

कोहनी की अस्थिरता

कोहनी के बाहरी (लेटरल) और अंदरूनी (मीडियल) तरफ के कोलेटरल लिगामेंट (स्नायुबंधन), जिनका अस्थिरता वाली चोट के बाद रिपेयर किया जाता है या जिन्हें सुरक्षित रखा जाता है।

Kieran Hirpara © 1 3 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 की गई **कोहनी की अस्थिरता (जोड़ का ढीलापन)** की सर्जरी के बाद आपके ठीक होने में मार्गदर्शन करता है। इसमें दो अलग-अलग तरह की अस्थिरता शामिल हैं, और आपके सर्जन आपको बताएंगे कि आप पर कौन-सी लागू होती है:

- **(A) बाहरी तरफ (लेटरल) की चोट:** जैसे "टेरिबल ट्रायड" चोट (डिसलोकेशन के साथ हड्डियां टूटने वाली कोहनी की एक जटिल चोट), फ्रैक्चर-डिसलोकेशन (हड्डी टूटने के साथ जोड़ का अपनी जगह से खिसक जाना), या लेटरल कोलेटरल लिगामेंट (LCL, कोहनी के बाहरी तरफ का लिगामेंट (स्नायुबंधन)) का रिपेयर। इन चोटों को स्थिर किया जाता है ताकि कोहनी फिर से अपनी जगह से फिसले या घूमकर बाहर न निकले।
- **(B) फेंकने से हुई (मीडियल, अंदरूनी तरफ की) चोट:** अल्नर कोलेटरल लिगामेंट (UCL) का रिपेयर (वापस जोड़ना) या पुनर्निर्माण, आमतौर पर उन खिलाड़ियों में जो सिर के ऊपर से फेंकते हैं।

पूरी योजना एक ही विचार पर बनी है: **सुरक्षित रहते हुए जल्दी हरकत, न कि जोड़ को स्थिर (बिना हिलाए) रखना।** प्लास्टर (कास्ट) या स्लिट में लंबे समय तक रहना कोहनी के हमेशा के लिए जकड़ जाने का मुख्य कारण है, इसलिए लक्ष्य है सुरक्षित रूप से और जल्दी हिलाना शुरू करना। 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

कोहनी को जोड़ के अंदरूनी और बाहरी तरफ के लिगामेंट अपनी जगह पर टिकाए रखते हैं। जब इन्हें चोट लगती है (डिसलोकेशन, फ्रैक्चर-डिसलोकेशन, या बार-बार फेंकने से), तो जोड़ अस्थिर हो सकता है। सर्जरी क्षतिग्रस्त संरचनाओं का रिपेयर या पुनर्निर्माण करती है, ताकि जोड़ फिर से ठीक से बैठे।

डॉ. हिरपरा के तरीके में बाहर से पहना जाने वाला भारी कब्जेदार (हिंड) ब्रेस इस्तेमाल नहीं होता। अगर सर्जरी के समय रिपेयर अपनी पूरी रेंज में स्थिर है, तो आप आराम के लिए बस एक हल्का स्लिंग (बांह को सहारा देने वाली पट्टी) पहनेंगे और सुरक्षित स्थितियों के भीतर

कोहनी को जल्दी हिलाना शुरू करेंगे। अगर स्थिरता को ज़्यादा सुरक्षा की ज़रूरत है, तो सर्जरी के समय एक **इंटरनल जॉइंट स्टेबिलाइज़र (जोड़ को अंदर से स्थिर रखने वाला उपकरण)** लगाया जा सकता है: यह एक छोटा अंदरूनी कब्ज़ा है जो कोहनी को अंदर से सही जगह पर बैठाए रखता है, और साथ ही आपको कोहनी को जल्दी मोड़ने और सीधा करने देता है। क्योंकि सुरक्षा अंदरूनी है, इसलिए आपको फिर भी बाहर से पहना जाने वाला, हरकत को सीमित करने वाला ब्रेस नहीं पहनना पड़ता। अगर यह अंदरूनी उपकरण लगाया गया है, तो इसे आमतौर पर लिगामेंट जुड़ जाने के बाद, लगभग चार से छह महीने पर, निकाल दिया जाता है।

