PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

فروزن شولڈر (کندھے کا جم جانا)

فروزن شولڈر میں جوڑ کے گرد ٹشو کی آستین جیسی جھلی میں سوزش ہو جاتی ہے، وہ موٹی ہو جاتی ہے اور سکڑ جاتی ہے، اسی لیے کندھا دکھتا بھی ہے اور اسے حرکت دینا بھی مشکل ہو جاتا ہے۔

4.0 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 کو کیا محسوس ہوتا ہے

فروزن شولڈر (کندھے کا جم جانا) عموماً ایک گہری دکھن سے شروع ہوتا ہے جو راتوں رات ظاہر ہونے کے بجائے ہفتوں میں بڑھتی ہے۔ زیادہ تر لوگوں کے لیے شروع میں درد ہی سب سے بری چیز ہوتا ہے، اور یہ اکثر رات کو سب سے زیادہ ہوتا ہے۔ اس طرف لیٹنا ناممکن ہو جاتا ہے، اور بار بار ٹوٹتی نیند اس پوری بیماری کے سب سے زیادہ تھکا دینے والے حصوں میں سے ایک ہے۔

پھر کندھا جکڑنا شروع ہو جاتا ہے۔ آپ سیٹ بیلٹ کی طرف ہاتھ بڑھاتے ہیں، یا اونچی شیلف تک، یا پیچھے جیب تک، اور بازو بس رک جاتا ہے۔ فروزن شولڈر کو کندھے کے زیادہ تر مسائل سے جو چیز الگ کرتی ہے وہ یہ ہے کہ اکڑاؤ صرف درد سے بچنے کے لیے آپ کا خود کو روکنا نہیں ہوتا — کندھا واقعی حرکت نہیں کرتا، چاہے کوئی دوسرا آپ کا بازو آپ کے لیے اٹھائے۔ ہاتھ کو باہر کی طرف گھمانے کی صلاحیت کھو دینا، جیسے دروازہ کھولتے وقت یا آستین میں بازو ڈالتے وقت، اس کی سب سے نمایاں نشانی ہے۔

زیادہ تر لوگوں کی عمر تقریباً 40 سے 60 سال کے درمیان ہوتی ہے۔ کچھ کو یاد ہوتا ہے کہ اس سے پہلے ہلکی سی چوٹ لگی تھی؛ بہت سوں کے پاس کوئی وجہ نہیں ہوتی۔ اگر آپ کو ذیابیطس (شوگر) یا تھائیرائیڈ کا مسئلہ ہو تو یہ زیادہ عام ہے، اور اگر یہ ایک کندھے میں ہو چکا ہو تو کچھ امکان ہے کہ بعد میں دوسرا کندھا بھی متاثر ہو۔

دراصل کیا ہو رہا ہے

آپ کے کندھے کا جوڑ سخت ٹشو کی ایک آستین جیسی تھیلی کے اندر ہوتا ہے جسے جوڑ کی جھلی (capsule) کہتے ہیں۔ عام طور پر یہ جھلی ڈھیلی اور لچکدار ہوتی ہے، اور اسی وجہ سے کندھا جسم کے کسی بھی دوسرے جوڑ سے زیادہ حرکت کر سکتا ہے۔ فروزن شولڈر میں اس جھلی میں سوزش ہو جاتی ہے اور پھر یہ موٹی ہو کر سکڑ جاتی ہے، یوں یہ آستین چھوٹی ہو جاتی ہے۔ جوڑ کے اندر کی جگہ اپنے عام سائز کے آدھے سے بھی کم رہ سکتی ہے۔

اس کے پرانے نام "ایڈہیسو کیپسولائٹس (adhesive capsulitis)" کے باوجود، جوڑ کے اندر دراصل کوئی چیز آپس میں چپکی نہیں ہوتی۔ گوند جیسے کوئی جوڑ (adhesions) نہیں ہوتے۔ ٹشو سکڑ کر تنگ ہو گیا ہوتا ہے، جو واقعی ایک مختلف مسئلہ ہے، اور اسی لیے کچھ سرجن کہتے ہیں کہ اس بیماری کو سیدھا کندھے کا کونٹریکچر (contracture) — یعنی سکڑاؤ — کہنا چاہیے۔

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

یہ کیوں شروع ہوتا ہے، یہ ابھی تک پوری طرح سمجھا نہیں گیا، اور یہ بات صاف کہنا ہی ایمانداری ہے۔ اچھے شواہد موجود ہیں کہ یہ صرف کندھے کا مقامی مسئلہ نہیں ہے۔ موروثی خطرے پر تحقیقات بتاتی ہیں کہ ٹائپ 1 ذیابیطس صرف فروزن شولڈر کے ساتھ پائی ہی نہیں جاتی بلکہ واقعی اس کا سبب بنتی ہے، اور یہ تعلق وزن یا مکینیکل بوجھ کے ذریعے نہیں بلکہ خون میں شوگر کے ذریعے ہوتا ہے۔ ٹشو میں ہونے والی تبدیلیاں ہاتھ کی ڈیوپٹرین کی بیماری (Dupuytren's) سے حیرت انگیز حد تک ملتی جلتی ہیں، اسی لیے یہ دونوں اکثر ایک ہی شخص میں پائی جاتی ہیں۔

یہ کتنا وقت لیتا ہے، اس بارے میں صاف بات

بہت ممکن ہے آپ پڑھیں کہ فروزن شولڈر خود بخود ختم ہو جاتا ہے اور تقریباً اٹھارہ ماہ سے دو سال میں مکمل طور پر ٹھیک ہو جاتا ہے۔ ہم آپ سے صاف بات کرنا چاہتے ہیں: یہ تسلی شواہد کی حمایت سے زیادہ پُراعتماد ہے۔

