

ਫਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ

ਫਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦੀ ਚਾਦਰ ਸੋਜ਼ਿਸ਼, ਮੋਟੀ ਅਤੇ ਸਖ਼ਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਵਿੱਚ ਦੁੱਖ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹਿਲਾਉਣਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① 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 ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ

ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ (ਬਰਫ਼ ਵਰਗਾ ਸਖ਼ਤ ਹੋਇਆ ਕੰਡਾ) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਡੂੰਘੇ ਅਤੇ ਭਾਰੀ ਦੁਖਾਵੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਰਾਤੋ-ਰਾਤ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਅਕਸਰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਉਸ ਪਾਸੇ ਲੇਟਣਾ ਅਸੰਭਵ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਟੁੱਟੀ ਹੋਈ neend (broken sleep) ਪੂਰੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਥਕਾਉਣ ਵਾਲੇ ਪਹਿਲੂਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ।

ਫਿਰ ਕੰਡਾ ਸਖ਼ਤ ਹੋਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਸੀਟਬੈਲਟ ਲੱਗਾਉਣ, ਉੱਚੀ ਅਲਮਾਰੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ, ਜਾਂ ਜੇਬ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਪਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਬਾਹਰ ਸਿਰਫ਼ ਰੁਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਨੂੰ ਬਾਕੀ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੰਡੇ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਸਖ਼ਤੀ (stiffness) ਸਿਰਫ਼ ਦਰਦ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਨਹੀਂ ਹੈ — ਕੰਡਾ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਹਿੱਲਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਹ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕ ਦੇਵੇ। ਹੱਥ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਗੁਆਉਣਾ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਦਰਵਾਜ਼ਾ ਖੋਲ੍ਹਣਾ ਜਾਂ ਬਾਹ ਨੂੰ ਆਸ਼ਨਾ (sleeve) ਵਿੱਚ ਪਾਉਣਾ, ਸਭ ਤੋਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਲੱਛਣ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਉਮਰ ਲਗਭਗ 40 ਤੋਂ 60 ਸਾਲ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪਿਛਲੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਹੋਈ ਕੋਈ ਹਲਕੀ ਟੱਕਰ ਯਾਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਬਹੁਤ ਸਾਰਿਆਂ ਨੂੰ ਕੋਈ ਵੀ ਕਾਰਨ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਡਾਈਬੀਟੀਜ਼ (ਮਿਠਾਸ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ) ਜਾਂ ਥਾਈਰਾਈਡ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਇੱਕ ਕੰਡੇ ਵਿੱਚ ਇਹ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਦੂਜੇ ਕੰਡੇ ਵਿੱਚ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਦਾ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ ਖ਼ਤਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਕੰਬਲ ਜੋੜ ਇੱਕ ਮਜ਼ਬੂਤ ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਢਾਂਚੇ, ਜਿਸਨੂੰ ਕੈਪਸੂਲ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਥਿਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਢਾਂਚਾ ਢਿੱਲਾ ਅਤੇ ਲਚਕਦਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕੰਬਲ ਨੂੰ ਸਰੀਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਜੋੜ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਚਲਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ (ਬਰਫ਼ ਵਰਗਾ ਸਖ਼ਤ ਕੰਬਲ) ਵਿੱਚ ਕੈਪਸੂਲ ਸੋਜ਼ਿਸ਼ (ਸੋਜ) ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਫਿਰ ਮੋਟਾ ਅਤੇ ਸੁੰਗੜਨ ਲੱਗ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਇਹ ਢਾਂਚਾ ਸੁੰਗੜ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰਲੀ ਥਾਂ ਆਪਣੇ ਆਮ ਆਕਾਰ ਦੀ ਅੱਧੀ ਤੋਂ ਵੀ ਘੱਟ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਪੁਰਾਣੇ ਨਾਮ “ਐਡਹੀਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ” (Adhesive Capsulitis) ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੁਝ ਵੀ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਚਿਪਕਿਆ ਹੁੰਦਾ। ਕੋਈ ਗੁੰਦ ਵਰਗੇ ਚਿਪਕਣ ਵਾਲੇ ਬੰਧਨ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਟਿਸੂ ਸਖ਼ਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਕੁਝ ਸਰਜਨਾਂ ਦਾ ਮੰਨਣਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਸੁੰਗੜਨ (contracture) — ਭਾਵ ਕੰਬਲ ਦੀ ਸਖ਼ਤੀ — ਕਿਹਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਇਸਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਿਉਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਅਜੇ ਤੱਕ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨਾ ਸੱਚਾਈ ਹੈ। ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਮਜ਼ਬੂਤ ਸਬੂਤ ਮੌਜੂਦ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਕੰਬਲ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸਥਾਨਕ ਸਮੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਵਿਰਾਸਤੀ ਜੋਖਮ ‘ਤੇ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਧਿਐਨ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਟਾਈਪ 1 ਡਾਈਬੀਟੀਜ਼ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦਾ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਸੰਬੰਧ ਭਾਰ ਜਾਂ ਮਕੈਨੀਕਲ ਦਬਾਅ ਨਾਲ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਖੂਨ ਦੇ ਚੀਨੀ (ਸ਼ੂਗਰ) ਦੇ ਪੱਧਰ ਨਾਲ ਹੈ। ਟਿਸੂ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਬਦਲਾਅ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਡਿਊਪੁਇਟਰਨ ਰੋਗ (Dupuytren’s disease) ਵਰਗੇ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਇਸੇ ਲਈ ਇਹ ਦੋਵੇਂ ਅਕਸਰ ਇੱਕੋ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਪਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ

ਤੁਸੀਂ ਬਹੁਤ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਕਿ ਪੜ੍ਹੇ ਕਿ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ (ਬਰਫ਼ ਵਰਗਾ ਸਖ਼ਤ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਕੰਡਾ) ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ ਅਤੇ ਲਗਭਗ ਅੱਠ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੱਚ ਬੋਲਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ: ਉਹ ਆਰਾਮ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਸਬੂਤਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਯਕੀਨੀ ਹੈ।

