

ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਕਲਿੱਕ, ਪਟਾਕਾ ਅਤੇ ਅਸਥਿਰਤਾ

ਕਲਿੱਕ, ਪਟਾਕੇ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਜਾਂ ਮੋਢੇ ਦੇ ਖਿਸਕਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① 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

ਕਲਿੱਕ ਕਰਨ ਜਾਂ ਪਟਾਕਾ ਮਾਰਨ ਵਾਲੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਗੰਭੀਰਤਾ ਨਾਲ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਆਵਾਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਹੋਰ ਅਹਿਸਾਸ ਵੀ ਹੋਣ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜ ਉੱਥੇ ਖਿਸਕ ਜਾਂ ਸਰਕ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਸ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਸਰਕਣਾ ਚਾਹੀਦਾ, ਜਾਂ ਢਿੱਲੇਪਣ ਦਾ ਅਜਿਹਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਕਦੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸੌਣ ਵੇਲੇ ਮੋਢਾ ਅਸਥਿਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਸੌਂਦੇ ਦੇ ਥੈਲਿਆਂ ਵਰਗੀਆਂ ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ਾਂ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਸੁੱਟਣਾ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਫੈਲ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਝਰਨਾਹਟ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਕਸਰ ਕੰਮ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਭੜਕਦਾ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਕੋਈ ਵੀ ਅਜਿਹਾ ਕੰਮ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕੀ ਅਤੇ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਈ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹਾਂ ਪਾਸਿਆਂ ਉੱਤੇ ਰੱਖ ਕੇ ਚੀਜ਼ਾਂ ਫੜਦੇ ਹੋ। ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਇਹ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਕਲਿੱਕ ਅਤੇ ਢਿੱਲੇਪਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਬਣਿਆ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣਾ, ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ ਅਤੇ ਸੁੱਟਣਾ ਉਹ ਕੰਮ ਹਨ ਜੋ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਔਖੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਮੋਢਾ ਪਹਿਲਾਂ ਸੱਚਮੁੱਚ ਜੋੜ ਤੋਂ ਉਤਰ ਚੁੱਕਾ ਹੈ (dislocation), ਤਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ ਬਹੁਤ ਤੇਜ਼ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਅਕੜ ਕੇ ਖਿੱਚੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ (spasm)।

ਕੁਝ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕਾਰਵਾਈ ਮੰਗਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਉਤਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਵਾਪਸ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਨਹੀਂ ਚੜ੍ਹਦਾ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਇਹ ਖਿਸਕ ਕੇ ਬਾਹਰ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਾਪਸ ਚੜ੍ਹ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਖ ਸਕੀਏ। ਜੇ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਅਹਿਸਾਸ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਵੀ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਇਲਾਜ ਲਓ। ਜੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੋਲ੍ਹ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ।

