CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

TFCC ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ (TFCC Repair)

ਇਹ ਪੰਨਾ ਮਸ਼ੀਨ ਦੁਆਰਾ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਹਾਲੇ ਤੱਕ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂਚਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ। **ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸੰਸਕਰਣ** ਹੀ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ।

ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਉਂ ਸੁਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਰਾ, ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਂਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਹੋਣ। TFCC (ਟ੍ਰਾਈਐਂਗੂਲਰ ਫ਼ਾਈਬ੍ਰੋਕਾਰਟੀਲੇਜ ਕੰਪਲੈਕਸ, triangular fibrocartilage complex) ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage) ਅਤੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligament, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਬੰਧਨ) ਦੀ ਇੱਕ ਬਣਤਰ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਇਸ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਉੱਥੇ ਵਾਪਸ ਜੋੜਨਾ ਜਿੱਥੋਂ ਇਹ ਪਾਟਿਆ ਸੀ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ, ਸਪਲਿੰਟ ਅਤੇ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ ਜਾਰੀ ਰਹੇ ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਵੱਲੋਂ ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate, ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਫ਼ੀਸ ਦੀ ਵਾਪਸੀ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫ਼ਰਲ (referral) ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਮੁਲਾਂਕਣ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ, ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਕੈਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਤਸ਼ਖ਼ੀਸ ਪੱਕੀ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਉਹਨਾਂ ਪਾਟਣਾਂ ਲਈ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਗਠੀਏ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਵਾਲੀਆਂ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਨਾ ਹੋਣ। ਇਸ ਦਾ ਮਕਸਦ ਦਰਦ ਘਟਾਉਣਾ, ਬਾਂਹ ਦੀਆਂ ਦੋ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਜੋੜ ਦੀ ਸਥਿਰਤਾ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣਾ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਨੂੰ ਹਿੱਲਦਾ ਰੱਖਣਾ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਵਜੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਨਰਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਹੇਠ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਵਜੋਂ। ਹਰ ਚਾਰ ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ ਲੋਕ ਪੂਰੀਆਂ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ; ਕੁਝ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੇ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਿਲ ਕੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਬੁਕਿੰਗ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਸਾਡਾ ਕਲੀਨਿਕ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਖ਼ਲੇ ਦੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਅਤੇ ਖਾਣਾ-ਪੀਣਾ ਬੰਦ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰੇਗਾ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਖਾਣਾ ਅਤੇ ਪੀਣਾ ਬੰਦ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ, ਤਾਂ ਜੋ ਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਦੀ ਸੂਚੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਪਹਿਲਾਂ ਕਰ ਸਕੀਏ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਖ਼ੂਨ ਪਤਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਜਾਂ ਕੋਈ ਨਿਯਮਿਤ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਕੁਝ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਰੋਕਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਆਪਣੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸੂਚੀ ਨਾਲ ਲਿਆਓ, ਅਤੇ ਢਿੱਲੇ, ਅਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਬਾਂਹ ਪੱਟੀ ਵਾਲੇ ਗੁੱਟ ਉੱਤੋਂ ਲੰਘ ਸਕੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਰ ਛੱਡਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ, ਕਿਉਂਕਿ ਜਨਰਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਕਰਕੇ ਬਾਕੀ ਦਿਨ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਐਕਸ-ਰੇ ਜਾਂ MRI ਵਰਗੇ ਸਕੈਨ ਸ਼ਾਇਦ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਹੋ ਚੁੱਕੇ ਹੋਣ, ਜਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ

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

ਅਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖ਼ੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਜਾਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ) ਨਾਲ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ

ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸਰਜੀਕਲ ਦਾਖ਼ਲਾ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹੋ, ਜਿੱਥੇ ਸਟਾਫ਼ ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਖ਼ਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਲਈ ਤਿਆਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ ਨੂੰ ਮਿਲੋਗੇ, ਉਹ ਡਾਕਟਰ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੇਹੋਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡਾ ਧਿਆਨ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਹੇਠ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਤੁਸੀਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬੇਹੋਸ਼ ਹੋਵੋਗੇ। ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਲਈ ਰੀਜਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਨਸ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਟੀਕਾ) ਵੀ ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿੱਜੀ ਹਾਲਾਤ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਉਸੇ ਦਿਨ ਇਸ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਫਿਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਇਹ ਪੂਰਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਗਦੇ ਹੋ। ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਤੱਕ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਧਿਆਨ ਰੱਖਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਘਰ ਚਲੇ ਜਾਂਦੇ ਹੋ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਨਿੱਕਾ ਜਿਹਾ ਕੈਮਰਾ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਪਾਟਣ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਦੇਖਿਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਮੁਰੰਮਤ ਦਾ ਠੀਕ-ਠੀਕ ਤਰੀਕਾ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੈਮਰਾ ਕੀ ਦਿਖਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਤਰੀਕੇ ਦਾ ਵਾਅਦਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ।

ਜੇ ਪਾਟਣ TFCC ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਉੱਤੇ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਕੈਪਸੂਲ (capsule), ਯਾਨੀ ਜੋੜ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਪਰਤ, ਨਾਲ ਵਾਪਸ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਪਾਟਣ ਉੱਥੇ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਅਲਨਾ (ulna), ਯਾਨੀ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਛੋਟੀ ਹੱਡੀ, ਤੋਂ ਉੱਖੜ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਲਗਾਏ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਸਿਊਚਰ ਐਂਕਰ (suture anchor, ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਲਗਾਇਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਛੋਟਾ ਕਿੱਲ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਟਾਂਕੇ ਬੰਨ੍ਹ ਕੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਨਾਲ, ਜਾਂ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਡ੍ਰਿੱਲ ਕੀਤੀ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਸੁਰੰਗ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਕਈ ਵਾਰ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ। ਜਿਸ ਪਾਟਣ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੀ, ਉਸ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਫ਼ਾਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਖੁਰਦਰੇ ਕਿਨਾਰੇ ਛਾਂਗ ਦਿੱਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਜਾਗ ਜਾਓਗੇ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਸਮਝਾਏਗਾ ਕਿ ਕੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ।

ਚੀਰਿਆਂ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕਰਕੇ ਪੱਟੀ ਨਾਲ ਢਕ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਗਦੇ ਹੋ, ਜਿੱਥੇ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਦੌਰਾਨ ਨਰਸਾਂ ਨੇੜੇ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਮਰੀਜ਼ ਰਾਤ ਭਰ ਰੁਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਗੁੱਟ ਕੂਹਣੀ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਤੱਕ ਦੇ ਪਲੱਸਤਰ (cast) ਜਾਂ ਪੱਕੇ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇਗਾ, ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹਥੇਲੀ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁੰਮਿਆ ਹੋਵੇਗਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਹਿੱਲਣ ਲਈ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਦਰਦ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਸੰਭਾਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ; ਕੁਝ ਬੇਅਰਾਮੀ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ। ਸੋਜ ਘਟਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਅਰਾਮ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਸਿਰਹਾਣਿਆਂ ਉੱਤੇ ਉੱਚਾ ਰੱਖੋ। ਜਦੋਂ ਹੋ ਸਕੇ, ਆਪਣੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਹਿਲਾਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਤਾਂ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਉਮੀਦ ਮੁਤਾਬਕ ਹਨ; ਇਸ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁੰਨਪਨ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਨਾ ਹਿਲਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟੇ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਪੱਟੀ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨ ਲੱਗੀ ਰਹਿਣ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ; ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾ ਉਤਾਰੋ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਾ ਕਹੀਏ। ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਬਦਲਦੇ ਜਾਂ ਉਤਾਰਦੇ ਹਾਂ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ

