

## مقایسه اثر برونکودیلاتوری آلبوترول از طریق اسپیسر و نبولایزر، در درمان بیماران مبتلا به حمله آسم

ساسان توانا<sup>1</sup>، ابراهیم نادی<sup>2</sup>، مصطفی انصاری<sup>2</sup>، فاطمه زراعتی<sup>3</sup>، حمید هاشمی<sup>2</sup>، خسرو مانی کاشانی<sup>4</sup>، مهدی مولات<sup>5</sup>

1- استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

2- دانشیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

3- دانشیار، گروه فارماکولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

4- مربی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

5- پزشک عمومی، گروه پژوهشی سل و ریه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

یافته / دوره نهم / شماره 1 / بهار 86 / مسلسل 31

### چکیده

دریافت مقاله: 86/1/25، پذیرش مقاله: 86/2/8

**مقدمه:** آسم یک بیماری التهابی مزمن مجاری هوایی است که با افزایش پاسخ‌دهی مجاری تراکتوبرونکیال، مشخص می‌شود. درمان انتخابی حمله حاد آسم، استفاده از  $b_2$  آگونیست‌های استنشاقی کوتاه اثر مانند آلبوترول است که از طریق نبولایزر یا محفظه آسم بار (اسپیسر) مصرف می‌شود. دو مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه ای اثرات درمانی آلبوترول با استفاده از نبولایزر و محفظه آسم بار در بیماران مبتلا به حمله حاد آسم مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان مباشر کاشانی همدان انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه بصورت کارآزمایی بالینی از نوع قبل و بعد، بر روی 60 بیمار مبتلا به حمله حاد آسم انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه، سن 15 تا 65 سال، همکاری جهت انجام مانور اسپیرومتری توسط بیمار و حجم گاز خارج شده طی اولین ثانیه بازدم کمتر از 65 درصد قابل پیش‌بینی در اسپیرومتری بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز ابتلا به COPD، بیماری قلبی - عروقی، پنومونی، پنوموتوراکس و یا سایر بیماری‌های سیستمیک و ربوی غیر از آسم برونشیال، نارسایی شدید تنفسی همراه با سیانوز و یا کنفوزیون، خانم‌های باردار و مصرف کنندگان دخانیات بود. بیماران به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شده که بیماران هر دو گروه، به مقدار چهار دوز آلبوترول دریافت کردند که دوز اول بلافاصله پس از انجام اسپیرومتری و سپس به فواصل نیم ساعته در طی دو ساعت اول بود. FEV1، FVC و MEF25-75% هر دو گروه در بدو مراجعه و سپس 15 دقیقه پس از تجویز هر دوز دارو، محاسبه شد (1، 2).

**یافته‌ها:** آنالیز واریانس فاکتوریال مقایسه اثربخشی برونکودیلاتوری آلبوترول با دو روش استفاده از نبولایزر و اسپیسر نشان داد که هر دو روش استفاده از آلبوترول در تغییرات FEV1، FVC، FEV1/FVC و MEF25-75% بیماران مبتلا به حمله حاد آسم اثر یکسان دارند ( $P>0/05$ ). تغییرات FEV1، FVC، FEV1/FVC و MEF25-75% در نوبت‌های درمان، متفاوت بوده ( $P<0/05$ ) و تفاوتی بین اثر درمانی دوروش استفاده از آلبوترول، در نوبت‌های مختلف درمان وجود نداشت ( $P>0/05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** جهت درمان بیماران مبتلا به حمله حاد آسم، یک  $b_2$  آگونیست انتخابی مانند آلبوترول، می‌تواند به هر کدام از دو روش نبولایزر و یا اسپیسر مورد استفاده قرار گرفته و اثرات برونکودیلاتوری یکسانی، را ایجاد نماید. با در نظر گرفتن قیمت ارزانتر شکل اسپری دارو در مقایسه با شکل محلول آن و از طرفی در دسترس نبودن دستگاه نبولایزر در برخی از مراکز درمانی، استفاده از شکل اسپری آلبوترول با محفظه آسم بار بر شکل نبولایزر آن ارجح می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** آسم/آلبوترول/گردپاش ها و تبخیر کننده ها

