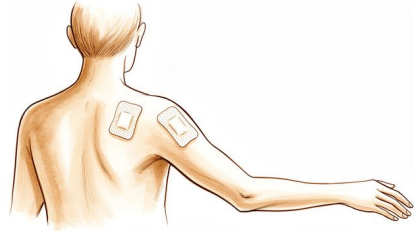


ਸ਼ੌਲਡਰ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪੀ

ਸਥਿਰਤਾ ਸਰਜ ਦੌਰਾਨ ਕੰਬਲ ਵਿੱਚ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਦ੍ਰਿਸ਼।

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। 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

ਡੈਸਕ ਕੰਮ ਅਤੇ ਹਲਕੀਆਂ ਰੋਜ਼ਮਰਾ ਦੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ (ADLs) ਵੱਲ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 2 ਤੋਂ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ-ਮੁਕਤ ਰੋਜ਼ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਰਗਰਮ ਗਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

4-6 months

ਮੈਨੂਅਲ ਕੰਮ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵੱਲ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 4 ਤੋਂ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਬਾਅਦ ਸੰਭਵ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ-ਅਧਾਰਿਤ ਟੈਸਟਿੰਗ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

12 months

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅਧਿਕਤਮ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਸੁਧਾਰ ਅਤੇ ਦਰਦ/ਤਾਕਤ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰਤਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੇਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਿਉਂ ਕੀਤੀ ਗਈ

ਇਹ ਪੰਨਾ ਇਹ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜਨ (upper-limb surgeon) ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਸੀਂ ਆਪਣੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸੰਭਾਲਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰੇ ਅਤੇ ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ (incisions) ਵਾਲੀ ਕੀਹੋਲ ਐਪ੍ਰੋਚ (keyhole approach) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਨਾਲ ਅਸੀਂ ਅੰਦਰੋਂ ਹੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਸਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਗੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ (non-operative care) ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਲਿਆਉਂਦਾ। ਡੀਜਨਰੇਟਿਵ (degenerative) ਜਾਂ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ, ਅਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ (physiotherapy), ਜਾਂ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਬਣਾਵਟੀ (structural) ਜਾਂ ਤਾਜ਼ੀਆਂ (acute) ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ, ਸਰਜਰੀ ਤੁਰੰਤ ਸਿਫਾਰਸ਼ੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਸਥਿਰਤਾ (stability) ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ ਹੈ। ਸਾਹਿਤ ਵਿਵਾਦਿਤ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੋਈ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਲੀਨਿਕਲ ਗਾਈਡਲਾਈਨਾਂ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਸ਼ੌਲਡਰ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪੀ (shoulder arthroscopy) ਇੱਕ ਆਮ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ ਜਿਸਦੇ ਜੋਖਮ ਘੱਟ ਹਨ। ਤੀਸਰੇ ਦਿਨ ਦੀ ਜਟਿਲਤਾ ਦਰ (complication rate) 1.0% ਹੈ। ਚੋਣਵੀਂ ਸ਼ੌਲਡਰ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪੀ (elective shoulder

arthroscopy) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੌਰਬਿਡਿਟੀ (morbidity) ਅਤੇ ਮੌਤ ਦੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਦੁਰਲੱਭ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਮੰਨਦੇ ਹਾਂ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਛੇ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਭੁੱਖੇ ਰਹੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਬੰਦ ਕਰਨੀਆਂ ਹਨ। ਘਰ ਜਾਣ ਲਈ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ ਅਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲਿਆਓ। ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਐਕਸ-ਰੇ, ਐਮ.ਆਰ.ਆਈ. ਸਕੈਨ, ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟ ਜਾਂ ਐਨਾਥੀਸੀਆ ਸਮੀਖਿਆ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਜਾਂਚਾਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ ਅਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰੇ ਵਾਲੀ ਕੀ-ਹੋਲ (keyhole) ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਸਾਨੂੰ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੇਖਣ ਅਤੇ ਇਸਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੌਰਾਨ ਆਪਣਾ ਫ਼ੋਨ ਬੰਦ ਰੱਖੋ। ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਦੇ ਸਾਰੇ ਹਦਾਇਤਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਮੰਨੋ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਯਾਤਰਾ ਨੂੰ ਸੁਚਾਰੂ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਦਿਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਐਨਾਥੈਟਿਕ (ਸਮੁੱਚੀ ਨੀਂਦ) ਅਤੇ ਇੱਕ ਰੀਜੀਓਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਖੇਤਰੀ ਨਸ ਬਲਾਕ) ਦੇ ਸੰਯੋਗ ਹੇਠ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁੱਤਿਆ ਰਹਿਣਗੇ, ਅਤੇ ਬਲਾਕ — ਜੋ ਕਿ ਇੱਕ ਇਨਜੈਕਸ਼ਨ 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 ਐਡਮਿਸ਼ਨ ਲਈ ਸਾਡੀ ਸਹੂਲਤ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚੋਗੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਆਰਥੋਸਕੋਪਿਕ (ਕੀ-ਹੋਲ) ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ, ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ ਅਤੇ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਫਿਰ ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਜਾਓਗੇ। ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਿੱਚ ਜਾਓਗੇ। ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਇਸ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੀ ਸੁਵਿਧਾ ਅਤੇ ਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਉਮੀਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਰਾਮ ਕਰੋਗੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਐਨਾਥੈਟਿਕ ਦੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਖਤਮ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ।

