

PIP ਜੋੜ ਦੀ ਅਦਲਾ-ਬਦਲੀ

PIP ਜੋੜ ਉਂਗਲੀਆਂ ਦੇ ਤਿੰਨ ਜੋੜਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸਦੀ ਜਗ੍ਹਾ 'ਤੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਲਗਾ ਕੇ ਜੋੜ ਦੀ ਸਤਹ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਇਸਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜੋੜ ਕੇ ਸਖ਼ਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ 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, ਹੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ	ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਮੈਨੂਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ	ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜਾ ਪਲੇਟੋ ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ
8 weeks	12 months	12 months
ਮਰੀਜ਼ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ PIP ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 8 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਮੱਧਿਕਾ (median) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੇ ਹਨ।	ਇੱਕ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਗਤੀ ਪੁਨਰਵਾਸਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਧੀਨ ਆਕੂਪੇਸ਼ਨਲ ਥੈਰੇਪੀ ਬਿਹਤਰ ਗਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਾਰ੍ਹਾਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਸਮਾਂ ਸੀਮਾ ਦੌਰਾਨ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।	ਮਰੀਜ਼-ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ 'ਤੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਬਾਕੀ ਬਚੀ ਹੋਈ ਹਲਕੀ ਦਰਦ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਿਉਂ ਕੀਤੀ ਗਈ

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। ਅਸੀਂ ਉਦੋਂ ਪ੍ਰਾਕਸੀਮਲ ਇੰਟਰਫੈਲੈਂਜੀਅਲ ਜੋੜ (proximal interphalangeal joint) ਦੀ ਤਬਦੀਲੀ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਘਸਾਅ-ਪੁਰਜ਼ਾ ਅਰਥਰਾਈਟਿਸ (wear-and-tear arthritis) ਨਾਲ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸਖ਼ਤੀ ਹੋਵੇ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨੂੰ ਸੀਮਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਨਰਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ (GP) ਜਾਂ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਦੁਆਰਾ ਸਾਡੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹੋ। ਕਲੀਨਿਕ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਨਿਦਾਨ ਨੂੰ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ ਅਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਗੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਉਦੋਂ ਸਰਜਰੀ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਇਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।

ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਨੁਕਸਾਨਗ੍ਰਸਤ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤਹਾਂ ਨੂੰ ਗਤੀ ਅਤੇ ਸਥਿਰਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਇੰਪਲਾਂਟ ਨਾਲ ਬਦਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਡੀਜਨਰੇਟਿਵ ਜਾਂ ਪੋਸਟ-ਟਰੌਮੈਟਿਕ ਅਰਥਰਾਈਟਿਸ ਲਈ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਇੱਕਲੇ ਰਵਾਇਤੀ ਕਟ (incision) ਰਾਹੀਂ ਇੱਕ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਵਜੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਮੁੱਖ ਫਾਇਦਾ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਦਰਦ ਦੀ ਰਾਹਤ ਅਤੇ ਬਿਹਤਰ ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ ਹੈ। ਪਾਈਰੋਕਾਰਬਨ ਇੰਪਲਾਂਟ

(pyrocarbon implant) ਨਾਲ ਲਗਭਗ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ 5 ਵਿੱਚੋਂ 1 ਤਬਦੀਲੀ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ (revision surgery) ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਲਗਭਗ 3 ਵਿੱਚੋਂ 1 ਨੂੰ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਆਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਕਰਵਾਉਣੇ ਪੈ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਇੱਕ ਸਾਂਝੇ ਫੈਸਲੇ (shared decision) ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਇਹਨਾਂ ਅੰਕੜਿਆਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਹੋਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟ ਅਤੇ ਇੱਕ ਐਨੈਸਥੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਜੋੜ ਨੂੰ ਮੈਪ ਕਰਨ ਲਈ ਐਕਸ-ਰੇ ਜਾਂ MRI ਦਾ ਆਦੇਸ਼ ਵੀ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਭੁੱਖੇ ਰਹਿਣਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਕੁਝ ਦਵਾਈਆਂ ਬੰਦ ਕਰਨੀਆਂ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਪੂਰੀ ਸੂਚੀ ਲਿਆਓ। ਦਿਨ ਦੇ ਦਿਨ ਆਰਾਮਦਾਇਕ, ਵਿੱਲੇ ਕੱਪੜੇ ਪਹਿਨੋ। ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਜੋੜ 'ਤੇ ਇੱਕ ਇਕੱਲੀ ਕਟਾਈ ਹੋਵੇਗੀ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਰ ਲੈ ਜਾਣ ਲਈ ਕੀਸੀ ਨੂੰ ਡਰਾਈਵ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਐਨੈਸਥੈਟਿਕ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨਹੀਂ ਚਲਾ ਸਕਦੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਰੋਕਣੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਖਾਣਾ ਜਾਂ ਪੀਣਾ ਕਦੋਂ ਬੰਦ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਦਿਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

