

ਮੋਢੇ ਦਾ ਪੂਰਾ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (Total Shoulder Arthroplasty)



ਮੋਢੇ ਦਾ ਪੂਰਾ ਜੋੜ ਬਦਲਣਾ: ਡੌਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਉੱਤੇ ਧਾਤ ਦੀ ਗੋਦ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸਕੈਪੂਲਾ (ਮੋਢੇ ਦੀ ਪਿਛਲੀ ਚਪਟੀ ਹੱਡੀ, shoulder blade) ਵਿੱਚ ਪਲਾਸਟਿਕ ਦੀ ਕੋਲੀ ਪੱਕੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ — ਜਿਸ ਨਾਲ ਕੁਦਰਤੀ ਗੋਦ-ਅਤੇ-ਕੋਲੀ ਵਾਲੀ ਸ਼ਕਲ ਮੁੜ ਬਣ ਜਾਂਦੀ 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। 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	6-12 months	12-24 months
ਦਫ਼ਤਰੀ ਕੰਮ ਅਤੇ ਹਲਕੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 2 ਤੋਂ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।	ਖੇਡਾਂ ਅਤੇ ਹੱਥੀਂ ਮਿਹਨਤ ਵਾਲੇ ਕੰਮ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸੀ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 6 ਤੋਂ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਸੰਭਵ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤਾਕਤ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਵਧਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ।	ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੁਧਾਰ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਦਾ ਸਥਿਰ ਹੋਣਾ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 1 ਸਾਲ 'ਤੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ 2 ਸਾਲਾਂ ਤੱਕ ਥੋੜ੍ਹਾ-ਥੋੜ੍ਹਾ ਸੁਧਾਰ 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 ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਜੀਪੀ (ਫ਼ੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਵੱਲੋਂ ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਮੈਡੀਕੇਅਰ (Medicare) ਰਿਬੇਟ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਜਾਂਚ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ, ਸਰੀਰਕ ਜਾਂਚ ਅਤੇ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਸਕੈਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਨਾਲ ਨਿਦਾਨ ਤੈਅ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਗਠੀਆ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਵਰਗੀਆਂ ਘਿਸਾਈ ਵਾਲੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ (ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜੋੜ ਨੂੰ ਢਕਣ ਵਾਲੀ ਚਿਕਨੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage) ਘਿਸ ਜਾਂਦੀ ਹੈ), ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ: ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ, ਅਤੇ ਸਪਲਿੰਟ। ਜਦੋਂ ਉਸ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਰਜਰੀ ਬਾਰੇ ਸੋਚਦੇ ਹਾਂ।

