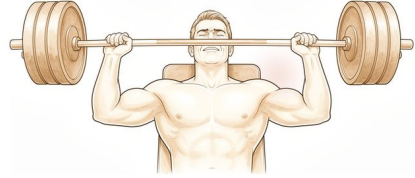


ਪੈਕਟੋਰਾਲਿਸ ਮੇਜਰ (ਛਾਤੀ ਦੀ ਵੱਡੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ) ਦਾ ਪਾਟਣਾ

ਪੈਕਟੋਰਾਲਿਸ ਮੇਜਰ ਦਾ ਪਾਟਣਾ: ਛਾਤੀ ਦੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਬਾਂਹ ਨਾਲ ਜੁੜਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਦੇ ਨੇੜੇ ਪਾਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਭਾਰੀ ਬੈਂਚ ਪ੍ਰੈਸ ਦੌਰਾਨ।

Kieran Hirpara © ① ② ③ 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

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉਹ ਪਲ ਬਿਲਕੁਲ ਯਾਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਅਕਸਰ ਇਹ ਭਾਰੀ ਬੈਂਚ ਪ੍ਰੈਸ (bench press, ਲੇਟ ਕੇ ਛਾਤੀ ਤੋਂ ਭਾਰ ਉੱਪਰ ਪੱਕਣ ਵਾਲੀ ਕਸਰਤ) ਦੌਰਾਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਠੀਕ ਜਦੋਂ ਰਾਡ ਛਾਤੀ ਵੱਲ ਹੇਠਾਂ ਲਿਆਂਦੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੇਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਅਚਾਨਕ ਪਟਾਕਾ ਜਿਹਾ ਜਾਂ ਕੁਝ ਪਾਟਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਨਾਲ ਹੀ ਤਿੱਖੇ ਦਰਦ ਦੀ ਇੱਕ ਲਹਿਰ ਉੱਠਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ-ਦੋ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਨੀਲ ਬਾਂਹ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਅਤੇ ਛਾਤੀ ਦੇ ਪਾਰ ਫੈਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਥਾਂ 'ਤੇ ਸੋਜ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਸੋਜ ਘਟਦੀ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਛਾਤੀ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਬਦਲ ਗਈ ਹੈ। ਕੱਛ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਆਮ ਸਖ਼ਤ ਤਹਿ ਚਪਟੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਗਾਇਬ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਆਪ ਛਾਤੀ ਦੀ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਹੱਡੀ ਵੱਲ ਇਕੱਠੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰੀ ਦਿਸਦੀ ਜਾਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਪੱਕਣ ਵਾਲੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਲੱਗਦੀਆਂ ਹਨ: ਭਾਰੀ ਦਰਵਾਜ਼ਾ ਬੰਦ ਕਰਨਾ, ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਹੱਥਾਂ ਨਾਲ ਜ਼ੋਰ ਲਾ ਕੇ ਉੱਠਣਾ, ਜਾਂ ਜੱਫੀ ਪਾਉਣ ਵਾਂਗ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਰੀਰ ਦੇ ਅੱਗੋਂ ਲਿਆਉਣਾ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲਾ ਜ਼ੋਰ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦਾ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਸਿਰਫ਼ ਦਰਦ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਪੱਕਣ ਦੀ ਤਾਕਤ ਦੀ ਅਸਲ ਕਮੀ ਅਕਸਰ ਬਣੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਪੈਕਟੋਰਾਲਿਸ ਮੇਜਰ (pectoralis major) ਛਾਤੀ ਦੀ ਵੱਡੀ, ਪੱਖੇ ਵਰਗੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਹੈ। ਇਹ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਤਿੰਨ ਮੁੱਖ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਤਾਕਤ ਦਿੰਦੀ ਹੈ: ਚੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਤੋਂ ਦੂਰ **ਧੱਕਣਾ**, ਜੱਫੀ ਵਾਂਗ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਰੀਰ ਦੇ ਅੱਗੋਂ **ਲਿਆਉਣਾ**, ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਅੰਦਰ ਵੱਲ **ਘੁਮਾਉਣਾ**। ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਪਤਲੀ ਹੋ ਕੇ ਇੱਕ ਮਜ਼ਬੂਤ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਬਣ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਮੇਢੇ ਦੇ ਨੇੜੇ ਡੌਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ (humerus) ਨਾਲ ਜੁੜਦਾ ਹੈ।

