

مقایسه تأثیر فلوکونازول و کلوتریمازول در درمان ولوواژینیت کاندیدا آلبیکنس

نورالسادات کریمان*؛ زهره شفایی**؛ دکترمریم افراخته***؛ مهندس ناصر ولانی****؛ محبوبه احمدی*

چکیده:

سابقه و هدف: واژینیت شایع‌ترین علت مراجعه زنان به درمانگاه‌های زنان برای درمان است و کاندیدایاز دومین عفونت شایع مهبل می‌باشد. با توجه به شیوع بیماری و تناقضات موجود در مورد تأثیر تک دوز فلوکونازول خوراکی و کلوتریمازول واژینال، مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر دو داروی فلوکونازول و کلوتریمازول در درمان ولوواژینیت‌های کاندیدا آلبیکنس در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۷۹ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر با روش کارآزمایی بالینی یک‌سوکور روی ۷۰ بیمار در دو گروه فلوکونازول تک‌دوز خوراکی (۲۵ نفر) و کلوتریمازول واژینال هفت شبه صورت پذیرفت. بیماران از نظر شکایات ترشح واژینال، خارش، درد هنگام مقاربت، درد زیر دل، سوزش واژینال، سوزش و تکرر ادرار و علائم: التهاب و قرمزی ولو، زخم یا ضایعات پوسچولو پاپولروولو و کشاله ران، التهاب و قرمزی کشاله ران، ترشح واژینال کاندیدایی، التهاب و قرمزی واژن و درد و حساسیت آدنکس‌ها لام مستقیم و کشت قبل و بعد از درمان مورد بررسی قرار گرفتند و با آزمون مک‌نمار تداخل دو گروه و با آزمون کای‌دو بین دو گروه مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که دو گروه از لحاظ میزان پاسخ درمانی (پاسخ بالینی به‌همراه پاسخ پاراکلینیکی) در ارزیابی ۴ الی ۷ روز پس از اتمام دوره درمان، تفاوت معنادار آماری در سطح اطمینان ۹۵٪ نداشتند. تنها علامت ترشح واژینال کاندیدایی بود که بعد از درمان در دو گروه اختلافی نزدیک سطح معناداری داشت که نیاز به بررسی با تعداد نمونه بیشتر دارد. البته در خصوص بعضی از شکایات و علائم به‌عنوان مثال درد زیردل، سوزش واژینال، سوزش و تکرر ادرار، التهاب و قرمزی ولو و واژن میزان درمان و نیز سرعت بهبود علائم و شکایات در گروه فلوکونازول از لحاظ عددی و با توجه به آزمون مک‌نمار بیش از گروه کلوتریمازول بود. نتیجه درمان مثبت ۷۷٪ در گروه فلوکونازول و ۷۴٪ در گروه کلوتریمازول بود. طبق نتایج آزمایشگاهی در ۹۱٪/۴ از گروه فلوکونازول و در ۷۷٪/۱ از گروه کلوتریمازول کشت کاندیدا منفی شده بود. عوارض جانبی چشمگیر نبود و میزان پذیرش بیماران در گروه فلوکونازول ۱۰۰٪ بود.

*فوق لیسانس مامایی، مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

فوق لیسانس مامایی. *متخصص بیماریهای زنان و زایمان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

****فوق لیسانس تغذیه و صنایع غذایی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

*عهده دار مکاتبات: تهران، خیابان شریعتی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن: ۸۸۳۱۳۳-۰۲۱

بحث: توصیه می‌شود ضمن تکرار آن به صورت گسترده‌تر در صورت تأیید یافته‌های فوق از فلوکونازول تک‌دوز خوراکی که روشی مؤثر، آسان، ارزان و قابل قبول بیماران است، به جای کرم‌های واژینال کلوتریمازول استفاده شود و برای حل کامل مشکل تحقیقات تجربی با داروهای کتوکونازول و ایتراکونازول انجام گردد.

کلیدواژه‌ها: ولوواژینیت کاندیدیایی، فلوکونازول، کلوتریمازول.

