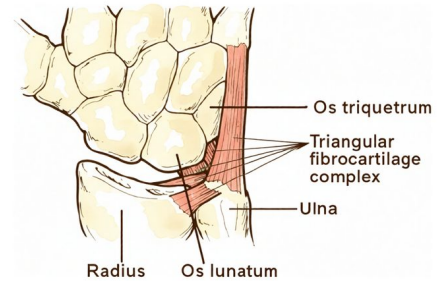


अलनेर-पक्षीय कलाई का दर्द और अलनेर इम्पैक्शन

TFCC और कलाई का अलनेर (छोटी उंगली) पक्ष अलनेर-पक्षीय कलाई के दर्द का एक सामान्य स्रोत।

Elatmani s / Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0



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

पेट में दर्द **कलाई की छोटी उंगली की ओर** यह बहुत आम है, और इसके कई संभावित कारण हैं। यह पृष्ठ सबसे महत्वपूर्ण यांत्रिक एक के बारे में है: एक स्थिति जिसे कहा जाता है **अलनेर इम्पैक्शन** (उल्नोकार्पल एबटमेंट के रूप में भी जाना जाता है)

दर्द कलाई के बाहरी किनारे पर, हाथ के पीछे की ओर गहराई तक बैठता है। यह अक्सर बदतर होता है जब आप मजबूती से पकड़ते हैं, अपने हाथ को मोड़ते हैं, या छोटी उंगली की ओर कलाई को मोड़ते हैं, इसलिए एक जार खोलने, एक कुंजी को मोड़ने, एक स्कूइडर का उपयोग करने, एक कपड़े को मोड़ने, या एक कुर्सी से बाहर धकेलने के लिए हाथ पर झुकने जैसी रोजमर्रा की गतिविधियाँ इसे शुरू कर सकती हैं। कई लोगों को यह भी पता चलता है कि **क्लिक या क्लंक** कलाई में कुछ आंदोलनों के साथ, और कलाई भारी उपयोग के एक दिन के बाद दर्द हो सकता है। कलाई के माध्यम से वजन डालना (एक फलक में, एक पुश-अप में, या एक भारी दरवाजे को धक्का देना) एक क्लासिक एग्रेवेटर है।

यह आमतौर पर एक चोट से शुरू होने के बजाय धीरे-धीरे बनता है, हालांकि यह कलाई के फ्रैक्चर के बाद हो सकता है।

वास्तव में क्या हो रहा है

अग्रहस्त की दो हड्डियाँ कलाई तक जाती हैं: **त्रिज्या** (अंगूठा पक्ष) और **कशेरुका** (छोटी उंगली वाला पक्ष) कलाई को सुचारू रूप से काम करने के लिए, इन दोनों हड्डियों के सिरों को लगभग एक ही स्तर पर बैठना चाहिए। अलनेर इम्पैक्ट में, त्रिज्या की तुलना में अलना अपेक्षाकृत लंबी होती है, एक ऐसी स्थिति जिसे डॉक्टर कहते हैं **पॉजिटिव अलनेर वैरिएंस**।

कुछ लोग केवल थोड़ी लम्बी कुल्हाड़ी के साथ पैदा होते हैं। दूसरों में यह बाद में विकसित होता है: अधिकतर जब एक टूटी हुई कलाई थोड़ी कम हो जाती है, तो त्रिज्या पहले की तुलना में थोड़ी कम हो जाती है और कुल्हाड़ी प्रभावी रूप से गर्व से खड़ी होती है।

कारण जो भी हो, उस अतिरिक्त लंबाई का मतलब है कि कुल्हाड़ी का अंत कलाई की छोटी हड्डियों के खिलाफ पीसता है जो इसके बगल में बैठती है (लूनट और ट्राइक्वेट्रम) हर बार जब आप कलाई को लोड करते हैं। उन हड्डियों के बीच कार्टिलेज का एक कुशन होता है जिसे **टीएफसीसी** (त्रिकोणीय फाइब्रोकार्टिलेज कॉम्प्लेक्स), जो एक सदमे अवशोषक के रूप में कार्य करता है। बार-बार टिका होने से यह

तकिया धीरे-धीरे नीचे गिर जाता है, टीएफसीसी को फाड़ सकता है, और समय के साथ नीचे की हड्डी में चोट लगती है और यहां तक कि छोटे सिस्ट भी बनते हैं। यह पहनने और फाड़ने की प्रक्रिया है जो दर्द, क्लिक, और पकड़ने और मुड़ने के साथ आराम की हानि का उत्पादन करती है। (हमारे पास एक अलग पृष्ठ है [टीएफसीसी चोटें](#), जो अक्सर इस स्थिति के साथ हाथ में हाथ जाते हैं)

