

# ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ

ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਚਿੜੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨਾਂ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਪੂਰੇ ਪਾਟਣ ਤੱਕ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਅਤੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ।

Kieran Hirpara © ① 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

ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ (rotator cuff) ਦਾ ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਜਾਂ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਹੇਠਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵੱਲ ਫੈਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬਾਂਹ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣ, ਉੱਚੀ ਸ਼ੈਲਫ਼ ਤੱਕ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣ, ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਰੀਰ ਤੋਂ ਦੂਰ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਰੱਖ ਕੇ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਚੁੱਕਣ ਨਾਲ ਇਹ ਅਕਸਰ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਦਰਦ ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਰਾਤ ਨੂੰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੁੱਲ੍ਹ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸ ਪਾਸੇ ਸੌਣਾ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਸਵੇਰੇ ਉੱਠਦੇ ਸਾਰ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੀ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਜਿਸ ਵੱਲ ਤੁਸੀਂ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰ ਸਕੋ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਬਾਂਹ ਵਾਲਾ ਬਹੁਤ ਕੰਮ ਜਾਂ ਖੇਡ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਕਈ ਹੋਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਡਿੱਗਣ ਜਾਂ ਜ਼ੋਰ ਪੈਣ (strain) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਚਾਨਕ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਉਸੇ ਵੇਲੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਇਸ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਇੱਕ ਮੁੱਖ ਹਿੱਸਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਬਾਹਰ ਚੁੱਕਣ, ਉਸ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਣ, ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਵਿੱਚ ਔਖ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕੱਪੜੇ ਸੁਕਾਉਣ ਲਈ ਟੰਗਣਾ, ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣਾ, ਜਾਂ ਕੇਤਲੀ ਚੁੱਕਣਾ ਵਰਗੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਔਖੇ ਜਾਂ ਦਰਦ ਭਰੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਰੂਪ ਵੱਖੋ-ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਦੀ ਹਰਕਤ ਨਾਲ ਹਲਕੇ ਤੋਂ ਦਰਮਿਆਨਾ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਰਾਤ ਨੂੰ ਦਰਦ ਸਿਰਫ਼ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਹੋਰਨਾਂ ਨੂੰ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ, ਰਾਤ ਦਾ ਦਰਦ, ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਇਕੱਠੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਸਮੱਸਿਆ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ, shoulder blade) ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਕੁਝ ਸੁੱਕ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਅਕੜਿਆ ਹੋਇਆ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚ ਰਗੜ (grinding) ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ 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 (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਰੋ।

## ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਚਾਰ ਟੈਂਡਨਾਂ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਦੀ ਇੱਕ ਚਾਦਰ ਹੈ ਜੋ ਮੋਢੇ ਦੇ ਜੋੜ ਦੁਆਲੇ ਲਿਪਟੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਸਿਰੇ ਨਾਲ ਜੁੜਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਟੈਂਡਨ ਮਿਲ ਕੇ ਉਹਨਾਂ ਰੱਸੀਆਂ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਤੰਬੂ ਨੂੰ ਖੜ੍ਹਾ ਰੱਖਦੀਆਂ

ਹਨ। ਹਰ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਦੇ ਹੋ, ਇਹ ਟੈਂਡਨ ਜੋੜ ਦੀ ਗੱਦ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਉਸ ਦੀ ਕੋਲੀ ਵਿੱਚ ਖਿੱਚ ਕੇ ਰੱਖਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਜੋ ਬਾਂਹ ਡੋਲਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸੁਚੱਜੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਹਿੱਲੇ।

