



رجو نورتی کے پٹھوں اور ہڈیوں کا سندروم

رجو نورتی کے دوران ایسٹروجن کی کمی جوڑوں، ٹینڈون اور ہڈیوں کے مسائل کے ایک تسلیم شدہ کلستر کو چلاتی ہے۔

4.0 © ① © Kieran Hirpara

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 کیا محسوس کر رہے ہیں

آپ کو جوڑوں میں درد یا آرتھرائٹس ہونے کا امکان ہے، جو کہ نصف سے زیادہ خواتین میں رجو نورتی کے دوران ہوتا ہے۔ یہ درد اکثر بڑھ جاتا ہے کیونکہ آپ کا جسم رجو نورتی کے ذریعے منتقلی کرتا ہے۔ ایسٹروجن کی سطح میں کمی اس تبدیلی کا ایک اہم ڈرائیور ہے۔ آپ کو محسوس ہو سکتا ہے کہ آپ کے پٹھوں کو سخت محسوس ہوتا ہے۔ ایسٹروجن اور پٹھوں کی سختی منفی طور پر منسلک ہیں، جس کا مطلب ہے کہ کم ایسٹروجن اکثر سختی، کم لچکدار پٹھوں کا مطلب ہے۔

درد کئی جگہوں پر ظاہر ہو سکتا ہے۔ کم کے نچلے حصے میں درد اسی عمر کے مردوں کے مقابلے میں پوسٹ مینوپاؤل خواتین میں زیادہ عام ہے۔ یہ کم جنسی ہارمون کی سطح سے جسمانی تبدیلیوں سے منسلک ہے۔ آپ کے کندھوں میں بھی درد محسوس ہو سکتا ہے۔ اس عرصے کے دوران خاموش روٹریٹر ٹینج کے آئسو کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔ یہ وہ آئسو ہیں جنہیں آپ محسوس نہیں کریں گے جب تک کہ وہ آپ کی حرکت کو متاثر نہ کریں۔

روزمرہ کے کام مشکل ہو سکتے ہیں آپ کی پیٹھ کے پیچھے یا آپ کے سر پر پہنچنا عجیب اور سخت محسوس ہو سکتا ہے۔ آپ کو اشیاء اٹھانا یا اپنے پہلو پر سونا مشکل ہو سکتا ہے۔ آپ کا ڈاکٹر جانتا ہے کہ یہ تبدیلیاں حقیقی اور عام ہیں۔ وہ صرف آپ کے دماغ میں نہیں ہیں۔ آپ کی علامات رات کو یا سرگرمی کے بعد بھڑک سکتی ہیں۔ جاگنے کے ساتھ سختی بھی عام ہے۔ جبکہ آپ کے سائیکل کے دوران ہارمون کی سطح میں اتار چڑھاؤ ہوتا ہے، یہ تبدیلیاں کھٹنے کی نرمی کو نمایاں طور پر متاثر نہیں کرتی ہیں۔ تاہم، وہ اثر انداز کر سکتے ہیں کہ آپ کے پٹھوں اور ٹینڈون کو کتنا سخت محسوس ہوتا ہے۔ یہ تغیرات کچھ دنوں کو دوسروں سے بہتر بنا سکتے ہیں۔

یہ جاننا ضروری ہے کہ آپ اس میں اکیلے نہیں ہیں۔ پوسٹ مینوپاؤل خواتین میں پٹھوں کی کمی یا سارکوپینیا کا پھیلاؤ 31 فیصد ہے۔ یہ نقصان آپ کو محسوس ہونے والے درد اور سختی میں حصہ ڈالتا ہے۔ جبکہ کچھ علاج امید ظاہر کرتے ہیں، ہارمون تھراپی کے ثبوت جو مشترکہ متبادل کے خلاف حفاظت کرتے ہیں محدود ہیں۔ آپ کا ڈاکٹر آپ کی مخصوص علامات کو سنبھالنے اور آپ کے معیار زندگی کو بہتر بنانے پر توجہ دے گا۔

اصل میں کیا ہو رہا ہے

پیری مینوپوز کے دوران، آپ کے جسم میں ہارمونل تبدیلیاں آتی ہیں جو آپ کو خاص طور پر پٹھوں اور ہڈیوں کے درد کا شکار بناتی ہیں۔ آدھی سے زیادہ خواتین کو اس وقت جوڑوں میں درد یا آرتھرائٹ کا سامنا ہوتا ہے۔ یہ تکلیف اکثر بڑھتی ہے جب آپ رجونورٹی کی منتقلی کے ذریعے منتقل ہوتے ہیں۔ بنیادی ڈرائیور ایسٹروجن کی سطح میں کمی ہے۔ یہ کمی نہ صرف آپ کے جوڑوں بلکہ آپ کے پٹھوں اور ہڈیوں کو بھی متاثر کرتی ہے۔

