مقایسه اثر درمانی کرم کلوتریمazole 1/1 با کرم تریتنافین 1/1 در درمان بیماران مبتلا به درمانولتویز بدن و کشش ران در شهرستان کاشان

دکتر رضوان طالبی، دکتر محمد دخدایی، دکتر محمد علی اسدی، دکتر سید حامد شریف آرا، دکتر حسین اکبری، افشار صالحی

چکیده
زمینه و هدف: درمانولتویز بدن و عفونت درمانولتویز پوست و روی و درمانولتویز کشش ران در دیگر مرکزهای درمانی را در بر می‌گیرد. است. برای درمان این دو بیماری معمولاً از آورلایا یا الامیسیه‌های موثر و هدف از این مطالعه مقایسه و تعیین اثر درمانی کرم تریتنافین 1/1 کلوتریمazole 1/1 با یکدیگر بود.
روش بررسی: تعداد 100 بیمار مشکوک به درمانولتویز بدن و 50 بیمار مشکوک به درمانولتویز کشش ران مواجهه کننده به آزمایشگاه رفاه کاشان، پوست تنشی‌ناهیده و پس از تیمی اسپری با 10% KOH نمونه شده و سپس با ایزوآسمیری با 1/100 یکی از دو داروی کرم موثری کلوتریمazole 1/1 کلوتریمazole 1/1 به میزان ۷ روز در بار ظرفیت مدت ۱۰ هفته در صورت نیاز دو هفته ترارش دیگری به آلودگی و آزمایشگاهی مورد بررسی قرار می‌گرفت و با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش دانکن تحلیل آماری انجام شد.
بافت‌ها: هفته پنجم کرم تریتنافین ۱/۱ درمانولتویز بدن نسبت به کرم کلوتریمazole ۱/۱ درمانولتویز کشش ران بهبود پذیر با داشته باشد. ایکلیک: درمانولتویز بدن و درمانولتویز کشش ران با کرم تریتنافین ۱/۱ کرم کلوتریمazole ۱/۱ درمان

مقدمه
درمانولتویز بدن عفونت درمانولتویز بدن، نه‌آنها است (1،2). تحقیق اخیر از مکانیسم‌های درمانولتویز قادیر به ایجاد ضایعات پوستی می‌باشد. هر چند که

1) استاد بیمارستان مظهر وانک، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
2) استاد بیمارستان مظهر وانک، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده علوم پزشکی کاشان
3) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
4) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
5) دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
6) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
7) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
8) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
9) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
10) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
11) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
12) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
13) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
14) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
15) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
16) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
17) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
18) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
19) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
20) دانشگاه آزاد علم و فرهنگ، دانشکده علوم پزشکی کاشان، کاشان
روش بررسی

این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی بیکسکورب بر روی 100 بیمار شامل 75 بیمار مشکوک به درمانولوژی بدن و 25 بیمار مشکوک به درمانولوژی کاشلان را مراجعه کرده که آزمایشگاه قارچشناسی و رفاه کاشلان، در طول سال 69-90 انجام شد. پس از کسب رضایت بیمار و با توجه به اینکه کرم تربیتی‌ای و کرم کلوتربیزول 1، در هر دو انتخاب برای درمان هستند، با نظر پرستار معالج به طور تصادفی نیمی تربیتی‌ای و نیمی کلوتربیزول 1، دریافت کردند.

در صورتی که بیماران سابقه مصرف کورتیکوستروئید و ضد قارچ موضعی و یا خوراکی را داشته باشند، از مطالعه خارج می‌شده‌اند. پس از آنکه تا زمان مراجعه دانشگاه، تنها بیمار داشتیم که درمانولوژی بدن و یا کاشلان را مشخص کرده بود. ضمن کشت بر روی میکروپورت داتکر (KOH)، به طور تصادفی یکی از دو دارو کرم موضعی تربیتی‌ای و یکی از دو دارو کرم کلوتربیزول 1، به دو میزان روزی دو بار به مدت 2 هفته تجویز می‌شد. پس از هفته دوم در هفته‌های دیگر با همان دارو مورد

نتیجه‌گیری:

نتایج تحقیق بندی می‌کند. ضایعات ممکن است خارج‌دار باشد. تشخیص با دیدن مسیلویم قارچ و آرورتوکسیید و کشت ناییده می‌شود. در صورت مفید بودن اسمیک تهیه شده با هیدروکسید پتاسیم، اما با شبک بالینی، بالا به کمک کشت، تشخیص قطعی انجام می‌شود.