ਸਮੱਸਿਆ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੇ ਉੱਪਰਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਹੱਡੀ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਛੱਜਾ ਅਤੇ ਇੱਕ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligament, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਬੰਧਨ) ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਇੱਕ ਮਹਿਰਾਬ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਸ ਮਹਿਰਾਬ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਇੱਕ ਪਤਲੀ ਥੈਲੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਤਿਲਕ ਸਕਣ। ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਦੀ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਹਰਕਤ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਉਮਰ ਵਧਣ ਨਾਲ, ਟੈਂਡਨ ਇਸ ਮਹਿਰਾਬ ਹੇਠ ਦੱਬ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਰਗੜ ਖਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਰੇਸ਼ੇ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਉੱਧੜ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਕਿਸੇ ਖੁਰਦਰੇ ਕਿਨਾਰੇ ਨਾਲ ਘਿਸਦੀ ਰੱਸੀ। ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਹ ਉੱਧੜਨਾ ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਅਜਿਹਾ ਪਾਟਣ ਜੋ ਪੂਰੀ ਮੋਟਾਈ ਵਿੱਚੋਂ ਆਰ-ਪਾਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਟੈਂਡਨਾਂ ਵਿੱਚ, ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਦੇ ਨੇੜੇ, ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਹਿੱਸਾ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਖੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜਿਸ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਦਾ ਵਹਾਅ ਘੱਟ ਹੋਵੇ ਉਹ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਠੀਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਹ ਪਾਟਣ ਅਕਸਰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਪਾਟਣ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਸੁੱਕ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਵਿੱਚ ਚਰਬੀ ਭਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਪਾਟਣ ਨੂੰ ਜਿੰਨਾ ਲੰਮਾ ਸਮਾਂ ਛੱਡਿਆ ਜਾਵੇ, ਉਸ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਓਨੀ ਹੀ ਔਖੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਇਹ ਸਮੱਸਿਆ ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਾਂਗ ਅੱਗੇ ਵਧਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਮਹਿਰਾਬ ਹੇਠ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਚਿੜ ਜਾਣ (irritation) ਅਤੇ ਰਗੜ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਫਿਰ ਅੰਸ਼ਕ ਅਤੇ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪੂਰੇ ਪਾਟਣ ਤੱਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅੰਤ ਵਿੱਚ ਗੱਦ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਚੜ੍ਹ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਉਸ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਣ ਵਾਲਾ ਕੁਝ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਘਿਸ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਪਾਟਣਾਂ ਨੂੰ ਆਕਾਰ ਮੁਤਾਬਕ ਦਰਜਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਛੋਟੇ (1 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਤੋਂ ਘੱਟ) ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਬਹੁਤ ਵੱਡੇ (5 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਜਾਂ ਦੋ ਟੈਂਡਨਾਂ ਤੱਕ ਫੈਲੇ ਹੋਏ) ਤੱਕ। ਵੱਡੇ ਪਾਟਣ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਪੈਦਾ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਕਈ ਵਾਰ ਇਸ ਦੀ ਬਜਾਏ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦੇ ਕਣ (crystals) ਬਣ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ ਬਹੁਤ ਦੁਖਦਾਈ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ 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 ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ੍ਰੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate, ਸਰਕਾਰੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਵੱਲੋਂ ਵਾਪਸ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ (referral) ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਪਿਛੋਕੜ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਫਿਰ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਉੱਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਬਦਲਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਮੋਢਾ ਕਿਵੇਂ ਵਰਤਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣ ਲਈ ਸਮਾਂ ਦੇਣਾ। ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਦਰਦ ਭੜਕਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ ਤੋਂ ਆਰਾਮ ਲੈਣਾ ਅਤੇ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ ਕੰਮ ਜਾਂ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਕਰਨਾ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਦਾ ਮੁੱਖ ਅਧਾਰ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਮਕਸਦ ਮੋਢੇ ਦੀ ਹਰਕਤ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣਾ, ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਨੂੰ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨਾ, ਅਤੇ ਖੁਦ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਨੂੰ ਤਕੜਾ ਕਰਨਾ ਹੈ। 6 ਤੋਂ 12 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦਾ ਕੋਰਸ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਅਜ਼ਮਾਇਸ਼ ਹੈ। ਪੂਰੀ ਮੋਟਾਈ ਦੇ ਪਾਟਣ ਵਾਲੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਇਹ ਤਰੀਕਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ 60% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸਫਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ 2 ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ 75% ਵਿੱਚ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ ਵੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਗੋਲੀਆਂ (anti-inflammatories, NSAIDs) ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਰਗਰਮ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਉੱਪਰਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਰਟੀਸੋਨ ਦਾ ਟੀਕਾ ਦਰਦ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਸਬੂਤ ਸੀਮਤ ਹਨ, ਅਤੇ ਜੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਸੋਚ-ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। PRP (ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਖੂਨ ਤੋਂ ਤਿਆਰ ਕੀਤੀ ਦਵਾਈ) ਦੇ ਟੀਕਿਆਂ ਨੇ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਲਈ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸਪਸ਼ਟ ਫ਼ਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਇਆ ਹੈ। ਕੈਲਸ਼ੀਫਿਕ ਟੈਂਡੀਨਾਈਟਿਸ (ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਹੋਣਾ) ਲਈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਦੇ

ਅੰਦਰ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦੇ ਕਣ ਬਣ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਿਕਲਪ ਹਨ: ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੇ ਨਾਲ ਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕਾ, ਸ਼ੌਕਵੇਵ ਥੈਰੇਪੀ (shockwave therapy, ਜੋ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਉੱਤੇ ਧੁਨੀ ਤਰੰਗਾਂ ਭੇਜਦੀ ਹੈ), ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ ਸੂਈ ਰਾਹੀਂ ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਧੋ ਕੇ ਕੱਢਣਾ, ਜਾਂ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਧੋ ਕੇ ਸਾਫ਼ ਕਰਨਾ।

ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਪਾਟਣ ਅਚਾਨਕ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਮੋਟਾਈ ਦਾ ਹੋਵੇ। ਆਮ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਮੁਰੰਮਤ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਅੰਦਰ ਪਾਏ ਕੈਮਰੇ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਵਾਪਸ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਪਾਟਣਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਦਾ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਸਫ਼ਾਈ (debridement, ਉੱਥੜੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਛਾਂਟ ਕੇ ਸਾਫ਼ ਕਰਨਾ) ਨਾਲ; ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣਾਂ ਵਿੱਚ, ਜੋ ਪਾਟਣ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਚੌੜਾਈ ਦੇ 50% ਤੋਂ ਵੱਧ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਹੋਣ, ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਛੋਟਿਆਂ ਦੀ ਸਫ਼ਾਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਸਕੈਨ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਕੀ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਮਿਲ ਕੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਕੀ ਸਰਜਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਹੀ ਅਗਲਾ ਕਦਮ ਹੈ।

## ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦਾ ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਆਉਂਦਾ-ਜਾਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਕਸਰ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਫਿਰ ਦੁਬਾਰਾ ਭੜਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਅੱਗੇ ਵਧਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੇ ਪਾਟਣ ਨੂੰ ਜੇ ਇਵੇਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਆਖ਼ਰਕਾਰ ਜੋੜ ਬੁਦ ਘਿਸ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਚੰਗਾ ਸੁਧਾਰ ਦਿਖਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਪੜ੍ਹ ਚੁੱਕੇ ਹੋ ਕਿ ਪੂਰੀ ਮੋਟਾਈ ਦੇ ਪਾਟਣਾਂ ਲਈ ਇਹ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਕਾਰਗਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਰਾਹ ਚੁਣਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਸੁਧਾਰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲੇ ਸਾਲ ਦੌਰਾਨ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਫਿਰ ਇੱਕੋ ਪੱਧਰ ਉੱਤੇ ਟਿਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਇਹ ਬਦਲਾਅ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਹ ਘੱਟ ਦਰਦ ਨਾਲ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣਾ ਜਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਉਸ ਪਾਸੇ ਸੌਣਾ। ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਣਾ ਇਹ ਭਰੋਸਾ ਕਿ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ, ਇਸ ਗੱਲ ਦੇ ਵੱਧ ਮਜ਼ਬੂਤ ਸੰਕੇਤਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਸੱਚਮੁੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਦਰਦ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਲੱਛਣ ਹਨ, ਇਹ ਸਾਨੂੰ ਨਹੀਂ ਦੱਸਦੇ ਕਿ ਪਾਟਣ ਕਿੰਨਾ ਗੰਭੀਰ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਦੁਖਦੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹਮੇਸ਼ਾ ਵੱਡਾ ਪਾਟਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਅਤੇ ਸ਼ਾਂਤ ਮੋਢੇ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹਮੇਸ਼ਾ ਛੋਟਾ ਪਾਟਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।

