

PATIENT INFORMATION

Frozen Shoulder

Sa frozen shoulder, ang manggas ng tisyu sa paligid ng kasukasuan ay namamaga, kumakapal, at nagiging mahigpit, kaya ang balikat ay naging masakit at mahirap galawin.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



Ang pahinang ito ay isinalin ng makina at hindi pa nasusuri ng isang doktor. Ang **bersyong Ingles** ang siyang opisyal.

Ano ang nararamdaman mo

Ang frozen shoulder (frozen shoulder) ay karaniwang nagsisimula bilang malalim at mapait na sakit na unti-unting lumalala sa loob ng mga linggo imbes na biglaang lumitaw. Para sa karamihan ng mga tao, ang sakit ang pinakamasahol na bahagi sa simula, at madalas itong pinakamasakit sa gabi. Hindi na maaaring matulog sa gilid na iyon, at ang pagkakaroon ng hindi sapat na tulog ay isa sa pinakapagod-pagod na bahagi ng buong kondisyon.

Pagkatapos, nagsisimula nang mahigpit ang balikat. Humahawak ka sa seatbelt, umabot sa mataas na shelf, o bumalik sa bulsa, at ang braso ay simpleng humihinto. Ang nagpapaiba sa frozen shoulder mula sa karamihan ng mga problema sa balikat ay ang hindi lamang pag-iingat laban sa sakit ang nagdudulot ng katigasan – ang balikat ay tunay na hindi gumagalaw, kahit na itataas ng ibang tao ang iyong braso. Ang pagkawala ng kakayahang paikutin ang kamay palabas, parang pagbukas ng pinto o pagpasok ng braso sa manggas, ang pinakakaraniwang senyales.

Karamihan sa mga tao ay nasa pagitan ng 40 at 60 taong gulang. May ilang nakakalala ng maliit na pagbangga bago ito; marami naman walang anumang paliwanag. Mas karaniwan ito kung mayroon kang diabetes o kondisyon sa thyroid, at kung naranasan mo na ito sa isang balikat, may bahagyang pagkakataon na sundan ito ng kabilang balikat sa huli.

Ano ang nangyayari talaga

Ang iyong balikat ay nasa loob ng isang mangkok na matigas na tisyu na tinatawag na kapsula. Karaniwan, ang mangkok na ito ay maluwag at nababagay, na dahilan kung bakit ang balikat ay nakakagalaw nang higit pa sa anumang ibang kasukasuan sa katawan. Sa frozen shoulder, ang kapsula ay namamaga at pagkatapos ay

nagkakapal at nagkokontrakt, kaya ang mangkok ay nag-iipit. Ang espasyo sa loob ng kasukasuan ay maaaring maging kalahati o mas mababa sa kanyang normal na laki.

Sa kabila ng lumang pangalan na “adhesive capsulitis,” wala talagang nakadikit sa loob ng kasukasuan. Walang katulad ng pandikit na adhesions. Ang tisyu ay naging masikip, na isang tunay na naiiba nang problema, at ito ang dahilan kung bakit ang ilang mga doktor ay nagsasabi na ang kondisyon ay dapat lamang tawaging isang kontraktura – pagkakasikip – ng balikat.

Bakit ito nagsisimula ay hindi pa lubos na naiintindihan, at tama ang pagiging tapat na sabihin ito. Mayroong magandang ebidensya na hindi ito purong lokal na problema sa balikat. Ang mga pag-aaral ng inherited risk ay nagpapakita na ang type 1 diabetes ay tunay na nagdudulot ng frozen shoulder imbes na magkaroon lamang ng koneksyon dito, at ang koneksyon ay dumadaan sa blood sugar imbes na sa bigat o mechanical load. Ang mga pagbabago sa tisyu ay tila katulad ng Dupuytren’s disease sa kamay, kaya madalas silang magkasama sa parehong tao.

Maging tapat kung gaano katagal ito kailangan

Malaki ang posibilidad na mabasa mo na ang frozen shoulder ay self-limiting at gumagaling nang buo sa loob ng humigit-kumulang labindalawang buwan hanggang dalawang taon. Gusto naming maging direkta sa iyo: mas tiwala-tiwala ang paalalang ito kaysa sa ebidensya na sumusuporta dito.