مقدمه :

در زندگی انسان ایفای کند، از طریق اندام‌های جنسی سالم تأمین می‌گردند؛ لذا هرگونه بیماری در ناحیه تناسلی از جمله واژینیت‌ها در برآورده شدن این تمایلات اختلال ایجاد می‌کند و بدین ترتیب کیفیت زندگی فرد را مختل سازد (۴). محصولات متفاوتی برای درمان کاندیدیاز وجود دارند؛ از قبیل قرص‌های واژینال نیستاتین، ترکیبات موضعی و خوراکی آزول‌های ضدقارچ، ایمیدازول‌ها نظیر کرم‌های واژینال کلوتریمازول که به طور گسترده و معمول در کشور ما استفاده می‌شود و فلوکونازول که یک ترکیب آزول خوراکی است و به صورت تک‌دوز در درمان کاندیدیاز واژینال تجویز می‌گردد (۵). استفاده از واژینال دارو توسط بیمار مشکل است و به محض کاهش علائم قبل از ریشه‌کن شدن بیماری درمان را ناتمام می‌گذارند. استفاده خوراکی دارو ضمن سهل‌بودن برای بیمار به علت اثر سیستمیک در صورت وجود آلودگی‌های روده‌ای به قارچ که در اکثر موارد از علل عود بیماری است، در درمان بهتر و کاهش عود بیماری مؤثرتر عمل می‌کنند (۴). مطالعات بسیاری در مورد درمان واژینیت کاندیدیایی با داروهایی نظیر فلوکونازول به صورت تک‌دوز خوراکی و مقایسه آن با کلوتریمازول واژینال انجام شده است (۹-۶). در کشور ما با توجه به شیوع نسبتاً بالای این بیماری و درمان‌های ناقص آن و عدم همکاری بیمار به علت

واژینیت شایع‌ترین علت مراجعه به درمانگاه‌های زنان و مامایی می‌باشد و سالانه علت ۱۰ میلیون ویزیت در مطب است (۱). ۷۵ درصد خانم‌ها حداقل یک یا دو بار واژینیت کاندیدیایی را که دومین علت واژینیت‌ها می‌باشد، در طول زندگی تجربه می‌کنند (۲). این عفونت معمولاً به علت کاندیدا آلبیکانس تولید می‌شود. کاندیدا آلبیکانس یک قارچ دوشکلی است که به هر دو شکل مخمری بلاستوپور که مسئول انتقال و ایجاد کولونیزاسیون بی‌علامت بوده و میسلیا (فیلامنتوسوس) یا به عنوان هیف و یا هیف کاذب که از جوانه زدن بلاستوپور تولید و کولونیزاسیون را تشدید و تهاجم بافتی را تسهیل می‌نماید، رشد می‌کند. برای ایجاد بیماری، چسبندگی به سلول‌های اپی‌تلیال ضروری است و کاندیدا آلبیکانس بیشترین میزان چسبندگی را نسبت به همه مخمرها دارد (۳). این عفونت یک مشکل جهانی بوده و سالانه میلیون‌ها زن را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. این بیماری به دلیل ایجاد علائم و نشانه‌هایی همچون خارش، سوزش، درد هنگام مقاربت و ترشح نه تنها موجب کسالت جسمی، بلکه سبب ایجاد صدمات روحی - روانی به ویژه در موارد مزمن، درمان‌نشده و راجعه به دلیل پایداری این علائم و نشانه‌ها می‌گردد. همچنین تمایلات جنسی که نقش مهم و قابل توجهی

کشت سابورو منتقل گردید و بلافاصله به آزمایشگاه بیمارستان فرستاده شد.

