

ਕਫ਼ ਆਰਥਰੋਪੈਥੀ (cuff arthropathy, ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਘਿਸਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੋਢੇ ਦਾ ਗਠੀਆ)



ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਆਰਥਰੋਪੈਥੀ: ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਾਏ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ)।

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

ਕਫ਼ ਆਰਥਰੋਪੈਥੀ (cuff arthropathy) ਮੋਢੇ ਦਾ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਹੈ ਜੋ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ (rotator cuff) ਦੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਾਏ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਟੈਂਡਨਾਂ (tendons, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦਾਂ) ਦਾ ਉਹ ਸਮੂਹ ਹੈ ਜੋ ਥਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਜੋੜ ਦੇ ਗੋਲੇ ਨੂੰ ਵਿਚਕਾਰ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਟੈਂਡਨ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਜੋੜ ਉਸ ਢੰਗ ਨਾਲ ਘਿਸਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਇਹ ਕਦੇ ਬਣਿਆ ਹੀ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਉਹੀ ਘਿਸਾਈ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ।

ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਡੂੰਘਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਥਾਂ ਜਿੱਥੇ ਗੋਲਾ ਕੋਲੀ ਨਾਲ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਕਸਰ ਡੌਲੇ (upper arm) ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਥਾਂਹ ਨੂੰ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣਾ, ਕਿਸੇ ਸ਼ੈਲਫ਼ ਤੱਕ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣਾ, ਜਾਂ ਉਸ ਪਾਸੇ ਸੌਂਦੇ ਦੇ ਥੈਲੇ ਚੁੱਕਣਾ, ਇਹ ਸਭ ਇਸ ਨੂੰ ਵਧਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਰਾਤ ਨੂੰ ਭੜਕਦਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਲੇਟਣ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੁੱਲ੍ਹ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਉੱਠ ਕੇ ਤੁਰਨ-ਫਿਰਨ ਲੱਗਣ 'ਤੇ ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਥੋੜ੍ਹਾ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਫਿਰ ਰੁੜ੍ਹੇਵੇਂ ਭਰੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁੜ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਕਿਉਂਕਿ ਕਫ਼ ਹੁਣ ਆਪਣਾ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਿਹਾ, ਤੁਹਾਡੀ ਥਾਂਹ ਦੇ ਹਿੱਲਣ ਦਾ ਢੰਗ ਵੀ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ਼ ਦਰਦ ਹੀ ਨਹੀਂ, ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ: ਥਾਂਹ ਨੂੰ ਮੋਢੇ ਦੀ ਉਚਾਈ ਤੱਕ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣਾ ਔਖਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਇਸ ਨੂੰ ਝੁਲਾ ਕੇ ਉੱਪਰ ਲਿਜਾਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਵੀ ਮਿਲੇ। ਹਾਰ ਦੀ ਕੁੰਡੀ ਲਾਉਣ ਲਈ ਪਿੱਛੇ ਹੱਥ ਲਿਜਾਣਾ, ਧੋਤੇ ਕੱਪੜੇ ਟੰਗਣਾ, ਜਾਂ ਸਵੈਟਰ ਸਿਰ ਉੱਤੇ ਦੀ ਪਾਉਣਾ ਔਖਾ ਜਾਂ ਨਾਮੁਮਕਿਨ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਨੇੜੇ ਇੱਕ ਮੁਲਾਇਮ, ਗੋਲ ਉਭਾਰ ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਗੋਲਾ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਚੜ੍ਹ ਗਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਅਤੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ, ਇਹ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕੋ ਵਾਰ ਆਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੀਆਂ ਹਨ। ਸੀਟਬੈਲਟ ਤੱਕ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣਾ, ਕੇਤਲੀ ਵਿੱਚੋਂ ਪਾਣੀ ਪਾਉਣਾ, ਜਾਂ ਕੋਟ ਪਾਉਣਾ ਵਰਗੇ ਸਧਾਰਨ ਕੰਮ ਦਿਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਔਖਾ ਹਿੱਸਾ ਬਣ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕੁਝ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਡਾਕਟਰੀ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰਿਆ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਥਾਂਹ ਫਿੱਕੀ, ਠੰਢੀ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੀ ਪੈ ਜਾਵੇ, ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਇਸ ਵਿੱਚ

