

ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਨੋਡੇਸਿਸ

ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਨੋਡਨ ਦੀ ਲੰਬੀ ਸਿਰ — ਗਲੇਨੋਇਡ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਜੁੜਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਇੱਕ ਆਮ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ, ਜਿਸਦਾ ਇਲਾਜ ਟੈਨੋਡੇਸਿਸ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① ② ③ ④ 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। 85 ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ — ਤੁਹਾਡੀ ਗਤੀ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਹਲਕੀਆਂ ਕੰਮਾਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਡੈਸਕ ਕੰਮ, ਡਰਾਈਵਿੰਗ, ਹੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ	ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਮੈਨੁਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ	ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜਾ ਪਲੇਟੋ ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ
2-6 weeks	5-8 months	13 months
ਮਰੀਜ਼ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 2 ਤੋਂ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਡੈਸਕ ਕੰਮ ਅਤੇ ਹਲੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਦੋਂ ਕਿ 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ ਸਲਿੰਗ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਕਸਰ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।	ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਕਲੀਨਿਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਨਤੀਜੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ 5 ਤੋਂ 8 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਆਪਣੀ ਪਿਛਲੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਦੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।	ਕਲੀਨਿਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਨਤੀਜੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ 13 ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਿਉਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੇ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਨੋਡੇਸਿਸ (biceps tenodesis) ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਇੱਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਖਰਾਬ ਹੋਏ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਨੋਡਨ ਨੂੰ ਉੱਪਰਲੇ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਮੁੜ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਦੋਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਗੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ ਦੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਇਸਨੂੰ ਅਕਸਰ 25 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਚੁਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਖਾਸ ਟੈਨੋਡਨ ਫਟਣ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਖੇਡਾਂ ਜਾਂ ਭਾਰੀ ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਇਸ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਮੁੱਖ ਉਦੇਸ਼ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਦੋ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਕਾਫੀ ਕਲੀਨਿਕਲ ਸੁਧਾਰ ਅਤੇ ਸਫਲਤਾ ਦੀਆਂ ਉੱਚ ਦਰਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਪੰਜ ਤੋਂ ਅੱਠ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਰਾਹਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਪੂਰੇ ਨਤੀਜੇ 13 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਉਮੀਦ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਪਹੁੰਚ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਅਤੇ ਸਥਿਰਤਾ ਨੂੰ ਮੁੜ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਹੋਰ ਇਲਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਦੇਖੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸ਼ੋਭਾ ਸੰਬੰਧੀ ਬਦਲਾਵਾਂ ਤੋਂ ਬਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ ਅਤੇ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਧਾਰਨ X-ਰੇਅ ਅਤੇ ਸੰਭਵ ਤੌਰ 'ਤੇ MRI ਜਾਂ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਇਹ ਟੈਸਟ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਸਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਅਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਇਲਾਜ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕੋਈ ਅਜਿਹਾ ਵਿਅਕਤੀ ਯੋਜ਼ਬੰਦ ਕਰੋ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਰ ਛੱਡੇ, ਕਿਉਂਕਿ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਸੀਂ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾ ਸਕਦੇ। ਆਪਣੀ ਮਿਲਣੀ ਲਈ ਆਰਾਮਦਾਇਕ, ਢਿੱਲੇ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ ਅਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲਿਆਓ। ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇੱਕ ਖਾਸ ਸਮੇਂ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੁੱਖਾ ਰਹਿਣਾ ਪਵੇਗਾ (ਖਾਣਾ ਅਤੇ ਪੀਣਾ ਬੰਦ ਕਰਨਾ); ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਟਾਪ ਕਰਨ ਦੇ ਸਹੀ ਸਮੇਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੇਗਾ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਰਜੀ ਲਈ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੋਣ ਲਈ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟ ਜਾਂ ਐਨਥੀਸਟੀਸਟ ਨਾਲ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਦੀ ਵੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸਨੂੰ ਅਰਥੋਸਕੋਪਿਕ ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਕਰੇਗਾ, ਜੋ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟ ਅਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਦਿਨ ਤੇ

ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਪਹੁੰਚੋਗੇ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਐਨਾਥੇਸਟਿਸਟ (anesthetist) ਨਾਲ ਮਿਲੋਗੇ ਜੋ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲੇਗਾ। ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਐਨਾਥੇਸੀਆ ਅਤੇ ਇੱਕ ਰੀਜੀਓਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (regional nerve block) ਦੇ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁੱਤਿਆ ਰਹੋਗੇ, ਅਤੇ ਬਲਾਕ (ਇੱਕ ਇਨਜੈਕਸ਼ਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਗਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਬਾਹਰ ਨੂੰ ਸਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨਰਵਸ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ) ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 12 ਤੋਂ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਦਰਦ ਦੀ ਸਹੂਲਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਐਨਾਥੇਸਟਿਸਟ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲੇਗਾ ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ।

