CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

सबएक्रोमियल इम्पिंजमेंट और बर्साइटिस

सबएक्रोमियल इम्पिंजमेंट: रोटेटर कफ़ एक्रोमियन के नीचे दब जाता है।

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

सबएक्रोमियल इम्पिंजमेंट (दबना या रगड़ खाना) का मुख्य लक्षण आपके कंधे के सामने की ओर दर्द है। यह अक्सर तब होता है जब आप अपनी बांह उठाते हैं, सिर के ऊपर हाथ बढ़ाते हैं, या बांह को शरीर से दूर रखकर इस्तेमाल करते हैं। बहुत से लोगों को कंधे और बांह में कमज़ोरी भी महसूस होती है।

दर्द आम तौर पर एक पैटर्न में होता है। यह "पेनफ़ुल आर्क" (दर्द भरा दायरा) के दौरान भड़क सकता है, यानी हरकत का वह हिस्सा जिसमें बांह उठाने पर दर्द होता है, जो बगल की ओर बाहर या अपने सामने उठाते समय लगभग 40 और 120 डिग्री के बीच होता है। इस दायरे के बाहर हरकत अक्सर आसान होती है। रात में दर्द आम है, और किसी गतिविधि के बाद या सुबह उठने पर कंधा दुख सकता है। जो काम मुश्किल हो जाते हैं, उनमें धुले कपड़े सुखाने के लिए टांगना, ऊंची शेल्फ़ तक हाथ पहुंचाना, या केतली उठाना शामिल हैं।

आपका कंधा आम तौर पर सामान्य रूप से हिल-डुल सकता है (रेंज ऑफ मोशन), यानी आप अब भी उसे उसके पूरे दायरे में हिला सकते हैं, भले ही उस दायरे के कुछ हिस्सों में दर्द हो। कंधे के सामने वाले हिस्से को दबाने पर दुखना आम है।

अगर आपके लक्षण शांत नहीं हो रहे, कुछ सप्ताहों में बढ़ते जा रहे हैं, आपको रात में जगा देते हैं, या आपको काम करने या अपनी बांह इस्तेमाल करने से रोकते हैं, तो अपने जीपी (आपके फैमिली डॉक्टर) से मिलें या किसी विशेषज्ञ से जांच करवाने के लिए कहें।

कंधे की दूसरी समस्याएं भी ऐसी ही महसूस हो सकती हैं, जैसे फ्रोज़न शोल्डर (कंधे का जकड़ जाना), रोटेटर कफ़ (कंधे को घुमाने वाली मांसपेशियों और टेंडनों का समूह) का पूरी मोटाई तक फटना (ऐसा टेंडन जो आर-पार पूरी तरह फट गया हो), और अस्थिरता (ऐसा कंधा जो खिसक जाता है या ढीला महसूस होता है)। ध्यान से की गई जांच से पता चलता है कि आपको इनमें से कौन-सी समस्या है।

असल में क्या हो रहा है

आपका कंधा हड्डी के एक मेहराब के नीचे होता है। यह मेहराब एक्रोमियन से बनता है, जो कंधे के ऊपर हड्डी की शेल्फ़ जैसी एक संरचना है, और जो सामने की ओर एक लिगामेंट (स्नायुबंधन) के ज़रिए एक दूसरी हड्डी से जुड़ी होती है। उस मेहराब के नीचे की जगह से होकर आपके रोटेटर कफ़ के टेंडन (कंडरा) फिसलते हैं, यानी चार टेंडनों का वह समूह जो हिलते समय जोड़ की गेंद को बीच में टिकाए रखता 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

और साथ ही तरल से भरी एक छोटी गद्दी भी, जिसे सबएक्रोमियल बर्सा कहते हैं। बर्सा कुछ-कुछ एक गैस्केट (दो सतहों के बीच लगने वाली परत) की तरह काम करता है, जिससे टेंडन हड्डी से रगड़ खाने के बजाय उसके नीचे आसानी से फिसलते हैं।

