

DRUJ हेमीरिसेक्शन आर्थ्रोप्लास्टी

डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ अग्रबाहु को घूमने देता है, जिससे हथेली ऊपर और नीचे की ओर पलटती है, जैसे केतली से उंडेलते समय। हेमीरिसेक्शन दर्दनाक, घिसे हुए जोड़ को आराम देता है और साथ ही यह घुमाव बनाए रखता है।

Kieran Hirpara © 4.0



यह पृष्ठ मशीन द्वारा अनूदित है और अभी तक किसी चिकित्सक द्वारा जाँचा नहीं गया है। **अंग्रेज़ी संस्करण** ही आधिकारिक है।

यह प्रोटोकॉल माटर प्राइवेट हॉस्पिटल, रॉकहैम्पटन में डॉ. कीरन हिरपरा द्वारा किए गए **डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ (DRUJ) की हेमीरिसेक्शन-इंटरपोज़िशन आर्थ्रोप्लास्टी** के बाद आपके ठीक होने में मार्गदर्शन करता है। यह एक ऐसा ऑपरेशन है जो अग्रबाहु (कोहनी से कलाई तक का हिस्सा) की घिसी हुई हड्डी के सिरे को नया आकार देता है, ताकि अग्रबाहु फिर से आराम से और बिना दर्द के घूम सके। इसकी शुरुआत आपके घर पर किए जाने वाले व्यायाम कार्यक्रम से होती है, और उसके बाद आपके हैंड थेरेपिस्ट (हाथ के विशेषज्ञ थेरेपिस्ट) के लिए लिखा गया व्यवस्थित क्लिनिकल प्रोटोकॉल आता है; थेरेपी की अपनी पहली मुलाकात पर यह पेज या इसकी पीडीएफ साथ लाएं, ताकि आपके रिहैबिलिटेशन (पुनर्वास) में सबका तालमेल बना रहे। आपका थेरेपिस्ट आपकी रिकवरी की प्रगति के अनुसार योजना में बदलाव कर सकता है।

अगर सर्जरी के बाद आपको अपने घाव को लेकर कोई चिंता हो, तो क्लिनिक से संपर्क करें। अक्सर घाव की फोटो खींचकर उसे जांच के लिए ईमेल करना मददगार होता है।

क्या उम्मीद करें

डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ (DRUJ) आपकी कलाई के पास, छोटी उंगली वाली तरफ़ का वह छोटा जोड़ है जहां अग्रबाहु की दो हड्डियां (रेडियस और अल्ना) मिलती हैं। यही वह जोड़ है जो आपको अपनी अग्रबाहु को पलटने देता है: हथेली ऊपर की ओर (सुपिनेशन) और हथेली नीचे की ओर (प्रोनेशन)। जब यह जोड़ घिस जाता है और इसमें गठिया (आर्थराइटिस) हो जाता है, तो अग्रबाहु को घुमाना दर्दनाक हो जाता है।

हेमीरिसेक्शन आर्थ्रोप्लास्टी में अल्ना के सिरे (हेड) का केवल घिसा हुआ, गठिया वाला हिस्सा छीलकर हटाया जाता है (यह आंशिक रूप से हटाना है: “हेमी” का अर्थ है आधा), और सतहों को आपस में रगड़ने से बचाने के लिए उस खाली जगह में आपके अपने नरम ऊतक की एक छोटी गद्दी रख दी जाती है। यह ऑपरेशन जोड़ को स्थिर रखने वाली मुख्य संरचनाओं को बचाए रखता है, जिनमें टीएफसीसी (TFCC — कार्टिलेज और लिगामेंट का वह झूले जैसा ढांचा जो उस तरफ़ कलाई को सहारा देता है), अल्नर स्टाइलॉयड (अल्ना के सिरे का नुकीला उभार) और नरम ऊतकों के जुड़ाव शामिल हैं, ताकि अल्ना के सिरे को सहारा मिलता रहे। यही बात इसे अल्ना के पूरे सिरे को हटाने वाले ऑपरेशन (डैरक प्रक्रिया) से अलग बनाती है।

क्योंकि जोड़ की सतहों की मरम्मत या पुनर्निर्माण करने के बजाय उन्हें नया आकार दिया जाता है, इसलिए यहां ऐसा कोई टेंडन (कंडरा) या लिगामेंट (स्नायुबंधन) नहीं है जिसे महीनों तक सुरक्षा में रखकर जुड़ना हो। इस ऑपरेशन का लक्ष्य है **बिना दर्द के अग्रबाहु का**

