

ਕਠੋਰ ਕੋਹਣੀ ਦੀ ਰਿਲੀਜ਼ (ਆਰਥਰੋਲਾਈਸਿਸ)

ਚੋਟ ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਸਖ਼ਤ ਕੋਹਣੀ — ਜੋ ਆਜ਼ਾਦ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦੁਆਰਾ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਮੋਟੀ, ਤਣਾਅ ਵਾਲੀ ਕੈਪਸੂਲ।

Kieran Hirpara © ① ② ③ 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 ਮੋਟੀ ਹੋਈ ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਖੋਲ੍ਹਣ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ (ਰਿਲੀਜ਼ ਜਾਂ ਆਰਥਰੋਲਾਈਸਿਸ) ਤੋਂ 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 ਵਰਜਿਸ਼ਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਉਹ ਬਣਤਰਬੱਧ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ **ਤੁਹਾਡੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਜਾਂ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ** ਲਈ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ; ਇਸ ਲਈ ਆਪਣੀ ਪਹਿਲੀ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਮਿਲਣੀ ਤੱਕ ਇਸ ਪੇਜ ਜਾਂ ਇਸਦੇ PDF ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਜਾਓ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਰੀਹੈਬਿਲਿਟੇਸ਼ਨ ਸੰਗਠਿਤ ਰਹੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

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

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ

ਪਿਛਲੀ ਚੋਟ ਜਾਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਸਖ਼ਤ ਕੋਹਣੀ (stiff elbow) ਇਸ ਲਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਜੋੜ ਦੀ ਤਿੱਲੀ (ਕੈਪਸੂਲ) ਮੋਟੀ ਅਤੇ ਤਣਾਅ ਵਾਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਬਣ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਕੋਹਣੀ ਆਪਣੀ ਪੂਰੀ ਚਾਲ ਵਿੱਚ ਮੁੜ ਅਤੇ ਸਿੱਧੀ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੀ। ਰਿਲੀਜ਼ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ, ਜੋ ਕਿ ਕੀ-ਹੋਲ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਜਾਂ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਕਟਾਈ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਸਰਜਨ ਉਸ ਤਣਾਅ ਵਾਲੀ ਤਿੱਲੀ (ਅਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਜਾਂ ਫਸੀ ਹੋਈ ਸਕਾਰ) ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਕੋਹਣੀ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਟੇਬਲ 'ਤੇ ਫਿਰ ਤੋਂ ਆਜ਼ਾਦੀ ਨਾਲ ਚਲ ਸਕੇ।

ਸਮਝਣ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਰਿਕਵਰੀ ਇੱਕ ਮੁਰੰਮਤ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਉਲਟ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਵੀ ਸਿਵਿਆ ਜਾਂ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਭਰਨ ਲਈ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਆਰਾਮ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ। ਇਸਦੇ ਬਦਲੇ, ਸਰਜਨ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਲਗਭਗ ਪੂਰੀ ਚਾਲ ਦੀ ਸਥਾਪਨਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਦਾ **ਪੂਰਾ ਕੰਮ ਉਸ ਚਾਲ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣਾ ਹੈ**, ਕਿਉਂਕਿ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੋਹਣੀ ਦਾ ਕੁਦਰਤੀ ਰੁਝਾਨ ਦੁਬਾਰਾ ਸਖ਼ਤ ਹੋਣ ਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਾਰਨ **ਕੋਈ ਸਲਿੰਗ ਅਤੇ ਕੋਈ ਸੁਰੱਖਿਆ ਫੇਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ**: ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲੇ ਦਿਨ ਹੀ ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਚਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਚਲਾਉਂਦੇ ਹੋ। ਇੱਥੇ ਦੁਸ਼ਮਣ ਦੁਬਾਰਾ ਸਖ਼ਤ ਹੋਣਾ ਹੈ, ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋਣਾ ਨਹੀਂ।

