

ਲਾਟਰਜੇਟ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ

ਲੈਟਰਜੇਟ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਐਕਸ-ਰੇ: ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਸ਼ਾਫਟਰਡ ਕੋਰਾਕੋਇਡ ਹੱਡੀ ਦੇ ਬਲਾਕ ਨੂੰ ਭੁਜਾ ਸਾਕੇਟ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਫਿਕਸ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਹੱਡੀ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਗੱਦ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਖਿਸਕਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੇ ਹਨ।

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।

ਤੁਰੰਤ ਰਿਕਵਰੀ। 85 ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ — ਤੁਹਾਡੀ ਗਤੀ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਹਲਕੀਆਂ ਕੰਮਾਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਡੈਸਕ ਕੰਮ, ਡਰਾਈਵਿੰਗ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ	ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਮੈਨੁਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ	ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜਾ ਪਲੇਟੋ ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ
2-6 weeks	5.5-7.4 months	30 months
ਡੈਸਕ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 2 ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ 98% ਮਰੀਜ਼ 2.7 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।	ਕਲੀਨਿਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਨਤੀਜੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੱਧਿਅਕ (median) 5.5 ਮਹੀਨਿਆਂ ਅਤੇ ਔਸਤ 7.4 ਮਹੀਨਿਆਂ 'ਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।	30 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਫਾਲੋ-ਅਪ 'ਤੇ ਉੱਤਮ ਕਲੀਨਿਕਲ ਨਤੀਜੇ ਬਰਕਰਾਰ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਸਥਿਰਤਾ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ।

ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਿਉਂ ਕੀਤੀ ਗਈ

ਇਹ ਸਫ਼ਾ ਇਹ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੋਕਰਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜਨ (upper-limb surgeon) ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਸੀਂ ਆਪਣੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨਾਲ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਵਰਤਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਗੈਰ-ਸਰਜਰੀ (non-operative) ਇਲਾਜ ਨੇ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਨਰਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ (GP) ਜਾਂ ਭੌਤਿਕ ਥੈਰੇਪਿਸਟ (physiotherapist) ਦੇ ਰੈਫਰਲ ਰਾਹੀਂ ਅਸੀਂ ਦੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹੋ। ਕਲੀਨਿਕ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਨਿਦਾਨ ਨੂੰ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਥੈਰੇਪੀ, ਜਾਂ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨਾਂ ਨੇ ਸਥਿਰਤਾ ਨੂੰ ਪੁਨਰਸਥਾਪਿਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਹੈ।

ਲਾਟਰਜੇਟ (Latarjet) ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਇੱਕ ਕੀਹੋਲ ਸਰਜਰੀ (keyhole surgery) ਹੈ ਜੋ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ ਅਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਕੁਹਣੀ ਦੀ ਹੱਡੀ (shoulder blade) ਵੱਲ ਹੱਡੀ ਦੇ ਇੱਕ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਘੁੰਮਾਉਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਗੱਦ ਸਾਕੇਟ (socket) ਵਿੱਚੋਂ ਫਿਸਲਣ ਤੋਂ ਰੋਕੀ ਜਾ ਸਕੇ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਮੱਧ-ਕਾਲੀ ਫਾਲੋ-ਅਪ (mid-term follow-up) ਦੌਰਾਨ ਉੱਤਮ ਨਤੀਜੇ ਮਿਲਦੇ ਹਨ। ਅਗਲੇ ਸ਼ੌਲਡਰ ਅਸਥਿਰਤਾ (anterior shoulder instability) ਲਈ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਲਾਟਰਜੇਟ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਬਾਅਦ ਕੁੱਲ ਦੁਬਾਰਾ ਹੋਣ ਦੀ ਦਰ 4.7% ਹੈ। ਮੁੱਖ ਲਾਭ ਤੁਹਾਡੀ ਕੁਹਣੀ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰਤਾ ਨੂੰ ਪੁਨਰਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਐਨਾਥੈਟਿਕ (ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਦੀ ਦਵਾਈ) ਤੋਂ ਛੇ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਭੁੱਖੇ ਰਹਿਣਾ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਦੀ ਸਲਾਹ ਅਨੁਸਾਰ ਖੂਨ ਪਤਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਣਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿਓ। ਘਰ ਜਾਣ ਲਈ ਆਪਣਾ ਢੁਕਵਾਂ ਢੰਗ (lift) ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਠੀਕ ਕਰ ਲਵੋ ਅਤੇ ਸਾਰੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲੈ ਕੇ ਆਓ। ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਅਤੇ ਢਿੱਲੀ ਕੱਪੜੀ ਪਹਿਨੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ (shoulder) ਅਤੇ ਆਮ ਸਿਹਤ ਦੀ ਜਾਂਚ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਐਕਸ-ਰੇ, ਐਮ.ਆਰ.ਆਈ. ਸਕੈਨ ਜਾਂ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਐਨਾਥੈਟਿਸਟ (ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ) ਇਹਨਾਂ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਣ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਵੇਗਾ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਅਰਥੋਸਕੋਪਿਕ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟ ਅਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਕੈਮਰਾ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਕੀਹੋਲ (keyhole) ਵਿਧੀ ਸਾਨੂੰ ਬਣਤਰਾਂ ਨੂੰ ਸਾਫ਼-ਸਾਫ਼ ਦੇਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨੁਕਸਾਨ ਨੂੰ ਘੱਟ ਤੋਂ ਘੱਟ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਖਾਸ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ।

ਦਿਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਐਨਾਥੈਟਿਕ (ਸਮੁੱਚੀ ਨੀਂਦ) ਅਤੇ ਇੱਕ ਰੀਜੀਓਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਸਥਾਨਕ ਨਸਾਂ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਦੇ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁੱਤਿਆ ਰਹੋਗੇ, ਅਤੇ ਬਲਾਕ — ਜੋ ਕਿ ਇੱਕ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਗਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਬਾਹਰ ਨੂੰ ਸਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਨਸਾਂ 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 ਦਾਖਲੇ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਪਹੁੰਚੋਗੇ। ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵੱਲ ਲੈ ਜਾਵੇਗੀ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਆਰਥੋਸਕੋਪਿਕ ਕੀਹੋਲ (ਛੋਟੇ ਛੋਟੇ) ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟ (incisions) ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਦਿਸ਼ਾ ਦੇਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਕੈਮਰਾ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਪੂਰਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਜਾਵੋਗੇ।

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਅਰਥੋਸਕੋਪਿਕ, ਜਾਂ ਕੀ-ਹੋਲ (keyhole), ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਇੱਕ ਵੱਡੀ ਕਟ ਦੀ ਬਜਾਏ, ਹਰੇਕ ਲਗਭਗ 1 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਲੰਬੇ ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟ (incisions) ਵਰਤਦੇ ਹਾਂ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਛੋਟੇ ਖੁੱਲ੍ਹਾਂ ਰਾਹੀਂ, ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ (shoulder) ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਕੈਮਰਾ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਯੰਤਰ ਦਾਖਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਸਾਨੂੰ ਸਕਰੀਨ 'ਤੇ ਸਾਫ਼-ਸਾਫ਼ ਅੰਦਰ ਦੇਖਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂ (tissue) ਨੂੰ ਅਖੰਡ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਅਸੀਂ ਉਸ ਖੇਤਰ ਦੀ ਤਿਆਰੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਿੱਥੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਗ੍ਰਾਫਟ (bone graft) ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਅਸੀਂ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਛੱਡਦੇ ਹਾਂ, ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਲਾਈਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਮਜ਼ਬੂਤ ਟਿਸ਼ੂ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਥਾਂ ਬਣਾਈ ਜਾ ਸਕੇ। ਫਿਰ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਰਾਕੋਇਡ ਪ੍ਰੋਸੈਸ (coracoid process) ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਟੁਕੜਾ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਕੰਬਲ ਦੀ ਹੱਡੀ (shoulder blade) ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਇੱਕ ਹੱਡੀ ਦਾ ਉਭਾਰ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਹੱਡੀ ਦੇ ਗ੍ਰਾਫਟ ਨੂੰ ਆਕਾਰ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ ਦੇ ਸਾਕਟ (socket) ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ।

