

ਟੈਨਿਸ ਇਲਬੋ ਰਿਲੀਜ਼

ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ: ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਟੈਂਡਨ ਉੱਥੇ ਡੀਜਨਰੇਟ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਲੈਟਰਲ ਐਪੀਕੋਡਾਈਲ (ਐਲਬੋ ਦੇ ਬਾਹਰੀ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਉੱਥਾਰ) ਨਾਲ ਜੁੜਦਾ ਹੈ। ਰਿਲੀਜ਼ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਨੁਕਸਾਨੀ ਹੋਈ ਟੈਂਡਨ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਹਟਾਉਂਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① ② ③ 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! 80 ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ — ਤੁਹਾਡੀ ਗਤੀ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਹਲਕੀਆਂ ਕੰਮਾਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਡੈਸਕ ਕੰਮ, ਡਰਾਈਵਿੰਗ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ	ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਮੈਨੁਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ	ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜਾ ਪਲੇਟੋ ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ
2-6 weeks	3-6 months	12 months
ਹਲਕੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਅਤੇ ਡੈਸਕ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 2 ਤੋਂ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।	ਮੈਨੁਅਲ ਕੰਮ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਤਾਕਤ 'ਤੇ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 3 ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।	ਅਧਿਕਤਮ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਸੁਧਾਰ ਅਤੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਹੱਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਿਉਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ

ਇਹ ਪੰਨਾ ਇਹ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜਨ (upper-limb surgeon) ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਸੀਂ ਆਪਣੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨਾਲ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਵਰਤਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ ਰਿਲੀਜ਼ (Tennis elbow release) ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਹੜੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਅਤੇ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਤਦ ਹੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਗੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨੇ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਇਆ ਹੁੰਦਾ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ 12 ਤੋਂ 18 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ 90% ਲੋਕ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲੱਛਣਾਂ ਤੋਂ ਮੁਕਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲੈਂਦੇ ਹਨ। ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਅੱਧਾ-ਜੀਵਨ ਕਾਲ (half-life) ਤਿੰਨ ਤੋਂ ਚਾਰ ਮਹੀਨੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਰਹਿਣ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਭਵਿੱਖਤਾ (prognosis) ਖਰਾਬ ਹੋਵੇਗੀ।

ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਸੰਭਾਲ (conservative care) ਅਸਫਲ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਛੋਟੇ ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਟ ਲਈ ਜੋ ਗੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਪਹੁੰਚਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ, ਸਰਜਰੀ ਲਗਭਗ 90% ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ ਦਰਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਦਰਦ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਹ ਵਰਤਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਸਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਲਾਭ

ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਕੁਦਰਤੀ ਇਤਿਹਾਸ (natural history) ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੁਹਾਡੇ ਖਾਸ ਲੱਛਣਾਂ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਪ੍ਰਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਢੁਕਵਾਂ ਮੰਨਿਆ ਜਾ ਸਕੇ, ਇਸ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਟੈਸਟਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਐਕਸ-ਰੇ ਜਾਂ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ ਕਰਨਗੇ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਰਾਤ ਨੂੰ ਅੱਧੀ ਰਾਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਖਾਣ-ਪੀਣ ਤੋਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰੋ। ਖੂਨ ਪਤਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਤੋਂ ਖਾਸ ਹਦਾਇਤਾਂ ਲਓ। ਘਰ ਵਾਪਸ ਲੈ ਜਾਣ ਅਤੇ ਪਹਿਲੀ ਰਾਤ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵਿਵਸਥਿਤ ਕਰੋ। ਆਪਣੀ ਮਿਲਣੀ ਲਈ ਢਿੱਲੇ ਅਤੇ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕਪੜੇ ਪਹਿਨੋ। ਮੌਜੂਦਾ ਸਾਰੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸਪਲੀਮੈਂਟਸ ਦੀ ਪੂਰੀ ਸੂਚੀ ਲੈ ਕੇ ਆਓ। ਇਹ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਉੱਪਰ ਇੱਕ ਇੱਕ ਕਟਾਅ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਰੱਖਣ ਲਈ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਰ ਕਦਮ 'ਤੇ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰਾਂਗੇ।

