

फ्रोज़न शोल्डर

फ्रोज़न शोल्डर में जोड़ के चारों ओर ऊतक की आस्तीन जैसी परत में सूजन आ जाती है, वह मोटी होकर कस जाती है, इसीलिए कंधे में दर्द भी होता है और उसे हिलाना भी मुश्किल हो जाता है।

Kieran Hirpara © ① ② ③ 4.0



यह पृष्ठ मशीन द्वारा अनूदित है और अभी तक किसी चिकित्सक द्वारा जाँचा नहीं गया है। **अंग्रेज़ी संस्करण** ही आधिकारिक है।

आपको क्या महसूस होता है

फ्रोज़न शोल्डर (कंधे का जकड़ जाना) आमतौर पर एक गहरे, भारी-से, दुखते हुए दर्द के रूप में शुरू होता है जो रातोंरात आने के बजाय कई सप्ताह में बढ़ता है। ज़्यादातर लोगों के लिए शुरुआत में दर्द सबसे बुरा हिस्सा होता है, और अक्सर यह रात में सबसे ज़्यादा होता है। उस करवट लेटना नामुमकिन हो जाता है, और टूटी-टूटी नींद इस पूरी समस्या के सबसे थका देने वाले हिस्सों में से एक है।

फिर कंधा जकड़ने लगता है। आप सीटबेल्ट की ओर, या ऊंची शेल्फ़ तक, या पीछे जेब तक हाथ बढ़ाते हैं, और बांह वहीं रुक जाती है। फ्रोज़न शोल्डर को कंधे की ज़्यादातर समस्याओं से जो बात अलग करती है वह यह है कि यह जकड़न सिर्फ दर्द से बचने के लिए आपका कंधे को बचाकर रखना नहीं है — कंधा सच में नहीं हिलता, भले ही कोई और आपकी बांह उठाए। हाथ को बाहर की ओर घुमा न पाना, जैसे दरवाज़ा खोलते समय या आस्तीन में बांह डालते समय, इसका सबसे पहचाना हुआ लक्षण है।

ज़्यादातर लोग लगभग 40 से 60 साल के बीच के होते हैं। कुछ लोगों को याद होता है कि पहले हल्की-सी चोट लगी थी; बहुत से लोगों के पास कोई वजह होती ही नहीं। अगर आपको डायबिटीज़ या थायरॉइड की समस्या है तो यह ज़्यादा आम है, और अगर यह एक कंधे में हो चुका है, तो बाद में दूसरे कंधे में भी होने की थोड़ी संभावना रहती है।

असल में क्या हो रहा है

आपके कंधे का जोड़ मज़बूत ऊतक की एक आस्तीन जैसी परत के अंदर होता है जिसे कैप्सूल कहते हैं। सामान्य रूप से यह परत ढीली और खिंचने वाली होती है, और इसी वजह से कंधा शरीर के किसी भी दूसरे जोड़ से ज़्यादा हिल-डुल सकता है। फ्रोज़न शोल्डर में कैप्सूल में सूजन (इन्फ्लेमेशन) आती है और फिर वह मोटा होकर सिकुड़ जाता है, यानी यह परत छोटी हो जाती है। जोड़ के अंदर की जगह अपने सामान्य आकार के आधे से भी कम रह सकती है।

पुराने नाम “एडहेसिव कैप्सुलाइटिस” (चिपकने वाली कैप्सूल की सूजन) के बावजूद, जोड़ के अंदर असल में कुछ भी आपस में चिपका नहीं होता। गोंद जैसे कोई जुड़ाव नहीं होते। ऊतक कस गया होता है, जो सच में एक अलग समस्या है, और इसीलिए कुछ सर्जन कहते हैं कि इस समस्या को सीधे कंधे का कॉन्ट्रैक्चर — यानी कसाव — कहा जाना चाहिए।

यह क्यों शुरू होता है, यह अभी भी ठीक से समझा नहीं गया है, और ईमानदारी यही है कि यह बात कही जाए। इस बात के अच्छे प्रमाण हैं कि यह सिर्फ कंधे की स्थानीय समस्या नहीं है। विरासत में मिलने वाले जोखिम पर हुए अध्ययन दिखाते हैं कि टाइप 1 डायबिटीज़ सच में फ्रोज़न शोल्डर का कारण बनती है, न कि सिर्फ उसके साथ पाई जाती है, और यह संबंध वज़न या यांत्रिक भार के बजाय ब्लड शुगर के ज़रिए बनता है। ऊतक में होने वाले बदलाव हाथ की ड्यूपुइट्रेन (Dupuytren's) बीमारी से काफ़ी मिलते-जुलते दिखते हैं, इसीलिए ये दोनों अक्सर एक ही व्यक्ति में पाए जाते हैं।

इसमें कितना समय लगता है, इस पर ईमानदार बात

बहुत संभव है कि आप पढ़ें कि फ्रोज़न शोल्डर अपने आप ठीक हो जाता है और लगभग अठारह महीने से दो साल में पूरी तरह चला जाता है। हम आपसे साफ़ बात करना चाहते हैं: यह भरोसा प्रमाण के समर्थन से ज़्यादा पक्के ढंग से दिया जाता है।

