



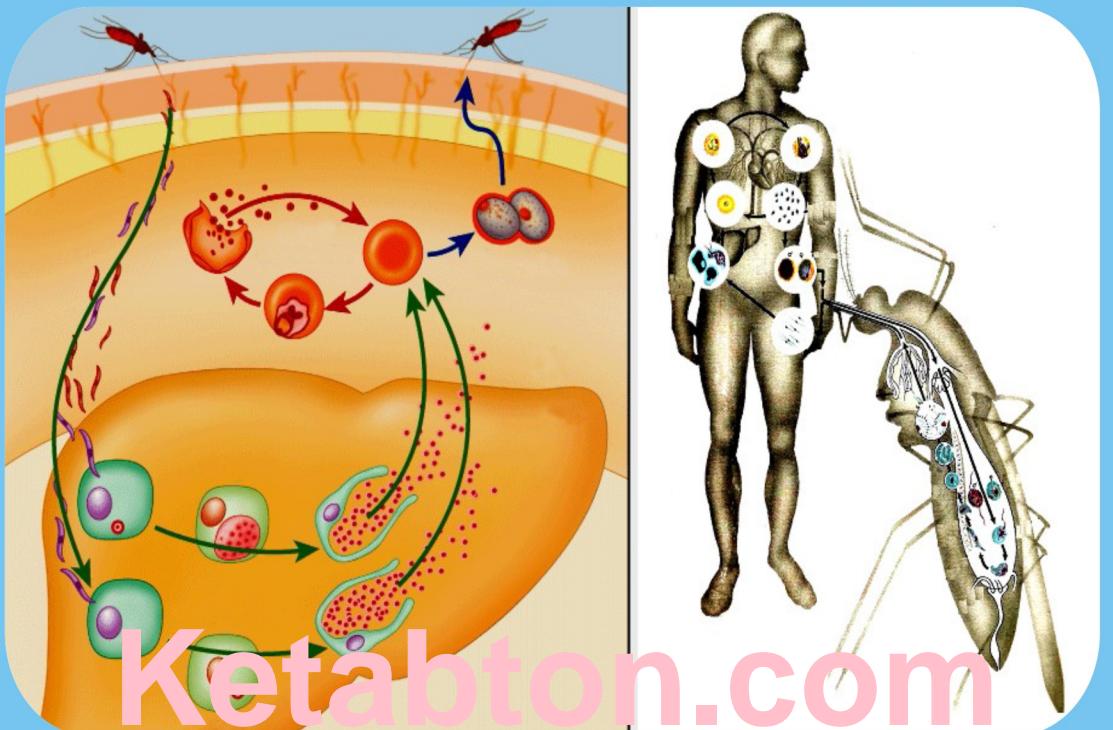
ننگهار طب پوهنه‌خی

ملاجیا

Malaria

دکتور محمد اسحاق شریفی
۱۳۹۴

ملاجیا



دکتور محمد اسحاق شریفی

۱۳۹۴



بسم الله الرحمن الرحيم

ملاриا

دوكتور محمد اسحاق شريفی

دغه کتاب په پې دی اف فورمات کي په مله سی دی کي هم لوستلی شي:



د کتاب نوم	ملا ریا
لیکوال	دوكتور محمد اسحاق شريفی
خپرندوی	ننگرهار طب پوهنځی
ویب پانه	www.nu.edu.af
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۴
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ خای	افغانستان تایمز مطبعه، کابل

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمیتې په جرمني کې د
کورنۍ یوې خیریه ټولنې لخوا تمویل شوی دی.
اداري او تخنیکي چارې یې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوي
دي.

د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤولیت د کتاب په لیکوال او اړونده
پوهنځی پوري اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولنې په
دې اړه مسؤولیت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موب سره اړیکه ونسیع:
ډاکتر یحيی وردک، د لوروزده کړو وزارت، کابل
تيليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰
ایمیل: textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.
اى اس بي ان ۵ - ۰۶ - ۹۳۴۲۹۳ - ۱ - ۹۷۸

د درسي کتابونو د چاپ پروسه

قدمنو استادانو او گرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لوبيو ستونزو خخه ګنيل کېږي. يو زيات شمير استادان او محصلين نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري، په زاره ميتدود تدریس کوي او له هغه کتابونو او چپترونو خخه ګنه اخلي چې زاره دي او په بازار کې په تیټ کيافيټ فوتوكاپي کېږي.

تراوسه پوري مونږ د ننګرهار، خوست، کندھار، هرات، بلخ او کاپيسا د طب پوهنځيو او کابل طبی پوهنتون لپاره ۱۵۶ عنوانه مختلف طبی تدریسي کتابونه چاپ کړي دي. د ننګرهار طب پوهنځۍ لپاره د ۲۰ نورو طبی کتابونو د چاپ چاري رواني دي. د یادونې ور ده چې نوموري چاپ شوي کتابونه د هيواود تولو طب پوهنځيو ته په وربا توګه ويشنل شوي دي. تول چاپ شوي طبی کتابونه کولای شي د www.afghanistan-ecampus.org ويب پاني خخه ډاونلوډ کړي.

دا کړنې په داسي حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوروزده کړو وزارت د (۲۰۱۴ - ۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتېژيک پلان کې راغلي دي چې:
"د لوروزده کړو او د نښوونې د نېټه کيافيټ او زده کوونکو ته د نویو، کړه او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړينه ده چې په درې او پښتو ژيو د درسي کتابونو د لیکلوا فرصت برابر شي د تعليمي نصاب د رiform لپاره له انګريزې ژې خخه درې او پښتو ژيو ته د کتابونو او درسي موادو ژبابل اړين دې، له دې امکاناتو خخه پرته د پوهنتونونو محصلين او استادان نشي کولاي عصرۍ، نویو، تازه او کړه معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي".

د لوروزده کړو د وزارت، پوهنتونونو، استادانو او محصلينو د غوښتنې په اساس په راتلونکې کې غواړو چې دا پروګرام غېر طبی برخو لکه ساينس، انجنيري، کرهي، اجتماعي علومو او نورو پوهنځيو ته هم پراخ کړو او د مختلفو پوهنتونونو او پوهنځيو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

کوم کتاب چې ستاسي په لاس کې دي زمونږ د فعالیتونو یوه بېلګه ده. مونږ غواړو چې دي پروسي ته دوام ورکړو، تر خو وکولای شو د درسي کتابونو په برابرولو سره د هيواود له پوهنتونو سره مرسته وکړو او د چېټر او لکچر نوب دوران ته د پای تکي کېږدو. د دې لپاره دا اړينه ده چې د لوروزده کړو د موسساتو لپاره هر کال خه ناخه ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ کړل شي.

له ټولو محترمو استادانو خخه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي كتابونه ولیکي، وزړاري او یا هم خپل پخوانۍ ليکل شوي كتابونه، لکچر نوتونه او چېټروننه ايدېټ او د چاپ لپاره تيار کړي. زمونږ په واک کې یې راکړي، چې په بنه کيفيت چاپ او وروسته یې د اپوندي پوهنځي استادانو او محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنګه د يادو شویو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظریات زمونږ په پته له مونږ سره شريك کړي، تر خو په ګډه پدې برخه کې اغیزمن گامونه پورته کړو.

د يادونی وړ ده چې د مولفینو او خپروونکو له خوا پوره زیار ایستل شوی دي، تر خو د كتابونو محتويات د نړیوالو علمي معیارونو په اساس برابر شي، خو بیا هم کیدای شي د كتاب په محتوى کې ځینې تبروتني او ستونزې ولیدل شي، نو له درنو لوستونکو خخه هيله مند یو تر خو خپل نظریات او نیوکې مولف او یا مونږ ته په ليکلې بنه راولېږي، تر خو په راتلونکې چاپ کې اصلاح شي.

د افغان ماشومانو لپاره د جرماني کميتي او د هغې له مشر داکتر ايروس خخه ډپره مننه کوو چې د دغه كتاب د چاپ لګښت یې ورګړي دي دوی په تېرو کلونو کې هم د ننګرهار د طب پوهنځي د ۶۰ عنوانه طبي كتابونو د چاپ لګښت پر غاړه درلود.

په خانګري توګه د جې آي زيت (GIZ) له دفتر او (CIM) Center for International Migration & Development چې زما لپاره یې په تېرو پنځو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړي دي هم د زړه له کومي مننه کوم.

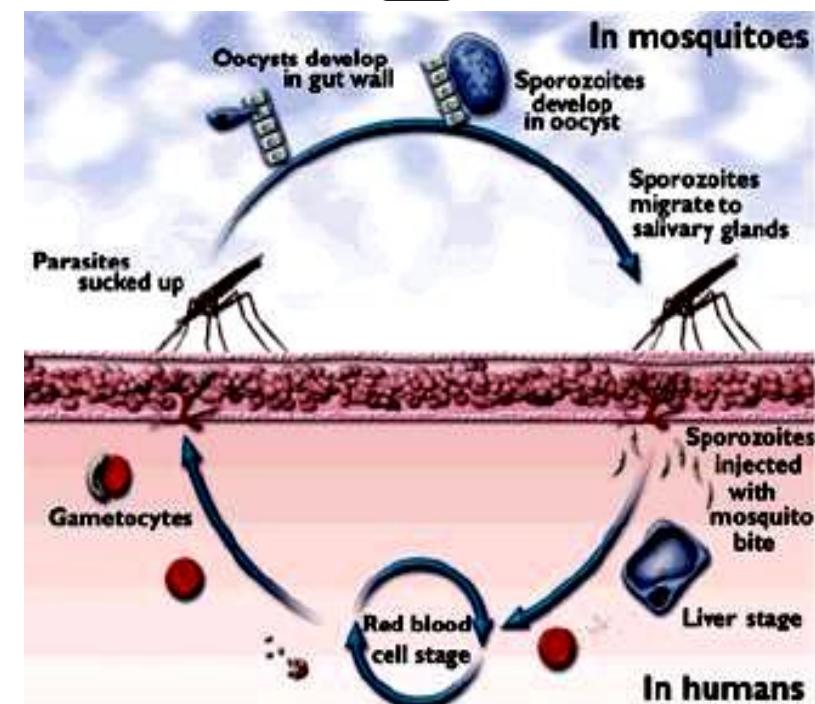
د لوړو زده کړو وزارت علمي معین بناغلي پوهنواں محمد عثمان بابری، ملي او اداري معین بناغلي پوهنواں داکتر ګل حسن ولیزې، د ننګرهار طب پوهنځي ریس بناغلي پاکترخالد یار، د ننګرهار طب پوهنځي علمي مرستيال بناغلي داکتر همایون چارديوال، او استادانو خخه مننه کوم چې د كتابونو د چاپ لړي یې هڅولي او مرسته یې ورسه کړي ۵۵. د دغه كتاب له مولف خخه منندوی یم او ستائنه یې کوم، چې خپل د کلونو کلونو زیار یې په وړیا توګه ګرانو محصلينو ته وړاندی کړ.

همدارنګه د دفتر له همكارانو حکمت الله عزیز، احمد فهیم حبیبی او سبحان الله خخه هم مننه کوم چې د كتابونو د چاپ په برخه کې یې نه ستړې کیدونکې هلې څلې کړي دي.

داکتر یحيی وردګ، د لوړو زده کړو وزارت مشاور
کابل، جنوری ۲۰۱۵

د دفتر تيليفون: ۰۷۵۶۰ ۱۴۶۴۰
ایمیل: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

ملا دیا



مؤلف: دوکتور محمد اسحاق ((شريفى))

ماستر علوم طب

سال چاپ: 1393 حوت

اهداء

رساله علمى هذا را بنام والدين گرامى و مهربان
ام اهداء مينمايم .

دوكتور ((شريفي))

اگاهی (توجه)

در قسمت اخری این رساله علمی ملاریات تمام
(فتوها، اشکال و گراف‌های رنگی که در محتوی کتاب موجود
است) به شکل مسلسل از هر فصل و نمبر صفحه در نظر گرفته
در بخش اخر کتاب به شکل اطلس رنگی چاپ شده خدا کند که
مطالعه کنندگان از آن استفاده به عمل آورد.

در چاپ اطلس رنگی دوکتور یحیی خان (وردک) توجه خاص
لطف نموده موصوف همیشه به خاطر کومک با محصلین همه
پوهنتونها کشور عزیز در چاپ و توزیع کتاب‌های درسی لطف
همه جانبی نموده و این سلسله فعلاً هم دوام دارد.

در اخر این جانب داکتر محمد اسحاق شریفی برای
داکتر صاحب وردک از جانب خداوند^(ج) خواهان پیروزی های
بیشتر میباشد.

با عرض حرمت

داکتر شریفی

اظهار تشکر

در جریان این تحقیقات علمی محترم دکتور صاحب پوپلیار، که در ریاست مجادله ملاریا و لشمانیا توظیف و به حیث آمر لبراتوارها ایفای وظیفه مینمودند، زمانیکه اینجانب از طرف ریاست خدمات صحیه اردوبه ریاست عمومی ملاریا و لشمانیا غرض تکمیل مواد تحقیقات علمی معرفی شدم، بعد از ملاقات ریس صاحب ملاریا و لشمانیا آن وقت به جناب دکتور صاحب پوپلیار که مسول امور تحقیقاتی علمی بود معرفی و بعد از یک کنفرانس علمی و تشریح اهداف کار به اینجانب تقسیم اوقات کار داده که موصوف در امور علمی همراه من کمک های زیاد لطف نموده و در فتوگرافی سلайд های ملاریا که ترتیب کرده بودم با یک لطف خاص سلайд ها را عکاسی میکرد، بدین ارتباط از محترم دکتور صاحب پوپلیار سپاس تشکر و احترام میگذارم.

تشکر

دکتور محمد اسحاق (شریفی)

الف

تشکر نامه

از محترم سید پسرلی (حیدری)
تکنالوژست عالی طب پسرپوهنگوال
سید قمبرعلی (حیدری) استاد پوهنخی طب
تئگرها که این رساله علمی ملاریا را به طریقه
احسن و موفقانه کمپوز و تایپ کرده از صمیم
قلب متشرکم و برای شان پیروزی های زیادی
در مسلک تکنالوژی طبی و کمپوز کتاب
های علمی از خداوند متعال تمنا میدارم.
و همچنان از دکتور بکتاش (سبا وون شریفی)
که در ترجمه بعضی از بخش های اشار
انگلیسی کمک کرده ابراز تشکر مینمایم.

دکتور محمد اسحاق (شریفی)

فهرست مسند رجات

		فصل هفتم	
92		کلینیک ملاриا	23
111		تغیرات در جهاز تنفسی	24
113		تغیرات در لوحه خون	25
118	Cerebral malaria		26
121	Algid Malaria		27
124		همولیز داخل و عانی	28
134		لوحه پتو اناتومی	29
		فصل هشتم	
135		تشخیص تفریقی	30
135		- گریپ	31
136		تب محرقه و شبیه محرقه	32
137		- بروسیلوریس	33
137		- سیپسیس	34
138		- لشمانیازیس حشوی	35
139		- لیپتوسیبروز	36
140		- سیراکتوز کنه نی	37
141		تب پیتالسی	38
141		تب دینگو	39
142		تب زرد	40
143		- تشخیص تفریقی با تسمم غذانی	41
144		- امراض خون	42
145		- تفرقی کومای ملاریا با کوماهای دیگر	43
145	A- Diabetic Coma		44
145	B- Uremic Coma		45
145	C- Hepatic Coma		46
147	D- Eclamsic Coma		47
147	E - کومادر انتنات مینگو کوک		48
148	F- Hemolytic Coma		49
149		فصل نهم	50
		ملارياي سه روزه	50

فهرست مسند رجات

		عنوان	
		فصل اول	
	1	ملاриا	
	2	تعریف ملاриا	
	3	تاریخچه	
	4	اپیدیمولوژی و انتشار جغرافیائی	
	5	عامل مرض	
	6	سیکل حیاتی ملاриا	
	7	مرحله شیزوگونی	
	8	اول : مرحله شیزوگونی اکزواریتروسایتیک	
	9	دوم : مرحله شیزوگونی اریتروسایتیک	
	10	رینگ فارم	
	11	تشکیل گامینتوسیت ها	
	12	چهارم انکشاف عامل ملاریادر عضویت پشه	
	13	فصل پنجم سیکل حیاتی عامل سببی ملاریائی انسانی	
	14	کلید تشخیص تفریقی پرازیت های ملاریای انسانی	
	15	اشکال حجرات مشکله خون	
	16	پلازمودیم فلسفیارم	
	17	پلازمودیم ملاریا	
	18	پلازمودیم واپاکس	
	19	پلازمودیم اووال	
	20	مراحل مرض ملاریا	
	21	پتو جینزیس	
	22	معافیت در ملاریا	
		فصل ششم	
		فصل ششم	

فهرست مনدرجات

213	بعضی ادویه های ضد ملاریا	78
213	Amodoquin	79
213	Halofantrine	80
213	عوارض جانبی	81
214	Drug Interaction	82
214	Artusunate	83
214	عوارض جانبی	84
214	Lumefantrine	85
215	Pyonaridine	86
215	Azethromycine	87
215	Floruroquinolones	88
215	Tafenoquine	89
219	Prognosis	90
221	وقایه ملاریا تو سط مواد کیمیاوی	91
231	فصل چهاردهم (Prevention) وقایه	92
237	Plasmodium Knowlesi	93

فهرست مندرجات

151	ملاریایی اووال	51
152	ملاریایی چهار روزه (پلازمودیم ملاریا)	52
153	حملات ملاریا در نزد اشخاص فسما معاف باشند	53
154	فصل دهم ملاریانزد اطفال	54
154	ملاریایی تروپیکی نزد اطفال	55
155	ملاریانزد زنان حامله	56
159	فصل یازدهم تشخیص لا بر اتواری ملاریا	57
163	فصل دوازدهم ادویه ضد ملاریا	58
166	او صاف مواد ضد ملاریا	59
167	کلوروکین دای فاسیفت	60
168	Quinine	61
170	Primaquiu	62
173	Sulfanilamids	63
173	Fansidar میتاکلفن یا	64
174	Kamaprim	65
174	Daraclor	66
175	فصل سیزدهم تداوی	67
178	تداوی شکل غیر اختلاطی ملاریا	68
185	تداوی ملاریایی شکل اختلاطی	69
197	کومای ملاریا	70
197	اعراض (Symptome)	71
198	پلان تداوی	72
199	مستحضرات دوانی	73
200	تداوی تب هیمو گلوبینوریا	74
202	تداوی ملاریا تروپیک مقاوم با ادویه های مختلف	75
204	مقاومت درجه I ، II و III	76
209	تداوی ملاریایی اووال	77

شود

ولی در تطبیق و عملی نمودن تمام میتودهای تداوی خواهش بعمل امده تا در تداوی مریضان داخل بستر مراقبت جدی دوکتوران و نرس هارا توقع نموده که این نظر موءلف بسیار زیاد قابل قدر میباشد .

این واقعیت است که با توجه جدی دوکتوران و نرس های سرویس انتانی مریضان و خیم را از مرگ حتمی نجات میدهد . ارزوهای مندیم که این رساله علمی جزء نصاب تعلیمی طب نظامی شده و به محصلین نیز تدریس گردد .

بخاطر که بسیار موضوعات علمی به شکل واضح و انmod شده و در متن ان از استعمال ترمینالوژی علمی و مسلکی طبابت استفاده بعمل امده است .

من از محترم دوکتور ((شریفی)) احترامانه خواهش میکنم تا همچنین موضوعات دلچسپ علمی دیگر را در محرّاق توجه قرار داده تا در اینده رساله های علمی دیگر را به قید قلم و تحریر دراورده تابه نفع مردم شریف افغانستان ازان استفاده بعمل اید .

تشکر

برید جنرال پوهنواں دوکتور سید حفیظ (ظهور)

تقریظ

رساله هذا از طرف ڈکروال دوکتور محمد اسحاق ((شریفی))

بعداز تکمیل پروژه علمی و تحقیقاتی بالای مریضان ملاریایی تروپیک شکل اختلاطی و غیر اختلاطی نوشته مطالعه نمودم موضوعات خیلی علمی و همه جانبیه بوده که برای دوکتوران خیلی ضروری میباشد و از همه دوکتور صاحبان خواهیشمند که موضوعات نوشته شده را تحت مطالعه دقیق قرار بدهند .

مافتخار داریم که موصوف یک داکتر نظامی بوده و موضوعات علمی و بسیار ضروری را تحقیق کرده که در عصر حاضر گفته میتوانیم که ملاریائی دماغی یک مشکل بزرگ و جدی را برای مردم جامعه ما ایجاد کرده و باعث تلفات سنگین میگردد .

موصوف غرض جلوگیری از تلفات مریضان داخل بستر از بهترین و عصری ترین میتودهای تداوی که از مأخذ های جدید استفاده به عمل اورده به شکل روتین در این اواخر در ممالک مختلف مناطق آنديسيک ملاریائي از ان استفاده میگردد که نتایج بسیار قناعت بخش به دست همین میتوه های تداوی تلفات ملاریا را محدود ساخته و قابل تطبیق میباشد .

موءلف په ارتباط تطبیق هورمونهای مختلف در اشکال اختلاطی و غیر اختلاطی جلو رفته در تداوی مرض ذکر شده توجه جدی به تطبیق ادویه های اختصاصی نموده و خواهش بعمل امده تا از تطبیق هورمونهای مختلف در تداوی مرض ملاریا خودداری

در جمله پژوهیش گران و محققین یکی هم دوکتور محمد اسحاق ((شریفی)) بوده که کار وسیع علمی تحقیقی رادرمورد جوانب مختلف مرض ملاریا را بالای تقریباً 300 مريض در شفاخانه موجوده شهید سردار محمد داود خان و سایر شفاخانه های کشور انجام داده شده است.

كتاب موجود حاوی (240)صفحه 14 فصل، 21 تصاویر، 28 شکل 37 جداول و هفت گراف میباشد که کیفیت محتوى اثر را بالهمیت و پر ارزش ساخته است در فصل چهارده گانه درمورد تعریف و تاریخچه ملاریا، ایپیدیمی لوزی، عامل و سیکل حیاتی مرض ملاریا، انکشاف عامل مرض ملاریا در عضویت پشه انانفیل، سیکل حیاتی عامل سببی ملاریائی انسانی، کلینیک ملاریا، ملاریا سه روزه، ملاریا اووال، ملاریا چهار روزه، ملاریا در اطفال، ادویه ضد ملاریا، تداوی و وقایه به صورت دقیق و واضح مورد تحقیق قرار گرفته که نتایج ان در جداول و گراف های مربوط ان انعکاس یافته است.

همچنان در اخیر اثربنیجه و پیشنهادات گنجانیده شده که مطالعه ان قابل دلچسپ میباشد در آخر مأخذ و بیوگرافی مؤلف تذکر داده شده است.

اثر از نگاه محتوا بسیار وسیع و غنی میباشد، تحلیل موضوعات به شکل خوب و مستدکه با نظر داشت اسناد تکمیل گردیده است.

موضوعات جمع اوری شده هر فصل به عنوان ان مطابقت داشته تسلسل مطالب خوب بوده، به شیوه ساده و عام فهم تحریر یافته است.

از خداوند کریم برای مؤلف صحت کامل و موفقیت های بشر را در تحریر همچو اثار ارزومیدارم.

پو هاند عبدالحی (مومنی)

ابراز نظر

ملاریانام اثر علمی و تحقیقی است که از جانب محترم دوکتور محمد اسحاق ((شریفی)) تالیف گردیده است.

کلمه ملاریا ز دلخواه ایتالیا و "mal" به معنی بدیاخراب و "aria" په معنی هوایگرفته شده است - در یونان باستان ارتباط تب ملاریا با طلاق ها دانسته شده بود - در روم باستان نیز عقیده براین بود که ملاریا از سبب هوای خراب دلخواه ای اطراف شهر روم پیدامی شود. بدین ترتیب این مريضی بنام Malaria یا هوای بدیادش Badaria ملاریا معلوماتی نه داشتند.

ملاریا تقریباً 5000 سال قبل از امروز در چین باستان شناخته شده است که به مرور زمان سومری ها، مصری ها، هندوها و یونانی ها به نوبه خود ان راشناسی نموده و تدابیر مختلف رادرمhor جلوگیری از ملاریا اتخاذ نمودند.

کلمه ملاریا برای اولین بار در سال 1740 میلادی به عنوان یک لغت انگلیسی بکاربرده شده در سال 1827 میلادی عملکاره فرنگ زبان انگلیسی گردید.

ملاریا را میتوان طور ذیل تعریف نمود:
ملاریا یک مرض انتانی یا پرتوزولوژی است که به وسیله پرازیت ها بنام قیلازمودیم ایجاد میشود - توسط *Scolex* پشه انانفیل مونث منتزن شده و منتقل میگردد.

ملاریا مهمترین مرض پرازیتی و یکی از مسائل مهمی صحی تعداد از کشورها به خصوص کشورهای گرم سیر و رو به انکشاف دنیا بالخصوص افغانستان است.

فلهذا ضرورت است تا درباره این مرض خطرناک و مهلك کارهای وسیع تحقیقی صورت گیرد تا این طریق بتوان این مرض فوق العاده خطرناک را گرفت.



موفقانه بگیریم- که این وظیفه به اینجانب سپرده شده
که بالاخره یک پروژه علمی توسعه
مشاور آن وقت سرویس اتنانی (Valera Vasiliwic Fison) و با مشوره متخصصین سرویس ترتیب و برای عملی ساختن به اینجانب تسلیم داده شده- که بعداً از شمه های مختلف تداوی استفاده کرده و بالای مريضان عملی و تطبیق نمودیم- و به شکل تدریجی تلفات سرویس اتنانی کم شده و بهبود زیاد در اثر مطالعه و نتایج تداوی به شکل موفقانه بدست دکتوران اتنانی افتید- درینجامیتوانیم یک مثال دیگر را یاداوری نمایم:-

در تداوی مريضان تروپیک به شکل روتین همیشه از Glucocorticosteroids استفاده میشد- که در تداوی مريضان ملاریای تروپیک به دوز های مختلف در پهلوی دوا های ایتوتروپ (Choice drugs) از هورمون نیز استفاده میگردید- ولی در کار تحقیقاتی به شکل عملی این موضوع به اثبات رسید که تطبیق هورمون در تداوی مرض فوق علمی نبوده و هیچ نتایج مثبت در عمل نداشت.

پیش گفتار (مقدمه)

افتخار میدارم که بعد از تپ و تلاش های علمی که چند سال را در بر گرفت، توانستم یک پروژه علمی و تحقیقاتی را بالای مريضان ملاریای تروپیک (پلازمودیم فلسفیارم) در عرصه های مختلف کلینیکی و تداوی بالای مريضان بستر اشکال اختلاطی و غیر اختلاطی که در سرویس اتنانی اکادمی علوم طبی قوای مسلح بستر بودند تکمیل نمایم. در این پروژه تحقیقاتی با همکاری هم مسلکان خویش بالای تقریبا 300 نفر مريضان ملاریای دماغی (PF) که اکثرا نظامیان بودند- تکمیل نموده و نتایج ذیل را بدست آورده ام:

در سال های متتمادی مريضانیکه به ملاریای تروپیک مصاب بودند در سرویس اتنانی بستر و تداوی میشدند- ولی این تداوی به شکل عادی طبق شمه های مختلف قرار میگرفت- لکن تلفات که از این مريضی به میان می آمد زیاد بود.

بعداً با تصمیم متخصصین و دکتوران سرویس فیصله به عمل امد که یک پروژه علمی را ترتیب و بعداً یک داکتر مسؤول تعیین گردید تا پروژه ذکر شده را با جدیت عملی نموده تابتوانیم جلو تلفات مرض ملاریای تروپیک را



- پوهنوال برید جنرال دوکتور سید حفیظ «ظہور»
معاون علمی خدمات صحیه اردو

که بالنویه از همه شان از صمیم قلب سپاسگذارم
وبرای شان پیروزی های مسلکی و صحت کامل از
خداآوند متعال و بی نیاز ارزو میدارم.

همچنان در این رساله علمی از ترمینال وزیر مسلکی
طبی استفاده به عمل آمد - اگرچه حتی الوسع
کوشش شده که اصطلاحات عادی و عام فهم
استعمال شوند، لکن امکان دارد در املاء و انشاء
کتاب در بعضی هاغلطی های لفظی موجود باشد -
به این ارتباط از مطالعه کننده گان محترم
خواهشمندم که غلطی ها را یاداشت کرده و به آدرس
ایمیل ذیل drsharifi1@gmail.com با ما شریک
سازند تا در چاپ آینده اصلاح خواهم نمود.

تشکر

ماستر علوم طب دکتور محمد اسحاق (شریفی)

در ممالک پیشرفته هم این موضوع حل است و فعلا در
تداوی مرض ملاریایی دماغی از هورمون های مختلف
استفاده نمیگردد.

در اینجا قابل ذکر است که نام های بعضی از
متخصصین و دکتوران یاداوری نمایم - که در بخش
تداوی و جمع اوری مواد علمی از کتاب های مختلف
علمی و مسلکی همراه اینجانب کمک فراوانی به خرچ
داده و از انها خیلی سپاسگذار و ممنونم.

- برید جنرال پوهنوال دکتور جان محمد (خلازایی)
- ڈگروال دکتور شیراز خان (شینواری)

برعلاوه از امور علمی، در تشویق پیش برد پروژه
علمی ذکر شده از جانب بعضی دکتوران بورد علمی
اکادمی علوم طبی نیز تشویق و همیشه همکاری
نموده که به طور ذیل نام های شان قابل یاداوری
میباشد:

- تورن جنرال پوهاند محمد موسی (وردک)
دکتور عالی طب و اکادمی میسن علوم طب
- پروفیسور دوکتور برید جنرال
عبدالفتاح (خسروی) سرداخله اسبق اردوی
افغانستان



فصل اول

کلوروکین در سال 1822 کشف شد که در تداوی مalaria تحول اساسی به وجود آورد همچنان در سال 1880 میلادی عالم فرانسوی محرک یا عامل ملاریائی انسانی Laveron را کشف و بنام *Oscillaria Malaria* مسمانمود. رومانوفسکی میتوتلوبین پرازیت ملاریارا در پراکتیک شامل ساخت - در سال 1884 میلادی (Donilofsky) پلازمودیم ملاریائی پرنده گان را کشف نمود، که زمینه را مساعد ساخت تا این حیوانات به صفت مدل تجربی جهت مطالعه شیمیوتراپی ملاریا استفاده شود.

در سال 1889 میلادی (Orassi-Ross) انکشاف پلازمودیم ملاریائی پرنده گان را کشف نمود.

در سال 1885 میلادی Ross ثابت نمود که ناقل ملاریائی انسانی و پرنده گان عبارت از یک پشه میباشد.

در سال 1898 میلادی Orass و Ross انکشاف پلازمودیم ملاریارا در عضویت پشه مطالعه نمود - همچنان در سال 1885 میلادی یک عالم بنام Golgi بار اول تفاوت بین عاملین ملاریایی سه روزه و چهار روزه را کشف و مطالعه کرد.

در سال 1922 میلادی Stifness قسم یانوع چهارم پلازمودیم (*Plasmodium Ovale*) را کشف کرد.

خلاصه اینکه از طرف علمای متعدد ر وقت و زمان مختلف راجع به مرض ملاریا در قدمه های مختلف کشفيات صورت گرفته که ضرور نمیباشد از همه شان نام برد.

فصل اول

ملاریا (Malaria)

تعريف: ملاریا یک مرض حاد انتانی میباشد که توسط پرازیت های وحیدالحوروی به وجود میاید و صفات نکس کننده دورانی با حملات تب متناوب، کم خونی پیشرفت کننده و افت احسا پرانشیماتوز را دارد. میباشد.



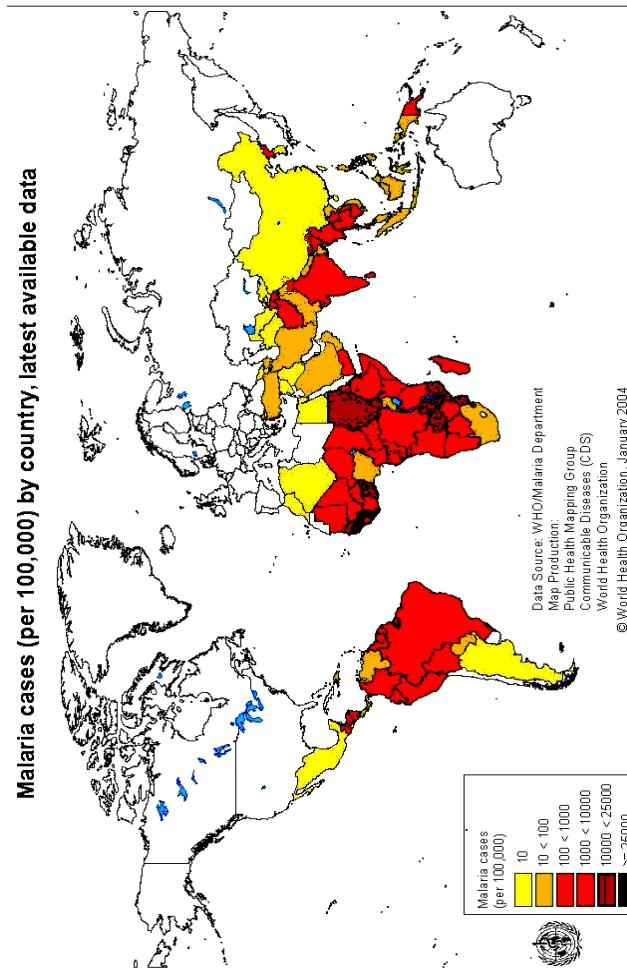
فتو (1)

در فتو فوق پشه انافیل در حال وخذ کردن انسان.

تاریخچه: ملاریا به صفت یک مرض نوزولوژیکی نزد دوکتوران قدیمی یونان و روم معلوم بود - فامیل های هندی انکوف در زمان های خیلی قدیم خواص معالجوی Quinine را در وقوعات ملاریا کشف نمود، و در سال 1638 میلادی راجع به این کشف اروپایی ها خبر شدند، کنین کرستال را به دست آورد و درخت کنین را به اروپا منتقل دادند - در سال 1838 میلادی یک عالم روسی بنام Gize (گیز) بار اول از پوست درخت کنین Quinine Crystal را به دست آورد.

در سالهای 1879-1878 میلادی دو تن علمای روسی، ساختمان کیمیاوی کنین (Quinine) را مطالعه نمود.

فصل دوم



شكل (1)

سالانه دردنيا 200 ميليون نفر مصاب به ملاري ياميشودو در حدود 2 ميليون آن تلف ميگردد.

فصل دوم

اپيديمولوژي و انتان جغرافيايي مرض

شيوع مرض ملاري يامعمولاً در مناطق که داراي اقلیم تropica(حاره و گرم) ميشناسد زیاد است مگر در طول البلاد وعرض البلد متوجه هم به مشاهده رسیده است- شيوع اساسی مرض ملاري در بین 45° عرض شمالی و 30° عرض جنوبی موقعیت دارد.

در اروپا و قواعات ملاریاتابه قرن 19 بکثرت دیده میشد. در شروع قرن 20 سویه ياشیوع مرض فوق العاده پایین آمده، مگر در زمان جنگ های اول و دو هم جهانی سویه این مرض در بسیاری از ممالک بلند رفته و نظر به ارزیابی سازمان صحي جهان(WHO) در سال 1952 میلادي تعداد مريضان ملاري با 350 ميليون نفر و در سال 1959 میلادي 140 ميليون نفر بودند- در اتحاد شوروی در سال 1964 میلادي آفت ملاریابه مثل امراض کتلوي محوه شده بود- تنها یگان واقعات ناچيز آن بملحوظه ميرسيد.

ملاریا زیادتر در بر اعظم افريقيا و آسيا دیده میشود- در افريقيا زیادتر در ممالک (ليبي، يوغاندا، جيشه، نايجيريا) شيوع دارد. در بر اعظم آسيا زیادتر در ممالک (هندوستان ، پاکستان ، ماليزيا، هندوچين، اندونيزيا، يك تعداد جز اير جنوبی غربی بحر الكاهل(فلپاين و غيره) موجود است. محراق اندemic مرض ملاري ياد رقسمت جنوب شرق چين، كوريابي جنوبی هم دیده میشد.

همچنين ملاريا در تركيه، ايران، افغانستان، استراليا، امريکاي مرکزي و جنوبی، مکسيکو، برازيل و كولمبیا نيز انتشار زیاد دارد.

فصل دوم

در این اوخر درکار پژوه تحقیقاتی که بالای مریضان ملاریایی تروپیک در سرویس انتانی اکادمی نظامی علوم طبی صورت گرفته است مجموعاً 292 نفر ثبت شده است - که از نقاط مختلف کشور خاصتاً از جزو تام های نظامی غرض تداوی جذري به سرویس انتانی اکادمی علوم طبی تخلیه و تداوی شده اند - که از جمله اکثریت شان از ولایات و ولسوالی های گرم سیر بوده که در جدول ذیل تعداد و فیصدی آن درج است .

محلات	تعداد	فیصدی
سرمی	80	27.4
ولایت خوست	71	24.3
جلابد	67	22.9
کابل	42	14.3
کوه صافی مربوط کابل	7	2.3
پروان	6	2
هرات	4	1.3
قندھار	3	1
فراه	2	0.6
بغلان	2	0.6
فرقه 7 فلات	1	0.3
فرقه 18 مزار شریف	1	0.3
متفرقه	6	2

جدول(1)

درجول فوق و قواعات ملاریایی تروپیک در مربوطات کابل که منطقه اندیمیک ملاریانمی باشد نیز ثبت شده است - در موردباید خاطر نشان ساخت که در نتیجه مشاهده دقیق که از مریضان اخذ شده واضح گردیده است

فصل دوم

عمولاً مرض ملاریا (خصوصاً ملاریای تروپیکی) به شکل سپورادیک (Sporadic) و یا اندیمیک شیوع می‌کند که نظر به تصنیف سازمان صحي جهان (WHO) بانظر داشت اندکس ضخامه طحال به چهار کتگوری ذیل تصنیف نموده است .

1. :- اندکس بزرگی Hypo Endemic Malaria

طحال نزد اطفال از 2-9 ساله در حدود 10% .

2. :- اندکس بزرگی Meso Endemic Malaria

طحال نزد اطفال از 2-9 ساله در حدود 50% .

3. :- Hyper Endemic Malaria

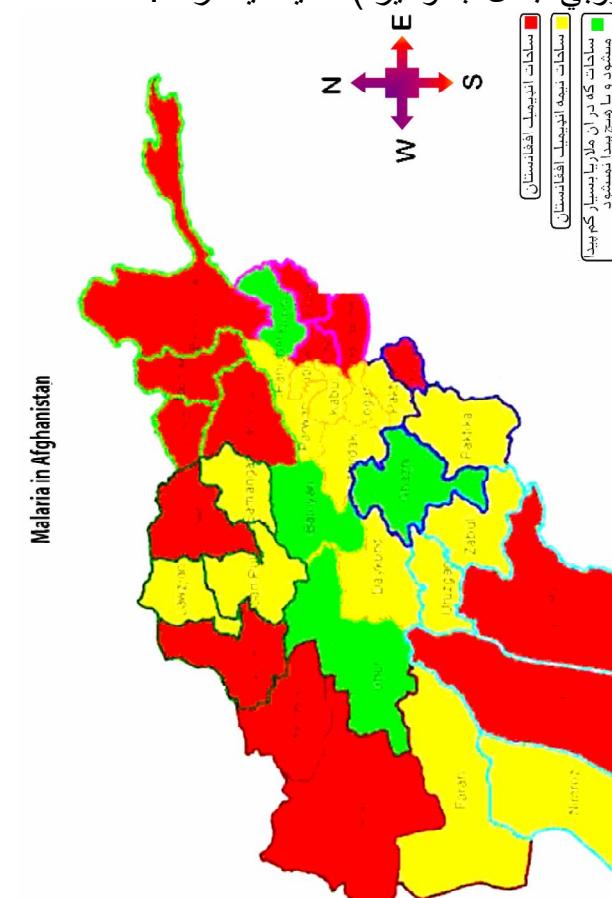
طحال نزد اطفال از 2-9 ساله در حدود بلندتر از 50% .

4. :- اندکس بزرگی Holo Endemic Malaria

طحال نزد اطفال از 2-9 ساله در حدود بلندتر از 75% . وقوعات مرض امکان دارد به داخل یک مملکت در تحت عین شرایط جغرافیایی (اب و هوا) به فیصدی های مختلف ثبت گردد - البته تغیر فیصدی وقوعات مریضی مربوط به عوامل مختلف: که در صفحات بعدی مفصل از آن تذکر به عمل خواهد امد، میباشد - لیکن در ایتو لوزی تغیر فیصدی وقوعات در نقاط مختلف کشور از همه مهمتر در شرایط جنگ شده میتواند زیر ادر جریان جنگ پروگرام های مختلف و قایوی و معالجوی به شکل بطي تطبیق میگردد و فیصدی وقوعات ملاریا را میتوانیم به ارتباط از نتایج کار تحقیقاتی یاداروی نماییم .

فصل دوم

که مصابین ملاریا در شهر کابل (خصوصاً نظام ایمان) از سفر ویا خدمتی بودن در مناطق اندیمیک ملاریا مثلاً (خوست، سروبی، جلال آباد و غیره) حکایه می‌گردند.



شکل (2)

فصل سوم

پلازمودیم ملاریا، پلازمودیم وایواکس و پلازمودیم
فلسیپارم فرق ندارند.

باید گفت که از جمله چهار نوع پلازمودیم، ملاریائی
چهار روزه و Oval Malaria در افغانستان دیده نمیشود به
این اساس توجه خاص باید در نوبت اول ملاریایی تروپیک
جلب گردد— زیرا این فورم ملاریا شکل و خیم مرد بوده
و تلفات زیاددار و همچنان به ملاریائی ۳ روزه پلازمودیم
وایواکس که شیوع آن در افغانستان فوق العاده زیاد میباشد
توجه خاص باید داشته باشیم.

سیکل حیاتی ملاریا(Life Cycle):- به شکل عمومی
پرازیت ملاریا دو نوع سیکل حیاتی دارد:

Shizogony Cycle – 1

زوجی میباشد(Asexual Reproduction) و در
عضویت انسان صورت میگرد.

Sporogony Cycle – 2

(Sexual Reproduction) میباشد در عضویت
پشه موئی انافیل تکمیل میگردد.

اول:- مرحله شیزوگونی:- این شکل در عضویت
انسان تکمیل میگردد و دارای دو مرحله میباشد.

Exo Erythrocytic .a

Erythrocytic .b

فصل سوم

عامل مرض

پنج نوع از عوامل مرض ملاریائی انسانی شناخته شده
است که در شمه ذیل به شکل خلاصه ارایه میگردد.
Class of Sporozoa
طب سه (3) جنوس قابل اهمیت میباشد:

1. – Genus of Plasmodium.
2. – Genus of Toxoplasma.
3. – Genus of Isospora.

Genus Plasmodium در پلازمودیم چهار
Species شامل میباشد که باعث تولید ملاریائی انسانی
میگردد.

1. – Plasmodium Vivax.
2. – Plasmodium Malaria.
3. – Plasmodium Falciparm.
4. – Plasmodium Ovale.
5. Plasmodium Knowlesi

که در فصل پانزدهم تشریح شده
در طبیعت تعداد زیاد پلازمودیم در موجود حیوانات فقاریه
، چپاسه، طیور، جوینده گان و میمون هایه شکل پرازیت
حیات به سر میبرند— بعضی اندواع پلازمودیم که در وجود
میمون هایه قسم پرازیت زندگی میکنند بسیاری شان
پلازمودیم انسانی میباشد مثلاً نزد شامپانزی ۳ نوع
پلازمودیم کشف شده است که ازنگاه مورفولوژی از

فصل سوم

به اندازه 60-70mkm می‌رسند— درین زمان هسته شیزونت هایه چندین مرتبه تقسیم می‌شوند و در نتیجه میروزویت ها نسجی یا *Cryptozoit* های زیاد به وجود می‌آورند. به طور مثال ای ختم دوره تقریخ تعداد میروزویت های نسجی پلازمودیم وایواکس ای 10.000/mL و پلازمودیم فلسفیارم تا 40.000/mL می‌رسد. دوام مرحله شیزوگونی اکزواریتروساتیک که به دوره تقریخ مرض نیز مطابقت دارد برای چهار نوع پلازمودیم قرار ذیل اند :

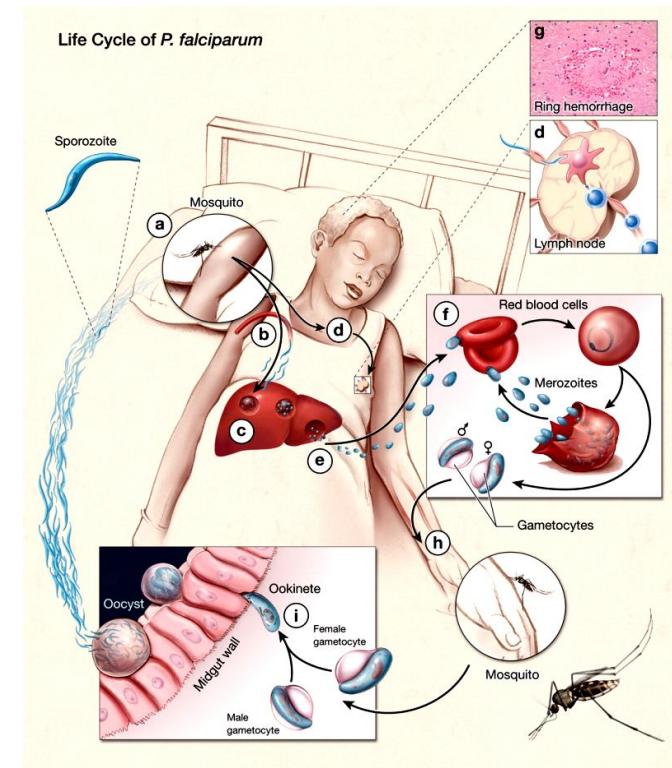
Plasmodium Falciparum	الی 6 شبانه روز.
Plasmodium Vivax	الی 8 شبانه روز.
Plasmodium Malaria	الی 12-16 شبانه روز.
Plasmodium Oval	الی 9 شبانه روز.

جدول (2)

بعد امیروزویت های نسجی به خون محیطی داخل می‌شوند و در داخل کریویات حمرا (Red Blood Cells) جای می‌گردند و سپلکل شیزوگونی اریتروساتیک شروع می‌گردد.

عکس العمل التهابی در تکثر نسجی شیزونت های دیده نمی‌شود— در دوره شیزوگونی *Exo-erythrocyte* اعراض کلینیکی موجود نمی‌باشد— با تفاوت از ملاریایی تروپیک (PF) و ملاریائی چهار روزه — در ملاریائی 3 روزه (PV) و ملاریائی (Plasmodium Oval) امکان دارد برای مدت زیادی چندین ماه و یا چندین سال پرازیت در نسج کبدی

فصل سوم



شکل (3)

اول : مرحله شیزوگونی اکزواریتروساتیک :- بعداز گزیدن انسان توسط پشه منتن انفیل صورت میگرد. پشه انفیل همراه بالعاب دهن خودسپوروزیت هارا به عضویت انسان داخل میکند— توسط *Lymphocytes* سپوروزویت ها بعداز 30 دقیقه به کدرسانده می‌شوند— و در نسج کبدی داخل می‌گردند— در کبدی شیزونت های نسجی تبدیل می‌شوند. شیزونت هادرنسج کبدی سریع آنمونوده، و

فصل سوم

در مرحله سوم Nucleus پرازیت تقسیم مگردد که این شکل بنام Young Schizont (شیزونت جوان) یاد میشود که در این مرحله در بین کرویات حمرا Schuffner Dots (نقاط شوفر) دیده میشوند که از تخریب هیموگلوبین به میان می ایند.

در مرحله چهارم هسته به 8-18 پارچه تقسیم میشود که این شکل بنام Older Schizont یاد میشود.

در مرحله پنجم هر پارچه هسته هم رای یک قسمت سایتوپلازم جدامیشود که بنام Mature Schizont باد میگردد و هرنوکلیوس هم رای سایتوپلازم بنام میروزیت یاد میگردد - قبل از ریپرکرویه سرخ بنام مرحله Murolla نیز یاد می کند.



Malaria parasit in Red Blood Cell
فوتو(2)

فصل سوم

خودرانگاه کندکه درنتیجه به شکل دوامدار یا پریودی نکس هابه وجود اورده میتواند.

دوم: مرحله شیزوگونی Erythrocytic :- این مرحله عبارت از تکثر غیرزوجی عامل ملاریا در خون میباشد. این مرحله بعد از داخل شدن Merozoite های خارج شده از شیزونت های نسجی که بعد از چند روز Cryptozooit نسجی داخل دوران خون شده و بعداً داخل کرویات حمرا میگردد که در این زمان مرحله شیزوگونی اریتروسایتیک شروع میشوند.

در مرحله شیزوگونی اریتروسایتیک میروزیت ها چندین بار صفحات Cyclic میروزیت هاتروفوزویت ها و شیزونت هارا میگزرا ند محل زیست تروفوزویت ها و شیزونت ها اریتروسیت ها میباشد میروزیت ها که در ختم سیکل شیزوگونی اریتروسایتیک به وجود می ایند دیک تعداد انها توسط ماکروفاز هافاگوستیز میگردند و یک تعداد آنها دوباره داخل کرویات حمراء (سرخ) میشوند مرحله شیزوگونی اریتروسایتیک را تکرار میکند. مطابق به ترمینولوژی سازمان صحي جهان (WHO) فورم های که در مرحله شیزوگونی اریتروسایتیک دیده میشوند به شرح ذیل از آن نام میگیریم.

-:- Ring form Trophozoit

پرازیت است که دارای سایتوپلازم و هسته میباشد. در مرحله دوم از شکل فوق که نشانه نمایم کند Older Trophozoit به وجود می اید که در این شکل سایتوپلازم نمودارکیو خورد میشود.

فصل سوم

در پلازمودیم فلسفیارم غشای اریتروسیت هاماؤف و به شکلی تغیر میکنده خاصه نصب شدن رابه اندوتیل او عیه بست اورده بتواند.

همچنان در ملاریایی تروپیک اریتروسیت های منتن، تروفوزویت هاوشیزونت های انکشاف یافته در او عیه ارگان های حشوی رکود میکند بالخصوص در اورده (Veins).

در ملاریایی تروپیک (PF) درخون محیطی تنها تروفوزویت ها (رینگ فورم) که بنام حلقوی هم یاد میشوند موجود میباشد.

در نزد اشخاص غیر معاف، تروفوزویت ها و شیزونت ها در زمان اختلاط ملاریا مثلاً: در ملاریا (Coma و Precoma) دیده میشوند.

تشکل گامیتوسایت ها (Gamitocytogonia):- در جریان تکمیل سیکل شیزوگونی اریتروساتیک یک تعداد پرازیت که در مرحله Older Trophozoite قرار داشته باشند هسته (نوه) آن انقسام نمیکنند بلکه به حالت خود میماند ولی سایتوپلازم آن انکشاف میکنده بلافخره حجره به گامیتوسیت تبدیل میشود.

فصل سوم

در مرحله ششم RBC ریپچر کردیده و میروزیت ها از اد میگردد، و بعداً حجرات دیگر غیر منتن رامنتن میسازدو یک تعداد ان در این زمان توسط ماکروفاژ ها بلع میگردد و اگر این پرازیت ها توسط ماکروفاژ ها بلع نه شونده زودی باعث مرگ انسان میگردد - که در معافیت نیز به این مطلب اشاره شده است.

تکمیل مدت سیکل شیزوگونی اریتروساتیک برای 4 نوع پرازیت ملاریائی انسانی قرار ذیل اند:

برای پلازمودیم وايوакс 2 شبانه روز.

برای پلازمودیم ملاریا 3 شبانه روز.

برای پلازمودیم فلسفیارم 2 شبانه روز.

برای پلازمودیم اووال 2 شبانه روز.

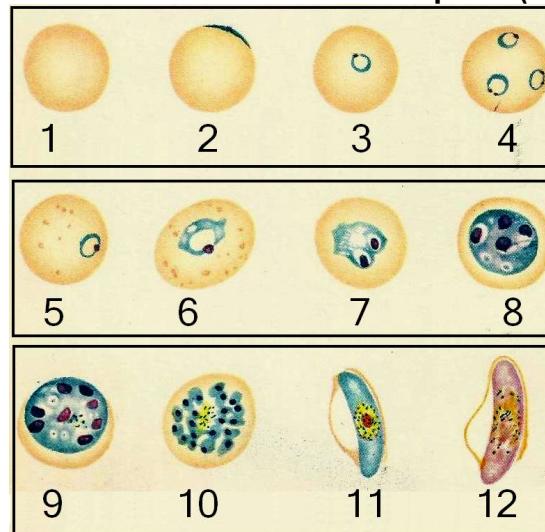
در ملاریائی 3 روزه (PV)، درخون محیطی، پرازیت ها در سنین مختلف دیده میشوند. در زمان حمله تب شیزونت ها پخته و تروفوزویت جوان حلقوی زیاد تر دیده میشوند.

در ملاریایی تروپیک (Plas..Falciparm) اریتروسیت های تخریب شده درخون نسبت به پرازیت های پخته ناموزون دیده میشوند.

فصل سوم

زمان انکشاف گامیتوسیت هادر دیگر انواع ملاریا فقط از چند ساعت تجاوز نمیکند و بعد از پخته شدن در ظرف چند ساعت از بین میروند.

-: **Plasmodium Falciparum (PF)**



شكل (4)

- 1 - اریتروسیت
- 2 - Marginal Ring Form
- 3 - رینگ جوان (Young Ring)
- 4 - شکل رینگ همراه نقاط دوگانه کروماتین.
- 5 - رینگ رسیده (پخته) و نقاط Meurers
- 6 - تروفوزویت در مرحله امیبی شروع تقسیم کروماتین.
- 7 - تقسیم هسته

فصل سوم

معمولًا دو قسم حجرات گامیتوسایت به وجود میاید، یک قسم آن نسبتاً بزرگ که به نام گامیتوسیت موئث - و قسم دومی آن نسبتاً خورده (Microgamitocyt) که به نام گامیتوسیت مذکر یاد میشود.

گامیتوسیت هامانند پرازیت های غیرزوجی در اریتروسیت انکشاف میکنند.

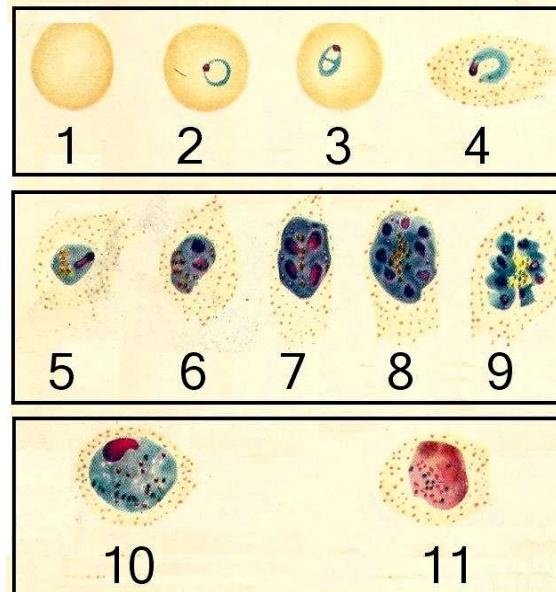
سرعت انکشاف و دوام زندگی گامیتوسیت هانواع عامل را تعیین میکنند.

گامیتوسیت ها، پلازمودیم فلسفیارم به کندی یادیرتر انکشاف میکنند و برای مدت زیاد نه میمانند - از لحظه داخل شدن میوزوژیت در کریوه حمرا (سرخ) الی انکشاف مکمل گامیتوسیت ها (PF) تقریباً در حدود 12 شبانه روز را در برمیگیرد و معمولاً 30-45 روز یا چندین هفته در دوران زندگانه میتوانند.

اریتروسیت های حاوی گامیتوسیت های خامه در او عیه احتشای داخلی قرار دارند و در خون محیطی گامیتوسیت های خام صرف در زمان سیر وخیم و اختلاطی مرض ظاهر میگردند.

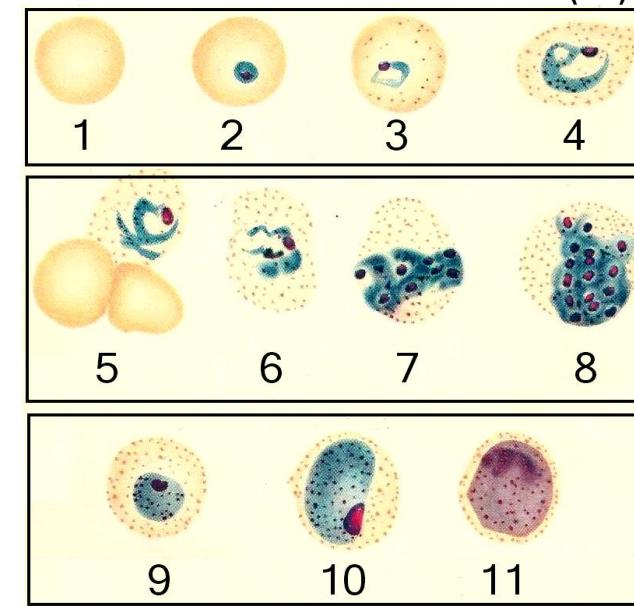
فصل سوم

- 4 - رینگ کاهل در حجره بزرگ شده بانقطاط شوفر.
 - 5 - شروع تقسیم کروماتین.
 - 6 - پیشرفت تجزیه کروماتین.
 - 7 - شیزونت Schizont.
 - 8 - شیزونت شکل رسیده مقدمه تجزیه برای تشکیل میروزویت ها.
 - 9 - مرحله مقدماتی گامیتوسیت مونث.
 - 10 - گامیتوسیت رسیده مونث.
 - 11 - گامیتوسیت ذکر.
- : Plasmodium Ovale



فصل سوم

- 8 - تکامل میروزویت Older Shizont - 9
 - 10 - شیزونت رسیده همراه پگمنت های متمرکز شده (Morulla).
 - 11 - کیمتوسیت مونث (Female gametocyte)
 - 12 - گامیتوسیت ذکر (Male gametocyte)
- : **Plasmodium Vivax (PV)**



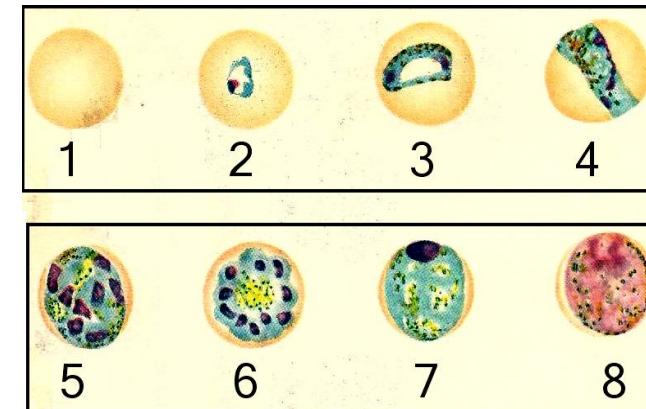
- 1 - اریتروسیت
- 2 - مرحله رنگ جوان
- 3 - رینگ رسیده (پخته) و نقطه شوفر

فصل سوم

- 3 - شروع شکل باندوق تقسیم صباغ کروماتین ذخیره شده.
- 4 - فورم باندکه دریک طرف آن کروماتین موجود است.
- 5 - شروع تشکل شیزونت.
- 6 - شیزونت رسیده.
- 7 - گامیتوسیت مونث باکروماتین متراکم.
- 8 - گامیتوسیت مذکر باکروماتین منتشر.

