

ਸਨੈਪਿੰਗ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚੋਂ ਕੜਕ ਦੀ ਆਵਾਜ਼)

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

ਸਨੈਪਿੰਗ ਸਕੈਪੂਲਾ (snapping scapula) ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ, shoulder blade) ਤੁਹਾਡੀ ਛਾਤੀ ਦੀ ਕੰਧ ਉੱਤੇ ਹਿੱਲਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸ ਵਿੱਚੋਂ ਰਗੜ, ਕਲਿੱਕ ਜਾਂ ਕੜਕ ਵਰਗੀ ਆਵਾਜ਼ ਸੁਣਾਈ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਡਾਕਟਰ ਕਈ ਵਾਰ ਇਸ ਨੂੰ “ਵਾਸ਼ਬੋਰਡ ਸਿੰਡਰੋਮ” (washboard syndrome) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਆਵਾਜ਼ ਇੱਥੇ ਲੱਗ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕੋਈ ਪਹੀਆ ਕੱਪੜੇ ਧੋਣ ਵਾਲੇ ਲਹਿਰਦਾਰ ਫੱਤੇ ਉੱਤੇ ਲੰਘ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ। ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਇਹ ਆਵਾਜ਼ ਆਮ ਹੈ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕੋਈ ਵੀ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ ਇੱਕ ਤਿਹਾਈ ਦੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਵਿੱਚੋਂ ਵੀ ਕੁਝ ਰਗੜ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਇਕੱਲੀ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਦਰਦ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਦਰਦ ਕਾਰਨ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲ ਆਉਂਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਦਰਦ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਉਸ ਦੇ ਅੰਦਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਦੇ ਨੇੜੇ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਰੀੜ੍ਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਬਾਂਹ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਨਾਲ, ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਜਾਂ ਸਰੀਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣ ਨਾਲ ਇਹ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਘਟੀ ਹੋਈ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਾਹਮਣੇ ਆ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਦਰਦ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਵਾਲੇ ਬਰਸਾ (bursa, ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਛੋਟੀ ਗੱਦੀ) ਤੋਂ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਉਹ ਪਤਲੀ, ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਗੱਦੀ ਜੋ ਸਕੈਪੂਲਾ ਨੂੰ ਪਸਲੀਆਂ ਉੱਤੇ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਤਿਲਕਣ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਫਿਰ ਹੱਡੀ ਦੀ ਆਪਣੀ ਸ਼ਕਲ ਤੋਂ। ਛਾਤੀ ਦੀ ਕੰਧ ਇੱਕ ਗੂੜ੍ਹਣ ਵਾਲੇ ਡੱਬੇ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਜੇ ਆਵਾਜ਼ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਦੇ ਹੋ ਉਹ ਉਸ ਨੂੰ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਹਿਲਜੁਲ ਨਾਲੋਂ ਉੱਚੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਦਰਦ ਕਾਰਨ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਅੱਖੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਭਾਰੀ ਪਤੀਲਾ ਉੱਚੀ ਸ਼ੈਲਫ਼ ਉੱਤੇ ਰੱਖਣਾ, ਤਾਰ ਉੱਤੇ ਧੋਤੇ ਕੱਪੜੇ ਟੰਗਣਾ, ਜਾਂ ਸੀਟ ਬੈਲਟ ਫੜਨ ਲਈ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣਾ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਭ ਨਾਲ ਦਰਦ ਛਿੜ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਕੰਮ ਦੌਰਾਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕੰਮ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੰਨਾ ਤੇਜ਼ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਨੀਂਦ ਖ਼ਰਾਬ ਕਰ ਦੇਵੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਆਮ ਵਾਂਗ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕ ਦੇਵੇ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਸਕੈਪੂਲਾ ਤਿਲਕਣ ਲਈ ਬਣਿਆ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਛਾਤੀ ਦੀ ਕੰਧ ਉੱਤੇ ਟਿਕਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਛਾਤੀ ਦੀ ਕੰਧ ਤੋਂ ਤਿਲਕਣ, ਚਰਬੀ ਵਾਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਪਤਲੀ ਪਰਤ ਵੱਖ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਦੋ ਹਿੱਲਦੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਗੈਸਕੇਟ (ਵਿਚਕਾਰ ਰੱਖੀ ਨਰਮ ਪਰਤ) ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ ਲਈ ਚਾਰ ਜੋੜ ਮਿਲ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਲਗਭਗ ਦੋ ਤਿਹਾਈ ਹਿਲਜੁਲ ਗੱਦ-ਅਤੇ-ਕੋਲੀ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਤੋਂ ਹੀ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਜਦਕਿ ਬਾਕੀ ਇੱਕ ਤਿਹਾਈ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੇ ਪਸਲੀਆਂ ਉੱਤੇ ਤਿਲਕਣ ਨਾਲ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਤਿਲਕਣ ਸੁਚੱਜੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਦਾ ਕਦੇ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ।