ਇਹ ਵਿਚਾਰ ਕਿ ਸਥਿਤੀ ਤਿੰਨ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸਾਫ਼-ਸੁਥਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਲੰਘਦੀ ਹੈ — ਫ੍ਰੀਜ਼ਿੰਗ (ਜੰਮਣਾ), ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ (ਜੰਮਿਆ ਹੋਇਆ), ਅਤੇ ਫਿਰ ਥਾਵਿੰਗ (ਪਿਘਲਣਾ) — 1975 ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਤ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਅਧਿਐਨ ਤੋਂ ਆਇਆ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਬਾਹਵਾਂ ਨੂੰ ਨੌਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਆਰਾਮ ਦੇਣ ਲਈ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਹੈਰਾਨੀ ਦੀ ਗੱਲ ਨਹੀਂ ਕਿ, ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕੰਡੇ ਸਖ਼ਤ ਹੋ ਗਏ ਅਤੇ ਫਿਰ ਜਦੋਂ ਹਿਲਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਤਾਂ ਢਿੱਲੇ ਹੋ ਗਏ। ਜਦੋਂ ਖੋਜਕਰਤਾਵਾਂ ਵਾਪਸ ਗਏ ਅਤੇ ਉਪਲਬਧ ਸਾਰੇ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ ਕੋਈ ਚੰਗਾ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ ਕਿ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਕੰਡੇ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਤਰ੍ਹਾਂ ਉਹਨਾਂ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਆਮ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਅਸਲ ਵਿੱਚ, ਕੋਈ ਵੀ ਅਧਿਐਨ ਕਦੇ ਵੀ ਇਹ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਇਆ ਕਿ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮਾਪਿਆ ਗਿਆ, ਸੱਚਮੁੱਚ ਆਮ ਗਤੀ ਦੀ ਰੇਂਜ ਵਾਪਸ ਮਿਲੀ ਹੈ।

ਸਬੂਤ ਜੋ ਦਿਖਾਉਂਦਾ ਹੈ ਉਹ ਵਧੇਰੇ ਉਪਯੋਗੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਹੈ: **ਤੁਹਾਨੂੰ ਜੋ ਵੀ ਸੁਧਾਰ ਮਿਲਣ ਵਾਲਾ ਹੈ, ਉਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਪ੍ਰਗਤੀ ਧੀਮੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।** ਉਹ ਪਲੇਟੋ (ਸਥਿਰ ਅਵਸਥਾ) ਸਥਾਈ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕਿਸ ਅਧਿਐਨ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਪੜ੍ਹਦੇ ਹੋ, ਇਸ ‘ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੇ ਹੋਏ, ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਤਿਹਾਈ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਅੱਧੇ ਤੱਕ ਕਈ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਵੀ ਕੁਝ ਦਰਦ ਜਾਂ ਸਖ਼ਤੀ ਰੱਖਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲਈ ਇਹ ਹਲਕਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਉਹ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਨਹੀਂ ਜੋ ਉਹ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋਵੋਗੇ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਹੈ ਕਿ “ਬਸ ਰੋਕੋ, ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ” ਇੱਕ ਤਟਸਥ ਸਲਾਹ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਬਜਾਏ ਦਰਦ ਨੂੰ ਸਰਗਰਮੀ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦਾ ਇੱਕ ਯੁਕਤੀਸੰਗਤ ਕੇਸ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਇਸਨੂੰ ਸਹਿਣਾ।

ਇਸ ਬਾਰੇ ਅਸੀਂ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਮੈਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ, ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣਗੇ, ਇਸ ਆਧਾਰ ‘ਤੇ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੈ — ਦਰਦ ਜਾਂ ਸਖ਼ਤੀ — ਬਜਾਏ ਇਸ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਦੇ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਨੰਬਰ ਵਾਲੇ ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਫਿਟ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।

ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਸਟੀਰਾਇਡ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਪੜਾਅ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮਰਥਿਤ ਇਲਾਜ ਹੈ। ਖੋਜ ਦੇ ਇੱਕ ਬਹੁਤ ਵੱਡੇ ਸਰੋਤ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਇੱਕੋ ਇੱਕ ਇਲਾਜ ਹੈ ਜੋ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹਾ ਬਦਲਾਅ ਲਿਆਉਣ ਵਿੱਚ ਭਰੋਸੇਮੰਦ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹ ਪਹਿਲਾਂ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸਦੀ ਸੱਚੀ ਸੀਮਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਫਾਇਦਾ ਚਾਰ ਤੋਂ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮ, ਨੀਂਦ, ਅਤੇ ਕੰਧ ‘ਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ — ਇਹ ਸਖ਼ਤੀ ਨੂੰ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

ਵਰਜਿਸ਼ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ ਕਰਨ ਯੋਗ ਹਨ, ਵਾਸਤਵਿਕ ਉਮੀਦਾਂ ਨਾਲ। ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਘਰੇਲੂ ਵਰਜਿਸ਼ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਮਾਪਣਯੋਗ ਕੀਮਤ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੈਰਾਨੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀ ਜ਼ੋਰਦਾਰੀ ਨਾਲ ਧੱਕਾ ਮਾਰਦੇ ਹੋ, ਇਸ ਨਾਲ ਕੋਈ ਫਰਕ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ: ਸਖ਼ਤ, ਰੌਜ ਦੇ ਅੰਤ ਵਿੱਚ ਖਿੱਚਣ ਦੀ

ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਨਰਮ, ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਗਤੀ ਦੀਆਂ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ ਛੇ ਅਤੇ ਬਾਰ੍ਹਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ 'ਤੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫਰਕ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਗਿਆ — ਅਤੇ, ਚਿੰਤਾ ਮੁਕਤ ਕਰਦੇ ਹੋਏ, ਇਸਦਾ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜ਼ੋਰ ਮਾਰਨ ਨਾਲ ਨੁਕਸਾਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸਲਈ ਉਸ ਸੀਮਾ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰੋ ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਭਾਰੀ ਦਰਦ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਣ ਨਾਲ ਕੁਝ ਵੀ ਤੇਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਹੈ।

ਹਾਈਡ੍ਰੋਥੈਲੇਸ਼ਨ, ਜਿੱਥੇ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਨੂੰ ਅੰਦਰੋਂ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਖਿੱਚਣ ਲਈ ਇੰਜੈਕਟ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਵਿਆਪਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਘੱਟ ਜੋਖਮ ਵਾਲਾ ਹੈ। ਇਸ 'ਤੇ ਖੋਜ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਮਿਸ਼ਰਿਤ ਹੈ: ਇੱਕ ਵੱਡੀ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਇਸਨੇ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਥੋੜ੍ਹਾ ਫਾਇਦਾ ਕੀਤਾ ਪਰ ਗਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ, ਦੂਜੇ ਨੇ ਉਲਟ ਪਾਇਆ। ਇਹ ਇੱਕ ਯੋਗ ਵਿਕਲਪ ਹੈ, ਪਰ ਅਸੀਂ ਇਸਦੀ ਬਹੁਤ ਤਾਰੀਫ਼ ਨਹੀਂ ਕਰਾਂਗੇ।

ਐਨਾਥੀਸੀਆ ਹੇਠ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਦਾ ਅਰਥ ਹੈ ਕਿ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸੁੱਤੇ ਹੋ ਤਾਂ ਕੰਧ ਨੂੰ ਇਸਦੀ ਪੂਰੀ ਰੇਂਜ ਵਿੱਚ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਤਾਕਿ ਸਖ਼ਤ ਕੈਪਸੂਲ ਖਿੱਚਿਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਮੁੱਖ ਇਲਾਜਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਪਰੀਖਿਆਣ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੀਮਤ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਵਿਕਲਪ ਸਾਬਤ ਹੋਇਆ।

