CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

ਸਕੈਪੂਲਰ ਡਿਸਕਾਇਨੀਸਿਸ (Scapular Dyskinesis)

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

ਸਕੈਪੂਲਰ ਡਿਸਕਾਇਨੀਸਿਸ (scapular dyskinesis) ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਦੇ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ, shoulder blade) ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਟਿਕਦਾ ਜਾਂ ਹਿੱਲਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਮੋਢੇ ਦੀ ਕਿਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦਾ ਅੰਦਰਲਾ ਕਿਨਾਰਾ ਬਾਹਰ ਨੂੰ ਉੱਭਰਦਾ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਦੇ ਹੋ। ਸਕੈਪੂਲਾ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਖਿਸਕਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਬਹੁਤ ਛੇਤੀ ਉੱਠ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਨ ਵੱਲ ਉੱਪਰ ਨੂੰ ਝਟਕਾ ਖਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਅਤੇ ਖ਼ੁਦ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਗਰਦਨ ਦੇ ਪਾਸੇ ਵੀ ਦੁਖਣ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਸ (trapezius) ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣ ਨਾਲ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉੱਚੀ ਸ਼ੈਲਫ਼ ਤੱਕ ਹੱਥ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ, ਕੱਪੜੇ ਸੁਕਾਉਣ ਲਈ ਟੰਗਣਾ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਚੀਜ਼ ਨੂੰ ਚੁੱਕ ਕੇ ਰੈਕ ਉੱਤੇ ਰੱਖਣਾ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਉਸ ਪਾਸੇ ਸੌਣ ਨਾਲ ਅਕਸਰ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਦੁਖਣ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਾਗਣ ਵੇਲੇ ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਆਕੜਿਆ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹਿੱਲਣ-ਜੁੱਲਣ ਨਾਲ ਖੁੱਲ੍ਹ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਅਕਸਰ ਮੋਢੇ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਤਕਲੀਫ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਦਿਸਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਇੰਪਿੰਜਮੈਂਟ (impingement, ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦਾ ਦੱਬ ਜਾਣਾ), ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ (rotator cuff) ਦਾ ਪਾਟਣਾ, ਮੋਢੇ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ, ਜਾਂ ਹੰਸਲੀ (clavicle) ਦਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ)। ਇਹ ਅਕਸਰ ਸਪਸ਼ਟ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਦਰਦ ਪ੍ਰਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਦਾ ਜਵਾਬ ਹੈ। ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਆਮ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਕੋਈ ਦਰਦ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਸੁੱਟਣ ਜਾਂ ਚੁੱਕਣ ਵਾਲੇ ਖਿਡਾਰੀ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਗਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਮਾਹਿਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇ ਦਰਦ ਸੁੰਨਪਨ, ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਫੈਲਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਤਾਂ ਜੋ ਗਰਦਨ ਅਤੇ ਨਸਾਂ (nerves) ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਸਕੈਪੂਲਾ ਕਿਸੇ ਜੋੜ ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਪਸਲੀਆਂ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਇਹ ਤਿਲਕਣੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਪਤਲੀ ਪਰਤ ਉੱਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਛਾਤੀ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਕੰਧ ਉੱਤੇ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ, ਕੁਝ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਿਵੇਂ ਦਰਾਜ਼ ਆਪਣੀਆਂ ਪਟੜੀਆਂ ਉੱਤੇ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਹੀ ਥਾਂ ਸਿਰ ਰੱਖਦੀਆਂ ਅਤੇ ਹਿਲਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਗਰਦਨ ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਸ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਪਸਲੀਆਂ ਦੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਸੈਰੇਟਸ ਐਂਟੀਰੀਅਰ (serratus anterior) ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਉੱਪਰ ਉੱਠਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਹਿਲਜੁਲ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਗੋਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਉਸੇ ਸਮੇਂ ਸਕੈਪੂਲਾ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁੰਮਣਾ ਅਤੇ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਝੁਕਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸਥਿਰ ਮੰਚ ਵਾਂਗ ਸਮਝੋ ਜੋ ਬਾਂਹ ਉੱਠਣ ਨਾਲ ਰਾਹ ਤੋਂ ਪਾਸੇ ਘੁੰਮ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਹਿਲਜੁਲ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਹੇਠਾਂ ਵਾਲੇ ਟੈਂਡਨਾਂ (tendons, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦਾਂ) ਨੂੰ ਦੱਬੇ ਬਿਨਾਂ ਖਿਸਕਣ ਲਈ ਥਾਂ ਮਿਲੇ। ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਦਾ ਲਗਭਗ ਦੋ-ਤਿਹਾਈ ਹਿੱਸਾ ਖ਼ੁਦ ਮੋਢੇ ਦੇ ਜੋੜ ਤੋਂ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਲਗਭਗ ਇੱਕ-ਤਿਹਾਈ ਸਕੈਪੂਲਾ ਤੋਂ।

