CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

REHABILITATION PROTOCOL

ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਰੀਪਲੇਸਮੈਂਟ

ਕੋਹਲੀ ਦੇ ਨੇੜੇ ਰੇਡੀਅਲ ਸਿਰ ਅਕਸਰ ਫੈਲੀ ਹੋਈ ਹੱਥ 'ਤੇ ਡਿੱਗਣ ਨਾਲ ਟੁੱਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਜਦੋਂ ਇਸਨੂੰ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ, ਤਾਂ ਇਸਨੂੰ ਇੱਕ ਧਾਤੂ ਇਮਪਲਾਂਟ ਨਾਲ ਬਦਲ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਕੋਹਲੀ ਸਥਿਰ ਅਤੇ ਚਲਣਯੋਗ ਰਹੇ।

Kieran Hirpara 🄯 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 ਹਿਰਪਰਾ ਦੇ ਨਾਲ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਕੋਹਣੀ (elbow) ਵਿੱਚ **ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਰਿਪਲੇਸਮੈਂਟ** (ਜਿੱਥੇ ਟੁੱਟੀ ਹੋਈ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਨੂੰ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਧਾਤੂ ਇਮਪਲਾਂਟ ਨਾਲ ਬਦਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਰਿਕਵਰੀ ਨੂੰ ਦਿਸ਼ਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਘਰੇਲੂ ਵਰਕਆਉਟ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸਦੇ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ ਸੰਰਚਨਾਤਮਕ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਹੈ; ਆਪਣੀ ਪਹਿਲੀ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਮਿਲਣੀ ਤੱਕ ਇਸ ਸਫ਼ੇ ਜਾਂ ਇਸਦੇ PDF ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਜਾਓ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਸਮਨਵਿਤ ਰਹੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਰਿਕਵਰੀ ਕਿਵੇਂ ਅੱਗੇ ਵਧ ਰਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਬਿਲਕੁਲ ਕਿਸ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਇਸਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਘਾਅ (wound) ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਮਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਘਾਅ ਦੀ ਤਸਵੀਰ ਲੈ ਕੇ ਉਸਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਲਈ ਇਮੇਲ ਕਰਨਾ ਅਕਸਰ ਫਾਇਦੇਮੰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ

ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ (Radial head) ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੀਆਂ ਦੋ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਦਾ ਗੋਲ ਸਿਰ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਕੋਹਲੀ ਨਾਲ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਇੰਨੇ ਟੁਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਟੁੱਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਉਸਨੂੰ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ, ਤਾਂ ਇਸਦੀ ਜਗ੍ਹਾ ਇੱਕ ਛੋਟੇ **ਧਾਤੂ ਇਮਪਲਾਂਟ** ਨਾਲ ਲਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਇੱਕ ਸਥਿਰ ਅਤੇ ਸਹੀ ਕੋਹਲੀ ਅਤੇ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੇ ਘੁੰਮਣ ਦੇ ਧੁਰੇ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਕਸਰ ਇੱਕ ਵਧੇਰੇ ਜਟਿਲ ਚੋਟ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸਨੂੰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ **"ਖਰਾਬ ਤਿਕੋਣ" (terrible triad)** ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ, ਕੋਰੋਨਾਇਡ ਦਾ ਇੱਕ ਟੁਕੜਾ ਅਤੇ ਕੋਹਲੀ ਦੇ ਪਾਸੇ ਦੀਆਂ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਇਕੱਠੀਆਂ ਖਰਾਬ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਕਿਉਂਕਿ ਇਮਪਲਾਂਟ ਸਥਿਰਤਾ ਬਹਾਲ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (ਪੁਨਰਸਥਾਪਨ) ਦੀ ਪ੍ਰਾਥਮਿਕਤਾ ਸਖ਼ਤੀ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਜਲਦੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਚਾਲਨਾਤਮਕ ਗਤੀਵਿਧੀ ਹੈ; ਇਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਚੋਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੋਹਲੀ ਬਹੁਤ ਜਲਦੀ ਸਖ਼ਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਬਚਾਅ ਜਲਦੀ ਚਾਲਨਾਤਮਕ ਗਤੀਵਿਧੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਹਲੀ ਵਰਜ਼ਿਸ਼ਾਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਆਰਾਮ ਲਈ ਇੱਕ **ਸਧਾਰਨ ਸਲਿੰਗ** ਵਿੱਚ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ (ਹਿੰਜ ਵਾਲਾ ਬ੍ਰੇਸ ਨਹੀਂ), ਅਤੇ ਵਰਜ਼ਿਸ਼ ਅਤੇ ਧੋਣ ਲਈ ਸਲਿੰਗ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਇਹ ਤੈਅ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀ ਜਲਦੀ ਅਤੇ ਕਿੰਨੀ ਦੂਰ ਤੱਕ ਚਾਲਨਾਤਮਕ ਗਤੀਵਿਧੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- **ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।** ਜੇਕਰ ਕੋਹਲੀ ਦੇ ਬਾਹਰੀ ਪਾਸੇ ਵਾਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ਲੈਟਰਲ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ) ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ **ਹਥੇਲੀ ਹੇਠਾਂ (ਪ੍ਰੋਨੇਟਿਡ)** ਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਵਰਜ਼ਿਸ਼ ਦਿੱਤੀ

