

ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ

ਉਹ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਟੈਂਡਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਹੱਥ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਉੱਪਰੋਂ ਲੰਘਦੇ ਹਨ; ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜੋੜ ਦੇ ਭਰੇ ਜਾਣ ਤੱਕ ਉਹਨਾਂ ਦੀ 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 ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਨਾਲ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ **ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਟੈਂਡਨ** (ਉਂਗਲੀ ਜਾਂ ਹੱਥ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਵਾਲੇ ਉਹ ਟੈਂਡਨ ਜੋ ਉਂਗਲੀ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਦੇ ਹਨ) ਦੀ ਸਰਜਰੀਕਲ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਬਹਾਲੀ ਨੂੰ ਦਿਸ਼ਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਉਂਗਲੀ, ਹੱਥ ਅਤੇ ਮੁੜੀ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਕੀਤੀਆਂ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ (ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਖੇਤਰਾਂ ਨੂੰ ਸਰਜਨ **IV ਤੋਂ VII** ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ)। ਇਹ ਮਾਲਟ ਉਂਗਲੀ (ਉਂਗਲੀ ਦੇ ਸਿਰੇ 'ਤੇ ਕੀਤੀ ਮੁਰੰਮਤ) ਜਾਂ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਜੋੜ 'ਤੇ ਕੀਤੀ ਸੈਂਟ੍ਰਲ-ਸਲਿਪ / ਬੁਟਨੀਏਰ ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ; ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਵੱਖਰੇ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਹਨ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਵਰਜ਼ਨਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸਦੇ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ ਸੰਰਚਨਾਤਮਕ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਸਮਨਵਿਤ ਰੱਖਣ ਲਈ ਆਪਣੀ ਪਹਿਲੀ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਮਿਲਣੀ 'ਤੇ ਇਸ ਸਫ਼ੇ ਜਾਂ ਇਸਦੇ PDF ਨੂੰ ਲਿਆਓ। ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਬਹਾਲੀ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਘਾਅ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਮਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਘਾਅ ਦੀ ਤਸਵੀਰ ਲੈ ਕੇ ਜਾਂਚ ਲਈ ਇਮੇਲ ਕਰਨਾ ਅਕਸਰ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨੀ ਹੈ

ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਉਂਗਲ ਜਾਂ ਹੱਥ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਕੱਟੇ ਗਏ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਜੋੜਦੀ ਹੈ। ਉਸ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਨ ਦਾ ਪੁਰਾਣਾ ਤਰੀਕਾ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਹੱਥ ਨੂੰ ਸਟੈਂਟ (splint) ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣਾ ਸੀ, ਪਰ ਇਸ ਨਾਲ ਅਕਸਰ ਉਂਗਲਾਂ ਸਖ਼ਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸਨ ਅਤੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਹੁੰਦੀ ਸੀ। ਇਸਦੀ ਬਜਾਏ, ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ **ਰਿਲੇਟਿਵ-ਮੋਸ਼ਨ** (relative-motion) ਰਿਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (ਮੈਰਿਟ ਵਿਧੀ) ਨਾਮਕ ਇੱਕ ਸੂਝਵਾਨ, ਆਧੁਨਿਕ ਪਹੁੰਚ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਮੁੱਖ ਗੱਲ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਜਿਹੇ ਸਟੈਂਟ ਨੂੰ **ਯੋਕ** (yoke) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਹੱਥ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਪਹਿਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ **ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ** ਗਈ ਉਂਗਲ ਦੇ ਵੱਡੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਦੇਵਾਂ ਪਾਸੇ ਦੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਦੇ ਜੋੜਾਂ ਨਾਲੋਂ ਲਗਭਗ **15 ਤੋਂ 20 ਡਿਗਰੀ ਵੱਧ ਸਿੱਧਾ** ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਉਹ ਛੋਟਾ ਜਿਹਾ ਅੰਤਰ ਠੀਕ ਹੋ ਰਹੇ ਟੈਂਡਨ 'ਤੇ ਬੋਝ ਘਟਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਸਟੈਂਟ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਰਹਿਣ ਦੀ ਬਜਾਏ, ਤੁਰੰਤ ਹੱਥ ਨੂੰ ਹਲਕੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਅਤੇ ਸਹਿਜਤਾ ਨਾਲ ਵਰਤਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕੋ। ਇਸ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਜਲਦੀ ਹਿਲਣਾ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਚਲਣ-ਫਿਰਣ ਯੋਗ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਚਿਪਕੇ ਨਾ ਰਹੇ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਇਹ ਆਫ਼ਸੈਟ ਇਸਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤਣਾਅ ਤੋਂ ਬਚਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮੁਰੰਮਤਾਂ (ਉਂਗਲ ਅਤੇ ਹੱਥ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਆਮ ਜੋਨਾਂ) ਲਈ ਯੋਕ ਆਪਣੇ ਆਪ ਹੀ ਕਾਫ਼ੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਮੁਰੰਮਤਾਂ (ਜੋ ਕਲਾਈ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਕਮਜ਼ੋਰ ਮੁਰੰਮਤਾਂ, ਜਾਂ ਜਿੱਥੇ ਵਾਧੂ ਸੁਰੱਖਿਆ ਯੁਕਤੀਪੂਰਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ) ਲਈ ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਇੱਕ **ਕਲਾਈ ਦਾ ਸਟੈਂਟ** ਵੀ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। **ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਣਗੇ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਲਾਈ ਦਾ ਸਟੈਂਟ ਵੀ ਹੈ।**