ਜਦੋਂ ਇਹ ਤਾਲਮੇਲ ਟੁੱਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਕੈਪੂਲਾ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅੱਗੇ ਨੂੰ ਟਿਕ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁੰਮਣ ਵਿੱਚ ਨਾਕਾਮ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਖਿਸਕਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਉੱਪਰ ਨੂੰ ਝਟਕਾ ਖਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਫਿਰ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਦੀ ਛੱਤ ਕਾਫ਼ੀ ਉੱਪਰ ਨਹੀਂ ਉੱਠਦੀ, ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਹੇਠਾਂ ਵਾਲੇ ਟੈਂਡਨ ਦੱਬ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹੀ ਦਬਾਅ ਉਹ ਦਰਦ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਅਤੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ।

ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਇੱਕ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੈ। ਇਹ ਅਕਸਰ ਮੋਢੇ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਨਾਲ ਦਿਸਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਦੱਬੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ, ਪਾਟੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ, ਢਿੱਲਾ ਮੋਢਾ, ਜਾਂ ਟੁੱਟੀ ਹੋਈ ਹੰਸਲੀ। ਕਈ ਵਾਰ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤਕਲੀਫ਼ਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਕਈ ਵਾਰ ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਦੁਖਦੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਦਾ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਿਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਦੁਖਦੇ ਗਿੱਟੇ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਲੰਗੜਾ ਕੇ ਤੁਰਦੇ ਹੋ। ਪਹਿਲਾਂ ਕੀ ਹੋਇਆ, ਇਹ ਅਕਸਰ ਸਪਸ਼ਟ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਆਮ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਕੋਈ ਦਰਦ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਇਸ ਲਈ ਸਿਰਫ਼ ਅਜੀਬ ਦਿਸਣ ਵਾਲੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਿਆ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਰਾ, ਜੋ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਂਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਇਸ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਮੁੱਖ ਇਲਾਜ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੈਅ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਕਾਬੂ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਉੱਤੇ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਛਾਤੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀਆਂ ਕੱਸੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਖਿੱਚਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਦੀ ਬਣਤਰ ਅਤੇ ਬੈਠਣ-ਖੜ੍ਹਨ ਦੇ ਢੰਗ (posture) ਨੂੰ ਦੇਖਦਾ ਹੈ। ਮਕਸਦ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀ ਆਮ ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਵਰਤੋ ਤਾਂ ਇਹ ਸਥਿਰ ਰਹੇ। ਕਸਰਤ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਹਰ ਕਿਸੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਵੱਖਰੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਤੁਹਾਡਾ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂਚ ਵਿੱਚ ਜੋ ਮਿਲਦਾ ਹੈ ਉਸ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਟੀਚੇ ਅਤੇ ਕਸਰਤਾਂ ਤਿਆਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ, ਅਸੀਂ ਮੋਢੇ ਦੀ ਉਸ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜੋ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਆਈ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਦੱਬੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ ਜਾਂ ਪਾਟਿਆ ਹੋਇਆ ਟੈਂਡਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate, ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਵਾਪਸੀ ਰਕਮ) ਦੇ ਹੱਕਦਾਰ ਬਣਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫ਼ਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ।

ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨਾ ਮੋਢੇ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਮੂਲ ਸਮੱਸਿਆ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਖ਼ੁਦ ਸਕੈਪੂਲਾ। ਜੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਬਣੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਦੁਬਾਰਾ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਜਾਂਚ ਲਈ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਜਾਂ MRI, ਨਸਾਂ ਦੇ ਟੈਸਟ, ਜਾਂ ਗਰਦਨ ਦੀ ਜਾਂਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਇਸ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ ਕੋਈ ਇੱਕ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਮੋਢੇ ਦੀ ਕਿਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਿੰਨੀ ਦੇਰ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਆਈ ਮੋਢੇ ਦੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕ ਦੇਖਦੇ ਹਨ ਕਿ ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਘਟਦਾ ਹੈ, ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀ ਅਜੀਬ ਹਿਲਜੁਲ ਵੀ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਹੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਬਣੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਆਉਂਦੀ-ਜਾਂਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਦਰਦ ਘਟ ਚੁੱਕਾ ਹੋਵੇ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਆਮ ਤਸਵੀਰ ਅਚਾਨਕ ਹੱਲ ਦੀ ਬਜਾਏ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਲਗਾਤਾਰ ਸੁਧਾਰ ਦੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦਰਦ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਉੱਤੇ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਪਹਿਲਾਂ ਇਹੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਖ਼ੁਦ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਨਾਲੋਂ ਹੌਲੀ ਬਦਲਦੀ ਹੈ। ਮੋਢੇ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ,