فصل سوم

- 1 - اریتروسیت
- 2 - مرحله رینگ جوان .
- 3 - رینگ Older
- 4 - رینگ کاهل در مرحله بزرگی اریتروسیت بانقطاط شوفنر .
- 5 - شروع تجزیه کروماتین.
- 6 - پیشرفت تجزیه کروماتین.
- 7 - شکل شیزونت پرازیت Ovale
- 8 - تکامل پرازیت و نقاط شوفنر.
- : **Plasmodium Malaria**

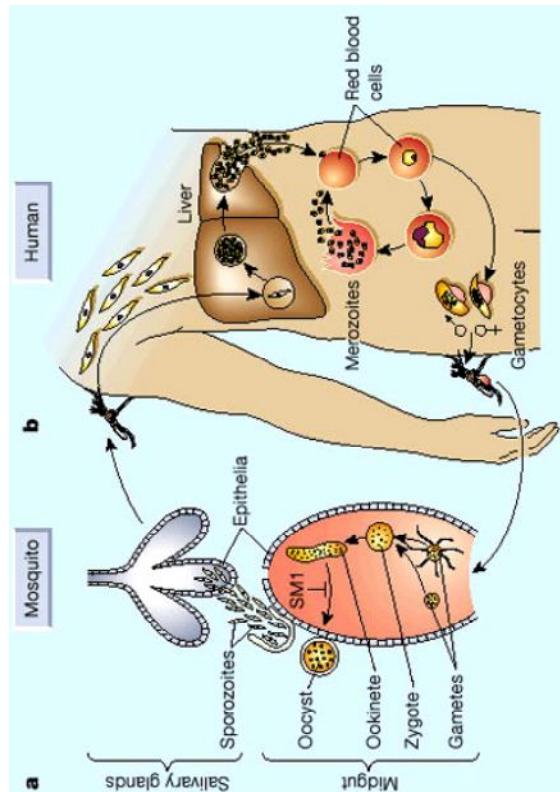


شکل (7)

1 - اریتروسیت.

2 - شکل حلقوی با هسته منحرف.

فصل چهارم

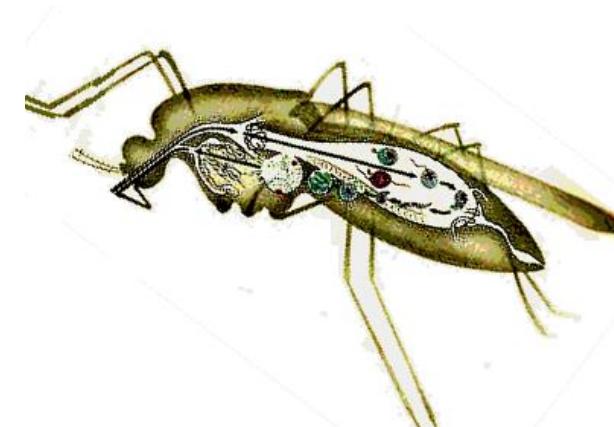


شكل (9)

مرحله سپوروگوني در قسمت راست شکل فوق به وضاحت تشریح گردیده است.
گامیتوسیت مونث و مذکریک جای شده و عمل القاح صورت میگیرد - معلول رخون مریض گامیتوسیت های مونث نظر به گامیتوسیت های مذکر زیاد میباشد.

فصل چهارم

انکشاف عامل ملاریا در عضویت پشه (Sporogony)

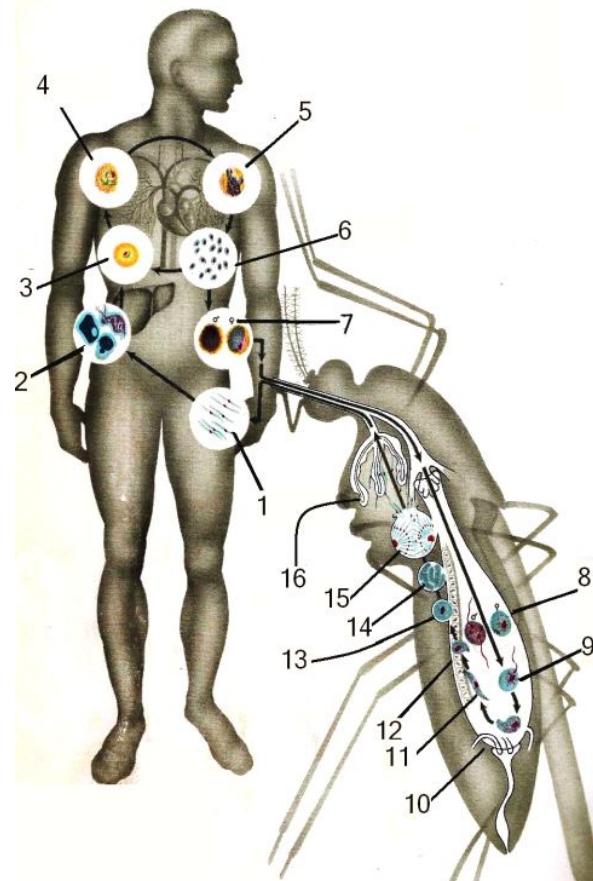


شكل (8)

تشریح مفصل این Fig در صفحات بعدی صورت گرفته.
پشه مونث نوع آنفیل که توسط (Scolex) از مريضان (مساب به ملاريا) خون همراه با پرازیت گرفته باشد داخل معده پشه میگردد، در معده پشه پرازیت های غیرزوجی هضم و گامیتوسیت ها به انکشاف بعدی خویش ادامه میدهد.

فصل چهارم

در فوتولاید فوق که در ایام تداوی داخل بسترسرویس انتانی اکادمی علوم طبی اخذ شده رینگ در داخل کروبات حمرا (سرخ) و رینگ پلازمودیم فلسفیارم دیده میشود.



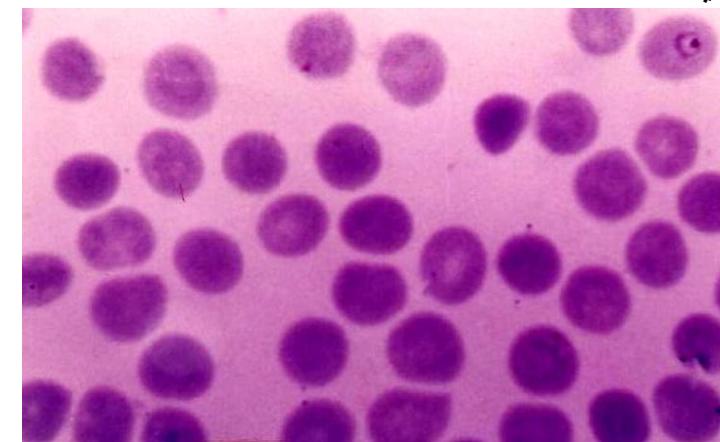
شکل (10)

فصل چهارم

القاد در جدار امعاء پشه صورت میگیرد و بعد از عمل زایگوت به وجود میاید - بعدها Zygote به شکل خود تغیر داده و به Ookinete تبدیل میشود او کینیت معمولاً در اطراف خویش Cyst ساخته که در این زمان بنام Oocyst یاد میشود.

Oocyst خارج از امعاء (تحت غشایی Serosa) نشونما میکند و بعد از یک مدت سپروروزیت (sporozoites) را به وجود آورده که بعداً از طریق سیستم لمفاوی به غدوات لعابیه مهاجرت مینماید و پشه منتن میگردد.

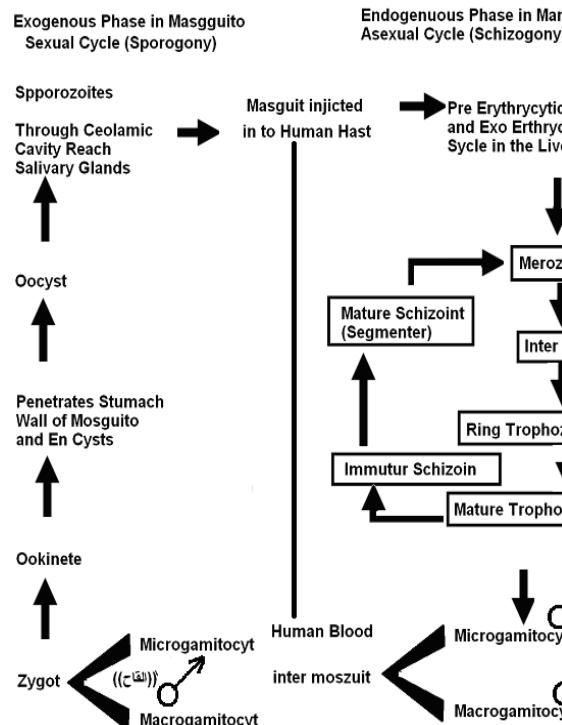
اگر این پشه شخص سالم را خذه کند سپروروزیت هارا داخل انسان سالم میکند و بالاخره شخص رامنتن میسازد. که به تعقیب آن سیکل شیزوگونی غیرزوجی در عضویت انسان تکمیل و اعراض کلینکی مرض تبارز میکند.



فتو (3) قطره هموار

فصل چهارم

- 9 القاح گامیتوسیت های مونث توسط احداد
گامیتوسیتی مذکور صورت میگیرد .
10 شروع انکشاف Ookinete .
11 Ookinete .
12 نفوذ Ookinete از طریق جدار معده Mesquite .
13 و 14 انکشاف Oocyste .
15 آزادشدن سپوروزویت از Oocyste .



شكل (11)

فصل چهارم

سیکل رازیت ملاریا(شمئانکشاف پرازیت پلازمودیم در انسان و پشه انفیل) .

- 1 ذریعه گزیندن انفیل منتن ، سپوروزویت ها داخل او عیه کپیلاری (Capillary) جلدی گردیده .

2 سپوروزویت ها توسط حجرات نسجی (خصوصاً در کبد) اخذ شده و انکشاف آن در حجرات خارج کرویات سرخ (Pre Erythrocytic) شروع میگردد بعد از تکمیل دوره تقریخ میروزویت های نسجی از حجرات کبد ی آزاد شده و در جریان عمومی خون داخل کرویات حمرا(Erythrocyte) میشود.

- 3 شکل حلقوی پرازیت در داخل کرویات .
4 شکل تروفوژویت پرازیت در کرویات حمرا .
5 شیزونت پخته شده (رسیده) در کرویات حمرا .
6 میروزویت های آزاد ریپیر شیزونت هابه وجود میابد و بعد از آن در اریتروسیت های جدید نفوذ مینماید .

7 بعضی از میروزویت ها به گامیتوسیت ها تبدیل میشوند در شکل گامیتوسیت ها مذکور و مونث در کره سرخ نشان داده شده است .

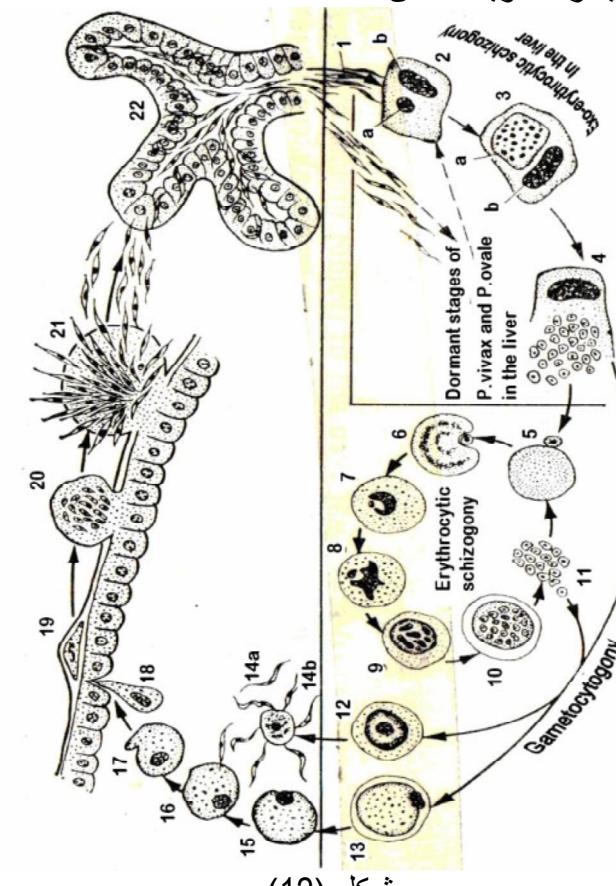
- 8 گامیتوسیت های احداد دار مذکرو گامیتوسیت های حلقوی مونث داخل خرطوم پشه انفیل .

فصل پنجم

- 1 آزادشدن سپوروزویت از قطع غدوات لعابیه و نفوذ آن در حجرات کبدی.
- 2 تروفوزویت Exo-Erythrocytic
- 3 شیزوونت خارج کرویات حمرا A :-
B :- هسته هیپاتوسیت.
- 4 آزادشدن میروزویت ها Exo-Erythrocytic
- 5 تمایل میروزویت خارج کرویات سرخ به سوی کرویات سرخ (RBC).
- 6 تغلف غشای کرویات حمرابه سوی تمایل میروزویت ها.
- 7 تروفوزویت حلقوی شکل در داخل کرویات حمرا.
- 8 تروفوزویت جوان در داخل کرویات حمرا.
- 9 شیزوونت نارس (خام) Erythrocytic
- 10 شیزوونت پخته اریتروسایتیک.

فصل پنجم

سیکل حیاتی عامل سببی ملاریای انسانی
در قسمت فوقانی شمه دوره Sporogony در عضویت
پشه و در قسمت تحتانی شمه دوره شیزوگونی پرازیت
ملاریا در عضویت انسان داده شده است.



فصل پنجم

- 11 میروزویت های اریتروسایتیک.
- 12 گامیتوسیت مذکر (Micro gametocyte).
- 13 گامیتوسیت موئث (Macro gametocyte).
- 14 - تشكل Gamete های مذکر A : ذکر (Exflagellation) B .(Micro gamete)
- 15 (Macro gamete) Femal gamete
- 16 وصل شدن میکرو و ماکرو گامیتوسیت ها.
- 17 Zygote
- 18 Ookinete
- 19 تغیر شکل Oocyst به تحت غشاء خارج معده در پشه.
- 20 Oocyst
- 21 آزادشدن سپوروزویت از Oocyst پخته یارسیده.
- 22 سپوروزویت هادر داخل غدوات لعابیه پشه.

فصل پنجم

		نوع پرازیت	Plasmodium Vivax
کارکتریستیک‌های ملاریائی انسانی	مشخصات نشانه‌گذارنده کروماتین	مرحله نشو نمای رینگ	مرحله حلقوی مرکب ازیک پارچه سایتوپلازم به رنگ ابی و یک کروماتین به رنگ سرخ که ۱/۳ و ۱/۴ حصه کرویه حمار اشغال کرده دارای نقاط شوفرمیباشد
		مرحله تروفوزویت های جوان و پیشرفتہ	به علت حرکات شدیدامیبی به سرعت تغیرشکل نموده - سایتوپلازم وسیع و نامنظم داخل کرویه حمار متضرا رو حاوی یک یا چندویکول بوده و پگمنت هابه رنگ نصواری دیده شده دارای نقاط شوفرمیباشد
		مرحله شیزوونت های نارسیده	دراین مرحله ابتداءً تقسیم هسته باکروماتین و یش سایتوپلازم شروع میگرددکروماتین تدریجابه قطعات منظم تقسیم میشودکه منتشردیده شده دارای نقاط شوفرمیباشد
		مرحله شیزوونت های رسیده	ابتداکروماتین سپس سایتوپلازم انقسام نموده کروماتین تدریجابه قطعات منظم تقسیم شده که نظریه جنس هایپرازیت ها از ۲۴-۱۲ و به طوروسطی به ۱۶ عدد میروزوبیت دیده میشود سایتوپلازم اطراف هرقطعه کروماتین به گرفتن یک شکل مانند غنچه گل رانشکیل میدهد
		مرحله گامیتوسیت ها	درخون محیطی دیده شده معمولاً شکل ان گردسایتوپلازم یک نواخت برخلاف تروفوزویت واکیول نه دارد و نقاط شوفرزیا درترشده کروماتین مذکر منتشره ازمنث جمع و اغلبادر کنار دیده میشود پگمنت های سیاه روی سایتوپلازم دیده میشودکه از زمان داخل شدن میروزوبیت کرویه الی رسیدن به پگمنت ۵-۳ روز را دربرمیگرد
		تغیرات در کرویه حمرا	حجم کریوات حمراءضافه گردیده از حدمعمول بزرگتر به نظر رسیده رنگ خاسف بوده زیرا میزان هیموگلوبین افزایش یافته حجم کریوات نسبت بزرگی پرازیت کلان معلوم میشود
		8 روز	دوره نسجی به روز
		45 میکرون	اندازه میروزیت هابه مایکرون
		10000 عدد	تعداد پرازیت های نسجی کبدی
		1.2 مایکرون	اندازه میروزیت هابه مایکرون
		واکیول یا خالیگاه وجودندارد	مشخصات دیگر
		وجودندارد	دوره نسجی ثانوی

جدول (3)

فصل پنجم

Plasmodium Falciparum		
کلید تشخیص نفرینی پارازیت های ملازیائی انسانی مشخصات نشوندن مرحله داخل کریوی پلازمودیم های انسانی	مرحله نشونماننگ مرحله تروفوزویت های جوان و پیشرفته مرحله شیزوونت های نارسیده مرحله شیزوونت های رسیده مرحله گامیتوسیت ها تغیرات کریوات حمرا	<p>حلقه های باریک ظریف و خرد 1/5 حصة کریوه حمرار اشغال کرده اکثر ادارای دو کروماتین و یا چند عدد پرازیت داخل یک کریوه دیده شده و بیشتر از آنها در کنارهای کریوه شکل حاشیوی را بخود میگیردو دیده میشود</p> <p>جسامت ان متوسط دارای کروماتین متراکم در حقیقت همان مرحله حلقوی است که سایپوپلام در کریوه بزرگ شده نقاط موراتیره سیاه رنگ در ان دیده میشود درخون محیطی به اسانی دیده نمیشود</p> <p>واکیول در این مرحله از بین رفته کروماتین شروع به انقسام نموده نقاط موراتیره بصورت کتله دیده میشود تعداد سایپوپلام روى هم رفته کم ورنگ ان نسبتاً روشن است</p> <p>پرازیت در این مرحله 2/3 حصه کریوه حمرار اکرفته تقسیمات کامل شده به طور سطی 24 عدد میروزیت به مشاهده رسیده نقاط مورابصورت یک کتله در قسمت مرکز مرکز شده در 48-24 ساعت کریوه ترکیده میروزیت ها زاده میشوند</p> <p>معمول اشکل بیضوی شبیه کیله بوده کروماتین آنها در یک نقطه قرار دارد نقاط مورامنتراست کروماتین مذکور منتشرو از مونث مکافث و پیکمنت های قهوی و طلایی دیده میشود که از داخل شدن میروزیت مرحله کریوه کریوه الی رسیدن به گامیتوسایت 10-12 روز را در بر میگرد</p> <p>در کریوه حمراء کدام تغیر به مشاهده نه میرسد در کریوه پرازیت دار دلکه سیاه بنام مورا دیده میشود</p>
دوره ابتدائی نسجی به روز 5-6 روز اندازه میروزیت های نسجی به میکرون 40 تعداد میروزیت نسجی 40000 اندازه میروزیت های میکرون 5.7 مشخصات دیگر نوع کوچک است وجود ندارد	دوره ابتدائی نسجی به روز اندازه میروزیت های نسجی به میکرون تعداد میروزیت نسجی اندازه میروزیت های میکرون دوره نسجی ثانوی	

جدول (4)

فصل پنجم

نوع پرازیت		Plasmodium Malaria
کلید تشخیص پرازیت های ملاریائی انسانی	مرحله نشونمارینگ	جسمات آن نسبتاً خرداب پلازمودیم و ایواکس است ولی سایتوپلازم آن نسبت به پلازمودیم و ایواکس ببل کروماتین برآمده و هم سطح با حلقه سایتوپلازم قرار گرفت و برآمده‌گی نه دارد و خالیگاه در این مرحله به زودی از بین رفته و نقاط زایم‌آ در آخر مرحله رنگ زودتر بروج و جدمیانید
	مرحله تروفوزویت های جوان و پیشرفت	سایتوپلازم در این مرحله متراکم و عاری از واکیول میباشد علاوه از اشکال گرد و بیضوی اشکال بندفورم دیده میشود کروماتین پرازیت طوری معلوم میشود نقاط درشت ذایم‌آ به رنگ سیاه روی سایتوپلازم ملاحظه میشود
	مرحل شیزوونت های نارسیده	کروماتین تقسیم شده ولی سایتوپلازم اغلب افسرده و پررنگ است که تقسیمات کروماتین را در داخل آن به خوبی میتواند دید مخصوصاً نقاط فراوان سیاه رنگ منتشر بوده و قسمت اعظم سایتوپلازم را پوشانده است
	مرحل شیزوونت های رسیده	کروماتین تقسیم شده سایتوپلازم به رنگ فشرده بوده و نقاط درشت سیاه رنگ فراوان قسمت اعظم سایتوپلازم را پوشانده تعداد میروزیت ها ز ۱۲-۴ به طور وسطی ۸ عدد میسر نقاط در مرکز قرار گفته پرازیت های این نظم خاص در اطراف واقع شده
	مرحله گامیتوسیت ها	گامیتوسیت های ملاریا شبه پلازمودیم های ایواکس بوده ولی کوچکتر نزدیک و حاوی نقاط ذایم‌آ به رنگ قهوه سیاه میباشد که از داخل شدن میروزیت های رسیدن به گامیتوسیت ۳-۵ روز را دربر میگرد
	تغیرات کریووات حمرا	اندازه کریوه حمراء غیر نکرده کریووات سرخ پررنگ به نظر میسردانه های کوچک از شوفربنام ذایمان به نظر میرسد
	تکمیل دوره ابتدائی نسجی ۱۲-۱۴ روز	
	اندازه میروزیت های نسجی به مایکرون ۴۵	
	تعداد میروزیت های نسجی کبدی ۲۰۰۰ عدد	
	اندازه پرازیت های مایکرون ۱.۵	
تکمیل دوره ابتدائی نسجی	نوع کریوه بزرگ است	مشخصات دیگر
	وجود ندارد	دوره نسجی ثانوی

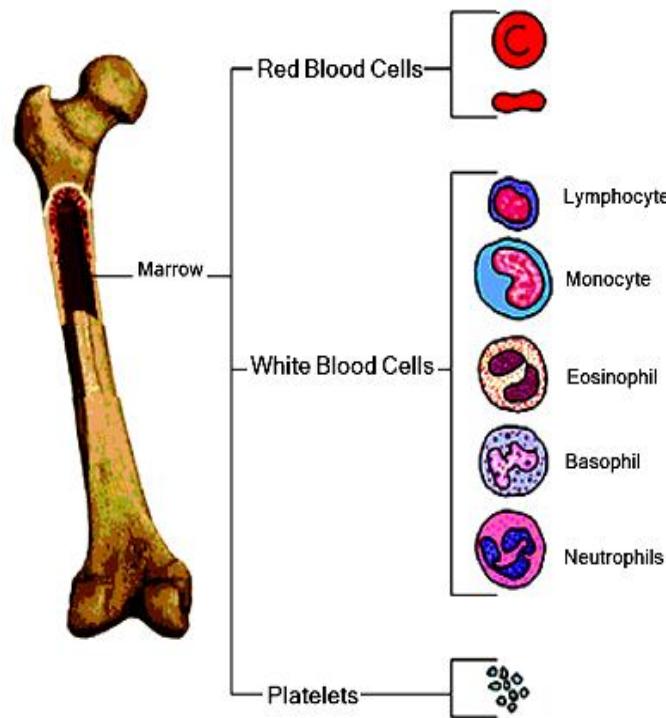
جدول (5)

فصل پنجم

Plasmodium Oval		
میکروپارسیتی پلازما مودیم انسان مشخصات نشونهای مرحله دائلیتی پلازما مودیم انسان	مرحله نشوونمارنگ مرحله تروفوزویت های جوان و پیشرفت مرحله شیزونت های نارسیده مرحله شیزونت های رسیده مرحله کامیتوسیت	مرحله جوان کوچکتر و شبیه حلقه های ملاریانی است و نسبت کمی حرکات امیبی و پاهای کاذب اشکال وایواکس دیده نمیشود این پرازیت شبیه اشکال بیضوی و گردپلازمودیم ملاریا است واکیول ان چندان واضح نیست نقاط پررنگ قهوه نی داشته بنام جمس دیده شده اطراف کریوه حمراءندانه دارمعلو م میگردد در این مرحله بزرگتر از پلازمودیم ملاریا و کوچکتر از پلازمودیم وایواکس است سایتوپلازم فشرده و در این تقسیمات از هسته شروع شده چندپارچه کروماتین دیده میشود نقاط منتشر و درشت موجود است پرازیت بزرگتر از پلازمودیم ملاریا و دارای 12-6 و طور متوسط 8 عدد میروزویت به صورت نامنظم قرار گرفته نقاط جمس داشته در مرکز به چشم خورده اندازه میروزویت های بزرگتر از دیگر پلازمودیم های نظر میرسد کامیتوسیت های زیاد به پلازمودیم وایواکس دارد نقاط سرخ رنگ داشته بنام جمس زیاد کریوه دیده میشود که از داخل شدن میروزویت به کریوه الی رسیدن به گامیتوسیت 3-5 روز را در بر میگرد
	تغیرات در کریوات حمرا	کریوه بزرگتر نسبت به پلازمودیم وایواکس خود را نقاط فراوان بنام جمس دیده میشود
تکمیل دوره ابتدائی نسجی اندازه میروزویت های نسجی به مایکرون تعداد میروزویت های کبدی اندازه میروزویت های مایکرون مشخصات دیگر دوره نسجی ثانوی	9 روز 70 مایکرون 15000 عدد 108 مایکرون هسته اش بزرگ است وجود نه دارد	تکمیل دوره ابتدائی نسجی اندازه میروزویت های نسجی به مایکرون تعداد میروزویت های کبدی اندازه میروزویت های مایکرون مشخصات دیگر دوره نسجی ثانوی

جدول (6)

فصل پنجم



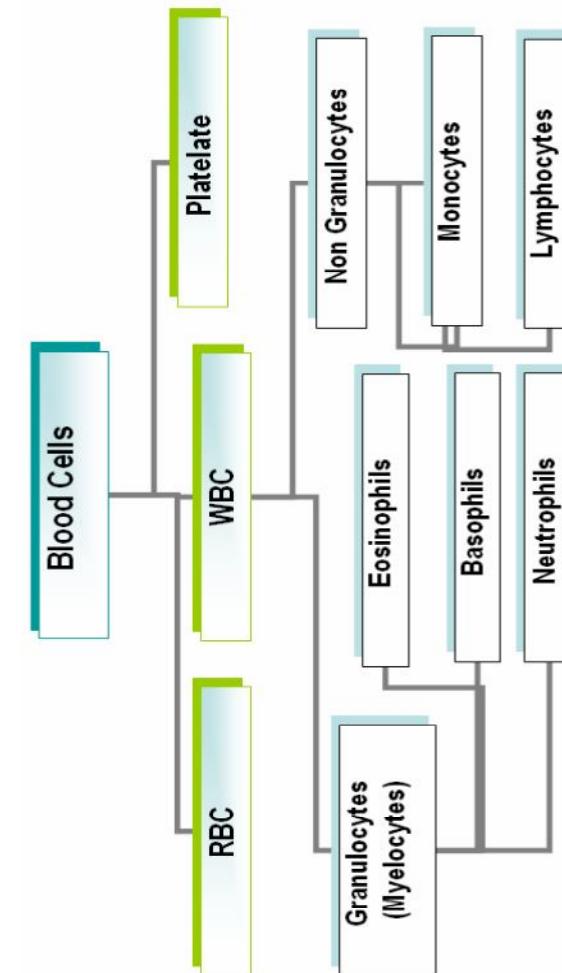
شکل (14)
A. کرویات سفید (WBC)

1 لمفوسیت خورده (Small Lymphocyte) :- از

جمله کرویات سفیدخون بوده که منبع پیدایش شان
از مغز استخوان دوره تکاملی خود را در غدوات

فصل پنجم

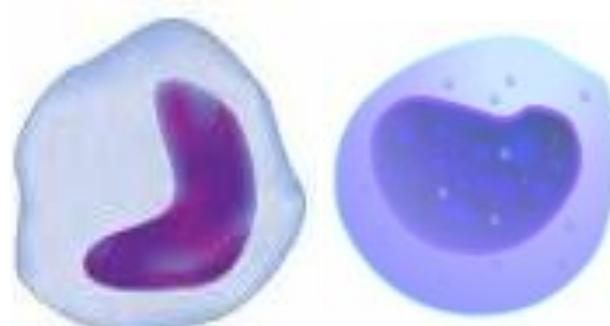
اشکال حجرات مشکله خون انسان



شکل (13)

فصل پنجم

3 مونوست (Monocyte) :- از جمله کرویات سفید بوده بعضاً بدون دانه بوده جسامت آن به 12-20 مایکرون میرسد هسته آن به شکل شگوفه نعل آسپ یا گردیده شده و رنگ بنفسن تیره را بخود میگردد سایتوپلازم آن به رنگ خاکستری دیده میشود - هسته اش اکثر ادرحاشیه قرار میگیرد، قطر نورمال آن از 2-4.5 مایکرون قبول شده است.



شكل (17)

4 بیزوфیل (Basophile) :- همچنان از جمله کریوات بیضاً (سفید) دانه دار بوده که جسامت آن به 8-9 مایکرون میرسد شکل آبی تیره و بعضاً بالای خود هسته داشته و هسته آن به صورت کتلوي دیده و بعضاً به شکل شب در دیده

فصل پنجم

لمفاوي و عظمي طي مينمايد که بنام لمفوسيت متوسط ياد ميشود.



شكل (15)

2 لمفوسيت (Lymphocyte) :- از جمله کرویات سفید بوده که هسته (Nucleus) در آن رنگ بنفسن تیره را بخود گرفته سایتوپلازم آن به رنگ آبی روشن و با بعض اخاک ستری دیده ميشود که سایتوپلازم در Lymphocytes خيلي باريک و خورده دیده ميشود تعداد نورمال آن 23-26% کريوات سفید قبول شده است.



شكل (16)

فصل پنجم

میباشد. به رنگ بنفش دیده شده هسته آن از 3-5 بوده و لوب توسط دسته های باریک وصل شده است وظیفه دفاعی وجود رابه دوش خوددار داندار از نورمال آن درخون 65-68 فیصد قبول شده است.



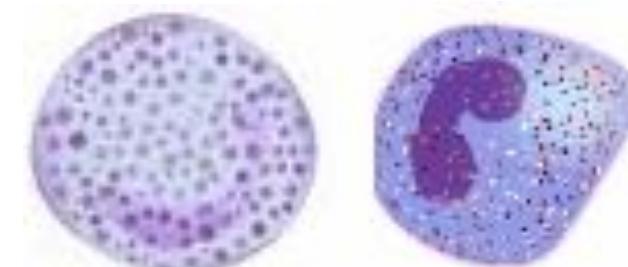
شکل (20)

B. کریوات حمرا (Erythrocytes) :- کریوات حمرا ای احمرات سرخ از جمله کریوات بدون هسته میباشند و بدون تلوین در زیر مایکروسکوپ از سبب موجودیت هیموگلوبین به رنگ سرخ دیده میشوند، جسامت آن 7.5 مایکرون بوده و ضخامت وسطی آن ها (1) یک مایکرون - و در اطراف 2 مایکرون بوده حجم آن از 90-80 مایکرون مکعب فرق میکند- به شکل پیک معلوم میشود.

وظیفه مهم تنفس حره را بدوش دارند نورمال آن در مردان کاهل 5 میلیون فی ملی متر مکعب و در زنان

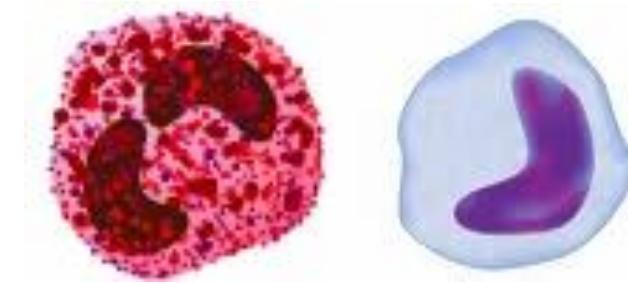
فصل پنجم

میشود. مجموعاً از جمله کریوات سفید نورمال بـ 0.5-1 فیصد میرسد.



شکل (18)

5 ایزو نوفیل (Eosinophil) :- این هم از جمله کریوات بیضای (سفید) دانه دار بوده و جسامت آن از 16-10 مایکرون بوده و به رنگ زرد خشتشی بر جسته دیده میشود هسته آن دارای دولوب بوده اندازه نورمال آن 1-4 فیصد از مجموع کریوات سفید قبول شده است.

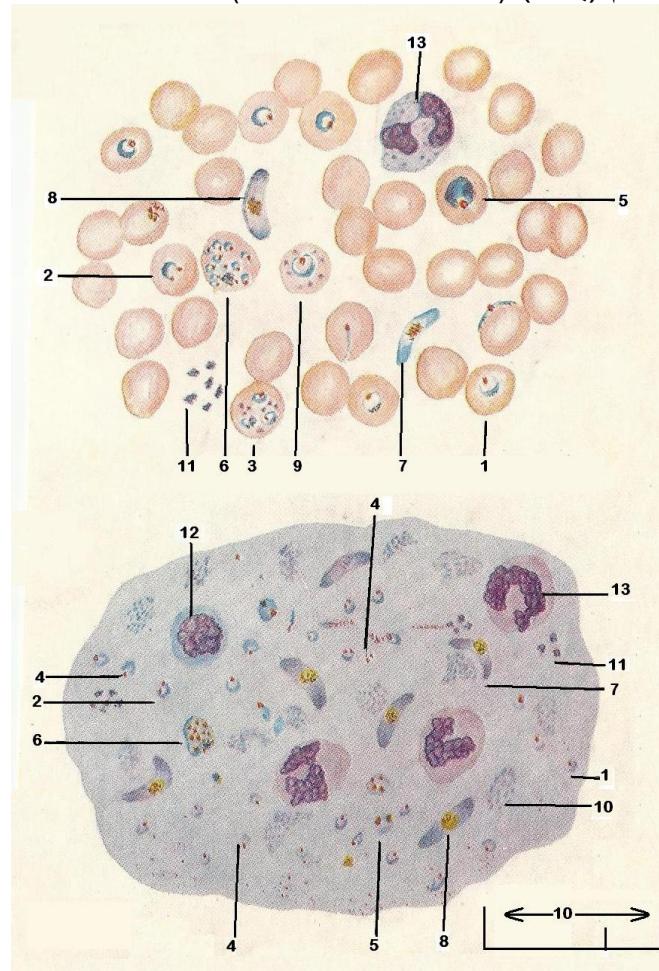


شکل (19)

6 نیوتروفیل (Neutrophil) :- از جمله کریوات بیضای دانه دار بوده جسامت آن از 15-12 مایکرون

فصل پنجم

پلازمودیم فلسفیارم :- در Smear (فوق) و فلم قطره ضخیم (پائین) (After Demina 1968).



شكل (23)

فصل پنجم

4.5 میلیون فی میلی مترمکعب - و در اطفال به 5-6 میلیون فی میلی مترمکعب میرسد.



شكل (21)

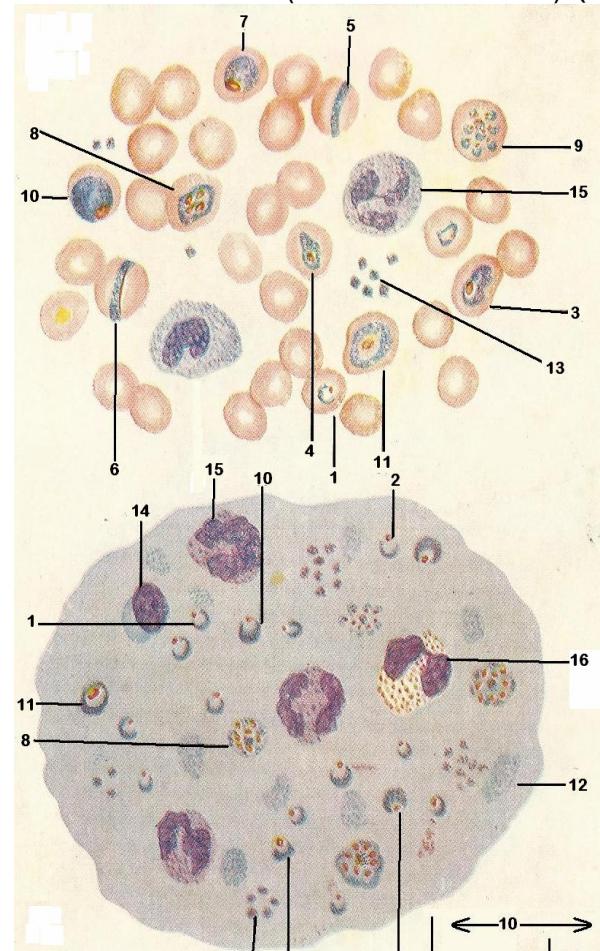
۵. ترومبوسیت :- یا صفحات دمویه از جمله عناصر متخلله خون بوده که جسامت آن از ۳-۴ مایکرون فرق نمی کند، قابل تحریکیت زیادبوده، در تحثیر بالخته شدن خون رول عمده رابازی میکند.



شكل (22)

فصل پنجم

پلازمودیم ملاریا:- در Smear (فوق) و فلم قطره ضخیم
(پائین) (After Demina 1968)



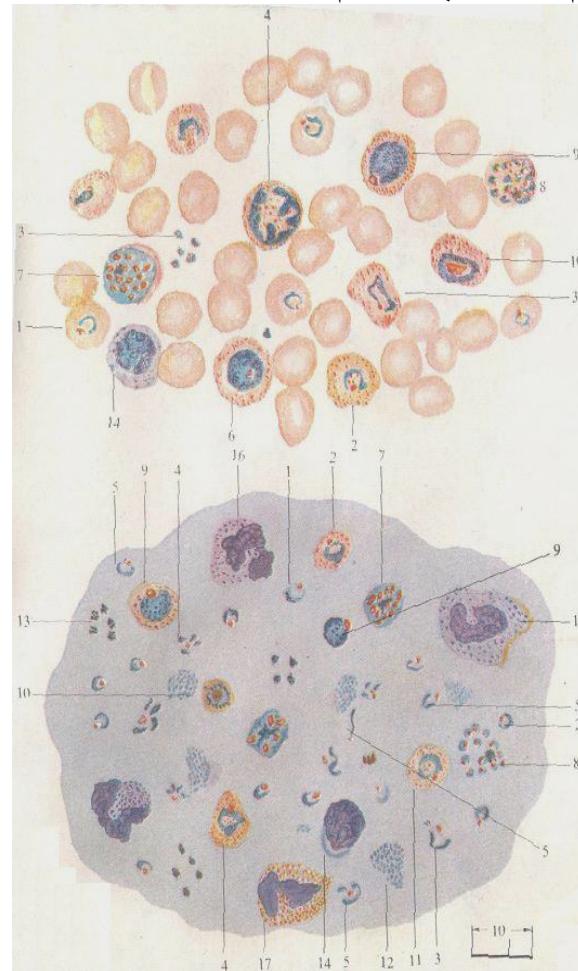
شكل (24)

فصل پنجم

- 1 - رینگ جوان تروفوزویت شکل.
- 2 - تروفوزویت شکل حلقوی همراه دو هسته.
- 3 - سه حلقوی شکل تروفوزویت در داخل یک اریتروسیت.
- 4 - شکل تغیرشده تروفوزویت حلقوی.
.Amoebiform Trophozoite – 5
- 6 (در اکثر انواع پلازمودیم فلسيپارم
هادرخون محیطی تنهادراشکال Murulla
ملاریا مشاهده میگردد).
- 7 گامیتوسیت مذکر.
- 8 گامیتوسیت موئث.
- 9 کریوه سرخ تحت تجاوز پرازیت اورده شده بانقطاط
.Maurers
- 10 Reticulocyte
- 11 Platelets
- 12 Lymphocyte
- 13 Neutrophils

فصل پنجم

پلازمودیم وایواکس (*Plasmodium Vivax*)-قطره
ضخیم و باریک پلازمودیم وایواکس.

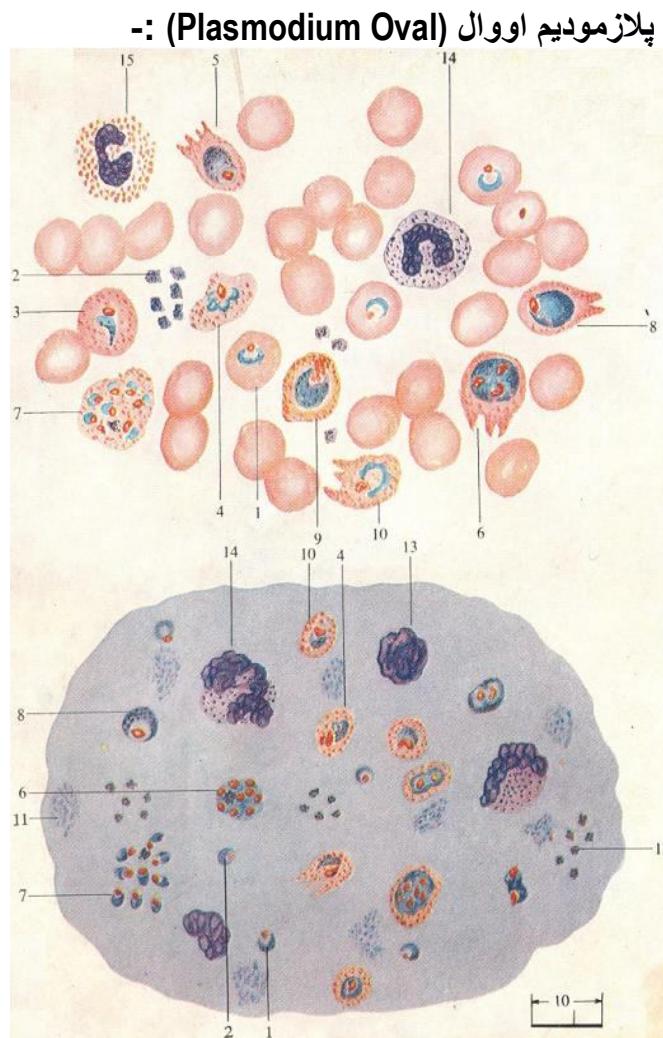


شکل (25)

فصل پنجم

1. رینگ جوان تروفوزویت.
2. تروفوزویت حلقوی سوئ شکل.
- 3-6. تروفوزویت در عمر مختلف.
7. شیزونت در حال اماده گی برای تقسیم.
8. شیزونت در حال تقسیم.
9. Morula
10. گامیتوسیت موئث.
11. گامیتوسیت مذکر.
12. Reticulocyte.
13. Platelets.
14. Lymphocyte.
15. Neutrophil.
16. Eosinophil.

فصل پنجم



فصل پنجم

1. رینگ جوان تروفوزویت.
- 2-4 تروفوزویت در عمر مختلف پرازیت.
Deformed ring shape trophozoit .5
Schizont preparing for division .6
7. شایزوونت در حالت تقسیم شدن.
.Murola .8
- .Femal Gametosyte .9
- .Male Gametocyt.10
- .Invoded (RBC) With Schufner's Dots.11
- .Reticulocyte.12
- .Platelets.13
- .Lymphocyte.14
- .Monocyte.15
- .Neutrophil.16
- .Eosonophil.17

فصل پنجم

1. رینگ جوان تروفوزویت شکل.
2. تغیررنگ تروفوزویت شکل.
- 3-4 تروفوزویت در سنین مختلف پرازیت.
 - .Schizont Preparing For Division .5
 - .Division Schizont .6
 - .Murola .7
 - .Famel Gamitocyt .8
 - .Male Gamitocyt .9
- .Invaded Red Blood Cell With Jame's Dot.10
- .Reticulocyt.11
- .Platelats .12
- .Lymphocytes.13
- .Neutrophil.14
- Eosionophil. .15

فصل ششم

پرازیت که در شروع مرض اعراض کلینیکی رانشان داده بود حالانشان نمیدهد.

پس گفته میتوانیم انسان که دفعه دوم به مرض مصاب میگردد تعداد پرازیت بیشتر نظر به شخص که دفعه اول مصاب ملاریا شده بود باید بگیرد تا اعراض کلینیکی دیده شود. در نزد شخص بدون معافیت تعداد چند دهه پرازیت در (IMKM) خون کفايت میکند که اعراض کلینیکی را بوجوبياورد، یعنی ارقام که پرازیت میتواند پارکسیزم و اعراض کلینیکی ملاریا را به میان آورده، تعداد پرازیت نه تنها به شروع اعراض کلینیکی ارتباط دارد بلکه پیدا کردن پرازیت در خون توسط مایکروسکوپ هم به تعداد آن ارتباط دارد. اگر تعداد پرازیت در خون زیاد باشد به شکل اسانی پیدا میشود.

اضغری ترین تعداد پرازیت که توسط معاینه مایکروسوب از قدره ضخیم خون قابل دریافت باشد بنام سرحد ریافت پرازیت یاد میشود.

اگر تعداد پرازیت در (IMKM) خون از 5 عدد زیاد باشد بنام Patentia و اگر از 5 عدد کم باشد بنام Sub Patentia یاد میشود.

از دقیقه منتن شدن الی سرحد پرازیت ملاریا در خون بنام Prepatent Period یاد میشود.

این پریود نظر به دوره تقریبی (Incubation Period) مرض چندین مرتبه کوتاه میباشد چرا که پرازیت چند ساعت و یا چند روز قبل از بروز اعراض کلینیکی امکان دارد در خون دیده شود.

فصل ششم

مراحل مرض ملاریا

مراحل مرض ملاریا توسط حمله پارکسیزم ملاریائی. انکشاف پرازیت و بینامیک ایموونیتی میزبان تعین میگردد.

همه اعراض و علایم کلینیکی مربوط به تکمیل مرحله شیزوگونی اریتروسیت بوده و وقتی بروز میکند که تعداد پرازیت های زوجی در خون به یک سطح معین برسد.

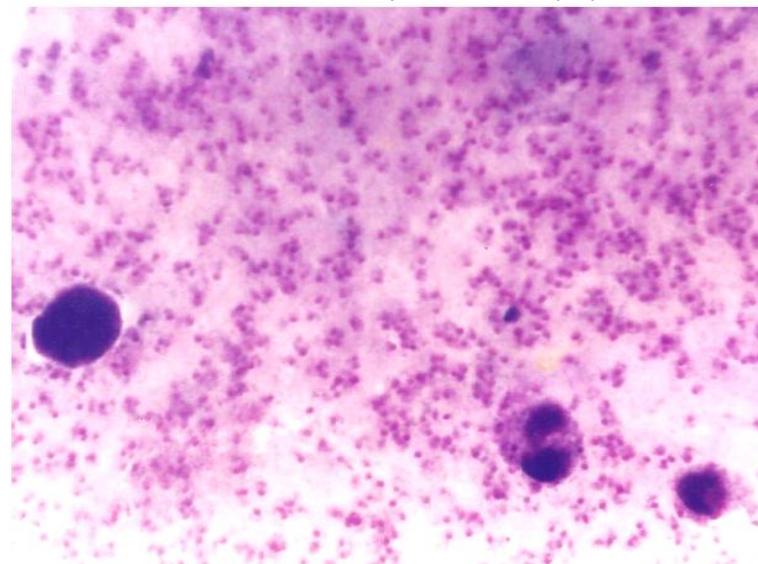
از دیده تعداد پرازیت زمینه را برای تبارز اعراض کلینیکی مساعد نمیسازد.

که در نتیجه تکمیل یک ویا چندین سیکل شیزوگونی اریتروسیتی بوجود میآید— به این نسبت دوره تقریبی مرض در شیزوگونی نسجی یا Exo-erythrocytic Schizogony حساب میشود— تعداد اصغری پرازیت ها که قدرت بوجود آوردن اعراض کلینیکی بالخصوص حمله تب که مربوط به وصف و تعداد پرازیت در وقت داخل شدن به عضویت است و اندازه آن در هر واقعه به شکل کانکریت مطابق به تعداد اصغری پرازیت هادر (IMKM) خون خصوصاً انفرادی، ولادی و کسی عضویت های اشخاص حساب شده میتواند و قسمابه سطح ایموونیتی یا معافیت عضویت ارتباط میگیرد طول انکشاف مرض معافیت Immunity بالامیروند و عکس العمل در مقابل پرازیت پائین میاید یعنی در این وقت عضویت در مقابل آن عده

فصل ششم

درمرض ملاریائی سه روزه پرازیتی اعظمی معمولاً $10000-20000/\text{CC}$ میباشد لکن نادر اپرازیتمیا در ملاریاسه روزه به $50000-100000$ میرسد. حمله تب اساساً بعداز خارج شدن میروزیت ها زاریتروسیت هابه پلازمای خون دیده میشود اتفاقاتی موجود است که انکشاف پرازیت ها زیاد و یا کم هم زمان باشد ولی هر وقت که تعداد میروزیت هابه حد معین که قبل از نیز نکر شده برسد باعث توپی دنب میشود.

($\text{PF}=600/\text{mL}$) - ($\text{PV}=100/\text{mL}$)



فوتو (4)

در فوتو قطره ضخیم سلайд فوق - رینگ های متعدد پلازمودیم فلسفیارم دیده میشوند.

فصل ششم

در ملاریا 3 روزه (PV) دوره تقریخ به دو دلیل ذیل طولانی شده میتواند.

اگر پشه در عرض ویت انسان Brady Sporozoite (سپوروزویت کم) را داخل کرده باشد.

به درجه حرارت نیز ارتباط دارد.

بانظرداشت شرایط فوق در ملاریا و ایواکس (PV) اعراض کلینیکی بعداز چند ماه اعتبار از منتن شدن ظاهر میشود. به صورت وسطی (8-9) ماه - و گاهی از یک سال طولانی تر میباشد همچنان دوره تقریخ *Plasmodium Oval* نظر به بعضی شرایط که قبلاً نیز ذکر شده طولانی شده میتواند و حتی الی 52 ماه طولانی میشود.

معمولأً بعداز ختم دوره تقریخ مرض پرازیتی به سرعت بلند میرود بالخصوص در ملاریائی نوع فلسفیارم حتی در اکثر واقعات گراف تشکیل نمیکند.

و همچنان تلفات در ملاریا نیز به پرازیتی میارتباط مستقیم دارد.

مثال:- در *Plasmodium Falciparum* مرض بانظر داشت پرازیت نیلاپورداده شده است.

تعداد پرازیت	فیضی
$100000/\text{IMKM}$	کم تراز 0.5
$100000/\text{IMKM}$	بالاتراز 1
$100000-500000/\text{IMKM}$	6-20
$500000/\text{IMKM}$	بالاتراز 60

فصل ششم

هاویاشیزونت های جوان راحتوامیکنکه در این زمان حمله تب و لرزه موجود نمیباشد.
البته این زمانی است که پرازیت در بین اریتروسیت هادر حال انکشاف میباشد و بالاخره حمله دوم تب وقتی به وجود می آید که میروزویت هابشکل کتلولی از اریتروسیت ها خارج و به پلازمادخل شود - تفریخ و یافاصله بین دو حمله در انواع مختلف ملاریا قرار دیل است.

در ملاریائی پلازمودیم واپاکس	2 شبانه روز
در ملاریائی پلازمودیم ملاریایی	3 شبانه روز
در ملاریائی پلازمودیم فلسبیارم	2 شبانه روز
در ملاریائی پلازمودیم اووال	2 شبانه روز

جدول (8)

در مراحل اول مریضی پرازیت همیشه همزمان تکثر نمیکند و وقتی که تکثر همزمان صورت نگیرد پارکسیزم تب منظم دیده نه میشود (خصوصاً در پلازمودیم فلسبیارم) تب یا بشکل دوامدار موجود یا به شکل غیر منظم رُخ میدهد.
بعد از تشکل معافیت سیکل شیزوگونی اریتروسیتی منظم میگردد و بعد احتمالات تب پریود منظم را بخود میگیرد در نتیجه تشکل ایمونیتی و انکشاف آن و کم شدن پرازیتیمی اعراض کلینیکی از بین میرودو اگر تداوی صورت نگیرد امکان دارد پرازیتیمی به شکل Patent Sub Patent و یا Patent برای چند هفته و یا چند ماه دوام کند.

فصل ششم

سلاید فوق به روزدهم از یک مریض سربازکه عرب بای نام داشت و از بک بود، یکی از قطعات سروبی که به مرکز انتقال داده شده بود. مریض مجرد که در قیدوقبول سروبیس انتانی از طرف داکتر نوکریوال معاینه گردید، تب اش بلند و از سر دردی شدید شکایت داشت.

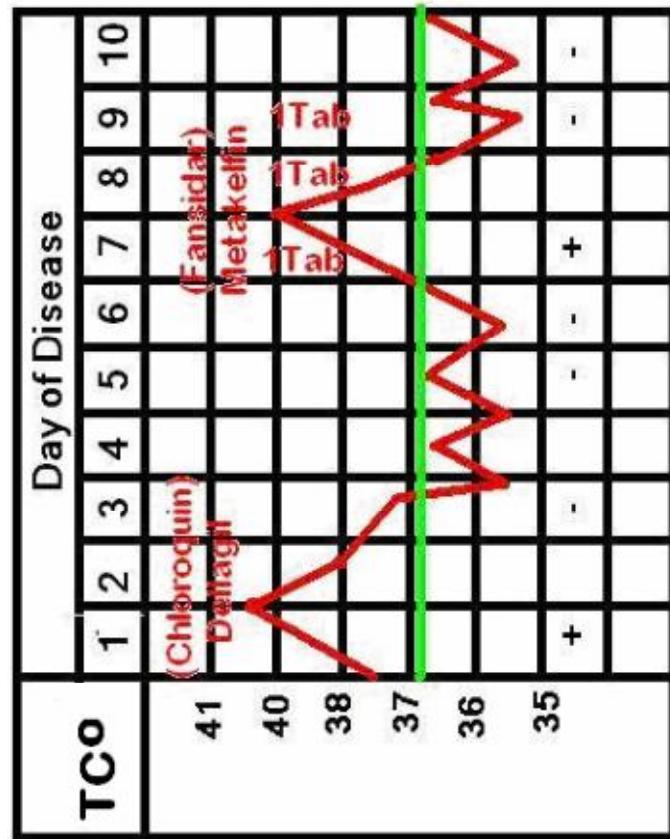
مریض فوراً بستر و سلاید خون مریض در لابر اتوار مربوطه معاینه و PF مثبت بود و در ضمن لبرانت سیگنل یا خبر به داکتر نوکریوال داد که در سلاید مریض اشکال زیاد رینگ های پلازمودیم فلسبیارم دیده میشوند، امکان دارد شکل اختلاطی ملاریایی تروپیک باشد.

مریض فوراً به اطاق Intensive therapy انتقال داده بستر و تداوی وصفی ملاریا توصیه و تحت مراقبت جدی قرار گرفت.

مریض بعد از چهار ساعت به کومای عمیق رفت و تداوی دوام داشت - خون مریض معاینه و هیموگلوبین (HB) مریض بسیار کم بود و Point خون تازه به روز دو هم بستر به مریض توصیه گردید و با آخره مریض به روز چهارم بستراز Coma نجات یافت و در جریان چند روز به مریض خون تازه تکرار اداده شد. در این جایابیدنکر گردید که علت کمی خون هیمولیز پرازیتی بود که در صفحات بعدی در اقسام هیمولیز ذکر خواهد شد.

مریض بدون معلولیت شفای یافت و دوباره به قطه محول گردید. حمله تب برای مدت کوتاه دوام میکند و پریود متنباقی سیکل شیزوگونی اریتروسیت در خون تروفوزویت

فصل ششم



گراف (1)

گراف حرارتی شکل پلازمودیم فلسفیارم (PF).

فصل ششم

این اشخاص به صفت ناقلین مرض ملاریا شناخته می‌شوند اگرخون به این اشخاص که حساس و غیرمعاف باشنداده شود سبب به وجود آمدن مرض ملاریا ویانکس (Relaps) دیده می‌شود به دو قسم می‌باشد:

- 1 نکس پرازیتی
- 2 نکس کلینیکی

در نکس پرازیتی برای یک مدت در خون، پرازیت هادر یافت نه می‌شود ولی بعداز طی یک مدت جدید در خون مريض در نتیجه معاینات لابراتواری پرازیت دیده می‌شود ولی اعراض کلینیکی موجود نه می‌باشد.

