

ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਦਾ ਹੱਡੀਆਂ-ਜੋੜਾਂ- ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਵਾਲਾ ਸਿੰਡਰੋਮ

ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਦੌਰਾਨ ਘਟਦਾ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਜੋੜਾਂ, ਟੈਂਡਨਾਂ ਅਤੇ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਪਛਾਣੇ ਹੋਏ ਸਮੂਹ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦਾ 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

ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਦਰਦ (arthralgia) ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ; ਮੈਨੋਪੌਜ਼ (menopause, ਮਾਹਵਾਰੀ ਦਾ ਸਦਾ ਲਈ ਬੰਦ ਹੋਣਾ) ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਅੱਧੀਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰੀਰ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਦੇ ਬਦਲਾਅ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਦਰਦ ਅਕਸਰ ਵਧਦਾ ਹੈ। ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ (oestrogen, ਔਰਤਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਮੁੱਖ ਹਾਰਮੋਨ) ਦੇ ਪੱਧਰ ਦਾ ਘਟਣਾ ਇਸ ਤਬਦੀਲੀ ਦਾ ਇੱਕ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਕੜੀਆਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਅਕੜਾਅ ਦਾ ਉਲਟਾ ਸੰਬੰਧ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਘੱਟ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦਾ ਮਤਲਬ ਅਕਸਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕੱਸੀਆਂ ਹੋਈਆਂ, ਘੱਟ ਲਚਕੀਲੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਦਰਦ ਕਈ ਥਾਵਾਂ ਉੱਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਮਰ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਦਰਦ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਉਸੇ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰਦਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ। ਇਹ ਸ਼ੈਕਸ ਹਾਰਮੋਨਾਂ ਦੇ ਘੱਟ ਪੱਧਰ ਕਾਰਨ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਮੋਢਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ (rotator cuff, ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਘੇਰਨ ਵਾਲੇ ਟੈਂਡਨ) ਦੇ ਚੁੱਪ-ਚੁਪੀਤੇ ਪਾਟਣ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਜਿਹੇ ਪਾਟਣ ਹਨ ਜੋ ਸ਼ਾਇਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਮਹਿਸੂਸ ਨਾ ਹੋਣ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਹਰਕਤ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਨਾ ਪਾਉਣ।

ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਔਖੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਆਪਣੀ ਪਿੱਠ ਪਿੱਛੇ ਜਾਂ ਸਿਰ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਲਿਜਾਣਾ ਅਟਪਟਾ ਅਤੇ ਆਕੜਿਆ ਹੋਇਆ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਚੀਜ਼ਾਂ ਚੁੱਕਣਾ ਜਾਂ ਇੱਕ ਪਾਸੇ ਪਾਸਾ ਲੈ ਕੇ ਸੌਣਾ ਔਖਾ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਜਾਣਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਅਸਲੀ ਅਤੇ ਆਮ ਹਨ। ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਤੁਹਾਡਾ ਵਹਿਮ ਨਹੀਂ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਾਂ ਸਰਗਰਮੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਧ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਕੜਾਅ ਨਾਲ ਜਾਗਣਾ ਵੀ ਆਮ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਹਾਰਮੋਨਾਂ ਦੇ ਪੱਧਰ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਵੀ ਇਸ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਕਿੰਨੇ ਆਕੜੇ ਹੋਏ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਉਤਰਾਅ-ਚੜ੍ਹਾਅ ਕਾਰਨ ਕੁਝ ਦਿਨ ਦੂਜਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਇਕੱਲੇ ਨਹੀਂ ਹੋ। ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਘਟਣ, ਯਾਨੀ ਸਾਰਕੋਪੀਨੀਆ (sarcopenia), ਦੀ ਦਰ 31% ਹੈ। ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਇਹ ਘਟਣਾ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ ਕੁਝ ਇਲਾਜ ਉਮੀਦ ਜਗਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਦੇ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਤੋਂ ਬਚਾਉਣ ਬਾਰੇ ਸਬੂਤ ਸੀਮਤ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਡੇ ਖ਼ਾਸ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਸੁਧਾਰਨ ਉੱਤੇ ਧਿਆਨ ਦੇਵੇਗਾ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਪੈਰੀਮੈਨੋਪੌਜ਼ (perimenopause, ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦਾ ਬਦਲਾਅ ਵਾਲਾ ਸਮਾਂ) ਦੌਰਾਨ, ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਹਾਰਮੋਨਾਂ ਦੀਆਂ ਵੱਡੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੱਡੀਆਂ, ਜੋੜਾਂ ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਦਰਦ ਲਈ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਬਣਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਸਮੇਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਅੱਧੀਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਦੇ ਬਦਲਾਅ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦੇ ਹੋ, ਇਹ ਤਕਲੀਫ਼ ਅਕਸਰ ਵਧਦੀ ਹੈ। ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦੇ ਪੱਧਰ ਦਾ ਘਟਣਾ ਹੈ। ਇਹ ਗਿਰਾਵਟ ਸਿਰਫ਼ ਤੁਹਾਡੇ ਜੋੜਾਂ ਉੱਤੇ ਹੀ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਅਤੇ ਹੱਡੀਆਂ ਉੱਤੇ ਵੀ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਜੋੜ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਝਟਕੇ ਸਹਿਣ ਲਈ ਚਿਕਨੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage, ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਚਿਕਨੀ ਪਰਤ) ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦੇ ਘੱਟ ਪੱਧਰ ਗੋਡੇ ਦੇ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ (ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਘਿਸਣਾ), ਯਾਨੀ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲੇ ਗਠੀਏ, ਦੇ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਹੋਏ ਹਨ। ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਓਸਟੀਓਪੋਰੋਟਿਕ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ (osteoporotic osteoarthritis) ਨਾਲ ਜੁੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਦੀ ਤੇਜ਼ ਟੁੱਟ-ਭੱਜ ਅਤੇ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਕਾਰਨ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਵਾਲੀ ਹੱਡੀ ਘੱਟ ਸੰਘਣੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਢਾਂਚੇ ਵਿੱਚ ਇਹ ਤਬਦੀਲੀ ਅਕੜਾਅ ਅਤੇ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕਮਰ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਦਰਦ ਵੀ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਉਸੇ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰਦਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਪਿੱਛੇ ਵੀ ਸੈਕਸ ਹਾਰਮੋਨਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹੀ ਸਰੀਰਕ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਵੀ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਅਕੜਾਅ ਦਾ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਨਾਲ ਉਲਟਾ ਸੰਬੰਧ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਘੱਟ ਪੱਧਰਾਂ ਨਾਲ ਟਿਸ਼ੂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕੱਸਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਘੱਟ ਲਚਕੀਲਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਸਲ ਵਿੱਚ, ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਗੁਣਾਂ ਦਾ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਨੇੜਲਾ ਸੰਬੰਧ ਹੈ। ਹਾਰਮੋਨਾਂ ਦੀ ਇਹ ਤਬਦੀਲੀ ਸਾਰਕੋਪੀਨੀਆ, ਯਾਨੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਘਟਣ, ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਪਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ, ਸਾਰਕੋਪੀਨੀਆ ਦੀ ਦਰ 31% ਸੀ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਵਿੱਚ, ਜਿਵੇਂ ਸੁਪਰਾਸਪਾਈਨੇਟਸ (supraspinatus) ਵਿੱਚ, ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਜੈਸਟੇਰੋਨ (progesterone) ਨੂੰ ਪਛਾਣਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸੈਪਟਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਹਾਰਮੋਨਾਂ ਦੇ ਪੱਧਰ ਘਟਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਰੇਸ਼ੇ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਨਾਲ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਪੂਰੀ ਮੋਟਾਈ ਦੇ ਪਾਟਣ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਰੇਸ਼ੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵੱਖ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਅਜਿਹੇ ਪਾਟਣ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹਨ ਅਤੇ ਮੈਟਾਬੋਲਿਕ ਵਿਕਾਰਾਂ (metabolic disorders, ਜਿਵੇਂ ਸ਼ੂਗਰ) ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਹੋਏ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਜੋੜ ਇੱਕ ਕੈਪਸੂਲ (capsule) ਨਾਲ ਘਿਰਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਖੋਲ ਵਰਗੀ ਪਰਤ ਹੈ ਜੋ ਜੋੜ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦੇ ਘੱਟ ਪੱਧਰ ਐਡਹੇਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ (adhesive capsulitis), ਯਾਨੀ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ (ਜਿੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਮੋਢਾ), ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵੀ ਵਧਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਕੈਪਸੂਲ ਮੋਟਾ ਅਤੇ ਕੱਸਿਆ ਹੋਇਆ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ ਹਾਰਮੋਨ ਰਿਪਲੇਸਮੈਂਟ ਥੈਰੇਪੀ (hormone replacement therapy, ਘਟੇ ਹਾਰਮੋਨਾਂ ਦੀ ਥਾਂ ਦਵਾਈ ਨਾਲ ਹਾਰਮੋਨ ਦੇਣਾ) ਇਨ੍ਹਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਤੋਂ ਕੁਝ ਬਚਾਅ ਦੇ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਸਬੂਤ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਹਨ। ਆਖ਼ਰਕਾਰ, ਜੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਬਦਲਦੇ ਹਾਰਮੋਨੀ ਮਾਹੌਲ ਦੇ ਸਿੱਧੇ ਨਤੀਜੇ ਹਨ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਹਰਕਤ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਪੈਰੀਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਦੇ ਬਦਲਾਅ ਦੌਰਾਨ ਹੱਡੀਆਂ, ਜੋੜਾਂ ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਦਰਦ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਮ ਹੈ। ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਅੱਧੀਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਵਾਧਾ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦੇ ਘਟੇ ਪੱਧਰਾਂ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਆਪ ਕਰਨ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਸੁਰੂਆਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹਲਕੀ ਕਸਰਤ ਹਿੱਲਣ-ਜੁੱਲਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਜੋੜ ਦੇ ਦਰਦ ਲਈ, ਪ੍ਰੋਪ੍ਰੀਓਸੈਪਟਿਵ ਨਿਊਰੋਮਸਕੂਲਰ ਫੈਸੀਲੀਟੇਸ਼ਨ (proprioceptive neuromuscular facilitation, ਤਾਲਮੇਲ ਸਿਖਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਹਰਕਤਾਂ) ਕਸਰਤਾਂ ਨੂੰ ਤਾਕਤ ਵਾਲੀ ਕਸਰਤ ਨਾਲ ਜੋੜਨਾ ਇਕੱਲੀ ਤਾਕਤ ਵਾਲੀ ਕਸਰਤ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਤਰੀਕਾ ਅਪਾਹਜਤਾ ਘਟਾਉਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹਰਕਤ ਸੁਧਾਰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗ੍ਰੇਟਰ ਟ੍ਰੋਕੈਂਟੇਰਿਕ ਪੇਨ ਸਿੰਡਰੋਮ (greater trochanteric pain syndrome, ਚੂਲੇ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਰਦ) ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਬਾਡੀ ਮਾਸ ਇੰਡੈਕਸ (BMI) 25 ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ, ਤਾਂ ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਸਰਤ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨਾ ਪਲੇਸਬੋ (placebo, ਬਿਨਾਂ ਅਸਰ ਵਾਲੀ ਨਕਲੀ ਦਵਾਈ) ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਉਪਾਵਾਂ ਨੂੰ ਅਸਰ ਕਰਨ ਲਈ ਸਮਾਂ ਦਿਓ। ਆਪਣੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਆਰਾਮ ਵਿੱਚ ਨਤੀਜੇ ਦੇਖਣ ਲਈ ਲਗਾਤਾਰਤਾ ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰੀ ਵਿਕਲਪਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories) ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਇੱਕ ਹੋਰ ਰਾਹ ਹੈ, ਪਰ ਇਸਦੇ ਫ਼ਾਇਦੇ-ਨੁਕਸਾਨ ਦੋਵੇਂ ਹਨ। ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਅਤੇ ਸਿਲੈਕਟਿਵ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਰਿਸੈਪਟਰ ਮੋਡਿਊਲੇਟਰ (selective oestrogen receptor modulators, ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਵਾਂਗ ਕੁਝ ਥਾਵਾਂ ਉੱਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ) ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਅ ਦੇ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲੇ ਗਠੀਏ ਜਾਂ ਓਸਟੀਓਪੋਰੋਟਿਕ ਗਠੀਏ ਵਾਲੀਆਂ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਪਰ, ਪੂਰੇ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਅਸਰ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਵਰਤੋਂ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਸਿਰਫ਼-ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਵਾਲੀ ਥੈਰੇਪੀ, ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਕਮਰ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਦਰਦ ਦੇ ਵੱਧ ਖ਼ਤਰੇ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੈ। ਇਕੱਲਾ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ (unopposed oestrogen, ਪ੍ਰੋਜੈਸਟ੍ਰੋਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ) ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਦਿਸਣ ਵਾਲੇ ਗੋਡੇ ਦੇ ਨਵੇਂ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲੇ ਗਠੀਏ ਤੋਂ ਬਚਾਅ ਦਾ ਰੁਝਾਨ ਦਿਖਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਫਿਰ ਵੀ, ਇਸ ਗੱਲ ਦੇ ਸਬੂਤ ਸੀਮਤ ਹਨ ਕਿ ਇਕੱਲੇ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਚੂਲਾ (ਕੁਲ੍ਹੇ ਦਾ ਜੋੜ, hip) ਜਾਂ ਹੋਰ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਨੋਬਤ ਤੋਂ ਬਚਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਓਸਟ੍ਰਾਡਾਇਓਲ (oestradiol, ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦੀ ਇੱਕ ਕਿਸਮ) ਦੇਣ ਨਾਲ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਭਾਵੇਂ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਸਕੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਉਸ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਹੱਦ ਤੱਕ ਨਹੀਂ ਪਹੁੰਚਿਆ ਜਿਸ ਨਾਲ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ। ਆਪਣੇ ਲਈ ਸਹੀ ਸੰਤੁਲਨ ਲੱਭਣ ਲਈ ਇਨ੍ਹਾਂ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਅਤੇ ਖ਼ਤਰਿਆਂ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

ਜੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਦਮਾਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਲੱਛਣ ਗੰਭੀਰ ਬਣੇ ਰਹਿਣ, ਤਾਂ ਕਿਸੇ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਰਾਏ ਲਓ। ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡੂੰਘੀ ਜਾਂਚ ਲਈ ਭੇਜ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸਕੈਨ ਰਾਹੀਂ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਪੂਰੀ ਮੋਟਾਈ ਦੇ ਪਾਟਣ ਵਰਗੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹਨ। ਕੁਝ ਖ਼ਾਸ ਹਾਲਤਾਂ ਲਈ, ਜੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰੇ, ਤਾਂ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦੀ ਗੰਭੀਰਤਾ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਇਸ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਅਗਲੇ ਕਦਮਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜੀਵਨ-ਸ਼ੈਲੀ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਕੀ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਪੈਰੀਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਦੇ ਬਦਲਾਅ ਦੌਰਾਨ ਹੱਡੀਆਂ, ਜੋੜਾਂ ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਦਰਦ ਆਮ ਹੈ। ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਅੱਧੀਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਦਰਦ (arthralgia) ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦੇ ਪੱਧਰ ਘਟਦੇ ਹਨ, ਇਹ ਗਿਣਤੀ ਵਧਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕਮਰ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਦਰਦ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਉਸੇ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰਦਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ। ਇਹ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸੈਕਸ ਹਾਰਮੋਨਾਂ ਦੇ ਘੱਟ ਪੱਧਰਾਂ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਹੈ।

ਅੱਗੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹਾਲ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸੰਭਾਲਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਹਾਲਤਾਂ ਲਈ, ਜਿਵੇਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਅ ਦਾ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲਾ ਗਠੀਆ, ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਜਾਂ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦੇ ਅਸਰ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਵਾਲੀਆਂ ਖ਼ਾਸ ਦਵਾਈਆਂ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਘਣਤਾ ਘਟੀ ਹੋਈ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਇਲਾਜ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਪਰ, ਪੂਰੇ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਅਸਰ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਵਰਤੋਂ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਸਿਰਫ਼-ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਵਾਲੀ ਥੈਰੇਪੀ, ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਕਮਰ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਦਰਦ ਦੇ ਵੱਧ ਖ਼ਤਰੇ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੈ। ਇਸ ਗੱਲ ਦੇ ਸਬੂਤ ਸੀਮਤ ਹਨ ਕਿ ਇਕੱਲਾ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ (ਪ੍ਰੋਜੈਸਟ੍ਰੋਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ) ਚੂਲਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨੂੰ ਰੋਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਗੋਡੇ ਦੇ ਗਠੀਏ ਤੋਂ ਬਚਾਅ ਦਾ ਰੁਝਾਨ ਜ਼ਰੂਰ ਦਿਖਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦਾ ਪਾਟਣਾ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਟਾਬੋਲਿਕ ਵਿਕਾਰਾਂ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਹੈ। ਓਸਟ੍ਰਾਡਾਇਓਲ ਦੇਣ ਨਾਲ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਭਾਵੇਂ ਦਰਦ ਦੇ ਸਕੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਸ਼ਾਇਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖ਼ਾਸ ਮਹਿਸੂਸ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਗਠੀਏ ਲਈ, ਖ਼ਾਸ ਖਿੱਚ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਨੂੰ ਤਾਕਤ ਵਾਲੀ ਕਸਰਤ ਨਾਲ ਜੋੜਨਾ ਇਕੱਲੀ ਤਾਕਤ ਵਾਲੀ ਕਸਰਤ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕਾਰਗਰ ਹੈ। ਇਹ ਅਪਹਜਤਾ ਘਟਾਉਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹਿੱਲਣ-ਜੁੱਲਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਸੁਧਾਰਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗ੍ਰੇਟਰ ਟ੍ਰੈਕਟੋਰਿਕ ਪੇਨ ਸਿੰਡਰੋਮ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਭਾਰ ਸਿਹਤਮੰਦ ਹੈ (BMI <25), ਤਾਂ ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਕਸਰਤ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨਾ ਪਲੇਸਬੋ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਸਾਰਕੋਪੀਨੀਆ (ਉਮਰ ਨਾਲ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਘਟਣਾ) ਆਪਣੇ ਘਰਾਂ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਲਗਭਗ 31% ਔਰਤਾਂ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰੀਰਕ ਸਰਗਰਮੀ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੇ, ਤੁਹਾਡਾ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਡੇ ਖ਼ਾਸ ਲੱਛਣਾਂ ਮੁਤਾਬਕ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਏਗਾ। ਕੁਝ ਦਰਦ ਨਿਸ਼ਾਨਾ ਬਣਾ ਕੇ ਕੀਤੀ ਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਹੋਰ ਲੱਛਣ, ਜਿਵੇਂ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਹਾਰਮੋਨ ਵਰਤਣ ਨਾਲ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਕਮਰ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਦਰਦ, ਬਣੇ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਆਪਣੇ ਦਰਦ ਦੇ ਪੱਧਰ ਬਾਰੇ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਦੱਸੋ। ਹਕੀਕੀ ਉਮੀਦਾਂ ਇਸ ਬਦਲਾਅ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰੀਰ ਬਦਲ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਪਰ ਸਰਗਰਮ ਅਤੇ ਅਰਾਮਦਾਇਕ ਰਹਿਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਵਿਕਲਪ ਹਨ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੇ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਪੈਰੀਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਅਵਸਥਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦੌਰਾਨ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ, ਜੋੜਾਂ ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਦਰਦ ਹੋਣ ਦੀ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਅੱਧੀਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਦੇ ਬਦਲਾਅ ਦੌਰਾਨ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਦਰਦ ਦੀ ਦਰ ਵਧਦੀ ਜਾਪਦੀ ਹੈ। ਕਮਰ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਦਰਦ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਉਸੇ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰਦਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫ੍ਰੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਜਿਹਾ ਦਰਦ ਹੈ ਜੋ ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਸੁਧਰਦਾ, ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਜੋੜ ਦਾ ਡਾਵਾਂਡੇਲ ਹੋਣਾ, ਜੋੜ ਦਾ ਅੜ ਜਾਣਾ ਜਾਂ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਣਾ, ਅਜਿਹੇ ਲੱਛਣ ਜੋ ਨੀਂਦ ਜਾਂ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਹਾਲਤ ਵਿਗੜ ਜਾਣਾ। ਪੂਰੇ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਅਸਰ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਵਰਤੋਂ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਕਮਰ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਦਰਦ ਦੇ ਵੱਧ ਖ਼ਤਰੇ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੈ। ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਓਸਟ੍ਰਾਡਾਇਓਲ ਦੇਣਾ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਪਾਇਆ ਗਿਆ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਉਸ ਪਾਠਕ ਲਈ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਜੋ ਖ਼ੁਦ ਸਬੂਤ ਦੇਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇੱਥੇ ਇਹ ਵਾਧੂ ਮਿਹਨਤ ਕਰਨ ਯੋਗ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਜੇ ਨਤੀਜਾ ਸਾਹਮਣੇ ਦਿਸਦਾ ਹੈ, ਕਿ ਜੇ ਘਟਦਾ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਹੱਡੀਆਂ, ਜੋੜਾਂ ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾਉਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਵਾਪਸ ਦੇਣ ਨਾਲ ਉਸਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜੋ ਖੋਜ ਦਿਖਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਇਸ ਸਮੂਹ ਦਾ ਹੁਣ ਇੱਕ ਨਾਂ ਹੈ। 2024 ਵਿੱਚ ਇਸਨੂੰ ਰਸਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਦੇ ਹੱਡੀਆਂ-ਜੋੜਾਂ-ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਵਾਲੇ ਸਿੰਡਰੋਮ (musculoskeletal syndrome of menopause) ਵਜੋਂ ਬਿਆਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਦਰਦ, ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਦਾ ਘਟਣਾ, ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਘਣਤਾ ਦਾ ਘਟਣਾ ਅਤੇ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ ਦਾ ਵਧਣਾ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਭ ਨੂੰ ਇੱਕੋ ਕਾਰਨ ਹੇਠ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ: ਬਦਲਾਅ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦੀ ਤਿੱਖੀ ਗਿਰਾਵਟ [1]। ਹਰ ਸਾਲ ਲਗਭਗ **47 ਮਿਲੀਅਨ** ਔਰਤਾਂ ਇਸ ਬਦਲਾਅ ਵਿੱਚ ਦਾਖ਼ਲ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। **70%** ਤੋਂ ਵੱਧ ਨੂੰ ਹੱਡੀਆਂ, ਜੋੜਾਂ ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਲੱਛਣ ਹੋਣਗੇ ਅਤੇ **25%** ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਾਰਨ ਅਪਾਹਜ ਹੋ ਜਾਣਗੀਆਂ [1]।

ਉਸ ਖੋਜ-ਪੱਤਰ ਦੇ ਦੋ ਅੰਕੜੇ ਖਾਸ ਧਿਆਨ ਦੇ ਹੱਕਦਾਰ ਹਨ। ਪੈਰੀਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ, ਜੋੜਾਂ ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਦਰਦ ਦੀ ਕੁੱਲ ਦਰ ਲਗਭਗ **71%** ਹੈ, ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੀਆਂ **40%** ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਸਕੈਨਾਂ ਵਿੱਚ **ਢਾਂਚੇ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਖ਼ਰਾਬੀ ਨਹੀਂ ਦਿਸਦੀ** [1]। ਨਾਰਮਲ ਸਕੈਨ ਦਾ ਇਹ ਮਤਲਬ ਨਹੀਂ ਕਿ ਕੁਝ ਵੀ ਗ਼ਲਤ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਇੱਕ ਵੱਡੀ ਘੱਟ-ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਇਹੀ ਨਤੀਜਾ ਆਉਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਲੇਖਕ ਇਸ ਸਿੰਡਰੋਮ ਨੂੰ ਪੰਜ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਾਭਦਾਇਕ ਢਾਂਚਾ ਹੈ: ਸੋਜਸ਼ (inflammation) (ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਦਰਦ, ਫ਼੍ਰੇਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ), ਸਾਰਕੋਪੀਨੀਆ (ਮਾੜਾ ਸੰਤੁਲਨ, ਡਿੱਗਣਾ, ਦਮ-ਖ਼ਮ ਘਟਣਾ), ਸੈਟੇਲਾਈਟ ਸੈੱਲਾਂ (satellite cells, ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸੈੱਲ) ਦਾ ਘੱਟ ਵਧਣਾ (ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਜੋ ਦੁਬਾਰਾ ਨਹੀਂ ਬਣਦੀ), ਓਸਟੀਓਪੋਰੋਸਿਸ (ਹੱਡੀਆਂ ਦਾ ਕਮਜ਼ੋਰ ਅਤੇ ਭੁਰਭੁਰਾ ਹੋਣਾ) (ਕੱਦ ਘਟਣਾ, ਝੁਕੀ ਹੋਈ ਕਮਰ, ਮਾਮੂਲੀ ਸੱਟ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਟੁੱਟਣਾ) ਅਤੇ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) (ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ) [1]। ਇਸਨੂੰ ਨਾਂ ਦੇਣਾ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਤਿਹਾਸਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਇੱਕ ਸਮੇਂ ਇੱਕ ਜੋੜ ਦੀ, ਵੱਖ-ਵੱਖ ਡਾਕਟਰਾਂ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਰਹੀ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨੇ ਵੀ ਪੂਰਾ ਨਮੂਨਾ ਨਹੀਂ ਦੇਖਿਆ।

ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦੇ ਰਿਸੈਪਟਰ ਟੈਂਡਨ, ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ, ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਅਤੇ ਸਾਇਨੋਵੀਅਮ (synovium, ਜੋੜ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਤਿੱਲੀ) ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦਾ ਘਟਣਾ ਸਿਰਫ਼ ਹੱਡੀਆਂ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਘਟਨਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਪਰ ਟੈਂਡਨ ਉੱਤੇ ਇਸਦਾ ਅਸਰ ਆਮ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖਾਸ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਵਧਦੀ ਉਮਰ ਅਤੇ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦੀ ਘਾਟ ਦੀ ਸਿੱਧੀ ਤੁਲਨਾ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਤਾਂ ਵਧਦੀ ਉਮਰ ਨੇ **ਦੋਵਾਂ** ਮੁੱਖ ਕੋਲਾਜਨਾਂ (collagen) ਅਤੇ ਇਲਾਸਟਿਨ (elastin) ਦੇ ਜੀਨਾਂ ਦੀ ਸਰਗਰਮੀ ਘਟਾਈ, ਜਦਕਿ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦੀ ਘਾਟ ਨੇ ਚੋਣਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ **ਸਿਰਫ਼ ਇਲਾਸਟਿਨ** ਨੂੰ ਘਟਾਇਆ, ਅਤੇ ਕੋਲਾਜਨ ਦੇ ਜੀਨਾਂ ਉੱਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਿਆ [2]। ਕੋਲਾਜਨ ਰੱਸੀ ਹੈ; ਇਲਾਸਟਿਨ ਉਸਦੀ ਲਚਕ ਹੈ, ਜੋ ਖਿੱਚਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਪਸ ਮੋੜਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਉਸ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਲੋਕ ਦੱਸਦੇ ਹਨ: ਟੈਂਡਨ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋਣ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਕੜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਘੱਟ ਲਚਕਦਾਰ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ।

ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਦਰਦ ਲਈ ਤਿੰਨ ਹੋਰ ਵਿਧੀਆਂ ਲਗਾਤਾਰ ਸੁਝਾਈਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ: ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੋਜਸ਼ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੇ ਸਾਈਟੋਕਾਈਨਾਂ (cytokines, ਸੋਜਸ਼ ਦੇ ਸੰਕੇਤ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਰਸਾਇਣ) ਦੇ ਬਣਨ ਨੂੰ ਦਬਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਸਦੇ ਘਟਣ ਨਾਲ ਹਲਕੇ ਦਰਦ ਦੀ ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲੀ ਹਾਲਤ ਬਣ ਜਾਂਦੀ ਹੈ; ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦਾ ਦਰਦ ਨੂੰ ਦਬਾਉਣ ਵਾਲਾ ਸਿੱਧਾ ਅਸਰ (antinociceptive effect) ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਸਦੇ ਘਟਣ ਨਾਲ, ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਨੁਕਸਾਨ ਤੋਂ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਦਰਦ ਸਹਿਣ ਦੀ ਹੱਦ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ; ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੀ ਤੇਜ਼ ਟੁੱਟ-ਭੱਜ ਅਤੇ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਆਪਣੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਵੱਖਰੀ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ ਹੈ [3]।

ਸਭ ਤੋਂ ਸਾਫ਼ ਕੁਦਰਤੀ ਤਜਰਬਾ

ਕਾਰਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਸਬੂਤ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਦੀ ਖੋਜ ਤੋਂ ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦਾ। ਐਰੋਮਾਟੇਜ਼ ਇਨਹਿਬਿਟਰ (aromatase inhibitors), ਜੋ ਛਾਤੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਵਿੱਚ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜਾਣ-ਬੁੱਝ ਕੇ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਘਟਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਹੱਡੀਆਂ, ਜੋੜਾਂ ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਉੱਤੇ ਇਸਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਮਾਪਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।

21 ਅਧਿਐਨਾਂ ਅਤੇ **13,177** ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ, ਐਰੋਮਾਟੇਜ਼ ਇਨਹਿਬਿਟਰਾਂ ਨਾਲ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਦਰਦ ਦੀ ਮਿਲੀ-ਜੁਲੀ ਦਰ **45.9%** ਸੀ [4]। ਲਗਭਗ **9.3%** ਔਰਤਾਂ ਇਸ ਕਾਰਨ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਉਹ ਇਲਾਜ ਛੱਡ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਹੋਰ ਤਾਂ ਕਾਰਗਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ [4]। ਅਹਿਮ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ **ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲਾ ਨਹੀਂ** ਹੁੰਦਾ, ਜੋੜ ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲੇ ਗਠੀਏ ਦੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਦੁਖਦੇ ਹਨ [3]।

ਇਸ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਤਜਰਬੇ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜੇ ਇਹੀ ਹੈ। ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਨੂੰ ਅਚਾਨਕ ਹਟਾ ਦਿਓ ਤਾਂ ਲਗਭਗ ਅੱਧੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਦਰਦ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਇਹ ਦਰਦ ਅਸਲੀ ਹੈ, ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਨਾਲ ਇਸਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਸਿੰਡਰੋਮ ਨੂੰ ਪਰਿਭਾਸ਼ਿਤ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਖੋਜ-ਪੱਤਰ ਇਹ ਸਮਾਨਤਾ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੱਸਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਨੋਟ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਵਧਿਆ ਦਰਦ ਐਰੋਮਾਟੇਜ਼ ਇਨਹਿਬਿਟਰਾਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਅਤੇ **ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਅਚਾਨਕ ਬੰਦ ਕਰਨ** ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ [1], ਯਾਨੀ ਇੱਕੋ ਅਚਾਨਕ ਘਾਟ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਦੇ ਦੋ ਵੱਖਰੇ ਰਾਹ, ਜੋ ਇੱਕੋ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪੈਦਾ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਵਾਲੇ ਰੂਪ ਨੂੰ ਇਤਫ਼ਾਕੀਆ ਬੁਢਾਪਾ ਸਮਝਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਗੰਭੀਰਤਾ ਨਾਲ ਲੈਣ ਦਾ ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਕਾਰਨ ਹੈ।

ਇਸਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਇਕੱਠੀਆਂ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਹਾਲਤਾਂ

ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਮਾਪਣਯੋਗ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ। **21,095** ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਕ੍ਰਾਸ-ਸੈਕਸ਼ਨਲ ਅਧਿਐਨ (cross-sectional study, ਇੱਕੋ ਸਮੇਂ ਕੀਤਾ ਸਰਵੇਖਣ) ਵਿੱਚ, ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਸੀ, ਅਤੇ ਨੀਂਦ ਦਾ ਸਮਾਂ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼ ਦੇ ਸੰਕੇਤਕ ਇਸ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਕਾਰਕਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਸਨ [5]।

ਸਿੰਡਰੋਮ ਨੂੰ ਪਰਿਭਾਸ਼ਿਤ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਖੋਜ-ਪੱਤਰ ਫ੍ਰੈਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਸਿੰਡਰੋਮ ਦੇ ਅੰਦਰ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਇਸਨੂੰ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਦਰਦ ਦੇ ਨਾਲ ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਹੇਠ ਗਿਣਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੇ ਅੱਧਖੜ ਉਮਰ ਦੀ ਕੋਈ ਔਰਤ ਐਡਹੈਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ ਲੈ ਕੇ ਆਵੇ, ਤਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਮੋਢੇ ਦਾ ਵੱਖਰਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਪੂਰੇ ਸਿੰਡਰੋਮ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ [1]।

ਇਸ ਸੰਬੰਧ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਬਾਰੇ ਸਾਫ਼ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਠੀਕ ਹੈ। ਐਡਹੈਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ ਦੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਖ਼ਤਰੇ ਵਾਲੇ ਕਾਰਕਾਂ ਦੀ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਖੋਜਾਂ ਵਿੱਚ ਪੁਸ਼ਟੀ ਹੋਈ ਹੈ, ਉਹ ਹਨ ਸ਼ੂਗਰ (ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼), ਥਾਇਰਾਈਡ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਅਤੇ ਹਾਈਪਰਲਿਪੀਡੀਮੀਆ (hyperlipidaemia, ਖੂਨ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਚਰਬੀ), ਅਤੇ ਪੂਰੇ ਜੀਨੋਮ ਦੇ ਇੱਕ ਅਧਿਐਨ (genome-wide association study) ਵਿੱਚ ਜੈਨੇਟਿਕ ਯੋਗਦਾਨ ਮਿਲਿਆ ਜੋ ਆਕਾਰ ਵਿੱਚ ਸ਼ੂਗਰ ਅਤੇ ਹਾਈਪੋਥਾਇਰਾਈਡਿਜ਼ਮ (hypothyroidism) ਵਾਲੇ ਸੰਬੰਧਾਂ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਸੀ, ਅਤੇ ਜਿਸਨੇ Wnt ਰਸਤੇ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕੀਤਾ [6]। ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਇਨ੍ਹਾਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪੁਸ਼ਟ ਕਾਰਕਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ ਸੁਝਾਈ ਗਈ ਵਿਧੀ, ਕਿ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਦੇ ਘਟਣ ਨਾਲ ਸੋਜਸ਼ ਵਾਲੀ ਹਾਲਤ ਬਣਦੀ ਹੈ, ਮੰਨਣਯੋਗ ਹੈ ਅਤੇ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਦਰਦ ਦੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਫ੍ਰੈਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ ਇਸ ਵੇਲੇ ਉਸ ਤਰਕ ਉੱਤੇ ਟਿਕਿਆ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਸ਼ੂਗਰ ਵਾਲੇ ਸੰਬੰਧ ਜਿੰਨੇ ਵਜ਼ਨ ਵਾਲੇ ਆਬਾਦੀ ਦੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਉੱਤੇ।

ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਥਾਂ-ਥਾਂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਦਰਦ ਨਾਲ ਵੀ ਇੱਕ ਮੇਲ ਹੈ ਜਿਸਦਾ ਨਾਂ ਲੈਣਾ ਠੀਕ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਦੋਵੇਂ ਪਾਸੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਫ਼ਾਈਬ੍ਰੋਮਾਇਆਲਜੀਆ (fibromyalgia, ਸਾਰੇ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਦਰਦ) ਦੇ ਲੱਛਣ ਅਕਸਰ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਗੰਭੀਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਬੱਚੇਦਾਨੀ ਕੱਢਣ ਦੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ (hysterectomy) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਿਗੜ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਭਾਵੇਂ ਅੰਡੇਦਾਨੀਆਂ ਕੱਢੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹੋਣ ਜਾਂ ਨਾ [17]। ਦੋਵਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀਆਂ ਸੂਚੀਆਂ ਬਹੁਤ ਹੱਦ ਤੱਕ ਮਿਲਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਰ ਫ਼ਾਈਬ੍ਰੋਮਾਇਆਲਜੀਆ ਉਨ੍ਹਾਂ ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹਨ ਅਤੇ ਮਰਦਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ, ਇਸ ਲਈ ਸੈਕਸ ਹਾਰਮੋਨ ਪੂਰੀ ਵਿਧੀ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ, ਅਤੇ ਸਮੀਖਿਆ ਦਾ ਸਿੱਟਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਦੋਵਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਵਿੱਚ ਮਿਲਾਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਵੱਖਰੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਵਜੋਂ ਪਛਾਣਿਆ ਅਤੇ ਇਲਾਜਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ [17]। ਅਮਲੀ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ

ਹੈ ਕਿ ਅੱਧਖੜ ਉਮਰ ਦੀ ਔਰਤ ਵਿੱਚ ਥਾਂ-ਥਾਂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਹੀ ਮੈਨੇਜ਼ ਦੇ ਖਾਤੇ ਨਹੀਂ ਪਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ, ਸਾਡਾ ਫ਼ਾਈਬ੍ਰੋਮਾਇਆਲਜੀਆ ਵਾਲਾ ਸਫ਼ਾ ਦੇਖੋ।

ਕੀ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਵਾਪਸ ਦੇਣ ਨਾਲ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ?