ਪਾਟਣ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਵੀ ਵਧ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਲੱਛਣ ਪੈਦਾ ਕਰ ਰਹੇ ਪਾਟਣਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 53% ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵੱਡੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜਿਹਨਾਂ ਉੱਤੇ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 18 ਮਹੀਨੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੀ ਗਈ ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 48% ਵਧ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। 60 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਧਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਇਹ 54% ਪਾਟਣਾਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਦਕਿ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ 17% ਵਿੱਚ। ਬਿਲਕੁਲ ਦਰਦ ਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਪਾਟਣ ਵੀ ਲਗਭਗ ਅੱਧੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਧ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਭਗ 2.8 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ। ਵਧਣ ਵਾਲੇ ਪਾਟਣ ਦੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨੀ ਔਖੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਇੱਕ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਸਿਰਫ਼ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਨਿਗਰਾਨੀ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇ ਸਰਜਰੀ ਸਹੀ ਰਾਹ ਹੈ, ਤਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਲਗਾਤਾਰ ਸੁਧਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਹੋਰ ਸੁਧਾਰ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤਾ ਟੈਂਡਨ ਆਪਣਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਜੁੜਨਾ ਉਹਨਾਂ ਪਹਿਲੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਉਹ ਸਮਾਂ ਹੈ ਜਦੋਂ ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਲਗਭਗ 20% ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਨਾਕਾਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਮੁੜ ਪਾਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪਾਟਣਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਵੱਡੀ ਉਮਰ, ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ, ਸ਼ੂਗਰ (ਡਾਇਬਟੀਜ਼), ਓਸਟੀਓਪੋਰੋਸਿਸ (ਪਤਲੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ), ਉੱਚੇ ਕੋਲੈਸਟਰੋਲ, ਜਾਂ ਵੱਡੇ ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਪਿੱਛੇ ਖਿੱਚੇ ਗਏ (retracted) ਪਾਟਣ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਬਹੁਤ ਵੱਡੇ, ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੇ ਪਾਟਣਾਂ ਲਈ, ਜਿਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੋਵੇ, ਇਲਾਜ ਦਾ ਮੁੱਖ ਮਕਸਦ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਨਤੀਜੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੋਟੇ ਪਾਟਣਾਂ ਜਿੰਨੇ ਚੰਗੇ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।

## ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਮੋਢੇ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦਰਦ ਇੱਕ ਮਕੈਨੀਕਲ (ਬਣਤਰ ਅਤੇ ਹਰਕਤ ਨਾਲ ਜੁੜੀ) ਸਮੱਸਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਚੇਤਾਵਨੀ ਦੇ ਸੰਕੇਤ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹਨ ਕਿ ਦਰਦ ਕਿਵੇਂ ਵਿਹਾਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਅਜੇ ਵੀ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ 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 ਨੂੰ ਮਿਲੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅਸਲ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦੇਖਦੇ ਹੋ, ਜਿਵੇਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਬਾਹਰ ਨਾ ਚੁੱਕ ਸਕਣਾ ਜਾਂ ਉੱਪਰ ਟਿਕਾਈ ਨਾ ਰੱਖ ਸਕਣਾ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਡਿੱਗਣ ਜਾਂ ਜ਼ੋਰ ਪੈਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤਾਂ ਹੋਰ ਜਲਦੀ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ। 65 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਰਾਤ ਦਾ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਇਕੱਠੇ ਹੋਣਾ ਕਢ ਵਿੱਚ ਪਾਟਣ ਵੱਲ ਇੱਕ ਮਜ਼ਬੂਤ ਇਸ਼ਾਰਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਦੋਵੇਂ ਗੱਲਾਂ ਇਕੱਠੀਆਂ ਦੱਸੋ। ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਰਦ, ਜਾਂ ਉਹ ਦਰਦ ਜੋ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸੱਟ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ, ਉਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣਾ ਵੀ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ। ਜੇ ਪਾਟਣ ਦਾ ਸ਼ੱਕ ਹੋਵੇ ਪਰ ਤਸਵੀਰ ਸਾਫ਼ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਜੀਪੀ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਹੀ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਾਢੇ ਟੈਸਟ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਉੱਪਰਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਟੀਕਾ, ਵਰਤ ਕੇ ਪਤਾ ਲਗਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿ ਟੈਂਡਨ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਾਟਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ।

## ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਰੋਟੇਟਰ ਕਢ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇੱਕ ਮਹਾਂਮਾਰੀ-ਵਿਗਿਆਨਕ (epidemiological) ਤੱਥ ਕਰਕੇ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ, ਜੋ ਹਰ ਸਕੈਨ ਰਿਪੋਰਟ ਨੂੰ ਨਵੇਂ ਨਜ਼ਰੀਏ ਨਾਲ ਦੇਖਣ ਲਈ ਮਜ਼ਬੂਰ ਕਰਦਾ ਹੈ: ਕਢ ਦੇ ਪਾਟਣ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇੰਨੇ ਆਮ ਹਨ ਕਿ ਇੱਕ ਪਾਟਣ ਲੱਭ ਜਾਣ ਨਾਲ ਇਹ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਉਸੇ ਕਰਕੇ ਹੈ।

