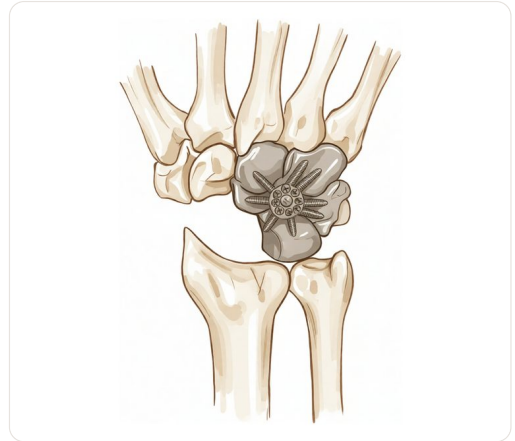


# ਅੰਸ਼ਿਕ ਕਲਾਈ ਫਿਊਜ਼ਨ

ਅੰਸ਼ਿਕ ਕਲਾਈ ਫਿਊਜ਼ਨ ਵਿੱਚ, ਘਿਸਿਆ ਹੋਇਆ ਸਕੈਫੋਇਡ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੈਪੀਟੇਟ ਨੂੰ ਲਿਊਨੇਟ ਨਾਲ ਫਿਊਜ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (ਇੱਕ ਕੈਪੀਟੇਲਿਊਨੇਟ ਫਿਊਜ਼ਨ); ਲਿਊਨੇਟ ਅਤੇ ਰੇਡੀਅਸ ਵਿਚਕਾਰ ਜੋੜਾ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਬਚਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਕਲਾਈ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਉਪਯੋਗੀ, ਭਾਵੇਂ ਘੱਟ ਹੋਈ, ਗਤੀ ਦੀ ਰੋਜ਼ ਬਣੀ ਰਹੇ।

Cvpoucke / Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0



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 **ਅੰਸ਼ਿਕ ਕਲਾਈ ਫਿਊਜ਼ਨ** (ਇੱਕ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜੋ ਘਿਸੀ-ਪਿਟੀ ਸਕੈਫੋਇਡ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹਟਾਉਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕਲਾਈ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਜੋੜਦਾ ਹੈ, ਜਿਸਦਾ ਨਾਂ **ਕੈਪੀਟੇਟ ਤੋਂ ਲਿਊਨੇਟ** ਤੱਕ ਇੱਕ ਕੈਪੀਟੇਲਿਊਨੇਟ ਫਿਊਜ਼ਨ) ਦੇ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ ਨਾਲ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਵਰਜਨਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਜਿਸਦੇ ਬਾਅਦ ਇਹ ਸੰਰਚਨਾਤਮਕ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ **ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ** ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ: ਆਪਣੀ ਪਹਿਲੀ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਮਿਲਣੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਪੰਨੇ ਜਾਂ ਇਸਦੇ PDF ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਹੱਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਕੋਲ ਲੈ ਕੇ ਜਾਓ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਸੰਚਾਲਿਤ ਰਹੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

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

## ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ

ਅੱਧੀ ਕਲਾਈ ਦਾ ਫਿਊਜ਼ਨ (partial wrist fusion) ਉਸ ਕਲਾਈ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਪੁਰਾਣੀ ਸਕੈਫੋਇਡ ਸਮੱਸਿਆ ਦੇ ਰਸਤੇ 'ਤੇ ਖਰਾਬ ਹੋ ਚੁੱਕੀ ਹੈ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ): ਜਾਂ ਤਾਂ **ਸਕੈਫੋਲੂਨੇਟ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਚੋਟ ("SLAC" ਕਲਾਈ)** ਜਾਂ ਇੱਕ ਪੁਰਾਣੀ **ਸਕੈਫੋਇਡ ਟੁੱਟਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਜੋ ਕਦੇ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋਈ ("SNAC" ਕਲਾਈ)**। ਖਰਾਬ ਹੋਈ ਸਕੈਫੋਇਡ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਲਾਈ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਜੋੜ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਰਗੜ ਨਾ ਖਾਣ। ਡਾ. ਹਿਰਪਾਰਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ **ਕੈਪੀਟੇਟ ਨੂੰ ਲੂਨੇਟ ਨਾਲ** ਜੋੜਦਾ ਹੈ (ਇੱਕ ਕੈਪੀਟੇਲੂਨੇਟ ਫਿਊਜ਼ਨ), ਕਈ ਵਾਰ ਨਾਲ ਲੱਗਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਦਾ ਹੈ; ਜਦੋਂ ਲੂਨੇਟ, ਕੈਪੀਟੇਟ, ਟ੍ਰਾਈਕੁਏਟ੍ਰਮ ਅਤੇ ਹੈਮੇਟ ਸਾਰੇ ਜੁੜੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਇਸਨੂੰ **ਚਾਰ-ਕੁਨਾ ਫਿਊਜ਼ਨ** ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸਦੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਸਿਧਾਂਤ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਹਨ।

ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਮੁੱਖ ਵਿਚਾਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ **ਕਲਾਈ ਦਾ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਹਿੱਸਾ ਹੀ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਸਾਰਾ ਨਹੀਂ**। ਲੂਨੇਟ ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੀ ਹੱਡੀ (ਰੇਡੀਅਸ) ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਜੋੜ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਹੀ ਬਚਿਆ ਹੋਇਆ ਜੋੜ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ:

- **ਖਰਾਬ ਹੋਈਆਂ ਸਤਹਾਂ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਦਰਦ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ:** ਇਹ ਮੁੱਖ ਟੀਚਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
- **ਰੇਡੀਅਸ-ਲੂਨੇਟ ਜੋੜ ਨੂੰ ਬਚਾਈ ਰੱਖਣਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਪਯੋਗੀ ਚਲਣਸ਼ੀਲਤਾ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਦੇ ਹੋ।** ਇਸਦੀ ਕੀਮਤ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਚਲਣਸ਼ੀਲਤਾ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ: ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਪਿਛਲੀ ਮੁੜਨ ਦੀ ਰੋਜ਼ ਦਾ ਲਗਭਗ ਅੱਧਾ ਤੋਂ ਦੋ-ਤਿਹਾਈ ਹਿੱਸਾ, ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ

ਮੁਕਾਬਲੇ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ-ਚੌਥਾਈ ਹਿੱਸਾ ਗ੍ਰਿਪ ਸ਼ਕਤੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ, ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਗਈ ਨਤੀਜਾ ਹੈ (ਕੋਈ ਜਟਿਲਤਾ ਨਹੀਂ) ਅਤੇ ਇੱਕ ਦਰਦਨਾਕ, ਖਰਾਬ ਹੋਈ ਕਲਾਈ ਲਈ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਹੁਤ ਮੁੱਲਵਾਨ ਬਦਲ ਹੈ।

ਜੁੜੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਜੁੜਨ ਲਈ ਸਮਾਂ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਬਿਲਕੁਲ ਇੱਕ ਟੁੱਟੀ ਹੱਡੀ ਵਾਂਗ। ਲਗਭਗ **ਪਹਿਲੇ ਛੇ ਤੋਂ ਅੱਠ ਹਫ਼ਤਿਆਂ** ਲਈ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਇੱਕ ਕੈਸਟ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਉਂਗਲੀਆਂ, ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਬਾਹ ਨੂੰ ਆਜ਼ਾਦੀ ਨਾਲ ਚਲਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਸਰਜਨ X-ਰੇ 'ਤੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰ ਲੈਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹੱਡੀਆਂ **ਜੁੜ ਗਈਆਂ** ਹਨ, ਤਾਂ ਕਲਾਈ ਦੀ ਚਲਣਸ਼ੀਲਤਾ ਅਤੇ ਫਿਰ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨੂੰ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਾਅਵਾਰ ਖੋਲ੍ਹਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਵਿੱਚ ਹੀ ਆਪਣੀਆਂ ਉਮੀਦਾਂ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨਾ (ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਚਲਣਸ਼ੀਲ ਕਲਾਈ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇੱਕ ਆਰਾਮਦਾਇਕ, ਉਪਯੋਗੀ ਕਲਾਈ) ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦਾ ਇੱਕ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹਿੱਸਾ ਹੈ।

## ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ ਅਤੇ ਸੀਮਾਵਾਂ

- ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੇ ਫਿਊਜ਼ਨ (fusion) ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਕਰ ਦਿੰਦੀ, ਤਦ ਤੱਕ ਆਪਣੀ ਮੋਢੀ ਨੂੰ ਕੈਸਟ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਰੱਖੋ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਤੋਂ ਅੱਠ ਹਫ਼ਤੇ): ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਜੁੜਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੀ ਮੋਢੀ ਨੂੰ ਹਿਲਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਪਹਿਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਹੀ ਆਪਣੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ, ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਰਹੋ, ਪਰ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ, ਤਦ ਤੱਕ ਮੋਢੀ ਨੂੰ **ਨਹੀਂ** ਹਿਲਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ।
- ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਫਿਊਜ਼ਨ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ, ਤਦ ਤੱਕ ਮੋਢੀ ਰਾਹੀਂ ਭਾਰ ਨਾ ਚੁੱਕੋ, ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਫੜੋ, ਧੱਕਾ ਨਾ ਮਾਰੋ, ਖਿੱਚੋ ਜਾਂ ਭਾਰ ਨਾ ਪਾਓ: ਇਹ ਠੀਕ ਹੋ ਰਹੀ ਹੱਡੀ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪਲੇਟ, ਸਕ੍ਰੂ ਜਾਂ ਸਟੈਪਲ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- ਅੰਤਿਮ ਗਤੀ ਦੀ ਸੀਮਾ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੋ: ਇਹ ਮੋਢੀ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਫਿਊਜ਼ ਕਰਨ ਦਾ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਨਤੀਜਾ ਹੈ, ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਕੁਝ ਗਲਤ ਹੋਣਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- ਕੈਸਟ ਜਾਂ ਪੱਟੀ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਅਤੇ ਸੁੱਕਾ ਰੱਖੋ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਕੈਸਟ ਵਿੱਚ ਹੋ ਜਾਂ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਵੀਲ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਦ ਤੱਕ ਗੱਡੀ **ਨਹੀਂ** ਚਲਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ।

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

## ਤੁਹਾਡੇ ਵਰਕਆਊਟ

ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡਆਊਟ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਰਕਆਊਟ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੇ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਅਨੁਸਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਰੋਜ਼ ਅਤੇ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਰਹੋ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਵਰਕਆਊਟ ਉਂਗਲਾਂ, ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਚਾਲੂ ਰੱਖਦੇ ਹਨ ਬਿਨਾਂ ਇਸ ਗੱਲ ਦੇ ਕਿ ਇਲਾਜ ਹੋ ਰਿਹਾ ਫਿਊਜ਼ਨ ਵਿੱਚ ਵਿਘਨ ਪਵੇ; ਕੋਹਣੀ ਦਾ ਜੋੜ ਆਪਣੀ ਕਾਸਟ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। **ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਜੋੜ ਦੀ ਗਤੀ ਅਤੇ ਫੜਨ ਦੀ ਤਾਕਤ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੇ ਵਰਕਆਊਟ ਬਾਅਦ ਦੇ ਪੜ੍ਹਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦੇ ਹਨ** ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਤਦ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੇ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਹੋਵੇ। ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਜੋੜ 'ਤੇ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਹੋਣ 'ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਗਤੀ ਰੋਕ ਦਿਓ।

## ਤੁਹਾਡਾ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ

ਇਸ ਪੰਨੇ ਦਾ ਬਾਕੀ ਹਿੱਸਾ ਅੰਸ਼ਿਕ ਕਲਾਈ ਫਿਊਜ਼ਨ (ਕੈਪੀਟਲੂਨੇਟ  $\pm$  ਸਕੈਫੋਇਡ ਐਕਸੀਜ਼ਨ; ਇਹੋ ਸਿਧਾਂਤ ਚਾਰ-ਕੋਨਰ ਫਿਊਜ਼ਨ ਲਈ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ) ਦੇ ਬਾਅਦ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਲਈ ਪੜ੍ਹਾਅਵਾਰ ਕਲੀਨਿਕਲ 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। ਟੈਂਡਨ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਇੱਥੇ ਬਣਤਰ ਹੱਡੀ ਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਪ੍ਰਗਤੀ ਫਿਊਜ਼ਨ ਦੀ ਰੇਡੀਓਗ੍ਰਾਫਿਕ ਯੂਨੀਅਨ ਦੁਆਰਾ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਕਿਸੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕੈਲੰਡਰ ਦੁਆਰਾ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਸਰਜਨ ਯੂਨੀਅਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਇਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ਡ (ਸਥਿਰ) ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਉਂਗਲਾਂ, ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਬਾਹ ਨੂੰ ਹੀ

