PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

کہنی کا ڈھیلا پن (Elbow Instability)

کہنی کے لیگامنٹ — النر اور ریڈیل کولیٹرل لیگامنٹ (ulnar and radial collateral ligaments) کہنی کو مستحکم رکھنے والے بڑے بندھن ہیں۔

4.0 Kieran Hirpara

اس صفحے کا ترجمہ مشین سے کیا گیا ہے اور ابھی تک کسی ڈاکٹر نے اس کی جانچ نہیں کی۔ **انگریزی نسخہ** ہی مستند ہے۔

آپ کو کیا محسوس ہوتا ہے

آپ کی کہنی ڈھیلی محسوس ہو سکتی ہے، جیسے یہ اپنی جگہ سے کھسک جائے گی، یا جب آپ اس سے کچھ دھکیلیں یا کھینچیں تو یہ بار بار جواب دے سکتی ہے۔ کچھ لوگ یہ کھلے ہوئے ہاتھ کے بل گرنے کے بعد محسوس کرتے ہیں۔ کچھ اور لوگوں کا جوڑ ماضی میں اپنی جگہ سے نکل چکا ہوتا ہے (dislocation)، اور تب سے جوڑ کبھی پوری طرح ٹھیک محسوس نہیں ہوا۔

درد اس بات پر منحصر ہے کہ کہنی کا کون سا حصہ متاثر ہوا ہے۔ کہنی کی اندرونی طرف، جب آپ کوئی چیز پھینکتے، اٹھاتے، یا ریکٹ یا ہتھوڑے جیسی کوئی چیز گھماتے ہیں تو آپ کو تیز دکھن محسوس ہو سکتی ہے۔ پھینکنے والے کھلاڑی اکثر اسے پھینکنے کی حرکت کے اس مرحلے میں محسوس کرتے ہیں جب بازو پوری قوت سے آگے آتا ہے، اور کچھ کو ایک "پاپ" کی آواز سنائی دیتی ہے اور وہ کھیل جاری نہیں رکھ پاتے۔ باہر والی طرف، جب آپ کرسی سے زور لگا کر اٹھتے ہیں، پُش اپ کرتے ہیں، یا میز پر ہاتھ ٹکا کر جھکتے ہیں تو کہنی غیر مستحکم محسوس ہو سکتی ہے۔ کہنی کو پوری طرح سیدھا کرنے پر درد بڑھ سکتا ہے، اور کچھ لوگوں کو کٹ کٹ کی آواز یا ایسا احساس ہوتا ہے کہ جوڑ اٹک رہا ہے یا جکڑا جا رہا ہے۔

اکڑاؤ عام ہے۔ ہو سکتا ہے آپ بازو کو پوری طرح سیدھا نہ کر سکیں، اور وہ کام مشکل ہو جائیں جن کے لیے سیدھی کہنی چاہیے: اونچی الماری تک ہاتھ پہنچانا، ٹرے اٹھا کر لے جانا، یا نیچی کرسی سے زور لگا کر اٹھنا۔ کسی چیز کو پکڑنا اور مروڑنا بھی تکلیف دہ ہو سکتا ہے، اس لیے مرتبان کھولنے یا دروازے کا ہینڈل گھمانے میں معمول سے زیادہ زور لگ سکتا ہے۔

اگر آپ پھینکنے والے یا سر سے اوپر ہاتھ لے جانے والے کھیل کھیلتے ہیں تو آپ اپنی کارکردگی میں کمی محسوس کر سکتے ہیں۔ آپ کی پھینکی ہوئی گیند کی رفتار اور آپ کی برداشت کم ہو جاتی ہے، اور تربیت کے بعد کہنی میں دکھن رہتی ہے اور رات بھر میں ٹھیک نہیں ہوتی۔ کہنی کی اندرونی طرف چھونے پر درد ہو سکتا ہے، اور دکھن کبھی کبھی اس طرف کی اس عصب (funny bone nerve) کی طرف پھیل جاتی ہے جس سے ٹکرانے پر کرنٹ جیسا جھٹکا لگتا ہے، اور ساتھ جھنجھناہٹ یا گرفت کی کمزوری ہو سکتی ہے۔

کچھ علامات بتاتی ہیں کہ جوڑ ٹھیک طرح سے جڑا نہیں رہ رہا۔ اگر آپ کی کہنی کو اپنی جگہ پر رکھنے کے لیے مڑے ہوئے زاویے پر تھامنا پڑتا ہے، یا یہ بار بار اپنی جگہ سے نکل جاتی ہے، تو اس پر انتظار کرنے کے بجائے جلد توجہ کی ضرورت ہے۔