Ang ideya na dumaan ang kondisyon nang maayos sa tatlong yugto – freezing, frozen, at thawing – ay nagmula sa isang maliit na pag-aaral na inilathala noong 1975, kung saan iniwan ng mga pasyente ang kanilang mga braso sa mga sling ng hanggang siyam na buwan. Hindi naaakal, ang mga balikat na ginamot sa paraang ito ay naging matigas at pagkatapos ay lumuwag muli kapag pinayagan na ang paggalaw. Kapag pumuntahan ng mga mananaliksik ang lahat ng available na pag-aaral, hindi nila mahanap ang magandang ebidensya na ang mga hindi ginagamot na balikat ay maaasahang dadaan sa mga yugtong ito at magtatapos sa normal. Sa katunayan, walang pag-aaral na ipinakita na ang mga tao ay bumabalik sa isang sinusukat, tunay na normal na saklaw ng paggalaw nang walang gamutan.

Ang ipinapakita ng ebidensya ay mas kapaki-pakinabang, at ito ang: **karamihan sa pagpapabuti na iyong makakakuha ay karaniwang nangyayari nang maaga, at pagkatapos ay bumabagal at tumitigil ang pag-unlad.** Maaaring permanenteng platea ito. Depende sa kung aling pag-aaral ang iyong basahin, nasa pagitan ng isang katuwa at kalahati ng mga tao ang mayroon pa ring kaunting sakit o katigasan ng ilang taon pagkatapos, bagama’t para sa karamihan sa kanila ay mild ito at hindi hadlang sa kanilang paggawa ng gusto nilang gawin.

Wala sa mga ito ang ibig sabihin na hindi ka magagaling. Karamihan sa mga tao ay nagpapabuti nang malaki. Ibig sabihin nito ay ang “hintayin mo lang, aayusin nito ang sarili” ay hindi neutral na payo, at may makatwirang dahilan upang gamutin ang sakit nang aktibo imbes na simpleng tanggapin ito.

Ano ang maaari naming gawin dito

Sa Mater Private Hospital Rockhampton, ipapaliwanag ni Dr Kieran Hirpara ang mga pagpipilian batay sa kung alin ang mas nakakaabala sa iyo – ang sakit o ang katigasan – imbes na subukang ilagay ka sa isang numero na yugto.

Ang steroid injection sa kasukasan ang pinakamalakas na suportadong gamot para sa yugto ng sakit. Sa napakalaking dami ng pananaliksik, ito ang iisang gamot na maaasahan na nagdudulot ng pagkakaiba sa sakit at kakayahan na nararamdaman ng mga pasyente, at ito ay gumagana sa loob ng unang ilang linggo. Ang tunay nitong limitasyon ay ang benepisyo ay humihina sa loob ng apat hanggang anim na buwan. Binibigyan ka nito ng kaghinaan, tulog, at kakayahang magtrabaho sa balikat – hindi ito nagpapagaling sa katigasan.

Ang mga ehersisyo at physiotherapy ay dapat gawin, na may realistikong inaasahan. Ang isang simpleng programang ehersisyo sa bahay ay may sukatan na halaga. Ang maaaring magpabigla sa iyo ay hindi tila mahalaga kung gaano ka lakas ang pagpilit: ang mga pag-aaral na kumparahin ang matibay na paghuhugot hanggang sa dulo ng saklaw laban sa banayad na galaw na walang sakit ay hindi nakakita ng pagkakaiba sa mga resulta sa anim at labindalawang buwan – at, mapagkumbabang, walang ebidensya na ang mas matibay na pagpilit ay nagdudulot ng pinsala. Kaya’y gumawa sa loob ng kaya mong tahasin. Ang pakikibaka laban sa matinding sakit ay hindi ipinakita na nagpapabilis ng anumang bagay.

Ang hydrodilatation, kung saan inilalagay ang likido upang i-stretch ang kapsula mula sa loob, ay malawakang ginagamit at mababa ang panganib. Ang pananaliksik dito ay tunay na halo-halo: ang isang malaking pagsusuri ay nakakita na ito ay tumulong kaunti sa sakit ngunit hindi sa galaw, ang isa ay nakakita ng kabaligtaran. Ito ay isang makatwirang pagpipilian, ngunit hindi namin ito ipagmamalaki nang sobra.

