

همکاران محترم :

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳، حدود ۵۱ میلیون نفر فوت کردند که ۳۹ میلیون نفر این افراد در کشورهای در حال توسعه زندگی می کردند. ۴۰٪ (۲۰ میلیون) نفر از آنها در نتیجه بیماریهای مسری فوت نمودند و ۸۰٪ این تعداد (۱۶ میلیون نفر) در اثر عفونت و بیماریهای انگلی جان باختند.

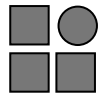
طبق آمار این سازمان، ۶۰۰ میلیون نفر از مردم جهان آلوده به آمیب (با ۱۱۰-۴۰ هزار مرگ و میر در سال) ۲۰۰ میلیون نفر آلوده به ژیا ردیا، بیش از ۱/۳ میلیارد نفر آلوده به آسکاریس، ۹۰۰ میلیون نفر آلوده به تریکوسفال، ۱/۳ میلیارد نفر آلوده به کرمهای قلابدار، ۵۰ میلیون نفر آلوده به استرونژیلوئیدس، ۴۹۰-۴۰۰ میلیون نفر مبتلا به مالاریا (با مرگ و میر سالانه ۲/۲ تا ۲/۵ میلیون نفر)، بیشتر از ۱۵۰ میلیون نفر آلوده به شیستوزوما (با ۶۰۰-۵۰۰ میلیون نفر در معرض خطر و با میزان مرگ و میر حدود ۵۰۰ تا ۱ میلیون نفر در سال)، ۷۰ میلیون نفر آلوده به تیا و ۴۲ میلیون نفر آلوده به کرم سنجاقی، ۱۰ میلیون نفر آلوده به فاسیولا، و ۵/۵ میلیون نفر آلوده به تریکواسترونژیلوس می باشند.

بنابراین با توجه به جمعیت جهان (کمی بیش از ۶ میلیارد نفر) و آمار فوق، مشاهده می کنیم که میزان عفونتهای انگلی در دنیا بسیار زیاد بوده و بنابراین علاوه بر میزان مرگ و میر بالا، زیانهای اقتصادی فراوانی نیز به بار می آورند.

عفونتهای انگلی علائم بسیار متنوعی ایجاد می کنند که عمده ترین و مهمترین علائم عفونتهای انگلی روده ای، اسهال است که ممکن است خونی یا چرکی باشد، درد شکم در مراحل حمله به مخاط یا دیواره روده دیده می شود. اتوزینوفیلی ۵۰٪-۱۵٪ در خون محیطی مهمترین عامل برای عفونتهای انگلی است اما فقدان آن در خون یا مایعات بدن دلیل رد عفونت انگلی نمی باشد. درگیری CNS عموماً در بیماری خواب، مالاریای فالسیپارم و توکسوپلاسموزیس مشاهده می گردد. در ابتلا به انگلهای خونی، تب، لرز، عرق شبانه، درد عضلات، کاهش وزن و غیره دیده می شود و در مواردی بزرگی کبد، طحال و غدد لنفاوی مشاهده می گردد.

تکرر ادرار، وجود خون در ادرار، درد بالای عانه از دلایل مهم ابتلا به شیستوزوما هماتوبیوم است. پنومونی گذرا ممکن است هنگام مهاجرت اسکاریس یا کرمهای قلابدار دیده شود. آبسه های فضاگیر یا کیست عموماً در سیستی سرکوزیس، عفونت با آنتاموباهیستولیتیکا و اکینوкокوس گرانولوزوس مشاهده می گردد. درد عضله قلب یکی از مهمترین و جدی ترین علائم در ابتلا به تریپانوزوم کروژئی است. الفانتیازیس یا تورم پا، بیضه و غیره از علائم فیلاریازیس است که به علت انسداد مسیر لنفاوی بوسیله کرمهای بالغ دیده می شود. ضایعات زیرجلدی موضعی پوست ممکن است در انکوسرکیازیس، لاروهای مهاجر جلدی کرمهای قلابدار سگها و یا حیوانات دیگر مشاهده شود.