घाव, सूजन और निशान की देखभाल के लिए, क्लिनिक की **घाव की देखभाल** वाली सलाह देखें।

इस रिकवरी में सबसे अहम आदत है **अपनी सुरक्षित रेंज के भीतर हिलाते रहना**, और साथ ही उन स्थितियों से बचना जिनसे आपके सर्जन ने बचने को कहा है। नीचे दिए गए व्यायाम आपकी शुरुआत हैं।

सावधानियां और सीमाएं

किन स्थितियों से बचाना है, यह इस पर निर्भर करता है कि आपकी चोट कौन-सी है। आपके सर्जन और थेरेपिस्ट आपकी चोट की पुष्टि करेंगे।

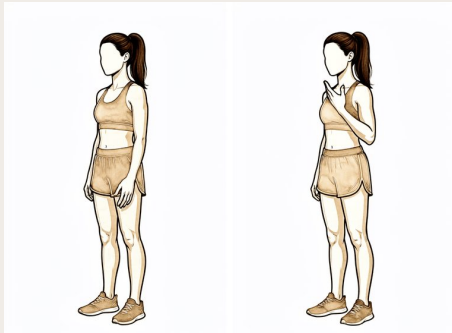
बाहरी तरफ़ (लेटरल) की चोट के लिए (टेरिबल ट्रायड / LCL):

- हरकत के दौरान अपनी अग्रबाहु (कोहनी से कलाई तक का हिस्सा) को **हथेली नीचे की ओर (प्रोनेशन)** घुमाकर **रखें**; इससे जोड़ ठीक से बैठता है और बाहरी रिपेयर सुरक्षित रहता है।
- व्यायाम अपनी बांह को शरीर के सामने रखकर **करें**, या अगर कहा जाए तो लेटकर बांह को छत की ओर उठाकर करें, ताकि गुरुत्वाकर्षण जोड़ को आपस में जोड़े रखने में मदद करे।
- शुरुआत में **न** तो बांह को बगल से बाहर की ओर गिरने दें (कंधे को बगल से बाहर की ओर उठाने से बचें) और न ही उस पर वज़न डालें; ऐसा होने पर गुरुत्वाकर्षण रिपेयर को खींचकर अलग कर देता है।
- जब तक आपके सर्जन अनुमति न दें (लगभग 16 सप्ताह पर), तब तक कोहनी को पूरा सीधा करने के साथ अग्रबाहु को हथेली ऊपर की ओर (सुपिनेशन) **न** घुमाएं; यही वह स्थिति है जिसमें जोड़ फिर से खिसक सकता है।
- कोहनी को दर्द होने तक **न** धकेलें और **न** स्ट्रेच करें, और पहले कुछ महीनों तक बांह पर वज़न डालने और टकराव वाले भार से बचें।

फेंकने से हुई (मीडियल, अंदरूनी तरफ़ की) चोट के लिए (UCL):

- बताए अनुसार अपनी अग्रबाहु को **हथेली ऊपर की ओर (सुपिनेशन) या बीच की स्थिति (न्यूट्रल)** की तरफ़ झुकाकर **रखें**।
- शुरुआत में कंधे को बाहर की ओर घुमाने (एक्सटर्नल रोटेशन) वाला भार **न** डालें; इससे अंदरूनी रिपेयर पर ज़ोर पड़ता है। आमतौर पर लगभग 6 सप्ताह तक इससे बचा जाता है।

