

ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ (ਜੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਮੋਢਾ)

ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਦੁਆਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਥੈਲੀ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਮੋਟੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕੱਸੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸੇ ਲਈ ਮੋਢਾ ਦੁਖਦਾ ਵੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹਿਲਾਉਣਾ ਵੀ ਔਖਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① ② 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

ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ (ਜੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਮੋਢਾ) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਡੂੰਘੇ, ਮੱਠੇ ਦਰਦ (ਤਿੱਖਾ ਨਹੀਂ, ਦੁਖਣ ਵਾਲਾ) ਵਜੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਰਾਤੋ-ਰਾਤ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਧਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੀ ਸਭ ਤੋਂ ਬੁਰਾ ਹਿੱਸਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਅਕਸਰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਉਸ ਪਾਸੇ ਲੇਟਣਾ ਅਸੰਭਵ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਟੁੱਟੀ ਹੋਈ ਨੀਂਦ ਪੂਰੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਥਕਾ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਫਿਰ ਮੋਢਾ ਜਕੜਿਆ ਜਾਣ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਸੀਟਬੈਲਟ ਫੜਨ ਲਈ, ਜਾਂ ਉੱਚੀ ਸ਼ੈਲਫ਼ ਤੱਕ, ਜਾਂ ਪਿੱਛੇ ਜੇਬ ਤੱਕ ਹੱਥ ਵਧਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਬਾਹਰ ਬੱਸ ਰੁਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਨੂੰ ਮੋਢੇ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਇਹ ਗੱਲ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਅਕਸਰ ਸਿਰਫ਼ ਦਰਦ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਰੋਕਣਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ — ਮੋਢਾ ਸੱਚਮੁੱਚ ਹਿੱਲਦਾ ਹੀ ਨਹੀਂ, ਭਾਵੇਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਹਰ ਚੁੱਕ ਕੇ ਹਿਲਾਵੇ। ਹੱਥ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਦਾ ਖ਼ਤਮ ਹੋਣਾ, ਜਿਵੇਂ ਦਰਵਾਜ਼ਾ ਖੋਲ੍ਹਣ ਵੇਲੇ ਜਾਂ ਬਾਹਰ ਕਮੀਜ਼ ਦੀ ਬਾਹਰ ਵਿੱਚ ਪਾਉਣ ਵੇਲੇ, ਇਸ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਖ਼ਾਸ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਲਗਭਗ 40 ਤੋਂ 60 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਲੱਗੀ ਕੋਈ ਛੋਟੀ ਜਿਹੀ ਸੱਟ ਯਾਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਬਹੁਤਿਆਂ ਕੋਲ ਕੋਈ ਵਜ੍ਹਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ੂਗਰ (ਡਾਇਬਟੀਜ਼) ਜਾਂ ਥਾਈਰਾਈਡ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇ ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੁਝ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਕਿ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਦੂਜਾ ਮੋਢਾ ਵੀ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋਵੇ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਜੋੜ ਸਖ਼ਤ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਥੈਲੀ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਕੈਪਸੂਲ (capsule) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਥੈਲੀ ਢਿੱਲੀ ਅਤੇ ਲਚਕਦਾਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਮੋਢਾ ਸਰੀਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਜੋੜ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਿੱਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਵਿੱਚ ਕੈਪਸੂਲ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਫਿਰ ਇਹ ਮੋਟਾ ਹੋ ਕੇ ਸੁੰਗੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਥੈਲੀ ਛੋਟੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰਲੀ ਥਾਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਆਕਾਰ ਦੇ ਅੱਧੇ ਤੋਂ ਵੀ ਘੱਟ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਪੁਰਾਣੇ ਨਾਮ “ਅਡਹੇਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ” (adhesive capsulitis, ਯਾਨੀ ਚਿਪਕਣ ਵਾਲੀ ਕੈਪਸੂਲ ਦੀ ਸੋਜਸ਼) ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਵੀ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਚਿਪਕਿਆ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਗੁੰਦ ਵਰਗੇ ਕੋਈ ਜੋੜ (adhesions) ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਟਿਸ਼ੂ ਕੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਸੱਚਮੁੱਚ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ

ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਕੁਝ ਸਰਜਨ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਸ ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਮੋਢੇ ਦਾ ਕੰਟਰੈਕਚਰ (contracture) — ਯਾਨੀ ਕੱਸਿਆ ਜਾਣਾ — ਕਿਹਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਕਿਉਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਹ ਅਜੇ ਵੀ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ, ਅਤੇ ਇਹ ਗੱਲ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਕਹਿਣੀ ਬਣਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਚੰਗੇ ਸਬੂਤ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਮੋਢੇ ਦੀ ਸਥਾਨਕ ਸਮੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਵਿਰਾਸਤੀ (ਜੈਨੇਟਿਕ) ਖ਼ਤਰੇ ਬਾਰੇ ਅਧਿਐਨ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਟਾਈਪ 1 ਸ਼ੂਗਰ ਸਿਰਫ਼ ਫ੍ਰੈਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਸੱਚਮੁੱਚ ਇਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਸਬੰਧ ਭਾਰ ਜਾਂ ਮਕੈਨੀਕਲ ਦਬਾਅ ਰਾਹੀਂ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਖੂਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ੂਗਰ ਰਾਹੀਂ ਚੱਲਦਾ ਹੈ। ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਹੱਥ ਦੀ ਡੁਪੁਈਟ੍ਰੇਨ ਬਿਮਾਰੀ (Dupuytren's disease, ਹਥੇਲੀ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦਾ ਸੁੰਗੜਨਾ) ਨਾਲ ਹੈਰਾਨੀਜਨਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਿਲਦੀਆਂ-ਜੁਲਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਹ ਦੋਵੇਂ ਅਕਸਰ ਇੱਕੋ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਮਿਲਦੀਆਂ ਹਨ।

ਇਹ ਕਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਲੈਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ

ਬਹੁਤ ਸੰਭਵ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਪੜ੍ਹੋਗੇ ਕਿ ਫ੍ਰੈਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਲਗਭਗ ਅਠਾਰਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸਾਫ਼ ਗੱਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ: ਇਹ ਤਸੱਲੀ ਸਬੂਤਾਂ ਦੀ ਹਮਾਇਤ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਭਰੋਸੇ ਨਾਲ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਇਹ ਵਿਚਾਰ ਕਿ ਇਹ ਹਾਲਤ ਸਾਫ਼-ਸੁਥਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਤਿੰਨ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦੀ ਹੈ — ਜੰਮਣਾ, ਜੰਮੇ ਰਹਿਣਾ, ਫਿਰ ਪਿਘਲਣਾ — 1975 ਵਿੱਚ ਛਪੇ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਅਧਿਐਨ ਤੋਂ ਆਇਆ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਬਾਹਾਂ ਨੌਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਵਿੱਚ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਰੱਖੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ। ਕੋਈ ਹੈਰਾਨੀ ਦੀ ਗੱਲ ਨਹੀਂ ਕਿ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਰੱਖੇ ਗਏ ਮੋਢੇ ਅਕੜ ਗਏ ਅਤੇ ਹਿੱਲਜੁੱਲ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਮਿਲਣ ਉੱਤੇ ਮੁੜ ਢਿੱਲੇ ਹੋ ਗਏ। ਜਦੋਂ ਖੋਜਕਾਰਾਂ ਨੇ ਮੁੜ ਕੇ ਸਾਰੇ ਉਪਲਬਧ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਦਾ ਕੋਈ ਚੰਗਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ ਕਿ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਵਾਲੇ ਮੋਢੇ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਇਹਨਾਂ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘ ਕੇ ਆਮ ਵਰਗੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਅਸਲ ਵਿੱਚ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਧਿਐਨ ਨੇ ਕਦੇ ਇਹ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਇਆ ਕਿ ਲੋਕ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਮਾਪੀ ਗਈ, ਸੱਚਮੁੱਚ ਆਮ ਹਿੱਲਜੁੱਲ ਤੱਕ ਵਾਪਸ ਪਹੁੰਚੇ ਹੋਣ।

ਸਬੂਤ ਜੋ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਉਹ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕੰਮ ਦੀ ਗੱਲ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਹ ਇਹ ਹੈ: **ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਿੰਨਾ ਸੁਧਾਰ ਮਿਲਣਾ ਹੈ, ਉਸ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਹਿੱਸਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਤਰੱਕੀ ਹੌਲੀ ਹੋ ਕੇ ਇੱਕ ਥਾਂ ਟਿਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।** ਇਹ ਠਹਿਰਾਅ ਸਥਾਈ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜਾ ਅਧਿਐਨ ਪੜ੍ਹਦੇ ਹੋ ਇਸ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਿਆਂ, ਇੱਕ-ਤਿਹਾਈ ਤੋਂ ਅੱਧੇ ਤੱਕ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕਈ ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਕੁਝ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਕੜਾਅ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲਈ ਇਹ ਹਲਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਉਹ ਕਰਨ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਰੋਕਦਾ ਜੋ ਉਹ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਇਸ ਸਭ ਦਾ ਇਹ ਮਤਲਬ ਨਹੀਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋਵੋਗੇ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਸੁਧਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਪਰ ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰ ਹੈ ਕਿ “ਬੱਸ ਉਡੀਕ ਕਰੋ, ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ” ਕੋਈ ਨਿਰਪੱਖ ਸਲਾਹ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਸਹਿੰਦੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਥਾਂ ਉਸ ਦਾ ਸਰਗਰਮੀ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਵਾਜਬ ਦਲੀਲ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ, ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਗਿਣਤੀ ਵਾਲੇ ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਫਿੱਟ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ ਦੀ ਥਾਂ, ਇਸ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਵਿਕਲਪ ਸਮਝਾਉਣਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤੰਗ ਕੀ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ — ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਕੜਾਅ।

ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕਾ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਪੜਾਅ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਬੂਤਾਂ ਵਾਲਾ ਇਕੱਲਾ ਇਲਾਜ ਹੈ। ਖੋਜ ਦੇ ਬਹੁਤ ਵੱਡੇ ਭੰਡਾਰ ਵਿੱਚ ਇਹ ਉਹ ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਇਲਾਜ ਹੈ ਜੋ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹਾ ਫ਼ਰਕ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਸੱਚਮੁੱਚ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਸਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੀ ਇਮਾਨਦਾਰ ਸੀਮਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਇਸ ਦਾ ਫ਼ਾਇਦਾ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮ, ਨੀਂਦ, ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ — ਇਹ ਕੰਮੇਪਣ ਨੂੰ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

ਕਸਰਤਾਂ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਕਰਨੀਆਂ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹਨ, ਪਰ ਹਕੀਕੀ ਉਮੀਦਾਂ ਨਾਲ। ਘਰ ਵਿੱਚ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਸਾਦੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਮਾਪਣਯੋਗ ਫ਼ਾਇਦਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਗੱਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੈਰਾਨ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਉਹ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨਾ ਜ਼ੋਰ ਲਾਉਂਦੇ ਹੋ ਇਸ ਨਾਲ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹੀ ਫ਼ਰਕ ਪੈਂਦਾ ਹੈ: ਇੱਕ ਟ੍ਰਾਇਲ (trial, ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ) ਜਿਸ ਨੇ ਹਿੱਲਜੁੱਲ ਦੀ ਆਖ਼ਰੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਖਿੱਚਣ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਨਰਮ, ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ਹਿੱਲਜੁੱਲ ਨਾਲ ਕੀਤੀ, ਉਸ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਛੋਟੇ ਫ਼ਰਕ ਮਿਲੇ, ਕੁਝ ਹਰਕਤਾਂ ਲਈ ਜ਼ੋਰ ਵਾਲੇ ਤਰੀਕੇ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ, ਅਤੇ ਇੱਕ ਹੋਰ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ

ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੇ ਆਪਣੇ ਦਰਦ ਦੀ ਹੱਦ ਅੰਦਰ ਨਰਮੀ ਨਾਲ ਕਸਰਤ ਕੀਤੀ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਹਾਲ ਬਿਹਤਰ ਰਿਹਾ — ਅਤੇ, ਤਸੱਲੀ ਦੀ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਦਾ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜ਼ੋਰ ਲਾਉਣ ਨਾਲ ਨੁਕਸਾਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਹੀ ਕਰੋ ਜਿੰਨਾ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਬਰਦਸਤੀ ਲੰਘਣ ਨਾਲ ਕੁਝ ਵੀ ਜਲਦੀ ਠੀਕ ਹੁੰਦਾ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ।

