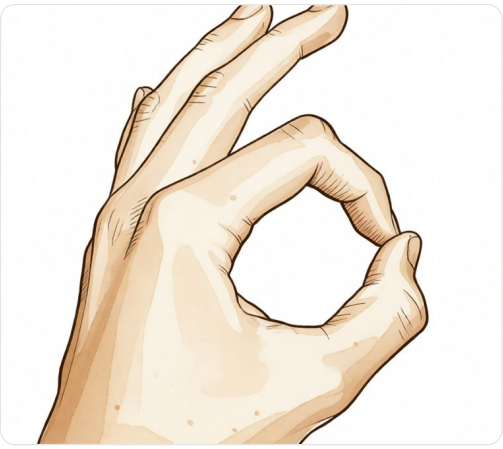
CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

प्रोनेटर, लैसर्टस और एंटीरियर इंटरऑसियस नर्व सिंड्रोम



'OK साइन' टेस्ट: एंटीरियर इंटरऑसियस नर्व पाल्सी (नर्व का लकवा) में अंगूठा और तर्जनी गोल घेरा नहीं बना पाते, और उसकी जगह चपटी चुटकी बनाते हैं।

Wikimedia Commons ('OK Sign'), CC BY 2.5

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

आपको क्या महसूस होता है

ये सभी समस्याएं **मीडियन नर्व (तंत्रिका)** के ऊपर की ओर, कोहनी और अग्रबाहु (कोहनी से कलाई तक का हिस्सा) के ऊपरी हिस्से के आसपास दबने से होती हैं, न कि नीचे कलाई पर, जहां इसका दबना ज़्यादा जाना-माना है (कार्पल टनल सिंड्रोम)। ये एक-दूसरे से काफ़ी अलग महसूस होती हैं।

प्रोनेटर सिंड्रोम में आमतौर पर अग्रबाहु के सामने वाले हिस्से में गहरा, दुखता हुआ, थका देने वाला दर्द होता है, जो अक्सर अग्रबाहु को बार-बार घुमाने (पेचकस या चाबी घुमाना, कपड़ा निचोड़ना) या ज़ोर से पकड़ने से बढ़ जाता है। आपको अंगूठे, तर्जनी और बीच की उंगली में, और साथ ही हथेली और अंगूठे के मांसल आधार पर भी झुनझुनी या सुन्नपन महसूस हो सकता है। कार्पल टनल सिंड्रोम के विपरीत, यह आमतौर पर आपको रात में नींद से नहीं जगाता, और तकलीफ़ हाथ की तुलना में अग्रबाहु में ज़्यादा महसूस होती है।

लैसर्टस सिंड्रोम एक नया नाम है जो आप इसी ऊपर वाले दबाव के एक खास रूप के लिए सुन सकते हैं, जिसमें कारण कोहनी की सिलवट पर एक सख्त रेशेदार पट्टा होता है, जिसे लैसर्टस फाइब्रोसस कहते हैं। आम तौर पर हाथ जल्दी थक जाता है और पकड़ बेढंगी हो जाती है — लिखने, टाइप करने या औज़ार इस्तेमाल करने में मेहनत लगने लगती है — और साथ में अग्रबाहु में दर्द और कोहनी की सिलवट के ठीक नीचे दबाने पर काफ़ी दर्द होता है। जब कार्पल टनल की सर्जरी से वे लक्षण ठीक नहीं होते जिनके ठीक होने की उम्मीद थी, तब भी हम जिन चीज़ों की जांच करते हैं, उनमें से यह एक है।

एंटीरियर इंटरऑसियस नर्व (एआईएन) सिंड्रोम फिर से अलग है। इसमें आमतौर पर बहुत कम या बिल्कुल सुन्नपन नहीं होता। इसके बजाय यह कमज़ोरी की समस्या है: अंगूठे और तर्जनी के बिल्कुल सिरे को मोड़ने वाली मांसपेशियां ठीक से काम करना बंद कर देती हैं। इसका खास संकेत है सामान्य गोल "OK" का निशान न बना पाना: जब आप अंगूठे के सिरे को तर्जनी के सिरे से मिलाकर चुटकी बनाने की कोशिश करते हैं, तो चुटकी दबकर चपटी या तिकोनी शक्ल ले लेती है। कुछ लोगों को पहले कुछ समय के लिए बांह या कंधे में दर्द महसूस होता है, और फिर कमज़ोरी दिखती 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

