

पोस्टीरियर शोल्डर स्टेबिलाइज़ेशन (कंधे को पीछे से स्थिर करने का ऑपरेशन)

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

यह ऑपरेशन क्यों सुझाया गया है

डॉ. कीरन हिरपरा, माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंग (कंधे से हाथ तक) के सर्जन, आपकी समस्या के लिए सबसे कम चीर-फाड़ वाले उपयुक्त विकल्पों से शुरुआत करते हैं। मरीज़ों को आम तौर पर उनके जीपी (आपके फैमिली डॉक्टर) हमारे क्लिनिक में रेफ़र करते हैं; अगर किसी फिजियोथेरेपिस्ट ने आपको हमसे मिलने की सलाह दी है, तब भी मेडिकेयर रिबेट पाने के योग्य होने के लिए आपको अपने जीपी से रेफ़रल की ज़रूरत होगी। आपकी जांच के समय हम आपकी बीमारी का पूरा ब्योरा (हिस्ट्री) लेते हैं, आपके कंधे की जांच करते हैं और ज़रूरत हो तो स्कैन (इमेजिंग) करवाते हैं। पोस्टीरियर शोल्डर इंस्टेबिलिटी (कंधे की पीछे की ओर अस्थिरता) का मतलब है कि आपकी बांह की हड्डी का ऊपरी सिरा कंधे के सॉकेट के पीछे की ओर से खिसक जाता है, या ऐसा लगता है कि खिसक जाएगा। यह एक असामान्य समस्या है, और अक्सर शुरु में इसका पता नहीं चल पाता, जिससे सही निदान में देर हो सकती है।

कई लोगों के लिए हम पहले बिना ऑपरेशन वाला इलाज आजमाते हैं, जैसे गतिविधियों में बदलाव और फिजियोथेरेपी। सर्जरी पर तब विचार किया जाता है जब उससे पर्याप्त सुधार न हुआ हो, या जब आपका कंधा बार-बार अचानक जवाब दे देता हो। अगर दूसरे इलाज के बावजूद आपके कंधे में दर्द है या वह अस्थिर है, या अगर आपके सॉकेट की हड्डी के आकार पर ध्यान देने की ज़रूरत है, तो हम यह ऑपरेशन सुझा सकते हैं। यह ऑपरेशन दूरबीन से किया जाने वाला रिपेयर (आर्थ्रोस्कोपी) है, जो जोड़ को अपनी जगह पर टिकाए रखने के लिए कंधे के पीछे के नरम ऊतकों को कसता है। इसका उद्देश्य दर्द से राहत देना, स्थिरता वापस लाना और खेल समेत आपकी सामान्य गतिविधियों में लौटने में आपकी मदद करना है।

ऑपरेशन से पहले

सर्जरी से पहले, हम आपके ऑपरेशन की योजना बनाने के लिए ज़रूरी स्कैन तय करेंगे। अक्सर कंधे के सादे एक्स-रे अपने आप में काफ़ी होते हैं। सीटी स्कैन से आपके सॉकेट की हड्डी की ज़्यादा साफ़ तस्वीर मिलती है, और एमआरआई या अल्ट्रासाउंड से लैब्रम (सॉकेट के किनारे पर कार्टिलेज का छल्ला) और रोटटर कफ़ (कंधे को घुमाने वाली मांसपेशियों और टेंडनों का समूह) जैसे नरम ऊतक दिख सकते हैं। आपको हर टेस्ट की ज़रूरत नहीं होगी, सिर्फ़ उन्हीं की जो आपके कंधे के बारे में किसी सवाल का जवाब देते हैं।

