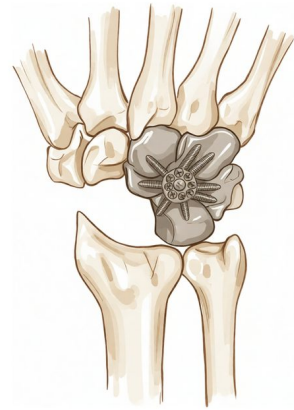


ਅੰਸ਼ਿਕ ਕਲਾਈ ਫਿਊਜ਼ਨ

ਅੰਸ਼ਿਕ ਕਲਾਈ ਫਿਊਜ਼ਨ ਵਿੱਚ, ਘ੍ਰਿਸ਼ਿਆ ਹੋਇਆ ਸਕੈਫੋਇਡ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੈਪੀਟੇਟ ਨੂੰ ਲਿਊਨੇਟ ਨਾਲ ਫਿਊਜ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (ਇੱਕ ਕੈਪੀਟੇਲਿਊਨੇਟ ਫਿਊਜ਼ਨ); ਲਿਊਨੇਟ ਅਤੇ ਰੇਡੀਅਸ ਵਿਚਕਾਰ ਜੋੜਾ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਬਚਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਕਲਾਈ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਉਪਯੋਗੀ, ਭਾਵੇਂ ਘਟੀ ਹੋਈ, ਗਤੀ ਦੀ ਰੱਖ ਬਣੀ ਰਹੇ।

Cvpoucke / Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0



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

ਇਹ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਤੁਹਾਡੀ **ਅੰਸ਼ਿਕ ਕਲਾਈ ਫਿਊਜ਼ਨ** (ਇੱਕ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਖਰਾਬ ਹੋਈ ਸਕੈਫੋਇਡ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਹਟਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕਲਾਈ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰਲੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ **ਕੈਪੀਟੇਟ ਤੋਂ ਲੂਨੇਟ** ਤੱਕ ਇੱਕ ਕੈਪੀਟੇਲੂਨੇਟ ਫਿਊਜ਼ਨ) ਦੇ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਡਾਕਟਰ ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਾਰਾ, ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਨਾਲ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਵਰਕਆਊਟ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ **ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ**: ਆਪਣੀ ਪਹਿਲੀ ਥੈਰੇਪੀ ਦੀ ਮਿਲਣੀ ਤੇ ਆਪਣੀ ਰਿਹਾਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਸਮਨਵਿਤ ਰੱਖਣ ਲਈ ਇਸ ਸਫ਼ੇ ਜਾਂ ਇਸਦੇ PDF ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਜਾਓ। ਤੁਹਾਡਾ ਹੱਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਆਪਣੀ ਘਾਵ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਚਿੰਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਮਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਘਾਵ ਦੀ ਤਸਵੀਰ ਲੈ ਕੇ ਇਸਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਲਈ ਇਮੇਲ ਕਰਨਾ ਅਕਸਰ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨੀ ਹੈ