यह धारणा कि यह समस्या तीन साफ़ चरणों से गुज़रती है — जकड़ना (फ्रीज़िंग), जकड़ा हुआ (फ्रोज़न), फिर खुलना (थॉइंग) — 1975 में छपे एक छोटे अध्ययन से आई है, जिसमें मरीज़ों की बांहें नौ महीने तक स्लिंग (बांह को सहारा देने वाली पट्टी) में आराम से रखी गई थीं। हैरानी की बात नहीं कि इस तरह इलाज किए गए कंधे जकड़ गए और फिर हरकत की इजाज़त मिलने पर दोबारा ढीले हो गए। जब शोधकर्ताओं ने पीछे जाकर सभी उपलब्ध अध्ययनों की समीक्षा की, तो उन्हें इसका कोई अच्छा प्रमाण नहीं मिला कि बिना इलाज वाले कंधे भरोसे के साथ इन चरणों से गुज़रते हैं और आखिर में सामान्य हो जाते हैं। असल में, किसी भी अध्ययन ने कभी यह नहीं दिखाया कि लोग बिना इलाज के नापी गई, सच में सामान्य हरकत की सीमा (रेंज ऑफ मोशन) तक वापस पहुंचे हों।

प्रमाण जो दिखाते हैं, वह ज़्यादा काम का है, और वह यह है: **आपको जो सुधार मिलना है उसका ज़्यादातर हिस्सा आमतौर पर शुरूआत में होता है, और फिर प्रगति धीमी होकर थम जाती है।** यह ठहराव स्थायी हो सकता है। आप कौन-सा अध्ययन पढ़ते हैं, इसके हिसाब से, लगभग एक तिहाई से आधे लोगों को कई साल बाद भी कुछ दर्द या जकड़न रहती है, हालांकि उनमें से ज़्यादातर के लिए यह मामूली होती है और उन्हें वह करने से नहीं रोकती जो वे करना चाहते हैं।

इसका मतलब यह नहीं है कि आप बेहतर नहीं होंगे। ज़्यादातर लोगों में काफ़ी सुधार होता है। इसका मतलब यह ज़रूर है कि “बस इंतज़ार करें, यह अपने आप ठीक हो जाएगा” कोई तटस्थ सलाह नहीं है, और दर्द को बस सहते रहने के बजाय उसका सक्रिय इलाज करने के पक्ष में ठीक-ठाक तर्क है।

हम इसके लिए क्या कर सकते हैं

माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में, डॉ. कीरन हिरपरा आपको किसी गिने हुए चरण में फ़िट करने की कोशिश करने के बजाय, इस आधार पर विकल्प समझाएंगे कि आपको ज़्यादा परेशान कौन कर रहा है — दर्द या जकड़न।

जोड़ में स्टेरॉयड इंजेक्शन दर्द वाले दौर के लिए सबसे ज़्यादा प्रमाणों से समर्थित अकेला इलाज है। बहुत बड़े शोध-संग्रह में यही वह इलाज है जो भरोसे के साथ दर्द और काम करने की क्षमता में ऐसा फ़र्क लाता है जिसे मरीज़ सच में महसूस करते हैं, और यह पहले कुछ सप्ताह में असर करता है। इसकी ईमानदार सीमा यह है कि यह फ़ायदा लगभग तीन महीने बाद कम हो जाता है। यह आपको आराम, नींद, और कंधे पर काम (व्यायाम) कर पाने की क्षमता देता है — यह कसाव का इलाज नहीं करता।

व्यायाम और फिजियोथेरेपी करने लायक हैं, वास्तविक उम्मीदों के साथ। घर पर किए जाने वाले व्यायाम के एक आसान कार्यक्रम का नापा जा सकने वाला फ़ायदा है। जो बात आपको हैरान कर सकती है वह यह है कि आप कितना ज़ोर लगाते हैं इससे ज़्यादा फ़र्क नहीं पड़ता: एक ट्रायल ने हरकत की आखिरी सीमा तक ज़ोर से स्ट्रेचिंग की तुलना हल्की, बिना दर्द वाली हरकत से की और केवल छोटे फ़र्क पाए, जो कुछ हरकतों के लिए ज़ोर वाले तरीके के थोड़ा पक्ष में थे, और एक दूसरे अध्ययन में पाया गया कि जिन लोगों ने अपने दर्द की सीमा के अंदर हल्का व्यायाम किया उन्हें बेहतर नतीजे मिले — और तसल्ली की बात यह है कि इसका कोई प्रमाण नहीं मिला कि ज़्यादा

ज़ोर लगाने से नुकसान होता है। इसलिए उतना ही करें जितना आप सहन कर सकें। तेज़ दर्द के बावजूद ज़बरदस्ती करने से कुछ भी जल्दी ठीक होता नहीं दिखाया गया है।

हाइड्रोडाइलेशन, जिसमें कैप्सूल को अंदर से फैलाने के लिए तरल इंजेक्ट किया जाता है, बड़े पैमाने पर इस्तेमाल होता है और इसमें जोखिम कम है। इस पर शोध के नतीजे सच में मिले-जुले हैं: एक रिव्यू में दर्द और हरकत दोनों पर केवल छोटे असर मिले, और दूसरों में अकेले स्टेरॉयड इंजेक्शन की तुलना में कुछ हरकतों में शुरुआती फ़ायदा मिला जो टिका नहीं। यह एक ठीक-ठाक विकल्प है, लेकिन हम इसकी बढ़ा-चढ़ाकर तारीफ़ नहीं करेंगे।

एनेस्थीसिया में मैनिपुलेशन का मतलब है, जब आप बेहोश हों, तब कसे हुए कैप्सूल को खींचने के लिए कंधे को उसकी पूरी सीमा तक घुमाना। मुख्य इलाजों की तुलना करने वाले सबसे बड़े ट्रायल में, यह कुल मिलाकर सबसे अच्छी क्रीम वाला (खर्च के मुकाबले फ़ायदे में) विकल्प निकला।

