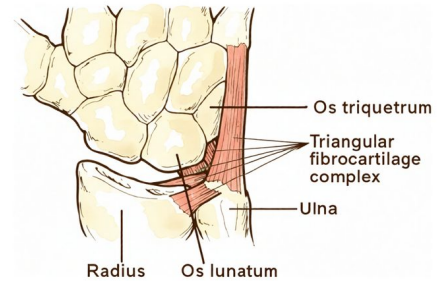


ਗੁੱਟ ਦੇ ਅਲਨਰ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਲਨਰ ਇੰਪੈਕਸ਼ਨ

TFCC ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਦਾ ਅਲਨਰ (ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲਾ) ਪਾਸਾ — ਗੁੱਟ ਦੇ ਅਲਨਰ ਪਾਸੇ ਦੇ ਦਰਦ ਦਾ ਇੱਕ ਆਮ ਸਰੋਤ।

Elatmani s / Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0



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

ਤੁਸੀਂ ਕੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ

ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ (ਅਲਨਰ ਪਾਸਾ, ulnar side) ਦਰਦ ਬਹੁਤ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਕਈ ਸੰਭਵ ਕਾਰਨ ਹਨ। ਇਹ ਸਫ਼ਾ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਅਹਿਮ ਮਕੈਨੀਕਲ (ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਬਣਤਰ ਨਾਲ ਜੁੜੇ) ਕਾਰਨ ਬਾਰੇ ਹੈ: ਇੱਕ ਸਥਿਤੀ ਜਿਸ ਨੂੰ **ਅਲਨਰ ਇੰਪੈਕਸ਼ਨ** (ulnar impaction, ਅਲਨਰ ਹੱਡੀ ਦਾ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨਾਲ ਟਕਰਾਉਣਾ) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (ਇਸ ਨੂੰ ਅਲਨੋਕਾਰਪਲ ਐਬਟਮੈਂਟ, ulnocarpal abutment, ਵੀ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ)।

ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਉੱਤੇ ਡੂੰਘਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਹੱਥ ਦੇ ਪੁੱਠੇ ਪਾਸੇ ਵੱਲ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਕੱਸ ਕੇ ਫੜਦੇ ਹੋ, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਨੂੰ ਮਰੋੜਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਗੁੱਟ ਨੂੰ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵੱਲ ਮੋੜਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਅਕਸਰ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਮਰਤਬਾਨ ਖੋਲ੍ਹਣਾ, ਚਾਬੀ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਪੇਚਕਸ ਵਰਤਣਾ, ਕੱਪੜਾ ਨਿਚੋੜਨਾ, ਜਾਂ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਉੱਠਣ ਲਈ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾ ਕੇ ਧੱਕਾ ਲਾਉਣਾ ਵਰਗੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ ਵੀ ਇਸ ਨੂੰ ਛੇੜ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕੁਝ ਖਾਸ ਹਿਲਜੁਲ ਨਾਲ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ **ਕਲੱਕ ਜਾਂ ਖੜਕ** ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਭਾਰੀ ਕੰਮ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੁੱਟ ਦੁਖ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣਾ (ਪਲੈਕ ਜਾਂ ਪੁਸ਼-ਅੱਪ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਭਾਰੀ ਦਰਵਾਜ਼ਾ ਧੱਕਣ ਵੇਲੇ) ਇਸ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਜਾਣੀ-ਪਛਾਣੀ ਗੱਲ ਹੈ।

ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਸੱਟ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਦੀ ਥਾਂ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਗੁੱਟ ਦੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀਆਂ ਦੋ ਹੱਡੀਆਂ ਗੁੱਟ ਤੱਕ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ: **ਰੇਡੀਅਸ** (radius, ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲਾ ਪਾਸਾ) ਅਤੇ **ਅਲਨਾ** (ulna, ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲਾ ਪਾਸਾ)। ਗੁੱਟ ਦੇ ਸੁਖਾਲੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ, ਇਹਨਾਂ ਦੋਵਾਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਸਿਰੇ ਲਗਭਗ ਇੱਕੋ ਪੱਧਰ ਉੱਤੇ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਅਲਨਰ ਇੰਪੈਕਸ਼ਨ ਵਿੱਚ, ਅਲਨਾ ਰੇਡੀਅਸ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਕੁਝ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲੰਬੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇੱਕ ਸਥਿਤੀ ਜਿਸ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰ **ਪੌਜ਼ਿਟਿਵ ਅਲਨਰ ਵੇਰੀਅੰਸ** (positive ulnar variance) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ।