ਅਹਿਸਾਸ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਵੀ ਇਹੀ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਧ ਰਹੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਰਹੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਸਾਡੇ ਤੋਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਰੋ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਸਿਹਤਮੰਦ ਮੋਢਾ ਇੱਕ ਘੱਟ ਡੂੰਘੀ ਕੋਲੀ ਵਿੱਚ ਟਿਕੇ ਗੋਲੇ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਟੈਂਡਨ ਗੋਲੇ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਲਿਪਟੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਇਸ ਨੂੰ ਵਿਚਕਾਰ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਦੇ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਤੰਬੂ ਦੀਆਂ ਉਹਨਾਂ ਰੱਸੀਆਂ ਵਾਂਗ ਸਮਝੋ ਜੋ ਤੰਬੂ ਦੇ ਡੰਡੇ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਉਹ ਰੱਸੀਆਂ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੀਆਂ, ਤਾਂ ਡੰਡਾ ਝੁਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ, ਮੋਢੇ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਡੈਲਟੋਇਡ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ (deltoid) ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਅਜੇ ਵੀ ਖਿੱਚਦੀ ਹੈ। ਗੋਲੇ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਅਤੇ ਵਿਚਕਾਰ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਣ ਲਈ ਕਫ਼ ਨਾ ਹੋਣ ਕਰਕੇ, ਇਹ ਖਿੱਚ ਗੋਲੇ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘਸੀਟ ਲੈਂਦੀ ਹੈ। ਫਿਰ ਗੋਲਾ ਆਪਣੇ ਉੱਪਰਲੀ ਹੱਡੀ, ਐਕਰੋਮੀਅਨ (acromion), ਨਾਲ ਰਗੜ ਖਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਿਖਰ ਉੱਤੇ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ ਹੈ। ਇਹ ਦੋਵੇਂ ਸਤਹਾਂ ਕਦੇ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਨੂੰ ਛੂਹਣ ਲਈ ਨਹੀਂ ਬਣੀਆਂ ਸਨ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਨੂੰ ਘਿਸਾ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹੀ ਘਿਸਾਈ ਗਠੀਆਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਡੂੰਘਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਗੋਲਾ ਉੱਪਰ ਚੜ੍ਹ ਕੇ ਉਹ ਗੋਲ ਉਭਾਰ ਬਣਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਾਇਦ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ।

ਘਿਸਾਈ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦਾ ਕਾਰਨ ਵੀ ਸਮਝਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣਾ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਗੋਲਾ ਵਿਚਕਾਰ ਟਿਕਿਆ ਰਹੇ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਗੋਲਾ ਹੁਣ ਨਹੀਂ ਟਿਕਦਾ। ਇਸ ਲਈ ਜ਼ੋਰ ਤਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਪਰ ਬਾਂਹ ਉਵੇਂ ਨਹੀਂ ਉੱਠਦੀ ਜਿਵੇਂ ਉੱਠਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਦਾ ਇੱਕ ਹੱਲ ਹੈ। ਰਿਵਰਸ ਸ਼ੋਲਡਰ ਰਿਪਲੇਸਮੈਂਟ (reverse shoulder replacement, ਉਲਟ ਢੰਗ ਨਾਲ ਮੋਢਾ ਬਦਲਣਾ) ਗੋਲੇ ਅਤੇ ਕੋਲੀ ਦੀ ਅਦਲਾ-ਬਦਲੀ ਕਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ: ਗੋਲਾ ਕੋਲੀ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਬਣਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੋਲੀ ਬਾਂਹ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ। ਇਹ ਤਬਦੀਲੀ ਜੋੜ ਦੇ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਨੀਵਾਂ ਕਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਡੈਲਟੋਇਡ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਲੰਮਾ ਲੀਵਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਕੁਝ-ਕੁਝ ਉਵੇਂ ਜਿਵੇਂ ਦਰਵਾਜ਼ੇ ਨੂੰ ਕਬਜ਼ਿਆਂ ਤੋਂ ਹੋਰ ਦੂਰ ਲੱਗੇ ਹੋਂਡਲ ਤੋਂ ਫੜਨਾ। ਫਿਰ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਗੁਆਚੇ ਕਫ਼ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਨਵੇਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵੀ ਬਣਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਗੋਲਾ ਬਾਹਰ ਨਾ ਖਿਸਕ ਸਕੇ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਹਿੱਲਣ ਵੇਲੇ ਸਭ ਕੁਝ ਸਥਿਰ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਕਿਉਂਕਿ ਕੰਮ ਡੈਲਟੋਇਡ ਸੰਭਾਲ ਲੈਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਮੋਢਾ ਵੱਖਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਹਿੱਲਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ, shoulder blade) ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਿਲਜੁਲ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਬਿਨਾਂ ਧਿਆਨ ਦਿੱਤੇ ਇਸ ਦੇ ਆਦੀ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਉਸ ਢੰਗ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਨਵਾਂ ਜੋੜ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਂਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਜਾਂਚ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ, ਸਰੀਰਕ ਜਾਂਚ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਸਕੈਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਨਾਲ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ (diagnosis) ਪੱਕੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਮੋਢਾ ਵਰਤਣ ਦਾ ਢੰਗ ਬਦਲਣਾ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ: ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣ ਤੋਂ ਬਚਣਾ, ਦੂਜੀ ਬਾਂਹ ਨਾਲ ਚੁੱਕਣਾ, ਅਤੇ ਕੰਮਾਂ ਦੀ ਅਜਿਹੀ ਵਿਉਂਤ ਬਣਾਉਣਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਪਾਸੇ ਭਾਰੀ ਬੋਝ ਨਾ ਚੁੱਕੋ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਹਿੱਲਦਾ ਰੱਖਣਾ, ਉਹਨਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨਾ ਜੋ ਅਜੇ ਵੀ ਕੰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅੱਗੇ ਕੁਝ ਹੋਰ ਸੋਚਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ।

ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਾਧਾਰਨ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories), ਜੋ ਸੋਜ ਅਤੇ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦੇ ਚਿੜ ਜਾਣ (irritation) ਨੂੰ ਘਟਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕਿਹੜੀ ਦਵਾਈ ਲੈਣੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡਾ ਜੀਪੀ ਸਲਾਹ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਕਦਮਾਂ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਆਰਥਰੋਪੈਥੀ ਲਈ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਰਿਵਰਸ ਸ਼ੋਲਡਰ ਰਿਪਲੇਸਮੈਂਟ ਹੈ, ਜੋ ਗੋਲੇ ਅਤੇ ਕੋਲੀ ਦੀ ਅਦਲਾ-ਬਦਲੀ ਕਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਡੈਲਟੋਇਡ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਗੁਆਚੇ ਕੁਝ ਟੈਂਡਨਾਂ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕ ਸਕੇ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਟੀਚਿਆਂ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ, ਤੁਹਾਡੀ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਅਹਿਮ ਗੱਲਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਕੁਝ ਆਰਥਰੋਪੈਥੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਚਾਨਕ ਆਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਮਹੀਨਿਆਂ ਅਤੇ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੀ ਹੈ। ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਦਰਦ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਬਣਦੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਜੇੜ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਾਪਸ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਇਸ ਲਈ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਦੇਖਦੇ ਹਨ ਕਿ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਮੋਢਾ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਘੱਟ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੀਮਤ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਸਹੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਾਲ ਤਸਵੀਰ ਵੱਖਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਸਾਧਾਰਨ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਵਰਗਾ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ ਤਕਲੀਫ਼ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਇਹਨਾਂ ਨਾਲ ਮਹੀਨਿਆਂ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਚੰਗਾ ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਕਰ ਲੈਂਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਰਿਵਰਸ ਸ਼ੋਲਡਰ ਰਿਪਲੇਸਮੈਂਟ ਦਾ ਰਿਕਾਰਡ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੈ। ਇਹ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਡੈਲਟੋਇਡ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਉਹ ਕੰਮ ਸੰਭਾਲ ਲੈਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਗੁਆਚੇ ਟੈਂਡਨ ਕਰਦੇ ਸਨ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਜੋ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਰਗਰਮ ਸਨ, ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀਆਂ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸਮਾਂ ਅਤੇ ਮਿਹਨਤ ਲੱਗਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਵਿੱਚ ਜਲਦੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਸਰਗਰਮ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (rehabilitation, ਮੁੜ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ) ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ ਅਤੇ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਹੌਲੀ, ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਾਵਧਾਨ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਛੇਤੀ ਫ਼ਾਇਦੇ ਦੇ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਪਹਿਲੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਅਹਿਮ ਹੈ: ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਹਾਸਲ ਕਰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਅਤੇ ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ ਕਿੰਨੀ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਕਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਲੋਕ ਦੇਖਦੇ ਹਨ ਕਿ ਖੁਦ ਚਲਾਇਆ ਘਰੇਲੂ ਕਸਰਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਰਸਮੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਾਲੇ ਸੈਸ਼ਨਾਂ ਜਿੰਨਾ ਹੀ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਸ ਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦੇ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਤਰੀਕੇ ਹਨ।