یہ خیال کہ یہ بیماری تین مرحلوں — جمنا، جما ہوا، پھر پگھلنا — سے باقاعدگی سے گزرتی ہے، 1975 میں شائع ہونے والی ایک چھوٹی تحقیق سے آیا ہے، جس میں مریضوں کے بازو نو ماہ تک سلنگ (sling)، یعنی گلے سے لٹکی وہ پٹی جو بازو کو سہارا دیتی ہے، میں آرام پر رکھے گئے۔ حیرت کی بات نہیں کہ اس طرح علاج کیے گئے کندھے اکڑ گئے اور حرکت کی اجازت ملنے پر دوبارہ ڈھیلے ہو گئے۔ جب محققین نے واپس جا کر تمام دستیاب تحقیقات کا جائزہ لیا، تو انہیں اس بات کے کوئی اچھے شواہد نہیں ملے کہ بغیر علاج کے کندھے قابلِ بھروسا طور پر ان مرحلوں سے گزر کر بالکل نارمل ہو جاتے ہیں۔ درحقیقت کسی بھی تحقیق نے کبھی یہ نہیں دکھایا کہ لوگ بغیر علاج کے ناپی گئی، واقعی نارمل حرکت کی حد پر واپس آ گئے ہوں۔

شواہد جو دکھاتے ہیں وہ زیادہ مفید ہے، اور وہ یہ ہے: **جو بہتری آپ کو ملنی ہے اس کا زیادہ تر حصہ عموماً شروع میں آتا ہے، اور پھر رفتار سست ہو کر رک جاتی ہے۔** یہ ٹھہراؤ مستقل بھی ہو سکتا ہے۔ آپ کون سی تحقیق پڑھتے ہیں اس کے مطابق، ایک تہائی سے آدھے لوگوں تک کو کئی سال بعد بھی کچھ دکھن یا اکڑاؤ رہتا ہے، اگرچہ ان میں سے زیادہ تر کے لیے یہ معمولی ہوتا ہے اور انہیں اپنے من پسند کام کرنے سے نہیں روکتا۔

اس سب کا یہ مطلب نہیں کہ آپ بہتر نہیں ہوں گے۔ زیادہ تر لوگ بہت بہتر ہو جاتے ہیں۔ اس کا مطلب یہ ضرور ہے کہ "بس انتظار کریں، یہ خود ٹھیک ہو جائے گا" کوئی غیر جانبدار مشورہ نہیں ہے، اور یہ کہ درد کو صرف برداشت کرنے کے بجائے اس کا فعال علاج کرنے کی معقول وجہ موجود ہے۔

ہم اس کے لیے کیا کر سکتے ہیں

ڈاکٹر کیرن ہرپرا، Mater Private Hospital Rockhampton میں، آپ کو کسی نمبر والے مرحلے میں فٹ کرنے کی کوشش کرنے کے بجائے اس بنیاد پر علاج کے راستے سمجھائیں گے کہ آپ کو کون سی چیز زیادہ تنگ کر رہی ہے — درد یا اکڑاؤ۔

جوڑ میں اسٹیرائیڈ (کورٹیسون) کا انجکشن درد والے مرحلے کے لیے سب سے زیادہ شواہد کی تائید والا علاج ہے۔ تحقیق کے بہت بڑے ذخیرے میں یہی وہ ایک علاج ہے جو قابلِ بھروسا طور پر درد اور کام کرنے کی صلاحیت میں ایسا فرق لاتا ہے جو مریض واقعی محسوس کرتے ہیں، اور یہ پہلے چند ہفتوں میں اثر دکھاتا ہے۔ اس کی حقیقی حد یہ ہے کہ اس کا فائدہ تقریباً تین ماہ بعد کم ہو جاتا ہے۔ اس سے آپ کو آرام، نیند اور کندھے پر کام کرنے کی صلاحیت ملتی ہے — یہ سکڑاؤ کا علاج نہیں کرتا۔

ورزشیں اور فزیوتھراپی حقیقت پسندانہ توقعات کے ساتھ کرنے کے لائق ہیں۔ گھر پر ورزش کا ایک سادہ پروگرام ناپا جا سکنے والا فائدہ دیتا ہے۔ جو بات آپ کو حیران کر سکتی ہے وہ یہ ہے کہ آپ کتنا زور لگاتے ہیں اس سے زیادہ فرق نہیں پڑتا: ایک ٹرائل میں حرکت کی آخری حد تک سخت اسٹریچ کا موازنہ نرم، بغیر درد کی حرکت سے کیا گیا اور صرف معمولی فرق ملا، کچھ حرکتوں میں سخت طریقے کے حق میں تھوڑا سا، اور ایک اور تحقیق میں پایا گیا کہ جن لوگوں نے اپنے درد کی حد کے اندر نرمی سے ورزش کی وہ بہتر رہے — اور تسلی کی بات یہ کہ اس کا کوئی ثبوت نہیں کہ زیادہ زور لگانے سے نقصان ہوتا ہے۔ اس لیے اتنی ہی ورزش کریں جتنی آپ برداشت کر سکیں۔ شدید درد کے باوجود زور لگانے سے کچھ بھی جلدی ٹھیک ہونا ثابت نہیں ہوا۔

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

ہائیڈروڈائلیٹیشن (hydrodilatation)، جس میں جوڑ میں سیال کا انجکشن لگا کر جھلی کو اندر سے پھیلایا جاتا ہے، بڑے پیمانے پر استعمال ہوتا ہے اور اس کا خطرہ کم ہے۔ اس پر تحقیق واقعی ملی جلی ہے: ایک جائزے میں درد اور حرکت دونوں پر صرف معمولی اثر ملا، اور دوسروں میں صرف اسٹیرائیڈ انجکشن کے مقابلے میں کچھ حرکتوں میں ابتدائی فائدہ ملا جو قائم نہیں رہا۔ یہ ایک معقول راستہ ہے، لیکن ہم اس کی حد سے زیادہ تعریف نہیں کریں گے۔

