ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਘਿਸਣਾ) ਦੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਨੇ **1,902** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕੀਤੇ ਅਤੇ ਇੱਕ ਅਜਿਹੇ ਸਿੱਟੇ ਉੱਤੇ ਪਹੁੰਚੀ ਜੋ ਘੱਟ ਹੀ ਇੰਨੇ ਸਾਫ਼ ਸ਼ਬਦਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਅਧਿਐਨ ਇਲਾਜ ਦੇ ਕਾਰਨ, ਇਲਾਜ ਦੀ ਕਿਸਮ ਅਤੇ ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਿੱਚ ਵੱਖੋ-ਵੱਖਰੇ ਸਨ, ਅਤੇ **ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਕਿ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਜਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ, ਕੋਈ ਵੀ ਇਲਾਜ ਕਾਰਗਰ ਹੈ [1]**।

ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਕੁਝ ਵੀ ਮਦਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ। ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਜਿਹੜੇ ਅਧਿਐਨ ਇਹ ਸਾਬਤ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਉਹ ਇੰਨੇ ਮਿਆਰੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕਿ ਇਹ ਦਾਅਵਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਹੰਸਲੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ (distal clavicle excision) ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਪਿੱਛੇ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਮਸ਼ੀਨੀ ਤਰਕ ਹੈ ਕਿ ਘਿਸੀ ਹੋਈ ਜੋੜ ਦੀ ਸਤਹ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਵੀ ਚਲਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਪਰ “ਪੁਰਾਣਾ ਅਤੇ ਮਸ਼ੀਨੀ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਸਮਝ ਆਉਣ ਵਾਲਾ” ਹੋਣਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਕੋਈ ਫ਼ੈਸਲਾ ਲਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਇਹ ਫ਼ਰਕ ਜਾਣਨਾ ਚੰਗਾ ਹੈ।

ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਨਾਲ ਇਸ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਉਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਿਹਤਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ

ਸਭ ਤੋਂ ਸਿੱਧੀ ਪਰਖ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਤੋਂ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਉਸੇ ਸਮੇਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਪਾਟਣ ਵਾਲੇ **208** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਹੰਸਲੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਕੱਢਣ (distal clavicle resection) ਨੂੰ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੇ ਅੰਕ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ **ਬਿਹਤਰ ਨਹੀਂ ਹੋਈ [2]**।

ਇਹ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਬਿਲਕੁਲ ਇਸੇ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਇਹ ਜੋੜ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਕੱਟਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਸਰਜਨ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, AC ਜੋੜ ਸਕੈਨ ਵਿੱਚ ਘਿਸਿਆ ਹੋਇਆ ਦਿਸਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਮਿਲੀਮੀਟਰ ਹੱਡੀ ਕੱਢਣ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਥੋੜ੍ਹਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਸਬੂਤ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਇਸ ਦਾ ਕੋਈ ਮਾਪਣਯੋਗ ਫ਼ਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਨਾਲ ਇਸ ਨੂੰ ਵਾਧੂ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਕਰਨ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਣਾ ਜਾਇਜ਼ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਅਸਲ ਸਵਾਲ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਅਤੇ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਕੱਢਣ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕਈ ਵਾਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਜਵਾਬ ਇੱਕੋ ਜਿਹਾ ਰਿਹਾ ਹੈ: **319** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਦੋਵਾਂ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ **ਕੰਮਕਾਜ ਅਤੇ ਕਲੀਨਿਕੀ ਨਤੀਜੇ ਮਿਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ** ਰਹੇ [3], ਅਤੇ **429** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਵੀ ਕੋਈ ਵੀ ਤਰੀਕਾ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਨਹੀਂ ਨਿਕਲਿਆ [4]।

ਜਦੋਂ ਦੋ ਕਾਫ਼ੀ ਵੱਖਰੇ ਤਕਨੀਕੀ ਤਰੀਕੇ ਇੱਕੋ ਨਤੀਜਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਇਮਾਨਦਾਰ ਸਿੱਟਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਨਤੀਜਾ ਤਕਨੀਕ ਨਾਲ ਤੈਅ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਸਗੋਂ ਇਸ ਨਾਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਕਿਵੇਂ ਚੁਣੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਇੱਥੇ ਸਹੀ ਮਰੀਜ਼ ਚੁਣਨਾ ਇੰਨਾ ਔਖਾ ਕਿਉਂ ਹੈ

