

ਰਿਵਰਸ ਸ਼ੋਲਡਰ ਅਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ

ਰਿਵਰਸ ਸ਼ੋਲਡਰ ਰਿਪਲੇਸਮੈਂਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ X-ਰੇ। ਹੁਣ ਗੱਦ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਕੰਧ ਦੀ ਹੱਡੀ) ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕੱਪ ਬਾਹਰ ਦੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ — ਸਧਾਰਣ ਅਨਾਟੋਮੀ ਦੇ ਉਲਟ — ਜੋ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਟੁੱਟਣ 'ਤੇ ਡੈਲਟੋਇਡ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਉੱਚੀ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① 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। 80 ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ — ਤੁਹਾਡੀ ਗਤੀ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਹਲਕੀਆਂ ਕੰਮਾਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਡੈਸਕ ਕੰਮ, ਡਰਾਈਵਿੰਗ, ਹੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ	ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਮੈਨੂਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ	ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜਾ ਪਲੇਟੋ ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ
6-12 weeks	12 months	12 months
ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 6 ਤੋਂ 12 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਵੱਲ ਵਾਪਸੀ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।	ਮਰੀਜ਼ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 1 ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਅਧਿਕਤਮ ਚਿਕਿਤਸਕ ਸੁਧਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ।	ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਰਿਕਵਰੀ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ 90 ਡਿਗਰੀ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਚਾਈ 'ਤੇ ਬਿਤਾਏ ਸਮੇਂ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਅਧਿਕਤਮ ਸੁਧਾਰ 1 ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਿਉਂ ਕੀਤੀ ਗਈ

ਇਹ ਪੰਨਾ ਇਹ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅੱਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜਨ, ਡਾ. ਕਿਰਨ ਹਿਰਪਾਲਾ, ਅਸੀਂ ਅਪਣੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨਾਲ ਕਿਵੇਂ ਸਰਗਰਮੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਜਨਰਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸਰ (GP) ਜਾਂ ਭੌਤਿਕ ਥੈਰੇਪਿਸਟ (physiotherapist) ਦੇ ਰੈਫਰਲ ਦੁਆਰਾ ਅਸੀਂ ਦੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹੋ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਕੇ ਨਿਦਾਨ ਸਥਾਪਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਡੀਜਨਰੇਟਿਵ (degenerative) ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਗੈਰ-ਆਪਰੇਟਿਵ (non-operative) ਇਲਾਜ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜਦੋਂ ਇਸ ਨਾਲ ਕਾਫੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤਾਤਕਾਲੀ (acute) ਸੰਰਚਨਾਤਮਕ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ, ਸਰਜਰੀ ਤੁਰੰਤ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਰਿਵਰਸ ਸ਼ੋਲਡਰ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ (Reverse shoulder arthroplasty) ਤੁਹਾਡੇ ਨੁਕਸਾਨਗ੍ਰਸਤ ਜੋੜ ਨੂੰ ਧਾਤ ਅਤੇ ਪਲਾਸਟਿਕ ਦੇ ਇਮਪਲਾਂਟ ਨਾਲ ਬਦਲ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤਦ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ (rotator cuff) ਫਟਿਆ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਖਰਾਬ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੋਵੇ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ੋਲਡਰ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਨੂੰ ਫਟੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ (tendon) ਦੇ ਬਿਨਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਉੱਪਰ ਉਠਾਉਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਤਦ ਪੇਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਅਸਫਲ ਰਹਿ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਦਰਦ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ ਅਤੇ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਰਿਵੀਜ਼ਨ

