

ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡੀਨੋਪੈਥੀ ਅਤੇ ਲੰਮੇ ਸਿਰੇ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ

ਬਾਈਸੈਪਸ ਦਾ ਟੁੱਟਿਆ ਹੋਇਆ ਲੰਮਾ ਸਿਰਾ ਇਕੱਠਾ ਹੋ ਕੇ ਡੌਲੇ ਵਿੱਚ 'ਪੋਪਾਈ' ਵਾਲਾ ਉਭਾਰ ਬਣਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

James Heilman, MD / Wikimedia Commons, CC BY-SA 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

ਬਾਈਸੈਪਸ (biceps) ਤੁਹਾਡੇ ਡੌਲੇ (upper arm) ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਥੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਦਾ ਲੰਮਾ ਸਿਰਾ (long head) ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਿਖਰ ਉੱਤੇ ਲੰਘ ਕੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇੱਥੇ ਮੁਸ਼ਕਲ ਇਸੇ ਹਿੱਸੇ ਕਰਕੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਸ਼ਿਕਾਇਤ **ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਡੂੰਘਾ, ਲਗਾਤਾਰ ਸਤਾਉਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ** ਹੈ, ਜੋ ਅਕਸਰ ਮੋਢੇ ਦੀ ਨੋਕ ਤੋਂ ਕੁਝ ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਹੇਠਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣ, ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਕੁਝ ਲੈ ਕੇ ਤੁਰਨ ਵੇਲੇ ਇਹ ਦੁਖ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਇਹ ਡੌਲੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਫੈਲਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਖਾਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਉਂਗਲ ਰੱਖ ਕੇ ਦੱਸਣਾ ਔਖਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ (rotator cuff) ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਨਾਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਦਰਦ ਬਹੁਤ ਵਾਰ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਕਰਨਾ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਕਈ ਵਾਰ ਕੁਝ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਾਟਕੀ ਘਟਨਾ ਵਾਪਰਦੀ ਹੈ। ਘਿਸਿਆ ਹੋਇਆ ਟੈਂਡਨ ਟੁੱਟ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਹੈਰਾਨੀਜਨਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਥੋੜ੍ਹੇ ਦਰਦ ਨਾਲ। ਜਦੋਂ ਅਜਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦਾ ਗੁੱਦਾ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇੱਕ ਨਰਮ ਉਭਾਰ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਛੋਟੀ ਗੋਂਦ ਜਾਂ ਫੁਲਾਈ ਹੋਈ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਵਰਗਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਇਹੀ ਮਸ਼ਹੂਰ **“ਪੋਪਾਈ” ਨਿਸ਼ਾਨੀ (Popeye sign)** ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਦੇਖ ਕੇ ਘਬਰਾਹਟ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਇਹ ਘੱਟ ਹੀ ਓਨੀ ਗੰਭੀਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿੰਨੀ ਲੱਗਦੀ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਟੈਂਡਨ ਸਖ਼ਤ ਡੋਰੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਹੁਤ ਵਰਤੇ ਰੱਸੇ ਵਾਂਗ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਰੇਸ਼ੇ ਉੱਧੜ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡੀਨੋਪੈਥੀ (biceps tendinopathy, ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਘਿਸਣਾ ਅਤੇ ਦੁਖਣਾ) ਵਿੱਚ, ਲੰਮੇ ਸਿਰੇ ਵਾਲੇ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਉੱਥੇ ਘਿਸ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਿਖਰ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਤੰਗ ਝਰੀ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘ ਕੇ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹੀ ਘਿਸਾਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਦਰਦ ਵਜੋਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਟੈਂਡਨ ਇਹ ਭੀੜ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਦੋਵੇਂ ਅਕਸਰ ਇਕੱਠੇ ਘਿਸਦੇ ਹਨ, ਇਸੇ ਲਈ ਬਾਈਸੈਪਸ ਦਾ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕਫ਼ ਦਾ ਦਰਦ ਇੰਨੀ ਵਾਰ ਜੋੜੀ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਇਹ ਉੱਧੜਨਾ ਜਾਰੀ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਟੈਂਡਨ ਆਖਰਕਾਰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਟੁੱਟ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ **ਲੰਮਾ ਸਿਰਾ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਾਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (rupture)**, ਤਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਉੱਪਰੋਂ ਬੱਝੀ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੀ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਪੋਪਾਈ ਵਾਲਾ ਉਭਾਰ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਇੱਥੇ ਤਸੱਲੀ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ: ਬਾਈਸੈਪਸ ਦੇ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਦੇ ਟਿਕਾਅ ਹੁੰਦੇ ਹਨ (ਲੰਮਾ ਸਿਰਾ ਅਤੇ ਛੋਟਾ ਸਿਰਾ), ਅਤੇ ਛੋਟਾ ਸਿਰਾ ਸਹੀ-ਸਲਾਮਤ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ ਜਦੋਂ ਲੰਮਾ ਸਿਰਾ ਟੁੱਟਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਬਾਂਹ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਤਾਕਤ ਬਣੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਦਲਾਅ ਮੁੱਖ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਿੱਖ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਇੱਕ ਅਹਿਮ ਫ਼ਰਕ ਹੈ। **ਉੱਪਰਲੇ ਸਿਰੇ ਦਾ (proximal) ਟੁੱਟਣਾ** (ਮੋਢੇ ਵਾਲੇ ਸਿਰੇ ਉੱਤੇ) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੋਟੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੇ ਦੂਜੇ ਸਿਰੇ ਉੱਤੇ, ਕੂਹਣੀ ਉੱਤੇ, ਟੁੱਟਣਾ (distal biceps rupture) ਬਿਲਕੁਲ ਵੱਖਰੀ ਹਾਲਤ ਹੈ: ਉਸ ਨਾਲ ਤਾਕਤ ਦਾ ਅਸਲ ਨੁਕਸਾਨ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਉਭਾਰ ਮਿਲਦਾ-ਜੁਲਦਾ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕਿਹੜਾ ਸਿਰਾ ਪਾਟਿਆ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ, ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸਾਫ਼ ਰਸਤੇ ਰਾਹੀਂ ਲੈ ਕੇ ਚੱਲਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਪੱਕੀ ਕਰਨ ਲਈ ਪੂਰੀ ਜਾਂਚ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਲਈ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਉਪਾਵਾਂ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਰਾਹਤ ਨਾ ਮਿਲੀ ਹੋਵੇ।

ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡੀਨੋਪੈਥੀ ਲਈ, ਪਹਿਲੇ ਕਦਮ ਸਾਢੇ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ:

- **ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ:** ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਵਾਲੀਆਂ ਅਤੇ ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ਾਂ ਚੁੱਕਣ ਵਾਲੀਆਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਹਰਕਤਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ ਜੋ ਦਰਦ ਵਧਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਰਹਿਣਾ।
- **ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ:** ਅਗਵਾਈ ਹੇਠ ਕਸਰਤਾਂ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਸੰਤੁਲਨ ਮੁੜ ਠੀਕ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਜਦੋਂ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਵੀ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋਵੇ।
- **ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈ (anti-inflammatories):** ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼ ਦੀ ਤੀਬਰਤਾ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਗੋਲੀ।
- **ਟੀਕਾ:** ਕਈ ਵਾਰ ਜ਼ਿੱਦੀ ਭੜਕੇ ਹੋਏ ਦਰਦ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨ ਲਈ ਟੈਂਡਨ ਦੁਆਲੇ ਜਾਂ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ (ਸਟੀਰੋਇਡ) ਟੀਕਾ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਇਨ੍ਹਾਂ ਉਪਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਜਦੋਂ ਇਸ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਦੋ ਮੁੱਖ ਵਿਕਲਪ ਹਨ। ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਕੱਟਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਖਿੱਚ ਨਾ ਪਾਵੇ (**ਟੈਨੋਟੋਮੀ, tenotomy**), ਜਿਸ ਨਾਲ ਅਕਸਰ ਪੋਪਾਈ ਵਾਲਾ ਉਭਾਰ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਪਰ ਦਰਦ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਉੱਤੇ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹੇਠਾਂ ਮੁੜ ਟਿਕਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ (**ਟੈਨੋਡੀਸਿਸ, tenodesis**), ਜੋ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੀ ਆਮ ਸ਼ਕਲ ਬਣਾਈ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਭਾਰ ਤੋਂ ਬਚਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਲੰਮੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਅਕਸਰ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਦੋਵੇਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਬਹੁਤ ਵਾਰ ਇਕੱਠੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਲੰਮੇ ਸਿਰੇ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਟੁੱਟਣ ਲਈ, ਆਮ ਸਲਾਹ **ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾ ਕਰਵਾਉਣ** ਦੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤਾਕਤ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਭਾਰ ਮੁੱਖ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਿੱਖ ਦੀ ਗੱਲ ਹੈ। ਕੁਝ ਨੌਜਵਾਨ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਰਗਰਮ ਲੋਕ, ਜਾਂ ਉਹ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਦਿੱਖ ਜਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੇ ਕੜੱਲ (cramping) ਤੰਗ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਮੁੜ ਟਿਕਾਉਣ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਚੁਣ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਇਸ ਨੂੰ ਇਵੇਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦੇਣਾ ਸਹੀ ਫ਼ੈਸਲਾ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡੀਨੋਪੈਥੀ ਸਥਰ ਅਤੇ ਸਹੀ ਕਸਰਤਾਂ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਹੌਲੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ (ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਥਾਂ ਕੁਝ ਮਹੀਨੇ), ਪਰ ਭਵਿੱਖ ਚੰਗਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬਚ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਬਾਈਸੈਪਸ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਕਿਸੇ ਵੱਡੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਕਫ਼ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਚੱਲਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਦਾ ਇਕੱਠਾ ਇਲਾਜ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੰਮੇ ਸਿਰੇ ਦਾ ਉੱਪਰਲਾ ਹਿੱਸਾ ਟੁੱਟਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਨਾ ਕਰਵਾਉਣ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਮੀਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦੁਖਣ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਘਟ ਜਾਵੇਗੀ, ਤੁਹਾਡੀ ਤਾਕਤ ਲਗਭਗ ਆਮ ਵਾਂਗ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਵੇਗੀ, ਅਤੇ ਪੋਪਾਈ ਵਾਲਾ ਉਭਾਰ ਇੱਕ ਪੱਕੀ ਪਰ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਵਜੋਂ ਰਹਿ ਜਾਵੇਗਾ। ਇਹ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਵਿਗੜਦਾ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੇ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- **ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਰਦ ਜੋ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ**, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣ ਜਾਂ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਨਾਲ: ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚੰਗੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਅਕਸਰ ਬਾਈਸੈਪਸ ਜਾਂ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਅਜਿਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
- **ਡੌਲੇ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਉਭਾਰ ਜਿਸ ਦੇ ਨਾਲ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਹੋਵੇ**: ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਪੱਕਾ ਹੋ ਸਕੇ ਕਿ ਇਹ ਮੋਢੇ ਵਾਲਾ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ ਲੰਮਾ ਸਿਰਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਉੱਤੇ ਪਾਟਣਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜੋ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸੱਟ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਸ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- **ਕਿਸੇ ਨੌਜਵਾਨ ਜਾਂ ਸਰਗਰਮ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ**: ਉੱਪਰਲੇ ਸਿਰੇ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ ਵੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਯੋਗ ਹੈ, ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਪੱਕੀ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਅਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਵਾਉਣੀ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ।
- **ਜਾਣੇ-ਪਛਾਣੇ ਟੁੱਟਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਾਈਸੈਪਸ ਵਿੱਚ ਲਗਾਤਾਰ ਕੜੱਲ ਜਾਂ ਦੁਖਣਾ**: ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਾਮੂਲੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਜੇ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੰਗ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬਾਈਸੈਪਸ ਦੇ ਲੰਮੇ ਸਿਰੇ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਇੱਕ ਅਨੋਖੀ ਸਥਿਤੀ ਕਰਕੇ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ: ਆਮ ਇਲਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਜਿਹੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਵੱਖ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਕੰਮ ਜਿਉਂਦੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਕਦੇ ਯਕੀਨਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਅਤੇ ਸਬੂਤ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਦੀ ਕਮੀ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

