

पिछला कंधा स्थिरीकरण

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

इस ऑपरेशन का सुझाव क्यों दिया गया है

मेटर 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। आपके आकलन पर हम एक इतिहास लेते हैं, आपके कंधे की जांच करते हैं और यदि आवश्यक हो तो इमेजिंग की व्यवस्था करते हैं। पिछले कंधे की अस्थिरता का मतलब है कि आपके हाथ की हड्डी का शीर्ष फिसल जाता है या ऐसा लगता है कि यह कंधे के सॉकेट के पीछे से फिसल जाएगा। यह एक असामान्य समस्या है, और इसे अक्सर पहले नजरअंदाज किया जाता है, जो सही निदान में देरी कर सकता है।

कई लोगों के लिए हम पहले गैर-ऑपरेटिव देखभाल की कोशिश करते हैं, जैसे कि गतिविधि परिवर्तन और फिजियोथेरेपी। सर्जरी पर विचार तब किया जाता है जब इससे पर्याप्त सुधार नहीं होता है, या जब आपका कंधा झुकता रहता है। हम इस ऑपरेशन का सुझाव दे सकते हैं यदि आपके कंधे में अन्य उपचार के बावजूद दर्द या अस्थिरता है, या यदि आपके सॉकेट में हड्डी के आकार पर ध्यान देने की आवश्यकता है। यह ऑपरेशन एक कीहोल की मरम्मत है जो कंधे के पीछे के नरम ऊतकों को तंग करता है ताकि जोड़ को सही जगह पर रखा जा सके। इसका उद्देश्य दर्द को दूर करना, स्थिरता बहाल करना और खेल सहित आपकी सामान्य गतिविधियों में लौटने में आपकी मदद करना है।

ऑपरेशन से पहले

आपकी सर्जरी से पहले, हम आपके ऑपरेशन की योजना बनाने के लिए आवश्यक स्कैन की पुष्टि करेंगे। कंधे की साधारण एक्स-रे अक्सर अपने आप में पर्याप्त होती हैं। एक सीटी स्कैन आपके सॉकेट में हड्डी की एक स्पष्ट तस्वीर देता है, और एक एमआरआई या अल्ट्रासाउंड लैब्रम और रोटटर कफ जैसे नरम ऊतकों को दिखा सकता है। आपको प्रत्येक परीक्षण की आवश्यकता नहीं होगी, केवल वे जो आपके कंधे के बारे में एक प्रश्न का उत्तर देते हैं।

अपने ऑपरेशन के दिन से सात घंटे पहले खाना और पीना बंद कर दें। हम छह के बजाय सात घंटे के लिए पूछते हैं ताकि आपकी सर्जरी को आगे लाया जा सके यदि थिएटर सूची जल्दी चलती है। आपका सर्जन आपको बताएगा कि आपकी कौन-सी नियमित दवाओं को छोड़ना है। आप जो कुछ भी लेते हैं उसकी एक लिखित सूची ले आओ। बाद में किसी के द्वारा घर ले जाने की व्यवस्था करें, और ढीले, आरामदायक कपड़े पहनें। यदि आपके पास अन्य चिकित्सा स्थितियां हैं, तो आपको रक्त परीक्षण या एनेस्थीसियोलॉजिस्ट के साथ समीक्षा की आवश्यकता हो सकती है।

उस दिन

आप अस्पताल के सर्जिकल एडमिशन यूनिट में पहुंचते हैं, जहाँ आपको चेक-इन किया जाता है और आपरेशन के लिए तैयार किया जाता है। आप एनेस्थीसियोलॉजिस्ट से मिलेंगे, वह डॉक्टर जो आपको सोता है और ऑपरेशन के दौरान आपको आराम देता है। यह ऑपरेशन सामान्य संज्ञाहरण के तहत किया जाता है। सर्जरी के बाद दर्द से राहत के लिए कभी-कभी एक क्षेत्रीय तंत्रिका अवरोधक जोड़ा जाता है; संज्ञाहरण विशेषज्ञ दिन में आपके साथ इस पर चर्चा करेंगे।

फिर आपको ऑपरेशन थिएटर में ले जाया जाता है, जहाँ आपरेशन किया जाता है। इसके बाद आप रिकवरी एरिया में जाग जाते हैं, जहाँ नर्स आपके ऊपर नजर रखती हैं जबकि एनेस्थेटिक का असर कम हो जाता है। एक बार जब आप स्थिर हो जाते हैं, तो आप या तो वार्ड में जाते हैं या घर जाते हैं, प्रक्रिया पर निर्भर करता है और आपकी वसूली कैसे चल रही है।