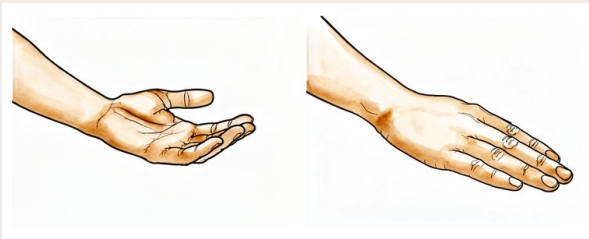
घूमना, और आपके रिहैबिलिटेशन का सबसे अहम हिस्सा है इस घुमाव को जल्दी शुरू करना। नरम ऊतकों को ठीक से बैठने देने के लिए स्प्लिंट में थोड़े समय की सुरक्षा के बाद, अग्रबाहु के घुमाव (हथेली ऊपर और हथेली नीचे) को वापस लाना आपकी रिकवरी का सबसे मुख्य काम बन जाता है। ताकत और ज़्यादा भार बाद में धीरे-धीरे जोड़े जाते हैं।

सावधानियां और सीमाएं

- लगभग पहले दो से तीन सप्ताह तक, अपना स्प्लिंट बताए अनुसार पहनें; जब तक बीच में रखा गया ऊतक ठीक से बैठता है, यह अग्रबाहु के घुमाव को हल्के से सीमित रखता है। इस पूरे समय अपनी उंगलियों को, और (अनुमति मिलने पर) अपनी कलाई को, हिलाते रहें।
- स्प्लिंट से बाहर आने की अनुमति मिलने के बाद, अग्रबाहु के घुमाव को अपनी प्राथमिकता बनाएं, और इसे बिना दर्द के और बिना भार के करें। शुरुआती घुमाव खाली हाथ से किया जाना चाहिए, किसी वज़न के साथ नहीं।
- शुरुआत में अग्रबाहु को घुमाते हुए उस पर भार न डालें: जब तक मज़बूती बढ़ाने वाले व्यायामों की अनुमति न मिल जाए (आमतौर पर लगभग छह से आठ सप्ताह पर), तब तक उस तरफ़ से न जार के ढक्कन घुमाकर खोलें, न कपड़े निचोड़ें, न पेचकस का इस्तेमाल करें, और न ही भारी थैले उठाकर ले जाएं।
- जब आप अग्रबाहु से धक्का दें या उस पर भार डालें, तब कलाई की छोटी उंगली वाली तरफ़ दर्द या अस्थिरता (जोड़ का ढीलापन) महसूस होने पर ध्यान दें, क्योंकि ऑपरेशन इसी हिस्से पर किया जाता है। इसके बारे में अपने हैंड थेरेपिस्ट को बताएं; दर्द के बावजूद ज़ोर लगाकर उसे जारी न रखें।
- शुरुआत से ही अपनी उंगलियों, अंगूठे, कोहनी और कंधे को आराम से हिलाते रहें, और हाथ का इस्तेमाल रोज़मर्रा के हल्के कामों के लिए आराम की सीमा में करें, बशर्ते उसमें ज़बरदस्ती या भार के साथ घुमाना शामिल न हो।

घाव, सूजन और निशान की देखभाल के लिए, क्लिनिक की [घाव की देखभाल](#) वाली सलाह देखें।

आपके व्यायाम

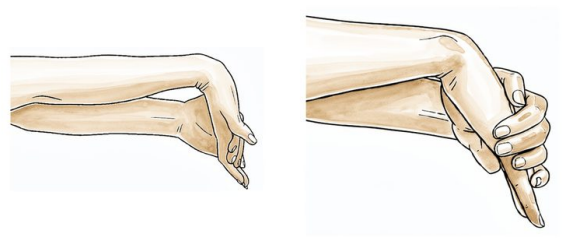


Kieran Hirpara © 4.0

अग्रबाहु का घुमाव (हथेली ऊपर / हथेली नीचे)