Ang manipulation under anaesthetic ay nangangahulugang paggalaw ng balikat sa buong saklaw habang tulog ka, upang i-stretch ang matigas na kapsula. Sa pinakamalaking trial na kumparahin ang mga pangunahing gamot, ito ay lumabas bilang ang pinakamabuting halaga ng pagpipilian sa kabuuan.

Ang keyhole capsular release ay kinabibilangan ng pagsugpo sa matigas na kapsula sa ilalim ng direktang paningin sa pamamagitan ng operasyon, imbes na i-stretch ito hanggang sa ito ay mabali. Ang pangunahing benepisyo nito ay ito ay karaniwang pinakamatibay: sa mga publikadong serye ng operasyon, bihira ang pagbabalik ng katigasan pagkatapos ng release, samantalang pagkatapos ng manipulation, ang isang makabuluhang bahagi ng mga balikat ay nagiging matigas muli at nangangailangan ng pangalawang prosedura. Sa malaking trial sa UK, ang mga taong naging bahagi ng release ay ang pinakamababa sa tatlong grupo na nangangailangan ng anumang karagdagang gamot. Dahil ito ay isang operasyon, may kaunting mas mataas na panganib kaysa sa mga alternatibo at mas mahal, at dapat mong inaasahan na mas masakit sa unang ilang linggo kaysa sa isang taong naging bahagi ng manipulation – ang maagang pagkakaiba ay nagkakatumas sa loob ng humigit-kumulang anim na buwan.

Mahalagang malaman: sa trial na iyon, ang lahat ng tatlong paraan ay nagtapos sa loob ng ilang puntos sa isa’t isa sa isang taon. Ito ay tunay na magandang balita, dahil ito ay nangangahulugang ang desisyon ay maaaring gawin base sa kung ano ang angkop sa iyo, sa iyong ibang kondisyon sa kalusugan at sa iyong mga sitwasyon, imbes na sa isang pagpipilian na malinaw na mas maganda.

Paano karaniwang inuunahan ni Dr Hirpara ang mga ito. Hindi ka sasabihing tanggapin ito sa isang nakatakda na bilang ng buwan bago anumang maaaring alayin. Sa praktikal na pamamaraan, karaniwang inirerekomenda niya ang steroid injection muna, dahil para sa maraming tao, ito ay sapat na binabawasan ang sakit upang magpatuloy sa buhay habang ang balikat ay nagsesettle. Kung ang injection ay hindi nagbigay ng sapat na ginhawa, handa siyang alayin ang capsular release mula sa puntong iyon – hindi niya kinakailangan na maghirap ka muna sa loob ng siyam o labindalawang buwan. Dahil sa kung gaano ka-shaky ang “laging nagsesolve sa sarili” na pagpapagaan, walang maraming sens na gastusin ang isang taon sa sakit upang malaman kung saan pupunta ang iyong kaso.

Ano ang inaasahan

Kung ikaw ay tatanggapin ng inyeksyon, inaasahan na bababa ang sakit sa loob ng unang isang o dalawang linggo. Gamitin ang panahong ito upang panatilihin ang paggalaw ng balikat.

Kung ikaw ay tatanggapin ng manipulasi o capsular release, ang karamihan sa range of motion na muling makukuha mo ay mabilis na babalik – karaniwan sa loob ng unang apat hanggang anim na linggo – at karaniwang walang malaking pagbabago pagkatapos ng tatlong buwan. Mahalaga ang maagang paggalaw, at karaniwang nagsisimula ang pisikal na terapiya sa loob ng isang o dalawang araw pagkatapos ng prosedura. Ang karamihan ay bumabalik sa trabahong katulad ng opisina sa loob ng isang hanggang tatlong linggo.

Kung ikaw ay may diabetes, makatwiran na inaasahan ang mas mabagal at bahagyang hindi ganap na paggaling kumpara sa average, at mahalagang malaman na ang inyeksyon ng steroid ay maaaring magdulot ng pagbabago sa iyong asukal sa dugo sa loob ng ilang araw. Sabihin sa amin kung mahirap ang iyong kontrol, dahil binabago nito ang aming rekomendasyon.