आपके व्यायाम

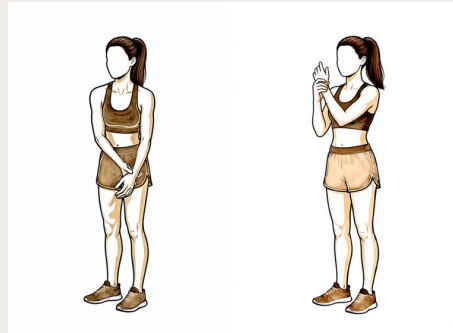


Kieran Hirpara © 1 2 3 4.0

कोहनी को सक्रिय रूप से मोड़ना

अपनी कोहनी को धीरे से जितना आराम से हो सके उतना मोड़ें, फिर उसे उस सीमा तक दोबारा सीधा करें जितनी आपके सर्जन और थेरेपिस्ट अनुमति देते हैं। अपनी अग्रबाहु (कोहनी से कलाई तक का हिस्सा) को उसी तरह घुमाकर रखें जैसा आपको बताया गया है — बाहरी तरफ़ (लेटरल) की चोट में इसका मतलब आमतौर पर हथेली नीचे की ओर (प्रोनेशन) होता है। केवल अपनी मांसपेशियों से हिलाएं; जोड़ पर जोर न लगाएं।

10-15 बार, दिन में कई बार

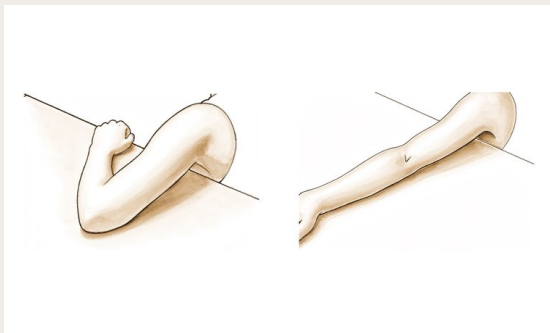


Kieran Hirpara © 1 2 3 4.0

सहायता से कोहनी मोड़ना (असिस्टेड फ्लेक्शन)

जब आपका थेरेपिस्ट अनुमति दे, तो अपने दूसरे हाथ से धीरे से अपनी कोहनी को उससे थोड़ा ज़्यादा मोड़ने में मदद करें जितना वह अपने-आप मुड़ती है। इसे केवल आरामदायक खिंचाव तक ले जाएं — कभी भी दर्द तक नहीं — और धीरे-धीरे ढीला छोड़ें।

10-15 सेकंड रोककर रखें, 5-10 बार, बताए अनुसार

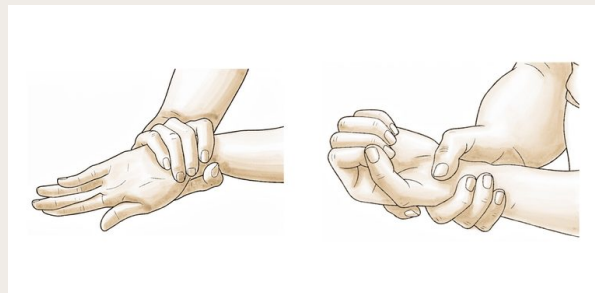


Kieran Hirpara © 1 2 3 4.0

कोहनी सीधी करना (आराम की सीमा तक एक्सटेंशन)

आपके सर्जन द्वारा तय की गई रेंज के भीतर, अपनी कोहनी को जितना आराम से हो सके उतना सीधा करें। बाहरी तरफ़ की चोट में, सीधा करते समय अपनी हथेली नीचे की ओर घुमाकर रखें। जब तक आपके सर्जन अनुमति न दें, तब तक कोहनी को पूरा सीधा करने के साथ हथेली को ऊपर की ओर न घुमाएं।

10-15 बार, दिन में कई बार

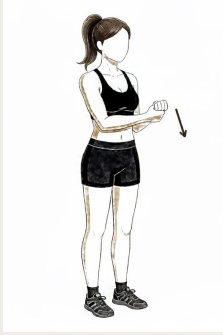


Kieran Hirpara © 1 2 3 4.0

अग्रबाहु का घुमाव (हथेली ऊपर / हथेली नीचे)

