

ਰੋਟੇਟਰ ਕੱਢ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ

ਇੱਕ ਟੁੱਟਿਆ ਸੁਪਰਾਸਪੀਨੇਟਸ ਟੈਂਡਨ — ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਰੋਟੇਟਰ ਕੱਢ ਟੁੱਟਣ ਦਾ ਨਮੂਨਾ। ਮੁਰੰਮਤ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਟੁੱਟੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਛੋਟੇ ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਉੱਪਰਲੇ ਬਾਹਰ ਦੇ ਹੱਡੀ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਜੋੜਦੀਆਂ ਹਨ।

Kieran Hirpara © ① ② ③ 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, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ	ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਮੈਨੂਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ	ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜਾ ਪਲੇਟੋ ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ
2-6 weeks	6-8 months	12 months
ਡੈਸਕ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 2 ਤੋਂ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਡਰਾਈਵਿੰਗ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਜਦੋਂ ਰਿਵਿਊ 'ਤੇ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।	ਪਿਛਲੇ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸੀ ਚੋਟ ਲੱਗੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਲਈ ਲਗਭਗ 8 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 88.5% ਲੋਕ ਔਸਤਨ 6.59 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।	ਅਧਿਕਤਮ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਪੱਧਰ 1 ਸਾਲ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਬਾਅਦ ਮਰੀਜ਼-ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੇ ਨਤੀਜੇ ਖਰਾਬ ਹੋਣੇ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਿਉਂ ਕੀਤੀ ਗਈ

ਰੋਟੇਟਰ ਕੱਢ ਮੁਰੰਮਤ ਇੱਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਫਟੇ ਹੋਏ ਕੰਡਰਾਂ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜਨ ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਅਸਾਂ ਦੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਇਸ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਪੇ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨ 'ਤੇ ਧਿਆਨ ਕੇਂਦਰਿਤ ਕਰਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਜਨਰਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ (GP) ਜਾਂ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ ਅਸਾਂ ਦੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹੋ। ਅਸੀਂ ਫਟੇ ਦੇ ਆਕਾਰ ਅਤੇ ਸਥਾਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਇਮੇਜਿੰਗ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੇ ਪਹਿਨਣ ਅਤੇ ਖਰਾਬ ਹੋਣ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਗੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ, ਅਤੇ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਇਹ ਕਦਮ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ। ਚੋਟ ਕਾਰਨ ਹੋਏ ਤਤਕਾਲੀ ਫਟਿਆਂ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਮੁੱਖ ਫਾਇਦਾ ਦਰਦ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਹ ਨੂੰ ਉਠਾਉਣ ਅਤੇ ਘੁਮਾਉਣ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ। ਅਸਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸ ਛੋਟੇ ਕਟਾਅ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਕੈਮਰੇ ਵਾਲੇ ਅਰਥੋਸਕੋਪਿਕ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਥੋਸਕੋਪਿਕ ਰੋਟੇਟਰ ਕੱਢ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਛੇ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਭੁੱਖੇ ਰਹਿਣ ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ ਹਾਂ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਦੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਖੂਨ ਪਤਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਣਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿਓ। ਆਪਣੇ ਘਰ ਲੈਣ ਅਤੇ ਰਾਤ ਭਰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਲਈ ਇੱਕ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਬਾਲਗ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ ਕਰੋ। ਸਾਰੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਪੂਰੀ ਸੂਚੀ ਲਿਆਓ ਅਤੇ ਢਿੱਲੀ, ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਹਿਨੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਜੋੜ ਅਤੇ ਸਮੁੱਚੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ X-ਰੇ, MRI ਜਾਂ ਖੂਨ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਐਨਾਥੀਸੀਆ ਸਮੀਖਿਆ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਦਰਦ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਯੋਜਨਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ। ਇਹ ਕਦਮ ਸਾਨੂੰ ਇੱਕ ਸੁਚੱਜੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਤੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਲਈ ਤਿਆਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਦਿਨ ਤੇ

