

ਡੀ ਕੁਵਰਨ ਰਿਲੀਜ਼

ਫਿੰਕਲਸਟਾਈਨ ਟੈਸਟ ਦੇ ਕੁਵਰਨ ਦੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ: ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਮੁੰਡੀ ਵਿੱਚ ਛੁਪਾਉਣਾ ਅਤੇ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਮੋੜਨਾ ਸੋਜ਼ਸ਼ ਵਾਲੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਖਿੱਚਦਾ ਹੈ। ਤੀਰ ਕਲਾਈ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ ਦੇ ਆਮ ਸਥਾਨ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ।

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। 24 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 ਮਰੀਜ਼ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਲਦੀ ਲੱਛਣਾਂ ਵਿੱਚ ਰਾਹਤ ਅਤੇ 2 ਤੋਂ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹਲਕੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਅਨੁਭਵ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਇੰਡੋਸਕੋਪਿਕ ਤਕਨੀਕਾਂ ਨਾਲ।	3-6 months ਪੂਰਨ ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਰਿਕਵਰੀ ਅਤੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਹੱਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 3 ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤਕਨੀਕਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਬਰਾਬਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।	12 months ਅਧਿਕਤਮ ਸੁਧਾਰ ਅਤੇ ਦਰਦ/ਤਾਕਤ ਦਾ ਪਲੇਟੋ (ਸਥਿਰ ਹੋਣਾ) ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਦੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਿਉਂ ਕੀਤੀ ਗਈ

ਇਹ ਪੰਨਾ ਇਹ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਅਪਰ-ਲਿੰਬ ਸਰਜਨ (upper-limb surgeon) ਡਾਕਟਰ ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਸੀਂ ਆਪਣੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨਾਲ ਕਿਵੇਂ ਸਰਗਰਮੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਜਨਰਲ ਪ੍ਰੈਕਟੀਸਰ (GP) ਜਾਂ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਦੇ ਹਵਾਲੇ ਨਾਲ ਸਾਡੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹੋ। ਇੱਕ ਕਲੀਨਿਕ ਮੁਲਾਂਕਣ ਨਾਲ ਨਿਦਾਨ ਸਥਾਪਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਗੈਰ-ਸਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਹੱਥ ਦੀ ਥੈਰੇਪੀ, ਸਪਲਿੰਟਿੰਗ ਅਤੇ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਇਸ ਨਾਲ ਕਾਫੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਫਿਰ ਸਰਜਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲਾਈ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਤੇ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਡੀ ਕੁਵਰਨ ਟੈਨੋਸਾਈਨੋਵਾਈਟਿਸ (de Quervain tenosynovitis) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਉਦੋਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਪਹਿਲੇ ਡੋਰਸਲ ਕੰਪਾਰਟਮੈਂਟ (first dorsal compartment) ਵਿੱਚ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੇ ਤੰਦ (tendons) ਉਤੇਜਿਤ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੌਰਾਨ ਇਹਨਾਂ ਤੰਦਾਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਤਣਾਅ ਵਾਲੀ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਛੱਡਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਰਗੜ ਅਤੇ ਦਰਦ ਘਟਦਾ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਕਲਾਈ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਗਤੀ ਅਤੇ ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਲੋੜੀਂਦੇ ਟੈਸਟਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਮੁੜੀ ਦੇ X-ਰੇ, ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨਗੇ ਤਾਂ ਜੋ ਦਰਦ ਦੇ ਹੋਰ ਕਾਰਨਾਂ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲੋੜੀਂਦੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਨਾਸ਼ਤਾ ਛੱਡੋ ਅਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਕੁਝ ਦਵਾਈਆਂ ਬੰਦ ਕਰੋ। ਘਰ ਜਾਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਪ ਡਰਾਈਵ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਇਸ ਲਈ ਘਰ ਲੈਣ-ਆਉਣ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ। ਸਾਰੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲੈ ਕੇ ਆਓ ਅਤੇ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਹਿਨੋ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਓਪਨ ਐਪ੍ਰੋਚ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ, ਓਪਰੇਟਿਵ ਸਾਈਟ ਦੇ ਉੱਪਰ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਕਟਾਅ ਨਾਲ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਰਹੇ ਤਣੇ ਹੋਏ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਛੱਡਣ ਲਈ ਸਿੱਧੇ ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰੀ-ਸਰਜਰੀ ਸਮੀਖਿਆ ਦੌਰਾਨ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਢਾਲ-ਬਦਲਾਅ ਅਤੇ ਨਾਸ਼ਤੇ ਦੇ ਸਮੇਂ ਬਾਰੇ ਖਾਸ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਗੇ।