ਜ਼ਖ਼ਮ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਸਕਾਰ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਲਈ, ਪੈਰੈਕਟਿਸ ਦੀ **ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੇਖਭਾਲ** ਗਾਈਡੈਂਸ ਦੇਖੋ। ਸੋਜ ਅਤੇ ਦਰਦ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਚਾਲ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੁੱਖ ਗੱਲਾਂ ਹਨ, ਇਸਲਈ ਉਚਾਈ, ਬਰਫ਼ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕਾਂ ਨਾਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨਾ ਤੁਹਾਡੀ ਚਾਲ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣ ਦਾ ਇੱਕ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹਿੱਸਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸੁਧਾਰਾਂ ਲਗਭਗ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਅਤੇ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੋਹਣੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਭਗ 4 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਅਤੇ ਸਥਿਰ ਚਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲੈਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਚਾਲ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਵਾਧਾ ਕਰਨ ਲਈ, ਰਾਤ ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਇੱਕ ਸਪਲਿੰਟਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ **ਕਮ ਘੱਟ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ** ਲਈ ਜਾਰੀ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ ਅਤੇ ਸੀਮਾਵਾਂ

- ਕਰੋ:** ਦਿਨ ਇੱਕ ਤੋਂ ਹੀ ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਦਿਨ ਭਰ ਥੋੜ੍ਹੀ-ਥੋੜ੍ਹੀ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਰਹੋ: ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦਾ ਮੁੱਖ ਹਿੱਸਾ ਹੈ।
- ਕਰੋ:** ਹਰ ਸਟਰੈਚ (stretch) ਦੇ ਅੰਤ ਵਿੱਚ ਹਲਕੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਦਬਾਅ ਪਾਓ; ਇੱਕ ਮੁਰੰਮਤ (repair) ਦੇ ਉਲਟ, ਇੱਥੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਕੋਈ ਬਣਤਰ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਰੇਂਜ (range) ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣਾ ਹੀ ਟੀਚਾ ਹੈ।
- ਕਰੋ:** ਉੱਚਾ ਰੱਖਣਾ (elevation), ਬਰਫ਼ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਲਿਖੇ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਸੁਜਾਅ ਅਤੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਵਿੱਚ ਰੱਖੋ: ਇਹੀ ਤੁਹਾਡੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਨੂੰ ਸੀਮਿਤ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਸਰਜਰੀ ਨਹੀਂ।
- ਕਰੋ:** ਜੇਕਰ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਨੇ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਬਣਨ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਕੋਈ ਐਂਟੀ-ਇਨਫਲੇਮੇਟਰੀ ਦਵਾਈ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਇੰਡੋਮੈਥਾਸਿਨ) ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਉਸੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਲਓ ਜਿਵੇਂ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।
- ਕਰੋ:** ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣ ਅਤੇ ਵਧਾਉਣ ਲਈ, ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 3 ਮਹੀਨੇ ਤੱਕ, ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਤੁਹਾਡੀ ਰਾਤ/ਆਰਾਮ ਸਪਲਿੰਟ ਪਹਿਨੋ।
- ਨਾ ਕਰੋ:** ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦੇਣਾ ਜਾਂ “ਹਲਕਾ ਚਲਾਉਣਾ” ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਠੀਕ ਹੋ ਸਕੇ: ਇਹੀ ਉਹ ਤਰੀਕਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਸਖ਼ਤੀ (stiffness) ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ।
- ਨਾ ਕਰੋ:** ਛੋਟੀ ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਸਈਂ ਜਾਂ ਟਿੰਗਲਿੰਗ (tingling) ਤੋਂ ਘਬਰਾਓ ਨਹੀਂ; ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰੂਨੀ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਨਸ (ਯੂਲਨਰ ਨਸ) ਤੁਹਾਡੇ ਮੁੜਨ (bend) ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੋਣ ਨਾਲ ਵਧੇਰੇ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਸ ਬਾਰੇ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੂੰ ਦੱਸੋ ਤਾਂ ਜੋ ਇਸਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ।

ਤੁਹਾਡੇ ਵਰਜਿਸ਼ਨ

ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡਆਊਟ ਵਿੱਚੋਂ ਵਰਜਿਸ਼ਨ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਹਣੀ ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੇ ਘੁੰਮਣ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣ ਅਤੇ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਲਈ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਡਾਕਟਰ ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੀ ਹਦਾਇਤ ਅਨੁਸਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ; ਇਸ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਵਿੱਚ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜੇ ਗਤੀ ਦੀ ਸੀਮਾ ਤੁਸੀਂ ਬਣਾਈ ਰੱਖਦੇ ਹੋ, ਉਹੀ ਗਤੀ ਦੀ ਸੀਮਾ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਵਰਜਿਸ਼ਨਾਂ ਰਾਹੀਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਵਰਤਦੇ ਹੋ।