ਫਿਰ ਯੋਜਨਾ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਖੁੱਲ੍ਹਦੀ ਹੈ: ਲਗਭਗ **ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ** ਲਈ ਯੋਕ ਨੂੰ ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਪਹਿਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਲਗਭਗ **ਪੰਜਵੇਂ ਹਫ਼ਤੇ** ਤੋਂ ਇਸਨੂੰ ਘਟਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਕਲਾਈ ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਦੇ ਹਿਲਣ-ਦੁਲਣ ਨੂੰ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; **ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਲਗਭਗ ਆਠ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ**; ਅਤੇ **ਪੂਰੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਲਗਭਗ ਦਸ ਤੋਂ ਬਾਰਾਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ**, ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਮੁਰੰਮਤ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ ਅਤੇ ਸੀਮਾਵਾਂ

- **ਪਹਿਲੇ ਲਗਭਗ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ**, ਅਭਿਆਸਾਂ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਸਮੇਤ, **ਆਪਣਾ ਯੋਕ ਸਪਲਿੰਟ ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਪਹਿਨੋ**, ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਹੀ ਇਸਨੂੰ ਹਟਾਓ ਜਾਂ ਘਟਾਓ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੱਸੇ। **ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਮਰੇ ਦਾ ਸਪਲਿੰਟ ਵੀ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।**
- ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ, ਸਹੂਲਤ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਦਾ **ਹਲਕਾ** ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ। ਪਹਿਲੇ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ, ਜ਼ਬਰਦਸਤੀ ਫੜਨਾ ਜਾਂ ਰੋਧਕ ਕੰਮ **ਨਾ ਕਰੋ**।
- ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਆਗਿਆ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਟਵੀਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ, ਤੁਸੀਂ ਗਿੱਪ ਜਾਂ ਪਿੰਚ ਮਜ਼ਬੂਤੀ **ਨਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ**।
- ਜਲਦੀ ਹੱਥ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਖ਼ਤ ਬੰਦ ਨਾ ਕਰੋ ਜਾਂ ਉਂਗਲੀ 'ਤੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾ ਪਾਓ; ਸਿਰਫ਼ ਉਹੀ ਹਲਕੇ, ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਰੋਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਚਲਾਓ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ।
- ਛੋਟੀਆਂ ਉਂਗਲੀਆਂ ਦੇ ਜੋੜਾਂ ਨੂੰ ਚਲਾਉਂਦੇ ਰੱਖੋ ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਸਖ਼ਤ ਨਾ ਹੋਣ; ਇਸ ਵਿੱਚ ਹਲਕੀ ਪੈਸਿਵ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨਾ ਮਦਦਗਾਰ ਹੈ।

