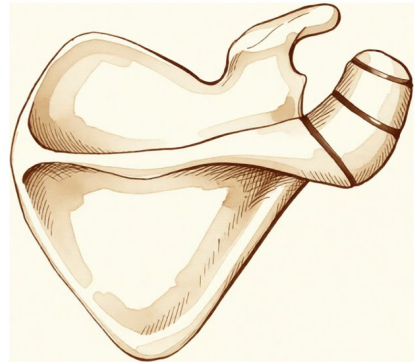


ਓਸ ਐਕਰੋਮੀਏਲ (Os Acromiale)

ਓਸ ਐਕਰੋਮੀਏਲ: ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਪੱਕਣ (ਵਿਕਾਸ ਪੂਰਾ ਹੋਣ) ਦੌਰਾਨ ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਦਾ ਅਗਲਾ ਹਿੱਸਾ ਬਾਕੀ ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਜੁੜਿਆ।

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

ਓਸ ਐਕਰੋਮੀਏਲ (os acromiale) ਵਿੱਚ, ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਅਤੇ ਪਾਸੇ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ, ਜੋੜ ਦੀ ਹੱਡੀ ਵਾਲੀ ਛੱਤ ਦੇ ਉੱਪਰ, ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਬਾਂਹ ਲਿਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਨਾਲ ਇਹ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉੱਚੀ ਸ਼ੈਲਫ਼ ਤੱਕ ਹੱਥ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ, ਕੱਪੜੇ ਸੁੱਕਣੇ ਪਾਉਣਾ ਜਾਂ ਮੋਢੇ ਦੀ ਉਚਾਈ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਚੁੱਕਣਾ, ਇਹ ਸਭ ਦਰਦ ਛੇੜ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਵੀ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਪਾਸੇ ਲੇਟਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੁੱਲ੍ਹ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਦਰਦ ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੱਡੀ ਦੇ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਟੁਕੜੇ ਤੋਂ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਵਧਣ ਦੀ ਉਮਰ ਦੌਰਾਨ ਬਾਕੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਕਦੇ ਨਹੀਂ ਜੁੜਿਆ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਇਸ ਛੋਟੇ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਖਿੱਚਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹਿੱਲਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਹੇਠਲੇ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਹੱਡੀ ਦੇ ਦੋਵਾਂ ਟੁਕੜਿਆਂ ਦੇ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਨੂੰ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਵੀ ਦਰਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਦਬਾਉਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ, ਤੁਸੀਂ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਬਾਹਰ ਚੁੱਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਬਾਂਹ ਕਮਜ਼ੋਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਚਾਪ (painful arc) ਆਮ ਹੈ: ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਦੇ ਸਮੇਂ ਅੱਧ-ਵਿਚਕਾਰ ਮੋਢਾ ਦੁਖਦਾ ਹੈ, ਫਿਰ ਜਿਵੇਂ ਬਾਂਹ ਹੋਰ ਉੱਚੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਦਰਦ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਦੇ ਲੱਛਣ ਮੋਢੇ ਦੀ ਛੱਤ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਨਾਲ ਬਹੁਤ ਮਿਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਇਸ ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ (rotator cuff, ਮੋਢੇ ਦੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦਾ ਸਮੂਹ) ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਸਮਝ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਇਹ ਦਰਦ ਕਰਦੀ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਬਣਤਰ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕਦੇ ਕੁਝ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਇਹ ਅਕਸਰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਾਰਨ ਲਈ ਕੀਤੇ ਸਕੈਨ ਵਿੱਚ ਇਤਫ਼ਾਕ ਨਾਲ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਦਰਦ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬਾਲਗਾਂ ਵਿੱਚ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸੱਟ ਦੇ, ਅਤੇ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਖੇਡ ਤੋਂ ਆਰਾਮ ਜਾਂ ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਇਸ ਉੱਤੇ ਸ਼ੱਕ ਕਰਨਾ ਬਣਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੋਲ੍ਹ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਵਾਲੀ ਛੱਤ ਹੱਡੀ ਦੇ ਇੱਕੋ ਟੁਕੜੇ ਵਜੋਂ ਨਹੀਂ ਬਣਦੀ। ਇਹ ਤਿੰਨ ਵੱਖਰੇ ਕੇਂਦਰਾਂ ਵਜੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੁੜਦੇ ਹਨ; ਇਹ ਜੁੜਨਾ ਲਗਭਗ 15 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 25 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੱਕ ਪੂਰਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਲਗਭਗ 8% ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ, ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਜੋੜ ਕਦੇ ਬੰਦ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਪਾੜਾ ਹੱਡੀ ਦੀ ਥਾਂ ਸਖ਼ਤ, ਕੜਕਲੀ ਵਰਗੇ ਟਿਸ਼ੂ (gristle) ਨਾਲ ਭਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਛੱਤ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਟੁਕੜਾ ਠੋਸ ਹੱਡੀ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇੱਕ ਲਚਕਦਾਰ ਕੜੀ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਨੂੰ ਕੰਧ ਨਾਲ ਲੱਗੇ ਉਸ ਫੱਟੇ ਵਾਂਗ ਸਮਝੋ ਜਿਸ ਦਾ ਇੱਕ ਪੇਚ ਢਿੱਲਾ ਹੋਵੇ। ਇਹ ਟਿਕਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹਿੱਲਦਾ ਹੈ। ਜਿਹੜੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਤੁਹਾਡੀ ਥਾਂ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਬਾਹਰ ਚੁੱਕਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਇਸ ਛੱਤ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਹਰ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਦੇ ਹੋ, ਉਹ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਢਿੱਲੇ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਖਿੱਚਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਥੋੜ੍ਹਾ ਝੁਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਹਿਲਜੁਲ ਛੱਤ ਦੇ ਹੇਠੋਂ ਲੰਘਦੇ ਟੈਂਡਨ ਉੱਤੇ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਦਬਾਅ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਰਗੜ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਚਿੜ (irritated) ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਲਈ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਦਰਦ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਅਤੇ ਪਾਸੇ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਲਚਕਦਾਰ ਕੜੀ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਖੁਦ ਵੀ ਦੁਖਣ ਵਾਲੀ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਬਿਲਕੁਲ ਘਿਸੇ ਹੋਏ ਜੋੜ ਵਾਂਗ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਦਬਾਉਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਬਣਤਰ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕਦੇ ਕੁਝ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਅਤੇ ਇਹ ਬਣਤਰ ਨਾ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ ਜਾਪਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਪਾਟਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਧਾਉਂਦੀ ਜਾਪਦੀ ਹੈ। ਪਰ ਜਦੋਂ ਢਿੱਲਾ ਟੁਕੜਾ ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਿੱਲਣ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਚਾਹੇ ਇਸ ਦੇ ਬਣਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਕਾਰਨ ਜਾਂ ਉਸ ਥਾਂ 'ਤੇ ਸੱਟ ਵੱਜਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤਾਂ ਹਰ ਵਾਰ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ 'ਤੇ ਇਹ ਟੈਂਡਨ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਨਾਲ ਉੱਪਰ ਦੱਸੀ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਚਾਪ ਅਤੇ ਰਾਤ ਦਾ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਕਿਉਂਕਿ ਢਿੱਲਾ ਟੁਕੜਾ ਬਿਲਕੁਲ ਉੱਥੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਟੈਂਡਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਦੋਵੇਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਅਕਸਰ ਇਕੱਠੀਆਂ ਦਿਸਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ ਇਲਾਜ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਇਸ ਨਾ ਜੁੜੇ ਟੁਕੜੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨੀ ਬਣਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਨਾਲ ਉਸ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹਿੱਲਦਾ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ।

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 ਹਨ, ਅਤੇ ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ 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 ਰਿਬੇਟ (ਸਰਕਾਰੀ ਖ਼ਰਚਾ ਵਾਪਸੀ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ।

ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਮੋਢਾ ਵਰਤਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲਣਾ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਹੱਡੀ ਵਾਲੀ ਛੱਤ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਚਿੜੇ ਹੋਏ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸਹਿ ਸਕਣ। ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿਓ।