بے ہوشی میں کندھے کو حرکت دینا (manipulation under anaesthetic) کا مطلب ہے کہ جب آپ جنرل اینستھیزیا (مکمل بے ہوشی) میں ہوں تو کندھے کو اس کی پوری حد تک حرکت دی جائے تاکہ سخت جھلی کھنچ جائے۔ اہم علاجوں کا موازنہ کرنے والے سب سے بڑے ٹرائل میں، مجموعی طور پر یہ سب سے کم خرچ پر سب سے زیادہ فائدے والا راستہ نکلا۔

دوربین کے ذریعے کیپسولر ریلیز (keyhole capsular release)، جوڑ کی سخت جھلی کو کاٹ کر ڈھیلا کرنا) میں سخت جھلی کو پھٹنے تک کھینچنے کے بجائے، سیدھا دیکھتے ہوئے سرجری سے کاٹا جاتا ہے۔ اس کا بنیادی فائدہ یہ ہے کہ اس کا اثر عموماً سب سے زیادہ دیرپا ہوتا ہے: شائع شدہ سرجیکل تحقیقات میں ریلیز کے بعد اکڑاؤ کا لوٹ آنا کم ہوتا ہے، جبکہ بے ہوشی میں حرکت دینے کے بعد کندھوں کا ایک قابل ذکر حصہ دوبارہ سخت ہو جاتا ہے اور دوسرے طریقہ کار کی ضرورت پڑتی ہے۔ برطانیہ کے بڑے ٹرائل میں، جن لوگوں کی ریلیز ہوئی ان کو تینوں گروپوں میں سب سے کم مزید علاج کی ضرورت پڑی۔ چونکہ یہ ایک آپریشن ہے، اس لیے اس میں دوسرے راستوں کے مقابلے میں تھوڑا زیادہ خطرہ ہے اور یہ مہنگا بھی ہے، اور آپ کو توقع رکھنی چاہیے کہ پہلے چند ہفتوں میں آپ کو اس شخص سے زیادہ درد ہوگا جس کا کندھا بے ہوشی میں حرکت دیا گیا ہو — یہ ابتدائی فرق تقریباً چھ ماہ تک برابر ہو جاتا ہے۔

جاننے کے لائق بات: اس ٹرائل میں ایک سال پر تینوں طریقوں کے نتائج ایک دوسرے سے چند پوائنٹس کے اندر رہے۔ یہ واقعی اچھی خبر ہے، کیونکہ اس کا مطلب ہے کہ فیصلہ اس بنیاد پر کیا جا سکتا ہے کہ آپ کے لیے، آپ کی دوسری بیماریوں اور آپ کے حالات کے لیے کیا مناسب ہے، نہ کہ اس بنیاد پر کہ کوئی ایک راستہ واضح طور پر بہتر ہے۔

ڈاکٹر ہرپرا عموماً یہ علاج کس ترتیب سے کرتے ہیں۔ آپ کو یہ نہیں کہا جائے گا کہ کچھ بھی پیش کیے جانے سے پہلے مقررہ مہینوں تک اسے برداشت کریں۔ عملی طور پر وہ عموماً پہلے اسٹیرائیڈ انجکشن کا مشورہ دیں گے، کیونکہ بہت سے لوگوں کے لیے اس سے اتنا درد کم ہو جاتا ہے کہ کندھے کے سنبھلنے تک وہ اپنی زندگی جاری رکھ سکیں۔ اگر انجکشن سے آپ کو کافی آرام نہ ملے، تو وہ اسی وقت سے کیپسولر ریلیز پیش کرنے کے لیے تیار ہیں — وہ یہ شرط نہیں رکھتے کہ آپ پہلے نو یا بارہ ماہ تک مشکل جھیلیں۔ یہ دیکھتے ہوئے کہ "یہ ہمیشہ خود ٹھیک ہو جاتا ہے" والی تسلی کتنی کمزور نکلتی ہے، یہ جاننے کے لیے کہ آپ کا کندھا کس طرف جائے گا، ایک سال درد میں گزارنے کا کوئی خاص فائدہ نہیں۔

کیا توقع رکھیں

اگر آپ انجکشن لگواتے ہیں تو توقع رکھیں کہ پہلے ایک یا دو ہفتوں میں درد کم ہو جائے گا۔ اس وقت کو کندھے کو حرکت میں رکھنے کے لیے استعمال کریں۔

اگر آپ کا کندھا بے ہوشی میں حرکت دیا جائے یا کیپسولر ریلیز ہو، تو جو حرکت کی حد آپ کو واپس ملنی ہے اس کا زیادہ تر حصہ جلدی واپس آ جاتا ہے — عموماً پہلے چار سے چھ ہفتوں میں — اور تقریباً تین ماہ کے بعد عموماً کچھ زیادہ تبدیلی نہیں آتی۔ جلدی حرکت شروع کرنا اہم ہے، اور فزیوتھراپی عام طور پر طریقہ کار کے ایک یا دو دن کے اندر شروع ہو جاتی ہے۔ زیادہ تر لوگ ایک سے تین ہفتوں میں دفتری کام پر واپس آ جاتے ہیں۔