(Revision) ਕੇਸਾਂ ਵਿੱਚ, ਦਸ ਸਾਲਾਂ 'ਤੇ ਇਮਪਲਾਂਟ ਦੀ ਜੀਵਿਤ ਦਰ 85% ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਅੰਕ ਸਾਡੀ ਸਾਂਝੀ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਦੀ ਚਰਚਾ ਦੌਰਾਨ ਆਪਣੇ ਆਪ ਬੋਲਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਰ ਜਾਣ ਲਈ ਆਏਮੈਟਿਕ ਲਿਫਟ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ ਅਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲਿਆਉਣੀ ਪਵੇਗੀ। ਦਿਨ ਲਈ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਐਕਸ-ਰੇ, ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਜਾਂ ਐਨਾਥੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ ਦਾ ਆਦੇਸ਼ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਕਦਮ ਤੁਹਾਡੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਸਫਲਤਾ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹੁੰਚਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਭੁੱਖੇ ਰਹਿਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖਾਣਾ ਜਾਂ ਪੀਣਾ ਬੰਦ ਕਰਨਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕਿਹੜੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਰੋਕਣੀਆਂ ਹਨ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਖਾਸ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੇਵੇਗਾ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹਨਾਂ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਸਖਤੀ ਨਾਲ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ। ਇਹ ਤਿਆਰੀ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਦਿਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਐਨਾਥੈਟਿਕ (ਸਮੂਹਿਕ ਨੀਂਦ) ਦੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਖੇਤਰੀ ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਦੇ ਸੰਯੋਗ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨੀਂਦ ਵਿੱਚ ਹੋਵੋਗੇ, ਅਤੇ ਬਲਾਕ — ਜੋ ਕਿ ਇੱਕ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ 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 ਦਾਖਲੇ ਅਤੇ ਤਿਆਰੀ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਪਹੁੰਚੋਗੇ। ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਥੀਏਟਰ ਵੱਲ ਲੈ ਜਾਵੇਗੀ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਓਪਨ ਐਪਰੋਚ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਓਪਰੇਟਿਵ ਸਾਈਟ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਸਿੰਗਲ ਰਵਾਇਤੀ ਇੰਸੀਜ਼ਨ ਨਾਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਸਾਨੂੰ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ। ਸਾਡੇ ਸਟਾਫ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨਗੇ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਰਿਕਵਰੀ ਦੀ ਯਾਤਰਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹੋ।

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਢੇ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਲਗਭਗ 8 ਤੋਂ 10 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਲੰਬੀ ਇੱਕ ਕੱਟ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਰੁਖ਼ ਜੋੜੇ ਤੱਕ ਸਾਫ਼ ਪਹੁੰਚ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਨ ਪੁਰਾਣੇ ਅਤੇ ਖਰਾਬ ਹੋਏ ਗੱਦ ਅਤੇ ਘੱਟੀ ਸਤਹਾਂ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਧਾਤ ਅਤੇ ਪਲਾਸਟਿਕ ਦੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਨਾਲ ਬਦਲ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਨਵਾਂ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਗੱਦ ਨੂੰ ਕੰਢੇ ਦੀ ਹੱਡੀ (scapula) 'ਤੇ ਅਤੇ ਘੱਟੀ ਨੂੰ ਬਾਹ ਦੀ ਹੱਡੀ 'ਤੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਬਦਲਾਅ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਢੇ ਦੇ ਪੇਸ਼ੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਹ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਟੈਂਡਨ ਫਟੇ ਹੋਣ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋਣ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਟੁੱਟਣ (fracture) ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਟੁੱਟੀ ਹੋਈ ਹੱਡੀ ਦੇ ਟੁਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਟੁਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਛੋਟੇ ਐਂਕਰਾਂ ਜਾਂ ਸਿਲਾਈ (sutures) ਨਾਲ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਹੱਡੀ ਦੇ ਟੁਕੜਿਆਂ ਦਾ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰਪਾਈ ਹੋਣਾ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਹ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਸਰਜਨ ਸਥਿਰਤਾ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ (dislocation) ਦੇ ਖਤਰੇ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਨਵੇਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਨਵਾਂ ਜੋੜ ਆਪਣੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੱਟ ਨੂੰ ਸਿਲਾਈ ਜਾਂ ਸਟੈਪਲਜ਼ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਡਰੈਸਿੰਗ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੁਆਰਾ ਖਰਾਬ ਹੋਏ ਜੋੜ ਨੂੰ ਬਦਲ ਕੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਘਟਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲਿਆਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਭਰਪਾਈ ਨੂੰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਢੇ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਚਲਾਉਣ ਬਾਰੇ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣਗੇ।

ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਹੋਸ਼ ਵਿੱਚ ਆਵੋਗੇ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਰੱਖਣ ਲਈ ਮਾਨਕ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡਾ ਕੰਧਾ ਇੱਕ ਸਲਿੰਗ (sling) ਵਿੱਚ ਹੋਵੇਗਾ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਘਾਅ ਨੂੰ ਡਰੈਸਿੰਗ ਨਾਲ ਢੱਕਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਇਸ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਰਾਤ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਸਰਜੀ ਦੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਇੱਕ ਰਵਾਇਤੀ ਕਟ (incision) ਨਾਲ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ (open approach) ਵਰਤਦੇ ਹਾਂ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਕੰਧੇ ਦੀ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਡਰਾਈਵ ਨਾ ਕਰੋ, ਭਾਵੇਂ ਕਿਸ ਬਾਹ ਦੀ ਸਰਜੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ। ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਲਿੰਗ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਕ [ਉੱਪਰਲੀ ਬਾਹ ਦੀ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ](#) ਨੂੰ ਦੇਖੋ।

ਬਰਾਮਦਗੀ (ਰਿਕਵਰੀ)

ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਧੇ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਇੱਕਲੀ ਕਟਾਅ (incision) ਹੋਵੇਗੀ। ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਦੌਰਾਨ, ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਸਲਿੰਗ (sling) ਵਿੱਚ ਰਹੇਗਾ। ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਬਰਫ਼ ਨਾਲ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਪਹਿਲੇ 48 ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਅਸੁਵਿਧਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਸੋਜ ਘਟਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਘੱਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਦੀ ਹਦਾਇਤ ਅਨੁਸਾਰ ਹਲਕੀਆਂ ਵਰਕਸ਼ਾਪਾਂ ਕਰੋਗੇ। ਇਹ ਹਲਕੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਨੂੰ ਤਣਾਅ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਗਤੀ ਦੀ ਰੇਂਜ (range of motion) ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਦੌਰਾਨ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਸਲਿੰਗ ਪਾਉਂਦੇ ਰਹੋਗੇ। ਖਾਣਾ ਖਾਣਾ ਜਾਂ ਦੰਦ ਸਾਫ਼ ਕਰਨ ਵਰਗੀਆਂ ਸਧਾਰਨ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਗੈਰ-ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਹੱਥ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਸੌਣਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਤਕੀਆਂ ਨਾਲ ਥੋੜ੍ਹਾ ਉੱਪਰਲੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਸੌਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰੋ।

ਜਦੋਂ ਗਤੀ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਧੀਮੇ-ਧੀਮੇ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਧਾਉਂਦੇ ਜਾਵੋਗੇ। ਜਦੋਂ ਇਜਾਜ਼ਤ ਮਿਲ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਚੱਲਣ ਅਤੇ ਤੈਰਾਕੀ ਕਰਨ ਲਈ ਵਾਪਸ ਆ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸਲਿੰਗ ਪਾਏ ਹੋਏ ਦੌਰਾਨ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਵੇਗਾ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੌਰਾਨ। ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ ਸਾਡੇ ਗਾਈਡ [ਉੱਪਰਲੇ-ਅੰਗ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ](#) ਦੇਖੋ।

ਰਿਕਵਰੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵੱਖਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ-ਸਾਰਣੀ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ; ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰਨਗੇ। ਤੁਸੀਂ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਨਿਰੰਤਰ ਸੁਧਾਰ ਦੇਖਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਧਿਕਤਮ ਲਾਭ ਅਕਸਰ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੱਕ ਲੈਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਨਤੀਜੇ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੇਗਾ।

ਕੀ ਗਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

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

ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ (ਸੰਕਰਮਣ) ਇੱਕ ਗੰਭੀਰ ਜੋਖਮ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕਟਾਈ (incision) ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਵਧਦੀ ਲਾਲੀ, ਗਰਮੀ ਜਾਂ ਸੋਜ ਨੂੰ ਨੋਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਖੇਤਰ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਜਾਂ ਧੜਕਦਾ ਹੋਇਆ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਜਾਂ ਥਰਥਰਾਹਟ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੁੱਜ (pus) ਦੇਖਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਜ਼ਖਮ ਖੁੱਲ੍ਹਦਾ ਹੋਇਆ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਤੁਰੰਤ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ ਲਈ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਨਾ ਕਰੋ।

ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇਮਪਲਾਂਟ ਦੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦਾ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦਰਦ ਦੀ ਇੱਕ ਨਵੀਂ ਕਿਸਮ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੋ ਹਿਲਜੁਲ ਨਾਲ ਵਧਦੀ ਹੈ। ਕੰਡਾ (shoulder) ਅਸਥਿਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਢਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਲਿੱਕ ਜਾਂ ਰਗੜਨ ਦੀਆਂ ਆਵਾਜ਼ਾਂ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਮਪਲਾਂਟ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਇਹਨਾਂ ਬਦਲਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਦੱਸੋ।

ਅਸਥਿਰਤਾ (Instability) ਇੱਕ ਹੋਰ ਚਿੰਤਾ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਤੁਸੀਂ 55 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਬਦਲਾਅ ਜਾਂ ਫਿਸਲਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੰਡਾ ਡਿਸਲੋਕੇਟ (dislocate) ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਅਤੇ ਬਾਹ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥਤਾ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੁਲਾਂਕਣ ਲਈ ਇਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ (emergency department) ਜਾਓ।

ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੌਰਾਨ ਹੱਡੀਆਂ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ (Fractures) ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਚੋਟ ਲੱਗਣ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੁਸੀਂ ਟੁੱਟਣ ਜਾਂ ਧਮਾਕੇ ਵਰਗੀ ਆਵਾਜ਼ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸਦੇ ਬਾਅਦ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਅਤੇ ਗੰਭੀਰ ਸੋਜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਾਹ ਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਉੱਪਰ ਨਾ ਉਠਾ ਸਕੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹੱਡੀ ਟੁੱਟਣ ਦਾ ਸ਼ੱਕ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਚਿਕਿਤਸਕ ਸਹਾਇਤਾ ਲਓ।

ਜ਼ਖਮ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੂਨ ਪਤਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ (blood thinners) ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ। ਤੁਸੀਂ ਲਗਾਤਾਰ ਖੂਨ ਵਹਿਣਾ, ਵੱਡੀਆਂ ਚਮੜੀ ਹੇਠਾਂ ਖੂਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਹੋਣ (bruises) ਜਾਂ ਇੱਕ ਜ਼ਖਮ ਨੂੰ ਬੰਦ ਨਾ ਹੋਣ ਨੂੰ ਨੋਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕਟਾਈ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਚਮੜੀ ਲਾਲ ਅਤੇ ਗਰਮ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਜ਼ਖਮ ਸੰਕਰਮਿਤ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ (Revision surgery) ਮੂਲ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਲੋਂ ਵਧੇਰੇ ਜੋਖਮ ਲੈ ਕੇ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੂਜੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਵਧੇਰੇ ਦਰਦ ਅਤੇ ਲੰਬੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਕੇਸਾਂ ਵਿੱਚ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦਰਾਂ ਵਧੇਰੇ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਖਾਸ ਜੋਖਮਾਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨਗੇ।

ਇਸ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦਾ ਤਾਬਲਾ (complications table) ਆਮ ਦਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਕਦੋਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ, ਵਧਦੀ ਹੋਈ ਘਾ ਦੀ ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਸਰਸਰੀ, ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿੰਜਣੀ (calf) ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਅਤਿ-ਆਵਾਜ਼ (emergency) ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗ ਵਿੱਚ ਅਨੁਭੂਤੀ (ਸੰਵੇਦਨਾ) ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅੰਗ ਨੂੰ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਸਿਹਤ ਸਹਾਇਤਾ ਲਓ। ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਤੁਰੰਤ ਜਾਂਚ ਕਰਨੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸਹੀ ਰਾਹ 'ਤੇ ਰਹੇ।

