

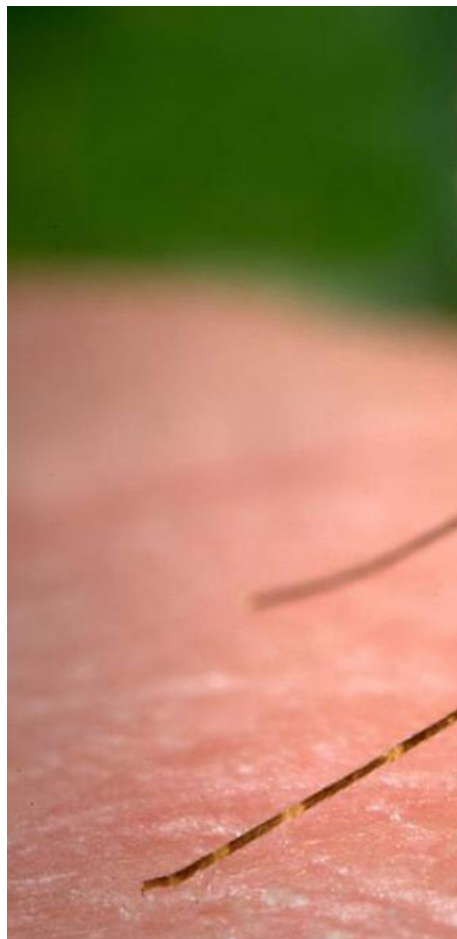




راهنمای کشوری درمان

مالاریا

در جمهوری اسلامی ایران





عنوان و نام پدیدآور: راهنمای کشوری درمان مالاریا در جمهوری اسلامی ایران / تهیه‌کنندگان اسماعیل صائبی ... [و همکاران]؛ زیر نظر علیرضا رئیسی، محمدمهدی گویا
مشخصات نشر: تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری: ۸۷ ص: مصور، جدول: ۵/۱۴*۲۱/۵ س م.
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۶۲۷۶-۲۳-۸
وضعیت فهرست نویسی: فیبا
یادداشت: تهیه‌کنندگان اسماعیل صائبی، حسین معصومی‌اصل، مسعود صالحی، محسن مقدمی.
یادداشت: کتابنامه: ص ۸۷.
موضوع: مالاریا -- ایران
موضوع: Malaria--Iran
موضوع: مالاریا -- ایران -- درمان
موضوع: Malaria--Iran--Treatment
موضوع: مالاریا -- تشخیص
موضوع: Malaria--Diagnosis
موضوع: داروهای ضد مالاریا
موضوع: Antimalarials
شناسه افزوده: صائبی، اسماعیل
شناسه افزوده: رئیسی، علیرضا، ۱۳۵۱-
شناسه افزوده: گویا، محمدمهدی، ۱۳۳۶-
شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Iran. Ministry of Health and Medical Education
رده‌بندی کنگره: RC ۱۶۴
رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۹۳۶۲۰۶
شماره کتابشناسی ملی: ۶۱۴۶۹۱۹

راهنمای کشوری درمان مالاریا در جمهوری اسلامی ایران

تهیه‌کنندگان: دکتر اسماعیل صائبی، دکتر حسین معصومی‌اصل،
دکتر مسعود صالحی و دکتر محسن مقدمی
زیر نظر: دکتر علیرضا رئیسی - دکتر محمدمهدی گویا
ناشر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۰
طراحی و اجرا: نشر مجسمه
چاپ و صحافی: طرفه
شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۶۲۷۶-۲۳-۸

حق چاپ و نشر برای مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر محفوظ است.



فهرست

۸..... مالاریا در ایران

فصل نخست: مروری بر بیماری مالاریا

۱۴..... نشانه‌های بالینی مالاریا

۱۶..... روش‌های تشخیص مالاریا

۱۶..... تشخیص با استفاده از لام خون محیطی

۱۷..... تشخیص با استفاده از کیت تشخیص سریع

۱۸..... تعاریف و اختصارات مالاریا که در گزارش‌ها کاربرد دارد

فصل دوم: مبانی تشخیص و درمان مالاریا

۲۲..... بیمار مشکوک به مالاریا

۲۴..... اشتباهات رایج در تشخیص مالاریا

۲۵..... نکته‌های مهم اجرایی در تشخیص و درمان

۲۶..... نکته‌های مهم قبل از شروع درمان بیمار مبتلا به مالاریا

۳۰..... دی‌اگرام درمان و پیگیری مبتلایان به مالاریا



- نکاتی که باید به بیمار مبتلا به مالاریا یادآوری شود ۳۱
- پیگیری وضعیت پاسخ به درمان بیمار ۳۱
- پیگیری درمان در مالاریای فالسیپاروم ۳۱
- پیگیری درمان در مالاریای ویواکس ۳۲
- شکست درمان ۳۲
- مقاومت به داروهای ضد مالاریا ۳۴
- راههای پیشگیری از گسترش مقاومت به داروهای ضد مالاریا ۳۶

فصل سوم: درمان مالاریای ویواکس

- درمان مالاریای ویواکس بدون عارضه ۳۸
- درمان مالاریای ویواکس بدون عارضه در زنان باردار ۳۹
- نکته‌های مهم در درمان مالاریای ویواکس بدون عارضه ۴۰
- درمان اساسی (ضد عود) مالاریای ویواکس ۴۱
- درمان مالاریای ویواکس شدید ۴۳

فصل چهارم: درمان مالاریای فالسیپاروم

- درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه با داروهای خط اول ۴۶
- نکته‌های مهم در درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه ۴۸
- درمان گامتوسیدال در مالاریای فالسیپاروم ۴۹
- درمان مالاریای توأم (فالسیپاروم و ویواکس) ۵۰
- درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه با داروهای خط دوم ۵۱
- درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه با داروهای خط سوم ۵۲
- درمان مالاریای فالسیپاروم در زنان باردار و شیرده ۵۴
- درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه در زنان باردار ۵۴
- درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه در زنان شیرده ۵۴

فصل پنجم: مالاریای شدید

- نشانه‌های بالینی و پاراکلینیک مالاریای شدید ۵۷



- رژیم دارویی در درمان مالاریای شدید ۵۸
- تدابیر بالینی در مالاریای شدید در مراکز بهداشتی - درمانی ۵۹
- نکات مهم در تجویز شیاف آرتسونیت ۶۰
- تدابیر درمانی در مالاریای شدید در بیمارستان ۶۱
- تجویز کینین تزریقی در مالاریای شدید ۶۲
- درمان زنان باردار مبتلا به مالاریای فالسیپاروم شدید ۶۳

فصل ششم: داروهای ضد مالاریا

- پیوست شماره ۱- کلروکین ۷۰-۷۲
- پیوست شماره ۲- پریماکین ۷۳-۷۴
- پیوست شماره ۳- آرتسونیت ۷۵-۷۷
- روش آماده‌سازی آمپول آرتسونیت ۷۷
- پیوست شماره ۴- فنسیدار ۷۸-۷۹
- پیوست شماره ۵- کوارتم ۸۰
- پیوست شماره ۶- کینین ۸۲-۸۳
- پیوست شماره ۷- کلیندامایسین ۸۴
- پیوست شماره ۸- تتراسایکلین ها ۸۵-۸۶
- منابع ۸۷



در جهان حدود ۳/۳ میلیارد نفر در معرض خطر ابتلا به مالاریا قرار دارند. مالاریا هنوز از مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر در تعداد زیادی از کشورهای در حال توسعه است. انتقال مالاریا کماکان در ۹۹ کشور دنیا گزارش می‌شود و در بسیاری از کشورهای آفریقایی نظام ارائه خدمات بهداشتی را زمین‌گیر کرده است. بر اساس آخرین تخمین منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۸ تعداد مبتلایان ۲۲۸ میلیون نفر بوده است که ۹۳ درصد آن از کشورهای آفریقایی، ۳/۴ درصد از جنوب شرق آسیا و ۲/۱ درصد از منطقه مدیترانه شرقی بوده است. در همین سال مالاریا در جهان سبب مرگ ۴۰۵۰۰۰ نفر گردیده است که ۲۷۲۰۰۰ نفر (۶۷ درصد) آنها را بچه‌های زیر پنج سال تشکیل می‌دهند.

مالاریا در ایران

در اوایل سال‌های دهه ۱۳۲۰ که جمعیت ایران کمتر از پانزده میلیون نفر تخمین زده می‌شد موارد سالانه مالاریا حدود ۳۰ درصد جمعیت کشور و مرگ و میر آن حدود دویست هزار نفر در سال برآورد شده است. موارد بیماری از حدود ۵ میلیون نفر در پنجاه سال پیش، به کمتر از ۹۶۰ مورد در سال ۱۳۹۷ کاهش یافته است؛ اما به دلیل سهولت مسافرت در دنیای امروز و امکان تبادل جمعیتی آسان با مناطق مالاریاخیز، امکان مشاهده بیمار مبتلا به مالاریا و انتقال بیماری در تمام استانهای کشور از جمله مناطق پاک وجود دارد. بدیهی است خطر بروز همه‌گیری‌های گسترده در مناطق مستعد و دارای پتانسیل انتقال، به دنبال ورود موارد از مناطق آلوده، همواره باید در نظر باشد.



در سال ۱۳۹۷ در کشور انتقال بومی مالاریا گزارش نشده است و مجموع مالاریای ثبت شده ۵۹۵ مورد بود. ۴ درصد موارد (۲۵ مورد) شامل انتقال از وارده و عود بوده و ۹۶ درصد موارد (۵۷۰ مورد) وارده از خارج از کشور بوده است. در سالیان اخیر موارد مالاریای وارده در اکثر استان‌های کشور مشاهده شده است و استان‌های سیستان و بلوچستان، بوشهر، فارس، هرمزگان، کرمان، اصفهان، تهران و قم بیشترین موارد را گزارش نموده‌اند. در ایران در سال ۱۳۹۷ حدود ۹۲ درصد موارد (۵۴۸ مورد) مالاریای ویواکس و ۸ درصد (۴۷ مورد) فالسیپاروم و یا توأم (ویواکس + فالسیپاروم) بوده است.

با توجه به سهولت مسافرت به مناطق مالاریا خیز احتمال مشاهده مالاریای وارده در همه مناطق از جمله مناطق پاک وجود دارد.

با عنایت به پیشرفت‌های بدست آمده در نتیجه اجرای عملیات مبارزه با مالاریا در طی نیم قرن گذشته و کاهش قابل توجه میزان بروز بیماری در ده سال اخیر، حذف مالاریا در کشور در دستور کار مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت قرار گرفت. هدف نهایی برنامه توقف انتقال محلی طی سه برنامه پنج ساله و در نهایت دریافت گواهی حذف در سال ۱۴۰۴ است. موارد وارده مالاریا در طی سال‌های اجرای برنامه و حتی پس از آن ممکن است کماکان مشاهده شود و همه تلاش‌ها برای پیشگیری از برقراری زنجیره انتقال بیماری به ساکنان محلی است. با توجه به آخرین وضعیت بیماری مالاریا و در جهت هدف حذف آن، راهنمای درمان مالاریا توسط اعضای کمیته مشورتی و انگل شناسی مالاریای کشور در سال ۱۳۹۸ بازنگری شد.



این راهنما، حاصل مطالعه، بحث و تبادل نظر طولانی درباره شواهد و اسناد موجود، توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت و آخرین وضعیت پاسخ درمانی به داروهای توصیه شده در کشور است.

گروه‌های هدف این راهنما، به‌ورزان، کاردان‌ها، کارشناسان، پزشکان عمومی و متخصصانی هستند که با تشخیص و درمان بیماران مبتلا به مالاریا سروکار دارند.



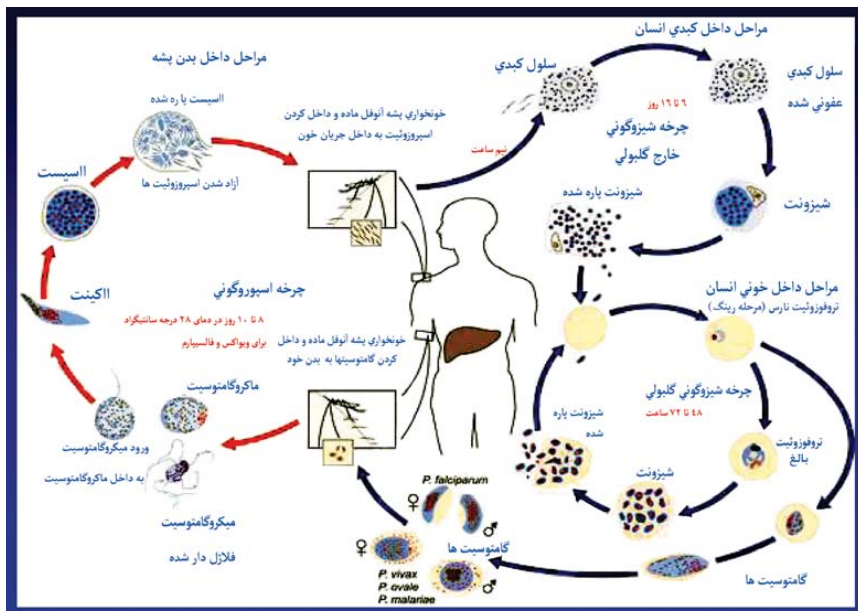
فصل نخست

مروری بر بیماری مالاریا



مالاریا یک بیماری حاد و مزمن است. عامل بیماری، انگلی تک یاخته از جنس پلاسمودیوم است. عمدتاً چهارگونه پلاسمودیوم (فالسپاروم، ویواکس، اوال و مالاریه) عامل بیماری در انسان هستند. اخیراً مالاریای نولوزی به شکل محدود در جنوب شرق آسیا گزارش شده است. در ایران انتقال مالاریای ویواکس و فالسیپاروم گزارش می‌شود اما امکان ورود موارد مالاریای اوال و مالاریه از سایر کشورها (به خصوص کشورهای آفریقایی) وجود دارد.

در حال حاضر حدود ۹۰ درصد موارد مالاریای کشور ویواکس و ۱۰ درصد فالسیپاروم و یا عفونت توأم (ویواکس + فالسیپاروم) است.





به دنبال گزش پشه آنوفل ماده و انجام خونخواری از فرد بیمار، انگل مالاریا در بدن پشه تکثیر پیدا می‌کند و به دنبال گزش فرد سالم، تعدادی انگل مالاریا (اسپروزوایت) همراه با بزاق پشه وارد جریان خون می‌شود. پس از آنکه اسپروزوایت وارد بدن انسان شد و مرحله بافتی اولیه را در کبد گذراند چرخه شیزوگونی خونی آغاز می‌شود و به حدی می‌رسد که لرز، تب و سایر نشانه‌های بالینی را ایجاد می‌کند.

اگرچه شایع‌ترین راه انتقال مالاریا گزش پشه آلوده است اما در موارد نادر احتمال انتقال از راه دریافت خون آلوده، استفاده از سرنگ مشترک و از مادر به جنین وجود دارد.

دوره نهفتگی مالاریای فالسیپاروم (فاصله گزش پشه تا شروع نشانه‌های بالینی) بطور متوسط حدود ۱۲ روز است (۷ تا ۱۴ روز) و در موارد نادر تا سه ماه بعد از گزش گزارش شده است. دو نوع مالاریای ویواکس (با دوره نهفتگی کوتاه و با دوره نهفتگی بلند) وجود دارد. در مالاریای ویواکس با دوره نهفتگی کوتاه بطور متوسط ۱۵ روز (۱۷-۱۲) و در مالاریای ویواکس با دوره نهفتگی بلند بطور متوسط ۹ ماه (۱۸-۶ ماه) است.

مالاریای ویواکس و اوال می‌تواند عود داشته باشد. عود به معنی ظهور مجدد نشانه‌های بالینی و مشاهده انگل در خون بدون گزش مجدد است. در این حالت تعدادی از انگل‌ها (هیپنوزوایت) می‌توانند در کبد به شکل نهفته باقی بماند و مدت‌ها بعد از درمان بیماری، مجدداً عود نماید.

عود در مالاریای ویواکس معمولاً در ۳ تا ۶ ماه بعد از عفونت اولیه بروز می‌کند اما ممکن است در سه سال بعد (و ندرتاً تا ۱۰ سال) بارها اتفاق بیفتد.



