

گزارش مورد

گزارش یک مورد ابتلا به مالاریا پلاسمودیوم فالسیپاروم در بیمار ۲۸ ساله مراجعة کننده به بخش اورژانس

فرهاد حیدری، سعید مجیدی نژاد، مهرسا طاهری*

دپارتمان طب اورژانس، بیمارستان الزهراء، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

*نویسنده مسئول: مهرسا طاهری؛ اصفهان، بلوار صفه، بیمارستان الزهراء، بخش اورژانس، ایران. تلفن: ۰۰۹۸۹۱۳۳۱۷۲۴۷۴؛ پست الکترونیک: mehrsataheri@yahoo.com

تاریخ دریافت: آبان ۱۳۹۳

تاریخ پذیرش: آذر ۱۳۹۳

خلاصه:

مالاریا نوعی بیماری انگلی تب دار است که حدود نیمی از جمعیت جهان در معرض خطر ابتلا به آن قرار دارند. بر اساس آمارهای سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۲ حدود ۲۰۷ میلیون مورد درگیری بالینی توسط این انگل رخ داده که ۶۲۷ هزار مورد مرگ بدنبال داشته است. با توجه به وجود مناطق اندمیک مالاریا در ایران طی سال های اخیر تلاشهای فراوانی برای کنترل و ریشه کنی این بیماری در قالب برنامه های کشوری صورت گرفته است. علیرغم کاهش موارد ابتلا، همچنان نمونه های انگشت شماری از ابتلا به این بیماری گزارش می شوند. لذا گزارش موردی حاضر با هدف یادآوری الگوی مراجعه، علائم بالینی، روش های تشخیصی و درمان بیماران مبتلا به مالاریا تهیه شده است.

واژگان کلیدی: مالاریا، فالسیپاروم؛ هیپاتیت؛ زردی؛ بخش اورژانس

مقدمه:

مالاریا نوعی بیماری انگلی تب دار است که حدود نیمی از جمعیت جهان در معرض خطر ابتلا به آن قرار دارند. بر اساس آمارهای سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) در سال ۲۰۱۲ حدود ۲۰۷ میلیون مورد درگیری بالینی توسط این انگل رخ داده که ۶۲۷ هزار مورد مرگ بدنبال داشته است (۱-۳). با توجه به وجود مناطق اندمیک مالاریا در ایران (استان های سیستان و بلوچستان، هرمزگان کرمان و اردبیل)، طی سال های اخیر تلاشهای فراوانی برای کنترل و ریشه کنی این بیماری در قالب برنامه های کشوری صورت گرفته است. ولی علیرغم کاهش موارد ابتلا، همچنان نمونه های انگشت شماری از ابتلا به این بیماری گزارش می شوند (۴-۶). لذا گزارش موردی حاضر با هدف یادآوری الگوی مراجعه، علائم بالینی، روش های تشخیصی و درمان بیماران مبتلا به مالاریا تهیه شده است.

معرفی بیمار:

بیمار آقای ۲۸ ساله ای است که به علت ضعف و بی حالی، سردرد و خواب آلودگی توسط همراهان به اورژانس بیمارستان الزهراء اصفهان آورده شد. بر اساس شرح حال اخذ شده، بیمار ۲۵ روز قبل از مراجعه، به کشور آفریقای تانزانیا سفر کرده و حدود ۵ روز قبل و بدلیل ناخوشی به کشور بازگشته است. بیمار سابقه چند نوبت بروز سردرد مبهم و منتشر به همراه تب و لرز را از حدود یک هفته قبل از مراجعه داشته و حال عمومی وی نیز به مرور بدتر شده است. سابقه

بیماری خاص، بستری اخیر در بیمارستان و یا انتقال خون نداشته و مصرف داروی خاصی را به صورت منظم ذکر نمی کند. بیمار در بدو ورود به اورژانس بسیار بدحال بوده و هوشیاری مناسبی نداشته و قادر به اجرای دستورات نبوده است. در نگاه به قفسه سینه رترکشن عضلات بین دنده ای، تنفس های کند و غیرموثر داشته است. علائم حیاتی بیمار در بدو ورود به قرار زیر بوده است: فشارخون سیستولیک ۷۰ میلی متر جیوه، ضربان قلب ۱۲۰ بار در دقیقه، تعداد تنفس ۸ بار در دقیقه، دمای ۳۶/۸ سانتی گراد اگزیلاری و درجه اشباع خون شریانی ۹۰ درصد در هوای اتاق. در معاینه ملتحمه رنگ پریده و اسکلرا ایکتریک بود؛ معاینه قلب، ریه و شکم نکته غیرطبیعی نداشت؛ نبض های محیطی غیر قابل لمس بودند. با توجه به وضعیت بحرانی، بیمار بلافاصله تحت آنتوباسیون اوروتراکنال قرار گرفته و مایع درمانی جهت بهبود وضعیت همودینامیک آغاز گردید. نمونه های خون و ادرار جهت انجام آزمایشات روتین تهیه و ارسال گردید که موید آنمی، ترومبوسیتوپنی و شمارش رتیکولوسیت بالا بود. همچنین اسیدوز متابولیک، هیپرپیلی روبینمی غیرمستقیم، افزایش آنزیم های کبدی همراه با اختلال در تست های انعقادی و افزایش کراتینین در آزمایشات بیمار گزارش گردید. با توجه به شرح حال بیمار، زردی و احتمال لیز داخل عروقی، لام خون محیطی نیز تهیه و روئیت شد (شکل شماره یک). گزارش پاتولوژی موید گلبول های قرمز هیپوکروم به همراه رینگ داخل سلولی حاشیه ای (تروفوزوئیت)، پارازیت و شیتوسیت فراوان بود که به نفع تشخیص مالاریای

