

ਕੈਲਸੀਫਿਕ ਟੈਂਡੀਨਾਈਟਿਸ (ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਜਮ੍ਹਾ ਹੋਣਾ)

ਮੋਢੇ ਦਾ ਕੈਲਸੀਫਿਕ ਟੈਂਡੀਨਾਈਟਿਸ: ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਅਕਸਰ ਸੁਪਰਾਸਪਾਈਨੇਟਸ ਵਿੱਚ, ਚਾਕ ਵਰਗਾ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦਾ ਜਮਾਅ ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਇਹ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਅਚਾਨਕ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① ④ 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

ਕੈਲਸੀਫਿਕ ਟੈਂਡੀਨਾਈਟਿਸ (calcific tendinitis, ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਜਮ੍ਹਾ ਹੋਣਾ) ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਤੁਹਾਡੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦਾ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ ਜਮ੍ਹਾ ਹੋ ਜਾਣਾ; ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦਾ ਉਹ ਸਮੂਹ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਥਾਂ ਸਿਰ ਰੱਖਦਾ ਅਤੇ ਹਿਲਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਪਾਸੇ ਜਾਂ ਉੱਪਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ, ਸੁਪਰਾਸਪਾਈਨੇਟਸ ਟੈਂਡਨ (supraspinatus) ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਟੈਂਡਨ ਹੈ। ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਜਾਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉੱਚੇ ਸ਼ੈਲਫ਼ ਤੱਕ ਹੱਥ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ ਜਾਂ ਧੋੜੇ ਕੱਪੜੇ ਟੰਗਣਾ ਔਖਾ ਕੰਮ ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਭੜਕਦਾ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਲੇਟਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਕੰਮ-ਕਾਰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਸਵੇਰੇ ਉੱਠਦਿਆਂ ਹੀ ਵੀ ਤੰਗ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਦਰਦ ਦੌਰਿਆਂ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਸ਼ਾਂਤ ਸਮਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਖਿੱਚ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤਕਲੀਫ਼ ਦੇ ਇਸ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਮਤਲਬ ਕੰਮ ਤੋਂ ਛੁੱਟੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਨੂੰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਟਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਸਥਿਤੀ 30 ਤੋਂ 60 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਹੋਰਾਂ ਨੂੰ ਵੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜਮਾਅ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 0.5 ਅਤੇ 1.5 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਲੰਬਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਜਮਾਅ ਹੂੰ ਵਰਗੇ ਫੁੱਲੇ ਹੋਏ ਹੋਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸੰਘਣੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਲਗਭਗ 9% ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਟੈਂਡਨ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਦਰਦ ਮੋਢੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਫੈਲ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇੱਕ ਗੱਲ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹੈ: ਸਕੈਨ ਉੱਤੇ ਦਿਖਾਈ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦੇ ਜਮਾਅ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਉਸੇ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਪਾਟਣਾ (tear) ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਧ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਰੋਟੇਟਰ ਕਢ ਚਾਰ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦਾ ਸਮੂਹ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਥਾਂ ਸਿਰ ਰੱਖਦੇ ਅਤੇ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਟੈਂਡਨ ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੱਡੀ ਦੀ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਮਹਿਰਾਬ (arch, ਕਮਾਨ ਵਰਗੀ ਛੱਤ) ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਇੱਕ ਤੰਗ ਥਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਖਿਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਇੱਕ ਪਤਲੀ ਗੱਦੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਇੱਕ ਰੱਸੀ ਵਾਂਗ ਸਮਝੋ ਜੋ ਇੱਕ ਤੰਗ ਚਰਖੀ (pulley) ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦੀ ਹੈ।

