

ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਰੋ ਕਾਰਪੈਕਟੋਮੀ

ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਰੋ ਕਾਰਪੈਕਟੋਮੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਮੁੜੀ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਕਤਾਰ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੈਪੀਟੇਟ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਰੇਡੀਅਸ ਨਾਲ ਜੁੜਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਉਪਯੋਗੀ ਚਾਲ ਬਰਕਰਾਰ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ।

Muzichick / Wikimedia Commons, CC BY-SA 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। 8 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 to 6 weeks	12 weeks	12 months
ਪਹਿਲੇ ਲਗਭਗ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਕਲਾਈ ਦਾ ਸਪਲਿੰਟ ਪਹਿਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਫਿਰ ਹਲਕੀ ਗਤੀ ਨਾਲ ਹੱਥ ਦੀ ਥੈਰੇਪੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਡੈਸਕ ਕੰਮ, ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਅਤੇ ਹਲਕੇ ਦੈਨਿਕ ਕੰਮਾਂ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲ ਲੈਂਦੇ ਹਨ।	304 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਲੜੀ ਵਿੱਚ, 82 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੇ 12 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਮੱਧਮਾਨ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸੀ ਕਰ ਲਈ ਸੀ। ਭਾਰੀ ਮੈਨੁਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡ ਅਤੇ ਜਿਮ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਸਮਾਂ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ।	ਪਹਿਲੇ ਸਾਲ ਦੌਰਾਨ ਫੜਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਅਤੇ ਗਤੀ ਲਗਾਤਾਰ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਅੰਤਿਮ ਕਲਾਈ ਦਾ ਮੁੜਨਾ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਲਗਭਗ ਦੋ ਤਿਹਾਈ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਫੜਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਲਗਭਗ 80 ਤੋਂ 90 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕਿ 35 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਸ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਵੀ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਲਈ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਿਉਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ

ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਰੋ ਕਾਰਪੈਕਟੋਮੀ (Proximal row carpectomy) ਇੱਕ ਮੋਢੀ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੀ ਦੀ ਉੱਪਰਲੀ ਕਤਾਰ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਤਿੰਨ ਹੱਡੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਬਾਕੀ ਬਚੀ ਵੱਡੀ ਹੱਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਇੱਕ ਨਵਾਂ ਜੋੜ ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਸਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਉਦੋਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਗੈਰ-ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਫੀ ਆਰਾਮ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਹੁੰਦਾ। ਇਸ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਖਾਸ ਕਿਸਮ ਦੇ ਘਸਾਅ-ਪੁਰਾਣੇਪਨ (wear-and-tear) ਪੈਟਰਨਾਂ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ Kienbock's disease ਜਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ (instability) ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਨ ਵਾਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਦੇ ਫਟਣ, ਲਈ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੀ ਦੀ ਗਤੀ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਦੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਸਥੂਤ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਅਤੇ ਸੰਤੋਸ਼ਜਨਕ ਗ੍ਰਿੱਪ ਸ਼ਕਤੀ ਲਈ ਇੱਕ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਵਿਕਲਪ ਹੈ, ਖਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੰਜਾਹ ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ। ਇਹ ਕਈ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਜੋੜਨ (fusion) ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਸਖ਼ਤੀ (stiffness) ਤੋਂ ਬਚਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ

ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨਾਲ ਜੋੜਨ (fusion) ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਮੋਢੀ ਥੋੜ੍ਹੀ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਬਿਹਤਰ ਲਚਕਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਮੰਨਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਅਤੇ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਦਾ ਇਹ ਸੰਤੁਲਨ ਤੁਹਾਡੀ ਖਾਸ ਮੋਢੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਰਸਤਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਆਏ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਭੁੱਖਾ ਰਹੋ। ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਖਾਸ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੇਣ ਤੱਕ ਖੂਨ ਪਤਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਣਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿਓ। ਘਰ ਵਾਪਸ ਜਾਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦਾ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਖੁਦ ਡਰਾਈਵ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ। ਸਾਰੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲੈ ਕੇ ਆਓ ਅਤੇ ਆਰਾਮਦਾਇਕ, ਢਿੱਲੇ ਕੱਪੜੇ ਪਹਿਨੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰੀ-ਸਰਜਰੀ ਟੈਸਟਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਐਕਸ-ਰੇ, ਐਮਆਰਆਈ ਸਕੈਨ ਅਤੇ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ। ਇਹ ਜਾਂਚਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਮੁੜ੍ਹਕੇ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੇਖਣ ਅਤੇ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰੀਰ ਐਨਾਥੀਸੀਆ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹੈ। ਦਰਦ ਨਿਯੰਤਰਣ ਦੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਐਨਾਥੀਸੀਆ ਸਮੀਖਿਆ ਵੀ ਨਿਯੁਕਤ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਸੁਚੱਜਾ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਲਈ ਆਪਣੀ ਦੇਖਭਾਲ ਟੀਮ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਮੰਨੋ।