ਜਾਂਦੀ ਹੈ; ਜੇਕਰ ਅੰਦਰੂਨੀ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ਮੀਡੀਅਲ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ) ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸਨੂੰ **ਹਥੇਲੀ ਉੱਪਰ (ਸੁਪੀਨੇਟਿਡ)** ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਜੇਕਰ ਦੋਵਾਂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸਨੂੰ ਤਟਸਥ ਮੱਧ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕਿਹੜਾ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

- **ਜੇਕਰ ਕੋਹਲੀ ਅਸਥਿਰ ਸੀ, ਤਾਂ ਇਸਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵਾਲੇ (ਵੈਰਸਸ) ਤਣਾਅ ਅਤੇ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।** ਇਸੇ ਕਾਰਨ ਚਾਲਨਾਤਮਕ ਗਤੀਵਿਧੀ ਨੂੰ ਇੱਕੋ ਵਾਰ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਪੜਾਅਵਾਰ ਖੋਲ੍ਹਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਚਾਲਨਾਤਮਕ ਗਤੀਵਿਧੀ ਨੂੰ ਨਿਰੰਤਰ ਵਧਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮਜ਼ਬੂਤੀ (strengthening) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਭਗ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਮਪਲਾਂਟ ਅਤੇ ਭਰਪਾਈ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਸਥਿਰ ਹੁੰਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਇਸੇ ਕਾਰਨ ਭਾਰੀ ਲੋਡਿੰਗ ਨੂੰ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਵਾਪਸ ਲਿਆਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ ਅਤੇ ਸੀਮਾਵਾਂ