ऑपरेशन में क्या शामिल है

इस ऑपरेशन का सबसे आम रूप एक कीहोल की मरम्मत है। आपका सर्जन कंधे के चारों ओर दो या तीन छोटे-छोटे कटौती करता है, प्रत्येक लगभग 1 सेमी। एक कट के माध्यम से एक पतला कैमरा रखा जाता है ताकि संयुक्त के अंदर का भाग स्क्रीन पर देखा जा सके। छोटे उपकरण अन्य कटौती के माध्यम से जाते हैं।

कंधे के अंदर, सर्जन सॉकेट के किनारे पर उपास्थि की अंगूठी की मरम्मत करता है जहां यह फट गया है, और ऊतक के ढीले थैले को कसता है जो संयुक्त को रेखांकित करता है। यह कड़ाई एक सिलाई विधि के साथ की जा सकती है जो ढीले ऊतक को मोड़ती और पकड़ती है, और यह कभी-कभी एक छोटे से कट के माध्यम से किया जा सकता है। मरम्मत को हड्डी में लगाए गए छोटे एंकरों के साथ रखा जाता है। छोटे घावों को टांके लगाकर बंद किया जाता है और एक ड्रेसिंग के साथ कवर किया जाता है।

कुछ लोगों को नरम ऊतकों की मरम्मत से अधिक की आवश्यकता होती है। यदि सॉकेट के पीछे की हड्डी का एक टुकड़ा पहना या गायब है, तो आपका सर्जन हड्डी का एक छोटा सा ब्लॉक जोड़ सकता है ताकि रिम का पुनर्निर्माण किया जा सके और हाथ की हड्डी को जगह पर रखा जा सके। यह एक गाइडिंग फ्रेम और छोटे बटन का उपयोग करके एक कीहोल प्रक्रिया के रूप में किया जा सकता है ताकि यह ठीक होने के दौरान हड्डी के ब्लॉक को पकड़ सके। अन्य मामलों में सॉकेट के कोण को स्वयं ठीक किया जाता है। आपका सर्जन आपको बताएगा कि आपके कंधे के लिए कौन सा तरीका उपयुक्त है और क्यों।

आप जिस स्थिति में ऑपरेशन के दौरान लेटते हैं, या तो थोड़ा बैठकर या अपनी तरफ से, आपके सर्जन द्वारा आपकी प्रक्रिया के लिए चुना जाता है।

ऑपरेशन के बाद

आप वसूली क्षेत्र में जागेंगे, जहां नर्स आपको देखती हैं जबकि संज्ञाहरण का प्रभाव कम हो जाता है। आपके कंधे में दर्द होगा, और नर्स आपको आरामदायक रखने के लिए दवा देंगी। आपका हाथ एक स्लिंग में आराम करेगा, जो ठीक होने के दौरान मरम्मत की रक्षा करता है। आपके कंधे के चारों ओर की छोटी-छोटी कटौती को टांके से बंद कर दिया जाता है और एक ड्रेसिंग के साथ कवर किया जाता है। हम लगभग 10 दिनों के लिए ड्रेसिंग पर छोड़ देते हैं; कृपया इसे तब तक न हटाएं जब तक हम आपको ऐसा न कहें। जब हम आपको देखते हैं तो हम इसे बदल देते हैं या हटा देते हैं। एक नर्स आपको उठने और चलने में मदद करेगी, आमतौर पर कुछ घंटों के भीतर। कृपया घर आने के बाद पहले 24 घंटों के लिए कोई आपके साथ रहे। आपकी टीम आपको बताएगी कि आप उसी दिन घर जा सकते हैं या एक रात अस्पताल में रह सकते हैं।

वसूली

आपके कंधे में पहले कुछ दिनों और हफ्तों तक दर्द और सूजन रहेगी। लॉकहोल की मरम्मत के बाद यह सामान्य है। आराम, बर्फ के पैक और दर्द दवा आपकी टीम निर्धारित करता है असुविधा को कम करेगा। जब ऊतक ठीक हो जाते हैं तो सूजन धीरे-धीरे कम हो जाती है।