ਹਾਈਡ੍ਰੋਡਾਇਲੇਟੇਸ਼ਨ (hydrodilatation), ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਅੰਦਰੋਂ ਖਿੱਚਣ ਲਈ ਤਰਲ ਦਾ ਟੀਕਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਵਿਆਪਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਖ਼ਤਰਾ ਘੱਟ ਹੈ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਖੋਜ ਸੱਚਮੁੱਚ ਮਿਲੀ-ਜੁਲੀ ਹੈ: ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਅਤੇ ਹਿੱਲਜੁੱਲ ਦੇਵਾਂ ਉੱਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਛੋਟੇ ਅਸਰ ਮਿਲੇ, ਅਤੇ ਹੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿਰਫ਼ ਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਕੁਝ ਹਰਕਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁਰੂਆਤੀ ਫ਼ਾਇਦਾ ਮਿਲਿਆ ਜੋ ਟਿਕਿਆ ਨਹੀਂ। ਇਹ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਵਿਕਲਪ ਹੈ, ਪਰ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਵਧਾ-ਚੜ੍ਹਾ ਕੇ ਪੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਕਰਾਂਗੇ।

ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਹੇਠ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ (manipulation under anaesthetic, MUA) ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਤੁਹਾਡੇ ਬੇਹੋਸ਼ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਪੂਰੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਤਾਂ ਜੋ ਕੱਸਿਆ ਹੋਇਆ ਕੈਪਸੂਲ ਖਿੱਚਿਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਮੁੱਖ ਇਲਾਜਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਟ੍ਰਾਇਲ ਵਿੱਚ, ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੇ ਇਹ ਖ਼ਰਚੇ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਵਿਕਲਪ ਨਿਕਲਿਆ।

ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਕੈਪਸੂਲਰ ਰਿਲੀਜ਼ (keyhole capsular release, ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਢਿੱਲਾ ਕਰਨਾ) ਵਿੱਚ ਕੱਸੇ ਹੋਏ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਪਾਟਣ ਤੱਕ ਖਿੱਚਣ ਦੀ ਥਾਂ, ਸਿੱਧਾ ਦੇਖ ਕੇ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਕੱਟਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਮੁੱਖ ਫ਼ਾਇਦਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਟਿਕਾਊ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਛਪੀਆਂ ਸਰਜੀਕਲ ਲੜੀਆਂ ਵਿੱਚ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਕੜਾਅ ਦਾ ਮੁੜ ਆਉਣਾ ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜਦਕਿ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੋਢਿਆਂ ਦਾ ਇੱਕ ਅਹਿਮ ਹਿੱਸਾ ਮੁੜ ਕੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦੂਜੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਯੂਕੇ ਦੇ ਵੱਡੇ ਟ੍ਰਾਇਲ ਵਿੱਚ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਹੋਈ ਸੀ, ਤਿੰਨਾਂ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸੀ। ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਇੱਕ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਦੂਜੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਹੈ ਅਤੇ ਖ਼ਰਚਾ ਵੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਰਦ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ — ਇਹ ਸੁਰੂਆਤੀ ਫ਼ਰਕ ਲਗਭਗ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਬਰਾਬਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜਾਣਨ ਵਾਲੀ ਗੱਲ: ਉਸ ਟ੍ਰਾਇਲ ਵਿੱਚ, ਇੱਕ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਤਿੰਨ ਤਰੀਕੇ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਤੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਕੁਝ ਅੰਕਾਂ ਦੇ ਫ਼ਰਕ ਉੱਤੇ ਸਨ। ਇਹ ਸੱਚਮੁੱਚ ਚੰਗੀ ਖ਼ਬਰ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਫ਼ੈਸਲਾ ਇਸ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹਾਲਾਤ ਲਈ ਕੀ ਠੀਕ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਇਸ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਕਿ ਕੋਈ ਇੱਕ ਵਿਕਲਪ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਹੈ।

ਡਾ. ਹਿਰਪਰਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸ ਤਰਤੀਬ ਵਿੱਚ ਵਰਤਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇਗਾ ਕਿ ਕੋਈ ਇਲਾਜ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇੱਕ ਮਿੱਥੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਇਸ ਨੂੰ ਸਹਿੰਦੇ ਰਹੋ। ਅਮਲ ਵਿੱਚ ਉਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕੇ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦੇਣਗੇ, ਕਿਉਂਕਿ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਇਸ ਨਾਲ ਇੰਨਾ ਦਰਦ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਚੱਲਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਫ਼ੀ ਰਾਹਤ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦੀ, ਤਾਂ ਉਹ ਉਸ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਹੀ ਕੈਪਸੂਲਰ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਨ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹਨ — ਉਹ ਇਹ ਸ਼ਰਤ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਨੌਂ ਜਾਂ ਬਾਰਾਂ ਮਹੀਨੇ ਜੂਝਦੇ ਰਹੋ। ਇਹ ਦੇਖਦਿਆਂ ਕਿ “ਇਹ ਹਮੇਸ਼ਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ” ਵਾਲੀ ਤਸੱਲੀ ਕਿੰਨੀ ਕਮਜ਼ੋਰ ਨਿਕਲਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਕੱਢਣ ਦੀ ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਤੁਕ ਨਹੀਂ ਬਣਦੀ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਕਿਸ ਪਾਸੇ ਜਾਵੇਗਾ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਮੀਦ ਰੱਖੋ ਕਿ ਪਹਿਲੇ ਇੱਕ-ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਘਟੇਗਾ। ਇਸ ਸਮੇਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਰਹਿਣ ਲਈ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਕੈਪਸੂਲਰ ਰਿਲੀਜ਼ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜਿੰਨੀ ਹਿੱਲਜੁੱਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾਪਸ ਮਿਲਣੀ ਹੈ ਉਸ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਹਿੱਸਾ ਜਲਦੀ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ — ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲੇ ਚਾਰ ਤੋਂ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ — ਅਤੇ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੋਰ ਤਬਦੀਲੀ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਜਲਦੀ ਹਿੱਲਜੁੱਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਅਹਿਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਇੱਕ-ਦੋ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਇੱਕ ਤੋਂ ਤਿੰਨ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦਫ਼ਤਰ ਵਰਗੇ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ੂਗਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਔਸਤ ਨਾਲੋਂ ਹੌਲੀ ਅਤੇ ਥੋੜ੍ਹੀ ਘੱਟ ਪੂਰੀ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖਣਾ ਵਾਜਬ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਚੰਗਾ ਹੈ ਕਿ ਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕਾ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਬਲੱਡ ਸ਼ੂਗਰ ਨੂੰ ਵਿਗਾੜ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ੂਗਰ ਕਾਬੂ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣੀ ਔਖੀ ਹੈ ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਸਾਡੀ ਸਲਾਹ ਬਦਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਜਿਹੜਾ ਵੀ ਰਸਤਾ ਚੁਣੋ, ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ, ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਾਪਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਭ ਤੋਂ ਲਾਭਦਾਇਕ ਚੀਜ਼ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਉਹ ਹੈ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਹੱਦਾਂ ਅੰਦਰ ਬਾਹ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਰਹਿਣਾ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਨੀਂਦ ਦੀ ਰਾਖੀ ਕਰਨਾ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਮਿਲੋ ਜੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਜਗਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਅਤੇ ਜੇ ਮੋਢਾ ਸਿਰਫ਼ ਦੁਖਣ ਦੀ ਥਾਂ ਸੱਚਮੁੱਚ ਹਿਲਾਉਣਾ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਤਾਂ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛੋ।