ਫਿਰ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਥੀਏਟਰ ਲੈ ਜਾਵੇਗਾ। ਉਹ ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਪਹੁੰਚ (arthroscopic approach) ਨਾਲ ਸਰਜਰੀ ਕਰੇਗਾ। ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ। ਤੁਹਾਡੀ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੀ ਜਾਵੇਗੀ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਐਨਾਥੇਸੀਆ ਦੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਖਤਮ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ।

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਛੋਟੇ ਕੀਹੋਲ ਕੱਟਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਕਰੇਗਾ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਕਟਾਅ ਹਰੇਕ ਲਗਭਗ 1 ਸੈ.ਮੀ. ਦੇ। ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਕੈਮਰਾ ਕੰਮ ਦੀ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨੀ ਲਈ ਸ਼ੋਲਡਰ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ੋਲਡਰ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਵੱਡਾ ਕਟਾਅ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਖਰਾਬ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਦੇਖ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਨ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰੋਂ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਲੰਬੇ ਸਿਰੇ ਦੇ ਖਰਾਬ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦੇਵੇਗਾ। ਬਾਕੀ ਬਚੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਫਿਰ ਉੱਪਰਲੇ ਬਾਹੜੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਛੋਟੇ ਐਂਕਰਾਂ ਜਾਂ ਸਕ੍ਰੂਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਰਹੇ। ਜੇਕਰ ਟੈਂਡਨ ਆਪਣੀ ਖਾਨ ਵਿੱਚੋਂ ਫਿਸਲ ਰਿਹਾ ਸੀ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸਨੂੰ ਉੱਥੇ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਵੀ ਠੀਕ ਕਰੇਗਾ।

ਇੱਕ ਵਾਰ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਛੋਟੇ ਕਟਾਅਾਂ ਨੂੰ ਸਿਲਾਈ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਹਫ਼ਤੇ ਲਈ ਸਲਿੰਗ ਪਾਓਗੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਫਿਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੇਵੇਗਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਦੋਂ ਆਪਣੀ ਬਾਹੜੀ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣਾ ਅਤੇ ਵਰਜਿੰਗ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨੀ ਹੈ।

ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਕੰਢੇ ਨੂੰ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਰੱਖ ਕੇ ਜਾਗੋਗੇ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਛੋਟੇ ਕੀਹੋਲ ਇੰਸਿਜ਼ਨ (keyhole incisions) ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਕੈਮਰੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਗੇ। ਤੁਹਾਡੇ ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ ਉੱਤੇ ਡਰੈਸਿੰਗ ਲਗਾਈ ਜਾਵੇਗੀ। 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਇੱਕ ਸ਼ੋਲਡਰ ਇਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ਰ (shoulder immobilizer) ਪਹਿਨਿਆ ਜਾਵੇਗਾ, ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਸਲਿੰਗ ਹੋਰ 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਪਹਿਨੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਾਹਰ ਨੂੰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘੁਮਾ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਪਰ ਉਠਾਉਣ ਜਾਂ ਧੱਕਾ ਦੇਣ ਤੋਂ ਬਚਣਾ ਹੈ। ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਰਾਤ ਰੁਕਦੇ

ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਰਹਿਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਦਰਦ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਦਵਾਈਆਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਬਰਕਰਾਰੀ

ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਹੋਵੇਗੀ। ਇਹ ਸਧਾਰਨ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰੀਰ ਛੋਟੀਆਂ ਕੀਹੋਲ ਇੰਜੀਨਾਂ ਤੋਂ ਠੀਕ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਅਸੁਵਿਧਾ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲਣ ਲਈ ਆਈਸ ਪੈਕ ਅਤੇ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸੋਜ ਘਟਣ ਨਾਲ ਦਰਦ ਕਾਫ਼ੀ ਘੱਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਸੌਣ ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਦੌਰਾਨ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਸਲਿੰਗ ਪਾਉਂਦੇ ਰਹੋਗੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੰਦ ਨੂੰ ਤਣਾਅ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕੰਬਲ ਨੂੰ ਚਾਲੂ ਰੱਖਣ ਲਈ ਹਲਕੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰੇਗਾ। ਤੁਸੀਂ ਖਾਣਾ ਖਾਣਾ ਜਾਂ ਦੰਦ ਸਾਫ਼ ਕਰਨ ਵਰਗੀਆਂ ਹਲਕੀਆਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਪਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੁਝ ਵੀ ਭਾਰੀ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਪਿੱਛੇ ਹੱਥ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਤੋਂ ਬਚਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਹ ਅਤੇ ਕੰਬਲ ਲਈ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਵਾਲੇ ਵਰਜਿੰਗ ਸਿਰਫ਼ ਤਦ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣਗੇ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਇਸਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਮੰਨਣ।

ਤੁਹਾਡੀ ਬਰਕਰਾਰੀ ਦੀ ਯਾਤਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਵਿਲੱਖਣ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਪੂਰਨ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨਗੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜੇ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਢਾਲਣਗੇ।

ਕੀ ਗਲਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ

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

ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਉੱਪਰਲੇ ਹੱਥ ਜਾਂ ਕੰਘ ਵਿੱਚ ਤਿੱਖੀ, ਧੜਕਦੀ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੋ ਸਧਾਰਨ ਦਰਦ ਨਾਸ਼ਕ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਟੈਂਡਨ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਭਰ ਨਹੀਂ ਸਕਿਆ ਜਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਫਟ ਗਿਆ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਅਗਲੇ ਕਦਮਾਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ ਕੰਘ ਵਿੱਚ ਤੰਗ ਅਤੇ ਸਖ਼ਤ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਹੱਥ ਉੱਪਰ ਉਠਾਉਣਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਖ਼ਤੀ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਭਾਰੀ ਰੁਕਾਵਟ ਵਾਂਗ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਚਾਲ ਉਮੀਦ ਮੁਤਾਬਕ ਨਹੀਂ ਸੁਧਰਦੀ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਅਗਲੇ ਜਾਂਚ ਦੌਰਾਨ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕੇ।

ਦੁਰਲੱਭ ਕੇਸਾਂ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਾਈਸੈਪ ਪੇਸ਼ੀ ਵਿੱਚ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਖਿੱਚਣਾ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਟੁੱਟਣ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਅਹਿਸਾਸ ਅਸੁਵਿਧਾਜਨਕ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਮੁਰੰਮਤ ਵਿੱਚ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਲੱਛਣ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦੀ ਸਾਰਣੀ ਵਿੱਚ ਆਮ ਦਰਜ ਹਨ।

ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਕਦੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ, ਵਧਦੀ ਲਾਲੀ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਛੋਟੇ ਕੈਮਰੇ ਵਾਲੇ ਇਨਜੀਨਾਂ ਤੋਂ ਸਰਾਬ ਆ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਅਚਾਨਕ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ, ਪਿੰਜਰੇ ਵਿੱਚ ਸੋਜ, ਜਾਂ ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਤਾ ਆ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਹਾਲਾਂਕਿ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦੁਰਲੱਭ ਹਨ, ਪਰ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਤੁਰੰਤ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ 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

ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਨੋਡੇਸਿਸ

ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਾਹਿਤ ਤੋਂ ਜਟਿਲਤਾ ਦਰਾਂ

85 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
ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ	<18%	ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਅੰਤਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬਾਈਸੈਪਸ ਟੈਨੋਡੇਸਿਸ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਘੱਟ ਦਰਾਂ (0-6%) ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਦੋਂ ਕਿ SLAP ਮੁਰੰਮਤ ਵਿੱਚ (3-15%) ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।
ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ ਅਸਫਲਤਾ	<13%	ਟੈਨੋਡੇਸਿਸ ਕੰਸਟ੍ਰਕਟ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ ਜਾਂ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਪਿੱਛੇ ਹਟਣਾ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਛੋਟੇ ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।
ਹੀਮਾਟੋਮਾ	<10%	ਕੁਝ ਕੇਹੋਰਟਸ ਵਿੱਚ ਹੀਮਾਟੋਮਾ ਬਣਨ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਮਿਲੀ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਦੁਰਲੱਭ ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦਾ ਹੈ।
ਬਾਈਸੈਪਟਲ ਦਰਦ	5-17%	ਬਾਈਸੈਪਟਲ ਗਰੂਵ ਵਿੱਚ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਜਾਂ ਕਰੈਂਪਿੰਗ ਇੱਕ ਆਮ ਜਟਿਲਤਾ ਹੈ, ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਨੋਟੋਮੀ ਜਾਂ ਕੁਝ ਖਾਸ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ ਗਰੁੱਪਾਂ ਦੇ ਬਾਅਦ।
ਸਖ਼ਤੀ	3-26%	ਇੰਟਰਵੈਂਸ਼ਨ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਪੋਸਟ-ਆਪਰੇਟਿਵ ਸਖ਼ਤੀ (LOA/MUA) ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਮਿਲੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਆਰਥੋਸਕੋਪਿਕ ਸੁਪਰਾਪੈਕਟੋਰਲ ਤਕਨੀਕਾਂ ਵਿੱਚ ਉੱਚ ਦਰਾਂ ਨੋਟ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।
ਸੰਕਰਮਣ	<2%	ਸਤਹੀ ਸੰਕਰਮਣ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਘੱਟ ਹਨ (0-2%), ਜਦੋਂ ਕਿ ਡੂੰਘੇ ਸੰਕਰਮਣ ਦੁਰਲੱਭ ਹਨ।
ਪੇਪਾਈ ਡਿਫਾਰਮਿਟੀ	1-23%	ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ ਤਕਨੀਕ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਆਬਾਦੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਇਸਦੀ ਘਟਨਾ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਅੰਤਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ 1.0% ਤੋਂ 23.0% ਤੱਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਨਰਵ ਇੰਜੁਰੀ	<1%	ਅਸਥਾਈ ਨਰਵ ਇੰਜੁਰੀ ਜਾਂ ਨਿਊਰਾਪ੍ਰੈਕਸੀਆ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ 1% ਤੋਂ ਘੱਟ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
ਵੰਡ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ	<1%	ਈਰਿਥੇਮਾ ਜਾਂ ਡਿਹਿਸਿਸ਼ੈਂਸ ਵਰਗੀਆਂ ਸਤਹੀ ਵੰਡ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਅਸਧਾਰਨ ਹਨ।

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