

एक्रोमियोक्लेविकुलर संयुक्त चोट (कंधे का पृथक्करण)

एक एसी जोड़ की चोट (कंधे का पृथक्करण): कॉलरबोन का बाहरी छोर कंधे के ब्लेड से दूर होता 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।

आप क्या महसूस कर रहे हैं

यह चोट लगभग हमेशा कंधे के सिरे पर सीधे गिरने के साथ शुरू होती है: साइकिल से उतरना, खेल में टैकल या भारी संपर्क, या एक कठिन सतह पर एक साधारण यात्रा। सीधे सीधे कंधे के ऊपर दर्द होता है, और अगले दिन या दो में एक **निविदा गांठ या चरण** आमतौर पर यह आपके कंधे से जुड़ने वाले बिंदु पर दिखाई देता है।

इस क्षेत्र को छूने और हाथ उठाने में दर्द होता है, और आपके शरीर के पार या सिर के ऊपर पहुंचना विशेष रूप से असहज हो सकता है। यदि आप गांठ पर दबाएँ, यह महसूस कर सकते हैं **स्प्रिंग वाला**, जैसे कि कॉलरबोन के अंत पर नीचे धकेलना और इसे वापस उछाल महसूस करना, एक पियानो कुंजी की तरह थोड़ा। बहुत से लोग सहज रूप से हाथ को सहलाते हैं, क्योंकि इसे लटकने देना दर्दनाक जोड़ पर खींचता है। यह है कि क्या लोगों का मतलब है एक **“कंधे का पृथक्करण”**, और यह एक dislocated कंधे के रूप में एक ही नहीं है, जहां कंधे की गेंद अपने सॉकेट से बाहर pops.

वास्तव में क्या हो रहा है

आपके कंधे के सबसे ऊपरी भाग में एक छोटा सा सांधा होता है जहां **कुंडली** कंधे के ब्लेड के एक हड्डीदार छोर से मिलता है जिसे **एक्रोमियोन**. यह है **एक्रोमियोक्लेविकुलर (एसी) संयुक्त**. यह जोड़ों द्वारा एक साथ रखा जाता है, जो दोनों जोड़ों के चारों ओर होते हैं और मजबूत जोड़ों का एक सेट थोड़ा नीचे नीचे होता है (दिल के चारों ओर)। **कोराकोक्लेविकुलर**, या सीसी, लिगामेंट्स जो गर्दन की हड्डी को नीचे लंगर डालने वाली रस्सियों की तरह काम करते हैं।

कंधे के सिरे पर गिरने से कंधे की पंखुड़ी नीचे की ओर जाती है जबकि कंधे की हड्डी बनी रहती है, **उन लिगामेंट्स को खींचना या फाड़ना**. जब केवल जोड़ के खुद के लिगामेंट्स फिसल जाते हैं, तो कॉलरबोन कमोबेश जगह पर रहता है। जब मजबूत पुरुष-रस्सी के बंधन भी टूट जाते हैं, तो कॉलरबोन को अब नीचे नहीं रखा जाता है और ऊपर चला जाता है, जो दृश्यमान टक्कर और कदम बनाता है।

सर्जन इन चोटों को दर्जा देते हैं कि कितनी क्षति है, एक पैमाने का उपयोग करते हुए जिसे कहते हैं **रॉकवुड वर्गीकरण, I से VI. ग्रेड I और II मरोड़ हैं** कम या कोई विस्थापन के साथ; **ग्रेड III बीच में बैठता है**, एक ध्यान देने योग्य टक्कर के साथ लेकिन कंधे अभी भी

काफी अच्छी तरह से काम कर रहा है; और ग्रेड IV से VI उच्च श्रेणी की चोटें हैं, जहां कीला हड्डी बुरी तरह से स्थिति से बाहर है। यह जानने लायक है कि यह एक अलग समस्या है **थका हुआ, गठियाग्रस्त एसी जोड़** (वर्षों में पहनने और फाड़ना) और एक **कुंडली का टूटना** (दोनों को हम अलग से कवर करते हैं)।

