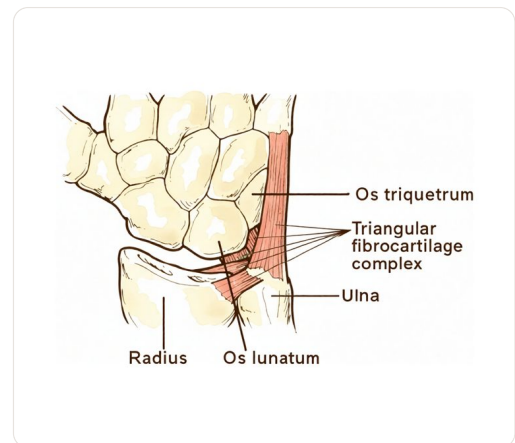


Sakit sa Bahagi ng Ulnar ng Pulso at Ulnar Impaction

Ang TFCC at ang ulnar (panig ng kalingkingan) na bahagi ng pulso — isang karaniwang pinagmumulan ng pananakit ng pulso sa panig ng ulnar.

Elatmani s / Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0



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

Ang iyong nararamdaman

Ang pananakit sa **bahagi ng pulso na malapit sa kalingkingan** (ulnar side) ay napakakaraniwan, at mayroon itong ilang posibleng sanhi. Ang pahinang ito ay tungkol sa pinakamahalagang mekanikal na sanhi: isang kondisyon na tinatawag na **ulnar impaction** (kilala rin bilang ulnocarpal abutment).

Ang pananakit ay madalas na nararamdaman nang malalim sa panlabas na gilid ng pulso, patungo sa likod ng kamay. Madalas itong lumalala kapag humahawak nang mahigpit, pini-pihit ang forearm, o ibinabaluktot ang pulso patungo sa kalingkingan, kaya ang mga pang-araw-araw na gawain tulad ng pagbubukas ng garapon, pagpihit ng susi, paggamit ng screwdriver, pagpiga ng basahan, o pag-alalay sa kamay upang tumayo mula sa upuan ay maaaring mag-trigger nito. Maraming tao rin ang nakakapansin ng **click o clunk** sa pulso sa ilang partikular na paggalaw, at maaaring kumiro ang pulso pagkatapos ng isang araw ng mabigat na paggamit. Ang paglalagay ng bigat sa pulso (sa plank, push-up, o pagtulak ng mabigat na pinto) ay isang klasikong nagpapalala nito.

Karaniwan itong unti-unting nabubuo sa halip na magsimula sa isang solong pinsala, bagaman maaari itong sumunod sa isang wrist fracture.

Ano ang aktwal na nangyayari

Dalawang buto ng forearm ang tumatakbo paakyat sa pulso: ang **radius** (panig ng hinlalaki) at ang **ulna** (panig ng kalingkingan). Para gumana nang maayos ang pulso, ang mga dulo ng dalawang butong ito ay dapat na nasa halos magkaparehong antas. Sa ulnar impaction, ang ulna ay relatibong masyadong mahaba kumpara sa radius, isang kondisyon na tinatawag ng mga doktor na **positive ulnar variance**.

Ang ilang tao ay ipinanganak na may bahagyang mahabang ulna. Sa iba, nabubuo ito kalaunan: madalas kapag ang isang nabaling pulso ay gumaling na bahagyang pinaikli, na nag-iiwan sa radius na mas maikli nang kaunti kaysa dati at ang ulna ay epektibong nakausli.

