

ਫਲੈਕਸਰ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ

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 ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ — ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਹਲਕੀਆਂ ਕੰਮਾਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਡੈਸਕ ਕੰਮ, ਡਰਾਈਵਿੰਗ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ	ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਮੈਨੂਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ	ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜੇ ਦਾ ਟਿਕ ਜਾਣਾ ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ
2-6 weeks	3-6 months	6-12 months
ਹਲਕੇ ਕੰਮਾਂ ਅਤੇ ਡੈਸਕ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 2 ਤੋਂ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਜਲਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ (ਕਸਰਤਾਂ ਦੀ ਯੋਜਨਾ) ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।	ਹੱਥੀਂ ਕੰਮ (manual work) ਉੱਤੇ ਵਾਪਸੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਤਾਕਤ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ 3 ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਹਾਸਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।	ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਕੰਮਕਾਜੀ ਸਿਹਤਯਾਬੀ, ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ ਦਾ ਹੋਰ ਨਾ ਵਧਣਾ (plateau), ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 6 ਤੋਂ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਉਂ ਸੁਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ, ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਖਾਸ ਸੱਟ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਚੁਣਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ Medicare ਦੀ ਛੋਟ (rebate) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ (referral) ਲੈਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸੱਟ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਸਕੈਨ (imaging) ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਕਿਹੜੀ ਚੀਜ਼ ਨੂੰ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਹੈ।

ਫਲੈਕਸਰ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ (flexor tendon repair) ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲ ਜਾਂ ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ ਕੱਟੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਜੋੜਨਾ। ਇਹ ਟੈਂਡਨ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਮੋੜਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਕੱਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਉਂਗਲ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨਹੀਂ ਮੁੜ ਸਕਦੀ। ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਅਚਾਨਕ ਲੱਗੀ ਸੱਟ (acute injury) ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਏ ਬਿਨਾਂ ਹੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਸਲਾਹ ਫ਼ੌਰਨ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕੱਟਿਆ ਹੋਇਆ ਟੈਂਡਨ ਆਪਣੇ ਆਪ ਜੁੜ ਕੇ ਪੂਰੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਤੱਕ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ, ਅਤੇ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਉਂਗਲ ਦੇ ਆਕੜੀ ਹੋਈ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਰਹਿਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਮਕਸਦ ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਇੰਨੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਦੇਣਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਜਲਦੀ ਹਿਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕੋ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਝਿੱਲੀ (sheath, ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਨਾਲੀ) ਦੇ ਅੰਦਰ ਚਿਪਕਣ ਤੋਂ ਰੋਕਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਟੀਚਾ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲ ਦੀ ਆਮ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣਾ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਫਲੈਕਸਰ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੱਟ ਤੋਂ ਜਲਦੀ ਬਾਅਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਲਈ ਬਹੁਤਾ ਕੁਝ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਖਾਣਾ-ਪੀਣਾ ਕਦੋਂ ਬੰਦ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਭੁੱਖੇ ਰਹਿਣ (fasting) ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਮਿੱਥੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਚੱਲ ਰਹੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਪਹਿਲਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਕੁਝ ਆਮ ਦਵਾਈਆਂ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ ਰੋਕਣੀਆਂ ਪੈ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਹੀ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੇਵੇਗਾ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਅਤੇ ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਲਈ। ਜੇ ਕੁਝ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਉਸ ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸੂਚੀ ਨਾਲ ਲਿਆਓ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਵਿੱਚ ਘਰ ਛੱਡਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਖੁੱਲ੍ਹੇ, ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਜਾਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ) ਨਾਲ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਐਕਸ-ਰੇ, ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਜਾਂ MRI ਵਰਗੇ ਸਕੈਨ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਕਰਵਾਏ ਜਾ ਚੁੱਕੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ

ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸਰਜੀਕਲ ਦਾਖਲਾ ਵਿਭਾਗ (surgical admissions unit) ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹੋ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਖਲਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਲਈ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ ਨੂੰ ਮਿਲਦੇ ਹੋ। 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।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ (recovery area) ਵਿੱਚ ਹੋਸ਼ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਘਟਣ ਤੱਕ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਘਰ ਜਾਂਦੇ ਹੋ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਪਾਟੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਲਈ ਉਂਗਲ ਜਾਂ ਹਥੇਲੀ ਉੱਤੇ ਚੀਰਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਕੱਟੇ ਹੋਏ ਸਿਰੇ ਲੱਭ ਕੇ ਮੁੜ ਇਕੱਠੇ ਲਿਆਂਦੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਸਿਉਂਦਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਇਸ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਹਿੱਸੇ (core) ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਕਿਨਾਰੇ ਦੁਆਲੇ ਬਾਰੀਕ ਟਾਂਕੇ ਲਗਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਬਾਹਰਲੇ ਟਾਂਕੇ ਵੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਵਿੱਚ ਅਸਲ ਵਾਧਾ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਆਰ-ਪਾਰ ਟਾਂਕੇ ਦੀਆਂ ਕਈ ਤਾਰਾਂ (strands) ਵਰਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤਾਰਾਂ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਘੱਟ ਤਾਰਾਂ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲੋਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਸਰਜਨ ਟੈਂਡਨ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਨਾਜ਼ੁਕ ਬਣਤਰਾਂ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹੀ ਬਣਤਰਾਂ ਉਂਗਲ ਮੁੜਨ ਵੇਲੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਸੌਖਿਆਂ ਖਿਸਕਣ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਮੁਰੰਮਤ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਲੰਬਾਈ ਵਿੱਚ ਕਿਸ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਕੱਟ ਲੱਗਾ ਹੈ। ਉਂਗਲ ਦੇ ਕੁਝ ਹਿੱਸਿਆਂ (zones) ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਦੂਜਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਚੁਣੀ ਗਈ ਤਕਨੀਕ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੀ ਹੈ।

ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਚਮੜੀ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਪੱਟੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਉਹ ਪੱਟੀ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨ ਲੱਗੀ ਰੱਖੋਗੇ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।

ਸਾਰੇ ਕੰਮ ਦੌਰਾਨ ਮਕਸਦ ਅਜਿਹੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜੋ ਇੰਨੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੋਵੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਉਂਗਲ ਜਲਦੀ ਹਿਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕੋ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਆਪਣੀ ਝਿੱਲੀ ਅੰਦਰ ਚਿਪਕ ਜਾਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘਟਦੀ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਹੋਸ਼ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਘਟਣ ਤੱਕ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਖ਼ਿਆਲ ਰੱਖਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਉੱਤੇ ਪੱਟੀ ਅਤੇ ਇੱਕ ਸਪਲਿੰਟ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਥੀਏਟਰ ਛੱਡਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਬਣਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵੇਲੇ ਹੋਰ ਦਵਾਈ ਮੰਗ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟੇ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ ਹੀ ਤੁਸੀਂ ਪੈਰਾਂ ਉੱਤੇ ਸਥਿਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰੋ, ਤੁਸੀਂ ਉੱਠ ਕੇ ਤੁਰ-ਫਿਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿਖਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ ਕਿ ਤੁਰਦੇ-ਫਿਰਦੇ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਣਾ 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 ਉਂਗਲ ਦੁਖੇਗੀ ਅਤੇ ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਹੋਵੇਗੀ, ਅਤੇ ਤਕਲੀਫ਼ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਨਿਯਮਿਤ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ, ਬੈਠਣ ਜਾਂ ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਹੱਥ ਨੂੰ ਸਰਹਾਣਿਆਂ ਉੱਤੇ ਉੱਚਾ ਰੱਖਣਾ, ਅਤੇ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਤੁਰਨਾ-ਫਿਰਨਾ, ਇਹ ਸਭ ਇਸ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਹਫ਼ਤੇ ਲੰਘਣ ਨਾਲ ਸੋਜ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਟਦੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਥ ਇੱਕ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪੀ ਐਕਸਟੈਂਡ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (Extend Rehabilitation) ਵਿੱਚ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਰੂਬੀ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰੇਗੀ ਅਤੇ ਜਿਹੜਾ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਬਣਾਵੇਗੀ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਉਂਗਲ ਜਲਦੀ ਹਿਲਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋਗੇ, ਕਿਉਂਕਿ ਹਲਕੀ ਹਿਲਜੁਲ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਝਿੱਲੀ ਅੰਦਰ ਚਿਪਕਣ ਤੋਂ ਰੋਕਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਕਸਰਤਾਂ ਛੋਟੀਆਂ ਲੱਗਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਕਸਰ ਤੁਹਾਡੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਵੱਲੋਂ ਮਿੱਥੀਆਂ ਹੱਦਾਂ ਅੰਦਰ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ ਮੋੜਨਾ ਹੀ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜਿੰਨੀਆਂ ਹੀ ਅਹਿਮ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਹਦਾਇਤਾਂ ਮੁਤਾਬਕ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਘਰ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ ਆਪਣੇ ਦੂਜੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਪਲਿੰਟ ਸੁੱਕਾ ਰੱਖਣਾ ਪਵੇਗਾ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਾ ਦੇਵੇ, ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਚੁੱਕਣ, ਘੁੱਟ ਕੇ ਫੜਨ ਜਾਂ ਕੁਝ ਢੇਣ ਤੋਂ ਬਚਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਸੌਣਾ ਔਖਾ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਹੱਥ ਨੂੰ ਸਰਹਾਣੇ ਉੱਤੇ ਟਿਕਾਉਣ ਨਾਲ ਅਕਸਰ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ।

ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਕਸਰਤਾਂ ਅੱਗੇ ਵਧਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਸੋਜ ਘਟਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ ਸੌਖੇ ਲੱਗਣਗੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਰੂਬੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਣਗੇ ਕਿ ਮੁਰੰਮਤ ਹਰ ਨਵੇਂ ਕਦਮ ਲਈ ਕਦੋਂ ਕਾਫ਼ੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰਾ ਗੱਡੀ ਕਦੋਂ ਚਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ; ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਬਾਰੇ ਸਾਡੀ ਗਾਈਡ ਵਿੱਚ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਨਿਯਮ ਦੱਸੇ ਗਏ ਹਨ।

ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਸਮਾਂ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਵੱਖਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਹਰ ਪੜਾਅ ਉੱਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਨਗੇ।

ਕੀ ਗ਼ਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਠੀਕ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਟੀਮ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਫੜਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤਾ ਟੈਂਡਨ ਕਦੇ-ਕਦੇ ਖਿੱਚ ਕੇ ਵੱਧ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਪਟਾਕਾ ਪੈਣ ਜਾਂ ਕੁਝ ਛੁੱਟ ਜਾਣ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਵੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਜਿਹੜੀ ਉਂਗਲ ਕਸਰਤਾਂ ਦੌਰਾਨ ਮੁੜ ਰਹੀ ਸੀ, ਉਹ ਦੁਬਾਰਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਮੁੜਨੀ ਬੰਦ ਹੋ ਗਈ ਹੈ। ਜੇ ਅਜਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਤੁਰੰਤ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਦਾਗ਼ ਵਾਲਾ ਟਿਸ਼ੂ (scar tissue) ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਝਿੱਲੀ ਅੰਦਰ ਚਿਪਕਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਉਂਗਲ ਸਿਰਫ਼ ਕੁਝ ਹੱਦ ਤੱਕ ਹੀ ਮੁੜ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਹਿਲਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਆਕੜੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਅਟਕੀ ਹੋਈ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕਈ ਵਾਰ ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਹੀ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾਗ਼ ਵਾਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਆਜ਼ਾਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਕੋਈ ਅਕੜਾਅ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ, ਤਾਂ ਆਪਣੀਆਂ ਜਾਂਚ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਵੇਲੇ ਇਸ ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਕਰੋ।

ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ ਪਰ ਇਸ ਵੱਲ ਜਲਦੀ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਗੱਲਾਂ ਦਾ ਧਿਆਨ ਰੱਖੋ: ਦਰਦ ਜੋ ਘਟਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਵਧਦਾ ਹੀ ਜਾਵੇ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਫੈਲਦੀ ਲਾਲੀ, ਗਰਮਾਇਸ਼, ਸੋਜ, ਜਾਂ ਜ਼ਖ਼ਮ ਵਿੱਚੋਂ ਤਰਲ ਰਿਸਣਾ। ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਝਿੱਲੀ ਵਿੱਚ ਡੂੰਘੀ ਲਾਗ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਆਕੜੀ ਹੋਈ ਛੱਡ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਇਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਜਲਦੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ, ਇਸ ਲਈ ਜਲਦੀ ਜਾਂਚ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਉਸੇ ਦਿਨ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਕਿਸੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਾ ਹੋ ਸਕੇ ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਠੀਕ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੁਝ ਉਂਗਲਾਂ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਮੁੜਨ ਵੇਲੇ ਉਂਗਲ ਕਲਿੱਕ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਅਟਕ ਸਕਦੀ ਹੈ (trigger), ਜਾਂ ਕੋਈ ਉਂਗਲ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਮੁੜਦੀ ਕਿਉਂਕਿ ਉਸ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਦੂਜੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਬਾਕੀਆਂ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਹਿਲਜੁਲ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲਿੱਕ ਹੋਣਾ, ਅਟਕਣਾ ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਦਾ ਅਸਮਾਨ ਮੁੜਨਾ ਵੇਖੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਨਾ ਕਿਸੇ ਕਿਸਮ ਦੀ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਖਿੱਚ ਕੇ ਵੱਖ ਹੋਈ ਮੁਰੰਮਤ ਲਈ ਹੋਵੇ, ਦਾਗ਼ ਵਾਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਮੱਸਿਆ ਲਈ। ਜੇ ਇਸ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਸਮਝਾਵੇਗਾ ਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

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

ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜ਼ਖ਼ਮ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਾਲ, ਗਰਮ ਜਾਂ ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਜਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚੋਂ ਤਰਲ ਰਿਸਣ ਲੱਗੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਦਰਦ ਘਟਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਵਧਦਾ ਹੀ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਚਾਨਕ ਬਹੁਤ ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਉਂਗਲ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਪਟਾਕਾ ਪਵੇ ਅਤੇ ਉਹ ਆਪਣੇ ਆਪ ਮੁੜਨੀ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਪਿੰਨੀ (ਲੱਤ ਦੀ ਪਿੰਨੀ, calf) ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਸਾਹ ਚੜ੍ਹੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਵਿੱਚ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣਾ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਵੀ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਕਿਸੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਾ ਹੋ ਸਕੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਫਲੈਕਸਰ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਇੱਕ ਅਜਿਹੇ ਸਖ਼ਤ ਸੰਤੁਲਨ (trade-off) ਉੱਤੇ ਟਿਕੀ ਹੋਈ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਗ਼ਲਤੀ ਦੀ ਗੁੰਜਾਇਸ਼ ਨਹੀਂ: ਜਿਹੜੀ ਹਿਲਜੁਲ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਚਿਪਕਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀ ਹੈ, ਉਹੀ ਹਿਲਜੁਲ ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਖਿੱਚ ਕੇ ਵੱਖ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਲਗਭਗ ਹਰ ਤਕਨੀਕੀ ਫ਼ੈਸਲਾ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੋਵਾਂ ਨਾਕਾਮੀਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਥਾਂ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਹੈ।

ਇਹ ਸੰਤੁਲਨ, ਮਾਪ ਕੇ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ

ਜ਼ੋਨ II ਦੀਆਂ 569 ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (meta-analysis) ਨੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਲਦੀ ਸਰਗਰਮ ਹਿਲਜੁਲ (early active motion, ਮਰੀਜ਼ ਆਪਣੇ ਪੱਠਿਆਂ ਨਾਲ ਉਂਗਲ ਹਿਲਾਉਂਦਾ ਹੈ) ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਜਲਦੀ ਨਿਸ਼ਕਿਰਿਆ ਹਿਲਜੁਲ (early passive motion, ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਬਾਹਰੋਂ ਹਿਲਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਨਾਲ ਕੀਤੀ [1]। ਜਲਦੀ ਸਰਗਰਮ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਨੇ ਕੁੱਲ ਸਰਗਰਮ ਹਿਲਜੁਲ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਾਸਲ ਕੀਤੀ, ਜੋ ਉਹ ਨਤੀਜਾ ਹੈ ਜਿਸ ਤੋਂ ਤੈਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਂਗਲ ਕੰਮ ਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ [1]।