ਕੈਲਸੀਫਿਕ ਟੈਂਡੀਨਾਈਟਿਸ ਵਿੱਚ, ਉਸ ਰੱਸੀ ਦਾ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਸੌਲ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage) ਵਰਗੇ ਸੌਲ ਬਣ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਸ ਬਦਲੇ ਹੋਏ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਕੈਲਸੀਅਮ ਜੰਮਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਪਹਿਲਾਂ ਟੈਂਡਨ ਬਦਲਦਾ ਹੈ, ਫਿਰ ਕੈਲਸੀਅਮ ਬਣਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉੱਥੇ ਪਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਅੰਤ ਵਿੱਚ ਸਰੀਰ ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਤੋੜ ਕੇ ਜਜ਼ਬ ਕਰ ਲੈਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਸਰਗਰਮ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ, ਸਿਰਫ਼ ਘਿਸਾਈ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਇਹ ਕੈਲਸੀਅਮ ਦੇ ਉਸ ਜਮਾਅ ਤੋਂ ਵੱਖਰੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਕਿਤੇ ਹੋਰ ਕਿਸੇ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ, ਘਿਸੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਪੜਾਅ ਇਸ ਲਈ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਹਰ ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਵੱਖਰਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਕੈਲਸੀਅਮ ਚੁੱਪਚਾਪ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਪਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਥੋੜ੍ਹਾ ਦਰਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ। ਜਦੋਂ ਸਰੀਰ ਇਸ ਨੂੰ ਜਜ਼ਬ ਕਰਨਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਅਚਾਨਕ ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਤੇਜ਼ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਰਾਤ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਬੁਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਮਾਅ ਆਪਣੇ ਆਕਾਰ ਕਾਰਨ ਵੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ: ਜਦੋਂ ਇਹ ਤੰਗ ਥਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸੁੱਜਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਉੱਪਰਲੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਮਹਿਰਾਬ ਨਾਲ ਫਸ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੀ ਸੌਖੀ ਹਿਲਜੁਲ ਨੂੰ ਰੋਕ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਚੁੱਕਣਾ ਅਕਸਰ ਹੋਇਆ ਜਾਂ ਰੁਕਿਆ ਹੋਇਆ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜਮਾਅ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੁਪਰਾਸਪਾਈਨੇਟਸ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਥਾਂ ਤੋਂ ਲਗਭਗ 1.5 ਤੋਂ 2 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਦੂਰ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਡੌਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ (upper arm bone) ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਸਿਰੇ ਨਾਲ ਜੁੜਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਥਾਂ ਸਮਝਾਉਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਦਰਦ ਉੱਥੇ ਕਿਉਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣਾ ਸਭ ਤੋਂ ਔਖੀ ਹਰਕਤ ਕਿਉਂ ਹੈ।

ਇੱਕ ਹੋਰ ਗੱਲ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹੈ: ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਜਮਾਅ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਪਰ ਬਿਲਕੁਲ ਦਰਦ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਲਗਭਗ ਇੱਕ ਤਿਹਾਈ ਜਮਾਅ ਹੀ ਕਦੇ ਲੱਛਣ ਪੈਦਾ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਨ ਉੱਤੇ ਦਿਸਦਾ ਕੈਲਸੀਅਮ ਇੱਕ ਅਸਲੀ ਲੱਛਣ ਹੈ, ਪਰ ਕੀ ਇਹੀ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ, ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਕਿਸ ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰੀਰ ਇਸ ਪ੍ਰਤੀ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਕਰ ਰਿਹਾ 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 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। ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡਾ ਪਿਛੋਕੜ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ ਸਕੈਨਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਉਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ।

ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਸੌਖਾ ਹੈ: ਉਹ ਕੰਮ ਬਦਲੋ ਜੋ ਦਰਦ ਨੂੰ ਛੇੜਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਤੋਂ ਆਰਾਮ ਦਿਓ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਦਰਦ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਸੌਖੀ, ਕਾਬੂ ਵਾਲੀ ਹਿਲਜੁਲ ਮੁੜ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਰਾਇ ਬਣਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿਓ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਖਿੱਚ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਧ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories) ਦਰਦ ਲਈ ਇਲਾਜ ਦਾ ਇੱਕ ਆਮ ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਹਨ। ਜੇ ਇਹ ਕਾਫ਼ੀ ਨਾ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਅਜਿਹੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਜੋ ਸਿੱਧੇ ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਨਿਸ਼ਾਨਾ ਬਣਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇੱਕ ਵਿਕਲਪ ਸ਼ੌਕ ਵੇਵ ਥੈਰੇਪੀ (shock wave therapy, ਆਵਾਜ਼ ਦੀਆਂ ਤੇਜ਼ ਤਰੰਗਾਂ ਨਾਲ ਇਲਾਜ) ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਤੋੜਨ ਲਈ ਸਰੀਰ ਦੇ ਬਾਹਰੋਂ ਆਵਾਜ਼ ਦੀਆਂ ਤਰੰਗਾਂ ਕੈਲਸੀਅਮ ਵੱਲ

ਭੇਜੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਬਿਨਾਂ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਚਮੜੀ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਵੀ ਨਹੀਂ ਚੁਭੇਇਆ ਜਾਂਦਾ, ਅਤੇ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹਿਲਾਉਣ ਲਈ ਇਹ ਇੱਕ ਤੈਅ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਤਰੰਗਾਂ (pulses) ਦੀ ਤੈਅ ਗਿਣਤੀ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਦੂਜਾ ਵਿਕਲਪ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਸੂਈ ਨਾਲ ਇਲਾਜ (needling) ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਨੂੰ ਤੋੜ ਕੇ ਬਾਹਰ ਖਿੱਚਣ ਲਈ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ ਇੱਕ ਸੂਈ ਜਮਾਅ ਵਿੱਚ ਪਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ; ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਇੱਕ ਸਕੈਨ ਹੈ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਦੀਆਂ ਉਸੇ ਪਲ ਚੱਲਦੀਆਂ ਤਸਵੀਰਾਂ ਦਿਖਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਦੋਵੇਂ ਤਰੀਕੇ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਕੰਮਕਾਜ ਬਹਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਨੂੰ ਹਟਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਲੱਛਣ ਬਣੇ ਰਹਿਣ ਤਾਂ ਸੂਈ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਦੁਹਰਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਵਕਫ਼ੇ ਨਾਲ।

ਜਦੋਂ ਇਹ ਇਲਾਜ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰਨ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਵਾਰੀ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚੋਂ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦਾ ਜਮਾਅ ਕੱਢਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇ ਟੈਂਡਨ ਕਾਫ਼ੀ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਉਸ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਵੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨੂੰ ਸੱਚਮੁੱਚ ਅਜ਼ਮਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਕੀ ਸਰਜਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਠੀਕ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਮਿਲ ਕੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਟੈਂਡਨਾਈਟਿਸ ਦਾ ਅੱਗੇ ਦਾ ਹਾਲ ਚੰਗਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਜਮਾਅ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕਦੇ ਪਤਾ ਵੀ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ, ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਲਗਭਗ ਇੱਕ ਤਿਹਾਈ ਹੀ ਕਦੇ ਦਰਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਜਮਾਅ ਲੱਛਣ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਣ ਦੀ ਚੰਗੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰੀਰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਨੂੰ ਜਜ਼ਬ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਜਮਾਅ ਬਣਨ ਦੇ ਪਲ ਤੋਂ ਹੀ ਚੱਲ ਰਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਫਿਰ ਵੀ, ਉੱਥੇ ਤੱਕ ਦਾ ਰਾਹ ਹਮੇਸ਼ਾ ਛੋਟਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਲੱਛਣ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਖਿੱਚ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਤਕਲੀਫ਼ ਦੇ ਇਸ ਸਮੇਂ ਦਾ ਮਤਲਬ ਕੰਮ ਤੋਂ ਛੁੱਟੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਉੱਤੇ ਸੱਚਮੁੱਚ ਮਾੜਾ ਅਸਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਦੌਰਿਆਂ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਸ਼ਾਂਤ ਸਮਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰੀਰ ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਤੋੜਨਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਅਚਾਨਕ ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਤੇਜ਼ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਜਮਾਅ ਕੁਝ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਕੁਝ ਨੂੰ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਠੀਕ-ਠੀਕ ਦੱਸਣ ਦਾ ਕੋਈ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਤਰੀਕਾ ਨਹੀਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਜਮਾਅ ਕਿਵੇਂ ਵਿਹਾਰ ਕਰੇਗਾ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਕੰਜ਼ਰਵੇਟਿਵ ਇਲਾਜ (conservative care), ਯਾਨੀ ਅਜਿਹਾ ਇਲਾਜ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲੀ ਚੋਣ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਅਹਿਮ ਸੁਧਾਰ ਲਿਆਉਂਦਾ ਹੈ: ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਗਏ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 72% ਚੰਗਾ ਜਾਂ ਬਹੁਤ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜਾ ਦੱਸਦੇ ਹਨ, ਜਮਾਅ ਦਾ ਆਕਾਰ ਜਾਂ ਥਾਂ ਭਾਵੇਂ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਵੇ। ਸ਼ੌਂਕ ਵੇਵ ਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਸੂਈ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ, ਦੋਵੇਂ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਨੂੰ ਹਟਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਦਾ ਸੁਰੱਖਿਆ ਰਿਕਾਰਡ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੈ। ਸੂਈ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਦੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਲੱਛਣ ਘੱਟ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਹੋਣ ਅਤੇ ਜਮਾਅ ਛੋਟਾ ਹੋਵੇ। ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੁਹਾਡੇ ਖ਼ਾਸ ਜਮਾਅ ਲਈ ਢੁਕਵੀਂ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਦੂਜੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ।

ਸਰਜਰੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਇਨ੍ਹਾਂ ਇਲਾਜਾਂ ਨੂੰ ਸੱਚਮੁੱਚ ਅਜ਼ਮਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚੋਂ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦਾ ਜਮਾਅ ਕੱਢਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਦਰਦ ਉੱਤੇ ਹੋਰ ਇਲਾਜਾਂ ਦਾ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 88.5% ਵਿੱਚ ਇਹ ਚੰਗਾ ਨਤੀਜਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਮੇਢੇ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਪਹਿਲੇ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਸੁਧਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸੁਧਾਰ ਇੱਕਦਮ ਆਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਉਸ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਬਣਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਧ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਜਮਾਅ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਕੋਈ ਤਕਲੀਫ਼ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ। ਪਰ ਇਹ ਸਥਿਤੀ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਖਿੱਚ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਡਾ ਕੰਮ ਤੋਂ ਸਮਾਂ ਖੁੰਝ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੇਢੇ ਦਾ ਦਰਦ

ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਧ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਦਰਦ ਨਾਲ ਹਰਕਤ ਰੁਕੀ ਹੋਈ ਜਾਂ ਫਸੀ ਹੋਈ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਵੀ ਦੱਸੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਜਮਾਅ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਉਸ ਦੇ ਉੱਪਰਲੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਮਹਿਰਾਬ ਦੇ ਹੇਠੋਂ ਹਿੱਲਣ ਤੋਂ ਸਰੀਰਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਰੋਕ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਹੋਰ ਗੱਲ ਪੁੱਛਣ ਯੋਗ ਹੈ: ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਨ ਉੱਤੇ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦੇ ਜਮਾਅ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਉਸੇ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਪਾਟਣਾ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ, ਇਸ ਲਈ ਸਿਰਫ਼ ਸਕੈਨ ਦੀ ਲੱਭਤ ਨਾਲ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਤੈਅ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਜੇ ਕੰਮ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖੀਰ 'ਤੇ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਾ ਹੋ ਸਕੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਟੈਂਡੀਨਾਈਟਿਸ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਮੋਢੇ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਥਿਤੀਆਂ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਵਿਹਾਰ ਕਰਦਾ ਹੈ: ਜਮਾਅ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਆਮ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਦਰਦ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਸਰੀਰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਮਦਦ ਦੇ ਇਸਨੂੰ ਘੇਲ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇ ਇਲਾਜ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਨੂੰ ਹਟਾਉਂਦਾ ਹੈ ਉਹ ਉਹ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੋ ਦਰਦ ਤੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਜਲਦੀ ਰਾਹਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਜਮਾਅ ਇੱਕ ਆਮ ਲੱਭਤ ਹੈ, ਆਪਣੇ ਆਪ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਨਹੀਂ

ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਨ ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦੇ ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਕਾਰਨ ਮੰਨ ਲੈਣਾ ਆਸਾਨ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਅਸਲੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਿੰਨਾ ਆਮ ਹੈ, ਇਸ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਗੁੰਝਲਦਾਰ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ। **1,219** ਬਾਲਗਾਂ ਵਿੱਚੋਂ, ਜਮਾਅ **ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ 7.8% ਲੋਕਾਂ** ਵਿੱਚ ਅਤੇ **ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਦਰਦ ਸਿੰਡਰੋਮ (subacromial pain syndrome, ਮੋਢੇ ਦੀ ਛੱਤ ਵਾਲੀ ਹੱਡੀ ਹੇਠਲੀ ਥਾਂ ਦਾ ਦਰਦ) ਵਾਲੇ 42.5% ਲੋਕਾਂ** ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਸਨ [1]। **302** ਮੋਢਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, ਆਮ ਆਬਾਦੀ ਵਿੱਚ ਜਮਾਅ ਅਕਸਰ ਮਿਲੇ ਅਤੇ **ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਲਗਭਗ ਇੱਕ ਤਿਹਾਈ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਸੀ** [2]।

