

डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ की सर्जरी

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

रिकवरी एक नज़र में। 80 प्रकाशित अध्ययनों से संकलित — आपके ठीक होने की अपनी गति अलग हो सकती है।

हल्की ड्यूटी	अधिकांश दैनिक गतिविधियाँ	अंतिम परिणाम का स्थिर होना
डेस्क का काम, ड्राइविंग, दैनिक कार्य	शारीरिक कार्य, खेल, जिम	दर्द और शक्ति
—	—	—

यह ऑपरेशन क्यों सुझाया गया है

माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में ऊपरी अंग के सर्जन डॉ. कीरन हिरपरा आपकी समस्या के लिए उपयुक्त, सबसे कम चीर-फाड़ वाले विकल्पों से शुरुआत करते हैं। मरीज़ों को आमतौर पर उनके जीपी (आपके फैमिली डॉक्टर) हमारे क्लिनिक में रेफ़र करते हैं; अगर किसी फिजियोथेरेपिस्ट ने आपको हमसे मिलने की सलाह दी है, तब भी मेडिकेयर रिबेट पाने के योग्य होने के लिए आपको अपने जीपी से रेफ़रल लेना होगा। आपके अपॉइंटमेंट पर हम आपकी बीमारी का पूरा ब्योरा लेते हैं, आपकी कलाई की जांच करते हैं, और आपके दर्द की वजह समझने के लिए ज़रूरत हो तो स्कैन करवाते हैं।

डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ आपकी अग्रबाहु (कोहनी से कलाई तक का हिस्सा) की दो हड्डियों के बीच का जोड़ है, जो कलाई के ठीक ऊपर होता है। इस पर सर्जरी तब सुझाई जाती है जब यह जोड़ घिस गया हो, अस्थिर हो, या किसी चोट के बाद खराब हो गया हो, और इससे आपकी कलाई की छोटी उंगली वाली तरफ़ दर्द हो रहा हो, अग्रबाहु घुमाने में दिक्कत हो रही हो, या पकड़ कमज़ोर हो गई हो। लंबे समय से चली आ रही समस्याओं में हम आमतौर पर पहले बिना ऑपरेशन वाला इलाज आजमाते हैं: गतिविधियों में बदलाव, फिजियोथेरेपी या हैंड थेरेपी, और स्प्लिंट। सर्जरी पर तब विचार होता है जब इन कदमों से आपको पर्याप्त सुधार नहीं मिला हो। इस जोड़ की कुछ चोटें शुरू से ही अस्थिर होती हैं, और उनके लिए हम तुरंत सर्जरी की सलाह दे सकते हैं। ऑपरेशन का लक्ष्य आपका दर्द कम करना और आपको ज़्यादा आराम और भरोसे के साथ अपनी अग्रबाहु घुमाने और हाथ का इस्तेमाल करने देना है।

ऑपरेशन से पहले

आपकी सर्जरी तय हो जाने पर, हम आपको तैयारी के लिए साफ़ निर्देश देंगे। आपको अपने ऑपरेशन से सात घंटे पहले खाना-पीना बंद करना होगा। हम कम समय के बजाय सात घंटे इसलिए कहते हैं ताकि अगर उस दिन काम जल्दी चल रहा हो तो ऑपरेशन थिएटर की सूची में आपकी बारी पहले लाई जा सके। अगर आप नियमित रूप से दवाएं लेते हैं, तो उनकी लिखी हुई सूची अस्पताल लाएं, और हम आपको बताएंगे कि कौन-सी दवाएं कब रोकनी हैं। ज्यादातर लोगों को पहले से किसी अतिरिक्त जांच की ज़रूरत नहीं होती। अगर आपको कोई दूसरी बीमारी है, तो आपको खून की जांच या एनेस्थेतिस्ट (बेहोशी के डॉक्टर), यानी वह डॉक्टर जो आपको एनेस्थीसिया देते हैं, से जांच करवानी पड़ सकती है। कृपया बाद में आपको घर ले जाने के लिए किसी का इंतज़ाम करें, और उस दिन ढीले, आरामदायक कपड़े पहनें।

