CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

कलाई का ऑस्टियोआर्थराइटिस

कलाई का ऑस्टियोआर्थराइटिस, जिसमें जोड़ों के बीच की सामान्य जगह ख़त्म हो गई 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

कलाई का ऑस्टियोआर्थराइटिस जोड़ का घिसाव है। वह चिकनी सतह, जिस पर कलाई की छोटी हड्डियां फिसलती हैं, घिसकर पतली हो जाती है, और हड्डी हड्डी से रगड़ खाने लगती है। दर्द आमतौर पर कलाई के पिछले हिस्से में या अंगूठे वाली तरफ़ होता है, और ठीक-ठीक बताना मुश्किल हो सकता है कि यह किस जगह से आ रहा है।

दर्द आमतौर पर इस्तेमाल के साथ भड़क उठता है। किसी चीज़ को कसकर पकड़ना, जार का ढक्कन घुमाकर खोलना, चाबी घुमाना, केतली से पानी डालना, या कुर्सी से उठने के लिए हाथ पर ज़ोर देकर धक्का देना, इन सबसे दर्द शुरू हो सकता है। कई लोगों को यह काम के दौरान नहीं, बल्कि काम के बाद महसूस होता है, और कुछ लोग पाते हैं कि यह उन्हें रात में जगा देता है, या सुबह उठते ही कलाई दुखती है जब तक वह धीरे-धीरे खुल नहीं जाती।

जैसे-जैसे जोड़ जकड़ता जाता है, रोज़ के काम मुश्किल होते जाते हैं। कलाई पर भार डालने में, जैसे नीची कुर्सी से उठते समय या बिस्तर से उठते समय, दर्द हो सकता है। हाथ की बारीक हरकतें, जिनके लिए स्थिर और आरामदायक कलाई चाहिए, धीमी या अटपटी हो जाती हैं, और हो सकता है आप पाएं कि आप उन कामों से बचने लगे हैं जो आप पहले बिना सोचे कर लेते थे।

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 अपना हाथ इस्तेमाल करने से रोकते हैं, तो अपने जीपी (आपके फैमिली डॉक्टर) से मिलें या किसी विशेषज्ञ से जांच करवाने के लिए कहें। अगर आप क्लिनिक से संपर्क नहीं कर पा रहे, जैसे कि क्लिनिक के समय के बाद या सप्ताहांत पर, तो अपने नज़दीकी इमरजेंसी विभाग जाएं।

असल में क्या हो रहा है

आपकी कलाई आठ छोटी हड्डियों से बनी है, जो दो पंक्तियों में लगी हैं। ये मिलकर एक ऐसी व्यवस्था की तरह काम करती हैं जो आसानी से हिलती है, और आपकी अग्रबाहु (कोहनी से कलाई तक का हिस्सा) के सबसे पास वाली पंक्ति आपके हाथ और आपकी बांह के बीच कुछ-कुछ एक गद्दी की तरह काम करती है। जब आप कलाई पर टिकते हैं या किसी चीज़ को ज़ोर से पकड़ते हैं, तो उस भार का ज़्यादातर हिस्सा जोड़ के अग्रबाहु वाले हिस्से से होकर गुज़रता है, और उसका बड़ा हिस्सा अंगूठे के सबसे पास वाली दो हड्डियों से होकर जाता 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

कलाई के ऑस्टियोआर्थराइटिस में, इन हड्डियों के बीच की चिकनी, फिसलने वाली सतह घिस जाती है। तब हड्डी हड्डी पर दबाव डालती है, और जोड़ की एकसार, लुढ़कने वाली हरकत खो जाती है। अक्सर अंगूठे के सबसे पास वाली हड्डियों से ही यह शुरू होता है, इसलिए पकड़ने, घुमाने और हाथ पर टिकने में होने वाला दर्द ख़ुद इसी घिसाव से आता है।

घिसाव से यह भी बदल जाता है कि कलाई अपना काम कैसे बांटती है। जब कोई हड्डी अपनी सामान्य जगह से खिसकती है, तो जिस सतह पर वह फिसलती है वह छोटी हो जाती है, और भार जोड़ की एक संकरी पट्टी पर सिमट जाता है। इसीलिए जो कलाई कभी ज़ोर को बराबर सह लेती थी, उसमें अब रोज़ के कामों से दर्द भड़क सकता है। जब जोड़ की सतहें और उन्हें सहारा देने वाले लिगामेंट (स्नायुबंधन) अपनी आसान फिसलन खो देते हैं, तो जकड़न आ जाती है।

