

Instruktioner för avgipsning efter distal radiusfraktur

Material:

- Gipssax
- Brits eller säng att kunna lägga sig på
- Stol
- Träningsprogram och patientinformation för handledsfraktur
- Skumgummirulle i till exempel tubicolor. Skumrullen placeras i tubicolor fodralet och ändarna hålls längre för att kunna knyta dem och kunna sätta den på handen.
- Ortos med volar skena (Medi Royal 2230)
- Patientmuggar för att kunna dricka vatten eller saft vid behov.

Genomförande:

Patienten sitter på en stol. Gipsskenan brukar ligga dorsalt på underarmen/handryggen. Klipp i bandaget volart. Gipset kan behöva bändas ut lite för att få av det från armen.

Undersökning:

Undersök rörlighet i fingrar, tumme och handled. Undersök om patienten kan retroponera sin tumme (med handflatan liggandes mot bordet kunna lyfta tummen rakt upp). Kontroll av retroposition är i syfte att kontrollera Extensor pollicis longus (EPL) som i enstaka fall kan skadas under gipstiden. Om den är skadad så finns inte något tecken till att kunna retroponera tummen. Röntgen brukar aldrig utföras vid avgipsning. Röntgen görs ofta vid planerad kontroll efter en veckas gipstid.

Om det är något som inte är som det ska efter en fraktur, så brukar inte detta kunna bedömas direkt efter avgipsning. Detta märks i så fall när det inte går framåt som det ska under behandlingsperioden, eller om patienten skulle bli sämre.

Patientstatus:

Handleden är i regel stel och det vanligt med smärta.

Det är vanligt att det känns konstigt att få av sig gipset efter en gipsperiod. Känslan är att handen inte riktigt hör till kroppen. Detta ändrar sig i oftast snart.

Om patienten har använt handen bra under gipstiden och arbetat med ödemprofylax brukar det kännas lättare för patienten vid avgipsning och finger och tumfunktion brukar vara bättre. Gipset kan ha begränsat rörlighet för framför allt tummen och ibland även för fingrarna.

I vissa fall kan patienten känna sig yr och svimningsbenägen. Om det uppstår så är det mer vanligt hos yngre till medelålders, än hos äldre. Det är bra om patienten har möjlighet att lägga sig vid behov. Det kan underlätta att få något sött i sig som till exempel saft. Om det inte finns tillgång till detta, eller om det inte är lämpligt att ge socker, så underlättar det även att få dricka vatten.

Information:

Försök att ge lugnande besked till patienten, att det inte är farligt att det gör ont, utan att detta är vanligt. Det är viktigt att få patienten att våga använda sin hand. Den största risken att handen inte blir bra, är om den inte används. Det är okej med smärta men den ska vara hanterbar. Om smärtan är jobbig att hantera, så är det bra att ta något smärtstillande. De första 2–3 veckorna efter avgipsning ska handen användas i lättare aktiviteter. Efter 2–3 veckor kan belastningen ökas successivt. 8 veckor efter frakturtilfället brukar full belastning tillåtas. Det är inte säkert att patienten klarar full belastning efter 8 veckor, men frakturen brukar tåla detta.

Behandling:

Ge ut träningsprogram för den rörlighet som är nedsatt. Om fingerflexionen är nedsatt så underlättar det att ha något att böjträna mot till exempel en skumgummirulle.

Ge ut information om ödemprofylax. Skumgummirulle är även användbart vid ödemprofylax där den kan användas för att göra pumpövningar i högläge. Om patienten har svårt att ta till sig instruktioner så är det bra att prioritera bland övningarna så att det blir så enkelt som möjligt.

Om patienten besväras av smärta så kan en ortos med volar skena provas ut för att använda första tiden vid behov. Nattetid kan ortosen vid smärta underlätta sömnen.

Nedskrivet av:

Anneli Westberg, arbetsterapeut

Älvsborg Rehabcenter

(tidigare arbetat på SÄS med handskador)