ਤੁਹਾਡਾ ਗੁੱਟ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਕੂਹਣੀ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਤੱਕ ਦੇ ਪਲੱਸਤਰ ਜਾਂ ਪੱਕੇ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਰਹੇਗਾ, ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹਥੇਲੀ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਘੁੰਮਿਆ ਹੋਵੇਗਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਇਹ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਉਸ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਪਲੱਸਤਰ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਲੱਗਿਆ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾ ਸਕਦੇ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਉਤਰ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਦੇਵੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰਾ ਗੱਡੀ ਚਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ; ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਾਇਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਹਲਕਾ, ਉਤਾਰਨਯੋਗ ਸਪਲਿੰਟ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਰੋਕਦਾ। ਹੋਰ ਵੇਰਵੇ ਲਈ, ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ ਦੇਖੋ।

ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਗੁੱਟ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਹਾਸਲ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਉਤਾਰਨਯੋਗ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਆ ਜਾਓਗੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ (rehabilitation) ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਹੈ, ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਹੀਂ। ਇਸ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿੱਚ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਕਰਦੀ ਹੈ। ਰੂਬੀ ਇੱਕ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਹੈ: ਉਹ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਸ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਉਹ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਦਫ਼ਤਰ ਦਾ ਕੰਮ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਹਲਕੇ ਕੰਮ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਤੋਂ ਅੱਠ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਉੱਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਹੱਥੀਂ ਮਿਹਨਤ ਵਾਲੇ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ ਅਤੇ ਜਿਮ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਚਾਰ ਤੋਂ ਛੇ ਮਹੀਨੇ। ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜਾ, ਜਦੋਂ ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਸੁਧਾਰ ਹੋਣਾ ਰੁਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਲਗਭਗ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਉੱਤੇ ਆਉਂਦਾ ਹੈ।

ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੁਧਰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਗੁੱਟ ਮਜ਼ਬੂਤ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ ਤੋਂ ਕਾਫ਼ੀ ਪਹਿਲਾਂ ਵਰਤਣ ਵਿੱਚ ਸੌਖਾ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਭਾਰੀ ਕੰਮਾਂ ਨਾਲ ਸਬਰ ਰੱਖਣਾ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ।

ਲਗਭਗ ਅੱਧੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਰਗਰਮੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਆਰਜ਼ੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਿੱਛੇ ਹਟਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜੇ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦਾ। ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਕਿ ਅਜਿਹਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਘੱਟ ਚਿੰਤਾਜਨਕ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਗ਼ਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

ਕੋਈ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਖ਼ਤਰੇ ਤੋਂ ਖ਼ਾਲੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਅਤੇ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਵਾਜਬ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮੁਰੰਮਤ ਮੁੜ ਪਾਟ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਦੀਆਂ ਦੋ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਜੋੜ ਅਸਥਿਰ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਅਸਥਿਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਦਾ ਵੀ ਮਤਲਬ ਇੱਕ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਖ਼ੁਦ ਮੁਰੰਮਤ ਠੀਕ ਹੋ ਗਈ ਹੋਵੇ।

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਪੁੱਠੇ ਪਾਸੇ, ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਛੋਟੀ ਨਸ (nerve) ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਚਿੜ (irritated) ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਚਮੜੀ ਦੇ ਉਸ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਸੁੰਨਪਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੁਝ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਰੰਮਤ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਰਾਹੀਂ ਸੁਰੰਗ ਵਰਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਤਾਂ ਟਾਂਕੇ ਦੀ ਗੰਢ ਕਈ ਵਾਰ ਚਮੜੀ ਹੇਠ ਟਿਕ ਕੇ ਚੁਭਣ ਜਾਂ ਰਗੜ ਪੈਦਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਲਈ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਵੀ ਚਿੜ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖ਼ਾਰ ਹੋਵੇ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਲਾਲੀ ਫੈਲ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜ਼ਖ਼ਮ ਵਿੱਚੋਂ ਤਰਲ ਜਾਂ ਪਾਕ ਰਿਸ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜੇ ਦਰਦ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਵਧਦਾ ਹੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

