

ਮੈਡੀਅਲ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲਾਈਟਿਸ (ਗੋਲਫਰ ਦਾ ਖਿੱਚ)

ਗੋਲਫਰ ਦਾ ਐਲਬੋ: ਫਲੈਕਸਰ-ਪ੍ਰੋਨੇਟਰ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦਾ ਘਸਣਾ-ਪਿਸਣਾ ਜਿੱਥੇ ਉਹ ਅੰਦਰੂਨੀ ਐਲਬੋ 'ਤੇ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਭਾਰ (ਮੈਡੀਅਲ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲ) ਨਾਲ ਜੁੜਦੇ ਹਨ। ਅਲਨਰ ਨਰਵ ਇਸਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਪਿੱਛੇ ਚਲਦੀ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① ② ③ 4.0



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

ਇਹ ਪੰਨਾ ਮੈਡੀਅਲ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲਾਈਟਿਸ (ਜਿਸਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ **ਗੋਲਫਰ ਦਾ ਐਲਬੋ** ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਤੋਂ ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਲਾ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਹੇਠ ਮੈਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਮੂਲ ਚੀਜ਼ ਆਰਾਮ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਇੱਕ ਸਥਿਰ, ਲੇਡਿੰਗ-ਅਧਾਰਿਤ ਵਰਜਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੈ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰੇਲੂ ਵਰਜਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸਦੇ ਬਾਅਦ ਉਸ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਦੀ ਬਣਤਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਜੋ **ਤੁਹਾਡੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਜਾਂ ਹੱਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ** ਲਈ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ; ਤੁਹਾਡੀ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਸਮਨਵਿਤ ਰੱਖਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਪਹਿਲੇ ਥੈਰੇਪੀ ਦੌਰੇ ਦੌਰਾਨ ਇਸ ਪੰਨੇ ਜਾਂ ਇਸਦੇ PDF ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਕੋਲ ਲੈ ਕੇ ਜਾਓ। ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਛੋਟੇ ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਦੂਜੇ ਉਂਗਲਾਂ ਵਿੱਚ ਸਈਣ, ਸੁੰਨਤਾ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਮਰਿਆਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੂੰ ਦੱਸੋ; ਯੂਨਰ ਨਰਵ ਅੰਦਰੂਨੀ ਐਲਬੋ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਪਿੱਛੇ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਇਸਦੀ ਵੱਖਰੀ ਧਿਆਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨੀ ਹੈ

ਗੋਲਫਰ ਦਾ ਇਲਬੋ (Golfer's elbow) ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਅੰਦਰੂਨੀ ਪਾਸੇ ਮੌਜੂਦ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦਾ ਘਸਾਅ-ਖਰਾਬੀ (ਡੀਜਨਰੇਟਿਵ) ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ: ਫਲੈਕਸਰ-ਪ੍ਰੋਨੇਟਰ ਟੈਂਡਨ, ਜੋ ਕਿ ਮੁੜਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਹਥੇਲੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਮੋੜਦੇ ਹਨ, ਜਿੱਥੇ ਉਹ ਮੀਡੀਅਲ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲ (medial epicondyle) ਨਾਮਕ ਹੱਡੀ ਦੇ ਉਭਾਰ ਨਾਲ ਜੁੜਦੇ ਹਨ। ਪੁਰਾਣੇ ਨਾਮ “ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲਾਈਟਿਸ” ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਇਹ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਟੈਂਡਨ ਓਵਰਲੋਡ ਕਾਰਨ ਕਮਜ਼ੋਰ ਅਤੇ ਵਿਵਸਥਾ-ਹੀਣ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਸੇ ਕਾਰਨ, ਆਧੁਨਿਕ ਇਲਾਜ ਵਿਰਾਮ ਅਤੇ ਐਂਟੀ-ਇਨਫਲੇਮੇਟਰੀ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਬਜਾਏ, ਇੱਕ ਕ੍ਰਮਬੱਧ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹੈ ਜੋ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਪੂਰੀ ਤਾਕਤ ਤੱਕ ਲੋਡ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਸਥਰ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਗੋਲਫਰ ਦਾ ਇਲਬੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਪਰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ 6 ਤੋਂ 18 ਮਹੀਨੇ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਚੰਗੀ ਖ਼ਬਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਇੱਕ ਚੰਗੇ ਕੰਜ਼ਰਵੇਟਿਵ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕਦੇ ਵੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ। ਸਰਜਰੀ ਸਿਰਫ਼ ਤਦ ਹੀ ਵਿਚਾਰੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਛੇ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਾਲੀ ਥੈਰੇਪੀ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋ ਜਾਵੇ।

ਇੱਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ ਜੋ ਅੰਦਰੂਨੀ ਇਲਬੋ ਨੂੰ ਬਾਹਰਲੇ (ਟੈਨਿਸ) ਇਲਬੋ ਤੋਂ ਵੱਖ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਹੈ **ਯੂਨਰ ਨਰਵ** (ulnar nerve) (“ਫਨੀ ਬੇਨ” ਨਰਵ), ਜੋ ਮੀਡੀਅਲ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲ ਦੇ ਤੁਰੰਤ ਪਿੱਛੇ ਇੱਕ ਖਾਈ ਵਿੱਚ ਚਲਦਾ ਹੈ। ਗੋਲਫਰ ਦਾ ਇਲਬੋ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ ਅੱਧੇ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨਰਵ ਦੀ ਕੁਝ

ਉਤੇਜਨਾ ਵੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਹਰ ਮਿਲਣ 'ਤੇ ਇਸਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਨਰਵ-ਗਲਾਈਡਿੰਗ ਵਰਜਿੰਗਸ (nerve-gliding exercises) ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ ਅਤੇ ਸੀਮਾਵਾਂ

ਕਰੋ:

- ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋਏ ਆਮ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਬਾਂਹ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ।
- ਉਨ੍ਹਾਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬੰਦ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਬਦਲੋ ਜੋ ਇਸਨੂੰ ਭੜਕਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ।
- ਜੇਕਰ ਇਹ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਭੜਕਾਉਣ ਵਾਲੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਦੌਰਾਨ ਅਗਲੇ ਭਾਗ (forearm) ਦੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਉੱਤੇ ਕਾਊਂਟਰਫੋਰਸ ਬ੍ਰੇਸ ਪਹਿਨੋ।
- ਆਪਣੀਆਂ ਤਣਾਅ-ਮੁਕਤ ਕਸਰਤਾਂ (stretches) ਅਤੇ ਲੇਡਿੰਗ ਵਰਜਿੰਗ ਨਿਯਮਿਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕਰੋ; ਤੀਬਰਤਾ ਨਾਲੋਂ ਲਗਾਤਾਰਤਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ।

ਨਾ ਕਰੋ:

- ਕੋਹਲੀ (elbow) ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਆਰਾਮ ਨਾ ਦਿਓ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਇਸਨੂੰ ਪਲਾਸਟਰ (cast) ਵਿੱਚ ਪਾਓ; ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਭਰਪਾਈ ਲਈ ਹਲਕਾ ਲੋਡ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦੌਰਾਨ ਭਾਰੀ ਵੈਲਗਸ-ਲੇਡਿੰਗ ਵਾਲੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਤੋਂ ਬਚੋ: ਗੋਲਫ, ਫੈਂਕਣਾ (ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਕਾਕਿੰਗ ਅਤੇ ਐਕਸਲਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਪੜਾਅ), ਤੈਰਾਕੀ ਅਤੇ ਰੈਕੇਟ ਖੇਡਾਂ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਤਾਕਤ ਦੁਬਾਰਾ ਨਹੀਂ ਬਣ ਜਾਂਦੀ।
- ਕੋਈ ਵੀ ਕਸਰਤ ਤਿੱਖੇ ਦਰਦ ਤੱਕ ਨਾ ਵਧਾਓ, ਅਤੇ ਨਰਵ ਗਲਾਈਡਸ (nerve glides) ਨੂੰ ਸੁਈਆਂ ਵਰਗੀ ਛਿਧਰਾਹਟ ਜਾਂ ਸੁੰਨਤਾ ਤੱਕ ਨਾ ਵਧਾਓ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਅਲਨਰ ਨਰਵ ਦੇ ਲੱਛਣ (ਛੋਟੀ ਅਤੇ ਅੰਗੂਠੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਅਗਲੀ ਉਂਗਲੀ ਵਿੱਚ ਛਿਧਰਾਹਟ ਜਾਂ ਸੁੰਨਤਾ) ਵਧਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਲੇਡਿੰਗ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਵਧਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪਿੱਛੇ ਹਟੋ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਲਈ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਤੁਹਾਡੇ ਅਭਿਆਸ

ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡਆਊਟ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਅਭਿਆਸ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਡਾ. ਹੀਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੇ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਅਨੁਸਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦੌਰਾਨ ਵਿੱਚ, ਦਰਦ ਨੂੰ ਸਥਾਈ ਬਣਾਉਣ, ਹਲਕੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਅਤੇ ਆਈਸੋਮੈਟ੍ਰਿਕ ਰੁਕਾਵਟਾਂ 'ਤੇ ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਇਸਨਾਕ ਟਾਈਲਰ ਟਵਿਸਟ (eccentric reverse Tyler twist) ਅਤੇ ਗ੍ਰਿਪ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਦੇ ਅਭਿਆਸ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਅਲਨਰ-ਨਰਵ ਗਲਾਈਡ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਅੰਦਰੂਨੀ ਕੋਹਣੀ 'ਤੇ ਨਰਵ ਦੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਦੀ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਇਸਨੂੰ ਹਲਕਾ ਰੱਖੋ।

ਤੁਹਾਡਾ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ

ਇਸ ਪੰਨੇ ਦਾ ਬਾਕੀ ਹਿੱਸਾ ਕਲੀਨਿਕਲ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਹੈ। ਇਹ ਭਾਗ ਤੁਹਾਡੇ ਭੌਤਿਕ ਚਿਕਿਤਸਕ ਜਾਂ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਮਾਂ-ਅਧਾਰਿਤ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਮਾਪਦੰਡਾਂ 'ਤੇ ਅਧਾਰਿਤ ਹੈ: ਫੇਜ਼ਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਪ੍ਰਗਤੀ ਸਿਰਫ਼ ਕੈਲੰਡਰ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਟੀਚਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਹਰ ਵੀਜ਼ਟ 'ਤੇ ਅਲਨਰ ਨਰਵ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ (ਟਿਨਲ ਸਿਗਨ, ਸਬਲਕਸੇਸ਼ਨ), ਕਿਉਂਕਿ ਮੈਡੀਅਲ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ 50-60% ਕੇਸਾਂ ਵਿੱਚ ਸੰਬੰਧਿਤ ਅਲਨਰ ਨਰਵ ਲੱਛਣ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਕਿ ਕੰਜਰਵੇਟਿਵ ਕੇਅਰ ਦੇ ਅਸਫਲ ਹੋਣ ਦਾ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹਨ।

ਹੇਠਾਂ ਦੇ ਰਸਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਨ: **ਨਾ-ਸਰਜਰੀ** ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਪਹਿਲੀ ਲਾਈਨ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਲਈ) ਅਤੇ **ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ** ਦਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਉਨ੍ਹਾਂ ਘੱਟ ਗਿਣਤੀ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਜੋ ਕੰਜਰਵੇਟਿਵ ਕੇਅਰ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਰਜਰੀ ਵੱਲ ਵਧਦੇ ਹਨ)।

ਗੈਰ-ਸ਼ਸ਼ਤਰਕਰਮੀ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ

ਫੇਜ਼ I: ਤਾਜ਼ਾ / ਦਰਦ ਨਿਯੰਤਰਣ (0-2 ਹਫ਼ਤੇ)

ਲਕਸ਼: ਦਰਦ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਕਰੋ; ਬਿਨਾਂ ਭਾਰ ਵਾਲੀ ਪੂਰੀ ਗਤੀ ਦੀ ਰੋਜ਼ (ROM) ਬਹਾਲ ਕਰੋ।

