

ਮੇਢੇ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ

ਲੇਬਰਮ (labrum) ਨਰਮ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਇੱਕ ਕਿਨਾਰੀ ਹੈ ਜੋ ਮੇਢੇ ਦੇ ਘੱਟ ਡੂੰਘੇ ਸਾਕਟ ਨੂੰ ਡੂੰਘਾ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਪਾਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ — ਅਕਸਰ ਮੇਢਾ ਉਤਰਨ ਵੇਲੇ — ਜੋੜ ਆਪਣੀ ਮੁੱਖ ਰੋਕ ਗੁਆ ਬੈਠਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਅਸਥਿਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ ਲੱਗਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① ② 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

ਮੇਢੇ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ (shoulder instability) ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਮੇਢੇ ਦੇ ਜੋੜ ਦਾ ਗੋਲਾ ਆਪਣੇ ਸਾਕਟ ਵਿੱਚ ਜਿੰਨਾ ਹਿੱਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹਿੱਲਦਾ ਹੈ। ਕਦੇ-ਕਦੇ ਇਹ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਬਾਹਰ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਸਬਲਕਸੇਸ਼ਨ (subluxation) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਕਦੇ-ਕਦੇ ਇਹ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬਾਹਰ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਜੋੜ ਦਾ ਉਤਰ ਜਾਣਾ (dislocation) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਲੋਕ ਇਹ ਡਿੱਗਣ ਜਾਂ ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇਖਦੇ ਹਨ। ਹੋਰਨਾਂ ਦੇ ਮੇਢੇ ਢਿੱਲੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਉੱਤੇ ਕਦੇ ਵੀ ਪੂਰਾ ਭਰੋਸਾ ਨਹੀਂ ਰਿਹਾ, ਅਤੇ ਕੋਈ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਸੱਟ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਜਿਸ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ।

ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਮੇਢੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅੱਗੇ ਜਾਂ ਪਿੱਛੇ, ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜ ਕਿਸ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਤਿੱਖੇ ਦਰਦ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇੱਕ ਅਸਪਸ਼ਟ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਨੂੰ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਸੂਈਆਂ ਚੁਭਣ ਵਰਗਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਲਿੱਕ ਜਾਂ ਪਟਾਕੇ ਵਰਗਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਇਹ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਜਾਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਮੇਢਾ ਖਿਸਕਣ ਹੀ ਵਾਲਾ ਹੈ। ਸੁੱਟਣਾ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸੁੱਟਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਬਾਂਹ ਪਿੱਛੇ ਲਿਜਾਣ ਵਾਲੇ ਪੜਾਅ (wind-up) ਦੌਰਾਨ ਦਰਦ ਹੋਣਾ ਆਮ ਹੈ।

ਰਾਤ ਨੂੰ ਮੇਢਾ ਅਕਸਰ ਤੰਗ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉਸ ਪਾਸੇ ਸੌਣਾ ਬੇਆਰਾਮ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਨੀਂਦ ਦੌਰਾਨ ਮੇਢਾ ਢਿੱਲਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ਾਂ ਚੁੱਕ ਕੇ ਲਿਜਾਣਾ, ਜਿਵੇਂ ਸੌਂਦਾ-ਸਾਮਾਨ ਜਾਂ ਛੋਟਾ ਬੱਚਾ, ਦਰਦ ਛੇੜ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਚੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣਾ, ਜਿਵੇਂ ਉੱਚੀ ਸ਼ੈਲਫ਼ ਤੱਕ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣਾ, ਇੱਕ ਹੋਰ ਆਮ ਕਾਰਨ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਲੱਛਣ ਛਿੜਦੇ ਹਨ।

ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਚੁੱਪ-ਚਾਪ ਢੰਗ ਨਾਲ ਔਖੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣ, ਧੋੜੇ ਕੱਪੜੇ ਸੁਕਾਉਣ ਲਈ ਟੰਗਣ, ਜਾਂ ਉੱਪਰਲੀ ਸ਼ੈਲਫ਼ ਤੋਂ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਲਾਹੁਣ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲਣਾ ਜਾਂ ਝਿਜਕਣਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਖੇਡਾਂ ਖੇਡਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਟੈਕਲ, ਤੈਰਾਕੀ ਦੇ ਸਟ੍ਰੋਕ, ਜਾਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਵਾਲੇ ਸ਼ਾਟ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡਾ ਮੇਢਾ ਉੱਤੇ ਭਰੋਸਾ ਘਟ ਗਿਆ ਹੋਵੇ। ਕੁਝ ਲੋਕ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲੱਗ ਪੈਂਦੇ ਹਨ ਜੋ ਖ਼ਤਰੇ ਵਾਲੀਆਂ ਲੱਗਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਚੌੜਾ ਫੈਲਾ ਕੇ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣਾ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੇਢਾ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਉਤਰ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਅਕਸਰ ਖਿੱਚੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ (spasm), ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਜੋੜ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਨਹੀਂ ਬਿਠਾਇਆ ਜਾਂਦਾ, ਦਰਦ ਬਹੁਤ ਤੇਜ਼ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੇਢਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਾਪਸ ਅੰਦਰ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਕਦੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਉਤਰੇ ਬਿਨਾਂ ਢਿੱਲਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਮੱਸਿਆ ਘੱਟ ਸਪਸ਼ਟ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਦੋਹਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਗੰਭੀਰਤਾ ਨਾਲ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਕੁਝ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਤਾਕਤ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਿੱਲਣ-ਜੁੱਲਣ ਲਈ ਬਣਿਆ ਹੈ। ਸਾਕਟ ਕੁਦਰਤੀ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਘੱਟ ਡੂੰਘਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਗੋਲੇ ਦੇ ਆਕਾਰ ਦਾ ਲਗਭਗ ਇੱਕ-ਤਿਹਾਈ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਇਹ ਸੰਭਾਲਦਾ ਹੈ। ਸੋਚੋ ਜਿਵੇਂ ਗੋਲਫ਼ ਦੀ ਗੋਂਦ ਕਿਸੇ ਡੂੰਘੇ ਕੱਪ ਦੇ ਅੰਦਰ ਬੈਠਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਟੀ ਉੱਤੇ ਟਿਕੀ ਹੋਵੇ। ਇਹ ਬਣਤਰ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਹਰ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਣ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਵੀ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕੇ ਰਹਿਣ ਲਈ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਰਹਿਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ।

ਸਭ ਤੋਂ ਮੁੱਖ ਨਰਮ-ਟਿਸ਼ੂ ਸਹਾਰਾ ਸਾਕਟ ਦੇ ਕੰਢੇ ਦੁਆਲੇ ਸਖ਼ਤ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage) ਦਾ ਇੱਕ ਛੱਲਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਲੇਬਰਮ (labrum, ਜੋੜ ਦੇ ਕੰਢੇ ਦੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਕਿਨਾਰੀ) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਘੱਟ ਡੂੰਘੀ ਪਲੇਟ ਦੇ ਕੰਢੇ ਉੱਤੇ ਉੱਥਰੇ ਹੋਏ ਕਿਨਾਰੇ ਜਾਂ ਬੰਪਰ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਸਾਕਟ ਨੂੰ 50% ਹੋਰ ਡੂੰਘਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਗੋਲੇ ਨੂੰ ਟਿਕਣ ਲਈ ਸਹਾਰਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਉਸ ਛੱਲੇ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਕੈਪਸੂਲ (capsule, ਜੋੜ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਢਿੱਲੀ ਥੈਲੀ) ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੋਟੀਆਂ ਤੰਦਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਤੰਬੂ ਦੀਆਂ ਰੱਸੀਆਂ ਵਾਂਗ ਜੋੜ ਨੂੰ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਰੱਖਦੀਆਂ ਹਨ। ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਹਿੱਲਣ ਵੇਲੇ ਗੋਲੇ ਨੂੰ ਵਿਚਕਾਰ ਰੱਖ ਕੇ ਕੰਟਰੋਲ ਦੀ ਇੱਕ ਹੋਰ ਪਰਤ ਜੋੜਦੀਆਂ ਹਨ।