نشانه‌های بالینی مالاریا

در آغاز بیماری مالاریا، نشانه‌های مقدماتی نظیر خستگی، احساس درد در عضلات، سردرد، تهوع و استفراغ، لرزهای خفیف و درد ناحیه کمر ممکن است وجود داشته باشد و دمای بدن به ۳۸ تا ۳۹ درجه سانتی‌گراد برسد. نشانه‌های اولیه مالاریا غیر اختصاصی است و با بسیاری از بیماری‌های عفونی و تب‌دار ویروسی و باکتریایی اشتباه می‌شود و برای تشخیص، باید احتمال ابتلا به مالاریا را همواره در نظر داشته باشیم.

از ویژگی‌های مالاریا، حملات بیماری (نوبه یا پاروکسیسم) است که سه مرحله لرز، تب و تعریق دارد. در مجموع یک حمله مالاریا ۶ تا ۱۰ ساعت طول می‌کشد. باید توجه داشت که در اغلب بیماران حملات کلاسیک مالاریا و چرخه‌های منظم تب و لرز به ویژه در روزهای ابتدایی مشاهده نمی‌شود و نباید تشخیص مالاریا رد شود.

اگر بیمار در مراحل اولیه مراجعه کند و بیماری وی تشخیص داده و درمان شود اغلب بهبود می‌یابد.

اگر بیمار مبتلا به مالاریا به خصوص از نوع فالسیپاروم در مراحل اولیه درمان نشود می‌تواند سریعاً پیشرفت کرده و شدید شود. گاهی این پیشرفت بیماری و بدحال‌شدن بیمار در کمتر از ۲۴ ساعت اتفاق می‌افتد.

مالاریای شدید اغلب به شکل تغییر سطح هوشیاری یا کوما (مالاریای مغزی)، اسیدوز متابولیک، آنمی شدید، هیپوگلیسمی، نارسائی حاد کلیه یا ادم حاد ریوی ظاهر می‌شود. در این مرحله حتی با درمان مرگ و میر ۱۰ تا ۲۰ درصد خواهد بود.



مالاریای فالسیپاروم نسبت به مالاریای ویواکس بیماری شدیدتری ایجاد می‌کند اما غیر از نوع انگل، وضعیت ایمنی اکتسابی فرد در برابر مالاریا می‌تواند در شدت بیماری موثر باشد. در مناطق جنوب صحرا در آفریقا شکل بالینی بیماری و مرگ و میر ناشی از آن، عمدتاً در کودکان رخ می‌دهد. نوجوانان و بالغان در این مناطق به دلیل ابتلای مکرر به مالاریا در دوران کودکی، ایمنی نسبی دارند و با وجود پارازیتمی به ندرت دچار بیماری بالینی می‌شوند. در مناطقی که شدت انتقال مالاریا کم است (مانند ایران) ایمنی نسبی وجود ندارد و بیماری در همه گروه‌های سنی رخ می‌دهد و در صورتی که بیمار به سرعت درمان نشود بیماری پیشرفت کرده و با عوارض و مرگ و میر بالا همراه خواهد بود.

در بیماری که با هر یک از نشانه‌های تب، تشنج و یا اختلال هوشیاری بدون علت واضح مراجعه کند باید سابقه سکونت، مسافرت و یا اشتغال در مناطق مالاریا خیز در یکسال گذشته و یا سابقه ابتلا به مالاریا در سال‌های قبل سوال شود.

ابتلا به مالاریا به دنبال دریافت خون آلوده به انگل و یا استفاده از سرنگ مشترک امکان‌پذیر است و به عنوان سایر روش‌های ابتلا به مالاریا در تاریخچه بیمار پرسش شود.



روش‌های تشخیص مالاریا

برای تشخیص مالاریا باید وجود انگل را در خون اثبات کرد. روش تشخیص طلایی مالاریا آزمایش لام خون محیطی است و معمولاً از رنگ آمیزی گیمسا استفاده می‌شود. علاوه بر آن از کیت‌های تشخیص سریع RDT می‌توان استفاده نمود.

تشخیص با استفاده از لام خون محیطی

- این روش حساس است و هرگاه توسط تکنیسین‌های ماهر و دقیق انجام شود تا حد ۵ تا ۱۰ انگل/میکرولیتر خون را می‌توان تشخیص داد. در شرایط محیطی حد تشخیص این روش ۱۰۰ انگل/میکرولیتر خون است. حساسیت گسترش ضخیم در تشخیص موارد کم انگل، از گسترش نازک بیشتر است.
- برای تمایز گونه‌های انگل مالاریا و نیز مرحله سیر تکامل انگل کاربرد دارد.
- تعداد انگل به ازای گلبول سفید و یا گلبول قرمز تعیین می‌شود. شمارش انگلی برای اثبات هایپرپارازیتمی (در مالاریای شدید) و یا ارزیابی پاسخ انگل به درمان استفاده می‌گردد.
- از این روش می‌توان برای تشخیص سایر بیماریها نیز بهره برد.
- کیفیت آزمایش بستگی به تکنیک خوب، معرف‌ها، نوع و وضعیت میکروسکوپ، تکنیسین‌های آموزش دیده، و دقت در انجام آزمایش دارد.

لام خون محیطی ممکن است در موارد کم انگل، منفی گزارش شود بنابراین یک لام منفی موید عدم ابتلا به مالاریا نیست و تکرار آزمایش در مواردی که ظن قوی ابتلا به مالاریا وجود دارد توصیه می‌شود.



تشخیص با استفاده از کیت تشخیص سریع (RDT)

در حال حاضر کیت تشخیص سریع (مبتنی بر شناسایی آنتی ژن) در کشور در دسترس است. استفاده از آن ساده است و در مدت ۲۰ دقیقه نتیجه آزمایش آماده می‌شود. کیت‌های موجود می‌تواند نوع انگل را تا حدودی تشخیص دهند. به این معنی که پاسخ مثبت آن یا فالسیپاروم و یا سایر گونه‌ها است و تمایز ویواکس، مالاریه و اوال توسط آن امکان‌پذیر نیست. شناسایی موارد عفونت توأم با آن میسر نیست و اگر نتیجه آزمایش فالسیپاروم باشد باید با استفاده از لام خون محیطی، احتمال عفونت توأم بررسی شود. حساسیت و ویژگی تست‌های مزبور در حد قابل قبول هستند اگرچه از سطح حساسیت کمتری در تشخیص موارد کم انگل (کمتر از ۲۰۰ انگل/میکرولیتتر) بخصوص در سوش ویواکس برخوردار است. کیت تشخیص سریع نمی‌تواند میزان پارازیمی (درصد گلبول‌های سرخ آلوده به انگل) را مشخص نماید و همچنین در شناسایی اشکال جنسی و غیر جنسی انگل در خون ناتوان است.

کیت تشخیص سریع، ابزار مناسبی برای پیگیری پاسخ به درمان نیست و حتماً از لام خون محیطی استفاده شود.

مهم:

- ✓ روش تشخیص استاندارد مالاریا، آزمایش لام خون محیطی است.
- ✓ در مواردی که بیمار قبل از تهیه لام خون محیطی داروی ضد مالاریا مصرف کرده است و لام به شکل موقت منفی است کیت تشخیص سریع می‌تواند بیماری را تشخیص دهد.
- ✓ یک کیت منفی موید عدم ابتلا به مالاریا نیست و توصیه می‌شود در موارد مشکوک لام خون محیطی نیز تهیه شود.



- ✓ حتی اگر کیت تشخیص سریع مثبت باشد تهیه لام خون محیطی الزامی است اگرچه باید درمان بلافاصله بر اساس نتیجه کیت آغاز گردد و تأخیر در درمان جایز نیست.
- ✓ در صورتی که کیت مثبت ولی لام منفی بود درمان بیمار باید انجام شود و مورد به عنوان بیمار مبتلا به مالاریا گزارش می‌گردد.

تصاویر نتایج مثبت، منفی و غیرمعتبر کیت تشخیص سریع مالاریا (RDT)

نتیجه منفی

منفی، عدم وجود مالاریا: فقط نوار کنترل C در دریچه نتیجه دیده می‌شود. این نشان‌دهنده عدم وجود آنتی ژن P.f/P.v است.

نتیجه مثبت، یکی از حالات زیر قابل تصور است

مثبت، مالاریای فالسیپاروم: دو نوار رنگی در دریچه نتیجه دیده می‌شوند. (نوار P.f و نوار کنترل C رنگی شده و دیده می‌شوند). این نشان‌دهنده وجود آنتی ژن P.f است.

مثبت، مالاریای ویواکس: دو نوار رنگی در دریچه نتیجه دیده می‌شوند. (نوار P.v و نوار کنترل C رنگی شده و دیده می‌شوند). این نشان‌دهنده وجود آنتی ژن P.v است.

مثبت مالاریای توأم (Mixed) فالسیپاروم و ویواکس: سه نوار رنگی در دریچه نتیجه دیده می‌شوند. (نوارهای P.v، P.f و نوار کنترل C رنگی شده و دیده می‌شوند). این ممکن است نشان‌دهنده عفونت توأم با P.f و P.v باشد.

نتیجه غیرمعتبر

نوار کنترل C دیده نمی‌شود.



در هر صورت بر طبق دستورالعمل کشوری تشخیص موارد توأم مالاریا، کلیه موارد فالسیپاروم تشخیص داده شده با کیت، انجام آزمایش اسمیر محیطی خون (لام) الزامی است.



تعاریف و اختصارات مالاریا که در گزارش‌ها کاربرد دارد

مورد مشکوک مالاریا (Suspected case)

موردی که نشانه‌های بیماری را دارا است و نیز شواهدی مبتنی بر آلودگی به انگل مالاریا (حضور در سفر به منطقه مالاریاخیز و یا سابقه قبلی ابتلا به مالاریا) دارد.

مورد محتمل مالاریا (Presumed)

مورد مشکوک به مالاریا که شواهد آزمایشگاهی مثبت ندارد اما با احتمال قوی ابتلا به مالاریا، داروی ضد مالاریا دریافت نموده است، این موارد در نظام مراقبت مالاریای کشور به عنوان "تشخیص صرفاً بالینی" نامیده می‌شود.

مورد قطعی مالاریا (Confirmed)

بیماری که با آزمایش، وجود انگل مالاریا در خون او به اثبات رسیده است صرف نظر از اینکه نشانه‌های بالینی مالاریا دارد یا بدون علامت باشد.
توجه: در این راهنما به منظور اختصار از عبارت مورد مالاریا یا بیمار مبتلا به مالاریا به جای موارد قطعی مالاریا استفاده شده است.

مالاریای بدون عارضه (Uncomplicated malaria)

هنگامی که بیمار مبتلا به مالاریا هیچ یک از نشانه‌ها یا شواهد (بالینی یا آزمایشگاهی) مالاریای شدید را نداشته باشد.





فصل دوم

مبانی تشخیص و درمان مالاریا



بیمار مشکوک به مالاریا

منظور از بیمار مشکوک به مالاریا بیماری است که دو شرط زیر را داشته باشد:

- ۱) نشانه‌های بالینی مالاریا (تب شایع‌ترین نشانه است)
- ۲) شواهد تماس با انگل. سابقه اقامت و یا مسافرت به مناطق مالاریاخیز در یکسال گذشته (گزش پشه آنوفل)، سابقه دریافت خون آلوده و یا استفاده از سرنگ مشترک (ورود انگل بطور مستقیم به بدن)، سابقه ابتلا به مالاریا در گذشته (عود، بروز مجدد بیماری و شکست درمان)

توجه:

ممکن است تب واضح در بیماران مسن، کسانی که سابقه ابتلا به مالاریا را در گذشته دارند و نیز در ساکنان مناطق مالاریاخیز مشاهده نشود. لرز واضح در روزهای ابتدایی نیز شایع نیست.

در مواجهه با بیمار مشکوک به مالاریا اقدامات زیر باید به ترتیب انجام شود.

۱. نشانه‌های بالینی مالاریای شدید در بیمار بررسی شوند.

این نشانه‌ها در دو دسته بالینی و شواهد پاراکلینیک طبقه‌بندی می‌شوند. حتی وجود یکی از نشانه‌های مالاریای شدید در بیمار (بالینی یا پاراکلینیک) موید ابتلا به آن است. (به فصل پنجم مراجعه شود).

پس از بررسی نشانه‌های بالینی در بیمار مشکوک به مالاریا دو احتمال وجود دارد:

الف: احتمال ابتلا به مالاریای شدید با توجه به شواهد بالینی

اقدام پیشنهادی: پروتکل درمان مالاریای شدید پیگیری شود.

ب: احتمال ابتلا به مالاریای شدید در حال حاضر مطرح نیست

اقدام پیشنهادی: رجوع شود به شماره ۲



۲. بیمار بررسی آزمایشگاهی شود.

از بیمار لام خون محیطی تهیه شود و یا با استفاده از کیت تشخیص سریع آزمایش انجام گردد.

الف: نتیجه آزمایش لام خون محیطی و یا کیت تشخیص سریع منفی است.

اقدام پیشنهادی: احتمال ابتلا به سایر بیماری‌ها در نظر گرفته شود.

توجه: یک لام خون محیطی منفی، ردکننده بیماری مالاریا نیست. در صورت نیاز لام خون محیطی تکرار شود. بسته به شرایط بیمار و اپیدمیولوژی بیماری‌های منطقه، شاید لازم باشد در فاصله ۸ تا ۲۴ ساعت لام خون محیطی از نظر مالاریا چند نوبت تکرار شود.

ب: نتیجه آزمایش لام خون محیطی و یا کیت تشخیص سریع مثبت است.

■ اگر بیمار مثبت ویواکس است. درمان مالاریای ویواکس بدون عارضه بر اساس پروتکل انجام شود.

■ بیمار مثبت فالسیپاروم (و یا میکس) است. درمان مالاریای فالسیپاروم (و یا میکس) بدون عارضه بر اساس پروتکل مربوطه انجام شود. در صورت امکان همزمان با شروع درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه، امکان وجود سایر شواهد آزمایشگاهی مالاریای شدید بررسی شود.

سطح پایین پارازیتمی موید خفیف بودن ابتلای به مالاریا نیست. گاهی به دلیل چسبندگی انگل به جداره عروق، میزان انگل در خون بسیار پایین است و تفسیر این موارد (با توجه به نشانه‌های بالینی و انجام می‌شود).



اشتباهات رایج در تشخیص مالاریا

در موارد زیر اگر مالاریا در نظر قرار نگیرد ممکن است موجب گمراهی پزشک و تأخیر در تشخیص گردد.

۱. در هر بیماری که بدون علت واضح دچار کاهش سطح هوشیاری و یا کما شود اگر ساکن مناطق آندمیک است و یا سابقه مسافرت (در یک سال گذشته) به این مناطق داشته باید مالاریا را در نظر داشت و در صورت لزوم درمان مالاریای فالسیپاروم شدید شروع شود.
۲. در بیماری که با تب مراجعه می‌کند و در آزمایش شمارش گلبولی، ترومبوسایتوپنی گزارش می‌شود. با توجه به وقوع مواردی از CCHF در کشور که بیشترین شیوع آن در همان مناطق آندمیک مالاریا است، بیماری مالاریا هم باید در نظر گرفته شود. در درصد قابل توجهی از بیماران مبتلا به مالاریای ویواکس (بخصوص بیمارانی که به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند) و در مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه نیز پلاکت کمتر از ۵۰ هزار در میلی متر مکعب ممکن است، مشاهده شود.
۳. در اپیدمی بیماری‌های ویروسی (آنفلانزا، آدنووایروس، آنتر و ویروس) بیماران زیادی با شکایت‌های مشابه (تب، لرز، بدن درد و علائم گوارشی و تنفسی) به پزشکان مراجعه می‌کنند. لازم است که پزشکان بخصوص در مناطق آندمیک در این بیماران به فکر مالاریا هم باشند و در صورت لزوم لام خون محیطی از بیمار تهیه شود.
۴. مواردی که لرز واضح وجود ندارد و دوره‌های منظم لرز و تب مشاهده نشود. در یک تا دو هفته ابتدایی شروع بیماری دوره‌های منظم تب و لرز شایع نیست.
۵. اگر سایر نشانه‌های مالاریا (مانند نشانه‌های تنفسی، اسهال و استفراغ)



خیلی شدید باشند، توجه به بیماری‌های تنفسی و گوارشی معطوف می‌شود. بروز نشانه‌های تنفسی و گوارشی مالاریا در کودکان بیشتر محتمل است.