نمونه‌ها براساس جدول تصادفی و مراجعه مستمر به دو گروه درمانی کرم واژینال کلوتریمازول و گروه درمانی فلوکونازول تقسیم شدند. در گروه درمانی کرم واژینال کلوتریمازول یک ایلیکاتور در داخل واژن به‌طور عمقی قبل از خواب به مدت ۷ شب قرار می‌گرفت و در گروه درمانی فلوکونازول، نمونه‌ها ۳ کپسول خوراکی ۵۰۰ میلی‌گرمی (به‌صورت دوز واحد) فلوکونازول ساخت شرکت دارویی زهراوی تبریز را در درمانگاه میل می‌نمودند. تعداد بیمارانی که دچار التهاب ولو و کشاله ران بودند، در دو گروه درمانی یکسان بود که برای آن‌ها کرم‌های موضعی کلوتریمازول تجویز گردید. به کلیه نمونه‌ها بروشوری شامل کلیه نکات بهداشتی داده‌شد. از بیماران خواسته شد که ۴ الی ۷ روز پس از اتمام درمان مجدداً مراجعه نمایند تا براساس نتایج کشت تشخیص قطعی حاصل شود. نمونه‌های مبتلا به کاندیداآلبیکنس در مطالعه باقی ماندند و نمونه‌های غیرآلبیکنسی که با انجام آزمایش لوله‌زا مشخص گردیدند و نیز نمونه‌های غیرکاندیدیایی از مطالعه خارج شدند و اقدامات معمولی مراکز درمانی برای آن‌ها انجام شد. در کلیه خانم‌های مبتلا به کاندیداآلبیکنس فرم اطلاعاتی شکایات و چک‌لیست علائم مجدداً تکمیل و نمونه ترشحات واژن برای بررسی لام مستقیم، کشت و شمارش کلنی‌های قارچ به آزمایشگاه فرستاده شد. نمونه‌های لام مستقیم در همان لحظه توسط متخصص علوم آزمایشگاهی مشاهده و به محقق گزارش می‌شد. کلیه نمونه‌های

مشکل ناشی از مصرف داروهای واژینال و نداشتن مطالعه‌ای در این زمینه و به‌منظور مقایسه تأثیر داروی فلوکونازول خوراکی و درمان معمول کلوتریمازول واژینال در واژینیت کاندیدیایی، این تحقیق در روی مراجعین به مرکز بهداشتی - درمانی بیمارستان بوعلی شهر تهران در سال ۱۳۷۹ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر با روش کارآزمایی بالینی از نوع Sequential Clinical Trial انجام شده است. کلیه خانم‌های متأهل که مشکوک به واژینیت کاندیدیایی بودند با حداقل شکایت خارش و ترشح واژینال با یا بدون سایر علائم و نشانه‌های عفونت کاندیدیایی، مورد بررسی قرار گرفتند. مواردی که از مطالعه خارج شدند شامل خانم‌هایی بودند که سابقه مصرف آنتی‌بیوتیک یا داروهای تضعیف‌کننده سیستم ایمنی یا داروهای واژینال به هر شکل در طول ۴ هفته قبل از شروع تحقیق داشتند، حامله یا یائسه بودند، سرویست، دیابت و چاقی آشکار داشتند یا سابقه ابتلا به واژینیت کاندیدیایی را بیش از ۳ بار در طول سال گذشته داشتند. برای خانم‌های واجد شرایط فرم اطلاعاتی شامل: سن، تحصیلات، شغل، محل سکونت، متراژ سرانه، درآمد ماهیانه، مدت ابتلای فعلی و چک‌لیست مشاهدات شامل التهاب ولو، واژن، ترشحات کاندیدیایی، زخم‌های پوسچولوپاپولر و التهاب کشاله ران تکمیل شد و برای تأیید واژینیت کاندیدیایی از ترشحات واژن یک نمونه لام مرطوب تهیه و با سواب استریل، نمونه مستقیماً روی محیط

مورد بررسی قرار گرفتند. کلیه خانم‌ها ساکن شهر بودند و همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است، بین دو گروه از نظر متغیرهای مداخله‌گر و زمینه‌ای اختلاف آماری معناداری ملاحظه نشد.

کلیه بیماران قبل از درمان دارای کشت از نظر کاندیدا آلبیکنس بودند. پس از اتمام دوره درمان کشت کاندیدا در ۷۷/۱ درصد از گروه کلوتریمازول را نشان نداد ($P > 0/11$)، البته درصد کشت مثبت در گروه کلوتریمازول پس از درمان (۲۲/۹ درصد) تقریباً ۳ برابر میزان کشت مثبت در گروه فلوکونازول

جدول ۱- توزیع مبتلایان به واژینیت کاندیدیایی برحسب گروه‌های درمانی در مراجعین به مرکز بهداشتی-درمانی بیمارستان بوعلی شهر تهران در سال ۱۳۷۹.

