

ਰਿਵਰਸ ਸ਼ੋਲਡਰ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ (ਉਲਟਾ ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ)

ਰਿਵਰਸ ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਗੱਦ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ, shoulder blade) ਉੱਤੇ ਅਤੇ ਕੋਲੀ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਉੱਤੇ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਆਮ ਬਣਤਰ ਤੋਂ ਉਲਟ ਹੈ; ਇਸ ਨਾਲ ਜਦੋਂ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਪਾਟਿਆ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਡੈਲਟੋਇਡ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਚੁੱਕ ਸਕਦੀ 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।

ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਉਂ ਸੁਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਜੋ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ੍ਰੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate, ਸਰਕਾਰੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਵੱਲੋਂ ਵਾਪਸ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ (referral) ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਪਿਛੋਕੜ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਕੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਕੇ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾ ਕੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਰਿਵਰਸ ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (reverse shoulder replacement) ਇੱਕ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਹੈ ਜੋ ਮੋਢੇ ਦੀ ਆਮ ਗੱਦ-ਅਤੇ-ਕੋਲੀ (ball-and-socket) ਬਣਤਰ ਨੂੰ ਉਲਟਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਗੱਦ ਉੱਥੇ ਆ ਜਾਵੇ ਜਿੱਥੇ ਕੋਲੀ ਸੀ ਅਤੇ ਕੋਲੀ ਉੱਥੇ ਆ ਜਾਵੇ ਜਿੱਥੇ ਗੱਦ ਸੀ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਉਦੋਂ ਸੁਝਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ (rotator cuff), ਯਾਨੀ ਟੈਂਡਨਾਂ (tendons, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦਾਂ) ਦਾ ਉਹ ਸਮੂਹ ਜੋ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਬੁਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਘਿਸ ਗਿਆ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਪਾਟ ਗਿਆ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਮੋਢੇ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਸਪਲਿੰਟ ਜਾਂ ਟੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਠੀਕ ਨਾ ਹੋਈਆਂ ਹੋਣ। ਕੁਝ ਸੱਟਾਂ ਵਿੱਚ, ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਸਲਾਹ ਤੁਰੰਤ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਮਕਸਦ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦੇਣਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ਾਇਦੇ 10 ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਬਣੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਫ਼ਾਇਦਿਆਂ ਅਤੇ ਖ਼ਤਰਿਆਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ, ਅਤੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕਰਦੇ ਹੋ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਰਿਵਰਸ ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਾਂਗੇ। ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦੇ CT ਸਕੈਨ, ਜੋ ਇੱਕ ਵਿਸਥਾਰਪੂਰਵਕ ਸਕੈਨ ਹੈ ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੀ ਤਿੰਨ-ਪਾਸੀ (3D) ਤਸਵੀਰ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਤਸਵੀਰਾਂ ਨਵੇਂ ਜੋੜ ਦੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦੀ ਥਾਂ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਮਾਪਣ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਵੀ

ਪ੍ਰਛਿਆ ਜਾਵੇਗਾ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਏ ਕੋਈ ਓਪਰੇਸ਼ਨ, ਸਟੀਰੋਇਡ ਵਰਗੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ, ਅਤੇ ਓਸਟੀਓਪੋਰੋਸਿਸ ਵਰਗੀਆਂ ਹਾਲਤਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ ਪਤਲੀਆਂ (ਕਮਜ਼ੋਰ ਅਤੇ ਭੁਰਭੁਰੀਆਂ) ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਮੁਲਾਕਾਤ 'ਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲੈ ਕੇ ਆਓ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਖਾਸ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਖਾਲੀ ਪੇਟ (fasting) ਰਹਿਣਾ ਪਵੇਗਾ; ਅਸੀਂ ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਲੰਬਾ ਸਮਾਂ ਮੰਗਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਬੁਲਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਚਲਾ ਕੇ ਘਰ ਲਿਜਾਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ, ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦੀ, ਜਾਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ), ਯਾਨੀ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ, ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ

ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸਰਜੀਕਲ ਦਾਖਲਾ ਵਿਭਾਗ (surgical admissions unit) ਵਿੱਚ ਆਉਂਦੇ ਹੋ। ਉੱਥੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਖਲਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਲਈ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦੇ।

ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਦੇ ਨਾਲ ਰੀਜਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਨਸ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਟੀਕਾ) ਦੇ ਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣਗੇ ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਮਝਾਉਣਗੇ।

ਫਿਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਪੂਰਾ ਹੋਣ 'ਤੇ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਖੇਤਰ (recovery area) ਵਿੱਚ ਜਾਗਦੇ ਹੋ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਦਾ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਭੇਜ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਮੋਢੇ ਦੇ ਜੋੜ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਲਈ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਚੀਰਾ ਲਗਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਘਿਸੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤਹਾਂ ਨੂੰ ਕੱਢ ਕੇ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਥਾਂ ਧਾਤ ਅਤੇ ਪਲਾਸਟਿਕ ਦੇ ਨਵੇਂ ਹਿੱਸੇ ਲਗਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਆਮ ਗੋਦ-ਅਤੇ-ਕੋਲੀ ਬਣਤਰ ਨੂੰ ਉਲਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਗੋਦ ਉੱਥੇ ਆ ਜਾਵੇ ਜਿੱਥੇ ਕੋਲੀ ਸੀ ਅਤੇ ਕੋਲੀ ਉੱਥੇ ਆ ਜਾਵੇ ਜਿੱਥੇ ਗੋਦ ਸੀ। ਇਸੇ ਕਰਕੇ ਇਸ ਨੂੰ “ਰਿਵਰਸ” (ਉਲਟਾ) ਜੋੜ ਬਦਲਣਾ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਨਵੇਂ ਹਿੱਸੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬਣਾਏ ਗਏ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਉੱਪਰੋਂ ਢਕਣ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ, ਡੈਲਟੋਇਡ (deltoid), ਘਿਸੇ ਜਾਂ ਪਾਟੇ ਹੋਏ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੀ ਥਾਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕ ਸਕੇ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ, ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਮੋਢੇ ਦੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਟਿਸ਼ੂ ਚੰਗੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਨਵਾਂ ਇੰਪਲਾਂਟ ਲੱਗ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਵਾਪਸ ਉਸ ਉੱਤੇ ਜੋੜ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਨਵੇਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦੀ ਥਾਂ ਅਤੇ ਆਕਾਰ ਉਸ ਯੋਜਨਾ ਅਨੁਸਾਰ ਤੈਅ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜੋ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ ਸਕੈਨਾਂ ਤੋਂ ਬਣਾਈ ਗਈ ਸੀ।

ਜਦੋਂ ਨਵਾਂ ਜੋੜ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਲੱਗ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜ਼ਖ਼ਮ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਪਹਿਲਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਬਰੀਕ, ਆਪਣੇ ਆਪ ਚਿਪਕਣ ਵਾਲੀ ਜਾਲੀ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਚਮੜੀ ਦੇ ਕਿਨਾਰਿਆਂ ਨੂੰ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜੀ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਫਿਰ ਜਾਲੀ ਉੱਤੇ ਚਮੜੀ ਨੂੰ ਚਿਪਕਾਉਣ ਵਾਲੀ ਤਰਲ ਗੁੰਦ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਜੰਮ ਕੇ ਸਾਰੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਨੂੰ ਸੀਲ ਕਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਲਗਭਗ ਇੱਕ ਤੋਂ ਦੋ ਹਫ਼ਤੇ ਲੱਗੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਫਿਰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਉੱਖੜ ਕੇ ਲਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਕੁਝ ਵੀ ਕੱਢਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ, ਅਤੇ ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਹੋਣ 'ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਭੇਜ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਉੱਥੇ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਲਈ ਦਵਾਈ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਸਹਾਰੇ ਲਈ ਇੱਕ ਸਾਦੀ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ; ਕਸਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਹਾਉਣ-ਧੋਣ ਵੇਲੇ ਇਹ ਉਤਾਰੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਜਾਂ ਦੋ ਰਾਤਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ

ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਪੱਟੀ ਨੂੰ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨ ਲੱਗੀ ਰਹਿਣ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ; ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾ ਉਤਾਰੋ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਾ ਕਹੀਏ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਵੇਲੇ ਇਸ ਨੂੰ ਬਦਲਦੇ ਜਾਂ ਉਤਾਰਦੇ ਹਾਂ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਘਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇੱਕ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਹਲਕੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲੇਗਾ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਘਰ ਪਹੁੰਚਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਰਹਿਣ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ

ਘਰ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲੇ ਦਿਨ ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸੁਖਾਲੇ ਰਹਿਣ ਦੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਹੋਵੇਗੀ, ਅਤੇ ਕਸਰਤ ਦੇ ਸਮਿਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਲਈ ਸਲਿੰਗ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਦੱਸੇ ਅਨੁਸਾਰ ਲਈ ਗਈ ਸਾਦੀ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਸਹਿਣਯੋਗ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਹਫ਼ਤੇ ਬੀਤਣ ਨਾਲ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਟਦੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸੋਜ ਅਕੜਾਅ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡਾ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰੇਗਾ, ਹਲਕੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਵੇ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਵਧਾਉਂਦੇ ਹੋਏ। ਇਹਨਾਂ ਸੈਸ਼ਨਾਂ ਅਤੇ ਨਹਾਉਣ-ਧੋਣ ਲਈ ਸਲਿੰਗ ਉਤਾਰੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੀ ਬਾਂਹ ਠੀਕ ਹੋ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਦੂਜੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਘਰ ਦੇ ਹਲਕੇ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕੋਗੇ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਸੌਣਾ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕੁਰਸੀ ਉੱਤੇ ਜਾਂ ਸਿਰਹਾਣਿਆਂ ਦੇ ਸਹਾਰੇ ਢੇਅਰ ਲਾ ਕੇ ਆਰਾਮ ਕਰਨਾ ਸੌਖਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਲੇਟਣਾ ਦੁਬਾਰਾ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਨਾ ਲੱਗਣ ਲੱਗੇ।

ਅਹਿਮ ਪੜਾਅ ਤਰੀਕਾਂ ਨਾਲ ਨਹੀਂ, ਘਟਨਾਵਾਂ ਵਜੋਂ ਆਉਂਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਦੇਣ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਾਲੀ ਜਾਂਚ 'ਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰਾ ਗੱਡੀ ਚਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ; ਸਾਡੀ ਵੱਖਰੀ ਗਾਈਡ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ](#) ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸਦੀ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣ ਅਤੇ ਹੱਥ ਵਧਾ ਕੇ ਚੀਜ਼ਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਵਰਗੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ ਸੌਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਤਾਕਤ ਤੋਂ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਨੰਦ ਲੈਂਦੇ ਸੀ, ਅਤੇ ਜੇ ਲੋਕ ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਰਗਰਮ ਸਨ, ਉਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਉਹਨਾਂ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਵੱਖਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਸਮਾਂ-ਰੇਖਾ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਨਗੇ।

ਕੀ ਗਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

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

ਕਦੇ-ਕਦੇ ਨਵਾਂ ਜੋੜ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਉਤਰ ਸਕਦਾ ਹੈ (dislocation)। ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਚਾਨਕ ਇੱਕ ਖੜਾਕ (clunk) ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਮੋਢਾ ਆਮ ਵਾਂਗ ਨਹੀਂ ਹਿੱਲਦਾ। ਜੇ ਅਜਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਨਵੇਂ ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਡੂੰਘੇ, ਧੜਕਦੇ ਦਰਦ ਦਾ ਧਿਆਨ ਰੱਖੋ ਜੋ ਸਾਦੀਆਂ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਨਾ ਘਟੇ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਫੈਲਦੀ ਲਾਲੀ ਦਾ, ਜਾਂ ਬੁਖਾਰ ਦਾ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਦੇਖੋ ਤਾਂ ਬਿਨਾਂ ਦੇਰੀ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਲਾਗ ਦਾ ਇਲਾਜ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲਾਗਾਂ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਖ਼ਤਮ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਨਵੇਂ ਹਿੱਸੇ ਢਿੱਲੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਜਿਹੇ ਦਰਦ ਵਜੋਂ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਕਦੇ-ਕਦੇ ਕਲਿੱਕ ਹੋਣ ਜਾਂ ਰਗੜ ਦੇ ਅਹਿਸਾਸ ਦੇ ਨਾਲ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ 'ਤੇ ਦੱਸੇ ਤਾਂ ਜੋ ਐਕਸ-ਰੇ ਨਾਲ ਇਸ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ।

ਨਸਾਂ (nerves) ਮੇਢੇ ਦੇ ਨੇੜਿਓਂ ਲੰਘਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਝਰੀਟ ਵਰਗੀ ਸੱਟ ਲੱਗ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਉਹ ਚਿੜ੍ਹ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ (irritated)। ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ, ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਅਕਸਰ ਇਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਆਪਣੀ ਜਾਂਚ 'ਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ ਤਾਂ ਜੋ ਇਸ 'ਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੀ ਜਾ ਸਕੇ।

