

کہنی کے اوپر بازو کی ہڈی کا فریکچر (Distal) (Humerus Fracture)

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

کہنی کے اوپر بازو کی ہڈی کا فریکچر (distal humerus fracture) کہنی کے بالکل اوپر، بازو کے اوپری حصے کی ہڈی (humerus) کے نچلے سرے کا ٹوٹنا ہے۔ یہ عام طور پر بازو کے بل کرنے، براہ راست ضرب لگنے، یا سیدھی کہنی پر اچانک بھاری بوجھ پڑنے سے ہوتا ہے۔ بہت سے لوگ بتاتے ہیں کہ چوٹ کے لمحے انہوں نے پچھ ٹوٹنے کی آواز سنی یا اسے محسوس کیا۔

درد عام طور پر فوراً اور شدید ہوتا ہے۔ آپ کی کہنی جلدی سوج سکتی ہے، اور اگلے ایک دو دن میں اکثر نیل پڑ جاتے ہیں۔ اگر ٹوٹے ہوئے ٹکڑے اپنی جگہ سے ہٹ گئے ہوں تو جوڑ کی شکل بگڑی ہوئی نظر آسکتی ہے۔ غلطی آپ بازو ہلانا نہیں چاہیں گے، اور دروازے کا ہینڈل گھمانا، کیتلی اٹھانا یا کپڑے پہننا جیسے سادہ کام مشکل ہو جاتے ہیں۔ کہنی غیر مستحکم محسوس ہوتی ہے، اور اسے استعمال کرنے کی کوشش سے درد بڑھ جاتا ہے۔

پہلے دنوں اور ہفتوں میں درد اکثر آرام کے دوران اور رات کو بھی رہتا ہے، اور کہنی ہلانے کی ہر کوشش پر تیز ہو جاتا ہے۔ جب ہڈی بھرنا شروع ہوتی ہے تو یہ آہستہ آہستہ کم ہو جاتا ہے، اگرچہ کہنی کچھ عرصے تک اڑی ہوئی رہ سکتی ہے اور چھوٹے پر درد کم سکتی ہے۔ کہنی ایک پیچیدہ جوڑ ہے، اور یہاں کے فریکچر کا بھرنا مشکل ہو سکتا ہے، خاص طور پر جب ہڈی پتلی ہو یا کئی ٹکڑوں میں ٹوٹی ہو۔ کچھ لوگوں میں، خاص طور پر 65 سال سے زیادہ عمر والوں میں، صحت یابی کے دوران مسائل پیدا ہو جاتے ہیں، اس لیے آپ کی تیم اس بات پر گہری نظر رکھنے کی کہ بازو کیسے بہتر ہو رہا ہے۔

آپ کے سرجن آپ کے ساتھ اس علاج پر بات کریں گے جو آپ کے فریکچر اور آپ کی صحت کے لیے مناسب ہو۔ عام طریقہ سرجری ہے جس میں ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو سیدھ میں لا کر تھام دیا جاتا ہے؛ اسے اوپن ریڈکشن اینڈ انٹرنل فیکسیشن (open reduction and internal fixation) کہتے ہیں، یعنی ٹکڑوں کو واپس ان کی جگہ پر رکھ کر پلیٹوں اور پیچوں سے جوڑ دینا۔ کچھ بزرگ لوگوں کے لیے، خاص طور پر جہاں ٹوٹی ہوئی ہڈی کو دوبارہ جوڑ کر بنانا ممکن نہ ہو، اس کے بجائے کہنی کے پورے جوڑ کی تبدیلی (total elbow replacement) پر غور کیا جاسکتا ہے۔ دوسروں کے لیے، خاص طور پر ان لوگوں کے لیے جو طبی طور پر بیمار ہوں یا جن کے بازو سے کم مشقت لی جاتی ہو، سرجری کے بغیر علاج بھی اچھا کام کر سکتا ہے۔