ਇੱਕ ਟੈਂਡਨ ਜਿਸ ਦਾ ਕੰਮ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ

ਬਾਈਸੈਪਸ ਦਾ ਲੰਮਾ ਸਿਰਾ ਮੋਢੇ ਦੀ ਕਟੋਰੀ ਦੇ ਸਿਖਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਕੇ, ਜੋੜ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘ ਕੇ, ਡੌਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਇੱਕ ਝਰੀ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸਿੱਧਾ ਜੋੜ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦਾ ਹੈ, ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਇਹ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਗੋਦ ਨੂੰ ਕਟੋਰੀ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਦੇ ਸਬੂਤ ਇਸ ਧਾਰਨਾ ਨਾਲੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹਨ। ਬਾਇਓਮਕੈਨੀਕਲ ਅਧਿਐਨ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਟੈਂਡਨ ਗਲੀਨੋਹਿਊਮਰਲ ਜੋੜ (ਮੋਢੇ ਦਾ ਮੁੱਖ ਗੋਦ-ਕਟੋਰੀ ਵਾਲਾ ਜੋੜ) ਦੀ ਹਰ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰਤਾ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਪਰ **ਜਿਉਂਦੇ ਲੋਕਾਂ ਉੱਤੇ ਕੀਤੇ ਅਧਿਐਨਾਂ (in vivo) ਨੇ ਇਹ ਸਥਿਰ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਅਸਰ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ**, ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਕੁਦਰਤੀ ਭਾਰ ਅਜੇ ਵੀ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ [1]।

ਇਹ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਤੋਂ ਸਮਝ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਉਂ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਟੈਂਡਨ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਦਾ ਕੋਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਕੱਟਣ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਹੁੰਦੇ। ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਅਜਿਹਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਇਸ ਨੂੰ ਕੱਟਣਾ ਅਤੇ ਮੁੜ ਜੋੜਨਾ ਇੱਕੋ ਨਤੀਜਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ

ਦੋ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹਨ: ਟੈਨੋਟੋਮੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਸੁੰਗੜਨ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਟੈਨੋਡੀਸਿਸ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਉੱਤੇ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹੇਠਾਂ ਪੱਕਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਟੈਨੋਡੀਸਿਸ ਜ਼ਿਆਦਾ ਗੁੰਝਲਦਾਰ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਵਜੋਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

650 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਨ ਉੱਤੇ, ਟੈਨੋਟੋਮੀ ਅਤੇ ਟੈਨੋਡੀਸਿਸ ਵਿੱਚ **ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ** ਸੀ। ਜੇ ਫ਼ਰਕ ਸਾਹਮਣੇ ਆਏ ਉਹ ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਸਨ: **ਪੋਪਾਈ ਵਿਗਾੜ**, ਯਾਨੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੇ ਗੁੱਦੇ ਦਾ ਡੌਲੇ ਵਿੱਚ ਇਕੱਠਾ ਹੋ ਜਾਣਾ, ਅਤੇ **ਬਾਈਸਿਪੀਟਲ ਝਰੀ (bicipital groove) ਵਿੱਚ ਕੜੱਲ ਵਾਲਾ ਦਰਦ**, ਅਤੇ ਦੋਵੇਂ ਟੈਨੋਟੋਮੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੋਏ [2]। ਇੱਕ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ

ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਵੀ ਇਸੇ ਸਿੱਟੇ ਉੱਤੇ ਪਹੁੰਚੀ ਸੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਦੋਵਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਮਿਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਚੰਗੇ ਮਿਲੇ ਅਤੇ ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਵੱਡਾ ਫ਼ਰਕ ਦਿੱਖ ਵਾਲਾ ਵਿਗਾੜ ਸੀ [3]।

ਇਸ ਲਈ ਫ਼ੈਸਲਾ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਇਸ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਬਾਂਹ ਕਿੰਨਾ ਵਧੀਆ ਕੰਮ ਕਰੇਗੀ। ਇਹ ਦਿੱਖ, ਕੜੱਲ, ਅਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀ ਸਰਜਰੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਇਹ “ਬਿਹਤਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ” ਕਹਿਣ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਇਮਾਨਦਾਰ ਢੰਗ ਹੈ।

ਅਤੇ ਟੈਨੋਡੀਸਿਸ ਦੇ ਅੰਦਰ ਵੀ, ਤਕਨੀਕੀ ਬਹਿਸਾਂ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਉਂਦੀਆਂ

ਕਾਫ਼ੀ ਬਹਿਸ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਕਿੱਥੇ ਅਤੇ ਕਿਵੇਂ ਪੱਕਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਬਹੁਤਾ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ। **707** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਛਾਤੀ ਦੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ (subpectoral) ਅਤੇ ਉੱਪਰ (suprapectoral) ਕੀਤੇ ਟੈਨੋਡੀਸਿਸ ਨਾਲ ਮਿਲਦਾ-ਜੁਲਦਾ ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਨਾਕਾਮੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲਾ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਟੈਨੋਡੀਸਿਸ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਕੜਾਅ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਹੋਇਆ ਸੀ [4]। **476** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ, ਦੋਵਾਂ ਨੇ ਤਸੱਲੀਬਖ਼ਸ਼ ਨਤੀਜੇ ਦਿੱਤੇ ਅਤੇ **ਕੋਈ ਪਛਾਣਯੋਗ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਸੀ** [5]।

ਲੈਬ ਵਿੱਚ ਕੀਤੇ ਕੰਮ ਨੇ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਵਿੱਚ ਅਸਲ ਫ਼ਰਕ ਦਿਖਾਏ ਹਨ: ਇੰਟਰਫੀਅਰੈਂਸ ਸਕਰੂ (interference screws) ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਟਾਂਕੇ ਵਧੇਰੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਮੁਰੰਮਤ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਹੋਰ ਅਸਰ ਪਾਉਣ ਵਾਲੇ ਕਾਰਕਾਂ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਉੱਪਰ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਵਾਲੀ ਟਿਕਾਈ ਬਾਇਓਮਕੈਨੀਕਲ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਬਰਾਬਰ ਹੈ [6]। ਇਹ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਮਾਪਣਯੋਗ ਫ਼ਰਕ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦੀ, ਜੋ ਮੋਢੇ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਦਿਸਣ ਵਾਲਾ ਨਮੂਨਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਕਿਸੇ ਤਕਨੀਕ ਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਜ਼ਬੂਤ ਦੱਸਿਆ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪਛਾਣਨਾ ਚੰਗਾ ਹੈ।

ਅਸਲ ਅੱਖਾ ਹਿੱਸਾ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਹੈ

ਕਿਉਂਕਿ ਇਲਾਜ ਦੇ ਵਿਕਲਪ ਮਿਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਨਤੀਜੇ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਅਨਿਸ਼ਚਿਤਤਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਤੈਅ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਿ ਦਰਦ ਦਾ ਸਰੋਤ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ ਹੈ ਵੀ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਇਹ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਲੱਛਣ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਮਿਲਦੇ ਹਨ।

