CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

# एक्रोमियोक्लेविकुलर जोड़ की चोट (शोल्डर सेपरेशन)

एसी जोड़ की चोट (शोल्डर सेपरेशन): हंसली (कॉलरबोन) का बाहरी सिरा कंधे की चपटी हड्डी (स्कैपुला) से दूर, ऊपर की ओर उठ जाता है।

Root4(one) / Wikimedia Commons, CC BY 2.5

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

यह चोट लगभग हमेशा कंधे के सबसे ऊपरी सिरे पर सीधे गिरने से शुरू होती है: साइकिल से गिरना, खेल में टैकल या ज़ोरदार टक्कर, या बस किसी सख़्त सतह पर ठोकर खाकर गिरना। तुरंत ही कंधे के ऊपरी हिस्से में दर्द होता है, और अगले एक-दो दिन में अक्सर ठीक सिरे पर, जहां आपकी हंसली (कॉलरबोन) कंधे से मिलती है, **छूने पर दर्द करने वाली एक गांठ या सीढ़ी जैसा उभार** दिखाई देने लगता है।

उस जगह को छूने पर और बांह उठाने पर दर्द होता है, और शरीर के आर-पार या सिर के ऊपर हाथ बढ़ाना ख़ास तौर पर तकलीफ़देह हो सकता है। अगर आप उस गांठ को दबाएं, तो वह **स्प्रिंग जैसी** महसूस हो सकती है, मानो हंसली के सिरे को नीचे दबाने पर वह वापस ऊपर उछल आती हो, कुछ-कुछ पियानो की चाबी की तरह। बहुत से लोग अपने आप ही बांह को सहारा देकर पकड़े रहते हैं, क्योंकि उसे लटकने देने से दर्द वाले जोड़ पर खिंचाव पड़ता है। लोग **"शोल्डर सेपरेशन"** से यही मतलब लेते हैं, और यह कंधे के डिसलोकेशन (कंधा उतरना) जैसा नहीं है, जिसमें कंधे की गेंद अपने सॉकेट से बाहर निकल जाती है।

## असल में क्या हो रहा है

आपके कंधे के बिल्कुल ऊपर एक छोटा जोड़ होता है, जहां **हंसली (क्लेविकल)** का बाहरी सिरा कंधे की चपटी हड्डी (स्कैपुला) के एक हड्डीदार सिरे से मिलता है, जिसे **एक्रोमियन** कहते हैं। यही **एक्रोमियोक्लेविकुलर (एसी) जोड़** है। इसे लिगामेंट (स्नायुबंधन) जोड़े रखते हैं, जोड़ के आसपास वाले भी और थोड़ा नीचे मौजूद मज़बूत लिगामेंटों का एक समूह भी (**कोराकोक्लेविकुलर**, या सीसी, लिगामेंट), जो तंबू की रस्सियों की तरह हंसली को नीचे बांधे रखते हैं।

कंधे के सबसे ऊपरी सिरे पर गिरने से कंधे की चपटी हड्डी नीचे की ओर धकेली जाती है, जबकि हंसली अपनी जगह पर रहती है, और इससे **उन लिगामेंटों में खिंचाव आ जाता है या वे फट जाते हैं**। जब केवल जोड़ के अपने लिगामेंटों में मोच आती है, तो हंसली कमोबेश अपनी जगह पर रहती है। जब तंबू की रस्सियों जैसे मज़बूत लिगामेंट भी फट जाते हैं, तो हंसली को अब नीचे नहीं थामा जाता और वह ऊपर उठ जाती है, और इसी से दिखाई देने वाला उभार और सीढ़ी जैसा आकार बनता 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

