

ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਕਰਨ ਦੀ ਸਰਜਰੀ

ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਥਿਰਤਾ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ, ਸਾਕਟ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਪਾਏ ਹੋਏ ਲੇਬਰਮ (labrum, ਜੋੜ ਦੇ ਕੰਢੇ ਦੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਕਿਨਾਰੀ) ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੈਮਰੇ ਦੀ ਸੇਧ ਨਾਲ ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① ④ 4.0



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

ਮੈਨੁਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ

ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜੇ ਦਾ ਟਿਕ ਜਾਣਾ

ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ

2-6 weeks

ਦਫ਼ਤਰੀ ਕੰਮ ਅਤੇ ਹਲਕੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ 2 ਤੋਂ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

4-6 months

ਖੇਡ ਅਤੇ ਪੂਰੇ ਹੱਥੀਂ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸੀ ਦੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 4 ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਟੱਕਰ ਵਾਲੀਆਂ ਖੇਡਾਂ ਦੇ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਵਿੱਚ ਅਸਥਿਰਤਾ ਮੁੜ ਆਉਣ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

12-24 months

ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੁਧਾਰ, ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦੱਸੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦਾ ਇੱਕ ਪੱਧਰ ਉੱਤੇ ਟਿਕ ਜਾਣਾ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 12 ਤੋਂ 24 ਮਹੀਨਿਆਂ ਉੱਤੇ ਦੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਉਂ ਸੁਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਰਾ, ਜੋ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਥਾਂ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ 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 ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡਾ ਪੂਰਾ ਪਿਛੋਕੜ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਕੈਨ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਮੋਢੇ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ (shoulder instability) ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਖਿਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਨਿਕਲ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅੱਗੇ ਵੱਲ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ। ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਉਦੋਂ ਸੋਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਇਸ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਉਤਰਦਾ (dislocation) ਰਹੇ।

ਮੇਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਕਰਨ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (anterior shoulder stabilisation) ਅਜਿਹਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ ਜੋ ਮੇਢੇ ਦੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਅਗਲੇ ਪਾਸਿਓਂ ਖਿਸਕ ਕੇ ਬਾਹਰ ਨਾ ਨਿਕਲੇ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਮੇਢਾ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਉਤਰ ਚੁੱਕਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਉਸ ਵੇਲੇ ਡਿੱਗਣ ਜਾਂ ਸੱਟ ਲੱਗਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਦੋਂ ਬਾਂਹ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਫੈਲੀ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁੰਮੀ ਹੋਵੇ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੇ ਇਹ ਇਸ ਲਈ ਸੁਝਾਇਆ ਹੋਵੇ ਕਿਉਂਕਿ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡਾ ਮੇਢਾ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਜਾਂ ਕਿਉਂਕਿ ਸੱਟ ਦੀ ਕਿਸਮ ਕਰਕੇ ਮੇਢੇ ਦੇ ਹੋਰ ਵਾਰ ਉਤਰਨ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ। ਮਕਸਦ ਇੱਕ ਸਥਿਰ ਮੇਢਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਦੇ ਮੁੜ ਉਤਰ ਜਾਣ ਦੇ ਡਰ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਹਿੱਲਣ-ਜੁੱਲਣ, ਕੰਮ ਕਰਨ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਖੇਡਣ ਦੇਵੇ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਸਕੈਨਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਐਕਸ-ਰੇ, MRI ਜਾਂ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਸਕੈਨ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਖਾਣਾ ਅਤੇ ਪੀਣਾ ਬੰਦ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ। ਅਸੀਂ ਛੇ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਇਸ ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਦੀ ਸੂਚੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ ਅੱਗੇ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਆਮ ਦਵਾਈਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਹੜੀਆਂ ਅਤੇ ਕਦੋਂ ਬੰਦ ਕਰਨੀਆਂ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਜੋ ਕੁਝ ਵੀ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਉਸ ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸੂਚੀ ਨਾਲ ਲਿਆਓ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਵਿੱਚ ਘਰ ਲੈ ਕੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਖੁਦ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾ ਸਕੋਗੇ। ਖੁੱਲ੍ਹੇ, ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ ਜੋ ਮੇਢੇ ਉੱਤੇ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਪਾਏ ਜਾ ਸਕਣ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਜਾਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ) ਨਾਲ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