दूरबीन से कैप्सूल रिलीज़ (आर्थ्रोस्कोपी) में कसे हुए कैप्सूल को, फटने तक खींचने के बजाय, सीधे देखते हुए सर्जरी से काटा जाता है। इसका मुख्य फ़ायदा यह है कि यह आमतौर पर सबसे टिकाऊ होता है: छपी हुई सर्जिकल श्रृंखलाओं में रिलीज़ के बाद दोबारा जकड़न कम ही होती है, जबकि मैनिपुलेशन के बाद कंधों का एक अच्छा-खासा हिस्सा फिर से कस जाता है और उन्हें दूसरी प्रक्रिया की ज़रूरत पड़ती है। यूके के बड़े ट्रायल में, जिन लोगों की रिलीज़ हुई थी, उन्हें तीनों समूहों में सबसे कम किसी और इलाज की ज़रूरत पड़ी। क्योंकि यह एक ऑपरेशन है, इसमें दूसरे विकल्पों से थोड़ा ज़्यादा जोखिम है और खर्च भी ज़्यादा है, और आपको पहले कुछ सप्ताह में मैनिपुलेशन वाले व्यक्ति की तुलना में ज़्यादा दर्द महसूस होने की उम्मीद रखनी चाहिए — यह शुरुआती फ़र्क लगभग छह महीने तक बराबर हो जाता है।

जानने लायक बात: उस ट्रायल में, एक साल पर तीनों तरीकों के नतीजे एक-दूसरे से कुछ ही अंकों के अंदर रहे। यह सच में अच्छी ख़बर है, क्योंकि इसका मतलब है कि फ़ैसला इस आधार पर लिया जा सकता है कि आपके लिए, आपकी दूसरी स्वास्थ्य समस्याओं और आपकी परिस्थितियों के लिए क्या ठीक है, न कि इस पर कि कोई एक विकल्प साफ़ तौर पर बेहतर है।

डॉ. हिरपरा आमतौर पर इसे किस क्रम में करते हैं। आपसे यह नहीं कहा जाएगा कि कोई भी इलाज देने से पहले तय महीनों तक इसे सहते रहें। व्यवहार में वे आमतौर पर पहले स्टेरॉयड इंजेक्शन का सुझाव देंगे, क्योंकि बहुत से लोगों में इससे इतना दर्द कम हो जाता है कि कंधे के शांत होने तक वे अपनी ज़िंदगी चला सकें। अगर इंजेक्शन से आपको पर्याप्त राहत नहीं मिलती, तो वे उसी समय से कैप्सूलर रिलीज़ की पेशकश करने को तैयार हैं — वे यह ज़रूरी नहीं मानते कि पहले आप नौ या बारह महीने तक जूझते रहें। यह देखते हुए कि “यह हमेशा अपने आप ठीक हो जाता है” वाला भरोसा कितना कमज़ोर निकलता है, यह जानने के लिए कि आपका कंधा किस तरफ़ जाएगा, एक साल दर्द में बिताने का कोई खास मतलब नहीं है।

क्या उम्मीद करें

अगर आपको इंजेक्शन लगता है, तो उम्मीद करें कि पहले एक-दो सप्ताह में दर्द कम होगा। उस समय का इस्तेमाल कंधे को हिलाते-डुलाते रहने के लिए करें।

अगर आपका मैनिपुलेशन या कैप्सूलर रिलीज़ होता है, तो जितनी हरकत आपको वापस मिलनी है, उसका ज़्यादातर हिस्सा जल्दी लौट आता है — आमतौर पर पहले चार से छह सप्ताह में — और लगभग तीन महीने के बाद आमतौर पर ज़्यादा बदलाव नहीं होता। जल्दी हिलना-डुलना शुरू करना मायने रखता है, और फिजियोथेरेपी आमतौर पर प्रक्रिया के एक-दो दिन के अंदर शुरू हो जाती है। ज़्यादातर लोग एक से तीन सप्ताह में दफ़्तर जैसे काम पर लौट आते हैं।

अगर आपको डायबिटीज़ है, तो औसत से धीमे और थोड़े कम पूरे सुधार की उम्मीद रखना ठीक है, और यह जानना उपयोगी है कि स्टेरॉयड इंजेक्शन कुछ दिनों के लिए आपका ब्लड शुगर बिगाड़ सकता है। अगर आपकी शुगर काबू में रखना मुश्किल है तो हमें बताएं, क्योंकि इससे हमारी सलाह बदल जाती है।

आप कोई भी रास्ता चुनें, ठीक होने को सप्ताहों में नहीं, महीनों में नापा जाता है। सबसे उपयोगी चीज़ जो आप कर सकते हैं वह है आरामदायक सीमा के अंदर बांह का इस्तेमाल करते रहना और अपनी नींद को बचाकर रखना।

डॉक्टर को कब दिखाएं

अपने जीपी (आपके फैमिली डॉक्टर) को दिखाएं अगर कंधे का दर्द आपको रात में जगा रहा है या कुछ सप्ताह के आराम से शांत नहीं हुआ है, और अगर कंधा सिर्फ़ दुखने के बजाय सच में हिलाने में मुश्किल होता जा रहा है तो खास तौर पर फ़्रोज़न शोल्डर के बारे में पूछें।