अपनी कोहनी को बगल से सटाकर और लगभग 90° पर मोड़कर, आपको दी गई रेंज के भीतर, धीरे से अपनी हथेली को ऊपर की ओर, फिर नीचे की ओर पलटें। आपकी सुरक्षित दिशा आपकी चोट पर निर्भर करती है — बाहरी तरफ़ की चोट में हथेली नीचे (प्रोनेशन) की ओर झुकाव रखा जाता है; फेंकने से हुई अंदरूनी तरफ़ की चोट में हथेली ऊपर (सुपिनेशन) की ओर। वही दिशा अपनाएं जो आपके सर्जन और थेरेपिस्ट तय करें।

हर अनुमति-प्राप्त दिशा में 10 बार, दिन में कई बार

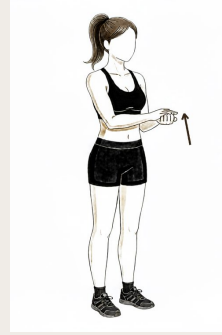


Kieran Hirpara © 1 2 3 4.0

कोहनी की मांसपेशियों को कसकर रोकना — सीधा करने वाली (आइसोमेट्रिक)

अपनी कोहनी को स्थिर रखते हुए, धीरे से ऐसे दबाएं जैसे उसे अपने दूसरे हाथ या किसी स्थिर सतह के खिलाफ सीधा कर रहे हों। कोहनी असल में हिलनी नहीं चाहिए। इससे ठीक हो रहे लिगामेंट (स्नायुबंधन) पर भार डाले बिना मांसपेशियां सक्रिय होती हैं।

5 सेकंड रोककर रखें, 10 बार, दिन में एक या दो बार — केवल अनुमति मिलने पर

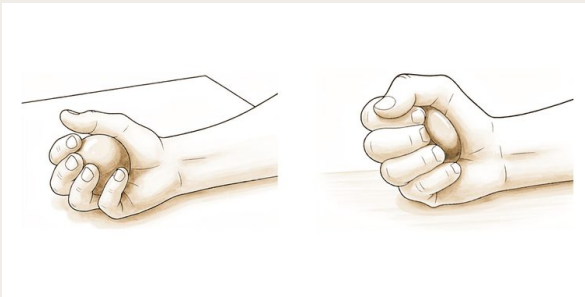


Kieran Hirpara © 1 2 3 4.0

कोहनी की मांसपेशियों को कसकर रोकना — मोड़ने वाली (आइसोमेट्रिक)

अपनी कोहनी को स्थिर रखते हुए, धीरे से ऐसे दबाएं जैसे उसे अपने दूसरे हाथ के खिलाफ मोड़ रहे हों। कोहनी हिलनी नहीं चाहिए। ज़ोर आरामदायक रखें — यह मांसपेशियों को सक्रिय करना है, कसरत नहीं।

5 सेकंड रोककर रखें, 10 बार, दिन में एक या दो बार — केवल अनुमति मिलने पर



Kieran Hirpara © 1 2 3 4.0

पकड़ मज़बूत करना

एक नरम गेंद या थेरेपी पुट्टी को अपने हाथ में दबाएं और थोड़ी देर रोककर रखें, फिर छोड़ दें। इससे आपकी कोहनी की सुरक्षा के दौरान आपका हाथ और अग्रबाहु मज़बूत बने रहते हैं।

10-15 बार दबाना, दिन में 2-3 बार

ये आपकी हैंडआउट (पर्ची) में दिए गए व्यायाम हैं, जो सुरक्षित हरकत वापस पाने और कोहनी की सुरक्षा के दौरान आपके हाथ, अग्रबाहु और कंधे को काम करते रहने देने के लिए हैं। इन्हें शुरू करें और आगे बढ़ाएं केवल डॉ. हिरपरा और आपके थेरेपिस्ट के बताए अनुसार; अग्रबाहु की सुरक्षित स्थिति और रेंज आपकी ख़ास चोट पर निर्भर करती है।