ਸਨੈਪਿੰਗ ਸਕੈਪੂਲਾ ਵਿੱਚ ਸਮੱਸਿਆ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਇਸ ਤਿਲਕਣ ਵਿੱਚ ਵਿਘਨ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਕਈ ਵਾਰ ਇਹ ਹੱਡੀ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ: ਸਕੈਪੂਲਾ ਦਾ ਅੰਦਰਲਾ ਕਿਨਾਰਾ ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਪਸਲੀਆਂ ਵੱਲ ਝੁਕਿਆ ਜਾਂ ਮੁੜਿਆ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਛਾਤੀ ਦੀ ਕੰਧ ਦੇ ਲੋੜ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨੇੜੇ ਟਿਕਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕਈ ਵਾਰ ਸਕੈਪੂਲਾ ਉੱਤੇ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਦੀ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਗੰਢ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਅਕਸਰ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਬਰਾਬਰ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ, ਇਸ ਲਈ ਹਿੱਲਣ ਵੇਲੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਸੁਚੱਜੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਰਾਹ ਉੱਤੇ ਨਹੀਂ ਚੱਲਦਾ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਕਾਰਨ ਸਕੈਪੂਲਾ ਨੂੰ ਤਿਲਕਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਰਗੜ ਖਾਣ ਜਾਂ ਅਟਕਣ ਵਾਲਾ ਬਣਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਰਗੜ ਸਕੈਪੂਲਾ ਅਤੇ ਪਸਲੀਆਂ ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਗੱਦੀ ਨੂੰ ਚਿੜਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ (irritates)। ਇਹ ਗੱਦੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਬਰਸਾ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਇੱਕ ਪਤਲੀ ਥੈਲੀ ਹੈ ਜੋ ਹੱਡੀ ਅਤੇ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿਚਕਾਰ ਝਟਕਾ ਸੋਖਣ ਵਾਲੀ ਚੀਜ਼ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਮੋਟੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਛੂਹਣ ਨਾਲ ਦੁਖਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਉਹ ਦਰਦ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਜਾਂ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਰਗੜ ਨਾਲ ਟਿਸ਼ੂ ਆਪ ਵੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਵਜੋਂ ਮੋਟਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਦੀ ਰਗੜ ਪ੍ਰਤੀ ਸਰੀਰ ਦਾ ਜਵਾਬ ਹੈ।

ਇਸ ਨਾਲ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਵਾਜ਼ ਖੁਰਦਰੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਸੜਾਵਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਉੱਤੇ ਹਿੱਲਣ ਨਾਲ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਛਾਤੀ ਦੀ ਕੰਧ ਗੂੰਜਣ ਵਾਲੇ ਡੱਬੇ ਵਾਂਗ ਇਸ ਨੂੰ ਉੱਚਾ ਕਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਦਰਦ ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲੀ ਗੱਦੀ ਤੋਂ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਆਵਾਜ਼ ਤੋਂ ਨਹੀਂ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਦੋਹਾਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਵੱਖਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਲਾਜ ਦਾ ਧਿਆਨ ਸੋਜਸ਼ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਸਿਖਲਾਈ ਦੇਣ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦਾ 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 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 ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡਾ ਪਿਛੋਕੜ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਸਕੈਨ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਜੋ ਪਤਾ ਲੱਗ ਸਕੇ ਕਿ ਆਵਾਜ਼ ਅਤੇ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਕੀ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਇਲਾਜ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਇੱਕ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਕੱਸੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਖਿੱਚਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕੰਮਾਂ ਨਾਲ ਲੱਛਣ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਨਾਲ ਵੀ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ 3 ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿਓ।

