

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Giltig från: 2025-08-12

Innehållsansvar: Karin Josefsson, (karjo43), Fysioterapeut

Giltig till: 2027-08-12

Granskad av: Anna Nilsdotter, (annni155), Verksamhetschef

Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Armbåge – Distal humerusfraktur - FYS

Förändringar sedan föregående version

De justeringar som gjorts sedan föregående version är endast mindre omformuleringar.

Innehållsförteckning

Armbåge – Distal humerusfraktur - FYS.....	1
Förändringar sedan föregående version.....	1
Avgränsningar.....	1
Syfte och bakgrund.....	1
Utförande.....	2
Relaterad information.....	3
Arbetsgrupp.....	3
Fysioterapeutisk behandlingsplan: Armbåge - kirurgiskt behandlad distal humerusfraktur.....	4

Avgränsningar

Rutinen gäller för samtliga fysioterapeuter och läkare inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset som ansvarar för rehabiliteringen av patienter behandlade inom verksamhet Ortopedi

Syfte och bakgrund

Säkerställa fysioterapeutisk rehabilitering enligt aktuell evidens.

Ca 30 % av alla armbågsfrakturer utgörs av distala humerusfrakturer. Denna frakturtyp är den allvarligaste av armbågsfrakturerna med flest komplikationer. Fall på rak arm är den vanligaste skademekanismen men även fall med flekterad armbåge kan orsaka skada på distala humerus.

Majoriteten av distala humerusfrakturer är intraartikulära och dislocerade och behöver därför stabiliseras kirurgiskt. Oftast förekommer ligamentskador i kombination med frakturen.

Enstaka äldre patienter med låga funktionskrav behandlas med gips eller axelförband (tygpåse) i 2 - 6 veckor. För dessa patienter gäller individuell ordination av immobilisering och fysioterapeutisk behandling.

Vid komminut fraktur kan armbågsprotes bli aktuellt.

Det finns flera klassificeringar av distala humerusfrakturer. För mer information om diagnos och klassifikation, läs under följande länk från Internetmedicin:

[Armbågsfraktur, vuxna - Internetmedicin](#)

Utförande

Restriktioner

Patienten får axelförband eller dubbelöglad slynga för att begränsa rörlighet i extension i 2 veckor.

De första 6 veckorna ska patienten hålla armbågen intill kroppen eller framför kroppen, i sagittalplan. Undvik abduktion för att inte utsätta armbågens ligament för belastning.

Viktigt att tänka på

Rörlighetsträning bör påbörjas direkt postoperativt om armbågen inte är immobiliserad med förstärkt armbågsförband eller gips.

Var uppmärksam på associerade skador, såsom muskel- eller ledbandsskador i axel, handled och hand. Distinkt och påtaglig handledssmärta kan vara tecken på distal ligamentskada. Kontakta operatören.

Det är vanligt med svullnad från armbåge och ned till underarm och hand. Fysioterapeutiska åtgärder för att förebygga och minska svullnad måste påbörjas snarast efter operation.

Vid stora och laterala skador finns ökad risk för bennybildning, HO (Heterotopisk ossification).

Var uppmärksam på eventuell nervpåverkan.

Nervpåverkan är relativt vanlig vid distal humerusfraktur.

Skadan kan medföra instabilitet i armbågen.

Rörelser som provocerar armbågen i varus och valgus ska undvikas.

Det krävs **minst** 30°-130° i armbågsflexion och 50° i pro- respektive supination för att ha en god funktion i armen. Att hålla mobiltelefon nära örat kräver ytterligare flexion, 140°.

Bedömning

Rörlighet mäts regelbundet med goniometer.

Egenvärderad funktion kan bedömas med Patientspecifik funktionell skala - PSFS

Smärta utvärderas med VAS.

Handstyrka mäts med ”Grippit”.

Isometrisk styrka kan mätas med FET dynamometer.

Bedöm nervpåverkan genom att testa ytlig sensibilitet och motorik.

Förväntad rehabiliteringstid beror på skadans omfattning men är vanligtvis 6 – 8 månader.

Fysioterapeutisk åtgärd

Se ”Fysioterapeutisk behandlingsplan efter kirurgiskt behandlad distal humerusfraktur”.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl Pro.

Relaterad information

Hemträningsprogram – [Armbåge – BAS](#)

Hemträningsprogram – [Armbåge I – med belastning mot olécranon och triceps](#)

Hemträningsprogram – [Armbåge II](#)

Hemträningsprogram – [Armbåge III](#)

Hemträningsprogram – [Armbåge - Gips](#)

Arbetsgrupp

Karin Josefsson, fysioterapeut, Fysioterapi Mölndal

Ingrid Hultenheim Klintberg, Överfysioterapeut, Fysioterapi Mölndal

Anki Holzhausen, Specialistfysioterapeut, Fysioterapi Mölndal

I samråd med Carl Bergdahl, Överläkare, Ortopedi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Fysioterapeutisk behandlingsplan: Armbåge - kirurgiskt behandlad distal humerusfraktur

Dag 1 postop

Beskriv rehabiliteringsförloppet för patienten.

Instruera:

Hemträningsprogram Armbåge - BAS

Ödemprofylax:

- Instruera olika positioner av högläge i både sittande och liggande. Så ofta som möjligt ska armen vara över midjehöjd, gärna vila på bord, på arm- eller ryggstöd på soffa eller fåtölj
- Instruera patienten att varje vaken timma utföra kraftiga pumprörelser med handen. Verifiera att patienten tar ut maximal flexion och extension i alla fingerleder
- Vid behov, bandagera fingrar och handrygg

Bedöm nervfunktion fortlöpande.