ਨਵੇਂ ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਮੇਢੇ ਦੇ ਸਿਖਰ ਉੱਤੇ ਹੱਡੀ ਦੀ ਨੋਕ ਵਿੱਚ, ਛੋਟੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ) ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਤਿੱਖਾ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇਗਾ, ਅਕਸਰ ਡਿੱਗਣ ਜਾਂ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਧੱਕਾ ਲਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ। ਜੇ ਅਜਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਮੇਢੇ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਖੂਨ ਦਾ ਗਤਲਾ ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਿੰਨੀ (ਲੱਤ ਦੀ ਪਿੰਨੀ, calf) ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਸੋਜ ਅਤੇ ਫੂਹਣ 'ਤੇ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਦੇਖੋ, ਤਾਂ ਬਿਨਾਂ ਦੇਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਵੋ।

ਕੁਝ ਗੱਲਾਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਧਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਬਾਂਹ ਦੀ ਉੱਪਰਲੀ ਹੱਡੀ ਟੁੱਟਣ ਕਰਕੇ ਕੀਤੇ ਗਏ ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਰਦਾਂ ਵਿੱਚ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਈ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਵੀ ਨਵੇਂ ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਲਾਗ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਧਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਮੇਢੇ ਵਿੱਚ ਸਟੀਰੋਇਡ ਟੀਕਾ ਲੱਗਿਆ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 4 ਹਫ਼ਤੇ ਉਡੀਕ ਕਰਨੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖ ਕੇ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਵਾਂਗੇ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵੇਰਵੇ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਸਫ਼ੇ ਉੱਤੇ ਦਿੱਤੀ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਵਾਲੀ ਸਾਰਣੀ ਵਿੱਚ ਆਮ ਦਰਾਂ ਦੱਸੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।

ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਅਜਿਹੀਆਂ ਚੇਤਾਵਨੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਨਾਲ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਪਛਾਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੋਵੇ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਰਿਸਾਵ ਵਧੇ, ਜਾਂ ਦਰਦ ਘਟਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਵਧਦਾ ਹੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਚਾਨਕ ਬਹੁਤ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੇਢੇ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਵਿਗੜੀ ਹੋਈ ਦਿਸੇ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਨਾ ਹਿਲਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਪਿੰਨੀ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਦੇ ਨਾਲ ਫੂਹਣ 'ਤੇ ਦਰਦ, ਜਾਂ ਸਾਹ ਚੜ੍ਹਨਾ, ਇਹਨਾਂ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਜੇ ਬਾਂਹ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਅਹਿਸਾਸ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਜਾਂ ਨਵਾਂ ਸੁੰਨਪਨ ਅਤੇ ਝਰਨਾਹਟ ਹੋਵੇ ਜੋ ਠੀਕ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਵੀ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਰਿਵਰਸ ਮੋਚਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਉਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ ਜਿਸ ਨੇ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੱਲ ਕੀਤੀ ਜਿਸ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਲਾ-ਇਲਾਜ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਸੀ, ਯਾਨੀ ਅਜਿਹਾ ਮੋਚਾ ਜਿਸ ਦਾ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਅਤੇ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਦੀ ਖ਼ਾਸ ਪੇਚੀਦਗੀ ਅਜਿਹੀ ਹੈ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੇ ਕਦੇ ਨਹੀਂ ਸੁਣਿਆ।

ਜੋੜ ਨੂੰ ਉਲਟਾਉਣਾ ਕਿਉਂ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਆਮ ਮੇਢੇ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਉੱਤੇ ਗੱਦ ਅਤੇ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੇਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ, shoulder blade) ਉੱਤੇ ਕੋਲੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜਦੋਂ ਡੈਲਟੋਇਡ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਉਹ ਗੱਦ ਨੂੰ ਵਿਚਕਾਰ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖੇ। ਜਿੱਥੇ ਕਫ਼ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਰਵਾਇਤੀ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਵਾਲੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਨੂੰ ਟਿਕਾਉਣ ਲਈ ਕੁਝ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਅਤੇ ਗੱਦ ਬਸ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਰਿਵਰਸ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਇਹਨਾਂ ਦੀ ਅਦਲਾ-ਬਦਲੀ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ: ਗੱਦ ਸਕੈਪੂਲਾ ਨਾਲ ਅਤੇ ਕੋਲੀ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਘੁੰਮਣ ਦਾ ਕੇਂਦਰ ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਚਲਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਡੈਲਟੋਇਡ ਦੀ ਲੀਵਰ ਬਾਂਹ (lever arm) ਲੰਬੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਆਪਣੇ ਬਲਬੂਤੇ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਜੈਵਿਕ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਮਕੈਨੀਕਲ ਹੱਲ ਹੈ: ਇਹ ਕਿਸੇ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਪਰ ਬਾਕੀ ਬਚੀ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਨੂੰ ਕੰਮ ਲਈ ਕਾਫ਼ੀ ਬਣਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਤੋਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਕਿਹੜੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣਾ ਉਹਨਾਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦਾ, ਇਸ ਲਈ ਪਿੱਠ ਪਿੱਛੇ ਹੱਥ ਲਿਜਾਣਾ ਅਕਸਰ ਸੀਮਤ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਗੱਲ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਉਮੀਦਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਨਿਰਾਸ਼ਾ ਬਣੇ।