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। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਰੀਜਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਨਸ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਟੀਕਾ) ਦੇ ਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲ ਕੇ ਦੋਵਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਬਾਰੇ ਸਮਝਾਏਗਾ।

ਫਿਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਪੂਰਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਗਦੇ ਹੋ, ਜਿੱਥੇ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਤੱਕ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ, ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਘਰ ਚਲੇ ਜਾਂਦੇ ਹੋ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਇਹ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਮੇਢੇ ਦੁਆਲੇ ਕਈ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ ਲਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਕੈਮਰੇ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਕੈਮਰਾ ਨੁਕਸਾਨੇ ਗਏ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਸਕਰੀਨ ਉੱਤੇ ਦਿਖਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਮੁੱਖ ਸਮੱਸਿਆ ਕਟੋਰੀ (socket) ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage) ਦਾ ਇੱਕ ਛੱਲਾ ਹੈ ਜੋ ਪਾਟ ਕੇ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਕਟੋਰੀ ਵਿੱਚ ਲਗਾਏ ਛੋਟੇ ਐਂਕਰਾਂ (anchors, ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਲਗਾਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਛੋਟੇ ਕਿੱਲ) ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ ਇਸ ਛੱਲੇ ਨੂੰ ਮੁੜ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਟਾਂਕੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਬਾ ਕੇ ਰੱਖਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਦਾ ਕੋਈ ਟੁਕੜਾ ਵੀ ਵੱਖ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਹੀ ਚੀਰਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਉਸ ਦੀ ਵੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਜੋੜ ਦੀ ਗੱਦ ਵਿੱਚ ਪਿਆ ਕੋਈ ਟੋਆ ਅੜ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਨੇੜਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਟੁਕੜਾ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਲਿਆ ਕੇ ਉਸ ਟੋਏ ਨੂੰ ਵੀ ਭਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਚੀਰਿਆਂ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਉੱਤੇ ਪੱਟੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਇੱਕ ਰਾਤ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ, ਫਿਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਨਰਸਾਂ ਗੋਲੀਆਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣਗੀਆਂ ਅਤੇ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਕਰਨਗੀਆਂ। ਆਰਾਮ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਇੱਕ ਸਾਦੀ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਵਿੱਚ ਟਿਕੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਕਸਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਹਾਉਣ-ਧੋਣ ਲਈ ਉਤਾਰੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਨਰਸ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਲਈ ਹਲਕੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ ਸਿਖਾਏਗੀ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਉੱਠ ਕੇ ਤੁਰਨ-ਫਿਰਨ ਲੱਗੋਗੇ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਰੱਖੋ। ਅਸੀਂ ਪੱਟੀ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨ ਲੱਗੀ ਰਹਿਣ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ; ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾ ਉਤਾਰੋ, ਜਦ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਾ ਕਹੀਏ। ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਬਦਲਦੇ ਜਾਂ ਉਤਾਰਦੇ ਹਾਂ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ

ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਦਿਨ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਦੁਖੇਗਾ ਅਤੇ ਸੁੱਜਿਆ ਰਹੇਗਾ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਚਮੜੀ ਉੱਤੇ ਨੀਲ ਪਏ ਦਿਸ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਲਿੰਗ ਜਿੰਨੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਵੇ, ਉਸ ਹੱਦ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਅਤੇ ਕੂਹਣੀ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਂਦੇ ਰਹਿਣਾ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਰਾਤ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਸਿਰਹਾਣਿਆਂ ਉੱਤੇ ਟਿਕਾਉਣ ਨਾਲ ਤਕਲੀਫ਼ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਦੱਸੇ ਅਨੁਸਾਰ ਲਈਆਂ ਸਾਦੀਆਂ ਦਰਦ ਦੀਆਂ ਗੋਲੀਆਂ ਨਾਲ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਰਾਮ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਆਰਾਮ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਸਾਦੀ ਸਲਿੰਗ ਪਾਓਗੇ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਹਾਉਣ-ਧੋਣ ਲਈ ਉਤਾਰੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਹਲਕੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰੇਗਾ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਪੈਂਡੂਲਮ ਵਾਂਗ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਥੋੜ੍ਹਾ-ਥੋੜ੍ਹਾ ਝੁਲਾਉਣ ਤੋਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿੰਨੀ ਦਰਦ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਵੇ, ਉਸ ਮੁਤਾਬਕ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਦੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਕਸਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਸਰਗਰਮ ਹਰਕਤ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਵਿਰੋਧ (resistance) ਨਾਲ ਤਾਕਤ ਵਾਲਾ ਕੰਮ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਕਸਰਤਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦਿਨ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕਰੋਗੇ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰੱਕੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਕਰੇਗਾ।

ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਕੁਝ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਜਦ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਾ ਦੇਵੇ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਾਲੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾਓਗੇ, ਅਤੇ ਸਾਡੀ **ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਬਾਰੇ ਗਾਈਡ** ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਵਿਸਥਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸਦੀ ਹੈ। ਦਫ਼ਤਰੀ ਕੰਮ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਹਲਕੇ ਕੰਮ ਭਾਰੇ ਕੰਮਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਖੇਡ, ਜ਼ਿੰਮ ਦੀ ਕਸਰਤ ਅਤੇ ਹੱਥੀ ਕੰਮ ਲਈ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਉਡੀਕ ਕਰਨੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ ਜਦ ਤੱਕ ਮੋਢਾ ਮਜ਼ਬੂਤ ਨਾ ਹੋ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਸਥਿਰਤਾ ਤੋਂ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਸਿੱਧੇ ਢੇਅ ਲਾ ਕੇ ਜਾਂ ਪਿੱਠ ਭਾਰ, ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਿਰਹਾਣਿਆਂ ਦਾ ਸਹਾਰਾ ਦੇ ਕੇ ਸੌਣਾ ਅਕਸਰ ਵਧੇਰੇ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਦਰਦ ਘਟਣ ਨਾਲ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਭਾਰ ਸੌਣਾ ਸੌਖਾ ਲੱਗਣ ਲੱਗਦਾ ਹੈ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਵੱਖਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ 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 ਨੇੜਿਓਂ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਕਈ ਵਾਰ ਮੋਢਾ ਮੁੜ ਖਿਸਕ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਨਿਕਲ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹੋਈ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ। ਅਜਿਹਾ ਸਾਲਾਂ ਬਾਅਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਕਸਰ ਡਿੱਗਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਖੇਡ ਦੌਰਾਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਉਤਰ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਵਾਪਸ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਨਾ ਬੈਠੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਇਹ ਖਿਸਕ ਕੇ ਨਿਕਲ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਾਪਸ ਬੈਠ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਖ ਸਕੀਏ। ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਫਿਰ ਵੀ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਘੱਟ ਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਉੱਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੋ: ਜ਼ਖ਼ਮ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਫੈਲਦੀ ਲਾਲੀ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਵਿੱਚੋਂ ਤਰਲ ਜਾਂ ਪਾਕ ਦਾ ਰਿਸਣਾ, ਜਾਂ ਬੁਖਾਰ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਵੀ ਦੇਖੋ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਦਰਦ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਵਧਦਾ ਹੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਉਸ ਲਈ ਵੀ ਉਸੇ ਦਿਨ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੋਢਾ ਅਕੜ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਜਿਹਾ ਕੱਸਾਅ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ, ਪਿੱਠ ਪਿੱਛੇ ਹੱਥ ਲਿਜਾਣ, ਜਾਂ ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰੇ। ਆਪਣੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਇਸ ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਕਰੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਜਲਦੀ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ।

