

# ਮੇਢੇ ਦਾ ਗਠੀਆ

ਮੇਢੇ ਦੇ ਗਠੀਏ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਵਿੱਚ ਗੱਦ ਅਤੇ ਕਟੋਰੀ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਗੱਦੀ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage) ਘਿਸ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

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

ਮੇਢੇ ਦਾ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਮੇਢੇ ਦੇ ਮੁੱਖ ਗੱਦ-ਅਤੇ-ਕਟੋਰੀ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲਾ ਗਠੀਆ ਹੈ। ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਚਾਨਕ ਆਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਮੇਢੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਕੜਾਅ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਇਹ ਘਟਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਕਿੰਨਾ ਹਿਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਕੁਝ ਹਰਕਤਾਂ ਅਤੇ ਸਥਿਤੀਆਂ ਇਸ ਨੂੰ ਵਧਾ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਹੱਥ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ, ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਬਾਹਰ ਚੁੱਕਣਾ, ਜਾਂ ਮੇਢੇ ਦੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਧੱਕਣਾ, ਇਹ ਸਭ ਇਸ ਨੂੰ ਭੜਕਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕੰਮ-ਕਾਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਕਸਰ ਦੁਖਣ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਕੇ ਟਿਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਰਾਤ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਦਰਦ ਭੜਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਢਾ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਵਿੱਚੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਸੌਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਲੱਭਣੀ ਔਖੀ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਜਾਗਣ ਵੇਲੇ, ਜੋੜ ਆਕੜਿਆ ਹੋਇਆ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਖੁੱਲ੍ਹਦਾ ਹੈ।

ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਉਹ ਕੰਮ ਔਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਦੂਰ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਵਾਲ ਧੋਣਾ, ਆਪਣੇ ਪਿੱਛੇ ਵਾਲੀ ਬੱਤੀ ਬੰਦ ਕਰਨਾ, ਜਾਂ ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣ ਲਈ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕ ਕੇ ਘੁਮਾਉਣਾ ਅਸਲ ਮੁਸ਼ੱਕਤ ਬਣ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਕੜਾਅ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਅਕਸਰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਵੀ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਚੀਜ਼ਾਂ ਚੁੱਕਣ ਅਤੇ ਢੇਣ ਵੇਲੇ ਮੇਢੇ ਉੱਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਜਿੰਨਾ ਭਰੋਸਾ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ।

ਗਠੀਏ ਦਾ ਅਕੜਾਅ ਫ੍ਰੇਜ਼ਨ ਸੋਲਡਰ (ਜੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਮੇਢਾ) ਦੇ ਅਕੜਾਅ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਸਾਲਾਂ ਦੀ ਬਜਾਏ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਵੀ ਗਠੀਏ ਵਰਗੀਆਂ ਲੱਗ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਰਾਇਮੇਟਾਇਡ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ (rheumatoid arthritis) ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਜੋ ਮੇਢੇ ਦੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਅਕਸਰ ਥਕਾਵਟ, ਹੋਰ ਜੋੜਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਅਤੇ ਭਾਰ ਘਟਣਾ ਵੀ ਲਿਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਪਿਛੋਕੜ ਸੁਣ ਕੇ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਕਰਕੇ, ਕਈ ਵਾਰ ਸਕੈਨਾਂ ਜਾਂ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ, ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪਛਾਣਦਾ ਹੈ।

ਕੁਝ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਵੱਲ ਜਲਦੀ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਮੇਢਾ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਦੁਖਦਾ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਇਸ ਲਈ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਦੇ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇ ਮੇਢੇ ਦੇ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਵਿੱਚੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਜਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ। ਜੇ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖੀਰ ਉੱਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਾ ਕਰ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

## ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਗੱਦ-ਅਤੇ-ਕਟੋਰੀ ਵਾਲਾ ਜੋੜ ਹੈ। ਗੱਦ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦਾ ਗੋਲ ਉੱਪਰਲਾ ਸਿਰਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਟੋਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ, shoulder blade) ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਘੱਟ ਡੂੰਘੀ ਪਲੇਟ ਵਰਗੀ ਥਾਂ ਹੈ। ਕਟੋਰੀ ਕੁਦਰਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੋਟੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਉਸ ਗੱਦ ਦੇ ਆਕਾਰ ਦਾ ਲਗਭਗ ਇੱਕ-ਤਿਹਾਈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਇਹ ਸੰਭਾਲਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਕੰਢੇ ਦੁਆਲੇ ਰਬੜ ਵਰਗੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage) ਦਾ ਇੱਕ ਛੱਲਾ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਲੇਬਰਮ (labrum, ਜੋੜ ਦੇ ਕੰਢੇ ਦੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਕਿਨਾਰੀ) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਕਟੋਰੀ ਨੂੰ ਡੂੰਘਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਗੱਦ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਟਿਕੀ ਰਹੇ। ਦੋਵਾਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਉੱਤੇ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਇੱਕ ਚਿਕਨੀ, ਤਿਲਕਵੀਂ ਪਰਤ (ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ) ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਦੋਵਾਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਲਗਭਗ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਰਗੜ ਦੇ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਉੱਤੇ ਸਰਕਣ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਗਠੀਏ ਵਿੱਚ, ਉਹ ਚਿਕਨੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਘਿਸ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਇਵੇਂ ਸਮਝੋ ਕਿ ਦੋਵਾਂ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਝਟਕਾ ਸਹਿਣ ਵਾਲੀ ਗੱਦੀ ਪਤਲੀ ਹੁੰਦੀ-ਹੁੰਦੀ ਇੰਨੀ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਹੱਡੀਆਂ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਰਗੜ ਖਾਣ ਲੱਗਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਰੀਰ ਇਸ ਦੇ ਜਵਾਬ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਦੇ ਕਿਨਾਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਉਗਾ ਲੈਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਇਹ ਉਭਾਰ (bony spurs) ਅਕਸਰ ਨੂੰ ਹੋਰ ਵਧਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਜੋੜ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਝਿੱਲੀ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸੋਜਸ਼ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਸੁੱਜ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਹੱਡੀ ਦਾ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਰਗੜਨਾ, ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਭਾਰ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼, ਮਿਲ ਕੇ ਉਸ ਡੂੰਘੇ ਦਰਦ, ਹਿਲਜੁਲ ਦੇ ਘਟਦੇ ਦਾਇਰੇ ਅਤੇ ਰਾਤ ਦੇ ਦਰਦ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਉੱਪਰ ਪੜ੍ਹਿਆ।

ਘਿਸਾਈ ਹਮੇਸ਼ਾ ਇੱਕੋ ਜਿਹੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਗਠੀਏ ਵਾਲੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਮੋਢਿਆਂ ਵਿੱਚ ਗੱਦ ਕਟੋਰੀ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਕਟੋਰੀ ਦਾ ਪਿਛਲਾ ਕਿਨਾਰਾ ਬਾਕੀ ਹਿੱਸੇ ਨਾਲੋਂ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਘਿਸਦਾ ਹੈ। ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਜੋੜ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਟਿਸੂ ਵੀ ਕੱਸੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਗੱਦ ਹੋਰ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਮੁੜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਘਿਸੇ ਹੋਏ ਹਿੱਸੇ ਉੱਤੇ ਹੋਰ ਵੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਭਾਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਜੋੜ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ), ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ (rotator cuff) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਕਿਸਮ ਦੇ ਗਠੀਏ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਜੇ ਵੀ ਸਹੀ-ਸਲਾਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਗਠੀਏ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਕਿਸਮਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹਨਾਂ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਗਠੀਆਂ ਕਈ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦਾ ਕੋਈ ਇੱਕ ਸਪਸ਼ਟ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਪਰਿਵਾਰਕ ਰੁਝਾਨ ਦਾ ਕੁਝ ਹੱਥ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬਾਕੀ ਮਾਮਲੇ ਕਿਸੇ ਪੁਰਾਣੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ), ਜੋੜ ਦੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਈ ਸਰਜਰੀ, ਵਾਰ-ਵਾਰ ਜੋੜ ਦੇ ਉਤਰ ਜਾਣ (dislocation), ਜਾਂ ਰਾਇਮੇਟਾਇਡ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ ਵਰਗੀਆਂ ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸਰੀਰ ਦਾ ਆਪਣਾ ਰੋਗ-ਰੋਕੂ ਪ੍ਰਬੰਧ ਜੋੜ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਝਿੱਲੀ ਉੱਤੇ ਹਮਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਨੂੰ ਨਸ਼ਟ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਭਾਵੇਂ ਜਿਵੇਂ ਵੀ ਹੋਈ ਹੋਵੇ, ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਅੰਤਮ ਨਤੀਜਾ ਲਗਭਗ ਇੱਕੋ ਜਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦਾ ਹੈ।

## ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਰਾ 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 (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, ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਖ਼ਰਚੇ ਦੀ ਵਾਪਸੀ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ 'ਤੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਪਿਛੋਕੜ ਸੁਣਦੇ ਹਾਂ, ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਜਾਂ ਸਕੈਨ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਲਾਜ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਐਕਸ-ਰੇ ਲਗਭਗ ਹਮੇਸ਼ਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ CT ਜਾਂ MRI ਸਕੈਨ ਹੋਰ ਵੇਰਵਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨੀ ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੱਡੀ ਦੀ ਘਿਸਾਈ ਨੂੰ ਮਾਪਣਾ।

ਹਲਕੇ ਤੋਂ ਦਰਮਿਆਨੇ ਗਠੀਏ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਵਰਤਣ ਦਾ ਢੰਗ ਬਦਲਣ ਨਾਲ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਅਸੀਂ ਦੇਖਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ ਅਤੇ ਕੰਮ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਜ਼ੋਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਤੋਂ ਬਚਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਲੱਭਦੇ ਹਾਂ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਜੋੜ ਨੂੰ ਹਿੱਲਦਾ ਰੱਖਣਾ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਤਾਕਤ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ। ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈ (anti-inflammatory) ਦਰਦ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਕੋਰਟੀਸੋਨ (cortisone, ਸੋਜਸ਼ ਘਟਾਉਣ ਵਾਲੀ ਸਟੀਰੋਇਡ ਦਵਾਈ) ਦਾ ਟੀਕਾ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਸੋਜਸ਼ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ, ਕਿਉਂਕਿ ਜਦੋਂ ਸਰਜਰੀ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਸੱਚੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਕੜਾਅ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮਾਂ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰਦਾ ਰਹੇ। ਮੁੱਖ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (shoulder replacement) ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਗੱਦ ਅਤੇ ਕਟੋਰੀ ਦੀਆਂ ਘਿਸੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਉੱਤੇ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਲਗਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ, ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ, ਤੁਹਾਡੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਹਾਲਤ, ਅਤੇ ਕਟੋਰੀ ਦੀ ਹੱਡੀ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਚੋਣ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਸਾਂਝੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਵਜੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

## ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਗਠੀਆ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਨਹੀਂ ਮੁੜਦਾ। ਘਿਸੀ ਹੋਈ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੁਬਾਰਾ ਨਹੀਂ ਉੱਗਦੀ, ਇਸ ਲਈ ਅੰਦਰਲੀ ਘਿਸਾਈ ਬਣੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਬਦਲਦਾ ਹੈ ਉਹ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਮੋਢਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕਿੰਨੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਬਦਲਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਚਾਨਕ ਵਿਗਾੜ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਹਾਲਤ ਘਟਦੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਹ ਗੱਲਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤੀਆਂ ਸਨ, ਜਿਵੇਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ ਅਤੇ ਉਸ ਪਾਸੇ ਸੌਣਾ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੌਖੀਆਂ ਹੋਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਔਖੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਕੁਝ ਲੋਕ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਗਠੀਏ ਵਾਲੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਆਮ ਦਿਸ਼ਾ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੰਭਾਲੇ ਗਏ ਇਲਾਜ ਨਾਲ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਇਸ ਤੋਂ ਬਿਹਤਰ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਹੇਠ ਜੇੜ ਨੂੰ ਹਿੱਲਦਾ ਰੱਖਣ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਤਾਕਤ ਬਣਾਉਣ ਨਾਲ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਵੱਧ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਲੋੜ ਪਏ ਬਿਨਾਂ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਆਪਣੇ ਗਠੀਏ ਨਾਲ ਨਿਭਾਅ ਲੈਂਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਸਰਜਰੀ ਹੀ ਸਹੀ ਜਵਾਬ ਬਣ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਬਿਲਕੁਲ ਇਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ ਲੰਮਾ ਰਿਕਾਰਡ ਹੈ। ਮੋਢੇ ਦੇ ਵਧੇ ਹੋਏ ਗਠੀਏ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਘਟਾਉਣ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਸੁਧਾਰਨ ਲਈ ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਅਨੁਮਾਨਯੋਗ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਹੈ। ਲੋਕ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁਕਾਬਲਤਨ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਮੋਢਾ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਸਿਹਤ ਬਿਹਤਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ। ਪਹਿਲੇ ਦੋ-ਕੁ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਤਾਕਤ ਵੀ ਸੁਧਰਦੀ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਵਾਲਾ ਟੈਂਡਨ ਹਮੇਸ਼ਾ ਪੂਰੀ ਆਮ ਤਾਕਤ ਤੱਕ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦਾ।

ਕੋਈ ਵੀ ਇਲਾਜ ਪੱਕਾ ਵਾਅਦਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਅਸਲ ਰਾਹਤ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਅਕੜਾਅ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਿਹੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਚੱਲ ਕੇ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਇੰਪਲਾਂਟ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਹ ਢਿੱਲੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਘਿਸ ਸਕਦੇ ਹਨ; ਤੁਸੀਂ ਜਿੰਨੀ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਅਤੇ ਜਿੰਨੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਰਗਰਮ ਹੋ, ਇਹ ਗੱਲ ਓਨੀ ਹੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਯੋਗ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਲਈ ਹਕੀਕੀ ਨਤੀਜਾ ਕਿਹੋ ਜਿਹਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇੱਕ ਗੱਲ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹੈ: ਜੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਗਠੀਆ ਅਜੇ ਹਲਕਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗੰਭੀਰ ਗਠੀਏ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਘੱਟ ਸੁਧਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਚਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਬਾਰੇ ਸਪਸ਼ਟ ਹੋਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਤੋਂ ਕੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗਾੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਵਿੱਚੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਜਾਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ।

## ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਗਠੀਏ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮੋਢਿਆਂ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਤੈਅ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਕੁਝ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਵਿੱਚ ਉਡੀਕ ਨਹੀਂ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ। ਜੇ ਮੋਢਾ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਦੁਖਦਾ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇੜ ਵਿੱਚ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਹੋਣ ਉੱਤੇ ਸਮਾਂ ਬਹੁਤ ਅਹਿਮ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੀਪੀ ਦੇ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖ਼ੀਰ ਉੱਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਾ ਕਰ ਸਕੋ: ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਜੇ ਮੋਢਾ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਵਿੱਚੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ। ਜੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧੇ ਹਨ ਅਤੇ ਹੁਣ ਵਾਲ ਧੋਣ, ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣ ਜਾਂ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਹੱਥ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾ ਰਹੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਰੋ।