Anuman ang sanhi, ang kaunting sobrang habang iyon ay nangangahulugang ang dulo ng ulna ay kumikiskis sa maliliit na buto ng pulso na katabi nito (ang lunate at ang triquetrum) sa tuwing nilalagyan ng load ang pulso. Sa pagitan ng mga butong iyon ay may cushion ng cartilage na tinatawag na **TFCC** (triangular fibrocartilage complex), na nagsisilbing shock-absorber. Ang paulit-ulit na abutment ay dahan-dahang nagpapupudpod sa cushion na ito, maaaring pumunit sa TFCC, at sa paglipas ng panahon ay nagdudulot ng pasa at bumubuo pa ng maliliit na cyst sa buto sa ilalim nito. Ang proseso ng wear-and-tear na ito ang nagdudulot ng sakit, pag-click, at pagkawala ng ginhawa sa paghawak at pagpihit. (Mayroon kaming hiwalay na pahina tungkol sa [TFCC injuries](#), na madalas na kasabay ng kondisyong ito.)

Ano ang maaari naming gawin tungkol dito

Pinamumunuan ni Dr Kieran Hirpara ang aming upper-limb service sa Mater Private Hospital Rockhampton, kung saan pinamamahalaan namin ang ulnar-sided wrist pain sa pamamagitan ng isang malinaw na pathway. 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. Nagsisimula kami sa isang masusing assessment upang kumpirmahin ang diagnosis, at para sa mga matagal nang problema, palagi muna naming sinusubukan ang non-operative care bago isaalang-alang ang surgery.

Ang mabuting balita ay karamihan sa mga tao ay gumagaling sa non-operative treatment, at doon kami palaging nagsisimula.

Pagpapakalma nito. Ang mga unang hakbang ay simple: baguhin ang mga aktibidad na nagbibigay ng load sa ulnar wrist (lalo na ang mabigat na paghawak, pagpihit at pagdadala ng bigat) sa loob ng ilang panahon, magsuot ng **wrist splint** upang ipahinga ang joint, at gumamit ng anti-inflammatory medication upang pakalmahin ang sakit at pamamaga. Minsan, ang **steroid injection** sa joint ay nakakatulong upang putulin ang cycle ng inflammation.

Pagkumpirma ng diagnosis. Kasabay ng treatment, karaniwan kaming kumukuha ng **X-rays** upang sukatin nang eksakto kung paano nakalinya ang dalawang buto (minsan gamit ang isang espesyal na “grip” view na nagpapakita nang husto ng impaction), at madalas ay **MRI** upang tingnan ang cartilage, ang TFCC at ang buto sa ilalim nito. Paminsan-minsan, ang isang keyhole look sa loob ng joint (**arthroscopy**) ay ginagamit upang kumpirmahin kung ano ang nangyayari at gamutin ito nang sabay.

Kung nagpapatuloy ito. Kapag ang maayos na non-operative treatment ay hindi nakapagpakalma sa mga bagay-bagay, ang layunin ng surgery ay alisin ang pressure sa ulnar side ng wrist. Ang pinaka-established na opsyon ay ang **ulnar-shortening osteotomy**, kung saan nag-aalis ang surgeon ng isang maliit na slice ng ulna upang ibalik ito sa tamang haba at pinapanatili ito gamit ang isang maliit na plate habang ito ay gumagaling. Isang less invasive na alternatibo sa mga piling kaso ay ang arthroscopic “**wafer**” procedure, na nag-aalis ng

maliit na bahagi sa dulo ng ulna sa pamamagitan ng keyhole surgery. Pareho itong gumagana sa pamamagitan ng pagpigil sa buto na kumiskis laban sa wrist.

Ano ang dapat asahan

Para sa karamihan ng mga tao, ang ulnar impaction ay isang problemang kaya nating kontrolin. Ang mga non-operative measure ay nakakalutas sa malaking bahagi ng mga kaso, at ang mga sintomas ay nababawasan kapag ang joint ay hindi na paulit-ulit na nao-overload.