इस समस्या में उस गद्दी में सूजन (इन्फ्लेमेशन) आ जाती है और वह फूल जाती है, और टेंडन भी मोटे हो सकते हैं। मोटा टेंडन मेहराब के नीचे की संकरी जगह का ज़्यादा हिस्सा घेर लेता है, इसलिए फिसलने के लिए कम जगह बचती है। यह आपके लक्षणों से मेल खाता है: बांह उठाने पर कंधे के सामने की ओर दर्द, जो ऊपर बताए गए पेनफ़ुल आर्क में सबसे ज़्यादा होता है, क्योंकि ठीक उसी समय मेहराब के नीचे की जगह सबसे तंग होती है। जब आपकी बांह लगभग 90 डिग्री तक उठी होती है, यानी लगभग आपके कंधे की सीध में, तब यह जगह सबसे संकरी होती है।

यह जानना ज़रूरी है कि मेहराब और टेंडनों के बीच कुछ रगड़ हर कंधे में होती है, स्वस्थ कंधों में भी। कुछ खास हरकतों में, जैसे बगल की ओर या अपने पीछे हाथ बढ़ाने पर, दबाव बस बढ़ जाता है। इस पर भी बहस है कि क्या टेंडन के ऊपर की हड्डी की बनावट सच में इसकी वजह है, क्योंकि हड्डी की बनावट और टेंडन की समस्याओं के बीच का संबंध अभी तय नहीं हुआ है। अब कई विशेषज्ञ इस समस्या को सबएक्रोमियल पेन सिंड्रोम (सबएक्रोमियल दर्द सिंड्रोम) कहते हैं, यह नाम बताता है कि दर्द कहां होता है, न कि यह दावा करता है कि वह क्यों होता है।

इसी वजह से, इलाज आम तौर पर बिना ऑपरेशन के, व्यायाम और बिना सर्जरी वाले दूसरे उपायों से शुरू होता है। मेहराब के निचले हिस्से से हड्डी छीलकर कम करने की सर्जरी, जिसे सबएक्रोमियल डीकम्प्रेशन कहते हैं, उन चुने हुए मरीज़ों के एक छोटे समूह को सुझाई जा सकती है जिनका दर्द शांत नहीं हुआ है। ईमानदारी से कहें तो, इस ऑपरेशन की तुलना एक दिखावटी (शैम) प्रक्रिया से करने वाले ट्रायलों में, जिसमें सर्जन कंधे के अंदर देखते हैं लेकिन कोई हड्डी नहीं निकालते, ख़ुद हड्डी निकालने से बहुत कम अतिरिक्त फ़ायदा मिला।

हम इसके लिए क्या कर सकते हैं

डॉ. कीरन हिरपरा, जो माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंग (कंधे से हाथ तक) के सर्जन हैं, आपकी समस्या के अनुसार सबसे कम चीर-फाड़ वाले विकल्पों से शुरुआत 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 योग्य होने के लिए आपको अपने जीपी से रेफ़रल लेना होगा। आपकी पहली मुलाकात में हम आपकी पूरी बात सुनते हैं, आपके कंधे की जांच करते हैं, और जहां ज़रूरत हो, इमेजिंग (एक्स-रे या स्कैन) करवाते हैं। इस तरह की लंबे समय से चली आ रही समस्या के लिए, हम आम तौर पर पहले बिना ऑपरेशन वाला इलाज आज़माते हैं, और सर्जरी पर तभी विचार करते हैं जब उससे पर्याप्त सुधार न हुआ हो।

पहला कदम अपनी बांह के इस्तेमाल का तरीका बदलना और फिजियोथेरेपिस्ट के साथ कंधे की ताकत बढ़ाना है। इसका मकसद परेशान (इरिटेट) ऊतक को शांत करना और आरामदायक हरकत वापस लाना है, न कि दर्द के बावजूद ज़ोर लगाते रहना। किसी नतीजे पर पहुंचने से पहले इसे कई महीनों तक ठीक से आज़माएं। अपनी सामान्य देखभाल के ऊपर कंधे को मज़बूत करने की कसरतों की बहुत ज़्यादा मात्रा जोड़ने से नतीजे बेहतर नहीं होते, इसलिए नियमित और अच्छे मार्गदर्शन में की गई कसरत ही मायने रखती है।

जब तक कसरतें अपना काम करती हैं, दर्द निवारक दवाएं और सूजन कम करने वाली दवाएं (एंटी-इन्फ्लेमेटरी) आपको हिलते-डुलते रहने में मदद कर सकती हैं। हम इस समस्या के लिए कॉर्टिसोन इंजेक्शन का इस्तेमाल नहीं करते।

