CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

# ایکرومیو کلاویکولر جوڑ کی چوٹ (شولڈر سیپریشن) Acromioclavicular (Joint Injury)

اے سی جوڑ کی چوٹ (شولڈر سیپریشن (shoulder separation)): ہنسلی کی ہڈی کا بیرونی سرا کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی سے الگ ہو کر سیڑھی کی طرح اوپر اٹھ جاتا ہے۔

Root4(one) / Wikimedia Commons, CC BY 2.5

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

یہ چوٹ تقریباً ہمیشہ کندھے کی نوک پر سیدھا گرنے سے شروع ہوتی ہے: سائیکل سے گرنا، کھیل میں ٹیکل یا زوردار ٹکراؤ، یا سخت سطح پر معمولی ٹھوکر کھا کر گرنا۔ فوراً ہی کندھے کا اوپری حصہ دکھنے لگتا ہے، اور اگلے ایک دو دنوں میں اکثر بالکل نوک پر، جہاں آپ کی ہنسلی کی ہڈی کندھے سے ملتی ہے، **چھونے پر درد والی ایک گانٹھ یا سیڑھی نما ابھار** ظاہر ہو جاتا ہے۔

اس جگہ کو چھونے اور بازو اٹھانے پر درد ہوتا ہے، اور جسم کے آر پار یا سر سے اوپر ہاتھ بڑھانا خاص طور پر تکلیف دہ ہو سکتا ہے۔ اگر آپ گانٹھ کو دبائیں تو وہ **اسپرنگ کی طرح** محسوس ہو سکتی ہے، جیسے ہنسلی کی ہڈی کے سرے کو نیچے دبائیں اور وہ واپس اوپر اچھل آئے، کچھ کچھ پیانو کی کلید کی طرح۔ بہت سے لوگ بے اختیار بازو کو سہارا دے کر رکھتے ہیں، کیونکہ اسے لٹکنے دینے سے دکھتے ہوئے جوڑ پر کھنچاؤ پڑتا ہے۔ لوگ **"شولڈر سیپریشن" (shoulder separation)**، **کندھے کا الگ ہو جانا** سے یہی مراد لیتے ہیں، اور یہ کندھے کے جوڑ کا اپنی جگہ سے نکل جانے (dislocation) جیسا نہیں، جس میں کندھے کا گیند نما سرا اپنے ساکٹ سے باہر نکل جاتا ہے۔

## دراصل کیا ہو رہا ہے

آپ کے کندھے کے بالکل اوپر ایک چھوٹا جوڑ ہے جہاں **ہنسلی کی ہڈی (clavicle)** کا بیرونی سرا کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی (shoulder blade) کے ایک ابھرے ہوئے سرے سے ملتا ہے جسے **ایکرومین (acromion)** کہتے ہیں۔ یہ **ایکرومیو کلاویکولر (اے سی) جوڑ (acromioclavicular (AC) joint)** ہے۔ اسے لیگامنٹ (ligament)، یعنی وہ مضبوط بندھن جو ایک ہڈی کو دوسری ہڈی سے جوڑتے ہیں، آپس میں تھامے رکھتے ہیں: کچھ خود جوڑ کے چاروں طرف ہوتے ہیں اور کچھ مضبوط لیگامنٹ تھوڑا نیچے ہوتے ہیں (**کوراکو کلاویکولر** (coracoclavicular)، یا سی سی (CC)، لیگامنٹ) جو خیمے کی رسیوں کی طرح ہنسلی کی ہڈی کو نیچے باندھ کر رکھتے ہیں۔

کندھے کی نوک پر گرنے سے کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی نیچے کی طرف دب جاتی ہے جبکہ ہنسلی کی ہڈی اپنی جگہ رہتی ہے، اور **ان لیگامنٹ پر زور پڑتا ہے یا وہ پھٹ جاتے ہیں۔** جب صرف جوڑ کے اپنے لیگامنٹ میں موچ آتی ہے تو ہنسلی کی ہڈی کم و بیش اپنی جگہ پر رہتی 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

جب خیمے کی رسیوں جیسے زیادہ مضبوط لیگامنٹ بھی پھٹ جاتے ہیں تو ہنسلی کی ہڈی کو نیچے تھامنے والا کچھ نہیں رہتا اور وہ اوپر اٹھ جاتی ہے، اور یہی وہ چیز ہے جس سے نظر آنے والا ابھار اور سیڑھی بنتی ہے۔

