

जकड़ी हुई कोहनी को खोलने का ऑपरेशन (आर्थ्रोलाइसिस)

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

रिकवरी एक नज़र में। 80 प्रकाशित अध्ययनों से संकलित — आपके ठीक होने की अपनी गति अलग हो सकती है।

हल्की ड्यूटी डेस्क का काम, ड्राइविंग, दैनिक कार्य	अधिकांश दैनिक गतिविधियाँ शारीरिक कार्य, खेल, जिम	अंतिम परिणाम का स्थिर होना दर्द और शक्ति
6 weeks ऑपरेशन के 6 सप्ताह बाद तक मरीज़ों में आम तौर पर जोड़ पूरी तरह हिल-डुल पाता है (पूरी रेंज ऑफ मोशन), और कोई साफ़ दिखने वाला टेढ़ापन या कमज़ोरी नहीं रहती।	12 months सही तरह से चुने गए मरीज़ों में कोहनी की काम-काज लायक हरकत असरदार ढंग से वापस आ जाती है, और 1 साल के फॉलो-अप पर जांच या एक्स-रे में जकड़न लौटती हुई नहीं दिखी।	36 months हरकत और काम-काज में अच्छे-खासे सुधार के साथ संतोषजनक नतीजे लंबे समय तक टिके रहते हैं, और औसतन 43 महीने के फॉलो-अप पर ऑपरेशन के बाद कोई खास जकड़न (कॉन्ट्रैक्चर) या अस्थिरता (जोड़ का ढीलापन) नहीं दिखी।

यह ऑपरेशन क्यों सुझाया गया है

डॉ. कीरन हिरपरा, माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंग (कंधे से हाथ तक) के सर्जन हैं, और वे आपकी समस्या के हिसाब से सबसे कम चीर-फाड़ वाले विकल्पों से शुरुआत करते हैं। मरीज़ आम तौर पर अपने जीपी (आपके फैमिली डॉक्टर) के रेफरल से हमारे क्लिनिक आते हैं; अगर किसी फिजियोथेरेपिस्ट ने आपको हमसे मिलने की सलाह दी है, तब भी मेडिकेयर रिबेट पाने के लिए आपको अपने जीपी से रेफरल लेना होगा। आपके अपॉइंटमेंट पर हम आपकी बीमारी का इतिहास लेते हैं, आपकी कोहनी की जांच करते हैं और ज़रूरत हो तो इमेजिंग (एक्स-रे, स्कैन) का इंतज़ाम करते हैं। जकड़ी हुई कोहनी में अक्सर समय और इस्तेमाल के साथ सुधार हो जाता है, इसलिए हम आम तौर पर पहले बिना ऑपरेशन वाला इलाज आजमाते हैं। इसमें 6 से 12 सप्ताह तक फिजियोथेरेपी, स्प्लिंट या इंजेक्शन शामिल हो सकते हैं। जब इस इलाज से पर्याप्त सुधार नहीं होता, तब सर्जरी पर विचार किया जाता है।

जकड़ी हुई कोहनी को खोलने का ऑपरेशन, जिसे आर्थ्रोलाइसिस भी कहते हैं, एक ऐसा ऑपरेशन है जिसमें आपकी कोहनी के आसपास के कसे हुए, निशान वाले ऊतक को ढीला करके मुक्त किया जाता है, ताकि जोड़ फिर से हिल-डुल सके। हम इसकी सलाह तब देते हैं जब बिना ऑपरेशन वाले इलाज के बाद भी जकड़न आपको सीमित कर रही हो। यह तब सबसे अच्छा काम करता है जब जोड़ की सतह अब भी चिकनी हो और अपने सामान्य आकार में हो। इसका उद्देश्य हरकत में लंबे समय तक टिकने वाला सुधार और कम दर्द है, ताकि रोज़ के काम आसान हो जाएं।