ऑपरेशन वाले दिन, अपने ऑपरेशन के समय से सात घंटे पहले खाना-पीना बंद कर दें। हम छह के बजाय सात घंटे इसलिए कहते हैं ताकि अगर ऑपरेशन थिएटर की सूची समय से पहले चल रही हो तो आपकी सर्जरी पहले की जा सके। आपके सर्जन आपको बताएंगे कि अपनी नियमित दवाओं में से कौन-सी न लें। आप जो कुछ भी लेते हैं, उसकी लिखी हुई सूची साथ लाएं। बाद में आपको गाड़ी से घर ले जाने के लिए किसी का इंतज़ाम करें, और ढीले, आरामदायक कपड़े पहनें। अगर आपको दूसरी बीमारियां हैं, तो आपको खून की जांच या एनेस्थेसिस्ट (बेहोशी के डॉक्टर) से जांच करवाने की ज़रूरत पड़ सकती है।

ऑपरेशन के दिन

आप अस्पताल की सर्जिकल एडमिशन यूनिट में पहुंचते हैं, जहां आपकी भर्ती की जाती है और आपको ऑपरेशन थिएटर के लिए तैयार किया जाता है। आप एनेस्थेसिस्ट से मिलेंगे, वह डॉक्टर जो आपको बेहोश करते हैं और ऑपरेशन के दौरान आपको आराम से रखते 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 साथ में रीजनल नर्व ब्लॉक (शरीर के एक हिस्से को सुन्न करने का इंजेक्शन) भी दिया जाता है; एनेस्थेसिस्ट उसी दिन आपसे इस बारे में बात करेंगे।

इसके बाद आपको ऑपरेशन थिएटर में ले जाया जाता है, जहां ऑपरेशन किया जाता है। बाद में आप रिकवरी एरिया में जागते हैं, जहां एनेस्थीसिया का असर खत्म होने तक नर्स आपकी देखरेख करती हैं। जब आपकी हालत स्थिर हो जाती है, तो प्रक्रिया और आपके ठीक होने की प्रगति के अनुसार आप या तो वार्ड में जाते हैं या घर चले जाते हैं।

ऑपरेशन में क्या किया जाता है

इस ऑपरेशन का सबसे आम रूप दूरबीन से किया जाने वाला रिपेयर है। आपके सर्जन कंधे के आसपास दो या तीन छोटे चीरे लगाते हैं, हर एक लगभग 1 सेमी का। एक चीरे से एक पतला कैमरा अंदर डाला जाता है ताकि जोड़ के अंदर का हिस्सा स्क्रीन पर देखा जा सके। बाकी चीरों से छोटे औज़ार अंदर जाते हैं।

कंधे के अंदर, सर्जन सॉकेट के किनारे पर कार्टिलेज (उपास्थि) के उस छल्ले का रिपेयर करते हैं (उसे वापस जोड़ते हैं) जहां वह फटकर अलग हो गया है, और जोड़ को अंदर से ढकने वाली ऊतक की ढीली थैली को कसते हैं। यह कसाव टांके लगाने के एक ऐसे तरीके से किया जा सकता है जो ढीले ऊतक को मोड़कर थामे रखता है, और कभी-कभी यह एक ही छोटे चीरे से किया जा सकता है। रिपेयर को हड्डी में लगाए गए छोटे एंकरों से थामा जाता है। छोटे चीरों को टांकों से बंद किया जाता है और उन पर ड्रेसिंग (घाव की पट्टी) लगाई जाती है।

कुछ लोगों को नरम ऊतक के रिपेयर से ज़्यादा की ज़रूरत होती है। अगर सॉकेट के पीछे की हड्डी का कोई हिस्सा घिस गया है या मौजूद नहीं है, तो आपके सर्जन किनारे को फिर से बनाने और बांह की हड्डी को अपनी जगह पर टिकाए रखने के लिए हड्डी का एक छोटा टुकड़ा (बोन ब्लॉक) जोड़ सकते हैं। यह दूरबीन से की जाने वाली प्रक्रिया के रूप में किया जा सकता है, जिसमें एक गाइड करने वाला फ्रेम और छोटे बटन इस्तेमाल होते हैं जो हड्डी के टुकड़े को जुड़ने तक थामे रखते हैं। दूसरे मामलों में सॉकेट का कोण ही ठीक किया जाता है। आपके सर्जन समझाएंगे कि आपके कंधे के लिए कौन-सा तरीका सही है और क्यों।