यह सबसे मुख्य व्यायाम है — यही वह हरकत है जिसे वापस लाने के लिए यह ऑपरेशन बनाया गया है। अपनी कोहनी को बगल से सटाकर और समकोण पर मोड़कर रखें (ताकि आपका कंधा इस हरकत में धोखे से मदद न कर सके), फिर धीरे से अपनी हथेली को ऊपर छत की ओर पलटें, और फिर धीरे-धीरे नीचे फर्श की ओर। केवल उतना ही घुमाएं जितना आराम से हो सके। इसे तब शुरू करें जब डॉ. हिरपरा और आपका हैंड थेरेपिस्ट (हाथ के विशेषज्ञ थेरेपिस्ट) आपको व्यायाम के लिए स्प्लिंट से बाहर आने की अनुमति दें — आमतौर पर लगभग दो से तीन सप्ताह पर — और उसके बाद से इसे अपना मुख्य ध्यान बनाएं।

हर दिशा में 10 बार, दिन में 3-4 बार, बिना दर्द वाली रेंज में

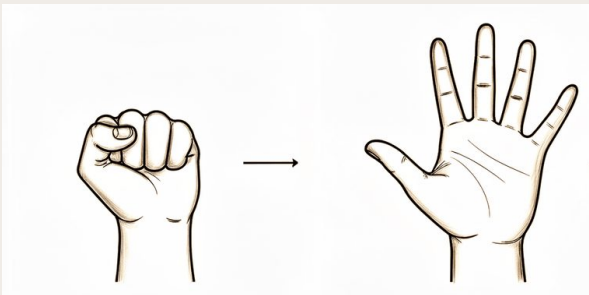


Kieran Hirpara © 4.0

कलाई की हरकत (मोड़ना और सीधा करना)

अपनी कलाई को धीरे से आगे की ओर (हथेली अग्रबाहु की ओर) और पीछे की ओर (हाथ का पिछला हिस्सा अग्रबाहु की ओर) मोड़ें, और हरकत को धीमा और आराम की सीमा में रखें। इससे अल्ना का निचला सिरा ठीक से बैठने के दौरान कलाई जकड़ती नहीं है। शुरुआत में इसे हल्का रखें और रेंज के आखिरी छोर पर ज़ोर न लगाएं।

हर दिशा में 10 बार, दिन में 2-3 बार



Kieran Hirpara © 4.0

उंगलियों की हरकत (पूरी मुट्ठी और स्ट्रेच)

इसे पहले दिन से शुरू करें। पूरी, कसी हुई मुट्ठी बनाएं, फिर हाथ खोलें और अपनी उंगलियों को फैलाकर सीधा करें। उंगलियों को जल्दी हिलाते रहने से जकड़न नहीं होती और सूजन निकलने में मदद मिलती है। इसे दिन भर में बार-बार करें, तब भी जब आपकी अग्रबाहु अभी स्प्लिंट में हो।

10 बार, जागते समय हर दो-एक घंटे पर

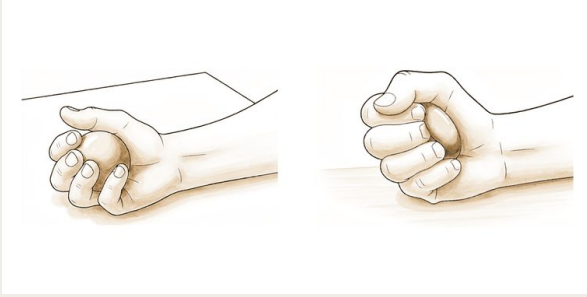


Kieran Hirpara © 4.0

निशान की मालिश

जब घाव पूरी तरह भर जाए और कोई पपड़ी न रहे (आमतौर पर लगभग तीन से चार सप्ताह से), तो थोड़ा-सा सादा मॉइस्चराइज़र लेकर उसे निशान पर छोटे-छोटे, मज़बूत गोलों में कुछ मिनट तक रगड़ें। इससे निशान नरम होता है और अल्ना के निचले सिरे के ऊपर की त्वचा और टेंडन आसानी से हिल पाते हैं। अगर घाव अभी पूरी तरह बंद नहीं हुआ है, तो यह न करें।

2-3 मिनट, दिन में दो बार, घाव भर जाने के बाद



Kieran Hirpara © 4.0

पकड़ और घुमाव की मज़बूती बढ़ाना (बाद में)