ਉਸੇ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਨੇ ਇਸ ਦੀ ਕੀਮਤ ਵੀ ਲੱਭੀ। ਸਰਗਰਮ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਉਂਗਲ ਮੋੜਨ ਅਤੇ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਪਾਟ ਜਾਣ (rupture) ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ, ਜਦੋਂ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ 2-ਤਾਰਾਂ ਵਾਲੇ ਕੋਰ ਟਾਂਕੇ (2-strand core suture) ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ [1]।

ਇਹੀ ਸ਼ਰਤ ਸਾਰੀ ਗੱਲ ਦਾ ਨਿਚੋੜ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰਨਾ ਸੌਖਾ ਹੈ। ਜਲਦੀ ਸਰਗਰਮ ਹਿਲਜੁਲ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਖ਼ਤਰਨਾਕ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ 2-ਤਾਰਾਂ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਸਮੱਸਿਆ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੋਵਾਂ ਦੇ ਮੇਲ ਵਿੱਚ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (rehabilitation, ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ) ਕਿੰਨੀ ਜ਼ੋਰਦਾਰ ਹੋਵੇ, ਇਹ ਦੋ ਲੋਕਾਂ ਵੱਲੋਂ ਲਿਆ ਗਿਆ ਇੱਕੋ ਫ਼ੈਸਲਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਦਾ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਮੇਲ ਖਾਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਵਰਤੇ ਗਏ ਖ਼ਾਸ ਟਾਂਕੇ ਬਾਰੇ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਗੱਲ ਕਰਦੇ ਜਾਪਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਪ੍ਰਬੰਧ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਖੋਜ ਨੂੰ ਸਮਝਣਾ ਜਿੰਨਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਉਸ ਤੋਂ ਔਖਾ ਕਿਉਂ ਹੈ

ਉਂਗਲਾਂ ਦੇ ਫਲੈਕਸਰ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੀਆਂ **1,878** ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਦਾ ਮਕਸਦ 2-ਤਾਰਾਂ ਅਤੇ ਕਈ-ਤਾਰਾਂ (multistrand) ਵਾਲੀਆਂ ਕੋਰ ਟਾਂਕਾ ਤਕਨੀਕਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨਾ ਸੀ, ਅਤੇ ਇਹ ਆਪਣੀ ਧਾਰਨਾ (hypothesis) ਦੀ ਪੱਕੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕੀ, ਇਸ ਲਈ ਨਹੀਂ ਕਿ ਜਵਾਬ ਨਾਂਹ ਵਿੱਚ ਸੀ, ਸਗੋਂ ਇਸ ਲਈ ਕਿ ਨਤੀਜਿਆਂ ਅਤੇ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੇ ਢਾਂਚੇ ਨੂੰ ਦੱਸਣ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਫ਼ਰਕ ਸੀ [2]।

ਹੱਥ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ। ਵੱਖ-ਵੱਖ ਖੋਜ ਪੱਤਰ ਹਿਲਜੁਲ ਦੇ ਵੱਖਰੇ ਮਾਪ, ਚੰਗੇ ਨਤੀਜੇ ਦੀਆਂ ਵੱਖਰੀਆਂ ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਦੇ ਵੱਖਰੇ ਸਮੇਂ ਵਰਤਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨਾ ਲਗਭਗ ਬੇਮਤਲਬ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਭਰੋਸੇ ਨਾਲ ਕੀਤੇ ਇਹ ਦਾਅਵੇ ਦੇਖੋ ਕਿ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਕੋਈ ਇੱਕ ਤਕਨੀਕ ਬਿਹਤਰ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਇਕੱਠੇ ਕੀਤੇ ਸਬੂਤਾਂ ਤੋਂ ਇਮਾਨਦਾਰ ਸਥਿਤੀ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਨਤੀਜੇ ਦੱਸਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਅਜੇ ਇੰਨਾ ਇਕਸਾਰ ਨਹੀਂ ਕਿ ਕੁਝ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕੇ।

