

سنپنگ اسکپولا (Snapping scapula)

اس صفحے کا ترجمہ مشین سے کیا گیا ہے اور ابھی تک کسی ڈاکٹر نے اس کی جانچ نہیں کی۔ انگریزی نسخہ ہی مستند ہے۔

آپ کو کیا محسوس ہوتا ہے

سنپنگ اسکپولا (snapping scapula) کا مطلب ہے کہ جب آپ کے کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی (shoulder blade) سینے کی دیوار پر حرکت کرتی ہے تو آپ کو اس میں سے رگڑ، کلک یا کھٹ کی آواز سنائی دیتی ہے یا محسوس ہوتی ہے۔ ڈاکٹر بھی اسے "واش بورڈ سنڈروم" (washboard syndrome) کہتے ہیں، کیونکہ یہ آواز ایسی لگ سکتی ہے جیسے کوئی پہرے کپڑے دھونے کے لہریے دار تختے پر چل رہا ہو۔ یہ آواز بذات خود عام ہے۔ جن لوگوں کو کوئی بھی علامت نہیں ہوتی، ان میں سے تقریباً ایک تہائی کے کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی سے کچھ نہ کچھ رگڑ کی آواز آتی ہے۔ اگر درد نہ ہو تو صرف اس آواز کو کسی علاج کی ضرورت نہیں۔

لوگ عام طور پر درد کی وجہ سے ڈاکٹر کے پاس آتے ہیں۔ یہ درد کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی کے ارد گرد یا اس کے نیچے ہوتا ہے، اکثر اس کے اندرونی کنارے کے قریب جو آپ کی ریڑھ کی ہڈی کے سب سے قریب ہے۔ یہ سر سے اوپر کی سرکریموں سے، اوپر کی طرف یا جسم کے آ پار ہاتھ بڑھانے سے بڑھ جاتا ہے، اور ٹھیل میں کارکردگی کم ہونے کی صورت میں بھی سامنے آ سکتا ہے۔ یہ درد سوزش زدہ برسا (bursa) سے ہوتا ہے، یعنی سیال سے بھری وہ پتلی گدی جو کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی کو پسلیوں پر آسانی سے پھسلنے دیتی ہے، یا خود ہڈی کی شکل سے ہوتا ہے۔ سینے کی دیوار ایک ساؤنڈ باکس کی طرح کام کرتی ہے، اس لیے جو آواز آپ سنتے ہیں وہ اسے پیدا کرنے والی حرکت سے زیادہ اونچی ہوتی ہے۔

یہ درد روزمرہ کے کاموں کو مشکل بنا سکتا ہے۔ کوئی بھاری دیگچی اونچی شیلف پر رکھنا، تار پر کپڑے لٹکانا، یا سیٹ ویلٹ کی طرف ہاتھ بڑھانا، یہ سب اسے شروع کر سکتے ہیں۔ کچھ لوگوں کو یہ سرکرمی کے دوران کے بجائے سرکرمی کے بعد زیادہ محسوس ہوتا ہے۔ یہ اتنا شدید ہو سکتا ہے کہ نیند میں خلل ڈالے یا آپ کو اپنا بازو معمول کے مطابق استعمال کرنے سے روک دے۔

اگر آپ کی علامات ٹھیک نہیں ہو رہیں، ہفتوں کے دوران بڑھ رہی ہیں، آپ کو رات کو جگا دیتی ہیں، یا آپ کو کام کرنے یا اپنا بازو استعمال کرنے سے روکتی ہیں، تو اپنے فیملی ڈاکٹر (GP) کو دکھائیں یا کسی ماہر ڈاکٹر سے معائنے کی درخواست کریں۔

در اصل کیا ہو رہا ہے

آپ کے کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی پھسلنے کے لیے بنی ہے۔ یہ آپ کی سینے کی دیوار پر ٹکی ہوتی ہے، اور اس سے ایک پتلی، چکنی، چربی والی تہ کے ذریعے الگ رہتی ہے جو دو حرکت کرنے والی سطحوں کے درمیان گسکیٹ (gasket) کی طرح کام کرتی ہے۔ آپ کے کندھے کو حرکت دینے کے لیے چار جوڑ مل کر کام کرتے ہیں، اور تقریباً دو تہائی حرکت خود گیند اور پیالے والے جوڑ سے آتی ہے، جبکہ باقی ایک تہائی کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی کے پسلیوں پر پھسلنے سے آتی ہے۔ جب یہ پھسلن ہموار ہو تو آپ کو اس کا بھی پتہ نہیں چلتا۔