ऑपरेशन के दिन

ऑपरेशन के दिन आप अस्पताल की सर्जिकल एडमिशन यूनिट में आएंगे। वहां आपका पंजीकरण होगा और आपको ऑपरेशन थिएटर के लिए तैयार किया जाएगा। आप एनेस्थेतिस्ट से मिलेंगे, यानी वह डॉक्टर जो आपके एनेस्थीसिया की देखभाल करते हैं। यह ऑपरेशन जनरल एनेस्थीसिया (जिसमें आप पूरी तरह बेहोश रहते हैं) में किया जाता है। ऑपरेशन के बाद दर्द से राहत के लिए कभी-कभी नर्व ब्लॉक (शरीर के एक हिस्से को सुन्न करने का इंजेक्शन) भी दिया जाता है; एनेस्थेतिस्ट उसी दिन आपसे इस बारे में बात करेंगे।

इसके बाद आपको ऑपरेशन थिएटर में ले जाया जाता है, जहां ऑपरेशन किया जाता है। बाद में आप रिकवरी एरिया में जागते हैं, जहां एनेस्थीसिया का असर खत्म होने तक नर्स आपकी देखरेख करती हैं। आपकी हालत स्थिर होने पर, प्रक्रिया और आपके ठीक होने की प्रगति के अनुसार, आप या तो वार्ड में जाते हैं या घर जाते हैं।

ऑपरेशन में क्या किया जाता है

इस जोड़ पर ऑपरेशन करने के एक से ज्यादा तरीके हैं, और आपके लिए सही तरीका इस पर निर्भर करता है कि जोड़ में क्या खराबी है। अगर कलाई के फ्रैक्चर के बाद जोड़ अपनी जगह से हट गया है, तो आपके सर्जन हड्डियों को वापस उनकी सही जगह पर लाएंगे और उनके जुड़ने तक उन्हें वहीं थामे रखेंगे, कभी-कभी प्लास्टर (कास्ट) की मदद से। अगर जोड़ घिस गया है और दर्द करता है, तो आपके सर्जन आपकी कलाई की छोटी उंगली वाली तरफ़ की अग्रबाहु की हड्डी के सिरे से हड्डी का एक हिस्सा निकाल सकते हैं। यह कलाई के पिछले हिस्से पर, छोटी उंगली वाली तरफ़, एक चीरे के ज़रिए किया जाता है। उस घिसी हुई हड्डी की सतह को निकाल देने से, अग्रबाहु घुमाते समय अग्रबाहु की दोनों हड्डियां एक-दूसरे पर नहीं रगड़तीं।

अगर जोड़ घिसा हुआ नहीं बल्कि ढीला है, तो आपके सर्जन उसे एक साथ थामे रखने वाले लिगामेंट (स्नायुबंधन) को दोबारा बना सकते हैं। लिगामेंट ऊतक के मज़बूत पट्टे होते हैं जो एक हड्डी को दूसरी हड्डी से जोड़ते हैं। यह टेंडन (कंडरा), यानी मांसपेशी को हड्डी से जोड़ने वाले ऊतक, के एक टुकड़े से किया जाता है, जिसे हड्डियों में बने छोटे छेदों से पिरोया जाता है ताकि वह जोड़ को अपनी जगह पर थामने वाले एक नए पट्टे की तरह काम करे। यह तभी संभव है जब जोड़ की सतहें खुद अभी भी स्वस्थ हों।

अगर पूरा जोड़ बुरी तरह घिस गया है, तो आपके सर्जन उसे बदल सकते हैं। अग्रबाहु की हड्डी के सिरे पर खराब हो चुकी हड्डी को निकालकर धातु से बने, और कभी-कभी प्लास्टिक के हिस्सों वाले, एक कृत्रिम जोड़ से बदल दिया जाता है, ताकि अग्रबाहु की दोनों हड्डियां फिर से एक-दूसरे के साथ आसानी से हिल सकें।

ऑपरेशन के आखिर में आपके सर्जन चीरे को टांकों से बंद करते हैं और उस पर ड्रेसिंग (घाव की पट्टी) लगाते हैं। जब आप जागेंगे, तो आपके हाथ और कलाई पर पट्टी बंधी होगी, और ड्रेसिंग लगभग 10 दिन तक लगी रहती है।