ਜਦੋਂ ਇਹ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਿਲਜੁਲ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਾਧਾਰਨ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatory), ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਪੀ ਦੀ ਸਲਾਹ ਮੁਤਾਬਕ ਲਈਆਂ ਗਈਆਂ, ਦੁਖਣ ਨੂੰ ਘਟਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਆਪਣੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਕਰ ਸਕੋ। ਜੇ ਦਰਦ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੇਲ੍ਹ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਜਦੋਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਉਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ ਸਾਧਾਰਨ ਐਕਸ-ਰੇ ਨਾਲ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜੋ ਨਾ ਜੁੜੇ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਦਿਖਾਉਣ ਲਈ ਲਗਭਗ ਹਮੇਸ਼ਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਕੱਛ ਦੇ ਹੇਠੋਂ ਲਿਆ ਗਿਆ ਐਕਸ-ਰੇ ਜੋੜ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਅਤੇ ਛੱਤ ਦਾ ਅਗਲਾ ਹਿੱਸਾ ਸਾਫ਼ ਦਿਖਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਸੱਟ ਹੱਡੀ ਦੇ ਦੋਵਾਂ ਟੁਕੜਿਆਂ ਦੇ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ

ਥਾਂ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਛੱਤ ਦੇ ਹੇਠ ਲੰਘਦੇ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਦਾ ਇੱਕ ਸੌਖਾ ਅਤੇ ਸਹੀ ਤਰੀਕਾ ਹੈ, ਅਤੇ MRI ਸਕੈਨ ਉਸ ਟੈਂਡਨ ਅਤੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਪੂਰੀ ਤਸਵੀਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਅਸੀਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਪੇਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਉਹ ਹੈ ਜੋੜ ਦੀ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਜਾਂਚ ਦੇ ਨਾਲ ਬਰਸੈਕਟੋਮੀ (bursectomy), ਯਾਨੀ ਛੱਤ ਦੇ ਹੇਠਲੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਵਾਲਾ ਟਿਸ਼ੂ ਸਾਫ਼ ਕਰਨਾ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਹੱਡੀ ਦੀ ਗ੍ਰਾਫਟਿੰਗ (bone grafting, ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਲਗਾਉਣਾ) ਅਤੇ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ (fixation) ਲਈ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਚੀਰਾ, ਯਾਨੀ ਢਿੱਲੇ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣਾ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਬਾਕੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜ ਸਕੇ। ਇਸ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਨਾਲ ਦੋਵੇਂ ਟੁਕੜੇ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੁੜ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਢਿੱਲਾ ਟੁਕੜਾ ਛੋਟਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਦੀ ਥਾਂ ਕੱਢ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਵੱਡੇ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਵਿੱਚ ਸਾਵਧਾਨੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਵਾਲੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਇਸ ਨੂੰ ਲਗਾਤਾਰ ਖਿੱਚਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਟੁਕੜਾ ਪਤਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕਦੇ-ਕਦੇ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਟੁਕੜਾ ਨਹੀਂ ਜੁੜਦਾ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਨਾਨ-ਯੂਨੀਅਨ (non-union, ਹੱਡੀ ਦਾ ਨਾ ਜੁੜਨਾ) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਲਈ ਕਿਹੜਾ ਵਿਕਲਪ ਠੀਕ ਹੈ ਅਤੇ ਮਿਲ ਕੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਬਣਤਰ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕਦੇ ਕੋਈ ਤਕਲੀਫ਼ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਦਰਦ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅੱਗੇ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਢਿੱਲਾ ਟੁਕੜਾ ਸਥਿਰ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਕੀ ਇਹ ਸੱਚਮੁੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦਾ ਸਰੋਤ ਹੈ।