کافی است. شرح حال دقیق خصوصا سابقه مسافرت به مناطق مالاریا خیز و دوره ای بودن تب ها مهمترین عاملی است که می تواند پزشک معالج را به انجام تست های لازم برای تشخیص مالاریا مجاب نماید. در طول دهه گذشته تست تشخیصی سریع (Rapid Diagnostic Test) که بر اساس یافتن آنتی ژن انگل در نمونه خون پایه گذاری شده است به عنوان یک تست غربالگری مورد استفاده قرار گرفته است. با این وجود همچنان روش تشخیصی استاندارد طلایی، مشاهده لام خون محیطی ضخیم و نازک با میکروسکوپ نوری است. لازم به ذکر است که انجام سی تی اسکن مغزی و پانکچر لومبار و بررسی علل متابولیک برای افتراق از سایر تشخیص ها موثر می باشند و توصیه می گردند (۸، ۹). درمان بر اساس شدت بیماری، نوع گونه و منطقه جغرافیایی متفاوت است و باید بر اساس دستورالعمل های موجود در مناطق مختلف که بر اساس میزان مقاومت انگل به درمان های موجود تعریف شده اند، انجام گیرد. در کشور ایران آرتسونیت به اضافه فنسیدار به عنوان خط اول درمان مالاریای فالسیپاروم توصیه می شود و در موارد شدید تجویز وریدی آرتسونیت و داکسی سایکلین باید در دستور کار قرار بگیرد (۱۰، ۱۱). این بیماری در گذشته مرگ و میر بسیار بالایی به همراه داشته ولی با اقدامات انجام گرفته به مرور از این آمار کاسته شده است. قربانیان عموما بیمارانی هستند که خیلی دیر به مراکز درمانی مراجعه می نمایند و لذا بیشتر موارد مرگ و میر طی چند ساعت اول حضور در بیمارستان اتفاق می افتد (۱۲). مد نظر قرار دادن تشخیص مالاریا و در پی آن انجام تست تشخیصی مناسب و آغاز به موقع درمان، اساس برخورد با این بیماری را تشکیل می دهند که سعی شده با گزارش این مورد بر آن تاکید شود.

سهم نویسندگان:

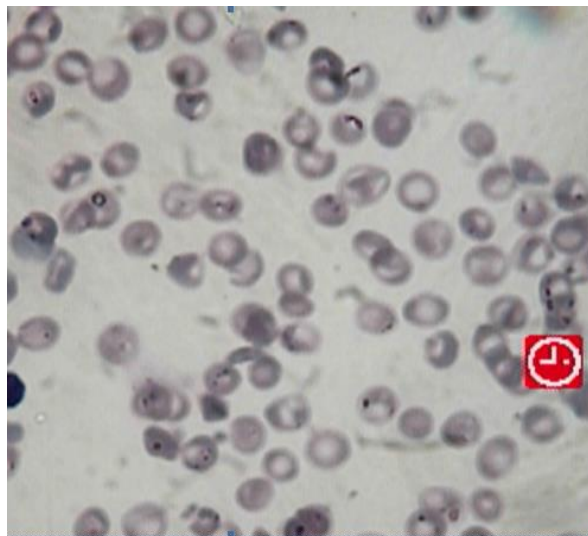
نویسندگان معیار های استاندارد کمیته بین المللی ناشرین مجلات پزشکی را دارا می باشند.

تضاد منافع:

بدینوسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع مالی:

هیچ گونه کمک مالی برای انجام این پروژه دریافت نشده است.



شکل ۱: لام نازک خون محیطی بیمار (بزرگنمایی ۱۰۰ برابر)

فالسیپاروم بود. با توجه به شرایط ناپایدار بیمار انجام سی تی اسکن مغزی و پانکچر کمری برای تهیه مایع مغزی نخاعی مقدور نبود. درمان با آرتسونیت برای بیمار آغاز شد. متاسفانه با توجه به وخامت وضعیت، علیرغم تمام تلاش های صورت گرفته، بیمار در همان روز مراجعه فوت کرد.