हम इसके बारे में क्या कर सकते हैं

हमारे क्लिनिक में, डॉ. किरण हिरपारा पहले गहन मूल्यांकन और इमेजिंग के माध्यम से निदान की पुष्टि करके इस चोट का प्रबंधन करते हैं। हम आमतौर पर लंबे समय से चली आ रही समस्याओं के लिए गैर-ऑपरेटिव देखभाल के साथ शुरू करते हैं और सर्जरी पर विचार केवल तभी करते हैं जब वह दृष्टिकोण पर्याप्त राहत प्रदान नहीं करता है।

अच्छी खबर यह है कि **अधिकांश एसी जोड़ों की चोटों के लिए सर्जरी की आवश्यकता नहीं होती है।**

निम्न ग्रेड की चोटें (ग्रेड I, II और अधिकांश ग्रेड III) सरलता से व्यवहार किया जाता है। ए **आराम के लिए स्लिंग** कुछ हफ्तों के लिए जोड़ पर से दबाव हटाता है और जलन को कम होने देता है। एक बार जब शुरुआती दर्द कम हो जाता है, **शारीरिक चिकित्सा** आंदोलन को बहाल करता है और कंधे और कंधे के आसपास की मांसपेशियों का पुनर्निर्माण करता है। आम तौर पर लोग ठीक हो जाते हैं, अक्सर पूर्ण होते हैं, कार्य करते हैं और काम और खेल में वापस आ जाते हैं। एक ईमानदार चेतावनी कॉस्मेटिक है: सब कुछ ठीक होने के बाद भी, कंधे के शीर्ष पर टक्कर अक्सर अच्छे के लिए रहती है। यह दूसरी तरफ से अलग दिखता है, लेकिन यह आमतौर पर कंधे को काम करने से नहीं रोकता है।

सर्जरी उन घावों के लिए आरक्षित है जिन्हें इसकी आवश्यकता है। इसका मतलब है कि **उच्च ग्रेड की चोटें (ग्रेड IV, V और VI)**, जहां कुंडली की हड्डी बुरी तरह से विस्थापित होती है, और निचले दर्जे की चोटों का छोटा समूह जो उचित पुनर्वास के बावजूद दर्दनाक, कमजोर या अस्थिर रहता है, विशेष रूप से उन लोगों में जो भारी मैनुअल या ओवरहेड काम करते हैं, या गंभीर एथलीटों में। एक ऑपरेशन टूटे हुए लिगामेंट्स को वापस खींचने के लिए कॉलरबोन को अपनी उचित स्थिति में वापस खींचता है और इसे ठीक होने के दौरान रखता है। हम एसी संयुक्त स्थिरीकरण प्रक्रिया के तहत इसके माध्यम से अलग से बात करते हैं।

क्या उम्मीद करें

छोटी चोटों वाले लोगों के लिए, यह कहानी आश्चर्य करने वाली है। तेज दर्द कुछ ही हफ्तों में कम हो जाता है, और फिजियोथेरेपी के साथ कंधा धीरे-धीरे अपनी ताकत और सीमा प्राप्त करता है। अधिकतर लोग अपनी सामान्य गतिविधियों और खेल में वापस लौटते हैं, यह स्वीकार करते हुए कि **धक्का एक स्थायी अनुस्मारक हो सकता है** चोट की सीमा के बिना क्या कंधे क्या कर सकते हैं। यहां तक कि कुछ ग्रेड III चोटें जो पहले नाटकीय दिखती हैं, बिना सर्जरी के ठीक हो जाती हैं।

