

# ਰੀਵਿਜ਼ਨ ਰੋਟੇਟਰ ਕੱਢ ਮੁਰੰਮਤ

ਰੋਟੇਟਰ ਕੱਢ ਦਾ ਦੁਬਾਰਾ ਟੇਰਨ, ਜਿਸਦਾ ਇਲਾਜ ਰੀਵਿਜ਼ਨ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ।

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।

ਤੁਰੰਤ ਰਿਕਵਰੀ। 45 ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ — ਤੁਹਾਡੀ ਗਤੀ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

| ਹਲਕੀਆਂ ਕੰਮਾਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ<br>ਡੈਸਕ ਕੰਮ, ਡਰਾਈਵਿੰਗ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ                                                                                 | ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ<br>ਮੈਨੁਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ                                                       | ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜਾ ਪਲੇਟੋ<br>ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2-6 weeks</b>                                                                                                                                  | <b>6-12 months</b>                                                                                         | <b>12-24 months</b>                                                                                                                                           |
| ਹਲਕੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਅਤੇ ਡੈਸਕ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 2 ਤੋਂ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਦਰਦ ਰਿਕਵਰੀ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੌਰਾਨ ਜਾਰੀ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ। | ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਰਿਕਵਰੀ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ 75% ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਧਿਕਤਮ ਰਿਕਵਰੀ 1 ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। | ਦਰਦ ਅਤੇ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ 5 ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਨਤੀਜੇ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਫਟਣ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ 2 ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਬਰਕਰਾਰ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। |

## ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਿਉਂ ਕੀਤੀ ਗਈ

ਇਹ ਸਫ਼ਾ ਇਹ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜਨ (upper-limb surgeon) ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਸੀਂ ਆਪਣੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨਾਲ ਕਿਵੇਂ ਨਜਿੱਠਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਜਨਰਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ (GP) ਜਾਂ ਭੌਤਿਕ ਥੈਰੇਪਿਸਟ (physiotherapist) ਦੇ ਹਵਾਲੇ (referral) ਰਾਹੀਂ ਸਾਡੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹੋ। ਅਸੀਂ ਨਿਦਾਨ (diagnosis) ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਲੀਨਿਕ ਮੁਲਾਂਕਣ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਗੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ (non-operative care) ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜਦੋਂ ਇਸ ਨਾਲ ਪਰਿਪੱਕ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦਾ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੇ ਰੀਵਿਜ਼ਨ ਰੋਟੇਟਰ ਕੱਢ ਮੁਰੰਮਤ (revision rotator cuff repair) ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਹਾਲੇ ਵੀ ਦਰਦ ਅਤੇ ਗਤੀ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਹੈ। ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਇੱਕ ਦੂਜਾ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ ਜੋ ਇੱਕ ਫਟੇ ਹੋਏ ਕੰਘ ਦੇ ਟੈਂਡਨ (shoulder tendon) ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਬਾਅਦ ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰ ਨਹੀਂ ਸਕਿਆ ਸੀ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਆਰਥੋਸਕੋਪਿਕ (keyhole) ਪਹੁੰਚ ਰਾਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟ ਅਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਮੁੱਖ ਉਦੇਸ਼ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਨੂੰ

ਘਟਾਉਣਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਘ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ ਨਤੀਜੇ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਮੁਰੰਮਤ (primary repair) ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਓਨੇ ਚੰਗੇ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਪਰ ਆਪਰੇਸ਼ਾ ਤੋਂ 5 ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ ਵਿੱਚ ਯਥਾਰਥਵਾਦੀ ਸੁਧਾਰ ਸੰਭਵ ਹੈ।

## ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਛੇ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਖਾਲੀ ਪੇਟ ਰਹਿਣ ਦੀ ਅਪੀਲ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਦੇ ਸੁਝਾਅ ਅਨੁਸਾਰ ਖੂਨ ਪਤਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਣਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿਓ। ਘਰ ਜਾਣ ਲਈ ਆਪਣਾ ਰਸਤਾ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਕਰੋ ਅਤੇ ਸਾਰੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲੈ ਕੇ ਆਓ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਐਨਾਥੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਸੰਭਾਵਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕੰਬਲ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ X-ਰੇ ਜਾਂ MRI ਸਕੈਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ। ਇਹ ਟੈਸਟ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗੇ ਕਿ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ ਅਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਤੁਹਾਡੇ ਅਰਥੋਸਕੋਪਿਕ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਆਪਣੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਲਈ ਆਰਾਮਦਾਇਕ, ਢਿੱਲੇ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ। ਇਹ ਤਿਆਰੀ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਹੱਲ ਕਰ ਸਕੀਏ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾ ਸਕੀਏ।