ਤੁਸੀਂ ਦਾਖਲੇ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਪਹੁੰਚੋਗੇ। ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਐਨੈਸਥੀਟਿਕ (ਸਮੂਹਿਕ ਨੀਂਦ) ਦੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਖੇਤਰੀ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਸਥਾਨਿਕ ਨਸਾਂ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਦੇ ਤਹਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਤੁਸੀਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁੱਤਿਆ ਰਹਿਣਗੇ, ਅਤੇ ਬਲਾਕ — ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਗਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਬਾਹਰ ਨੂੰ ਸਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਨਸਾਂ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਇੱਕ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਹੈ — ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 12 ਤੋਂ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਦਰਦ ਦੀ ਸਹੂਲਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਐਨੈਸਥੀਟਿਸਟ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲੇਗਾ ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ।

ਫਿਰ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਟੇਬਲ (ਸਰਜਰੀ ਕਮਰੇ) ਲੈ ਜਾਂਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਆਰਥੋਸਕੋਪਿਕ (ਕੀਹੋਲ) ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਦੇ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਕੈਮਰੇ ਰਾਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਅਸੀਂ ਫਟੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ ਦੇ ਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਨੂੰ ਘੱਟ ਤੋਂ ਘੱਟ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ। ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਰਿਕਵਰੀ ਏਰੀਆ (ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਕਮਰੇ) ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ। ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੀ ਆਰਾਮ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੇਗੀ ਅਤੇ ਘਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਏਗੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਥਿਰ ਹੋ।

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ

ਅਸੀਂ ਇਸ ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਆਰਥੋਸਕੋਪਿਕ ਪਹੁੰਚ, ਜਿਸਨੂੰ ਅਕਸਰ ਕੀ-ਹੋਲ ਸਰਜਰੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਵਿਧੀ ਤਦ ਤਰਜੀਹੀ ਮੰਨੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ੌਲਡਰ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਾਫ਼ ਨਜ਼ਰਿਆਂ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਪੇਸ਼ੀਆਂ ਨੂੰ ਘੱਟ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ੌਲਡਰ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ ਹਿੱਸੇ 'ਤੇ ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲੰਬਾਈ ਲਗਭਗ 1 ਸੈ.ਮੀ. ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਛੋਟੇ ਖੁੱਲ੍ਹਾਵਾਂ ਰਾਹੀਂ, ਅਸੀਂ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰਾ ਅਤੇ ਖਾਸ ਔਜ਼ਾਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਸਾਨੂੰ ਜੋੜ ਨੂੰ ਕਈ ਕੋਣਾਂ ਤੋਂ ਦੇਖਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਟੁੱਟਣ ਅਤੇ ਸ਼ੌਲਡਰ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਪੂਰਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ।

ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਅਸੀਂ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਣੇ ਹੋਏ ਟਿਸ਼ੂ ਜਾਂ ਚਿਪਕਣ ਨੂੰ ਛੱਡਦੇ ਹਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਆਜ਼ਾਦੀ ਨਾਲ ਚਲਣ ਤੋਂ ਰੋਕ ਰਹੇ ਹਨ। ਟੁੱਟੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਇੱਕ ਖਿੱਚੇ ਹੋਏ ਰੱਸੀ ਵਜੋਂ ਸੋਚੋ ਜੋ ਹੱਡੀ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਔਕਰ ਪੁਆਇੰਟ ਤੋਂ ਹਟ ਗਈ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਾਪਸ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਿਰ 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਅਸਲ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਖਿੱਚਦੇ ਹਾਂ। ਇਸਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਉੱਥੇ ਰੱਖਣ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਬਾਇਓਡੀਗਰੇਡੇਬਲ (ਜੈਵਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੁੱਟਣ ਵਾਲੇ) ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਬਣੇ ਛੋਟੇ ਔਕਰਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਔਕਰ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਸਕੂ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਸਿਲਾਈ (ਸਟਿਚਾਂ) ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਰਾਹੀਂ ਲੰਘਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਥਾਂ 'ਤੇ ਬੰਨ੍ਹਿਆ ਜਾ ਸਕੇ।