ਰਪਚਰ (rupture) ਉਸ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ-ਟੈਂਡਨ ਇਕਾਈ ਦਾ ਪਾਟਣਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਅਕਸਰ ਠੀਕ ਉਸ ਥਾਂ 'ਤੇ ਜਾਂ ਉਸ ਦੇ ਨੇੜੇ ਟੁੱਟਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਟੈਂਡਨ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜਦਾ ਹੈ। ਆਮ ਕਾਰਨ ਉਦੋਂ ਅਚਾਨਕ ਜ਼ੋਰਦਾਰ ਖਿਚਾਅ ਹੈ ਜਦੋਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਪੂਰੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਕੱਸੀ ਹੋਈ ਹੋਵੇ (ਬਿਲਕੁਲ ਇਹੀ ਬੈਂਚ ਪ੍ਰੈਸ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਸਿਰੇ 'ਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਭਾਰ ਹੇਠਾਂ ਲਿਆਂਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ)। ਇਹ ਮਰਦਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਸਰਗਰਮ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਅਤੇ **ਐਨਾਬੋਲਿਕ ਸਟੀਰੋਇਡ (ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੇ ਸਟੀਰੋਇਡ) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਇੱਕ ਮੰਨਿਆ-ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਖ਼ਤਰੇ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ** ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਕਮਜ਼ੋਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਪਾਟਣ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਪੂਰੇ ਪਾਟਣ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵੱਖ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਛਾਤੀ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ ਸਪਸ਼ਟ ਬਦਲਾਅ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੀ ਕਮੀ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ, ਜਾਂ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੇ ਮਾਸਲ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪਾਟਣ ਵਿੱਚ, ਜੋੜ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਿੱਸਾ ਸਲਾਮਤ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਪਾਟਣ ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਲਈ ਬਹੁਤ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਇਲਾਜ ਕਿਵੇਂ ਹੋਵੇ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ, ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਇਸ ਸੱਟ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਪਛਾਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦੇ ਵਿਸਥਾਰਪੂਰਵਕ ਇਤਿਹਾਸ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਸਰਗਰਮ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਪੂਰੇ ਪਾਟਣ ਲਈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਜਲਦੀ ਮੁਰੰਮਤ (repair) ਦੀ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਦਕਿ ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ ਦਾ ਇਲਾਜ ਅਕਸਰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣਾ ਹੈ ਕਿ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਪਾਟਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਕਿੱਥੇ। ਇਹ ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਕੇ ਅਤੇ **MRI ਸਕੈਨ** ਨਾਲ ਇਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਦਿਖਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਪਾਟਣ ਅੰਸ਼ਕ ਹੈ ਜਾਂ ਪੂਰਾ, ਅਤੇ ਠੀਕ-ਠੀਕ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੋਇਆ ਹੈ ਜਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪਾਟਿਆ ਹੈ।

ਟੈਂਡਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਪੂਰੇ ਪਾਟਣ ਵਾਲੇ ਸਰਗਰਮ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਮੁੜ ਜੋੜਨ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ ਧੱਕਣ ਦੀ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਛਾਤੀ ਦੀ ਆਮ ਬਣਤਰ ਮੁੜ ਬਣਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਬੂਤ ਲਗਾਤਾਰ ਇਹੀ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ-ਆਪ ਠੀਕ ਹੋਣ ਲਈ ਛੱਡੇ ਪਾਟਣਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਇੱਥੇ ਸਭ ਤੋਂ ਅਹਿਮ ਗੱਲ **ਸਮਾਂ ਹੈ: ਮੁਰੰਮਤ ਜਲਦੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਨਤੀਜੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਹੁੰਦੇ ਹਨ**, ਚੰਗਾ ਹੋਵੇ ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਜਦੋਂ ਟੈਂਡਨ ਅਜੇ ਸਿਹਤਮੰਦ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਉਸ ਵਿੱਚ ਦਾਗ਼ ਵਾਲਾ ਟਿਸ਼ੂ (scar tissue) ਨਾ ਬਣਿਆ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਉਹ ਪਿੱਛੇ ਨਾ ਖਿੱਚਿਆ ਗਿਆ ਹੋਵੇ। ਇਹੀ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕਿ ਇਹ ਕਿਵੇਂ ਠੀਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਛੇਤੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚੰਗੀ ਹੈ।

ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ, ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੇ ਮਾਸਲ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪਾਟਣ, ਅਤੇ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਜਾਂ ਘੱਟ ਸਰੀਰਕ ਮਿਹਨਤ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਅਕਸਰ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਬਹੁਤ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਆਰਾਮ, ਫਿਰ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਮੁੜ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕਦਮ-ਦਰ-ਕਦਮ ਵਧਣ ਵਾਲਾ ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ (ਰੀਹੈਬ) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ। ਇਸ ਰਾਹ ਨਾਲ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੇ ਪੂਰੇ ਪਾਟਣ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਧੱਕਣ ਦੀ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਤਾਕਤ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਕਮੀ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਪੂਰਾ ਪਾਟਣ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਨਜ਼ਰੋਂ ਰਹਿ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਮੁਰੰਮਤ ਅਜੇ ਵੀ ਸੰਭਵ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾ ਔਖੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਨਤੀਜੇ ਘੱਟ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਇਸੇ ਲਈ ਛੇਤੀ ਜਾਂਚ ਅਹਿਮ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਜਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਿਹਤਯਾਬੀ **ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ, ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ** ਮਾਪੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਪਹਿਲਾਂ ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ **ਲਗਭਗ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ)** ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਹਲਕੀ, ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਹਿਲਜੁਲ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਮੁੜ ਜੁੜ ਸਕੇ। ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤਾਕਤ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਭਾਰ ਜਾਣ-ਬੁੱਝ ਕੇ ਰੋਕ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; **ਧੱਕਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਅਤੇ ਬੈਂਚ ਪ੍ਰੈਸ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਤੋਂ ਨੌਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ**। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਲਗਭਗ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੀਆਂ ਸਰਗਰਮੀਆਂ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਚਾਰ ਤੋਂ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਪੂਰੀ ਖੇਡ ਜਾਂ ਸਿਖਲਾਈ 'ਤੇ, ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੱਕ ਸੁਧਰਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਸਥਰ ਦਾ ਫਲ ਚੰਗਾ ਹੈ: ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਜਲਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨੂੰ ਧੱਕਣ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤਾਕਤ, ਛਾਤੀ ਦੀ ਮੁੜ ਬਣੀ ਸ਼ਕਲ, ਅਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਪਸੰਦੀਦਾ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਵੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਠੋਸ ਕੰਮਕਾਜ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਤਾਕਤ ਵਿੱਚ ਥੋੜ੍ਹੀ ਕਮੀ ਮੰਨਦੇ ਹੋਏ। ਦੋਵਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚ, ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਉੱਤੇ ਟਿਕੇ ਰਹਿਣਾ ਅਤੇ ਭਾਰੀ ਪ੍ਰੈਸਿੰਗ ਵਿੱਚ ਜਲਦਬਾਜ਼ੀ ਨਾ ਕਰਨਾ ਹੀ ਨਤੀਜੇ ਨੂੰ ਬਚਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਜ਼ੋਰ ਲਾਉਣ ਦੌਰਾਨ ਛਾਤੀ ਜਾਂ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਅਚਾਨਕ ਪਟਾਕਾ ਜਿਹਾ ਜਾਂ ਕੁਝ ਪਾਟਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ: ਛੇਤੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਓ, ਕਿਉਂਕਿ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜੇ ਜਲਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ ਮਿਲਦੇ ਹਨ।
- ਬਾਂਹ ਜਾਂ ਛਾਤੀ ਉੱਤੇ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਫੈਲਦਾ ਨੀਲ, ਕਾਫ਼ੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੋਜ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਛਾਤੀ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਜਾਂ ਕੱਛ ਦੀ ਅਗਲੀ ਤਹਿ ਵਿੱਚ ਦਿਸਣ ਵਾਲਾ ਬਦਲਾਅ।
- ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਰਦ ਘਟਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਧੱਕਣ ਵੇਲੇ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਰੀਰ ਦੇ ਅੱਗੇ ਲਿਆਉਣ ਵੇਲੇ ਲਗਾਤਾਰ ਕਮਜ਼ੋਰੀ।
- ਪਾਟਣ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਵੀ ਸੱਟ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੱਕਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਕਿ ਇਹ ਕਿੰਨੀ ਗੰਭੀਰ ਹੈ: ਛੇਤੀ ਕੀਤਾ ਸਕੈਨ ਅੰਸ਼ਕ ਅਤੇ ਪੂਰੇ ਪਾਟਣ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਦੱਸ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਸਮੇਂ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਅਹਿਮ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਪੈਕਟੋਰਲਿਸ ਮੇਜਰ ਦੇ ਪਾਟਣ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਇਸ ਸਾਈਟ ਉੱਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਪਸ਼ਟ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਸਰਜਰੀ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਇੰਨੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਉਸ ਲਾਭ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਉਸ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਦੱਸਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਮੁਰੰਮਤ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਹੈ

664 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਪੈਕਟੋਰਲਿਸ ਮੇਜਰ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲੋਂ ਕਾਫ਼ੀ ਬਿਹਤਰ ਰਹੇ, ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਨਤੀਜੇ, ਆਈਸੋਕਾਇਨੈਟਿਕ ਤਾਕਤ (isokinetic, ਹਰਕਤ ਦੌਰਾਨ ਮਾਪੀ ਤਾਕਤ) ਅਤੇ ਆਈਸੋਮੈਟ੍ਰਿਕ ਤਾਕਤ (isometric, ਬਿਨਾਂ ਹਰਕਤ ਦੇ ਮਾਪੀ ਤਾਕਤ) ਵਿੱਚ ਅੰਕੜਿਆਂ ਪੱਖੋਂ ਅਹਿਮ ਸੁਧਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ **14.21% ਸੀ** [1]।

ਦੇਵੇਂ ਹਿੱਸੇ ਇੱਕੋ ਵਾਕ ਵਿੱਚ ਆਉਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਅਜਿਹੀ ਮੁਰੰਮਤ ਹੈ ਜੋ ਮਾਪੀ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਉਹ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਲਿਆਉਂਦਾ, ਅਤੇ ਲਗਭਗ ਸੱਤ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਕੋਈ ਪੇਚੀਦਗੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਸਾਈਟ ਉੱਤੇ ਟੈਂਡਨ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸੱਟਾਂ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਫ਼ਾਇਦਾ ਛੋਟਾ ਹੈ ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਘੱਟ ਹੈ; ਇੱਥੇ ਦੇਵੇਂ ਵੱਡੇ ਹਨ।

ਤਾਕਤ ਦੀ ਕਮੀ ਇਸ ਲਈ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਕੀ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਪੈਕਟੋਰਲਿਸ ਮੇਜਰ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਲੇਟਵੇਂ ਰੁਖ਼ ਸਰੀਰ ਵੱਲ ਲਿਆਉਣ (horizontal adduction) ਅਤੇ ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ (internal rotation), ਧੱਕਣ ਵਾਲੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ, ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਰੀਰ ਦੇ ਅੱਗੇ ਲਿਆਉਣ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਬਿਨਾਂ ਮੁਰੰਮਤ ਵਾਲਾ ਪਾਟਣ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਿਸਣ ਵਾਲੀ ਬਦਸ਼ਕਲੀ ਅਤੇ ਧੱਕਣ ਦੀ ਤਾਕਤ ਦੀ ਖ਼ਾਸ ਕਮੀ ਛੱਡ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਇਹ ਸੱਟ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਹੀ ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।