Ang paggaling ay sinusukat sa mga buwan, hindi linggo, anuman ang landas na iyong pupuntahan. Ang pinakamagandang ginagawa mo ay patuloy na gamitin ang braso sa loob ng komportableng limitasyon at panatilihin ang proteksyon ng iyong tulog.

Kailan kumonsulta sa doktor

Kumonsulta sa iyong doktor kung ang sakit sa balikat ay gumigising sa iyo sa gabi o hindi nawawala kahit ilang linggo ng pahinga, at tanungin nang espesipiko tungkol sa frozen shoulder kung ang balikat ay naging talagang mahirap galawin imbes na masakit lamang.

Humingi ng mas maagang pagsusuri ng espesyalista kung hindi mo maikikita ang iyong kamay palabas, kung mayroon kang diabetes, kung ang balikat ay nakakaapekto sa iyong trabaho o pagmamaneho, o kung ang sakit ay seryoso na upang pigilan ka na matulog. Walang benepisyo sa paghihintay ng matagal bago masuri ang sakit.

Maghanap ng agad na medikal na atensyon kung ang balikat ay naging mainit, pula, at pamamaga, kung pakiramdam mo ay masama o may lagnat kasama nito, kung may malaking kahinaan o pangangati sa braso, o kung ang sakit ay nagsimula sa isang pagkabagsak o pinsala. Ang mga katangiang ito ay nagpapahiwatig na hindi ito frozen shoulder kundi isang bagay na nangangailangan ng mas mapanuring pagsusuri.

Mas malalim na pagsusuri

Ang seksyong ito ay lumalampas sa kailangan mo para sa iyong mga desisyon tungkol sa paggamot. Ito ay nandito dahil ang frozen shoulder ay isa sa mga kondisyon kung saan ang mga sinasabi sa mga pasyente at ang aktwal na ipinapakita ng mga pananaliksik ay nagkalayo na, at may mga taong mas gusto nitong makita ang lohika kaysa hilingin na maniwala lamang.

ANO ANG TALAGANG NANGYAYARI SA KASUKASUAN

Ang kapsula ay isang manggas ng collagen na nakapalibot sa kasukasuan. Sa frozen shoulder, ito ay namamaga at pagkatapos ay **fibrotic** – dumarami ang mga selula na tinatawag na **fibroblasts** at naglalagay ng siksik na bagong collagen, at ang ilang sa kanila ay nagkakaroon ng pagbabago patungo sa **myofibroblasts**, na kayang aktibong magkontrakt. Ito ang pangunahing pagkakaiba sa karaniwang peklat: hindi lamang kumakapal ang tisyu, kundi humihigpit din ito. Maaaring bumaba ang dami ng kasukasuan mula sa karaniwang 10–15 mL patungo sa 3–4 mL.

Ang parehong ugali ng selula ay nangyayari sa **Dupuytren's disease** sa kamay, kaya't madalas na magkasama ang dalawang kondisyon sa parehong tao, at kaya rin ng isang surgyano ng balikat ang nagsabing ang kondisyon ay dapat lamang baguhin ang pangalan sa *contracture* ng balikat imbes na “capsulitis” [1]. Sa kabila ng lumang pangalang “adhesive capsulitis”, ang mga surgyano na tumitingin sa loob ng kasukasuan ay hindi nakakakita ng anumang adhesions.

BAKIT MAS MAHINA ANG BATAYAN NG KWENTO NG “TATLONG YUGTO” KAYSA SA ITSURA NITO

Maraming makababasa na ang frozen shoulder ay dumadaan sa mga yugto ng freezing, frozen, at thawing. Ang modelo na ito ay inilathala noong 1975. Nang pagsaliksikin ng mga mananaliksik ang pinagmulan nito, natuklasan nila na **nalito ang may-akda** sa mga sanggunian para sa dalawang magkakaibang mas maagang papel, at – higit pa rito – na ang mga pasyente niya ay naka-sling sa kanilang mga braso hanggang sa **siyam na buwan**. Ang balikat na hindi gumagalaw sa ganitong tagal ay nagiging matigas, at nagiging maluwag kapag pinayagan nang gumalaw. Ang mga “yugto” ay maaaring bahagyang ilarawan ang paggamot imbes na ang sakit.

