

ਸਬਾਕੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ

ਸਬ-ਐਕਰੋਮੀਅਲ ਬਰਸਾ — ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਮਾਇਆ-ਭਰਿਆ ਤਕਦਾ, ਜੋ ਸ਼ੌਲਡਰ ਇੰਪਾਇੰਜਮੈਂਟ ਵਿੱਚ ਸੋਜ਼ਿਸ਼ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

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

ਹਲਕੀਆਂ ਕੰਮਾਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਡੈਸਕ ਕੰਮ, ਡਰਾਈਵਿੰਗ, ਹੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ	ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਮੈਨੁਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ	ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜਾ ਪਲੇਟੋ ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ
2-6 weeks ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ; ਡਰਾਈਵਿੰਗ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ (ਕਿਸੇ ਵੀ ਸ਼ੌਲਡਰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ), ਰਿਵਿਊ 'ਤੇ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਮਿਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।	3-6 months ਸਬਜੈਕਟਿਵ ਸ਼ੌਲਡਰ ਫੰਕਸ਼ਨ ਦੀ ਬਹਾਲੀ ਵਿੱਚ ਔਸਤਨ ਲਗਭਗ 3 ਮਹੀਨੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਪਾਬੰਦੀ ਦੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਵਿੱਚ ਅਕਸਰ 6 ਮਹੀਨੇ ਤੱਕ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ।	12 months ਦਰਦ ਅਤੇ ਫੰਕਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਅਧਿਕਤਮ ਸੁਧਾਰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲੀ ਪੋਸਟ-ਆਪਰੇਟਿਵ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ 10 ਸਾਲ ਤੱਕ ਲਗਾਤਾਰ ਸੁਧਾਰ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦਾ 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 ਹਿਰਪਾਰਾ ਅਸੀਂ ਆਪਣੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨਾਲ ਕਿਵੇਂ ਸਰਗਰਮੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਬ-ਐਕਰੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ (subacromial decompression), ਜਿਸਨੂੰ ਸ਼ੌਲਡਰ ਇੰਪਿੰਗਮੈਂਟ ਸਰਜਰੀ (shoulder impingement surgery) ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ੌਲਡਰ ਵਿੱਚ ਮਕੈਨੀਕਲ ਦਬਾਅ (mechanical pinching) ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਗੈਰ-ਸਰਜਰੀਕੀ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਦ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ। ਤੁਸੀਂ ਜਨਰਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸ਼ਨਰ (GP) ਜਾਂ ਭੌਤਿਕ ਥੈਰੇਪਿਸਟ (physiotherapist) ਦੇ ਰੈਫਰਲ ਦੁਆਰਾ ਅਸੀਂ ਆਪਣੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹੋ। ਇੱਕ ਕਲੀਨਿਕ ਮੁਲਾਂਕਣ ਨਾਲ ਨਿਦਾਨ (diagnosis) ਸਥਾਪਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ ਅਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਗਤੀਵਿਧੀ ਬਦਲਣ, ਭੌਤਿਕ ਥੈਰੇਪੀ, ਸਪਲਿੰਟਿੰਗ (splinting), ਅਤੇ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜਦੋਂ ਇਹਨਾਂ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦਾ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਅਸੀਂ ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ (procedure) ਤਦ ਪੇਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 6 ਮਹੀਨੇ ਤੋਂ ਦਰਦ ਹੈ, ਇੱਕ ਖਾਸ ਭੌਤਿਕ ਪਰੀਖਣ ਟੈਸਟ ਸਕਾਰਾਤਮਕ (positive) ਹੈ, ਅਤੇ ਸਕੈਨ ਮਕੈਨੀਕਲ ਇੰਪਿੰਗਮੈਂਟ (mechanical impingement) ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਸਬ-ਐਕਰੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ (Arthroscopic subacromial decompression) ਇੱਕ ਵੈਧ ਇਲਾਜ ਹੈ ਜੋ ਡੈਨਿਸ਼ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਕਾਂ (Danish national guidelines) ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਚੁਣੇ ਗਏ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਨੂੰ ਘਟਾਉਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਸਾਡਾ ਸਰਜਨ ਦੇ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕਟਾਅ (incisions) ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰੇ ਨਾਲ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਪਹੁੰਚ (arthroscopic approach) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਤੁਹਾਡੇ ਸ਼ੌਲਡਰ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂਆਂ 'ਤੇ ਦਬਾਅ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਤੁਹਾਡੇ ਐਨਾਥੈਟਿਕ (ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਦੀ ਦਵਾਈ) ਤੋਂ ਛੇ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੁੱਖਾ ਰਹਿਣਾ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਦੀ ਸਲਾਹ ਅਨੁਸਾਰ ਖੂਨ ਪਤਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਣਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿਓ। ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਰ ਲੈਣ ਜਾਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਆਯੋਜਿਤ ਕਰੋ। ਆਪਣੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਪੂਰੀ ਸੂਚੀ ਲੈ ਕੇ ਆਓ ਅਤੇ ਆਰਾਮਦਾਇਕ, ਵਿੱਲੀ-ਢਾਲੀ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ। ਨਿਦਾਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਢੁਕਵੀਂਤਾ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਐਕਸ-ਰੇ, ਐਮ.ਆਰ.ਆਈ. ਸਕੈਨ ਜਾਂ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟ ਵਰਗੀਆਂ ਪ੍ਰੀ-ਸਰਜਰੀ ਜਾਂਚਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਦਰਦ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਦੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨ ਲਈ ਐਨਾਥੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ ਦੀ ਵੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਦਮ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਜਰੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਹੋਵੇ।

