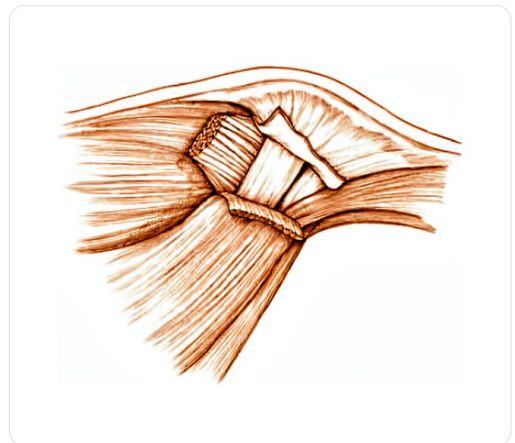


Pinsala sa UCL ng hinlalaki

Isang napunit na ulnar collateral ligament ng hinlalaki (skier's thumb).

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Ang pahinang ito ay isinalin ng makina at hindi pa nasusuri ng isang doktor. Ang **bersyong Ingles** ang siyang opisyal.

Ang iyong nararamdaman

Ang thumb UCL injury ay nakaaapekto sa ligament sa panloob na gilid ng iyong hinlalaki, sa joint kung saan nagtatagpo ang hinlalaki at ang iyong kamay. Karaniwang nangyayari ang pinsala kapag biglang nabaluktot patagilid ang iyong hinlalaki, kadalasan sa pagbagsak nang nakatukod ang nakaunat na kamay. Sa skiing, maaari itong mangyari kung matumba ka habang hawak mo pa rin ang ski pole, at maaaring mapinsala ng mga snowboarder ang hinlalaki sa mga pagkahulog at pagliko.

Ang sakit ay nasa panloob na gilid ng iyong hinlalaki, sa joint na pinakamalapit sa iyong palad. Karaniwan itong nagsisimula sa isang biglaang pinsala, kasabay ng pamamaga at pagiging sensitibo sa hipo sa bahaging iyon. Masakit ang pagkurot, paghawak at anumang bagay na nagtutulak sa iyong hinlalaki patagilid. Nagiging mahirap ang mga pang-araw-araw na gawain na nagpapabigat sa hinlalaki sa ganitong paraan: ang pagpihit ng susi, pagbukas ng garapon, paghawak ng mabigat na kawali sa gilid nito. Maaari ring pakiramdam ng iyong hinlalaki ay hindi matatag, na para bang bumibigay ito kapag idiniin mo ito sa isang bagay.

Napapansin ng ilang tao ang isang maliit at matigas na bukol sa panloob na gilid ng joint ng hinlalaki. Maaari ring bahagyang wala sa linya o nakapilipit ang iyong hinlalaki kumpara sa kabilang hinlalaki. Kung matagal nang nangyari ang pinsala, maaaring hindi gaanong halata ang sakit, ngunit maaari pa ring pakiramdam ng hinlalaki ay mahina o maluwa kapag ikaw ay kumukurot o humahawak.

Bantayan ang mga senyales na ito at kumilos sa parehong araw: isang daliri, kamay o braso na nagiging mainit, namumula, namamaga at masakit, lalo na kung may lagnat; sugat o punit sa balat sa ibabaw ng napinsalang joint, nakikitang buto, o halatang pagbabago ng hugis (deformity); isang hinlalaki o kamay na nagiging maputla, malamig, puti o asul; o biglaang pagkawala ng pakiramdam o paggalaw pagkatapos ng pinsala. Para sa mga ito, pumunta agad sa emergency department; hindi kailangan ng referral mula sa GP.

Kung hindi humuhupa ang iyong mga sintomas, lumalala sa loob ng ilang linggo, ginigising ka sa gabi, o pumipigil sa iyong pagtatrabaho o paggamit ng iyong kamay, magpatingin sa iyong GP o humingi ng specialist review.

Ano ang aktwal na nangyayari

Sa panloob na gilid ng iyong hinlalaki, kung saan ito dumudugtong sa iyong kamay, may matibay na strap ng ligament na tinatawag na ulnar collateral ligament. Isipin ito na parang tali ng tolda na nagpapanatiling matatag sa poste ng tolda: pinipigilan nito ang joint ng hinlalaki na bumaluktot patagilid kapag ikaw ay kumukurot o humahawak. Sa tuwing idiniin mo ang iyong hinlalaki sa isang daliri, ang strap na ito ang sumasalo sa bigat. Iyan ang dahilan kung bakit ang punit dito ay lumalabas bilang panghihina at sakit sa mismong mga gawaing iyon.