- ਸਾਪੇਖਿਕ ਆਰਾਮ ਅਤੇ **ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਸੋਧ**: ਦਰਦ ਨੂੰ ਸੀਮਾ ਵਜੋਂ ਵਰਤੋ; ਇਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ (ਸਥਿਰ ਕਰਨ) ਤੋਂ ਬਚੋ। ਗੋਲਫ, ਬ੍ਰੇਇੰਗ, ਤੈਰਾਕੀ, ਰੈਕਟ ਸਪੋਰਟਸ, ਵੇਟਲਿਫਟਿੰਗ ਅਤੇ ਦੁਹਰਾਈ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸੋਧ ਕਰੋ।
- ਵਿਕਲਪਿਕ **ਕਾਊਂਟਰਫੋਰਸ ਬ੍ਰੇਸ** ਕਾਮਨ ਫਲੈਕਸਰ ਪੁੰਜ ਦੇ ਉੱਪਰ; ਜੇਕਰ ਤਾਜ਼ਾ ਦਰਦ ਹੈ ਤਾਂ ਕਲਾਈ ਦਾ ਸਪਲਿੰਟ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਦਰਦ-ਨਿਯੰਤਰਣ ਸਹਾਇਕ: ਬਰਫ, ਨਰਮ-ਟਿਸ਼ੂ ਕੰਮ / IASTM, ਹਲਕਾ ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ਸਰਗਰਮ ਗਤੀ ਦੀ ਰੋਜ਼ (AROM), ਨਰਵ ਗਲਾਈਡਸ।
- **ਯੂਨਰ ਨਰਵ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ** (ਟਿਨਲ, ਸਬਲਕਸੇਸ਼ਨ)।
- ਅੱਗੇ ਵਧਣ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡ: ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਦੇ ਬਿਨਾਂ ਭਾਰ ਵਾਲੀ ਪੂਰੀ AROM; ਸੁਤੰਤਰ ਘਰੇਲੂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ।

ਫੇਜ਼ II: ਉਪ-ਤਾਜ਼ਾ / ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਲੇਡਿੰਗ (2-4 ਹਫ਼ਤੇ)

ਲਕਸ਼: ਫਲੈਕਸਰ-ਪ੍ਰੋਨੇਟਰ ਲੇਡਿੰਗ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ; ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਚੇਨ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰੋ।

- **ਆਈਸੋਮੈਟ੍ਰਿਕ** ਕਲਾਈ-ਫਲੈਕਸਰ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਨੇਟਰ ਲੇਡਿੰਗ (ਹਲਕੀ)।
- 90° ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਮੁੜੇ ਹੋਏ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਕਲਾਈ ਦੇ ਫਲੈਕਸਰਸ ਦੀ ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਖਿੱਚ।
- **ਪ੍ਰੋਕਸੀਮਲ ਕਾਇਨੇਟਿਕ ਚੇਨ**: ਸਕੈਪੂਲਰ ਸਟੈਬਲਾਈਜ਼ਰਸ (ਸੈਰੇਟਸ ਐਂਟੀਰੀਅਰ, ਮੱਧ/ਹੇਠਲੇ ਟ੍ਰੈਪੀਜ਼ੀਅਸ) ਅਤੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ, ਬ੍ਰੇਇੰਗ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਮੈਡੀਅਲ ਕੋਹਣੀ ਦਾ ਓਵਰਲੋਡ ਵਾਲਗਸ-ਡਰਾਈਵਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
- ਅੱਗੇ ਵਧਣ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡ: ਪੂਰੀ ROM ਬਰਕਰਾਰ; 90° ਖਿੱਚ ਦਾ ਸਹਿਣ; ~70% ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਤਾਕਤ।

ਫੇਜ਼ III: ਮਜ਼ਬੂਤੀ / ਵਾਪਸੀ (4-6+ ਹਫ਼ਤੇ)

ਲਕਸ਼: ਲੋਡ ਸਹਿਣਸ਼ੀਲਤਾ ਬਹਾਲ ਕਰੋ ਅਤੇ ਕਾਰਜ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ।