चोटें जो अधिक समय लेती हैं वे उच्च ग्रेड वाले हैं, और निम्न ग्रेड वाले जो बस बस नहीं बैठते हैं। यहाँ प्रश्न यह है **क्या पुनर्निर्माण एक अधिक स्थिर, मजबूत, कम दर्दनाक कंधे देगा** और इसका उत्तर काफी हद तक आपके काम, आपके खेल और पहले कुछ हफ्तों में आपके कंधे के व्यवहार पर निर्भर करता है। इस बात के अच्छे प्रमाण हैं कि इस निर्णय को जल्दबाजी में नहीं लिया जाना चाहिए, जिससे कंधे को सर्जरी से पहले एक निष्पक्ष परीक्षण दिया जा सके, जबकि स्पष्ट रूप से अस्थिर, उच्च श्रेणी की चोट को अनिश्चित काल तक नहीं छोड़ा जा सके।

किसी से कब मिलना है

- **कंधे के सिरे पर गिरना** कि यह दर्दनाक छोड़ देता है, एक निविदा गांठ या शीर्ष पर कदम, मूल्यांकन करने के लायक, दोनों चोट ग्रेड करने के लिए और एक टूटी कंधा हड्डी को बाहर करने के लिए.

- **एक स्पष्ट, प्रमुख टक्कर** हाथ के नीचे खींचने की भावना के साथ: यह एक उच्च ग्रेड की चोट का सुझाव देता है जिसे उचित मूल्यांकन की आवश्यकता होती है।
- **दर्द या कमजोरी जो बस नहीं रही है** स्लिंग और फिजियोथेरेपी के कुछ हफ्तों के बाद, खासकर यदि आप भारी या ऊपरी काम करते हैं या खेल खेलते हैं।
- **तनाव के तहत त्वचा** गांठ पर, उस पर त्वचा के रंग में परिवर्तन, या किसी भी तरह की भावना जो हड्डी को त्वचा के खिलाफ जोर से धक्का दे रही है: इसे जल्द से जल्द देखा जाए।

अधिक गहराई से

यह अनुभाग आपके स्वयं के उपचार निर्णयों के लिए आवश्यक से अधिक है। एक एसी संयुक्त चोट अतिरिक्त पढ़ने के लायक है क्योंकि एक असंगति है जो इसके बारे में हर निर्णय के केंद्र में बैठती है: ऑपरेशन विश्वसनीय रूप से एक्स-रे दिखाता है, और विश्वसनीय रूप से नहीं बदलता है कि कंधे कैसे काम करता है।

सर्जरी तस्वीर को ठीक करती है, परिणाम को नहीं

उच्च श्रेणी के पृथक्करण एक फिल्म पर खतरनाक दिखते हैं, कॉलरबोन कंधे के ब्लेड पर गौरवपूर्वक बैठता है, और यह सहज है कि इसे वापस रखना बेहतर होना चाहिए। पूर्ण 954 तीव्र उच्च ग्रेड विस्थापन वाले रोगियों में, **कार्यात्मक परिणाम स्कोर में कोई नैदानिक अंतर नहीं** परिचालन और गैर परिचालन प्रबंधन के बीच। दोनों दिशाओं में क्या अंतर था: गैर-ऑपरेटिव समूह **तेजी से काम पर लौटे** लेकिन एक गरीब कॉस्मेटिक परिणाम स्वीकार किया है, जबकि सर्जरी बेहतर रेडियोग्राफिक कमी हासिल [1]।

रॉकवुड प्रकार III तक सीमित करना, वह ग्रेड जहां तर्क वास्तव में जीवित है, 2025 की समीक्षा **397** मरीजों को मरीज-रिपोर्ट या उद्देश्य समारोह में कोई महत्वपूर्ण अंतर नहीं मिला, सर्जरी के साथ जोड़ों की कमी में सुधार करते हुए सर्जिकल जटिलताओं के जोखिम को जोड़ना [2]। की एक पहले की समीक्षा **646** कंधे एक ही स्थान पर एक अलग कोण से पहुंचे: बाद में गठिया या लगातार दर्द में कोई महत्वपूर्ण अंतर नहीं है, और **14%** शल्य चिकित्सा समूह में पुनरावृत्ति दर [3]।