آپ کے جوڑوں کو ہڈی کے سروں کے درمیان جھٹکا absorber کے طور پر کام کرنے کے لئے ہموار cartilage پر انحصار کرتے ہیں۔ ایسٹروجن کی کم سطحیں گھٹنے کے آسٹو آرتھرائٹس کی نشوونما سے منسلک ہیں، جو پہننے اور آئسو آرتھرائٹس ہے۔ کچھ معاملات میں، یہ آسٹو پورونک آسٹو آرتھرائٹس کے ساتھ مل جاتا ہے، جہاں لٹھائی کے نیچے کی ہڈی اعلیٰ ترمیم کی وجہ سے کم کثافت ہو جاتی ہے۔ یہ ساختی تبدیلی سختی اور درد کا باعث بن سکتی ہے۔ کمر کے پچھلے حصے میں درد بھی اسی عمر کے مردوں کے مقابلے میں پوسٹ مینوپاؤل خواتین میں زیادہ عام ہے، جو جنسی ہارمونز میں ان ہی جسمانی تبدیلیوں کی وجہ سے ہوتا ہے۔

آپ کے پٹھوں اور ٹینڈوں پر بھی اثر پڑتا ہے۔ پٹھوں کی سختی کا ایسٹروجن کے ساتھ منفی تعلق ہے، جس کا مطلب یہ ہے کہ کم سطح سخت، کم لچکدار ٹشو کی طرف جاتا ہے۔ اصل میں، ایسٹروجن اور پٹھوں کی خصوصیات کا آپس میں گہرا تعلق ہے۔ یہ ہارمونل تبدیلی سرکوپینیا، پٹھوں کے بڑے پیمانے پر نقصان میں حصہ لے سکتی ہے۔ پوسٹ مینوپاؤل خواتین کی ایک تحقیق میں سارکوپینیا کا پھیلاؤ 31 فیصد تھا۔ اس کے علاوہ، آپ کے کندھے میں ٹینڈوز، جسے سپرا اینڈائٹس، ایسٹروجن اور پروجسٹرون کے لیے ریسیپٹر پر مشتمل ہیں۔ جب ان ہارمونز کی سطح کم ہوتی ہے تو ٹینڈون ریشے کمزور ہو سکتے ہیں۔ اس سے غیر علامتی مکمل موٹائی والے روٹیر میجنف آسٹوؤں کا خطرہ بڑھ جاتا ہے، جہاں تندور کی ریشیاں مکمل طور پر الگ ہو جاتی ہیں۔ یہ آسٹو پوسٹ مینوپاؤل مدت میں زیادہ عام ہیں اور میٹابولک خرابیوں سے منسلک ہیں۔

آپ کے کندھے کا جوڑ ایک کیسول سے گھرا ہوا ہے، جو ٹشو کا ایک آستین ہے جو جوڑ کو ایک ساتھ رکھتا ہے۔ ایسٹروجن کی کم سطح بھی آپ کے چمکنے والی کیسولائٹس یا منجمد کندھے کی ترقی کے امکانات کو بڑھا سکتی ہے، جہاں یہ کیسول موٹی اور تنگ ہو جاتا ہے۔ جبکہ ہارمون کی تبدیلی تھرائپی ان حالات کے خلاف کچھ تحفظ پیش کر سکتی ہے، ثبوت مختلف ہوتی ہے۔ بالآخر، آپ جو درد اور سختی محسوس کرتے ہیں وہ آپ کے جسم کے بدلتے ہارمونل منظر نامے کے براہ راست نتائج ہیں جو آپ کی تحریک کی حمایت کرنے والے ٹشوز کو متاثر کرتے ہیں۔