हम इसके बारे में क्या कर सकते हैं

डॉ. किरण हिरपारा रॉकहैम्पटन के मेटर प्राइवेट हॉस्पिटल में ऊपरी अंगों की हमारी सेवा का नेतृत्व करते हैं, जहां हम एक स्पष्ट मार्ग के माध्यम से अलनेर-पक्षीय कलाई के दर्द का प्रबंधन 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। हम निदान की पुष्टि करने के लिए एक गहन मूल्यांकन के साथ शुरू करते हैं, और लंबे समय से चली आ रही समस्याओं के लिए, हम हमेशा सर्जरी पर विचार करने से पहले पहले गैर-ऑपरेटिव देखभाल का प्रयास करते हैं।

अच्छी खबर यह है कि ज्यादातर लोग गैर-ऑपरेटिव उपचार के साथ समझौता करते हैं, और यह हमेशा है जहां हम शुरू करते हैं।

इसे शांत कर रहा है। पहले कदम सरल हैं: उन गतिविधियों को संशोधित करें जो अलनेर कलाई (विशेष रूप से भारी पकड़ने, मोड़ने और वजन उठाने) को थोड़ी देर के लिए लोड करती हैं, **कलाई का थप्पड़** जोड़ को आराम देने के लिए, और दर्द और सूजन को कम करने के लिए विरोधी भड़काऊ दवा का उपयोग करें। कभी-कभी **स्टेरॉयड इंजेक्शन** संयुक्त में प्रवेश सूजन के चक्र को तोड़ने में मदद करता है।

निदान की पुष्टि। उपचार के साथ हम आम तौर पर लेते हैं **एक्स-रे** वास्तव में मापने के लिए कैसे दो हड्डियों पंक्ति में (कभी कभी एक विशेष “पकड़” दृश्य है कि प्रभाव अतिरिक्त के साथ), और अक्सर एक **एमआरआई** कार्टिलेज, TFCC और नीचे की हड्डी को देखने के लिए। कभी-कभी एक कुंजी छेद संयुक्त के अंदर देखो (**आर्थ्रोस्कोपी**) का उपयोग इस बात की पुष्टि करने के लिए किया जाता है कि क्या हो रहा है और एक ही समय में इसका इलाज किया जाता है।

अगर यह जारी रहता है। जब अच्छे गैर-ऑपरेटिव उपचार ने चीजों को व्यवस्थित नहीं किया है, सर्जरी का उद्देश्य कलाई के अलनेर पक्ष से दबाव को दूर करना है। सबसे स्थापित विकल्प है **अलनेर-संक्षिप्त ऑस्टियोटॉमी**, जहां सर्जन सही लंबाई में वापस लाने के लिए अलना का एक छोटा टुकड़ा निकालता है और इसे ठीक होने के दौरान एक छोटी प्लेट के साथ रखता है। चयनित मामलों में एक कम आक्रामक विकल्प एक आर्थ्रोस्कोपिक **“वेफर” प्रक्रिया**, जो कीहोल सर्जरी के माध्यम से अलना के बहुत अंत से एक छोटी राशि को हटा देता है। दोनों ही हड्डी को कलाई के खिलाफ पीसने से रोककर काम करते हैं।

क्या उम्मीद करें

अधिकतर लोगों के लिए, अलनेर इम्पैक्ट एक समस्या है जिसे हम ठीक कर सकते हैं। नॉन-ऑपरेटिव उपाय बड़ी संख्या में मामलों को सुलझा लेते हैं, और जब संयुक्त को बार-बार अतिभारित नहीं किया जाता है तो लक्षण कम हो जाते हैं।

जब सर्जरी की आवश्यकता होती है, **अलना को छोटा करना एक विश्वसनीय ऑपरेशन है**, और कई वर्षों तक रोगियों का पालन करने वाले अध्ययनों ने अच्छी, स्थायी दर्द राहत और उच्च संतुष्टि की रिपोर्ट की है। हड्डी को ठीक होने के लिए समय की आवश्यकता होती है, इसलिए ऑस्टियोटॉमी एकजुट होने के दौरान स्प्लेंट या कास्ट में कुछ हफ्तों की वसूली की अवधि होती है, इसके बाद धीरे-धीरे पकड़ने और लोड करने के लिए वापसी होती है। ध्यान रखने योग्य मुख्य बात यह है कि कभी-कभी हड्डी को बुनने में अपेक्षा से अधिक समय लगता है, और कभी-कभी त्वचा के नीचे छोटी प्लेट महसूस की जा सकती है और कभी-कभी जब सब कुछ ठीक हो जाता है तो इसे हटा दिया जाता है। कुल मिलाकर, अधिकांश लोग दर्द दूर हो जाने के साथ अपनी रोजमर्रा की गतिविधियों में लौट जाते हैं।