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

ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਪਹੁੰਚੋਗੇ ਅਤੇ ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਥੀਏਟਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਮਿਲੋਗੇ। ਅਸੀਂ ਓਪਰੇਟਿਵ ਸਾਈਟ (ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ) ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਰਵਾਇਤੀ ਇੰਸੀਜ਼ਨ (ਕੱਟ) ਨਾਲ ਓਪਨ ਐਪਰੋਚ (ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਤਰੀਕਾ) ਵਰਤਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਨਾਲ ਅਸੀਂ ਜੋੜ (ਜੋਆਂਟ) ਤੱਕ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ ਤੇ ਪਹੁੰਚ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਪ੍ਰੋਸੀਜ਼ਰ (ਕਾਰਵਾਈ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ (ਬਹਾਲੀ) ਵਾਲੇ ਕਮਰੇ ਵਿੱਚ ਜਾਵੋਗੇ। ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੀ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੇਗੀ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਐਨਾਥੈਟਿਕ ਦਾ ਅਸਰ ਖਤਮ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੁਝ ਦਰਦ ਜਾਂ ਸੋਜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਅਸੀਂ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਔਸਤਨ 8 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ ਕੰਮ ਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਘਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਰਿਕਵਰੀ ਦੇ ਕਦਮਾਂ ਬਾਰੇ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੇਵਾਂਗੇ।

ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲੀ ਦੇ ਜੋੜ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਜਾਂ ਪਾਸੇ ਇੱਕ ਇੱਕ ਕੱਟ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਵਾਲੇ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚਣ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਨ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤਹਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਲਈ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਨੂੰ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਹਟਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਅੰਦਰ, ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਪੁਰਾਣੇ ਅਤੇ ਘਸੇ ਹੋਏ ਸਿਰੇ ਹਟਾ ਦਿੱਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਫਿਰ ਇਹਨਾਂ ਸਤਹਾਂ ਦੀ ਜਗ੍ਹਾ ਲੈਣ ਲਈ ਇੱਕ ਨਵਾਂ ਇਮਪਲਾਂਟ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇਮਪਲਾਂਟ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲੀ ਵਿੱਚ ਗਤੀ ਅਤੇ ਸਥਿਰਤਾ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਜਾਂ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਨੂੰ ਵੀ ਸੰਤੁਲਨ ਅਤੇ ਗਤੀ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਐਡਜਸਟ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਨਵੇਂ ਹਿੱਸੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਕੱਟ ਨੂੰ ਸਿਲਾਈ ਜਾਂ ਸਟੈਪਲਾਂ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਲਾਜ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ 'ਤੇ ਇਸ ਖੇਤਰ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਡਰੈਸਿੰਗ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਦਰਦ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲੀ ਦੀ ਗਤੀ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਡਰੈਸਿੰਗ ਅਤੇ ਸਪਲਿੰਟ ਦੇ ਨਾਲ ਜਾਗੋਗੇ। ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਰਾਤ ਰੁਕਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਰੱਖਣ ਲਈ ਮਾਨਕ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨਗੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਪਹੁੰਚ ਲਈ ਆਪਰੇਟਿਵ ਸਾਈਟ ਦੇ ਉੱਪਰ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਇੰਸੀਜ਼ਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਭਰਤੀ ਹੋਣ ਤੱਕ ਡਰੈਸਿੰਗ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਅਤੇ ਸੁੱਕਾ ਰੱਖੋ। ਤੁਸੀਂ ਉਂਗਲੀ ਦੇ ਸਪਲਿੰਟ ਨੂੰ ਪਹਿਨਦੇ ਹੋਏ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾ ਸਕਦੇ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਵੀਲ 'ਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਫੜਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ। ਕਿੰਨੀ ਜਲਦੀ ਤੁਸੀਂ ਸਪਲਿੰਟ ਹਟਾਉਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਮਿਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ [ਅਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ](#) ਦੇਖੋ।

ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਅਤੇ ਜਕੜਨ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰੋਗੇ। ਇਹ ਸਧਾਰਨ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਸੁਵਿਧਾ ਨੂੰ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰੇਗਾ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦਰਦ ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਸੋਜ ਘਟਣ ਨਾਲ ਘੱਟ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੀ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲਤਾ (tenderness) ਸੀ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ 3 ਮਹੀਨੇ ਤੱਕ ਹਲਕੀ ਖਿੱਚ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਉਮੀਦ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਜੋੜ ਦੇ ਉੱਪਰ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਕੱਟ (incision) ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਖੇਤਰ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਸਪਲਿੰਟ ਪਹਿਨੋਗੇ। ਜੇਕਰ ਸਪਲਿੰਟ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਵੀਲ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਫੜਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਪਹਿਨੇ ਦੌਰਾਨ ਗੱਡੀ ਨਾ ਚਲਾਓ। ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਸਪਲਿੰਟ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਵਧੇਰੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ ਸਾਡੀ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਿਕਾ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗਾਂ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ](#) ਦੇਖੋ।

ਹੱਥ ਦੀ ਥੈਰੇਪੀ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵਰਕਾਊਜ਼ ਦੀ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਲਈ Extend Rehabilitation ਵਿੱਚ Ruby Doolan ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਲਚਕਦਾਰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਜਲਦੀ ਹੀ ਹਲਕੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋਗੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਅੱਗੇ ਵਧਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ। ਤੁਸੀਂ ਮੁਰੰਮਤ (repair) 'ਤੇ ਤਣਾਅ ਪਾਏ ਬਿਨਾਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਇਹ ਸਿੱਖੋਗੇ।

ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵੱਖਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ-ਸਾਰਣੀ (timeline) ਹੋਰਾਂ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physio) ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰਨਗੇ। ਅਸੀਂ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਨੂੰ ਪੁਨਰਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨ 'ਤੇ ਧਿਆਨ ਕੇਂਦਰਿਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਰੂਟੀਨ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਸਕੋ। ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ 'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਟੀਮ ਦੀ ਸਲਾਹ ਨੂੰ ਖੂਬ ਸਤਿਕਾਰ ਨਾਲ ਪਾਲੋ।

ਕੀ ਗਲਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ 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 ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਪਛਾਣਿਆ ਜਾ ਸਕੇ।

ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ (ਸੰਕਰਮਣ) ਇਮਪਲਾਂਟ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ ਹੋਣਾ ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਤੁਸੀਂ ਘਾਅ ਤੋਂ ਫੈਲਦੀ ਲਾਲੀ, ਵਧੀ ਹੋਈ ਗਰਮੀ, ਜਾਂ ਕੱਟ ਤੋਂ ਪੁੱਜ (pus) ਨਿਕਲਦੇ ਹੋਏ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਡੂੰਘੀ ਅਤੇ ਧੜਕਦੀ ਦਰਦ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੋ ਆਮ ਦਰਦ ਨਸ਼ਾਵਕ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਦੇਖਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਨਿਯਮਿਤ ਜਾਂਚ ਲਈ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਨਾ ਕਰੋ।

ਟੈਂਡਨ ਜਾਂ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਮਕੈਨਿਜ਼ਮ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਮਕੈਨਿਜ਼ਮ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਮੌਜੂਦ ਟੈਂਡਨਾਂ ਅਤੇ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇੱਥੇ ਕਾਰਜ ਵਿੱਚ ਖਰਾਬੀ ਦੂਜੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਦਾ ਇੱਕ ਆਮ ਕਾਰਨ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਅਚਾਨਕ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਸਮੇਂ ਕਲਿੱਕ, ਰਗੜ ਜਾਂ ਫਸਣ ਦੀ ਅਹਿਸਾਸ ਵੀ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਗੁਆ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਵਾਧੂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਇਮਪਲਾਂਟ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬਦਲਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਨੋਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲ ਉਮੀਦ ਅਨੁਸਾਰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਚੱਲ ਨਹੀਂ ਰਹੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਦਰਦ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਪਸ ਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਰੁਕ ਗਈ ਹੈ ਜਾਂ ਖਰਾਬ ਹੋਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਗਲੀ ਮਿਲਣੀ 'ਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰੋ। ਅਸੀਂ ਇਹ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਕੀ ਹੋਰ ਦਖਲ ਅੰਦਾਜ਼ੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਆਮ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੇ ਨੋਟਸ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾਣ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਭਗ 8 ਹਫ਼ਤੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹੱਥਾਂ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਤੁਸੀਂ ਸਖ਼ਤੀ ਜਾਂ ਥਕਾਵਟ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਤੀਬਰ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਸੋਜ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸਨੂੰ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਨਾ ਕਰੋ। ਹੱਥ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦਿਓ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਲਓ।

