

ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (Radial Head Replacement)

ਇਹ ਪੰਨਾ ਮਸ਼ੀਨ ਦੁਆਰਾ ਅਨੁਵਾਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਹਾਲੇ ਤੱਕ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂਚਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ। **ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸੰਸਕਰਣ** ਹੀ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਇੱਕ ਨਜ਼ਰ ਵਿੱਚ। 80 ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਤ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ — ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਹਲਕੀਆਂ ਕੰਮਾਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਡੈਸਕ ਕੰਮ, ਡਰਾਈਵਿੰਗ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ	ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਮੈਨੁਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ	ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜੇ ਦਾ ਟਿਕ ਜਾਣਾ ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ
2-6 weeks	3-6 months	12 months
ਅਕੜਾਅ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਜਲਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਸਰਤਾਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਜਲਦੀ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।	ਸਰਗਰਮ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਤਿੰਨ-ਚੌਥਾਈ ਸਰਗਰਮ ਡਿਊਟੀ, ਡੰਡ-ਬੈਠਕਾਂ (push-ups) ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਲਗਭਗ ਅੱਧੇ ਹੀ ਸੱਟ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦੇ ਪੱਧਰ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੇ ਹਨ।	ਦਰਦ, ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੁਧਾਰ ਅਤੇ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਠਹਿਰਾਅ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਉਂ ਸੁਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਜੋ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਖ਼ਾਸ ਸੱਟ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਚੁਣਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ੍ਰੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਵੱਲੋਂ ਖਰਚੇ ਦੀ ਵਾਪਸੀ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਕੀ ਗੜਬੜ ਹੈ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ।

ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ (radial head), ਯਾਨੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਦੀਆਂ ਦੋ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਦੇ ਗੋਲ ਸਿਖਰ, ਨੂੰ ਇੱਕ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਨਾਲ ਬਦਲਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਦੋਂ ਸੁਝਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਕਈ ਟੁਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਟੁੱਟ ਗਿਆ ਹੋਵੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜਿਆ ਨਾ ਜਾ ਸਕੇ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਟੁੱਟੀ ਹੱਡੀ ਨੇ ਕੂਹਣੀ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਡਾਵਾਂਡੇਲ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੋਵੇ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ) ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਅਕਸਰ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਉਦੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਉਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਟੁੱਟ ਇੰਨੀ ਗੰਭੀਰ ਹੋਵੇ ਕਿ ਉਹ ਇਲਾਜ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰੇ।

ਮਕਸਦ ਹੈ ਵਧੇਰੇ ਸਥਿਰ ਕੂਹਣੀ, ਘੱਟ ਦਰਦ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੀ ਬਿਹਤਰ ਹਿਲਜੁਲ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਮਾਪਣ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਐਕਸ-ਰੇ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ CT ਸਕੈਨ, ਕਰਵਾਵਾਂਗੇ। ਇਹ ਸਕੈਨ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਹੱਡੀ ਕਿੱਥੋਂ ਟੁੱਟੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇੰਪਲਾਂਟ (ਨਕਲੀ ਹਿੱਸਾ) ਦਾ ਸਹੀ ਆਕਾਰ ਚੁਣਨ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਕਿਸੇ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟ ਜਾਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ) ਨਾਲ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ, ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਕੁਝ ਨਾ ਖਾਓ ਅਤੇ ਨਾ ਪੀਓ। ਅਸੀਂ ਛੇ ਦੀ ਥਾਂ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਇਸ ਲਈ ਮੰਗਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸੂਚੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਚੱਲ ਪਵੇ ਤਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ; ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਭੁੱਖੇ ਰਹਿਣ ਦਾ ਸਹੀ ਸਮਾਂ ਪੱਕਾ ਕਰੇਗਾ। ਕੁਝ ਖਾਸ ਦਵਾਈਆਂ ਸਿਰਫ਼ ਤਾਂ ਹੀ ਬੰਦ ਕਰੋ ਜੋ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਜੇ ਕੁਝ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਲੈਂਦੇ ਹੋ ਉਸ ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸੂਚੀ ਨਾਲ ਲੈ ਕੇ ਆਓ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਰ ਛੱਡਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ ਜੋ ਗੱਡੀ ਚਲਾ ਸਕੇ, ਅਤੇ ਢਿੱਲੇ, ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਬਟਨ ਜਾਂ ਜ਼ਿੱਪ ਹੋਵੇ, ਨਾ ਕਿ ਅਜਿਹੇ ਕੱਪੜੇ ਜੋ ਸਿਰ ਉੱਤੋਂ ਦੀ ਪਾਉਣੇ ਪੈਣ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ

ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸਰਜੀਕਲ ਦਾਖਲਾ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚੋਗੇ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਖਲਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਲਈ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ ਨੂੰ ਮਿਲੋਗੇ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰੇਗਾ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਹੇਠ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਲਈ ਕਈ ਵਾਰ ਨਾਲ ਰੀਜਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਨਸ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਟੀਕਾ) ਵੀ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ ਉਸੇ ਦਿਨ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰੇਗਾ। ਫਿਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਪੂਰਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਗ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਖੁੱਲ੍ਹੇਗੀ। ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਤੱਕ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਰਹਿਣਗੀਆਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣਗੀਆਂ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ, ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਓਗੇ ਜਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾਓਗੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਜਾ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਤੁਸੀਂ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਲਈ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕੀਤਾ ਸੀ ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉੱਥੇ ਲੈ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਅਸੀਂ ਸਮਝਾਵਾਂਗੇ ਕਿ ਅਗਲੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਕਿਸ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਟੁੱਟੇ ਹੋਏ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਚੀਰਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਬਾਹਰ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਿਖਰ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਇੱਕ ਪੱਟੀ ਨੂੰ ਹੌਲੀ ਨਾਲ ਵੰਡਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਟੁੱਟੇ ਟੁਕੜੇ ਦਿਖਾਈ ਦੇ ਸਕਣ। ਟੁੱਟੇ ਟੁਕੜਿਆਂ ਨੂੰ ਕੱਢ ਕੇ ਇੱਕ ਪਾਸੇ ਦੀ ਮੇਜ਼ ਉੱਤੇ ਬੁਝਾਰਤ ਵਾਂਗ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਪਤਾ ਲੱਗ ਸਕੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਕਿਸ ਆਕਾਰ ਦੇ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਫਿਰ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਇੱਕ ਪੱਧਰਾ, ਸਿੱਧਾ ਅਧਾਰ ਬਣਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਅੰਦਰਲੀ ਨਾਲੀ ਨੂੰ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਨਵਾਂ ਹਿੱਸਾ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਟਿਕ ਸਕੇ। ਪਹਿਲਾਂ ਅਜ਼ਮਾਇਸ਼ੀ ਹਿੱਸੇ ਲਗਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਸਿੱਧਾ ਦੇਖ ਕੇ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਐਕਸ-ਰੇ ਤਸਵੀਰਾਂ ਵਰਤ ਕੇ, ਦੋਹਾਂ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਜਾਂਚ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਨਵਾਂ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਉੱਪਰਲੀ ਬਾਂਹ (ਡੌਲਾ) ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਿਰੇ ਨਾਲ ਸਹੀ ਸੇਧ ਵਿੱਚ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਨਾਲ ਸੁਖਾਲਾ ਹਿੱਲਦਾ ਹੈ। ਅਖ਼ੀਰਲਾ ਹਿੱਸਾ ਲਗਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਵੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਨਕਲੀ ਹਿੱਸਾ ਧਾਤ ਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅਸਲ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਨਾਲੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਛੋਟਾ ਬਣਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਭੀੜ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਲੱਗ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਪੱਟੀ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਮੁੜ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਸੱਟ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਲਿਗਮੈਂਟ (ligament, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਬੰਧਨ) ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਚਮੜੀ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕਰਕੇ ਉਸ ਉੱਤੇ ਪੱਟੀ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਕਿਉਂਕਿ ਟੁੱਟੀ ਹੱਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਕੈਨਾਂ ਨਾਲੋਂ ਮਾੜੀ ਦਿਸ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੇ ਕਈ ਵਿਕਲਪ ਤਿਆਰ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਸ਼ਕਲਾਂ ਅਤੇ ਲੰਬਾਈਆਂ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਜੋ ਟੁੱਟ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਦੇਖਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਭ ਤੋਂ ਢੁਕਵਾਂ ਹਿੱਸਾ ਚੁਣਿਆ ਜਾ ਸਕੇ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਪਹਿਲੇ ਇੱਕ-ਦੋ ਦਿਨ, ਕੂਹਣੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੋ ਜੋ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਨਾਲ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਲਈ ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ; ਜੇ ਇਹ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੀ ਤਾਂ ਨਰਸਾਂ ਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਆਰਾਮ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਇੱਕ ਸਾਦੀ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਵਿੱਚ ਰਹੇਗੀ, ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਹੌਲੀ ਹਿਲਜੁਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਲਦੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜਲਦੀ ਹਿਲਾਉਣ ਨਾਲ ਅਕੜਾਅ ਤੋਂ ਬਚਾਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਘਰ ਪਹੁੰਚਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟੇ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਟੀਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾਓਗੇ ਜਾਂ ਇੱਕ ਰਾਤ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹੋਗੇ। ਅਸੀਂ ਪੱਟੀ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨ ਲੱਗੀ ਰਹਿਣ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ; ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾ ਉਤਾਰੋ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਾ ਕਹੀਏ। ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਬਦਲਦੇ ਜਾਂ ਉਤਾਰਦੇ ਹਾਂ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ

ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਦਿਨ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਦੁਖੇਗੀ ਅਤੇ ਸੁੱਜੀ ਰਹੇਗੀ, ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਚਮੜੀ ਉੱਤੇ ਨੀਲ ਪਿਆ ਦਿਸ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਆਮ ਹਿੱਸਾ ਹੈ। ਬੈਠਣ ਜਾਂ ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਸਿਰਹਾਣਿਆਂ ਉੱਤੇ ਉੱਚਾ ਰੱਖਣ ਨਾਲ ਸੋਜ ਘਟਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਬੇਆਰਾਮੀ ਘਟਦੀ ਹੈ, ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਉਸ ਨੂੰ ਸੌਖਾ ਕਰੇਗੀ।

ਆਰਾਮ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਇੱਕ ਸਾਦੀ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਬੰਨ੍ਹ ਕੇ ਸਥਿਰ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦੀ। ਹੌਲੀ ਹਿਲਜੁਲ ਜਲਦੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜਲਦੀ ਹਿਲਾਉਣ ਨਾਲ ਅਕੜਾਅ ਤੋਂ ਬਚਾਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿਖੇ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ (Ruby Doolan) ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਰੂਬੀ ਇੱਕ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਹੈ: ਉਹ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰੇਗੀ ਅਤੇ ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਬਣਾਏਗੀ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਕਸਰਤਾਂ ਛੋਟੀਆਂ ਅਤੇ ਹਲਕੀਆਂ-ਫੁਲਕੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਇਹ ਵਧਦੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਘਰ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਹਲਕੇ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਵਰਤੋਗੇ, ਜਿਵੇਂ ਖਾਣਾ ਖਾਣਾ, ਲਿਖਣਾ ਅਤੇ ਬਟਨ ਬੰਦ ਕਰਨਾ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਇਹ ਨਾ ਕਹੇ ਕਿ ਇਹ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ, ਉਸ ਬਾਂਹ ਨਾਲ ਕੋਈ ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ ਨਾ ਚੁੱਕੋ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਕੁਰਸੀ ਉੱਤੇ ਜਾਂ ਸਿਰਹਾਣਿਆਂ ਦੇ ਸਹਾਰੇ ਉੱਚੇ ਹੋ ਕੇ ਸੌਣਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੌਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਲੱਗੇ ਤਾਂ ਸਲਿੰਗ ਪਾਈ ਰੱਖੋ।

ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਸੋਜ ਘਟਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਸੌਖੇ ਹੁੰਦੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਦੇ ਹਲਕੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਫੜ ਅਤੇ ਸੰਭਾਲ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਵੱਧ ਵਰਤਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋਗੇ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਦੇਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਡੀ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ](#) ਬਾਰੇ ਗਾਈਡ ਦੇਖੋ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਸਲਿੰਗ ਪਾਈ ਹੋਈ ਹੈ, ਗੱਡੀ ਨਾ ਚਲਾਓ, ਅਤੇ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਤਾਕਤਵਰ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਣੀਆਂ ਬੰਦ ਕਰ ਚੁੱਕੇ ਹੋਵੋ ਅਤੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਬ੍ਰੇਕ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਫੁਰਤੀ ਨਾਲ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋਵੋ।

ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਸਮਾਂ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਵੱਖਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਨਗੇ।

ਕੀ ਗ਼ਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਟੀਮ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਫੜਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਉੱਤੇ ਨੇੜਿਓਂ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਦੇ ਹਨ।

ਨਕਲੀ ਹਿੱਸਾ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਢਿੱਲਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਡੂੰਘਾ, ਧੜਕਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਸਾਦੀਆਂ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਘਟਦਾ, ਜਾਂ ਇੱਕ ਨਵਾਂ ਦੁਖਣਾ ਜੋ ਠੀਕ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁੜ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਟੁੱਟ ਵੀ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਖਿਸਕਣਾ ਇੱਕ ਖੜਕਾ, ਇੱਕ ਟਿੱਕ ਦੀ ਆਵਾਜ਼, ਜਾਂ ਇਹ ਅਹਿਸਾਸ ਵਰਗਾ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੂਹਣੀ ਸੁਖਾਲੀ ਨਹੀਂ ਹਿੱਲ ਰਹੀ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਵੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਥਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਕੂਹਣੀ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਆ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਅਕੜਾਅ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਜੇ ਥੈਰੇਪੀ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਬਹੁਤ ਆਕੜੀ ਰਹੇ ਅਤੇ ਸਿੱਧੀ ਨਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਨਾ ਮੁੜੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਜਾਂ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਨੇੜੇ ਦੀਆਂ ਨਸਾਂ (nerves) ਚਿੜ੍ਹ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ (irritated)। ਇਹ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ, ਹੱਥ ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਵਿੱਚ ਝਰਨਾਹਟ, ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਵਜੋਂ ਦਿਖਾਈ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕੋਈ ਵੀ ਨਵਾਂ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਆਪਣੀ ਜਾਂਚ ਵਾਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਦੱਸੋ, ਜਾਂ ਜੇ ਇਹ ਅਚਾਨਕ ਆਵੇ ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੀ ਸਤ੍ਹਾ ਘਿਸ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਘਿਸਿਆ ਹੋਇਆ ਪਦਾਰਥ ਜੋੜ ਦੀ ਅੰਦਰਲੀ ਝਿੱਲੀ ਨੂੰ ਚਿੜ੍ਹਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਸੋਜ, ਗਰਮੀ ਅਤੇ ਰਬੜ ਵਰਗਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਕੂਹਣੀ ਲਗਾਤਾਰ ਸੁੱਜੀ ਜਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਗੜ, ਦੁਖਣਾ, ਜਾਂ ਮੁੜਨ ਜਾਂ ਸਿੱਧਾ ਹੋਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਦਾ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਕੁਝ ਘਟਣਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮਕਾਜ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾਵੇ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਦੱਸੋ।

