

ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ

ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਬਰਸਾ (ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਛੋਟੀ ਗੱਦੀ) — ਐਕਰੋਮੀਅਨ (ਮੋਢੇ ਦੇ ਉੱਪਰ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ) ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਗੱਦੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੋਢੇ ਦੇ ਇੰਫਿਜ਼ਮੈਂਟ ਦੌਰਾਨ ਸੋਜਸ਼ (inflammation) ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

Kieran Hirpara © ① 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। 45 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

1-3 weeks

ਦਫ਼ਤਰੀ (ਡੈਸਕ ਵਾਲਾ) ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕ ਅਕਸਰ ਇੱਕ ਤੋਂ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸ ਚਲੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਹੋਰ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਮਾਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ। ਮੋਢੇ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 6 ਹਫ਼ਤੇ ਗੱਡੀ ਨਾ ਚਲਾਓ, ਅਤੇ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਨਾ ਚਲਾਓ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਾ ਦੇਵੇ।

3-6 months

ਭਾਰੀ ਸਰੀਰਕ ਮਿਹਨਤ ਵਾਲਾ ਕੰਮ, ਸਿਰ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਕਰਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਕੰਮ, ਜਿਮ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਲਗਭਗ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਕੁਝ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਛੇ ਮਹੀਨੇ ਤੱਕ ਲੱਗ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

12 months

ਦਰਦ ਅਤੇ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੁਧਾਰ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਕੁਝ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ 10 ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਸੁਧਾਰ ਜਾਰੀ ਰਹਿੰਦਾ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ 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, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਹੋਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਹੋਣ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਆਉਣ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ Medicare ਰਿਬੇਟ (ਸਰਕਾਰੀ ਵਾਪਸੀ ਰਕਮ) ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡਾ ਪਿਛੋਕੜ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸਕੈਨ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਇਸ ਨਾਲ ਮੋਢੇ ਦੇ ਦਰਦ ਦੇ ਹੋਰ ਕਾਰਨਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਫ੍ਰੈਜ਼ਨ ਸ਼ੋਲਡਰ (ਜੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਮੋਢਾ) ਜਾਂ ਪਾਟਿਆ ਹੋਇਆ ਟੈਂਡਨ, ਨੂੰ ਪਾਸੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ (subacromial decompression, ਮੋਢੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਵਾਲੀ ਛੱਤ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਥਾਂ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਕਰਨ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ) ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਉੱਪਰਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਜਗ੍ਹਾ ਬਣਾਉਣ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ; ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਟੈਂਡਨਾਂ (tendons, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦਾਂ) ਦਾ ਉਹ ਸਮੂਹ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਉਦੋਂ ਸੁਝਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਇੰਫਿਜ਼ਮੈਂਟ (impingement) ਵਾਲੇ ਨਮੂਨੇ

ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦਾ ਹੈ, ਯਾਨੀ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਟੈਂਡਨ ਦਬਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਇਸ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਅਤੇ ਟੀਕੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰੀਰਕ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਸਕੈਨਾਂ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੀ ਦੇਵਾਂਗੇ। ਜਦੋਂ ਇਹ ਸਹੀ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ, 70% ਤੋਂ 75%, ਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਨਾਲ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਮਕਸਦ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਘੱਟ ਦਰਦ ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਬਿਹਤਰ ਵਰਤੋਂ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਜਦੋਂ ਸਰਜਰੀ ਤੈਅ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੁਝ ਸਧਾਰਨ ਤਿਆਰੀਆਂ ਨਾਲ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਦਿਨ ਸੌਖਾ ਲੰਘਦਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਸਕੈਨ, ਜਿਵੇਂ ਐਕਸ-ਰੇ, MRI ਜਾਂ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ, ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਕੋਲ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਹੋਣਗੇ। ਆਪਣੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੱਕ ਕੁਝ ਨਾ ਖਾਓ ਅਤੇ ਨਾ ਪੀਓ। ਅਸੀਂ ਛੇ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਇਸ ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਿਯਮਤ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸੂਚੀ ਨਾਲ ਲਿਆਓ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਪੁੱਛੋ ਕਿ ਕੀ ਪਹਿਲਾਂ ਕੋਈ ਦਵਾਈ ਰੋਕਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਵਿੱਚ ਘਰ ਛੱਡਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾ ਸਕੋਗੇ। ਢਿੱਲੇ, ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ ਜੋ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਉਤਾਰੇ ਜਾ ਸਕਣ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰੀ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਜਾਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ) ਨਾਲ ਮੁਲਾਕਾਤ 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। ਫਿਰ ਤੁਸੀਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ ਨੂੰ ਮਿਲੋਗੇ, ਯਾਨੀ ਉਹ ਡਾਕਟਰ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਦੇ ਨਾਲ ਰੀਜਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਨਸ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਟੀਕਾ) ਮਿਲਾ ਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲੇਗਾ ਅਤੇ ਦੋਹਾਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਮਝਾਏਗਾ।

ਜਦੋਂ ਸਭ ਕੁਝ ਤਿਆਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਗਦੇ ਹੋ, ਜਿੱਥੇ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਦੌਰਾਨ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨਗੀਆਂ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਘਰ ਜਾਂਦੇ ਹੋ। ਲੋਕ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਕਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਇਹ 'ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ' ਵਾਲੇ ਭਾਗ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲਾ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਕੁਝ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ ਲਗਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਰਾਹੀਂ ਇੱਕ ਛੋਟੇ ਕੈਮਰੇ ਅਤੇ ਪਤਲੇ ਔਜ਼ਾਰਾਂ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਕੈਮਰੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼, ਯਾਨੀ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ ਵਾਲੇ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੇ ਸਮੂਹ, ਦੇ ਉੱਪਰਲੀ ਥਾਂ ਨੂੰ ਇੱਕ ਸਕਰੀਨ ਉੱਤੇ ਦੇਖ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਅੰਦਰ ਪਹੁੰਚ ਕੇ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਬਰਸਾ (bursa, ਤਰਲ ਨਾਲ ਭਰੀ ਛੋਟੀ ਗੱਦੀ) ਨਾਮ ਦਾ ਕੁਝ ਸੁੱਜਿਆ ਹੋਇਆ ਟਿਸ਼ੂ ਕੱਢਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਐਕਰੋਮੀਅਨ (acromion), ਯਾਨੀ ਟੈਂਡਨਾਂ ਦੇ ਉੱਪਰਲੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਛੱਤ, ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਦਾ ਇੱਕ ਛੋਟਾ ਟੁਕੜਾ ਘਸਾ ਕੇ ਲਾਹ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਹੱਡੀ ਅਤੇ ਟਿਸ਼ੂ ਨੂੰ ਕੱਢਣ ਨਾਲ ਵੱਧ ਜਗ੍ਹਾ ਬਣ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਟੈਂਡਨ ਹੁਣ ਨਾ ਦਬਣ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਇਸ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਐਕਰੋਮੀਓਪਲਾਸਟੀ (acromioplasty) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਕੋਈ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵੱਲ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਜਿਵੇਂ ਪਾਟਿਆ ਹੋਇਆ ਟੈਂਡਨ, ਤਾਂ ਉਹ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨਗੇ।

