

ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਸਥਿਰਤਾ ਸਰਜਰੀ (Posterior Shoulder Stabilisation)

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। 48 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
—	4.3-8.6 months	12 months
	ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਸਥਿਰਤਾ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ 4.3 ਅਤੇ 8.6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।	ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦੱਸੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਲੀਨਿਕੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਹਿਮ ਸੁਧਾਰ ਕਾਇਮ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਇੱਕ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਟਿਕ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਿੱਚ ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਟਿਕਾਊਪਣ ਪੁਸ਼ਟ ਹੋਇਆ 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, ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ੍ਰੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate, ਸਰਕਾਰ ਵੱਲੋਂ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਵਾਪਸੀ ਰਕਮ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਪੂਰਾ ਵੇਰਵਾ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ (posterior shoulder instability) ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦਾ ਉੱਪਰਲਾ ਸਿਰਾ ਮੋਢੇ ਦੀ ਕੋਲੀ (socket) ਵਿੱਚੋਂ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਇੰਝ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਖਿਸਕ ਜਾਵੇਗਾ। ਇਹ ਇੱਕ ਘੱਟ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੀ ਪਛਾਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਸਹੀ ਤਸ਼ਖੀਸ ਵਿੱਚ ਦੇਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਅਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ। ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਉਦੋਂ ਸੋਚਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਂਦਾ ਹੋਵੇ। ਜੇ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਲੀ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਬਣਤਰ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ

ਸੁਝਾ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਹੈ, ਜੋ ਜੋੜ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਣ ਲਈ ਮੋਢੇ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਨੂੰ ਕੱਸਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦਾ ਮਕਸਦ ਦਰਦ ਘਟਾਉਣਾ, ਸਥਿਰਤਾ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣਾ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਸਮੇਤ ਤੁਹਾਡੇ ਆਮ ਕੰਮਾਂ ਵੱਲ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਅਸੀਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਸਕੈਨ ਪੱਕੇ ਕਰਾਂਗੇ। ਅਕਸਰ ਸਿਰਫ਼ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਾਦੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਹੀ ਕਾਫ਼ੀ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। CT ਸਕੈਨ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਲੀ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਸਾਫ਼ ਤਸਵੀਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ MRI ਜਾਂ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਦਿਖਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਲੇਬਰਮ (labrum, ਜੋੜ ਦੇ ਕੰਢੇ ਦੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ ਦੀ ਕਿਨਾਰੀ) ਅਤੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ (rotator cuff, ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਘੇਰਨ ਵਾਲੇ ਟੈਂਡਨ)। ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਰ ਟੈਸਟ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗੀ, ਸਿਰਫ਼ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਬਾਰੇ ਕਿਸੇ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿੰਦੇ ਹਨ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ, ਆਪਣੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਖਾਣਾ ਅਤੇ ਪੀਣਾ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿਓ। ਅਸੀਂ ਛੇ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਇਸ ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਜਲਦੀ ਚੱਲ ਰਹੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਜਰੀ ਪਹਿਲਾਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਨਿਯਮਤ ਦਵਾਈਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਹੜੀਆਂ ਛੱਡਣੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਉਸ ਸਭ ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸੂਚੀ ਨਾਲ ਲਿਆਓ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਰ ਲੈ ਜਾਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਢਿੱਲੇ, 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।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ

ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸਰਜੀਕਲ ਦਾਖ਼ਲਾ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹੋ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਖ਼ਲਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਲਈ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ ਨੂੰ ਮਿਲੋਗੇ, ਉਹ ਡਾਕਟਰ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਲਾਉਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। 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। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਜਾਗਦੇ ਹੋ, ਜਿੱਥੇ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਤੱਕ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਘਰ ਚਲੇ ਜਾਂਦੇ ਹੋ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਰੂਪ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਮੋਢੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ ਲਗਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਹਰ ਇੱਕ ਲਗਭਗ 1 ਸੈਂਟੀਮੀਟਰ ਦਾ। ਇੱਕ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਪਤਲਾ ਕੈਮਰਾ ਅੰਦਰ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਜੋੜ ਦਾ ਅੰਦਰਲਾ ਹਿੱਸਾ ਸਕਰੀਨ 'ਤੇ ਦੇਖਿਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਛੋਟੇ ਔਜ਼ਾਰ ਦੂਜੇ ਚੀਰਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਅੰਦਰ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਮੋਢੇ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਸਰਜਨ ਕੋਲੀ ਦੇ ਕੰਢੇ 'ਤੇ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage) ਦੇ ਛੱਲੇ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਪਾਟ ਕੇ ਵੱਖ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲੱਗੀ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਢਿੱਲੀ ਥੈਲੀ ਨੂੰ ਕੱਸਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਕੱਸਣਾ ਟਾਂਕਿਆਂ ਦੇ ਅਜਿਹੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਢਿੱਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਮੋੜ ਕੇ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਇਹ ਇੱਕੋ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਲਗਾਏ ਛੋਟੇ ਔਂਕਰਾਂ, ਯਾਨੀ ਸਿਊਚਰ ਔਂਕਰ (suture anchor, ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਲਗਾਇਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਛੋਟਾ ਕਿੱਲ ਜਿਸ ਨਾਲ ਟਾਂਕੇ ਬੰਨ੍ਹੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ), ਨਾਲ ਟਿਕਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕਰਕੇ ਪੱਟੀ ਨਾਲ ਢੱਕ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਕੋਲੀ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਕੋਈ ਹਿੱਸਾ ਘਿਸ ਗਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਮੌਜੂਦ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਕੰਢੇ ਨੂੰ ਮੁੜ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਥਾਂ ਸਿਰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਹੱਡੀ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਟੁਕੜਾ (bone block) ਜੋੜ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ

ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਜੋਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਗਾਈਡ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਫ਼ਰੇਮ ਅਤੇ ਛੋਟੇ ਬਟਨ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜੋ ਜੁੜਨ ਤੱਕ ਹੱਡੀ ਦੇ ਟੁਕੜੇ ਨੂੰ ਟਿਕਾਈ ਰੱਖਦੇ ਹਨ। ਹੋਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੋਲੀ ਦਾ ਆਪਣਾ ਕੋਣ ਠੀਕ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਸਮਝਾਏਗਾ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਲਈ ਕਿਹੜਾ ਤਰੀਕਾ ਢੁਕਵਾਂ ਹੈ ਅਤੇ ਕਿਉਂ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਲੇਟੋਗੇ, ਥੋੜ੍ਹਾ ਉੱਠ ਕੇ ਬੈਠੇ ਹੋਏ ਜਾਂ ਇੱਕ ਪਾਸੇ ਵੱਲ, ਇਹ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਚੁਣਦਾ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ, ਜਿੱਥੇ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਤੱਕ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਦੁਖੇਗਾ, ਅਤੇ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਲਈ ਦਵਾਈ ਦੇਣਗੀਆਂ। ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਵਿੱਚ ਰਹੇਗੀ, ਜੋ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕਰਕੇ ਪੱਟੀ ਨਾਲ ਢੱਕੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਪੱਟੀ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਲੱਗੀ ਰਹਿਣ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ; ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਨਾ ਕਹੀਏ, ਉਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾ ਉਤਾਰੋ। ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਖਦੇ ਹਾਂ, ਉਦੋਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਬਦਲਦੇ ਜਾਂ ਉਤਾਰਦੇ ਹਾਂ। ਇੱਕ ਨਰਸ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉੱਠਣ ਅਤੇ ਤੁਰਨ-ਫਿਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੁਝ ਘੰਟਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਘਰ ਪਹੁੰਚਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਰਹਿਣ ਲਈ ਕਹੋ। ਤੁਹਾਡੀ ਟੀਮ ਦੱਸੇਗੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾਓਗੇ ਜਾਂ ਇੱਕ ਰਾਤ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹੋਗੇ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ

ਪਹਿਲੇ ਦਿਨਾਂ ਅਤੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਦੁਖੇਗਾ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਹੋਵੇਗੀ। ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਹ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ। ਆਰਾਮ, ਬਰਫ਼ ਦੀਆਂ ਥੈਲੀਆਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਟੀਮ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖੀ ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਤਕਲੀਫ਼ ਘਟਾਉਣਗੇ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਟਿਸ਼ੂ ਠੀਕ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਸੋਜ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਟਦੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਠੀਕ ਹੋ ਰਹੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਲਈ ਸਲਿੰਗ ਪਾਓਗੇ। ਤੁਹਾਡਾ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਲਕੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਕਰਵਾਏਗਾ, ਪਹਿਲਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਲਿਆਉਣ ਲਈ, ਫਿਰ ਤਾਕਤ ਲਈ। ਘਰ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਤੁਰ-ਫਿਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਖੁਦ ਕੱਪੜੇ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਹਲਕੇ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਦੁਖਦੀ ਬਾਂਹ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ ਨਹੀਂ ਚੁੱਕੋਗੇ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਮੁਰੰਮਤ ਤਿਆਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ, ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨਾਲ ਨਾ ਧੱਕਾ ਲਗਾਓਗੇ, ਨਾ ਖਿੱਚੋਗੇ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਵਧਾਓਗੇ। ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ ਸੌਣਾ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕੁਰਸੀ 'ਤੇ ਢੋਅ ਲਾ ਕੇ ਜਾਂ ਪਿੱਠ ਪਿੱਛੇ ਸਿਰਹਾਣੇ ਰੱਖ ਕੇ ਸੌਣਾ ਸੌਖਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ।

ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਦਰਦ ਘਟਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਨਾਲ ਵੱਧ ਕੰਮ ਕਰੋਗੇ। ਜਿੰਨਾ ਮੋਢਾ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਵੇ, ਤੁਹਾਡਾ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਉਂਨੀਆਂ ਔਖੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਜੋੜਦਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰੱਕੀ ਤੋਂ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੋਵੇਗਾ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਮਿਲ ਜਾਵੇਗੀ। ਨਿਯਮ ਸਿੱਧੇ ਹਨ: ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਸਲਿੰਗ ਪਾਈ ਹੋਈ ਹੈ, ਗੱਡੀ ਨਾ ਚਲਾਓ; ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੋਵਾਂ ਹੱਥਾਂ ਨਾਲ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਫੜਨ ਅਤੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਬ੍ਰੇਕ ਲਗਾਉਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤਾਕਤਵਰ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਛੱਡ ਚੁੱਕੇ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਸਾਡੀ ਗਾਈਡ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ](#) ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਦੱਸਦੀ ਹੈ।

ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਵਾਲੀ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਲੈਂਦੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਮੁਰੰਮਤ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੋਣ ਲਈ ਸਮਾਂ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ ਦੂਜੇ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਕਦਮ-ਦਰ-ਕਦਮ 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।

ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁੱਖ ਚਿੰਤਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਮੋਢਾ ਦੁਬਾਰਾ ਅਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਵੇ। ਤੁਸੀਂ ਉਹੀ ਖਿਸਕਣ ਜਾਂ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਅਹਿਸਾਸ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੋ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੀ, ਜਾਂ ਇਹ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਨਿਕਲਣ ਵਾਲਾ ਹੈ। ਜੇ ਇਹ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ। ਕਈ ਵਾਰ ਜੋੜ ਨੂੰ ਥਾਂ ਸਿਰ ਰੱਖਣ ਲਈ ਇੱਕ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਲੀ ਨੂੰ ਮੁੜ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਜੋੜਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਤਾਂ ਉਸ ਦੇ ਜੁੜਨ ਦੌਰਾਨ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਕੁਝ ਗੱਲਾਂ ਗ਼ਲਤ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਸ਼ਾਇਦ ਤੁਹਾਡੀ ਆਪਣੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਨਾ ਜੁੜੇ, ਜਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਟਿਕਾਉਣ ਵਾਲੇ ਛੋਟੇ ਸਕਰੂ ਮੁੜ ਜਾਂ ਟੁੱਟ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਤਿੱਖੀ ਅੜਕਣ, ਨਵੀਂ ਕਲਿੱਕ ਜਾਂ ਰਗੜ ਦੀ ਆਵਾਜ਼, ਜਾਂ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਡੂੰਘਾ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਘਟਦਾ ਨਹੀਂ। ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਟੁਕੜਾ ਸੁੰਗੜ ਜਾਂ ਘਿਸ ਵੀ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਧਾਤ ਉੱਭਰੀ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲਾ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਪੈਦਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਦਲਾਅ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਦੱਸੋ ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਸਕੈਨ ਨਾਲ ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਸਕਣ।

ਮੋਢੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਨਸਾਂ (nerves) ਉਸ ਥਾਂ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਕੋਈ ਨਸ ਚਿੜ ਜਾਵੇ (irritated), ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ, ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ, ਜਾਂ ਗੁੱਟ ਅਤੇ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਚਿੜੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਨਸਾਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਪਰ ਆਪਣੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇਸ ਬਾਰੇ ਤੁਰੰਤ ਦੱਸੋ।

ਹੱਡੀ ਦੇ ਟੁਕੜੇ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਾਲ ਮੋਢਾ ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਕੜਿਆ ਵੀ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿੱਠ ਪਿੱਛੇ ਹੱਥ ਲਿਜਾਣਾ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਚੁੱਕਣਾ ਔਖਾ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਇਸ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰੇਗਾ, ਪਰ ਜੇ ਹਿਲਜੁਲ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਰਿਹਾ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਕਿਸਮਾਂ, ਜਿੱਥੇ ਮੋਢਾ ਕਿਸੇ ਸਪਸ਼ਟ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕੁਝ ਖ਼ਾਸ ਹਿਲਜੁਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਖਿਸਕ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ। ਜੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਵਰਗਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਕਿਸੇ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰੇਗਾ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵੇਰਵੇ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਸਫ਼ੇ 'ਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਵਾਲੀ ਸਾਰਣੀ ਆਮ ਦਰਾਂ ਦਿਖਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਜਲਦੀ ਫ਼ੜੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੈ, ਜੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਵਿੱਚ ਲਾਲੀ ਵਧ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਇਸ ਵਿੱਚੋਂ ਤਰਲ ਰਿਸਣ ਲੱਗੇ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਅਚਾਨਕ ਬਹੁਤ ਵਧ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ, ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਹੋਣ 'ਤੇ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਹਿਲਾ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿੰਨੀ (ਲੱਤ ਦੀ ਪਿੰਨੀ, calf) ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਹੈ ਜਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਹ ਚੜ੍ਹਨ ਲੱਗੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗੇ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਫਿਰ ਪਿੱਛੇ ਵੱਲ ਖਿਸਕ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਇਸ ਲਈ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਉਸ ਅਗਲੀ (anterior) ਕਿਸਮ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਵਿਹਾਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੇ ਸੁਣਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਫ਼ਰਕ ਉਸ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਤੁਸੀਂ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਨਹੀਂ ਲਗਾਓਗੇ।

ਪਿਛਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਟਿਕਾਊ ਹੈ, ਪਰ ਵਾਪਸੀ ਔਖੀ

ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਗਲੀ ਅਤੇ ਪਿਛਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਇੱਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (meta-analysis, ਕਈ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦਾ ਸਾਂਝਾ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ) ਨੇ ਪਾਇਆ ਕਿ **ਅਗਲੀ** ਅਸਥਿਰਤਾ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ **ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਵੱਧ** ਸਨ, ਪਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਸਥਿਰਤਾ ਹੋਣ ਦੀ **ਸੰਭਾਵਨਾ ਵੀ ਵੱਧ** ਸੀ [1]। ਪਿਛਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੇ ਉਲਟ ਸੀ: ਮੁਰੰਮਤ ਬਿਹਤਰ ਟਿਕੀ, ਪਰ ਘੱਟ ਲੋਕ ਆਪਣੀ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਜਾ ਸਕੇ [1]।

ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਠਹਿਰ ਕੇ ਸੋਚਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਗੱਲਾਂ ਨੂੰ ਵੱਖ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਅਕਸਰ ਇੱਕੋ ਸਮਝ ਲੈਂਦੇ ਹਨ। “ਕੀ ਮੇਰਾ ਮੋਢਾ ਥਾਂ ਸਿਰ ਰਹੇਗਾ?” ਅਤੇ “ਕੀ ਮੈਂ ਉਹ ਸਭ ਦੁਬਾਰਾ ਕਰ ਸਕਾਂਗਾ/ਸਕਾਂਗੀ ਜੋ ਪਹਿਲਾਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਸੀ?” ਦੇ ਜਵਾਬ ਇੱਥੇ ਵੱਖਰੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਦੂਜਾ ਸਵਾਲ ਜ਼ਿਆਦਾ ਔਖਾ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਆਪਣੇ ਬੁਨਿਆਦੀ ਨਤੀਜੇ ਚੰਗੇ ਹਨ। **2,307** ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀਆਂ ਪਿਛਲੀ ਸਥਿਰਤਾ ਸਰਜਰੀਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਿਸਟੇਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਨੇ ਚੰਗੇ ਨਤੀਜੇ, ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਉੱਚ ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ, ਅਤੇ ਮੁੜ ਅਸਥਿਰਤਾ, ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਅਤੇ ਬਾਕੀ ਰਹਿ ਗਏ ਦਰਦ ਦੀਆਂ ਘੱਟ ਦਰਾਂ ਦੱਸੀਆਂ [2]। **1,047** ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸੀ ਦੀਆਂ ਉੱਚ ਦਰਾਂ ਮਿਲੀਆਂ, ਅਤੇ ਸੱਟ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਵਾਪਸੀ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਵੀ ਮੁਕਾਬਲਤਨ ਉੱਚੀਆਂ ਸਨ [3]। ਦੋਵੇਂ ਨਤੀਜੇ ਇੱਕੋ ਸਮੇਂ ਸੱਚ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ: ਪਿਛਲੀ ਸਥਿਰਤਾ ਸਰਜਰੀ ਇੱਕ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਵੀ ਇਸ ਤੋਂ ਵਾਪਸੀ ਦਾ ਰਾਹ ਅਗਲੀ ਕਿਸਮ ਵਾਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਲੋਂ ਔਖਾ ਹੈ।

ਅਸਫਲਤਾ ਦੀ ਪੇਸ਼ੀਨਗੋਈ ਕੀ ਕਰਦਾ ਹੈ

ਹਾਲੀਆ ਖੋਜ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹਿੱਸਾ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਮਾੜੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। **960** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਿਸਟੇਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਪਿਛਲੀ ਕੈਪਸੂਲ-ਲੇਬਰਮ ਮੁਰੰਮਤ (capsulolabral repair) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਸਫਲਤਾ ਜਾਂ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਤਿੰਨ ਖ਼ਤਰੇ ਵਾਲੇ ਕਾਰਨ ਪਛਾਣੇ: **ਅੱਗੇ ਹੋਣਾ, ਗਲੇਨੋਇਡ (glenoid, ਮੋਢੇ ਦੀ ਕੋਲੀ) ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਘੱਟ ਚੌੜਾਈ**, ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ **11% ਤੋਂ 15% ਤੋਂ ਵੱਧ ਗਲੇਨੋਇਡ ਹੱਡੀ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ** [4]।

ਉਨ੍ਹਾਂ ਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰਪੂਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਨੇ ਅਸਫਲਤਾ ਦੀ ਪੇਸ਼ੀਨਗੋਈ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ: ਗਲੇਨੋਇਡ ਦਾ ਝੁਕਾਅ (version), ਖੇਡ ਦੀ ਕਿਸਮ, ਲੇਬਰਮ ਦੀ ਚੌੜਾਈ ਅਤੇ ਲੇਬਰਮ ਦੇ ਝੁਕਾਅ ਦਾ ਕੋਈ ਖ਼ਾਸ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਦਿਸਿਆ [4]। ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਝੁਕਾਅ ਬਾਰੇ ਅਕਸਰ ਇੰਝ ਗੱਲ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾਕੁਨ ਹੋਵੇ, ਪਰ ਇਸ ਸਬੂਤ ਮੁਤਾਬਕ ਇਹ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਅਮਲੀ ਨਤੀਜਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਗਲੇਨੋਇਡ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਦੀ ਸਹੀ ਜਾਂਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਲਗਭਗ 11–15% ਦੀ ਹੱਦ ਤੋਂ ਅੱਗੇ, ਸਿਰਫ਼ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਅਜਿਹੀ ਮਕੈਨਿਕਸ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਇਹ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ, ਅਤੇ ਇਹ ਗੱਲਬਾਤ ਅਸਫਲਤਾ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਿਉਂ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ

ਪਿਛਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਘੱਟ ਹੀ ਜੋੜ ਦੇ ਉਤਰ ਜਾਣ (dislocation) ਵਜੋਂ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੀ ਹੈ। ਅਕਸਰ ਇਹ ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਉੱਠੀ ਹੋਈ, ਭਾਰ ਚੁੱਕਦੀ ਬਾਂਹ ਨਾਲ ਦਰਦ ਵਜੋਂ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਬੈਂਚ ਪ੍ਰੈਸ, ਡੰਡ (push-up), ਜਾਂ ਕੁਰਸੀ ਤੋਂ ਉੱਠਣ ਲਈ ਹੱਥ ਨਾਲ ਜ਼ੋਰ ਲਗਾਉਣਾ, ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਣ ਦਾ ਕੋਈ ਇਤਿਹਾਸ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਅਜਿਹੀ ਹਾਲਤ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਇੰਪਿੰਜਮੈਂਟ (impingement, ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਹੱਡੀ ਹੇਠ ਦੱਬਣਾ) ਜਾਂ ਟੈਂਡੀਨੋਪੈਥੀ (tendinopathy, ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਖ਼ਰਾਬੀ) ਕਹਿ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤਸ਼ਖ਼ੀਸ ਅਕਸਰ ਦੇਰ ਨਾਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਉੱਠੀ ਬਾਂਹ ਨਾਲ ਜ਼ੋਰ ਲਗਾਉਣ 'ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਰੋਟੇਟਰ ਕੁਫ਼ ਲਈ ਕੀਤੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਫ਼ਰਕ ਨਹੀਂ ਪਿਆ, ਤਾਂ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਿਛਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨੂੰ ਪਰਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Vopat ML, Coda RG, Giusti NE, Baker J, Tarakemeh A, Schroepel JP, et al. Differences in outcomes between anterior and posterior shoulder instability after arthroscopic Bankart repair: a systematic review and meta-analysis. Orthop J Sports Med. 2021;9(5). <https://doi.org/10.1177/23259671211006437>

[2] Ralph JE, Hurley ET, Lunn K, Levin JM, Klifto CS, Owens BD, et al. Outcomes of arthroscopic stabilization for posterior shoulder instability: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(11):2530-8. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.04.006>

[3] Matar RN, Shah NS, Gardner TJ, Grawe BM. Return to sport after surgical treatment for posterior shoulder instability: a systematic review. JSES Int. 2020;4(4):797-802. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2020.08.002>

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[4] Afetse EK, Noonan J, Munro A, Waterman BR, Ruzbarsky JJ, Kanakamedala AC, et al. Female sex, reduced glenoid bone width, and glenoid bone loss greater than 11% to 15% may increase the risk of failure after arthroscopic posterior capsulolabral repair: a systematic review. *Arthroscopy*. 2025;41(12):5332-42.e1. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2025.07.023>

ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਸਥਿਰਤਾ ਸਰਜਰੀ (Posterior Shoulder Stabilisation)

ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਾਹਿਤ ਤੋਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ

48 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
ਮੁੜ ਅਸਥਿਰਤਾ	7.4%	ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਸਥਿਰਤਾ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ 2307 ਮੋਢਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਿਸਟੇਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਦੱਸੀ ਗਈ; ਗਲੇਨੋਇਡ (ਮੋਢੇ ਦੀ ਕੋਲੀ) ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਨੁਕਸਾਨ ਨਾਲ ਖ਼ਤਰਾ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ	5.2%	2307 ਮੋਢਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਿਸਟੇਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਕੁੱਲ ਦਰ; ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਅਧਿਐਨ ਦੱਸਦੇ ਹਨ ਕਿ 10 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਦਰਾਂ ਵਧ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।
ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਵਾਲਾ ਅਕੜਾਅ	—	ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਕੜਾਅ ਇੱਕ ਜਾਣੀ-ਪਛਾਣੀ ਪੇਚੀਦਗੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਲਈ ਕਈ ਵਾਰ ਕੈਪਸੂਲ ਰਿਲੀਜ਼ (ਜੋੜ ਦੀ ਥੈਲੀ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਢਿੱਲਾ ਕਰਨਾ) ਜਾਂ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਹੇਠ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ (manipulation under anaesthesia) ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ; ਟੈਨਿਸ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਫ਼ੌਜੀ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਦੱਸੀ ਗਈ।
ਲਗਾਏ ਗਏ ਧਾਤ ਦੇ ਪੁਰਜ਼ਿਆਂ ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ	11.1%	ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਜੋੜਨ (bone block) ਵਾਲੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਪੇਚੀਦਗੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਧਾਤ ਦੇ ਪੁਰਜ਼ੇ, ਸਕਰੂ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ ਜਾਂ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।
ਗ੍ਰਾਫਟ (ਲਗਾਈ ਗਈ ਹੱਡੀ) ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ	2.75%	ਇਸ ਵਿੱਚ ਗ੍ਰਾਫਟ ਦਾ ਨਾ ਜੁੜਨਾ, ਘੁਲ ਜਾਣਾ ਜਾਂ ਖੁਰ ਜਾਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਪਿਛਲੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਲਈ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚ।
ਬਾਕੀ ਰਹਿ ਗਿਆ ਦਰਦ	16.6%	ਇੱਕ ਸਿਸਟੇਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ 598 ਵਿੱਚੋਂ 99 ਮੋਢਿਆਂ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ; ਮੋਢਾ ਸਥਿਰ ਹੋਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਜਾਰੀ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ।
ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) (ਉੱਪਰੀ)	0.5%	ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਪੇਚੀਦਗੀ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕਸ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
ਨਸ (nerve) ਨੂੰ ਸੱਟ	0.5%	ਗਲੇਨੋਇਡ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਜੋੜਨ ਦੌਰਾਨ ਮਸਕਿਊਲੋਕਿਊਟੇਨੀਅਸ, ਐਕਸਿਲਰੀ ਜਾਂ ਸੁਪਰਾਸਕੈਪੂਲਰ ਨਸਾਂ (musculocutaneous, axillary, suprascapular) ਨੂੰ ਖ਼ਤਰਾ; ਗ੍ਰਾਫਟ ਲਈ ਹੱਡੀ ਕੱਢਣ ਦੌਰਾਨ ਪੱਟ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀ ਚਮੜੀ ਦੀ ਨਸ (lateral femoral cutaneous nerve) ਨੂੰ ਸੱਟ ਲੱਗ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਪੇਚੀਦਗੀ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ (ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਘਿਸਣਾ)	33.0%	ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਦੀ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਿੱਚ ਐਕਸ-ਰੇ 'ਤੇ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲੇ ਬਦਲਾਅ ਦੱਸੇ ਗਏ ਹਨ; ਇਹ ਮੁੜ ਅਸਥਿਰਤਾ ਜਾਂ ਉਮਰ ਦੇ ਕੁਦਰਤੀ ਵਧਣ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।
ਨਿਊਮੋਥੋਰੈਕਸ (ਫੇਫੜੇ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਹਵਾ ਭਰ ਜਾਣਾ)	0.5%	ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਕੱਢਣ ਜਾਂ ਲਗਾਉਣ ਦੌਰਾਨ ਘੱਟ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਪੇਚੀਦਗੀ, ਜਿਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਪਸਲੀਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਪਾਈ ਡਰੇਨ ਨਾਲੀ (intercostal drain) ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
ਹੀਮਾਟੋਮਾ (ਚਮੜੀ ਹੇਠ ਖੂਨ ਦਾ ਇਕੱਠ)	0.5%	ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਮਾਮੂਲੀ ਪੇਚੀਦਗੀ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਟਾਂਕਿਆਂ ਦੇ ਧਾਗੇ ਪ੍ਰਤੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ	—	ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲੱਗੇ ਟਾਂਕਿਆਂ ਦੇ ਧਾਗੇ ਪ੍ਰਤੀ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਹੋਣ 'ਤੇ, ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਕਾਫ਼ੀ ਹੋ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਧਾਗਾ ਕੱਢਣ ਲਈ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ 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)

ਦਸਤਖਤ

ਤਾਰੀਖ