ਅੰਸ਼ਿਕ ਕਲਾਈ ਫਿਊਜ਼ਨ (partial wrist fusion) ਉਸ ਕਲਾਈ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਪੁਰਾਣੀ ਸਕੈਫੋਇਡ ਸਮੱਸਿਆ ਦੇ ਰਸਤੇ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਖਰਾਬ ਹੋ ਚੁੱਕੀ ਹੈ (ਆਰਥਰਾਈਟਸ): ਜਾਂ ਤਾਂ **ਸਕੈਫੋਇਲੂਨੇਟ ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਚੇਟ** (ਇੱਕ **"SLAC" ਕਲਾਈ**) ਜਾਂ ਇੱਕ ਪੁਰਾਣੀ **ਸਕੈਫੋਇਡ ਟੁੱਟਣ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਜੋ ਕਦੇ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋਈ** (ਇੱਕ **"SNAC" ਕਲਾਈ**)। ਖਰਾਬ ਹੋਈ ਸਕੈਫੋਇਡ ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਲਾਈ ਦੇ ਮੱਧ-ਭਾਗ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਜੋੜ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਨਾਲ ਰਗੜ ਨਾ ਖਾਣ। ਡਾ. ਹਿਰਪਾਰਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ **ਕੈਪੀਟੇਟ ਨੂੰ ਲਿਊਨੇਟ ਨਾਲ** ਜੋੜਦਾ ਹੈ (ਇੱਕ ਕੈਪੀਟੇਲਿਊਨੇਟ ਫਿਊਜ਼ਨ), ਕਈ ਵਾਰ ਨਾਲ ਲੱਗਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਦਾ ਹੈ; ਜਦੋਂ ਲਿਊਨੇਟ, ਕੈਪੀਟੇਟ, ਟ੍ਰਾਈਕੁਏਟ੍ਰਮ ਅਤੇ ਹੈਮੇਟ ਸਾਰੀਆਂ ਜੁੜੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਤਾਂ ਇਸਨੂੰ **ਚਾਰ-ਕੋਨੇ ਵਾਲਾ ਫਿਊਜ਼ਨ (four-corner fusion)** ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸਦੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਸਿਧਾਂਤ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਹਨ।

ਇਸ ਆਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਮੁੱਖ ਵਿਚਾਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ **ਕਲਾਈ ਦਾ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਹਿੱਸਾ ਹੀ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਸਾਰਾ ਨਹੀਂ**। ਲਿਊਨੇਟ ਅਤੇ ਬਾਹਰ ਦੀ ਹੱਡੀ (ਰੇਡੀਅਸ) ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਜੋੜ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਹੀ ਬਚਿਆ ਹੋਇਆ ਜੋੜ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ:

- **ਖਰਾਬ ਹੋਈਆਂ ਸਤਹਾਂ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਦਰਦ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ:** ਇਹ ਮੁੱਖ ਟੀਚਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
- **ਰੇਡੀਅਸ-ਲਿਊਨੇਟ ਜੋੜ ਨੂੰ ਬਚਾਈ ਰੱਖਣਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਪਯੋਗੀ ਚਲਣ-ਫਿਰਣ ਬਣਾਈ ਰੱਖਦੇ ਹੋ।** ਇਸਦਾ ਬਦਲਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਚਲਣ-ਫਿਰਣ ਘੱਟ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ: ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਪਿਛਲੀ ਮੁੜਨ ਦੀ ਰੱਖ ਦਾ ਲਗਭਗ ਅੱਧਾ ਤੋਂ ਦੋ-ਤਿਹਾਈ ਹਿੱਸਾ, ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ

ਮੁਕਾਬਲੇ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ-ਚੌਥਾਈ ਹਿੱਸਾ ਫੜਨ ਦੀ ਤਾਕਤ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ, ਉਮੀਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਨਤੀਜਾ ਹੈ (ਕੋਈ ਜਟਿਲਤਾ ਨਹੀਂ) ਅਤੇ ਇੱਕ ਦਰਦਨਾਕ, ਖਰਾਬ ਹੋਈ ਕਲਾਈ ਲਈ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਹੁਤ ਮੁੱਲਵਾਨ ਬਦਲ ਹੈ।

ਜੁੜੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਜੁੜਨ ਲਈ ਸਮਾਂ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਬਿਲਕੁਲ ਇੱਕ ਟੁੱਟੀ ਹੱਡੀ ਵਾਂਗ। ਲਗਭਗ **ਪਹਿਲੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ** ਲਈ ਇਹ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੌਰਾਨ ਉਂਗਲੀਆਂ, ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਬਾਹ ਨੂੰ ਆਜ਼ਾਦੀ ਨਾਲ ਚਲਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਸਰਜਨ X-ਰੇਅ 'ਤੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰ ਲੈਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹੱਡੀਆਂ **ਜੁੜ ਗਈਆਂ ਹਨ**, ਤਾਂ ਕਲਾਈ ਦੀ ਚਲਣ-ਫਿਰਣ ਅਤੇ ਫਿਰ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਲਈ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹਾਅਵਾਰ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਪੜ੍ਹਾਅ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀਆਂ ਉਮੀਦਾਂ ਨੂੰ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰਨਾ (ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਚਲਣ-ਫਿਰਣ ਵਾਲੀ ਕਲਾਈ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇੱਕ ਸੁਖਾਵੀਂ, ਉਪਯੋਗੀ ਕਲਾਈ) ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦਾ ਇੱਕ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹਿੱਸਾ ਹੈ।

ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ ਅਤੇ ਸੀਮਾਵਾਂ

- ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਤੱਕ ਕਿ ਹੱਡੀਆਂ ਜੁੜ ਗਈਆਂ ਹਨ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਭਗ ਛੇ ਹਫ਼ਤੇ), ਤੁਹਾਡਾ ਕਲਾਈ ਆਪਣੀ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਰੱਖੋ: ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਜੁੜਨੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ।
- ਪਹਿਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਹੀ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ, ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਰੱਖੋ, ਪਰ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ, ਤਦੋਂ ਤੱਕ ਕਲਾਈ ਨੂੰ **ਨਹੀਂ** ਹਿਲਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ।
- ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਫਿਊਜ਼ਨ (fusion) ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੋਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ, ਤਦੋਂ ਤੱਕ ਕਲਾਈ ਰਾਹੀਂ ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ, ਧੱਕਾ ਦੇਣ, ਖਿੱਚਣ, ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਫੜਨ ਜਾਂ ਚੁੱਕਣ ਤੋਂ **ਨਹੀਂ** ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ: ਇਹ ਭਰਤੀ ਹੋ ਰਹੀ ਹੱਡੀ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪਲੇਟ, ਸਕੂ ਜਾਂ ਸਟੈਪਲ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- ਅੰਤਿਮ ਗਤੀ ਦੀ ਸੀਮਾ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੋ: ਇਹ ਕਲਾਈ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਜੋੜਨ ਦਾ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਨਤੀਜਾ ਹੈ, ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਕੁਝ ਗਲਤ ਹੋਣਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- ਸਪਲਿੰਟ ਅਤੇ ਡਰੈਸਿੰਗ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਅਤੇ ਸੁੱਕਾ ਰੱਖੋ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਹੋ ਜਾਂ ਕਲਾਈ ਰਾਹੀਂ ਪਹਿਏ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਦੋਂ ਤੱਕ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਤੋਂ **ਨਹੀਂ** ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ।

ਖ਼ਾਲੀ, ਸੋਜ ਅਤੇ ਦਾਗ਼ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਲਈ, ਪ੍ਰੋਕਟਿਸ ਦੀ [ਖ਼ਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ](#) ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ ਵੇਖੋ।

ਤੁਹਾਡੇ ਵਰਕਆਊਟ

ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਰੈਂਡਆਊਟ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਰਕਆਊਟ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਰੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੀ ਹਦਾਇਤ ਅਨੁਸਾਰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਰੋਜ਼ ਅਤੇ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਰਹਿ ਕੇ ਕਰੋ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਵਰਕਆਊਟ ਉਂਗਲਾਂ, ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਬਾਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਹਨ ਬਿਨਾਂ ਇਸ ਗੱਲ ਦੇ ਕਿ ਜੁੜਾਅ (fusion) ਦੇ ਭਰਪਾਈ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਵਿਘਨ ਪਵੇ; ਕੋਹਣੀ ਦਾ ਜੋੜ ਆਪਣੀ ਕਸਟ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਸਥਿਰ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। **ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਜੋੜ ਦੀ ਗਤੀ ਅਤੇ ਫੜਨ ਦੀ ਤਾਕਤ ਵਧਾਉਣ ਵਾਲੇ ਵਰਕਆਊਟ ਬਾਅਦ ਦੇ ਪੜ੍ਹਾਅ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦੇ ਹਨ** ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੇ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰ ਲਈ ਹੋਵੇ। ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਜੋੜ 'ਤੇ ਤੀਬਰ ਦਰਦ ਹੋਣ 'ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਕੰਮ ਰੋਕ ਦਿਓ।