सर्जन इन चोटों का ग्रेड इस आधार पर तय करते हैं कि कितना नुकसान हुआ है, और इसके लिए एक पैमाना इस्तेमाल करते हैं जिसे **रॉकवुड वर्गीकरण, I से VI** कहते हैं। ग्रेड **I और II मोच हैं**, जिनमें हड्डी बहुत कम या बिल्कुल अपनी जगह से नहीं खिसकती; ग्रेड **III इनके बीच में आता है**, जिसमें उभार साफ़ दिखता है लेकिन कंधा फिर भी काफ़ी ठीक से काम करता है; और ग्रेड **IV से VI गंभीर (हाई-ग्रेड) चोटें हैं**, जिनमें हंसली अपनी जगह से बुरी तरह हट जाती है। यह जानना उपयोगी है कि यह समस्या **घिसे हुए, गठिया (आर्थराइटिस) वाले एसी जोड़** (सालों के घिसाव से) और **टूटी हुई हंसली** (हंसली का फ्रैक्चर) से अलग है (इन दोनों के बारे में हम अलग से बताते हैं)।

## हम इसके लिए क्या कर सकते हैं

हमारे क्लिनिक में डॉ. कीरन हिरपरा इस चोट का इलाज सबसे पहले पूरी जांच और इमेजिंग (एक्स-रे जैसे स्कैन) के ज़रिए निदान की पुष्टि करके करते हैं।

अच्छी ख़बर यह है कि **एसी जोड़ की ज़्यादातर चोटों में सर्जरी की ज़रूरत नहीं होती।**

**कम गंभीर चोटों (ग्रेड I, II और ज़्यादातर ग्रेड III)** का इलाज सीधा-सादा होता है। एक-दो सप्ताह तक **आराम के लिए स्लिंग (बांह को सहारा देने वाली पट्टी)** जोड़ पर पड़ने वाले खिंचाव को हटाती है और इरिटेशन (जोड़ के परेशान हो जाने) को शांत होने देती है। शुरुआती दर्द कम होने के बाद, **फिजियोथेरेपी** हरकत वापस लाती है और कंधे की चपटी हड्डी और कंधे के आसपास की मांसपेशियों को दोबारा मज़बूत करती है। लोग आमतौर पर अच्छा, अक्सर पूरा कामकाज वापस पा लेते हैं और काम और खेल पर लौट आते हैं। एक ईमानदार चेतावनी दिखावट को लेकर है: सब कुछ ठीक हो जाने के बाद भी, कंधे के ऊपर का उभार अक्सर हमेशा के लिए रह जाता है। यह दूसरी तरफ़ से अलग दिखता है, लेकिन आमतौर पर कंधे के काम करने में रुकावट नहीं बनता।

**सर्जरी उन्हीं चोटों के लिए रखी जाती है जिन्हें इसकी ज़रूरत है।** इसका मतलब है **गंभीर (हाई-ग्रेड) चोटें (ग्रेड IV, V और VI)**, जिनमें हंसली अपनी जगह से बुरी तरह हटी होती है, और कम गंभीर चोटों का वह छोटा समूह जो सही रिहैबिलिटेशन (पुनर्वास) के बावजूद दर्दनाक, कमज़ोर या अस्थिर (जोड़ का ढीलापन) बना रहता है, ख़ासकर उन लोगों में जो भारी शारीरिक या सिर के ऊपर हाथ उठाकर किया जाने वाला काम करते हैं, या गंभीर खिलाड़ियों में। ऑपरेशन में फटे हुए लिगामेंटों को दोबारा बनाया (रीकंस्ट्रक्ट किया) जाता है, ताकि हंसली को वापस नीचे उसकी सही जगह पर खींचा जा सके और ठीक होने तक वहीं थामे रखा जा सके। इसके बारे में हम एसी जोड़ को स्थिर करने के ऑपरेशन (एसी जॉइंट स्टेबिलाइज़ेशन) के अंतर्गत अलग से बात करते हैं।

## क्या उम्मीद करें

कम गंभीर चोट वाले ज़्यादातर लोगों के लिए तस्वीर तसल्ली देने वाली है। तेज़ दर्द कुछ सप्ताहों में शांत हो जाता है, और फिजियोथेरेपी के साथ कंधा धीरे-धीरे अपनी ताकत और हरकत का दायरा वापस पा लेता है। ज़्यादातर लोग अपनी सामान्य गतिविधियों और खेल पर लौट आते हैं, यह स्वीकार करते हुए कि **उभार चोट की एक स्थायी याद बनकर रह सकता है**, बिना इसके कि वह कंधे की क्षमता को सीमित करे। ग्रेड III की कुछ चोटें भी, जो शुरू में बहुत गंभीर दिखती हैं, बिना सर्जरी के अच्छी तरह ठीक हो जाती हैं।