## ਦਿਨ ਤੇ

ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਪਹੁੰਚੋਗੇ ਅਤੇ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਏ ਜਾਓਗੇ। ਸਾਡੇ ਐਨਾਥੀਸਿਸਟ (ਸੁਸ਼ੁਪਤੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਜ) ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲਣਗੇ ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣਗੇ। ਇਹ ਸਰਜਰੀ ਜਨਰਲ ਐਨਾਥੀਸੀਆ (ਸਮੁੱਚੀ ਸੁਸ਼ੁਪਤੀ) ਅਤੇ ਇੱਕ ਰੀਜੀਓਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਖੇਤਰੀ ਨਸ ਬਲਾਕ) ਦੇ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਤੁਸੀਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਸ਼ੁਪਤ ਰਹੋਗੇ, ਅਤੇ ਬਲਾਕ — ਜੋ ਕਿ ਇੱਕ ਇਨਜੈਕਸ਼ਨ ਹੈ ਜੋ ਜਾਗਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਬਾਹਰ ਨੂੰ ਸਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਨਸਾਂ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ — ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 12 ਤੋਂ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਦਰਦ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਫਿਰ ਤੁਸੀਂ ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਥੀਏਟਰ (ਸਰਜਰੀ ਕਮਰੇ) ਵਿੱਚ ਜਾਓਗੇ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਅਰਥੋਸਕੋਪਿਕ ਪਹੁੰਚ (ਅਰਥੋਸਕੋਪਿਕ ਤਕਨੀਕ) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੀਆਂ ਕਟਾਵਾਂ (incisions) ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਹਦਾਇਤ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਕੈਮਰਾ ਜੋੜ (joint) ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਰਿਕਵਰੀ (ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਕਮਰੇ) ਵਿੱਚ ਜਾਓਗੇ। ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੀ ਆਰਾਮ-ਸੁਵਿਧਾ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੇਗੀ ਅਤੇ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਏਗੀ ਕਿ ਬਲਾਕ ਤੋਂ ਮਿਲਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਪ੍ਰਭਾਵ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ।

## ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ

ਅਸੀਂ ਇਸ ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਅਰਥੋਸਕੋਪਿਕ, ਜਾਂ ਕੀ-ਹੋਲ (keyhole), ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟ (incisions) ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲੰਬਾਈ ਲਗਭਗ 1 ਸੈ.ਮੀ. ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਛੋਟੇ ਖੁੱਲ੍ਹਾਵਾਂ ਰਾਹੀਂ, ਅਸੀਂ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰਾ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਾਧਨ ਪਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਸਾਨੂੰ ਵੱਡਾ ਕੱਟ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਸਕਰੀਨ 'ਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਪਹਿਲਾਂ ਪਿਛਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਖੇਤਰ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੇਗਾ। ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਇੱਕ ਰੀਵੀਜ਼ਨ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿਛਲੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਜਾਂ ਐਡੀਜ਼ਨਸ (adhesions) ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਕੰਢੇ ਦੀਆਂ ਬਣਤਰਾਂ ਨੂੰ ਆਜ਼ਾਦ ਕਰਨ ਲਈ ਇਨ੍ਹਾਂ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦੇ ਤੰਗ ਬੈਂਡਾਂ ਨੂੰ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਛੱਡਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਉਸ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰੱਖੇ ਹੋਏ ਹਾਰਡਵੇਅਰ ਨੂੰ ਵੀ ਹਟਾ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪੁਰਾਣੇ ਸਕੂ ਜਾਂ ਐਂਕਰ, ਜੋ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਅਗਲੇ, ਅਸੀਂ ਟੈਂਡਨ ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੀ ਤਿਆਰੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜੇਕਰ ਟੈਂਡਨ ਫਟਿਆ ਹੋਇਆ ਜਾਂ ਪਿੱਛੇ ਹਟਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਹੱਡੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਸਕੇ। ਫਿਰ ਅਸੀਂ ਛੋਟੇ ਐਂਕਰਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਫਟੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਹਿਊਮਰਸ (ਉੱਪਰਲੀ ਬਾਹ ਦੀ ਹੱਡੀ) ਨਾਲ ਜੋੜਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਐਂਕਰ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਫਿਕਸ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਤੱਕ ਇਸਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾ ਸਕੇ।

ਅੰਤ ਵਿੱਚ, ਅਸੀਂ ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚਮੜੀ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਘੁਲਣਯੋਗ ਸਿਊਚਰ (dissolving sutures) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਤਹ 'ਤੇ ਸਰਜੀਕਲ ਗਲੂ ਜਾਂ ਸਟੈਰੀ-ਸਟ੍ਰਿਪਸ (steri-strips) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਡਰੈਸਿੰਗ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਓਪਨ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਪਹੁੰਚ ਤੁਹਾਡੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਅਤੇ ਚਮੜੀ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਦੀ ਹੈ।

## ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ, ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਪਟੀਆਂ ਲੱਗੀਆਂ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਰੱਖਣ ਲਈ ਅਸੀਂ ਸਮਾਨ ਢੰਗਾਂ ਨਾਲ ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਇੱਕ ਰਾਤ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹੇ। ਅਸੀਂ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਕੈਮਰੇ ਨਾਲ ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੀਆਂ ਕਟਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਅਰਥੋਸਕੋਪਿਕ (ਕੀ-ਹੋਲ) ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਕੰਡ 24 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 ਜਾਂਚ 'ਤੇ, ਤੁਸੀਂ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗਾਂ ਦੀ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ [ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ](#) ਬਾਰੇ ਸਾਡੀ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਿਕਾ ਦੇਖੋ।

## ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ

ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੀਆਂ ਕੀਹੋਲ ਇੰਸਿਜ਼ਨਾਂ (keyhole incisions) ਹੋਣਗੀਆਂ। ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਕੈਮਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਜੋੜੀ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਟਿਸ਼ੂ ਨੁਕਸਾਨ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ, ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਸਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੇ ਮਿਸ਼ਰਣ ਨਾਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇੰਟਰਸਕੇਲੀਨ ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਕੰਧ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਸੁਖਾਵਾਂ ਰੱਖਦਾ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਸਲਿੰਗ ਪਾਉਂਦੇ ਰਹੋਗੇ। ਸਲਿੰਗ ਪਾਏ ਹੋਏ ਜਾਂ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਂਦੇ ਸਮੇਂ ਡਰਾਈਵ ਨਾ ਕਰੋ। ਸਾਡੀ ਨੀਤੀ ਅਨੁਸਾਰ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਾਹ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਹੋਣ 'ਤੇ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਡਰਾਈਵ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੇ ਹਫ਼ਤੇ ਲੱਗਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਉਦੋਂ ਡਰਾਈਵ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਦੇ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੌਰਾਨ। ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਕ [ਉੱਪਰਲੀ ਬਾਹ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ](#) ਨੂੰ ਦੇਖੋ।

ਦੈਨਿਕ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਤੁਹਾਡੀ ਪੁਨਰਸਥਾਪਨਾ ਕਸਰਤਾਂ ਦਾ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕਠੋਰਤਾ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਆਪਣੀ ਕੋਹਣੀ ਅਤੇ ਮੁੜੀ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਰਹੋਗੇ। ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅੱਗੇ ਵਧਣ ਨਾਲ ਕੰਧ ਦੀ ਗਤੀ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਸੌਣਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਤਕੀਆਂ ਨਾਲ ਥੋੜ੍ਹਾ ਉੱਪਰਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਸੌਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰੋ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਪਤਾ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸੋਜ ਠੀਕ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸੌਣ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਇੱਕ ਧੀਮੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਦਰਦ ਅਤੇ ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ ਵਿੱਚ ਲਗਾਤਾਰ ਸੁਧਾਰ ਦੇਖੋਗੇ। ਅਧਿਕਤਮ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ-ਸਾਰਣੀ ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਤੁਹਾਡੀ ਖਾਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦਾ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਕਰਨਗੇ।

## ਕੀ ਗਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਚੰਗੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਟੀਮ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਪਛਾਣਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਦੇ ਹਨ।

**ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਦੁਬਾਰਾ ਟੁੱਟਣਾ** ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਦੁਬਾਰਾ ਟੁੱਟ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਕੰਬਲੇ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਧਮਕਣ ਜਾਂ ਟੁੱਟਣ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਗਾਇਬ ਹੋਈ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਦਰਦ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੇ ਹੋਏ ਨੋਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਰੰਮਤ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਵਾਂਗ ਮਜ਼ਬੂਤ ਨਾ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਤਾਕਤ ਜਾਂ ਅਹਿਸਾਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਬਦਲਾਅ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

**ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ (ਸੰਕਰਮਣ)** ਕੰਬਲੇ ਦੇ ਜੋੜ ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ ਤੋਂ ਫੈਲਦੀ ਲਾਲੀ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਥਾਂ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਗਰਮ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਲੱਗ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਜਾਂ ਥਰਥਰਾਹਟ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕੱਟਾਂ ਤੋਂ ਪੁੱਜ ਜਾਂ ਕਦਰਦਾਰ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਨਿਕਲਦੇ ਹੋਏ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਦੇਖਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਤੁਰੰਤ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਮਿਲਣੀ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਨਾ ਕਰੋ।