असल में क्या हो रहा है

एक बड़ी नर्व, मीडियन नर्व, आपकी गर्दन से बांह में नीचे, कोहनी के सामने से होकर हाथ तक जाती है। यह **संवेदना** (हाथ के एक हिस्से के लिए) और **ताकत** (कई मांसपेशियों तक) दोनों पहुंचाती है।

प्रोनेटर सिंड्रोम में, कोहनी और अग्रबाहु के ऊपरी हिस्से की भीड़भाड़ वाली जगह से गुज़रते समय नर्व दब जाती है या परेशान (इरिटेट) हो जाती है। यह कोहनी की सिलवट के पास ऊतक के एक कसे हुए पट्टे (लैसर्टस फाइब्रोसस — जब यह पट्टा कारण हो, तो इस समस्या को तेज़ी से **लैसर्टस सिंड्रोम** कहा जाने लगा है) से दब सकती है, या तब जब यह हथेली को नीचे की ओर घुमाने वाली मांसपेशियों के बीच से या उनके नीचे से गुज़रती है। क्योंकि दबाव ऊपर (कलाई से ऊपर) होता है, इसलिए लक्षणों में हथेली और अंगूठे का आधार भी शामिल होता है, और यही मुख्य सुराग है जो इसे कार्पल टनल सिंड्रोम से अलग करता है।

एआईएन सिंड्रोम में समस्या मीडियन नर्व की एक गहरी शाखा में होती है जो केवल ताकत पहुंचाती है, संवेदना नहीं, इसीलिए इसमें कमज़ोरी होती है लेकिन सुन्नपन नहीं। बहुत से लोगों में यह बिल्कुल भी साधारण "दबना" नहीं होता, बल्कि नर्व का इरिटेशन (नर्व का परेशान हो जाना) या सूजन (इन्फ्लेमेशन) जैसा होता है (कभी-कभी किसी वायरल बीमारी के बाद या बिना किसी साफ़ कारण के), और यही एक वजह है कि यह इतनी बार अपने आप ठीक हो जाता है।

हम इसके लिए क्या कर सकते हैं

माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में डॉ. कीरन हिरपरा हमारी ऊपरी अंग (कंधे से हाथ तक) की टीम का नेतृत्व करते हैं, जो आपकी पूरी जानकारी और सावधानी से की गई शारीरिक जांच के ज़रिए इन समस्याओं का आकलन करती है। हम आमतौर पर बिना सर्जरी वाले इलाज से शुरुआत करते हैं, और सर्जरी केवल तभी करते हैं जब आराम और गतिविधियों में बदलाव के बावजूद आपके लक्षण बने रहें।

इन सभी समस्याओं में पहला कदम लगभग हमेशा बिना सर्जरी वाला इलाज होता है, और खासकर एआईएन सिंड्रोम में यह धैर्य आमतौर पर फल देता है।

तकलीफ़ को शांत करना। इसका मतलब है उन गतिविधियों में बदलाव करना जो इसे बढ़ाती हैं (बार-बार घुमाना और ज़ोर से पकड़ना कम करना), कभी-कभी बांह को आराम देने के लिए स्प्लिंट का इस्तेमाल करना, और नर्व को समय देना। दर्द से राहत के साधारण उपाय दर्द में मदद करते हैं।

इंतज़ार करते हुए निगरानी। एआईएन की कमज़ोरी बहुत बार कई महीनों में अपने आप सुधर जाती है, इसलिए आम योजना यह होती है कि कुछ और करने पर विचार करने से पहले, अक्सर लगभग तीन से छह महीने तक, निगरानी करते हुए इंतज़ार किया जाए। बहुत से लोग इस दौरान बिना ऑपरेशन के अपनी ताकत वापस पा लेते हैं। निदान की पुष्टि करने और सुधार पर नज़र रखने के लिए बीच में नर्व कंडक्शन टेस्ट या स्कैन जैसे टेस्ट करवाए जा सकते हैं।

