

DRUJ हेमिरेसेक्शन आर्थ्रोप्लास्टी

डिस्टल रेडियोलुलर जोड़ अग्रहस्त को घूमने देता है, जैसे कि एक केतली डालने पर हथेली को ऊपर और नीचे घुमाया जाता है। हेमिरेसेक्शन उस रोटेशन को बनाए रखते हुए एक दर्दनाक, पहने हुए जोड़ को कम करता है।

Kieran Hirpara © 4.0



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

यह प्रोटोकॉल आपके पुनर्प्राप्ति का मार्गदर्शन करता है **डिस्टल रेडियोलुलर संयुक्त (डीआरयूजे) की हेमिरेसेक्शन-इंटरपोजिशन आर्थ्रोप्लास्टी**, एक ऐसा ऑपरेशन जो अग्रहस्त के पहने हुए छोर को फिर से आकार देता है ताकि अग्रहस्त की आरामदायक, दर्द रहित रोटेशन को बहाल किया जा सके, जो कि मैटर प्राइवेट हॉस्पिटल रॉकहैम्पटन में डॉ. किरण हिर्पारा के साथ है। यह आपके घर व्यायाम कार्यक्रम के साथ शुरू होता है, इसके बाद आपके हाथ चिकित्सक के लिए लिखित संरचित नैदानिक प्रोटोकॉल; इस पृष्ठ या इसके पीडीएफ को अपनी पहली चिकित्सा यात्रा पर लाएं ताकि आपका पुनर्वास समन्वित रहे। आपका चिकित्सक आपके पुनर्प्राप्ति की प्रगति के आधार पर योजना को समायोजित कर सकता है।

यदि आपको सर्जरी के बाद अपने घाव के बारे में कोई चिंता है, तो कमरों से संपर्क करें। घाव की एक तस्वीर लेना और समीक्षा के लिए ईमेल करना अक्सर मददगार होता है।

क्या उम्मीद करें

डिस्टल रेडियोलुलर संयुक्त (डीआरयूजे) आपकी कलाई के पास छोटी उंगली की तरफ छोटा संयुक्त है जहां दोनों अग्रहस्त की हड्डियां (रेडियस और अलना) मिलती हैं। यह वह जोड़ है जो आपको अपने अग्रहस्त को ऊपर की ओर, हथेली को ऊपर की ओर और हथेली को नीचे की ओर घुमाने देता है। जब यह जोड़ खराब हो जाता है और गठियाग्रस्त हो जाता है, तो हाथ को मोड़ना दर्दनाक हो जाता है।

एक में **अर्ध-विच्छेदन आर्थ्रोप्लास्टी**, केवल अलना के सिर के पहने हुए, गठिया वाले हिस्से को हटा दिया जाता है (एक आंशिक निकालना: “हेमी” का अर्थ आधा होता है), और सतहों को रगड़ने से बचाने के लिए अपने स्वयं के नरम ऊतक का एक छोटा कुशन अंतराल में डाला जाता है। यह ऑपरेशन TFCC (कार्टिलेज और लिगामेंट हैमैक जो उस तरफ कलाई का समर्थन करता है), अलनेर स्टाइलॉइड और सॉफ्ट-टिसू अटैचमेंट्स सहित प्रमुख स्थिर संरचनाओं को संरक्षित करता है, इसलिए अलना का अंत समर्थित रहता है। यही कारण है कि यह अलनेर हेड (ड्राइ प्रक्रिया) को पूरी तरह से हटाने से अलग है।

चूंकि संयुक्त सतहों की मरम्मत या पुनर्निर्माण के बजाय उन्हें फिर से आकार दिया जाता है, इसलिए कोई टेंडन या लिगामेंट नहीं होता है जिसे महीनों तक सुरक्षा के तहत ठीक करना पड़ता है। इस ऑपरेशन का लक्ष्य है **बिना किसी दर्द के अग्रहस्त घूर्णन**, और अपने पुनर्वास का सबसे महत्वपूर्ण हिस्सा है कि रोटेशन जल्दी से आगे बढ़ रही है। नरम ऊतकों को स्थिर होने देने के लिए स्लिट में एक छोटी अवधि की सुरक्षा के बाद, अग्रहस्त की मोड़ (हथेली को ऊपर और हथेली को नीचे) को बहाल करना आपके ठीक होने का मुख्य विषय बन जाता है। शक्ति और भारी भार बाद में धीरे-धीरे जोड़ा जाता है।

