CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Khâu sửa TFCC

Trang này được dị ch bằng máy và chưa được bác sĩ kiểm tra. **Bản tiếng Anh** là bản chính thức.

Lý do phẫu thuật này được đề xuất

Bác sĩ Kieran Hirpara, bác sĩ phẫu thuật chi trên tại Bệnh viện tư nhân Mater Rockhampton, sẽ bắt đầu bằng các phương pháp điều trị ít xâm lấn nhất phù hợp với tình trạng của bạn. TFCC (phức hợp sụn sợi tam giác) là một cấu trúc gồm sụn và dây chằng nằm ở phía ngón út của cổ tay. Khâu sửa nghĩa là khâu cấu trúc này trở lại vị trí nơi nó bị rách. Chúng tôi thường thử trị liệu tay, nẹp cố định và thay đổi hoạt động trước, và cân nhắc phẫu thuật khi tình trạng đau hoặc mất vững vẫn tiếp diễn sau đó. Thông thường, bệnh nhân được bác sĩ đa khoa giới thiệu đến phòng khám chúng tôi; nếu vật lý trị liệu viên khuyên bạn nên đến gặp chúng tôi, bạn vẫn cần có giấy giới thiệu từ bác sĩ đa khoa để được hưởng mức hoàn trả chi phí từ Medicare. Buổi khám tại phòng khám, với việc hỏi bệnh sử, thăm khám và chụp hình ảnh khi cần thiết, sẽ giúp xác định chẩn đoán.

Ca phẫu thuật này được đề nghị cho những vết rách có thể khâu sửa được, khi khớp không có thay đổi do thoái hóa. Mục tiêu là giảm đau, khôi phục độ vững cho khớp giữa hai xương cẳng tay, và giữ cho cổ tay và cẳng tay của bạn cử động được. Việc khâu sửa được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi, thường là phẫu thuật trong ngày dưới gây mê toàn thân. Khoảng ba trong bốn người trở lại hoạt động đầy đủ; một số người thì không. Chúng tôi sẽ trao đổi với bạn xem ca phẫu thuật này có phù hợp với bạn hay không, và cùng nhau quyết định.

Trước khi phẫu thuật

Khi ca mổ đã được đặt lịch, phòng khám của chúng tôi sẽ xác nhận thông tin nhập viện và hướng dẫn nhịn ăn cho bạn. Bạn cần ngừng ăn và uống bảy giờ trước ca mổ, để chúng tôi có thể đưa ca mổ của bạn lên sớm hơn nếu lịch mổ diễn ra sớm hơn dự kiến. Hãy cho chúng tôi biết về bất kỳ thuốc chống đông máu hoặc thuốc thường dùng nào bạn đang uống, vì một số loại cần tạm ngưng trước đó. Hãy mang theo danh sách ghi rõ các loại thuốc bạn đang dùng, và mặc quần áo rộng rãi, thoải mái, có tay áo đủ rộng để luồn qua cổ tay đang băng bó. Bạn sẽ cần người đưa về nhà, vì gây mê toàn thân khiến việc lái xe không an toàn trong suốt thời gian còn

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

lại của ngày hôm đó. Các hình ảnh chẩn đoán như X-quang hoặc MRI có thể đã được thực hiện, hoặc chúng tôi có thể sắp xếp chụp để lên kế hoạch cho ca mổ. Nếu bạn mắc các bệnh lý khác, bạn có thể cần xét nghiệm máu hoặc được bác sĩ gây mê khám trước.

Vào ngày phẫu thuật

Bạn sẽ đến khu vực tiếp nhận bệnh nhân phẫu thuật của bệnh viện, nơi nhân viên làm thủ tục nhập viện và chuẩn bị cho bạn trước ca mổ. Bạn sẽ gặp bác sĩ gây mê – người gây mê cho bạn và chăm sóc bạn trong suốt ca phẫu thuật. Ca phẫu thuật này được thực hiện dưới gây mê toàn thân. Bạn sẽ hoàn toàn ngủ say trong suốt quá trình phẫu thuật. Một số bệnh nhân cũng có thể được chặn dây thần kinh vùng để giảm đau sau mổ; quyết định này do bác sĩ gây mê đưa ra vào ngày phẫu thuật dựa trên tình trạng cụ thể của từng người. Sau đó, bạn được đưa vào phòng mổ để tiến hành phẫu thuật.

Khi ca mổ kết thúc, bạn sẽ tỉnh dậy tại khu vực hồi sức. Các điều dưỡng sẽ theo dõi tình trạng của bạn cho đến khi tác dụng của thuốc mê hết. Khi sức khỏe ổn định, tùy thuộc vào loại phẫu thuật và diễn biến hồi phục của bạn, bạn sẽ được chuyển sang phòng bệnh hoặc về nhà.

Quy trình phẫu thuật

Bác sĩ phẫu thuật bắt đầu bằng phẫu thuật nội soi. Một camera rất nhỏ được đưa vào cổ tay qua các đường rạch nhỏ ở mu cổ tay, để có thể nhìn rõ vết rách. Cách khâu sửa cụ thể phụ thuộc vào những gì quan sát được, vì vậy không thể cam kết trước về phương pháp.

Nếu vết rách nằm ở vành ngoài của TFCC, nó được khâu trở lại vào bao khớp, tức là lớp lót của khớp. Nếu vết rách nằm ở chỗ dây chằng bị bứt khỏi xương trụ, xương nhỏ ở phía ngón út của cẳng tay, nó sẽ được gắn lại vào xương. Việc này có thể được thực hiện bằng một neo nhỏ đặt trong xương, hoặc qua một đường hầm nhỏ được khoan trong xương, đôi khi qua một đường mổ mở ngắn. Vết rách không thể khâu sửa được sẽ được làm gọn thay vào đó, nghĩa là các mép xơ xác được cắt gọt đi. Bác sĩ phẫu thuật sẽ giải thích những gì đã được thực hiện khi bạn tỉnh dậy.

Các đường rạch được khâu lại bằng chỉ và phủ băng gạc.

Sau khi phẫu thuật

Bạn sẽ tỉnh dậy tại khu hồi sức với các điều dưỡng ở gần trong khi thuốc mê hết tác dụng. Đây thường là ca mổ trong ngày, vì vậy bạn có thể dự kiến về nhà ngay trong ngày, mặc dù đôi khi bệnh nhân phải ở lại qua đêm. Cổ tay của bạn sẽ được bó bột dưới khuỷu hoặc đeo nẹp cứng, với cẳng tay xoay ngửa một phần và khuỷu tay được tự do cử động. Cơn đau được kiểm soát bằng thuốc mà bạn có thể dùng ở nhà; cảm giác hơi

khó chịu là bình thường. Hãy kê cao bàn tay trên gối khi nghỉ ngơi để giúp giảm sưng. Hãy cử động nhẹ các ngón tay khi có thể. Nếu bạn đã được chặn dây thần kinh, tê và yếu trong 24 giờ đầu là điều bình thường; khi thuốc hết tác dụng, hãy gọi cho phòng khám nếu bạn bị tê hoặc không thể cử động bàn tay hay các ngón tay. Nên có người ở cùng bạn trong 24 giờ đầu tiên. Chúng tôi để nguyên băng gạc khoảng 10 ngày; xin đừng tháo ra trước thời gian đó trừ khi chúng tôi yêu cầu. Chúng tôi sẽ thay hoặc tháo băng khi gặp bạn.

Quá trình hồi phục

Cổ tay của bạn sẽ được bó bột dưới khuỷu hoặc đeo nẹp cứng trong sáu tuần, với cẳng tay xoay ngửa một phần và khuỷu tay được tự do. Điều này bảo vệ chỗ khâu sửa trong khi nó lành lại. Bạn không thể lái xe khi còn bó bột hoặc đeo nẹp. Khi đã tháo bỏ và bác sĩ phẫu thuật cho phép, bạn có thể lái xe trở lại; bản thân chiếc nẹp nhẹ có thể tháo rời mà bạn đeo sau đó không ngăn cản bạn lái xe. Để biết thêm chi tiết, hãy xem Lái xe sau phẫu thuật chi trên.