ऑपरेशन के बाद

जब आप जागेंगे, तो आप रिकवरी एरिया में होंगे, और एनेस्थीसिया का असर खत्म होने के दौरान नर्स आपकी जांच करती रहेंगी। आपके हाथ और कलाई पर पट्टी बंधी होगी, और बांह को आराम देने के लिए आपको स्लिंग (बांह को सहारा देने वाली पट्टी) दी जा सकती है। आपको आराम में रखने के लिए हम दर्द निवारक दवा देंगे; अगर आपका दर्द कम नहीं हो रहा है तो नर्सों को बताएं। जैसे ही आप खुद को सक्षम महसूस करें, आप उठकर चल-फिर सकते हैं, और पहले 24 घंटे तक किसी को आपके साथ रहना चाहिए। आपकी टीम बताएगी कि आप उसी दिन घर जाएंगे या एक रात अस्पताल में रहेंगे। हम ड्रेसिंग को लगभग 10 दिन तक लगा रहने देते हैं; कृपया उससे पहले इसे न हटाएं, जब तक हम ऐसा करने को न कहें। जब हम आपसे मिलते हैं, तब हम इसे बदलते या हटाते हैं।

ठीक होने की प्रक्रिया

पहले कुछ दिनों तक आपकी कलाई में दर्द और सूजन रहेगी, और छोटी उंगली वाली तरफ़ टीस उठ सकती है, खासकर रात में। अपना हाथ तकियों पर ऊंचा रखने से, सोते समय भी, सूजन कम होने में मदद मिलती है। हमारी दी हुई दर्द निवारक दवा तब सबसे अच्छा काम करती है जब आप दर्द बढ़ने का इंतज़ार करने के बजाय उसे नियमित रूप से लेते हैं।

जब आप अस्पताल से जाएंगे, तो आपकी बांह पर पट्टी बंधी होगी और वह स्लिंग में आराम कर रही होगी। ड्रेसिंग लगभग 10 दिन तक लगी रहती है, और जब हम आपसे मिलेंगे तब हम इसे बदलेंगे या हटाएंगे। सर्जरी के बाद आपका रिहैबिलिटेशन एक्सटेंड रिहैबिलिटेशन में रूबी डूलन के साथ होगा। रूबी एक हैंड थेरेपिस्ट (हाथ की विशेषज्ञ थेरेपिस्ट) हैं: वह आपकी एक्सरसाइज़ में मार्गदर्शन करेंगी और आपको जिस भी स्प्रिंट की ज़रूरत हो, वह बनाएंगी। शुरुआत में एक्सरसाइज़ हल्की होती हैं और आपकी उंगलियों, कोहनी और कंधे को हिलाते रहने पर ध्यान देती हैं। जैसे-जैसे घाव और ऊतक ठीक होते हैं, एक्सरसाइज़ अग्रबाहु घुमाने और आपकी पकड़ को फिर से मज़बूत करने पर काम करती हैं।

रोज़मर्रा में, शुरुआत में आपको उन कामों में मदद की ज़रूरत होगी जिनमें दोनों हाथ लगते हैं, जैसे कपड़े पहनना, खाना बनाना और चीज़ें उठाकर ले जाना। सूजन कम होने और हिलना-डुलना वापस आने पर रोज़ के काम आसान हो जाते हैं। जब आप बिना दर्द के पकड़ सकें और आराम से अग्रबाहु घुमा सकें, तो आप पाएंगे कि आप अपने हाथ से ज़्यादा काम कर पा रहे हैं। अगर गाड़ी चलाना आपकी रिकवरी का हिस्सा है, तो जब आप स्लिंग या स्प्रिंट में हों तब गाड़ी न चलाएं, जब आप तेज़ दर्द निवारक दवाएं ले रहे हों तब भी गाड़ी न चलाएं, और जब तक आप दोनों हाथों से स्टीयरिंग न पकड़ सकें और अचानक ब्रेक लगाने की इमरजेंसी में प्रतिक्रिया न दे सकें, तब तक भी गाड़ी न चलाएं। [ऊपरी अंग की सर्जरी के बाद गाड़ी चलाने](#) के बारे में हमारी गाइड देखें।

हर व्यक्ति अपनी रफ़्तार से ठीक होता है, और आपका समय अलग हो सकता है। आपके सर्जन और आपकी हैंड थेरेपिस्ट हर कदम पर आपका मार्गदर्शन करेंगे।

