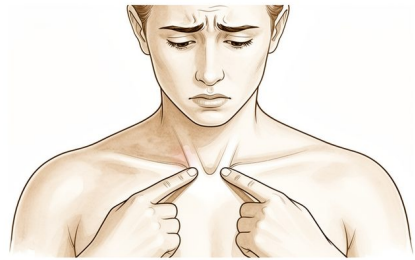


ਸਟਰਨੋਕਲੈਵੀਕੁਲਰ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ

ਸਟਰਨੋਕਲੈਵੀਕੁਲਰ ਜੋੜ — ਜਿੱਥੇ ਹੱਸਲੀ ਛਾਤੀ ਦੀ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਮਿਲਦੀ ਹੈ — ਗਠੀਏ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ), ਅਸਥਿਰਤਾ ਜਾਂ, ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਜੋੜ ਦੇ ਗੰਭੀਰ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਉਤਰ ਜਾਣ ਨਾਲ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① 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

ਸਟਰਨੋਕਲੈਵੀਕੁਲਰ ਜੋੜ (sternoclavicular joint) ਤੁਹਾਡੀ ਛਾਤੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਦਾ ਉਹ ਛੋਟਾ ਜੋੜ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹੱਸਲੀ (clavicle) ਦਾ ਅੰਦਰਲਾ ਸਿਰਾ ਛਾਤੀ ਦੀ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਹੱਡੀ (sternum) ਨਾਲ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਗਰਦਨ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਸਿਰੇ ਤੋਂ ਠੀਕ ਹੇਠਾਂ, ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਲਕੀਰ ਤੋਂ ਦੋ-ਕੁ ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਉਭਾਰ ਵਜੋਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਗੜਬੜ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਇਸ ਵੱਲ ਧਿਆਨ ਹੀ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦਾ।

ਇੱਥੇ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਕੁਝ ਕੁ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਠੀਕ ਉਸ ਉਭਾਰ ਉੱਤੇ ਡੂੰਘਾ ਦਰਦ ਜਾਂ ਛੂਹਣ ਉੱਤੇ ਦੁਖਣਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਥੋੜ੍ਹੀ ਸੋਜ ਦੇ ਨਾਲ, ਜੋ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣ, ਚੁੱਕਣ, ਧੱਕਣ ਜਾਂ ਉਸ ਪਾਸੇ ਲੇਟਣ ਨਾਲ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹੋਰਨਾਂ ਨੂੰ ਕੁਝ ਹਰਕਤਾਂ ਨਾਲ ਜੋੜ ਵਿੱਚ **ਕਲਿੱਕ**, **ਖਿਸਕਣ ਜਾਂ ਹਿੱਲਣ** ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕਦੇ-ਕਦੇ ਇੱਕ ਦਿਸ਼ਾ ਵਾਲੇ ਉਭਾਰ ਨਾਲ ਜੋ ਆਉਂਦਾ-ਜਾਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਮੁਸ਼ਕਲ ਅਚਾਨਕ ਸੱਟ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ (ਮੇਢੇ ਭਾਰ ਡਿੱਗਣਾ, ਟੈਕਲ, ਜਾਂ ਕਾਰ ਹਾਦਸਾ), ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਬਹੁਤ ਹੱਦ ਤੱਕ ਇਸ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਹੜੀ ਗੱਲ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਸਪਸ਼ਟ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਸਟਰਨੋਕਲੈਵੀਕੁਲਰ ਜੋੜ ਹੀ **ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਅਸਲ ਹੱਡੀ ਵਾਲਾ ਜੋੜ** ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਪੂਰੀ ਬਾਂਹ ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਬਾਕੀ ਪਿੰਜਰ ਨਾਲ ਜੋੜਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਜੋ ਕੁਝ ਵੀ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਇਸੇ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਜੋੜ ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਛਾਤੀ ਨਾਲ ਬੱਝਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਇਹ ਮਜ਼ਬੂਤ ਬਣਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ (ligaments, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੇ ਬੰਧਨ) ਵਿੱਚ ਲਪੇਟਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਚੀਜ਼ਾਂ ਇਸ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ, ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਦਾ ਘਿਸਣਾ) ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ। ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਚਿਕਨੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage, ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਚਿਕਨੀ ਪਰਤ) ਪਤਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੋੜ ਸੁੱਜ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਦੁਖਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ **ਅੱਧਖੜ ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ** ਵਿੱਚ ਦੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸੱਟ ਦੇ, ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਇਹ ਖ਼ਤਰਾ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਇੱਕ ਪਰੇਸ਼ਾਨੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਬਿਨਾਂ ਸੱਟ ਵਾਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ (atraumatic instability) ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਜੇੜੇ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਅਸਲ ਸੱਟ ਦੇ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਨਿਕਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਇਸ ਲਈ ਕਿਉਂਕਿ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਕੁਦਰਤੀ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਢਿੱਲੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ **ਨੌਜਵਾਨ, ਲਚਕੀਲੇ (hypermobile) ਲੋਕਾਂ** ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੌਸਲੀ ਅਕਸਰ ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਖਿਸਕਦੀ ਹੈ (anterior, ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਖਿਸਕਣਾ), ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਉਭਾਰ ਵਜੋਂ ਦਿਸ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿਸੇ ਖਾਸ ਢੰਗ ਨਾਲ ਹਿੱਲਣ ਉੱਤੇ ਉੱਭਰ ਆਉਂਦਾ ਹੈ।