ਇਸ ਲਈ ਜਮਾਅ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨੂੰ ਕਾਫ਼ੀ ਵਧਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦਰਦ ਦਾ ਸਰੋਤ ਇਹੀ ਹੈ, ਪਰ ਲਗਭਗ 13 ਵਿੱਚੋਂ 1 ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਵੀ ਜਮਾਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਚੁੱਪ ਤੋਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲਾ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲੀ ਚੀਜ਼ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸਦਾ ਆਕਾਰ ਅਤੇ ਥਾਂ ਲੱਗਦੀ ਹੈ: ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੰਭਾਵਨਾ 30 ਤੋਂ 60 ਸਾਲ ਦੀਆਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸੀ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਦਰਦ ਸੀ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜਮਾਅ **1.5 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ** ਤੋਂ ਲੰਬਾ ਸੀ [1], ਅਤੇ ਦਰਦ ਦਾ ਸਬੰਧ ਸੁਪਰਾਸਪਾਈਨੇਟਸ ਵਿੱਚ ਜਮਾਅ ਦੀ ਥਾਂ ਨਾਲ ਅਤੇ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋਣ ਨਾਲ ਸੀ [2]।

ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਘੁਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਗੱਲ ਸਭ ਕੁਝ ਤੈਅ ਕਰਦੀ ਹੈ

ਇਸ ਦਾ ਕੁਦਰਤੀ ਰਾਹ ਜਜ਼ਬ ਹੋ ਜਾਣ ਵੱਲ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਇਲਾਜ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਸਾਫ਼ ਮਿਸਾਲ ਇੱਕ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲ (randomised trial, ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਬੇਤਰਤੀਬ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡ ਕੇ ਕੀਤਾ ਅਧਿਐਨ) ਤੋਂ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹਰ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਸੂਈ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਪੁਆਈ (lavage) ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਤੇ ਫਿਰ ਉਸਨੂੰ ਬੇਤਰਤੀਬ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸਟੀਰੋਇਡ ਜਾਂ ਨਮਕੀਨ ਪਾਣੀ (saline) ਦਾ ਟੀਕਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ: ਬਾਰਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ 'ਤੇ ਨਮਕੀਨ ਪਾਣੀ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਦੇ **83%** ਅਤੇ ਸਟੀਰੋਇਡ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਦੇ **74%** ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਜਜ਼ਬ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਸੀ [3]।

ਇਸਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਉਮੀਦ ਦੇ ਉਲਟ ਨਤੀਜਾ ਹੈ। ਸਟੀਰੋਇਡ ਨੇ **ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕੀਤਾ**, ਅਤੇ **ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦੇ ਗ੍ਰਾਇਬ ਹੋਣ ਜਾਂ ਨਾ ਹੋਣ ਉੱਤੇ ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ** [3]। ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਅਤੇ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦਾ ਸਾਫ਼ ਹੋਣਾ ਦੋ ਵੱਖਰੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਇਲਾਜ ਇੱਕ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦੂਜਾ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਸਕੈਨ ਉੱਤੇ ਦਿਖਾਈ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਚੀਜ਼ ਉਹ ਚੀਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੋ ਹਫ਼ਤਾ-ਦਰ-ਹਫ਼ਤਾ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਚਲਾ ਰਹੀ ਹੈ।

ਇਸੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਨਤੀਜੇ ਦਿੰਦੇ ਹਨ

ਜੇ ਜਮਾਅ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਲਾਜ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਲਈ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਸਮੇਂ ਨੂੰ ਸਹਿਣਯੋਗ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਮੁਕਾਬਲਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ। ਤੁਲਨਾਵਾਂ ਇਹੀ ਦਿਖਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। **257** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕਾ ਅਤੇ

ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਬਾਰਬੋਟਾਜ (barbotage, ਸੂਈ ਨਾਲ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਤੋੜ ਕੇ ਧੋ ਕੇ ਕੱਢਣਾ) ਨਾਲ **ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਚਣ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਮਿਲਦੀਆਂ-ਜੁਲਦੀਆਂ** ਰਹੀਆਂ [4]। **239** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹੀ ਤਿੰਨ ਤਰੀਕੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕਾਮਯਾਬ ਰਹੇ, ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਵਿੱਚ ਨਾਕਾਮੀ ਦੀ ਦਰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੀ [5]।

ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਵਿੱਚੋਂ, ਉੱਚ-ਊਰਜਾ ਵਾਲੀ ਸ਼ੌਕ ਵੇਵ ਥੈਰੇਪੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਅਧਿਐਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਹੈ ਅਤੇ ਥੋੜ੍ਹੇ ਤੋਂ ਦਰਮਿਆਨੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਅਸਰਦਾਰ ਸਾਬਤ ਹੋਈ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਸੂਈ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਟੀਕੇ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ **ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ** ਹੋਇਆ [6]। **1,258** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਸ਼ੌਕ ਵੇਵ, ਸੂਈ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ, ਤਿੰਨਾਂ ਨੇ ਚੰਗੇ ਡਾਕਟਰੀ ਨਤੀਜੇ ਦਿੱਤੇ [7], ਅਤੇ **908** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਬਾਰਬੋਟਾਜ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਕਾਮਯਾਬੀ ਦੀ ਦਰ ਉੱਚੀ ਸੀ, ਪਰ ਇਸਦੀ ਦੂਜੇ ਮੁੱਖ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਕਦੇ ਵੀ ਸਿੱਧੀ ਤੁਲਨਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ [8]।

ਸਰਜਰੀ ਕੀ ਵਾਧਾ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਠੀਕ-ਠੀਕ ਦੱਸਿਆ ਜਾਵੇ ਤਾਂ

ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਕੋਈ ਫ਼ਾਇਦਾ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਇਹ ਗੱਲ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਉਸ ਫ਼ਾਇਦੇ ਦਾ ਆਕਾਰ ਅੰਦਾਜ਼ੇ ਨਾਲ ਦੱਸਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਅੰਕੜਿਆਂ ਨਾਲ ਦੱਸਣਾ ਚੰਗਾ ਹੈ। ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲਾਂ ਦੇ **2,352** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਸੂਈ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ, ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ **ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਅੰਕਾਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੁਧਾਰ** ਅਤੇ **ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਬਰਾਬਰ ਕਮੀ** ਦਿੱਤੀ, ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਰਾਹਾਂ ਨਾਲ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਹਿਮ ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ [9]। ਸਰਜਰੀ ਦੀਆਂ ਤਕਨੀਕਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਸ ਵਿੱਚ **ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ** ਸੀ, ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਜਮਾਅ ਕੱਢਣ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਜਮਾਅ ਕੱਢਣ ਦੇ ਨਾਲ ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ (subacromial decompression, ਮੋਢੇ ਦੀ ਛੱਤ ਹੇਠਾਂ ਥਾਂ ਖੋਲ੍ਹਣ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ) ਕਰਨ ਵਰਗੇ ਹੀ ਸਨ [10]।

ਕੰਮਕਾਜ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਿਚਲਾ ਇਹ ਫ਼ਰਕ ਹੀ ਕੰਮ ਦੀ ਗੱਲ ਹੈ। ਜੇ ਮੁੱਖ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਦ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਬੂਤ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਜੇ ਅਕੜਾਅ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦਾ ਘਟਣਾ ਮੁੱਖ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਬੂਤ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਨ।

