

ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਜੋਡ (DRUJ) ਦੀ ਸਰਜਰੀ

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

ਮੈਨੂਅਲ ਕੰਮ, ਖੇਡਾਂ, ਜਿਮ

ਅੰਤਿਮ ਨਤੀਜੇ ਦਾ ਟਿਕ ਜਾਣਾ

ਦਰਦ ਅਤੇ ਤਾਕਤ

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 ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਚੀਰ-ਫਾੜ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਜੀਪੀ (ਫੈਮਿਲੀ ਡਾਕਟਰ) ਵੱਲੋਂ ਸਾਡੇ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿੱਚ ਭੇਜਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ; ਜੇ ਕਿਸੇ ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪਿਸਟ ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ Medicare ਰਿਬੇਟ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੀਪੀ ਤੋਂ ਰੈਫਰਲ ਲੈਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਤਕਲੀਫ਼ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਦਾ ਕਾਰਨ ਪਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਜਿੱਥੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਸਕੈਨ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹਾਂ।

ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਜੋਡ (distal radioulnar joint, DRUJ) ਤੁਹਾਡੀ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ (forearm) ਦੀਆਂ ਦੋ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਜੋਡ ਹੈ, ਜੋ ਗੁੱਟ ਤੋਂ ਠੀਕ ਉੱਪਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਉੱਤੇ ਸਰਜਰੀ ਦਾ ਸੁਝਾਅ ਉਦੋਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਹ ਜੋਡ ਘਿਸ ਗਿਆ ਹੋਵੇ, ਅਸਥਿਰ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਸੱਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਨੁਕਸਾਨਿਆ ਗਿਆ ਹੋਵੇ, ਅਤੇ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਰਦ, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ, ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਪਕੜ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ। ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ ਅਸੀਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਅਜ਼ਮਾਉਂਦੇ ਹਾਂ: ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ, ਫਿਜ਼ੀਓਥੈਰੇਪੀ ਜਾਂ ਹੈੱਡ ਥੈਰੇਪੀ, ਅਤੇ ਸਪਲਿੰਟ। ਸਰਜਰੀ ਉਦੋਂ ਵਿਚਾਰ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਦਮਾਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਨਾ ਮਿਲਿਆ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਜੋਡ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਸੱਟਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਤੋਂ ਹੀ ਅਸਥਿਰ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਅਸੀਂ ਸਿੱਧੇ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਸਲਾਹ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਟੀਚਾ ਤੁਹਾਡੇ ਦਰਦ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣ ਅਤੇ ਹੱਥ ਵਰਤਣ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਆਰਾਮ ਅਤੇ ਭਰੋਸਾ ਦੇਣਾ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਜਰੀ ਬੁੱਕ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤਿਆਰੀ ਲਈ ਸਾਫ਼ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੇਵਾਂਗੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਪਹਿਲਾਂ ਖਾਣਾ ਅਤੇ ਪੀਣਾ ਬੰਦ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ। ਅਸੀਂ ਘੱਟ ਸਮੇਂ ਦੀ ਬਜਾਏ ਸੱਤ ਘੰਟੇ ਮੰਗਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਜੇ ਦਿਨ ਦਾ ਕੰਮ ਜਲਦੀ ਚੱਲੇ ਤਾਂ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਵਾਰੀ ਪਹਿਲਾਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਿਯਮਤ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਲਿਖਤੀ ਸੂਚੀ ਹਸਪਤਾਲ ਲਿਆਓ, ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਾਂਗੇ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਕਦੋਂ ਰੋਕਣੀਆਂ ਹਨ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਕੋਈ ਵਾਧੂ ਟੈਸਟ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਬੀਮਾਰੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈਸਟਾਂ ਜਾਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ), ਯਾਨੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ, ਨਾਲ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਰ ਲੈ ਜਾਣ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਉਸ ਦਿਨ ਢਿੱਲੇ, ਆਰਾਮਦਾਇਕ ਕੱਪੜੇ ਪਾਓ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸਰਜੀਕਲ ਦਾਖ਼ਲਾ ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦੇ ਹੋ। ਉੱਥੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਖ਼ਲਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਥੀਏਟਰ ਲਈ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਅਨੱਸਥੀਟਿਸਟ ਨੂੰ ਮਿਲੋਗੇ, ਜੋ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਡੇ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਰਲ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ (ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ) ਦੇ ਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ ਤੋਂ ਰਾਹਤ ਲਈ ਕਈ ਵਾਰ ਰੀਜਨਲ ਨਰਵ ਬਲਾਕ (ਨਸ ਨੂੰ ਸੁੰਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਟੀਕਾ) ਵੀ ਦਿੱਤਾ 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 ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਹੋਸ਼ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਤੱਕ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਹਾਲਤ ਸਥਿਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਕਿਵੇਂ ਚੱਲ ਰਹੀ ਹੈ, ਇਸ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤਾਂ ਵਾਰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਘਰ ਜਾਂਦੇ ਹੋ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਇਸ ਜੋੜ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਦੇ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਤਰੀਕੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸਹੀ ਤਰੀਕਾ ਇਸ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜੋੜ ਵਿੱਚ ਕੀ ਖਰਾਬੀ ਹੈ। ਜੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ (ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜੋੜ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਉਤਰ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਹੱਡੀਆਂ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਹੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਲਿਆਵੇਗਾ ਅਤੇ ਜੁੜਨ ਤੱਕ ਉੱਥੇ ਟਿਕਾ ਕੇ ਰੱਖੇਗਾ, ਕਈ ਵਾਰ ਪਲੱਸਤਰ (cast) ਨਾਲ। ਜੇ ਜੋੜ ਘਿਸਿਆ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ, ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਿਰੇ ਦਾ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਹਟਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ, ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ, ਇੱਕ ਚੀਰੇ ਰਾਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਸ ਘਿਸੀ ਹੋਈ ਹੱਡੀ ਦੀ ਸਤ੍ਹਾ ਨੂੰ ਹਟਾਉਣ ਨਾਲ, ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਘੁਮਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਦੋਵੇਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦਾ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਰਗੜਨਾ ਬੰਦ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਜੋੜ ਘਿਸਿਆ ਹੋਣ ਦੀ ਬਜਾਏ ਢਿੱਲਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਉਸ ਨੂੰ ਜੋੜ ਕੇ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਲਿਗਾਮੈਂਟ (ligaments) ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਲਿਗਾਮੈਂਟ ਟਿਸ਼ੂ ਦੀਆਂ ਮਜ਼ਬੂਤ ਪੱਟੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਇੱਕ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਦੂਜੀ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਟੈਂਡਨ (tendon) ਦੇ ਇੱਕ ਟੁਕੜੇ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਮਾਸਪੇਸ਼ੀ ਨੂੰ ਹੱਡੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਾਲਾ ਟਿਸ਼ੂ ਹੈ; ਇਸ ਨੂੰ ਹੱਡੀਆਂ ਵਿੱਚ ਛੋਟੇ ਛੋਟੇ ਰਾਹੀਂ ਪਰੋਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਜੋੜ ਨੂੰ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਨਵੇਂ ਪਟੇ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰੇ। ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਹੀ ਸੰਭਵ ਹੈ ਜਦੋਂ ਜੋੜ ਦੀਆਂ ਸਤ੍ਹਾਵਾਂ ਅਜੇ ਵੀ ਸਿਹਤਮੰਦ ਹੋਣ।