ਅਸਥਿਰਤਾ ਉਦੋਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਹ ਸਹਾਰੇ ਆਪਣਾ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਕੈਪਸੂਲ ਹਰ ਪਾਸਿਓਂ ਢਿੱਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਮੋਢਾ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ। ਹੋਰਨਾਂ ਵਿੱਚ, ਕੋਈ ਸੱਟ ਅਗਲੇ ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਲੇਬਰਮ ਅਤੇ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਖਿੱਚ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਪਾੜ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਬੰਪਰ ਹੁਣ ਗੋਲੇ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਸੰਭਾਲਦਾ। ਵਾਰ-ਵਾਰ ਖਿਸਕਣ ਨਾਲ ਲੇਬਰਮ ਹੋਰ ਘਿਸ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮੋਢੇ ਦਾ ਉਤਰ ਜਾਣਾ ਗੋਲੇ ਦੀ ਚਿਕਨੀ ਸਤ੍ਹਾ ਵਿੱਚ ਉਸ ਥਾਂ ਟੋਆ ਵੀ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਸਾਕਟ ਦੇ ਕੰਢੇ ਨਾਲ ਟਕਰਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਮੋਢਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਾਕਟ ਦੇ ਕੰਢੇ ਦੀ ਆਪਣੀ ਹੱਡੀ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਗੋਲੇ ਦੇ ਟਿਕਣ ਲਈ ਹੋਰ ਵੀ ਘੱਟ ਥਾਂ ਬਚਦੀ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਹਰ ਬਦਲਾਅ ਨਾਲ ਜੋੜ ਹੋਰ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਉੱਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕਰਨਾ ਹੋਰ ਔਖਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਦਿਸ਼ਾ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਜੋੜ ਦਾ ਅਗਲਾ ਹਿੱਸਾ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਚੌੜਾ ਚੁੱਕ ਕੇ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਨਾਲ ਗੋਲਾ ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਪਿਛਲਾ ਹਿੱਸਾ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਆਰ-ਪਾਰ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣ ਨਾਲ ਇਹ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਧੱਕਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਪੂਰਾ ਕੈਪਸੂਲ ਢਿੱਲਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਮੋਢਾ ਕਈ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਖਿਸਕ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਵੀ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਨਾਲ ਝਰਨਾਹਟ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਡਿੱਗਣ ਵਰਗੇ ਅਹਿਸਾਸ ਦੀ ਸਮਝ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਜਿਹੜੀ ਕਲਿੱਕ ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਉਹ ਅਕਸਰ ਸਾਕਟ ਵਿੱਚ ਗੋਲੇ ਦੇ ਹਿੱਲਣ ਵੇਲੇ ਲੇਬਰਮ ਜਾਂ ਕੈਪਸੂਲ ਦੇ ਅਟਕਣ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦੀ 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, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਹੋਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਹੋਣ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ Medicare ਰਿਬੇਟ (ਸਰਕਾਰੀ ਵਾਪਸੀ ਰਕਮ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਜਾਂਚ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਪਿਛੋਕੜ ਪੁੱਛਣਾ, ਸਰੀਰਕ ਜਾਂਚ, ਅਤੇ ਲੋੜ ਹੋਣ ਉੱਤੇ ਸਕੈਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਨਾਲ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ (diagnosis) ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਮੋਢੇ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਅਸਥਿਰਤਾ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਜਿਹੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਕਰਵਾਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ, ਯਾਨੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਉਹ ਸਮੂਹ ਜੋ ਗੋਲੇ ਨੂੰ ਸਾਕਟ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ, shoulder blade) ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਵੀ ਸਿਖਲਾਈ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਕਿਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਹੈ ਇਸ ਦੀ ਸਮਝ ਮੁੜ ਸਿਖਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਪ੍ਰੀਓਸੈਪਸ਼ਨ (proprioception) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਜਿਹੜੇ ਮੋਢੇ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕਈ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਢਿੱਲੇ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਹੀ ਮੁੱਖ ਇਲਾਜ ਹੈ, ਅਤੇ ਲਗਭਗ 80% ਲੋਕ ਇਸ ਨਾਲ ਬਿਹਤਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ 6 ਤੋਂ 9 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣ ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ ਹਾਂ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਕਿਸੇ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਾਹਰ ਖਿਸਕਿਆ ਸੀ, ਤਾਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ, ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ 3 ਤੋਂ 7 ਦਿਨ, ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਪਾਉਣ ਨਾਲ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ ਕਸਰਤਾਂ) ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹਾਲਤ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੋੜ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਮੋਢਾ ਉਤਰਨ ਉੱਤੇ, ਬਾਂਹ ਨੂੰ 1 ਤੋਂ 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਕੁਹਣੀ ਸਰੀਰ ਦੇ ਨਾਲ ਲਾ ਕੇ ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਫਿਰ ਥੈਰੇਪੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸਧਾਰਨ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ

ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories) ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਨੂੰ ਬਦਲਣਾ ਜੋ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਛੇੜਦੀਆਂ ਹਨ, ਵੀ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਹਾਲਤ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋਈ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਕੰਮ ਜਾਂ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾਉਂਦੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਵੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੌਜਵਾਨ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਦਾ ਮੋਢਾ ਉਤਰਦਾ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ ਅਕਸਰ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਅਸੀਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਦੇਰ ਨਾਲ ਦੀ ਬਜਾਏ ਜਲਦੀ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ ਮੋਢੇ ਦੀ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਸਕੈਨਾਂ ਰਾਹੀਂ ਲੇਬਰਮ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਇਹ ਦੇਖਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਕੀ ਸਾਕਟ ਦੇ ਕੰਢੇ ਤੋਂ ਕੋਈ ਹੱਡੀ ਘਟੀ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਕਿਸਮ ਇਸ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਜਾਂਚ ਵਿੱਚ ਕੀ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਮੋਢਿਆਂ ਲਈ ਪਾਟੇ ਹੋਏ ਲੇਬਰਮ ਅਤੇ ਕੈਪਸੂਲ ਦੀ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਮੁਰੰਮਤ ਢੁਕਵੀਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਸਾਕਟ ਦੇ ਕੰਢੇ ਦੀ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਡੀ ਘਿਸ ਗਈ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਗੋਲੇ ਵਿੱਚ ਟੋਆ ਵੱਡਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਅਜਿਹੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਾਕਟ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਜੋੜ ਕੇ ਉਸ ਦੀ ਡੂੰਘਾਈ ਮੁੜ ਬਹਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਣ-ਬੁੱਝ ਕੇ ਇਸ ਨੂੰ ਉਤਾਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਸਲਾਹ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ, ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਹੀ ਮੁੱਖ ਇਲਾਜ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਕੋਈ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੁਹਾਡਾ ਅਤੇ ਸਾਡਾ ਸਾਂਝਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝ ਲੈਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਇੱਕ ਵਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਮੋਢੇ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੀ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸ਼ਾਂਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਆਉਂਦੀ-ਜਾਂਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਖਿਸਕਣ ਦੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਸ਼ਾਂਤ ਸਮਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਹੋਰਨਾਂ ਵਿੱਚ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਸਿਲਸਿਲਾ ਬਣ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਦੁਹਰਾਉਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। 22 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦਾ ਮੋਢਾ ਉਤਰਦਾ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 70% ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਚੱਲ ਕੇ ਹੋਰ ਅਸਥਿਰਤਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਅੱਧਿਆਂ ਨੂੰ ਆਖ਼ਰਕਾਰ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਵਾਰ-ਵਾਰ ਖਿਸਕਣ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੈ ਕਿ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਮੋਢਾ ਖਿਸਕਦਾ ਰਹੇਗਾ।