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

دراصل کیا ہو رہا ہے

آپ کی کہنی ایک بہت کسا ہوا، مضبوطی سے جڑا جوڑ بننے کے لیے بنی ہے۔ بازو کی اوپری ہڈی کے سرے پر گہری نالیاں ہوتی ہیں جن میں بازو کے پچھلے حصے (forearm) کی ہڈیاں بیٹھ جاتی ہیں، کچھ ایسے جیسے ایک قبضہ اچھی طرح بنے ہوئے شکنجے میں بیٹھا ہو۔ جوڑ کو جوڑے رکھنے کا زیادہ تر کام یہی بناوٹ کرتی ہے۔ پھر کہنی کی اندرونی اور باہر والی طرف لیگامنٹ (ligament)، یعنی وہ مضبوط بندھن جو ایک ہڈی کو دوسری ہڈی سے جوڑتا ہے، کی مضبوط پٹیاں خیمے کی رسیوں کی طرح کام کرتی ہیں، اور جب آپ کہنی موڑتے، سیدھی کرتے، گھماتے اور دھکیلتے ہیں تو ہر چیز کو سیدھ میں رکھتی ہیں۔

جوڑ کا ڈھیلا پن (instability) کا مطلب ہے کہ ان رسیوں میں سے ایک یا زیادہ کھنچ گئی ہیں یا پھٹ گئی ہیں، اس لیے جوڑ کی سطحیں سیدھ سے ہٹ کر کھسک سکتی ہیں۔ جوڑ کا مکمل طور پر اپنی جگہ سے نکل جانا (dislocation) وہ حالت ہے جب جوڑ پوری طرح الگ ہو جائے۔ جزوی کھسکاؤ، جس میں سطحیں اپنی جگہ سے ہٹتی ہیں لیکن پوری طرح الگ نہیں ہوتیں، اٹکنے، کٹ کٹ کی آواز، یا ایسے جوڑ جیسا محسوس ہو سکتا ہے جو بس جواب دینے والا ہو۔ دونوں ایک ہی قسم کی چوٹ کے سلسلے کا حصہ ہیں۔

زیادہ تر ڈس لوکیشن کھلے ہوئے ہاتھ کے بل گرنے سے ہوتی ہیں۔ قوت بازو میں اوپر کی طرف جاتی ہے اور لیگامنٹ پھاڑ دیتی ہے، جو عام طور پر کہنی کی باہر والی طرف سے شروع ہوتا ہے اور قوت بڑھنے کے ساتھ اندرونی طرف تک پھٹتا چلا جاتا ہے۔ جب ڈس لوکیشن کے ساتھ ان جگہوں سے ہڈی کے چھوٹے ٹکڑے بھی ٹوٹ جائیں جہاں یہ لیگامنٹ جڑے ہوتے ہیں، یا جوڑ کی باہر والی طرف کی گول ہڈی یا کہنی کے اگلے حصے کے ہڈی کے ابھار کو نقصان پہنچے، تو جوڑ اپنی رسیوں والا سہارا بھی کھو دیتا ہے اور اپنی ہڈیوں کی بناوٹ کا کچھ حصہ بھی۔ یہ ملی جلی چوٹ ٹھیک ہونے میں زیادہ مشکل ہوتی ہے اور اس کے بعد کہنی کے ڈھیلا رہ جانے کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔

کون سی پٹی متاثر ہوئی ہے، اسی سے سمجھ آتا ہے کہ آپ کیا محسوس کرتے ہیں۔ جب آپ کوئی چیز پھینکتے ہیں تو اندرونی لیگامنٹ پر زور پڑتا ہے، اس لیے وہاں پھٹاؤ ہو تو پھینکنے اور اٹھانے کے دوران درد ہوتا ہے۔ جب آپ زور لگا کر اٹھتے ہیں یا ہاتھ پر ٹیک لگاتے ہیں تو باہر والے لیگامنٹ پر زور پڑتا ہے، اس لیے وہاں پھٹاؤ ہو تو یہ حرکتیں غیر محفوظ محسوس ہوتی ہیں۔ اگر جوڑ کی سطحیں اب ہموار طریقے سے سیدھ میں نہ رہیں تو برسوں کے دوران کہنی اکڑ بھی سکتی ہے اور غیر ہموار طریقے سے گھس بھی سکتی ہے۔

زیادہ تر کہنیاں جو ایک بار اپنی جگہ سے نکلتی ہیں اور جلد واپس بٹھا دی جاتی ہیں، جلد حرکت شروع کرنے سے ٹھیک ہو جاتی ہیں۔ تھوڑی سی کہنیاں ڈھیلی محسوس ہوتی رہتی ہیں، اور یہی وہ کہنیاں ہیں جن میں سہارا دوبارہ بنانے کے لیے سرجری کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