ਕੁਝ ਲੋਕ ਜਨਮ ਤੋਂ ਹੀ ਥੋੜ੍ਹੀ ਲੰਬੀ ਅਲਨਾ ਨਾਲ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਹੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਬਣਦੀ ਹੈ: ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਦੋਂ, ਜਦੋਂ ਟੁੱਟਿਆ ਗੁੱਟ ਥੋੜ੍ਹਾ ਛੋਟਾ ਹੋ ਕੇ ਜੁੜਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਰੇਡੀਅਸ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਥੋੜ੍ਹੀ ਛੋਟੀ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਅਲਨਾ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਅੱਗੇ ਨੂੰ ਉੱਭਰੀ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਕਾਰਨ ਜੋ ਵੀ ਹੋਵੇ, ਉਸ ਥੋੜ੍ਹੀ ਜਿਹੀ ਵਾਧੂ ਲੰਬਾਈ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਜਦੋਂ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਅਲਨਾ ਦਾ ਸਿਰਾ ਆਪਣੇ ਨਾਲ ਲੱਗਦੀਆਂ ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ (ਲਿਊਨੇਟ, lunate, ਅਤੇ ਟ੍ਰਾਈਕੁਇਟ੍ਰਮ, triquetrum) ਨਾਲ ਰਗੜ ਖਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage) ਦੀ ਇੱਕ ਗੱਦੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ **TFCC** (ਟ੍ਰਾਈਐਂਗੁਲਰ ਫ਼ਾਈਬ੍ਰੋਕਾਰਟੀਲੇਜ ਕੰਪਲੈਕਸ, triangular fibrocartilage complex) ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਝਟਕਾ-ਸੋਖਕ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਵਾਰ-ਵਾਰ ਟਕਰਾਉਣ ਨਾਲ ਇਹ ਗੱਦੀ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਿਸ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, TFCC ਪਾਟ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਹੇਠਾਂ ਵਾਲੀ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਅੰਦਰੂਨੀ ਸੱਟ ਲੱਗ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਛੋਟੇ-ਛੋਟੇ ਸਿਸਟ (ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀਆਂ ਗੰਢਾਂ) ਵੀ ਬਣ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਘਿਸਾਈ ਦੀ ਇਹੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦਰਦ, ਕਲਿੱਕ, ਅਤੇ ਫੜਨ ਅਤੇ ਮਰੋੜਨ ਵੇਲੇ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਬੇਆਰਾਮੀ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੀ ਹੈ। (ਸਾਡੇ ਕੋਲ **TFCC ਦੀਆਂ ਸੱਟਾਂ** ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਸਫ਼ਾ ਹੈ, ਜੋ ਅਕਸਰ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।)

ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੀ ਸੇਵਾ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਿੱਥੇ ਅਸੀਂ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਦਰਦ ਦਾ ਇਲਾਜ ਇੱਕ ਸਪਸ਼ਟ ਤਰਤੀਬ ਨਾਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ (referral) ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਅਸੀਂ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਲਈ ਪੂਰੀ ਜਾਂਚ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ।