ਕੀਹੋਲ ਕੈਪਸੂਲ ਰਿਲੀਜ਼ ਵਿੱਚ ਸਿੱਧੀ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀ ਹੇਠ ਸਖ਼ਤ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਕੱਟਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਬਜਾਏ ਇਸਦੇ ਕਿ ਇਸਨੂੰ ਤਬਾਹ ਹੋਣ ਤੱਕ ਖਿੱਚਿਆ ਜਾਵੇ। ਇਸਦਾ ਮੁੱਖ ਫਾਇਦਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਟਿਕਾਊ ਹੁੰਦਾ ਹੈ: ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਰਜੀਕਲ ਲੜੀਆਂ ਵਿੱਚ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੁਬਾਰਾ ਸਖ਼ਤੀ ਹੋਣਾ ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੰਧਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹਿੱਸਾ ਦੁਬਾਰਾ ਸਖ਼ਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਪ੍ਰੈਸੀਜਰ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਵੱਡੇ ਯੂਕੇ ਪਰੀਖਿਆਣ ਵਿੱਚ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੇ ਰਿਲੀਜ਼ ਕਰਵਾਈ ਸੀ, ਉਹ ਤਿੰਨਾਂ ਗਰੁੱਪਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸੰਭਾਵਨਾ ਸੀ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕੋਈ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇ। ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਇੱਕ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ, ਇਸਦੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜੋਖਮ ਅਤੇ ਲਾਗਤ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਰਦ ਹੋਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ — ਇਹ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਫਰਕ ਚਾਰ੍ਹੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਬਰਾਬਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜਾਣਨ ਯੋਗ: ਉਸ ਪਰੀਖਿਆਣ ਵਿੱਚ, ਤਿੰਨਾਂ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸਾਲ 'ਤੇ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਦੇ ਕੁਝ ਅੰਕਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪਾਇਆ ਗਿਆ। ਇਹ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਚੰਗੀ ਖ਼ਬਰ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸਦਾ ਅਰਥ ਹੈ ਕਿ ਫ਼ੈਸਲਾ ਇਸ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਲਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀਆਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਹਾਲਤਾਂ ਲਈ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ, ਬਜਾਏ ਇਸਦੇ ਕਿ ਇੱਕ ਵਿਕਲਪ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਧੀਆ ਹੈ।

ਡਾ. ਹਿਰਪਾਰਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਕ੍ਰਮਬੱਧ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇਗਾ ਕਿ ਕੁਝ ਵੀ ਪੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਗਿਣਤੀ ਲਈ ਇਸਨੂੰ ਸਹਿ ਕਰੋ। ਵਿਹਾਰਕ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਉਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਇੱਕ ਸਟੀਰਾਇਡ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਇਹ ਦਰਦ ਨੂੰ ਇੰਨਾ ਘਟਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੰਧ ਸਥਿਰ ਹੋਣ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਜੀਵਨ ਜਾਰੀ ਰੱਖਿਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਜੇਕਰ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੂਰਤੀ ਵਾਲਾ ਆਰਾਮ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ, ਤਾਂ ਉਹ ਉਸ ਬਿੰਦੂ ਤੋਂ ਕੈਪਸੂਲ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਖੁਸ਼ ਹਨ — ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਨੌਂ ਜਾਂ ਬਾਰ੍ਹਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਸੰਘਰਸ਼ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪਾਉਂਦੇ। ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਕਿ ਇਹ ਹਮੇਸ਼ਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਹੱਲ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਭਰੋਸੇ ਦੀ ਥੋੜ੍ਹੀ ਜਿਹੀ ਹੋਣ ਦੇ ਕਾਰਨ, ਇਹ ਦਿਖਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਬਿਤਾਉਣ ਦਾ ਕੋਈ ਫਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਪਹਿਲੀਆਂ ਇੱਕ ਜਾਂ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਦਰਦ ਘਟਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੋ। ਉਸ ਸਮੇਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਕੰਧ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਰੱਖੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ (manipulation) ਜਾਂ ਕੈਪਸੂਲ ਰਿਲੀਜ਼ (capsular release) ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਜੋ ਵੀ ਰੇਂਜ (range) ਵਾਪਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋਗੇ, ਉਹ ਜਲਦੀ — ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲੀਆਂ ਚਾਰ ਤੋਂ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ — ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹੋਰ ਕੋਈ ਵੱਡਾ ਬਦਲਾਅ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਜਲਦੀ ਹਿਲਣਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ, ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ (physiotherapy) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਇੱਕ ਜਾਂ ਦੋ ਦਿਨਾਂ ਅੰਦਰ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਇੱਕ ਤੋਂ ਤਿੰਨ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਅੰਦਰ ਦਫ਼ਤਰ-ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਧੁਮੇਹ (diabetes) ਹੈ, ਤਾਂ ਔਸਤ ਤੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਧੀਮੀ ਅਤੇ ਥੋੜ੍ਹੀ ਘੱਟ ਪੂਰਨ ਰਿਕਵਰੀ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨਾ ਠੀਕ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਵੀ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ ਕਿ ਸਟੀਰਾਇਡ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਤੁਹਾਡੇ ਖੂਨ ਦੇ ਸ਼ੱਕਰ ਦੇ ਪੱਧਰਾਂ ਨੂੰ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਅਸਥਿਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਨਿਯੰਤਰਣ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸਾਡੀਆਂ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਬਦਲ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਰਿਕਵਰੀ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਾਪੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਸਤੇ 'ਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਕਰ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਲਾਭਦਾਇਕ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਾਹ ਨੂੰ ਸਹਿਜ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਵਰਤਦੇ ਰੱਖੋ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਨੀਂਦ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਂਦੇ ਰੱਖੋ।

ਕਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦਿਖਾਉਣਾ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਕੰਧ ਦਾ ਦਰਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਸੌਂਦਿਆਂ ਜਗਾਉਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਆਰਾਮ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ (GP) ਨੂੰ ਦਿਖਾਓ। ਜੇਕਰ ਕੰਧ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣਾ ਸਿਰਫ਼ ਦਰਦ ਹੋਣ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫ਼ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ (ਬਰਫ਼ ਵਰਗੀ ਕੰਧ) ਬਾਰੇ ਪੁੱਛੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਨਹੀਂ ਮੋੜ ਸਕਦੇ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਧੁਮੇਹ (ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼) ਹੈ, ਕੰਧ ਦਾ ਦਰਦ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਜਾਂ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਦਰਦ ਇੰਨਾ ਤੀਬਰ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸੌ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ (specialist) ਦੀ ਸਲਾਹ ਲਓ। ਦਰਦ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਵਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕਰਨਾ ਕੋਈ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਕੰਧ ਗਰਮ, ਲਾਲ ਅਤੇ ਸੁੱਜ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸ ਨਾਲ ਬੇਚੈਨੀ ਜਾਂ ਬੁਖਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਬਾਹ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਸੁੰਨਤਾ (numbness) ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਦਰਦ ਕਿਸੇ ਪਤਨ ਜਾਂ ਚੋਟ ਦੇ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਚਿਕਿਤਸਕ ਧਿਆਨ ਲਓ। ਇਹ ਲੱਛਣ ਫ਼ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਤੋਂ ਦੂਰ ਅਤੇ ਅਜਿਹੀ ਸਥਿਤੀ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਿਸਦੀ ਤੁਰੰਤ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਵਧੇਰੇ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਖੇਤਰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਆਪਣੀਆਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਤੋਂ ਇੱਕ ਕਦਮ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇਸ ਲਈ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਫ਼ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ (ਬਰਫ਼ੀਲੀ ਕੰਧ) ਉਹਨਾਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਅਤੇ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਖੋਜ ਦੁਆਰਾ ਦਿਖਾਈ ਗਈ ਗੱਲ ਵਿੱਚ ਅੰਤਰ ਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕ ਭਰੋਸੇ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਤਰਕ ਨੂੰ ਦੇਖਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਜੋਇੰਟ ਵਿੱਚ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਗਲਤ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਕੈਪਸੂਲ ਜੋਇੰਟ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਕੋਲਾਜਨ ਦਾ ਇੱਕ ਚੋਲ੍ਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਫ਼ੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਵਿੱਚ ਇਹ ਸੋਜ਼ਿਸ਼ (inflamed) ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਫਿਰ **ਫਾਈਬਰੋਟਿਕ** (fibrotic) ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹੈ — **ਫਾਈਬਰੋਬਲਾਸਟਸ** (fibroblasts) ਨਾਮਕ ਸੈੱਲ ਵਧਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਘਣ ਕੋਲਾਜਨ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ **ਮਾਇਓਫਾਈਬਰੋਬਲਾਸਟਸ** (myofibroblasts) ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਕਿ ਸਰਗਰਮੀ ਨਾਲ ਸੁੰਗੜ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਆਮ ਸਕਾਰ (scarring) ਤੋਂ ਮੁੱਖ ਅੰਤਰ ਹੈ: ਟਿਸ਼ੂ ਸਿਰਫ਼ ਮੋਟਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਇਹ ਤਣਾਅ ਨਾਲ ਖਿੱਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੋਇੰਟ ਦੀ ਆਇਤਨ (volume) ਆਮ 10–15 mL ਤੋਂ ਘਟ ਕੇ 3–4 mL ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਹੱਥ ਵਿੱਚ **ਡਿਊਪੁਏਟਰਨ ਬਿਮਾਰੀ** (Dupuytren's disease) ਵਿੱਚ ਵੀ ਇਹੀ ਸੈੱਲ ਵਿਵਹਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਾਰਨ ਇਹ ਦੋਵੇਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਇੱਕੋ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਇੱਕ ਸ਼ੋਲਡਰ ਸਰਜਨ ਨੇ ਤਰਕ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਨਾਮ ਸਿਰਫ਼ ਸ਼ੋਲਡਰ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਂਟ੍ਰੈਕਚਰ (contracture) ਰੱਖਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ “ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ” (capsulitis) [1]। ਪੁਰਾਣੇ ਨਾਮ “ਐਡਹੀਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ” (adhesive capsulitis) ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਜਦੋਂ ਸਰਜਨ ਜੋਇੰਟ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕੋਈ ਐਡਹੀਜ਼ਨ (adhesions) ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦੇ।

“ਤਿੰਨ ਪੜਾਵਾਂ” ਦੀ ਕਹਾਣੀ ਇੰਨੀ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਟਿਕੀ ਨਹੀਂ ਜਿੰਨੀ ਲੱਗਦੀ ਹੈ

ਤੁਸੀਂ ਹਰ ਜਗ੍ਹਾ ਪੜ੍ਹੋਗੇ ਕਿ ਬਰਫ਼ ਵਰਗਾ ਕੰਡਾ (frozen shoulder) ਬਰਫ਼ ਜਮਣ, ਬਰਫ਼ ਵਰਗਾ ਅਤੇ ਪਿਘਲਣ ਦੇ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਮਾਡਲ 1975 ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਜਦੋਂ ਖੋਜਕਰਤਾਵਾਂ ਨੇ ਵਾਪਸ ਜਾ ਕੇ ਇਸਦੀ ਜੜ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ, ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਪਾਇਆ ਕਿ ਲੇਖਕ ਨੇ ਦੋ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪੁਰਾਣੇ ਪੇਪਰਾਂ ਲਈ **ਹਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਗਲਤੀ ਨਾਲ ਮਿਲਾ ਦਿੱਤਾ ਸੀ**, ਅਤੇ — ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ — ਕਿ ਉਸਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਹੱਥ ਨੌਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਰੱਖੇ ਗਏ ਸਨ। ਇੰਨੀ ਲੰਬੀ ਮਿਆਦ ਲਈ ਅੱਗਲਾ ਹਿੱਸਾ (shoulder) ਅਚਲ ਰੱਖਣ ਨਾਲ ਉਹ ਸਖ਼ਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ

ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸਨੂੰ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਹ ਢਿੱਲਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। “ਪੜਾਵ” ਹੁਣ ਸਿਰਫ਼ ਬਿਮਾਰੀ ਨੂੰ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਇਲਾਜ ਦਾ ਵੀ ਵਰਣਨ ਕਰਦੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਇੱਕ ਵਿਵਸਥਿਤ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਨੇ ਜੋ ਇਸ ਮਾਡਲ ਦੀ ਪਰਖ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤੀ, ਉਸਨੂੰ ਇਸਦੇ ਲਈ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ, ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਉਸਦੀ ਭਵਿੱਖਬਾਣੀ ਦਾ ਉਲਟ ਮਿਲਿਆ: ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸੁਧਾਰ **ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਫਿਰ ਧੀਮਾ ਪੈ ਜਾਂਦਾ ਹੈ**, ਬਰਫ਼ ਦੇ ਪਿਘਲਣ ਦੇ ਅੰਤਿਮ ਪੜਾਅ ਤੱਕ ਬਣਨ ਦੀ ਬਜਾਏ [2]। ਨਾ ਹੀ ਚਿਕਿਤਸਕ ਇਹ ਭਰੋਸੇ ਨਾਲ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਅੱਗਲੇ ਹਿੱਸੇ (shoulder) ਵਿੱਚ ਕਿਹੜਾ ਪੜਾਅ ਹੈ — ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੇ ਮਾਨਕ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾ ਲਿਖੀ ਸੀ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤਾ ਸੀ ਕਿ ਇਸਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ “ਡੇਟਾ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹੈ”।

ਰਿਕਵਰੀ ਦਾ ਅੰਕੜਾ, ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਦੋ ਬਹੁਤ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਜਵਾਬ ਹੋਣ ਦਾ ਕਾਰਨ

