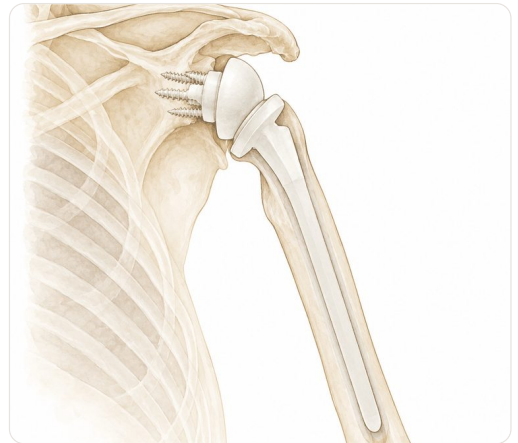


ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ (revision shoulder replacement)

ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ। ਲੰਬੀ ਡੰਡੀ ਵਾਲਾ ਇੰਪਲਾਂਟ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਕਾਰਨ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋਈ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਲੰਘ ਕੇ ਨਵੇਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਹੇਠਾਂ ਸਿਹਤਮੰਦ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਟਿਕਾਉਂਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① 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।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਇੱਕ ਨਜ਼ਰ ਵਿੱਚ। 45 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 weeks	12 months	12 months
ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦਰਦ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।	ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੁਧਾਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ 12 ਮਹੀਨੇ ਬਾਅਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।	ਸੁਧਾਰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ ਸਾਲ ਦੌਰਾਨ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਉਂ ਸੁਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਰਾ, ਜੋ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫ੍ਰੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਰਿਬੇਟ (Medicare rebate, ਸਰਕਾਰੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਵੱਲੋਂ ਵਾਪਸ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ (referral) ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਪਿਛੋਕੜ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਉਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ (revision shoulder replacement) ਇੱਕ ਦੂਜਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਈ ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਕੁਝ ਜਾਂ ਸਾਰੇ ਹਿੱਸੇ ਬਦਲੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਇਹ ਉਦੋਂ ਸੁਝਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਪਹਿਲਾ ਬਦਲਿਆ ਜੋੜ ਹੁਣ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ, ਅਕਸਰ ਇਸ ਲਈ ਕਿ ਹਿੱਸੇ ਢਿੱਲੇ ਹੋ ਗਏ ਹਨ, ਜੋੜ ਅਸਥਿਰ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਾਂ ਕੋਲੀ ਘਿਸ ਗਈ ਹੈ। ਤੇਜ਼ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹਨ

ਜਿਹਨਾਂ ਕਰਕੇ ਲੋਕ ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਂਦੇ ਹਨ। ਮਕਸਦ ਹੈ ਘੱਟ ਦਰਦ, ਬਿਹਤਰ ਹਿਲਜੁਲ, ਅਤੇ ਵਧੇਰੇ ਟਿਕਿਆ ਹੋਇਆ ਮੋਢਾ। ਰਿਵਰਸ ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਦਸ ਸਾਲਾਂ ਉੱਤੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੇ ਟਿਕੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਦਰ 85% ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਕੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੀ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ ਮਿਲ ਕੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਠੀਕ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੁਝ ਕੋਣਾਂ ਤੋਂ ਲਏ ਸਾਢੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਕਾਫ਼ੀ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਕਦੇ-ਕਦੇ MRI (ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਨੂੰ ਦਿਖਾਉਣ ਵਾਲਾ ਸਕੈਨ) ਜਾਂ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਵੀ ਕਰਵਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਵੱਲੋਂ ਸਪਸ਼ਟ ਹਦਾਇਤਾਂ ਮਿਲਣਗੀਆਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਖਾਣਾ ਅਤੇ ਪੀਣਾ ਬੰਦ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਛੇ ਘੰਟਿਆਂ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਇਸ ਲਈ ਮੰਗਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਬੁਲਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਆਪਣੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸੂਚੀ ਲੈ ਕੇ ਆਓ, ਕਿਉਂਕਿ ਕੁਝ ਦਵਾਈਆਂ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ ਰੋਕਣੀਆਂ ਪੈ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਚਲਾ ਕੇ ਘਰ ਲਿਜਾਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ। ਖੁੱਲ੍ਹੇ, ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦੀ, ਜਾਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ, ਯਾਨੀ ਉਹ ਮਾਹਰ ਜੋ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ) ਤੋਂ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ

ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸਰਜੀਕਲ ਦਾਖਲਾ ਵਿਭਾਗ (surgical admissions unit) ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚੋਗੇ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਖਲਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਲਈ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਫਿਰ ਤੁਸੀਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ ਨੂੰ ਮਿਲੋਗੇ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਦੇ ਨਾਲ ਰੀਜਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਨਸ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਟੀਕਾ) ਦੇ ਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣਗੇ ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਮਝਾਉਣਗੇ।

ਫਿਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਪੂਰਾ ਹੋਣ 'ਤੇ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਖੇਤਰ (recovery area) ਵਿੱਚ ਜਾਓਗੇ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਦਾ ਹੈ, ਉੱਥੇ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨਗੀਆਂ। ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਹੋਣ 'ਤੇ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਭੇਜ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਇੱਕ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ ਜੋ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਇੱਕੋ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਜੋੜ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਲਈ ਇਸੇ ਇੱਕ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਸਹੀ ਕਦਮ ਇਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਪਹਿਲਾ ਬਦਲਿਆ ਜੋੜ ਕਿਉਂ ਨਾਕਾਮ ਹੋਇਆ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਘਿਸੇ ਜਾਂ ਢਿੱਲੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਜਾਂ ਸਾਰੇ ਕੱਢ ਕੇ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਥਾਂ ਧਾਤ ਅਤੇ ਪਲਾਸਟਿਕ ਦੀਆਂ ਨਵੀਆਂ ਸਤਹਾਂ ਲਗਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਕੋਲੀ ਵਾਲੀ ਹੱਡੀ ਘਿਸ ਚੁੱਕੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ ਹੱਡੀ ਦਾ ਗ੍ਰਾਫਟ (bone graft, ਗੁੰਮ ਹੋਏ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁਕੜਾ) ਭਰਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਕੋਲੀ ਦਾ ਨਵਾਂ ਹਿੱਸਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਜਦੋਂ ਵੀ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਕੋਲੀ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਛੱਡਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਨਵਾਂ ਹਿੱਸਾ ਲਗਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨਗੇ। ਜੇ ਜੋੜ ਅਸਥਿਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਜੋੜ ਦਾ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਬਦਲ ਕੇ ਰਿਵਰਸ (ਉਲਟਾ) ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਟਿਕਾਊ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਗੱਦ ਅਤੇ ਕੋਲੀ ਦੀਆਂ ਥਾਵਾਂ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਕਦੇ-ਕਦੇ ਬਾਂਹ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦਾ ਪੁਰਾਣਾ ਸੀਮਿੰਟ ਰਹਿਣ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹਰ ਨਿਸ਼ਾਨ ਕੱਢਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਨਵਾਂ ਸੀਮਿੰਟ ਉਸ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਨਵੇਂ ਹਿੱਸੇ ਲੱਗ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜ਼ਖਮ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਪਹਿਲਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜ਼ਖਮ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਬਰੀਕ, ਆਪਣੇ ਆਪ ਚਿਪਕਣ ਵਾਲੀ ਜਾਲੀ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਚਮੜੀ ਦੇ ਕਿਨਾਰਿਆਂ ਨੂੰ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜੀ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਫਿਰ ਜਾਲੀ ਉੱਤੇ ਚਮੜੀ ਨੂੰ ਚਿਪਕਾਉਣ

