CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

कोहनी की अस्थिरता (एल्बो इंस्टेबिलिटी)

कोहनी के लिगामेंट — अल्नर और रेडियल कोलेटरल लिगामेंट मुख्य रूप से कोहनी को स्थिर रखते हैं।

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

आपकी कोहनी ढीली महसूस हो सकती है, जैसे वह अपनी जगह से खिसक जाएगी, या जब आप उससे कुछ धकेलते या खींचते हैं तो वह बार-बार अचानक जवाब दे सकती है। कुछ लोगों को यह फैले हुए हाथ के बल गिरने के बाद महसूस होता है। दूसरों की कोहनी पहले कभी अपनी जगह से खिसक चुकी होती है (डिसलोकेशन), और तब से जोड़ कभी पूरी तरह ठीक महसूस नहीं हुआ।

दर्द इस पर निर्भर करता है कि कोहनी का कौन-सा हिस्सा प्रभावित है। कोहनी के भीतरी तरफ़, जब आप कुछ फेंकते, उठाते, या रैकेट या हथौड़े जैसी चीज़ घुमाते हैं, तो आपको तेज़ दर्द महसूस हो सकता है। फेंकने वाले खिलाड़ियों को यह अक्सर थ्रो के ज़ोरदार आगे वाले हिस्से के दौरान महसूस होता है, और कुछ को "पॉप" की आवाज़ सुनाई देती है और वे आगे जारी नहीं रख पाते। बाहरी तरफ़, जब आप कुर्सी से हाथों के सहारे उठते हैं, पुश-अप करते हैं, या मेज़ पर अपने हाथ के बल झुकते हैं, तो कोहनी अस्थिर महसूस हो सकती है। कोहनी को पूरी तरह सीधा करने पर दर्द बढ़ सकता है, और कुछ लोगों को कट-कट की आवाज़ या ऐसा एहसास होता है कि जोड़ अटक रहा है या लॉक हो रहा है।

जकड़न आम है। आप पा सकते हैं कि आप बांह को पूरी तरह सीधा नहीं कर पाते, और जिन कामों में सीधी कोहनी चाहिए वे मुश्किल हो जाते हैं: ऊंची शेल्फ़ तक हाथ पहुंचाना, ट्रे उठाकर ले जाना, या नीची कुर्सी से हाथों के सहारे उठना। पकड़ने और मरोड़ने में भी तकलीफ़ हो सकती है, इसलिए जार खोलने या दरवाज़े का हैंडल घुमाने में सामान्य से ज़्यादा ज़ोर लग सकता है।

अगर आप फेंकने वाले या सिर के ऊपर हाथ ले जाने वाले खेल खेलते हैं, तो आप देख सकते हैं कि आपका प्रदर्शन गिर रहा है। आपके थ्रो की रफ़्तार और दमखम कम हो जाते हैं, और प्रैक्टिस के बाद कोहनी रात भर में ठीक होने के बजाय दुखती रहती है। कोहनी का भीतरी हिस्सा छूने पर दुख सकता है, और दर्द कभी-कभी उस तरफ़ की "फनी बोन" वाली नर्व (कोहनी की वह नर्व जिस पर चोट लगने से करंट-सा लगता है) की ओर फैलता है, साथ में झुनझुनी या कमज़ोर पकड़ हो सकती है।

कुछ लक्षण बताते हैं कि जोड़ ठीक से अपनी जगह पर नहीं टिक रहा। अगर आपकी कोहनी को अपनी जगह पर टिके रहने के लिए मुड़े हुए कोण पर रखना पड़ता है, या वह बार-बार खिसक जाती है, तो इस पर इंतज़ार करने के बजाय जल्दी ध्यान देने की ज़रूरत है।

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

आपकी कोहनी एक बहुत कसकर फ़िट होने वाला जोड़ है। बांह की हड्डी के सिरे पर गहरे खांचे होते हैं जिनमें अग्रबाहु (कोहनी से कलाई तक का हिस्सा) की हड्डियां फ़िट होती हैं, कुछ-कुछ वैसे ही जैसे एक कब्ज़ा (हिंज) अच्छी तरह बने ब्रैकेट में बैठा हो। यही बनावट जोड़ को साथ में रखने का ज़्यादातर काम करती है। फिर कोहनी के भीतरी और बाहरी तरफ़ लिगामेंट (स्नायुबंधन) की मज़बूत पट्टियां तंबू की रस्सियों की तरह काम करती हैं, और जब आप मोड़ते, सीधा करते, घुमाते और धकेलते हैं तो सब कुछ सीध में रखती हैं।

