

Sehr frühe (Very early mobilisation, VEM) versus später einsetzende Mobilisation

Mobilisation nach Schlaganfall

Dieser Review untersucht, ob eine sehr frühe Mobilisation bei Menschen mit akutem Schlaganfall den Genesungsverlauf – vor allem die Fähigkeit, sich selbstständig versorgen zu können – im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung verbessert.

Text: Jasmin Meichlinger



Die sehr frühe Mobilisation (Very early mobilisation, VEM) wird in einigen Stroke Units durchgeführt und in einigen Leitlinien für akute Schlaganfälle empfohlen. Es ist jedoch unklar, ob eine sehr frühe Mobilisation selbst das Ergebnis nach einem Schlaganfall verbessert.

Ziel

Das Ziel war es festzustellen, ob eine sehr frühe Mobilisation (Beginn so früh wie möglich und spätestens 48 Stunden nach Auftreten der Symptome) bei Menschen mit akutem Schlaganfall den Genesungsverlauf (vor allem den Anteil von Überlebenden, die sich selbstständig versorgen können) im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung verbessert.

Auswahlkriterien

Wir durchsuchten das Studienregister der Cochrane Stroke Group (zuletzt am 31. Juli 2017). Wir haben ausserdem 19 elektronische Datenbanken systematisch durchsucht, darunter: CENTRAL; 2017, Ausgabe 7 in der Cochrane Library (durchsucht im Juli 2017), MEDLINE Ovid (1950 bis August 2017), Embase Ovid (1980 bis August 2017), CINAHL EBSCO (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature; 1937 bis August 2017), PsycINFO Ovid (1806 bis August 2017), AMED Ovid (Allied and Complementary Medicine Database), SPORTDiscus EBSCO (1830 bis August 2017). Wir suchten nach relevanten laufenden Studien und durchsuchten Forschungsregister (durchsucht im Dezember 2016), die chinesische, medizinische Datenbank Wanfangdata (durchsucht bis November 2016) und Referenzlisten und kontaktierten Forscher in diesem Gebiet. Randomisierte

Gemäss den durchsuchten Studien führt eine sehr frühe Mobilisation bei Menschen mit akutem Schlaganfall zu keiner Verbesserung des Genesungsverlaufs.

Wissen was wirkt

Der «Cochrane Pflege Corner» ist eine Rubrik der Plattform FIT-Nursing Care. Die Beiträge zeigen den aktuellen Stand der Forschung in Form von Übersetzungen von Abstracts von Cochrane Reviews auf. Dabei werden unterschiedliche pflegerische Themen aufgegriffen. Ziel ist es, den Pflegefachpersonen Forschungsergebnisse schneller und direkter zur Verfügung zu stellen. Die Serie versteht sich auch als Ergänzung zur vom SBK mitinitiierten forschungs- und IT-gestützten Internetplattform FIT-Nursing Care, die internationale Forschungsergebnisse für Pflegefachpersonen in deutscher Sprache praxisnah darstellt.

www.fit-care.ch, www.cochrane.de

kontrollierte Studien (RCTs) mit Menschen mit akutem Schlaganfall, in denen Interventionsgruppen, die innerhalb von 48 Stunden nach dem Schlaganfall mit der Mobilisation aus dem Bett begonnen hatten und die darauf abzielten, die Zeit bis zur ersten Mobilisierung, mit oder ohne Erhöhung des Umfangs oder der Häufigkeit (oder beider) der Mobilisation zu verkürzen, mit herkömmlicher Versorgung verglichen wurden, bei der später mit der ersten Mobilisation begonnen wurde.

Wesentliche Ergebnisse

Wir haben neun RCTs mit 2958 Teilnehmern eingeschlossen; eine Studie lieferte die meisten der Informationen (2104 Teilnehmer). Der Median (Spannweite) der Verzögerung bis zum Beginn der Mobilisation nach Schlaganfallbeginn betrug 18,5 (13,1 bis 43) Stunden in der VEM-Gruppe und 33,3 (22,5 bis 71,5) Stunden in der Gruppe mit herkömmlicher Versorgung. Die Differenz innerhalb der Studien betrug im Median 12,7 (4 bis 45,6) Stunden. Andere Unterschiede bezüglich der Intervention variierten zwischen den Studien; fünf Studien berichteten, dass die VEM-Gruppe mehr Zeit in der Therapie oder mehr Mobilisation erhalten hat.