ਜੇ ਸਾਰਾ ਜੋੜ ਬੁਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਘਿਸ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਉਸ ਨੂੰ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਸਿਰੇ ਵਾਲੀ ਨੁਕਸਾਨੀ ਹੱਡੀ ਹਟਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਦੀ ਥਾਂ ਧਾਤ ਦਾ, ਅਤੇ ਕਈ ਵਾਰ ਪਲਾਸਟਿਕ ਦੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਵਾਲਾ, ਨਕਲੀ ਜੋੜ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀਆਂ ਦੋਵੇਂ ਹੱਡੀਆਂ ਦੁਬਾਰਾ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਉੱਤੇ ਸੁਚੱਜੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਹਿੱਲ ਸਕਣ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਅੰਤ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਚੀਰੇ ਨੂੰ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਬੰਦ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਉੱਤੇ ਪੱਟੀ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਸ਼ ਆਵੇਗੀ, ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਪੱਟੀ ਬੰਨ੍ਹੀ ਹੋਵੇਗੀ, ਅਤੇ ਪੱਟੀ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨ ਲੱਗੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ।

ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਸ਼ ਆਵੇਗੀ, ਤੁਸੀਂ ਰਿਕਵਰੀ ਵਾਲੀ ਥਾਂ ਉੱਤੇ ਹੋਵੋਗੇ, ਅਤੇ ਅਨੱਸਥੀਸੀਆ ਦਾ ਅਸਰ ਉਤਰਨ ਦੌਰਾਨ ਨਰਸਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂਚ ਕਰਦੀਆਂ ਰਹਿਣਗੀਆਂ। ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਥ ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਪੱਟੀ ਬੰਨ੍ਹੀ ਹੋਵੇਗੀ, ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਦੇਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਲਿੰਗ (ਬਾਂਹ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪੱਟੀ) ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਰਾਮ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਲਈ ਅਸੀਂ ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਦੇਵਾਂਗੇ; ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਨਹੀਂ ਘਟ ਰਿਹਾ ਤਾਂ ਨਰਸਾਂ ਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਜਿਵੇਂ ਹੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਯੋਗ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰੋ, ਤੁਸੀਂ ਉੱਠ ਕੇ ਤੁਰ-ਫਿਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਪਹਿਲੇ 24 ਘੰਟੇ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਟੀਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਉਸੇ ਦਿਨ ਘਰ ਜਾਓਗੇ ਜਾਂ ਇੱਕ ਰਾਤ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰਹੋਗੇ। ਅਸੀਂ ਪੱਟੀ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਲੱਗੀ ਰਹਿਣ ਦਿੰਦੇ ਹਾਂ; ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾ ਉਤਾਰੋ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਾ ਕਹੀਏ। ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਦੇ ਹਾਂ, ਉਦੋਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਬਦਲਦੇ ਜਾਂ ਉਤਾਰਦੇ ਹਾਂ।

