

ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਇੰਪਿੰਜਮੈਂਟ ਅਤੇ ਬਰਸਾਈਟਿਸ

ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਇੰਪਿੰਜਮੈਂਟ: ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਦੱਬਿਆ ਜਾਂਦਾ 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

ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਇੰਪਿੰਜਮੈਂਟ (subacromial impingement, ਮੋਢੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ ਹੇਠਾਂ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦਾ ਦੱਬੇ ਜਾਣਾ) ਦਾ ਮੁੱਖ ਲੱਛਣ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ ਹੈ। ਇਹ ਅਕਸਰ ਉਦੋਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਦੇ ਹੋ, ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਵਧਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਰੀਰ ਤੋਂ ਦੂਰ ਰੱਖ ਕੇ ਵਰਤਦੇ ਹੋ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਮੋਢੇ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਪੈਟਰਨ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ “ਪੇਨਫੁੱਲ ਆਰਕ” (painful arc, ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਘੇਰਾ) ਦੌਰਾਨ ਭੜਕ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਹਰਕਤ ਦਾ ਉਹ ਹਿੱਸਾ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਬਾਹਰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਾਹਮਣੇ ਲਗਭਗ 40 ਅਤੇ 120 ਡਿਗਰੀ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ। ਇਸ ਹਿੱਸੇ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹਰਕਤ ਅਕਸਰ ਸੌਖੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਰਾਤ ਨੂੰ ਦਰਦ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਰਗਰਮੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਸਵੇਰੇ ਜਾਗਣ ਵੇਲੇ ਮੋਢਾ ਦੁਖ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਕੰਮ ਔਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਧੋੜੇ ਸੁਕਾਉਣ ਲਈ ਟੰਗਣਾ, ਉੱਚੇ ਸ਼ੈਲਫ਼ ਤੱਕ ਹੱਥ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ, ਜਾਂ ਕੇਤਲੀ ਚੁੱਕਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਹਿੱਲਣ ਦੀ ਹੱਦ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਆਮ ਵਾਂਗ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਤੁਸੀਂ ਅਜੇ ਵੀ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਉਸਦੇ ਪੂਰੇ ਘੇਰੇ ਵਿੱਚ ਹਿਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਭਾਵੇਂ ਉਸ ਘੇਰੇ ਦੇ ਕੁਝ ਹਿੱਸਿਆਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਛੂਹਣ ਨਾਲ ਦੁਖਣਾ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਗਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਰੋ।

ਮੋਢੇ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਵੀ ਇਸ ਵਰਗੀਆਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ (ਜੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਮੋਢਾ), ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦਾ ਪੂਰੀ ਮੋਟਾਈ ਦਾ ਪਾਟਣਾ (ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਆਰ-ਪਾਰ ਪਾਟ ਜਾਣਾ; ਟੈਂਡਨ, tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ), ਅਤੇ ਅਸਥਿਰਤਾ (instability, ਮੋਢਾ ਜੋ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਢਿੱਲਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ) ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾਂਚ ਇਹ ਤੈਅ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਹੜੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਹੱਡੀ ਦੀ ਇੱਕ ਮਿਹਰਾਬ (arch) ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਮਿਹਰਾਬ ਐਕਰੋਮੀਅਨ (acromion, ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ) ਤੋਂ ਬਣਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੱਡੀ ਦਾ ਇੱਕ ਛੱਜਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇੱਕ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligament, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਬੰਧਨ) ਰਾਹੀਂ ਸਾਹਮਣੇ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਹੋਰ

ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਉਸ ਮਿਹਰਾਬ ਦੇ ਹੇਠਲੀ ਖ਼ਾਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਟੈਂਡਨ ਖਿਸਕਦੇ ਹੋਏ ਲੰਘਦੇ ਹਨ, ਯਾਨੀ ਚਾਰ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦਾ ਉਹ ਸਮੂਹ ਜੋ ਹਿੱਲਣ ਵੇਲੇ ਜੋੜ ਦੀ ਗੱਦ ਨੂੰ ਵਿਚਕਾਰ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਗੱਦੀ ਵੀ, ਜਿਸਨੂੰ ਸਬਾਕਰੋਮੀਅਲ ਬਰਸਾ (subacromial bursa) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਬਰਸਾ ਕੁਝ ਹੱਦ ਤੱਕ ਗੈਸਕਟ (ਵਾਸ਼ਰ) ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਰਗੜ ਖਾਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਉਸਦੇ ਹੇਠਾਂ ਸੁਚਾਰੂ ਢੰਗ ਨਾਲ ਖਿਸਕਦੇ ਹਨ।

ਇਸ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ, ਉਸ ਗੱਦੀ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸੁੱਜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਵੀ ਮੋਟੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮੋਟਾ ਟੈਂਡਨ ਮਿਹਰਾਬ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਦੀ ਤੰਗ ਥਾਂ ਦਾ ਵੱਧ ਹਿੱਸਾ ਘੇਰ ਲੈਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਖਿਸਕਣ ਲਈ ਘੱਟ ਥਾਂ ਬਚਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਉਸ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ: ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ, ਜੋ ਪਹਿਲਾਂ ਦੱਸੇ ਪੈਨਫੁੱਲ ਆਰਕ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਠੀਕ ਉਸੇ ਸਮੇਂ ਮਿਹਰਾਬ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਦੀ ਥਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਤੰਗ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਥਾਂ ਉਦੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਭੀੜੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਲਗਭਗ 90 ਡਿਗਰੀ ਤੱਕ, ਮੋਟੇ ਤੌਰ ਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਬਰਾਬਰ, ਚੁੱਕੀ ਹੋਈ ਹੋਵੇ।

ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿ ਮਿਹਰਾਬ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਕੁਝ ਰਗੜ ਹਰ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤੰਦਰੁਸਤ ਮੋਢਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵੀ। ਕੁਝ ਖ਼ਾਸ ਹਰਕਤਾਂ ਨਾਲ, ਜਿਵੇਂ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਜਾਂ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣਾ, ਦਬਾਅ ਬਸ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਵੀ ਬਹਿਸ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਉੱਪਰਲੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਸੱਚਮੁੱਚ ਇਸਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਹੱਡੀ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਸੰਬੰਧ ਅਜੇ ਤੈਅ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਮਾਹਰ ਹੁਣ ਇਸ ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਸਬਾਕਰੋਮੀਅਲ ਪੇਨ ਸਿੰਡਰੋਮ (subacromial pain syndrome, ਮੋਢੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ ਹੇਠਾਂ ਦਾ ਦਰਦ) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਇਹ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦਰਦ ਕਿੱਥੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਬਿਨਾਂ ਇਹ ਦਾਅਵਾ ਕੀਤੇ ਕਿ ਇਹ ਕਿਉਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਕਰਕੇ, ਇਲਾਜ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਕਸਰਤ ਅਤੇ ਹੋਰ ਗ਼ੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਉਪਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਮਿਹਰਾਬ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਘਸਾਉਣ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ, ਜਿਸਨੂੰ ਸਬਾਕਰੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ (subacromial decompression, ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ ਹੇਠਾਂ ਥਾਂ ਖੋਲ੍ਹਣਾ) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਕੁਝ ਚੁਣੇ ਹੋਏ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਛੋਟੇ ਸਮੂਹ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਸਾਫ਼ ਦੱਸਣਾ ਬਣਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਟ੍ਰਾਇਲਾਂ ਨੇ ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਸ਼ੈਮ (sham, ਦਿਖਾਵੇ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ) ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨਾਲ ਕੀਤੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਰਜਨ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖਦਾ ਹੈ ਪਰ ਕੋਈ ਹੱਡੀ ਨਹੀਂ ਕੱਢਦਾ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਖੁਦ ਹੱਡੀ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਹੁਤ ਥੋੜ੍ਹਾ ਵਾਧੂ ਫ਼ਾਇਦਾ ਮਿਲਿਆ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ (Medicare) ਰਿਬੇਟ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ ਇਮੇਜਿੰਗ (ਐਕਸ-ਰੇ ਜਾਂ ਸਕੈਨ) ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਵਰਗੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਉਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ।

ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਦਾ ਢੰਗ ਬਦਲਣਾ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨਾਲ ਮੋਢੇ ਦੀ ਤਾਕਤ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ। ਮਕਸਦ ਚਿੜੇ ਹੋਏ (irritated) ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਹਰਕਤ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣਾ ਹੈ, ਦਰਦ ਸਹਿ ਕੇ ਜ਼ੋਰ ਲਾਉਣਾ ਨਹੀਂ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਰਾਇ ਬਣਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸਨੂੰ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿਓ। ਤੁਹਾਡੇ ਆਮ ਇਲਾਜ ਦੇ ਉੱਤਰ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਦੀ ਵੱਡੀ ਮਾਤਰਾ ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਨਤੀਜੇ ਬਿਹਤਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ, ਇਸ ਲਈ ਨਿਯਮਤ ਅਤੇ ਚੰਗੀ ਅਗਵਾਈ ਹੇਠ ਕੀਤੀ ਕਸਰਤ ਹੀ ਅਸਲ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।

ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories) ਕਸਰਤਾਂ ਦੇ ਅਸਰ ਕਰਨ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਿੱਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਹਾਲਤ ਲਈ ਕੋਰਟੀਸੋਨ ਦੇ ਟੀਕਿਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ।

ਜੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਸੱਚਮੁੱਚ ਅਜ਼ਮਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਸਬਾਕਰੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਥਾਂ ਦੇਣ ਲਈ ਮਿਹਰਾਬ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਘਸਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲਾ ਬਰਸਾ ਕੱਢ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਇਹ ਤੋਲ ਕੇ ਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕੀ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਨਹੀਂ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਬਹੁਤੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਹਾਲਤ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਨਿਯਮਤ ਕਸਰਤ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਰਾਇ ਬਣਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸਨੂੰ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿਓ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇੰਨਾ ਸੁਧਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਆਪਣੀਆਂ ਆਮ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕਸਰਤ ਅਤੇ ਹੋਰ ਗ਼ੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਉਪਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸੱਚਮੁੱਚ ਅਜ਼ਮਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਸਦੀ ਤੁਲਨਾ ਸ਼ੈਮ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਟ੍ਰਾਇਲਾਂ ਨੂੰ ਖ਼ੁਦ ਹੱਡੀ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਹੁਤ ਥੋੜ੍ਹਾ ਵਾਧੂ ਫ਼ਾਇਦਾ ਮਿਲਿਆ।

