

ਡੀਆਰਯੂਜੀ ਹੇਮੀਰੈਸੈਕਸ਼ਨ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ

ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਯੂਲਨਾਰ ਜੋੜਾ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਘੁੰਮਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਹੱਥ ਦਾ ਤਲਵਾ ਉੱਪਰ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਘੁੰਮਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਚਾਹ ਦੀ ਕੁਲਹੜੀ ਵਿੱਚੋਂ ਪਾਣੀ ਢਾਲਣ ਵੇਲੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਹੇਮੀਰੈਸੈਕਸ਼ਨ ਇੱਕ ਦਰਦਨਾਕ ਅਤੇ ਖਰਾਬ ਹੋਏ ਜੋੜੇ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ ਉਸ ਘੁੰਮਾਓ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਦਾ 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।

ਇਹ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ **ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਯੂਲਨਾਰ ਜੋੜ (DRUJ) ਦੇ ਹੇਮੀਰੈਸੈਕਸ਼ਨ-ਇੰਟਰਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ** ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਇੱਕ ਅਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ ਜੋ ਹੱਡੀ ਦੇ ਘਿਸੇ ਹੋਏ ਸਿਰੇ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਆਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਬਾਹ ਦੀ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਘੁੰਮਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਵਾਪਸ ਲਿਆਈ ਜਾ ਸਕੇ, ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਦੁਆਰਾ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਵਰਜ਼ਨਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ ਸੰਰਚਨਾਤਮਕ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਆਉਂਦਾ ਹੈ; ਆਪਣੀ ਪਹਿਲੀ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਮਿਲਣੀ ਤੱਕ ਆਪਣੀ ਰਿਹਾਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਸਮਨੁੱਖਤਾ ਰੱਖਣ ਲਈ ਇਸ ਪੇਜ ਜਾਂ ਇਸਦੇ PDF ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਕੋਲ ਲੈ ਕੇ ਜਾਓ। ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਆਪਣੇ ਘਾਅ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਮਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਘਾਅ ਦੀ ਤਸਵੀਰ ਲੈ ਕੇ ਇਸਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਲਈ ਇਮੇਲ ਕਰਨਾ ਫਾਇਦੇਮੰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀ ਉਮੀਦ ਕੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ

ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓ-ਯੂਲਨਾਰ ਜੋੜ (DRUJ) ਤੁਹਾਡੀ ਮੁੜੀ ਦੇ ਨੇੜੇ, ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਸਥਿਤ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਜਿਹਾ ਜੋੜ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਦੋ ਬਾਹ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ (ਰੇਡੀਅਸ ਅਤੇ ਯੂਲਨਾ) ਮਿਲਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਉਹ ਜੋੜ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਬਾਹ ਨੂੰ ਉਲਟਾਉਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਹਥੇਲੀ ਉੱਪਰ ਵੱਲ (ਸੁਪੀਨੇਸ਼ਨ) ਅਤੇ ਹਥੇਲੀ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ (ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ)। ਜਦੋਂ ਇਹ ਜੋੜ ਖਰਾਬ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਗੱਠੀਆਂ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਬਾਹ ਨੂੰ ਘੁੰਮਾਉਣਾ ਦਰਦਨਾਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਹੇਮੀਰੈਸੈਕਸ਼ਨ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ ਵਿੱਚ, ਯੂਲਨਾ ਦੇ ਸਿਰ ਦਾ ਸਿਰਫ਼ ਖਰਾਬ, ਗੱਠੀਆਂ ਵਾਲਾ ਹਿੱਸਾ ਹੀ ਕੱਟਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (ਇੱਕ ਅੰਸ਼ਕ ਹਟਾਉਣਾ: “ਹੇਮੀ” ਦਾ ਅਰਥ ਹੈ ਅੱਧਾ), ਅਤੇ ਸਤਹਾਂ ਦੇ ਰਗੜਨ ਤੋਂ ਰੋਕਣ ਲਈ ਛੋਟਾ ਜਿਹਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਦਾ ਤਾਈਆਂ ਉਸ ਖਾਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਰੱਖ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਮੁੱਖ ਸਥਿਰਤਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਢਾਂਚਿਆਂ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ TFCC (ਉਸ ਪਾਸੇ ਮੁੜੀ ਦਾ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਅਤੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦਾ ਜਾਲੀਦਾਰ ਢਾਂਚਾ), ਯੂਲਨਰ ਸਟਾਈਲੋਇਡ, ਅਤੇ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਜੁੜਾਅ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਯੂਲਨਾ ਦਾ ਸਿਰਾ ਸਹਾਰੇ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਹੀ ਉਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਵੱਖਰਾ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਯੂਲਨਾ ਦੇ ਸਿਰ ਦਾ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹਟਾਉਣਾ ਹੈ (ਇੱਕ ਡਾਰਾਚ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ)।