सर्जरी उन कुछ लोगों के लिए रखी जाती है जिनमें सुधार नहीं होता: ऐसा प्रोनेटर सिंड्रोम जिसमें आराम और गतिविधियों में बदलाव को उचित समय तक आज़माने के बावजूद दर्द बना रहे, या एआईएन की ऐसी कमज़ोरी जिसमें कुछ समय की निगरानी के बाद भी ठीक होने का कोई संकेत न दिखे। ऑपरेशन नर्व को दबा रही कसी हुई संरचनाओं को रिलीज़ करता है ताकि नर्व ठीक हो सके। जब दबाव खास तौर पर लैसर्टस पट्टे पर हो, तो यह अक्सर लोकल एनेस्थीसिया (केवल उस हिस्से को सुन्न करना) में, आपके जागते हुए, एक छोटे चीरे से किया जा सकता है — जिससे प्रभावित मांसपेशियों की ताकत की जांच वहीं उसी समय की जा सकती है — और ठीक होना आमतौर पर जल्दी 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

क्या उम्मीद करें

इन समस्याओं में आम तौर पर नतीजे अच्छे रहते हैं। खासकर एआईएन सिंड्रोम में अपने आप ठीक होने की मज़बूत प्रवृत्ति होती है, और ठीक इसी वजह से हम ऑपरेशन की जल्दबाज़ी नहीं करते। ठीक होना धीरे-धीरे होता है, हफ़्तों के बजाय महीनों में, इसलिए इसमें कुछ धैर्य चाहिए, और बीच-बीच में आपकी प्रगति की जांच की जाएगी।

जब बिना सर्जरी वाला इलाज काफ़ी न हो और ऑपरेशन की ज़रूरत हो, तो नर्व को रिलीज़ करने से आमतौर पर प्रोनेटर सिंड्रोम का दर्द कम होता है और एआईएन सिंड्रोम में ताकत लौटने की सबसे अच्छी संभावना मिलती है, हालांकि नर्व धीरे ठीक होती हैं और सुधार उसके बाद कई महीनों तक बढ़ता रहता है।

डॉक्टर को कब दिखाएं

- **अग्रबाहु में दुखता हुआ दर्द, साथ में अंगूठे, तर्जनी और बीच की उंगली में सुन्नपन या झुनझुनी, खासकर अगर यह आपको हथेली और अंगूठे के आधार में भी महसूस हो**, और घुमाने या पकड़ने से बढ़ता हो।
- **अचानक सामान्य "OK" का निशान बनाने में मुश्किल**, या अंगूठे के सिरे को तर्जनी से दबाकर चुटकी बनाने में कमज़ोरी।
- **अग्रबाहु या हाथ के ऐसे लक्षण जो ठीक नहीं होते** आराम और गतिविधियों में बदलाव के बावजूद, या ऐसी कमज़ोरी जो कुछ महीनों के बाद भी सुधर नहीं रही।
- कंधे या बांह में कुछ समय का दर्द, जिसके बाद हाथ में कमज़ोरी आए — इसकी जांच करवाना उचित है, क्योंकि यह पैटर्न नर्व की ऐसी समस्या की ओर इशारा कर सकता है जिसे जल्दी पहचानने से फ़ायदा होता है।

विस्तार से

यह हिस्सा आपके अपने इलाज के फ़ैसलों के लिए ज़रूरी जानकारी से आगे जाता है। इन सिंड्रोम के बारे में ज़्यादा पढ़ना इसलिए उपयोगी है क्योंकि इनमें दो चल रही बहसें हैं जो इलाज को बदल देती हैं: एक नया लोकप्रिय निदान (लैसर्टस सिंड्रोम), जिसके समर्थन में प्रमाण सच में प्रभावशाली लेकिन सच में कम हैं, और एंटीरियर इंटरऑसियस की समस्या, जिसके बारे में तेज़ी से यह माना जाने लगा है कि यह दबाव (कम्प्रेशन) है ही नहीं, जिसका मतलब है कि उसका डीकम्प्रेशन (दबाव हटाना) शायद इसका हल नहीं है।