कलाई उन नरम ऊतकों पर भी निर्भर करती है जो छोटी हड्डियों को हिलते समय स्थिर रखते हैं। लिगामेंट मज़बूत पट्टे होते हैं जो हड्डियों को आपस में जोड़े रखते हैं, और जोड़ की छोटी उंगली वाली तरफ़ ऊतक की एक मुड़ी हुई गद्दी होती है, जो हाथ घुमाने पर अग्रबाहु की हड्डियों को आसानी से घूमते रहने देती है। जब गठिया (आर्थराइटिस) और घिसाव इस व्यवस्था को बिगाड़ देते हैं, तो कलाई पहले की तरह भार बांटने और साथ-साथ हिलने का काम ठीक से नहीं कर पाती। आपके लक्षण इसी समस्या से आते हैं, और इलाज का मक़सद इसी को शांत करना है।

हम इसके लिए क्या कर सकते हैं

डॉ. कीरन हिरपरा, माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंग (कंधे से हाथ तक) के सर्जन हैं, और वे उन सबसे कम चीर-फाड़ वाले विकल्पों से शुरुआत करते हैं जो आपकी समस्या के लिए सही हों। मरीज़ों को आमतौर पर उनके जीपी (आपके फैमिली डॉक्टर) हमारे क्लिनिक में रेफ़र करते हैं; अगर किसी फिजियोथेरेपिस्ट ने आपको हमसे मिलने का सुझाव दिया है, तब भी मेडिकेयर रिबेट पाने के योग्य होने के लिए आपको अपने जीपी से रेफ़रल लेना होगा। हमारे आकलन में आपकी पूरी जानकारी लेना, आपकी जांच करना, और जहां ज़रूरत हो वहां स्कैन या इमेजिंग शामिल है।

पहला कदम आमतौर पर वह देखभाल है जो आप ख़ुद कर सकते हैं। कलाई के इस्तेमाल का तरीका बदलना, दर्द भड़काने वाले कामों को कम करना, और इसे दिनों की बजाय सप्ताहों में शांत होने देना, इन सबसे मदद मिलती है। हैंड थेरेपी का मक़सद कलाई को हिलाते-डुलाते रखना और उसके आसपास की ताकत बढ़ाना है, ताकि रोज़ के भार से कम दर्द हो। दर्द भड़कने के दौरान या भारी काम करते समय स्प्लिंट कलाई को स्थिर रख सकता है। इससे आगे किसी बात पर चर्चा करने से पहले हम आमतौर पर इन उपायों को पूरा मौक़ा देते हैं।

दर्द से राहत इलाज का दूसरा मुख्य आधार है। साधारण दर्द निवारक दवाएं और सूजन कम करने वाली दवाएं (एंटी-इन्फ्लेमेटरी), आपके जीपी की सलाह के अनुसार ली जाएं, तो दर्द के भड़कने को शांत कर सकती हैं और काम-काज को ज़्यादा आरामदायक बना सकती हैं। सूजन कम करने वाली दवाएं ख़ुद दर्द के साथ-साथ घिसे हुए जोड़ के अंदर की सूजन और इरिटेशन (ऊतकों का परेशान हो जाना) पर भी असर करती हैं।

अगर इन कदमों से आपको पर्याप्त सुधार नहीं मिला है, तो बातचीत में सर्जरी भी शामिल हो जाती है। बहुत ज़्यादा घिसाव होने पर दो विकल्प हैं: कलाई को फ्यूज़ करना, जिसमें हड्डियों को आपस में जोड़ दिया जाता है ताकि वे फिर रगड़ न खाएं, या कुछ हरकत बनाए रखने के लिए जोड़ को बदलना। इनमें से कोई भी अपने आप सही जवाब नहीं है; चुनाव आपकी उम्र, आपके काम, और इस पर निर्भर करता है कि आप कलाई से क्या काम लेना चाहते हैं। हम आपके साथ दोनों विकल्पों पर बात करेंगे, और आप और हम मिलकर फ़ैसला करेंगे।

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

कलाई का ऑस्टियोआर्थराइटिस लंबे समय तक रहने वाली समस्या है। जोड़ का घिसाव अपने आप वापस ठीक नहीं होता, इसलिए इलाज के बिना इस्तेमाल के साथ दर्द आमतौर पर बार-बार लौटता रहता है, और जकड़न महीनों और सालों में धीरे-धीरे बढ़ती जाती है। कुछ लोगों को दर्द भड़कने के बीच शांत दौर मिलते हैं, लेकिन अंदर का घिसाव बना रहता है।

