CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

क्यूबिटल टनल सिंड्रोम

क्यूबिटल टनल सिंड्रोम: कोहनी के भीतरी हिस्से में अल्नर नर्व पर दबाव।

Kieran Hirpara 4.0

यह पृष्ठ मशीन द्वारा अनूदित है और अभी तक किसी चिकित्सक द्वारा जाँचा नहीं गया है। **अंग्रेज़ी संस्करण** ही आधिकारिक है।

आपको क्या महसूस होता है

क्यूबिटल टनल सिंड्रोम तब होता है जब अल्नर नर्व (तंत्रिका), यानी वह नर्व जो आपकी कोहनी के भीतरी ओर एक सुरंग से होकर गुज़रती है, दब जाती है। इसका आम एहसास आपकी छोटी उंगली में और अनामिका के उस हिस्से में सुन्नपन और झुनझुनी है जो छोटी उंगली के सबसे पास है (अल्नर तरफ़)। कुछ लोगों को कोहनी के भीतरी ओर की उभरी हुई हड्डी के आसपास जलन वाला दर्द भी महसूस होता है। कोहनी में या अग्रबाहु (कोहनी से कलाई तक का हिस्सा) के ऊपरी हिस्से में दुखता हुआ दर्द हो सकता है, हालांकि ज़्यादातर लोगों में दर्द मुख्य लक्षण नहीं होता।

कोहनी मोड़ने से तकलीफ़ बढ़ती है। फ़ोन को कान से लगाए रखना, कोहनी को मेज़ या कुर्सी के हत्थे पर टिकाना, या कोहनी मोड़कर सोना, ये सब लक्षण शुरू कर सकते हैं। कई लोगों को रात में झुनझुनी महसूस होती है, और कुछ लोगों की इससे नींद खुल जाती है। कोहनी सीधी करने से यह एहसास आमतौर पर फिर से शांत हो जाता है।

जैसे-जैसे समस्या बढ़ती है, खुद हाथ पर भी असर पड़ सकता है। आपको अपनी पकड़ कमज़ोर या अनाड़ी लग सकती है। बटन, चाबियां, जार के ढक्कन और पेन संभालना मुश्किल हो सकता है। ज़्यादा बढ़े हुए मामलों में हाथ की छोटी मांसपेशियां सूख (कमज़ोर और पतली हो) सकती हैं, जिससे बारीक काम सचमुच मुश्किल हो सकते हैं और उंगलियां पंजे की तरह मुड़ी हुई स्थिति में रह सकती हैं। कुछ लोगों को कोहनी मोड़ते समय उसके भीतरी ओर झटके से कुछ खिसकने (स्नैपिंग) जैसा एहसास होता है, जो तब होता है जब नर्व अपने खांचे से बाहर सरक जाती है।

अगर आपके लक्षण शांत नहीं हो रहे हैं, सप्ताहों में बिगड़ते जा रहे हैं, रात में आपकी नींद खोल देते हैं, या आपको काम करने या अपना हाथ इस्तेमाल करने से रोकते हैं, तो अपने जीपी (आपके फैमिली डॉक्टर) को दिखाएं या विशेषज्ञ से जांच के लिए कहें।

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

असल में क्या हो रहा है

अल्नर नर्व आपकी बांह की मुख्य नर्वों में से एक है। यह आपकी गर्दन से चलकर, आपकी कोहनी के भीतरी हिस्से के पीछे से होते हुए, नीचे आपके हाथ तक जाती है। यह आपकी छोटी उंगली और हाथ के अनामिका वाले हिस्से को महसूस करने की क्षमता देती है, और हाथ के अंदर की ज़्यादातर छोटी मांसपेशियों को चलाती है।

कोहनी पर नर्व हड्डी और सख़्त, रेशेदार ऊतक की एक परत से बनी एक छोटी सुरंग से होकर गुज़रती है। नर्व को एक संकरे रास्ते में रखे बगीचे के पाइप की तरह समझें। जब आपकी कोहनी सीधी होती है, तो पाइप ढीला रहता है और उसके साथ-साथ खून खुलकर बहता है। जब आपकी कोहनी मुड़ती है, तो रास्ता पाइप के चारों ओर कस जाता है और नर्व एक ही समय पर खिंचती भी है और दबती भी है। जब आपकी कोहनी समकोण से ज़्यादा मुड़ती है, तब सुरंग सबसे ज़्यादा संकरी होती है, इसीलिए फ़ोन पकड़े रहने या रात में सिकुड़कर सोने से झुनझुनी शुरू हो जाती है।

