

गोल्फर की कोहनी

गोल्फर की कोहनी: आपकी कलाई और उंगलियों को फ्लेक्स करने वाली नसें आपकी कोहनी के अंदर की ओर एक हड्डीदार टक्कर से जुड़ी होती हैं, और अत्यधिक उपयोग से दर्द और विकृति होती है जहां वे हड्डी से मिलती हैं।

Kieran Hirpara © 1 5 4.0



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

आप क्या महसूस कर रहे हैं

गोल्फर की कोहनी आपकी कोहनी के अंदर दर्द है, एक छोटी हड्डी की टक्कर के ऊपर जिसे मध्यवर्ती एपिकॉडिल कहा जाता है। वहां से जुड़ने वाली नसें आपको पकड़ने में मदद करती हैं, आपकी कलाई को मोड़ती हैं और आपके हाथ को मोड़ती हैं। जब वे चिड़चिड़ा हो जाते हैं, तो दर्द अक्सर आपके अग्रहस्त के ऊपरी भाग में फैल जाता है।

दर्द आमतौर पर एक स्पष्ट चोट से नहीं बल्कि धीरे-धीरे शुरू होता है। यह उन गतिविधियों के साथ बदतर हो जाता है जो इसके कारण होते हैं, जैसे गोल्फ, फेंकना, टेनिस या काम जिसमें बलपूर्वक पकड़ शामिल होती है। कुछ लोग इसे स्विंग या खुद को फेंकने के दौरान सबसे अधिक नोटिस करते हैं। दूसरों को यह गतिविधि के बाद, या सुबह पहली बात में भड़कता है। आराम से थोड़ी देर के लिए यह ठीक हो सकता है, लेकिन जब आप एक ही काम पर लौटते हैं तो दर्द अक्सर वापस आता रहता है।

रोजमर्रा की गतिविधियाँ जो इन टेंडन्स पर भार डालती हैं, असहज हो सकती हैं। खरीदारी का एक भारी बैग उठाना, काम पर 20 किलोग्राम या उससे अधिक भार उठाना, औजार पकड़ना या दरवाजे के खंभे को मोड़ना सभी इसे बढ़ा सकते हैं। आपकी पकड़ की ताकत आपकी दूसरी तरफ की तुलना में कमज़ोर महसूस हो सकती है। कुछ लोगों को कोहनी के भीतरी हिस्से में चिड़चिड़ापन या संवेदनशीलता भी महसूस होती है जहां एक तंत्रिका पास में चलती है।

अधिकतर लोग अभी भी अपनी कोहनी और कलाई को अपनी पूरी रेंज में हिला सकते हैं। यह दर्द आमतौर पर हड्डीदार धक्की के ठीक सामने और नीचे एक स्थान पर महसूस किया जाता है, और वहाँ कुछ नरम सूजन हो सकती है। यदि आपके लक्षण कोहनी पर सीधे मारने के बाद अचानक आए हैं, या यदि आप हाथ को पूरी तरह से सीधा नहीं कर सकते हैं, तो यह एक अलग समस्या की ओर इशारा करता है और तत्काल मूल्यांकन की आवश्यकता है।

कोहनी के अंदर दर्द अन्य कारणों से भी हो सकता है, जिसमें तंत्रिका की जलन, लिगामेंट की चोट या गर्दन या कोहनी में गठिया शामिल है। इस कारण से, आपका सर्जन एक सावधानीपूर्वक इतिहास लेगा और यह पता लगाने के लिए कोहनी की जांच करेगा कि आपके दर्द का कारण क्या है। अन्य कारणों को खारिज करने के लिए आमतौर पर एक्स-रे लिया जाता है। यदि आवश्यक हो तो अल्ट्रासाउंड या एमआरआई स्कैन से टेंडन को अधिक विस्तार से देखा जा सकता है।

वास्तव में क्या हो रहा है

दर्द की जगह वह जगह है जहां आपके कोहनी के अंदर की हड्डी की टक्कर पर अग्रहस्त के टेंडन का एक समूह एंकर करता है। इन टेंडन्स को एक मोटी रस्सी के रूप में सोचें जो कई छोटे तंतुओं से बनी है, सभी एक बिंदु पर लंगर डाले हुए हैं। हर बार जब आप पकड़ते हैं, झूलते हैं या फेंकते हैं, यह रस्सी अपने लंगर बिंदु पर खींचती है।