ਅਕਸਰ ਦੱਸਿਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਅੰਕੜਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ **94%** ਲੋਗ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਇੱਕ ਅਸਲ ਅਧਿਐਨ ਤੋਂ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸਿਰਫ਼ ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਗਿਣਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਅਤੇ ਜੋ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਲਈ ਵਾਪਸ ਆਏ। ਮੂਲ ਗਰੁੱਪ ਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੇ ਇਲਾਜ ਚੁਣ ਲਿਆ ਜਾਂ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ। ਸਾਰਿਆਂ ਨੂੰ ਮਿਲਾ ਕੇ ਗਿਣਿਆ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਉਹੀ ਡੇਟਾ ਲਗਭਗ **26%** [3] ਦਿੰਦਾ ਹੈ। “ਠੀਕ ਹੋਣਾ” ਦਾ ਮਤਲਬ ਸੀ ਕਿ ਦੂਜੇ ਕੰਧੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ 10 ਡਿਗਰੀ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੋਵੇ — ਅਤੇ ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਦੂਜਾ ਕੰਧਾ ਵੀ ਜੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਸੀ।

ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਵਿੱਚ ਪਤਾ ਚੱਲਿਆ ਕਿ **41%** ਲੋਗਾਂ ਵਿੱਚ ਔਸਤਨ ਚਾਰ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਵੀ ਲੱਛਣ ਮੌਜੂਦ ਸਨ, ਅਤੇ — ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਗੱਲ — ਸੁਧਾਰ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ **ਰੁਕ** ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਅਨਿਸ਼ਚਿਤ ਸਮੇਂ ਲਈ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਦੇ [4]।

ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਕੰਧ ਦਾ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਪੂਰੇ ਸਰੀਰ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ

ਇੱਕ ਵੱਡੀ ਜੈਨੇਟਿਕ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਫ੍ਰੇਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਡੀ.ਐਨ.ਏ. (DNA) ਦੇ ਪੰਜ ਖੇਤਰ ਪਾਏ ਗਏ ਅਤੇ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਤਕਨੀਕ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜੋ ਕਾਰਨ ਅਤੇ ਮਾਮੂਲੀ ਮੇਲ ਵਿੱਚ ਅੰਤਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਇਹ ਸਾਬਤ ਹੋਇਆ ਕਿ **ਟਾਈਪ 1 ਡਾਇਬੀਟੀਸ ਇਸਦਾ ਅਸਲ ਕਾਰਨ ਹੈ** ਨਾ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਇਸਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਮੌਜੂਦ ਹੈ। ਵਧੇਰੇ ਵਜ਼ਨ ਰੱਖਣਾ ਇਸਦਾ ਕਾਰਨ ਨਹੀਂ ਸੀ — ਜਦੋਂ ਡਾਇਬੀਟੀਸ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ, ਤਾਂ ਵਜ਼ਨ ਨਾਲ ਸਬੰਧ ਗਾਇਬ ਹੋ ਗਿਆ। ਇਹ ਸੰਕੇਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਖੂਨ ਵਿੱਚ ਚੀਨੀ (ਸ਼ੂਗਰ) ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਮਕੈਨੀਕਲ ਬੋਝ ਨਾਲੋਂ ਇਸਦਾ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹੈ [5]।

ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦੇ ਸਬੂਤ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ

ਇਹ ਉਹ ਹਿੱਸਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹੈ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ ਜਾਂ ਉਹ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਇੱਕ ਕੋਚਰੇਨ ਰਿਵਿਊ ਨੇ **32 ਅਧਿਐਨਾਂ ਅਤੇ 1,836 ਲੋਕਾਂ** ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਹੈ [6]। ਤਿੰਨ ਨਤੀਜੇ ਉੱਭਰ ਕੇ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੇ ਹਨ।

ਸਰੀਰਾਇਡ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ, ਹੈਂਡ-ਆਨ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦੌਰ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਸਾਬਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਹੈਂਡ-ਟੂ-ਹੈਂਡ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ, ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਪੈਸਿਵ ਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਾਲੀ ਵਰਜਿਸ਼ ਨੇ ਸੱਤ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ **26 ਅੰਕ ਘੱਟ** ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਅਤੇ **25 ਅੰਕ ਘੱਟ** ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਪੈਦਾ ਕੀਤਾ। ਇਸ ਗੱਲ ‘ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਕਿ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਜਾਂ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੋਇਆ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਇਹ **ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਲਈ 46% ਅਤੇ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਲਈ 77%** ਸੀ — ਯਾਨੀ ਕਿ ਹਰ ਚਾਰ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਲੈਣ ਵਾਲਿਆਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਫਾਇਦਾ ਹੋਇਆ। ਛੇ ਤੋਂ ਬਾਰਹ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਅੰਤਰ ਖਤਮ ਹੋ ਗਿਆ ਅਤੇ ਇਸਦਾ ਕੋਈ ਮਹੱਤਵ ਨਹੀਂ ਰਿਹਾ।

ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀ ਤਾਕਤ ਨਾਲ ਧੱਕਾ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ, ਅਤੇ ਕਿਹੜੀ ਤਕਨੀਕ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਮਾਇਨੇ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦੇ ਪ੍ਰਤੀਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਇੱਕ 100-ਰੋਗੀਆਂ ਵਾਲੇ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਮਜ਼ਬੂਤ ਅੰਤ-ਦੀ-ਰੌਜ਼ ਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਨਰਮ ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਤੇ ਛੇ ਜਾਂ ਬਾਰਹ ਮਹੀਨਿਆਂ ‘ਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੱਤਾਰਾਂ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਅੰਤਰ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ — ਦਰਦ, ਰਾਤ ਦਾ ਦਰਦ, ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ, ਗਤੀ ਦੇ ਹਰ ਪਲੇਨ, ਜੀਵਨ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ। ਇੱਕ 120-ਰੋਗੀਆਂ ਵਾਲੇ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਅੰਤ-ਰੌਜ਼ ਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਦੀ ਆਵਿਰਤੀ (ਵਾਰ-ਵਾਰ) ਨੂੰ ਬਦਲਿਆ ਗਿਆ (ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਦੋ ਵਾਰ ਤੋਂ ਵੱਧ, ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਰ, ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਰ ਤੋਂ ਘੱਟ) ਅਤੇ ਅਭਯੁਕਤ ਵਿੱਚ ਅੱਠ ਡਿਗਰੀ ਤੋਂ ਘੱਟ ਅੰਤਰ ਮਿਲਿਆ, ਜੋ ਸਟੈਟਿਸਟੀਕਲ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਜ਼ੀਰੋ ਤੋਂ ਅਲੱਗ ਨਹੀਂ ਸਨ। ਤਕਨੀਕਾਂ ਦੀ ਹੈਂਡ-ਟੂ-ਹੈਂਡ ਤੁਲਨਾ — ਐਂਟੀਰੀਅਰ ਬਨਾਮ