अस्थिरता का मतलब है कि इनमें से एक या ज़्यादा रस्सियां खिंच गई हैं या फट गई हैं, इसलिए जोड़ की सतहें सीध से बाहर खिसक सकती हैं। पूरा डिसलोकेशन तब होता है जब जोड़ पूरी तरह अलग हो जाता है। आंशिक खिसकाव, जिसमें सतहें सरक जाती हैं लेकिन पूरी तरह अलग नहीं होतीं, अटकने, कट-कट की आवाज़, या ऐसे जोड़ जैसा महसूस हो सकता है जो जवाब देने वाला हो। दोनों एक ही तरह की चोट के अलग-अलग स्तर हैं।

ज़्यादातर डिसलोकेशन फैले हुए हाथ के बल गिरने से होते हैं। ज़ोर बांह से ऊपर जाता है और लिगामेंट को फाड़ देता है, आम तौर पर कोहनी के बाहरी तरफ़ से शुरू होकर, और ज़ोर बढ़ने के साथ भीतरी तरफ़ की ओर और फटता जाता है। जब डिसलोकेशन के साथ उन जगहों से हड्डी के छोटे टुकड़े भी टूट जाते हैं जहां ये लिगामेंट जुड़ते हैं, या जोड़ के बाहरी तरफ़ की गोल हड्डी या कोहनी के आगे वाले हड्डी के उभार को नुकसान पहुंचता है, तो जोड़ अपनी रस्सी जैसी सहारा देने वाली पट्टियां और अपनी हड्डी की बनावट का एक हिस्सा, दोनों खो देता है। इस मेल को ठीक करना ज़्यादा मुश्किल होता है और इससे बाद में कोहनी के ढीली रह जाने की संभावना ज़्यादा होती है।

कौन-सी पट्टी प्रभावित है, इससे पता चलता है कि आपको क्या महसूस होता है। फेंकते समय भीतरी लिगामेंट पर ज़ोर पड़ता है, इसलिए वहां फटाव होने पर फेंकने और उठाने में दर्द होता है। हाथों के सहारे उठते समय या हाथ के बल झुकते समय बाहरी लिगामेंट पर ज़ोर पड़ता है, इसलिए वहां फटाव होने पर ये हरकतें असुरक्षित लगती हैं। अगर जोड़ की सतहें अब ठीक से सीध में नहीं बैठतीं, तो सालों में कोहनी जकड़ भी सकती है और असमान रूप से घिस सकती है।

ज़्यादातर कोहनियां जो एक बार खिसकती हैं और जल्दी वापस बैठा दी जाती हैं, जल्दी हिलाना-डुलाना शुरू करने से ठीक हो जाती हैं। थोड़ी-सी कोहनियां ढीली महसूस होती रहती हैं, और यही वे कोहनियां हैं जिन्हें सहारा दोबारा बनाने के लिए सर्जरी की ज़रूरत पड़ सकती है।

हम इसके लिए क्या कर सकते हैं

डॉ. कीरन हिरपरा, माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंग (कंधे से हाथ तक) के सर्जन हैं, और वे इलाज को आपकी खास चोट के हिसाब से तय 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 रिबेट पाने के लिए आपको अपने जीपी से रेफ़रल लेना होगा। क्लिनिक विज़िट में हम आपकी बीमारी का इतिहास पूछते हैं, आपकी कोहनी की जांच करते हैं और ज़रूरत हो तो एक्स-रे या स्कैन जैसी जांचें करवाते हैं।