ਦਿਨ ਤੇ

ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਸਰਜਰੀ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚੋਗੇ ਅਤੇ ਸਾਡੀ ਨਰਸਿੰਗ ਟੀਮ ਨਾਲ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਕਰਵਾਓਗੇ। ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਲਈ ਤਿਆਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨਗੇ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਐਨਾਥੀਸਟ (anesthetist) ਨਾਲ ਮਿਲੋਗੇ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਦੇ ਇਤਿਹਾਸ ਅਤੇ ਐਨਾਥੀਸੀਆ ਦੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ। ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਲੋਕਲ ਐਨਾਥੀਸੀਆ (ਇੱਕ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਜੋ ਸਿਰਫ਼ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹੋਸ਼ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੇ ਹੋ) ਜਾਂ ਜਨਰਲ ਐਨਾਥੀਸੀਆ (ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁੱਤਾ ਹੋਣਾ) ਦੇ ਤਹਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਲੋਕਲ ਐਨਾਥੀਸੀਆ ਨੂੰ ਚੁਣਦੇ ਹਨ — ਰਿਕਵਰੀ ਤੇਜ਼ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਜਲਦੀ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੁੱਤਾ ਰਹਿਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਵੀ ਇੱਕ ਢੁਕਵਾਂ ਵਿਕਲਪ ਹੈ — ਇਸ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਐਨਾਥੀਸਟ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਤਿਆਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਸਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਨੂੰ ਇੱਕ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਜੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਸਥਾਨ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਰਵਾਇਤੀ ਕੱਟ (incision) ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਟੀਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਰੱਖਣ ਦੀ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਵੇਗੀ। ਸਰਜਰੀ ਪੂਰਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਰਿਕਵਰੀ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਹੋਸ਼ ਵਿੱਚ ਆਵੋਗੇ। ਨਰਸ ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਵਨ ਚਿੰਨ੍ਹਾਂ (vital signs) ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨਗੇ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਸੁਵਿਧਾ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨਗੇ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਥੇ ਤੱਕ ਰਹੋਗੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਜਾਣ ਲਈ ਸਥਿਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਬਾਲਗ ਹੋਵੇਗਾ।

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਮੁੜੀ ਦੇ ਹਥੇਲੀ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਇੱਕ ਇਕੱਲੀ ਕੱਟ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸਨੂੰ ਵੋਲਰ ਪਹੁੰਚ (volar approach) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਖੋਲ੍ਹੇ ਰਾਹੀਂ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਪਹਿਲੇ ਡੋਰਸਲ ਕੰਪਾਰਟਮੈਂਟ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਟਿਸ਼ੂ ਦਾ ਉਹ ਟਨਲ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਮੁੜੀ ਦੇ ਅੰਗੂਠੇ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਫੜੀ ਰੱਖਦਾ ਹੈ।

ਅੰਦਰ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਉਸ ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਤੰਗ ਪੱਟੀ ਨੂੰ ਛੱਡ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਇਨ੍ਹਾਂ ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਦਬਾ ਰਹੀ ਹੈ। ਇਸ ਪੱਟੀ ਨੂੰ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਰੈਟੀਨੈਕੁਲਮ (extensor retinaculum) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸ ਪੱਟੀ ਨੂੰ ਲੰਬਾ ਕਰਨ ਲਈ Z-ਪਲਾਸਟੀ (Z-plasty) ਤਕਨੀਕ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਦੁਬਾਰਾ ਵਿਵਸਥਿਤ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਦੁਬਾਰਾ ਤੰਗ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਇਹ ਸੰਕੇਤ ਦਿੰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਸੰਕੁਚਨ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਵੱਖਰੇ ਪਾਕਟ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਖਾਸ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਪੂਰਨ ਰਾਹਤ ਲਈ ਦੋਵਾਂ ਕੰਪਾਰਟਮੈਂਟਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੇਗਾ।