فلوکونازول (N=۳۵)	کلوتریمازول (N=۳۵)	گروه‌های درمانی متغیرهای مورد بررسی	
		بی‌سواد	میزان تحصیلات
۵(۱۴/۲)	۱۷(۲۰)	خواندن و نوشتن	
۱۶(۴۵/۸)	۱۷(۴۸/۶)	متوسطه-دیپلم	
۱۰(۲۸/۶)	۸(۲۹/۹)	عالی	
۴(۱۱/۴)	۳(۸/۵)		
		خانه‌دار	شغل
۲۸(۸۰)	۳۲(۹۱/۴)	شاغل	
		یک هفته اخیر	مدت ابتلا به بیماری فعلی
۲۲(۶۲/۹)	۱۶(۴۶/۶)	یک هفته تا یک ماه اخیر	
۹(۲۵/۷)	۱۲(۳۳/۴)	بیش از یک ماه	
۴(۱۱/۴)	۷(۲۰)		
۲۹/۳±۷/۵	۳۱/۷±۷/۶		سن (سال)
۶۸/۸±۰/۲	۶۳/۱±۲/۱۳		درآمد ماهیانه (هزار تومان)
۲۰/۸±۴/۴	۲۰/۴±۳/۷		متراژ سرانه (m ²)

کشت ترشحات ظرف ۴۸ - ۲۴ ساعت بعد از زمان تهیه، توسط یک متخصص علوم آزمایشگاهی مورد بررسی قرار می‌گرفت. در این مطالعه نتیجه درمانی مثبت به پاسخ بالینی مثبت همراه با پاسخ پاراکلینیک مثبت گفته می‌شد.

در کلیه نمونه‌ها چکلیست عوارض دارویی بعد از اتمام دوره درمان و قبل از معاینه مجدد تکمیل گردید. در پاسخ بالینی مثبت، فقدان علائم و نشانه‌های اصلی بیماری منظور گردید.

پاسخ پاراکلینیک مثبت: منفی شدن کشت ترشحات واژن به معنای تعداد کلنی زیر ۱۰ عدد در هر سوآپ استریل، در ارزیابی ۴ الی ۷ روز پس از اتمام درمان بود. اگر از مجموعه ۲ علامت شایع، ترشح واژینال کاندیدیایی و التهاب و قرمزی واژن پس از درمان، یکی وجود داشت، علامت مثبت و در صورت از بین رفتن هر دو علامت منفی تلقی می‌گردید و اگر از مجموعه دو شکایت شایع خارش ناحیه تناسلی و ترشح واژینال یکی از شکایات پس از درمان باقی می‌ماند، شکایت مثبت و در صورت از بین رفتن هر دو شکایت منفی منظور می‌گردید. درمان در دو گروه با آزمون کای دو و تأثیر داروها برحسب تغییر علائم در داخل گروه با آزمون مک‌نمار و بین دو گروه با آزمون کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته‌ها:

در این مطالعه ۷۰ خانم مبتلا به ولوواژینیت کاندیدیایی درد و گروه درمانی فلوکونازول (۳۵ خانم) و گروه درمانی کلوتریمازول (۳۵ خانم)

نتیجه درمانی ارائه گردیده است و نشان می‌دهد در گروه فلوکونازول ۲۲/۹ درصد و در گروه کلوتریمازول ۲۵/۸ درصد درمان نشده‌اند و آزمون‌های دو نشان داد که این اختلاف به لحاظ آماری معنادار نیست. در جدول ۳ تغییر شکایات در مبتلایان به واژینیت کاندیدیایی در دو گروه درمانی ارائه گردیده است. آزمون مک‌نمار نشان داد که داروی فلوکونازول (۸۰ درصد) و کلوتریمازول (۷۱/۴ درصد) در هر دو گروه درمانی باعث از بین رفتن شکایات بیمار گردیده است. آزمون‌های آماری اختلاف معناداری را بین دو گروه درمانی نشان نمی‌دهد.

در جدول ۴ تغییرات علائم بیماران مبتلا به

جدول ۲- توزیع مبتلایان به واژینیت کاندیدیایی برحسب نتیجه درمان و گروه‌های درمانی در مراجعین به مرکز بهداشتی-درمانی بیمارستان بوعلی شهر تهران در سال ۱۳۷۹.