ज़्यादातर कोहनियों के लिए जो एक बार खिसकती हैं और जल्दी वापस बैठा दी जाती हैं, पहला कदम सर्जरी नहीं है। जोड़ को वापस उसकी जगह पर बैठाया जाता है, एक्स-रे पर जांचा जाता है, और कोहनी को 90 डिग्री पर मोड़कर थोड़े समय के लिए स्प्लिंट में आराम दिया जाता है। स्प्लिंट में लगभग 5 से 7 दिन के बाद हिलाना-डुलाना शुरू होता है। जल्दी हिलाना-डुलाना इसलिए ज़रूरी है क्योंकि इस चोट के बाद जकड़ी हुई कोहनी सबसे आम समस्या है। फिजियोथेरेपी में उस दायरे में मोड़ने और सीधा करने पर काम किया जाता है जिसमें जोड़ सुरक्षित महसूस हो, और ताक़त दोबारा बनाने पर भी। अगर उस दायरे में कोहनी स्थिर है, तो दो दिन का स्प्लिंट और उसके बाद जल्दी हिलाना-डुलाना काफ़ी है। कुछ और सोचने से पहले इस तरीके को पूरा मौक़ा दें।

हम कोहनी की अस्थिरता के लिए कॉर्टिसोन या कोई दूसरा इंजेक्शन इस्तेमाल नहीं करते, इसलिए हम आपको यह नहीं देंगे।

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

सर्जरी की बात तब आती है जब जोड़ अपनी जगह पर नहीं टिकता। अगर आपकी कोहनी को अपनी जगह पर टिके रहने के लिए लगभग 50 से 60 डिग्री से ज़्यादा मोड़कर रखना पड़ता है, या पूरी तरह सीधा होने से 30 डिग्री के अंदर तक सीधा करने पर वह खिसक जाती है, तो लिगामेंट के अपने आप ठीक होने की संभावना कम है। यही बात तब भी लागू होती है अगर हड्डी या नरम ऊतक का कोई टुकड़ा जोड़ में फंसकर उसे रोक रहा हो, अगर डिसलोकेशन के साथ फ्रैक्चर (हड्डी टूटना) भी हुए हों, या अगर त्वचा फट गई हो या नर्व (तंत्रिकाओं) और खून की नलियों को चोट लगी हो। ऐसे मामलों में हम फटे हुए लिगामेंट को रिपेयर (वापस जोड़ना) करते हैं या दोबारा बनाते हैं, आम तौर पर बाहरी लिगामेंट से शुरू करके, और हड्डी के टूटे टुकड़ों को जोड़ते हैं ताकि जोड़ की सतहें फिर से सीध में आ जाएं। अगर उसके बाद भी कोहनी ढीली हो, तो एक अस्थायी बाहरी फ्रेम जोड़ को ठीक होने तक उसकी जगह पर रख सकता है। जो कोहनी लंबे समय से ढीली है, उसके लिए लिगामेंट रिकंस्ट्रक्शन (लिगामेंट को दोबारा बनाना) में खिंची हुई पट्टी की जगह नया ऊतक लगाया जाता है। हम आपसे हर विकल्प के बारे में बात करेंगे, और आप और हम मिलकर तय करेंगे कि आपकी कोहनी और आपके लक्ष्यों के लिए क्या सही है।

क्या उम्मीद करें

ज़्यादातर लोगों में, जो कोहनी एक बार खिसकती है और जल्दी वापस बैठा दी जाती है, वह जल्दी हिलाना-डुलाना शुरू करने से ठीक हो जाती है। इस तरह इलाज करने पर लंबे समय में अच्छे नतीजे आम बात है। थोड़े से लोगों को, बिना सर्जरी के इलाज किए गए हर 100 में से लगभग 8 को, बाद में भी ढीलेपन का एहसास होता रहता है। हर 100 में से लगभग 2 को आखिरकार जोड़ को स्थिर करने के लिए ऑपरेशन की ज़रूरत पड़ती है, ज़्यादातर चोट के 4 साल के अंदर।

ठीक होने में दिन नहीं, हफ़्ते लगते हैं। जकड़न सबसे आम रुकावट है, और यही वजह है कि आपकी देखभाल करने वाली टीम कोहनी को लंबे समय तक आराम देने के बजाय जल्दी हिलाना-डुलाना शुरू करवाएगी। पहले एक-दो सप्ताह में आप धीरे-धीरे मोड़ने और सीधा करने पर काम करेंगे, अक्सर फिजियोथेरेपिस्ट की मदद से। अगले हफ़्तों में दायरा बढ़ता है, और उसके बाद ताक़त के व्यायाम आते हैं। फिजियोथेरेपी आपकी कलाई, हाथ और कंधे का भी ध्यान रखती है, क्योंकि जब कोहनी को बचाकर रखा जाता है तो बाकी बांह जकड़ या कमज़ोर हो सकती है। किसी एक पल की उम्मीद न करें जब कोहनी अचानक फिर से सामान्य लगे, बल्कि लगातार धीरे-धीरे सुधार की उम्मीद करें।