वह समस्या जो शायद दबाव है ही नहीं

एंटीरियर इंटरऑसियस नर्व सिंड्रोम एक खास कमज़ोरी पैदा करता है, अंगूठे और तर्जनी के सिरे को न मोड़ पाना, जिससे "OK" का निशान दबकर चुटकी बन जाता है, और इसमें सुन्नपन नहीं होता, क्योंकि यह शाखा केवल मांसपेशियों तक जाती है।

लंबे समय तक यह माना जाता रहा कि इसमें नर्व किसी रेशेदार पट्टे में फंस जाती है, और उसी हिसाब से इलाज किया जाता था। आज का नज़रिया अलग है: इसे **तेज़ी से न्यूराइटिस (नर्व की सूजन) माना जाने लगा है और लंबी निगरानी के बाद यह अक्सर अपने आप ठीक हो जाता है** [1]। इसका स्वाभाविक क्रम **लगभग हमेशा पूरी या लगभग पूरी तरह ठीक होना** है, और **इसका कोई भरोसेमंद प्रमाण नहीं है कि सर्जरी इस स्वाभाविक क्रम को बदल सकती है**, इसलिए जब तक अच्छी गुणवत्ता वाले अध्ययन यह न दिखाएं कि जल्दी इलाज से ठीक होना बेहतर या तेज़ होता है, तब तक जल्दबाज़ी में सर्जरी से बचना चाहिए [2]।

यह नया नज़रिया इसलिए मायने रखता है क्योंकि दोनों मॉडल उल्टे कदम सुझाते हैं। अगर कोई पट्टा नर्व का गला घोंट रहा है, तो देरी से स्थायी नुकसान होता है और जल्दी रिलीज़ करना ज़रूरी है। अगर नर्व में सूजन है, तो ऑपरेशन एक ऐसी प्रक्रिया में एक घाव जोड़ देता है जो वैसे भी ठीक होने वाली थी, और नर्व के ठीक होने का समय कई महीनों में मापा जाता है, इतना लंबा कि छठे महीने में की गई सर्जरी निश्चित रूप से सफल होती दिखेगी।

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

व्यावहारिक सलाह इस अनिश्चितता को सुलझाने के बजाय उसे दिखाती है: सर्जिकल डीकम्प्रेशन प्रोनेटर सिंड्रोम में **6 महीने** से ज़्यादा बने रहने वाले लक्षणों के लिए, या एंटीरियर इंटरऑसियस नर्व सिंड्रोम में कम से कम **12 महीने** के बाद सुझाया जाता है [1]।

प्रोनेटर सिंड्रोम एक विवादित निदान है

प्रोनेटर सिंड्रोम का मतलब है मीडियन नर्व का ऊपर, कोहनी के आसपास दबना, जिससे अग्रबाहु में दर्द के साथ मीडियन नर्व वाली उंगलियों में सुन्नपन होता है। क्योंकि ये संवेदना वाले लक्षण लगभग पूरी तरह कार्पल टनल सिंड्रोम से मिलते हैं, जो कहीं ज़्यादा आम है और नर्व कंडक्शन टेस्ट से आसानी से पक्का हो जाता है, इसलिए मुश्किल इन दोनों में फ़र्क करने की है।

मेडिकल साहित्य में इसे एक **विवादित निदान** बताया गया है, जिसका इलाज आमतौर पर लगभग **12 महीने** की लंबी अवधि तक बिना सर्जरी के किया जाता है [1]। जो विशेषताएं दबाव के नीचे (कलाई पर) के बजाय ऊपर होने की ओर इशारा करती हैं, वे हैं अंगूठे के आधार पर हथेली में सुन्नपन — यह हिस्सा उस शाखा से संवेदना पाता है जो कार्पल टनल से पहले नर्व से निकल जाती है, और इसलिए कार्पल टनल सिंड्रोम में बचा रहता है — साथ ही अग्रबाहु में दबाने पर दर्द, और ऐसे लक्षण जो रात में कलाई की स्थिति के बजाय विरोध के खिलाफ़ अग्रबाहु को घुमाने से पैदा होते हैं [3] [5]।