ਟੋਟਲ ਸ਼ੋਲਡਰ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ (total shoulder arthroplasty) ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਮੋਢੇ ਦਾ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ: ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਘਿਸੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਕੱਢ ਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਥਾਂ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਲਗਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਇਹ ਉਦੋਂ ਸੁਝਾਉਂਦੇ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਮੋਢੇ ਦਾ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ ਤੁਹਾਡੀ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਮਦਦ ਨਹੀਂ ਮਿਲੀ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਮਕਸਦ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦੇਣਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੀ ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਜ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣਾ ਹੈ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ 90% ਤੋਂ 95% ਨੂੰ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। 80% ਤੋਂ ਵੱਧ ਨਕਲੀ ਮੋਢੇ 10 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਚੱਲਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ 75% 20 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਚੱਲਦੇ ਹਨ। ਮੋਢਾ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਨੂੰ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਵੱਡੀਆਂ ਸਰਜਰੀਆਂ ਜਿੰਨਾ ਹੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਾਂਗੇ ਅਤੇ ਮਿਲ ਕੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਕੀ ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਟੀਚਿਆਂ ਲਈ ਠੀਕ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਐਕਸ-ਰੇ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ MRI (ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਦਿਖਾਉਣ ਵਾਲਾ ਸਕੈਨ) ਜਾਂ ਅਲਟਰਾਸਾਊਂਡ (ਆਵਾਜ਼ ਦੀਆਂ ਤਰੰਗਾਂ ਵਾਲਾ ਸਕੈਨ) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਏਗਾ। ਇਹ ਤਸਵੀਰਾਂ ਜੋੜ ਦੀ ਸ਼ਕਲ, ਘਿਸਾਈ ਦੀ ਮਾਤਰਾ, ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਟੈਂਡਨਾਂ (tendons, ਪੱਠੇ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲੀਆਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਤੰਦਾਂ) ਦੀ ਹਾਲਤ ਦਿਖਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਵੇਰਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਜਨ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਲਈ ਸਹੀ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਚੁਣਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੋ ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਾਲਣ ਲਈ ਸਾਫ਼ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਖਾਣਾ ਅਤੇ ਪੀਣਾ ਬੰਦ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ। ਇਸ ਲੰਮੇ ਵਕਫ਼ੇ ਨਾਲ, ਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਦੀ ਸੂਚੀ ਜਲਦੀ ਚੱਲੇ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਵਾਰੀ ਪਹਿਲਾਂ ਲਿਆ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਕੁਝ ਦਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਅਤੇ ਕਦੋਂ। ਤੁਸੀਂ ਜੇ ਵੀ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਉਸ ਸਭ ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸੂਚੀ ਨਾਲ ਲਿਆਓ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਗੋਲੀਆਂ, ਬੂੰਦਾਂ ਅਤੇ ਕੁਦਰਤੀ ਨੁਸਖੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਵਿੱਚ ਘਰ ਲੈ ਜਾਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪ ਗੱਡੀ ਨਹੀਂ ਚਲਾ ਸਕੋਗੇ। ਢਿੱਲੇ, ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ ਜੋ ਪਾਉਣ ਅਤੇ ਲਾਹੁਣ ਵਿੱਚ ਆਸਾਨ ਹੋਣ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਸਰਜਰੀ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟ ਜਾਂ ਅਨੱਸਥੀਸਿਸਟ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ, ਜੋ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ) ਨਾਲ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ

ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸਰਜੀਕਲ ਦਾਖਲਾ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚੋਗੇ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਖਲਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਲਈ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਨੱਸਥੀਸਿਸਟ ਨੂੰ ਮਿਲੋਗੇ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰੋਗੇ। 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 ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਜਾਗੋਗੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੇ ਕਮਰੇ ਵਿੱਚ ਹੋਵੋਗੇ। ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਘਟਣ ਤੱਕ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨਗੀਆਂ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਘਰ ਜਾ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਲਈ ਕਿਹਾ ਸੀ, ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਰ ਲੈ ਜਾਵੇਗਾ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਜੋੜ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਮੋਢੇ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪਾਸੇ ਇੱਕ ਚੀਰਾ ਲਗਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਥਾਂ ਰਾਹੀਂ, ਉਹ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਘਿਸੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਕੱਢਦੇ ਹਨ: ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਿਰੇ ਉੱਤੇ ਗੋਲ ਗੱਦ ਅਤੇ ਉਹ ਘੱਟ ਡੂੰਘੀ ਕੋਲੀ (socket) ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਘੁੰਮਦੀ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਥਾਂ ਧਾਤ ਅਤੇ ਪਲਾਸਟਿਕ ਦੇ ਬਣੇ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਲਗਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਜੋੜ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਨਾਲ ਮਿਲਾ ਕੇ ਫਿੱਟ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ।