ऑपरेशन से पहले

सर्जरी तय हो जाने के बाद कुछ व्यावहारिक बातों का इंतज़ाम करना होता है। आपको बताया जाएगा कि कब खाना-पीना बंद करना है: यह आपके ऑपरेशन से सात घंटे पहले है। हम छह के बजाय सात घंटे मांगते हैं, ताकि अगर ऑपरेशन थिएटर की सूची जल्दी चल रही हो तो हम आपको पहले बुला सकें। आपके सर्जन बताएंगे कि आपकी रोज़ की कौन-सी दवाएं कब बंद करनी हैं, और आपको उन सबकी पूरी सूची अपने साथ लानी चाहिए। ऑपरेशन के बाद आपको घर ले जाने के लिए किसी का इंतज़ाम करें। ऑपरेशन के दिन ढीले, आरामदायक कपड़े पहनें। ऑपरेशन की योजना बनाने के लिए हमेशा एक्स-रे लिए जाते हैं, और अगर जकड़न में हड्डी शामिल हो तो सीटी स्कैन का इस्तेमाल किया जा सकता है। अगर आपको दूसरी बीमारियां हैं, तो आपको खून की जांच या एनेस्थेतिस्ट (बेहोशी के डॉक्टर) से जांच करवाने की ज़रूरत पड़ सकती है।

ऑपरेशन के दिन

आप अस्पताल की सर्जिकल एडमिशन यूनिट में पहुंचते हैं, जहां आपका नाम दर्ज किया जाता है और आपको ऑपरेशन थिएटर के लिए तैयार किया जाता है। वहां आप एनेस्थेतिस्ट से मिलते हैं। यह ऑपरेशन जनरल एनेस्थीसिया (जिसमें आप पूरी तरह बेहोश रहते हैं) में किया जाता है। ऑपरेशन के बाद दर्द से राहत के लिए कभी-कभी रीजनल नर्व ब्लॉक (हाथ या बांह को सुन्न करने का इंजेक्शन) भी जोड़ा जाता है; एनेस्थेतिस्ट उसी दिन आपसे इस पर बात करेंगे। इसके बाद आपको ऑपरेशन थिएटर में ले जाया जाता है, जहां ऑपरेशन किया जाता है।

आप रिकवरी एरिया में होश में आते हैं, जहां एनेस्थीसिया का असर खत्म होने तक नर्स आपकी निगरानी करती हैं। जब आपकी हालत स्थिर हो जाती है, तो प्रक्रिया और आपकी रिकवरी के आधार पर आप या तो वार्ड में जाते हैं या घर चले जाते हैं।

ऑपरेशन में क्या किया जाता है

जकड़ी हुई कोहनी को खोलने के एक से ज़्यादा तरीके हैं, और आपके सर्जन वह तरीका चुनेंगे जो आपकी कोहनी के लिए सही हो। कुछ ऑपरेशन दूरबीन से ऑपरेशन (आर्थ्रोस्कोपी) के ज़रिए किए जाते हैं, जिसमें कुछ छोटे चीरे और एक पतला कैमरा इस्तेमाल होता है। दूसरे ऑपरेशन कोहनी के भीतरी या बाहरी तरफ़ एक या दो खुले चीरों से किए जाते हैं, जो कभी-कभी लगभग 3 से 5 सेमी लंबे होते हैं। बहुत ज़्यादा जकड़ी हुई कोहनियों में, दोनों तरफ़ पहुंचने के लिए कोहनी के पीछे एक चीरा लगाया जा सकता है।