ਇੱਕ ਹੋਰ ਗੱਲ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹੈ: ਵਾਰ-ਵਾਰ ਮੋਢਾ ਉਤਰਨ ਨਾਲ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਗਠੀਏ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮੋਢਾ ਟਿਕਾਉਣ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜੇ ਵੀ ਗਠੀਆਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਉਹ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਹਲਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਕੋਈ ਵੀ ਲੱਛਣ ਪੈਦਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਮੋਢਾ ਸਰੀਰ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹਿੱਲਣ ਵਾਲਾ ਜੋੜ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਇਸ ਦੀ ਬਣਤਰ ਤੋਂ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਸਾਕਟ ਘੱਟ ਡੂੰਘੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਆਪਣੇ ਅੰਦਰ ਰੱਖੇ ਗੋਲੇ ਦੇ ਆਕਾਰ ਦਾ ਲਗਭਗ ਇੱਕ-ਤਿਹਾਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕੱਪ ਵਿੱਚ ਬੈਠੀ ਗੱਦ ਦੀ ਬਜਾਏ ਪਿਰਚ ਉੱਤੇ ਟਿਕੀ ਗੋਲਫ ਦੀ ਗੱਦ ਬਾਰੇ ਸੋਚੋ। ਕੰਢੇ ਦੁਆਲੇ ਨਰਮ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦਾ ਇੱਕ ਛੱਲਾ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਲੇਬਰਮ (labrum, ਜੋੜ ਦੇ ਕੰਢੇ ਦੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਕਿਨਾਰੀ) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਸਾਕਟ ਨੂੰ ਲਗਭਗ 50% ਹੋਰ ਡੂੰਘਾ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਵੀ, ਸਾਕਟ ਉੱਪਰ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਤੱਕ ਸਿਰਫ਼ ਲਗਭਗ 9 ਮਿਲੀਮੀਟਰ ਅਤੇ ਅੱਗੇ ਤੋਂ ਪਿੱਛੇ ਤੱਕ 5 ਮਿਲੀਮੀਟਰ ਡੂੰਘੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਕਿਉਂਕਿ ਗੋਲਾ ਸਾਕਟ ਵਿੱਚ ਢਿੱਲਾ ਬੈਠਦਾ ਹੈ, ਮੋਢਾ ਇਸ ਨੂੰ ਵਿਚਕਾਰ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਣ ਲਈ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਕੈਪਸੂਲ (capsule), ਯਾਨੀ ਜੋੜ ਦੁਆਲੇ ਇੱਕ ਢਿੱਲਾ ਗਿਲਾਫ਼, ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ (ligament, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਬੰਧਨ) ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਸਿਰਫ਼ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀਆਂ ਆਖ਼ਰੀ ਹੱਦਾਂ ਉੱਤੇ ਕੰਮ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਹਿਲਜੁਲ ਦੌਰਾਨ, ਤੁਹਾਡਾ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਅਤੇ ਬਾਈਸੈਪਸ (biceps) ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਗੋਲੇ ਨੂੰ ਹੌਲੀ ਜਿਹੇ ਸਾਕਟ ਵਿੱਚ ਦਬਾ ਕੇ ਰੱਖਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਕਬਜ਼ੇ (hinge) ਵਰਗਾ ਘੱਟ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਰੱਸੀਆਂ ਦੀ ਟੀਮ ਵਰਗਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ ਜੋ ਵੱਖੋ-ਵੱਖਰੀਆਂ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਖਿੱਚ ਕੇ ਤੰਬੂ ਦੇ ਖੰਭੇ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਖੜ੍ਹਾ ਰੱਖਦੀਆਂ ਹਨ।

ਅਸਥਿਰਤਾ (instability) ਉਦੋਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਸ ਟੀਮ ਦੀ ਪਕੜ ਢਿੱਲੀ ਪੈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਲੇਬਰਮ ਕੰਢੇ ਤੋਂ ਪਾਟ ਕੇ ਵੱਖ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਕੈਪਸੂਲ ਅਤੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਖਿੱਚੇ ਜਾ ਕੇ ਢਿੱਲੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਕਸਰ ਮੋਢਾ ਉਤਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜਾਂ ਸੁੱਟਣ ਜਾਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਦੇ ਕੰਮ ਨਾਲ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਪਏ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਜ਼ੋਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ। ਇੱਕ ਵਾਰ ਰੱਸੀਆਂ ਢਿੱਲੀਆਂ ਪੈ ਜਾਣ, ਤਾਂ ਗੋਲਾ ਮੁੜ ਫੜੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅੱਗੇ, ਪਿੱਛੇ ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਸਰਕ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹੀ ਸਰਕਣਾ ਉਹ ਕਲਿੱਕ ਜਾਂ ਪਟਾਕਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਉੱਪਰ ਦੱਸਿਆ ਖਿਸਕਣ ਜਾਂ ਢਿੱਲੇਪਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਇਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਜਾਹਰ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਜੋੜ ਕੁਦਰਤੀ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਢਿੱਲੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਪੂਰਾ ਕੈਪਸੂਲ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਲਚਕੀਲਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਸੱਟ ਦੇ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਮੋਢਾ ਸੱਚਮੁੱਚ ਉਤਰਿਆ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਕੰਢੇ ਉੱਤੇ ਦੀ ਉਲਰਦੇ ਸਮੇਂ ਗੋਲੇ ਵਿੱਚ ਟੋਆ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹ ਟੋਆ ਅੱਗੇ ਹੋਰ ਖਿਸਕਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਧਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਵਾਰ-ਵਾਰ ਮੋਢਾ ਉਤਰਨ ਨਾਲ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਗਠੀਏ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਵੀ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਮੋਢਾ ਟਿਕਾਉਣ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜੋ ਵੀ ਗਠੀਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਉਹ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਹਲਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਪੈਦਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