تاخیر در تشخیص و درمان مالاریا مهمترین علت مرگ ناشی از مالاریا در کشور است.

نکته‌های مهم اجرایی در تشخیص و درمان

۱. کشف سریع و درمان به موقع، صحیح و کامل بیماران از راهکارهای اصولی برنامه مبارزه با مالاریاست که به دلیل اهمیت آن در نجات جان بیماران و کنترل بیماری، باید به آن توجه خاص شود.
۲. با توجه به اهمیت ارزیابی، ضروری است به نظارت بر روند درمان بیش از پیش توجه شود و اقدام‌های لازم با هدف ارتقای شاخص‌های مرتبط با تشخیص و درمان برنامه حذف مالاریا اعمال گردد.
۳. برای اطمینان از درمان کامل و دقیق بیمار، درمان مالاریا در مراکز بهداشتی - درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی رایگان و بر اساس پروتکل نظارت مستقیم است.
۴. تکمیل دقیق فرم درمان مالاریا و ثبت اطلاعات مربوطه ضروری است.
۵. با توجه به جابه‌جایی مکرر نیروی انسانی شاغل در سطوح مختلف نظام عرضه خدمات بهداشتی، آموزش مستمر کارکنان درگیر در درمان بیماران، همراه با ارزیابی میزان آگاهی آنها اولویت خاص دارد.
۶. به پزشکان شاغل در بخش خصوصی و دولتی (دانشگاه‌های علوم پزشکی یا بخش‌های تابعه وزارت بهداشت و نیز سایر دستگاه‌های دولتی) ضرورت



گزارش‌دهی فوری موارد محتمل و قطعی مالاریا و نحوه گزارش‌دهی، اطلاع داده شود. گزارش‌دهی فوری موارد مالاریا ضمن حصول اطمینان از درمان کامل بیماران، این امکان را برای نظام خدمات بهداشتی فراهم می‌نماید که با اقدامات پیشگیرانه مناسب، مانع انتقال مالاریا به دیگران شود.

گزارش فوری (در کمتر از ۲۴ ساعت) موارد مالاریای تشخیص داده‌شده در کلیه مراکز درمانی خصوصی و دولتی اجباری است.

نکته‌های مهم قبل از شروع درمان بیمار مبتلا به مالاریا

۱. برای کسب اطلاعات ضروری در مورد ممنوعیت مصرف و نحوه تجویز داروهای ضد مالاریا علاوه بر مطالعه مطالب مندرج در این کتاب، به بروشور کارخانه سازنده دارو نیز مراجعه شود.
۲. درمان بیماران مالاریایی بر اساس تشخیص آزمایشگاهی است. در موارد شک بالینی به مالاریای شدید باید درمان در اولین فرصت ممکن آغاز و اقدامات آزمایشگاهی متعاقب آن شروع گردد.
۳. هدف از درمان مالاریای بدون عارضه، درمان سریع عفونت (حذف انگل از بدن بیمار) است. این اقدام از پیشرفت بیماری و تبدیل به مالاریای شدید و عارضه‌دار جلوگیری می‌کند و از سوی دیگر از انتقال عفونت در جامعه پیشگیری می‌نماید.



شروع درمان بیمار در اولین فرصت پس از تشخیص (در ۲۴ ساعت اول در مالاریای بدون عارضه و در ۲ ساعت اول در مالاریای عارضه دار و شدید)، از استانداردهای مهم و نیازمند اهتمام ویژه و نظارت جدی است. درمان این بیماران نباید به دلیل انجام آزمایش به تعویق افتد.

۴. هر بیمار مشکوک به مالاریا که به مراکز بهداشتی - درمانی مراجعه کند ترجیحاً باید توسط پزشک بررسی و معاینه شود. در صورت امکان توصیه می‌شود کلیه بیماران مبتلا به مالاریا (به خصوص مالاریای فالسیپاروم و توأم) توسط پزشک ویزیت و دقیقاً معاینه شوند.

۵. توصیه می‌شود موارد مالاریای فالسیپاروم و توأم بدون عارضه در صورت امکان پس از تجویز دوز ابتدایی داروی ضد مالاریا، در بیمارستان بستری شوند. در صورت عدم امکان بستری در ۲۴ ساعت اول شروع درمان، در مراکز بهداشتی - درمانی زیر نظر قرار گیرند.

۶. تمام موارد مالاریای شدید و افراد پرخطر مبتلا به مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه (کودکان کمتر از پنج سال، زنان باردار، افراد بالای ۶۵ سال، بیماران با بیماری زمینه شدید مانند سیروز، سرطان، ایدز، نارسائی کلیه) که به واحدهای محیطی مراجعه نموده‌اند پس از تجویز دوز ابتدایی داروی ضد مالاریا، سریعاً ارجاع و در بیمارستان بستری شوند.

زنان باردار، کودکان، افراد مسن و افراد غیربومی بیشتر در معرض ابتلا به مالاریای شدید و مرگ و میر ناشی از آن هستند.

۷. توصیه می‌شود برای بیماران مبتلا به مالاریای فالسیپاروم یا توأم بدون عارضه، آزمایش شمارش گلبولی و پلاکت، قند خون، کامل ادرار، کراتینین،



بیلی روبین توتال و مستقیم (و در صورت نیاز بررسی گازهای خونی) به منظور بررسی احتمال وجود نشانه‌های پاراکلینیک مالاریای شدید انجام شود.

۸. کاهش تب در تحمل بهتر داروی ضد مالاریا موثر است. معمولاً با شروع درمان ضد مالاریا در رژیم‌های حاوی کلروکین (به دلیل اثر ضد تب کلروکین)، دمای بدن کاهش می‌یابد؛ امادر صورت لزوم به ویژه در گروه‌های خاص (کودکان با سابقه تشنج به دنبال تب و زنان باردار) و نیز در بیمارانی که کلروکین در رژیم دارویی آنان نبوده است به منظور کاهش دمای بدن، می‌توان از استامینوفن استفاده کرد.

۹. در صورتی که بیمار تا نیم‌ساعت بعد از مصرف داروی ضد مالاریا، استفراغ نماید، دوز تجویز شده تکرار شود. در مورد کوارتم، استفراغ تا یک ساعت پس از مصرف دارو نیاز به تکرار آن دارد.

۱۰. عارضه تعدادی از داروهای ضد مالاریا (پریماکین و کینین) همولیز به خصوص در افراد مبتلا به کمبود فعالیت آنزیم G6PD است. به تمام بیماران تحت درمان هشدار داده شود، در صورت بروز رنگ پریدگی، سرگیجه، افت فشار خون و پررنگ شدن غیرعادی ادرار، فوراً به پزشک مراجعه نمایند.

تشخیص سریع مالاریای شدید به منظور کاهش عوارض بیماری و حفظ جان بیمار ضروری است. متأسفانه در سال‌های اخیر مهمترین علت مرگ ناشی از مالاریای شدید در ایران تاخیر در تشخیص بوده است. در تمام مراحل درمان و پیگیری هر نوع مالاریا، بیمار از نظر نشانه‌های خطر و احتمال ابتلا به مالاریای شدید با دقت بررسی شود.



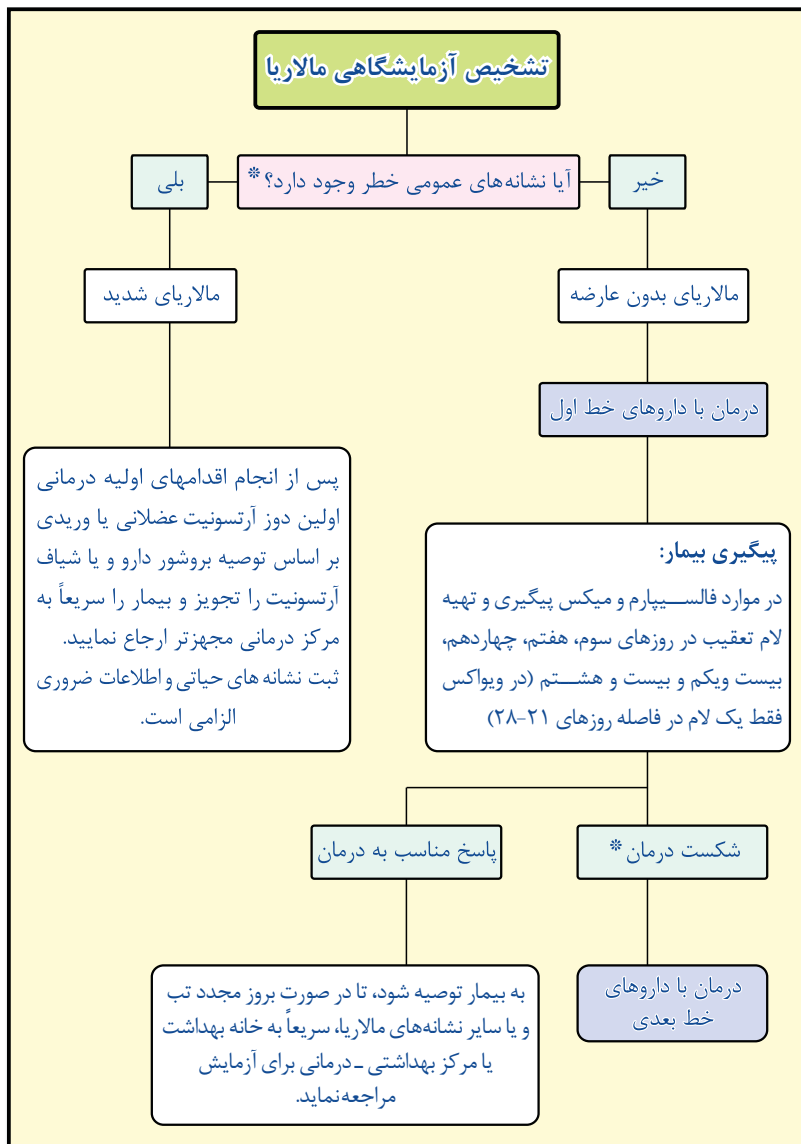
۱۱. به تکنسین آزمایشگاه تاکید نمایید تا در صورت مشاهده پارازیتی بیش از ۲ درصد مراتب را سریعاً به عنوان بیمار مبتلا به مالاریای شدید به پزشک گزارش نماید. همچنین در مالاریای فالسیپاروم مشاهده شیزونت می تواند نشانه مالاریای شدید باشد و باید سریعاً گزارش شود.
۱۲. شمارش انگلی در ابتدای درمان برای تمام بیماران (ویواکس، فالسیپاروم توأم) توصیه می شود و اگر بیمار بستری است در ۲ تا ۳ روز نخست درمان هر ۶ تا ۱۲ ساعت شمارش انگلی تکرار شود.
۱۳. در هر نوبت درمان یا پیگیری ضروری است بیمار از نظر نشانه های عمومی خطر ارزیابی شود.
۱۴. پیگیری وضعیت پاسخ به درمان و تهیه لام تعقیب درمان در کلیه بیماران مبتلا به مالاریا توصیه می شود.

تمامی آزمایشگاه های مالاریا موظفند لام های آزمایش شده مالاریا (اعم از مثبت و منفی) را به مدت سه سال نگهداری نمایند.

۱۵. در موارد شکست درمان، استفاده از خط بعدی برای درمان بیمار و تهیه لام تعقیب در روزهای سوم، هفتم، چهاردهم، بیست و یکم و بیست و هشتم از شروع درمان جدید توصیه می شود.
۱۶. در صورت مشاهده شکست درمان در موارد ویواکس، مراتب تلفنی و سریعاً به مرکز مدیریت بیماری های واگیر، گزارش شود.
۱۷. هدف از درمان بیماران مبتلا به مالاریای شدید، پیشگیری از مرگ و بروز عوارض است. در زنان باردار مبتلا به مالاریای شدید نجات جان مادر اولویت و هدف اصلی درمان است.



دیاگرام درمان و پیگیری مبتلایان به مالاریا





نکاتی که باید به بیمار مبتلا به مالاریا یادآوری شود

- دارو را منظم و کامل استفاده نماید. قطع تب دلیل بهبودی کامل نیست.
- شب‌ها از پشه بند استفاده نماید تا از انتقال عفونت به سایرین پیشگیری گردد.
- امکان عود مجدد عفونت تا سالهای بعد وجود دارد لذا به محض بروز تب، برای انجام آزمایش به آزمایشگاه مالاریا یا پزشک مراجعه نماید و سابقه قبلی ابتلا به مالاریا را متذکر شود.
- در صورت استفراغ دارو در فاصله یک ساعت پس از مصرف، باید دوز دارو تکرار شود.
- در صورت استفراغ مکرر، اختلال هوشیاری، تشنج، یرقان، ادرار تیره رنگ، خونریزی غیرعادی، ناتوانی در خوردن و آشامیدن سریعاً به پزشک مراجعه کند.

پیگیری وضعیت پاسخ به درمان بیمار

توصیه می‌شود تمام بیماران مبتلا به مالاریا برای اطمینان از بهبودی کامل، پیگیری شوند و با آزمایش مجدد لام خون محیطی از پاک شدن خون از انگل اطمینان حاصل شود.

پیگیری درمان در مالاریای فالسیپاروم

- ✓ در فالسیپاروم یا عفونت توأم (فالسیپاروم و ویواکس) در روزهای سوم، هفتم، چهاردهم، بیست و یکم و بیست و هشتم درمان از بیماران لام خونی محیطی تهیه گردد.
- ✓ در صورت بروز تب در هر یک از روزهای سوم تا بیست و هشتم درمان، تهیه لام خون محیطی در همان روز الزامی است.



- ✓ در صورت امکان علاوه بر نوبت‌های فوق تهیه یک لام خون محیطی در هفته ششم درمان توصیه می‌شود.
- ✓ در صورتی که بیمار به درمان پاسخ مناسب ندهد و شکست درمان مشاهده شود ادامه درمان با داروهای خط بعدی توصیه می‌شود. به منظور اطمینان از پاسخ به درمان، این بیماران باید با حساسیت ویژه پیگیری شوند و مجدداً از آغاز شروع درمان با رژیم دارویی جدید در روزهای سوم، هفتم، چهاردهم، بیست و یکم و بیست و هشتم از بیمار لام خون محیطی تهیه گردد.

پیگیری درمان در مالاریای ویواکس

- ✓ در مالاریای ویواکس یک لام در فاصله روزهای بیست و یکم تا بیست و هشتم تهیه می‌شود.
- ✓ در صورت بروز تب در هر یک از روزهای سوم تا بیست و هشتم درمان، تهیه لام خون محیطی در همان روز الزامی است.

شکست درمان

شکست درمان زمانی حاصل می‌شود که داروهای تجویز شده مؤثر نباشند و داروهای خط بعدی درمان باید به کار روند.

معیارهای شکست درمان

شکست زودرس تا روز سوم شروع درمان (ETF)*

۱. تعداد انگل شمارش شده در لام خون محیطی روز سوم درمان بیشتر از ۲۵

* Early Treatment Failure



- درصد لام خون محیطی قبل از شروع درمان
۲. مشاهده انگل‌های غیرجنسی در لام خون محیطی روز سوم همراه با تب (دمای زیر بغل بیشتر از $37/5$ درجه سانتی‌گراد)
۳. پیدایش نشانه‌های خطر و مالاریای شدید همراه با مشاهده انگل‌های غیرجنسی در لام خون محیطی تا روز سوم.

شکست دیررس روز چهارم تا بیست و هشتم درمان (LTF)*

۱. مشاهده انگل‌های غیرجنسی در لام خون محیطی همراه با تب از روز چهارم تا هفتم.
۲. مشاهده انگل‌های غیرجنسی در لام خون محیطی روزهای هفتم تا بیست‌وهشتم (همراه با تب یا بدون تب)
۳. پیدایش نشانه‌های خطر و مالاریای شدید همراه با مشاهده انگل‌های غیرجنسی در لام خون محیطی در روز چهارم تا بیست‌وهشتم
- مهم:** شروع درمان روز صفر منظور شده‌است.