ਗਤੀਸ਼ੀਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਲਾਈ ਦੀ ਰੋਜ਼ ਅਤੇ ਫਿਰ ਲੋਡ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲਿਆਂਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸਦੀ ਇੱਕ ਵਾਸਤਵਿਕ ਸੀਮਾ ਵਿਰੋਧੀ ਪਾਸੇ ਦੀ ਫਲੈਕਸ਼ਨ-ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਦਾ ਲਗਭਗ 50-65% ਅਤੇ ~70-80% ਗ੍ਰਿੱਪ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਰਿਪੋਰਟ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ ਅਤੇ ਵਰਤੇ ਗਏ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ (ਗੋਲਾਕਾਰ/ਡੋਰਸਲ ਪਲੇਟ, ਹੈਂਡਲੈਸ ਕੰਪਰੈਸ਼ਨ ਸਕੂ, ਸਟੈਪਲ ਜਾਂ K-ਵਾਇਰ) ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰੋ ਅਤੇ ਕੀ ਸਕੈਫੋਇਡ ਨੂੰ ਐਕਸਾਈਜ਼ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਰੇਡੀਓਗ੍ਰਾਫਿਕ ਯੂਨੀਅਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਤੱਕ ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਨਾ ਕਰੋ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 6-8 ਹਫ਼ਤੇ, ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸਕੂ ਜਾਂ ਸਟੈਪਲ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਇਸ ਤੋਂ ਵੀ ਵੱਧ)। ਪਹਿਲੀ ਮਿਲਣੀ ਤੋਂ ਹੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸਲਾਹ ਦਿਓ ਕਿ ਟੀਚਾ ਪੂਰੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਇੱਕ ਦਰਦ-ਰਹਿਤ, ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਕਲਾਈ ਹੈ ਜਿਸਦਾ ਆਰਕ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਘਟਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ।

### **ਪੜਾਅ I — ਜੋੜ ਬਣਨ ਤੱਕ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਚਲੀਕਰਨ (ਹਫ਼ਤੇ 0 ਤੋਂ ਲਗਭਗ 6-8)**

ਫਿਊਜ਼ਨ ਇੱਕ ਟੁੱਟੀ ਹੱਡੀ ਵਾਂਗ ਭਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਇਸਲਈ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੌਰਾਨ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਖ਼ਤੀ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਚਿਪਕਣ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਹੱਥ ਅਤੇ ਬਾਹ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਚਾਲੂ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਹਿਲਾਇਆ ਜਾਂਦਾ।

### **ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:**

**ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ** - ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਰੇਡੀਓਗ੍ਰਾਫਿਕ ਯੂਨੀਅਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਤੱਕ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 6-8 ਹਫ਼ਤੇ) ਕਲਾਈ ਕੈਸਟ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਅਚਲ ਰੱਖੀ ਜਾਵੇ - ਇਸ ਪੜਾਅ ਦੌਰਾਨ **ਕੋਈ ਵੀ ਸਰਗਰਮ ਜਾਂ ਨਿਸ਼ਕਿਰਿਆ ਕਲਾਈ ਗਤੀ ਨਹੀਂ** - ਆਪਰੇਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਲਾਈ ਰਾਹੀਂ **ਕੋਈ ਫੜਨਾ, ਚੁੱਕਣਾ, ਧੱਕਾ ਦੇਣਾ, ਖਿੱਚਣਾ ਜਾਂ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ ਨਹੀਂ** - ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਉਮੀਦ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰੋ: ਅੰਤਿਮ ਗਤੀ **ਘਟੀ ਹੋਈ** ਹੋਵੇਗੀ (ਰੇਡੀਓਲਿਊਨਾਰ ਜੋੜਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ; ਮਿਡਕਾਰਪਲ ਜੋੜਾ ਫਿਊਜ਼ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ)