نحوه زندگی، عادات غذایی و زندگی با حیوانات از عوامل مهم آلودگی است که حتی در کشورهای خوب توسعه یافته ای مانند آلمان غربی، بطور مثال توکسوپلاسموز شیوع زیادی داشته و سالانه حدود ۴٪ جمعیت آلمان آلوده می شوند. در مسافرتها، آلودگی بیشتر بوسیله خوردن غذا، آب و حتی یخ آلوده و یا مسواک زدن با آب آلوده، گزش حشره، مصرف گوشت نپخته یا ماهی خام، شنا در آبهای رودخانه، دریاچه و راههای دیگر ایجاد می گردد.



نکته مهم این است که باید تاریخچه مسافرت به این نواحی و وضعیت زندگی بیمار و دیگر عوامل توسط پزشک مورد سوال قرار گیرد و کارکنان آزمایشگاه نیز جهت تسهیل در شناسائی انگل از این تاریخچه آگاه باشند تا روشهای مناسب نمونه برداری و تشخیص را به کار ببندند.

افرادی که مسافرتهاى بين المللى دارند ممکن است به عفونتهای انگلی آندمیک و بومی آن کشورها مبتلا شوند، به طوریکه بیشتر از ۲۰٪ مسلمانان آمریکایی که در مراسم حج تمتع و عمره شرکت می نمایند، در بازگشت به کشورشان به عفونتهای انگلی آلوده می باشند.

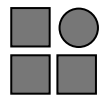
محققین در یافته اند که اپیدمی ایدز، تاثیر زیادی روی شیوع نسبی عفونتهای انگلی مانند پنوموسیستیس کارینی، توکسوپلازما، کریپتوسپوریدیوم پاروم، کریپتوسپوریدیوم هومینیس، سایکلوسپورا کایتنسیس، میکروسپورا، ایزوسپورا و استرونژیلوئیئیدس استرکوریس داشته که از مهمترین عوامل عفونی در این بیماران می باشند. ابتلا به استرونژیلوئیئیدس در مراحل پیشرفته در بیماران با نقص ایمنی (ایدز، لنفوم، پیوند کلیه و تحت درمان با کورتیکواستروئیدها) ممکن است به صورت شدید یا کشنده مشاهده گردد. بنابراین امتحان نمونه مدفوع جهت مشاهده لاروهای استرونژیلوئیئیدس استرکوریس در مورد تمام این بیماران قبل از دریافت داروهای ایمونوساپرسور، ضروری است. آنتاموهایستولیتیکا و ژیاردیا لامبلیا به میزان زیاد و رو به افزایش در مردان همجنس باز دیده می شود که در اغلب موارد شخص دارای علائم نبوده و یا علائم جزئی دارد.

باتوجه به مطالب گفته شده، توجه به آزمایشگاهها باید به انگهبی مانند، **Cryptosporidium, Cyclospora**

و **Microsporidia** و غیره جلب شده و درصد راه اندازی روشهای لازم جهت شناسایی این گونه انگلها برآیند. بعضی از انگلها جهت انتقال به ناقلین واسط بندپا نیاز دارند که برنامه های کنترل انجام شده بصورت غیرمنظم، غیراصولی و با فواصل زیاد در زمینه کنترل ناقلین باعث مقاومت آنها به حشره کشها گردیده است و بنابراین میزان بروز آنها افزایش یافته است.

بنابراین با توجه به میزان عفونتهای انگلی در جهان و علائم بسیار متنوع و غیر اختصاصی که توسط انگلهای مختلف ایجاد می گردد و باتوجه به طولانی شدن فاصله زمانی بین عفونت و ظهور مراحل تشخیصی، بیشتر بیماریهای انگلی تنها بوسیله معاینه فیزیکی تشخیص داده نمی شوند و آزمایشگاه نقش مهمی را جهت تشخیص عفونت و در نهایت انتخاب یک داروی مناسب جهت درمان ایفا می کند.

