CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

# ਦੂਰਬੀਨ ਨਾਲ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚੋਂ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦਾ ਜਮਾਅ ਕੱਢਣਾ (Arthroscopic Calcium Deposit Removal)

ਇਹ ਪੰਨਾ ਮਸ਼ੀਨ ਦੁਆਰਾ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਹਾਲੇ ਤੱਕ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂਚਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ। **ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸੰਸਕਰਣ** ਹੀ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ।

## ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਉਂ ਸੁਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਰਾ, ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਂਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ, ਇਲਾਜ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਹੋਣ। ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦੇ ਜਮਾਅ ਲਈ, ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼-ਰੋਧੀ ਦਵਾਈਆਂ (anti-inflammatories), ਬਰਸਾ (ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਛੋਟੀ ਗੱਦੀ) ਵਿੱਚ ਸਟੀਰੌਇਡ ਟੀਕਾ, ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ ਜਮਾਅ ਵਿੱਚ ਸੂਈ ਮਾਰ ਕੇ ਉਸ ਨੂੰ ਤੋੜਨਾ (barbotage) ਅਤੇ ਸ਼ੌਕ ਵੇਵ ਥੈਰੇਪੀ (shock wave therapy, ਆਵਾਜ਼ ਦੀਆਂ ਤੇਜ਼ ਤਰੰਗਾਂ ਨਾਲ ਇਲਾਜ)। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਵੱਲੋਂ ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate, ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਫ਼ੀਸ ਦੀ ਵਾਪਸੀ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫ਼ਰਲ (referral) ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਉਦੋਂ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਇਲਾਜਾਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਫ਼ੀ ਰਾਹਤ ਨਹੀਂ ਮਿਲੀ।

ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ (rotator cuff) ਦੇ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਵਿੱਚ ਜੰਮੇ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦੇ ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਕੱਢਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਜਮਾਅ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਪੈਦਾ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਮਹੀਨਿਆਂ ਜਾਂ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਦਾ ਮਕਸਦ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਘਟਾਉਣਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਆਮ ਵਾਂਗ ਹਿੱਲਣ ਅਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇਣਾ ਹੈ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਨਤੀਜੇ ਤੋਂ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਅਧਿਐਨ ਕੀਤੇ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ 93% ਦੱਸੀ ਗਈ। ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਉਦੋਂ ਹੀ ਦੇਵਾਂਗੇ ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਸਹਿਮਤ ਹੋਈਏ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਅਜੇ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਜਮਾਅ ਕਾਰਨ ਹੀ ਦੁਖਦਾ ਹੈ।

## ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੁਝ ਸਕੈਨਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦੇ ਜਮਾਅ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦੇ ਨਾਲ MRI ਸਕੈਨ ਵੀ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਹੋਰ ਕਿਸੇ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖ਼ੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਜਾਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ) ਨਾਲ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ 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

ਆਪਣੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਉਹ ਇਲਾਜ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਬਾਰੇ ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਹਰ ਹਦਾਇਤ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੱਕ ਕੁਝ ਨਾ ਖਾਣ ਅਤੇ ਨਾ ਪੀਣ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇਗਾ, ਤਾਂ ਜੋ ਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲੋਂ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਹੋ ਰਹੇ ਹੋਣ ਤਾਂ ਸੂਚੀ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਚੱਲ ਸਕੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਵਿੱਚ ਘਰ ਛੱਡਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾ ਸਕੋਗੇ। ਆਪਣੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਨਾਲ ਲਿਆਓ, ਅਤੇ ਢਿੱਲੇ, ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ ਜੋ ਸੌਖਿਆਂ ਬਦਲੇ ਜਾ ਸਕਣ।

## ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ

ਆਪਣੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ, ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸਰਜੀਕਲ ਦਾਖ਼ਲਾ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਹਾਜ਼ਰ ਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਉੱਥੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਖ਼ਲਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਲਈ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਦੇ ਨਾਲ ਰੀਜਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਨਸ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਟੀਕਾ) ਮਿਲਾ ਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਤੁਸੀਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬੇਹੋਸ਼ ਹੋਵੋਗੇ, ਅਤੇ ਬਲਾਕ (ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਗਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਬਾਂਹ ਦੀਆਂ ਨਸਾਂ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਟੀਕਾ) ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 12 ਤੋਂ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲੇਗਾ ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਮਝਾਏਗਾ।

ਫਿਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਪੂਰਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ। ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਤੱਕ ਉੱਥੇ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨਗੀਆਂ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਓਗੇ ਜਾਂ ਘਰ ਚਲੇ ਜਾਓਗੇ।

## ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਇਹ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਥਾਵਾਂ ਉੱਤੇ ਲਗਾਏ ਕੁਝ ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਨ ਇੱਕ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਕੈਮਰਾ ਅੰਦਰ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਸਕਰੀਨ ਉੱਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖ ਸਕੇ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਮੋਢੇ ਦੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇਖਣ ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਉੱਤੇ ਕੰਮ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ।

ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਦਾ ਜਮਾਅ ਤੁਹਾਡੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦਾ ਉਹ ਸਮੂਹ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਧਿਆਨ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਨ ਅਕਸਰ ਇੱਕ ਬਰੀਕ ਸੂਈ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਟੋਹ ਕੇ ਇਸ ਨੂੰ ਲੱਭਦਾ ਹੈ, ਕਈ ਵਾਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਲੱਭ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਕੱਢ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਵਾਲੇ ਬਰਸਾ, ਯਾਨੀ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਉੱਤੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਪਤਲੀ ਗੱਦੀ, ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਕਰਕੇ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਸਾਫ਼ ਦਿਸ ਸਕੇ।

ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਖ਼ਾਲੀ ਥਾਂ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਉਹ ਖ਼ਾਲੀ ਥਾਂ ਵੱਡੀ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜੇ ਟੈਂਡਨ ਪਾਟਿਆ ਹੋਇਆ ਮਿਲੇ, ਤਾਂ ਸਰਜਨ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨੂੰ ਟਿਕਾਉਣ ਲਈ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਛੋਟੇ ਐਂਕਰ (anchors, ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਲਗਾਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਛੋਟੇ ਕਿੱਲ) ਵਰਤਦਾ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਤੈਅ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਕਿ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡਾ ਟੈਂਡਨ ਕਿਹੋ ਜਿਹਾ ਦਿਸਦਾ ਹੈ। ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਮਕਸਦ ਤੰਦਰੁਸਤ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਕੱਟੇ ਬਿਨਾਂ ਜਮਾਅ ਦਾ ਜਿੰਨਾ ਹੋ ਸਕੇ ਓਨਾ ਹਿੱਸਾ ਕੱਢਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਕੰਮ ਪੂਰਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕਰਕੇ ਪੱਟੀ ਨਾਲ ਢਕ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਜਾਗੋਗੇ, ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਵਿੱਚ ਹੋਵੇਗੀ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਤਾਂ ਸਲਿੰਗ ਆਰਾਮ ਲਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਚਾਰ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਪਾਓਗੇ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਲਿੰਗ ਅਤੇ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹੌਲੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਮੁਤਾਬਕ ਚੱਲਦੀ ਹੈ।

# ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਇੱਕ ਰਾਤ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਪਾਈ ਹੋਈ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ, ਅਤੇ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਦੌਰਾਨ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨਗੀਆਂ। ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਦੁਖ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਅਕਸਰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਅਤੇ ਅਸਮਾਨ ਢੰਗ ਨਾਲ ਆਉਂਦੀ ਹੈ: ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸੁਧਾਰ ਤਿੰਨ ਤੋਂ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੱਕ ਲੱਗ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਪੱਟੀ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨ ਲੱਗੀ ਰਹਿਣ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ; ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾ ਉਤਾਰੋ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਨਾ ਕਹੀਏ। ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਬਦਲਦੇ ਜਾਂ ਉਤਾਰਦੇ ਹਾਂ। ਕਸਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਹਾਉਣ-ਧੋਣ ਲਈ ਸਲਿੰਗ ਉਤਾਰੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟੇ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖ਼ਾਰ ਹੋਵੇ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਲਾਲੀ ਫੈਲ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਵਿੱਚੋਂ ਤਰਲ ਜਾਂ ਪਾਕ ਰਿਸ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਦਰਦ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਵਧਦਾ ਹੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