बार-बार भारी उपयोग के साथ, उन तंतुओं में छोटे-छोटे आंसू विकसित होते हैं। शरीर उन्हें ठीक करने की कोशिश करता है, लेकिन क्षति उपचार की तुलना में तेजी से आती रहती है। समय के साथ कंधे का ऊतक खराब हो जाता है और साफ-साफ फट जाने के बजाय मोटा और कमजोर हो जाता है। यही कारण है कि गोल्फर की कोहनी वास्तव में सूजन या चोट नहीं है। यह टेंडन का ही क्षय है, और यह बताता है कि जब आप एक ही कार्य पर वापस जाते हैं तो दर्द क्यों लौटता रहता है।

इस समूह में टेंडन्स आपकी कलाई को मोड़ने से ज्यादा करते हैं। वे आपकी कोहनी के भीतरी हिस्से को बाहरी बल के खिलाफ भी मजबूत करते हैं जो फेंकने या जोरदार झूलने के दौरान बनता है। जब वे थक जाते हैं और थक जाते हैं, तो वह ब्रेसिंग कमजोर हो जाती है, और प्रत्येक प्रयास के साथ आंतरिक कोहनी के माध्यम से अधिक तनाव गुजरता है। यह गतिविधि के दौरान और बाद में आपके द्वारा महसूस किए जाने वाले दर्द को बढ़ा सकता है।

बार-बार एक ही तनाव से कोहनी के अंदर की ओर चलने वाली छोटी तंत्रिका भी चिड़चिड़ा हो सकती है, यही कारण है कि कुछ लोगों को वहां चिड़चिड़ापन के साथ-साथ दर्द भी महसूस होता है।

हम इसके बारे में क्या कर सकते हैं

मैटर प्राइवेट हॉस्पिटल रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंगों के सर्जन डॉ. किरण हिरपारा, आपकी स्थिति के अनुरूप कम से कम आक्रामक विकल्पों से शुरू करते हैं। मरीजों को आम तौर पर उनके जीपी द्वारा हमारे क्लिनिक में भेजा जाता है; यदि एक फिजियोथेरेपिस्ट ने सुझाव दिया है कि आप हमें देखें, तो आपको मेडिकेयर छूट के लिए पात्र होने के लिए अपने जीपी से एक रेफरल की आवश्यकता होगी। आपकी यात्रा पर हम एक इतिहास लेते हैं, आपकी कोहनी की जांच करते हैं और यदि कारण की पुष्टि करने के लिए आवश्यक हो तो इमेजिंग की व्यवस्था करते हैं।

गोल्फर की कोहनी के लिए, हम आमतौर पर आराम के साथ शुरू करते हैं और उन गतिविधियों को बदलते हैं जो टेंडन को लोड करते हैं। इसका अर्थ है कि कुछ समय के लिए गोल्फ खेलना, फेंकना या भारी पकड़ना बंद कर देना और फिर फिर से खेलना। फिजियोथेरेपी का उद्देश्य उन अग्रहस्त की मांसपेशियों को मजबूत करना है जो घाव के स्थान पर लंगर डालती हैं, ताकि कंधा भार का सामना बेहतर तरीके से कर सके। अधिकांश लोगों में किसी न किसी प्रकार की गैर-सर्जिकल देखभाल से सुधार होता है, और सर्जरी के बारे में सोचने से पहले 6 महीने या उससे अधिक समय तक इसे उचित रूप से देने के लायक है। आमतौर पर 6 महीने या उससे अधिक उपचार के बाद भी लक्षणों के लिए सर्जरी की जाती है।

दर्द निवारक और विरोधी भड़काऊ गोलियाँ (एनएसएआईडी) आपकी गतिविधियों को संशोधित करते समय प्लेयर-अप को ठीक करने में मदद कर सकती हैं। हम इस स्थिति के लिए इंजेक्शन नहीं देते हैं, इसलिए हम यहां उन पर चर्चा नहीं करेंगे।