Kapag kinakailangan ang operasyon, ang **pagpapaikli ng ulna ay isang maaasahang operasyon**, at ang mga pag-aaral na sumubaybay sa mga pasyente sa loob ng maraming taon ay nag-uulat ng mabuti at pangmatagalang pagkawala ng sakit at mataas na kasiyahan. Ang buto ay nangangailangan ng oras upang gumaling, kaya mayroong recovery period ng ilang linggo sa isang splint o cast habang naghihilom ang osteotomy, na susundan ng unti-unting pagbabalik sa paghawak (gripping) at pagbubuhat (loading). Ang mga pangunahing bagay na dapat malaman ay paminsan-minsang mas matagal kaysa sa inaasahan ang pagdudugtong ng buto, at ang maliit na plate ay maaaring maramdaman sa ilalim ng balat at paminsan-minsang tinatanggal kapag ang lahat ay gumaling na. Sa pangkalahatan, ang malaking mayorya ng mga tao ay bumabalik sa kanilang pang-araw-araw na aktibidad na wala na ang sakit.

Kailan dapat magpatingin

- **Sakit sa ulnar-side ng pulso na hindi nawawala** sa loob ng ilang linggo, o paulit-ulit na bumabalik kapag humahawak nang mahigpit at pumipihit.
- Sakit na kasunod ng dating bali sa pulso, lalo na kung ang pulso ay hindi na naramdamang maayos mula noon.
- Patuloy na pag-click, pag-clunk o pag-catch sa panig ng kalingkingan ng pulso, partikular na kapag may dinadalang bigat.
- Sakit na pumipigil sa iyo sa paggawa ng iyong trabaho o sa iyong mga pang-araw-araw na aktibidad. Ito ang punto kung kailan nararapat nang alamin kung ano ang sanhi nito at kung ano ang maaaring gawin.

Higit pang detalye

Ang seksyong ito ay higit pa sa kailangan mo para sa iyong sariling mga desisyon sa paggamot. Ang pananakit ng pulso sa panig ng ulnar ay karapat-dapat sa karagdagang pagbabasa dahil ito ay isang lokasyon sa halip na isang diagnosis, ilang magkakaibang problema ang nasa iisang maliit na bahaging ito, at dahil para sa pinakakaraniwan sa mga ito, ang mas bago at mas maliit na operasyon ay may mas mabuting complication figures na ngayon kaysa sa nakasanayan na.

BAKIT MAHIRAP ANG BAHAGING ITO NG PULSO

Sa loob ng ilang sentimetro ay naroon ang TFCC, ang distal radioulnar joint, ang extensor carpi ulnaris tendon at ang sheath nito, ang pisotriquetral joint, ang lunotriquetral ligament, at ang punto kung saan nagtatagpo ang ulna at ang mga carpal bone. Ang bawat isa ay maaaring magdulot ng sakit sa parehong lugar, marami ang karaniwang nagpapakita ng mga abnormalidad sa imaging sa mga taong walang mga sintomas, at higit sa isa ang maaaring kasangkot nang sabay.

Iyan ang dahilan kung bakit ang pagsusuri rito ay mas nakadepende sa tumpak na lokalisasyon at provocation testing kaysa sa ibang bahagi ng pulso, at kung bakit ang isang scan na iniulat na nagpapakita ng ilang abnormal na istruktura ay isang karaniwan at hindi nakatutulong na resulta. Ito rin ang dahilan kung bakit ang mga hindi gaanong karaniwang sanhi, halimbawa ay ang midcarpal impaction, ay pana-panahong inilalarawan bilang mga nakaligtaang kontribyutor [1].

ULNAR IMPACTION: ANG MEKANIKAL NA PROBLEMA NA MAY MEKANIKAL NA SOLUSYON

Ang pinakakaraniwang structural na sanhi ay ulnar impaction, kung saan ang ulna ay bahagyang mahaba kumpara sa radius, kaya ang mga carpal bone ay naitutulak laban sa dulo nito kapag may grip at kapag ang forearm ay nakaharap ang palad pababa. Sa paglipas ng panahon, inuubos nito ang TFCC at ang cartilage ng mga butong nadidikit dito.