क्या समस्याएं हो सकती हैं

ज़्यादातर मरीज़ अच्छी तरह ठीक हो जाते हैं, लेकिन कभी-कभी समस्याएं हो सकती हैं। आपके सर्जन और टीम किसी भी समस्या को जल्दी पकड़ने के लिए आप पर करीबी नज़र रखते हैं।

अगर आपकी अग्रबाहु की हड्डी के सिरे का कुछ हिस्सा निकाला गया है, तो बचा हुआ सिरा (स्टंप) कभी-कभी खिसक सकता है या आसपास की संरचनाओं पर दबाव डाल सकता है। अग्रबाहु घुमाते समय आपको कलाई की छोटी उंगली वाली तरफ़ तेज़ या रगड़ वाला दर्द महसूस हो सकता है, या ऐसा लग सकता है कि कुछ अटक रहा है। अपनी अगली फॉलो-अप जांच में इसके बारे में बताएं।

कुछ लोगों को बाद में लगता है कि कलाई में दर्द कम है लेकिन जकड़न ज़्यादा है, और कलाई आगे की ओर कम मुड़ती है। अगर अग्रबाहु घुमाना सीमित लगता है, तो अक्सर आपका कंधा बिना आपको पता चले यह काम संभाल लेता है, इसलिए रोज़मर्रा की ज़िंदगी में फ़र्क छोटा हो सकता है। जिस भी हरकत से आप संतुष्ट नहीं हैं, उसके बारे में फॉलो-अप जांच में बताएं।

अगर यह जोड़ कलाई के फ्रैक्चर के साथ चोटिल हुआ था, तो जोड़ शुरुआत में ही अपनी जगह से खिसक सकता है, कभी-कभी पहले दो सप्ताह के अंदर। इसे नज़रअंदाज़ करना आसान है। नए दर्द, सूजन या अपनी कलाई के आकार में बदलाव पर नज़र रखें, और अगर आपको ये दिखें तो क्लिनिक को बताएं।

कलाई की उस तरफ़ की कार्टिलेज की गद्दी का फटना, अगर उसका इलाज न हो, तो जोड़ ढीला महसूस हो सकता है। आपको कट-कट की आवाज़, कलाई पर भार डालने पर कुछ खिसकने या खट से झटका लगने का एहसास, या कमज़ोर पकड़ महसूस हो सकती है। अगर दूसरे इलाज के बावजूद जोड़ ढीला और दर्द भरा बना रहता है, तो कभी-कभी आगे सर्जरी की ज़रूरत होती है, लेकिन कई लोग समय के साथ बेहतर हो जाते हैं और उन्हें दूसरे ऑपरेशन की ज़रूरत नहीं होती। कलाई की अल्ना वाली (छोटी उंगली वाली) तरफ़ के लक्षण फ्रैक्चर की सर्जरी के बाद अक्सर एक साल तक बेहतर होते रहते हैं।

कलाई की ऐसी पुरानी विकृति में जो कम उम्र से मौजूद हो, जोड़ समय के साथ धीरे-धीरे घिस सकता है या अस्थिर हो सकता है। गंभीर मामलों में, उंगलियों को सीधा करने वाले टेंडन किसी उभरी हुई हड्डी पर रगड़ खाने से घिसकर टूट सकते हैं, जिससे अचानक एक या ज़्यादा उंगलियों को सीधा करने की क्षमता चली जाती है। अगर कोई उंगली सीधी नहीं हो रही, तो जल्द से जल्द क्लिनिक से संपर्क करें।

कलाई के किसी भी ऑपरेशन की तरह, हड्डियां धीरे जुड़ सकती हैं या नहीं जुड़ सकतीं, और जिस जगह से हड्डी निकाली गई थी वह अस्थिर और दर्द भरी हो सकती है। कलाई के पिछले हिस्से में लगातार दर्द हो तो उसके बारे में फॉलो-अप जांच में बताना चाहिए।

अगर आप विस्तार से जानना चाहते हैं, तो इस पेज पर जटिलताओं (कॉम्प्लिकेशन) की तालिका में उनकी सामान्य दरें दी गई हैं।