**ਪ੍ਰਬੰਧਨ** - ਘਾਅ: ਨਿਰਦੇਸ਼ ਅਨੁਸਾਰ ਸਰਜੀਕਲ ਡਰੈਸਿੰਗ; ਲਗਭਗ 10-14 ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਮੋਟੀ ਡਰੈਸਿੰਗ/ਸਪਲਿੰਟ, ਫਿਰ ਸ਼ਾਰਟ-ਆਰਮ ਕੈਸਟ ਜਾਂ ਥਰਮੋਪਲਾਸਟਿਕ ਸਪਲਿੰਟ; ਸੰਕਰਮਣ ਲਈ ਨਿਗਰਾਨੀ ਰੱਖੋ - ਸੋਜ: ਦਿਲ ਦੇ ਪੱਧਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਉਚਾ ਕਰੋ, ਹਲਕਾ ਹੱਥ ਪੰਪ ਕਰਨਾ, ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਬਰਫ਼ - ਵਰਜਿੰਗਾਂ: **ਉਂਗਲੀਆਂ, ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ MCP/IP ROM ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਸਰਗਰਮ ਗਤੀ; ਬਾਹ ਦੀ ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ/ਸਪੀਨੇਸ਼ਨ**; ਹਲਕੀ ਕੰਬੀ ਅਤੇ ਕੋਹਲੀ ਦੀ ਗਤੀ; **ਕਲਾਈ ਦੀ ਕੋਈ ਗਤੀ ਨਹੀਂ**

**ਉੱਨਤੀ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ** - ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਰੇਡੀਓਗ੍ਰਾਫਿਕ ਯੂਨੀਅਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ (ਸਿਰਫ਼ ਕੈਲੰਡਰ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਨਾ ਕਰੋ); ਘਾਅ ਭਰਿਆ ਹੋਵੇ; ਸੋਜ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਹੋਵੇ

### **ਪੜਾਅ II — ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨਾ (ਯੂਨੀਅਨ ਤੋਂ, ਲਗਭਗ ਹਫ਼ਤਿਆਂ 6-8 ਤੋਂ 12 ਤੱਕ)**

ਜਦੋਂ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਪੱਕਾ ਯਕੀਨ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਫਿਊਜ਼ਨ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਕੈਸਟ ਤੋਂ ਕੱਢ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹਲਕੀ ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਪ੍ਰਗਤੀ ਧੀਮੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਯਾਦ ਦਿਵਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਫਿਊਜ਼ ਹੋਈ ਹਿੱਸਾ ਚਲ ਨਹੀਂ ਸਕੇਗੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਆਰਕ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਛੋਟੀ ਹੋਵੇਗੀ।

### **ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:**

**ਮੁਲਾਂਕਣ** - ਕਲਾਈ ਦੀ ਸਰਗਰਮ ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਕਿਰਿਆਤਮਕ ROM (ਫਲੈਕਸ਼ਨ/ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ, ਰੇਡੀਅਲ/ਯੂਲਨਰ ਡਿਵੀਏਸ਼ਨ), ਬਾਹ ਦੀ ਘੁੰਮਣਾ, ਗ੍ਰਿੱਪ ਬੇਸਲਾਈਨ, ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ, ਘਾਅ/ਦਾਗ ਦੀ ਜਾਂਚ

**ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ** - ਆਰਾਮ ਦੇ ਅੰਦਰ **ਸਰਗਰਮ ਅਤੇ ਸਰਗਰਮ-ਸਹਾਇਤਾ ਕਲਾਈ ROM** ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ; ਸੈਸ਼ਨਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਆਰਾਮ/ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਇੱਕ ਹਟਾਉਣਯੋਗ ਕਲਾਈ ਸਪਲਿੰਟ ਵੱਲ ਵਧੋ - ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਲਈ ਸਪਸ਼ਟ ਆਗਿਆ ਮਿਲਣ ਤੱਕ ਕਲਾਈ ਰਾਹੀਂ **ਭਾਰੀ ਫੜਨਾ, ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਅਤੇ ਭਾਰ ਝੁਕਾਉਣ ਤੋਂ ਬਚੋ** - **ਘਟੀ ਹੋਈ ਗਤੀ ਦੀ ਉਮੀਦ** ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰੋ (ਲੱਕਸ਼ਮ ~50-65% ਵਿਰੋਧੀ ਫਲੈਕਸ਼ਨ-ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਆਰਕ)