Primäre Endpunkt-Daten waren für 2542 von 2618 (97,1 %) randomisierte Teilnehmer verfügbar und wurden im Median für drei Monate nachbeobachtet. VEM führte wahrscheinlich zu ähnlich vielen oder etwas mehr Todesfällen und Teilnehmern, die einen negativen Endpunkt hatten, im Vergleich zur später einsetzenden Mobilisation (51 % gegenüber 49 %; Odds Ratio (OR) 1,08, 95 % Konfidenzintervall (KI) 0,92 bis 1,26; $P = 0,36$; 8 Studien; Evidenz von moderater Qualität). Die Sterblichkeit lag bei 7 % der Teilnehmer, die eine später einsetzende Mobilisation erhielten, und bei 8,5 % der Teilnehmer, die VEM erhielten (OR 1,27, 95 % KI 0,95 bis 1,70; $P = 0,11$; 8 Studien, 2570 Teilnehmer; Evidenz von moderater Qualität), und die Auswirkungen auf das Auftreten von Komplikationen waren unklar (OR 0,88; 95 % KI 0,73 bis 1,06; $P = 0,18$; 7 Studien, 2778 Teilnehmer; Evidenz von niedriger Qualität). Die Analyse der Endpunkte, die nur bei der dreimonatigen Nachbeobachtung erhoben wurden, änderte nichts an den Schlussfolgerungen. Der Mittelwert des ADL-Scores (gemessen

am Ende der Nachbeobachtung mit dem 20-Punkte-Barthel-Index) war bei denjenigen, die VEM erhielten, höher als bei der Gruppe mit herkömmlicher Versorgung (Mittelwertdifferenz (MD) 1,94, 95 % KI 0,75 bis 3,13, $P = 0,001$; 8 Studien, 9 Vergleiche, 2630/2904 Teilnehmer (90,6 %); Evidenz von niedriger Qualität), mit einer erheblichen Heterogenität (93 %). Die Effektgrößen waren für Endpunkte, die während der dreimonatigen Nachbeobachtung erhoben wurden, kleiner als für jene, die später erhoben wurden.

Die durchschnittliche Verweildauer war bei denen, die VEM erhielten, im Vergleich zur Gruppe mit herkömmlicher Versorgung kürzer (MD -1,44, 95 % KI -2,28 bis -0,60, $P = 0,0008$; 8 Studien, 2532/2618 Teilnehmer (96,7 %); Evidenz von niedriger Qualität). Die Vertrauenswürdigkeiten des Ergebnisses wurde durch die unterschiedlichen Definitionen der Verweildauer eingeschränkt.

Die anderen Analysen der sekundären Endpunkte (Institutionalisierung, erweiterte ADLs, Lebensqualität, Gehfähigkeit, Stimmung der Patienten) waren aufgrund von fehlenden Daten eingeschränkt.

Sensitivitätsanalysen nach Studienqualität: Keine der Schlussfolgerungen hinsichtlich der Endpunkte wurde geändert, wenn wir die Analysen auf Studien mit dem geringsten Risiko für Bias (basierend auf der Randomisierungsmethode, verdeckter Zuteilung, der Vollständigkeit der Nachbeobachtung und der Verblindung der abschliessenden Beurteilung) oder auf Informationen über den Grad der Mobilisierung, beschränkten.

Sensitivitätsanalyse nach Interventionsmerkmalen: Analysen, die sich auf Studien beschränkten, bei denen die durchschnittliche VEM-Zeit bis zur ersten Mobilisation weniger als 24 Stunden betrug, zeigten eine Wahrscheinlichkeit für Sterblichkeit von 1,35 (95 % KI 0,99 bis 1,83; $P = 0,06$; $I^2 = 25$ %; 5 Studien). Analysen, die sich auf die Studien beschränkten, die eindeutig über eine länger andauernde Aktivität außerhalb des Bettes berichteten, zeigten einen ähnlichen primären Endpunkt (OR 1,14; 0,96 bis 1,35; $P = 0,13$; $I^2 = 28$ %; 5 Studien) und eine ähnliche Wahrscheinlichkeit für Sterblichkeit (OR 1,27; 0,93 bis 1,73; $P = 0,13$; $I^2 = 0$ %; 4 Studien) wie die Hauptanalyse.

Schlussfolgerungen

VEM führte wahrscheinlich zu ähnlich vielen oder etwas mehr Todesfällen und Teilnehmern, die einen negativen Endpunkt hatten, im Vergleich zur später einsetzenden Mobilisation (51 % gegenüber 49 %; Odds Ratio (OR) 1,08, 95 % Konfidenzintervall (KI) 0,92 bis 1,26; $P = 0,36$; 8 Studien; Evidenz von moderater Qualität).

Original Cochrane Review: Langhorne P, Collier JM, Bate PJ, Thuy MNT, Bernhardt J. Very early versus delayed mobilisation after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 10. Art. No.: CD006187. DOI: 10.1002/14651858.CD006187.pub3

Diese Cochrane-Abstract-Übersetzung wurde im Rahmen der FIT-Nursing Care Webseite (Nationales Kompetenzzentrum für Evidenzbasierte Pflege - swissEBN) in Zusammenarbeit mit Cochrane Deutschland erstellt.

Autorin

Jasmin Meichlinger, MSc, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, St. Gallen, jasmin.meichlinger@fhsg.ch