ਸਰੀਰਕ ਜਾਂਚ ਨੂੰ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪੀ (ਦੂਰਬੀਨ ਨਾਲ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖਣਾ) ਵਿੱਚ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਮਿਲੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਨਾਲ ਪਰਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਜਾਣੀਆਂ-ਪਛਾਣੀਆਂ ਜਾਂਚਾਂ ਵਿੱਚੋਂ, **ਅੱਪਰਕੱਟ ਟੈਸਟ (uppercut test)** ਅਤੇ **ਨਾਲ ਹੀ ਬਾਈਸਿਪੀਟਲ ਝਰੀ ਉੱਤੇ ਦਬਾਉਣ ‘ਤੇ ਦੁਖਣ** ਨੂੰ ਇਕੱਠੇ ਜਾਂਚਣ ਦੀ ਮਿਲਵੀਂ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲਤਾ (sensitivity) ਅਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ (specificity) ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ [7]। ਇਹ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਇੱਕ ਜੋੜ ਹੈ: ਕੋਈ ਇਕੱਲਾ ਟੈਸਟ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ।

ਅਮਲੀ ਨਤੀਜਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਬਾਈਸੈਪਸ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਸਭ ਤੋਂ ਭਰੋਸੇ ਨਾਲ ਉਦੋਂ ਪਛਾਣੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਜਾਂਚ ਦੇ ਨਤੀਜੇ, ਸਕੈਨ ਅਤੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਨਮੂਨਾ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਮੇਲ ਖਾਂਦੇ ਹਨ। ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਮੇਲ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦੇ, ਉੱਥੇ ਟੈਂਡਨ ਸ਼ਾਇਦ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਮੂਕ ਦਰਸ਼ਕ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਉੱਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸਮੱਸਿਆ ਹੱਲ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘੱਟ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Elser F, Braun S, Dewing CB, Giphart JE, Millett PJ. Anatomy, function, injuries, and treatment of the long head of the biceps brachii tendon. Arthroscopy. 2011;27(4):581-92. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2010.10.014>
- [2] Gurnani N, van Deurzen DFP, Janmaat VT, van den Bekerom MPJ. Tenotomy or tenodesis for pathology of the long head of the biceps brachii: a systematic review and meta-analysis. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2015;24(12):3765-71. <https://doi.org/10.1007/s00167-015-3640-6>
- [3] Slenker NR, Lawson K, Ciccotti MG, Dodson CC, Cohen SB. Biceps tenotomy versus tenodesis: clinical outcomes. Arthroscopy. 2012;28(4):576-82. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2011.10.017>
- [4] Belk JW, Thon SG, Hart J, McCarty EC. Subpectoral versus suprapectoral biceps tenodesis yields similar clinical outcomes: a systematic review. J ISAKOS. 2021;6(6):356-62. <https://doi.org/10.1136/jisakos-2020-000543>

- [5] Abraham VT, Tan BH, Kumar VP. Systematic review of biceps tenodesis: arthroscopic versus open. *Arthroscopy*. 2015;32(2):365-71. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2015.07.028>
- [6] Aida HF, Shi BY, Huish EG, McFarland EG, Srikumaran U. Are implant choice and surgical approach associated with biceps tenodesis construct strength? A systematic review and meta-regression. *Am J Sports Med*. 2019;48(5):1273-80. <https://doi.org/10.1177/0363546519876107>
- [7] Rosas S, Krill MK, Amoo-Achampong K, Kwon K, Nwachukwu BU, McCormick F. A practical, evidence-based, comprehensive (PEC) physical examination for diagnosing pathology of the long head of the biceps. *J Shoulder Elbow Surg*. 2017;26(8):1484-92. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2017.03.002>