जब तक यह ठीक नहीं हो जाता, तब तक आप मरम्मत की रक्षा के लिए पहले एक स्लिंग पहनेंगे। आपका फिजियोथेरेपिस्ट आपको गति, फिर शक्ति वापस लाने के लिए सौम्य अभ्यासों के माध्यम से मार्गदर्शन करेगा। घर पर आप अपने दूसरे हाथ से घूम सकते हैं, कपड़े पहन सकते हैं और हल्के काम कर सकते हैं। जब तक मरम्मत तैयार न हो जाए, तब तक आप दर्दनाक हाथ के साथ कोई भारी वस्तु नहीं उठाएंगे, और अपने सिर के ऊपर धक्का नहीं देंगे, खींचेंगे या पहुंचेंगे। कुछ समय के लिए सो जाना मुश्किल हो सकता है; कई लोगों को कुर्सी या तकिए के सहारे सो जाना आसान लगता है।

जैसे-जैसे दर्द कम होगा और आपकी गति बहाल होगी, आप हाथ के साथ और अधिक काम करेंगे। आपके फिजियोथेरेपिस्ट कंधे की अनुमति के अनुसार कठिन अभ्यास जोड़ेंगे। जब आपका सर्जन आपकी प्रगति से खुश होगा, तो आप फिर से ड्राइव करने के लिए मंजूरी दे दी जाएगी। नियम सरल हैं: जब आप स्लिंग में हों तब गाड़ी नहीं चलानी चाहिए, और आपको दोनों हाथों से व्हील को पकड़ने में सक्षम होना चाहिए और एक आपातकालीन स्टॉप में प्रतिक्रिया करनी चाहिए, मजबूत दर्द दवा के बिना। हमारा मार्गदर्शक [ऊपरी अंग की सर्जरी के बाद ड्राइविंग](#) अधिक बताता है।

खेल-कूद में लौटने में रोजमर्रा की रिकवरी से अधिक समय लगता है, क्योंकि मरम्मत को मजबूत होने के लिए समय की आवश्यकता होती है। आपकी समय-सीमा अन्य लोगों से भिन्न हो सकती है; आपका सर्जन और फिजियोथेरेपिस्ट आपको चरण-दर-चरण मार्गदर्शन करेंगे।

क्या गलत हो सकता है

अधिकांश रोगी ठीक हो जाते हैं, लेकिन कभी-कभी समस्याएं हो सकती हैं। आपका सर्जन और टीम किसी भी समस्या को जल्दी पहचानने के लिए आपकी बारीकी से निगरानी करते हैं।

इस ऑपरेशन के बाद मुख्य चिंता यह है कि कंधा फिर से अस्थिर हो जाता है। आपको सर्जरी से पहले फिसलने या फिसलने की समान भावना महसूस हो सकती है, या यह महसूस हो सकता है कि जोड़ पीछे से बाहर निकलने वाला है। अगर यह वापस आता है, तो इसे अपनी अगली समीक्षा में लाएं। कभी-कभी जोड़ को स्थिर रखने के लिए एक और ऑपरेशन की आवश्यकता होती है।

यदि आपके सॉकेट के पुनर्निर्माण के लिए हड्डी का एक ब्लॉक जोड़ा गया था, तो कुछ चीजें कभी-कभी ठीक होने पर गलत हो सकती हैं। हड्डी का ब्लॉक आपकी अपनी हड्डी से नहीं जुड़ सकता है, या इसे धारण करने वाले छोटे शिकंजे झुक सकते हैं या टूट सकते हैं। आप एक तेज पकड़, नए क्लिक या पीस, या कंधे में गहरा दर्द महसूस कर सकते हैं जो बस नहीं करता है। समय के साथ ब्लॉक सिकुड़ सकता है या पहन सकता है, धातु को प्रमुख छोड़ सकता है, और जोड़ धीरे-धीरे पहनने और आंसू गठिया विकसित कर सकता है। अपने सर्जन को इन परिवर्तनों के बारे में बताएं ताकि वे स्कैन के साथ कंधे की जांच कर सकें।

कंधे के चारों ओर की नसें उस क्षेत्र के करीब होती हैं जहां एक हड्डी ब्लॉक रखा जाता है। यदि सर्जरी के दौरान किसी तंत्रिका को जलन होती है, तो आपको हाथ में सुन्नता, झुनझुनी या कमजोरी महसूस हो सकती है, या कलाई और उंगलियों को उठाने में परेशानी हो सकती है। अधिकांश तंत्रिका जलन अपने आप ठीक हो जाती है, लेकिन आपकी समीक्षा की प्रतीक्षा करने के बजाय इसे तुरंत रिपोर्ट करें।