सावधानियां और सीमाएं

- पहले दो से तीन हफ्तों के लिए, अपने स्प्रिंट को निर्देश के अनुसार पहनें; यह धीरे-धीरे अग्रभाग के घूर्णन को सीमित करता है जबकि इंटरपोजिशन ऊतक बैठता है। अपनी उंगलियों को और (जब अनुमति दी जाए) अपनी कलाई को, पूरे आंदोलन में रखें।
- एक बार स्प्रिंट से बाहर निकल जाने के बाद, अग्रभाग को घुमाने को अपनी प्राथमिकता बनाएं, इसे दर्द मुक्त और भार रहित रखें। प्रारंभिक रोटेशन खाली हाथ से किया जाना चाहिए, वजन के खिलाफ नहीं।
- करो **नहीं** अग्रभाग को रोटेशन में जल्दी लोड करें: खुले जार को मोड़ना, कपड़े मुड़ाना, एक स्कूट्राइवर का उपयोग करना, या उस तरफ भारी बैग ले जाना जब तक कि मजबूती साफ न हो जाए (आमतौर पर छह से आठ सप्ताह के आसपास)।
- जब आप अग्रहस्त के माध्यम से धक्का या भार देते हैं तो कलाई की छोटी उंगली की तरफ दर्द या अस्थिरता की भावना के लिए सतर्क रहें, क्योंकि यह वह क्षेत्र है जिस पर ऑपरेशन काम करता है। अपने हाथ चिकित्सक से इस बारे में बात करें; इसे आगे न बढ़ाएं।
- अपनी उंगलियों, अंगूठे, कोहनी और कंधे को शुरू से ही स्वतंत्र रूप से चलाते रहें, और हाथ का उपयोग हल्के दैनिक कार्यों के लिए आराम से करें, जब तक कि इसमें जबरदस्ती या भारित मोड़ शामिल न हो।

घाव, सूजन और निशान प्रबंधन के लिए, क्लिनिक के [घाव की देखभाल](#) मार्गदर्शन।

आपके अभ्यास

ये आपके हैंडआउट से अभ्यास हैं। उन्हें केवल डॉ. हिरपारा और आपके हाथ चिकित्सक द्वारा निर्देशित के रूप में शुरू करें, जो भी सीमा और सीमाएं आपको दी गई हैं, उनके भीतर रहें। **उंगली का आंदोलन** तुरंत शुरू होता है। **अग्रहस्त रोटेशन** (अभ्यास इस पूरे ऑपरेशन के आसपास बनाया गया है) और **कलाई की गति** जब आप स्प्रिंट से बाहर निकलते हैं, तब शुरू करें, आमतौर पर लगभग दो से तीन सप्ताह, और फिर रोटेशन आपका मुख्य फोकस बन जाता है। **निशान की मालिश** शुरू होता है जब घाव पूरी तरह से ठीक हो जाता है। **पकड़ और रोटेशन को मजबूत करना** एक बाद के चरण से संबंधित है और जब तक आपको विशेष रूप से मंजूरी नहीं दी जाती तब तक इसे शुरू नहीं किया जाना चाहिए। कलाई की छोटी उंगली की तरफ तेज दर्द पैदा करने वाली किसी भी चीज को रोकें।

आपका क्लिनिकल प्रोटोकॉल

इस पृष्ठ का शेष भाग डिस्टल रेडियोलुलर जोड़ की हेमिरेसेक्शन-इंटरपोजिशन आर्थ्रोप्लास्टी के बाद पुनर्वास के लिए चरणबद्ध नैदानिक प्रोटोकॉल है। यह खंड आपके हाथ चिकित्सक को प्रदान किया जाना है, और प्रत्येक चरण क्या हो रहा है की सादे-अंग्रेजी व्याख्या के साथ खुलता है। यह एक संयुक्त-पुनर्निर्माण (आर्थ्रोप्लास्टी) प्रक्रिया है, मरम्मत नहीं: महीनों तक सुरक्षा के लिए तनाव के तहत कोई निर्माण नहीं है। जानबूझकर रोकना छोटा होता है: नरम ऊतकों के बीच की स्थिति और कैप्सूल को स्थिर होने देने के लिए एक संक्षिप्त स्प्रिंट अवधि, जिसके बाद अग्रहस्त रोटेशन की प्रारंभिक बहाली स्पष्ट प्राथमिकता है क्योंकि रोटेशन वह कार्य है जिसे ऑपरेशन बहाल करने के लिए मौजूद है। पूरे समय ध्यान देने योग्य मुख्य भार डिस्टल अलना का घूर्णन भार है, जो दर्दनाक अलना-स्टम्प अस्थिरता और रेडियोलना अभिसरण को उत्तेजित करता है।

