

بررسی و مقایسه اثرات درمانی فلوکونازول در بیماران دچار پانکراتیت حاد صفاوی

چکیده

زمینه: پانکراتیت صفاوی بیماری شایعی بوده و در درمان آن از آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای ضد قارچ به صورت همزمان استفاده می‌گردد. لذا این مطالعه با هدف بررسی اثرات درمانی فلوکونازول به عنوان یک داروی ضد قارچ در این بیماران انجام گرفت.

روش‌ها: این مطالعه یک کار آزمایشی بالینی یک سوکور تصادفی شده بود. جامعه پژوهش بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا(ع) کرمانشاه بودند که با تشخیص پانکراتیت حاد صفاوی بستری شده بودند. بیماران به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. یک گروه درمان مرسوم پانکراتیت (آنتی‌بیوتیک) را دریافت کردند و در گروه دیگر به درمان مرسوم رژیم درمانی، فلوکونازول اضافه شد.

یافته‌ها: ۸۷/۲٪ بیماران زن و ۱۲/۸٪ مرد بودند. میانگین سنی گروه دریافت کننده فلوکونازول ۵۳/۹۷±۱۶/۲۵ و میانگین سنی در گروه کنترل ۵۴/۱۳±۱۶/۴۳ بود. میانگین مدت بستری در بیمارستان در گروه دریافت کننده فلوکونازول ۶/۱۰ روز و در گروه کنترل ۶/۱۳ روز بود. در گروه دریافت کننده فلوکونازول ۲/۶٪ به جراحی نیاز داشتند و در گروه کنترل هیچ یک از بیماران به جراحی نیاز نداشتند. میانگین مدت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در گروه کنترل ۱/۲۸ و در گروه فلوکونازول ۱/۲۶ روز بود.

نتیجه‌گیری: همانطور که یافته‌های این مطالعه نشان داد تجویز فلوکونازول خوراکی تأثیری در میزان مرگ و میر، نیاز به جراحی، هزینه، مدت بستری در بیمارستان و بخش مراقبت‌های ویژه نداشت، لذا به دلیل عوارض و هزینه فلوکونازول، پیشنهاد می‌گردد کلیه بیماران با پانکراتیت خفیف صفاوی با فلوکونازول درمان نشوند و این درمان تنها برای بیمارانی صورت بگیرد که ترشحات دستگاه گوارش فوقانی آنها از نظر وجود قارچ مثبت باشد.

کلید واژه‌ها: پانکراتیت حاد صفاوی، فلوکونازول، بیمارستان امام رضا(ع)، اثرات درمانی

سید محمدعلی حسامی^۱، حسین فرزام^۲
سمیرا فتاحی^{۳*}، فرهنگ صفرزاد^۴، محمود
فخری^۳، منصور رضایی^۴، آرش آزادمهر^۱

۱. گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲. گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۳. گروه اتاق عمل، دانشکده پیرا پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۴. گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

* **عهده دار مکاتبات:** گروه اتاق عمل، دانشکده پیرا پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

Email: s_fatahi20@yahoo.com

مقدمه:

پانکراتیت حاد به التهاب پانکراس اطلاق می‌شود که در اثر فعالیت زود هنگام آنزیم‌های اگزوکرین پانکراس مانند تریپسین، فسفولیپاز A و الستاز به داخل پانکراس ایجاد می‌شود. پانکراتیت حاد از اختلال خفیف و محدود شونده تا یک بیماری شدید و سریعاً کشنده که به هیچ درمانی پاسخ نمی‌دهد متغیر است^۱. تقریباً ۱۸۵۰۰۰ مورد پانکراتیت حاد هر ساله در ایالت متحده رخ می‌دهد که ۱۵۰۰۰۰ مورد آنها در نتیجه سنگ کیسه صفرا یا الکل مداوم ایجاد می‌شوند^۲. اصول درمان در پانکراتیت بر اساس

متوقف نمودن آزادسازی آنزیم پانکراس و درمان عوارضی است که می‌تواند چند سیستم را درگیر کند^۳.