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

ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਸੌਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਉਹ ਛੇਤੀ ਫੜੀਆਂ ਜਾਣ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਗੱਲ ਦੀ ਚਿੰਤਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਲੱਤ ਦੀ ਪਿੰਨੀ (calf) ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਸਾਹ ਚੜ੍ਹੇ ਜਾਂ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਇਹ ਖ਼ੂਨ ਦੇ ਗਤਲੇ ਦੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਫਿੱਕੀਆਂ, ਠੰਢੀਆਂ, ਸਫ਼ੈਦ, ਨੀਲੀਆਂ ਜਾਂ ਗੂੜ੍ਹੇ ਰੰਗ ਦੀਆਂ ਪੈ ਜਾਣ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਖ਼ੂਨ ਦੇ ਦੌਰੇ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖ਼ਾਰ ਹੋਵੇ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਲਾਲੀ ਫੈਲ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜ਼ਖ਼ਮ ਵਿੱਚੋਂ ਤਰਲ ਜਾਂ ਪਾਕ ਰਿਸ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਦਰਦ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਵਧਦਾ ਹੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਵੀ ਉਸੇ ਦਿਨ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਉਮੀਦ ਮੁਤਾਬਕ ਹਨ। ਬਲਾਕ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁੰਨਪਨ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਨਾ ਹਿਲਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਜਿਵੇਂ ਦਫ਼ਤਰੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖ਼ੀਰ 'ਤੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। TFCC ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਚੋਣਾਂ ਉੱਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਬਹਿਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਲਨਾਤਮਕ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰੀਆਂ ਨਹੀਂ ਨਿਕਲੀਆਂ, ਜਦਕਿ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਉਸ ਨਾਲੋਂ ਹੌਲੀ ਅਤੇ ਘੱਟ ਇੱਕਸਾਰ ਚੱਲਦੀ ਹੈ ਜਿੰਨਾ ਦਰਦ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਰਾਹਤ ਤੋਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ।

ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਜਾਂ ਖੁੱਲ੍ਹੀ, ਐਂਕਰ ਜਾਂ ਸੁਰੰਗ

ਫ਼ੋਵੀਅਲ (foveal, ਅਲਨਾ ਉੱਤੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਡੂੰਘੀ ਜੁੜਨ-ਥਾਂ ਵਾਲੇ) ਪਾਟਣਾਂ ਲਈ, **3** ਅਧਿਐਨਾਂ ਅਤੇ **157** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ 2026 ਦੇ ਇੱਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (meta-analysis, ਕਈ ਅਧਿਐਨਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਕੇ ਕੀਤਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ) ਵਿੱਚ ਕੰਮਕਾਜ, ਦਰਦ, ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਜਾਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਵਿੱਚ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਮੁਰੰਮਤ ਵਿਚਕਾਰ ਅੰਕੜਿਆਂ ਪੱਖੋਂ ਕੋਈ ਅਹਿਮ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ [1]। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਘੱਟ ਗਿਣਤੀ ਉਸ ਸਿੱਟੇ ਦੀ ਮੁੱਖ ਸੀਮਾ ਹੈ।

ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਵਿੱਚ **904** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿਊਚਰ ਐਂਕਰਾਂ ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੀਆਂ ਸੁਰੰਗਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਦੋਵਾਂ ਨੇ ਕੰਮਕਾਜ, ਦਰਦ ਅਤੇ ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕੀਤਾ, ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਆਮ ਨਹੀਂ ਸੀ [2]। ਫ਼ਰਕ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਕਿਸਮ ਵਿੱਚ ਹੈ। ਐਂਕਰਾਂ ਨਾਲ, ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਪੇਚੀਦਗੀ ਹੱਥ ਦੇ ਪੁੱਠੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਛੋਟੀ ਅਹਿਸਾਸ ਵਾਲੀ ਨਸ ਦਾ ਚਿੜ ਜਾਣਾ ਸੀ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 2 ਤੋਂ 4 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਸੀ। ਸੁਰੰਗਾਂ ਨਾਲ, ਇਹ ਚੁਭਣ ਵਾਲੀ ਟਾਂਕੇ ਦੀ ਗੰਢ ਸੀ [2]। **60** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲ (ਬੇਤਰਤੀਬ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਪਰਖ) ਵਿੱਚ, ਸੁਰੰਗ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ **30 ਵਿੱਚੋਂ 5 (16.7%)** ਨੂੰ ਗੰਢ ਕੱਢਣ ਲਈ ਦੂਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ [3]।

40 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲ ਵਿੱਚ ਸੁਰੰਗ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਨਾਲ ਕੈਪਸੂਲ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਵੀ ਜੋੜੀ ਗਈ। ਪਕੜ ਦੀ ਤਾਕਤ ਦੂਜੇ ਹੱਥ ਦੇ **94.2%** ਤੱਕ ਵਾਪਸ ਆਈ, ਜਦਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਸੁਰੰਗ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ **84.2%**। ਦਰਦ, DASH (ਬਾਂਹ, ਮੋਢੇ ਅਤੇ ਹੱਥ ਦੀ ਅਪਾਹਜਤਾ ਦਾ ਸਕੋਰ) ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਸਕੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਅਹਿਮ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਸੀ [4]। ਇਹ ਇੱਕੋ ਛੋਟਾ ਟ੍ਰਾਇਲ ਹੈ, ਅਤੇ ਪਕੜ ਹੀ ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਮਾਪ ਸੀ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਨਿਕਲਿਆ।

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

ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਨਾਲ ਰਾਹ ਬੰਦ ਹੁੰਦਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ

ਇਹ ਉਮੀਦ ਕਰਨਾ ਕੁਦਰਤੀ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦੇਰ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਮਾੜੇ ਹੋਣਗੇ, ਪਰ ਸਬੂਤ ਇਸ ਤੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹਨ। ਫ਼ੇਵੀਅਲ ਪਾਟਣਾਂ ਵਾਲੇ **80** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਨਤੀਜੇ ਮਿਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਸਨ ਭਾਵੇਂ ਸਰਜਰੀ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ, 6 ਤੋਂ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਜਾਂ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੋਈ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ 2 ਸਾਲਾਂ ਉੱਤੇ **78 (97%)** ਦਾ ਜੋੜ ਸਥਿਰ ਸੀ [5]। ਲੇਖਕ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਬਰਾਬਰੀ ਸਾਬਤ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਅੰਕੜਾ-ਸ਼ਕਤੀ (statistical power) ਨਹੀਂ ਸੀ। **210** ਫ਼ੇਵੀਅਲ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਵਿੱਚ, ਸੱਟ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਸਮੇਂ ਨੇ ਹਿਲਜੁਲ, ਪਕੜ ਜਾਂ ਦਰਦ ਦੀ ਭਵਿੱਖਬਾਣੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ [6]।

ਇੱਕ ਕਿਤੇ ਵੱਡਾ ਸਮੂਹ ਉਲਟ ਪਾਸੇ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਸਿਰਫ਼ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ। **274** ਖੁੱਲ੍ਹੀਆਂ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਵਿੱਚ, ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਹਰ ਵਾਧੂ ਮਹੀਨੇ ਨੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਉੱਤੇ 100 ਅੰਕਾਂ ਵਾਲੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਸਕੋਰ ਵਿੱਚ **0.14** ਅੰਕ ਜੋੜੇ [7]। ਇਹ ਅੰਕੜਿਆਂ ਪੱਖੋਂ ਅਸਲ ਹੈ, ਅਤੇ ਛੋਟਾ ਹੈ: ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੀ ਦੇਰੀ ਦੋ ਅੰਕਾਂ ਤੋਂ ਵੀ ਘੱਟ ਜੋੜੇਗੀ।