जिन चोटों में ज़्यादा समय लगता है, वे गंभीर (हाई-ग्रेड) चोटें हैं, और वे कम गंभीर चोटें जो बस शांत नहीं होतीं। यहां सवाल यह है कि **क्या लिगामेंट को दोबारा बनाने (रीकंस्ट्रक्शन) से आप कंधे से जो काम लेते हैं, उसके लिए ज़्यादा स्थिर, ज़्यादा मज़बूत और कम दर्द वाला कंधा मिलेगा**, और इसका जवाब काफ़ी हद तक आपके काम, आपके खेल और पहले कुछ सप्ताहों में कंधे के व्यवहार पर निर्भर करता है। इस बात के अच्छे प्रमाण हैं कि यह फ़ैसला जल्दबाज़ी के बिना लेना सबसे अच्छा है, यानी सर्जरी का फ़ैसला करने से पहले कंधे को उचित मौका देना, लेकिन साथ ही किसी साफ़ तौर पर अस्थिर, गंभीर (हाई-ग्रेड) चोट को अनिश्चित काल तक न छोड़ना।

**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

# डॉक्टर को कब दिखाएं

- **कंधे के सबसे ऊपरी सिरे पर गिरना**, जिसके बाद उसमें दर्द रहे और ऊपर छूने पर दर्द करने वाली गांठ या सीढ़ी जैसा उभार हो: इसकी जांच करवाना उचित है, चोट का ग्रेड तय करने के लिए भी और हंसली के फ्रैक्चर की संभावना को ख़ारिज करने के लिए भी।
- **साफ़ दिखाई देने वाला, उभरा हुआ उभार**, और बांह ऐसी लगे जैसे नीचे की ओर खिंच रही हो: यह ज़्यादा गंभीर ग्रेड की चोट का संकेत है, जिसकी ठीक से जांच ज़रूरी है।
- **दर्द या कमज़ोरी जो कुछ सप्ताह स्लिंग और फिजियोथेरेपी के बाद भी शांत नहीं हो रही**, ख़ासकर अगर आप भारी या सिर के ऊपर हाथ उठाकर किया जाने वाला काम करते हैं या खेल खेलते हैं।
- उभार के ऊपर **त्वचा का तना हुआ होना**, उसके ऊपर त्वचा के रंग में बदलाव, या ऐसा कोई भी एहसास कि हड्डी त्वचा पर ज़ोर से दबाव डाल रही है: इसे जल्दी दिखाएं।

# विस्तार से

यह हिस्सा आपके अपने इलाज के फ़ैसलों के लिए ज़रूरी जानकारी से आगे जाता है। एसी जोड़ की चोट के बारे में यह अतिरिक्त पढ़ाई इसलिए उपयोगी है क्योंकि इसके हर फ़ैसले के केंद्र में एक बेमेल बात है: ऑपरेशन भरोसे के साथ उस चीज़ को ठीक करता है जो एक्स-रे में दिखती है, और भरोसे के साथ यह नहीं बदलता कि आखिर में कंधा कैसे काम करता है।

### सर्जरी तस्वीर ठीक करती है, नतीजा नहीं

गंभीर (हाई-ग्रेड) सेपरेशन एक्स-रे फ़िल्म पर डरावने दिखते हैं: हंसली कंधे की चपटी हड्डी से साफ़ ऊपर उठी हुई दिखती है, और स्वाभाविक रूप से लगता है कि उसे वापस जगह पर लाना ज़रूर बेहतर होगा। अचानक हुए गंभीर डिसलोकेशन वाले **954** मरीज़ों के आंकड़ों को मिलाकर देखने पर, ऑपरेशन और बिना ऑपरेशन के इलाज के बीच **कामकाज के नतीजों के स्कोर में कोई क्लिनिकल अंतर नहीं** था। जो अंतर था, वह दोनों दिशाओं में था: बिना ऑपरेशन वाला समूह **जल्दी काम पर लौटा**, लेकिन उसने दिखावट का खराब नतीजा स्वीकार किया, जबकि सर्जरी से एक्स-रे पर हड्डी बेहतर तरीके से अपनी जगह पर बैठी (रिडक्शन) [1]।