ਕਿਉਂਕਿ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤਹਾਂ ਨੂੰ ਮੁਰੰਮਤ ਜਾਂ ਮੁੜ-ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਦੁਬਾਰਾ ਆਕਾਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਕੋਈ ਟੈਂਡਨ ਜਾਂ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਜਿਸਨੂੰ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿੱਚ ਰੱਖ ਕੇ ਭਰਪਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ **ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਦੇ ਬਾਹ ਘੁੰਮਾਉਣਾ** ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹਿੱਸਾ ਉਸ ਘੁੰਮਣ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਹੋਣ ਦੇ ਲਈ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ

ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੇ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਸਮੇਂ ਬਾਅਦ, ਬਾਹ ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣੇ (ਹਥੇਲੀ ਉੱਪਰ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ) ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਭਰਪਾਈ ਦਾ ਮੁੱਖ ਟੀਚਾ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਭਾਰੀ ਲੋਡਿੰਗ ਨੂੰ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ ਅਤੇ ਸੀਮਾਵਾਂ

- ਲਗਭਗ ਪਹਿਲੀਆਂ ਦੋ ਤੋਂ ਤਿੰਨ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ, ਆਪਣੀ ਸਪਲਿੰਟ ਨੂੰ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਪਾਓ; ਇਹ ਅੰਤਰ-ਸਥਾਪਿਤ ਟਿਸ਼ੂ ਸਥਿਰ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਅਗਲੀ ਅਤੇ ਉੱਪਰਲੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਘੁੰਮਣ ਨੂੰ ਹਲਕੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸੀਮਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ, ਅਤੇ (ਜਦੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰ ਹੋਵੇ) ਆਪਣੀ ਮੁੜੀ ਨੂੰ, ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਚਲਾਉਂਦੇ ਰਹੋ।
- ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਸਪਲਿੰਟ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਮਿਲ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਅਗਲੀ ਅਤੇ ਉੱਪਰਲੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਘੁੰਮਣ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲੀ ਤਰਜੀਹ ਬਣਾਓ, ਇਸਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਭਾਰ ਤੋਂ ਰੱਖੋ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਘੁੰਮਣ ਨੂੰ ਖਾਲੀ ਹੱਥ ਨਾਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਭਾਰ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਨਹੀਂ।
- ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦੌਰਾਨ ਅਗਲੀ ਅਤੇ ਉੱਪਰਲੀ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਘੁੰਮਾਉਂਦੇ ਹੋਏ ਭਾਰ ਨਾ ਪਾਓ: ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਲਈ ਇਜਾਜ਼ਤ ਮਿਲਣ ਤੱਕ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਤੋਂ ਅੱਠ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ), ਉਸ ਪਾਸੇ ਭਾਰੀ ਥੈਲੇ ਨਾ ਚੁੱਕੋ, ਜਾਂ ਢੱਕਣ ਨਾ ਖੋਲ੍ਹੋ, ਕਪੜੇ ਨਾ ਮੋੜੋ, ਜਾਂ ਸਕੂਡਰਾਈਵਰ ਨਾ ਵਰਤੋਂ।
- ਅਗਲੀ ਅਤੇ ਉੱਪਰਲੀ ਬਾਂਹ ਰਾਹੀਂ ਧੱਕਾ ਦੇਣ ਜਾਂ ਭਾਰ ਪਾਉਣ 'ਤੇ ਮੁੜੀ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਭਾਵਨਾ ਪ੍ਰਤੀ ਸਤਰਕ ਰਹੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਉਹ ਖੇਤਰ ਹੈ ਜਿਸ 'ਤੇ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੂੰ ਦੱਸੋ; ਇਸ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਨਾ ਕਰੋ।
- ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਆਪਣੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ, ਅੰਗੂਠੇ, ਕੋਹਣੀ ਅਤੇ ਕੰਧ ਨੂੰ ਮੁਕਤ ਰੱਖੋ, ਅਤੇ ਜਿੰਨਾ ਆਰਾਮ ਹੋਵੇ ਉੱਨਾ ਹੀ ਹਲਕੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਹੱਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਜ਼ਬਰਦਸਤੀ ਨਾਲ ਜਾਂ ਭਾਰ ਨਾਲ ਘੁੰਮਾਉਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਹੋਵੇ।