ਸਕੈਪੁਲਾ ਅਕਸਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਗ਼ਲਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਹਿੱਲਦਾ ਹੈ। ਮੋਢਾ ਠੀਕ ਹੋਣ ਨਾਲ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਸੁਧਰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੱਕ ਵੀ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਆਮ ਵਾਂਗ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਰੀਹੈਬਲੀਟੇਸ਼ਨ (ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ ਕਸਰਤਾਂ) ਵੀ ਅਕਸਰ ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਸਕੈਪੁਲਾ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਗ਼ਲਤ ਹੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਘੱਟ ਠੀਕ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਕਹੀਏ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸਬੂਤ ਮਿਲੇ-ਜੁਲੇ ਹਨ। ਕਸਰਤ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਘੱਟ ਸਪਸ਼ਟ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਖ਼ੁਦ ਸਕੈਪੁਲਾ ਦੇ ਹਿੱਲਣ ਦੇ ਢੰਗ ਨੂੰ ਬਦਲਦੀ ਹੈ। ਗ਼ਲਤ ਹਿਲਜੁਲ ਦੇ ਕੁਝ ਢੰਗ ਮੂਲ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸੁਧਰ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਹੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਢੰਗ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸਪਸ਼ਟ ਨੁਕਸਾਨ ਦੇ ਬਣਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਆਮ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ, ਇਸ ਲਈ ਸਿਰਫ਼ ਅਜੀਬ ਦਿਸਣ ਵਾਲੇ ਸਕੈਪੁਲਾ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਇਸ ਨੂੰ ਇਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਛੱਡ ਦੇਣ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਕੋਈ ਖ਼ਤਰਾ ਨਹੀਂ ਬਣਦਾ, ਪਰ ਇਸ ਨਾਲ ਦੁਖਣ ਵੀ ਖ਼ਤਮ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਗਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਮਾਹਿਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇ ਦਰਦ ਸੁੰਨਪਨ, ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਫੈਲਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਤਾਂ ਜੋ ਗਰਦਨ ਅਤੇ ਨਸਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਸਕੈਪੁਲਾ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਾਲੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ। ਪਰ ਕੁਝ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਉਡੀਕ ਕਰਦੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਸਮਾਂ ਆ ਗਿਆ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਗਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੁਲਾ ਦਾ ਅੰਦਰਲਾ ਕਿਨਾਰਾ ਬਾਹਰ ਨੂੰ ਉੱਭਰਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਉੱਪਰ ਨੂੰ ਝਟਕਾ ਖਾਣਾ ਜਾਂ ਸੁੰਗੜਨਾ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਘਟਦਾ, ਤਾਂ ਕਿਸੇ ਮਾਹਿਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ।

ਸੁੰਨਪਨ, ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਫੈਲਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਸਕੈਪੁਲਾ ਦੀ ਬਜਾਏ ਗਰਦਨ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਨਸ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਤਾਂ ਜੋ ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ।

ਜੇ ਛਾਤੀ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਨੂੰ ਉੱਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਸਕੈਪੁਲਾ ਅਚਾਨਕ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਦਰਦ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਛੇਤੀ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਸਕੈਪੁਲਰ ਡਿਸਕਾਇਨੀਸਿਸ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਗ਼ਲਤ ਸਮਝਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਇਹ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਆਮ ਹੈ, ਇਹ ਘੱਟ ਹੀ ਇਕੱਲੀ ਮੋਢੇ ਦੀ ਕਿਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਹ ਖ਼ੁਦ ਮੋਢੇ ਨਾਲੋਂ ਹੌਲੀ ਸੁਧਰਦੀ ਹੈ।

ਇੱਕ ਨਿਸ਼ਾਨੀ, ਤਸ਼ਖ਼ੀਸ ਨਹੀਂ

ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ “scapular summit” ਸਹਿਮਤੀ ਬਿਆਨ ਸਕੈਪੁਲਰ ਡਿਸਕਾਇਨੀਸਿਸ ਨੂੰ ਸਕੈਪੁਲਾ ਦੀ ਆਰਾਮ ਵਾਲੀ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਵਜੋਂ ਬਿਆਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਮੋਢੇ ਦੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਦੇ ਵੱਡੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਇਸ ਨਤੀਜੇ ਉੱਤੇ ਵੀ ਪਹੁੰਚਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੋਢੇ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਵਧਾਉਣ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੀ ਸਹੀ ਭੂਮਿਕਾ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਤੈਅ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਤਸ਼ਖ਼ੀਸ ਦੀ ਬਜਾਏ ਮੋਢੇ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸੰਭਾਵੀ ਕਮੀ ਵਜੋਂ ਦੇਖਣਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਹੈ [1]। ਇੱਕ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਇਸ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ ਦੀ ਬਜਾਏ ਦੁਖਦੇ ਮੋਢੇ ਪ੍ਰਤੀ ਇੱਕ ਆਮ (ਗ਼ੈਰ-ਵਿਸ਼ੇਸ਼) ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਕਿਹਾ [2]।