ਅਲਨਾ-ਪਲੱਸ ਗੁੱਟ

ਲੰਮੀ ਅਲਨਾ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਕਮਜ਼ੋਰ ਕਰੇਗੀ। ਬਾਹਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਦੇ ਪਾਟਣਾਂ ਦੀਆਂ **50** ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਵਿੱਚ, ਪੌਜ਼ਿਟਿਵ ਅਲਨਰ ਵੇਰੀਅੰਸ (ulnar-plus variance, ਅਲਨਾ ਦਾ ਰੇਡੀਅਸ ਨਾਲੋਂ ਲੰਮਾ ਹੋਣਾ) ਨੇ ਨਤੀਜੇ ਉੱਤੇ ਕੋਈ ਅਹਿਮ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ। ਵਿਚਕਾਰਲੀ ਡਿਸਕ (central disc) ਦੇ ਦੂਜੇ ਪਾਟਣ ਨੇ ਅਸਰ ਪਾਇਆ: ਇਹ ਅਸਫਲਤਾ ਦਾ ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਅਹਿਮ ਖ਼ਤਰੇ ਵਾਲਾ ਕਾਰਕ ਸੀ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਬਹੁਤ ਚੌੜੇ ਭਰੋਸੇ ਦੇ ਅੰਤਰਾਲ (confidence interval) ਨਾਲ, ਕਿਉਂਕਿ ਸਿਰਫ਼ 4 ਅਸਫਲਤਾਵਾਂ ਸਨ [8]। **36** ਫ਼ੇਵੀਅਲ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਵਿੱਚ, ਅਲਨਾ-ਪੌਜ਼ਿਟਿਵ ਗੁੱਟਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵੀ ਓਨੇ ਹੀ ਚੰਗੇ ਸਨ, ਅਤੇ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਿਆ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਵੇਰੀਅੰਸ ਕਰਕੇ ਅਲਨਾ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰਨ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜੋੜਨਾ ਸ਼ਾਇਦ ਜਾਇਜ਼ ਨਾ ਹੋਵੇ [9]।

ਜੇ ਪਾਟਣ ਦੀ ਸਿਰਫ਼ ਸਫ਼ਾਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਤਸਵੀਰ ਬਦਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। **163** ਸਫ਼ਾਈ ਵਾਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ (debridement) ਵਿੱਚ, ਪੌਜ਼ਿਟਿਵ ਅਲਨਰ ਵੇਰੀਅੰਸ ਵਾਲੇ **40%** ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਅਲਨਾ ਛੋਟੀ ਕਰਨ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੋਇਆ, ਅਤੇ ਖ਼ਤਰਾ **ਹਰ ਮਿਲੀਮੀਟਰ ਪਿੱਛੇ 1.8 ਗੁਣਾ** ਵਧਿਆ [10]। ਕੁੱਲ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਦਰ **19%** ਸੀ, ਇਸ ਲਈ ਜਿੱਥੇ ਅਲਨਾ ਲੰਮੀ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਘਿਸ ਚੁੱਕੀ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਵਾਧੂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਬਣਦੀ ਹੈ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਦਰਦ ਤੋਂ ਲੱਗਣ ਵਾਲੇ ਅੰਦਾਜ਼ੇ ਨਾਲੋਂ ਹੌਲੀ ਹੈ

ਹੱਡੀ ਦੀ ਸੁਰੰਗ ਰਾਹੀਂ **46** ਫ਼ੇਵੀਅਲ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਦੀ 2026 ਦੀ ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, 12 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਅਹਿਮ ਸੁਧਾਰ ਹੋ ਗਿਆ ਸੀ, ਪਰ ਬਾਂਹ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਅਤੇ ਸਰੀਰਕ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗਿਆ, ਅਤੇ 32 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਮੱਧਮਾਨ (median) ਤੱਕ ਸਭ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੋ ਗਿਆ ਸੀ [11]। ਉਸ ਸਮੇਂ ਤੱਕ **77%** ਪੂਰੀਆਂ ਖੇਡਾਂ ਅਤੇ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਚੁੱਕੇ ਸਨ, ਜਿਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਹਰ ਚਾਰ ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ ਇੱਕ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਆਇਆ ਸੀ।