ਸਰਜਰੀ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਨਹੀਂ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਹਕੀਕਤ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖੋ। ਕੁਝ ਆਰਥਰੋਪੈਥੀ ਲਈ ਬਦਲਿਆ ਗਿਆ ਮੋਢਾ ਸਿੱਧੇ-ਸਾਧੇ ਗਠੀਏ ਲਈ ਬਦਲੇ ਗਏ ਮੋਢੇ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖ਼ਰਾਬ ਹਾਲਤ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਨਤੀਜੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਸੌਖੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਘੱਟ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਅਸਥਿਰਤਾ ਹਨ, ਯਾਨੀ ਜੋੜ ਦਾ ਉਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹਿੱਲਣਾ ਜਿਵੇਂ ਉਸ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਹਿੱਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ, ਅਤੇ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ)। ਕੁਝ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਹੋ ਜਾਣ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਕਾਮਯਾਬੀ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਰੀਵਿਜ਼ਨ ਸਰਜਰੀ (revision surgery), ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬਦਲੇ ਗਏ ਜੋੜ ਦਾ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਜਾਂ ਸਾਰਾ ਦੁਬਾਰਾ ਲਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਫਿਰ ਵੀ ਦਰਦ, ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਅਸਲ ਸੁਧਾਰ ਲਿਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਨਤੀਜੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਦੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਿੰਨੇ ਚੰਗੇ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।

ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਾਲਤ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਕਿਹੋ ਜਿਹਾ ਸੀ, ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਸੰਕੇਤਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ ਕਿ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਇਹ ਕਿਹੋ ਜਿਹਾ ਹੋਵੇਗਾ, ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਇਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਕੁਝ ਆਰਥਰੋਪੈਥੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਉਦੋਂ ਆਉਂਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਮੋਢਾ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰਨ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਅਰਾਮ ਅਤੇ ਸਾਧਾਰਨ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਜੇ ਇਹ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਧ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਇਹੀ ਗੱਲ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਉੱਤੇ ਗੋਲ ਉਭਾਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਕੁਝ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਲਈ ਉਸੇ ਦਿਨ ਡਾਕਟਰੀ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਭਰਿਆ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਡਿੱਕੀ, ਠੰਢੀ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੀ ਪੈ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਅਹਿਸਾਸ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਣ 'ਤੇ ਵੀ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਬਦਲਿਆ ਜਾ ਚੁੱਕਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਦੇ ਅਧਾਰ ਉੱਤੇ ਨਵਾਂ ਦਰਦ, ਨਵੀਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ, ਜਾਂ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਵਾਧਾ ਜਾਂ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਕਮੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਛੇਤੀ ਦੱਸੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਟੀਅਰ ਆਰਥਰੋਪੈਥੀ (cuff tear arthropathy) ਅਤੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕੁਫ਼ ਦੇ ਵੱਡੇ ਪਾਟਣ ਜੋ ਸੀਤੇ ਨਹੀਂ ਜਾ ਸਕਦੇ (massive irreparable tears), ਇਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਾਈ ਇਸ ਲਈ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹਨਾਂ ਲਈ ਦੱਸੇ ਗਏ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਤੱਥ ਹੈ: ਜਦੋਂ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਤਰੀਕੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਵਿੱਚ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।