Bedöm gång- och förflyttningsförmåga.

Ge patienten information om aktiveter som **ska undvikas**, såsom att ta belastning på den skadade armen vid förflyttningar.

Prova ut dubbelöglad slynga eller axelförband (tygpåse)

Prova ut cirkulärt kompressionsförband som täcker 15-20cm nedanför och ovanför armbågen.

För de patienter som immobiliseras med gips, instruera

Hemträningsprogram Armbåge – gips

Prova ut slynga även för gipsade patienter.

Dag 2 – 3 postop

Vanligtvis är patienten inneliggande ett par dagar.

Robert Jones förband alt, gipsskenan tas bort och ersätts med axelförband för att begränsa armbågeextension, förbi -30°.

Har patienten skrivits ut, sker detta på Ortopedmottagningen.

Repetera **Hemträningsprogram Armbåge - BAS**

De första 6 veckorna ska patienten vid rörelser hålla armbågen intill kroppen eller framför kroppen, i sagittalplanet. Undvik abduktion för att inte utsätta armbågens ligament för belastning.

Undvik rörelser i träning och dagliga aktiviteter som kan utsätta ligamenten för töjning såsom att lyfta något uppåt med flekterad armbåge och inåtrotterad arm. Skydda mot provokation i både varus och valgus.

Uppmuntra patienten att vara ”tvåhänt” och använda hand och arm i lätta dagliga aktiviteter, inom givna restriktioner.

Instruera patienten att stimulera proprioception genom att beröra och ta i handen och armen, såsom att tvätta, smörja in mm.

Rekommendera kyla som smärtlindring.

Vid svullnad, bedöm om patienten behöver bättre kompressionsbehandling och instruera lätta strykningar i proximal riktning för att stimulera lymfsystemet.

Vid svår svullnad kan hand och arm behöva bandageras.

Mät rörlighet i armbåge; flexion, extension, pro- och supination.

Bedöm rörlighet i axelled och handled, bland annat för att identifiera associerade skador.

Planera för fortsatt fysioterapeutisk behandling som påbörjas cirka 1 vecka efter kirurgi. De patienter som har en nervskada eller kraftig rörelsenedsättning fortsätter sin rehabilitering på Fysioterapi Mölndal.

1 - 2 veckor postop

Poliklinisk fysioterapi påbörjas.

Instruera **Hemträningsprogram Armbåge - I – med belastning mot olecranon och triceps**

Uppmuntra patienten att använda hand och arm i lätta dagliga aktiviteter inom givna restriktioner. Instruera patienten att hålla något i handen under träning eftersom stimulering av huden i handflatan underlättar muskelaktivitet i hela armen. Stimulera till bättre armbågsrörlighet med övningar som utnyttjar hela rörelsekedjan.

Bedöm svullnad och rörlighet i armbåge, axel och hand.

Uppföljning och justering av hemträningsprogrammet.

Uppmuntra till att patienten använder hand och arm i lätta dagliga aktiviteter, inom givna restriktioner.

Bedöm individuellt hur ofta patienten behöver komma för poliklinisk fysioterapi.

2 veckor postop

Avveckla axelförband

Fortsatt hemträning med **Armbåge I – med belastning mot olecranon och triceps:**

Visa patienten mobilisering av ärret.

Informera om att täcka ärret med hudvänlig tejp eller silikontejp under 12 månader.

Fortsatt regelbunden poliklinisk fysioterapi. Svullnad och rörlighet avgör hur ofta patienten behöver komma.

4 veckor postop

Utifrån patientens aktuella funktion introducera successivt övningar i **Hemträningsprogram Armbåge II**

6 veckor till 6 – 8 månader postop

Initiera yttre belastning i träning och i vardagliga aktiviteter.

Utifrån smärta och svullnad bedöm med vilken vikt och intensitet patienten ska träna sina övningar och när patienten kan starta med:

Hemträningsprogram Armbåge III.

Fortsätt rekommendera kyla vid behov.

Prioritera rörlighetsträningen vid de polikliniska besöken med syfte att uppnå funktionellt rörelseomfång, minst – 30° till 130° flexion samt 50° i vardera pro- och supination.

Använd manuella tekniker såsom lätt ledande motstånd, aktivt kvarhåll i ytterläge och kombinera med mjukdelsmobilisering.

Utöka successivt belastningar i träningen. Ökad belastning får inte leda till ökad svullnad, värk eller stumhet vilket är ett tecken på överbelastning.

Informera patienten om att fortsätta hemma med sina rörlighetsövningar, med kvarhåll i ytterlägen även efter att fullt rörelseomfång uppnåtts. Strukturerna runt armbågen kan bli strama på nytt, flera månader efter trauma/operation.

Om rörligheten inte förbättras eller t o m försämras, kan det bero på Heterotopisk ossifikation. Ta i så fall kontakt med ortopedläkare för diskussion om fortsatt handläggning.

Fysioterapin fortsätter med successivt med ökande belastningar, hastighet och kraft, men ej över gränsen för strukturernas hållfasthet. Lagg successivt in yrkes och idrottsrelaterade övningar.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Innehållsansvar: Karin Josefsson, (karjo43), Fysioterapeut

Granskad av: Anna Nilsson, (annni155), Verksamhetschef

Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9807-1076540875-10

Version: 15.0

Giltig från: 2025-08-12

Giltig till: 2027-08-12