ਇਸ ਨੇ ਕਿੱਥੇ ਪੁਰਾਣੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਥਾਂ ਲੈ ਲਈ ਹੈ

ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਲਈ ਇਹ ਬਦਲਾਅ ਫ੍ਰੈਸਲਾਕੁੰਨ ਰਿਹਾ ਹੈ। **228,523** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਕੇ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ ਕਿ ਬਾਂਹ ਦੀ ਉੱਪਰਲੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਸਿਰੇ ਦੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (proximal humerus fracture) ਵਾਲੇ ਬਜ਼ੁਰਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਰਿਵਰਸ ਟੋਟਲ ਸ਼ੋਲਡਰ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ (reverse total shoulder arthroplasty) ਨੇ ਹੈਮੀਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ (hemiarthroplasty, ਸਿਰਫ਼ ਗੋਦ ਵਾਲਾ ਹਿੱਸਾ ਬਦਲਣਾ) ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਕੰਮਕਾਜੀ ਨਤੀਜੇ ਅਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ, ਅਤੇ ਪਲੇਟ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਜੋੜਨ (plate fixation) ਨਾਲੋਂ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਬਿਹਤਰ ਤਸਵੀਰ ਦਿੱਤੀ [1]।

ਇੰਪਲਾਂਟ ਦਾ ਇੱਕ ਵੇਰਵਾ ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸਵਾਲ ਅਕਸਰ ਉੱਠਦਾ ਹੈ: ਇਹਨਾਂ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਲਈ ਰਿਵਰਸ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਵਿੱਚ ਆਮ (standard) ਹਿੱਸਿਆਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਲਈ ਖ਼ਾਸ ਬਣਾਏ ਹਿੱਸਿਆਂ ਨਾਲ **436** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਕਰਨ 'ਤੇ ਕਲੀਨਿਕੀ ਨਤੀਜਿਆਂ ਜਾਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਵਿੱਚ **ਕੋਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ** ਮਿਲਿਆ [2]।

ਜਾਣਨ ਯੋਗ ਪੇਚੀਦਗੀ

ਇੱਥੇ ਜੋ ਅਹਿਮ ਹੈ ਉਹ ਹੈ **ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਜਾਂ ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀ ਉੱਭਰੀ ਧਾਰ ਦਾ ਸਟ੍ਰੈੱਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ** (acromial or scapular spine stress fracture), ਯਾਨੀ ਜੋੜ ਦੇ ਉੱਪਰਲੀ ਹੱਡੀ (ਐਕਰੋਮੀਅਨ, ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ) ਦਾ ਡੈਲਟੋਇਡ ਦੇ ਉਸ ਵਧੇ ਹੋਏ ਖਿਚਾਅ ਹੇਠ ਤਿੜਕ ਜਾਣਾ ਜੋ ਇਹ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਜਾਣ-ਬੁੱਝ ਕੇ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਉਸੇ ਢੰਗ ਦਾ ਸਿੱਧਾ ਨਤੀਜਾ ਹੈ ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਇੱਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (meta-analysis, ਕਈ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦਾ ਸਾਂਝਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ) ਨੇ ਖ਼ਤਰੇ ਦੇ ਕਾਰਕਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ: ਜਿਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਹੋਏ ਉਹ **ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਅਤੇ ਘੱਟ BMI ਵਾਲੇ** ਸਨ, ਅਤੇ ਹੋਰ ਖ਼ਤਰਿਆਂ ਵਿੱਚ **ਓਸਟੀਓਪੋਰੋਸਿਸ, ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਵਾਲਾ ਗਠੀਆ (inflammatory arthritis), ਔਰਤ ਹੋਣਾ ਅਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਈ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ** ਸ਼ਾਮਲ ਸਨ [3]। ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਕਿ ਖੋਜ-ਸਾਹਿਤ ਇਹਨਾਂ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕਸਾਰ ਢੰਗ ਨਾਲ ਦਰਜ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪਰਿਭਾਸ਼ਿਤ ਕਰਨ, ਪਛਾਣਨ ਅਤੇ ਗਿਣਨ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਫ਼ਰਕ ਹਨ [4], ਇਸ ਲਈ ਦੱਸੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਨੂੰ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ, ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਤਸਵੀਰ ਤਸੱਲੀਬਖ਼ਸ਼ ਹੈ: ਪਹਿਲੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਮੌਤ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਤੇ ਸਰਜੀਕਲ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀਆਂ ਕੁੱਲ ਦਰਾਂ ਘੱਟ ਹਨ, ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ **6%** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾਖ਼ਲ ਹੋਣਾ ਪਿਆ [5]।

ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਸਬੂਤ ਸਮਰਥਨ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ

ਕਿ ਸਬਸਕੈਪੂਲੈਰਿਸ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। **267** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਸਬਸਕੈਪੂਲੈਰਿਸ (subscapularis, ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ) ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਰਿਵਰਸ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਚੁੱਕਣ (abduction), ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਜਾਂ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਦੀ ਤਾਕਤ ਵਿੱਚ **ਕੋਈ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ** ਸੀ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਲੇਖਕ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ ਤਾਕਤ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਬਾਰੇ ਖੋਜ-ਸਾਹਿਤ ਸੀਮਤ ਹੈ [6]।

ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਕਾਰਨ (indication) ਦਾ ਨਤੀਜੇ ਉੱਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ। ਅਸਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਦੋ ਜਾਂ ਵੱਧ ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ, ਕਾਂਸਟੈਂਟ ਸਕੋਰ (Constant score, ਮੋਢੇ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦਾ ਮਾਪ) ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਰਿਵਰਸ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ **ਸਹੀ-ਸਲਾਮਤ** ਕਫ਼ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ (ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਘਿਸਣਾ) ਲਈ ਹੋਈ, ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਪਾਟੇ ਹੋਏ ਕਫ਼ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ ਜਾਂ ਸੈਕੰਡਰੀ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ ਲਈ ਹੋਈ [7]। ਇੱਕੋ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਿਆਂ ਵੱਖਰੇ ਨਤੀਜੇ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਦੀ ਲੋੜ ਕਿਉਂ ਪਈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਔਸਤ ਅੰਕੜਾ ਦੱਸਿਆ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Mekhail J, Mullan R, Cross JL, Jahagirdar O, Luo X, Salameh M. Outcomes of reverse total shoulder arthroplasty vs. other surgical fixation methods for proximal humerus fractures: a systematic review and meta-analysis. JSES Rev Rep Tech. 2026;6(2):100644. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2025.100644>
- [2] Apivatgaroon A, Kongmalai T, Kongmalai P. Standard compared with fracture-specific components in reverse shoulder arthroplasty for proximal humeral fractures: a systematic review and meta-analysis. Bone Joint J. 2025;107-B(9):931-41. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.107B9.BJJ-2024-1508.R2>
- [3] Elmenawi KA, Sperling JW, Sanchez-Sotelo J, Barlow JD. Risk factors for acromial and scapular fractures following reverse shoulder arthroplasty: a meta-analysis. JSES Rev Rep Tech. 2026;6(1):100578. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2025.08.015>
- [4] Davie RA, Nathan K, Persaud SG, Oladeji LO, Taylor SA, Dines JS, et al. Inconsistent reporting of risk factors for acromial stress fractures following reverse total shoulder arthroplasty: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2025;34(11):e975-e984. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.02.032>
- [5] Kent LM, Hurley ET, Davey MS, Klifto CS, Mullett H. Low complication rate following reverse total shoulder arthroplasty at 90-days follow-up: a systematic review. J ISAKOS. 2024;9(2):205-10. <https://doi.org/10.1016/j.jisako.2023.11.006>
- [6] Preuss FR, Eble SK, Peebles AM, Osuna-Garcia A, Provencher CMT. Shoulder strength outcomes after reverse total shoulder arthroplasty: a systematic review. JSES Rev Rep Tech. 2022;2(2):131-4. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2021.11.004>
- [7] Nové-Josserand L, Nerot C, Colotte P, Guery J, van Rooij F, Hibon A, et al. Reverse shoulder arthroplasty for primary glenohumeral osteoarthritis: significantly different characteristics and outcomes in shoulders with intact vs. torn rotator cuff. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(4):850-62. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2023.07.027>