ਸਪਲਿੰਟ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਬਦਲ ਰਹੇ ਹਨ, ਪਰ ਸਬੂਤ ਪਿੱਛੇ ਹਨ

ਰਿਲੇਟਿਵ ਮੋਸ਼ਨ ਓਰਥੋਸਿਸ (relative motion orthoses), ਯਾਨੀ ਅਜਿਹੇ ਸਪਲਿੰਟ ਜੋ ਮੁਰੰਮਤ ਵਾਲੀ ਉਂਗਲ ਨੂੰ ਨਾਲ ਦੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਤੋਂ ਥੋੜ੍ਹੀ ਵੱਖਰੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਖਿਸਕਣ ਦਾ ਕੰਮ ਵੱਡਿਆ ਜਾਵੇ, ਨੇ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਟੈਂਡਨ (extensor tendon, ਉਂਗਲ ਸਿੱਧੀ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਟੈਂਡਨ) ਦੀ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਬਦਲ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। **529** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਿਆ ਕਿ ਹੁਣ ਇਸ ਗੱਲ ਦੇ ਚੰਗੇ ਸਬੂਤ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਤਰੀਕਾ **ਜ਼ੋਨ V-VI ਦੀਆਂ ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ**, ਪਰ **ਫਲੈਕਸਰ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਲਈ ਸਬੂਤ ਅਜੇ ਸੀਮਤ ਹਨ** [3]।

ਇਸ ਲਈ ਫਲੈਕਸਰ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਇਹ ਇੱਕ ਸਥਾਪਿਤ ਮਿਆਰ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇੱਕ ਉਮੀਦ ਭਰੀ ਦਿਸ਼ਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਪੁੱਛਣਾ ਵਾਜਬ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ (protocol, ਕਸਰਤਾਂ ਦੀ ਯੋਜਨਾ) ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕਿਉਂ।

ਤਕਨੀਕ ਕਿਸ ਪਾਸੇ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ

ਖੋਜ ਦੀ ਇੱਕ ਧਾਰਾ ਇਸ ਸੰਤੁਲਨ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਰਾਹ ਕੱਢਦੀ ਹੈ। ਜ਼ੋਨ II ਦੀ ਇੱਕ ਤਕਨੀਕ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬਾਹਰ ਕੱਢਿਆ ਤਣਾਅ-ਘਟਾਊ ਟਾਂਕਾ (externalised detensioning suture) ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਚਮੜੀ ਦੇ ਬਾਹਰ ਇੱਕ ਆਰਜ਼ੀ ਟਾਂਕਾ ਜੋ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਭਾਰ ਹਟਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਨੇ ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਕਾਫ਼ੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕੀਤਾ ਅਤੇ ਮੁਰੰਮਤ ਪਾਟਣ ਦੇ ਘੱਟ ਖ਼ਤਰੇ ਨਾਲ ਜਲਦੀ ਸਰਗਰਮ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ, ਪਰ ਇਸ ਦੀ ਕੀਮਤ ਇਹ ਸੀ ਕਿ ਟਾਂਕਾ ਹਟਾਏ ਜਾਣ ਤੱਕ ਉਂਗਲ ਦੇ ਸਿਰੇ ਵਾਲੇ ਜੋੜ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਸੀਮਤ ਰਹੀ [4]।

ਇਹ ਇਸ ਖੇਤਰ ਦਾ ਸਹੀ ਸਾਰ ਹੈ: ਬੁਨਿਆਦੀ ਖਿੱਚੋਤਾਣ ਖ਼ਤਮ ਨਹੀਂ ਹੋਈ, ਸਿਰਫ਼ ਇਸ ਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਮਝਦਾਰੀ ਨਾਲ ਸੰਭਾਲਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਲਈ ਇਸ ਦਾ ਕੀ ਮਤਲਬ ਹੈ