سرجن ان چوٹوں کو نقصان کی مقدار کے مطابق درجوں میں تقسیم کرتے ہیں، جس کے لیے ایک پیمانہ استعمال ہوتا ہے جسے **راک ووڈ درجہ بندی (Rockwood classification)**، **I سے VI** کہتے ہیں۔ درجہ **I اور II موچ ہیں** جن میں ہڈی بہت کم یا بالکل نہیں ہٹتی؛ درجہ **III درمیان میں ہے**، جس میں نمایاں ابھار ہوتا ہے لیکن کندھا پھر بھی کافی حد تک ٹھیک کام کرتا ہے؛ اور درجہ **IV سے VI زیادہ شدید چوٹیں ہیں**، جن میں ہنسلی کی ہڈی اپنی جگہ سے بہت زیادہ ہٹ جاتی ہے۔ یہ جاننا مفید ہے کہ یہ مسئلہ **کھسے ہوئے**، **آرتھرائٹس (جوڑ کی خرابی اور سوزش)** والے **اے سی جوڑ** (برسوں کا گھساؤ) سے بھی مختلف ہے اور **ٹوٹی ہوئی ہنسلی کی ہڈی** سے بھی (ان دونوں کے بارے میں ہم الگ سے بات کرتے ہیں)۔

## ہم اس کے لیے کیا کر سکتے ہیں

ہمارے کلینک میں ڈاکٹر کیرن ہِرپرا اس چوٹ کا علاج اس طرح کرتے ہیں کہ پہلے مکمل معائنے اور امیجنگ (ایکسرے وغیرہ) کے ذریعے تشخیص کی تصدیق کرتے ہیں۔

اچھی خبر یہ ہے کہ **زیادہ تر اے سی جوڑ کی چوٹوں میں سرجری کی ضرورت نہیں ہوتی۔**

**کم درجے کی چوٹوں (درجہ I، II اور درجہ III کی زیادہ تر چوٹوں)** کا علاج سادہ ہے۔ چند ہفتوں تک آرام **کے لیے سلنگ (sling)**، **یعنی گلے سے لٹکی وہ پٹی جو بازو کو سہارا دیتی ہے**، جوڑ سے کھنچاؤ ہٹا دیتی ہے اور جلن (irritation) کو کم ہونے دیتی ہے۔ جب ابتدائی درد کم ہو جائے تو **فزیوتھراپی** حرکت بحال کرتی ہے اور کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی اور کندھے کے اردگرد کے پٹھوں کو دوبارہ مضبوط کرتی ہے۔ لوگ عموماً اچھی، اکثر مکمل، کارکردگی دوبارہ حاصل کر لیتے ہیں اور کام اور کھیل پر واپس آ جاتے ہیں۔ ایک سچی بات جو بتانا ضروری ہے وہ ظاہری شکل سے متعلق ہے: سب کچھ ٹھیک ہو جانے کے بعد بھی کندھے کے اوپر کا ابھار اکثر ہمیشہ کے لیے رہ جاتا ہے۔ یہ دوسری طرف سے مختلف نظر آتا ہے، لیکن عموماً کندھے کے کام میں رکاوٹ نہیں بنتا۔

**سرجری صرف ان چوٹوں کے لیے رکھی جاتی ہے جنہیں اس کی ضرورت ہو۔** اس کا مطلب ہے **زیادہ شدید چوٹیں (درجہ IV، V اور VI)**، جن میں ہنسلی کی ہڈی اپنی جگہ سے بہت ہٹی ہوتی ہے، اور کم درجے کی چوٹوں کا وہ چھوٹا گروپ جو مناسب بحالی کے باوجود درد والا، کمزور یا ڈھیلا (غیر مستحکم) رہتا ہے، خاص طور پر ان لوگوں میں جو جسمانی مشقت والا بھاری کام یا سر سے اوپر کا کام کرتے ہیں، یا سنجیدہ کھلاڑیوں میں۔ آپریشن میں پھٹے ہوئے لیگامنٹ کو دوبارہ بنایا جاتا ہے تاکہ ہنسلی کی ہڈی کو نیچے اس کی صحیح جگہ پر کھینچ کر لایا جائے اور ٹھیک ہونے تک وہیں تھامے رکھا جائے۔ اس کے بارے میں ہم اے سی جوڑ کو مستحکم کرنے کے آپریشن (AC joint stabilisation) کے تحت الگ سے بات کرتے ہیں۔