ਇੱਕ ਵਾਰ ਦਬਾਅ ਹਟਾ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਕੱਟ ਨੂੰ ਸਿਲਾਈ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਖੇਤਰ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਇੱਕ ਡਰੈਸਿੰਗ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਓਪਨ ਰਿਲੀਜ਼ (open release) de Quervain ਟੈਂਡੀਨੋਪੈਥੀ ਲਈ ਇੱਕ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਇਲਾਜ ਹੈ। ਇਹ ਰਿਸਟ੍ਰਿਕਟਿਵ ਟਨਲ ਵਿੱਚ ਫਸੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਨੂੰ ਆਜ਼ਾਦ ਕਰਕੇ ਮੂਲ ਕਾਰਨ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪੱਟੀ ਅਤੇ ਇੱਕ ਨਰਮ ਬੈਂਡੇਜ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਜਾਗੋਗੇ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਦਿਨ ਦਾ ਕੇਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਮਰੀਜ਼ ਰਾਤ ਰੁਕਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਮਿਆਰੀ ਦਵਾਈ ਨਾਲ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਸੇਜ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਉੱਚਾ ਰੱਖੋ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਘਾਅ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਵੀਲ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਫੜ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਤਦ ਤੱਕ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਤੋਂ ਗੁਰੇਜ਼ ਕਰੋ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਤੋਂ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ ਸਾਡੇ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ](#) ਦੇ ਗਾਈਡ ਨੂੰ ਦੇਖੋ।

ਰਿਕਵਰੀ (ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ)

ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਦੌਰਾਨ ਆਪਣੀ ਕੋਹਲੀ ਅਤੇ ਉਂਗਲ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਸੇਜ ਅਤੇ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰੋਗੇ। ਇਹ ਸਧਾਰਨ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਸੇਜ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਉੱਚਾ ਰੱਖਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਆਰਾਮ ਲਈ ਸਪਲਿੰਟ ਜਾਂ ਬੈਂਡੇਜ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਸੀਂ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਸਪਲਿੰਟ ਪਾਏ ਹੋਏ ਹੋ, ਤਦੋਂ ਤੱਕ ਡਰਾਈਵਿੰਗ (ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ) ਤੋਂ ਗੁਰੇਜ਼ ਕਰੋ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਤੁਸੀਂ ਉਦੋਂ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਦੋਂ ਸਪਲਿੰਟ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਦੇ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਵੀਲ ਨੂੰ ਫੜ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣਗੇ ਕਿ ਹਲਕੀ ਗਤੀ (ਹਲਕੀ ਮੋੜਨ-ਫਿਰਾਉਣ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ) ਕਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨੀ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਗਤੀ ਸਖ਼ਤੀ (stiffness) ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪੀ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਨ ਲਈ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਨਾਲ Extend Rehabilitation ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਲਚਕਤਾ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਸਰਲ ਅਭਿਆਸ ਦਿਖਾਉਣਗੇ। ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਉਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋਗੇ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਘਾਅ (wound) ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰ ਰਹੀ ਹੋਵੇਗੀ।

ਬਟਨ ਵਾਲੀਆਂ ਸ਼ਰਟਾਂ ਪਾਉਣ ਜਾਂ ਕਪ ਫੜਨ ਵਰਗੀਆਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਅਜੀਬ ਲੱਗ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ਾਂ ਚੁੱਕਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਦੂਜੇ ਹੱਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡੀ ਫੜਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ (grip) ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਸਧਾਰਨ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ-ਸਾਰਣੀ (timeline) ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਥੈਰੇਪਿਸਟ (physio) ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕਰਨਗੇ।