### ਉਮਰ ਨਾਲ ਪਾਟਿਆ ਕਢ ਇੱਕ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ

**6,112** ਮੋਢਿਆਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਨ 'ਤੇ, **ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ** ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਰੋਟੇਟਰ ਕਢ ਦੀਆਂ ਖ਼ਰਾਬੀਆਂ ਇੰਨੀਆਂ ਆਮ ਮਿਲੀਆਂ ਕਿ **ਰੋਟੇਟਰ ਕਢ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਨੂੰ ਇਨਸਾਨ ਦੇ ਆਮ ਬੁਢਾਪੇ ਦਾ ਇੱਕ ਆਮ ਹਿੱਸਾ ਮੰਨਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ**, ਅਤੇ ਇੰਨੀਆਂ ਆਮ ਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਇਹ **ਤੈਅ ਕਰਨਾ ਔਖਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੋਈ ਖ਼ਰਾਬੀ ਕਦੋਂ ਨਵੀਂ ਹੈ, ਜਾਂ ਕੀ ਉਹ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ** [1]।

ਕਿਸੇ ਸਿਸਟਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਵੱਲੋਂ ਇਹ ਅਸਾਧਾਰਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿੱਧੀ ਗੱਲ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਸਕੈਨ ਰਿਪੋਰਟ ਪੜ੍ਹਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ MRI ਉੱਤੇ ਮਿਲਿਆ ਪਾਟਣ ਆਪਣੇ ਆਪ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਉਹ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਚੁੱਪਚਾਪ ਉੱਥੇ ਹੋਵੇ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਅਜਿਹੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਮੋਢੇ ਦੀ ਕੋਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

ਇਲਾਜ ਲਈ ਇਸ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਤਸ਼ਖ਼ੀਸ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਟਿਕੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਪਿਛੋਕੜ ਸਕੈਨ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦੇ ਹਨ, ਨਾ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਸਕੈਨ ਉੱਤੇ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਕੈਨ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨਾ ਇੱਕ ਜਾਣਿਆ-ਪਛਾਣਿਆ ਜਾਲ ਹੈ।

### ਸਰਜਰੀ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਫ਼ਾਇਦੇ ਦਾ ਆਕਾਰ ਹੀ ਅਸਲ ਗੱਲ ਹੈ

ਘਿਸਾਈ ਕਾਰਨ ਹੋਏ ਪੂਰੀ ਮੋਟਾਈ ਦੇ ਪਾਟਣਾਂ ਲਈ, ਸਰਜਰੀ ਸੱਚਮੁੱਚ ਬਦਲਵੇਂ ਇਲਾਜਾਂ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। **677** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ **ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਮੁਰੰਮਤ ਨੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ (subacromial decompression, ਮੋਢੇ ਦੀ ਛੱਤ ਹੇਠ ਥਾਂ ਖੋਲ੍ਹਣ ਵਾਲਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ) ਦੇਵਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਦਿੱਤੇ**, ਅਤੇ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਨਾਲ ਹੀ ਕਿਹਾ ਕਿ **ਸਰਜਰੀ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਵਿਚਕਾਰ ਫ਼ਰਕ ਦਾ ਆਕਾਰ** ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਯੋਗ ਹੈ [2]। **269** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਤੁਲਨਾ ਨੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਉੱਤੇ ਕਾਂਸਟੈਂਟ ਸਕੋਰ (Constant score, ਮੋਢੇ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦਾ ਮਾਪ) ਅਤੇ ਦਰਦ ਦੇ ਸਕੋਰ ਦੇਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਅੰਕੜਿਆਂ ਪੱਖੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਫ਼ਰਕ ਪਾਏ [3]।

ਇਸ ਲਈ ਮੁਰੰਮਤ ਬਿਹਤਰ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਵੱਡੇ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਲੇਖਕ ਸਿਰਫ਼ ਦਿਸ਼ਾ ਦੀ ਬਜਾਏ ਅਸਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਵੱਲ ਧਿਆਨ ਦਿਵਾਉਣ ਵਿੱਚ ਸਾਵਧਾਨ ਹਨ। ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਅੰਕੜਿਆਂ ਪੱਖੋਂ ਅਸਲੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਫਿਰ ਵੀ ਇੰਨਾ ਛੋਟਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਮਹਿਸੂਸ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਹ ਚੋਣ ਸਪਸ਼ਟ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਅਸਲ ਚੋਣ ਬਣੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਜਿਸ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਥੋੜ੍ਹੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੇ ਪਾਟਣ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਹੋ ਸਕਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘੱਟ ਹੈ।