Isang sistematikong pagsusuri na layuning subukan ang modelo ay hindi nakahanap ng ebidensya para dito, at nakahanap ng kabaligtaran ng inaasahan nito: ang karamihan sa pagpapabuti ay nangyayari **maaga at unti-unting bumabagal**, imbes na lumalaki hanggang sa huling yugto ng thawing [2]. Hindi rin kayang tiyak ng mga kliniko ang yugto kung alin ang kasalukuyang nararanasan ng isang partikular na balikat – ang mga nagsulat ng pamantayang depinisyon ay kinikilala sa kanilang mga publikasyon na ang datos upang kumpirmahin ito “ay wala.”

ANG ISTATISTIKA NG PAGGALING, AT BAKIT MAYROON ITONG DALAWANG NAPAKABAGONG SAGOT

Ang madalas na binabanggit na numero ay **94%** ng mga tao ang gumaling nang walang gamot. Ito ay mula sa isang tunay na pag-aaral, ngunit kinukuha nito lamang ang mga pasyente na hindi nagpakonsulta at bumalik para sa follow-up. Karamihan sa orihinal na grupo ay pumili ng gamot o umalis. Kapag binibilang ang lahat, ang parehong datos ay nagbibigay ng humigit-kumulang **26%** [3]. Ang “galing” ay nangangahulugan din na nasa loob ng 10 degrees ng kabilang balikat – at sa ilang mga pasyente, ang kabilang balikat ay yaman na rin.

Ang pinakamalaking long-term follow-up ay nagpakita na **41%** ay mayroon pa ring sintomas sa loob ng apat na taon, at – ang bahaging dapat malaman – ang pag-unlad ay halos **tumitigil** pagkatapos ng tatlong taon imbes na magpatuloy nang walang katapusan [4].

ISANG KONDISYON SA BUONG KATAWAN ITO, HINDI LAMANG SA BALIKAT

Isang malaking pag-aaral sa hehnetya ang nakahanap ng limang rehiyon ng DNA na may kaugnayan sa frozen shoulder, at gamit ang isang teknika na kayang hiwalayin ang sanhi mula sa pagkakataon, ipinakita nito na **ang type 1 diabetes ang tunay na sanhi nito** imbes na kasabay lamang nito. Ang sobrang timbang ay hindi – kapag inakala na ang diabetes, nawala ang ugnayan sa timbang. Ito ay nagpapahiwatig na ang asukal sa dugo, imbes na mekanikal na karga, ang nagpapaunlad [5].

ANO ANG SINASABI NG EBIDENSYA SA PISYOTERAPIYA

Ito ang bahaging pinakamahalaga na dapat malaman kung ikaw ay tumatanggap o nagbibigay ng serbisyo sa pisyoterapiya. Isang Cochrane review na nag-umpisa ng **32 trials at 1,836 tao** [6]. Tatlong natatanging paghahambing ang lumalabas.

Kumpara sa steroid injection, mas masama ang resulta ng hands-on physiotherapy sa maagang yugto. Sa head-to-head trial, anim na linggo ng passive mobilisation at supervised exercise ay nagdulot ng **26 puntos na mas kaunting pagpapabuti sa sakit at 25 puntos na mas kaunting pagpapabuti sa function** sa pitong linggo kumpara sa isang injection. Kapag sinusuri kung ang mga tao ay naramdaman na maraming pagpapabuti o gumaling na, ito ay **46% para sa physiotherapy kumpara sa 77% para sa injection** – humigit-kumulang isa pang taong nakatulong para sa bawat apat na na-inject. Sa loob ng anim hanggang labing-isang buwan, napuno na ang agwat at hindi na mahalaga ang pagkakaiba.

Hindi mahalaga kung gaano katindi ang iyong pagtulak, gaano kadalas, at anong teknik ang ginamit.