ਪੋਸਟੀਰੀਅਰ ਗਲਾਈਡ, PNF ਬਨਾਮ ਰਵਾਇਤੀ ਵਰਜਿਸ਼, ਡੰਬਲਸ ਬਨਾਮ ਨੰਗੇ ਹੱਥ — ਲਗਭਗ ਸਾਰੀਆਂ ਗੈਰ-ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸਨ। ਚਿੰਤਾ ਦੂਰ ਕਰਦੇ ਹੋਏ, ਇਸ ਗੱਲ ਦਾ **ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ ਕਿ ਅੰਤ-ਰੋਜ਼ 'ਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਨੁਕਸਾਨਕਾਰਕ ਹੈ।**

ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੀ ਬਣਾਵਟੀ ਕਮੀ: ਕੋਈ ਵੀ ਅਧਿਐਨ ਕਦੇ ਵੀ ਮੈਨੂਅਲ ਥੈਰੇਪੀ ਪਲੱਸ ਵਰਜਿਸ਼ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਅਸੀਂ ਇਹ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਨਾਲੋਂ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਧੀਆ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸਦੀ ਵੰਡ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਬਦਲਾਅ ਨਹੀਂ ਲਿਆਉਂਦੇ ਪ੍ਰਤੀਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਕਿਸੇ ਨੇ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਇਹ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਇਆ ਹੈ ਕਿ ਸੁਧਾਰ ਦਾ ਕਿੰਨਾ ਹਿੱਸਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਹੀ ਹੋਣਾ ਸੀ।

ਦੇ ਉਪਯੋਗੀ ਸੀਮਾਵਾਂ। ਰਿਵਿਊ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਇੱਕਮਾਤਰ ਅਸਲ ਉੱਚ-ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਾਲੇ ਅਧਿਐਨ ਨੇ ਜੋੜ ਦੀ ਡਿਸਟੈਂਸ਼ਨ (joint distension) ਬਾਅਦ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ 'ਤੇ ਧਿਆਨ ਕੇਂਦਰਿਤ ਕੀਤਾ, ਅਤੇ ਇਸਨੇ ਦਰਦ, ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਅੰਤਰ ਨਹੀਂ ਲਿਆਇਆ — ਪਰ ਇਸਨੇ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਵਧਾਇਆ ਕਿ ਕਿੰਨੇ ਲੋਕ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਠੀਕ ਹੋਇਆ ਹੋਇਆ ਦੱਸਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ 'ਤੇ ਅਥਡਕਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ **13 ਡਿਗਰੀ** ਦਾ ਵਾਧਾ ਕੀਤਾ, ਜੋ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਖਤਮ ਹੋ ਗਿਆ। ਅਤੇ ਵੱਡੇ UK ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ, ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਦਾ ਵਰਣਨ ਸਖ਼ਤ ਰੋਜ਼ ਵਿੱਚ ਹੈਂਡ-ਆਨ ਸਟ੍ਰੈਚਿੰਗ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਪਰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਮੈਨੂਅਲ ਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਰਫ਼ **11-27%** ਰੋਗੀਆਂ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਾਲੀ ਸਟ੍ਰੈਚਿੰਗ ਇੱਕ ਹੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ। ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਜੋ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ — ਅਤੇ ਇੱਕ ਸਾਲ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਕੰਮ ਕੀਤਾ — ਉਹ ਸਿੱਖਿਆ, ਇੱਕ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ, ਨਰਮ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਾਲੀ ਗਤੀ ਅਤੇ ਇੱਕ ਘਰੇਲੂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸੀ।

ਇਹ ਚੰਗਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਕਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੀ ਕਿਸਮ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ

ਸਮਾਂ। ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਮੱਧਮ ਮਰੀਜ਼ “ਇਹ ਅਸਲੀ ਸੁਧਾਰ ਹੈ” ਦੀ ਸੀਮਾ ਤੱਕ ਲਗਭਗ **ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ** ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ “ਮੇਰੀ ਕੰਧ ਮੇਰੇ ਲਈ ਸਵੀਕਾਰਯੋਗ ਹੈ” ਦੀ ਸੀਮਾ ਤੱਕ ਲਗਭਗ **ਚਾਰ ਮਹੀਨੇ** ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦਾ ਹੈ [14]। ਕੰਮ ਤੋਂ ਛੁੱਟੀ ਦਾ ਸਮਾਂ ਮੱਧਮ ਤੌਰ 'ਤੇ **ਅੱਠ ਹਫ਼ਤਿਆਂ** ਤੱਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਫੈਲਾਅ ਵਿਸ਼ਾਲ ਹੈ — ਇੱਕ ਚੌਥਾਈ ਚਾਰ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤਿੰਨ ਚੌਥਾਈ ਤੇਰਹਾਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ [15]।

ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ (ਹੱਥ ਚਲਾਉਣਾ) ਗਤੀ ਨੂੰ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਉਪਰੋਕਤ ਟਿਕਾਊਪਨ ਦੇ ਫਾਇਦੇ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਇਮਾਨਦਾਰਾਨਾ ਵਟਾਂਦਰਾ ਹੈ: ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਰੋਜ਼ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਬਹਾਲ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਰਿਲੀਜ਼ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਛੇ ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਤੱਕ ਪਿੱਛੇ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ, ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੋਵੇਂ ਹੀ ਹਰੇਕ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਮਾਪ 'ਤੇ ਅਲੱਗ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੇ। ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੀ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਬਾਹਰੀ ਘੁੰਮਣ (external rotation) ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜਾ ਮਿਲਿਆ [16]।

ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਕਿੰਨਾ ਵੰਡਣਾ ਹੈ ਇੱਕ ਅਸਲ ਸਵਾਲ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਵਾਬ ਹੈ “ਤੁਸੀਂ ਸੋਚੋਗੇ ਉਸ ਤੋਂ ਘੱਟ”। 18 ਅਧਿਐਨਾਂ, 629 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਅਤੇ 811 ਕੰਧਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਤਿੰਨ ਤਕਨੀਕਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕੀਤੀ: ਸਿਰਫ਼ ਕੈਪਸੂਲ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਅਤੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਵੰਡਣਾ, ਇਸਦੇ ਪਿੱਛੇ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਜੋੜਨਾ, ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਘੁੰਮਣਾ। ਇਸਦਾ ਸਿੱਟਾ ਸੀ ਕਿ **ਘੱਟ ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਰਿਲੀਜ਼ ਨੇ ਵਧੀਆ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਅਤੇ ਦਰਦ ਸਕੋਰ ਦਿੱਤੇ, ਕਿ ਪਿੱਛੇ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਵੰਡਣ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅੰਦਰੂਨੀ ਘੁੰਮਣ (internal rotation) ਮਿਲਦਾ ਹੈ ਜੋ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ (ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਰਹਿਣ ਵਾਲੀ ਫਲੈਕਸ਼ਨ ਵਾਧਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ), ਅਤੇ ਇੱਕ ਪੂਰੀ **360-ਡਿਗਰੀ ਰਿਲੀਜ਼ “ਕੋਈ ਹੋਰ ਫਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦੀ”**। ਤਿੰਨਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਜਟਿਲਤਾ ਦਰਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਅੰਤਰ ਨਹੀਂ ਸੀ [17]। ਪਿੱਛੇ ਵਾਲੇ ਵਿਸਤਾਰ ਦੇ ਦੋ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟਰਾਇਲਾਂ ਨੇ ਵੀ ਉਹੀ ਪੈਟਰਨ ਪਾਇਆ — ਜਲਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਠੀਕ ਹੋਣਾ, ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਕੋਈ ਅੰਤਰ ਨਹੀਂ। ਇਸ ਲਈ ਇੱਕ ਵੱਡੀ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਆਟੋਮੈਟਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਵਧੀਆ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਨਹੀਂ ਹੈ।**