ਤੁਹਾਡਾ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ

ਇਸ ਪੰਨੇ ਦਾ ਬਾਕੀ ਹਿੱਸਾ ਸਖ਼ਤ ਕੋਹਣੀ (stiff elbow) ਦੇ ਸਰਜੀਕਲ ਰਿਲੀਜ਼ (ਆਰਥਰੋਲਾਈਸਿਸ) ਦੇ ਬਾਅਦ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਲਈ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਹੈ। ਇਸ ਭਾਗ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰਾਪਿਸਟ ਜਾਂ ਹੈਂਡ ਥੈਰਾਪਿਸਟ ਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹਰੇਕ ਫੇਜ਼ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਸਧਾਰਨ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਵਿਆਖਿਆ ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਮੁੱਖ ਸਿਧਾਂਤ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਸਰਜਨ ਟੇਬਲ 'ਤੇ ਲਗਭਗ ਪੂਰਨ ਆਰਕ (arc) ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ; ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਦਾ ਕੰਮ ਇਸਨੂੰ ਨਾ ਗੁਆਉਣਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ (fixation) ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਇਸਲਈ ਕੋਈ ਸੁਰੱਖਿਆ ਫੇਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ: ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ (oedema) ਨੂੰ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨਾ ਦਰ-ਨਿਰਧਾਰਕ (rate-limiters) ਹਨ, ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਭਰਨ (healing) ਨਹੀਂ।

ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਿਨ 0 ਤੋਂ 2

ਪਹਿਲੇ ਇੱਕ ਜਾਂ ਦੋ ਦਿਨਾਂ ਦੌਰਾਨ, ਕੋਹੜੀ ਨੂੰ ਥੋੜ੍ਹੀ ਦੇਰ ਲਈ ਆਰਾਮ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਬਾਹ ਨੂੰ ਉੱਚਾ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਰਫ਼ ਅਤੇ ਦਬਾਅ (compression) ਨਾਲ ਸੋਜ ਨੂੰ ਕੰਟਰੋਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੋਹੜੀ ਨੂੰ ਅਕਸਰ **ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਿੱਧੀ (extension)** ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਸਹਾਰਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨਾ ਉਹ ਹਿਲਜੁਲ ਹੈ ਜੋ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਖੋਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਸ ਵੱਲ ਪਹਿਲੂ (bias) ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਹੱਡੀ ਦਾ ਵਾਧੂ ਬਣਨਾ ਚਿੰਤਾ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ (ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਹਟਾਉਣ ਦੇ ਬਾਅਦ, ਜਾਂ ਉੱਚ-ਉਰਜਾ ਵਾਲੀ ਅਸਲ ਚੋਟ ਦੇ ਬਾਅਦ), ਤਾਂ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਹੁਣ ਇਸਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਇੱਕ ਐਂਟੀ-ਇਨਫਲੇਮੇਟਰੀ ਦਵਾਈ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (Physiotherapist) ਲਈ:

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਇਮੇਜਿੰਗ, ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਅਤੇ ਪਿਛਲੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਕ ਇਤਿਹਾਸ (PMHx) ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਅੰਦਰੂਨੀ-ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੋਟ (intra-operative arc), ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਲਨਰ ਨਰਵ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ (ulnar nerve procedure), ਅਤੇ ਕੀ ਹੇਟਰੋਟੋਪਿਕ ਐਸਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ (HO) ਪ੍ਰੋਫਿਲੈਕਸਿਸ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਸਲਾਹ-ਮਸ਼ਵਰਾ ਕਰੋ।

ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਓਡੀਮਾ (Oedema)