ਦਿਨ ਤੇ

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਐਨਾਥੈਟਿਕ (ਸਮੁੱਚੀ 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 ਦਿਨ ਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਹਾਲਤਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਐਡਮਿਸ਼ਨ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਪਹੁੰਚੋਗੇ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਐਨਾਥੈਟਿਸਟ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰੋਗੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਇੱਕ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ (open approach) ਰਾਹੀਂ, ਆਪਰੇਟਿਵ ਸਾਈਟ (ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ) ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਰਵਾਇਤੀ ਕਟਾਅ (incision) ਨਾਲ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਫਿਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਜਾਵੋਗੇ। ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ (ਬਹਾਲੀ) ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ। ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੀ ਐਨਾਥੈਟਿਕ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਹਾਲੀ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੀ ਨੇੜਿਓਂ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੇਗੀ।

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰੀ ਹਿੱਸੇ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਕੱਟ (incision) ਰਾਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਤਰੀਕਾ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਟੈਂਡਨ ਤੱਕ ਸਿੱਧੇ ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਬਿਨਾਂ ਕਈ ਛੋਟੇ ਕੀਹੋਲ ਕੱਟਾਂ ਜਾਂ ਕੈਮਰਿਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਦੇ।

ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਕਾਰਪੀ ਰੇਡੀਅਲਿਸ ਬ੍ਰੀਵਿਸ (extensor carpi radialis brevis) ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਉਹ ਟਿਸ਼ੂ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਰਦ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਸਟੀਕ ਯੰਤਰਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋਏ, ਸਰਜਨ ਇਸ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਜੁੜਨ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਖਰਾਬ ਹੋਈ ਹੋਈ ਭਾਗ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਨ ਹੇਠਲੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਸਤਹ, ਜਿਸਨੂੰ ਲੈਟਰਲ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲ (lateral epicondyle) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਅਤੇ ਤਿਆਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਸਿਹਤਮੰਦ ਭਰਪਾਈ (healing) ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਤਸਾਹਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਉੱਤੇ ਤਣਾਅ ਘਟਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਤੇਜਨਾ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਨੁਕਸਾਨੀ ਹੋਈ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਤਿਆਰ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਸਿਫ਼ਤਾਂ (sutures) ਜਾਂ ਸਟੈਪਲਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਕੱਟ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਸਾਈਟ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਸਟੇਰਾਈਲ ਡਰੈਸਿੰਗ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਪੂਰੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਹਣੀ ਵਿੱਚ ਬਣਾਤਮਕ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਸੁਧਾਰਨ, ਦਰਦ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਅਤੇ ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨ 'ਤੇ ਕੇਂਦਰਿਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਬਾਹ ਨੂੰ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਇੱਕ ਮੁਲਾਇਮ ਪੱਟੀ ਨਾਲ ਜਾਗੋਗੇ। ਅਸੀਂ ਮਾਮੂਲੀ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਦਿਨ ਦਾ ਕੇਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸਲਈ ਤੁਸੀਂ ਉਹੀ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਮਰੀਜ਼ ਰਾਤ ਰੁਕਦੇ ਹਨ। ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਸਰਜੀ ਨੂੰ ਇੱਕ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਨਾਲ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਰਜੀ ਸਥਾਨ ਦੇ ਉੱਪਰ ਇੱਕ ਰਵਾਇਤੀ ਕੱਟ (incision) ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੋ ਤੋਂ ਤਿੰਨ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਕਰਨ ਵਾਪਸ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਦਰਦ ਇੰਨਾ ਘੱਟ ਜਾਵੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਵੀਹਲ ਨੂੰ ਫੜ ਸਕੋ ਅਤੇ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਕਰ ਸਕੋ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਹ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਤਦੋਂ ਤੱਕ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਨਾ ਕਰੋ। [ਅਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਦੇਖੋ।](#)