در اصل کیا ہو رہا ہے

آپ کے بازو کے اوپری حصے کی ہڈی، یعنی ہیومرس (humerus)، کا نچلا سر کہنی کے بالکل اوپر چوڑا ہو کر ہڈی کے دو سہارا دینے والے ستونوں میں بٹ جاتا ہے۔ ان کے درمیان دو ہموار، گول سطحیں ہوتی ہیں جو کہنی کے جوڑ کا حرکت کرنے والا حصہ بناتی ہیں۔ ایک سطح آپ کی کہنی کو موڑنے اور سیدھا کرنے دیتی ہے۔ دوسری آپ کے بازو کے پچلے حصے (forearm) کو گھومنے دیتی ہے تاکہ آپ اپنی ہتھیلی کو اوپر اور نیچے کی طرف پلٹ سکیں۔

یہاں فریکچر ایسا ہے جیسے لکڑی کی کسی شاخ کا دو شاخہ سراتنے سے ملنے کی جگہ کے قریب چٹخ جائے۔ جوڑ کی سطحوں پر کارٹیلج (cartilage)، یعنی جوڑ میں ہڈیوں کے سروں پر چلنے، لچکدار تہہ، چڑھی ہوتی ہے، اور ہڈی کے ٹکڑوں کو مضبوط پٹیاں آپس میں جوڑے رکھتی ہیں جنہیں لیگامنٹ (ligament) کہتے ہیں، یعنی وہ مضبوط بندھن جو ایک ہڈی کو دوسری ہڈی سے جوڑتے ہیں۔ جب ہڈی ٹوٹی ہے تو یہ سطحیں الگ ہو کر اپنی جگہ سے ہٹ سکتی ہیں، جس سے جوڑ ہموار طریقے سے نہیں پھسلتا۔ یہی وجہ ہے کہ بازو غیر مستحکم محسوس ہوتا ہے اور بوجھ نہیں اٹھا پاتا۔

کہنی میں تنگ نالیاں اور خالی جگہیں بھی ہوتی ہیں جن میں سے حرکت کرنے والے حصے گزرتے ہیں۔ اگر کوئی ٹوٹا ہوا ٹکڑا ان میں سے کسی جگہ میں ٹھسک جائے، یا بھرتی ہوئی ہڈی یا زخم بھرنے سے بننے والا سخت ریشہ (scar tissue) انہیں بھر دے، تو کہنی کی حرکت کم ہو سکتی ہے۔ زخمی کہنی کے بھرتے وقت کبھی بھی اس کے ارد گرد اضافی ہڈی بن جاتی ہے، اور اس سے موڑنے اور سیدھا کرنے کی حرکت مزید محدود ہو سکتی ہے۔

ہڈی دوبارہ جوڑ کر بھرتی ہے، اور ہفتوں سے مہینوں کے دوران ٹوٹی ہوئی جگہ کے آ پار نئی ہڈی بنتی ہے۔ اس کے اچھی طرح کام کرنے کے لیے ٹکڑوں کا ایک دوسرے کے قریب ہونا اور ساکن رہنا ضروری ہے۔ اگر ٹکڑے ایک دوسرے سے دور ہٹ گئے ہوں، یا جوڑ کی سطح کئی ٹکڑوں میں ٹوٹی ہو، تو ان کے خود سے سیدھ میں آنے کا امکان کم ہے۔ سرجری ٹکڑوں کو واپس ان کی جگہ پر رکھتی ہے اور جڑنے تک انہیں پلیٹوں اور پیچوں سے تھامے رکھتی ہے۔ جب جوڑ کی سطح اتنے زیادہ چھوٹے ٹکڑوں میں ٹوٹی ہو کہ اسے دوبارہ بنانا ممکن نہ ہو، تو کہنی کے جوڑ کی تبدیلی بہتر راستہ ہو سکتی ہے۔