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

आपका क्लिनिकल प्रोटोकॉल

इस पेज का बाकी हिस्सा आपके फिजियोथेरेपिस्ट या हैंड थेरेपिस्ट (हाथ के विशेषज्ञ थेरेपिस्ट) के लिए क्लिनिकल प्रोटोकॉल है। यह दो ट्रेक में लिखा गया है, क्योंकि दोनों चोटों की सुरक्षा अलग-अलग तरीके से की जाती है। हर चरण मानदंडों से बंधा है: आगे तब बढ़ें जब पड़ाव (माइलस्टोन) पूरे हो जाएं, न कि केवल कैलेंडर के हिसाब से।

उपचार से पहले, मरीज़ का एक्स-रे, ऑपरेशन रिपोर्ट और पिछला मेडिकल इतिहास देखें, और इलाज करने वाले सर्जन से इन बातों पर बात करें: सर्जरी में हासिल हुई स्थिरता, सुरक्षित चाप (आर्क) और अग्रबाहु का घुमाव, और क्या इंटरनल जॉइंट स्टेबिलाइज़र लगाया गया था। डॉ. हिरपरा बाहर से पहना जाने वाला कब्जेदार ब्रेस इस्तेमाल नहीं करते: जो रिपेयर पूरी रेंज में स्थिर है, उसे एक साधारण स्लिंग में आराम की सीमा तक जल्दी हरकत के साथ संभाला जाता है; जहां स्थिरता को सुरक्षा की ज़रूरत है, वहां इंटरनल जॉइंट स्टेबिलाइज़र जोड़ को अंदर से सही जगह पर बैठाए रखता है और साथ ही आराम की सीमा तक सीधा करने (एक्सटेंशन) की अनुमति देता है।

ट्रेक A — टेरिबल ट्रायड / फ्रैक्चर-डिसलोकेशन / LCL (LUCL) रिपेयर

लक्ष्य: एक स्थिर कोहनी जो सही और केंद्रित रूप से अपनी जगह पर बैठी हो (कॉन्सट्रिक्ट रिडक्शन) और जल्दी हिले; पोस्टरोलेटरल रोटेटरी री-सब्लक्सेशन (जोड़ का घूमकर पीछे-बाहर की ओर फिर से आंशिक रूप से खिसकना) को रोकना।

शुरुआती चरण में पूरे समय की मुख्य सावधानियां:

- केवल बाहरी तरफ़ की चोट के लिए **अग्रबाहु को प्रोनेशन में (हथेली नीचे)** रखें (इससे बाहरी संरचनाएं कसती हैं और रेडियोकैपिटलर जोड़ ठीक से बैठता है)। अगर दोनों तरफ़ (कॉलम) का रिपेयर किया गया था, तो अग्रबाहु को **न्यूट्रल** में रखें; सुपिनेशन की अनुमति केवल तब है जब कोहनी ~90° तक मुड़ी हो।
- **वैरस दबाव (कोहनी के बाहरी हिस्से को खोलने वाला बल) और कंधे के एब्डक्शन (बांह को बगल से बाहर उठाना) से बचें:** गुरुत्वाकर्षण बाहरी रिपेयर पर वैरस भार डालता है। सक्रिय हिलने-डुलने की रेंज (एक्टिव रेंज ऑफ मोशन) के व्यायाम बांह को शरीर के सामने रखकर करें, या अगर रिपेयर कमज़ोर हो तो पीठ के बल लेटकर बांह ऊपर की ओर रखकर (सुपाइन-ओवरहेड, गुरुत्वाकर्षण का असर कम करते हुए) करें।
- ~16 सप्ताह तक **पूरे एक्सटेंशन के साथ सुपिनेशन नहीं** (इससे पिवट-शिफ्ट यानी जोड़ के खिसकने की स्थिति दोबारा बनती है)।
- 8-16 सप्ताह तक न वज़न डालना और न ही क्लोज़्ड-चेन भार (हाथ को किसी सतह पर टिकाकर भार डालना)।