ਦਿਨ ਤੇ

ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਪਹੁੰਚੋਗੇ ਅਤੇ ਨਰਸਿੰਗ ਟੀਮ ਨਾਲ ਚੈਕ-ਇਨ ਕਰੋਗੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਵੇਰਵਿਆਂ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਆਵੇਗਾ। ਤਾਂ ਬਾਅਦ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਐਨਾਥੀਸਟ (ਸੁਸ਼ੁਰਾ) ਨਾਲ ਮਿਲੋਗੇ। ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਐਨਾਥੀਸੀਆ (ਸਮੂਹਿਕ ਨਸ਼ੇ) ਹੇਠ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਪੇਸਟ-ਆਪਰੇਟਿਵ ਦਰਦ ਦੀ ਸਿਹਤ ਲਈ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਰੀਜਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਖੇਤਰੀ ਨਸ ਬਲਾਕ) ਵੀ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਐਨਾਥੀਸਟ ਉਸ ਦਿਨ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰੇਗਾ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਟਿੰਗ ਥੀਏਟਰ (ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕਮਰੇ) ਲਿਜਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੌਰਾਨ ਸੁੱਤ ਜਾਵੋਗੇ। ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਏਰੀਆ (ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਖੇਤਰ) ਵਿੱਚ ਜਾਵੋਗੇ। ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਚਿੰਨ੍ਹਾਂ (ਵਾਈਟਲ ਸਾਈਨਜ਼) ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੇਗੀ। ਤੁਸੀਂ ਉੱਥੇ ਕੁਝ ਸਮਾਂ ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਫਿਰ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾਰਡ ਜਾਂ ਘਰ ਭੇਜਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

ਇਹ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ

ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲਾਈ ਦੇ ਉੱਪਰਲੀ ਕਤਾਰ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਤਿੰਨ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਹਟਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਰੋ ਕਾਰਪੈਕਟੋਮੀ (proximal row carpectomy) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੋਸ਼ਨ-ਪ੍ਰਜ਼ਰਵਿੰਗ (motion-preserving) ਸਰਜਰੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਲਚਕੀਲਾ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ ਦਰਦ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕਰਨ ਲਈ ਬਣਾਈ ਗਈ ਹੈ।

ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਕਲਾਈ ਦੇ ਪਿਛਲੇ (ਡੋਰਸਲ) ਪਾਸੇ ਇੱਕ ਇੱਕਲੇ ਕੱਟ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਕੀਹੋਲ ਸਰਜਰੀ (keyhole surgery) ਰਾਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੀਹੋਲ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਛੋਟੇ ਕੱਟ ਅਤੇ ਇੱਕ ਕੈਮਰੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ, ਇਹ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਕਲਾਈ ਦੀ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਕਲਾਈ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਵੀ ਚੰਗੀ ਕਲਾਈ ਗਤੀ ਦੀ ਵਾਪਸੀ ਨਾਲ ਅਰੰਭਕ ਪੁਨਰਵਾਸ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਕਲਾਈ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਸਕੈਫੋਇਡ (scaphoid), ਲਿਊਨੇਟ (lunate), ਅਤੇ ਟ੍ਰਾਈਕੁਏਟ੍ਰਮ (triquetrum) ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਹਟਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਸਾਰੀਆਂ ਟੈਸਟ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਗਤੀਆਂ ਲਈ ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਰੋ ਕਾਰਪੈਕਟੋਮੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੀਨ ਪਾਈਵਟ ਪੁਆਇੰਟ (mean pivot point) 6.8 ਤੋਂ 9.1 ਮਿਲੀਮੀਟਰ ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲੀ ਸ਼ਿਫਟ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸ਼ਿਫਟ ਬਾਕੀ ਬਚੇ ਜੋੜਾਂ ਵਿੱਚ ਬਲ ਨੂੰ ਵੱਖਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਵੰਡਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਹਟਾਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਕੱਟ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਰੋ ਕਾਰਪੈਕਟੋਮੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੋਸਟੋਪਰੇਟਿਵ ਇਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ (postoperative immobilisation) ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਜਲਦੀ ਹੀ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਬਿਨਾਂ ਇਸਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਕਾਸਟ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਦੇ।

ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਅਕਸਰ ਕੀਨਬੋਕ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ (Kienböck's disease) ਜਾਂ ਸਕੈਫੋਲਿਊਨੇਟ ਡਿਸੋਸੀਏਸ਼ਨ (scapholunate dissociation) ਵਰਗੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਲਈ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਟੈਟਿਕ ਸਕੈਫੋਲਿਊਨੇਟ ਡਿਸੋਸੀਏਸ਼ਨ, ਕਲਾਈ ਸਖ਼ਤ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਇਹ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਜੋੜਨ (fusing) ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਇੱਕ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਤਰੀਕਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਹੋਸ਼ ਵਿੱਚ ਆਵੋਗੇ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਮਾਨਕ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਸੰਭਾਲਣਗੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਰਾਤ ਰੁਕਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਡਰੈਸਿੰਗ ਅਤੇ ਕਲਾਈ ਦਾ ਸਪਲਿੰਟ ਪਹਿਨੋਗੇ। ਸਪਲਿੰਟ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲੇ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਪਹਿਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਹਲਕੀ ਗਤੀ ਨਾਲ ਹੱਥ ਦੀ ਥੈਰੇਪੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਘਾਅ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਅਤੇ ਸੁੱਕਾ ਰੱਖੋ। ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਸੋਜ ਵਰਗੇ ਸੰਕਰਮਣ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ 'ਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗਾਂ ਦੀ ਸਰਜੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਬਾਰੇ ਸਾਡੇ ਗਾਈਡ ਨੂੰ ਦੇਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੇਣਗੇ।

ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਤੁਰੰਤ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੁਝ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਅਹਿਸਾਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਸਧਾਰਨ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਕਲਾਈ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਸੋਜ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਉੱਚਾ ਰੱਖਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸੋਜ ਠੀਕ ਹੋਣ ਨਾਲ ਅਸੁਵਿਧਾ ਕਾਫ਼ੀ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ (ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ) ਲਈ ਕੈਸਟ ਜਾਂ ਬ੍ਰੇਸ ਪਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਇਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀਆਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਜਲਦੀ ਹੀ ਆਪਣੀ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ (physiotherapist) ਨਾਲ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਵਾਪਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਹਲਕੀਆਂ ਵਰਜਿੰਗਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋਗੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਜਰੀ ਛੋਟੀ ਕੈਮਰਾ ਕਟ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਆਪਣੀ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਹਿਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕਲਾਈ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ 'ਤੇ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਪਹੁੰਚ ਨਾਲ, ਤੁਸੀਂ ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਵਿੱਚ ਚੰਗੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਿਲਜੁਲ ਸਖ਼ਤੀ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਜੋੜਾਂ ਨੂੰ ਲਚਕਦਾਰ ਰੱਖਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਦੀ ਰੋਜ਼ ਵਾਪਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਵਧਾਉਂਦੇ ਜਾਵੋਗੇ।

ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਵਾਪਸ ਆਉਣਗੀਆਂ। ਤੁਸੀਂ ਸਧਾਰਨ ਕੰਮਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰੋਗੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਭਾਰੀ ਫੜਨ (gripping) ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡੀ ਫੜਨ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਵਧਦੀ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਵਧੇਰੇ ਮੁਸ਼ਕਲ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵੱਲ ਵਾਪਸ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਲਈ ਤਦ ਹੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਵੀਲ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਫੜ ਸਕੋ ਅਤੇ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਕਰ ਸਕੋ। ਤੁਸੀਂ ਉੱਪਰਲੇ-ਅੰਗ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਬਾਰੇ ਸਾਡੇ ਗਾਈਡ ਨੂੰ ਵੀ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੋ ਸਰਬਵਿਆਪਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨਿਯਮਾਂ ਬਾਰੇ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ-ਸਾਰਣੀ ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਰ ਕਦਮ ਰਾਹੀਂ ਰਹਿਨੁਮਾਈ ਕਰਨਗੇ।

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 ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਪਛਾਣਿਆ ਜਾ ਸਕੇ।

ਤੁਸੀਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਮੋਢੀ ਸਖ਼ਤ ਅਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਲੱਗ ਰਹੀ ਹੈ। ਇਹ ਤਦ ਆਮ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਮੋਢੀ ਵਿੱਚ ਦੋ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਫਟੇ ਹੋਏ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੋਢੀ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਂਗ ਆਜ਼ਾਦੀ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਘੁੰਮੇਗੀ, ਪਰ ਤੁਸੀਂ ਸੰਭਾਵਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚੰਗੀ ਗਤੀ ਵਾਪਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲਵੋਗੇ।

ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਡੀ ਮੋਢੀ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਢਹਿ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਤਦ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਰਦ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਦਲਾਅ ਨੂੰ ਅਗਲੀ ਚੈੱਕ-ਅੱਪ ਤੱਕ ਨਾ ਵੀ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀਆਂ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਦੌਰਾਨ ਇਸ ਵੱਲ ਧਿਆਨ ਦੇਵੇਗਾ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਅਰਥੋਸਕੋਪਿਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮੋਢੀ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਚਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੋਢੀ ਨੂੰ ਕਸਟ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਇਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਜਲਦੀ ਚਲਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਮੋਢੀ ਦੇ ਉਸ ਪਾਸੇ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਪਿਜ਼ੀਫਾਰਮ ਹੱਡੀ ਦੇ ਹੋਰ ਬਣਤਰਾਂ ਨਾਲ ਰਗੜ ਖਾਣ ਕਾਰਨ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਡੂੰਘਾ, ਦਰਦਨਾਕ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਦੂਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਉਹ ਹੱਡੀ ਦੇ ਦਬਾਅ (impingement) ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਮੋਢੀ ਦੁਆਰਾ ਭਾਰ ਨੂੰ ਤਬਦੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੋਢੀ ਦੀ ਮੁੱਖ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੋਂ ਵੱਧ ਬੋਝ ਆ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਬਾਕੀ ਬਚੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ 'ਤੇ ਵਧੇਰੇ ਤਣਾਅ ਆ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਰਤੋਂ ਦੌਰਾਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਰਦ ਜਾਂ ਥਕਾਵਟ ਵਜੋਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜਦੋਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਮੋਢੀ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀਆਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਮੋੜਨ ਅਤੇ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਦੀ ਗਤੀ ਵਧੇਰੇ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੱਥ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਮੋੜਨ (radial deviation) ਦੌਰਾਨ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹੋਰ ਹੱਥ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਫੜਨ (grip) ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਗਤੀ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਇੱਕ ਜਾਣਿਆ-ਪਛਾਣਿਆ ਸੌਦਾ ਹੈ।

ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੇ, ਚਾਰ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਇੱਕਠਾ ਜੋੜਨ (fusing) ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨਾਲ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦਾ ਖਤਰਾ ਘੱਟ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੰਭਾਵੀ ਬਦਲਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਗਰੂਕ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਪੇਜ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ ਦੀ ਸਾਰਣੀ ਆਮ ਦਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਕਦੋਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ, ਘਾਵ ਵਿੱਚ ਵਧਦੀ ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਸਰਾਬ, ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿੰਜਣੀ (calf) ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਤਾ ਆ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਤੁਰੰਤ ਜਾਂਚ ਕਰਨੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਰੋ ਕਾਰਪੈਕਟੋਮੀ

ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਾਹਿਤ ਤੋਂ ਜਟਿਲਤਾ ਦਰਾਂ

8 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
ਪੁਰਾਣਾ ਹੋ ਜਾਣਾ, ਕਲਾਈ ਦੇ ਫਿਊਜ਼ਨ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਦੀ ਲੋੜ	15 to 18%	ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਕਲਾਈ ਪੁਰਾਣੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕਲਾਈ ਦੇ ਫਿਊਜ਼ਨ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ 35 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਜਾਂ ਭਾਰੀ ਮੈਨੁਅਲ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੰਭਾਵਿਤ ਹੈ (8 ਤੋਂ 14 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ 15 ਤੋਂ 18 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ, ਅਤੇ ਵੱਧ ਉਮਰ ਵਾਲੇ, ਘੱਟ ਮੰਗ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਘੱਟ)।
ਨਵੇਂ ਜੋੜ 'ਤੇ ਪ੍ਰਗਤੀਸ਼ੀਲ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ	—	ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਨਵੇਂ ਰੇਡੀਓਕੈਪੀਟੇਟ ਜੋੜ ਦੀ ਸਤਹ 'ਤੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਆਮ ਹਨ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਪੈਦਾ ਕਰਦੇ, ਪਰ ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।
ਲਗਾਤਾਰ ਜਾਂ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਕਲਾਈ ਦਾ ਦਰਦ	—	ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਲਗਾਤਾਰ ਜਾਂ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਪਿਸੀਫਾਰਮ ਹੱਡੀ ਦੇ ਰਗੜਨ ਕਾਰਨ ਅਲਨਾਰ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਰਦ, ਜਾਂ ਉਹ ਥਾਂ ਜਿੱਥੇ ਕਲਾਈ ਰੇਡੀਅਲ ਸਟਾਈਲੋਇਡ ਨਾਲ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਉੱਤੇ ਰੇਡੀਅਲ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਰਦ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸਦੀ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਘਟੀ ਹੋਈ ਫੜਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ	—	ਕਿਉਂਕਿ ਕਲਾਈ ਦੀ ਹੱਡੀਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਕਤਾਰ ਹਟਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸਲਈ ਫੜਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਸਥਾਈ ਕਮੀ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਫੜਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੂਜੇ ਹੱਥ ਦੇ 80 ਤੋਂ 90 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
ਘਟੀ ਹੋਈ ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀ	—	ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਸਥਾਈ ਕਮੀ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅੰਤਿਮ ਮੁੜਨਾ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਲਗਭਗ ਦੋ ਤਿਹਾਈ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਅਕਸਰ ਫਿਊਜ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਨਾਲੋਂ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਸਕਾਰ ਦੇ ਨੇੜੇ ਸੁੰਨਤਾ	—	ਕਲਾਈ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਛੋਟੀਆਂ ਚਮੜੀ ਦੀਆਂ ਨਸਾਂ ਪਹੁੰਚ ਦੌਰਾਨ ਭੁੱਖ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਕੱਟੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਸਕਾਰ ਦੇ ਨੇੜੇ ਸੁੰਨਤਾ ਦਾ ਇੱਕ ਖੇਤਰ ਜਾਂ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਬਿੰਦੂ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹਲਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਸੰਕਰਮਣ	—	ਇੱਕ ਸਤਹੀ ਘਾਵ ਦਾ ਸੰਕਰਮਣ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕਸ ਨਾਲ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੀ ਇੱਕ ਡੂੰਘਾ ਸੰਕਰਮਣ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।
ਖੂਨ ਵਗਣਾ ਜਾਂ ਭੁੱਖ	—	ਕਲਾਈ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਕੁਝ ਭੁੱਖ ਆਮ ਹੈ। ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੀ ਖੂਨ ਦਾ ਵੱਡਾ ਇਕੱਠ (ਹੀਮਾਟੋਮਾ) ਬਣਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਡਰੇਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।

ਜਟਿਲਤਾ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਘਾਵ ਦੇ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਜਾਂ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਸਕਾਰ	—	ਘਾਵ ਦੇ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਇਹ ਮੋਟੇ ਜਾਂ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਸਕਾਰ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
ਸਖ਼ਤੀ	—	ਕਲਾਈ ਜਾਂ ਉਂਗਲੀਆਂ ਗਤੀ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਮੀ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਖ਼ਤ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨ ਲਈ ਹੋਰ ਹੱਥ ਦੀ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।
ਜਟਿਲ ਰੀਜੀਓਨਲ ਪੇਨ ਸਿੰਡਰੋਮ	—	ਇੱਕ ਅਸਾਧਾਰਨ ਦਰਦ-ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲਤਾ ਸਥਿਤੀ ਜੋ ਲਗਾਤਾਰ ਸੋਜ, ਸਖ਼ਤੀ ਅਤੇ ਵਧੀ ਹੋਈ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੀ ਹੈ। ਇਸਦਾ ਖਾਸ ਇਲਾਜ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਰਿਕਵਰੀ ਨੂੰ ਧੀਮਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਲੱਛਣਾਂ ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਰਾਹਤ ਨਾ ਮਿਲਣਾ	10%	ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਸਭਨਾਂ ਨੂੰ ਬਰਾਬਰ ਫਾਇਦਾ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ। ਲਗਭਗ 10 ਵਿੱਚੋਂ 1 ਮਰੀਜ਼ ਆਪਣੇ ਨਤੀਜੇ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਮੱਧਮ ਜਾਂ ਖਰਾਬ ਦੱਸਦੇ 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