जब सर्जरी की ज़रूरत होती है, तो आगे का नतीजा इस पर निर्भर करता है कि चोट ने कितना नुकसान किया। बहुत से लोग मोड़ने, सीधा करने और अग्रबाहु को घुमाने की लगभग पूरी क्षमता वापस पा लेते हैं, और उनका ढीलेपन का एहसास ठीक हो जाता है। कुछ चोटें दूसरों की तुलना में ज़्यादा मुश्किल से ठीक होती हैं। जहां डिसलोकेशन के साथ फ्रैक्चर भी हुए थे, वहां जकड़न, लगातार ढीलापन, दर्द और जोड़ का घिसाव लंबे समय तक समस्या बने रह सकते हैं, चाहे इलाज कितना भी अच्छा हो। इनमें से ज़्यादा गंभीर चोटों के एक हिस्से में, हर 100 में से लगभग 20 से 25 में, किसी समय एक और ऑपरेशन की ज़रूरत पड़ती है।

वास्तव में अस्थिर कोहनी को यूं ही छोड़ देने का नतीजा शायद ही कभी अच्छा होता है। जो जोड़ अपनी जगह पर नहीं टिकता, वह ढीला ही बना रहता है, और खिसकती सतहें सालों में असमान रूप से घिस सकती हैं। अगर आपकी कोहनी को टिके रहने के लिए काफ़ी मोड़कर रखना पड़ता है, या वह बार-बार खिसकती रहती है, तो यही समय है इंतज़ार करने के बजाय सर्जरी के बारे में बात करने का।

इसमें से कुछ भी आपकी अपनी कोहनी के बारे में कोई वादा नहीं है। जब आपके सर्जन को पता चल जाएगा कि कौन-से हिस्से चोटिल हैं और आपकी जांचों में क्या दिखता है, तब वे आपको ज़्यादा साफ़ तस्वीर दे पाएंगे।

डॉक्टर को कब दिखाएं

कुछ संकेतों का मतलब है कि आपकी कोहनी की जांच इंतज़ार करने के बजाय जल्द होनी चाहिए। अगर आपकी कोहनी अपनी जगह से खिसक जाती है, या उसे अपनी जगह पर टिके रहने के लिए मुड़े हुए कोण पर रखना पड़ता है, तो किसी विशेषज्ञ से जांच करवाएं। यही

बात तब भी लागू होती है अगर कुर्सी से हाथों के सहारे उठते समय या हाथ के बल झुकते समय वह बार-बार जवाब दे जाती है, या अगर डिसलोकेशन के बाद वापस बैठाया गया जोड़ हफ़्तों बाद भी ढीला महसूस होता है।

फेंकने वाले खिलाड़ियों को कोहनी के भीतरी हिस्से के दर्द को गंभीरता से लेना चाहिए। अगर दर्द केवल तब होता है जब आप ज़ोर से फेंकते हैं, अगर आपको "पॉप" की आवाज़ सुनाई देती है और आप जारी नहीं रख पाते, या अगर आपके थ्रो की रफ़्तार और दमखम कम हो रहे हैं, तो अपने जीपी को दिखाएं। "फनी बोन" वाली नर्व के पास झुनझुनी, कमज़ोर पकड़, या ऐसी कोहनी जो लॉक हो जाती है या अटकती है, इनकी भी जांच होनी चाहिए।

अगर कोहनी साफ़ तौर पर अपनी जगह से हटी हुई है, बेढंगी दिखती है, या बांह सुन्न, ठंडी लगती है या उसका रंग उड़ गया है, तो इमरजेंसी विभाग जाएं। जो जोड़ वापस अपनी जगह पर नहीं जाता, उसे उसी दिन इलाज की ज़रूरत है।