ਚੰਗੀ ਖ਼ਬਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਇੱਥੋਂ ਹੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਇਸ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨਾ। ਪਹਿਲੇ ਕਦਮ ਸੌਖੇ ਹਨ: ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਕੰਮਾਂ ਨੂੰ ਬਦਲੋ ਜੋ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅਲਨਰ ਪਾਸੇ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ (ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ਾਂ ਕੱਸ ਕੇ ਫੜਨਾ, ਮਰੋੜਨਾ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣਾ), ਜੋੜ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦੇਣ ਲਈ **ਗੁੱਟ ਦਾ ਸਪਲਿੰਟ** ਪਾਓ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories) ਲਓ। ਕਈ ਵਾਰ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਲਾਇਆ **ਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕਾ** ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਦੇ ਚੱਕਰ ਨੂੰ ਤੋੜਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨਾ। ਇਲਾਜ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਠੀਕ-ਠੀਕ ਮਾਪਣ ਲਈ **ਐਕਸ-ਰੇ** ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਦੋਵੇਂ ਹੱਡੀਆਂ ਕਿਵੇਂ ਇੱਕ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਹਨ (ਕਈ ਵਾਰ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ “ਮੁੱਠੀ ਕੱਸ ਕੇ” ਵਾਲੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਨਾਲ, ਜੋ ਟਕਰਾਅ ਨੂੰ ਵਧਾ ਕੇ ਦਿਖਾਉਂਦਾ ਹੈ), ਅਤੇ ਕਾਰਟੀਲੇਜ, TFCC ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਵਾਲੀ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਲਈ ਅਕਸਰ **MRI** ਵੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਇਹ ਪੱਕਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਉਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਲਈ, ਛੋਟੇ ਛੇਕ ਰਾਹੀਂ ਕੈਮਰੇ ਨਾਲ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (**ਆਰਥਰੋਸਕੋਪੀ**, ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਜਾਂਚ)।

ਜੇ ਇਹ ਬਣਿਆ ਰਹੇ। ਜਦੋਂ ਚੰਗੇ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਗੱਲ ਨਾ ਬਣੇ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਮਕਸਦ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅਲਨਰ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਦਬਾਅ ਹਟਾਉਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਥਾਪਿਤ ਵਿਕਲਪ **ਅਲਨਾ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਓਸਟੀਓਟਮੀ** (ulnar-shortening osteotomy, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਠੀਕ ਕਰਨਾ) ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਰਜਨ ਅਲਨਾ ਨੂੰ ਸਹੀ ਲੰਬਾਈ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਉਸ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਜਿਹਾ ਟੁਕੜਾ ਕੱਢ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਜੁੜਨ ਤੱਕ ਇਸ ਨੂੰ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਪਲੇਟ ਨਾਲ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਚੁਣੇ ਹੋਏ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲਾ ਇੱਕ ਹੋਰ ਵਿਕਲਪ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) **“ਵੇਫਰ” ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ** (wafer procedure) ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਛੋਟੇ ਛੇਕਾਂ ਰਾਹੀਂ ਅਲਨਾ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਸਿਰੇ ਤੋਂ ਥੋੜ੍ਹੀ ਜਿਹੀ ਹੱਡੀ ਛਿੱਲ ਕੇ ਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਦੋਵੇਂ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਗੁੱਟ ਨਾਲ ਰਗੜ ਖਾਣ ਤੋਂ ਰੋਕ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੀਏ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਅਲਨਰ ਇੰਪੈਕਸ਼ਨ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਜਿਸ ਉੱਤੇ ਅਸੀਂ ਕਾਬੂ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਉਪਾਵਾਂ ਨਾਲ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦਾ ਵੱਡਾ ਹਿੱਸਾ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਜੋੜ ਉੱਤੇ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਵਾਧੂ ਭਾਰ ਪੈਣਾ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਲੱਛਣ ਘਟ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਜਦੋਂ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇ, ਤਾਂ **ਅਲਨਾ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰਨਾ ਇੱਕ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ**, ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਅਧਿਐਨਾਂ ਨੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਈ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਦੇਖਿਆ ਹੈ, ਉਹ ਦਰਦ ਤੋਂ ਚੰਗੀ ਅਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਰਹਿਣ ਵਾਲੀ ਰਾਹਤ ਅਤੇ ਉੱਚੀ ਤਸੱਲੀ ਦੱਸਦੇ ਹਨ। ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਜੁੜਨ ਲਈ ਸਮਾਂ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਇਸ

ਲਈ ਓਸਟੀਓਟਮੀ ਜੁੜਨ ਦੌਰਾਨ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤੇ ਸਪਲਿੰਟ ਜਾਂ ਪਲੱਸਤਰ (cast) ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਸਮਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਚੀਜ਼ਾਂ ਫੜਨ ਅਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਵੱਲ ਵਾਪਸੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਧਿਆਨ ਰੱਖਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੁੱਖ ਗੱਲਾਂ ਇਹ ਹਨ ਕਿ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਜੁੜਨ ਵਿੱਚ ਉਮੀਦ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਪਲੇਟ ਕਈ ਵਾਰ ਚਮੜੀ ਹੇਠ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸਭ ਕੁਝ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਕੱਢ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੇ, ਬਹੁਤ ਵੱਡੀ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਲੋਕ ਦਰਦ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਕੇ ਆਪਣੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਮਿਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਰਦ ਜੋ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਜਾਂ ਜੋ ਫੜਨ ਅਤੇ ਮਰੋੜਨ ਨਾਲ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਮੁੜ ਆਉਂਦਾ ਹੈ।
- ਅਜਿਹਾ ਦਰਦ ਜੋ ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਏ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਉਦੋਂ ਤੋਂ ਗੁੱਟ ਕਦੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ।
- ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਲਗਾਤਾਰ ਕਲਿੱਕ, ਖੜਾਕ ਜਾਂ ਅਟਕਣਾ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਵੇਲੇ।
- ਅਜਿਹਾ ਦਰਦ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਕੰਮ ਜਾਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਹ ਉਹ ਸਮਾਂ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਹ ਪਤਾ ਕਰਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਕੀ ਕਾਰਨ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਦੇ ਅਲਨਰ ਪਾਸੇ ਦੇ ਦਰਦ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਨਾਂ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਇੱਕ ਥਾਂ ਹੈ, ਕਈ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਇੱਕੋ ਛੋਟੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਵੀ ਕਿ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ, ਨਵੇਂ ਅਤੇ ਛੋਟੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਹੁਣ ਸਥਾਪਿਤ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਹਨ।

ਗੁੱਟ ਦਾ ਇਹ ਕੋਨਾ ਔਖਾ ਕਿਉਂ ਹੈ

ਕੁਝ ਹੀ ਸੈਂਟੀਮੀਟਰਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ TFCC, ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਜੋਇਂਟ (distal radioulnar joint, ਗੁੱਟ ਕੋਲ ਬਾਂਹ ਦੀਆਂ ਦੋ ਹੱਡੀਆਂ ਦਾ ਜੋੜ), ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਕਾਰਪਾਈ ਅਲਨੈਰਿਸ ਟੈਂਡਨ (extensor carpi ulnaris tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਅਤੇ ਉਸ ਦਾ ਖੋਲ, ਪਿਸੋਟ੍ਰਾਈਕੁਇਟ੍ਰਲ ਜੋਇਂਟ (pisotriquetral joint), ਲਿਊਨੋਟ੍ਰਾਈਕੁਇਟ੍ਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (lunotriquetral ligament, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਬੰਧਨ), ਅਤੇ ਉਹ ਥਾਂ ਜਿੱਥੇ ਅਲਨਾ ਕਾਰਪਲ ਹੱਡੀਆਂ (ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ) ਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਸਭ ਮੌਜੂਦ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਹਰ ਇੱਕ ਉਸੇ ਥਾਂ ਦਰਦ ਪੈਦਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਈ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਸਕੈਨਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਸਧਾਰਨ ਦਿਖਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇੱਕੋ ਸਮੇਂ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹਿੱਸੇ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਇਸੇ ਲਈ ਇੱਥੇ ਦੀ ਜਾਂਚ, ਗੁੱਟ ਦੇ ਬਾਕੀ ਹਿੱਸਿਆਂ ਨਾਲੋਂ, ਦਰਦ ਦੀ ਠੀਕ ਥਾਂ ਲੱਭਣ ਅਤੇ ਦਰਦ ਛੇੜ ਕੇ ਦੇਖਣ ਵਾਲੇ ਟੈਸਟਾਂ ਉੱਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਅਜਿਹੀ ਸਕੈਨ ਰਿਪੋਰਟ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਈ ਹਿੱਸੇ ਅਸਧਾਰਨ ਦੱਸੇ ਗਏ ਹੋਣ, ਇੱਕ ਆਮ ਅਤੇ ਬੇਫ਼ਾਇਦਾ ਨਤੀਜਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਾਰਨ ਘੱਟ ਆਮ ਕਾਰਨਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਮਿਡਕਾਰਪਲ ਇੰਪੈਕਸ਼ਨ (midcarpal impaction), ਨੂੰ ਸਮੇਂ-ਸਮੇਂ ਅਣਗੌਲੇ ਰਹਿ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਾਰਨਾਂ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ [1]।