مشکلات عفونی مهم‌ترین دلیل مرگ و میر در بیماران دارای پانکراتیت حاد می‌باشد. عفونت‌های باکتریایی به کرات تشخیص و گزارش داده شده است. در سالهای اخیر علاوه بر عفونت‌های باکتریایی عفونت‌های قارچی نیز گزارش شده است. وقوع عفونت قارچی از ۷ تا ۴۱ درصد و میزان مرگ و میر آن بیشتر از ۴۱٪ گزارش شده است^۴. عفونت‌های قارچی در بیماران

الکترولیت، کنترل درد، تجویز مایعات وریدی با پایش فشار وریدی مرکزی، کنترل برونده ادراری و نیز تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک) و در گروه دیگر علاوه بر رژیم درمانی مرسوم فلوکونازول (۲۰۰ میلی گرم خوراکی در روز اول و سپس ۱۰۰ میلی گرم روزانه برای یک هفته) نیز اضافه شد. برای تمام بیماران فرم رضایت آگاهانه تکمیل و بیماران از اینکه در گروه فلوکونازول یا درمان استاندارد قرار گرفتند اطلاعی نداشتند. افرادی که براساس علایم بالینی، آزمایشات و سونوگرافی مبتلا به پانکراتیت حاد صفراوی تشخیص داده شده بودند وارد مطالعه شدند. زنان باردار و بیمارانی که سابقه حساسیت قبلی به فلوکونازول را ذکر می‌کردند و یا در طی مطالعه دچار هرگونه حساسیت به آن می‌شدند از مطالعه خارج می‌شدند. در بیماران براساس معیار رانسون در بدو مراجعه و یا CT Scan شدت بیماری مشخص می‌شد. موارد خفیف در بخش و موارد شدید در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شدند. معیارهای رانسون و سطح آمیلاز سرم در ۴۸ ساعت پس از بستری مجدداً محاسبه گردید. بیماران در هر دو گروه از نظر عوارض، نیاز به عمل جراحی نکرده‌کنومی، مدت اقامت در بیمارستان، بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و نیز هزینه‌های درمان بررسی و اطلاعات ثبت و با هم مقایسه شد. با استفاده از SPSS ver16 اطلاعات خلاصه‌سازی و سپس با استفاده از آزمون کای‌دو نسبت به مقایسه دو گروه در متغیرهای کیفی اقدام شد. برای متغیرهای کمی نیز از آزمونهای T.KS مستقل، لون و من ویتنی استفاده شد و چون توزیع نمونه‌ها نرمال بود، آزمون T مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج:

نتایج این بررسی نشان داد که بیشتر نمونه‌ها در هر دو گروه کنترل و آزمون مونث بودند و بین جنسیت در دو گروه از نظر آماری ارتباط معنا داری وجود نداشت ($P=0/0001$) (جدول ۱). میانگین سنی در گروه آزمون $54/13 \pm 16/25$ و در گروه کنترل $54/13 \pm 16/43$ بود. بین سن در دو گروه مورد مطالعه از نظر آماری ارتباط معنا داری وجود نداشت ($P=0/967$).

پانکراتیت حاد صفراوی روی زمان بستری و مرگ و میر و مشکلات در سایر ارگان‌ها تاثیر می‌گذارد و همچنین باعث مشکلاتی همچون نارسایی تنفسی، هایپوتنشن و افزایش نیاز به تهویه می‌شود^۲ و مطالعات جدید پیشنهاد کرده‌اند که تشخیص زودرس و درمان مناسب عفونت قارچی در بیماران پانکراتیت حاد می‌تواند منجر به بهبود نتایج شود^۶.

به علت شیوع بالای عفونت قارچی به همراه مشکلاتش به نظر می‌رسد استفاده از پروفیلاکسی در بیماران دچار پانکراتیت حاد منطقی به نظر برسد. He و همکاران در مطالعه خود تاثیر پروفیلاکسی ضدقارچی گارلیسین و فلوکونازول را در ۷۳ بیمار بررسی کردند. آنها کاهش عفونت‌های قارچی را از ۳۰ به ۱۶ در گروه گارلیسین و از ۳۰ به ۹ در گروه فلوکونازول گزارش دادند^۸. در مطالعه Calandra و همکاران که روی ۴۶ بیمار مبتلا به عفونت پانکراس صورت گرفت یافته‌ها نشان دادند که استفاده از فلوکونازول عفونت قارچی را کاهش می‌دهد. استفاده از داروی پروفیلاکسی ضد قارچ می‌تواند وقوع عفونت‌های قارچی را کاهش دهد اما تاثیر آن روی مرگ و میر مشخص نشده است حتی ممکن است اثرات جانبی مرتبط با داروهای ضد قارچ مثل افزایش مقاومت میکروارگانیسم‌ها باعث افزایش مرگ و میر شود^۹.

لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی اثرات درمانی فلوکونازول بر میزان مرگ و میر، میزان بستری در بیمارستان و بخش مراقبت ویژه، نیاز به جراحی و میزان هزینه‌ها در بیماران پانکراتیت حاد صفراوی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه یک کار آزمایشی بالینی (IRCT2013082714333N3) یک سوکور تصادفی شده بود. از بین بیماران مبتلا به پانکراتیت حاد صفراوی بستری شده در بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه، ۷۸ بیمار به روش استاندارد آماری بر اساس فرمول پوکاک انتخاب و براساس جدول تصادفی به دو گروه ۳۹ نفره تقسیم شدند که در یک گروه درمان مرسوم (محدودیت مصرف مواد از دهان، اصلاح آب و

در مورد فراوانی مرگ در دو گروه کنترل و آزمون همانطور که نتایج این مطالعه نشان داد بین میزان مرگ در دو گروه تفاوت معنی داری یافت نشد ($P=0/03$) (جدول ۳).

در این مطالعه نیاز به جراحی در گروه کنترل صفر و در گروه آزمون ۲/۶ درصد محاسبه شد که از این لحاظ بین دو گروه از لحاظ آماری بر اساس آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($P=0/314$).

جدول ۳: فراوانی مرگ بر حسب گروه‌های مورد مطالعه

گروه	کنترل	آزمون
مرگ و میر	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
مرگ	۳ (۷/۷٪)	۲ (۵/۱٪)
حیات	۳۶ (۹۲/۳٪)	۳۷ (۹۴/۹٪)
کل	۳۹ (۱۰۰٪)	۳۹ (۱۰۰٪)

بحث:

در بررسی صورت گرفته ۸۷/۲ درصد زن و ۱۲/۸ درصد مرد بودند و بین جنسیت در دو گروه ارتباط معنی داری وجود نداشت. همچنین فراوانی جنسیت در دو گروه با هم برابر بود. در مطالعه باقی و همکارش^{۱۰} ۶۹ درصد نمونه‌ها زن و ۳۹ درصد مرد بودند، که با مطالعه حاضر مطابقت و همخوانی داشت. در برخی از مطالعات دیگر^{۱۱} نسبت زن و مرد در پانکراتیت صفراوی یکسان بود. در بعضی از مطالعات انجام گرفته در اروپا و در کشورهایایی که پانکراتیت الکلی در آنها شایع تر است نسبت ابتلای مردان بیشتر از زنان بوده است که علت آن شیوع بیشتر مصرف الکل در مردان می‌باشد. این تفاوت را می‌توان به دلیل تفاوت در گروه‌های مورد مطالعه و علل ایجاد پانکراتیت حاد در بررسی‌های متفاوت توجیه کرد.

میانگین سنی گروه دریافت کننده فلوکونازول $53/97 \pm 16/25$ بود و میانگین سنی در گروه کنترل $54/13 \pm 16/43$ بود. و سن در

همچنین میانگین هزینه در گروه دریافت کننده فلوکونازول ۹۶۸ هزار تومان و در گروه کنترل ۹۷۴ هزار تومان بود که از نظر آماری تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0/768$).

جدول ۱: فراوانی جنسیت در دو گروه کنترل و آزمون

گروه	کنترل	آزمون
جنسیت	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
زن	۳۴ (۸۷/۲٪)	۳۴ (۸۷/۲٪)
مرد	۵ (۱۲/۸٪)	۵ (۱۲/۸٪)
کل	۳۹ (۱۰۰٪)	۳۹ (۱۰۰٪)

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد بین دو گروه کنترل و آزمون در میزان شدت بیماری تفاوتی مشاهده نشد ($P=1$).

جدول ۲: فراوانی شدت بیماری در دو گروه کنترل و آزمون

گروه	کنترل	آزمون
شدت بیماری	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
زیر ۲ (خفیف)	۱۸ (۴۶/۲٪)	۱۸ (۴۶/۲٪)
بین ۳ تا ۵ (متوسط)	۱۹ (۴۸/۷٪)	۱۹ (۴۸/۷٪)
بالای ۷ (شدید)	۲ (۵/۱٪)	۲ (۵/۱٪)
کل	۳۹ (۱۰۰٪)	۳۹ (۱۰۰٪)

میانگین مدت زمان بستری در بیمارستان در گروه آزمون ۶/۱۰ روز و در گروه کنترل ۶/۱۳ روز بود که از لحاظ آماری تفاوت معناداری باهم نداشتند ($P=0/979$). همچنین میانگین مدت زمان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در گروه کنترل ۱/۲۸ و در گروه آزمون ۱/۲۶ روز بود که از لحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P=0/767$).