विस्तार से

यह हिस्सा उससे आगे जाता है जितनी जानकारी आपको अपने इलाज के फ़ैसलों के लिए चाहिए। यह यहां इसलिए है क्योंकि "कोहनी की अस्थिरता" में कई बिल्कुल अलग समस्याएं आती हैं जिनके नतीजे भी बिल्कुल अलग होते हैं, और क्योंकि एक साधारण डिसलोकेशन का अंत कैसा होगा, इस पर सबसे बड़ा असर पहले पंद्रह दिनों में लिए गए एक फ़ैसले का होता है, ऐसा फ़ैसला जिसमें प्रमाण और जोड़ को बचाने की सहज इच्छा उलटी दिशाओं में इशारा करते हैं।

"कोहनी की अस्थिरता" एक निदान नहीं है

इस शब्द में सब कुछ आता है: ऐसा जोड़ जो एक बार खिसका और अब स्थिर है, ऐसा जोड़ जो रोज़ के कामों में जवाब दे जाता है, और फ्रैक्चर-डिसलोकेशन जिसमें लिगामेंट के साथ हड्डी भी टूटी हो। सर्जन एक सदी से भी ज़्यादा समय से इन पैटर्नों को वर्गीकृत करने की कोशिश कर रहे हैं, और अब भी असहमत हैं: 130 सालों की कोशिशों की एक समीक्षा ने निष्कर्ष निकाला कि "नामकरण और वर्गीकरण, दोनों के बारे में अनिश्चितताएं अब भी मौजूद हैं", और इसके बाद एक राष्ट्रीय सोसाइटी के वर्किंग ग्रुप ने फिर से कोशिश की [1]।

यह आपके लिए एक व्यावहारिक कारण से मायने रखता है। जब आप "कोहनी की अस्थिरता" के नतीजों के आंकड़े पढ़ते हैं, तो हो सकता है वे ऐसे मरीज़ों के समूह के बारे में हों जिनकी चोटें आपकी चोट से बिल्कुल अलग थीं। सबसे अहम फ़र्क है **सिंपल** (केवल लिगामेंट) बनाम **कॉम्प्लेक्स** (लिगामेंट के साथ टूटी हड्डी), और ये दोनों बहुत अलग रास्तों पर चलते हैं।

वे दो दिशाएं जिनके नाम हैं: PLRI और PMRI

सिंपल बनाम कॉम्प्लेक्स के अलावा, ऑपरेशन कौन-सा होगा यह इस पैटर्न से तय होता है कि जोड़ किस दिशा में जवाब देता है। ज़्यादातर मामले दो नाम वाले पैटर्नों में आते हैं [1]।

पोस्टेरोलेटरल रोटेटरी इंस्टेबिलिटी (PLRI) आम पैटर्न है, और ज़्यादातर लोग "अस्थिर कोहनी" से यही मतलब लेते हैं। यह सामान्य चोट से बनने वाला पैटर्न है: फैले हुए हाथ के बल गिरना, जिसमें अग्रबाहु बाहर की ओर घूमते हुए कोहनी पर ज़ोर पड़ता है। नुकसान जोड़ के चारों ओर एक घेरे में चलता है, बाहरी तरफ़ के **लेटरल अल्नर कोलेटरल लिगामेंट** से शुरू होकर कैप्सूल (जोड़ को घेरने वाली थैली) के चारों ओर आगे और पीछे बढ़ता है, और भीतरी लिगामेंट तक सबसे आख़िर में पहुंचता है। क्योंकि यह बाहरी तरफ़ से शुरू होता है, इसलिए पहला चरण पूरा डिसलोकेशन नहीं बल्कि सबलक्सेशन (जोड़ का आंशिक रूप से खिसकना) होता है, और इसे ठीक करने के लिए बाहरी लिगामेंट को ही रिपेयर करना या दोबारा बनाना पड़ता है। जब आप इस हिस्से में पहले बाहरी लिगामेंट रिकंस्ट्रक्शन और उसके बाद अस्थिरता दोबारा होने की 0–33% रेंज के बारे में पढ़ते हैं, तो वह PLRI का इलाज है।