# ਸਿਹਤਯਾਬੀ

ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਦਿਨ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਦੁਖੇਗਾ ਅਤੇ ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਵੇਗਾ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਲਗਾਏ ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਉਮੀਦ ਰੱਖੋ ਕਿ ਦਰਦ ਘਟਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਧੇਗਾ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਆਰਾਮ, ਬਰਫ਼ ਦੀਆਂ ਥੈਲੀਆਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਿਖੀ ਗਈ ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦੇ, ਪੱਟੀ ਲੱਗੀ ਰਹਿਣ ਦਿਓ, ਅਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਹਾਉਣ-ਧੋਣ ਲਈ ਸਲਿੰਗ ਉਤਾਰੋ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਜਲਦੀ ਬਾਅਦ ਤੋਂ ਹੀ ਤੁਹਾਡਾ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰੇਗਾ। ਇਹ ਹਲਕੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਜਿੰਨਾ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਵੇ, ਓਨੀਆਂ ਵਧਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹੌਲੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਮੁਤਾਬਕ ਚੱਲਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਫਿਜ਼ੀਓ ਚੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਵੱਖਰੀ ਰੱਖੇਗਾ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾਓਗੇ, ਅਤੇ ਉਦੋਂ ਵੀ ਸਿਰਫ਼ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਮਿਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ। ਵੇਰਵੇ ਲਈ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ ਦੇਖੋ।

ਸੁਧਾਰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਅਤੇ ਅਸਮਾਨ ਢੰਗ ਨਾਲ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਦਰਦ ਅਤੇ ਹਰਕਤ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਫ਼ਾਇਦਾ ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੱਕ ਸੁਧਾਰ ਹੁੰਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਸੋਜ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹਰਕਤ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਘਰ ਦੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ ਸੌਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਾਲੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਦਫ਼ਤਰ ਦੇ ਕੰਮ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਹਲਕੇ ਕੰਮਾਂ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹੱਥੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਭਾਰੀ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ ਅਤੇ ਜਿਮ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦੇ ਹਨ, ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਕਾਫ਼ੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੋ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰੱਕੀ ਤੋਂ ਤਸੱਲੀ ਹੋਵੇ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਵੱਖਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਨਗੇ।

# ਕੀ ਗ਼ਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਠੀਕ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਟੀਮ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੁਸ਼ਕਲ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਫੜਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਨੇੜਿਓਂ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦੇਖੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸਮੱਸਿਆ ਅਕੜਾਅ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਕਈ ਵਾਰ ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ (ਜੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਮੋਢਾ) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਕੱਸਿਆ ਹੋਇਆ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹਿਲਾਉਣਾ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹਫ਼ਤੇ ਬੀਤਣ ਨਾਲ ਉੱਪਰ ਵੱਲ, ਪਿੱਠ ਪਿੱਛੇ ਜਾਂ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਹੱਥ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ ਸੌਖਾ ਹੋਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਖੁੱਲ੍ਹਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਅਕੜਦਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਸਕੀਏ ਅਤੇ, ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਜਲਦੀ ਇਲਾਜ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕੀਏ।

ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੋਢਾ ਉਮੀਦ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਦੁਖਦਾ ਅਤੇ ਅਕੜਿਆ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਡੂੰਘੇ ਦੁਖਣ ਵਰਗਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਸ਼ਾਂਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਅਤੇ ਹਰਕਤ ਸੀਮਤ ਹੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਦੀ ਹੋਰ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਤਾਂ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਫਿਜ਼ੀਓ ਉਸੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਦੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਰੱਖੇਗਾ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵੇਰਵੇ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਸਫ਼ੇ ਉੱਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਵਾਲੀ ਸਾਰਣੀ ਆਮ ਦਰਾਂ ਦੱਸਦੀ ਹੈ।

# ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਮਾਮੂਲੀ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਪਰ ਕੁਝ ਵੱਲ ਛੇਤੀ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਤ ਦੀ ਪਿੰਨੀ (calf) ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਸਾਹ ਚੜ੍ਹੇ ਜਾਂ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਖ਼ੂਨ ਦੇ ਗਤਲੇ ਦੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖ਼ਾਰ ਹੋਵੇ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਲਾਲੀ ਫੈਲ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਵਿੱਚੋਂ ਤਰਲ ਜਾਂ ਪਾਕ ਰਿਸ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਦਰਦ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਵਧਦਾ ਹੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਦੌਰਾਨ, ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਉਮੀਦ ਮੁਤਾਬਕ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਜਾਂ ਹੱਥ ਸੁੰਨ ਰਹੇ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾ ਹਿਲਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

# ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਜੋ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਸੀ, ਯਾਨੀ ਐਕਰੋਮੀਅਨ (acromion, ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ) ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਛਿੱਲਣਾ, ਉਸ ਦਾ ਕੋਈ ਵਾਧੂ ਫ਼ਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਨਿਕਲਿਆ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਜੋ ਸਵਾਲ ਅਜੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਹਨ (ਕਿੰਨਾ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਕੱਢਣਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨੀ ਹੈ) ਉਨ੍ਹਾਂ ਉੱਤੇ ਅਜੇ ਵੀ ਬਹਿਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

### ਜਮਾਅ ਕਿਉਂ ਦੁਖਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਅਪਵਾਦ ਕਿਉਂ ਹੈ

ਕੈਲਸੀਫ਼ਿਕ ਟੈਂਡੀਨੋਪੈਥੀ (calcific tendinopathy, ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਜਮ੍ਹਾ ਹੋਣਾ) ਇੱਕ ਜੀਵਤ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਸੈੱਲਾਂ ਵੱਲੋਂ ਚਲਾਈ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ: ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਜਮ੍ਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਸਰੀਰ ਇਸ ਨੂੰ ਤੋੜ ਕੇ ਸਾਫ਼ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਟੈਂਡਨ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾ ਲੈਂਦਾ ਹੈ [1]। ਜਦੋਂ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਬਣ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੋਢਾ ਦਰਦ ਰਹਿਤ ਜਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਥੋੜ੍ਹਾ ਦੁਖਦਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੇਜ਼, ਅਚਾਨਕ ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਦੋਂ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਸਰੀਰ ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਤੋੜਨਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦਾ ਹੈ [1]। ਇਸੇ ਲਈ ਪਹਿਲੇ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਤਾਂ ਉਸ ਘੁਲਣ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਤੇਜ਼ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਉਸ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਜਮਾਅ ਲਈ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਉੱਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ।

ਜਦੋਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪ ਫ਼ੇਲ੍ਹ ਹੋ ਜਾਣ, ਤਾਂ ਜਮਾਅ ਕੱਢਣਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਕਾਰਗਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲਾਂ (randomised trials, ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਬੇਤਰਤੀਬੇ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡ ਕੇ ਕੀਤੇ ਅਧਿਐਨ) ਵਿੱਚ, ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਔਸਤ ਸੁਧਾਰ ਸੂਈ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ (10-ਅੰਕਾਂ ਵਾਲੇ ਪੈਮਾਨੇ ਉੱਤੇ **4.8 ਅੰਕ**) ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ (**4.7 ਅੰਕ**) ਮਿਲਦਾ-ਜੁਲਦਾ ਸੀ। ਮੋਢੇ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਅੰਕਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਵੱਡਾ ਸੀ (ਕੌਂਸਟੈਂਟ ਸਕੋਰ (Constant score) ਉੱਤੇ **38 ਅੰਕ**, ਜਦੋਂ ਕਿ ਸੂਈ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ **22**) [2]। ਇਹ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਟ੍ਰਾਇਲਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠੀਆਂ ਕੀਤੀਆਂ, ਹਰ ਇਲਾਜ ਸਮੂਹ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੀਆਂ ਔਸਤਾਂ ਹਨ, ਨਾ ਕਿ ਸਿੱਧੀ ਆਹਮੋ-ਸਾਹਮਣੇ ਤੁਲਨਾ, ਅਤੇ ਜੋ ਲੋਕ ਸਰਜਰੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹਨ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਸੂਈ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾ ਲਿਆ ਹੁੰਦਾ 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

### ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਜੋ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ

ਕਈ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ (subacromial decompression, ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਹੇਠਾਂ ਥਾਂ ਖੋਲ੍ਹਣ ਲਈ ਹੱਡੀ ਛਿੱਲਣਾ) ਦੇ ਨਾਲ ਕੱਢਿਆ ਜਾਂਦਾ ਸੀ: ਇਸ ਸਿਧਾਂਤ ਉੱਤੇ ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਛਿੱਲੀ ਜਾਂਦੀ ਸੀ ਕਿ ਟੈਂਡਨ ਦੱਬਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਹੁਣ ਤਿੰਨ ਤੁਲਨਾਵਾਂ ਇਸ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਗਵਾਹੀ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ।

- **80** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲ ਵਿੱਚ, ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਇੱਕ ਸਾਲ ਉੱਤੇ ਦਰਦ, ਕੰਮਕਾਜ ਜਾਂ ਜੀਵਨ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਪਿਆ [3]।
- ਇੱਕ ਤੁਲਨਾਤਮਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਸਿਰਫ਼ ਜਮਾਅ ਕੱਢਿਆ ਗਿਆ ਉਹ ਔਸਤਨ **11 ਹਫ਼ਤਿਆਂ** ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਰਹਿਤ, ਬਿਨਾਂ ਪਾਬੰਦੀ ਵਾਲੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਗਏ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਜੋੜਨ ਉੱਤੇ **18 ਹਫ਼ਤੇ** ਲੱਗੇ। ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਸਿਰਫ਼ ਜਮਾਅ ਕੱਢਣ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ **60%** ਬਿਨਾਂ ਪਾਬੰਦੀ ਵਾਲੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਗਏ ਸਨ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ **20%** [4]।
- **69** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਤਿੰਨ ਸਮੂਹਾਂ ਵਾਲੇ ਇੱਕ ਰੈਂਡਮਾਈਜ਼ਡ ਟ੍ਰਾਇਲ ਵਿੱਚ, ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ ਸਿਰਫ਼ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਕਰਨ ਨਾਲ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਉੱਤੇ ਦਰਦ ਤੋਂ ਘੱਟ ਰਾਹਤ ਮਿਲੀ ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਪਈ (**9** ਹੋਰ ਇਲਾਜ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕੋਰਟੀਸੋਨ ਟੀਕੇ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਜਮਾਅ ਕੱਢਣ ਅਤੇ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਦੋਵਾਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ **1**)। ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਦੇ ਨਾਲ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਜਮਾਅ ਕੱਢਣ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਬਰਾਬਰ ਚੰਗੇ ਰਹੇ [5]।

ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ **105** ਮੋਢਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਲੜੀ ਨੇ ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਭਾਵੇਂ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਵੇ, ਦਰਦ ਤੋਂ ਜਲਦੀ ਰਾਹਤ ਦੱਸੀ [6]। ਸਮੱਸਿਆ ਜਮਾਅ ਹੈ; ਇਸ ਦੇ ਉੱਪਰਲੀ ਹੱਡੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਹੀਂ। ਇਸੇ ਲਈ ਇਸ ਸਫ਼ੇ ਉੱਤੇ ਦੱਸੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ।