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

ਤੁਹਾਡੇ ਵਰਕਆਊਟ

ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡਆਊਟ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਰਕਆਊਟ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੇ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਅਨੁਸਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਰੋਜ਼ ਅਤੇ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਰਹਿ ਕੇ ਕਰੋ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਵਰਕਆਊਟ **ਯੋਕ ਸਪਲਿੰਟ ਪਹਿਨੀ ਹੋਈ ਅਵਸਥਾ ਵਿੱਚ** ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ: ਹਲਕੀ ਫੁੱਟੀਆਂ (knuckles) ਮੋੜਨਾ ਅਤੇ ਉਂਗਲੀਆਂ ਨੂੰ ਮੋੜਨਾ, ਜੋ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸੁਰੱਖਿਅਤ, ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਮਾਤਰਾ ਵਿੱਚ ਚਲਾਉਂਦੇ ਹਨ ਬਿਨਾਂ ਇਸਨੂੰ ਤਣਾਅ ਦਿੱਤੇ। ਕਪਲਡ ਫ੍ਰਿਸਟ-ਐਂਡ-ਫਿੰਗਰ ਮੂਵਮੈਂਟ ਅਤੇ ਗਿੱਪ/ਪਿੰਚ ਸਟ੍ਰੈਚਿੰਗ ਬਾਅਦ ਦੇ ਪੜ੍ਹਾਵਾਂ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ। ਉਸ ਕੁਝ ਵੀ ਨੂੰ ਰੋਕ ਦਿਓ ਜੋ ਉਂਗਲੀ ਜਾਂ ਹੱਥ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ 'ਤੇ ਤੀਬਰ ਦਰਦ ਕਰੇ।

ਤੁਹਾਡਾ ਕਲੀਨੀਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ

ਇਸ ਪੇਜ ਦਾ ਬਾਕੀ ਹਿੱਸਾ ਰਿਲੇਟਿਵ-ਮੋਸ਼ਨ ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ (RME) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਟੈਂਡਨ ਮੁਰੰਮਤ (ਜ਼ੋਨ IV ਤੋਂ VII) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਲਈ ਪੜ੍ਹਾਅਵਾਰ ਕਲੀਨੀਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਹੈ। ਇਸ ਭਾਗ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹਰੇਕ ਪੜ੍ਹਾਅ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਸਧਾਰਨ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਵਿਆਖਿਆ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਇੱਕ **ਯੋਕ ਸਪਲਿੰਟ** ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ MCP ਨੂੰ ਗੁਆਂਢੀ ਅੰਗੂਠਿਆਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ **15 ਤੋਂ 20 ਡਿਗਰੀ ਵੱਧ ਐਕਸਟੈਂਡਡ** ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਕੁਆਡਰੀਗਾ ਪ੍ਰਭਾਵ ਅਤੇ ਜੰਕਚਰੀ ਟੈਂਡੀਨੀਆਈ ਰਾਹੀਂ ਐਕਟਿਵ ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਐਕਸਕਰਸ਼ਨ 'ਤੇ ਭਾਰ ਘਟਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ **ਤੁਰੰਤ ਐਕਟਿਵ ਮੋਸ਼ਨ ਸੁਰੱਖਿਅਤ** ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਰਿਪੋਰਟ ਅਤੇ ਪਿਛਲੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਜ਼ੋਨ(ਾਂ) ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ, ਸ਼ਾਮਲ ਟੈਂਡਨ(ਾਂ), ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ, ਅਤੇ ਕੀ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਫ੍ਰਿਸਟ ਓਰਥੋਸਿਸ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕਰੋ। ਜ਼ੋਨ V ਅਤੇ VI ਲਈ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਦੀ ਡਿਫਾਲਟ ਯੋਕ-ਅਲੋਨ (ਰਿਲੇਟਿਵ-ਮੋਸ਼ਨ ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਸਪਲਿੰਟ, ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੇ MCP ਨੂੰ ਗੁਆਂਢੀਆਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ

15–20° ਵੱਧ ਐਕਸਟੈਂਡਡ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ) ਹੈ। ਜ਼ੋਨ VII, ਕਮਜ਼ੋਰ ਮੁਰੰਮਤਾਂ, ਜਾਂ ਗੈਰ-ਅਨੁਸਰਣਕਾਰੀ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਓਰਥੋਸਿਸ (~20–25° ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ, ਪਹਿਲੇ ~3 ਹਫ਼ਤੇ) ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਸਿਰਫ਼ ਡੋਰਸਲ ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਜ਼ੋਨ IV–VII ਲਈ ਹੈ, ਮੈਲਟ (ਜ਼ੋਨ I–II) ਜਾਂ ਸੈਂਟਰਲ-ਸਲਿਪ/ਬੂਟਨੀਏਰ (ਜ਼ੋਨ III) ਲਈ ਨਹੀਂ।