ਖ਼ਾਲੀ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਦਾਗ਼ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਲਈ, ਪ੍ਰੋਕਟਿਸ ਦੀ [ਖ਼ਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ](#) ਗਾਈਡਲਾਈਨ ਦੇਖੋ।

ਤੁਹਾਡੇ ਵਰਕਆਊਟ

ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡਆਊਟ ਵਿੱਚੋਂ ਵਰਕਆਊਟ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਡਾਕਟਰ ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੀ ਹਦਾਇਤ ਅਨੁਸਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਰੋਜ਼ ਅਤੇ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਰਹਿ ਕੇ। **ਉਂਗਲੀਆਂ ਦੀ ਗਤੀ** ਤੁਰੰਤ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। **ਫੋਰਆਰਮ ਰੋਟੇਸ਼ਨ** (ਇਸ ਪੂਰੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੁਆਲੇ ਬਣਿਆ ਵਰਕਆਊਟ) ਅਤੇ **ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀ** ਤੁਰੰਤ ਸ਼ੁਰੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ, ਸਗੋਂ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਪਲਿੰਟ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਆਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੋ ਤੋਂ ਤਿੰਨ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਰੋਟੇਸ਼ਨ ਤੁਹਾਡਾ ਮੁੱਖ ਧਿਆਨ ਬਣ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। **ਸਕਾਰ ਮਾਸਾਜ** ਤਦ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਘਾਵ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। **ਗਿੱਪ ਅਤੇ ਰੋਟੇਸ਼ਨ ਸਟ੍ਰੈਂਜਿੰਗ** ਇੱਕ ਬਾਅਦ ਦੇ ਪੜਾਅ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਤਦ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਲਈ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ। ਉਸ ਕਿਸੇ ਵੀ ਗਤੀ ਨੂੰ ਰੋਕੋ ਜੋ ਕਲਾਈ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਕਰੇ।

ਤੁਹਾਡਾ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ

ਇਸ ਪੰਨੇ ਦਾ ਬਾਕੀ ਹਿੱਸਾ ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਊਲਨਾਰ ਜੋਇਂਟ (distal radioulnar joint) ਦੇ ਹੇਮੀਰੀਸੈਕਸ਼ਨ-ਇੰਟਰਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ (hemiresection-interposition arthroplasty) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਰੀਰੈਬਿਲਿਟੇਸ਼ਨ ਲਈ ਪੜਾਅਵਾਰ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਹੈ। ਇਸ ਭਾਗ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹਰੇਕ ਪੜਾਅ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਸਧਾਰਨ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਵਿਆਖਿਆ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਜੋੜ-ਰੂਪ-ਬਦਲਣ ਵਾਲਾ (ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ) ਪ੍ਰੋਸੀਜ਼ ਹੈ, ਮੁਰੰਮਤ ਨਹੀਂ: ਇਸ ਲਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਣ ਲਈ ਕੋਈ ਤਣਾਅ ਹੇਠ ਬਣਤਰ (construct under tension) ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜਾਣ-ਬੁੱਝ ਕੀ ਗਏ ਪਾਬੰਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹਨ: ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਸਪਲਿੰਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸਮਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਨਰਮ-ਟਿਸ਼ੂ ਇੰਟਰਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਅਤੇ ਕੈਪਸੂਲ ਸਥਿਰ ਹੋ ਸਕੇ, ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਾਹ ਦੀ ਘੁੰਮਣ (forearm rotation) ਦੀ ਜਲਦੀ ਬਹਾਲੀ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲੂ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਘੁੰਮਣ ਉਹ ਕਾਰਜ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਸਨਮਾਨਿਤ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਮੁੱਖ ਬੋਝ ਡਿਸਟਲ