### ਸਾਰਾ ਕੱਢਣਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ?

ਇਹ ਅਸਲ ਮਤਭੇਦ ਹੈ। ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, ਦੋ ਤੋਂ ਪੰਜ ਸਾਲਾਂ ਉੱਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅੰਕ ਓਨੇ ਹੀ ਘੱਟ ਸਨ ਜਿੰਨਾ ਵੱਧ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਪਿੱਛੇ ਛੱਡਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਅਤੇ ਲੇਖਕਾਂ ਨੇ ਪੂਰਾ ਕੱਢਣ ਦੀ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ [7]। ਹੋਰਨਾਂ ਨੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਉਲਟਾ ਤਰੀਕਾ ਅਪਣਾਇਆ ਹੈ। ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਬਚਾਇਆ ਗਿਆ, **99 ਵਿੱਚੋਂ 17** ਮੋਢਿਆਂ ਵਿੱਚ ਛੋਟੀਆਂ ਰਹਿੰਦ-ਖੂੰਹਦਾਂ ਛੱਡੀਆਂ ਗਈਆਂ (ਔਸਤਨ ਅਸਲ ਜਮਾਅ ਦੇ ਆਕਾਰ ਦਾ ਲਗਭਗ **58%**)। ਇਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਮਾੜੇ ਨਹੀਂ ਸਨ, ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵੇਲੇ ਤੱਕ ਰਹਿੰਦ-ਖੂੰਹਦਾਂ ਘੁਲ ਚੁੱਕੀਆਂ ਸਨ [8]। **99** ਮੋਢਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਹੋਰ ਹਾਲੀਆ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਵੀ ਇਹੀ ਮਿਲਿਆ: ਰਹਿੰਦ-ਖੂੰਹਦ ਵਾਲੇ **20** ਮੋਢਿਆਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਪੂਰਾ ਕੱਢਣ ਵਾਲਿਆਂ ਵਰਗੇ ਸਨ [9]। ਅਮਲ ਵਿੱਚ ਮਕਸਦ ਤੰਦਰੁਸਤ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਕੱਟੇ ਬਿਨਾਂ ਜਿੰਨਾ ਹੋ ਸਕੇ ਓਨਾ ਕੱਢਣਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

### ਖ਼ਾਲੀ ਥਾਂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਛੱਡ ਦੇਣੀ ਹੈ?

ਜਮਾਅ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਨੁਕਸ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੀ ਇਸ ਨੂੰ ਟਾਂਕੇ ਲਗਾਉਣੇ ਹਨ, ਇਹ ਦੂਜਾ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਸਵਾਲ ਹੈ।

- ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਛੱਡਿਆ ਗਿਆ: **99** ਮੋਢਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਜਮਾਅ ਦੇ ਆਕਾਰ ਜਾਂ ਥਾਂ ਦੀ ਪਰਵਾਹ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਨਤੀਜੇ ਚੰਗੇ ਸਨ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਸਕੈਨ ਕੀਤੇ **29** ਮੋਢਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ, **79%** ਠੀਕ ਹੋ ਚੁੱਕੇ ਸਨ, ਅਤੇ ਛੋਟੇ ਬਾਕੀ ਨੁਕਸ ਵਾਲੇ **6** ਮੋਢਿਆਂ ਦੇ ਅੰਕ ਬਾਕੀਆਂ ਜਿੰਨੇ ਹੀ ਚੰਗੇ ਸਨ [9]। ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਸੱਤ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੇ, ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ **54** ਮੋਢਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਲੜੀ ਨੇ ਦੱਸਿਆ ਕਿ **3.7%** ਵਿੱਚ ਅੱਗੇ ਚੱਲ ਕੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਪਾਟ ਗਿਆ [10]।
- ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ: **44** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਨੁਕਸ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਕਲੀਨਿਕੀ ਅੰਕ ਬਿਹਤਰ ਸਨ, ਅਤੇ MRI ਨੇ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੇ **80%** ਮੋਢਿਆਂ ਵਿੱਚ ਆਮ ਦਿਸਣ ਵਾਲਾ ਟੈਂਡਨ ਦਿਖਾਇਆ। ਸਿਰਫ਼ ਸਫ਼ਾਈ (debridement) ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਦੇ ਟੈਂਡਨ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਾਬਤ ਸਨ ਪਰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਅਸਾਧਾਰਨ ਸਿਗਨਲ ਸੀ [11]।