ਦਰਦ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਟੁਕੜੇ ਲਈ, ਇਲਾਜ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਮੋਢਾ ਵਰਤਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲਣਾ, ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਸਾਧਾਰਨ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਘਟਾ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਇਸ ਨਾਲ ਫ਼ਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਅਸਲ ਕਮੀ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਮੋਢਾ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਢਿੱਲੇ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਬਾਕੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੋਢੇ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਪੈਮਾਨਿਆਂ ਉੱਤੇ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਉਸ ਹਾਲਤ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਦੋਵੇਂ ਟੁਕੜੇ ਵੱਖ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਪਰ ਸਰਜਰੀ ਹਮੇਸ਼ਾ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਇਸ ਹਾਲਤ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਪਾਟਣ ਵਾਲੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ, ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਨਤੀਜੇ ਮਿਲੇ-ਜੁਲੇ ਰਹੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੇ 53% ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਤਸੱਲੀਬਖ਼ਸ਼ ਨਤੀਜੇ ਮਿਲੇ।

ਜੇ ਇਸ ਨੂੰ ਇਵੇਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੰਗ ਕਰਦਾ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦਾ। ਇਹ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਨਜ਼ਰੋਂ ਖੁੰਝ ਵੀ ਸਕਦਾ ਹੈ: ਜਦੋਂ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ, ਤਾਂ ਇਸ ਹਾਲਤ ਉੱਤੇ ਸ਼ੱਕ ਕਰਨਾ ਬਣਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਨਾਲ ਉਸ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹਿੱਲਦਾ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰੋਗੇ, ਪਹਿਲਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਫਿਰ ਤਾਕਤ ਵਧਾਉਂਦੇ ਹੋਏ, ਅਤੇ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਾਪਸ ਆਵੇਗਾ। ਮਕਸਦ ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਮੋਢਾ ਹੈ ਜੋ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦਾ ਕੰਮ ਸਹਿ ਸਕੇ, ਬਿਨਾਂ ਉਸ ਤਿੱਖੇ ਦਰਦ ਦੇ ਜੋ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ 'ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਆਉਣ ਵੇਲੇ ਹੁੰਦਾ ਸੀ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਦੇਖਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਉਂਗਲ, ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੀਪੀ ਦੇ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਬਣਤਰ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕਦੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ, ਪਰ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੋਲ੍ਹ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇ ਦਰਦ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਅਤੇ ਪਾਸੇ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਨਾਲ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਉਸ ਪਾਸੇ ਲੇਟਣ 'ਤੇ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੋਲ੍ਹ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜਲਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਉਦੋਂ ਵੀ ਬਣਦੀ ਹੈ ਜੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਦੁਖਦੀ ਥਾਂ ਨੂੰ ਦਬਾਉਣ 'ਤੇ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਬਾਹਰ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਵੇਲੇ ਬਾਂਹ ਕਮਜ਼ੋਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਦੇ ਸਮੇਂ ਅੱਧ-ਵਿਚਕਾਰ ਮੋਢਾ ਦੁਖਦਾ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸੱਟ ਵਾਲੇ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬਾਲਗਾਂ ਦੀ ਇਸ ਹਾਲਤ ਲਈ ਜਾਂਚ

ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਖੇਡ ਤੋਂ ਆਰਾਮ ਜਾਂ ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਫ਼ਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਜੇ ਕੋਈ ਉਂਗਲ, ਹੱਥ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ; ਜੀਪੀ ਦੇ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਓਸ ਐਕਰੋਮੀਏਲ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਜ਼ਿਕਰਯੋਗ ਘੱਟ-ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਸਰੀਰ ਦੀ ਇੱਕ ਆਮ ਬਣਤਰ-ਭਿੰਨਤਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੋਈ ਤਕਲੀਫ਼ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੀ, ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਉਸ ਮੋਢੇ ਦੇ ਦਰਦ ਲਈ ਦੋਸ਼ੀ ਠਹਿਰਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਇਹ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