ਥੈਰੇਪੀ ਬਾਅਦ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ। ਹਰ ਮੁਲਾਕਾਤ ਉੱਤੇ ਜਾਣਾ, ਅਤੇ ਦੱਸੀ ਗਈ ਮਾਤਰਾ ਬਿਲਕੁਲ ਉੰਨੀ ਹੀ ਕਰਨਾ, ਉਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਹੀਂ, ਇਹੀ ਚੀਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਸੰਤੁਲਨ ਦੇ ਸਹੀ ਪਾਸੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਪਹਿਲੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮੁਰੰਮਤ ਦਾ ਪਾਟ ਜਾਣਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੂਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਾਲਤ ਪਹਿਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਲੋਂ ਮਾੜੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Xu H, Huang X, Guo Z, Zhou H, Jin H, Huang X. Outcome of surgical repair and rehabilitation of flexor tendon injuries in zone II of the hand: systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am. 2023;48(4):407.e1-407.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.11.013>
- [2] Hardwicke JT, Tan JJ, Foster MA, Titley OG. A systematic review of 2-strand versus multistrand core suture techniques and functional outcome after digital flexor tendon repair. J Hand Surg Am. 2014;39(4):686-95.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.12.037>
- [3] Shaw AV, Verma Y, Tucker S, Jain A, Furniss D. Relative motion orthoses for early active motion after finger extensor and flexor tendon repairs: a systematic review. J Hand Ther. 2023;36(2):332-46. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2023.02.011>
- [4] Suszynski TM, Coutinho D, Kaufmann RA. Flexor tendon repair in zone II augmented with an externalized detensioning suture: protected flexor tendon repair. J Hand Surg Am. 2023;48(10):1065.e1-1065.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.01.018>