ਰਿਵਰਸ ਸ਼ੋਲਡਰ ਅਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ

ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਾਹਿਤ ਤੋਂ ਜਟਿਲਤਾ ਦਰਾਂ

80 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
ਹੀਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸਟੀਓਫਿਕੇਸ਼ਨ (Heterotopic ossification)	27.0%	rTSA ਤੋਂ ਬਾਅਦ 2-3 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ ਦਰ, ਜੋ 10 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ 75% ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਦੀ ਹੈ।
ਸਕੈਪੂਲਰ ਨੋਚਿੰਗ (Scapular notching)	10.8%	ਪੋਲੀਥੀਲੀਨ ਹਿਊਮਰਲ ਕੰਪੋਨੈਂਟ ਅਤੇ ਸਕੈਪੂਲਰ ਗਰਦਨ ਵਿਚਕਾਰ ਹੇਠਲਾ ਸੰਪਰਕ ਬਹੁਤ ਆਮ ਹੈ; ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਗੰਭੀਰ ਨੋਚਿੰਗ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਗਲੋਨੇਇਡ ਫਿਲੋਪਣ ਜਾਂ ਇਮਪਲਾਂਟ ਅਸਫਲਤਾ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਗਤੀ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ	5%	ਬਾਹਰੀ ਘੁੰਮਣ (external rotation) ਦਾ ਕੁਝ ਨੁਕਸਾਨ ਆਮ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਮੈਡੀਅਲਾਈਜ਼ਡ ਡਿਜ਼ਾਈਨਾਂ ਨਾਲ; ਲਗਭਗ 5% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸਟਿਫ਼ਨੈੱਸ (stiffness) ਵਿਕਸਿਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਮੈਨੀਪੁਲੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਰੀਵੀਜ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਨਰਵ ਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ (Nerve compression syndromes)	5%	ਲਗਭਗ 5% ਮਰੀਜ਼ ਕਾਰਪਲ ਜਾਂ ਕੂਬਿਟਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਵਿਕਸਿਤ ਕਰਦੇ ਹਨ; ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਬਾਹ ਨੂੰ ਸਲਿੰਗ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸੁਧਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਸੰਤੁਸ਼ਟੀ	3-5%	ਇੰਟਰਵੈਂਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਵਾਲੇ ਦਰਦ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਇੱਕ ਵੱਡੇ ਰਜਿਸਟਰੀ (n=10,797) ਵਿੱਚ 0.2% ਵਿੱਚ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ; 2.6% ਵਿੱਚ ਦਰਦਨਾਕ ਸਟਿਫ਼ਨੈੱਸ ਹੈ। ਸਰਗਰਮ ਕੰਥੀ (operated shoulder) 'ਤੇ ਲਿਟਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਸਮੇਤ ਬਾਕੀ ਬਚੇ ਅਸੁਵਿਧਾ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣ ਵਧੇਰੇ ਆਮ ਹਨ ਪਰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹਲਕੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
ਐਕਰੋਮੀਅਲ ਜਾਂ ਸਕੈਪੂਲਰ ਸਪਾਈਨ ਫ਼ਰੈਕਚਰ	2.0%	ਡੈਲਟੋਇਡ ਟੈਂਸ਼ਨ ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੀ ਲੰਬਾਈ ਵਿੱਚ ਵਾਧੇ ਕਾਰਨ ਤਣਾਅ ਫ਼ਰੈਕਚਰ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਔਸਤਨ 9.4 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ; ਜੋਖਮ ਔਰਤਾਂ (ਮਰਦ:ਔਰਤ 1:5.4) ਅਤੇ ਪਤਲੇ ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਕੰਪੋਨੈਂਟ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ	2-5%	ਗਲੋਨੇਇਡ ਬੇਸਪਲੇਟ ਫਿਲੋਪਣ (5%), ਕੰਪੋਨੈਂਟ ਡਿਸਐਲੈਂਸੀ (2.2%), ਹਿਊਮਰਲ ਫਿਲੋਪਣ (1.9%), ਜਾਂ ਸਕੂ ਟੁੱਟਣਾ ਰੀਵੀਜ਼ਨ ਸਰਜੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਦਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