ਨਸਾਂ ਮੋਢੇ ਦੇ ਨੇੜਿਓਂ ਲੰਘਦੀਆਂ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਇਹ ਚਿੜ੍ਹ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ (irritated)। ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਹੋਣਾ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਬਲਾਕ ਦਾ ਅਸਰ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਯਾਨੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਲਗਭਗ 24 ਘੰਟੇ ਬਾਅਦ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ, ਹੱਥ ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਸੁੰਨ ਰਹਿਣ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਚਿੜੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਨਸਾਂ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਆਪ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਖੂਨ ਦਾ ਗਤਲਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਬਣਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਗੰਭੀਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿੰਨੀ (ਲੱਤ ਦੀ ਪਿੰਨੀ, calf) ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਸਾਹ ਚੜ੍ਹੇ ਜਾਂ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਇਹ ਖੂਨ ਦੇ ਗਤਲੇ ਦੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਣ ਲਈ ਵਰਤੇ ਗਏ ਛੋਟੇ ਐਂਕਰ ਅਤੇ ਟਾਂਕੇ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਪੈਦਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਲਿੱਕ ਹੋਣ ਜਾਂ ਰਗੜ ਖਾਣ ਵਰਗਾ ਅਹਿਸਾਸ, ਜਾਂ ਧਾਤ ਦੇ ਕਿਸੇ ਟੁਕੜੇ ਦੇ ਰਗੜਨ ਨਾਲ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰੋ ਤਾਂ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਦੱਸੋ।

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

ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਸਾਹਮਣੇ ਆ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਬੈਠੇ ਚਿੰਤਾ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਾਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੈ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੁਆਲੇ ਲਾਲੀ ਫੈਲ ਰਹੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚੋਂ ਤਰਲ ਜਾਂ ਪਾਕ ਰਿਸ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਦਰਦ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਵਧਦਾ ਹੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਵੀ ਉਸੇ ਦਿਨ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿੰਨੀ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਸਾਹ ਚੜ੍ਹੇ ਜਾਂ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਖੂਨ ਦੇ ਗਤਲੇ ਦੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਦਾ ਅਸਰ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਯਾਨੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਲਗਭਗ 24 ਘੰਟੇ ਬਾਅਦ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ, ਹੱਥ ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਸੁੰਨ ਰਹਿਣ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਹੋਣਾ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਉਤਰ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਵਾਪਸ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਨਾ ਬੈਠੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਇਹ ਖਿਸਕ ਕੇ ਨਿਕਲ ਜਾਵੇ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਾਪਸ ਬੈਠ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਖ ਸਕੀਏ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਲੀਨਿਕ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖ਼ੀਰ ਵਿੱਚ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਕਿੱਥੇ ਪੜ੍ਹੀਏ

ਇਹ ਸਫ਼ਾ ਖ਼ੁਦ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਹੈ। ਜਿਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਇਹ ਇਲਾਜ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਸਬੂਤ ਕੀ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਕਦੋਂ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕਦੋਂ ਨਹੀਂ, ਉਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਵਿਸਥਾਰ [ਮੋਢੇ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ](#) ਸਫ਼ੇ ਉੱਤੇ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਕਰਨ ਦੀ ਸਰਜਰੀ

ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਾਹਿਤ ਤੋਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ

80 ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਅਧਿਐਨਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ। ਇਹ ਆਬਾਦੀ-ਪੱਧਰੀ ਦਰਾਂ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਜੋਖਮ ਨਹੀਂ — ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕਰੇਗਾ।

