

உறைந்த தோள்பட்டை (Frozen Shoulder)

உறைந்த தோள்பட்டையில், மூட்டைச் சுற்றியுள்ள திசு உறை அழற்சியடைந்து, தடிமனாகி, இறுகுகிறது; அதனால்தான் தோள்பட்டை வலிப்பதோடு அசைப்பதற்கும் கடினமாகிறது.

Kieran Hirpara © ① ② ③ 4.0



இந்தப் பக்கம் இயந்திரத்தால் மொழிபெயர்க்கப்பட்டது; இன்னும் மருத்துவரால் சரிபார்க்கப்படவில்லை.
ஆங்கிலப் பதிப்பே அதிகாரப்பூர்வமானது.

நீங்கள் உணர்வது

உறைந்த தோள்பட்டை (frozen shoulder) பொதுவாக ஒரே இரவில் தோன்றுவதில்லை; வாரக்கணக்கில் படிப்படியாக வளரும் ஆழமான, மந்தமான வலியாகவே தொடங்குகிறது. பெரும்பாலானோருக்கு ஆரம்பத்தில் வலிதான் மிகவும் கடினமான பகுதி; அது பெரும்பாலும் இரவில் மோசமாக இருக்கும். அந்தப் பக்கம் திரும்பிப் படுப்பது இயலாததாகிவிடுகிறது; இந்த நிலை முழுவதிலும் மிகவும் சோர்வூட்டும் அம்சங்களில் ஒன்று, துண்டுபட்ட தூக்கம்.

பிறகு தோள்பட்டை பூட்டிக்கொள்ளத் தொடங்குகிறது. இருக்கைப் பட்டையை (seatbelt) எட்டிப் பிடிக்கும்போதோ, உயரமான அலமாரிக்கு மேலே கை நீட்டும்போதோ, பின்பக்கப் பையை எட்டும்போதோ, கை வெறுமனே நின்றுவிடுகிறது. பெரும்பாலான தோள்பட்டைப் பிரச்சினைகளிலிருந்து உறைந்த தோள்பட்டையை வேறுபடுத்துவது என்னவென்றால், இந்த விறைப்பு நீங்கள் வலிக்குப் பயந்து கையைக் காத்துக்கொள்வது மட்டுமல்ல — வேறு ஒருவர் உங்கள் கையைத் தூக்கினாலும், தோள்பட்டை உண்மையிலேயே அசையாது. கதவைத் திறப்பதுபோலவோ சட்டைக் கைக்குள் கையை நுழைப்பதுபோலவோ கையை வெளிப்புறமாகத் திருப்பும் திறனை இழப்பதே, எல்லாவற்றிலும் மிகச் சிறப்பியல்பான அறிகுறி.

பெரும்பாலானோர் ஏறக்குறைய 40 முதல் 60 வயதுக்கு இடைப்பட்டவர்கள். சிலருக்கு அதற்கு முன் ஏற்பட்ட ஒரு சிறிய இடி நினைவிருக்கும்; பலருக்கு எந்த விளக்கமும் இருக்காது. உங்களுக்கு நீரிழிவு நோயோ தைராய்டு (thyroid) நிலையோ இருந்தால் இது

அதிகமாக ஏற்படுகிறது; ஒரு தோள்பட்டையில் இது ஏற்பட்டிருந்தால், பிறகு மறு தோள்பட்டையிலும் ஏற்பட மிதமான வாய்ப்பு உள்ளது.

உண்மையில் என்ன நடக்கிறது

உங்கள் தோள்பட்டை மூட்டு, மூட்டு உறை (capsule) எனப்படும் உறுதியான திசுவினாலான ஓர் உறைக்குள் அமர்ந்திருக்கிறது. வழக்கமாக அந்த உறை தளர்வாகவும் நீட்சியுடனும் இருக்கும்; உடலின் வேறு எந்த மூட்டையும்விட தோள்பட்டை அதிக தூரம் அசைய இதுவே வழிவகுக்கிறது. உறைந்த தோள்பட்டையில் மூட்டு உறை அழற்சியடைந்து, பிறகு தடிமனாகிச் சுருங்குகிறது; அதனால் உறை சிறுத்துப்போகிறது. மூட்டுக்கு உள்ளே உள்ள இடம், அதன் இயல்பான அளவில் பாதிக்கும் குறைவாகக் குறைந்துவிடலாம்.

“ஒட்டும் உறையழற்சி” (adhesive capsulitis) என்ற பழைய பெயர் இருந்தாலும், மூட்டுக்கு உள்ளே உண்மையில் எதுவும் ஒன்றோடொன்று ஒட்டிக்கொள்வதில்லை. பசை போன்ற ஒட்டுதல்கள் (adhesions) எதுவும் இல்லை. திசு இறுகியிருக்கிறது; இது உண்மையிலேயே வேறுபட்ட ஒரு பிரச்சினை. அதனால்தான் சில அறுவை சிகிச்சை நிபுணர்கள், இந்த நிலையை வெறுமனே தோள்பட்டையின் சுருக்கம் (contracture) — அதாவது இறுகுதல் — என்றே அழைக்க வேண்டும் என்று வாதிடுகிறார்கள்.

இது ஏன் தொடங்குகிறது என்பது இன்னும் சரியாகப் புரிந்துகொள்ளப்படவில்லை; அதைச் சொல்வதே நேர்மையானது. இது தோள்பட்டையில் மட்டும் ஏற்படும் ஓர் உள்ளூர்ப் பிரச்சினை அல்ல என்பதற்கு நல்ல சான்றுகள் உள்ளன. பரம்பரை அபாயம் குறித்த ஆய்வுகள், வகை 1 நீரிழிவு நோய் உறைந்த தோள்பட்டையுடன் வெறுமனே தொடர்புடையதாக இல்லாமல் அதை உண்மையிலேயே உண்டாக்குகிறது என்பதையும், இந்தத் தொடர்பு எடையின் வழியாகவோ இயந்திரவியல் சுமையின் வழியாகவோ அல்லாமல் இரத்தச் சர்க்கரையின் வழியாகவே செல்கிறது என்பதையும் காட்டுகின்றன. திசுவில் ஏற்படும் மாற்றங்கள், கையில் ஏற்படும் டூப்யுட்ரென் நோயை (Dupuytren’s disease) வியக்கத்தக்க அளவுக்கு ஒத்திருக்கின்றன; அதனால்தான் இவ்விரண்டும் பெரும்பாலும் ஒரே நபரிடம் தோன்றுகின்றன.