آپ کے سرجن بازو کا معائنہ کریں گے اور اسکیں دیکھیں گے تاکہ پتا چلے کہ کتنے ٹکڑے ہیں، کیا وہ اپنی جگہ سے ہٹے ہیں، اور کیا جوڑ کی سطح متاثر ہوئی ہے۔ یہی تصویر طے کرتی ہے کہ آپ کے لیے کون سے علاج مناسب ہیں۔

ہم اس کے لیے کیا کر سکتے ہیں

ڈاکٹر کیرن ہیرپا، 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۔ مریضوں کو عام طور پر ان کے فیملی ڈاکٹر (GP) ہمارے کلینک بھیجتے ہیں؛ اگر کسی فیزیوتھراپسٹ نے آپ کو ہمیں دکھانے کا مشورہ دیا ہے، تب بھی میڈیکر (Medicare) سے رقم کی واپسی (rebate) کا اہل ہونے کے لیے آپ کو اپنے فیملی ڈاکٹر سے ریفرل (referral) کی ضرورت ہوگی۔ کلینک میں ہم آپ کے بازو کا معائنہ کرتے ہیں، آپ کے ایسکرے دیکھتے ہیں اور جہاں فریکچر پیچیدہ ہو، ٹوٹنے کی نوعیت واضح طور پر دیکھنے کے لیے سی ٹی اسکین کرواتے ہیں۔ پھر ہم آپ کے ساتھ مختلف راستوں پر بات کرتے ہیں۔ کچھ فریکچر میں سرجری کے بغیر علاج اچھا کام کرتا ہے۔ یہ ان فریکچر کے لیے موزوں ہے جن میں ٹکڑے بمشکل ملے ہوں اور کہنی اب بھی مستحکم ہو، اور یہ ان بزرگ لوگوں کے لیے بھی موزوں ہو سکتا ہے جن کی صحت یا ہڈی کی حالت کی وجہ سے آپریشن مناسب نہ ہو۔ اس میں ہڈی کے جڑنے تک بازو کو ساکن رکھنے کے لیے سلنگ (sling)، یعنی گلے سے لٹکی وہی جو بازو کو سہارا دیتی ہے، اسپلنٹ یا پلستر استعمال ہوتا ہے، اور درمیان میں ایسکرے کر کے تصدیق کی جاتی ہے کہ کچھ اپنی جگہ سے نہیں ہٹا۔ جب ہڈی کا بھرنا اجازت دے تو فیزیوتھراپی کے ساتھ حرکت مرحلہ وار واپس لائی جاتی ہے۔ 65 سال سے زیادہ عمر کے لوگوں کے لیے، یہ راستہ شدید اکڑاؤ یا ڈھیلی، غیر مستحکم کہنی کے بغیر خود مختار زندگی جاری رکھنے کا موقع دے سکتا ہے۔

جب فریکچر جوڑ کے اندر تک جاتا ہو، ٹکڑے ایک دوسرے سے دور ہٹ گئے ہوں، یا کہنی خود سے مستحکم نہ رہتی ہو، تو شروع ہی سے سرجری کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ جب آپ کو اپنے بازو سے دوبارہ اصل بوجھ اٹھانے کی ضرورت ہو تو بھی عام طور پر سرجری ہی کا انتخاب کیا جاتا ہے۔ مقصد یہ ہے کہ ٹکڑوں کو ان کی معمول کی جگہ پر واپس رکھ کر پلیٹوں اور پیچوں سے تھام دیا جائے، تاکہ ہڈی صحیح شکل میں جڑے اور کہنی جلد حرکت شروع کر سکے۔ جب جوڑ کی سطح اتنے زیادہ چھوٹے ٹکڑوں میں ٹوٹی ہو کہ اسے دوبارہ بنانا ممکن نہ ہو، تو کہنی کے جوڑ کے کچھ حصے یا پورے جوڑ کی تبدیلی بہتر راستہ ہو سکتی ہے، خاص طور پر پتلی ہڈی والے بزرگ لوگوں کے لیے۔ مرمت اور تبدیلی کے درمیان انتخاب واقعی ایک مشترکہ فیصلہ ہے، اور ہم آپ کے ساتھ مل کر اس بات پر تفصیل سے بات کریں گے کہ ہر راستے کا آپ کے بازو اور آپ کی زندگی پر کیا اثر ہوگا۔