अगर बिना ऑपरेशन वाले इलाज को सच में आज़माने के बाद भी दर्द आपको सीमित करता है, तो हम सर्जरी पर बात करते हैं। यह ऑपरेशन सबएक्रोमियल डीकम्प्रेशन (एक्रोमियन के नीचे की जगह खोलने का ऑपरेशन) है, जिसमें टेंडनों को ज़्यादा जगह देने के लिए मेहराब के निचले हिस्से से हड्डी छीलकर कम की जाती है, और साथ ही सूजे हुए बर्सा को निकाल दिया जाता है। यह फ़ैसला आप और हम मिलकर लेते हैं, यह तौलते हुए कि ऑपरेशन में क्या किया जाता है और यह क्या बदल सकता है और क्या नहीं।

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

क्या उम्मीद करें

ज़्यादातर लोगों में यह समस्या सर्जरी के बजाय समय और नियमित कसरत से शांत हो जाती है। किसी नतीजे पर पहुंचने से पहले बिना ऑपरेशन वाले इलाज को कई महीनों तक ठीक से आज़माएं। बहुत से लोगों में इतना सुधार हो जाता है कि वे बिना ऑपरेशन के अपनी सामान्य गतिविधियों में लौट आते हैं। अगर कसरत और बिना सर्जरी वाले दूसरे उपायों को सच में आज़माने के बाद भी दर्द शांत नहीं हुआ है, तो सर्जरी पर बात हो सकती है, लेकिन इसकी तुलना दिखावटी प्रक्रिया से करने वाले ट्रायलों में ख़ुद हड्डी निकालने से बहुत कम अतिरिक्त फ़ायदा मिला।

इस समस्या से ठीक होने की प्रक्रिया को सोच-समझकर संभाला जाता है, इसमें जल्दबाज़ी नहीं की जाती। ऑपरेशन करवाने वाले ज़्यादातर लोग 6 सप्ताह के भीतर काम पर लौट आते हैं, और 90% से ज़्यादा लोग 4 सप्ताह के भीतर गाड़ी चलाने लगते हैं, हालांकि कंधे की सर्जरी के बाद आपको कम से कम छह सप्ताह तक गाड़ी नहीं चलानी चाहिए, और तभी चलानी चाहिए जब आपके सर्जन इसकी अनुमति दे दें। ज़्यादातर लोग अपने पहले वाले खेलों में भी लौट आते हैं, जिनमें सिर के ऊपर की हरकत वाले खेल खेलने वालों में से 90% और कंधे पर कम ज़ोर डालने वाले खेलों या कॉन्टैक्ट (शारीरिक टक्कर वाले) खेलों के सभी खिलाड़ी शामिल हैं। आपको ख़ुद महसूस होने वाला कंधे का कामकाज वापस आने में औसतन लगभग 3 महीने लगते हैं। कोराकोएक्रोमियल लिगामेंट, यानी मेहराब के नीचे ऊतक का पट्टा, सर्जरी के बाद काफ़ी जल्दी फिर से बन सकता है, लेकिन उसकी ताकत वापस आने में समय लगता है।

अगर इस समस्या को ऐसे ही छोड़ दिया जाए, तो कुछ लोगों को आता-जाता दर्द होता रहता है, ख़ासकर सिर के ऊपर की गतिविधियों में। खास कसरतों वाला इलाज सर्जरी की ज़रूरत कम कर सकता है, और इसके नतीजे 10 साल बाद भी बने रहते हैं। व्हिपलैश चोट (झटके से गर्दन में लगी चोट) वाले लोगों में नतीजे धीमे और कुल मिलाकर कमज़ोर होते हैं। सर्जरी के दौरान मिले रोटेटर कफ़ के आंशिक फटाव को ठीक करने की शायद ज़रूरत न हो, क्योंकि दोनों समूहों का अंतिम नतीजा मिलता-जुलता रहा।

डॉक्टर को कब दिखाएं

यहां बताया गया कंधे का ज़्यादातर दर्द इमरजेंसी नहीं होता, लेकिन कुछ संकेतों पर जल्दी ध्यान देना ज़रूरी है। अगर आपकी बांह गर्म, लाल, सूजी हुई और दर्दनाक हो जाए, ख़ासकर बुखार के साथ, या अगर आपकी उंगलियां या हाथ फीके (सफ़ेद पड़े हुए), ठंडे, सफ़ेद या नीले पड़ जाएं, तो उसी दिन इमरजेंसी विभाग जाएं। यही बात तब भी लागू होती है अगर किसी चोट के बाद आपकी बांह में अचानक महसूस करने की क्षमता या हिलने-डुलने की क्षमता चली जाए।