ਇੱਥੇ ਆਮ ਸਮਝ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਧੋਖਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਵਾਬ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਮਾਪਦੇ ਹੋ।

ਟੈਂਡਨ ਲਈ, ਸੰਕੇਤ ਉਲਟੇ ਪਾਸੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। 45 ਸਾਲ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੀਆਂ **127,672** ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਲਨਾ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਮਿਲਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ (propensity score-matched), ਪੂਰੇ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਅਸਰ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਹਾਰਮੋਨ ਰਿਪਲੇਸਮੈਂਟ ਥੈਰੇਪੀ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਸੱਟ ਦੀ **ਵਧੀ ਹੋਈ** ਦਰ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਮੁਰੰਮਤ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਦੀ ਵੱਧ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਸੀ [7]। **6,007** ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ, ਪੂਰੇ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਅਸਰ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਥੈਰੇਪੀ — ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਸਿਰਫ਼-ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ — ਨਾਲ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਕਮਰ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਦਰਦ ਦਾ ਵੱਧ ਖ਼ਤਰਾ ਸੀ [8]।

ਜਦੋਂ ਇਹ ਸਿੱਧਾ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਫ਼ਾਇਦਾ ਅਸਲੀ ਹੈ ਪਰ ਛੋਟਾ ਹੈ। ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੈਨੇਪੋਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ **184** ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ, ਓਸਟ੍ਰਾਡਾਇਓਲ ਦੇਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਸਕੋਰ ਬਿਹਤਰ ਆਏ, ਪਰ ਫ਼ਰਕ **ਉਸ ਹੱਦ ਤੱਕ ਨਹੀਂ ਪਹੁੰਚੇ ਜਿੱਥੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਉਹ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ** [9]। ਓਸਟ੍ਰਾਡਾਇਓਲ ਨੂੰ ਪੂਰੇ ਸਰੀਰ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਿੱਧਾ ਮੁਰੰਮਤ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਦਾ ਕੰਮ ਹੁਣ ਤੱਕ ਜਾਨਵਰਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪਰਖ (proof-of-concept) ਤੱਕ ਹੀ ਪਹੁੰਚਿਆ ਹੈ [10]।

ਇਹ ਨਿਰੀਖਣ ਵਾਲੇ ਅਧਿਐਨ (observational studies) ਹਨ, ਅਤੇ ਜੇ ਔਰਤਾਂ ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਲੈਂਦੀਆਂ ਹਨ ਉਹ ਨਾ ਲੈਣ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਨਾਲੋਂ ਕਈ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਵੱਖਰੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। **ਇਸ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਗੱਲ ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਬੰਦ ਕਰਨ ਦਾ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਹੈ**, ਜੋ ਟੈਂਡਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਖਰੇ ਠੋਸ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਲਿਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਨਹੀਂ ਰੱਖਣੀ ਚਾਹੀਦੀ, ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੋਢੇ ਜਾਂ ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਨਵਾਂ ਦਰਦ ਇਹ ਮੰਨ ਲੈਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕਿ ਇਸਦਾ ਕੋਈ ਸੰਬੰਧ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ, ਜਾਂਚ ਦਾ ਹੱਕਦਾਰ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਤਸਵੀਰ ਦੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ

ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਸਮੇਂ ਬਾਰੇ ਖੋਜ ਸੱਚਮੁੱਚ ਆਪਾ-ਵਿਰੋਧੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਵਿਰੋਧ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ: ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਅਤੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਉਲਟ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਡਾਕਟਰੀ ਪੱਖ ਤੋਂ, ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਰਿਪਲੇਸਮੈਂਟ ਬਚਾਅ ਕਰਦਾ ਜਾਪਦਾ ਹੈ। ਪੂਰਾ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (total joint arthroplasty) ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ **2,554,672** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ, ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਰਿਪਲੇਸਮੈਂਟ ਥੈਰੇਪੀ ਨਾੜੀਆਂ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਦੇ ਗਤਲਿਆਂ (venous thromboembolism) ਵਿੱਚ **ਕਮੀ** ਅਤੇ ਘੱਟ ਵੰਡੀਆਂ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਸੀ [11]। ਪੂਰਾ ਚੂਲਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (total hip arthroplasty) ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ **21,220** ਔਰਤਾਂ ਵਿੱਚ, ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਦਸ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਘੱਟ ਫ਼ੈਕਚਰਾਂ (periprosthetic fractures) ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਸੀ ਅਤੇ ਖੂਨ ਦੇ ਗਤਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵਾਧਾ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ [12]।

ਇੰਪਲਾਂਟ ਵਾਲੇ ਪੱਖ ਤੋਂ ਦਿਸ਼ਾ ਉਲਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਪੂਰਾ ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (total shoulder arthroplasty), ਜੋ ਇੱਥੇ ਸਭ ਤੋਂ ਢੁਕਵਾਂ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ, ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ **3,558** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਮਿਲਾਨ ਕੀਤੀ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਰਿਪਲੇਸਮੈਂਟ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ (revision) ਅਤੇ ਮਸ਼ੀਨੀ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਵਿੱਚ **ਵਾਧੇ** ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਸੀ [13]। ਇੱਕ ਹੋਰ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਸਮੇਂ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਰਿਪਲੇਸਮੈਂਟ ਲੈ ਰਹੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਦੀ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਿਲੀਆਂ [14]।

ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਵੱਲੋਂ ਕੱਢਿਆ ਗਿਆ ਅਮਲੀ ਸਿੱਟਾ ਦੇਵਾਂ ਸਿਰਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੀਮਤ ਹੈ: ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਤੈਅ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਚਮੜੀ ਰਾਹੀਂ ਲਈਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ (transdermal) ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਰੋਕਿਆ **ਨਹੀਂ** ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ, ਜਦਕਿ ਐਸਟ੍ਰੋਜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਦਾ ਪੱਖ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪਾਸੇ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ [15]। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹਾਰਮੋਨ ਥੈਰੇਪੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਦਵਾਈ ਲਿਖਣ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੈ, ਇਕੱਲਿਆਂ ਨਹੀਂ।