ਕਈ ਵਾਰ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਇੱਕ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੱਢਣ ਜਾਂ ਬਦਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਪਹਿਲੇ ਦੋ-ਕੁ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਕੂਹਣੀ ਠੀਕ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ 'ਤੇ ਵੀ ਆਪਣੀਆਂ ਜਾਂਚ ਵਾਲੀਆਂ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ। ਤਕਲੀਫ਼ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਅਕਸਰ ਦਰਦ ਘਟਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਸੁਧਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਦੂਜਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਜਾਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵੀ ਘਟਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਆਪਣੇ ਟੀਚਿਆਂ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਜਲਦੀ ਗੱਲ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵੇਰਵੇ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਸਫ਼ੇ ਉੱਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਵਾਲੀ ਸਾਰਣੀ ਵਿੱਚ ਆਮ ਦਰਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।

ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੋਵੇ, ਜੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਵਧੇਰੇ ਲਾਲ ਹੋ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚੋਂ ਤਰਲ ਰਿਸਣ ਲੱਗੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਅਚਾਨਕ ਬਹੁਤ ਵਧ ਜਾਵੇ। ਸਾਨੂੰ ਉਦੋਂ ਵੀ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੂਹਣੀ ਬਹੁਤ ਸੁੱਜ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਗਰਮ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਜਾਂ ਨਵਾਂ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਆ ਜਾਵੇ। ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿੰਨੀ (ਲੱਤ ਦੀ ਪਿੰਨੀ, calf) ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਸਾਹ ਚੜ੍ਹੇ। ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਉਦੋਂ ਵੀ ਜਾਓ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਮਹਿਸੂਸ ਨਾ ਕਰ ਸਕੋ ਜਾਂ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਿੰਤਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਥਾਂ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਰੇਡੀਅਲ ਹੈਂਡ ਬਦਲਣ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇੱਕ ਖੋਜ ਕਰਕੇ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਜੋ ਇਹ ਬਦਲ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ “ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ (revision)” ਸ਼ਬਦ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਸਮਝਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ: ਜਦੋਂ ਇਹ ਇੰਪਲਾਂਟ ਕੱਢੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਇਹ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਕਿ ਇੰਪਲਾਂਟ ਅਸਫਲ ਹੋ ਗਿਆ।

ਇੰਪਲਾਂਟ ਕਿਉਂ ਕੱਢੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ

1,017 ਰੇਡੀਅਲ ਹੈਂਡ ਬਦਲਣ ਦੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ (arthroplasty) ਦੇ ਇੱਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (meta-analysis, ਕਈ ਅਧਿਐਨਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਕੇ ਕੀਤਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ) ਨੇ ਸਿੱਧੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਕੱਢਣ ਅਤੇ ਬਦਲਣ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ [1]। ਦੋ ਨਤੀਜੇ ਉੱਭਰ ਕੇ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੇ ਹਨ। ਕੱਢਣ ਜਾਂ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦਰ ਲਗਾਉਣ ਤੋਂ **ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ** ਸੀ, ਨਾ ਕਿ ਦੇਰ ਨਾਲ, ਜਿਵੇਂ ਘਿਸਾਈ ਨਾਲ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਅਸਫਲਤਾ ਵਿੱਚ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ। ਅਤੇ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਇੰਪਲਾਂਟ ਖੁਦ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੇ ਢਿੱਲੇ ਹੋਣ ਕਰਕੇ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ **ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅਕੜਾਅ ਅਤੇ ਹੈਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸੀਫਿਕੇਸ਼ਨ (heterotopic ossification, ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਬਣਨਾ)** ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਕੱਢੇ ਗਏ ਸਨ [1]।