* Late Treatment Failure



توجه:

- ✓ در مواردی که در لام خون محیطی روز سوم اشکال غیر جنسی به تعداد اندک مشاهده شود، اما حال عمومی بیمار رضایتبخش و تب قطع شده است، نیازی به تجویز خط بعدی درمان نیست؛ البته پیگیری بیمار در روز هفتم ضروری است.
- ✓ اگر در لام خون محیطی روز هفتم بیمار اشکال غیر جنسی مشاهده شود درمان با داروهای خط بعدی ضروری است.
- ✓ در صورتی که از روز هفتم به بعد در لام خون محیطی بیمار اشکال غیرجنسی انگل مشاهده نگردد اما اشکال جنسی (گامتوسایت‌ها) وجود داشته باشد و بیمار فاقد نشانه‌های بالینی باشد قرص پریماکین (درمان گامتوسیدال) اگر ممنوعیت مصرف نداشته باشد توصیه می‌شود.
- ✓ در صورت مشاهده نشانه‌های خطر و احتمال مالاریای شدید، اقدام‌های درمانی براساس توصیه‌های ارائه‌شده ادامه یابد.

مقاومت به داروهای ضد مالاریا

مقاومت پلاسمودیوم‌ها به داروهای ضد مالاریا مهم‌ترین نوع مقاومت ضد انگلی است که در سال‌های اخیر رو به گسترش بوده است. برای مثال در منطقه مکونگ (مجاور کشورهای ویتنام، کامبوج و تایلند) نمونه‌هایی از پلاسمودیوم فالسیپاروم شناسایی شده‌اند که به تمام داروهای ضد مالاریا مقاوم هستند. سازمان جهانی بهداشت از سال ۲۰۰۰ یک پایگاه اطلاعاتی جهانی برای اثربخشی داروهای ضد مالاریا ایجاد کرده است و گزارش‌های مطالعات اثربخشی درمانی (TES) را ثبت و منتشر می‌کند. خوشبختانه در ایران میزان مقاومت به داروهای ضد مالاریا بسیار پایین



است. مقاومتی به کلروکین در مالاریای ویواکس، و به ترکیبات آرتمی‌سینین در مالاریای فالسیپاروم مشاهده نشده است.

ارزیابی مقاومت در انگل‌های مالاریا به دو روش انجام می‌شود:

الف - روش *In vitro* که در مراکز تحقیقاتی و آموزشی انجام می‌شود و نیاز به تجربه، پرسنل ماهر، کشت انگل و تجهیزات آزمایشگاهی دارد و برای استفاده در محیط مناسب نیست.

ب - روش *In vivo* توصیه شده برای ارزیابی مقاومت ضد انگلی و پایش نتایج درمان در مبتلایان به مالاریاست و با تهیه لام تعقیب و مراقبت برای بیماران مبتلا به فالسیپاروم در روزهای سوم، هفتم، چهاردهم، بیست یکم و بیست هشتم پس از درمان انجام می‌شود. برای مبتلایان به مالاریای ویواکس یک لام در روزهای بیست یکم تا بیست و هشتم تهیه می‌شود. بروز تب و یا مشاهده انگل در لام در زمان این پیگیری نشانه مقاومت به داروهای ضد مالاریاست و شکست درمان تلقی می‌شود.

بر اساس پژوهش‌هایی که در سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳ در ایران انجام شده است. شاخص پاسخ بالینی و انگلی کافی به درمان^۱ ۱۰۰ درصد است و هر سه شاخص شکست پاسخ بالینی دیررس^۲ و شاخص شکست پاسخ انگلی دیررس^۳ و شاخص شکست درمانی زودرس^۴ صفر درصد گزارش شده است. دلیل اصلی میزان پایین مقاومت به داروهای ضد مالاریا در ایران محدودیت مصرف این داروها و استفاده از آنها در موارد لازم و طبق راهنمای درمانی کشوری و زیر نظر کارکنان بهداشتی بوده است.

1. ACPR: Adequate Clinical and Parasitological Response

2. LCF: Late Clinical Failure

3. LPF: Late Parasitological Failure

4. ETF: Early Treatment Failure



راه‌های پیشگیری از گسترش مقاومت به داروهای ضد مالاریا

- با توجه به اینکه اغلب موارد مالاریای وارده از خارج کشور از مناطق با مقاومت بالا (آفریقا، جنوب شرق آسیا، شبه قاره هند و همسایگان شرقی) است، بهترین اقدام برای جلوگیری از ورود و انتشار انگل‌های مقاوم، شناسائی به موقع و درمان کامل موارد مالاریای وارده است.
- درمان تمام موارد مبتلا به مالاریا بر اساس راهنمای درمانی کشوری
- تکمیل دوره درمانی زیر نظر کارکنان مراکز بهداشتی و تهیه لام تعقیب
- پرهیز از استفاده از داروهای ضد مالاریا خارج از سیستم بهداشتی کشور
- استفاده از داروهای جایگزین کلروکین در درمان بعضی از بیماری‌های خودایمنی (آرتریت روماتوئید)
- گزارش نتایج درمان و موارد شکست درمان طبق راهنمای کشوری از دانشگاه‌های علوم پزشکی به مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر به شکل فصلی



فصل سوم

درمان مالاریای ویواکس



بیش از ۹۰ درصد موارد مالاریای کشور ناشی از پلاسمودیوم ویواکس است. از ویژگی‌های مهم این پلاسمودیوم تشکیل هیپنوزوآیت (شکل نهفته انگل در کبد) است که هفته‌ها و ماه‌ها بعد از عفونت اولیه (به‌خصوص در سه سال نخست بیماری) باعث عودهای مکرر عفونت می‌شود.

نشانه‌های بالینی مالاریای ویواکس بسیار غیر اختصاصی و تشخیص آن بر پایه آزمایش میکروسکوپی است.

هدف از درمان پلاسمودیوم ویواکس درمان اساسی (radical cure) علیه مراحل خونی و کبدی انگل است که باعث پیشگیری از عود (relapse) بیماری می‌شود.

درمان مالاریای ویواکس بدون عارضه

پریماکین	کلروکین	
* پریماکین به عنوان داروی ضد عود در راستای درمان اساسی در کسانی که ممنوعیت مصرف ندارند از روز سوم درمان تجویز می‌شود	روز اول: ۶۰۰ میلی‌گرم (۴قرص) روز دوم: ۶۰۰ میلی‌گرم (۴قرص) روز سوم: ۳۰۰ میلی‌گرم (۲قرص)	بزرگسالان
** پریماکین به عنوان ضد عود در راستای درمان اساسی در کودکانی که ممنوعیت مصرف ندارند از روز سوم درمان تجویز می‌شود	روز اول: ۱۰ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن روز دوم: ۱۰ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن روز سوم: ۵ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن	کودکان

* تجویز پریماکین در افرادی که سابقه همولیز به دلیل کمبود فعالیت G6PD دارند ممنوع است. تجویز پریماکین در زنان باردار و شیرده (تا ۶ ماهگی) ممنوع است. درمان ضد عود (درمان اساسی) در زنان شیرده بعد از پایان ۶ ماه دوره شیردهی انجام می‌شود.

** تجویز پریماکین در کودکان کمتر از ۶ ماه ممنوع است.



مقدار قرص کلروکین (۱۵۰ میلی گرم base) در کودکان بر اساس وزن و سن

وزن (کیلوگرم)	سن	روز اول	روز دوم	روز سوم
۵-۶	کمتر از ۴ ماه	نصف	یک چهارم	یک چهارم
۷-۱۰	۴-۱۱ ماه	نصف	نصف	نصف
۱۱-۱۴	۱-۲ سال	یک	یک	نصف
۱۵-۱۸	۳-۴ سال	یک	یک	یک
۱۹-۲۴	۵-۷ سال	یک و نیم	یک و نیم	یک
۲۵-۳۵	۸-۱۰ سال	دو نیم	دو نیم	یک
۳۶-۵۰	۱۱-۱۳ سال	سه	سه	دو
۵۰+	بیشتر از ۱۴ سال	چهار	چهار	دو

درمان مالاریای ویواکس بدون عارضه در زنان باردار

خط اول	خط دوم
کلروکین	کینین + کلیندامایسین
روز اول: ۶۰۰ میلی گرم (۴قرص) روز دوم: ۶۰۰ میلی گرم (۴قرص) روز سوم: ۳۰۰ میلی گرم (۲قرص)	کینین ۱۰ میلی گرم / کیلوگرم وزن بدن ۸ ساعت (حداکثر ۶۰۰) میلی گرم / ۸ ساعت) برای ۳ روز کلیندامایسین ۶۰۰ میلی گرم / ۱۲ ساعت برای ۷ روز



نکته‌های مهم در درمان مالاریای ویواکس بدون عارضه

- ۱- پس از آغاز درمان، اگر ۷۲ ساعت یا بیشتر در مصرف کلروکین وقفه ایجاد شده باشد، دوره درمان تکرار شود و چنانچه این زمان کمتر از ۷۲ ساعت باشد، ادامه درمان توصیه می‌شود.
- ۲- توصیه می‌شود، بیماران مبتلا به مالاریای ویواکس برای اطمینان از بهبودی کامل پیگیری شوند و در فاصله روزهای ۲۱ تا ۲۸، فقط یک لام خون محیطی از آنها تهیه گردد.
- در صورت بروز تب در هر یک از روزهای سوم تا بیست و هشتم درمان، تهیه لام خون در همان روز الزامی است.

در صورتی که بیمار به درمان با کلروکین پاسخ مناسب ندهد مراتب فوراً به سطح بالاتر نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی و مدیریت بیماری‌های واگیر گزارش شود. لام‌های اولیه و بعدی مجدداً توسط یک میکروسکوپیست با تجربه آزمایش شود و امکان عفونت توأم با استفاده از سایر روش‌های تشخیصی مالاریا بررسی شود. در این حالت ادامه درمان با کوآرتم توصیه می‌شود.

بر اساس پژوهش‌های انجام شده، شایع‌ترین اشتباه آزمایشگاه‌ها در کشور اعلام عفونت میکس به عنوان ویواکس است.

- ۳- اگر بیمار در بیمارستان بستری است پس از شروع درمان هر ۱۲ ساعت شمارش انگلی انجام شود و چنانچه تعداد انگل‌ها افزایش نشان دهد باید امکان عفونت توأم را در نظر داشت.



۴- اگر علیرغم درمان بیمار مبتلا به مالاریای ویواکس، نشانه‌های خطر ظاهر شود، پروتکل درمان مالاریای شدید پیگیری شود. در این حالت احتمال عفونت توأم وجود دارد و درمان مالاریای فالسیپاروم شدید شروع و پس از درمان پارازیتی و قطع نشانه‌های مالاریا درمان ضد عود ویواکس انجام خواهد شد.

توجه: پروتکل درمان مالاریای اوآل و مالاریه نیز مشابه مالاریای ویواکس است. فقط نیازی به تجویز پریماکین در مالاریای مالاریه نیست.

درمان اساسی (ضد عود) مالاریای ویواکس

پس از مصرف کلروکین برای درمان نشانه‌های بالینی، برای جلوگیری از عود بیماری و نابودی اشکال بافتی انگل (هیپنوزوایت)، لازم است پریماکین از روز سوم درمان در افرادی که ممنوعیت مصرف ندارند، به یکی از روش‌های زیر تجویز شود:

رژیم هفتگی: (روش ارجح)

- ✓ بزرگسالان، هفته‌ای یک بار ۳ قرص (۴۵ میلی گرم)، به مدت ۸ هفته.
- ✓ کودکان، ۰/۷۵ میلی گرم/ کیلوگرم وزن بدن، هفته‌ای یک بار به مدت ۸ هفته.

رژیم روزانه:

- ✓ بزرگسالان، روزی یک قرص (۱۵ میلی گرم)، به مدت ۱۴ روز.
- ✓ کودکان، روزی ۰/۲۵ میلی گرم/ کیلوگرم وزن بدن، به مدت ۱۴ روز.



برای آگاهی بیشتر از موارد منع تجویز، عوارض ناخواسته، و چگونگی مصرف پریماکین به پیوست شماره ۲ مراجعه شود.

- ۱- در صورت امکان قبل از تجویز پریماکین آزمایش G6PD برای بیمار انجام شود.
- ۲- درمان ضدعود مالاریای ویواکس در زنان باردار، شیرده و افرادی که سابقه همولیز به دلیل کمبود فعالیت G6PD دارند و نیز در کودکان کمتر از ۶ ماه انجام نمی‌شود.
- ۳- نظر به نکات اجرائی و با توجه به شیوع نسبتاً بالای کاهش فعالیت آنزیم G6PD در ساکنان جنوب و جنوب شرق کشور، احتمال همولیز با روش روزانه بیشتر و برنامه هفتگی مناسب تر است.
- ۴- به تمام بیماران تحت درمان پریماکین هشدار داده‌شود، در صورت بروز رنگ‌پریدگی، سرگیجه، افت فشار خون و پررنگ‌شدن غیرعادی ادرار ضمن قطع مصرف پریماکین، فوراً به نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی‌درمانی مراجعه نمایند.
- ۵- با توجه به اهمیت مصرف منظم و کامل دارو در درمان بیمار، کاهش خطر انتقال مالاریا و تاثیر آن بر مقاومت دارویی، توصیه می‌شود دارو زیر نظر مستقیم کارکنان بهداشتی و در زمان مقرر مصرف شود.
- ۶- ضمن تأکید بر تجویز منظم دارو، در مواردی که با وجود اقدام‌های صورت گرفته وقفه‌ای در مصرف پریماکین به وجود آید، توصیه می‌شود ادامه درمان برطبق روال معمول انجام تا دوره درمان کامل‌شود و نیازی به شروع مجدد دوره درمانی نیست.



درمان مالاریای ویواکس شدید

اگر تشخیص آزمایشگاه، مالاریای ویواکس است و همزمان نشانه‌های بالینی و یا آزمایشگاهی مالاریای شدید در بیمار وجود دارد، چند احتمال مطرح است:
الف: بیمار واقعا مالاریای فالسیپاروم دارد و آزمایشگاه به اشتباه ویواکس گزارش کرده است.

ب: بیمار عفونت توأم فالسیپاروم و ویواکس دارد که آزمایشگاه به اشتباه ویواکس را گزارش کرده است.

ج: بیمار مالاریای ویواکس شدید دارد. اگرچه مالاریای ویواکس به عنوان مالاریای خوش خیم با عوارض و مرگ و میر پائین در نظر گرفته می‌شود اما در موارد کمی می‌تواند بیماری شدید ایجاد کند.

تظاهرات مالاریای شدید ویواکس به شکل مالاریای مغزی، ترومبوسایتوپنی، پان سایتوپنی، ایکترشدید، پارگی طحال، نارسائی کلیه و سندرم دیسترس تنفسی حاد گزارش شده است. آنمی شدید و ادم حاد ریوی شایع نیستند.

اقدام توصیه شده:

- ✓ درمان سریع و موثر مراقبت از بیمار باید همانند مالاریای فالسیپاروم شدید و عارضه دار باشد و پروتکل درمان مالاریای شدید پیگیری شود.
- ✓ صرف نظر از اینکه کدام مورد از موارد بالا برای بیمار مطرح است بیمار به عنوان مالاریای توأم شدید درمان خواهد شد. یعنی در مرحله ابتدایی درمان مالاریای فالسیپاروم شدید را دریافت می‌کند و پس از درمان پارازیتی و بهبود نشانه‌های بالینی درمان ضد عود ویواکس انجام خواهد شد.

همزمان با انجام اقدامات حمایتی، احتمال عفونت توأم مالاریا و سایر بیماری‌های عفونی بومی در منطقه باید در نظر گرفته شود.





فصل چهارم

درمان مالاریای فالسیپاروم



برای جلوگیری از مقاومت پلاسمودیوم فالسیپاروم به درمان‌های تک دارویی، سازمان جهانی بهداشت، درمان‌های ترکیبی مبتنی بر آرتیمیسینین را برای درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه توصیه می‌کند.