अंदर पहुंचकर आपके सर्जन कसे हुए कैप्सूल को ढीला करते हैं, जो जोड़ के चारों ओर ऊतक की एक आस्तीन जैसी परत है। हरकत को रोकने वाले हड्डी के उभार (बोन स्पर्स) काटकर हटा दिए जाते हैं, और जोड़ में तैर रहे हड्डी या कार्टिलेज (उपास्थि) के किसी भी ढीले टुकड़े को निकाल दिया जाता है। अगर कोहनी के भीतरी तरफ़ की किसी नर्व (तंत्रिका) पर निशान वाले ऊतक (स्कार टिशू) से दबाव पड़ रहा हो, तो उसे ऊतक की उस सुरंग से मुक्त किया जा सकता है, या किसी नई जगह पर खिसकाया जा सकता है जहां वह खिंच न सके। अगर जोड़ की सतह खुद बुरी तरह घिस चुकी हो, तो दूसरे विकल्प भी हैं, जैसे हड्डी पर नरम ऊतक की परत लगाना, या जोड़ की सतहों को धातु और प्लास्टिक के हिस्सों से बदलना। कभी-कभी कोहनी पर एक कब्जेदार (हिंज वाला) फ्रेम लगाया जाता है, ताकि ठीक होते समय जोड़ अच्छी स्थिति में रहे।

आखिर में चीरों को टांकों से बंद किया जाता है और उन पर ड्रेसिंग (घाव की पट्टी) लगाई जाती है। जैसा कि ठीक होने वाले हिस्से में बताया गया है, आप यह ड्रेसिंग लगभग 10 दिन तक लगी रहने देंगे।

ऑपरेशन के बाद

आप रिकवरी एरिया में होश में आते हैं, फिर वार्ड में जाते हैं। नर्स आपकी कोहनी, आपके हाथ और आप कैसा महसूस कर रहे हैं, इसकी जांच करेंगी। आपकी ज़रूरत के हिसाब से दर्द से राहत की दवा दी जाती है; अगर आपकी कोहनी में तकलीफ़ हो तो नर्सों को बताएं। आपकी कोहनी एक नरम ड्रेसिंग में लिपटी होगी, और आराम के लिए आप अपनी बांह स्लिंग (बांह को सहारा देने वाली पट्टी) में रखकर घर जा सकते हैं। आप जल्दी ही बिस्तर से उठकर चल-फिर सकते हैं, और पहली बार नर्स आपकी मदद करेंगी। जब तक आपकी कोहनी शांत होती है, आपका हाथ, कलाई और कंधा आज़ादी से हिल-डुल सकते हैं। घर जाने के बाद पहले 24 घंटे किसी को आपके साथ रहना चाहिए। आपकी टीम आपको बताएगी कि आप उसी दिन घर जाएंगे या एक रात अस्पताल में रुकेंगे। हम ड्रेसिंग को लगभग 10 दिन तक लगी रहने देते हैं; कृपया तब तक इसे न हटाएं, जब तक हम आपसे ऐसा करने को न कहें। जब हम आपसे मिलेंगे, तब हम इसे बदलेंगे या हटाएंगे।

ठीक होने की प्रक्रिया

पहले कुछ दिनों और सप्ताहों तक आपकी कोहनी में दर्द और सूजन रहेगी। जकड़न खोलने के ऑपरेशन के बाद यह सामान्य है। आराम करने, अपने हाथ को ऊपर उठाकर रखने और दर्द निवारक दवाएं बताए अनुसार लेने से तकलीफ़ कम होगी। सूजन धीरे-धीरे कम होती है, और उसके साथ कोहनी आम तौर पर कम कसी हुई महसूस होती है।

आप आराम के लिए अपनी बांह स्लिंग में रखकर घर जाएंगे। जब इससे मदद मिलनी बंद हो जाए, तो आप इसका इस्तेमाल बंद कर सकते हैं। आपका हाथ, कलाई और कंधा शुरू से ही आज़ादी से हिलते-डुलते रहने चाहिए। ऑपरेशन के बाद हैंड थेरेपी एक्सटेंड रिहैबिलिटेशन में रूबी डूलन के साथ होती है। रूबी आपके व्यायामों में मार्गदर्शन करेंगी और आपको ज़रूरत का कोई भी स्ट्रिंट बनाएंगी। व्यायाम ही आपकी रिकवरी का मुख्य काम है, और उन्हें बताए अनुसार करना बाकी किसी भी चीज़ से ज़्यादा मायने रखता है। आप ड्रेसिंग को लगभग 10 दिन तक लगी रहने देंगे, और जब हम आपसे मिलेंगे, तब हम इसे बदलेंगे या हटाएंगे।