ਉਸੇ ਲੜੀ ਨੇ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਗੱਲ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਜੋ ਘੱਟ ਹੀ ਦੱਸੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ: **45%** ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਰਗਰਮੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਆਰਜ਼ੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਿੱਛੇ ਹਟਣਾ ਪਿਆ। ਲੇਖਕ ਹੁਣ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖਣ ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਰੁਕਾਵਟਾਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਸਨ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੇ ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜੇ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ [11]।

ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਕਿੰਨੀ ਦੇਰ ਰੱਖਿਆ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਇਹ ਅਜੇ ਤੈਅ ਨਹੀਂ

ਛਪੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀਆਂ ਹਿਦਾਇਤਾਂ 2 ਤੋਂ 9 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਹਨ, ਅਕਸਰ ਬਿਨਾਂ ਕੋਈ ਕਾਰਨ ਦੱਸੇ [12]। **288** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਵਿੱਚ ਉਸ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ (immobilisation) ਜੋ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਵੀ ਰੋਕਦਾ ਸੀ ਅਤੇ ਉਸ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਜੋ ਇਸ ਨੂੰ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਛੱਡਦਾ ਸੀ, ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਦਰਦ, DASH ਜਾਂ ਪਕੜ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਅਹਿਮ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਮਿਲਿਆ। ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਘੁਮਾਅ ਨੂੰ ਲਗਭਗ 4 ਤੋਂ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਸੀਮਤ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਰੰਤ ਘੁਮਾਉਣ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਮਿਲੇ [13]। **40** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਹਥੇਲੀ ਅੱਧੀ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਮੁੜੀ ਹੋਈ ਸਥਿਤੀ (semisupination) ਵਿੱਚ ਕੂਹਣੀ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਤੱਕ ਦੇ ਪਲੱਸਤਰ ਨੇ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ (pronation) ਨੂੰ ਓਨਾ ਹੀ ਰੋਕਿਆ ਜਿੰਨਾ ਕੂਹਣੀ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਤੱਕ ਦੇ ਪਲੱਸਤਰ ਨੇ, ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੀਆਂ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਉੱਤੇ ਘੱਟ ਪਾਬੰਦੀ ਲਾਈ [14]। ਇਸ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹੀ ਤਰੀਕਾ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ।

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

ਸੰਤੁਲਨ ਸੌਖਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਉੱਪਰ ਦੱਸੀਆਂ **210** ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਵਿੱਚ, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਨਾਲ ਮਾੜੀ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਭਵਿੱਖਬਾਣੀ ਹੋਈ, ਜਦਕਿ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਘੱਟ ਸਮੇਂ ਲਈ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਨਾਲ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਪਾਟਣ ਦੇ ਵੱਧ ਖ਼ਤਰੇ ਦੀ ਭਵਿੱਖਬਾਣੀ ਹੋਈ, ਜੋ **22 (10%)** ਵਿੱਚ ਹੋਇਆ [6]। ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਕਿ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਘੁਮਾਅ ਗੁੱਟ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬਾਹਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਦੀਆਂ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 3 ਬਨਾਮ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦਾ ਇੱਕ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲ ਦਰਜ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ [12], ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਸਲਾਹ ਬਦਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਢਿੱਲਾਪਣ ਵੀ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। **120** ਫ਼ੋਵੀਅਲ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਵਿੱਚ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਢਿੱਲੇ ਜੋੜਾਂ ਵਾਲੇ **17.7%** ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਬਾਕੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ **5.8%** ਵਿੱਚ ਅਸਥਿਰਤਾ ਮੁੜ ਆਈ [15]।