ہم اس کے لیے کیا کر سکتے ہیں

ڈاکٹر کیرن ہِرپرا، جو Mater Private Hospital Rockhampton میں بازو اور ہاتھ کے سرجن (upper-limb surgeon) ہیں، علاج کو آپ کی مخصوص چوٹ کے مطابق طے کرتے ہیں۔ عام طور پر مریضوں کو ان کا فیملی ڈاکٹر (GP) ریفرل (referral) دے کر ہمارے کلینک بھیجتا ہے؛ اگر کسی فزیوتھراپسٹ نے آپ کو ہمیں دکھانے کا مشورہ دیا ہے، تب بھی میڈیکیئر (Medicare) کی طرف سے رقم کی واپسی (rebate) کا حق دار ہونے کے لیے آپ کو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ریفرل لینا ہوگا۔ کلینک میں ملاقات پر ہم آپ سے آپ کی تکلیف کی تفصیل پوچھتے ہیں، آپ کی کہنی کا معائنہ کرتے ہیں، اور جہاں ضرورت ہو ایکسرے یا اسکین کرواتے ہیں۔

زیادہ تر کہنیاں جو ایک بار اپنی جگہ سے نکلتی ہیں اور جلد واپس بٹھا دی جاتی ہیں، ان میں پہلا قدم سرجری نہیں ہوتا۔ جوڑ کو واپس اپنی جگہ پر بٹھایا جاتا ہے، ایکسرے پر چیک کیا جاتا ہے، اور کہنی کو 90 ڈگری پر مڑا رکھ کر تھوڑی دیر کے لیے اسپلنٹ میں آرام دیا جاتا ہے۔ اسپلنٹ میں تقریباً 5 سے 7 دن کے بعد حرکت شروع ہو جاتی ہے۔ جلد حرکت اس لیے اہم ہے کہ اس چوٹ کے بعد سب سے عام مسئلہ کہنی کا اکڑ جانا ہے۔ فزیوتھراپی میں اس حد کے اندر کہنی موڑنے اور سیدھی کرنے پر کام کیا جاتا ہے جو محفوظ محسوس ہو، اور طاقت دوبارہ بنانے پر بھی۔ اگر اس حد کے اندر کہنی مستحکم ہو، تو دو دن اسپلنٹ اور اس کے بعد جلد حرکت کافی ہے۔ کسی اور چیز کے بارے میں سوچنے سے پہلے اس طریقے کو پورا موقع دیں۔

ہم کہنی کے ڈھیلے پن کے لیے کورٹیسون یا کوئی اور انجکشن استعمال نہیں کرتے، اس لیے ہم آپ کو یہ پیش نہیں کریں گے۔

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

سرجری کی بات تب آتی ہے جب جوڑ اپنی جگہ پر نہ ٹکے۔ اگر آپ کی کہنی کو اپنی جگہ پر رہنے کے لیے تقریباً 50 سے 60 ڈگری سے زیادہ مڑا ہوا رکھنا پڑے، یا جب اسے مکمل سیدھا ہونے سے 30 ڈگری پہلے والی حد سے آگے سیدھا کیا جائے تو یہ نکل جاتی ہو، تو امکان کم ہے کہ لیگامنٹ خود ٹھیک ہو جائیں گے۔ یہی بات تب بھی لاگو ہوتی ہے جب ہڈی یا نرم بافت کا کوئی ٹکڑا جوڑ میں پھنس کر اسے روک رہا ہو، اگر ڈس لوکیشن کے ساتھ فریکچر (ہڈی کا ٹوٹنا) بھی ہوئے ہوں، یا اگر جلد پھٹ گئی ہو یا اعصاب اور خون کی نالیوں کو چوٹ لگی ہو۔ ایسی صورتوں میں ہم پھٹے ہوئے لیگامنٹ کی مرمت کرتے ہیں یا انہیں دوبارہ بناتے ہیں، عام طور پر باہر والے لیگامنٹ سے شروع کر کے، اور ہڈی کے ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو جوڑتے ہیں تاکہ جوڑ کی سطحیں دوبارہ سیدھ میں آ جائیں۔ اگر اس کے بعد بھی کہنی ڈھیلی ہو تو ایک عارضی بیرونی فریم جوڑ کو بھرنے تک اپنی جگہ پر رکھ سکتا ہے۔ جو کہنی لمبے عرصے سے ڈھیلی رہی ہو، اس میں لیگامنٹ کی دوبارہ تعمیر (ligament reconstruction) کے ذریعے کھنچی ہوئی پٹی کی جگہ نئی بافت لگائی جاتی ہے۔ ہم آپ کے ساتھ ہر طریقے کی تفصیل پر بات کریں گے اور آپ کے ساتھ مل کر فیصلہ کریں گے کہ آپ کی کہنی اور آپ کے مقاصد کے لیے کیا مناسب ہے۔

کیا توقع رکھیں

زیادہ تر لوگوں میں، جو کہنی ایک بار اپنی جگہ سے نکلے اور جلد واپس بٹھا دی جائے، وہ جلد حرکت شروع کرنے سے ٹھیک ہو جاتی ہے۔ جب اس کا علاج اس طرح کیا جائے تو طویل مدت میں اچھے نتائج عام بات ہیں۔ تھوڑے سے لوگوں کو، یعنی آپریشن کے بغیر علاج کیے جانے والے ہر 100 میں سے تقریباً 8 کو، بعد میں بھی ڈھیلے پن کا احساس ہوتا رہتا ہے۔ ہر 100 میں سے تقریباً 2 کو آخرکار جوڑ کو مستحکم کرنے کے لیے آپریشن کی ضرورت پڑتی ہے، زیادہ تر چوٹ کے 4 سال کے اندر۔