ਇਹ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਵੀ ਆਮ ਹੈ। **1,401** ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਉੱਤੇ ਕੀਤੇ **12** ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਵਾਲੇ **61%** ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਹੋਰਾਂ ਦੇ **33%** ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ [3]। ਕੀ ਇਹ ਸੱਟ ਦੀ ਪੇਸ਼ੀਨਗੋਈ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਉੱਤੇ ਸ਼ੱਕ ਹੈ: ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਰੱਖੇ **923** ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਦੇ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਵਿੱਚ, ਇਹ **46%** ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਸੀ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਮੋਢੇ ਦੀ ਸੱਟ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਅਰਥਪੂਰਨ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਨਹੀਂ ਵਧਾਇਆ (ਰਿਸਕ ਰੇਸ਼ੋ **1.07**, 95% CI **0.85 ਤੋਂ 1.34**) [4]।

ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਿਵੇਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦੀਆਂ ਸੀਮਾਵਾਂ

ਆਮ ਕਲੀਨਿਕੀ ਟੈਸਟ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਵਿਅਕਤੀ ਆਪਣੀਆਂ ਬਾਹਾਂ ਨੂੰ ਕਈ ਵਾਰ ਚੁੱਕਦਾ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਹਲਕੇ ਭਾਰ ਫੜ ਕੇ, ਅਤੇ ਪਿੱਛੋਂ ਸਕੈਪੂਲਾ ਨੂੰ ਦੇਖ ਕੇ ਹਿਲਜੁਲ ਨੂੰ ਆਮ ਜਾਂ ਗ਼ਲਤ ਦਰਜਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ [5]। ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਸਹਿਮਤੀ ਦਰਮਿਆਨੀ ਤੋਂ ਚੰਗੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਇੰਪਿੰਜਮੈਂਟ ਵਾਲੇ **40** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਦੋ ਜਾਂਚਕਰਤਾਵਾਂ ਵਿਚਕਾਰ kappa **0.59** ਸੀ (86% ਸਹਿਮਤੀ)। ਉਸੇ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ, ਡਿਸਕਾਇਨੀਸਿਸ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਡਿਸਕਾਇਨੀਸਿਸ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਕੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਉੱਤੇ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਸੀ [6]। ਇਸੇ ਲਈ ਸਰਜਨ ਪਾਜ਼ੇਟਿਵ ਟੈਸਟ ਨੂੰ ਤਸ਼ਖ਼ੀਸ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਜਾਂਚ ਦਾ ਇੱਕ ਹਿੱਸਾ ਮੰਨਦੇ ਹਨ।

ਨਸ ਦੀ ਸੱਟ ਕਾਰਨ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦਾ ਖੰਭ ਵਾਂਗ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਣਾ (winging) ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ। ਨਸਾਂ ਦੇ ਟੈਸਟ ਨਾਲ ਸਾਬਤ ਹੋਈ ਸੈਰੇਟਸ ਐਂਟੀਰੀਅਰ ਦੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਕਾਰਨ winging ਵਾਲੇ **96** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ, **88%** ਵਿੱਚ ਲੌਂਗ ਥੋਰੈਸਿਕ ਨਸ (long thoracic nerve) ਵਿੱਚ ਨੁਕਸ ਸੀ, ਜੋ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨਿਊਰੈਲਜਿਕ ਐਮਾਇਓਟ੍ਰੋਫ਼ੀ (neuralgic amyotrophy, ਨਸਾਂ ਦੀ ਸੋਜਸ਼ ਨਾਲ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਦਰਦ ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ) (**47**) ਜਾਂ ਸੱਟ (**33**) ਕਾਰਨ ਸੀ। ਨਿਊਰੈਲਜਿਕ ਐਮਾਇਓਟ੍ਰੋਫ਼ੀ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ, **22** ਤਿੰਨ ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋ ਗਏ, ਪਰ ਜਦੋਂ winging ਤਿੰਨ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਚੱਲ ਚੁੱਕੀ ਸੀ ਤਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ [7]।

ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦਾ ਪਾਟਣਾ: ਕਾਰਨ ਜਾਂ ਨਤੀਜਾ?