### ਕਸਰਤ ਇੱਕੋ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸਮ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ

ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿਰਫ਼ “ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ” ਕਹਿ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਇੱਕ ਅਸਲ ਖੋਜ ਲੁਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। 947 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸੱਤ ਕਿਸਮਾਂ ਦੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਮੋਢੇ ਦੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦੀ ਖ਼ਰਾਬੀ ਦੋਵਾਂ ਲਈ **ਕੰਸੈਂਟ੍ਰਿਕ (concentric, ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਨੂੰ ਸੁੰਗੜਦੇ ਹੋਏ ਜ਼ੋਰ ਲਾਉਣ ਵਾਲੀ)** ਤਾਕਤ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੀ ਕਸਰਤ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਰਹੀ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਕੰਸੈਂਟ੍ਰਿਕ ਕਸਰਤ ਢੁਕਵੀਂ ਨਾ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ **ਐਕਸੈਂਟ੍ਰਿਕ (eccentric, ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਨੂੰ ਲੰਬਾ ਹੁੰਦੇ ਹੋਏ ਜ਼ੋਰ ਲਾਉਣ ਵਾਲੀ)** ਤਾਕਤ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੀ ਕਸਰਤ ਅਤੇ ਮੋਟਰ ਕੰਟਰੋਲ (motor control, ਹਰਕਤ ਉੱਤੇ ਕਾਬੂ ਸਿਖਾਉਣ ਵਾਲੀ) ਕਸਰਤ ਬਦਲ ਹਨ [4]।

ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨਾਲ “ਮੈਂ ਫਿਜ਼ੀਓ ਕਰਕੇ ਦੇਖਿਆ ਅਤੇ ਕੋਈ ਫ਼ਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ” ਇੱਕ ਨਤੀਜੇ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇੱਕ ਸਵਾਲ ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ, ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਲਈ, ਅਤੇ ਕੀ ਉਹ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਾਈ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਤਾਕਤ ਦੀ ਕਸਰਤ ਸੀ ਜਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਖਿਚਾਈ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਪਰਚਾ।

### ਉਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜੋ ਨਾਲ ਜੋੜ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿਸ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ

ਐਕਰੋਮੀਓਪਲਾਸਟੀ (acromioplasty), ਯਾਨੀ ਐਕਰੋਮੀਅਨ (ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ) ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਛਿੱਲ ਕੇ ਘਟਾਉਣਾ, ਅਕਸਰ ਕਢ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਨਾਲ ਇਸ ਤਰਕ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਮੁਰੰਮਤ ਉੱਤੇ ਰਗੜ ਅਤੇ ਦਬਾਅ (impingement) ਦਾ ਇੱਕ ਕਾਰਨ ਹਟਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਸਬੂਤ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ। 373 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਉੱਤੇ ਐਕਰੋਮੀਓਪਲਾਸਟੀ ਦੇ ਨਾਲ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਰੋਟੇਟਰ ਕਢ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦੱਸੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅੰਕੜਿਆਂ ਪੱਖੋਂ ਕੋਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਸੀ [5]।

ਜੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਣਾ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਗੱਲ ਹੈ।

### ਹਵਾਲੇ

- [1] Teunis T, Lubberts B, Reilly BT, Ring D. A systematic review and pooled analysis of the prevalence of rotator cuff disease with increasing age. J Shoulder Elbow Surg. 2014;23(12):1913-21. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2014.08.001>
- [2] Schemitsch C, Chahal J, Vicente M, Nowak L, Flurin P, Lambers Heerspink F, et al. Surgical repair versus conservative treatment and subacromial decompression for the treatment of rotator cuff tears: a meta-analysis of randomized trials. Bone Joint J. 2019;101-B(9):1100-6. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.101B9.BJJ-2018-1591.R1>
- [3] Piper CC, Hughes AJ, Ma Y, Wang H, Neviaser AS. Operative versus nonoperative treatment for the management of full-thickness rotator cuff tears: a systematic review and meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg. 2018;27(3):572-6. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2017.09.032>
- [4] Zhang W, Du M, Xia L, Hao F, Tian M. Effects of seven types of exercise in the treatment of rotator cuff-related shoulder pain: a network meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2025;20(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-025-06514-4>
- [5] Chahal J, Mall N, MacDonald PB, Van Thiel G, Cole BJ, Romeo AA, et al. The role of subacromial decompression in patients undergoing arthroscopic repair of full-thickness tears of the rotator cuff: a systematic review and meta-analysis. Arthroscopy. 2012;28(5):720-7. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2011.11.022>