ਅਲਨਾ (distal ulna) ਦੀ ਘੁੰਮਣ ਵਾਲੀ ਲੋਡਿੰਗ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਦਰਦਨਾਕ ਅਲਨਾਰ-ਸਟੰਪ ਅਸਥਿਰਤਾ ਅਤੇ ਰੇਡੀਊਲਨਾਰ ਸੰਗਮ (radioulnar convergence) ਨੂੰ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਰਿਪੋਰਟ ਅਤੇ ਪਿਛਲੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮਾਨੰਤਰ ਪ੍ਰੋਸੀਜ਼ਾਂ (TFCC ਮੁਰੰਮਤ, ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਊਸ ਓਸਟੋਟੋਮੀ, PIN ਨਿਊਰੈਕਟੋਮੀ, ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਰੀਕਨਸਟ੍ਰਕਸ਼ਨ), ਅੰਦਰੂਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕੀਤੇ ਗਏ ਡਿਸਟਲ ਅਲਨਾਰ ਸਟੰਪ ਦੀ ਸਥਿਰਤਾ, ਅਤੇ ਨਿਰਧਾਰਤ ਸਪਲਿੰਟ ਅਤੇ ਘੁੰਮਣ ਦੀ ਸੀਮਾ ਬਾਰੇ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕਰੋ। ਇੱਕ ਸਮਾਨੰਤਰ TFCC ਮੁਰੰਮਤ ਜਾਂ ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਊਸ ਓਸਟੋਟੋਮੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਪੜਾਅ ਨੂੰ ਲੰਬਾ ਕਰਦੀ ਹੈ; ਡਿਜਨਰੇਟਿਵ ਜਾਂ ਪੋਸਟ-ਟਰੌਮੈਟਿਕ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ ਲਈ ਇੱਕ ਅਲੱਗ ਹੇਮੀਰੀਸੈਕਸ਼ਨ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਛੋਟੇ ਰਸਤੇ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਡਾ. ਹਿਰਪਾਰਾ TFCC, ਅਲਨਾਰ ਸਟਾਈਲੋਇਡ ਅਤੇ ਅਲਨਾਰ ਨਰਮ-ਟਿਸ਼ੂ ਜੁੜਾਅ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਡਿਸਟਲ ਅਲਨਾ ਸਹਾਰੇ ਹੋਏ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਰੀਹੈਬ ਨੂੰ ਇਸ ਲਈ ਜਲਦੀ ਘੁੰਮਣ ਨੂੰ ਪਹਿਲੂ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਪੜਾਅ I — ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਥਿਰਤਾ (ਹਫ਼ਤੇ 0 ਤੋਂ 2-3)

ਪਹਿਲੇ ਦੋ ਤੋਂ ਤਿੰਨ ਹਫ਼ਤੇ ਦੌਰਾਨ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦੇ ਦਖਲ ਅਤੇ ਕੈਪਸੂਲ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਬਾਕੀ ਅੰਗ ਨੂੰ ਗਤੀਸ਼ੀਲ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਗਲਾ ਹੱਥ ਇੱਕ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉੱਪਰ-ਕੋਹਣੀ / ਮੁਨਸਟਰ-ਪ੍ਰਕਾਰ ਦਾ ਸਪਲਿੰਟ ਜਾਂ ਕਾਸਟ ਜੋ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੇ ਘੁੰਮਾਉਣ ਨੂੰ ਸੀਮਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ), ਜਿਸਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਸਫ਼ਾਈ ਅਤੇ, ਇਸ ਪੜਾਅ ਦੇ ਅੰਤ ਵਿੱਚ, ਪਹਿਲੇ ਹਲਕੇ ਘੁੰਮਾਉਣ ਲਈ ਹੀ ਹਟਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਂਗਲੀਆਂ ਪਹਿਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਹੀ ਚਲਦੀਆਂ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:

ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ - ਤੈਅ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਪਲਿੰਟ (ਉੱਪਰ-ਕੋਹਣੀ / ਮੁਨਸਟਰ-ਪ੍ਰਕਾਰ, ਜਾਂ ਸਰਜਨ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ) ਵਿੱਚ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੇ ਘੁੰਮਾਉਣ ਨੂੰ ਸੀਮਿਤ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਅਚਲ ਕਰੋ; ਸਿਰਫ਼ ਸਫ਼ਾਈ ਅਤੇ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਵਿਭਿੰਨ ਅਭਿਆਸਾਂ ਲਈ ਹੀ ਹਟਾਓ - **ਭਾਰ ਵਾਲੇ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੇ ਘੁੰਮਾਉਣ ਤੋਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰੋ**; ਆਪਰੇਟ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਰਾਹੀਂ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਮੋੜਨ ਤੋਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰੋ - ਭਰੋਸਾ ਦਿਓ ਕਿ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਗਿੱਪ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਅਤੇ ਅਲਨਾਰ ਪਾਸੇ ਸੋਜ਼ਸ਼ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ

ਪ੍ਰਬੰਧਨ - ਘਾ: ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਸਰਜੀਕਲ ਡਰੈਜਿੰਗ; ਸੰਕਰਮਣ ਲਈ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੋ - ਓਈਡੀਮਾ: ਉੱਚਾ ਰੱਖੋ, ਹਲਕਾ ਹੱਥ ਪੰਪ, ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਬਰਫ਼ - ਅਭਿਆਸ: **ਪਹਿਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਉਂਗਲਾਂ, ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ (ਜੇਕਰ ਸਪਲਿੰਟ ਦੁਆਰਾ ਰੁਕਾਵਟ ਨਾ ਹੋਵੇ) ਕੰਧ ਦੀ ROM**; ਜਿੰਨਾ ਸਪਲਿੰਟ ਆਗਿਆ ਦੇਵੇ, ਉੰਨਾ ਹੀ ਕੋਹਣੀ ਦੀ ਹਲਕੀ ROM; ਜੇਕਰ ਸਰਜਨ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇਵੇ, ਤਾਂ ਇਸ ਪੜਾਅ ਦੇ ਆਖਰੀ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ **ਹਲਕੇ, ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਸਰਗਰਮ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੇ ਘੁੰਮਾਉਣ** ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ

ਅੱਗੇ ਵਧਣ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ - ਘਾ ਦਾ ਸਥਿਰ ਹੋਣਾ; ਸਪਲਿੰਟ ਦਾ ਸਮਾਂ (ਇਕੱਲੀ ਹੇਮੀਰੈਜ਼ੈਕਸ਼ਨ ਲਈ ~2-3 ਹਫ਼ਤੇ) ਪੂਰਾ; ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਸਰਗਰਮ ਘੁੰਮਾਉਣ ਲਈ ਮਨਜ਼ੂਰੀ

ਪੜਾਅ II — ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੀ ਘੁੰਮਾਉਣ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਗਤੀਵਿਧੀ (ਪ੍ਰਾਥਮਿਕਤਾ) (ਹਫ਼ਤੇ 2-3 ਤੋਂ 6 ਤੱਕ)

ਇਹ ਨਿਰਣਾਇਕ ਪੜਾਅ ਹੈ। ਸਪਲਿੰਟ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋ ਕੇ, ਸਰਗਰਮ ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ (ਹੱਥ ਦਾ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਮੁੜਨਾ) ਅਤੇ ਸਪੀਨੇਸ਼ਨ (ਹੱਥ ਦਾ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਮੁੜਨਾ) ਪੁਨਰਵਾਸ ਦੀ ਮੁੱਖ ਥਾਂ ਲੈਂਦੇ ਹਨ: ਹਲਕੀ, ਅਕਸਰ, ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਦੇ, ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਭਾਰ ਵਾਲੀ। ਮੁੜੀ ਦੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਘੁੰਮਾਉਣ ਦੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਉਹ ਕਾਰਜ ਹੈ ਜੋ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸਲਈ ਇਸਨੂੰ ਸਰਗਰਮੀ ਨਾਲ ਅੱਗੇ ਵਧਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ ਭਾਰ ਵਾਲੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਹਾਲੇ ਵੀ ਰੋਕੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:

ਮੁਲਾਂਕਣ - ਸਰਗਰਮ ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਕਿਰਿਆ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੀ ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ/ਸਪੀਨੇਸ਼ਨ (ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੀ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ~80° ਹਰ ਦਿਸ਼ਾ ਵੱਲ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਵੱਲ ਟੀਚਾ); ਮੁੜੀ ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਦੀ ROM; ਅਲਨਾਰ ਮੁੜੀ 'ਤੇ ਦਰਦ; ਸੋਜ਼; ਘਾਅ/ਦਾਗ ਦਾ ਸਮੀਖਿਆ

ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ - **ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੀ ਘੁੰਮਾਉਣ ਦੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਪ੍ਰਾਥਮਿਕਤਾ ਹੈ**: ਅਕਸਰ, ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਦੇ, ਬਿਨਾਂ ਭਾਰ ਵਾਲੀ ਸਰਗਰਮ ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ/ਸਪੀਨੇਸ਼ਨ, ਕੋਹਲੀ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਟਿਕਾ ਕੇ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਵੱਖ ਕਰਨ ਲਈ - **ਲਗਭਗ 6-8 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਕੋਈ ਵਿਰੋਧੀ ਜਾਂ ਭਾਰ ਵਾਲੀ**

ਘੁੰਮਾਉਣ ਦੀ ਗਤੀਵਿਧੀ, ਕੋਈ ਭਾਰੀ ਫੜਨਾ, ਕੋਈ ਮੋੜਨ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਨਹੀਂ - ਕੁਝ ਸਪਲਿੰਟ ਕਾਸਟ ਹਟਾਉਣ ਤੋਂ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ ਅੰਤਿਮ-ਸੀਮਾ ਦੀ ਘੁੰਮਾਉਣ ਦੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਨੂੰ ਹੋਰ ਸੀਮਿਤ ਕਰਦੇ ਹਨ; ਕਿਸੇ ਵੀ ਨਿਰਧਾਰਤ ਛੱਤ ਦਾ ਸਤਿਕਾਰ ਕਰੋ

ਪ੍ਰਬੰਧਨ - ਅਭਿਆਸ: ਸਰਗਰਮ ਅਤੇ ਸਰਗਰਮ-ਸਹਾਇਕ **ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ/ਸੁਪੀਨੇਸ਼ਨ** ਮੁੱਖ ਧਿਆਨ; ਸਰਗਰਮ ਮੁੜੀ ਦਾ ਝੁਕਾਉ/ਸਿੱਧਾ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਰੇਡੀਅਲ/ਅਲਨਾਰ ਵਿਵੀਏਸ਼ਨ; ਉਂਗਲਾਂ ਅਤੇ ਫੜਨ ਦੀ ROM ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ (ਹਾਲੇ ਕੋਈ ਵਿਰੋਧੀ ਫੜਨਾ ਨਹੀਂ); ਜਦੋਂ ਘਾਅ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਦਾਗ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ - ਸੋਜ ਅਤੇ ਦਾਗ ਲਈ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਮੋਡੈਲਿਟੀਜ਼

ਅੱਗੇ ਵਧਣ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡ - ਆਰਾਮਦਾਇਕ, ਨਿਯੰਤਰਿਤ, ਲਗਭਗ-ਪੂਰੀ **ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੀ** ਸਰਗਰਮ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੀ ਘੁੰਮਾਉਣ ਦੀ ਗਤੀਵਿਧੀ; ਘਾਅ ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ; ਦਰਦ $\leq 3/10$; ਹਲਕੀ ਘੁੰਮਾਉਣ ਦੀ ਗਤੀਵਿਧੀ 'ਤੇ ਅਲਨਾਰ-ਸਾਈਡ ਦਾ ਕੋਈ ਉਤੇਜਕ ਦਰਦ ਨਹੀਂ

ਪੜਾਅ III — ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਵਾਪਸੀ (ਹਫ਼ਤਿਆਂ 6-8 ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ)