ਕੁਝ ਨਮੂਨਿਆਂ ਦੀ ਜਲਦੀ ਅਤੇ ਹੋਰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਜਾਂਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਤੇਜ਼ ਅਤੇ ਗੰਭੀਰ ਘਿਸਾਈ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਚੁੱਪ-ਚਾਪ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਿਆ ਹੋਵੇ। ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਗਾਊਟ (gout) ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੋਵੇ, ਉਸ ਵਿੱਚ ਗੰਭੀਰ ਖੁਰਨ (erosion) ਖੁਦ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਗਾਊਟ ਹੋਣ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਅਤੇ ਜੇ ਮੋਢਾ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ ਗਰਮ ਅਤੇ ਦੁਖਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਉੱਪਰ ਦੱਸੀ ਉਸੇ ਦਿਨ ਵਾਲੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਗਰਦਨ ਦੇ ਦਰਦ ਬਾਰੇ, ਜਾਂ ਕੂਹਣੀ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਜਾਂਦੇ ਸੁੰਨਪਨ ਅਤੇ ਝਰਨਾਹਟ ਬਾਰੇ ਵੀ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੇਗਾ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਮੋਢੇ ਦੀ ਬਜਾਏ ਗਰਦਨ ਤੋਂ ਆ ਸਕਦੇ ਹਨ।

## ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮੋਢੇ ਦੇ ਗਠੀਏ ਬਾਰੇ ਇਹ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਾਈ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਮੁੱਖ ਫ਼ੈਸਲਾ, ਯਾਨੀ ਬਦਲੀ ਦੀ ਕਿਹੜੀ ਕਿਸਮ, ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਸਪਸ਼ਟ ਜਵਾਬ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇੱਕ ਅਸਲ ਸੌਦਾ (ਕੁਝ ਪਾਉਣਾ, ਕੁਝ ਗੁਆਉਣਾ) ਬਣ ਗਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸੌਦਾ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਵੱਖਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

### 70 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਐਨਾਟੋਮਿਕ ਬਨਾਮ ਰਿਵਰਸ

ਐਨਾਟੋਮਿਕ ਬਦਲੀ (anatomic replacement) ਜੋੜ ਦੀ ਕੁਦਰਤੀ ਬਣਤਰ ਨੂੰ ਦੁਹਰਾਉਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਠੀਕ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਰਿਵਰਸ ਬਦਲੀ (reverse replacement) ਗੋਂਦ ਅਤੇ ਕਟੋਰੀ ਦੀਆਂ ਥਾਵਾਂ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਚੁੱਕਣ ਦਾ ਕੰਮ ਡੈਲਟੋਇਡ (deltoid, ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰਲੀ ਵੱਡੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ) ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਫ਼ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। ਪਹਿਲਾਂ ਰਿਵਰਸ ਬਦਲੀ ਸਿਰਫ਼ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮੋਢਿਆਂ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਸੀ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਕਫ਼ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਸੀ; ਹੁਣ ਇਹ ਕਿਤੇ ਵੱਧ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

**70 ਸਾਲ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ, ਠੀਕ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਕਫ਼ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, 1,716 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਉੱਤੇ ਕੀਤੀ ਤੁਲਨਾ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਐਨਾਟੋਮਿਕ ਬਦਲੀ ਨੇ ਘੁਮਾਉਣ ਦੀ ਬਿਹਤਰ ਹਿਲਜੁਲ ਦਿੱਤੀ, ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਵੱਲੋਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੇ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਅੰਤਰ (minimal clinically important difference) ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੀ, ਅਤੇ ਸੰਭਵ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣ ਅਤੇ ਟਾਇਲਟ ਜਾਣ ਵਰਗੇ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਜਦਕਿ ਰਿਵਰਸ ਬਦਲੀ ਨੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੇ ਵਧੇਰੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਟਿਕੇ ਰਹਿਣ ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ (revision) ਦੀ ਘੱਟ ਲੋੜ ਦਾ ਫ਼ਾਇਦਾ ਦਿੱਤਾ [1]।**

ਇਹ ਦੋ ਵੱਖਰੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ ਦੇ ਫ਼ਾਇਦੇ ਹਨ। ਐਨਾਟੋਮਿਕ ਬਦਲੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹ ਘੁਮਾਅ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰੋਗੇ; ਰਿਵਰਸ ਬਦਲੀ ਟਿਕਾਊਪਣ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਕੋਈ ਵੀ ਦੂਜੀ ਤੋਂ ਹਰ ਪੱਖੋਂ ਬਿਹਤਰ ਨਹੀਂ, ਇਸੇ ਲਈ ਇਹ ਹੁਣ ਕੋਈ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਤੈਅ ਚੋਣ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਗੱਲਬਾਤ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੈ।