ਰੀਵੀਜ਼ਨ ਦਰ	1.5%	ਲਗਭਗ 5-10% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ 10 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇਨਫ਼ੈਕਸ਼ਨ, ਅਸਥਿਰਤਾ, ਫਿਲੋਪਣ, ਫ਼ਰੈਕਚਰ, ਜਾਂ ਕੰਪੋਨੈਂਟ ਅਸਫਲਤਾ ਕਾਰਨ ਰੀਵੀਜ਼ਨ ਸਰਜੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜਟਿਲਤਾ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਇਨਫ਼ੈਕਸ਼ਨ	1.2%	ਗਹਿਰੀ ਇਨਫ਼ੈਕਸ਼ਨ ਜਿਸ ਲਈ ਕਈ ਵਾਸ਼ਆਊਟਸ, ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕਸ, ਅਤੇ ਸੰਭਾਵਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੰਪੋਨੈਂਟ ਹਟਾਉਣਾ ਅਤੇ ਸਟੇਜਡ ਰੀਵੀਜ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਜੋਖਮ ਰੀਵੀਜ਼ਨ ਸਰਜੀ, ਮਧੁਮੇਹ (diabetes), ਅਤੇ ਇਮਿਊਨੋਕੰਪ੍ਰੋਮਾਈਜ਼ਡ ਅਵਸਥਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ	0.9%	ਜੋਖਮ ਕਾਰਕਾਂ ਵਿੱਚ ਰੀਵੀਜ਼ਨ ਸਰਜੀ, ਨਿਊਰੋਲੋਜੀਕਲ ਸਥਿਤੀਆਂ, ਸਬਸਕੈਪੂਲੇਰਿਸ ਅਸੰਪੂਰਨਤਾ, ਅਤੇ ਗਲਤ ਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨਿੰਗ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ; ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਕਲੋਜ਼ਡ ਰਿਡਕਸ਼ਨ ਜਾਂ ਕੰਸਟ੍ਰੇਨਡ ਕੰਪੋਨੈਂਟਾਂ ਲਈ ਰੀਵੀਜ਼ਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
ਪੇਰੀਪ੍ਰੋਸਥੈਟਿਕ ਫ਼ਰੈਕਚਰ	0.8%	ਇਨਟ੍ਰਾਓਪਰੇਟਿਵ ਫ਼ਰੈਕਚਰ 1.4% ਕੁੱਲ ਵਿੱਚ, ਜੋ ਰੀਵੀਜ਼ਨ ਕੇਸਾਂ ਵਿੱਚ ਵਧ ਕੇ 13.6% ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ; ਸਟੈਮ ਦੇ ਸਥਾਪਨ ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਓਸਟੀਓਪੋਰੋਟਿਕ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿੱਚ ਹਿਊਮਰਲ ਫ਼ਰੈਕਚਰ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਹਨ।
ਨਿਊਰੋਲੋਜੀਕਲ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ	0.7%	ਐਕਸਿਲਰੀ ਨਰਵ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜੋਖਮ ਵਿੱਚ ਹੈ; ਮੈਡੀਅਲਾਈਜ਼ਡ ਇਮਪਲਾਂਟਾਂ ਵਿੱਚ 2.9% ਨਰਵ ਇਨਜ਼ਰੀ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਲੈਟਰਲਾਈਜ਼ਡ ਡਿਜ਼ਾਈਨਾਂ ਵਿੱਚ 0.5% ਹੈ; ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨਿਊਰਾਪ੍ਰੈਕਸੀਆ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੋ 3-6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।
ਹੀਮਾਟੋਮਾ	0.3%	299 ਕੇਸਾਂ ਦੀ ਇੱਕ-ਕੇਂਦਰੀ ਅਧਿਐਨ ਤੋਂ ਦਰ।
ਕੰਪਲੈਕਸ ਰੀਜੀਓਨਲ ਪੇਨ ਸਿੰਡਰੋਮ (Complex regional pain syndrome)	0.3%	299 ਕੇਸਾਂ ਦੀ ਇੱਕ-ਕੇਂਦਰੀ ਅਧਿਐਨ ਤੋਂ ਦਰ।
ਚਿਕਿਤਸਕ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ	0.2%	ਫੁਫ਼ਫ਼ਸੀ ਐਂਬੋਲਿਜ਼ਮ, ਪਨਿਊਮੋਥੋਰੈਕਸ, ਮਾਇਓਕਾਰਡੀਅਲ ਇਨਫ਼ਾਰਕਸ਼ਨ, ਜਾਂ ਸਟ੍ਰੋਕ ਸਮੇਤ ਸਿਸਟਮਿਕ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦੁਰਲੱਭ ਹਨ।
ਘਾਅ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ	Rare	ਘਾਅ ਦੇ ਭਰਨ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੁਰਲੱਭ ਹਨ; ਥੈਰੇਪਿਊਟਿਕ ਐਂਟੀਕੋਗੂਲੇਸ਼ਨ 'ਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਜੋਖਮ ਵਧਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

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