ਮਾਹਿਰ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਜਾਂਚ ਜਲਦੀ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਕਹੋ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਨਹੀਂ ਘੁਮਾ ਸਕਦੇ, ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ੂਗਰ ਹੈ, ਜੇ ਮੋਢਾ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਜਾਂ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਦਰਦ ਇੰਨਾ ਤੇਜ਼ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੌਣ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ। ਦਰਦ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲੰਬਾ ਸਮਾਂ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦਾ ਕੋਈ ਫ਼ਾਇਦਾ ਨਹੀਂ।

ਜਲਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਓ ਜੇ ਮੋਢਾ ਗਰਮ, ਲਾਲ ਅਤੇ ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਬਿਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਬੁਖਾਰ ਹੈ, ਜੇ ਬਾਹ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਸੁੰਨਪਨ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਦਰਦ ਡਿੱਗਣ ਜਾਂ ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਇਆ ਸੀ। ਇਹ ਲੱਛਣ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਵੱਲ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੀ ਚੀਜ਼ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਿਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਲਦੀ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਇੱਕ ਕਦਮ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇਸ ਲਈ ਇੱਥੇ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਉਹਨਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਜੋ ਦੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਖੋਜ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਜੋ ਦਿਖਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਤੋਂ ਦੂਰ ਹੋ ਗਏ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕ ਗੱਲ ਨੂੰ ਭਰੋਸੇ ਉੱਤੇ ਮੰਨਣ ਦੀ ਥਾਂ ਉਸ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਾ ਤਰਕ ਦੇਖਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਗੜਬੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ

ਕੈਪਸੂਲ ਜੋੜ ਦੁਆਲੇ ਕੋਲੇਜਨ (collagen, ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਪ੍ਰੋਟੀਨ) ਦੀ ਇੱਕ ਥੈਲੀ ਹੈ। ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਵਿੱਚ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਫਿਰ ਇਹ **ਫਾਈਬ੍ਰੋਟਿਕ** (fibrotic, ਸਖ਼ਤ ਰੇਸ਼ੇਦਾਰ) ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, **ਫਾਈਬ੍ਰੋਬਲਾਸਟ** (fibroblasts) ਨਾਮ ਦੇ ਸੈੱਲ ਵਧਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਸੰਘਣਾ ਨਵਾਂ ਕੋਲੇਜਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ **ਮਾਇਓਫਾਈਬ੍ਰੋਬਲਾਸਟ** (myofibroblasts) ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸੁੰਗੜ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਆਮ ਦਾਗ਼ ਪੈਣ ਤੋਂ ਇਹੀ ਮੁੱਖ ਫ਼ਰਕ ਹੈ: ਟਿਸ਼ੂ ਸਿਰਫ਼ ਮੋਟਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਇਹ ਖਿੱਚ ਕੇ ਕੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੋੜ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਮਾਤਰਾ ਆਮ 10–15 mL ਤੋਂ ਘਟ ਕੇ 3–4 mL ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਸੈੱਲਾਂ ਦਾ ਇਹੀ ਵਤੀਰਾ ਹੱਥ ਦੀ **ਡੁਪੁਈਟ੍ਰੇਨ ਬਿਮਾਰੀ** ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਹ ਦੋਵੇਂ ਹਾਲਤਾਂ ਇੱਕੋ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਮਿਲਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਇੱਕ ਸਰਜਨ ਨੇ ਦਲੀਲ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਹਾਲਤ ਦਾ ਨਾਮ “ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ” ਦੀ ਥਾਂ ਸਿੱਧਾ ਮੋਢੇ ਦਾ ਕੰਟਰੈਕਚਰ ਰੱਖ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ [1]। ਪੁਰਾਣੇ ਨਾਮ “ਅਡਹੇਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ” ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖਣ ਵਾਲੇ ਸਰਜਨਾਂ ਨੂੰ ਕੋਈ ਚਿਪਕਣ (adhesions) ਨਹੀਂ ਮਿਲਦੇ।

“ਤਿੰਨ ਪੜਾਵਾਂ” ਵਾਲੀ ਕਹਾਣੀ ਜਿੰਨੀ ਲੱਗਦੀ ਹੈ ਉਸ ਨਾਲੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਕਿਉਂ ਹੈ

ਤੁਸੀਂ ਹਰ ਥਾਂ ਪੜ੍ਹੋਗੇ ਕਿ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਜੰਮਣ, ਜੰਮੇ ਰਹਿਣ ਅਤੇ ਪਿਘਲਣ ਦੇ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਮਾਡਲ 1975 ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਜਦੋਂ ਖੋਜਕਾਰਾਂ ਨੇ ਮੁੜ ਕੇ ਪਤਾ ਲਗਾਇਆ ਕਿ ਇਹ ਕਿੱਥੋਂ ਆਇਆ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਪਾਇਆ ਕਿ ਲੇਖਕ ਨੇ ਦੋ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪੁਰਾਣੇ ਪਰਚਿਆਂ ਦੇ **ਹਵਾਲੇ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਰਲਾ ਦਿੱਤੇ ਸਨ**, ਅਤੇ, ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਹਿਮ ਗੱਲ, ਕਿ ਉਸ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਬਾਹਾਂ ਨੂੰ **ਮਹੀਨਿਆਂ** ਤੱਕ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਰੱਖੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ। ਇੰਨੀ ਦੇਰ ਤੱਕ ਬੰਨ੍ਹ ਕੇ ਰੱਖਿਆ ਮੋਢਾ ਅਕੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹਿੱਲਣ ਦੇਣ ਉੱਤੇ ਢਿੱਲਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ “ਪੜਾਅ” ਕੁਝ ਹੱਦ ਤੱਕ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਥਾਂ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਬਿਆਨ ਕਰਦੇ ਹੋਣ।