साक्ष्य के तीन स्वतंत्र निकायों, एक निष्कर्ष. विवृति वास्तविक है, यह सर्जरी के बिना स्थायी है, और इसे ठीक करने से कंधे की क्षमता में कोई परिवर्तन नहीं होता है।

तो निर्णय टक्कर के बारे में है, समारोह नहीं

वह रीफ्रेमिंग साक्ष्य का व्यावहारिक मूल्य है। यदि प्रश्न यह है कि “क्या सर्जरी से मेरे कंधे का कार्य बेहतर हो जाएगा”, तो ईमानदार उत्तर यह है कि यह नहीं दिखाया गया है। यदि प्रश्न है “क्या सर्जरी मेरे कॉलरबोन में कदम को हटा देगी”, तो उत्तर आमतौर पर हाँ है, और कुछ लोगों के लिए, कुछ व्यवसायों और कुछ खेलों में, यह अपने आप में काफी मायने रखता है।

यह ऑपरेट करने का एक वैध कारण है। यह केवल एक अलग कारण है जो ज्यादातर लोग मानते हैं कि उन्हें दिया जा रहा है।

कोई भी तकनीक नहीं जीती है, और एक मापने योग्य रूप से बदतर है

एक बार संचालन का निर्णय लेने के बाद, निर्माण की पसंद बहुत अधिक ध्यान आकर्षित करती है और बहुत कम अलगाव। पार करना **939** रोगियों, सर्जिकल उपचार के बाद व्यक्तिपरक परिणाम थे **सभी विधियों के लिए तुलनीय**, लेकिन **हुक प्लेट और के-वायर फिक्सेशन में सबसे अधिक जटिलता दर थी**, और संशोधित वीवर-डन अनियोजित reoperation की उच्चतम दर [4]। आज सबसे अधिक इस्तेमाल की जाने वाली दो तकनीकों की तुलना करना **399** रोगियों, सिलाई बटन बेहतर कार्यात्मक स्कोर और हुक प्लेट की तुलना में कम दर्द दिया, ऑपरेटिंग समय, जटिलताओं या कमी के नुकसान में कोई महत्वपूर्ण अंतर के साथ [5]।

पुनर्निर्माण अध्ययन उसी दिशा में इंगित करते हैं। में **4,473** रोगियों, जैविक और सिंथेटिक पुनर्निर्माण osteosynthesis की तुलना में बेहतर कार्यात्मक स्कोर का उत्पादन [6], और **1,020** रोगियों के शारीरिक पुनर्निर्माण सबसे अच्छा प्रदर्शन करते हैं, आर्थ्रोस्कोपिक दृष्टिकोण खुले लोगों से बेहतर प्रदर्शन करते हैं [7].

पैटर्न यह है कि आधुनिक शारीरिक पुनर्निर्माण एक साथ क्लस्टर और पुराने कठोर प्रत्यारोपण निशान. आधुनिक समूह के भीतर, मतभेद इतने छोटे हैं कि सर्जन की परिचितता चयन के लिए एक उचित आधार है।

पांच में से एक के पास संयुक्त के अंदर कुछ और चल रहा है

यह निष्कर्ष जानने लायक है क्योंकि यह निदान को चलाने वाली फिल्मों पर अदृश्य है। पूलिंग **860** शल्य चिकित्सा द्वारा इलाज तीव्र एसी संयुक्त विस्थापन के साथ रोगियों, **पांच में से लगभग एक के पास एक संबद्ध इंट्रा-आर्टिकुलर घाव था जिसके लिए आगे के हस्तक्षेप की आवश्यकता थी**, आमतौर पर लेबरल या रोटेटर कफ पैथोलॉजी, यही कारण है कि लेखक संयुक्त के आर्थ्रोस्कोपिक निरीक्षण के लिए तर्क देते हैं, भले ही पुनर्निर्माण स्वयं खुला हो [8].