- ਕਲਾਈ ਦੇ ਮੁੜਨ ਅਤੇ ਅਗਲੇ ਹੱਥ ਦੇ ਘੁੰਮਣ (ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ) ਵਿੱਚ **ਐਕਸੈਂਟ੍ਰਿਕ-ਕਨਸੈਂਟ੍ਰਿਕ ਲੇਡਿੰਗ**: ਟਾਈਲਰ ਟਵਿਸਟ ਦਾ ਮੈਡੀਅਲ ਵਿਕਲਪ **“ਰਿਵਰਸ ਟਾਈਲਰ ਟਵਿਸਟ”** ਹੈ (ਫਲੈਕਸਬਾਰ ‘ਤੇ ਐਕਸੈਂਟ੍ਰਿਕ ਕਲਾਈ ਮੁੜਨਾ)। ਕੰਬਾਈਨਡ ਐਕਸੈਂਟ੍ਰਿਕ-ਕਨਸੈਂਟ੍ਰਿਕ ਲੇਡਿੰਗ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ; ਆਈਸੋਮੈਟ੍ਰਿਕਸ ਅਗਲੇ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਣ ਲਈ ਉਪਯੋਗੀ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।
- ਗਤੀ ਨਾਲ ਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ; ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਸਿੱਧੇ ਹੋਏ ਸਥਿਤੀ ਵੱਲ ਖਿੱਚ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਵਧਾਓ।
- **ਗ੍ਰਿੱਪ ਮਜ਼ਬੂਤੀ**, ਫਿਰ ਖੇਡ-ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਲੇਡਿੰਗ; ਬ੍ਰੇਇੰਗ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਇੱਕ **ਇੰਟਰਵਲ ਬ੍ਰੇਇੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ**; ਪਲਾਇਓਮੈਟ੍ਰਿਕਸ ਆਖਰੀ ਵਿੱਚ।
- ਜਦੋਂ ਕੋਹਣੀ ਬਿਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਊਂਟਰਫੋਰਸ ਬ੍ਰੇਸ ਘਟਾਓ; ਉਪਕਰਣ ਅਤੇ ਤਕਨੀਕ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰੋ।
- ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡ: ~90% ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਤਾਕਤ, ਦਰਦ-ਰਹਿਤ ਕਾਰਜ, ਆਤਮ-ਪ੍ਰਬੰਧਨ।

ਪੋਸਟ-ਆਪਰੇਟਿਵ ਪੈਥਵੇਅ (ਫਲੈਕਸਰ-ਪ੍ਰੋਨੇਟਰ ਡਿਸਟ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ ± ਮੁਰੰਮਤ ± ਅਲਨਰ ਨਰਵ ਪ੍ਰੋਸੀਜ਼ਰ)

ਸਰਜਰੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਘੱਟ ਗਿਣਤੀ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਰਿਜ਼ਰਵ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਸੰਭਾਵੀ ਇਲਾਜ (conservative care) ਦੇ ≥6 ਮਹੀਨੇ ਪੂਰੇ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਓਪਨ ਨਿਰਸ਼ਲ-ਟਾਈਪ (Nirschl-type) ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਪੈਥੋਲੋਜੀਕਲ ਫਲੈਕਸਰ-ਪ੍ਰੋਨੇਟਰ ਉਤਪਤੀ (origin) ਦੀ

ਡਿਬ੍ਰਾਈਡਮੈਂਟ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸਦੀ ਮੁਰੰਮਤ/ਮੁੜ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਅਲਨਰ ਨਰਵ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੇਸਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਜਾਂ ਐਂਟੀਰੀਅਰ ਟ੍ਰਾਂਸਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਇੱਕੋ ਸਮੇਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਫੇਜ਼ 1: ਸੁਰੱਖਿਆ (0-2 ਹਫ਼ਤੇ)

- ਪੋਸਟੀਰੀਅਰ ਲੌਗ-ਆਰਮ ਸਪਲਿੰਟ (ਕੋਹਣੀ + ਕਲਾਈ) 10-14 ਦਿਨਾਂ ਲਈ; ਸਮਾਜਿਕ ਵਰਤੋਂ ਲਈ ਸਲਿੰਗ।
- ਉੱਚਾ ਰੱਖਣਾ ਅਤੇ ਸੋਜ (oedema) ਨਿਯੰਤਰਣ; ਉਂਗਲੀਆਂ/ਟੈਂਡਨ-ਗਲਾਈਡ AROM; ਸਰੀਰ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਹਿੱਸੇ (shoulder) ਦਾ AROM; ਹਲਕੀ ਗਰਦਨ ਦਾ AROM।
- ਸਾਵਧਾਨੀ: ਕੋਈ ਵੀ ਚੀਜ਼ ਨਾ ਚੁੱਕੋ, ਧੱਕਾ ਨਾ ਮਾਰੋ, ਖਿੱਚੋ ਜਾਂ ਜ਼ੋਰਦਾਰ ਫੜੋ: ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਰੋ।

ਫੇਜ਼ 2: ROM ਬਹਾਲੀ (2-6 ਹਫ਼ਤੇ)