- ਪੇਡਿਡ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ **ਪੂਰੀ ਸਿਧਾਈ (full extension)** ਵਿੱਚ ਥੋੜ੍ਹੀ ਦੇਰ ਲਈ ਅਚਲ (immobilisation); ਬਾਹ ਨੂੰ ਉੱਚਾ ਰੱਖੋ; ਓਡੀਮਾ ਲਈ ਕਾਇਥਰੋਥੈਰਪੀ/ਦਬਾਅ (cryotherapy/compression)
- ਡ੍ਰੇਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ POD1 ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੱਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ

HO ਪ੍ਰੋਫਿਲੈਕਸਿਸ (ਜੇਕਰ ਲੋੜ ਹੋਵੇ)

- ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ HO ਨਿਕਾਸ ਜਾਂ ਉੱਚ-ਉਰਜਾ ਵਾਲੀ ਟਰੌਮਾ ਦੇ ਬਾਅਦ, ਇੰਡੋਮੈਥਾਸਿਨ (ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ 25 mg TID, ਜਾਂ 75-100 mg/day) ਨੂੰ 3-6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ; ਚੁਣੇ ਗਏ ਉੱਚ-ਜੋਖਮ ਵਾਲੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ \pm ਚੁਣੌਤੀ-ਸਮੇਂ ਵਾਲੀ ਰੇਡੀਓਥੈਰਪੀ ਦੀ ਇੱਕ ਖੁਰਾਕ (ਸਰਜਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ)

ਦਿਨ 1 ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ — ਤੁਰੰਤ ਤੀਬਰ ਗਤੀ ਦੀ ਰੋਜ਼

ਇਹ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਦਾ ਮੁੱਖ ਹਿੱਸਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਦਿਨ ਬਾਅਦ ਸਪਲਿੰਟ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ **ਮਜ਼ਬੂਤ, ਅਕਸਰ ਗਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ:** ਸਰਗਰਮ-ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਕਿਰਿਆਕ ਬਣਾ, ਸਿੱਧਾ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੇ ਘੁੰਮਣਾ, ਇਸ ਟੀਚੇ ਨਾਲ ਕਿ ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਟੇਬਲ 'ਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਪੂਰੀ ਗਤੀ ਦੀ ਰੋਜ਼ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲਿਆਂਦਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਕੋਈ ਗਤੀ ਦੀ ਰੋਜ਼ ਦੀ ਛੱਤ ਨਹੀਂ ਹੈ: ਟੀਚਾ ਅੰਤਰ-ਸਰਜਕਾਰਕ ਆਰਕ ਦੀ ਪੂਰੀ ਰੋਜ਼ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਲਈ:

ਗਤੀ ਦੀ ਰੋਜ਼ ਦੀ ਛੱਤ

- **ਕੋਈ ਨਹੀਂ।** ਅੰਤਰ-ਸਰਜਕਾਰਕ ਆਰਕ ਦੀ ਪੂਰੀ ਰੋਜ਼ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲਿਆਓ। POD1 ਨੂੰ ਸਪਲਿੰਟ ਹਟਾਓ।

ਵਰਜਿਸ਼ਾਂ

- ਫਲੈਕਸ਼ਨ, ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ, ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਸੁਪੀਨੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਸਰਗਰਮ-ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਕਿਰਿਆਕ ROM; ਤਣਾਅ ਨੂੰ ਸਖ਼ਤ ਦਿਸ਼ਾ ਵੱਲ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ) ਵੱਲ ਝੁਕਾਓ
- **ਵਿਕਲਪਿਕ CPM:** ਜੇਕਰ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਪੂਰੀ ਉਪਲਬਧ ਰੋਜ਼ ਵਿੱਚ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ POD1-2 ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 0-145° ਬੇਲਸਟਰ ਨਾਲ ਕੋਹਲੀ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ) ਅਤੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ 4 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ, ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ ਦੇ ਨਾਲ। CPM ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਸਹਾਇਕ ਹੈ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਾਲੀ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ ਨਾਲੋਂ ਉੱਤਮ ਨਹੀਂ ਸਾਬਤ ਹੋਇਆ ਹੈ; ਵਰਤੋਂ ਸਰਜਨ ਦੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਿਮਰਸ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ।

- ਕੈਡੈਂਸ: ਪਹਿਲੀ ਪੋਸਟ-ਸਰਜਕਾਰਕ ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ ਦਿਨ-ਪ੍ਰਤੀ-ਦਿਨ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਾਲੀ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ, ਫਿਰ ਲਗਭਗ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ 2-3x