- ਆਰਾਮ ਲਈ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਸਧਾਰਨ ਸਲਿੰਗ ਪਹਿਨੋ; ਇਹ ਹਿੰਜ ਵਾਲਾ ਬ੍ਰੇਸ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਵਰਜ਼ਿਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਧੋਣ ਲਈ ਉਤਾਰਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਵਰਜ਼ਿਸ਼ਾਂ ਦੌਰਾਨ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਉਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਰੱਖੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਦਿੱਤੀ ਹੈ (ਜੇ ਬਾਹਰੀ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਤਾਂ ਹਥੇਲੀ ਹੇਠਾਂ, ਜੇ ਅੰਦਰੂਨੀ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਤਾਂ ਹਥੇਲੀ ਉੱਪਰ, ਜੇ ਦੋਵਾਂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਤਾਂ ਨਿਰਪੱਖ), ਜੋ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਦੀ ਹੈ।
- ਕੋਢੀ (ਵੈਰਸ) ਤਣਾਅ ਨੂੰ ਕੋਹਲੀ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਣ **ਨਾ** ਦਿਓ; ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਕੋਹਲੀ 'ਤੇ ਝੁਕਣ ਜਾਂ ਬਿਨਾਂ ਸਹਾਰੇ ਬਾਹ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਪਾਰ ਲਟਕਣ ਤੋਂ ਬਚੋ।
- ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਕੋਹਲੀ ਅਸਥਿਰ ਸੀ, ਤਾਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ **ਨਾ** ਕਰੋ; ਸਿਰਫ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਆਗਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸੀਮਾ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਿੱਧਾ ਕਰੋ।
- ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਆਗਿਆ ਨਾ ਮਿਲੇ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ), ਤਦ ਤੱਕ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਬਾਹ ਰਾਹੀਂ ਚੁੱਕਣ, ਧੱਕਣ, ਖਿੱਚਣ ਜਾਂ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ **ਨਾ** ਕਰੋ; ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਹੱਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਹਲਕੀ ਰੱਖੋ।
- ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਆਪਣੇ ਕੰਘੇ, ਮੁੜੀ ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਚਲਾਉਂਦੇ ਰੱਖੋ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਹ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਵੀਲ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਦ ਤੱਕ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ **ਨਾ** ਕਰੋ।

ਜ਼ਖ਼ਮ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਸਕਾਰ (ਸਕਾਰ) ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਲਈ, ਪ੍ਰੈਕਟਿਸ ਦੀ ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੇਖਭਾਲ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੇਖੋ।

ਤੁਹਾਡੇ ਵਰਜ਼ਿਸ਼

ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡਆਊਟ ਵਿੱਚੋਂ ਵਰਜ਼ਿਸ਼ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਡਾਕਟਰ ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੀ ਹਦਾਇਤ ਅਨੁਸਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਉਸੀ ਰੇਂਜ ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੇ ਸਥਿਤੀ (forearm position) ਵਿੱਚ ਰਹੋ ਜਿਸਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਵਰਜ਼ਿਸ਼ ਕੋਹਣੀ ਅਤੇ ਬਾਹ ਨੂੰ ਚਲਾਉਂਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਜੋ ਸਖ਼ਤੀ (stiffness) ਨਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੁਰੰਮਤ (repair) 'ਤੇ ਤਣਾਅ ਨਾ ਪਵੇ: ਸਰਗਰਮ-ਸਹਾਇਤਾ ਕੋਹਣੀ ਮੋੜਨਾ ਅਤੇ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨਾ, ਤੁਹਾਡੀ ਮਨਜ਼ੂਰਸ਼ੁਦਾ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹਲਕੀ ਬਾਹ ਘੁਮਾਉਣਾ, ਅਤੇ ਕੰਡੇ ਅਤੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਆਜ਼ਾਦ ਰੱਖਣਾ। ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਸਕਾਰ (scar) ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਅਦ ਦੇ ਪੜਾਵਾਂ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਤਦ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ। ਕੋਈ ਵੀ ਕੰਮ ਰੋਕੋ ਜੋ ਤਿੱਖੇ ਦਰਦ ਜਾਂ ਇਹ ਭਾਵਨਾ ਪੈਦਾ ਕਰੇ ਕਿ ਕੋਹਣੀ ਢਹਿ ਰਹੀ ਹੈ।

