

ਐਸੀ ਜੋੜ ਸਥਿਰਤਾ

ਸਹਿਣ ਦੀ ਬਣਤਰ। ਐਕਰੋਮੀਓਕਲੈਵੀਕੁਲਰ ਜੋੜ (acromioclavicular joint) ਸਹਿਣ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਜਿਹਾ ਜੋੜ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਕਲੈਵੀਕਲ (collarbone) ਦਾ ਬਾਹਰੀ ਸਿਰਾ ਸਕੈਪੂਲਾ (shoulder blade) 'ਤੇ ਹੱਡੀ ਦੀ ਇੱਕ ਤਹਿ ਨਾਲ ਮਿਲਦਾ ਹੈ — ਇਹ ਉਹ ਹਿੱਸਾ ਹੈ ਜੋ AC ਜੋੜ ਦੀ ਚੋਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © 1 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।

ਤੁਰੰਤ ਰਿਕਵਰੀ। 45 ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ — ਤੁਹਾਡੀ ਗਤੀ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਹਲਕੀਆਂ ਕੰਮਾਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਡੈਸਕ ਕੰਮ, ਡਰਾਈਵਿੰਗ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ	ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਮੈਨੂਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ	ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜਾ ਪਲੇਟੋ ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ
2-6 weeks	4-6 months	12-20 months
ਡੈਸਕ ਕੰਮ ਅਤੇ ਹਲਕੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗੈਰ-ਸਰਜਿਕਲ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ 2 ਤੋਂ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।	ਭੁਜਾ ਦੀ ਪੂਰੀ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਅਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਿਕਲ ਸਥਿਰੀਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 4 ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨੇ ਲੈਂਦੀ ਹੈ; ਘੱਟ-ਗੁੰਝ (ਟਾਈਪ I ਅਤੇ II) ਚੋਟਾਂ ਜੋ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਬਹੁਤ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।	ਅਧਿਕਤਮ ਕਲੀਨਿਕਲ ਸੁਧਾਰ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਸੰਪਰਕ ਖੇਡਾਂ ਜਾਂ ਭਾਰੀ ਮਜ਼ਦੂਰੀ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਵਿੱਚ 12 ਤੋਂ 20 ਮਹੀਨੇ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਬਾਕੀ ਲੱਛਣ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਬਣੇ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਿਉਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ

ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੁਹਾਡੇ ਅਕਰੋਮੀਓਕਲੈਵੀਕੁਲਰ (AC) ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲੈਵੀਕਲ (ਕਲਾਵੀਕਲ) ਅਤੇ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਕੰਧ ਦੀ ਹੱਡੀ) ਵਿਚਕਾਰ ਜੁੜਾਅ ਹੈ। ਮੈਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜਨ ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਅਸਾਂ ਦੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਸੰਭਾਲਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਹ ਉਹਨਾਂ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਇਹਨਾਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠੇ ਰੱਖਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਉਦੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਵਿਸਥਾਪਨ (Type IV, V, ਜਾਂ VI) ਹੋਵੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲੈਵੀਕਲ ਵਿੱਚ 2 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਪਨ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਜਵਾਨ, ਸਰਗਰਮ ਮਰੀਜ਼ ਹੋ ਜਿਸਨੂੰ ਲਗਾਤਾਰ ਲੱਛਣ ਦਰਦ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ Type III ਚੋਟਾਂ ਲਈ ਵੀ ਸਰਜਰੀ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਛੋਟੀਆਂ ਚੋਟਾਂ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਲਿੰਗ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ (physiotherapy) ਵਰਗੀਆਂ ਗੈਰ-ਸਰਜਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜਦੋਂ ਇਸ ਨਾਲ ਕਾਫੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਜਾਂ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਬਣਤਰਗਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਸਥਿਰਤਾ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਅਤੇ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾ ਸਕੋ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਐਨਾਥੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਸੰਭਾਵਤ ਤੌਰ 'ਤੇ X-ਰੇਅਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰੋਸੀਜ਼ਰ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅੱਧੀ ਰਾਤ ਤੋਂ ਭੁੱਖੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ। ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਤੱਕ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਹਨ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਲੱਡ-ਥਿਨਿੰਗ ਦਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਬੰਦ ਨਾ ਕਰੋ। ਹਸਪਤਾਲ ਲੈ ਕੇ ਜਾਣ ਲਈ ਆਪਣੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਪੂਰੀ ਸੂਚੀ ਲੈ ਕੇ ਆਓ। ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਰੰਤ ਡਰਾਈਵ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ, ਇਸ ਲਈ ਘਰ ਲੈ ਜਾਣ ਲਈ ਕਾਸ਼ੀ ਨੂੰ ਆਰਜ਼ੀ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵੀ ਢੀਲਾ, ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜਾ ਪਹਿਨੋ ਜੋ ਸਾਹਮਣੇ ਖੁੱਲ੍ਹਦਾ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਨਾਲ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਸੀਂ ਜੋ ਵੀ ਸਲਿੰਗ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਉਪਕਰਣ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਉਸ ਨੂੰ ਪਹਿਨਣਾ ਆਸਾਨ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚੋ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤਿਆਰ ਕਰ ਸਕੀਏ।