- ~2 ਹਫ਼ਤੇ ਦੀ ਮਿਲਣੀ 'ਤੇ: ਸਿਲਾਈ ਹਟਾਉਣਾ; ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਇੱਕ ਨਿਊਟ੍ਰਲ ਕਲਾਈ ਓਰਥੋਸਿਸ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ (ਸਫ਼ਾਈ ਲਈ ਹਟਾਉਣਾ); ਸੋਜ ਲਈ ਕੋਹਣੀ 'ਤੇ ਟਿਊਬੀਗ੍ਰਿਪ।
- AROM ਕੋਹਣੀ ਫਲੈਕਸ਼ਨ/ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ (2-4 ਹਫ਼ਤੇ), ਫਿਰ 4-ਵੇਅ ਕਲਾਈ AROM + ਬਾਹ ਦੀ ਘੁੰਮਾਉਣੀ ਅਤੇ ਉਂਗਲੀਆਂ/ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ AROM (4-6 ਹਫ਼ਤੇ)।
- ਅਲਨਰ ਨਰਵ ਗਲਾਈਡਸ ਹਫ਼ਤਿਆਂ 4-6 ਵਿੱਚ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ (ਇਹ ਮੈਡੀਅਲ-ਖਾਸ ਜੋੜ ਹੈ)।
- ਸਕੈਪੂਲਰ ਸਟੈਬਿਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ (ਗੁਰੁਤਾਕਰਸ਼ਣ-ਰੋਧਕ)। 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੱਕ ਕੋਈ ਵੀ ਰੋਧਕ ਸ਼ਕਤੀ ਵਧਾਉਣਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਫੇਜ਼ 3: ਸ਼ਕਤੀ ਵਧਾਉਣਾ (6-12 ਹਫ਼ਤੇ)

- ਜਿੰਨਾ ਸਹਿਜ ਹੋਵੇ ਓਨਾ ਓਰਥੋਸਿਸ ਛੱਡੋ (ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਵਿੱਚ ਰਾਤ ਨੂੰ ਵਰਤੋਂ ਜਾਰੀ ਰਹਿ ਸਕਦੀ ਹੈ)।
- ਕਲਾਈ ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀਸ਼ੀਲ ਰੋਧਕ ਸ਼ਕਤੀ ਵਧਾਉਣੀ। ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਵਿੱਚ ਰੋਧਕ ਸੁਪੀਨੇਸ਼ਨ/ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ ਨਹੀਂ; ਸੁਪੀਨੇਸ਼ਨ/ਨਿਊਟ੍ਰਲ ਵਿੱਚ ਚੁੱਕਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ, ਲਾਈਟ ਪ੍ਰੋਨੇਟਿਡ ਚੁੱਕਣਾ ~ਹਫ਼ਤੇ 9 ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ।

ਫੇਜ਼ 4: ਗਤੀਵਿਧੀ / ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ (12-16+ ਹਫ਼ਤੇ)

- ਜਿੰਨਾ ਸਹਿਜ ਹੋਵੇ ਓਨਾ ਸਾਰੀਆਂ ਬਾਹ ਦੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਚੁੱਕਣਾ ਵਧਾਓ; ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਵਾਪਸੀ ~12-16 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ; ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਲਈ ਖੇਡ-ਖਾਸ / ਅੰਤਰਾਲ ਥ੍ਰੇਇੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ। ਪੂਰੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 3-6 ਮਹੀਨੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ।

ਅਲਨਰ ਨਰਵ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ: ਜੇਕਰ ਐਂਟੀਰੀਅਰ ਟ੍ਰਾਂਸਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਤਾਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਵਿੱਚ ਅੰਤ-ਪਰਿਸਰ ਕੋਹਣੀ ਫਲੈਕਸ਼ਨ ਸੀਮਿਤ ਰੱਖੋ ਅਤੇ ਨਰਵ ਐਕਸਕਰਸ਼ਨ ਨੂੰ ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਵਧਾਓ। ਲਗਾਤਾਰ ਜਾਂ ਵਧਦੇ ਅਲਨਰ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਲੋਡ ਅੱਗੇ ਵਧਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਰਜਨ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਕੰਮ ਅਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵੱਲ ਵਾਪਸੀ