سینڈنگ اسکیکپولائیں مسئلہ یہ ہے کہ کوئی چیز اس پھسلنے میں خلل ڈالتی ہے۔ کبھی یہ ہڈی کی شکل ہوتی ہے: کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی کا اندرونی کنارہ معمول سے زیادہ پسلیوں کی طرف مڑا یا خم دار ہو سکتا ہے، اس لیے یہ سینے کی دیوار کے اس سے زیادہ قریب ہوتا ہے جتنا ہونا چاہیے۔ کبھی یہ ہڈی پر اضافی ہڈی کا ایک چھوٹا سا ابھار ہوتا ہے۔ اکثر یہ ہڈی کے ارد گرد کے پٹھوں کا غیر متوازن کام ہوتا ہے، جس کی وجہ سے حرکت کرتے وقت ہڈی ہموار راستے پر نہیں چلتی۔ ان میں سے کوئی بھی چیز ہڈی کو پھسلنے کے بجائے رگڑ کھانے یا ٹکرنے پر مجبور کر سکتی ہے۔

یہ رگڑ ہڈی اور پسلیوں کے درمیان کی گدی میں جلن (irritation) پیدا کرتی ہے۔ یہ گدی، جسے برسا کہتے ہیں، سیال سے بھری ایک پتلی تھیلی ہے جو ہڈی اور نرم بافتوں کے درمیان جھٹکا جذب کرنے والی چیز کی طرح کام کرتی ہے۔ جب اس میں سوزش ہو جاتی ہے تو پھر موٹی ہو جاتی ہے اور چھوٹے پر درد کرتی ہے، اور یہی وہ درد ہے جو آپ کو کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی کے نیچے یا ارد گرد محسوس ہوتا ہے۔ رگڑ سے خود بافت بھی ردِ عمل کے طور پر موٹی ہو سکتی ہے، جو بار بار کی رگڑ پر جسم کا جواب ہے۔

اس سے اوپر بیان کی گئی علامات کی وضاحت ہوتی ہے۔ آواز کھر دری سطحوں کے ایک دوسرے پر حرکت کرنے سے آتی ہے، اور سینے کی دیوار اسے ساؤنڈ بالکس کی طرح اونچا کر دیتی ہے۔ درد سوزش زدہ گدی سے آتا ہے، خود آواز سے نہیں۔ اسی لیے دونوں مسائل کا علاج الگ الگ ہوتا ہے، اور اسی لیے علاج کا مرکز سوزش کو کم کرنا اور ہڈی کو قابو میں رکھنے والے پٹھوں کو دوبارہ تربیت دینا ہوتا ہے۔

ہم اس کے لیے کیا کر سکتے ہیں

ڈاکٹر کیرن ہیرا، جو Mater Private Hospital Rockhampton میں بازو اور ہاتھ کے سرجن (upper-limb surgeon) ہیں، آپ کے مسئلے کے مطابق سب سے کم چیر پھاڑ والے طریقوں سے آغاز کرتے ہیں۔ مریضوں کو عام طور پر ان کے فیملی ڈاکٹر ہمارے کلینک ریفر کرتے ہیں؛ اگر کسی فزیوتھراپسٹ نے آپ کو ہمارے پاس آنے کا مشورہ دیا ہے، تب بھی میڈیکر (Medicare) کی رقم کی واپسی کا حق دار ہونے کے لیے آپ کو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ریفرل (referral) کی ضرورت ہوگی۔ کلینک میں ہم آپ سے تفصیل پوچھتے ہیں، آپ کے کندھے کا معائنہ کرتے ہیں اور جہاں ضرورت ہو تصاویر (اسکین) کا انتظام کرتے ہیں، تاکہ معلوم ہو سکے کہ آواز اور درد کی وجہ کیا ہے۔

