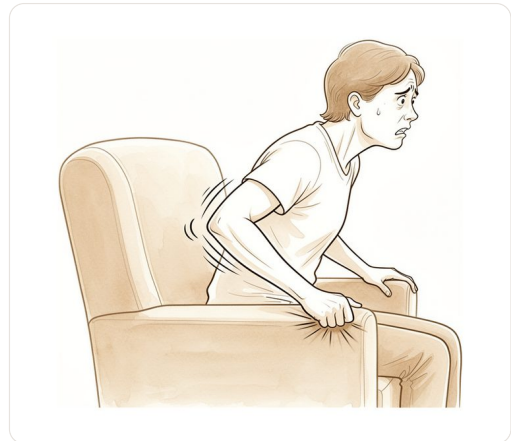


ਕੋਹੜੀ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ

ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟਸ, ਜੋ ਕਿ ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰੀ (ਲੈਟਰਲ) ਅਤੇ ਅੰਦਰੂਨੀ (ਮੈਡੀਅਲ) ਪਾਸੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਚੋਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁਰੰਮਤ ਜਾਂ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① 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।

ਇਹ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਡਾਕਟਰ ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਦੇ ਨਾਲ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ **ਕੋਹੜੀ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ** ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੀਆਂ ਦੋ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਕਿਸਮਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ:

- **(A) ਇੱਕ ਪਾਸੜ (ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ) ਦੀ ਚੋਟ:** ਜਿਵੇਂ ਕਿ “ਟੈਰੀਬਲ ਟ੍ਰਾਈਐਡ” ਚੋਟ, ਇੱਕ ਫ੍ਰੈਕਚਰ-ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ, ਜਾਂ ਲੈਟਰਲ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (LCL) ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ। ਇਹਨਾਂ ਚੋਟਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਥਿਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੋਹੜੀ ਹੁਣ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕਦੀ ਜਾਂ ਘੁੰਮਦੀ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- **(B) ਇੱਕ ਬ੍ਰੇਇੰਗ (ਮੈਡੀਅਲ, ਅੰਦਰਲੇ ਪਾਸੇ) ਦੀ ਚੋਟ:** ਯੂਨਰ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (UCL) ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਜਾਂ ਰੀਕਨਸਟ੍ਰਕਸ਼ਨ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਥ੍ਰੋ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਐਥਲੀਟਾਂ ਵਿੱਚ।

ਪੂਰੀ ਯੋਜਨਾ ਇੱਕ ਵਿਚਾਰ 'ਤੇ ਆਧਾਰਿਤ ਹੈ: **ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਗਤੀ, ਨਾ ਕਿ ਅਚਲੀਕਰਨ (immobilisation)**। ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਕੈਸਟ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣਾ ਸਦਾ ਲਈ ਸਖ਼ਤ ਕੋਹੜੀ ਦਾ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹੈ, ਇਸਲਈ ਟੀਚਾ ਜਲਦੀ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਗਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਪਹਿਲੀ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਮਿਲਣੀ ਲਈ ਇਸ ਪੰਨੇ ਜਾਂ ਇਸਦੇ PDF ਨੂੰ ਲਿਆਓ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਰੀਹੈਬੀਲੀਟੇਸ਼ਨ ਸਮਨਵਿਤ ਰਹੇ। ਤੁਹਾਡੀ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਘਾਵ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਮਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਘਾਵ ਦੀ ਤਸਵੀਰ ਲੈ ਕੇ ਇਸਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਲਈ ਇਮੇਲ ਕਰਨਾ ਅਕਸਰ ਫਾਇਦੇਮੰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ

ਕੋਹਣੀ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰੂਨੀ ਅਤੇ ਬਾਹਰੀ ਪਾਸਿਆਂ 'ਤੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟਸ ਦੁਆਰਾ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹਨਾਂ ਦੀ ਚੋਟ ਲੱਗਦੀ ਹੈ (ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ, ਫ੍ਰੈਕਚਰ-ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ, ਜਾਂ ਦੁਹਰਾਏ ਗਏ ਫੈਕਚਰ ਕਾਰਨ), ਤਾਂ ਜੋੜ ਅਸਥਿਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਖਰਾਬ ਬਣਤਰਾਂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਜਾਂ ਪੁਨਰ-ਨਿਰਮਾਣ ਕਰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਜੋੜ ਦੁਬਾਰਾ ਠੀਕ ਢੰਗ ਨਾਲ ਬੈਠ ਸਕੇ।

ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਦੀ ਪਹੁੰਚ ਇੱਕ ਭਾਰੀ ਬਾਹਰੀ ਹਿੰਜਡ ਬ੍ਰੇਸ ਤੋਂ ਬਚਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਸਮੇਂ ਮੁਰੰਮਤ ਪੂਰੀ ਰੱਜ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ਼ ਆਰਾਮ ਲਈ ਇੱਕ ਹਲਕੀ ਸਲਿੰਗ ਪਾਓਗੇ ਅਤੇ ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਜਲਦੀ ਹੀ ਹਿਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਦਿਓਗੇ। ਜੇਕਰ ਸਥਿਰਤਾ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਸਮੇਂ ਇੱਕ **ਅੰਦਰੂਨੀ ਜੋੜ ਸਥਿਰਕਾਰਕ** ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ: ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਅੰਦਰੂਨੀ ਹਿੰਜ ਜੋ ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਅੰਦਰੋਂ ਠੀਕ ਢੰਗ ਨਾਲ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸਨੂੰ ਜਲਦੀ ਹੀ ਮੋੜਨ ਅਤੇ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਸੁਰੱਖਿਆ ਅੰਦਰੂਨੀ ਹੈ,

ਤੁਸੀਂ ਹਾਲੇ ਵੀ ਬਾਹਰੀ ਆਰਕ-ਸੀਮਿਤ ਬ੍ਰੇਸ ਤੋਂ ਬਚਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਇਸਦਾ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਅੰਦਰੂਨੀ ਡਿਵਾਈਸ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟਸ ਦੇ ਭਰੇ ਜਾਣ 'ਤੇ, ਲਗਭਗ ਚਾਰ ਤੋਂ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹਟਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਖਾਲ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਸਕਾਰ ਦੀ ਮੈਨੇਜਮੈਂਟ ਲਈ, ਪ੍ਰੋਕਟਿਸ ਦੀ [ਖਾਲ ਦੇਖਭਾਲ](#) ਗਾਈਡੈਂਸ ਦੇਖੋ।

ਇਸ ਰਿਕਵਰੀ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਅਦਬ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ **ਆਪਣੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੋਜ ਵਿੱਚ ਹਿਲਦੇ ਰਹੋ** ਜਦੋਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਕਿਹੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦਾ ਸਤਿਕਾਰ ਕਰੋ। ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਭਿਆਸ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਹਨ।

ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ ਅਤੇ ਸੀਮਾਵਾਂ

ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਸਥਿਤੀਆਂ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀ ਚੋਟ ਲੱਗੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨਗੇ।

ਬਾਹਰਲੀ (outer-side) ਚੋਟ (terrible triad / LCL) ਲਈ:

- **ਕਰੋ:** ਗਤੀ ਦੌਰਾਨ ਆਪਣੀ ਬਾਹ (forearm) ਨੂੰ **ਹਥੇਲੀ ਹੇਠਾਂ (pronated)** ਰੱਖੋ; ਇਹ ਜੋੜ ਨੂੰ ਠੀਕ ਥਾਂ ਬੈਠਾਉਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਬਾਹਰਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- **ਕਰੋ:** ਜੇਕਰ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਬਾਹ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਰੱਖ ਕੇ ਜਾਂ ਲੇਟਦੇ ਹੋਏ ਬਾਹ ਨੂੰ ਛੱਤ ਵੱਲ ਵਧਾ ਕੇ ਅਭਿਆਸ ਕਰੋ, ਤਾਂ ਜੋ ਗੁਰੁਤਾਕਰਸ਼ਣ ਜੋੜ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇ।
- **ਨਾ ਕਰੋ:** ਬਾਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਡਿੱਗਣ ਦਿਓ (ਕੰਡ 9 ਦੇ ਫੈਲਾਅ/abduction ਤੋਂ ਬਚੋ) ਜਾਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦੌਰਾਨ ਇਸ 'ਤੇ ਭਾਰ ਨਾ ਪਾਓ; ਗੁਰੁਤਾਕਰਸ਼ਣ ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਖਿੱਚ ਕੇ ਵੱਖ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- **ਨਾ ਕਰੋ:** ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਾ ਦੇਵੇ (ਲਗਭਗ 16 ਹਫ਼ਤੇ), ਤਦੋਂ ਤੱਕ ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਹਥੇਲੀ ਉੱਪਰ (supinated) ਬਾਹ ਨੂੰ ਮਿਲਾ ਕੇ ਨਾ ਕਰੋ; ਇਹ ਉਹ ਸਥਿਤੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਜੋੜ ਦੁਬਾਰਾ ਖਿਸਕ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- **ਨਾ ਕਰੋ:** ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਧੱਕੇ ਜਾਂ ਖਿੱਚੋ, ਅਤੇ ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਭਾਰ (contact loading) ਤੋਂ ਬਚੋ।

ਫਿੰਗਰ ਚੁੱਕਣ ਵਾਲੀ (throwing) ਚੋਟ (medial, inner-side) (UCL) ਲਈ:

- **ਕਰੋ:** ਦਿਸ਼ਾ ਅਨੁਸਾਰ ਆਪਣੀ ਬਾਹ (forearm) ਨੂੰ **ਹਥੇਲੀ ਉੱਪਰ (supinated)** ਜਾਂ ਤਟਸਥ (neutral) ਰੱਖੋ।
- **ਨਾ ਕਰੋ:** ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦੌਰਾਨ ਕੰਡੇ ਨੂੰ ਬਾਹਰੀ (external) ਘੁੰਮਾਵ ਵਿੱਚ ਲੋਡ ਨਾ ਕਰੋ; ਇਹ ਅੰਦਰਲੀ ਮੁਰੰਮਤ 'ਤੇ ਤਣਾਅ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਭਗ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਤੋਂ ਬਚਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਅਭਿਆਸ

ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡਆਊਟ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਅਭਿਆਸ ਹਨ, ਜੋ ਕਿ ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ, ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ, ਬਾਹ ਅਤੇ ਭੁਜਾ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਚਲਾਉਣ ਅਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੀ ਹਦਾਇਤ ਅਨੁਸਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ ਅਤੇ ਅੱਗੇ ਵਧਾਓ; ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਬਾਹ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਗਤੀ ਦੀ ਸੀਮਾ ਤੁਹਾਡੀ ਖਾਸ ਚੋਟ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡਾ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ

ਇਸ ਪੇਜ ਦਾ ਬਾਕੀ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਜਾਂ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਹੈ। ਇਹ ਦੋ ਟਰੈਕਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਦੋਵਾਂ ਚੋਟਾਂ ਨੂੰ ਵੱਖਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਹਰੇਕ ਪੜਾਅ ਮਾਪਦੰਡਾਂ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੈ: ਮਾਈਲਸਟੋਨ (milestones) ਪੂਰੇ ਹੋਣ 'ਤੇ ਅੱਗੇ ਵਧੋ, ਸਿਰਫ਼ ਕੈਲੰਡਰ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਨਹੀਂ।