लक्षणों के हिसाब से यह वह पैटर्न है जिसमें आपको कुर्सी से हाथों के सहारे उठने या हथेली ऊपर की ओर करके बांह पर ज़ोर डालने से डर लगता है, यानी वे स्थितियां जिनमें जोड़ घूमकर खुल सकता है।

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

पोस्टेरोमीडियल रोटेटरी इंस्टेबिलिटी (PMRI) कम आम है, इसे चूकना आसान है, और यह कम माफ़ करने वाली है। इसका तरीका उलटा है, एक वैरस (अंदर की ओर मोड़ने वाला) ज़ोर जिसमें अग्रबाहु अंदर की ओर घूमती है, और यह बाहरी लिगामेंट को नुकसान पहुंचाता है और साथ ही **कोरोनॉइड के एंटेरोमीडियल फ़ेसेट** को काटकर तोड़ देता है, जो अल्ना (अग्रबाहु की एक हड्डी) के भीतरी-आगे वाले हिस्से पर हड्डी की एक छोटी-सी शेल्फ़ है जिस पर जोड़ टिका रहता है।

समस्या यही टुकड़ा है। शरीर-रचना पर हुए अध्ययन दिखाते हैं कि औसतन **एंटेरोमीडियल फ़ेसेट का 58% हिस्सा** पीछे की हड्डी के मुख्य भाग से **बिना सहारे** के होता है, इसलिए यह एक अलग टुकड़े के रूप में टूटता है और साधारण एक्स-रे में आसानी से नज़र से छूट जाता है [2]। इसका छूट जाना महंगा पड़ता है: जोड़ थोड़ा टेढ़ा बैठा रह जाता है और रगड़ खाता है। एक रिपोर्ट में ऐसी कोहनी में, जिसकी अस्थिरता का इलाज नहीं हुआ था, चोट के **सिर्फ़ 26 महीने** बाद ही जमा हुआ **आर्थ्रोसिस** (जोड़ का घिसाव) बताया गया [3]। इसीलिए जब चोट का पैटर्न इस ओर इशारा करता है तो अक्सर सीटी स्कैन करवाया जाता है, और इसीलिए कोरोनॉइड का छोटा दिखने वाला टुकड़ा भी जोड़ने (फ़िक्सेशन) लायक हो सकता है।

आपके लिए व्यावहारिक बात: ये अलग-अलग चोटें हैं जिनके लिए अलग-अलग ऑपरेशन चाहिए, और "मेरे दोस्त की कोहनी अस्थिर थी और उसने X करवाया" वाली बात शायद आपकी कोहनी पर बिल्कुल लागू न हो।

पहले दो सप्ताह लगभग किसी भी दूसरी चीज़ से ज़्यादा मायने रखते हैं

डिसलोकेशन के बाद सहज इच्छा होती है कि जोड़ को प्लास्टर (कास्ट) या ब्रेस में बचाकर रखा जाए। कोहनी इस इच्छा की सज़ा देती है। इसमें जकड़ने की प्रवृत्ति असामान्य रूप से ज़्यादा होती है, और जकड़न मोटे तौर पर इस अनुपात में होती है कि उसे कितने समय तक स्थिर रखा गया।

एक समीक्षा ने इसे आंकड़ों में बताया: साधारण डिसलोकेशन के बाद, अगर कोहनी को **25 दिन** से ज़्यादा स्थिर रखा जाए तो पूरी तरह सीधा करने की क्षमता में **कम से कम 30 डिग्री** की स्थायी कमी की उम्मीद की जा सकती है, लेकिन अगर कोहनी **पांच दिन** के अंदर फिर से हिलने लगे तो यह कमी केवल **3 डिग्री** तक हो सकती है [4]। यही लगभग पूरा फ़र्क है एक ऐसी कोहनी में जिसके बारे में आप भूल जाते हैं और एक ऐसी कोहनी में जो आपको हर दिन याद रहती है।

