

क्यूबिटल टनल रिलीज़

कोहनी के भीतरी हिस्से पर क्यूबिटल टनल से गुजरती अल्नर नर्व, जिसे सर्जरी से दबाव हटाकर छुड़ाया गया है।

Mcstrother / Wikimedia Commons, CC BY 3.0



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

यह प्रोटोकॉल माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में डॉ. कीरन हिरपरा द्वारा कोहनी पर अल्नर नर्व (तंत्रिका) की सर्जिकल रिलीज़ (क्यूबिटल टनल रिलीज़ — नर्व पर से दबाव हटाने का ऑपरेशन) के बाद आपकी रिकवरी में मार्गदर्शन करता है। इसमें बताया गया है कि क्या उम्मीद करें, शुरुआती सप्ताहों की सावधानियां क्या हैं, और वे व्यायाम कौन-से हैं जो सब कुछ शांत होने तक नर्व को आसानी से सरकते (ग्लाइड करते) रहने देते हैं। यह पेज या इसकी PDF अपने फिजियोथेरेपिस्ट या हैंड थेरेपिस्ट (हाथ के विशेषज्ञ थेरेपिस्ट) के पास ले जाएं, ताकि आपकी रिहैबिलिटेशन (दोबारा ताकत और हिलने-डुलने की क्षमता लौटाने की प्रक्रिया) में तालमेल बना रहे। आपकी रिकवरी कैसे आगे बढ़ती है, इसके आधार पर आपका थेरेपिस्ट योजना में बदलाव कर सकता है।

अगर ऑपरेशन के बाद आपको अपने घाव को लेकर कोई भी चिंता हो, तो क्लिनिक से संपर्क करें। अक्सर घाव की फ़ोटो लेकर उसे जांच के लिए ईमेल करना मददगार होता है।

दो अलग ऑपरेशन, दो थोड़ी अलग रिकवरी। अल्नर नर्व को दो मुख्य तरीकों से छुड़ाया जा सकता है, और आपका कौन-सा ऑपरेशन हुआ, इससे आपकी शुरुआती सावधानियां बदलती हैं:

- इन-सिटू (सामान्य) डीकम्पेशन:** नर्व को उसकी जगह से हटाए बिना, जहां वह है वहीं दबाव से छुड़ाया जाता है। यह वह सामान्य ऑपरेशन है जो डॉ. हिरपरा करते हैं, और इसमें रिकवरी जल्दी होती है: कोहनी की हल्की, पूरी हरकत जल्दी शुरू हो जाती है। कोई सख्त ब्रेस इस्तेमाल नहीं होता।
- एंटीरियर (सबमस्कुलर) ट्रांसपोज़िशन** (नर्व को उठाकर कोहनी के सामने किसी ज़्यादा सुरक्षित जगह पर नए रास्ते से ले जाना): यह केवल उस कम आम स्थिति में किया जाता है जिसमें कोहनी मोड़ने पर नर्व हड्डी के उभार (मीडियल एपिकॉन्डाइल) के ऊपर से आंशिक रूप से या पूरी तरह अपनी जगह से खिसक जाती है। इसमें शुरुआती चरण ज़्यादा सावधानी से बिताना होता है: पहले कुछ सप्ताह, जब तक नर्व और नरम ऊतक अपनी नई जगह पर जम रहे हों, कोहनी को आखिरी हद तक न मोड़ें और न आखिरी हद तक सीधा करें। सिर्फ़ आराम के लिए एक साधारण स्लिंग (बांध को सहारा देने वाली पट्टी) पहना जा सकता है।

आपका जो ऑपरेशन हुआ है, उसके लिए नीचे दिए गए मार्गदर्शन का पालन करें: ज़्यादातर मामलों में इन-सिटू, और जहां आपकी नर्व अस्थिर थी वहां ट्रांसपोज़िशन।

क्या उम्मीद करें

घाव, सूजन और निशान की देखभाल के लिए, प्रैक्टिस की [घाव की देखभाल](#) से जुड़ी सलाह देखें।