زیادہ تر لوگ آپریشن کے بغیر ٹھیک ہو جاتے ہیں، اس لیے علاج سرجری کے بغیر شروع ہوتا ہے۔ پہلا قدم فزیوتھراپی کا ایک پروگرام ہے جو آپ کے کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی کو قابو میں رکھنے والے پٹھوں کو مضبوط کرتا ہے، اور ساتھ ہی ان پٹھوں کو اسٹریچ کیا جاتا ہے جو اڑ گئے ہوں۔ جن سرگرمیوں سے علامات شروع ہوتی ہیں، ان میں تبدیلی بھی مدد دیتی ہے۔ مزید کسی چیز کے بارے میں سوچنے سے پہلے اسے 3 سے 6 ماہ تک پوری طرح آزمائیں۔

اگر درد برقرار رہے تو دوا سوزش کو کم کرنے میں مدد دے سکتی ہے۔ سوزش کم کرنے والی گولیاں، اسی قسم کی جو بہت سے لوگ پٹھوں کے درد کے لیے لیتے ہیں، اس مرحلے کا حصہ ہیں۔ ہم تصویریں رہنمائی میں آپ کے کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی کے نیچے والے برسا میں اسٹیرائڈ اور لوکل اینسٹھیٹک (صرف اس حصے کو سُن کرنا) کی دوا کا انجکشن بھی پیش کر سکتے ہیں۔ یہ دوا کام کرتا ہے: یہ سوزش زدہ گدی کو پرسکون کرتا ہے، اور اس بات کی تصدیق کرتا ہے کہ آپ کا درد یہیں سے آ رہا ہے۔

سرجری پر صرف اس وقت غور کیا جاتا ہے جب ان علاجوں کے کئی ماہ بعد بھی درد جاری رہے اور ان سے آپ کو کافی بہتری نہ ملی ہو۔ یہ آپریشن دو رین کے ذریعے آپریشن (keyhole) ہے، جو کمرے کی مدد سے چھوٹے چیلروں کے ذریعے کیا جاتا ہے۔ اس میں آپ کے کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی اور پسلیوں کے درمیان کا سوزش زدہ برسا نکال دیا جاتا ہے۔ آپ کے کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی کا اوپری اندرونی کونا صرف اس صورت میں تراشا جاتا ہے جب آپریشن کے دوران یہ ابھرا ہوا پایا جائے۔ زیادہ تر لوگوں کا درد سرجری کے بعد کافی حد تک بہتر ہو جاتا ہے، لیکن اکثر کچھ کلک کی آواز باقی بچ جاتی ہے۔ ہم آپ سے بات کریں گے کہ سرجری آپ کے لیے کیا معنی رکھ سکتی ہے، اور آپ کے ساتھ مل کر فیصلہ کریں گے کہ کیا یہ سچ قدم ہے۔

کیا توقع رکھیں

زیادہ تر لوگ آپریشن کے بغیر ٹھیک ہو جاتے ہیں۔ علاج کا آغاز فیزیوتھراپی سے ہوتا ہے، جو آپ کے کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی کو قابو میں رکھنے والے پٹھوں کو مضبوط کرتی ہے، ساتھ میں سوزش کم کرنے والی دوا اور ان سرگرمیوں میں تبدیلی جن سے علامات شروع ہوتی ہیں۔ اسے 3 سے 6 ماہ تک پوری طرح آزمائیں۔ بہت سے لوگوں کا درد اس عرصے میں کم ہو جاتا ہے اور انہیں بھی سرجری کی ضرورت نہیں پڑتی۔

اگر ان علاقوں کے کئی ماہ بعد بھی درد جاری رہے، تو سرجری پر غور کیا جاسکتا ہے۔ دور بین کے ذریعے آپریشن میں آپ کے کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی اور پسلیوں کے درمیان کا سوزش زدہ برسا نکال دیا جاتا ہے، اور ہڈی کا اوپری اندرونی کونا صرف اس صورت میں تراشا جاتا ہے جب یہ ابھرا ہوا پایا جائے۔ زیادہ تر لوگوں کا درد سرجری کے بعد کافی حد تک بہتر ہو جاتا ہے۔ اکثر کچھ کلک کی آواز باقی رہ جاتی ہے، کیونکہ جو علاج درد میں مدد دیتے ہیں وہ زیادہ تر درد کو ٹھیک کرتے ہیں، آواز کو نہیں۔ ہر علامت سے مکمل نجات عام نتیجہ نہیں ہے۔