இது எவ்வளவு காலம் எடுக்கும் என்பதில் நேர்மையாக இருத்தல்

உறைந்த தோள்பட்டை தானாகவே கட்டுப்படும் ஒரு நிலை என்றும், ஏறக்குறைய பதினெட்டு மாதங்கள் முதல் இரண்டு ஆண்டுகளுக்குள் முழுமையாகக் குணமாகிவிடும் என்றும் நீங்கள் படிக்க வாய்ப்பு மிக அதிகம். உங்களிடம் நேரடியாகச் சொல்ல விரும்புகிறோம்: அந்த ஆறுதல், சான்றுகள் தாங்கக்கூடியதைவிட அதிக நம்பிக்கையுடன் சொல்லப்படுகிறது.

இந்த நிலை — உறைதல், உறைந்த நிலை, பிறகு உருகுதல் என்ற — மூன்று கட்டங்களைச் சீராகக் கடந்து செல்கிறது என்ற கருத்து, 1975-இல் வெளியான ஒரு சிறிய ஆய்விலிருந்து வருகிறது; அந்த ஆய்வில் நோயாளிகளின் கைகள் ஒன்பது மாதங்கள் வரை கைத்தாங்கியில் (sling) ஓய்வில் வைக்கப்பட்டிருந்தன. வியப்பில்லாமல், அப்படிச் சிகிச்சை

அளிக்கப்பட்ட தோள்பட்டைகள் விறைத்துப்போயின; அசைய அனுமதிக்கப்பட்டவுடன் மீண்டும் தளர்ந்தன. ஆய்வாளர்கள் திரும்பிச் சென்று கிடைக்கக்கூடிய எல்லா ஆய்வுகளையும் மறுஆய்வு செய்தபோது, சிகிச்சை அளிக்கப்படாத தோள்பட்டைகள் அந்தக் கட்டங்களை நம்பகமாகக் கடந்து இயல்பு நிலைக்குத் திரும்புகின்றன என்பதற்கு நல்ல சான்று எதுவும் அவர்களுக்குக் கிடைக்கவில்லை. உண்மையில், சிகிச்சை இல்லாமல் அளவிடப்பட்ட, உண்மையிலேயே இயல்பான அசைவு வீச்சுக்கு மக்கள் திரும்புவதை எந்த ஆய்வும் இதுவரை காட்டியதில்லை.

சான்றுகள் உண்மையில் காட்டுவது இதைவிடப் பயனுள்ளது; அது இதுதான்: **நீங்கள் பெறப்போகும் முன்னேற்றத்தில் பெரும்பகுதி ஆரம்பத்திலேயே நிகழ்கிறது; பிறகு முன்னேற்றம் மெதுவாகி ஒரே நிலையில் தேங்கிவிடுகிறது.** அந்தத் தேக்கம் நிரந்தரமாக இருக்கலாம். நீங்கள் எந்த ஆய்வைப் படிக்கிறீர்கள் என்பதைப் பொறுத்து, மூன்றில் ஒரு பங்குக்கும் பாதிக்கும் இடைப்பட்ட அளவிலான மக்களுக்குப் பல ஆண்டுகளுக்குப் பிறகும் சிறிது வலியோ விறைப்போ இருக்கிறது; இருப்பினும் அவர்களில் பெரும்பாலானோருக்கு அது லேசானது, அவர்கள் செய்ய விரும்புவதைச் செய்வதைத் தடுப்பதில்லை.

இவை எதுவும் நீங்கள் குணமடைய மாட்டீர்கள் என்று பொருள்படுவதில்லை. பெரும்பாலானோர் கணிசமாக முன்னேறுகிறார்கள். ஆனால் “வெறுமனே காத்திருங்கள், இது தானாகவே சரியாகிவிடும்” என்பது நடுநிலையான அறிவுரை அல்ல என்றும், வலியை வெறுமனே தாங்கிக்கொள்வதைவிட அதற்குத் தீவிரமாகச் சிகிச்சை அளிப்பதற்கு நியாயமான காரணம் உள்ளது என்றும் இவை பொருள்படுகின்றன.

இதற்கு நாங்கள் என்ன செய்ய முடியும்

Mater Private Hospital Rockhampton-இல் பணியாற்றும் டாக்டர் கியரன் ஹிர்பரா, உங்களை எண்ணிடப்பட்ட ஒரு கட்டத்துக்குள் பொருத்த முயல்வதைவிட, உங்களுக்கு எது அதிகமாகத் தொந்தரவு தருகிறது — வலியா அல்லது விறைப்பா — என்பதன் அடிப்படையில் தேர்வுகளை உங்களுடன் விளக்கிப் பேசுவார்.

மூட்டுக்குள் ஒரு ஸ்டீராய்டு (steroid) ஊசி என்பது, வலி மிகுந்த கட்டத்துக்குச் சான்றுகளால் மிகச் சிறப்பாக ஆதரிக்கப்படும் ஒரே சிகிச்சை. மிகப் பெரிய அளவிலான ஆராய்ச்சிகள் முழுவதிலும், நோயாளிகள் உண்மையிலேயே உணரக்கூடிய அளவுக்கு வலியிலும் செயல்பாட்டிலும் ஒரு வேறுபாட்டை நம்பகமாக உருவாக்கும் ஒரே சிகிச்சை இதுவே; முதல் சில வாரங்களுக்குள் இது வேலை செய்கிறது. இதன் நேர்மையான வரம்பு என்னவென்றால், ஏறக்குறைய மூன்று மாதங்களுக்குப் பிறகு அந்த நன்மை மங்கிவிடுகிறது. இது உங்களுக்கு நிம்மதியையும், தூக்கத்தையும், தோள்பட்டையில் உழைக்கும் திறனையும் வாங்கித் தருகிறது — இறுக்கத்தைக் குணப்படுத்துவதில்லை.

பயிற்சிகளும் இயன்முறை சிகிச்சையும் (physiotherapy) நடைமுறைக்கு ஒத்த எதிர்பார்ப்புகளுடன் செய்யத் தகுந்தவை. எளிய வீட்டுப் பயிற்சித் திட்டத்துக்கு அளவிடக்கூடிய மதிப்பு உண்டு. உங்களை ஆச்சரியப்படுத்தக்கூடியது என்னவென்றால், நீங்கள் எவ்வளவு வலுவாகத் தள்ளுகிறீர்கள் என்பது பெரிய வேறுபாட்டை

ஏற்படுத்துவதில்லை: அசைவு வீச்சின் எல்லையில் உறுதியாக நீட்டிப்பதை வலியில்லாத மென்மையான அசைவுடன் ஒப்பிட்ட ஒரு சோதனை, சில அசைவுகளில் உறுதியான அணுகுமுறைக்குச் சற்றே சாதகமாக, சிறிய வேறுபாடுகளை மட்டுமே கண்டது; மேலும் வேறொரு ஆய்வு, தங்கள் வலி எல்லைக்குள் மென்மையாகப் பயிற்சி செய்தவர்கள் சிறப்பாகச் செயல்பட்டார்கள் என்பதைக் கண்டது — ஆறுதலளிக்கும் விதமாக, அதிகமாகத் தள்ளுவது சேதம் விளைவிக்கிறது என்பதற்கு எந்தச் சான்றும் இல்லை. எனவே நீங்கள் தாங்கக்கூடிய அளவுக்குள் உழையுங்கள். கடுமையான வலியை மீறிப் போராடுவது எதையும் விரைவுபடுத்துகிறது என்று காட்டப்படவில்லை.