درمانولوژی کاشلان عرضه‌ها درمانولوژی کاشلان را است که به خارج سربازان با بیماری دیمان به‌مرکز نیز معروف است. پس از بلع رخ می‌دهد. بیماری اغلب در طرفه است و از چنین کاشلان را شروع می‌شود و به طرف ران گاهی است. این شکاف درمانی گسترده می‌باشد. ضایعات در هنگام خانی پیوسته فعالیت دارد. نمایی شده به قرض ها را در شکاف ران ایجاد می‌کند. تشخیص آن مشابه درمانولوژی بدون است. به مشاور پیشگیری و درمان، کاهش طولین تا ناحیه توصیه می‌شود.

جاهت درمان دوم بیمار فوی معمولاً از ترکیبات موضعی، از گروه آزولها تا کلمتریزول یا مشتق‌های آنان، نظیر تربیتی‌ای، به میزان دو بار در روز به مدت 10 الی 14 روز، استفاده می‌شود. در نواری که بیماری سیر مزمن را ایجاد می‌کند و به وسیله این بیمار موضعی‌ای یا نیم‌دیده با تاکید بیماری به علت مصرف نادر است که کورتیکوستروئید و غیرنام‌یا و دارای یا پایول و پوسجول مشترک (درمانولوژی ناشناخته) با ضایعات ممکن است باعث تهیه می‌شود. میان از درمان‌های خوراکی سود جست.

با توجه به شیوع بالای این ضایعات در دهه‌های اخیر، همزمانی که کل غیره در صحنه کلان برای درمان این ضایعات به‌پایین برداخت کنند (1) و مطالعات مهم هریه- فایده برای بیمار، به خود

مجله دانشکده پرورش‌کنی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پارسی سالمه) دوره 9 شماره 2 مهر و آبان 1394 365
آماری نتایج آزمایش‌ها با استفاده از ترمافاز و SPSS و مقایسه میانگین‌ها با روش آزمون چند دامنه‌ای دانکن انجام شد.

درمان قرار گرفت و مجدداً بعد از در هنگ درمان (در مجموع ۴ هفته درمان) از نظر بهبود بالینی و آزمایشگاهی مورد ارزیابی قرار می‌گرفت. تحلیل

یافته‌ها

در این مطالعه، بعد از ۴ هفته درمان ۱۵۰ بیمار مبتلا به درماتوفیتیز بدن و درماتوفیزیوز کفشهای ران، ۵۲ بیمار (۴۲٪) در گروه تریپاپازول و ۵۸ بیمار (۴۸٪) در گروه کلوتروپازول معالجه شدند (P=0/605). همچنین، از میان ۴۰ بیماری که به درمان ۴ هفته‌ای

نمودار ۱: مقایسه ی بهبود بالینی و آزمایشگاهی بعد از ۴ و ۶ هفته درمان با تریپاپازول و کلوتروپازول در بیماران

مبتلا به کپیلا بدن و کپیلا کفشهای ران

درمان ۴ هفته‌ای احتیاج داشتند، در گروه تریپاپازول ۲۳ بیمار (۲۸٪) از بین ۸۵ بیمار، و در گروه کلوتروپازول ۱۷ بیمار (۲۳٪) از بین ۸۵ بیمار معالجه شدند (P=0/5۸۶) (نمودار ۲).

نمودار ۲: مقایسه ی بهبود بالینی و آزمایشگاهی بعد از ۴ و ۶ هفته درمان با تریپاپازول و کلوتروپازول در بیماران

مبتلا به کپیلا بدن
به همجنگی، از میان 10 بیماری که به درمان 4 هفته‌ای احتیاج داشتند، در گروه تریپینافی بین 5 بیمار (50%) از 25 بیمار، در گروه کلوترومیازول نیز هر 5 بیمار (50%) معالجه شده بودند. (P<0.05)(نمودار 3).