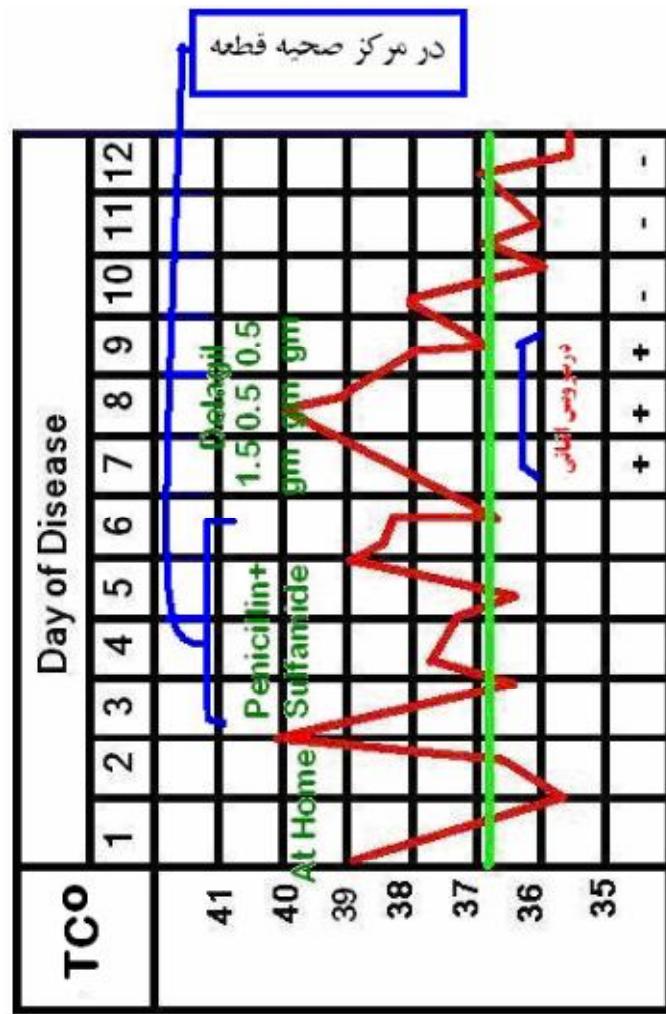
در شکل نکس کلینیکی بعداز صحت یابی کامل از مرض، تکرار اتف نشان میدهد.

همچنان از نظر وقت و زمان نکس های ملاریا به دو قسم ذیل می‌باشد.

نکس مقدم که الی 2-3 ماه بعد از ختم پریوداول مرض به وجود می‌آید.

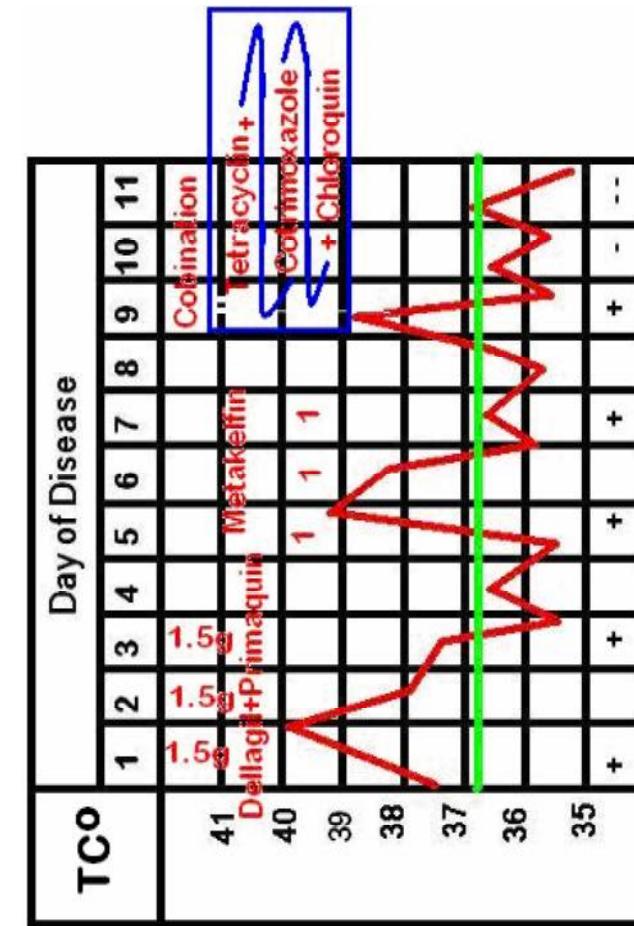
نکس مؤخر که دیرتر از آن به وجود می‌آید (6-8) ماه بعد. نمونه گرافیک حرارتی نزد مریضان مصاب ملاریائی پلازمودیم فلسفیارم.

فصل ششم



گراف (3)
تب غیر منظم در ملاریا پلازمودیم فلسفیارم.

فصل ششم



گراف (2)
گراف حرارتی شکل مقاوم پلازمودیم فلسفیارم (PF).

فصل ششم

نکس درنتیجه فعال شدن سیکل شیزوگونی اریتروساتیک که تایک زمان در تحت تاثیر ایمونوتیت(معافیت) وادویه گرفته شده غیرفعال و دوباره بوجود میاید.

نکس خارج ارتروساتیک این نوع نکس معمولاً درنتیجه خارج شدن میروزیت ها از نسخ کبد بوجود می اید درین مرحله اول مرض و نکس مرض زمان بین الینی موجود است.

نکس های خارج اریتروسایت در ملاریائی مقاوم PV و نکس کلینیکی در نوع پلازمودیم فلسفیارم زیاد دیده میشود.

دوام عمومی انتان بعد از منتن شدن دفعه اول در صورت عدم تداوی در انواع مختلف ملاریاتازمان مختلف دوام میکند.

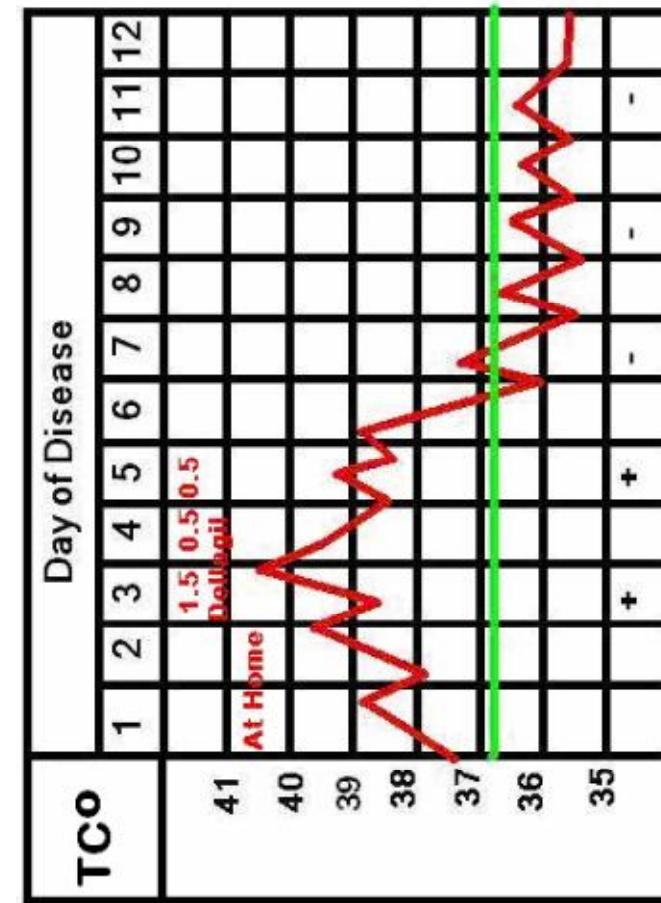
در ملاریای تروپیک (PF) عادتایک سال و نادرابه سه سال دوام میکند.

در ملاریائی Oval Plasmodium و Plasmodium Vivax یک و نیم سال و نادر 4-5 سال.

در ملاریائی چهار روزه عادتاً 3-2 سال و نادر اچندین سال دوام میکند.

پرازیتیمی در نزد این اشخاص فوق العاده پائین میباشد. همچنان در افغانستان بالخصوص در روغتون مرکزی اردو (اکادمی علوم طبی) یک تعداد اوقات دیده شده است که از طریق گرفتن خون (Hemo Transfusion) مصاب به ملاریا گردیده است به این شکل انتان شیزوگونی به وجود میاید که از منتن شدن سپوروزیت ذیلافرق میشود:

فصل ششم



گراف (4)

Sub continuous fever in falciparm malaia،
بروز نکس ممکن به دوشکل دیده شود

فصل ششم

پاروکسیزیم ملاریائی به مفهوم عمومی Patho-Physiology عبارت است از عکس العمل تبیهی مرکز حرارت که در دماغ موجود است.

در نتیجه خارج شدن تعداد زیاد میروزویت ها از اریتروسیت ها به داخل خون که به صفت پروتین اجنبی (انتی جن) برای عضویت قبول شده که در بین پروتین های پرازیت ها - اریتروسیت های تخرب شده و مواد که در نتیجه میتابولیزم آنها بوجود می آید مت蟠شکل است. همچنان مواد پایروجن و مواد که خاصه توکسیک داشته باشند نیز در این پروتین ها موجود است.

پاروکسیزیم ملاریا متأثر شدن واضح جهاز دورانی رانشان میدهد و هم انقباض او عیه عمومی محیطی در پریود لرزه مترافق آن میباشد ولی بعد از لرزه در ظرف چند دقیقه تکرار توسع او عیه صورت میگرد.

این حوادث در قدمه اول مرض اهمیت فوق العاده ندارد ولی اگر مرض دوام پیدا کند رآن صورت عدم کفایه ارود را اعضاي داخلی رُخ داده واستقلاب برهم می خورد. نظر به تحقیقات کاسرسکی (1946) میلادی، مای کوف (1951) میلادی، ماشکوفسکی (1925) میلادی پارکسیزیم ملاریا در موجودیت چندین دهه پرازیت رُخ میدهد.

در موجودیت چندین پرازیت نیز پارکسیزیم رُخ میدهد. نظر به تحقیقات Sintom ترشول پایروجنی در ملاریائی ابتدائی مساوی به 200-500 پرازیت در یک MKM و در رسیده ای مساوی به 5000 پرازیت میباشد تمام این فکتور هانمایندگی از آن میکندکه Reaction ماکروارگانیزم

فصل ششم

اشخاص که به این طریقه مصاب میگردند نزدیک دشان مرحله شیزوگونی نسجی دیده نه میشود.

دوره تقریخ نسبت به تعداد زیاد پرازیت در خون امکان دارد تا 3-4 روز کوتاه باشد و اگر پرازیت در خون اخذ شده کم باشد امکان دارد دوره تقریخ مرخص به 3 ماه بر سد.

پتوجنیزیس (Pathogenesis)

برای ملاریا معمولاً سه علایم ذیل وصفی میباشد.

تب (Fever)

انیمیا (Anemia)

Hepato splenomegaly

در سیر Tropical malaria در اکثریت ارگان های مختلف عضویت اختلالات تاسیس میکند که معمولاً اعلت و خامت واختلالات ملاریا بازنوع فلسفیارم به سه دلیل اتی میباشد.

a. Immunity پیمانه ای معافیت در PF نظریه دیگران نوع پلازمودیم به آهستگی تشکیل میکند.

b. در تروپیکال ملاریا (PF) پرازیتیمی فوق العاده بلند تاسیس میکند.

c. از اشدن پرازیت هادر او عیه ارگان های داخلی صورت میگیرد که به سبب التهاب و تخرب عمیق عروق شمعیه (Capillaries) میباشد و باعث Endovasculitis (Endovasculitis) میگردد.

نظریه اصلی در ملاریایی تروپیکا Pathogenesis در سال 1974 میلادی توسط V.S.Migraith داده شد پروسه پتلواژیکی در نتیجه تغییر و بعد از تخریب اریتروسیت هادر تحت تاثیر پرازیت های بوجود میباشد.

فصل ششم

فکتورسیبی ظهور حمله ملاریا عبارت از توکسین های Specific میباشد که داخل خون میگردد. Heprechin در سال 1940 میلادی و انمود ساخت که در پتو جنر حمله ملاریا رول اساسی را پگمنت ملاریا بازی میکند. Yansinsky در سال 1950 میلادی راجع به پارکسیزم ملاریائی چنین نظر داد: در حمله ملاریا پروتئین Non Specific رول دارده داخل خون شده و راسابالای مرکز تنظیم کننده (Regulation) تاثیر میکند. Center of thermaregulator حرارتی Tarive میگوید که در Paroxysm ملاریا هم مواد فعالیت حیاتی پلازمودیم و هم مواد تخریب شده خود عضویت مثلثا Erythrocytes رول بازی میکند. Rossel در سال 1963 میلادی در مورد چنین ابراز نظر کرد، ملاریائی ک Reaction انافیلاکتیک مخصوص است که در عضویت Sensibility بمقابل دخول تکراری انتیجن ظهور میکند. Magraith به اساس تحقیقات تجربی خود گفت که پرازیت ملاریا دارای یک فکتور استوتوكسیک منحل بوده Phosphorilization که تنفس حجری میتاکاندریا و حجری رانهی میکند. در تقسیمات جدید (Adaptation) سندروم Adaptation راجع به پارکسیزم ملاریا چنین نوشته میکند: پارکسیزم ملاریا عبارت از عکس العمل جوابیه غیرسپسیفیک (عضویت انسان) ارگانیزم به مقابله

فصل ششم

در عکس العمل جوابیه مقابل تاثیر محرك مرض رول بزرگ را دارا میباشد. اهمیت الرژی در پتو جنیز ملاریا در تحقیقات سیر کیف به اثبات رسیده موصوف بمقصد Pyrotherapy به تعداد (1000000) پرازیت رازرق کردولی پارکسیزم ملاریا ظهور نه نمود مگر بعد از سیکل مسلسل شیزوگونی اریتروسیتی یعنی بعد از 7-5 روز پارکسیزم ملاریا ظهور نمود. همچنین موصوف تاثیرات مستحضرات (Desensibilizy) وانتی پپریتک را بالای حمله ملاریانیز به اثبات رساندو به این ترتیب وصف فکتور پارکسیزم و در حقیقت انفسکسیون الرژیکی پروسه پتلولژیک در ملاریا به اثبات رساند. به این قسم نظر به تجارب فوق میتوان گفت که برای ظهور پارکسیزم ملاریانه تنهای دادزی پلازمودیم ها ضرورت اندیشه تغیرات Reactivation عضویت در اثر تحرکیت تکراری انتیجن ها (Antigens) نیز ضروری ولازمی میباشد. عکس العمل (Reaction) حرارتی نظر به فزیولوژی عبارت از تظاهرات سندروم Adaptation سیلی (Sele) میباشد که اساس آن مراکز Thermoregulator در هایپوتلوموس مقابل تاثیر تحرکات مختلف Pyrogen قرار دارد، راجع به ماهیت این مواد پروتئینی نظریات مختلف علماء موجود است که به شرح مختصر ذیل از آن یاداوری میگردد. Manaberg در (1898) میلادی راجع به پارکسیزم ملاریا چنین ابراز نظر نموده است.

فصل ششم

وقت دوام میکند علت علاوگی امکان دارد که میخانکیت تشکیل Auto Imunity باشد، و یا نشکل Ag-Ab-Complex در زمان نزدیک شدن به اریتروسیت های غیر منتن باعث لیز (Lysis) آنها میگردد.



فوتو (5) در فتو فوق لیز بعضی کرویات سرخ (RBC) دیده میشود.

همچنان هیمولیز فواره ئی امکان دارد در نتیجه تتبه حجرات سیستم Reticulo Endothelial وجود دارد بالا خصوص حجرات طحال که اریتروسیت های سالم مانند اریتروسیت های منتن شده (توسط پرازیت) بع میگردد.

همچنان بلندر قرن خاصه شکننده اریتروسیت ها مکان دارد در تغیر کثافت الکترو لايت بداخل اریتروسیت کمک کند. هیمولیز کللوی اکثر ارزدان عده اشخاص دیده میشود که در نزدشان کمی G6PD موجود باشد.

فصل ششم

تأثیرات پتوjen و فکتور های پیروجن، (پروتین اجنبی که در اثر تجزیه میروزیت ها آزاد میشود، پگمنت ملاریا، پروتین های دیناتوری شده، خود عضویت و توکسین احتمالی ملاریا میباشد).

ملاریا بالا خصوص نوع تروپیک ب بدون اشتباہ باعث مأوفیت اندوتیل یوم او عیه خصوصاً عیه های عروق شعریه میشود که این موضوع باعث ستاز خون و تشکیل Thrombi های ارتوستاردر بلندر قرن قابلیت نفوذیه او عیه میشود که بالاخره باعث ضایع شدن عرق (Sweat) و پروتین های از طریق اندوتیل ماف میگردد.

توسع فزیولوژیک و دینامیکی او عیه دورانی میتواند افزایش راسریع سازدامکان از ادشدن مواد عال دارمکولوژیک را بوجود آوردمانز (پک انزایم است).

در قسمت که قابلیت نفوذیه او عیه به درجه بلند بوجود آمد باشد، رکودت یا Stasis زیاد دیده میشود و تورم به وجود میاید. و گاهی هم علت بسته شدن تمام او عیه میگردند و خون استاده میشود.

هیمولیزیکی از معمول ترین تغیر پتالوژیک در ملاریا میباشد.

وقتیکه پرازیت ملاریا داخل خون میگردد سیستم دورانی داخل کریوات حمر اشده و بعد از تکمیل سیکل شیزوگونی باعث ریچرا اریتروسیت ها (RBC) میگردد. و این پروسه هیمولیز و قتلی رُخ میدهد که پرازیتیمی خیلی بلند باشد. لاکن بعد از ختم سیکل شیزوگونی اریتروسیتی باز هم تایک

فصل ششم

بودگرفته شده و در زمان بستر سلاید از مريض اخذ شده که نشان دهنده رینگ هاي متعدد گاميتوسیت هاي متعدد میباشد یعنی يك نمونه باسمپل ملاريائی مزمن میباشد. اين قسم هيموليز بعد از صرف بعضی ادویه ها مثلا Primaquine، كلورامفینیکول، Sulfamide و غيره بوجود میآيد.

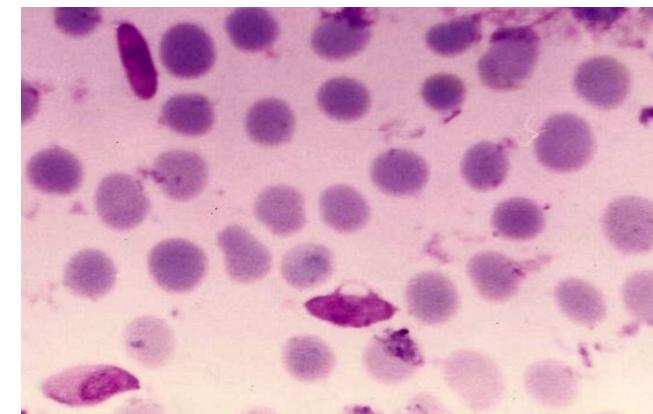
طوري که معلوم است فعالیت حیاتي اریتروسیت ها در پهلوی اکسیدیشن گلوكوز-کوانزایم هابه صورت مجدد و وجود میآيد که اين عبارت از $NADFxH_2O \rightarrow NADH + H^+$ میباشد.

فرمانت اخري الکترون هارا برای پروسه هاي متعدد متابوليکي مثلا سنتیز اسید هاي شحمي و کولیسترون تامین Gluthathion میکند و به صورت مستقيم در پروسه ساختن (گلوتاتيون) سهم میگردد.

گلوتاتيون دارنده گروپ Sulphydryl Reactive Blndbود که توسط آن عکس العمل دفاعي مختلف اریتروسیت اجرامي شود.

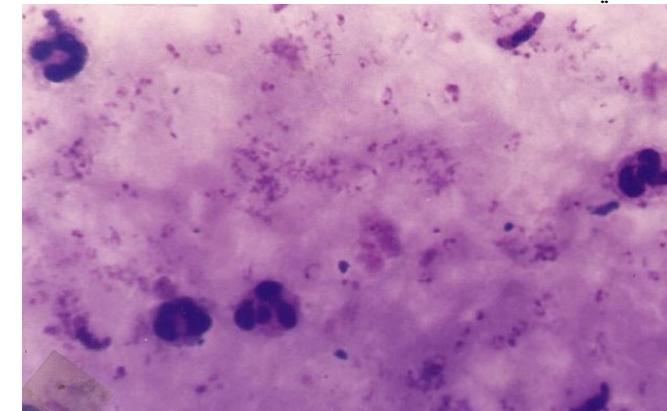
در کمي G6PD عدم کفايه تشكيل گلوتاتيون دیده ميشود و باعث تاثير سمي يك تعداد ادویه و حتی بعضی مواد غذائي میگردد. بطور خاص تاثير لوبيا بالاي اریتروسیت ها در هيموليز داخل وعائي رنگ ادرار سیاه میشود، که علت آن موجود Meth-Hemo-Globinuria یت Oxy-Hemoglobinuria میباشد که در بوتل ادرار به شكل تجربوي میت هيموگلوبین در قاعده بوتل واکسي هيموگلوبین در سطح بالاي ادرار تشکيل میکند.

فصل ششم



فتو (6)

در فتو نقطه هموار سلاید فوق که بعداز 20 يوم شروع مريضي اخذ شده گاميتوسیت مذکر و مونث دیده ميشود.



فتو (7)

سلاید فوق که از مريض کوماي ملارياكه در قطعه عسكري مربوطه به شكل منظم وجذري تداوي نه شده

فصل ششم

این لوحه اکثر امترافق بالمفوسایتوزس درخون محیطی و مغز استخوان (Bone Marrow) میباشد این سندروم اکثراً در پرازیتیمی Patent دیده میشود. ماوفیت کبد و تشوشات وظیفی نیز در واقعات شدید ملاریایی تروپیک بلاحظه میرسد و این تغیرات بواسطه تشوشات اروکبدخون در مرکزولوب های آن میباشد. که در نتیجه آن تغیر Degeneration و Necrosis در حجرات کبدی به میان می آید.

در ملاریا، ضخامه کبد قابل ملاحظه دیده میشود ولی به اندازه ضخامه طحال زیاد نمیباشد. در نتیجه رسوب پگمنت های ملاریا در خون کبدیه رنگ سرخ تاریک یا قهوه ای و بعضابه رنگ سیاه دیده میشود. در ملاریایی تروپیک (در معاینه پتالوژی) او عیه پورتال فوق العاده شکنندیده میشود.

کتله خون در داخل کبد، در انساج مرکزی کبد و در سینوز های عاطل میگردد. در بین او عیه ها آن، اریتروسیت های متتن دیده میشود. از تجزیه خون عاطل بیلیروبین زیاد به وجود میاید که باعث یرقان هیمو لايتیک میشود.

در حجرات زون مرکزی کبد تغیرات جزر الیز رُخ میدهد، تغیر نکروزی حجرات کبدی وبعضاً وقت Degeneration سمی حجرات پارنشیمال کبدی دارند ه هemosidrin میباشد. پرسه تغیرات پتالوژیک در حجرات پارانشماتوز کبدی از مرکز به محیط منتشر میگردد.

فصل ششم

در ملاریا عادت اضخامه طحال (Splenomegaly) دیده میشود.

در ابتدای مرض انقدر مهم نمیباشد ولی به زودی هایپرپلازیایی لمفوئیدی و نسج Reticulo Endothelial تشکیل میکند صباغات ملاریائی در بین فاصله حجرات طحال رسوب میکند و توسط ماکروفازها (Macrophage) گرفته میشوند و طحال رنگ خاکی آبی و حتی رنگ سیاه را به خود میگرد.

اکثر از طحال انفارکت موضعی رُخ میدهد و هیموراژی سب پریتونيال (Sub Peritoneal) را به وجود میاورد.

و گاهی در نتیجه تاب خوردن قاعده انفارکت مکمل عضو به وجود میاورد و گاهی به اساس فشار زیاد بالای محفظه طحال باعث رپچر طحال میگردد، بعد از شفایابی و باتداوی ملاریا توسط ادویه Regeneration فولیکول صورت میگرد.

وطحال به زودی حجم خود را کم میسازد و سایز نورمال به خود میگیرد. در صورت مریضی دوامدار و یا بعد از تداوی آفت زیاد که تداوی به شکل ناقص صورت گرفته باشد Fibrosis در طحال تاسیس میکند.

در نزد بعضی از باشندگان اندیمیک ملاریا مثلاً در کشور ما (ننگرهار، خوست، سروبی و غیره) سندروم سپلینومیگالی تاسیس میکند که متصف به Splenomegaly مزمن تواام با Infiltration، لمفو سیتار سینوس های کبد و امونو گلوبولین (M) به سطح بلند و انتی نیل (انتی بادی) ملاریائی است.

فصل ششم

تغیرات در سیستم تحرُّک خون ممکن در نتیجه کم شدن فکتورهای تحرُّک خون در کبد و یاد رنگیه باندشدن استعمال این فکتورها ظهر می‌گردند.

ظهور آنیمیا در ملاریا قانونی بوده و شدت آن مربوط به سویه پرازیتیمی و دوام مرض می‌باشد.

در ملاریا ای تروپیک آنیمیا خیلی شدید می‌باشد به نسبت که در این نوع ملاریا پرازیتیمی خیلی بلند بوده مقدار زیاد اریتروسیت هارا تخریب می‌کند.

اکثر ایده شده که در معده شدن پرازیت از خون باز هم هیموگلوبین به شدت کاهش پیدا می‌کند، یکی از عوامل آن عبارت از Hyperfunction در قسمت تحریب خون می‌باشد. که علاوه از اریتروسیت های مصاب (منتن)، اریتروسیت های غیر منتن هم به پیمانه زیاد تخریب و فاگوستی می‌شود.

دیگر عوامل آنیمیاها عبارت از پرسه های Autoimmune می‌باشد یعنی بعد از چند پارکسیزم در خون به مقابل اریتروسیت های Antibody پیدا می‌شود، در سطح اریتروسیت های منتن Complement پیدا می‌گردد.

در نتیجه کومپلکس های ایمونی بالاشترانک کمپلیمینت لیز اریتروسیت های غیر منتن (غیر مصاب) رُخ میدهد که محافظه آنیمیا بعد از معده شدن پرازیت از خون در نتیجه نهی مُخ عظم نیز می‌باشد.

شدت تحریکت انتیجئنی (Ag) تاثیرات دوامدار دوران باعث نشکل انتی کورهای زیاد Specific و Non Specific باشکل Immuno Complex هامنحل می‌گردد، که رول

فصل ششم

در ملاریا ای تروپیک اشکل و خیم امکان دارد همه قسمت های کبد را شغال کند.

ملاریا ای تروپیک نزد اشخاص که معافیت نه دارد اکثر را باعث اختلالات شوک می‌شود که نظریه منشأ خود با شوک های حاد افیکشن (Infection) که در دیگر امراض انتانی دیده می‌شوند شباهت دارد.

تشوشهای Circulation عمومی و حشوی ظهر می‌کند. تغیرات پتالوژیک در احتشاؤ انساج شدت می‌بخشد. در دماغ، کلیتان، کبد و اوعاء ماء و فیت غدوات فوق الكلیه با ظهور عدم کفایه حاد غدوات فوق الكلیه (W.H.Fridrichson Syndrome)

عبارت از W.House Fridrichson Syndrome از فکت ورمهم و اساسی پتوجنیک در ظهور اختلال (Algild malaria) تروپیک می‌باشد.

Collaps حاد و اعی ممکن در نتیجه بی جاشدن خون و تجمع آن در او عیه جوف بطن و در نتیجه Dehydration پیشرفت به Hypovolemia در شکل الگید (Algid) ملاریا تروپیک نمایان می‌باشد.

تغیرات در سیستم تحرُّک خون که به اثر هیمولیز، آزادشدن مواد ترومبو بلاستیک و اکتیویشن کومپلیکس کالیکرین (Kanine)-(Kalekrin) و هستامین ظهر می‌کند بحیث یکی از فکتورهای مهم در تشوهات میکروسیرکولیشن شناخته شده است.

فصل ششم

در قلب تغیرات پیستروفیک مایوکارد، خون ریزی داخلی پریکارdotغیرات Degenerative به وجود آورده میتواند. همچنان تغیرات وظیفوی به اساس کمی هیموگلوبین در قلب نیز به مشاهده میرسد.

تقویت عضلات Papilar اندوکارڈکاهاش مینماید در ECG وسیع تمام موج های برقی پائین بوده PQ، کوتاه میشود قطعه خط ST سقوط نموده و تغیرات در موجه T ظهور میکنده دلالت به Dystrophy میوکارد مینماید.

همچنان در جهاز هضمی نظر به تغیرات پتالوژیکی که عکس العمل Allergic Vascular رانشان میدهد، توسع او عیه عروق شعریه در امצע صورت میگیرد ویک قسمت مایع به اساس از دیادقابلیت نفوذیه داخل ترانزیت معائی شده میتواند در معاینات هستولوژیک در جهاز هضمی شده Hyperemia باستازخون در عروق شعریه دیده میشود و بالاخره هیموراژی و نکروز به وجود میاید.

در ملاریایی تروپیک اکثر اماوف شدن مغزسرخرخ میدهاین ماوفیت مربوط به وصف فورم ملاریامیباشد. ستازیارکود RBC های ماءوف در شعریه های باریک اعضای که در عین زمان در مغزسرنیز دیده میشود مغز انسان در اوتوپسی که از مرض ملاریایی تروپیک فوت کرده باشد دریک لوحه تیپیک دیده میشود.

بندش شعریه های خوردمغزتوسط اریتروسیت های منتن به Schizont Trophozoite های پخته و جوان، اندیمایی واضح در مغزیادماغ، هیموراژی در مواد سفیدوگاهی

فصل ششم

بزرگ رادرارگانوپتالوژی ملاریابازی میکند. ماهیت ایمونوکمپلکس، انیمیاشدید، GLumerulo Nephritis، ملاریایی تروپیک، تب هیم—و گلوبینوریا بوه همین قسم Nephrotic Syndrome در ملاریائی چهار روزه به اثبات رسیده است که نزد مریضان با سندروم نفروتیک در ملاریایی چهار روزه در مembran قاعده نفرون دیپوزیت های گرانولیریک دارای IgG و IgM میباشد دریافت میشود. در پتوفوجنیز Nephropathy اوتوایمیون Anemia و رول بزرگ رانتی بادی به مقابل اسیدهای نیوکلی پرازیت DNA هترولوژیک بازی میکند.

تأثیرات Immuno Depressive پرازیت ملاریادر شکل انتی کوربه مقابل انتی جن های بیگانه دفعه اول در سال 1962 میلادی توسط Megregor نوشته شد یعنی در موجودیت ملاریا ایمونوتیت به مقابل امراض دیگر خوب تاسیس نه میکند.

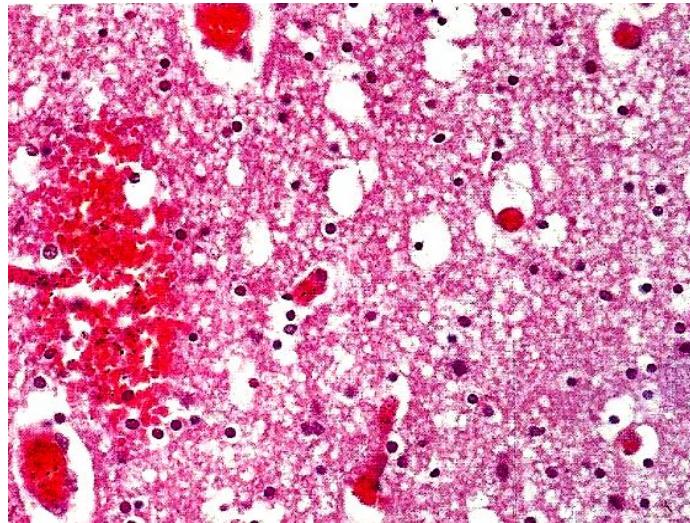
ازیمایی حادر بیوی بحیث اختلاط ملاریایی تروپیک که توسط deaton در سال 1970 میلادی نوشته شد، مگر Pathogenesis آن تا هنوز درست معلوم نیست، یکی از فکتورهای ظهور آن عبارت از تشوشات مایکروسیرکولیشن (Micro Circulation) یا بلند فتن قابلیت نفوذیه ممبران های حجری و عروق شعریه هامترافق با عدم کفایه قلبی و عائی میباشد.

بسیاری از مؤلفین میگویند که ظهور اندیمایی حادر بیوی در اثر تداوی ادیکورت (تطبیق زیادمایعات و ریدی) به میان می آید.

فصل ششم

در افغانستان ثابت شده است که شکل و خیم ملاریا در نزد اشخاصی دیده میشود که مصاب به فقدان غذائی Poly parasitism, Anemia, Avitaminosis و همچنان مريضان که از یک طرف ترضیضات مباربوی را داشته واز طرف دیگر به مرض ملاریانیز مصاب باشند معمولاً در همچو اقعات سیرکلینکی ملاریا و خیم میباشد.

در دیگر امراض انتانی مثل (TPT) Typho Para Typhoid (TPT) سرخکان وغیره اگر با مرض ملاریا مبتلا شوند نیز اختلالات و خیم رابه وجود اورده میتواند.



فوتو (8)

هستولوژی نسج دماغی که از میت فوتی کوماملا ریابدست آمده است، صباغات ملاریائی در کریوات حمراء در حال

فصل ششم

نزف بزرگ هم دیده میشود و هم رسوب Fibrin در شعریه هاتاسس میکند.

مغزسرانسان که از علت ملاریائی دماغی Cerebral Malaria فوت شده باشد در شعریه ها اثرات به رنگ سیاه به نسبت از دیادصباغات دیده میشود.

در طول سالهای زیاد دیده شده است که مختل شدن جریان خون در دماغ، در نتیجه بندش شعریه های دماغی توسط Trombi های پرازیتی بوقوع میپیوندد.

او عیه های مغزسرhalt Sticky او بخود میگیرد. در عصر حاضر ثابت شده که تشوش در جریان خون دماغی به وجود آمدن مانع میخانیکی رُخ میدهد.

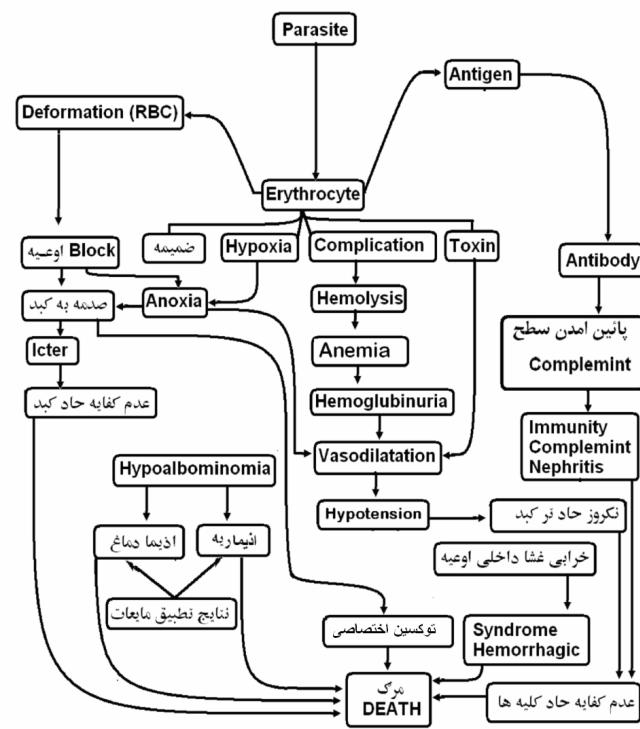
در نتیجه رسوب اریتروسیت های ماف در بالای Endothelial شعریه ها تو شوش آن توسط موادفعال فارمکولوژیک که در تحت تاثیر آن از طریق شعریه های دماغی آزاد میشود شعریه های دماغی به درجه بلند غیرقابل نفوذ میگردند.

رکو دمایع پروتئین و CO_2 شروع میکند و رودالت هابی ظاهر میشود.

اریتروسیت ها بهم میچسبند و پرب (گلوله رقم) را بوجود میاوردو به این قسم تشوش جریان خون دماغی در ملاریایی تروپیک به تعقیب تشوش وظیفی اندوتیلیل تاسس مینماید.

شامل شدن ارگان هاوی سیستم های مختلف در پرسه پتالوژیکی درجه و خامت مرض را تعین میکند و هم مساعدت برای نشونامه کروب رول مهم را بازی میکند.

فصل ششم



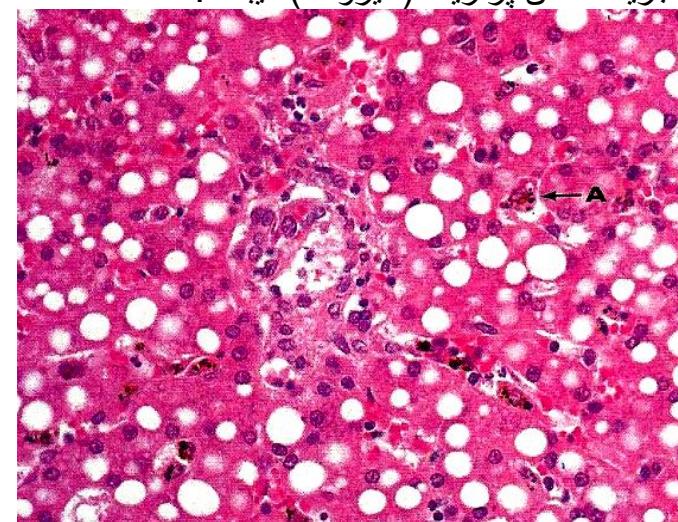
شکل (27)

معافیت در مalaria (Immunity In Malaria)

-:- در تکمیل سیکل (Cycle) شیزوگونی یک تعدد میروزویت های (Merozoite) جدیده وجود میابد که در نتیجه عکس العمل یک عدد فکتور های دفاعی آن از بین رفته و یک تعدد آن به اریتروسیت ها داخل میشود سیکل شیزوگونی از سرتکرار میکند، اگر این فکتور های دفاعی در عضویت انسان موجود نمیبود، بعداز چند سیکل

فصل ششم

تجزیه ساختن پرازیت (شیزوونت) میباشد.



فوتو(9) نسج کبدی

صباغ Suction هستولوژیکی نسج کبدی که از وقوعات فوتی و نمونه های Biopsy نسج کبدار میزان مناطق انديميک تهيه کردیده قابل ملاحظه است (A=Pigment).

شمعه اول :- منظره پتوفيزیولوژیکی در فورم لاریایی تروپیکی طبق احصایه 1971 میلادي.

فصل ششم

ایمونتی در ملاریا نسبت به سرخکان و چیچک کم مقاوم و کم دوام میباشد یعنی معافیت Passive به وجود نمیاورد. برای محافظه انتی تیل دفاعی موجودیت کم و بیش Antigen تنبه‌ی که در نتیجه نکس مرض ویامصاب شدن تکراری به وجود نمی‌آید ضروری میباشد. در نتیجه این عمل ایمونتی یا معافیت قسمی تشکل میکند و بس.

معافیت در ملاریائی Vivax و Plasmodium زود تشكیل میکند و نسبت به Plasmodium Malaria Plasmodium Falciparm اشخاص که در مناطق ملاریائی برای مدت زیاد زندگی میکنند ر مقابله همان نوع عامل مرض که در محل زیست نسبتاً زیاد موجود است ایمونتی را کسب میکند. زیرا این قسم اشخاص برای چندین دفعه مکررا به مرض ملاریا مصاب شده، و این اشخاص به ملاریائی کلینیکی مصاب نمی‌شوند. اگر این اشخاص از ساحه ملاریائی خارج شوند ایمونتی پائین می‌اید، لیکن تا سرحد صفر نمیرسد. وقتی که تکرار آباه ساحه ملاریائی داخل شوند بعد از گزیدن توسط پشه نتن مریض میگردد لیکن سیرکلینکی مریض خفیف و دوام مریضی نیز کم میباشد، نسبت به اشخاصی که قبل مصاب ملاریا نشده باشند، ایمونتی معمولاً در ملاریائی

فصل ششم

شیزوگونی همه اریتروسیت‌ها (Erythrocyte) متن و بالاخره باعث مرگ مریض میگردد. تمام مردم که ملاریا را نگذشتانده به مقابل ملاریا حساس هستند. یعنی قابلیت اخذ عضویت شان بلند نمیباشد. در مناطق ایندیمیک ملاریا (ایمونتی یا معافیت کولیکتیفی) دیده می‌شود، در این مناطق طفل از مادر Hyper Immune تولد می‌گردد.

به اثبات رسیده که معافیت نوزادان توسط IgG تاسیس میکند به نسبت که تنها ایمونوگلوبولین G از پلاسنتایر شده میتواند بس.

همچنان در مناطق ایندیمیک ملاریا نوزادان بر علاوه از دلیل فوق به اساس دو دلیل ذیل نیز مصاب ملاریانه میگردند.

در غذای شیر مادر Para Amino Benzoic Acid اندک شفاف پرازیت ملاریا ضرور میباشد موجود نیست. هیموگلوتین فتالین که برای تغذیه پرازیت ملاریا کم مناسب است در شیر مادر موجود نمیباشد. اطفال بدون ایمونتی یعنی از سن 12-3 ماهگی از همه اضافه ترتلفات در ملاریائی تروپیک میدهد که این تلفات در کشور ما در ولایت ننگرهار، قندهار، خوست، و سروپی اضافه تر دیده می‌شود.

در صورت پائین آمدن شیزوگونی اریتروسایتیک شدت و اندازه ایمونتی پایان می‌آید و در عدم موجودیت Reinflection شخص دوباره حساس میگردد که این حالت به نام معافیت غیر معقم یاد می‌شود.

فصل ششم

هیموگلوبین S نظر به هیموگلوبین نورمال (A) کمتر منحل است.

این نسبت در شرایط پائین شدن فشار پارشیال اکسigen (O_2) در اریتروسیت هابه قسم کرستال هارسوب میکند، و این موضوع باعث Deformation اریتروسیت هاشده و شکل داس مانند (Sickle) را به آن میدهد.

Homozygot HbSS) که این علامه راز هردو والدین به وراثت گرفته باشد.

(Sickle Cell Anemia) مصاب انسیاه جروی داس مانند. میشود و اکثر ادر طفولیت تلف میگردد.

Heterozygots که دارای Hb-AS) هستند بالعموم صحتمند میباشدند، مگر در شرایط پائین شدن فشار پارشیال O_2 در طبیعت و یاتشوشهات وظیفوی تنفس ممکن نزد آنها اختلالات و خیم ظهور کند. مثلا: ترومبووزها، انفارکت های حشوي، کریز های هیمولایتیک وغیره (توکاریف 1967).

اگر آنها ایمونیتیت نسبی داشته باشند رآن صورت به ملاریای تروپیک مصاب نمیشود (Allison 1954).

از تشریحات فوق برماید که پرازیت ملاریا قوت تخریب هیموگلوبین را دارد، مگر نمیتواند هیموگلوبین این نورمال (Abnormal) را تخریب کند.

فصل ششم

Humoral میباشد، در شروع پروسه ایمونی تغییر پروسه که تشکل انتی تیل را تبیه میکند، عبارت از فاکوستی کردن پرازیت ملاریا میباشد که در این جا Hyperplasia سیستم هستوفاکوستی در طحال، کبد و مغز استخوان (Bone Marrow) بوجود میاید.

قرارت چارب و تحقیقات که توسط یک تعداد علم اصورت گرفته در سیاه پوستان افریقادر مقابل Plasmodium Vivax معافیت ولادی موجود است، که به شکل جنیتیک بمیان آمده و تا حال نزد اطفال تمام نسل شان محافظه شده است.

به ارتباط موضوع فوق به اثبات رسیده که در خون آنها انتیجن گروپ Daffy (Fy^a, Fy^b) یا موجود نیست و یا کم میباشد.

وظیفه این انتیجن عبارت از رسپیتور و یا فکتور چسپیدن پرازیت به اریتروسیت میباشد (Miller 1976).

کسانی که دارای هیموگلوبین Hbs هستند به مقابل Plasmodium Falciparm خیلی هامقاوم و یا غیر حساس میباشند. یعنی مصاب به ملاریای تروپیک نه میشوند.

هیموگلوبین S عبارت از مرض ارثی میباشد که بواسطه موجودیت امینو اسیدوالین (valine) در مالیکول هیموگلوبین بالعموم اسید گلو تامیک (Glutamic Acid) موجود میباشد.

فصل ششم

میکند، بعد از پیدا شدن ایمونو تیت فعالیت فاگوسیت ماکروفاز هاقوی میباشد.

ایمونولوژی عصر حاضر در قسمت تجزیه، تغیر دادن و محافظه انتیجن هادر تاثیرات مقابله را به لیمفوسیت های T و B در ماکروفاز هارول مهم قایل است.

به اثبات رسیده که در جریان انتان ملاریا در عضویت انسان انتی کور Specific به مقابل پرازیت ملاریات اس (Humoral) هیمورال (Immunity) می کنندیعنی ایمونو تی (Immunity) ظهر میکند، و این موضوع نشان دهنده بلند رفتگی در خون میباشد.

برای مطالعه انتی کور ملاریا از تست های سیرولوژیکی و میتو دایمونوفلوروسینت استفاده به عمل می آید.

بعضی علمانظر داده که بعد از اکشاف پرازیت تقریبا همزمان Concentration (غلظت) Immunoglobulin-G و Immunoglobulin-M در سیروم ارتقاء میکند.

در وقوعات Reinfestation تکراری انتی کور به شکل Intensive تست های سیرولوژیکی به شکل پیشرفتی بمالحظه میرسد مثیل که در دیگر انتنان دیده میشود، در ملاریا هم به شکل Specific میباشد، یعنی هرنوع و شتم ملاریات ها به نوع و شتم خود ایمونو تی (Immunity) را تاسیس مینماید.

فصل ششم

مقاومت ولا دی بمقابل پلازمودیم فلسفیارم، نزد آنها می باشد.

همچنین نظر ریاتی موجود است که دیفیسیت (G6PD)-Thalassemia (ATP) تاثیرات محافظه ای دارد.

یکی از علماء Alison (1965) نظر داده که ایدیال های جغرافیوی، کمی G6PD به محلات انتشار ملاریای تروپیک نزد آن عده اشخاصی که دیفیسیت یا کمی G6PD را داشته باشند سیرخیلی خفیف داشته و تلفات را نمیدهد.

ایمونو تی کسبی به مقابل ملاریا در نتیجه تاثیرات مقابله مغلق مایکرو و ماکرو رارگانیزم به حصول می آید.

در فاز ابتدائی انتان محرک تحت تاثیرات فکتور های غیر ریپسیفیک محافظه ای (فاگوسیتوزیس Lysosom، Properdin، Complement، میگردد (میچکنوف 1857).

یکی از خواص و صفاتی انتان ملاریا نزد انسان میباشد که ماکروفاز های سیستم Reticulo Endothelial، کبد، طحال، نسج مُخ عظم و غیره پرازیت های داخل الحجری و خارج الحجری، پگمنت، پارچه های اریتروسیت ها و غیره مواد اجنبی را بلع و جذب

فصل هفتم

ملاجیای تروپیک به توسط Plasmodium Malaria (Quartan Malaria) وجودماید.

ملاجیای تروپیک همیشه متصف به شکل و خیم کلینیکی ملاجیا بوده و این فورم ملاجیا در نزد اشخاص غیر معاف و یابیدون ایمونتی سیرخطرناک کلینیکی راتعنه یب میگند که باعث ملاجیا دماغی و بالاخره Cerebral malaria (Coma and Precoma) سبب مرگ میگردد.

در ممالک حاره زیادتر سبب مرگ در اطفال میشود، و ضربه شدید اقتصادی را وارد میکند، در افغانستان نیز این فورم ملاجیا از جمله امراض عادی و خطرناک میباشد و پر ابلم های مختلف را تشکیل کرده است.

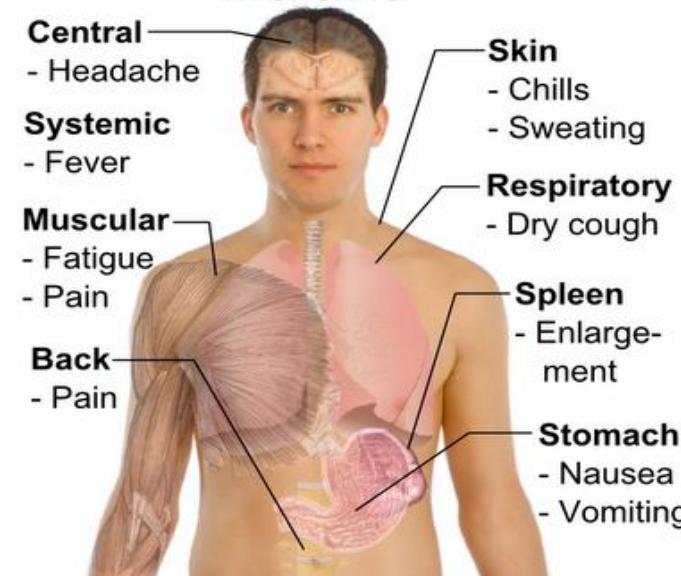
در صورت عدم موجودیت ادویه اختصاصی ویادر صورت تداوی ناقص و یا تداوی ناوقت، انکشاف پرازیت ملاجیا تروپیک وصف خطرناک را بخود میگیرد.

نظر به این که چندین بار تذکر به عمل آمدکه ملاجیا تروپیک همیشه سیروخیم کلینیکی را تعقیب کرده و حتی سبب مرگ مریض میگردد، نظر به همین ضرورت در بخش کلینیک ملاجیا اضافه ترا عراض و علایم کلینیکی ملاجیا تروپیک تحت بحث گرفته شده و در ضمن از نتایج کارتحیقاتی و پراکنیکی که بالای 292 نفر

فصل هفتم

کلینیک ملاجیا

Symptoms of Malaria



شکل (28)

به ارتباط خصوصیات نوع عامل مرض ملاجیا انسانی چهار نوع فورم کلینیکی ذیل دیده میشود:
ملاجیا تروپیک که مربوط به Plasmod..Falciparm میباشد.

در ملاجیا ویک روزه مربوط به Plasmodium Vivax و Plasmodium Oval و همان ملاجیا چهار روزه

فصل هفتم

و معمولاً در نزد آن عده اشخاص که بار اول مصاب به ملاری شده باشد دیده می شود، بعد از گذشت چند روز تب شکل منظم را بخود می گیرد (Fig 1-1) اماده ایک تعداد مریضان پارکسیزم به وجود نه میابد (خصوصاً در اشکال نکسی).

در پریود تب Initial یاتب ابتدائی وجه مریض Hyperemic یا به خاکی رنگ سفید دیده می شود.

جلدم طوب با قطرات عرق پوشیده می باشد.

پارکسیزم ملاریایی تروپیک مانند بیگرفورم های ملاریا متشکل از سه (3) صفحه است.

لرزه، احساس گرمی و عرق اما نکشاف یک سلسله خصوصیات دیگر راهم دارد.

پارکسیزم ملاریادر هر وقت شبانه روز شروع شده میتواند دولی در اوقات صبح تانیمه روز اکثر دیده می شود - لرزه در ملایایی تروپیک نظر به تناسب فورم های دیگر ملاریا کمتر دیده می شود، درجه حرارت بدن در وقت کم به 39-41 درجه میرسد، صفحه تب طولانی از 12-24 ساعت و بعضی اوقات بدون عرق شدید پائین می افتد، Apyrexia کوتاه و اکثر بدون زمان معین درجه حرارت بدن دوباره بلند رفته و در قدمه دوم بلند رفتن درجه حرارت بدن دیده می شود (Fig 3).

فصل هفتم

مریضان مصاب به ملاریائی (PF) در سرویس انتانی اکامی علوم طبی صورت گرفته نیز یادآوری می گردد.

اعراض کلینیکی ملاریای تروپیک در دو کتگوری به مطالعه میرسد:

- 1 کلینیک ملاریای تروپیک بدون اختلاط.
- 2 کلینیک ملاریای تروپیک با اختلاط.

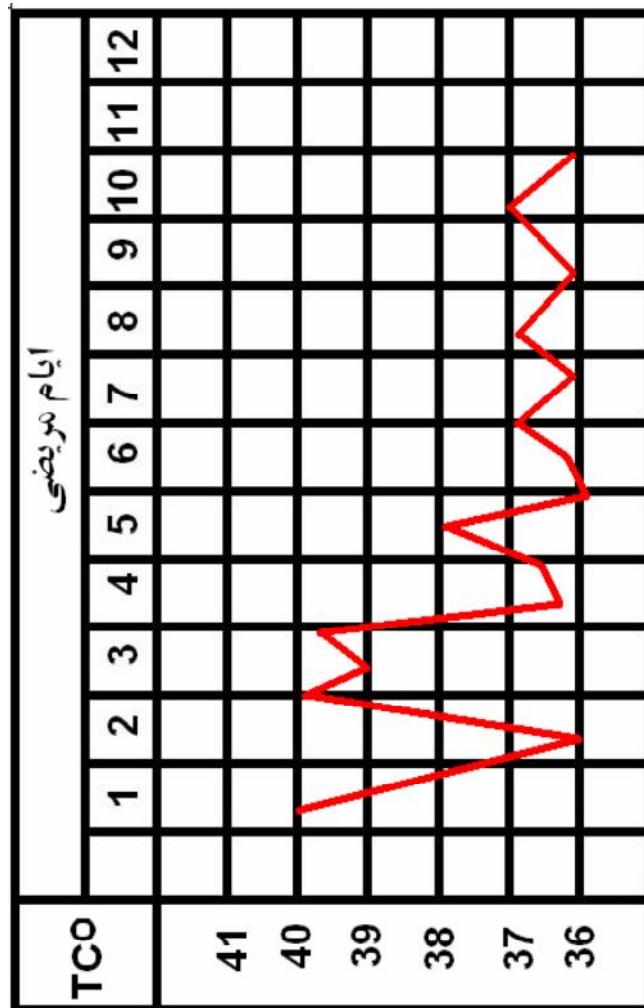
1 کلینیک ملاریای تروپیک بدون اختلاط.

دوره تقریباً پلازموایی فلسفیارم معمولاً (6) روز می باشد، مرض به شکل تدریجی تأسیس می کند که شروع مرض معمولاً از کسالت می باشد.

3-2 روز قبل از شروع مرض از بلند رفتن درجه حرارت، سردردی شدید (Sever headach)، Arthrolgia، (در عضلات)، در دکم (Lumbalgia)، دل بدی Myalgia، (در عضلات)، در دهای مفاصل، در بطن، نرم واستفراغ (Vomiting)، دردهای مفاصل، در بطن، نرم بودن مواد غایی طه، مختل شدن شعور و حالت بی پریس شکایت موجود است.

در نزد اشخاص غیر مأوف شروع مرض به شکل آنی شده میتواند - لرزه، بلند رفتن درجه حرارت بدن، سردردی، در عضلات و مفاصل در نزد مریض تأسیس می کند، در طول چند روز تب وصف دوامدار و یا با تفریح بسیار کم بخود می گیرد، این قسم تب را به نام تب Initial Fever یاد می کند

فصل هفتم



گراف (5)

در ملاریایی فلسفیارم Fig5

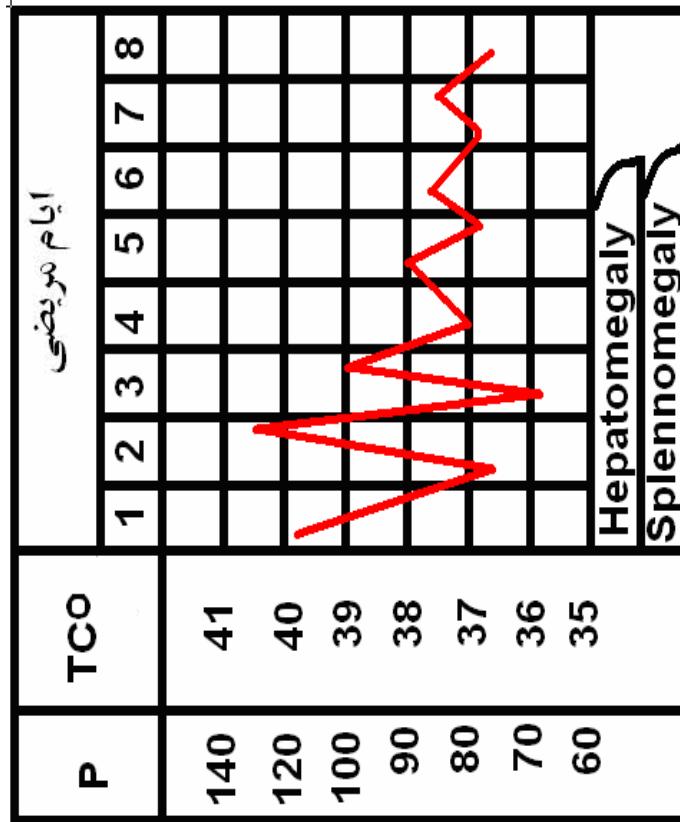
فصل هفتم

در زمان حمله اعراض عمومی که سریع اظهار می‌شود
قرار ذیل آند:

در دعصلات و مفاصل، بی خوابی مریض، نارام و هیجانی
و گاهی مختلف شدن شعور به مشاهده میرسد.
در پرپودلرزه و احساس گرمی جلد خشک می‌باشد، رنگ
جلد سرخ و یا کمی سفیدرنگ مایل به رنگ صفر اوی در لب
ها و بالای انف Herpes Simplex دیده می‌شود.
فشار خون پائین می‌باشد (در حدود 50/40-90/80 ثبت
می‌گردد) نبض معمول اسریع و مطابق با درجه حرارت بدن
می‌باشد ولی بعداز مدت چند روز درجه حرارت بدن پائین
می‌اید.

آوازهای قلبی در اصفاء کربوده و گاهی سوف Systolic
وظیفوی در ساحه علی قلب و یادروست شنیده می‌شود.
در تمام انواع مرض ملاریا بالخصوص ملاریایی تروپیک
قلب به شکل مستقیم و یا غیرمستقیم متضرر می‌گردد،
معمول اوضاع قلب نظر به تناسب کمی هیموگلوبین
وازدیاد درجه حرارت در پارکسیزم های ملاریائی به
ارتباط رساندن O2 و دیگر مواد غذایی که در متابولیزم
حجری رول مهم دار دنبتاز یاد می‌گردد.