ਸਿਹਤਯਾਬੀ

ਪਹਿਲੇ ਕੁਝ ਦਿਨ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਅਤੇ ਸੋਜ ਹੋਵੇਗੀ, ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਟੀਸਾਂ ਪੈ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਰਾਤ ਨੂੰ। ਆਪਣਾ ਹੱਥ ਸਿਰਹਾਣਿਆਂ ਉੱਤੇ ਉੱਚਾ ਰੱਖਣ ਨਾਲ, ਸੌਣ ਵੇਲੇ ਵੀ, ਸੋਜ ਘਟਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਸਾਡੀ ਦਿੱਤੀ ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਉਦੋਂ ਕੰਮ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਦਰਦ ਵਧਣ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਏ ਨਿਯਮਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੈਂਦੇ ਹੋ।

ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਤੋਂ ਬਾਂਹ ਉੱਤੇ ਪੱਟੀ ਬੰਨ੍ਹੀ ਅਤੇ ਸਲਿੰਗ ਵਿੱਚ ਟਿਕਾਈ ਹੋਈ ਨਾਲ ਜਾਓਗੇ। ਪੱਟੀ ਲਗਭਗ 10 ਦਿਨ ਲੱਗੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਾਂਗੇ ਉਦੋਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਬਦਲਾਂਗੇ ਜਾਂ ਉਤਾਰਾਂਗੇ। ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡਾ ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ (rehabilitation) Extend Rehabilitation ਵਿਖੇ ਰੂਬੀ ਡੂਲਨ ਨਾਲ ਹੋਵੇਗਾ। ਰੂਬੀ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਹੈ: ਉਹ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਸਰਤਾਂ ਵਿੱਚ ਅਗਵਾਈ ਕਰੇਗੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਸਪਲਿੰਟ ਬਣਾਏਗੀ। ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ, ਕਸਰਤਾਂ ਹਲਕੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਉਂਗਲਾਂ, ਕੂਹਣੀ ਅਤੇ ਮੋਢੇ ਨੂੰ ਹਿਲਦਾ ਰੱਖਣ ਉੱਤੇ ਧਿਆਨ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਿਵੇਂ-ਜਿਵੇਂ ਠੀਕ ਹੋਣਾ ਅੱਗੇ ਵਧਦਾ ਹੈ, ਕਸਰਤਾਂ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਕੜ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨ ਉੱਤੇ ਕੰਮ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ, ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੰਮਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਦੋਵੇਂ ਹੱਥ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕੱਪੜੇ ਪਾਉਣਾ, ਖਾਣਾ ਬਣਾਉਣਾ ਅਤੇ ਚੀਜ਼ਾਂ ਚੁੱਕ ਕੇ ਲਿਜਾਣਾ। ਜਦੋਂ ਸੋਜ ਘਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਵਾਪਸ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮ ਆਸਾਨ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਦਰਦ ਦੇ ਪਕੜ ਸਕੋ ਅਤੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਆਰਾਮ ਨਾਲ ਘੁਮਾ ਸਕੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਦੇਖੋਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਹੋਰ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣਾ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤਯਾਬੀ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਹਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੱਡੀ ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ ਚਲਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ: ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਲਿੰਗ ਜਾਂ ਸਪਲਿੰਟ ਵਿੱਚ ਹੋਵੋ, ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਤਾਕਤਵਰ ਦਰਦ ਦੀ ਦਵਾਈ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋਵੋ, ਅਤੇ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਦੋਵਾਂ ਹੱਥਾਂ ਨਾਲ ਸਟੀਅਰਿੰਗ ਫੜ ਕੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿੱਚ ਅਚਾਨਕ ਬ੍ਰੇਕ ਲਾਉਣ ਲਈ ਫੁਰਤੀ ਨਾਲ ਪ੍ਰਤੀਕਿਰਿਆ ਨਾ ਕਰ ਸਕੋ। ਸਾਡੀ [ਉੱਪਰਲੇ ਅੰਗ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ](#) ਬਾਰੇ ਗਾਈਡ ਦੇਖੋ।

ਹਰ ਕੋਈ ਆਪਣੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਨਾਲ ਠੀਕ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਂ-ਕ੍ਰਮ ਵੱਖਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਸਰਜਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡਾ ਹੈਂਡ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਹਰ ਕਦਮ ਉੱਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਵਾਈ ਕਰਨਗੇ।

ਕੀ ਗ਼ਲਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ

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

ਜੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਗੱਡੀ ਦੇ ਸਿਰੇ ਦਾ ਕੁਝ ਹਿੱਸਾ ਹਟਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਬਾਕੀ ਬਚਿਆ ਸਿਰਾ ਕਈ ਵਾਰ ਖਿਸਕ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨੇੜਲੀਆਂ ਬਣਤਰਾਂ ਨਾਲ ਦੱਬ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਬਾਂਹ ਦਾ ਹੇਠਲਾ ਹਿੱਸਾ ਘੁਮਾਉਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੁੱਟ ਦੇ ਛੋਟੀ ਉਂਗਲ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਤਿੱਖਾ ਜਾਂ ਰਗੜ ਵਾਲਾ ਦਰਦ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਅਜਿਹਾ ਲੱਗ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੁਝ ਅਟਕ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਅਗਲੀ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰੋ।