सप्ताह 0-2: शुरुआती हरकत। आराम के लिए साधारण स्लिंग। उंगलियों, कलाई और कंधे की सक्रिय हिलने-डुलने की रेंज तुरंत शुरू करें। कोहनी की सक्रिय और सहायता-प्राप्त सक्रिय रेंज **दिन 2-3 से आराम की सीमा तक** शुरू करें, अग्रबाहु प्रोनेशन में, बांह शरीर के सामने सहारे पर (या अगर रिपेयर कमज़ोर हो तो सुपाइन-ओवरहेड, ताकि गुरुत्वाकर्षण जोड़ को दबाकर जोड़े रखे)। **जहां इंटरनल जॉइंट स्टेबिलाइज़र लगा हो, वहां जल्दी ही पूरे आरामदायक एक्सटेंशन तक बढ़ें; यह उपकरण जोड़ को सही जगह पर बनाए रखता है; कोई बाहरी ब्रेस इस्तेमाल नहीं किया जाता।**

सप्ताह 2-6: चाप (आर्क) वापस लाना। पूरे आरामदायक फ्लेक्शन (मोड़ना) और एक्सटेंशन (सीधा करना) तक बढ़ें (पूरे समय आराम की सीमा तक एक्सटेंशन; अगर इंटरनल स्टेबिलाइज़र लगा है, तो वह इसकी अनुमति देता है)। प्रोनेशन की ओर झुकाव बनाए रखें; वैरस भार से बचें। अगले चरण में जाने के मानदंड: पूरा पैसिव (निष्क्रिय) चाप वापस आ गया हो, जांच या एक्स-रे में दोबारा आंशिक खिसकाव न हो, दर्द $\leq 3/10$ ।

सप्ताह 6-12: मज़बूती बढ़ाना। क्लिनिकल जांच और एक्स-रे में ठीक हो जाने के बाद (~सप्ताह 6), धीरे-धीरे बढ़ने वाले मज़बूती के व्यायाम शुरू करें; अगर जकड़न (कॉन्ट्रैक्चर) बन रही हो तो स्टैटिक-प्रोग्रेसिव स्प्लिंट शुरू करें। वैरस भार से बचना जारी रखें। इंटरनल स्टेबिलाइज़र, अगर लगाया गया है, तो आमतौर पर लिगामेंट के जुड़ने तक लगा रहता है।

सप्ताह 12-20+: उन्नत / वापसी। धीरे-धीरे बढ़ता प्रतिरोध (रेज़िस्टेंस); भारी शारीरिक श्रम पर वापसी। **टकराव वाले और सिर के ऊपर से किए जाने वाले खेल लगभग 6-9 महीने पर** (और इंटरनल स्टेबिलाइज़र निकाले जाने के बाद, अगर लगाया गया था)। वैरस भार वाले मज़बूती के व्यायामों से बचना जारी रखें।

ट्रेक B — फेंकने से हुई (मीडियल) UCL रिपेयर / पुनर्निर्माण

यह लंबे समय तक ज़्यादा भार पड़ने से होने वाली अंदरूनी तरफ़ की समस्या है। डॉ. हिरपरा की पसंद है **कोई बाहरी कब्ज़ेदार ब्रेस नहीं**: सूचर-टैप इंटरनल ब्रेस से दी गई अतिरिक्त मज़बूती (रिपेयर में) या टेंडन (कंडरा) ग्राफ्ट (पुनर्निर्माण में) सुरक्षा देता है, और रिहैबिलिटेशन फेंकने पर केंद्रित होता है। अग्रबाहु को **सुपिनेशन/न्यूट्रल** की ओर झुकाकर रखा जाता है; प्रतिरोध के साथ कंधे का एक्सटर्नल रोटेशन ~सप्ताह 6 तक टाला जाता है, क्योंकि यह ग्राफ्ट पर वैल्गस भार (कोहनी के अंदरूनी हिस्से को खोलने वाला बल) डालता है।