آپ جو بھی راستہ اختیار کریں، پہلے ہفتوں کی ترجیحات ایک جیسی ہوتی ہیں۔ درد پر قابو رکھا جاتا ہے تاکہ آپ آرام کر سکیں اور سو سکیں۔ ہڈی کے بھرنے تک بازو کی حفاظت کی جاتی ہے، اس منصوبے کے مطابق جو ہم آپ کو بتاتے ہیں کہ بازو محفوظ طریقے سے کیا کر سکتا ہے۔

فزیوتھریاپی صحیح مرحلے پر شروع ہوتی ہے، یعنی سرجری کے بعد جلد، اور سرجری کے بغیر علاج میں اس وقت جب ہڈی کا بھرنے کی اجازت دے، تاکہ موڑنے، سیدھا کرنے اور بازو کے پچھلے حصے کو کھانے کی صلاحیت دوبارہ بحال ہو۔ اس دوران ہم آپ کو دیکھتے رہیں گے تاکہ جانچ سکیں کہ بازو کیسے بہتر ہو رہا ہے۔

کیا توقع رکھیں

ہڈی کو بھرنے میں ہفتوں سے مہینوں تک کا وقت لگتا ہے۔ ٹوٹی ہوئی جگہ کے آری پارٹ ہڈی بنتی ہے اور آہستہ آہستہ ٹکڑوں کو آپس میں جوڑ دیتی ہے، اور اس دوران کہنی آسانی سے اکڑ جاتی ہے، اس لیے جب ہڈی کا بھرنے کی اجازت دے تو فزیوتھریاپی کے ساتھ حرکت مرحلہ وار بحال کی جاتی ہے۔ زیادہ تر لوگ دیکھتے ہیں کہ شروع کا شدید درد پہلے چند ہفتوں میں کم ہو جاتا ہے، اگرچہ کہنی کچھ عرصے تک چھوٹے پردرد کر سکتی ہے اور کسی ہونی محسوس ہو سکتی ہے۔

اگر آپ کے فیکچر کا علاج سرجری کے بغیر کیا جائے تو ہڈی کے جڑنے تک بازو کو ساکن رکھا جاتا ہے۔ 65 سال سے زیادہ عمر کے لوگوں کے لیے، یہ راستہ شدید اڈاؤ یا ڈھیلی، غیر مستحکم کہنی کے بغیر خود مختار زندگی جاری رکھنے کا موقع دے سکتا ہے۔ اگر آپ کی سرجری ہو تو پلیٹیں اور پیچ ٹکڑوں کو بھرنے تک اپنی جگہ پر تھامے رکھتے ہیں، اور حرکت جلد شروع ہو جاتی ہے۔ طویل مدت میں، جن لوگوں کی کہنی کی مرمت ہوئی ہو ان میں سے کچھ کے جوڑ میں ہلکے سے درمیانے درجے کا جوڑ کے ہسنے والا آرٹھرائٹس (osteoarthritis) پیدا ہو جاتا ہے، جو کئی سال بعد ایکسرے پر نظر آ سکتا ہے۔

صحت یابی ہر شخص کے لیے مختلف ہوتی ہے۔ کپڑے پہننا، کھانا پکانا اور چیزیں اٹھانا جیسے روزمرہ کام عام طور پر درد کم ہونے اور حرکت واپس آنے کے ساتھ مرحلہ وار واپس آتے ہیں۔ آپ کام یا ٹھیل پر کب واپس جاسکتے ہیں، یہ آپ کے کام، آپ کے فیکچر اور آپ کی صحت یابی کی رفتار پر منحصر ہے، اور ہم معائنے کی ملاقاتوں میں آپ کے ساتھ اس پر بات کریں گے۔