एक रैंडमाइज़्ड ट्रायल (FuncSiE) ने साधारण डिसलोकेशन में जल्दी हिलाने-डुलाने की तुलना तीन सप्ताह के प्लास्टर से करके इसे सीधे परखा [5]। छह सप्ताह पर, जल्दी हिलाने-डुलाने वाले समूह में हिलने का दायरा काफ़ी बड़ा था (121° बनाम 102°), विकलांगता कम थी, और वे **18 के मुकाबले 10 दिन** में काम पर लौट आए। एक साल तक दोनों समूहों में कोई फ़र्क नहीं रह गया, और, सबसे अहम बात, **किसी भी समूह में कोई भी कोहनी दोबारा नहीं खिसकी** [5]। प्लास्टर से मिली सुरक्षा ऐसे जोखिम से सुरक्षा थी जो सामने ही नहीं आया, और उसकी कीमत जकड़न और गंवाए हुए हफ़्तों से चुकाई गई।

इसीलिए आपकी रिहैबिलिटेशन जल्दी शुरू होती है, और इसीलिए जोड़ को एक तय दायरे में बांधकर रखने वाले कब्ज़े वाले ब्रेस के बजाय आराम के लिए साधारण स्लिंग (बांह को सहारा देने वाली पट्टी) का इस्तेमाल किया जाता है।

साधारण डिसलोकेशन अच्छी तरह ठीक होते हैं, एक ईमानदार शर्त के साथ

ज़्यादातर साधारण डिसलोकेशन बिना ऑपरेशन के ठीक हो जाते हैं। लेकिन "ज़्यादातर" का मतलब "सभी" नहीं है: बिना ऑपरेशन के इलाज किए गए लगभग **8%** लोगों में आगे चलकर लगातार अस्थिरता के लक्षण रहते हैं, और लगभग **2%** को आखिरकार सर्जरी की ज़रूरत पड़ती है [6]। कुछ चोटें जो उस दिन साधारण दिखती हैं, बाद में ख़राब व्यवहार करती हैं, इसीलिए हम जोड़ के वापस बैठ जाने का पहला संकेत मिलते ही आपको छुट्टी देने के बजाय आपकी फॉलो-अप जांच करते हैं।

"टेरिबल ट्रायड" नाम चोट से ज़्यादा बुरा है

कोहनी के डिसलोकेशन के साथ रेडियल हेड (अग्रबाहु की रेडियस हड्डी का ऊपरी सिरा) और कोरोनॉइड के फ्रैक्चर के मेल को "टेरिबल ट्रायड" (भयानक तिकड़ी) नाम दिया गया था क्योंकि इसके शुरुआती नतीजे बहुत ख़राब थे। आज के नतीजे कहीं बेहतर हैं: 37 अध्ययनों

और 1609 मरीज़ों को मिलाकर देखने वाली एक समीक्षा में औसत मेयो एल्बो परफ़ॉर्मेंस स्कोर **90 पाया गया, जिसे उत्कृष्ट माना जाता है** [7]।

इस बात का ईमानदार दूसरा पहलू जटिलता दर है, जो कम नहीं है। लगभग **30%** मरीज़ों को कोई न कोई जटिलता होती है, और **7.8%** को और सर्जरी की ज़रूरत पड़ती है। सबसे आम हैं नरम ऊतकों में अतिरिक्त हड्डी बनना (**11%**) और अल्नर नर्व के लक्षण (**2.6%**) [7]। तो: अच्छा नतीजा अब सिर्फ़ उम्मीद नहीं बल्कि अपेक्षित बात है, लेकिन यह ऐसी चोट है जिसमें दूसरे ऑपरेशन की वास्तविक संभावना है, और शुरू करने से पहले यह जानना उचित है।

जब लिगामेंट की सर्जरी नहीं टिकती, तो अक्सर कारण हड्डी होती है

पुरानी अस्थिरता के सबसे आम पैटर्न के लिए बाहरी लिगामेंट का रिपेयर या रिकंस्ट्रक्शन अच्छी तरह स्थापित है। फिर भी इसके बाद अस्थिरता के दोबारा होने की बताई गई दर **0% से 33%** तक है, जो इतना बड़ा फ़ैलाव है कि बताता है कि केवल ऑपरेशन ही एकमात्र कारक नहीं है [8]।