किसी विशेषज्ञ से जल्दी जांच के लिए कहें अगर आप अपना हाथ बाहर की ओर नहीं घुमा पाते, अगर आपको डायबिटीज़ है, अगर कंधे की वजह से आपके काम या गाड़ी चलाने पर असर पड़ रहा है, या अगर दर्द इतना तेज़ है कि आप सो नहीं पाते। दर्द की जांच करवाने से पहले लंबा इंतज़ार करने का कोई फ़ायदा नहीं है।

जल्दी चिकित्सा सहायता लें अगर कंधा गर्म, लाल और सूजा हुआ हो जाए, अगर इसके साथ आपकी तबीयत ख़राब लगे या बुखार हो, अगर बांह में काफ़ी कमज़ोरी या सुन्नपन हो, या अगर दर्द गिरने या किसी चोट के साथ शुरू हुआ हो। ये लक्षण फ़्रोज़न शोल्डर से हटकर किसी ऐसी चीज़ की ओर इशारा करते हैं जिसकी जांच ज़्यादा जल्दी होनी चाहिए।

विस्तार से

यह हिस्सा उससे एक कदम आगे जाता है जितनी जानकारी आपको अपने इलाज के फ़ैसलों के लिए चाहिए। यह यहां इसलिए है क्योंकि फ़्रोज़न शोल्डर उन समस्याओं में से एक है जिनमें मरीज़ों को जो बताया जाता है और शोध असल में जो दिखाता है, वे एक-दूसरे से दूर हो गए हैं, और कुछ लोग बात को भरोसे पर मान लेने के बजाय उसके पीछे का तर्क देखना पसंद करते हैं।

जोड़ में असल में क्या गड़बड़ हो रही है

कैप्सूल जोड़ के चारों ओर कोलेजन (एक मज़बूत प्रोटीन रेशा) की एक आस्तीन जैसी परत है। फ़्रोज़न शोल्डर में इसमें सूजन आती है और फिर यह **फ़ाइब्रोटिक** (सख्त, रेशेदार) हो जाता है, **फ़ाइब्रोब्लास्ट** नाम की कोशिकाएं बढ़ती हैं और घना नया कोलेजन जमा करती हैं, और उनमें से कुछ **मायोफ़ाइब्रोब्लास्ट** में बदल जाती हैं, जो खुद सिकुड़ सकती हैं। साधारण निशान बनने (स्कारिंग) से यही मुख्य फ़र्क है: उतक सिर्फ़ मोटा नहीं होता, वह खिंचकर कस जाता है। जोड़ का आयतन सामान्य 10–15 मिलीलीटर से घटकर 3–4 मिलीलीटर रह सकता है।

कोशिकाओं का यही व्यवहार हाथ की **ड्यूपुइट्रेन बीमारी** में होता है, इसीलिए ये दोनों समस्याएं एक ही लोगों में पाई जाती हैं, और इसीलिए कंधे के एक सर्जन ने तर्क दिया है कि इस समस्या को “कैप्सुलाइटिस” के बजाय सीधे कंधे का कॉन्ट्रैक्चर (कसाव) कहा जाना चाहिए [1]। पुराने नाम “एडहेसिव कैप्सुलाइटिस” के बावजूद, जोड़ के अंदर देखने वाले सर्जनों को कोई चिपकाव बिल्कुल नहीं मिलता।

“तीन चरणों” वाली कहानी जितनी लगती है उससे कमज़ोर आधार पर क्यों है

आप हर जगह पढ़ेंगे कि फ़्रोज़न शोल्डर जकड़ने, जकड़े रहने और खुलने के दौर से गुज़रता है। यह मॉडल 1975 में पेश किया गया था। जब शोधकर्ताओं ने पीछे जाकर देखा कि यह कहां से आया, तो उन्होंने पाया कि लेखक ने दो अलग-अलग पुराने शोधपत्रों के **संदर्भ आपस में मिला दिए थे**, और इससे भी ज़रूरी बात, कि उनके मरीज़ों की बांहें **नौ महीने** तक स्लिंग में आराम से रखी गई थीं। इतने लंबे समय तक बिना हिलाए रखा गया कंधा जकड़ जाता है, और हिलने देने पर ढीला हो जाता है। हो सकता है ये “चरण” कुछ हद तक बीमारी के बजाय इलाज का वर्णन करते हों।

इस मॉडल को परखने के लिए किए गए एक सिस्टमैटिक रिव्यू (सभी अध्ययनों की व्यवस्थित समीक्षा) को इसका कोई प्रमाण नहीं मिला, और उसे इसके अनुमान का उल्टा मिला: ज़्यादातर सुधार देर से खुलने के दौर तक बढ़ते जाने के बजाय **शुरुआत में होता है और फिर**

धीमा हो जाता है [2]। न ही डॉक्टर भरोसे के साथ इस पर सहमत हो पाते हैं कि कोई कंधा किस चरण में है, और जिन लोगों ने मानक परिभाषा लिखी थी, उन्होंने खुद छपे हुए लेख में माना कि इसकी पुष्टि करने वाले आंकड़े “उपलब्ध नहीं हैं”।

