

وبا

ایجاد می شود. بیماران وبایی (*Vibrio Cholera*) وبا بیماری اسهالی است که توسط باکتری بنام ویبریو کلرا بطور مشخص دچار اسهال آبکی حاد همراه با دهیدراتاسیون می شوند. وبا را می توان با مایع درمانی خوراکی یا تزریقی و جایگزینی الکترولیت ها بصورت موفق درمان کرد. معمولا وبا از طریق آب یا غذای آلوده به مدفوع منتقل می شود. آموزش مردم درباره غذا و آب سالم و همچنین اهمیت شستشوی دست ها و استفاده از توالت یا (Latrine) آبریزگاه از بروز موارد جدید جلوگیری می کند.

گرچه پیشگیری از ورود وبا در یک منطقه امکان پذیر نیست ولی پخش آن در منطقه قابل کنترل است. در طولانی مدت با تامین موقتی آب سالم و بهبود رفتارهای بهداشتی، وبا ناپدید می گردد. وقتی همه گیری وبا اتفاق می افتد با تشخیص زودرس همه گیری و بکارگیری سریع اقدامات کنترلی، می توان از تعداد مرگ و میر پیشگیری کرد. انتظار می رود که پاسخ مسئولان بهداشتی در شروع همه گیری، سریع و موثر باشد.

روش های انتقال

انتقال وبا از راه مدفوعی - دهانی است. از آنجا که بیش از یک میلیون ارگانیزم برای ایجاد بیماری مورد نیاز است، وبا منحصر از طریق آب یا غذای آلوده منتقل می گردد. انتقال توسط تماس مستقیم فرد به فرد، مانند تماس با بیمار، نادر است.

ممکن است آب در سر منشاء خود آلوده شود. آب سطحی و آب چاههای کم عمق منابع عفونت هستند. افزون بر این، ویبریوکلرا می تواند در محیط های آبی برای سالها زندگی کند. اغلب موارد آلودگی آب در خانه، زمانی است که آب ناشی از شستشو با آب ذخیره شده تماس می یابد. حمام کردن یا شستشوی وسایل آشپزی در آب آلوده هم می تواند موجب انتقال وبا شود.

اکثر دانه های خوراکی مرطوب مانند برنج، ارزن، ذرت، زمانیکه در حرارت اتاق سرو گردند یا حرارت کمی ببینند، به مواد ایعی برای انتقال وبا تبدیل می شوند. غذاهای مرطوب که کمی بعد از پختن آلوده شده اند و برای چند ساعت در دمای اتاق مانده اند، محیطی عالی برای رشد ویبریوکلرا آماده می کنند. غذاهای دیگر که می توانند وبا را منتقل کنند شامل غذاهای دریایی ناپخته و خام بویژه صدف، میوه جات و سبزیجات خام می باشند. غذاهای ترش با لیمو، گوجه فرنگی، ماست و شیر تخمیر شده مانع رشد ویبریوکلرا می شوند.

عوامل میزبان

عوامل میزبان که موجب مقاومت در برابر بیماری وبا می شود شامل ایمنی ناشی از عفونت پیشین وبا با ویبریو کلرا و در مناطق آندمیک، تغذیه شیرخوار با شیر مادر می باشند. از آنجا که ویبریوکلرا در محیط اسیدی نمی تواند زندگی کند، بیمارانی که آنتی اسید مصرف می کنند، یا تولید اسید معده آنها کاهش یافته است به وبا ، علائم شدید بیماری وبا را بیشتر نشان می دهند، اگرچه O مستعدتر می باشند، افراد دارای گروه خونی پاتوفیزیولوژی آن هنوز مشخص نشده است.

دوره نهفتگی و طول مدت علائم و عفونت زایی:

دوره نهفتگی معمولا یک تا سه روز است ولی می تواند از چندین ساعت تا ۵ روز به طول بیانجامد. علائم بیماری معمولا دو تا سه روز طول می کشد، اگرچه در بعضی بیماران تا ۵ روز نیز ادامه می یابد. بیشتر افراد از زمان شروع بیماری تا چند روز پس از بهبود قادر به انتقال بیماری به دیگران هستند. بندرت ممکن است بیمار، ویبریو کلرا را برای چندین ماه از طریق مدفوع دفع کند. درمان با آنتی بیوتیک می تواند در کاهش طول مدت علائم و سرایت بیماری موثر باشد.