ਕੰਮ ਪੂਰਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਮੇਢੇ ਨੂੰ ਧੋ ਕੇ ਸਾਫ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹਰ ਛੋਟੇ ਚੀਰੇ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਖ਼ਮਾਂ ਉੱਤੇ ਪੱਟੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨ ਲੱਗੀ ਰਹਿੰਦੀ 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 ਰਾਤ ਲਈ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਓਗੇ। ਆਰਾਮ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ; ਕਸਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਹਾਉਣ-ਧੋਣ ਲਈ ਇਸ ਨੂੰ ਉਤਾਰਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਨਰਸਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਰਦ ਨੂੰ ਸੰਭਾਲਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨਗੀਆਂ। ਘਰ ਪਹੁੰਚਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਤਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਭਾਰੀ ਜਾਂ ਸੁੰਨ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ; ਇਹ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ ਅਤੇ ਲਗਭਗ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਬਲਾਕ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਬਣੀ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਅਸੀਂ ਪੱਟੀ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨ ਲੱਗੀ ਰਹਿਣ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ; ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾ ਉਤਾਰੋ, ਜਦੋਂ 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। ਅਗਲੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਸੋਜ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਟਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਦਰਦ ਵੀ ਘਟਦਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਟੀਮ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ, ਬਰਫ਼ ਦੀਆਂ ਥੈਲੀਆਂ ਅਤੇ ਆਰਾਮ, ਇਹ ਸਭ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਆਰਾਮ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਇੱਕ ਸਧਾਰਨ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ; ਕਸਰਤਾਂ ਅਤੇ ਨਹਾਉਣ-ਧੋਣ ਲਈ ਇਸ ਨੂੰ ਉਤਾਰਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਛੇਤੀ ਬਾਅਦ ਆਪਣੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਹੇਠ ਹਲਕੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋਗੇ। ਇਹ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦੇ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਮੇਢੇ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਆਉਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣਾ, ਖਾਣਾ ਖਾਣਾ ਅਤੇ ਡੈਸਕ ਉੱਤੇ ਟਾਈਪ ਕਰਨਾ ਵਰਗੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਚਾਹ ਦੇ ਕੱਪ ਤੋਂ ਭਾਰੀ ਕੋਈ ਵੀ ਚੀਜ਼ ਚੁੱਕਣਾ, ਜਾਂ ਮੇਢੇ ਦੀ ਉਚਾਈ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਹੱਥ ਵਧਾਉਣਾ, ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਉਡੀਕ ਕਰੋ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਤਿਆਰ ਨਾ ਹੋ ਜਾਵੇ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਸੌਣਾ ਬੇਆਰਾਮ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕੁਰਸੀ ਉੱਤੇ ਜਾਂ ਪਿੱਠ ਪਿੱਛੇ ਸਿਰਹਾਣੇ ਰੱਖ ਕੇ ਅੱਧੇ ਬੈਠੇ ਹੋਏ ਸੌਣਾ ਸੌਖਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਸੋਜ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਵਧੇਰੇ ਸੁਭਾਵਿਕ ਲੱਗਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਵੇ, ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਾਲੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਗੱਡੀ ਚਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ; ਸਾਡੀ ਗਾਈਡ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ](#) ਦੇਖੋ। ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ ਅਤੇ ਭਾਰੀ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸੀ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਣਗੇ ਕਿ ਹਰ ਕਦਮ ਕਦੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ।

ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਸਮਾਂ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ ਵੱਖਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਸਾਰਣੀ ਵਿੱਚ ਦਿਖਾਏ ਆਮ ਦਾਇਰਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਪੂਰੇ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਨਗੇ।

ਕੀ ਗ਼ਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਠੀਕ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ ਆ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੁਸ਼ਕਲ ਨੂੰ ਛੇਤੀ ਫੜਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਟੀਮ ਤੁਹਾਡੀ ਨੇੜਿਓਂ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਕਈ ਵਾਰ ਜਿਸ ਥਾਂ ਤੋਂ ਹੱਡੀ ਦਾ ਛੋਟਾ ਟੁਕੜਾ ਘਸਾ ਕੇ ਲਾਹਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਉੱਥੇ ਨਵੀਂ ਹੱਡੀ ਬਣ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਇੰਝ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਲਾ ਦਬਣ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਵਾਪਸ ਆ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਚੁੱਕਣ ਵੇਲੇ ਅਟਕਣ ਜਾਂ ਰਗੜ ਵਰਗਾ ਅਹਿਸਾਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਅਜਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਦੱਸੋ।