समय के साथ, बार-बार का यह दबना और खिंचना नर्व के अंदर खून की आपूर्ति कम कर देता है। जब आप अपना कंधा, कोहनी, कलाई और उंगलियां हिलाते हैं, तो नर्व को 2 सेमी से ज़्यादा सरकने और खिंचने की ज़रूरत होती है, इसलिए जो भी चीज़ उसे एक जगह जकड़ देती है, उससे रगड़ पैदा होती है। नर्व परेशान (इरिटेट) हो जाती है और उसमें सूजन आ जाती है, और उसके संकेत ठीक से नहीं पहुंच पाते। इसीलिए आपको छोटी उंगली और अनामिका में सुन्नपन और झुनझुनी महसूस होती है, और अगर दबाव बना रहे तो पकड़ में कमज़ोरी और अनाड़ीपन आ जाता है।

कई चीज़ें सुरंग में जगह कम कर सकती हैं। कोहनी की दो हड्डियों के बीच सख़्त, रेशेदार ऊतक का एक पट्टा मोटा होकर नर्व पर दबाव डाल सकता है। कुछ लोगों में जन्म से एक छोटी अतिरिक्त मांसपेशी होती है, जो सुरंग के ऊपर रहकर जगह घेर सकती है। कुछ लोगों में हर बार कोहनी मुड़ने पर नर्व अपने खांचे से बाहर सरक जाती है, और यही वह स्नैपिंग है जो कुछ लोगों को महसूस होती है।

अच्छी बात यह है कि नर्व पर से दबाव हटाने पर आमतौर पर तकलीफ़ शांत हो जाती है। सर्जरी कराने वाले 90% से ज़्यादा लोग ठीक हो जाते हैं या उनमें सुधार होता है।

हम इसके लिए क्या कर सकते हैं

डॉ. कीरन हिरपरा, जो माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंग (कंधे से हाथ तक) के सर्जन हैं, आपकी समस्या के अनुसार सबसे कम चीर-फाड़ वाले विकल्पों से शुरुआत करते हैं। मरीज़ों को आम तौर पर उनके जीपी (आपके फैमिली डॉक्टर) हमारे क्लिनिक में रेफ़र करते हैं; अगर किसी फिजियोथेरेपिस्ट ने आपको हमसे मिलने की सलाह दी है, तब भी मेडिकेयर की छूट (रिबेट) पाने के योग्य होने के लिए आपको अपने जीपी से रेफ़रल लेना होगा। क्लिनिक में हम आपकी पूरी जानकारी (हिस्ट्री) लेते हैं, आपकी कोहनी और हाथ की जांच करते हैं, और ज़रूरत हो तो जांचें करवाते हैं। क्योंकि यह लंबे समय तक चलने वाली समस्या है, इसलिए हम आमतौर पर पहले बिना ऑपरेशन वाला इलाज आज़माते हैं, और जब उससे पर्याप्त सुधार न हो, तब सर्जरी पर विचार करते हैं।

पहला कदम है अपनी कोहनी के इस्तेमाल का तरीका बदलना। कोहनी को लंबे समय तक मोड़े रखने से, कोहनी को मेज़ या कुर्सी के हत्थे पर टिकाने से, या फ़ोन को कान से लगाए रखने से बचना, ये सब मदद कर सकते हैं। एक स्प्लिंट, जो रात में आपकी कोहनी को मुड़ने से रोकता है, एक और विकल्प है। हैंड थेरेपी (हाथ की विशेष थेरेपी) का मकसद इरिटेशन (नर्व का परेशान हो जाना) को शांत करना और नर्व को वैसे ही हिलते और सरकते रहने देना है जैसे उसे सरकना चाहिए। आगे कुछ भी तय करने से पहले इन बदलावों को ठीक-ठाक समय तक आज़माएं।

सूजन कम करने वाली दवाएं (एंटी-इन्फ्लेमेटरी) कोहनी के आसपास के दर्द को शांत करने में मदद कर सकती हैं। इस समस्या के लिए हम इंजेक्शन नहीं देते।

अगर बिना ऑपरेशन वाले इलाज से पर्याप्त सुधार नहीं हुआ है, तो सर्जरी अगला कदम है। आम ऑपरेशन एक साधारण रिलीज़ (नर्व पर से दबाव हटाने का ऑपरेशन) है: सुरंग की छत खोल दी जाती है ताकि नर्व अब दबी न रहे। नर्व को कोहनी के सामने की ओर ले जाने का