ਹਵਾਲੇ

[1] Pan B, Chen W, Luo H. Arthroscopic versus open repair for triangular fibrocartilage complex foveal tears: a systematic review and meta-analysis. EFORT Open Rev. 2026;11(10):1151-8. https://doi.org/10.1530/EOR-2026-0088

[2] Ma H, Wang J, Yang C. Effectiveness of suture anchor and transosseous suture technique in arthroscopic foveal repair of the triangular fibrocartilage complex: a systematic review. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). https://doi.org/10.1186/s13018-024-04530-4

[3] Afifi A, Abdel-Ati EA, Abdel-Wahed M, et al. Arthroscopic-assisted foveal reattachment of triangular fibrocartilage complex tears with distal radioulnar joint instability: a comparison of suture anchors and transosseous sutures. J Hand Surg Am. 2022;47(6):507-16. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2022.01.021

[4] Liao L, Xiong F, Gu F, et al. Combined transosseous and capsular repair improves grip strength in triangular fibrocartilage complex tears: a randomized controlled trial. Arthroscopy. 2025;41(11):4505-14. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2025.05.005

[5] Park JH, Lim JW, Kwon YW, et al. Functional outcomes are similar after early and late arthroscopic one-tunnel transosseous repair of triangular fibrocartilage complex foveal tears. Arthroscopy. 2020;36(7):1845-52. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.03.026

[6] McCarron L, Coombes BK, Bindra R, et al. Predictive factors for patient recovery following triangular fibrocartilage foveal repair surgery: a retrospective case-series. Hand (N Y). 2025;21(4):645-56. https://doi.org/10.1177/15589447251325821

[7] Feitz R, Stip D, van der Oest M, et al. Prognostic factors in open triangular fibrocartilage complex (TFCC) repair. J Hand Surg Glob Online. 2021;3(4):176-81. https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2021.05.005

[8] Kwon BC, Lee JH, Lee SY. What is the effect of the ulnar-plus variance on the outcomes of arthroscopic repair of the peripheral ulnar-side triangular fibrocartilage complex tear? Arthroscopy. 2020;36(9):2415-22. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.05.012

[9] Won JH, Shin JW, Kwon J, et al. Effect of ulnar positive variance on outcomes after arthroscopic transosseous repair of palmer 1B TFCC foveal tears. J Orthop Surg Res. 2026;21(1). https://doi.org/10.1186/s13018-026-07010-z

[10] Verhiel SHWL, Ritt MJPF, Chen NC. Predictors of secondary ulnar shortening and reoperation after arthroscopic TFCC debridement. Hand (N Y). 2021;17(6):1147-53. https://doi.org/10.1177/1558944720977534

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

[11] Hong DY, Bailey KN, Goldfarb CA. Intermediate-term patient-reported outcomes after foveal TFCC repair: timing of recovery and successful return to sports or work. J Hand Surg Am. 2026. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2026.06.007

[12] Paraj D, Bhat AK, Acharya A, Kunder MA. Comparison of the clinical and functional outcomes of two immobilisation protocols after arthroscopic peripheral triangular fibrocartilage complex (TFCC) repair in adults: a single-centre, double-blinded randomised controlled trial protocol. BMJ Open. 2025;15(5):e095855. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-095855

[13] Lee JK, Lee TC, Lee S, et al. Postoperative immobilization after foveal triangular fibrocartilage complex repair: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. J Hand Surg Am. 2026;51(5):512.e1-512.e11. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2026.01.029

[14] Jung H, Park J, Park H, et al. Postoperative immobilization using a short-arm cast in the semisupination position is appropriate after arthroscopic triangular fibrocartilage complex foveal repair. Bone Joint J. 2022;104-B(2):249-56. https://doi.org/10.1302/0301-620x.104b2.bjj-2021-0592.r2

[15] Kim J, Kim K, Lee S, et al. Generalized joint laxity increases the risk of recurrence of distal radioulnar joint instability after arthroscopic foveal repair of the triangular fibrocartilage complex. Arthroscopy. 2024;41(7):2309-16. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2024.10.040

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