**ਰੱਤ ਦੇ ਛੱਜ (ਡੀਪ-ਵੇਨ ਥ੍ਰੋਮਬੋਸਿਸ)** ਤੁਹਾਡੇ ਪੈਰ ਦੀਆਂ ਡੂੰਘੀਆਂ ਨਸਾਂ ਵਿੱਚ ਰੱਤ ਦਾ ਛੱਜ ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਪਿੱਠ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਜਾਂ ਜੰਗ ਵਿੱਚ ਡੂੰਘੀ, ਧੜਕਦੀ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਪੈਰ ਸੁੱਜਿਆ, ਲਾਲ ਜਾਂ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਦੂਜੇ ਪੈਰ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਗਰਮ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਦੁਰਲੱਭ ਹੈ ਪਰ ਗੰਭੀਰ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪੈਰ ਵਿੱਚ ਸੁੱਜਣ ਜਾਂ ਦਰਦ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਤਾਤਕਾਲੀ ਚਿਕਿਤਸਾ ਸਹਾਇਤਾ ਲਓ।

**ਕਠੋਰਤਾ ਅਤੇ ਸੀਮਿਤ ਚਾਲ** ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਪਹਿਲੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਾਲੀ ਉਮੇ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਾ ਕਰ ਸਕੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਕੰਬਲਾ ਤਣਾਅ ਜਾਂ ਕਠੋਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਸਿਰ ਦੇ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਪਿੱਛੇ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਚਾਲ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮੀਦ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਅਨੁਸਰਣ ਮਿਲਣੀਆਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਚਰਚਾ ਕਰੋ।

**ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ** ਕਈ ਵਾਰ, ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਰਿਵੀਜ਼ਨ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਹੋਰ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਉਦੋਂ ਵੱਧ ਆਮ ਹੈ ਜਦੋਂ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਖਰਾਬ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਪਿਛਲੀਆਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਤੋਂ ਦਾਗ ਟਿਸ਼ੂ (ਸਕਾਰ ਟਿਸ਼ੂ) ਮੌਜੂਦ ਹੋਣ। ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨਗੇ ਕਿ ਕੀ ਹੋਰ ਦਖਲ-ਅੰਦਾਜ਼ੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

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

## ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ, ਵਧਦੀ ਹੋਈ ਘਾ ਦਾ ਲਾਲ ਹੋਣਾ ਜਾਂ ਛਲਕਾਅ, ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਤੇ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪਿੰਜਣੀ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਤਿ-ਆਵਾਜ਼ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਸੰਵੇਦਨਾ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ ਹੋਣ ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅੰਗ ਨੂੰ ਹਿਲਾ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਸਾਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਅਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸਹੀ ਰਾਹ 'ਤੇ ਰਹੇ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਕਾਰ ਨਾ ਚਲਾਓ।

## ਰੀਵਿਜ਼ਨ ਰੋਟੇਟਰ ਕੱਢ ਮੁਰੰਮਤ

### ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਾਹਿਤ ਤੋਂ ਜਟਿਲਤਾ ਦਰਾਂ

45 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 ਫਟਣਾ           | 32.6-55.5%     | ਸੰਰਚਨਾਤਮਕ ਅਸਫਲਤਾ ਦਰਾਂ ਅਧਿਐਨ ਅਨੁਸਾਰ ਬਹੁਤ ਵੱਖਰੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ 2 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ 55.5% ਤੱਕ ਦੁਬਾਰਾ ਫਟਣ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ। |
| ਰੀਵਿਜ਼ਨ ਸਰਜਰੀ         | 10.0-37.0%     | ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਵੱਖਰਾਪਨ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ 37% ਤੱਕ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਣ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ।                    |
| ਸਖ਼ਤੀ                 | 5.0-10.0%      | ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲੀ ਸਖ਼ਤੀ ਇੱਕ ਆਮ ਜਟਿਲਤਾ ਹੈ, ਜੋ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ 5% ਤੋਂ 10% ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।                                                                          |
| ਸੰਕਰਮਣ                | 2.1-5.0%       | ਕਲੀਨਿਕਲ ਸੰਕਰਮਣ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ 2.1% ਤੋਂ 5.0% ਤੱਕ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਸਬ-ਕਲੀਨਿਕਲ ਸੰਕਰਮਣ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ 28.9% ਤੱਕ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।                                      |
| ਨਸਾਂ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ       | 1.1%           | ਨਿਊਰੋਲੋਜਿਕ ਨੁਕਸਾਨ ਇੱਕ ਦੁਰਲੱਭ ਪਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ੀ ਜਟਿਲਤਾ ਹੈ।                                                                                                    |
| ਬਾਹਰੀ ਵਸਤੂ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ | Rare           | ਬਾਇਓਐਬਜ਼ਾਰਬੇਬਲ ਸਮੱਗਰੀ ਜਾਂ ਢਿੱਲੇ ਸਿਚਰ ਐਂਕਰਾਂ ਪ੍ਰਤੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆਵਾਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ 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