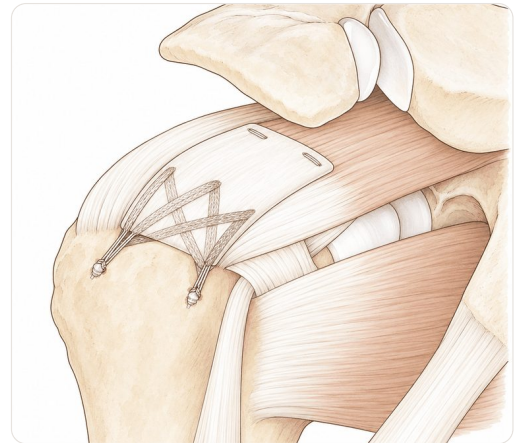


ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ

ਪਾਟਿਆ ਹੇਠਿਆ ਸੁਪਰਾਸਪਾਈਨੇਟਸ ਟੈਂਡਨ (supraspinatus tendon) — ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਪਾਟਣ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਕਿਸਮ। ਮੁਰੰਮਤ ਵਾਲੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਛੋਟੇ ਐਂਕਰਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਨਾਲ ਪਾਟੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਮੁੜ ਡੌਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① ② ③ 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, ਹੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ

ਮੈਨੂਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ

ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜੇ ਦਾ ਟਿਕ ਜਾਣਾ

ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ

6-12 weeks

ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਲਗਭਗ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਡੈਸਕ ਵਾਲੇ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਵੱਧ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ 12 ਹਫ਼ਤੇ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 6 ਹਫ਼ਤੇ ਗੱਡੀ ਨਾ ਚਲਾਓ, ਅਤੇ ਜਿੰਨਾ ਚਿਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਜੇ ਵੀ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਚਿਰ ਵੀ ਗੱਡੀ ਨਾ ਚਲਾਓ।

4-9 months

ਜਿੰਮ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਟੱਕਰ ਵਾਲੀਆਂ ਖੇਡਾਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 4 ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮੁੜ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਭਾਰੀ ਹੱਥੀ ਕੰਮ ਲਗਭਗ 5 ਤੋਂ 8 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ। ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਬਾਂਹ ਵਾਲੀਆਂ ਅਤੇ ਟੱਕਰ ਵਾਲੀਆਂ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ 9 ਤੋਂ 12 ਮਹੀਨੇ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪਾਟਣ ਲਈ ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

12 months

ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਿਹਤਯਾਬੀ 1 ਸਾਲ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਸਿਖਰ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚ ਕੇ ਟਿਕ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦੱਸੇ ਗਏ ਨਤੀਜੇ ਘਟਣ ਲੱਗਦੇ ਹਨ।

ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਉਂ ਸੁਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ

ਡਾ. ਕੀਰਨ ਹਿਰਪਰਾ ਮਾਟਰ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹਸਪਤਾਲ ਰੌਕਹੈਮਪਟਨ ਵਿੱਚ ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ (ਮੋਢੇ ਤੋਂ ਹੱਥ ਤੱਕ ਦੀ ਬਾਂਹ) ਦੇ ਸਰਜਨ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜਾਂ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ 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 ਖਰਚੇ ਦੀ ਵਾਪਸੀ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਪਿਛੋਕੜ ਸੁਣਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਉੱਥੇ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਪਤਾ ਲੱਗ ਸਕੇ ਕਿ ਖ਼ਰਾਬੀ ਕੀ ਹੈ।

ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ (rotator cuff repair) ਇੱਕ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੋਢੇ ਦੇ ਪਾਟੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ (tendon, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦ) ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਡੌਲੇ (upper arm) ਦੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਮੁੜ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦਾ ਉਹ ਸਮੂਹ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖਦਾ ਅਤੇ ਹਿਲਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਉਦੋਂ ਸੁਝਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਪਾਟਣ ਕਾਰਨ ਅਜਿਹਾ ਦਰਦ ਹੋਵੇ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਾਤ ਨੂੰ ਨੀਂਦ ਤੋਂ