ਦਿਨ ਤੇ

ਤੁਸੀਂ ਦਾਖਲੇ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਪਹੁੰਚੋਗੇ। ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚੈੱਕ-ਇਨ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਦੇਵੇਗੀ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਐਨਾਥੈਟਿਕ (ਸਮੁੱਚੀ ਸੁਰਾਕਸ਼ਾ) ਦੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਰੀਜਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਖੇਤਰੀ ਨਸ ਬਲਾਕ) ਹੇਠ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁੱਤਿਆ ਰਹੋਗੇ, ਅਤੇ ਬਲਾਕ — ਜੋ 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 ਨਿਵਾਰਕ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਐਨਾਥੈਟਿਸਟ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣਗੇ ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਣਗੇ।

ਫਿਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਲੈ ਜਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਸਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਅਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਦੇ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕੱਟ (ਇੰਸਿਜ਼ਨ) ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਕੰਬਲੇ ਨੂੰ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਲਈ ਇਨ੍ਹਾਂ ਛੋਟੇ ਛੋਟੇ ਰਾਹੀਂ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਕੈਮਰਾ ਅਤੇ ਖਾਸ ਔਜ਼ਾਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਮਾਈਨਿਮਲੀ ਇਨਵੇਸਿਵ (ਘੱਟ ਹਮਲਾਵਰ) ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਪੂਰੀ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਰਿਕਵਰੀ ਏਰੀਆ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ। ਸਾਡੀਆਂ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਵਾਈਟਲ ਸਾਈਨਜ਼ (ਜੀਵਨ ਲੱਛਣ) ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨਗੀਆਂ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਐਨਾਥੈਟਿਕ ਦਾ ਅਸਰ ਖਤਮ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਓਗੇ ਅਤੇ ਘਰ ਜਾਣ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹੋ ਜਾਓਗੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਦੇਖ ਸਕੋਗੇ।

ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਅਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ, ਜਾਂ ਕੀ-ਹੋਲ (keyhole), ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੰਘੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਲਗਭਗ 1 ਸੈ.ਮੀ. ਲੰਬੀਆਂ ਦੇ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਕਟਾਈਆਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਛੋਟੇ ਛੋਟੇ ਰਾਹੀਂ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰਾ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਔਜ਼ਾਰ ਦਾਖਲ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵੱਡੀ ਕਟਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਬਿਨਾਂ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਮੁੱਖ ਉਦੇਸ਼ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਘੇ ਦੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਛੱਤ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਮੌਜੂਦ ਢਾਂਚਿਆਂ 'ਤੇ ਦਬਾਅ ਘਟਾਉਣਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਖੇਤਰ ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਅਤੇ ਸੋਜੀ ਵਾਲੇ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਮਾਤਰਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਹਟਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਸਪੇਸ ਨੂੰ ਸਮਤਲ ਕਰਕੇ, ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਆਜ਼ਾਦੀ ਨਾਲ ਚਲਣ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਜਗ੍ਹਾ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਨ ਵਾਲੀ ਸਿੱਕਣ ਜਾਂ ਇੰਪਿੰਗਮੈਂਟ (impingement) ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ (decompression) ਪੂਰਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਛੋਟੀਆਂ ਕਟਾਈਆਂ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਕਟਾਈਆਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿਫ਼ਤਾਂ (stitches), ਸਟੈਪਲਜ਼, ਜਾਂ ਚਿਕਿਤਸਕ ਗਲੂ (medical glue) ਨਾਲ ਬੰਦ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਉਸ ਖੇਤਰ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਇੱਕ ਡਰੈਸਿੰਗ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਪੂਰੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸੁੱਤੇ ਹੋ ਅਤੇ ਕੋਈ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ। ਇਹ ਪਹੁੰਚ ਇੰਪ੍ਰਿਜ਼ਮੈਂਟ ਦਾ ਸਟੀਕ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ ਕਟਾਈਆਂ ਨੂੰ ਨਿਊਨਤਮ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਘਾਵਾਂ ਉੱਤੇ ਡਰੈਸਿੰਗ ਲੱਗੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਇਸ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਇੱਕ ਰਾਤ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਉਹੀ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਰੱਖਣ ਲਈ ਮਾਨਕ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਸ਼ੌਲਡਰ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੱਕ ਕਾਰ ਨਾ ਚਲਾਓ, ਭਾਵੇਂ ਕਿਸ ਹੱਥ ਦੀ ਸਰਜੀ ਹੋਈ ਹੋਵੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਮਿਲਣ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨੀ ਹੋਵੇਗੀ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। [ਅਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ](#) ਦੇਖੋ। ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹੇ। ਡਰੈਸਿੰਗ ਨੂੰ ਸੁੱਕਾ ਅਤੇ ਸਾਫ਼ ਰੱਖੋ। ਸੋਜ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਅਤੇ ਮੁੜੀ ਨੂੰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘੁਮਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਭਾਰੀ ਵਸਤੂਆਂ ਨੂੰ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਸ਼ੌਲਡਰ ਦੀ ਉਚਾਈ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਉਠਾਉਣ ਤੋਂ ਪਰਹੇਜ਼ ਕਰੋ।

ਬਰਾਮਦਗੀ (ਰਿਕਵਰੀ)

ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੀਆਂ ਕੀ-ਹੋਲ (keyhole) ਕਟਾਈਆਂ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਕੈਮਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਬਲ (shoulder) ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੁਝ ਸੋਜ ਅਤੇ ਦਰਦ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੋ। ਇਹ ਸਧਾਰਨ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਟੀਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਰੱਖਣ ਲਈ ਦਵਾਈ ਦੇਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇ ਕੇ ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸੋਜ ਘਟਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਕੰਬਲ ਠੀਕ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇਗਾ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਸਲਿੰਗ (sling) ਪਾਓਗੇ। ਸਲਿੰਗ ਪਾਏ ਹੋਏ ਤੁਸੀਂ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾ ਸਕਦੇ। ਸਾਡੀ ਨੀਤੀ ਅਨੁਸਾਰ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਕੰਬਲ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਲਈ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਕਿਸ ਹੱਥ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ। ਤੁਸੀਂ ਉਦੋਂ ਦੁਬਾਰਾ ਗੱਡੀ ਚਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਵੇ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਦੌਰਾਨ। ਵਧੇਰੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ ਸਾਡੇ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗਾਂ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ](#) ਦੇ ਗਾਈਡ ਨੂੰ ਦੇਖੋ।

ਤੁਹਾਡਾ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਤੁਹਾਡੀ ਪੁਨਰਸਥਾਪਨਾ (rehabilitation) ਦੀ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰੇਗਾ। ਤੁਸੀਂ ਸਖ਼ਤੀ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਜਲਦੀ ਹੀ ਹਲਕੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋਗੇ। ਇਹ ਅਭਿਆਸ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਗਤੀ ਦੀ ਰੇਂਜ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਘਟੇਗਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਗਤੀ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੋਵੇਗਾ, ਤੁਸੀਂ ਧੀਰੇ-ਧੀਰੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਵੱਲ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੇ ਜਾਓਗੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ-ਸਾਰਣੀ ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰਨਗੇ।