ਇਸ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਦਾ ਲੈਣ-ਦੇਣ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਲਈ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਜਿੱਥੇ ਹਰ ਨੁਕਸ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ, **35 ਵਿੱਚੋਂ 10** ਮਰੀਜ਼ਾਂ (**29%**) ਦਾ ਮੋਢਾ ਅਕੜ ਗਿਆ, ਜੋ ਤਿੰਨ ਤੋਂ ਨੌਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਹੋ ਗਿਆ [12]। ਇਸੇ ਲਈ ਮੁਰੰਮਤ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਹਰ ਵਾਰ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕਿਸੇ ਵੱਡੇ ਨੁਕਸ ਲਈ ਜਾਂ ਮਿਲੇ ਪਾਟਣ 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

## ਅਕੜਾਅ, ਅਤੇ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਜੋ ਸਮਾਂ ਲੈਂਦੀ ਹੈ

ਫ੍ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਪੇਚੀਦਗੀ ਹੈ। **340** ਮੋਢਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਹ **12%** ਵਿੱਚ ਹੋਇਆ [13]। ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਵਾਲੀ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, ਦਰ **2.9%** ਸੀ [6]।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਅਸਮਾਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ **78%** ਮਰੀਜ਼ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਗਏ ਸਨ, ਭਾਵੇਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਕੰਮ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਵੇ। ਫਿਰ ਵੀ ਦਰਦ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਹੇਠਲੇ ਪੱਧਰ ਉੱਤੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਉੱਤੇ ਸਿਰਫ਼ **31%** ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਿਆ, ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਉੱਤੇ **17%** ਵਿੱਚ, ਨੌਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਉੱਤੇ **20%** ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਉੱਤੇ **28%** ਵਿੱਚ [14]। ਇਹ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ ਕਿ ਜਮਾਅ ਚਲਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਉਸੇ ਹਫ਼ਤੇ ਬਿਹਤਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨ ਵਰਗਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੋ ਮੋਢਾ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਉੱਤੇ ਅਜੇ ਵੀ ਦੁਖਦਾ ਹੈ ਉਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਹੀ ਰਾਹ ਉੱਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਫ਼ੇਲ੍ਹ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ।

## ਤੁਹਾਡੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲਈ ਇਸ ਦਾ ਕੀ ਮਤਲਬ ਹੈ

- ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਜਮਾਅ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਸਾਫ਼ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਉਸ ਜਮਾਅ ਲਈ ਹੈ ਜੋ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਨੂੰ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਅਜ਼ਮਾਉਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਸਾਫ਼ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ।
- ਜਮਾਅ ਨੂੰ ਕੱਢਣਾ ਹੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ। ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਛਿੱਲਣ ਨਾਲ ਨਤੀਜੇ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵਾਧਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਸਿਰਫ਼ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਦਾ ਸਮਾਂ ਵਧਦਾ ਹੈ।
- ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਹੋਵੇਗੀ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਦੀ ਹੈ ਪਰ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਨੂੰ ਹੌਲੀ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਵਧਾਉਂਦੀ ਹੈ।
- ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ, ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੋ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੱਕ ਲੱਗ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

## ਹਵਾਲੇ


[1] Uthoff HK, Loehr JW. Calcific Tendinopathy of the Rotator Cuff: Pathogenesis, Diagnosis, and Management. J Am Acad Orthop Surg. 1997;5(4):183-91. https://doi.org/10.5435/00124635-199707000-00001