آدرس مکاتبه: همدان، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه داخلی

پست الکترونیک: [sasan.tavana@yahoo.com](mailto:sasan.tavana@yahoo.com)

## مقدمه

## مواد و روش‌ها

آسم، نوعی بیماری التهابی مزمن مجاری هوایی است که با افزایش پاسخ‌دهی مجاری تراکئوبرونکیال به تحریکات گوناگون، مشخص می‌شود (1، 3). حمله آسم از نظر بالینی، با تنگی نفس، سرفه و ویزینگ مشخص می‌شود. درمان انتخابی حمله حاد آسم، استفاده از داروهای بتا-دو آگونیست‌های استنشاقی کوتاه اثر مانند آلبوترول می‌باشد (3). فرآورده‌های آلبوترول بصورت اسپری استنشاقی<sup>1</sup> محلول و پودر در بازار دارویی موجود است که به ترتیب از طریق اسپیسر<sup>2</sup>، نبولایزر<sup>3</sup> و توربوها<sup>4</sup> تجویز می‌شوند. با توجه به شیوع بالای آسم در جامعه (5 درصد) و تشدید آن بخصوص در فصول سرد سال که بسیاری از مراجعات به اورژانس‌ها را تشکیل می‌دهد، دستیابی به روش‌های درمانی مؤثر و در عین حال کم‌خرج و قابل دسترسی، می‌تواند علاوه بر کاهش ناخوشی و مرگ و میر، باعث کاهش هزینه‌های درمانی نیز گردد (1، 3، 4).

نتایج تعدادی از مطالعاتی که در مورد مقایسه اثر درمانی روش‌های نبولایزر، اسپیسر و توربوها<sup>4</sup> انجام شده نشان دهنده یکسان بودن اثرات این روش‌ها در درمان حمله آسم می‌باشد. در حالی که برخی از مطالعات، استفاده از نبولایزر را مؤثرتر دانسته‌اند (1، 2، 3، 5، 9). نتایج برخی از مطالعات با وجود برابری اثر درمانی نبولایزر و توربوها<sup>4</sup> ولی ارجحیت استفاده از اسپیسر را بخصوص در کودکان را اعلام نموده اند (6).

هزینه‌های درمانی در روش استفاده از نبولایزر، بیشتر از اسپیسر است و از طرفی دستگاه نبولایزر نیز فقط در مراکز درمانی معدودی از کشور وجود دارد؛ همچنین محلول آلبوترول نیز در بسیاری از مراکز وجود ندارد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه ای اثرات درمانی آلبوترول در بیماران مبتلا به حمله حاد آسم با استفاده از نبولایزر و اسپیسر، انجام شد.

بررسی حاضر بصورت یک مطالعه کارآزمایی بالینی از نوع قبل و بعد<sup>5</sup>، با گروه شاهد انجام گردید.

در این مطالعه، 60 بیمار مبتلا به حمله حاد آسم، مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان مباحث کاشانی همدان، مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه، سن 15 تا 65 سال، همکاری جهت انجام مانور اسپیرومتری توسط بیمار و وحجم گاز خارج شده طی اولین ثانیه بازدم<sup>6</sup> کمتر از 65 درصد قابل پیش‌بینی بود کلیه بیماران پس از اخذ رضایت‌نامه، وارد مطالعه شدند.