लैसर्टस सिंड्रोम: सबसे पुराने पट्टे का सबसे नया नाम

लैसर्टस फाइब्रोसस, रेशेदार ऊतक की एक परत जो बाइसेप्स के टेंडन (कंडरा) से कोहनी के सामने तक फैली होती है, हमेशा से उन संरचनाओं की सूची में रही है जो मीडियन नर्व को दबा सकती हैं। हाल में जो बदला है, वह यह दावा है कि इसे सबसे ऊपर रखा जाना चाहिए। स्वीडन की हैंड सर्जन एलिज़ाबेट हेगर्ट के नेतृत्व वाला एक समूह यह तर्क देता है कि बहुत से लोग जिन्हें अस्पष्ट अग्रबाहु की थकान, "बेढंगा हाथ", या बेअसर रहे कार्पल टनल रिलीज़ का लेबल दिया गया है, असल में उनकी नर्व ठीक इसी जगह पर फंसी होती है — यह पैटर्न अब आम तौर पर **लैसर्टस सिंड्रोम** कहलाता है [6]।

यह निदान जानबूझकर क्लिनिकल जांच पर आधारित है, क्योंकि मीडियन नर्व के ऊपर दबने में बिजली वाले टेस्ट आमतौर पर सामान्य आते हैं: मीडियन नर्व से चलने वाली तीन खास मांसपेशियों (अंगूठे और तर्जनी के सिरे मोड़ने वाली मांसपेशियां, और कलाई मोड़ने वाली एक मांसपेशी) में कमज़ोरी, साथ में सीधे पट्टे के ऊपर दबाने पर दर्द [6]। सुझाया गया इलाज लोकल एनेस्थीसिया में, मरीज़ के पूरी तरह जागते हुए, एक छोटा रिलीज़ है, ताकि पट्टा काटने के कुछ ही मिनट बाद ऑपरेशन टेबल पर ही ताकत की दोबारा जांच की जा सके। बताए गए नतीजे प्रभावशाली हैं: सबसे बड़े प्रकाशित अध्ययन में, 93 मरीज़ों का औसत विकलांगता (QuickDASH) स्कोर सर्जरी से पहले 53 से घटकर तुरंत बाद 8 हो गया, पकड़ की ताकत 16 से बढ़कर 24 किलो हो गई, और ऑफ़िस में काम करने वाले लोग आमतौर पर कुछ ही दिनों में काम पर लौट आए [7]।

प्रभावशाली नतीजों की बारीकी से जांच होनी चाहिए, और संदेह भी साथ-साथ प्रकाशित हुआ है। पता चला है कि लैसर्टस के ऊपर दबाने पर दर्द पूरी तरह स्वस्थ लोगों में भी आम है, एक अध्ययन में यह बिना लक्षण वाली 72 में से 14 बांहों में (लगभग 5 में से 1) मिला, जिससे अकेले दबाने पर दर्द एक निदान संकेत के रूप में कमज़ोर हो जाता है और दूसरी बांह से तुलना भरोसेमंद नहीं रहती [8]। दूसरे लोग बताते हैं कि "लैसर्टस सिंड्रोम" अभी दो अलग-अलग समस्याओं के लिए इस्तेमाल हो रहा है, असली नर्व का दबना, और उसी जगह पर मांसपेशियों के ज़्यादा इस्तेमाल का एक पैटर्न, और हो सकता है यह एक नाम दोनों को ढकने के लिए खिंच रहा हो [9]। कोई रैंडमाइज़्ड ट्रायल नहीं है, नतीजों वाले अध्ययनों में फॉलो-अप छोटा है, और एक ऐसी समस्या जिसका निदान बिना किसी वस्तुनिष्ठ टेस्ट के होता है और जिसका इलाज तुरंत नतीजा दिखाने वाली सर्जरी से होता है, ठीक वही स्थिति है जिसमें मरीज़ों के चयन और प्लेसीबो असर से नतीजे बेहतर दिखते हैं।