सर्जरी का मकसद अल्नर नर्व पर से दबाव हटाना है (वह नर्व जो आपकी छोटी उंगली और अनामिका में संवेदना पहुंचाती है और हाथ की कई छोटी मांसपेशियों को चलाती है)। दबाव हटने के बाद नर्व ठीक होना शुरू हो जाती है, लेकिन नर्व धीरे-धीरे ठीक होती हैं।

आपके लक्षण कितनी जल्दी सुधरते हैं, यह काफ़ी हद तक इस पर निर्भर करता है कि सर्जरी से पहले नर्व कितने समय तक दबी रही और वह कितनी परेशान (इरिटेड) हो चुकी थी। झुनझुनी और सुई चुभने जैसा एहसास अक्सर सबसे पहले कम होता है, कभी-कभी कुछ दिनों या सप्ताहों के भीतर। सुन्नपन और हाथ की ताकत में ज़्यादा समय लगता है (अक्सर कई महीने), और अंतिम नतीजा ऑपरेशन के बाद एक साल या उससे भी ज़्यादा समय तक सुधरता रह सकता है। जहां सर्जरी से पहले नर्व लंबे समय तक बहुत परेशान रही हो, वहां कुछ सुन्नपन या कमज़ोरी शायद पूरी तरह ठीक न हो; ऐसे में ऑपरेशन का मकसद हालत को और बिगड़ने से रोकना और नर्व को ठीक होने का सबसे अच्छा मौका देना होता है।

दोनों ऑपरेशनों की तुलना करते हुए, प्रकाशित ट्रायलों की बड़ी समीक्षाओं में पाया गया है कि सामान्य इन-सिटू डीकम्प्रेसन और एंटीरियर ट्रांसपोज़िशन के कुल मिलाकर नतीजे मिलते-जुलते हैं, और सामान्य डीकम्प्रेसन में घाव और नरम ऊतक से जुड़ी जटिलताएं (कॉम्प्लिकेशन) कम होने की प्रवृत्ति होती है [1][2]। इन दोनों में से चुनाव आपका सर्जन आपकी नर्व और आपकी कोहनी के आधार पर करता है।

सावधानियां और सीमाएं

शुरू से ही, आराम की सीमा में, रोज़मर्रा के कामों जैसे अपनी देखभाल, खाना खाने, कपड़े पहनने, लिखने और टाइप करने के लिए अपने हाथ के हल्के इस्तेमाल को बढ़ावा दिया जाता है।

शुरुआती सीमाएं इस पर निर्भर करती हैं कि आपका कौन-सा ऑपरेशन हुआ था:

- इन-सिटू (सामान्य) डीकम्प्रेसन के बाद (आमतौर पर होने वाला ऑपरेशन):** नर्व को सरकते रहने देने के लिए कोहनी, अग्रबाहु (कोहनी से कलाई तक का हिस्सा), कलाई और हाथ की हल्की, पूरी हरकत जल्दी शुरू करने को बढ़ावा दिया जाता है। कोई ब्रेस इस्तेमाल नहीं होता। लगभग पहले छह सप्ताह तक वज़न उठाना, पकड़ना और बांह के बल वज़न डालना हल्का ही रखें, फिर धीरे-धीरे बढ़ाएं।
- एंटीरियर ट्रांसपोज़िशन के बाद (केवल अगर आपकी नर्व अस्थिर थी):** पहले कुछ सप्ताह कोहनी की सुरक्षा की जाती है; जब तक नर्व अपनी नई जगह पर जम रही हो, कोहनी को ज़बरदस्ती न पूरी तरह मोड़ें और न पूरी तरह सीधा करें, और उसे लंबे समय तक मोड़कर रखने से बचें। सिर्फ़ आराम के लिए एक साधारण स्लिंग पहना जा सकता है। नर्व ग्लाइड (नर्व को सरकाने वाले व्यायाम) सामान्य रिलीज़ की तुलना में थोड़ी देर से शुरू होते हैं (आमतौर पर लगभग दो से तीन सप्ताह पर)। इन-सिटू रिलीज़ की तरह ही, लगभग पहले छह सप्ताह तक वज़न उठाना और प्रतिरोध वाले व्यायाम हल्के रखें, फिर धीरे-धीरे बढ़ाएं।