रोज़ के काम धीरे-धीरे, चरणों में वापस आएं। शुरुआत में आपको खाना बनाने, कपड़े पहनने और सामान उठाकर ले जाने में मदद की ज़रूरत होगी। जैसे-जैसे हरकत लौटेगी और सूजन कम होगी, आप ऑपरेशन वाली बांह से ज़्यादा काम कर पाएंगे। जब आपके सर्जन आपको गाड़ी चलाने की अनुमति दे दें, तब आप फिर से गाड़ी चला सकते हैं; [ऊपरी अंग की सर्जरी के बाद गाड़ी चलाना](#) पर हमारी गाइड लागू होने वाले नियम बताती है, जिनमें यह भी शामिल है कि जब तक आपकी बांह स्लिंग में है तब तक गाड़ी न चलाएं, और तेज़ दर्द निवारक दवाएं बंद हो चुकी हों।

ठीक होने की प्रक्रिया हर व्यक्ति में अलग होती है। आपकी समय-सीमा अलग हो सकती है, और आपके सर्जन और थेरेपिस्ट पूरे रास्ते आपका मार्गदर्शन करेंगे।

क्या समस्याएं हो सकती हैं

ज़्यादातर मरीज़ ठीक रहते हैं, लेकिन कभी-कभी समस्याएं हो सकती हैं। आपके सर्जन और टीम किसी भी समस्या को जल्दी पकड़ने के लिए आप पर करीब से नज़र रखते हैं।

कोहनी जितने लंबे समय से जकड़ी हुई है, जकड़न खोलने के ऑपरेशन के बाद समस्याओं की संभावना उतनी ही ज़्यादा होती है। अगर आपकी कोहनी लंबे समय से जकड़ी हुई है, तो आपके फैसला करने से पहले आपके सर्जन इस बारे में आपसे बात करेंगे।

कुछ लोगों को ऑपरेशन के बाद छोटी उंगली और अनामिका में नई झुनझुनी, सुन्नपन या कमज़ोरी महसूस होती है। यह कोहनी के भीतरी तरफ़ की नर्व से आता है। यह पहले से बताना हमेशा संभव नहीं होता कि किसे ऐसा होगा। अगर आपको ऐसा महसूस हो, तो अपनी अगली फॉलो-अप जांच में इसके बारे में बताएं, या अगर यह अचानक शुरू हो तो क्लिनिक को फ़ोन करें।

पहले चोट खा चुकी कुछ कोहनियों में ऑपरेशन के बाद गहरे संक्रमण (इन्फेक्शन) की संभावना ज़्यादा होती है। घाव पर नज़र रखें कि कहीं उससे बाहर की ओर फैलती लाली, गर्माहट, बढ़ती सूजन, या गहरा, धक-धक करता दर्द तो नहीं है जो सामान्य दर्द निवारक दवाओं से कम नहीं होता। आपको बुखार जैसा या आम तौर पर अस्वस्थ महसूस हो सकता है। अगर आपको इनमें से कोई भी लक्षण दिखे, तो तुरंत क्लिनिक को फ़ोन करें, या अगर क्लिनिक का समय खत्म हो चुका हो तो इमरजेंसी विभाग जाएं।