हमें कब फ़ोन करें

अगर आपको बुखार है, या आपके घाव के आसपास की त्वचा ज़्यादा लाल, सूजी हुई हो जाती है या उससे रिसाव होता है, तो हमें फ़ोन करें। अगर आपका दर्द अचानक बढ़ जाता है, या पहले दो सप्ताह में आपकी कलाई में नया दर्द या सूजन आ जाती है, तो हमें फ़ोन करें। अगर कोई उंगली सीधी नहीं हो रही, या आपकी कलाई ढीली लगती है, उसमें कट-कट की आवाज़ आती है या वह अचानक जवाब दे देती है, तो हमें बताएं। अगर आपको पिंडली में सूजन या दर्द, सांस फूलना, सीने में दर्द, हाथ में सुन्नपन हो, या आप अपनी बांह या उंगलियां न हिला पाएं, तो इमरजेंसी विभाग जाएं।

विस्तार से

यह भाग आपके अपने इलाज के फ़ैसलों के लिए ज़रूरी जानकारी से आगे जाता है। डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ के बारे में यह अतिरिक्त जानकारी पढ़ने लायक है, क्योंकि कलाई में यही वह जोड़ है जिसे मापने में हम सबसे कमज़ोर हैं, जिसे सबसे ज़्यादा बार समय से पहले दोष दिया जाता है, और जिसमें इंतज़ार करना सबसे ज़्यादा बार सही जवाब होता है।

हम समस्या को भरोसेमंद तरीके से माप नहीं सकते

इस जोड़ की अस्थिरता का पता ज़्यादातर हाथ से महसूस करके लगाया जाता है: जांच करने वाला अल्ना को रेडियस के सापेक्ष खिसकाता है और एक अंदाज़ा बनाता है। जांच के तरीकों की 2025 की एक समीक्षा ने साफ़ शब्दों में निष्कर्ष निकाला कि डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ की अस्थिरता का विश्लेषण करने के भरोसेमंद, संख्या में मापने योग्य तरीके अभी भी एक अधूरी ज़रूरत हैं, और इलाज बेहतर बनाने के लिए उन्हें विकसित करना ज़रूरी है [1]।

इसका आप पर सीधा असर पड़ता है। जब निदान किसी व्यक्तिपरक (जांच करने वाले की राय पर टिके) टेस्ट पर निर्भर हो, तो किसी जोड़ को अस्थिर कहने की सीमा अलग-अलग जांच करने वालों में अलग होती है, और उस पर ऑपरेशन करने की सीमा भी। यहां दूसरी राय लेना अविश्वास नहीं है; यह जानी-पहचानी सीमाओं वाले टेस्ट पर एक उचित प्रतिक्रिया है।

कलाई के फ्रैक्चर के बाद अल्ना वाली तरफ़ का ज़्यादातर दर्द ठीक हो जाता है

डिस्टल रेडियस फ्रैक्चर के बाद दर्द भरी कलाई वाले किसी भी व्यक्ति के लिए यह सबसे उपयोगी जानकारी है। एक विस्तृत समीक्षा ने निष्कर्ष निकाला कि डिस्टल रेडियस फ्रैक्चर के बाद कलाई की अल्ना वाली तरफ़ की **ज़्यादातर समस्याओं का इलाज शुरुआत में बिना ऑपरेशन के, आमतौर पर एक साल से ज़्यादा समय तक**, किया जा सकता है, इस उम्मीद में कि समय के साथ काफ़ी सुधार होगा [2]।

एक साल उससे ज़्यादा लंबा है जितना इंतज़ार करने की सलाह ज़्यादातर लोग उम्मीद करते हैं, और परामर्श के दोनों पक्षों में जल्दी दखल देने का लालच तेज़ होता है। उसी समीक्षा में बताया गया अपवाद अहम और स्पष्ट है: जोड़ का शुरुआत में ही काफ़ी हद तक अपनी जगह से आंशिक रूप से खिसक जाना (सबलक्सेशन), जो अग्रबाहु के घुमाव को शारीरिक रूप से रोक दे, उसका सिर्फ़ निगरानी करने के बजाय इलाज ज़रूरी है [2]।

इसलिए सामान्य रास्ता धैर्य है, और उसे छोड़ने की एक तय वजह है।

जब बचाव वाले (सैल्वेज) ऑपरेशन की ज़रूरत हो, तो चुनाव जितना लगता है उससे बारीक है

अगर जोड़ पूरी तरह खराब हो चुका है और बिना ऑपरेशन वाला इलाज सच में नाकाम रहा है, तो पारंपरिक विकल्प हैं डैरक (Darrach) प्रक्रिया, जिसमें अल्ना का सिरा निकाल दिया जाता है, और सॉवे-कपांडजी (Sauvé-Kapandji) प्रक्रिया, जिसमें जोड़ को फ्यूज़ (दो हड्डियों को जोड़कर एक) कर दिया जाता है और घुमाव के लिए थोड़ा ऊपर की ओर एक खाली जगह बनाई जाती है।