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਮਰੀਜ਼ ਦੀ X-ਰੇ, ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਅਤੇ ਪਿਛਲੀਆਂ ਸਿਹਤ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਥਿਰਤਾ, ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਆਰਕ (safe arc) ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੇ ਘੁੰਮਣ (forearm rotation) ਬਾਰੇ, ਅਤੇ ਕੀ ਅੰਦਰੂਨੀ ਜੋੜ ਸਥਿਰਕਰਨ (internal joint stabiliser) ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕਰੋ। ਡਾ. ਹਿਰਪਾਰਾ ਬਾਹਰੀ ਹਿੰਜ ਵਾਲੇ ਬ੍ਰੇਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ: ਰੋਜ਼-ਅਧਾਰਤ ਸਥਿਰ ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਸਰਲ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਮੈਨੇਜ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਲਈ ਜਲਦੀ ਹੀ ਗਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ; ਜਿੱਥੇ ਸਥਿਰਤਾ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇੱਕ ਅੰਦਰੂਨੀ ਜੋੜ ਸਥਿਰਕਰਨ (internal joint stabiliser) ਘਟਨਾ ਨੂੰ ਅੰਦਰੂਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫਿਕਸ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ ਆਰਾਮ ਤੱਕ ਵਿਸਤਾਰ (extension) ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਟਰੈਕ A — ਟੈਰੀਬਲ ਤ੍ਰਿਯੁਤ / ਫ੍ਰੈਕਚਰ-ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ / LCL (LUCL) ਮੁਰੰਮਤ

ਮਕਸਦ: ਇੱਕ ਸਥਿਰ, ਕੇਂਦਰਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਹੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਆਇਆ ਕੋਹਲੀ ਜੋ ਜਲਦੀ ਚਲਦਾ ਹੈ; ਪੋਸਟੀਰੀਓਲੈਟਰਲ ਰੋਟੇਟਰੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸਬ-ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਰੋਕੋ।

ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਅ ਦੌਰਾਨ ਮੁੱਖ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ:

- ਇੱਕ ਅਲੱਗ-ਥਲੱਗ ਪਾਸੇ ਦੀ ਚੋਟ ਲਈ **ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਮੋੜਿਆ (pronated)** ਰੱਖੋ (ਇਹ ਪਾਸੇ ਦੀਆਂ ਬਣਤਰਾਂ ਨੂੰ ਤਣਾਅ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਰੇਡੀਓਕੈਪਿਟੈਲਰ ਜੋੜ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਬੈਠਾਉਂਦਾ ਹੈ)। ਜੇਕਰ ਦੋਵੇਂ ਕਾਲਮਾਂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਨੂੰ **ਨਿਰਪੱਖ (neutral)** ਰੱਖੋ; ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਹੀ ਬਾਹ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਮੋੜਿਆ (supination) ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕੋਹਲੀ ਲਗਭਗ 90° ਮੋੜੀ ਹੋਵੇ।
- **ਵਾਰਸ ਤਣਾਅ (varus stress) ਅਤੇ ਕੰਧ ਦੇ ਉੱਪਰ ਉਠਾਉਣ ਤੋਂ ਬਚੋ:** ਗੁਰੁਤਾਕਰਸ਼ਣ ਪਾਸੇ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ 'ਤੇ ਵਾਰਸ ਲੋਡ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਬਾਹ ਨੂੰ ਸਰੀਰ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਰੱਖ ਕੇ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਮੁਰੰਮਤ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੈ ਤਾਂ ਉਲਟਾ-ਉੱਪਰ (supine-overhead) (ਜਿੱਥੇ ਗੁਰੁਤਾਕਰਸ਼ਣ ਦਾ ਦਬਾਅ ਘੱਟ ਹੋਵੇ) ਰੱਖ ਕੇ ਸਰਗਰਮ ਗਤੀ ਦੀ ਰੋਜ਼ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ।
- **ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਮੋੜਨਾ (full-extension-with-supination)** ਲਗਭਗ 16 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਨਾ ਕਰੋ (ਇਹ ਪਾਈਵਟ-ਸਿਫਟ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ)।
- 8-16 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ / ਬੰਦ-ਜੰਗੀ (closed-chain) ਲੋਡਿੰਗ ਤੋਂ ਪਾਬੰਦੀ ਹੈ।