अगर आपके ऑपरेशन में कोहनी पर कब्ज़ेदार फ़्रेम लगाया जाता है, तो कुछ अतिरिक्त बातें जानना ज़रूरी है। फ़्रेम से सर्जरी के दौरान खून का नुकसान, ऑपरेशन थिएटर में लगने वाला समय और अस्पताल में रहने का समय बढ़ जाता है। इससे जोड़ के ढीला या अस्थिर हो जाने की थोड़ी संभावना भी रहती है। आपके सर्जन समझाएंगे कि आपके अस्पताल में रहने और आपकी रिकवरी के लिए इसका क्या मतलब है।

अगर इस कोहनी पर पहले भी ऑपरेशन हो चुके हैं, तो गहरे संक्रमण की संभावना और भी ज़्यादा होती है। यही बात तब भी लागू होती है जब ऑपरेशन खुद ज़्यादा जटिल हो। आपके सर्जन पहले से ही आपके साथ इन सब बातों को तौलते हैं।

कोहनी की पुरानी चोटें जोड़ के काम करने के तरीके को भी बदल सकती हैं। निशान वाली त्वचा, गलत जगह पर जुड़ी हड्डियां, खराब हुआ कार्टिलेज, अतिरिक्त हड्डी, ढीले या कसे हुए लिगामेंट (स्नायुबंधन), दबी हुई नर्व और निशान वाली मांसपेशी, ये सब कोहनी के हिलने-डुलने के तरीके को बदल सकते हैं। आपके ऑपरेशन की योजना बनाते समय आपके सर्जन इन पर ध्यान देंगे।

अगर आप ठीक-ठीक आंकड़े जानना चाहते हैं, तो इस पेज पर दी गई जटिलताओं की तालिका में सामान्य दरें दी गई हैं।

हमें कब फ़ोन करें

अगर आपको बुखार हो, घाव के आसपास लाली फैल रही हो, घाव से रिसाव हो, या दर्द लगातार बढ़ता जा रहा हो, तो हमें फ़ोन करें। अगर आपको अचानक तेज़ दर्द हो, पिंडली में सूजन या दर्द हो, या सांस फूल रही हो, तो इमरजेंसी विभाग जाएं। अगर आपका हाथ या उंगलियां सुन्न या फीकी (सफ़ेद पड़ी हुई) हो जाएं, या आप अपनी बांह न हिला पाएं, तो तुरंत हमें फ़ोन करें। अगर छोटी उंगली और अनामिका में झुनझुनी या सुन्नपन अचानक शुरू हो, तो अपनी अगली फॉलो-अप जांच का इंतज़ार करने के बजाय क्लिनिक को फ़ोन करें।

विस्तार से

यह हिस्सा आपके अपने इलाज के फैसलों के लिए ज़रूरी जानकारी से आगे जाता है। जकड़ी हुई कोहनी को खोलने के ऑपरेशन के बारे में यह अतिरिक्त जानकारी पढ़ना इसलिए फ़ायदेमंद है क्योंकि प्रमाण एक असामान्य दिशा की ओर इशारा करते हैं: ज़्यादातर मरीज़ जिस चुनाव के बारे में पूछते हैं, यानी दूरबीन से या खुला ऑपरेशन, वह इस बात से कम मायने रखता दिखता है कि कितनी सर्जरी की जाती है, और इस ऑपरेशन का असली विरोधी वही प्रक्रिया है जिसने सबसे पहले जकड़न पैदा की थी।

खुला या दूरबीन वाला, यह ज़रूरी सवाल नहीं है

चोट के बाद कोहनी की जकड़न वाले **4,311** मरीज़ों की एक व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-एनालिसिस ने खुले और दूरबीन वाले आर्थ्रोलाइसिस की तुलना की और कुल नतीजे **एक जैसे** पाए [1]। इसका निष्कर्ष यह था कि तकनीक से ज़्यादा ज़रूरी बातें सर्जन का अनुभव और मरीज़ की अपनी खास समस्या हैं [1]।