مهم:

- ✓ درمان کلیه بیماران با رژیم‌های دارویی خط اول توصیه می‌شود. در موارد شکست درمان بعد از تجویز داروهای خط اول، و یا عدم دسترسی به این داروها، رژیم‌های دارویی خط دوم توصیه می‌شود.
- ✓ در صورت عدم دسترسی به آرتسونیت (خط اول) و کوارتم (خط دوم) یا ممنوعیت مصرف آنها می‌توان از کلروکین + فنسیدار به عنوان داروی جایگزین استفاده نمود.
- ✓ در موارد شکست درمان بعد از تجویز داروهای خط اول و دوم، عدم دسترسی یا منع مصرف، رژیم‌های دارویی خط سوم توصیه می‌شود.
- ✓ برای آگاهی بیشتر از موارد منع تجویز، عوارض ناخواسته، و چگونگی مصرف داروهای ضد مالاریا به پیوست‌های شماره ۱ تا ۸ مراجعه شود.

درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه با داروهای خط اول

این بیماران با آرتسونیت (Artesunate) برای مدت سه روز و فنسیدار (Fansidar) (در یک دوز، در روز نخست) درمان می‌شوند.



دوز آرتسونیت و فنسیدار در درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه

دارو روز	آرتسونیت	فنسیدار	آرتسونیت	فنسیدار	کودکان
اول	۲۰۰ میلی گرم	۳ قرص	۴ میلی گرم / کیلوگرم وزن بدن	۲۵ میلی گرم / کیلوگرم وزن بدن (بر اساس جزء سولفادوکسین)	بزرگسالان (افراد بالای ۱۴ سال یا وزن بدن بیشتر از ۴۰ کیلوگرم)
دوم	۲۰۰ میلی گرم	-	۴ میلی گرم / کیلوگرم وزن بدن	-	
سوم*	۲۰۰ میلی گرم	-	۴ میلی گرم / کیلوگرم وزن بدن	-	

* قرص آرتسونیت ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرمی و فنسیدار به شکل قرص (۵۰۰ میلی گرم سولفادوکسین و ۲۵ میلی گرم پیریمتامین) در دسترس است.

توجه: در افراد بزرگسال با وزن بیش از ۸۰ کیلوگرم دوز روزانه آرتسونیت ۳۰۰ میلی گرم توصیه می شود.

پیش از تجویز فنسیدار درباره حساسیت به سولفونامیدها (کوتریموکسازول، سولفادایزین و تری سولفازون) همولیز یا بیماری فاویسم (کاهش فعالیت آنزیم G6PD) از بیماران سوال شود.



آرتسونیت و فنسیدار در درمان کودکان مبتلا به مالاریای فالسیپاروم

بدون عارضه بر اساس قرص

دارو روز	گروه سنی ۵ تا ۱۱ ماه (وزن کمتر از ۱۰ کیلوگرم)		گروه سنی ۱ تا ۶ سال (وزن ۱۰-۲۰ کیلوگرم)		گروه سنی ۷ تا ۱۳ سال (وزن ۲۱-۴۰ کیلوگرم)	
	آرتسونیت ۵۰ میلی گرمی	فنسیدار	آرتسونیت ۵۰ میلی گرمی	فنسیدار	آرتسونیت ۵۰ میلی گرمی	فنسیدار
اول	نصف قرص	نصف قرص	۱ قرص	۱ قرص	۲ قرص در یک نوبت	۲ قرص
دوم	نصف قرص	—	۱ قرص	—	۲ قرص در یک نوبت	—
سوم	نصف قرص	—	۱ قرص	—	۲ قرص در یک نوبت	—

نکته‌های مهم در درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه

با توجه به اهمیت مصرف منظم و کامل دارو در درمان بیمار، کاهش خطر انتقال مالاریا و تاثیر آن بر مقاومت دارویی، توصیه می‌شود دارو زیر نظر مستقیم کارکنان بهداشتی و در زمان مقرر مصرف شود.

در مواردی که با وجود تلاش‌های انجام شده در مصرف دارو وقفه پیش‌بینی نشده ایجاد شده است، به شرح زیر عمل می‌شود:

۱- اگر پس از تجویز دوز روز اول، بیمار درمان روز دوم را دریافت ننماید، تکرار دوره درمان توصیه می‌شود.

۲- اگر بیمار دوز روزهای اول و دوم را دریافت نماید و دوز روز سوم مصرف نشده باشد، در صورت بروز تاخیر تا ۴۸ ساعت ادامه درمان همراه با تهیه لام خون محیطی و ارزیابی بالینی بیمار توصیه می‌گردد.

۳- در صورت تاخیر بیشتر از ۴۸ ساعت، دوره درمان تکرار شود.

۴- اگر بیمار در بیمارستان بستری است هر ۱۲ ساعت شمارش انگلی انجام شود.

۵- در مواردی که بیمار به دلیل تهوع و استفراغ نمی‌تواند قرص آرتسونیت را تحمل نماید، می‌توان از آمپول تزریقی آن استفاده نمود و هر زمان که بیمار



قادر به خوردن باشد درمان خوراکی آرتسونیت ادامه یابد و قرص فنسیدار نیز تجویز گردد.

دوز آرتسونیت تزریقی در درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه

کودکان	بزرگسالان	آرتسونیت (تزریق داخل عضله)
۲/۴ میلی گرم/کیلوگرم وزن بدن	۱۲۰ میلی گرم (دو آمپول)	نوبت اول، روز اول
۲/۴ میلی گرم/کیلوگرم وزن بدن	۱۲۰ میلی گرم (دو آمپول)	نوبت دوم، ۱۲ ساعت بعد از نوبت اول
۲/۴ میلی گرم/کیلوگرم وزن بدن	۱۲۰ میلی گرم (دو آمپول)	نوبت سوم، ۲۴ ساعت بعد از نوبت اول
۲/۴ میلی گرم/کیلوگرم وزن بدن	۱۲۰ میلی گرم (دو آمپول)	نوبت چهارم، ۴۸ ساعت بعد از نوبت اول

با توجه به مصرف بی‌رویه و به شکل تک دارویی آرتسونیت خوراکی برای درمان مالاریا در کشورهای آسیای جنوب شرقی و گزارش مواردی از مقاومت به آن، سازمان جهانی بهداشت از اوایل سال ۲۰۲۰ میلادی از تولید شکل خوراکی این دارو حمایت نمی‌کند. با توجه به مطلب فوق و به دلیل عدم دسترسی ایران به قرص آرتسونیت که از نظر کیفی مورد تأیید باشد، موارد مالاریای فالسیپاروم و میکس را می‌توان با کوارتم (آرتیمتر - لومفانترین) درمان کرد.

بدیهی است که در مبتلایان به مالاریای فالسیپاروم شدید، انتخاب اول آرتسونیت تزریقی خواهد بود و پس از بهبود نسبی و زمانی که بیمار قادر به خوردن و آشامیدن باشد، ادامه درمان با داروی خوراکی کوارتم یا دیگر داروهای ترکیبی موجود انجام می‌شود.



درمان گامتوسیدال در مالاریای فالسیپاروم

در روز سوم درمان برای از بین بردن اشکال جنسی انگل (گامتوسیت‌ها)، در بیماران مبتلا به مالاریای فالسیپاروم با رعایت احتیاط در افرادی که ممنوعیت مصرف ندارند تجویز پریماکین در همه رژیم‌های دارویی به شرح زیر توصیه می‌شود:

- ✓ در بزرگسالان ۴۵ میلی گرم (۳ قرص)
- ✓ در کودکان، ۰/۷۵ میلی گرم / کیلوگرم وزن بدن

توجه:

- ۱- در صورت امکان قبل از تجویز پریماکین آزمایش G6PD برای بیمار انجام شود.
 - ۲- درمان گامتوسیدال در زنان باردار و افرادی که سابقه همولیز به دلیل کمبود فعالیت G6PD دارند و نیز در کودکان کمتر از ۶ ماه انجام نمی‌شود.
 - ۳- به بیماران تحت درمان هشدار داده شود در صورت بروز رنگ پریدگی، سرگیجه، افت فشار خون و پررنگ شدن غیرعادی ادرار، فوراً به نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی - درمانی مراجعه نمایند.
- برای آگاهی بیشتر از موارد منع تجویز، عوارض ناخواسته، و چگونگی مصرف پریماکین به پیوست شماره ۲ مراجعه شود

درمان مالاریای توأم (فالسیپاروم و ویواکس)

در موارد عفونت توأم داروی کوارتم ارجح است. در صورت عدم دسترسی به کوارتم می‌توان از آرتسونیت و فنسیدار استفاده نمود. مشروط بر اینکه آرتسونیت بر اساس دوز توصیه شده به مدت ۷ روز ادامه یابد. بدیهی است درمان اساسی (ضدعود) نیز با تجویز پریماکین (رژیم ۱۴ روزه یا ۸ هفته‌ای) برای درمان مالاریای ویواکس ضروری است.



درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه با داروی خط دوم

چنانچه درمان بیمار با داروهای خط اول موفقیت آمیز نباشد، یا در صورت در دسترس نبودن آرتسونیت یا فنسیدار، درمان با داروی خط دوم، کوارتم، شروع شود و بیمار تا اطمینان از بهبودی کامل با بررسی وضعیت بالینی و کنترل لام خون محیطی (در روزهای سوم، هفتم، چهاردهم، بیست و یکم و بیست و هشتم)، پس از شروع خط دوم درمان، پیگیری شود.

دوز کوارتم در درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه

روز	نوبت درمان		بزرگسالان	کودکان
اول	اول	صبح	۴ قرص	کودکان نیز در دو نوبت صبح و شب براساس وزن به شرح زیر دارو دریافت می کنند: ۵ تا کمتر از ۱۵ کیلوگرم (۱ قرص) ۱۵ تا کمتر از ۲۵ کیلوگرم (۲ قرص) ۲۵ تا کمتر از ۳۴ کیلوگرم (۳ قرص) بیش از ۳۴ کیلوگرم (۴ قرص)
	دوم	شب	۴ قرص	
دوم	سوم	صبح	۴ قرص	
	چهارم	شب	۴ قرص	
سوم	پنجم	صبح	۴ قرص	
	ششم	شب	۴ قرص	

دوز کلروکین و فنسیدار در درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه

دارو روز	بزرگسالان		کودکان	
	کلروکین	فنسیدار	کلروکین	فنسیدار
اول	۶۰۰ میلی گرم (۴ قرص)	۳ قرص	۱۰ میلی گرم/کیلوگرم وزن بدن	۲۵ میلی گرم/کیلوگرم وزن بدن (بر اساس جزء سولفادوکسین)
دوم	۶۰۰ میلی گرم (۴ قرص)	-	۱۰ میلی گرم/کیلوگرم وزن بدن	-
سوم	۳۰۰ میلی گرم (۲ قرص)	-	۵ میلی گرم/کیلوگرم وزن بدن	-



درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه با داروهای خط سوم

دوز داکسی سایکلین، کینین و کلیندامایسین در درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه

دارو روز	بزرگسالان و کودکان بزرگ‌تر از ۹ سال		زنان باردار، کودکان کوچک‌تر از ۹ سال و موارد منع مصرف داکسی سایکلین	
	کینین	داکسی‌سایکلین	کینین	کلیندامایسین
اول	۶۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت	۱۰۰ میلی‌گرمی هر ۱۲ ساعت	۱۰ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن / ۸ ساعت (حداکثر ۶۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت)	۱۰ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن/ ۱۲ ساعت (بزرگسالان ۶۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت)
دوم	۶۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت	۱۰۰ میلی‌گرمی	۱۰ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن / ۸ ساعت (حداکثر ۶۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت)	۱۰ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن/ ۱۲ ساعت (بزرگسالان ۶۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت)
سوم	۶۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت	۱۰۰ میلی‌گرمی	۱۰ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن / ۸ ساعت (حداکثر ۶۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت)	۱۰ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن / ۱۲ ساعت (بزرگسالان ۶۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت)
چهارم	—	۱۰۰ میلی‌گرمی	—	۱۰ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن / ۱۲ ساعت (بزرگسالان ۶۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت)
پنجم	—	۱۰۰ میلی‌گرمی	—	۱۰ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن/ ۱۲ ساعت (بزرگسالان ۶۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت)
ششم	—	۱۰۰ میلی‌گرمی	—	۱۰ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن / ۱۲ ساعت (بزرگسالان ۶۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت)
هفتم	—	۱۰۰ میلی‌گرمی	—	۱۰ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن/ ۱۲ ساعت (بزرگسالان ۶۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت)



توجه: در درمان زنان باردار و کودکان زیر ۹ سال نباید از تتراسایکلین و داکسیسایکلین استفاده شود.

نکته‌های مهم:

- در افراد بزرگسال و کودکان بزرگ‌تر از ۹ سال در صورت عدم دسترسی به داکسیسایکلین و یا عدم تحمل آن می‌توان از ۲۵۰ میلی‌گرم تتراسایکلین (چهار بار در روز) استفاده کرد.
- دوز روزانه داکسیسایکلین برای کودکان بزرگ‌تر از ۹ سال ۳/۵ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن و دوز تتراسایکلین برای کودکان بزرگ‌تر از ۹ سال ۴ میلی‌گرم/کیلوگرم وزن بدن (چهار بار در روز) محاسبه می‌شود.
- در صورت شروع نشانه‌های گوارشی و اسهال، باید مصرف کلیندامایسین متوقف و بیمار به مرکز بهداشتی - درمانی ارجاع شود.
- در مواردی که امکان استفاده از کینین همراه با تتراسایکلین‌ها یا کلیندامایسین وجود ندارد، درمان بیمار با قرص کینین به‌تنهایی با دوز ذکر شده به مدت ۷ روز انجام می‌شود (کینین به شکل قرص‌های ۲۰۰ و ۳۰۰ میلی‌گرمی در دسترس است).



درمان مالاریای فالسیپاروم در زنان باردار و شیرده

مالاریای فالسیپاروم در زنان باردار می‌تواند منجر به کاهش وزن نوزاد، کم خونی و افزایش احتمال ابتلا به مالاریای شدید و مرگ ناشی از آن شود. به این دلایل، درمان فوری زنان باردار بسیار با اهمیت است.

درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه در زنان باردار

داروهای خط دوم	داروهای خط اول	دوران بارداری
با کارشناسان اداره کنترل مالاریای وزارت بهداشت مشورت شود.	آرتسونیت + فنسیدار یا کینین + کلیندامایسین	سه ماهه اول بارداری
آرتسونیت + کلیندامایسین	کینین + کلیندامایسین و یا آرتسونیت + فنسیدار	سه ماهه دوم و سوم بارداری

توجه: هر سه داروی آرتسونیت، کلیندامایسین و کینین برای ۷ روز تجویز می‌شوند.

درمان مالاریای فالسیپاروم بدون عارضه در زنان شیرده

داروهای خط دوم	داروهای خط اول	دوران شیردهی
کینین + کلیندامایسین	آرتسونیت + کلیندامایسین	دو ماهه اول دوران شیردهی
	آرتسونیت + فنسیدار	از سه ماهه سوم شیردهی به بعد



فصل پنجم

مالاریای شدید



زنان باردار، کودکان و افراد غیربومی بیشتر در معرض ابتلا به مالاریای شدید و مرگ ناشی از آن هستند. تشخیص و درمان سریع مالاریای شدید به منظور کاهش عوارض بیماری و حفظ جان بیمار اهمیت بسیار دارد. احتمال مرگ به دنبال مالاریای فالسیپاروم شدید (به خصوص مالاریای مغزی) بدون درمان نزدیک به ۱۰۰ درصد است، درمان سریع و موثر ضد مالاریا و اقدامات حمایتی این نسبت را به ۱۵ تا ۲۰ درصد می‌رساند. مرگ ناشی از مالاریای شدید معمولاً طی چند ساعت اول مراجعه بیمار به بیمارستان یا مرکز درمانی اتفاق می‌افتد و به این دلیل درمان هرچه سریعتر بیمار بسیار اهمیت دارد. به منظور تشخیص سریع مالاریای شدید، در تمام مراحل درمان و پیگیری هر نوع مالاریا، بیمار از نظر نشانه‌های خطر با دقت بررسی شود.

در یک بیمار مالاریایی هریک از نشانه‌های بالینی و یا پاراکلینیک
جدول صفحه روبرو برای شک به شکل شدید کافی است.