ਇਹ ਕੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਿੰਨਾ ਆਮ ਹੈ

ਐਕਰੋਮੀਅਨ, ਜੋ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ ਹੈ, ਹੱਡੀ ਬਣਨ ਦੇ ਕਈ ਵੱਖਰੇ ਕੇਂਦਰਾਂ ਤੋਂ ਬਣਦਾ ਹੈ ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅੱਲ੍ਹੜ ਉਮਰ ਦੇ ਅਖੀਰ ਜਾਂ ਵੀਹਵਿਆਂ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਵਿੱਚ ਜੁੜ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਨਹੀਂ ਜੁੜਦਾ, ਅਤੇ ਰੇਸ਼ੇਦਾਰ ਟਿਸ਼ੂ ਦਾ ਇੱਕ ਪੱਕਾ ਜੋੜ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹੀ ਓਸ ਐਕਰੋਮੀਏਲ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਬਣਦਾ ਸਗੋਂ ਅੱਲ੍ਹੜ ਉਮਰ ਤੋਂ ਹੀ ਮੌਜੂਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਕਿੰਨਾ ਆਮ ਹੈ, ਇਹ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਆਬਾਦੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵੱਖਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। **6,842** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਬਹੁ-ਕੇਂਦਰੀ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ **ਓਸ ਐਕਰੋਮੀਏਲ ਦਾ ਰੇਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਹੈ**, ਕਿ ਅਧਿਐਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਪਾਨੀ ਆਬਾਦੀ ਵਿੱਚ ਇਹ **ਗ਼ੈਰ-ਏਸ਼ੀਆਈ ਆਬਾਦੀਆਂ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ** ਮਿਲਿਆ, ਅਤੇ ਕਿ ਟੁਕੜੇ ਦਾ ਆਕਾਰ ਛੋਟਾ ਹੋਣ ਦਾ ਰੁਝਾਨ ਸੀ [1]।

ਕਫ਼ ਦੀ ਸੱਟ ਨਾਲ ਇਸ ਸਬੰਧ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਾਬਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਦੋਵੇਂ ਇਤਫ਼ਾਕ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਾਰ ਇਕੱਠੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਓਸ ਐਕਰੋਮੀਏਲ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਪਾਟਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦਾ ਹੈ। ਸੰਭਾਵੀ ਕਾਰਨ ਦੋਵੇਂ ਪਾਸੇ ਚੱਲ ਸਕਦਾ ਹੈ: ਨਾ ਜੁੜਿਆ ਟੁਕੜਾ ਡੈਲਟੋਇਡ (deltoid, ਮੋਢੇ ਦੀ ਉੱਪਰਲੀ ਵੱਡੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ) ਦੇ ਖਿਚਾਅ ਹੇਠ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹਿੱਲਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਹੇਠਲਾ ਟੈਂਡਨ ਚਿੜ੍ਹ (irritated) ਸਕਦਾ ਹੈ — ਜਾਂ ਮੋਢੇ ਦੀ ਉਹੀ ਕਾਰਜ-ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਜੋ ਕਫ਼ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਰਾਹ ਖੋਲ੍ਹਦੀ ਹੈ, ਇੱਕ ਅਸਥਿਰ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਲੱਛਣ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਬਣਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਅਸਲ ਸਵਾਲ ਇਹੀ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਦਰਦ ਇਸੇ ਤੋਂ ਹੈ

ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸਕੈਨ ਉੱਤੇ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਹਮੇਸ਼ਾ ਲਈ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਅਸਥਾਰਨ ਜਾਪਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਓਸ ਐਕਰੋਮੀਏਲ ਨੂੰ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਮੋਢੇ ਦੇ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਦੱਸ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ, ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨੂੰ ਕਦੇ ਪਤਾ ਵੀ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ।

ਲੱਛਣ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਓਸ ਐਕਰੋਮੀਏਲ ਦੀ ਪਛਾਣ ਇਹ ਹੈ: ਬਿਲਕੁਲ ਟੁਕੜੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਇੱਕ ਥਾਂ 'ਤੇ ਦਬਾਉਣ ਨਾਲ ਦਰਦ, ਇਸ ਨੂੰ ਦਬਾਉਣ 'ਤੇ ਉਹੀ ਦਰਦ ਹੋਣਾ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਜਾਂਚ ਲਈ ਟੀਕਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਹੇਠਲੀ ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਥਾਂ (subacromial space, ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਦੀ ਥਾਂ) ਦੀ ਬਜਾਏ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣ ਨਾਲ ਰਾਹਤ ਮਿਲਣਾ। ਜੇ ਇਹ ਗੱਲਾਂ ਨਾ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਇਤਫ਼ਾਕੀਆ ਮਿਲੀ ਚੀਜ਼ ਮੰਨਣਾ ਹੀ ਸਭ ਤੋਂ ਚੰਗਾ ਹੈ।