سچ یہ ہے کہ مسائل پیدا ہو سکتے ہیں۔ اس فیکچر والے 65 سال سے زیادہ عمر کے لوگوں میں سے تقریباً ہر تین میں سے ایک کو صحت یابی کے دوران کوئی پیچیدگی ہو جاتی ہے۔ ایک امکان النر عصب (ulnar nerve) میں جلن (irritation) یا اس کے احساس میں تبدیلی کا ہے؛ یہ وہ عصب ہے جو کہنی کے پیچھے سے گزرتا ہے اور چھوٹی انگلی اور انگوٹھی والی انگلی میں جھنجھناہٹ پیدا کر سکتا ہے؛ یہ سرجری کے کچھ ہی عرصے بعد ہو سکتا ہے یا بعد میں ظاہر ہو سکتا ہے۔ بھرتی ہوئی کہنی کے ارد گرد بھی کبھی اضافی ہڈی بن جاتی ہے، جو اس بات کو محدود کر سکتی ہے کہ کہنی کتنی مڑتی اور سیدھی ہوتی ہے۔ مرمت شدہ ٹکڑے اپنی جگہ سے ہٹ بھی سکتے ہیں یا جڑے رہنے میں ناکام ہو سکتے ہیں، خاص طور پر اگر ہڈی پتلی ہو، اور تمباکو نوشی اس کا امکان بڑھا دیتی ہے۔ جب جوڑ کی مرمت کے بجائے اسے تبدیل کیا جائے تو نیا جوڑ عام طور پر طویل مدت تک اچھا کام کرتا ہے، اگرچہ کچھ لوگوں کو آگے چل کر مزید سرجری کی ضرورت پڑتی ہے۔ آپ کی تیم معائنوں کے دوران ان مسائل پر نظر رکھے گی اور جو کچھ بھی سامنے آئے اس پر آپ سے بات کرے گی۔

ڈاکٹر کو کب دکھائیں

اگر آپ کا بازو بے ڈھنگا نظر آئے، کہنی پر کوئی کھلا زخم ہو، آپ کو انگلیوں میں سُن پن یا جھنجھناہٹ محسوس ہو، یا آپ بازو بالکل استعمال نہ کر سکیں تو فوری طبی امداد حاصل کریں۔ ان علامات کا فوراً معائنہ ضروری ہے۔

اگر درد کم نہیں ہو رہا، یا ہڈی کے بھرنے کے دوران سوجن، حرکت یا روزمرہ کام کالج ہفتہ بہ ہفتہ بہتر نہیں ہو رہے، تو اپنے فیملی ڈاکٹر (GP) کو دکھائیں یا باہر ڈاکٹر سے معائنے کا کہیں۔ صحت یابی شاذ و نادر ہی سیدھی لکیر میں آگے بڑھتی ہے، لیکن ہر ہفتے کچھ نہ کچھ تبدیلی آنی چاہیے۔ اگر کچھ بھی نہیں بدل رہا تو انتظار کرتے رہنے کے بجائے بازو کا معائنہ کروانا بہتر ہے۔

مزید تفصیل

یہ حصہ آپ کے اپنے علاج کے فیصلوں کے لیے ضروری معلومات سے آگے جاتا ہے۔ کہنی کے اوپر بازو کی ہڈی کا فیکچر اضافی مطالعے کے لائق ہے کیونکہ یہ ایک مشکل مقام پر کھڑا ہے: یہ بازو اور ہاتھ کے ان فیکچر میں سے ہے جن میں پیچیدگیاں زیادہ ہوتی ہیں، اس کی سرجری میں جوڑ تک پہنچنے کے معیاری طریقے میں جان بوجھ کر ایک دوسری ہڈی کو توڑنا پڑتا ہے، اور بزرگ مریضوں میں آپریشن کرنے کا جواز اتنا طے شدہ نہیں جتنا آپ سمجھ سکتے ہیں۔