اگر آپ کو ذیابیطس ہے، تو اوسط سے کچھ سست اور تھوڑی کم مکمل صحت یابی کی توقع رکھنا مناسب ہے، اور یہ جاننا مفید ہے کہ اسٹیرائیڈ انجکشن چند دنوں کے لیے آپ کی شوگر کو بگاڑ سکتا ہے۔ اگر آپ کی شوگر قابو میں رکھنا مشکل ہو تو ہمیں بتائیں، کیونکہ اس سے ہمارا مشورہ بدل جاتا ہے۔

آپ جو بھی راستہ اختیار کریں، صحت یابی ہفتوں میں نہیں بلکہ مہینوں میں ناپی جاتی ہے۔ سب سے مفید کام جو آپ کر سکتے ہیں وہ یہ ہے کہ آرام دہ حد کے اندر بازو کا استعمال جاری رکھیں اور اپنی نیند کی حفاظت کریں۔

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

ڈاکٹر کو کب دکھائیں

اپنے فیملی ڈاکٹر (GP) کو دکھائیں اگر کندھے کا درد آپ کو رات کو جگا رہا ہے یا چند ہفتوں کے آرام سے ٹھیک نہیں ہوا، اور اگر کندھا صرف دکھنے کے بجائے واقعی حرکت کرنے میں مشکل ہوتا جا رہا ہے تو خاص طور پر فروزن شولڈر کے بارے میں پوچھیں۔

جلد کسی ماہر ڈاکٹر سے معائنہ کروانے کا کہیں اگر آپ اپنا ہاتھ باہر کی طرف نہیں گھما سکتے، اگر آپ کو ذیابیطس ہے، اگر کندھا آپ کے کام یا گاڑی چلانے پر اثر ڈال رہا ہے، یا اگر درد اتنا شدید ہے کہ آپ سو نہیں پاتے۔ درد کا معائنہ کروانے سے پہلے لمبا انتظار کرنے کا کوئی فائدہ نہیں۔

جلد طبی مدد حاصل کریں اگر کندھا گرم، سرخ اور سوجا ہوا ہو جائے، اگر اس کے ساتھ آپ کی طبیعت خراب ہو یا بخار محسوس ہو، اگر بازو میں نمایاں کمزوری یا سُن پن ہو، یا اگر درد کسی گرنے یا چوٹ کے ساتھ شروع ہوا ہو۔ یہ علامات فروزن شولڈر کے بجائے کسی ایسی چیز کی طرف اشارہ کرتی ہیں جسے زیادہ جلدی دیکھنے کی ضرورت ہے۔

مزید تفصیل

یہ حصہ اس سے ایک قدم آگے جاتا ہے جتنی آپ کو اپنے علاج کے فیصلوں کے لیے ضرورت ہے۔ یہ یہاں اس لیے ہے کہ فروزن شولڈر ان بیماریوں میں سے ہے جن میں مریضوں کو جو بتایا جاتا ہے اور تحقیق جو دراصل دکھاتی ہے، ان کے درمیان فاصلہ پیدا ہو گیا ہے، اور کچھ لوگ بات کو بھروسے پر ماننے کے بجائے اس کی دلیل دیکھنا پسند کرتے ہیں۔

جوڑ میں دراصل کیا خرابی ہو رہی ہے

جوڑ کی جھلی جوڑ کے گرد کولاجن (collagen، جسم کا ایک مضبوط ریشہ دار پروٹین) کی ایک آستین ہے۔ فروزن شولڈر میں اس میں سوزش ہوتی ہے اور پھر یہ **سخت ریشہ دار (fibrotic)** ہو جاتی ہے: **فائبروبلاسٹ (fibroblasts)** نامی خلیے بڑھتے ہیں اور گھنا نیا کولاجن بناتے ہیں، اور ان میں سے کچھ **مایوفائبروبلاسٹ (myofibroblasts)** میں بدل جاتے ہیں، جو خود سکڑ سکتے ہیں۔ عام زخم کے نشان سے یہی بنیادی فرق ہے: ٹشو صرف موٹا نہیں ہوتا، بلکہ کھنچ کر تنگ ہو جاتا ہے۔ جوڑ کا حجم عام 10 سے 15 ملی لیٹر (mL) سے گھٹ کر صرف 3 سے 4 ملی لیٹر رہ سکتا ہے۔

خلیوں کا یہی رویہ ہاتھ کی **ڈیوپٹرین کی بیماری (Dupuytren's)** میں بھی ہوتا ہے، اسی لیے یہ دونوں بیماریاں ایک ہی لوگوں میں پائی جاتی ہیں، اور اسی لیے کندھے کے ایک سرجن نے کہا ہے کہ اس بیماری کا نام "کیپسولائٹس (capsulitis)" کے بجائے سیدھا کندھے کا کونٹریکچر (contracture، سکڑاؤ) رکھ دینا چاہیے [1]۔ پرانے نام "ایڈہیسو کیپسولائٹس" کے باوجود، جوڑ کے اندر دیکھنے والے سرجنوں کو کوئی چپکاؤ (adhesions) بالکل نہیں ملتا۔

"تین مرحلوں" کی کہانی جتنی مضبوط لگتی ہے اتنی نہیں

آپ ہر جگہ پڑھیں گے کہ فروزن شولڈر جمنے، جمے ہوئے اور پگھلنے کے مرحلوں سے گزرتا ہے۔ یہ ماڈل 1975 میں پیش کیا گیا تھا۔ جب محققین نے واپس جا کر اس کی جڑ تلاش کی، تو انہوں نے پایا کہ مصنف نے دو مختلف پرانے مقالوں کے **حوالے آپس میں گڈمڈ کر دیے تھے**، اور اس سے بھی اہم یہ کہ اس کے مریضوں کے بازو **نو ماہ** تک سلنگ میں آرام پر رکھے گئے تھے۔ جو کندھا اتنے لمبے عرصے تک بے حرکت رکھا جائے وہ اکڑ جاتا ہے، اور حرکت کی اجازت ملنے پر ڈھیلا ہو جاتا ہے۔ ہو سکتا ہے یہ "مرحلے" جزوی طور پر بیماری کے بجائے علاج کو بیان کرتے ہوں۔