ਦਿਨ ਦੌਰਾਨ

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਐਨਾਥੈਟਿਕ (ਸਮੁੱਚੀ ਨੀਂਦ) ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਇੱਕ ਰੀਜੀਓਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਦੇ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨੀਂਦ ਵਿੱਚ ਰਹੋਗੇ, ਅਤੇ ਬਲਾਕ — ਜੋ ਕਿ ਇੱਕ ਇਨਜੈਕਸ਼ਨ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਗਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਬਾਹਰ ਨੂੰ ਸਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨਰਵਾਂ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ — ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 12 ਤੋਂ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਦਰਦ ਦੀ ਸਹੂਲਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਐਨਾਥੈਟਿਸਟ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣਗੇ ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਣਗੇ।

ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਪਹੁੰਚੋਗੇ ਅਤੇ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਵੋਗੇ। ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਥੀਏਟਰ (ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕਮਰੇ) ਲਈ ਤਿਆਰ ਕਰੇਗੀ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਓਪਨ ਐਪਰੋਚ (ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਆਪਰੇਟਿਵ ਸਾਈਟ (ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ) ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਕਟਾਅ (ਇੰਸੀਜ਼ਨ) ਨਾਲ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਥਿਰਤਾ ਲਈ ਜੋੜ (ਜੋਇੰਟ) ਤੱਕ ਸਿੱਧਾ ਪਹੁੰਚ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਫਿਰ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕਮਰੇ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਏਰੀਆ (ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਖੇਤਰ) ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ। ਸਾਡੀਆਂ ਨਰਸਾਂ ਐਨਾਥੈਟਿਕ ਖਤਮ ਹੋਣ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਸੁਵਿਧਾ ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਚਿੰਨ੍ਹਾਂ (ਵਾਈਟਲ ਸਾਈਨਸ) ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨਗੀਆਂ। ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਿੱਚ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਰਹੋਗੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਸਥਿਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਅਤੇ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਜਾਣ ਜਾਂ ਘਰ ਜਾਣ ਲਈ ਤਿਆਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ, ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਰਿਕਵਰੀ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਲਗਭਗ 8 ਤੋਂ 10 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਲੰਬੀ ਇੱਕ ਕੱਟ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਪਹੁੰਚ ਜੋੜ ਦੀ ਸਾਫ਼ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ ਟਿਸ਼ੂ ਨੁਕਸਾਨ ਨੂੰ ਘੱਟ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਉਹਨਾਂ ਫਟੇ ਹੋਏ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲੈਵੀਕਲ (ਗਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ) ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰੱਖਦੇ ਹਨ। ਉੱਚ-ਗ੍ਰੇਡ ਦੇ ਘਾਵਾਂ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਸਥਿਰਤਾ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨ ਲਈ ਕਲੈਵੀਕਲ ਅਤੇ ਸਕੈਪੁਲਾ (ਕੰਬਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ) ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਵੀ ਤੰਗ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਅਸੀਂ ਨਵੇਂ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਲਈ ਛੋਟੇ ਐਂਕਰਾਂ ਜਾਂ ਬਟਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਸਹੀ ਸਥਾਨ 'ਤੇ ਰੱਖਦੇ ਹਨ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਉਹ ਭਰ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਾਵ ਤੋਂ 3 ਤੋਂ 4 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਤਾਜ਼ਾ ਘਾਵਾਂ ਲਈ ਟੈਂਡਨ ਗ੍ਰਾਫਟਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ। ਫਿਰ ਕੱਟ ਨੂੰ ਸਿਲਾਈ ਜਾਂ ਸਟੈਪਲਾਂ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਖੇਤਰ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਇੱਕ ਡਰੈਸਿੰਗ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਇਹ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਤਕਨੀਕ ਸਾਨੂੰ ਉੱਪਰਲੇ ਜੋੜ ਅਤੇ ਡੂੰਘੇ ਸਥਿਰਤਾ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲੇ ਢਾਂਚਿਆਂ ਨੂੰ ਦੋਵਾਂ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਧਾਤ ਦੀਆਂ ਇਮਪਲਾਂਟਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਤੋਂ ਬਚਦੀ ਹੈ। ਟੀਚਾ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲੇ ਦੀ ਕੁਦਰਤੀ ਸੰਰੇਖਣ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਡਰੈਸਿੰਗ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਲਈ ਇੱਕ ਸਲਿੰਗ ਦੇ ਨਾਲ ਜਾਗੋਗੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਰੱਖਣ ਲਈ ਮਾਨਕ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਰਾਤ ਰੁਕਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਦੇਖਭਾਲ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲੀਆਂ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਡਰੈਸਿੰਗ ਨੂੰ ਠੀਕ ਹੁੰਦੇ ਸਮੇਂ ਸੁੱਕਾ ਅਤੇ ਸਾਫ਼ ਰੱਖੋ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਸ਼ੱਲਡਰ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਡਰਾਈਵ ਨਾ ਕਰੋ, ਭਾਵੇਂ ਕਿਸ ਹੱਥ ਦਾ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਹੀ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਦੇ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਰਿਵਿਜ਼ 'ਤੇ, ਤੁਸੀਂ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ [ਅਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ](#) ਦੇਖੋ।