ਕਿਸ ਚੀਜ਼ ਬਾਰੇ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ

ਸਭ ਤੋਂ ਲਾਭਦਾਇਕ ਸਬੂਤ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚਮਕ-ਦਮਕ ਵਾਲੇ ਹਨ। ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਜੜ੍ਹ ਦੇ ਗਠੀਏ ਵਾਲੀਆਂ ਮੈਨੋਪੌਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲ (randomised trial, ਲਾਟਰੀ ਨਾਲ ਸਮੂਹ ਵੰਡ ਕੇ ਕੀਤੀ ਪਰਖ) ਵਿੱਚ, ਤਾਕਤ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੋਪ੍ਰਿਓਸੈਪਟਿਵ ਨਿਊਰੋਮਸਕੂਲਰ ਫੈਸੀਲੀਟੇਸ਼ਨ, ਯਾਨੀ ਨਿਰੀ ਤਾਕਤ ਦੀ ਬਜਾਏ ਤਾਲਮੇਲ ਸਿਖਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਹਰਕਤਾਂ, ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਦਰਦ, ਅਪਾਹਜਤਾ, ਹਿੱਲਣ-ਜੁੱਲਣ ਅਤੇ ਪਕੜ, ਸਭ ਵਿੱਚ ਇਕੱਲੀ ਤਾਕਤ ਵਾਲੀ ਕਸਰਤ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਮਿਲੇ [16]।

ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੇ ਸਬੂਤਾਂ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਇਹੀ ਹੈ। ਨਿਸ਼ਾਨਾ ਬਣਾ ਕੇ, ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਕੀਤੀ ਕਸਰਤ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਕਮਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਹਾਰਮੋਨਾਂ ਵਾਲੀਆਂ ਵਿਆਖਿਆਵਾਂ ਇਹ ਦੱਸਣ ਵਿੱਚ ਬਿਹਤਰ ਹਨ ਕਿ ਟਿਸ਼ੂ ਕਿਉਂ ਬਦਲਿਆ, ਬਜਾਏ ਇਹ ਦੱਸਣ ਦੇ ਕਿ ਬਦਲ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੀ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Wright VJ, Schwartzman JD, Itinchoe R, Wittstein J. The musculoskeletal syndrome of menopause. *Climacteric*. 2024;27(5):466-72. <https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2380363>
- [2] Matsumoto M, Uchida K, Tazawa R, Kenmoku T, Inoue K, Inoue G, Takaso M. Impact of aging and estrogen deficiency on extracellular matrix-related gene expression in rotator cuff tendons: in vitro and in vivo rat model. *JSES Int*. 2025;9(5):1555-61. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2025.05.021>
- [3] Grigorian N, Baumrucker SJ. Aromatase inhibitor-associated musculoskeletal pain: an overview of pathophysiology and treatment modalities. *SAGE Open Med*. 2022;10. <https://doi.org/10.1177/20503121221078722>
- [4] Beckwée D, Leysen L, Meuwis K, Adriaenssens N. Prevalence of aromatase inhibitor-induced arthralgia in breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2017;25(5):1673-86. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3613-z>
- [5] Wang X, Zhu Y, Zhu Q. Prevalence and factors associated with shoulder pain among diabetic patients and menopausal women. *J Orthop Surg Res*. 2025;20(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-025-06546-w>
- [6] Kulm S, Langhans MT, Shen TS, Kolin DA, Elemento O, Rodeo SA. Genome-wide association study of adhesive capsulitis suggests significant genetic risk factors. *J Bone Joint Surg Am*. 2022;104(21):1869-76. <https://doi.org/10.2106/JBJS.21.01407>
- [7] Bcharah G, Cancio-Bello A, Iturregui-Pastrana JM, Elsabbagh Z, Le Y, Nguyen C, et al. Association between hormone replacement therapy and incidence of tendon injuries and surgical repair in perimenopausal women: a propensity score-matched national cohort study. *Orthop J Sports Med*. 2026;14(5). <https://doi.org/10.1177/23259671261428457>
- [8] Heuch I, Heuch I, Hagen K, Storheim K, Zwart J. Menopausal hormone therapy, oral contraceptives and risk of chronic low back pain: the HUNT Study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2023;24(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06184-5>
- [9] Percin B, Wang JC, Joyce CC, Welt C, Tashjian RZ, Chalmers PN. Does estradiol supplementation improve rotator cuff repair outcomes in postmenopausal women? *JSES Rev Rep Tech*. 2026;6(2):100642. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2025.100642>

- [10] Chalmers PN, Juryneć MJ, Hickey AM, Fallin TW, Zelada AC, Honegger M, et al. Local estradiol deposition in a rat rotator cuff repair model: proof of concept. *JSES Int.* 2025;9(4):1164-71. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2025.03.004>
- [11] Zhao S, Kelly M, Smith S, Heckmann ND, Schabel K, Lieberman E, et al. Estrogen replacement therapy decreases associated risk of postoperative venous thromboemboli and medical complications following total joint arthroplasty. *J Arthroplasty.* 2025;40(11):2995-9.e1. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2025.05.027>
- [12] Zhao AY, Oguejiofor A, Harris AB, Wang K, Gu A, Melvin JS, et al. Hormone replacement therapy in postmenopausal women undergoing total hip arthroplasty is associated with lower rates of periprosthetic fracture. *J Arthroplasty.* 2025;40(7):1772-6.e1. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2024.12.020>
- [13] Mousavi SZ, Harris ER, Agarwal S, Saha P, Glenn ER, Fox HM, Srikumaran U. Impact of estrogen replacement therapy on outcomes following total shoulder arthroplasty: a propensity-matched analysis. *JSES Int.* 2025;9(4):1345-51. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2025.04.022>
- [14] Collins LK, Cole MW, Waters TL, Iloanya M, Massey PA, Sherman WF. Hormone replacement therapy does not eliminate risk factors for joint complications following total joint arthroplasty. *Pathophysiology.* 2023;30(2):123-35. <https://doi.org/10.3390/pathophysiology30020011>
- [15] Abouharb AL, Mehta S, Rathnayake H, Pandit H. Withholding of hormone replacement therapy prior to total joint arthroplasty surgery to reduce the risk of venous thromboembolism: a systematic review. *J Arthroplasty.* 2024;39(2):541-8.e24. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2023.08.061>
- [16] Campos-Villegas C, Pérez-Alenda S, Carrasco JJ, Igual-Camacho C, Tomás-Miguel JM, Cortés-Amador S. Effectiveness of proprioceptive neuromuscular facilitation therapy and strength training among post-menopausal women with thumb carpometacarpal osteoarthritis. A randomized trial. *J Hand Ther.* 2024;37(2):172-83. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2022.07.005>
- [17] Vidal-Neira LF, Neyro JL, Maldonado G, Messina OD, Moreno-Alvarez M, Ríos C. Climacteric and fibromyalgia: a review. *Climacteric.* 2024;27(5):458-65. <https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2376190>