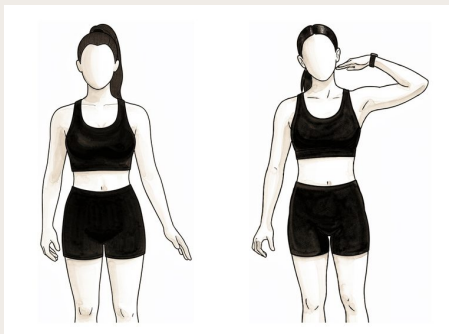
सामान्य मार्गदर्शन के तौर पर, वज़न उठाना और प्रतिरोध वाले ताकत के व्यायाम लगभग छह सप्ताह तक हल्के रखे जाते हैं, फिर धीरे-धीरे बढ़ाए जाते हैं [3][4]।

कोहनी के बल टिकना (कोहनी को किसी सख्त सतह पर टिकाना) सीधे नर्व के ऊपर दबाव डालता है, और जब तक नर्व ठीक हो रही हो, इससे बचना चाहिए।

घाव भर जाने के बाद, निशान की मालिश नर्व के ऊपर की त्वचा और ऊतकों को लचीला बनाए रखने में मदद करती है। निशान की देखभाल के बारे में ज़्यादा जानकारी [घाव की देखभाल](#) वाले पेज पर है।

ये आपकी हैंडआउट (पर्व) में दिए गए व्यायाम हैं, जिन्हें हर कार्ड पर बताए गए तरीके से करना है। इन्हें डॉ. हिरपरा और अपने थेरेपिस्ट के बताए अनुसार शुरू करें: नर्व ग्लाइड शुरू करने की तारीख, और कोहनी की रेंज की कोई भी सीमा, इस पर निर्भर करती है कि आपका कौन-सा ऑपरेशन हुआ था।

आपके व्यायाम

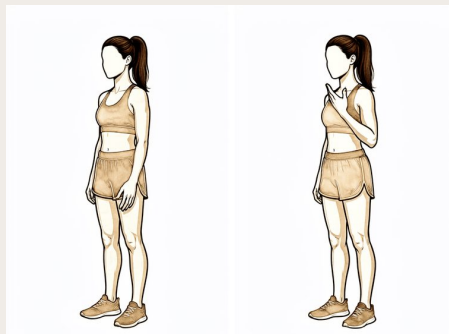


Kieran Hirpara © 4.0

अल्नर नर्व ग्लाइड

ये हल्की हरकतें अल्नर नर्व को आसानी से सरकते रहने देती हैं, ताकि वह भर रहे ऊतक से चिपक न जाए। हर स्थिति में आराम से उतना ही जाएं जितना आरामदायक हो — हल्का खिंचाव या हल्की झुनझुनी सामान्य है, लेकिन किसी भी तेज़ या ज़ोरदार सुई चुभने जैसे एहसास से पहले ही रुक जाएं। स्ट्रेच में कभी ज़बरदस्ती न करें। इन्हें केवल तब शुरू करें जब आपका सर्जन या थेरेपिस्ट कहे (अगर आपका ट्रांसपोज़िशन हुआ है तो आमतौर पर यह बाद में होता है — नीचे दी गई सावधानियां देखें)।

5 धीमे दोहराव, दिन में 2-3 बार

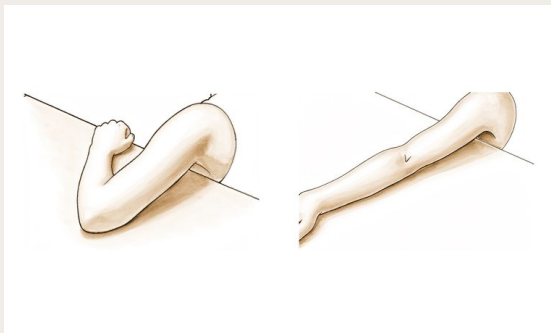


Kieran Hirpara © 4.0

कोहनी मोड़ना (फ्लेक्शन)