ਤੁਹਾਡਾ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ

ਇਸ ਪੰਨੇ ਦਾ ਬਾਕੀ ਹਿੱਸਾ ਅੰਸ਼ਿਕ ਕਲਾਈ ਜੋੜਨ (ਕੈਪੀਟੇਲੂਨੇਟ ± ਸਕੈਫੋਇਡ ਨਿਕਾਲ; ਇਹੋ ਸਿਧਾਂਤ ਚਾਰ-ਕੋਣ ਜੋੜਨ ਲਈ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਲਈ ਪੜ੍ਹਾਅਵਾਰ ਕਲੀਨਿਕਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਹੈ। ਇਸ ਭਾਗ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਰੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹਰੇਕ ਪੜ੍ਹਾਅ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਸਧਾਰਨ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਵਿਆਖਿਆ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਟੈਂਡਨ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਇੱਥੇ ਬਣਤਰ ਹੱਡੀ ਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਪ੍ਰਗਤੀ ਜੋੜਨ ਦੀ ਰੇਡੀਓਗ੍ਰਾਫਿਕ ਯੂਨੀਅਨ ਦੁਆਰਾ ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਨਾ ਕਿ ਕਿਸੇ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕੈਲੰਡਰ ਦੁਆਰਾ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਸਰਜਨ ਯੂਨੀਅਨ ਦੀ

ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਇਮੋਬੀਲਾਈਜ਼ (ਸਥਿਰ) ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਉਂਗਲਾਂ, ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ ਬਾਹ ਨੂੰ ਹੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲ (ਮੋਬੀਲਾਈਜ਼) ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਲਾਈ ਦੀ ਰੋਜ਼ ਅਤੇ ਫਿਰ ਲੋਡ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲਿਆਂਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸਦੀ ਅਨੁਮਾਨਿਤ ਸੀਮਾ ਵਿਰੋਧੀ ਪਾਸੇ ਦੀ ਫਲੈਕਸ਼ਨ-ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਦਾ ਲਗਭਗ 50-65% ਅਤੇ ~70-80% ਗ੍ਰਿੱਪ ਹੈ।

ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਰਿਪੋਰਟ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ ਅਤੇ ਵਰਤੇ ਗਏ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ (ਗੋਲਾਕਾਰ/ਡੋਰਸਲ ਪਲੇਟ, ਹੈਂਡਲੈਸ ਕੰਪਰੈਸ਼ਨ ਸਕ੍ਰੂ, ਸਟੈਪਲ ਜਾਂ K-ਵਾਇਰ) ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰੋ ਅਤੇ ਕੀ ਸਕੈਫੋਇਡ ਨਿਕਾਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਰੇਡੀਓਗ੍ਰਾਫਿਕ ਯੂਨੀਅਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਤੱਕ ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਨਾ ਕਰੋ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 6-8 ਹਫ਼ਤੇ, ਕਦੇ-ਕਦੇ ਸਕ੍ਰੂ ਜਾਂ ਸਟੈਪਲ ਫਿਕਸੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਇਸ ਤੋਂ ਵੀ ਜ਼ਿਆਦਾ)। ਪਹਿਲੀ ਮਿਲਣੀ ਤੋਂ ਹੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਸਲਾਹ ਦਿਓ ਕਿ ਟੀਚਾ ਪੂਰੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਦਰਦ-ਰਹਿਤ, ਕਾਰਜਸ਼ੀਲ ਕਲਾਈ ਹੈ ਜਿਸਦਾ ਆਰਕ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਘਟਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ।

ਪੜਾਅ I — ਜੋੜ ਬਣਨ ਤੱਕ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਚਲੀਕਰਨ (ਹਫ਼ਤੇ 0 ਤੋਂ ਲਗਭਗ 6-8)

ਫਿਊਜ਼ਨ ਇੱਕ ਟੁੱਟੀ ਹੱਡੀ ਵਾਂਗ ਭਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਇਸਲਈ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਜੁੜਨ ਤੱਕ ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਖ਼ਤੀ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਚਿਪਕਣ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਹੱਥ ਅਤੇ ਬਾਹ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਚਲਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਕੋਹਣੀ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਹਿਲਾਇਆ ਜਾਂਦਾ।

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:

ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ - ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਐਕਸ-ਰੇ 'ਤੇ ਜੋੜ ਬਣਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਤੱਕ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 6-8 ਹਫ਼ਤੇ) ਕਸਟ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਕੋਹਣੀ ਅਚਲ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ - ਇਸ ਪੜਾਅ ਦੌਰਾਨ ਕੋਹਣੀ ਵਿੱਚ **ਕੋਈ ਸਰਗਰਮ ਜਾਂ ਨਿਸ਼ਕਿਰਿਆ ਗਤੀ ਨਹੀਂ** - ਆਪਰੇਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕੋਹਣੀ ਰਾਹੀਂ **ਕੋਈ ਫੜਨਾ, ਚੁੱਕਣਾ, ਧੱਕਾ ਦੇਣਾ, ਖਿੱਚਣਾ ਜਾਂ ਭਾਰ ਡਾਲਣਾ ਨਹੀਂ** - ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਉਮੀਦ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰੋ: ਅੰਤਿਮ ਗਤੀ **ਘਟੇਗੀ** (ਰੇਡੀਓਲਿਊਨਾਰ ਜੋੜਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ; ਮਿਡਕਾਰਪਲ ਜੋੜਾ ਫਿਊਜ਼ਨ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ)

ਪ੍ਰਬੰਧਨ - ਘਾ: ਨਿਰਦੇਸ਼ ਅਨੁਸਾਰ ਸਰਜੀਕਲ ਡਰੈਸਿੰਗ; ਲਗਭਗ 10-14 ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਮੋਟੀ ਡਰੈਸਿੰਗ/ਸਪਲਿੰਟ, ਫਿਰ ਸ਼ਾਰਟ-ਆਰਮ ਕਸਟ ਜਾਂ ਥਰਮੋਪਲਾਸਟਿਕ ਸਪਲਿੰਟ; ਸੰਕਰਮਣ ਲਈ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰੋ - ਸੋਜ: ਦਿਲ ਦੇ ਪੱਧਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਉੱਚਾ ਕਰੋ, ਹਲਕਾ ਹੱਥ ਪੰਪ ਕਰਨਾ, ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਆਈਸ; - ਵਰਜਿਸ਼ਾਂ: **ਉਂਗਲੀਆਂ, ਅੰਗੂਠੇ ਅਤੇ MCP/IP ROM ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਸਰਗਰਮ ਗਤੀ; ਬਾਹ ਦੀ ਪ੍ਰੋਨੇਸ਼ਨ/ਸੁਪੀਨੇਸ਼ਨ; ਹਲਕੀ ਕੰਧ ਅਤੇ ਕੋਹਣੀ ਦੀ ਗਤੀ; ਕੋਹਣੀ ਦੀ ਕੋਈ ਗਤੀ ਨਹੀਂ**

ਉੱਨਤੀ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ - ਸਰਜਨ ਦੁਆਰਾ ਐਕਸ-ਰੇ 'ਤੇ ਜੋੜ ਬਣਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ (ਸਿਰਫ਼ ਕੈਲੰਡਰ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਨਾ ਕਰੋ); ਘਾ ਭਰ ਗਈ ਹੈ; ਸੋਜ ਕੰਟਰੋਲ ਵਿੱਚ ਹੈ