16 ਅਧਿਐਨਾਂ (**335** ਪਾਟਣ) ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਕਫ਼ ਦੇ ਪਾਟਣ ਬਾਰੇ ਹਰ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਸਕੈਪੂਲਾ ਗ਼ਲਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਹਿੱਲਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਕਿਸੇ ਇੱਕਸਾਰ ਢੰਗ ਨਾਲ ਨਹੀਂ। ਵੱਡੇ ਪਾਟਣਾਂ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਤਬਦੀਲੀ ਦਿਸੀ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਪਾਟਣਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ; ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਪਾਟਣ ਸਿਹਤਮੰਦ ਮੋਢਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਖਰੇ ਨਹੀਂ ਸਨ। ਸਮੀਖਿਆ ਇਹ ਨਹੀਂ ਦੱਸ ਸਕੀ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਸਰੀਰ ਦਾ ਢਲਣਾ ਹਨ ਅਤੇ ਕਿਹੜੀਆਂ ਨੁਕਸਾਨਦੇਹ ਹਨ [8]। ਇੱਕ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਪਾਟਣਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦਾ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁੰਮਣਾ ਘੱਟ, ਅਤੇ ਲੇਵੇਟਰ ਸਕੈਪੂਲੀ (levator scapulae) ਦਾ ਕੰਮ ਵੱਧ ਮਿਲਿਆ, ਅਤੇ ਉੱਪਰਲੀ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਸ ਸਿਹਤਮੰਦ ਮੋਢਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਸਰਗਰਮ ਸੀ [9]। ਵੱਡੇ ਪਾਟਣਾਂ ਵਿੱਚ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਆ ਗਈ ਸੀ, PET ਸਕੈਨਾਂ ਨੇ ਲੇਵੇਟਰ ਸਕੈਪੂਲੀ ਅਤੇ ਰੌਮਬੌਇਡ (rhomboid) ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਵੱਧ ਮਿਹਨਤ ਕਰਦੇ ਦਿਖਾਇਆ, ਜੋ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਕਫ਼ ਦੀ ਕਮੀ ਪੂਰੀ ਕਰ ਰਹੀਆਂ ਹਨ [10]।

ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ

ਅਧਿਐਨ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਅਸਹਿਮਤੀ ਹੀ ਮੁੱਖ ਸੁਨੇਹਾ ਹੈ।

- **ਇਹ ਅਕਸਰ ਸੁਧਰ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।** ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਤੇ ਬਾਅਦ CT ਨਾਲ ਜਾਂਚੇ ਗਏ **35** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ, **23 (66%)** ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਡਿਸਕਾਇਨੀਸਿਸ ਸੀ। 23 ਵਿੱਚੋਂ **12** ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸੁਧਰ ਗਏ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਉਹ ਕਿਸਮ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਝੁਕਾਅ ਘੱਟ ਸੀ। ਸੁਧਾਰ ਦੇ ਨਾਲ ਬਾਂਹ ਦਾ ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣਾ ਅਤੇ Constant ਸਕੋਰ ਬਿਹਤਰ ਸਨ, ਅਤੇ ਸੁਧਰੇ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਮੁਰੰਮਤ ਜੁੜਨ ਵਿੱਚ ਨਾਕਾਮ ਨਹੀਂ ਹੋਈ [11]।
- **ਇਹ ਆਮ ਵਾਂਗ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।** ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੱਕ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਮੈਗਨੈਟਿਕ ਸੈਂਸਰਾਂ ਨਾਲ ਦੇਖੇ ਗਏ **26** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਦੂਜੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਢੰਗ ਵੱਲ ਵਧੀ, ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਚੁੱਕਣ (abduction) ਵਿੱਚ **20°** ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ [12]।
- **ਇਹ ਬਣੀ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ। 12 ਮਹੀਨਿਆਂ** ਜਾਂ ਵੱਧ ਉੱਤੇ ਪਹਿਨਣ ਵਾਲੇ ਸੈਂਸਰਾਂ ਨਾਲ ਮਾਪੇ ਗਏ **21** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ Constant ਸਕੋਰ ਸੁਧਰੇ, ਪਰ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀ ਲੈਅ ਵਿੱਚ ਅਰਥਪੂਰਨ ਤਬਦੀਲੀ ਨਹੀਂ ਆਈ [13]। ਇੱਕ ਹੋਰ ਛੋਟੇ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ, ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਰੀਹੈਬਲੀਟੇਸ਼ਨ ਨੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀ ਆਮ ਹਿਲਜੁਲ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਲਿਆਂਦੀ [14]।

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

- **ਇਸ ਦਾ ਨਤੀਜੇ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ।** ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੀ ਰੀਹੈਬਲੀਟੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਦੇਖੇ ਗਏ **48** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਸਕੈਪੂਲਾ ਵੱਲੋਂ ਮੋਢੇ ਦੀ ਥਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨਾ (substitution) ਘਟਿਆ ਪਰ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਹੀ ਰਿਹਾ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ substitution ਦੇਖੀ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਹਰ ਸਮੇਂ ਉੱਤੇ ਸਕੋਰ ਮਾੜੇ, ਹਿਲਜੁਲ ਘੱਟ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਘੱਟ ਸੀ [15]। ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ 6 ਤੋਂ 18 ਮਹੀਨੇ ਬਾਅਦ **110** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਡਿਸਕਾਇਨੀਸਿਸ ਦੇ ਨਾਲ ਕੰਮਕਾਜ ਮਾੜਾ ਸੀ, ਅਤੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੀ ਸਹਿਣ-ਸ਼ਕਤੀ (endurance) ਨੇ ਨਤੀਜੇ ਦੀ ਪੇਸ਼ੀਨਗੋਈ ਕੀਤੀ [16]।