ਇੱਕ ਸਿਸਟੇਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review, ਸਾਰੇ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੀ ਤਰਤੀਬਵਾਰ ਸਮੀਖਿਆ), ਜੋ ਇਸ ਮਾਡਲ ਨੂੰ ਪਰਖਣ ਲਈ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਨੂੰ ਇਸ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਭਵਿੱਖਬਾਣੀ ਤੋਂ ਉਲਟ ਨਤੀਜਾ ਮਿਲਿਆ: ਦੇਰ ਨਾਲ ਪਿਘਲਣ ਵੱਲ ਵਧਣ ਦੀ ਥਾਂ,

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸੁਧਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਫਿਰ ਹੌਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ [2]। ਨਾ ਹੀ ਡਾਕਟਰ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਸਹਿਮਤ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਮੋਢਾ ਕਿਸ ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਿਆਰੀ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾ ਲਿਖਣ ਵਾਲਿਆਂ ਨੇ ਖ਼ੁਦ ਲਿਖਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੰਨਿਆ ਕਿ ਇਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਅੰਕੜੇ “ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹਨ”।

ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਅੰਕੜਾ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਦੋ ਬਹੁਤ ਵੱਖਰੇ ਜਵਾਬ ਕਿਉਂ ਹਨ

ਅਕਸਰ ਦੱਸਿਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਅੰਕੜਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ **94%** ਲੋਕ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਇੱਕ ਅਸਲ ਅਧਿਐਨ ਤੋਂ ਆਇਆ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਗਿਣਦਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਜੋ ਮੁੜ ਜਾਂਚ ਲਈ ਵਾਪਸ ਆਏ। ਮੂਲ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨੇ ਜਾਂ ਤਾਂ ਇਲਾਜ ਚੁਣਿਆ ਜਾਂ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚੋਂ ਹਟ ਗਏ। ਹਰ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਗਿਣਿਆ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਉਹੀ ਅੰਕੜੇ ਲਗਭਗ **26%** ਦਿੰਦੇ ਹਨ [2]। “ਠੀਕ ਹੋਇਆ” ਦਾ ਮਤਲਬ ਵੀ ਦੂਜੇ ਮੋਢੇ ਤੋਂ 10 ਡਿਗਰੀ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੋਣਾ ਸੀ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦਾ ਦੂਜਾ ਮੋਢਾ ਵੀ ਫ੍ਰੈਜ਼ਨ ਰਹਿ ਚੁੱਕਾ ਸੀ।

ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੀ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਔਸਤਨ ਚਾਰ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਵੀ **41%** ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਛਣ ਸਨ, ਅਤੇ, ਜਾਣਨ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਸੁਧਾਰ ਲਗਾਤਾਰ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਦੀ ਥਾਂ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ **ਰੁਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ** [4]।

ਇਹ ਪੂਰੇ ਸਰੀਰ ਦੀ ਹਾਲਤ ਹੈ, ਸਿਰਫ਼ ਮੋਢੇ ਦੀ ਨਹੀਂ

ਇੱਕ ਵੱਡੇ ਜੈਨੇਟਿਕ ਅਧਿਐਨ ਨੇ DNA ਦੇ ਪੰਜ ਅਜਿਹੇ ਹਿੱਸੇ ਲੱਭੇ ਜੋ ਫ੍ਰੈਜ਼ਨ ਸ਼ੇਲਡਰ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਹੋਏ ਹਨ ਅਤੇ, ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਤਕਨੀਕ ਵਰਤ ਕੇ ਜੋ ਕਾਰਨ ਨੂੰ ਸੰਜੋਗ ਤੋਂ ਵੱਖ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਦਿਖਾਇਆ ਕਿ **ਟਾਈਪ 1 ਸ਼ੂਗਰ ਸੱਚਮੁੱਚ ਇਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੀ ਹੈ**, ਸਿਰਫ਼ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਜ਼ਿਆਦਾ ਭਾਰ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਨਿਕਲਿਆ: ਸ਼ੂਗਰ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਭਾਰ ਵਾਲਾ ਸਬੰਧ ਗ਼ਾਇਬ ਹੋ ਗਿਆ। ਇਹ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮਕੈਨੀਕਲ ਭਾਰ ਦੀ ਥਾਂ ਖ਼ੂਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ੂਗਰ ਇਸ ਨੂੰ ਚਲਾਉਣ ਵਾਲਾ ਕਾਰਕ ਹੈ [5]।

ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਬਾਰੇ ਸਬੂਤ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਕਰਵਾ ਰਹੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਜਾਣਨਾ ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਕੋਕਰੇਨ ਸਮੀਖਿਆ (Cochrane review) ਨੇ **32 ਟ੍ਰਾਇਲਾਂ ਅਤੇ 1,836 ਲੋਕਾਂ** ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ [6]। ਤਿੰਨ ਨਤੀਜੇ ਉੱਭਰ ਕੇ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੇ ਹਨ।

ਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ, ਹੱਥਾਂ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਪਿੱਛੇ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਸਿੱਧੀ ਤੁਲਨਾ ਵਾਲੇ ਟ੍ਰਾਇਲ ਵਿੱਚ, ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਪੈਸਿਵ ਮੋਬਿਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ (passive mobilisation, ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਵੱਲੋਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣਾ) ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਕਸਰਤ ਨਾਲ, ਇੱਕ ਟੀਕੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਸੱਤ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਉੱਤੇ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ **26 ਅੰਕ ਘੱਟ** ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ **25 ਅੰਕ ਘੱਟ** ਰਿਹਾ। ਇਸ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਪਰਖਿਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਲੋਕ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਬਿਹਤਰ ਜਾਂ ਠੀਕ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਸਨ, ਤਾਂ ਇਹ **ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਲਈ 46% ਅਤੇ ਟੀਕੇ ਲਈ 77%** ਸੀ, ਯਾਨੀ ਮੋਟੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹਰ ਚਾਰ ਲੋਕਾਂ ਪਿੱਛੇ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਦੀ ਥਾਂ ਟੀਕਾ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ, ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਫ਼ਾਇਦਾ ਹੋਇਆ। ਛੇ ਤੋਂ ਬਾਰਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਇਹ ਫ਼ਰਕ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਹੁਣ ਕੋਈ ਮਾਇਨੇ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦਾ ਸੀ।

ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨਾ ਜ਼ੋਰ ਲਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ, ਅਤੇ ਕਿਹੜੀ ਤਕਨੀਕ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਨਾਲ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹੀ ਫ਼ਰਕ ਪੈਂਦਾ ਜਾਪਦਾ ਹੈ। 100 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਾਲੇ ਇੱਕ ਟ੍ਰਾਇਲ ਨੇ ਜ਼ੋਰ ਵਾਲੀ **ਆਖ਼ਰੀ-ਹੱਦ ਤੱਕ** (end-of-range) ਮੋਬਿਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਨਰਮ **ਦਰਦ-ਰਹਿਤ** ਮੋਬਿਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਕੀਤੀ: ਦੋਵਾਂ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ, ਅਤੇ ਜ਼ੋਰ ਵਾਲੀ ਤਕਨੀਕ ਨੇ ਕੁਝ ਹਰਕਤਾਂ ਲਈ ਅੰਕੜਿਆਂ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜਾ ਦਿੱਤਾ (ਤਿੰਨ ਅਤੇ ਬਾਰਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਉੱਤੇ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣਾ, ਬਾਰਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਉੱਤੇ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣਾ), ਪਰ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਫ਼ਰਕਾਂ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਮੰਨਿਆ [18]। 77 ਲੋਕਾਂ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਗ਼ੈਰ-ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਉਲਟ ਨਤੀਜਾ ਮਿਲਿਆ: ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ, ਆਪਣੇ ਦਰਦ ਦੀ ਹੱਦ ਅੰਦਰ ਨਰਮੀ ਨਾਲ ਕਸਰਤ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ 89% ਦਾ ਮੋਢੇ ਦਾ ਸਕੋਰ ਆਮ ਜਾਂ ਲਗਭਗ ਆਮ ਸੀ, ਜਦਕਿ ਤੀਬਰ ਖਿਚਾਅ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ 63% ਦਾ [19]। 120 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਾਲੇ ਇੱਕ ਟ੍ਰਾਇਲ, ਜਿਸ ਨੇ ਆਖ਼ਰੀ-ਹੱਦ ਵਾਲੀ ਮੋਬਿਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਦੀ ਵਾਰਵਾਰਤਾ ਬਦਲ ਕੇ ਦੇਖੀ (ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਦੋ ਵਾਰ ਤੋਂ ਵੱਧ, ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਰ, ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਰ ਤੋਂ ਘੱਟ), ਨੂੰ ਐਬਡਕਸ਼ਨ (abduction, ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਚੁੱਕਣਾ) ਵਿੱਚ ਅੱਠ ਡਿਗਰੀ ਤੋਂ ਘੱਟ ਦੇ ਫ਼ਰਕ ਮਿਲੇ, ਜੋ ਸਾਰੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਸਿਫ਼ਰ ਤੋਂ ਵੱਖ ਨਹੀਂ ਸਨ। ਤਕਨੀਕਾਂ ਦੀਆਂ ਸਿੱਧੀਆਂ ਤੁਲਨਾਵਾਂ — ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਬਨਾਮ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਗਲਾਈਡ (glide, ਜੋੜ ਨੂੰ ਖਿਸਕਾਉਣ ਵਾਲੀ ਹਰਕਤ), PNF ਬਨਾਮ ਆਮ ਕਸਰਤ, ਡੰਬਲਾਂ ਨਾਲ ਬਨਾਮ ਖ਼ਾਲੀ ਹੱਥ, ਲਗਭਗ ਸਾਰੀਆਂ ਅਹਿਮ ਫ਼ਰਕ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਸਨ। ਤਸੱਲੀ ਦੀ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ **ਆਖ਼ਰੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਕੰਮ ਕਰਨ ਨਾਲ ਨੁਕਸਾਨ ਹੋਣ ਦਾ ਵੀ ਕੋਈ ਸੰਕੇਤ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ।**

ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੀ ਬੁਨਿਆਦੀ ਘਾਟ: ਕਿਸੇ ਵੀ ਟ੍ਰਾਇਲ ਨੇ ਕਦੇ ਹੱਥਾਂ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਕਸਰਤ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਬਿਲਕੁਲ ਕੋਈ ਇਲਾਜ ਨਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ। ਇਸ ਲਈ ਭਾਵੇਂ ਅਸੀਂ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਟੀਕੇ ਨਾਲੋਂ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਇਸ ਨੂੰ ਦੇਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਦੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਨਾਲ ਬਹੁਤਾ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ ਜਾਪਦਾ, ਕਿਸੇ ਨੇ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਇਹ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਇਆ ਕਿ ਕਿੰਨਾ ਸੁਧਾਰ ਉੱਥੇ ਵੀ ਹੋ ਜਾਂਦਾ।

ਦੋ ਲਾਭਦਾਇਕ ਚੇਤਾਵਨੀਆਂ। ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਸੱਚਮੁੱਚ ਉੱਚ-ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਾਲੇ ਟ੍ਰਾਇਲ ਨੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਤਰਲ ਨਾਲ ਫੁਲਾਉਣ (joint distension) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨੂੰ ਦੇਖਿਆ, ਅਤੇ ਪਾਇਆ ਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਦਰਦ, ਕੰਮਕਾਜ ਜਾਂ ਜੀਵਨ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਪਿਆ, ਪਰ ਇਸ ਨੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਠੀਕ ਮੰਨਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਵਧਾਈ, ਅਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਉੱਤੇ ਐਬਡਕਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ **13 ਡਿਗਰੀ** ਦਾ ਵਾਧਾ ਕੀਤਾ, ਜੋ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਗਿਆ ਸੀ। ਅਤੇ ਯੂਕੇ ਦੇ ਵੱਡੇ ਟ੍ਰਾਇਲ ਵਿੱਚ, ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਬਾਰੇ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਅਕੜੀ ਹੋਈ ਹੱਦ ਤੱਕ ਹੱਥਾਂ ਨਾਲ ਖਿੱਚਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਦੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਹੱਥਾਂ ਨਾਲ ਮੋਬਿਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਸਿਰਫ਼ **11-27%** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਖਿਚਾਅ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਵਰਤਿਆ ਗਿਆ। ਜੋ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ, ਅਤੇ ਜਿਸ ਨੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਉੱਤੇ ਸਰਜਰੀ ਜਿੰਨਾ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜਾ ਦਿੱਤਾ, ਉਹ ਸੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਇੱਕ ਟੀਕਾ, ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਨਰਮ ਹਿੱਲਜ਼ ਅਤੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ।

ਬਿਹਤਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੀ ਕਿਸਮ ਨਾਲ ਫ਼ਰਕ ਪੈਂਦਾ ਹੈ

ਸਮਾਂ। ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਮੀਡੀਅਨ (ਵਿਚਕਾਰਲਾ) ਮਰੀਜ਼ ਲਗਭਗ **ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ** ਵਿੱਚ “ਇਹ ਅਸਲ ਸੁਧਾਰ ਹੈ” ਵਾਲੀ ਹੱਦ ਪਾਰ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਲਗਭਗ **ਚਾਰ ਮਹੀਨਿਆਂ** ਵਿੱਚ “ਮੇਰਾ ਮੋਢਾ ਮੈਨੂੰ ਠੀਕ ਲੱਗਦਾ ਹੈ” ਵਾਲੀ ਹੱਦ [14]। ਕੰਮ ਤੋਂ ਛੁੱਟੀ ਦਾ ਮੀਡੀਅਨ **ਅੱਠ ਹਫ਼ਤੇ** ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਫੈਲਾਅ ਵੱਡਾ ਹੈ, ਇੱਕ-ਚੌਥਾਈ ਲੋਕ ਚਾਰ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਅਤੇ ਤਿੰਨ-ਚੌਥਾਈ ਤੇਰਾਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ [15]।

ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਹਿੱਲਜ਼ ਜਲਦੀ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਟਿਕਾਊਪਣ ਵਾਲੇ ਫ਼ਾਇਦੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਇਹ ਇਮਾਨਦਾਰ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਹੈ: ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਹਿੱਲਜ਼ ਜਲਦੀ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਰਿਲੀਜ਼ ਲਗਭਗ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਬਰਾਬਰ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀ, ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਕੱਠੇ ਕੀਤੇ ਹਰ ਮਾਪ ਉੱਤੇ ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ। ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਤਾਂ ਇਹ ਵੀ ਮਿਲਿਆ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਅੰਤ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ (external rotation) ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਰਹੀ [16]।

ਕੈਪਸੂਲ ਦਾ ਕਿੰਨਾ ਹਿੱਸਾ ਕੱਟਣਾ ਹੈ, ਇਹ ਇੱਕ ਅਸਲ ਸਵਾਲ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਵਾਬ ਹੈ “ਜਿੰਨਾ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਉਸ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ”। 18 ਅਧਿਐਨਾਂ, 629 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਅਤੇ 811 ਮੋਢਿਆਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਤਿੰਨ ਤਕਨੀਕਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕੀਤੀ: ਕੈਪਸੂਲ ਦਾ ਸਿਰਫ਼ ਅਗਲਾ ਅਤੇ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਰਿਲੀਜ਼ ਕਰਨਾ, ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਪਿਛਲਾ ਹਿੱਸਾ ਜੋੜਨਾ, ਜਾਂ ਪੂਰਾ ਘੇਰਾ ਕੱਟਣਾ। ਇਸ ਦਾ ਸਿੱਟਾ ਇਹ ਸੀ ਕਿ **ਘੱਟ ਵਿਆਪਕ ਰਿਲੀਜ਼ ਨਾਲ ਕੰਮਕਾਜ ਅਤੇ ਦਰਦ ਦੇ ਸਕੋਰ ਬਿਹਤਰ ਰਹੇ, ਕਿ ਪਿਛਲੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ (internal rotation) ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਮਿਲਦਾ ਹੈ ਜੋ ਟਿਕਦਾ ਨਹੀਂ (ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਚੁੱਕਣ (flexion) ਵਿੱਚ ਟਿਕਾਊ ਵਾਧਾ ਮਿਲਦਾ ਹੈ), ਅਤੇ ਕਿ ਪੂਰੀ **360-ਡਿਗਰੀ ਰਿਲੀਜ਼ “ਸ਼ਾਇਦ ਕੋਈ ਵਾਧੂ ਫ਼ਾਇਦਾ ਨਾ ਦੇਵੇ”**। ਤਿੰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਸੀ [17]। ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ ਤੱਕ ਰਿਲੀਜ਼ ਵਧਾਉਣ ਬਾਰੇ ਦੋ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲਾਂ (ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਬੇਤਰਤੀਬ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡ ਕੇ ਕੀਤੇ ਟ੍ਰਾਇਲ) ਵਿੱਚ ਵੀ ਇਹੀ ਰੁਝਾਨ ਮਿਲਿਆ, ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਜਲਦੀ ਸੁਧਾਰ, ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ। ਇਸ ਲਈ ਵੱਡਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਧੀਆ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।**

ਦੋਵੇਂ ਇਕੱਠੇ ਕਰਨਾ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਤਿੰਨ-ਪਾਸੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ, ਰਿਲੀਜ਼ ਦੇ ਨਾਲ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਗੁਆਉਣ ਦੀ ਦਰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਰਹੀ, **18%, ਜਦਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਲਈ 7% ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਰਿਲੀਜ਼ ਲਈ 2%** [16]।

ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਇਲਾਜ ਟ੍ਰਾਇਲ ਵਿੱਚ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਮਿਲਿਆ

ਯੂਕੇ ਦੇ ਇੱਕ ਟ੍ਰਾਇਲ ਨੇ 500 ਤੋਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਵੱਧ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬੇਤਰਤੀਬ ਢੰਗ ਨਾਲ ਟੀਕੇ ਦੇ ਨਾਲ ਤਰਤੀਬਵਾਰ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਹੇਠ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ, ਜਾਂ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਵੰਡਿਆ। ਇੱਕ ਸਾਲ ਉੱਤੇ ਤਿੰਨੋਂ **ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਤੋਂ ਕੁਝ ਅੰਕਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ** ਸਨ, ਜੋ ਉਸ ਫ਼ਰਕ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕੇ [7]। ਇਹ ਸੱਚਮੁੱਚ ਲਾਭਦਾਇਕ ਖ਼ਬਰ ਹੈ: ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਚੋਣ ਇਸ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹਾਲਾਤ ਲਈ ਕੀ ਠੀਕ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਇਸ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਕਿ ਕੋਈ ਇੱਕ ਵਿਕਲਪ ਸਾਫ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਹੈ।

