CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION

# टीएफसीसी क्षति

त्रिकोणीय फाइब्रोकार्टिलेज कॉम्प्लेक्स (टीएफसीसी), कलाई की छोटी उंगली की ओर।

Kieran Hirpara CC BY NC SA 4.0

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

## आप क्या महसूस कर रहे हैं

दर्द आपकी कलाई की छोटी उंगली की तरफ होता है, जो आपके बाहरी अग्रभाग के सबसे करीब होता है। डॉक्टर इसे अलनेर साइड कहते हैं। जब आप अपनी कलाई को मोड़ते हैं, कुर्सी से उठने के लिए उस पर झुकते हैं, या दरवाजे के हैंडल को मोड़ते हैं तो यह अक्सर खराब हो जाता है। कलाई को आराम देने से आमतौर पर यह ठीक हो जाता है, हालांकि एक बार जब आप फिर से सक्रिय हो जाते हैं तो दर्द वापस आ सकता है।

यह दर्द गतिविधि के बाद तेज हो जाता है, और कई लोग इसे रात में या जागने पर नोटिस करते हैं। एक जार के ढक्कन को मोड़ना, एक भरा हुआ केतली उठाना, या खुद को एक कम सीट से बाहर धकेलना सभी अजीब हो सकते हैं। कुछ लोगों को पकड़ना और चुभाना दूसरी तरफ की तुलना में कमजोर लगता है, इसलिए शॉपिंग बैग ले जाना या जिद्दी नल खोलना पहले की तुलना में कठिन लगता है।

इस प्रकार का दर्द एक ही छोटे क्षेत्र में कई अलग-अलग समस्याओं से हो सकता है, यही कारण है कि इसे पिन करना अक्सर मुश्किल होता है। त्रिकोणीय फाइब्रोकार्टिलेज, कलाई के उस पक्ष पर एक कुशनिंग कार्टिलेज, एक सामान्य स्रोत है। निकटवर्ती जोड़ों में पहनने और आंसू गठिया, या कलाई की फ्रैक्चर जो अच्छी तरह से ठीक नहीं हुई है, इसी तरह के दर्द का कारण बन सकती है। चूंकि ये स्थितियां ओवरलैप होती हैं, इसलिए एक सावधानीपूर्वक इतिहास और शारीरिक परीक्षा पहले आती है। आपका सर्जन ठीक उस जगह को महसूस करेगा जहां आपको दर्द है और आपकी कलाई को इस तरह से हिलाएगा कि वह दर्द को बढ़ा सके या कम कर सके। एक्स-रे लगभग हमेशा लंबे समय से कलाई के दर्द की जांच का हिस्सा होते हैं, और उपास्थि और आस-पास के जोड़ों को देखने के लिए एक एमआरआई स्कैन जोड़ा जा सकता है।

स्कैन और गति परीक्षण हमेशा स्पष्ट उत्तर नहीं देते हैं। एक स्कैन परिवर्तन दिखा सकता है जो वास्तव में आपके दर्द का कारण नहीं है, और एक साफ स्कैन हमेशा एक आंसू को बाहर नहीं करता है। जब दर्द 3 महीने से अधिक समय तक रहता है और आराम, स्प्लिंटिंग या थेरेपी जैसे रूढ़िवादी उपचार के साथ बस नहीं गया है, तो कलाई आर्थ्रोस्कोपी की पेशकश की जा सकती है। यह कीहोल सर्जरी है, जहां एक पतला कैमरा कलाई के जोड़ के अंदर रखा जाता है। यह आपके सर्जन को सीधे उन संरचनाओं को देखने की अनुमति देता है जो आपके दर्द का कारण बनती हैं और अक्सर उन्हें एक ही ऑपरेशन में इलाज करती 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

# वास्तव में क्या हो रहा है

त्रिकोणीय फाइब्रोकार्टिलेज कॉम्प्लेक्स आपकी कलाई की छोटी उंगली की तरफ एक कुशन संरचना है। इसे एक छोटे सदमे अवशोषक के रूप में सोचें जो आपके अग्रहस्त की हड्डी के अंत और आपकी कलाई की हड्डियों के बीच स्थित है। यह एक गैस्केट की तरह काम करता है, जो आपकी कलाई को आपके हाथ से जोड़ता है।

