

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Giltig från: 2025-01-10

Innehållsansvar: Ann-Christine "Anki" Gunnarsson Holzhausen, (anngu101), Specialistfysioterapeut Giltig till: 2026-10-10

Granskad av: Anna Nilsdotter, (annni155), Verksamhetschef

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

Armbåge - proximal ulnafraktur - FYS

Förändringar sedan föregående version

Rutiner för behandling av armbågsskador har genomgått grundläggande förändringar.

Förändringarna består framför allt av att patienterna varken ska behandlas med gips eller med ortos som primär behandling eller postoperativt. Enstaka fall kan dock förekomma.

Samt att de övningar patienten instrueras i de hemträningsprogram som är kopplade till Rutindokumentet har ett större fokus på funktionella rörelser som integrerar handens och hela den kinetiska kedjans funktion.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Avgränsningar	1
Bakgrund	2
Utförande	2
Relaterad information	4
Arbetsgrupp	4
Fysioterapeutisk behandlingsplan: Efter kirurgiskt behandlad proximal ulnafraktur	5

Avgränsningar

Rutinen gäller för samtliga fysioterapeuter och läkare inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset som ansvarar för rehabiliteringen av patienter behandlade inom Ortopedin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Bakgrund

Proximal ulnafraktur i detta dokument, klassificeras som Olécranonfraktur, Coronoidfraktur samt Monteggiafraktur.

Coronoidfraktur och Monteggiafrakturer är ofta komplexa skador med samtidiga ledbandskador.

Behandlingsrutinen gäller för alla tre frakturtyper.

Fall på utsträckt arm är den vanligaste skademekanismen.

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

[Armbågsfraktur, vuxna - Internetmedicin](#)

Utförande

Restriktioner

Dessa tre frakturtyper är stabila för rörelseträning direkt postoperativt men inte stabila för yttre belastning de första 6 veckorna.

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.

Armbågsfrakturer som är kirurgiskt behandlade får i regel använda armen i lättare ADL-situationer.

Från 3 månader post-op gäller fri och smärtfri belastning under träning och i aktiviteter.

Olécranonfraktur

Kirurgisk behandling: dubbelöglad slynga eller enstaka fall, gips i 1 – 2 veckor, beroende på benkvalité.

Icke kirurgisk behandling: axelförband (påse) samt tydliga instruktioner om att armbågen ska vara i stillhet utöver instruerade övningar.

I enstaka fall, gips i 2 – 3 veckor.

Coronoidfraktur

Kirurgisk behandling: dubbelöglad slynga i 2 veckor. Det är vanligt att denna fraktur uppstår vid armbågsluxation.

Monteggiafraktur

Kirurgisk behandling: dubbelöglad slynga i 2 veckor.

Viktigt att tänka på

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

Vid rejäl, distinkt handledsmärta kan distal ledbandsskada misstänkas - ta kontakt med operatör.

Vid coronoidfraktur finns ökad risk för bennybildning, HO (Heterotopisk ossification).

Var uppmärksam på eventuell nervpåverkan.

Var uppmärksam på associerade skador, såsom muskel eller ledbandsskador i axel, hand och handled.

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 bedöms med Patientspecifik funktionell skala (PSFS) eller QuickDASH.

Smärta utvärderas med VAS.

Handstyrka mäts med "Grippit".

Isometrisk styrka mäts med FET dynamometer.

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

Fysioterapeutisk åtgärd

Se "Fysioterapeutisk behandlingsplan efter proximal ulnafraktur".

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

Patientinformation – [Information till dig som skadat armbågen](#)

Hemträningsprogram – [Armbåge BAS](#)

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

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: Efter kirurgiskt behandlad proximal ulnafraktur

För de få patienter som behandlas icke – kirurgiskt gäller långsammare läkningsförlopp. Armbågen är inte träningsstabil förrän kallus bildats. Progression av belastningar påbörjas senare i förloppet enligt läkarordination.