ਜੇ ਦਰਦ ਬਣਿਆ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਦਵਾਈ ਸੋਜਸ਼ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਗੋਲੀਆਂ (anti-inflammatories), ਉਸੇ ਕਿਸਮ ਦੀਆਂ ਜੋ ਬਹੁਤ ਲੋਕ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਦਰਦ ਲਈ ਲੈਂਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਪੜਾਅ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਹੇਠਲੇ ਬਰਸਾ ਵਿੱਚ ਸਕੈਨ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ ਸਟੀਰੋਇਡ ਅਤੇ ਲੋਕਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਦਾ ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਦੋ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ: ਇਹ ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲੀ ਗੱਦੀ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਪੱਕਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਇਸੇ ਥਾਂ ਤੋਂ ਆ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਤਾਂ ਹੀ ਸੋਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਇਲਾਜਾਂ ਦੇ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਦ ਜਾਰੀ ਰਹੇ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਮਿਲਿਆ ਹੋਵੇ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਹੈ, ਜੋ ਕੈਮਰੇ ਨਾਲ ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਅਤੇ ਪਸਲੀਆਂ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲਾ ਬਰਸਾ ਕੱਢਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦਾ ਉੱਪਰਲਾ ਅੰਦਰਲਾ ਕੋਨਾ ਤਾਂ ਹੀ ਛਾਂਟਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਇਹ ਉੱਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਮਿਲੇ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਅਕਸਰ ਕੁਝ ਕਲਿੱਕ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਬਾਕੀ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੀ ਮਤਲਬ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਮਿਲ ਕੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਸਹੀ ਕਦਮ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਲਾਜ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨ ਲਈ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈ ਅਤੇ ਲੱਛਣ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ 3 ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਪੂਰਾ ਮੌਕਾ ਦਿਓ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਇਸ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕਦੇ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ।

ਜੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਇਲਾਜਾਂ ਦੇ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਦ ਜਾਰੀ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਅਤੇ ਪਸਲੀਆਂ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲਾ ਬਰਸਾ ਕੱਢਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦਾ ਉੱਪਰਲਾ ਅੰਦਰਲਾ ਕੋਨਾ ਤਾਂ ਹੀ ਛਾਂਟਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਇਹ ਉੱਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਮਿਲੇ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਕਸਰ ਕੁਝ ਕਲਿੱਕ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਬਾਕੀ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜੇ ਇਲਾਜ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ ਉਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦਰਦ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਆਵਾਜ਼ ਨੂੰ ਨਹੀਂ। ਹਰ ਲੱਛਣ ਤੋਂ ਪੂਰੀ ਰਾਹਤ ਮਿਲਣਾ ਆਮ ਨਤੀਜਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣ ਬਣੇ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇੰਨੇ ਤੇਜ਼ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿ ਨੀਂਦ ਖਰਾਬ ਕਰ ਦੇਣ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਆਮ ਵਾਂਗ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕ ਦੇਣ। ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਪਛਾਣਨਾ ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨਾ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਸ ਦੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਛੇਤੀ ਸਪਸ਼ਟ ਪਛਾਣ (ਡਾਇਗਨੋਸਿਸ) ਕਰਵਾਉਣਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਹੇ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਹੇ ਹਨ, ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਸਿਰਫ਼ ਆਵਾਜ਼ ਚਿੰਤਾ ਦਾ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕੋਈ ਵੀ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ ਇੱਕ ਤਿਹਾਈ ਦੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਵਿੱਚੋਂ ਵੀ ਕੁਝ ਰਗੜ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਕੱਲੀ ਰਗੜ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ। ਅਹਿਮ ਗੱਲ ਦਰਦ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਰਦ ਹੈ ਜੋ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਗੜ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਰਾਤ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ ਜਗਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜਾਂ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਜਾਂਚ ਲਈ ਉਦੋਂ ਵੀ ਕਹੋ ਜੇ ਦਰਦ ਇੰਨਾ ਤੇਜ਼ ਹੈ ਕਿ ਨੀਂਦ ਖਰਾਬ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਘਟ ਗਈ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਬਾਂਹ ਵਾਲੇ ਕੰਮ, ਜਿਵੇਂ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਜਾਂ ਸਰੀਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣਾ, ਦਰਦ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਸਨੈਪਿੰਗ ਸਕੈਪੂਲਾ ਨੂੰ ਪਛਾਣਨਾ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਛੇਤੀ ਸਪਸ਼ਟ ਪਛਾਣ ਕਰਵਾ ਲੈਣਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਉਸ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿੰਨਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਜਾਣਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਸਨੈਪਿੰਗ ਸਕੈਪੂਲਾ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਆਵਾਜ਼ ਅਤੇ ਦਰਦ ਦੇ ਵੱਖਰੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਜੇ ਇਲਾਜ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ ਉਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦੂਜੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਪਹਿਲੀ ਨੂੰ ਨਹੀਂ।

