

cher Ursache im Q2 bei 0,60 (95%-Konfidenzintervall 0,51–0,71), im Q3 bei 0,55 (0,49–0,62) und im Q4 bei 0,47 (0,39–0,57). Das Sterberisiko sank bis zu einem bestimmten Schrittzahlbereich und blieb dann gleich, selbst wenn man noch mehr zu Fuß lief. Bei Erwachsenen unter 60 Jahren lag dieser Grenzbereich für den zusätzlichen Nutzen bei 8.000–10.000 Schritten pro Tag. Bei älteren Menschen ab 60 Jahren lag er bei 6.000–8.000 Schritten.

Sieben der untersuchten Studien lieferten auch Daten zur Schrittfrequenz, die auf verschiedene komplexe Arten zur Mortalität in Beziehung gesetzt wurden. Hier ergab sich bei einigen Rechnungen ein Vorteil für schnelle Geher, bei anderen konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden.

Quelle: Paluch AE, Bajpai S, Bassett DR et al. Daily steps and all-cause mortality: a meta-analysis of 15 international cohorts. *Lancet Public Health*. 2022;7:e219–28

MMW-Kommentar

„10.000 Schritte pro Tag!“, lautete lange Zeit eine allgemeingültige Empfehlung. Allerdings beruhte sie nicht auf wissenschaftlicher Evidenz, sondern war

Teil einer Werbekampagne eines japanischen Unternehmens, das zu den Olympischen Spielen 1964 in Tokio den ersten mobilen Schrittzähler auf den Markt brachte. Weder das Alter noch das Geschlecht noch z. B. die Schrittgeschwindigkeit wurden dabei berücksichtigt.

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht, dass mit steigender Schrittzahl pro Tag das Sterberisiko abnimmt. Bei 8.000–10.000 Schritten am Tag erreicht man dann tatsächlich ein Plateau. Allerdings liegt dieses bei älteren Menschen ab 60 Jahren bereits bei 6.000–8.000 Schritten am Tag. Ein von der Schrittzahl unabhängiger Zusammenhang zwischen der Intensität des Gehens und dem Mortalitätsrisiko konnte allerdings nicht eindeutig belegt werden.

Eine Stärke der Arbeit ist, dass auch unpublizierte Studien einbezogen wurden. Da negative Ergebnisse eher nicht publiziert werden, wurde dadurch einem möglichen Publikationsbias und einer Überschätzung des Effekts entgegengewirkt. ■

Geschwollene Hand: Hier zählt jede Minute!

Es begann mit einem alltäglichen Unfall: Einem Bauarbeiter fiel eine Metallstange auf die rechte Hand. Weil ihn bald Schmerzen, eine Schwellung und ein großes Hämatom plagten, ging er zwei Stunden später zu seinem Hausarzt. Dort erhielt er ein Schmerzmittel. Allerdings wurde der Schmerz immer stärker, weshalb er sich weitere drei Stunden später in die Notaufnahme begab. Radialis- und Ulnarispuls waren tastbar, der Tastsinn der Hand intakt. Jede Bewe-

gung der leicht gekrümmten Finger verstärkte den Schmerz. Ein Röntgenbild zeigte Brüche des 4. und 5. Mittelhandknochens.

Das Ärzteteam stellte die Diagnose eines Kompartmentsyndroms infolge der Quetschungsverletzung. Dabei handelt es sich um einen orthopädischen Notfall mit dringendem Behandlungsbedarf. In den Muskellogen des geschädigten Bereichs steigt der Gewebedruck an, was zu einem Kollaps der Kapillargefäße, einer

Minderdurchblutung, einem Sauerstoffmangel und schließlich zum Absterben von Muskel- und Nervenzellen führt.

Verdacht auf ein Kompartmentsyndrom in einer Gliedmaße sollte bei Schmerzen, Blässe, Unterkühlung, Parästhesie, Pulschwäche und Lähmung aufkommen. Leitsymptom sind starke Schmerzen, die durch eine passive Streckung der involvierten Muskeln noch verstärkt werden. Diese sollten nicht etwaigen Knochenbrüchen zugeschrieben werden.

Nach der klinischen Diagnose sollten schnellstens die Faszien der betroffenen Muskellogen chirurgisch eröffnet werden, um Gewebsuntergang zu vermeiden. Bis zur Op. sollten alle einengenden Verbände etc. entfernt und die Hand höchstens auf Höhe des Herzens gehalten werden, um die Durchblutung nicht noch weiter zu behindern. ■

C. Heyer

Quelle: Lui TH, Wong WB, Pan X. Bruise over the palm. *BMJ*. 2022;378:e071151



© BMJ 2022;378:e071151

Geschwollene Hand, leicht gekrümmte Finger, Hämatom nach Quetschungsverletzung

**Bei dem Mann lag ein Notfall vor.
Für das Vorgehen bei chronischen
Schwellungen der Fingergelenke lesen
Sie unseren Beitrag ab S. 38.**