در مواردی ممکن است باتجربه ترین افراد نوتروفیلهای موجود در نمونه آماده شده در سرم فیزیولوژی را با کیست آمیب اشتباه کنند که در واقع با این تشخیص، اسهال شخص به غلط به سبب وجود انگل تشخیص داده می شود و از طرفی درمان غیر ضروری با داروهایی که اثرات جانبی فراوان دارند، انجام می گیرد. بنابراین انجام تستهای آزمایشگاهی به روش صحیح و استاندارد، لزوم استفاده از روشهای رنگ آمیزی و انجام برنامه تضمین کیفیت در آزمایشگاه انگل شناسی بیش از پیش مورد لزوم است تا بتوان به نتایج صحیح دست یافت و در عین حال انجام آزمایش نیز برای بیمار بیهوده نبوده و جهت تشخیص مورد استفاده قرار گیرد.



جمع آوری نمونه مدفوع:

نمونه برداری باید به نحوی انجام پذیرد که امکان تشخیص و جداسازی هر انگلی وجود داشته باشد. تشخیص عفونت‌های انگلی به امتحان میکروسکوپی مدفوع، ادرار، خون، خلط، بافت و در مواردی بررسی ماکروسکوپی نمونه استوار است. نمونه‌ها باید در یک ظرف دهان گشاد تمیز پلاستیکی یا مومی جمع آوری گردد. در پیچ ظرف باید کاملاً محکم باشد تا رطوبت نمونه حفظ گردد.

نمونه‌ها نباید با آب یا ادرار مخلوط شود زیرا سبب بی حرکت شدن تروفوزوئیت تک یاخته و یا موجب از بین رفتن آن می‌گردد. آلودگی اتفاقی نمونه با خاک و یا آب ممکن است باعث گردد که نمونه به ارگانیزم‌های دارای زندگی آزاد که موجود در آب و یا خاک می‌باشند آلوده شده که در این مورد به آسانی با تک یاخته‌های انگلی اشتباه می‌شوند و جمع آوری نمونه از توالی فرنگی و غیره نیز مناسب نمی‌باشد.

تداخل مواد: بعضی از مواد مانند روغن‌های معدنی، باریم (کریستالها مانع مشاهده انگل به خصوص تک یاخته‌های گردند) بیسموت، آنتی بیوتیک‌ها (تتراسیکلین)، داروهای ضد مالاریا و مواد غیر قابل جذب ترکیبات ضد اسهالی در جداسازی انگلهای روده ای تداخل می‌کنند. بعد از مصرف مواد فوق بوسیله بیمار ممکن است برای مدت یک هفته تا چند هفته نتوان انگل را تشخیص داد، معمولاً دو ماده ای که به مقدار زیاد توسط بیماران مصرف می‌گردد باریم و آنتی بیوتیک است که تتراسیکلین باعث کاهش یا از بین رفتن انگل‌ها (مخصوصاً تک یاخته‌ها) می‌گردد و در چنین مواردی باید نمونه برداری بعد از گذشت ۷ روز انجام شود.

اگر چه بسیاری از آزمایشها مانند روش الایزا، ایمونوفلورسانس و غیره جهت تشخیص آنتی ژن باید با نمونه مدفوعی که در فرمالین ۵٪، ۱۰٪ و محلول سدیم استات فرمالدئید نگهداری شده است استفاده شود، ولی برخی از روشها نیاز به مدفوع تازه یا فریز شده دارد. پس نحوه جمع آوری نمونه برای هر کیت و یا روش تشخیصی در آزمایشگاه باید مد نظر قرار گیرد.