شعار^{۱۲} ۱۰ درصد بیماران فوت کردند و دو گروه بیماران از نظر مرگ و میر اختلافی با یکدیگر نداشتند. در مطالعه گروه جراحی پانکراس چین^{۱۳} بیماران از نظر مرگ و میر با هم تفاوتی نداشتند. در مطالعه Shorr^{۱۷} میزان مرگ و میر در گروه دریافت کننده فلوکونازول و دارونما تفاوت چندانی نداشت. در مطالعه Villatoro^{۱۸} میزان مورتالیتی در گروه دریافت کننده آنتی بیوتیک ۶ درصد و در گروه دریافت کننده دارونما ۱۵/۳ درصد بود. Kochhar و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که استفاده از داروی ضدقارچ تاثیری روی مرگ و میر بیماران ندارد.^۷

در مطالعه گروه جراحی پانکراس چین^{۱۳} نیز میزان مورتالیتی در گروه دریافت کننده مترونیدازول و سیپروفلوکساسین ۷ درصد و در گروه دریافت کننده دارونما ۱۱ درصد بود. در مطالعه Ping^{۱۹} مورتالیتی در گروه مورد ۱۰/۳ درصد در مقابل ۱۴/۸ درصد در گروه کنترل بود. همچنین در مطالعه Rokke^{۱۵} دو گروه دریافت کننده ایمی پنم و کنترل از نظر میزان مرگ و میر با هم تفاوت چندانی نداشتند که نتایج مطالعات دیگر با نتایج به دست آمده از این بررسی همخوانی دارد.

در این بررسی یک بیمار به جراحی نیاز داشت که در گروه دریافت کننده فلوکونازول بود و نیاز به اقدامات جراحی در دو گروه مورد مطالعه با هم تفاوتی نداشتند. در مطالعه گروه جراحی پانکراس چین^{۱۳} نیز بیماران از نظر نیاز به اقدامات تهاجمی، مداخله و جراحی با هم تفاوتی نداشتند. در مطالعه Villatoro^{۱۸} میزان نیاز به جراحی در گروه‌های مورد مطالعه با هم تفاوتی نداشت. در مطالعه Isenmann^{۱۴} بین نیاز به اقدامات جراحی در دو گروه تفاوتی وجود نداشت. در مطالعه Rokke^{۱۵} دیگر نیز دو گروه از نظر نیاز به جراحی با هم تفاوت چندانی نداشت که با مطالعه حاضر مطابقت و همخوانی داشت.

نتیجه گیری:

در این مطالعه تجویز فلوکونازول خوراکی تأثیری در میزان مرگ و میر، نیاز به جراحی، هزینه، مدت بستری در بیمارستان و

دو گروه ارتباط معنی داری با هم نداشتند. در مطالعه باقی و همکارش^{۱۰} نیز بیشترین شیوع سنی ۵۰-۴۱ سال بود. در مطالعه نیک شعار^{۱۲} میانگین سنی در گروه دریافت کننده اکتروئوتاید ۵۲/۵±۹/۱ سال و در گروه کنترل ۵۴/۹±۹/۵ سال بود. در مطالعه گروه جراحی پانکراس چین^{۱۳} نیز بیماران از نظر گروه های سنی با هم تفاوتی نداشتند که با مطالعه حاضر مطابقت و همخوانی داشت.

۴۶/۲ درصد بیماران پانکراتیت حاد صفراوی خفیف، ۴۸/۷ درصد پانکراتیت حاد صفراوی متوسط و ۵/۱ درصد بیماری شدید داشتند. فراوانی شدت پانکراتیت حاد صفراوی نیز در دو گروه با هم برابر بود و بین شدت پانکراتیت صفراوی در دو گروه از نظر آماری ارتباط معناداری وجود نداشت. در مطالعه Isenmann^{۱۴} پانکراتیت نکروزان در گروه مورد مطالعه ۱۵ درصد و در کنترل ۱۴ درصد بود که این عدم همخوانی رامی توان به تفاوت در گروه‌های مورد مطالعه در بررسی های مختلف نسبت داد.