فصل هفتم

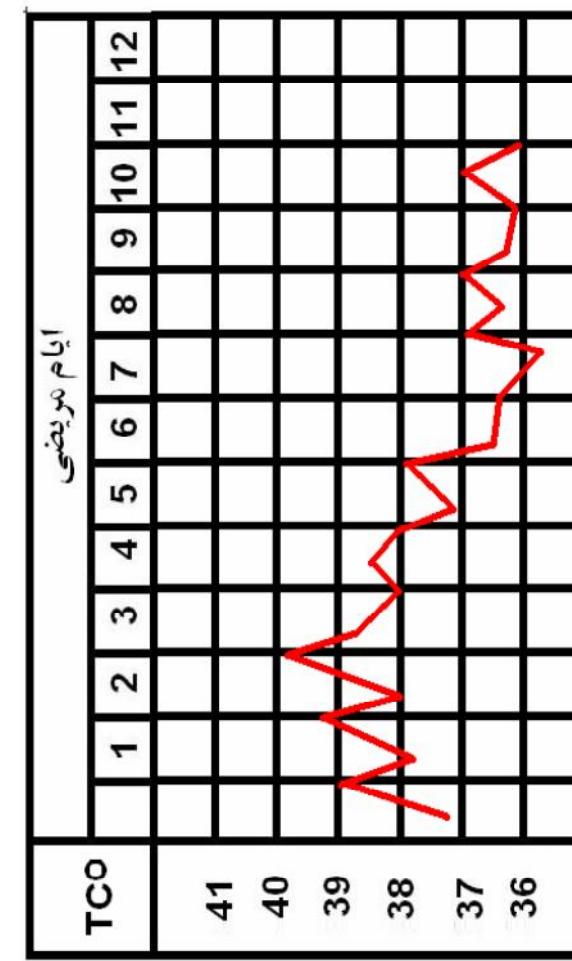


گراف (7)

Fig7 تب متقطع در ملاریای فلسبیارم.

که درنتیجه تغیرات وظیفوی در عضلات (Myocard) بوجود میاید و همچنان قرار که تشريح شده به اساس میخانکیت تشکیل مایکروامبولی که در پتوجنیزس

فصل هفتم



گراف (6)

در ملاریای PF در شروع مریضی سه روز اول تب به شکل دوامدار میباشد.

فصل هفتم

(نژد 292 مريض)

اعراض	اندازه	تعداد	فيصلي
Tachy Cardia	80-100/min	203	69.5
	100/min↑	22	7.5
Brody Cardia	60-70/min	10	4.3
Blood Preshur (فشارخون)	فشارشوکی	13	4.4
	90/60-110/70-120/80	222	76
	90/60↓	46	15.7
	130/90↑	10	3.4

جدول (9)

در پراکتیک دیده شده که Tachy Cardia نزد مريضان که Arterial Hypertension قبلاً گردیده است عارضه فوق را خودنشان داده است لیکن در سیستم قلبی و عائی داشته و مصاب به ملاریای تروپیک بیشتر از پتانولوژی مرکزی میباشد. Brody Cordia ناشی از پتانولوژی مرکزی میباشد. یعنی از دیادفشار قحفی بالای بصله است ولی در تحقیقات یا کار پراکتیکی بسیار کم رُخ میدهد، میتوانیم از یک مريض فوتی (گل آفاسر بازیادآور شویم) موصوف در ایام تداوی داخل بستر چندین بار بزل قطنی (Spinal Tap) شده ولی نظر به از دیادفشار قحفی مایع CSF به شکل فواره خارج میگردد - با وجود اینکه عرض (Meningism) نیز وجود داشت.

فصل هفتم

ملاریای تروپیک شرح شده است باعث بندش او عیه شرعیه گردیده (Ischemia) نسجی عضله قلب تا سرحد Myocardial Infarct بسیار کم وهم به شکل معمول Sinusial Tachycardia بوجود میاید، و به اساس عمل Vascular Allergic Reaction او عیه میشود اکثر افسارخون پائین و تون آوازهای قلبی کرمی باشد، بر علاوه دلیل نکر شده حالت toxic 02 و کمی درخون که این هم به نوبت خود باعث توسع او عیه خوردمیگردد درنتیجه فشارخون در تمام انواع ملاریا و خصوصاً در ملاریای تروپیک اکثر اتمایل به کمی نشان میدهد.

بدین ارتباط میتوانیم تغیرات فوق Patho Physiologic در ملاریای تروپیک که در کار پراکتیک اکادمی علوم طبی دیده شده با تذکر ارقام وفيصلي در جدول ذیل غرض معلومات برای مطالعه کنندگان که اندازه وفيصلي آن به شکل مختلف در جدول ثبت است.

فصل هفتم

(نژد 292 نفر) تغیرات اصغری در قلب

تغیرات پتالوژیک	تعداد	فیصدی
Homic Systolic Murmur	29	10%
Extra Systolic Murmur	3	1%

جدول (11)

نفخه وظیفی وی (Hemic Systolic Murmur):- یک نفخه وظیفی میباشدکه اکثر ادرم حراق اصغرامیترال شنیده میشود و برای همیشه به کمی مقدار Hemoglobin ارتباط مستقیم دارد.

در روزهای اول مرض در طحال اکثر ادر اطراف تحت الضلعي چپ حس میشود و بانتفس عمیق در زیاد میگردد با جس عادی توسط انگشتان Size طحال تاروزدهم مريض نورمال است ولی با جس توسط انگشتان، در دنک و حوافي طحال هموار میباشد و طول مريضي اندازه طحال بزرگ میگردد، طوريکه قبل از تذکر به عمل آمد، پرازیت ملاريادرخون دوراني بعد از طي کردن چندين سیکل شيزوگونی اريتروسيتي سبب تخريب مقدار زیاد كريوات حمراء میگردد و همچنان باعث Hyperplasia نسج ليمفويدي میشود و بادر نظر داشت پتوjeniz فوق به صورت عمومي سистем ریتوکولوانتوتيلیل متضرر و باعکس العمل را خود نشان ميدهد که اکثرا به درجه اول در طحال و به درجه دوم در نسج کبدی اين قسم تغیرات به مشاهده ميرسد، که در نتيجه ضخame طحال و کبدی وجود ميابد.

البته ضخame کبدر Plasmodium Falciparm نسبت به دیگران نوع پلازمودیم ها اضافه تردیده میشود، و داکتر

فصل هفتم

نظر به تیوری باید در این مريض Brady Cardia موجود میباشد که آخر زمان بستر در سرويس انتانی نبض مريض 140-160/min ثبت ميشد که اين قسم استثنات يگان وقت رُخ ميدهد.

اما تأثيرات ذكر شده از اعراض ملاريايی PF نبود.

همچنان از يك تعداد مريضان در جریان تداوي داخل بستر نظر به ضرورت که ايجاب مينمود (با وجود که در مردم ملزم طبي مشكلات تايک سرحد موجود بود) ECG (الكتروکارديوگرام گرفته شده و نتایج تشخيص آن در جدول به شکل مختصر تحرير شده است، ولی بايد ياد آور شويم که نظر به بعضی مشكلات و دليل کمي مواد توانيم که از همه مريضان داخل بستر (مساب به ملارياي تروپيك) ECG را الخذ نمائيم.

(نژد 292 مريض)

تغیرات پتالوژیک	تعداد	فیصدی
Sinus Tachy Cardia	17	6
Brady Cardial	7	2.3
Myo Cardial Dystrophy	9	3
In Coplet B-B-B	6	2
De Polarization	2	6.6
Ventrical Hypertrophy	2	0.6
Hypo Kalemia	13	4.4
Hypoxia Inferior Wall	3	1
اخذ شده ECG	116	39.7
Repolarization	1	0.4
Normal	84	29

جدول (10)

فصل هفتم

در جریان مرض ملاریا خصوصاً نوع PF اکثر اهیپاتیت توکسیک تاسیس می‌کند، کبد از روز او شروع مرض ضخامی می‌شود، معمولاً در آخر هفته اول و شروع هفته دوم مرض کبدیه اندازه زیاد ضخامی شده و باعث تشوشات وظیفی که دمیگرد، مثلاً از دیابیلر و بین غیر مستقیم (Indirect) در خون می‌شود.

صلبیه هابه شکل Sub icteric Icteric دیده می‌شود و گاهی یرقان به شکل واضح به وجود می‌اید و همچنان باعث از دیاد امینو ترانس امیناز هامیگردد که در این پروسه از دیاد قابلیت نفوذیه حجرات کبدی و یانکروز حجرات کبدی رول مهم را بازی می‌کند، سطح Total Protein به تناسب کم شدن Hyper gamma globuline البومین پائین می‌اید و بالاخره ظهور می‌کند.

در پرآکتیک دیده شده اکثر آن عده مریضان که چندین پاروسیزم ملاریائی را تکمیل کرده باشد البته نسبت تخلیه ناووت از قطعه مربوطه و یاتداوی ناقص جذری که برای مدت کم بهبود گذری نسبی را کسب کرده باشد ولی دوره شیزوگونی اریتروستارا دامه دارد که برای وقت طولانی این موضوع نسبت Lyse کریوات حمراء که بیلیرو بین مستقیم و یا غیرمستقیم و یا غیرکانجوگیت شده در این مقطع

فصل هفتم

میتواند در پرآکتیک برای تشخیص کلینکی ملاریا زاین عرض استفاده نماید.

در کار تحقیقاتی و پرآکتیکی که بالای 292 مریض مصاب به ملاریا PF صورت گرفته راجع به ضخامه طحال و کبد به شرح ذیل معلومات به دست آمده است.

ضخامه طحال (Spleno Megaly) (نژد 292 مریض)

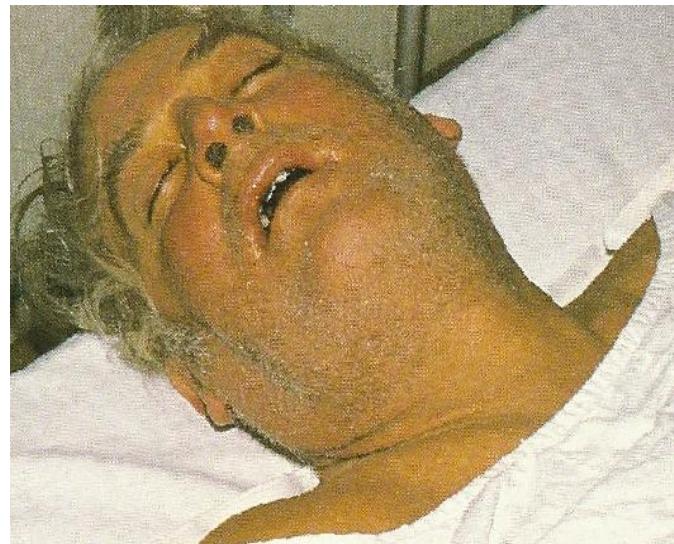
اندازه فرزمان طحال	تعداد	میزان بزرگی	اندازه زنگنه	میزان بزرگی	تعداد	Normal
از زنگنه بزرگ	65	183	از زنگنه کوچک	6	4-5cm	35
از زنگنه بزرگ	22.2	62.6	از زنگنه کوچک	2.2	1-3cm	12

جدول (12)
ضخامه کبد (Hepato Megaly) (نژد 292 مریض)

اندازه ضخامت کبد	تعداد	Normal	2-3cm	1-2cm	فیصدی
از زنگنه بزرگ	162	11	119	2-3cm	تعداد
از زنگنه کوچک	55.4	3.8	40.8	1-2cm	فیصدی

جدول (13)

فصل هفتم



فوتو(10)

در حمله ملاریا اکثرات ب، لرزه و تعرق جلدی در معانیه فزیکی میتواند دریافت کرد.

در عکس العمل ملاریای اختلاطی نوع فلسفیارم امکان پیدا شدن یرقان موجود است که این یرقان توسط متضمر شدن کبدو هیمولیز به وجود می آید که اکثراً مترافق با اعراض دماغی، عدم کفایه کلیوی و هیموراژی میباشد.

فصل هفتم

زمان نسبت به نورمال زیاد میگردد و همین مقدار تولید شده بیلیروبین غیرمستقیم به صورت مکمل توسط حجرات کبدی مزدوج نمیگردد (با وجود این که اندازه مزدوج کردن نظر به حالت نورمال اضافه میباشد) البته به اساس از دیاده Liver Uptake و به همین نسبت در دوران خون رکودت (Stasis) بیلیروبین غیرمزدوج میگردد.

هم‌مان به این رکودت بیلیروبین غیرمستقیم عملیه Conjugation در حجرات کبدی نظر به حالت نورمال با وجود اینکه نسبت افزایشده ولی به اساس از دیاد تولید Alb-Bilirubin Complex که سبب از دیاد Up Take of Liver گردیده در دوران خون بیلیروبین غیرمزدوج زیاد میگردد که در پر اکتیک میتوانیم از این مشعر در تفرقی تشخیصی با Viral Hepatitis استفاده نمائیم.

فوتوهای (11-10) ضمیمه صفحه هذام میباشد:
همچنان Trans aminases بادوعلت فوق که ذکر شده به شکل نسبی در خون بلند می‌رود (دویاسه مرتبه 30-40-50 واحد) و در مورد میتوانیم از نتایج کارتحقیقاتی و پر اکتیکی خویش که به صورت مختص در جدول ذیل ثبت شده معلومات حاصل نمائیم.

فصل هفتم

فصل هفتم

(نژد 292 مريض)

	اندازه	تعداد	فيصدوي
Total Bilirubine	25-40mKm	6	2
	40-100mKm	20	6.8
	100-200mKm	8	2.7
	بالاتر از 200 mKm	8	2.7
	Normal	250	85.9
SGPT	20-30 lu	23	7.9
	30-40 lu	15	5.1
	40-60 lu	5	1.7
	60-80 lu	10	3.4
	80-120 lu	2	0.6
	Normal	237	81.70
Thymol Test	4-10 unit	60	20.5
	10 unit	15	5.1
	Normal	217	74.3

جدول (14)

مختل شدن وظایف کلیوی در نزدیک تعداد مریضان که مصاب به ملاریائی فلسفیارم باشند دیده میشود امامعدم کفایه و خیم کلیوی معمولاً نژد ۰.۱-۰.۵ فیصد مریضان تاسیس میکند، که میخانگیت آن در پتوچنیز ملاریابه شکل مفصل شرح شده است که به ترتیب درخون دورانی باعث ازدیاد Urea و نایتروجن میشود.

باتناسب مستقیم آن اعراض کلینیکی تبارزمیکند، همچنان درادرار مریض Albumin و RBC و سلندرهای هیالینی دیده میشود.

از بخش کارتحقیقاتی میتوانیم یاداوری نمائیم که در سیستم بولی تناسلی نظر به سیر کلینیکی مرد و درجه و خامت آن



فوتو (11)

ترومبوسایتوپینیادر ملاریائی فلسفیارم معمولاً به وجود میاید اما انقدر نمیباشد که باعث خون ریزی گردد. نادر ابا عث تولید نزف در تحت منظمه های چشم میگردد.

فصل هفتم

تغیرات پتالوژیک که به ارتباط Urea در معاینه بیوشیمی خون بدست آمده است.

Blood Urea	اندازه	تعداد	فيصلي
50-70 mg%	6	2	
70-100 mg%	4	1.3	
100-170 mg%	4	1.3	
بالاتر از 200 mg%	2	0.6	
Normal	276	94.5	

جدول (16)

تغیرات درجه از تنفسی (Respiratory System) :-
معمولًا نورمال میباشد ولی بعضی اوقات خصوصاً در اشکال اختلاطی ملاریائی فلسفیارم اعراض ماویت سیستم تنفسی ظاهر میکند.
مثلسرفه خشک، Ral های خشک و مرطوب و گاهی Broncho pneumonia که دلالت به شکل Cripititation ویا التهاب مخفی ریه میکند شنیده میشود.
بعضی اوقات اعراض کلینیکی Laryngitis نیز موجود میباشد.
درنژدیک عده مریضان مصاب به ملاریای تروپیک سندروم بطئی تاسیس میکند.
مریضان به شکل معمول با نظرداشت درجه Intoxication ازبی اشتهاهی و دلبدهی (Nausea)، استقراغ (Vertigo)، سرچرخی (Vomiting) و اسهالات شکایت که از جمله اعراض ذکر شده اسهال به فيصلي

فصل هفتم

درنژدیک متعدد تغیرات پتالوژیکی دیده شده که به وقت و زمان آن تشخیص و تدبیر لازمه اتخاذ گردیده است - در بعضی وقوعات دردهای ناحیه کلیوی بالخصوص زیادتر در وقوعات اختلاطی ثبت شده است. درنژدیک عده مریضان سندمثانه برایش تطبیق شده بودکه Dysuria وجود داشت، ولی در آن عده مریضان که سندمثانه برایش تطبیق نه شده بوداين اعراض پیدانه شده اند. جدول ذيل تغیرات پتالوژیک در معاینات ادرارنشان دهنده است.

(نژد 292 مریض)

مواد	اندازه	تعداد	فيصلي
Albumin	Trace	18	6.2
	+	23	7.8
Glucose	+	1	0.3
	6-2	4	1.4
	20-50	8	2.7
	4-5	13	4.4
	2-3	267	91.4
WBC	بالاتر از 50	12	4.1
	بالاتر از 20	7	2.3
	بالاتر از 10-15	9	3
	3-10	22	7.5
	0-2	242	82.8
RBC		33	11.3
		8	2.7
		251	86
Epithel			

جدول (15)

فصل هفتم

Intoxication ارتباط داشت لیکن در وقوعات نکسی اکثرا ازبی اشتهائی شکایت موجود نمیباشد.

پرازیت ها و آفات باکتریایی جهاز هضمی درجه و خامت مرض ملاریا را اکثر ابلندمیرد که به وقت و زمان اگر در تداوی آن اقدام شود نتایج مثبت بست امده میتواند، مانند تداوی درست Intestinal Amoebiasis (امبیازس امعایی) Giardia Lamblia وبعضاً امراض باکتریائی که باعث اسهال و پیچش باکتریایی میگردند اعراض عمومی Intoxication را شدت داده میتوانند.

جدول ذیل ارقام و فیصدی امراض متممه پرازیتی جهاز هضمی را نشان میدهد که در جریان کارتحقیقاتی ثبت شده است.

(نژد 292 مريض)

فيصدى	تعداد	
11.3	33	Ascaridosis
0.6	2	Intis. Amoebiasis
0.6	2	Giardia Lamblia
0.3	1	Tricocephal
0.3	1	H.Nana
86.6	253	Normal

جدول (19)

تغیرات در لوحه خون :- در روزهای اول مریضی انيمیابه شکل Normochromic تاسیس میکند، که در جریان 10-14 روز تعداداریتروسیت خیلی کم شده و در حدود

فصل هفتم

کم آن هم در موجودیت امراض جهاز هضمی تاسیس میکند.

متواترین که ارقام و فیصدی اعراض فوق را در جدول ذیل باستفاده از پراکتیک که نژد 292 مريض مصاب به ملاریای تروپیک دیده شده تحریر نمائیم.

(نژد 292 مريض)

فيصدى	تعداد										
46.5	5.1	24.3	11.3	1.3	5.4	1.3	5.4	1.3	5.4	1.3	5.4
46.5	5.8	17	33	4	16	15	16	17	71	136	17

جدول (17)

فيصدى	تعداد	فيصدى	تعداد	فيصدى	تعداد	فيصدى	تعداد
Normal	83	بيهدي همراه استفراغ	150	بيهدي بدون استفراغ	55	غير	144

جدول (18)

بي اشتهائي به صورت عمومي در اشکال موجود بوده که مستقيمابه درجه Primary Infection

فصل هفتم

Blood Urea Encephalopathy به اساس بلند درختن و Nitrogen در خون نیزدیده شده است.

در مدت چند سال کار تحقیقاتی بالای مریضان (مصاب به ملاریایی تروپیک) کم خونی شدید که نزد بعضی مریضان دیده شده معمولاً مریضانی بودن که پرازیتی می بلندداشته و دیر تراز قطعه نظامی مربوطه به روغتون مرکزی اکادمی علوم طبی تخلیه شده و یا اینکه دارای کمی انزایم Intravascular Hemolysis G6PD بوده که باعث تولید گردیده و کمیت هیموگلوبین رابه اسرع وقت پائین اورده است.

راجع به تغیرات لیوکوسیت های باید تذکر به عمل آید که معمولاً در امراض پرازیتی خون کمی لیوکوسیت (Leuckopnea) مطالعه می شود.

در این تغیرات قرار یکه قبل از اشاره شده در تمام انواع ملاریا البته در اشکال غیر اخلاقی به شکل روتین موجود نمی باشد، که به اساس همین میخانکیت (دلیل) از یک تعداد دکتوران قطعات نظامی و پولی کلینیک های نظامی مریضان PF به S.Typhoid اشتباه نموده و راستادوی ایتو تروپی محرقه و شبه محرقه (کلورامفینیکول

فصل هفتم

$2-3 \text{ milliu}/\text{mm}^3$ تثبیت می شود. همچنان سویه هیموگلوبین 70-90gm/Liter و حتی پائین تراز این می شود.

همراه با Leuckopnea کم وبیش Sedimentation Rate موجود Lymphocytosis بلند می باشد. قرار یکه قبل از تذکر به عمل آمد که در تمام انواع ملاریا بالخصوص در ملاریایی تروپیک به شکل معمول تغیرات رُخ میدهد که از نظر کار پراکتیکی به شرح ذیل از آن یاداوری مینماییم - در پتوجنز ملاریایی تروپیک از تغیرات پتالوژیک کریوات حمراء خون بطور مفصل ذکر گردیده است که اکثر اکمی کریوات در ملاریائی نکسی و یادراشکال اختلاطی آن مثلاً تب، هیموگلوبینوریا یا (Black Water Fever) Cerebral-Malaria در حالت Coma Stupor - Samnilensien قرار داشته باشد.

انذار (Prognosis) خراب به میان می آورد که به این ارتباط در پراکتیک از جمله 292 مريض 4 نفر مريض که هیموگلوبین آن $3-3.5 \text{ gm}/100\text{cc}$ تثبیت نمی شد نیز دیده شده است که نزد این مریضان اعراض کلاسیک این میا مثلاً Cyanosis، Hypoxia، گنگسیت و حتی تغیرات

فصل هفتم

تغيرات درلوحه خون (نژد 292 مريض)				
اجراءخون		اندازه	تعداد	فيصلي
Hemoglobin	3-5gm%	4	1.3	
	6-9.5gm%	43	14.3	
	10-13gm%	211	72.2	
	بالاتراز 14gm% يعني نورمال	44	15	
Sedimentation Rate در ساعت اول	1-8mm	142	48.6	
	10-20mm	115	39.3	
	21-30mm	16	5.4	
	31-60mm	17	5.8	
WBC Differential	Bond	1-6%	281	96.2
		بالاتراز 6%	11	3.8
	Segment	60-70%	114	39
		70% بالاتراز	4	1.3
		Normal	174	59.6
	Lymphocyte	10-20%	12	4.1
		21-49%	261	89.3
		41-50%	16	4.5
		50-70%	3	1
	Monocyte	3-8%	287	98.2
		10-14%	5	108

جدول (20)

اگر به وقت و زمان تداوی صورت نگیرد تمام اعراض کلینکی در اسرع وقت ظاهر میگردد، همچنان در صورت تداوی نامکمل امکان پیدا شدن نکس مرض موجود است.

فصل هفتم

و امپیسیلین) را شروع کرده و به ملاریا وقت کافی داده Parasitmia بلند بعد از چند پارکسیزم به میان امده و باعث اختلالات ملاریاگر دیده و بعد از روغتون مرکزی نظامی انقال داده شدند.

مگر در صورت تبارز اختلالات مثل (هیمولیز داخل وعائی، ملاریائی دماغی و غیره) عوض لیوکوبینیا (Leuckocytosis) دیده میشود که در کار تحقیقاتی نزد چندین مريضان لیوکوسایتوزس در حدود 1500-20000-30000-40000-50000 ثبت شده است.

در معاینه (DLC) لیکوسیت معهود Neutrophilia که معیار وصفی حساب نمیشود دیده شده است، از نظر تئوریک به ارتباط موضوع فوق الذکر به Monocytosis و Lymphocytosis اشاره میشود ولی مادر کار تحقیقاتی Lymphocytosis را دیده و Monocytosis را اضافه از 5-4 واقعه در پر اکتیک نه یافته (امکان دارد غلطی کار لابرانست بوده باشد) و یا این که افات ضمیمه ملاریا شده باشد.

جدول ذیل تایک اندازه مختصر معلومات فوق بال رقم و فيصلي نشان داده شده است.

فصل هفتم

(نzd 292 مريض)

ملاریا دماغی			و خیج	متوسط	خیف	درجہ شدت
Deep Coma	Stupur	Sammi Lension				
10	3	21	46	153	51	تعداد بہ نظر
3.3	1	7.2	15.7	52.4	17. 4	پیصدی

جدول (21)

در صفحه Sammnilection در نزد مریضان خستگی روحی، تاریک شدن شعور به درجه های مختلف بار و شدن شعور بشكل Periodic دیده میشود. معمولاً مریض غیر متحرک بوده و به سوالات درست جواب داده نمیتواند، بعد از بیدار ساختن مریض دوباره به حالت اولی خود داخل میشود، که بالاخره آهسته آهسته مریض به کومای عمیق داخل میگردد.

نریضان میباشد تشنجات عضلی به شکل کلینیکی بارز میگردد. با اخره عضلات اطراف (نهایات) الی تشنجات عمومی نیتائیک و Epileptic Form بوجود میاید. در بعضی و قواعد

فصل هفتم

B: ملاریایی تروپیک اختلاطی:- سہ ناپ کلینک ملاریا
اختلاطی، فلسیمار م موجود است.

Cerebral Malaria -1 :- متصف با سردردی شدید، تب بلند هم زمان اختلالات و کومامی باشد.
در سیر کلینیکی ملاریا دماغی معمول اسه فاز دیده میشود.

A – Sammnilension

B – Stupur

C – Coma

در ملاریای تروپیک به صورت مقایسوی شکل دماغی زیادتر دیده میشود که این شکل همیشه وخیم بوده و منجر به مرگ مريض ميگردد.

مراقبت جدی و تداوی معقول به وقت و زمان آن باعث صحت مکمل شده میتواند در گریان دو سال کارت حقیقتی صرف 7 نفر از جمله 16 نفر توسط مراقبت جدی و تداوی معقول از مرگ Coma نخات یافته است.

جدول ذیل درجه شدت، کنگوری و خامت باوفیات مرض ملاریانشان دهنده است.

فصل هفتم

به (0.1-0.2%) میرسد و در معاینه CSF تنهالیکوسیت دیده میشود.

-2 Algidmalaria: این شکل از اثر عدم کفاایه حاد دورانی محیطی بوجود آمده و منصف به جلد سرد، سیانو تیک و موم مانند میباشد. نبض مریضان خیطی، فشار خون پائین و دیبوریزشان کم میباشد. در تایپ کلورال سهال ابگین و در تایپ دیز نتری مانند مواد غایطه خون دارموجو دمیباشد، بعض اخون ریزی های جلدی به شکل Echymosis و Petechia تظاهر میکند، عکسات و تری خفیف بوده و تب مریض Sub Febrile حتی Sub Normal میباشد.

-3 Septic Intoxication: در این شکل تب بلند و پیشرفت هم موجود بوده بعض ابامحرقه مغالطه میشود همچنان در ملاریائی دماغی تغیرات در سیستم قلبی و عائی بوجود میاید که عبارت از TachyCardia و کمی فشار خون میباشد.

تنفس معمول اسریع (30-60/min) و وصف سطحی رابه خود میگیرد. در نتیجه افتادن زبانچه و پیداشدن اواز های خرخورال های Crepitation شنیده میشود که این حالت نشان دهنده اذیمای ریوی میباشد که معمول ادرتداوی غیر معقول نیز به وجود آمده میتواند.

میتوانیم در مور دکارت نتایج تحقیقاتی که در پراکتیک به دست آمده است به شکل خلاصه تماس بیگریم: طور که ذکر به عمل آمده که در ملاریایی تروپیک به صورت عموم در مایکروسیرکولیشن (Microcirculation) که

فصل هفتم

حرکت و شکی عضلي مطلق موجود نه میباشد و مریض سرخورد بالا کرده نمیتواند.

درواقعات خفیف حرکات و شکی زودگذر میباشد عکسات و تری عادتادر صفحه خواب الودگی متزل میگردد. در صفحه Coma Stupor عکسات و عکسات و تری بلندر قته حتی تاسطح Colonus میرسد. در نزدیک لحظات مرگ عکسات و تری مطلق معده دم میگردد و بالاخره به عکسات جلدی تبدیل میشود، از پتانلوزی Pyramidal Asymmetry، شدت عضلات ممتیک، کلونس Clonus و گاهی اعراض Babensky و کمتر رو سیلمابه مشاهده میرسد.

مریض به صورت عمومی بی علاقه و غیرفعال میباشد، رنگ جلد آن سفید متمثلا موم بوده در صورت سیر و خیم رنگ جلد به شکل صفراوي و یاخاکستری پنیده دیده میشود گاهی روی مریض خمیر مانند بوده، چشم های مریض کوما عمیق نیمه بازو یا مکمل بسته و رویت معده میباشد.

مریض مثل مرده و بی تقاؤت بوده لب هاسرخ، دهن نیمه بسته، فک با هم نشسته و شکل قیف مانند را با خود میگیرد، عضلات مغزیه (عضلات فک و عضلات جوینده، متشنج، اختلاطی و منقبض میباشد. گراف تب و صاف متقطع را داشته میباشد.

درواقعات کوما اکثر اتب دوامدار، فشار مایع نخاع شوکی نورمال و رنگ آن شفاف میباشد، اندازه Albumin

فصل هفتم

میتوانیم تغیرات پتالوژیکی ریوی را که در پرآکتیک بدست آمده در جدول ذیل طور خلاصه ذکر نمائیم.
(نزد 292 مريض)

اعراض	اندازه	%	٪
Tachy Pnea	25-40/min	14	4.7
Pul-Edema		13	4.4
Cough and Dyspnea	.	24	8.2
TB		3	1
Normal	.	230	78.7

جدول (22)

زبان خشک و باردار میباشد، تغیرات در حنجره (Larynx) و بالاخره در صوت نیز تغیرات به وجود میابد.

بعضی اوقات درجه از هضمی اعراض کلینیکی گاسترو انتریت (Gastro Enteritis) و خون ریزی نیز دیده میشود.

ضخامه طحال و کبد به شکل معمول موجود بوده لاین در یک تعداد قواعد طحال بدون عکس العمل و ضخامه آن نیز قابل ملاحظه نمیباشد (با وجود که واقع Case بسیار و خیم هم باشد).

انیمیادر ملاریا خصوصاً در اشکال اختلطی علامه کلاسیک بوده و در تکمیل دوسیکل شیزوگونی اریتروسیتی تعداد زیاد اریتروسیت ها از بین میرونند.

فصل هفتم

درنتیج _____ه تاثیر واسکولار الرژیک ریکشن (Vascular Alergic Reaction) در عروق شعریه توسع یا Vasodilatation به میان میابد و به همین ارتباط یک مقدار مایع از مایکروسیرکولیشن خارج شده و در فاصله های بین الحضروی (Intra Cellular Space) تجمع یا ستاز میکند که درنتیجه زمینه برای اذیمای دماغی و ریوی مساعد میگردد، که بعد از جدار انساج و تیره فزیولوژیک، یعنی تبادله O_2 و CO_2 مختلف شده و در خون رکودت CO_2 بمیان میابد.

واز طرف دیگر نسبت لیزکریوات حمراء در سیکل شیزوگونی اریتروسیتی هیموگلوبین یعنی وسیله ترانسپورتی اکسیجن کم میگردد و به همین ارتباط به صورت عمومی در انساج و حجرات فقدان یا کمی اکسیجن بوجود میابد - که در همین زمان تنفس به شکل وظیفوی سریع میگردد که در یک دقیقه تعداد تنفس نسبت به حالت نورمال زیاد بوده و تکی پینیا (Tachypnea) تاسیس میکند. همچنان در موجودیت تداوی پارانتیرال یا انفیوژن که تشوشات کلیوی نیز تاسیس کرده باشد به شکل تدریجی این تشوشات ارتقاء کرده و درنتیجه کمی دیوریز کلیوی اذیمای ریوی راهنوز اضافه ساخته و سیرکلینیکی ملاریا تروپیک را خیم ترمیسازد.

در همین حالت اگر انتانات تالی مداخله کند و انتانات مزمن مثل TB موجود باشد، پتالوژی ریوی سریعاً پیشافت نموده که درنتیجه مرض ملاریا سیر و خیم را با خود گرفته و بالآخره منجر به

فصل هفتم



فوتو (12)

فوتو فوق از یک طفل یازده ساله بنام شیرزاد اولدغرزی

فصل هفتم

فورمول لیکوستیت وصف مخصوص رانکرار می‌کند، مثلا در ملاریایی و خیم یا شکل اختلاطی در خون محیطی **مع دوم Eosinophil به طرف Neutrophil چپ (Shift To Left)** حرکت می‌کند.

یعنی Leukocytosis (نیوتروفیلیا) دیده می‌شود. در کومای ملاریایی Sedimentation Rate در ساعت اول الی 60mm میرسد. در خون محیطی مریض اشکال رینگ و گاهی تروفوزویت هاوشیزونت هانیز دیده می‌شود و همچنان مونوسیت ها که صباغات میروزویت ملاریا را بلع کرده باشد دیده می‌شود.

شكل و خیم کومای ملاریا عادت‌آمده دوام نه می‌کند در نتیجه تداوی نامناسب و یا شروع تدابی ناوقت مریض فوت می‌کند.

استفاده از میتوود عصری رینماسیون یک جای باتداوی امکان تداوی مکمل را میدهد.

4- هیمولیز حاد داخل و عائی (Acute Intra Vascular Hemolysis) یا تاب هیموگلوبینوریا (Hemoglobinuria Fever) یا (Black Water Fever)

هیمولیز حاد داخل و عائی یا تاب هیموگلوبینوریا امکان دار پرازیتی باشد و یا می‌بیند کمانتوز (در پتوچنر مرض مکمل تشریح شده است).

فصل هفتم



فوتو (13)

در نزداین قسم مریضان نه تنها سرایط برای تحریب اریتروسیت هامساعداست بلکه تنبیهت سیستم ریتیکولواندوتیل (RES) نیز شدت میابد و اریتروسیت هاشکنندگیگردد، همچنان به شگفت انگیزی ایمونولوژیک رُخ میدهد.

در ملاریائی و خیم تروپیک مثبت بودن تست Combs شاهدگفтар فوق است.

فصل هفتم

مسکونه ولسوالی شیوه ولایت تنگر هار میباشد، که نظر به مشاهده مریض فوق بعداز صرف چندین قسم ادویه که نام های شان را یاد نه داشت به میان آمده عاجلامعاینات روتین مریض اجراء که هیموگلوبین مریض در حدود 3.5gm/dL بود Hemoglobinuria شدید که رنگ ادارش سیاه گشته بود به صحت عامه تنگر هار معرفی و بستر شد، بعداز تطبیق خون تازه و تداوی Intensive چند روز بعد مریض به بودیافتہ و از شفاخانه مرخص گردید. تداوی ملاریایی تروپیک به میتودهای مختلف صورت میگیرد، زیرالشکال و خیم ملاریا مثلاً شکل هیمولیز داخل وعائی و یا هیموگلوبین یوریا توسط ادویه های مختلف با ادویه ایتوتروپ ملاریاتداوی میگردد که در تداوی به شکل مفصل تشریح شده است.

در نزد اشخاص که باراول مصاب به ملاریا گردیده قبل از تطبیق ادویه ایتوتروپ به هیمولیز فواره ئی همراه با تب، هیموگلوبین یوریا و عدم کفایه حادکلیه رُخ میدهد، معمولاً در پرازیتیمیا بلند (Hyper Prasitemia) هیمولیز فواره ئی نظاهر میکند.

فصل هفتم

اعراض اساسی هیموگلوبین یوریا:- ادرار اطراف شده معمولاً به رنگ مخصوص (بیر سیاه و Wine سرخ) دیده میشود.

اوکسی هیموگلوبین در ادرار تازه و ادرار که در آخر اطراف میشود دارای میت هیموگلوبین میباشد، علاوه از آن در ادرار Hemosidrin و Urobiline نیز دیده میشود.

ادرار مریضان هیموگلوبینوریا الگردیک بوتل انداخته شود و بعداز چند دقیقه اگر طرف اش دیده شود دو طبقه تشکیل میکند رنگ طبقه علوی (بالای) نسبتاً شفاف به مثل وینو سرخ (Red Wino) و طبقه پائین به رنگ تاریک قهوی سرخ (Red Wino) که درین آن دیتریت موجود است دیده میشود.

معمول هیموگلوبینوریا دفعات پدیدامی شود و مترافق به لرزه، هایپرترزیمی (Hyper Thermia) (الي 40° درد عضلات و مفاصل، Vomiting، استفراغ Adenamy) که رنگ

محتوی آن سیاه و یا صفر اوی میباشد.

مگرس دردی (Headach)، Anemia، (Anemia)، و متعاقب ایرقان تاسیس میکند تعداد اریتروسیت ها پائین میباشد، هیموگلوبین الی 30gm/lit و همچنان تشکل Albumin محصول مرکبات هیماتین و Meth Albumin سیروم خون شرح شده است.

در لوحه خون به سرعت لیوکوسایتوزس (Leukocytosis) (نيوتروفيليا) به (40000-30000-20000) ميرسد.

فصل هفتم

در تحت تاثیر تداوی Symptomatic Dialysis پیریتونیال و تداوی ضد پرازیت مرض ملاریا ممکن باعث جلوگیری از مرگ گردد.

معنی لغوی تب هیموگلوبین یوریا مرض حاد پاراملاریایی میباشد که اکثر ابعاد از گرفتن Primaquine، Quinine وغیره بروز میکند، به رسوب سریع و کثیف اریتروسیت ها همراه با ایرقان هیولایتیک و هیموگلوبین یوریا است.

وبه معنی وسیع تر این مرض عبارت از وصف هیمولیز کثیف داخل شعریه هاتحت تاثیر پریپرات هامختلف ادویه یعنی سلفامیدها Primaquine, Pyremithamin و مرکبات Nitrophorhan وغیره است.

در اختلاط هیمولیز داخل و عائی و یادرب تب هیموگلوبین یوریا هیموگلوبین (HB) آزاد تو سطح حجرات سیستم ریتیکولو اندوتلیل (کبد، طحال، عقدات لمفاوی وغیره) گرفته شده و به Bilirubin تبدیل میگردد، که در نتیجه آن نزد مریضان پر قان ظهور میکند.

در ادرار مریض علاوه به (Oxy Hemoglobin) مقدار قابل ملاحظه (Meth Hemoglobin) و گاهی هیماتین موجود میباشد ولی همیشه البو مین یوریا، یورو بیلنو یوریا (Urobilinuria) بیلور و بینیمیا قابل ملاحظه است که این هادر نتیجه هیپاتیت پارنشیماتوز ثانوی بوجود میابند.

در رسوب ادرار معمولاً صباغات صفر اوی زرات پخته مانند کتله هیموگلوبین Amorphonemia (تغییر شکل هیموگلوبین) دیده میشود.

فصل هفتم

کلیوی تخیله میشوندو هم در روغتون های مرکزی کلیه مصنوعی موجود نیست. غیر از هیمودایلزس اهتمامات دیگری از نظر پراکنیک نتیجه مثبت نمیدهد مریض حتماً فوت میکند. در صورت که مریضی سیر خفیف داشته و در شروع هیمولیز یعنی بعد از صرف 3-2 تابلیت پریماکین بوجود آمده باشد اگر مریض به سرویس انتانی در روز او اول شروع هیمولیز بر سرتوسط تداوی Intensive ممکن حملات در 5-3 روز از بین بروندادرار روش نمیشود، درجه حرارت پائین میباشد، جریان خون به شکل عادی میباشد که در معاینه آن رتیکولوسیت بلند است.

مریضان تب هی—وگلوبین یوریامیل به نکس یا عوددار 3-2 مرتبه نکس مرض بعد از 6-8 سال دیده شده است.

بر علاوه از اختلالات فوق که مفصلات شرح شده است، یک تعداد اختلالات دیگر در سیر ملاریایی تروپیک (شکل و خیم) بوجود میاید که با نظرداشت پتو جنیز مرض و یاد رجیان تداوی از اثر تداوی غیر معقول و عدم مراقبت جدی مریضان یعنی مصاب به ملاریایی تروپیک که محکوم به بستر باشتن است کرده میتواند.

مادر رجیان کار تحقیقاتی خویش نزدیک عده مریضان (مصاب به ملاریایی تروپیک شکل و خیم) بعضی تغیرات پتانژیک که به شکل اختلالات به وجود آمده بودند ثبت نمودیم که حتی در بعضی مریضان باعث مرگ گردیده

فصل هفتم

با وجود انفکشن فعال پرازیت در خون محیطی مریض خصوصاً در حالت هیموگلوبینوریا بسیار کم و یا هیچ یافته نمیشود— زیرا ریتروسیت های مافوف به وقت اول رسوب میکند.

کبد و طحال ضخاموی و بسیار در دنایک میباشد، از همه خطر ناک و وحیم تر در هیموگلوبینوریا بلک کلیوی میباشد که باعث انوری و عدم کفایه حاد کلیوی و مرگ میگردد که علت این مافوفیت حاد کلیه، انوکسیا (Anoxia) و عدم رسیدن اکسیجن به حجرات Epithelial کلیه که در نتیجه بر هم خوردن جریان خون به کلیه بوجو دمیاید.

هیموگلوبینوریا به سه کتگوری ذیل تقسیم شده است؛

1—خفیف

2—متوسط

3—وحیم

فورم اول به شکل سب فبریل و هیموگلوبین یوریابرای مدت کوتاه بروز میکند.

در فورم متوسط و وحیم به شکل هیمولیز کتلولی (Massive) حوادث نزفی، یرقان، Collaps و Anuria بروز میکند، در سابقه از این اختلال تلفات 50 فیصد بود. در عصر حاضر نسبت تطبیق میتودهای مدرن تداوی فیصدی و فیات نسبتاً پائین آمده است، لیکن در کشور مالا فغانستان هنوز فیصدی و فیات بلند رفته است زیرا اکثر مریضان که از ولایات ویاز قطعات دور دست در حال تاسیس بلوک

فصل هفتم

امراض ولاדי که در کارتحقیقاتی نزد 292 مريض در جریان معاینات تشخیص شده اند.

نا	تعداد	فيصدي
Situs Inversus	1	0.3
Dextra Cardia	1	0.3
سقوط کلیه	1	0.3
بدون تغیرات	289	98.9

جدول (24)

در جریان کارتحقیقاتی نزد اکثریت مريضان که از قطعات در جزت نامهای دور دست آمده بودندکه از جمله در نزد 15-20 مريض حالت Avitominosis وجود داشت که در بعضی شان سبب اعراض کلینکی شده بودند ولی نزد آن عده مريضان که تغیرات ولاדי موجود بوده به شکل وصفی باعث شدت اعراض کلینکی مرض نه شده اند.

نظر به تیوری اکثر ادر امراض ملاریاکه ناشی از هر نوع پرازیت ملاریا باشد به صورت عمومی در معاینه خون Reagent Thrombocytopenia دیده میشود، با وجود کمی و عدم موجودیت لابرانت با تجربه در کارتحقیقاتی از تمام مريضان مصاب ملاریا تروپیک ترومبوسیت

فصل هفتم

است که در جدول ذیل به شکل مختصر بالرقم وفيصی از آن تذکر به عمل آمده است.

امراض واختلالات که به شکل تالی در ملاریا تروپیک بوجود آمد		
امراض و اعراض	%	٪
Toxic Hepatitis	33	11.3
Toxic Nephritis	21	7.1
Meningism	6	2
Retinal Hemorrhage	1	0.3
CNS		
Facial Palsy	2	0.7
Encephalo Myelitis	2	0.7
Hemoglobinuria, Hemolysis, G6PD	12	4
Oliguria	6	2
Anuria	9	3
Poly Uria	1	0.3
Aspiration Pneumonia	3	1
H-Simplex	12	4

جدول (23)

فصل هفتم

دیده نه شده ولی باز هم از یک تعداد مریضان که تروموسیت خون انها معاینه و دیده شده است یکی از وصفی ترین علامه لابراتواری ملاریامیباشد، که در اینده نزدیک این سوال در پراکنیک به رؤیت اسناد خواهد شد.

لوحة پتواناتومی: - در فورم حادیر قان جلدی و ارگان های داخلی مملو خاصه وزردی قهوه ی کبد طحال و مملواز خون تاریک سرخ کلیه قدر پنده که کانال مستقیم آن از سلندر های هیموگلوبین (به رنگ سیاه و قهوه ؎ی) پرمیباشند دیده می شود.

از یمای ریتان در ملاریائی پلازمودیم فلسفی پارم در نتیجه تداوی نامناسب بوجود می اید (تطبیق مایعات زیاد) و همچنان در نتیجه تطبیق مقدار زیاد خون اذیماریوی را تأسیس کرده می تواند.

فصل هشتم

خصوصا در ناحیه Frontal قوس بالای ابروها، ضعیفی و در دتمام اعضام موجو دمیاشد، Hyperemia وجه، Conjunctiva سرخ و علامة Shipka دیده میشود.

بعضی اوقات Epistaxis، اکثر Bradycardia نسبی و Hypotony، اعراض موقت طرق تنفسی علوی، بندش انف، تخریش گلو، سرفه خشک و دردناک، Hyperemia of pharynx همچنان کبد و طحال ضخاموی نمیباشد، که بالاخره فرق آن توسط معاینه خون صورت میگیرد، در خون مریضان ملاریا پرازیت در قطره هموارو ضخیم در سلاید دیده شده و تشخیص ملاریا وضع میگردد.

ولی در مریضان گریپ تنها Leukopenia دیده خواهد شد.

2 - تب محرقه و شبیه محرقه (Typhoid & Para Typhoid Fever):-

ملاریا ابتدای سه روز با تب Remittent و ملاریا یا تروپیک با تب نامنظم یا Remetent و یا Continous را باید با محرقه تشخیص تفریقی کرد.

در محرقه و شبیه محرقه با تفريق از ملاریا اعراض ذیل میتوانند مشاهده کرد:

شروع تدریجی مریضی، دیپ بودن مریضان، سردردی ثابت (Dull Headach) و همیشه Anorexia (بی اشتھائی)، اکثر Bradycardia با تنفس Hypotany زبان تیفوژی (زبان ضخاموی یا محجم، چاپ دندان هابالای زبان معلوم میشود، قسمت وسط زبان با غبار سفید و خاکستری رنگ پوشیده مگر جنب هاونوک آن از غبار پاک میباشد).

فصل هشتم

تشخیص تفریقی (Differential Diagnosis)

مشابهت اعراض کلینیکی ملاریا با اعراض کلینیکی دیگر امراض مارام جبور میسازد تا ملاریا را از بسیاری امراض دیگر تشخیص تفریقی نمائیم.

بالا خاصه در واقعات اختلاطی واشکال Atypic به این موضوع ضرورت زیادتر توجه شود.

باید ملاریا را با نظر داشت حابیودن تظاهرات مریضی و دوام آن باید از:

Gripp, Typhoid, Brucellosis, Spiractosis, Visceral Leishmaniosis, Lepto spirosis, Sepsis, Dingue Fever، Papatassi Fever, Yellow Fever، هیمولایتیک خون وغیره امراض خون تشخیص تفریقی نمائیم.

1 - گریپ (Gripp):- گریپ یک مرض حاد ویرسی بوده که متصف به تب شدید، لرزه، سردردی و درد شدید عضلات میباشد.

در سه روز اول تب به شکل بلند با تقریح کوتاه مدت میباشد، بر علاوه این نوع مریضان از درد شدید کمر نیز شاکی میباشدند اما فرق اش با ملاریا این است که در تب ملاریا دور روز تقریح وجود دارد و به روز سوم پاراکسیزم بعدی برای چند ساعت به میان میاید، در ملاریا یا گریپ اگر خون معاینه شود Leucopenia دیده میشود.

در گریپ بر علاوه از اعراض فوق اعراض ذیل نیز دیده Sever headach میشود، مثلاً Intoxication و پیشرفت،

فصل هشتم

موجودیت محراق سپتیک در عضویت و باب دخول میکروب. وصف Hictic گراف حرارتی. عرق خیلی زیاد و محدودیت لرزه. اندفاعات هیموراژیک (Petechia) در قسمت های مختلفه جلد بدن و مخاط چشم. Neutrophilia, ESR، سریع بودن Leuckocytosis، در خاتمه تجرید میکروب از خون.

5 - لشمانیازیس حشوی (Visceral Leishmaniasis): چون اعراض مشترک در بین لشمانیازیس و ملاریا خیل زیاد میباشد بنابرایی یک مریض لشمانیازیس در ابتدای تشخیص ملاریا وضع میشود با تفرقی از ملاریادر لشمانیازس اعراض ذیل رامیتوان دریافت کرد: موجودیت ایفکت ابتدائی به قسم پیول در جای گزیده شده توسط Mosquito.

شروع تدریجی Adenamy, Prostration، خسافت و پرفیوریای جلد. حرارت دوامدار و Remitic در 30-20 فیصد و قوعات. در جریان شبانه روز حرارت دومراتبه بالا و پائین میشود. ضخامه عقدات لمفاوی محیطی و ویسیرال ضخامه پیشرفت طحال و دردناک بودن آن. لاغری (باختن وزن بدن) و کلان بودن بطن (متوجه). Leuckopenia پیش رفته (800-2000)، Hyperproteinemia، Granulocytopenia (در ملاریا

فصل هشتم

ضخامه کبد (Hepatomegaly) و بعضی اوقات ضخامه طحال (Splenomegaly) موجودیت حالت Status Typhosa قابل پادآوری میباشد مگر تشخیص حقیقی توسط هیموکلچر (Widal Test) و تست غیر مستقلم Hemoculture هیماگلوبولین (IHAT) ثابت میشود.

3 - بروسلولوزس (Brucellosis): موجودیت بعضی اعراض مانند تب ریمتیک Intermittent، ضخامه کبد و طحال، تغییرات در خون Eosinopenia, Leukopenia, Hypochromic Anemia، Granulocytes، Lympho Monocytosis تشخیص ملاریا به مریض وضع گردد. مگر برای بروسلولوزس علاوه به اعراض فوق دیگر اعراض ذیل نیز وصفی میباشد: وضع قناعت بخش مریضان در موجودیت ریاکشن حرارتی بلند.

عرق زیاد در شبانه روز. ماؤف شدن اعضاؤ سیستم های عضویت به شکل کمباین (اپارات اتکاوا حرکت مفاصل عظام) سیستم Urogenital، عصبی وغیره. علاوه به معاینه خون ازنگاه ملاریا حتماً باید تست های سیرولوژیک (Hedelson Right test) اجرا و تشخیص وضع میگردد.

4 - سپسیس Sepsis یا (Septicaemia): نظر به اعراض ذیل Sepsis از ملاریا تشخیص تقریقی میشود:

فصل هشتم

ریزی ازان Sub Conjunctiva، خون ریزی در Epistaxis و تالس Hematuria میکند. احتمالاً در بعضی مريضان همزمان Halucination، ضیاع شعور، ظهر Meningitis بلاحظه ميرسد، انيمیا انکشافی، Leuckocytosis، Thrombocytopnea، جمله Nutrophilia، میلان فورمول به طرف چپ (Shift to Left) و بلندبودن (Sed Rate 10-40mm) در واقعات پیشرفت به نوبه اول مأوف شدن او عیه کبدو کلیتان بلاحظه ميرسد Anuria مترافق با قطعی مرض توسط تست های سیرولوژیک (DAL) گذاشته میشود.

7 - س پیراکتوزیس کنه ئی
(Tick Borne Sproctosis): در حمراق های اندیمیک سپیراکتوز کنه ای، همچنین نزد اشخاص که به طوری موقت در این حمراق های اندیمیک قرار داشته، ملاریابیدا این مرض تشخیص تقریقی گردد. اعراض سپیراکتوز قرار ذیل میباشد:

ظهور Nodule های تخربشی در ناحیه گزیده شده، موجودیت حرارت راجعه بین حمله اول و دوم، تفریح یک شبانه روز و در حمله های بعدی تفریح 5-7 روز میباشد. کبدو طحال کمی ضخامی و درخون Leuckocytosis، نیتروفیلیا موجودبوده و تشخیص بعذار دریافت بوریلا،

فصل هشتم

Hypoproteinemia میباشد) مگر تشخیص قطعی نظر به تست های سیرولوژیک و دریافت پرازیت در مخ عظم (Bone Marrow) و عظم قص وضع میشود.

6 - لیپتوسپیروس (Lepto Spirosis): شروع مرض به شکل حادبه زودی درجه حرارت بلندمیرود الی 39-40° و در دشیدسر ظهر میکند.

در روزهای اول مريضي مريضان از دردشید عضلات حکایه میکنند بالخاصه در عضله Gaster حتی مريضان قادر راه رفتن را ندارند.

ضعیفي عضلات Hyperemia واذیمای وجه به روز 5-3ام مريضي اندفاعات polymorph ظهور میکند که بعضی اوقات به شکل Petechia میباشد.

به روز 6-4ام مريضي همزمان با پائین شدن حرارت بلند، برقان (Jaundice) ظهور میکند و ضخامه کبد پیدا شده و در جس در دنگ میباشد.

نزد 50 فیصد مريضان ضخامه طحال نیز موجودبوده و متضرر شدن کلیتان در Leptospirosis خیلی وصفی میباشد.

در معانیه ادرار Albumin سلندر هادریافت میشود، اکثرا نزد مريضان Anuria به ملاحظه ميرسد همچنان Azothemia پیشرفت میکند فشار خون بلندمیرود.

تاس - س ندروم هیموراژیک Leptospirosis خیلی وصفی (Hemorrhagic Syndrome) میباشد (خون

فصل هشتم

محدود میشود مریضان در حالت اجباری بستر را خود میگیرند.

در جریان 5-7 روز درجه حرارت بلند و دو قبه ئی میباشد، تب در سه روز اول بلند (حمله اول حاره ای رارتی) در جریان 2-3 روز بعدی به وجود میاید بعد از جریان 2-3 روز دوباره حرارت بدن بلند میشود. هیپریمیاوجه در تمام غشاء مخاطی به شمول اذیمای وجه که به چشم نیده میشود تاسیس میکند. اکثر اهای پریمیایی تمام جلد به قسم Scarlatin در سطح مفاصل ارنج وزان و ظهور نموده و بعد از 2-3 روز مرض ظهور اندفاعات سُرخکان ماندبه شکل ماکولوپاپولوز و سکارلاتین خصوصاً در تنه، اطراف و وجه تبارز مینماید ضخامه عقدات لمفاوی محیطي و ضخامه کبد به شکل نسبتی موجود میباشد. تشخیص به اساس تست های سیرولوژیک در سیروم های جفت گذاشته میشود.

10 - تب زرد(Yellow Fever):- در ممالک امریکائی و افریقائی ملاریا باید از تب زرد تشخیص تقریقی شود که اعراض آن قرار ذیل میباشند:- شروع مرض به شکل حاد بدون اعراض Prodromal متراffc با سردردی شدید و سرچرخی، در کمر و اطراف موجود میباشد، تب بلند که در شبانه روز اول به 39° - 40° میرسد و متراffc بالرزو میباشد احساس تشنگی، دلبهی (Nausea)، استفراغ مکرر با محتوی مخاط موجود میباشد.

فصل هشتم

(Borella) تحت مایکروسکوپ در خون محیطي وضع میشود.

8 - تب پیتاشی (Papatassi Fever):- در مناطق اندیمیک ملاریا را باید با تب Papatassi تشخیص تقریقی نمود.

اعراض مشترک شان عبارت اند:- شروع سردردی، لرزه، تب بلند، در دور روز اول، در تمام اعضاء بدن، اعراض که در تب Papatassi بمحاذظه میرسند قرار ذیل اند:- دیپ بودن پیشرفتیه مریضان، سردردی شدید در ناحیه Frontal که ناحیه بالای قوس ابرو هادر دشیده را ثناء حرکت چشمان، هایپریمیاوجه - مثبت بودن علامه پیک (توسع جالی مانند او عیه به قسم مثلث که قاعده آن به طرف زوایایی و حشی چشم میباشد).

مثبت بودن علامه تاووسیک (ظهور در دشیده را ثناء بالا کردن جفن توسط انگشتان و شکایت از درد دشیده را ثناء وارد کردن فشار بالای کره چشم)

9 - تب دینگو (Dengue Fever):- اعراض و علائم :- این مرض در 42° عرض الblastمالی و 40° عرض الblastجنوبی بمحاذظه میرسند بشهکل حاد شروع میشود اعراض prodromal در آن نمیباشد درجه حرارت بدن فوراً به 39° - 40° میرسد، سردردی شدید موجود بوده و کره عین و یاتخهای چشم شدید از دنگاک میباشد، دردهای شدید عضلي در مفاصل موجود حرکات در مفاصل

فصل هشتم

اعراض محراقي ثبت ميشوند، که به هر يكی از امراض فوق وصفی میباشد.

درخون Leukocytosis تجربه باکتری از مواد مختلف با درنظرداشت پتالوژی های فوق بعضی از علماء محققین میگويند که در ملاریا تروپیک ممکن اعراض مشابه که در امراض حاد راهی، احشای بطن، Pneumonia، Pleuritis موجود میباشد. ملاحظه میرسد.

(بالخاصه اگر Infarct طحال وجود میباشد) Sub Capsular Hematome

12 - امراض خون (Blood Diseases):- ملاریا طولانی شناخته نه شده در موجودیت بعضا همراه امراض Anaemia و Hepatosplenomegaly خون مغالطه میشود - خون مریض ازنگاه ملاریا باید چندین بار دیده شود.