ਤਰੱਕੀ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ

- ਟੇਬਲ 'ਤੇ ਆਰਕ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣਾ; ਓਈਡੀਮਾ ਅਤੇ ਦਰਦ ਨਿਯੰਤਰਿਤ

ਹਫ਼ਤਿਆਂ 2 ਤੋਂ 6 ਤੱਕ — ਆਰਕ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖੋ ਅਤੇ ਸਪਲਿੰਟਿੰਗ ਦਾ ਪ੍ਰਵੇਸ਼ ਕਰੋ

ਹਿਲਜੁਲ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਰੋਜ਼ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣ ਅਤੇ ਉਸ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਨ ਲਈ, ਇੱਕ **ਸਪਲਿੰਟਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ** ਰਾਤ ਨੂੰ ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ: ਰੋਜ਼ ਦੇ ਅੰਤ ਵਿੱਚ ਧਾਰਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਘੱਟ-ਲੋਡ, ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਦਾ ਖਿਚਾਅ, ਮੁੜਨ ਅਤੇ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਵਿਚਕਾਰ ਬਦਲਦਾ ਹੋਇਆ।

ਤੁਹਾਡੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਲਈ:

ਵਰਜਿਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਸਪਲਿੰਟਿੰਗ

- ਐਗਰੈਸਿਵ ਐਕਟਿਵ / ਐਕਟਿਵ-ਅਸਿਸਟਿਡ / ਪੈਸਿਵ ROM ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ
- ਘੱਟ-ਲੋਡ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਅੰਤ-ਰੋਜ਼ ਖਿਚਾਅ ਲਈ **ਸਟੈਟਿਕ-ਪ੍ਰੋਗਰੈਸਿਵ (ਜਾਂ ਡਾਇਨਾਮਿਕ / ਸੀਰੀਅਲ-ਸਟੈਟਿਕ / ਟਰਨਬਕਲ)** **ਸਪਲਿੰਟਿੰਗ** ਜੋੜੋ: ਫਲੈਕਸ਼ਨ ਅਤੇ ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਵਿਚਕਾਰ ਬਦਲਦਾ ਹੋਇਆ ਇੱਕ ਰਾਤ/ਆਰਾਮ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ। ਐਲਬੋ ਫਲੈਕਸ਼ਨ ਕੰਟ੍ਰੋਲਰਾਂ ਲਈ ਸਟੈਟਿਕ-ਪ੍ਰੋਗਰੈਸਿਵ (ਅਨਿਯਮਤ, ਮਰੀਜ਼-ਦੁਆਰਾ-ਸਮਾਯੋਜਿਤ ਵਧਦਾ ਹੋਇਆ ਟਾਰਕ) ਪਸੰਦੀਦਾ ਮੋਡੈਲਿਟੀ ਹੈ।
- ਓਈਡੀਮਾ ਅਤੇ ਸਕਾਰ ਪ੍ਰਬੰਧਨ

ਪ੍ਰਗਤੀ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ

- ਆਰਕ ਬਰਕਰਾਰ ਜਾਂ ਅਧਿਕਤਮ; ~ਹਫ਼ਤਾ 6 ਤੱਕ ਲੋਡਿੰਗ ਲਈ ਤਿਆਰ

ਹਫ਼ਤਿਆਂ 6 ਤੋਂ 12 — ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਲਗਾਤਾਰ ਸਪਲਿੰਟਿੰਗ

ਜਦੋਂ ਗਤੀ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ, **ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਸ਼ੁਰੂ** ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਹਿਣਸ਼ੀਲਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਪ੍ਰਗਤੀਸ਼ੀਲ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਕ ਅਭਿਆਸ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਸਪਲਿੰਟਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਲਈ:

ਅਭਿਆਸ ਅਤੇ ਸਪਲਿੰਟਿੰਗ

- ਗਤੀ ਸਥਿਰ ਹੋਣ 'ਤੇ ਪ੍ਰਗਤੀਸ਼ੀਲ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧਕ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ~6 ਹਫ਼ਤੇ)
- ਅੰਤਿਮ ROM ਲਈ ਆਪਟੀਮਲ ਨਤੀਜਿਆਂ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ~3 ਮਹੀਨੇ ਤੱਕ **ਸਪਲਿੰਟਿੰਗ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ**