نشانه‌های بالینی و پاراکلینیک مالاریای شدید

پاراکلینیک	بالینی
پارازیتمی بیشتر از ۲ درصد در لام خون محیطی (بیش از ۱۰۰۰۰۰ انگل در میکرولیتر)	ناتوانی در خوردن، آشامیدن، نشستن و ایستادن
کاهش قند خون (کمتر از ۴۰ میلی گرم/دسی لیتر)	استفراغ مکرر
کم‌خونی شدید نورموسیتیک (در بزرگسالان هموگلوبین کمتر از ۷ گرم/دسی لیتر و هماتوکریت کمتر از ۲۰ درصد و در کودکان هموگلوبین کمتر از ۵ گرم/دسی لیتر و هماتوکریت کمتر از ۱۵ درصد)	اختلال هوشیاری و گیجی تشنج مکرر (بیش از ۲ حمله در مدت ۲۴ ساعت)
اسیدوز (بی‌کربنات کمتر از ۱۵ میلی‌مول/لیتر)	اختلال تنفسی (افزایش تعداد تنفس)
افزایش بیلی‌روبین (بیشتر از ۵ میلی‌گرم/دسی لیتر)	کلاپس عروقی و شوک، فشار سیستولیک کمتر از ۸۰ میلی‌متر جیوه (در کودکان کمتر از ۵۰ میلی‌متر جیوه)
افزایش لاکتات خون (بیشتر از ۵ میلی‌مول/لیتر)	هایپرپیرکسی (دمای رکتال بالاتر از ۴۰ یا زیر بغل بیش از ۳۹/۵ درجه سانتی‌گراد)
نارسایی کلیه (کراتینین سرم بیشتر از ۳ میلی‌گرم/دسی لیتر)	ایکترو (زردی اسکلرا)
هموگلوبینوری	رنگ‌پریدگی کف دست یا ناخن‌ها
وجود شواهد رادیولوژیک از اِدم ریوی	ادرار تیره‌رنگ خونریزی غیرعادی، پتشی، پورپورا و خونریزی لثه و بینی



یافته‌های آزمایشگاهی پیش آگهی بد مالاریا

- هایپر پارازیتمی (بیش از ۵ درصد یا ۲۵۰ هزار انگل در میکرولیتر)
- وجود شایزونت فالسیپاروم در خون محیطی
- لوکوسایتوزیس پلی مورفونوکلتر (بیش از ۱۲۰۰۰ / میکرولیتر)
- انگل‌های بالغ دارای پیگمان در بیش از ۲۰ درصد از گلبول‌های سرخ آلوده
- گلبول‌های سفید پلی مورفونوکلتر دارای پیگمان مالاریایی (بیش از ۵ درصد)

مبتلایان به مالاریای شدید و عارضه‌دار باید در بیمارستان بستری گردند و تحت مراقبت‌های پزشکی و پرستاری دقیق و ویژه قرار گیرند.

هدف اصلی درمان مالاریای فالسیپاروم شدید پیشگیری از مرگ بیمار است. اهداف ثانویه شامل پیشگیری از ناتوانی بیمار و بازگشت عفونت است.

رژیم دارویی در درمان مالاریای شدید

توضیحات	کودکان کوچک‌تر از ۹ سال، زنان باردار و ممنوعیت مصرف داکسی سایکلین	بزرگسالان و کودکان بزرگ‌تر از ۹ سال	
داکسی سایکلین و کلیندامایسین پس از ثابت شدن وضعیت بالینی بیمار و توانایی مصرف داروی خوراکی به رژیم دارویی اضافه می‌شود	آرتسونیت تزریقی + کلیندامایسین	آرتسونیت تزریقی + داکسی سایکلین	خط اول
	کینین تزریقی + کلیندامایسین	کینین تزریقی + داکسی سایکلین	خط دوم



تدابیر بالینی در مالاریای شدید در مراکز بهداشتی درمانی

خطر مرگ ناشی از مالاریای فالسیپاروم شدید در ۲۴ ساعت اول بالاست و به این دلیل شروع درمان موثر و بدون اتلاف وقت، اهمیت بسیار دارد. اگر امکانات کافی برای مراقبت و درمان بیمار وجود ندارد بایستی سریعاً به یک مرکز درمانی مجهز اعزام شود. قبل از اعزام انجام اقدامات زیر توصیه می‌شود:

✓ تجویز اولین دوز داروی ضد مالاریای تزریقی، (درمان قبل از ارجاع)

در صورت دسترسی، آرتسونیت تزریقی ارجح است و در صورت عدم دسترسی به آن، شیاف آرتسونیت و یا کینین تزریقی توصیه می‌شود. تزریق کینین زیر نظر پزشک و با مراقبت‌های لازم انجام شود.

✓ تامین راه هوایی (در صورت نیاز)

✓ گذاشتن کاتتر وریدی

✓ تجویز مایعات و یک دوز گلوکز هیپرتونیک از راه داخل ورید

✓ سایر اقدامات حمایتی مورد نیاز برحسب مورد

ضروری است در ۲۴ ساعت ابتدای درمان مالاریای شدید از تزریق درون وریدی و یا عضلانی آرتسونیت و در صورت عدم دسترسی، تزریق درون وریدی کینین استفاده شود. دوز تزریق عضلانی آرتسونیت و کینین مشابه دوز وریدی است. به محض اینکه بیمار قادر به خوردن دارو باشد می‌توان دارو را به شکل خوراکی (قرص آرتسونیت و یا کینین) تغییر داد. همچنین کلیندامایسین و یا داکسی سایکلین (با توجه به شرایط بیمار و امکان مصرف دارو) اضافه می‌شود.



نکات مهم در تجویز شیفاف رکتال آرتسونیت

دوز شیفاف آرتسونیت ۱۰ میلی گرم / کیلوگرم وزن بدن (در یک نوبت) قبل از اعزام بیمار است. اگر شیفاف آرتسونیت طی نیم ساعت اول تجویز از رکتوم خارج شد شیفاف دیگری باید مصرف شود. در بچه‌های کوچک باسن‌ها به مدت ۱۰ دقیقه پس از گذاشتن شیفاف به هم فشرده شود تا از باقی ماندن شیفاف اطمینان حاصل شود. اگر امکان اعزام غیر ممکن بود و بیمار قادر به خوردن دارو نباشد می‌توان درمان را با شیفاف رکتال ادامه داد.

شیفاف آرتسونیت به اشکال ۵۰ و ۲۰۰ میلی گرمی تولید شده است.

دوز شیفاف آرتسونیت در مالاریای فالسیپاروم شدید قبل از ارجاع بیمار

وزن (کیلوگرم)	دوز آرتسونیت (میلی گرم)	توضیحات
۵ تا ۸/۹	۵۰	یک شیفاف ۵۰ میلی گرمی
۹-۱۹	۱۰۰	۲ شیفاف ۵۰ میلی گرمی
۲۰-۲۹	۲۰۰	یک شیفاف ۲۰۰ میلی گرمی
۳۰-۳۹	۳۰۰	یک شیفاف ۲۰۰ میلی گرمی و ۲ شیفاف ۵۰ میلی گرمی
۴۰ تا ۵۹	۴۰۰	۲ شیفاف ۲۰۰ میلی گرمی
۶۰ تا ۸۰	۸۰۰	۴ شیفاف ۲۰۰ میلی گرمی
بیش از ۸۰ کیلوگرم	۱۲۰۰	۶ شیفاف ۲۰۰ میلی گرمی



تدابیر درمانی مالاریای شدید در بیمارستان

در بیمار مبتلا به مالاریای فالسیپاروم شدید باید درمان ضد مالاریا بدون اتلاف وقت شروع شود و بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه بستری گردد. اگر امکان بستری در این بخش نیست بیمار در بخش عمومی بستری شود اما نیازمند مراقبت ویژه تیم پزشکی و پرستاری خواهد بود.

مالاریای شدید یک اورژانس پزشکی است. علاوه بر درمان اختصاصی، اقدامات حمایتی عمومی، مراقبت‌های پزشکی و پرستاری و درمان عوارض اهمیت بالائی دارند.

دوز آرتسونیت تزریقی در درمان مالاریای شدید

اولین دوز (ساعت صفر) ۲/۴ میلی گرم / کیلوگرم وزن بدن	در اولین فرصت ممکن پس از تشخیص
دومین دوز	۱۲ ساعت پس از اولین دوز
سومین دوز	۲۴ ساعت پس از اولین دوز
سپس روزانه یک دوز تا زمانی که بیمار قادر به مصرف خوراکی دارو باشد	حداکثر تا ۷ روز

در مالاریای شدید، تزریق داخل وریدی آرتسونیت بر تزریق درون عضله برتری دارد زیرا در زمان کوتاه‌تری غلظت پلاسمایی مناسب حاصل می‌شود.



آمپول آرتسونیت به شکل ویال‌های ۳۰، ۶۰ و ۱۲۰ میلی گرمی تهیه شده که در ایران شکل ۶۰ میلی گرمی در مراکز بهداشت در دسترس است. دوز دارو در کودکان، بالغان در تزریق درون وریدی یا عضلانی یکسان (۲/۴ میلی گرم / کیلوگرم وزن بدن) است. در بالغان ممکن است تزریق دو تا چهار ویال نیاز باشد. در هر جعبه دارو یک ویال حاوی پودر دارو، ویال حاوی یک میلی لیتر بیکربنات سدیم و یک ویال حاوی ۵ میلی لیتر سدیم کلراید است و برای تزریق آن به حلال دیگری نیاز نیست. در نارسایی کلیه و کبد نیازی به تنظیم دوز آرتسونیت نیست.

تجویز کینین تزریقی در مالاریای شدید

بیماران مبتلا به مالاریای شدید را می‌توان با تزریق درون وریدی کلریدرات کینین (۱۰ میلی گرم / کیلوگرم وزن بدن) درمان نمود. به‌نظر اکثر پژوهشگران بهتر است درمان با کینین تزریقی با یک دوز Loading (۱۵ میلی گرم / کیلوگرم وزن بدن) آغاز و با دوز ۱۰ میلی گرم / کیلوگرم وزن بدن ادامه داده‌شود. دوز کینین در یک‌بار تزریق ۱۰۰ تا ۵۰۰ میلی گرم است و در ۲۴ ساعت نباید از ۲۰۰۰ میلی گرم تجاوز کند. مقدار مورد نیاز دارو در محلول دکستروز ۵ درصد (در صورت در دسترس نبودن دکستروز، در سرم فیزیولوژی) رقیق و طی ۴ ساعت به‌تدریج انفوزیون شود.



- اگر تزریق داخل وریدی کینین با احتیاط و آهسته انجام نشود، سبب کاهش سریع فشار خون، آریتمی و گاهی مرگ بیمار می‌شود.
- تزریق داخل عضلانی کینین خطرناک است و تا حد امکان باید از انجام آن پرهیز کرد.

چنانچه بیمار قادر به خوردن دارو نباشد، می‌توان تزریق داروی مورد نیاز را بعد از ۸ تا ۱۲ ساعت تکرار کرد و هر زمانی که بیمار بتواند داروی خوراکی مصرف کند، دوره درمان باید با همان دارو و خوراکی تکمیل شود.

احتمال وقوع هیپوگلیسمی باید در بیماران مالاریایی تحت درمان با کینین به ویژه در کودکان خردسال و زنان باردار مد نظر باشد.

درمان زنان باردار مبتلا به مالاریای فالسیپاروم شدید

زنان باردار به ویژه در سه ماهه دوم و سوم حاملگی در مقایسه با افراد بالغ دیگر، در معرض عوارض شدید مالاریا (نظیر اِدم ریه و هیپوگلیسمی) هستند. میزان مرگ و میر در چنین زنانی حدود ۵۰ درصد و بالاتر از زنان غیرباردار است. مرگ جنین و زایمان زودرس معمول است. احتمال وقوع هیپوگلیسمی باید در نظر باشد و اغلب در بیماران تحت درمان با کینین، عودکننده است.

داروهای ضد مالاریا در زنان باردار مبتلا به مالاریای فالسیپاروم شدید باید بدون تأخیر، با دوز کامل و به شکل تزریقی مصرف شوند.



کینین تزریقی و یا آرتسونیت برای درمان مالاریای شدید در تمام دوران بارداری توصیه می‌شود. سه ماهه دوم و سوم بارداری استفاده از آرتسونیت تزریقی بر کینین برتری دارد؛ زیرا خطر حمله‌های هیپوگلیسمی عودکننده با مصرف آنها وجود ندارد.

اقدامات ضروری در آغاز درمان

۱. کنترل منظم دمای مرکزی بدن، تعداد نبض، دفعات تنفس، فشار خون و سطح هوشیاری بیمار بسیار مهم است.
۲. از آنجا که دوز داروها بر اساس وزن بیمار محاسبه و تجویز می‌شود لازم است در صورت امکان بیمار قبل از درمان (بویژه در کودکان) وزن شود.
۳. در آغاز درمان معاینه ته چشم بسیار مهم است زیرا بر اساس تجربه در برخی از نقاط جهان وجود خون‌ریزی در شبکیه ارزش تشخیصی و پیش‌آگهی دارد.
۴. به محض تشخیص مالاریای شدید باید کاتتر وریدی گذاشته شود و به سرعت قندخون، هماتوکریت و هموگلوبین، درصد پارازیتمی و کراتینین اندازه‌گیری شود. همچنین نمونه خون برای کراس ماچ، شمارش پلاکت، تست‌های انعقادی، کشت خون و آزمایش‌های بیوشیمی گرفته شود. سطح گلوکز خون باید در شروع درمان و در ساعات بعدبه طور منظم اندازه‌گیری شود. در بیماران غیر هوشیار قندخون هر ۴ ساعت پایش شود.
۵. حجم مایعات دریافتی و دفع شده بیمار به دقت اندازه‌گیری شود و باید مراقب رنگ ادرار بود. رنگ سیاه ادرار می‌تواند نشانه تب پیشاب سیاه باشد. تعادل مایعات در مالاریای شدید در هر بیماری باید جداگانه ارزیابی شود و بسته به تخمین میزان کمبود، مایع مورد نیاز را دریافت نماید. بطور کلی



کودکان مایع درمانی را بهتر از بالغان تحمل می‌کنند و خطر کمتری برای ایجاد اِدم ریه دارند. ارزیابی مکرر و دقیق فشار ورید ژوگولر، پرفوزیون محیطی، پرشدن وریدها، تورگور پوست و میزان دفع ادرار باید انجام شود. اگر امکان مراقبت پرستاری وجود دارد با نظر و کمک متخصص مربوطه کاتتر ورید مرکزی باید گذاشته شود و فشار ورید مرکزی در حد صفر تا ۵ سانتی‌متر آب حفظ شود.

۶. معاینه فیزیکی کاملی در زمان پذیرش باید انجام شود که شامل تعیین سطح هوشیاری (Coma Score) است. برای بالغان (GCS) Glasgow Coma Score مناسب است و فرم ساده آن (Blantyre) یا GCS مخصوص کودکان توصیه می‌شود. تعیین روزانه سطح هوشیاری بطور منظم توصیه می‌شود.

۷. دمای بالای بدن (دمای رکتال بیش از ۳۹ درجه سانتی گراد) را با اقداماتی نظیر پاشویه صحیح و تهویه مناسب محیط باید کاهش داد. در صورت لزوم می‌توان از داروهای پائین آورنده تب (استامینوفن) نیز استفاده کرد.

۸. تجویز آسپیرین در مالاریای شدید ممنوع است. از تجویز داروهایی که خطر خون ریزی از دستگاه گوارش را افزایش می‌دهند (کورتیکواستروئیدها) باید تا حد امکان اجتناب کرد.

۹. پایش بالینی و معاینه بیمار باید با فاصله نزدیک (هر ۲ تا ۴ ساعت تا زمانی که وضعیت بیمار از حالت خطرناک خارج شود) تکرار گردد. این مراقبت شامل کنترل نشانه‌های حیاتی، تعیین سطح هوشیاری و اندازه‌گیری حجم ادرار است.

۱۰. پزشک نباید دوز دارو را با base آن اشتباه کند. دوز کینین بر اساس وزن نمک آن (۱۰ میلی گرم کینین = ۸/۳ میلی گرم باز) و کلروکین، کینیدین و مفلوکین بر اساس base آنها محاسبه می‌شود.