किसी से कब मिलना है

- **अलनेर-पक्षीय कलाई का दर्द जो बस नहीं जाएगा** कुछ हफ्तों में, या जो पकड़ने और मुड़ने के साथ वापस आ रहा है, और मूल्यांकन किए जाने के लायक है।
- पिछले कलाई के फ्रैक्चर के बाद होने वाला दर्द, विशेष रूप से यदि कलाई को तब से बिल्कुल सही महसूस नहीं किया गया है।
- कलाई की छोटी उंगली की ओर लगातार क्लिक, कलंक या कैचिंग, विशेष रूप से भार-असर के साथ।
- ऐसा दर्द जो आपको अपना काम या अपनी दैनिक गतिविधियों को करने से रोक रहा हो। यह वह बिंदु है जहां यह देखने लायक है कि इसे क्या चला रहा है और क्या किया जा सकता है।

अधिक गहराई से

यह अनुभाग आपके स्वयं के उपचार निर्णयों के लिए आवश्यक से अधिक है। उलना-पक्षीय कलाई का दर्द अतिरिक्त पढ़ने के लायक है क्योंकि यह एक निदान के बजाय एक स्थान है, कई अलग-अलग समस्याएं एक ही छोटे क्षेत्र को साझा करती हैं, और क्योंकि उनमें से सबसे आम के लिए, नए और छोटे ऑपरेशन में अब स्थापित की तुलना में बेहतर जटिलता आंकड़े हैं।

कलाई का यह कोना कठिन क्यों है

कुछ सेंटीमीटर के भीतर TFCC, डिस्टल रेडियोलुलर जोड़, एक्सटेंसर कार्पी अलनेरिस टेंडन और इसकी आवरण, पिसोट्रीक्वेट्रल जोड़, लूनोट्रीक्वेट्रल लिगामेंट, और वह बिंदु जहां अलना कार्पल हड्डियों से मिलती है। प्रत्येक एक ही स्थान पर दर्द पैदा कर सकता है, कई आमतौर पर बिना लक्षण वाले लोगों में इमेजिंग पर असामान्यताएं दिखाते हैं, और एक से अधिक एक बार में शामिल हो सकते हैं।

यही कारण है कि यहां का आकलन कलाई के अन्य हिस्सों की तुलना में सटीक स्थान और उत्तेजना परीक्षण पर अधिक निर्भर करता है, और यही कारण है कि कई असामान्य संरचनाओं को दिखाने के रूप में रिपोर्ट किए गए स्कैन एक सामान्य और बेकार परिणाम है। यही कारण है कि कम आम कारणों, मिडकार्पल इम्पैक्ट, उदाहरण के लिए, समय-समय पर अनदेखा योगदानकर्ताओं के रूप में वर्णित हैं [1].

अलनेर इम्पैक्ट: मैकेनिकल फिक्स के साथ मैकेनिकल समस्या

सबसे आम संरचनात्मक कारण अलनेर प्रभाव है, त्रिज्या के सापेक्ष अलना थोड़ा लंबा बैठता है, इसलिए कार्पल हड्डियों को पकड़ के साथ इसके अंत के खिलाफ चलाया जाता है और हाथ की हथेली नीचे की ओर मुड़ जाती है। समय के साथ यह TFCC और हड्डियों के कार्टिलेज को पहनता है।

उपचार अलना को छोटा करता है, या तो शाफ्ट को काटकर और छोटा करके, या इसके अंत से हड्डी के एक वेफर को हटाकर, जो आर्थ्रोस्कोपिक रूप से किया जा सकता है। पूलिंग 956 रोगियों, आर्थ्रोस्कोपिक और ओपन वेफर प्रक्रियाओं **अधिक लोकप्रिय अलनेर शॉर्टिंग ऑस्टियोटोमी के लिए व्यवहार्य विकल्प हो सकते हैं**, हालांकि उस बिंदु पर नैदानिक श्रेष्ठता स्थापित नहीं की गई थी [2].