अगर दर्द शांत नहीं हो रहा, कुछ सप्ताहों में बढ़ता जा रहा है, आपको रात में जगा देता है, या आपको काम करने या अपनी बांह इस्तेमाल करने से रोकता है, तो अपने जीपी से मिलें। अगर कई महीनों के बाद भी साधारण उपायों से मदद नहीं मिली है, या अगर दर्द का पैटर्न ऊपर बताए गए पेनफ़ुल आर्क जैसा लगता है, तो किसी विशेषज्ञ से जांच करवाने के लिए कहें।

कोई भी फ़ैसला लेने से पहले, विशेषज्ञ की जांच से दूसरे कारणों को भी खारिज किया जा सकता है, जैसे रोटेटर कफ़ का फटना या फ्रोज़न शोल्डर।

विस्तार से

यह हिस्सा आपके अपने इलाज के फ़ैसलों के लिए ज़रूरी जानकारी से आगे जाता है। सबएक्रोमियल इम्पिंजमेंट के बारे में यह अतिरिक्त जानकारी पढ़ने लायक है, क्योंकि यह कंधे की वह समस्या है जिसमें सर्जरी को बड़े रैंडमाइज़्ड ट्रायल (लोगों को संयोग से अलग-अलग समूहों में बांटकर किए गए अध्ययन) में दो बार एक दिखावटी (प्लेसीबो) ऑपरेशन के मुकाबले परखा गया है, और उसके नतीजे ने पूरी दुनिया में इलाज का तरीका बदल दिया।

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

दो ट्रायल जिन्होंने ऑपरेशन की तुलना ऑपरेशन करने का दिखावा करने से की

ज़्यादातर सर्जिकल प्रमाण एक ऑपरेशन की तुलना किसी दूसरे ऑपरेशन से, या बिना इलाज से करते हैं। बहुत कम ही कोई ट्रायल किसी ऑपरेशन की तुलना शैम (दिखावटी ऑपरेशन) से करता है: मरीज़ को एनेस्थीसिया दिया जाता है, जोड़ में आर्थ्रोस्कोप (कैमरा) डाला जाता है, कोई डीकम्प्रेशन नहीं किया जाता, और न मरीज़ को और न ही आकलन करने वाले को पता होता है कि असल में क्या किया गया। इस तरह का डिज़ाइन सर्जरी करवा लेने के प्लेसीबो असर को हटा देता है, जो काफ़ी बड़ा होता है।

CSAW ट्रायल में **313** मरीज़ों को संयोग से तीन समूहों में बांटा गया: दूरबीन से सबएक्रोमियल डीकम्प्रेशन, केवल जांच के लिए आर्थ्रोस्कोपी, और कोई इलाज नहीं। दोनों सर्जरी वाले समूहों का हाल बिना इलाज वाले समूह से बेहतर रहा, लेकिन **यह अंतर चिकित्सकीय रूप से महत्वपूर्ण नहीं था**, और **केवल आर्थ्रोस्कोपी के मुकाबले डीकम्प्रेशन से कोई अतिरिक्त फ़ायदा नहीं हुआ** [1]।

FIMPACT ट्रायल स्वतंत्र रूप से उसी निष्कर्ष पर पहुंचा। इम्पिंजमेंट सिंड्रोम वाले मरीज़ों में, दूरबीन से किए गए सबएक्रोमियल डीकम्प्रेशन ने **24 महीने पर डायग्नोस्टिक आर्थ्रोस्कोपी (केवल जांच के लिए की गई आर्थ्रोस्कोपी) के मुकाबले कोई फ़ायदा नहीं दिया** [2]।

दो अच्छी तरह से किए गए ट्रायल, दो देश, एक ही जवाब: ऑपरेशन का वह हिस्सा जो हड्डी निकालता है, वह हिस्सा नहीं है जिससे सुधार होता है। लोगों को जो भी फ़ायदा महसूस हुआ, वह किसी ऐसी चीज़ से आया जो दिखावटी प्रक्रिया से भी मिल रही थी।