इंटरनल ब्रेस से मज़बूत किया गया रिपेयर (तेज़ रफ़्तार वाला, बिना बाहरी ब्रेस वाले तरीके के अनुरूप):

- सप्ताह 0-4 में आराम की सीमा तक सुरक्षित शुरुआती हरकत (~सप्ताह 6 तक पूरा चाप)।
- ~सप्ताह 3 से थ्रोअर्स टेन (Thrower's Ten) कार्यक्रम; ~सप्ताह 6 से प्लायोमेट्रिक्स (उछाल और झटके वाले व्यायाम)।
- ~सप्ताह 11 से इंटरवल थ्रोइंग प्रोग्राम (धीरे-धीरे बढ़ने वाला फेंकने का कार्यक्रम); ~5-7 महीने पर खेल में वापसी।

पुनर्निर्माण (ग्राफ्ट) वाला ट्रेक, अगर किया गया हो (धीमा):

- ~सप्ताह 6 तक पूरा चाप; सप्ताह 14-16 पर इंटरवल थ्रोइंग; माउंड (पिच का उठा हुआ हिस्सा) से फेंकना 6 महीने से पहले नहीं; प्रतियोगी खेल में वापसी आमतौर पर 9-16 महीने पर।

काम और गतिविधियों पर वापस लौटना

आप कितनी जल्दी लौटते हैं, यह इस पर निर्भर करता है कि आपकी चोट कौन-सी थी और आपके काम या खेल की मांगें क्या हैं।

- **बाहरी तरफ़ की चोट (टेरिबल ट्रायड / LCL):** डेस्क के हल्के काम और अपनी निजी देखभाल के काम जल्दी, आपकी सुरक्षित स्थितियों के भीतर, दोबारा शुरू हो जाते हैं। मज़बूती बढ़ाना आमतौर पर लगभग 6 सप्ताह पर शुरू होता है, जब कोहनी क्लिनिकल जांच और एक्स-रे में ठीक हो चुकी हो। टकराव वाले और सिर के ऊपर से किए जाने वाले खेल आमतौर पर लगभग 6-9 महीने तक टाले जाते हैं, और अगर इंटरनल जॉइंट स्टेबिलाइज़र लगाया गया था तो उसके निकाले जाने के बाद तक। जब तक आपके सर्जन अनुमति न दें, तब तक न बांह पर वज़न डालें और न ही उसे बगल से बाहर की ओर रखकर उस पर भार डालें।
- **फेंकने से हुई चोट (UCL):** इंटरनल ब्रेस से मज़बूत किए गए रिपेयर के साथ, एक व्यवस्थित इंटरवल थ्रोइंग प्रोग्राम आमतौर पर लगभग 11 सप्ताह पर शुरू होता है, और खेल में वापसी लगभग 5-7 महीने पर होती है। पुनर्निर्माण के बाद, प्रतियोगी रूप से फेंकने पर वापसी धीमी होती है, आमतौर पर 9-16 महीने।

गाड़ी चलाना तब दोबारा शुरू होता है जब स्लिंग से बाहर आपकी बांह पर आपका आरामदायक और सुरक्षित नियंत्रण हो, और आपके सर्जन ने फॉलो-अप जांच में पुष्टि कर दी हो कि यह उचित है। आपका थेरेपिस्ट आपके व्यक्तिगत लक्ष्यों की ओर आपकी मज़बूती और खेल- या काम-से जुड़े विशेष अभ्यासों को आगे बढ़ाएगा।

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](#) और [घाव की देखभाल](#)। आपकी आगे की रिकवरी का मार्गदर्शन आपका फिजियोथेरेपिस्ट या हैंड थेरेपिस्ट व्यक्तिगत रूप से करता है, इस

आधार पर कि आपकी कोहनी कैसे प्रगति कर रही है और आपकी चोट कौन-सी थी। इस प्रोटोकॉल का चिकित्सकों के लिए प्रमाण-सारांश इस पेज के साथ रखा गया है।