ایک منظم جائزہ (systematic review) جو اس ماڈل کو پرکھنے کے لیے کیا گیا تھا، اسے اس کے حق میں کوئی ثبوت نہیں ملا، بلکہ اس کی پیش گوئی کے الٹ ملا: زیادہ تر بہتری آخر میں پگھلنے کی صورت میں آنے کے بجائے **شروع میں آتی ہے اور پھر سست ہو جاتی ہے** [2]۔ نہ ہی ڈاکٹر قابلِ بھروسا طور پر اس پر متفق ہو سکتے ہیں کہ کوئی کندھا کس مرحلے میں ہے، اور جن لوگوں نے اس کی معیاری تعریف لکھی تھی انہوں نے خود تحریری طور پر مانا کہ اس کی تصدیق کے لیے اعداد و شمار "دستیاب نہیں ہیں"۔

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

صحت یابی کا عدد، اور اس کے دو بالکل مختلف جواب کیوں ہیں

اکثر دہرایا جانے والا عدد یہ ہے کہ **94 فیصد** لوگ بغیر علاج کے ٹھیک ہو جاتے ہیں۔ یہ ایک حقیقی تحقیق سے آیا ہے، لیکن اس میں صرف وہ مریض گنے گئے جن کا علاج نہیں ہوا اور جو پیروی کے لیے واپس آئے۔ اصل گروپ کے زیادہ تر لوگوں نے یا تو علاج کروایا یا تحقیق سے نکل گئے۔ سب کو گنا جائے تو انہی اعداد و شمار سے تقریباً **26 فیصد** بنتا ہے [2]۔ "ٹھیک ہونے" کا مطلب بھی یہ تھا کہ حرکت دوسرے کندھے سے 10 ڈگری کے اندر ہو، اور ان میں سے کچھ مریضوں کا دوسرا کندھا بھی جم چکا تھا۔

سب سے بڑی طویل مدتی پیروی میں پایا گیا کہ اوسطاً چار سال بعد بھی **41 فیصد** کو علامات تھیں، اور، جاننے کے لائق حصہ یہ کہ، بہتری غیر معینہ مدت تک جاری رہنے کے بجائے تقریباً تین سال بعد زیادہ تر **رک جاتی ہے** [4]۔

یہ پورے جسم سے جڑی بیماری ہے، صرف کندھے کی نہیں

ایک بڑی جینیاتی تحقیق میں ڈی این اے (DNA) کے پانچ حصے فروزن شولڈر سے جڑے ہوئے پائے گئے، اور ایک ایسی تکنیک سے جو سبب کو اتفاق سے الگ کر سکتی ہے، یہ دکھایا گیا کہ **ٹائپ 1 ذیابیطس واقعی اس کا سبب بنتی ہے**، محض اس کے ساتھ نہیں پائی جاتی۔ زیادہ وزن سبب نہیں تھا، اور جب ذیابیطس کو مدِنظر رکھا گیا تو وزن کا تعلق ختم ہو گیا۔ یہ اشارہ کرتا ہے کہ اصل محرک مکینیکل بوجھ نہیں بلکہ خون میں شوگر ہے [5]۔

فزیوتھراپی کے شواہد دراصل کیا کہتے ہیں

اگر آپ فزیوتھراپی کروا رہے ہیں یا خود دے رہے ہیں، تو یہ سب سے زیادہ جاننے کے لائق حصہ ہے۔ کوکرین (Cochrane) کے ایک جائزے نے **32 ٹرائلز** اور **1,836 لوگوں** کو یکجا کیا [6]۔ تین نتائج نمایاں ہیں۔

اسٹیرائیڈ انجکشن کے مقابلے میں ہاتھ سے کی جانے والی فزیوتھراپی شروع میں کمزور رہتی ہے۔ آمنے سامنے کے ٹرائل میں، چھ ہفتوں کی غیر فعال حرکت (passive mobilisation، جس میں تھراپسٹ جوڑ کو حرکت دیتا ہے) اور نگرانی میں ورزش سے سات ہفتوں پر ایک انجکشن کے مقابلے میں درد میں **26 پوائنٹس کم** بہتری اور کام کرنے کی صلاحیت میں **25 پوائنٹس کم** بہتری ہوئی۔ اس لحاظ سے دیکھا جائے کہ لوگوں نے خود کو بہت بہتر یا ٹھیک محسوس کیا یا نہیں، تو یہ **فزیوتھراپی میں 46 فیصد بمقابلہ انجکشن میں 77 فیصد** تھا، یعنی فزیوتھراپی کے بجائے ہر چار لوگوں کو انجکشن دینے پر تقریباً ایک اضافی شخص کو فائدہ ہوا۔ چھ سے بارہ ماہ تک یہ فرق ختم ہو گیا تھا اور اب اس کی کوئی اہمیت نہیں رہی تھی۔