ਬਰਾਮਦਗੀ

ਤੁਸੀਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਸੋਜ ਅਤੇ ਸਖ਼ਤੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰੋਗੇ। ਇਹ ਸਧਾਰਨ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਸਧਾਰਨ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਅਸੁਵਿਧਾ ਨੂੰ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਕੱਟ ਦੇ ਸਥਾਨ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਭਾਰੀ ਜਾਂ ਨਾਜ਼ੁਕ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸੋਜ ਘਟਣ ਨਾਲ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਦੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਹੋਣ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਸੰਭਵ ਹੋਣ 'ਤੇ ਇਸ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਉੱਚਾ ਰੱਖਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ।

ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਸਥਾਨ 'ਤੇ ਇੱਕ ਨਰਮ ਪੱਟੀ ਹੋਵੇਗੀ, ਪਹਿਲੇ ਇੱਕ ਹਫ਼ਤੇ ਲਈ ਆਰਾਮ ਲਈ ਇੱਕ ਸਲਿੰਗ; ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਕਸਟ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਅਚਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ। ਅਸੀਂ ਸਲਾਹ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਸਮੇਂ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਕਰੋ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਦੋ ਤੋਂ ਤਿੰਨ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਇੰਨਾ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਵੀਹਲ ਨੂੰ ਫੜ ਸਕੋ ਅਤੇ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਕਰ ਸਕੋ। ਵਧੇਰੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ, [ਉੱਪਰਲੇ-ਅੰਗ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਦੇਖੋ।](#)

ਤੁਹਾਡੀ ਪੁਨਰਸਥਾਪਨਾ ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੱਥ ਦੀ ਥੈਰੇਪੀ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਨਾਲ ਇਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿੱਚ ਹੈ। ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗਤੀ ਦੀ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਪੁਨਰਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਹਲਕੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਸਿਖਾਵੇਗੀ। ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਹਲਕੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰੋਗੇ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਨਰਮ ਵਸਤੂਆਂ ਨੂੰ ਫੜਨਾ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਗਤੀ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਤਾਕਤ ਵਧਾਉਂਦੇ ਜਾਵੋਗੇ। ਅਸੀਂ ਪੂਰੀ ਬਰਾਮਦਗੀ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਉੱਪਰਲੇ ਭਾਗਾਂ 'ਤੇ ਧਿਆਨ ਕੇਂਦਰਿਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ-ਸਾਰਣੀ ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physio) ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਕਰਨਗੇ। ਅਸੀਂ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਨੂੰ ਨੇੜਿਓਂ ਨਿਰੀਖਣ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਰਹੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਜਾਣੋਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਬਿਹਤਰ ਹੋ ਰਹੇ ਹੋ ਜਦੋਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਆਸਾਨ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਦਰਦ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜੇ ਲਈ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ 'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਸਾਡੀ ਸਲਾਹ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ।

ਕੀ ਗਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਚੰਗੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਟੀਮ ਕੋਈ ਵੀ ਮੁਸ਼ਕਲ ਜਲਦੀ ਪਛਾਣਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਨੇੜਿਓਂ ਨਿਰੀਖਣ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਲਗਾਤਾਰ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਹੋਣਾ ਸੰਭਵ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਧਿਆਨ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰੀ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਦਰਦ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਜਾਂ ਇਹ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਸੀ ਕਿ ਇਹ ਠੀਕ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਹ ਕੁਝ ਚੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਫੜਨ 'ਤੇ ਭਾਰੀ ਦਰਦ ਜਾਂ ਤਿੱਖੇ ਦਰਦ ਵਾਂਗ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਸੰਕਰਮਣ ਦਾ ਖਤਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਘਾਅ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਲਾਲੀ ਫੈਲਦੀ ਹੋਈ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਉਸ ਥਾਂ ਨੂੰ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਗਰਮ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਲੱਗ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਅਤਿ-ਆਵਾਜ਼ਾਈ ਵਿਭਾਗ (emergency department) ਜਾਓ।