यह तकिया कई भागों से बना है जो एक साथ काम करते हैं: एक केंद्रीय डिस्क जो कठोर, रबड़ जैसी उपास्थि से बनी होती है, साथ ही सहायक जोड़ियां जो इसे आपके बाह्य अग्रहस्त के आधार पर छोटी हड्डी से जोड़ती हैं। ये लिगामेंट्स जोड़ के मुख्य स्टेबलाइजर्स हैं जो आपको अपने अग्रभाग को घुमाने की अनुमति देते हैं, एक स्क्रूड्राइवर या दरवाजे के हैंडल को घुमाने के लिए आप जिस गति का उपयोग करते हैं।

कुशन में एक कमजोर बिंदु है। केवल इसके बाहरी किनारे को रक्त की आपूर्ति प्राप्त होती है, लगभग इसका बाहरी 10% से 40%। मध्य भाग में कोई नहीं है। यह महत्वपूर्ण है क्योंकि बिना रक्त आपूर्ति के ऊतक अपने आप को ठीक करने के लिए संघर्ष करता है। तो जब तकिया के बीच में आंसू, आंसू अक्सर एक साथ बुनाई के बजाय खुला रहता है, और दर्द आप महसूस करते हैं जब आप मोड़ या कलाई भार वापस आते रहते हैं।

आंसू कितनी गहराई तक जाते हैं। कुछ कुशन के किनारे पर छोटे-छोटे फ्रिज होते हैं, जो एक फिसलन के करीब होते हैं। अन्य मध्य डिस्क के माध्यम से पूर्ण आंसू हैं, या आंसू जहां सहायक लिगामेंट्स अग्रहस्त की हड्डी पर अपने एंकर बिंदु से दूर खींचते हैं। गहरे आंसू, विशेष रूप से जो घूर्णन संयुक्त को अस्थिर करते हैं या उन समर्थन जोड़ों को शामिल करते हैं, वे हैं जिन्हें आराम और स्प्लिंटिंग के बजाय सर्जरी की आवश्यकता होती है।

जब कुशन या उसके लिगामेंट्स क्षतिग्रस्त हो जाते हैं, तो जो जोड़ उन्हें स्थिर करता है वह थोड़ा हट सकता है। यह अतिरिक्त गति आस-पास की सतहों को चिढ़ाती है और कलाई पर मुड़ने, पकड़ने या झुकने के साथ दर्द भड़कने का एक सामान्य कारण है।

# हम इसके बारे में क्या कर सकते हैं

मैटर प्राइवेट हॉस्पिटल रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंगों के सर्जन डॉ. किरण हिरपारा, आपकी स्थिति के अनुरूप कम से कम आक्रामक विकल्पों से शुरू करते हैं। मरीजों को आम तौर पर उनके जीपी द्वारा हमारे क्लिनिक में भेजा जाता है; यदि एक फिजियोथेरेपिस्ट ने सुझाव दिया है कि आप हमें देखें, तो आपको मेडिकेयर छूट के लिए पात्र होने के लिए अपने जीपी से एक रेफरल की आवश्यकता होगी। आपकी पहली यात्रा पर हम एक सावधानीपूर्वक इतिहास लेते हैं, आपकी कलाई की जांच करते हैं, और इमेजिंग की व्यवस्था करते हैं जहां यह पता लगाने के लिए आवश्यक है कि दर्द का कारण क्या है।

अधिकांश टीएफसीसी आंसू पहले गैर-सर्जिकल देखभाल पर आज़माए जाते हैं। दर्द को उत्तेजित करने वाली गतिविधियों से विश्राम प्रारंभ बिंदु है। एक स्प्लिंट कलाई को स्थिर रख सकती है और कुशन को ठहरने का मौका दे सकती है। फिजियोथेरेपी या हाथ चिकित्सा का उद्देश्य दर्द को कम करना, सुचारू आंदोलन को बहाल करना और पकड़ने और उठाने के लिए आवश्यक ताकत का पुनर्निर्माण करना है। हम आम तौर पर आपसे कुछ और सोचने से पहले कई महीनों तक इसका निष्पक्ष परीक्षण करने के लिए कहते हैं।

दर्द की गोलियां और विरोधी भड़काऊ आपको आरामदायक रहने में मदद कर सकते हैं जब तक कलाई बसती है। वे आंसू की मरम्मत नहीं करते हैं, लेकिन वे दैनिक कार्यों और चिकित्सा को प्रबंधित करना आसान बना सकते हैं।