यह बाद का व्यायाम है — केवल तब, जब डॉ. हिरपरा और आपका हैंड थेरेपिस्ट मज़बूती बढ़ाने की अनुमति दें, आमतौर पर लगभग छह से आठ सप्ताह से। पकड़ को दोबारा मज़बूत करने के लिए एक नरम गेंद या पुट्टी दबाएं, और हल्के प्रतिरोध के खिलाफ़ अग्रबाहु को हथेली ऊपर और हथेली नीचे की ओर घुमाएं (उदाहरण के लिए, हथौड़े की तरह पकड़ा गया हल्का हैंड वेट)। प्रतिरोध को कई सप्ताहों में धीरे-धीरे बढ़ाएं। अगर भार के साथ अग्रबाहु घुमाने पर कलाई की छोटी उंगली वाली तरफ़ दर्द हो, तो रुक जाएं।

आपके हैंड थेरेपिस्ट के बताए अनुसार (केवल ~6-8 सप्ताह से)

ये आपकी हैंडआउट (पर्वी) में दिए गए व्यायाम हैं। इन्हें केवल डॉ. हिरपरा और आपके हैंड थेरेपिस्ट के बताए अनुसार शुरू करें, और आपको जो भी रेंज और सीमाएं बताई गई हैं, उन्हीं के भीतर रहें। **उंगलियों की हरकत** तुरंत शुरू होती है। **अग्रबाहु का घुमाव** (वह व्यायाम जिसके इर्द-गिर्द यह पूरा ऑपरेशन बना है) और **कलाई की हरकत** तब शुरू होते हैं जब आपको स्प्लिंट से बाहर आने की अनुमति मिल जाती है, आमतौर पर लगभग दो से तीन सप्ताह पर, और उसके बाद घुमाव आपका मुख्य ध्यान बन जाता है। **निशान की मालिश** तब शुरू होती है जब घाव पूरी तरह भर जाए। **पकड़ और घुमाव की मज़बूती बढ़ाना** बाद के चरण का हिस्सा है और इसे तब तक शुरू नहीं करना चाहिए जब तक आपको खास तौर पर इसकी अनुमति न मिल जाए। जिस भी चीज़ से कलाई की छोटी उंगली वाली तरफ़ तेज़ दर्द हो, उसे बंद कर दें।

आपका क्लिनिकल प्रोटोकॉल

इस पेज का बाकी हिस्सा डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ की हेमीरिसेक्शन-इंटरपोज़िशन आर्थ्रोप्लास्टी के बाद रिहैबिलिटेशन का चरणबद्ध क्लिनिकल प्रोटोकॉल है। यह हिस्सा आपके हैंड थेरेपिस्ट को दिया जाना है, और हर चरण की शुरुआत सरल भाषा में इस व्याख्या से होती है कि उस समय क्या हो रहा है। यह जोड़ को नया आकार देने वाली (आर्थ्रोप्लास्टी) प्रक्रिया है, मरम्मत (रिपेयर) नहीं: यहां तनाव में रखी गई ऐसी कोई संरचना नहीं है जिसे महीनों तक सुरक्षित रखना हो। जानबूझकर रखी गई रोक छोटी है: नरम ऊतक की इंटरपोज़िशन (बीच में रखी गई गद्दी) और कैप्सूल (जोड़ की झिल्ली) को ठीक से बैठने देने के लिए स्प्लिंट में थोड़ा समय, जिसके बाद अग्रबाहु के घुमाव को जल्दी वापस लाना स्पष्ट रूप से प्राथमिकता है, क्योंकि घुमाव ही वह काम है जिसे वापस लाने के लिए यह ऑपरेशन किया जाता है। पूरे समय जिस मुख्य भार का ध्यान रखना है, वह है अल्ला के निचले सिरे पर घुमाव वाला भार, क्योंकि इसी से अल्ला के बचे हुए सिरे (स्टंप) की दर्दनाक अस्थिरता और रेडियोअल्नर कन्वर्जेंस (रेडियस और अल्ला का आपस में सटकर टकराना) होता है।

उपचार से पहले, मरीज़ की ऑपरेशन रिपोर्ट और पिछला मेडिकल इतिहास देखें, और इलाज करने वाले सर्जन से इन बातों पर बात करें: साथ में किए गए कोई अन्य ऑपरेशन (टीएफसीसी रिपेयर, डिस्टल रेडियस ऑस्टियोटॉमी, PIN न्यूरेक्टॉमी यानी पोस्टीरियर इंटरऑसियस नर्व को काटना, एक्सटेंसर टेंडन का पुनर्निर्माण), ऑपरेशन के दौरान आंकी गई अल्ला के निचले बचे सिरे की स्थिरता, और तय किया गया स्प्लिंट तथा घुमाव की ऊपरी सीमा। साथ में किया गया टीएफसीसी रिपेयर या डिस्टल रेडियस ऑस्टियोटॉमी सुरक्षा वाले चरण को लंबा कर देता है; घिसाव वाले या चोट के बाद हुए गठिया के लिए अकेले की गई हेमीरिसेक्शन नीचे दिए गए छोटे रास्ते का पालन करती है। डॉ.