ਵਾਲੀ ਤਰਲ ਗੁੰਦ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਜੰਮ ਕੇ ਸਾਰੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਨੂੰ ਸੀਲ ਕਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਲਗਭਗ ਇੱਕ ਤੋਂ ਦੋ ਹਫ਼ਤੇ ਲੱਗੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਫਿਰ ਆਪਣੇ ਆਪ ਉੱਖੜ ਕੇ ਲਹਿ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਕੁਝ ਵੀ ਕੱਢਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ ਜਿੱਥੇ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰ ਰਹੀਆਂ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਹੋਣ 'ਤੇ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਭੇਜ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਜਾਂ ਦੋ ਰਾਤਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਤੁਹਾਡੀ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਲਗਾਇਆ ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਅਕਸਰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਆਰਾਮ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਇੱਕ ਸਾਦੀ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਵਿੱਚ ਰਹੇਗੀ; ਕਸਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਹਾਉਣ-ਧੋਣ ਵੇਲੇ ਇਹ ਉਤਾਰੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਪੱਟੀ ਨੂੰ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨ ਲੱਗੀ ਰਹਿਣ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ; ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾ ਉਤਾਰੋ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਾ ਕਹੀਏ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਵੇਲੇ ਇਸ ਨੂੰ ਬਦਲਦੇ ਜਾਂ ਉਤਾਰਦੇ ਹਾਂ। ਹਲਕੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਆ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਘਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਰਹਿਣ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ

ਪਹਿਲੇ ਦਿਨ ਆਰਾਮ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸੁਖਾਲੇ ਰਹਿਣ ਦੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਹੋਵੇਗੀ, ਅਤੇ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਲਗਾਇਆ ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਅਕਸਰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਨੂੰ ਸ਼ਾਂਤ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਉਸ ਦਾ ਅਸਰ ਖ਼ਤਮ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਰਦ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਡੀ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਦਿੱਤੀ ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ, ਆਰਾਮ, ਅਤੇ ਹਲਕੀ ਹਿਲਜੁਲ, ਇਹ ਸਭ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਸੋਜ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਆਰਾਮ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਇੱਕ ਸਾਦੀ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ। ਕਸਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਹਾਉਣ-ਧੋਣ ਵੇਲੇ ਇਹ ਉਤਾਰੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇੱਕ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹਲਕੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ ਕਰਵਾਉਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰੇਗਾ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਵੇ, ਤੁਹਾਡੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ ਵਧਾਏਗਾ। ਘਰ ਵਿੱਚ, ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭਾਰੀ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ, ਪਰ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹਲਕੀ ਵਰਤੋਂ ਲਗਾਤਾਰ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿੱਧੇ ਬੈਠ ਕੇ ਜਾਂ ਸਿਰਹਾਣਿਆਂ ਦੇ ਸਹਾਰੇ ਢੋਅ ਲਾ ਕੇ ਸੌਣਾ ਅਕਸਰ ਵਧੇਰੇ ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਇੱਕੋ ਵਾਰ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਦੇਣ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਾਲੀ ਜਾਂਚ 'ਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰਾ ਗੱਡੀ ਚਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ; ਸਾਡੀ ਗਾਈਡ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ](#) ਦੇਖੋ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣ ਅਤੇ ਖਾਣਾ ਬਣਾਉਣ ਵਰਗੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ ਸੌਖੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਕਾਫ਼ੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਚਲੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਆਪਣੀ ਪਸੰਦ ਦੀ ਖੇਡ ਜਾਂ ਸਰਗਰਮੀ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਦੇਖਦੇ ਹਨ ਕਿ ਪਹਿਲੇ ਸਾਲ ਦੌਰਾਨ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੁੰਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀ ਸਮਾਂ-ਰੇਖਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਹਰ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਨਗੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਕਰਨਗੇ।