ऑपरेशन के दौरान आप किस स्थिति में लेटेंगे, थोड़ा उठकर बैठे हुए या करवट के बल, यह आपके सर्जन आपकी प्रक्रिया के हिसाब से तय करते हैं।

ऑपरेशन के बाद

आप रिकवरी एरिया में जागेंगे, जहां एनेस्थीसिया का असर खत्म होने तक नर्स आपकी देखरेख करती हैं। आपके कंधे में दर्द होगा, और नर्स आपको आराम देने के लिए दवा देंगी। आपकी बांह स्लिंग (बांह को सहारा देने वाली पट्टी) में रहेगी, जो रिपेयर के जुड़ने तक उसकी रक्षा करती है। आपके कंधे के आसपास के छोटे चीरे टांकों से बंद किए जाते हैं और उन पर ड्रेसिंग लगाई जाती है। हम ड्रेसिंग को लगभग 10 दिन तक लगी रहने देते हैं; कृपया तब से पहले इसे न हटाएं, जब तक हम आपसे ऐसा करने को न कहें। जब हम आपसे मिलते हैं, तब हम इसे बदलते हैं या हटा देते हैं। एक नर्स आपको उठने और चलने-फिरने में मदद करेगी, आम तौर पर कुछ ही घंटों के भीतर। कृपया घर पहुंचने के बाद पहले 24 घंटों तक किसी को अपने साथ रहने के लिए कहें। आपकी टीम आपको बताएगी कि आप उसी दिन घर जाएंगे या एक रात अस्पताल में रुकेंगे।

ठीक होने की प्रक्रिया

पहले कुछ दिनों और सप्ताहों तक आपके कंधे में दर्द और सूजन रहेगी। दूरबीन से किए गए रिपेयर के बाद यह सामान्य है। आराम, बर्फ की थैलियां (आइस पैक) और आपकी टीम की लिखी हुई दर्द की दवा से तकलीफ कम होगी। ऊतकों के ठीक होने के साथ-साथ सूजन धीरे-धीरे कम हो जाती है।

रिपेयर को जुड़ने तक सुरक्षित रखने के लिए शुरू में आप स्लिंग पहनेंगे। आपके फिजियोथेरेपिस्ट हल्के व्यायामों के ज़रिए आपका मार्गदर्शन करेंगे, पहले हिलने-डुलने की क्षमता वापस लाने के लिए, फिर ताकत के लिए। घर पर आप चल-फिर सकते हैं, खुद कपड़े पहन सकते हैं और अपने दूसरे हाथ से हल्के काम कर सकते हैं। आप दर्द वाली बांह से कोई भारी चीज़ नहीं उठाएंगे, और जब तक रिपेयर तैयार न हो जाए, तब तक उस बांह से न धक्का देंगे, न खींचेंगे और न ही सिर के ऊपर हाथ बढ़ाएंगे। कुछ समय तक सोने में दिक्कत हो सकती है; कई लोगों को कुर्सी पर टेक लगाकर या पीठ के पीछे तकिए लगाकर सोना आसान लगता है।

दर्द कम होने और हिलने-डुलने की क्षमता लौटने के साथ, आप बांह से ज़्यादा काम करने लगेंगे। कंधा जितना अनुमति देगा, उसके अनुसार आपके फिजियोथेरेपिस्ट ज़्यादा कठिन व्यायाम जोड़ेंगे। जब आपके सर्जन आपकी प्रगति से संतुष्ट होंगे, तब आपको फिर से गाड़ी चलाने की अनुमति मिलेगी। नियम सरल हैं: जब तक आप स्लिंग पहने हुए हैं, गाड़ी न चलाएं; आपको दोनों हाथों से स्टीयरिंग पकड़ पाना और इमरजेंसी में अचानक ब्रेक लगाने के लिए तुरंत प्रतिक्रिया दे पाना चाहिए; और आप तेज़ दर्द निवारक दवाएं लेना बंद कर चुके हों।