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon

Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700

Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

हिरपरा टीएफसीसी, अल्नर स्टाइलॉयड और अल्ना के नरम ऊतकों के जुड़ाव को बचाए रखते हैं, जिससे अल्ना के निचले सिरे को सहारा मिलता रहता है, और इसलिए रिहैबिलिटेशन में जल्दी घुमाव शुरू करने को प्राथमिकता दी जा सकती है।

चरण I — स्प्रिंट में सुरक्षित रहकर ठीक से बैठना (सप्ताह 0 से 2-3)

पहले दो से तीन सप्ताह नरम ऊतक की इंटरपोज़िशन और कैप्सूल की सुरक्षा करते हैं, जबकि बाकी बांह और हाथ को हिलने-डुलने दिया जाता है। अग्रबाहु एक स्प्रिंट में आराम करती है (आमतौर पर कोहनी के ऊपर तक का / म्युन्स्टर (Muenster) प्रकार का स्प्रिंट या प्लास्टर (कास्ट), जो अग्रबाहु के घुमाव को सीमित रखता है), जिसे केवल साफ़-सफ़ाई के लिए और, इस चरण के अंत की ओर, पहले हल्के घुमाव के लिए उतारा जाता है। उंगलियां पहले दिन से हिलाई जाती हैं।

आपके हैंड थेरेपिस्ट के लिए:

शिक्षा और सावधानियां - तय किए गए स्प्रिंट (कोहनी के ऊपर तक का / म्युन्स्टर प्रकार का, या सर्जन के बताए अनुसार) में स्थिर रखें, जो अग्रबाहु के घुमाव को सीमित करे; केवल साफ़-सफ़ाई और अनुमति-प्राप्त व्यायामों के लिए उतारें - **अग्रबाहु को भार के साथ न घुमाएं**; ऑपरेशन वाली अग्रबाहु पर न वज़न डालें और न ही उसे मरोड़ें - भरोसा दिलाएं कि शुरुआत में पकड़ की कमज़ोरी और अल्ना वाली तरफ़ सूजन होना अपेक्षित है

प्रबंधन - घाव: बताए अनुसार सर्जिकल ड्रेसिंग (घाव की पट्टी); संक्रमण (इन्फेक्शन) पर नज़र रखें - सूजन (ईडिमा): हाथ को दिल के स्तर से ऊपर रखना, हाथ से हल्का पंप करना (मुट्टी खोलना-बंद करना), ज़रूरत के अनुसार बर्फ़ - व्यायाम: **पहले दिन से उंगलियों, अंगूठे और (अगर स्प्रिंट से रुकावट न हो तो) कंधे की सक्रिय हिलने-डुलने की रेंज (ROM)**; स्प्रिंट जितनी अनुमति दे उतनी कोहनी की हल्की ROM; अगर सर्जन जल्दी स्प्रिंट उतारने की अनुमति दें, तो इस चरण के आखिरी कुछ दिनों में **अग्रबाहु का हल्का, बिना दर्द वाला सक्रिय घुमाव शुरू करें**

अगले चरण में जाने के मानदंड - घाव शांत हो रहा हो; स्प्रिंट की अवधि (अकेली हेमीरिसेक्शन के लिए ≈2-3 सप्ताह) पूरी हो चुकी हो; सर्जन ने सक्रिय घुमाव की अनुमति दे दी हो

चरण II — अग्रबाहु का शुरुआती घुमाव (प्राथमिकता) (सप्ताह 2-3 से 6)

यह निर्णायक चरण है। स्प्रिंट से बाहर आने पर, सक्रिय प्रोनेशन और सुपिनेशन रिहैबिलिटेशन का सबसे मुख्य काम बन जाते हैं: हल्के, बार-बार, बिना दर्द के और बिना भार के। कलाई की हरकत जोड़ी जाती है। घुमाव ही वह काम है जिसे यह ऑपरेशन वापस लाता है, इसलिए यहां इस पर सक्रिय रूप से काम किया जाता है, जबकि भार अभी भी रोककर रखा जाता है।