Sau sáu tuần, bạn sẽ chuyển sang đeo nẹp có thể tháo rời trong khi cổ tay lấy lại khả năng cử động và sức mạnh. Chương trình phục hồi chức năng của bạn là trị liệu tay, không phải vật lý trị liệu. Chương trình này do Ruby Doolan tại Extend Rehabilitation hướng dẫn. Ruby là chuyên gia trị liệu tay: cô ấy hướng dẫn các bài tập của bạn và làm bất kỳ nẹp nào bạn cần.

Công việc văn phòng và các công việc nhẹ hằng ngày thường được tiếp tục sau sáu đến tám tuần. Lao động chân tay, thể thao và tập gym cần nhiều thời gian hơn, khoảng bốn đến sáu tháng. Kết quả cuối cùng, khi tình trạng đau và sức mạnh không còn cải thiện thêm, đến vào khoảng 12 tháng.

Cơn đau thường cải thiện trước sức mạnh và chức năng. Cổ tay của bạn có thể cảm thấy dễ sử dụng hơn từ rất lâu trước khi nó cảm thấy khỏe, vì vậy hãy kiên nhẫn với những công việc nặng hơn.

Gần một nửa số người gặp một đợt thụt lùi tạm thời sau khi đã đạt mức hoạt động cao nhất. Tình trạng này sẽ qua theo thời gian và không làm thay đổi kết quả cuối cùng. Biết trước điều này có thể xảy ra sẽ giúp bạn bớt lo lắng nếu nó xảy ra với bạn.

Những biến chứng có thể xảy ra

Không có ca phẫu thuật nào hoàn toàn không có rủi ro, và bạn nên biết những gì có thể xảy ra.

Chỗ khâu sửa có thể bị rách lại, hoặc khớp giữa hai xương cẳng tay có thể vẫn mất vững hoặc trở nên mất vững trở lại. Bất kỳ tình huống nào trong số này đều có thể đồng nghĩa với việc phải phẫu thuật thêm. Một số người vẫn bị cứng hoặc yếu cổ tay, ngay cả khi bản thân chỗ khâu sửa đã lành.

Dây thần kinh nhỏ ở mu bàn tay, phía ngón út, có thể bị kích ứng do phẫu thuật. Điều này gây ngứa ran hoặc tê ở vùng da đó. Tình trạng này thường tự hết trong vòng vài tháng.

Nếu việc khâu sửa của bạn sử dụng đường hầm xuyên qua xương, nút chỉ khâu đôi khi có thể nằm dưới da và gây kích ứng. Điều này có thể cần một ca tiểu phẫu để lấy nút chỉ ra. Các gân ở phía ngón út của cổ tay cũng có thể bị kích ứng.

Nhiễm trùng hiếm gặp. Hãy gọi cho phòng khám ngay trong ngày nếu bạn bị sốt, có vùng đỏ lan rộng quanh vết mổ, hoặc có dịch hay mủ rỉ ra từ vết mổ, hoặc nếu cơn đau ngày càng tăng dù đã dùng thuốc giảm đau.

Khi nào nên liên hệ với chúng tôi

Hầu hết các vấn đề sau ca phẫu thuật này đều dễ điều trị khi được phát hiện sớm. Hãy gọi cho chúng tôi nếu bạn lo lắng về bất cứ điều gì.

Hãy đến khoa cấp cứu nếu bạn bị sưng hoặc đau bắp chân, hoặc khó thở hay đau ngực. Đây có thể là dấu hiệu của cục máu đông. Hãy đến khoa cấp cứu nếu các ngón tay của bạn chuyển sang nhợt nhạt, lạnh, trắng, xanh tím hoặc sẫm màu, vì đây có thể là vấn đề về tuần hoàn máu.

Hãy gọi cho phòng khám ngay trong ngày nếu bạn bị sốt, vùng đỏ lan rộng quanh vết mổ, hoặc dịch hay mủ rỉ ra từ vết mổ. Cũng hãy gọi ngay trong ngày nếu cơn đau ngày càng tăng dù đã dùng thuốc giảm đau.

Tê và yếu trong 24 giờ đầu sau khi chặn dây thần kinh là điều bình thường. Khi tác dụng chặn dây thần kinh đã hết, hãy gọi cho phòng khám nếu bạn bị tê hoặc không thể cử động bàn tay hay các ngón tay.

Nếu bạn không liên lạc được với phòng khám, ngoài giờ làm việc hoặc vào cuối tuần, hãy đến phòng cấp cứu gần nhất.