ਆਵਾਜ਼ ਆਮ ਹੈ; ਸਮੱਸਿਆ ਦਰਦ ਹੈ

ਸਕੈਪੂਲਾ ਵਿੱਚੋਂ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਰਗੜ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਪ੍ਰਸਿੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਇੱਕ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਧਿਐਨ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ **ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਲੱਛਣ ਵਾਲੇ 100 ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 31%** ਵਿੱਚ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀ ਕਿਰਕਿਰਾਹਟ (crepitus, ਰਗੜ ਦੀ ਆਵਾਜ਼) ਮਿਲੀ [1]। ਆਵਾਜ਼ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਬਦਲਣ ਵਾਲੀ ਚੀਜ਼ ਦਰਦ ਹੈ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲੇ ਬਰਸਾ ਤੋਂ ਆਉਂਦਾ ਹੈ: ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਉਹ ਪਤਲੀ, ਤਰਲ ਵਾਲੀ ਪਰਤ ਜੋ ਸਕੈਪੂਲਾ ਨੂੰ ਪਸਲੀਆਂ ਉੱਤੇ ਤਿਲਕਣ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਸ਼ਕਲ ਦਾ ਵੀ ਯੋਗਦਾਨ ਹੈ। ਸਕੈਨਾਂ ਵਾਲੇ ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਸਕੈਪੂਲਾ ਆਪਣੇ ਅੰਦਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਮੁੜਿਆ ਹੋਇਆ ਸੀ (ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਧਸੀ ਸ਼ਕਲ, ਜਿਸ ਦਾ “medial scapula corpus angle” ਪਾਜ਼ੇਟਿਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ), ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਨੈਪਿੰਗ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦਾ **12 ਗੁਣਾ ਵੱਧ ਖ਼ਤਰਾ** ਸੀ [2]। ਇਹ ਮਾਪ ਪਹਿਲੀ ਨਜ਼ਰ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਲਾਭਦਾਇਕ ਨਿਕਲਿਆ: ਬਾਅਦ ਦੇ ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਕਿ ਇਹੀ ਕੋਣ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਕਾਫ਼ੀ ਬਦਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਕਿਸ ਦਿਸ਼ਾ ਤੋਂ ਦੇਖਿਆ ਜਾਵੇ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਇਕੱਲਾ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ [3]। ਮ੍ਰਿਤਕ ਸਰੀਰਾਂ ਉੱਤੇ ਕੀਤੇ ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ, ਹੱਡੀ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਅਹਿਮ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ ਇਹ ਸੀ ਕਿ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦਾ ਅੰਦਰਲਾ ਹਿੱਸਾ ਪਸਲੀਆਂ ਵੱਲ ਕਿੰਨਾ ਅੱਗੇ ਨੂੰ ਟਿਕਿਆ ਹੋਇਆ ਸੀ [4]।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ

ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ **28 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ 30 ਸਕੈਪੂਲਿਆਂ** ਦਾ ਇਲਾਜ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨ ਦੇ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ, **14 (50%)** ਸਿਰਫ਼ ਕਸਰਤਾਂ ਨਾਲ ਠੀਕ ਰਹੇ ਅਤੇ **6 (21%)** ਨੂੰ ਨਾਲ ਸਿਰਫ਼ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ, ਇਸ ਲਈ ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਆਪਣੀ ਦਰਜਾਬੰਦੀ ਅਨੁਸਾਰ **71%** ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਚੰਗੇ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚੇ [5]।

ਸਭ ਤੋਂ ਲੰਮੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਫ਼ਿਨਲੈਂਡ ਤੋਂ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ **ਬਾਰਾਂ** ਲੋਕਾਂ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ **9** ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਔਸਤਨ **22 ਸਾਲ** ਬਾਅਦ ਦੁਬਾਰਾ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਮਿਹਨਤ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਦੌਰਾਨ ਦਰਦ ਦੋਹਾਂ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਸੀ: ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ **10 ਵਿੱਚੋਂ 0.8** ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ **10 ਵਿੱਚੋਂ 1.5**, ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ ਫ਼ਰਕ ਜੋ ਇੰਨਾ ਛੋਟਾ ਸੀ ਕਿ ਇਸ ਦੇ ਅਸਲ ਹੋਣ ਬਾਰੇ ਯਕੀਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ($p = 0.357$) [6]। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ **12 ਵਿੱਚੋਂ 7** ਦਾ ਦਰਦ ਛੇਤੀ ਘਟ ਗਿਆ, ਪਰ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਦੋਵੇਂ ਰਾਹ ਲਗਭਗ ਇੱਕੋ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਪਹੁੰਚੇ।

ਬਰਸਾ ਵਿੱਚ ਲੋਕਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਅਤੇ ਸਟੀਰੋਇਡ ਦਾ ਟੀਕਾ ਦੇ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ: ਇਹ ਸੋਜਸ਼ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਪਰਖਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਦਰਦ ਸੱਚਮੁੱਚ ਬਰਸਾ ਤੋਂ ਹੀ ਆ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਯੂਕੇ ਦੇ ਇੱਕ ਇਲਾਜ-ਪ੍ਰਬੰਧ ਵਿੱਚ, **94 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 74** ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਵਿੱਚ ਸਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ ਟੀਕਾ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ; **55** ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਚੰਗਾ ਫ਼ਾਇਦਾ ਹੋਇਆ, ਜੋ **17** ਵਿੱਚ ਟਿਕਿਆ ਰਿਹਾ [7]। ਜਿਨ੍ਹਾਂ **42** ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਚੰਗਾ ਫ਼ਾਇਦਾ ਹੋਇਆ ਸੀ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਸੀ [7]। ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਪੰਜ ਸਾਲ ਤੱਕ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਵੱਡੀ ਅਮਰੀਕੀ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਇਹ ਸੰਬੰਧ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ [8], ਇਸ ਲਈ ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਘੱਟ ਫ਼ਾਇਦਾ ਹੋਣ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਰਾਹ ਬੰਦ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਕੀ ਹਾਸਲ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੀ ਨਹੀਂ

ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਲੜੀ ਵਿੱਚ **66** ਲੋਕਾਂ ਦੀ, ਦੂਰਬੀਨ ਨਾਲ ਬਰਸਾ ਕੱਢਣ ਅਤੇ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦਾ ਕੋਨਾ ਛਾਂਟਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, **5 ਤੋਂ 15 ਸਾਲ** ਤੱਕ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਮੋਢੇ ਦਾ ਔਸਤ ਸਕੋਰ 100 ਵਿੱਚੋਂ **56.7 ਤੋਂ ਵਧ ਕੇ 87.2** ਹੋ ਗਿਆ, ਦਰਦ 10 ਵਿੱਚੋਂ **5.2 ਤੋਂ ਘਟ ਕੇ 1.4** ਰਹਿ ਗਿਆ, ਅਤੇ **77.6%** ਨੂੰ ਇੰਨਾ ਸੁਧਾਰ ਮਿਲਿਆ ਜੋ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ ਜਿੰਨਾ ਵੱਡਾ ਸੀ। ਖੇਡਾਂ ਖੇਡਣ ਵਾਲੇ **42** ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚੋਂ, **38 (90.5%)** ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਗਏ ਅਤੇ **31 (73.8%)** ਆਪਣੇ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੇ ਪੱਧਰ ਉੱਤੇ ਜਾਂ ਉਸ ਦੇ ਨੇੜੇ ਵਾਪਸ ਆਏ। **ਅੱਠ (12.1%)** ਨੂੰ ਇੱਕ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ [8]। **74** ਸਕੈਪੂਲਿਆਂ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਹੋਰ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਦਰ ਮਿਲਦੀ-ਜੁਲਦੀ ਸੀ (**74 ਵਿੱਚੋਂ 8**), ਅਤੇ ਉਸ ਵਿੱਚ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਕਿ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ, ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਘੱਟ ਸਕੋਰਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਘੱਟ ਚੰਗੇ ਰਹੇ [9]।

ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਣਾ ਆਮ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਅਪਵਾਦ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀਤੇ **203** ਮੋਢਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਵਿੱਚ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਕਿ **42 (20.7%)** ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਸਨ, **139 (68.5%)** ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ ਪਰ ਅਜੇ ਵੀ ਕੁਝ ਲੱਛਣ ਸਨ, ਅਤੇ **22 (10.8%)** ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਮਾੜਾ ਰਿਹਾ [10]। **464** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ 2026 ਦੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵੀ ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੇ ਇਸੇ ਨਤੀਜੇ ਉੱਤੇ ਪਹੁੰਚੀ: ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲਾ, ਦੋਵੇਂ ਇਲਾਜ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਮਕੈਨੀਕਲ ਲੱਛਣ, ਯਾਨੀ ਕਲਿੱਕ ਅਤੇ ਰਗੜ ਦੀ ਆਵਾਜ਼, ਅਕਸਰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਖ਼ਤਮ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ [11]।

ਕੀ ਹੱਡੀ ਕੱਢਣ ਦਾ ਕੋਈ ਫ਼ਾਇਦਾ ਹੈ?

ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਦਰਲੇ ਕੋਨੇ ਨੂੰ ਛਾਂਟਣਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਰਵਾਇਤੀ ਹਿੱਸਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਹੈਰਾਨੀ ਦੀ ਗੱਲ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਸ਼ਾਇਦ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਵਾਧੂ ਫ਼ਾਇਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਕੇਂਦਰ ਨੇ ਉਨ੍ਹਾਂ **24** ਲੋਕਾਂ ਦੀ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਸਿਰਫ਼ ਬਰਸਾ ਕੱਢਿਆ ਗਿਆ, ਉਨ੍ਹਾਂ **32** ਲੋਕਾਂ ਨਾਲ ਤੁਲਨਾ ਕੀਤੀ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ

ਕੋਨਾ ਵੀ ਛਾਂਟਿਆ ਗਿਆ। ਅੰਤਲੇ ਦਰਦ ਦੇ ਸਕੋਰ (10 ਵਿੱਚੋਂ 3.4 ਅਤੇ 2.8, $p = 0.351$) ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਕੋਰ (75.8 ਅਤੇ 76.5, $p = 0.895$) ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਸਨ, ਅਤੇ ਕਲਿੱਕ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ 58% ਅਤੇ 59% ਵਿੱਚ ਅਜੇ ਵੀ ਮੌਜੂਦ ਸੀ [12]। ਹੱਡੀ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਛੋਟਾ ਸੀ: 61.2 ਮਿੰਟਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ 37.5 ਮਿੰਟ [12]। ਸਮੂਹਾਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਸਮੇਂ ਲਈ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਬੇਤਰਤੀਬੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਵੰਡਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਆਖਰੀ ਸ਼ਬਦ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਪਰ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਹੱਡੀ ਛਾਂਟਣ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Kuhn JE, Plancher KD, Hawkins RJ. Symptomatic Scapulothoracic Crepitus and Bursitis. *J Am Acad Orthop Surg.* 1998;6(5):267-73. <https://doi.org/10.5435/00124635-199809000-00001> [2] Spiegl UJ, Petri M, Smith SW, Ho CP, Millett PJ. Association between scapula bony morphology and snapping scapula syndrome. *J Shoulder Elbow Surg.* 2015;24(8):1289-95. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2014.12.034> [3] Percin B, Featherall J, Tashjian RZ, Chalmers PN, Joyce CD, Mortensen AJ, et al. The influence of scapular orientation on the medial scapula corpus angle in snapping scapula syndrome. *JSES Int.* 2025;9(1):70-8. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2024.08.179> [4] Tahal DS, Katthagen JC, Marchetti DC, Mikula JD, Montgomery SR, Brady A, et al. A Cadaveric Model Evaluating the Influence of Bony Anatomy and the Effectiveness of Partial Scapulectomy on Decompression of the Scapulothoracic Space in Snapping Scapula Syndrome. *Am J Sports Med.* 2017;45(6):1276-82. <https://doi.org/10.1177/0363546516687755> [5] Groh G, Simoni M, Allen T, Dwyer T, Heckman M, Rockwood C. Treatment of snapping scapula with a periscapular muscle strengthening program. *J Shoulder Elbow Surg.* 1996;5(2):S6. [https://doi.org/10.1016/s1058-2746\(96\)80089-9](https://doi.org/10.1016/s1058-2746(96)80089-9) [6] Vastamäki M, Vastamäki H. Open Surgical Treatment for Snapping Scapula Provides Durable Pain Relief, but so Does Nonsurgical Treatment. *Clin Orthop Relat Res.* 2016;474(3):799-805. <https://doi.org/10.1007/s11999-015-4614-1> [7] Tytherleigh-Strong G, Gill J, Griffiths E, Al-Hadithy N. Prognosis After Arthroscopic Superior Medial Scapuloplasty for Snapping Scapula Syndrome Improves After a Transient Beneficial Response With an Ultrasound-Guided Subscapular Cortisone Injection. *Arthroscopy.* 2020;36(12):2965-72. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.07.024> [8] Rupp M, Geissbuhler AR, Rutledge JC, Amendola R, Hanson JA, Doan KC, et al. Minimum 5-Year Clinical and Return-to-Sport Outcomes After Primary Arthroscopic Scapulothoracic Bursectomy and Partial Scapulectomy for Snapping Scapula Syndrome. *Am J Sports Med.* 2024;52(6):1449-56. <https://doi.org/10.1177/03635465241243072> [9] Menge TJ, Horan MP, Tahal DS, Mitchell JJ, Katthagen JC, Millett PJ. Arthroscopic Treatment of Snapping Scapula Syndrome: Outcomes at Minimum of 2 Years. *Arthroscopy.* 2016;33(4):726-32. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2016.08.029> [10] Memon M, Kay J, Simunovic N, Ayeni OR. Arthroscopic management of snapping scapula syndrome improves pain and functional outcomes, although a high rate of residual symptoms has been reported. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2017;26(1):221-39. <https://doi.org/10.1007/s00167-017-4693-5> [11] Wallace K, Mitchell JK, Lauck BJ, Reed J, Conlon S, Kamath GV. Snapping Scapula Syndrome: A Systematic Review of Treatment Options and Outcomes. *J Shoulder Elbow Surg.* 2026. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2026.05.023> [12] Featherall J, Christensen GV, Mortensen AJ, Wheelwright JC, Chalmers PN, Tashjian RZ. Arthroscopic scapulothoracic bursectomy with and without superomedial angle scapuloplasty: a comparison of patient-reported outcomes. *J Shoulder Elbow Surg.* 2023;32(9):1945-52. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2023.03.020>