ਹਰ ਚੀਜ਼ ਥੋੜ੍ਹਾ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ

2,000 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਰੋਟੇਟਰ ਕੁਫ਼ ਦੇ ਪਿਛਲੇ-ਉੱਪਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਨਾ ਸੀਤੇ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੇ ਪਾਟਣਾਂ (irreparable posterosuperior cuff tears) ਲਈ ਅਧਿਐਨ ਕੀਤੇ ਗਏ **ਸਾਰੇ ਗਿਆਰਾਂ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਇਲਾਜ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਹਿਮ ਇਲਾਜ ਅਸਰ ਦੇਖੇ ਗਏ**, ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾਵਾਂ, ਨਾਲ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹੋਰ ਇਲਾਜਾਂ, ਨਤੀਜੇ ਦਰਜ ਕਰਨ ਦੇ ਢੰਗ ਅਤੇ ਫਾਲੋ-ਅੱਪ ਦੀ ਲੰਬਾਈ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਕਾਰਨ ਕੋਈ ਠੋਸ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨੀ ਔਖੀ ਹੋ ਗਈ [1]। **3,363** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ **ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਛੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨੇ** ਇੱਕ ਸਾਲ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦੱਸੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅੰਕੜਿਆਂ ਪੱਖੋਂ ਅਹਿਮ ਸੁਧਾਰ ਦਿੱਤਾ, ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਘੱਟ ਸਨ [2]।

ਗਿਆਰਾਂ ਤਰੀਕੇ, ਛੇ ਵਿਕਲਪ, ਸਾਰੇ ਸੁਧਾਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਕੋਈ ਵੀ ਸਾਬਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਨਹੀਂ। ਇਹ ਰੁਝਾਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ: ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕੁਦਰਤੀ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਭਾਵੇਂ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਵੇ, ਕੁਝ ਸੁਧਾਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਧਿਐਨ ਇੰਨੇ ਵੱਖੋ-ਵੱਖਰੇ ਹਨ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਨਾਲ ਇਲਾਜਾਂ ਨੂੰ ਵੱਖ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ।

ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ, ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਗਿਰਾਵਟ

ਇੱਕ ਨਤੀਜੇ ਉੱਤੇ ਜ਼ੋਰ ਦੇਣਾ ਬਣਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਨਜ਼ਰੋਂ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸੁਪੀਰੀਅਰ ਕੈਪਸੂਲ ਰੀਕੰਸਟ੍ਰਕਸ਼ਨ (superior capsule reconstruction), ਅੰਸ਼ਕ ਮੁਰੰਮਤ, ਗ੍ਰਾਫਟ ਇੰਟਰਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ (graft interposition) ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ **2,790** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, **ਮੁੜ ਪਾਟਣ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਰਾਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਸਾਰੀਆਂ ਤਕਨੀਕਾਂ ਨਾਲ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਕੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਵੱਡਾ ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ**, ਅਤੇ **ਦਰਮਿਆਨੇ ਤੋਂ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਫਾਲੋ-ਅੱਪ ਵਿੱਚ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਕੋਰ ਘਟ ਸਕਦੇ ਹਨ** [3]।

ਇਸ ਲਈ ਇੱਕੋ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਇੱਕ ਸਾਲ 'ਤੇ ਕਾਮਯਾਬ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਪੰਜ ਸਾਲ 'ਤੇ ਘੱਟ ਕਾਮਯਾਬ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਪੜ੍ਹਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕਿਸੇ ਤਕਨੀਕ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਚੰਗੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਫਾਲੋ-ਅੱਪ ਦਾ ਸਮਾਂ ਵੀ ਅੰਕੜੇ ਜਿੰਨਾ ਹੀ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ।

4,963 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ **2026** ਦੇ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਨੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੇ ਸਕੋਰਾਂ ਦੀ ਬਜਾਏ ਨਾਕਾਮੀ ਦੀ ਦਰ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਇਲਾਜਾਂ ਨੂੰ ਦਰਜਾ ਦੇ ਕੇ ਇਸਦਾ ਹੱਲ ਕੱਢਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ, ਅਤੇ ਭਾਵੇਂ ਇਸਨੇ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਇਲਾਜ ਦੀ ਪਛਾਣ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ, ਇਸਨੇ ਭਰੋਸੇਯੋਗਤਾ ਦੀ ਇੱਕ ਦਰਜਾਬੰਦੀ ਤਿਆਰ ਕੀਤੀ [4]। ਜਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸਕੋਰ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਹੋ ਜਾਣ, ਤਾਂ ਨਾਕਾਮੀ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਦਰਜਾਬੰਦੀ ਸ਼ਾਇਦ ਵਧੇਰੇ ਇਮਾਨਦਾਰ ਮਾਪ ਹੈ।