ਕੀ ਗਲਤੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਚੰਗੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਟੀਮ ਜਲਦੀ ਕੋਈ ਵੀ ਮੁਸ਼ਕਲ ਪਛਾਣਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਨੇੜਿਓਂ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੱਧਮੇਹ (ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼) ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰੀਰ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਇਲਾਜਾਂ ਦਾ ਵੱਖਰਾ ਜਵਾਬ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਨੋਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਇੱਕ ਸਟੀਰਾਇਡ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਮੀਦ ਵਾਲੀ ਰਾਹਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ। ਇਹ ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਇਹ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਇੱਕ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਹੋਰ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਵਾਰ-ਵਾਰ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਲਗਾਉਣ ਨਾਲ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸਫਲਤਾ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਧਾਰਨਾ ਨਾ ਬਣਾਓ ਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰ ਦੇਣਗੇ।

ਕਿਊਂਕਿ ਦੇ ਕੁਵਰਨ (de Quervain's) ਸਿੰਡਰੋਮ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਚੇਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਕਲਾਈ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਕਈ ਵਾਰ, ਟਰੌਮਾ (ਚੇਟ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਛੁੱਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਘੱਟ ਆਮ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਕਲਾਈ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਨੂੰ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਚੇਟ ਲੱਗੀ ਹੈ ਅਤੇ ਦਰਦ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਪਛਾਣ ਸਹੀ ਇਲਾਜ ਦੇ ਰਸਤੇ ਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਸੰਭਵ ਇਲਾਜ (conservative treatments) ਮਦਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤਣੀ (tendon) ਦੇ ਤਣੇ ਹੋਏ ਖੋਲ ਨੂੰ ਖੋਲ੍ਹਣ ਲਈ ਇੱਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਅਕਸਰ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ਤਣੀ ਫਸ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਟ੍ਰਿਗਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ ਹੱਥਾਂ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਇਸ ਕਿਸਮ ਤੋਂ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ (complications) ਦੁਰਲੱਭ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਚੰਗਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਵੀ ਅਸਧਾਰਨ ਬਦਲਾਅ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਖਾਸ ਜੋਖਮ ਵਰਤੀ ਗਈ ਸਰਜਰੀ ਤਕਨੀਕ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਵੱਖਰੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ, ਕੁਝ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਮੌਜੂਦ ਛੋਟੇ ਸਨੇਹਿਕਾਂ (nerves) ਦੀ ਉਤੇਜਨਾ ਦਾ ਜੋਖਮ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਉਹ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਚੁਣੇਗਾ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰੀਰਕ ਬਣਤਰ ਨਾਲ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਢਲਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਜੋਖਮਾਂ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਇੱਕ ਛੋਟੀ ਕਟਾਈ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਅਤੇ ਸੁੱਕਾ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਖੁਰਾਕ ਵਿੱਚ ਲਾਲੀ, ਗਰਮੀ ਜਾਂ ਖੁਰਾਕ ਤੋਂ ਤਰਲ ਪਦਾਰਥ ਆਉਣ ਵਰਗੀਆਂ ਸੰਕਰਮਣ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ 'ਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਚਾਨਕ ਸੋਜ, ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਜੋ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਅੰਗੂਠੇ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਤਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਲਓ। ਇਹ ਉਹ ਲੱਛਣ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਧਿਆਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਲੱਛਣ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਖਰਾਬ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਅਗਲੀ ਨਿਯਮਿਤ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਨਾ ਕਰੋ।

ਇਸ ਸਫ਼ੇ 'ਤੇ 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 ਤੀਬਰ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪਿੰਜਣੀ (calf) ਵਿੱਚ ਸੋਜ, ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼, ਸੰਵੇਦਨਾ ਦਾ ਖਤਮ ਹੋਣਾ, ਜਾਂ ਹੱਥ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥਾ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਤੁਰੰਤ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸਹੀ ਰਹੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲੱਛਣਾਂ ਦਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।

ਡੀ ਕੁਵਰਨ ਰਿਲੀਜ਼

ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਾਹਿਤ ਤੋਂ ਜਟਿਲਤਾ ਦਰਾਂ

24 ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ। ਇਹ ਆਬਾਦੀ-ਪੱਖੀ ਦਰਾਂ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਜੋਖਮ ਨਹੀਂ — ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰੇਗਾ।