مدت بستری در بیمارستان در اکثر بیماران بین ۴ تا ۷ روز بود و اکثر بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه بستری نشدند. در مطالعه نیک شعار^{۱۲} مدت زمان بستری در بیمارستان در گروه بیماران دریافت کننده اکتروئوتاید ۶ تا ۱۰ روز و در گروه شاهد ۷ تا ۲۲ روز بود. در مطالعه گروه جراحی پانکراس چین^{۱۳} بیماران از نظر طول مدت بستری در بیمارستان با هم تفاوتی نداشتند. در مطالعه Rokke^{۱۵} نیز دو گروه دریافت کننده ایمی پنم و کنترل از نظر مدت زمان بستری در بیمارستان و بستری در بخش ویژه با هم تفاوت چندانی ندارد که نتایج با مطالعه حاضر مطابقت دارد. Isenmann و همکاران در مطالعه خود به افزایش طول مدت بستری در بخش‌های مراقبت ویژه دست یافتند ولی افزایش طول مدت بستری در بیمارستان را مشاهده نکردند.^{۱۴}

مرگ در ۶/۴ درصد بیماران اتفاق افتاد. و میزان مرگ و میر در دو گروه مورد مطالعه با هم تفاوتی نداشتند. در مطالعه باقی و همکاران^{۱۰} ۱۳/۲ درصد مرگ و میر وجود داشت. در مطالعه نیک

خوراکی و جذب کمتر نسبت به نوع تزریقی، پیشنهاد می‌شود. مطالعه وسیع‌تری با فلوکونازول تزریقی صورت بگیرد؛ و اینکه در این مطالعه تنها پانکراتیت حاد صفراوی مورد بررسی قرار گرفت، بنابراین پیشنهاد می‌شود تأثیر این دارو در پانکراتیت‌های عفونی، ارثی و الکلی نیز با حجم نمونه بیشتری بررسی گردد.

بخش مراقبت‌های ویژه نداشت لذا پیشنهاد می‌شود به دلیل عوارض و هزینه فلوکونازول، کلیه بیماران با پانکراتیت صفراوی خفیف با فلوکونازول درمان نشوند و این درمان تنها برای بیمارانی صورت بگیرد که ترشحات دستگاه گوارش فوقانی آنها از نظر وجود قارچ مثبت باشد. همچنین در ایران فلوکونازول تزریقی موجود نیست و به دلیل عوارض دستگاه گوارش فلوکونازول

References:

1. Brunz Suzan, Cholay Marian. ACCN. Atashzade Foruzan, Pishgooi Amirhossein, Seyedmazhari Marjan, Heidari Mohamadreza, Noruzi Reza, Tehran, jame negar (salami), 2011, 328-341
2. Smeltzr S, beer b, hinkel B, Kerih Ch. Textbook of Medical-Surgical Nursing. Azam Jeirani, Marzie Shaban, Tehran: andishe rafi, 2013, 113-116.
3. Musavi Z, Farsi Z. The intestinal feeding compared with parenteral nutrition in acute pancreatitis. Journal of Army Nursing Faculty of the I.R. Iran 2013; 12(2):63-66. [Persian]
4. King NK, Siriwardana HP, Wood B, Siriwardana AK. Trends in fungal colonization of pancreatic necrosis in patients undergoing necrosectomy for acute pancreatitis. HPB (Oxford) 2005; 7: 120-3.
5. Boucher BA, Stephen R, Heidi L, William L, Scott D, Vanessa L, Todd W, Mary M. Fluconazole pharmacokinetics in burn patients. Antimicrob Agents Chemother 2005; 42(4): 930-3.
6. Kochhar R, Noor M, Wig J. Fungal Infections in Severe Acute Pancreatitis. J Gastroenterol Hepatol 2011; 26(6):952-959.
7. Kochhar R, Ahammed SK, Chakrabarti A, Ray P, Sinha S, Dutta U, Wig J, Singh K. Prevalence and outcome of fungal infection in patients with severe acute pancreatitis. J Gastroenterol. Hepatol 2009; 24(5): 743-7.
8. He YM, Lv XS, Ai ZL, Liu ZS, Qian Q, Sun Q, Chen J et al. Prevention and therapy of fungal infection in severe acute pancreatitis: a prospective clinical study. World J Gastroenterol 2003; 9(11): 2619-21.
9. Calandra T, Marchetti O. Clinical trials of antifungal prophylaxis among patients undergoing surgery. Clin. Infect. Dis 2004; 39 (Suppl. 4): 185-92.
10. Baghi I, Mohammadzadeh M.A. A study of causes of acute pancreatitis in hospitalized patients. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2005; 14(53): 31-35. [Persian]
11. Gullo L, Migliori M, Oláh A, Farkas G, Levy P, Arvanitakis C, Lankisch P, Beger H. Acute pancreatitis in five European countries: etiology and mortality. Pancreas 2002; 24(3):223-7.
12. Nikshoar MR. The effect of Sandostatin on Mortality and Ranson's score of patients with acute pancreatitis. Aja university of medical sciences 2012; 10(4):315-322.
13. Pancreas surgery group of china medical association. clinical diagnosis and classify standard of acute pancreatitis. zhonghua waike zazhi. 1997; 35:773-775.
14. Isenmann R, Runzi M, Kron M, Kahl S, Kraus D, Jung N. Prophylactic antibiotic treatment in patients with predicted severe acute pancreatitis: a placebo-controlled, double-blind trial. Gastroenterology 2004; 126(4):997-1004.
15. Rokke O, Harbitz TB, Liljedal J, Pettersen T, Fetvedt T, Heen LO. Early treatment of severe pancreatitis with imipenem: a prospective randomized clinical trial. Scand J Gastroenterol 2007; 42(6):771-776.
16. Isenmann R, Schwarz M, Rau B, Trautmann M, Schober W, Beger HG. Characteristics of infection with *Candida* species in patients with necrotizing pancreatitis. World J. Surg 2002; 26(3): 372-6.
17. Shorr AF, Chung K, Jackson WL, Waterman PE, Kollef MH. Fluconazole prophylaxis in critically ill surgical patient: a meta-analysis. Crit care med 2005; 33(9):1928-1935.
18. Villatoro E, Bassi C, Larvin M. Antibiotic therapy for prophylaxis against infection of pancreatic necrosis in acute pancreatitis (review). The Cochrance collaboration 2010; 12(5): CD002941.