ਜਗਾ ਦੇਵੇ, ਭਾਰ ਚੁੱਕਣ ਜਾਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਬਾਂਹ ਵਾਲੇ ਕੰਮਾਂ ਨਾਲ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਅਜਿਹੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਹੋਵੇ ਜੋ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ, ਜਿਵੇਂ ਕੰਮਕਾਰ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਨਾਲ ਠੀਕ ਨਾ ਹੋਈ ਹੋਵੇ। ਘਿਸਾਈ ਕਾਰਨ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚੱਲ ਰਹੇ ਪਾਟਣ ਲਈ ਅਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਹ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ। ਕਿਸੇ ਸਪਸ਼ਟ ਸੱਟ ਕਾਰਨ ਹੋਏ ਪਾਟਣ ਲਈ, ਤੁਰੰਤ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਦਾ ਮਕਸਦ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਦਰਦ ਤੋਂ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਰਾਹਤ, ਅਤੇ ਬਿਹਤਰ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਹੈ। ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਪਾਟਣ ਲਈ, ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਮੁਰੰਮਤ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਸੰਭਾਵਨਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਸਾਂਝੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਵਜੋਂ ਇਸ ਨੂੰ ਤੋਲਾਂਗੇ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਸਕੈਨਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਐਕਸ-ਰੇ, ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦਾ MRI ਜਾਂ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ ਸਕੈਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਕੈਨ ਪਾਟਣ ਦਾ ਆਕਾਰ, ਟੈਂਡਨ ਕਿੰਨੀ ਦੂਰ ਪਿੱਛੇ ਖਿੱਚਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦੀ ਹਾਲਤ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ, ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ। ਕੁਝ ਦਵਾਈਆਂ ਸਿਰਫ਼ ਤਾਂ ਹੀ ਬੰਦ ਕਰੋ ਜੋ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਹੀਏ, ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਦੇਣਗੇ। ਤੁਸੀਂ ਜੇ ਕੁਝ ਵੀ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਗੋਲੀਆਂ, ਬੂੰਦਾਂ ਅਤੇ ਕਰੀਮਾਂ ਸਮੇਤ, ਉਸ ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸੂਚੀ ਨਾਲ ਲਿਆਓ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਰ ਲੈ ਜਾਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਖੁਦ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾ ਸਕੋਗੇ। ਢਿੱਲੇ, ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਪਾਏ ਜਾ ਸਕਣ। ਆਪਣੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਸੱਤ ਘੰਟਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਕੁਝ ਨਾ ਖਾਓ ਅਤੇ ਕੁਝ ਨਾ ਪੀਓ। ਅਸੀਂ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਇਸ ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਦੀ ਸੂਚੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਚੱਲੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਸਮਾਂ ਅੱਗੇ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਜਾਂ ਅਨੱਸਥੀਸਿਸਟ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ) ਨਾਲ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ, ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸਰਜੀਕਲ ਦਾਖ਼ਲਾ ਵਿਭਾਗ (surgical admissions unit) ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚੋਗੇ। ਉੱਥੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਖ਼ਲਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਲਈ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਜਾਓਗੇ।