इन दोनों की तुलना करने वाली एक व्यवस्थित समीक्षा में पाया गया कि मूल बीमारी चाहे जो भी हो, **संतुष्टि लगभग बराबर** थी, और जोड़ कितना हिल-डुल सकता है (रेंज ऑफ मोशन), ताकत और कुल कामकाज में मिलता-जुलता सुधार हुआ [3]। अंतर **दोबारा ऑपरेशन की दर में था, जो सॉवे-कपांडजी के साथ ज़्यादा थी** [3]।

यह एक साफ़ फ़र्क करने वाली बात है। जहां दो ऑपरेशन एक जैसा नतीजा देते हैं, वहां जिसमें आगे कम ऑपरेशन की ज़रूरत पड़ती है उसे बढ़त मिलती है, हालांकि सॉवे-कपांडजी की भूमिका वहां बनी रहती है जहां कलाई की छोटी हड्डियों (कार्पस) को अल्ना का सहारा बनाए रखना मायने रखता है, और ठीक इसी वजह से इसे बनाया गया था।

अल्नर इम्पैक्शन एक अलग समस्या है, जिसका अपना जवाब है

अल्ना के तुलनात्मक रूप से ज़्यादा लंबी होने से अल्ना वाली तरफ़ होने वाला दर्द, यानी अल्नर इम्पैक्शन सिंड्रोम, का इलाज भार के रास्ते को छोटा करके किया जाता है, या तो अल्ना की डंडी (शाफ़्ट) को काटकर छोटा करके, या दूरबीन से ऑपरेशन (आर्थ्रोस्कोपी) करके अल्ना के सिरे का गुंबद जैसा ऊपरी हिस्सा निकालकर। **311 मरीजों के एक मेटा-एनालिसिस में दोनों तरीके असरदार पाए गए, और दूरबीन से की जाने वाली वेफ़र प्रक्रिया में कम जटिलताएं और दोबारा ऑपरेशन की कम दर दिखी** [4]।

डंडी की ऑस्टियोटॉमी (हड्डी काटकर छोटा करना) में एक प्लेट लगती है, हड्डी को जुड़ना होता है, और यह संभावना रहती है कि कटी हुई हड्डी न जुड़े; दूरबीन वाली प्रक्रिया इन तीनों से बचाती है। जहां शरीर की बनावट इसके लिए उपयुक्त हो, वहां यह एक अहम अंतर है।

संदर्भ

[1] Christy M, Wright DJ, Goldfarb CA. Assessment strategies for distal radioulnar joint instability: current state and a need for improved tools. J Hand Surg Am. 2025;50(12):1505-14. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2025.06.021>

- [2] Giddins G. The distal radioulnar joint after distal radial fractures: when and how do we need to treat pain, stiffness or instability? J Hand Surg Eur Vol. 2023;48(3):230-45. <https://doi.org/10.1177/17531934221140238>
- [3] Lamont S, Debkowska M, Johnsen P, Froehle A, Cotterell IH, Isaacs J. Outcomes of Darrach and Sauvé-Kapandji procedures: a systematic review. Hand (N Y). 2022;19(1):68-73. <https://doi.org/10.1177/15589447221107697>
- [4] 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>

डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ की सर्जरी

प्रकाशित साहित्य से जटिलता दर

80 प्रकाशित अध्ययनों से संकलित। ये पूरी आबादी के स्तर की दरें हैं, आपका व्यक्तिगत जोखिम नहीं — आप पर क्या लागू होता है, इस बारे में आपके सर्जन आपसे बात करेंगे।