ਇਸ ਨੂੰ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਛੱਡ ਦੇਣ ਨਾਲ ਖਿਸਕਣ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਵੀ ਅਸਲ ਖ਼ਤਰੇ ਜੁੜੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਹਰ ਨਵੀਂ ਘਟਨਾ ਸਾਕਟ ਦੇ ਕੰਢੇ ਤੋਂ ਹੋਰ ਹੱਡੀ ਘਿਸਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜੋੜ ਦੀ ਚਿਕਨੀ ਸਤ੍ਹਾ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਹੋਰ ਵੱਡਾ ਬਣਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਮੋਢਾ ਉਤਰਿਆ ਸੀ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਦੋ-ਤਿਹਾਈ ਨੂੰ 25 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਉਸ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲਾ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਹੋ ਗਿਆ, ਭਾਵੇਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਉਮਰ ਕੋਈ ਵੀ ਸੀ। ਇਸੇ ਲਈ ਅਸੀਂ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਮੋਢਾ ਉਤਰਨ ਨੂੰ ਵੀ ਗੰਭੀਰਤਾ ਨਾਲ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਨਾ ਕਿ ਇਹ ਦੇਖਣ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਅੱਗੇ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੰਭਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਾਲ, ਅੱਗੇ ਦੀ ਹਾਲਤ ਅਕਸਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਥਿਰ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਵਿੱਲੇ ਮੋਢਿਆਂ ਲਈ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਹੀ ਮੁੱਖ ਇਲਾਜ ਹੈ, ਅਤੇ 40 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਜੋ ਇਸ ਨੂੰ 6 ਮਹੀਨੇ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਇਸ ਦਾ ਮਕਸਦ ਸਥਿਰਤਾ ਮੁੜ ਬਹਾਲ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ। ਖਿਡਾਰੀ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਹਿੱਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੋੜ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, 3 ਸਾਲਾਂ ਉੱਤੇ 90% ਖਿਡਾਰੀ ਮੁੜ ਖੇਡ ਰਹੇ ਸਨ, ਅਤੇ 67% ਆਪਣੇ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੇ ਪੱਧਰ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਆਏ। ਉਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਭਾਰੀ ਕੰਮ ਅਤੇ ਟੱਕਰ ਵਾਲੀਆਂ ਖੇਡਾਂ ਲਈ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ 6 ਮਹੀਨੇ ਉਡੀਕ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਇੱਥੇ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਕੋਈ ਵੀ ਇਲਾਜ ਖ਼ਤਰੇ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਖ਼ਤਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ। ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਦਰਮਿਆਨੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਫ਼ਾਲੋ-ਅੱਪ ਜਾਂਚ ਤੱਕ 30% ਮੋਢਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਅਸਥਿਰਤਾ ਹੋਈ, ਅਤੇ 8 ਤੋਂ 10 ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਲਗਭਗ ਇੱਕ-ਤਿਹਾਈ ਦਾ ਮੋਢਾ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਇੱਕ ਵਾਰ ਮੁੜ ਉਤਰਿਆ। ਜੇ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕੱਸ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਅਕੜਾਅ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਅਜਿਹਾ ਘੱਟ ਹੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕਈ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵਿੱਲੇ ਮੋਢਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਜਾਂ ਖੁੱਲ੍ਹੀ, ਦੋਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 7% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਸਥਿਰਤਾ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਅੰਕੜਿਆਂ ਦਾ ਮਕਸਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਿਰਾਸ਼ ਕਰਨਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹ ਉਹ ਹਕੀਕੀ ਤਸਵੀਰ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ, ਤੁਹਾਡੀ ਖੇਡ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਨਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਮਿਲਾ ਕੇ ਅਜਿਹੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਵਰਤਦੇ ਹਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕੇ ਰਹਿਣ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਮੌਕਾ ਦੇਵੇ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੇ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਉਤਰ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਵਾਪਸ ਅੰਦਰ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦਾ, ਜਾਂ ਜੇ ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਨਹੀਂ ਘੁਮਾ ਸਕਦੇ ਜਾਂ ਉੱਪਰ ਨਹੀਂ ਚੁੱਕ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਬਿਨਾਂ ਦੇਰੀ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ। ਸਪੈਸ਼ਲਿਸਟ (ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ) ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ ਜੇ ਮੋਢਾ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਖਿਸਕਣ ਦੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਸੌਖਿਆਂ ਛਿੜਨ ਲੱਗੀਆਂ ਹਨ, ਜਾਂ ਜੇ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਮੋਢਾ ਖੇਡ ਦੌਰਾਨ ਉਤਰਿਆ ਸੀ। ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ ਜੇ ਮੋਢਾ ਉਤਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ, ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜੋੜ ਦੇ ਕੋਲੋਂ ਲੰਘਣ ਵਾਲੀਆਂ ਨਸਾਂ (nerves) ਖਿੱਚੀਆਂ ਜਾਂ ਦੱਬੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਾਂਚ ਉਦੋਂ ਵੀ ਕਰਵਾਓ ਜੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਢਿੱਲਾਪਨ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖਰਾਬ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁੱਟਣ, ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣ, ਜਾਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਚੁੱਕ ਕੇ ਲਿਜਾਣ ਤੋਂ ਰੋਕ ਰਹੇ ਹਨ। ਜੇ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸੱਟ ਦੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ, ਤਾਂ ਵੀ ਇਸ ਦੇ ਵਿਗੜਨ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮੋਢੇ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਅਹਿਮ ਫ਼ੈਸਲਾ ਅਸਲ ਵਿੱਚ “ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ” ਨਹੀਂ ਹੈ — ਫ਼ੈਸਲਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਇਸ ਉੱਤੇ ਨਹੀਂ ਕਿ ਮੋਢਾ ਕਿਹੋ ਜਿਹਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਸਗੋਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਇੱਕ ਮਾਪ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਹੱਡੀ ਦਾ ਘਟਣਾ ਹੈ

ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਪਾਏ ਹੋਏ ਲੇਬਰਮ ਨੂੰ ਮੁੜ ਜੋੜਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਕੱਸਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਸਾਕਟ ਦੇ ਅਗਲੇ ਹਿੱਸੇ ਤੋਂ ਗੁਆਚੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਥਾਂ ਨਹੀਂ ਭਰ ਸਕਦੀ, ਅਤੇ ਇੱਕ ਵਾਰ ਉਸ ਕੰਢੇ ਦਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹਿੱਸਾ ਨਾ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਭਾਵੇਂ ਕਿੰਨੀ ਵੀ ਚੰਗੀ ਹੋਵੇ, ਮੋਢਾ ਉਸ ਘਾਟ ਉੱਤੇ ਖਿਸਕ ਕੇ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲ ਸਕਦਾ ਹੈ।

19,307 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਿਸਟੇਮੈਟਿਕ ਰਿਵਿਊ (systematic review, ਕਈ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੀ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ) ਨੇ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਬੈਂਕਾਰਟ ਰਿਪੇਅਰ (arthroscopic Bankart repair, ਦੂਰਬੀਨ ਰਾਹੀਂ ਪਾਏ ਲੇਬਰਮ ਨੂੰ ਮੁੜ ਜੋੜਨਾ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਮੱਸਿਆ ਦੇ ਮੁੜ ਹੋਣ ਦੇ ਸਥਾਪਿਤ ਖ਼ਤਰੇ ਦੇ ਕਾਰਕਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ: **ਛੋਟੀ ਉਮਰ, ਗਲੇਨੋਇਡ (glenoid, ਮੋਢੇ ਦਾ ਸਾਕਟ) ਦੀ ਹੱਡੀ ਦਾ ਘਟਣਾ, ਅਤੇ ਆਫ਼-ਟ੍ਰੈਕ ਹਿੱਲ-ਸੈਕਸ ਲੀਜ਼ਨ (off-track Hill-Sachs lesions)**, ਜਦਕਿ ਟੱਕਰ ਵਾਲੀਆਂ ਅਤੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਵਾਲੀਆਂ ਖੇਡਾਂ, ਜੋੜਨ ਵਾਲੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਅਤੇ ਲਿੰਗ ਦਾ ਵੀ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਜ਼ਿਕਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ [1]।

“ਆਫ਼-ਟ੍ਰੈਕ” ਨੂੰ ਸਮਝਾਉਣਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ। ਹਿੱਲ-ਸੈਕਸ ਲੀਜ਼ਨ ਉਹ ਟੋਆ ਹੈ ਜੋ ਡੌਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਗੋਲ ਸਿਰ (humeral head) ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਉਦੋਂ ਪੈ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਹ ਸਾਕਟ ਦੇ ਕੰਢੇ ਉੱਤੇ ਉਤਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਹਿਮ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਇਹ ਇਸ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹਿੱਲਣ ਦੀ ਪੂਰੀ ਰੱਜ ਦੌਰਾਨ ਇਹ ਗਲੇਨੋਇਡ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ (ਆਨ-ਟ੍ਰੈਕ, on-track), ਜਾਂ ਕੰਢੇ ਤੋਂ ਡਿੱਗ ਕੇ ਉਸ ਵਿੱਚ ਅੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਨਾਕਾਮੀ ਦੀ ਭਵਿੱਖਬਾਣੀ ਦੇਹਾਂ ਘਾਟਾਂ ਦਾ ਆਪਸੀ ਮੇਲ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਇਕੱਲੀ ਘਾਟ ਨਹੀਂ।

ਵੱਡਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਦੀ ਕੀਮਤ ਕੀ ਹੈ

ਜਿੱਥੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਘਟਣਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਤਬਦੀਲ ਕਰਨਾ ਉਹ ਸਮੱਸਿਆ ਹੱਲ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਮੁਰੰਮਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ। ਸਿੱਧੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ, ਲਾਟਾਰਜੇ (Latarjet, ਸਾਕਟ ਦੇ ਅਗਲੇ ਕੰਢੇ ਉੱਤੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਤਬਦੀਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ) ਨੇ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਬੈਂਕਾਰਟ ਰਿਪੇਅਰ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ **ਸਮੱਸਿਆ ਦੇ ਮੁੜ ਹੋਣ ਦੀ ਘੱਟ ਦਰ**, ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦੱਸੇ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਜਲਦੀ ਵਾਪਸੀ ਦਿੱਤੀ, ਪਰ ਨਾਲ ਹੀ ਇਸ ਵਿੱਚ **ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਵੱਧ** ਸੀ [2]। **3,088** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਲਾਟਾਰਜੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦਾ ਮੁੜ ਹੋਣਾ ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਘੱਟ ਪਾਈ ਗਈ, ਜਦਕਿ ਦੇਹਾਂ ਵਿੱਚ ਗਠੀਏ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ **ਮਿਲਦੀਆਂ-ਜੁਲਦੀਆਂ** ਸਨ [3], ਜੋ ਇਸ ਆਮ ਇਤਰਾਜ਼ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜ ਦੇ ਪਾਰ ਹੱਡੀ ਹਿਲਾਉਣ ਨਾਲ ਘਿਸਾਈ ਜ਼ਰੂਰ ਤੇਜ਼ ਹੋਵੇਗੀ।

ਇਸ ਦੀ ਕੀਮਤ ਮਾਪੀ ਜਾ ਚੁੱਕੀ ਹੈ: **7,175** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਨ ਉੱਤੇ, ਲਾਟਾਰਜੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਦਰ **6-7%** ਸੀ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਗ੍ਰਾਫਟ (ਲਗਾਏ ਗਏ ਹੱਡੀ ਦੇ ਟੁਕੜੇ) ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ, ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਅਤੇ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਸੀ [4]।

ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਵਿਕਲਪ

ਚੋਣ ਸਿਰਫ਼ ਦੋ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਦੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। **2,100** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, **ਰੈਂਪਲੀਸਮੈਂਟ (remplissage)** ਜੋੜਨ ਨਾਲ, ਯਾਨੀ ਹਿੱਲ-ਸੈਕਸ ਟੋਏ ਨੂੰ ਕੈਪਸੂਲ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਨਾਲ ਭਰ ਦੇਣਾ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਅੜ ਨਾ ਸਕੇ, ਇਕੱਲੀ ਬੈਂਕਾਰਟ ਰਿਪੇਅਰ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਮੁੜ ਹੋਣਾ ਘਟਿਆ, ਅਤੇ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ (external rotation) ਵਿੱਚ **ਕੋਈ** ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਕਮੀ ਨਹੀਂ ਆਈ, ਅਤੇ ਲਾਟਾਰਜੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਇਹ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨੂੰ ਘਟਾ ਸਕਦਾ ਹੈ [5]।

ਇਹ ਗੱਲ ਸੁੱਟਣ ਵਾਲੀਆਂ ਖੇਡਾਂ ਦੇ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਹਰ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਅਹਿਮ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਖੇਡ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਦੇ ਆਖ਼ਰੀ ਕੁਝ ਡਿਗਰੀਆਂ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਰਵਾਇਤੀ ਚਿੰਤਾ ਹਮੇਸ਼ਾ ਇਹ ਰਹੀ ਹੈ ਕਿ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੇ ਬਦਲੇ ਅਕੜਾਅ ਨਾ ਮਿਲ ਜਾਵੇ।