## کیا توقع رکھیں

کم درجے کی چوٹ والے لوگوں کی بہت بڑی اکثریت کے لیے صورتحال تسلی بخش ہے۔ تیز درد چند ہفتوں میں کم ہو جاتا ہے، اور فزیوتھراپی کے ساتھ کندھا مسلسل اپنی طاقت اور حرکت کی حد دوبارہ حاصل کرتا ہے۔ زیادہ تر لوگ اپنی معمول کی سرگرمیوں اور کھیل پر واپس آ جاتے ہیں، یہ قبول کرتے ہوئے کہ **ابھار چوٹ کی ایک مستقل یادگار رہ سکتا ہے** لیکن کندھے کے کام کو محدود نہیں کرتا۔ درجہ III کی کچھ چوٹیں بھی، جو شروع میں بہت ڈرامائی لگتی ہیں، سرجری کے بغیر اچھی طرح ٹھیک ہو جاتی ہیں۔

جن چوٹوں میں زیادہ وقت لگتا ہے وہ زیادہ شدید چوٹیں ہیں، اور کم درجے کی وہ چوٹیں جو بس ٹھیک نہیں ہوتیں۔ یہاں سوال یہ ہے کہ **کیا لیگامنٹ کی دوبارہ تعمیر (reconstruction) سے کندھا زیادہ مستحکم، زیادہ مضبوط اور کم درد والا ہو جائے گا** ان ضروریات کے لیے جو آپ اس سے پوری کرواتے ہیں، اور اس کا جواب بہت حد تک آپ کے کام، آپ کے کھیل اور پہلے چند ہفتوں میں کندھے کی حالت پر منحصر ہے۔ اس بات کے اچھے شواہد موجود ہیں کہ یہ فیصلہ جلدبازی کے بغیر کرنا بہتر ہے، یعنی سرجری کا فیصلہ کرنے سے پہلے کندھے کو مناسب موقع دیا جائے، لیکن ساتھ ہی واضح طور پر ڈھیلی (غیر مستحکم)، زیادہ شدید چوٹ کو غیر معینہ مدت تک نہ چھوڑا جائے۔

**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

## ڈاکٹر کو کب دکھائیں

- **کندھے کی نوک پر گرنا** جس کے بعد کندھے میں درد رہے اور اوپر چھونے پر درد والی گانٹھ یا سیڑھی نما ابھار ہو: اس کا معائنہ کروانا مفید ہے، چوٹ کا درجہ طے کرنے کے لیے بھی اور یہ یقینی بنانے کے لیے بھی کہ ہنسلی کی ہڈی ٹوٹی نہیں۔
- **واضح، نمایاں ابھار** اور ساتھ یہ احساس کہ بازو نیچے کی طرف کھنچ رہا ہے: یہ زیادہ شدید چوٹ کی علامت ہے جس کا مناسب معائنہ ضروری ہے۔
- **درد یا کمزوری جو کم نہ ہو رہی ہو** چند ہفتوں تک سلنگ اور فزیوتھراپی کے بعد بھی، خاص طور پر اگر آپ بھاری یا سر سے اوپر کا کام کرتے ہیں یا کھیل کھیلتے ہیں۔
- ابھار کے اوپر **جلد کا تن جانا**، اس کے اوپر جلد کے رنگ میں تبدیلی، یا یہ کوئی بھی احساس کہ ہڈی جلد کو زور سے دبا رہی ہے: اس کا معائنہ جلدی کروائیں۔

## مزید تفصیل

یہ حصہ اس سے زیادہ تفصیل میں جاتا ہے جتنی آپ کو اپنے علاج کے فیصلوں کے لیے ضرورت ہے۔ اے سی جوڑ کی چوٹ کے بارے میں یہ اضافی مطالعہ اس لیے مفید ہے کہ اس کے بارے میں ہر فیصلے کے مرکز میں ایک تضاد موجود ہے: آپریشن قابل اعتماد طور پر وہ چیز درست کر دیتا ہے جو ایکسرے دکھاتا ہے، اور قابل اعتماد طور پر اس میں کوئی تبدیلی نہیں لاتا کہ آخر کار کندھا کیسے کام کرتا ہے۔