ਅਗਲੇ, ਅਸੀਂ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਸਥਿਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਗ੍ਰਾਫਟ ਨੂੰ ਸਾਕਟ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਫੜਨ ਲਈ ਛੋਟੇ ਸਕ੍ਰੂ (screws) ਵਰਤਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਇੱਕ ਹੱਡੀ ਦਾ ਬਲਾਕ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਸਾਹਮਣੇ ਵੱਲ ਡਿਸਲੋਕੇਟ (dislocating) ਹੋਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਕੋਰਾਕੋਐਕ੍ਰੋਮੀਅਲ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (coracoacromial ligament) ਨਾਲ ਵੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ ਦੇ ਉੱਪਰ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਮਜ਼ਬੂਤ ਪੱਟੀ ਹੈ, ਵਾਧੂ ਸਥਿਰਤਾ ਜੋੜਨ ਲਈ।

ਅੰਤ ਵਿੱਚ, ਅਸੀਂ ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਚਮੜੀ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਘੁਲਣ ਵਾਲੇ ਸਿੱਲੇ (dissolving stitches) ਅਤੇ ਸਤਹ 'ਤੇ ਜਾਂ ਤਾਂ ਹਟਾਉਣ ਯੋਗ ਸਿੱਲੇ ਜਾਂ ਗਲੂ (glue) ਵਰਤਦੇ ਹਾਂ। ਇੱਕ ਸਟੇਰਾਈਲ ਡਰੈਸਿੰਗ (sterile dressing) ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਰੱਖਿਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਪੂਰੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸੌ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਕੋਈ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ।

ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਇੱਕ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਘਾਵਾਂ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਡਰੈਸਿੰਗ ਹੋਵੇਗੀ। ਇਸ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਇੱਕ ਰਾਤ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਉਹੀ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਅਰਥਸਕੋਪਿਕ (ਕੀ-ਹੋਲ) ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਜੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟ ਅਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਕੰਡ 2 ਦੀ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ, ਭਾਵੇਂ ਕਿਸ ਹੱਥ ਦੀ ਸਰਜੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ। ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਦੇਵੇਗਾ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਰਿਵਿਊ 'ਤੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ](#) ਦੇਖੋ।

ਰਿਕਵਰੀ (ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ)

ਤੁਹਾਡੀ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਕੀਹੋਲ ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੀਆਂ ਕਟਾਅ (incisions) ਹੋਣਗੀਆਂ। ਇੱਕ ਬਹੁਤ ਹੀ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਜੋੜ (joint) ਦੇ ਅੰਦਰ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਦੌਰਾਨ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਦਰਦ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਕੰਧਾ ਸਖ਼ਤ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਸੋਜ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਆਰਾਮ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਬਾਹ ਨੂੰ ਉੱਚਾ ਰੱਖਣ ਦੀ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਸਲਿੰਗ (sling) ਦੇ ਉੱਪਰ ਲਗਾਏ ਗਏ ਬਰਫ਼ ਦੇ ਪੈਕ ਅਸੁਵਿਧਾ ਨੂੰ ਘਟਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਆਰਾਮ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਰੱਖਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੁਸ਼ਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਲਓ।

ਤੁਸੀਂ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਸਲਿੰਗ ਪਾਉਂਦੇ ਰਹੋਗੇ। ਅਸੀਂ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਜਾਂ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਣ ਦੌਰਾਨ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਤੋਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰਨ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਵੇਗਾ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੌਰਾਨ। ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਕ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗਾਂ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ](#) ਨੂੰ ਦੇਖੋ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਗੈਰ-ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੀ ਬਾਹ ਨਾਲ ਹਲਕੇ ਕੰਮਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੋਈ ਵੀ ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ ਉਠਾਉਣ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਪਿੱਠ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਪਹੁੰਚਣ ਤੋਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰੋ। ਆਪਣੀ ਪਿੱਠ 'ਤੇ ਜਾਂ ਗੈਰ-ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੀ ਭੁਜਾ 'ਤੇ ਸੌਣ, ਜਿੱਥੇ ਘਾਵ ਵਾਲੀ ਬਾਹ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਨ ਲਈ ਤਕੀਆ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੋਵੇ।

ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਸੋਜ ਠੀਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਚਲਣ-ਫਿਰਣ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਤੁਹਾਡਾ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਤੁਹਾਡੀ ਪੁਨਰ-ਵਾਸ (rehabilitation) ਦੀ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰੇਗਾ। ਤੁਸੀਂ ਗਤੀ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨ ਲਈ ਹਲਕੇ ਅਭਿਆਸ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋਗੇ। ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਧੇ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਤਰੱਕੀ ਨਿਰਧਾਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਮਿਲਸਟੋਨ (Milestones) ਸਿਰਫ਼ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਨਿਯੰਤਰਣ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੋਣ ਨਾਲ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਤਰੱਕੀ ਕਰੋਗੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ-ਸਾਰਣੀ ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਰੇਕ ਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰਨਗੇ ਤਾਂ ਜੋ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਿਕਵਰੀ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਈ ਜਾ ਸਕੇ।

ਕੀ ਗਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

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

ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਸੰਕਰਮਣ (Infection) ਦਾ ਖਤਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕੰਬਲੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਵਧਦੀ ਲਾਲੀ, ਗਰਮੀ ਜਾਂ ਸੋਜ ਨੋਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਦਰਦ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾ ਜਾਂ ਧੜਕਦਾ ਹੋਇਆ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ ਤੋਂ ਤਰਲ ਨਿਕਲਦੇ ਵੀ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਡੀ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਤੁਰੰਤ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਸਾਨੂੰ ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕਸ ਲਿਖਣ ਜਾਂ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਦੁਹਰਾਉਂਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ (Recurrent instability) ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਕੰਬਲਾ ਦੁਬਾਰਾ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਬਦਲਾਅ ਜਾਂ ਚੁੰਝਣ ਦੀ ਅਹਿਸਾਸ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੰਬਲਾ ਢਿੱਲਾ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਬਾਹ ਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਰਤਣਾ ਬੰਦ ਕਰੋ। ਅਗਲੇ ਕਦਮਾਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਡੀ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਗ੍ਰਾਫਟ-ਸੰਬੰਧੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤੇ ਗਏ ਹੱਡੀ ਦੇ ਟੁਕੜੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਕੰਬਲੇ ਦੇ ਅੱਗੇ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਨੇੜੇ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਜਾਂ ਰਗੜਨ ਦੀ ਅਹਿਸਾਸ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕਈ ਵਾਰ ਹੱਡੀ ਦਾ ਗ੍ਰਾਫਟ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦਾ ਜਾਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਲਗਾਤਾਰ ਅਸੁਵਿਧਾ ਜਾਂ ਹਿਲਾਵਲ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰੋ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਭਰਨ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਸਕੀਏ।

ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ (Arthritis) ਵਿਕਸਿਤ ਜਾਂ ਵਧ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਵੀਹ ਸਾਲ ਬਾਅਦ, ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕੰਬਲੇ ਵਿੱਚ ਸਖ਼ਤੀ ਜਾਂ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਮੌਸਮ ਬਦਲਣ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲੇ ਹਲਕੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਵਿਜ਼ਿਟਾਂ ਦੌਰਾਨ ਕਿਸੇ ਵੀ ਨਵੇਂ ਜੋੜ ਦੇ ਦਰਦ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ। ਅਸੀਂ ਅਸੁਵਿਧਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਸੁਝਾ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਮਹਿਲਾ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਤੁਰੰਤ ਬਾਅਦ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਣ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖਤਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਅਚਾਨਕ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਜਿਹੀਆਂ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਧਿਆਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਧੇ ਹੋਏ ਖਤਰੇ ਤੋਂ ਜਾਣੂ ਰਹੋ ਅਤੇ ਜੇ ਕੁਝ ਗਲਤ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਮਦਦ ਲਓ।

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

ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਕਦੋਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੀ ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਛੱਡੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ, ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਤੇ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿੰਜਣੀ (calf) ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗ ਵਿੱਚ ਸੰਵੇਦਨਾ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸਨੂੰ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਸਹਾਇਤਾ ਲਓ। ਅਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸਹੀ ਰਾਹ 'ਤੇ ਰਹੇ। ਜੇਕਰ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਲੱਛਣ ਦਿਖਾਈ ਦੇਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਨਾਲ ਤੁਰੰਤ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਲਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਸਕੀਏ।