۱۱. در بیماری که هوشیار نیست (کاهش سطح هوشیاری، تشنج،...) راه هوایی باز بایستی تامین شود وضعیت تنفسی و عروقی ارزیابی شود.
۱۲. برای بیماران با کاهش سطح هوشیاری نسبت به بررسی احتمال کاهش قند خون در اولویت اقدام و در قدم‌های بعدی با انجام ملاحظات پزشکی (و در صورت نداشتن ممنوعیت انجام) بایستی آنالیز مایع نخاع (LP) انجام شود تا احتمال ابتلا به مننژیت باکتریائی و سایر علل قابل درمان رد شود. در هر بیماری که به طور ناگهانی بدحال شود هیپوگلیسمی مطرح است. اگر قندخون کمتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر بود به سرعت با ۰/۳ تا ۰/۵ گرم/ کیلوگرم گلوکز هیپرتونیک درمان شود. اگر امکان اندازه گیری سطح قند خون وجود ندارد تجویز گلوکز توصیه می‌شود.
۱۳. شدت اسیدوزیس نشانگر مهمی برای تعیین سرانجام بیماری است بنابراین اگر امکانپذیر باشد مقدار بی‌کربنات پلاسما یا لاکتات وریدی باید تعیین شود.
۱۴. دیسترس تنفسی بخصوص وقتی همراه با تنفس اسیدوتیک و آنمی شدید باشد اغلب نشانه هیپوولمی است. هیپوولمی نیازمند اصلاح کم آبی سریع و در صورت لزوم ترانسفوزیون خون است.
۱۵. اگر امکانات موجود باشد pH شریانی و گازهای خونی در بیماران غیر هوشیار، هایپرونتیله و در شوک، تعیین و در صورت نیاز استفاده از ونتیلاتور با مشورت متخصص مربوطه در نظر باشد.
۱۶. باید مراقب عفونت‌های همراه بود و چنانچه در ضمن درمان مالاریا، بیمار دچار شوک گردد کشت خون تهیه شود و در صورت لزوم درمان آنتی‌بیوتیکی شروع شود. باید بخاطر داشت در حدود ۱۰ درصد کودکان و ۵ درصد بزرگسالان موارد سپتی سمی و مالاریای شدید باهم حضور دارند



و بخصوص در کودکان از نظر نشانه‌های تشخیصی هم پوشانی دارند. بدحال شدن بدون توجیه بیمار ممکن است ناشی از عفونت باکتریال باشد. طیف وسیعی از باکتری‌ها می‌توانند عامل سپتی سمی باشند لذا درمان با آنتی بیوتیک گسترده طیف تا زمانی که عفونت باکتریال رد شود توصیه می‌شود.

۱۷. در کودکانی که علیرغم پاک شدن انگل از خون، تب پایدار دارند باید سایر علل ایجاد تب را رد کرد. از شایعترین علل می‌توان به عفونت سیستمیک سالمونلای و عفونت ادراری (به‌خصوص اگر برای بیمار کاتتر ادراری گذاشته باشند) اشاره نمود.

۱۸. جایگزین کردن خون به شرایط بیمار بستگی دارد و با نظر پزشک معالج و بخصوص با مشورت تیم پزشکی، در این مورد تصمیم‌گیری شود. در کشورهایی با شرایط مشابه کشور ما حد هموگلوبین ۷ گرم / دسی لیتر و هماتوکریت ۲۰ درصد برای تجویز خون توصیه شده است.

۱۹. به بیماران با مالاریای شدید که مبتلا به DIC هستند توجه ویژه مبذول و با توجه به شرایط بیمار، مواردی مانند لزوم دریافت خون تازه، پلاکت، پلاسمای تازه یخ‌زده (FFP) و ویتامین K بررسی شود.

۲۰. درمان تشنج مالاریای مغزی با بنزودیازپین‌های تزریقی (یا رکتال) شبیه درمان سایر تشنج‌های مکرر است. درمان پروفیلاکتیک تشنج توصیه نمی‌شود.

۲۱. بیماران با پنومونی ثانویه یا با شواهد واضح آسپیراسیون باید درمان تجربی دریافت نمایند.

۲۲. در صورت امکان در شروع نارسایی حاد تنفسی (ARF) یا در مورد اسیدوز متابولیک شدید که به مایع درمانی پاسخ نمی‌دهند، لزوم انجام همودیالیز بررسی شود.





فصل ششم

داروهای ضد مالاریا



پیوست شماره ۱ کلروکین Chloroquine

یکی از ترکیبات ۴- آمینوکلینولین که بر اشکال داخل گلبولی پلاسمودیوم و یواکس، مالاریه، اوال و برخی از سوش‌های پلاسمودیوم فالسیپاروم بسیار موثر است. این دارو بر اشکال خارج گلبولی مؤثر نیست.

غلظت کلروکین در گلبول‌های سرخ آلوده به انگل، ۲۵ مرتبه بیشتر از گلبول‌های سالم است.

مواردی که نباید مصرف گردد:

- سابقه فامیلی صرع
- سابقه ابتلا به پسوریازیس منتشر
- سابقه حساسیت شدید به کلروکین.

مصرف در دوران بارداری و شیردهی

مصرف کلروکین در زنان باردار و مادران شیرده برای درمان بیماری مالاریا مجاز است.

عوارض جانبی

ضایعات پوستی، اختلالات گوارشی (بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ و کرامپ شکمی)، خستگی، سردرد گذرا، به‌ندرت تشنج و عوارض قلبی-عروقی به شکل هیپوتانسیون و تغییرات الکتروکاردیوگرام (به‌خصوص معکوس یا مسطح‌شدن موج T و پهن‌شدن کمپلکس QRS) و اختلال بینایی و یا شنوایی (در مصرف طولانی‌مدت) گزارش شده‌است. اختلال بینایی (نورورتینیت) در مصرف طولانی‌مدت (در پیشگیری دارویی) ممکن است حاصل شود.

تداخل دارویی

آنتی‌اسید یا کائولین (باید حداقل ۴ ساعت فاصله باشد)، سایمتدین،



مترونیدازول، آمپی‌سیلین

مصرف هم‌زمان با مفلوکین خطر تشنج را افزایش می‌دهد. در صورت مصرف هم‌زمان با کینین ممکن است اثر آنتاگونیستی داشته باشد. پاسخ آنتی بادی به واکسن هاری (HDCV) با تجویز کلروکین کاهش می‌یابد.

اشکال دارویی

قرص ۲۵۰ میلی گرم (۱۵۰ میلی گرم base)، شربت (۵۰ میلی گرم در ۵ میلی لیتر).

مصرف بیش از میزان مجاز

نشانه‌ها در مدت ۳۰ دقیقه بروز می‌کند. این نشانه‌ها شامل سردرد، گیجی، تاری دید، کلاپس عروقی و امکان توقف قلب و تنفس است. قبل از رساندن بیمار به بیمارستان، اقدام‌های اولیه درمانی و تخلیه معده با داروهای تهوع‌آور باید انجام شود.

شرایط نگهداری دارو

قرص کلروکین باید در ظرف دربسته و دور از نور (شیشه تیره‌رنگ) در دمای کمتر از ۳۰ درجه سانتی گراد (ترجیحاً ۱۵ تا ۳۰ درجه) نگهداری شود.

نکته‌های مهم:

- در شرایط معمول، انفوزیون وریدی کلروکین بر تزریق درون عضله آن ارجح است؛ زیرا جذب دارو در تزریق درون عضله نامنظم است و گاهی در خون (به‌ویژه در کودکان) غلظت سمی ایجاد می‌نماید.
- به‌منظور کاهش تحریک معده، دارو را با غذا یا یک لیوان شیر یا آب به بیمار بدهید.



- به بیمار توصیه کنید، در مدت درمان، از مصرف فرآورده‌های حاوی الکل، خودداری نماید.
- در افرادی که کاهش شدید فعالیت آنزیم G6PD دارند یا از عارضه کبدی رنج می‌برند، با احتیاط تجویز شود.
- در صورتی که بیمار تا نیم ساعت بعد از خوردن دارو استفراغ کرد، دوز دارو باید تکرار شود. پایین آوردن تب قبل از شروع درمان، به‌ویژه در کودکان در تحمل بهتر دارو مؤثر خواهد بود.
- از مصرف داروی تاریخ گذشته خودداری شود.
- در بیماران با وزن بیش از ۹۰ کیلوگرم و مبتلا به مالاریای شدید، تنظیم دوز دارو توصیه می‌شود.
- در مواردی که لازم است کلروکین به‌منظور پیشگیری از مالاریا، برای مدت طولانی مصرف شود، بهتر است سابقه بیماران از نظر ابتلا به بیماری‌های صرع، پسوریازیس، پورفیریا، وجود ضایعاتی در شبکه یا تغییر در میدان بینایی، دقیق بررسی شود. همچنین، بیمار طی مصرف طولانی مدت، از نظر پیدایش اختلالات گوارشی، تظاهرات پوستی، نورومیوپاتی، اختلالات سیستم اعصاب مرکزی و دیسکرازی خونی زیر نظر قرار گیرد.
- تجویز مایعات فراوان و کلرور آمونیوم موجب اسیدی شدن ادرار و سرعت دفع دارو از بدن خواهد شد.
- به بیماران توضیح دهید که ممکن است ادرار آنها به رنگ زرد یا قهوه‌ای درآید.



پیوست شماره ۲ پریماکین Primaquine

یکی از ترکیبات ۸- آمینوکینولین است که سبب نابودی اشکال خارج گلبولی انگل مالاریا و گامتوسایت‌های آن می‌گردد و از عود مالاریا (ویواکس و اوال) جلوگیری می‌کند.

مواردی که نباید مصرف گردد:

- کودکان کوچک‌تر از ۶ ماه
- زنان باردار و شیردهی (تا ۶ ماهگی)
- آرتریت روماتوئید فعال
- لوپوس اریتماتو
- مبتلایان به کمبود شدید فعالیت آنزیم G6PD (فاویسم)
- افرادی که در حال درمان با کیناکرین هستند یا آن را طی ۳ ماه قبل مصرف کرده‌اند.

مصرف در دوران بارداری و شیردهی

تجویز پریماکین در زنان باردار و دوران شیردهی (تا ۶ ماهگی) ممنوع است. درمان ضد عود (درمان اساسی) در زنان شیرده بعد از پایان ۶ ماه دوره شیردهی انجام می‌شود.

عوارض جانبی

تهوع، استفراغ، کرامپ‌های شکمی، درد اپیگاستر، آنمی همولیتیک خفیف، متهموگلوبینمی (سیانوز)، لوکوسایتوز و لوکوپنی گزارش شده است.

اشکال دارویی

قرص ۲۵ میلی‌گرمی (۱۵ میلی‌گرم base).

تداخل دارویی

پریماکین نباید همراه با سایر داروهایی که موجب همولیز می‌گردند، تجویز شود. همچنین، تجویز هم‌زمان پریماکین و داروهایی که اثر



سرکوب‌کننده بر مغز استخوان دارند، موجب افزایش بروز عوارض جانبی می‌شود.

شرایط نگهداری دارو

قرص پریماکین باید در ظرف در بسته و دور از نور (شیشه تیره‌رنگ) در دمای کمتر از ۳۰ درجه سانتی‌گراد نگهداری شود.

نکته‌های مهم:

- توصیه می‌شود در صورت امکان قبل از تجویز پریماکین (به‌خصوص در رژیم ضد عود) احتمال کمبود فعالیت G6PD بررسی و در صورت ممنوعیت مصرف، از تجویز آن خودداری شود. در صورت وجود سابقه خانوادگی فاویسم یا کم خونی حتماً قبل از تجویز دارو، با پزشک مشورت و آزمایش G6PD انجام شود.
- به بیمار توصیه کنید در صورت بروز رنگ‌پریدگی، سرگیجه، خستگی و ضعف غیرمعمول، افت فشارخون و پررنگ شدن غیرطبیعی ادرار، حتماً در اولین فرصت ممکن به پزشک مراجعه نماید.
- رنگ ادرار پس از مصرف دارو کنترل شود. ادرار تیره‌رنگ نشانه همولیز گلبول‌های سرخ است و با مشاهده آن مصرف دارو باید متوقف شود.
- به‌منظور کاهش اختلالات گوارشی، دارو همراه با غذا یا داروی ضد اسید مصرف شود.
- در صورت ادامه تحریکات گوارشی مانند تهوع، استفراغ و درد معده و یا تب و گلودرد پس از مصرف دارو، به پزشک مراجعه شود.
- افرادی که به پریماکین حساسیت دارند، علاوه بر همولیز گلبول‌های سرخ، از متهموگلوبینی نیز رنج خواهند برد که به شکل سیانوز تظاهر خواهد کرد. به بیماران توصیه نمایید در صورتی که بعد از مصرف دارو دچار کبود شدن انگشتان، لبها یا پوست، اشکال در تنفس، سرگیجه یا منگی شوند، حتماً در اولین فرصت ممکن به پزشک مراجعه نمایند.
- از مصرف داروی تاریخ گذشته خودداری شود.



پیوست شماره ۳ آرتسونیت Artesunate

آرتسونیت از مشتقات آرتیمیسینین است. نیمه عمر آن ۳۰ تا ۴۵ دقیقه و یک کشنده شایزونت خونی با اثر بسیار سریع است. به طور عمده، در کبد متابولیزه می شود. آرتسونیت سریع از بدن دفع می شود.

مواردی که نباید مصرف گردد:

سابقه حساسیت شدید به دارو.

مصرف در دوران بارداری و شیردهی

در دوران بارداری و شیردهی بدون تأخیر و برای نجات جان مادر مصرف شود. غلظت دارو در شیر تاثیری در پیشگیری از مالاریا در شیرخوار ندارد.

اشکال دارویی

به شکل آمپول یک میلی لیتری حاوی ۶۰ میلی گرم آرتسونیت (برای تزریق درون عضلانی و وریدی)، شیاف رکتال ۵۰ و ۲۰۰ میلی گرمی و قرص ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرمی در دسترس است. آرتسونیت خوراکی در بسته بندی مشترک به همراه فنسیدار موجود است.

عوارض جانبی

تهوع، استفراغ، بی اشتهایی، احساس ناراحتی گوارشی، افزایش گذرای آنزیم های کبدی، خارش، راش پوستی، کهیر، حساسیت به نور، گیجی، ضعف عضلانی، ناتوانی، درد مفصلی، آلورپی، بلوک قلبی گذرا، کاهش موقت نوتروفیل ها و رتیکولوسایت ها، تب کوتاه مدت گزارش شده است. بیش از ۹۰ درصد عوارض گزارش شده، خفیف تا متوسط بوده اند. عوارض نادر شامل افزایش آمیلاز سرم، پانکراتیت و هپاتیت است.



یک عارضه نادر که در سال‌های اخیر دیده شده کم خونی همولیتیک تاخیری در افرادی است که از آفریقا برگشته‌اند و بدلیل ابتلاء به مالاریای فالسیپاروم، آرتسونیت تزریقی دریافت کرده‌اند. این عارضه باید از بازگشت بیماری افتراق داده شود و کم خونی شدید با دریافت خون جبران گردد.

تداخل دارویی

موجب تقویت تأثیرات دارویی مفلوکین، پریماکین و تتراسایکلین می‌شود.

نکات مهم:

- درمان طولانی‌مدت یا مکرر بیمار با مشتقات آرتیمیسینین باید با احتیاط انجام‌شود. در بیمارانی که مکرر تحت درمان با مشتقات آرتیمیسینین قرار گرفته‌اند، اختلالات عصبی و کاهش شنوایی باید ارزیابی شود.
- قرص‌های آرتسونیت باید با مقدار فراوان آب و یا بعد از غذا مصرف شود.

شرایط نگهداری دارو

- قرص آرتسونیت باید در ظرف دربسته و دور از نور در دمای کمتر از ۳۰ درجه سانتی‌گراد نگهداری شود.
- آمپول آرتسونیت باید دور از نور و در جای خنک و خشک نگهداری شود.



روش آماده‌سازی آمپول آرتسونیت

تزریق درون وریدی:

- ابتداء یک میلی لیتر بیکربنات را با یک سرنگ به پودر دارو اضافه کرده حدود ۲ تا ۳ دقیقه تکان دهید تا محلول شفاف و بدون رسوب تشکیل شود در صورت تشکیل رسوب و عدم شفافیت از تزریق آن خودداری شود.
- سپس با یک سرنگ ۵ میلی لیتر سدیم کلراید را به آن اضافه کنید که در این صورت هر میلی لیتر محلول تهیه شده حاوی ۱۰ میلی گرم آرتسونیت است.
- تعداد ویال‌های تهیه شده را برحسب وزن بیمار (دو ویال برای ۵۰ کیلوگرم و سه ویال برای ۷۵ کیلو گرم وزن) در مدت ۱ تا ۲ دقیقه آهسته درون ورید تزریق کنید.