इसका क्या मतलब है और क्या नहीं

इसका मतलब यह नहीं है कि दर्द काल्पनिक है, या कि कुछ भी मदद नहीं करता। इसका मतलब यह है कि यांत्रिक व्याख्या — कि हड्डी का एक उभार टेंडन पर रगड़ रहा है और उसे छीलकर हटा देने से समस्या ठीक हो जाती है — फ़ायदे के कारण के रूप में प्रमाणों से समर्थित नहीं है।

इसका असर इस बात पर पड़ता है कि इस समस्या को किस तरह समझाया जाता है। "इम्पिंजमेंट" शब्द में ही यह यांत्रिक सिद्धांत छिपा है, इसीलिए ज़्यादातर चिकित्सा साहित्य अब "सबएक्रोमियल पेन सिंड्रोम" शब्द की ओर बढ़ गया है: यह इस बात का वर्णन है कि दर्द कहां होता है, न कि इस बारे में कोई अप्रमाणित दावा कि दर्द क्यों होता है।

तो फिर क्या बचता है

बिना ऑपरेशन वाला इलाज मुख्य भूमिका निभाता है, और तुलना वाले प्रमाण इतने मिले-जुले हैं कि उन्हें ध्यान से पढ़ना चाहिए। **3,643** मरीज़ों के एक नेटवर्क विश्लेषण में, एक्रोमियोप्लास्टी (एक्रोमियन की हड्डी को छीलना) और फिजिकल थेरेपी के साथ दूरबीन से किए गए डीकम्प्रेशन के नतीजे दर्द, मरीज़ों द्वारा बताए गए मापों और जोड़ कितना हिल-डुल सकता है (रेंज ऑफ मोशन), तीनों में बेहतर रहे, जबकि **कॉर्टिकोस्टेरॉयड इंजेक्शन के नतीजे तीनों क्षेत्रों में खराब रहे**, और लेखकों ने गंभीर लक्षणों वाले मरीज़ों के लिए फिजिकल थेरेपी की सलाह दी [3]।

दिखावटी ऑपरेशन वाले ट्रायलों के साथ रखकर देखें, तो उचित निष्कर्ष यह है कि व्यवस्थित व्यायाम ही मुख्य इलाज है; इंजेक्शन थोड़े समय के लिए दर्द से राहत दे सकता है, लेकिन लंबे समय में अच्छा प्रदर्शन नहीं करता; और यह नहीं दिखाया गया है कि सर्जरी, कैमरा डालने से मिलने वाले असर से ज़्यादा कुछ जोड़ती है।

सर्जरी की भूमिका अब भी कहां है

इनमें से कुछ भी रोटेटर कफ़ के असली, रिपेयर किए जा सकने वाले फटाव पर लागू नहीं होता, जो एक अलग निदान है और जिसके अपने प्रमाण हैं; उसकी जानकारी रोटेटर कफ़ वाले पेज पर है। ऊपर बताए गए ट्रायल उन कंधों के बारे में हैं जिनके दर्द को इम्पिंजमेंट का कारण माना गया, न कि उन कंधों के बारे में जिनका टेंडन फटा हुआ है। इन दोनों में अंतर पहचानना ही वह कारण है जिसकी वजह से यहां ऑपरेशन के चुनाव से ज़्यादा ध्यान से की गई जांच मायने रखती 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

संदर्भ

[1] Beard DJ, Rees JL, Cook JA, Rombach I, Cooper C, Merritt N, et al. Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial. Lancet. 2018;391(10118):329-38. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32457-1

[2] Paavola M, Malmivaara A, Taimela S, Kanto K, Inkinen J, Kalske J, et al. Subacromial decompression versus diagnostic arthroscopy for shoulder impingement: randomised, placebo surgery controlled clinical trial. BMJ. 2018;362:k2860. https://doi.org/10.1136/bmj.k2860

[3] Lavoie-Gagne O, Farah G, Lu Y, Mehta N, Parvaresh KC, Forsythe B. Physical therapy combined with subacromial cortisone injection is a first-line treatment whereas acromioplasty with physical therapy is best if conservative management fails for impingement syndrome: a systematic review and network meta-analysis. Arthroscopy. 2022;38(8):2511-24. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2022.02.008

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