13 - تفیق کومای ملاریایی با کو ما های دیگر Lymphogranulomatosis, Hemolytic Anemia Hyper Splenism or Splenomegally مختلف به وجود آمده، در این جاخون مریض چندین دفعه ازنگاه ملاریا دیده میشود، و هم تداوی تو سط مستحضرات هیموشیزوتروپ اجراء گردد. سقوط حرارت بلند در 2-3 روز دلالت به ملاریا میکند.

فصل هشتم

هایپریمیا و اذیمای وجه، هایپریمیا جلو قسمت علوي تنفس، تورم لب ها، رنگ زبان سرخ و روشن میباشد.

جلد خشک و گرم، Tachycardia، و کربودن تن های قلب موجود بوده Euphoria خیلی وصفی میباشد. کبد ضخامي و درنگ اک بوده و طحال بعضی اوقات ضخامي میباشد.

B Brady cardia به روز چهارم مریضی ممکن یرقان و تاسیس نماید.

خون ریزی از انف (Epistaxis) و رحم بمالحظه میرسد. Hemorrhagic Syndrome واستقراغ با محتوی سیاه رنگ ظهور میکند و بعد از Anuria میان میاید.

عدم کفایه حادکلیوی (Acute Renal Failure) و عدم کفایه قلبی و عائی باعث مرگ مریض میشود. تشخیص بعد از اجرای تست های سیرولوژیک Complement Fixation Test) وضع میشود.

11 - تشخیص تفیقی باتسمم غذائی:- اکثر ادرم رض ملاریا در میسان در دنایه Epigastrium تحت الضلعی راست و چپ، دلبدی واستقراغ، نرم بودن مواد غایطه، یرقان خفیف در صلبیه های (sclera) ضخامه و دردکبد، تیره شدن ادرار بمالحظه میرسد و مجبور میشوند با امراض فوق الذکر تشخیص تفیقی نمائیم - همچنان صعود حملوی درجه حرارت مشابه پارکسیزم ملاریا در واقعات Pyelitis, Cholangitis, Cholycystitis وغیره پرسه های التهابی به نظر میرسد. مگر با تفیریق از ملاریا در این امراض

فصل هشتم

تشوشات حالت تیزابی قلوي و بلانس الکترولايت موجودیت اندیما، انوری، Hyper Reflexia و رعشه فایبرینی عضلات، تنفس تیپ Chyne Stoke و بعضی اوقات به تیپ Kaussmawal موجود میباشد.

(Anemia) Myosis پیشرفته حدقه هابلندی فشارخون، اندیما (Azothemia) NPN خون بلنداز 100mg% موجود میباشد از دهن مریض بوی ادرار میرود.

Leuckocytosis در ادرار Albumin، در خون محیطی نیتروفیلیا، امکان موجودیت عدم کفایه حادکلیوی را باید در شکل و خمیم Yellow fever، Leptospirosis و تب هیموراژیک رانیز در نظرداشته باشد.

- C - هیپاتیک کوما (Hepatic Coma)

اعراض و علایم: در انامنیز Viral Hepatitis و Chronic Hepatitis باشد.

يرقان در جلدوصلبیه های چشم موجود بوده، تنفس خشن شکل Chynestok و Kauss mowall داشته میباشد. در سیستم قلبی و عائی Bradycardia و هایپوتونی موجود میباشد.

موجودیت عدم کفایه حادکبدی و اتروفی حاداضغیرشرط است.

فصل هشتم

14 - کومای ملاریار اباید با کوماهای ذیل تشخیص تقریقی نمود

-:Diabetic Coma or(Hyper glycemic Coma) – A اعراض (Symptoms): هایپرگلیسیمیا و هایپر از مولریتی پلازمای، تشوشات استقلاب باکتیون و اسیدوز که سه و ریانت آن موجود است.

- Hyper glycemic and Hyper Ketonic
- Hyper osmolarity of Plasma
- Hyper Lactecemic

در تمام این وارینت ها وظایف سیستم عصبی مرکزی عمیق‌انهی میباشد، تonus تمام عضلات پائین بوده، Tachy Cardia و Tachypnea وجود میباشد، حدقه ها متوجه و اکثرآ تنفس خشن به شکل Kaussmaul میباشد، جلد و مخاط خشک میباشد.

، Areflexia و Oliguria، Anuria، هایپر اتوپیا، تقاضات، Epileptic form (Epilepsy) مانند) دیده میشود. موجودیت اعراض Glucosuria، Meningeal و بوی اسیتون Variant هایپر از مولر کبد و طحال ضخامی نمیباشد.

- B - کومای یوریمیک (Urimic Coma) (Symptoms): در انامنیز حکایه از امراض مزمن کلیتان موجود میباشد.

فصل هشتم

شدید، ضعیفی عمومی، حرارت بلندبدن، اکثر استفراغ موجود میباشد.

علایم سحابی ای مثل اعلامه Kernig و Broudzynsky بعضاً Paralysis از رواج قلبی به وجود میآید. هایپرستنیزی عمومی، و Rigidity در عضلات عنق دیده میشود.

تقلصات عضلي، اندفعات هيموراژيك (Petechia) در جلو مخاط، ارتیمانبض و تنفس به نظر ميرسد.

تغيرات در CSF مثل فشار بلند، رنگ مکدر، مثبت بودن تست های Cytosis و Pandy از حد نورمال بلند میباشد. در Echo Encephalography صعود فشار قحفی و توسع بطين III بلاحظه ميرسد.

Hemolytic Coma – F: در سیر و خیم کریز هيمولاژيک به میان میايدونزدمريضان انيميا هيمولاژيک به ملاحظه ميرسد، سندروم پرقان انکشافي دیده میشود، در خون انيميا هايپوكروميك میباشد، كمي اريتروسيت الی (1000000)، پائين شدن مقاومت Osmotic، اريتروسيت ها دیده میشود، در خون Leuckosytosis و Azothemia موجود میباشد. در معاینات بيوشيمي بلند شدن بيليروبين غير مستقيم را پور میدهد.

فصل هشتم

هيموراژي و موجوديت المينت هاي هيموراژيك در جلد به نظر ميرسد و Ascitis شاید تاسيس کند. كمي Hyperbilirubinemia Azothemia پروتين خون الي 10 فيصدديده میشود.

همچنان كمي كوليسترول و قند خون نيز در معاینات بيوشيمي خون نشان ميدهد و به اساس از ديداً قابلیت نفوذیه حجرات کبدی و يا زدياً پرسه لیز حجرات کبدی مقدار انزایم ها Transaminases (SGPT and SGOT) بلند ميرود.

Eclamsic Coma – D: يكي از تظاهرات توکسيکوز موخر حاملگي بوده و در زمينه فشار خون به وجود میآيد. Cyanosis به اساس سپازم ارتériوں جلدي به وجود میآيد. Hypertonus عضلات، Trismus و تقلصات عضلي دیده میشود.

Mydriasis حدقه، تنفس خشک و بطني میباشد و بعضی اوقات Apnea نيز بوجود میآيد، اعراض سحابي ای مثبت میباشد.

Leuckocytosis در خون محيطي، سريع بودن ESR و اسیدوز ميتabolik موجود میباشد و در ادار آر Albaminuria، Hematuria، Leucocyturia، و سلندر يوريا دیده میشود. **E** - کومادرانتانات مننگوکوکسیک: به شكل حاد تاسيس میکند و اعراض و علایم سحابي ای شروع میشود - سردردي

فصل نهم

دلبدی و استفراغ پیدامیشود، پاروکسیزم اول، از 15 دقیقه والی 2-3 ساعت دوام میکند، در پاروکسیزم اول درجه حرارت کمتر تا 40° درجه حرارت میرسدولی در پاروکسیزم های بعدی میتوان حرارت تا 41° درجه بر سرده، لرزه تدریجی به احساس گرمی مبدل میگردد، ریض کمپل را زخ و دور می اندازد، جلد خاکستری یا خاکی دیده میشود در جس گرم و خشک میباشد - فشارخون پائین، نبض عادی و پُرجس (Dry Cough) پیدامیشود، مریض معمولاً از سردردی شکایت میکند و هم در کره عین در وقت حرکت در موجود میباشد. تشنجی، تهیج، هزیانات و ناآرامی نزد مریض موجود میباشد - پریود احساس گرمی 2-6 ساعت دوام میکند و بالاخره به عرق (Sweating) عوض میشود. در ابتدا عرق در قسمت شقيقه های سر پیدا و بعد از چند دقیقه شکل Generalized (عمومی) رامیگرد.

درجه حرارت به شکل تدریجی پائین میاید حتی قبل از شروع عرق درجه حرارت کم میگردد و همراه با شروع عرق حرارت نورمال میگردد و در مت 1-2 ساعت به حد نورمال میرسد (ویا ز نورمال پائین ترمیشود) در این زمان مریض احساس راحت میکند و از این میشود بالاخره مریض راخواب میبرد.

درجیان روز خارج از پاروکسیزم مریض عادتاً ز کدام تکلیف شکایت نداشته تنها ضعیفی عمومی و درد استخوان هام وجود میباشد، اگر مریض ادویه اختصاصی

فصل نهم

Malaria tertiana ملاریای سه روزه
(*Plasmodium Vivax*) دوره تقریخ ملاریای سه روزه در بین 10-20 که معمولاً 12 روز میباشد. اعراض Prodromal وی فوق العاده وصفی است که عبارت از کسالت عمومی سردرد Headache، دردکمر، دلبدی و استفراغ میباشد که چند روز قبل از شروع مرض احساس کسالت، سردردی و دردکمر و اطراف، دلبدی و گاهی استفراغ هم پیدامیشود. در حمله اول درجه حرارت از 38° - 39° درجه سانتی گراد و یا بلندتر از آن میباشد. با اعراض فوق احساس لرزه بوجود میاید، تب در ملاریابه شکل Intermittent موجود میباشد، که این حالت برای چند روز دوام میکند و درجه حرارت کمتر به 40° درجه سانتی گراد میرسد. نبض و تنفس سریع، جلد مریض Hyperemic و مرطوب میباشد.

در هفته اول حملات تب شکل منظم را بخود میگیرد (یک روز در میان) اکثر حملات از طرف روز و آن هم در نیمه دو هم روز دیده میشود، حمله تبیک ملاریاب پیدا شدن لرزه شروع میشود، درجه حرارت بدن سریع بالند میرود و دولی اطراف سردمتوسط (بالمس سردمیباشد)، جلد سفید، عقدات لمفاوی قابل دید و سفیدرنگ میباشد و گاهی نهایات به رنگ سیانوزی دیده میشوند.

در وقت لرزه برای مدت کوتاه فشارخون بلند میرود، نبض سریع (Tachycardia) و خفیف اخیطی میباشد.

فصل نهم

بوده وحمله تب به شکل پریودیک بعدازدوروز واقع میشود طبق قاعده از طرف شام صورت میگیرد.

ملاجیای چهارروزه (Malaria Quartana) (Plasmodium Malaria)

عامل مرض ملاجیای چهارروزه حتی در صفحه پیش فته پرازیت در خون محیطی دریافت میگردد. اولین تب برای ملاجیای چهارروزه و صفحی نسبت در حمله اول تب به شکل پریودیک در پریود سوم برقرار میگردد. لرزه در این فورم اضافه تر طولانی و خوب واضح میباشد. پریود احساس گرمی امکان داردالی 6 ساعت دوام کند.

شیزوگونی اریتروسیتی امکان داردبرای یک زمان بسیار کوتاه موجود باشدوگاهی در طول تمام عمر زندگی دوام میکنند در ترتیب ملاجیای چهارروزه معمو لا به شکل اختلاط تاسیس میکند. Nephrotic Syndrome

کلینیک ملاجیای چهارروزه نزد آن عده اشخاص که دارای معافیت نسبتی باشد سیر خفیف را تعقیب میکند خصوصاً اشخاصی که در مناطق ایندیمیک ملاجیازندگی میکنند خوشبختانه و قواعد ملاجیا چهارروزه در کشور مامکن و یا هیچ موجود نیست.

چون این اشخاص که همیشه به شکل Reinflection و یا به شکل تکراری مصاب ملاجیا میگردند نسبتگارای معافیت نسبی میباشند ولی پرازیتی میانظر به مقایسه آن عده اشخاص

فصل نهم

رانگیر دحمله مریضی امکان دارد برای مدت 3-6 هفته دوام کند ولی حملات نکسی به شکل تدریجی خفیف شده میروند که علت آن تشکل ایمونیتی میباشد.

آنیمیا (anemia) در هفته دوم و سوم تظاهر نموده و در انکشاف مرض اندازه اریتروسیت هادریک ملی لیتر ($3-10^6/mL$) پائین میگردد.

طحال عمدتاً یعنی به شکل معمول بزرگ میگردد. البته بعداز پاروکسیزم اول با جس تنهادر آخر هفته اول امکان دارد جس شود و بعداز آن به شکل تدریج طحال بزرگ و کلان میگردد، مریض بشکل معمول از درد ناحیه طحال (تحت الضلعی چپ) شاکی میباشد.

کبد به شکل تدریجی بزرگ میگردد و در وظایف کبدی نیز به شکل نسبی تغیرات وارد میشود، بیلیروبین امکان دارد خفیف بالندبرود (البته در اشکال خفیف) ویرقان به شکل Herpes Simplex تاسیس و در لب هاوکنارهای انف بروز میکند.

عویدانکس مقماتی در نزد آن عده اشخاص که تداوی آن توسط ادویه که بالای صفحه اریتروسیتی موثر است تداوی شده باشد مثلاً توسط دیلاگل (کلوروکوین) در این صورت نکس مرض را مشابه پاروکسیزم به شکل منظم شروع میشود - اعراض Prodromal در این شکل ملاجیا و صفحی نمیباشد.

-**ملاجیای اووال (Malaria Oval) (Plasmodium Oval)**
در بسیاری جهات این فورم ملاجیا مشابه است به ملاجیائی سه روزه (Plasmodium Vivax) دارد فقط سیر آن نسبتاً خفیف

فصل نهم

که باراول مصاب به ملاریای چهارروزه میشوند بلندتر نمیرود.

سیروخیم کلینکی این فورم نزد اشخاصیکه غیرمعاف یا اشخاصیکه باراول مصاب په ملاریا شده باشند نسبتاً خیم میباشد.

مرض به شکل پریودیک و تکراری همراه با حالت ضعیفی سردی، درکمر (Lumbalgia)، بی اشتئائی، زیادشدن کسالت، قابلیت کار و فعالیت در وقت حمله قابل ملاحظه پائین میابد.

حملات ملاریا در نزد اشخاصیکه قسم امعاف باشند

این فقط یک قسمت کم که وصف مزمن رادرادار امیباشد در نزد این اشخاص معمولاً آنیمیاپیدامیشو دو سندروم اسیتیک و افسردگی روحی دیده میشود ملاریا در نزد اشخاص که قسم امعافیت داشته باشد حالت مقاوم در مقابل ملاریا بوجود میابد.

پرازیت ملاریا در عضویت موجود است و انتظار وقت مناسب را دارد. اگر شخص به کدام مرض دیگر مصاب باشد Shegillosis، Viral Hepatitis وغیره، در آن صورت امکان دارد پرازیت ملاریا نیز فعال گردد، در این مورد کلینیک انتانی ضرورت می‌افتد که در هر فصل سال از مریض تب دارسلایدر ابرای معاینه ملاریا لگرفته و معاینه گردد. و هم ملاریا باز همه امراض تب دار تو سط معاینه خون (از نظر ملاریا) باید تشخیص تقریقی گردد.

فصل دهم

میباشد، اکثر اردبطن (abdominal Pain) موجود بوده و مواد غایطه نرم میباشد، در مواد غایطه ممکن خون و بلغم دیده شود، گاهی مواد غایطه از نظر قوام شکل اب مانند رابخوبیگرد.

اسهال ممکن شدید باشدویک حالت Dehydration شدید را به باراورد هد میتواند.

بطن معمول امجم و نرم میباشد، در در ساحه تحت الا ضلاع چپ موجود نahiye ذکر شده در جس حساس میباشد، طحال بزرگ (ضخاموی) و به آسانی جس میگردد و در جس نسبتاً سخت و در دنک میباشد.

در صورت که تکرار امصاب به ملاریا شود امکان دارد طحال به اندازه بزرگ گردد که تمام جوف بطん را شغال نماید.

در دطحال در صورت که Infarction و یا انشقاق آن صورت گرفته باشد شدیداً بلنديمیرود، و قوعات انشقاق طحال خود بخودی و یادرنیجه ترومما (trauma) زیاد دیده شده است سویه هیموگلوبین الی 50gm/Liter پائین میباشد.

ملاریا نزد زنان حامله

در مناطق اندیمیک ملاریا در افغانستان مانند خوست، سروبی، ننگرهار، لغمان، فیض آباد و غیره ملاریا نزد زنان حامله فوق العاده سیروخیم را تعقیب میکند و حتی سبب سقط (Abortion) قبل از تکمیل زمان معین صورت میگردد و یا این که نوزادان به حالت فوت متولد میگردند.

در زمان دوره حاملگی (Pregnancy) و یادرنیجه بعداز تولد تحت تاثیر احیای مجده و هورمون هازن ها قسمتی

فصل دهم

ملاریا در نزد اطفال

در افغانستان تلفات نزد اطفال از سبب ملاریا بلند است از 10-15 فیصد مجموعه تلفات اطفال را ملاریا یاتشکیل میدهد، از همه وخیم ترا اطفال بین سن 6 شش ماه تا 5-4 سال مرض ملاریا را میگزرنند اطفال الی سن 4 ماه نسبت به داشتن معافیت پاسیف (Passive) ملاریا بسیا کم مصاب به ملاریا میگردند و بعداز سن 5-4 سالگی اطفال در نتیجه مصاب شدن مکرر به مرض ملاریا در عضویت خود مقاومت داشته میباشد.

ملاریا تروپیکی نزد اطفال

ملاریا تروپیک (PF) در زون های اندیمیک افغانستان نزد اطفال معمولاً در نیمه دوم سال اول زندگی مصاب میسازد.

امکان دارد برای چند سال ایمونتی دوام کند - تبارز ملاریا اولی در اطفال نسبت به کاهلان کمتر است ولی اگر بروز بکند فوق العاده وخیم میباشد. مرض ممکن به اسرع وقت سیروخیم را بخوبیگرد و باعث تلف (مرگ) طفل شود.

اطفال اگر از حمله اول زندگه برآید و دفعه دوم مصاب به ملاریا شود مرض برای مدت کوتاه سیر خفیف داشته میباشد مانند اشخاص دیگر.

اطفال منتن شده باداشتن خستگی و پژمردگی، خواب الودگی و گاهی ناراحتی تشخیص میگردد.

اشتهاش دیداً سقوط میکند Anorexia تام، اکثر امکان موجودیت دلبدی و بعض استقراغ بعداز غذا موجود

فصل دهم

داخل میشود در این زمان وظایف اندوتیل شعریه هامختل میگرد و هم مختل شدن Microcirculation صورت میگرد.

- در جریان کار تحقیقاتی از جمله (292) واقعه مثبت از نظر پرپارازیت Plasmodium Falciparum (14) مریض به شکل Mixed با پرپارازیت های ثبت شدن که باعث و خامت Plasmodium Vivax سیرکلینکی مرد گردیده بود.

فیصدی	تعداد	نوع پرپارازیت
95.2	278	Plasmodium Falciparum
4.8	14	Mixed (PF+PV)

جدول (25)

اگر اعراض قانع کننده کلینکی نزد مریض موجود نتیجه معاینه خون از نظر پرپارازیت منفي باشد باید مرکر اخون مریض معاینه شود - (البته بعد از 24 ساعت).

همچنان در وقت گرفتن خون چندین سلاید با قطره ضخیم تهیه شود، زیرا که در سلاید های مکرو روزیاد، نظر به یک سلاید امکان دریافت پرپارازیت زیادتر میباشد.

اگر در وقت تب ولرزه برای چندین بار خون گرفته و معاینه گردد بواز هم نتیجه منفي باشد باید راجع به مریض دیگر فکر شود.

در وقت معاینه خون مریض از نظر پرپارازیت ملاریا باشد طرف موجود بیت و یاد نموده کم خونی مثلاً هر رنگ و Size کریوات سرخ و همچنین به تعداد لیکوستیت ها که

فصل دهم

از مقاومت کسبی خود را از دست میدهند و مصاب شدن تکراری نزد شان فوق العاده حاد مانند مصاب شدن مرتبه اول بروز میکند که تقریباً یادتر شان همراه با اختلالات میباشد.

نزد نان حامله مصاب به ملاریا بالخصوص در Plasmodium Falciparum یک Anemia واضح دیده میشود.

در پتالوژی انیمیانه تهات خریب میخانیکی اریتروسیت ها (کریوات حمراء) رول دار دلکه همراه با آن بعضی فکتور های دیگر مانند Defect یا کمی Iron و فولیک اسید نیز نقش مهم دارد.

در زمان ولادت اگر مادر خون را زیاد ضایع بکند انیمیا پیشرفت نموده و باعث مرگ میگردد.

ضخامه طحال و کبد کمتر بزرگی فزیولوژیک رحم (Uterus) و پلاستی امکان دار سبب سقط قبل از زمان معینه (سقط پتالوژیک) گردد.

در محراق های انیمیک ملاریا، اطفال که از مادر مصاب به ملاریا خصوصاً Plasmodium Falciparum تولد میگردد وزن انهانظر به اطفال که از مادر سالم متولد میگردد کم میباشد.

در نزد مادران که مصاب به ملاریا میباشند اکثر آنها دانشان به شکل ولادي در حال فوت متول میگردد، این موضوع طوری شرح میگردد که در زمان پریود شیزوگونی اریتروسیتی در ملاریا یا تروپیکی در عروق شعریه های ارگان های داخلی، در عین زمان در پلاستی

فصل دهم

موجوداست ویا Leukopenia توجه گردد.

در قطره ضخیم حجرات ریتیکولواندوتیلیل بلند میباشد.
در صورت عدم موجودیت اعراض فوق موادخون باید دقیقاً معاینه شود.

در ملاریای طولانی (اشکال نکسی) بالخصوص ملاریایی تروپیک در خون محيطي امکان دارد. monocytes در پلازماي خون به شکل قطعات (پارچه ها و صباغات ملاریا به رنگ سیاه دانه هامیباشد، در نتیجه لبرانتوار آنها به نوع پرازیت قناعت نه بايد کرد، مثلا در پارازایت پلازمودیم فلسفیارم دیدن سلاید باید دوام بکند وفورم آن رانیز باید تشخیص کرد، اگر در خون انها فورم غیرزوجی دریافت گردد نیز باید تشخیص کرد - در این صورت گفته میتوانیم که مرض سابقه نیست و اگر بافورم غیرزوجی هیماتوسیت هادیده شود فرمی شود که پرازیتی میاکمتر از 12-10 است و سابقه ندارد ظهور میکند.

در نتیجه عدم یاشو تغذی (Nutrition) وضع جنین بر هم میخورد و طفل فوت میکند - ملاریابراي مادر و جنین مصیبت هاي بزرگ رابه بار میاورد، ادویه ضد ملاریا باید براي مادران حامله توصیه شود، زیرا دوز (Dose) منظم ادویه بالاي جنین تاثیر منفي ندارد.

درجه انیمیادر نزد ننان حامله که با ادویه مناسب کیمیا وی تداوی شده کمتر قابل ملاحظه میباشد طفل که متولد میگردد بیشتر قابلیت زنده ماندن را دارد.

فصل یازدهم

مطابق به هدایت سازمان صحي جهان (WHO) ميتوستاندربراي معاینه کتلوي از قطره ضخيم در مایکروسکوپ 100 ساچه ديد - ابجکتيف $\times 7$ و $\times 9$ معاینه صورت ميگردد.

براي مایکروسکوپيست (Microscopist) یاتکنيشن به حساب يك نفربراي معاینه خون آن 5 دقيقه وقت ضروري مبياشد.

بعداز پيداگردن يك نوع پرازيت معاینه ختم نميگردد. بلكه ضرورت است تمام ساچه دиде شود، زира اکثرا افاععات مختلط (Mixed) مبياشند، يعني امكان دارددوياز يادانواع پرازيت درخون موجود باشد - يعني ميتوان گفت كه مريض به دوياسه نوع پرازيت ملاريامصاب شده باشدو اگر تهاهيماتوسیت دیده شود معنی قطع شدن شيزوگوني اريتروسيتي مستقل ويتحت تاثير دويه ضدملارياكه موثر بالاي فورم غير زوجي ملارياباشد تووصيه ميگردد.

در معاینه بآيدتعداد پرازيت هانيزنشان داده شود زيرا خامت مرض مسقيما متناسب به تعداد پرازيت هادرخون مبياشد، زيرانظر به تعداد پرازيت عاقب مرض را (Prognosis) در نظر گرفته ميتوانيم.

توسط تداويي شكل وخيم و موثر یت ادویه راتعين کرده ميتوانيم بالخصوص اگر اشتباه مقاومت پرازيت در مقابل

فصل یازدهم

تشخيص لاپراتواري ملاريا

عبارة از معاینه مایکروسکوپ خون به مقصود واضح ساختن پرازيت هاي مخصوص داخل اريتروسيت هاوست هاي سيرولوزيك برای واضح شدن انتی بادي مخصوصه صورت ميگيرد. برای معاینه لاپراتواري خون در قسم سلايدخون (قطره ضخيم و هموار شده) تهيه ميگردد.

در پراكتيك برای ميتودمعاینه از قطره ضخيم استفاده ميشود، ميتوانيم توسط قطره ضخيم به شكل اساسی پرازيت را پيدا کنيم و در قطره ضخيم امكان دارد 50-25 مرتبه خون اضافه تراز قطره هموار پرازيت رانشان ميدهد.

قطره هموار برای تشخيص نوع پرازيت موردا استفاده قرار ميگرد. همچنان برای واضح ساختن پرازيت خون در مرحله شروع مريضي خصوصا در زمان پاروكسيزم خون گرفته ميشود.

تهادرجه حرارت عضويت در نظر گرفته ميشود، در وقت حمله پاروكسيزم پرازيت در داخل خون به شكل ازاد در دوران خون مبياشد و در بين دو حمله به داخل اريتروسيت ها (كريوات سُرخ) مبياشد، اگر اعراض کلينكي ملاريا موجود نباشد، در آن صورت هر وقت خون گرفته ميتوانيم، البته به مراتب مكرر باید گرفته شود.

فصل یازدهم

پرازیت باطریقه های تعدادلیوکوسیت هادریک MKM حساب میشود.

برای محاسبه دقیق پرازیت در ابتداء عدد Leukocyte هادریک میلی لیترخون بامیتودهای عادی تعین میگردد، بعد از هرساچه دید در قطره ضخیم تعداد پرازیت ها و تعدادلیوکوسیت ها حساب میشود لذاکن به 100دانه لیوکوسیت باید نه رسید و در نتیجه از قرار 1 MKM حساب میشود بطورمثال :

در مقابل 100 دانه لیوکوسیت در معاینه قطره ضخیم 30 دانه پرازیت موجود باشد و تعدادلیوکوسیت در 1cc خون 4000 دانه باشد میباشد حابه طبق فرمول ذیل حساب میگردد:

$$\text{تعداد پرازیت در یک میلی لیترخون} = \frac{30 \times 4000}{100}$$

فصل یازدهم

مواد کیمیاوی موجود باشد برای تعین پرازیت ها از میتوذیل استفاده شود:

در معاینه کتلولی طبق هدایت سازمان صحي جهان (WHO) باید به شکل معمول از قطره ضخیم استفاده شود، خون به مقدار کافی باید گرفت، حجم قطره باید باندازه باشد که در یک ساچه دید به ابجکتیف X9 و X7 در حدود 10 لیوکوسیت موجود باشد.

اگر پرازیت به صورت مشکوک باشد در همین ساچه دید و تعین شده میتواند، اگر پرازیت در هرساچه دید نشود در این صورت باید در 10-100 ساچه دیده و پالیده شود تعداد پرازیت طبق تابلوی ذیل حساب میگردد:

تعداد پرازیت سمبلوں	نتیجه معاینه	در یک MKM خون	در یک ساچه دید
+	اگر مقدار پرازیت کم باشد در معاینه 5 دقیقه امکان دارد از 10 پرازیت زیاد بیش نمیشود.	0.01-0.1 در یک ساچه	5-50
++	تعداد پرازیت زیاد نیست ولی خود در ساچه اول رسوب میکند.	0.1-10 در 10 ساچه دید	50-500
+++	پرازیت راتقربیادر هرساچه دید چندین دانه موجود میباشد.	1-10	500-5000
++++	تعداد پرازیت زیاد است در هر ساچه رسوب کرده میتواند.	بلندتر از 10	بلندتر از 5000

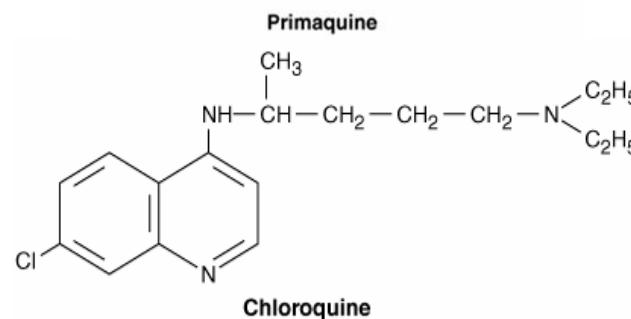
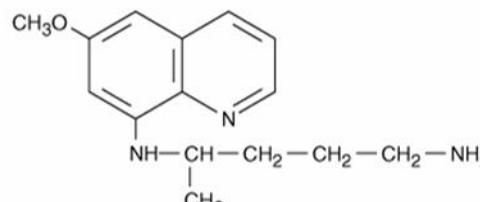
جدول (26)

حساب دقیق و صحیح پرازیت ناممکن است فقط طبق قانون ذیل میتوانیم حساب کنیم _ برای معلوم کردن دقیق

فصل دوازدهم

طولانی ویا(Brody Sporozoitemia) در کبدجای گرفته موثر است، موثریت Gomitotropia یا Gomitocyte به ارتباط صفحه زوجی پرازیت در پریودانکشاف پرازیت در داخل عضویت انسان و یا پشه انفیل دیده میشود، امکان دارد به شکل گامیتوسیدینی علت مرگ پرازیت در صفحه زوجی در خون انسان منتن ویا Sporozoitocid که Gomitocyte هاراطوری اسیب میرساند که سیکل حیاتی خود را در عضویت پشه به پایان رسانده نمیتواند، تا مروز مواد که در هر صفحه انکشاف حیاتی پرازیت موثر باشد موجود نیست.

فورمول های کیمیاوی بعضی از دارویه های که در تداوی ملاریا نذکر گردیدند.



فصل دوازدهم

(Anti Malarial Drugs)

برای تداوی اختصاصی مرض ملاریا دارویه مختلف بادر نظرداشت درجه موثریت آن موجود است، انتخاب آن برای یک واقعه بصورت مختصر مربوط به تایپ موثریت در مرحله معین و سیکل معین حیاتی پرازیت ملاریا ارتباط دارد و همچنان بخصوصیت سیر مرض مربوط است. تایپ تاثیر دارویه ضد مرض ملاریا از نظر تاثیر آن شیزوتروپ و گامیتوتروپ حساب میگردد تاثیر دارویه شیزوتروپیا و یا شیزو و نتوسیدر صفحه غیرزوجی پرازیت است (Erythrocytic Schizogony) و این تاثیر امکان دارد به دو تایپ (Type) باشد.

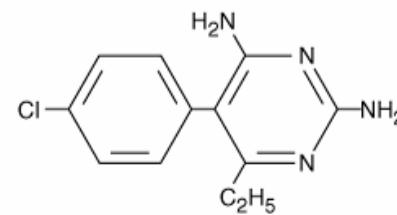
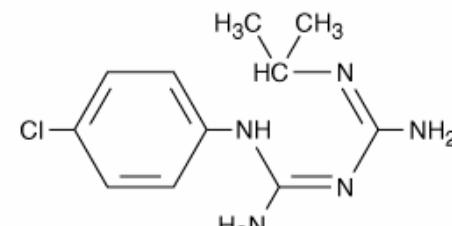
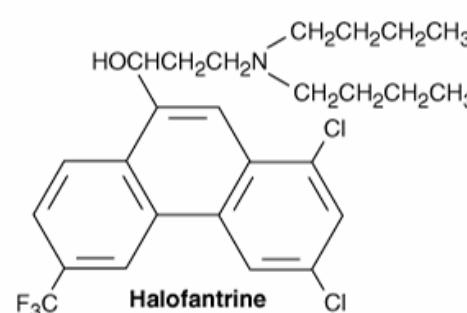
۱- هیماتوشیزوتروپیا (Hemato Schizotropia) یعنی شیزو و نتوسیدهای خونی.

۲- هستوشیزوتروپیا (Histo Schizotropia) یعنی شیزو و نتوسیدهای نسجی. مواد عناصری که تاثیر هیماتوشیزوتروپی داشته باشد پرازیت در صفحه غیرزوجی اریتروسیت از بین میروند حمله تب رامتوف میسازد.

دارویه که تاثیر هستوشیزوتروپی داشته باشد سبب مرگ پرازیت هادر صفحه Exoerythrocytic و یا پرازیت های که در طول پریود تغییری در نسج کبد خصوصاً از نوع Plasmodium Vivax (ملاریا سه روزه) سابقه و یا از فورم های نکسی این شکل ملاریا جای گرفته میباشد میگردد.

همچنان برای پرازیت های که سبب بروز کلینیک ملاریا برای بار اول بعد از دوره تغیریخ (Incubation Period) ۱۶۳

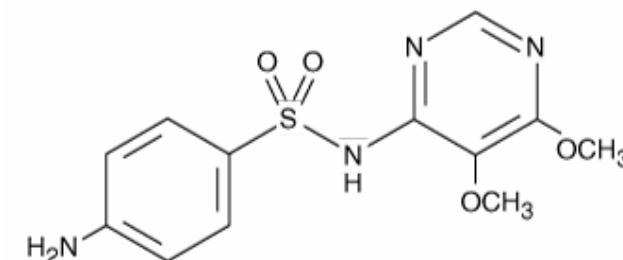
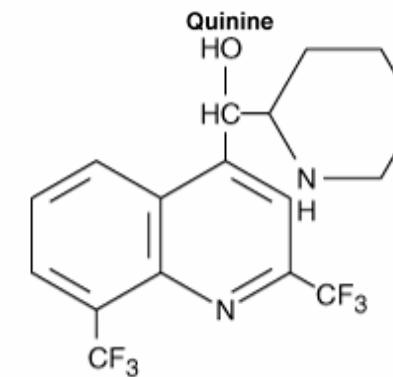
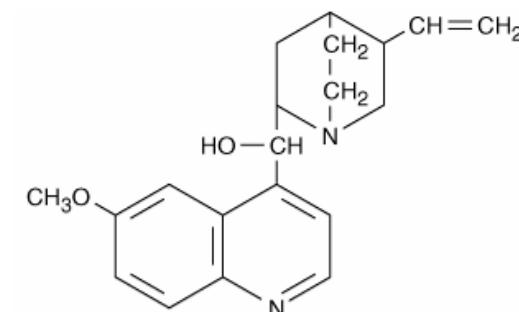
فصل دوازدهم



او صاف مواد ضد مalaria

مرکبات 4-تاثیر هیماتو شیز و تروپی
رادارد - در کلینیک های برای تداوی مalaria از آن استفاده به
عمل میابد - از این پرازیت ها Chloroquine نسبت به همه

فصل دوازدهم



فصل دوازدهم

2 - Quinine :- در شیمیوتراپی (chemotherapy) نمک های کنین تطبیق میگردد.

Quinine Dehydrochlorid (کنین دی هایدروکلوراید) 82 فیصد ماده اساسی کنین را دارد و Quinine Sulfate آن 74 فیصد دارای کنین خالص میباشد. کنین از طریق فمی خوب تحمل میشود و سریع به اعضای بدن و حجرات داخل میگردد و هم از پلاستتابه اسانی میگزارد و در خون به (غلظت) تداوی زود میرسد ولی زود از طریق کلیه اطراف میگردد و غلظت آن در خون برای مدت کم دوام میکند. Half Life آن تقریبایمتدت 10 ساعت در بر میگرد.

قبل از تطبیق کنین (Quinine) تست جلدی باید اجرا شود. برای تطبیق تحت الجلدی از محلول کنین استفاده نمیشود و هر ناحیه جلدکه تطبیق گردد برای چندین روز باقی میماند که به همین نسبت نکروز موضعی وابسی ها (بالخصوص اگر محلول غلیظ باشد) به وجود اورده میتواند.

اکثر اعراض جانبی ذیل به وجود میاورد: بررنگس گوش ها، سرچرخی (Vertigo)، استفراغ، ضربان قلب (Palpitation)، لرزش دست ها، بی خوابی وغیره.

فصل دوازدهم

و سیعتر مورد استفاده قرار میگرد، که به ترتیب به شرح ذیل از آن یاداوري مینماییم.

1 - Chloroquin Diphosphate که دارای 60 فیصد ماده اساسی کلوروکین دارد.

در صورت که تطبیق فمی (Oral) به شکل سریع امتصاص گردد، بعداز صرف کلوروکین در مدت 2 ساعت به غلظت اعظمی در خون میرسد، در شیر مادر اطراح نمیگردد، عوارض جانبی ندارد، تطبیق کلوروکین از طریق فمی بعداز ناشته باعث دلبدی واستفراغ میشود.

Half Life کلوروکین به پنج شباهه روز میرسد. تطبیق کلوروکین برای مدت طولانی به مقصد و قایمه (DIC) Dissiminated Intravascular Coagulation مختلف میسازد.

سرچرخی (Vertigo)، بررنگس گوش (Dizziness) و Dermatitis را به بار میاورد.

و هم چنان باعث مختل شدن Accomodation، پائین امدن حساسیت شبکه چشم و Leuckopenia میگردد.

عارض جانبی بعداز قطع ادویه زود از بین میرود. Amodiaquine دارنده 76 فیصد ماده اساسی کلوروکین و Plaquinil دارای 77.4 فیصد ماده موثر کلوروکین میباشد که نظر به مقایسه کلوروکین بیشتر قابل تحمل است.

فصل دوازدهم

در حدود 90 فیصد اشخاص که پایریمیتامین راصرف کرده باشد بسیار به آهستگی از عضویت بدون تغیر شکل اطراف گردد است.

Pyremetamine از شیر مادر تیرشده میتواند بیوه این علت در نزد اطفال شیرخوار مقاومت کسب نماید.

قرارت چون به Folic acid Antagonist تاثیر دارد اگر برای مدت طولانی استعمال شود امکان دارد سبب بروز حوادث توکسیکی گردد - بالخصوص سبب کمی فولیک اسید Megaloblastic anemia میشود و کمتر باعث شده میتواند Leuckopnea.

بعد از قطع ادویه و اخذ اسید فولیک ترکیب خون دوباره نورمال میگردد لذا تطبیق Pyremethamine نزد منسوین اردو مهمتر است.

Bigumalline Paludrine Proguanil-4 - تاثیر این ادویه مشابه پایریمیتامین میباشد.

Primaquine-5 : از جمله مرکبات 8-Aminoquinoline Primaquine Diphosphate بوده و به شکل نمکی میگردد. دارنده 72 فیصد ماده موثر میباشد.

پریماکین پرازیت ملاریا در صفحه شیزوفگونی اکزو ایتروسیتی از بین میبردو همچنان باعث جلوگیری نکس های پرازیتیمی - ادار انواع Plasmodium Vivax و

فصل دوازدهم

در صورت حساسیت امکان دار بمقدار کم کنین باعث Scarlatin Dermatitic Erythema (مخملک)، خونریزی های رحمی، تب هیموگلوبین بوریا شود، در این اوآخر به اساس Side effect های ذکر شده استعمال کنین در پراکتیک نسبتاً محدود شده است - بالخصوص نزد آن عده اشخاص که G6PD آنهاست نشده باشد.

(Chlorodin، Daraprin، Tindorin، Pyrimethamin-3 بالای همه انواع پرازیت ملاریا موثر است، که سبب مرگ پرازیت در صفحه غیرزوجی اریتروسیتی میگردد. موثریت آن اگر با سلفامایدیک جاتطبقیک گردید بلند میرود و همچنین بالای شیزونت های خارج اریتروستاتیک نیز موثر میباشد و از همه بلند تر و خوب تر تاثیران بالای Plasmodium Falciparm میتوانیم به عوض Primaquine نسبت فقدان فرمانت Glucose 6 Phosphate Dehydrogenase (G6PD) سبب هیمولیز داخل و عائی میگردد آنرا تطبیق نمائیم. Pyremethamine در نتیجه تطبیق فمی خوب و مکمل امتصاص میگردد و امکان دارد بعد از امتصاص آن از 1-7 هفته در داخل عضویت انسان باقی بماند.

فصل دوازدهم

امکان داردیک تعدادشان قبل از رسیدن به شفاخانه در قطعات و جزتام های اردوتلف شده باشندنی قیصه در این جاست که به هر مريض تب دارا زطرف موظفين مجادله ملاري يا بازطرف پرسونل متوسط طبي در جزتام های نظامي به ارتباط تداوي ملاري ياقبل از آن که نتیجه معاینه خون را خوانده باشد که پرازيت ملاري مثبت است و يامنفي برای يك مدت 1-2 روز کلوروكين و پريماكين به مريض توصيه ميکند، البته اين عمل بدون درنظرداشت موضوع مقاومت جنيتکي و ياكمي ولادي فرمنت G6PD که نزد بعضی مردم افغانستان موجود ميباشد تطبيق ميگردد که عواقب خطرناک رابه وجود مياورد.

ميتوانيم در مورديک مثل زنده رابه خاطر توجه علاقمندان و خوانندگان كتاب بياورم :

در سال 1366 دوپسر دكتور ميرزا محمد (اگاه)، (سرطبيب اسبق فرقه نه 9 کنرهای) که خودش در اتحادشوروي مصروف تحصيل بوده به اساس داشتن کمي فرمنت G6PD که به شكل ولادي موجود بود در زمان مصاب شدن ملاري، پريماكين از طرف موظفين مجادله ملاري ادار مرکزو لایت کنر هات تطبيق شده به اساس کمي Intrevascular Hemolysis G6PD به هر دو طفل همزمان پيدا و بعد ابه شکل اختلاطي بلوك کليوي تاسيس وبالاخره

فصل دوازدهم

Plasmodium Oval ميشود. قرار يكه قبلانيز ذكر گردیده، تاثير Gamitocid هم دارد، که به همین منظور در وقوفات ملاري اي تروپيك قابل استعمال و تطبيق مي باشد.

Primaquine از طريق فمي سريعاً امتصاص ميگردد و اگر دوز آن بلندبرده شود امكان دارد که باعث اعراض جانبی نيل گردد:

در دربطن (Abdominal Pain)، استقراغ، اسهال، احساس خستگي، سيانوز و غيره.

در صورت Defect ياكمي انزaim G6PD بصورت سريع هيموليز داخل و عائي بعد از تطبيق 3-2 تابليت به ميان مياورد.

اگر مريض از قطعه مربوطه خوش در صورت موجوديت اعراض واختلالات پيش رفته مثلا بلوك کليوي به سرويس هاي انتاني مراجعه کندر آن صورت توسيط هيج نوع تداويي عصري مريض را زمرگ نجات داده نميتواند.

در جريان مدت دوسال در سرويس انتاني روغتون مرکزي Primaquine اردو زائر هيموليز داخل و عائي بعد از تطبيق که علت اساسی آن کمي G6PD بوده به تعداد 22 نفر فوت گردیدند و دونفر توسيط کمک روغتون مرکزي قوای شوروی آن وقت واقع روغتون قوای مرکز سابقه توسيط ماشین هيمودياليز از مرگ نجات يافته است.

فصل دوازدهم

پرازیت ملاریامیشودوهم از مقاومت پرازیت در مقابل مركبات دیگر آن جلوگیری میکند.

Fansidar بالای انواع مختلف ملاریاموثر است ولی بهتر است که به شکل Reserve برای تداوی شکل مقاوم ملاریایی تروپیک در مقابل دیگر ادویه هافظت شود. بالخصوص در مناطق اندیمیک ملاریا (خوست، ننگر هار، سروبی، لغمان وغیره).

Kamaprim- 8 تابلیت های آن دارنده primaquin 0.15gm و مقدار Amodioquin 0.014gm میباشد.

Darachlor-9 تابیلت های آن مرکب از پایر میتین و کلوروکین میباشد که دارای 15mg پایر میتین و 150mg کلوروکین میباشد به شکل شربت نیز تهیه شده است، که در وقوعات ملاریادر اطفال باید از شربت استفاده شود. یک مستحضر دیگر که بنام Mefloquin HCL یاد میشود در ترکیب آن 15mg Pyremethamin و 375mg Nivaquin شامل میباشد در افغانستان پیدانه میشود که مکمل دوز تداوی آن 1gram میباشد.

فصل دوازدهم

فوت نمودند، در مورد باید ذکر به عمل ایدکه در صورت تجویز پریماکین به شکل عنعنوي ازورثه مريض در مورد تطبیق آن معلومات حاصل نموده و مطابق اساسات علمي عمل گردد.

6- Sulfonamides موثریت سلفامید ها بالای پرازیت های ملاریا در صفحه غیرزوجی اریتروسیتی میباشد در حالات عادی نسبت به ادویه اختصاصی ضد ملاریا (کلوروکین) کمتر موثر میباشد.

مؤثریت آن وقت بلند میباشد که با Pyremethamin یک جای به شکل کمباین تطبیق گردد، امتزاج سلفامید و یا پایر میتین زمانی تحت استفاده قرارداده میشود که پرازیت ملاریا در مقابل کلوروکین مقاومت کسب کرده باشد این موضوع بالخصوص در ملاریایی تروپیک قابل بحث میباشد.

سلفامید ها نظر به همه مواد دیگر اگر با Pyremethamin یک جای تطبیق گردید موثریت بلند را در مقابل پرازیت ملاریا نشان میدهد.

7- Fansidar با Metakelfin در ترک یک آن سلفادوكسین و 500mg پایر میتین شامل میباشد. موثریت Pyremethamin بالای پرازیت موجود است ولی باعث نهی (Block) Folic Acid در Sulfadoxin

فصل سیزدهم

گامیتوسیت هایچاب میکنکه ادویه علاوگی یعنی موثر بالای گامیتوسیت هاتجویز کرد.

اگرچه Primaquine نسبت به همه موادیگر بالای گامیتوسیت هاموثر است ولی اگرامکان تطبیق آن موجود نباشد مثلاً در کمی G6PD که ثبیت شده باشد تطبیق نمیگردد.

در این قسم وقوعات تطبیق Daraprim و Fansidar بی خطر میباشد، زیرا بعد از تطبیق ادویه فوق تطبیق ادویه دیگر گامیتوسیت لازم نیست - زیرا در ترکیب فانسیدار Pyremethamin شامل است - در اینجا اگر پرازیت یا گامیتوسیت هادر عضویت پشه انافیل داخل میشود قدرت تکمیل سیکل سپوروگونی در عضویت پشه ندارد.

در پراکتیک به شکل معمول کلوروکین به صفت ماده Primaquin Schizotrope برای مدت سه روز استعمال و منحیت ادویه Histoschizotrope برای مدت 10-14 روز تطبیق میگردد و به منظور جلوگیری از اختلالات مثلاً هیمولیز داخل وعائی و جلوگیری ازنکس مریض میتوانیم از Pyremethamin و Primaquin به حیث ماده هستوشیزوتروپ و گامیتوتروپ استفاده کرد.

مریض که مصاب به ملاریایی تروپیک باشد بخوبی است در شفاخانه بسترگرد، در صورت امکان به شفاخانه مرکزی اعزام گردد، و این قسم مریضان همیشه باید تحت کنترول جدی طبی باشند و علاج حیاتی آن مثلاً در جه حرارت بدن، تنفس و فشارخون به شکل مسلسل دیده و ثبت ورق کنترول علائم حیاتی گردد.

فصل سیزدهم

تداوی (Treatment)

قبل از اینکه تداوی ملاریا شروع گردد نقاط ذیل راهنمایی در نظر داشته باشیم:

- تعیین نوعیت پرازیت به اسرع وقت.
- موجودیت و یا عدم موجودیت اختلاط.
- کسب معلومات راجع به موجودیت و یا عدم موجودیت معافیت یا immunity.

- تعیین حساسیت پرازیت ملاریا.

- اقدام عاجل به شکل معقول در تداوی ملاریا. به همین لحاظ به مقصد تداوی جذری ایجاد میکنادیه علاوگی توصیه کرد.

ادویه که بالای پرازیت در صفحه Exoerythrocytic موقعاً باشد در ملاریایی تروپیک و مطابق به معلومات جدید در ملاریایی چهار روزه (Quartan Malaria) مواد شیزو ترپیک سبب معالجه جذری شده میتواند هم در وقوعات ملاریائی سه روزه که انتقال آن از طریق پشه انافیل صورت نه گرفته باشد، بلکه از طریق Hemotransfusion خون شخص منتزن شده باشد که در این قسم مصاب شدن مرحله شیزوگونی Exoerythrocytic موجود نمیباشد.

در انواع ملاریایی Plasm. Vivax، Plasmodium malariae و Plasmodium Oval انتانی با وجود Schizontocid های خون که بالای گامیتوسیت هاموثر نیستند (مانند دیلاگیل، کلوروکین) گامیتوسیت هارا از بین برده نمیتواند. لکن در ملاریایی تروپیک نسبت طویل بودن زندگی

فصل سیزدهم

اشخاص که قسم امعاف و به شفای خانه مراجعه کنند و تب داشته باشند تھمایک بارخون انها از نظر ملاریا معاینه شود، اگر در نزد شان عامل مرض ملاریا دیده شود حتماً باید به شکل مکمل (تمکیل کورس معالجه) تداوی ضد ملاریا اجرا شود.

در مناطق اندیمیک ملاریا مثلاً (خوست، سرو بی، لغمان، ننگرهار وغیره) ضرور است که همه مریضان داخل بستر از نظر ملاریا به دقت تداوی گردند البتہ بدون نظر داشت نتیجه معاينه خون که پرازیت مثبت است یا خیر.

در نزد آن عده اشخاص که معافیت قسمی دارند پرازیت ملاریا به شکل Sub Potentia موجود می‌باشد و پیش از حمله تب (پاروکسیزم) درخون شان پیدا کردن پرازیت ناممکن است در این صورت ای انکشاف مرض واضح شدن حمله تب پرازیت در بین خون دیده نمی‌شود، ولی زمان که حمله مرض واضح شود پرازیت درخون به شکل اسانی یافت می‌شود.

تداوی ملاریای تropیکا

Treatment of Tropical Malaria

1 - تداوی شکل غیر اخلاقی ملاریای tropیک حساس در مقابل کلوروکین:- در اکثر مناطق جهان به استثنی مناطق جنوب شرق آسیا و امریکای جنوبی عامل مرض ملاریا در مقابل مركبات 4-Aminoquinoline مقاومت ندارند.

فصل سیزدهم

تعداد RBC و مقدار هیموگلوبین رنگ و ترکیب ادرار و اندازه Diuresis و همچنان اگر امکانات موجود باشد تست فعال بودن انزایم G6PD معلوم و باید تعداد پرازیت در بیک ملی لیتر خون حساب شود.

و هم اطراف ادویه تحت مراقبت گرفته شود، بالخصوص در صورت استفراغ و اسهال توجه جدی شود. ادویه که از طریق فمی تطبیق می‌گردد و اگر ادویه بامحتوای استفراغ از معده خارج شود تکرار از طریق زرق تطبیق گردد.

در زونهای اندیمیک ملاریا برای داکتران معالج خیلی ضرور می‌باشد که راجع به موجودیت امراض انتانی معلومات کافی داشته باشند چرا که امراض انتانی سیرکلینیکی ملاریا را خصوصاً نوع پلازمودیم فلسفیارم شدت می‌بخشد.

میتوانیم از امراض Hepatitis ویروسی، تایفاید و پاراتایفاید وغیره نام برد.

همچنان امراض پرازیتی معائی مثلاً Amaebic Dysentry و Giardia Lamblia که باعث تولید مشوشهات الکترو لايت هاشده به نوبه خود باعث شدت اعراض عمومی Intoxication می‌گردد، به وقت و زمان تشخیص و تداوی گردد.

همچنان تراوما ها از انفجار ماین، جروحات از سلاح گرم، مداخلات جراحی، تشنجهای روحی، خستگی روحی یا اعراض کلینیکی ملاریا را نیز شدت می‌بخشد.

فصل سیزدهم

عاجل شروع گردد باوجود این که وضع کلینیکی مریض آن قدر هم خراب نباشد، زیرادرنژداین کتگوری مریضان اشکال اختلاطی ملاریایی تروپیک (ملاریائی دماغی وغیره) سریعاتسُس میکندشمه تطبیق کلوروکین از طریق فمی نزدکا هلان روزاول تداوی به مقدار ۰.۶gm ماده اساسی (600mg) میگیرد، یعنی چهارتابلیت ۲۵۰mg کلوروکین بعداز ۶شش ساعت دوتابلیت دیگر ۳۰۰mg تطبیق میگردد.

به روز دوم و سوم ۳۰۰mg ماده موثرکه مساوی به دو تابلیت کلوروکین ۲۵۰mg میباشد تطبیق میشود، ولی در این او اخراز میتواند هم استقاده میشود: روزاول ۴ چهارتابلیت که ماده اساسی آن ۶۰۰mg میشود و در دور روز بعدی روزانه سه تابلیت به یک دوز که ماده اساسی آن ۴۵۰mg میشود تطبیق میگردد، فعلاً دوز کلوروکین نظریه فیصله WHO قرار دیل میباشد:

روز اول و دوم چهار چهارتابلیت که ماده موثر آن ۱۵۰mg دریک تابلیت میباشد روز سوم دوتابلیت.

دوز عمومی آن ۱۰ تابلیت است یعنی ۱.۵gm ماده موثر یا ۲.۵gml کلوروکین نمکی Chloroquine Diphosphate و بنام Dellagil به شکل تابلیت و امپول در بازار هم پیدا میشود به مریض توصیه میگردد، اگر بعد از صرف سه روز کلوروکین پرازیت به شکل Ring یا حلقوی آن دیده شود میتوانیم ۲ روز دیگر هم کلوروکین را به دوز ۳۰۰mg روزانه یک بار ادامه بدھیم – یعنی میتوانیم توسط تطبیق

فصل سیزدهم

مرکبات این گروپ اکثرا برای معالجه ملاریابه مقصداز بین بردن حمله تب مورد استفاده قرار میگیرند و در افغانستان هم مورد استعمال آن زیاد است از همه بیشتر کلوروکین استعمال میگردد.

از طرف Valter Red عالم امریکائی ادویه بنام Mefloquine HCL در منطقه اندیمیک بلندزار مایش شده است، در عصر حاضر این ادویه بهترین ادویه در تداوی مریض مصاب به ملاریایی تروپیک مقاوم به کلوروکین میباشد.

ملاریایی تروپیک شکل مقاوم به مقابل کلوروکین در پاکستان زیادتر به شکل منتشر دیده میشود در پهلوی تداوی و قایه از همه موثر است، باتطبیق یک گرام آن از طریق فمی مرض ملاریانزد شخص مکمل تداوی میگردد، و برای مدت ۶۰ روز در همان پریود شان مریض تکرار امصار نمیگردد با وجود که مرض فوق العاده حاد هم باشد.

در انستیتو پرازیتولوژی طبی و طب تروپیک مسکوت رکیب جدید را تحت ازمایش قرارداده که بنام Debaquinalin یادمیشود که محصول Mefloquine مشابه میباشد.

در مناطق که شیوع ملاریایی تروپیک و یا هیچ موجود نمیباشد مانند کابل (اگرچه در این او اخرا واقعات آن در کابل نیز روبه از دید است) که در نزد باشندگان این قسم مناطق معافیت یا immunity در مقابل ملاریا تروپیک موجود نیست اگر این قسم اشخاص مصاب به ملاریا گردند بدون ضیاع وقت باید در نزد شان تداوی ملاریایی تروپیک به صورت

فصل سیزدهم

ظاهرشدن پرازیت به صورت انفرادی در این زمان عدم موثریت تداوی رانشان نمیدهد، چون مدت اطراح کلوروکین الی پنج روز میباشد. بناءً پرازیت های که در عضویت باقی مانده باشد تحت تاثیر آن در مقطع زمان پنج روز از بین میروند.

اشخاصیکه دارای معافیت قسمی میباشند. در نزدشان سیکل شیزوگونی اریتروسیتی تحت تاثیر مقدار کمی کلوروکین از بین میروند که برای آن یک دوز ماده موثریا 4 تابلیت 250mg (600mg) 0.6gm میکند.

در مرور تطبیق وریدی یا (parenteral) کلوروکین با وجود این که استقراغ و اسهال هم موجود نباشد مانع یا کدام مضاد استطباب موجود نیست.

درجهان تطبیق Fansidar زیاد مروج شده و بر علاوه از موثریت زیاد آن نظر به این که از طریق فمی خوش خور میباشد توجه زیاد دکتوران رادر پراکتیک جلب کرده است برای کاهلان که وزن شان از 60 کیلوگرام بالا باشد سه تابلیت یک بار توصیه میشود و برای اطفال از سن 6 هفته الی چهار سال $\frac{1}{2}$ تابلیت برای یک روز تطبیق میگردد.

تطبیق Fansidar برای اطفال کمتر از سن 6 هفته مضاد استطباب است و هم برای خانم های حامله در دو ماه حاملگی و کسانیکه سلفامایدگرفته نمیتوانند نیز مضاد استطباب میباشد. یعنی مرتضانیکه در مقابل Cotrimoxazole حساس میباشند.

فصل سیزدهم

کلوروکین کورس تداوی از سه روز ب پنج روز طولانی بسازیم.

همچنان تابلیت های کلوروکین که دارای 100mg ماده موثر میباشد نیز از طرف بعضی کمپنی هاتهیه شده است این تابلیت های شما ذیل توصیه میگردد:

در روز اول 6 تابلیت یک بار در روز دوم و سوم، سه تابلیت یک بار تطبیق میشود.

در صورت توصیه Amodiquin و یا Plakvenil تابلوی فوق در نظر گرفته شده و مطابق دوز نکر شده تطبیق مینمائیم یعنی در یک تابلیت آن 200mg ماده موثر موجود است.