### سرجری تصویر ٹھیک کرتی ہے، نتیجہ نہیں

زیادہ شدید علیحدگی ایکسرے فلم پر خطرناک نظر آتی ہے، ہنسلی کی ہڈی کندھے کی پچھلی چپٹی ہڈی سے صاف طور پر اوپر ابھری ہوتی ہے، اور یہ سوچنا فطری ہے کہ اسے واپس اپنی جگہ لانا ضرور بہتر ہو گا۔ اچانک ہونے والی زیادہ شدید علیحدگی (dislocation) والے **954** مریضوں کے اعداد و شمار کو یکجا کرنے پر آپریشن اور آپریشن کے بغیر علاج کے درمیان **کام کرنے کی صلاحیت کے اسکور میں کوئی کلینیکل فرق نہیں** تھا۔ جو فرق تھا وہ دونوں سمتوں میں تھا: آپریشن کے بغیر علاج والا گروپ **کام پر جلدی واپس آیا** لیکن اس نے ظاہری شکل کا کمزور نتیجہ قبول کیا، جبکہ سرجری سے ایکسرے پر ہڈی بہتر طور پر اپنی جگہ آئی [1]۔

جب صرف راک ووڈ قسم III کو دیکھا گیا، یعنی وہ درجہ جس پر بحث واقعی کھلی ہے، تو **397** مریضوں کے 2025 کے ایک جائزے میں مریضوں کی اپنی بتائی ہوئی یا معروضی کارکردگی میں کوئی نمایاں فرق نہیں ملا؛ سرجری سے جوڑ بہتر طور پر اپنی جگہ آیا لیکن ساتھ سرجری کی پیچیدگیوں کا خطرہ بھی شامل ہو گیا [2]۔ **646** کندھوں کا ایک پہلے کا جائزہ ایک مختلف زاویے سے اسی نتیجے پر پہنچا: بعد میں آرتھرائٹس یا مستقل درد میں کوئی نمایاں فرق نہیں، اور سرجری والے گروپ میں **14 فیصد** شرح سے مسئلہ دوبارہ ہوا [3]۔

شواہد کے تین آزاد مجموعے، ایک نتیجہ۔ بگاڑ حقیقی ہے، سرجری کے بغیر مستقل رہتا ہے، اور اسے درست کرنے سے کندھے کی کارکردگی میں کوئی قابل پیمائش تبدیلی نہیں آتی۔

### اس لیے فیصلہ ابھار کے بارے میں ہے، کارکردگی کے بارے میں نہیں

یہی نیا زاویہ شواہد کی عملی اہمیت ہے۔ اگر سوال یہ ہے کہ "کیا سرجری سے میرا کندھا بہتر کام کرے گا"، تو سچا جواب یہ ہے کہ ایسا ثابت نہیں ہوا۔ اگر سوال یہ ہے کہ "کیا سرجری سے میری ہنسلی کی ہڈی کا سیڑھی نما ابھار ختم ہو جائے گا"، تو جواب عموماً ہاں ہے، اور کچھ لوگوں کے لیے، کچھ پیشوں اور کچھ کھیلوں میں، یہ بات اکیلے ہی کافی اہمیت رکھتی ہے۔

یہ آپریشن کی ایک جائز وجہ ہے۔ بس یہ اس وجہ سے مختلف ہے جو زیادہ تر لوگ سمجھتے ہیں کہ انہیں پیش کی جا رہی 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

## کوئی طریقہ سب سے آگے نہیں نکلا، اور ایک قابل پیمائش طور پر بدتر ہے

جب آپریشن کا فیصلہ ہو جائے تو یہ انتخاب کہ کون سا طریقہ اور کون سے پرزے استعمال ہوں بہت توجہ حاصل کرتا ہے لیکن ان میں فرق بہت کم ہے۔ **939** مریضوں میں سرجری کے بعد مریضوں کے اپنے بتائے ہوئے نتائج **تمام طریقوں میں ملتے جلتے** تھے، لیکن **ہک پلیٹ (hook plate)** اور **کے وائر (K-wire)** سے **فکسیشن میں پیچیدگیوں کی شرح سب سے زیادہ** تھی، اور ترمیم شدہ ویور ڈن (modified Weaver-Dunn) طریقے میں غیر منصوبہ بند دوبارہ آپریشن کی شرح سب سے زیادہ تھی [4]۔ آج کل سب سے زیادہ استعمال ہونے والے دو طریقوں کا **399** مریضوں میں موازنہ کرنے پر سیوچر بٹن (suture button) نے ہک پلیٹ کے مقابلے میں کارکردگی کے بہتر اسکور اور کم درد دیا، جبکہ آپریشن کے وقت، پیچیدگیوں یا ہڈی کے دوبارہ اپنی جگہ سے ہٹ جانے میں کوئی نمایاں فرق نہیں تھا [5]۔