ਫਲੈਕਸਰ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ

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
ਮੁਰੰਮਤ ਦਾ ਪਾਟ ਜਾਣਾ (repair rupture)	4-10%	ਉਂਗਲਾਂ ਦੇ ਫਲੈਕਸਰ ਟੈਂਡਨਾਂ ਵਿੱਚ ਦਰਾਂ 4% ਤੋਂ 10% ਤੱਕ ਹਨ; ਅੰਗੂਠੇ ਦੇ FPL (ਅੰਗੂਠਾ ਮੋੜਨ ਵਾਲਾ ਟੈਂਡਨ) ਵਿੱਚ 3% ਤੋਂ 17%। ਹਾਲੀਆ ਮਜ਼ਬੂਤ ਮੁਰੰਮਤ ਤਕਨੀਕਾਂ ਨੇ ਕੁਝ ਅਧਿਐਨ-ਲੜੀਆਂ (series) ਵਿੱਚ ਇਸ ਨੂੰ ਲਗਭਗ ਸਿਫਰ ਤੱਕ ਘਟਾ ਦਿੱਤਾ ਹੈ।
ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਚਿਪਕ ਜਾਣਾ (adhesions)	4-6%	ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਚਿਪਕਣਾ ਲਗਭਗ 4% ਤੋਂ 6% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਖਿਸਕਣ ਦੀ ਹੱਦ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
ਟੈਨੋਲਾਇਸਿਸ (tenolysis, ਚਿਪਕੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਛੁਡਾਉਣ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ)	3.6-10%	ਨਿਊਯਾਰਕ ਰਾਜ ਦੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੀਤੇ ਗਏ ਟੈਨੋਲਾਇਸਿਸ ਦੀ ਦਰ 3.6% ਹੈ, ਜਦਕਿ ਵਿਆਪਕ ਖੋਜ ਸਾਹਿਤ ਵਿੱਚ ਇਹ ਦਰ 10% ਤੱਕ ਦੱਸੀ ਗਈ ਹੈ।
ਮੁੜ ਓਪਰੇਸ਼ਨ (reoperation)	6%	ਫਲੈਕਸਰ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁੜ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਕੁੱਲ ਦਰ 6% ਹੈ, ਅਤੇ ਮੁੜ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੱਕ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ (median) ਸਮਾਂ 140 ਦਿਨ ਹੈ।
ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ)	—	ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਮੁਰੰਮਤ (primary repair, ਸੱਟ ਤੋਂ ਜਲਦੀ ਬਾਅਦ ਸਿੱਧੀ ਮੁਰੰਮਤ) ਵਿੱਚ ਲਾਗ ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਪਰ ਪੁਲੀ (pulley, ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਦੇ ਨੇੜੇ ਰੱਖਣ ਵਾਲੀ ਛੱਲੇ ਵਰਗੀ ਬਣਤਰ) ਦੀ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਜਾਂ ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਕੀਤੇ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਹੈ (2.8-4.9%)।
ਅਕੜਾਅ	17%	ਉਂਗਲਾਂ ਦੇ ਜੋੜਾਂ (interphalangeal joints) ਦਾ ਅਕੜਾਅ 17% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਜੋ ਅਕਸਰ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਚਿਪਕਣ ਜਾਂ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਸੁੰਗੜ ਕੇ ਮੁੜੇ ਰਹਿ ਜਾਣ (joint contractures) ਨਾਲ ਜੁੜਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਪੁਲੀ ਦਾ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋਣਾ (pulley failure)	—	ਪੁਲੀ ਦੇ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋਣ ਨਾਲ ਟੈਂਡਨ ਕਮਾਨ ਦੀ ਡੇਰੀ ਵਾਂਗ ਉੱਭਰ ਸਕਦਾ ਹੈ (bowstringing) ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ; ਪੁਲੀ ਦੀ ਮੁੜ-ਉਸਾਰੀ ਔਖੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੀ ਸੱਟ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਰਗੇ ਨਤੀਜੇ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।
ਕੁਆਡ੍ਰਿਗਾ (quadriga)	—	ਕੁਆਡ੍ਰਿਗਾ ਵਿਕਾਰ (quadriga deformity, ਨਾਲ ਦੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾ ਮੁੜ ਸਕਣਾ) ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਗਲਤ ਤਣਾਅ ਨਾਲ ਕੱਸਣ, ਜਾਂ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਚਿਪਕਾਅ ਦੀ ਪੇਚੀਦਗੀ ਵਜੋਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਪੇਚੀਦਗੀ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਲੰਬੀਕਲ ਪਲੱਸ ਵਿਕਾਰ (lumbrical plus deformity)	—	ਲੰਬੀਕਲ ਪਲੱਸ ਵਿਕਾਰ (ਉਂਗਲ ਮੋੜਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਵੇਲੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਜੋੜ ਦਾ ਉਲਟਾ ਸਿੱਧਾ ਹੋ ਜਾਣਾ) ਇੱਕ ਸੰਭਵ ਪੇਚੀਦਗੀ ਹੈ, ਜੋ ਅਕਸਰ ਗ੍ਰਾਫਟ (graft) ਨੂੰ ਕੱਸਣ ਦੇ ਤਣਾਅ ਜਾਂ FDS ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਨਾ ਹੋਣ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਨਹੁੰ ਦਾ ਵਿਗਾੜ (nail deformity)	35%	ਨਹੁੰ ਦਾ ਵਿਗਾੜ ਜ਼ੋਨ I ਦੀਆਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਖ਼ਤਰਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਪੁੱਲਆਊਟ (pullout, ਚਮੜੀ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਕੱਢ ਕੇ ਬੰਨ੍ਹਿਆ ਟਾਂਕਾ) ਤਕਨੀਕਾਂ ਵਰਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਅਧਿਐਨ-ਲੜੀਆਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ 35% ਤੱਕ ਦੱਸੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।
ਉਂਗਲ ਪੂਰੀ ਸਿੱਧੀ ਨਾ ਹੋਣਾ (extension deficit)	11.3-31%	ਜ਼ੋਨ II ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਅਧਿਐਨ-ਲੜੀਆਂ ਵਿੱਚ, 11.3% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਉਂਗਲ 5-10 ਡਿਗਰੀ ਘੱਟ ਸਿੱਧੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ 31% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ 10-20 ਡਿਗਰੀ ਘੱਟ।

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)

ਦਸਤਖ਼ਤ

ਤਾਰੀਖ