ਕੀ ਗ਼ਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

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

ਕਦੇ-ਕਦੇ ਨਵੇਂ ਹਿੱਸੇ ਢਿੱਲੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਜੋੜ ਅਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹ ਦਰਦ ਵਾਪਸ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਸੀ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਨਵਾਂ ਦਰਦ ਜੋ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕਲਿੱਕ, ਰਗੜ, ਜਾਂ ਖੜਕਾ ਵਰਗਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਇਹ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੋਢਾ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਜੇ ਅਜਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ, ਜਾਂ ਜੇ ਦਰਦ ਵਧ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

ਕਿਸੇ ਵੀ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਦਾ ਖਤਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਡੂੰਘੇ, ਧੜਕਦੇ ਦਰਦ ਦਾ ਧਿਆਨ ਰੱਖੋ ਜੋ ਸਾਦੀਆਂ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਨਾ ਘਟੇ, ਜ਼ਖਮ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਫੈਲਦੀ ਲਾਲੀ ਦਾ, ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਗਰਮਾਹਟ ਦਾ, ਜਾਂ ਬੁਖਾਰ ਦਾ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਵੀ ਦੇਖੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬੁਖਾਰ ਨਾਲ ਬਿਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰੋ ਜਾਂ ਲਾਲੀ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਫੈਲ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਕਦੇ-ਕਦੇ ਨਵੇਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ) ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਅਕਸਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਐਕਸ-ਰੇ ਵਿੱਚ ਫੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਚਾਨਕ ਤਿੱਖਾ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇਗਾ, ਜੋ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਆਮ ਦਰਦ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੋਵੇਗਾ, ਕਦੇ-ਕਦੇ ਕੜਕ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਦੇ ਇੱਕਦਮ ਢਿੱਲੀ ਪੈ ਜਾਣ ਦੇ ਅਹਿਸਾਸ ਨਾਲ। ਜੇ ਅਜਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਜਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਦੱਸੋ।

ਕੁਝ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਹਾਲਾਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਧਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਪਾਰਕਿੰਸਨ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਮਾੜੀ ਖੁਰਾਕ ਜਾਂ ਪੋਸ਼ਣ ਦੀ ਕਮੀ, ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੱਡੀ ਦਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (fragility fracture, ਮਾਮੂਲੀ ਡਿੱਗਣ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਟੁੱਟਣਾ), ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਈ ਸਰਜਰੀ, ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਵਾਲਾ ਗਠੀਆ (inflammatory arthritis, ਸਰੀਰ ਦੀ ਰੋਗ-ਰੋਧਕ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਰਗਰਮ ਹੋਣ ਕਰਕੇ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਗਠੀਆ), ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਖੂਨ ਪਤਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਦੀ ਲੋੜ, ਅਤੇ ਦੋਵਾਂ ਮੋਢਿਆਂ ਦੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੋੜ੍ਹੇ-ਥੋੜ੍ਹੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਫ਼ਰਕ ਨਾਲ ਹੋਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਜੇ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਗੱਲ ਤੁਹਾਡੇ ਉੱਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਾਂਗੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਵਧੇਰੇ ਨੇੜਿਓਂ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਾਂਗੇ।

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

ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੋਵੇ, ਜ਼ਖਮ ਉੱਤੇ ਲਾਲੀ ਜਾਂ ਜ਼ਖਮ ਵਿੱਚੋਂ ਰਿਸਾਵ ਵਧੇ, ਜਾਂ ਦਰਦ ਵਧਦਾ ਹੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਚਾਨਕ ਸਾਹ ਚੜ੍ਹੇ, ਪਿੰਨੀ (ਲੱਤ ਦੀ ਪਿੰਨੀ, calf) ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਅਚਾਨਕ ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਤੇਜ਼ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਅਹਿਸਾਸ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਨੂੰ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਸ਼ੱਕ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਅਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਜਲਦੀ ਦੱਸੋ।