நீர்ப் பெருக்க நீட்டிப்பு (hydrodilatation) — அதாவது மூட்டு உறையை உள்ளிருந்து நீட்டுவதற்காகத் திரவத்தைச் செலுத்துவது — பரவலாகப் பயன்படுத்தப்படுகிறது; அபாயமும் குறைவு. இதைப் பற்றிய ஆராய்ச்சி உண்மையிலேயே கலவையானது: ஒரு மறுஆய்வு வலியிலும் அசைவிலும் சிறிய பலன்களை மட்டுமே கண்டது; வேறு சில ஆய்வுகள், ஸ்டிராய்டு ஊசி மட்டும் போடுவதுடன் ஒப்பிடும்போது சில அசைவுகளில் ஆரம்பகால முன்னேற்றத்தைக் கண்டன, ஆனால் அது நீடிக்கவில்லை. இது நியாயமான ஒரு தேர்வு; ஆனால் அதை நாங்கள் மிகைப்படுத்திச் சொல்ல மாட்டோம்.

மயக்க மருந்தின் கீழ் கையாளுதல் (manipulation under anaesthetic) என்பது, இறுகிய மூட்டு உறையை நீட்டுவதற்காக நீங்கள் உறங்கிக்கொண்டிருக்கும்போது தோள்பட்டையை அதன் முழு அசைவு வீச்சிலும் அசைப்பது. முக்கியச் சிகிச்சைகளை ஒப்பிட்ட மிகப் பெரிய சோதனையில், ஒட்டுமொத்தமாகப் பணத்துக்கு ஏற்ற சிறந்த தேர்வாக இது வெளிப்பட்டது.

துளை வழி மூட்டுறை விடுவிப்பு (keyhole capsular release) என்பது, இறுகிய மூட்டு உறையைக் கிழியும் வரை நீட்டுவதற்குப் பதிலாக, நேரடிப் பார்வையின் கீழ் அறுவை சிகிச்சை மூலம் அதைப் பிரிப்பது. இதன் முக்கியமான நன்மை, இது மிக நீடித்ததாக இருக்கிறது என்பதுதான்: வெளியிடப்பட்ட அறுவை சிகிச்சைத் தொடர்கள் முழுவதிலும், ஒரு விடுவிப்புக்குப் பிறகு விறைப்பு திரும்பி வருவது அரிது; ஆனால் ஒரு கையாளுதலுக்குப் பிறகோ, கணிசமான விகிதத் தோள்பட்டைகள் மீண்டும் இறுகி, இரண்டாவது செயல்முறை தேவைப்படுகிறது. பெரிய UK சோதனையில், விடுவிப்பு செய்துகொண்டவர்களுக்கே மூன்று குழுக்களிலும் மேற்கொண்டு ஏதேனும் சிகிச்சை தேவைப்படும் வாய்ப்பு மிகக் குறைவாக இருந்தது. இது ஓர் அறுவை சிகிச்சை என்பதால், மாற்று வழிகளைவிடச் சற்று அதிக அபாயத்தைக் கொண்டுள்ளது; செலவும் அதிகம். கையாளுதல் செய்துகொண்டவரைவிட முதல் சில வாரங்களில் உங்களுக்கு அதிக வலி இருக்கும் என்று எதிர்பார்க்க வேண்டும் — அந்த ஆரம்பகால வேறுபாடு ஏறக்குறைய ஆறு மாதங்களுக்குள் சமமாகிவிடும்.

தெரிந்துகொள்ளத் தகுந்தது: அந்தச் சோதனையில், ஓர் ஆண்டு முடிவில் மூன்று அணுகுமுறைகளும் ஒன்றுக்கொன்று சில புள்ளிகள் வித்தியாசத்திற்குள்ளேயே வந்து நின்றன. இது உண்மையிலேயே நல்ல செய்தி; ஏனெனில், ஒரு தேர்வு தெளிவாகச் சிறந்தது என்பதன் அடிப்படையில் அல்லாமல், உங்களுக்கும், உங்கள் பிற உடல்நல நிலைகளுக்கும், உங்கள் சூழ்நிலைகளுக்கும் எது பொருத்தமானது என்பதன் அடிப்படையில் முடிவெடுக்க முடியும் என்பதை இது குறிக்கிறது.

டாக்டர் ஹிர்பரா பொதுவாக இதை எந்த வரிசையில் செய்கிறார். எதையும் வழங்குவதற்கு முன், ஒரு நிர்ணயிக்கப்பட்ட மாத எண்ணிக்கைக்கு இதைத்

தாங்கிக்கொள்ளுங்கள் என்று உங்களிடம் சொல்லப்படாது. நடைமுறையில் அவர் பொதுவாக முதலில் ஒரு ஸ்டிராய்டு ஊசியைப் பரிந்துரைப்பார்; ஏனெனில் பலருக்கு, தோள்பட்டை அமைதியடையும்வரை வாழ்க்கையைத் தொடர்வதற்குப் போதுமான அளவு வலியை அது எடுத்துவிடுகிறது. ஊசி உங்களுக்குப் போதுமான நிவாரணம் தராவிட்டால், அந்தக் கட்டத்திலிருந்தே மூட்டுறை விடுவிப்பை வழங்க அவர் தயாராக இருக்கிறார் — அதற்கு முன் ஒன்பது அல்லது பன்னிரண்டு மாதங்கள் நீங்கள் போராடியிருக்க வேண்டும் என்று அவர் கோருவதில்லை. “இது எப்போதும் தானாகவே சரியாகிவிடும்” என்ற ஆறுதல் எவ்வளவு ஆட்டங்கண்டது என்று தெரியவரும்போது, உங்களுடையது எந்தப் பக்கம் போகும் என்பதை அறிவதற்காக ஓர் ஆண்டை வலியில் கழிப்பதில் பெரிய அர்த்தமில்லை.

என்ன எதிர்பார்க்கலாம்

நீங்கள் ஒரு ஊசி போட்டுக்கொண்டால், முதல் ஒன்று அல்லது இரண்டு வாரங்களுக்குள் வலி தணியும் என்று எதிர்பார்க்கலாம். தோள்பட்டையை அசைந்துகொண்டே இருக்க வைக்க அந்த வாய்ப்பைப் பயன்படுத்துங்கள்.