Kapag napuwersa patagilid ang iyong hinlalaki, ang strap na ito ay maaaring ma-stretch, bahagyang mapunit, o tuluyang mapunit. Inuuri ito ng mga doktor ayon sa kung gaano kalaki ang punit: isang stretch o bahagyang punit, at isang kumpletong punit kung saan humihiwalay ang ligament sa buto. Minsan, napupunit ang ligament mula sa buto kasama ang isang maliit na piraso ng buto. Ang bahagyang punit ay karaniwang gumagaling sa isang splint. Ang kumpletong punit ay madalas na hindi, dahil ang napunit na dulo ay maaaring tumiklop pabalik at maipit sa ilalim ng isang sheet ng tissue na nakapatong sa ibabaw ng joint. Kapag nangyari iyon, napupunta ang ligament sa lugar na malayo sa buto na kailangan nitong muling kapitan, kaya hindi ito kusang magdudugtong muli.

Kung hindi gagamutin ang punit, mananatiling maluwa ang joint. Patuloy na bumibigay ang iyong hinlalaki sa ilalim ng puwersang patagilid, at sa paglipas ng mga taon, ang palagiang paggalaw na iyon ay maaaring makapudpod sa joint at humantong sa arthritis. Iyan ang dahilan kung bakit sineseryoso ang pinsalang ito kahit pakiramdam ay simpleng sprain lamang ito.

Ano ang maaari naming gawin tungkol dito

Si Dr Kieran Hirpara, isang upper-limb surgeon sa Mater Private Hospital Rockhampton, ay itinatugma ang gamutan sa iyong partikular na pinsala. Ang ilang punit ng ligament ng hinlalaki ay gumagaling nang walang operasyon, at ang iba ay nangangailangan ng operasyon sa lalong madaling panahon, kaya mahalaga ang maagap na pagsusuri. Ang mga pasyente ay karaniwang nirerefer sa aming klinika ng kanilang GP; kung iminungkahi ng isang physiotherapist na magpatingin sa amin, kakailanganin mo pa rin ng referral mula sa iyong GP upang maging eligible para sa Medicare rebate. Sa klinika, kumukuha kami ng history, sinusuri ang iyong hinlalaki, at nagsasaayos ng imaging kung kinakailangan. Maaaring kabilang dito ang x-ray, ultrasound scan o MRI, na gumagamit ng malakas na magnet upang kumuha ng detalyadong larawan ng ligament. Ipinapakita ng mga scan na ito kung tuluyang napunit ang ligament at kung ang napunit na dulo ay tumiklop palabas sa tamang puwesto nito.

Kung bahagya lamang ang punit, o humiwalay ang ligament sa buto kasama ang isang maliit na piraso ng buto na hindi gumalaw sa puwesto, karaniwan naming pinapanatiling hindi gumagalaw ang hinlalaki sa isang cast

nang hanggang 4 na linggo. Pagkatapos nito, magsusuot ka ng removable splint sa loob ng 3 pang linggo at sisimulan mo ang mga banayad na ehersisyo sa paggalaw. Ang iyong hand therapist, si Ruby Doolan sa Extend Rehabilitation, ang magdidirekta ng mga ehersisyong ito at gagawa ng anumang splint na kailangan mo. Ang kumpletong punit kung saan hindi tumiklop palabas sa puwesto ang napunit na dulo ay karaniwang sinusubukan munang gamutin sa immobilisation, kung saan pinapanatiling hindi gumagalaw ang joint sa loob ng 4 hanggang 6 na linggo upang hayaang magdugtong muli ang ligament.

Isinasaalang-alang ang operasyon kapag kumpleto at hindi matatag ang punit, kapag tumiklop palabas sa puwesto ang napunit na dulo ng ligament, o kapag lumipat sa labas ng linya ang isang piraso ng buto. Sa mga sitwasyong ito, hindi kusang makakagaling pabalik sa buto ang ligament, kaya muli itong ikinakabit ng operasyon. Kung matagal nang nangyari ang pinsala at hindi na maaaring direktang ayusin ang ligament, maaari naming muling buuin ito gamit ang isang strip ng tendon mula sa iyong sariling braso o mula sa donated tissue. May sariling pahina ang operasyon, at pag-uusapan natin kung ano ang kasama nito bago ka magpasya ng anuman.