ਲਾਟਰਜੇਟ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ

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
ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਾ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ	23.5-38.2%	ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਕਈ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਗਲੇਨੋਹਿਊਮਰਲ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ ਵਿਕਸਿਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਗ੍ਰਾਫਟ ਦੀ ਗਲਤ ਸਥਿਤੀ, ਇਨਫ੍ਰਾ-ਆਰਟੀਕੂਲਰ ਸਥਾਪਨਾ, ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਮੌਜੂਦ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੇ ਨੁਕਸਾਨ ਕਾਰਨ।
ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ ਦੁੱਖ ਜਾਂ ਅਸੰਤੁਸ਼ਟੀ	5-7%	5-7% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਦੁਨੀਆਂਦਾਰ ਜਾਂ ਕਾਰਜਾਤਮਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੀਮਿਤ ਦੁੱਖ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਹਲਕਾ ਬਾਕੀ ਬਚਿਆ ਖੰਭ ਦਰਦ ਵਧੇਰੇ ਆਮ ਹੈ (25% ਤੱਕ) ਪਰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀ ਨੂੰ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।
ਨਰਵ ਕੰਪਰੈਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ	5%	ਲਗਭਗ 5% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਤਾ (tingling) ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਜਾਂ ਕੂਬਿਟਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਦੁਬਾਰਾ ਅਸਥਿਰਤਾ	4.7-8.5%	ਲਾਟਰਜੇਟ ਪ੍ਰੋਸੀਜ਼ਰ ਦੀ ਉੱਤਮ ਸਥਿਰਤਾ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਗ੍ਰਾਫਟ ਦੀ ਗਲਤ ਸਥਿਤੀ, ਨਾਨੀਯੂਨੀਅਨ, ਗ੍ਰਾਫਟ ਦਾ ਸੋਖਣ, ਜਾਂ ਬੇਦਖਲ ਹਿੱਲ-ਸੈਰਾਸ ਲੀਜ਼ਨਸ ਕਾਰਨ ਦੁਬਾਰਾ ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਸਬਲਕਸੇਸ਼ਨ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਗਤੀ ਦੀ ਰੋਕ ਅਤੇ ਸਖ਼ਤੀ ਵਿੱਚ ਕਮੀ	3.0%	ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਖ਼ਤੀ ਆਮ ਹੈ; ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕੰਜੰਕਟ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਸਲਿੰਗ ਪ੍ਰਭਾਵ ਕਾਰਨ ਬਾਹਰੀ ਘੁੰਮਣ (external rotation) ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਆਉਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ (ਔਸਤ 10-15 ਡਿਗਰੀ)।
ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਦਰ	2.6-5.1%	ਲਗਭਗ 2.6-9.2% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਵਾਧੂ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹਾਰਡਵੇਅਰ ਹਟਾਉਣ, ਦੁਬਾਰਾ ਅਸਥਿਰਤਾ, ਜਾਂ ਸਖ਼ਤੀ ਲਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਸਬਸਕੈਪੂਲਰਿਸ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਵਿੱਚ ਖਾਮੀ	2-10%	ਸਬਸਕੈਪੂਲਰਿਸ ਅਸੰਤੁਸ਼ਟੀ 2% (ਕਲੀਨਿਕਲ ਅਸਫਲਤਾ) ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ 10% (ਪਾਜ਼ੀਟਿਵ ਲਿਫਟ-ਆਫ਼ ਟੈਸਟ) ਤੱਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਸਪਲਿਟ ਬਨਾਮ ਪੀਲ ਤਕਨੀਕ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ।