ਇਸ ਹਾਲਤ ਤੋਂ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਸੋਚ-ਸਮਝ ਕੇ ਸੰਭਾਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕਾਹਲੀ ਨਾਲ ਨਹੀਂ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਬਹੁਤੇ ਲੋਕ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ 90% ਤੋਂ ਵੱਧ ਲੋਕ 4 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਲੱਗ ਪੈਂਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਮੋਢੇ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਗੱਡੀ ਨਾ ਚਲਾਓ, ਅਤੇ ਉਦੋਂ ਹੀ ਚਲਾਓ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਵੇ। ਬਹੁਤੇ ਲੋਕ ਆਪਣੀਆਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੀਆਂ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਦੀਆਂ ਖੇਡਾਂ ਖੇਡਣ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ 90% ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਘੱਟ ਜ਼ੋਰ ਪਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਜਾਂ ਟੱਕਰ ਵਾਲੀਆਂ (contact) ਖੇਡਾਂ ਖੇਡਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਕੰਮਕਾਜ ਜਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਉਸਨੂੰ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਔਸਤਨ ਤਕਰੀਬਨ 3 ਮਹੀਨੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ। ਕੋਰਾਕੋਐਕਰੋਮੀਅਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (coracoacromial ligament), ਯਾਨੀ ਮਿਹਰਾਬ ਹੇਠਲਾ ਟਿਸ਼ੂ ਦਾ ਪਟਾ, ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁਕਾਬਲਤਨ ਜਲਦੀ ਮੁੜ ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਸਨੂੰ ਆਪਣੀ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਇਸ ਹਾਲਤ ਦਾ ਇਲਾਜ ਨਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਉਂਦਾ-ਜਾਂਦਾ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਦੀਆਂ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਨਾਲ। ਖ਼ਾਸ ਕਸਰਤਾਂ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਘਟਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਨਤੀਜੇ 10 ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਕਾਇਮ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਟ੍ਰਿਪਲੈਸ਼ (whiplash, ਝਟਕੇ ਨਾਲ ਗਰਦਨ ਨੂੰ ਲੱਗੀ ਸੱਟ) ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਨਤੀਜੇ ਹੌਲੀ ਅਤੇ ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੇ ਮਾੜੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਮਿਲੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਅੰਸ਼ਕ ਪਾਟਣ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦੀ ਸ਼ਾਇਦ ਲੋੜ ਨਾ ਪਵੇ, ਕਿਉਂਕਿ ਦੋਵਾਂ ਗਰੁੱਪਾਂ ਦਾ ਆਖ਼ਰੀ ਨਤੀਜਾ ਮਿਲਦਾ-ਜੁਲਦਾ ਸੀ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਇੱਥੇ ਦੱਸਿਆ ਮੋਢੇ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦਰਦ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਪਰ ਕੁਝ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਵੱਲ ਜਲਦੀ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਗਰਮ, ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਜਾਂ ਹੱਥ ਫਿੱਕੇ, ਠੰਢੇ, ਸਫ਼ੈਦ ਜਾਂ ਨੀਲੇ ਪੈ ਜਾਣ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਇਹੀ ਗੱਲ ਉਦੋਂ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਕਿਸੇ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਅਹਿਸਾਸ ਜਾਂ ਹਰਕਤ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ।

ਜੇ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਗਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ। ਜੇ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਸਾਦੇ ਉਪਾਵਾਂ ਨਾਲ ਮਦਦ ਨਹੀਂ ਮਿਲੀ, ਜਾਂ ਜੇ ਦਰਦ ਦਾ ਪੈਟਰਨ ਪਹਿਲਾਂ ਦੱਸੇ ਪੈਨਫੂਲ ਆਰਕ ਵਰਗਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ।

ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੋਈ ਵੀ ਫ਼ੈਸਲਾ ਲੈਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਰ ਕਾਰਨਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦਾ ਪਾਟਣਾ ਜਾਂ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਸ਼ੋਲਡਰ, ਨੂੰ ਪਰਖ ਕੇ ਬਾਹਰ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਇੰਪਿਜ਼ਮੈਂਟ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਮੋਢੇ ਦੀ ਉਹ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਵੱਡੇ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲਾਂ (randomised trials, ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਬੇਤਰਤੀਬੀ ਨਾਲ ਗਰੁੱਪਾਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡ ਕੇ ਕੀਤੀ ਖੋਜ) ਵਿੱਚ ਦੋ ਵਾਰ ਇੱਕ ਪਲੇਸਬੋ ਓਪਰੇਸ਼ਨ (placebo, ਨਕਲੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ) ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਪਰਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਨਤੀਜੇ ਨੇ ਦੁਨੀਆ ਭਰ ਵਿੱਚ ਇਲਾਜ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲ ਦਿੱਤਾ।