ਕੀ ਨਿਸ਼ਾਨਾ ਬਣਾ ਕੇ ਕੀਤੀ ਰੀਹੈਬਲੀਟੇਸ਼ਨ ਇਸ ਨੂੰ ਬਦਲ ਸਕਦੀ ਹੈ? ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਿਸਕਾਇਨੀਸਿਸ ਵਾਲੇ **60** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀਆਂ ਖ਼ਾਸ ਕਮਜ਼ੋਰ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ (EMG ਉੱਤੇ ਪਛਾਣੀਆਂ) ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਜੋੜਨ ਨਾਲ 16 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਉੱਤੇ Constant ਸਕੋਰ **83.9** ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ **87.2** ਰਿਹਾ, ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦਾ ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣਾ **128°** ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ **137°** ਰਿਹਾ। ਇਹ ਫ਼ਰਕ ਮਾਮੂਲੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਧਿਐਨ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ (randomised) ਨਹੀਂ ਸੀ [17]। 2026 ਦੇ ਇੱਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਸਕੈਪੂਲਾ ਉੱਤੇ ਕੇਂਦ੍ਰਿਤ ਰੀਹੈਬਲੀਟੇਸ਼ਨ ਨੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਘਟਾਇਆ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਸੁਧਾਰਿਆ, ਪਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਸਬੂਤ ਇਕੱਠੇ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਕਰਨ ਲਈ ਬਹੁਤ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਨ [18]। ਵਿਆਪਕ ਤੌਰ ਉੱਤੇ, ਕਸਰਤ ਇੰਪਿੰਜਮੈਂਟ ਵਿੱਚ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ [19], ਪਰ ਇਸ ਗੱਲ ਦੇ ਸਬੂਤ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਟਕਰਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਖ਼ੁਦ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਨੂੰ ਬਦਲਦੀ ਹੈ [20]।

ਜਾਨਵਰਾਂ ਉੱਤੇ ਹੋਏ ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ ਨੇ ਇਹ ਸੰਭਾਵਨਾ ਉਠਾਈ ਕਿ ਗ਼ਲਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਹਿੱਲਣ ਵਾਲਾ ਸਕੈਪੂਲਾ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੇ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਜੁੜਨ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ: ਚੂਹਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਸੁਪ੍ਰਾਸਪਾਈਨੇਟਸ (supraspinatus) ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਕੈਪੂਲਾ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਨਸਾਂ ਕੱਟਣ ਨਾਲ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਅਤੇ ਘੱਟ ਵਿਵਸਥਿਤ ਬਣੀਆਂ [21]। ਇਹ ਮਨੁੱਖਾਂ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ।

ਮੋਢੇ ਦੇ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

- **ਲਾਟਾਰਜੇ (Latarjet)।** ਲਾਟਾਰਜੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ **20 ਵਿੱਚੋਂ 5** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਡਿਸਕਾਇਨੀਸਿਸ ਦੇਖੀ ਗਈ, ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਗ੍ਰਾਫਟ ਵਾਲੀ ਉਸ ਸਥਿਰਤਾ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੋਰਾਕੌਇਡ (coracoid) ਨੂੰ ਛੇੜਿਆ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦਾ, **20 ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵਿੱਚ ਵੀ ਨਹੀਂ**। ਡਿਸਕਾਇਨੀਸਿਸ ਵਾਲਿਆਂ ਦੇ ਸਕੋਰ ਘੱਟ ਸਨ [22]। ਬਾਅਦ ਦੀ ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ-ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਇਹ ਮਿਆਰੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ **25%** ਵਿੱਚ ਮਿਲੀ, ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ **20** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਪੈਕਟੋਰਾਲਿਸ ਮਾਈਨਰ (pectoralis minor) ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕੋਰਾਕੌਇਡ ਨਾਲ ਜੋੜਿਆ ਗਿਆ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ। **5 ਵਿੱਚੋਂ 4** ਮਾਮਲੇ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਖ਼ਾਸ ਰੀਹੈਬਲੀਟੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਗਏ [23]।
- **ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ।** ਰਿਵਰਸ (reverse) ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਦਾ ਕੰਮ ਆਮ ਮੋਢੇ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਸਕੈਪੂਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ (**464** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦਾ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ) [24]। **85** ਐਨਾਟੌਮਿਕ (anatomic) ਅਤੇ ਰਿਵਰਸ ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀਆਂ ਸਰਜਰੀਆਂ ਵਿੱਚ, ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੇ ਵੱਧ ਯੋਗਦਾਨ ਦੇ ਨਾਲ ਵੱਧ ਦਰਦ ਅਤੇ ਮਾੜਾ ਕੰਮਕਾਜ ਸੀ [25]।
- **ਹੰਸਲੀ ਅਤੇ AC ਜੋੜ।** ਹੰਸਲੀ ਦੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹਿੱਲੇ ਹੋਏ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ **24 ਵਿੱਚੋਂ 9** ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਡਿਸਕਾਇਨੀਸਿਸ ਮਿਲੀ, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵੱਧ ਦਰਦ ਸੀ ਅਤੇ ਸਕੋਰ ਮਾੜੇ ਸਨ। ਇਹ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ **12 ਵਿੱਚੋਂ 1** ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ **12 ਵਿੱਚੋਂ 8** ਵਿੱਚ ਦੇਖੀ ਗਈ [26]। AC ਜੋੜ ਦੇ ਤਾਜ਼ਾ ਉਤਰ ਜਾਣ (dislocation) ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਹ **34 ਵਿੱਚੋਂ 4** ਵਿੱਚ ਦੇਖੀ ਗਈ [27]।

ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਸ ਦਾ ਦਰਦ ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਸੁੰਗੜਨਾ (SHRUG)

ਮੋਢੇ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਸ ਜਾਂ ਗਰਦਨ ਦੇ ਪਾਸੇ ਦੁਖਣ ਬਾਰੇ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਖੋਜ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਧਿਐਨ ਨੇ ਇਹ ਨਹੀਂ ਮਾਪਿਆ ਕਿ ਇਹ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲਾ ਸਬੂਤ "shrug sign" ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਪੂਰਾ ਮੋਢੇ ਦਾ ਘੇਰਾ ਉੱਪਰ ਉੱਠ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂਚੇ ਗਏ ਲਗਾਤਾਰ **982** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਇਹ **51%** ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਸੀ, ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ (ਜੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਮੋਢਾ) ਵਿੱਚ (**95%**)। ਇਹ ਅਕੜਾਅ, ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਅਤੇ ਰਾਤ ਦੇ ਦਰਦ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਸੀ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਫ਼ ਦੇ ਪਾਟਣ ਲਈ ਖ਼ਾਸ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਨਹੀਂ ਸੀ [28]। ਇਹ ਮੋਢਾ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਸ ਦੇ ਦੁਖਣ ਦੀ ਇੱਕ ਸਾਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦਾ ਹੈ: ਸਕੈਪੂਲਾ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਆਕੜੀ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਚੁੱਕਣ ਲਈ ਵੱਧ ਮਿਹਨਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਕਫ਼ ਦੇ ਪਾਟਣਾਂ ਵਿੱਚ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ [9]। ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਦਾ ਪਟਾ ਵੀ ਇਸ ਨੂੰ ਵਧਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਵਿਆਖਿਆਵਾਂ ਵਾਜਬ ਹਨ, ਪਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪਰਖਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ। ਸੁੰਨਪਨ, ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਫੈਲਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਇਸ ਦੀ ਬਜਾਏ ਗਰਦਨ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਨਸ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Kibler WB, Ludewig PM, McClure PW, et al. Clinical implications of scapular dyskinesis in shoulder injury: the 2013 consensus statement from the 'scapular summit'. Br J Sports Med. 2013;47(14):877-85. https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092425

[2] Kibler WB, Sciascia A. Current concepts: scapular dyskinesis. Br J Sports Med. 2010;44(5):300-5. Epub 2009. https://doi.org/10.1136/bjsm.2009.058834

[3] Burn MB, McCulloch PC, Lintner DM, et al. Prevalence of Scapular Dyskinesis in Overhead and Nonoverhead Athletes. Orthop J Sports Med. 2016;4(2):2325967115627608. https://doi.org/10.1177/2325967115627608

[4] Hogan C, Corbett JA, Ashton S, et al. Scapular Dyskinesis Is Not an Isolated Risk Factor for Shoulder Injury in Athletes: A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Sports Med. 2021;49(10):2843-53. Epub 2020. https://doi.org/10.1177/0363546520968508

[5] Tate AR, McClure P, Kareha S, et al. A Clinical Method for Identifying Scapular Dyskinesis, Part 2: Validity. J Athl Train. 2009;44(2):165-73. https://doi.org/10.4085/1062-6050-44.2.165

[6] Christiansen DH, Møller AD, Vestergaard JM, et al. The scapular dyskinesis test: Reliability, agreement, and predictive value in patients with subacromial impingement syndrome. J Hand Ther. 2017;30(2):208-13. https://doi.org/10.1016/j.jht.2017.04.002

[7] Ng CY, Wu F. Scapular winging secondary to serratus anterior dysfunction: analysis of clinical presentations and etiology in a consecutive series of 96 patients. J Shoulder Elbow Surg. 2021;30(10):2336-43. https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.02.012

[8] Barcia AM, Makovicka JL, Spenciner DB, et al. Scapular motion in the presence of rotator cuff tears: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2021;30(7):1679-92. https://doi.org/10.1016/j.jse.2020.12.012

[9] Ishikawa H, Muraki T, Morise S, et al. Differences in scapular motion and parascapular muscle activities among patients with symptomatic and asymptomatic rotator cuff tears, and healthy individuals. JSES Int. 2021;5(2):238-46. https://doi.org/10.1016/j.jseint.2020.10.014

[10] Chuang HC, Chiu NT, Liu ZW, et al. Compensatory Activation of Periscapular Muscles Aids Active Abduction in Patients With Massive Rotator Cuff Tears. Clin Orthop Relat Res. 2025;483(12):2295-305. https://doi.org/10.1097/corr.0000000000003556