آپ کتنا زور لگاتے ہیں، کتنی بار، اور کون سی تکنیک استعمال ہوتی ہے، اس سے بظاہر کچھ زیادہ فرق نہیں پڑتا۔ 100 مریضوں کے ایک ٹرائل میں حرکت کی **آخری حد تک** سخت حرکت کا موازنہ نرم **بغیر درد** حرکت سے کیا گیا: دونوں گروپ بہتر ہوئے، اور سخت تکنیک کچھ حرکتوں میں شماریاتی طور پر بہتر رہی (تین اور بارہ ماہ پر بازو کو پہلو سے باہر اٹھانا، اور بارہ ماہ پر اسے باہر کی طرف گھمانا)، لیکن مصنفین نے فرق کو معمولی قرار دیا [18]۔ 77 لوگوں کی ایک غیر رینڈمائزڈ (non-randomised) تحقیق میں اس کا الٹ ملا: دو سال پر، جن لوگوں نے اپنے درد کی حد کے اندر نرمی سے ورزش کی ان میں سے 89 فیصد کا کندھے کا اسکور نارمل یا تقریباً نارمل تھا، جبکہ سخت اسٹریچ کرنے والوں میں یہ 63 فیصد تھا [19]۔ 120 مریضوں کے ایک ٹرائل میں، جس میں آخری حد تک حرکت کی تعداد بدلی گئی (ہفتے میں دو بار سے زیادہ، ہفتے میں ایک بار، ہفتے میں ایک بار سے کم)، بازو کو پہلو سے باہر اٹھانے (abduction) میں آٹھ ڈگری سے کم کا فرق ملا، اور یہ سب شماریاتی طور پر صفر سے الگ نہیں تھے۔ تکنیکوں کے آمنے سامنے موازنے — جوڑ کو آگے/پیچھے کی طرف سرکانا (anterior/posterior glide)، PNF بمقابلہ روایتی ورزش، ڈمبل بمقابلہ خالی ہاتھ — تقریباً سب ہی شماریاتی طور پر غیر نمایاں تھے۔ تسلی کی بات یہ کہ اس کی بھی **کوئی نشانی نہیں ملی کہ آخری حد تک کام کرنے سے نقصان ہوتا ہے۔**

سب سے بڑی بنیادی کمی: کسی ٹرائل نے کبھی ہاتھ سے تھراپی اور ورزش کا موازنہ بالکل کوئی علاج نہ کرنے سے نہیں کیا۔ اس لیے اگرچہ ہم کہہ سکتے ہیں کہ فزیوتھراپی انجکشن سے واضح طور پر بہتر نہیں، اور یہ کہ اسے دینے کی تفصیلات سے بظاہر زیادہ فرق نہیں پڑتا، کسی نے دراصل یہ نہیں دکھایا کہ بہتری کا کتنا حصہ ویسے بھی ہو جاتا۔

دو مفید احتیاطیں۔ جائزے میں واقعی اعلیٰ معیار کے واحد ٹرائل نے جوڑ میں سیال بھر کر اسے پھیلانے (joint distension) کے بعد فزیوتھراپی کو دیکھا، اور پایا کہ اس سے درد، کام کرنے کی صلاحیت یا زندگی کے معیار میں کوئی فرق نہیں پڑا، لیکن اس سے یہ ضرور بڑھا کہ کتنے لوگوں نے خود کو ٹھیک قرار دیا، اور چھ ہفتوں پر بازو کو پہلو سے باہر اٹھانے میں تقریباً **13 ڈگری** کا اضافہ ہوا، جو چھ ماہ تک ختم ہو چکا تھا۔

اور برطانیہ کے بڑے ٹرائل میں، فزیوتھراپی والے گروپ کو اکڑی ہوئی حد تک ہاتھ سے اسٹریچ کرنے والا بتایا گیا تھا، مگر اس کے اپنے ریکارڈ دکھاتے ہیں کہ ہاتھ سے حرکت دینا صرف **11 سے 27 فیصد** مریضوں میں استعمال ہوا اور نگرانی میں اسٹریچ صرف ایک مریض میں۔ جو دراصل دیا گیا، اور جس نے ایک سال پر سرجری جتنا اچھا نتیجہ دیا، وہ معلومات، ایک انجکشن، نگرانی میں نرم حرکت اور گھر پر ورزش کا پروگرام تھا۔

بہتر محسوس ہونے میں کتنا وقت لگتا ہے، اور کیا ریلیز کی قسم سے فرق پڑتا ہے

وقت۔ ریلیز کے بعد، درمیانے (median) مریض کو تقریباً **ایک ماہ** میں "یہ واقعی بہتری ہے" والی حد اور تقریباً **چار ماہ** میں "میرا کندھا میرے لیے قابل قبول ہے" والی حد تک پہنچنے میں لگتے ہیں [14]۔ کام سے چھٹی کا درمیانی عرصہ آٹھ **ہفتے** ہے، اگرچہ اس میں بہت فرق ہوتا ہے: ایک چوتھائی لوگ چار ہفتوں تک اور تین چوتھائی تیرہ ہفتوں تک کام پر واپس آ جاتے ہیں [15]۔

بے ہوشی میں حرکت دینے سے حرکت جلدی واپس آتی ہے۔ یہی اوپر بیان کیے گئے دیرپا فائدے کے مقابلے میں اصل سودا ہے: بے ہوشی میں حرکت دینا حرکت کی حد جلدی بحال کرتا ہے، اور ریلیز تقریباً چھ ماہ تک دراصل اس کے برابر نہیں آتی، جس کے بعد یکجا کیے گئے ہر پیمانے پر دونوں میں کوئی فرق نہیں رہتا۔ ایک چھوٹے موازنے میں تو صرف بے ہوشی میں حرکت دینے والے گروپ میں آخر میں بازو کو باہر کی طرف گھمانا (external rotation) سب سے بہتر تھا [16]۔