बांह के ऊपरी हिस्से को सहारा देकर, कोहनी को धीरे से मोड़ें ताकि हाथ कंधे की ओर आए, फिर उसे वापस नीचे लाएं। आरामदायक रेंज के भीतर हिलाएं। अगर आपका ट्रांसपोज़िशन हुआ है, तो आपका सर्जन आपसे पहले कुछ सप्ताह कोहनी को पूरी तरह ऊपर तक न मोड़ने के लिए कह सकता है — आपको जो सीमा दी गई है, उसका पालन करें।

10 दोहराव, दिन में 3-4 बार, आपको दी गई रेंज के भीतर

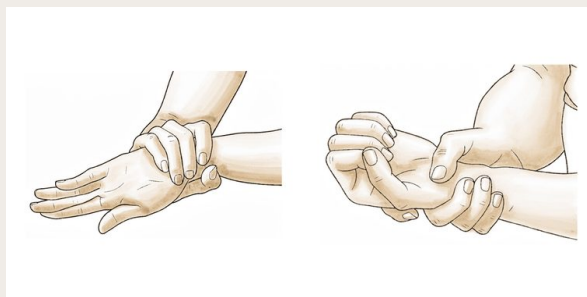


Kieran Hirpara © 4.0

कोहनी सीधी करना (एक्सटेंशन)

मुड़ी हुई स्थिति से, कोहनी को धीरे से जितना आरामदायक हो उतना सीधा करें, फिर वापस लाएं। अगर आपका ट्रांसपोज़िशन हुआ है और आपसे ऐसा कहा गया है, तो शुरुआती सप्ताहों में कोहनी को ज़बरदस्ती पूरी तरह सीधा न करें — आपके सर्जन ने जो आरामदायक रेंज तय की है, उसी में रहें।

10 दोहराव, दिन में 3-4 बार, आपको दी गई रेंज के भीतर

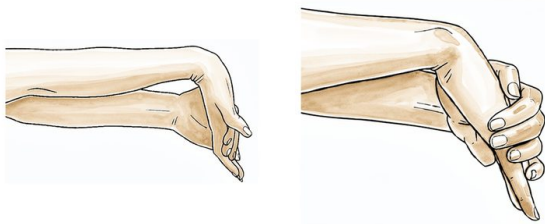


Kieran Hirpara © 4.0

अग्रबाहु को घुमाना

कोहनी को बगल में सटाकर और समकोण (सीधे कोण) पर मोड़कर, हथेली को धीरे-धीरे ऊपर छत की ओर घुमाएं, फिर नीचे फ़र्श की ओर। पूरे समय कोहनी को शरीर से सटाकर रखें।

हर दिशा में 10 बार, दिन में 3-4 बार



Kieran Hirpara © 1 2 3 4.0

कलाई और उंगलियों की हरकत

कलाई को धीरे से ऊपर और नीचे मोड़ें, और उंगलियों को पूरी तरह खोलें और बंद करें — ढीली मुट्ठी बनाएं और फिर उंगलियां फैलाएं। इससे पूरा हाथ-बांह चलता रहता है, और जब तक कोहनी शांत हो रही हो, सूजन और जकड़न कम करने में मदद मिलती है।

हर एक 10 बार, दिन में कई बार

नीचे दिए गए व्यायाम केवल डॉ. हिरपरा और अपने हैंड थेरेपिस्ट के बताए अनुसार शुरू करें, और आपको जो भी रेंज और सीमाएं दी गई हैं, उनके भीतर रहें। अल्नर नर्व ग्लाइड सबसे ज़रूरी हैं — ये नर्व को निशान वाले ऊतक (स्कार टिश्यू) में चिपकने के बजाय आसानी से सरकते रहने देते हैं, और ये जल्दी शुरू होते हैं। कोहनी को मोड़ना, सीधा करना और अग्रबाहु को घुमाना कोहनी को जकड़ने से रोकते हैं, और कलाई व उंगलियों की हरकतें बाकी सब कुछ चालू रखती हैं। कोहनी को पूरी तरह मोड़कर लंबे समय तक आराम करने से बचें, क्योंकि यही चीज़ शुरू में नर्व को परेशान करती है। जो भी व्यायाम अग्रबाहु से नीचे छोटी उंगली और अनामिका तक तेज़ या बिजली के झटके जैसा दर्द दे, उसे बंद कर दें।