आपके हैंड थेरेपिस्ट के लिए:

आकलन - अग्रबाहु का सक्रिय और निष्क्रिय (पैसिव) प्रोनेशन/सुपिनेशन (लक्ष्य: परिणामों पर आधारित अध्ययनों में बताए गए हर दिशा में ≈80° की ओर वापसी); कलाई और उंगलियों की ROM; कलाई की अल्ना वाली तरफ़ दर्द; सूजन; घाव/निशान की जांच

शिक्षा और सावधानियां - **अग्रबाहु का घुमाव प्राथमिकता है:** बार-बार, बिना दर्द के, बिना भार के सक्रिय प्रोनेशन/सुपिनेशन, कोहनी को बगल से सटाकर ताकि केवल अग्रबाहु घूमे - **~6-8 सप्ताह तक न प्रतिरोध (रेज़िस्टेंस) या भार के साथ घुमाव, न भारी पकड़, और न ही मरोड़ने वाले काम** - कुछ स्प्रिंट प्लास्टर उतारने के बाद कुछ सप्ताह तक घुमाव की आखिरी रेंज को और सीमित रखते हैं; तय की गई किसी भी ऊपरी सीमा का पालन करें

प्रबंधन - व्यायाम: मुख्य ध्यान के रूप में सक्रिय और सहायता-प्राप्त सक्रिय **प्रोनेशन/सुपिनेशन**; कलाई को सक्रिय रूप से आगे-पीछे मोड़ना (फ्लेक्शन/एक्सटेंशन) और अंगूठे व छोटी उंगली की ओर झुकाना (रेडियल/अल्नर डेविएशन); उंगलियों और पकड़ की ROM जारी रखें (अभी प्रतिरोध के साथ पकड़ नहीं); घाव पूरी तरह भर जाने पर निशान का प्रबंधन शुरू करें - सूजन और निशान के लिए ज़रूरत के अनुसार अन्य उपचार विधियां

अगले चरण में जाने के मानदंड - अग्रबाहु का आरामदायक, नियंत्रित, लगभग पूरा, **बिना दर्द वाला** सक्रिय घुमाव; घाव भर चुका हो; दर्द $\leq 3/10$; हल्के घुमाव पर अल्ना वाली तरफ दर्द भड़कना नहीं

चरण III — मज़बूती बढ़ाना और वापसी (सप्ताह 6-8 और उसके बाद)

जब घुमाव वापस आ जाए और बिना दर्द के हो, तब मज़बूती बढ़ाना शुरू होता है और इसे धीरे-धीरे बढ़ाया जाता है: पहले पकड़, फिर **भार के साथ अग्रबाहु का घुमाव**, और खास तौर पर इस पर नज़र रखी जाती है कि भार पड़ने पर अल्ना के बचे सिरे की दर्दनाक अस्थिरता या रेडियोअल्नर कन्वर्जेंस तो नहीं हो रहा। भारी काम और खेल पर लौटना मानदंडों पर आधारित है।

आपके हैंड थेरेपिस्ट के लिए:

आकलन - दूसरी तरफ़ की तुलना में पकड़ की ताकत (परिणामों पर आधारित अध्ययन दूसरी तरफ़ के ~85-90% की ओर वापसी बताते हैं); अग्रबाहु के घुमाव की ताकत और **भार के साथ** घुमाने पर कोई दर्द या अस्थिरता; उपयुक्त हो तो कामकाजी क्षमता और काम/खेल से जुड़ी विशेष जांच

शिक्षा और सावधानियां - लगभग छह से आठ सप्ताह से, पहले **प्रतिरोध के साथ पकड़** शुरू करें, फिर **धीरे-धीरे बढ़ाया गया भार के साथ अग्रबाहु का घुमाव** (जैसे हल्के वज़न के साथ हैमर टर्न); भार धीरे-धीरे बढ़ाएं - **अक्षीय (लंबाई की दिशा में) या घुमाव वाले भार के तहत अल्ना के बचे सिरे की दर्दनाक अस्थिरता / रेडियोअल्नर कन्वर्जेंस** पर नज़र रखें: अगर ऐसा हो, तो भार कम करें और सर्जन से बात करें