جھلی کو کتنا کاٹا جائے، یہ ایک حقیقی سوال ہے، اور جواب ہے "آپ کے خیال سے کم"۔ ایک جائزے نے **18 تحقیقات، 629 مریضوں اور 811 کندھوں** کو یکجا کر کے تین تکنیکوں کا موازنہ کیا: صرف جھلی کے اگلے اور نچلے حصے کو کاٹنا، اس کے ساتھ پچھلا حصہ بھی کاٹنا، یا پورا گھیرا کاٹ دینا۔ اس کا نتیجہ یہ تھا کہ **کم وسیع ریلیز سے کام کرنے کی صلاحیت اور درد کے اسکور بہتر رہے**، کہ پچھلا حصہ کاٹنے سے بازو کو اندر کی طرف گھمانے (internal rotation) میں ابتدائی فائدہ ملتا ہے جو قائم نہیں رہتا (اگرچہ بازو کو آگے سے اوپر اٹھانے (flexion) میں دیرپا فائدہ ضرور دیتا ہے)، اور یہ کہ مکمل **360 ڈگری ریلیز "شاید کوئی مزید فائدہ نہ دے"**۔ تینوں میں پیچیدگیوں کی شرح میں فرق نہیں تھا [17]۔ پچھلے حصے تک ریلیز بڑھانے کے دو رینڈمائزڈ ٹرائلز میں بھی یہی انداز ملا: ابتدائی صحت یابی جلدی، چھ ماہ تک کوئی فرق نہیں۔ اس لیے بڑا آپریشن خود بخود بہتر آپریشن نہیں ہوتا۔

دونوں کو ایک ساتھ کرنا حل نہیں۔ واحد تین طرفہ موازنے میں، ریلیز کے ساتھ بے ہوشی میں حرکت دینے سے بازو کو باہر کی طرف گھمانے کی صلاحیت کھونے کی شرح سب سے زیادہ رہی: **18 فیصد، بمقابلہ صرف بے ہوشی میں حرکت دینے میں 7 فیصد اور صرف ریلیز میں 2 فیصد** [16]۔

سب سے بڑے علاج کے ٹرائل میں دراصل کیا ملا

برطانیہ کے ایک ٹرائل میں 500 سے کچھ زیادہ لوگوں کو قرعہ اندازی سے تین گروپوں میں بانٹا گیا: انجکشن کے ساتھ منظم فزیوتھراپی، بے ہوشی میں کندھے کو حرکت دینا، یا دوربین کے ذریعے آپریشن (keyhole)۔ ایک سال پر تینوں کے نتائج **ایک دوسرے سے چند پوائنٹس کے اندر** رہے، جو اس فرق سے کم ہے جو مریض محسوس کر سکے [7]۔ یہ واقعی مفید خبر ہے: اس کا مطلب ہے کہ انتخاب اس بنیاد پر کیا جا سکتا ہے کہ آپ کے لیے اور آپ کے حالات کے لیے کیا مناسب ہے، نہ کہ اس بنیاد پر کہ کوئی ایک راستہ صاف طور پر بہتر ہے۔

جہاں تینوں میں فرق ہے وہ یہ ہے کہ **لوگوں کو بعد میں کتنی بار کسی اور علاج کی ضرورت پڑتی ہے۔** اس ٹرائل میں مزید علاج کی ضرورت **ریلیز کے بعد 4 فیصد، بے ہوشی میں حرکت دینے کے بعد 7 فیصد اور فزیوتھراپی کے بعد 15 فیصد** کو پڑی [7]۔ فائدے کی فی اکائی لاگت کے لحاظ سے بے ہوشی میں حرکت دینا سب سے بہتر رہا؛ ریلیز سب سے مہنگی رہی اور ٹرائل کی زیادہ تر سنگین پیچیدگیاں اسی میں ہوئیں، اگرچہ مجموعی تعداد کے لحاظ سے وہ کم ہی تھیں۔

بے ہوشی میں حرکت دینا یا ریلیز — مسئلہ لوٹ آنے کا سوال

یہیں پر دونوں آپریشن واقعی الگ ہوتے ہیں، اور یہی وجہ ہے کہ سرجن آپ کو ریلیز کی طرف لے جا سکتا ہے حالانکہ نمایاں نتائج کے اسکور ایک جیسے لگتے ہیں۔

بے ہوشی میں حرکت دینا جھلی کو اتنا کھینچتا ہے کہ وہ پھٹ جائے، اور یہ پھٹاؤ ہمیشہ اس جگہ نہیں ہوتا جہاں آپ چاہیں۔ سب سے بڑے تحقیقی سلسلے میں — **792 کندھے جن کی 17 سال تک پیروی کی گئی — 17.8 فیصد** میں دوسری بار بے ہوشی میں حرکت دینے کی ضرورت

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

پڑی، اور ٹائپ 1 ذیابیطس والے لوگوں میں یہ بڑھ کر **37.9 فیصد** ہو گئی [9]۔ سب سے لمبی پیروی میں، اوسطاً 13 سال پر، پایا گیا کہ **19.2 فیصد** کو دوبارہ بے ہوشی میں حرکت دینے کی ضرورت پڑی اور **31.3 فیصد** نے کسی نہ کسی وقت مسئلہ لوٹ آنے کا بتایا [10]۔ دو باتیں اسے ہلکا کرتی ہیں: تقریباً تمام بار مسئلہ **پہلے سال** میں لوٹتا ہے (پانچ سال بعد یہ شرح 2 فیصد سے کم ہے)، اور دوبارہ بے ہوشی میں حرکت دینا تقریباً پہلی بار جتنا ہی کام کرتا ہے [9][10]۔