ਸੱਟ ਨਾਲ ਜੋੜ ਦਾ ਉਤਰ ਜਾਣਾ (traumatic dislocation) ਉਦੋਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕੋਈ ਜ਼ੋਰਦਾਰ ਧੱਕਾ ਹੌਸਲੀ ਨੂੰ ਜੋੜ ਤੋਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬਾਹਰ ਧੱਕ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ **ਅੱਗੇ ਵੱਲ (anterior)** ਨਿਕਲਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਦਰਦਨਾਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਅਸਧਾਰਨ ਦਿਸਦਾ ਹੈ ਪਰ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਖ਼ਤਰਨਾਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਭ ਤੋਂ ਅਹਿਮ **ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਉਤਰਨਾ (posterior dislocation)** ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹੌਸਲੀ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ, ਛਾਤੀ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਪਿੱਛੇ, ਉਸ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਧੱਕੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਸਾਹ ਨਲੀ, ਭੋਜਨ ਨਲੀ ਅਤੇ ਛਾਤੀ ਦੀਆਂ ਵੱਡੀਆਂ ਖ਼ੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਗੰਭੀਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਆਖ਼ਰੀ ਭਾਗ ਵਿੱਚ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਸਾਡੀ ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਥਾਂ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ। 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। ਫਿਰ ਅਸੀਂ ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਪੂਰੀ ਜਾਂਚ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਉਦੋਂ ਹੀ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ ਜੇ ਇਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਰਾਹਤ ਨਾ ਮਿਲੇ।

ਚੰਗੀ ਖ਼ਬਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ **ਸਟਰਨੋਕਲੈਵੀਕੁਲਰ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।**

ਗਠੀਏ ਅਤੇ ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਦੀ (anterior) ਅਸਥਿਰਤਾ ਲਈ, ਪਹਿਲੀ ਯੋਜਨਾ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ: ਉਨ੍ਹਾਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਜੋ ਇਸ ਨੂੰ ਵਧਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਸਧਾਰਨ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories), ਅਤੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ। ਜੇ ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਗਠੀਏ ਵਾਲਾ ਦਰਦਨਾਕ ਜੋੜ ਤੰਗ ਕਰਦਾ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਜੋੜ ਵਿੱਚ **ਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕਾ** ਇਸ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਵੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦਰਦ ਦਾ ਸਰੋਤ ਇਹੀ ਜੋੜ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਅਪਵਾਦ ਹੈ, ਨਿਯਮ ਨਹੀਂ। ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਚੁਣਵੇਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਸਮੱਸਿਆ ਮੁਤਾਬਕ, ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਜੋੜ ਨੂੰ **ਸਥਿਰ ਕਰਨਾ** (ਹੌਸਲੀ ਨੂੰ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਰੱਖਣ ਲਈ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਨੂੰ ਮੁੜ ਬਣਾਉਣਾ) ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜ਼ਿੰਦੀ ਗਠੀਏ ਲਈ, ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਸਤ੍ਹਾ ਨੂੰ ਹਟਾਉਣ ਲਈ **ਹੌਸਲੀ ਦੇ ਘਿਸੇ ਹੋਏ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਛਾਂਟਣਾ**। ਇਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਬਹੁਤ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਸੋਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਜੋੜ ਛਾਤੀ ਦੀਆਂ ਅਹਿਮ ਬਣਤਰਾਂ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਨਾਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਉਤਰਨਾ ਉਹ ਹਾਲਤ ਹੈ ਜੋ ਉਡੀਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ। ਇਸ ਲਈ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ **ਫ਼ੋਰੀ ਰਿਡਕਸ਼ਨ** (reduction, ਜੋੜ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਬਿਠਾਉਣਾ) ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਜੋ ਕੁਝ ਹੈ ਉਸ ਕਾਰਨ, ਇਹ ਅਕਸਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਸਾਵਧਾਨੀ ਵਜੋਂ **ਛਾਤੀ ਜਾਂ ਖ਼ੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਦਾ ਸਰਜਨ ਤਿਆਰ** ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਗਠੀਏ ਅਤੇ ਆਮ ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਲਈ, ਅੱਗੇ ਦੀ ਤਸਵੀਰ ਹੌਸਲਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਹੈ। ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਨਾਲ, ਬਹੁਤ ਵੱਡੀ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਲੋਕ ਇੰਨੇ ਆਰਾਮ ਵਿੱਚ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਆਮ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਜਿਉਂ ਸਕਣ, ਅਤੇ ਬਹੁਤਿਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਕਦੇ ਕਿਸੇ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ। ਲਚਕੀਲੇ ਜੋੜ ਅਕਸਰ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਸਿੱਖ ਲੈਂਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ ਤੋਂ ਬਚਣਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਇਹ ਸਹੀ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਬਹੁਤ ਅਸਰਦਾਰ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਠੀਕ ਹੋਣ ਲਈ ਸਬਰ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ: ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਜੋੜ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਪੜ੍ਹਾਅਵਾਰ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਖਾਸ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਮਝਾਏਗਾ।

ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਉਤਰੇ ਜੋੜ ਦਾ ਜੋ ਬਿਨਾਂ ਦੇਰੀ ਦੇ ਇਲਾਜ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਜੋੜ ਦੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਵਾਪਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਆਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਨਤੀਜਾ ਚੰਗਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਅਹਿਮ ਗੱਲ ਰਫ਼ਤਾਰ ਹੈ: ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਰਿਡਕਸ਼ਨ ਛੇਤੀ ਕਰਵਾਓ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ:

- ਛਾਤੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਜੋੜ ਉੱਤੇ **ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ, ਸੋਜ ਜਾਂ ਛੂਹਣ ਉੱਤੇ ਦੁਖਣਾ** ਹੈ ਜੋ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਉਭਾਰ ਹੈ ਜੋ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਅੰਦਰ-ਬਾਹਰ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ।
- **ਜੋੜ ਅਸਥਿਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ** ਜਾਂ ਕੁਝ ਹਰਕਤਾਂ ਨਾਲ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮਾਂ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ।
- ਮੋਢੇ ਜਾਂ ਛਾਤੀ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ **ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ** ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਜੋੜ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਵਿਗੜੀ ਹੋਈ ਦਿਸਦੀ ਜਾਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਨੂੰ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸਮਝੋ: ਐਂਥੂਲੋਸ ਬੁਲਾਓ ਜਾਂ ਸਿੱਧੇ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ ਜੇ ਮੋਢੇ ਜਾਂ ਛਾਤੀ ਉੱਤੇ ਭਾਰੀ ਸੱਟ ਜਾਂ ਤੇਜ਼ ਜ਼ੋਰ ਵਾਲੀ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਹੋਵੇ:

- **ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ**, ਦਬਾਅ ਜਾਂ ਗਲਾ ਘੁੱਟਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਆਵਾਜ਼ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ।
- **ਨਿਗਲਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਜਾਂ ਦਰਦ।**
- **ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਸੋਜ, ਰੰਗ ਬਦਲਣਾ, ਠੰਢਾਪਨ ਜਾਂ ਸੂਈਆਂ ਚੁਭਣ ਵਰਗੀ ਝਰਨਾਹਟ**, ਜਾਂ ਉਸ ਪਾਸੇ ਕਮਜ਼ੋਰ ਨਬਜ਼।

ਇਹ **ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਉਤਰੇ ਜੋੜ** ਦੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਛਾਤੀ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਸਾਹ ਨਲੀ, ਭੋਜਨ ਨਲੀ ਜਾਂ ਵੱਡੀਆਂ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਉੱਤੇ ਦਬਾਅ ਪਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਫ਼ੌਰੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਇਹ ਦੇਖਣ ਲਈ ਉਡੀਕ ਨਾ ਕਰੋ ਕਿ ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਟਰਨੋਕਲੈਵੀਕੁਲਰ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਕਿਸਮ ਅਸਲ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਹੈ ਜੋ ਬਾਹਰੋਂ ਮਾਮੂਲੀ ਦਿਸ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਜਿਸ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਸਭ ਤੋਂ ਸਧਾਰਨ ਇਲਾਜ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਾਪਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਅਹਿਮ ਹੈ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਉਤਰਨਾ

ਸਟਰਨੋਕਲੈਵੀਕੁਲਰ ਜੋੜ ਗਰਦਨ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਸਿਰੇ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਹੰਸਲੀ ਛਾਤੀ ਦੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਠੀਕ ਪਿੱਛੇ ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਵੱਡੀਆਂ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ (great vessels), ਸਾਹ ਨਲੀ (trachea) ਅਤੇ ਭੋਜਨ ਨਲੀ (oesophagus) ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਉਤਰਨਾ ਹੰਸਲੀ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਧੱਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਇੱਕ ਦਿਸ਼ਣ ਵਾਲਾ ਉਭਾਰ ਬਣਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਗੰਭੀਰ ਦਿਸਦਾ ਹੈ ਪਰ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਨੁਕਸਾਨ-ਰਹਿਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। **ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਉਤਰਨਾ** ਇਸ ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਬਣਤਰਾਂ ਵੱਲ ਧੱਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਾਹਰੋਂ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਦਿਸਦਾ ਹੈ, ਕਦੇ-ਕਦੇ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਹਲਕਾ ਜਿਹਾ ਟੋਆ। ਬਾਹਰੀ ਦਿੱਖ ਗੰਭੀਰਤਾ ਤੋਂ ਉਲਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਉਤਰਨ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣ ਹਨ ਨਿਗਲਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ, ਸਾਹ ਚੜ੍ਹਨਾ, ਆਵਾਜ਼ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਜਾਂ ਗਰਦਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ (veins) ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਦਾ ਰੁਕ ਕੇ ਭਰ ਜਾਣਾ। ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਲੱਛਣ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਜਾਂਚ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਇਸ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਸਧਾਰਨ ਐਕਸ-ਰੇ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ CT ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।

48 ਘੰਟਿਆਂ ਦੀ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ

ਜਿੱਥੇ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਉਤਰਨ ਦੀ ਪਛਾਣ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਉੱਥੇ ਹੰਸਲੀ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਜੋੜ ਖੋਲ੍ਹੇ ਬਿਨਾਂ ਖਿੱਚ ਕੇ ਵਾਪਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਲਿਆਂਦਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। 140 ਕਿਸ਼ੋਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਬੰਦ ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਦੋਵੇਂ ਤਰੀਕੇ **ਬਹੁਤ ਅਸਰਦਾਰ** ਸਾਬਤ ਹੋਏ ਹਨ, ਅਤੇ **ਬੰਦ ਰਿਡਕਸ਼ਨ (closed reduction, ਜੋੜ ਖੋਲ੍ਹੇ ਬਿਨਾਂ ਵਾਪਸ ਬਿਠਾਉਣਾ) ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਅਸਰਦਾਰ ਉਦੋਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਸ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸੱਟ ਤੋਂ 48 ਘੰਟਿਆਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ** [1]।

ਇਹ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਅੰਕੜਾ ਹੈ ਜਿਸ ਉੱਤੇ ਅਮਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਲਗਭਗ ਦੋ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹਿੱਲੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਜੰਮਣ ਲੱਗ ਪੈਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਬੰਦ ਰਿਡਕਸ਼ਨ ਦੇ ਸਫਲ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਲਗਾਤਾਰ ਘਟਦੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਜਿਹੀ ਹਰਕਤ ਵੱਡੀਆਂ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਲੱਗ ਕੇ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਦਾ ਢੰਗ ਮੇਲ ਖਾਂਦਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਉਡੀਕ ਕਰਕੇ ਦੇਖਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਛੋਟੀ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਦਲੀਲ ਹੈ।

ਇਸ ਨੇੜਤਾ ਕਾਰਨ, ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਉਤਰੇ ਜੋੜ ਦੀ ਰਿਡਕਸ਼ਨ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਦਿਲ ਅਤੇ ਛਾਤੀ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੀ ਟੀਮ (cardiothoracic team) ਦੀ ਮੌਜੂਦਗੀ ਵਿੱਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਨਹੀਂ ਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਕੁਝ ਗ਼ਲਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਸਗੋਂ ਇਸ ਲਈ ਕਿ ਜੇ ਹੋ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਨਤੀਜੇ ਉਸੇ ਪਲ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੇ ਹਨ।