काम और गतिविधियों पर लौटना

ज़्यादातर लोग एक से दो सप्ताह के भीतर डेस्क वाले या हल्के काम पर लौट आते हैं, जबकि ज़्यादा भारी, बार-बार दोहराए जाने वाले या शारीरिक मेहनत वाले कामों में आमतौर पर लगभग चार से आठ सप्ताह लगते हैं। आप किसी खास काम के लिए तब तैयार होते हैं जब आपका घाव उस काम में होने वाले संपर्क और दबाव को सह सके, और आप उसे ऊपर दी गई सावधानियों के भीतर आराम से कर सकें। अगर आपका काम भारी है, उसमें कोहनी के बल टिकना पड़ता है, या उसमें कंपन करने वाले औज़ार इस्तेमाल होते हैं, तो ऑपरेशन के बाद की अपनी फॉलो-अप जांच में इसकी बात करें, ताकि एक योजना (जिसमें ज़रूरत हो तो बदली हुई ड्यूटी भी शामिल हो) बनाई जा सके।

गाड़ी चलाना आमतौर पर लगभग दो से तीन सप्ताह पर दोबारा शुरू होता है, जब आपका स्लिंग (अगर था) छूट चुका हो और आप बिना दर्द के गाड़ी को नियंत्रित कर सकें और आपात स्थिति में प्रतिक्रिया कर सकें। खेल और सिर के ऊपर हाथ ले जाने वाली गतिविधियों पर लौटना आमतौर पर लगभग छह से बारह सप्ताह पर होता है।

नर्व की रिकवरी अपनी अलग, धीमी समय-सीमा पर चलती है। झुनझुनी अक्सर सबसे पहले, कुछ दिनों से सप्ताहों के भीतर, कम होती है, जबकि सुन्नपन और ताकत कई महीनों तक सुधरते रहते हैं और लगभग एक साल तक बेहतर होते रह सकते हैं। जहां नर्व लंबे समय तक बहुत ज़्यादा दबी रही हो, वहां कुछ सुन्नपन या कमज़ोरी शायद पूरी तरह ठीक न हो, और तब ऑपरेशन का मकसद हालत को आगे बढ़ने से रोकना होता 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

आपके प्रोटोकॉल के बाद

यह प्रोटोकॉल प्रैक्टिस की ठीक होने से जुड़ी सामान्य सलाह के साथ काम करता है: देखें [ऑपरेशन के बाद दर्द संभालना](#), [घाव की देखभाल](#) और [हैंड थेरेपी की बुनियादी बातें](#)। ऊपर दी गई चरणबद्ध योजना कोहनी पर अल्नर नर्व के डीकम्प्रेसन (दबाव हटाने) पर प्रकाशित प्रमाणों के अनुरूप है, और आपकी आगे की रिकवरी में आपका फिजियोथेरेपिस्ट या हैंड थेरेपिस्ट आपके हिसाब से मार्गदर्शन करेगा, इस आधार पर कि आपकी नर्व और कोहनी कैसे आगे बढ़ती हैं।

संदर्भ

[1] Said J, Van Nest D, Foltz C, et al. Ulnar nerve in situ decompression versus transposition for idiopathic cubital tunnel syndrome: an updated meta-analysis. J Hand Microsurg. 2019;11(1):18–27. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6431285/> [2] Macadam SA, Gandhi R, Bezuhly M, Lefaivre KA. Simple decompression versus anterior subcutaneous and submuscular transposition of the ulnar nerve for cubital tunnel syndrome: a meta-analysis. J Hand Surg Am. 2008;33(8):1314.e1–12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18929194/> [3] Caliandro P, La Torre G, Padua R, Giannini F, Padua L. Treatment for ulnar neuropathy at the elbow. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11:CD006839. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006839.pub4/full> [4] Andrews K, Rowland A, Pranjali A, Ebraheim N. Cubital tunnel syndrome: anatomy, clinical presentation, and management. J Orthop. 2018;15(3):832–836. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6082832/>