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, ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਨੂੰ, ਯਾਨੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਉਸ ਸਮੂਹ ਨੂੰ ਜੋ ਗੋਲੇ ਨੂੰ ਸਾਕਟ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ, shoulder blade) ਨੂੰ ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਇਸ ਅਹਿਸਾਸ ਨੂੰ ਕਿ ਉਹ ਕਿਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਮੁੜ ਸਿਖਲਾਈ ਦੇਣਾ ਹੈ। ਕਈ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਖਿਸਕਣ ਵਾਲੇ, ਕੁਦਰਤੀ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਢਿੱਲੇ ਮੋਢਿਆਂ ਲਈ, ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ 6 ਤੋਂ 9 ਮਹੀਨੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਅਜ਼ਮਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਲਗਭਗ 20% ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣਾ ਮੋਢਾ ਅਸਥਿਰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਇੱਕ ਵਿਕਲਪ ਬਣ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਜੋ ਜਾਣ-ਬੁੱਝ ਕੇ ਆਪਣਾ ਮੋਢਾ ਬਾਹਰ ਖਿਸਕਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਜਿਹਨਾਂ ਨੇ ਅਜੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਹੀਂ ਅਜ਼ਮਾਈ।

ਜੇ ਇੱਕ ਹੀ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੋਢਾ ਜੋੜ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ, ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਜ਼ੋਰ ਪਾਉਣ ਵਾਲੇ ਕੰਮ, ਜਿਵੇਂ ਭਾਰੀ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ ਜਾਂ ਸੁੱਟਣਾ, ਬਦਲਣ ਲਈ ਵੀ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate, ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਫੀਸ ਦਾ ਵਾਪਸ ਮਿਲਣ ਵਾਲਾ ਹਿੱਸਾ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ (referral) ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਪਹਿਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਉੱਤੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡਾ ਪਿਛੋਕੜ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ, ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ ਸਕੈਨ ਜਾਂ ਐਕਸ-ਰੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਸਾਡੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਤੋਂ ਸਾਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ

ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕ ਕੇ ਲਿਆ ਗਿਆ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਐਕਸ-ਰੇ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਜੋ ਦਿਖਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਗੋਲਾ ਸਾਕਟ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਟਿਕਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ। MRI ਵਰਗੇ ਸਕੈਨ, ਜੋ ਲੇਬਰਮ ਅਤੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਢ ਵਰਗੇ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਉਦੋਂ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਉਹਨਾਂ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਦਲ ਸਕਦੀ ਹੋਵੇ।

ਜੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮੋਢਾ ਟਿਕਾਉਣ ਵਾਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਮਕਸਦ ਪਾਏ ਹੋਏ ਲੇਬਰਮ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਖਿੱਚੇ ਹੋਏ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਕੱਸਣਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਗੋਲਾ ਸਾਕਟ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਟਿਕਿਆ ਰਹੇ। ਕੁਝ ਮੋਢਿਆਂ ਨੂੰ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਰਾਹੀਂ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਹੋਰਾਂ ਨੂੰ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ, ਅਤੇ ਚੋਣ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਕੀ ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਸਾਕਟ ਦੇ ਕੰਢੇ ਤੋਂ ਕਿੰਨੀ ਹੱਡੀ ਘਟ ਚੁੱਕੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਲਈ ਕਿਹੜਾ ਤਰੀਕਾ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕਰਦੇ ਹੋ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਅਸਥਿਰਤਾ ਘੱਟ ਹੀ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਕੇ ਫਿਰ ਠੀਕ ਬਣੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਫਿੱਲੇਪਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਆਉਂਦਾ-ਜਾਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਕੰਮ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਭੜਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹੋਰਾਂ ਵਿੱਚ, ਇੱਕ ਵਾਰ ਮੋਢਾ ਜੋੜ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਹੁੰਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਹਰ ਨਵੀਂ ਵਾਰ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਨੂੰ ਹੋਰ ਖਿੱਚ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਥੋਂ ਹੀ ਛੱਡ ਦੇਣ 'ਤੇ ਸਮੱਸਿਆ ਅਕਸਰ ਸੁਧਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਵਿਗੜਦੀ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਅੱਗੇ ਦਾ ਹਾਲ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਕਿਸਮ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਸੰਭਾਲੇ ਗਏ, ਕੁਦਰਤੀ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਫਿੱਲੇ ਮੋਢੇ ਅਕਸਰ ਸੁਧਰ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਵੀ ਮੋਢਾ ਅਸਥਿਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਖਿਸਕਣ ਵਾਲੇ ਮੋਢਿਆਂ ਦੇ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਖਿਸਕਦੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ ਉੱਪਰ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਵਾਰ-ਵਾਰ ਮੋਢਾ ਉਤਰਨ ਨਾਲ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਗਤੀ ਦੇ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਵੀ ਵਧਦਾ ਹੈ।