نتیجه درمان	مثبت	منفی	جمع
کلوتریمازول	۲۶ (۷۴/۲)	۹ (۲۵/۸)	۳۵ (۱۰۰)
فلوکونازول	۲۷ (۷۷/۱)	۸ (۲۲/۹)	۳۵ (۱۰۰)

(۸/۶ درصد) بود که نشان‌دهنده تأثیر بیشتر فلوکونازول در منفی شدن کشت کاندیدا بوده است.

توزیع بیماران پس از درمان در جدول ۲ برحسب

جدول ۳- توزیع بیماران مبتلا به واژینیت کاندیدیایی برحسب شکایات و به تفکیک قبل و بعد از درمان و گروه‌های درمانی در مراجعین به مرکز بهداشتی-درمانی بیمارستان بوعلی شهر تهران در سال ۱۳۷۹.

نتیجه آزمون مک‌نمار	بعد از درمان		قبل از درمان		مراحل شکایات	گروه‌های درمانی
	داشته	نداشته	داشته	نداشته		
$(P < 0.001)$	۱۰ (۲۸/۶)	۲۵ (۷۱/۴)	۳۳ (۹۴/۳)	۲ (۵/۷)		کلوتریمازول (N = ۳۵)
$(P < 0.001)$	۷ (۲۰)	۲۸ (۸۰)	۳۱ (۸۸/۶)	۴ (۱۱/۴)		فلوکونازول (N = ۳۵)
-	$P < 0.46$		$P < 0.32$			نتیجه آزمون X^2

جدول ۴- توزیع بیماران مبتلا به واژینیت کاندیدیایی برحسب علائم و به تفکیک قبل و بعد از درمان و گروه‌های درمانی در مراجعین به

مرکز بهداشتی-درمانی بیمارستان بوعلی شهر تهران در سال ۱۳۷۹.

نتیجه آزمون مک‌نمار	بعد از درمان		قبل از درمان		مراحل علائم	گروه‌های درمانی
	داشته	نداشته	داشته	نداشته		
$(P < 0.001)$	۳ (۸/۶)	۳۲ (۹۱/۴)	۳۳ (۹۴/۲)	۲ (۵/۸)		کلوتریمازول (N = ۳۵)
$(P < 0.001)$	۴ (۱۱/۴)	۳۱ (۸۸/۶)	۳۳ (۹۴/۲)	۲ (۵/۸)		فلوکونازول (N = ۳۵)
-	$P < 0.07$		$P < 0.06$			نتیجه آزمون X^2

نمودار ۱- توزیع بیماران مبتلا به ولوواژینیت کاندیدیایی برحسب تغییر هریک از علائم و شکایات در دو گروه درمانی مراجعین به مراکز بهداشتی - درمانی بوعلی در سال ۱۳۷۹.

واژینیت کاندیدیایی ارائه گردیده است و نشان می‌دهد که ۱۱/۴ درصد مصرف‌کنندگان فلوکونازول و ۸/۶ درصد مصرف‌کنندگان کلوتریمازول پس از درمان، علائم بیماری در آنها مثبت بوده است که با $P > 0/07$ اختلافی نزدیک سطح معناداری در آنها دیده می‌شود که نیاز به بررسی با تعداد نمونه بیشتر احساس می‌شود. همچنین آزمون مک‌نمار بین نتایج قبل و بعد از درمان بر علائم بیماری اختلاف معناداری ($P > 0/001$) در هر دو گروه نشان داد که بیانگر تأثیر هر دو دارو در علائم بیماری بوده است. در نمودار ۱ درصد تغییر هریک از علائم و شکایات ارائه گردیده است و نشان می‌دهد که کلوتریمازول تأثیر بهتری در کاهش شکایت ترشح بیماران داشته است (۶۲/۸ در مقابل ۲۹/۹ در گروه فلوکونازول). در مورد تغییر شکایات و علائم تأثیر دو دارو یا مشابه و یا تأثیر فلوکونازول بر کلوتریمازول برتری نشان داده است. در شکایت درد زیر دل فلوکونازول ۲ برابر مؤثرتر بوده است و در مورد شکایت سوزش واژینال حدود ۲/۵ برابر فلوکونازول نسبت به کلوتریمازول برتری داشته است که برای به دست آوردن نتایج دقیق‌تر نیاز به بررسی با تعداد نمونه بیشتر وجود دارد.