صحت یابی میں دنوں کے بجائے ہفتے لگتے ہیں۔ اکڑاؤ سب سے عام رکاوٹ ہے، اور یہی وجہ ہے کہ آپ کی دیکھ بھال کرنے والی ٹیم کہنی کو لمبے عرصے تک آرام دینے کے بجائے جلد حرکت میں لائے گی۔ پہلے ایک یا دو ہفتوں میں آپ نرمی سے کہنی موڑنے اور سیدھی کرنے پر کام کریں گے، اکثر فزیوتھراپسٹ کی مدد سے۔ اگلے ہفتوں میں حرکت کی حد بڑھتی ہے، اور اس کے بعد طاقت کی ورزشیں آتی ہیں۔ فزیوتھراپی آپ کی کلائی، ہاتھ اور کندھے کا بھی خیال رکھتی ہے، کیونکہ جب کہنی کو بچایا جا رہا ہو تو بازو کا باقی حصہ اکڑ یا کمزور ہو سکتا ہے۔ کسی ایک لمحے کی توقع نہ رکھیں جب کہنی اچانک پھر سے نارمل محسوس ہو، بلکہ مسلسل بہتری کی توقع رکھیں۔

جب سرجری کی ضرورت ہو تو نتیجہ اس بات پر منحصر ہے کہ چوٹ سے کتنا نقصان ہوا۔ بہت سے لوگوں میں کہنی موڑنے، سیدھی کرنے اور بازو کے نچلے حصے کو گھمانے کی حرکت تقریباً پوری واپس آ جاتی ہے، اور ڈھیلے پن کا احساس ختم ہو جاتا ہے۔ کچھ چوٹیں دوسروں کے مقابلے میں ٹھیک ہونے میں زیادہ مشکل ہوتی ہیں۔ جہاں ڈس لوکیشن کے ساتھ فریکچر بھی ہوئے ہوں، وہاں اکڑاؤ، مستقل ڈھیلا پن، درد اور جوڑ کا گھساؤ طویل مدت تک مسئلہ رہ سکتے ہیں، چاہے علاج کتنا ہی اچھا کیوں نہ ہو۔ ان زیادہ شدید چوٹوں کے ایک حصے میں، یعنی ہر 100 میں سے تقریباً 20 سے 25 میں، کسی وقت مزید آپریشن کی ضرورت پڑتی ہے۔

واقعی غیر مستحکم کہنی کو یوں ہی چھوڑ دینے کا نتیجہ شاذ و نادر ہی اچھا نکلتا ہے۔ جو جوڑ اپنی جگہ پر نہ ٹکے وہ عموماً ڈھیلا ہی رہتا ہے، اور کھسکتی ہوئی سطحیں برسوں کے دوران غیر ہموار طریقے سے گھس سکتی ہیں۔ اگر آپ کی کہنی کو اپنی جگہ پر رہنے کے لیے کافی مڑا ہوا رکھنا پڑے، یا یہ بار بار کھسکتی رہے، تو یہی وہ وقت ہے جب انتظار کرنے کے بجائے سرجری کے بارے میں بات کی جائے۔

ان میں سے کوئی بات آپ کی اپنی کہنی کے بارے میں وعدہ نہیں ہے۔ جب آپ کے سرجن کو معلوم ہو جائے گا کہ کون سی ساختیں زخمی ہیں اور آپ کے ایکسرے یا اسکین کیا دکھاتے ہیں، تو وہ آپ کو زیادہ واضح تصویر دیں گے۔

ڈاکٹر کو کب دکھائیں

کچھ علامات کا مطلب ہے کہ آپ کی کہنی کا انتظار کرنے کے بجائے جلد معائنہ ضروری ہے۔ اگر آپ کی کہنی اپنی جگہ سے کھسک جائے، یا اسے اپنی جگہ پر رکھنے کے لیے مڑے ہوئے زاویے پر تھامنا پڑے، تو کسی ماہر ڈاکٹر سے معائنہ کروائیں۔ یہی بات تب بھی لاگو ہوتی ہے اگر کرسی سے زور لگا کر اٹھتے یا ہاتھ پر ٹیک لگاتے وقت یہ بار بار جواب دیتی ہو، یا اگر ڈس لوکیشن کے بعد واپس بٹھایا گیا جوڑ ہفتوں بعد بھی ڈھیلا محسوس ہو۔