Isang 100-pasienteng trial ang nagkumpara ng matibay na **end-of-range** mobilisation laban sa banayad na **pain-free** mobilisation at hindi nakahanap ng makabuluhang pagkakaiba sa *anumang* labindalawang resulta sa anim o labing-isang buwan – sakit, sakit sa gabi, function, bawat plane ng galaw, kalidad ng buhay. Isang 120-pasienteng trial na nagbago ng *frequency* ng end-range mobilisation (higit sa dalawang beses sa isang linggo, linggo-linggo, mas kaunti kaysa linggo-linggo) ay nakahanap ng pagkakaiba sa abduction na mas mababa sa walong degrees, lahat ay hindi magkaiba sa estadistika mula sa zero. Ang mga head-to-head na paghahambing ng teknik – anterior versus posterior glide, PNF versus conventional exercise, dumbbells versus bare-handed – ay halos lahat ay hindi makabuluhan. Nakakapagpahinga, walang **palatandaan na ang pagtatrabaho sa end range ay nakakasama.**

Ang pinakamalaking structural na agwat: walang trial na kailanman ang nagkumpara ng manual therapy plus exercise laban sa walang treatment. Kaya habang maaari nating sabihin na ang physiotherapy ay hindi malinaw na mas maganda kaysa sa isang injection, at ang mga detalye kung paano ito ipinamamahagi ay tila hindi nagbabago nang marami, walang taong aktwal na nagpakita kung gaano karami sa pagpapabuti ang mangyayari pa rin.

Dalawang kapaki-pakinabang na caveat. Ang tunay na high-quality trial sa review ay tumitingin sa physiotherapy *pagkatapos* ng joint distension, at nakahanap na ito ay walang epekto sa sakit, function o kalidad ng buhay – ngunit ito ay nagpapabuti sa kung gaano karaming tao ang nagbigay ng sariling rating na gumaling

na, at nagdagdag ng humigit-kumulang **13 degrees** ng abduction sa anim na linggo, na nawala na sa anim na buwan. At sa malaking UK trial, ang physiotherapy arm ay *inalay* na kasama ang hands-on stretching papunta sa stiff range, ngunit ang kanyang sariling mga rekord ay nagpapakita na ang manual mobilisation ay ginamit lamang sa **11–27%** ng mga pasyente at supervised stretching sa isang tao lamang. Ang aktwal na ipinamamahagi – at ginawa nang maganda kumpara sa surgery sa isang taon – ay edukasyon, isang injection, banayad na supervised movement at isang home programme.

GAANO KATAGAL BAGO MARAMDAMAN NA MAS MAGANDA, AT MAY KINALAMAN BA ANG URI NG PAGPAPALAYA SA RESULTA

Oras. Pagkatapos ng pagpapalaya, ang median na pasyente ay umabot sa threshold na “totoong pag-unlad ito” sa humigit-kumulang **isang buwan**, at sa threshold na “tanggap na sa akin ang aking balikat” sa humigit-kumulang **apat na buwan** [14]. Ang oras ng pagkawala sa trabaho ay umaabot sa median na **walong linggo**, bagaman malawak ang saklaw – isa sa apat ay bumalik sa loob ng apat na linggo, tatlo sa apat ay bumalik sa loob ng labindalawa [15].

Ang manipulación ay mabilis na nagbabalik ng galaw. Ito ang tapat na kapalit sa itaas na bentahe ng tibay: ang manipulación ay nagbabalik ng saklaw ng galaw nang mas maaga, at ang pagpapalaya ay hindi talaga nakakapanlaban hanggang sa humigit-kumulang markang anim na buwan, pagkatapos nito ay hindi na magkakaiba ang dalawa sa anumang pinagsamang sukatan. Isang maliit na paghahambing ay natagpuan pa nga na ang manipulación lamang ay nagtapos na may *pinakamahusay* na panlabas na pag-ikot [16].