ऊपरी अंग की सर्जरी के बाद गाड़ी चलाने के बारे में हमारी गाइड में और जानकारी है।

खेल में लौटने में रोज़मर्रा के कामों में लौटने से ज़्यादा समय लगता है, क्योंकि रिपेयर को मज़बूत होने के लिए समय चाहिए। आपकी समय-सीमा दूसरे लोगों से अलग हो सकती है; आपके सर्जन और फिजियोथेरेपिस्ट हर कदम पर आपका मार्गदर्शन करेंगे।

क्या समस्याएं हो सकती हैं

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

इस ऑपरेशन के बाद मुख्य चिंता यह है कि कंधा फिर से अस्थिर हो जाए। आपको खिसकने या जवाब दे देने का वही एहसास हो सकता है जो सर्जरी से पहले था, या ऐसा लग सकता है कि जोड़ पीछे की ओर से बाहर निकलने वाला है। अगर ऐसा फिर से होने लगे, तो अपनी अगली फॉलो-अप जांच में इसके बारे में बताएं। कभी-कभी जोड़ को अपनी जगह पर टिकाए रखने के लिए एक और ऑपरेशन की ज़रूरत पड़ती है।

अगर आपके सॉकेट को फिर से बनाने के लिए हड्डी का टुकड़ा जोड़ा गया था, तो उसके जुड़ने के दौरान कभी-कभी कुछ चीज़ें गड़बड़ हो सकती हैं। हो सकता है कि हड्डी का टुकड़ा आपकी अपनी हड्डी से न जुड़े, या उसे थामे रखने वाले छोटे स्क्रू मुड़ या टूट जाएं। आपको अचानक तेज़ अटकन, नई कट-कट की आवाज़ या रगड़, या कंधे में गहरा दर्द महसूस हो सकता है जो ठीक न हो। समय के साथ हड्डी का टुकड़ा सिकुड़ या घिस भी सकता है, जिससे धातु उभरी हुई रह जाती है, और जोड़ में धीरे-धीरे घिसाव वाला गठिया (आर्थराइटिस) हो सकता है। इनमें से किसी भी बदलाव के बारे में अपने सर्जन को बताएं ताकि वे स्कैन से कंधे की जांच कर सकें।

कंधे के आसपास की नर्व (तंत्रिकाएं) उस जगह के पास होती हैं जहां हड्डी का टुकड़ा लगाया जाता है। अगर सर्जरी के दौरान कोई नर्व परेशान (इरिटेड) हो जाए, तो आपको बांह में सुन्नपन, झुनझुनी या कमज़ोरी, या कलाई और उंगलियों को ऊपर उठाने में दिक्कत महसूस हो सकती है। नर्व का ज़्यादातर इरिटेशन (नर्व का परेशान हो जाना) अपने आप ठीक हो जाता है, लेकिन अपनी फॉलो-अप जांच का इंतज़ार करने के बजाय इसके बारे में तुरंत बताएं।

हड्डी के टुकड़े वाले रिपेयर से कंधा पहले से ज़्यादा जकड़ भी सकता है। आपको पीठ के पीछे हाथ ले जाना या बांह को बगल की ओर उठाना ज़्यादा मुश्किल लग सकता है। आपके फिजियोथेरेपिस्ट इस पर आपके साथ काम करेंगे, लेकिन अगर हिलने-डुलने में सुधार नहीं हो रहा हो तो इसके बारे में बताएं।

अस्थिरता के कुछ पैटर्न, जिनमें कंधा बिना किसी साफ़ चोट के कुछ खास हरकतों के दौरान खिसक जाता है, सर्जरी से अच्छी तरह ठीक नहीं होते। अगर आपके कंधे के साथ ऐसा ही होता लगता है, तो आपके सर्जन किसी भी ऑपरेशन से पहले इस बारे में आपसे बात करेंगे।

अगर आप विस्तार से जानना चाहते हैं, तो इस पेज पर जटिलताओं (कॉम्प्लिकेशन) की तालिका में आम दरें दी गई हैं।