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

پھینکنے والے کھلاڑیوں کو کہنی کی اندرونی طرف کے درد کو سنجیدگی سے لینا چاہیے۔ اگر درد صرف زور سے پھینکنے پر ہو، اگر آپ کو "پاپ" کی آواز سنائی دے اور آپ کھیل جاری نہ رکھ سکیں، یا اگر آپ کی پھینکی ہوئی گیند کی رفتار اور آپ کی برداشت کم ہو رہی ہو، تو اپنے فیملی ڈاکٹر کو دکھائیں۔ اس عصب کے قریب جھنجھناہٹ جس سے ٹکرانے پر کرنٹ جیسا جھٹکا لگتا ہے، گرفت کی کمزوری، یا ایسی کہنی جو جکڑ جاتی ہو یا اٹکتی ہو، ان کا بھی معائنہ ہونا چاہیے۔

اگر کہنی واضح طور پر اپنی جگہ سے ہٹی ہوئی ہو، ٹیڑھی نظر آئے، یا بازو سُن یا ٹھنڈا محسوس ہو یا اس کا رنگ اُڑ گیا ہو، تو ہسپتال کی ایمرجنسی جائیں۔ جو جوڑ واپس اپنی جگہ پر نہ بیٹھے اسے اسی دن علاج کی ضرورت ہے۔

مزید تفصیل

یہ حصہ اس سے آگے جاتا ہے جتنا آپ کو اپنے علاج کے فیصلوں کے لیے جاننے کی ضرورت ہے۔ یہ اس لیے دیا گیا ہے کہ "کہنی کا ڈھیلا پن" کئی کافی مختلف مسائل کو شامل کرتا ہے جن کے نتائج بھی کافی مختلف ہوتے ہیں، اور اس لیے کہ ایک سادہ ڈس لوکیشن کا انجام کیا ہوگا، اس پر سب سے بڑا اثر پہلے دو ہفتوں میں کیے گئے ایک فیصلے کا ہوتا ہے، ایسا فیصلہ جس میں شواہد اور جوڑ کو بچانے کی فطری خواہش الٹی سمتوں کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔

"کہنی کا ڈھیلا پن" کوئی ایک تشخیص نہیں

اس اصطلاح میں ہر چیز شامل ہے: ایسا جوڑ جو ایک بار اپنی جگہ سے نکلا اور اب مستحکم ہے، ایسا جوڑ جو روزمرہ کاموں میں جواب دے جاتا ہے، اور فریکچر کے ساتھ ڈس لوکیشن (fracture-dislocation) جس میں لیگامنٹ کے ساتھ ہڈی بھی ٹوٹ گئی ہو۔ سرجن ایک صدی سے بھی زیادہ عرصے سے ان صورتوں کی درجہ بندی کرنے کی کوشش کر رہے ہیں، اور اب بھی متفق نہیں: 130 سال کی کوششوں کے ایک جائزے نے یہ نتیجہ نکالا کہ "نام رکھنے اور درجہ بندی دونوں کے بارے میں غیر یقینی صورتیں اب بھی موجود ہیں"، اور اس کے بعد ایک قومی طبی تنظیم کے ورکنگ گروپ نے دوبارہ کوشش کی [1]۔

یہ بات آپ کے لیے ایک عملی وجہ سے اہم ہے۔ جب آپ "کہنی کے ڈھیلے پن" کے نتائج کے اعداد پڑھتے ہیں، تو ہو سکتا ہے وہ ایسے مریضوں کے گروپ کے بارے میں ہوں جن کی چوٹیں آپ کی چوٹ جیسی بالکل نہیں تھیں۔ سب سے اہم فرق **سادہ** (صرف لیگامنٹ) اور **پیچیدہ** (لیگامنٹ کے ساتھ ٹوٹی ہوئی ہڈی) کا ہے؛ یہ دونوں بہت مختلف راستوں پر چلتے ہیں۔

دو سمتیں جن کے نام ہیں: PLRI اور PMRI

سادہ اور پیچیدہ کے فرق کے علاوہ، آپریشن کا تعین کرنے والی بات وہ سمت ہے جس میں جوڑ جواب دیتا ہے۔ اس کا زیادہ تر حصہ دو نام والی صورتوں میں آتا ہے [1]۔

پوسٹیرو لیٹرل روٹیٹری انسٹیبلٹی (posterolateral rotatory instability, PLRI) عام قسم ہے، اور زیادہ تر لوگ "غیر مستحکم کہنی" سے یہی مراد لیتے ہیں۔ یہ وہ صورت ہے جو عام چوٹ سے پیدا ہوتی ہے: کھلے ہوئے ہاتھ کے بل گرنا، جس سے کہنی پر اس وقت زور پڑتا ہے جب بازو کا نچلا حصہ باہر کی طرف گھوم رہا ہو۔ نقصان جوڑ کے گرد ایک دائرے میں چلتا ہے، باہر والی طرف کے **لیٹرل النر کولیٹرل لیگامنٹ (lateral ulnar collateral ligament)** سے شروع ہو کر جوڑ کی تھیلی (capsule) کے گرد آگے اور پیچھے بڑھتا ہے، اور اندرونی لیگامنٹ تک سب سے آخر میں پہنچتا ہے۔ چونکہ یہ باہر والی طرف سے شروع ہوتا ہے، اس لیے پہلا مرحلہ مکمل ڈس لوکیشن کے بجائے جوڑ کا جزوی طور پر کھسکنا (subluxation) ہوتا ہے، اور اسے ٹھیک کرنے کے لیے باہر والے لیگامنٹ ہی کی مرمت یا دوبارہ تعمیر کرنی پڑتی ہے۔ جب آپ نے اس حصے میں پہلے باہر والے لیگامنٹ کی دوبارہ تعمیر اور اس کے بعد مسئلہ دوبارہ ہونے کی 0 سے 33 فیصد کی حد کے بارے میں پڑھا، تو وہ PLRI کا علاج تھا۔