ਉਹ ਸਬੰਧ ਜੋ ਅਕਸਰ ਨਜ਼ਰੋਂ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਕੈਲਸੀਫਿਕ ਟੈਂਡੀਨਾਈਟਿਸ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਬਰਾਬਰ ਨਹੀਂ ਵੰਡਿਆ ਹੋਇਆ। **102** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਨਾਲ ਹਾਰਮੋਨ ਗ੍ਰੰਥੀਆਂ ਦੀ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ (endocrine disorder) ਸੀ, ਮੁੱਖ ਤੌਰ 'ਤੇ ਥਾਇਰਾਈਡ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਅਤੇ ਸ਼ੂਗਰ (ਡਾਇਬਟੀਜ਼), ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਲੱਛਣ **ਛੋਟੀ ਉਮਰ** ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਏ, ਬਿਮਾਰੀ **ਕਾਫ਼ੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲੰਬੀ** ਚੱਲੀ, ਅਤੇ **ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਾਰ** ਪਈ [11]।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਮਾਰੀ ਅਸਧਾਰਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੰਬੀ ਚੱਲੀ ਹੈ ਜਾਂ ਛੋਟੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਈ ਸੀ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨਾਲ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਨਹੀਂ ਕਿ ਹਾਰਮੋਨ ਵਾਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਨਾਲ ਮੋਢਾ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਸਗੋਂ ਇਸ ਲਈ ਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਇਹ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਅਸਲੀ ਸਮਾਂ ਕਿੰਨਾ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਸਥਿਤੀ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਦਰਦ ਨਾਲ ਮੇਲਣਾ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਹਾਰਮੋਨ ਵਾਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਇੱਕ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਆਮ ਤਸੱਲੀ ਹਰ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਬੈਠਦੀ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Louwerens JK, Sierevelt IN, van Hove RP, van den Bekerom MP, van Noort A. Prevalence of calcific deposits within the rotator cuff tendons in adults with and without subacromial pain syndrome: clinical and radiologic analysis of 1219 patients. J Shoulder Elbow Surg. 2015;24(10):1588-93. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2015.02.024>
- [2] Sansone V, Consonni O, Maiorano E, Meroni R, Goddi A. Calcific tendinopathy of the rotator cuff: the correlation between pain and imaging features in symptomatic and asymptomatic female shoulders. Skeletal Radiol. 2015;45(1):49-55. <https://doi.org/10.1007/s00256-015-2240-3>
- [3] Darrieutort-Laffite C, Varin S, Coiffier G, Albert J, Planche L, Maugars Y, et al. Are corticosteroid injections needed after needling and lavage of calcific tendinitis? Randomised, double-blind, non-inferiority trial. Ann Rheum Dis. 2019;78(6):837-43. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-214971>

- [4] Gilbert R, Dadoo S, Lin R, Bhardwaj N, McMahon S, Steuer F, et al. Comparison of physical therapy, corticosteroid injections, and ultrasound-guided barbotage for nonoperative management of calcific tendinitis. *Orthop J Sports Med.* 2026;14(4). <https://doi.org/10.1177/23259671261434919>
- [5] Drummond M, Ayinon C, Lin A, Dunn R. Relative efficacy of three nonsurgical treatments for calcific tendinitis: physical therapy vs steroid injection vs barbotage. *Orthop J Sports Med.* 2021;9(7_suppl4). <https://doi.org/10.1177/2325967121500210>
- [6] Louwerens JK, Sierevelt IN, van Noort A, van den Bekerom MP. Evidence for minimally invasive therapies in the management of chronic calcific tendinopathy of the rotator cuff: a systematic review and meta-analysis. *J Shoulder Elbow Surg.* 2014;23(8):1240-9. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2014.02.002>
- [7] Louwerens JK, Veltman ES, van Noort A, van den Bekerom MP. The effectiveness of high-energy extracorporeal shockwave therapy versus ultrasound-guided needling versus arthroscopic surgery in the management of chronic calcific rotator cuff tendinopathy: a systematic review. *Arthroscopy.* 2015;32(1):165-75. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2015.06.049>
- [8] Gatt DL, Charalambous CP. Ultrasound-guided barbotage for calcific tendonitis of the shoulder: a systematic review including 908 patients. *Arthroscopy.* 2014;30(9):1166-72. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2014.03.013>
- [9] Angileri HS, Gohal C, Comeau-Gauthier M, Owen MM, Shanmugaraj A, Terry MA, et al. Chronic calcific tendonitis of the rotator cuff: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing operative and nonoperative interventions. *J Shoulder Elbow Surg.* 2023;32(8):1746-60. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2023.03.017>
- [10] Anam E, Zahran S, Roy A, Daneshvar P, Bicknell RT, Janssen I. Surgical approaches of shoulder calcific tendonitis: a systematic review and meta-analysis. *JSES Rev Rep Tech.* 2024;4(3):353-8. <https://doi.org/10.1016/j.xrtr.2024.03.013>
- [11] Harvie P, Pollard TC, Carr AJ. Calcific tendinitis: natural history and association with endocrine disorders. *J Shoulder Elbow Surg.* 2007;16(2):169-73. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2006.06.007>