ਅਲਨਰ ਇੰਪੈਕਸ਼ਨ: ਮਕੈਨੀਕਲ ਸਮੱਸਿਆ, ਮਕੈਨੀਕਲ ਹੱਲ

ਬਣਤਰ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਕਾਰਨ ਅਲਨਰ ਇੰਪੈਕਸ਼ਨ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਅਲਨਾ ਦਾ ਰੇਡੀਅਸ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਥੋੜ੍ਹਾ ਲੰਬਾ ਹੋਣਾ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਚੀਜ਼ਾਂ ਫੜਨ ਵੇਲੇ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਹਥੇਲੀ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਵੇਲੇ ਕਾਰਪਲ ਹੱਡੀਆਂ ਇਸ ਦੇ ਸਿਰੇ ਨਾਲ ਜਾ ਟਕਰਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਸ ਨਾਲ TFCC ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨਾਲ ਇਹ ਟਕਰਾਉਂਦੀ ਹੈ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਘਿਸ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਅਲਨਾ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤਾਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਲੰਬੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਛੋਟਾ ਕਰਕੇ, ਜਾਂ ਉਸ ਦੇ ਸਿਰੇ ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਦੀ ਇੱਕ ਪਤਲੀ ਪਰਤ (wafer) ਕੱਢ ਕੇ, ਜੋ ਦੂਰਬੀਨ ਨਾਲ (arthroscopically) ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। **956** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇਕੱਠੇ ਕੀਤੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੀ ਵੇਫ਼ਰ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ **ਜ਼ਿਆਦਾ ਪ੍ਰਚਲਿਤ ਅਲਨਾ ਛੋਟਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਓਸਟੀਓਟਮੀ ਦੇ ਕਾਰਗਰ ਬਦਲ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ**, ਹਾਲਾਂਕਿ ਉਸ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਕਲੀਨਿਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਦਾ ਬਿਹਤਰ ਹੋਣਾ ਸਾਬਤ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਸੀ [2]।

ਹਾਲ ਹੀ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਹੋਰ ਅੱਗੇ ਗਏ ਹਨ। **311** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਵੇਫ਼ਰ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਅਲਨਾ ਛੋਟਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਓਸਟੀਓਟਮੀ ਨਾਲ ਕਰਨ ਉੱਤੇ, ਦੋਵੇਂ ਕਾਰਗਰ ਸਨ, ਪਰ **ਵੇਫ਼ਰ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਘੱਟ ਸਨ ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਦਰ ਘੱਟ ਸੀ**, ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਇਸ ਨੂੰ ਸੰਭਵ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਬਦਲ ਦੱਸਿਆ [3]।

ਓਸਟੀਓਟਮੀ ਵਿੱਚ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਕਿਉਂ ਵੱਧ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ

ਕਾਰਨ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਮਾੜੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹੱਡੀ ਦੇ ਲੰਬੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰਨ ਲਈ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਕੱਟਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਜੁੜਨ ਤੱਕ ਉਸ ਨੂੰ ਪਲੇਟ ਨਾਲ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਮੰਨਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਉਹ ਨਾ ਜੁੜੇ। **1,423** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਾਂਝੀ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਨਾ ਜੁੜਨ (nonunion) ਨੂੰ ਪਰਖਿਆ, ਅਤੇ **ਸਿੱਧੇ (transverse) ਅਤੇ ਤਿਰਛੇ (oblique) ਕੱਟ ਵਾਲੀਆਂ ਓਸਟੀਓਟਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ** ਲੱਭਿਆ, ਅਤੇ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਿਆ ਕਿ ਇਸ ਲਈ ਇਹਨਾਂ ਦੋਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਚੋਣ ਨਾ ਜੁੜਨ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਨਹੀਂ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ [4]।

ਵੇਫ਼ਰ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੱਡੀ ਦੇ ਲੰਬੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਵੰਡਣ ਦੀ ਥਾਂ ਸਿਰੇ ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਕੱਢ ਕੇ ਇਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਤੋਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬਚ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਜੁੜਨ ਲਈ ਕੋਈ ਟੁੱਟੀ ਹੱਡੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਕੱਢਣ ਲਈ ਕੋਈ ਪਲੇਟ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਇੱਥੋਂ ਹੀ ਆਉਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਦਾ ਦੂਜਾ ਪਹਿਲੂ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਵੇਫ਼ਰ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਦੀ ਸੀਮਤ ਮਾਤਰਾ ਹੀ ਕੱਢੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਜੋੜ ਦਾ ਠੀਕ-ਠਾਕ ਹੋਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਜਿੱਥੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੁਧਾਰ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਉਹ ਜੋੜ ਵੀ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਲੰਬੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰਨਾ ਹੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਇਸ ਦਾ ਅਮਲੀ ਨਤੀਜਾ

ਕਿਉਂਕਿ ਕਈ ਹਿੱਸੇ ਦਰਦ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਗ਼ਲਤ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਨਿਸ਼ਾਨਾ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ, ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਕਿੰਨੀ ਵੀ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਇਹ ਉਹ ਹਿੱਸਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂਚ ਲਈ ਲਾਇਆ ਟੀਕਾ (diagnostic injection), ਨਿਸ਼ਾਨਾ ਬਣਾ ਕੇ ਕੀਤੀ ਇਮੇਜਿੰਗ (ਸਕੈਨ), ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਜਾਂਚ ਆਪਣੀ ਅਹਿਮੀਅਤ ਸਾਬਤ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ “ਗੁੱਟ ਦੇ ਅਲਨਰ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਰਦ” ਕਹਿਣ ਦੀ ਥਾਂ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Kyriacou S, Tahmassebi R. Midcarpal impaction syndromes as a rare cause of ulnar-sided wrist pain: a review. J Hand Surg Am. 2024;49(10):1027-31. <https://doi.org/10.1016/j.jhssa.2024.07.016>
- [2] Stockton DJ, Pelletier M, Pike JM. Operative treatment of ulnar impaction syndrome: a systematic review. J Hand Surg Eur Vol. 2014;40(5):470-6. <https://doi.org/10.1177/1753193414541749>
- [3] Shi H, Huang Y, Shen Y, Wu K, Zhang Z, Li Q. Arthroscopic wafer procedure versus ulnar shortening osteotomy for ulnar impaction syndrome: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-04611-4>
- [4] Owens J, Compton J, Day M, Glass N, Lawler E. Nonunion rates among ulnar-shortening osteotomy for ulnar impaction syndrome: a systematic review. J Hand Surg Am. 2019;44(7):612.e1-612.e12. <https://doi.org/10.1016/j.jhssa.2018.08.018>