रॉकवुड टाइप III तक सीमित करने पर, यानी वह ग्रेड जहां बहस सच में ज़िंदा है, **397** मरीज़ों की 2025 की एक समीक्षा में मरीज़ों द्वारा बताए गए या वस्तुनिष्ठ रूप से मापे गए कामकाज में कोई ख़ास अंतर नहीं मिला; सर्जरी से जोड़ बेहतर तरीके से अपनी जगह पर बैठा, लेकिन साथ में सर्जरी की जटिलताओं का जोखिम भी जुड़ गया [2]। **646** कंधों की एक पुरानी समीक्षा एक अलग नज़रिए से उसी नतीजे पर पहुंची: बाद में गठिया या लगातार दर्द में कोई ख़ास अंतर नहीं, और सर्जरी वाले समूह में **14%** मामलों में समस्या दोबारा हुई [3]।

प्रमाणों के तीन स्वतंत्र समूह, एक निष्कर्ष। विकृति असली है, सर्जरी के बिना वह स्थायी है, और उसे ठीक करने से कंधे की क्षमता में कोई मापने लायक बदलाव नहीं आता।

### इसलिए फ़ैसला उभार के बारे में है, कामकाज के बारे में नहीं

प्रमाणों का व्यावहारिक महत्व इसी नए नज़रिए में है। अगर सवाल यह है कि "क्या सर्जरी से मेरा कंधा बेहतर काम करेगा", तो ईमानदार जवाब यह है कि ऐसा साबित नहीं हुआ है। अगर सवाल यह है कि "क्या सर्जरी से मेरी हंसली का सीढ़ी जैसा उभार हट जाएगा", तो जवाब आमतौर पर हां है, और कुछ लोगों के लिए, कुछ पेशों और कुछ खेलों में, यह अपने आप में काफ़ी मायने रखता है।

यह ऑपरेशन करने का एक जायज़ कारण है। बस यह उस कारण से अलग है जो ज़्यादातर लोग मान लेते हैं कि उन्हें बताया जा रहा 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

### कोई तकनीक जीती नहीं है, और एक मापने लायक रूप से खराब है

ऑपरेशन का फ़ैसला हो जाने के बाद, किस संरचना (कंस्ट्रक्ट) का इस्तेमाल हो, इस पर बहुत ध्यान दिया जाता है, लेकिन नतीजों में बहुत कम अंतर होता है। **939** मरीज़ों में, सर्जिकल इलाज के बाद मरीज़ों द्वारा बताए गए नतीजे **सभी तरीकों में मिलते-जुलते** थे, लेकिन **हुक प्लेट और के-वायर फ़िक्सेशन में जटिलताओं की दर सबसे ज़्यादा** थी, और मॉडिफ़ाइड वीवर-डन में बिना योजना के दोबारा ऑपरेशन की दर सबसे ज़्यादा थी [4]। आज सबसे ज़्यादा इस्तेमाल होने वाली दो तकनीकों की **399** मरीज़ों में तुलना करने पर, सूचर बटन से हुक प्लेट की तुलना में बेहतर कामकाज के स्कोर और कम दर्द मिला, और ऑपरेशन के समय, जटिलताओं या हड्डी के दोबारा खिसकने (रिडक्शन खोने) में कोई ख़ास अंतर नहीं था [5]।

लिगामेंट को दोबारा बनाने (रीकंस्ट्रक्शन) वाले अध्ययन भी यही दिशा दिखाते हैं। **4,473** मरीज़ों में, जैविक और सिंथेटिक रीकंस्ट्रक्शन से ऑस्टियोसिंथेसिस (प्लेट, तार आदि से हड्डी को जोड़ना) की तुलना में बेहतर कामकाज के स्कोर मिले [6], और **1,020** मरीज़ों में एनाटॉमिक (प्राकृतिक बनावट जैसा) रीकंस्ट्रक्शन ने सबसे अच्छा प्रदर्शन किया, और दूरबीन से किए गए (आर्थ्रोस्कोपिक) तरीके खुले ऑपरेशन से बेहतर रहे [7]।