ਬਰਾਮਦਗੀ

ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਬਾਅਦ ਦੇ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲੇ ਦੇ ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ। ਇਹ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦਾ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਹਿੱਸਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਅਸੁਵਿਧਾ ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਦਵਾਈਆਂ ਦੁਆਰਾ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਬਰਫ਼ ਦੇ ਪੈਕਾਂ ਨਾਲ ਸੰਭਾਲਦੇ ਹਾਂ। ਠੀਕ ਹੋ ਰਹੇ ਟਿਸ਼ੂਆਂ 'ਤੇ ਤਣਾਅ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਸਹਾਰਾ ਦੇ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸੋਜ ਠੀਕ ਹੋਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਦੇ ਪੱਧਰ ਧੀਮੇ-ਧੀਮੇ ਘਟਦੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਰਨ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਡੀ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੀ ਰੂਟੀਨ ਬਦਲ ਜਾਵੇਗੀ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਕੰਬਲੇ ਨੂੰ ਉੱਚਾ ਅਤੇ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਰੱਖਣ ਲਈ ਅੱਧ-ਲੰਬੇ ਸਿਟੇ ਵਿੱਚ ਸੌਣ। ਤੁਸੀਂ ਸਲਿੰਗ ਪਾਓਗੇ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰੀਰ ਲਿਗਾਮੈਂਟਸ ਨੂੰ ਮੁੜ ਬਣਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੇ, ਉਸ ਸਮੇਂ ਹਿਲਜੁਲ ਸੀਮਿਤ ਰਹੇ। ਸਰਕੂਲੇਸ਼ਨ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਹਲਕੇ ਹੱਥ ਅਤੇ ਮੁੜੀ ਦੇ ਹਿਲਾਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੱਥ ਨਾਲ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਨਾ ਚੁੱਕਣੀ, ਨਾ ਧੱਕਣਾ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਖਿੱਚਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਭੌਤਿਕ ਥੈਰੇਪਿਸਟ (physiotherapist) ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੇ ਨਾਲ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਗਤੀ ਦੀ ਰੋਜ਼ ਮੁੜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਖਾਸ ਕਸਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰਨਗੇ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾ ਸਕੋਗੇ, ਭਾਵੇਂ ਕਿਸ ਹੱਥ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ। ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਤੇ ਪਾਬੰਦੀ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਹੀ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਉਦੋਂ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਦੇਵੇ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੌਰਾਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਸਾਡੇ ਗਾਈਡ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗਾਂ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ](#) ਨੂੰ ਦੇਖੋ।

ਬਰਾਮਦਗੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵੱਖਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ-ਸਾਰਣੀ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ; ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਖਾਸ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਅਤੇ ਕਾਰਜਾਤਮਕ ਟੀਚਿਆਂ ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰਨਗੇ।