عوارض دارویی در کلیه نمونه‌ها مورد بررسی قرار گرفت که تنها ۱ مورد سرگیجه در استفاده‌کنندگان فلوکونازول و یک مورد تحریک پوستی در مورد کلوتریمازول وجود داشت. زمان تسکین علائم نیز به‌طور متوسط ۲ روز پس از مصرف فلوکونازول و ۵ روز در مصرف‌کنندگان کلوتریمازول بود. میزان پذیرش بیماران در گروه فلوکونازول ۱۰۰٪ بود و تمامی آنها این روش درمانی را نسبت به کرم‌های واژینال که قبلاً مصرف می‌کردند، ترجیح می‌دادند. در مورد قدرت تشخیص

فلوکونازول و ۹۷ درصد از بیماران گروه کلوتریمازول حاصل شد و به‌طورکلی علایم و نشانه‌ها در ۷۷ درصد از گروه فلوکونازول و ۷۲ درصد از گروه کلوتریمازول کاملاً برطرف شد (۵). O-Prasert و همکاران نیز به‌دنبال بررسی تأثیر این دو شیوه درمانی در بانکوک در سال ۱۹۹۵ تفاوت بارزی بین دو گروه درمانی گزارش نکردند. بهبود بالینی در ۸۸/۷ درصد از گروه فلوکونازول و ۹۰ درصد از گروه کلوتریمازول به‌دست آمد.

نتایج پاراکلینیکی کشت ترشحات واژن، کشت منفی پس از درمان در این مطالعه، در گروه فلوکونازول ۹۱/۴ درصد و در گروه کلوتریمازول ۷۷/۱ درصد به‌دست آمد. در مطالعه Mikamo نیز کشت منفی در گروه فلوکونازول ۷۳ درصد و در گروه کلوتریمازول ۶۷ درصد به‌دست آمد.

با اینکه آزمون‌های آماری بین دو گروه درمانی در نتیجه درمان و نتایج پاراکلینیکی به لحاظ آماری اختلاف معناداری را نشان‌داد، ولی چنانکه در قسمت یافته‌ها آمده است، در کاهش علایم، در نتیجه درمانی و در نتایج قارچ‌شناسی گروه درمانی فلوکونازول نتایج درمانی بهتری به‌دست آمد. البته با توجه به تعداد کم نمونه‌ها حصول این نتیجه منطقی به‌نظر می‌رسد و همانطور که اشاره شد، برای قضاوت دقیق‌تر نیاز به مطالعه وسیع‌تر با تعداد نمونه بیشتر احساس می‌گردد. همچنین برای شمارش کلونی‌های قارچ روشی دقیق‌تر از سوآپ کانت توصیه می‌شود که جزو محدودیت این پژوهش بوده است. در این مطالعه فلوکونازول به دلیل سهولت استفاده و تأثیر خوب آن از پذیرش بالا و بهتر بیماران برخوردار بود.

بالینی و مثبت شدن کشت‌ها از نظر کاندیدا، تقریباً از هر ۳ نمونه یکی مثبت بود. بدین معنی که حدود ۴۰٪ موارد از لحاظ بالینی دارای تشخیص درست بوده‌اند.

بحث:

تحقیق نشان داد که میزان پاسخ درمانی مثبت در گروه فلوکونازول ۷۷/۱ درصد و در گروه کلوتریمازول ۷۴/۲ درصد بود. در مطالعه‌ای که توسط Watson و همکاران در اسکاتلند تحت عنوان درمان‌های ضدقارچی واژینال ایدازول و خوراکی تری‌زون در ولوواژینیت کاندیدیایی انجام شد، در بررسی کلی روی ۱۷ مطالعه Clinical trial که در فاصله بین سال‌های ۱۹۸۵ تا May ۲۰۰۰ انجام شده بود اختلاف آماری معناداری بین دوروش درمانی خوراکی و واژینال ضدقارچ وجود نداشت (۹).