ہم اس کے بارے میں کیا کر سکتے ہیں

پیری مینوپاؤل منتقلی کے دوران عضلاتی درد خاص طور پر عام ہے۔ آرتھرائٹس نصف سے زیادہ خواتین کو رجونورٹی کے وقت متاثر کرتی ہے۔ یہ اضافہ ایسٹروجن کی سطح میں کمی سے منسلک ہے۔ آپ خود کی دیکھ بھال اور جسمانی تھرائپی کے ساتھ شروع کر سکتے ہیں۔ ہلکی ورزش حرکت پذیری اور طاقت کو برقرار رکھنے میں مدد دیتی ہے۔ انگوٹھے کے مشترکہ درد کے لئے، طاقت کی تربیت کے ساتھ proprioceptive neuromuscular سہولت کی مشقوں کا مجموعہ صرف طاقت کی تربیت سے بہتر کام کرتا ہے۔ یہ نقطہ نظر معذوری کو کم کرتا ہے اور نقل و حرکت کو بہتر بناتا ہے۔ اگر آپ کے پاس زیادہ تر ٹروکیٹریک درد سنڈروم ہے اور جسمانی بڑے پیمانے پر انڈیکس 25 سے کم ہے تو، ہارمون تھرائپی کو کسی بھی ورزش اور تعلیم کے ساتھ جوڑنا پلیسبو سے بہتر ہے۔ ان اقدامات پسند اقدامات کو کام کرنے کا وقت دیں۔ مستقل مزاجی آپ کے روزمرہ کے آرام میں نتائج دیکھنے کی کلید ہے۔

طبی اختیارات میں درد کی ادویات اور سوزش کے خلاف ادویات شامل ہیں۔ ہارمون تھرائپی ایک اور راستہ ہے، لیکن اس میں تجارت ہے۔ ایسٹروجن اور انتہائی ایسٹروجن ریسیپٹر ماڈیولٹرز پوسٹ مینوپاؤل مریضوں کو ابتدائی مرحلے میں لباس اور آئسو آرتھرائٹس یا آسٹو پورونک آرتھرائٹس میں مدد کر سکتے ہیں۔ تاہم، سسٹمک مینوپاؤل ہارمونل تھرائپی کا طویل مدتی استعمال، خاص طور پر صرف ایسٹروجن تھرائپی، دائمی کمر درد کے زیادہ خطرے سے منسلک ہے۔ غیر مزاحمت ایسٹروجن گھٹنے کے حادثاتی ریڈیولوجیکل لباس اور آئسو آرتھرائٹس کے لئے حفاظتی رجحان ظاہر کرتا ہے تاہم، ہپ یا مشترکہ متبادل کے واقعے پر غیر متنازعہ ایسٹروجن کے استعمال کے حفاظتی اثر کے لئے محدود ثبوت موجود ہیں۔ ایسٹروڈیول ریسیپٹرس سے روٹیر میجنف کی مرضیت کے بعد بہتر نتائج برآمد ہو سکتے ہیں، حالانکہ درد اور فنکشن اسکور میں اختلافات کم سے کم کلینیکل اہم حد تک نہیں پہنچے تھے۔ آپ کے لئے صحیح توازن تلاش کرنے کے لئے اپنے ڈاکٹر کے ساتھ ان فوائد اور خطرات پر بات چیت کریں۔

اگر ان اقدامات کے باوجود علامات شدید رہیں تو باہر سے مشورہ کریں۔ آپ کا ڈاکٹر آپ کو گہری تشخیص کے لئے حوالہ دے سکتا ہے۔ امیجنگ اس طرح کے مسائل کی جانچ پڑتال کر سکتی ہے جیسے غیر علامتی مکمل موٹائی والے روٹریٹیف آئسو، جو رجونورٹی کے بعد کی مدت میں زیادہ عام ہیں۔ کچھ مخصوص حالات کے لئے، اگر قدامت پسند دیکھ بھال ناکام ہو جاتی ہے تو، کبھی کبھار ایک طریقہ کار پر غور کیا جاسکتا ہے۔ فیصلہ آپ کی انفرادی صحت کی پروفائل اور آپ کے درد کی شدت پر منحصر ہے۔ آپ کا ڈاکٹر آپ کے جسم اور آپ کے طرز زندگی کے لئے بہترین کام کرتا ہے کی بنیاد پر اگلے اقدامات کے ذریعے آپ کی رہنمائی کرے گا۔

کیا توقع کریں

پریمنوپاوسل منتقلی کے دوران پٹھوں اور ہڈیوں کا درد عام ہے۔ نصف سے زیادہ خواتین میں رجونورٹی کے وقت کے ارد گرد مشترکہ درد (arthralgia) کا تجربہ ہوتا ہے۔ جب آپ کے ایسٹروجن کی سطح کم ہوتی ہے تو یہ تعداد بڑھ جاتی ہے۔ آپ محسوس کریں گے کہ کمر کے نچلے حصے میں درد اسی عمر کے مردوں کے مقابلے میں پوسٹ مینوپاوسل خواتین میں زیادہ عام ہے۔ یہ رجونورٹی کے بعد کم جنسی ہارمون کی سطح سے منسلک ہے۔