Gaano karaming kapsula ang dapat hiwain ay isang tunay na tanong, at ang sagot ay “mas kaunti kaysa sa iyong iniisip”. Isang pagsusuri na nagpools ng **18 pag-aaral, 629 pasyente at 811 balikat** ay nagpaghambing sa tatlong teknik: pagpapalaya lamang sa harap at ilalim ng kapsula, pagdaragdag ng likod nito, o paggawa ng buong ikot. Ang konklusyon nito ay ang **mas kaunting pagpapalaya ay nagbigay ng mas magandang marka ng pag-andar at sakit**, na ang pagdaragdag ng posterior na pagpapalaya ay bumibili ng maagang panloob na pag-ikot na hindi tumatagal (bagaman nagbibigay ito ng matibay na pagtaas ng pag-yuko), at ang buong **360-degree na pagpapalaya “maaaring hindi magbigay ng karagdagang benepisyo”**. Ang mga rate ng komplikasyon ay hindi magkakaiba sa tatlo [17]. Ang dalawang randomised na pag-aaral ng posterior na extension ay natagpuan ang parehong pattern – mas mabilis na maagang paggaling, walang pagkakaiba sa anim na buwan. Kaya ang mas malaking operasyon ay hindi awtomatikong mas maganda.

Ang paggawa ng pareho nang sabay ay hindi ang sagot. Sa iisang tatlong-way na paghahambing, ang pagdaragdag ng manipulación sa isang pagpapalaya ay nagdala ng *pinakamataas* na rate ng pagkawala ng panlabas na pag-ikot – **18%, kumpara sa 7% para sa manipulación lamang at 2% para sa pagpapalaya lamang** [16].

ANO ANG AKTUAL NA NATUKLASAN NG PINAKAMALAKING PAGSUBOK SA PAGGAMOT

Isang pagsubok sa UK ang nag-randomize ng higit sa 500 katao sa estrukturadong pisyikal na terapiya na may suntok, manipulasyon sa ilalim ng anasthesya, o keyhole surgery. Sa loob ng isang taon, ang lahat ng tatlong opsyon ay nasa **loob ng ilang puntos ng isa’t isa** – mas mababa sa pagkakaiba na mapapansin ng isang pasyente [7]. Ito ay tunay na kapaki-pakinabang na balita: ibig sabihin nito ay ang pagpili ay maaaring gawin

base sa kung ano ang angkop sa iyo at sa iyong mga pangangailangan, imbes na ang isang opsyon ay malinaw na mas maganda.

Ang pagkakaiba ng tatlo ay nasa **gaano kadalas kailangan ng iba pang gamutan pagkatapos**. Sa pagsubok na iyon, kailangan ng karagdagang gamutan ang **4% pagkatapos ng release, 7% pagkatapos ng manipulasyon, at 15% pagkatapos ng pisyikal na terapiya** [7]. Ang manipulasyon ang lumabas na pinakamabuti sa halaga bawat yunit ng benepisyo; ang release ang pinakamahal at nagdulot ng pinakamaraming seryosong komplikasyon sa pagsubok, bagaman ang mga ito ay bihira sa kabuuan.

MANIPULASYON O PAG-RELEASE – ANG TANONG TUNGKOL SA PAGBALIK

Dito nagkakaiba nang husto ang dalawang operasyon, at ito ang dahilan kung bakit maaaring gabayan ka ng isang doktor sa pag-release kahit magkapareho ang mga headline outcome scores.

Ang **manipulasyon** ay humihigpit sa kapsula hanggang sa ito’y mabasag, at hindi laging sa kung saan mo pipiliin ang basag. Sa pinakamalaking serye – **792 balikat na sinundan sa loob ng 17 taon** – kailangan ng pangalawang manipulasyon sa **17.8%**, at sa mga taong may uri 1 na diyabetes, ito ay tumataas sa **37.9%** [9]. Ang pinakamahabang pagsubaybay, sa average na 13 taon, ay nagpakita na **19.2%** ang kailangan ng paulit-ulit na manipulasyon at **31.3%** ang nag-ulat ng pagbalik sa anumang punto [10]. Dalawang bagay ang nagpapababa sa halaga nito: halos lahat ng pagbalik ay nangyayari sa **unang taon** (pagkatapos ng limang taon, ang rate ay nasa ilalim ng 2%), at ang paulit-ulit na manipulasyon ay gumagana nang katumbas ng unang isang [9][10].