**نمودار 3: مقایسه دو بهبود بالینی و آزمایشگاهی بعد از 4 و 6 هفته درمان**

جدول 2: مدول مقایسه‌ی میزان بهبود بالینی و آزمایشگاهی بعد از 4 و 6 هفته درمان با کلوترومیازول بر مبنای اندازه‌گیری درمان

<table>
<thead>
<tr>
<th>Value</th>
<th>درمانهای کنترل</th>
<th>درمانهای کنترل</th>
<th>درمانهای کنترل</th>
<th>درمانهای کنترل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0/0 (0)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0 (0)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0 (0)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0 (0)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0 (0)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0 (0)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0 (0)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0 (0)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0 (0)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0 (0)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
<td>2/0 (20)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

توجه: بعد از در هفته درمان، میزان بهبودی با تریپینافی و کلوترومیازول برای میتالیان به‌طور مشترک 100% با P=0.05، و برای میتالیان به‌طور مشترک 100% با P=0.05. برای برای هر دو گروه درمان، در بیماران مبتلا به تریپینافیون و کلوترومیازول تونیرسوسی و میکروسرپورم کنیس بهبود یافت. بودن. در بیمارانی که برای چهار هفته درمان شده بودن، میزان بهبودی با تریپینافی و کلوترومیازول برای...
درمان طغیان و همکاران

که توسط Signal و همکاران انجام شده بود، مشاهده شد که بر اساس این رقم درمان کلیه بدن و کلیه کشالی ران به یکین درمان کلیه بدن و کلیه کشالی ران، بیشترین فعالیت از کلوتیرمیوزال است. اما هم از نظر فارماسیاتیک و هم از نظر فارماسیاتیک است، اما بعد از گذشت و 8 هفته نتایج قابل توجهی از نظر بهبودی بین دو داروی مذکور وجود ندارد(1).

همچنین در مطالعه‌ای که توسط Millikan و همکاران انجام شده، مشاهده گردید که کرم نفتیزین 1 در درمان کلیه بدن و کلیه کشالی ران به مدت 4 هفته‌ها از نظر بهبود فارماسیاتیک و هم از نظر بهبود بیلیش تقافت قابل توجهی با کرم ایکنوزئول(4) ندارد(7). البته توجه به شاخص مطالعه حاضر با دو مطالعه‌ای اخیر و مطالعه‌ای اخیر و عزیزی مقدم که در آن عدم قضاوت قابل ملاحظه‌ای بین دو داروی کرم موضوعی تریکوفاون(5) و کرم موضوعی کلوتیرمیوزال(1) در درمان 80 بیمار مبتلا به درمانوتورنژس در تهران، مشاهده شد(9). می‌توان نتیجه گرفت که برخی از آلی‌آمین‌ها نتایج قابل ملاحظه‌ای با برخی از آزول‌ها در درمان کلیه بدن و کلیه کشالی ران ندارند و به‌طور شرایط بیماران چهار می‌توان از هر یک از دو داروی دارویی (ازول‌ها یا آلی‌آمین‌ها) با نظر پزشک استفاده نمود.

با توجه به مطالعه حاضر و مطالعاتی که توسط Beller & Gessner(4) و Kohl و همکاران(11) انجام شده، نتایج به دست آمده مشخص کرد که فرمول‌های خاصی و موضوعی برخی آزول‌ها یا آلی‌آمین‌ها تاثیری برای بهبود درمانوتورنژس بدن یا کشالی ران دارند، اما به جهت کوتاهی بودن طول دوره درمان با فرمول‌های خوراکی و اهمیت کوتاهی بودن طول دوره درمان در برخی از شرایط نظر مطالعه ورزشی کروهی برابر

مبتلا به تریکوفاون منتارگروفاونی بی ترتیب 75% و 67% و تریکوفاون و 50% و 77% و 50% درمانی است. در مبتلا به تریکوفاون و ولینیوزوم روبروی نشان دهنده اینکه تریکوفاون را برای چهار هفته درمان نموده بودند، 100% بهبودی مشاهده شد (جدول 1).

در این مطالعه، از نظر آماری، میزان بهبود حاصل از تریکوفاون پس از دو هفته درمان، برای تمام انواع ناحیه مطالعه با جعبه تریکوفاون و ولینیوزوم معنی‌دار بود(20). پس از دو هفته درمان، نشان داد که برای تریکوفاون منتارگروفاونی و ایپردرسپرونول (فلورکوزوم معنی‌دار بود(20). (P<0.05).