آپ کا نقطہ نظر اس بات پر منحصر ہے کہ آپ ان تبدیلیوں کو کس طرح سنبھالتے ہیں۔ کچھ شرائط کے لئے، جیسے ابتدائی مرحلے میں پینسٹر اور آئسو آر تھرائٹس، ایسٹروجن یا مخصوص ایسٹروجن ہائیڈروکسائیڈ ایسٹروجن کی قیادت کر سکتا ہے۔ اگر آپ کی ہڈیوں کی کثافت کم ہے تو یہ علاج آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ تاہم، سسٹمک ہارمون تھرائپی کا طویل مدتی استعمال، خاص طور پر صرف ایسٹروجن تھرائپی، دائمی کم درد کے زیادہ خطرے سے منسلک ہے۔ اس بات کے محدود شواہد ہیں کہ غیر منقولہ ایسٹروجن ہپ یا مشترکہ متبادل کی ضرورت کو روکتا ہے۔ یہ ایکس رے پر چھنے آر تھرائٹس کے لئے ایک حفاظتی رجحان ظاہر کرتا ہے۔

اگر آپ کے پاس روٹریٹیف آئسو ہیں، تو وہ پوسٹ مینوپاوسل مدت میں زیادہ عام ہیں اور مینابولک خرابیوں سے منسلک ہیں۔ ایسٹروڈیول سپلیمنٹ روٹریٹیف کی مرمت کے بعد بہتر نتائج کی قیادت کر سکتا ہے، اگرچہ درد کے اسکور میں فرق آپ کو اہم محسوس نہیں ہو سکتا ہے۔ انگوٹھے کے لٹھیا کے لئے، مخصوص چھیننے کی مشقوں کو طاقت کی تربیت کے ساتھ جوڑنا صرف طاقت کی تربیت سے زیادہ موثر ہے۔ یہ معذوری کو کم کرتا ہے اور نقل و حرکت کو بہتر بناتا ہے۔

اگر آپ کو زیادہ تھرو کیٹریک درد سنڈروم اور صحت مند وزن (بی ایم آئی > 25) ہے تو، ہارمون تھرائپی کو ورزش اور تعلیم کے ساتھ جوڑنا پلیسبو سے بہتر کام کرتا ہے۔ علاج کے بغیر، سارکوپینیا (پٹھوں کی کمی) جیسی علامات کمیونٹی میں رہنے والی پوسٹ مینوپاوسل خواتین کے 31% کو متاثر کرتی ہیں۔ یہ آپ کی جسمانی سرگرمی کو متاثر کر سکتا ہے۔

مجموعی طور پر، آپ کا ڈاکٹر آپ کی مخصوص علامات کے مطابق ایک منصوبہ تیار کرے گا۔ کچھ درد ٹارگٹڈ تھرائپی کے ساتھ حل کر سکتے ہیں۔ دیگر علامات، جیسے طویل مدتی ہارمون کے استعمال سے کمزور، برقرار رہ سکتی ہیں۔ اپنے درد کی سطح کے بارے میں ایماندار ہو۔ حقیقت پسندانہ توقعات آپ کو منتقلی کا انتظام کرنے میں مدد کرتی ہیں۔ آپ کا جسم بدل رہا ہے، لیکن آپ کے پاس متحرک اور آرام دہ رہنے کے اختیارات ہیں۔

کسی سے کب ملنا ہے

پری مینوپوز ایک ایسی حالت ہے جس کے دوران خواتین خاص طور پر عضلات اور ہڈیوں کے درد کو تیار کرنے کے لئے تیار ہیں۔ آر تھرائٹس کا تجربہ نصف سے زیادہ خواتین میں رجونورٹی کے وقت ہوتا ہے۔ رجونورٹی کی منتقلی کے دوران آر تھرائٹس کا پھیلاؤ بڑھتا دکھائی دیتا ہے۔ کمر کے نچلے حصے میں درد مردوں کے مقابلے میں پوسٹ مینوپاوسل خواتین میں زیادہ عام ہے۔ اگر آپ کے پاس مستقل درد ہے جو آرام کے ساتھ بہتر نہیں ہوتا ہے، کمزوری یا عدم استحکام، تالا لگایا راستہ، نیند یا کام میں مداخلت کرنے والے علامات، یا اچانک خراب ہو جاتا ہے تو اپنے ڈاکٹر سے رجوع کریں۔ سسٹمک مینوپاوسل ہارمون تھرائپی کا طویل مدتی استعمال کمر کے دائمی درد کے زیادہ خطرے سے منسلک ہے۔ ایسٹروڈیول سپلیمنٹس کے ساتھ پوسٹ مینوپاوسل خواتین میں بہتر نتائج کے ساتھ منسلک کیا گیا تھا جو روٹریٹیف کی مرمت کے تحت ہیں۔