ठीक होने का आंकड़ा, और इसके दो बहुत अलग जवाब क्यों हैं

अक्सर बताया जाने वाला आंकड़ा यह है कि **94%** लोग बिना इलाज के ठीक हो जाते हैं। यह एक असली अध्ययन से आता है, लेकिन यह केवल उन मरीजों को गिनता है जिनका इलाज नहीं हुआ और जो फॉलो-अप के लिए वापस आए। मूल समूह के ज़्यादातर लोगों ने या तो इलाज चुना या अध्ययन से बाहर हो गए। सभी को गिनें, तो वही आंकड़े लगभग **26%** देते हैं [2]। “ठीक होने” का मतलब भी दूसरे कंधे से 10 डिग्री के अंदर होना था, और उनमें से कुछ मरीजों में दूसरा कंधा भी फ्रोज़न रह चुका था।

सबसे बड़े लंबे समय के फॉलो-अप में पाया गया कि औसतन चार साल बाद भी **41%** लोगों में लक्षण थे, और, जानने लायक हिस्सा यह है कि सुधार लगातार चलते रहने के बजाय लगभग तीन साल के बाद काफ़ी हद तक **रुक जाता है** [4]।

यह पूरे शरीर की समस्या है, सिर्फ़ कंधे की नहीं

एक बड़े आनुवंशिक (जेनेटिक) अध्ययन में डीएनए के पांच ऐसे हिस्से मिले जो फ्रोज़न शोल्डर से जुड़े हैं, और एक ऐसी तकनीक से, जो कारण को संयोग से अलग कर सकती है, दिखाया गया कि **टाइप 1 डायबिटीज़ सच में इसका कारण बनती है**, न कि सिर्फ़ इसके साथ पाई जाती है। ज़्यादा वज़न कारण नहीं निकला: डायबिटीज़ का हिसाब रखने के बाद, वज़न वाला संबंध ग़ायब हो गया। यह यांत्रिक भार के बजाय ब्लड शुगर को इसकी वजह के रूप में दिखाता है [5]।

फिजियोथेरेपी के प्रमाण असल में क्या कहते हैं

अगर आप फिजियोथेरेपी करवा रहे हैं, या दे रहे हैं, तो यह सबसे ज़्यादा जानने लायक हिस्सा है। एक कोक्रेन रिव्यू ने **32 ट्रायलों और 1,836 लोगों** के आंकड़े मिलाए [6]। तीन नतीजे खास तौर पर सामने आते हैं।

स्टेरायड इंजेक्शन के मुकाबले, हाथों से की जाने वाली फिजियोथेरेपी शुरुआत में पीछे रहती है। आमने-सामने की तुलना वाले ट्रायल में, छह सप्ताह के पैसिव मोबिलाइज़ेशन (थेरेपिस्ट द्वारा जोड़ को हिलाना) और निगरानी में व्यायाम से सात सप्ताह पर एक अकेले इंजेक्शन की तुलना में दर्द में **26 अंक कम** और काम करने की क्षमता में **25 अंक कम** सुधार हुआ। इस आधार पर आंके कि लोगों को बहुत बेहतर या ठीक महसूस हुआ या नहीं, तो यह **फिजियोथेरेपी के लिए 46% और इंजेक्शन के लिए 77%** था, यानी मोटे तौर पर फिजियोथेरेपी के बजाय हर चार लोगों को इंजेक्शन देने पर एक अतिरिक्त व्यक्ति को फ़ायदा हुआ। छह से बारह महीने तक यह अंतर ख़त्म हो गया था और फ़र्क़ मायने नहीं रखता था।

आप कितना ज़ोर लगाते हैं, कितनी बार करते हैं, और कौन-सी तकनीक इस्तेमाल होती है, इनसे ज़्यादा फ़र्क़ नहीं पड़ता लगता। 100 मरीजों वाले एक ट्रायल ने हरकत की **आखिरी सीमा तक** ज़ोर वाले मोबिलाइज़ेशन की तुलना हल्के, **बिना दर्द वाले** मोबिलाइज़ेशन से की: दोनों समूहों में सुधार हुआ, और कुछ हरकतों के लिए ज़ोर वाली तकनीक सांख्यिकीय रूप से बेहतर रही (तीन और बारह महीने पर बांह को बगल में ऊपर उठाना, बारह महीने पर बांह को बाहर की ओर घुमाना), लेकिन लेखकों ने इन फ़र्कों को छोटा माना [18]। 77 लोगों पर हुए एक नॉन-रैंडमाइज़्ड अध्ययन (जिसमें मरीजों को समूहों में संयोग से नहीं बांटा गया) में उल्टा मिला: दो साल पर, अपने दर्द की सीमा के अंदर हल्का व्यायाम करने वालों में से 89% का कंधा स्कोर सामान्य या लगभग सामान्य था, जबकि गहन स्ट्रेचिंग करवाए गए लोगों में यह 63% था [19]। 120 मरीजों वाले एक ट्रायल ने आखिरी सीमा तक मोबिलाइज़ेशन की आवृत्ति बदलकर देखी (सप्ताह में दो बार से ज़्यादा, सप्ताह में एक बार, सप्ताह में एक बार से कम) और एब्डक्शन (बांह को बगल में ऊपर उठाना) में आठ डिग्री से कम के फ़र्क़ पाए, जो सभी सांख्यिकीय रूप से शून्य से अलग नहीं थे। तकनीकों की आमने-सामने तुलनाएं — आगे की ओर बनाम पीछे की ओर ग्लाइड, पीएनएफ़ (PNF) बनाम सामान्य व्यायाम, डम्बल बनाम खाली हाथ, लगभग सभी में फ़र्क़ महत्वपूर्ण नहीं निकला। तसल्ली की बात यह है कि **आखिरी सीमा तक काम करने से नुकसान होने का कोई संकेत भी नहीं मिला।**