Akuten

Patient som behandlas icke- kirurgiskt, dela ut

Information till dig som skadat armbågen och instruera:

Hemträningsprogram Armbåge - BAS.

Ge även tydliga instruktioner om att armbågen ska vara i stillhet utöver instruerade övningar.

Prova ut dubbelöglad slynga eller axelförband (tygpåse) som används dygnet runt förutom vid ADL och träning.

Sätt på Tubifast eller Tubigrip som täcker 15 - 20 cm nedanför och ovanför armbågen.

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 aktiva axelrörelser och utföra stora kraftiga pumprörelser med handen. Verifiera att patienten tar ut maximal flexion och extension i alla fingerleder
- Vid behov, bandagera fingrar och handrygg

Bedöm nervfunktion.

Bedöm gång- och förflyttningsförmåga.

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

Med förbandet på får patienten utföra aktiv flexion från 90° samt aktiv pro- och supination.

Sätt på Tubifast eller Tubigrip som täcker 15 - 20 cm nedanför och ovanför armbågen.

Prova ut dubbelöglad slynga eller axelförband (tygpåse) som används dygnet runt förutom vid ADL och träning.

För de patienter som immobiliseras med förstärkt armbågsförband eller gips, instruera **Hemträningsprogram Armbåge - gips**.

2 veckor postop

I samband med läkarbesök på Ortopedmottagningen gå igenom **Hemträningsprogram Armbåge I** - utan belastning mot olécranon.

Om armbågen är instabil, får de skadade ledbanden inte utsättas för belastning som innebär töjning. De laterala strukturerna kan utsättas för töjning vid provokation i varus såsom vid lyft med flekterad armbåge och inåtroterad axelled, såsom vid positionen "hålla ur kanna". Uppmana patienten att hålla in armbågen till kroppen vid belastningar med böjd armbåge.

Denna restriktion gäller fram till 6 veckor efter kirurgi, men instruera fortsatt försiktighet vid belastningar i ytterligare 2 veckor.

Vid medial skada, informera patienten om att undvika belastning i valgus. Såsom att med böjd armbåge få en okontrollerad utåtrotation i axeln, till exempel kaströrelse.

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 liten svullnad, ge patienten Tubigrip eller Tubifast.

Vid behov kombinera olika storlekar för att optimera kompressionen. Om mer svullnad, instruera lätta strykningar i proximal riktning för att stimulera lymfsystemet. Vid svåra fall av svullnad kan hand och arm behöva bandageras.

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

Bedöm rörlighet i axelled och handled, bl a för att identifiera associerade skador.

Planera för fortsatt fysioterapeutisk behandling.

De patienter som har en nervskada eller kraftig rörelsenedsättning fortsätter sin rehabilitering på Fysioterapi Mölndal.

3 - 4 veckor postop

Poliklinisk fysioterapi påbörjas.

Avveckla dubbelöglad slynga alt.axelförband.

Övergå successivt till Hemträningsprogram Armbåge I – med belastning mot olécranon.

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

Visa patienten mobilisering av ärret. Informera om att täcka ärret med hudvänlig tejp eller silikontejp under 12 månader.

4 – 8 veckor postop

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

Övergå successivt till Hemträningsprogram Armbåge II

8 veckor – 6 – 8 månader postop

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 vid behov med rörlighetsövningar.

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 rörlighetsträning med kvarhåll i ytterlägen även efter att fullt rörelseomfång uppnåtts. Strukturer runt armbågen kan bli strama på nytt, även flera månader efter trauma/operation.

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

Fysioterapi fortsätter med successivt ökande belastningar, hastighet och kraft, men ej över gränsen för strukturernas hållfasthet.

Lägg successivt in yrkes- och idrottsrelaterade övningar.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Innehållsansvar: Ann-Christine "Anki" Gunnarsson
Holzhausen, (anngu101), Specialistfysioterapeut

Granskad av: Anna Nilsson, (annni155), Verksamhetschef

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

Dokument-ID: SU9807-1076540875-12

Version: 19.0

Giltig från: 2025-01-10

Giltig till: 2026-10-10