ہارمون تھراپی کی اچانک بندش [1]، دو مختلف راستوں سے ایک ہی اچانک نقصان، ایک ہی شکلیت پیدا۔ یہ مینوپاسل ورژن کو سنجیدگی سے لینے کی بہترین وجہ ہے بجائے اس کے کہ اسے اتفاق سے بڑھتی عمر کے طور پر سمجھا جائے۔

حالات جو اس کے ارد گرد جمع ہوتے ہیں

رجونورٹی کے بعد کندھے کا درد زیادہ عام ہے۔ کے ایک کراس سیکشنل مطالعہ میں 21,095 مینوپاسل خواتین کے مقابلے میں مینوپاسل خواتین میں کندھے کے درد کا زیادہ پھیلاؤ تھا، اس سے وابستہ عوامل میں نیند کی مدت اور سوزش کے مارکر شامل تھے۔ [5]۔

منجمد کندھے کو تعریف کرنے والے کاغذ کے ذریعہ سنڈروم کے اندر مربع طور پر رکھا گیا ہے، جو اسے آرتھرائٹ اور مشترکہ درد کے ساتھ سوزش والے بازو کے تحت درجہ بندی کرتا ہے اور مشورہ دیتا ہے کہ آدھی عمر کی عورت جو چمکنے والی کیسولائٹس کے ساتھ پیش کرتی ہے اسے الگ تھلگ طور پر کندھے کے علاج کے بجائے مجموعی طور پر سنڈروم پر غور کرنا چاہئے۔ [1]۔

اس رشتے کی طاقت کے بارے میں براہ راست ہونے کے قابل ہے۔ چمکنے والی کیسولائٹس کے لئے آزادانہ طور پر نقل شدہ خطرے کے عوامل ذیابیطس، تھائیرائیڈ بیماری اور ہائپرلیپیڈیمیا ہیں، اور جینوم وسیع ایسوسی ایشن مطالعہ نے ذیابیطس اور ہائپرٹائیرائیڈزم ایسوسی ایشنز کے حجم میں موازنہ کرنے والے جینیاتی شراکت کو پایا، جس میں Wnt راستہ شامل ہے۔ [6]۔ جی ہاں۔ رجونورٹی ان عوامل میں سے نہیں ہے جو اچھی طرح سے نقل کی جاتی ہیں۔ لہذا تجویز کردہ طریقہ کار، ایسٹروجن کی واپسی جو سوزش کی حالت کی اجازت دیتی ہے، معقول ہے اور جوڑوں کی تکلیف کے اعداد و شمار کے ساتھ ہم آہنگ ہے، لیکن منجمد کندھے کا لنک فی الحال اسی استدلال پر مبنی ہے نہ کہ ذیابیطس ایسوسی ایشن کی طرح ہی وزن کے وبائی امراض پر۔

وسیع پیمانے پر درد کے ساتھ ایک اوورلیپ بھی ہے جو کہ نام لینے کے قابل ہے، کیونکہ یہ دونوں طرف کاٹتا ہے۔ فیبرومیالجی علامات اکثر رجونورٹی کے ارد گرد شروع ہوتے ہیں، اس کے بعد زیادہ شدید ہوتے ہیں، اور انڈے کے ساتھ یا اس کے بغیر ہسٹریکٹومی کے بعد خراب ہو سکتے ہیں۔ [17]۔ جی ہاں۔ دونوں حالتوں کی علامات کی فہرستیں بہت زیادہ اوورلیپ ہوتی ہیں۔ لیکن فائبرومیالجی ان خواتین میں بھی ہوتی ہے جو رجونورٹی میں نہیں ہیں اور مردوں میں بھی، لہذا جنسی ہارمون پر سے طریقہ کار نہیں ہو سکتے ہیں، اور جائزہ کا نتیجہ یہ ہے کہ دونوں کو الگ الگ مسائل کے طور پر تسلیم کیا جانا چاہئے اور ان کا علاج ایک میں کرنے کے بجائے کیا جانا چاہئے [17]۔ جی ہاں۔ عملی طور پر، اس کا مطلب یہ ہے کہ درمیانی عمر کی عورت میں وسیع پیمانے پر درد کو ڈیفالٹ کی طرف سے رجونورٹی سے منسوب نہیں کیا جانا چاہئے، ہمارے دیکھیں فیبرومیالجی صفحہ