لیگامنٹ کی دوبارہ تعمیر سے متعلق تحقیقات بھی اسی طرف اشارہ کرتی ہیں۔ **4,473** مریضوں میں حیاتیاتی (جسم کے اپنے ٹشو سے) اور مصنوعی مواد سے لیگامنٹ کی دوبارہ تعمیر نے دھاتی پرزوں سے ہڈی جوڑنے (osteosynthesis) کے مقابلے میں کارکردگی کے بہتر اسکور دیے [6]، اور **1,020** مریضوں میں قدرتی ساخت کے مطابق دوبارہ تعمیر (anatomic reconstruction) نے سب سے اچھا نتیجہ دیا، جبکہ دوربین کے ذریعے (arthroscopic) کیے گئے آپریشن کھلے آپریشن سے بہتر رہے [7]۔

مجموعی تصویر یہ ہے کہ قدرتی ساخت کے مطابق دوبارہ تعمیر کے جدید طریقے ایک دوسرے کے قریب ہیں اور پرانے سخت امپلانٹ (جسم میں لگائے گئے مصنوعی پرزے) پیچھے رہ جاتے ہیں۔ جدید طریقوں کے درمیان فرق اتنے کم ہیں کہ سرجن کی کسی طریقے سے واقفیت اس کے انتخاب کی ایک معقول بنیاد ہے۔

## ہر پانچ میں سے ایک کے جوڑ کے اندر کچھ اور بھی ہوتا ہے

یہ نتیجہ جاننا مفید ہے کیونکہ یہ ان ایکسرے فلموں پر نظر نہیں آتا جن پر تشخیص کی جاتی ہے۔ اچانک ہونے والی اے سی جوڑ کی علیحدگی کے سرجری سے علاج کیے گئے **860** مریضوں کے اعداد و شمار کو یکجا کرنے پر **تقریباً ہر پانچ میں سے ایک مریض کے جوڑ کے اندر ایک اضافی چوٹ (intra-articular lesion) تھی جس کے لیے مزید علاج کی ضرورت تھی**، جو زیادہ تر لیبرم (labrum)، یعنی جوڑ کے کنارے کے کارٹلیج کے حلقے، یا روٹیٹر کف (rotator cuff)، یعنی ٹینڈنوں کے اس گروپ جو کندھے کو تھامتا اور گھماتا ہے، کا مسئلہ ہوتی تھی؛ اسی لیے مصنفین کا کہنا ہے کہ جوڑ کا دوربین سے معائنہ کیا جائے، چاہے لیگامنٹ کی دوبارہ تعمیر بذات خود کھلے آپریشن سے کی جائے [8]۔

اس سے ان مایوس کن اقلیتی کیسوں کی بھی ایک وضاحت ملتی ہے: جو کندھا تکنیکی طور پر درست دوبارہ تعمیر کے بعد بھی درد کرتا رہے، ممکن ہے اس میں شروع سے ہی ایک دوسری چوٹ موجود رہی ہو۔

## حوالہ جات


[1] Chang N, Furey A, Kurdin A. Operative versus nonoperative management of acute high-grade acromioclavicular dislocations: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Trauma. 2018;32(1):1-9. https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000001004

[2] Bianco Prevot L, Accetta R, Fozzato S, Moroder P, Basile G. Surgical vs conservative: what is the best treatment of acute Rockwood III acromioclavicular joint dislocation. EFORT Open Rev. 2025;10(3):141-50. https://doi.org/10.1530/EOR-2024-0077

[3] Longo UG, Ciuffreda M, Rizzello G, Mannering N, Maffulli N, Denaro V. Surgical versus conservative management of Type III acromioclavicular dislocation: a systematic review. Br Med Bull. 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 and coracoclavicular ligament reconstruction for acromioclavicular joint instability: a systematic review of clinical and radiographic outcomes. Arthroscopy. 2018;34(6):1979-95. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2018.01.016



**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

[5] Wang C, Meng J, Zhang Y, Shi M. Suture button versus hook plate for acute unstable acromioclavicular joint dislocation: a meta-analysis. Am J Sports Med. 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. Biologic and synthetic ligament reconstructions achieve better functional scores compared to osteosynthesis in the treatment of acute acromioclavicular joint dislocation. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 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. Anatomic reconstruction of the acromioclavicular joint provides the best functional outcomes in the treatment of chronic instability. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020;29(7):2237-48. https://doi.org/10.1007/s00167-020-06059-5

[8] Ruiz Ibán MA, Moreno Romero MS, Diaz Heredia J, Ruiz Díaz R, Muriel A, López-Alcalde J. The prevalence of intraarticular associated lesions after acute acromioclavicular joint injuries is 20%. A systematic review and meta-analysis. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020;29(7):2024-38. https://doi.org/10.1007/s00167-020-05917-6

**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