تزریق درون عضلانی:

- روش آماده سازی مانند تزریق درون وریدی است با این تفاوت که در ویال ۶۰ میلی گرمی پس از اضافه کردن بیکربنات، فقط ۲ میلی لیتر سدیم کلراید اضافه می‌شود که حجم آن ۳ میلی لیتر خواهد شد. هر میلی لیتر محلول تهیه شده ۲۰ میلی گرم آرتسونیت خواهد داشت.
- محل توصیه شده برای تزریق درون عضلانی بخش قدامی عضله ران است اگر مقدار محلول زیاد است آن را تقسیم و در دو محل (مثلا هردو ران) تزریق نمایید.

بدلیل ناپایداری محلول تهیه شده از نگهداری آن خودداری کنید و حتما در مدت یک ساعت پس از تهیه استفاده شود.
از تجویز درون وریدی بصورت I.V drip پرهیز شود.



پیوست شماره ۴ فنسیدار Fansidar

فنسیدار مجموعه‌ای از دو داروی سولفادوکسین و پیریمتامین است.

مواردی که نباید مصرف گردد:

- اختلال عملکرد شدید کلیه و کبد
- آنمی مگالوبلاستیک به دنبال کمبود فولات
- شیرخواران قبل از سن ۲ ماهگی تمام
- افرادی که سابقه حساسیت به ترکیبات سولفانامیدها یا خود دارو داشته‌اند
- برای پیشگیری از مالاریا (در بعضی کشورهای آفریقایی فنسیدار در زنان باردار در دو نوبت برای پیشگیری از مالاریا تجویز می‌شود)
- کسانی که کمبود فعالیت آنزیم G6PD دارند.

مصرف در دوران بارداری و شیردهی

مصرف مجموعه پیریمتامین و سولفادوکسین به دلیل تداخل در متابولیسم اسید فولیک برای مدت طولانی، به‌طور معمول در دوران بارداری ممنوع است؛ ولی تاکنون مطالعه کنترل‌شده‌ای درباره عوارض آن در انسان انجام نشده‌است. به‌منظور درمان یک زن باردار مبتلا به مالاریای فالسیپاروم، چنانچه ضرورت کاربرد فنسیدار وجود داشته‌باشد و با درنظر گرفتن جوانب امر، تجویز آن مجاز است.

فنسیدار در شیر پستان ترشح می‌شود و به‌دلیل امکان بروز عوارض ناخواسته در کودک شیرخوار (تا ۲ ماهگی)، به‌طور معمول در زنان شیرده در دو ماه اول شیردهی توصیه نمی‌شود.

عوارض جانبی

بی‌اشتهایی، اختلالات گوارشی و به‌ندرت سردرد، خستگی، تظاهرات پوستی و در موارد خیلی نادر سندروم استیونس جانسون (بیشتر در مصرف



طولانی مدت)، آگرانولوسایتوز، متهموگلوبینمی و ترومبوسایتوپنی.

تداخل دارویی

داروهایی که در متابولیسم اسید فولیک مداخله می کنند (آمینو بنزوئیک اسید و سایر سولفانامایدها)، لورازپام و اسید فولیک.

اشکال دارویی

قرص دارای ۵۰۰ میلی گرم سولفادوکسین و ۲۵ میلی گرم پیریمتامین است. در برخی کشورها شکل تزریقی (درون عضلانی) آن نیز وجود دارد.

دوز فنسیدار بر اساس قرص در کودکان

سن	تعداد
۲ تا ۱۱ ماه	نصف قرص
۱ تا ۲ سال	سه چهارم قرص
۳ تا ۵ سال	یک قرص
۶ تا ۸ سال	۱/۵ قرص
۹ تا ۱۱ سال	۲ قرص
۱۲ تا ۱۳ سال	۲/۵ قرص
۱۴ سال و بیشتر	۳ قرص



پیوست شماره ۵ کوارتم Coarthem

کوارتم مجموعه‌ای از دو داروی آرتیمیتور و لومفانتترین است. نیمه‌عمر آرتیمیتور حدود ۲ تا ۳ ساعت و لومفانتترین ۳ تا ۱۰ روز است. این دارو توسط میکروزوم‌های کبدی متابولیزه می‌شود.

مواردی که نباید مصرف گردد:

سابقه حساسیت به هر یک از اجزای دارو

در کودکان کمتر از ۵ کیلوگرم

مصرف در دوران بارداری و شیردهی به دلیل مشخص نبودن بی‌خطری مصرف کوارتم در زنان باردار و شیرده توصیه نمی‌شود. مگر آنکه جان مادر در خطر باشد و داروی دیگری در دسترس نباشد.

اشکال دارویی

هر قرص کوارتم حاوی ۲۰ میلی‌گرم آرتیمیتور و ۱۲۰ میلی‌گرم لومفانتترین است.

عوارض جانبی

سرگیجه و خستگی، بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، درد شکم، تپش قلب، درد عضلانی، اختلال خواب، درد مفصلی، سردرد و راش پوستی گزارش شده‌است.

طولانی شدن موج QT در الکتروکاردیوگرام به دنبال مصرف کوارتم در مقایسه با کلروکین، مفلوکین و هالوفانتترین شیوع کمتری دارد و اغلب بدون نشانه بالینی است. عارضه جدی یا پایداری پس از درمان گزارش نشده‌است.



تداخل دارویی

تداخل دارویی تاکنون گزارش نشده است.

نکته‌های مهم:

- در درمان مالاریای فالسیپاروم با کوارتم اگر تا ۲۴ ساعت وقفه ایجاد شود درمان ادامه یابد. چنانچه این زمان بیش از ۲۴ ساعت باشد تکرار درمان توصیه می‌شود.
- توصیه می‌شود کوارتم با غذا یا نوشیدنی‌های حاوی چربی بالا (مانند شیر) مصرف‌شود تا جذب آن افزایش یابد.



پیوست شماره ۶ کینین Quinine

کینین سولفات یکی از آکالوئیدهای طبیعی است که از پوست درخت سینکونا تهیه می‌شود. دارای اثرات ضد تب و درد مشابه سالیسیلات‌هاست. این دارو اثر اوکسی‌توسیک (اثر بر عضله رحم) نیز دارد.

مواردی که نباید مصرف گردد

- سابقه حساسیت شناخته‌شده به دارو
- مبتلایان به نوریت اپتیک

مصرف در دوران بارداری و شیردهی

این دارو در گروه X قرار دارد اما مصرف آن در زنان باردار و مادران شیردهی که مبتلا به مالاریای فالسیپاروم شدید و مقاوم به کلروکین باشند، مجاز است.

عوارض جانبی

ممکن است استفاده از کینین در افرادی که کاهش شدید فعالیت آنزیم G6PD دارند، موجب همولیز شدید شود. عوارض گوارشی، راش‌های پوستی، وزوز گوش، سرگیجه، کاهش شنوایی، ترس از نور، دوبینی و میدریاز ممکن است مشاهده شود.

مسمومیت با کینین (سینکونیسیم) معمولاً ناشی از مصرف مقادیر بیش از حد دارو است. در بعضی موارد عوارض سیستم عصبی مرکزی، حساسیت به کینین و به‌ندرت بلوک قلبی گزارش شده‌است.

اشکال دارویی

قرص یا کپسول ۲۰۰ و ۳۰۰ میلی‌گرم (base)

آمپول ۶۰۰ میلی‌گرم (۳۰۰ میلی‌گرم در هر میلی‌لیتر)

- تزریق سریع داخل وریدی کینین، ممکن است موجب عوارض



قلبی - عروقی و مرگ شود. برای درمان موارد اورژانس آمپول اپی نفرین باید در دسترس باشد.

- بهتر است تا حد امکان کینین از راه انفوزیون وریدی و به آهستگی تزریق شود.

تداخل دارویی

با داروهای ضد انعقاد خوراکی، هپارین، پیریمتامین و داروهای شل کننده عضلانی (سوکسینیل کولین و توبوکورارین)، سایمتدین، مفلوکوئین، آنتی اسیدهای حاوی آلومینیوم و قلیایی کننده های ادراری، تداخل دارد.

نکات مهم:

- بیماران تحت درمان را از نظر بروز نشانه های سینکونیسیم (مسمومیت با کینین) زیر نظر داشته باشید. این عارضه به شکل بی قراری، تاری دید، سردرد، تهوع، وزوز گوش، کاهش شنوایی آغاز می شود و نشانه مصرف زیاد داروست.
- به مسئله هیپوگلیسمی در بیماران مبتلا به مالاریا که تحت درمان با کینین هستند، توجه کنید (به ویژه در زنان باردار).
- در موارد استثنایی که امکان انفوزیون وریدی کینین وجود ندارد، می توان آن را پس از رقیق کردن (۶۰ تا ۱۰۰ میلی گرم در هر میلی لیتر) درون عضله تزریق کرد.
- بهتر است کینین خوراکی را پس از غذا به بیمار بدهید.
- در درمان مالاریای فالسیپاروم با کینین اگر وقفه ای در درمان ایجاد شود تکرار درمان توصیه می شود.



پیوست شماره ۷ کلیندامایسین Clindamycin

یک آنتی‌بیوتیک نیمه‌صناعی است. در متابولیسم پروتئین عامل بیماری‌زا تداخل می‌کند و ممکن است باکتریوساید یا باکتریواستاتیک باشد. دارو در دستگاه گوارش به‌سرعت جذب و در تمام بافت‌ها و مایعات بدن منتشر می‌گردد.

مواردی که نباید مصرف گردد

در افرادی که به کلیندامایسین یا لینکومایسین حساسیت دارند، نباید مصرف شود. در مبتلایان به بیماری‌های کلیوی و افرادی که سابقه‌ای از آسم یا حساسیت دارند، باید با احتیاط تجویز گردد. در افراد با سابقه بیماری‌های گوارشی و بیماران مسن، امکان بروز عارضه روده‌ای (کولیت با غشای کاذب و اسهال شدید) بیشتر است.

مصرف در دوران بارداری و شیردهی

در گروه C قرار دارد. به آسانی از جفت عبور می‌کند. در شیر وجود دارد.

عوارض جانبی

عوارض حساسیتی به شکل راش‌های ماکولوپاپولر و کهیر (و به‌ندرت سندروم استیونس جانسون یا واکنش آنافیلاکتوئید) گزارش شده‌است. عوارض گوارشی به‌صورت درد شکمی، ازوفازیت، تهوع، استفراغ و اسهال است.

توجه: درمان با این دارو با کولیت شدید و حتی کشنده همراه بوده‌است. در صورت بروز اسهال شدید، مصرف دارو باید قطع شود. داروهای آنتی‌پرستالتیک نظیر مشتقات تریاک یا دیفنوکسیلات ممکن است موجب طولانی‌شدن و تشدید عارضه گردند.

تداخل دارویی

کلیندامایسین ممکن است اثر تشدیدکننده بر داروهای بلوک‌کننده نوروموسکولار داشته باشد و احتمال خطر وقفه تنفسی وجود دارد.

اشکال دارویی

به‌شکل کپسول ۱۵۰ و ۳۰۰ میلی‌گرمی و شربت (ملح پالمیتات) وجود دارد.



پیوست شماره ۸ تتراسایکلین‌ها Tetracyclines

تتراسایکلین‌ها (تتراسایکلین و داکسی‌سایکلین) آنتی‌بیوتیک‌هایی گسترده‌طیف و اکثراً باکتریواستاتیک هستند که با وقفه در سنتز پروتئین ارگانیزم بیماری‌زا، رشد و تکثیر آن را متوقف می‌سازند.

مواردی که نباید مصرف گردند:

- زنان باردار
- مادران شیرده؛
- در افرادی که نسبت به هر یک از تتراسایکلین‌ها حساسیت نشان داده‌اند. مصرف مجدد آن ممنوع است.
- کودکان زیر ۹ سال.

مصرف تتراسایکلین‌ها علاوه بر موارد فوق در پیشگیری دارویی در موارد زیر ممنوع است:

- نارسایی کبدی و کلیوی
- وزن کمتر از ۲۵ کیلوگرم

توجه:

- معمولاً مصرف داکسی‌سایکلین برای مدت بیش از ۶ ماه توصیه نمی‌شود
- مصرف هر یک از اعضای خانواده تتراسایکلین‌ها (از جمله داکسی‌سایکلین) در دوران رشد دندان‌ها (دوران زندگی داخل رحم، دوران نوزادی تا سن ۹ سالگی)، ممکن است سبب تغییر رنگ دائمی دندان‌ها گردد.

مصرف در دوران بارداری و شیردهی

مصرف تتراسایکلین‌ها در دوران بارداری و شیردهی ممنوعیت مصرف دارد. تتراسایکلین‌ها از جفت عبور می‌کنند و ممکن است تأثیرات توکسیک بر رشد جنین داشته باشند. این گروه دارویی در شیر مادر نیز ترشح می‌شوند و موجب بروز عارضه در شیرخواران می‌گردند.



عوارض جانبی

عوارض گوارشی (بی‌اشتهایی، تهوع، اسهال، گلویت، دیسفاژی و آنتروکولیت)، عوارض پوستی (راش، درماتیت اکسفولیاتیو و حساسیت به نور)، عوارض حساسیتی و اختلالات خونی (کم‌خونی همولیتیک، ترومبوسایتوپنی و نوتروپنی) و عوارض کلیوی گزارش شده‌اند.

در پیشگیری دارویی تحمل دارو در مقایسه با بسیاری از داروهای دیگر ضدمالاریا نسبتاً خوب گزارش شده است.

با توجه به افزایش احتمال آفتاب سوختگی، از ضد آفتاب قوی (UVA) استفاده شود و از قرار گرفتن مستقیم در معرض آفتاب به مدت طولانی خودداری شود. عفونت قارچی واژن در خانمها نیز از عوارض داکسی سایکلین است.

تداخل دارویی

تتراسایکلین‌ها در جذب یا فعالیت داروهای ضداسید، داروهای ضدانعقاد خوراکی، دیورتیک‌ها، هپارین، ترکیبات آهن و بی‌کربنات سدیم تداخل دارند.

نکته‌های مهم:

- همیشه باید به تاریخ انقضای مصرف دارو توجه‌شود، زیرا استفاده از تتراسایکلین تاریخ مصرف گذشته موجب سندروم فانکونی می‌شود.
- داکسی سایکلین باید با مقدار فراوانی آب مصرف شود. تا یک ساعت پس از خوردن دارو، از دراز کشیدن خودداری کنید.

اشکال دارویی

تتراسایکلین به‌شکل کپسول ۲۵۰ میلی‌گرمی و داکسی‌سایکلین به‌شکل کپسول ۱۰۰ میلی‌گرمی تهیه شده است.



منابع:

۱. صائبی، اسماعیل؛ بیماری‌های انگلی در ایران (تک‌یاخته‌ها)؛ آییژ، ویرایش ششم، ۱۳۹۴.
۲. صائبی، اسماعیل؛ فارماکولوژی بالینی؛ آییژ، ویرایش ششم، ۱۳۸۸.
۳. برنامه حذف مالاریا در جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴، ۱۳۸۸.
4. Salehi M, Masoumi-Asl H, Assarian M, et al: Delayed hemolytic anemia after treatment with Artesunate: Case report and literature review. Curr Drug Saf. 2019; 14(1):60-66. doi: 10.2174/1574886313666181109150157.
5. WHO; World Malaria Reprot, Geneva, 2018
6. Severe Malaria, 2014, 19 (Suppl. 1), 7-131
7. WHO; Management of severe malaria: a practical handbook - 3rd ed, Geneva, 2013
8. WHO; Guidelines for the treatment of malaria; Geneva, 2010.
9. WHO; Malaria case management: operations manual, Geneva, 2009
10. WHO; Methods for surveillance of antimalarial drug efficacy, Geneva, 2009
11. WHO; Assessment and monitoring of antimalarial drug efficacy for the treatment of uncomplicated falciparum malaria, Field application of in vitro, Geneva, 2003

یادداشت:

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.