अच्छी ख़बर यह है कि कलाई की देखभाल ठीक से होने पर ज़्यादातर लोगों को सचमुच राहत मिलती है। आराम, स्प्लिंट, साधारण दर्द निवारक दवाओं और हैंड थेरेपी से दर्द के भड़कने को शांत करना अक्सर रोज़ के कामों को फिर से आरामदायक बना देता है। कई लोग सिर्फ़ इन्हीं उपायों के साथ सालों तक काम चलाते रहते हैं। अगर बाद में सर्जरी की ज़रूरत पड़े, तो कलाई को फ्यूज़ करना और उसे बदलना, दोनों ही भरोसेमंद तरीके से दर्द शांत करते हैं और पकड़ की ताकत बढ़ाते हैं। फ्यूज़न एक टिकाऊ विकल्प है, और कुल मिलाकर लोग इसके नतीजों से बहुत संतुष्ट रहते हैं। जोड़ बदलने का ऑपरेशन कुछ हरकत बनाए रखता है, लेकिन इसमें समय के साथ जटिलताओं (कॉम्प्लिकेशन) की दर ज़्यादा होती है, मुख्य रूप से इम्प्लांट का ढीला होना, इसलिए चुनाव आपकी उम्र, आपके काम और इस पर निर्भर करता है कि आप कलाई से क्या काम लेना चाहते हैं।

सर्जरी के बाद ठीक होने में धैर्य चाहिए। हैंड थेरेपिस्ट (हाथ के विशेषज्ञ थेरेपिस्ट) के साथ जल्दी हिलाना शुरू करने से आपको कलाई और अग्रबाहु की काम लायक हरकत जल्दी वापस पाने में मदद मिलती है, और थेरेपी के लिए कम बार जाना पड़ता है। सर्जरी के बाद हैंड थेरेपी एक्सटेंड रिहैबिलिटेशन (Extend Rehabilitation) में रूबी डूलन के साथ होती है; वे आपकी थेरेपी की दिशा तय करती हैं और आपको जिस भी स्प्लिंट की ज़रूरत हो, वह बनाती हैं। पहले सप्ताहों और महीनों में दर्द और रोज़ के कामों में होने वाली दिक्कत लगातार कम होती जाती है, और पकड़ की ताकत ज़्यादा भरोसेमंद होती जाती है। ध्यान रखें कि कोई भी ऑपरेशन कलाई का काम पूरी तरह वापस नहीं लाता, और फ्यूज़ की गई कलाई ताकत और आराम के बदले अपनी हरकत छोड़ देती है।

सर्जरी के जोखिम भी हैं, जिनके बारे में साफ़-साफ़ बताना ज़रूरी है। कलाई के फ्यूज़न के बाद जटिलताएं इतनी बार होती हैं कि आपको उनके बारे में पता होना चाहिए; इसकी सबसे आम वजह यह होती है कि हड्डियां पूरी तरह आपस में नहीं जुड़ीं, या धातु के इम्प्लांट से इरिटेशन (आसपास के ऊतकों का परेशान हो जाना) होता है, और कभी-कभी प्लेट निकालने के लिए एक और ऑपरेशन की ज़रूरत पड़ती है। अगर बदला गया जोड़ सालों बाद घिस जाए या ढीला हो जाए, तो उसे फ्यूज़न में बदल देना एक सुरक्षित और असरदार बचाव का तरीका है। कोई भी फ़ैसला लेने से पहले आपके सर्जन इन सब बातों पर आपसे बात करेंगे।

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 अपना हाथ इस्तेमाल करने से रोकते हैं, तो अपने जीपी से मिलें या किसी विशेषज्ञ से जांच करवाने के लिए कहें।