علائم و نشانه ها :

وبا، طیف بالینی وسیعی دارد. تقریبا ۷۵٪ از افرادی که دچار عفونت با ویبریو کلرا می شوند، هیچ نشانه ای از بیماری ندارند. ۲۰٪ دیگر دچار اسهال می شوند که از اسهال ایجاد شده توسط دیگر ارگانیزم ها قابل افتراق نیست. در تعداد اندکی (۲ تا ۵٪) از افراد مبتلا به عفونت، اسهال آبکی، استفراغ و از دست رفتن آب بدن رخ می دهد. وبای علامت دار با اسهال آبکی حجیم بدون تب یا زورپیچ شکم آغاز می گردد. مدفوع بیماران وبایی، ظاهر مایع شفاف آغشته به موکوس سفید رنگ می گیرد که اصطلاحا مدفوع «آب - برنجی» نام دارد و معمولا بدون بو می باشد یا بوی خفیف ماهی را دارد. استفراغ که می تواند شدید باشد و کرامپ های دردناک در پاها علائم شایع می باشند. در موارد شدید بیماری، زورپیچ در معده یا درد دستها و پاها ممکن است وجود داشته باشد. افراد وبایی شدیداً بدحال ممکن است تا ۱۰٪ از وزن بدن خود را از طریق اسهال و استفراغ از دست بدهند. در موارد بسیار شدید از دست دادن مایع می تواند تا میزان یک لیتر در ساعت در مدت ۲۴ ساعت اولیه بیماری برسد. بیمارانی که شدیداً دهیدره می باشند ممکن است دچار شوک هیپوولیمیک شوند. این بیماران فشار خون

پایین و نبض رادیال ضعیف دارند. خواب آلودگی یا عدم هوشیاری نیز ممکن است در آنها دیده شود. آب بدن این بیماران را می بایست با استفاده از مایعات درون وریدی جبران کرد.

ارزیابی دهیدراتاسیون

پس از مشاهده مورد مشکوک به وبا در تسهیلات بهداشتی، می بایست بلافاصله میزان دهیدراتاسیون تخمین زده شود. در صورت فقدان درمان سریع و مناسب موارد شدید، دهیدراتاسیون می تواند منجر به فوت بیمار ظرف چند ساعت گردد. در طول دوره درمان پایش مستمر وضعیت بالینی تا پایان اسهال لازم می باشد زیرا ممکن است دفع ناگهانی و زیاد مایعات در هر زمان رخ دهد.

درمان دهیدراتاسیون

در اغلب بیماران مبتلا به وبا، تنها درمان با ORS کافی است. در اغلب موارد، محلول های خوراکی ORS می تواند بیماران را حتی با وجود استفراغ، از دهیدراتاسیون ORS به هر حال صورت می گیرد. بسته های پودر ORS با فرمول توصیه شده سازمان جهانی بهداشت برای تنظیم تعادل الکترولیتی و آنچه از طریق مدفوع از دست رفته است کاملاً مناسب می باشد. در موارد دهیدراتاسیون شدید به منظور پیشگیری از بروز شوک، نارسایی کلیه و مرگ در ابتدا بایست مایعات و الکترولیت های از دست رفته را با محلول های وریدی جبران کرد. اگرچه در این بیماران نیز محلول خوراکی ORS می بایست به محض توانایی بیمار در نوشیدن شروع جایگزین و تزریقات وریدی گردد.

محلول وریدی ارجح توصیه شده، رینگر لاکتات می باشد. در صورت عدم دسترسی می توان از نرمال سالین استفاده نمود. (Half normal saline with 5% glucose) یا از محلول قندی نمکی (Normal Saline) این سرم ها برای جبران الکترولیت های بدن کم اثر تر می باشند زیرا اختلالات الکترولیتی را بر طرف نمی جهت جبران الکترولیت های از دست رفته ORS کنند. در چنین مواردی می بایست بطور همزمان محلول دقت شود که تجویز محلول های قندی تنها، هیچگونه اثری در درمان دهیدراتاسیون نداشته و تجویز گردد در شرایطی که دسترسی به محلول های وریدی وجود ندارد و یا بیمار قادر به خوردن نمی بایست تجویز شوند به بیمار ORS جهت رساندن محلول (Nasogastric Tube) نیست می توان از لوله بینی معدی ORS استفاده کرد.

عوارض بیماری:

در طی بیماری، دو عارضه ممکن است در بیماران مبتلا به دهیدراتاسیون شدید رخ دهد: (۱) ادم ریه که بصورت سرفه و اشکال در تنفس بروز می کند. این عارضه، بیشتر در شرایط تجویز محلول های قندی نمکی یا نرمال اتفاق می افتد. (۲) نارسایی کلیه، زمانی پیش می آید که ORS سالین به تنهایی و بدون تجویز همزمان محلول حجم مایعات وریدی تجویز شده کم بوده یا به کندی صورت گرفته باشد و یا بیمار برای بار دوم دچار کلیه موارد مشکوک به وبا بایستی تا پایان دوره اسهال در تسهیلات بهداشتی تحت .دهیدراتاسیون شدید گردد نظر باقی بمانند و حتی پس از تصحیح دهیدراتاسیون می بایست از نقطه نظر کفایت جایگزینی مایعات از دست رونده مراقبت شوند.

تجویز آنتی بیوتیک:

تجویز آنتی بیوتیک حجم و طول مدت اسهال و مدت عفونت زایی را کاهش می دهد. آنتی بیوتیک جهت بیماران دچار دهیدراتاسیون شدید توصیه می شود. تجویز گسترده دارو می تواند منتج به ایجاد سوش های مقاوم دارویی و به هدر رفتن منابع محدود پزشکی گردد. زمانی که با وجود تجویز آنتی بیوتیک، اسهال بیش از ۴۸ ساعت ادامه یابد، احتمال وجود مقاومت دارویی مطرح است.