**ਪ੍ਰਬੰਧਨ** - ਵਰਜਿੰਗਾਂ: ਸਰਗਰਮ/ਸਰਗਰਮ-ਸਹਾਇਤਾ ਕਲਾਈ ਫਲੈਕਸ਼ਨ, ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ, ਰੇਡੀਅਲ ਅਤੇ ਯੂਲਨਰ ਡਿਵੀਏਸ਼ਨ; ਜਦੋਂ ਘਾਅ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ **ਦਾਗ ਮਸਾਜ ਅਤੇ ਡੀਸੈਂਸੀਟਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ** ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ; ਪੂਰੀ ਉਂਗਲੀ/ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ROM ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੀ ਘੁੰਮਣਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ; ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਓਇਡੀਮਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ

**ਅੱਗੇ ਵਧਣ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡ** - ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਘਟੀ ਹੋਈ ਰੋਜ਼ ਦੇ ਅੰਦਰ ਆਰਾਮਦਾਇਕ, ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਕਲਾਈ ਆਰਕ; ਦਰਦ ਸਥਿਰ ਹੋਣਾ; **ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਲਈ ਸਰਜਨ ਦੀ ਆਗਿਆ**

### ਫੇਜ਼ III — ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ (ਲਗਭਗ 12 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ)

ਜਦੋਂ ਫਿਊਜ਼ਨ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਆਪਣੇ ਉਪਯੋਗੀ ਸੀਮਾ ਤੱਕ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਕਦਮ-ਦਰ-ਕਦਮ ਭਾਰ ਪਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮੈਨੂਅਲ ਕੰਮ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਮਾਪਦੰਡਾਂ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੈ।

#### ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:

**ਮੁਲਾਂਕਣ** - ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਗਿੱਪ ਅਤੇ ਪਿੱਚ ਸ਼ਕਤੀ; ਭਾਰ ਪਾਉਣ 'ਤੇ ਦਰਦ/ਸੋਜ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ; ਕਾਰਜ ਅਤੇ ਨੌਕਰੀ-ਖਾਸ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਟੈਸਟਿੰਗ

**ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ** - ਜਦੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਮਿਲ ਜਾਵੇ ਤਾਂ **ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਗਿੱਪ ਅਤੇ ਮੁੜਘੁਟਣ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ** (ਪੁਟੀ, ਗੋਦ, ਫਿਰ ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧ) ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ - **ਭਾਰ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਭਾਰ ਸਹਿਣ ਵਾਲੇ ਕਾਰਜਾਂ** ਨੂੰ ਧੀਮ-ਧੀਮ ਪੇਸ਼ ਕਰੋ; ਇੱਕੋ ਵਾਰ ਨਾ ਕਰਕੇ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਧਾਓ - ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਅੰਤਿਮ ਸਥਿਤੀ: ਗਿੱਪ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ **ਲਗਭਗ 70-80%** ਵੱਲ ਬਹਾਲ ਹੋਣਾ ਅਤੇ ਇੱਕ **ਉਪਯੋਗੀ, ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੀ, ਘਟੀ ਹੋਈ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ**