ਮੋਢਾ ਟਿਕਾਉਣ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮੋਢੇ ਵਿਚਕਾਰ ਟਿਕੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਵਾਰ-ਵਾਰ ਮੁੜ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਲਈ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, 29 ਵਿੱਚੋਂ 25 ਮੋਢਿਆਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਸ਼ਾਨਦਾਰ ਰਹੇ ਅਤੇ 2 ਹੋਰਾਂ ਦੇ ਚੰਗੇ, ਜਦਕਿ 2 ਤੋਂ 3 ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ 1 ਮੋਢਾ ਦੁਬਾਰਾ ਖਿਸਕਿਆ। ਉਹ ਇੱਕ ਮੋਢਾ ਹੋਰ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਠੀਕ ਹੋ ਗਿਆ। ਕਈ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਖਿਸਕਣ ਵਾਲੇ ਮੋਢਿਆਂ ਲਈ ਨਤੀਜੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਰਲੇ-ਮਿਲੇ ਹਨ: ਕੁਝ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਟਿਕੀਆਂ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਦਕਿ ਹੋਰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਮੋਢਾ ਖਿਸਕਦਾ ਰਿਹਾ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਆਪਣਾ ਮਕਸਦ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਿਆ। ਸਾਕਟ ਦੇ ਕੰਢੇ ਦੁਆਲੇ ਪੂਰੇ ਘੇਰੇ ਵਿੱਚ ਵੱਡੇ ਪਾਟਣ ਵਾਲੇ ਮੋਢਿਆਂ ਨੂੰ ਟਿਕਾਉਣਾ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ 2 ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਲਗਭਗ 19% ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਅਸਥਿਰਤਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਈ, ਅਤੇ ਲਗਭਗ 8% ਨੂੰ ਇੱਕ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ।

ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਇੱਕਦਮ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਫਿਰ ਤੁਹਾਡੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਹੇਠ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਕਾਬੂ ਮੁੜ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਬਣੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ: ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ, 61% ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਬਿਲਕੁਲ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਦੂਜੀ ਬਾਂਹ ਜਿੰਨੀ ਰਹੀ ਅਤੇ ਬਾਕੀਆਂ ਦੀ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਸਿਰਫ਼ ਥੋੜ੍ਹੀ ਜਿਹੀ ਘਟੀ। ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਪਿਆਨ ਨਾਲ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਅਹਿਮ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜੇ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਬਹੁਤ ਜਲਦੀ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜ਼ੋਰ ਪਾਇਆ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਕਾਮ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤਾ ਮੋਢਾ ਖਿਸਕਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਸੰਭਵ ਹੈ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮੋਢਾ ਟਿਕਾਉਣ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਹੋ ਚੁੱਕੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹੁਣ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੋਢੇ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਣ ਦੇ ਕਿਸੇ ਅਹਿਸਾਸ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕਲਿੱਕ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਇਹ ਆਵਾਜ਼ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਕਿ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਕਾਮ ਹੋ ਗਈ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਕੁਝ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਵਿੱਚ ਤੁਰੰਤ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਉਤਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਵਾਪਸ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਨਹੀਂ ਚੜ੍ਹਦਾ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਇਹ ਖਿਸਕ ਕੇ ਬਾਹਰ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਾਪਸ ਚੜ੍ਹ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਖ ਸਕੀਏ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਅਹਿਸਾਸ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਇਲਾਜ ਲਓ।

ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੇ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ ਜੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਨੀਂਦ ਖੋਲ੍ਹ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ। ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਹੋ ਜੇ ਕਲਿੱਕ ਦੇ ਨਾਲ ਜੋੜ ਦੇ ਖਿਸਕਣ ਜਾਂ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਜਿਹੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਸਿਰਫ਼ ਦਰਦ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ, ਜਾਂ ਅਜਿਹਾ ਅਟਕਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਸਰੀਰਕ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਨੂੰ ਰੋਕ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਠੀਕ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਕਦੇ ਇਹ ਮਹਿਸੂਸ ਨਾ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ ਕਿ ਮੋਢਾ ਉਤਰਿਆ ਸੀ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਉਸ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿੰਨੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਹੈ। ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਕਲਿੱਕ ਅਤੇ ਪਟਾਕੇ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਇੱਕ ਲੱਛਣ ਹੈ, ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ (diagnosis) ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਵਾਲੀ ਸਭ ਤੋਂ ਲਾਭਦੇਹ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਆਵਾਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਇਹ ਅਹਿਸਾਸ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜ ਉੱਥੇ ਹਿੱਲ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਉਸ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਹਿੱਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ।

ਸਿਰਫ਼ ਆਵਾਜ਼ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਸਮੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ

ਅਜਿਹਾ ਮੋਢਾ ਜੋ ਦਰਦ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਅਤੇ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਣ ਦੇ ਅਹਿਸਾਸ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕਲਿੱਕ ਕਰਦਾ, ਤੜਕਦਾ ਜਾਂ ਰਗੜ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਹੈ ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਕਿਸੇ ਨੁਕਸਾਨ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਹੱਡੀਆਂ ਦੀਆਂ ਉੱਥਰੀਆਂ ਧਾਰਾਂ ਉੱਤੇ ਦੀ ਲੰਘਦੇ ਹਨ, ਕੈਪਸੂਲ ਤਹਿ ਹੁੰਦਾ ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਤਰਲ ਵਿੱਚ ਗੈਸ ਹਿੱਲ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਲਈ ਵੀ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ।

ਇਹ ਗੱਲ ਇਸ ਲਈ ਮਾਇਨੋਰ ਰੱਖਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਆਵਾਜ਼ ਆਪਣੀ ਅਸਲ ਅਹਿਮੀਅਤ ਨਾਲੋਂ ਕਿਤੇ ਵੱਧ ਡਰਾਉਣੀ ਲੱਗਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ਕਲਿੱਕ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਸਕੈਨ ਕਰਨ ਉੱਤੇ ਅਕਸਰ ਕੁਝ ਨਾ ਕੁਝ ਮਿਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਉਮਰ ਮੁਤਾਬਕ ਆਮ ਲੇਬਰਮ (labrum, ਜੋੜ ਦੇ ਕੰਢੇ ਦੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਕਿਨਾਰੀ) ਦਾ ਪਿਸਿਆਪਣ ਜਾਂ ਰੇਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਵਿੱਚ ਅੰਸ਼ਕ ਤਬਦੀਲੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਫਿਰ ਇਸ ਦਾ ਦੇਸ਼ ਦੇ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਰੇਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਬਾਰੇ ਖੋਜ ਇਸ ਨੂੰ ਠੋਸ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਦਿਖਾਉਂਦੀ ਹੈ: ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਰੇਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀਆਂ ਗੜਬੜਾਂ ਇੰਨੀਆਂ ਆਮ ਹਨ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਉਮਰ ਵਧਣ ਦਾ ਆਮ ਹਿੱਸਾ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਸੱਚਮੁੱਚ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੋਈ ਨਤੀਜਾ ਨਵਾਂ ਹੈ ਜਾਂ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ [1]।

ਉਹ ਸਵਾਲ ਜੋ ਸਮੂਹਾਂ ਨੂੰ ਵੱਖ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਜੇ ਚੀਜ਼ ਜਾਂਚ ਨੂੰ ਬਦਲਦੀ ਹੈ ਉਹ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਆਵਾਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਜੋੜ ਦੇ ਸਰਕਣ, ਖਿਸਕਣ ਜਾਂ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਬਾਂਹ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕ ਕੇ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਡਰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ (apprehension), ਮੋਢਾ ਕਦੇ ਉਤਰਿਆ ਹੈ, ਜਾਂ ਲਗਾਤਾਰ ਢਿੱਲੇਪਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਮੇਲ ਅਸਥਿਰਤਾ (instability) ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਇੱਕ ਬਣਤਰ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਜਿਸ ਦੇ ਆਪਣੇ ਸਬੂਤ, ਆਪਣੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਵਾਲੇ ਮੋੜ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਹਨ: ਹੱਡੀ ਦੇ ਘਾਟੇ ਅਤੇ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿਚਕਾਰ ਤੋਲ, ਕੀ ਹਿੱਲ-ਸੈਕਸ ਜ਼ਖ਼ਮ (Hill-Sachs lesion, ਗੋਲੇ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਪਿਆ ਟੋਆ) ਸਾਕਟ ਦੇ ਕਿਨਾਰੇ ਵਿੱਚ ਫਸਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੁਰੰਮਤ, ਰੈਂਪਲਿਸੇਜ (remplissage, ਉਸ ਟੋਏ ਨੂੰ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਨਾਲ ਭਰਨਾ) ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਟ੍ਰਾਂਸਫ਼ਰ ਕਰਨ ਵਿਚਕਾਰ ਚੋਣ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਇੱਥੇ ਦੁਹਰਾਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਮੋਢੇ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਵਾਲੇ ਸਫ਼ੇ ਉੱਤੇ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।