ਪੜਾਅ I — ਯੋਕ (± ਕਲਾਈ ਸਪਲਿੰਟ), ਤੁਰੰਤ ਸਰਗਰਮ ਵਰਤੋਂ (ਹਫ਼ਤਿਆਂ 0 ਤੋਂ 3 ਤੱਕ)

ਪਹਿਲੇ ਤਿੰਨ ਹਫ਼ਤੇ ਦੌਰਾਨ, ਮਰੀਜ਼ ਹੱਥ ਦੀ ਤੁਰੰਤ ਸਰਗਰਮ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਯੋਕ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ। 15–20° ਦਾ ਸਾਪੇਖਿਕ ਵਿਸਤਾਰ ਆਫ਼ਸੈਟ ਮੁਰੰਮਤ 'ਤੇ ਭਾਰ ਘਟਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਇਸਲਈ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਸਰਗਰਮ ਚਾਲਨ (gliding) ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਤਸਾਹਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਹਲਕੀ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਵਰਤੋਂ ਦੀ ਆਗਿਆ ਹੈ; ਕੋਈ ਉਠਾਉਣਾ ਜਾਂ ਵਿਰੋਧੀ ਗ੍ਰਿੱਪ ਨਹੀਂ।

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:

ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ - ਯੋਕ / ਸਾਪੇਖਿਕ-ਚਾਲ ਵਿਸਤਾਰ ਸਪਲਿੰਟ ਫਿਟ ਕਰੋ: ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ MCP, ਗੁਆਂਢੀ ਅੰਗੂਠਿਆਂ ਨਾਲੋਂ 15–20° ਵੱਧ ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇ; ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਪਹਿਨਿਆ ਜਾਵੇ - ਪਹਿਲੇ ~3 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ONLY ਜ਼ੋਨ VII / ਕਮਜ਼ੋਰ ਮੁਰੰਮਤਾਂ / ਗੈਰ-ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਕਲਾਈ ਓਰਥੋਸਿਸ (~20–25° ਵਿਸਤਾਰ) ਜੋੜੋ (ਜ਼ੋਨ V–VI ਲਈ ਯੋਕ-ਅਕੇਲਾ ਡਿਫਾਲਟ ਹੈ) - ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਦੀ ਹਲਕੀ ਵਰਤੋਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਤਸਾਹਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਕੋਈ ਉਠਾਉਣਾ, ਜ਼ਬਰਦਸਤੀ ਗ੍ਰਿੱਪ ਜਾਂ ਵਿਰੋਧੀ ਕੰਮ ਨਹੀਂ - ਜ਼ਬਰਦਸਤੀ ਕੰਪੇਜਿਟ ਫਿਸਟਿੰਗ ਤੋਂ ਬਚੋ; ਰੱਜਾਂ ਨੂੰ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਰੱਖੋ

ਪ੍ਰਬੰਧਨ - ਘਾਅ: ਨਿਰਦੇਸ਼ ਅਨੁਸਾਰ ਸਰਜੀਕਲ ਡਰੈਸਿੰਗਾਂ; ਸੰਕਰਮਣ ਲਈ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੋ - ਸੋਜ: ਉੱਚਾ ਰੱਖਣਾ, ਹਲਕਾ ਡਿਜ਼ੀਟਲ ਪੰਪ, ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਬਰਫ਼ - ਵਰਜਿੰਗਾਂ (ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ, ਹਰ ~2 ਘੰਟੇ): ਸਰਗਰਮ ਇੰਟ੍ਰਿੰਸਿਕ-ਪਲੱਸ (IPs ਦੇ ਵਿਸਤਾਰ ਦੇ ਨਾਲ MCP ਫਲੈਕਸ਼ਨ) ਅਤੇ ਇੰਟ੍ਰਿੰਸਿਕ-ਮਾਈਨਸ / ਹੁੱਕ (IP ਫਲੈਕਸ਼ਨ ਦੇ ਨਾਲ MCP ਵਿਸਤਾਰ); IP ਸਟਿਫ਼ਨੈੱਸ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਪੈਸਿਵ IP ਵਿਸਤਾਰ ਦਿਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਰ - ਜਦੋਂ ਘਾਅ ਭਰ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਸਕਾਰ ਮੈਨੇਜਮੈਂਟ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ

ਪ੍ਰਗਤੀ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ - ਘਾਅ ਦਾ ਸਥਿਰ ਹੋਣਾ; ਕੋਈ ਇਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਲੈਗ ਵਿਕਸਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ; ~3 ਹਫ਼ਤਿਆਂ 'ਤੇ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਸਰਗਰਮ ਚਾਲਨ

ਪੜਾਅ II — ਕਲਾਈ ਦਾ ਸਪਲਿੰਟ ਹਟਾਇਆ ਗਿਆ, ਯੋਕ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਗਤੀ (ਹਫ਼ਤੇ 3 ਤੋਂ 6 ਤੱਕ)

ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਕਲਾਈ ਦਾ ਸਪਲਿੰਟ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (ਯੋਕ ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ)। ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਕਲਾਈ-ਅਤੇ-ਉਂਗਲੀ (ਟੈਨੋਡੋਸਿਸ) ਗਤੀ ਅਤੇ ਸੰਯੁਕਤ ਸਰਗਰਮ ਫਲੈਕਸ਼ਨ/ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਇੱਕ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਅਤੇ ਮੁਰੰਮਤ-ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਚਲਣ ਦੀ ਦੂਰੀ ਨੂੰ ਵਧਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:

ਮੁਲਾਂਕਣ - ਸਰਗਰਮ ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਕਿਰਿਆਤਮਕ ROM (MCP ਅਤੇ IP), ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਲੈਗ, ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ; ਘਾਅ/ਦਾਗ ਦੀ ਜਾਂਚ

ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ - ਸਹਾਇਕ ਕਲਾਈ ਦੇ ਸਪਲਿੰਟ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰੋ (ਜੇਕਰ ਇੱਕ ਵਰਤਿਆ ਗਿਆ ਸੀ); ਯੋਕ ਨੂੰ ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ - ਗਤੀ ਨੂੰ ਧੀਮੇ-ਧੀਮੇ ਵਧਾਓ; ਹਾਲੇ ਵੀ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਰੋਧੀ ਗ੍ਰਿੱਪ ਜਾਂ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਹੀਂ

ਪ੍ਰਬੰਧਨ - ਵਰਜਿੰਗ: ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਕਲਾਈ-ਅਤੇ-ਉਂਗਲੀ ਗਤੀ (ਟੈਨੋਡੋਸਿਸ) ਅਤੇ ਸੰਯੁਕਤ ਸਰਗਰਮ ਫਲੈਕਸ਼ਨ/ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ; ਇੰਟ੍ਰਿੰਸਿਕ-ਪਲੱਸ / ਇੰਟ੍ਰਿੰਸਿਕ-ਮਾਈਨਸ ਗਲਾਈਡਿੰਗ ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਕਿਰਿਆਤਮਕ IP ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ; ਯੋਕ ਵਿੱਚ ਹਲਕੀ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਵਰਤੋਂ - ਭਰੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਾਗ ਮਾਲਿਸ਼ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ

ਅੱਗੇ ਵਧਣ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ - ਸੰਯੁਕਤ ਸਰਗਰਮ ROM ~6 ਤੋਂ 8 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਵਧ ਰਿਹਾ ਹੈ; ਕੋਈ ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਲੈਗ ਨਹੀਂ; ਦਰਦ ਠੀਕ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਫੇਜ਼ III — ਯੋਕ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ, ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨਾ, ਵਾਪਸੀ (ਹਫ਼ਤਿਆਂ 6 ਤੋਂ 12 ਤੱਕ)

ਲਗਭਗ ਪੰਜਵੇਂ ਤੋਂ ਛੇਵੇਂ ਹਫ਼ਤੇ ਤੋਂ ਯੋਕ ਨੂੰ ਘਟਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਮੁਰੰਮਤ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਲਗਭਗ ਅੱਠਵੇਂ ਹਫ਼ਤੇ ਤੋਂ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਪਕੜ ਅਤੇ ਪਿੰਚ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਦਸ ਤੋਂ ਬਾਰ੍ਹਵੇਂ ਹਫ਼ਤੇ ਤੱਕ ਪੂਰੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵੱਲ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਵਧਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:

ਮੁਲਾਂਕਣ - ਪੂਰੀ ਸਰਗਰਮ ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਕਿਰਿਆਤਮਕ ROM, ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਲੈਗ, ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਪਕੜ/ਪਿੰਚ ਸ਼ਕਤੀ; ਢੁਕਵੇਂ ਹੋਣ 'ਤੇ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਅਤੇ ਕੰਮ-ਖਾਸ ਟੈਸਟਿੰਗ

ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ - ਲਗਭਗ ਹਫ਼ਤਾ 5 ਤੋਂ ਯੋਕ ਨੂੰ ਘਟਾਓ, ਗਤੀ ਅਤੇ ਨਿਯੰਤਰਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਅਨੁਸਾਰ ਲਗਭਗ ਹਫ਼ਤਾ 6 ਤੱਕ ਬੰਦ ਕਰੋ - ਹਫ਼ਤਾ 8 ਤੋਂ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਪਕੜ/ਪਿੰਚ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ (ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਨਹੀਂ) - 10 ਤੋਂ 12 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵੱਲ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਰੋਧ ਵਧਾਓ

ਪ੍ਰਬੰਧਨ - ਅਭਿਆਸ: ਹਫ਼ਤਾ 8 ਤੋਂ ਗ੍ਰੇਡਡ ਪਕੜ ਅਤੇ ਪਿੰਚ ਮਜ਼ਬੂਤੀ (ਬਾਲ/ਪੁਟੀ ਸਿਕੜਨਾ, ਪਿੰਚ) ਤੋਂ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਰੋਧ ਵਧਾਓ; ਕੋਈ ਵੀ ਬਾਕੀ ਬਚੀ ਹੋਈ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਅਤੇ IP-ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਕੰਮ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ - ਜਦੋਂ ਗਤੀ ਅਤੇ ਸ਼ਕਤੀ ਲਗਭਗ ਸਮਰੂਪ ਹੋ ਜਾਣ ਅਤੇ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਵਾਪਸੀ ਹਾਸਲ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਛੁੱਟੀ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰੋ - ਜੇਕਰ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਲੈਗ ਬਰਕਰਾਰ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਗਤੀ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਨਤੀਜਾ ਖਰਾਬ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਰੈਫਰ ਕਰਨ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰੋ

ਪੂਰੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ - ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਲੈਗ ਦੇ ਪੂਰੀ ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ROM; ਲਗਭਗ ਸਮਰੂਪ ਪਕੜ/ਪਿੰਚ; ਲਗਭਗ 10 ਤੋਂ 12 ਹਫ਼ਤੇ

ਕੰਮ ਅਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ

ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ, ਆਰਾਮ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਉਠਾਉਣ, ਜ਼ਬਰਦਸਤੀ ਫੜਨ ਜਾਂ ਰੋਧਕ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ, ਤਦ ਤੱਕ ਯੋਕ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਦੀ ਹਲਕੀ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਵਰਤੋਂ (ਖਾਣਾ, ਲਿਖਣਾ, ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣਾ, ਹਲਕੀ ਆਤਮ-ਦੇਖਭਾਲ) ਦੀ ਪ੍ਰੇਰਨਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅੱਠ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਮੁਰੰਮਤ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਦਸ ਤੋਂ ਬਾਰ੍ਹਾਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਪੂਰੀ, ਬਿਨਾਂ ਪਾਬੰਦੀ ਵਾਲੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਕੈਲੰਡਰ ਅਕੇਲੇ ਦੁਆਰਾ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੁਆਰਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਡਰਾਈਵਿੰਗ: ਯੋਕ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਦੀ ਹਲਕੀ ਵਰਤੋਂ ਠੀਕ ਹੈ, ਇਸਲਈ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮਨ੍ਹਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਪਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਵ੍ਹੀਲ ਨੂੰ ਫੜਨ ਅਤੇ ਕਾਰ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਸਥਿਤੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਯੋਕ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ (ਲਗਭਗ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ) ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ; ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਾਰ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਚਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਹ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਇਹ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਆਮ ਰਿਕਵਰੀ ਸਲਾਹ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ: [ਪੋਸਟ-ਆਪਰੇਟਿਵ ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ](#), [ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ](#) ਅਤੇ [ਦਾਗ਼ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ](#) ਦੇਖੋ। ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਪੜਾਅ-ਦਰ-ਪੜਾਅ ਯੋਜਨਾ ਰਿਲੇਟਿਵ-ਮੋਸ਼ਨ ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਗਾਈਡਲਾਈਨਾਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਲਗਾਤਾਰ ਰਿਕਵਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੁਆਰਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।