Ano ang dapat asahan

Sa gamutan, karamihan sa mga punit ng ligament ng hinlalaki ay gumagaling nang maayos. Ang bahagyang punit na pinanatiling hindi gumagalaw sa isang splint o cast ay karaniwang gumagaling, at bumabalik ang lakas ng iyong hinlalaki sa pagkurot at paghawak. Kung kailangan mo ng operasyon, karaniwang maganda ang mga resulta: karamihan sa mga tao ay napapanatili ang paggalaw, lakas ng pagkurot at paghawak ng kanilang hinlalaki, at bihira ang mga problema pagkatapos ng operasyon. Ang mga taong sumailalim sa operasyong ito ay nakabalik sa paglalaro ng sport sa dati nilang antas, at ang mga propesyonal na manlalaro ay naglaro ng katulad na bilang ng mga laro at nagkaroon ng mga career na may katulad na haba pagkatapos nito.

Kailangan ng pasensya sa paggaling. Ang iyong hinlalaki ay pananatiliing hindi gumagalaw sa simula, dahil ang maagang paninigas ang pangunahing bagay na dapat iwasan sa kalaunan. Kapag pinayagan na ang paggalaw, mahalaga ang banayad at unti-unting mga ehersisyo: ang dahan-dahang pagpapabigat at pag-stretch sa gumagaling na ligament ay nagpapahusay sa paggalaw at paggana. Ang mga resultang iniulat ng pasyente ay malaki ang ibinubuti sa tatlo at 12 buwan pagkatapos ng operasyon kumpara bago nito. Kung matagal nang nangyari ang iyong pinsala, gumagana pa rin ang repair, bagaman ang huling repair ay may tendensiyang magdulot ng bahagyang mas malaking kawalan ng paggalaw ng hinlalaki kaysa sa maagang repair.

Kung walang gamutan, iba ang outlook. Tatlo sa bawat apat na kumpletong punit ay hindi kusang gumagaling, kahit ipinapahinga. Nananatiling maluwag ang joint, patuloy na bumibigay ang iyong hinlalaki sa ilalim ng bigat, at nananatiling mahina at masakit ang pagkurot. Sa paglipas ng mga taon, ang palagiang pagkaluwag na iyon ay nakapupudpod sa joint: 88% ng mga taong ipinaayos ang chronic na punit sa mas huling panahon ay mayroon nang kaunting arthritis sa joint ng hinlalaki. Ang mas matandang edad sa panahon ng pinsala ay kaugnay ng mas malubhang arthritis sa joint na iyon.

Ilang bagay ang mabuting malaman habang nagpaplano ka. Kung ang iyong hinlalaki ay nagiging mainit, namumula, namamaga at masakit, lalo na kung may lagnat, pumunta sa emergency department sa parehong araw; hindi kailangan ng referral mula sa GP. Kung hindi humuhupa ang mga sintomas o lumalala sa loob ng ilang linggo, magpatingin sa iyong GP o humingi ng specialist review.

Kailan dapat magpatingin

Ipasuri ang iyong hinlalaki sa lalong madaling panahon pagkatapos ng anumang pinsala kung saan ito napuwersa patagilid, kahit tila simpleng sprain lamang ito. Habang mas maagang masuri ang isang kumpletong punit, mas marami kang opsyon, dahil ang punit na pinabayaan nang masyadong matagal ay maaaring mangailangan ng mas malaking operasyon o mag-iwan ng pangmatagalang paninigas at panghihina. Humingi ng specialist review kung bumibigay pa rin ang iyong hinlalaki kapag ikaw ay kumukurot o humahawak, kung nananatiling mahina o masakit ang pagkurot pagkatapos ng ilang linggo, o kung may nararamdaman kang maliit at matigas na bukol sa panloob na gilid ng joint. Kung matagal nang nangyari ang pinsala at maluwa o napupudpod na ang iyong hinlalaki, sulit pa ring ipasuri ito. At kung ang iyong hinlalaki ay nagiging mainit, namumula, namamaga at masakit, lalo na kung may lagnat, pumunta sa emergency department sa parehong araw.

Higit pang detalye

Ang seksyong ito ay mas malalim kaysa sa kailangan mo para sa iyong sariling mga desisyon sa paggamot. Ang pinsala sa ulnar collateral ligament ng hinlalaki ay karapat-dapat sa karagdagang pagbabasa dahil ang buong desisyon ay nakadepende sa isang anatomical na katanungan, kung ang napunit na ligament ay lumipat sa posisyong hindi na maabot, at dahil mayroon na ngayong malinaw na sagot kung aling scan ang dapat gamitin upang malutas ito.

ANG STENER LESION, AT KUNG BAKIT NITO BINABAGO ANG LAHAT

Ang ulnar collateral ligament ang nagpapatatag sa hinlalaki laban sa sideways force ng bawat pinch at grip. Kapag napunit ito mula sa attachment nito, karaniwan itong nananatili kung saan ito maaaring gumaling.

