

Bs CK2 Trình Trung Phong - Khoa Nhi tởng hỏp

Bệnh đường dẫn khí nhô

COPDGene là một nghiên cứu quan sát ỏ hơn 10.000 người sỏ đường thuỏc lá có và không có bệnh phớ i tởc nghỏn mãn tính (COPD). Nghiên cứu này đờ c thí t kờ đờ khám phá vớ gen vớ i COPD và đờ tinh chỏnh sỏ hiỏu biỏt cỏa chúng ta vớ kiỏu hình COPD. Tở t cỏ các bệnh nhân đờ c chỏp CT ngỏc thì thờ ra và hít vào. Các bở đờ liỏu kỏt quỏ đã cung cỏp cái nhìn sâu vào sinh lý COPD và di truyỏn.



Tác giỏ đã viỏ t rỏ t nhiỏu thỏ i gian gỏn đây vớ bệnh đờ đường hô hỏp nhỏ (SAD) – Nó tở m quan trỏng trong viỏ c đánh giá các bệnh hen hoỏc COPD. Tỏp chí CHEST vớ a công bở đờ liỏu hỏn tở COPDGene đờ đánh giá các đờ u hiỏu cho SAD. Nghiên cứu này là quan trỏng vì nhiỏu lý do. Đờ u tiên, các nhà nghiên cứu so sánh các biỏn pháp cỏa SAD sỏ đường nhiỏu hỏn mỏt phớ ng thỏc. Hỏ cũng mỏ rỏ ng vớ nhỏng gỏ chúng ta đã biỏt vớ thờ tích thờ ra gỏng sỏc trong 3 giây đờ u cỏa dung tích sỏng gỏng sỏc (FEV3). Có lỏ quan trỏng nhỏ t, hỏ có tở ng quan rỏ i lỏn chỏ c năng đờ đường thờ nhỏ vớ i kỏt quỏ chỏ c năng.

Trong 40 năm qua đã có nhiều giáo sư SAD có thể nhìn thấy những gì cần 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 bệnh pháp này cho thấy bệnh tiến triển và chẩn đoán chéo giữa các giá trị bình thường và bất thường. Dao động xung ký, bệnh thiên lệch tích, FEV3, và hình ảnh CT chụp phế quản với bệnh khí / phế quản màu được dùng để đánh giá SAD. Thật không may, một ít trong các nghiên cứu so sánh giữa các phương pháp thở đã được thực hiện, và ít có sự đồng quan với kết quả lâm sàng đã được tìm thấy.

FEV3, sự chẩn đoán 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 lưu lượng 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 bệnh đo hô hấp ký bình thường khác, 15,4% có FEV3 / FVC6 thấp có các triệu chứng gia tăng (tổn thương cấu trúc hô hấp St George và bổ sung Hội đồng Nghiên cứu Y khoa [mMRC] điểm khó thở) và chỉ số BODE, cũng như những bệnh nhân khoảng cách 6 phút đi bộ so với những người FEV3 / FVC6 bình thường. Tầm quan trọng của mối quan hệ với tình trạng và triệu chứng của năng không thể được phóng đại. Tất cả các phương pháp thở sẽ được đo SAD là những bệnh nhân lâm sàng kết quả dự liệu; không có những dự liệu, làm thế nào để chúng ta biết liệu thiêu huỷ như thế nào, 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 thể hiện ở 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 cụt và nó không đòi hỏi trang thiết bị tiên tiến như: dao động xung ký, bệnh thiên lệch tích. Để vì tất cả các nhà hô hấp bắt đầu hướng vào FEV3 khi nhận được kết quả hô hấp ký ngắn ngủi sẽ được thu thập và bệnh nhân khó thì không rõ nguyên nhân.

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