The effects of fluconazole in the treatment of acute biliary pancreatitis

Sayed Mohammad Ali Hesami¹,
Hossain Farzam²,

Samira Fatahi^{3*}, Farhang
Safarnejad¹, Mahmud Fakhri³,
Mansour Rezaei⁴ Arash
Azadmehr¹

1. Department of surgery,
Kermanshah University of
medical science, Kermanshah,
Iran

2. Department of Anesthesia,
Kermanshah University of
medical science, Kermanshah,
Iran.

3. Department of operating
room, Kermanshah University of
medical science, Kermanshah,
Iran.

4. Department of Biostatistics,
Kermanshah University of
medical science, Kermanshah,
Iran.

***Corresponding Author:**
Department of operating room,
Kermanshah University of
medical science, Kermanshah,
Iran.

Email: s_fatahi20@yahoo.com

Abstract

Introduction: Acute biliary pancreatitis is a common disease for the treatment of which antibiotics and antifungal drugs are used simultaneously. Therefore, this study was performed to examine the effects of (mortality and morbidity rates) fluconazole therapy as an antifungal drug in these patients.

Methods: This study was a random clinical trial. Participants were the hospitalized patients who were suffering from acute pancreatitis gallstones and referred to Imam Reza Kermanshah hospital. Participants were randomly assigned to two groups. In one group a conventional treatment (antibiotics) was received and in the other group conventional treatment regimens with fluconazole (200 mg orally on the first day and then 100 mg daily) was added.

Results: 87.2 % of the sample were female and 12.8 % were male. The average age of the group receiving fluconazole was $25/16 \pm 97/53$ and the average age in the control group was $43/16 \pm 13/54$. The mean duration of hospitalization in patients receiving fluconazole was 10.6 days and 13.6 days for the control group. In the group receiving fluconazole 6/2 % needed surgery and in the control group none. The average length of the stay in the intensive care unit in the control group was 1.28 and in the fluconazole group was 26.1 days.

Conclusion: As the results of this study showed, administration of oral fluconazole had no effects on mortality, need for surgery, cost, length of the stay in hospital and intensive care units. Therefore, because of the complications and costs of fluconazole, it is recommended that all patients with mild biliary pancreatitis should not be treated with fluconazole. This treating method can be used only for those with fungus in their upper digestive system secretions.

Keywords: Acute gallstone pancreatitis, Fluconazole, Imam Reza hospital, Treatment effects.

How to cite this article

Hesami S M A, Farzam H, Fatahi S, Safarnejad F, Fakhri M, Rezaei M, et al. The effects of fluconazole in the treatment of acute biliary pancreatitis. J Clin Res Paramed Sci 2016; 4(4):318-23.