ਤੁਹਾਡੀ ਗਤੀ ਦੀ ਸੀਮਾ ਵਿੱਚ ਹਲਕੀ ਰੁਕਾਵਟ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਆਪਣੀ ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧਾ ਜਾਂ ਮੋੜਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਬਾਰ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ 'ਤੇ ਇੱਕ ਤਣਾਅ ਜਾਂ ਭੌਤਿਕ ਰੁਕਾਵਟ ਵਾਂਗ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ 'ਤੇ ਜ਼ਿਕਰ ਕਰੋ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਢਾਲ ਸਕੀਏ।

ਹੈਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸੀਫਿਕੇਸ਼ਨ (Heterotopic ossification) ਇੱਕ ਦੁਰਲੱਭ ਸਥਿਤੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਬਣਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਨੇੜੇ ਚਮੜੀ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਇੱਕ ਸਖ਼ਤ ਗੁੱਛਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਨਾਲ ਗਤੀ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਅਸੁਵਿਧਾ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਕੋਈ ਵੀ ਨਵਾਂ ਗੁੱਛਾ ਜਾਂ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਬਦਲਾਅ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰੋ।

ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਿੰਨ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਲੈਣ ਨਾਲ ਇਸ ਖਤਰੇ ਨੂੰ ਵਧਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਈ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਲਏ ਹਨ, ਤਾਂ ਧਿਆਨ ਰੱਖੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਆਪਣੀ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਦੌਰਾਨ ਇਸ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਚਰਚਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦੀ ਸਾਰਣੀ (complications table) ਵਿੱਚ ਆਮ ਦਰਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹਨ।

ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ, ਘਾਵ ਦੀ ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਡਿਸਚਾਰਜ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ, ਅਚਾਨਕ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ, ਪਿੰਜਰੀ ਦਾ ਸੋਜ ਜਾਂ ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼, ਸੰਵੇਦਨਾ ਦਾ ਖਤਮ ਹੋਣਾ, ਜਾਂ ਅੰਗ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਜੇ ਇਹ ਲੱਛਣ ਗੰਭੀਰ ਹਨ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਅਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸਹੀ ਰਹੇ। ਆਪਣੀ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਨ ਅਤੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਲਈ ਸਹੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਡੀ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਤੁਰੰਤ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਟੈਨਿਸ ਇਲਬੋ ਰਿਲੀਜ਼

ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਾਹਿਤ ਤੋਂ ਜਟਿਲਤਾ ਦਰਾਂ

80 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
ਫੜਨ ਅਤੇ ਚੁੰਬਣ (pinch) ਦੀ ਤਾਕਤ ਵਿੱਚ ਕਮੀ	10-20%	ਪਹਿਲੇ 3-6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਫੜਨ ਦੀ ਅਸਥਾਈ ਕਮੀ ਆਮ ਹੈ; ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
ਸਾਈਨੋਵੀਅਲ ਫਿਸਟੂਲਾ	8.0-11.1%	ਇਹ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਉਤਪਤੀ ਅਤੇ ਜੋੜ ਝੋਲੀ ਦੀ ਅਤਿਰਿਕਤ ਡਿਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਸਖ਼ਤੀ ਜਾਂ ਗਤੀ ਦੀ ਸੀਮਾ ਵਿੱਚ ਕਮੀ	6.4%	ਜੇਕਰ ਬਹੁਤ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਇਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਖ਼ਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ; 2-3 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹੱਥ ਥੈਰੇਪੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।
ਹੀਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ	4.8%	ਆਰਥੋਸਕੋਪਿਕ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਿਸਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਕੇਸ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਵਿੱਚ 4.8% ਤੋਂ 100% ਤੱਕ ਹਨ।
ਪੋਸਟਰੋਲੈਟਰਲ ਕੋਹਣੀ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ	3.7-13.9%	ਰੇਡੀਅਲ ਸਿਰ ਦੇ ਮੱਧ-ਰੇਖਾ ਤੋਂ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਅਤਿਰਿਕਤ ਡਿਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ ਨਾਲ ਲੈਟਰਲ ਯੂਨਰ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਪੋਸਟਰੋਲੈਟਰਲ ਰੋਟੇਟਰੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਰੀਕਨਸਟ੍ਰਕਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਅਧੂਰੀ ਦਰਦ ਸ਼ਾਂਤੀ ਜਾਂ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣ	3-15%	ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ 3-15% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਫੇਅਰ ਤੋਂ ਖਰਾਬ ਨਤੀਜੇ ਆਉਂਦੇ ਹਨ; ਕਾਰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਗਲਤ ਨਿਦਾਨ, ਅਪਰਾਪਤ ਡਿਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ, ਸਕਾਰ ਟਿਸ਼ੂ, ਜਾਂ ਅਯਥਾਰਥਕ ਉਮੀਦਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।
ਰੀਵੀਜ਼ਨ ਜਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ	1.5-3.9%	ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਦਰਦ, ਅਪਰਾਪਤ ਡਿਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ, ਦੁਹਰਾਈ ਗਈ ਟੈਂਡੀਨੋਸਿਸ, ਜਾਂ ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਹੋਣ ਕਾਰਨ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ 5.9-6.4% ਨੂੰ ਰੀਵੀਜ਼ਨ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।
ਘਾਵ ਦੀਆਂ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ	0.57%	ਸੰਕਰਮਣ, ਡਿਹਿਸਿਸੈਂਸ, ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਭਰਨਾ, ਹਾਈਪਰਟ੍ਰੋਫਿਕ ਸਕਾਰਿੰਗ, ਅਤੇ ਸੇਰੋਮਾ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ; ਸਤਹੀ ਸੰਕਰਮਣਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕਸ ਨਾਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਸੁਪਰਫਿਸ਼ੀਅਲ ਰੇਡੀਅਲ ਨਰਵ ਇਨਜ਼ਰੀ	0.36%	ਸੁਪਰਫਿਸ਼ੀਅਲ ਸੈਂਸਰੀ ਬ੍ਰਾਂਚ ਸਰਜੀਕਲ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਸਥਿਤ ਹੈ; ਇਨਜ਼ਰੀ ਨਾਲ ਰੇਡੀਅਲ ਬਾਹ ਅਤੇ ਹੱਥ 'ਤੇ ਸੁੰਨਤਾ, ਦਰਦਨਾਕ ਨਿਊਰੋਮਾ, ਜਾਂ ਹਾਈਪਰਸੈਂਸੀਟੀਵਿਟੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਖੂਨ ਵਹਿਣਾ ਜਾਂ ਹੀਮਾਟੋਮਾ	0.19%	ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਖੂਨ ਵਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨਿਰੀਖਣ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਪਰ ਵੱਡੇ ਹੀਮਾਟੋਮਾ ਨੂੰ ਡ੍ਰੇਨੇਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜਟਿਲਤਾ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਪੋਸਟੀਰੀਅਰ ਇੰਟਰੋਸੀਅਸ ਨਰਵ ਇਨਜ਼ਰੀ	Rare	ਲੈਟਰਲ ਐਪੀਕੋਡਾਈਲ ਦੇ ਨੇੜੇ ਓਪਨ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੌਰਾਨ ਜੋਖਮ; ਸਥਾਈ ਇਨਜ਼ਰੀ ਦੁਰਲੱਭ ਹੈ।
ਘੱਟ-ਗੁੰਡ ਸੰਕਰਮਣ	Rare	ਕਟੀਬੈਕਟੀਰੀਅਮ ਐਕਨੀਸ ਵਰਗੇ ਧੀਮੇ ਸੰਕਰਮਣ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਧੀਮੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਸਕਦੇ 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