एक हड्डी ब्लॉक की मरम्मत भी कंधे को पहले की तुलना में अधिक कठोर बना सकती है। आपको अपनी पीठ के पीछे पहुंचना या अपना हाथ एक तरफ उठाना मुश्किल हो सकता है। आपका फिजियोथेरेपिस्ट इस पर आपके साथ काम करेगा, लेकिन यदि आपकी गति में सुधार नहीं हो रहा है तो इसका उल्लेख करें।

अस्थिरता के कुछ पैटर्न, जहां स्पष्ट चोट के बिना कुछ आंदोलनों के दौरान कंधे फिसल जाता है, सर्जरी के लिए अच्छी तरह से प्रतिक्रिया नहीं करते हैं। यदि यह आपके कंधे की तरह लगता है, तो आपका सर्जन किसी भी ऑपरेशन से पहले आपके साथ इस पर चर्चा करेगा।

इस पृष्ठ पर जटिलताओं की तालिका विशिष्ट दरों को सूचीबद्ध करती है यदि आप विशिष्टता चाहते हैं।

हमें कब कॉल करें

अधिकतर समस्याओं को जल्दी उठाया जाता है जब आप हमें उनके बारे में बताते हैं। यदि आपको बुखार है, यदि घाव अधिक लाल हो जाता है या तरल पदार्थ बहना शुरू हो जाता है, या यदि आपका दर्द अचानक बहुत खराब हो जाता है, तो हमें कॉल करें। यदि आपके हाथ में सुन्नता, झुनझुनी या कमजोरी हो या आप उसे हिला नहीं पाते हैं तो हमें कॉल करें। यदि आपके बछड़े में सूजन या दर्द होता है, या यदि आपको सांस लेने में तकलीफ होती है, तो आपातकाल पर जाएं। यदि आपके कंधे को ऐसा लगता है कि यह फिर से पीछे से फिसल रहा है, तो अपनी अगली समीक्षा की प्रतीक्षा करने के बजाय हमें बताएं।

अधिक गहराई से

यह अनुभाग आपके स्वयं के उपचार निर्णयों के लिए आवश्यक से अधिक है। पिछले कंधे की अस्थिरता अतिरिक्त पढ़ने के लायक है क्योंकि यह पिछले संस्करण से अलग व्यवहार करता है जिसके बारे में अधिकांश लोगों ने सुना है, और अंतर उस दिशा में चलता है जिसका आप अनुमान नहीं लगा सकते।

पिछाड़ी अधिक स्थिर मरम्मत है, और कठिन वापसी

आर्थ्रोस्कोपिक मरम्मत के बाद पूर्ववर्ती और पश्चवर्ती अस्थिरता की तुलना करने वाले एक मेटा-विश्लेषण में पाया गया कि **पूर्ववर्ती** अस्थिरता थी **खेल में वापसी की उच्च दरें** लेकिन थे **अधिक संभावना** ऑपरेशन के बाद अस्थिरता होना [1]। बाद के मरीज इसके विपरीत थे: मरम्मत बेहतर थी, लेकिन कम लोग अपने खेल में वापस आ गए [1]।

इसके साथ बैठने लायक है, क्योंकि यह दो चीजों को अलग करता है जो मरीज एक साथ फ्यूज करते हैं। “क्या मेरा कंधा अंदर रहेगा?” और “क्या मैं वापस जाऊंगा जो मैंने किया था?” के अलग-अलग उत्तर हैं, और दूसरा सबसे कठिन है।

ऑपरेशन के लिए अंतर्निहित परिणाम अच्छे हैं। की एक व्यवस्थित समीक्षा **2,307** आर्थ्रोस्कोपिक पिछली स्थिरीकरणों ने उच्च रोगी संतुष्टि और पुनरावर्ती अस्थिरता, संशोधन और अवशिष्ट दर्द की कम दरों के साथ अच्छे परिणामों की सूचना दी [2]। की एक अलग समीक्षा **1,047** एथलीटों ने खेल में वापसी की उच्च दर और चोट से पहले के स्तर पर वापसी की अपेक्षाकृत उच्च दर पाई [3]। दोनों निष्कर्ष एक साथ सच हो सकते हैं, पिछली स्थिरीकरण एक विश्वसनीय ऑपरेशन है, और यह अभी भी अपने पूर्ववर्ती समकक्ष की तुलना में एक कठिन सड़क है।