ਇਸ ਦੀਆਂ ਉਪ-ਕਿਸਮਾਂ ਨੂੰ ਰਵਾਇਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਵੰਡਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੁੜਨ ਦੀ ਕਿਹੜੀ ਥਾਂ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੈ [2], ਜੋ ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਹਿੱਲਣ ਵਾਲੇ ਟੁਕੜੇ ਦਾ ਆਕਾਰ ਤੈਅ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਕੱਢਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਟਿਕਾਉਣਾ ਪਵੇਗਾ।

ਇਹ ਮੋਢੇ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀਆਂ ਨੂੰ ਕਿਉਂ ਗੁੰਝਲਦਾਰ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ

ਓਸ ਐਕਰੋਮੀਏਲ ਦੀ ਅਮਲੀ ਅਹਿਮੀਅਤ ਅਕਸਰ ਇਸ ਦੇ ਆਪਣੇ ਲੱਛਣਾਂ ਬਾਰੇ ਘੱਟ ਅਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਾਰਨ ਲਈ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਉੱਤੇ ਕੀ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਡੈਲਟੋਇਡ ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਨਾ ਜੁੜਿਆ ਟੁਕੜਾ ਉਸ ਖਿਚਾਅ ਨੂੰ ਇੱਕ ਹਿੱਲਣ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਦੇ ਪਾਰ ਲੈ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹੇਠਲੀ ਸਤ੍ਹਾ ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਕੱਢਣਾ, ਜਿਵੇਂ ਐਕਰੋਮੀਓਪਲਾਸਟੀ (acromioplasty, ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਛਿੱਲਣਾ) ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਅਸਥਿਰ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਪਤਲਾ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੀ ਬਣਤਰ-ਭਿੰਨਤਾ ਨੂੰ ਦਰਦ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਬਣਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਨਾ ਜੁੜਨ

(nonunion) ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਪੈਦਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਸਕੈਨਾਂ ਉੱਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਪਛਾਣਨ ਦਾ ਇਹੀ ਸਭ ਤੋਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਾਰਨ ਹੈ: ਇਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਲਈ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਇਸ ਨੂੰ ਅਸਥਿਰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ।

ਜਿੱਥੇ ਇਸ ਨੂੰ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਚੋਣ ਛੋਟੇ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਟਿਕਾਉਣ ਵਿਚਕਾਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਜੋੜ ਦੇ ਪਾਰ ਟਿਕਾਉਣਾ ਔਖਾ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਟੁਕੜਾ ਪਤਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਡੈਲਟਾਇਡ ਇਸ ਨੂੰ ਲਗਾਤਾਰ ਖਿੱਚਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਨਾ ਜੁੜਨ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਕਾਫ਼ੀ ਹਨ। ਇਹ ਮੁਸ਼ਕਲ ਆਪਣੇ-ਆਪ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪੂਰਾ ਭਰੋਸਾ ਹੋਵੇ ਕਿ ਦਰਦ ਸੱਚਮੁੱਚ ਓਸ ਐਕਰੋਮੀਏਲ ਤੋਂ ਹੀ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Kozono N, Nishii A, Ishitani E, Mizuki Y, Kimura T, Yamamoto S, et al. Prevalence and factors associated with os acromiale: a multicenter study. JSES Int. 2025;9(5):1541-5. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2025.05.015>

[2] Boehm TD, Matzer M, Brazda D, Gohlke FE. Os acromiale associated with tear of the rotator cuff treated operatively. Review of 33 patients. J Bone Joint Surg Br. 2003;85(4):545-9. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.85B4.13634>