Ang **release** ay naghihiwalay sa kapsula nang may layunin, sa ilalim ng panonood. Ang pagkakaroon ng kailangan ng operasyon ay malaki ang pagbaba: isang serye na sinundan sa mean na limang taon ay nag-ulat ng **walang reoperations sa 32 pasyente**, na may iisang pagbalik sa isang taong hindi nakumpleto ang rehabilitation [11]. Ang meta-analysis na nag-iipon ng walong pag-aaral at 768 pasyente ay hindi nagpakita ng makabuluhang pagkakaiba sa pagitan ng dalawang operasyon para sa sakit, function, o galaw, ngunit tinalakay na ang grupo ng manipulasyon ang kailangan ng mas maraming karagdagang inyeksyon, na nagkonklusyon na sa mas mahabang pagsubaybay, **“maaaring maranasan ng grupo ng MUA ang mas maraming pagbalik”** [8].

Dalawang tapat na caveat. Una, ang malaking pag-aaral tungkol sa manipulasyon at pagbalik ay karamihan ay galing sa **praktis ng isang doktor**, kaya hindi sila magkaparehong independenteng kumpirmasyon. Pangalawa, ang release ay hindi buong pagbawi rin: isang serye na sinusukat laban sa kabilang balikat ng pasyente mismo ay nagpakita na ang mga tao ay nasa mga **77–79% ng magandang balikat** dalawa hanggang anim na taon pagkatapos [12], at sa isang cohort na hindi kasama ang mga diyabetiko, habang halos lahat ay umunlad sa makabuluhang halaga, **11–22% ay hindi pa rin itinuturing ang kanilang balikat na katanggap-tanggap sa anim na buwan** [13].

Kaya ang tapat na buod ay ito: para sa paggawa ng balikat na gumagalaw at komportable, ang dalawa ay katumbas, at ang manipulasyon ang mas murang paraan doon. Para sa *pagpapanatili* ng ganito, ang ebidensya ay nagpapasok sa release. Ang pagkakaibang ito ay pinakamahalaga kung mayroon kang diyabetes, kung sobrang tigas ng balikat, o kung mayroon ka nang nakaraang manipulasyon na hindi tumagal.

Mga Sanggunian

[1] Bunker T. Oras na para sa bagong pangalan para sa frozen shoulder – contracture ng balikat. *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 na kasaysayan ng frozen shoulder: katotohanan o imbensyon? Isang sistematikong pagsusuri. *Physiotherapy*. 2017;103(1):40-7. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.05.009> [3] Vastamäki H, Kettunen J, Vastamäki M. Ang natural na kasaysayan ng idiopathic frozen shoulder: isang pag-aaral na may 2 hanggang 27 taong followup. *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. Matagal na resulta ng 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. Isang genome-wide association study ang nakakakita ng 5 loci na may kaugnayan sa frozen shoulder at nag-implicate ang diabetes bilang isang sanhi ng 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 at ehersisyo para sa 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. Mga surgical treatments na kumpara sa maagang structured physiotherapy sa secondary care para sa mga adultong may primary frozen shoulder: ang 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 kumpara sa manipulation under anesthesia para sa refractory frozen shoulder: isang sistematikong pagsusuri na may meta-analysis. *Orthop Surg*. 2024;16(7):1517-29. <https://doi.org/10.1111/os.14077> [9] Woods DA, Loganathan K. Pagbabalik ng frozen shoulder pagkatapos ng 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, Ali A, Woods D. Matagal na pagbabalik ng frozen shoulder pagkatapos ng manipulation under anaesthesia. *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 pagkatapos ng arthroscopic anteroinferior capsular release para sa paggamot ng 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 capsular release ng frozen shoulder: mid-term results. *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. Ang arthroscopic capsular release ay nakakamit ng clinically significant outcomes sa mga pasyente na may 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. Oras na kinakailangan upang makamit ang clinically significant outcomes pagkatapos ng 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 pagkatapos ng arthroscopic capsular release sa 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 ng adhesive capsulitis: isang paghahambing ng manipulation, capsular release at pareho. *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 upang gamutin ang idiopathic frozen

shoulder: gaano karaming release ang kailangan? Orthop Traumatol Surg Res. 2021;107(1):102766. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2020.102766>