अधिक हालिया आंकड़े आगे बढ़े हैं। आर्थ्रोस्कोपिक वेफर प्रक्रिया की तुलना एलनेर शॉर्टिंग ऑस्टियोटोमी के साथ 311 दोनों प्रभावी थे, लेकिन **वेफर समूह में कम जटिलताएं और कम रीऑपरेशन दर देखी गईं**, लेखक इसे संभावित रूप से बेहतर विकल्प के रूप में वर्णित करने के लिए नेतृत्व [3].

क्यों ऑस्टियोटोमी जटिलताओं को जमा करती है

इसका कारण यह नहीं है कि ऑपरेशन खराब तरीके से किया गया है। शाफ्ट को छोटा करने के लिए एक हड्डी को काटने की आवश्यकता होती है, इसे एक प्लेट के साथ पकड़ते हुए जब यह ठीक हो जाता है, और यह स्वीकार करते हुए कि यह ठीक नहीं हो सकता है। की एक

संयुक्त समीक्षा 1,423 रोगियों विशेष रूप से जांच की nonunion, का पता लगाने अनुप्रस्थ और तिरछी ऑस्टियोटॉमी के बीच कोई अंतर नहीं, और दोनों के बीच चुनाव निष्कर्ष इसलिए गैर संघ जोखिम पर नहीं किया जाना चाहिए [4].

वेफर प्रक्रिया शफ्ट को विभाजित करने के बजाय अंत से हड्डी को हटाकर समस्या की उस श्रेणी से पूरी तरह से बचती है। एकजुट करने के लिए कोई फ्रैक्चर नहीं होता है और आमतौर पर बाद में हटाने के लिए कोई प्लेट नहीं होती है, जहां से पुनः संचालन दरों में अंतर आता है।

ट्रेड-ऑफ यह है कि वेफर प्रक्रिया सीमित मात्रा में हड्डी को हटा देती है और इसके लिए डिस्टल रेडियोलुलर संयुक्त को ध्वनि होने की आवश्यकता होती है, इसलिए शफ्ट को छोटा करना आवश्यक रहता है जहां अधिक सुधार की आवश्यकता होती है या वह संयुक्त भी शामिल होता है।

रोगी के लिए व्यावहारिक परिणाम

चूंकि कई संरचनाएं जिम्मेदार हो सकती हैं, इसलिए गलत पर लक्षित उपचार काम नहीं करेगा चाहे वह कितनी भी अच्छी तरह से किया गया हो। यह वह क्षेत्र है जहां एक निर्णय से पहले एक नैदानिक इंजेक्शन, लक्षित इमेजिंग, और कभी-कभी आर्थ्रोस्कोपी अपना स्थान अर्जित करते हैं, और जहां एक विशिष्ट निदान, “अलनेर-पक्षीय कलाई दर्द” के बजाय, एक ऑपरेशन की योजना बनाने से पहले क्या पहुंचना चाहिए।

संदर्भ

- [1] किरियाकू एस, ताहमासेबी आर। मिडकार्पल इम्पैक्शन सिंड्रोम अलनेर-पक्षीय कलाई के दर्द के दुर्लभ कारण के रूप में: एक समीक्षा। जे हाथ सर्ज एएम. 2024;49(10):1027-31. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.07.016>
- [2] स्टॉकटन डीजे, पेलेटियर एम, पाइक जेएम। अलनेर इम्पैक्ट सिंड्रोम का शल्यचिकित्सा उपचार: एक व्यवस्थित समीक्षा। जे हैंड सर्ज यूर वॉल्यूम 2014;40(5):470-6. <https://doi.org/10.1177/1753193414541749>
- [3] शी एच, हुआंग वाई, शेन वाई, वू के, झांग जेड, ली क्यू। आर्थ्रोस्कोपिक वेफर प्रोसीजर बनाम अलनेर इंजेक्शन सिंड्रोम के लिए अलनेर शॉर्टिंग ऑस्टियोटॉमी: एक व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-विश्लेषण। जे ऑर्थोपेडिक सर्ज रिज़. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-04611-4>
- [4] ओवेन्स जे, कॉम्प्टन जे, डे एम, ग्लास एन, लॉलर ई. अलनेर इम्पैक्ट सिंड्रोम के लिए अलनेर-संक्षिप्त ऑस्टियोटॉमी के बीच गैर-संघ दर: एक व्यवस्थित समीक्षा। जे हैंड सर्ज अमे. 2019;44(7):612.e1-612.e12. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2018.08.018>