تابلوی اشمه تطبیق آن چنین میباشد: روز اول سه تابلیت و بعد از 6 ساعت $\frac{1}{2}$ تابلیت و به

روز دوم و سوم یک و نیم یک و نیم تابلیت توصیه میشود. به مقصد جلوگیری از استقراغ، دلبدی و بی اشتہائی تابلیت هارا باید بعد از غذا صرف کرد و هر تابلیت با باب یا جوس میوه خوردش شود.

بهبود کلینیکی در دوشبانه روز اول به وجود میاید. در صورت تطبیق کلوروکین در این دو پریود حمله دومی دیده شود که شدت آن نظر به حمله اول نسبتاً کم میباشد از آن جلوگیری کرده نمیتواند.

پرازیت های غیرزوجی عادتدار مدت 48 ساعت نابود میگردند. گاهی در صورت موجودیت پرازیتی میای بلند، یگان وقت اشکال غیرزوجی پرازیت الی هفت روز اعتبار از شروع تداوی زنده میماند.

فصل سیزدهم

ویا غیرفعال ساختن گامیتوسیت های پرازیت به خاطر این که منبع انتان در منطقه نباشد بی فایده است.

امروز هیچ کدام از موسسات اهتمامات منظم ضد مalaria با راموفق به کشف منابع زیادتر پرازیت در اوقات سردسال و سبب انتقال انتان ملاریانه گردیده است.

جدول ضمیمه ورقه هزادوز (کلوروکین و پریماکین) رادر سنین مختلف نشان میدهد که از طرف سازمان صحي جهان (WHO) نیز قبول شده و در مراکز مجادله ملاریا به شکل روتنی از آن استفاده میگردد.

سن										
بالغ زاده سال	15	8-12	5-7	3-4	1-2	۰-۶	۷-۱۱	۱۲-۱۴	۱۵-۱۷	۱۸-
600	450	300	225	187	100	75	mg	کلوروکین	پریماکین	ول
22.5	13.14	11.25	8.75	5.8	3.5	2.8	mg	پریماکین		
450	300	225	190	150	75	55	mg	کلوروکین		
22.5	13.14	11.25	8.75	5.8	3.5	2.8	mg	پریماکین		
450	300	225	190	150	75	55	mg	کلوروکین		
22.5	13.14	11.25	8.75	5.8	3.5	2.8	mg	پریماکین		
.			
22.5	13.14	11.25	8.75	5.8	3.5	2.8	mg	پریماکین		
.			
600	450	300	225	187	100	75	mg	پریماکین		
.			
22.5	13.14	11.25	8.75	5.8	3.5	2.8	mg	پریماکین		
.			
22.5	13.14	11.25	8.75	5.8	3.5	2.8	mg	پریماکین		

جدول (27)

فصل سیزدهم

Fansidar در مقابل پرازیت های که در مقابل Chloroquin مقاوم باشند موثر است، Quinine در معالجه ملاریا بدون اختلاط به دوز 650mg هر هشت ساعت بعد از مدت 10-14 روز تطبیق میگردد.

برای کاهلان Quinin Dihydrochloride به شکل زرقی تطبیق میشود. کوشش شود که در عضله عمیقات تطبیق گردد و اگر سطحی تطبیق شود باعث نکروز جلد شده زمینه را برای مکروب Clostridium Tetani وغیره مساعد میسازد. در ملاریا تروپیک اگر Primaquin تطبیق گردد تهها مستحضرات 4-Aminoquinoline گامیتوسیت را زین برده نمیتواند به این ترتیب در دوره نقاوت امکان دارد مريض برای چندين روز و حتی چندين هفته من حيث منبع فعال پرازیت پلازمودیم فلسفیارم حساب گردد، چرا که قبل از اشاره شده که گامیتوسیت های پلازمودیم فلسفیارم درخون شخص مصاب به ملاریا 45-30 روز و بالاضافه تراز آن به شکل فعل مانده میتواند.

برای اینکه این قسم منبع انتان بوجود نهاده ایداز طریق مجادله ملاریاوزارت صحت عالمه Primaquin همراه با مرکبات 4-Aminoquinolin یک جای توصیه میگردد. ولی به نسبت که وقوفات Hemolysis در آن زیاد دیده میشود تطبیق نمی کنیم و یا تحت کنترول جدی در سرویس انتانی در شرایط بستر باشد تطبیق گردد.

امادر صورت تعیین فرمانت G6PD که کمی آن موجود نباشد، به شکل عادی تطبیق کرده میتوانم. توصیه مواد Hemotropes به مقصد ازین بردن پرازیت

فصل سیزدهم

میتوانیم کلوروکین را به دوز تداوی توصیه نمائیم – لاتن معمولاً بعد از گرفتن نتیجه لا برانتواری اگر پرازیت ثبت شده باشد تداوی ضد مalaria آدامه میابد و اگر ثبت نه شود تداوی کدام مرض دیگر که تشخیص میگردد آدامه خواهد یافت لاتن کلوروکین تطبیق شده باعث ضرر و تولید اختلالات نمیشود.

در خارج زونهای انديميک مثل اکابل، پروان و غيره ملارياي تروبيك ممکن نزد اشخاص ثبت شود که در ظرف چند روز اخراز مناطق انديميک به مناطق غير ملاريائی امده و حتی امكان دارد از ممالک همچو افغانستان امده باشد.

بناءً در روغتون یاد سرویس انتانی داکتر معالج یاداکتر نوکریوال اگر بامریض تب دار روبرو میشود، باید در مور دلمومات کافی کسب نماید. امکان دارد مريض از مناطق انديميک ملاريا آمده باشد، باید اکثر در مشاهده مريض از محل زیست و وظیفه آن تذکر بعمل اور داگر در نزد مريض تشخيص مطلقاً واضح باشد مثلاً تیفوید، نمونیا و غيره باز هم اگر داکتر معلومات کافی راحاصل کرد که مريض در 1-2 ماه آخر در مناطق انديميک ملاريابود و باش داشته و وضع مريض از نظر كلينيکي متوسط، وخيم و فوق العادي و خيم باشد تداوی ضد malaria ياقبل از گرفتن نتیجه سلايدخون شروع باید کرد. زیرا اگر در ملارياي تروبيك معالجه به وقت و زمان شروع گردد نتایج مثبت و قناعت بخش را بدست اورد هم میتوانیم.

فصل سیزدهم

2 - تداوی ملارياي تروبيك شكل اختلاطي

آن عده اشخاص که در مقابل ملاريا معافیت يا immunity نداشته باشند بالخصوص اشخاصی که در زندگی خوش براي اولین بار مصاب به ملاريا شده باشند. ملارياي تروبيك امکان دارد از لحظات شروع خود سیر فوق العادي وخيم بخوبگرد.

عالیم سیر و خیم ملاريا تروبيك از پیدا شدن تشوشات روحی شروع میگردد. ممکن تشوشات شدید واضح نه باشد، بطور مثال، پیدا شدن تهیجات (Psychomotor) و غيره و به تعقیب آن تشوشات سیستم بولی، بعد استفراغ شدید و میوایا اسهال و بالاخره تبارز پرازیتیمیای بلند در قدره ضخیم همه ساحه های رویت از پرازیت پرمیا شد، به وجود میاید در اینجا باید لبرانت فوراً راجع به و خامت مرض به داکتر معالج اطلاع دهد تا داکتر معالج مطابق به وضع کلینیکی تداوی را تأخذ نماید.

در صورت موجودیت اعراض کلینیکی که دلالت به و خامت مرض میکند، در نزد مريض تب دار، در زون های انديميک ملارياي تروبيك مثلاً (خوست، سروبي، لغمان، ننگرهار و غيره) حتماً باید معالجه ضد malaria باش روع گردد حتی قبل از گرفتن سلايدخون.

در این قسم اشخاص ملاريا تقریباً اطمئناني میباشد (خصوصاً در فصل گرما) تطبیق کلوروکین هم برای مريض مضر نمیباشد، حتی اگر درخون مريض پرازیت ملاريا ثبت نه گردد.

فصل سیزدهم

اگر شور مریض مختل شده باشد و یاد را کو ما فرا داشته باشد کتیر مثانه یا (سند مثانه) باید بار نظر را داشت شرایط سپسی و اسپسی تطبیق گردد.

در صورت وخامت (شروع عدم کفایه کلیوی) باید مریض تحت ماشین هیمودیالیز و در موجو دیت اذیمای ریوی تنفس مصنوعی قرار داده شود.

اشتباهات اساسی که از طرف دوکتوران در معالجه مریض که مصاب به ملاریایی تروپیکی شکل اختلاطی باشد رُخ میدهد قرار ذیل است :

1 - شروع ناوقت تداوی

2 - بی کفایتی در تداوی اختصاصی

3 - تزاید در دوز دارویه ایتوتروپ از حد لازمه که فوق العاده خط رنگ است، زیرا نظر به پتو جنیز ملاریایی تروپیک که باعث متضرر شدن کلیه و کبد می شود اطراف و استقلاب ادویه نیز متضرر می گردد و باعث تاثیرات توکسیکی شده میتواند.

در سیر و خیم ملاریایی تروپیک Chloroquine رامیتوانیم در عضله و یا داخل وریدی به شکل Infusion تطبیق نمائیم - ولی دوز آن باید از 0.3gm بلند نه رو د.

مقدار ذکر شده در ده امپول محلول 5 فیصده موجود میباشد. به این مقصد میتوانیم روز اول از 4 و یا 6 امپول هر 12 یا 8 ساعت بعد به شکل قطره (60) قطره در یک دقیقه (Analysis) باستفاده از محلولات ایزو تونیک تطبیق نمائیم.

در صورت تطبیق ادویه ذکر شده از طریق عضله باید در عضله M.Gluteus Maximus تطبیق گردد.

فصل سیزدهم

معالجه اختصاصی (ایتوتروپ) باتداوی Symptomatic نیز همزمان شروع گردکه تداوی Symptomatic با نظر داشت و خامت وضع کلینکی مریض از طرف داکتر در نظر گرفته شده و تطبیق گردد - اگر ملاریا اختلاط Radadeh باشد مریض به اطاق عاجل یا Intensive Therapy انتقال و تحت تداوی Intensive قرار داده شود که همیشه نقاط اتی راکنترول و به شکل جدی در نظر گرفته شود:

- در هر چهار ساعت باید درجه حرارت بدن تعین و در ورقه عالیم حیاتی ثبت گردد.

- نبض و یافشان خون هر یک و یادو ساعت بعد تعین شود.

- تغیرات قلبی و تنفسی هر دو ساعت بعد دیده و در صورت تغیرات باید در دو سیمه مریض درج گردد.

- در صورت ضرورت اکسیجن هر دو ساعت بعد برای 15 دقیقه توسط کنیترانفی تطبیق گردد.

- اندازه تطبیق مایعات و ریدی در رفقه عالیم حیاتی ثبت شود.

- اندازه دیوریز شبانه روز باندازه مایعات تطبیق شده مقایسه و تغیرات یعنی کمی اطراف (Oliguria) و یا از دیاد ادرار Polyuria به شکل واضح نوشته گردد.

- ادویه تطبیق شده در شبانه روز درج ورقه عالیم حیاتی شود.

- روزانه باید وظایف کبد کلیوی باید تدقیق گردد.

- Analysis عمومی خون و ادرار هر روز اجراء گردد.

- گروپ خون تعین شود.

- در صورت امکان تست فعل بودن G6PD اجراء شود.

فصل سیزدهم

برای سه روز دیگر تکرار و یا این که بار دوم Tab: Halfan 250mg هر شش ساعت بعد دوتاپلیت تطبیق گردد— که نتایج شان قراری که تجربه شده بهتر میباشد. دوز 24 ساعته آن باید به 3-2 دوز کسری با فاصله 6-8 ساعت تطبیق شود.

Chloroquine تاثیر قابل ملاحظه Hypotensive داشته به این لحاظ تطبیق سریع و یا بلند بردن دوز آن ممکن باعث Hypotension (شریانی شود) و Collapse و عائی و یا مرگ ناگهانی مریض گردد.

مریضان مصاب به ملاریایی تروپیک شکل اختلالی همراه با تقریط فشارخون بسیار حساس در مقابل تاثیر هیپوتونیک سیف Chloroquin میباشد، بنابراین میباشد که به این قسم مریضان ادویه از طریق وریدی به شکل قطره (Droping) (به دوز مناسب Optimal) تطبیق گردد.

در ملاریایی دماغی تاثیر خوب تطبیق Quinine با Quinine Sulphate یا Quinimax یا Quiniform نظر به تاثیر سریع آن که دارد به نسخ دماغی نفوذ کرده و بالای همه پرازیت هاتاثیر میکند، به ارتباط این که Quinine هم مانند کلوروکین تاثیر Hypotensive واضح دارد— بهتر است که به شکل قطره ای بداخل ورید به دوز 0.65gm در 250cc یا 500cc محلول Isotonic و یا محلول Glucose 5% تطبیق شود.

در شرایط خارج از شفاخانه موادر 15-20 ملی لیتر محلول معقم ایزو تونیک رقیق شده و از طریق سوزن باریک به

فصل سیزدهم

در شرایط غیر از شفاخانه و مراکز صحی اگر خواسته باشیم توسط پیچ کاری تطبیق نمائیم باید دوز در 20-30cc 20 محلول Isotonic سودیم کلوراید رقیق شده و بسیار اهسته از طریق سوزن باریک در مدت 10-15 دقیقه تطبیق نمائیم.

لکن در شفاخانه دوز کلوروکین در 250cc سیروم ایزو تونیک و یاد ر محلول Glucose 5% رقیق ساخته و از طریق ورید تطبیق گردد.

برای اطفال و نوزادان کلوروکین از طریق ورید تطبیق نمیگردد و مضاد استطباب میباشد، در وقوعات نهایت وخیم از طریق عضله و یا به شکل قطره ای اجازه تطبیق دارد.

Chloroquin Diphosphot و Chloroquin Phosphate دوز 5-6mg ماده موثر فی کیلوگرام وزن بدن یا 0.2mL محلول پنج فیصده فی کیلوگرام وزن بدن توصیه میشود.

در تداوی ملاریائی نوع PF تابلیت کنین یا Injection آن که مطابق دوز مناسب تطبیق گردد دارای نتیجه (Result) موثر داشته و در تداوی مریضان وخیم که در حالت Comal Stupur-Precoma مراجعت میکند، باید 600mg با نظر داشت که باعین که Quality خوب و یا کافی داشته باشد هر شش ساعت بعد در سیروم رینگری یا Glucose 500cc تا تکمیل حالت شعوری مریضان از طریق IV تطبیق گردد. بعد اگر از طریق Oral تحمل کرده میتوانست به دوز ذکر شده تطبیق گردد.

در مرحله اول برای سه روز و بعد از تابلیت فانسیدار به شکل Single Dose تطبیق شود و کنترول سلاید تکرار صورت بیگیرد، اگر Ring هابه شکل فعل موجود بودند

فصل سیزدهم

میباشد یعنی مرکبات 4-Aminoquinoline تاثیرات ضدالتهابی هم دارد.

برای مريض مصاب به ملاریای شکل و خیم احیائی مجدد (Reanimation) تنفسی به طریقه ذیل تطبیق میگردد:

در صورت عدم موجودیت کوماکسیجن از طریق Catheter داده میشود در صورت موجودیت کوما از طریق Intubation تطبیق میگردد در پهلوی آن تنفس مصنوعی در صورت موجودیت Dyspnea و tachypnea که بلندتر از 40/min باشد تطبیق میگردد.

همیشه بلاس الیکترو لایت ها (تمیمات Ca^{++} , K^+ , HCO_3^-) در نظر گرفته میشود، در صورت موجودیت تهیج Phenobarbital, Diazepam, Sodium Oxy Buterate وغیره تطبیق میگردد. در صورت اینمیای که Erythrocyte های دومیلیون و Hemoglubin پائین تراز 50gm/lit میباشد، در این صورت باید به مريض خون تازه و هم گروپ تطبیق گرداند اما اندازه خون نمیشود.

وزن بدن به مريض تطبیق می گردد. در نزد آن عده اشخاصی که ماؤفیت و عدم کفایه کلیه و کبد تاسیس کرده باشد میتابولیزم Quinine و Chloroquine به اهستگی صورت میگردد و به اهستگی اطراف میشود که در نتیجه به شکل تدریجی غلظت ادویه ذکر شده بلند میرود.

فصل سیزدهم

شكل اهستگی تزریق گردد (در مدت 10-15 دقیقه) دوز ادویه به صورت تکرار با فاصله 8 ساعت مجاز است.

دوز اعظمی کنین باید در شبانه روز از 2gm تجاوز نکند، با استفاده از کنین بهبودی کلینیکی زو دحاصل میشود، اما برای از بین بردن مکمل پرازیت غیرزوجی ایجاب استعمال طولانی Quinine میکند یعنی برای مدت 10-14 روز تطبیق گردد.

در صورت موجودیت ملاریائی دماغی و یا این که کلیه هم مأوف شده باشد لازم است که از تطبیق محلولات رقیق اجتناب گردد، زیرا ماحلولات رقیق شده زمینه را برای اندیمای دماغی (Brain Edema) و اندیمای ریوی (Pulmonary Edema) مساعد میسازد.

مقدار محلولات که تطبیق میگردد باید مساوی به مقدار ادرار اطراف شده باشد. به شکل معمول برای یک انسان کاهل در شبانه روز اضافه از 1500cc محلول ایزو تونیک و رینگرتطبیق نمیشود.

در زمان پائین بودن فشار خون تطبیق Reopolyglucin نتیجه خوب میدهد.

محلول Albumin 5% یا 10% فیصد هیپوستریل به مفهوم ضد اندیمای دماغی و ریوی تطبیق می گردد، به این اساس باید فهمید، که ادویه ضد ملاریائی یک ماده ضد التهاب

فصل سیزدهم

عکس العمل خوب میدهد امادر صورت پیدا شدن اعراض عدم کفایه کلیوی مثلاً Oliguria و Anuria که دیوریز در 24 ساعت از 400cc زیاد نباشد باعث بلند رفتن Nitrogen سیروم خون Uremia و Azothemia میگردد، در این وقت ضرورت است که به خاطر دیوریز فورسی از Lasix و Manitol استفاده به عمل آیدروقووات نسبتاً پیشرفتی در صورت که مقدار ادرار بلند نمی‌رود یعنی Anemia روبه انکشاف باشد و اندازه خون در ادارار به ml 34 فی لیتر بر سر در این صورت خون باید خارج از کلیه از مواد مضره تصفیه گردد یعنی Dialysis پریتونیم و یا Hemodialysis باید اجراء شود.

تداوی ملاریاپلازمودیم فلسفیارم اختلطی مشکلات جدی رانزد اطفال مطرح می‌سازد. در اطفال مشکل است که از مستحضرات طویل المدت وربی استفاده شود، یعنی در هنگام تجویز ادویه به صورت داخل وربی آرام نمیگردد.

در این جانقطعه مهم قابل یادآوری عبارت از عیار ساختن دوز ادویه معادل به وزن طفل می‌باشد.

Toxicose چراکه در اطفال ضعیف هم مرض و هم دورانی باعث مرگ طفل میگردد.

اطفال معمولاً اخذ کلوروکین را بعد از غذا خوب تر تحمل می‌کنند مگر تجویز زرقی آن بر طبق راپورهای ارایه شده نتیجه کشنه دارد. یابه عبارت دیگر تجویز کلوروکین

فصل سیزدهم

یک تعداد دوکتوران که در تداوی این قسم مريضان بي تجربه میباشند وقت که وضع کلينکي مريض را خيم دیده بر عکس دوز ادویه اختصاصي را بلند میبرند- چون در اين زمان کبدوکلیه ماؤف میباشد میتابولیزم و اطراح ادویه نیز متضرر میگردد که به تعقیب آن تاثیرات توکسيکی ادویه زياد شده دیده میشود.

همچنان امكان دارد معاینات پرازیتولوژیک صحیح صورت بیگیر بالخصوص اگر تعداد پرازیت هابه صورت درست تعین نه شود و قوع این قسم اشتباها زیاد میشود، اگر پرازیتیمی بلند باشد در روز اول و دوم معالجه هنوز تعداد زیاد پرازیت در خون مريض موجود نمیباشد- ممکن در اینجا شاید سوی ذهنیت ایجاد گردد که در دوران تداوی تعداد پرازیت در خون مريض پائین نه امده ممکن داکتر در فکر بلند بردن دوز ادویه و یا در فکر تغیر ادویه ضد مalaria یاشود.

اگر پرازیت به صورت صحیح معاینه گردید معلوم میشود که تعداد پرازیت هابلند نه رفته بلکه مُردن یا زایدین بردن انهایک اندازه به اهستگی صورت گرفته است. معلوم است که در مقابل (Chloroquin) دلگل (Dellagil) مقاومت موجود نیست ابتدا به همان دوز کلوروکین ادامه داده شود.

مريض که مصاب ملاریایی تروپیکی که تغیرات کلیوی بدون هیموگلوبینوریانیز داده در مقابل تداوی اختصاصی

فصل سیزدهم

محلول isotonic سودیم کلوراید برای چهار ساعت تطبیق گردد، و دوز نکر شده بادر نظرداشت اعراض کلینیکی و سطح Parasitemia هر 12 ساعت بعد تکرار گردد.
 (Parasitemia تعین گردد)

اختلالات به وجود آمده سریع اتو سط تطبیق Diazepam از بین میروزمانی که طفل از نظر کلینیکی قسم اکسپ صلاح میکند کلوروکین و کنین باید از طریق فمی تجویز گردد.

اگر طفل یک ساعت بعد از تطبیق دوا استقرار گندوز ادویه باید تکرار شود.

یاشیاف کلوروکین هم میتواند استعمال گردد مگر جذب از این طریق به شکل اهستگی صورت میگیرد. Pyrimethamin+Sulfadoxin یافانسیدار بعد از تکمیل کورس تداوی کنین که شفای جذری را تامین میکند در واقعات ملاریایی فلسفیار مقاوم کلوروکین تجویز و استعمال میشود.

تداوی Pathogenetic در نزد اطفال، محلولات نمکی، Haemodes، Polyglucine، 5-گلوکوز، دیورینتیک ها، نقل الدم خون و پلازمابه دوز مناسب استطبابات صورت میگیرد.

فصل سیزدهم

بصورت فمی بعد از غذان زد اطفال به خوبی تحمل می شود، ولی تجویز زریق آن نتیجه کشنده در مقابل دارد (به حیث راپورهای Jelliff 1966)، به این خاطر تجویز زریق کلوروکین به اطفال جوان باید بسیار به احتیاط فقط در حالات بسیار عاجل صورت گیرد.
 پرنسیپ های عمومی تداوی ملاریایی فلسفیارم خبیث در اطفال مخصوصاً نوجوانان مشابه با کاهشان میباشد. ولی به خاطر باید داشت که تداوی اطفال خور دتر باید بسیار با احتیاط صورت گیرد.

در صورت ضرورت کلوروکین به دوز Bw 5mg/Kg (نه اضافه تراز Bw 5mg/Kg) از طریق عضلي در فاصله های 6 ساعت تطبیق گردد. دوز اعظمي روزانه باید 10mg/Kg Bw تجاوز نه کند.

تجویز زریق و ریدی تاثیر فوري تامین میکند مگر باعث تولید اختلالات مانند سقوط فشار خون و بعض اضالع وعائی و حتی سبب مرگ طفل میگردد، به این لحاظ تجویز ریدی ادویه په دوز یک برد هم $\frac{1}{10}$ صورت میگیرد در حالیکه 9 حصه دیگر ادویه از طریق عضلي تطبیق گردد یعنی $\frac{1}{10}$ قسمت ادویه (0.5mg/Kg Bw) میتواند از طریق ریدی و $\frac{9}{10}$ حصه ادویه از طریق عضلي تجویز گردد.

5-10mg/Kg Quinine HCL از زرق و ریدی به دوز 0.5-0.1g/Liter به بسیار اهستگی قطره قطره به غلظت

فصل سیزدهم



Child in malarial coma (India)

فotto (15)

پلان تداوی:- واردنمودن تاثیر بالای هیموپرازیت، از بین بردن از دید آن، بهتر ساختن قابلیت نفوذیه او عیه، نورمال ساختن نمک و آب بدن، کم ساختن Hypoxia، از بین بردن اندیمای دماغی، کم ساختن تقلصات عضلي، تداوي Desintoxication و مبارزه با سيدوزس.

فصل سیزدهم

کومای ملاریا Malarial Coma

راجع به کومای ملاریا میتوانیم به شکل مختصر از اعراض کلینیکی، پلان تداوی، اسمای مستحضرات بادوز تداوی آن به صورت مختصر تشریح نمائیم:



Malaria coma patient in Africa

فotto (14)

اعراض :-**Symptoms** پاروکسیزم های حرارتی، انیمیا، میوزیس (Myosis) حدقه ها، ضخامه کبد و طحال و عدم موجودیت شعور.

فصل سیزدهم

- .2 Prednisolon 30-60mg یا های—دروکورتیزون
.3 میشد فعالدرتحیقات علمی جهان ثبیت شده که تطبیق هورمون بی نتیجه میباشد.
Antazolin .3
.4 محلول 25% امینازین به اندازه 1-2cc
Lasix .5 دوزان نظر به دیوریز عیار میگرددیا
مانیتول 20%.
.6 Reopolyglucin Polyglucin 500-1000cc یا
اندازه 500-1000cc
.7 هیمودیز (200-300cc)
Cardiamin .8
.9 Serum Ringer Lactate 500cc به اندازه
2-3 درملاریایی تزوییک هیپارین 500 واحد رای روز اول در عضله یاتحت الجلدی.
.10 هر دو ساعت بعد رای 15 دقیقه Oxygen therapy.
عرض کمی (Hypoxemia) :-

تداوی تب هیموگلوبین یوریا (Hemoglobin) :-
این اختلاط مرض ملاریایه شکل عاجل و غیر مترافقه به وجود میاید که معمولاً در پرازیتیمیابان دوزدان عده اشخاصی که کمی انزایم G6PD را داشته باشد همچنان بعد از تطبیق ادویه های توکسیک مثل اپریماکین، کنین وغیره بوجود میاید. در تداوی مرض ذکر شده ادویه که باعث هیمولیز داخل و عائی شده عاجلاً قطع و تطبیق ادویه

فصل سیزدهم



Nursing Care

فتو (16)

مستحضرات دوائي

1. محلول 5 فیصدہ کلوروکین به مقدار 10cc در محلول گلوكوز پنج فیصدہ یافزیولوژیک به مقدار 400cc به سرعت 60 قطره فی دقیقه بعد از هر 8 ساعت دوز فوق را تکرار آبه مریض تطبیق کرده میشود، مستحضر فوق به شکل عضلي هم تطبیق شده میتواند.

فصل سیزدهم

تداوی ملاریای تروپیک مقاوم باادویه مختلف
در 25 سال اخیر پرالبم مغلق در تداوی ملاریا پیداشدن مقاومت پرازیت ملاریا خصوصانواع PF در مقابل ادویه میباشد. مفهوم مقاومت پرازیت در مقابل دوا این است که توسط تطبیق دوز نامناسب ضدملاریا، پرازیت را زبین برده نمیتواند، مقاومت پرازیت در مقابل ادویه در مراحل مختلف پرازیت بوجود میاید که سابقاً در مقابل همین ادویه مقاومت نداشته.

مقاومت پرازیت در مقابل ادویه نه تنها مفهوم کلینیکی بلکه مفهوم مهم اپیدیومولوژیکی نیز دارد، مقاومت در مقابل ادویه ارتباط به طبیعت آن ندارد و به علایم ارشی و انتقال آن از طریق Hemocyte هادر مرحله تکثرزوجی نیز مربوط نمیباشد و هم دریک محل ذیست ممکن است پرازیت‌های مقاوم و حساس از عین نوع پرازیت موجود باشد.

پلازمودیم فلسفیارم مقاوم در مقابل کلوروکین و دیگر مرکبات 4-Aminoquinoline ملاریائی در مالک اسیای جنوب شرق مانند تایلند و یونان را تشکیل کرده است. در این اوخرزون انتشار پرازیت‌های مقاوم در مقابل ادویه در هندوپاکستان نیز وسعت پیدا کرده است.

در چند سال گذشته در سرویس انتانی اکادمی علوم طبی 16 واقعه از جمله 292 مريض در مقابل کلوروکین مقاوم دیده

فصل سیزدهم

ضدشوك توصيه مى گردد. يعني Trasylol Gordox، Haemodes، Ringer Lactate، Loctasol، Aprotionine وغيرها.

تطبيق هيبارين به دوز 5000 واحد در شبانه روز به دو دوز كسری ضروري میباشد. هرمون نیز به دوز هاي ذيل تطبيق ميگردد:

Prednisolon از طریق فمی به دوز 15mg روزانه چهار مراتب همراه با النتی اسیدویا هایدر و کورتیزون به صورت قطره 300-600mg در 24 ساعت تطبیق میشود. بعده آز تحقیقات علمی فعلایی نتیجه میباشد.

در حملات انیمیا و واضح بدون دیفتکت G6PD باید خون هم گروپ و هم تازه به مقدار 200-300cc به مريض تجویز شود.

غرض دیوریزفورسی Furosemide و یا Anuria بدن مريض باید گرم نگاه شود. Diathermy ناحیه کلیه ها اجراء شود. Novocain در اطراف کلیه اجرا گردد. در واقعات وخیم دیالیز Peritonium و یا هیمو دیالیز صورت گیرد. در تداوی شکل نکسی ملاریات ب و هیموگلوبین یوریابه شکل تکراری دیده میشود، در این صورت از تطبیق ادویه عادي و اختصاصی ملاریا بدون پریماکین و کنین استفاده میشود.

فصل سیزدهم

مطابق به فیصله سازمان صحي جهان (WHO) مقاومت پلازمودیم فلسبیارم به سه کنگوري ذیل تقسیم شده است :

مقاومت درجه یک (I):- اگر مريض مصاب به ملاريایي تروپيك باشد مطابق به شمه ستاندرد - يعني كلوروکين برای مدت سه روز تداوي گرددوپرازيتيمياالي سطح بانکس هاي کلينكي وپرازيتي پائين امده باشندام مقاومت درجه اول يادميشود.

مقاومت درجه دو (II):- در اين جاتوسط تداوي ذكر شده پرازيتيمياپائين ميابدولي پرازيت درخون به شكل عادي يافت ميشود.

مقاومت درجه سه (III):- پرازيتيمياوسط تداوي سه روزه با كلوروکين پائين نمي آيد.

مقاومت پلازمودیم فلسبیارم در مقابل كلوروکين چندو صفت دارد که به درجه هاي مختلف در مقابل انواع مختلف مواد ضد ملاريائي مثل كلوروکين، پروگوانيل موجود ميشد. بالخصوص اگر به شكل Sulfonamide هاو همچنان بسيار زياد در مقابل کنین به وجود ميابد خصوصاً اگر به شكل تنهائي استعمال شود - در اين جا ضرورت است که سوال ذيل مطرح گردد:

نظر به کدام ضرورت راجع به فورم مقاوم ملاريادر مقابل كلوروکين معلومات کافي باید داشته باشيم.

فصل سیزدهم

شده، که در تداوي آن از Bactrium (کوترميکسازول)، تتراسيكلين و كلوروکين به شكل کمباین استفاده شده و نتيجه مثبت داده است.

ميتوانيم در مرور دتذکر نمائيم که در پروژه کار تحقیقاتي نزد 292 مريض مصاب به ملاريایي تروپيك 16 واقعه که تو سط تطبيق كلوروکين، پريماکين و Metakalfin نتایج قناعت بخش مطالعه نشه يعني قرارکه معاينات کنترولي خون از نظر ملاريا صورت گرفت اشکال رينگ و گاميتوسيت هابه شكل تكراري دиде ميشدو اعراض کلينكي سب ايجكتيف مثل Anorexia، Adenamy و بعضی اوقات پاروكسيزم تب به شكل غير متراقبه نيز دیده شده و همچنان تغيرات ايجكتيف مثل اموجوديت hemolytic jaundice، Splenomegaly و Hepatomegaly نيز وجود داشته است بدین ارتباط مجبوراً ميتو دکمباین استفاده نموديم که ذيل نام هاي ادویه بادوزوکورس تداوي آن به شكل مختصر ياداوي به عمل امده و در اين ميتو دکمباین تتراسيكلين، کوتري موکسازول و كلوروکين طبق شمه ذيل شامل مي باشد:

- 1- Cap Tetracycline 250mg x2/day for 7-10 days
- 2- Tab Cotrimoxazol 480mg x2/days for 7-10 days
- 3- Tab Chloroquin (Delagil) 2 Tab/day for 7-10 days

در شمه فوق اگر كلوروکين از طریق فمی تحمل کرده نمیتواند از دوز معادل زرقی آن نیز استفاده میشود.

فصل سیزدهم

که غرض نابودی مرض و عامل ملاریامطرح است به شکل نسبی قابل تطبیق است.

در تداوی فورم مقاوم ملاریادر مقابل کلوروکین چندین شمه استعمال کنیں پشنهادگردیده است :
کنین یک جا بلکلوروکین و Sulfonamide .
ترایمیتوپیریم یک جا با سلفانیل امید.

از همه خوب تر و سریعتر Quinine و Sulfonamide بصورت کمباین با کلوروکین که قبل انکرگردیده است موثر میباشد.

باید به یادداشت که مقدار 0.65gm کنین در 250-500cc محلول ایزوتونیک به شکل قطره ای که هر 8 ساعت بعد تکرار میگردد برای مدت 2-5 شباهه روز تطبیق میگردد ، اگر وضع مریض طوری باشد که مریض تابلیت را زرا به فمی گرفته بتواند آن وقت (pyrimethamin) Daraprim به مقدار 25mg دو مراتبه در روز برای سه روز توصیه میگردد.

همزمان با Cotrimoxazol یعنی Bactrium 480mg تابلیت فی وقت که روزانه سه تابلیت است تطبیق گردد . Mefloquin بر علاوه از مواد ضد ملاریادر عصر حاضر ماده Mefloquin میباشد که پر ازیت ملاریانواع پلازمودیم فلسفیارم مقاوم به کلوروکین را به تطبیق مقدار 1.5 گرام از بین میبرد . در عصر حاضر Mefloquin برای استعمال وسیع موجود نیست - تنها در ایالات متحده امریکا در بین قوای مسلح آن

فصل سیزدهم

در این جالازم است تذکر به عمل ایدکه شناخت اشکال مقاوم نوع فلسفیارم در مقابل ادویه (کلوروکین) بانظر داشت نقاط ذیل قابل اهمیت میباشد:

در سرحدات جنوب شرق کشور مابعد عنیرکنترولی که تعداد آن به هزار هانف مرید صورت میگرد . چون اشکال مقاوم پرازیت نوع PF در پاکستان زیاد است امکان آن موجود است که اشکال مقاوم بالسان های که منحیث منبع انتان رول داشته به کشور افغانستان عبور کند .

بر علاوه یک تعدادگروپ دیپلومات که مصاب بالدویه ملاریا مقاوم باشند نیز از طریق خط هوایی از ممالک جنوب شرق اسیا به کشور ماسفر مینماید اما کان داریکه ما در روغتون در تداوی اشکال مقاوم ملاریا را بروشویم در صورت داشتن معلومات کافی در پرسه و جریان تداوی این قسم اشخاص دچار مشکلات نمیشویم .

پس برای همه دوکتوران خصوصا برای دوکتوران انتانی لازم است که Malariaiology را بادقت مطالعه نموده تا بتوانیم به وقت و زمان مریضان مقاوم به ادویه ضد ملاریائی را تداوی نمائیم .

و همچنان از طرف دیگر در مدت چند سال اخیر و قواعد ملاریا در وطن مابه اساس موجودیت جنگ لعنتی و بی مفهوم روبه از دیداست و پلان های وقاوی و تداوی دولتی

فصل سیزدهم

همچنان گاهی بعداز تطبیق Sulfonamide هاولکلوروکین به شکل مرکب Recidivation اریتروسیتی دیده میشود. در این شکل واقعات تداوی طبق شمۀ ذیل تکرار میگردد. کنین به دوز 0.65gm سه مرتبه دریک شبانه روزبرای مدت سه روز.

فانسیدار به دوز 3 تابلیت به یک مرتبه برای یک روز. واگر مواد مذکور موجود نباشد از Sulfafen به دوز 1.5gm و Daraprim به دوز 75mg استفاده میگردد، واگر نکس مرض بعداز تطبیق ادویه فوق الذکر رُخ دهد در این صورت برای معالجه از کنین بدو ز 0.65gm سه مرتبه دریک شبانه روز برای مدت سه روز و تتراسیکلین به دوز 0.2gm پنج مرتبه دریک شبانه روز برای مدت هفت روز، هر دو دواز روزاول شروع میشود.

در عصر حاضر معالجه موثر در ملاریائی مقاوم با کلوروکین در نتیجه تطبیق Mefloquine به دوز 1.5gm 1 همراه با کنین 2gm به یک مرتبه صورت میگیرد.

در این او اخراز دوشمۀ تداوی ضد ملاریائی استفاده میشود ولی مابه اساس قلت بعضی مواد آن هنوز در تداوی از آن استفاده نه نمودیم ولی در صورت پیداشدن مواد آن در این ده استفاده به عمل خواهد آمد.

میتودهایی جدید تداوی ملاریایی تروپیک که در مقابل کلوروکین مقاوم است.

فصل سیزدهم

خصوصا در مناطق اندیمیک ملاریائی برای تداوی ملاریاتروپیکی استعمال میگردد، انها برای تداوی ملاریا مقاوم مواد موثر ادر دسترس خوددار دنیه مانند Fansidar که در تداوی دوز مکمل آن فقط سه تابلیت دریک مرتبه کفايت میکنندارد.

ولی متاسفانه در وطن مامواد عادي ضد ملاریا مثل امپول کلوروکین، تابلیت کنین فاسفیت و امپول کنین هایدرولکلوراید بسیار به مشکل دریافت میشد، که در تداوی کوماملاریا ازان استفاده مینمودیم. بر علاوه از تداوی ضد ملاریائی در صورت پیداشدن این میاپائین امدن هیموگلوبین الی 50gm/Liter و هیماتوکریت (Hematocrite) هالی 15-20 فیصد را در این صورت باید به مریض خون تازه داده شود.

توسط تطبیق خون تعداد پرازیت های ملاریا در خون پائین میابد و هم تاثیر توکسیک آن کم میگردد.

اریتروسیت های ماؤف و Sensibilizer اطراف میگردد. و هم از هیمولیز و ماؤف شدن کلیه هاجلوگری میکندو در صورت هیمولیز داخل و عائی همزمان به آن هیمودیالیز اجراء شود که یک وسیله بی نهایت موثر مبارزه علیه کریز هیمولایتیک میباشد.

در دوره نقاوت دوز قاطع و جلوگری کننده Fansidar به مقصد رهایی از نکس مرض و درحمله ثانوی تب هیموگلوبین بوریات تطبیق میگردد.

فصل سیزدهم

نمیباشدولی به خاطرنکس های نسجی از پریماکین استفاده مینماییم.

به مقصdjلوگیری از Recidivation اریتروسیتی و تداوی جذری ملاریاسه روزه امروز در شرایط زندگی در افغانستان از Recidivation مرض جلوگیری کرده میتوانیم زیرا چون تمام اهتمامات لازمه و ضروری بر رضویابرای از بین بردن پشه های انفیل تطبیق نمیگردد.

تمدوی ملاریای چهارروزه:- برای تمدوی ملاریای چهارروزه توصیه مرکبات 4-Aminoquinolin طبق شمه تمدوی ملاریابدون شمه تمدوی ملاریائی اختلاطی تروپیک کفایت میکند، کدام تاثیر اختصاصی بالای Hemotocytes نشان داده نه شده است، تازمان اخرگفته Plasmodium Malaria (چهارروزه) میشده در ملاریای چهارروزه تمدوی به مقصdjلوگیری ازنکس ضروری است ولی گفته میشده نکس های بعدی در مرض ملاریای Exoerythrocytic هدارد. تابلوی تصنیف بندي مواد در Hemotherapy به ارتباط و صفت ناثی رآن بالای پرازیت ملاریا.

فصل سیزدهم

شمه اول :-

روز اول :- Daraprim 50mg+Sulfadroxin 1gm

روز دو هم :- کنین 600mg هر داوزده ساعت بعد.

روز سوم :- کنین 600mg هر داوزده ساعت بعد.

روز چهارم :- Doraprim75mg+Sulfadoxin 1.5gm

شمه دو هم :-

کنین سلفات روز سه مرتبه برای مدت 10-14 روز. 500cc Amp Quinine Dihydro Chloride 600mg محلول فزیولوژیک در مدت یک ساعت هر 8 ساعت بعد تکرار میشود.

Daraprim 50mgx2 برای مدت سه روز.
Sulfadiazin 500mgx2 برای مدت پنج روز.
Cap tetracycline 250mgx4 برای مدت هفت روز.

تمدوی ملاریا اووال

برای معالجه فوق الذکر ملاریا مقدار کافی کلوروکین و یادیگر مرکبات 4-Aminoquinoline طبق شمه تمدوی که برای ملاریابدون ملاریائی اختلاطی تروپیکی داده شده کفایت میکند. مقاومت پلازموید و ایواکس Oval در Plasmodium مقابله 4-Aminquinoline که هنوز ثبت نه شده است، چون زندگی Gametocytes کوتاه است به این لحاظ برای موثریت اختصاصی پریماکین ضروری

فصل سیزدهم

تیپ تأثیر				مواد
Hemofropic		Histo Schizotropic		
سپروروسیدال	گامیتوسیدال	ارتباط فورم Plasmodium Vivax	فورم فال بودن و نوچه باندن	همو شیزوتروپ
-	-	-	-	کلوروکین و دیگر مرکبات 4-Aminoquinolon
-	-	-	-	Quinin
+	-	-	+	Pyeremethamin (chlorodime)
+	-	-	+	Progunil (psigumal)
.	-	-	-	Sulfanilamide and Sulfan
-	+	+	+	Tetracyclin
-	+	+	+	Primaquin

جدول (29)

کلوروکین بالای Gamitocyte های نارمل Plasmodium Falciparum موثره بوده در مقابله توسط ادویه مذکور را زیبین بردن محرّاق انتان از آن استفاده نمی‌شود.

تصنیف بندي ادویه ضدملاريا

Classification of antimalarial Drugs

ادويه شيزانتوسيدال Drugs

معلومات درباره اين عنوان در صفحه بعدی مibاشد:

فصل سیزدهم

شماره	Name	Route	اشکال ادویه	
1	Chloroquine or Chloroquine HCL	150mg 200mg	Tab Amp IM or IV	موثرترین دوای شیزانتواسید به جزو قواعات مقاوم PF لakan تطبيق ان همراه Mepacrin مقاومت عبوری نشان میدهد، و IM آشتمال میشود برای ملاریای مضر و خطرناک.
2	Amodiaquine(Comaquine)	200mg	Tab	قوی ترین ادویه شیزانتواسید.
3	Mepacrin	100mg	Tab	نادر آشتمال میشود در صورت وقوع عوارض جانبی مقاومت عبور با استعمال کلوروکین نشان میدهد.
4	Quinine (Alkaloy) Quinine Sulfate Quinine Ethylcarbonate	260/325mg 325mg 325mg	Tab Tab Tab	شیزانتواسید. شیزانتواسید. برای اشکال و خیم و مقاوم میباشد ولی برای اطفال تطبيق ان کم موثر است.
5	Quinin Dihydrochloride	650mg-500	Amp IV	برای اشکال و خیم و مقاوم توصیه میشود لکن در شکل فوق تطبيق کنین به شکل از ادقاب استفاده نمیباشد.
6	Proguanil (Synthetic Biguanid)	100mg	Tab	خفیف شیزانتواسید میباشد بالای اشخاص که قسم مامانوف میباشد موثر است و بهترین ادویه و قایوی و تعین کننده دوره شیزوگونی زوجی در پشه میباشد
7	Pyrimethamine	25mg	Tab	1- برای وقاریه استعمال شود. 2- نهی کننده سیکل زوجی داشته ملاریا 3- در شکل مقاوم همراه با Proguanil استعمال میشود.
8	Sulfadoxin (Long Acting Sulfonamide)	500mg	Tab	دارای تاثیر شیزانتواسید که در اشکال مقاوم PF همراه Fansidar=Sulfadoxin 500mg+Pyrimethamin 25mg میشود
9	Mefloquine (A Quinolin Methano)	500mg	Tab	دارای تاثیر شیزانتواسید میباشد و PF شکل مقاوم به دوز واحد 1500mg قابل تطبيق میباشد.
10	کوتزی موکسازول (ترایمیتوپریم+سلفامیتوکسازول)	Tri ...80mg Sulfa400mg	Tab	دارای تاثیر شیزانتواسید میباشد در اشکال مقاوم پلازمودیم فلسبیارم تطبيق میشود.
11	Tetracycline	250mg	Cap	عمل خفیف شیزانتواسید دارد.
12	داسپون	100mg	Tab	اگر همراه Primethamin 25mg یک جای میشود تاثیر خفیف شیزانتواسید دارد استعمال آن در اشکال مقاوم PF میباشد
13	Metakelfin (Sulfalin+ Pyramithamin)	Sulf.. 500mg + Pyr.. 25mg	Tab	موثر بالای اشکال مقاوم PF
14	Primaquin	2.5/7.5mg	Tab	1- در مرحله اکزواریتروسایتیک جهت ازبین بردن پرازیت موثر است. 2- کشنده گامیتوسیت است. 3- دارای تاثیر خفیف شیزانتواسید میباشد

جدول (30)

فصل سیزدهم

Beta Blocker :- اکٹر Drug Interaction

انتی هیستامنیک ها با مشتق فینوتیازین و بیوریتیک ها یک جای استعمال شود Ventrecolar Arrhythmia زیاد میکند.

Artesunate and Artemether :- این دوا از جمله مشتق ارتی میترمیباشد طرز تاثیرات اش طولانی میباشد که در واکیول پرازیت به استقلاب میرسد و راپیکل های ازاد وسمی به میان میاید. این دوا در مقابل ان نوع پلازمودیم فلسفیپارم که در مقابل ادویه های متعدد مقاوم میباشد استعمال داردو بسیار موثر میباشد. گروپ کیمیاوی، تاثیرات واستعمال کلینیکی این دوا در جگر به استقلاب میرسد.

عوارض جانبی (Side Effect) :- دلبی، استفراغ، اسهال، دوز بلند ان باعث مشکلات عصبی میگردد و بالاخره قلب باعث طولانی شدن فاصله OT میگردد.

Lumefantrine :- بالای پلازمودیم فلسفیپارم موثر میباشد یا که با مشتق میفلوکوین با ارتی میزینین یک جادا شود یک تعداد ادویه های جدید ضد ملاریا تحت تحقیقات بالای انسان ها قرار دارند - که در تحقیقات ابتدائی شان نتایج مثبت به عمل آمده است.

درجول ذیل تداوی جدید و عصری ملاریایی پلازمودیم فلسفیپارم نشان داده شده است.

فصل سیزدهم

بعضی ادویه های ضدملاریا که در پرداختیک کم مورد استعمال میباشد قرار ذیل اند: Doxycycline, Clindamycin که همیش به شکل کمباین از پیشی شان استفاده میگردد.

Amodoquine :- این مستحضر از یک طرف ارزان واژ طرف دیگر در بعضی مناطق در مقابل پلازمودیم فلسفیپارم که در مقابل Chloroquine مقاوم میباشد تطبیق میگردد. دوز ان 10mg/kg bw/day میباشد که برای سه روز تطبیق میگردد همچنان در (SLE) Systemic lupus Erythematosus-Amobic Liver Abscess و در Rheumatoid Arthritis هم قابل استفاده میباشد در Agronolocytosis تطبیق دو اذکر شده چانس پیداشدن.

و Aplastic Anemia در بعضی انسان هاموجو دمیباشد. **Halofantrin :-** تاثیر میخانیکیت این دوا واضح و معلوم نمیباشد - در مقابل شکل مقاوم پلازمودیم فلسفیپارم در مقابل Chloroquine و همچنان در مقابل هرچهار نوع ملاریا موثریت داشته و همیشه در حمله حد ملاریا تطبیق میگردد.

عوارض جانبی (Side Effect) :- بالای قلب تاثیرات درد به وجود می اورد (طولانی ساختن مقاطع OT در الیکتروکاردیوگرام)، بالای جنین هم تاثیرات سؤ دارد و در Pregnancy (امیدورای) مضاد استطباب میباشد.

فصل سیزدهم

تداوی ملاریا

Clinical Setting	Drug Therapy ¹	Treatment of Malaria	Alternative Drugs
Chloroquine-sensitive <i>P. falciparum</i> and <i>P. malariae</i> infections	Chloroquine phosphate, 1 g, followed by 500 mg at 6, 24, and 48 hours or- Chloroquine phosphate, 1 g at 0 and 24 hours, then 0.5 g at 48 hours		
<i>P. vivax</i> and <i>P. ovale</i> infections	Chloroquine (as above), then (if G6PD normal) primaquine, 52.6 (30 mg base) for 14 days	Malarone, 4 tablets (total of 1 g atovaquone, 400 mg proguanil) daily for 3 days or-Mefloquine, 15 mg/kg once or 750 mg, then 500 mg in 6-8 hours or- Coartem (coartemether 20 mg, lumefantrine 120 mg), 4 tablets twice daily for 3 days	
Uncomplicated infections with chloroquine-resistant <i>P. falciparum</i>	Quinine sulfate, 650 mg 3 times daily for 3-7 days plus one of the following- Doxycycline, 100 mg twice daily for 7 days or- Clindamycin, 600 mg twice daily for 7 days	Artesunate, 2.4 mg/kg IV, every 12 hours for 1 day, then daily for two additional days; follow with 7 day oral course of doxycycline or clindamycin or full treatment course of mefloquine or Malarone or-Quinidine gluconate, ² 10 mg/kg IV/min over 1-2 hours, then 0.02 mg/kg IV/min	Artemether, 3.2 mg/kg IM, then 1.6 mg/kg IM; follow with oral therapy as for artesunate
Severe or complicated infections with <i>P. falciparum</i> ³			

جدول (32)

فصل سیزدهم

(Artemether+Lumefantrine)Ds

Body Weight	Day1		Day2		Day3	
	0Hours after	8Hours after	Morning	Evening	Morning	Evening
			Morning	Evening	Morning	Evening
5 to Less than 15kg	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2
15 to Less than 25kg	1	1	1	1	1	1
25 to Less than 35kg	1 - 1/2	1 - 1/2	1 - 1/2	1 - 1/2	1 - 1/2	1 - 1/2
Adult and Children 35kg and above	2	2	2	2	2	2

جدول (31)

- از مدت ده سال در چین بالای مریضان تطبیق میگردد، که بالای پلازمودیم وایواکس و پلازمودیم فلسوپارام (در مقابل اشکال مقاوم کلوروکین) تاثیر خوب دارد.

- این دواهم تحت تحقیقات قرار دارد.

- این دواهم تاثیر ضد ملاریا دارد.

8-Aminoquinolin - که از مشتقات Tafenoquine

میباشد و تحت تحقیق قرار دارد.

فصل سیزدهم

یک عده دواهای که غرض جلوگیری یا وقایه در مقابل ملاری استعمال میشود در جدول ذیل نکر به عمل امده است.

Drug	Use ²	Adult dosage ³
Chloroquine	Areas without Resistant Plasmodium falciparum	500mg weekly
Mefloquine	Areas with chloroquine Resistant P.. falciparum	250mg weekly
Doxycycline	Areas with multidrug Resistant P.. falciparum	100mg daily
Malarone	Areas with chloroquine Resistant P..falciparum	1tablet (250mg Atovaquone/100mg Proguanil) daily
Primaquin ⁴	Terminal prophylaxis of Plasmodium vivax and P.. ovale Infections	26.3mg (15mg base) Daily for 14days After travel

جدول (34)

انذار(Prognosis)

در حال حاضر به اساس احصایه که سازمان صحي جهان (WHO) در سال 1978 ميلادي ارائه نموده است ملاريا سبب از بين رفتن تقربياً 1.5-1.5 ميليون اطفال در جهان گردیده است - چنانچه اين رقم درشت و فيات ناشي از مواطن نامكمل طبي، كمبود پرسونل مسلكي، كمبود دارويه جات ضد ملاريا بوجود آمدده است.

خوشبختانه رقم بلند تلفات ناشي از ملاريا تروپيك در اين اوخر در مالك اروپائي و در ايلات متحده امريكا كاهش یافته است. در بين سال هاي 1972-1970 ميلادي از جمله

فصل سیزدهم

در تداوی اشكال مقاوم پلازموديم فسيپارم رژيم های ذيل به شكل كمبائن هم تطبيق ميگردد.

1 - Artemether lumefantrine .

2 - Artemether Amodiaquine .

3 - Dihydroartemisinin-piperaquine .

4 - Artesunate sulfadoxine pyrimethamin .

WHO Recommendations for the Treatment of Falciparum Malaria.		Notes
Regimen		
Artemether-lumefantrine (Coartem, Riamet)	Coformulated; first-line therapy in many African countries	
Artesunate-amodiaquine (ASAQ, Arsusam)	Coformulated; first-line therapy in many African countries	
Artesunate-mefloquine	Standard therapy in parts of Southeast Asia	
Artesunate-sulfadoxine-pyrimethamine	First-line therapy in some countries; efficacy low compared with other regimens in some areas	
Amodiaquine-sulfadoxine-pyrimethamine	Less expensive; recommended as an interim option when efficacy established and other regimens are not available	

جدول (33)

فصل سیزدهم

در اثنای اپیدیمی این رقم میتوان به 3-5% بالا برو و دوحتی ممکن است به شکل انفرادی این افزایش فوت شده گان در بعضی ممالک به 20-40% صعود مینماید. ولی در واقعات که تشخیص مقدم صورت میگردد تداوی به وقت و زمان اغاز میگردد. رقم فوتی نمیتواند از 0.2-0.3% تجاوز نماید، و قوعات فوتی از مرض ملاریا تقریباً 98% از نوع ملاریا فلسفیارم میباشد. و دیگر اشکال ملاریا و قوعات فوتی بسیار به ندرت به ملاحظه میرسد. انهایی که ملاحظه گردیده است صرف در اطفال که وضعیت قبل المرضی وخیم بوده مثلاً ضمیمه شدن سؤ تغذی با ملاریا وغیره تشکیل مینماید.

وقایه ملاریا توسط مواد کیمیاولی (Chemoprophylaxis)

در ساحات اندمیک ملاریا همراه بادرجه شدید انتقال پرازیت بسیار مشکل است که مردم را از گزینن پشه افیل ملاریا حفظ کرد، ولوکه از استعمال جاهام حفظ و مواد Replent نیز استفاده به عمل آیدلذا برای حفاظه گروپ های تحت خطر مردم بهتر است. از شیمیوپروفیلاکسیس انفرادی استفاده گردد. شیمیوترالپی انفرادی و یا شیمیوترالپی ساده، عضویت را از انکشاف پرازیت و باز ظهور تظاهرات کلینیکی ملاریا حافظه مینمایدیک ادویه ادیال و قایوی باید بالای عمل نماید و از انکشاف بیشتر عامل سببی Sporozoit جلوگیری نماید ولی متاسفانه تا هنوز چنین دوسومند

فصل سیزدهم

170 واقعه راجستر شده ملاریایی تروپیک که 2.5% آن به مرگ منجر گردیده است.

در بریتانیا کبیر 25 واقعه فوتی در بین سال های 1970-1973 میلادی را پورداده شده است اندازه تلفات سالانه تا 5.2% نیز بالغ گردیده که معمولاً از تشخیص ناوقت باشروع تداوی ناقص میباشد، در ایالت متحده امریکا رقم تلفات ناشی از PF در بین اهالی ملکی تقریباً 5.7% میرسد، در حال که بین نظامیان این رقم وفيات 0.2% میباشد، تجرب نشان داده که طبیعت ملکی در ایالت متحده امریکا فاقد تجربه های کافی اندکه در وضعي تشخیص بالموقع و شروع تداوی به وقت و زمان توجه نمیکند، چنانچه در اثر و قوعات فوتی وضع تشخیص در شفاخانه های ملکی امریکا در ظرف 4 روز صورت گرفته است، در حال که در شفاخانه های نظامی تشخیص در ظرف 24 ساعت وضع میگردد که این خوداهمیت تشخیصی مقدم را تائید مینماید، اکثر او قوعات فوتی دلالت به تشخیص ناوقت و شروع تداوی بی موقع میباشد.

در اکثر واقعات ملاریایی تروپیک ناشی از پلازمودیم فلسفیارم در اتحاد شوروی سابق ذریعه یک تعداد مولفین در سال های مختلف جمع اوری گردیده که اکثریت این واقعات ملاریایی تروپیک رول عمدۀ رادر تشخیص مقدم و تداوی بالموقع بازی مینماید که منجر به شفای تمام مرض میگردد به طور اوسط وفيات به 1% میرسد.

فصل سیزدهم

استثنا بعضی گروپ های پلازمودیم فلسفیارم که در مقابل کلوروکین مقاومت حاصل نموده در متابقی تمام واقعات این دوا برای شیمپروفیلاکسیس قابل استعمال میباشد.

تطیق کلوروکین باید چند روز قبل از منتن شدن احتمالی خصوصاً در مناطق ایندیمیک شروع گردد و باید در جریان ایام در چنین مناطق اندیمیک دوام داده شود برای 4-6

هفته بعد آزترک چنین مناطق نیز استعمال گردد.

به اساس این میتودو قایه موثر در مقابل پلازمودیم فلسفیارم به میان میاید. طرق مختلف و تداوی برای شیمپروفیلاکس موجود بوده که بیش تراز همه دوای انتخابی برای همین نقطه نظر کلوروکین به دوز 300-500mg یک مرتبه در هفته ویا Amidoquin به دوز 400mg یک مرتبه در هفته میباشد.

تجویز کلوروکین برای 4-6 هفته دیگر (بعد از خارج شدن از مناطق ایندیمیک) و قایه مرض 100% تامین میکند، از طرف دیگر با وجود تجویز شیمپروفیلاکسی در اثنای بود و باش در منطقه اندیمیک، ملاریائی فلسفیارم میتواند نزد شخص انکشاف کنبدادر و خیم و حتی بعضی اوقات با نتیجه کشنه.