ਜੋੜ ਦੇ ਅੱਗੇ ਵਾਲਾ ਇੱਕ ਟੈਂਡਨ, ਸਬਸਕੈਪੂਲੈਰਿਸ (subscapularis, ਇੱਕ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ-ਟੈਂਡਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਅੰਦਰ ਵੱਲ ਘੁਮਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ), ਨੂੰ ਰਸਤਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਹੌਲੀ ਜਿਹੀ ਪਾਸੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਫਿਰ ਅੰਤ ਵਿੱਚ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਕੇ ਵਾਪਸ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਜੋੜ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਪੂਰਾ ਸਮਾਂ ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੇ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਅਤੇ ਨਵੇਂ ਹਿੱਸਿਆਂ ਨੂੰ ਸਹੀ ਥਾਂ ਲਗਾਉਣ ਦਾ ਧਿਆਨ ਰੱਖਦਾ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਨਵੇਂ ਹਿੱਸੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਲੱਗ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਟੈਂਡਨ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜ਼ਖ਼ਮ ਬੰਦ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਪਹਿਲਾਂ ਬੰਦ ਕੀਤੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਬਰੀਕ ਆਪਣੇ-ਆਪ ਚਿਪਕਣ ਵਾਲੀ ਜਾਲੀ ਰੱਖੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਚਮੜੀ ਦੇ ਕੰਢਿਆਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠੇ ਫੜ ਕੇ ਰੱਖਦੀ ਹੈ। ਫਿਰ ਜਾਲੀ ਉੱਤੇ ਤਰਲ ਚਮੜੀ-ਗੂੰਦ ਲਗਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੋ ਸੁੱਕ ਕੇ ਪੂਰੀ ਥਾਂ 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 ਪੈਂਦੀ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਜਾਗੋਗੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੇ ਕਮਰੇ ਵਿੱਚ ਹੋਵੋਗੇ, ਫਿਰ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਓਗੇ। ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਰੀਜ਼ ਇੱਕ ਜਾਂ ਦੋ ਰਾਤਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਆਰਾਮ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਇੱਕ ਸਾਦੀ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਵਿੱਚ ਰਹੇਗੀ। ਕਸਰਤਾਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਨਹਾਉਣ-ਧੋਣ ਲਈ ਇਹ ਲਾਹੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਤੋਂ ਨਿਕਲਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾ ਲਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਟੀਮ ਲਗਾਤਾਰ ਪੁੱਛਦੀ ਰਹੇਗੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਬਦਲਾਅ ਕਰੇਗੀ। ਅਸੀਂ ਪੱਟੀ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨ ਲੱਗੀ ਰਹਿਣ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ; ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾ ਲਾਹੋ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਾ ਕਹੀਏ। ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਬਦਲਦੇ ਜਾਂ ਲਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲ ਕੇ ਹਲਕੀਆਂ ਹਿਲਜੁਲਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਵਾਏਗਾ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਘਰ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਰਹਿਣ ਲਈ ਕਹਿ ਕੇ ਰੱਖੋ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ

ਹਰ ਕਿਸੇ ਦਾ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਆਪਣੇ ਰਸਤੇ ਚੱਲਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮਾਂ-ਸਾਰਣੀ ਵੱਖਰੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਹਰ ਮੁਲਾਕਾਤ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਨਗੇ।

ਪਹਿਲੇ ਦਿਨਾਂ ਅਤੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਮੋਢੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਕੁਝ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਦੀ ਉਮੀਦ ਰੱਖੋ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਹਸਪਤਾਲ ਛੱਡਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਟੀਮ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਏਗੀ ਅਤੇ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਉਸ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਕਰੇਗੀ। ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਓਪੀਓਇਡ (opioid, ਤੇਜ਼ ਨਸ਼ੀਲੀ ਦਰਦ-ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈ) ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਇੱਕ ਸਾਦੀ ਦਰਦ-ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ ਠੀਕ ਚੱਲ ਲੈਂਦੇ ਹਨ। ਕਸਰਤਾਂ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਨਾਲ ਆਰਾਮ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਆਰਾਮ, ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਦੀ ਦੱਸੀ ਹਲਕੀ ਹਿਲਜੁਲ, ਅਤੇ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਬੇਅਰਾਮੀ ਘਟੇਗੀ।

ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲ ਕੇ ਹਲਕੀਆਂ ਹਿਲਜੁਲਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਵਾਏਗਾ। ਘਰ ਵਿੱਚ, ਤੁਸੀਂ ਦੱਸੇ ਅਨੁਸਾਰ ਇਹ ਕਸਰਤਾਂ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋਗੇ। ਕਸਰਤਾਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਨਹਾਉਣ-ਧੋਣ ਲਈ ਸਲਿੰਗ ਲਾਹੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੁਝ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ, ਜਿਵੇਂ ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣਾ, ਕਿਉਂਕਿ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੀ ਬਾਂਹ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੀਮਤ ਹੋਵੇਗੀ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਨੀਂਦ ਖ਼ਰਾਬ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਨੀਂਦ ਮੇਢਾ ਸ਼ਾਂਤ ਹੋਣ ਨਾਲ ਸੁਧਰ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਹਿਲਜੁਲ ਅਤੇ ਤਾਕਤ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਸੋਜ ਘਟਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਹਿਲਜੁਲ ਵਧਦੀ ਹੈ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਕੰਮ ਆਸਾਨ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਦੇਵੇ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛੇ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਾਲੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮੁੜ ਗੱਡੀ ਚਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸਾਡੀ ਗਾਈਡ **ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ** ਦੇਖੋ। ਕੰਮ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਉੱਤੇ ਵਾਪਸੀ ਤੁਹਾਡੀ ਨੌਕਰੀ, ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਮੇਢਾ ਕਿਵੇਂ ਠੀਕ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਇਸ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਣਗੇ ਕਿ ਹਰ ਪੜਾਅ 'ਤੇ ਕੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ।

ਕੀ ਗ਼ਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

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

ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ) ਸਭ ਤੋਂ ਗੰਭੀਰ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਧਿਆਨ ਰੱਖਣਾ ਹੈ। ਇਹ ਡੂੰਘੇ, ਧੜਕਣ ਵਾਲੇ ਦਰਦ ਵਜੋਂ ਸਾਹਮਣੇ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੋ ਆਮ ਦਰਦ ਨਿਵਾਰਕ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਘਟਦਾ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਵੱਲ ਫੈਲਦੀ ਲਾਲੀ, ਜਾਂ ਬੁਖਾਰ ਵਜੋਂ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਦਿਖੇ ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਕੁਝ ਲਾਗਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਇਸ ਲਈ ਆਪਣੀਆਂ ਜਾਂਚ-ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਸਾਧਾਰਨ ਗੱਲ ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਕਰੋ, ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਛੋਟੀ ਲੱਗੇ।

ਇਸ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਿਸੇ ਨਾੜੀ (vein) ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਦਾ ਗਤਲਾ ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਪਿੰਨੀ (ਲੱਤ ਦੀ ਪਿੰਨੀ, calf) ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਸੋਜ ਅਤੇ ਛੂਹਣ 'ਤੇ ਦਰਦ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਉਸ ਗਤਲੇ ਦਾ ਕੋਈ ਟੁਕੜਾ ਫੇਫੜਿਆਂ ਤੱਕ ਚਲਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਚਾਨਕ ਸਾਹ ਚੜ੍ਹ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਬੇਅਰਾਮੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਅਜਿਹਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਸਰਜਰੀ ਦੌਰਾਨ ਮੋਢੇ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀਆਂ ਨਸਾਂ (nerves) ਖਿੱਚੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸੱਟ ਲੱਗ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ, ਝਰਨਾਹਟ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਕੁਝ ਸਿਰਫ਼ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ 'ਤੇ। ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ-ਮੁਲਾਕਾਤ 'ਤੇ ਇਸ ਦਾ ਜ਼ਿਕਰ ਕਰੋ ਤਾਂ ਜੋ ਇਸ 'ਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੀ ਜਾ ਸਕੇ।