ثبت مشخصات نمونه:

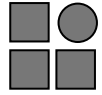
هر نمونه باید دارای مشخصات نام بیمار، نام پزشک، شماره آزمایشگاه، تاریخ و زمان جمع آوری نمونه باشد. برگه درخواست پزشک باید ضمیمه شده و در آن اطلاعات اضافی مانند تشخیص احتمالی بیماری با توجه به علائم آن و یا تاریخچه مسافرت به منطقه خاص و اطلاعات مورد لزوم دیگر درج گردیده باشد.

باید توجه نمود که چون هر نمونه مدفوع می‌تواند به عنوان یک منبع مهم باکتری، ویروس و انگل باشد، لذا باید به عنوان یک منبع آلوده کننده مهم محسوب گردد.

تعداد نمونه

حداقل سه نمونه، به صورت هر روز یا یک روز در میان باید جمع آوری گردد. (به دلیل اینکه معمولاً بعضی از تک یاخته‌ها و تخم کرمها به صورت تناوبی دفع می‌گردند).

در مواردی که بیمار اسهال و درد شکم نداشته باشد می‌توان دو نمونه را به طور معمول و یک نمونه را بعد از استفاده از یک مسهل مانند سولفات منیزیم و غیره جمع آوری نمود. از مسهل‌های روغنی نباید استفاده کرد زیرا روغن باعث کندی حرکت



تروفوزوئیت شده و به علت تغییر شکل انگل، تشخیص را مشکل می سازد. در مواردی که پزشک مشکوک به آمیبیاز روده ای باشد جمع آوری ۶ نمونه بسیار کمک کننده است و سبب تشخیص عفونتهای آمیبی به میزان ۹۰٪ می گردد، اما معمولاً کمتر توسط پزشک درخواست می گردد.

در صورت مثبت بودن آزمایش انگل در نوبت اول ، حتماً دو نوبت دیگر نیز باید مورد بررسی قرار گیرد، چون ممکن است بیمار به دو یا چند انگل مختلف آلوده باشد.

زمان جمع آوری :

اگر نمونه های مدفوع به صورت یک روز در میان جمع آوری گردد، ۳ نمونه را باید حداکثر در فاصله زمانی ۱۰ روز جمع آوری کرد. اگر منظور جمع آوری ۶ نمونه باشد، باید آنها را حداکثر در فاصله زمانی ۱۴ روز جمع آوری کرد.

* باید توجه نمود که نباید در طی یک روز بیشتر از یک نمونه از بیمار جمع آوری نمود.

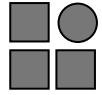
زمان صحیح آزمایش نمونه بعد از جمع آوری:

بستگی به روش جمع آوری نمونه در آزمایشگاه دارد چون بعضی از آزمایشگاهها از مواد نگهدارنده استفاده می کنند. زمان صحیح به شرح زیر است:

Liquid (Watery)	مایع (آبکی)	شود	جمع آوری نمونه آزمایش	۳۰ دقیقه بعد از
Soft	نرم	شود	جمع آوری نمونه آزمایش	۳۰ دقیقه بعد از
Semi formed		شود	جمع آوری نمونه آزمایش	۶۰ دقیقه بعد از
Formed	کاملاً شکل دار	شود	جمع آوری نمونه	همان روز یا روز بعد می تواند

باید توجه نمود که می توان نمونه را در یخچال ۵-۳ درجه سانتیگراد نگهداری نمود که در این حالت، تخمها ، لاروها و کیستهای تک یاخته ها تا چند روز بدون تغییر شکل حفظ می شود اما باید توجه نمود که نمونه ها یخ نزنند. چون در اثر نگهداری در دمای زیر صفر، خصوصیات ظاهری انگل تغییر می کند. نمونه نگهداری شده در یخچال برای انجام آزمایش مستقیم به هیچ وجه مناسب نیست چون تروفوزوئیت تک یاخته از بین می رود. همچنین نمونه ها را به هیچ وجه نباید در انکوباتور قرار داد به علت اینکه دمای آن باعث تخریب انگل می گردد.