यदि 6 महीने या उससे अधिक समय के बाद गैर-सर्जिकल उपचार से आपको पर्याप्त सुधार नहीं हुआ है, तो हम सर्जरी के बारे में बात कर सकते हैं। इसका उद्देश्य हड्डी पर लंगर बिंदु पर कंधे के पहने हुए, क्षतिग्रस्त हिस्से को छोड़ना या निकालना है, ताकि स्वस्थ ऊतक अपना स्थान ले सके। आप एक साथ कुछ भी तय करने से पहले हम इस ऑपरेशन में क्या शामिल है, और पुनर्प्राप्ति कैसी दिखती है, इसके बारे में बात करेंगे।

क्या उम्मीद करें

अधिकांश लोगों के लिए, समय और सही देखभाल के साथ गोल्फर की कोहनी बस जाती है। गैर-सर्जिकल उपचार 6 महीने या उससे अधिक समय के लिए उचित है। बहुत से लोग बिना किसी ऑपरेशन के ठीक हो जाते हैं, हालांकि दर्द धीरे-धीरे कम हो सकता है और अगर आप उसी भारी पकड़ या झूलते हुए बहुत जल्दी लौटते हैं तो फिर से वापस आ सकते हैं। कुछ लोगों को पहली बार होने के एक साल या उससे अधिक समय बाद भी कोहनी में कुछ दर्द महसूस होता है, भले ही टेंडन ठीक हो गया हो।

यदि आप बिना कुछ बदले आगे बढ़ते हैं, तो भविष्य कम अनुमानित होता है। जब भी आप फिर से टेंडन को लोड करते हैं तो दर्द बनी रहती है या फिर से आती है। यह जितना अधिक समय तक चलेगा, उतना ही आपकी पकड़, आपके खेल और आपके काम को प्रभावित कर सकता है। यही कारण है कि हम इसका इंतजार करने के बजाय जल्द से जल्द कार्रवाई करने का सुझाव देते हैं।

जब सर्जरी की आवश्यकता होती है, तो लक्ष्य एक त्वरित समाधान के बजाय स्थायी राहत है। हड्डी पर अपने लंगर बिंदु पर पहने हुए कंधे की रिहाई ने दर्द और कार्य में सार्थक सुधार दिखाया है जो एक पूर्ण वर्ष से अधिक समय तक रहता है। एक जिद्दी समस्या वाले कुछ लोगों के लिए जहां tendon हड्डी से अलग हो गया है, टुकड़े को हटाने और लिगामेंट की मरम्मत के लिए सर्जरी कोहनी की स्थिरता को जल्दी से बहाल करती है, जटिलताओं की कम दर और परिणाम के बारे में रोगियों से अच्छी रिपोर्ट के साथ।

वसूली धीरे-धीरे होती है। पहले कुछ हफ्तों में आप दर्द को कम कर रहे हैं और कंधे की रक्षा कर रहे हैं। अगले कुछ महीनों में, मजबूत करने का काम टेंडन की क्षमता का पुनर्निर्माण करता है ताकि यह फिर से पकड़ने, उठाने और झूलने का सामना कर सके। कुछ लोग खेल या काम में अपने पूर्व स्तर पर लौट जाते हैं। दूसरों को लगता है कि कोहनी को आरामदायक रखने के लिए उन्हें कुछ कार्यों को करने के तरीके को संशोधित करने की आवश्यकता है।

अपनी अपेक्षाओं को हफ्तों के बजाय महीनों के आसपास सेट करें। अधिकतर लोग तब अच्छा करते हैं जब वे कष्टप्रद गतिविधि को कम करते हैं, अपने सुदृढीकरण कार्यक्रम को पूरा करते हैं और लगातार बैकअप बनाते हैं। बहुत जल्दी दर्द से गुजरना सबसे आम तरीका है शुरुआत में वापस आने का।

