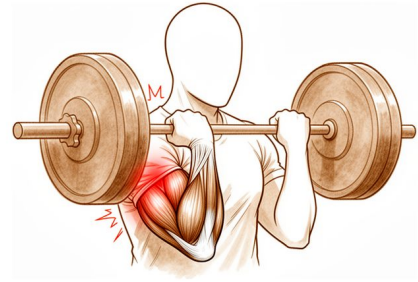


# ਡਿਸਟਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਮੁਰੰਮਤ

ਟੁੱਟੇ ਹੋਏ ਡਿਸਟਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਐਮ.ਆਰ.ਆਈ: ਟੈਂਡਨ (ਤੀਰ) ਰੇਡੀਅਲ ਟਿਊਬਰੋਸਿਟੀ ਤੋਂ ਖਿੱਚ ਕੇ ਦੂਰ ਚਲਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਇਸਨੂੰ ਵਾਪਸ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਦੀ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① ② ③ ④ 4.0



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

ਤੁਰੰਤ ਰਿਕਵਰੀ। 45 ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ — ਤੁਹਾਡੀ ਗਤੀ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

| ਹਲਕੀਆਂ ਕੰਮਾਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ<br>ਡੈਸਕ ਕੰਮ, ਡਰਾਈਵਿੰਗ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ                                                                                                                         | ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ<br>ਮੈਨੁਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ                                                                                                 | ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜਾ ਪਲੇਟੋ<br>ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2-6 weeks</b>                                                                                                                                                                          | <b>3-6 months</b>                                                                                                                                    | <b>12 months</b>                                                                            |
| ਡੈਸਕ ਕੰਮ ਅਤੇ ਹਲੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵੱਲ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 2 ਤੋਂ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਵਰਕਰਜ਼ ਕੰਪਨਸੇਸ਼ਨ (ਕੰਮਕਾਜੀ ਹਾਦਸੇ ਦੀ ਮੁਆਵਜ਼ਾ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। | ਖੇਡਾਂ ਅਤੇ ਮੈਨੁਅਲ ਕੰਮ ਵੱਲ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 3 ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ 'ਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵੱਲ ਵਾਪਸੀ ਦੀਆਂ ਉੱਚ ਦਰਾਂ ਦੇਖੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ। | ਅਧਿਕਤਮ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਅਤੇ ਕਾਰਜਾਤਮਕ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦਾ ਸਥਿਰ ਹੋਣਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ 1 ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। |

## ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਿਉਂ ਕੀਤੀ ਗਈ

ਇਹ ਸਫ਼ਾ ਇਹ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅੱਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜਨ (upper-limb surgeon) ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਸੀਂ ਅਪਣੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨਾਲ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਵਰਤਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਡਿਸਟਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਰਿਪੇਅਰ (distal biceps repair) ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਅਗਰੇ ਬੋਨ (forearm bone) ਨਾਲ ਮੁੜ ਜੋੜਨ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ ਜਨਰਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ (GP) ਜਾਂ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਦੇ ਰੈਫਰਲ ਦੁਆਰਾ ਅਸੀਂ ਅਪਣੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹਨ। ਇੱਕ ਕਲੀਨਿਕ ਮੁਲਾਂਕਣ ਨਾਲ ਨਿਦਾਨ ਸਥਾਪਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤਾਜ਼ਾ ਟੀਅਰਾਂ (acute tears) ਲਈ, ਅਸੀਂ ਤੁਰੰਤ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਡੀਜਨਰੇਟਿਵ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ (degenerative issues) ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਗੈਰ-ਸਰਜਰੀ ਚਿਕਿਤਸਾ (non-operative care) ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਵਿਚਾਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਇਸ ਨੇ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੂਰੇ ਟੀਅਰਾਂ (complete tears) ਲਈ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ (function) ਮੁੜ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਪੂਰਾ ਟੀਅਰ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਇਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਰਿਪੇਅਰ (repair) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੰਮ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਪੰਜ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ

ਡਿਸਟਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਹਲਕੀ ਜਿਹੀ ਜਟਿਲਤਾ (minor complication) ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਵੀਹ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਡਿਸਟਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਵੱਡੀ ਜਟਿਲਤਾ (major complication) ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਹ ਦੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਸਥਿਰਤਾ (stability) ਨੂੰ ਮੁੜ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿਨਚਰਿਆ ਦੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਭਰੋਸੇ ਨਾਲ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

## ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਛੇ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਭੁੱਖੇ ਰਹਿਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਦੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਕੁਝ ਖੂਨ ਪਤਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸਪਲੀਮੈਂਟਸ ਬੰਦ ਕਰੋ। ਘਰ ਜਾਣ ਲਈ ਆਪਣਾ ਢੋਆ-ਢੁਆਈ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਮ ਕਰੋ ਅਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲੈ ਕੇ ਆਓ। ਆਰਾਮਦਾਇਕ, ਢਿੱਲੀ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਜੋੜ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ X-ਰੇ ਜਾਂ MRI ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟ ਅਤੇ ਇੱਕ ਐਨਾਥੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਇੱਕ ਇਕੱਲੀ ਕਟਾਅ ਰਾਹੀਂ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰੇਗਾ। ਇਹ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਤਰੀਕਾ ਟੈਂਡਨ ਤੱਕ ਸਿੱਝੀ ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰੀ-ਸਰਜਰੀ ਸਮੀਖਿਆ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕਿਸੇ ਵੀ ਖਾਸ ਦਵਾਈ ਦੇ ਸਮਾਯੋਜਨ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਾਂਗੇ।

## ਦਿਨ ਤੇ

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਐਨਾਥੈਟਿਕ (ਸੁੱਚੀ ਨੀਂਦ) ਹੇਠ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਤੁਸੀਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨੀਂਦ ਵਿੱਚ ਹੋਵੋਗੇ। ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ ਦੀ ਸ਼ਾਂਤੀ ਲਈ ਰੀਜੀਓਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਖੇਤਰੀ ਨਸ ਬਲਾਕ) ਵੀ ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ — ਇਸ ਬਾਰੇ ਐਨਾਥੈਟਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਹਾਲਤਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਉਸੇ ਦਿਨ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਪਹੁੰਚੋਗੇ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਮਿਲੋਗੇ। ਇਸ ਮੁਰਮਰਾਹਟ (ਟੈਂਡਨ) ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਇੱਕ ਇਕੱਲੀ ਕਟ (ਕੱਟ) ਰਾਹੀਂ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ (open approach) ਟੈਂਡਨ ਤੱਕ ਸਿੱਧੀ ਪਹੁੰਚ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਪੂਰਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਰੂਮ ਵਿੱਚ ਹੋਸ਼ ਵਿੱਚ ਆਵੋਗੇ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਆਰਾਮਦਾਇਕਤਾ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਾਂਗੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਾਂਗੇ। ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਅਨੁਸਾਰ, ਤੁਸੀਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਜਾਂ ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਰੁਕਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

## ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਇੱਕ ਕੱਟ ਕਰਨਗੇ ਤਾਂ ਜੋ ਟੁੱਟੇ ਹੋਏ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਿਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਇਹ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਚੋਟ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਤੱਕ ਸਿੱਧੀ ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਫਿਰ ਸਰਜਨ ਟੁੱਟੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਇਸਦੀ ਕੁਦਰਤੀ ਸਥਿਤੀ 'ਤੇ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜ ਦੇਣਗੇ। ਇਹ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੇ ਜੁੜਾਅ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਦੁਬਾਰਾ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕੇ।

ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰੱਖਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਜਿਹਾ ਡਿਵਾਈਸ ਵਰਤਦਾ ਹੈ ਜੋ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਐਂਕਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਤਰੀਕਾ ਭਰਪਾਈ ਲਈ ਮਜ਼ਬੂਤ ਸਥਿਰਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਫਿਰ ਕੱਟ ਨੂੰ ਸਿਲਾਈ ਜਾਂ ਸਟੈਪਲਾਂ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਡਰੈਸਿੰਗ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਇੰਸੀਜ਼ਨ ਰਾਹੀਂ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਵਜੋਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਹਣੀ ਦੀ ਬਣਤਰ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨ 'ਤੇ ਧਿਆਨ ਕੇਂਦਰਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੋ ਸਕੇ।

## ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇਗਾ। ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਇੱਕ ਰਾਤ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਾਅ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਇੱਕ ਸਟੇਰਾਈਲ ਡਰੈਸਿੰਗ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਕਰਾਂਗੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਆਪਰੇਟਿਵ ਸਾਈਟ ਦੇ ਉੱਪਰ ਇੱਕ ਅਗਲੀ ਕਟਾਅ (anterior incision) ਰਾਹੀਂ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ (open approach) ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਲਗਭਗ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਸਲਿੰਗ ਪਹਿਨੋਗੇ — ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਸਲਿੰਗ, ਨਾ ਕਿ ਇੱਕ ਹਿੰਜ ਵਾਲਾ ਕੋਹਣੀ ਬ੍ਰੇਸ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਸਲਿੰਗ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਕੋਈ ਵੀ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਨਾ ਕਰੋ, ਭਾਵੇਂ ਕਿਹੜੇ ਹੱਥ ਦੀ ਹੋਵੇ। ਮਰੀਜ਼ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਸਲਿੰਗ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਵਧੇਰੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ](#) ਦੇਖੋ।

## ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੁਝ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੋ। ਇਹ ਸਧਾਰਨ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰੀਰ ਠੀਕ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਸੁਵਿਧਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਲਾਹ ਦਿਓਗੇ। ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਹ ਨੂੰ ਉੱਚਾ ਰੱਖਣ ਨਾਲ ਸੋਜ ਘਟਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਲਗਭਗ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਸਲਿੰਗ (ਹਿੰਜ ਵਾਲੀ ਕੋਹਣੀ ਦਾ ਬ੍ਰੇਸ ਨਹੀਂ) ਪਾਉਂਦੇ ਰਹੋਗੇ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਸਲਿੰਗ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਦੋਂ ਤੱਕ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਨਾ ਕਰੋ, ਭਾਵੇਂ ਕਿਸ ਪਾਸੇ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਤੁਸੀਂ ਸਲਿੰਗ ਹਟਾਉਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਮਿਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। [ਉੱਪਰਲੀ ਟਾਹਣੀ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਪੜ੍ਹੋ।](#)

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਹ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੀ ਰੂਟੀਨ ਬਦਲ ਜਾਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣ, ਖਾਣ ਅਤੇ ਸੌਣ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਢਾਲਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਪਿੱਠ ਜਾਂ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੇ ਪਾਸੇ (ਅਸਰਹੀਣ ਪਾਸੇ) ਸੌਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦਿੱਤਾ ਰੱਖੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਹੱਥ ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਰੱਖਣ ਲਈ ਹਲਕੇ ਅਭਿਆਸਾਂ ਰਾਹੀਂ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰੇਗਾ। ਇਹ ਬਾਈਐਪਸ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਸਖ਼ਤੀ (stiffness) ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਸੋਜ ਘਟਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਚਲਣ-ਫਿਰਣ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਨੂੰ ਧੀਮੇ-ਧੀਮੇ ਵਧਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡੀ ਪੁਨਰਸਥਾਪਨ (rehabilitation) ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਦੁਆਰਾ ਐਕਸਟੈਂਡ ਰਿਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿੱਚ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਲਚਕਤਾ ਵਾਪਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ-ਸਾਰ (timeline) ਹੇਠਾਂ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰਨਗੇ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜਦੋਂ ਉਹ ਇਹਨਾਂ ਕਦਮਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ ਧੀਮੇ-ਧੀਮੇ ਵਧਦੀ ਹੈ।

## ਕੀ ਗਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਚੰਗੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੀ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਣਗੇ ਤਾਂ ਜੋ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੁਸ਼ਕਲ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਪਛਾਣਿਆ ਜਾ ਸਕੇ।

ਸਨਾਇ (Nerve) ਦੀ ਉਤੇਜਨਾ ਇੱਕ ਜਾਣਿਆ-ਪਛਾਣਿਆ ਖਤਰਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਾਹ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਚੁੰਝਣ, ਸੁੰਨਤਾ, ਜਾਂ ਜਲਣ ਦੀ ਅਹਿਸਾਸ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਇਸ ਲਈ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਛੋਟੇ ਸਨਾਇ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਥਾਂ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਅਹਿਸਾਸ ਖੇਤਰ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਨਾਲ ਘਟ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਅਹਿਸਾਸ ਤੀਬਰ ਹੈ ਜਾਂ ਬਿਹਤਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ।

ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ, ਹੱਡੀ ਉੱਥੇ ਬਣ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਸਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਇਸਨੂੰ ਹੀਟਰੋਟੋਪਿਕ ਔਸਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ (Heterotopic ossification) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਕੋਹਲੀ ਦੇ ਨੇੜੇ ਚਮੜੀ ਹੇਠਾਂ ਇੱਕ ਸਖ਼ਤ ਗੁੱਛਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਹ ਨੂੰ ਮੋੜਨਾ ਸਖ਼ਤ ਜਾਂ ਸੀਮਤ

ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਇਹ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਤੁਹਾਡੀ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਬਣਨ ਦੀ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਨਵਾਂ ਸਖ਼ਤ ਗੁੱਛਾ ਜਾਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸਖ਼ਤੀ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਵਿਜ਼ਟ 'ਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ ਇੱਕ ਗੰਭੀਰ ਪਰ ਆਮ ਨਾ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਖਤਰਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਕਟਾਅ (incision) ਤੋਂ ਫੈਲਦੀ ਲਾਲੀ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਖੇਤਰ ਸਪਰਸ਼ ਕਰਨ 'ਤੇ ਗਰਮ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਉਮੀਦ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੋਜ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਜਾਂ ਕੰਬੀ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਸਾਡੀ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਹੱਲ ਕਰਨ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਇਲਾਜ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ।

ਮੁੜ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਪਰ ਇਹ ਇੱਕ ਸੰਭਾਵਨਾ ਬਣੀ ਹੋਈ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਅਚਾਨਕ ਸੋਜ, ਤੀਬਰ ਦਰਦ ਜੋ ਦਵਾਈ ਨਾਲ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਜਾਂ ਇਹ ਅਹਿਸਾਸ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਹ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। ਇਹ ਲੱਛਣ ਮੁਰੰਮਤ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਓ।

ਇਸ ਸਫ਼ੇ 'ਤੇ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ ਦੀ ਸਾਰਣੀ ਵਿੱਚ ਆਮ ਦਰਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

## ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ

---

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ, ਘਾਵ ਵਿੱਚ ਵਧਦੀ ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਰਿਸਾਅ, ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿੰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਤਾ ਆ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅੰਗ ਨੂੰ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਸਾਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਅਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸਹੀ ਰਹੇ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਹੱਲ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।

# ਡਿਸਟਲ ਬਾਈਸੈਪਸ ਮੁਰੰਮਤ

## ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਾਹਿਤ ਤੋਂ ਜਟਿਲਤਾ ਦਰਾਂ

45 ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ। ਇਹ ਆਬਾਦੀ-ਪੱਧਰੀ ਦਰਾਂ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਜੋਖਮ ਨਹੀਂ — ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰੇਗਾ।

| ਜਟਿਲਤਾ                                                                       | ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ | ਨੋਟਸ                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ਗਤੀ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ ਜਾਂ ਕੋਹਣੀ ਦੀ ਸਖ਼ਤੀ                                             | 5-10%          | ਅੰਤਿਮ ਵਿਸਤਾਰ ਜਾਂ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੇ ਘੁੰਮਣ (forearm rotation) ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ; ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹਲਕਾ ਅਤੇ ਥੋੜ੍ਹੀ ਨਾਲ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।                                                                                                        |
| ਤਾਕਤ ਦਾ ਅਧੂਰਾ ਠੀਕ ਹੋਣਾ                                                       | 5-15%          | ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ ਪੂਰਨ ਸੁਪੀਨੇਸ਼ਨ (ਹੱਥ ਦੇ ਉਲਟਾਉਣ) ਦੀ ਤਾਕਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨ 'ਤੇ।                                                                                                                   |
| ਲੈਟਰਲ ਐਂਟੀਬ੍ਰੇਕੀਅਲ ਕਟੇਨੀਅਸ ਨਰਵ (Lateral antebrachial cutaneous nerve) ਦੀ ਚੋਟ | 4-10.8%        | ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੇ ਬਾਹਰੀ ਕਿਨਾਰੇ ਦੇ ਨਾਲ ਸੁੰਨਤਾ ਜਾਂ ਸੜਨ ਦੀ ਅਹਿਸਾਸ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਜਟਿਲਤਾ ਹੈ; ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲੇ (77.9%) ਹਲਕੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕਾਰਜਾਤਮਕ ਸੀਮਾਵਾਂ ਪੈਦਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ।                                                                |
| ਹੀਟਰੋਟੋਪਿਕ ਔਸਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ (Heterotopic ossification)                            | 2.1-13.5%      | ਰੇਡੀਅਸ ਅਤੇ ਅਲਨਾ ਵਿਚਕਾਰ ਹੱਡੀ ਦਾ ਅਸਧਾਰਨ ਬਣਨਾ; ਡਬਲ-ਇੰਸੀਜ਼ਨ (ਦੋ ਚੀਰ) ਦੀ ਦਰ (7.2%) ਸਿੰਗਲ-ਇੰਸੀਜ਼ਨ (1.2%) ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਹੈ; ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੇ ਘੁੰਮਣ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਦੁਆਰਾ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। |
| ਦੁਬਾਰਾ ਫਟਣਾ ਜਾਂ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋਣਾ                                                   | 1.4-5.4%       | ਟੈਂਡਨ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੁਬਾਰਾ ਫਟ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਫੈਲ ਸਕਦਾ ਹੈ।                                                                                                                                                               |
| ਪੋਸਟੀਰੀਅਰ ਇੰਟਰਨੋਸਸ ਨਰਵ (Posterior interosseous nerve) ਦੀ ਚੋਟ                 | 1.1-4.0%       | ਉਂਗਲਾਂ ਅਤੇ ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਨਰਵ ਦੀ ਚੋਟ ਦੁਰਲੱਭ ਹੈ ਪਰ ਗੰਭੀਰ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਉਂਗਲਾਂ/ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਪੈਰਾਲਿਸਿਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।                                                                            |
| ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ                                                                 | 0.6-5.4%       | ਕੁੱਲ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ 0.6% ਤੋਂ 5.4% ਤੱਕ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜੋ ਮੁੱਖ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਫਟਣ ਅਤੇ ਹੀਟਰੋਟੋਪਿਕ ਔਸਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।                                                                                       |
| ਸੰਕਰਮਣ                                                                       | 0.2-2.4%       | ਸਤਹੀ ਸੰਕਰਮਣ ਮੌਖਿਕ ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕਸ ਨਾਲ ਜਵਾਬ ਦਿੰਦੇ ਹਨ; ਡੂੰਘੇ ਸੰਕਰਮਣਾਂ ਵਿੱਚ ਕਈ ਵਾਰ ਧੋਣ (washouts) ਅਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ IV ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕਸ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਗੰਭੀਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮੁਰੰਮਤ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।                       |