ਹਫ਼ਤੇ 0-2: ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਗਤੀ। ਆਰਾਮ ਲਈ ਸਧਾਰਨ ਸਲਿੰਗ। ਤੁਰੰਤ ਉਂਗਲਾਂ, ਕਮਾਨ ਅਤੇ ਕੰਧ ਦੀ ਸਰਗਰਮ ਗਤੀ ਦੀ ਰੋਜ਼ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ। ਦਿਨ 2-3 ਤੋਂ **ਆਰਾਮ ਦੀ ਹੱਦ ਤੱਕ** ਕੋਹਲੀ ਦੀ ਸਰਗਰਮ ਅਤੇ ਸਰਗਰਮ-ਸਹਾਇਤਾ ਗਤੀ ਦੀ ਰੋਜ਼ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ, ਅਗਲਾ ਹੱਥ ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਮੋੜਿਆ ਹੋਇਆ, ਬਾਹ ਸਰੀਰ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਸਹਾਰੇ ਨਾਲ (ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਮੁਰੰਮਤ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੈ ਤਾਂ ਉਲਟਾ-ਉੱਪਰ, ਤਾਂ ਜੋ ਗੁਰੁਤਾਕਰਸ਼ਣ ਜੋੜ ਨੂੰ ਦਬਾਏ)। **ਜਿੱਥੇ ਇੱਕ ਅੰਦਰੂਨੀ ਜੋੜ ਸਥਿਰਕਰਨ ਯੰਤਰ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਲਦੀ ਪੂਰੀ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਸਿਧਾਪਨ ਵੱਲ ਵਧੋ; ਯੰਤਰ ਸਹੀ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ; ਕੋਈ ਬਾਹਰੀ ਬ੍ਰੇਸ ਵਰਤੀ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦੀ।**

ਹਫ਼ਤੇ 2-6: ਆਰਕ (arc) ਦੀ ਵਾਪਸੀ। ਪੂਰੀ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਮੋੜਨ ਅਤੇ ਸਿਧਾ ਕਰਨ ਵੱਲ ਵਧੋ (ਸਿਧਾ ਕਰਨਾ ਪੂਰੇ ਆਰਾਮ ਦੀ ਹੱਦ ਤੱਕ; ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਅੰਦਰੂਨੀ ਸਥਿਰਕਰਨ ਯੰਤਰ ਮੌਜੂਦ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਇਸ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ)। ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਮੋੜਨ ਦੇ ਝੁਕਾਅ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖੋ; ਵਾਰਸ ਲੋਡਿੰਗ ਤੋਂ ਬਚੋ। ਵਧਣ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡ: ਪੂਰਾ ਪੈਸਿਵ ਆਰਕ ਵਾਪਸ ਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਐਕਸ-ਰੇ 'ਤੇ ਕੋਈ ਦੁਬਾਰਾ ਸਬ-ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਦਰਦ $\leq 3/10$ ਹੈ।

ਹਫ਼ਤੇ 6-12: ਮਜ਼ਬੂਤੀ। ਜਦੋਂ ਕਲੀਨਿਕਲ ਅਤੇ ਰੇਡੀਓਗ੍ਰਾਫਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਭਰਪਾਈ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ (~ਹਫ਼ਤੇ 6), ਤਾਂ ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ; ਜੇਕਰ ਸੰਕੁਚਨ (contracture) ਵਿਕਸਿਤ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ ਤਾਂ ਇੱਕ ਸਟੈਟਿਕ-ਪ੍ਰਗਤੀਸ਼ੀਲ ਸਪਲਿੰਟ ਪੇਸ਼ ਕਰੋ। ਵਾਰਸ ਲੋਡ ਤੋਂ ਬਚਣਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ। ਜੇਕਰ ਅੰਦਰੂਨੀ ਸਥਿਰਕਰਨ ਯੰਤਰ ਵਰਤਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਤਾਂ ਇਸਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਭਰਪਾਈ ਤੱਕ ਹੀ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਹਫ਼ਤੇ 12-20+: ਉੱਨਤ / ਵਾਪਸੀ। ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧ; ਭਾਰੀ ਮਜ਼ਦੂਰੀ ਵੱਲ ਵਾਪਸੀ। ਸੰਪਰਕ ਅਤੇ ਉੱਪਰਲੇ ਖੇਤਰ ਦੇ ਖੇਡਾਂ ਲਗਭਗ 6-9 ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ (ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅੰਦਰੂਨੀ-ਸਥਿਰਕਰਨ-ਯੰਤਰ ਹਟਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ)। ਵਾਰਸ-ਲੋਡਿੰਗ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਤੋਂ ਬਚਣਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ।