ਦੇ ਟ੍ਰਾਇਲ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਦੇ ਦਿਖਾਵੇ ਨਾਲ ਕੀਤੀ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਰਜੀਕਲ ਸਬੂਤ ਇੱਕ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਲ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਇਲਾਜ ਨਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਵਾਰ ਕੋਈ ਟ੍ਰਾਇਲ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਸ਼ੈਮ (sham, ਦਿਖਾਵੇ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ) ਨਾਲ ਕਰਦਾ ਹੈ: ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਆਰਥਰੋਸਕੋਪ (arthroscope, ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਕੈਮਰਾ) ਅੰਦਰ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕੋਈ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ, ਅਤੇ ਨਾ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਨਤੀਜਾ ਮਾਪਣ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਪਤਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਇਹ ਢਾਂਚਾ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਣ ਦੇ ਪਲੇਸਬੋ ਅਸਰ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਾਫ਼ੀ ਵੱਡਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

CSAW ਟ੍ਰਾਇਲ ਨੇ 313 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਬੇਤਰਤੀਬੀ ਨਾਲ ਤਿੰਨ ਗਰੁੱਪਾਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡਿਆ: ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲਾ ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ, ਸਿਰਫ਼ ਜਾਂਚ ਲਈ ਦੂਰਬੀਨ ਪਾਉਣਾ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪੀ), ਅਤੇ ਕੋਈ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ। ਦੋਵੇਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਗਰੁੱਪਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਵਾਲੇ ਗਰੁੱਪ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਰਹੇ, ਪਰ ਇਹ ਫ਼ਰਕ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਅਹਿਮ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਅਤੇ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਨੇ ਸਿਰਫ਼ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪੀ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਕੋਈ ਵਾਧੂ ਫ਼ਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ [1]।

FIMPACT ਟ੍ਰਾਇਲ ਵੀ ਆਜ਼ਾਦ ਤੌਰ ਤੇ ਇਸੇ ਨਤੀਜੇ ਉੱਤੇ ਪਹੁੰਚਿਆ। ਇੰਪਿਜ਼ਮੈਂਟ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੇ ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਨੇ 24 ਮਹੀਨਿਆਂ ਉੱਤੇ ਜਾਂਚ ਵਾਲੀ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪੀ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਕੋਈ ਫ਼ਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ [2]।

ਦੋ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਟ੍ਰਾਇਲ, ਦੋ ਦੇਸ਼, ਇੱਕੋ ਜਵਾਬ: ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਹੱਡੀ ਕੱਢਣ ਵਾਲਾ ਹਿੱਸਾ ਉਹ ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ ਜਿਸ ਨਾਲ ਸੁਧਾਰ ਹੋ ਰਿਹਾ ਸੀ। ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਜੋ ਵੀ ਫ਼ਾਇਦਾ ਹੋਇਆ, ਉਹ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੀ ਚੀਜ਼ ਤੋਂ ਆਇਆ ਜੋ ਸ਼ੈਮ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੇ ਵੀ ਦਿੱਤੀ ਸੀ।

ਇਸ ਦਾ ਕੀ ਮਤਲਬ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਨਹੀਂ

ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਦਰਦ ਕਾਲਪਨਿਕ ਹੈ, ਜਾਂ ਕਿ ਕੁਝ ਵੀ ਮਦਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ। ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਮਕੈਨੀਕਲ ਵਿਆਖਿਆ, ਯਾਨੀ ਇਹ ਕਿ ਹੱਡੀ ਦਾ ਇੱਕ ਉਭਾਰ ਟੈਂਡਨ ਨਾਲ ਰਗੜ ਖਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਛਿੱਲ ਕੇ ਹਟਾਉਣ ਨਾਲ ਸਮੱਸਿਆ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਫ਼ਾਇਦੇ ਦੇ ਕਾਰਨ ਵਜੋਂ ਸਬੂਤਾਂ ਨਾਲ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

ਇਸ ਦਾ ਅਸਰ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਪੈਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਬਿਆਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। “ਇੰਪਿਜ਼ਮੈਂਟ” ਸ਼ਬਦ ਵਿੱਚ ਹੀ ਮਕੈਨੀਕਲ ਸਿਧਾਂਤ ਸਮਾਇਆ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਬਹੁਤ ਸਾਰਾ ਡਾਕਟਰੀ ਸਾਹਿਤ ਹੁਣ “ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਪੇਨ ਸਿੰਡਰੋਮ” (subacromial pain syndrome) ਸ਼ਬਦ ਵਰਤਣ ਲੱਗ ਪਿਆ ਹੈ: ਇਹ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦਰਦ ਕਿੱਥੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਇਹ ਕਿਉਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਅਣ-ਸਾਬਤ ਦਾਅਵਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਤਾਂ ਫਿਰ ਕੀ ਬਚਦਾ ਹੈ