ਕੁਝ ਲੋਕ ਦੇਖਦੇ ਹਨ ਕਿ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਘੱਟ ਹੈ ਪਰ ਅਕਸਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਗੁੱਟ ਅੱਗੇ ਵੱਲ ਘੱਟ ਮੁੜਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਘੁਮਾਉਣਾ ਸੀਮਤ ਲੱਗਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਕਸਰ ਤੁਹਾਡਾ ਮੋਢਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਲੱਗੇ ਬਿਨਾਂ ਉਹ ਕੰਮ ਸੰਭਾਲ ਲੈਂਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਲਈ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਥੋੜ੍ਹਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਿਸ ਹਿਲਜੁਲ ਤੋਂ ਤੁਸੀਂ ਖੁਸ਼ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਉਸ ਬਾਰੇ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਦੱਸੋ।

ਜੇ ਇਸ ਜੋੜ ਨੂੰ ਗੁੱਟ ਦੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੇ ਨਾਲ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਸੀ, ਤਾਂ ਜੋੜ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਆਪਣੀ ਥਾਂ ਤੋਂ ਖਿਸਕ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਕਈ ਵਾਰ ਪਹਿਲੇ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ। ਇਹ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਨਜ਼ਰੋਂ ਰਹਿ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਨਵੇਂ ਦਰਦ, ਸੋਜ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਗੁੱਟ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਉੱਤੇ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖੋ, ਅਤੇ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦਿਖਣ ਤਾਂ ਕਲੀਨਿਕ ਨੂੰ ਦੱਸੋ।

ਗੁੱਟ ਦੇ ਉਸ ਪਾਸੇ ਦੀ ਕਾਰਟੀਲੇਜ (cartilage) ਦੀ ਗੱਦੀ ਦਾ ਪਾਟਣਾ, ਜੋ ਇਲਾਜ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਜੋੜ ਨੂੰ ਢਿੱਲਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਵਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਟਿੱਕ-ਟਿੱਕ ਦੀ ਆਵਾਜ਼, ਗੁੱਟ ਉੱਤੇ ਭਾਰ ਪਾਉਣ ਵੇਲੇ ਖਿਸਕਣ ਜਾਂ ਖੜਕੇ ਦਾ ਅਹਿਸਾਸ, ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਪਕੜ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਹੋਰ ਇਲਾਜ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਜੋੜ ਢਿੱਲਾ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਈ ਵਾਰ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਸਮੇਂ ਨਾਲ ਸੁਧਰ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਦੂਜੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦੀ। ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅਲਨਾ (ulna) ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਲੱਛਣ ਅਕਸਰ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੱਕ ਸੁਧਰਦੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।

ਜਵਾਨੀ ਤੋਂ ਚੱਲੇ ਆ ਰਹੇ ਗੁੱਟ ਦੇ ਪੁਰਾਣੇ ਟੇਢੇਪਣ ਵਿੱਚ, ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਜੋੜ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਘਿਸ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਅਸਥਿਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਗੰਭੀਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਟੈਂਡਨ ਕਿਸੇ ਉੱਥਰੀ ਹੋਈ ਹੱਡੀ ਉੱਤੇ ਰਗੜ ਖਾ ਕੇ ਘਿਸ ਕੇ ਟੁੱਟ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਅਚਾਨਕ ਇੱਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ਉਂਗਲਾਂ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਕੋਈ ਉਂਗਲ ਸਿੱਧੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਤਾਂ ਬਿਨਾਂ ਦੇਰੀ ਕਲੀਨਿਕ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਗੁੱਟ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਵਾਂਗ, ਹੱਡੀਆਂ ਹੌਲੀ ਜੁੜ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਜੁੜਨ ਵਿੱਚ ਨਾਕਾਮ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਜਿੱਥੋਂ ਹੱਡੀ ਹਟਾਈ ਗਈ ਸੀ ਉਹ ਥਾਂ ਅਸਥਿਰ ਅਤੇ ਦਰਦ ਵਾਲੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਗੁੱਟ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਦਰਦ ਬਾਰੇ ਜਾਂਚ ਵੇਲੇ ਗੱਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

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

ਸਾਨੂੰ ਕਦੋਂ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਜ਼ਖ਼ਮ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਦੀ ਚਮੜੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਾਲ, ਸੁੱਜੀ ਹੋਈ ਜਾਂ ਰਿਸਣ ਵਾਲੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਦਰਦ ਅਚਾਨਕ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਪਹਿਲੇ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਨਵਾਂ ਦਰਦ ਜਾਂ ਸੋਜ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਕੋਈ ਉਂਗਲ ਸਿੱਧੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਗੁੱਟ ਢਿੱਲਾ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਟਿੱਕ-ਟਿੱਕ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਜਵਾਬ ਦੇ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿੰਨੀ (ਲੱਤ ਦੀ ਪਿੰਨੀ, calf) ਵਿੱਚ ਸੋਜ ਜਾਂ ਦਰਦ, ਸਾਹ ਚੜ੍ਹਨਾ, ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ, ਹੱਥ ਵਿੱਚ ਸੁੰਨਪਨ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬਾਂਹ ਜਾਂ ਉਂਗਲਾਂ ਨਹੀਂ ਹਿਲਾ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਭਾਗ ਜਾਓ।

ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ

ਇਹ ਹਿੱਸਾ ਉਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿੰਨਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ। ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਜੋੜ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਪੜ੍ਹਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਗੁੱਟ ਵਿੱਚ ਇਹ ਉਹ ਜੋੜ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਮਾਪਣ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਸਭ ਤੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਾਰ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇਸ਼ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਉਡੀਕ ਕਰਨਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਾਰ ਸਹੀ ਜਵਾਬ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਢੰਗ ਨਾਲ ਮਾਪ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ

ਇਸ ਜੋੜ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦੀ ਪਛਾਣ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਹੱਥ ਦੇ ਅਹਿਸਾਸ ਨਾਲ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ: ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਅਲਨਾ ਨੂੰ ਰੇਡੀਅਸ (radius) ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਹਿਲਾਉਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇੱਕ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਜਾਂਚ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਬਾਰੇ 2025 ਦੀ ਇੱਕ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਸਾਫ਼ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਿਆ ਕਿ ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਜੋੜ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਨੂੰ ਪਰਖਣ ਲਈ ਭਰੋਸੇਯੋਗ, ਅੰਕਾਂ ਵਿੱਚ ਮਾਪਣਯੋਗ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਅਜੇ ਪੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੋਈ, ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵਿਕਸਿਤ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ [1]।

ਇਸ ਦਾ ਤੁਹਾਡੇ ਉੱਤੇ ਸਿੱਧਾ ਅਸਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਪਛਾਣ ਇੱਕ ਨਿੱਜੀ ਰਾਇ ਵਾਲੇ ਟੈਸਟ ਉੱਤੇ ਟਿਕੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਕਿਸੇ ਜੋੜ ਨੂੰ ਅਸਥਿਰ ਕਹਿਣ ਦੀ ਹੱਦ ਇੱਕ ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਤੋਂ ਦੂਜੇ ਤੱਕ ਵੱਖਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਦਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਦੀ ਹੱਦ ਵੀ। ਇੱਥੇ ਦੂਜੀ ਰਾਇ ਲੈਣਾ ਬੇਭਰੋਸਗੀ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਇਹ ਜਾਣੀਆਂ-ਪਛਾਣੀਆਂ ਸੀਮਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਟੈਸਟ ਪ੍ਰਤੀ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਜਵਾਬ ਹੈ।

ਗੁੱਟ ਦੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਲਨਾ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦਰਦ ਠੀਕ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ

ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਰਦ ਵਾਲੇ ਗੁੱਟ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਲਾਭਦਾਇਕ ਇਕੱਲੀ ਖੋਜ ਹੈ। ਇੱਕ ਵਿਆਪਕ ਸਮੀਖਿਆ ਨੇ ਸਿੱਟਾ ਕੱਢਿਆ ਕਿ ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰਾਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਗੁੱਟ ਦੇ ਅਲਨਾ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਲਈ, ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਉਮੀਦ ਨਾਲ ਕਿ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਕਾਫ਼ੀ ਸੁਧਾਰ ਹੋਵੇਗਾ [2]।

ਇੱਕ ਸਾਲ ਉਸ ਤੋਂ ਲੰਬਾ ਹੈ ਜਿੰਨੀ ਉਡੀਕ ਬਾਰੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲੋਕ ਸੁਣਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਮੁਲਾਕਾਤ ਵਿੱਚ ਦੋਹਾਂ ਪਾਸਿਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦਖ਼ਲ ਦੇਣ ਦੀ ਇੱਛਾ ਤੇਜ਼ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਉਸੇ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਅਪਵਾਦ ਅਹਿਮ ਅਤੇ ਖ਼ਾਸ ਹੈ: ਜੋੜ ਦਾ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਕਾਫ਼ੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਅੰਸ਼ਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਉਤਰ ਜਾਣਾ (subluxation), ਜੋ ਬਾਂਹ ਦੇ ਹੇਠਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਘੁਮਾਅ ਨੂੰ ਸਰੀਰਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਦਾ ਸਿਰਫ਼ ਨਿਰੀਖਣ ਨਹੀਂ ਸਗੋਂ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ [2]।

ਇਸ ਲਈ ਮੂਲ ਰਾਹ ਸਬਰ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਛੱਡਣ ਦਾ ਇੱਕ ਸਪਸ਼ਟ ਕਾਰਨ ਹੈ।

ਜਦੋਂ ਬਚਾਅ ਵਾਲੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਚੋਣ ਦਿਖਣ ਨਾਲੋਂ ਬਾਰੀਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ

ਜੇ ਜੋੜ ਨਸ਼ਟ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਇਲਾਜ ਸੱਚਮੁੱਚ ਨਾਕਾਮ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਰਵਾਇਤੀ ਵਿਕਲਪ ਹਨ ਡੈਰਾਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ (Darrach procedure), ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਅਲਨਾ ਦਾ ਸਿਰਾ ਹਟਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸੇਵੇ-ਕਪਾਂਜੀ (Sauvé-Kapandji) ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ, ਜੋ ਜੋੜ ਨੂੰ ਪੱਕੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜੋੜ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਘੁਮਾਅ ਲਈ ਥੋੜ੍ਹਾ ਉੱਪਰ ਵੱਲ ਇੱਕ ਖਾਲੀ ਥਾਂ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ।

ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਇੱਕ ਸਿਸਟਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ (systematic review) ਵਿੱਚ, ਮੂਲ ਬੀਮਾਰੀ ਭਾਵੇਂ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਵੇ, ਸੰਤੁਸ਼ਟੀ ਮਿਲਦੀ-ਜੁਲਦੀ ਪਾਈ ਗਈ, ਅਤੇ ਹਿਲਜੁਲ ਦੀ ਹੱਦ, ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਕੁੱਲ ਕੰਮਕਾਜ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਵੀ ਇੱਕੋ ਜਿਹਾ ਸੀ [3]। ਫ਼ਰਕ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਦਰ ਵਿੱਚ ਸੀ, ਜੋ ਸੇਵੇ-ਕਪਾਂਜੀ ਨਾਲ ਵੱਧ ਸੀ [3]।

ਇਹ ਇੱਕ ਸਾਫ਼ ਫ਼ਰਕ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਦੋ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਇੱਕੋ ਨਤੀਜਾ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਉੱਥੇ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਹੋਰ ਓਪਰੇਸ਼ਨਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇ ਉਸ ਦਾ ਫ਼ਾਇਦਾ ਹੈ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਸੇਵੇ-ਕਪਾਂਜੀ ਦੀ ਉੱਥੇ ਅਜੇ ਵੀ ਭੂਮਿਕਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਕਾਰਪਸ (carpus, ਗੁੱਟ ਦੀਆਂ ਛੋਟੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ) ਨੂੰ ਅਲਨਾ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਤੋਂ ਮਿਲਦਾ ਸਹਾਰਾ ਬਚਾ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਮਾਇਨੇ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸੇ ਲਈ ਹੀ ਇਹ ਬਣਾਈ ਗਈ ਸੀ।

ਅਲਨਰ ਇੰਪੈਕਸ਼ਨ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਆਪਣਾ ਜਵਾਬ ਹੈ

ਅਲਨਾ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲਤਨ ਬਹੁਤ ਲੰਬੀ ਹੋਣ ਕਾਰਨ ਅਲਨਾ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਦਾ ਦਰਦ, ਯਾਨੀ ਅਲਨਰ ਇੰਪੈਕਸ਼ਨ ਸਿੰਡਰੋਮ (ulnar impaction syndrome), ਦਾ ਇਲਾਜ ਭਾਰ ਦੇ ਰਸਤੇ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰਕੇ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਤਾਂ ਅਲਨਾ ਦੀ ਡੰਡੀ ਨੂੰ ਕੱਟ ਕੇ ਛੋਟਾ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਸਰਜਰੀ ਨਾਲ ਅਲਨਾ ਦੇ ਸਿਰ ਦਾ ਗੋਲ ਉੱਪਰਲਾ ਹਿੱਸਾ ਹਟਾ ਕੇ। 311 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਮੈਟਾ-ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ (meta-analysis) ਵਿੱਚ ਦੋਵੇਂ ਕਾਰਗਰ ਪਾਏ ਗਏ, ਅਤੇ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਵੇਫ਼ਰ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ (wafer procedure) ਵਿੱਚ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਘੱਟ ਅਤੇ ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਦਰ ਘੱਟ ਸੀ [4]।

ਡੰਡੀ ਦੀ ਓਸਟੀਓਟੋਮੀ (osteotomy, ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਕੱਟਣਾ) ਵਿੱਚ ਪਲੇਟ, ਜੁੜਨ ਵਾਲੀ ਹੱਡੀ ਅਤੇ ਕੱਟੀ ਹੱਡੀ ਦੇ ਨਾ ਜੁੜਨ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ; ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤਿੰਨਾਂ ਤੋਂ ਬਚਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਜਿੱਥੇ ਸਰੀਰ ਦੀ ਬਣਤਰ ਇਸ ਦੇ ਅਨੁਕੂਲ ਹੋਵੇ, ਉੱਥੇ ਇਹ ਇੱਕ ਅਰਥਪੂਰਨ ਫ਼ਰਕ ਹੈ।

ਹਵਾਲੇ

[1] Christy M, Wright DJ, Goldfarb CA. Assessment strategies for distal radioulnar joint instability: current state and a need for improved tools. J Hand Surg Am. 2025;50(12):1505-14. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2025.06.021>

- [2] Giddins G. The distal radioulnar joint after distal radial fractures: when and how do we need to treat pain, stiffness or instability? J Hand Surg Eur Vol. 2023;48(3):230-45. <https://doi.org/10.1177/17531934221140238>
- [3] Lamont S, Debkowska M, Johnsen P, Froehle A, Cotterell IH, Isaacs J. Outcomes of Darrach and Sauvé-Kapandji procedures: a systematic review. Hand (N Y). 2022;19(1):68-73. <https://doi.org/10.1177/15589447221107697>
- [4] Shi H, Huang Y, Shen Y, Wu K, Zhang Z, Li Q. Arthroscopic wafer procedure versus ulnar shortening osteotomy for ulnar impaction syndrome: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-04611-4>

ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਜੋੜ (DRUJ) ਦੀ ਸਰਜਰੀ

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
ਦੁਬਾਰਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ	25.0%	ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਜੋੜ ਲਈ ਨਕਲੀ ਜੋੜ ਲਗਾਉਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (prosthetic arthroplasty) ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਸਿਸਟਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ (n=1525)।
ਮਸ਼ੀਨੀ ਲੱਛਣ (ਜਿਵੇਂ ਅਟਕਣਾ ਜਾਂ ਖੜਕਾ)	12.5%	ਡੈਰਾਕ (Darrach) ਅਤੇ ਸੇਵੇ-ਕਪਾਂਜੀ (Sauvé-Kapandji) ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਸਿਸਟਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਹੱਡੀ ਦਾ ਨਾ ਜੁੜਨਾ (nonunion)	2.3%	ਡੈਰਾਕ ਅਤੇ ਸੇਵੇ-ਕਪਾਂਜੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਸਿਸਟਮੈਟਿਕ ਸਮੀਖਿਆ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਅਸਥਿਰਤਾ ਦਾ ਮੁੜ ਆਉਣਾ	4.4%	ਐਕਸਟੈਂਸਰ ਰੈਟੀਨਾਕੁਲਮ ਕੈਪਸੂਲੋਰੈਫ਼ੀ (extensor retinaculum capsulorrhaphy, ਜੋੜ ਦੀ ਝਿੱਲੀ ਨੂੰ ਕੱਸਣਾ) ਅਤੇ ਟਾਂਕਿਆਂ ਨਾਲ ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ 88 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਅਗਾਂਹ-ਮੁਖੀ ਸਮੂਹ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਹੈਟਰੋਟੋਪਿਕ ਓਸੀਫਿਕੇਸ਼ਨ (heterotopic ossification, ਨਰਮ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਬਣ ਜਾਣਾ)	10.0%	Aptis ਪੂਰੇ ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਨਕਲੀ ਜੋੜ ਵਾਲੇ 10 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਚੱਲੇ ਇੱਕ ਅਗਾਂਹ-ਮੁਖੀ ਸਮੂਹ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਨਕਲੀ ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਹੱਡੀ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ (periprosthetic fracture)	10.0%	Aptis ਪੂਰੇ ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਨਕਲੀ ਜੋੜ ਵਾਲੇ 10 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਚੱਲੇ ਇੱਕ ਅਗਾਂਹ-ਮੁਖੀ ਸਮੂਹ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਮੁਰੰਮਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ DRUJ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦਾ ਮੁੜ ਆਉਣਾ	3.7%	ਪਿਛਲੀ ਕੈਪਸੂਲ ਨੂੰ ਤਹਿ ਕਰਕੇ ਕੱਸਣ (dorsal capsular imbrication) ਦੇ ਨਾਲ TFCC ਦੀ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ (ਆਰਥਰੋਸਕੋਪਿਕ) ਮੁਰੰਮਤ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ 225 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਪਿਛਾਂਹ-ਮੁਖੀ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਅਲਨਾ ਦੇ ਸਿਰ ਦਾ ਹਥੇਲੀ ਵਾਲੇ ਪਾਸੇ ਵੱਲ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਉਤਰ ਜਾਣਾ	1.2%	ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਅਸ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਅਤੇ DRUJ ਦੇ ਉਤਰ ਜਾਣ ਵਾਲੇ 173 ਬਜ਼ੁਰਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਪਿਛਾਂਹ-ਮੁਖੀ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।