ਦੋਵੇਂ ਇਕੱਠੇ ਕਰਨਾ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਕਲੌਤੀ ਤਿੰਨ-ਤਰੀਕਾ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ, ਰਿਲੀਜ਼ ਨੂੰ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਬਾਹਰੀ ਘੁੰਮਣ ਗੁਆਚਣ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਉੱਚੀ ਦਰ ਪੈਦਾ ਹੋਈ — **18%, ਜਦੋਂ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਲਈ 7% ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਰਿਲੀਜ਼ ਲਈ 2%** ਸੀ [16]।

ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਪਰੀਖਣ ਵਿੱਚ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਪਤਾ ਚਲਿਆ

ਇੱਕ ਯੂਕੇ ਦੇ ਪਰੀਖਣ ਵਿੱਚ 500 ਤੋਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਿਹੇ ਵੱਧ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸੰਰਚਨਾਤਮਕ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਨਾਲ, ਐਨਾਥੀਸੀਆ ਹੇਠ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ, ਜਾਂ ਕੀਹੋਲ ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਇੱਕ ਸਾਲ 'ਤੇ, ਤਿੰਨਾਂ ਨਤੀਜੇ **ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਦੇ ਕੁਝ ਅੰਕਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ** ਆਏ — ਜਿੰਨਾ ਅੰਤਰ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ [7]। ਇਹ ਸੱਚਮੁੱਚ ਫਾਇਦੇਮੰਦ ਖ਼ਬਰ ਹੈ: ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਚੋਣ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਅਤੇ ਹਾਲਾਤਾਂ 'ਤੇ ਆਧਾਰਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਇਹ ਕਿ ਕੋਈ ਵਿਕਲਪ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਹੈ।

ਜਿੱਥੇ ਤਿੰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਅੰਤਰ ਹੈ, ਉਹ ਅਗਲੇ ਕਦਮ ਵਜੋਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਦੀ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ ਇਸ ਵਿੱਚ ਹੈ। ਉਸ ਪਰੀਖਣ ਵਿੱਚ, ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 4%, ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 7%, ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 15% ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ [7]। ਲਾਭ ਦੀ ਇਕਾਈ ਪ੍ਰਤੀ ਲਾਗਤ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਰਿਹਾ; ਰਿਲੀਜ਼ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਖਰਚਾ ਲਿਆ ਅਤੇ ਪਰੀਖਣ ਦੀਆਂ ਗੰਭੀਰ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹਿੱਸਾ ਪੈਦਾ ਕੀਤਾ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹਨਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਨਿਰਪੇਖ ਤੌਰ 'ਤੇ ਘੱਟ ਸੀ।

ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਰਿਲੀਜ਼ — ਦੁਬਾਰਾ ਹੋਣ ਦਾ ਸਵਾਲ

ਇਹ ਉਹ ਜਗ੍ਹਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਦੋਵੇਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਵੱਖਰੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਹੀ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕ ਸਰਜਨ ਸਿਰਲੇਖ ਵਾਲੇ ਨਤੀਜੇ ਸਕੋਰ ਸਮਾਨ ਲੱਗਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਿਲੀਜ਼ ਵੱਲ ਧੱਕ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਖਿੱਚਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਹ ਟੁੱਟ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦੀ, ਅਤੇ ਟੁੱਟਣ ਦੀ ਥਾਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਉਹ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਸੀਰੀਜ਼ ਵਿੱਚ — **17 ਸਾਲਾਂ ਲਈ 792 ਮੋਢਿਆਂ ਦਾ ਪਾਲਣ-ਪੋਸ਼ਣ — 17.8%** ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਦੂਜੀ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ, ਅਤੇ ਟਾਈਪ 1 ਡਾਇਬਟੀਜ਼ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੱਧ ਕੇ **37.9%** ਹੋ ਗਈ [9]। ਸਭ ਤੋਂ ਲੰਬੇ ਪਾਲਣ-ਪੋਸ਼ਣ, ਜੋ ਕਿ ਔਸਤਨ 13 ਸਾਲ ਸੀ, ਵਿੱਚ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਕਿ **19.2%** ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ ਅਤੇ **31.3%** ਨੇ ਕਿਸੇ ਨਾ ਕਿਸੇ ਸਮੇਂ ਦੁਬਾਰਾ ਹੋਣ ਦੀ ਗੱਲ ਕੀਤੀ [10]। ਇਸ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਹਨ: ਲਗਭਗ ਸਾਰੀਆਂ ਦੁਬਾਰਾ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ **ਪਹਿਲੇ ਸਾਲ** ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ (ਪੰਜ ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ ਦਰ 2% ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ), ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਹੀ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ [9][10]।

ਰਿਲੀਜ਼ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਜਾਣ-ਬੁੱਝ ਕੇ, ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀ ਦੇ ਨਾਲ ਵੰਡਦੀ ਹੈ। ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਆਮ ਹੈ: ਇੱਕ ਸੀਰੀਜ਼ ਜਿਸਦਾ ਪਾਲਣ-ਪੋਸ਼ਣ ਔਸਤਨ ਪੰਜ ਸਾਲ ਸੀ, ਵਿੱਚ **32 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਹੀਂ** ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ, ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਹੋਣ ਦੀ ਘਟਨਾ ਹੋਈ ਜਿਸਨੇ ਆਪਣੀ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਪੂਰੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ [11]। ਅੱਠ ਅਧਿਐਨਾਂ ਅਤੇ 768 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਨੇ ਦਰਦ, ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਜਾਂ ਚਾਲ ਲਈ ਦੋਵੇਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਕੋਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਅੰਤਰ ਨਹੀਂ ਲੱਭਿਆ, ਪਰ ਇਸਨੇ ਇਹ ਵੀ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਕਿ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਗਰੁੱਪ ਨੂੰ ਵਾਧੂ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ, ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਕਰਸ਼ ਕੱਢਿਆ ਕਿ ਲੰਬੇ ਪਾਲਣ-ਪੋਸ਼ਣ 'ਤੇ **“MUA ਗਰੁੱਪ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਹੋਣ ਦੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਵੱਧ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ”** [8]।