همچنین از نظر آماری، میزان بهبود حاصل از کلوتیرمیوزال پس از دو هفته درمان، برای تریکوفاون منتارگروفاونی و فلورکوزوم معنی‌دار بود(20). (P<0.05). ای پردردرسپرونول و تریکوفاون منتارگروفاونی از نظر معنی‌دار بود(20).

در تحقیق این مطالعه به کل نمونه مورد مطالعه، هیچ عارضه جانبی ناشی از دارو، از دو داروی کرم موضوعی تریکوفاون و کرم موضوعی کلوتیرمیوزال مشاهده نشد.

بحث

در این مطالعه مشاهده شد که پایین بهبودی بعد از درچهار هفته درمان با تریکوفاون با کلوتیرمیوزال در درمانوتورنژس بدن یا کشالی ران تفاوت قابل توجهی از نظر آماری ندارد که در مقایسه با مطالعات

328

مجله دانشگاه پرورشیان دانشگاه علوم پزشکی تهران (پژوهش سقایی) دوره 9 شماره 4 مهر و آبان 1394
ورزشگاران، فرم‌های خارجی‌ها، هر چند عوارض
بیشتر دارند، ارتجاع‌های نسبت به دیگر
تیکه‌های درمان‌های دیكایل و دیگر
علاوه بر این اثبات کننده به‌این یک
کارکرد مایل به این حالیات با هم دردند.

نتایج کلی

با توجه به نتایج به‌دست آمده مشخص شد
که درمان‌های دیکایل و دیگر مطالعات
می‌توان آن‌ها را از نظر ایمنی و
نتایج کلی به دست آورده.

تشکر و قدردانی

نیستندگان و عاطفی خوش می‌دانند تا مدیریت و
کارکنان آزمایشگاه فرم‌ها و روان‌شناختی کسانی تشکر
و قدردانی نمایند.

منابع


15. Family S, Banhashemi M, Pezeshkipour F & Layegh P. Compared with Gyrozofulvin effects on Fluconazole jock itch. School of Medicine of Mashhad University of Medical Sciences 2006; 49(93): 271-4[Article in Persian].


Comparison Of Therapeutic Effectiveness With Clotrimazole 1% Cream With Terbinafine 1% Cream In Patients Therapy Given To Tinea Corporis And Tinea Cruris In Kashan

Talaee Rezvan¹ (M.D.) - Dakhili Mohammd² (Ph.D) - Asadi Mohammad Ali³ (Ph.D) - Sharif Arani Seyed Hamed⁴ (M.D) - Akbari Hossein⁵ (Ph.D) - Salehi Afshin⁶ (MSc)

1 Assistant Professor, Dermatology Department, Shahid Beheshti Hospital, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
2 Assistant Professor, Medical Laboratory Department, School of Medicine, Islamic Azad University, Qom, Iran
3 Instructor, Parasitology & Mycology Department, School of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
4 General Physician, Kamkar Hospital, Islamic Azad University, Qom, Iran
5 Assistant Professor, Statistics Department, School of Public Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
6 Master of Science in Microbiology, Medical Laboratory Department, School of Allied Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Abstract

**Background and Aim:** Dermatophytosis is a skin infection without involving of hair, and in fact, Tinea cruris is a form of body Dermatophytosis. For treatment of these two diseases, topical azole or Allylamines are usually used. The aim of this study was to determine the therapeutic effectiveness of Terbinafine 1% and clotrimazole 1%, respectively.

**Materials and Methods:** 100 patients suspected to Tinea body, and 50 patients direct suspected to Tinea cruris referred to Reference Laboratory of Kashan were selected randomly at one year, prepared smear with 10% KOH, and SCC culture media. 1% cream of Clotrimazole or Terbinafine prescribed 2 and 4 weeks. Then patients recovery was studied for clinical and laboratory results. The data was collected and analyzed by SPSS and Duncan procedure.

**Results:** After 2 weeks, clotrimazole was more effective than Terbinafine in the treatment of patients infected by Tinea of the body, but equally effective in patients therapy with Tinea cruris By Terbinafine. As a whole, Clotrimazole was more effective than Terbinafine. However, this differences was not significant (P>0.432).

**Conclusion:** Clotrimazole is our drug choice for therapy of Dermatophytosis and Tinea cruris, in spite of new drugs, for example Terbinafine.

**Key words:** Body Dermatophytosis, Tinea Cruris, Terbinafine Cream, Clotrimazole Cream, Therapy