کیا ایسٹروجن کو تبدیل کرنے سے مدد ملتی ہے؟

یہ وہ جگہ ہے جہاں بصیرت سب سے زیادہ ناکام ہو جاتی ہے، اور جواب مختلف ہوتا ہے اس بات پر منحصر ہے کہ آپ کیا پیمائش کرتے ہیں۔

تدوین کے لئے، سگنل غلط سمت اشارہ کرتا ہے۔ ایک propensity سکور کے ملاپ قومی cohort میں 127,672 45 سال اور اس سے زیادہ عمر کی خواتین میں، سسٹمک ہارمون کی تبدیلی تھراپی کے ساتھ بڑھا ہوا تدوین کی چوٹ کی شرح اور جراحی کی مرمت کے لئے آگے بڑھنے کا زیادہ امکان [7]۔ جی ہاں۔ کے ایک علیحدہ ممکنہ cohort میں 6,007 خواتین، خاص طور پر طویل مدتی سسٹمک تھراپی صرف ایسٹروجن فارمولیشنز، دائمی کم درد کا زیادہ خطرہ رکھتے ہیں [8]۔

براہ راست سرجری کے لیے گود دی گئی، فائدہ حقیقی لیکن چھوٹا ہے۔ کے درمیان 184 روٹریٹریج کی مرمت کرنے والی پوسٹ مینوپاسل خواتین میں، ایسٹروڈیول پلیمینٹس نے بہتر درد اور کندھے کی قیمت کے اسکور تیار کیے، لیکن اختلافات اس حد تک نہیں پہنچ سکا جس پر مریض ان کو محسوس کرے گا [9]۔ جی ہاں۔ oestradiol مقامی طور پر مرمت سائٹ پر بجائے systemically فراہم کرنے پر کام اب تک جانوروں میں ثبوت کے تصور تک پہنچ گیا ہے [10]۔

مشاہداتی مطالعہ ہیں، اور ہارمون تھراپی لینے والی عورتیں ان خواتین سے منظم طور پر مختلف ہوتی ہیں جو ایسا نہیں کرتی ہیں۔ اس میں سے کوئی بھی ہارمون تھراپی کو روکنے کی وجہ نہیں ہے جو تدوینوں سے متعلق غیر ضروری وجوہات کی بناء پر تجویز کیا جاتا ہے۔ اس کا مطلب یہ ہے کہ ہارمون تھراپی سے آپ کے ٹینڈوں کی حفاظت کی توقع نہیں کی جانی چاہئے، اور اس کے شروع ہونے کے بعد کندھے یا کہنی کا نیا درد اس مفروضے کے بجائے تشخیص کا مستحق ہے کہ اس کا اس سے کوئی تعلق نہیں ہونا چاہئے۔

سرجری کے ارد گرد تصویر تقسیم

پیری آپریشنل ادب واقعی متضاد ہے، اور تضاد معلوماتی ہے: طبی پیچیدگیاں اور امپلانٹ پیچیدگیاں مخالف سمتوں میں منتقل ہوتی ہیں۔ طبی پہلو سے، ایسٹروجن کی تبدیلی حفاظتی نظر آتی ہے۔ کے ایک گروپ میں 2,554,672 کل مشترکہ آرٹھروپلاسٹی سے گزرنے والے مریضوں میں، ایسٹروجن متبادل تھراپی کے ساتھ کم ہوا وینوس تھرومبو ایمبولیزم اور کم اہم طبی پیچیدگیاں [11] - جی ہاں۔ میں 21,220 کل ہب آرٹھروپلاسٹی سے گزرنے والی خواتین میں، سرجری سے پہلے ہارمون تھراپی دس سال میں کم پیری پروسیٹنگ فریکچر کے ساتھ منسلک تھی اور تھرومبو ایمبولزم میں کوئی اضافہ نہیں ہوا تھا۔ [12]۔