जटिलता	रिपोर्ट की गई दर	नोट्स
दोबारा ऑपरेशन	25.0%	डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ के लिए कृत्रिम जोड़ लगाने (प्रोस्थेटिक आर्थ्रोप्लास्टी) की एक व्यवस्थित समीक्षा (सिस्टेमैटिक रिव्यू) में दर्ज किया गया (n=1525)।
यांत्रिक लक्षण (अटकना, खट की आवाज़)	12.5%	डैरक और सॉवे-कपांडजी प्रक्रियाओं की एक व्यवस्थित समीक्षा में दर्ज किया गया।
हड्डी का न जुड़ना (नॉन-यूनियन)	2.3%	डैरक और सॉवे-कपांडजी प्रक्रियाओं की एक व्यवस्थित समीक्षा में दर्ज किया गया।
अस्थिरता का दोबारा होना	4.4%	एक्सटेंसर रेटिनाकुलम कैप्सुलोरैफ़ी और टांकों से रिपेयर करवाने वाले 88 मरीजों के एक आगे की ओर चलने वाले (प्रॉस्पेक्टिव) कोहोर्ट अध्ययन में दर्ज किया गया।
गलत जगह पर हड्डी बन जाना (हेटेरोटॉपिक ऑसिफ़िकेशन)	10.0%	एप्टिस टोटल डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ प्रोस्थेसिस वाले 10 मरीजों के लंबे फॉलो-अप वाले एक प्रॉस्पेक्टिव कोहोर्ट अध्ययन में दर्ज किया गया।
कृत्रिम जोड़ के आसपास फ्रैक्चर (पेरिप्रोस्थेटिक फ्रैक्चर)	10.0%	एप्टिस टोटल डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ प्रोस्थेसिस वाले 10 मरीजों के लंबे फॉलो-अप वाले एक प्रॉस्पेक्टिव कोहोर्ट अध्ययन में दर्ज किया गया।
दूरबीन से किए गए (आर्थ्रोस्कोपिक) रिपेयर के बाद डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ की अस्थिरता का दोबारा होना	3.7%	पीछे की ओर कैप्सूल को कसने (डॉर्सल कैप्सुलर इम्ब्रिकेशन) के साथ दूरबीन से TFCC रिपेयर करवाने वाले 225 मरीजों के एक पिछली जानकारी पर आधारित (रेट्रोस्पेक्टिव) अध्ययन में दर्ज किया गया।
अल्ना के सिरे का बार-बार हथेली की ओर खिसक जाना (डिसलोकेशन)	1.2%	डिस्टल रेडियस फ्रैक्चर और DRUJ डिसलोकेशन वाले 173 बुजुर्ग मरीजों के एक रेट्रोस्पेक्टिव अध्ययन में दर्ज किया गया।
ढीले जोड़ों वाले लोगों में डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ की अस्थिरता का दोबारा होना	17.7%	पूरे शरीर के जोड़ों में ढीलेपन वाले और दूरबीन से फ़ोवियल रिपेयर करवाने वाले 120 मरीजों के एक रेट्रोस्पेक्टिव अध्ययन में दर्ज किया गया।