مؤلف Shute در سال 1970 میلادی 2000 واقعه ملاریائی وارد شده به انگلستان را تحلیل و بررسی کرد و استباط نمود که انکشاف ملاریائی نوع Plasmodium Falciparum در اکثر واقعات ناشی از نتیجه عدم رعایت قواعد Chemoprophylactic

فصل سیزدهم

موجود نبوده باوجود این هم در اساس و قایه ملاریائی تروپیک توصیه Pyrimethamine یا Proguanil که تاثیر خوب در مرحله قبل از اریتروستاتیک (Pre-erythrocytic) بالای پلازمودیم فلسفیارم دارد ضرور احساس میشود که در قسمت محافظه از پیشرفت ملاریا موثر تلقی گردیده است.

در اشکال نکسی پلازمودیم و ایواکس و پلازمودیم اووال دواهای مذکوره عضویت را از پیشرفت تظاهرات کلینکی محافظه می نماید، همچنان با استفاده از دویه فوق الذکر پاروسیزم حاد و دوامدار که ذریعه اشکال مقاوم مخفی بعدازیک مرحله کوتاه Incubation به وجود میاید جلوگیری میکند، معمولاً مقاومت وسیع و بیشتر پلازمودیم فلسفیارم، پلازمودیم و ایواکس و پلازمودیم ملاریابه مقابل Biguanil، Pyrimethamin و جنوب شرق اسیا و ممالک افریقائی بوجود آمده است. لذا در استعمال دویه جات مذکوره منحیت دویه جات Chemoprophylactic غیرفعال کردن شیمپروفیلاکسی بعد از ظهور پرازیت در جریان خون به سرعت سبب تخریب کریوات حمرا (RBC) میگردد. تطیق منظم دواهای هیموشیز انتو سید از قبیل کلوروکین Amidoquin , Dellagil , Nivaquin ، غیره عضویت را زحمه ملاریا محافظه میکند.

در حال حاضر انتخاب دوا برای شیمپروفیلاکسی از بین دواهای که پرازیت ملاریابه مقابل آن حساس است هنوز کلوروکین پنداشته شده که استعمال وسیع دارد و به

فصل سیزدهم

درواقعات انتانی ملاریانواع ملاریای چهار روزه اجراء پروفیلاکسی درست و صحیح دروقایه و جلوگیری ازانکشاف انتان مفیدمیباشد.

اگرچه دروقوعات پلازمودیم ویواکس، اووال صرف Paroxysm در ابتدایی مرض وقایه و جلوگیری شده میتواند ولی اعراض و علایم بعدی میتواند در چندماه و حتی در 3-4 سال واقع شود که موضوع طولانی شدن به شکل Hypnozoit.

Darmanto Exo Erythrocytic دروج-ودانسان ارتباط میگیرد که به مقابل مشتقات 4-Aminoquinolin مقاوم میباشد.

جهت جلوگیری (وقایه) از اعراض و علایم مؤخر ملاریا نوع وایواکس واوول به اشخاص انفرادی که از مناطق انديميک امده میباشند ب مجردرسیدن به مناطق غيرانديميک کورس تداوي اضافی با Primaquine به دوز 15mg/day 14 روز تجویز و توصیه گردد. اگر شخص به زودی بعدازسپری شدن رُخصتی به مناطق انديميک ملاریا عودت میکند تداوی با پریماکین به دوز ذکر شده به خاطر شیموپروفیلاکس مفید و مقتضی نیست، به خاطر که فرد ذکر میتواند دوباره منتن گردد (Re Infection).

در بعضی ممالک ترکیب (تعداد) ادویه مختلف با عمل و تاثیر مختلف در شیموپروفیلاکس انفرادی استعمال میگردد. تاثیر بالای اشکال مختلف پرازیت، (Exoerythrocytic Asexual Erythrocytic Gamitocytes) انجام داده شده

فصل سیزدهم

ملاریابیشتر و پیغم اشخاصی رامصاب میکنده برای مدت کوتاه 1-2 هفته به ممالک ملاریائی ویا مناطق انديميک مسافرت میکند. با خاطرکه انها اکثر آشیموپروفیلاکسی شخصی یا انفرادی رامراعت نمی کنند.

همچنان انتان ملاریای فلسفیارم در نزد اشخاص که جهت تجارت کوتاه مدت در ممالک ملاریائی مثل هندوستان بودند حتی در نزد عمله طیاره یاسرنیشان طیاره که 1-2 روزه بیاچندین ساعت در منطقه انديميک به سر برندنیز مصاب به ملاریاشده اند.

رعایت و اداره درست شیموپروفیلاکسی انفرادی، وقایه جذری ملاریای فلسفیارم ممکن میسازد تاتاسب ویا نسبت ملاریای فلسفیارم وارد شده روبه از دیاداست که این شکل Predominant مرض در بین همه واقعات وارد شده ملاریا میباشد علت آن عبارت از از دیادتماس هاب ممالکی است که در انها ملاریائی فلسفیارم شکل Predominant مرض است.

در پرakteکیک کلینیک ماهمیشه به واقعات مواجه شدیم، مانند بعضی مریضان که از طرف داکتر بدون ضرورت کلوروکین تجویز شده و بدون تکمیل کورس تداوی قطع نموده است.

همچنان یک تعداد دیگر نمیدانکه شیموپروفیلاکسی باید برای مدت 4 الی 6 هفته به تعقیب عودت از مناطق انديميک دوام بدهد.

فصل سیزدهم

شمه تجویز کلوروکین و Amodiaquin
غرض شیمیوپروفیلاکسیس ملاریا در اطفال
(After Bruce Chwatt, 1970)

وزاره به گرام	بلشت	تقویت کننده های داروهای ملاریا	
سن کامل		0.225-0.3 $(1\frac{1}{2}-2)$ tab	$0.3-0.4$ $(1\frac{1}{2}-2)$ tab
7-11 سال		0.15-0.2 $(1-1\frac{1}{3})$ tab	0.2 (1) tab
4-6 سال		0.112-0.15 $(\frac{3}{4}-1)$ tab	0.15 $(\frac{3}{4})$ tab
1-3 سال		0.075-0.1 $(\frac{1}{2}-\frac{2}{3})$ tab	0.1 $(\frac{1}{2})$ tab
از بیشتر	از بیشتر	0.037-0.05 $(\frac{1}{4}-\frac{1}{4})$ tab	0.05 $(\frac{1}{4})$ tab
		Chloroquin (Base)	Amodiaquin (Base)
ادبو			

جدول (35)

فصل سیزدهم

تامین میکند. دویه جات ذکر شده شامل Dorachlor که تابلیت های آن از (Pyrimethamin) و کلوروکین اساساً ترکیب شده است.

تابلیت های (Chloroquin 0.3gm+Primaquin 0.045gm) که از مواد ذکر شده مشکل است ساخته شده است.

تابلیت های Comoprim که از پریماکین (Comaquin) و Amodiaquin متشکل است در بازار های ممالک جهانی موجود است.

دوز مستحضرات جهت Chemoprophylaxis مربوط به مرحله وحالت معافیت در گروپ های مختلف جوامع میباشد. (جدول 28)

از نواحی و مناطق که Strain های پلازمودیم فلسفیارم مقاوم کلوروکین شایع میباشد استعمال کلوروکین غرض شیمیوپروفیلاکسیس حتی در ترکیب با سایر دویه جات غیر مقتضی میباشد.

در سال (1974) Borret Conner تجویز هفته وارکلوروکین راباترکیب داپسون (Diaphenyl Sulfate) روزانه توصیه می کند ولی شیمای ذکر شده در ویتمام غیر مؤثر تثبیت شده است.

فصل سیزدهم

جهت تامین عمل طویل دوای مذکور(دوره دفع Half Life) یا نصف عمر Sulfadoxine در حدود 200 ساعت است و از Pyramithamin در حدود 95 ساعت است - در زمان که جهت Fansidar از Prophylaxis استفاده به عمل می‌اید یک دانه تابلیت در دو هفته و حتی یک دانه در چهار هفته تجویزگردد.

در این ارتباط تحقیقات که از جانب مولف Peck 1975 در مالیزی بالجام داد ملاحظه کرد که به تعقیب اخذماهانه (Pyremethamin 175mg+Sulfadoxin 1500mg) فانسیدار (Fansidar) برای سه هفته باقی می‌ماند که غلظت بلند سلفادوکسین برای سه هفته باقی می‌ماند که نظر به عقیده مؤلف مذکور ثبوت مناسب اخذ و تطبیق ماهانه فانسیدار جهت Prophylaxis مalaria می‌باشد، همچنان مؤلفین Lewis و Ponnampalon در سال 1975 میلادی که در مالیزی ای غربی تحقیقات کرده بودند، از تاثیر قوی محافظتی تجویز ماهانه فانسیدار را پورداده اند، کدام عوارض جانبی در قبال نداشته حتی نزد آن عدد مریضان که خانم‌های حامله هم بودند.

در هندوستان ادویه که به همین منظور به شکل روتین استعمال می‌گردد عبارت از Metakelfin بود که در ترکیب آن Kelfizine و Sulfalin یا Pyramithamin شامل می‌باشد از شیما یشمپرووفلاکسین Chemoprophylaxis

فصل سیزدهم

شمه تجویزتابلیت‌های کمباین شده Darachlor برای شیمپرووفلاکسین ملاریادرسنین مختلف :-

نفوس	دوز به تابلیت				
	۱-۵ سال از تازه که	۶-۱۰ سال	۱۱-۱۵ سال	۱۵-۲۰ سال از تازه که	۲۰ سال از تازه که
۱/۴	۱/۲	۱	۱-۲	۲	۳ هر هفته
۱/۲	۱	۲	۲	۲	۳ هر دو ماه

جدول (36)

ادوبه که اکثر ابرای Chemoprophylaxis ملاریا نوع فلسفیارم مقاوم دو استعمال شوندبه شکل مستحضرات ترکیبی Sulfadoxin, Sulfalene ها (Sulfadinoxine, Sulfalene) و کمتر مهم (Diaminodiphenyl Sulphat) یا پایر امیتامین ساخته شده است.

Fansidar (Diaminodiphenyl+Pyremithamin) موثر ترین مستحضر تداوی و شیمپرووفلاکسین می‌باشد که به صورت وسیع استعمال می‌گردد.

فصل سیزدهم

استعمال وسیع Sulfonamide هاجهت تداوی و شیموپروفیلاکسی ملاریامینتواند همراه بالانکشاف مقاومت عناصر سبی امراض انتانی و خیم مثلاً به مقابل Meningococous Sulfonamid سبب بروز مشکلات زیادر تداوی انتانات مننگوکوک می‌شود.

به این منظور Metakelfin و Fansidar فقط زمانی باید رشیموپروفیلاکسی استعمال شود که ضرورت باشد مگر در آفریقا استعمال نگردد چرا که هنوز هم در آنجا مستحضرات 4-Aminoquinoline تاثیر خوب محافظتی دارا می‌باشد.

فعلاً به اساس مطالعات جدید تلاش در خصوص امکانات تولید ترکیبی از Mefloquine همراه بادیگرد ادویه جات جهت وقایه و جلوگیری از انکشاف مقاومت دوائی این مستحضرات در انواع پرازیت های ملاریائی صورت می‌گیرد.

فصل سیزدهم

فرد اتفیف روسیه استفاده می‌شود در اینجا قابل تطبیق می‌باشد.

وقتیکه Fansidar با Metakelfin مساعدنبود (موجود نبود) مینتوانیم از تجویز ترکیبی Sulfadoxine یا Sulfalen همراه Pyramithamin به عین دوز استفاده کنیم - ترکیب فوق نه باید اضافه تریا طولانی تراز 6 ماه استعمال گردد. گروپ تجویزانهابه صورت موسمی در وقت انتشار شدید ملاریا توصیه می‌شود.

به خاطر باید داشت که تجویز فانسیدار و Metakelfin در نزد خانم های حامله و اطفال شیرخوار مضاد استطباب است.

ادویه	دوز در سنین مختلف (در تابلیت)					تکرار تجویز
	پایین نژاد 4 سال	4-8 سال	9-14 سال	بالاتر از 14 سال	کاهل	
Fansidar	1/4	1/2	3/4	۳/۴	۱	یک هفته
Metakelfin	1/4	1/2	3/4	۳/۴	۱	یک هفته

جدول (37)

فصل چهاردهم

زنبورهای مختلف انسان را نیز نجات میدهد و در استعمال آن انسان به سهولت استراحت کرده میتواند.



فotto (18)

فوتوفوق استعمال پشه خانه هارادر لیلیه نشان میدهد. در این جایا ذکر شود که پشه خانه در سال یک بار توسط مواد کیمیاوی که از طرف مجادله ملاریا و شمانیاتوصیه میگرددمشروع شود.

فصل چهاردهم

وقایه (Prevention)

وقایه از ملازیامعمولاً به دو قسم صورت میگیرد:

1. وقایه فردی

2. وقایه محیطی

1. وقایه فردی به دو قسم است:

a: وقایه توسط مواد کیمیاوی مثلاً دویه های مختلف که قبل از شکل مفصل از آن بحث به عمل آمده (تحت عنوان شیمیپروفلکسیس).

b: وقایه افراد از گزیدن (وخذه) پشه انفال مونث توسط وسائل مختلف.

در این وسایط اسباب ذیل شامل میباشند:

1 - موجودیت انرژی برق که توسط آن به میان آوردن جریان هوکه حرکات پشه را محدود میسازد و عبارت از وسائل مختلف مثلاً بادپر، کولر و غیره میباشند.

2 - اسباب که پرواز پشه را در جای که انسانها بود و باش دارند محدود میسازند مثلاً جالی های فلزی و غیرفلزی در کلکین ها و دروازه ها و یا بستن پشه خانه ها بالای بسته در وقت استراحت، نه تنها از اسباب ذکر شده در مقابل گزیدن از پشه ها جلوگیری صورت میگیرد بلکه از مزاحمت مگس ها

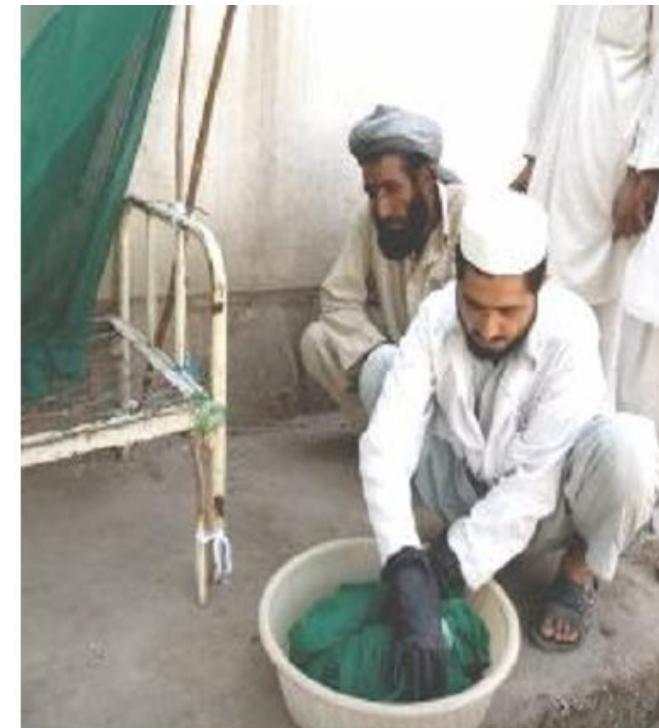
فصل چهاردهم



فotto (20)

خانم سپری کننده مواد Replent در ساحات اندیمیک ملاریا

فصل چهاردهم



فotto (19)

طريقه عملی اشباح پشه خانه ها
3- استعمال موادکیمیاوي مختلف که به شکل
Spray در نقاط مختلف محیط زیست مثلاکوچه ها
، خرابه ها ، بالای علف های ارجل(هرزه)،
بالای آب استاده وکثیف صورت میگیرد.

فصل چهاردهم

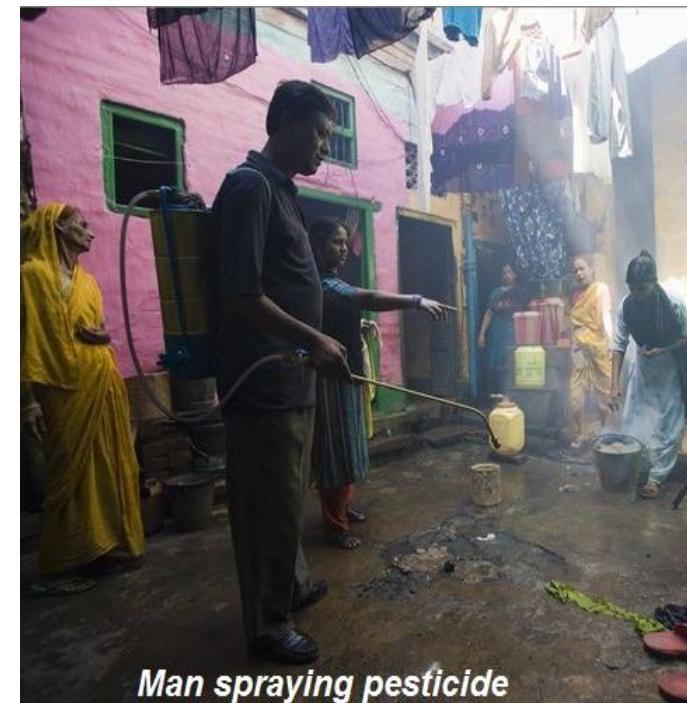
پاشیده شود، که به این طریقه تکامل لاروای پشه هامختل گردیده و از بین میرود.

5 - تخمهای ماهی Gambessia در آب استاده البته در نقاط مختلف شهر باید انداخته شود، که بعد از آن میان امدن چوچه های Gambessia لارواهای پشه را خورده و از بین میرود.

6- تدبیر فوق به بلند بردن سطح اگاهی ضرورت است که بدین ارتباط به تبلیغات جمعی از رادیوهای روزنامه های مختلف ضرورت است. که مطابق پلان دولتی از ریاست عمومی مجادله ملاریا و لشمانیا به شکل اشتهرات و کمپین تبلیغاتی به کار آنداخته شود.

تامردم عقیدت افهمندکه تطبیق فکتور های فوق در اماکن ابود ساختن مرض ملاریا ضروری میباشد که توسط آن مرض کشنده ملاریا و خاصتاً ملاریائی IPF از بین میروند و انسان را زمرگ و میر مرض ذکر شده نجات میدهد که این عمل وظیفه هر فرد جامعه انسانی میباشد.

فصل چهاردهم



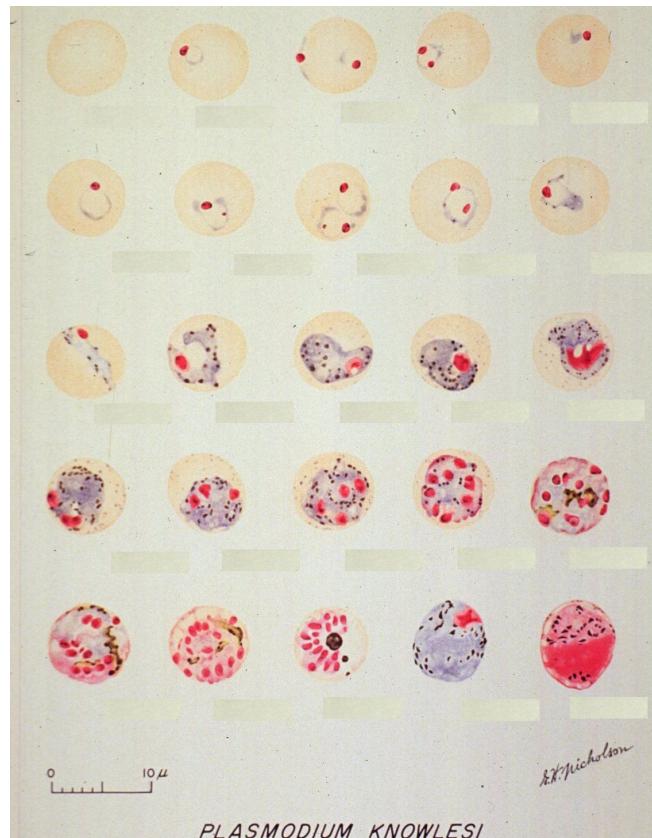
Man spraying pesticide

فوتو (21)

خصوصاً در کوچه ها که در آن جا از دحام مردم زیاد باشند سیستم منظم کانالیزیسیون موجود نمیباشد و مردم غریب و کم اقتصاد را نجاز نمیکند.

4 - خرابه های باید توسط پرسونل شاروالي تخریب و هموار گردد، و مبلغی سوخته بالای آب های استاده به شکل

فصل پانزدهم



شکل (29)

این پرازیت ملاریا توسط گزیندن پشه ملاریا
انافیل (Anopheles) از انسان منتن به انسان هاسالم انتقال
شده میتواند .
به خاطر کسب معلومات مزیداین مرض تحت عنوان های ذیل
قابل تشریح میباشد که به شکل مختصر تحت مطالعه قرار گرفته
شده است:

فصل پانزدهم

پلازمودیم نولیسی

(Plasmodium Knowlesi)

پرازیت نوع پنجم ملاریائی انسانی

Scientific:

Classification

Kingdom: Protista

Phylum: Apicomplexa

Class: Aconoidasida

Order: Haemosporida

Family: Plasmodiidae

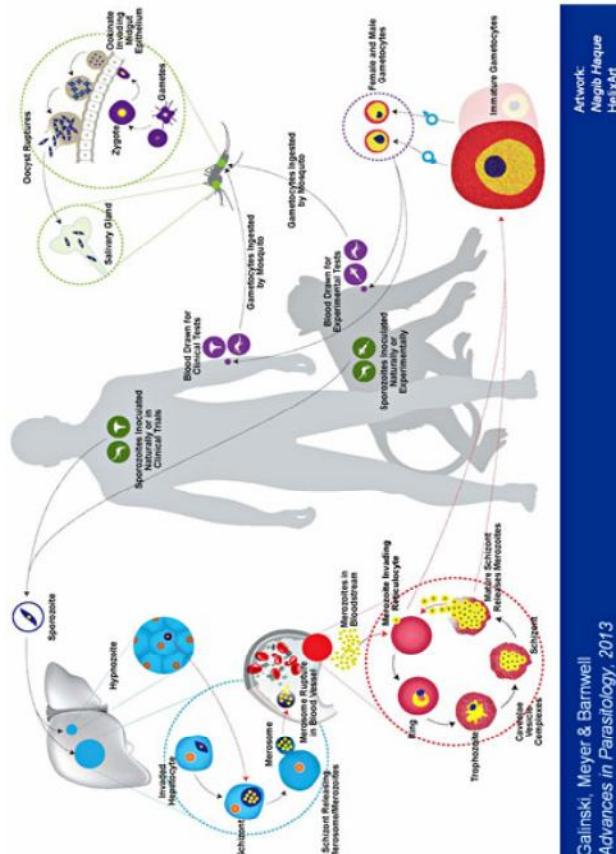
Genus: Plasmodium

Species: Plasmodium knowlesi

پلازمودیم نولیسی یک پرازیت Primate یا حیوانات پستاندار میباشد ملاریائی است که عموماً در آسیا جنوبی و در مناطق جنگل زار پیدا میشود - که انسان و هم شادی ها (monkeys) را مصائب کرده میتواند .
و باعث مرض ملاریائی خطرناک میشود . بار اول در تنه 1965 میلادی منحیث یک انتان خطرناک در بین انسان هادر منطقه جنوب شرق آسیا که در آن منطقه وقوعات شان زیاد میباشد را پورداده شده است .

فصل پانزدهم

وجود میاورد و در عدم تداوی آن یک حالت بسیار وخیم و کشنده را به وجود اورده میتواند، سیکل ذکر شده را به طوری ذیل خلاصه کرده میباشد:



5. Giemsa-stained thick blood film
from patient showing
late trophozoites of *p. Knowlesi*.jpg
(30) شكل



240

فصل پانزدهم

- History of discovery
 - Evolution
 - Life cycle
 - Epidemiology
 - Vector
 - Clinical manifestation
 - Diagnosis
 - Treatment
 - Public Health prevent and vaccine
 - Pathology
 - Notes
 - Useful web link
 - Plasmodium Knowles
 - References

تاریخچه (History): اولین شخص که این نوع ملاریائی انسانی را بر اول تحت مطالعه قرار گرفت یک عالم ایتالی وی Giuseppe Franchitti

پروفیسور Robert Knowles (1883-1936) میلادی یک عالم مalariaologist بود، شخص مذکور موجودیت P.Knowlesi را در خون شریح کرد وی اضافه نمود که انتان خون شادی ها میتواند در انسان هالمارض رابه میان بیمارد، پروفیسور ذکر شده در سال 1921 میلادی به صفت پروفیسور پرتوزوالوژی مقرر شد، همچنان از سال 1933-1935 میلادی به حیث رئیس مکتب امراض تروییک در شهر کلکته ایفای وظیفه نمود عالم مذکور افتخار مولف مجله طبی هندی (Indian medical Gazzete) را نیز مفترخ شده بود که در مجله ذکر شده تحقیقات علمی راجع به Plasmodium Knowlesi به نشر سپرده و بعد از طرف یک تعداد علماء مalariaیائی ذکر شده به نام مذکور مسمای گردید که فعلًا تحت عنوان P.Knowlesi در کتاب ها و اشار علمی مطالعه میشود.

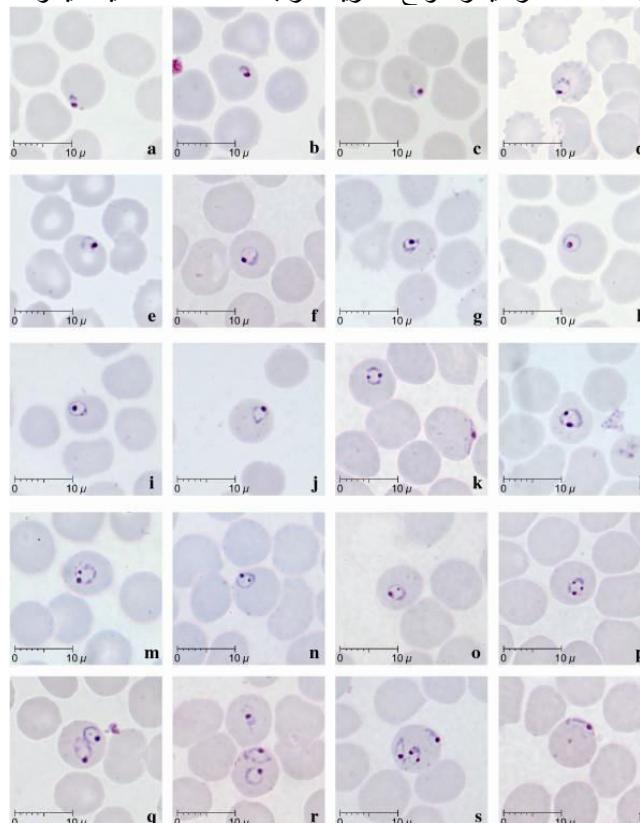
سیکل حیاتی (Life Cycle): پرایزیت ملاریائی
بعد از مصائب شدن انتنان که در زمان بسیار کم یک پرایزیتیمیاب بلند را به



23

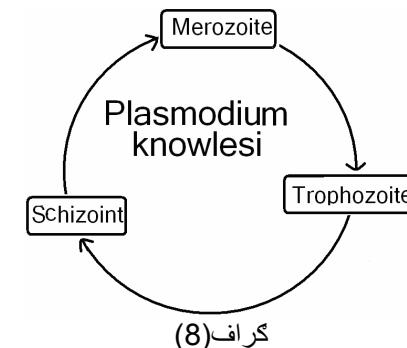
فصل پانزدهم

راتکمیل مینماید که بعد از زمان کوتاه به شکل تدریجی به دوران خون داخل شده و مرحله Erythrocytic را ادامه داده و اعراض کلینیکی مرض شروع میشود. که بعد از تکمیل چند مرحله Asexual (غیرزوجی) داخل RBC یک Trophozoite ها بعد از تکمیل یک سیکل به گامیت های مذکور و مونث مثلكه در دیگر انواع مalaria ذکر به عمل آمده تشکیل میشود.

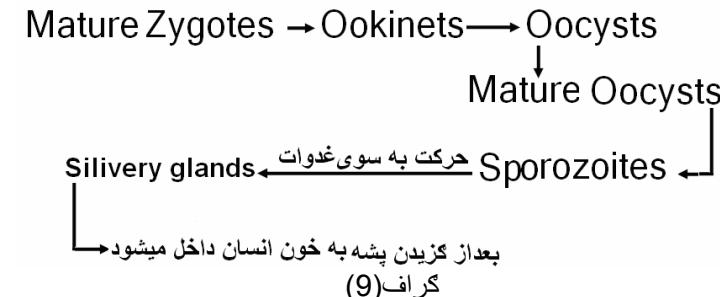


1. Early Trophozoites of P. Knowlesi parasite in Human.jpg
فوتو(22)

فصل پانزدهم

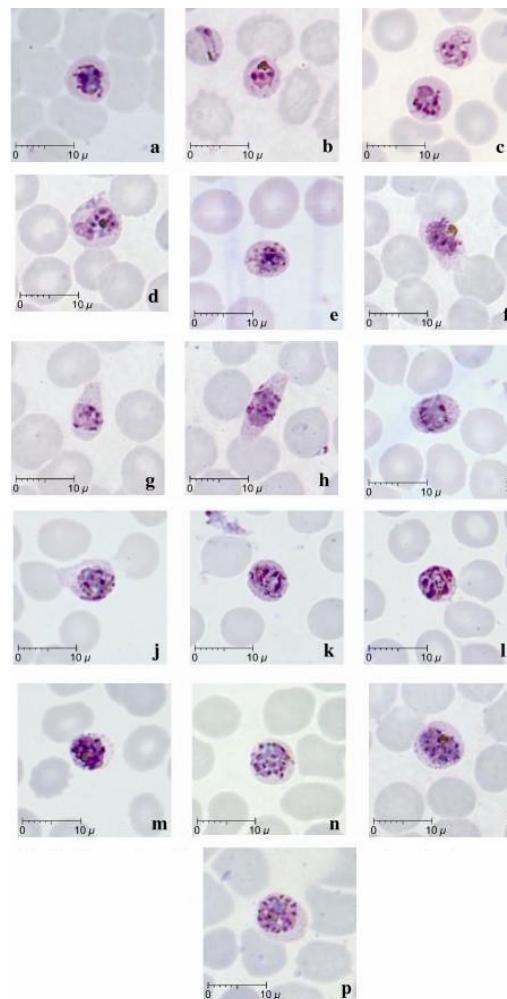


این مراحل پلازمودیم نولیسی به P.Falciparum و P.Malaria مشابهت دارند. پشه مalaria (anopheles) به دیگر انواع پرازیت های مalaria که از چوشیدن خون انسان منتن که در آن گامت های مذکور (Macrogamete) و گامت های مونث (Microgamete) بلع شده که ازان جمله یک مقدار در معده هضم و یک تعدادان که از طبقه سerosa معده پشه تیرشده و بعد از مرحله Fertilization زایگوت (Zygote) به وجود آمده و بعداً به غدوات Silivery پشه تبدیل و در وقت گزیدن Sporozoites به خون انسان داده و در کم وقت به حجرات جگر میرسد. که این تشریح مختصرآ در شمه ذیل خلاصه شده است:



وقتیکه از طرف پشه منتن انافیل سخن سالم گزیده میشود Sporozoites در خون انسان داخل شده و بعد از گذشت کم وقت به انساج جگر نوسط خون رسیده میشود و در نسج کبدی مرحله

فصل پانزدهم

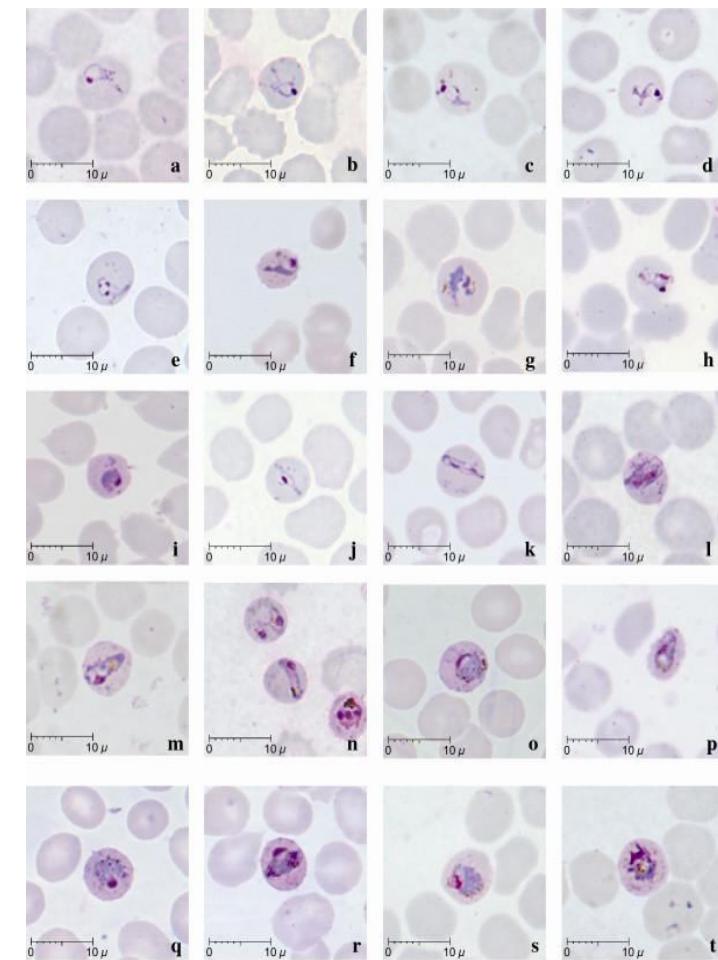


3. Schizonts of *p. Knowlesi* parasites
in Human infection.jpg

فotto(24)



فصل پانزدهم



2. Late and Mature Trophozoites of *P. Knowlesi*
parasite in Human infection.jpg
فotto(23)

243



فصل پانزدهم

این نوع ملاریا نوع پنجم در افریقا تا هنوز موجود نیست – یک علت ان این هم شده میتواند که در مردم افریقای شرقی Duff antigen کم دیده میشود.

همچنان این قسم ملاریا در اطفال نیز باعث مرض ملاریا میشود (خاصتاً در ناحیه Kudat district).

ناقل (Vector): این مرض ملاریا به چهار طریقه ذیل انتقال شده میتواند:

- از شادی منتزن به شادی (Monkey) سالم.
- از شادی منتزن به انسان سالم.
- از انسان منتزن به انسان سالم.
- از انسان منتزن به شادی سالم.

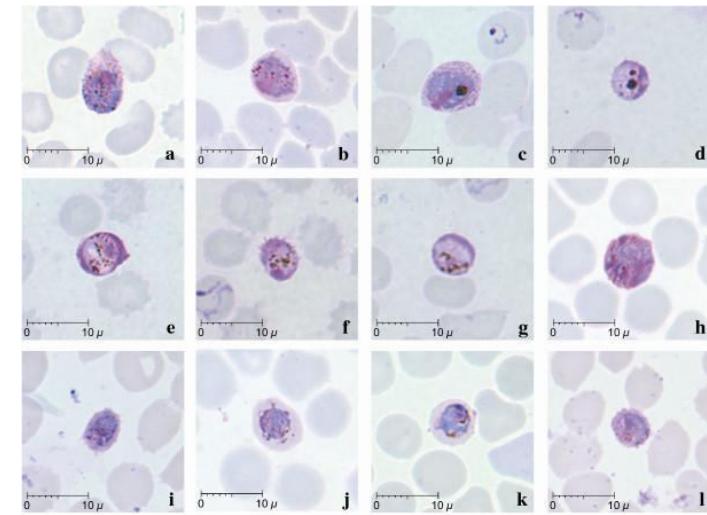


فتو(26)



فتو(27)

فصل پانزدهم



4.Gametocytes of *P.knowlesi* parasites
in Human infection.jpg

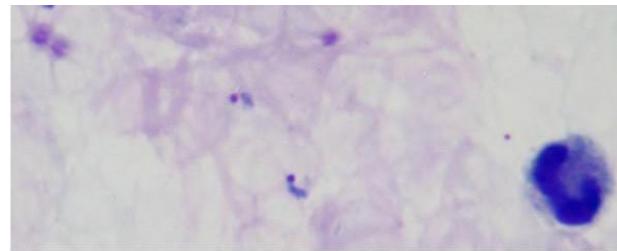
فتو(25)

ایپیدیمولوژی (Epidemiology): عامل این مرض در مناطق جنگل زار که مردم در همان جا زندگی میکند توسط پشه های انافیل منتزن گزیده و این مرض را طبق سیکل های ذکر شده به وجود اورده میتواند.

این مرض خاصتاً در جنوب شرق آسیا زیاد دیده میشود. همچنان در مالزیا، Myanmar، فلیپین، سنگاپور و در تایلند و قووات زیاد به وجود اورده و در مناطق ذکر شده و قووات دیگر انواع ملاریا هم موجود میباشد. که در مالک ذکر شده در ساحه های جنگل زار پشه های منتزن ملاریا زیاد میباشد.

فصل پانزدهم

تشخیص (Diagnosis): پلازمودیم نولیسی (Knowlesi) میشود. پرازیت این ملاریا مثل *Malaria Plasmodium* میباشد و توسط Molecular Detection این ملاریا به اسانی تشخیص میشود. از نظر مورفولوژی *Malaria plasmodium* شباht دارد. در زمان تکمیل مرحله در هر *Schizont* 8-10 میروزویت میباشند.



5. Giemsa-stained thick blood film from patient showing late trophozoites of *p. Knowlesi*.jpg

فوتو(28)

تداوی (Treatment): این نوع ملاریا در مقابل کلوروکین پریماکین بسیار حساس و جواب خوب میدهد. اگر بعد از تطبیق کلوروکین در خون باز هم پرازیت ها دیده شوند، باید از Primaquin که مضاد استطباب ها موجود نباشد باید شروع شود و در دو روز مسلسل بعدی تطبیق شود.

{**صحت عامه، تدابیر و قایوی و واکسین**}

که در این باره میتوانیم نقاطی ذیل را به شکل مختصر ذکر نمایم:

1. Mosquit benets.
2. Medication – (Mefloquin, Chloroquin)
3. Vector control.
4. Residual Spray in using insecticides.

فصل پانزدهم

ناقل این نوع ملاریا به *Anopheles* مربوط میباشد. *Cellia* series: *Neomyzomya* genus *Leucosphyrus* میباشد. این پشه ها در جنوب شرق آسیا در مناطق جنگل زار پیدا میشود و انسانان زمانکه به این مرض مصاب میشودکه با پشه های منتن به تماس امده باشد.

کلینیک (Clinic): از دو طریق این پرازیت به انسان انتقال میگردد:

- از شادی منتن به انسان سالم.
- از انسان منتن به انسان های دیگر.

اعراض کلینیکی (Clinical Symptoms): بعد

از (11) روزگزیدن توسط پشه منتن ملاریا اعراض کلینیکی مرض شروع میشوند و در زمان 12-11 روز اگر خون از مریض گرفته شود، پرازیت ملاریا در سلاید دیده میشود. در این مرض ملاریا در مقطعه زمان کوتاه *parasitemia* بسیار بلندرا به وجود اورده میتواند. امکان دارد سیر و خیم ملاریا تا سرحد مرگ به وجود بیاورد.

در جریان حمله ملاریا سردردی شدید، تب و لرزه (Cold Sweat) به وجود امده و باعث زحر انسان مریض میشود.

در این نوع ملاریا عودمرض دیده نمیشود-چرا که *Exo Hyptozoites* در مرحله *Erythrocytic* کم میباشد- اختلالات تهدید کننده زندگی به وجود اورده میتواند و مرگ در این وقوفات کم دیده میشود به طور معمول اختلالات در سستم تنفسی، غیرنورمال بودن وظایف چگر jaundice و عدم کفایه کلیه ها (Renal Failure) رابه وجود اورده میتواند.

در یک قسم Series ان 2 فیصد چانس مرگ میباشد.

در مرض خطرانتان باقی مانده است. انتقال ملاریا در 107 کشور با بیش از یک میلیارد نفر مریضی رُخ میدهد و هر سال باعث مرگ ۱-۳ میلیون نفر میشود.

۵. تاثیر انتان ملاریا به صحت در حال افزایش است، چون محدودیت های مالی مانع برنامه های کنترول ملاریا میشوند.

یشه های دربرابر حشره کش ها مقاوم شده و پرازیت های مقاوم به ادویه از طریق بسیاری از ساحتان انديميك گسترش یافته اند. اخراً گرم شدن کره زمین خود این پوتانسیال را دارد که وسعت ساحت حساس به انفیل را گسترش بدهد. حتی بیشتر مردم را در مرض خطر قرار بدهد.

۶. در کشور ما بیشتر واقعات مرض از باعث PV و PF می باشد.

۷. باوصفت اینکه پروگرام ملی ضد ملاریا در جوکات محترم وزارت صحت عامه موجود می باشد لیکن نظر به مشکلات مختلف منجمله نا امنی ، امکان تطبیق سیستم سروپیلانس کامل در تمام مناطق کشور غیر ممکن میباشد .

۸. اولین اعراض ملاریا بعداز دوره تفریخ (7 تا 30 روز) به نام حمله ابتدائی یا اولیه یاد میشود. این حمله معمولاً غیر وصفی است و ممکن است مشابه به هر نوع بیماری تب دار باشد . حمله حاد ملاریا به طور وصفی با عالیم سردردی، دلبلدی، خستگی عمومی و صفت شروع میشود و به وسیله تب تعقیب میگردد.

یک حمله وصفی و کلاسیک ملاریا که اکثر آ در اوایل نیمه دوم روز شروع میشود و معمولاً ۴-۱۲ ساعت دوام میکند ، شامل سه مرحله ذیل میباشد:

— مرحله سرد .

نتیجه

۱. ملاریایک مرض انتانی و یا پرتوژوانی است که به وسیله پرازیت های به نام پلازمودیم ایجاد میشود و توسعه پشه مونث انفیل منتقل شده منتقل میگردد.

۲. پنج نوع از جنس پلازمودیم تقریباً سبب تمام انتانات ملاریا در انسانها میشود. که عبارن از پلازمودیم فلسبیارم، پلازمودیم وایواکس، پلازمودیم ملایا، پلازمودیم اووال و نوع Plasmodium Knowles و تحت تحقیقات قرار دارد.

که فعلاً به شکل مختصر تشریح شده است تمام واقعات مرگ و میرنشی از ملاریا از پلازمودیم فلسبیارم می باشد .

ملاریا علت عمدہ بیماری و مرگ در اطفال زیر سن پنج سال ، خاتم های حامله و مسافرین(مهاجرین غیر مصون) میباشد .

۳. ملاریا یکی از قدیمی ترین امراض شناخته شده انسانی می باشد و نوع بشر برای هزاران سال از ملاریا رنج می برد- به نظر میرسد که ملاریا تقریباً 5000 سال قبل در چین شناخته شده است - از مرض ملاریا در قانون طبی چین 2700 سال قبل از در نوشته های ومصری(3500 تا 4000 سال قبل) تذکر به عمل امده است - منشاء احتمالی ملاریا قاره افریقای مرکزی و جنوبی می باشد و با مهاجرت انسانها به اروپا، امریکا و آسیا انتشار یافته است .

۴. در حال حاضر نیز ملاریا یکی از علل عمدہ بیماری در افرادی است که در مناطق گرمسیر و نیمه گرمسیر زندگی میکند با وجود تلاش های جدی چهت کنترول ملاریادر جریان قرن بیستم در حدود 40% نفوس جهان هنوز هم

b

a

- مرحله گرم.
- مرحله عرق شدیکه بعداز آن برای یک مدت مريض تب نداشته اما خود را ضعیف احساس مینماید.
- 9. ملاریا در اطفال سیر و خیم دارد. معافیت مادر طفل را از مرضی ملاریا نجات میدهد، دادن مایعات به طفل اهمیت زیاد دارد. در تداوی اطفال کلیندمایسین اهمیت مهم دارد زیرا تطبيق تتراسیکلین در انها مضاد استطباب میباشد.
- 10. واقعات مقاوم به کلوروکین به تناسب سالهای 1362-1367 در سالهای اخر بیش از 30 مراتب از دیدار یافته است. واقعات مقاوم به کلوروکین 40% تمام واقعات ملاریا در مطالعه انجام شده تشکیل میدهد. انواع مقاوم با هیلووفنترین(Halofentrine) در کشور مارو به افزایش است.
- 11. در لبراتوارهای ماباتناسب لابراتوارهای کشورهای در حال رشد به ارتباط مرض انتانی کیفیت کاری پائین دارد.
- 12. دواهای وارده به کشور از کیفیت خیلی پائین برخوردار است.
- 13. پروگرام های وقایوی ملاریا در پائین ترین سطح قرار داشته است.
- 14. اختلاطات عمدۀ ملاریای شدید عبارتند از ملاریای دماغی، اذیمای ریوی، عدم کفایه حاد کلیه، کمخونی شدید و یا خونریزی، اسیدوزیس و هایپوگلایسیمیا از عمدۀ ترین اختلاطات میتابولیک میباشد.
- 15. در مناطق شمالی و شمال شرقی کشور مانسبت به کشت شالی واقعات ملاریا زیاد میباشد.
- 16. یکی از عوامل عمدۀ رشد این بماری کمبود معلومات صحی مردم میباشد.

پیشنهادات

1. استفاده از جالی های الوده بامواد حشره کش در زمان استراحت، نصب جالی در کلکین ها جهت جلوگیری از گرش پشه ها، تخلیه یا از بین بردن باتلاق ها و بالاخره استفاده از ادویه جات مختلف حشره کش جهت از بین بردن پشه ها در مناطق ایندیمیک.
2. توصیه ادویه ضد ملاریا جهت وقایه به افرادی که به مناطق ایندیمیک سفر می‌نمایند.
3. تطبیق و کنترول جدی برنامه های ضد ملاریا، تربیه کدر های مسلکی، بلند بردن سطح کیفیت کاری و فعالیت لابراتوار های طبی، تامین شرایط مناسب برای افراد مسلکی در مناطق ایندیمیک جهت کار و فعالیت و کنترول جدی، کیفیت ادویه توسط وزارت محترم صحت عامه.
4. بلند بردن سطح دانش و معلومات صحی مردم از طریق رسانه ها، معلمان و استادان مکاتب و موسسات تحصیلات عالی، علماء و امامان مساجد.
5. چون ملاریا از جمله امراض انتانی تب دارمی باشد، بنابراین در صورت ادامه تب باید حتماً معاینه خون از نظر ملاریا انجام یابد.
6. جلوگیری از استفاده خودسرانه ادویه ملاریا.
7. تطبیق مکمل مقدار (دوز) ادویه ضد ملاریا توسط پرسونل مسلکی.

Bibliography

1. Malaria (K.M Loban) (Maskaw)
2. Short Test Book of infectious Diseases (K.V-Krishnadas _____ India)
3. The Microscopic Diagnosis of Tropical Diseases
4. A Color Atlas of Infectious Diseases (India)
انتانی (کابل)
پوهاند عبدالفتاح نجم .
5. Infectious Diseases
6. <http://medicalmicro.blogspot.com>
7. استفاده از نشرات ریاست مجادله ملاریا و لشمانیا
وزارت صحت عامه افغانستان .
8. (حیدری) سیدقمبر علی فارمکولوژی دریم توک .
9. استفاده از مواد علمی طبی اینترنتی .
تاریخ رفیریس های کتاب های فوق بین 1980 الى 2015 میباشد .

خلاصه بیوگرافی مؤلف

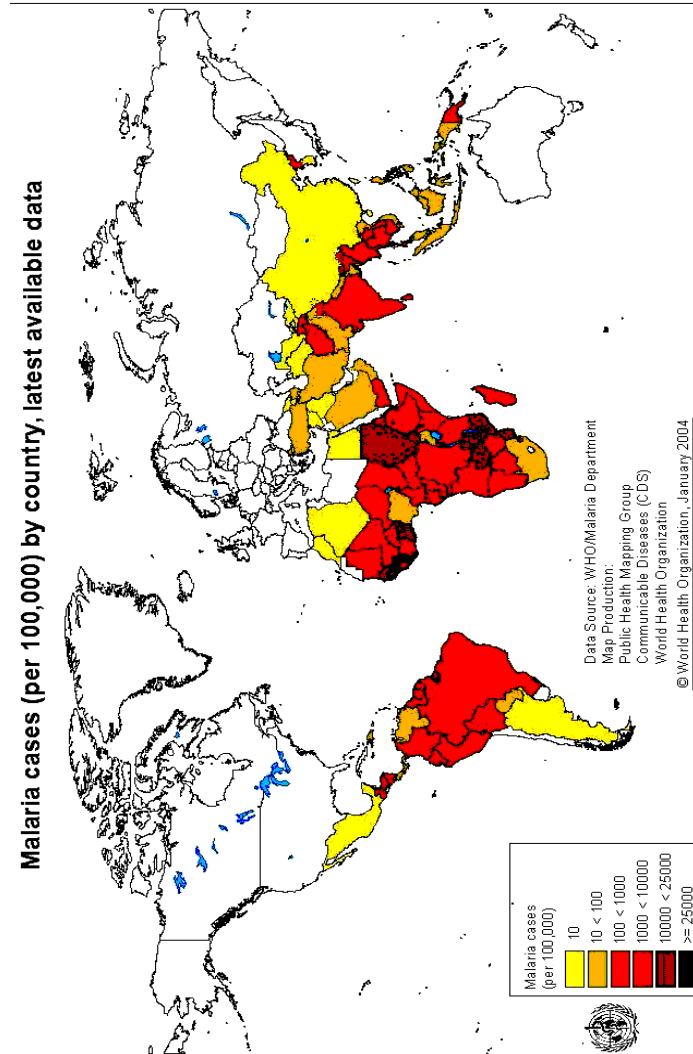


دکتور محمد اسحاق ((شریفی))
فرزند خاکی محمد در سال 1335 هـ ش در قریب مسعود
ولسوالی چوکی ولايت کنراها در یک فامیل تعلیم پرور متولد، و در سال 1341 هـ ش شامل ابتدائیه مکتب چوکی در سال 1351 هـ ش از لیسه جمعیت چوکی فارغ و در سال 1352 هـ ش شامل طب ننگرهار و در سال 1359 هـ ش از طب ننگرهار بالاخذ دیپلوم MD

فارغ و به همان سال از طرف وزارت صحت عامه به وزارت دفاع ملی معرفی و بعداز ثبت رتبه نظامی در بست مرکز صحیه قرارگاه قوماندانی عمومی قوای سرحدی توظیف گردید پنج سال ایفای وظیفه نمود. بعداً نظریه لزوم دید وزارت دفاع ملی به اکادمی نظامی علوم طبی در شفخانه (چهارصدوبستر) تبدیل گردید و به حیث دکتور انتانی در سرویس انتانی ایفای وظیفه نمود. موصوف در سال 1369 هـ ش غرض تعلیمات عالی به اکادمی نظامی علوم طبی به اتحاد شوروی ان وقت اعزام و برای دوسال تعلیمات مسلکی را دامنه داد. بعداز ختم قرارداد تعلیمی بین دولتین به مملکت خود برگشت و به حیث سرتیپ مکتب حریبه توظیف در سال 1379 هـ ش به شفخانه نمبریک اردو واقع در ننگرهار معرفی و در سال 1382 هـ ش بعداز عملیات جراحی By-Pass قلب را جرائم در سال 1385 هـ ش به تقاعد شوق گردید. فعلاً در کلینیک شخصی خویش مصروف در خدمت مردم می باشد.

وصوف بر علاوه از این رساله علمی یک اثر علمی دیگر بنام Viral Hepatitis (دھیگرویروسی التهاب) نوشته و در اینده نزدیک به هموطنان گرامی تقدیم خواهد نمود.