ਟਰੈਕ B — ਬ੍ਰੇਇੰਗ (ਮੈਡੀਅਲ) UCL ਮੁਰੰਮਤ / ਰੀਕਨਸਟ੍ਰਕਸ਼ਨ

ਇਹ ਇੱਕ ਕ੍ਰੋਨਿਕ-ਓਵਰਲੋਡ ਮੈਡੀਅਲ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ। ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਦੀ ਪਸੰਦ **ਬਾਹਰੀ ਹਿੰਜ ਵਾਲਾ ਬ੍ਰੇਸ ਨਹੀਂ** ਹੈ: ਇੱਕ ਸਿਚਰ-ਟੇਪ ਇੰਟਰਨਲ-ਬ੍ਰੇਸ ਆਗਮੈਂਟੇਸ਼ਨ (ਮੁਰੰਮਤ) ਜਾਂ ਟੈਂਡਨ ਗ੍ਰਾਫਟ (ਰੀਕਨਸਟ੍ਰਕਸ਼ਨ) ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਬ੍ਰੇਇੰਗ-ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਹੈ। ਅਗਲੀ ਛਾਣ (forearm) ਨੂੰ **ਸੁਪੀਨੇਸ਼ਨ/ਨਿਊਟ੍ਰਲ** ਵੱਲ ਝੁਕਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਵੈਲਗਸ-ਲੋਡਿੰਗ ਕਾਰਨ ਗ੍ਰਾਫਟ 'ਤੇ ਦਬਾਅ ਪੈਣ ਕਾਰਨ ਲਗਭਗ 6ਵੀਂ ਹਫ਼ਤੀ ਤੱਕ ਵਿਰੋਧੀ ਸ਼ੋਲਡਰ ਬਾਹਰੀ ਰੋਟੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਗੁਰੇਜ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇੰਟਰਨਲ-ਬ੍ਰੇਸ-ਆਗਮੈਂਟਿਡ ਮੁਰੰਮਤ (ਐਕਸਲਰੇਟਿਡ, ਬਿਨਾਂ ਬਾਹਰੀ ਬ੍ਰੇਸ ਦੇ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦੀ):

- ਆਰਾਮ ਤੱਕ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਗਤੀ, ਹਫ਼ਤੀਆਂ 0-4 (ਲਗਭਗ 6ਵੀਂ ਹਫ਼ਤੀ ਤੱਕ ਪੂਰਨ ਆਰਕ)।
- ਲਗਭਗ 3ਵੀਂ ਹਫ਼ਤੀ ਤੋਂ ਬ੍ਰੇਅਰਸ ਟੈਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ; ਲਗਭਗ 6ਵੀਂ ਹਫ਼ਤੀ ਤੋਂ ਪਲਾਇਓਮੈਟ੍ਰਿਕਸ।
- ਲਗਭਗ 11ਵੀਂ ਹਫ਼ਤੀ ਤੋਂ ਅੰਤਰਾਲ ਬ੍ਰੇਇੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ; ਲਗਭਗ 5-7 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ।

ਰੀਕਨਸਟ੍ਰਕਸ਼ਨ (ਗ੍ਰਾਫਟ) ਟਰੈਕ, ਜੇਕਰ ਵਰਤਿਆ ਜਾਵੇ (ਧੀਮਾ):