किसी व्यवस्थित समीक्षा के लिए यह असामान्य रूप से सीधी बात है, और इसे जैसा कहा गया है वैसा ही मान लेना ठीक है। यह तकनीकी रूप से मुश्किल ऑपरेशन है, जो तीन बड़ी नर्व के पास, ऐसे जोड़ में किया जाता है जिसकी जगह इलाज की जा रही जकड़न के कारण पहले से ही कम हो चुकी है। तरीके से ज़्यादा काम तरीके से परिचित होना करता है।

कम सर्जरी, कम समस्याएं

798 मरीजों की एक पुरानी व्यवस्थित समीक्षा एक ऐसे निष्कर्ष पर पहुंची जो आज भी सही साबित होता है: जटिलताओं की संख्या ऑपरेशन की **हद** के साथ बढ़ती दिखती है, और इससे निकलने वाली सलाह यह है कि जितना हो सके उतनी कम चीर-फाड़ से इलाज किया जाए [2]। लेखकों ने इस सलाह को सीमित दर्जा दिया, शोध-साहित्य किसी मज़बूत सांख्यिकीय निष्कर्ष के लिए पर्याप्त मज़बूत नहीं है, लेकिन दिशा एक जैसी बनी रहती है।

यही इस ऑपरेशन के केंद्र में मौजूद दुविधा है। ज़्यादा पूरा रिलीज़ ऑपरेशन टेबल पर ज़्यादा हरकत दिलाता है, और इसकी कीमत होती है नरम ऊतकों को ज़्यादा चोट, जोड़ में ज़्यादा खून बहना, और सूजन (इन्फ्लेमेशन) को ज़्यादा बढ़ावा, यही वे कच्चे माल हैं जिनसे जकड़न लौटती है।

हेटरोटोपिक ऑसिफ़िकेशन ही वह चीज़ है जिसे रोकना है

हेटरोटोपिक ऑसिफ़िकेशन, जिसमें उस नरम ऊतक में हड्डी बन जाती है जिसे लचीला रहना चाहिए, वही प्रक्रिया है जिससे खोली गई कोहनी फिर से जकड़ जाती है। सूजन कम करने वाली दवाओं (एंटी-इन्फ्लेमेटरी) से इसकी रोकथाम सामान्य तरीका है, हालांकि इसके पक्ष में प्रमाण इस चलन से कमज़ोर हैं।

कोहनी की चोट की सर्जरी के बाद COX-2 सेलेक्टिव और नॉन-सेलेक्टिव सूजन कम करने वाली दवाओं की तुलना करने वाले **622** मरीजों के एक मेटा-एनालिसिस में पाया गया कि दोनों हेटरोटोपिक ऑसिफ़िकेशन का जोखिम **असरदार ढंग से कम करती हैं**, जबकि आमने-सामने की अलग-अलग तुलनाओं में दोनों के बीच कोई सांख्यिकीय रूप से महत्वपूर्ण अंतर नहीं दिखा, और प्रमाण की कुल ताकत कम थी [3]। तो: रोकथाम फ़ायदेमंद लगती है, कौन-सी दवा चुनी जाए इसका कोई साफ़ असर नहीं दिखता, और निश्चितता सीमित है।

संदर्भ से उम्मीदें तय करने में मदद मिलती है। कोहनी का पूरा जोड़ बदलने के ऑपरेशन (टोटल एल्बो आर्थ्रोप्लास्टी) के बाद हेटरोटोपिक ऑसिफ़िकेशन एक **असामान्य** जटिलता है, और जहां यह होता है वहां ज़्यादातर मरीजों में कोई लक्षण नहीं होते और इसके लिए सर्जरी की ज़रूरत नहीं पड़ती, यहां तक कि उस ऑपरेशन के बाद नियमित रोकथाम शोध-साहित्य से समर्थित नहीं है [4]। कोहनी की हर सर्जरी में जोखिम एक जैसा नहीं होता; यह चोट के मामलों और बड़े रिलीज़ ऑपरेशनों में केंद्रित होता है।