ਕੀ ਗਲਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਚੰਗੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਟੀਮ ਜਲਦੀ ਕੋਈ ਵੀ ਮੁਸ਼ਕਲ ਪਛਾਣਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਨਜ਼ਰੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਰੱਖਦੇ ਹਨ।

ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਕੰਬਲ ਜੋੜੀ ਵਿੱਚ ਲਗਾਤਾਰ ਅਸੁਵਿਧਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਅਕਸਰ ਇੱਕ ਭਾਰੀ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਕੜ ਵਜੋਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਇਹ ਤਦ ਵਧੇਰੇ ਆਮ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਜਵਾਨ ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਸਰਗਰਮ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਜੋੜੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੋਣ ਲੱਗ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹਿਨਣ-ਖਰਾਬ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ (wear-and-tear arthritis) ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਦਰਦ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ ਵਿੱਚ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ, ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਗੈਰ-ਸਰਜਰੀ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਕਾਫ਼ੀ ਰਾਹਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ। ਤੁਸੀਂ ਲਗਾਤਾਰ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਅਜਿਹੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਢੁਕਵੀਂ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਚੁਣਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਵਿਚਾਰਨ ਲਈ ਵਾਧੂ ਜੋਖਮ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਅਜਿਹੀਆਂ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਸਿਰਫ਼ ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ। ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਜੋੜੀ ਦੁਬਾਰਾ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਖਿਸਕਣਾ (redislocation) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਅਚਾਨਕ ਛਾਲ ਜਾਂ ਕੰਬਲ ਦੇ ਆਕਾਰ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਵਾਂਗ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਚਲਾਉਣ ਸਮੇਂ ਚੁੰਝਣ ਜਾਂ ਰਗੜਨ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੋੜੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰੱਖਣ ਲਈ ਵਰਤੇ ਗਏ ਹਾਰਡਵੇਅਰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ ਵਜੋਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਸਕੂਆਂ ਦੁਆਲੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਟਨਲ ਚੌੜੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਮੁਰੰਮਤ ਢਿੱਲੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਵਾਂ ਸੋਜ, ਵਧਿਆ ਹੋਇਆ ਦਰਦ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ ਦੀ ਚਾਲ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਹੀ, ਇਹ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜੀ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹੀ ਸੰਰੇਖਣ ਵਿੱਚ ਨਾ ਰਹੇ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦਿਖਾਈ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਉਭਾਰ ਵੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕੰਬਲ ਅਸਮਾਨ ਬੈਠਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਲੱਛਣ ਅਨੁਭਵ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਨਿਯਮਤ ਮੁਲਾਕਾਤ ਲਈ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਨਾ ਕਰੋ। ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰ ਸਕੀਏ ਅਤੇ ਅਗਲੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਕਦਮਾਂ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰ ਸਕੀਏ।

ਇਸ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦੀ ਸਾਰਣੀ ਵਿੱਚ ਆਮ ਦਰਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਵਿਸ਼ਿਸ਼ਟ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਕਦੋਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ, ਘਾਵ ਵਿੱਚ ਵਧਦੀ ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਸਰਸਰਾਹਟ, ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿੰਜਣੀ ਵਿੱਚ ਸੋਜ, ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼, ਸੰਵੇਦਨਾ ਦਾ ਖਤਮ ਹੋਣਾ, ਜਾਂ ਬਾਹ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥਾ ਦਿਖਾਈ ਦੇਵੇ, ਤਾਂ ਅਤਿ ਆਵਾਜ਼ਕਾਲੀ (emergency) ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਤੁਰੰਤ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਣ ਲਈ ਇੱਥੇ ਹਾਂ।

ਐਸੀ ਜੋੜ ਸਥਿਰਤਾ

ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਾਹਿਤ ਤੋਂ ਜਟਿਲਤਾ ਦਰਾਂ

45 ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ। ਇਹ ਆਬਾਦੀ-ਪੱਧਰੀ ਦਰਾਂ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਜੋਖਮ ਨਹੀਂ — ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰੇਗਾ।