उपचार से पहले, रोगी की ऑपरेशन रिपोर्ट और पिछले चिकित्सा इतिहास की जांच करें, और किसी भी समवर्ती प्रक्रियाओं (टीएफसीसी मरम्मत, डिस्टल रेडियस ऑस्टियोटोमी, पिन न्यूरेक्टोमी, एक्सटेंसर पुनर्निर्माण), इंटर-ऑपरेटिव रूप से मूल्यांकन किए गए डिस्टल अलनेर स्टंप की स्थिरता, और निर्धारित स्प्रिंट और रोटेशन छत के बारे में इलाज करने वाले सर्जन के साथ संपर्क करें। एक समवर्ती TFCC मरम्मत या डिस्टल त्रिज्या ऑस्टियोटोमी संरक्षित चरण को लम्बा खींचती है; अपक्षयी या पोस्ट-ट्रॉमेटिक गठिया के लिए एक अलग हेमिरेसेक्शन नीचे दिए गए कम रास्ते का अनुसरण करता है। डॉ. हिरपारा ने टीएफसीसी, अलनेर स्टाइलॉइड और अलनेर सॉफ्ट-टिस्सू

अनुलग्नकों को संरक्षित किया है, इसलिए डिस्टल अलना समर्थित रहता है, और इसलिए पुनर्वास प्रारंभिक रोटेशन को प्राथमिकता दे सकता है।

चरण I एक स्प्लिंट में संरक्षित जमाव (सप्ताह 0 से 2-3)

पहले दो से तीन सप्ताह नरम ऊतकों के बीच की स्थिति और कैप्सूल की रक्षा करते हैं जबकि बाकी अंगों को गतिशील रखते हैं। अग्रहस्त एक स्प्लिंट (आमतौर पर कोहनी के ऊपर / म्यून्स्टर प्रकार का स्प्लिंट या कास्ट जो अग्रहस्त रोटेशन को सीमित करता है) में टिका होता है, केवल स्वच्छता के लिए और चरण के अंत में, पहले कोमल रोटेशन के लिए हटा दिया जाता है। पहले दिन से ही उंगलियां चलती हैं।

आपके हाथ चिकित्सक के लिए:

शिक्षा और सावधानियां - निर्धारित स्प्लिंट (कोहनी के ऊपर / Muenster- प्रकार, या प्रति सर्जन) में अस्थिर करना **अग्रहस्त घूर्णन**; केवल स्वच्छता और साफ अभ्यास के लिए बंद - **कोई लोड किया हुआ अग्रहस्त रोटेशन नहीं** कोई भार वहन या संचालित forearm के माध्यम से घुमावदार - आश्वासन दें कि प्रारंभिक पकड़ की कमजोरी और अलनेर पक्ष पर सूजन की उम्मीद है

प्रबंधन - घाव: निर्देशानुसार सर्जिकल पट्टी; संक्रमण की निगरानी - एडिमा: ऊंचाई, कोमल हाथ पंप, आवश्यकता के अनुसार बर्फ - अभ्यास: **सक्रिय उंगली, अंगूठा और (यदि स्प्लिंट द्वारा अवरुद्ध नहीं है) कंधे ROM पहले दिन से**; कोमल कोहनी ROM के रूप में splint अनुमति देता है; शुरू **कोमल दर्द रहित सक्रिय अग्रहस्त रोटेशन** इस चरण के अंतिम कुछ दिनों में यदि सर्जन जल्दी हटाने की अनुमति देता है