ਮੁੱਖ ਭਾਰ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਉੱਤੇ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਬੂਤ ਇੰਨੇ ਮਿਲੇ-ਜੁਲੇ ਹਨ ਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। 3,643 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਨੈੱਟਵਰਕ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਵਿੱਚ, ਐਕਰੋਮੀਓਪਲਾਸਟੀ (acromioplasty, ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਦੀ ਹੱਡੀ ਛਿੱਲਣਾ) ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੇ ਨਾਲ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੇ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਨੇ ਦਰਦ, ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦੱਸੇ ਗਏ ਮਾਪਾਂ ਅਤੇ ਹਰਕਤ ਦੀ ਹੱਦ ਵਿੱਚ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਦਿਖਾਏ, ਜਦਕਿ ਕੋਰਟੀਕੋਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕੇ ਨੇ ਤਿੰਨੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਮਾੜੇ ਨਤੀਜੇ ਦਿਖਾਏ, ਅਤੇ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਕਾਫ਼ੀ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ [3]।

ਸ਼ੈਮ ਨਾਲ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਟ੍ਰਾਇਲਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਰੱਖ ਕੇ ਦੇਖੀਏ ਤਾਂ ਵਾਜਬ ਨਿਚੋੜ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਢਾਂਚਾਗਤ ਕਸਰਤ ਹੀ ਮੁੱਖ ਇਲਾਜ ਹੈ; ਟੀਕਾ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ ਪਰ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਚੰਗਾ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ; ਅਤੇ ਇਹ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਕੈਮਰਾ ਅੰਦਰ ਪਾਉਣ ਨਾਲ ਮਿਲਣ ਵਾਲੇ ਅਸਰ ਤੋਂ ਵੱਧ ਕੁਝ ਜੋੜਦੀ ਹੈ।

ਜਿੱਥੇ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਅਜੇ ਵੀ ਭੂਮਿਕਾ ਹੈ

ਇਹ ਸਭ ਕੁਝ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਅਸਲੀ, ਮੁਰੰਮਤ ਹੋਣ ਯੋਗ ਪਾਟਣ ਉੱਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਜੋ ਆਪਣੇ ਵੱਖਰੇ ਸਬੂਤਾਂ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਵਾਲੇ ਸਫ਼ੇ ਉੱਤੇ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਟ੍ਰਾਇਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮੋਢਿਆਂ ਬਾਰੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਇੰਪਿਜ਼ਮੈਂਟ ਮੰਨਿਆ ਗਿਆ, ਨਾ ਕਿ ਪਾਟੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ ਵਾਲੇ ਮੋਢਿਆਂ ਬਾਰੇ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੋਹਾਂ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਪਛਾਣਨਾ ਹੀ ਉਹ ਕਾਰਨ ਹੈ ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾਂਚ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਚੋਣ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਹਿਮ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Beard DJ, Rees JL, Cook JA, Rombach I, Cooper C, Merritt N, et al. Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial. *Lancet*. 2018;391(10118):329-38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32457-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32457-1)
- [2] Paavola M, Malmivaara A, Taimela S, Kanto K, Inkinen J, Kalske J, et al. Subacromial decompression versus diagnostic arthroscopy for shoulder impingement: randomised, placebo surgery controlled clinical trial. *BMJ*. 2018;362:k2860. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2860>
- [3] Lavoie-Gagne O, Farah G, Lu Y, Mehta N, Parvaresh KC, Forsythe B. Physical therapy combined with subacromial cortisone injection is a first-line treatment whereas acromioplasty with physical therapy is best if conservative management fails for impingement syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *Arthroscopy*. 2022;38(8):2511-24. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2022.02.008>