पैटर्न यह है कि आधुनिक एनाटॉमिक रीकंस्ट्रक्शन एक साथ समूह में आते हैं और पुराने सख़्त इम्प्लांट पीछे रह जाते हैं। आधुनिक समूह के भीतर अंतर इतने छोटे हैं कि सर्जन की किसी तकनीक से जान-पहचान उसे चुनने का एक उचित आधार है।

### पांच में से एक के जोड़ के अंदर कुछ और भी चल रहा होता है

यह जानकारी जानने लायक है क्योंकि यह उन एक्स-रे फ़िल्मों पर दिखाई नहीं देती जिनसे निदान होता है। सर्जरी से इलाज किए गए, अचानक हुए एसी जोड़ के डिसलोकेशन वाले **860** मरीज़ों के आंकड़ों को मिलाकर देखने पर, **लगभग पांच में से एक के जोड़ के अंदर साथ में कोई और चोट थी जिसके लिए आगे इलाज की ज़रूरत पड़ी**, सबसे आम तौर पर लैब्रम या रोटेटर कफ़ (कंधे को घुमाने वाली मांसपेशियों और टेंडनों का समूह) की समस्या; इसी वजह से लेखक तर्क देते हैं कि रीकंस्ट्रक्शन खुला किया जाए तब भी जोड़ की दूरबीन से (आर्थ्रोस्कोपिक) जांच की जानी चाहिए [8]।

यह कुछ निराश करने वाले, कम संख्या वाले मामलों की एक व्याख्या भी देता है: जो कंधा तकनीकी रूप से सही रीकंस्ट्रक्शन के बाद भी दर्दनाक बना रहता है, उसमें शायद शुरू से ही एक दूसरी चोट भी थी।

### संदर्भ


[1] Chang N, Furey A, Kurdin A. Operative versus nonoperative management of acute high-grade acromioclavicular dislocations: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Trauma. 2018;32(1):1-9. https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000001004

[2] Bianco Prevot L, Accetta R, Fozzato S, Moroder P, Basile G. Surgical vs conservative: what is the best treatment of acute Rockwood III acromioclavicular joint dislocation. EFORT Open Rev. 2025;10(3):141-50. https://doi.org/10.1530/EOR-2024-0077

[3] Longo UG, Ciuffreda M, Rizzello G, Mannering N, Maffulli N, Denaro V. Surgical versus conservative management of Type III acromioclavicular dislocation: a systematic review. Br Med Bull. 2017;122(1):31-49. https://doi.org/10.1093/bmb/ldx003

[4] Moatshe G, Kruckeberg BM, Chahla J, Godin JA, Cinque ME, Provencher MT, et al. Acromioclavicular and coracoclavicular ligament reconstruction for acromioclavicular joint instability: a systematic review of clinical and radiographic outcomes. Arthroscopy. 2018;34(6):1979-95. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2018.01.016



**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

[5] Wang C, Meng J, Zhang Y, Shi M. Suture button versus hook plate for acute unstable acromioclavicular joint dislocation: a meta-analysis. Am J Sports Med. 2019;48(4):1023-30. https://doi.org/10.1177/0363546519858745

[6] Saccomanno MF, Sircana G, Cardona V, Vismara V, Scaini A, Salvi AG, et al. Biologic and synthetic ligament reconstructions achieve better functional scores compared to osteosynthesis in the treatment of acute acromioclavicular joint dislocation. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020;29(7):2175-93. https://doi.org/10.1007/s00167-020-06217-9

[7] Sircana G, Saccomanno MF, Mocini F, Campana V, Messinese P, Monteleone A, et al. Anatomic reconstruction of the acromioclavicular joint provides the best functional outcomes in the treatment of chronic instability. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020;29(7):2237-48. https://doi.org/10.1007/s00167-020-06059-5

[8] Ruiz Ibán MA, Moreno Romero MS, Diaz Heredia J, Ruiz Díaz R, Muriel A, López-Alcalde J. The prevalence of intraarticular associated lesions after acute acromioclavicular joint injuries is 20%. A systematic review and meta-analysis. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020;29(7):2024-38. https://doi.org/10.1007/s00167-020-05917-6

**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