நீங்கள் ஒரு கையாளுதலையோ மூட்டுறை விடுவிப்பையோ செய்துகொண்டால், நீங்கள் மீட்கப்போகும் அசைவு வீச்சில் பெரும்பகுதி விரைவாகவே திரும்பி வரும் — பொதுவாக முதல் நான்கு முதல் ஆறு வாரங்களுக்குள் — ஏறக்குறைய மூன்று மாதங்களுக்குப் பிறகு பொதுவாகக் கூடுதல் மாற்றம் குறைவு. ஆரம்பத்திலேயே அசையத் தொடங்குவது முக்கியம்; செயல்முறைக்குப் பிறகு ஒன்று அல்லது இரண்டு நாட்களுக்குள் இயன்முறை சிகிச்சை பொதுவாகத் தொடங்குகிறது. பெரும்பாலானோர் ஒன்று முதல் மூன்று வாரங்களுக்குள் அலுவலக வகை வேலைக்குத் திரும்பிவிடுகிறார்கள்.

உங்களுக்கு நீரிழிவு நோய் இருந்தால், சராசரியைவிட மெதுவான, சற்றே குறைவாக முழுமையடைந்த மீட்சியை எதிர்பார்ப்பது நியாயம்; மேலும் ஒரு ஸ்டிராய்டு ஊசி உங்கள் இரத்தச் சர்க்கரை அளவுகளைச் சில நாட்களுக்குக் குறைக்கக்கூடும் என்பதையும் தெரிந்துகொள்வது நல்லது. உங்கள் சர்க்கரைக் கட்டுப்பாடு கடினமாக இருந்தால் எங்களிடம் சொல்லுங்கள்; ஏனெனில் அது நாங்கள் பரிந்துரைப்பதை மாற்றுகிறது.

நீங்கள் எந்த வழியைத் தேர்ந்தெடுத்தாலும், மீட்சி வாரங்களில் அல்ல, மாதங்களில் அளக்கப்படுகிறது. நீங்கள் செய்யக்கூடிய மிகப் பயனுள்ள விஷயம், வசதியான எல்லைகளுக்குள் கையைத் தொடர்ந்து பயன்படுத்துவதும், உங்கள் தூக்கத்தைப் பாதுகாத்துக்கொள்வதும் தான்.

எப்போது மருத்துவரைப் பார்க்க வேண்டும்

தோள்பட்டை வலி இரவில் உங்களை எழுப்பினாலோ, சில வாரங்கள் ஓய்வெடுத்தும் அது தணியவில்லை என்றாலோ, உங்கள் GP-யைப் பாருங்கள்; தோள்பட்டை வெறுமனே வலிப்பதோடு நில்லாமல் உண்மையிலேயே அசைப்பதற்குக் கடினமாகிக்கொண்டிருந்தால், உறைந்த தோள்பட்டை பற்றிக் குறிப்பாகக் கேளுங்கள்.

உங்கள் கையை வெளிப்புறமாகத் திருப்ப முடியவில்லை என்றாலோ, உங்களுக்கு நீரிழிவு நோய் இருந்தாலோ, தோள்பட்டை உங்கள் வேலையையோ வாகனம் ஓட்டுவதையோ பாதித்தாலோ, அல்லது தூங்க முடியாத அளவுக்கு வலி கடுமையாக இருந்தாலோ, நிபுணர் பரிசோதனையை விரைவில் கேளுங்கள். வலியை மதிப்பிடுவதற்கு முன் நீண்ட நாட்கள் காத்திருப்பதில் எந்த நன்மையும் இல்லை.

தோள்பட்டை சூடாகவும், சிவப்பாகவும், வீங்கியும் போனாலோ, அதனுடன் உடல்நலம் சரியில்லாமலோ காய்ச்சலாகவோ உணர்ந்தாலோ, கையில் குறிப்பிடத்தக்க பலவீனமோ உணர்விழப்போ இருந்தாலோ, அல்லது விழுந்ததிலிருந்தோ காயத்திலிருந்தோ வலி தொடங்கியிருந்தாலோ, உடனடியாக மருத்துவ உதவியை நாடுங்கள். இந்த அம்சங்கள் உறைந்த தோள்பட்டையிலிருந்து விலகி, இன்னும் அவசரமாகப் பார்க்கப்பட வேண்டிய வேறு ஏதோ ஒன்றை நோக்கிச் சுட்டுகின்றன.

ஆழமான விளக்கம்

இந்தப் பகுதி, உங்கள் சொந்தச் சிகிச்சை முடிவுகளுக்குத் தேவையானதைவிட ஒரு படி மேலே செல்கிறது. நோயாளிகளுக்குச் சொல்லப்படுவதற்கும் ஆராய்ச்சி உண்மையில் காட்டுவதற்கும் இடையே இடைவெளி விழுந்துவிட்ட நிலைகளில் உறைந்த தோள்பட்டையும் ஒன்று என்பதாலும், நம்பிக்கையின் பேரில் ஏற்றுக்கொள்ளச் சொல்லப்படுவதைவிட அதற்கான காரணங்களைப் பார்க்கச் சிலர் விரும்புவார்கள் என்பதாலும், இது இங்கே இருக்கிறது.

மூட்டுக்குள் உண்மையில் என்ன தவறாகிறது

மூட்டு உறை என்பது மூட்டைச் சுற்றியுள்ள கொலாஜனாலான (collagen) ஓர் உறை. உறைந்த தோள்பட்டையில் அது அழற்சியடைந்து, பிறகு **நார்த்திசுவாக** (fibrotic) மாறுகிறது; **ஃபைப்ரோபிளாஸ்ட்கள்** (fibroblasts) எனப்படும் செல்கள் பெருகி, அடர்த்தியான புதிய கொலாஜனை இடுகின்றன; அவற்றில் சில **மயோஃபைப்ரோபிளாஸ்ட்களாக** (myofibroblasts) மாறுகின்றன — அவை தீவிரமாகச் சுருங்கக்கூடியவை. சாதாரண வடு உருவாதலிலிருந்து இதுவே முக்கியமான வேறுபாடு: திசு வெறுமனே தடிமனாவதில்லை, அது இறுக்கமாக இழுக்கிறது. மூட்டின் கொள்ளளவு, இயல்பான 10–15 mL-இலிருந்து 3–4 mL ஆகக் குறையலாம்.

இதே செல் நடத்தை, கையில் ஏற்படும் **டூப்யுட்ரென் நோயிலும்** (Dupuytren's disease) நிகழ்கிறது; அதனால்தான் இவ்விரு நிலைகளும் ஒரே நபர்களிடம் தோன்றுகின்றன, மேலும் அதனால்தான் ஒரு தோள்பட்டை அறுவை சிகிச்சை நிபுணர், இந்த நிலையை “உறையழற்சி” (capsulitis) என்பதைவிட வெறுமனே தோள்பட்டையின் சுருக்கம் (contracture) என்று மறுபெயரிட வேண்டும் என்று வாதிட்டுள்ளார் [1]. “ஓட்டும் உறையழற்சி” என்ற பழைய பெயர் இருந்தாலும், மூட்டுக்கு உள்ளே பார்க்கும் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர்கள் எந்த ஓட்டுதலையும் காண்பதே இல்லை.