**ਪ੍ਰਬੰਧਨ** - ਅਭਿਆਸ: ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਫੜਨਾ ਅਤੇ ਬਾਹ/ਮੁੜਘੁਟਣ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ; ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਅਤੇ ਕੰਮ ਦੀ ਨਕਲ; ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲੀ ਸਕਾਰ ਮੈਨੇਜਮੈਂਟ ਅਤੇ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਦਾ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣਾ - ਜੇਕਰ ਵਿਸਤਾਰ 'ਤੇ ਡੋਰਸਲ ਮੁੜਘੁਟਣ ਵਿੱਚ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ (ਸੰਭਾਵਿਤ **ਡੋਰਸਲ ਇੰਪਿੰਜਮੈਂਟ**), ਸ਼ੱਕੀ **ਨਾਨ-ਯੂਨੀਅਨ**, ਜਾਂ ਰਿਕਵਰੀ ਦਾ ਪਲੇਟੋ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਉਸ 'ਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੋ ਅਤੇ ਸਰਜਨ ਕੋਲ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ - ਮਰੀਜ਼ ਦੀਆਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਲਈ ਸ਼ਕਤੀ ਅਤੇ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹੋਣ 'ਤੇ ਡਿਸਚਾਰਜ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰੋ

**ਲੋਡ / ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ** - ਮਜ਼ਬੂਤ ਯੂਨਾਈਟਡ ਫਿਊਜ਼ਨ, ਬਹਾਲ ਹੋਈ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ, ਕੰਮ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਗਿੱਪ; ਭਾਰੀ ਮੈਨੂਅਲ ਮੰਗਾਂ ਨੂੰ ਲਗਭਗ 4-6 ਮਹੀਨੇ ਤੱਕ ਮੁਲਤਵੀਂ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਵਧਾਇਆ ਜਾਵੇ

## ਕੰਮ ਅਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ

ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ, ਆਰਾਮ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਲਾਈ 'ਤੇ ਭਾਰ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਮੋੜਿਆ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦਾ, ਤਦ ਤੱਕ ਹਲਕੀ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਹੱਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ (ਖਾਣਾ ਖਾਣਾ, ਲਿਖਣਾ, ਹਲਕੀ ਸਵੈ-ਦੇਖਭਾਲ) ਦੀ ਪ੍ਰੇਰਣਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਸਟ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਜਾਂ ਕਾਰ ਦੇ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਵੀਲ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋਣ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਨਹੀਂ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ, ਇਸਲਈ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਆਵਾਜਾਈ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਓ; ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਤਦ ਤੱਕ ਠੀਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਕਸਟ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਕਾਰ ਨੂੰ ਭਰੋਸੇ ਨਾਲ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਤੁਹਾਡੀ ਰਿਵਿਊ ਦੌਰਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਕਲਾਈ ਰਾਹੀਂ ਫੜਨਾ, ਚੁੱਕਣਾ ਅਤੇ ਭਾਰ ਝੁਕਾਉਣਾ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਫਿਊਜ਼ਨ ਮਜ਼ਬੂਤ ਪੱਕੀ ਹੋਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਭਗ ਛੇ ਤੋਂ ਅੱਠ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ), ਅਤੇ ਫਿਰ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਧੀਮ ਢੰਗ ਨਾਲ ਵਧਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਡੈਸਕ-ਅਧਾਰਿਤ ਜਾਂ ਹਲਕੇ ਕੰਮ ਵਾਲੇ ਲੋਕ ਅਕਸਰ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ; ਭਾਰੇ ਮੈਨੂਅਲ ਕੰਮ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚਾਰ ਤੋਂ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਪੜ੍ਹਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ, ਯਾਦ ਰੱਖੋ ਕਿ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਨਤੀਜਾ ਇੱਕ ਆਰਾਮਦਾਇਕ, ਉਪਯੋਗੀ ਕਲਾਈ ਹੈ ਜਿਸਦੀ ਚਾਲ ਘਟੀ ਹੋਈ ਹੈ, ਜਿਸਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਲਾਈ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਰਫ਼ਤਾਰ ਨੂੰ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਨਾ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਕੈਲੰਡਰ ਨੂੰ।

## 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 ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਪੜਾਅਵਾਰ ਯੋਜਨਾ ਅੰਸ਼ਕ ਕਲਾਈ ਜੋੜਨ (partial wrist fusion) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਗਾਈਡਲਾਈਨਾਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਲਗਾਤਾਰ ਰਿਕਵਰੀ ਤੁਹਾਡੀ ਕਲਾਈ ਦੇ ਭਲੇ ਹੋਣ ਅਤੇ ਤਰੱਕੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੁਆਰਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।