ਜਟਿਲਤਾ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਦੁਬਾਰਾ ਹੋਣਾ (Recurrence)	38.0-48.0%	ਡੀ ਕੁਵਰਨ ਦੇ ਸਿਨੋਵਾਈਟਿਸ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਹੋਣਾ (Recurrent De Quervain's tenosynovitis) ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਅਧੂਰੀ ਰਿਲੀਜ਼ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਜਦੋਂ APL ਅਤੇ EPB ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਇੱਕ ਸੈਪਟਮ ਮੌਜੂਦ ਹੋਵੇ ਪਰ ਰਿਲੀਜ਼ ਨਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ।
ਸਕਾਰ ਦੀ ਨਾਜ਼ੁਕਤਾ (Scar tenderness)	11.5-23.1%	ਦਰਦਨਾਕ ਜਾਂ ਨਾਜ਼ੁਕ ਸਰਜੀਕਲ ਸਕਾਰ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਸਕਾਰ ਮਸਾਜ ਨਾਲ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਗੰਭੀਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਕਾਰ ਦੀ ਮੁੜ ਸਰਜਰੀ (scar revision) ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ	7.9%	ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਲੱਛਣ ਜਾਂ ਹੱਥ ਦੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਸਹੀ ਸਰਜੀਕਲ ਤਕਨੀਕ ਨਾਲ ਅਸਾਧਾਰਣ ਹੈ।
ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਸਬਲਕਸੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਡਿਸਲੋਕੇਸ਼ਨ	5.3%	ਜੇਕਰ ਪਹਿਲੇ ਡੋਰਸਲ ਕੰਪਾਰਟਮੈਂਟ ਦਾ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਿੱਸਾ ਰਿਲੀਜ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਰਿਲੀਜ਼ ਕੀਤੇ ਗਏ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੀ ਵੋਲਰ ਸਬਲਕਸੇਸ਼ਨ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀ ਦੌਰਾਨ ਟੈਂਡਨ ਰੇਡੀਅਲ ਸਟਾਈਲੋਇਡ ਉੱਤੇ ਚੱਲਦੇ ਹਨ।
ਰੇਡੀਅਲ ਸੈਂਸਰੀ ਨਰਵ ਦੀ ਚੋਟ	4.3-36.0%	ਰੇਡੀਅਲ ਨਰਵ ਦੀ ਸੁਪਰਫਿਸ਼ੀਅਲ ਸ਼ਾਖਾ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਜਟਿਲਤਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਚੋਟਾਂ ਅਸਥਾਈ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ 0.3% ਸਥਾਈ ਨਰਵ ਨੁਕਸਾਨ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੀਆਂ ਹਨ; ਲੱਛਣਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਤਾ, ਜਲਨ ਦੀ ਭਾਵਨਾ, ਜਾਂ ਦਰਦਨਾਕ ਨਿਊਰੋਮਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।
ਘਾਵ ਦੀਆਂ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ	0.0-4.2%	ਸੁਪਰਫਿਸ਼ੀਅਲ ਘਾਵ ਦਾ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ ਕੇਸਾਂ ਦੇ ਲਗਭਗ 1% ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਮੁੱਖ ਤੌਰ 'ਤੇ ਔਰਲ ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕਸ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿੰਦਾ ਹੈ; ਡੀਪ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ ਦੁਰਲੱਭ ਹੈ।
ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਟੁੱਟਣਾ (Tendon rupture)	0.0-1.0%	ਦੁਰਲੱਭ ਜਟਿਲਤਾ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਲਾਈਡ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਤਕਨੀਕਾਂ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੈ।
ਅਧੂਰੀ ਰਿਲੀਜ਼	Rare	ਸਾਰੇ ਸਬਕੰਪਾਰਟਮੈਂਟਾਂ ਨੂੰ ਰਿਲੀਜ਼ ਨਾ ਕਰਨਾ।
ਸਖ਼ਤੀ (Stiffness)	Rare	ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਕਲਾਈ ਦੀ ਸਖ਼ਤੀ; ਇਸਦਾ ਇਲਾਜ ਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਹੁੰਦਾ 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