ਕਫ਼ ਖ਼ਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜੋੜ ਕਿਉਂ ਘਿਸ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਇਸਦੀ ਕਾਰਜ-ਵਿਧੀ ਸਮਝਾਉਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਵੱਡਾ ਪਾਟਣ ਹੋਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸਥਿਤੀ ਕਿਉਂ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਡੈਲਟੋਇਡ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਹਿਊਮਰਸ ਦੇ ਸਿਰ (humeral head, ਡੌਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦਾ ਗੋਲਾ) ਨੂੰ ਕੋਲੀ ਵਿੱਚ ਵਿਚਕਾਰ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਇਸਦੇ ਬਿਨਾਂ, ਡੈਲਟੋਇਡ ਦੀ ਖਿੱਚ ਸਿਰ ਨੂੰ ਐਕਰੋਮੀਅਨ (ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ) ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਉੱਪਰ ਧੱਕ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਨਾਲ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਨਮੂਨਾ ਬਣਦਾ ਹੈ: ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਸਿਰ ਉੱਪਰ ਚੜ੍ਹਿਆ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਅਤੇ ਸਿਰ ਉੱਥੇ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਘਿਸਦੇ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਕਦੇ ਸੰਪਰਕ ਹੋਣਾ ਹੀ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤਹਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ, ਇਸਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ, ਖ਼ਰਾਬ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਗਠੀਆਂ ਜੋੜ ਦੀ ਮੁੱਢਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਮਕੈਨਿਕਸ (ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਪੈਂਦੇ ਜ਼ੋਰਾਂ) ਕਾਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਮਕੈਨਿਕਸ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਗਠੀਏ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਰਿਵਰਸ ਸ਼ੋਲਡਰ ਰਿਪਲੇਸਮੈਂਟ ਨੇ ਇਹ ਸਮੱਸਿਆ ਹੱਲ ਕੀਤੀ: ਇਹ ਕਫ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਡੈਲਟੋਇਡ ਨੂੰ ਕਾਫ਼ੀ ਬਣਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਆਰਥਰੋਪੈਥੀ ਪੱਕੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਣ ਚੁੱਕੀ ਹੋਵੇ, ਉਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਇਸਦੇ ਆਪਣੇ ਪੰਨੇ ਉੱਤੇ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।

ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਸਹੀ ਉਮੀਦ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਨਾ

ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਲਈ ਇੱਕ ਸਾਵਧਾਨੀ: **6,698** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਰਿਵਰਸ ਰਿਪਲੇਸਮੈਂਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਹੋਰ ਕਾਰਨਾਂ ਲਈ **ਕੀਤੀ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਘੱਟ** ਹਨ [5]। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਕਫ਼ ਆਰਥਰੋਪੈਥੀ ਲਈ ਬਦਲੇ ਗਏ ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਇਹ ਉਮੀਦ ਨਹੀਂ ਰੱਖਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਕਿ ਉਹ ਸਹੀ-ਸਲਾਮਤ ਕਫ਼ ਵਾਲੇ ਸਿੱਧੇ-ਸਾਧੇ ਗਠੀਏ ਲਈ ਬਦਲੇ ਗਏ ਮੋਢੇ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਹੋਵੇਗਾ, ਕਿਉਂਕਿ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਾਲਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖ਼ਰਾਬ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Kooistra B, Gurnani N, Weening A, van den Bekerom M, van Deurzen D. Low level of evidence for all treatment modalities for irreparable posterosuperior rotator cuff tears. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2019;27(12):4038-48. <https://doi.org/10.1007/s00167-019-05710-0>
- [2] Hughes JD, Davis B, Whicker E, Sprowls GR, Barrera L, Baradaran A, et al. Nonarthroplasty options for massive, irreparable rotator cuff tears have improved patient-reported outcomes. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2022;31(5):1883-902. <https://doi.org/10.1007/s00167-022-07099-9>
- [3] Davies A, Singh P, Reilly P, Sabharwal S, Malhas A. Superior capsule reconstruction, partial cuff repair, graft interposition, subacromial balloon spacers or tuberosplasty: a systematic review. *J Orthop Surg Res.* 2022;17(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03411-y>
- [4] Cooke SP, Koh JL, Amirouche F. An analysis of failure rates for treatment options for large to massive irreparable rotator cuff tears. *J Shoulder Elbow Arthroplasty.* 2026;10(1-2):100019. <https://doi.org/10.1016/j.jsea.2026.100019>
- [5] Yazdanpanah S, Soth BT, Eskew JR, Dancy M, Fu MC, Taylor SA, et al. Decreased clinical and functional outcomes following reverse total shoulder arthroplasty for cuff tear arthropathy: a systematic review. *JSES Rev Rep Tech.* 2026;6(2):100691. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2026.100691>