### ਇਸ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਰਿਵਰਸ ਬਦਲੀ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ

ਜਦੋਂ ਰਿਵਰਸ ਬਦਲੀ ਆਮ ਗਠੀਏ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਟਿਕਾਊਪਣ ਦੇ ਫ਼ਾਇਦੇ ਨਾਲ ਨੇੜਲੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਕੀਮਤ ਵੀ ਚੁਕਾਉਣੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।

**8,846 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਮੋਢੇ ਦੇ ਮੁੱਖ ਜੋੜ ਦੇ ਮੁਢਲੇ ਗਠੀਏ (primary glenohumeral arthritis) ਲਈ ਐਨਾਟੋਮਿਕ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਰਿਵਰਸ ਬਦਲੀ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਵਧੀ ਹੋਈ ਦਰ ਦੇਖੀ ਗਈ, ਯਾਨੀ ਜੋੜ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ, ਸਕੈਪੂਲਾ ਦਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ), ਲਾਗ ਅਤੇ ਹਰ ਕਿਸਮ ਦੀਆਂ ਕੁੱਲ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ, ਜਦਕਿ ਉਸ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਦਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਅੰਤਰ ਨਹੀਂ ਸੀ [2]।**

ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਟਿਕਾਊਪਣ ਵਾਲੇ ਨਤੀਜੇ ਦੇ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਿਆ, ਤਸਵੀਰ ਇਹ ਬਣਦੀ ਹੈ ਕਿ ਰਿਵਰਸ ਬਦਲੀ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਵੱਧ ਸੰਭਾਵਨਾ ਦੇ ਬਦਲੇ ਬਾਅਦ ਵਾਲੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਘੱਟ ਸੰਭਾਵਨਾ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਕਿਹੜੀ ਗੱਲ ਵੱਧ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਬਹੁਤ ਹੱਦ ਤੱਕ ਇਸ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇੰਪਲਾਂਟ ਨੂੰ ਕਿੰਨੇ ਸਾਲ ਚੱਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

## ਗੋਦ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਕਟੋਰੀ ਨੂੰ ਵੀ ਬਦਲਣਾ

ਹੈਮੀਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ (hemiarthroplasty) ਵਿੱਚ ਸਿਰਫ਼ ਗੋਦ ਬਦਲੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਘਿਸੀ ਹੋਈ ਕਟੋਰੀ ਉਵੇਂ ਹੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਗਲੇਨੋਇਡ ਹਿੱਸਾ (glenoid component, ਕਟੋਰੀ ਵਾਲਾ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸਾ) ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ, ਜੋ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਸਬੂਤ ਇਸ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਮੋਢੇ ਦੇ ਮੁੱਖ ਜੋੜ ਦੇ ਮੁਢਲੇ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ (ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਘਿਸਣਾ) ਅਤੇ ਸਹੀ-ਸਲਾਮਤ ਕਫ਼ ਵਾਲੇ 1,317 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਕਲੀਨਿਕਲ ਨਤੀਜੇ, ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ, ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੇ ਪੱਖੋਂ **ਹੈਮੀਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ ਦੀ ਬਜਾਏ ਪੂਰੀ ਮੋਢਾ ਬਦਲੀ (total shoulder arthroplasty) ਬਿਹਤਰ ਪਾਈ ਗਈ [3]**।

ਇਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਘਿਸੀ ਹੋਈ ਕਟੋਰੀ ਨਵੀਂ ਗੋਦ ਨਾਲ ਰਗੜ ਕੇ ਦਰਦ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਗਲੇਨੋਇਡ ਹਿੱਸੇ ਤੋਂ ਬਚ ਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਇੱਕ ਖ਼ਰਾਬੀ ਤੋਂ ਤਾਂ ਬਚ ਜਾਂਦੇ ਹੋ, ਪਰ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਇੱਕ ਹੋਰ ਖ਼ਰਾਬੀ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਲੈਂਦੇ ਹੋ।

## ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਹਿਸਾਬ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਲਗਭਗ 60 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਵਿੱਚ, ਹਰ ਵਿਕਲਪ ਕਿਸੇ ਨਾ ਕਿਸੇ ਖ਼ਾਸ ਪੱਖੋਂ ਤਸੱਲੀਬਖ਼ਸ਼ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਇਹ ਗੱਲ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਝਲਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਦਾ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦਾ। ਬਦਲੇ ਹੋਏ ਜੋੜ ਨੂੰ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਭਰ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਣ ਦੀ ਬਹੁਤ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਪਹਿਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਲੋਂ ਕਾਫ਼ੀ ਔਖੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੋੜ ਨੂੰ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪ, ਜਿਵੇਂ ਦੂਰਬੀਨ ਰਾਹੀਂ ਜੋੜ ਦੀ ਸਫ਼ਾਈ (arthroscopic debridement), ਕੈਪਸੂਲ ਰਿਲੀਜ਼ (capsular release, ਜੋੜ ਦੀ ਝਿੱਲੀ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਢਿੱਲਾ ਕਰਨਾ), ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਵਾਧੂ ਉਭਾਰ (osteophytes) ਕੱਢਣਾ, ਗਠੀਏ ਨੂੰ ਰੋਕਦੇ ਨਹੀਂ ਪਰ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਕਿਸੇ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਮਝਦਾਰ ਟੀਚਾ ਹੈ।

## ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਦੀ ਵੀ ਮੋਢਾ ਉਤਰਨ (INSTABILITY) ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਹੋਈ ਹੈ, ਉਸ ਲਈ ਇੱਕ ਨਤੀਜਾ

ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਟਿਕਾਉਣ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗਠੀਆਂ ਸਕੈਨਾਂ ਵਿੱਚ ਆਮ ਦਿਖਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ। ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਬੈਂਕਾਰਟ ਰਿਪੇਅਰ (Bankart repair, ਮੋਢੇ ਦੀ ਕਟੋਰੀ ਦੀ ਕਿਨਾਰੀ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ, **ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਿਸਮ ਦੀ ਗਠੀਏ ਵਾਲੀ ਤਬਦੀਲੀ 60% ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਦਰਮਿਆਨੀ ਤੋਂ ਗੰਭੀਰ ਤਬਦੀਲੀ 28% ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ** ਪਾਈ ਗਈ, ਫਿਰ ਵੀ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਜਾਣੇ ਜਾਂਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਵਾਲੇ ਕਾਰਕਾਂ ਨਾਲ ਇਸ ਦਾ **ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਸਬੰਧ ਨਹੀਂ** ਮਿਲਿਆ [4]।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮੋਢਾ ਟਿਕਾਉਣ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਹੋਈ ਹੈ ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਦੇ ਕਿਸੇ ਸਕੈਨ ਵਿੱਚ ਗਠੀਆਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਗੱਲ ਆਮ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਇਸ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਕੋਈ ਕਦਮ ਚੁੱਕਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ।

## ਹਵਾਲੇ

- [1] Gupta MS, Krishan A, Rashid A, Lee MH. Reverse versus anatomic total shoulder arthroplasty in patients over 70 years with primary glenohumeral osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg. 2026;35(5):1370-86. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.10.015>
- [2] Givens JM, Malkani AL, Ong KL, Watson HN, Harreld KL. Complication rates following reverse and anatomic shoulder replacement in patients with primary glenohumeral arthritis. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(2):273-80. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2023.06.017>
- [3] Singh Jagdev B, McGrath J, Cole A, Gomaa A, Chong HH, Singh HP. Total shoulder arthroplasty vs. hemiarthroplasty in patients with primary glenohumeral arthritis with intact rotator cuff: meta-analysis using the revised Cochrane risk of bias tool. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(12):2657-70. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2022.07.012>

[4] Yeo MH, Seah SJ, Ang G, Arce G, Lie D. Prevalence and risk factors for the development of glenohumeral osteoarthritis following arthroscopic Bankart repair: a systematic review and meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg. 2025;34(12):e1224-e1233. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.03.011>