सबसे बड़ी कमी: किसी भी ट्रायल ने कभी मैनुअल थेरेपी और व्यायाम की तुलना बिल्कुल कोई इलाज न करने से नहीं की है। इसलिए भले ही हम कह सकते हैं कि फिजियोथेरेपी इंजेक्शन से साफ़ तौर पर बेहतर नहीं है, और इसे देने के तरीके की बारीकियों से ज़्यादा फ़र्क नहीं पड़ता लगता, किसी ने असल में यह नहीं दिखाया है कि सुधार का कितना हिस्सा वैसे भी हो जाता।

दो उपयोगी सावधानियां। रिव्यू के एकमात्र सच में उच्च-गुणवत्ता वाले ट्रायल ने जोड़ को फैलाने (डिस्टेंशन) के बाद की फिजियोथेरेपी को देखा, और पाया कि इससे दर्द, काम करने की क्षमता या जीवन की गुणवत्ता में कोई फ़र्क नहीं पड़ा, लेकिन इससे यह ज़रूर बढ़ा कि कितने लोगों ने खुद को ठीक हुआ बताया, और छह सप्ताह पर एडवक्शन में लगभग **13 डिग्री** जुड़ीं, जो छह महीने तक खत्म हो गई थीं। और यूके के बड़े ट्रायल में, फिजियोथेरेपी वाले समूह का वर्णन ऐसे किया गया था कि उसमें जकड़ी हुई सीमा तक हाथों से स्ट्रेचिंग शामिल थी, फिर भी उसके अपने रिकॉर्ड दिखाते हैं कि हाथों से मोबिलाइज़ेशन केवल **11-27%** मरीज़ों में और निगरानी में स्ट्रेचिंग केवल एक मरीज़ में इस्तेमाल हुई। असल में जो दिया गया, और जिसने एक साल पर सर्जरी जितना अच्छा प्रदर्शन किया, वह था जानकारी देना, एक इंजेक्शन, निगरानी में हल्की हरकत और घर पर व्यायाम का कार्यक्रम।

बेहतर महसूस होने में कितना समय लगता है, और क्या रिलीज़ का प्रकार मायने रखता है

समय। रिलीज़ के बाद, बीच वाला (मीडियन) मरीज़ लगभग **एक महीने** में “यह असली सुधार है” की सीमा पार करता है, और लगभग **चार महीने** में “मेरा कंधा मेरे लिए ठीक है” की सीमा [14]। काम से छुट्टी का मीडियन **आठ सप्ताह** है, हालांकि इसमें काफ़ी फ़र्क रहता है, एक चौथाई लोग चार सप्ताह तक और तीन चौथाई तेरह सप्ताह तक काम पर लौट आते हैं [15]।

मैनिपुलेशन से हरकत जल्दी लौटती है। ऊपर बताए गए टिकाऊपन के फ़ायदे के मुकाबले यही ईमानदार सौदा है: मैनिपुलेशन हरकत की सीमा जल्दी लौटाता है, और रिलीज़ लगभग छह महीने तक इसकी बराबरी नहीं कर पाता, जिसके बाद मिलाए गए हर माप पर दोनों में कोई फ़र्क नहीं रहता। एक छोटी तुलना में तो यह भी मिला कि अकेले मैनिपुलेशन के बाद बाहर की ओर घुमाव (एक्सटर्नल रोटेशन) सबसे अच्छा रहा [16]।

कैप्सूल का कितना हिस्सा काटा जाए, यह एक असली सवाल है, और जवाब है “आप जितना सोचते हैं उससे कम”। 18 अध्ययनों, 629 मरीज़ों और 811 कंधों के आंकड़े मिलाने वाले एक रिव्यू ने तीन तकनीकों की तुलना की: कैप्सूल के केवल आगे और नीचे वाले हिस्से को रिलीज़ करना, उसके पीछे वाले हिस्से को भी जोड़ना, या पूरा चारों ओर काटना। इसका निष्कर्ष यह था कि **कम व्यापक रिलीज़ से काम करने की क्षमता और दर्द के स्कोर बेहतर रहे, कि पीछे वाला (पोस्टीरियर) रिलीज़ जोड़ने से शुरुआत में अंदर की ओर घुमाव (इंटरनल रोटेशन) मिलता है जो टिकता नहीं (हालांकि इससे बांह को आगे उठाने (फ़्लेक्शन) में टिकाऊ फ़ायदा मिलता है), और पूरा **360-डिग्री रिलीज़ “शायद कोई अतिरिक्त फ़ायदा न दे”**। तीनों में जटिलताओं (कॉम्प्लिकेशन) की दर में फ़र्क नहीं था [17]। पीछे की ओर विस्तार वाले दो रैंडमाइज़्ड ट्रायलों में भी यही पैटर्न मिला, शुरुआत में तेज़ सुधार, छह महीने तक कोई फ़र्क नहीं। इसलिए बड़ा ऑपरेशन अपने आप बेहतर ऑपरेशन नहीं होता।**

दोनों को साथ में करना हल नहीं है। तीनों की एकमात्र तुलना में, रिलीज़ के साथ मैनिपुलेशन जोड़ने से बाहर की ओर घुमाव खोने की दर सबसे ज़्यादा रही, **18%**, जबकि अकेले मैनिपुलेशन में **7%** और अकेले रिलीज़ में **2%** [16]।