ਮੇਢੇ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਹਲਕੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਨਾਲ ਵੀ ਹਿਲਜੁਲ ਨਹੀਂ ਖੁੱਲ੍ਹਦੀ। ਜੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੂੰ ਦੱਸੋ ਜਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

ਕਦੇ-ਕਦਾਈਂ ਪਤਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦਰਦ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਚੀਜ਼ ਤੋਂ ਆ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਪਾਟਿਆ ਹੋਇਆ ਟੈਂਡਨ ਜਾਂ ਨੇੜਲੇ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ)। ਜੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਠੀਕ ਹੋਣ ਦਾ ਸਮਾਂ ਲੰਘ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਲਗਭਗ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਂਗ ਹੀ ਦੁਖਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਅਸਲ ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਦੇਖਾਂਗੇ।

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

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੋਵੇ, ਕਿਸੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਲਾਲੀ ਫੈਲ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚੋਂ ਤਰਲ ਜਾਂ ਪਾਕ ਰਿਸ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਵਧਦਾ ਹੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਵੀ ਉਸੇ ਦਿਨ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

ਜੇ ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਯਾਨੀ ਲਗਭਗ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ, ਹੱਥ ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਬਣੀ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵੇਰਵੇ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸ ਪੰਨੇ ਉੱਤੇ ਦਿੱਤੀ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀ ਸਾਰਣੀ ਵਿੱਚ ਆਮ ਦਰਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।

ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਛੇਤੀ ਸਾਹਮਣੇ ਆ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਜਾਣਨਾ ਲਾਭਦਾਇਕ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸ ਗੱਲ ਉੱਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਣੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿੰਨੀ ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਸਾਹ ਚੜ੍ਹੇ ਜਾਂ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਇਹ ਖੂਨ ਦੇ ਗਤਲੇ ਦੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੋਵੇ, ਕਿਸੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਲਾਲੀ ਫੈਲ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਉਸ ਵਿੱਚੋਂ ਤਰਲ ਜਾਂ ਪਾਕ ਰਿਸ ਰਹੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਦਰਦ ਵਧਦਾ ਹੀ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਵੀ ਉਸੇ ਦਿਨ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਨਰਵ ਬਲਾਕ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਯਾਨੀ ਲਗਭਗ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ, ਹੱਥ ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਬਣੀ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਆਮ ਗੱਲ ਹੈ। ਜੇ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡਾ ਸੰਪਰਕ ਨਾ ਹੋ ਸਕੇ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਸਭ ਤੋਂ ਨੇੜਲੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਕਿੱਥੇ ਪੜ੍ਹੀਏ

ਇਹ ਪੰਨਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਹੈ। ਜਿਸ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਇਹ ਇਲਾਜ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਸਥੂਤ ਕੀ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਸਰਜਰੀ ਕਦੋਂ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕਦੋਂ ਨਹੀਂ, ਉਸ ਬਾਰੇ [ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਇੰਪਿਜ਼ਮੈਂਟ ਅਤੇ ਬਰਸਾਈਟਿਸ](#) ਪੰਨੇ ਉੱਤੇ ਹੋਰ ਵਿਸਥਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।

ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ

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
ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ (capsulitis, ਜੋੜ ਦੀ ਥੈਲੀ ਦੀ ਸੋਜਸ਼ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ)	10.0-14.5%	ਕੈਪਸੂਲਾਈਟਿਸ ਇੱਕ ਆਮ ਪੇਚੀਦਗੀ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਦੇ ਨਾਲ ਐਕਰੋਮੀਓਪਲਾਸਟੀ (acromioplasty, ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਘਸਾ ਕੇ ਪੱਧਰਾ ਕਰਨਾ) ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
ਹੈਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸੀਫਿਕੇਸ਼ਨ (heterotopic ossification, ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਬਣ ਜਾਣਾ)	3.1%	ਹੈਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਇੱਕ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਪਰ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਗਈ ਪੇਚੀਦਗੀ ਹੈ।
ਅਕੜਾਅ	2.9-22%	ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਕੜਾਅ ਦੀ ਦਰ ਕੈਲਸੀਫਿਕ ਟੈਂਡੀਨਾਈਟਿਸ (ਟੈਂਡਨ ਵਿੱਚ ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਹੋਣਾ) ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ 2.9% ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਲੇਟਰਲ ਐਕਰੋਮੀਓਪਲਾਸਟੀ (lateral acromioplasty) ਦੇ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ 22% ਤੱਕ ਹੈ।
ਮੁੜ ਪਾਟਣਾ	2.9-38.0%	ਮੁੜ ਪਾਟਣ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਅਧਿਐਨ ਮੁਤਾਬਕ, ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਮੁਤਾਬਕ ਕਿ ਨਾਲ ਹੀ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਕਾਫ਼ੀ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।
ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ	1.5-22.2%	ਦੁਬਾਰਾ ਸਰਜਰੀ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਕਾਰਨ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ, ਇਸ ਮੁਤਾਬਕ 1.5% ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ 20% ਤੋਂ ਵੱਧ ਤੱਕ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।
ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਦਾ ਸਟ੍ਰੈੱਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (stress fracture, ਵਾਰ-ਵਾਰ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਆਈ ਤ੍ਰੇੜ)	0.9-2.2%	ਐਕਰੋਮੀਅਨ ਦੇ ਸਟ੍ਰੈੱਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦਾ ਖਤਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਪਹਿਲਾਂ ਸਬਐਕਰੋਮੀਅਲ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਰਿਵਰਸ ਟੋਟਲ ਸ਼ੋਲਡਰ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ (reverse total shoulder arthroplasty, ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਇੱਕ ਕਿਸਮ ਦੀ ਸਰਜਰੀ) ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
ਖੂਨ ਦਾ ਗਤਲਾ (thromboembolism)	0.4%	ਖੂਨ ਦੇ ਗਤਲੇ ਦੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਪਰ ਮੋਢੇ ਦੀ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਜ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।
ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ)	0.2-0.4%	ਡੂੰਘੀ ਲਾਗ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਘੱਟ ਹਨ, ਵੱਡੇ ਸਮੂਹ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਿੱਚ ਆਮ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਲਗਭਗ 0.2% ਤੋਂ 0.4%।

ਪੇਚੀਦਗੀ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਨਸ (nerve) ਨੂੰ ਸੱਟ	0.1%	ਨਸ ਨੂੰ ਸੱਟ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਲੱਗਦੀ ਹੈ, ਵੱਡੇ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੀ ਦਰ ਲਗਭਗ 0.1% ਹੈ।
ਹੀਮਾਟੋਮਾ (hematoma, ਚਮੜੀ ਹੇਠ ਖੂਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਹੋਣਾ)	0.1%	ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੀਮਾਟੋਮਾ ਬਣਨਾ ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ।
ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੀ ਪੇਚੀਦਗੀ	0.07-0.27%	ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਸਰਜਰੀ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਮੁਤਾਬਕ ਵੱਖਰੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।
ਡੈਲਟੋਇਡ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਦਾ ਹੱਡੀ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੋਣਾ (deltoid detachment)	Rare	ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਤਕਨੀਕ ਨਾਲ ਡੈਲਟੋਇਡ ਦਾ ਵੱਖ ਹੋਣਾ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; 37% ਤੱਕ ਦੀਆਂ ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਦਰਾਂ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹਨ।
ਸੂਡੋਪੈਰਾਲਿਸਿਸ (pseudoparalysis, ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਆਪ ਉੱਪਰ ਨਾ ਚੁੱਕ ਸਕਣਾ)	Rare	ਡੀਕੰਪ੍ਰੈਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜ਼ੋਰ ਨਾਲ ਉੱਪਰ ਚੁੱਕਣ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਣਾ; ਇਹ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਅਜਿਹੇ ਪਾਟਣ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਪਛਾਣ ਨਹੀਂ ਹੋਈ।

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