ریلیز میں جھلی کو دیکھتے ہوئے، جان بوجھ کر کاٹا جاتا ہے۔ دوبارہ آپریشن (revision) کی ضرورت نمایاں طور پر کم ہوتی ہے: اوسطاً پانچ سال تک پیروی کیے گئے ایک تحقیقی سلسلے میں **32 مریضوں میں کوئی دوبارہ آپریشن نہیں ہوا**، اور مسئلہ صرف ایک ایسے شخص میں لوٹا جس نے اپنی بحالی مکمل نہیں کی تھی [11]۔ آٹھ تحقیقات اور 768 مریضوں کو یکجا کرنے والے میٹا اینالیسس (meta-analysis) میں دونوں آپریشن درد، کام کرنے کی صلاحیت اور حرکت کے لحاظ سے برابر پائے گئے (ریلیز کے حق میں درد کا ایک چھوٹا طویل مدتی فائدہ طبی لحاظ سے اہم حد تک نہیں پہنچا)، جبکہ ریلیز کے بعد شدید پیچیدگیوں کی شرح زیادہ تھی۔ اس نے یہ بھی بتایا کہ بے ہوشی میں حرکت دینے والے گروپ میں مزید اسٹیرائیڈ انجکشنوں کی شرح زیادہ تھی، اگرچہ شماریاتی طور پر نمایاں (statistically significant) نہیں، اور کہا کہ لمبی پیروی میں "**MUA (بے ہوشی میں حرکت دینے) والے گروپ میں مسئلہ زیادہ بار لوٹ سکتا ہے**" [8]۔

دو صاف احتیاطیں۔ پہلی، بے ہوشی میں حرکت دینے کے بعد مسئلہ لوٹنے کی بڑی تحقیقات زیادہ تر **ایک ہی سرجن کی پریکٹس** سے آتی ہیں، اس لیے یہ ایک دوسرے کی آزادانہ تصدیق نہیں ہیں۔ دوسری، ریلیز بھی مکمل بحالی نہیں ہے: ایک تحقیقی سلسلے میں دو سے چھ سال بعد بھی کندھے کا اوسط اسکور تقریباً **100 میں سے 77** تھا [12]، اور ایک گروپ میں جس میں ذیابیطس والے مریض شامل نہیں تھے، اگرچہ تقریباً ہر ایک میں قابلِ ذکر بہتری آئی، پھر بھی چھ **ماہ پر 11 سے 22 فیصد اپنے کندھے کو قابلِ قبول نہیں سمجھتے تھے** [13]۔

تو صاف خلاصہ یہ ہے: کندھے کو حرکت میں لانے اور آرام دہ بنانے کے لیے دونوں تقریباً برابر ہیں، اور بے ہوشی میں حرکت دینا وہاں تک پہنچنے کا سستا راستہ ہے۔ لیکن اسی حالت میں قائم رہنے کے لیے شواہد ریلیز کے حق میں ہیں۔ یہ فرق سب سے زیادہ اہم ہے اگر آپ کو ذیابیطس ہے، اگر کندھا بہت اکڑا ہوا ہے، یا اگر آپ کا پہلے بے ہوشی میں حرکت دینے کا علاج ہو چکا ہے جس کا اثر قائم نہیں رہا۔

حوالہ جات

[1] Bunker T. Time for a new name for frozen shoulder, contracture of the shoulder. Shoulder Elbow. 2009;1(1):4-9.

[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):7-40. 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

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

C, Davies T, Dacombe P, Woods D. Long-term outcomes following manipulation under anaesthetic for patients with
/https://doi.org .primary and secondary frozen shoulder. Shoulder Elbow. 2023;15(2):173-80
Ranalletta M, Rossi LA, Zaidenberg EE, Bertona A, Tanoira I, Maignon GD, et [11] 10.1177/17585732211070007
al. Midterm outcomes after arthroscopic anteroinferior capsular release for the treatment of idiopathic adhesive
,Mardani-Kivi M [12] https://doi.org/10.1016/j.arthro.2016.08.024 .capsulitis. Arthroscopy. 2017;33(3):503-8
Hashemi-Motlagh K, Darabipour Z. Arthroscopic release in adhesive capsulitis of the shoulder: a retrospective study with
[13] https://doi.org/10.5397/cise.2021.00311 .to 6 years of follow-up. Clin Shoulder Elb. 2021;24(3):172-7 2
Pasqualini I, Tanoira I, Hurley ET, Ranalletta M, Rossi LA. Arthroscopic capsular release achieves clinically significant
/https://doi.org/10.1016 .outcomes in patients with adhesive capsulitis. Arthroscopy. 2024;40(4):1081-8
Pasqualini I, Rossi LA, Oyem PC, Tanoira I, Ranalletta M. Time required to achieve clinically [14] j.arthro.2023.08.083
.significant outcomes after arthroscopic capsular release. Orthop J Sports Med. 2024;12(11):23259671241275653
Sedlinsch A, Berndt T, Rühmann O, Lerch S. Convalescence [15] https://doi.org/10.1177/23259671241275653
/https://doi.org/10.1016 .after arthroscopic capsular release in frozen shoulder. J Orthop. 2020;20:374-9
Schoch B, Huttman D, Syed UA, et al. Surgical treatment of adhesive capsulitis: a comparison [16] j.jor.2020.06.013
[17] https://doi.org/10.7759/cureus.9032 .of manipulation, capsular release and both. Cureus. 2020;12(7):e9032
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
Vermeulen HM, Rozing PM, Obermann WR, le Cessie S, Vliet [18] https://doi.org/10.1016/j.otsr.2020.102766
Vlieland TPM. Comparison of high-grade and low-grade mobilization techniques in the management of adhesive
//:https .capsulitis of the shoulder: randomized controlled trial. Phys Ther. 2006;86(3):355-68
Diercks RL, Stevens M. Gentle thawing of the frozen shoulder: a [19] /pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16506872
prospective study of supervised neglect versus intensive physical therapy in seventy-seven patients with frozen shoulder
/https://doi.org/10.1016 .syndrome followed up for two years. J Shoulder Elbow Surg. 2004;13:499-502
j.jse.2004.03.002

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au