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 ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਕਦੋਂ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕਦੋਂ ਨਹੀਂ, ਉਸ ਬਾਰੇ [ਮੋਢੇ ਦਾ ਗਠੀਆ \(ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ\)](#) ਵਾਲੇ ਸਫ਼ੇ ਉੱਤੇ ਵਧੇਰੇ ਵਿਸਥਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।

ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ (revision shoulder replacement)

ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਾਹਿਤ ਤੋਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ

45 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
ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਬਣਨਾ (heterotopic ossification)	28.0%	ਵਾਧੂ ਹੱਡੀ ਬਣਨ (HO) ਦੀਆਂ ਉੱਚੀਆਂ ਦਰਾਂ ਦੱਸੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਸਿਰਫ਼ 2.0% ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।
ਹੀਮਾਟੋਮਾ (hematoma, ਚਮੜੀ ਹੇਠ ਖੂਨ ਦਾ ਇਕੱਠਾ ਹੋਣਾ)	15.0%	ਰਿਵਰਸ ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ (revision rTSA) ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਗਰੁੱਪਾਂ ਵਿੱਚ ਹੀਮਾਟੋਮਾ ਨੂੰ ਇੱਕ ਅਹਿਮ ਪੇਚੀਦਗੀ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।
ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਦਰ	11.0-41.2%	ਆਮ ਕਾਰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਅਸਥਿਰਤਾ, ਲਾਗ, ਢਿੱਲਾ ਹੋਣਾ, ਫ੍ਰੈਕਚਰ, ਅਤੇ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ; ਹਰ ਅਗਲੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਲਗਾਤਾਰ ਹੋਰ ਮਾੜੇ ਹੁੰਦੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।
ਅਕੜਾਅ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ ਘਟਣਾ	10-20%	ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਨੂੰ ਵੱਡੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਢਿੱਲਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਦਾਗ਼ ਵਾਲੇ ਟਿਸ਼ੂ (scar tissue) ਕਰਕੇ ਆਮ ਹੈ; ਪਹਿਲੀ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਸੀਮਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਸਕੈਪੂਲਰ ਨੋਚਿੰਗ (scapular notching, ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦਾ ਖੁਰਨਾ) ਜਾਂ ਸਟ੍ਰੋਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ	5-36%	ਸਕੈਪੂਲਰ ਨੋਚਿੰਗ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਬਹੁਤ ਵੱਖਰੀਆਂ (5-77%) ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ; ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀ ਉੱਥਰੀ ਧਾਰ (scapular spine) ਦੇ ਸਟ੍ਰੋਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਲਗਭਗ 5% ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (iatrogenic humeral fracture)	3.5-40%	ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ 40% ਇਹੀ ਹਨ, ਜੋ ਇੰਪਲਾਂਟ ਕੱਢਣ ਜਾਂ ਪਾਉਣ ਵੇਲੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ; ਇਹਨਾਂ ਲਈ ਹੱਡੀ ਦੁਆਲੇ ਤਾਰ ਬੰਨ੍ਹਣ (cerclage wiring), ਪਲੇਟਾਂ, ਜਾਂ ਲੰਬੀਆਂ ਡੰਡੀਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।
ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (periprosthetic fracture)	2.0-18.0%	ਇਸ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ, ਗਲੀਨੋਇਡ (glenoid, ਮੋਢੇ ਦੀ ਕੋਲੀ), ਸਕੈਪੂਲਾ ਦੀ ਉੱਥਰੀ ਧਾਰ, ਜਾਂ ਐਕਸੀਲਰੀ ਨਸ (axillary nerve) ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ) ਦੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ; ਇਲਾਜ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਜੋੜਨ ਤੱਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਨਸ ਨੂੰ ਸੱਟ	2.0-9.0%	ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਐਕਸੀਲਰੀ ਨਸ (axillary nerve) ਦੀ ਸੱਟ ਹੈ (ਡੈਲਟੋਇਡ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਵਿੱਚ ਕਮਜ਼ੋਰੀ, ਮੋਢੇ ਦੇ ਬਾਹਰਲੇ ਪਾਸੇ ਸੁੰਨਪਨ), ਜੋ ਖਿਚਾਅ, ਸਿੱਧੀ ਸੱਟ, ਜਾਂ ਸੀਮਿੰਟ ਦੇ ਬਾਹਰ ਰਿਸਣ ਕਰਕੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ 3-6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ ਪਰ ਪੱਕੀ ਕਮੀ ਰਹਿ ਜਾਣਾ ਵੀ ਸੰਭਵ ਹੈ।