پیچیدگیوں کی شرح اس کی شہرت سے زیادہ ہے

جوڑ کے اندر تک جانے والے ان فیکچر کا، جن کا علاج اوپن ریڈکشن اینڈ انٹرنل فیکسیشن (ٹکڑوں کو جگہ پر رکھ کر پلیٹوں اور پیچوں سے جوڑنا) سے کیا گیا، سب سے بڑا مجموعی تجزیہ 2,362 مریضوں پر مشتمل تھا، اور اس کا نتیجہ دو ٹوک تھا: پیچیدگیاں اور دوبارہ آپریشن پہلے کے اندازے سے زیادہ عام ہیں [1]۔

یہ ایک مفید اصلاح ہے۔ ان فیکچر کو عام طور پر مشکل لیکن قابل حل کے طور پر پیش کیا جاتا ہے، اور ایکسرے پر تکنیکی نتیجہ اکثر بہترین ہوتا ہے۔ اچھے ایکسرے اور اچھی کہنی کے درمیان فاصلہ یہاں بازو کی تقریباً کسی بھی دوسری جگہ سے زیادہ ہے، اور طبی تحقیق میں اس کا ذکر کم کیا جاتا رہا تھا۔

جوڑ تک پہنچنے کے طریقے کی اپنی قیمت ہے

جوڑ کی سطح کو صحیح طرح دیکھنے کے لیے، عام طریقے میں کہنی کی نوک (olecranon) کو اس کے آر پار کاٹ کر الگ کیا جاتا ہے، جسے اولیکرینن آسٹیوٹومی (olecranon osteotomy) کہتے ہیں، اور آخر میں اسے دوبارہ جوڑ دیا جاتا ہے۔ یہ رسائی کے ایک حقیقی مسئلے کا عمدہ حل ہے، لیکن یہ بلا قیمت نہیں۔

1,700 آسٹیوٹومی کو یکجا کرنے پر 447 پیچیدگیاں رپورٹ ہوئیں۔ زخم کا انفیکشن 4.2 فیصد میں ہوا اور کاٹی گئی ہڈی کے دوبارہ جڑنے میں مسائل 3.7 فیصد میں [2]۔ لہذا اس طریقے کو استعمال کرنے کا فیصلہ یہ قبول کرنے کا فیصلہ ہے کہ ایک ایسی جگہ پر، جو سرجری سے پہلے صحیح سالم تھی، دوسرا مسئلہ پیدا ہونے کا ایک چھوٹا لیکن حقیقی امکان ہے۔ مصنفین کا زاویہ درست ہے: یہ خطرہ آسٹیوٹومی کرنے کے فیصلے کا حصہ ہونا چاہیے، نہ کہ اس کے ساتھ ایک ضمنی بات۔

ویسے، پیچھے سے جوڑ تک پہنچنے کے مختلف طریقوں کے درمیان انتخاب اتنا اہم نظر نہیں آتا جتنا ان میں سے کسی ایک کو استعمال کرنے کا فیصلہ۔ جوڑ کے اندر تک جانے والے مکمل (AO/OTA type C) فیکچر والے 1,258 مریضوں کے ایک میٹا اینالیس (meta-analysis) میں اولیکرینن آسٹیوٹومی کا موازنہ ان طریقوں سے کیا گیا جن میں ٹرائسپس (triceps) پیچھے کو الٹ کر ہٹایا جاتا ہے، چیرا جاتا ہے یا بچا کر رکھا جاتا ہے، اور مجموعی نتائج ملتے جلتے پائے گئے، جبکہ زیادہ تر پیمانوں پر کوئی شماریاتی طور پر نمایاں (statistically significant) فرق نہیں تھا [3]۔