ऑपरेशन बहुत कम ही किया जाता है, उस नर्व के लिए जो अपने खांचे से बाहर खिसक जाती है। अगर आपका पहले ही रिलीज़ हो चुका है और आपके लक्षण लौट आए हैं, तो हम उम्मीदें सावधानी से तय करते हैं: दूसरे ऑपरेशन के नतीजे औसतन मामूली होते हैं, और जो लक्षण बने रहते हैं वे अक्सर खुद नर्व की हालत को दिखाते हैं। सर्जरी के बाद रिहैबिलिटेशन (दोबारा ताकत और हिलना-डुलना लौटाने का इलाज) एक्सटेंड रिहैबिलिटेशन (Extend Rehabilitation) की रूबी डूलन के साथ हैंड थेरेपी है, जो आपकी एक्सरसाइज़ में मार्गदर्शन करेंगी और आपको जिस भी स्प्लिंट की ज़रूरत हो, वह बनाएंगी।

क्या उम्मीद करें

क्यूबिटल टनल के लक्षण एक साथ आने के बजाय धीरे-धीरे बढ़ते हैं। शुरुआत में झुनझुनी आती-जाती रहती है, अक्सर रात में या कोहनी के लंबे समय तक मुड़े रहने के बाद। अगर ऐसे ही छोड़ दिया जाए, तो दबाव बना रहता है, और जैसे-जैसे नर्व खुद कमज़ोर पड़ती जाती है, सुन्नपन और कमज़ोरी स्थायी हो सकते हैं। इसीलिए कमज़ोरी या मांसपेशियों का सूखना दिखने से पहले कदम उठाना फ़ायदेमंद है।

इलाज के साथ, आगे का नतीजा इस पर निर्भर करता है कि शुरुआत में समस्या कितनी गंभीर थी। इलाज से पहले के आपके लक्षण इस बात का सबसे अच्छा संकेत हैं कि आपमें कितना सुधार हो सकता है। अगर आपके लक्षण हल्के हैं, तो अक्सर राहत जल्दी मिल जाती है। अगर वे गंभीर हैं, तो नर्व ज़्यादा धीरे ठीक होती है: महसूस करने की क्षमता और ताकत लौटने में कई सप्ताह, कई महीने या कई साल भी लग सकते हैं, और कुछ बदलाव किसी एक साफ़ मोड़ के बजाय धीरे-धीरे आ सकता है। गंभीर लक्षण वाले कई लोगों में भी काफ़ी सुधार होता है, भले ही ठीक होना धीमा हो।

जिन लोगों को सर्जरी की ज़रूरत होती है, उनमें से ज़्यादातर अच्छी तरह ठीक होते हैं। सर्जरी के बाद जिन बांहों की जांच की गई, उनमें से ज़्यादातर में नर्व का काम बेहतर हुआ, और सर्जरी के तीन महीने बाद तक साधारण रिलीज़ और नर्व को दूसरी जगह ले जाने वाले ऑपरेशन के नतीजे लगभग एक जैसे होते हैं। लगभग 2.17% मामलों में संक्रमण (इन्फेक्शन) होता है। अगर आपको कोई उंगली, हाथ या बांह गर्म, लाल, सूजी हुई और दर्दनाक दिखे, ख़ासकर बुखार के साथ, तो उसी दिन इमरजेंसी विभाग जाएं।

अगर आपके पहले ऑपरेशन से तकलीफ़ शांत नहीं होती, तो दूसरा ऑपरेशन कुछ लोगों की मदद करता है, लेकिन इसके नतीजे औसतन मामूली होते हैं, और बने रहने वाले लक्षण अक्सर किसी ठीक की जा सकने वाली चीज़ के बजाय खुद नर्व की हालत को दिखाते हैं। रिवीज़न सर्जरी (दूसरा ऑपरेशन) के बाद लगभग 75% लोगों में दर्द और झुनझुनी कम हो जाती है। अगर आप पहले से ऐसा खेल खेलते हैं जिसमें बांह सिर के ऊपर ले जानी पड़ती है या कुछ फेंकना पड़ता है, तो ज़्यादातर लोग सर्जरी के बाद खेल में लौट आते हैं, हालांकि हर कोई अपने पहले वाले स्तर तक नहीं लौट पाता।

अगर आपके लक्षण शांत नहीं हो रहे हैं, सप्ताहों में बिगड़ते जा रहे हैं, रात में आपकी नींद खोल देते हैं, या आपको काम करने या अपना हाथ इस्तेमाल करने से रोकते हैं, तो अपने जीपी को दिखाएं या विशेषज्ञ से जांच के लिए कहें।