एक इलाज जो वैसा नहीं करता जैसी आप उम्मीद करेंगे

ट्रानेक्सामिक एसिड कई हड्डी के ऑपरेशनों में खून बहना कम करता है, और हाल ही में खोली गई कोहनी में खून बहना कम करने से लगता है कि जकड़न कम होनी चाहिए। **660** मरीजों के एक मेटा-एनालिसिस में पाया गया कि ट्रानेक्सामिक एसिड खुले कोहनी आर्थ्रोलाइसिस के दौरान खून बहने की मात्रा सच में कम कर सकता है, लेकिन इससे आखिर में जोड़ कितना हिल-डुल सकता है (रेंज ऑफ मोशन) या दर्द के स्कोर पर **कोई असर नहीं** पड़ा [5]।

यह इस बात का साफ़ उदाहरण है कि एक समझ में आने वाला तंत्र उस नतीजे में नहीं बदलता जिसकी किसी को परवाह है, और यह याद दिलाता है कि “कम खून बहना” एक बीच का पैमाना है, नतीजा नहीं।

असल में आपका नतीजा किस पर निर्भर करता है

इस शोध-साहित्य में कुछ भी किसी तकनीकी शॉर्टकट की ओर इशारा नहीं करता। लगातार मिलने वाले संकेत ये हैं कि ऑपरेशन ज़रूरत से बड़ा नहीं होना चाहिए, कि हेटरोटोपिक ऑसिफ़िकेशन से बचाव का इलाज लेना फ़ायदेमंद है, और कि ऑपरेशन थिएटर में मिली हरकत सिर्फ़ उसके बाद होने वाले रिहैबिलिटेशन (व्यायाम और थेरेपी) से ही बनी रहती है। कोहनी असामान्य रूप से आसानी से जकड़ जाती है; रिलीज़ के बाद के महीने कम से कम उतने ही मायने रखते हैं जितना खुद रिलीज़।

संदर्भ

- [1] Khorram R, Ghayyad K, Vafadar R, Borazjani R, Nezameslami A, Huffman GR, et al. Surgical treatments of post-traumatic elbow stiffness: a systematic review and meta-analysis. *J Shoulder Elbow Surg.* 2026;35(1):387-407. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.05.004>
- [2] Kodde IF, van Rijn J, van den Bekerom MP, Eygendaal D. Surgical treatment of post-traumatic elbow stiffness: a systematic review. *J Shoulder Elbow Surg.* 2013;22(4):574-80. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2012.11.010>
- [3] Ahmad A, Khorram R, Ghayyad K, Amin V, Kachooei AR, Huffman GR, et al. Postoperative nonsteroidal anti-inflammatory drug prophylaxis for elbow heterotopic ossification: a systematic review and meta-analysis comparing COX-2 selective and nonselective inhibitors. *JSES Rev Rep Tech.* 2026;6(2):100628. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2025.100628>
- [4] Liu EY, Hildebrand A, Horner NS, Athwal GS, Khan M, Alolabi B. Heterotopic ossification after total elbow arthroplasty: a systematic review. *J Shoulder Elbow Surg.* 2019;28(3):587-95. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2018.10.003>
- [5] Nejat MH, Khayami A, Daliri M, Ebrahimzadeh MH, Sadeghi M, Moradi A. Does tranexamic acid diminish hemorrhage and pain in open elbow arthrolysis? A systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2023;24(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06835-7>

जकड़ी हुई कोहनी को खोलने का ऑपरेशन (आर्थ्रोलाइसिस)

प्रकाशित साहित्य से जटिलता दर

80 प्रकाशित अध्ययनों से संकलित। ये पूरी आबादी के स्तर की दरें हैं, आपका व्यक्तिगत जोखिम नहीं — आप पर क्या लागू होता है, इस बारे में आपके सर्जन आपसे बात करेंगे।