بحث:

بیماری مالاریا توسط تک یاخته ای به نام پلاسمودیوم ایجاد می شود. دوره های تب و لرز شدید در بیماران ساکن مناطق اندمیک و یا آنهایی که به تازگی در مناطق مذکور حضور داشته اند باید موجب برانگیخته شدن شک بالینی نزد پزشک معالج شود. کاهش سطح هوشیاری، بی حالی شدید، ناتوانی در خوردن و آشامیدن، استفراغ مکرر، تشنج، تنفس عمیق یا دیسترس تنفسی، افت فشار خون، زردی و تب بالاتر از ۴۰ درجه سانتی گراد در موارد شدید بروز می کنند. افت قند خون، اسیدوز متابولیک، آمی شدید، نارسایی کلیوی، ادم ریوی، انعقاد داخل عروقی منتشر نیز از تظاهرات دیگر عفونت شدید محسوب می گردند که به خصوص در صورت ابتلا به مالاریا فالسیپاروم دیده می شوند (۷، ۸). از آنجایی که این بیماری سیر بسیار پیشرونده ای دارد، تشخیص به موقع و شروع سریع درمان ضروری و حیات بخش است، چنانچه برای آغاز درمان مالاریای شدید شک بالینی

Reference:

1. Cunningham J, Gatton ML. Malaria rapid diagnostic test performance: results of WHO product testing of malaria RDTs: round 5 (2013). Geneva: World Health Organization, 2014 September. Report No.: 9241507551.
2. Organization WH. World malaria report 2012. Geneva: World Health Organization, 2012 9789241564403.
3. Murray CJ, Rosenfeld LC, Lim SS, et al. Global malaria mortality between 1980 and 2010: a systematic analysis. The Lancet. 2012;379(9814):413-31.
4. Sargolzaie N, Salehi M, Kiani M, Sakeni M, Hasanzei A. Malaria Epidemiology in Sistan and Baluchestan Province during April 2008-March 2011, Iran. Zahedan J Res Med Sci. 2014;16(4):41-3.

5. Halimi M, Farajzadeh M, Delavari M, Bagheri H. Climatic Survey of Malaria Incidence in Iran during 1971-2005. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2014;12(1):1-11.
6. Raeisi A, Nikpoor F, Ranjbar Kakhkha M, Faraji L. The trend of Malaria in I.R. Iran from 2002 to 2007. Hakim. 2009;12(1):35-41.
7. Reyburn H, Mbatia R, Drakeley C, et al. Association of transmission intensity and age with clinical manifestations and case fatality of severe Plasmodium falciparum malaria. JAMA. 2005;293(12):1461-70.
8. Korenromp E, Miller J, Nahlen B, Wardlaw T, Young M. World malaria report 2005. Geneva: World Health Organization and UNICEF, 2005 924159319 9.

9. Murphy SC, Shott JP, Parikh S, Etter P, Prescott WR, Stewart VA. Malaria diagnostics in clinical trials. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. 2013;89(5):824-39.
10. Edrissian GH. The Trend of Malaria Drug Resistance in Iran during 1983-2001. *J School Public Health*. 2004;2(3):83-93.
11. Tarimo D, Leshabari M, Maddox G, Shelton A, McCurdy S. Malaria treatment practices in the transition from sulfadoxine-pyrimethamine to artemether-lumefantrine: A pilot study in Temeke municipality, Tanzania. *East Afr J Public Health*. 2014;10(3):550-60.
12. Manning L, Laman M, Law I, et al. Features and prognosis of severe malaria caused by *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax* and mixed *Plasmodium* species in Papua New Guinean children. *PLoS One*. 2011;6(12):e29203.

CASE REPORT

A Case of Plasmodium Falciparum Malaria in a 28-Year-Old Man Referred to the Emergency Department

Farhad Heidari, Saeed Majidinejad, Mehrsa Taheri*

Emergency Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

*Corresponding author: Mehrsa Taheri; Emergency Department, Al-Zahra Hospital, Soffeh Bolivar, Isfahan, Iran.
Tel: 00989133172474; Email: mehrsa_taheri@yahoo.com

Abstract

Malaria is a parasite disease associated with fever and about half of the world population is at risk. According to the reports of World Organization Center (WHO), about 207 million cases of clinical manifestation of malaria happened in 2012, which followed with 627,000 deaths. Considering to presence of malaria-endemic areas in Iran, several efforts have been performed recently to control and eradication of malaria in terms of country programs. Despite of reducing the incidence rate, few cases of malaria have been reported yet. Therefore, the present report was done with the aim of remembering the model of referring, clinical signs, as well as diagnostic and therapeutic procedures of patients suffered malaria.

Keywords: Malaria, falciparum; hepatitis; jaundice; emergency department