ਲਗਭਗ 16 ਹਫ਼ਤੇ — ਸਥਿਰ ਅਵਸਥਾ

ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਲੜੀਆਂ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਔਸਤਨ ਲਗਭਗ 16 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ **ਗਤੀ ਦੇ ਅਧਿਕਤਮ ਆਰਕ (arc of motion) ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹਨ**, ਜਿਸ ਵਿੱਚ **ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਅਤੇ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ**। ਇਸ ਉਮੀਦ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਥਾਪਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਮੁੜਾਅ/ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਘੁੰਮਾਉਣ ਦੇ ਆਰਕਾਂ ਵਿੱਚ ਅੰਤਿਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਣਾਈ ਰੱਖੀਆਂ ਤਰੱਕੀਆਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਬਣੀਆਂ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ (ਵੱਡੇ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ 15-ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਫਾਲੋ-ਅਪ 'ਤੇ)।

ਤੁਹਾਡੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਲਈ:

- ਗਤੀ ਦਾ ਅਧਿਕਤਮ ਆਰਕ ਔਸਤਨ ~16 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਸਲਾਹ ਦਿਓ ਕਿ ਕੋਈ ਵੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਗਤੀ ਦੀ ਸੀਮਾ (threshold) ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਭਵਿੱਖਬਾਣੀ ਕਰਨ ਲਈ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਸਾਰੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਇਸੇ ~16-ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਸੀਮਾ ਲਾਗੂ ਕਰੋ

ਕੰਮ ਅਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ

ਕਿਉਂਕਿ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਕੋਈ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ (fixation) ਨਹੀਂ ਹੈ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਤੁਹਾਡੀ **ਆਰਾਮਦਾਇਕਤਾ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਜਿਸ ਰੇਂਜ (range) ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖ ਰਹੇ ਹੋ** ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਕੁਝ ਦੇ ਭਰਨ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕਰਕੇ। ਦਿਨ-ਬ-ਦਿਨ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਬਾਹ ਦੀ ਹਲਕੀ ਵਰਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ; ਅਸਲ ਵਿੱਚ, ਦਿਨ ਭਰ ਸਾਧਾਰਨ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੋਹਣੀ (elbow) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਇਲਾਜ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ।

ਮਜ਼ਬੂਤੀ (Strengthening), ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਭਾਰੀ ਅਤੇ ਵਧੇਰੇ ਮੰਗ ਵਾਲੇ ਕੰਮ, ਲਗਭਗ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਰੇਂਜ ਦੀ ਆਗਿਆ ਅਨੁਸਾਰ ਇਹ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਵਧਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਲਗਭਗ 4 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਸਥਿਰ ਰੇਂਜ ਅਤੇ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਫਾਇਦੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਬਣੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਡਰਾਈਵਿੰਗ, ਕੰਮ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕੰਮ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ, ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਨਿਯੰਤਰਣ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ; ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਸਮਾਂ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨਾਲ ਚਰਚਾ ਕਰੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਵਿਸਤਾਰ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰਨਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਅਤੇ ਰਾਤ/ਆਰਾਮ ਸਪਲਿੰਟਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹੀ ਉਸ ਰੇਂਜ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਇਹ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਆਮ ਰਿਕਵਰੀ ਸਲਾਹ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ: [ਪੋਸਟ-ਆਪਰੇਟਿਵ ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ](#) ਅਤੇ [ਖ਼ਾਜ਼ੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ](#) ਦੇਖੋ। ਜਿਸ ਸੰਬੰਧਿਤ ਕੋਹਣੀ ਦੀ ਰਿਕਵਰੀ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਦੀ ਪਰਤ ਨੂੰ ਛੱਡਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਲਈ [ਕੈਪਸੂਲਰ ਰਿਲੀਜ਼](#) ਦੇਖੋ। ਉੱਪਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਪੜਾਅਵਾਰ ਯੋਜਨਾ ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਕੰਟਰੋਲਰ ਰਿਲੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਬੂਤਾਂ ਨਾਲ ਸੰਗਤ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਲਗਾਤਾਰ ਰਿਕਵਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਹਣੀ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਜਾਂ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੁਆਰਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।