Ang gamutan ay pinapaikli ang ulna, maaaring sa pamamagitan ng pagputol at pagpapaikli ng shaft, o sa pamamagitan ng pagtanggap ng isang wafer ng buto mula sa dulo nito, na maaaring gawin nang arthroscopically. Sa pagsasama-sama ng **956** na pasyente, ang arthroscopic at open wafer procedures ay **maaaring maging viable na mga alternatibo sa mas popular na ulnar shortening osteotomy**, bagaman ang clinical superiority ay hindi pa napatutunayan sa puntong iyon [2].

Ang mas mga bagong data ay mas lumayo pa. Sa paghahambing ng arthroscopic wafer procedure sa ulnar shortening osteotomy sa **311** na pasyente, parehong naging epektibo ang mga ito, ngunit ang **wafer group ay nagpakita ng mas kaunting komplikasyon at mas mababang reoperation rate**, na nag-akay sa mga may-akda na ilarawan ito bilang potensyal na superior na alternatibo [3].

BAKIT NAGKAKAROON NG MGA KOMPLIKASYON ANG OSTEOTOMY

Ang dahilan ay hindi dahil sa hindi maayos ang pagkagawa ng operasyon. Ang pagpapaikli ng shaft ay nangangailangan ng pagputol ng buto, paghawak dito gamit ang isang plate habang ito ay gumagaling, at pagtanggap na maaaring hindi ito gumaling. Isang pooled review ng **1,423** na pasyente ang partikular na sumuri sa nonunion, at nakitang **walang pagkakaiba sa pagitan ng transverse at oblique osteotomies**, at nagkonklusyon na ang pagpili sa pagitan ng dalawa ay hindi dapat ibatay sa panganib ng nonunion [4].

Iniiwasan ng wafer procedure ang categoryang iyon ng problema sa pamamagitan ng pagtanggap ng buto mula sa dulo sa halip na hatiin ang shaft. Walang fracture na kailangang mag-unite at karaniwang walang plate na kailangang tanggalin kalaunan, kung saan nagmumula ang pagkakaiba sa mga reoperation rate.

Ang trade-off ay nagtatanggal ang wafer procedure ng limitadong dami ng buto at nangangailangan na ang distal radioulnar joint ay nasa mabuting kondisyon, kaya nananatiling kinakailangan ang pagpapaikli ng shaft kung saan mas maraming koreksyon ang kailangan o kung ang joint na iyon ay apektado rin.

ANG PRAKTIKAL NA KAHIHINATNAN PARA SA PASYENTE

Dahil maaaring ilang istruktura ang responsable, ang paggamot na nakatuon sa maling istruktura ay hindi gagana anuman ang husay ng pagsasagawa nito. Ito ang bahagi kung saan ang diagnostic injection, targeted imaging, at paminsan-minsang arthroscopy ay nagiging mahalaga bago ang isang desisyon, at kung saan ang isang espesipikong diagnosis, sa halip na “ulnar-sided wrist pain”, ang dapat na makuha bago planuhin ang isang operasyon.

MGA SANGGUNIAN

- [1] Kyriacou S, Tahmassebi R. Midcarpal impaction syndromes as a rare cause of ulnar-sided wrist pain: a review. J Hand Surg Am. 2024;49(10):1027-31. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.07.016>
- [2] Stockton DJ, Pelletier M, Pike JM. Operative treatment of ulnar impaction syndrome: a systematic review. J Hand Surg Eur Vol. 2014;40(5):470-6. <https://doi.org/10.1177/1753193414541749>
- [3] Shi H, Huang Y, Shen Y, Wu K, Zhang Z, Li Q. Arthroscopic wafer procedure versus ulnar shortening osteotomy for ulnar impaction syndrome: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-04611-4>
- [4] Owens J, Compton J, Day M, Glass N, Lawler E. Nonunion rates among ulnar-shortening osteotomy for ulnar impaction syndrome: a systematic review. J Hand Surg Am. 2019;44(7):612.e1-612.e12. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2018.08.018>