ਜਦੋਂ ਘੁੰਮਾਉਣ ਦੀ ਗਤੀ (rotation) ਫਿਰ ਤੋਂ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਰਹਿਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਧੀਮੇ-ਧੀਮੇ ਵਧਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਪਹਿਲਾਂ ਪਕੜ (grip), ਫਿਰ **ਭਾਰ ਵਾਲੀ ਅਗਲੀ-ਬਾਹ ਦੀ ਘੁੰਮਾਈ (loaded forearm rotation)**, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਭਾਰ ਹੇਠ ਦਰਦਨਾਕ ਅਲਨਾਰ-ਸਟੈਪ ਅਸਥਿਰਤਾ ਜਾਂ ਰੇਡੀਓ-ਅਲਨਾਰ ਸੰਕੋਚਨ (radioulnar convergence) 'ਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਭਾਰੀ ਕੰਮ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਮਾਪਦੰਡਾਂ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:

ਮੁਲਾਂਕਣ - ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਨਾਲ ਪਕੜ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ (ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਰਿਕਵਰੀ ਵਿਰੋਧੀ ਪਾਸੇ ਦੇ ~85-90% ਵੱਲ ਵਧ ਰਹੀ ਹੈ); ਅਗਲੀ-ਬਾਹ ਦੀ ਘੁੰਮਾਈ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ **ਭਾਰ ਵਾਲੀ** ਘੁੰਮਾਈ ਦੌਰਾਨ ਕੋਈ ਵੀ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ; ਢੁਕਵੇਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਅਤੇ ਕੰਮ/ਖੇਡ-ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਟੈਸਟਿੰਗ

ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ - ਪਹਿਲਾਂ **ਰੋਧਕ ਪਕੜ (resisted grip)** ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ, ਫਿਰ ਲਗਭਗ ਛੇ ਤੋਂ ਅੱਠ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ **ਧੀਮੇ-ਧੀਮੇ ਵਧਾਈ ਗਈ ਭਾਰ ਵਾਲੀ ਅਗਲੀ-ਬਾਹ ਦੀ ਘੁੰਮਾਈ** (ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ, ਹਲਕੇ ਭਾਰ ਨਾਲ ਹਥੋੜੇ ਦੇ ਘੁੰਮਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ) ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ; ਭਾਰ ਨੂੰ ਧੀਮੇ-ਧੀਮੇ ਵਧਾਓ - **ਭਾਰ ਜਾਂ ਘੁੰਮਾਈ ਦੇ ਦਬਾਅ ਹੇਠ ਦਰਦਨਾਕ ਅਲਨਾਰ-ਸਟੈਪ ਅਸਥਿਰਤਾ / ਰੇਡੀਓ-ਅਲਨਾਰ ਸੰਕੋਚਨ** 'ਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੋ: ਜੇਕਰ ਇਹ ਪ੍ਰੇਰਿਤ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਭਾਰ ਘਟਾਓ ਅਤੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਸਲਾਹ ਕਰੋ

ਪ੍ਰਬੰਧਨ - ਵਰਜਿਸ਼ਾ: ਕ੍ਰਮਬੱਧ ਪਕੜ/ਪੁੱਟੀ ਦਾ ਕੰਮ; ਧੀਮੇ-ਧੀਮੇ ਵਧਾਈ ਗਈ ਰੋਧਕ ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ/ਸੁਪੀਨੇਸ਼ਨ (ਹਲਕਾ → ਮੱਧਮ); ਕਾਰਜ-ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਲੋਡਿੰਗ; ਬਾਕੀ ਬਚੀ ਹੋਈ ROM (ਗਤੀ) ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ - ਜਦੋਂ ਘੁੰਮਾਈ ਅਤੇ ਪਕੜ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਅਤੇ ਲਗਭਗ ਸਮਰੂਪ ਹੋ ਜਾਣ ਅਤੇ ਕਾਰਜ ਦੀ ਢੁਕਵੀਂ ਵਾਪਸੀ ਹਾਸਲ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਡਿਸਚਾਰਜ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰੋ - ਜੇਕਰ ਰਿਕਵਰੀ ਠਹਿਰ ਜਾਵੇ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਸਟੈਪ ਅਸਥਿਰਤਾ ਜਾਂ ਸੰਕੋਚਨ ਨੂੰ ਸੰਕੇਤ ਕਰਦੀ ਅਲਨਾਰ-ਪਾਸੇ ਦੇ ਲੋਡ ਦਰਦ ਜਾਰੀ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਰੈਫਰ ਕਰਨ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰੋ

ਲੋਡ/ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ - ਲਗਭਗ ਸਮਰੂਪ ਪਕੜ ਅਤੇ ਘੁੰਮਾਈ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ; ਭਾਰ ਵਾਲੀ ਘੁੰਮਾਈ ਦੌਰਾਨ ਦਰਦ-ਰਹਿਤ; ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਟੈਸਟਿੰਗ ਦੌਰਾਨ ਕੋਈ ਅਸਥਿਰਤਾ ਨਾ ਹੋਵੇ

ਕੰਮ ਅਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ

ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ, ਆਰਾਮ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਹਲਕੀ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਹੱਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ (ਖਾਣਾ ਖਾਣਾ, ਲਿਖਣਾ, ਹਲਕੀ ਆਤਮ-ਦੇਖਭਾਲ) ਦੀ ਪ੍ਰੇਰਨਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਸ ਵਿੱਚ ਬਾਹ ਦੇ ਘੁੰਮਣ (forearm) ਨੂੰ ਜ਼ਬਰਦਸਤੀ ਜਾਂ ਭਾਰ ਨਾਲ ਨਾ ਮੋੜਿਆ ਜਾਵੇ। ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਹ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਸਪਲਿੰਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਢੀਲ (ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਢੀਲ) ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨਾ ਹੈ (ਇਸ ਵਿੱਚ ਇਸਨੂੰ ਮੋੜਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ), ਪਹਿਲੀਆਂ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਆਵਾਜਾਈ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਓ; ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਉਦੋਂ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਪਲਿੰਟ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਲਈ ਬਾਹ ਨੂੰ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਘੁਮਾ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਤੁਹਾਡੀ ਰਿਵਿਊ ਦੌਰਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਭਾਰੀ ਮੋੜਨ ਵਾਲੇ ਕੰਮ (ਸਖ਼ਤ ਜਾਰ ਖੋਲ੍ਹਣਾ, ਭਿੱਜੀ ਹੋਈ ਕੱਪੜੀ ਨੂੰ ਨੋਚਣਾ, ਸਕੂਡਰਾਈਵਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ, ਉਸ ਪਾਸੇ ਭਾਰੀ ਬੈਗ ਲਿਜਾਣਾ) ਤਦ ਤੱਕ ਰੁਕੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਮਜ਼ਬੂਤੀ (strengthening) ਲਈ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਤੋਂ ਅੱਠ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ) ਅਤੇ ਫਿਰ

ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਵਧਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਭਾਰੀ ਮੈਨੂਅਲ ਕੰਮ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਉਸੇ ਮਾਪਦੰਡਾਂ 'ਤੇ ਅਧਾਰਿਤ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਬੇਦਰਦ, ਲਗਭਗ ਸਮਮਿਤੀ ਬਾਹ ਦੇ ਘੁੰਮਣ ਅਤੇ ਫੜਨ (grip) ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕੈਲੰਡਰ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਰਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਇਹ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਆਮ ਰਿਕਵਰੀ ਸਲਾਹ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ; [ਪੋਸਟ-ਆਪਰੇਟਿਵ ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ](#), [ਖੰਡ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ](#) ਅਤੇ [ਦਾਗ਼ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ](#) ਦੇਖੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ DRUJ ਸਮੱਸਿਆ ਮੁੜੀ ਦੇ ਟੁੱਟਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੋਈ ਸੀ, ਤਾਂ [ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ](#) ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਇੱਕ ਉਪਯੋਗੀ ਸਾਥੀ ਹੈ। ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਪੜਾਅ-ਦਰ-ਪੜਾਅ ਯੋਜਨਾ ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਯੂਲਨਰ ਜੋੜ ਹੇਮੀਰੈਜ਼ੈਕਸ਼ਨ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਗਾਈਡਲਾਈਨਾਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਰੀ ਰਿਕਵਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਅਗਰੇ (forearm) ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੁਆਰਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।