ਪੇਚੀਦਗੀ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਅਧਾਰ-ਪਲੇਟ ਦਾ ਨਾਕਾਮ ਹੋਣਾ	1.7-9.2%	ਪਹਿਲੀ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਦੁਬਾਰਾ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਵਿੱਚ ਅਧਾਰ-ਪਲੇਟ ਦੇ ਨਾਕਾਮ ਹੋਣ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਨ।
ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ	1-3%	ਕਾਮਯਾਬ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ 1-3% ਵਿੱਚ ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ; ਇਸ ਦਾ ਸੰਬੰਧ ਨਸ ਦੀ ਸੱਟ, ਦਾਗ਼ ਵਾਲੇ ਟਿਸ਼ੂ, ਜਾਂ ਜੋੜ ਦੀ ਬਦਲੀ ਹੋਈ ਮਕੈਨਿਕਸ ਨਾਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ	1-8%	ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ, ਜਿਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਖ਼ਮ ਦਾ ਖੁੱਲ੍ਹ ਜਾਣਾ ਅਤੇ ਦੇਰ ਨਾਲ ਭਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ; ਇਲਾਜ ਲਈ ਪੂਰੀ ਖ਼ੁਰਾਕ ਵਿੱਚ ਖ਼ੂਨ ਪਤਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਲੈ ਰਹੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।
ਅਸਥਿਰਤਾ ਜਾਂ ਜੋੜ ਦਾ ਉਤਰ ਜਾਣਾ (dislocation)	0.9-22.0%	ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਪੇਚੀਦਗੀ (ਸਾਰੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦਾ 26%), ਜੋ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਵਿੱਚ ਨਾਕਾਫ਼ੀ ਕਸਾਅ, ਹਿੱਸਿਆਂ ਦੇ ਗ਼ਲਤ ਥਾਂ ਲੱਗਣ, ਜਾਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਚੁੱਕਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀਆਂ ਦੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਕਰਕੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ)	0.5-3.9%	ਪਹਿਲੀ ਸਰਜਰੀ (0.5-3%) ਨਾਲੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ; <i>Propionibacterium acnes</i> (ਚਮੜੀ ਦਾ ਇੱਕ ਬੈਕਟੀਰੀਆ) ਆਮ ਹੈ ਪਰ ਇਸ ਦੀ ਪਛਾਣ ਔਖੀ ਹੈ; ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਦੀ ਸਫ਼ਾਈ (debridement), ਪੜਾਵਾਰ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ, ਜਾਂ ਇੰਪਲਾਂਟ ਨੂੰ ਪੱਕੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਕੱਢਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।
ਗਲੀਨੋਇਡ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣਾ	0.3-6.0%	ਦਰਦ ਅਤੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕਣ ਨਾਲ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਹੱਡੀ ਦੇ ਗ੍ਰਾਫਟ ਜਾਂ ਵੱਡੀਆਂ ਅਧਾਰ-ਪਲੇਟਾਂ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।
ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਨਾੜੀ ਨੂੰ ਸੱਟ	0.1%	ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਪਰ ਗੰਭੀਰ, ਦਾਗ਼ ਵਾਲੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਵੱਖ ਕਰਨ ਜਾਂ ਲਾਗ ਕਾਰਨ ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ, ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਤੁਰੰਤ ਨਾੜੀਆਂ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੜ੍ਹ ਲਈ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਡਾ. ਹਿਰਪਾਰਾ 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