“மூன்று கட்டங்கள்” என்ற கதை, கேட்பதைவிட எவ்வளவு நிலையற்ற அடித்தளத்தில் நிற்கிறது

உறைந்த தோள்பட்டை உறைதல், உறைந்த நிலை, உருகுதல் என்ற கட்டங்களைக் கடந்து செல்கிறது என்று எல்லா இடங்களிலும் நீங்கள் படிப்பீர்கள். அந்த மாதிரி 1975-இல் முன்மொழியப்பட்டது. ஆய்வாளர்கள் திரும்பிச் சென்று அது எங்கிருந்து வந்தது என்று தேடியபோது, அந்தக் கட்டுரையாளர் இரண்டு வெவ்வேறு முந்தைய ஆய்வுக் கட்டுரைகளுக்கான **மேற்கோள்களைக் குழப்பிக்கொண்டிருந்ததையும்**, அதைவிட முக்கியமாக, அவருடைய நோயாளிகளின் கைகள் **ஒன்பது மாதங்கள்** வரை கைத்தாங்கியில் ஓய்வில் வைக்கப்பட்டிருந்ததையும் கண்டறிந்தார்கள். அவ்வளவு காலம் அசைவற்று வைக்கப்படும் தோள்பட்டை விதைத்துப்போகிறது; அசைய விட்டவுடன் தளர்கிறது. அந்தக் “கட்டங்கள்” நோயை அல்ல, ஓரளவுக்குச் சிகிச்சையையே விவரிக்கலாம்.

இந்த மாதிரியைச் சோதிக்கக் கிளம்பிய ஒரு முறைமையான மறுஆய்வுக்கு அதற்கான சான்று எதுவும் கிடைக்கவில்லை; மாறாக அது கணிப்பதற்கு நேர்மாறானதையே கண்டது: முன்னேற்றம் பிற்காலத்தில் உருகுதலாகக் கட்டியெழும்புவதற்குப் பதிலாக, **ஆரம்பத்திலேயே பெரும்பாலும் நிகழ்ந்து பிறகு மெதுவாகிறது** [2]. மேலும், ஒரு குறிப்பிட்ட தோள்பட்டை எந்தக் கட்டத்தில் இருக்கிறது என்பதில் மருத்துவர்களால் நம்பகமாக ஒத்துக்கொள்ளவும் முடியவில்லை; நிலையான வரையறையை எழுதியவர்களே, அதை உறுதிப்படுத்தும் தரவு “கிடைக்கவில்லை” என்று அச்சில் ஒப்புக்கொண்டனர்.

மீட்சி குறித்த புள்ளிவிவரமும், அதற்கு ஏன் மிக வேறுபட்ட இரண்டு பதில்கள் இருக்கின்றன என்பதும்

அடிக்கடி மேற்கோள் காட்டப்படும் எண் என்னவென்றால், **94%** மக்கள் சிகிச்சை இல்லாமலேயே குணமடைகிறார்கள் என்பது. அது ஓர் உண்மையான ஆய்விலிருந்து வருகிறது; ஆனால் அது, சிகிச்சை பெறாமல் இருந்து மேலும் பின்தொடர் பரிசோதனைக்குத் திரும்பி வந்த நோயாளிகளை மட்டுமே கணக்கிடுகிறது. மூலக் குழுவில் பெரும்பாலானோர் சிகிச்சையைத் தேர்ந்தெடுத்தார்கள் அல்லது ஆய்விலிருந்து விலகினார்கள். எல்லாரையும் கணக்கிட்டால், அதே தரவு ஏறக்குறைய **26%** ஐத் தருகிறது [2]. “குணமடைந்தது” என்பதும், மறு தோள்பட்டையிலிருந்து 10 பாகைகளுக்குள் என்றே பொருள்பட்டது; அந்த நோயாளிகளில் சிலருக்கு மறு தோள்பட்டையும் உறைந்திருந்தது.

மிகப் பெரிய நீண்டகாலப் பின்தொடர் ஆய்வு, சராசரியாக நான்கு ஆண்டுகளுக்குப் பிறகும் **41%** பேருக்கு அறிகுறிகள் இருந்ததைக் கண்டது; மேலும் — தெரிந்துகொள்ளத் தகுந்த பகுதி — முன்னேற்றம் முடிவின்றித் தொடராமல், ஏறக்குறைய மூன்று ஆண்டுகளுக்குப் பிறகு பெருமளவில் **நின்றுவிடுகிறது** என்பதையும் கண்டது [4].

இது தோள்பட்டையின் நிலை மட்டுமல்ல, உடல் முழுவதையும் சார்ந்த நிலை

ஒரு பெரிய மரபணு ஆய்வு, உறைந்த தோள்பட்டையுடன் தொடர்புடைய ஐந்து DNA பகுதிகளைக் கண்டறிந்தது; மேலும், காரணத்தைத் தற்செயலிலிருந்து பிரித்தறியக்கூடிய ஒரு நுட்பத்தைப் பயன்படுத்தி, **வகை 1 நீரிழிவு நோய் இதனுடன் வெறுமனே சேர்ந்து வருவதில்லை, உண்மையிலேயே இதை உண்டாக்குகிறது** என்பதைக் காட்டியது. அதிக எடை இருப்பது அப்படி உண்டாக்கவில்லை; நீரிழிவு நோயைக் கணக்கில்

எடுத்தவுடன், எடையுடனான தொடர்பு மறைந்துவிட்டது. இது இயந்திரவியல் சுமையை அல்ல, இரத்தச் சர்க்கரையையே இதற்குத் தூண்டுதலாகச் சுட்டுகிறது [5].

இயன்முறை சிகிச்சை பற்றிய சான்றுகள் உண்மையில் என்ன சொல்கின்றன

நீங்கள் இயன்முறை சிகிச்சை பெற்றுக்கொண்டிருந்தாலோ, அளித்துக்கொண்டிருந்தாலோ, தெரிந்துகொள்ள மிகவும் தகுந்த பகுதி இதுதான். ஒரு Cochrane மறுஆய்வு **32 சோதனைகளையும் 1,836 பேரையும்** ஒன்றிணைத்தது [6]. மூன்று கண்டுபிடிப்புகள் தனித்து நிற்கின்றன.