समझदारी वाला बीच का रास्ता वही है जहां यह पेज पहले से खड़ा है: पट्टा असली है, यह नर्व को दबा सकता है, और जब कमज़ोरी और दबाने पर दर्द का खास पैटर्न मौजूद हो, तो लक्षित रिलीज़ एक छोटा ऑपरेशन है जिसमें ठीक होना जल्दी होता है। उत्साह और संदेह दोनों ही मौजूदा मेडिकल साहित्य का हिस्सा हैं।

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

धैर्य केवल सावधानी नहीं, बल्कि उचित क्यों है

दोनों समस्याओं में सुझाया गया रास्ता लंबी निगरानी है, जिसे लक्षण बने रहने पर स्वीकार करना मुश्किल होता है। दो बातें इसे उचित ठहराती हैं।

पहली है ऊपर बताया गया स्वाभाविक क्रम: एंटीरियर इंटरऑसियस नर्व सिंड्रोम में बिना इलाज के ठीक हो जाना ही अपेक्षित नतीजा है [2]। दूसरी यह है कि अचानक शुरू होने वाली दर्दनाक पाल्सी में दूसरा संभावित निदान न्यूरैल्जिक एमायोट्रॉफी, यानी पार्सनेज-टर्नर सिंड्रोम है, जो नर्वों की सूजन (इन्फ्लेमेशन) वाली एक बीमारी है और आमतौर पर कंधे या बांह में तेज़ दर्द से शुरू होती है जो कुछ दिनों से कुछ हफ़्तों तक रहता है, और दर्द कम होने के साथ कमज़ोरी आती है [4]। यह एक मेडिकल बीमारी है, यांत्रिक (मैकेनिकल) नहीं, और कोई भी डीकम्प्रेशन इसका इलाज नहीं करता।

इसलिए कमज़ोरी से पहले अचानक तेज़ दर्द होना वह बात है जिसे सबसे सही तरह से बताना सबसे ज़रूरी है, क्योंकि इससे संभावित निदान दबाव से पूरी तरह हटकर कहीं और चला जाता है।

संदर्भ

[1] Rodner CM, Tinsley BA, O'Malley MP. Pronator syndrome and anterior interosseous nerve syndrome. J Am Acad Orthop Surg. 2013;21(5):268-75. https://doi.org/10.5435/JAAOS-21-05-268

[2] Nzeako OJ, Tahmassebi R. Idiopathic anterior interosseous nerve dysfunction. J Hand Surg Am. 2015;40(11):2277-8. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.07.021

[3] Balcerzak AA, Ruzik K, Tubbs RS, Konschake M, Podgórski M, Borowski A, et al. How to differentiate pronator syndrome from carpal tunnel syndrome: a comprehensive clinical comparison. Diagnostics (Basel). 2022;12(10):2433. https://doi.org/10.3390/diagnostics12102433

[4] Stutz CM. Neuralgic amyotrophy: Parsonage-Turner syndrome. J Hand Surg Am. 2010;35(12):2104-6. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2010.09.010

[5] Presciutti S, Rodner CM. Pronator syndrome. J Hand Surg Am. 2011;36(5):907-9. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2011.02.014

[6] Hagert E. Clinical diagnosis and wide-awake surgical treatment of proximal median nerve entrapment at the elbow: a prospective study. Hand (N Y). 2013;8(1):41-6. https://doi.org/10.1007/s11552-012-9483-4

[7] Ahmad AA, Abdullah S, Thavamany AS, Tong CY, Ganapathy SS. Lacertus syndrome: an outcome analysis after lacertus release. J Hand Surg Glob Online. 2023;5(4):498-502. https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2023.03.001

[8] Fang J, Zhang LQ, Tang JB. Incidence of local tenderness at the lacertus fibrosus in healthy people. J Hand Surg Eur Vol. 2025;51(1):107-8. https://doi.org/10.1177/17531934251346595

[9] Berezin PA, Zolotov AS. Lacertus syndrome: one term - two different pathologies. J Hand Surg Eur Vol. 2023;48(8):825-6. https://doi.org/10.1177/17531934231170347

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