हमें कब फ़ोन करें

जब आप हमें समस्याओं के बारे में बताते हैं, तो ज़्यादातर समस्याओं का जल्दी पता चल जाता है। अगर आपको बुखार हो, अगर घाव ज़्यादा लाल हो जाए या उससे तरल रिसने लगे, या अगर आपका दर्द अचानक बहुत बढ़ जाए, तो हमें फ़ोन करें। बांह में सुन्नपन, झुनझुनी या कमज़ोरी होने पर, या अगर आप बांह को हिला न पाएं, तो हमें फ़ोन करें। अगर आपकी पिंडली में सूजन या दर्द हो, या आपकी सांस फूलने लगे, तो इमरजेंसी विभाग जाएं। अगर आपको लगे कि आपका कंधा फिर से पीछे की ओर खिसक रहा है, तो अपनी अगली फॉलो-अप जांच का इंतज़ार करने के बजाय हमें बताएं।

विस्तार से

यह हिस्सा आपके अपने इलाज से जुड़े फ़ैसलों के लिए ज़रूरी जानकारी से आगे जाता है। पोस्टीरियर शोल्डर इंस्टेबिलिटी के बारे में यह अतिरिक्त जानकारी पढ़ने लायक है, क्योंकि इसका व्यवहार उस एंटीरियर (आगे की ओर वाली) अस्थिरता से अलग होता है जिसके बारे में ज़्यादातर लोगों ने सुना है, और यह अंतर उस दिशा में है जिसका आप अंदाज़ा नहीं लगाएंगे।

पीछे वाला रिपेयर ज़्यादा स्थिर रहता है, पर वापसी ज़्यादा कठिन होती है

दूरबीन से रिपेयर के बाद एंटीरियर और पोस्टीरियर अस्थिरता की तुलना करने वाले एक मेटा-एनालिसिस में पाया गया कि **एंटीरियर** अस्थिरता वाले मरीज़ों में **खेल में लौटने की दर ज़्यादा** थी, लेकिन उनमें ऑपरेशन के बाद अस्थिरता होने की संभावना **ज़्यादा** थी [1]। पोस्टीरियर मरीज़ों में इसका उल्टा था: रिपेयर बेहतर टिका रहा, लेकिन कम लोग अपने खेल में वापस लौट पाए [1]।

इस बात पर ठहरकर सोचना चाहिए, क्योंकि यह उन दो बातों को अलग करती है जिन्हें मरीज़ अक्सर एक मान लेते हैं। “क्या मेरा कंधा अपनी जगह पर टिका रहेगा?” और “क्या मैं फिर से वह सब कर पाऊंगा जो पहले करता था?”, यहां इन दोनों के जवाब अलग हैं, और दूसरा ज़्यादा कठिन है।

ऑपरेशन के अपने नतीजे अच्छे हैं। दूरबीन से किए गए **2,307** पोस्टीरियर स्टेबिलाइज़ेशन ऑपरेशनों की एक सिस्टमैटिक समीक्षा में अच्छे नतीजे और मरीज़ों की ज़्यादा संतुष्टि बताई गई, साथ ही दोबारा अस्थिरता, दोबारा ऑपरेशन (रिविज़न) और बचे रहने वाले दर्द की दरें कम थीं [2]। **1,047** खिलाड़ियों की एक अलग समीक्षा में खेल में लौटने की दरें ऊंची पाई गई, और चोट से पहले वाले स्तर पर लौटने की दरें भी अपेक्षाकृत ऊंची थीं [3]। ये दोनों बातें एक साथ सच हो सकती हैं: पोस्टीरियर स्टेबिलाइज़ेशन एक भरोसेमंद ऑपरेशन है, और फिर भी इसके बाद वापसी का रास्ता एंटीरियर ऑपरेशन की तुलना में ज़्यादा कठिन है।