Phân tích sâu hơn

Phần này đi sâu hơn mức cần thiết để bạn tự đưa ra quyết định điều trị. Việc khâu sửa TFCC đáng để tìm hiểu thêm, vì những lựa chọn gây tranh luận nhiều nhất lại không cho thấy khác biệt trong các nghiên cứu so sánh, trong khi quá trình hồi phục diễn ra chậm hơn và không đều hơn so với những gì việc giảm đau sớm gợi ý.

NỘI SOI HAY MỔ MỞ, NEO HAY ĐƯỜNG HẦM

Đối với các vết rách ở hõm xương trụ (fovea), một phân tích tổng hợp năm 2026 gồm **3** nghiên cứu và **157** bệnh nhân không tìm thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa khâu sửa nội soi và khâu sửa mổ mở về chức năng, mức độ đau, lực cầm nắm hay biến chứng [1]. Số lượng bệnh nhân ít là hạn chế chính của kết luận này.

Neo khâu và đường hầm xương đã được so sánh trên **904** bệnh nhân trong một tổng quan có hệ thống. Cả hai đều cải thiện chức năng, mức độ đau và lực cầm nắm, và tỷ lệ phải mổ lại đều không cao ở cả hai nhóm [2]. Điều khác biệt là loại vấn đề xảy ra sau đó. Với neo khâu, biến chứng thường gặp nhất là kích ứng dây thần kinh cảm giác nhỏ ở mu bàn tay, thường tự hết trong vòng 2 đến 4 tháng. Với đường hầm, đó là nút chỉ

khâu gây kích ứng [2]. Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên gồm **60** bệnh nhân, **5 trên 30 (16,7%)** người ở nhóm đường hầm cần phẫu thuật lần hai để lấy nút chỉ ra [3].

Một thử nghiệm ngẫu nhiên gồm **40** bệnh nhân đã bổ sung khâu bao khớp vào phương pháp khâu qua đường hầm. Lực cầm nắm hồi phục đạt **94,2%** so với tay bên kia, so với **84,2%** khi chỉ khâu qua đường hầm. Mức độ đau, điểm DASH và điểm cổ tay không khác biệt có ý nghĩa [4]. Đây chỉ là một thử nghiệm nhỏ duy nhất, và lực cầm nắm là chỉ số duy nhất cho thấy khác biệt.

CHỜ ĐỢI DƯỜNG NHƯ KHÔNG KHÉP LẠI CƠ HỘI

Có vẻ tự nhiên khi cho rằng khâu sửa muộn sẽ cho kết quả kém hơn, nhưng bằng chứng không mạnh đến vậy. Ở **80** bệnh nhân bị rách tại hõm xương trụ, kết quả là tương tự nhau dù phẫu thuật được thực hiện trong vòng 6 tháng, trong khoảng 6 đến 12 tháng, hay sau 12 tháng, và **78 (97%)** người có khớp vững sau 2 năm [5]. Các tác giả lưu ý rằng nghiên cứu không đủ năng lực thống kê để chứng minh sự tương đương. Trong **210** ca khâu sửa tại hõm xương trụ, khoảng thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật không dự đoán được khả năng cử động, lực cầm nắm hay mức độ đau [6].

Một nhóm lớn hơn nhiều cho thấy chiều ngược lại, nhưng chỉ một chút. Trong **274** ca khâu sửa mổ mở, mỗi tháng có triệu chứng thêm làm tăng **0,14** điểm trên thang điểm cổ tay 100 điểm tại thời điểm 12 tháng [7]. Điều đó có thật về mặt thống kê, nhưng nhỏ: chậm trễ một năm sẽ làm tăng chưa đến hai điểm.