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

ਤੁਹਾਡਾ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ

ਇਸ ਪੰਨੇ ਦਾ ਬਾਕੀ ਹਿੱਸਾ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਰੀਪਲੇਸਮੈਂਟ (ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਅਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ) ਦੇ ਬਾਅਦ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਲਈ ਪੜਾਅਵਾਰ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਅਣ-ਮੁਰੰਮਤ ਕਮਿਨਿਊਟਿਡ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਲਈ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਟੈਰੀਬਲ-ਟ੍ਰਾਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ-ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਵਜੋਂ। ਇਸ ਭਾਗ ਨੂੰ 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। ਇੰਪਲਾਂਟ ਇੱਕ ਸਥਿਰ, ਸੰਗਤ ਰੇਡੀਓਕੈਪਿਟੇਲਰ ਅਰਟੀਕੁਲੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਇਸਲਈ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਕ ਸਿਧਾਂਤ ਸਖ਼ਤੀ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਅਰੰਭਕ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਗਤੀ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕੋਹਨੀਆਂ ਵਿੱਚ ਇਸਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਆਰਕ ਅਤੇ ਅਗਲੀ ਬਾਂਹ ਦੀ ਘੁੰਮਣ ਦੀ ਆਜ਼ਾਦੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕੋਲੈਟਰਲ-ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਅਤੇ ਕੋਰੋਨੋਇਡ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਦੀ ਸੰਪੂਰਨਤਾ ਦੁਆਰਾ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਮਰੀਜ਼ ਦੀਆਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਰਿਪੋਰਟ ਅਤੇ ਐਨਾਥੀਸੀਆ ਹੇਠ ਜਾਂਚ ਦੌਰਾਨ ਸਥਿਰਤਾ ਦੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕਰੋ: ਕਿਹੜੇ ਕੋਲੈਟਰਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕੋਰੋਨੋਇਡ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਅੰਦਰੂਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਿਖਾਈ ਗਈ ਸਥਿਰ ਆਰਕ, ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਗਲੀ ਬਾਂਹ ਦੀ ਘੁੰਮਣ ਦੀ ਆਜ਼ਾਦੀ। ਡਾ. ਹਿਰਪਾਰਾ ਸੁਵਿਧਾ ਲਈ ਕੋਹਨੀ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹਨ (ਹਿੰਜ ਵਾਲਾ ਬ੍ਰੇਸ ਨਹੀਂ) ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਉੱਥੇ ਤੇਜ਼, ਅਰੰਭਕ-ਗਤੀ ਦੇ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਅਗਲੀ ਬਾਂਹ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਨਿਯਮ: LCL ਮੁਰੰਮਤ → ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਵਰਕ/ਆਰਾਮ; MCL ਮੁਰੰਮਤ → ਸੁਪੀਨੇਸ਼ਨ; ਦੋਵੇਂ → ਨਿਊਟ੍ਰਲ ਮੱਧ ਸਥਿਤੀ; ਵੈਰਸ ਤਣਾਅ ਤੋਂ ਬਚੋ ਅਤੇ, ਜਿੱਥੇ ਕੋਹਨੀ ਅਸਥਿਰ ਸੀ, ਅਰੰਭਕ ਪੂਰਨ ਵਿਸਥਾਰ ਤੋਂ ਬਚੋ।

ਪੜਾਅ I — ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਗਤੀ (ਹਫ਼ਤੇ 0 ਤੋਂ 2 ਤੱਕ)

ਪਹਿਲੇ ਦੋ ਹਫ਼ਤੇ ਦਾ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਗਤੀ, ਜਿਵੇਂ ਹੀ ਘਾਅ ਦੀ ਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਹੋਵੇ (ਅਕਸਰ ਪਹਿਲੇ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅੰਦਰ), ਸਖ਼ਤੀ ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਛੱਡਣ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਆਰਾਮ ਲਈ ਬਾਹ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਵਰਜ਼ਿਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਸਫ਼ਾਈ ਲਈ ਹਟਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੋਹਲੀ ਆਪਣੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਚੱਕਰ ਵਿੱਚ ਚਲਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਬਾਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਜੋੜੇ ਗਏ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਘੁੰਮਾਉਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:

ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ - ਆਰਾਮ ਲਈ **ਸਧਾਰਨ ਸਲਿੰਗ** ਵਿੱਚ ਅਚਲ ਕਰੋ (ਕੋਈ ਹਿੰਜ ਵਾਲਾ ਬ੍ਰੇਸ ਨਹੀਂ); ਵਰਜ਼ਿਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਧੋਣ ਲਈ ਹਟਾਓ - **ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਦਿਖਾਈ ਗਈ ਸਥਿਰ ਚੱਕਰ** ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਰਗਰਮ-ਸਹਾਇਤਾ/ਸਰਗਰਮ ਕੋਹਲੀ ਫਲੈਕਸ਼ਨ-ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ; ਜੇ ਕੋਹਲੀ ਅਸਥਿਰ ਸੀ ਤਾਂ ਅੰਤਿਮ ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਚੋ - **ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਬਾਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਘੁੰਮਾਉਣਾ**: ਜੇ LCL ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਤਾਂ ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ, ਜੇ MCL ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਤਾਂ ਸੁਪੀਨੇਸ਼ਨ, ਜੇ ਦੋਵੇਂ ਤਾਂ ਨਿਰਪੱਖ ਮੱਧ-ਰੇਂਜ - **ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਵੈਰਸ ਤਣਾਅ ਨਹੀਂ**; ਜੇ ਅਸਥਿਰ ਹੈ ਤਾਂ ਵੈਰਸ ਨੂੰ ਨਿਰਪੱਖ ਕਰਨ ਅਤੇ ਗੁਰੁਤਾਕਰਸ਼ਣ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਜੋੜੇ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਲਈ ਉੱਪਰ ਵਰਜ਼ਿਸ਼ਾਂ ਸੁਪਾਈਨ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਕਰੋ - ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਬਾਹ ਰਾਹੀਂ ਕੋਈ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣਾ ਜਾਂ ਧੱਕਾ ਨਹੀਂ

ਪ੍ਰਬੰਧਨ - ਘਾਅ: ਹਦਾਇਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਡਰੈਸਿੰਗ; ਗਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਘਾਅ ਦੀ ਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰੋ - ਸੋਜ: ਉੱਚਾ ਰੱਖੋ, ਹਲਕਾ ਹੱਥ ਪੰਪ, ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਬਰਫ਼ - ਵਰਜ਼ਿਸ਼ਾਂ: ਸਥਿਰ ਚੱਕਰ ਦੇ ਅੰਦਰ AAROM/ਸਰਗਰਮ ਕੋਹਲੀ ਫਲੈਕਸ਼ਨ-ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ; ਕੋਹਲੀ ਨੂੰ 90° 'ਤੇ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਬਾਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਪ੍ਰੋ/ਸੁਪ; ਪੂਰੀ ਸਰਗਰਮ ਕੰਬੀ, ਕਲਾਈ, ਹੱਥ ਅਤੇ ਗ੍ਰਿਪ ROM

ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡ - ਘਾਅ ਦਾ ਸਥਿਰ ਹੋਣਾ; ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਚੱਕਰ ਦੇ ਅੰਦਰ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਗਤੀ

ਫੇਜ਼ II — ਆਰਕ ਅਤੇ ਅਗਰੇ (FOREARM) ਦੀ ਘੁੰਮਣ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣਾ (ਹਫ਼ਤਿਆਂ 2 ਤੋਂ 6 ਤੱਕ)

ਲਗਭਗ ਦੋ ਤੋਂ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਆਰਕ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਵੱਲ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਚੌੜਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਅਗਰੇ ਦੀ ਘੁੰਮਣ ਨੂੰ ਦੋਵਾਂ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਖੋਲ੍ਹਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਲਗਭਗ ਆਠ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ/ਸਪੀਨੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਲੋਡਿੰਗ ਨੂੰ ਹਾਲੇ ਵੀ ਟਾਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

ਮੁਲਾਂਕਣ - ਸਰਗਰਮ ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਕਿਰਿਆਕ ਐਲਬੋ ਫਲੈਕਸ਼ਨ–ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਅਤੇ ਅਗਰੇ ਦੀ ਘੁੰਮਣ; ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ; ਘਾਅ/ਦਾਗ ਦੀ ਜਾਂਚ; ਸਥਿਰਤਾ ਦੇ ਲੱਛਣ

ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ - ਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਆਗਿਆ ਅਨੁਸਾਰ **ਪੂਰੀ ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ** ਵੱਲ ਵਧੋ (ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਬਲਾਕ ਨੂੰ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਖੋਲ੍ਹੋ) - **ਦੋਵਾਂ ਦਿਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਅਗਰੇ ਦੀ ਘੁੰਮਣ** ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਵੱਲ ਵਧਾਓ, ਇਸ ਫੇਜ਼ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੀ ਚਿੰਤਾ ਕਰਦੇ ਹੋਏ - ਵੈਰਸ ਤਣਾਅ ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਲੋਡਿੰਗ ਨੂੰ ਟਾਲਦੇ ਰਹੋ

ਪ੍ਰਬੰਧਨ - ਅਭਿਆਸ: ਐਲਬੋ ਫਲੈਕਸ਼ਨ–ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਆਰਕ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤੱਕ ਚੌੜਾ ਕਰੋ; ਪ੍ਰੋ/ਸਪੀਨ ਵੱਲ ਪੂਰੀ ROM (ਲੱਕਸ਼ਮ ਪੂਰੀ ~8 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ) ਵੱਲ ਵਧਾਓ; ਜਦੋਂ ਘਾਅ ਭਰ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਦਾਗ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ; ਢੁੱਕਵੀਂ/ਕਲਾਈ/ਹੱਥ ਦੀ ROM ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ - ਜਿੱਥੇ ਬਾਕੀ ਬਚੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਇੱਕ ਚਿੰਤਾ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਉੱਪਰਲਾ (ਸੁਪਾਈਨ) ਗਤੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹਾਲੇ ਵੀ ਲਾਭਦਾਇਕ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ

ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ - ਪੂਰੀ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ROM ਵੱਲ ਪਹੁੰਚਣਾ; ਕੋਈ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੇ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ; ਦਰਦ ≤3/10

ਫੇਜ਼ III — ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਵਾਪਸੀ (ਹਫ਼ਤਿਆਂ 6 ਤੋਂ 12 ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ)

ਜਦੋਂ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ), ਤਾਂ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਵਧਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (ਪਹਿਲਾਂ ਗ੍ਰਿਪ, ਫਿਰ ਵਿਰੋਧੀ ਕੋਹਣੀ ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੀ ਮੇਹਣੀ), ਜੋ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਅੱਗੇ ਵਧਦੀ ਹੈ। ਭਾਰੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਮਾਪਦੰਡਾਂ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ।

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:

ਮੁਲਾਂਕਣ - ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਕੋਹਣੀ ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ; ਲੋਡਿੰਗ ਪ੍ਰਤੀ ਦਰਦ/ਸੋਜ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ; ਢੁਕਵੇਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਅਤੇ ਕੰਮ/ਖੇਡ-ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਟੈਸਟਿੰਗ

ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ - ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ **ਹਲਕੇ ਵਿਰੋਧੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ** (ਗ੍ਰਿਪ → ਵਿਰੋਧੀ ਕੋਹਣੀ ਫਲੈਕਸ਼ਨ-ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ/ਸਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ) ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ; ਲੋਡ ਨੂੰ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਵਧਾਓ - ਜਿੰਨੀ ਸਹਿਣਸ਼ੀਲਤਾ ਹੋਵੇ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਅਤੇ ਕੰਮ-ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਲੋਡਿੰਗ ਵੱਲ ਵਧੋ; ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਭਾਰੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰਭਾਵ ਵਾਲੀ ਲੋਡਿੰਗ ਤੋਂ ਬਚੋ