जटिलता	रिपोर्ट की गई दर	नोट्स
नर्व (तंत्रिका) को चोट	8.9%	बाहरी फ्रेम (एक्सटर्नल फिक्सेशन) के साथ खुले आर्थ्रोलाइसिस में नर्व को चोट की दर (8.9%), दूरबीन से ऑपरेशन (आर्थ्रोस्कोपी) (0.6%) या सिर्फ खुले आर्थ्रोलाइसिस (0.6%) की तुलना में काफी ज़्यादा है; सबसे ज़्यादा अल्नर नर्व पर असर पड़ता है।
संक्रमण (इन्फेक्शन)	2%	संक्रमण की दरें ऑपरेशन के सभी तरीकों में लगभग एक जैसी हैं (दूरबीन वाले, खुले, और बाहरी फ्रेम के साथ खुले ऑपरेशन में 2%); दूरबीन से इलाज किए जाने वाले दूसरे जोड़ों की तुलना में कोहनी में गहरे संक्रमण ज़्यादा आम हैं।
हेटरोटोपिक ऑसिफिकेशन (नरम ऊतक में हड्डी बनना) का लौटना	6-17%	हेटरोटोपिक ऑसिफिकेशन का लौटना फिर से जकड़न होने का एक बड़ा कारण है, जो 6% से 17% मामलों में होता है; इंडोमेथासिन या रेडिएशन से बचाव के इलाज से इसके लौटने की दर में कोई फ़र्क नहीं पड़ता।
जकड़न जिसके लिए दोबारा इलाज की ज़रूरत पड़े	10-34%	आर्थ्रोलाइसिस के बाद कोहनी का फिर से जकड़ जाना एक समस्या है, और जकड़न के कारण दोबारा ऑपरेशन की बताई गई दरें 10% से 34% तक हैं।
हीमाटोमा (त्वचा के नीचे खून जमा होना)	—	हीमाटोमा बनना कोहनी की सर्जरी की एक जानी-पहचानी जटिलता है, खासकर खुले ऑपरेशनों में ज़्यादा खून की नलियों वाली जगह पर त्वचा और ऊतक की परत (प्लैप) उठाने से जुड़ी।
अस्थिरता (जोड़ का ढीलापन)	1.0%	कोहनी की अस्थिरता जकड़न खोलने के ऑपरेशन की एक दुर्लभ लेकिन मुश्किल जटिलता है, जो खुले आर्थ्रोलाइसिस की व्यवस्थित समीक्षाओं में 1.0% बताई गई है।
पिन वाली जगह की जटिलताएं	—	जब आर्थ्रोलाइसिस के बाद जल्दी हरकत शुरू करने में मदद के लिए कब्जेदार (हिंज वाला) बाहरी फ्रेम लगाया जाता है, तो पिन वाली जगह की जटिलताएं अक्सर देखने को मिलती हैं।
कॉम्प्लेक्स रीजनल पेन सिंड्रोम	—	खुले आर्थ्रोलाइसिस के बाद रिफ्लेक्स सिम्पैथेटिक डिस्ट्रॉफी (कॉम्प्लेक्स रीजनल पेन सिंड्रोम) होने की जानकारी मिली है।

जटिलता	रिपोर्ट की गई दर	नोट्स
घाव का खुल जाना	—	घाव खुल सकता है, खासकर पीछे की ओर से किए गए ऑपरेशनों में, और यह नियमित ड्रेसिंग (घाव की पट्टी) और थेरेपी से भर सकता है।

मैंने यह जानकारी पढ़ ली है और मुझे डॉ. हिरपरा से इस प्रक्रिया, इसके बाद अपेक्षित रिकवरी और ऊपर दी गई जटिलताओं के बारे में सवाल पूछने का अवसर मिला है।

रोगी — नाम (साफ़ अक्षरों में)	हस्ताक्षर	तिथि
-------------------------------	-----------	------