

Trong 40 năm qua đã được giáo dục SAD có thể ảnh hưởng đến chức năng hô hấp. Nó cũng đã được thừa nhận rằng những bệnh nhân này rất khó để đánh giá, và rằng các hô hấp ký chu kỳ không phát hiện SAD cho đến khi bệnh đã tiến triển. Trong một thời gian dài, lưu lượng thở gắng sức khoảng giữa 25 – 75% của dung tích sống gắng sức (FEF25% -75%) được coi là một thay thế đánh giá cho SAD, nhưng biện pháp này cho thấy biến đổi rõ ràng và chênh lệch giữa các giá trị bình thường và bất thường. Dao động xung ký, biến thiên thích, FEV3, và hình ảnh CT chụp ảnh với bệnh khí / khảm màu được dùng để đánh giá SAD. Thật không may, một ít trong các nghiên cứu so sánh giữa các phương pháp đã được thực hiện, và ít có sự đồng quan với kết quả lâm sàng đã được tìm thấy.

FEV3, sự chênh lệch để đánh giá SAD

Tập hợp từ các nghiên cứu gần đây nhất được từ nghiên cứu COPD Gene được công bố trên tạp chí CHEST. Các nhà nghiên cứu so sánh FEV3 với CT và thấy có mối liên quan tốt. Nó cho ra rằng: hai phương pháp đo lường đánh giá như là hiệu năng tương đương. Ngoài những gì chúng ta đã biết về FEV3 và SAD, còn cho thấy rằng FEV3 / FVC6 trở lại với FEV3 / FVC để dự đoán kết quả nhân COPD. Trong số những bệnh nhân đo hô hấp ký bình thường khác, 15,4% có FEV3 / FVC6 thấp có các triệu chứng gia tăng (tổn thương câu hỏi hô hấp St George và bổ sung Hội đồng Nghiên cứu Y khoa [mMRC] điểm khó thở) và chỉ số BODE, cũng như những khoản chi phí 6 phút đi bộ so với những người FEV3 / FVC6 bình thường. Tóm quan trọng của mối quan hệ với tình trạng và triệu chứng của năng không thể được phóng đại. Tất cả các phương pháp đo SAD là những hạn chế lâm sàng kết quả dự liệu; không có những dự liệu, làm thế nào để chúng ta biết liệu thi đấu tốt nhất mà chúng tôi tin rằng chúng tôi đang xác định là có liên quan lâm sàng?

Đây là bằng chứng cho thấy SAD là có liên quan với mức lâm sàng và hỗ trợ cho việc sử dụng FEV3 là sự lựa chọn để đánh giá đường thở nhỏ. Dù thế; nó đã được thừa nhận kết quả với hô hấp ký và, theo ý kiến của tác giả nó được cung cấp bởi dự liệu tốt nhất. Không có nguy cơ bị xói và nó không đòi hỏi trang thiết bị tiên tiến như: dao động xung ký, biến thiên thích. Để vì tất cả các nhà hô hấp bắt đầu hướng vào FEV3 khi nhận được kết quả hô hấp ký ngắn ngủi sử dụng thu thập lá và bệnh nhân khó thở không rõ nguyên nhân.

Lưu ý để chú ý Assess Those Small Airways With FEV3 trên Medscape, Monday, september 26, 2016