डॉक्टर को कब दिखाएं

कलाई का ऑस्टियोआर्थराइटिस घिसाव से होने वाली समस्या है, इसलिए इसके चेतावनी के संकेत ख़तरे के बारे में नहीं, बल्कि दर्द और हाथ के काम करने की क्षमता के बारे में हैं। अगर आराम और साधारण उपायों से आपकी कलाई का दर्द शांत नहीं हो रहा, अगर यह कुछ सप्ताहों में बढ़ रहा है, अगर यह आपको रात में जगा देता है, या अगर यह आपको काम करने या अपना हाथ इस्तेमाल करने से रोकता है, तो अपने जीपी से मिलें या किसी विशेषज्ञ से जांच करवाने के लिए कहें। अगर जकड़न बढ़ रही है और पकड़ना, जार का ढक्कन घुमाकर खोलना या कलाई पर टिकना जैसे रोज़ के काम मुश्किल या दर्दनाक हो गए हैं, तो देर करने की बजाय जल्दी जांच करवाएं। एक सामान्य जांच से अक्सर अपने आप कलाई के दर्द की वजह का पता नहीं चलता, इसलिए यह ठीक-ठीक बताना फ़ायदेमंद है कि दर्द कब भड़कता है और अब आप क्या नहीं कर पाते। अगर आप क्लिनिक से संपर्क नहीं कर पा रहे, जैसे कि क्लिनिक के समय के बाद या सप्ताहांत पर, तो अपने नज़दीकी इमरजेंसी विभाग जाएं।

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

विस्तार से

यह हिस्सा आपके अपने इलाज के फ़ैसलों के लिए ज़रूरी जानकारी से आगे जाता है। कलाई के ऑस्टियोआर्थराइटिस के बारे में यह अतिरिक्त जानकारी पढ़ना फ़ायदेमंद है, क्योंकि इसमें हाथ की सर्जरी का एक सबसे साफ़ उदाहरण है कि कैसे एक समझदारी भरा लगने वाला विचार नतीजों को और बिगाड़ गया, और क्योंकि जोड़ को फ्यूज़ करने और बदलने के बीच का चुनाव उतना बड़ा फ़र्क नहीं है जितना आमतौर पर बताया जाता है।

ज़्यादा नर्व काटने से नतीजा बेहतर नहीं, बदतर होता है

कलाई का डीनर्वेशन (दर्द ले जाने वाली नर्व को काटना) जोड़ को बदले बिना दर्द का इलाज करता है। कलाई के कैप्सूल (जोड़ को घेरने वाली झिल्ली) से दर्द का एहसास ले जाने वाली नर्व की शाखाओं को काट दिया जाता है, और जोड़ की बनावट और काम करने का तरीका वैसा ही रहता है। इससे हरकत बनी रहती है और आगे कोई भी इलाज करने का रास्ता बंद नहीं होता, जो इसे एक आकर्षक विकल्प बनाता है।

इसका सबसे आम रूप सिर्फ़ पोस्टीरियर इंटरऑसियस नर्व को काटता है। क्योंकि एंटीरियर इंटरऑसियस नर्व भी कैप्सूल तक पहुंचती है, इसलिए तर्क के हिसाब से दोनों को काटने से ज़्यादा पूरी राहत मिलनी चाहिए।

ऐसा होता नहीं है। **325** मरीज़ों में, **एंटीरियर और पोस्टीरियर इंटरऑसियस, दोनों नर्व को काटने से** सिर्फ़ पोस्टीरियर नर्व काटने की तुलना में **कोई ज़्यादा फ़ायदा नहीं मिलता**, और इससे भी ज़्यादा चौंकाने वाली बात यह है कि दोनों को साथ में काटने वाली प्रक्रिया **नाकामी की दर में उलटी बढ़ोतरी से जुड़ी लगती है** [1]।

ऐसा इलाज जो ज़्यादा करता है और कम हासिल करता है, उस पर रुककर सोचना चाहिए। वजह चाहे जो भी हो, यह खोज शरीर की बनावट से नतीजे का अंदाज़ा लगाने के ख़िलाफ़ एक चेतावनी है, और ठीक इसी तरह का तर्क दोनों नर्व काटने वाले ऑपरेशन को बेहतर लगने वाला बनाता है।

डीनर्वेशन के बारे में व्यापक प्रमाण उत्साहजनक हैं लेकिन कमज़ोर हैं: दर्द से राहत, काम पर लौटने और संतुष्टि के लिए अच्छे नतीजों की ओर एक रुझान दिखता है, लेकिन अलग-अलग अध्ययनों में काफ़ी भिन्नता है और नतीजों को एक मानक तरीके से बताने की ज़रूरत बताई गई है [2]।

फ्यूज़न और जोड़ बदलना, जितने अलग लगते हैं उतने हैं नहीं

बढ़े हुए गठिया के लिए, दो अंतिम विकल्पों को एक-दूसरे के उलट बताया जाता है: कलाई को फ्यूज़ करें और सारी हरकत खो दें, या उसे बदलें और कुछ हरकत बनाए रखें। प्रमाण उन्हें इस तरह के बंटवारे से कहीं ज़्यादा पास रखते हैं।