सबसे बड़े इलाज ट्रायल में असल में क्या मिला

यूके के एक ट्रायल ने 500 से कुछ ज़्यादा लोगों को संयोग से (रैंडम तरीके से) तीन समूहों में बांटा: इंजेक्शन के साथ व्यवस्थित फिजियोथेरेपी, एनेस्थीसिया में मैनिपुलेशन, या दूरबीन से ऑपरेशन। एक साल पर तीनों के नतीजे **एक-दूसरे से कुछ ही अंकों के अंदर रहे**, जो उस फ़र्क से कम है जिसे मरीज़ महसूस कर सके [7]। यह सच में काम की खबर है: इसका मतलब है कि चुनाव इस आधार पर किया जा सकता है कि आपके और आपकी परिस्थितियों के लिए क्या ठीक है, न कि इस पर कि कोई एक विकल्प साफ़ तौर पर बेहतर है।

तीनों में जहां फ़र्क है, वह है **कितनी बार लोगों को बाद में कुछ और करवाने की ज़रूरत पड़ती है।** उस ट्रायल में, आगे इलाज की ज़रूरत **रिलीज़ के बाद 4%, मैनिपुलेशन के बाद 7% और फिजियोथेरेपी के बाद 15%** लोगों को पड़ी [7]। फ़ायदे की हर इकाई पर

खर्च के हिसाब से मैनिपुलेशन सबसे अच्छा रहा; रिलीज़ सबसे महंगा था और ट्रायल की ज़्यादातर गंभीर जटिलताएं इसी में हुई, हालांकि कुल संख्या के हिसाब से वे बहुत कम थीं।

मैनिपुलेशन या रिलीज़ — दोबारा होने का सवाल

यहीं पर दोनों ऑपरेशन सच में अलग होते हैं, और यही वजह है कि सर्जन आपको रिलीज़ की ओर ले जा सकते हैं, भले ही मुख्य नतीजों के स्कोर एक जैसे दिखें।

मैनिपुलेशन कैप्सूल को तब तक खींचता है जब तक वह फट न जाए, और यह फटना हमेशा वहां नहीं होता जहां आप चाहें। सबसे बड़ी श्रृंखला में, **17 साल तक फॉलो किए गए 792 कंधों में — 17.8%** में दूसरे मैनिपुलेशन की ज़रूरत पड़ी, और टाइप 1 डायबिटीज़ वाले लोगों में यह बढ़कर **37.9%** हो गई [9]। सबसे लंबे फॉलो-अप में, औसतन 13 साल पर, पाया गया कि **19.2%** को दोबारा मैनिपुलेशन की ज़रूरत पड़ी थी और **31.3%** ने किसी न किसी समय समस्या के दोबारा होने की बात बताई [10]। दो बातें इसे कुछ हल्का करती हैं: लगभग सारे दोबारा होने वाले मामले **पहले साल** में होते हैं (पांच साल बाद यह दर 2% से कम है), और दोबारा किया गया मैनिपुलेशन लगभग पहले जितना ही अच्छा काम करता है [9][10]।

रिलीज़ में कैप्सूल को सोच-समझकर, देखते हुए काटा जाता है। दोबारा ऑपरेशन काफी कम होता है: औसतन पांच साल तक फॉलो की गई एक श्रृंखला में **32 मरीजों में कोई दोबारा ऑपरेशन नहीं** हुआ, और समस्या केवल एक व्यक्ति में दोबारा हुई जिसने अपना रिहैबिलिटेशन पूरा नहीं किया था [11]। आठ अध्ययनों और 768 मरीजों के आंकड़े मिलाने वाले मेटा-एनालिसिस में दोनों ऑपरेशन दर्द, काम करने की क्षमता और हरकत में एक जैसे पाए गए (रिलीज़ में लंबे समय में दर्द का एक छोटा फ़ायदा क्लिनिकल रूप से महत्वपूर्ण स्तर तक नहीं पहुंचा), और रिलीज़ के बाद गंभीर जटिलताओं की दर ज़्यादा थी। इसने मैनिपुलेशन वाले समूह में आगे स्टेरॉयड इंजेक्शनों की ज़्यादा, हालांकि सांख्यिकीय रूप से महत्वपूर्ण नहीं, दर दर्ज की, और सुझाव दिया कि लंबे फॉलो-अप में **“MUA (एनेस्थीसिया में मैनिपुलेशन) वाले समूह में समस्या ज़्यादा बार दोबारा हो सकती है”** [8]।

दो ईमानदार सावधानियां। पहली, मैनिपुलेशन के बाद दोबारा होने वाले बड़े अध्ययन ज़्यादातर **एक ही सर्जन की प्रैक्टिस** से आते हैं, इसलिए वे एक-दूसरे की स्वतंत्र पुष्टि नहीं हैं। दूसरी, रिलीज़ भी कंधे को पूरी तरह पहले जैसा नहीं कर देता: एक श्रृंखला में पाया गया कि दो से छह साल बाद भी औसत कंधा स्कोर लगभग **100 में से 77** था [12], और डायबिटीज़ वाले लोगों को बाहर रखने वाले एक समूह में, जहां लगभग सभी में अच्छा-खासा सुधार हुआ, वहां भी **11-22% लोग छह महीने पर अपने कंधे को ठीक नहीं मानते थे** [13]।

तो ईमानदार सार यह है: कंधे को हिलने-डुलने लायक और आरामदायक बनाने के लिए दोनों लगभग बराबर हैं, और मैनिपुलेशन वहां पहुंचने का सस्ता तरीका है। उसी हालत में बने रहने के लिए प्रमाण रिलीज़ के पक्ष में हैं। यह फ़र्क सबसे ज़्यादा तब मायने रखता है जब आपको डायबिटीज़ हो, कंधा बहुत ज़्यादा जकड़ा हुआ हो, या आपका पहले मैनिपुलेशन हो चुका हो जो ठीक नहीं।