ਜਿੱਥੇ ਤਿੰਨੇ ਸੱਚਮੁੱਚ ਵੱਖਰੇ ਹਨ ਉਹ ਹੈ **ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।** ਉਸ ਟ੍ਰਾਇਲ ਵਿੱਚ, ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ **ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 4%, ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 7% ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 15%** ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪਈ [7]। ਫ਼ਾਇਦੇ ਦੀ ਹਰ ਇਕਾਈ ਦੇ ਖ਼ਰਚੇ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਿਕਲੀ; ਰਿਲੀਜ਼ ਦਾ ਖ਼ਰਚਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੀ ਅਤੇ ਟ੍ਰਾਇਲ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਗੰਭੀਰ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਇਸੇ ਵਿੱਚ ਹੋਈਆਂ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁੱਲ ਗਿਣਤੀ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਉਹ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਸਨ।

ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਰਿਲੀਜ਼ — ਮੁੜ ਹੋਣ ਦਾ ਸਵਾਲ

ਇਹੀ ਉਹ ਥਾਂ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਦੋਵੇਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਸੱਚਮੁੱਚ ਵੱਖਰੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਿਲੀਜ਼ ਵੱਲ ਲੈ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਭਾਵੇਂ ਮੁੱਖ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੇ ਸਕੋਰ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਲੱਗਦੇ ਹੋਣ।

ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਖਿੱਚਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਉਹ ਪਾਟ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦਾ, ਅਤੇ ਇਹ ਪਾਟਣਾ ਹਮੇਸ਼ਾ ਉੱਥੇ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੋਗੇ। ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੀ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, **17 ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਦੇਖੇ ਗਏ 792 ਮੋਢਿਆਂ ਵਿੱਚ — 17.8%** ਨੂੰ ਦੂਜੀ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ, ਅਤੇ ਟਾਈਪ 1 ਸ਼ੂਗਰ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵਧ ਕੇ **37.9%** ਹੋ ਗਈ [9]। ਸਭ ਤੋਂ ਲੰਬੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਿੱਚ, ਔਸਤਨ 13 ਸਾਲਾਂ ਉੱਤੇ, ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ **19.2%** ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ ਸੀ ਅਤੇ **31.3%** ਨੇ ਕਿਸੇ ਨਾ ਕਿਸੇ ਸਮੇਂ ਇਸ ਦੇ ਮੁੜ ਹੋਣ ਬਾਰੇ ਦੱਸਿਆ [10]। ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ: ਲਗਭਗ ਸਾਰੇ ਮੁੜ ਹੋਣ ਦੇ ਮਾਮਲੇ **ਪਹਿਲੇ ਸਾਲ** ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੇ ਹਨ (ਪੰਜ ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ ਇਹ ਦਰ 2% ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ), ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਕੀਤੀ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਲਗਭਗ ਪਹਿਲੀ ਜਿੰਨੀ ਹੀ ਕਾਰਗਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ [9][10]।

ਰਿਲੀਜ਼ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਜਾਣ-ਬੁੱਝ ਕੇ, ਦੇਖ ਕੇ ਕੱਟਦੀ ਹੈ। ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਕਾਫ਼ੀ ਘੱਟ ਪੈਂਦੀ ਹੈ: ਔਸਤਨ ਪੰਜ ਸਾਲ ਤੱਕ ਦੇਖੀ ਗਈ ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ **32 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਦਾ ਵੀ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ**, ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਇਹ ਮੁੜ ਹੋਇਆ ਜਿਸ ਨੇ ਆਪਣੀ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (ਮੁੜ-ਵਸੇਬੇ ਦੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ) ਪੂਰੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਸੀ [11]। ਅੱਠ ਅਧਿਐਨਾਂ ਅਤੇ 768 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (meta-analysis) ਨੇ ਪਾਇਆ ਕਿ ਦਰਦ, ਕੰਮਕਾਜ ਅਤੇ ਹਿੱਲਜੁੱਲ ਲਈ ਦੋਵੇਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਰਾਬਰ ਹਨ (ਰਿਲੀਜ਼ ਦਾ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਉੱਤੇ ਛੋਟਾ ਫ਼ਾਇਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਹਿਮ ਪੱਧਰ ਤੱਕ ਨਹੀਂ ਪਹੁੰਚਿਆ), ਅਤੇ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੰਭੀਰ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਵੱਧ ਸੀ। ਇਸ ਨੇ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਕਿ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕਿਆਂ ਦੀ ਦਰ ਵੱਧ ਸੀ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਅੰਕੜਿਆਂ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਅਹਿਮ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਕਿ ਲੰਬੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਉੱਤੇ **“MUA ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਇਦ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਾਰ ਮੁੜ ਹੋਵੇ”** [8]।

ਦੋ ਇਮਾਨਦਾਰ ਚੇਤਾਵਨੀਆਂ। ਪਹਿਲੀ, ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁੜ ਹੋਣ ਬਾਰੇ ਵੱਡੇ ਅਧਿਐਨ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ **ਇੱਕੋ ਸਰਜਨ ਦੀ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸ** ਤੋਂ ਆਉਂਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਉਹ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਦੀ ਸੁਤੰਤਰ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਦੂਜੀ, ਰਿਲੀਜ਼ ਵੀ ਪੂਰੀ ਬਹਾਲੀ ਨਹੀਂ ਹੈ: ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਦੋ ਤੋਂ ਛੇ ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਔਸਤ ਮੋਢੇ ਦਾ ਸਕੋਰ ਲਗਭਗ **100 ਵਿੱਚੋਂ 77** ਸੀ [12], ਅਤੇ ਸ਼ੂਗਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ, ਭਾਵੇਂ ਲਗਭਗ ਹਰ ਕਿਸੇ ਵਿੱਚ ਅਰਥਪੂਰਨ ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ, **11-22% ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਉੱਤੇ ਵੀ ਆਪਣੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਮੰਨਦੇ ਸਨ** [13]।

ਇਸ ਲਈ ਇਮਾਨਦਾਰ ਸਾਰ ਇਹ ਹੈ: ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ ਅਤੇ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਦੋਵੇਂ ਲਗਭਗ ਬਰਾਬਰ ਹਨ, ਅਤੇ ਉੱਥੇ ਪਹੁੰਚਣ ਦਾ ਸਸਤਾ ਰਸਤਾ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਹੈ। ਉਸੇ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਟਿਕੇ ਰਹਿਣ ਲਈ, ਸਬੂਤ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਹਨ। ਇਹ ਫ਼ਰਕ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਦੋਂ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ੂਗਰ ਹੈ, ਜੇ ਮੋਢਾ ਬਹੁਤ ਅਕੜਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲਾਂ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਹੋ ਚੁੱਕੀ ਹੈ ਜੇ ਟਿਕੀ ਨਹੀਂ।

ਹਵਾਲੇ

- [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>