معیارهای خروج از مطالعه نیز، ابتلا به COPD، بیماری قلبی-عروقی، پنومونی، پنوموتوراکس و یا سایر بیماری‌های سیستمیک و ریوی، نارسایی شدید تنفسی همراه با سیانوز و یا کنفوزیون، همچنین خانم‌های باردار و مصرف‌کنندگان دخانیات بود. برای کلیه بیماران، به محض ورود به اورژانس، پس از اخذ شرح‌حال و معاینه فیزیکی دقیق، اسپیرومتری بر اساس پروتکل انجمن توراکس آمریکا<sup>7</sup> انجام شد (با دستگاه ZAN-GP120) و بهترین مانور از حداقل سه مانور انجام شده، انتخاب گردید (5). همچنین اکسیژن از طریق ماسک ونچوری و 8 میلی‌گرم دگزامتازون وریدی در یک دوز تجویز شد (3، 7).

در مرحله بعد، بیماران به طور تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم شده و بصورت دو سو کور<sup>8</sup>، در یک گروه ابتدا چهارپاف آلبوترول (حاوی 200 پاف 100 میکروگرمی از اسپری ونتولین<sup>9</sup>، ساخت شرکت گلاکسو<sup>10</sup> به قیمت 100000 ریال) از طریق اسپیسر تجویز شد و بلافاصله آب مقطر از طریق نبولایزر داده شد.

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 1. CTC-MDI          | 6. FEV1         |
| 2. Spacer           | 7. ATS          |
| 3. Nebulizer        | 8. Double Blind |
| 4. Turbohaler       | 9. Ventoline    |
| 5. Before and after | 10. Glaxo       |

تغییرات ( $FVC(\%)$ ) در بیماران مبتلا به حمله حاد آسم، تحت درمان با آلبوتروپ از طریق نبولایزر در جدول شماره 3 نشان داده شده است که در آن مقدار پایه  $FVC$ ،  $52/07 \pm 15/53$  و مقادیر آن در نوبت‌های اول تا چهارم به ترتیب  $56/37 \pm 14/63$ ،  $59/43 \pm 15/38$ ،  $62/03 \pm 15/87$  و  $65/83 \pm 13$  بود. همچنین در روش استفاده از اسپیسر به ترتیب  $48/8 \pm 18/76$ ،  $58/4 \pm 16/25$ ،  $58/4 \pm 16/49$  و  $62/77 \pm 17/55$  و  $67/07 \pm 16/21$  بود.

آنالیز واریانس فاکتوریال مقایسه اثربخشی برونکودیلاتوری آلبوتروپ با دو روش استفاده از نبولایزر و اسپیسر بر  $FVC$  نشان داد که هر دو روش استفاده از آلبوتروپ در تغییرات  $FVC$  بیماران مبتلا به حمله حاد آسم، اثر یکسانی دارند ( $P=0/93$ ). از طرفی تغییرات ( $FVC(\%)$ ) در این بیماران، در نوبت‌های درمان از یکدیگر می‌باشد ( $p < 0/001$ ) و تفاوتی بین اثر درمانی روش‌های استفاده از آلبوتروپ در نوبت‌های مختلف درمان وجود ندارد ( $P=0/32$ ). و آنالیز واریانس فاکتوریال اثربخشی برونکودیلاتوری آلبوتروپ به دو طریق نبولایزر و اسپیسر بر معیار ( $FVC(\%)$ ) در جدول 4 با هم مقایسه شده اند. همانطور که در جدول 5 نشان داده شده است یافته‌های مطالعه حاضر نشان داده که در بیماران مبتلا به حمله حاد آسم، تحت درمان با آلبوتروپ از طریق نبولایزر، مقدار پایه  $FEV1/FVC$ ،  $61/47 \pm 10/89$  و مقادیر آن در نوبت‌های اول تا چهارم به ترتیب  $66/77 \pm 10/86$ ،  $70/37 \pm 10/46$ ،  $70/8 \pm 10/79$  و  $72/57 \pm 11/08$  بوده است و در روش استفاده از اسپیسر این مقادیر به ترتیب  $61/67 \pm 11/80$ ،  $70/10 \pm 12/50$ ،  $73/03 \pm 11/03$  و  $77/2 \pm 13/21$  می‌باشد.