ਪੇਚੀਦਗੀ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਮੁੜ-ਮੁੜ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ (recurrent instability)	17.0%	ਮੋਢੇ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦਾ ਮੁੜ ਆਉਣਾ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਪੇਚੀਦਗੀ ਹੈ; ਇਸ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਨੌਜਵਾਨ ਮਰੀਜ਼ਾਂ (20-25 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ), ਟੱਕਰ ਵਾਲੀਆਂ ਖੇਡਾਂ ਦੇ ਖਿਡਾਰੀਆਂ, ਹੱਡੀ ਦੇ ਨੁਕਸਾਨ (bone loss) ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ, ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ 5 ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਾਰ ਮੋਢਾ ਉਤਰ ਚੁੱਕੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਨਾਕਾਮੀ ਜਿਸ ਲਈ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ (revision surgery) ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇ	7.8%	ਲਗਭਗ 2.4-5% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਮੁੜ-ਮੁੜ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ, ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਦਰਦ, ਜਾਂ ਹੋਰ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਕਾਰਨ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਸਥਿਰ ਕਰਨ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।
ਨਸ ਦੇ ਦਬਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ (nerve compression syndromes)	5%	ਲਗਭਗ 5% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਝਰਨਾਹਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਜਾਂ ਕਿਊਬਿਟਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ (carpal tunnel or cubital tunnel syndrome, ਗੁੱਟ ਜਾਂ ਕੂਹਣੀ ਉੱਤੇ ਨਸ ਦਾ ਦਬਣਾ) ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਹਰ ਆਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸੁਧਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
ਹੀਮਾਟੋਮਾ (hematoma, ਚਮੜੀ ਹੇਠ ਖੂਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਹੋਣਾ)	1.6%	ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੀਮਾਟੋਮਾ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਕੱਢਣ (evacuation) ਜਾਂ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਰੱਖਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।
ਹਰਕਤ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਦਾ ਘਟਣਾ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ	0.32%	ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਕੜਾਅ ਆਮ ਹੈ; ਹਰਕਤ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਥੋੜ੍ਹੀ ਜਿਹੀ ਸਥਾਈ ਕਮੀ (ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਵਿੱਚ 5-10 ਡਿਗਰੀ) ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਰੁਕਾਵਟ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀ।
ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਜਾਂ ਨਤੀਜੇ ਤੋਂ ਅਸੰਤੁਸ਼ਟੀ	0.17%	ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਮੋਢਾ ਸਫਲਤਾ ਨਾਲ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਲਗਾਤਾਰ ਤਕਲੀਫ਼ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਦਰਦ, ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਪਾਬੰਦੀਆਂ, ਜਾਂ ਸਰਗਰਮੀ ਦੇ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੇ ਪੱਧਰ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਨਾ ਆ ਸਕਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।
ਨਸ ਨੂੰ ਸੱਟ	0.07%	ਐਕਸਿਲਰੀ ਨਸ (axillary nerve) ਨੂੰ ਸੱਟ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਨਸ ਦੀ ਸੱਟ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ, ਮੋਢੇ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਸੁੰਨਪਨ, ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਪੇਚੀਦਗੀ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਐਂਕਰ ਨਾਲ ਜੁੜੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ	0.05%	ਸਿਊਚਰ ਐਂਕਰ (suture anchor, ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਲਗਾਇਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਛੋਟਾ ਕਿੱਲ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਟਾਂਕੇ ਬੰਨ੍ਹ ਕੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਹੱਡੀ ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਲ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਮੋਢੇ ਦੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਚਿੜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ (irritate), ਜਾਂ ਜੋੜ ਦੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (articular cartilage, ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਚਿਕਨੀ ਪਰਤ) ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ)	0.03%	ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਮੋਢੇ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਡੂੰਘੀ ਲਾਗ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਲਈ ਜੋੜ ਨੂੰ ਕਈ ਵਾਰ ਧੋਣ (washouts), ਸਿਊਚਰ ਐਂਕਰ ਕੱਢਣ, ਅਤੇ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਨਾੜੀ ਰਾਹੀਂ (intravenous) ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਨੂੰ ਸੱਟ (chondral injury)	Rare	ਡੌਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਗੋਦ (humeral head) ਜਾਂ ਮੋਢੇ ਦੀ ਕਟੋਰੀ (glenoid) ਦੀ ਜੋੜ ਵਾਲੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਐਂਕਰ ਲਗਾਉਣ ਵੇਲੇ ਜਾਂ ਮੋਢਾ ਉਤਰਨ ਕਾਰਨ ਹੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਹੋਣ ਦੇ ਖਤਰੇ ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ।
ਪੋਸਟੇਜ ਸਟੈਂਪ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (postage stamp fracture, ਕਟੋਰੀ ਦੇ ਕੰਢੇ ਦਾ ਛੋਟਾ ਟੁੱਟਣਾ)	Rare	ਸਿਊਚਰ ਐਂਕਰ ਲਗਾਉਣ ਕਾਰਨ ਮੋਢੇ ਦੀ ਕਟੋਰੀ (glenoid) ਦੇ ਕੰਢੇ ਦਾ ਛੋਟਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ); ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਸਥਿਰਤਾ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਾਉਂਦਾ ਪਰ ਐਂਕਰ ਦੀ ਥਾਂ ਬਦਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

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