जब दर्द 3 महीने से अधिक समय तक रहता है और रूढ़िवादी देखभाल के बावजूद कम नहीं होता है तो सर्जरी की आवश्यकता होती है। मुख्य ऑपरेशन कलाई की आर्थ्रोस्कोपी है, एक पतले कैमरे के साथ छोटी कटौती के माध्यम से कीहोल सर्जरी। यह हमें सीधे कलाई के अंदर देखने की अनुमति देता है और अक्सर उसी बैठने में आंसू का इलाज करता है। छोटे-छोटे फ्राय को पीछे की ओर काट दिया जा सकता है ताकि कुछ भी पकड़े न जाए। बाहरी किनारे पर आंसू, जहां रक्त की आपूर्ति होती है, नीचे वापस सिलाई की जा सकती है। उन आंसुओं को भी ठीक किया जा सकता है, जहां अग्रहस्त की हड्डी पर समर्थन करने वाले लिगामेंट्स ने अपना लंगर बिंदु खींच लिया है। यदि

कुशन की मरम्मत नहीं की जा सकती है, तो कभी-कभी इसे आपके स्वयं के अग्रहस्त से स्नायु की पट्टी का उपयोग करके फिर से बनाया जा सकता है। कुछ लोगों के पास हड्डी का एक छोटा टुकड़ा भी होता है जो कलाई के उस तरफ से दबाव को दूर करने के लिए छोटा किया जाता है। हम बात करेंगे कि इनमें से कौन सा आपकी कलाई को फिट करता है, और साथ में तय करेंगे कि कौन सी योजना आपको सूट करती है।

## क्या उम्मीद करें

इस प्रकार के कलाई के दर्द वाले अधिकांश लोगों में सुधार होता है, लेकिन सुधार आमतौर पर पूर्ण होने के बजाय आंशिक होता है। जब कलाई में लंबे समय से दर्द होता है और अंदर की ओर देखने और जो पाया जाता है उसका इलाज करने के लिए कीहोल सर्जरी का उपयोग किया जाता है, तो एक वर्ष के भीतर दर्द और विकलांगता में लगभग आधा सुधार होता है। कई लोगों को अभी भी उस समय कुछ दर्द या सीमा का एहसास होता है, हालांकि यह आमतौर पर पहले की तुलना में कम परेशान करता है।

उपचार के बिना, चित्र इस बात पर निर्भर करता है कि दर्द का कारण क्या है। कुशन के बाहरी किनारे पर एक छोटी सी झड़प, जहां रक्त की आपूर्ति होती है, आराम, स्प्लिंटिंग और थेरेपी के साथ बस सकती है। तकिया के बीच में आंसू अक्सर अपने आप ठीक नहीं होते, क्योंकि उस हिस्से में रक्त की आपूर्ति नहीं होती है, इसलिए जब भी आप कलाई को मोड़ते या लोड करते हैं तो दर्द वापस आता रहता है। यदि पहनने और आंसू गठिया या कलाई के उस तरफ दबाव समस्या का हिस्सा है, तो लक्षण आमतौर पर जारी रहते हैं या फिर से आते हैं, खासकर खेल या भारी उपयोग के साथ। जब पहले उपचार के बावजूद दर्द बनी रहती है, तो आगे के विकल्प मौजूद हैं, जैसे कि अग्रहस्त में एक छोटी हड्डी को छोटा करने और दर्द की तरफ से दबाव को दूर करने के लिए एक प्रक्रिया।

वसूली अचानक के बजाय धीरे-धीरे होती है। पहले हफ्तों में लक्ष्य दर्द को कम करना और कलाई की रक्षा करना है। कलाई और उंगलियों के बीच शक्ति और समन्वित आंदोलन सप्ताहों से लेकर महीनों तक पुनर्निर्माण करते हैं, जिसमें लगभग 8 से 12 सप्ताह तक सबसे अधिक ध्यान देने योग्य परिवर्तन होता है। कुछ लोग दूसरों की तुलना में जल्दी खेल में लौट आते हैं। जिन एथलीटों को कलाई के उसी हिस्से में चोट लगी है, उन्हें खेल में वापसी करने से पहले अधिक समय की आवश्यकता हो सकती है।

कीहोल कलाई सर्जरी के बाद गंभीर समस्याएं असामान्य हैं, हालांकि वे हो सकती हैं। संयुक्त में संक्रमण दुर्लभ होता है। कम गंभीर समस्याएं, जैसे कि अस्थायी त्वचा की जलन या सेटअप से उंगलियों में संक्षिप्त सुन्नता, हो सकती है लेकिन आमतौर पर बस जाती है। आपके सर्जन आपके विशेष कलाई और ऑपरेशन पर विचार करने के लिए लागू जोखिमों के माध्यम से बात करेंगे, ताकि आप उन्हें आपके वर्तमान दर्द के खिलाफ तौल सकें।