علاج کے بغیر علامات برقرار رہ سکتی ہیں اور اتنی شدید ہو سکتی ہیں کہ نیند میں خلل ڈالیں یا آپ کو اپنا بازو معمول کے مطابق استعمال کرنے سے روک دیں۔ اس مسئلے کو پہچاننا اور اس کا علاج کرنا مشکل ہو سکتا ہے، اس لیے اس کے خود ٹھیک ہونے کا انتظار کرنے کے بجائے جلد واضح تشخیص کروالینا بہتر ہے۔

اگر آپ کی علامات ٹھیک نہیں ہو رہیں، ہفتوں کے دوران بڑھ رہی ہیں، آپ کو رات کو جگا دیتی ہیں، یا آپ کو کام کرنے یا اپنا بازو استعمال کرنے سے روکتی ہیں، تو اپنے فیملی ڈاکٹر کو دکھائیں یا کسی ماہر ڈاکٹر سے معائنے کی درخواست کریں۔

ڈاکٹر کو کب دکھائیں

صرف آواز پریشانی کی وجہ نہیں ہے۔ جن لوگوں کو کوئی بھی علامت نہیں ہوتی، ان میں سے تقریباً ایک تہائی کے کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی سے کچھ نہ کچھ رگڑ کی آواز آتی ہے، اور صرف اس آواز کو کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ اصل اہمیت درد کی ہے۔ اگر آپ کو کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی کے ارد گرد یا نیچے ایسا درد ہو جو ٹھیک نہیں ہو رہا، ہفتوں کے دوران بڑھ رہا ہے، آپ کو رات کو جگا دیتا ہے، یا آپ کو کام کرنے یا اپنا بازو استعمال کرنے سے روکتا ہے، تو اپنے فیملی ڈاکٹر کو دکھائیں یا کسی ماہر ڈاکٹر سے معائنے کی درخواست کریں۔ اگر درد اتنا شدید ہو کہ نیند میں خلل ڈالے، اگر کھیل میں آپ کی کارکردگی کم ہو گئی ہو، یا اگر سر سے اوپر کی سرگرمی، جیسے اوپر کی طرف یا جسم کے کئی بار تھ بڑھانا، درد شروع کر دے، تو بھی معائنے کی درخواست کریں۔ سینینگ اسکیمپولا کو پہچاننا مشکل ہو سکتا ہے، اس لیے جلد واضح تشخیص کروالینا فائدہ مند ہے۔

مزید تفصیل

یہ حصہ اس سے آگے جاتا ہے جتنا آپ کو اپنے علاج کے فیصلوں کے لیے جاننے کی ضرورت ہے۔ سینینگ اسکیمپولا کے بارے میں یہ اضافی مطالعہ اس لیے فائدہ مند ہے کہ آواز اور درد دو الگ مسائل ہیں، اور جو علاج مدد دیتے ہیں وہ زیادہ تر دوسرے مسئلے کو ٹھیک کرتے ہیں، پہلے کو نہیں۔

آواز عام ہے؛ اصل مسئلہ درد ہے

کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی سے رگڑ کی آواز بذاتِ خود کسی بیماری کی علامت نہیں ہے۔ اس مسئلے پر ایک مشہور جائزہ ایک ابتدائی تحقیق کا حوالہ دیتا ہے جس میں ایسے 100 لوگوں میں سے 31 فیصد میں، جنہیں کوئی بھی علامت نہیں تھی، کندھے کی پچھلی ہڈی میں رگڑ کی آواز (scapular crepitus) پائی گئی [1]۔ آواز کو ایک بیماری میں بدلنے والی چیز درد ہے، جو عام طور پر سوزش زدہ برسا سے ہوتا ہے۔ یعنی بافت کی وہ پتلی، سیال والی تہہ جو کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی کو پسلیوں پر پھسلنے دیتی ہے۔