امپلانٹ کی طرف سمت الٹ جاتی ہے۔ propensity کے مماثل سیریز میں 3,558 کل کندھے کی آرٹھروپلاسٹی سے گزرنے والے مریضوں میں، اوپر چٹانوں کا آپریشن یہاں سب سے زیادہ متعلقہ تھا، ایسٹروجن کی تبدیلی طویل مدتی کے ساتھ منسلک تھی بڑھنا ریوژن طریقہ کار اور ٹیکسٹل پیچیدگیوں میں [13] - جی ہاں۔ ایک اور سیریز میں پیری آپریشن ایسٹروجن متبادل پر مریضوں میں ریوژن اور پیری پروسیٹنگ مشترکہ انفیکشن کی زیادہ شرح پائی گئی [14]۔

ایک منظم جائزہ کی طرف سے تیار عملی نتیجہ کسی بھی انتہائی سیے تنگ ہے: غیر ایسٹروجن پر مشتمل transdermal تیاریوں نہیں انتخابی مشترکہ arthroplasty سے پہلے روک دیا جائے، جبکہ ایسٹروجن پر مشتمل فارموں کو روکنے کے لئے کیس کسی بھی طرح سے ثابت نہیں رہتا ہے [15] - جی ہاں۔ اگر آپ ہارمون تھراپی پر ہیں اور سرجری کی منصوبہ بندی کی جاتی ہے، تو یہ آپ کے سرجن اور آپ کے نسخہ دینے والے کے ساتھ مل کر فیصلہ کرنا ہے، نہ کہ یکطرفہ طور پر۔

اصل میں مدد کرنے کے لئے کیا جانا جاتا ہے

سب سے زیادہ مفید ثبوت کم سے کم پرکشش ہے۔ انگوٹھے کی بنیاد پر لکھائی کے ساتھ پوسٹ مینوپاسل خواتین کے ایک بے ترتیب آزمائش میں، پروپروسیٹینوئور موسکولر سہولت کو شامل کرنا، ہدایت یافتہ تحریک کے نمونے جو خام طاقت کے بجائے ہم آہنگی کی تربیت کرتے ہیں، ایک طاقت کے پروگرام میں درد، معذوری، نقل و حرکت اور گرفت کے ذریعے اکیلے طاقت کی تربیت کو شکست دی [16]۔

یہ مجموعی طور پر ثبوت کی شکل ہے۔ ٹارگٹڈ، سپروائزڈ ورزش اپنی جگہ حاصل کرتی ہے۔ ہارمونل وضاحتیں اس بات کی وضاحت کرنے میں بہتر ہیں کہ ٹشو کیوں بدل گیا ہے ہمیں بتانے کے بجائے کہ ایک بار جب یہ ہوتا ہے تو ہمیں کیا کرنا چاہئے۔

حوالہ جات

[1] رائٹ وی جے، شوارٹز مین جے ڈی، ایشینوچ آر، وٹسٹین جے رجونرتی کے پٹھوں اور ہڈیوں کے سنڈروم۔ کلائمیٹرک۔
https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2380363.466-72:(5)27;2024

[2] ماتسوموتو ایسم، اوچیدا کے، تازاوا آر، کینموکو ٹی، انوے کے، انوے جی، تاکاسو ایسم عمر بڑھنے اور ایسٹروجن کی کمی کا اثر انٹراسیلولر میٹکس سے متعلق جین ایکسپریشن پر روٹیرینجف ٹینڈز میں: ان وٹرو اور ان ویو چوبا ماڈل - JSES Int. 2025;9(5):1555-61.https://doi.org/10.1016/j.jseint.2025.05.021

[3] Grigorian N، Baumrucker N ایس جے۔ Aromatase روکنے والے کے ساتھ musculoskeletal درد: pathophysiology اور علاج کے طریقوں کا ایک جائزہ۔ SAGE اوپن میڈ 2022;10:20503121221078722.https://doi.org/10.1177/20503121221078722

[4] Beckwée D، Leysen L، Meuwis K، Adriaenssens N [4] چھاتی کے کینسر میں aromatase inhibitor- induced arthralgia کا پھیلاؤ: ایک منظم جائزہ اور میٹا تجزیہ۔ سپورٹ کیئر لیٹرس۔ 2017;25(5):1673-86.https://doi.org/10.1007/s00520-017-3613-z

[5] وانگ ایکس، ژوی، ژو کیو۔ ذیابیطس کے مریضوں اور رجونرتی خواتین میں کندھے کے درد کے ساتھ وابستہ پھیلاؤ اور عوامل ل آرتھروپک سرجری ریزولوشن 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 [6] چپکنے والی کیپسولائٹس کے جینوم وسیع ایسوسی ایشن مطالعہ میں اہم جینیاتی خطرے کے عوامل کا مشورہ دیا گیا ہے۔ لہڈی مشترکہ سرج 2022;104(21):1869-76.https://doi.org/10.1007/s00520-017-3613-z