## किसी से कब मिलना है

यदि आपकी कलाई की छोटी उंगली की तरफ दर्द 3 महीने से अधिक समय तक रहता है और आराम, स्प्लिंटिंग या थेरेपी से ठीक नहीं होता है, तो अपने चिकित्सक से परामर्श करें। यदि कलाई पर मुड़ने, पकड़ने या झुकने से दर्द वापस आता रहता है, या यदि पकड़ने और चुटकी लेने से आपकी दूसरी तरफ की तुलना में कमजोरी महसूस होती है, तो एक विशेषज्ञ की समीक्षा के लिए पूछें। आपातकालीन विभाग में जाएं यदि आपके पास कुंजी छेद कलाई सर्जरी के बाद बुखार के साथ एक गर्म, लाल, सूजन कलाई है, या यदि अग्रभाग या हाथ में सूजन तंग है और इसे स्थानांतरित करना दर्दनाक है। ये संयुक्त या द्रव के निर्माण में संक्रमण का संकेत दे सकते हैं जहां यह नहीं होना चाहिए, और दोनों को नियमित नियुक्ति की प्रतीक्षा करने के बजाय उसी दिन मूल्यांकन की आवश्यकता होती 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

# अधिक गहराई से

यह अनुभाग आपके स्वयं के उपचार निर्णयों के लिए आवश्यक से अधिक है। त्रिकोणीय फाइब्रोकार्टिलेज जटिल चोट अतिरिक्त पढ़ने के लायक है क्योंकि तकनीक बहस जो चर्चा पर हावी है, अलग नहीं हुई है, जबकि पोस्ट-ऑपरेटिव शासन का एक विवरण, जो बहुत कम ध्यान आकर्षित करता है, मायने रखता है।

### संरचना वास्तव में क्या करती है

टी.एफ.सी.सी. कर्पस की एक डिस्क है जिसमें लिगामेंट्स का एक घोंसला होता है, जो अलना के अंत और कार्पल हड्डियों के बीच स्थित होता है। यह एक साथ दो कार्य करता है: यह कलाई के अलनेर पक्ष में प्रेषित भार को कुशन करता है, और यह कलाई पर दो अग्रहस्त हड्डियों के बीच संयुक्त को स्थिर करता है डिस्टल रेडियोलनेर संयुक्त।

यह दोहरी भूमिका बताती है कि यहां चोटें दो अलग-अलग तरीकों से क्यों दिखाई देती हैं। मुख्य रूप से डिस्क को प्रभावित करने वाला एक आंसू बोझ पर दर्द पैदा करता है, एक कुर्सी से ऊपर धकेलना, पकड़ना और मुड़ना। एक आंसू गहरे तंतुओं को अलना पर उनके अनुलग्नक से अलग करता है, **फव्वेल** सम्मिलन, अस्थिरता पैदा करता है, इस भावना के साथ कि कलाई रास्ता देती है या जब अग्रभाग घूमता है तो क्लैंप करती है। दूसरा ज्यादा मायने रखता है, क्योंकि लिगामेंटोस अटैचमेंट है जो जोड़ को एक साथ रखता है।

### एमआरआई सटीक है, एक योग्यता के साथ जानने लायक है

निदान काफी हद तक इमेजिंग पर निर्भर करता है। पार करना **1,298** रोगियों के लिए, एमआरआई की समग्र सटीकता स्वीकार्य थी, और **परिधीय आंसू पूल सटीकता अपेक्षाकृत उच्च थी**विभिन्न प्रकार के आंसू का निदान करने के लिए आदर्श विधि के रूप में वर्णित उपयुक्त मापदंडों का उपयोग करके एमआरआई के साथ [1].

योग्यता "परिधीय" शब्द में है। एमआरआई कॉम्प्लेक्स के बाहरी, बेहतर-संवहनी भाग पर सबसे अच्छा प्रदर्शन करता है, जहां मरम्मत योग्य आँसू बैठते हैं। केंद्रीय और अपक्षयी आंसू, और फोवियल अनुलग्नक की सटीक स्थिति, विशेषता के लिए कठिन हैं, यही कारण है कि परीक्षा के निष्कर्ष और कभी-कभी आर्थ्रोस्कोपी स्कैन के साथ वजन लेते हैं।