ਪਛਾਣਨ ਯੋਗ ਦੂਜਾ ਮੇਲ ਹੈ ਆਵਾਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਅਸਲ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦਾ ਦਿਸਦਾ ਸੁੱਕਣਾ, ਜੋ ਜੋੜ ਦੀ ਸਤ੍ਹਾ ਤੋਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੂਰ, ਰੇਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਜਾਂ ਨਸ ਦੀ ਕਿਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਮੋਢਾ ਟਿਕਾਉਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ਕਲਿੱਕ ਫਿਰ ਵੱਖਰੀ ਗੱਲ ਕਿਉਂ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਹੋ ਚੁੱਕੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਲਿੱਕ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਮੋਢਾ ਚਿੰਤਾ ਦਾ ਇੱਕ ਆਮ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਾਣਨ ਵਾਲੀ ਗੱਲ: ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਬੈਂਕਾਰਟ ਮੁਰੰਮਤ (arthroscopic Bankart repair, ਸਾਕਟ ਦੇ ਅਗਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਉੱਤੇ ਪਾਟੇ ਲੇਬਰਮ ਨੂੰ ਮੁੜ ਜੋੜਨਾ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗਠੀਏ ਵਾਲੀ ਤਬਦੀਲੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਬਦੀਲੀ ਲਈ 60% ਮੋਢਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਦਰਮਿਆਨੀ ਤੋਂ ਗੰਭੀਰ ਤਬਦੀਲੀ ਲਈ 28% ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਾਣੇ-ਪਛਾਣੇ ਖ਼ਤਰੇ ਵਾਲੇ ਕਾਰਨਾਂ ਨਾਲ ਇਸ ਦਾ ਕੋਈ ਅਰਥਪੂਰਨ ਸੰਬੰਧ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ [2]।

ਇਸ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਟਿਕਾਏ ਗਏ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ, ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਮਸ਼ੀਨੀ ਆਵਾਜ਼ ਅਕਸਰ ਨਾਕਾਮੀ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੋਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਝਲਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜ ਕਿਸੇ ਔਖੇ ਦੌਰ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਿਆ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਦੱਸਣ ਯੋਗ ਹੈ

ਤਿੰਨ ਗੱਲਾਂ ਜਾਂਚ ਨੂੰ ਬਦਲਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਖਾਸ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਦੱਸਣ ਯੋਗ ਹਨ: ਜੋੜ ਦੇ ਹਿੱਲਣ ਜਾਂ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ; ਦਰਦ ਕਰਕੇ ਘੱਟ ਜ਼ੋਰ ਲਾਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਅਸਲ ਕਮਜ਼ੋਰੀ; ਅਤੇ ਅਜਿਹਾ ਜਾਮ ਹੋਣਾ ਜਾਂ ਅਟਕਣਾ ਜੋ ਸਿਰਫ਼ ਆਵਾਜ਼ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਰੀਰਕ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਨੂੰ ਰੋਕ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕਲਿੱਕ ਕਰਨਾ, ਅਜਿਹੇ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਜੋ ਠੀਕ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਹਾਲਤ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਲਾਹੇਵੰਦ ਦਖ਼ਲ ਜਾਂਚਾਂ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਮਝਾਉਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Teunis T, Lubberts B, Reilly BT, Ring D. A systematic review and pooled analysis of the prevalence of rotator cuff disease with increasing age. J Shoulder Elbow Surg. 2014;23(12):1913-21. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2014.08.001>

[2] 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>