ਪੇਚੀਦਗੀ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਢਿੱਲੇ ਜੋੜਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ DRUJ ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ ਦਾ ਮੁੜ ਆਉਣਾ	17.7%	ਸਾਰੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਜੋੜਾਂ ਵਿੱਚ ਢਿੱਲਾਪਣ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਦੂਰਬੀਨ ਵਾਲੀ ਫੋਵੀਅਲ ਮੁਰੰਮਤ (foveal repair) ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ 120 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਪਿਛਾਂਹ-ਮੁਖੀ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਐਕਸ-ਰੇ ਉੱਤੇ DRUJ ਦੇ ਓਸਟੀਓਆਰਥਰਾਈਟਿਸ (ਜੋੜਾਂ ਦਾ ਘਿਸਣਾ) ਦੇ ਨਿਸ਼ਾਨ	20.0%	ਅਲਨਾ ਨੂੰ ਛੋਟਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਓਸਟੀਓਟੋਮੀ (ulnar shortening osteotomy) ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ 66 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਪਿਛਾਂਹ-ਮੁਖੀ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਅਲਨਾ ਦੇ ਉੱਪਰਲੇ ਬਚੇ ਹਿੱਸੇ (stump) ਦੀ ਅਸਥਿਰਤਾ	13.8%	ਸੇਵੇ-ਕਪਾਂਜੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ 30 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਪਿਛਾਂਹ-ਮੁਖੀ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਅਲਨਾ ਦੇ ਬਚੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਹੱਡੀ ਦੀ ਲਾਗ (osteomyelitis)	3.4%	ਸੇਵੇ-ਕਪਾਂਜੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ 30 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਪਿਛਾਂਹ-ਮੁਖੀ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਕੋਈ ਵੀ ਪੇਚੀਦਗੀ	20.7%	ਸੇਵੇ-ਕਪਾਂਜੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ 30 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇੱਕ ਪਿਛਾਂਹ-ਮੁਖੀ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਗ੍ਰਾਫਟ ਕੀਤੀ ਹੱਡੀ ਦਾ ਖੁਰ ਜਾਣਾ (resorption)	9.1%	ਬਦਲੀ ਹੋਈ ਸੇਵੇ-ਕਪਾਂਜੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਰਾਇਮੇਟਾਇਡ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ ਦੇ 56 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਕੇਸ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਲੂਨੇਟ ਹੱਡੀ ਅਤੇ ਅਲਨਰ ਗ੍ਰਾਫਟ ਵਿਚਕਾਰ ਹੱਡੀ ਦਾ ਜੁੜ ਕੇ ਜਾਮ ਹੋ ਜਾਣਾ (osseous ankylosis)	10.6%	ਬਦਲੀ ਹੋਈ ਸੇਵੇ-ਕਪਾਂਜੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਰਾਇਮੇਟਾਇਡ ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ ਦੇ 56 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਕੇਸ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਨਕਲੀ ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਅਲਨਾ ਦਾ ਟੁੱਟਣਾ	1.7%	Aptis DRUJ ਨਕਲੀ ਜੋੜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਨਕਲੀ ਜੋੜ ਦੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਅਲਨਾ ਦੇ ਫ੍ਰੈਕਚਰ ਵਾਲੇ 4 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਕੇਸ ਲੜੀ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਗ੍ਰਾਫਟ ਦਾ ਖੁਰ ਜਾਣਾ ਅਤੇ ਨਾਕਾਮ ਹੋਣਾ	—	ਪੁਰਾਣੇ ਹਥੇਲੀ-ਵੱਲ ਉਤਰੇ ਜੋੜ ਲਈ ਟੈਂਡਨ ਇੰਟਰਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ (tendon interposition arthroplasty, ਹੱਡੀਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਰੱਖਣਾ) ਦੀ ਇੱਕ ਕੇਸ ਰਿਪੋਰਟ ਵਿੱਚ ਸੰਭਾਵੀ ਪੇਚੀਦਗੀ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਬਾਕੀ ਰਹਿ ਗਿਆ ਦਰਦ ਅਤੇ ਅਕੜਾਅ	—	ਪੁਰਾਣੇ ਹਥੇਲੀ-ਵੱਲ ਉਤਰੇ ਜੋੜ ਲਈ ਟੈਂਡਨ ਇੰਟਰਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ (tendon interposition arthroplasty, ਹੱਡੀਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਟੈਂਡਨ ਦਾ ਟੁਕੜਾ ਰੱਖਣਾ) ਦੀ ਇੱਕ ਕੇਸ ਰਿਪੋਰਟ ਵਿੱਚ ਸੰਭਾਵੀ ਪੇਚੀਦਗੀ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਘਿਸਾਈ ਵਾਲੇ ਗਠੀਏ (ਆਰਥਰਾਈਟਿਸ) ਦਾ ਵਧਣਾ	—	ਪੁਰਾਣੇ ਹਥੇਲੀ-ਵੱਲ ਉਤਰੇ ਜੋੜ ਲਈ ਟੈਂਡਨ ਇੰਟਰਪੋਜ਼ੀਸ਼ਨ ਆਰਥਰੋਪਲਾਸਟੀ ਦੀ ਇੱਕ ਕੇਸ ਰਿਪੋਰਟ ਵਿੱਚ ਸੰਭਾਵੀ ਪੇਚੀਦਗੀ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਅਲਨਰ ਇੰਪਿੰਜਮੈਂਟ ਸਿੰਡਰੋਮ (ulnar impingement syndrome, ਅਲਨਾ ਦੇ ਬਚੇ ਹਿੱਸੇ ਦਾ ਰੇਡੀਅਸ ਨਾਲ ਟਕਰਾਉਣਾ)	—	ਅਲਨਾ ਦੇ ਸਿਰ ਨੂੰ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਨਾਕਾਮ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਪੇਚੀਦਗੀ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਅਲਨਾ ਦੀ ਗਰਦਨ ਦਾ ਖੁਰਨਾ	—	ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਜੋੜ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਬੰਨ੍ਹੇ ਵਾਲੇ (non-constrained) ਇੰਪਲਾਂਟ ਵਾਲੇ ਨਕਲੀ ਜੋੜ ਦੀ ਪੇਚੀਦਗੀ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਸਿਗਮੋਇਡ ਨੋਚ (sigmoid notch, ਰੇਡੀਅਸ ਵਿੱਚ ਅਲਨਾ ਵਾਲੀ ਖੱਡ) ਦਾ ਖੁਰਨਾ	—	ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਜੋੜ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਬੰਨ੍ਹੇ ਵਾਲੇ (non-constrained) ਇੰਪਲਾਂਟ ਵਾਲੇ ਨਕਲੀ ਜੋੜ ਦੀ ਪੇਚੀਦਗੀ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।

ਪੇਚੀਦਗੀ	ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਦਰ	ਨੋਟਸ
ਇੰਪਲਾਂਟ ਦਾ ਢਿੱਲਾ ਹੋਣਾ	—	ਡਿਸਟਲ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਜੋੜ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਬੰਨ੍ਹੇ ਵਾਲੇ ਇੰਪਲਾਂਟ ਵਾਲੇ ਨਕਲੀ ਜੋੜ ਦੀ ਪੇਚੀਦਗੀ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਗ੍ਰਾਫਟ ਦਾ ਪਾਟ ਜਾਣਾ	—	ਹਥੇਲੀ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਨੂੰ ਕੁਦਰਤੀ ਬਣਤਰ ਮੁਤਾਬਕ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਪੇਚੀਦਗੀ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।
ਆਰਜ਼ੀ ਅਸਧਾਰਨ ਅਹਿਸਾਸ (dysesthesia)	—	ਹਥੇਲੀ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਰੇਡੀਓਅਲਨਰ ਲਿਗਾਮੈਂਟਾਂ ਨੂੰ ਕੁਦਰਤੀ ਬਣਤਰ ਮੁਤਾਬਕ ਦੁਬਾਰਾ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਦੀ ਪੇਚੀਦਗੀ ਵਜੋਂ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ।

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