بزرگ مریضوں میں یہ سوال واقعی کھلا ہے

یہ ایک مضبوط احساس ہے کہ جوڑ کے اندر تک جانے والا، اپنی جگہ سے ہٹا ہوا فیکچر لازماً جوڑا جانا چاہیے۔ بزرگ لوگوں میں اس احساس کی تائید موازنہ کرنے والی تحقیق سے اچھی طرح نہیں ہوتی۔

1,838 بزرگ مریضوں کے ایک منظم جائزے (systematic review) میں سرجری اور سرجری کے بغیر علاج کا موازنہ کیا گیا اور پایا گیا کہ زیر مطالعہ علاج کے طریقوں میں سے ہر ایک سے کہنی کی کارکردگی مناسب سطح پر رہی [4]۔ مصنفین یہ واضح کرنے میں محتاط ہیں کہ یہ آپریشن بند کرنے کی سفارش کیوں نہیں ہے: شامل تحقیقات زیادہ تر موازنہ کرنے والی نہیں تھیں اور ان میں جانبداری (bias) کا کافی خطرہ تھا۔ یہ برتری کے شواہد کی عدم موجودگی ہے، نہ کہ برابری کے شواہد۔

پھر بھی، عملی نتیجہ برقرار رہتا ہے۔ کم عملی ضروریات والے کمزور مریض کے لیے، ہڈی کی اصل بناوٹ دوبارہ بنانے کے بجائے آرام اور جلد حرکت کے گرد بنایا گیا منصوبہ ایک قابل دفاع انتخاب ہے، جس کی تائید ایسے نتائج کرتے ہیں جو واضح طور پر بدتر نہیں، اور یہ اوپر بیان کی گئی ہر پیچیدگی سے بچاتا ہے۔

آپ کے لیے اس کا کیا مطلب ہے

اس سے تین باتیں نکلتی ہیں۔ توقع رکھیں کہ صحت یابی کا اصل مسئلہ ہڈی کا بھرنے کا نہیں بلکہ حرکت ہوگی؛ ہڈی آسان حصہ ہے۔ خاص طور پر پوچھیں کہ جوڑ تک پہنچنے کا کون سا طریقہ منصوبے میں ہے اور وہ آپ کو کس چیز کا پابند کرتا ہے۔ اور اگر آپ بزرگ ہیں، یا آپ کے بازو سے کم مشقت لی جاتی ہے، تو براہ راست پوچھیں کہ کیا آپ کے معاملے میں آپریشن کے بغیر علاج مناسب ہے، کیونکہ ایماندارانہ جواب ہاں ہو سکتا ہے۔

حوالہ جات

- [1] Yetter TR, Weatherby PJ, Somerson JS. Complications of articular distal humeral fracture fixation: a systematic review and meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg. 2021;30(8):1957-67 <https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.02.017>
- [2] Spierings KE, Schoolmeesters BJ, Doornberg JN, Eygendaal D, van den Bekerom MP. Complications of olecranon osteotomy in the treatment of distal humerus fracture. Clin Shoulder Elb. 2022;25(2):163-9 [/https://doi.org/10.5397/cise.2021.00591](https://doi.org/10.5397/cise.2021.00591)
- [3] Yao H, Chen W, Lin Z, Cao H. Comparative efficacy and safety of different posterior surgical approaches for intra-articular distal humerus fractures. J Orthop Surg Res. 2026;21(1) <https://doi.org/10.1186/s13018-026-06739-x>
- [4] Stoddart MT, Panagopoulos GN, Craig RS, Falworth M, Butt D, Rudge W, et al. A systematic review of the treatment of distal humerus fractures in older adults: a comparison of surgical and non-surgical options. Shoulder Elbow. 2022;16(2):175-85 <https://doi.org/10.1177/17585732221099845>