- ਲਗਭਗ 6ਵੀਂ ਹਫ਼ਤੀ ਤੱਕ ਪੂਰਨ ਆਰਕ; ਹਫ਼ਤੀਆਂ 14-16 ਵਿੱਚ ਅੰਤਰਾਲ ਬ੍ਰੇਇੰਗ; 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਮਾਊਡ ਤੋਂ ਬ੍ਰੇਇੰਗ ਨਹੀਂ; ਮੁਕਾਬਲੇਦਾਰ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 9-16 ਮਹੀਨੇ।

ਕੰਮ ਅਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵੱਲ ਵਾਪਸੀ

ਤੁਹਾਡੀ ਵਾਪਸੀ ਕਿੰਨੀ ਜਲਦੀ ਹੋਵੇਗੀ, ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੀ ਕਿਸਮ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਜਾਂ ਖੇਡ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

- **ਬਾਹਰਲਾ ਜ਼ਖ਼ਮ (ਖਰਾਬ ਤਿਕੋਣ / LCL):** ਹਲਕੇ ਦਫ਼ਤਰੀ ਅਤੇ ਆਤਮ-ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਕੰਮ ਜਲਦੀ, ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਜ਼ਬੂਤੀ (Strengthening) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕੋਹਲੀ ਜ਼ਖ਼ਮ ਦਾ ਕਲੀਨਿਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਤੇ X-ਰੇ 'ਤੇ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਪੱਕਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸੰਪਰਕ ਅਤੇ ਉੱਪਰਲੀ ਖੇਡਾਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਭਗ 6-9 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਮੁਲਤਵੀ ਰੱਖੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਅੰਦਰੂਨੀ ਜੋੜ ਸਥਿਰਕਰਨ (internal joint stabiliser) ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਤਾਂ ਉਸਨੂੰ ਹਟਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਨਾ ਦੇਣ ਤੱਕ, ਬਾਹ 'ਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਲੋਡ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰੋ।
- **ਫਿੰਗਰ ਚੱਠਣ ਵਾਲਾ ਜ਼ਖ਼ਮ (UCL):** ਅੰਦਰੂਨੀ-ਬ੍ਰੇਸ-ਸਹਾਇਤਾ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ, ਇੱਕ ਢਾਂਚਾਬੱਧ ਅੰਤਰਾਲ ਫਿੰਗਰ ਚੱਠਣ ਵਾਲਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 11 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਲਗਭਗ 5-7 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਰੀਕਨਸਟ੍ਰਕਸ਼ਨ (Reconstruction) ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਪ੍ਰਤੀਯੋਗੀ ਫਿੰਗਰ ਚੱਠਣ ਵਾਲੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਧੀਮੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 9-16 ਮਹੀਨੇ।

ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਤਦ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਲਿੰਗ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਬਾਹ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਕਰਨ ਦੀ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਸਮਰੱਥਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੇ ਸਮੀਖਿਆ ਦੌਰਾਨ ਇਸਨੂੰ ਢੁਕਵਾਂ ਮੰਨਿਆ ਹੋਵੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰਾਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਖੇਡ ਜਾਂ ਕੰਮ-ਖਾਸ ਡ੍ਰਿਲਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਲੋੜਾਂ ਵੱਲ ਵਧਾਵੇਗਾ।

ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਇਹ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਆਮ ਰਿਕਵਰੀ ਸਲਾਹ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ; **ਪੋਸਟ-ਆਪਰੇਟਿਵ ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ** ਅਤੇ **ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ** ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੀ ਲਗਾਤਾਰ ਰਿਕਵਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਜਾਂ ਹੈੱਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੁਆਰਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਗੱਲ ਦੇ

ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਹਣੀ ਕਿਵੇਂ ਬਿਹਤਰ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀ ਚੋਟ ਲੱਗੀ ਸੀ। ਇਸ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਲਈ ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ-ਮੁੱਖ ਸਬੂਤ ਸਾਰੰਸ਼ ਇਸ ਪੇਜ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।