ஸ்மராய்டு ஊசிக்கு எதிராக, கைகளால் செய்யப்படும் இயன்முறை சிகிச்சை ஆரம்பத்தில் மோசமாகவே வெளிப்படுகிறது. நேரடி ஒப்பீட்டுச் சோதனையில், ஆறு வாரங்கள் செயலற்ற அசைவூட்டலும் (passive mobilisation) மேற்பார்வையின் கீழான பயிற்சியும், ஒரே ஒரு ஊசியுடன் ஒப்பிடும்போது, ஏழு வாரங்களில் வலி முன்னேற்றத்தில் **26 புள்ளிகள் குறைவாகவும், செயல்பாட்டு முன்னேற்றத்தில் 25 புள்ளிகள் குறைவாகவும்** தந்தன. மக்கள் தாங்கள் கணிசமாக முன்னேறியதாகவோ குணமடைந்ததாகவோ உணர்ந்தார்களா என்பதன் அடிப்படையில் மதிப்பிட்டால், அது **இயன்முறை சிகிச்சைக்கு 46%, ஊசிக்கு 77%** — அதாவது, இயன்முறை சிகிச்சைக்குப் பதிலாக ஊசி போடப்பட்ட ஒவ்வொரு நான்கு பேரிலும் ஏறக்குறைய ஒரு கூடுதல் நபருக்குப் பயன் கிடைத்தது. ஆறு முதல் பன்னிரண்டு மாதங்களுக்குள் இந்த இடைவெளி மூடிவிட்டது; அந்த வேறுபாடு இனி முக்கியமானதாக இல்லை.

நீங்கள் எவ்வளவு வலுவாகத் தள்ளுகிறீர்கள், எவ்வளவு அடிக்கடி செய்கிறீர்கள், எந்த நுட்பம் பயன்படுத்தப்படுகிறது என்பவை பெரிய வேறுபாட்டை ஏற்படுத்துவதாகத் தெரியவில்லை. 100 நோயாளிகளுடனான ஒரு சோதனை, **அசைவு வீச்சின் எல்லையில்** செய்யப்படும் உறுதியான அசைவூட்டலை, **வலியில்லாத** மென்மையான அசைவூட்டலுடன் ஒப்பிட்டது: இரு குழுக்களும் முன்னேறின; சில அசைவுகளுக்கு (மூன்று மற்றும் பன்னிரண்டு மாதங்களில் கையைப் பக்கவாட்டில் உயர்த்துவது, பன்னிரண்டு மாதங்களில் அதை வெளிப்புறமாகத் திருப்புவது) உறுதியான நுட்பம் புள்ளியியல் ரீதியாகச் சிறப்பாகச் செயல்பட்டது; ஆனால் அந்த வேறுபாடுகள் சிறியவை என்றே ஆசிரியர்கள் கருதினார்கள் [18]. 77 பேரிடம் நடத்தப்பட்ட சமவாய்ப்பற்ற (non-randomised) ஒரு ஆய்வு நேர்மாறானதைக் கண்டது: இரண்டு ஆண்டுகளில், தங்கள் வலி எல்லைக்குள் மென்மையாகப் பயிற்சி செய்தவர்களில் 89% பேருக்கு இயல்பான அல்லது இயல்புக்கு அருகிலான தோள்பட்டை மதிப்பெண் இருந்தது; தீவிர நீட்டிப்பு அளிக்கப்பட்டவர்களில் இது 63% [19]. 120 நோயாளிகளுடனான ஒரு சோதனை, எல்லை-வீச்சு அசைவூட்டலின் அடிக்கடித் தன்மையை (வாரத்துக்கு இரண்டு முறைக்கு மேல், வாரம் ஒரு முறை, வாரத்துக்கு ஒரு முறைக்கும் குறைவாக) மாற்றிப் பார்த்து, பக்கவாட்டு உயர்த்தலில் (abduction) எட்டு பாகைகளுக்கும் குறைவான வேறுபாடுகளையே கண்டது; அவை அனைத்தும் புள்ளியியல் ரீதியாகப் பூஜ்ஜியத்திலிருந்து வேறுபடுத்த முடியாதவை. நுட்பங்களின் நேரடி ஒப்பீடுகள் — முன்பக்க நழுவுதலுக்கு (anterior glide) எதிராகப் பின்பக்க நழுவுதல், PNF-க்கு எதிராக வழக்கமான பயிற்சி, டம்பெல்களுக்கு எதிராக வெறுங்கையால் செய்வது — ஏறக்குறைய அனைத்தும் குறிப்பிடத்தக்கவை அல்ல. ஆறுதலளிக்கும் விதமாக, **அசைவு வீச்சின் எல்லையில் உழைப்பது தீங்கு விளைவிக்கிறது என்பதற்கும் எந்த அறிகுறியும் இல்லை.**

மிகப் பெரிய கட்டமைப்பு இடைவெளி: கைமுறைச் சிகிச்சையையும் பயிற்சியையும் சேர்த்து, எந்தச் சிகிச்சையும் இல்லாததுடன் ஒப்பிட்ட சோதனை இதுவரை எதுவும் இல்லை. எனவே, இயன்முறை சிகிச்சை ஒரு ஊசியைவிடத் தெளிவாகச் சிறந்தது அல்ல என்றும், அது எப்படி வழங்கப்படுகிறது என்பதன் விவரங்கள் பெரிதாக எதையும் மாற்றுவதாகத் தெரியவில்லை என்றும் நம்மால் சொல்ல முடிந்தாலும், அந்த முன்னேற்றத்தில் எவ்வளவு எப்படியும் நிகழ்ந்திருக்கும் என்பதை உண்மையில் யாரும் காட்டவில்லை.

பயனுள்ள இரண்டு எச்சரிக்கைகள். அந்த மறுஆய்வில் இருந்த உண்மையிலேயே உயர்தரமான ஒரே சோதனை, மூட்டு விரிவாக்கத்துக்குப் (joint distension) பிறகு அளிக்கப்படும் இயன்முறை சிகிச்சையை ஆராய்ந்தது; வலி, செயல்பாடு அல்லது வாழ்க்கைத் தரத்தில் அது எந்த வேறுபாட்டையும் ஏற்படுத்தவில்லை என்று கண்டது; ஆனால் தங்களைக் குணமடைந்தவர்களாக மதிப்பிட்டுக்கொண்டவர்களின் எண்ணிக்கையை அது மேம்படுத்தியது; மேலும் ஆறு வாரங்களில் ஏறக்குறைய **13 பாகைகள்** பக்கவாட்டு உயர்த்தலைக் கூடுதலாகத் தந்தது — ஆறு மாதங்களுக்குள் அது மங்கிவிட்டது. மேலும், பெரிய UK சோதனையில், இயன்முறை சிகிச்சைப் பிரிவு, விறைத்த வீச்சுக்குள் கைகளால் செய்யப்படும் நீட்டிப்பையும் உள்ளடக்கியதாக விவரிக்கப்பட்டது; இருப்பினும் அதன் சொந்தப் பதிவுகளே, கைமுறை அசைவூட்டல் நோயாளிகளில் **11-27%** பேருக்கு மட்டுமே பயன்படுத்தப்பட்டது என்றும், மேற்பார்வையின் கீழான நீட்டிப்பு ஒரே ஒருவருக்கு மட்டுமே பயன்படுத்தப்பட்டது என்றும் காட்டுகின்றன. உண்மையில் வழங்கப்பட்டது — மேலும் ஓர் ஆண்டில் அறுவை சிகிச்சையைப் போலவே சிறப்பாகச் செயல்பட்டது — கல்வி, ஒரு ஊசி, மேற்பார்வையின் கீழான மென்மையான அசைவு, மற்றும் ஒரு வீட்டுப் பயிற்சித் திட்டம்.