آنالیز واریانس فاکتوریال مقایسه اثر برونکودیلاتوری آلبوتروپ به دو روش استفاده از نبولایزر و اسپیسر بر روی  $FEV1/FVC$  نشان داد که هر دو روش استفاده از آلبوتروپ در این بیماران اثر یکسانی دارند ( $P=0/22$ ).

در گروه دوم پس از تجویز اسپری پلاسبو بوسیله اسپیسر، بلافاصله 5 میلی‌گرم محلول آلبوتروپ از طریق نبولایزر<sup>1</sup> تجویز شد. اسپری و محلول آلبوتروپ و آب مقطر، از نظر ظاهری شبیه‌سازی شده و توسط یکی از محققین، کدگذاری شده بودند. بیماران هر دو گروه، به تعداد چهار دوز آلبوتروپ دریافت کردند که دوز اول بلافاصله پس از انجام اسپیرومتری و سپس به فواصل نیم ساعته در طی دو ساعت اول بود.  $FEV1$ ،  $FVC$  و  $MEF25-75$  هر دو گروه در بدو مراجعه (قبل از دریافت درمان) و سپس 15 دقیقه پس از تجویز هر دوز، محاسبه شدند.

### یافته‌ها

میزان  $FEV1$  در بیماران مبتلا به حمله حاد آسم، تحت درمان با آلبوتروپ از طریق نبولایزر شامل مقدار پایه ( $FEV1(\%)$ )،  $45 \pm 14/62$  نوبت اول و  $52/33 \pm 14/59$  نوبت دوم و  $57/57 \pm 12/68$  نوبت سوم و  $59/37 \pm 14/37$  و نوبت چهارم  $63/73 \pm 12/91$  بود.

مقادیر به دست آمده در روش استفاده از اسپیسر به ترتیب  $42/8 \pm 15/11$ ،  $54/07 \pm 17/14$ ،  $58/83 \pm 16/27$  و  $61/43 \pm 17/48$  و  $63/83 \pm 16/3$  بود. آنالیز واریانس فاکتوریال مقایسه اثربخشی برونکودیلاتوری آلبوتروپ با دو روش استفاده از نبولایزر و اسپیسر نشان داد که هر دو روش استفاده از آلبوتروپ در تغییرات  $FEV1$  بیماران مبتلا به حمله حاد آسم اثر یکسان دارند ( $P=0/87$ ).

تغییرات ( $FEV1(\%)$ )، در نوبت‌های درمان متفاوت از هم بوده ( $P=0/00$ ) و تفاوتی بین اثر درمانی دوروش استفاده از آلبوتروپ، در نوبت‌های مختلف درمان، وجود نداشت ( $P=0/34$ ) (جدول 7).

ضمناً آنالیز واریانس فاکتوریال اثربخشی برونکودیلاتوری آلبوتروپ به دو طریق نبولایزر و اسپیسر بر ( $FEV1$ ) با هم مقایسه شده است (جدول 2).

1. MEFAR s.p.a-Italy

استفاده از اسپیسر به ترتیب  $27 \pm 16/14$  و  $35/8 \pm 19/14$ ،  $39/63 \pm 19/86$  و  $42/37 \pm 21/14$  و  $45/13 \pm 21/54$  بوده است (جدول-7). آنالیز واریانس فاکتوریال مقایسه اثر برونکودیلاتوری آلبوترویل به دو روش استفاده از نبولایزر و اسپیسر نشان داد که دو روش استفاده از آلبوترویل اثر یکسانی بر روی تغییرات MEF25-75 بیماران دارند ( $P=0/75$ ). تغییرات MEF(%) در این بیماران، در نوبت‌های درمان از هم متفاوت است ( $P=0/00$ ) و همچنین تفاوتی بین اثر درمانی روش‌های مورد استفاده در نوبت‌های مختلف درمان، وجود ندارد ( $P=0/6$ ). تغییرات آنالیز واریانس مقایسه اثربخشی برونکودیلاتوری آلبوترویل به دو طریق نبولایزر و اسپیسر بر MEF25-75(%) ارائه شده است (جدول 8).