किसी से कब मिलना है

यदि अंदर की कोहनी का दर्द कुछ हफ्तों से अधिक समय तक रहता है, आराम करने के बावजूद वापस आता रहता है, या आपको काम करने, गोल्फ खेलने या फेंकने से रोक रहा है, तो अपने डॉक्टर से मिलें। यदि आपकी पकड़ आपकी दूसरी तरफ की तुलना में कमजोर महसूस होती है, यदि समय के साथ दर्द बढ़ता जा रहा है, या यदि आप अपनी कोहनी के अंदर झुनझुनी महसूस करते हैं, तो एक विशेषज्ञ की समीक्षा के लिए पूछें, क्योंकि नस नस के साथ जलन हो सकती है। वर्ष भर या एक से अधिक टीमों के लिए फेंकने वाले युवा एथलीटों की जल्दी जांच की जानी चाहिए, और फेंकने के दौरान या बाद में कोहनी के दर्द वाले किसी भी किशोर को खेल में लौटने से पहले समीक्षा की आवश्यकता होती है। यदि आपकी कोहनी सीधे झटके या गिरने से घायल हो गई है, यदि आप हाथ को सीधा नहीं कर सकते हैं, या यदि कोहनी अपनी जगह से बाहर दिखती है, तो आपातकालीन विभाग में जाएं, क्योंकि इसका मतलब यह हो सकता है कि फ्रैक्चर या टूटी हुई नस को तत्काल देखभाल की आवश्यकता है।

अधिक गहराई से

यह अनुभाग आपके स्वयं के उपचार निर्णयों के लिए आवश्यक से अधिक है। गोल्फर की कोहनी अतिरिक्त पढ़ने के लायक है क्योंकि इसे आमतौर पर टेनिस कोहनी के आंतरिक कोहनी संस्करण के रूप में प्रस्तुत किया जाता है, और दो मामलों में यह फ्रेमिंग भ्रामक है: जो इसकी भविष्यवाणी करता है वह केवल आंशिक रूप से यांत्रिक है, और इसके साथ एक दूसरी समस्या की उपस्थिति बदलती है कि सर्जरी क्या हासिल कर सकती है।

इसमें से अधिकतर बिना किसी ऑपरेशन के ठीक हो जाता है

शीर्ष आंकड़ा आश्चर्य करने वाला है। मध्य कोहनी के दर्द की समीक्षा में, **रूढ़िवादी उपचार से दस में से नौ रोगियों में सुधार होता है**, जबकि सर्जिकल डिब्रिडेशन की सफलता दर **80% से 85%** [1].

उन दो संख्याओं को अलग-अलग पढ़ने के बजाय एक साथ पढ़ें। गैर-ऑपरेटिव देखभाल में सफलता की दर अधिक होती है। सर्जरी एक ही उपचार का एक बेहतर संस्करण नहीं है, यह अल्पसंख्यक के लिए विकल्प है जिसमें समय और भार प्रबंधन पहले ही विफल हो चुका है, और यह पहली पंक्ति के उपचार की तुलना में थोड़ा कम सफल होता है।

विशेष रूप से व्यायाम घटक के लिए, साक्ष्य तन्यता में लक्षणों को कम करने वाले शक्ति प्रशिक्षण का समर्थन करता है, हेरफेर तकनीकों के साथ एक अल्पकालिक दर्द निवारक प्रभाव प्रदान करता है जो अधिक जोरदार खिंचाव और मजबूत करने की अनुमति दे सकता है, हालांकि लेखक परिणामों को अभी तक निर्णायक नहीं बताते हैं। [2].

जोखिम कारक केवल इस बारे में नहीं हैं कि आप हाथ का कितना उपयोग करते हैं

कार्यशील आयु वर्ग के लोगों में एपिकॉन्डिलिटिस आम है, और **शारीरिक भार कारक, धूम्रपान और मोटापा मजबूत निर्धारक हैं** [3]. धूम्रपान और शरीर का वजन वे नहीं हैं जो ज्यादातर लोग एक टेंडन समस्या के बारे में सुनने की उम्मीद करते हैं, और दोनों टेंडन की रक्त आपूर्ति और चयापचय वातावरण की ओर इशारा करते हैं बजाय इसके कि यह कितना जोर से खींचा जाता है।

व्यावसायिक आंकड़े और भी आगे जाते हैं। पार करना **1,824** श्रमिकों, कई व्यक्तिगत और व्यावसायिक मनोसामाजिक कारकों और दोनों मध्यवर्ती और पार्श्व epicondylitis के बीच सांख्यिकीय रूप से महत्वपूर्ण संबंधों पाया गया, **जनसांख्यिकी और नौकरी के भौतिक जोखिमों के लिए समायोजन के बाद**. सबसे बड़े संघों के बीच थे **काम के बाद शारीरिक थकावट और पार्श्व एपिकॉन्डिलिटिस, 7.04 के एक बाधा अनुपात के साथ**, और के बीच **काम के बाद मानसिक थकावट और मध्यवर्ती एपिकॉन्डिलिटिस** [4].