ਪੜਾਅ II — ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ ਨੂੰ ਬਹਾਲ ਕਰਨਾ (ਯੂਨੀਅਨ ਤੋਂ, ਲਗਭਗ ਹਫ਼ਤਿਆਂ 6-8 ਤੋਂ 12 ਤੱਕ)

ਜਦੋਂ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਪੱਕਾ ਭਰੋਸਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਫਿਊਜ਼ਨ (fusion) ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਲਾਈ ਨੂੰ ਕਾਸਟ ਤੋਂ ਕੱਢ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹਲਕੀ ਕਲਾਈ ਦੀ ਗਤੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਪ੍ਰਗਤੀ ਧੀਮੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਯਾਦ ਦਿਵਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਫਿਊਜ਼ਨ ਹੋਈ ਹਿੱਸਾ ਹਿੱਲੇਗਾ ਨਹੀਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਆਰਕ (arc) ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਛੋਟੀ ਹੋਵੇਗੀ।

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:

ਮੁਲਾਂਕਣ - ਕਲਾਈ ਦੀ ਸਰਗਰਮ ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਕਿਰਿਆਤਮਕ ROM (ਫਲੈਕਸ਼ਨ/ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ, ਰੇਡੀਅਲ/ਯੂਲਨਰ ਡਿਵੀਏਸ਼ਨ), ਅਗਲੀ ਘੁੰਮਣਾ (forearm rotation), ਗ੍ਰਿੱਪ ਬੇਸਲਾਈਨ, ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ, ਘਾਅ/ਦਾਗ ਦੀ ਜਾਂਚ

ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ - ਸਹੂਲਤ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ **ਸਰਗਰਮ ਅਤੇ ਸਰਗਰਮ-ਸਹਾਇਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਕਲਾਈ ROM** ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ; ਸੈਸ਼ਨਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਸਹੂਲਤ/ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਇੱਕ ਹਟਾਉਣਯੋਗ ਕਲਾਈ ਸਪਲਿੰਟ ਵੱਲ ਵਧੋ - ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਲਈ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਮਿਲਣ ਤੱਕ ਕਲਾਈ ਰਾਹੀਂ **ਭਾਰੀ ਗ੍ਰਿੱਪਿੰਗ, ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਅਤੇ ਭਾਰ ਝੁਕਾਉਣ ਤੋਂ ਬਚੋ** - **ਘਟੀ ਹੋਈ ਗਤੀ ਦੀ ਉਮੀਦ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰੋ** (ਲੱਕਸ਼ ~50-65% ਵਿਰੋਧੀ ਪਾਸੇ ਦੀ ਫਲੈਕਸ਼ਨ-ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ ਆਰਕ)

ਪ੍ਰਬੰਧਨ - ਅਭਿਆਸ: ਸਰਗਰਮ/ਸਰਗਰਮ-ਸਹਾਇਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਕਲਾਈ ਫਲੈਕਸ਼ਨ, ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ, ਰੇਡੀਅਲ ਅਤੇ ਯੂਲਨਰ ਡਿਵੀਏਸ਼ਨ; ਜਦੋਂ ਘਾਅ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰ ਜਾਵੇ ਤਾਂ **ਦਾਗ ਮਾਲਿਸ਼ ਅਤੇ ਸੰਵੇਦਨਾਹੀਣਤਾ ਘਟਾਉਣਾ** ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ; ਪੂਰੀ ਉਂਗਲੀ/ਅੰਗੂਠੇ ਦੀ ROM ਅਤੇ ਅਗਲੀ ਘੁੰਮਣਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ; ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਓਈਡੀਆ (ਸੋਜ) ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰੋ

ਪ੍ਰਗਤੀ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ - ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਘਟੀ ਹੋਈ ਰੋਜ਼ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਹੂਲਤਯੋਗ, ਨਿਯੰਤਰਿਤ ਕਲਾਈ ਆਰਕ; ਦਰਦ ਸਥਿਰ ਹੋਣਾ; **ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਲਈ ਸਰਜਨ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ**

ਫੇਜ਼ III — ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਕਾਰਜ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ (ਲਗਭਗ 12 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ)

ਜਦੋਂ ਫਿਊਜ਼ਨ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਗਤੀ ਆਪਣੇ ਲਾਭਦਾਇਕ ਸਿਖਰ ਤੱਕ ਬਹਾਲ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਅਤੇ ਕਦਮ-ਦਰ-ਕਦਮ ਭਾਰ ਪਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮੈਨੂਅਲ ਕੰਮ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਮਾਪਦੰਡਾਂ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲਈ:

ਮੁਲਾਂਕਣ - ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਗ੍ਰਿੱਪ ਅਤੇ ਪਿੰਚ ਸ਼ਕਤੀ; ਭਾਰ ਪਾਉਣ 'ਤੇ ਦਰਦ/ਸੋਜ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ; ਕਾਰਜ ਅਤੇ ਨੌਕਰੀ-ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਫੰਕਸ਼ਨਲ ਟੈਸਟਿੰਗ

ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ - ਜਦੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਮਿਲ ਜਾਵੇ ਤਾਂ **ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਗ੍ਰਿੱਪ ਅਤੇ ਕੋਹਣੀ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ** (ਪੁਟੀ, ਗੋਂਦ, ਫਿਰ ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਪ੍ਰਤੀਰੋਧ) ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ - **ਭਾਰ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਭਾਰ ਝੱਲਣ ਵਾਲੇ ਕਾਰਜਾਂ** ਨੂੰ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਪੇਸ਼ ਕਰੋ; ਇੱਕੋ ਵਾਰ ਨਾ ਕਰਕੇ ਕਈ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਵਧਾਓ - ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਅੰਤਿਮ ਸਥਿਤੀ: ਗ੍ਰਿੱਪ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ **ਲਗਭਗ 70-80%** ਵੱਲ ਬਹਾਲ ਹੋਣਾ ਅਤੇ ਇੱਕ **ਲਾਭਦਾਇਕ, ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਵਾਲੀ, ਘਟੀ ਹੋਈ ਆਰਕ**

ਪ੍ਰਬੰਧਨ - ਅਭਿਆਸ: ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਫੜਨਾ ਅਤੇ ਬਾਹ/ਕੋਹਣੀ ਦੀ ਮਜ਼ਬੂਤੀ; ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਫੰਕਸ਼ਨਲ ਅਤੇ ਕੰਮ ਦੀ ਨਕਲ; ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲੀ ਸਕਾਰ ਮੈਨੇਜਮੈਂਟ ਅਤੇ ROM ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਣਾ - ਜੇਕਰ ਵਿਸਤਾਰ (extension) 'ਤੇ ਕੋਹਣੀ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ (**ਡੋਰਸਲ ਇੰਪਿੰਜਮੈਂਟ** ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ), ਸ਼ੱਕੀ **ਨਾਨ-ਯੂਨੀਅਨ**, ਜਾਂ ਰਿਕਵਰੀ ਦਾ ਸਥਿਰ ਹੋਣਾ ਦਿਖਾਈ ਦੇਵੇ, ਤਾਂ ਉਸ ਵੱਲ ਧਿਆਨ ਦਿਓ ਅਤੇ ਸਰਜਨ ਕੋਲ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ - ਇੱਕ ਵਾਰ ਸ਼ਕਤੀ ਅਤੇ ਕਾਰਜ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਲੋੜਾਂ ਲਈ ਪਰਿਪੱਕ ਹੋ ਜਾਣ, ਤਾਂ ਡਿਸਚਾਰਜ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰੋ

ਲੋਡ / ਕੰਮ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਲਈ ਮਾਪਦੰਡ - ਮਜ਼ਬੂਤ ਜੁੜਿਆ ਹੋਇਆ ਫਿਊਜ਼ਨ, ਬਹਾਲ ਹੋਈ ਆਰਕ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ, ਕੰਮ ਲਈ ਪਰਿਪੱਕ ਗ੍ਰਿੱਪ; ਭਾਰੀ ਮੈਨੂਅਲ ਮੰਗਾਂ ਨੂੰ ਲਗਭਗ 4-6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਮੁਲਤਵੀਂ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਕਦਮ-ਦਰ-ਕਦਮ ਵਧਾਇਆ ਜਾਵੇ

ਕੰਮ ਅਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ

ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ, ਆਰਾਮ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਮਾਨ ਨੂੰ ਲੋਡ ਜਾਂ ਮੋੜਿਆ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦਾ, ਹਲਕੀ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਹੱਥ ਦੀ ਵਰਤੋਂ (ਖਾਣਾ, ਲਿਖਣਾ, ਹਲਕੀ ਆਤਮ-ਦੇਖਭਾਲ) ਦੀ ਪ੍ਰੇਰਨਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਸਟ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਵੀਲ ਨੂੰ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋਣ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਨਹੀਂ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ, ਪਹਿਲੀਆਂ ਕੁਝ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਲਈ ਆਵਾਜਾਈ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਓ; ਡਰਾਈਵਿੰਗ ਤਦ ਤੱਕ ਠੀਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਕਸਟ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਅਤੇ ਕਾਰ ਨੂੰ ਭਰੋਸੇ ਨਾਲ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ, ਜਿਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮੀਖਿਆ ਦੌਰਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਕਮਾਨ ਰਾਹੀਂ ਫੜਨਾ, ਚੁੱਕਣਾ ਅਤੇ ਭਾਰ ਝੋਣਾ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਰੁਕਾਵਟ ਵਿੱਚ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਫਿਊਜ਼ਨ ਮਜ਼ਬੂਤ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲਗਭਗ ਛੇ ਤੋਂ ਅੱਠ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ) ਅਤੇ ਫਿਰ ਇਸਨੂੰ ਧੀਰਜ ਨਾਲ ਵਧਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਡੈਸਕ-ਅਧਾਰਿਤ ਜਾਂ ਹਲਕੇ ਕੰਮ ਵਾਲੇ ਲੋਕ ਅਕਸਰ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੇ ਹਨ; ਭਾਰੇ ਮੈਨੂਅਲ ਕੰਮ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚਾਰ ਤੋਂ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਪੜ੍ਹਾਈ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੌਰਾਨ, ਯਾਦ ਰੱਖੋ ਕਿ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਨਤੀਜਾ ਇੱਕ ਆਰਾਮਦਾਇਕ, ਉਪਯੋਗੀ ਕਮਾਨ ਹੈ ਜਿਸਦੀ ਚਾਲ ਘੱਟ ਹੈ, ਜਿਸਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਇਸ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਮਾਨ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਗਤੀ ਨੂੰ ਕੈਲੰਡਰ ਨਾਲੋਂ ਵਧੇਰੇ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਦੇ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਇਹ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਆਮ ਰਿਕਵਰੀ ਸਲਾਹ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ: [ਪੋਸਟ-ਆਪਰੇਟਿਵ ਦਰਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ](#), [ਖੁਰਾਕ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ](#) ਅਤੇ [ਦਾਗ਼ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ](#) ਦੇਖੋ। ਉੱਪਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਪੜਾਅਵਾਰ ਯੋਜਨਾ ਅੰਸ਼ਕ ਮੁੜੀ ਜੋੜਨ (partial wrist fusion) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਗਾਈਡੈਂਸ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਲਗਾਤਾਰ ਰਿਕਵਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਮੁੜੀ ਦੇ ਭਰਪਾਈ ਅਤੇ ਪ੍ਰਗਤੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਲਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੁਆਰਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।