همچنین تغییرات FEV1/FVC در این بیماران، در نوبت‌های درمان، از هم متفاوت می باشد ( $P=0/00$ ). نتایج این مطالعه همچنین نشان می دهد که بین اثر درمانی روش‌های استفاده از آلبوترویل در نوبت‌های مختلف درمان، تفاوتی وجود ندارد ( $P=0/24$ ). آنالیز واریانس مقایسه اثربخشی برونکودیلاتوری آلبوترویل به دو طریق نبولایزر و اسپیسر بر FEV1/FVC در جدول 6 نشان داده شده است. نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که میزان پایه تغییرات MEF25-75 در بیماران مبتلا به حمله حاد آسم، تحت درمان با آلبوترویل از طریق نبولایزر،  $30/13 \pm 17/53$  و مقادیر آن در نوبت‌های اول تا چهارم به ترتیب،  $37/87 \pm 20/57$ ،  $41/4 \pm 19/47$  و  $42/1 \pm 18/83$  و  $45/93 \pm 19/57$  بوده است و در روش

جدول شماره 1- تغییرات FEV1 (%) در بیماران مبتلا به حمله حاد آسم، تحت درمان با آلبوترویل از طریق نبولایزر و اسپیسر

نوبت اول	نوبت دوم	نوبت سوم	نوبت چهارم	BASE Mean ± SD	تعداد	روش‌های مورد مقایسه
Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD		نبولایزر
52/33 ± 14/59	57/57 ± 12/68	59/37 ± 14/37	63/73 ± 12/91	45 ± 14/62	30	نبولایزر
54/07 ± 17/14	58/83 ± 16/27	61/43 ± 17/48	63/83 ± 16/3	42/8 ± 15/11	30	اسپیسر

جدول شماره 2- آنالیز واریانس فاکتوریال مقایسه اثربخشی برونکودیلاتوری آلبوترویل به دو طریق نبولایزر و اسپیسر بر FEV1 (%)

منبع تغییرات	درجه آزادی	مقدار F	P. Value
نوع روش استفاده از آلبوترویل	1	0/026	0/87
نوبت‌های درمان	4	88/45	<0/001
نوع روش استفاده از آلبوترویل و نوبت‌های درمان	4	1/1	0/34

جدول شماره 3- تغییرات FVC(%) در بیماران مبتلا به حمله حاد آسم، تحت درمان با آلبوترویل از طریق نبولایزر و اسپیسر

نوبت اول	نوبت دوم	نوبت سوم	نوبت چهارم	BASE Mean ± SD	تعداد	روش‌های مورد مقایسه
Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD		نبولایزر
56/37 ± 14/63	59/43 ± 15/38	62/03 ± 15/87	65/83 ± 13	52/07 ± 15/53	30	نبولایزر
58/4 ± 16/25	58/4 ± 16/49	62/77 ± 17/55	67/07 ± 16/21	48/8 ± 18/76	30	اسپیسر

جدول شماره 4- آنالیز واریانس فاکتوریال مقایسه اثربخشی برونکودیلاتوری آلبوترویل به دو طریق نبولایزر و اسپیسر بر FVC(%)

منبع تغییرات	درجه آزادی	مقدار F	P. Value
نوع روش استفاده از آلبوترویل	1	0/008	0/93
نوبت‌های درمان	4	39/10	<0/001
نوع روش استفاده از آلبوترویل و نوبت‌های درمان	1	1/169	0/32

جدول شماره 5- تغییرات FEV1/FVC در بیماران مبتلا به حمله حاد آسم، تحت درمان با آلبوتروپول از طریق نبولایزر و اسپیسر