| ਜਟਿਲਤਾ                                                                 | ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ  | ਨੋਟਸ                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਸਾਈਨੋਸਟੋਸਿਸ<br>(Radioulnar synostosis)                       | <b>0.1-2.8%</b> | ਦੋਵੇਂ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੇ ਘੁੰਮਣ ਵਿੱਚ ਗੰਭੀਰ ਰੁਕਾਵਟ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਲਈ ਹੱਡੀ ਦੇ ਪੁਲ (bony bridge) ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਦੁਆਰਾ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। |
| ਬ੍ਰੇਕੀਅਲ ਧਮਣੀ (Brachial artery) ਦੀ ਚੋਟ                                 | <b>0.1%</b>     | ਰਕਤ ਵਾਹਿਕਾ ਦੀ ਚੋਟ ਬਹੁਤ ਦੁਰਲੱਭ ਹੈ ਪਰ ਗੰਭੀਰ ਹੈ, ਜਿਸ ਲਈ ਰਕਤ ਵਾਹਿਕਾ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।                                                                                     |
| ਡ੍ਰਿਲ ਹੋਲ ਰਾਹੀਂ ਰੇਡੀਅਲ ਫ੍ਰੈਕਚਰ<br>(Radial fracture through drill hole) | <b>Rare</b>     | ਰੇਡੀਅਲ ਟਿਊਬਰੋਸਿਟੀ ਵਿੱਚ ਡ੍ਰਿਲ ਹੋਲ ਰਾਹੀਂ ਟੁੱਟਣਾ; ਮੌਜੂਦਾ ਕਾਰਟੀਕਲ ਬਟਨ ਤਕਨੀਕਾਂ ਨਾਲ ਇਹ ਦੁਰਲੱਭ ਹੈ।                                                                                      |
| ਮੀਡੀਅਨ, ਰੇਡੀਅਲ, ਜਾਂ ਅਲਨਰ ਨਰਵ ਦੀ ਚੋਟ                                    | <b>Rare</b>     | ਮੀਡੀਅਨ, ਰੇਡੀਅਲ, ਜਾਂ ਅਲਨਰ ਨਰਵਾਂ ਦੀ ਚੋਟ ਦੁਰਲੱਭ ਹੈ; ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਟ੍ਰੈਕਸ਼ਨ ਨਿਊਰਾਪ੍ਰੈਕਸੀਆ (traction neurapraxias) ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।                                                             |

ਮੈਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਹੀਰਪਾਲਾ ਨਾਲ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ, ਇਸਦੀ ਉਮੀਦਵਾਰ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਆਦ, ਅਤੇ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਗਏ ਜੋਖਮਾਂ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਹੈ।

ਰੋਗੀ — ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ

ਸਹੀ ਸਹੀ

ਤਾਰੀਖ