डॉक्टर को कब दिखाएं

अगर आपके लक्षण शांत नहीं हो रहे हैं, सप्ताहों में बिगड़ते जा रहे हैं, रात में आपकी नींद खोल देते हैं, या आपको काम करने या अपना हाथ इस्तेमाल करने से रोकते हैं, तो अपने जीपी को दिखाएं या विशेषज्ञ से जांच के लिए कहें। इस समस्या में सबसे ज़्यादा मायने रखने वाले संकेत हैं: छोटी उंगली और हाथ के अनामिका वाले हिस्से में सुन्नपन और झुनझुनी, कोहनी के भीतरी हिस्से के आसपास जलन वाला दर्द, और पकड़ में कमज़ोरी या अनाड़ीपन। हाथ में कमज़ोरी और छोटी मांसपेशियों का सूखना ऐसे संकेत हैं जिन पर जल्दी कदम उठाना चाहिए, क्योंकि एक बार दिखने के बाद ये स्थायी हो सकते हैं। कोहनी के भीतरी हिस्से पर झटके से कुछ खिसकने (स्नैपिंग) का एहसास भी बताने लायक है। सर्जरी के बाद, अगर कोई उंगली, हाथ या बांह गर्म, लाल, सूजी हुई और दर्दनाक हो जाए, ख़ासकर बुखार के साथ, तो उसी दिन इमरजेंसी विभाग जाना ज़रूरी है; इसके लिए जीपी के रेफ़रल की ज़रूरत नहीं है। अगर क्लिनिक के समय के बाद या सप्ताहांत में आप क्लिनिक से संपर्क नहीं कर पाते, तो अपने सबसे नज़दीकी इमरजेंसी विभाग जाएं।

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

विस्तार से

यह हिस्सा आपके अपने इलाज के फ़ैसलों के लिए ज़रूरी जानकारी से आगे जाता है। क्यूबिटल टनल सिंड्रोम अतिरिक्त पढ़ने लायक है क्योंकि सर्जरी को लेकर बहस अब काफ़ी हद तक कम करने के पक्ष में सुलझ चुकी है, और यह निष्कर्ष इस मज़बूत सहज सोच के ख़िलाफ़ जाता है कि जो नर्व अपनी जगह से खिसकती है उसे किसी सुरक्षित जगह पर रखना ही चाहिए।

सबसे सरल ऑपरेशन भी उतना ही अच्छा काम करता है जितना सबसे बड़ा

दो मुख्य तरीके हैं। **सिंपल डीकम्प्रेशन (साधारण दबाव हटाना)** सुरंग की छत खोल देता है और नर्व को उसकी जगह पर ही रहने देता है। **ट्रांसपोज़िशन (नर्व को नई जगह ले जाना)** नर्व को कोहनी के सामने की ओर ले जाता है, या तो त्वचा के नीचे या मांसपेशी के नीचे, ताकि वह अब उस खांचे में न रहे जो कोहनी मुड़ने पर खिंचता है। ट्रांसपोज़िशन बड़ा ऑपरेशन है और यांत्रिक रूप से ज़्यादा संतोषजनक विचार लगता है।

906 मरीज़ों के आंकड़ों को मिलाकर देखने पर, सिंपल डीकम्प्रेशन और ट्रांसपोज़िशन के किसी भी तरीके के बीच इलाज के नतीजों में **सांख्यिकीय रूप से कोई महत्वपूर्ण अंतर नहीं** था; एक रुझान ट्रांसपोज़िशन के पक्ष में था, लेकिन वह महत्वपूर्ण स्तर तक नहीं पहुंचा [1]। **352** मरीज़ों में ट्रांसपोज़िशन के दोनों तरीकों की आपस में तुलना करने पर, प्रमाण **सबसे अच्छी तकनीक पहचानने के लिए पर्याप्त नहीं** थे [2]।

मीडियल एपिकॉन्डिलेक्टॉमी, यानी हड्डी के उस उभार को हटाना जिसके पीछे से नर्व गुज़रती है, से भी यह सवाल हल नहीं हुआ है: **886** मरीज़ों की एक समीक्षा में पाया गया कि इस पर शोध की पद्धति की गुणवत्ता सीमित थी, जिससे सिंपल डीकम्प्रेशन की तुलना में इसकी प्रभावशीलता के बारे में पक्के निष्कर्ष निकालना संभव नहीं था [3]।

और जहां नर्व पहले से अस्थिर है, वहां अतिरिक्त सर्जरी की कीमत चुकानी पड़ती है

यही वह निष्कर्ष है जो इलाज के तरीके को सबसे ज़्यादा बदलता है, क्योंकि यह उस एक स्थिति से जुड़ा है जहां ट्रांसपोज़िशन साफ़ तौर पर ज़रूरी लगता है: वह नर्व जो कोहनी मुड़ने पर पहले से ही हड्डी के उभार के ऊपर से खिसक जाती है (सबलक्स होती है)।