यह एक निराशाजनक अल्पसंख्यक मामलों के लिए एक स्पष्टीकरण भी प्रदान करता है: जिस कंधे को तकनीकी रूप से ध्वनि पुनर्निर्माण के बाद दर्द रहता है, उसे हमेशा दूसरी चोट लग सकती है।

संदर्भ

- [1] चंग एन, पयूरी ए, कुर्दिन ए। तीव्र उच्च-ग्रेड एक्रोमियोक्लेविकुलर विस्थापन के ऑपरेटिव बनाम गैर-ऑपरेटिव प्रबंधन: एक व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-विश्लेषण। जे ऑर्थोपो ट्रॉमा. 2018;32(1):1-9. <https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000001004>
- [2] बियानको प्रीवोट एल, एक्सेटा आर, फोज़ेटो एस, मोरोडर पी, बेसिल जी। सर्जिकल बनाम रूढ़िवादी: तीव्र रॉकवुड III एक्रोमियोक्लेविकुलर संयुक्त विस्थापन का सबसे अच्छा उपचार क्या है? ईफोर्ट ओपन रेव. 2025;10(3): 41-50। <https://doi.org/10.1530/EOR-2024-0077>
- [3] लोंगो यूजी, सिउफ्रेडा एम, रिज़ेलो जी, मैनिंग एन, माफुल्ली एन, डेनारो वी। टाइप III एक्रोमियोक्लेविकुलर विस्थापन के सर्जिकल बनाम रूढ़िवादी प्रबंधन: एक व्यवस्थित समीक्षा। ब्र मेड बुल 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 और coracoclavicular ligament reconstruction for acromioclavicular joint instability: a systematic review of clinical and radiographic outcomes. acromioclavicular and coracoclavicular ligament reconstruction for acromioclavicular joint instability: a systematic review of clinical and radiographic outcomes. acromioclavicular and coracoclavicular ligament reconstruction for acromioclavicular joint instability: an systematic review of clinical and radiographic outcomes. आर्थ्रोस्कोपी. 2018;34(6): 1979-95. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2018.01.016>
- [5] वांग सी, मॅंग जे, झांग वाई, शी एम। तीव्र अस्थिर acromioclavicular संयुक्त विस्थापन के लिए हुक प्लेट बनाम सिलाई बटन: एक मेटा-विश्लेषण। एम जे स्पोर्ट्स मेड. 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. तीव्र एक्रोमियोक्लेविकुलर संयुक्त विस्थापन के उपचार में जैविक और सिंथेटिक लिगामेंट पुनर्निर्माण ऑस्टियोसिंथेसिस की तुलना में बेहतर कार्यात्मक स्कोर प्राप्त करते हैं। घुटने की सर्जरी स्पोर्ट्स ट्रॉमाटोल आर्थ्रोस्कोप. 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. acromioclavicular संयुक्त का शारीरिक पुनर्निर्माण क्रोनिक अस्थिरता के उपचार में सर्वोत्तम कार्यात्मक परिणाम प्रदान करता है। घुटने की सर्जरी स्पोर्ट्स ट्रॉमाटोल आर्थ्रोस्कोप. 2020;29(7):2237-48. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-06059-5>

[8] रुइज़ इबान एमए, मोरेनो रोमेरो एमएस, डायज़ हेरेडिया जे, रुइज़ डियाज़ आर, मुरिएल ए, लोपेज़-अल्केदे जे। तीव्र एक्रोमियोक्लेविकुलर संयुक्त चोटों के बाद इंट्राआर्टिकुलर संबद्ध घावों का प्रसार 20% है। एक व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-विश्लेषण। घुटने की सर्जरी स्पोर्ट्स ट्रॉमाटोल आर्थ्रोस्कोप. 2020;29(7):2024-38. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-05917-6>