ਦੋ ਸੱਚੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ। ਪਹਿਲਾਂ, ਵੱਡੀ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ-ਦੁਬਾਰਾ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਅਧਿਐਨ ਮੁੱਖ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਸਰਜਨ ਦੀ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸ ਤੋਂ ਆਉਂਦੇ ਹਨ, ਇਸਲਈ ਇਹ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਦੀ ਸੁਤੰਤਰ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਦੂਜਾ, ਰਿਲੀਜ਼ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬਹਾਲੀ ਵੀ ਨਹੀਂ ਹੈ: ਇੱਕ ਸੀਰੀਜ਼ ਜਿਸਨੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਆਪਣੇ ਦੂਜੇ ਮੋਢੇ ਨਾਲ ਤੁਲਨਾ ਕੀਤੀ, ਉਸ ਵਿੱਚ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਕਿ ਦੋ ਤੋਂ ਛੇ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਲੋਕ ਲਗਭਗ **77-79% ਚੰਗੇ ਪਾਸੇ** ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਸਨ [12], ਅਤੇ ਇੱਕ ਕੋਹੋਰਟ ਵਿੱਚ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਡਾਇਬਟੀਜ਼ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਲਗਭਗ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ ਸੀ, **11-22%** ਨੇ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ 'ਤੇ ਵੀ ਆਪਣੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰਯੋਗ ਨਹੀਂ ਮੰਨਿਆ [13]।

ਇਸਲਈ, ਸੱਚੀ ਸਾਰੰਸ਼ ਇਹ ਹੈ: ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਚਲਾਉਣ ਅਤੇ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਬਣਾਉਣ ਲਈ, ਦੋਵੇਂ ਲਗਭਗ ਬਰਾਬਰ ਹਨ, ਅਤੇ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਇੱਥੇ ਪਹੁੰਚਣ ਦਾ ਸਸਤਾ ਤਰੀਕਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਰਹਿਣ ਲਈ, ਸਬੂਤ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੇ ਪੱਖ ਵਿੱਚ ਹਨ। ਇਹ ਅੰਤਰ ਤਦ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਡਾਇਬਟੀਜ਼ ਹੈ, ਮੋਢਾ ਬਹੁਤ ਸਖ਼ਤ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਕਰਵਾ ਚੁੱਕੇ ਹੋ ਜੋ ਕਾਇਮ ਨਹੀਂ ਰਹੀ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Bunker T. ਫ੍ਰੈਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ ਲਈ ਨਵਾਂ ਨਾਮ ਦੇਣ ਦਾ ਸਮਾਂ — ਸ਼ੌਲਡਰ ਦੀ ਸੰਕੁਚਨ। 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. ਫ੍ਰੈਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ ਦੀ ਕੁਦਰਤੀ ਇਤਿਹਾਸ: ਤੱਥ ਜਾਂ ਕਾਲਪਨਿਕ? ਇੱਕ ਸਿਸਟਮੈਟਿਕ ਰਿਵਿਊ। Physiotherapy. 2017;103(1):40-7. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.05.009> [3] Vastamäki H, Kettunen J, Vastamäki M. ਆਈਡੀਓਪੈਥਿਕ ਫ੍ਰੈਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ ਦੀ ਕੁਦਰਤੀ ਇਤਿਹਾਸ: 2 ਤੋਂ 27 ਸਾਲਾਂ ਦੀ ਫਾਲੋਅ-ਅੱਪ ਸਟੱਡੀ। 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. ਫ੍ਰੈਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ ਦੀ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਨਤੀਜਾ। 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. ਇੱਕ ਜੀਨੋਮ-ਵਾਈਡ ਆਸੋਸੀਏਸ਼ਨ ਸਟੱਡੀ 5 ਲੋਕੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਫ੍ਰੈਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ

ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਹਨ ਅਤੇ ਡਾਇਬਟੀਜ਼ ਨੂੰ ਇੱਕ ਕਾਰਣਾਤਮਕ ਜੋਖਮ ਕਾਰਕ ਮੰਨਦੀ ਹੈ। 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. ਐਡਹੀਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ (ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ) ਲਈ ਮੈਨੁਅਲ ਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਵਰਜਿਸ਼ਨ। 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. ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ ਵਾਲੇ ਵਧੇਰੇ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸੈਕੰਡਰੀ ਕੇਅਰ ਵਿੱਚ ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਜਲਦੀ ਸੰਰਚਨਾਤਮਕ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ: UK FROST ਤਿੰਨ-ਬਾਹਾਂ 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. ਰੈਫ਼ੈਕਟਰੀ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ ਲਈ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਕੈਪਸੂਲਰ ਰਿਲੀਜ਼ ਬਨਾਮ ਐਨਏਸਥੀਸੀਆ ਤਹਿਤ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ: ਇੱਕ ਸਿਸਟਮੈਟਿਕ ਰਿਵਿਊ ਮੈਟਾ-ਐਨਾਲਿਸਿਸ ਦੇ ਨਾਲ। Orthop Surg. 2024;16(7):1517-29. <https://doi.org/10.1111/os.14077> [9] Woods DA, Loganathan K. ਐਨਏਸਥੀਸੀਆ (MUA) ਤਹਿਤ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ ਦਾ ਦੁਹਰਾਉ। 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, Ali A, Woods D. ਐਨਏਸਥੀਸੀਆ ਤਹਿਤ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ ਦੀ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਦੁਹਰਾਉ। 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. ਆਈਡੀਓਪੈਥਿਕ ਐਡਹੀਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਐਂਟੀਰੋਇਨਫੀਰੀਅਰ ਕੈਪਸੂਲਰ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਿਡਟਰਮ ਨਤੀਜੇ। 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. ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ ਦੀ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਕੈਪਸੂਲਰ ਰਿਲੀਜ਼: ਮਿਡ-ਟਰਮ ਨਤੀਜੇ। 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. ਐਡਹੀਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਕੈਪਸੂਲਰ ਰਿਲੀਜ਼ ਕਲੀਨਿਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਨਤੀਜੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੀ ਹੈ। 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. ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਕੈਪਸੂਲਰ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਲੀਨਿਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਨਤੀਜੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਸਮਾਂ। Orthop J Sports Med. 2024;12(11):23259671241275653. <https://doi.org/10.1177/23259671241275653> [15] Sedlinsch A, Berndt T, Rühmann O, Lerch S. ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ ਵਿੱਚ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਕੈਪਸੂਲਰ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਆਰੋਗਤਾ। 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. ਐਡਹੀਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ ਦਾ ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ: ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ, ਕੈਪਸੂਲਰ ਰਿਲੀਜ਼ ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ। 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. ਆਈਡੀਓਪੈਥਿਕ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਕੈਪਸੂਲਰ ਰਿਲੀਜ਼: ਕਿੰਨੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? Orthop Traumatol Surg Res. 2021;107(1):102766. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2020.102766>