768 मरीज़ों में, डीकम्प्रेशन और ट्रांसपोज़िशन वाले समूहों में **लक्षणों में एक जैसा सुधार** दिखा, और **ट्रांसपोज़िशन वाले समूह में जटिलताओं की दर ज़्यादा** थी [4]। लेखक सीमाओं को लेकर सावधान हैं, बहुत कम अध्ययन अस्थिरता की बात करते हैं, और अध्ययनों की बनावट में पक्षपात है — लेकिन दिशा सहज सोच के उल्टी है। अस्थिर नर्व को दूसरी जगह ले जाने से लक्षणों में बेहतर राहत नहीं मिली, और इससे ज़्यादा समस्याएं हुईं।

दूरबीन से या खुला ऑपरेशन, यह अहम सवाल नहीं है

जहां डीकम्प्रेशन किया जा रहा हो, वहां तकनीक के चुनाव पर ज़रूरत से ज़्यादा ध्यान दिया जाता है। **981** मरीज़ों में, दूरबीन से (एंडोस्कोपिक) और खुले क्यूबिटल टनल रिलीज़ में **एक जैसे नतीजे, एक जैसी जटिलताएं और दोबारा ऑपरेशन की एक जैसी दरें** दिखीं [5]।

दोबारा ऑपरेशन (रिवीज़न) एक अलग मामला क्यों है

अगर पहले ऑपरेशन से लक्षण ठीक नहीं होते, तो दूसरे ऑपरेशन से उम्मीदें सावधानी से तय करनी चाहिए। इलाज से ठीक न होने वाले क्यूबिटल टनल सिंड्रोम के लिए रिवीज़न सर्जरी कराने वाले **192** मरीज़ों की एक समीक्षा में **औसत दर्जे के काम करने की क्षमता के नतीजे** मिले; सबसे आम पहला ऑपरेशन ट्रांसपोज़िशन था, और अध्ययनों के बीच भिन्नता की वजह से रिवीज़न के सबसे अच्छे ऑपरेशन का निर्धारण नहीं हो सका [6]।

यह कार्पल टनल रिलीज़ से एक अहम अंतर है, जहां दोबारा देखने पर अक्सर अधूरा रिलीज़ मिलता है जिसे ठीक किया जा सकता है। यहां, बने रहने वाले लक्षण ज़्यादातर किसी ऐसी तकनीकी गलती के बजाय जिसे सुधारा जा सके, पहले ऑपरेशन से पहले नर्व की अपनी

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

हालत को दिखाते हैं: वह कितने समय तक दबी रही, और मांसपेशियां पहले ही कितनी सूख चुकी थीं। कमज़ोरी या मांसपेशियों का सूखना दिखने के बाद इलाज को न टालने का यही सबसे मज़बूत तर्क है।

संदर्भ

[1] Macadam SA, Gandhi R, Bezuhly M, Lefaivre KA. Simple decompression versus anterior subcutaneous and submuscular transposition of the ulnar nerve for cubital tunnel syndrome: a meta-analysis. J Hand Surg Am. 2008;33(8):1314.e1-1314.e12. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2008.03.006

[2] Liu C, Chen C, Xu J, Wang H, Ke X, Zhuang Z, et al. Anterior subcutaneous versus submuscular transposition of the ulnar nerve for cubital tunnel syndrome: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2015;10(6):e0130843. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130843

[3] O'Grady EE, Vanat Q, Power DM, Tan S. A systematic review of medial epicondylectomy as a surgical treatment for cubital tunnel syndrome. J Hand Surg Eur Vol. 2017;42(9):941-5. https://doi.org/10.1177/1753193417724351

[4] Clark DM, Piscoya AS, Dunn JC, Nesti LJ. The impact of pre-existing ulnar nerve instability on the surgical treatment of cubital tunnel syndrome: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2020;29(11):2339-46. https://doi.org/10.1016/j.jse.2020.05.028

[5] Aldekhayel S, Govshievich A, Lee J, Tahiri Y, Luc M. Endoscopic versus open cubital tunnel release: a systematic review and meta-analysis. Hand (N Y). 2016;11(1):36-44. https://doi.org/10.1177/1558944715616097

[6] Kholinne E, Alsharidah MM, Almutair O, Aljasser S, Alhothali W, Kwak J, et al. Revision surgery for refractory cubital tunnel syndrome: a systematic review. Orthop Traumatol Surg Res. 2019;105(5):867-76. https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.03.020

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