نوبت چهارم	نوبت سوم	نوبت دوم	نوبت اول	BASE Mean ± SD	تعداد	روش‌های مورد مقایسه
Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD		
72/57 ± 11/08	70/8 ± 10/79	71/37 ± 10/46	66/77 ± 10/86	61/47 ± 10/89	30	نبولایزر
77/2 ± 13/21	76 ± 12/21	73/03 ± 11/03	70/10 ± 12/50	61/67 ± 11/80	30	اسپیسر

جدول شماره 6- آنالیز واریانس مقایسه اثربخشی برونکودیلاتوری آلبوتروپول به دو طریق نبولایزر و اسپیسر بر FEV1/FVC

P.Value	مقدار F	درجه آزادی	منبع تغییرات
0/22	1/53	1	نوع روش استفاده از آلبوتروپول
<0/001	42/02	4	نوبت‌های درمان
0/24	1/44	4	نوع روش استفاده از آلبوتروپول و نوبت‌های درمان

جدول شماره 7- تغییرات MEF25-75 (%) در بیماران مبتلا به حمله حاد آسم، تحت درمان با آلبوتروپول از طریق نبولایزر و اسپیسر

نوبت چهارم	نوبت سوم	نوبت دوم	نوبت اول	BASE Mean ± SD	تعداد	روش‌های مورد مقایسه
Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD		
45/93 ± 19/57	42/1 ± 18/83	41/4 ± 19/47	37/87 ± 20/57	30/13 ± 17/53	30	نبولایزر
45/13 ± 21/54	42/37 ± 21/14	39/63 ± 19/86	35/8 ± 19/14	27 ± 16/14	30	اسپیسر

جدول شماره 8- آنالیز واریانس مقایسه اثربخشی برونکودیلاتوری آلبوتروپول به دو طریق نبولایزر و اسپیسر بر MEF25-75 (%)

P.Value	مقدار F	درجه آزادی	منبع تغییرات
0/75	0/098	1	نوع روش استفاده از آلبوتروپول
Non-Significant <0/001	61/10	4	نوبت‌های درمان
Significant 0/60	0/604	4	نوع روش استفاده از آلبوتروپول و نوبت‌های درمان
Non-Significant			

## بحث و نتیجه‌گیری

این‌که تفاوتی بین اثر درمانی روش‌های استفاده از آلبوتروپول، در نوبت‌های مختلف درمان وجود ندارد.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که برونکواسپاسم ناشی از حمله حاد آسم به تجویز آلبوتروپول به هر کدام از دو روش استفاده از نبولایزر و اسپیسر پاسخ‌های یکسانی را نشان می‌دهد. نتایج مطالعه انجام شده توسط نیوهاوس و همکاران بر روی 129 بیمار مبتلا به حمله حاد آسم با میانگین FEV1(SD) به میزان 1/25(0/1) لیتر، نشان داد که تجویز آلبوتروپول تا 16000 mg در عرض 90 دقیقه، باعث افزایش FEV1 تا 600ml می‌شود (8)، که با نتایج حاصل از مطالعه

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که هر دو روش استفاده از نبولایزر و اسپیسر اثر یکسانی در درمان حمله حاد آسم دارند و به یک نسبت باعث بهبود شاخص‌های اسپیرومتری FEV1، FVC، FEV1/FVC و MEF25-75 می‌شوند. بنابراین مبتلایان به حمله حاد آسم، می‌توانند از هر یک از روش‌های مورد مطالعه، به منظور درمان استفاده کنند. از طرفی تغییرات این شاخص‌ها در بیماران مبتلا به حمله حاد آسم در نوبت‌های مختلف درمان، از هم متفاوت می‌باشد و در نهایت