ਅਸਥਿਰਤਾ ਲਈ ਜੋੜ ਨੂੰ ਮੁੜ ਬਣਾਉਣਾ ਕਾਰਗਰ ਹੈ, ਅਤੇ ਤਕਨੀਕ ਫ਼ੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ

ਵਾਰ-ਵਾਰ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਜਾਂ ਪੁਰਾਣੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਲਈ, ਜੋੜ ਨੂੰ ਟੈਂਡਨ ਗ੍ਰਾਫਟ (tendon graft, ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਟੁਕੜਾ) ਨਾਲ ਮੁੜ ਬਣਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। 164 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਜੋੜ ਨੂੰ ਮੁੜ ਬਣਾਉਣ ਨਾਲ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦੱਸੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਅਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ, ਅਤੇ **ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਘੱਟ** ਸੀ, ਅਤੇ ਲਾਭਦਾਇਕ ਗੱਲ ਇਹ ਕਿ ਇਹ ਨਤੀਜਾ **ਤਕਨੀਕ ਚਾਹੇ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਵੇ** ਬਰਕਰਾਰ ਰਿਹਾ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਦੀ ਇੱਕ ਪਰਤ ਬਨਾਮ ਦੋਵੇਂ ਪਰਤਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਡਰਿੱਲ ਕਰਨਾ (unicortical versus bicortical) ਅਤੇ ਦਾਨੀ ਤੋਂ ਲਿਆ ਗ੍ਰਾਫਟ ਬਨਾਮ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਆਪਣੇ ਸਰੀਰ ਤੋਂ ਲਿਆ ਗ੍ਰਾਫਟ (allograft versus autograft) ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ [2]।

ਜਿੱਥੇ ਕਈ ਤਕਨੀਕੀ ਰੂਪ ਇੱਕੋ ਜਿਹਾ ਨਤੀਜਾ ਦਿੰਦੇ ਹੋਣ, ਉੱਥੇ ਸਮਝਦਾਰੀ ਵਾਲਾ ਸਿੱਟਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕ ਸਥਿਰ ਬਣਤਰ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਕਿਵੇਂ ਹਾਸਲ ਕੀਤੀ ਗਈ।

ਇੱਥੇ ਗਠੀਏ ਦਾ ਇਲਾਜ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਘੱਟ ਪਛਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਇਸ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲੀ ਤਬਦੀਲੀ ਗਰਦਨ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਸਿਰੇ ਉੱਤੇ ਦਰਦ ਦਾ ਇੱਕ ਅਸਲ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਅਣਡਿੱਠਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਕਾਰਨ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਅੱਧਖੜ ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਗਰਦਨ ਦੀ ਆਪਣੀ ਸਮੱਸਿਆ ਮੰਨ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। 107 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ **ਇੱਕ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ ਜੋ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਚੰਗੀ ਕਮੀ ਅਤੇ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ ਦੀ ਉੱਚੀ ਦਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ**, ਹਾਲਾਂਕਿ ਖੋਜ ਇਹ ਸਥਾਪਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ ਕਿ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਬਿਹਤਰ ਹੈ ਜਾਂ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ [3]।

ਅਮਲੀ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਠੀਕ ਇਸੇ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ, ਇੱਕ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕਿਆ ਹੋਇਆ ਦੁਖਣਾ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦੱਸਣ ਯੋਗ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜਦੋਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨੂੰ ਮੋਢੇ ਜਾਂ ਗਰਦਨ ਦੇ ਦਰਦ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਨਿਸ਼ਾਨਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰਨਾ ਸੌਖਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Tepolt F, Carry PM, Heyn PC, Miller NH. Posterior sternoclavicular joint injuries in the adolescent population: a meta-analysis. Am J Sports Med. 2014;42(10):2517-24. <https://doi.org/10.1177/0363546514523386>

- [2] Kapoor U, Khoo KJ, Hsu JE, Matsen FA, Schiffman CJ. Clinical outcomes and complications after sternoclavicular joint reconstruction: a systematic review. *Am J Sports Med.* 2026;54(7):1799-806. <https://doi.org/10.1177/03635465251407324>
- [3] Rasmussen AH, Krogsgaard MR. Surgical treatment of sternoclavicular joint osteoarthritis: a systematic review. *J Shoulder Elbow Surg.* 2025;34(10):2517-28. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.12.044>