எவ்வளவு காலத்தில் நன்றாக உணரும், விடுவிப்பின் வகை முக்கியமா

நேரம். ஒரு விடுவிப்புக்குப் பிறகு, நடுநிலை நோயாளி “இது உண்மையான முன்னேற்றம்” என்ற வரம்பை ஏறக்குறைய **ஒரு மாதத்தில்** கடக்கிறார்; “என் தோள்பட்டை எனக்கு ஏற்படையது” என்ற வரம்பை ஏறக்குறைய **நான்கு மாதங்களில்** கடக்கிறார் [14]. வேலையிலிருந்து விலகியிருக்கும் காலம் நடுநிலையாக **எட்டு வாரங்கள்** வரை செல்கிறது; இருப்பினும் பரவல் அகலமானது — நான்கில் ஒரு பங்கினர் நான்கு வாரங்களுக்குள்ளும், நான்கில் மூன்று பங்கினர் பதிமூன்று வாரங்களுக்குள்ளும் திரும்பிவிடுகிறார்கள் [15].

கையாளுதல் அசைவை விரைவாகத் திரும்பப் பெற்றுத் தருகிறது. மேலே சொன்ன நீடித்த தன்மை நன்மைக்கு எதிரான நேர்மையான ஆதாய-இழப்புச் சமநிலை இதுவே: கையாளுதல் அசைவு வீச்சை விரைவில் மீட்டுத் தருகிறது; விடுவிப்பு ஏறக்குறைய ஆறு மாதக் கட்டம் வரை உண்மையில் அதை எட்டுவதில்லை; அதற்குப் பிறகு ஒன்றிணைக்கப்பட்ட ஒவ்வொரு அளவீட்டிலும் இரண்டையும் வேறுபடுத்த முடியாது. ஒரு சிறிய ஒப்பீடு, கையாளுதல் மட்டும் செய்தவர்களே சிறந்த வெளிப்புறச் சுழற்சியுடன் முடித்ததாகக் கூடக் கண்டது [16].

மூட்டு உறையில் எவ்வளவு பிரிக்க வேண்டும் என்பது உண்மையான ஒரு கேள்வி; அதற்கான பதில் “நீங்கள் நினைப்பதைவிடக் குறைவாக” என்பதே. 18 ஆய்வுகள், 629 நோயாளிகள், 811 தோள்பட்டைகள் ஆகியவற்றை ஒன்றிணைத்த ஒரு மறுஆய்வு மூன்று நுட்பங்களை ஒப்பிட்டது: மூட்டு உறையின் முன்பக்கத்தையும் அடிப்பக்கத்தையும்

மட்டும் விடுவிப்பது, அதனுடன் பின்பக்கத்தையும் சேர்ப்பது, அல்லது முழுச் சுற்றிலும் செல்வது. குறைவாகவே விரிவடைந்த விடுவிப்புகள் சிறந்த செயல்பாட்டு மற்றும் வலி மதிப்பெண்களைத் தந்தன என்பதும், பின்பக்க விடுவிப்பைச் சேர்ப்பது ஆரம்பகால உள்நோக்கிய சுழற்சியை (internal rotation) வாங்கித் தந்தாலும் அது நீடிப்பதில்லை (இருப்பினும் அது நீடித்த மடக்குதல் (flexion) முன்னேற்றத்தைத் தருகிறது) என்பதும், முழுமையான 360-பாகை விடுவிப்பு “கூடுதலாக எந்தப் பயனையும் தராமல் போகலாம்” என்பதும் அதன் முடிவாக இருந்தன. மூன்றுக்கும் இடையே சிக்கல் விகிதங்கள் வேறுபடவில்லை [17]. பின்பக்க நீட்டிப்பு குறித்த இரண்டு சமவாய்ப்புச் சோதனைகளும் இதே வடிவத்தையே கண்டன — வேகமான ஆரம்பகால மீட்சி, ஆறு மாதங்களுக்குள் வேறுபாடு இல்லை. எனவே பெரிய அறுவை சிகிச்சை தானாகவே சிறந்ததாகிவிடாது.

இரண்டையும் சேர்த்துச் செய்வது இதற்கான விடை அல்ல. இருந்த ஒரே மூன்று-வழி ஒப்பீட்டில், ஒரு விடுவிப்புடன் கையாளுதலைச் சேர்ப்பது வெளிப்புறச் சுழற்சியை இழக்கும் மிக அதிக விகிதத்தை உருவாக்கியது — 18%; கையாளுதல் மட்டும் செய்தவர்களில் 7%, விடுவிப்பு மட்டும் செய்தவர்களில் 2% [16].

மிகப் பெரிய சிகிச்சைச் சோதனை உண்மையில் என்ன கண்டது

ஒரு UK சோதனை, 500-க்கும் சற்று அதிகமான மக்களை — ஊசியுடன் கூடிய கட்டமைக்கப்பட்ட இயன்முறை சிகிச்சை, மயக்க மருந்தின் கீழ் கையாளுதல், அல்லது துளை வழி அறுவை சிகிச்சை என்று — சமவாய்ப்பு முறையில் பிரித்தது. ஓர் ஆண்டில் மூன்றும் ஒன்றுக்கொன்று சில புள்ளிகள் வித்தியாசத்திற்குள்ளேயே வந்து நின்றன; ஒரு நோயாளி உணரக்கூடிய வேறுபாட்டைவிடக் குறைவாக [7]. இது உண்மையிலேயே பயனுள்ள செய்தி: ஒரு தேர்வு வெளிப்படையாகச் சிறந்தது என்பதன் அடிப்படையில் அல்லாமல், உங்களுக்கும் உங்கள் சூழ்நிலைகளுக்கும் எது பொருத்தமானது என்பதன் அடிப்படையில் தேர்வு செய்ய முடியும் என்பதை இது குறிக்கிறது.