ما مطابقت دارد. همچنین در مطالعه دیگری که توسط ریموندی و همکاران بر روی 27 بیمار مبتلا به حمله حاد آسم در گروه‌های تحت درمان با نبولایزر و اسپیسر با میانگین و انحراف معیار FEV1 به ترتیب 0/71 و 0/23 لیتر، 0/64 و 0/14 لیتر انجام شده است، تفاوت قابل توجهی بین شاخص‌های دموگرافیک، FEV1 پایه و ABG بیماران وجود نداشته و FEV1 در دو گروه تحت مطالعه، در مدت 6 ساعت پس از درمان افزایش چشمگیری داشته است (1)  $(1/6 \pm 5)$ . این درحالی است که یافته‌های مطالعاتی که کولاکن و همکاران (10) و نیز آدریس و همکاران (11) بصورت جداگانه انجام دادند، تفاوت معنی‌داری را در میزان FEV1 در گروه اسپیسر درمقایسه با گروه نبولایزر نشان داد که با نتایج حاصل از مطالعه حاضر، متفاوت است.

با یک نگرش کلی به نتایج حاصله از این مطالعه و سایر مطالعات انجام شده، می‌توان گفت که در بیماران مبتلا به حمله حاد آسم، یک  $b_2$  آگونیست انتخابی مانند آلبوترویل، می‌تواند در هر یک از دو روش نبولایزر و یا اسپیسر مورد استفاده قرار گرفته و اثرات برونکودیلاتوری یکسانی، را ایجاد کند ولی با در نظر گرفتن قیمت ارزانتر شکل اسپری دارو در مقایسه با شکل محلول آن و از طرفی در دسترس نبودن دستگاه نبولایزر در برخی از مراکز درمانی، استفاده از شکل اسپری آلبوترویل با محفظه آسم یار بر شکل نبولایزر آن برتری دارد.

## References

1. Raimondi AC, Schottlander J, Lombardi D, Molfino NA. Treatment of acute severe asthma with inhaled albuterol delivered via jet nebulizer, metered dose inhaler with spacer or dry powder: Chest 1997; 112(1): 24-28
2. Newman KB, Milne S, Hamilton C, Hall KA. A comparison of albuterol administered by MDI and spacers with albuterol by nebulizer in adult presenting to an urban Emergency department with acute asthma. Chest, 2002; 121:1036-1041
3. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's Principles of Internal Medicine 16th ed. Philadelphia: Mc Graw Hill, 2005; 2: 1508-1516
4. Scheffer AL, ed. Global initiative for Asthma. Global strategy management and prevention. NHLB/WHO workshop Report. National Institute of Health publication, 2002; 92: 3659
5. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates R, et al. Standardisation of spirometry. Eur Respir J, 2005; 26: 319-338
6. Cates CJ, Crilly JA, Rowe BH. Holding chambers (spacers) versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma. The cochrane database of systematic reviews, 2006; Issue 2. Art. No.: CD000052. DOI: 10.1002/14651858.CD000052.pub2
7. The naepp expert panel: Guidelines for the diagnosis and management of Asthma-Update on selected. Topics, 2002; 2: 5075
8. Kerpel J, Aldrich TK, Prezant DJ, Guguchev, et al. Emergency treatment of acute asthma with albuterol metered dose inhaler plus holding chamber. Chest J, 1997; 112: 348-356
8. Newhouse MT, Chapman KR, McCallum AL, Abboud RT, Bowie DM, Hodder RV, et al. Cardiovascular safety of high doses of inhaled fenoterol and albuterol in acute severe asthma. Chest, 1996; 110: 595-603
10. Colacone A, Afilao M, Wolkove N, Kreisman H, et al. A comparison of albuterol administered by MDI or wet nebulizer in acute asthma. Chest. 1993; 104: 835-841
11. Idris AH, Mcdermott MF, Raucci JC, Morrabel A, McGorray S, Hendeles L. Emergency department treatment of severe asthma metered dose inhaler plus holding chamber is equivalent in effectiveness to nebulizer. Chest. 1993; 103: 665-672