ہڈی کی شکل کا بھی کردار ہے۔ تصویری اسکینوں کی ایک تحقیق میں، جن لوگوں کی کندھے کی پچھلی چھٹی ہڈی اپنے اندرونی کنارے کے ساتھ آگے کی طرف مڑی ہوئی تھی (ایک مقعر، یعنی اندر کو دبی ہوئی شکل، جس کا "میڈیل اسکپولا کارپس اینگل" (medial scapula corpus angle) ثبت ہو)، ان میں سینینٹ اسکپولا کا 12 گنا زیادہ خطرہ تھا [2]۔ یہ پیمائش اتنی مفید ثابت نہیں ہوئی جتنی شروع میں لگی تھی؛ بعد کی ایک تحقیق میں پتہ چلا کہ یہی زاویہ اس سمت کے لحاظ سے کافی بدل جاتلا ہے جس سے اسے دیکھا جائے، اس لیے یہ اکیلے اس مسئلے کی تشخیص کے لیے کافی قابل اعتماد نہیں ہے [3]۔ عطیہ کی کئی لاشوں پر کیے گئے ایک تجرباتی ماڈل (cadaver model) میں، ہڈی کی سب سے اہم خصوصیت یہ تھی کہ کندھے کی پچھلی چھٹی ہڈی کا اندرونی حصہ پسلیوں کی طرف کتنا آگے کو تھا [4]۔

زیادہ تر لوگ آپریشن کے بغیر ٹھیک ہو جاتے ہیں

ایک سیریز میں 28 مریضوں کی 30 کندھے کی پچھلی چھٹی ہڈیوں کا علاج ہٹھوں کو مضبوط کرنے کے ایک خاص پروگرام سے کیا گیا؛ ان میں سے 14 (50 فیصد) صرف ورزشوں سے ٹھیک رہے اور 6 (21 فیصد) کو ورزشوں کے ساتھ صرف سوزش کم کرنے والی دوا کی ضرورت پڑی، اس طرح 71 فیصد نے تحقیق کے اپنے درجہ بندی کے پیمانے پر سرجری کے بغیر اچھا یا اس سے بہتر نتیجہ حاصل کیا [5]۔

سب سے لمبے عرصے تک مریضوں کو دیکھنے والی تحقیق فن لینڈ سے ہے۔ بارہ لوگ جن کا کھلا آپریشن ہوا تھا اور 9 جن کا علاج آپریشن کے بغیر کیا گیا تھا، اوسطاً 22 سال بعد دوبارہ جانچے گئے۔ محنت کے دوران درد دونوں گروپوں میں کم تھا: سرجری کے بعد 10 میں سے 0.8 اور سرجری کے بغیر 10 میں سے 1.5، یہ فرق اتنا کم تھا کہ یقین سے نہیں کہا جاسکتا کہ یہ حقیقی تھا ($p = 0.357$) [6]۔ سرجری کے بعد 12 میں سے 7 میں درد جلدی بہتر ہوا، لیکن لمبے عرصے میں دونوں راستے تقریباً ایک ہی جگہ پہنچے۔

برسائیں لوکل اینسٹھیسیا کی دوا اور اسٹیرائڈ کا انجکشن دو کام کرتا ہے: یہ سوزش کا علاج کرتا ہے اور یہ جانچتا ہے کہ کیا واقعی برسا ہی درد کی جڑ ہے۔ برطانیہ کے ایک علاج کے نظام میں، 94 مریضوں میں سے 74 کو فزیو تھراپی کے بعد بھی تکلیف تھی اور انہیں الٹرا سائونڈ کی رہنمائی میں انجکشن لگایا گیا۔ 55 کو شروع میں اچھا فائدہ ہوا، جو 17 میں برقرار رہا [7]۔ جن 42 مریضوں کا آپریشن ہوا اور بعد میں ان کا معائنہ کیا گیا، ان میں سے جن پر انجکشن نے اچھا اثر کیا تھا وہ آپریشن کے بعد ان لوگوں سے زیادہ بہتر ہوئے جن پر اثر نہیں ہوا تھا [7]۔ امریکہ کی ایک بڑی سیریز جس میں مریضوں کو کم از کم پانچ سال تک دیکھا گیا، میں یہی تعلق نہیں ملا [8]، اس لیے انجکشن کا کم اثر ہونا سرجری کو خارج از امکان نہیں کرتا۔