961 मरीज़ों में, **कलाई का आर्थ्रोडेसिस (फ्यूज़न) और कलाई बदलने का ऑपरेशन (आर्थ्रोप्लास्टी), दोनों दर्द कम करने और पकड़ की ताक़त बढ़ाने में असरदार थे**, और दोनों में **जटिलताओं की दर मिलती-जुलती थी, 17% और 19%**; कलाई बदलने के ऑपरेशन के बाद काम करने की क्षमता में सुधार देखा गया, लेकिन कलाई बदलने के ऑपरेशन के लंबे समय के भरोसेमंद फॉलो-अप आंकड़े मौजूद नहीं थे [3]। **359** मरीज़ों के एक नेटवर्क मेटा-एनालिसिस में पाया गया कि कलाई बदलने के ऑपरेशन ने सूजन वाले (इन्फ्लेमेटरी) और बिना सूजन वाले, दोनों तरह के गठिया में, ऑपरेशन से पहले के स्कोर की तुलना में DASH, दर्द और PRWE स्कोर में काफ़ी सुधार किया [4]।

तो दोनों काम करते हैं, और दोनों में जटिलताओं की दर मोटे तौर पर पांच में से एक है। असली फ़र्क इसमें है कि हर एक आपको किस हालत में छोड़ता है और वह किस तरह नाकाम होता है। फ्यूज़न टिकाऊ और अनुमान लगाने लायक होता है, और उसकी नाकामी का तरीका हड्डी का न जुड़ना (नॉनयूनियन) है, एक तय समस्या जिसका एक तय समाधान है। जोड़ बदलने से हरकत बनी रहती है, और उसकी नाकामी का तरीका सालों में इम्प्लांट का ढीला होना है, एक ऐसे जोड़ में जो एक लंबे लीवर के सिरे पर है और जिसमें दोबारा ऑपरेशन के लिए हड्डी सीमित 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

लंबे समय के आंकड़ों की कमी ईमानदारी से मानी जाने वाली सीमा है, और यही वजह है कि उम्र और हाथ से लिए जाने वाले काम इतना ज़्यादा मायने रखते हैं: बदली गई कलाई को उस व्यक्ति की ज़रूरत से ज़्यादा समय तक चलना चाहिए।

फ्यूज़न के बाद हड्डियों के जुड़ने की दर भरोसेमंद है

जहां फ्यूज़न चुना जाता है, वहां तकनीक के अलग-अलग तरीकों से ज़्यादा फ़र्क पड़ता नहीं दिखता। **3,517** मरीज़ों में, कलाई के पूरे आर्थ्रोडेसिस की अलग-अलग तकनीकों के बीच, या कार्पोमेटाकार्पल जोड़ के अलग-अलग इलाजों के बीच, **हड्डियों के जुड़ने या जटिलताओं के होने में कोई फ़र्क नहीं था**, हालांकि लेखक बताते हैं कि शामिल किए गए अध्ययन कम गुणवत्ता वाले थे और उनमें काफ़ी भिन्नता थी, जिससे भरोसा सीमित हो जाता है [5]।

संदर्भ

[1] Fidanza A, Necozione S, Garagnani L. Does anterior plus posterior interosseus neurectomy lead to better outcomes than isolated posterior interosseus neurectomy? A systematic review and meta-analysis. EFORT Open Rev. 2023;8(3):110-6. https://doi.org/10.1530/EOR-22-0089

[2] Chin KWTK, Engelsman AF, van Gulik TM, Strackee SD. Selective denervation of the wrist for chronic pain: a systematic literature review. J Hand Surg Eur Vol. 2019;45(3):265-72. https://doi.org/10.1177/1753193419886777

[3] Zhu XM, Perera E, Gohal C, Dennis B, Khan M, Alolabi B. A systematic review of outcomes of wrist arthrodesis and wrist arthroplasty in patients with wrist arthritis. J Hand Surg Eur Vol. 2020;46(3):297-303. https://doi.org/10.1177/1753193420953683

[4] Chong HH, Zabaglo M, Asif A, Boksh K, Kulkarni K. A systematic review and network meta-analysis of outcomes after total wrist arthroplasty. J Hand Surg Eur Vol. 2023;49(1):17-24. https://doi.org/10.1177/17531934231199317

[5] Owen DH, Booth JW, Agius PA, Perriman DM, Smith PN, Roberts CJ. Union and complication rates after total wrist arthrodesis: a systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am. 2025;50(4):508.e1-508.e12. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.10.011

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