ਗ੍ਰਾਫਟ ਦਾ ਸੋਖਣ	1.6-30.0%	ਲਾਟਰਜੇਟ ਪ੍ਰੋਸੀਜ਼ਰਾਂ ਵਿੱਚ 90% ਤੋਂ ਵੱਧ ਕੇਸਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਰਾਕੋਇਡ ਗ੍ਰਾਫਟ ਦੇ ਸੋਖਣ ਦੀ ਕੋਈ ਨਾ ਕੋਈ ਮਾਤਰਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਉੱਪਰਲਾ ਸੋਖਣ ਸਰੀਰ ਦੁਆਰਾ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਰੀਮਾਡਲ ਕਰਨ ਸਮੇਂ ਆਮ ਹੈ; ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਸੋਖਣ ਦੁਬਾਰਾ ਹੋਣ ਦੇ ਜੋਖਮ ਨੂੰ ਵਧਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜਟਿਲਤਾ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਸੰਕਰਮਣ	1.5-2.6%	ਵੱਡੀ ਸਰਜੀਕਲ ਡਿਸੈਕਸ਼ਨ ਕਾਰਨ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਸੰਕਰਮਣ ਆਰਥੋਸਕੋਪਿਕ ਪ੍ਰੋਸੀਜ਼ਰਾਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਡੂੰਘੇ ਸੰਕਰਮਣਾਂ ਵਿੱਚ ਗ੍ਰਾਫਟ ਹਟਾਉਣ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਪ੍ਰੋਸੀਜ਼ਰਾਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਨਾਨੀਯੂਨੀਅਨ ਜਾਂ ਗ੍ਰਾਫਟ ਦੀ ਗਲਤ ਸਥਿਤੀ	1.3-16.7%	ਲਗਭਗ 5-7% ਕੇਸਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਰਾਕੋਇਡ ਹੱਡੀ ਦਾ ਬਲਾਕ ਗਲੇਨੋਇਡ ਨਾਲ ਜੁੜਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸਦੇ ਜੋਖਮ ਕਾਰਕਾਂ ਵਿੱਚ ਗ੍ਰਾਫਟ ਦੀ ਗਲਤ ਸਥਿਤੀ, ਅਪਰਾਪਤ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ, ਅਤੇ ਸਿਗਰਟ ਪੀਣ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।
ਲੱਛਣਾਤਮਕ ਹਾਰਡਵੇਅਰ	1.0-6.5%	ਸਕੂ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਵਾਲੇ ਹਾਰਡਵੇਅਰ ਦੀ ਉਭਰੀ ਹੋਈ ਸਥਿਤੀ, ਜੀਰਣ ਜਾਂ ਅਸੁਵਿਧਾ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗ੍ਰਾਫਟ ਦੇ ਸੋਖਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਉੱਪਰਲੇ ਸਕੂ ਦੇ ਉਭਰਨ 'ਤੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਗ੍ਰਾਫਟ ਟੁੱਟਣਾ	1.0-6.0%	ਕੋਰਾਕੋਇਡ ਹੱਡੀ ਦਾ ਗ੍ਰਾਫਟ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ, ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਫਿਕਸ ਕਰਨ ਦੌਰਾਨ ਟੁੱਟ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸਦੇ ਨਾਲ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ ਤਕਨੀਕਾਂ ਜਾਂ ਆਇਲੀਅਕ ਕ੍ਰੈਸਟ ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਦਾ ਗ੍ਰਾਫਟਿੰਗ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਖੂਨ ਦੀ ਨਾੜੀ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ	1%	2,532 ਕੇਸਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਸਿਸਟਮੈਟਿਕ ਰਿਵਿਊ ਵਿੱਚ 1% 'ਤੇ ਖੂਨ ਦੀਆਂ ਨਾੜੀਆਂ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ; ਇਸ ਵਿੱਚ ਐਕਜ਼ਿਲਰੀ ਧਮਣੀ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।
ਨਿਊਰੋਲੋਜੀਕਲ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ	0.6-2.4%	ਮਸਕੁਲੋਕਿਊਟੇਨੀਅਸ ਨਰਵ ਅਤੇ ਐਕਜ਼ਿਲਰੀ ਨਰਵ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜੋਖਮ ਵਿੱਚ ਹਨ; ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਚੋਟਾਂ ਅਸਥਾਈ ਨਿਊਰੋਪੈਕਸੀਆ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ 3-6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਨਰਵ ਚੋਟਾਂ ਦੇ 8-17% ਕੇਸਾਂ ਵਿੱਚ ਸਥਾਈ ਘਾਟ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
ਹੀਮੇਟੋਮਾ	0.4-4.4%	ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਦੀ ਲੋੜ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਖੂਨ ਵਗਣਾ ਜਾਂ ਹੀਮੇਟੋਮਾ ਬਣਨਾ।

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