در مطالعه‌ای که توسط Mikamo در سال ۱۹۹۸ در ژاپن تحت عنوان مقایسه تأثیر رژیم‌های مختلف ضدقارچی در واژینیت‌های کاندیدیایی انجام شد، میزان تأثیر درمانی ۷۸ درصد در افراد تحت درمان با فلوکونازول خوراکی و ۷۵ درصد در مصرف‌کنندگان کلوتریمازول واژینال به‌دست آمد (۶). در مطالعه Sobel و همکاران در آمریکا در سال ۱۹۹۵ با هدف مقایسه درمان واژینیت کاندیدیایی با یک دوز واحد فلوکونازول خوراکی با کرم واژینال کلوتریمازول هفت روزه تفاوت چشمگیر آماری به لحاظ بالینی و پاراکلینیکی به‌دست نیامد. میزان پاسخ درمانی بین دو گروه تفاوت بارزی نداشت. در ارزیابی بالینی ۱۴ روزه میزان بهبودی در ۹۴ درصد از بیماران گروه

از نوآوری این پژوهش می‌توان به بررسی عوارض داروها در دو گروه، زمان تسکین علائم و میزان پذیرش بیماران اشاره کرد که در مطالعه Watson و همکاران در ۱۷ مطالعه انجام شده در خصوص داروهای ضد قارچ اطلاعاتی در مورد میزان پذیرش بیماران و عوارض داروها آورده نشده است.

گروه فلوکونازول درمان نشده بودند. در نتیجه با توجه به اهمیت مشکل و عوارض شناخته شده آن لزوم تحقیقات تجربی دیگر در مورد این دو دارو و مقایسه با داروهای خوراکی دیگر نظیر ایتراکونازول و کتوکونازول ضروری به نظر می‌رسد تا بتوان مناسب‌ترین روش درمانی را انتخاب نمود.

تشکر و قدردانی:

در عین حال به نظر می‌رسد که برای نیل به نتیجه بهتر باید تأثیر داروی فلوکونازول در عود واژینیت کاندیدیایی با درمان کلوتریمازول مقایسه گردد و همچنین تأثیر این دارو در واژینیت‌های کاندیدیایی غیر آلبیکنس مورد بررسی قرار گیرد. هر دو گروه درمانی قادر به حل مشکل به طور کامل نبودند. ۲۵/۸ درصد در گروه کلوتریمازول و ۲۲/۹ درصد در

نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را نسبت به ریاست محترم بیمارستان بوعلی جناب آقای دکتر قادریان و کارکنان صمیمی آزمایشگاه جناب آقای دکتر تیربی و جناب آقای عباسی و سرکارخانم رفیعی که در این پژوهش ما را یاری فرمودند، اعلام می‌نمایند.

References:

1. Ryan KJ, Berkovitz R, Robert L, Ryan BJ. Kistner's gynecology. 5th ed. Medical Publisher Inc. 1999.
۲. قاضی جهانی ب. بیماری‌های زنان نواک، مؤلفین: برک، جانانان، تهران: انتشارات گلبن، ۱۳۷۶.
3. Graeme NK, Paget CT. Fungal cell structure and growth microbiology. Leeds, UK: Bios Scientific Publisher; 1999, 190 - 199.
4. Kinghorn GR. Vulvovaginal candidiasis. J Anti Micro Chemotherapy 1991; 928: 59 - 66.
5. Greer LA, Cameon LT, Kitchener HC, Obstetric & gynecology. Edinburgh: Mosby; 2001, P.246-7.
6. Mikamo H, Comparative study on the effectiveness of antifungal agents in different regimens against vaginal candidiasis. Chemotherapy 1998; 44(5): 364 - 8.
7. Sobel SD. Epidemiology and pathogenesis of recurrent vulvo vaginal candidiasis. Am J Ob & Gyn 1985; 152(7): 924 - 935.
8. Praserts O, Boulert A. Comparative study of fluconazole and clotrimazole for the treatment of Vulvovaginal Candidiasis. Sex Transm Disease 1995; 22(4): 228-230.
9. Watson MC, Grimshaw JM, Bond CM, Mollison J. Oral versus intra-vaginal indazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis. Oxford: The Cochran Library; 2001, Issue 2 (15p).