علامات کے لحاظ سے یہ وہ صورت ہے جس میں آپ کرسی سے زور لگا کر اٹھنے سے، یا ہتھیلی اوپر کی طرف رکھ کر بازو پر وزن ڈالنے سے گھبراتے ہیں، کیونکہ ان حالتوں میں جوڑ گھوم کر کھل سکتا ہے۔

پوسٹیرو میڈیل روٹیٹری انسٹیبلٹی (posteromedial rotatory instability, PMRI) کم عام ہے، اس کا چھوٹ جانا آسان ہے، اور یہ کم معاف کرنے والی ہے۔ اس میں چوٹ کا طریقہ الٹ ہوتا ہے: ویرس (varus، یعنی اندر کی طرف موڑنے والی) قوت، جبکہ بازو کا نچلا حصہ

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

اندر کی طرف گھوم رہا ہو، اور یہ باہر والے لیگامنٹ کو نقصان پہنچاتی ہے اور ساتھ ہی **کورونائڈ کے اینٹیرومیڈیل فیسٹ (anteromedial facet of the coronoid)** کو کاٹ کر توڑ دیتی ہے، جو النا (ulna)، چھوٹی انگلی والی طرف کی ہڈی، کے اندرونی اگلے حصے پر ہڈی کا ایک چھوٹا سا تختہ ہے جس پر جوڑ ٹکتا ہے۔

یہی ٹکڑا اصل مسئلہ ہے۔ جسمانی ساخت پر کی گئی تحقیق سے پتا چلتا ہے کہ اوسطاً **اینٹیرومیڈیل فیسٹ کا 58 فیصد حصہ** اپنے پیچھے کی ہڈی کے ڈنڈے کے **سہارے کے بغیر** ہوتا ہے، اس لیے یہ الگ ٹکڑے کی صورت میں ٹوٹتا ہے اور عام ایکسرے پر آسانی سے نظر سے رہ جاتا ہے [2]۔ اسے نظر انداز کرنا مہنگا پڑتا ہے: جوڑ تھوڑا سا سیدھ سے ہٹا رہ جاتا ہے اور رگڑ کھاتا ہے۔ ایک رپورٹ میں ایسی کہنی کا ذکر ہے جس کے ڈھیلے پن کا علاج نہیں کیا گیا تھا، اور چوٹ کے **صرف 26 ماہ بعد اس میں جوڑ کی واضح خرابی (arthrosis)** پیدا ہو چکی تھی [3]۔ یہی وجہ ہے کہ جب چوٹ کی نوعیت سے اس کا شبہ ہو تو اکثر سی ٹی اسکین کروایا جاتا ہے، اور یہ کہ کورونائڈ کا جو ٹکڑا چھوٹا نظر آئے اسے بھی جوڑنے (fixation) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

آپ کے لیے عملی بات یہ ہے: یہ الگ الگ چوٹیں ہیں جن کے لیے الگ الگ آپریشن درکار ہیں، اور "میرے دوست کی کہنی غیر مستحکم تھی اور اس کا فلاں آپریشن ہوا" والی بات شاید آپ کی کہنی پر بالکل لاگو نہ ہو۔

پہلے دو ہفتے تقریباً ہر چیز سے زیادہ اہم ہیں

ڈس لوکیشن کے بعد فطری خواہش یہ ہوتی ہے کہ جوڑ کو پلستر یا بریس میں بند کر کے بچایا جائے۔ کہنی اس خواہش کی سزا دیتی ہے۔ اس میں اکڑنے کا رجحان غیر معمولی طور پر زیادہ ہے، اور اکڑاؤ تقریباً اسی تناسب سے ہوتا ہے جتنی دیر اسے بے حرکت رکھا گیا۔

ایک جائزے نے اسے اعداد میں بیان کیا: سادہ ڈس لوکیشن کے بعد، اگر بے حرکت رکھنے کی مدت **25 دن** سے زیادہ ہو تو کہنی کے پوری طرح سیدھا ہونے میں **کم از کم 30 ڈگری** کی مستقل کمی کی توقع کی جا سکتی ہے، لیکن اگر کہنی **پانچ دن** کے اندر دوبارہ حرکت کرنے لگے تو یہ کمی **صرف 3 ڈگری** تک ہو سکتی ہے [4]۔ یہ تقریباً اس کہنی کے درمیان پورا فرق ہے جسے آپ بھول جاتے ہیں اور اس کہنی کے جو آپ کو ہر روز محسوس ہوتی ہے۔