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ

ਸ਼ੌਲਡਰ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪੀ ਇੱਕ ਅਕਸਰ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ ਜਿਸਦੇ ਜੋਖਮ ਘੱਟ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਦੇ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੀਹੋਲ ਕੱਟਾਂ ਰਾਹੀਂ ਸ਼ੌਲਡਰ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਹਰੇਕ ਲਗਭਗ 1 ਸੈ.ਮੀ. ਲੰਬਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਕੰਮ ਦੀ ਹਦਾਇਤ ਕਰਨ ਲਈ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਕੈਮਰਾ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਵੱਡੀ ਕਟਾਈ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਬਣਤਰਾਂ ਨੂੰ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੇਖਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਮਿਲਦੀ ਹੈ।

ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਫਟੇ ਹੋਏ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ, ਫਟੇ ਹੋਏ ਲੈਬਰਮ ਟਿਸ਼ੂ (ਸਾਕੇਟ ਦੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਰਿਮ) ਨੂੰ ਛੋਟੇ ਐਂਕਰਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਸ਼ੌਲਡਰ ਅਸਥਿਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਮਕੈਨਿਕਲ ਸਥਿਰਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਤੰਗ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਫਸੇ ਹੋਏ ਨਰਵ ਨੂੰ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂ ਤੋਂ ਛੁਡਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ੌਲਡਰ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੀ ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਖਾਸ ਕਦਮ ਚੁਣਦਾ ਹੈ।

ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ ਨੂੰ ਸਿਵਰਜ਼ ਜਾਂ ਗਲੂ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇੱਕ ਡਰੈਸਿੰਗ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਚੋਣਵੀਂ ਸ਼ੌਲਡਰ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪੀ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਕਿ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦੁਰਲੱਭ ਹਨ, ਉਹ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਧਿਆਨ ਦੀ ਲੋੜ ਵਾਲੀ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਸਮੱਸਿਆ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕਮਰੇ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਹੈ, ਜੋ ਸਾਰੀਆਂ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦਾ 29% ਹਿੱਸਾ ਹੈ। ਹੋਰ ਜੋਖਮਾਂ ਵਿੱਚ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਵਿੱਚ ਤਰਲ ਲੀਕ ਹੋਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਜਿਸਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਬਿਨਾਂ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਇਹਨਾਂ ਵਿਸਤਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰੇਗਾ।

ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਹੋਸ਼ ਵਿੱਚ ਆਵੋਗੇ। ਇਸ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਰਾਤ ਰੁਕਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਬਹੁ-ਤਰੀਕਾ (multimodal) ਗੈਰ-ਓਪੀਓਇਡ ਦਰਦ ਨਿਯੰਤਰਣ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡਾ ਕੰਧਾ ਇੱਕ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇਗਾ ਅਤੇ ਛੋਟੀਆਂ ਕਟਾਈਆਂ (incisions) ਉੱਤੇ ਡਰੈਸਿੰਗ ਲਗਾਈ ਜਾਵੇਗੀ। ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਦਾ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਣਾ (Fluid extravasation) ਇੱਕ ਦੁਰਲੱਭ ਜਟਿਲਤਾ ਹੈ ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਕੰਧੇ ਦੀ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਗੱਡੀ ਨਾ ਚਲਾਓ, ਭਾਵੇਂ ਕਿਸ ਬਾਹ ਦੀ ਸਰਜੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ। ਅਸੀਂ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇਵੇ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਅਸੀਂ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ](#) ਬਾਰੇ ਸਾਡੀ ਗਾਈਡ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ।