प्रगति के मानदंड - घाव जमाव; स्प्लिंट अवधि (लगभग 2-3 सप्ताह के लिए पृथक hemiresection) पूरा; सक्रिय रोटेशन के लिए सर्जन द्वारा मंजूरी दे दी

चरण II प्रारंभिक अग्रहस्त रोटेशन (प्राथमिकता) (सप्ताह 2-3 से 6)

यह निर्णायक चरण है। स्प्लिंट के बाहर, सक्रिय प्रोनेशन और सुपिनेशन पुनर्वास की सुखियां बन जाती हैं: सौम्य, लगातार, दर्द रहित, और भार रहित। कलाई की गति जोड़ी जाती है। रोटेशन वह कार्य है जिसे ऑपरेशन बहाल करता है, इसलिए इसे सक्रिय रूप से यहां आगे बढ़ाया जाता है जबकि लोडिंग अभी भी रोक दी गई है।

आपके हाथ चिकित्सक के लिए:

मूल्यांकन - सक्रिय और निष्क्रिय अग्रहस्त प्रोनेशन/सुपिनेशन (प्रत्येक दिशा में ~80° की ओर लक्ष्य की बहाली परिणाम श्रृंखला में रिपोर्ट की गई); कलाई और उंगली ROM; उलना कलाई पर दर्द; सूजन; घाव/कलंक की समीक्षा

शिक्षा और सावधानियां - **अग्रभाग रोटेशन प्राथमिकता है**: बार-बार, दर्द रहित, अनलोड सक्रिय प्रोनेशन/सुपिनेशन, कोहनी को अग्रभाग को अलग करने के लिए किनारे पर धकेल दिया गया - **कोई प्रतिरोध या भारित रोटेशन, कोई भारी पकड़, कोई मोड़ कार्य नहीं ~ 6-8 सप्ताह तक** - कुछ स्प्लिंट्स कास्ट हटाने के बाद कुछ हफ्तों के लिए एंड-रेंज रोटेशन को और सीमित करते हैं; किसी भी निर्धारित छत का सम्मान करें

प्रबंधन - अभ्यास: सक्रिय और सक्रिय-सहायता **प्रोनेशन/सुपिनेशन** मुख्य फोकस के रूप में; सक्रिय कलाई झुकाव/विस्तार और रेडियल/अलनेर विचलन; उंगली और पकड़ आरओएम जारी रखें (अभी तक कोई प्रतिरोध पकड़ नहीं); घाव पूरी तरह से ठीक होने के बाद निशान प्रबंधन शुरू करें - आवश्यकतानुसार एडिमा और निशान के लिए तरीके

प्रगति के मानदंड - आरामदायक, नियंत्रित, लगभग पूर्ण **दर्द रहित** सक्रिय अग्रहस्त रोटेशन; घाव ठीक हो गया; दर्द $\leq 3/10$; कोमल रोटेशन पर उत्तेजक अलनेर साइड दर्द नहीं

चरण III। सुदृढीकरण और वापसी (सप्ताह 6-8 और उससे आगे)

एक बार जब रोटेशन बहाल हो जाता है और दर्द मुक्त हो जाता है, तो मजबूती शुरू होती है और धीरे-धीरे बनती है: पहले पकड़, फिर **भारित अग्रहस्त रोटेशन**, विशेष रूप से दर्दनाक अलनेर-स्टम्प अस्थिरता या लोड के तहत रेडियोलनेर अभिसरण के लिए देख रहे हैं। भारी काम और खेल में वापसी मानदंडों पर आधारित है।

आपके हाथ चिकित्सक के लिए:

मूल्यांकन - पकड़ की ताकत बनाम दूसरी तरफ (परिणाम श्रृंखला रिपोर्ट प्रतिपक्षीय पक्ष के ~ 85-90% की ओर वसूली); अग्र-हस्त रोटेशन की ताकत और किसी भी दर्द या अस्थिरता पर **भारित** रोटेशन; कार्यात्मक और कार्य-/खेल-विशिष्ट परीक्षण, जैसा कि उपयुक्त हो

