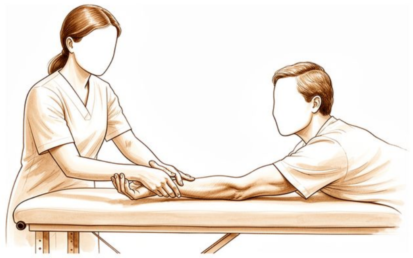
REHABILITATION PROTOCOL

ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਰਿਲੀਜ਼

ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੇ ਬਾਅਦ ਹਲਕੀ ਸਟ੍ਰੈਚਿੰਗ ਅਤੇ ਨਰਵ-ਗਲਾਈਡਿੰਗ ਕੰਮ।

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 ਤੁਹਾਡੀ ਮੈਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਲਾ ਨਾਲ ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪੋਸਟ-ਆਪਰੇਟਿਵ ਹੱਥਾਂ ਦੇ ਪੱਤਰ ਤੋਂ ਵਰਜ਼ਿਸ਼ਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸਪੱਸ਼ਟ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਪਹਿਲੀ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ ਜਾਂ ਹੱਥਾਂ ਦੀ ਚਿਕਿਤਸਾ ਦੀ ਮਿਲਣੀ ਲਈ ਇਸ ਸਫ਼ੇ ਜਾਂ ਇਸਦੇ PDF ਨੂੰ ਲਿਆਉਂਦੇ ਰਹੋ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸੰਯੁਕਤ ਰਹੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੇ ਅਧਾਰ ‘ਤੇ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

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

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਘਾਅ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਭਿਆਸ ਦੀ ਘਾਅ ਦੇਖਭਾਲ ਸਲਾਹ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਘਾਅ ਭਰਦਾ ਹੈ, ਛੱਡਿਆ ਗਿਆ ਨਸ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨਾਲ ਚਿਪਕ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਲਾਈਡਿੰਗ ਵਰਕਆਉਟ ਇਸਨੂੰ ਆਜ਼ਾਦੀ ਨਾਲ ਚਲਾਉਣ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਬੰਨ੍ਹੇ ਰਹਿਣ ਤੋਂ ਰੋਕਣ ਲਈ ਬਹੁਤ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹਨ।

ਕਈ ਵਾਰ ਘਾਅ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਧਾਰਨ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਰੋਕਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਘਟਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਦੈਨਿਕ ਡੀਸੈਂਸੀਟਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ (desensitisation) ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਕੇ: ਘਾਅ (ਜਾਂ ਪੱਟੀ) ਉੱਤੇ ਹਲਕੀ ਥਪਥਪਾਹਟ ਅਤੇ ਰਗੜ, ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਤੁਰੰਤ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ। ਇਸ ਕਿਸਮ ਦਾ “ਸੈਂਸਰੀ ਫੀਡਬੈਕ” ਨਸ ਨੂੰ ਛੂਹਣ ਅਤੇ ਬਣਤਰ ਨੂੰ ਸਧਾਰਣ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਘਾਅ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਕਾਰ ਮਸਾਜ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ: ਇੰਸੀਜ਼ਨ ਉੱਤੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਗੋਲ ਘੁਮਾਓ। ਸਕਾਰ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਘਾਅ ਦੇਖਭਾਲ ਸਲਾਹ ਵੱਲ ਮੁੜੋ।

ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀਆਂ ਉਮੀਦਾਂ ਵਾਸਤਵਿਕ ਹੋਣਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ। ਰੇਡੀਅਲ ਨਸ ਨੂੰ ਆਮ ਬਾਹ ਦੇ ਚਲਾਅ ਦੌਰਾਨ ਮਾਪਣਯੋਗ ਮਾਤਰਾ ਵਿੱਚ ਯਾਤਰਾ ਕਰਨੀ ਅਤੇ ਖਿੱਚਣੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਇਸਲਈ ਇਸਨੂੰ ਜਲਦੀ ਚਲਾਉਣਾ ਹੀ ਇਸਨੂੰ ਭਰ ਰਹੇ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਨਾਲ ਚਿਪਕਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ [1]। ਫਿਰ ਵੀ, ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਰਾਹਤ ਅਕਸਰ ਤੁਰੰਤ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਧੀਮੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਇਹ ਅੰਸ਼ਕ ਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ, ਸੱਚ