- [7] Bcharah G, Cancio-Bello A, Iturregui-Pastrana JM, Elsabbagh Z, Le Y, Nguyen C, et al [7] مینوپاسل خواتین میں ٹینڈون چوٹوں اور جراحی کی مرمت کے واقعات کے درمیان ایسوسی ایشن: propensity اسکور سے ملنے والی قومی ہم آہنگی کا مطالعہ۔ آرٹھروپدی لکھیلوں میڈ. 2026;14(5). <https://doi.org/10.1177/23259671261428457>
- [8] Heuch I, Heuch I, Hagen K, Storheim K, Zwart J [8] اسٹڈی۔ بی ایسم سی پٹھوں اور ہڈیوں کی خرابی۔ 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 [9] روٹریٹریج کی مرمت کے نتائج کو بہتر بناتے ہیں؟ JSES Rev Rep Tech. 2026;6(2): 100642۔ [/https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2025.100642](https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2025.100642)
- [10] چلمر زپی این، جوریک ایسم جے، مکی اے ایسم، فالین ٹی ڈیلیو، زیڈا اے سی، ہونگر ایسم، اور دیگر۔ چوہوں کے روٹریٹریج کی مرمت کے ماڈل میں مقامی ایسٹریڈول جمع: تصور کا ثبوت۔ JSES Int. 2025;9(4):1164-71۔ [/https://doi.org/10.1016/j.jseint.2025.03.004](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 [11] تھرومبو ایبمبولی اور طبی پیچیدگیوں کے منسلک خطرے کو کم کرتی ہے۔ ل آرٹروپلاسٹی۔ 2025;40(11):2995-3004۔ [/https://doi.org/10.1016/j.arth.2025.05.027](https://doi.org/10.1016/j.arth.2025.05.027)
- [12] Zhao AY, Ogueji for A, Harris AB, Wang K, Gu A, Melvin JS, et al [12] کل ہپ آرٹروپلاسٹی سے گزر رہی ہے وہ پیری پروسیٹیک فیکچر کی کم شرح کے ساتھ وابستہ ہے۔ ل آرٹروپلاسٹی۔ 2025;40(7):1772-6۔ <https://doi.org/10.1016/j.arth.2024.12.020>
- [13] موسوی ایس زیڈ، ہیرس ای آر، اگر وال ایس، سلماپی، گلین ای آر، فاکس ایچ ایسم، سریکوماران یو۔ کل کندھے کے آرٹروپلاسٹی کے بعد نتائج پر ایسٹروجن متبادل تھراپی کا اثر: ایک رجحان کے مطابق تجزیہ۔ JSES Int. 2025;9(4):1345-51۔ [/https://doi.org/10.1016/j.jseint.2025.04.022](https://doi.org/10.1016/j.jseint.2025.04.022)
- [14] کولنس ایل کے، کول ایسم ڈیلیو، واٹز ٹی ایل، ایلوانیا ایسم، میسی پی اے، شیرین ڈیلیو ایف۔ ہارمون متبادل تھراپی مشترکہ پیچیدگیوں کے لئے خطرے کے عوامل کو مکمل مشترکہ آرٹروپلاسٹی کے بعد ختم نہیں کرتا ہے۔ پیتھوفیزیالوجی۔ 2023;30(2):123-35۔ <https://doi.org/10.3390/pathophysiology30020011>
- [15] ابو عرب ایل، مہتا ایس، رتنا نیک ایچ، پنڈت ایچ۔ وینوس تھرومبو ایبمبولیزم کے خطرے کو کم کرنے کے لئے مشترکہ مشترکہ arthroplasty سرجری سے پہلے ہارمون متبادل تھراپی کی روک تھام: ایک منظم جائزہ۔ ل آرٹروپلاسٹی۔ 2024;39(2):541-8۔ <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 [16] تھرومبو ایبمبولیزم کے ساتھ postmenopausal خواتین میں proprioceptive neuromuscular سہولت تھراپی اور طاقت کی تربیت کی تاثیر: ایک بے ترتیب آزمائش۔ جے ہینڈ تھری۔ 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 [17] کلائمٹیک اور فائبر میالجی: ایک جائزہ۔ 2024;27(5):458-65۔ <https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2376190>