سرجری کیا حاصل کرتی ہے، اور کیا نہیں

لمبے عرصے کی سب سے بڑی سیریز میں 66 لوگوں کو برسا کو دور بین کے ذریعے نکالنے اور کندھے کی پچھلی چھٹی ہڈی کا کونا تراشنا کے بعد 5 سے 15 سال تک دیکھا گیا۔ کندھے کا اوسط اسکور 100 میں سے 56.7 سے بڑھ کر 87.2 ہو گیا، درد 10 میں سے 5.2 سے کم ہو کر 1.4 رہ گیا، اور 77.6 فیصد میں اتنی بہتری آئی جو محسوس کی جاسکے۔ ٹھیک ٹھیکنے والے 42 لوگوں میں سے 38 (90.5 فیصد) ٹھیک میں واپس گئے اور 31 (73.8 فیصد) اپنی پہلے والی سطح پر یا اس کے قریب واپس آئے۔ آٹھ (12.1 فیصد) کو دوبارہ آپریشن کی ضرورت پڑی [8]۔ کندھے کی پچھلی چھٹی ہڈیوں کی 74 کی ایک اور سیریز میں دوبارہ سرجری کی شرح ملتی جلتی تھی (74 میں سے 8)، اور اس میں پایا گیا کہ زیادہ عمر کے مریض، وہ لوگ جن کی علامات زیادہ عرصے سے تھیں، اور وہ لوگ جن کے سرجری سے پہلے ذہنی صحت کے اسکور کم تھے، ان کے نتائج کم اچھے رہنے کا رجحان تھا [9]۔

مکمل طور پر ٹھیک ہو جانا عام نہیں ہے۔ 203 آپریشن شدہ کندھوں کے ایک منظم جائزے (systematic review) میں پایا گیا کہ 42 (20.7 فیصد) مکمل طور پر ٹھیک ہو گئے، 139 (68.5 فیصد) بہتر ہوئے لیکن ان میں ابھی کچھ علامات تھیں، اور 22 (10.8 فیصد) کا نتیجہ خراب رہا [10]۔ 464 مریضوں کے 2026 کے ایک جائزے میں مجموعی طور پر یہی نتیجہ نکلا: آپریشن کے بغیر علاج اور سرجری دونوں سے درد میں آرام آتا ہے، لیکن میکانیکی علامات، یعنی کلک اور رگڑ کی آواز، اکثر مکمل طور پر ختم نہیں ہوتیں [11]۔

کیا ہڈی نکالنا فائدہ مند ہے؟

کندھے کی پچھلی چھٹی ہڈی کا اوپری اندرونی کونا تراشنا اس آپریشن کا روایتی حصہ ہے، اس لیے یہ حیرت کی بات ہے کہ اس سے شاید بہت کم فائدہ ہوتا ہے۔ ایک مرکز نے 24 ایسے لوگوں کا موازنہ، جن کا صرف برسا نکالا گیا، 32 ایسے لوگوں سے کیا جن کا کونا بھی تراشا گیا۔ آخری درد کے اسکور (10 میں سے 3.4 اور 2.8، $p = 0.351$) اور کندھے کے اسکور (75.8 اور 76.5، $p = 0.895$) ایک جیسے تھے، اور کلک کی آواز 58 فیصد اور 59 فیصد میں ابھی بھی موجود تھی [12]۔ ہڈی کے کام کے بغیر آپریشن کم وقت میں ہوا: 37.5 منٹ بمقابلہ 61.2 منٹ [12]۔

گروپوں کو مختلف عرصے تک دیکھا گیا اور انہیں بے ترتیب (randomised) طریقے سے تقسیم نہیں کیا گیا تھا، اس لیے اس معاملے میں یہ آخری بات نہیں ہے، لیکن اسی وجہ سے ہڈی تراشنے کا فیصلہ پہلے سے نہیں بلکہ آپریشن کے دوران کیا جاتا ہے۔

حوالہ جات

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