ایک رینڈمائزڈ ٹرائل (randomised trial، FuncSiE) نے سادہ ڈس لوکیشن میں جلد حرکت کا تین ہفتے پلستر میں رکھنے سے موازنہ کر کے اسے براہِ راست جانچا [5]۔ چھ ہفتوں پر جلد حرکت والے گروپ میں حرکت کا دائرہ واضح طور پر زیادہ تھا (102 ڈگری کے مقابلے میں 121 ڈگری)، معذوری کم تھی، اور **وہ 18 کے مقابلے میں 10 دن** میں کام پر واپس آ گئے۔ ایک سال تک دونوں گروپوں میں کوئی فرق نہیں رہا، اور سب سے اہم بات یہ کہ **کسی بھی گروپ میں کوئی کہنی دوبارہ اپنی جگہ سے نہیں نکلی** [5]۔ پلستر نے جس خطرے سے بچاؤ فراہم کیا وہ خطرہ پیش ہی نہیں آیا، اور اس بچاؤ کی قیمت اکڑاؤ اور ضائع ہونے والے ہفتوں کی صورت میں ادا کی گئی۔

یہی وجہ ہے کہ آپ کی بحالی جلد شروع ہوتی ہے، اور یہ کہ جوڑ کو ایک طے شدہ دائرے میں روکنے والے قبضے والے بریس کے بجائے آرام کے لیے ایک سادہ سلنگ (sling)، یعنی گلے سے لٹکی وہ پٹی جو بازو کو سہارا دیتی ہے، استعمال کی جاتی ہے۔

سادہ ڈس لوکیشن کے نتائج اچھے ہوتے ہیں — ایک دیانت دارانہ وضاحت کے ساتھ

زیادہ تر سادہ ڈس لوکیشن آپریشن کے بغیر ٹھیک ہو جاتی ہیں۔ لیکن "زیادہ تر" کا مطلب "سب" نہیں: آپریشن کے بغیر علاج کیے جانے والے تقریباً **8 فیصد** لوگوں میں بعد میں مستقل ڈھیلے پن کی علامات رہتی ہیں، اور تقریباً **2 فیصد** کو آخرکار سرجری کی ضرورت پڑتی ہے [6]۔ کچھ چوٹیں جو اس دن سادہ لگتی ہیں بعد میں خراب رویہ دکھاتی ہیں، اسی لیے ہم جوڑ کے اپنی جگہ پر واپس آتے ہی آپ کو فارغ کرنے کے بجائے آپ کا دوبارہ معائنہ کرتے ہیں۔

"ٹیریبل ٹرائیڈ" (TERRIBLE TRIAD) نام اس چوٹ سے زیادہ برا ہے

کہنی کی ڈس لوکیشن کے ساتھ ریڈیس کے سر (radial head) اور کورونائڈ کے فریکچر کے مجموعے کو "ٹیریبل ٹرائیڈ" (خوفناک تکون) کا نام اس لیے دیا گیا کہ اس کے ابتدائی نتائج بہت برے تھے۔ آج کے نتائج کہیں بہتر ہیں: 37 تحقیقات اور 1609 مریضوں کو یکجا کرنے والے ایک جائزے میں اوسط Mayo Elbow Performance Score **90 پایا گیا، جسے بہترین درجہ دیا جاتا ہے** [7]۔

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

اس بات کا دیانت دارانہ دوسرا پہلو پیچیدگیوں کی شرح ہے، جو کم نہیں ہے۔ تقریباً **30 فیصد** مریضوں کو کوئی نہ کوئی پیچیدگی ہوتی ہے، اور **7.8 فیصد** کو مزید سرجری کی ضرورت پڑتی ہے۔ سب سے عام پیچیدگیاں نرم بافتوں میں اضافی ہڈی بن جانا (**11 فیصد**) اور النر عصب (ulnar nerve) کی علامات (**2.6 فیصد**) ہیں [7]۔ لہٰذا: اب اچھا نتیجہ صرف امید نہیں بلکہ متوقع بات ہے، لیکن یہ ایسی چوٹ ہے جس میں دوسرے آپریشن کا حقیقی امکان ہے، اور علاج شروع کرنے سے پہلے یہ جان لینا مناسب ہے۔

جب لیگامنٹ کی سرجری کامیاب نہ رہے تو اکثر وجہ ہڈی ہوتی ہے

دائمی ڈھیلے پن کی سب سے عام صورت کے لیے باہر والے لیگامنٹ کی مرمت یا دوبارہ تعمیر ایک مستند طریقہ ہے۔ تاہم اس کے بعد مسئلے کے دوبارہ ہونے کی بتائی گئی شرح **0 فیصد سے 33 فیصد** تک ہے، اور یہ فرق اتنا وسیع ہے کہ اس سے پتا چلتا ہے کہ صرف آپریشن ہی واحد عنصر نہیں [8]۔