ਇਸ ਸਫ਼ੇ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦੀ ਸਾਰਣੀ ਵਿੱਚ ਆਮ ਦਰਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਕਦੋਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ, ਵਧਦੀ ਹੋਈ ਘਾ ਦੀ ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਸਰਸਰਾਹਟ, ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿੰਜਣੀ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਅਤਿ-ਆਵਾਜ਼ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਤਾ ਆਵੇ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਚਲਾਉਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋਵੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਤੁਰੰਤ ਜਾਂਚ ਕਰਨੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸਹੀ ਰਹੇ।

PIP ਜੋੜ ਦੀ ਅਦਲਾ-ਬਦਲੀ

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
ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਲੈਗ (Extensor lag)	67.1%	ਉਂਗਲੀ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਫੈਲਾਉਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥਾ 20% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਗੰਭੀਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਮੁੜ-ਨਿਰਮਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਹੱਡੀ ਦਾ ਖਰਾਬ ਹੋਣਾ (Bone erosion)	60%	ਇਮਪਲਾਂਟ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਰੇਡੀਓਗ੍ਰਾਫਿਕ ਹੱਡੀ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ ਲਗਭਗ 60% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਇਹ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਪਰ ਪ੍ਰਗਤੀਸ਼ੀਲ ਖਰਾਬ ਹੋਣਾ ਇਮਪਲਾਂਟ ਦੇ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣ ਜਾਂ ਟੁੱਟਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ।
ਉਂਗਲੀ ਦਾ ਵਿਗਾੜ (Finger deformity)	28%	ਦੁਬਾਰਾ ਕੋਈ ਵਿਗਾੜ 28% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਮੌਜੂਦ ਵਿਗਾੜ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਕਰਨਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਜੋੜ ਦੀ ਅਸੰਗਤੀ (Joint incongruity)	20%	ਰੇਡੀਓਗ੍ਰਾਫਿਕ ਗਲਤ ਸੰਰੇਖਣ 20% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਇਹ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਪਰ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਅਸੰਗਤੀ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲੀ ਜਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਦਰਦ (Persistent or recurrent pain)	11-81%	ਇਮਪਲਾਂਟ ਦੇ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣ, ਹੱਡੀ ਦਾ ਘੁਲਣਾ, ਅਸਥਿਰਤਾ, ਜਾਂ ਅਯਥਾਰਥਕ ਉਮੀਦਾਂ ਕਾਰਨ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ 13-20% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲੀ ਦਰਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਰਿਵੀਜ਼ਨ ਸਰਜਰੀ (Revision surgery)	11-25%	ਇਮਪਲਾਂਟ ਦਾ ਰਿਵੀਜ਼ਨ ਜਾਂ ਹਟਾਉਣਾ 3.3-20% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਵਿਕਲਪਾਂ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ, ਫਿਊਜ਼ਨ, ਜਾਂ ਇਮਪਲਾਂਟ ਹਟਾਉਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।
ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦਰ (Reoperation rate)	10-18%	ਅਣਯੋਜਿਤ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਸਖ਼ਤੀ, ਦਰਦ, ਅਸਥਿਰਤਾ, ਅਤੇ ਲੱਛਣਵਾਨ ਇਮਪਲਾਂਟ ਟੁੱਟਣ ਕਾਰਨ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ 14-20% ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਜੋੜ ਦੀ ਸਖ਼ਤੀ (Joint stiffness)	9-35%	ਦਖਲ-ਅੰਦਾਜ਼ੀ ਦੀ ਲੋੜ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਸਖ਼ਤੀ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ 29% ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗਤੀ ਦਾ ਔਸਤ ਆਰਕ 40-60 ਡਿਗਰੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਇਮਪਲਾਂਟ ਦਾ ਡੁੱਬਣਾ (Implant subsidence)	8%	ਇਮਪਲਾਂਟ ਦਾ ਪ੍ਰਗਤੀਸ਼ੀਲ ਡੁੱਬਣਾ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ 8% ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਰਿਵੀਜ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜਟਿਲਤਾ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਟੈਂਡਨ ਅਸੰਤੁਲਨ ਜਾਂ ਸਵੈਨ-ਨੈੱਕ ਵਿਗਾੜ (Tendon imbalance or swan-neck deformity)	4.8-10%	ਗਲਤ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਸੰਤੁਲਨ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਲੈਗ, ਫਲੈਕਸ਼ਨ ਕੰਟਰੋਲਰ, ਜਾਂ ਸਵੈਨ-ਨੈੱਕ ਵਿਗਾੜ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਰਿਵੀਜ਼ਨ ਜਾਂ ਟੈਂਡਨ ਮੁੜ-ਨਿਰਮਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਡਿਜੀਟਲ ਨਰਵ ਇਨਜ਼ਰੀ (Digital nerve injury)	4-38%	ਨਰਵ ਇਨਜ਼ਰੀ ਸੁੰਨਤਾ ਜਾਂ ਬਦਲੀ ਹੋਈ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਇਨਜ਼ਰੀਆਂ ਅਸਥਾਈ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ 3-6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।
ਹੀਟਰੋਟੋਪਿਕ ਔਸਟੀਓਕਲੇਸ਼ਨ (Heterotopic ossification)	4-12%	ਇਮਪਲਾਂਟ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਹੱਡੀ ਦਾ ਅਸਧਾਰਨ ਨਿਰਮਾਣ 4-45% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਪਰ ਇਹ ਸਖ਼ਤੀ ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ (Dislocation or instability)	2-12%	ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ 5.7-9.3% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸਦਾ ਜੋਖਮ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਅਪਰਾਪਤ ਸੰਤੁਲਨ ਜਾਂ ਗਲਤ ਆਕਾਰ ਕਾਰਨ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਪਾਸੇ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ (Lateral instability)	2-12%	ਕੋਰੋਨਲ ਪਲੇਨ ਅਸਥਿਰਤਾ 2-3% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਅਸਥਿਰਤਾ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਮੁੜ-ਨਿਰਮਾਣ ਜਾਂ ਰਿਵੀਜ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਇਮਪਲਾਂਟ ਦਾ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣਾ (Implant loosening)	2-22%	ਕੰਪੋਨੈਂਟ ਦਾ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣਾ ਅਸਫਲਤਾ ਦਾ ਇੱਕ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਕਾਰਨ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਪੁਰਾਣੇ ਇਮਪਲਾਂਟ ਡਿਜ਼ਾਈਨਾਂ ਵਿੱਚ।
ਇਮਪਲਾਂਟ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ (Implant fracture)	1-9%	ਸਿਲੀਕੋਨ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਛੋਟੀ ਮਿਆਦ ਦੇ ਫਾਲੋ-ਅਪ 'ਤੇ 9% ਤੋਂ ਲੰਬੀ ਮਿਆਦ ਦੇ ਫਾਲੋ-ਅਪ 'ਤੇ 30% ਤੱਕ; ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਟੁੱਟਣੇ ਫਾਈਬਰਸ ਐਂਕ੍ਰਿਪਸ਼ਨ ਕਾਰਨ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
ਸੰਕਰਮਣ (Infection)	1-4%	ਡੂੰਘਾ ਸੰਕਰਮਣ 0-5.3% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਡੂੰਘੇ ਸੰਕਰਮਣਾਂ ਵਿੱਚ ਇਮਪਲਾਂਟ ਹਟਾਉਣ, ਵਾਸ਼ਆਉਟਸ, ਅਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕਸ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਪੇਰੀਪ੍ਰੋਸਥੈਟਿਕ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (Periprosthetic fracture)	1-9%	ਇਮਪਲਾਂਟ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਲਈ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਰਿਵੀਜ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਸਿਲੀਕੋਨ ਸਾਈਨੋਵਾਈਟਿਸ (Silicone synovitis)	Rare	ਸਿਲੀਕੋਨ ਦੇ ਪਹਿਨਣ ਵਾਲੇ ਕਣਾਂ ਪ੍ਰਤੀ ਸੋਜਸ਼ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ; ਇਸ ਵਿੱਚ ਇਮਪਲਾਂਟ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਘਾਅ ਦੇ ਭਰਨ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ (Wound healing problems)	Rare	ਮਾੜੀ ਚਮੜੀ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ, ਵੈਸਕੁਲਰ ਬਿਮਾਰੀ, ਜਾਂ ਸਿਗਰਤ ਪੀਣ ਕਾਰਨ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ।

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