ਨਵੇਂ ਜੋੜ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ) ਆਮ ਨਹੀਂ ਹੈ ਪਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਤਿੱਖਾ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇਗਾ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਆਮ ਵਾਂਗ ਹਿਲਾ ਨਹੀਂ ਸਕੋਗੇ। ਜੇ ਅਜਿਹਾ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਢਿੱਲੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਹ ਦਰਦ ਦੇ ਮੁੜ ਆਉਣ ਵਾਂਗ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਕਈ ਵਾਰ ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਕਲਿੱਕ ਜਾਂ ਰਗੜ ਦੇ ਅਹਿਸਾਸ ਨਾਲ। ਆਪਣੀ ਜਾਂਚ-ਮੁਲਾਕਾਤ 'ਤੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ, ਕਿਉਂਕਿ ਸਕੈਨ ਦਿਖਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕੀ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਮੋਢੇ ਵਿੱਚ ਅਕੜਾਅ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ ਵੀ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਨਵੇਂ ਹਿੱਸੇ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਨਿਕਲ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਿਲਜੁਲ ਦਾ ਅਚਾਨਕ ਘਟ ਜਾਣਾ, ਜਾਂ ਇਹ ਅਹਿਸਾਸ ਕਿ ਜੋੜ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਗਿਆ ਹੈ, ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਵੇਗਾ। ਛੇਤੀ ਹੀ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲਾਂ ਮੋਢੇ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਹੋ ਚੁੱਕੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਖ਼ਤਰੇ ਵੱਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰੇਗਾ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵੇਰਵੇ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਸ ਪੰਨੇ ਉੱਤੇ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਵਾਲੀ ਸਾਰਣੀ ਆਮ ਦਰਾਂ ਦੱਸਦੀ ਹੈ।

ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਆਪਣੇ ਅੰਦਰਲੇ ਅਹਿਸਾਸ 'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕਰੋ। ਜੇ ਕੁਝ ਗ਼ਲਤ ਲੱਗੇ, ਤਾਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੋਵੇ, ਜ਼ਖ਼ਮ ਵਿੱਚ ਲਾਲੀ ਵਧ ਰਹੀ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਜ਼ਖ਼ਮ ਵਿੱਚੋਂ ਰਿਸਾਵ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਦਰਦ ਲਗਾਤਾਰ ਵਧਦਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿੰਨੀ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਸੋਜ ਆਵੇ, ਸਾਹ ਚੜ੍ਹੇ, ਜਾਂ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਬੇਅਰਾਮੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ। ਇਹ ਖੂਨ ਦੇ ਗਤਲੇ ਦੀਆਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀਆਂ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਜਾਂ ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਅਹਿਸਾਸ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ (ਸੁੰਨ ਹੋ ਜਾਵੇ), ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਹਿਲਾ ਨਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਛੇਤੀ ਫੜੇ ਜਾਣ 'ਤੇ ਹੱਲ ਕਰਨੀਆਂ ਆਸਾਨ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਕਿੱਥੇ ਪੜ੍ਹੀਏ

ਇਹ ਪੰਨਾ ਸਿਰਫ਼ 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](#) ਪੰਨੇ ਉੱਤੇ ਹੋਰ ਵਿਸਥਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।

ਮੋਢੇ ਦਾ ਪੂਰਾ ਜੋੜ ਬਦਲਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (Total Shoulder Arthroplasty)

ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਸਾਹਿਤ ਤੋਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ

80 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
ਸਟ੍ਰੈੱਸ ਸ਼ੀਲਡਿੰਗ (stress shielding, ਇੰਪਲਾਂਟ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦਾ ਪਤਲਾ ਹੋਣਾ)	36.4%	ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ ਦਿਖਣ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਜੋ ਡੰਡੀ (stem) ਦੀ ਲੰਬਾਈ ਅਤੇ ਸੇਧ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਹੈ; ਮਰੀਜ਼ ਉੱਤੇ ਇਸ ਦਾ ਅਸਰ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦਾ ਪਾਟਣਾ	5.6-29%	TSA (ਮੋਢੇ ਦਾ ਪੂਰਾ ਜੋੜ ਬਦਲਣ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਪਾਟ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਦਰਦ, ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ; ਕਫ਼ ਦੇ ਗੰਭੀਰ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫ਼ੇਲ੍ਹ ਹੋਣ 'ਤੇ ਰਿਵਰਸ ਸ਼ੋਲਡਰ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ (reverse shoulder arthroplasty, ਉਲਟੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਵਾਲਾ ਨਕਲੀ ਮੋਢਾ) ਵਿੱਚ ਬਦਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਦਰ	3.2-41.2%	ਵੱਖ-ਵੱਖ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਲਗਭਗ 5-10% ਨੂੰ 10 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ (revision) ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਨਸ ਦੱਬਣ ਵਾਲੇ ਸਿੰਡਰੋਮ	3-5%	ਲਗਭਗ 3-5% ਨੂੰ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਾਰਪਲ ਟਨਲ ਜਾਂ ਕਿਊਬਿਟਲ ਟਨਲ (cubital tunnel) ਸਿੰਡਰੋਮ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਬਾਂਹ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਹਰ ਆਉਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
ਹਿਲਜੁਲ ਘਟਣਾ ਜਾਂ ਅਕੜਾਅ	1.5%	ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਜੰਮਿਆ ਹੋਇਆ ਮੋਢਾ (adhesive capsulitis) ਜਾਂ ਕਾਫ਼ੀ ਅਕੜਾਅ (ਲਗਭਗ 2-5%) ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਲਈ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਹੇਠ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਹਿਲਾਉਣ (manipulation) ਜਾਂ ਜੋੜ ਦੀ ਝਿੱਲੀ ਨੂੰ ਰਿਲੀਜ਼ (ਕੱਟ ਕੇ ਢਿੱਲਾ ਕਰਨਾ, capsular release) ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।
ਜੋੜ ਦਾ ਉਤਰ ਜਾਣਾ (dislocation) ਜਾਂ ਅਸਥਿਰਤਾ	0.91-30%	ਖ਼ਤਰੇ ਦੇ ਕਾਰਕਾਂ ਵਿੱਚ ਸਬਸਕੈਪੂਲੈਰਿਸ (subscapularis) ਦੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ, ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੀ ਘਾਟ, ਨਕਲੀ ਹਿੱਸਿਆਂ ਦਾ ਗ਼ਲਤ ਥਾਂ ਲੱਗਣਾ, ਜਾਂ ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂਆਂ ਦਾ ਨਾਕਾਫ਼ੀ ਕੱਸਿਆ ਜਾਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।
ਲਾਗ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ)	0.71-1.9%	ਡੂੰਘੀ ਲਾਗ ਜਿਸ ਲਈ ਕਈ ਵਾਰ ਜੋੜ ਨੂੰ ਧੋਣ (washouts), ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਐਂਟੀਬਾਇਓਟਿਕਸ, ਅਤੇ ਸੰਭਵ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਕੱਢ ਕੇ ਪੜਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ; ਸੂਗਰ (ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼) ਅਤੇ ਕਮਜ਼ੋਰ ਰੋਗ-ਰੋਕੂ ਸ਼ਕਤੀ ਵਾਲੀਆਂ ਹਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਖ਼ਤਰਾ ਵੱਧ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਪੇਚੀਦਗੀ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਨਸਾਂ ਸੰਬੰਧੀ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ	0.7-2.4%	ਐਕਸਿਲਰੀ ਨਸ (axillary nerve) ਅਤੇ ਮਸਕੂਲੋਕਿਊਟੇਨੀਅਸ ਨਸ (musculocutaneous nerve) ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਖਤਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ; ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨਸ ਦੀਆਂ ਆਰਜ਼ੀ ਸੱਟਾਂ (neurapraxia) ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ 3-6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।