Minsan ay hindi ito nangyayari. Isang sheet ng tendon na tinatawag na adductor aponeurosis ang nakalagay nang superficial sa ligament, at kung ang napunit na dulo ay umurong pabalik sa ibabaw ng sheet na iyon, ang aponeurosis ay namamagitan sa ligament at buto. Iyan ang isang **Stener lesion**, at ito ang dahilan kung bakit ang pinsalang ito ay ginagamot nang naiiba sa karamihan ng mga sprain: ang ligament ay wala na sa kontak sa buto na kailangan nitong pagalingan, kaya anumang dami ng splinting ay hindi na ito muling maikakabit.

Ang lahat tungkol sa management ay nakadepende kung nangyari ba ito.

SAPAT NA ANG ULTRASOUND UPANG SAGUTIN ITO

Dahil binary at may malaking epekto ang desisyon, ang katanungan sa imaging ay hindi pangkaraniwang malinaw na tinukoy – at ito ay nasagot na. Sa **422** na pasyente, **kapwa ang ultrasound at MRI ay nagpapakita ng mataas na diagnostic accuracy sa pagtukoy ng mga Stener lesion, at ang ultrasound ay isang angkop na first-line imaging modality** [1].

Ito ay isang kapaki-pakinabang na praktikal na impormasyon. Ang ultrasound ay mas mabilis, mas mura at mas madaling ma-access kaysa sa MRI, at kung mayroong bihasang operator, hindi na ito kailangang sundan ng MRI

upang kumpirmahin ang naipakita na nito. Ito rin ay dynamic, kung saan ang thumb ay maaaring i-stress habang isinasagawa ang scan.

KUNG SAAN WALANG STENER LESION, ANG LAXITY ANG NAGDIDIKTA NG DESISYON

Ang guideline ng British Society for Surgery of the Hand ay malinaw na nagtatakda ng pathway. Ang mga pasyenteng may acute injuries ay dapat suriin gamit ang **history, clinical examination at radiographs**. Ang mga **walang significant joint laxity ay maaaring gamutin nang non-surgically**, habang ang mga **may significant laxity ay maaaring gamutin sa pamamagitan ng non-surgical immobilisation o surgical repair, pagkatapos ng isang shared decision** [2].

Dalawang bagay ang nararapat bigyang-diin. Ang una ay ang radiographs ay nauuna bago ang advanced imaging, bahagyang upang i-exclude ang isang avulsion fracture, na muling nagbabago sa paggamot. Ang ikalawa ay kahit ang significant laxity ay hindi nag-uutos ng surgery: tahasang binabalangkas ng guideline ito bilang isang shared decision sa pagitan ng immobilisation at repair, na isang mas tapat na posisyon kaysa sa pagpapakita ng operasyon bilang tanging paraan.

BAKIT PARTIKULAR ANG MGA KAHIHINATNAN NG PAGKAKAMALI SA DIAGNOSIS

Ang isang incompetent na ulnar collateral ligament ay hindi nagdudulot ng sakit habang nakapahinga o hirap sa karamihan ng mga aktibidad. Nagdudulot ito ng hinlalaki na bumibigay sa ilalim ng sideways load, pagpihit ng susi, pagbubukas ng garapon, paghawak ng mabigat na kawali sa gilid nito, dahil ang pinch ay nakadepende sa isang stable post upang sandalan.

Kung hindi magagamot, ang chronic instability ay humahantong sa arthritis ng kasukasuang iyon sa paglipas ng mga taon. Ito ang dahilan kung bakit ang isang pinsala na tila simpleng sprain ay nangangailangan ng isang tiyak na assessment: ang kapalit ng hindi pagkapuna rito ay hindi nararamdaman sa mga sumunod na linggo, kapag kumalma na ang hinlalaki at tila maayos na, kundi sa mas huling panahon.

MGA SANGGUNIAN

[1] Qamhawi Z, Shah K, Kiernan G, Furniss D, Teh J, Azzopardi C. Diagnostic accuracy of ultrasound and magnetic resonance imaging in detecting Stener lesions of the thumb: systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Eur Vol. 2021;46(9):946-53. <https://doi.org/10.1177/1753193421993015>

[2] Dean B, Rodrigues J, Riley N, Rabey N, Donnison E, Challen K, et al. Guideline on managing thumb ulnar collateral ligament injuries: the British Society for Surgery of the Hand. J Hand Surg Eur Vol. 2024;49(10):1195-201. <https://doi.org/10.1177/17531934241274612>