यह समायोजन वाक्य का महत्वपूर्ण भाग है। एसोसिएशन केवल यह नहीं है कि थके हुए लोग भारी काम करते हैं, रिश्ता शारीरिक जोखिम के लिए नियंत्रण जीवित रहता है। यह स्थापित नहीं करता है कि थकावट से टेंडिनोपैथी होती है, लेकिन इसका मतलब यह है कि केवल भार के आसपास निर्मित एक उपचार योजना, और यह अनदेखा करना कि कोई व्यक्ति अपने कार्य दिवस से कितना थका हुआ है, चित्र के एक हिस्से को संबोधित कर रहा है।

उलना तंत्रिका परिणाम के लिए क्यों महत्वपूर्ण है

मध्यम कोहनी के दर्द के लिए एक व्यापक अंतर की आवश्यकता होती है, अलनार तंत्रिका विकार, गर्भाशय ग्रीवा के रेडिकुलोपैथी और स्नायुबंधन की चोट सभी एक ही स्थान पर दर्द पैदा करते हैं [1]. यह स्थिति बार-बार एक्सेन्ट्रिक लोडिंग और वाल्गस ओवरलोड से उत्पन्न होती है और शुरू में गतिविधि संशोधन और पुनर्वास के साथ प्रबंधित की जाती है, सर्जरी को लगातार लक्षणों के लिए आरक्षित किया जाता है [5]. अलनार तंत्रिका वह है जो परिणामों को सबसे अधिक प्रभावित करती है, क्योंकि यह इलाज किए जा रहे टेंडन मूल के ठीक पीछे चलती है।

जहां डीब्रिडमेंट किया जाता है, उसकी सफलता दर **एक साथ होने वाले अलनारी न्यूराइटिस से नकारात्मक रूप से प्रभावित हो सकता है** [1]. इसका व्यावहारिक परिणाम यह है कि तकनीकी रूप से सफल डिब्रिडमेंट के बाद जारी रहने वाला दर्द जरूरी नहीं कि एक असफल ऑपरेशन हो, यह हो सकता है कि तंत्रिका, नस नहीं, लक्षणों का एक हिस्सा उत्पन्न कर रहा था। इसलिए अंगूठी और छोटी उंगलियों में सुन्नता या झुनझुनी होने के साथ-साथ कोहनी के अंदर दर्द होने की सूचना किसी भी ऑपरेशन की योजना बनाने से पहले दी जानी चाहिए, बाद में नहीं।

संदर्भ

[1] Barco R, Antuña SA. मध्य कोहनी में दर्द। एफोर्ट ओपन रेव. 2017;2(8):362-71. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.2.160006>

- [2] Hoogvliet P, Randsdorp MS, Dingemanse R, Koes BW, Huisstede BMA. क्या एक्सरसाइज थेरेपी और मोबिलाइजेशन तकनीकों की प्रभावशीलता पार्श्व और मध्यवर्ती एपिकॉन्डिलिटिस के उपचार के लिए मार्गदर्शन प्रदान करती है? एक व्यवस्थित समीक्षा। ब्र जे स्पोर्ट्स मेड. 2013;47(17): 1112-9. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091990>
- [3] शिरी आर, विकारी-जंटुरा ई, वरोनन एच, हेलियोवारा एम। पार्श्व और मध्यवर्ती एपिकॉन्डिलिटिस का प्रसार और निर्धारक: एक जनसंख्या अध्ययन। Am J Epidemiol. 2006;164(11): 1065-74. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj325>
- [4] थिसे एमएस, हेगमैन केटी, कापेलुश जे, मेरीवेदर ए, बाओ एस, सिल्वरस्टीन बी, एट अल। पार्श्व और मध्यवर्ती एपिकॉन्डिलिटिस से संबंधित मनोसामाजिक कारक। J Occup Environ Med. 2016;58(6):588-93। <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000701>
- [5] अमीन एन.एच., कुमार एन.एस., शिकेंडेट्स एम.एस. मध्यवर्ती एपिकॉन्डिलिटिस: मूल्यांकन और प्रबंधन। जे एम एकेड ऑर्थोप सर्जन 2015;23(6):348-55. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00145>