संदर्भ

- [1] Bunker T. Time for a new name for frozen shoulder, contracture of the shoulder. *Shoulder Elbow*. 2009;1(1):4-9. <https://doi.org/10.1111/j.1758-5740.2009.00007.x> [2] Wong CK, Levine WN, Deo K, Kesting RS, Mercer EA, Schram GA, et al. Natural history of frozen shoulder: fact or fiction? A systematic review. *Physiotherapy*. 2017;103(1):40-7. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.05.009> [3] Vastamäki H, Kettunen J, Vastamäki M. The natural history of idiopathic frozen shoulder: a 2- to 27-year followup study. *Clin Orthop Relat Res*. 2012;470(4):1133-43. <https://doi.org/10.1007/s11999-011-2176-4> [4] Hand C, Clipsham K, Rees JL, Carr AJ. Long-term outcome of frozen shoulder. *J Shoulder Elbow Surg*. 2008;17(2):231-6. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2007.05.009> [5] Green HD, Jones A, Evans JP, Wood AR, Beaumont RN, Tyrrell J, et al. A genome-wide association study identifies 5 loci associated with frozen shoulder and implicates diabetes as a causal risk factor. *PLoS Genet*. 2021;17(6):e1009577. <https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1009577> [6] Page MJ, Green S, Kramer S,

Johnston RV, McBain B, Chau M, et al. Manual therapy and exercise for adhesive capsulitis (frozen shoulder). *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(8):CD011275. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011275> [7] Brealey S, Northgraves M, Kottam L, Keding A, Corbacho B, Goodchild L, et al. Surgical treatments compared with early structured physiotherapy in secondary care for adults with primary frozen shoulder: the UK FROST three-arm RCT. *Health Technol Assess*. 2020;24(71):1-162. <https://doi.org/10.3310/hta24710> [8] Zhao Y, Yang T, Feng C, Li L, Pang L, Zhao S. Arthroscopic capsular release versus manipulation under anesthesia for refractory frozen shoulder: a systematic review with meta-analysis. *Orthop Surg*. 2024;16(7):1517-29. <https://doi.org/10.1111/os.14077> [9] Woods DA, Loganathan K. Recurrence of frozen shoulder after manipulation under anaesthetic (MUA). *Bone Joint J*. 2017;99-B(6):812-7. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.99B6.BJJ-2016-1133.R1> [10] Fairclough A, Waters C, Davies T, Dacombe P, Woods D. Long-term outcomes following manipulation under anaesthetic for patients with primary and secondary frozen shoulder. *Shoulder Elbow*. 2023;15(2):173-80. <https://doi.org/10.1177/17585732211070007> [11] Ranalletta M, Rossi LA, Zaidenberg EE, Bertona A, Tanoira I, Maignon GD, et al. Midterm outcomes after arthroscopic anteroinferior capsular release for the treatment of idiopathic adhesive capsulitis. *Arthroscopy*. 2017;33(3):503-8. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2016.08.024> [12] Mardani-Kivi M, Hashemi-Motlagh K, Darabipour Z. Arthroscopic release in adhesive capsulitis of the shoulder: a retrospective study with 2 to 6 years of follow-up. *Clin Shoulder Elb*. 2021;24(3):172-7. <https://doi.org/10.5397/cise.2021.00311> [13] Pasqualini I, Tanoira I, Hurley ET, Ranalletta M, Rossi LA. Arthroscopic capsular release achieves clinically significant outcomes in patients with adhesive capsulitis. *Arthroscopy*. 2024;40(4):1081-8. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2023.08.083> [14] Pasqualini I, Rossi LA, Oyem PC, Tanoira I, Ranalletta M. Time required to achieve clinically significant outcomes after arthroscopic capsular release. *Orthop J Sports Med*. 2024;12(11):23259671241275653. <https://doi.org/10.1177/23259671241275653> [15] Sedlinsch A, Berndt T, Rühmann O, Lerch S. Convalescence after arthroscopic capsular release in frozen shoulder. *J Orthop*. 2020;20:374-9. <https://doi.org/10.1016/j.jor.2020.06.013> [16] Schoch B, Huttman D, Syed UA, et al. Surgical treatment of adhesive capsulitis: a comparison of manipulation, capsular release and both. *Cureus*. 2020;12(7):e9032. <https://doi.org/10.7759/cureus.9032> [17] Sivasubramanian H, Chua CXK, Lim SY, Manohara R, Ng ZWD, Prem Kumar V, et al. Arthroscopic capsular release to treat idiopathic frozen shoulder: how much release is needed? *Orthop Traumatol Surg Res*. 2021;107(1):102766. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2020.102766> [18] Vermeulen HM, Rozing PM, Obermann WR, le Cessie S, Vliet Vlieland TPM. Comparison of high-grade and low-grade mobilization techniques in the management of adhesive capsulitis of the shoulder: randomized controlled trial. *Phys Ther*. 2006;86(3):355-68. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16506872/> [19] Diercks RL, Stevens M. Gentle thawing of the frozen shoulder: a prospective study of supervised neglect versus intensive physical therapy in seventy-seven patients with frozen shoulder syndrome followed up for two years. *J Shoulder Elbow Surg*. 2004;13:499-502. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2004.03.002>