जटिलता	रिपोर्ट की गई दर	नोट्स
एक्स-रे में डिस्टल रेडियोअलनर जोड़ के ऑस्टियोआर्थराइटिस के संकेत	20.0%	अलना को छोटा करने वाली ऑस्टियोटॉमी करवाने वाले 66 मरीजों के एक रेट्रोस्पेक्टिव अध्ययन में दर्ज किया गया।
अलना के बचे हुए ऊपरी हिस्से (स्टंप) की अस्थिरता	13.8%	साँवे-कपांडजी प्रक्रिया करवाने वाले 30 मरीजों के एक रेट्रोस्पेक्टिव अध्ययन में दर्ज किया गया।
अलना के बचे हुए हिस्से (स्टंप) की हड्डी का संक्रमण (ऑस्टियोमाइलाइटिस)	3.4%	साँवे-कपांडजी प्रक्रिया करवाने वाले 30 मरीजों के एक रेट्रोस्पेक्टिव अध्ययन में दर्ज किया गया।
ऑपरेशन के बाद की कोई भी जटिलता	20.7%	साँवे-कपांडजी प्रक्रिया करवाने वाले 30 मरीजों के एक रेट्रोस्पेक्टिव अध्ययन में दर्ज किया गया।
लगाई गई ग्राफ्ट हड्डी का घुल जाना (रिसॉर्प्शन)	9.1%	संशोधित साँवे-कपांडजी प्रक्रिया करवाने वाले रूमेटॉइड आर्थराइटिस के 56 मरीजों की मामलों की एक श्रृंखला में दर्ज किया गया।
ल्यूनेट हड्डी और अलना ग्राफ्ट के बीच हड्डी का जुड़कर जाम हो जाना (ऑसियस एंक्िलोसिस)	10.6%	संशोधित साँवे-कपांडजी प्रक्रिया करवाने वाले रूमेटॉइड आर्थराइटिस के 56 मरीजों की मामलों की एक श्रृंखला में दर्ज किया गया।
कृत्रिम जोड़ के आसपास अलना का फ्रैक्चर	1.7%	एटिस DRUJ आर्थ्रोप्लास्टी के बाद कृत्रिम जोड़ के आसपास अलना फ्रैक्चर वाले 4 मरीजों की मामलों की एक श्रृंखला में दर्ज किया गया।
ग्राफ्ट का घुल जाना और नाकाम होना	—	लंबे समय से चले आ रहे, हथेली की ओर के डिसलोकेशन के लिए टेंडन इंटरपोज़िशन आर्थ्रोप्लास्टी की एक केस रिपोर्ट में संभावित जटिलता के रूप में दर्ज किया गया।
बचा हुआ दर्द और जकड़न	—	लंबे समय से चले आ रहे, हथेली की ओर के डिसलोकेशन के लिए टेंडन इंटरपोज़िशन आर्थ्रोप्लास्टी की एक केस रिपोर्ट में संभावित जटिलता के रूप में दर्ज किया गया।
घिसाव वाले गठिया का बढ़ना	—	लंबे समय से चले आ रहे, हथेली की ओर के डिसलोकेशन के लिए टेंडन इंटरपोज़िशन आर्थ्रोप्लास्टी की एक केस रिपोर्ट में संभावित जटिलता के रूप में दर्ज किया गया।
अलनर इम्पेंजमेंट सिंड्रोम (अलना के बचे हिस्से का रेडियस से टकराना)	—	अलना के सिरे को निकालने के असफल ऑपरेशन की जटिलता के रूप में दर्ज किया गया।
अलना की गर्दन (अलनर नेक) की हड्डी का घुल जाना	—	डिस्टल रेडियोअलनर जोड़ के लिए बिना बंधन वाले (नॉन-कंस्ट्रेन्ड) इम्प्लांट आर्थ्रोप्लास्टी की जटिलता के रूप में दर्ज किया गया।
सिगमॉइड नॉच (रेडियस का वह खांचा जिसमें अलना घूमती है) का घिस जाना	—	डिस्टल रेडियोअलनर जोड़ के लिए बिना बंधन वाले (नॉन-कंस्ट्रेन्ड) इम्प्लांट आर्थ्रोप्लास्टी की जटिलता के रूप में दर्ज किया गया।
इम्प्लांट का ढीला होना	—	डिस्टल रेडियोअलनर जोड़ के लिए बिना बंधन वाले (नॉन-कंस्ट्रेन्ड) इम्प्लांट आर्थ्रोप्लास्टी की जटिलता के रूप में दर्ज किया गया।

जटिलता	रिपोर्ट की गई दर	नोट्स
ग्राफ्ट का पूरी तरह फट जाना (रप्चर)	—	हथेली की ओर और पीछे की ओर के रेडियोअल्नर लिगामेंट (स्नायुबंधन) को उनकी प्राकृतिक बनावट के अनुसार दोबारा बनाने (एनाटॉमिक रिकंस्ट्रक्शन) की जटिलता के रूप में दर्ज किया गया।
कुछ समय के लिए असामान्य संवेदना (झुनझुनी या अजीब एहसास)	—	हथेली की ओर और पीछे की ओर के रेडियोअल्नर लिगामेंट (स्नायुबंधन) को उनकी प्राकृतिक बनावट के अनुसार दोबारा बनाने (एनाटॉमिक रिकंस्ट्रक्शन) की जटिलता के रूप में दर्ज किया गया।

मैंने यह जानकारी पढ़ ली है और मुझे डॉ. हिरपरा से इस प्रक्रिया, इसके बाद अपेक्षित रिकवरी और ऊपर दी गई जटिलताओं के बारे में सवाल पूछने का अवसर मिला है।

रोगी — नाम (साफ़ अक्षरों में)

हस्ताक्षर

तिथि