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

ਫਿਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ, ਜਿੱਥੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਪੂਰਾ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ (recovery area) ਵਿੱਚ ਜਾਓਗੇ। ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਤੱਕ ਉੱਥੇ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨਗੀਆਂ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ, ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਓਗੇ ਜਾਂ ਘਰ ਜਾਓਗੇ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਇਹ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲਾ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੁਆਲੇ ਕੁਝ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ ਲਗਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੋੜ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਕੈਮਰੇ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਕੈਮਰਾ ਕਈ ਕੋਣਾਂ ਤੋਂ ਪਾਟਣ ਦਾ ਸਾਫ਼ ਦ੍ਰਿਸ਼ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪੂਰੇ ਜੋੜ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਪਾਟੀ ਹੋਈ ਥਾਂ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮੁਰੰਮਤ ਲਈ ਛੋਟੇ ਐਂਕਰਾਂ ਦੀਆਂ ਦੋ ਕਤਾਰਾਂ ਵਰਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਜੋ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਉਸ ਥਾਂ ਲਗਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਟੈਂਡਨ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜੁੜਦਾ ਹੈ। ਜੋੜ ਦੇ ਨੇੜੇ ਵਾਲੇ ਐਂਕਰ ਨਰਮ ਸਿਊਚਰ ਐਂਕਰ (suture anchor, ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਲਗਾਇਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਛੋਟਾ ਕਿੱਲ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਟਾਂਕੇ ਬੰਨ੍ਹ ਕੇ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਸਖ਼ਤ ਪਲਾਸਟਿਕ ਦੀ ਬਜਾਏ ਟਾਂਕਿਆਂ ਵਾਲੇ ਧਾਗੇ ਤੋਂ ਬਣੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਟਾਂਕੇ ਪਾਟੇ ਹੋਏ ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਫਿਰ ਉਹੀ ਟਾਂਕੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਮੈਡੀਕਲ-ਗ੍ਰੇਡ ਪਲਾਸਟਿਕ ਦੇ ਐਂਕਰਾਂ ਦੀ ਦੂਜੀ ਕਤਾਰ ਨਾਲ ਹੋਰ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਫੜ ਕੇ ਰੱਖੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ

ਇਹੀ ਬਾਹਰਲੀ ਕਤਾਰ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਖਿੱਚ ਕੇ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਚਪਟਾ ਦਬਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਦੋ ਕਤਾਰਾਂ ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਲਾਈਨ ਦੇ ਬਿੰਦੂਆਂ 'ਤੇ ਫੜਨ ਦੀ ਬਜਾਏ, ਪਕੜ ਨੂੰ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਇੱਕ ਚੌੜੇ ਹਿੱਸੇ ਉੱਤੇ ਫੈਲਾ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਅਕਸਰ, ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਮੁੜ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜ ਕੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ, ਮੁਰੰਮਤ ਵਾਲੀ ਥਾਂ 'ਤੇ ਟੈਂਡਨ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਇੱਕ ਜੈਵਿਕ ਸਕੈਫੋਲਡ (biological scaffold, ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਵਧਣ ਲਈ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪਰਤ) ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਸਾਡੇ [EnFix ਜੈਵਿਕ ਸਕੈਫੋਲਡ](#) ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜਦੋਂ ਮੁਰੰਮਤ ਪੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਛੋਟੇ ਚੀਰਿਆਂ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕਰਕੇ ਪੱਟੀ ਨਾਲ ਢੱਕ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਪੱਟੀ ਸਮੇਤ ਘਰ ਜਾਓਗੇ, ਅਤੇ ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗੀ ਕਿ ਇਹ ਕਦੋਂ ਉਤਾਰੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਗੋਗੇ, ਫਿਰ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਓਗੇ। ਆਰਾਮ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਇੱਕ ਸਾਦੀ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਵਿੱਚ ਰਹੇਗੀ, ਅਤੇ ਕਸਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਹਾਉਣ-ਧੋਣ ਲਈ ਇਹ ਉਤਾਰੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨਗੀਆਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਲਈ ਦਵਾਈ ਦੇਣਗੀਆਂ। ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਇੱਕ ਰਾਤ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਕੁਝ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਪੱਟੀ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਲੱਗੀ ਰਹਿਣ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ; ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾ ਉਤਾਰੋ, ਜਦ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਲਈ ਨਾ ਕਹੀਏ। ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਦੇ ਹਾਂ, ਉਦੋਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਬਦਲਦੇ ਜਾਂ ਉਤਾਰਦੇ ਹਾਂ। ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀ ਟੀਮ ਦੀ ਹਦਾਇਤ ਅਨੁਸਾਰ ਹਲਕੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਉਸੇ ਦਿਨ ਉੱਠ ਕੇ ਤੁਰਨ-ਫਿਰਨ ਲੱਗੋਗੇ। ਜਿੰਨਾ ਚਿਰ ਤੁਸੀਂ ਸਲਿੰਗ ਪਾਈ ਹੋਈ ਹੈ, ਗੱਡੀ ਨਾ ਚਲਾਓ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਦੇਣ, ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਾਲੀ ਜਾਂਚ 'ਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮੁੜ ਗੱਡੀ ਚਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ](#) ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹੋ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ

ਪਹਿਲੇ ਦਿਨਾਂ ਅਤੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਦੁਖੇਗਾ ਅਤੇ ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਆਰਾਮ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਫ਼ਤੇ ਲੰਘਣ ਨਾਲ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਤਕਲੀਫ਼ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਦਰਦ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰਾਹਤ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸੁਧਾਰ ਪਹਿਲੇ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਹਾਲਤ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ।

ਆਰਾਮ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਇੱਕ ਸਾਦੀ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਕਸਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਹਾਉਣ-ਧੋਣ ਲਈ ਇਹ ਉਤਾਰੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਲਕੀਆਂ ਹਰਕਤਾਂ ਕਰਵਾਉਣਗੇ, ਫਿਰ ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਟੈਂਡਨ ਠੀਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਕਤ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਘਰ ਵਿੱਚ ਤੁਰ-ਫਿਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਪਰ ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣ ਅਤੇ ਚੀਜ਼ਾਂ ਚੁੱਕ ਕੇ ਲਿਜਾਣ ਵਰਗੇ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਸੌਣਾ ਔਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਿਰਹਾਣਿਆਂ ਦੇ ਸਹਾਰੇ ਔਧਾ ਬੈਠ ਕੇ ਆਰਾਮ ਕਰਨਾ ਸੌਖਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਮੋਢਾ ਟਿਕਦਾ ਹੈ, ਨੀਂਦ ਲਗਾਤਾਰ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਕੁਝ ਪੜ੍ਹਾਅ ਤਰੀਕਾਂ ਦੀ ਬਜਾਏ ਘਟਨਾਵਾਂ ਵਜੋਂ ਆਉਂਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਦੇਣ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮੁੜ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਸੰਭਾਲ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਡੀ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਤੋਂ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਹਲਕੇ ਕੰਮਾਂ ਵੱਲ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਭਾਰੀ ਕੰਮਾਂ ਵੱਲ ਵਾਪਸ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਅੱਠ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਦੀ ਕਿਸਮ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਵੱਖਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ-ਕ੍ਰਮ ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਪੂਰੇ ਰਸਤੇ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ 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।

ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਸਮੱਸਿਆ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤਾ ਟੈਂਡਨ ਟਿਕਿਆ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ। ਤੁਸੀਂ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਵਾਪਸ ਆ ਰਹੀ ਹੈ, ਕਈ ਵਾਰ ਠੋਕਰ ਲੱਗਣ ਜਾਂ ਭਾਰੀ ਚੀਜ਼ ਚੁੱਕਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ। ਜੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਦੱਸੋ।

ਮੋਢਾ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਅਕੜਾਅ ਆ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਜਕੜਿਆ ਹੋਇਆ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿੱਠ ਪਿੱਛੇ ਜਾਂ ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਵਿੱਚ ਔਖ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਅਕੜਾਅ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਜਲਦੀ ਹੀ ਆਪਣੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਜਾਂ ਸਰਜਨ ਨਾਲ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰੋ।

ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਵੱਲ ਜਲਦੀ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਗੱਲਾਂ ਦਾ ਧਿਆਨ ਰੱਖੋ: ਡੂੰਘਾ, ਧੜਕਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਜੋ ਆਮ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਨਾ ਘਟੇ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਫੈਲਦੀ ਲਾਲੀ, ਬੁਖਾਰ, ਜਾਂ ਟਾਂਕਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਤਰਲ ਰਿਸਣਾ। ਉਸੇ ਦਿਨ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਿਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਲਾਲੀ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਫੈਲ ਰਹੀ ਹੈ ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਨਾੜੀ (vein) ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਦਾ ਗਤਲਾ ਬਣਨਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਹਨ ਪਿੰਨੀ (ਲੱਤ ਦੀ ਪਿੰਨੀ, calf) ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਸੋਜ ਅਤੇ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਦੁਖਣਾ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਦੇਖਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਡਾਕਟਰੀ ਮਦਦ ਲਓ।

ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਫੜ ਕੇ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਛੋਟੇ ਔਂਕਰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਚਿੜਾ (irritate) ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਲਿੱਕ ਹੋਣ ਜਾਂ ਰਗੜ ਵਰਗਾ ਅਹਿਸਾਸ, ਜਾਂ ਜਾਰੀ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਠੀਕ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਆਪਣੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਇਸ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰ ਸਕਣ।

ਮੋਢੇ ਦੇ ਨੇੜੇ ਨਸ (nerve) ਦਾ ਚਿੜ ਜਾਣਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਝਰਨਾਹਟ, ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਅਜੀਬ ਅਹਿਸਾਸ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ 'ਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰੋ।

ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਟੈਂਡਨ ਠੀਕ ਹੋ ਗਿਆ ਹੋਵੇ। ਜੇ ਦਰਦ ਬਣਿਆ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨਗੇ ਅਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨਗੇ ਕਿ ਹੋਰ ਕਿਹੜੇ ਵਿਕਲਪ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ੂਗਰ (ਡਾਇਬਟੀਜ਼) ਵਰਗੀਆਂ ਹੋਰ ਗੰਭੀਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹਨ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਰੋਗਾਂ ਨਾਲ ਲੜਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਯੋਜਨਾ ਵਾਲੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ। ਇਹ ਠੀਕ ਹੋਣ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਨੇੜਿਓਂ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

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

ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਘੱਟ ਹੀ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਪਰ ਕੁਝ ਵੱਲ ਜਲਦੀ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੈ, ਜੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਵਧੇਰੇ ਲਾਲ ਹੋ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚੋਂ ਤਰਲ ਰਿਸਣ ਲੱਗੇ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਅਚਾਨਕ ਬਹੁਤ ਵਧ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਪਿੰਨੀ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਦੁਖਣਾ ਦੇਖਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਾਹ ਚੜ੍ਹਨ ਲੱਗੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਖੂਨ ਦੇ ਗਤਲੇ ਦੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਸੁੰਨ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕੋ, ਜਾਂ ਜੇ ਬਾਂਹ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਵੱਲ ਝਰਨਾਹਟ ਠੀਕ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਿਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਚਿੰਤਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਅੰਦਰਲੇ ਅਹਿਸਾਸ 'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਮਦਦ ਲਓ। ਅਸੀਂ ਚਾਹਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਡੂੰਘਾਈ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਬਾਰੇ ਇਹ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਾਈ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਜੇ ਗੱਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਤੀਜੇ ਬਾਰੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਉਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਦੋ ਸਭ ਤੋਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਗੱਲਾਂ ਅਜਿਹੀਆਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਦਮ ਚੁੱਕ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ ਸਿਰਫ਼ ਜ਼ਖ਼ਮ ਨੂੰ ਹੀ ਨਹੀਂ, ਟੈਂਡਨ ਨੂੰ ਵੀ ਬਦਲਦੀ ਹੈ