ਅਸੀਂ ਅਕਸਰ ਡਬਲ-ਰੋ ਟੈਕਨੀਕ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਸਦਾ ਅਰਥ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਔਕਰਾਂ ਨੂੰ ਦੋ ਕਤਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ ਲਈ ਵਾਧੂ ਬਿੰਦੂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਟੈਂਡਨ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜਨ ਵਾਲੇ ਪੂਰੇ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਇਹ ਵਿਧੀ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਤੱਕ ਦਬਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਸਿੰਗਲ-ਰੋ ਵਿਧੀਆਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਕੁਦਰਤੀ ਅਨਾਟੋਮੀ ਨਾਲ ਵਧੇਰੇ ਨੇੜਿਓਂ ਮੇਲ ਖਾਂਦੀ ਹੈ। ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਅਸੀਂ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਸਥਿਰ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸ਼ੌਲਡਰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਚੱਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਅੰਤ ਵਿੱਚ, ਅਸੀਂ ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ ਨੂੰ ਘੁਲਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਿਲਾਈਆਂ ਜਾਂ ਗੁੰਦ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇੱਕ ਡਰੈਸਿੰਗ ਲਗਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੌਰਾਨ ਉਸ ਖੇਤਰ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ।

ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਇੱਕ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਛੋਟੀਆਂ ਕਟਾਈਆਂ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਡਰੈਸਿੰਗ ਹੋਵੇਗੀ। ਅਸੀਂ ਅਰਥੋਸਕੋਪਿਕ (ਕੀ-ਹੋਲ) ਤਰੀਕਾ ਅਪਣਾਉਂਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੀਆਂ ਕਟਾਈਆਂ ਅਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਕੈਮਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਦਰਦ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਆਮ ਤਰੀਕੇ ਅਪਣਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਇਸ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਰਾਤ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰੁਕਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਸ਼ੌਲਡਰ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾ ਸਕਦੇ, 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। ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗਾਂ ਦੀ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ](#) ਦੇਖੋ।

ਬਰਾਮਦਗੀ

ਤੁਸੀਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਕੰਬਲ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਅਤੇ ਸਖ਼ਤੀ ਨੋਟ ਕਰੋਗੇ। ਇਹ ਸਧਾਰਨ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰੀਰ ਕੀਹੋਲ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਠੀਕ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਟੈਂਡੇਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਲਈ ਛੋਟੇ ਕੱਟ ਅਤੇ ਇੱਕ ਕੈਮਰੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜੋ ਕਿ ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਨੁਕਸਾਨ ਨੂੰ ਘੱਟ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਅਸੁਵਿਧਾ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਪਰ ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਇੱਕ ਦਰਦ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਯੋਜਨਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗੀ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਅਕਸਰ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਬਰਫ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਸੌ ਸਕੋ।

ਪਹਿਲੀਆਂ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਇੱਕ ਸਲਿੰਗ ਪਾਉਂਦੇ ਰਹੋਗੇ। ਸਲਿੰਗ ਪਾਉਂਦੇ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ। ਸਾਡੀ ਨੀਤੀ ਅਨੁਸਾਰ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਮਿਲਣ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਦੌਰਾਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਉਸ ਕੰਬਲ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ। ਵਧੇਰੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਡਾ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ](#) ਗਾਈਡ ਪੜ੍ਹੋ।

ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਸੋਜ ਠੀਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਦੀ ਹਦਾਇਤ ਅਨੁਸਾਰ ਹਲਕੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋਗੇ। ਇਹ ਅਭਿਆਸ ਰੋਜ਼ ਆਫ਼ ਮੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਬਹਾਲ ਕਰਨ ਲਈ ਬਹੁਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਸਧਾਰਨ ਕੰਮ ਕਰੋਗੇ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹਲਕੀਆਂ ਵਸਤੂਆਂ ਨੂੰ ਪਹੁੰਚਣਾ, ਜਿੰਨਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਸੌਣਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਤਕੀਆਂ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਢੁੱਕਵਾਂ ਰੱਖਣਾ ਅਕਸਰ ਮਦਦਗਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਅਨੁਸਾਰ ਤੁਹਾਡੀ ਰੂਟੀਨ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਕਰਨਗੇ।

ਬਰਾਮਦਗੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵੱਖਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ-ਸਾਰਣੀ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰੀਰ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਟੀਅਰ ਦੀ ਜਟਿਲਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਸਥਿਰਤਾ 'ਤੇ ਧਿਆਨ ਕੇਂਦਰਿਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਕਈ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਰਹਿਣ ਵਾਲੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੁਧਾਰ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ 'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕਰੋ, ਸਾਡੀਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਨਾਲ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਦਿਲ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰੋ।

ਕੀ ਗਲਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਚੰਗੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੀ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਣਗੇ ਤਾਂ ਜੋ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮਸਲੇ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਪਛਾਣਿਆ ਜਾ ਸਕੇ।

ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਲੰਬੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਪਹਿਲੇ ਸਾਲ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸੁਧਾਰ ਧੀਮਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਕੰਘੀ (ਸ਼ੌਲਡਰ) ਦੀ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲਤਾ ਵਿੱਚ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਲਗਾਤਾਰ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਫਸੇ ਹੋਏ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਢਾਲ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਮੁੜ ਫਟਣਾ ਇੱਕ ਜਾਣਿਆ-ਪਛਾਣਿਆ ਜੋਖਮ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਛੇ ਹਫ਼ਤੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਇਸਦਾ ਹੋਣ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਖ਼ਤਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਚਾਨਕ ਛਿੜਕਣ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਜਾਂ ਤਿੱਖਾ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਕੰਘੀ ਕਮਜ਼ੋਰ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਸਾਡੀ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜਲਦੀ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਨਾਲ ਅਸੀਂ ਇਸਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਸਮਾਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਿੰਨ ਤੋਂ ਛੇ ਮਹੀਨੇ ਤੱਕ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕਰਨਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਇੱਕ ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕਰਨ ਨਾਲ ਮੁੜ ਫਟਣ ਦਾ ਜੋਖਮ ਵਧ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਮਾਂ ਪਿੱਛੇ ਹਟਾਉਣ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ।

ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ (ਸੰਕਰਮਣ) ਇੱਕ ਗੰਭੀਰ ਚਿੰਤਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ (ਇੰਸਿਜ਼ਨ) ਤੋਂ ਫੈਲਦੀ ਲਾਲੀ ਨੋਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਖੇਤਰ ਗਰਮ, ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਜਾਂ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਜਾਂ ਕੰਬੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਇਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਰਕਤ ਜਮ੍ਹਾਂ (ਬਲੱਡ ਕਲਾਟ) ਦੁਰਲੱਭ ਹਨ ਪਰ ਸੰਭਵ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਪਿੱਠਲੀ (ਕੈਲਫ) ਜਾਂ ਜੰਗ (ਥਾਈ) ਵਿੱਚ ਸੁੱਜਣ, ਦਰਦ ਜਾਂ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲਤਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਪੈਰ ਲਾਲ ਦਿਖਾਈ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਗਰਮ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਚਿਕਿਤਸਾ ਇਮਰਜੈਂਸੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪੈਰ ਵਿੱਚ ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਮਦਦ ਲਓ।

ਮੁੜ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਟਿਕ ਨਹੀਂ ਰਹੀ, ਤਾਂ ਦੂਜੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਜਾਂ ਸੀਮਿਤ ਚਾਲ-ਫਿਰਕ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੁੜ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮੁੜ ਫਟਣਾ ਅਕਸਰ ਮੂਲ ਫਟਣ ਨਾਲੋਂ ਛੋਟਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸਾਰੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ।

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

ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ, ਘਾਵ ਦੀ ਲਾਲੀ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ, ਜਾਂ ਸਰਾਬ (discharge) ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਚਾਨਕ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ, ਪਿੰਜਣ ਵਿੱਚ ਸੋਜ, ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ, ਸੰਵੇਦਨਾ ਖਤਮ ਹੋਣਾ, ਜਾਂ ਅੰਗ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਅਤੇ ਤੁਰੰਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਇਲਾਜ ਕੇਂਦਰ (emergency) ਜਾਓ। ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਤੁਰੰਤ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਇਹ ਲੱਛਣ ਪ੍ਰਗਟ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਅਗਲੀ ਮਿਲਣੀ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਨਾ ਕਰੋ। ਆਪਣੀ ਖਾਸ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਸਾਡੀ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਰੋਟੇਟਰ ਕੱਢ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ

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
ਪੇਰੀਅੰਕਰ ਸਿਸਟ	35-43%	ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੇ 35-43% ਵਿੱਚ ਰੇਡੀਓਗ੍ਰਾਫਿਕ ਲੱਛਣ; ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲਾ ਅਤੇ ਇੰਟਰਵੈਂਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।
ਦੁਬਾਰਾ ਟੀਅਰ ਜਾਂ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲਤਾ	15-30%	ਰੋਟੇਟਰ ਕੱਢ ਮੁਰੰਮਤ ਅੰਸ਼ਕ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਅਸਫਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦੁਬਾਰਾ ਟੀਅਰ (94.7%) ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ 6-26 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ ਹੁੰਦੇ ਹਨ; ਵੱਡੇ ਟੀਅਰ, 65 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ, ਸਿਗਰਤ ਪੀਣਾ, ਮਿਠਾਸ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ (ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼), ਅਤੇ ਫੈਟੀ ਇਨਫਿਲਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਜੋਖਮ ਵਧਦਾ ਹੈ।
ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਖ਼ਤੀ	13-44%	ਸਖ਼ਤੀ ਦੂਜਾ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਜਟਿਲਤਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲੇ ਭੌਤਿਕ ਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿੰਦੇ ਹਨ; ਲਗਭਗ 5% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਗੰਭੀਰ ਫ਼ਰੋਜ਼ਨ ਸ਼ੌਲਡਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਮੈਨੀਪੂਲੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਕੈਪਸੂਲਰ ਰਿਲੀਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਧੂਰੀ ਰਾਹਤ	5-10%	ਮੁਰੰਮਤ ਸਹੀ ਹੋਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਦੀ ਅਧੂਰੀ ਰਾਹਤ; ਇਹ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਮੌਜੂਦ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ, ਫੈਟੀ ਇਨਫਿਲਟ੍ਰੇਸ਼ਨ, ਜਾਂ ਸੰਯੁਕਤ ਪੈਥੋਲੋਜੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਦਰ	2-7%	ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਕਾਰਨ ਸਿੰਪਟੋਮੈਟਿਕ ਦੁਬਾਰਾ ਟੀਅਰ (88%), ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲੀ ਸਖ਼ਤੀ (5%), ਅਤੇ ਸੰਕਰਮਣ (4%) ਹਨ।
ਐਡਹੀਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ	1.4-5.0%	ਐਡਹੀਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਛੋਟੇ ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਮਰੀਜ਼-ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੇ ਐਲਰਜੀ ਵਧੀਆਂ ਦਰਾਂ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਹੋਏ ਹਨ।
ਨਰਵ ਕੰਪਰੈਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ	<1%	ਲਗਭਗ 5% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਤਾ (ਟਿੰਗਲਿੰਗ) ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਜਾਂ ਕਯੂਬਿਟਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲੇ ਬਾਹਰ ਨੂੰ ਸਲਿੰਗ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।
ਡੀਪ ਵੀਨਸ ਥ੍ਰੋਮਬੋਸਿਸ	<1%	ਖੂਨ ਦੇ ਛੱਜੇ (ਬਲੱਡ ਕਲਾਟਸ) ਦੁਰਲੱਭ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਐਂਟੀਕੋਗੂਲੇਸ਼ਨ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜਟਿਲਤਾ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਸੰਕਰਮਣ	0.2-0.5%	ਡੀਪ ਸੰਕਰਮਣਾਂ ਲਈ ਕਈ ਵਾਰ ਵਾਸ਼ (ਵਾਸ਼ਆਉਟਸ), ਸਿਚਰ/ਅੰਕਰ ਹਟਾਉਣ, ਅਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ IV ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕਸ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ; ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਜੀਵ Cutibacterium acnes ਅਤੇ Staphylococcus ਹਨ।
ਅੰਕਰ-ਸੰਬੰਧੀ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ	Rare	ਅੰਕਰ ਦਾ ਬਾਹਰ ਖਿੱਚਣਾ, ਸਥਾਨ ਬਦਲਣਾ, ਜਾਂ ਉੱਭਰੇ ਹੋਏ ਅੰਕਰਾਂ ਕਾਰਨ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ; ਇਸਦੇ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ 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