शिक्षा और सावधानियां - परिचय **पकड़ का प्रतिरोध** पहले, फिर **क्रमांकित भारित अग्रहस्त रोटेशन** (उदाहरण के लिए हल्के वजन के साथ हथौड़ा मुड़ता है) लगभग छह से आठ सप्ताह; लोड धीरे-धीरे बनाएं - देखने के लिए **अक्षीय या घूर्णन भार के तहत दर्दनाक अलनेर-स्टम्प अस्थिरता / रेडियोलनेर अभिसरण**: यदि उत्तेजित हो, तो भार कम करें और सर्जन से संपर्क करें

प्रबंधन - अभ्यास: प्रगतिशील पकड़/पुटी कार्य; ग्रेडेड प्रतिरोधित प्रोनेशन/सुपिनेशन (हल्का → मध्यम); कार्य-विशिष्ट भार; किसी भी अवशिष्ट रोम कार्य को जारी रखें - एक बार रोटेशन और पकड़ कार्यात्मक और लगभग सममित हैं और समारोह की एक उपयुक्त वापसी प्राप्त होता है निर्वहन पर विचार करें - उपचार करने वाले डॉक्टर के पास वापस जाने पर विचार करें यदि रिकवरी प्लेटोस, या यदि स्टंप अस्थिरता या अभिसरण का सुझाव देते हुए लगातार अलनेर-साइड लोड दर्द है

लोड/खेल में वापसी के लिए मानदंड - लगभग सममित पकड़ और रोटेशन शक्ति; दर्द रहित भारित रोटेशन; कार्यात्मक परीक्षण पर कोई अस्थिरता नहीं

काम और गतिविधि में वापस आना

हाथों का हल्का दैनिक उपयोग (खाना, लिखना, हल्का आत्म-देखभाल) शुरू से ही प्रोत्साहित किया जाता है, आराम के भीतर, जब तक कि इसमें अग्रभाग के जबरन या भारित मोड़ शामिल नहीं होते हैं। चूंकि आपके अंडरआर्म को जल्दी ही स्प्लेंट किया जाता है और आपको पहिया को सुरक्षित रूप से नियंत्रित करने में सक्षम होना चाहिए (इसे घुमाने सहित), पहले कुछ हफ्तों में परिवहन के लिए मदद की योजना बनाएं; जब आप स्प्लेंट से बाहर हो जाते हैं तो ड्राइविंग फिर से शुरू होती है और स्टीयरिंग के लिए अंडरआर्म को आराम से और सुरक्षित रूप से घुमा सकते हैं, जैसा कि आपकी समीक्षा में पुष्टि की गई है।

लोड किए गए घुमावदार कार्य (कठोर जार खोलना, मुड़ना, एक स्कूट्राइवर का उपयोग करना, उस तरफ भारी बैग ले जाना) जब तक कि सुदृढीकरण को साफ नहीं किया जाता है (आमतौर पर लगभग छह से आठ सप्ताह) तक प्रतीक्षा करें और फिर धीरे-धीरे बनाए जाते हैं। भारी मैनुअल काम और खेल में वापसी एक ही मानदंड-आधारित प्रगति का अनुसरण करती है और अकेले कैलेंडर के बजाय डॉ. हिरपारा और आपके हाथ चिकित्सक द्वारा निर्णायक रूप से दर्द-मुक्त, लगभग सममित अग्रहस्त रोटेशन और पकड़ को पुनः प्राप्त करने पर निर्भर करती है।

अपने प्रोटोकॉल के बाद

यह प्रोटोकॉल अभ्यास की सामान्य वसूली सलाह के साथ काम करता है; देखें [ऑपरेशन के बाद के दर्द का प्रबंधन](#), [घाव की देखभाल](#) और [निशान प्रबंधन](#). यदि आपकी DRUJ समस्या कलाई के फ्रैक्चर के बाद हुई, तो [दूरस्थ त्रिज्या फ्रैक्चर निर्धारण](#) प्रोटोकॉल एक उपयोगी साथी है। उपर्युक्त चरणबद्ध योजना डिस्टल रेडियोलुलर संयुक्त हेमिरेसेक्शन आर्थोप्लास्टी के बाद प्रकाशित पुनर्वास मार्गदर्शन को दर्शाती है, और आपकी चल रही वसूली को डॉ. हिरपारा और आपके हाथ चिकित्सक द्वारा व्यक्तिगत रूप से निर्देशित किया जाता है कि आपका अग्रभाग कैसे आगे बढ़ता है।