இந்த மூன்றும் உண்மையில் வேறுபடும் இடம், **பிறகு மக்களுக்கு வேறு ஏதேனும் எவ்வளவு அடிக்கடி தேவைப்படுகிறது** என்பதில்தான். அந்தச் சோதனையில், **விடுவிப்புக்குப் பிறகு 4% பேருக்கும், கையாளுதலுக்குப் பிறகு 7% பேருக்கும், இயன்முறை சிகிச்சைக்குப் பிறகு 15% பேருக்கும்** மேற்கொண்டு சிகிச்சை தேவைப்பட்டது [7]. ஒரு அலகு பயனுக்கான செலவில் கையாளுதலை சிறப்பாக வெளிப்பட்டது; விடுவிப்பு மிக அதிகமாகச் செலவானது, மேலும் அந்தச் சோதனையின் கடுமையான சிக்கல்களில் பெரும்பாலானவற்றையும் அதுவே உருவாக்கியது — இருப்பினும் தனி எண்ணிக்கையில் அவை அரிதாகவே இருந்தன.

கையாளுதலா அல்லது விடுவிப்பா — மீண்டும் ஏற்படுதல் குறித்த கேள்வி

இங்கேதான் இந்த இரண்டு அறுவை சிகிச்சைகளும் உண்மையிலேயே பிரிகின்றன; தலைப்புச் செய்தியாகச் சொல்லப்படும் முடிவு மதிப்பெண்கள் ஒரே மாதிரித் தெரிந்தாலும், ஓர் அறுவை சிகிச்சை நிபுணர் உங்களை விடுவிப்பை நோக்கி வழிநடத்தக்கூடும் என்பதற்கான காரணமும் இதுவே.

ஒரு **கையாளுதல்** மூட்டு உறையைக் கிழியும் வரை நீட்டுகிறது; அந்தக் கிழிவு எப்போதும் நீங்கள் தேர்ந்தெடுக்கும் இடத்தில் செல்வதில்லை. மிகப் பெரிய தொடரில் — 17

ஆண்டுகள் பின்தொடரப்பட்ட 792 தோள்பட்டைகள் — 17.8% பேருக்கு இரண்டாவது கையாளுதல் தேவைப்பட்டது; வகை 1 நீரிழிவு நோய் உள்ளவர்களில் இது **37.9%** ஆக உயர்ந்தது [9]. சராசரியாக 13 ஆண்டுகள் என்ற மிக நீண்ட பின்தொடர் ஆய்வு, **19.2%** பேருக்கு மீண்டும் கையாளுதல் தேவைப்பட்டது என்பதையும், **31.3%** பேர் ஏதோ ஒரு கட்டத்தில் மீண்டும் ஏற்பட்டதாகக் குறிப்பிட்டனர் என்பதையும் கண்டது [10]. இரண்டு விஷயங்கள் அதை மென்மையாக்குகின்றன: மீண்டும் ஏற்படுவது ஏறக்குறைய எல்லாமே **முதல் ஆண்டிலேயே** நிகழ்கிறது (ஐந்து ஆண்டுகளுக்குப் பிறகு அந்த விகிதம் 2%-க்கும் குறைவு); மேலும் மீண்டும் செய்யப்படும் கையாளுதல் முதல் முறையைப் போலவே சிறப்பாக வேலை செய்கிறது [9][10].

ஒரு **விடுவிப்பு** மூட்டு உறையை, பார்வையின் கீழ் வேண்டுமென்றே பிரிக்கிறது. மறு அறுவை சிகிச்சை கணிசமாகக் குறைவு: சராசரியாக ஐந்து ஆண்டுகள் பின்தொடரப்பட்ட ஒரு தொடரில், **32 நோயாளிகளில் மறு அறுவை சிகிச்சை எதுவும் இல்லை** என்று பதிவாகியுள்ளது; தன் மறுவாழ்வுப் பயிற்சியை முழுமையாக முடிக்காத ஒருவரிடம் மட்டும் ஒரே ஒரு முறை மீண்டும் ஏற்பட்டது [11]. எட்டு ஆய்வுகளையும் 768 நோயாளிகளையும் ஒன்றிணைத்த பெருந்தொகுப்புப் பகுப்பாய்வு, வலி, செயல்பாடு மற்றும் அசைவுக்கு இந்த இரு அறுவை சிகிச்சைகளும் ஒப்பிடத்தக்கவை என்று கண்டது (விடுவிப்புக்குச் சாதகமாக இருந்த சிறிய நீண்டகால வலி நன்மை, மருத்துவ ரீதியாக முக்கியமான அளவை எட்டவில்லை); விடுவிப்புக்குப் பிறகு கடுமையான சிக்கல்களின் விகிதம் அதிகமாக இருந்தது. கையாளுதல் குழுவில் மேற்கொண்டு ஸ்டிராய்டு ஊசிகள் போடப்பட்ட விகிதம் — புள்ளியியல் ரீதியாகக் குறிப்பிடத்தக்கதாக இல்லாவிட்டாலும் — அதிகமாக இருந்ததை அது சுட்டிக்காட்டியது; மேலும் நீண்ட பின்தொடர் காலத்தில் **“MUA குழுவினர் மேலும் அதிகமாக மீண்டும் ஏற்படுவதை அனுபவிக்கக்கூடும்”** என்று கருத்துரைத்தது [8].

நேர்மையான இரண்டு எச்சரிக்கைகள். முதலாவது, கையாளுதலுக்குப் பிறகு மீண்டும் ஏற்படுதல் குறித்த பெரிய ஆய்வுகள் பெரும்பாலும் **ஒரே அறுவை சிகிச்சை நிபுணரின் பணியிலிருந்தே** வருகின்றன; எனவே அவை ஒன்றையொன்று தனித்து உறுதிப்படுத்துவன அல்ல. இரண்டாவது, விடுவிப்பும் முழுமையான மீட்டெடுப்பு அல்ல: இரண்டு முதல் ஆறு ஆண்டுகளுக்குப் பிறகும் சராசரித் தோள்பட்டை மதிப்பெண் ஏறக்குறைய **100-இல் 77** ஆகவே இருந்ததாக ஒரு தொடர் கண்டது [12]; மேலும், நீரிழிவு நோயாளிகளை விலக்கிய ஒரு குழுவில், ஏறக்குறைய எல்லோரும் அர்த்தமுள்ள அளவுக்கு முன்னேறினாலும், **11-22% பேர் ஆறு மாதங்களில் தங்கள் தோள்பட்டையை ஏற்புடையதாகக் கருதவில்லை** [13].

எனவே நேர்மையான சுருக்கம் இதுதான்: தோள்பட்டையை அசையவைப்பதற்கும் வசதியாக்குவதற்கும் இரண்டும் ஏறக்குறைய சமமானவை; அங்கு செல்வதற்கான மலிவான வழி கையாளுதல். அந்த நிலையிலேயே நீடிப்பதற்கு, சான்றுகள் விடுவிப்புக்கே சாதகமாக உள்ளன. உங்களுக்கு நீரிழிவு நோய் இருந்தால், தோள்பட்டை மிகவும் விறைத்திருந்தால், அல்லது ஏற்கெனவே செய்த கையாளுதல் நிலைக்கவில்லை என்றால், அந்த வேறுபாடு மிக முக்கியமானது.

மேற்கோள்கள்

- [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>