ਨਕਲੀ ਜੋੜ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (periprosthetic fracture)	0.46-1.40%	ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੌਰਾਨ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਡੌਲੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਤਿਆਰ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਜਾਂ ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਠੋਕ ਕੇ ਲਗਾਉਂਦੇ ਸਮੇਂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਓਸਟੀਓਪੋਰੋਸਿਸ (ਹੱਡੀਆਂ ਦਾ ਕਮਜ਼ੋਰ ਅਤੇ ਭੁਰਭੁਰਾ ਹੋਣਾ) ਵਾਲੀ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ; ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਡਿੱਗਣ ਨਾਲ ਵੀ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।
ਗਲੇਨੋਇਡ (ਕੋਲੀ ਵਾਲੇ) ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣਾ	0.45-24%	10 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਦੀ ਪੇਚੀਦਗੀ; ਇਸ ਨਾਲ ਦਰਦ, ਕਲਿੱਕ ਦੀ ਆਵਾਜ਼, ਜਾਂ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਗਿਰਾਵਟ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਲਈ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।
ਹੀਮੋਟੋਮਾ (ਚਮੜੀ ਹੇਠ ਖੂਨ ਦਾ ਜਮਾਅ)	0.3-15%	ਇਸ ਦੇ ਹੋਣ ਦੀ ਦਰ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਹੈ; ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਦਰਾਂ ਦੱਸੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।
ਆਮ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ	0.18-1.4%	ਪੂਰੇ ਸਰੀਰ ਦੀਆਂ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਫੇਫੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਦਾ ਗਤਲਾ (pulmonary embolism), ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ, ਅਧਰੰਗ ਦਾ ਦੌਰਾ (stroke), ਜਾਂ ਫੇਫੜੇ ਦੇ ਦੁਆਲੇ ਹਵਾ ਭਰ ਜਾਣਾ (pneumothorax) ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।
ਡੌਲੇ ਵਾਲੇ (ਹਿਊਮਰਲ) ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣਾ ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਧਸ ਜਾਣਾ	—	ਬਿਨਾਂ ਡੰਡੀ (stemless) ਵਾਲੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਬਚਾਉਂਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣਾ ਜਾਂ ਹੇਠਾਂ ਧਸਣਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਮਾੜੀ ਹੱਡੀ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਜਲਦੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਨਾਲ।
ਰਿਵਰਸ ਸ਼ੋਲਡਰ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ ਵਿੱਚ ਬਦਲਣਾ	—	ਰੋਟੇਟਰ ਕਫ਼ ਦੇ ਫ਼ੇਲੂ ਹੋਣ, ਗਲੇਨੋਇਡ ਦੇ ਢਿੱਲੇ ਹੋਣ, ਅਸਥਿਰਤਾ, ਜਾਂ ਵਧਦੀ ਜੋੜ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ (arthropathy) ਕਾਰਨ ਲਗਭਗ 3-8% ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ 10 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਬਦਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।
ਨਕਲੀ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਫ਼ੇਲੂ ਹੋਣਾ	—	ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਪੌਲੀਐਥੀਲੀਨ (ਪਲਾਸਟਿਕ) ਦਾ ਘਿਸਣਾ, ਡੌਲੇ ਵਾਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਖੁੱਲ੍ਹ ਜਾਣਾ, ਬੇਸਪਲੇਟ (baseplate) ਦਾ ਫ਼ੇਲੂ ਹੋਣਾ, ਸਕਰੂ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ, ਜਾਂ ਗਲੇਨੋਇਡ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
ਲਗਾਤਾਰ ਦਰਦ ਜਾਂ ਅਸੰਤੁਸ਼ਟੀ	—	ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਬਾਕੀ ਰਹਿ ਗਏ ਲੱਛਣ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਗਰਦਨ ਵੱਲ ਜਾਂਦਾ ਦਰਦ, ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਮੋਢੇ ਉੱਤੇ ਲੇਟਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ, ਜਾਂ ਕਲਿੱਕ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ।

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