ਇਹ ਪੂਰੇ ਸਵਾਲ ਨੂੰ ਨਵੇਂ ਢੰਗ ਨਾਲ ਦੇਖਣ ਲਈ ਮਜ਼ਬੂਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਦਾ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਇਸ ਕਰਕੇ ਬਦਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਧਾਤ ਘਿਸ ਗਈ ਜਾਂ ਢਿੱਲੀ ਹੋ ਗਈ। ਇਹ ਇਸ ਲਈ ਕੱਢਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਕੂਹਣੀ ਆਕੜ ਗਈ, ਅਤੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਨੂੰ ਕੱਢਣਾ ਉਸ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ। ਇੰਪਲਾਂਟ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਮੱਸਿਆ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ; ਇਹ ਉਹ ਥਾਂ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਇਲਾਜ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਦਾ ਇਹ ਵੀ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਅਸਲ ਦੁਸ਼ਮਣ ਉਹੀ ਹੈ ਜੋ ਕੂਹਣੀ ਦੀ ਹਰ ਗੰਭੀਰ ਸੱਟ ਉੱਤੇ ਹਾਵੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ: ਹਿਲਜੁਲ ਦਾ ਘਟਣਾ। ਕਸਰਤ ਅਤੇ ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ (rehabilitation) ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਕੋਈ ਵਾਧੂ ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਕਾਮਯਾਬੀ ਨੂੰ ਤੈਅ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਮੁੱਖ ਗੱਲ ਹੈ।

ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਦਰ ਨੂੰ ਛੱਕ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

1,272 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਨੇ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਿਆ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਲਿਖਤਾਂ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਬਦਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਦਰ ਦਾ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਅੰਦਾਜ਼ਾ **ਨਹੀਂ** ਦਿੰਦੀਆਂ [2]। ਇਸ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਖੋਜ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਬਾਰੇ ਸੀ: ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਵਿੱਚ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ **ਤਿੰਨ ਸਾਲ** ਦਾ ਫਾਲੋ-ਅੱਪ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਨਾਲ ਹੀ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਸਹਿਮਤ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾ ਕਿ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਕਾਰਨ ਕੀ ਗਿਣਿਆ ਜਾਵੇ [2]।

ਪਿਛਲੀ ਖੋਜ ਨੂੰ ਦੇਖਦੇ ਹੋਏ, ਕਿ ਇੰਪਲਾਂਟ ਕੱਢਣ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਪਹਿਲੇ ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਇਕੱਠੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਬਾਰਾਂ ਜਾਂ ਅਠਾਰਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਫਾਲੋ-ਅੱਪ ਵਾਲਾ ਅਧਿਐਨ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਹਰ ਵਾਰ ਘੱਟ ਗਿਣੇਗਾ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਇੰਪਲਾਂਟ ਲਈ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਘੱਟ ਦਰ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇਖੋ, ਤਾਂ ਫਾਲੋ-ਅੱਪ ਦੀ ਲੰਬਾਈ ਅੰਕੜੇ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਅਹਿਮ ਹੈ।

ਹਰ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ

ਬਦਲਣ ਦਾ ਮੁਕਾਬਲਾ ਜੋੜਨ (fixation) ਨਾਲ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਤੁਲਨਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝੀ ਜਾ ਚੁੱਕੀ ਹੈ। ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਅਤੇ ਨੈੱਕ ਦੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਦੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਦੇ **1,264** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਮੇਸਨ ਟਾਈਪ II ਅਤੇ ਟਾਈਪ III (Mason type II and type III) ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਲਈ ਖੋਲ੍ਹ ਕੇ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਸਹੀ ਥਾਂ ਬਿਠਾਉਣਾ ਅਤੇ ਅੰਦਰੋਂ ਜੋੜਨਾ (open reduction and internal fixation) ਬਿਹਤਰ ਵਿਕਲਪ ਵਜੋਂ ਸਾਹਮਣੇ ਆਇਆ, ਜਦਕਿ ਬਦਲਣਾ ਉਹਨਾਂ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਲਈ ਹੈ ਜੋ ਵਧੇਰੇ ਚੂਰ-ਚੂਰ ਹੋਏ ਹੋਣ [3]।

ਕਲੀਨਿਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜੋ ਫ਼ਰਕ ਅਹਿਮ ਹੈ ਉਹ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਹੈੱਡ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜ ਕੇ ਕੁਝ ਸਥਿਰ ਬਣਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਇਸ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਕੁਦਰਤੀ ਬਣਤਰ ਬਚੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਟੁਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਜੋੜਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਸਭ ਤੋਂ ਮਾੜੇ ਨਤੀਜੇ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀ ਹੈ — ਅਜਿਹਾ ਜੋੜ ਜੋ ਅਸਫਲ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇੱਕ ਆਕੜੀ, ਡਾਵਾਂਡੇਲ ਕੂਹਣੀ ਛੱਡ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।

ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਸੱਟ ਦੀ ਗੁੰਝਲ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਫ਼ੈਸਲਾਕੁਨ ਰਿਹਾ ਹੈ

ਡੰਡੀ (stem) ਦੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਅਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਟਿਕਾਉਣ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਬਾਰੇ ਲੰਮੀ ਬਹਿਸ ਚੱਲਦੀ ਰਹੀ ਹੈ। ਢਿੱਲੀ ਫਿੱਟ ਵਾਲੀ, ਪਾਲਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਡੰਡੀ ਵਾਲੇ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਵਾਲੀ **1,316** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਸਿੱਖਿਆਦਾਇਕ ਹੈ: ਉਸ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਟੈਰੀਬਲ ਟ੍ਰਾਇਡ (terrible triad, ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ, ਕੋਰੋਨੋਇਡ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਉਤਰ ਜਾਣ ਦਾ ਮੇਲ) ਸੱਟਾਂ ਦਾ ਅਨੁਪਾਤ **ਵੱਧ** ਸੀ, ਯਾਨੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਗੁੰਝਲਦਾਰ ਸੱਟਾਂ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਵੀ ਚੰਗੇ ਕਲੀਨਿਕਲ ਨਤੀਜੇ ਮਿਲੇ, ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡਾਵਾਂਡੇਲ ਹੋਣ ਦੀ ਦਰ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਘੱਟ ਸੀ [4]।

ਵਾਜਬ ਸਿੱਟਾ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਕੋਈ ਇੱਕ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਬਿਹਤਰ ਹੈ, ਸਗੋਂ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਮੂਲ ਸੱਟ ਦੀ ਗੰਭੀਰਤਾ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੀ ਚੋਣ ਨਾਲੋਂ ਨਤੀਜੇ ਉੱਤੇ ਵਧੇਰੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Kachooei AR, Baradaran A, Ebrahimzadeh MH, van Dijk CN, Chen N. The rate of radial head prosthesis removal or revision: a systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am. 2018;43(1):39-53.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.08.031>
- [2] Laumonerie P, Reina N, Kerezoudis P, Declaux S, Tibbo ME, Bonneville N, et al. The minimum follow-up required for radial head arthroplasty. Bone Joint J. 2017;99-B(12):1561-70. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.99B12.BJJ-2017-0543.R2>
- [3] Zwingmann J, Welzel M, Dovi-Akue D, Schmal H, Südkamp N, Strohm P. Clinical results after different operative treatment methods of radial head and neck fractures. Injury. 2013;44(11):1540-50. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2013.04.003>
- [4] Lammers SE, Schnellman GL, Beimel C, de Gast A, Chambers BE. Uncementing the status quo: systematic review of a loose-fit, polished stem radial head prosthesis shows stable clinical results in complex elbow injuries with a concomitant radial head fracture. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-05160-6>

ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (Radial Head Replacement)

ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਾਹਿਤ ਤੋਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ

80 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।

ਪੇਚੀਦਗੀ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ (revision surgery)	10.0%	30 ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (meta-analysis) ਵਿੱਚ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਦੇ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਜਾਂ ਬਦਲਣ ਦੀ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਦਰ।
ਅਕੜਾਅ	20.0%	ਕੂਹਣੀ ਦਾ ਅਕੜਾਅ ਅਸਫਲਤਾ ਦਾ ਇੱਕ ਆਮ ਰੂਪ ਹੈ, ਜੋ ਹਾਲੀਆ ਮੈਡੀਕਲ ਲਿਖਤਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਵਿੱਚ 20% ਅਸਫਲਤਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਹੋਇਆ।
ਬਿਨਾਂ ਲਾਗ ਦੇ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣਾ (aseptic loosening)	30.0%	ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲਾ, ਬਿਨਾਂ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਦੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦਾ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣਾ ਅਸਫਲਤਾ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਰੂਪ ਹੈ, ਜੋ ਸਾਰੀਆਂ ਅਸਫਲਤਾਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 30% ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਹੈਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸੀਫਿਕੇਸ਼ਨ (heterotopic ossification, ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਬਣਨਾ)	37.6%	ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ 37.6% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਵਿੱਚ ਹੈਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਦਰਦ	17.0%	ਹਾਲੀਆ ਮੈਡੀਕਲ ਲਿਖਤਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ 17% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲਤਾ ਦੇ ਰੂਪ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।
ਡਾਵਾਂਡੇਲ ਹੋਣਾ (instability)	5.7%	ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਵਿੱਚ ਸਾਰੇ ਫਿਕਸਡ-ਡੰਡੀ (fixed-stem) ਵਾਲੇ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸਿਆਂ ਲਈ ਡਾਵਾਂਡੇਲ ਹੋਣ ਦੀ ਕੁੱਲ ਦਰ।
ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ)	3.0%	ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 8 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਫਾਲੋ-ਅੱਪ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਬਦਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲਾਗ ਦੀ ਦੱਸੀ ਗਈ ਦਰ।
ਅਲਨਰ ਨਸ ਦੀ ਸੋਜਸ਼ (ulnar neuritis)	3.0%	ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 8 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਫਾਲੋ-ਅੱਪ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਬਦਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਲਨਰ ਨਸ ਦੀ ਸੋਜਸ਼ (ulnar neuritis) ਦੀ ਦੱਸੀ ਗਈ ਦਰ।

ਪੇਚੀਦਗੀ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਜੋੜ ਦਾ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਖਿਸਕਣਾ (subluxation)	4.0%	ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 8 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਫਾਲੋ-ਅੱਪ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਰੇਡੀਅਲ ਹੈੱਡ ਬਦਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੂਹਣੀ ਦੇ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਖਿਸਕਣ ਦੀ ਦੱਸੀ ਗਈ ਦਰ।
ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਵੱਡਾ ਹਿੱਸਾ ਲੱਗ ਜਾਣਾ (overstuffing)	9.0%	ਹਾਲੀਆ ਮੈਡੀਕਲ ਲਿਖਤਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਵੱਡਾ ਹਿੱਸਾ ਲੱਗ ਜਾਣਾ 9% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲਤਾ ਦੇ ਰੂਪ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।
ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਵੱਖ ਹੋ ਜਾਣਾ (prosthesis dissociation)	5.0%	ਹਾਲੀਆ ਮੈਡੀਕਲ ਲਿਖਤਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਪੁਰਜ਼ਿਆਂ ਦਾ ਵੱਖ ਹੋ ਜਾਣਾ 5% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲਤਾ ਦੇ ਰੂਪ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।
ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੁਆਲੇ ਹਲਕੀ ਲਕੀਰ (radiolucency)	45.5%	ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ 45.5% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੁਆਲੇ ਹਲਕੀ ਲਕੀਰ (radiolucency) ਦੱਸੀ ਗਈ।

ਮੈਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੜ੍ਹ ਲਈ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਡਾ. ਹਿਰਪਰਾ ਤੋਂ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ, ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਉਮੀਦ ਮੁਤਾਬਕ ਸਿਹਤਯਾਬੀ, ਅਤੇ ਉੱਪਰ ਦੱਸੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲਿਆ ਹੈ।

ਰੋਗੀ — ਨਾਮ (ਸਾਫ਼ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ)

ਦਸਤਖਤ

ਤਾਰੀਖ