[2] Angileri HS, Gohal C, Comeau-Gauthier M, Owen MM, Shanmugaraj A, Terry MA, et al. Chronic calcific tendonitis of the rotator cuff: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing operative and nonoperative interventions. J Shoulder Elbow Surg. 2023;32(8):1746-60. https://doi.org/10.1016/j.jse.2023.03.017

[3] Clement ND, Watts AC, Phillips C, McBirnie JM. Short-Term Outcome After Arthroscopic Bursectomy Debridement of Rotator Cuff Calcific Tendonopathy With and Without Subacromial Decompression: A Prospective Randomized Controlled Trial. Arthroscopy. 2015;31(9):1680-7. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2015.05.015

[4] Marder RA, Heiden EA, Kim S. Calcific tendonitis of the shoulder: is subacromial decompression in combination with removal of the calcific deposit beneficial? J Shoulder Elbow Surg. 2011;20(6):955-60. https://doi.org/10.1016/j.jse.2010.10.038

[5] Verstraelen F, Schotanus M, Klemann-Harings S, Lambers Heerspink O, Jansen E. Comparison of clinical and radiological outcomes after three different surgical treatments for resistant calcifying tendinitis of the shoulder: a short-term randomized controlled trial. J Orthop Surg Res. 2022;17(1):480. https://doi.org/10.1186/s13018-022-03373-1

[6] Maier D, Jaeger M, Izadpanah K, Köstler W, Bischofberger AK, Südkamp NP, et al. Arthroscopic Removal of Chronic Symptomatic Calcifications of the Supraspinatus Tendon Without Acromioplasty. Orthop J Sports Med. 2014;2(5):2325967114533646. https://doi.org/10.1177/2325967114533646



**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

[7] Porcellini G, Paladini P, Campi F, Paganelli M. Arthroscopic treatment of calcifying tendinitis of the shoulder: Clinical and ultrasonographic follow-up findings at two to five years. J Shoulder Elbow Surg. 2004;13(5):503-8. https://doi.org/10.1016/j.jse.2004.04.001

[8] Maier D, Jaeger M, Izadpanah K, Bornebusch L, Suedkamp NP, Ogon P. Rotator Cuff Preservation in Arthroscopic Treatment of Calcific Tendinitis. Arthroscopy. 2013;29(5):824-31. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2013.01.031

[9] Youn S, Rhee SM, Cho S, Kim C, Lee J, Rhee YG. Arthroscopic decompression of calcific tendinitis without cuff repair. Bone Joint J. 2023;105-B(6):663-7. https://doi.org/10.1302/0301-620X.105B6.BJJ-2022-1137.R1

[10] El Shewy MT. Arthroscopic removal of calcium deposits of the rotator cuff: a 7-year follow-up. Am J Sports Med. 2011;39(6):1302-5. https://doi.org/10.1177/0363546510396320

[11] Lorbach O, Haupert A, Berger C, Brockmeyer M. Clinical and Structural Results of Rotator Cuff Repair Compared With Rotator Cuff Debridement in Arthroscopic Treatment of Calcifying Tendinitis of the Shoulder. Am J Sports Med. 2021;49(12):3196-201. https://doi.org/10.1177/03635465211037690

[12] Yoo JC, Park WH, Koh KH, Kim SM. Arthroscopic treatment of chronic calcific tendinitis with complete removal and rotator cuff tendon repair. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2010;18(12):1694-9. https://doi.org/10.1007/s00167-010-1067-7

[13] Ecalle A, Julien C, Chaouche S, Cungi P, Anger F, Galland A, et al. Is routine gleno-humeral exploration a risk factor for adhesive capsulitis after arthroscopic removal of rotator cuff calcifications? A comparative retrospective study in 340 cases. Orthop Traumatol Surg Res. 2021;107(4):102915. https://doi.org/10.1016/j.otsr.2021.102915

[14] Seil R, Litzenburger H, Kohn D, Rupp S. Arthroscopic Treatment of Chronically Painful Calcifying Tendinitis of the Supraspinatus Tendon. Arthroscopy. 2006;22(5):521-7. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2006.01.012

**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