اس کی ایک وجہ یہ ہے کہ ڈھیلا پن ہمیشہ صرف نرم بافتوں کا مسئلہ نہیں ہوتا۔ جوڑ کی باہر والی طرف ہڈی کا گھساؤ یا اس میں کمی، لیگامنٹ کی صحیح طرح دوبارہ تعمیر کے بعد بھی کہنی کو غیر مستحکم رکھ سکتی ہے، اور ہڈی کے مختلف نقائص مل کر ناکامی کا خطرہ بڑھاتے ہیں [8]۔ اسی لحاظ سے دوبارہ آپریشن (revision) بھی زیادہ مشکل ہوتا ہے: باہر والے لیگامنٹ کی دوبارہ تعمیر کے دوبارہ آپریشن کی واحد شائع شدہ سیریز میں ناکامی کی شرح **27 فیصد** بتائی گئی [8]۔ عملی نتیجہ یہ ہے کہ اگر لیگامنٹ کی مرمت کے بعد بھی آپ کی کہنی غیر مستحکم رہے، تو اگلا سوال عموماً ہڈی کے بارے میں ہوتا ہے، نہ کہ اسی نرم بافت والے آپریشن کو دوبارہ کرنے کے بارے میں۔

جوڑ کو اندر سے اپنی جگہ پر رکھنا

جو کہنیاں اتنی غیر مستحکم ہوں کہ صرف مرمت پر بھروسا نہ کیا جا سکے، ان کے لیے روایتی حل ایک بیرونی قبضے والا فریم تھا جو ہفتوں تک بازو کے باہر پہنا جاتا تھا۔ اس کا متبادل **اندرونی جوڑ اسٹیبلائزر (internal joint stabiliser)** ہے، یعنی ایک عارضی اندرونی آلہ جو نرم بافتوں کے بھرنے تک جوڑ کو اپنی جگہ پر رکھتا ہے، اور بعد میں نکال دیا جاتا ہے۔ یہ کہنی کو محفوظ رہتے ہوئے اچھے دائرے میں حرکت کرنے دیتا ہے، اور اصل سیریز میں آخری فالو اپ پر اوسط موڑ 134 ڈگری بتایا گیا [9]۔

یہاں اس طریقے کو ترجیح دینے کی وجہ وہی اصول ہے جو اس صفحے کے باقی حصے میں ہے: ایسا بچاؤ جو حرکت کی اجازت دیتا رہے، اس بچاؤ سے بہتر ہے جو حرکت روک دے۔

حوالہ جات

[1] Marinelli A, Guerra E, Rotini R. Elbow instability: are we able to classify it? Review of the literature and proposal of an all-inclusive classification system. Musculoskelet Surg. 2016;100(Suppl 1):61-71. https://doi.org/10.1007/s12306-016-0424-1

[2] Doornberg JN, de Jong IM, Lindenhovius AL, Ring D. The anteromedial facet of the coronoid process of the ulna. J Shoulder Elbow Surg. 2007;16(6):667-70. https://doi.org/10.1016/j.jse.2007.03.013

[3] Ramirez MA, Stein JA, Murthi AM. Varus posteromedial instability. Hand Clin. 2015;31(4):557-63. https://doi.org/10.1016/j.hcl.2015.06.005

[4] Martin BD, Johansen JA, Edwards SG. Complications related to simple dislocations of the elbow. Hand Clin. 2008;24(1):9-25. https://doi.org/10.1016/j.hcl.2007.11.013

[5] Iordens GIT, Van Lieshout EMM, Schep NWL, De Haan J, Tuinebreijer WE, Eygendaal D, et al. Early mobilisation versus plaster immobilisation of simple elbow dislocations: results of the FuncSiE multicentre randomised clinical trial. Br J Sports Med. 2017;51(6):531-8. https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094704

[6] Robinson PM, Griffiths E, Watts AC. Simple elbow dislocation. Shoulder Elbow. 2017;9(3):195-204. https://doi.org/10.1177/1758573217694163

[7] Stambulic T, Desai V, Bicknell R, Daneshvar P. Terrible triad injuries are no longer terrible! Functional outcomes of terrible triad injuries of the elbow: a systematic review. JSES Rev Rep Tech. 2022;2(2):214-8. https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2022.01.002

[8] O'Driscoll SW, Chaney GK. Preoperative and operative risk factors for failed lateral collateral ligament reconstruction. JSES Int. 2023;7(6):2578-86. https://doi.org/10.1016/j.jseint.2023.03.017

[9] Orbay JL, Mijares MR. The management of elbow instability using an

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

/https://doi.org/10.1007 .internal joint stabilizer. Clin Orthop Relat Res. 2014;472(7):2049-60
s11999-014-3646-2

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