इसकी एक वजह यह है कि अस्थिरता हमेशा केवल नरम ऊतक की समस्या नहीं होती। जोड़ के बाहरी तरफ़ की हड्डी में घिसाव या कमी, लिगामेंट के ठीक से दोबारा बनाए जाने के बाद भी, कोहनी को अस्थिर रख सकती है, और हड्डी की कई खराबियां मिलकर विफलता का जोखिम बढ़ाती हैं [8]। इसी हिसाब से दोबारा किया जाने वाला ऑपरेशन (रिवीज़न सर्जरी) ज़्यादा मुश्किल होता है: बाहरी लिगामेंट के रिवीज़न रिकंस्ट्रक्शन की एकमात्र प्रकाशित सीरीज़ में **27%** विफलता दर बताई गई [8]। व्यावहारिक मतलब यह है कि अगर लिगामेंट रिपेयर के बाद भी आपकी कोहनी अस्थिर रहती है, तो अगला सवाल आम तौर पर हड्डी के बारे में होता है, उसी नरम ऊतक वाले ऑपरेशन को दोहराने के बारे में नहीं।

जोड़ को अंदर से उसकी जगह पर रखना

उन कोहनियों के लिए जो इतनी अस्थिर हैं कि केवल रिपेयर पर भरोसा नहीं किया जा सकता, पारंपरिक जवाब था बांह के बाहर हफ़्तों तक पहना जाने वाला कब्ज़े वाला बाहरी फ़्रेम। इसका एक विकल्प है **इंटरनल जॉइंट स्टेबलाइज़र**, एक अस्थायी अंदरूनी उपकरण जो नरम ऊतकों के ठीक होने तक जोड़ को उसकी जगह पर रखता है, और बाद में निकाल दिया जाता है। यह सुरक्षा के दौरान भी कोहनी को अच्छे दायरे में हिलने देता है, और मूल सीरीज़ में आख़िरी फॉलो-अप पर औसत मुड़ाव (फ़्लेक्शन) 134 डिग्री बताया गया [9]।

यहां इस तरीके को इसलिए पसंद किया जाता है क्योंकि इसके पीछे वही सिद्धांत है जो इस पूरे पेज का है: ऐसी सुरक्षा जो हिलने-डुलने देती है, उस सुरक्षा से बेहतर है जो उसे रोकती है।

संदर्भ

[1] Marinelli A, Guerra E, Rotini R. Elbow instability: are we able to classify it? Review of the literature and proposal of an all-inclusive classification system. Musculoskelet Surg. 2016;100(Suppl 1):61-71. https://doi.org/10.1007/s12306-016-0424-1 [2] Doornberg JN, de Jong IM, Lindenhovius AL, Ring D. The anteromedial facet of the coronoid process of the ulna. J Shoulder Elbow Surg. 2007;16(6):667-70. https://doi.org/10.1016/j.jse.2007.03.013 [3] Ramirez MA, Stein JA, Murthi AM. Varus posteromedial instability. Hand Clin. 2015;31(4):557-63. https://doi.org/10.1016/j.hcl.2015.06.005 [4] Martin BD, Johansen JA, Edwards SG. Complications related to simple dislocations of the elbow. Hand Clin. 2008;24(1):9-25. https://doi.org/10.1016/j.hcl.2007.11.013 [5] Iordens GIT, Van Lieshout EMM, Schep NWL, De Haan J, Tuinebreijer WE, Eygendaal D, et al. Early mobilisation versus plaster immobilisation of simple elbow dislocations: results of the FuncSiE multicentre randomised clinical trial. Br J Sports Med. 2017;51(6):531-8. https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094704 [6] Robinson PM, Griffiths E, Watts AC. Simple elbow dislocation. Shoulder Elbow. 2017;9(3):195-204. https://doi.org/10.1177/1758573217694163 [7] Stambulic T, Desai V, Bicknell R, Daneshvar P. Terrible triad injuries are no longer terrible! Functional outcomes of

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

terrible triad injuries of the elbow: a systematic review. JSES Rev Rep Tech. 2022;2(2):214-8. https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2022.01.002 [8] O'Driscoll SW, Chaney GK. Preoperative and operative risk factors for failed lateral collateral ligament reconstruction. JSES Int. 2023;7(6):2578-86. https://doi.org/10.1016/j.jseint.2023.03.017 [9] Orbay JL, Mijares MR. The management of elbow instability using an internal joint stabilizer. Clin Orthop Relat Res. 2014;472(7):2049-60. https://doi.org/10.1007/s11999-014-3646-2

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