ਤੁਹਾਡੀ ਵਾਪਸੀ ਕਿੰਨੀ ਜਲਦੀ ਹੋਵੇਗੀ, ਇਹ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਮਾਰਗ 'ਤੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਅਤੇ ਖੇਡ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਕੀ ਹਨ।

ਸ਼ਸ਼ਤਰਕਰਮ ਰਹਿਤ। ਤੁਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੂਰੀ ਮਿਆਦ ਦੌਰਾਨ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਸਰਗਰਮ ਰਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਉਹਨਾਂ ਕੰਮਾਂ ਨੂੰ ਬਦਲਦੇ ਹੋਏ ਜੇ ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਤੇਜ਼ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਬਿਨਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਰੁਕੇ। ਗੋਲਫ, ਫੇਕਣ ਵਾਲੀਆਂ ਖੇਡਾਂ, ਤੈਰਾਕੀ ਅਤੇ ਰੈਕਟ ਸਪੋਰਟਸ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਦੇ ਪੜਾਅ ਦੌਰਾਨ ਘਟਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਲਗਭਗ 90% ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਦੀ ਹੋਵੇ। ਕਿਉਂਕਿ ਗੋਲਫਰ ਦੀ ਕੋਹਣੀ ਆਪ-ਮੁਹਿੰਦਰੀ (self-limiting) ਹੈ, ਪੂਰੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ 6 ਤੋਂ 18 ਮਹੀਨੇ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਭਾਵੇਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੀ ਕਾਰਜਕੁਸ਼ਲਤਾ ਬਹੁਤ ਜਲਦੀ ਬਿਹਤਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਸ਼ਸ਼ਤਰਕਰਮ ਤੋਂ ਬਾਅਦ। ਹਲਕੀ, ਪਾਬੰਦੀ ਵਾਲੀ ਵਰਤੋਂ ਜਲਦੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਭਾਰੀ ਚੁੱਕਣ ਅਤੇ ਫੜਨ ਨੂੰ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਪਿੱਛੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਲਗਭਗ 12 ਤੋਂ 16 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਗਤੀਵਿਧੀ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜਦੋਂ ਕਿ ਪੂਰੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 3 ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ। ਫੋਕਣ ਵਾਲੇ ਐਥਲੀਟ ਮੁਕਾਬਲੇ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇੱਕ ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਅੰਤਰਾਲ ਫੋਕਣ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਡਰਾਈਵਿੰਗ: ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਪਲਿੰਟ ਜਾਂ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਹੋ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਕੋਹਣੀ ਇੰਨੀ ਦਰਦਨਾਕ ਹੋਵੇ ਕਿ ਗੱਡੀ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਚਲਾਇਆ ਨਾ ਜਾ ਸਕੇ, ਤਾਂ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਤੋਂ ਗੁਰੇਜ਼ ਕਰੋ। ਸਮੀਖਿਆ ਦੌਰਾਨ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੇ ਜਾਣ 'ਤੇ, ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਪਲਿੰਟ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਬਾਹ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਘੁਮਾ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ।

ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਇਹ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਕਲਿਨਿਕ ਦੇ ਆਮ ਰਿਕਵਰੀ ਸਲਾਹ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ; [ਪੋਸਟ-ਆਪਰੇਟਿਵ ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ](#), [ਖੁਰਾਕ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ](#) ਅਤੇ [ਹੱਥ ਦੀ ਥੈਰੇਪੀ ਦੇ ਮੂਲ ਸਿਧਾਂਤ](#) ਦੇਖੋ। ਗੋਲਫਰ ਦਾ ਕੋਹੜਾ (Golfer's elbow) ਆਪਣੇ ਬਾਹਰਲੇ ਕੋਹੜੇ ਦੇ ਸਾਥੀ, ਟੈਨਿਸ ਦਾ ਕੋਹੜਾ (Tennis elbow), ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਲੇਡਿੰਗ-ਅਧਾਰਤ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਮਾਨ [ਲੈਟਰਲ ਐਪੀਕੋਂਡਾਈਲਾਈਟਿਸ](#) ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨਾਲ ਪੁੱਛੋ। ਤੁਹਾਡੀ ਲਗਾਤਾਰ ਰਿਕਵਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਜਾਂ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਹੜੇ ਦੀ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।