ਜਟਿਲਤਾ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਰਿਡਕਸ਼ਨ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ	56.0%	ਟਾਈਪ V ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਗੈਰ-ਸਰਜਿਕਲ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਵਿੱਚ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ, ਜਿਸਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਰੌਕਵੁੱਡ ਟਾਈਪ 3 ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਰੀਕਨਸਟ੍ਰਕਸ਼ਨ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ	19.1%	ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੋਰਾਕੋਕਲੈਵੀਕੁਲਰ ਰੀਕਨਸਟ੍ਰਕਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੁੱਲ ਅਸਫਲਤਾ ਦਰ, ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ 8% ਤੋਂ 52.6% ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ।
ਪੋਸਟਟ੍ਰੋਮੈਟਿਕ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ	17%	ਟਾਈਪ III ਚੋਟਾਂ ਲਈ ਸਰਜਿਕਲ ਗਰੁੱਪਾਂ ਵਿੱਚ ਗੈਰ-ਸਰਜਿਕਲ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਵਧੇਰੇ ਦਰ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ ਖਾਸ ਕੋਰੋਰਟਸ ਵਿੱਚ 66.7% ਤੱਕ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।
ਹੈਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸੀਫਿਕੇਸ਼ਨ	17%	ਟਾਈਪ III ਚੋਟਾਂ ਲਈ ਸਰਜਿਕਲ ਗਰੁੱਪਾਂ ਵਿੱਚ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ।
ਇਮਪਲਾਂਟ ਦੀ ਖੁਰਸ਼	16.0%	ਇਮਪਲਾਂਟ ਦੇ ਉੱਪਰ ਦਬਾਅ 'ਤੇ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲਤਾ, ਅਕਸਰ ਅਨਪਲਾਨਡ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।
ਰੀਵਿਜ਼ਨ ਸਰਜਰੀ	14.3%	ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕਲੀ-ਸਹਾਇਤਾ ਅਨਾਟੋਮਿਕ ਕੋਰਾਕੋਕਲੈਵੀਕੁਲਰ ਰੀਕਨਸਟ੍ਰਕਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 10-ਸਾਲ ਦੀ ਫਾਲੋ-ਅਪ 'ਤੇ ACJ ਸਥਿਰੀਕਰਨ ਦੀ ਰੀਵਿਜ਼ਨ ਦਰ।
ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ	5-8%	ਸਰਜਿਕਲ ਸਥਿਰੀਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਸੁਵਿਧਾ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ 5-8% ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। 50% ਦੀ ਉੱਚੀ ਦਰ ਗੈਰ-ਸਰਜਿਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਟਾਈਪ I/II ਚੋਟਾਂ ਲਈ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਕੋਰਾਕੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ	2-3%	ਕੋਰਾਕੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਜੋਖਮ; ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਕਲੀਨਿਕਲ ਸੀਰੀਜ਼ (n=43) ਵਿੱਚ 2.3%। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਛੋਟੇ ਅਧਿਐਨਾਂ ਅਤੇ ਕੈਡਾਵਰਿਕ ਬਾਇਓਮੈਕੈਨੀਕਲ ਮਾਡਲਾਂ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਦਰਾਂ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।
ਸੰਕਰਮਣ	1.9%	ਸਰਜਿਕਲ ਕੋਰੋਰਟਸ ਵਿੱਚ ਸਤਹੀ ਜਾਂ ਡੂੰਘੇ ਸੰਕਰਮਣ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।
ਨਰਵ ਇੰਜੁਰੀ	1%	ਦੁਰਲੱਭ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਪੁਰਾਸਕੈਪੂਲਰ ਨਰਵ ਜਾਂ ਬ੍ਰੈਕੀਅਲ ਪਲੈਕਸਸ ਦੀ ਚੋਟ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।
ਕਲੈਵੀਕਲ ਫ੍ਰੈਕਚਰ	Rare	ਇੱਕ ਟਨਲ-ਫ੍ਰੀ ਰੀਕਨਸਟ੍ਰਕਸ਼ਨ ਅਧਿਐਨ (n=22) ਵਿੱਚ 20% 'ਤੇ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ; ਮਿਆਰੀ ਟਨਲ ਜਾਂ ਡ੍ਰਿਲ-ਫ੍ਰੀ ਤਕਨੀਕਾਂ ਨਾਲ ਦੁਰਲੱਭ।

ਮੈਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਹੀਰਪਾਲਾ ਨਾਲ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ, ਇਸਦੀ ਉਮੀਦਵਾਰ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਆਦ, ਅਤੇ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਗਏ ਜੋਖਮਾਂ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਹੈ।

ਰੋਗੀ — ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ

ਸਹੀ ਸਹੀ

ਤਾਰੀਖ