किन बातों से विफलता का अनुमान लगता है

हाल के शोध में सबसे उपयोगी हिस्सा यह है कि किन लोगों के नतीजे खराब रहते हैं। **960** मरीज़ों की एक सिस्टमैटिक समीक्षा में दूरबीन से किए गए पोस्टीरियर कैप्सुलोलैब्रल रिपेयर (जोड़ की थैली और लैब्रम का रिपेयर) के बाद विफलता या दोबारा ऑपरेशन के तीन जोखिम कारक पहचाने गए: **महिला होना, ग्लेनॉइड (कंधे के सॉकेट) की हड्डी की कम चौड़ाई**, और ऑपरेशन से पहले **ग्लेनॉइड की हड्डी का 11% से 15% से ज़्यादा नुकसान** [4]।

उतनी ही जानकारी इस बात से मिलती है कि किन बातों से विफलता का अनुमान नहीं लगा: ग्लेनॉइड वर्जन (सॉकेट का कोण), खेल का प्रकार, लैब्रम की चौड़ाई और लैब्रम के वर्जन का कोई महत्वपूर्ण असर नहीं दिखा [4]। खास तौर पर वर्जन की चर्चा अक्सर ऐसे की जाती है जैसे वह निर्णायक हो, और इस प्रमाण के अनुसार ऐसा नहीं है।

इसका व्यावहारिक नतीजा यह है कि सर्जरी से पहले ग्लेनॉइड में मौजूद हड्डी का ठीक से आकलन होना चाहिए। लगभग 11–15% की सीमा के बाद, सिर्फ नरम ऊतक का रिपेयर ऐसी यांत्रिक समस्या के खिलाफ काम कर रहा होता है जिसे वह ठीक नहीं कर सकता, और यह बातचीत विफलता के बाद नहीं, बल्कि ऑपरेशन से पहले होनी चाहिए।

इसका पता क्यों नहीं चल पाता

पोस्टीरियर अस्थिरता शायद ही कभी डिसलोकेशन (जोड़ का अपनी जगह से खिसक जाना) के रूप में सामने आती है। ज़्यादातर यह भार पड़ने पर, आगे की ओर उठी हुई (फ्लेक्स की हुई) बांह में दर्द के रूप में दिखती है, जैसे बेंच प्रेस, पुश-अप, या कुर्सी से उठते समय हाथ से धक्का देना, और कंधे के साफ़ तौर पर बाहर निकलने का कोई इतिहास नहीं होता। ऐसे लक्षणों पर अक्सर इम्पिंगमेंट (दबना या रगड़ खाना) या टेंडिनोपैथी (टेंडन की समस्या) का लेबल लग जाता है, और निदान अक्सर देर से होता है।

अगर आगे की ओर उठी हुई बांह से धक्का देने पर आपको दर्द होता है और रोटटर कफ़ के लिए किए गए इलाज से यह ठीक नहीं हुआ है, तो खास तौर पर यह जांचना ज़रूरी है कि कहीं यह पोस्टीरियर अस्थिरता तो नहीं है।

संदर्भ

- [1] Vopat ML, Coda RG, Giusti NE, Baker J, Tarakemeh A, Schroepel JP, et al. Differences in outcomes between anterior and posterior shoulder instability after arthroscopic Bankart repair: a systematic review and meta-analysis. *Orthop J Sports Med.* 2021;9(5). <https://doi.org/10.1177/23259671211006437>
- [2] Ralph JE, Hurley ET, Lunn K, Levin JM, Klifto CS, Owens BD, et al. Outcomes of arthroscopic stabilization for posterior shoulder instability: a systematic review. *J Shoulder Elbow Surg.* 2024;33(11):2530-8. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.04.006>
- [3] Matar RN, Shah NS, Gardner TJ, Grawe BM. Return to sport after surgical treatment for posterior shoulder instability: a systematic review. *JSES Int.* 2020;4(4):797-802. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2020.08.002>
- [4] Afetse EK, Noonan J, Munro A, Waterman BR, Ruzbarsky JJ, Kanakamedala AC, et al. Female sex, reduced glenoid bone width, and glenoid bone loss greater than 11% to 15% may increase the risk of failure after arthroscopic posterior capsulolabral repair: a systematic review. *Arthroscopy.* 2025;41(12):5332-42.e1. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2025.07.023>