ਉਮਰ ਦੇ ਨਾਲ ਲਗਭਗ ਹਰ ਕਿਸੇ ਦਾ AC ਜੋੜ ਘਿਸ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਛੋਟਾ, ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਭਾਰ ਝੱਲਣ ਵਾਲਾ ਜੋੜ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪਤਲੀ ਡਿਸਕ (ਗੱਦੀ) ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਜਲਦੀ ਘਿਸ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਨ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਵਿੱਚ AC ਜੋੜ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਅੱਧਖੜ ਉਮਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲਗਭਗ ਉਮੀਦ ਮੁਤਾਬਕ ਨਤੀਜਾ ਹੈ, ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਨਹੀਂ।

ਇਸ ਦਾ ਇੱਕ ਮਾਪਣਯੋਗ ਬਣਤਰੀ ਸੰਕੇਤ ਹੈ: ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਘਿਸੇ ਹੋਏ AC ਜੋੜਾਂ ਵਿੱਚ **ਹੰਸਲੀ ਦਾ ਬਾਹਰਲਾ ਸਿਰਾ ਅਤੇ ਐਕਰੋਮੀਅਨ (ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ) ਦੋਵੇਂ ਵੱਡੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ**, ਜਦਕਿ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਦੋਵਾਂ ਦਾ ਆਪਸੀ ਅਨੁਪਾਤ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦਾ [5]। ਇਹ ਇੱਕ ਲਾਹੇਵੰਦ ਇਸ਼ਾਰਾ ਹੈ ਕਿ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੀ ਘਿਸਾਈ ਅਤੇ ਸੰਜੋਗ ਨਾਲ ਲੱਭੀ ਘਿਸਾਈ ਬਣਤਰ ਵਿੱਚ ਵੱਖਰੀਆਂ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਗਰੁੱਪਾਂ ਉੱਤੇ ਅਧਾਰਿਤ ਨਿਰੀਖਣ ਹੈ, ਕੋਈ ਅਜਿਹਾ ਟੈਸਟ ਨਹੀਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਲਾਗੂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ।

ਅਮਲੀ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਜਾਂਚ ਲਈ ਲਗਾਏ ਟੀਕੇ ਦਾ ਅਸਲ ਮਹੱਤਵ ਹੈ। ਜੇ AC ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਲਗਾਇਆ ਲੋਕਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਦਰਦ ਨੂੰ ਖ਼ਤਮ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਕਿ ਦਰਦ ਦਾ ਸਰੋਤ ਇਹੀ ਜੋੜ ਹੈ। ਜੇ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਤਾਂ ਸਕੈਨ ਵਿੱਚ ਦਿਸਦੀ ਘਿਸਾਈ ਸ਼ਾਇਦ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਮੁਕ ਦਰਸ਼ਕ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਮਦਦ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘੱਟ ਹੈ, ਅਤੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਸਬੂਤ ਇਸੇ ਹਾਲਤ ਬਾਰੇ ਚੇਤਾਵਨੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹਨ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Welch M, Rankin S, How Saw Keng M, Woods D. A systematic review of the treatment of primary acromioclavicular joint osteoarthritis. *Shoulder Elbow*. 2023;16(2):129-44. <https://doi.org/10.1177/17585732231157090>
- [2] Wang J, Ma J, Zhu S, Jia H, Ma X. Does distal clavicle resection decrease pain or improve shoulder function in patients with rotator cuff tears? A meta-analysis. *Clin Orthop Relat Res*. 2018;476(12):2402-14. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000000424>
- [3] Hohmann E, Tetsworth K, Glatt V. Open versus arthroscopic acromioclavicular joint resection: a systematic review and meta-analysis. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2019;139(5):685-94. <https://doi.org/10.1007/s00402-019-03114-w>
- [4] Pensak M, Grumet RC, Slabaugh MA, Bach BR. Open versus arthroscopic distal clavicle resection. *Arthroscopy*. 2010;26(5):697-704. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2009.12.007>
- [5] Bulkamans K, Peeters I, De Wilde L, Van Tongel A. The relationship of the acromion to the distal clavicle in normal and symptomatic degenerative acromioclavicular joints. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2019;140(4):465-72. <https://doi.org/10.1007/s00402-019-03258-9>