ਕੀ ਗਲਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਚੰਗਾ ਨਤੀਜਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਟੀਮ ਕੋਈ ਵੀ ਸਮੱਸਿਆ ਜਲਦੀ ਪਛਾਣਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਦੇ ਹਨ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਕੈਲਸੀਫਿਕ ਜਮ੍ਹਾਂ (calcific deposits) ਵੀ ਹਟਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਸਮਾਂ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਨੋਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਦਰਦ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਤਦ ਤੱਕ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਪਾਬੰਦੀ ਦੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਆ ਸਕਦੇ। ਇਹ ਉਸ ਸਥਿਤੀ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਸਿਰਫ਼ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਕਟਾਈ (tissue trimming) ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਲਈ ਧੀਰਜ ਰੱਖੋ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਲਈ ਆਪਣੀ ਟੀਮ ਦੇ ਸਲਾਹ-ਮੁਤਾਬਕ ਗਤੀ ਨੂੰ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਕਰੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਰੋਟੇਟਰ ਕੱਢ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ (rotator cuff repair) ਵੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਗੱਲ ਤੋਂ ਅਵਗਤ ਰਹੋ ਕਿ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਹਮੇਸ਼ਾ ਬਿਹਤਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਨਤੀਜੇ ਸਿਰਫ਼ ਕੱਢ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਵਾਉਣ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਘੱਟ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਖਾਸ ਕੰਬਲ (shoulder) ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਇਸ ਵਾਧੂ ਕਦਮ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰੇਗਾ।

ਤੁਹਾਡੀ ਪਿੱਠ ਦੀ ਹੱਡੀ (collarbone) ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਵਾਲੀ ਨਸ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਦੇ ਛੱਜ (blood clot) ਬਣਨ ਦਾ ਛੋਟਾ ਜਿਹਾ ਖਤਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਫੇਫੜੇ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪੈਦਾ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸਨੂੰ ਫੇਫੜੇ ਦਾ ਥਰੋਮਬੋਐਮਬੋਲਿਜ਼ਮ (pulmonary embolism) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਅਚਾਨਕ ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼, ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ, ਜਾਂ ਖੂਨ ਕੱਢਣ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਇੱਕ ਐਮਰਜੈਂਸੀ (medical emergency) ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸਰਵਿਸਜ਼ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਜਾਓ।

ਪਿਛਲੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਿਵਰਸ ਟੋਟਲ ਸ਼ੋਲਡਰ ਅਰਥੋਪਲਾਸਟੀ (reverse total shoulder arthroplasty) ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਕੈਪੂਲਾ (shoulder blade) ਵਿੱਚ ਤਣਾਅ ਫੈਕਚਰ (stress fracture) ਦਾ ਖਤਰਾ ਵਧਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਹੱਡੀ ਤਣਾਅ ਹੇਠ ਟੁੱਟਣ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਇਤਿਹਾਸ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖੇਗਾ।

ਇਸ ਪੇਜ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦੀ ਸਾਰਣੀ (complications table) ਵਿੱਚ ਆਮ ਦਰਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੀ ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਸਰਸਰੀ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ, ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਤੇ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿੰਜਣੀ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਤਿ-ਆਵਾਜ਼ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਚ ਅਹਿਸਾਸ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅੰਗ ਨੂੰ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਸਾਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਤੁਰੰਤ ਜਾਂਚ ਕਰਨੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸਹੀ ਰਾਹ 'ਤੇ ਰਹੇ।

ਸਥਾਕੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ

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
ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ	10.0-14.5%	ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ ਇੱਕ ਆਮ ਜਟਿਲਤਾ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਜੋ ਐਕਰੋਮੀਓਪਲਾਸਟੀ ਨਾਲ ਰੋਟੇਟਰ ਕੱਢ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਵਾ ਰਹੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
ਹੈਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸੀਫਿਕੇਸ਼ਨ	3.1%	ਹੈਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਇੱਕ ਦੁਰਲੱਭ ਪਰ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਟਿਲਤਾ ਹੈ।
ਸਟਿਫਨੈੱਸ (ਕਸਾਵਟ)	2.9-22%	ਪੋਸਟ-ਆਪਰੇਟਿਵ ਸਟਿਫਨੈੱਸ ਦੀ ਦਰ ਕੈਲਸਿਫਿਕ ਟੈਂਡੋਨਾਈਟਿਸ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ 2.9% ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਲੈਟਰਲ ਐਕਰੋਮੀਓਪਲਾਸਟੀ ਦੇ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ 22% ਤੱਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਰੀ-ਟੀਅਰ (ਮੁੜ ਫਟਣਾ)	2.9-38.0%	ਰੀ-ਟੀਅਰ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਅਧਿਐਨ ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਕਾਫੀ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਕੀ ਸਮਕਾਲੀ ਰੋਟੇਟਰ ਕੱਢ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ।
ਰਿਵੀਜ਼ਨ ਸਰਜਰੀ	1.5-22.2%	ਰਿਵੀਜ਼ਨ ਸਰਜਰੀ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਸੰਕੇਤ ਅਤੇ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਦੀ ਮਿਆਦ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੇ ਹੋਏ 1.5% ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ 20% ਤੋਂ ਵੱਧ ਤੱਕ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।
ਐਕਰੋਮੀਅਲ ਸਟ੍ਰੈਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ	0.9-2.2%	ਐਕਰੋਮੀਅਲ ਸਟ੍ਰੈਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਇੱਕ ਜੋਖਮ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਪਹਿਲਾਂ ਸਥਾਕੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਕਰਵਾਇਆ ਸੀ ਅਤੇ ਹੁਣ ਰਿਵਰਸ ਟੋਟਲ ਸ਼ੌਲਡਰ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ ਕਰਵਾ ਰਹੇ ਹਨ।
ਥ੍ਰੋਮਬੋਐਮਬੋਲਿਜ਼ਮ	0.4%	ਥ੍ਰੋਮਬੋਐਮਬੋਲਿਕ ਘਟਨਾਵਾਂ ਦੁਰਲੱਭ ਹਨ ਪਰ ਸ਼ੌਲਡਰ ਆਰਥਰੋਸਕੋਪੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।
ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ (ਸੰਕਰਮਣ)	0.2-0.4%	ਡੀਪ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਵੱਡੇ ਕੋਰੋਰਟ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 0.2% ਤੋਂ 0.4% ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।
ਨਰਵ ਇਨਜੁਰੀ (ਤੰਤੂ ਨੁਕਸਾਨ)	0.1%	ਨਰਵ ਇਨਜੁਰੀ ਦੁਰਲੱਭ ਹੈ, ਵੱਡੇ ਕੋਰੋਰਟਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਾਂ ਲਗਭਗ 0.1% ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।
ਹੈਮਾਟੋਮਾ	0.1%	ਪ੍ਰੈਸੀਜ਼ਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੈਮਾਟੋਮਾ ਬਣਨਾ ਅਸਧਾਰਨ ਹੈ।
ਵੰਡ ਕੰਪਲੀਕੇਸ਼ਨ (ਖੁਲ੍ਹਾ ਜ਼ਖਮ ਸੰਬੰਧੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ)	0.07-0.27%	ਵੰਡ ਕੰਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੁਰਲੱਭ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਸਰਜੀਕਲ ਪਹੁੰਚ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਜਟਿਲਤਾ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਡੈਲਟੋਇਡ ਡਿਟੈਚਮੈਂਟ (ਢਿੱਲਾ ਪੈਣਾ)	Rare	ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ ਤਕਨੀਕ ਨਾਲ ਡੈਲਟੋਇਡ ਡਿਟੈਚਮੈਂਟ ਦੁਰਲੱਭ ਹੈ; ਇਤਿਹਾਸਕ ਦਰਾਂ 37% ਤੱਕ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਓਪਨ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹਨ।
ਪਸਊਡੋਪੈਰਾਲਿਸਿਸ	Rare	ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਰਗਰਮ ਉੱਚਾ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ; ਇਹ ਪਛਾਣੇ ਬਿਨਾਂ ਰਹਿ ਗਏ ਰੋਟੇਟਰ ਕੱਢ ਦੇ ਫਟਣ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਹੋ ਸਕਦਾ 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