प्रबंधन - व्यायाम: धीरे-धीरे बढ़ता पकड़/पुट्टी का काम; धीरे-धीरे बढ़ाया गया प्रतिरोध के साथ प्रोनेशन/सुपिनेशन (हल्का → मध्यम); काम से जुड़े विशेष भार वाले अभ्यास; बची हुई ROM पर काम जारी रखें - जब घुमाव और पकड़ काम लायक और लगभग दोनों तरफ़ बराबर हो जाएं और कामकाज की उपयुक्त वापसी हो जाए, तो थेरेपी से छुट्टी देने पर विचार करें - अगर रिकवरी एक जगह रुक जाए, या अल्ना वाली तरफ़ भार डालने पर लगातार दर्द हो जो बचे सिरे की अस्थिरता या कन्वर्जेंस की ओर इशारा करे, तो इलाज करने वाले डॉक्टर के पास वापस भेजने पर विचार करें

भार/खेल पर लौटने के मानदंड - लगभग दोनों तरफ़ बराबर पकड़ और घुमाव की ताकत; भार के साथ बिना दर्द का घुमाव; कामकाजी जांच में कोई अस्थिरता नहीं

काम और गतिविधियों पर वापस लौटना

रोज़मर्रा में हाथ का हल्का इस्तेमाल (खाना खाना, लिखना, हल्की निजी देखभाल) शुरू से ही, आराम की सीमा में, करने की सलाह दी जाती है, बशर्ते उसमें अग्रबाहु को ज़बरदस्ती या भार के साथ घुमाना शामिल न हो। क्योंकि शुरुआत में आपकी अग्रबाहु स्प्लिंट में रहती है और आपको स्टीयरिंग व्हील को सुरक्षित रूप से संभाल सकना (उसे घुमाने सहित) ज़रूरी है, इसलिए पहले कुछ सप्ताहों में आने-जाने के लिए किसी की मदद की योजना बनाएं; गाड़ी चलाना तब दोबारा शुरू होता है जब आप स्प्लिंट से बाहर आ जाएं और स्टीयरिंग घुमाने के लिए अग्रबाहु को आराम से और सुरक्षित रूप से घुमा सकें, जिसकी पुष्टि आपकी फॉलो-अप जांच में की जाएगी।

भार के साथ मरोड़ने वाले काम (कसे हुए जार खोलना, निचोड़ना, पेचकस का इस्तेमाल करना, उस तरफ़ भारी थैले उठाकर ले जाना) तब तक रुकते हैं जब तक मज़बूती बढ़ाने की अनुमति न मिल जाए (आमतौर पर लगभग छह से आठ सप्ताह पर), और उसके बाद इन्हें धीरे-धीरे बढ़ाया जाता है। भारी शारीरिक काम और खेल पर लौटना भी इसी मानदंड-आधारित क्रम का पालन करता है, और यह इस पर निर्भर करता है कि अग्रबाहु का घुमाव और पकड़ फिर से बिना दर्द के और लगभग दोनों तरफ़ बराबर हो जाएं; इसका निर्णय केवल कैलेंडर से नहीं, बल्कि डॉ. हिरपरा और आपके हैंड थेरेपिस्ट द्वारा किया जाता है।

आपके प्रोटोकॉल के बाद

यह प्रोटोकॉल क्लिनिक की ठीक होने से जुड़ी सामान्य सलाह के साथ-साथ काम करता है; देखें [ऑपरेशन के बाद के दर्द को संभालना](#), [घाव की देखभाल](#) और [निशान का प्रबंधन](#)। अगर आपकी DRUJ की समस्या कलाई के फ्रैक्चर के बाद हुई थी, तो [डिस्टल रेडियोअल्नर फ्रैक्चर को ठीक करने का ऑपरेशन](#) वाला प्रोटोकॉल भी उपयोगी साथी है। ऊपर दी गई चरणबद्ध योजना डिस्टल रेडियोअल्नर जोड़ की हेमीरिसेक्शन आर्थ्रोप्लास्टी के बाद रिहैबिलिटेशन पर प्रकाशित मार्गदर्शन पर आधारित है, और आपकी आगे की रिकवरी का मार्गदर्शन डॉ. हिरपरा और आपके हैंड थेरेपिस्ट आपकी अग्रबाहु की प्रगति के अनुसार व्यक्तिगत रूप से करते हैं।