ਪਾਟਣ ਕਿੱਥੇ ਹੈ, ਇਹ ਤੈਅ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ

ਪੈਕਟੋਰਲਿਸ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪਾਟਣ ਇੱਕੋ ਜਿਹੀ ਸੱਟ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਇੱਕ ਆਧੁਨਿਕ ਵਰਗੀਕਰਨ ਵਿੱਚ **ਸੱਟ ਦਾ ਸਮਾਂ, ਸੱਟ ਦੀ ਥਾਂ, ਅਤੇ ਪਾਟਣ ਦੇ ਫੈਲਾਅ ਲਈ ਇਕਸਾਰ ਸ਼ਬਦਾਵਲੀ** ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਜੋ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਬਣਤਰ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਣ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਬਿਹਤਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਲਈ ਸੁਝਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ [2]।

ਅਮਲੀ ਫ਼ਰਕ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੋਵਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਹੈ: ਡੌਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ (humerus) ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਜੁੜਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਪਾਟਣ, ਜਿਸ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਇਸ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਮੁੜ ਜੋੜ ਕੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੇ ਮਾਸਲ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪਾਟਣ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਟਿਕਾਉਣ ਲਈ ਕੋਈ ਟੈਂਡਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਅਤੇ ਜਿਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੋਵਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਥਾਂ (musculotendinous junction) ਹੈ, ਜੋ ਔਖਾ ਸਮੂਹ ਹੈ।

ਸਮਾਂ ਇਸੇ ਕਾਰਨ ਅਹਿਮ ਹੈ ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਹੋਰ ਥਾਵਾਂ 'ਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਪਾਟਿਆ ਟੈਂਡਨ ਪਿੱਛੇ ਖਿੱਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਵਿੱਚ ਦਾਗ਼ ਵਾਲਾ ਟਿਸ਼ੂ ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਪੁਰਾਣੇ ਪਾਟਣ ਵਿੱਚ ਸਿੱਧੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਬਜਾਏ ਗ੍ਰਾਫਟ (graft, ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਲਈ ਲਾਇਆ ਵਾਧੂ ਟਿਸ਼ੂ) ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਪਛਾਣ ਕਿਉਂ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ

ਸੱਟ ਤੋਂ ਤੁਰੰਤ ਬਾਅਦ ਛਾਤੀ ਅਤੇ ਡੌਲੇ ਉੱਤੇ ਨੀਲ ਅਤੇ ਸੋਜ ਹੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਜ਼ਰ ਆਉਂਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਸ਼ਕਲ ਦੇ ਬਦਲਾਅ ਨੂੰ ਲੁਕਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਖ਼ਾਸ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ, ਯਾਨੀ ਕੱਛ ਦੀ ਅਗਲੀ ਤਹਿ ਦਾ ਗਾਇਬ ਹੋਣਾ, ਵਿਰੋਧ ਦੇ ਉਲਟ ਧੱਕਣ ਵੇਲੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦਾ ਦੋਵਾਂ ਪਾਸਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵੱਖਰਾ ਦਿਸਣਾ, ਅਤੇ ਫੂਹਣ 'ਤੇ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਖੱਪਾ, ਸੋਜ ਘਟਣ ਨਾਲ ਸਪਸ਼ਟ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਸ਼ਾਇਦ ਇਸ ਸੱਟ ਨੂੰ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦਾ ਖਿਚਾਅ ਕਹਿ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ।

ਕਿਉਂਕਿ ਤਾਜ਼ੀ ਸੱਟ ਵਿੱਚ ਮੁਰੰਮਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਿੱਧੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਭਾਰੀ ਪ੍ਰੈੱਸ ਦੌਰਾਨ ਸਪਸ਼ਟ ਪਟਾਕੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਨੀਲ ਪੈ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਦੇਖਦੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਣਾ ਚੰਗਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Bodendorfer BM, McCormick BP, Wang DX, Looney AM, Conroy CM, Fryar CM, et al. Treatment of pectoralis major tendon tears: a systematic review and meta-analysis of repair timing and fixation methods. Orthop J Sports Med. 2020;8(2). <https://doi.org/10.1177/2325967119900813>
- [2] ElMaraghy AW, Devereaux MW. A systematic review and comprehensive classification of pectoralis major tears. J Shoulder Elbow Surg. 2012;21(3):412-22. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2011.04.035>