CỔ TAY CÓ XƯƠNG TRỤ DÀI HƠN (BIẾN THIÊN XƯƠNG TRỤ DƯƠNG)

Xương trụ dài hơn sẽ dồn tải lên phía ngón út của cổ tay, vì vậy có thể cho rằng nó sẽ làm giảm hiệu quả của việc khâu sửa. Trong **50** ca khâu sửa nội soi các vết rách ở ngoại vi, biến thiên xương trụ dương không ảnh hưởng đáng kể đến kết quả. Một vết rách thứ hai ở đĩa trung tâm thì có ảnh hưởng: đó là yếu tố nguy cơ đáng kể duy nhất dẫn đến thất bại, dù với khoảng tin cậy rất rộng, vì chỉ có 4 ca thất bại [8]. Trong **36** ca khâu sửa tại hõm xương trụ, những cổ tay có xương trụ dài hơn cũng cho kết quả tốt tương tự, và các tác giả kết luận rằng chỉ riêng biến thiên xương trụ có thể không đủ lý do để làm thêm phẫu thuật rút ngắn xương trụ [9].

Bức tranh thay đổi nếu vết rách chỉ được làm gọn. Trong **163** ca cắt lọc làm gọn, **40%** người có biến thiên xương trụ dương sau đó phải phẫu thuật rút ngắn xương trụ, với nguy cơ tăng **1,8 lần cho mỗi milimét** [10]. Tỷ lệ phải mổ lại nói chung là **19%**, vì vậy ca phẫu thuật bổ sung này đáng được thảo luận khi xương trụ dài và sụn đã bị mòn.

QUÁ TRÌNH HỒI PHỤC CHẬM HƠN MỨC ĐỘ ĐAU GỢI Ý

Trong một loạt ca năm 2026 gồm **46** ca khâu sửa tại hõm xương trụ qua đường hầm xương, mức độ đau đã cải thiện đáng kể sau 12 tuần, nhưng chức năng cánh tay và chức năng thể chất thì chưa. Những chức năng đó cần nhiều thời gian hơn, và tất cả đều đã cải thiện vào thời điểm trung vị là 32 tháng [11]. Vào thời điểm đó, **77%** người đã trở lại thể thao và hoạt động đầy đủ, nghĩa là khoảng một trong bốn người chưa trở lại được.

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

Cùng loạt ca này đã ghi nhận một điều hiếm khi được báo cáo: **45%** người gặp một đợt thụt lùi tạm thời sau khi đạt mức hoạt động cao nhất. Các tác giả hiện nay dặn bệnh nhân nên lường trước điều này, vì những đợt thụt lùi này chỉ diễn ra trong một thời gian và không ảnh hưởng đến kết quả cuối cùng [11].

THỜI GIAN CẦN BẢO VỆ CHỖ KHÂU SỬA VẪN CHƯA ĐƯỢC XÁC ĐỊNH

Các phác đồ chăm sóc sau mổ đã công bố dao động từ 2 đến 9 tuần, thường không nêu lý do [12]. Một phân tích tổng hợp trên **288** bệnh nhân không tìm thấy khác biệt đáng kể về mức độ đau, điểm DASH hay lực cầm nắm giữa việc bất động có hạn chế cả khuỷu tay và việc bất động để khuỷu tay tự do. Hạn chế xoay cẳng tay trong khoảng 4 đến 6 tuần cho kết quả tốt hơn so với cho xoay ngay lập tức [13]. Bó bột cẳng tay ngắn ở tư thế ngửa một phần hạn chế động tác sấp tay tốt như bó bột dài trên **40** bệnh nhân, đồng thời ít cản trở các hoạt động hằng ngày hơn [14]. Đó là cách làm được áp dụng tại phòng khám này, trong sáu tuần.

Sự cân bằng không hề đơn giản. Trong **210** ca khâu sửa nêu trên, việc bất động cẳng tay lâu hơn dự báo khả năng cử động kém hơn, trong khi thời gian bất động cổ tay ngắn hơn dự báo nguy cơ rách lại chỗ khâu sửa cao hơn, điều đã xảy ra ở **22 (10%)** ca [6]. Các tác giả đề xuất rằng việc xoay cẳng tay có thể được bắt đầu trước khi cử động cổ tay. Một thử nghiệm ngẫu nhiên so sánh 3 với 6 tuần sau khâu sửa vết rách ngoại vi đã được đăng ký [12], vì vậy lời khuyên này có thể thay đổi.

Độ lỏng lẻo của khớp cũng có ảnh hưởng. Trong số **120** ca khâu sửa tại hõm xương trụ, tình trạng mất vững tái phát ở **17,7%** người có các khớp lỏng lẻo toàn thân và **5,8%** ở những người khác [15].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[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

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

[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

[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