ਸਹਿਮਤੀ (consent) ਵਾਲੀ ਹਰ ਗੱਲਬਾਤ ਵਿੱਚ ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਜ਼ਖ਼ਮ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਖ਼ਾਨੇ ਵਿੱਚ ਰੱਖ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਟੈਂਡਨ ਬਾਰੇ ਅੰਕੜੇ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਖ਼ਾਸ ਹਨ। **73,817** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਕੇ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ ਕਿ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਿਗਰਟ ਪੀਣ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚ **ਮੁੜ ਪਾਟਣ (retear)** ਦੀ ਦਰ ਕਾਫ਼ੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੀ, ਜਦਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਕਲੀਨਿਕਲ ਸਕੋਰ ਸਿਗਰਟ ਪੀਣ ਵਾਲਿਆਂ ਅਤੇ ਨਾ ਪੀਣ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮਿਲਦੇ-ਜੁਲਦੇ ਸਨ, ਸਿਵਾਏ ਇੱਕ ਘੱਟ ਕੌਂਸਟੈਂਟ ਸਕੋਰ (Constant score, ਮੋਢੇ ਦੇ ਕੰਮਕਾਜ ਦਾ ਇੱਕ ਮਾਪ) ਦੇ [1]।

ਇਹ ਮੇਲ ਹੀ ਦਿਲਚਸਪ ਹਿੱਸਾ ਹੈ। ਸਕੋਰ ਮੋਟੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਅੰਦਰੋਂ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਢਾਂਚੇ ਪੱਖੋਂ ਫ਼ੇਲ੍ਹ ਹੋ ਜਾਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਧੇਰੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ ਇਹ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦੀ ਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਹੋ ਜਿਹਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਇਹ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਟਿਕੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਘਟਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਦਾ ਸਿੱਟਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਭਰ ਸਿਗਰਟ ਛੱਡਣ ਲਈ ਕਹੇ ਜਾਣ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੌਕਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ, ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਹਫ਼ਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਕੀਮਤੀ ਸਮਾਂ ਹਨ। ਟੈਂਡਨ ਮੁੜ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੁੜਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਸਪਲਾਈ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਤੰਗੀ ਵਾਲੇ ਹਾਲਾਤ ਨਤੀਜੇ ਬਾਰੇ ਓਨਾ ਹੀ ਮਜ਼ਬੂਤ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ ਜਿੰਨਾ ਸਰੀਰ ਦੀ ਬਣਤਰ

ਇਹ ਉਹ ਨਤੀਜਾ ਹੈ ਜੋ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਬਦਲਦਾ ਹੈ ਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਕਿਵੇਂ ਗੱਲ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। **102,372** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ, ਸਿਹਤ ਦੇ ਸਮਾਜਿਕ ਕਾਰਕ (social determinants of health), ਯਾਨੀ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦੇ ਹਾਲਾਤ, ਨਾ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਬਣਤਰ, ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮਾੜੇ ਕਲੀਨਿਕਲ ਨਤੀਜਿਆਂ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦੱਸੇ ਮਾੜੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਹੋਏ ਸਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਧੇਰੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਅਤੇ ਵਧੇਰੇ ਅਸਫਲ ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਸਨ [2]।

ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ (rehabilitation, ਮੁੜ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਲਿਆਉਣ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ) ਨੂੰ ਮਹੀਨੇ ਲੱਗਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ 'ਤੇ ਜਾਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਨਾ ਵਰਤਣ ਦੀ ਹੁੰਜਾਇਸ਼ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਜਿੰਨੇ ਹੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੇ ਹਾਲਾਤ ਵੀ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਹਾਲਾਤ ਮੌਜੂਦ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਤਾਂ ਮੁਰੰਮਤ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਮਾੜਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਮਰੀਜ਼ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਫ਼ੈਸਲਾ ਸੁਣਾਉਣਾ ਨਹੀਂ, ਸਗੋਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਰਸਤੇ ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਤੱਥ ਹੈ। ਜੇ ਥੈਰੇਪੀ ਲਈ ਪਹੁੰਚਣਾ ਜਾਂ ਕੰਮ ਤੋਂ ਛੁੱਟੀ ਲੈਣਾ ਔਖਾ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਗੱਲ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਗੱਲਬਾਤ ਵਿੱਚ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਯੋਜਨਾ ਇਸ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖ ਕੇ ਬਣਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਆਮ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਵਾਲੇ ਕਾਰਕ ਉਹ ਨਹੀਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ

ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹਿਲਜੁਲ ਘਟ ਜਾਣਾ ਉਹ ਪੇਚੀਦਗੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮੀਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। **23,257** ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਕੇ, ਉਪਲਬਧ ਸਬੂਤਾਂ ਨੇ **ਮਰਦ ਹੋਣ** ਅਤੇ **ਵਧੇਰੇ ਉਮਰ** ਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਕੜਾਅ ਤੋਂ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਸੰਭਾਵੀ ਕਾਰਕਾਂ ਵਜੋਂ ਦਰਸਾਇਆ [3]।

ਦੋਵੇਂ ਗੱਲਾਂ ਆਮ ਸੋਚ ਦੇ ਉਲਟ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਮੋਢੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਆਕੜ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜ਼ਾਹਰ ਹੈ ਕਿ ਇੱਥੇ ਇਹ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਇਸ ਦਾ ਅਮਲੀ ਫ਼ਾਇਦਾ ਉਮੀਦਾਂ ਤੈਅ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਹੈ: ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੀ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੀ ਔਰਤ ਨੂੰ ਔਸਤ ਅੰਕੜੇ ਨਾਲ ਤਸੱਲੀ ਦੇਣ ਦੀ ਬਜਾਏ, ਦੱਸਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਸ ਲਈ ਅਕੜਾਅ ਇੱਕ ਅਸਲ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਲੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦੀਆਂ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲਈ ਇਸ ਦਾ ਕੀ ਮਤਲਬ ਹੈ

ਇਸ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਦਲੀਲ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਦਲੀਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਛਪੀ ਹੋਈ ਸਫਲਤਾ ਦਰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਔਸਤ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ, ਹਾਲਾਤ ਅਤੇ ਉਮਰ-ਲਿੰਗ ਵਰਗੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਣਾ ਅੰਕੜਾ ਬਦਲਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸਿਗਰਟ

ਛੱਡਣਾ, ਅਤੇ ਰੀਹੈਬਿਲੀਟੇਸ਼ਨ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੀ ਅਜਿਹਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਵਿੱਚ ਹਾਜ਼ਰ ਹੋ ਸਕੋ, ਅਜਿਹੇ ਕਦਮ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਸਬੂਤ ਹਨ, ਜੋ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਗੱਲਾਂ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਚਿੰਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

- [1] Fan N, Yuan S, Du P, Wu Q, Li J, Kong X, et al. The effects of smoking on clinical and structural outcomes after rotator cuff repair: a systematic review and meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(3):656-67. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.10.026>
- [2] Mandalia K, Ames A, Parzick JC, Ives K, Ross G, Shah S. Social determinants of health influence clinical outcomes of patients undergoing rotator cuff repair: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2023;32(2):419-34. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2022.09.007>
- [3] Stojanov T, Modler L, Müller AM, Aghlmandi S, Appenzeller-Herzog C, Loucas R, et al. Prognostic factors for the occurrence of post-operative shoulder stiffness after arthroscopic rotator cuff repair: a systematic review. BMC Musculoskelet Disord. 2022;23(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05030-4>

ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ

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
ਐਂਕਰ ਦੁਆਲੇ ਸਿਸਟ (ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਗੰਢ, perianchor cyst)	35-43%	35-43% ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਕੈਨ 'ਤੇ ਦਿਖਣ ਵਾਲੀ ਗੱਲ; ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਦੇ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।
ਮੁੜ ਪਾਟਣਾ ਜਾਂ ਠੀਕ ਨਾ ਹੋਣਾ	15-30%	ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਅੰਸ਼ਕ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਫ਼ੇਲ੍ਹ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮੁੜ ਪਾਟਣ (94.7%) ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ 6-26 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ ਹੁੰਦੇ ਹਨ; ਵੱਡੇ ਪਾਟਣ, 65 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ, ਸਿਗਰਟਨੋਸ਼ੀ, ਸ਼ੂਗਰ (ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼), ਅਤੇ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਵਿੱਚ ਚਰਬੀ ਭਰ ਜਾਣ (fatty infiltration) ਨਾਲ ਖ਼ਤਰਾ ਵਧਦਾ ਹੈ।
ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਕੜਾਅ	13-44%	ਅਕੜਾਅ ਦੂਜੀ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਪੇਚੀਦਗੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ; ਲਗਭਗ 5% ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਗੰਭੀਰ ਫ੍ਰੇਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ (ਜੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਮੋਢਾ) ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਲਈ ਮੈਨਿਪੁਲੇਸ਼ਨ (manipulation, ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਹਿਲਾ ਕੇ ਖੋਲ੍ਹਣਾ) ਜਾਂ ਕੈਪਸੂਲ ਰਿਲੀਜ਼ (capsular release, ਜੋੜ ਦੀ ਝਿੱਲੀ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਢਿੱਲਾ ਕਰਨਾ) ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।
ਬਣਿਆ ਰਹਿਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਧੂਰੀ ਰਾਹਤ	5-10%	ਮੁਰੰਮਤ ਸਹੀ-ਸਲਾਮਤ ਹੋਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਤੋਂ ਅਧੂਰੀ ਰਾਹਤ; ਇਹ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਮੌਜੂਦ ਗਠੀਏ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ), ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਵਿੱਚ ਚਰਬੀ ਭਰ ਜਾਣ, ਜਾਂ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਮੌਜੂਦ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਮੱਸਿਆ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਦਰ	2-7%	ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਕਾਰਨ ਹਨ: ਲੱਛਣਾਂ ਵਾਲਾ ਮੁੜ ਪਾਟਣਾ (88%), ਲਗਾਤਾਰ ਬਣਿਆ ਅਕੜਾਅ (5%), ਅਤੇ ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) (4%)।
ਅਡੇਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ (adhesive capsulitis, ਫ੍ਰੇਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ)	1.4-5.0%	ਅਡੇਸਿਵ ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ ਥੋੜ੍ਹੇ ਜਿਹੇ ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੇ ਆਪਣੀਆਂ ਐਲਰਜੀਆਂ ਦੱਸੀਆਂ ਹੋਣ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੀ ਦਰ ਵੱਧ ਪਾਈ ਗਈ ਹੈ।
ਨਸ ਦਬਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ (nerve compression syndromes)	<1%	ਲਗਭਗ 5% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਝਰਨਾਹਟ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਜਾਂ ਕਿਊਬਿਟਲ ਟਨਲ ਸਿੰਡਰੋਮ (carpal / cubital tunnel syndrome, ਗੁੱਟ ਜਾਂ ਕੂਹਣੀ 'ਤੇ ਨਸ ਦਾ ਦਬਣਾ) ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਬਾਂਹ ਸਲਿੰਗ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਆਉਣ 'ਤੇ ਇਹ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਪੇਚੀਦਗੀ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਡੂੰਘੀ ਨਾੜੀ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਦਾ ਗਤਲਾ (DVT)	<1%	ਖੂਨ ਦੇ ਗਤਲੇ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਖੂਨ ਪਤਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ)	0.2-0.5%	ਡੂੰਘੀ ਲਾਗ ਲਈ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਾਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਰਾਹੀਂ ਜੋੜ ਦੀ ਸਫ਼ਾਈ (washout), ਟਾਂਕਿਆਂ/ਐਂਕਰਾਂ ਨੂੰ ਕੱਢਣ, ਅਤੇ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਨਾੜੀ ਰਾਹੀਂ (IV) ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ; ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਕੀਟਾਣੂ Cutibacterium acnes ਅਤੇ Staphylococcus ਹਨ।
ਐਂਕਰ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ	Rare	ਐਂਕਰ ਦਾ ਬਾਹਰ ਖਿੱਚਿਆ ਜਾਣਾ, ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਜਾਣਾ, ਜਾਂ ਉੱਭਰੇ ਹੋਏ ਐਂਕਰਾਂ ਨਾਲ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage, ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀਆਂ ਦੇ ਸਿਰਿਆਂ ਉੱਤੇ ਚਿਕਨੀ ਪਰਤ) ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ; ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕੱਢਣ 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