ਨਤੀਜਿਆਂ ਬਾਰੇ ਖੋਜ ਨੂੰ ਸ਼ੱਕ ਦੀ ਨਜ਼ਰ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ

ਦੋ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਭਰੋਸੇਮੰਦ ਅੰਕੜੇ ਬਾਰੇ ਸਾਵਧਾਨੀ ਵਰਤਣ ਲਈ ਪ੍ਰੇਰਿਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

19,156 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਿਆ ਕਿ ਬੈਂਕਾਰਟ ਰਿਪੇਅਰ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣ ਵਾਲੇ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਵੱਡਾ ਹਿੱਸਾ **ਘੱਟ ਵਿਧੀਗਤ ਗੁਣਵੱਤਾ ਅਤੇ ਸਬੂਤ ਦੇ ਨੀਵੇਂ ਪੱਧਰ** ਵਾਲਾ ਹੈ [6]।

ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਬਰਾਬਰ ਨਹੀਂ ਵੰਡੀ ਹੋਈ: **43,054** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਘੱਟ-ਗਿਣਤੀ ਨਸਲੀ ਜਾਂ ਨਸਲੀ-ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਪਿਛੋਕੜ, ਸਰਕਾਰੀ ਬੀਮਾ, ਘੱਟ ਆਮਦਨ ਅਤੇ ਵੱਧ ਸਮਾਜਿਕ ਪਛੜੇਪਣ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਭ ਨੇ ਬੈਂਕਾਰਟ ਰਿਪੇਅਰ **ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘਟਾ ਦਿੱਤੀ**, ਅਤੇ ਸਰਕਾਰੀ ਬੀਮਾ ਲੰਬੀ ਉਡੀਕ ਨਾਲ ਵੀ ਜੁੜਿਆ ਹੋਇਆ ਸੀ [7]। ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਫ਼ਰਕ ਇਹ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੌਣ ਸਰਜਰੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਿਆ ਅਤੇ ਕਦੋਂ, ਨਾ ਕਿ ਇਹ ਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Balleit CH, Hurley ET, Jing C, Hinton ZW, Doyle TR, Anakwenze OA, et al. Risk factors for recurrence following arthroscopic Bankart repair: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(11):2539-49. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.04.017>
- [2] Hossein Zadeh R, Daliri M, Sadeghi M, Hossein Zadeh R, Sahebi M, Moradi A, et al. Arthroscopic Bankart repair vs. Latarjet procedure for recurrent shoulder instability: a meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(12):e652-e674. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.06.024>
- [3] Meyer AM, Lorentz SG, Klifto CS, Bradley KE, Lau BC, Dickens JF, et al. Open Latarjet results in lower recurrent instability and revision rates than arthroscopic Bankart repair at long-term follow-up. Arthroscopy. 2025;41(9):3693-705. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2024.12.038>
- [4] Hurley ET, Schwartz LB, Mojica ES, Campbell KA, Matache BA, Meislin RJ, et al. Short-term complications of the Latarjet procedure: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2021;30(7):1693-9. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.01.024>

- [5] Gonzalez-Morgado D, Ardebol J, Noble MB, Galasso LA, Menendez ME, Denard PJ. No difference in external rotation loss after isolated Bankart repair, remplissage, or Latarjet: a systematic review and meta-analysis. *Am J Sports Med.* 2025;53(2):493-500. <https://doi.org/10.1177/03635465241241825>
- [6] Moran FG, Hurley ET, Storme JG, Karavan MP, Downey SA, Klifto CS, et al. Studies on Bankart repair for anterior shoulder instability show poor reporting of data and reflect low levels of evidence: a systematic review. *Arthroscopy.* 2023;40(3):963. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2023.07.010>
- [7] Gentile B, Muo E, Saraf SM, Rumps MV, Mulcahey MK. The impact of social determinants of health on shoulder instability and likelihood of surgery: a systematic review. *JSES Rev Rep Tech.* 2025;5(4):828-33. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2025.05.006>