ਕਹਿਣਾ ਤਾਂ, ਕੁਝ ਹੋਰ ਨਸ-ਰਿਲੀਜ਼ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਹੈ: ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਨੂੰ ਯਕੀਨ ਨਾਲ ਡਾਇਗਨੋਸਿਟਿਕ ਕਰਨਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਅਕਸਰ ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ (tennis elbow) ਨਾਲ ਓਵਰਲੈਪ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਨਤੀਜੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੇ ਲਗਭਗ ਦੋ-ਤਿਹਾਈ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਚੰਗੇ ਨਤੀਜੇ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਸਿਰਫ਼ ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਲੱਛਣ ਹੁੰਦੇ ਹਨ [2][3]। ਜਦੋਂ ਟੈਨਿਸ ਐਲਬੋ (ਲੈਟਰਲ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲਾਈਟਿਸ), ਇੱਕੋ ਬਾਹ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਸ ਦੇ ਦਬਾਅ, ਜਾਂ ਵਰਕਰਜ਼ ਕੰਪਨਸੇਸ਼ਨ ਕਲੇਮ ਵੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਧੀਮੀ ਅਤੇ ਘੱਟ ਪੂਰਨ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਵਿਰਤੀ ਰੱਖਦੀ ਹੈ [2][4]। ਤੁਹਾਡੀ ਨਸ-ਗਲਾਈਡਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ ਕ੍ਰਮਬੱਧ ਡੀਸੈਂਸੀਟਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਦੇ ਉਹ ਹਿੱਸੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ‘ਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਤੁਹਾਡਾ ਨਿਯੰਤਰਣ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਥਿਰ ਦੈਨਿਕ ਅਭਿਆਸ ਨਸ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਹੋਣ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਮੌਕਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ ਅਤੇ ਸੀਮਾਵਾਂ

ਦੈਨਿਕ ਜੀਵਨ ਦੇ ਕੰਮਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਆਤਮ-ਦੇਖਭਾਲ, ਖਾਣਾ ਖਾਣਾ, ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣਾ, ਲਿਖਣਾ ਅਤੇ ਟਾਈਪਿੰਗ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੀ ਹਲਕੀ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਵਰਤੋਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਤਸਾਹਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਅੱਗੇ, ਸੀਮਾਵਾਂ ਸਰਲ ਹਨ: ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਲਗਭਗ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਉਠਾਉਣਾ, ਫੜਨਾ, ਭਾਰ ਝੁਕਾਉਣਾ ਜਾਂ ਕੰਪਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਸ਼ੀਨਾਂ (ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ, ਪਾਵਰ ਟੂਲਸ ਜਾਂ ਲਾਨ ਮੋਵਰ) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕਰਨੀ, ਅਤੇ ਪਹਿਲੇ 1–2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਸੀਮਿਤ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (Physiotherapist) ਲਈ:

ਲੱਖਿਆਂ (Goals)

- ਛੱਡੇ ਗਏ ਸਨੇਹ (nerve) ਦੇ ਭਰੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਨਾਲ ਚਿਪਕਣ ਤੋਂ ਰੋਕਣਾ (ਸਨੇਹ ਫਿਸਲਣ ਵਾਲਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ)
- ਕ੍ਰਮਬੱਧ ਸੰਵੇਦਨਾਹੀਣਤਾ (graded desensitisation) ਦੁਆਰਾ ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੀ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲਤਾ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨਾ
- ਮੁੜੀ, ਬਾਹ ਅਤੇ ਕੋਹਣੀ ਦੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ (range of motion) ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣਾ
- ਦੈਨਿਕ ਜੀਵਨ ਦੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਲਈ ਹੱਥ ਦੀ ਹਲਕੀ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਵਰਤੋਂ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਨਾ

ਪ੍ਰਬੰਧਨ (Management)

- ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਸੰਵੇਦਨਾਹੀਣਤਾ: ਜ਼ਖ਼ਮ (ਡਰੈਸਿੰਗ) ਉੱਤੇ ਹਲਕੀ ਥਪਥਪਾਹਟ / ਰਗੜ, ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਤੁਰੰਤ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ
- ਬਿੱਲੀ (Scar) ਮਾਲਿਸ਼ (ਜ਼ਖ਼ਮ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਟਾਅ ਉੱਤੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਚੱਕਰ)
- ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਕਾਰਡਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਘਰ ਦਾ ਵਰਜਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ: ਮੁੜੀ ਦਾ ਝੁਕਾਉ / ਖਿੱਚਣਾ; ਮੁੜੀ ਦਾ ਉਲਟਾਉਣਾ / ਸਿੱਧਾ ਕਰਨਾ; ਕੋਹਣੀ ਦਾ ਝੁਕਾਉ / ਖਿੱਚਣਾ; ਰੇਡੀਅਲ ਸਨੇਹ ਫਿਸਲਣ ਵਾਲੇ (nerve glides)
- ਹਮਲਾਵਰ ਅੰਤ-ਸੀਮਾ ਤਣਾਅ (aggressive end-range tensioning) ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਹਲਕੀ ਫਿਸਲਣ ਵਾਲੀ ਕਿਸਮ (“slider”) ਸਨੇਹ ਫਿਸਲਣ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦਿਓ: ਫਿਸਲਣ ਵਾਲੀਆਂ ਤਕਨੀਕਾਂ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਸਨੇਹ ਤਣਾਅ ‘ਤੇ ਕਾਫ਼ੀ ਵੱਧ ਸਨੇਹ ਘੁੰਮਣ (nerve excursion) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜੋ ਕਿ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਸਨੇਹ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਵਧੇਰੇ ਸਹਿਣਯੋਗ ਹੁੰਦਾ ਹੈ [1][5]
- ਸਨੇਹ ਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਅੰਗ ਮੰਨਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਸਨੇਹ-ਸੰਬੰਧੀ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਨਿਊਰਲ ਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਲਈ ਸਬੂਤ ਦਾ ਆਧਾਰ ਸਹਾਇਕ ਹੈ ਪਰ ਸਪਸ਼ਟਤਾ ਵਿੱਚ ਵੱਖਰਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤਰੱਕੀ ਲੱਛਣਾਂ ਦੇ ਅਧਾਰ ‘ਤੇ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ [6]

ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ (Precautions)

- ਹੱਥ ਦੀ ਸਿਰਫ਼ ਹਲਕੀ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਵਰਤੋਂ (ਆਤਮ-ਦੇਖਭਾਲ, ਖਾਣਾ ਖਾਣਾ, ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣਾ, ਲਿਖਣਾ, ਟਾਈਪਿੰਗ)
- ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲਗਭਗ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਉਠਾਉਣਾ, ਫੜਨਾ, ਭਾਰ ਝੁਕਾਉਣਾ ਜਾਂ ਕੰਪਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਸ਼ੀਨਾਂ (ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ, ਪਾਵਰ ਟੂਲਸ, ਲਾਨ ਮੋਵਰ) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕਰਨੀ
- ਪਹਿਲੇ 1–2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਸੀਮਿਤ 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

- ਸਨੇਹ ਫਿਸਲਣ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਖਿੱਚਣ ਵਾਲੇ ਹਲਕੇ ਅਤੇ ਮੂਲ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ; ਅਜਿਹੀ ਸੀਮਾ ਵਿੱਚ ਜ਼ਬਰਦਸਤੀ ਨਾ ਕਰੋ ਜੋ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਸਨੇਹ ਦੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਪੈਦਾ ਕਰੇ

ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਹੱਥ ਬਾਰੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਦਾਇਤ-ਪੱਤਰ (handout) ਵਿੱਚੋਂ ਵਰਜਨ ਹਨ, ਜੋ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਜਾਂ ਹੱਥ ਦੇ ਚਿਕਿਤਸਕ (hand therapist) ਦੁਆਰਾ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ ਅਨੁਸਾਰ ਘਰ 'ਤੇ ਜਾਰੀ ਰੱਖੇ ਗਏ ਹਨ। ਹਰੇਕ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦੁਹਰਾਓ, ਰੱਖਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਆਵਿਰਤੀ (frequency) ਦਰਜ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਅਭਿਆਸ

ਇਹ ਅਭਿਆਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸਾਰਾਹ ਫੈਰੇਲ, ਬੈਚਲਰ ਆਫ਼ ਆਕੁਪੇਸ਼ਨਲ ਥੈਰੇਪੀ (BOccThy), ਅਕ੍ਰੈਡਿਟਿਡ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ (AHT) ਦੇ ਸਹਿਯੋਗ ਨਾਲ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ 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 ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪੀ ਦੇ ਮੂਲ ਸਿਧਾਂਤ ਦੇਖੋ। ਆਪਰੇਸ਼ਣ ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਇਲਾਜ ਵਾਲੀ ਸਥਿਤੀ ਲਈ, ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਰਿਲੀਜ਼ ਅਤੇ ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਦੇਖੋ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Wright TW, Glowczewskie F, Cowin D, Wheeler DL. ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗਾਂ ਦੀ ਗਤੀ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਕੋਹਣੀ ਅਤੇ ਮੋਢੀ 'ਤੇ ਰੇਡੀਅਲ ਸਨਬੰਧ ਦੀ ਖਾਲੀ ਥਾਂ ਅਤੇ ਤਣਾਅ. J Hand Surg Am. 2005;30(5):990–996. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16182056/ [2] Lee JT, Azari K, Jones NF. ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ — ਮੌਜੂਦਾ ਟੈਨਿਸ ਇਲਬੋ, ਕਈ ਦਬਾਅ ਸਿੰਡਰੋਮਾਂ ਅਤੇ ਕਾਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦੇ ਭਰਪੂਰੀ ਦੇ ਪ੍ਰਭਾਵ. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2008;61(9):1095–1099. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1748681507004044 [3] Sotereanos DG, Varitimidis SE, Giannakopoulos PN, Westkaemper JG. ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਲਈ ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਦੇ ਨਤੀਜੇ. J Hand Surg Am. 1999;24(3):566–570. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10357537/ [4] Naam NH, Nemani S. ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ. Orthop Clin North Am. 2012;43(4):529–536. (ਰੇਡੀਅਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ, StatPearls.) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555937/ [5] Coppieters MW, Butler DS. ਕੀ "ਸਲਾਈਡਰ" ਸਲਾਈਡ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ "ਟੈਂਸ਼ਨਰ" ਤਣਾਅ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ? ਨਿਊਰੋਡਾਇਨਾਮਿਕ ਤਕਨੀਕਾਂ ਦਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ. Man Ther. 2008;13(3):213–221. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17398140/ [6] Basson A, Olivier B, Ellis R, Coppieters M, Stewart A, Mudzi W. ਨਿਊਰੋਮਾਸਕੁਲੋਸਕੈਲੀਟਲ ਸਥਿਤੀਆਂ ਲਈ ਨਿਊਰਲ ਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਦੀ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ੀਲਤਾ: ਇੱਕ ਸਿਸਟਮੈਟਿਕ ਰਿਵਿਊ ਅਤੇ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ. J Orthop Sports Phys Ther. 2017;47(9):593–615. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28704626/

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