असफलता का पूर्वानुमान

सबसे उपयोगी हाल ही में काम के बारे में है जो बुरा करता है। की एक व्यवस्थित समीक्षा **960** रोगियों ने आर्थ्रोस्कोपिक posterior capsulolabral मरम्मत के बाद विफलता या पुनरीक्षण के लिए तीन जोखिम कारकों की पहचान की: **स्त्रीलिंग, कम ग्लैनॉयड अस्थि चौड़ाई, और प्रीऑपरेटिव ग्लैनॉयड अस्थि हानि 11% से 15% से अधिक** [4]।

समान रूप से जानकारीपूर्ण है कि क्या किया नहीं विफलता की भविष्यवाणी करें: ग्लैनॉयड संस्करण, खेल का प्रकार, लैब्रल चौड़ाई और लैब्रल संस्करण कोई महत्वपूर्ण प्रभाव नहीं दिखाया [4]। विशेष रूप से संस्करण पर अक्सर चर्चा की जाती है जैसे कि यह निर्णायक था, और इस साक्ष्य पर यह नहीं है।

इसका व्यावहारिक परिणाम यह है कि शल्यक्रिया से पहले ग्लैनॉयड अस्थि भंडार का उचित मूल्यांकन किया जाना चाहिए। लगभग ११-१५% के निशान से परे, एक नरम ऊतक की मरम्मत अकेले मैकेनिक्स के खिलाफ काम कर रही है जिसे वह ठीक नहीं कर सकती है, और यह एक विफलता के बाद के बजाय ऑपरेशन से पहले होने वाली बातचीत है।

इसे क्यों याद किया जाता है

पिछली अस्थिरता शायद ही कभी विस्थापन के रूप में प्रकट होती है। यह अधिक बार भारित, झुका हुआ हाथ, बेंच प्रेस, पुश-अप, कुर्सी से नीचे धकेलने वाले हाथ के साथ दर्द होता है, जिसमें कंधे का कोई इतिहास दिखाई नहीं देता है। ऐसी प्रस्तुति को टक्कर या टेंडिनोपैथी का लेबल दिया जाता है, और निदान अक्सर देर से किया जाता है।

यदि आपको झुकने वाले हाथ के माध्यम से दर्द होता है और यह रोटटर कफ को लक्षित करने वाले उपचार का जवाब नहीं देता है, तो पिछली अस्थिरता को विशेष रूप से बाहर करने के लायक है।

संदर्भ

- [1] Vopat ML, Coda RG, Giusti NE, Baker J, Tarakemeh A, Schroepel JP, et al. Arthroscopic Bankart repair के बाद पूर्ववर्ती और पश्चवर्ती कंधे की अस्थिरता के बीच परिणामों में अंतर: एक व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-विश्लेषण। ऑर्थोपो J स्पोर्ट्स मेड. 2021;9(5). <https://doi.org/10.1177/23259671211006437>
- [2] राल्फ जेई, हर्ले ईटी, लुन के, लेविन जेएम, क्लिफ्टो सीएस, ओवेन्स बीडी, एट अल। पिछली कंधे की अस्थिरता के लिए आर्थ्रोस्कोपिक स्थिरीकरण के परिणाम: एक व्यवस्थित समीक्षा। जे कंधे कोहनी सर्जरी 2024;33(11):2530-8. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.04.006>
- [3] मटार आरएन, शाह एनएस, गार्डनर टीजे, ग्रेव बीएम। पिछले कंधे की अस्थिरता के लिए सर्जिकल उपचार के बाद खेल में वापसी: एक व्यवस्थित समीक्षा। JSES Int. 2020;4(4):797-802. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2020.08.002>
- [4] Afetse EK, Noonan J, Munro A, Waterman BR, Ruzbarsky JJ, Kanakamedala AC, et al. महिला लिंग, कम ग्लैनॉयड अस्थि चौड़ाई, और ग्लैनॉयड अस्थि हानि 11% से 15% से अधिक आर्थ्रोस्कोपिक posterior capsulolabral मरम्मत के बाद विफलता का जोखिम बढ़ा सकती है: एक व्यवस्थित समीक्षा। आर्थ्रोस्कोपी 2025;41(12):5332-42.e1. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2025.07.023>