ਪ੍ਰਬੰਧਨ - ਅਭਿਆਸ: ਕ੍ਰਮਬੱਧ ਵਿਰੋਧੀ ਕੋਹਣੀ/ਬਾਹ ਮਜ਼ਬੂਤੀ (ਬੈਂਡ → ਹਲਕੇ ਵਜ਼ਨ); ਗ੍ਰਿਪ ਮਜ਼ਬੂਤੀ; ਕ੍ਰਮਬੱਧ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਲੋਡਿੰਗ; ਕੋਈ ਵੀ ਬਾਕੀ ਬਚੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਦਾ ਕੰਮ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ - ਜਾਰੀ ਜਾਂ ਵਧਦੇ ਦਰਦ, ਮਕੈਨਿਕੀ ਲੱਛਣਾਂ ਜਾਂ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਦੇ ਨੁਕਸਾਨ (ਸੰਭਾਵਿਤ ਇਮਪਲਾਂਟ ਓਵਰਸਟੱਫਿੰਗ/ਢਿੱਲਾਪਣ ਜਾਂ ਕੈਪੀਟੇਲਰ ਘਸਾਅ) ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੋ ਅਤੇ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਰਿਕਵਰੀ ਠਹਿਰ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਨਤੀਜਾ ਖਰਾਬ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ - ਜਦੋਂ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਲਗਭਗ ਸਮਮਿਤੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਡਿਸਚਾਰਜ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰੋ

ਪੂਰੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ - ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ, ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ROM; ਲਗਭਗ ਸਮਮਿਤੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ; ਲੋਡ ਹੇਠ ਭਰੋਸੇਮੰਦ ਅਤੇ ਸਥਿਰ ਕੋਹਣੀ

ਕੰਮ ਅਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ

ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ, ਆਰਾਮ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਹਲਕੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਹੱਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ (ਖਾਣਾ ਖਾਣਾ, ਲਿਖਣਾ, ਹਲਕੀ ਆਤਮ-ਦੇਖਭਾਲ) ਦੀ ਪ੍ਰੇਰਣਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੋਹਲੀ ਰਾਹੀਂ ਧੱਕਾ ਲਗਾਉਣਾ, ਚੁੱਕਣਾ ਜਾਂ ਭਾਰ ਪਾਉਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਜਾਂ ਪਹੀਏ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨ ਦੀ ਅਸਮਰੱਥਾ ਕਾਰਨ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਆਵਾਜਾਈ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਓ; ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਤਦ ਤੱਕ ਫਿਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਲਿੰਗ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਕਾਰ ਨੂੰ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮੀਖਿਆ ਦੌਰਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਵਧਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਭਾਰੀ ਕੰਮ, ਚੁੱਕਣ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਅਤੇ ਕਾਫ਼ੀ, ਸਮਮਿਤੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨੂੰ ਮੁੜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੈ,

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

ਜਿਸਦੀ ਕੋਹਲੀ ਦੀ ਸਥਿਰਤਾ ਨੂੰ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਰਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੁਆਰਾ ਕੈਲੰਡਰ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਕੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਭਾਰੀ ਮੈਨੁਅਲ ਕੰਮ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਖੇਡਾਂ ਵੀ ਉਸੇ ਮਾਪਦੰਡ-ਅਧਾਰਿਤ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਇਹ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਕਲਿਨਿਕ ਦੇ ਆਮ ਰਿਕਵਰੀ ਸਲਾਹ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ; ਪੋਸਟ-ਆਪਰੇਟਿਵ ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ, ਖ਼ਾਜ਼ੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਦਾਗ਼ਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਦੇਖੋ। ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਪੜਾਅ-ਦਰ-ਪੜਾਅ ਯੋਜਨਾ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਅਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ ਅਤੇ ਟੈਰੀਬਲ-ਟ੍ਰਾਇਡ ਰੀਕਨਸਟ੍ਰਕਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਲਗਾਤਾਰ ਰਿਕਵਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਹਨੀ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਅਤੇ ਬਿਲਕੁਲ ਕਿਸ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਇਸ ਦੇ ਅਧਾਰ ‘ਤੇ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੁਆਰਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ ‘ਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au