[11] Song HE, Oh K, Yoon JP, et al. Improvement in scapular dyskinesis after rotator cuff repair and subacromial decompression. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2021;29(12):3961-70. https://doi.org/10.1007/s00167-021-06681-x

[12] Kolk A, de Witte PB, Henseler JF, et al. Three-dimensional shoulder kinematics normalize after rotator cuff repair. J Shoulder Elbow Surg. 2016;25(6):881-9. https://doi.org/10.1016/j.jse.2015.10.021

[13] Mercurio M, Cofano E, Mancuso C, et al. Persistent scapular dyskinesis after arthroscopic rotator cuff repair: a prospective study. JSES Int. 2026;10(2):101420. https://doi.org/10.1016/j.jseint.2025.101420

[14] Nyőgér Z, Molnár CA, Szakály N, et al. Scapula dyskinesis in medium-sized full-thickness rotator cuff tear after subacromial Lidocaine infiltration and rotator cuff reconstruction. J Exp Orthop. 2025;12(1):e70154. https://doi.org/10.1002/jeo2.70154

[15] Baumgarten KM, Osborn R, Schweinle WE, et al. Scapular substitution after rotator cuff repair correlates with postoperative patient outcome. Int J Sports Phys Ther. 2018;13(4):687-99. https://doi.org/10.26603/ijspt20180687

[16] Alzahrani WM, Baltow BA, Alanazi ZA, et al. Scapular endurance, dyskinesis, and functional outcomes after rotator cuff repair: A cross-sectional mediation analysis. PLoS One. 2026;21(9):e0357765. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0357765

[17] Sun JN, Zheng QY, Wang RS, et al. An additional rehabilitation program to improve postoperative outcomes in patients with rotator cuff tear and scapular dyskinesis: a propensity score-matched study. BMC Musculoskelet Disord. 2025;26(1):338. https://doi.org/10.1186/s12891-025-08596-x

[18] Alshehri AF, Samarkandi WO, Alshahrani KA, et al. Clinical Value of Scapular-Targeted Rehabilitation Within the Rotator Cuff Care Continuum: A Systematic Review and Meta-analysis of Conservative and Postoperative Evidence. Orthop Rev (Pavia). 2026;18. https://doi.org/10.52965/001c.165083

[19] Zhong Z, Zang W, Tang Z, et al. Effect of scapular stabilization exercises on subacromial pain (impingement) syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Front Neurol. 2024;15:1357763. https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1357763

[20] Nodehi Moghadam A, Rahnama L, Noorizadeh Dehkordi S, Abdollahi S. Exercise therapy may affect scapular position and motion in individuals with scapular dyskinesis: a systematic review of clinical trials. J Shoulder Elbow Surg. 2020;29(1):e29-e36. https://doi.org/10.1016/j.jse.2019.05.037

[21] Reuther KE, Tucker JJ, Thomas SJ, et al. Effect of scapular dyskinesis on supraspinatus repair healing in a rat model. J Shoulder Elbow Surg. 2015;24(8):1235-42. https://doi.org/10.1016/j.jse.2014.12.029

[22] Carbone S, Moroder P, Runer A, et al. Scapular dyskinesis after Latarjet procedure. J Shoulder Elbow Surg. 2016;25(3):422-7. https://doi.org/10.1016/j.jse.2015.08.001

[23] Candela V, Scacchi M, De Meo D, et al. The Pectoralis Minor–Repairing Latarjet: A Modified Technique to Prevent Postoperative Scapular Dyskinesis After the Latarjet Procedure. Am J Sports Med. 2025;53(7):1716-20. https://doi.org/10.1177/03635465251332270

[24] Johnson MA, Cogsil T, White AE, et al. Impact of reverse total shoulder arthroplasty on scapulohumeral rhythm: a systematic review and meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg. 2026;35(4):1117-28. https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.08.010

[25] Khawaja SR, Hardrick JC, Und Aspang JS, et al. Total shoulder arthroplasty and scapulohumeral rhythm: the clinical impact of achieving native shoulder mechanics. J Shoulder Elbow Surg. 2026. https://doi.org/10.1016/j.jse.2026.07.013

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[26] Shields E, Behrend C, Beiswenger T, et al. Scapular dyskinesis following displaced fractures of the middle clavicle. J Shoulder Elbow Surg. 2015;24(12):e331-e336. https://doi.org/10.1016/j.jse.2015.05.047

[27] Murena L, Canton G, Vulcano E, Cherubino P. Scapular dyskinesis and SICK scapula syndrome following surgical treatment of type III acute acromioclavicular dislocations. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2013;21(5):1146-50. Epub 2012. https://doi.org/10.1007/s00167-012-1959-9

[28] Jia X, Ji JH, Petersen SA, et al. Clinical Evaluation of the Shoulder Shrug Sign. Clin Orthop Relat Res. 2008;466(11):2813-9. https://doi.org/10.1007/s11999-008-0331-3

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au