فصل دوم



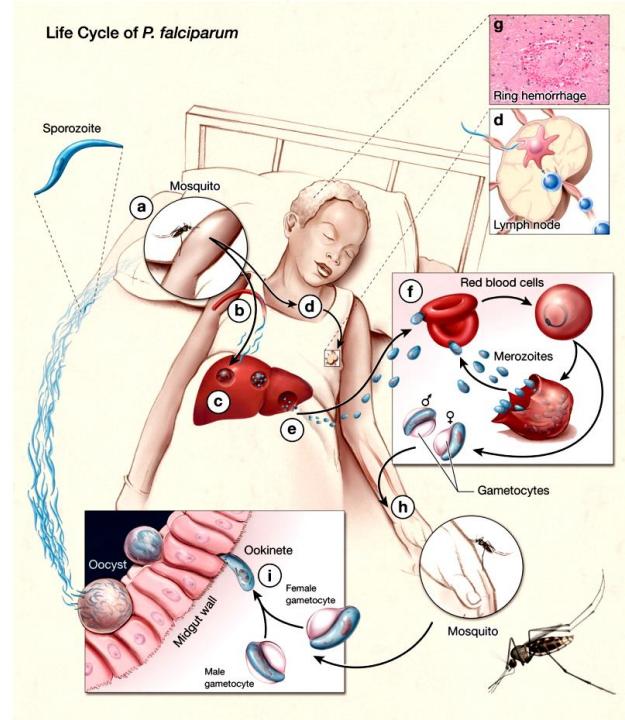
شكل (1)

فصل اول



فotto (1)

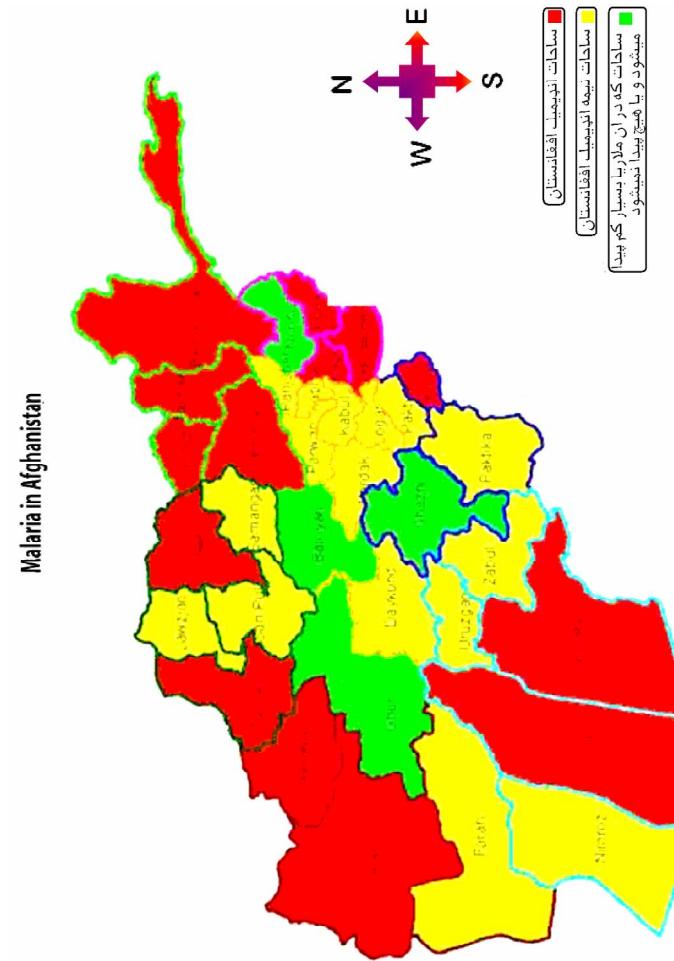
فصل سوم



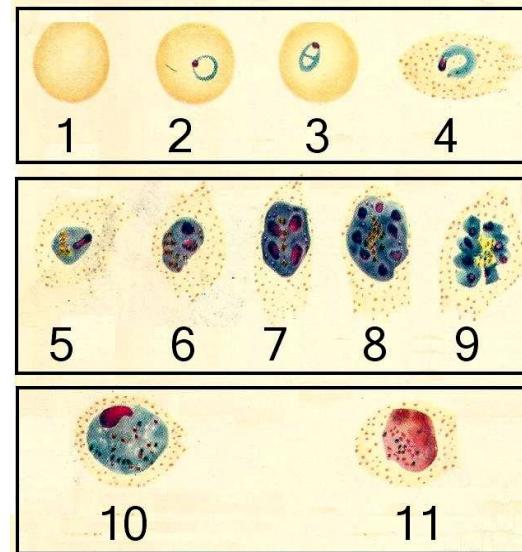
شكل (3)



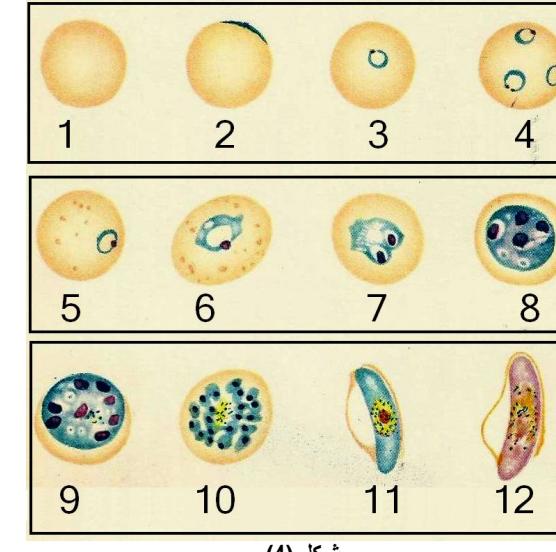
Malaria parasit in Red Blood Cell
فوتو(2)



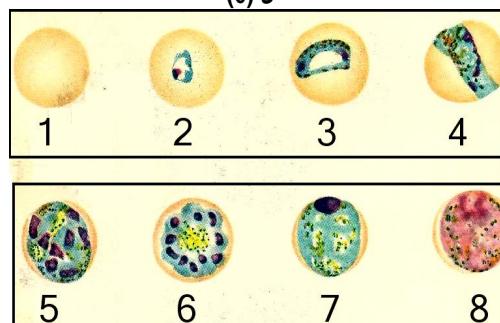
شكل (2)



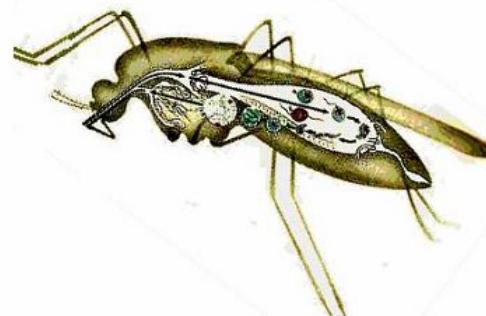
شكل (6)



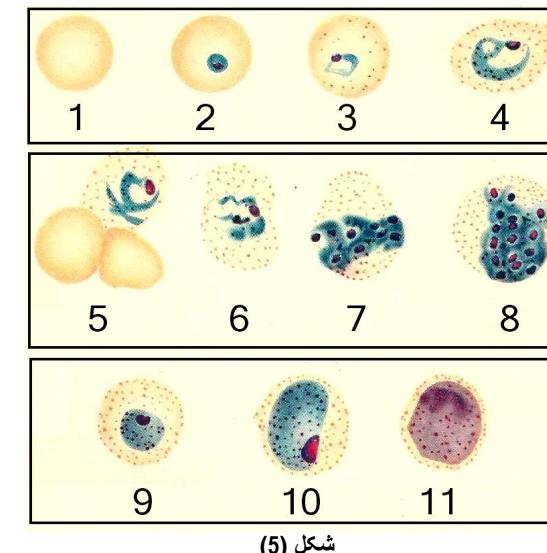
شكل (4)



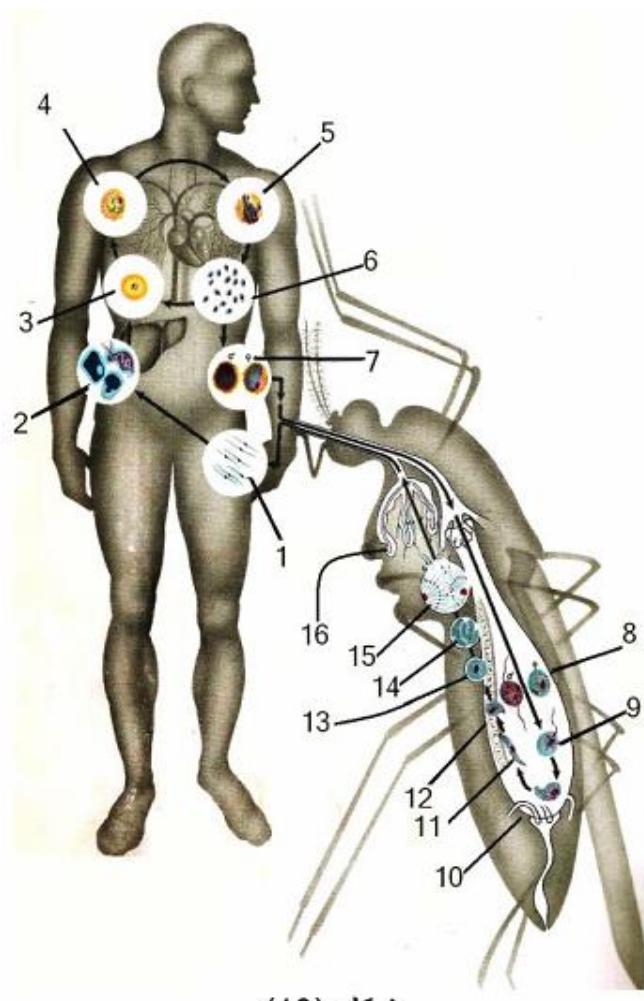
شكل (7)
فصل چهارم



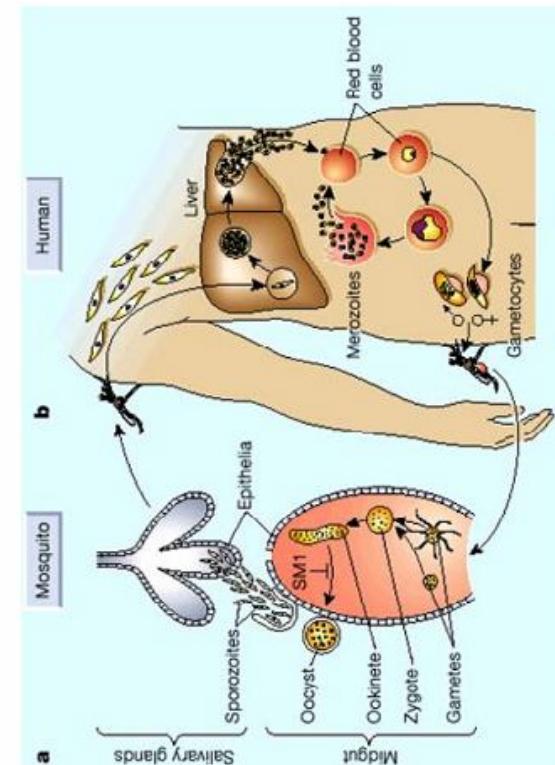
شكل (8)



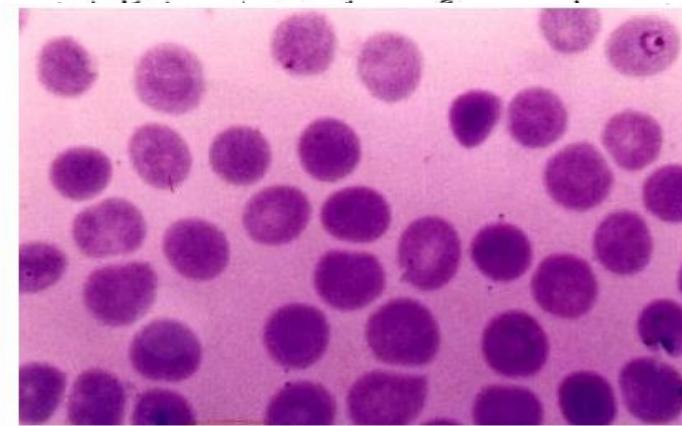
شكل (5)



شكل (10)

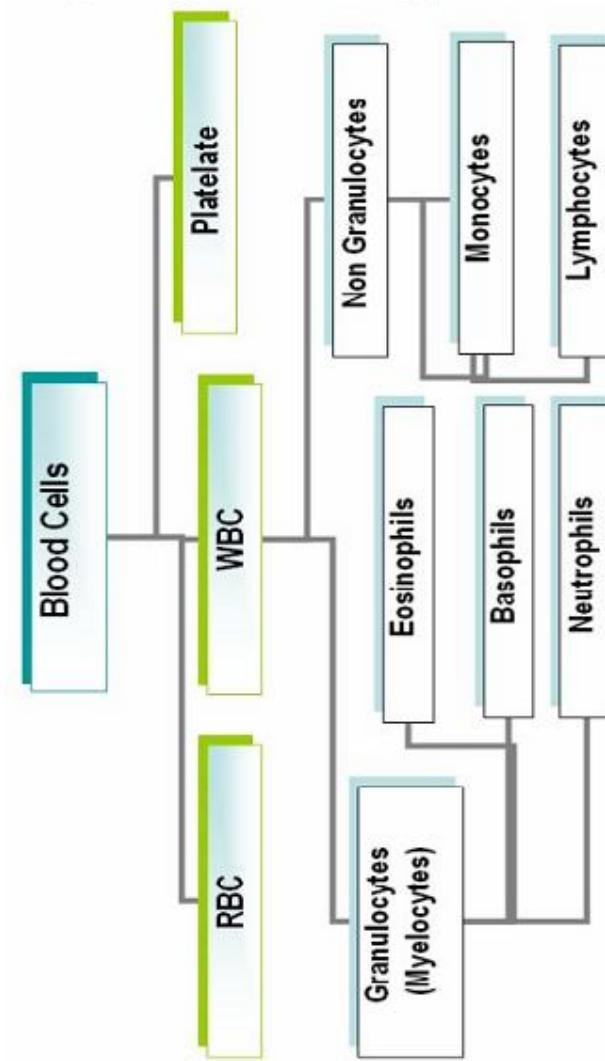


Life Cycle of Malaria
شكل (9)

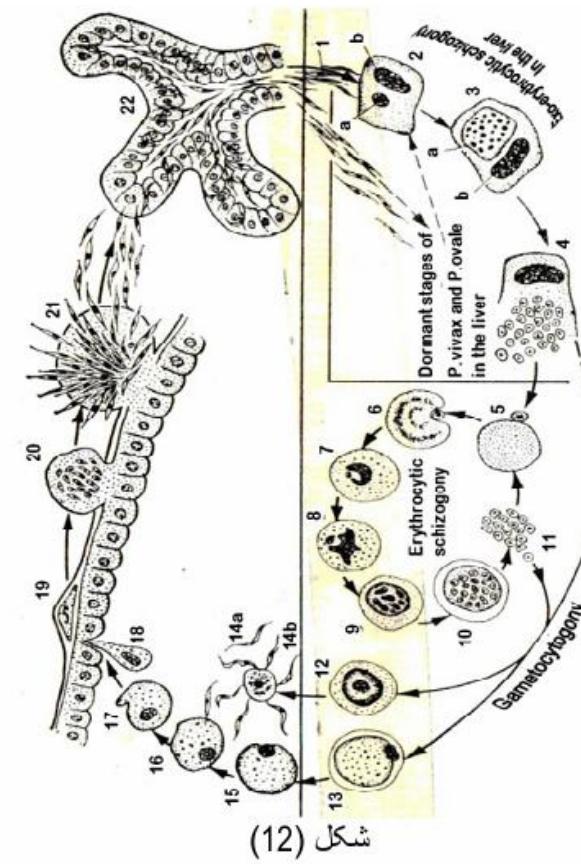


فتو (3) قطره هموار

اشکال حجرات متشکله خون انسان

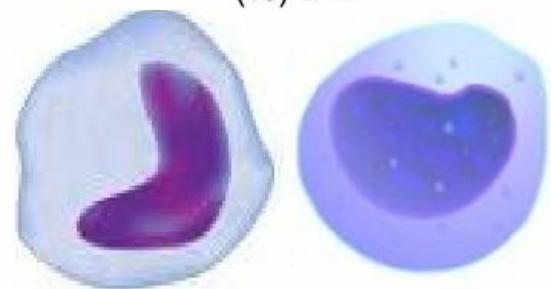


شکل (13)

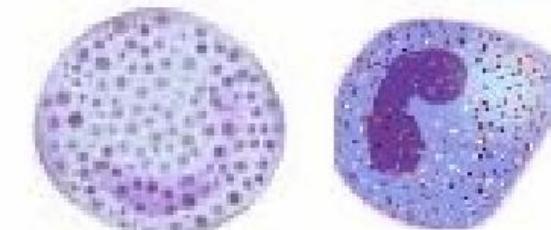




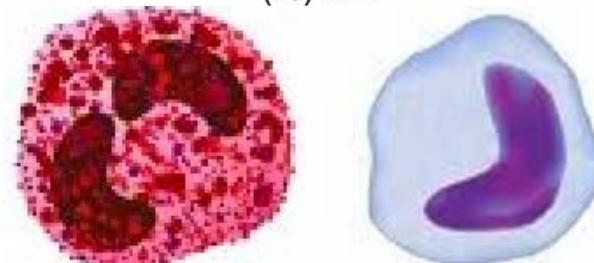
شكل (16)



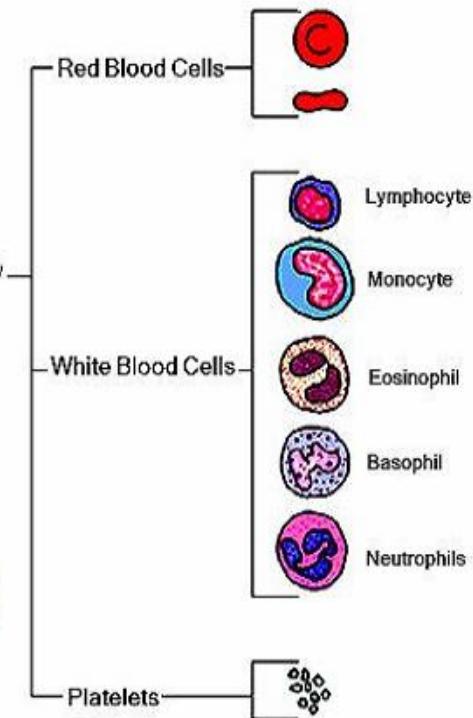
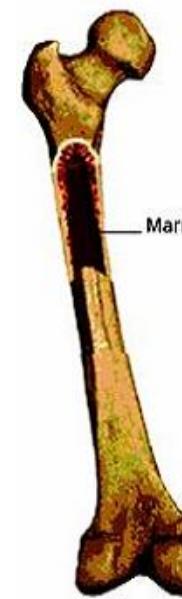
شكل (17)



شكل (18)



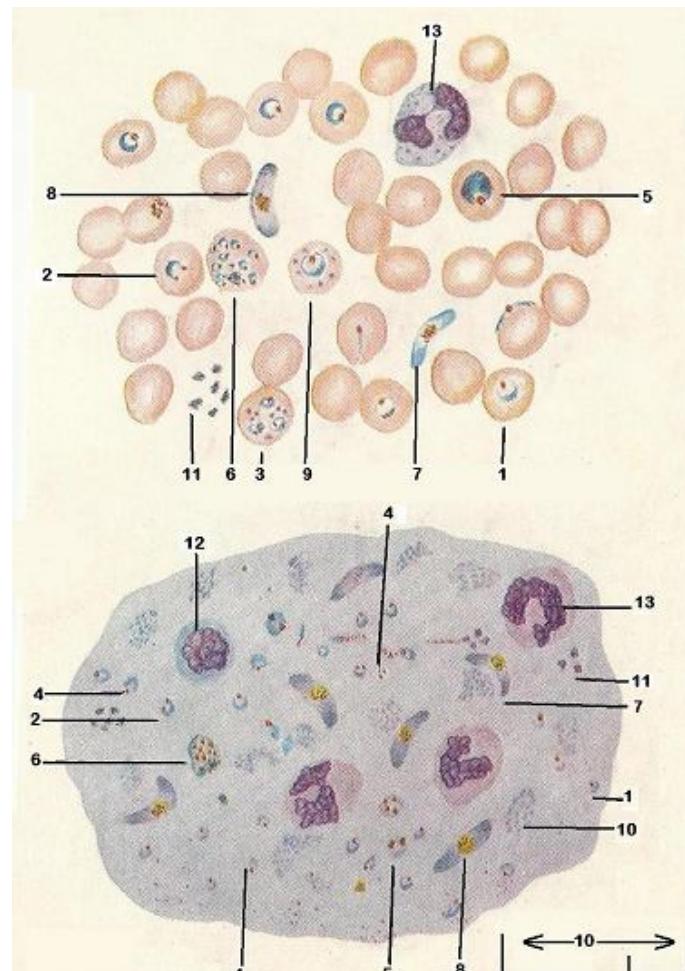
شكل (19)



شكل (14)



شكل (15)



شكل (23)



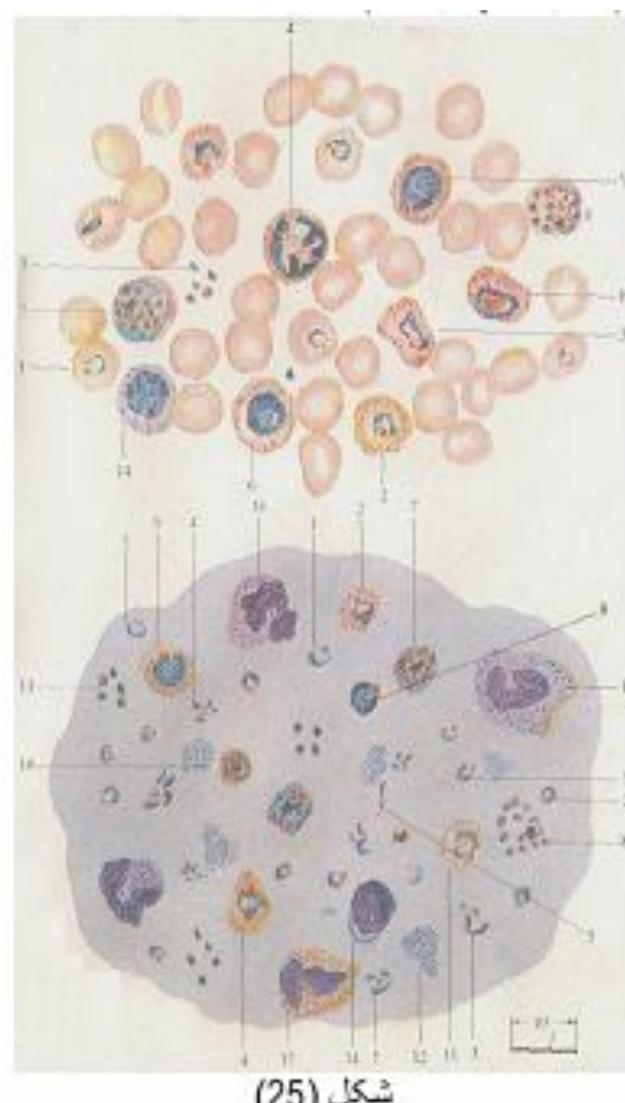
شكل (20)



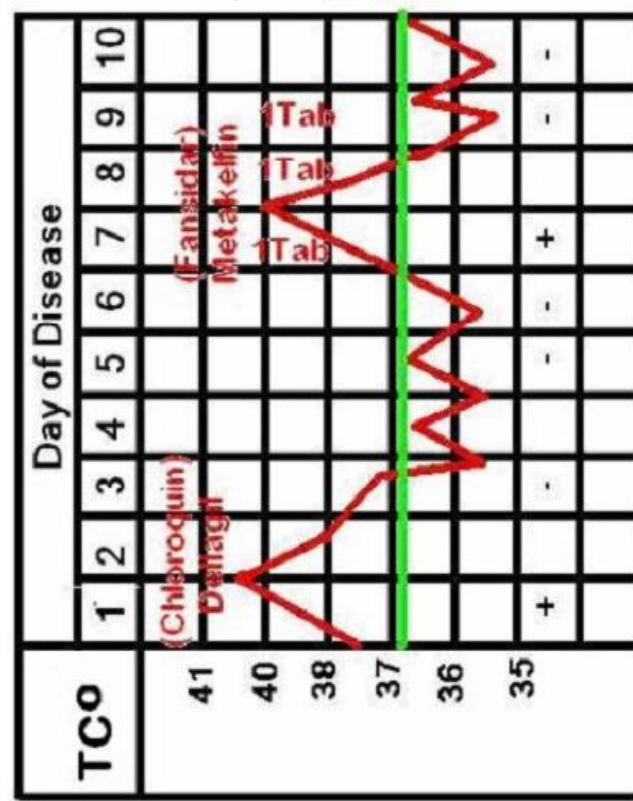
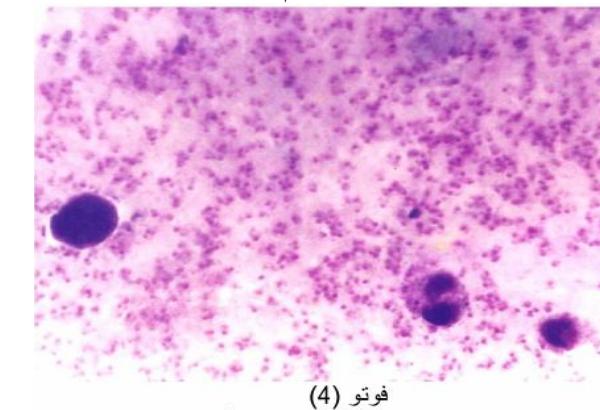
شكل (21)



شكل (22)

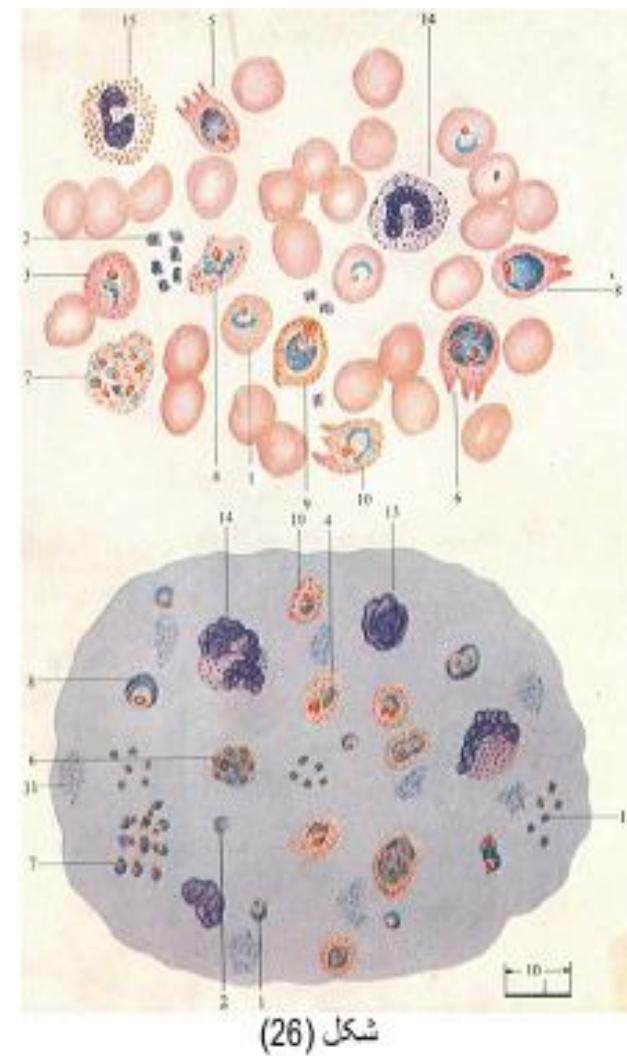


فصل ششم

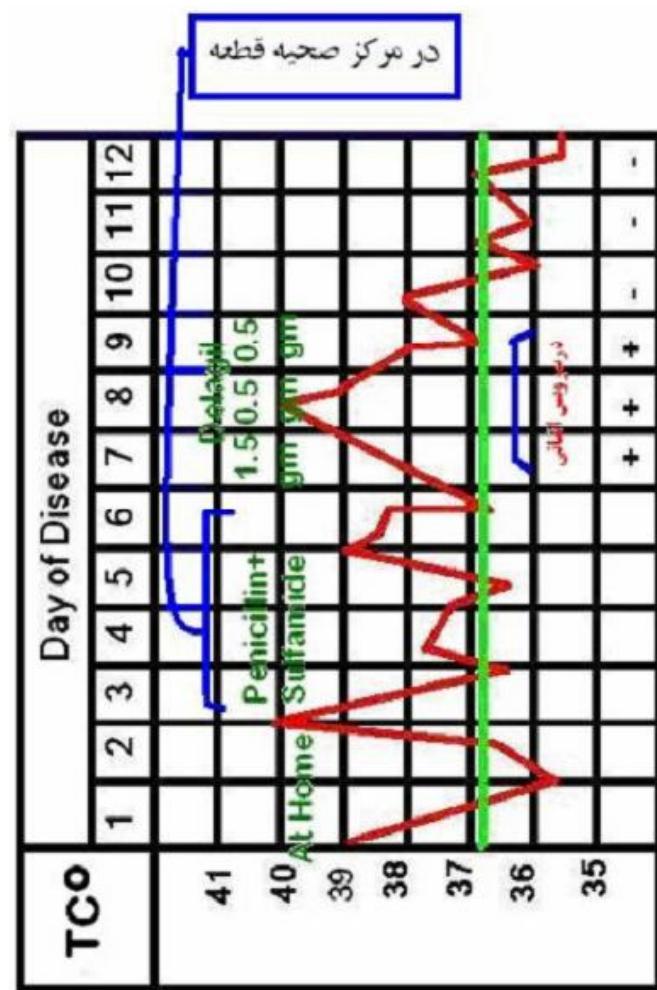


گراف (1)

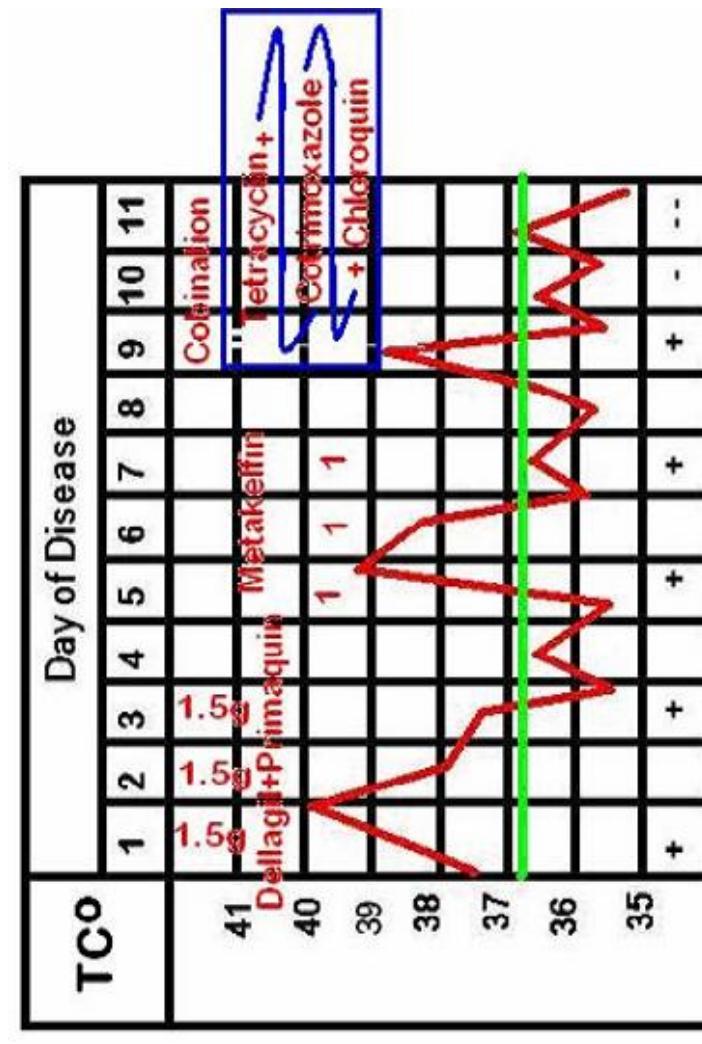
XVIII



XVII



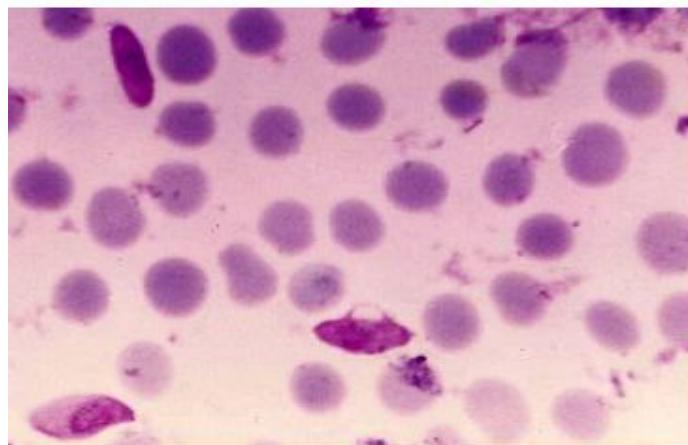
گراف (3)



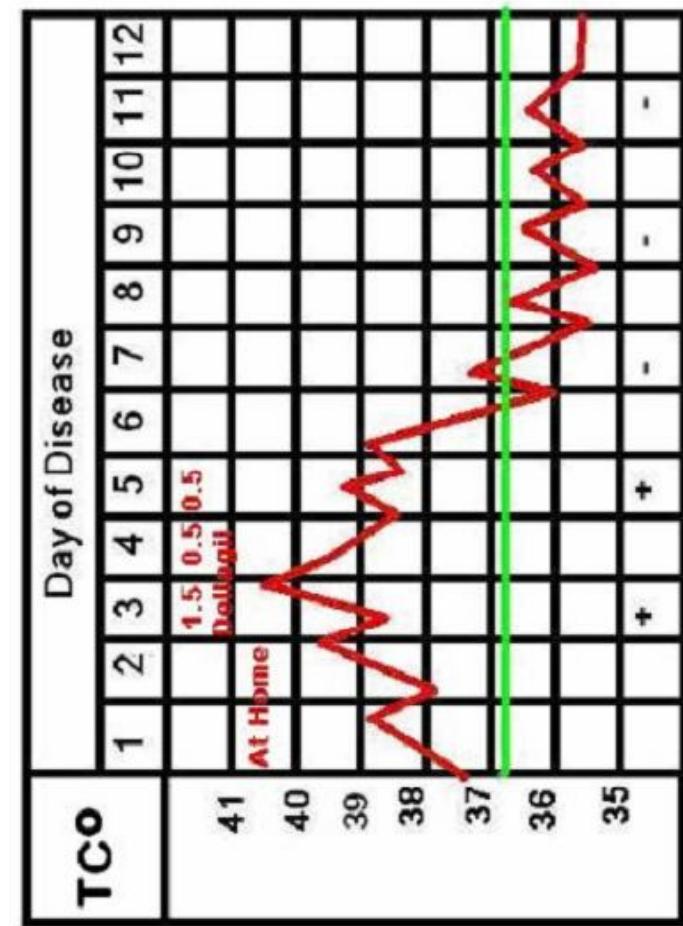
گراف (2)



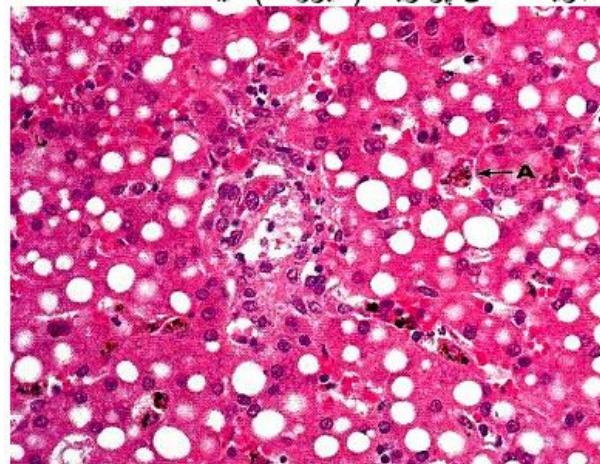
فتو (5) در فتو فوق لیز بعضی کرویات سرخ (RBC)
دیده میشود.



فتو (6)



گراف (4)

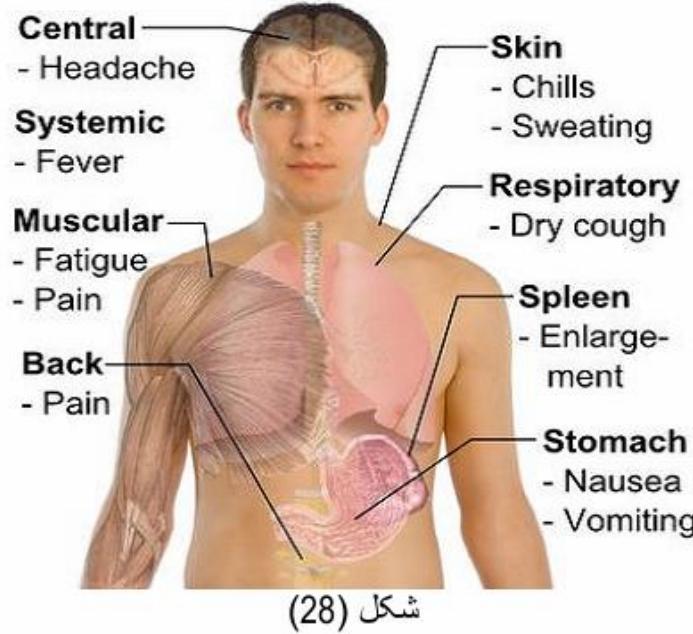


فotto (9) نسج كبدى

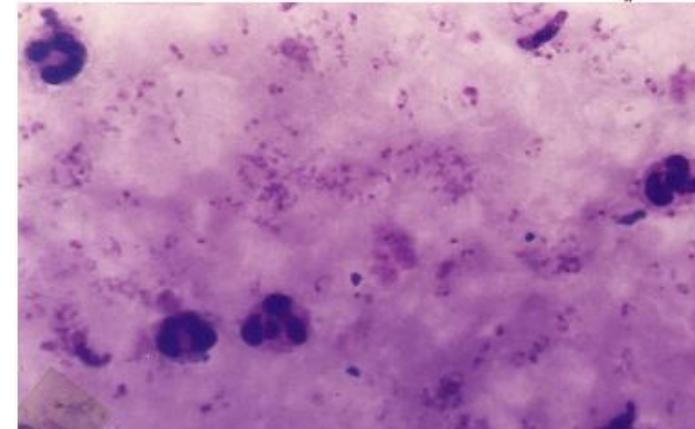
فصل هفتم

كلينيك ملاريا

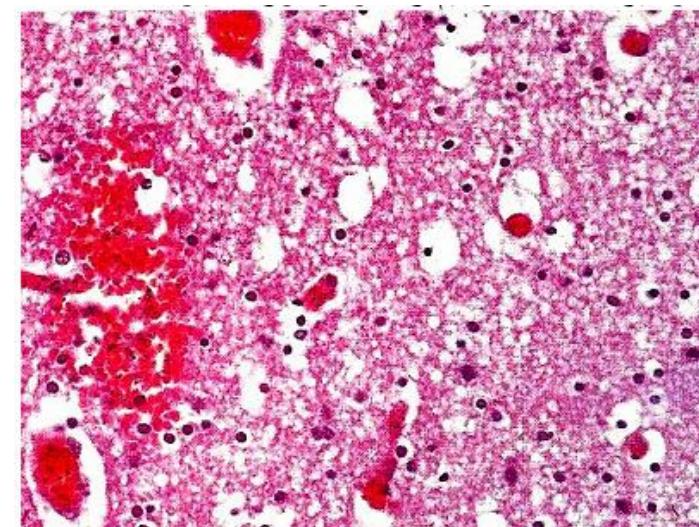
Symptoms of Malaria



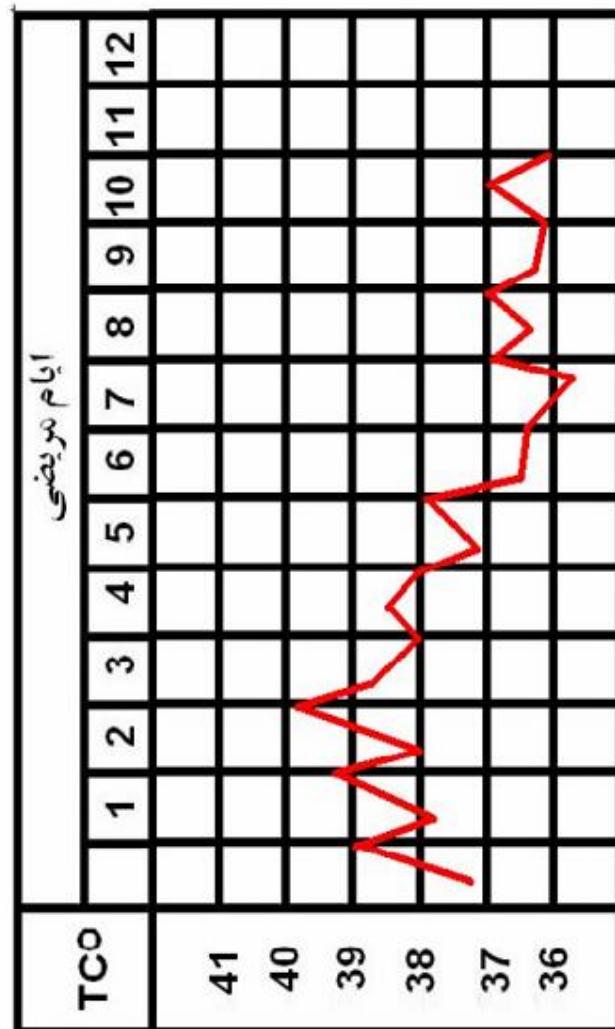
شكل (28)



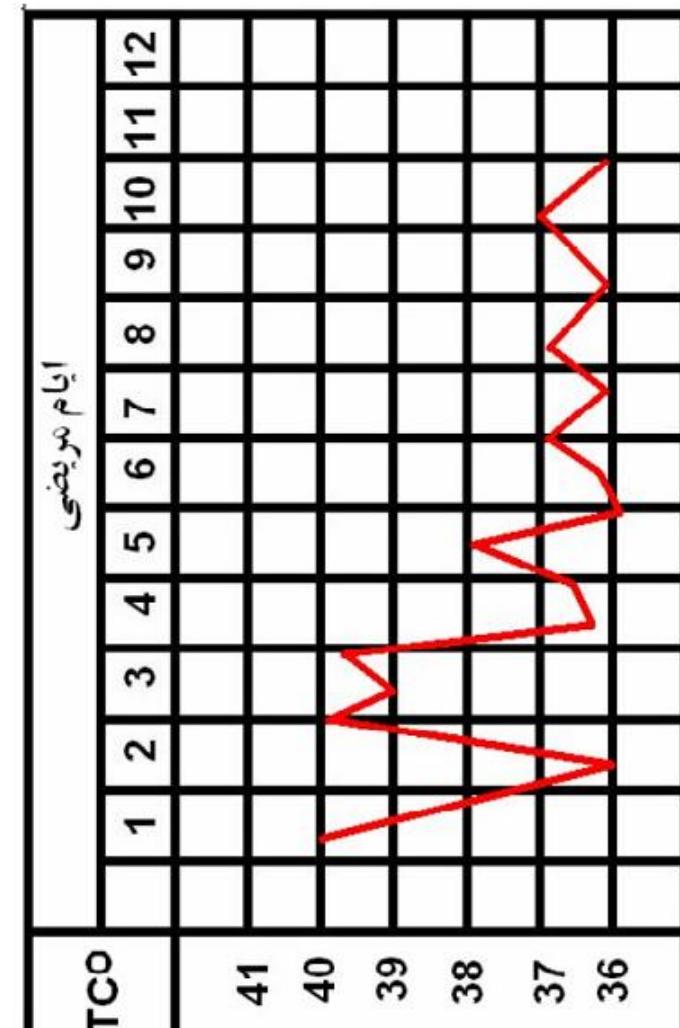
فotto (7)



فotto (8)



گراف (6)



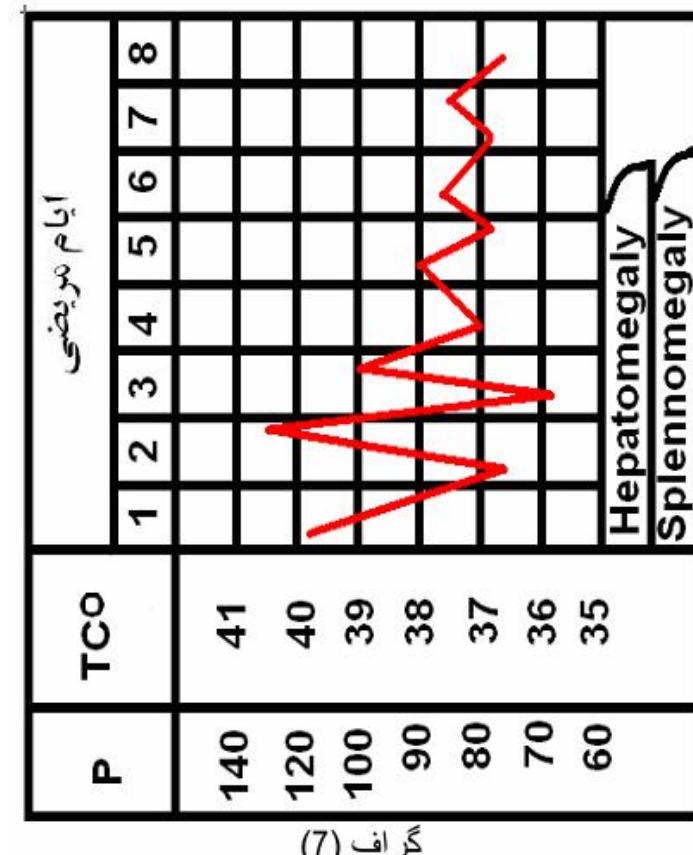
گراف (5)



فotto (10)



فotto (11)





فotto (13)



فotto (12)

XXX

XXIX



Nursing Care
فوتو (16)



فوتو (18)

XXXII



Malaria coma patient in Africa
فوتو (14)



Child in malarial coma (India)

فوتو (15)

XXXI

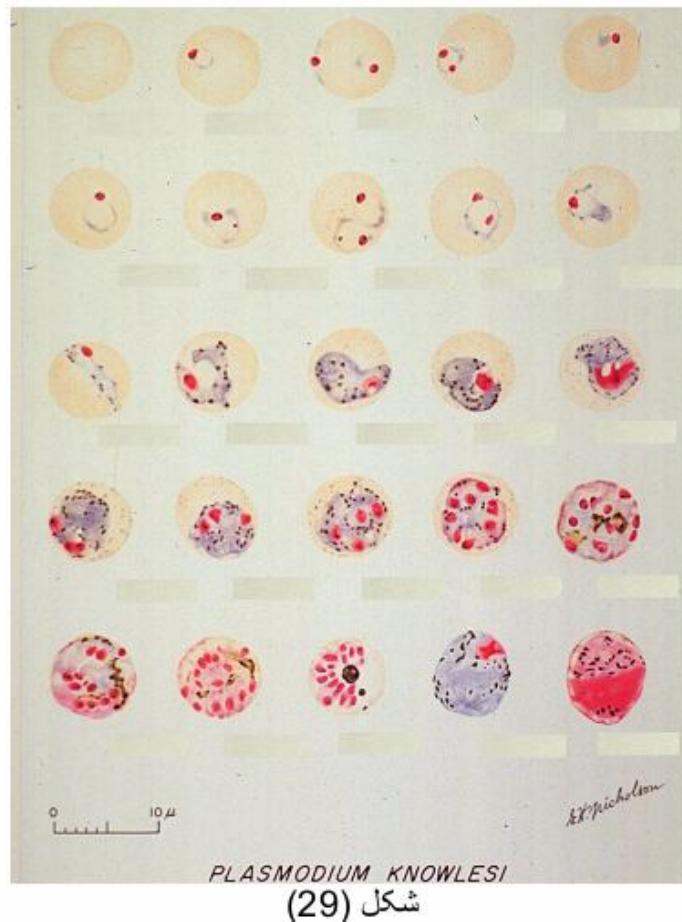


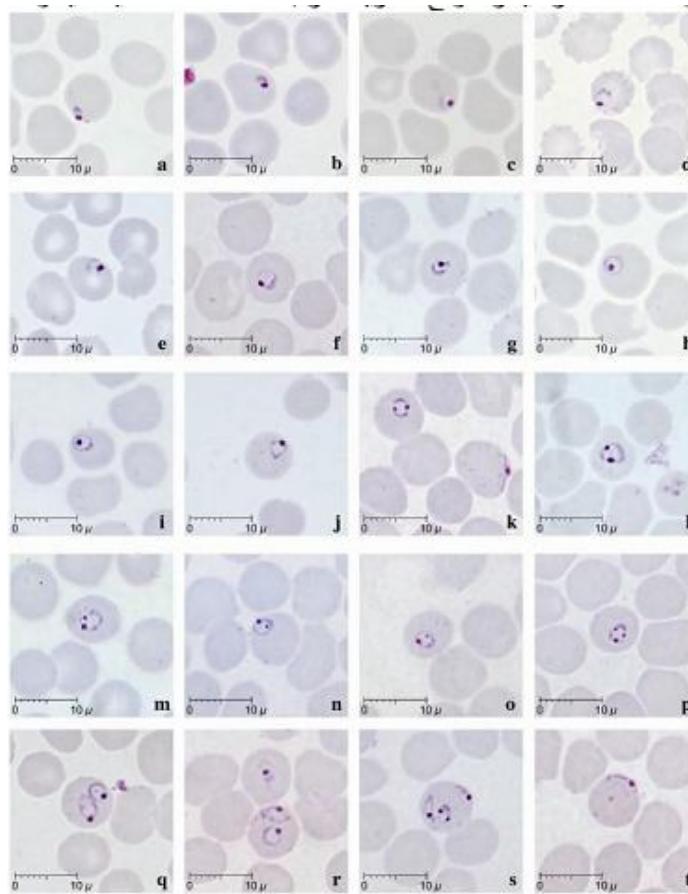
فotto (20)



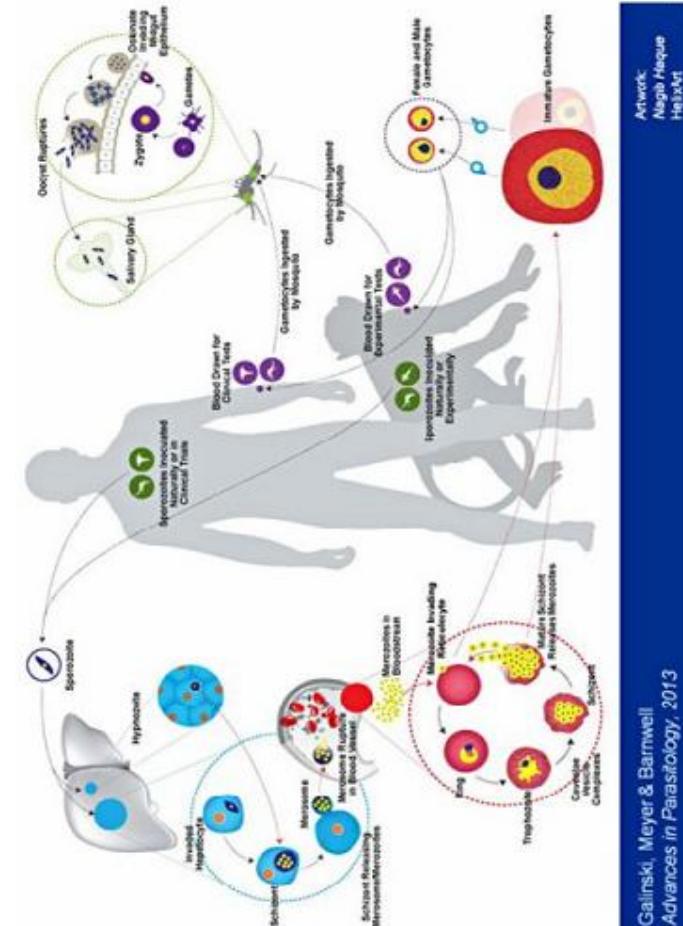
فotto (19)

فصل پانزدهم

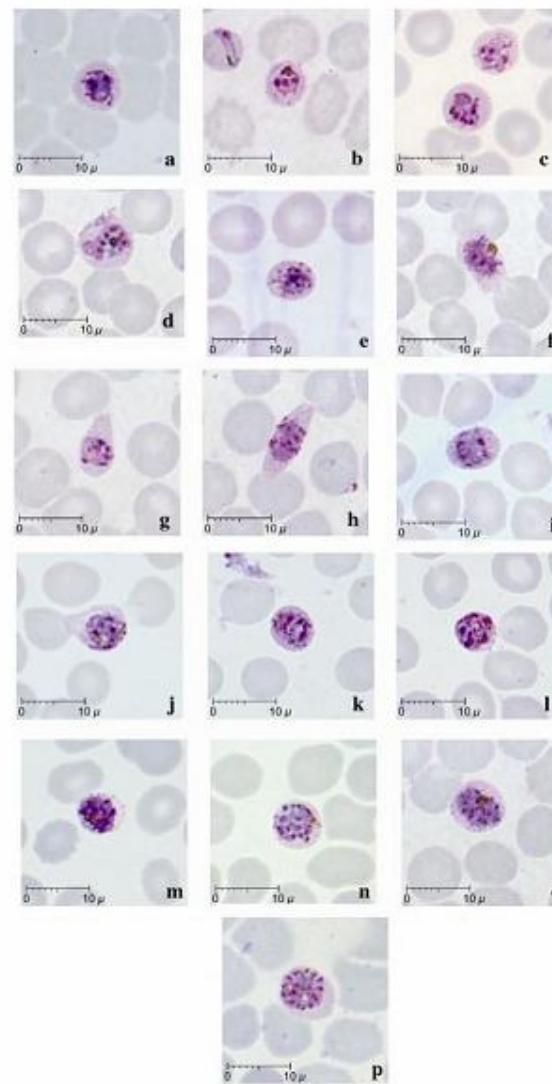




1. Early Trophozoites of P.Knowlesi parasite in Human.jpg (فوتون) (22)

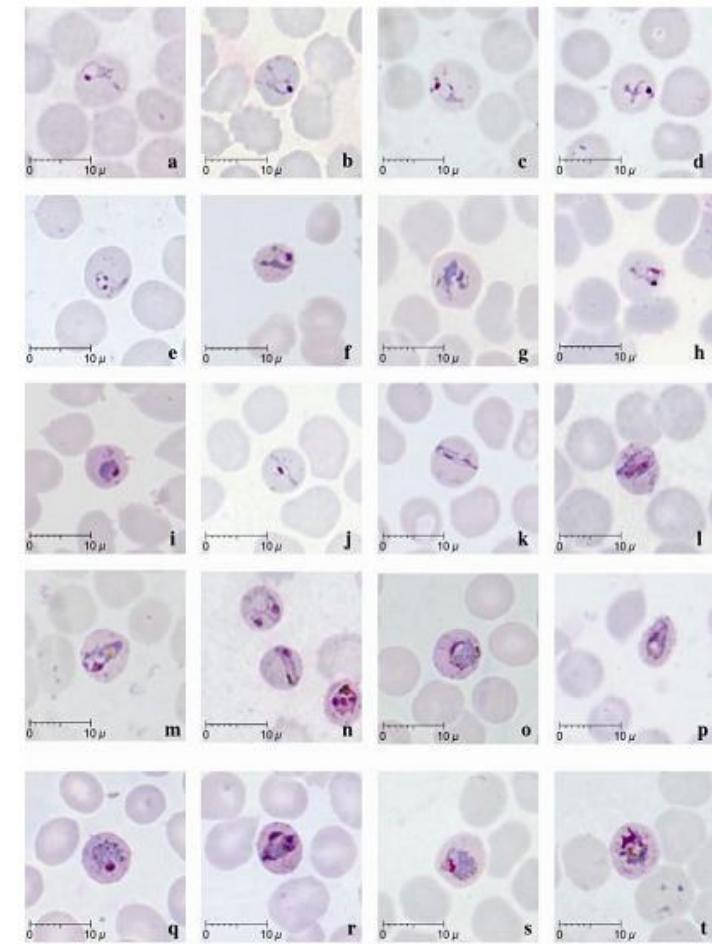


5. Giemsa-stained thick blood film
from patient showing
late trophozoites of *P. Knowlesi*.jpg
(30) شكل

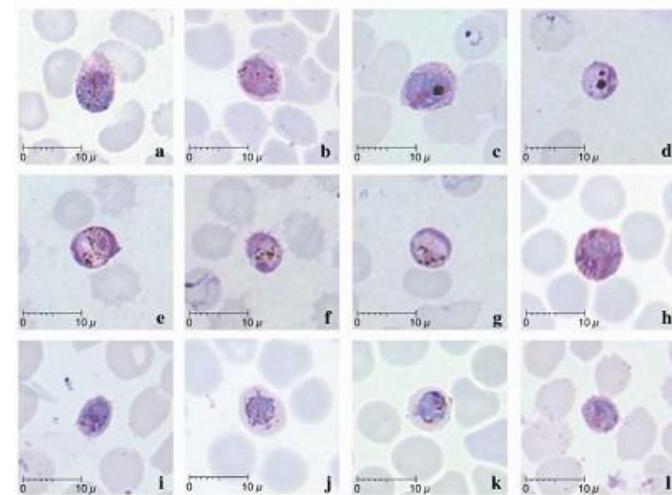


3. Schizonts of *p. Knowlesi* parasites
in Human infection.jpg

فوتور(24)

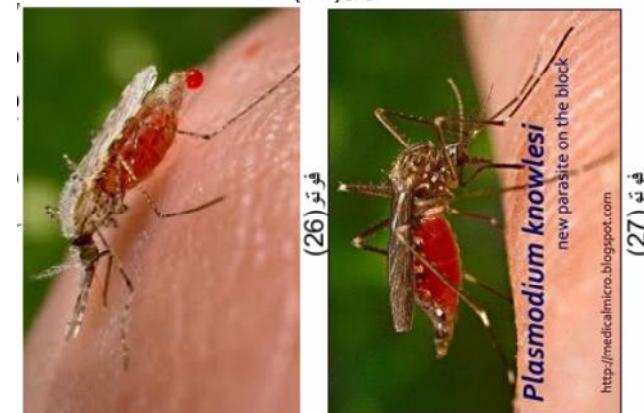


2. Late and Mature Trophozoites of *P. Knowlesi*
parasite in Human infection.jpg
فوتور(23)



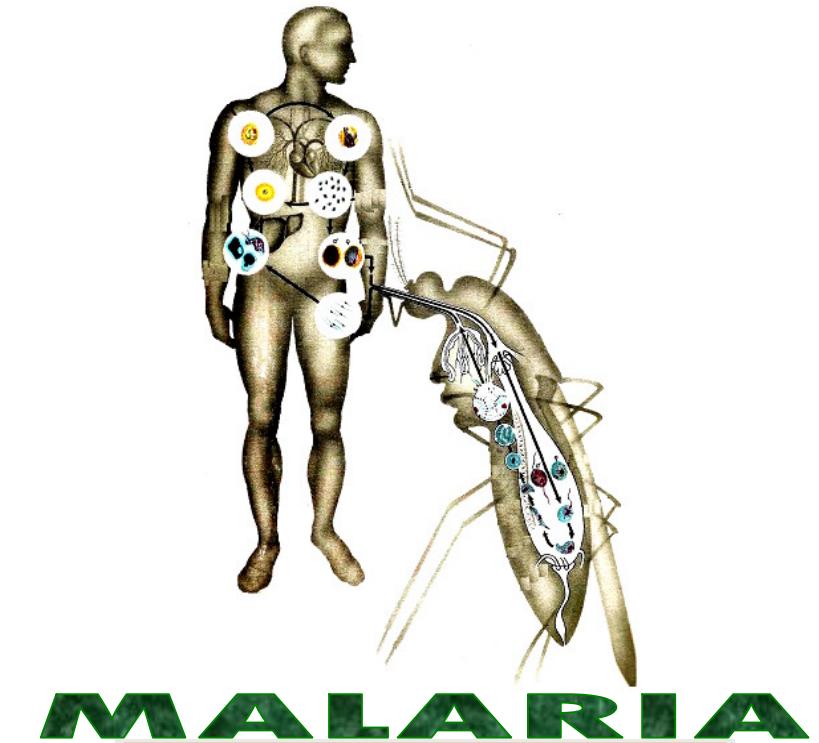
4. Gametocytes of *P.knowlesi* parasites
in Human infection.jpg

فوتور (25)

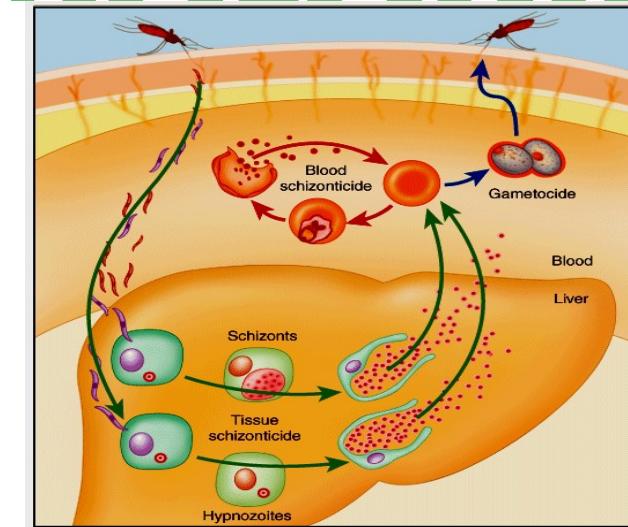


5. Giemsa-stained thick blood film form patient showing late trophozoites of *p.Knowlesi*.jpg

فوتور (28)



MALARIA



Author: Master Dr M.I "Sharefi Safi"

Publishing Medical Textbooks

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. For this reason, we have published 156 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh and Kapisa medical colleges and Kabul Medical University. Currently we are working to publish 20 more medical textbooks for Nangarhar Medical Faculty. It should be mentioned that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost. All published medical textbooks can be downloaded from www.ecampus-afghanistan.org

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

"Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashto. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state – of – the – art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit."

The book you are holding in your hands is a sample of a printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is the need to publish about 100 different textbooks each year.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students want to extend this project to the non-medical subjects e.g. Science, Engineering, Agriculture, Economics, Literature and Social Science. It should be remembered that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We will ensure quality composition, printing and distribution to the medical colleges free of charge. I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.

We are very thankful to **Kinderhilfe-Afghanistan** (German Aid for Afghan Children) and its director Dr. Eroes, who has provided fund for this book. We would also like to mention that he has provided funds for 60 other medical textbooks in the past three years which are being used by the students of Nangarhar and other medical colleges of the country. Dr. Eroes has made funds available for 20 additional books which are being printed now.

I am especially grateful to **GIZ** (German Society for International Cooperation) and **CIM** (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past five years in Afghanistan.

In our ministry, I would like to cordially thank Academic Deputy Minister, Prof. M Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, Dean of Nangarhar Medical Faculty Dr. Khalid Yar as well as Academic Deputy Dr. Hamayoon Chardiwal, for their continued cooperation and support for this project.

I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Hekmatullah Aziz, Fahim Habibi and Subhanullah in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak
Advisor & CIM-Expert at the Ministry of Higher Education
Kabul/Afghanistan, January, 2015
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org

Book Name	Malaria
Author	Dr Mohammad Es-haq Sharifi
Publisher	Nangarhar Medical Faculty
Website	www.nu.edu.af
No of Copies	1000
Published	2015
Download	www.ecampus-afghanistan.org
Printed at	Afghanistan Times Printing Press

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children, a private initiative of the Eroes family in Germany. Administrative and Technical support by Afghanic. The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:
Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul
Office 0756014640
Email textbooks@afghanic.org

All rights reserved with the author.
Printed in Afghanistan 2015
ISBN 978 – 1 – 934293 – 06 – 5

Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library