ਰਿਕਵਰੀ

ਕੈਮਰੇ ਅਤੇ ਔਜ਼ਾਰਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੇ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੀਆਂ ਕਟਾਈਆਂ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਕੰਧ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਵਾਲਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇਗਾ। ਇਹ ਸਧਾਰਨ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਸਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਬਰਫ਼, ਉੱਚਾ ਰੱਖਣਾ ਅਤੇ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਨਾਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਅਹਿਸਾਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸੋਜ ਘਟਣ ਨਾਲ ਆਰਾਮ ਧੀਰੇ-ਧੀਰੇ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਸਲਿੰਗ ਪਹਿਨੋਗੇ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਾਂਗੇ ਕਿ ਹਲਕੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਕਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਲਚਕਤਾ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਖਾਸ ਵਰਜਿਸ਼ਾਂ ਦਿਖਾਵੇਗਾ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਿਨਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੀ ਬਾਂਹ ਨਾਲ ਹਲਕੇ ਦਿਨਚਰੀ ਦੇ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਮਿਲਣ ਤੱਕ ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ਾਂ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਪਹੁੰਚਣ ਤੋਂ ਬਚੋ।

ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਸੌਣਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਰੀਕਲਾਈਨਰ ਵਿੱਚ ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਜਾਂ ਤਕੀਆਂ ਨਾਲ ਸਿਰ ਉੱਚਾ ਰੱਖ ਕੇ ਸੌਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰੋ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡੀ ਗਤੀ ਦੀ ਸੀਮਾ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਵਧੇਰੇ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਸਥਿਤੀਆਂ ਲੱਭ ਲਵੋਗੇ। ਅਸੀਂ ਨਿਯਮਤ ਚੈੱਕ-ਅੱਪਾਂ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਡਰਾਈਵ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ 'ਤੇ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਹੋ, ਤੁਸੀਂ ਡਰਾਈਵ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ। ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ [ਉੱਪਰਲੀ ਬਾਂਹ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ](#) ਨੂੰ ਦੇਖੋ।

ਤੁਹਾਡੀ ਰਿਕਵਰੀ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿਲੱਖਣ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ-ਸਾਰਣੀ ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਧ ਦੇ ਭਲੇ ਹੋਣ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਦੇਣਗੇ।

ਕੀ ਗਲਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ

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

ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਇਹ ਇੱਕ ਦੁਰਲੱਭ ਘਟਨਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਛੋਟੀਆਂ ਕਟਾਈਆਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਵਧਦੀ ਲਾਲੀ, ਗਰਮੀ ਜਾਂ ਸੋਜ ਨੂੰ ਨੋਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਨਰਮ ਜਗ੍ਹਾ ਜਾਂ ਧੜਕਣ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਘਾਵ ਤੋਂ ਪੁੱਜ (pus) ਨਿਕਲਦੀ ਹੋਈ ਦੇਖੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਦੇਖਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਸਾਡੀ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਸਾਨੂੰ ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕਸ ਲਿਖਣ ਜਾਂ ਘਾਵ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਮੁੜ-ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ (ਮੁੜ-ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ) ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਕਰਨ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਤਾਂ ਇਸਦੀ ਇਹ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਦੁਬਾਰਾ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਅਚਾਨਕ ਧਮਾਕਾ, ਕਲਿੱਕ ਜਾਂ ਰਗੜਨ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੰਬਲ ਵਿਗੜਿਆ ਹੋਇਆ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਢਿੱਲਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਆਮ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਗੁਆ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਇਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਅਤਿ-ਆਵਾਜ਼ ਵਿਭਾਗ (emergency department) ਜਾਓ। ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਇਸਨੂੰ ਵਾਪਸ ਧੱਕਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਨਾ ਕਰੋ।

ਫਰੇਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ (ਫਰੇਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ) ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਸਖ਼ਤੀ ਅਤੇ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਪਿੱਛੇ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੰਬਲ ਸਖ਼ਤ ਅਤੇ ਚਾਲ ਵਿਰੁੱਧ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਕੁਝ ਉਮਰ ਦੇ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਦੂਜੇ ਕੰਬਲ ਵਿੱਚ ਇਸ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵਧੇਰੇ ਆਮ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਗਤੀ ਦੀ ਰੇਂਜ ਬਿਹਤਰ ਹੋਣਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਬੁਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਗਲੀ ਸਮੀਖਿਆ 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪੁਨਰਵਾਸ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਢਾਲ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਕਈ ਵਾਰ, ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੂਜੀ ਵਾਰ ਦੇਖਣ ਜਾਂ ਮੁਰੰਮਤ ਲਈ ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਰੂਮ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਜਟਿਲਤਾ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਕਿਸਮ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਪਹਿਲੀ ਸਰਜਰੀ ਅਸਫਲ ਰਹੀ, ਪਰ ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਹੋਰ ਕੰਮ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਫੰਕਸ਼ਨ ਉਮੀਦ ਅਨੁਸਾਰ ਬਿਹਤਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਚਰਚਾ ਕਰੋ।

ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਦਰਦ ਜਾਂ ਓਪੀਓਇਡ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਲਈ ਦਰਦ ਨਸ਼ਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਸਧਾਰਨ ਦਰਦ ਨਸ਼ਾ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ ਮਜ਼ਬੂਤ ਓਪੀਓਇਡ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਹੋ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਦਵਾਈਆਂ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰਤਾ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਆਮ ਜੋਖਮ ਜਦੋਂ ਕਿ ਦੁਰਲੱਭ ਹਨ, ਗੰਭੀਰ ਘਟਨਾਵਾਂ ਵਾਪਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਗੰਭੀਰ ਖੂਨ ਵਗਣਾ ਜਾਂ ਐਨਥੀਸੀਆ (anesthesia) ਪ੍ਰਤੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਚਕਰ ਆਉਣਾ, ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਜਾਂ ਛਾਤੀ ਦਾ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਗੰਭੀਰ ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਅਤਿ-ਆਵਾਜ਼ ਦੇਖਭਾਲ ਲਓ।

ਇਸ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੀ ਸਾਰਣੀ ਵਿੱਚ ਆਮ ਦਰਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹਨ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਵਿਸ਼ਿੱਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਕਦੋਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੀ ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਛੱਡੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸਰਸ਼ਾਹ, ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਤੇ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪਿੰਜਣੀ (calf) ਵਿੱਚ ਸੋਜ, ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼, ਸੰਵੇਦਨਾ ਦਾ ਖ਼ਤਮ ਹੋਣਾ, ਜਾਂ ਅੰਗ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥਾ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਇਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਤੁਰੰਤ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਣ ਲਈ ਇੱਥੇ ਹਾਂ।

ਸ਼ੌਲਡਰ ਅਰਥਰੋਸਕੋਪੀ

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
ਰੀਵੀਜ਼ਨ ਸਰਜਰੀ	15.2%	ਪਿਛਲੇ ACDF (ਸਾਹਮਣੇ ਦੀ ਗਰਦਨ ਦੀ ਡਿਸਕ ਹਟਾਉਣ ਅਤੇ ਫਿਊਜ਼ਨ) ਦੇ ਇਤਿਹਾਸ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਧਿਆ ਹੋਇਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਦੁਹਰਾਉਂਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ	8.3-23.0%	ਬਾਲਗ਼ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਅਤੇ ਹਿਲ-ਸੈਗਸ ਲੈਸ਼ਨਾਂ ਵਰਗੇ ਖਾਸ ਜੋਖਮ ਕਾਰਕਾਂ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸਦੇ ਦਰਾਂ ਵੱਧ ਦੇਖੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।
ਸਖ਼ਤੀ (Stiffness)	2-5%	ਸਰਜਰੀ ਬਾਅਦ ਦੀ ਸਖ਼ਤੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਾ (physiotherapy) ਦੁਆਰਾ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ; ਇਸਦੇ ਲਈ ਅਨੁਸਾਰਤਾ ਹੇਠ ਮੈਨੀਪੂਲੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਦੁਬਾਰਾ ਹਸਪਤਾਲ ਭਰਤੀ	1.13%	30-ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਹਸਪਤਾਲ ਭਰਤੀ ਦਰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਨਸਾਂ ਦੀ ਚੋਟ (Nerve injury)	<1%	ਸਥਾਈ ਨਸ ਚੋਟ ਦੁਰਲੱਭ ਹੈ (<1%); ਐਕਸਿਲਰੀ ਜਾਂ ਮਸਕੂਲੋਕਿਟੇਨੀਅਸ ਨਸ ਦੀ ਅਸਥਾਈ ਟ੍ਰੈਕਸ਼ਨ ਨਿਊਰੋਪੈਥੀਆ ਵਧੇਰੇ ਆਮ ਹੈ ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਥਾਣੇ (Operating room) ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ	0.27-0.45%	ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਜਟਿਲਤਾ ਹੈ, ਜੋ ਕੁਝ ਲੜੀਵਾਰ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸਾਰੀਆਂ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦਾ 29% ਹਿੱਸਾ ਹੈ।
ਸੰਕਰਮਣ (Infection)	0.21-0.26%	ਜੋਖਮ ਹੋਰ ਵੱਡੀਆਂ ਲੜੀਵਾਰ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੇ ਸਮਾਨ ਹੈ; ਪਿਛਲੇ ACDF ਜਾਂ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਸਟੀਰਾਇਡ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਥ੍ਰੋਮਬੋਇੰਬੋਲਿਜ਼ਮ (Thromboembolism)	0.21-0.26%	ਇਸ ਵਿੱਚ DVT ਅਤੇ PE ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ; ਜੋਖਮ ਕਾਰਕਾਂ ਵਿੱਚ BMI >30 ਅਤੇ ਉੱਚ ਖੂਨ ਦਾ ਦਬਾਅ ਸ਼ਾਮਲ 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