### तकनीक की तुलना अलग नहीं करती है

दो परिचालन वाद-विवाद दोहराए जाते हैं, और न ही हल किया गया है।

सामान्य परिधीय, कण्ठ-पक्षीय आंसू के लिए, **240** रोगियों ने पाया कि **उच्च गुणवत्ता वाले साक्ष्य का अभाव** आर्थ्रोस्कोपिक बनाम खुली मरम्मत पर ठोस निष्कर्ष निकालने के लिए, और **कोई वैज्ञानिक प्रमाण नहीं है जो एक तकनीक को दूसरे से श्रेष्ठता का सुझाव देता हो** [2].

foveal मरम्मत के लिए, पार transosseous सिलाई के साथ सिलाई एंकर की तुलना **904** रोगियों, दोनों कार्यात्मक परिणामों में सुधार हासिल किया, दर्द और पकड़ की ताकत के साथ एक कम reoperation दर हालांकि गति की सीमा की तुलना बनी रही **अनिश्चित** [3].

लगातार संदेश यह है कि मरम्मत को संलग्नक को बहाल करने की आवश्यकता है; इसे प्राप्त करने के लिए उपयोग किए जाने वाले हार्डवेयर को परिणाम को बदलने के लिए नहीं दिखाया गया है।

### पोस्ट-ऑपरेटिव विवरण जो मायने रखता है

यहां साक्ष्य अधिक भेदभावपूर्ण है, और यह व्यावहारिक रूप से उपयोगी है। Foveal TFCC की मरम्मत के बाद immobilisation regimes की तुलना **288** रोगियों, पोस्ट-ऑपरेटिव इमोबिलाइजेशन **कोहनी की गति को सीमित करने की तुलना में अग्रहस्त रोटेशन को सीमित करने से अधिक लाभ हो सकता है**, और कोहनी झुकाव और विस्तार के अतिरिक्त प्रतिबंध **सुसंगत लाभ नहीं दिखाया है** [4].

**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

यह सीधे शरीर रचना से आता है। मरम्मत की गई संरचना को लोड करने के लिए कोहनी को झुकाना नहीं, बल्कि अग्रहस्त को घुमाकर लोड किया जाता है, इसलिए स्प्लिंट को हथेली को ऊपर और नीचे मोड़ने पर नियंत्रण करने की आवश्यकता होती है। कोहनी के ऊपर का कास्ट अक्सर कोहनी के घूर्णन को रोककर अप्रत्यक्ष रूप से इसे लागू करने के लिए उपयोग किया जाता है, और इस सबूत से पता चलता है कि कोहनी घटक काम करने वाला हिस्सा नहीं है। एक मरीज के लिए, कोहनी को मुक्त छोड़ने वाले ब्रेसलेट में छह सप्ताह का अनुभव इसके ऊपर गिप्स में छह सप्ताह के अनुभव से काफी अलग है।

## संदर्भ


[1] वांग जेएक्स, चेन एसएल, वांग क्यूक्यू, लियू बी, झू जे, शेन जे. त्रिकोणीय फाइब्रोकार्टिलेज जटिल चोट का पता लगाने में चुंबकीय अनुनाद इमेजिंग का प्रदर्शनः एक मेटा-विश्लेषण। J Hand Surg Eur Vol. 2015;40(5):477-84. https://doi.org/10.1177/1753193414567425

[2] रोबा वी, फाउलर ए, कारान्टाना ए, ग्रिंडले डी, लिंडो टी। 1 बी अलनेर-पक्षीय त्रिकोणीय फाइब्रोकार्टिलेज कॉम्प्लेक्स आंसू की खुली बनाम आर्थ्रोस्कोपिक मरम्मतः एक व्यवस्थित समीक्षा। हाथ (एनवाई). 2019;15(4):456-64. https://doi.org/10.1177/1558944718815244

[3] मा एच, वांग जे, यांग सी. आर्थ्रोस्कोपिक त्रिकोणीय फाइब्रोकार्टिलेज कॉम्प्लेक्स फोवेल रिपेयर में सिचुएशन एंकर और ट्रांसोसियस सिचुएशन तकनीक की प्रभावशीलताः एक व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-विश्लेषण। जे ऑर्थोपेडिक सर्ज रिज़. 2024;19(1). https://doi.org/10.1186/s13018-024-04530-4

[4] ली जे, ली टी, ली एस, लिम एच, चांग ई, पार्क एमओ, एट अल। फोवेल त्रिकोणीय फाइब्रोकार्टिलेज कॉम्प्लेक्स की मरम्मत के बाद पोस्टऑपरेटिव इमोबिलाइजेशनः एक व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-विश्लेषण। J हाथ सर्ज अ. 2026;51(5):512.e1-512.e11. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2026.01.029



**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