اگرچه نگهداری نمونه تازه مدفوع در یخچال ممکن است تخریب انگلها را به تاخیر بیندازد، اما در صورت عدم توانایی در انجام به موقع آزمایش جهت حفظ خصوصیات ظاهری تروفوزوئیت ها، بهتر است نمونه مدفوع را در ماده نگهدارنده قرار داد و آن را در فرصت مناسب آزمایش نمود.



قوام نمونه

قوام نمونه ممکن است از آبکی تا کاملاً شکل دار و حتی سخت (**hard**) متغیر باشد، که می توان در موقع نمونه گیری آنها را بررسی نمود و در ابتدا نمونه های آبکی و شل را آزمایش نمود. طبق نظریه سازمان جهانی بهداشت، بیشتر تقسیمات زیرمد نظر بوده و باید ثبت و گزارش گردد.

Watery, Loose, Soft. Formed

معمولاً قوام مدفوع تاحدودی مشخص می کند که چه شکلی از انگل را می توان در آن یافت. تروفوزوئیت آمیبها و تاژکداران بیشتر در نمونه های آبکی یا شل دیده می شود و سریعاً در درجه حرارت اتاق از بین می روند. همچنین ممکن است در نمونه نرم (**soft**) نیز تروفوزوئیت تک یاخته ها مشاهده گردد. معمولاً خصوصیات ظاهری کیستهای موجود در نمونه شکل دار، در درجه حرارت اطاق و در فاصله زمانی یک روز تغییر نمی کند. تخمها و لاروها در هر نمونه ای با هرگونه قوام ممکن است مشاهده گردند اما در نمونه های آبکی به علت رقیق بودن نمونه، شانس یافتن آنها کم می شود، اما در درجه حرارت اطاق به نسبت تروفوزوئیتها و کیستها خصوصیات خود را از دست نمی دهند. فقط اگر بعضی از تخمهای کرمهای قلابدار بیشتر از یک روز در درجه حرارت اطاق بماند تبدیل به، لارو شده و یا در این شرایط ممکن است لاروهای فیلاریفرم استرونژیلوئیدس استرکورالیس مشاهده گردد. بعضی مواقع کرم آسکاریس، کرم سنجاقی و یا بندهای کرمهای نواری ممکن است در سطح یا زیر مدفوع مشاهده شود. بندرت ممکن است کرم تریکوسفال، کرم قلابدار و هیمنولپیس نانا در مدفوع مشاهده شود و معمولاً دفع این کرمها بعد از درمان یا مصرف مسهل مشاهده می گردد. جهت جدا نمودن این انگلها، می توان مقداری از نمونه را با سرم فیزیولوژی مخلوط کرده و سپس آن را از چند لایه گاز مرطوب صاف نمود. در مورد عفونتهای انگلی ناشی از کرمها، باید ۱ تا ۲ هفته بعد از درمان، آزمایش مدفوع را تکرار نمود. در مورد عفونتهای انگلی ناشی از تک یاخته، این کنترل باید ۳ تا ۴ هفته بعد از درمان انجام گرفته و در مورد افراد مداوا شده برای عفونت ناشی از کرم تنیا، ۶-۵ هفته بعد از درمان، انجام آزمایش مجدد توصیه می گردد.

نگهداری نمونه ها:

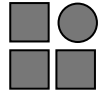
اغلب یک فاصله زمانی بین جمع آوری نمونه تا رسیدن آن به آزمایشگاه و یا زمان انجام آزمایش نمونه وجود دارد. اگر این مدت زمان بیشتر از فاصله زمانی ذکر شده باشد باید فوراً نمونه را بعد از جمع آوری و یا بعد از دریافت بوسیله آزمایشگاه در ماده نگهدارنده قرار داد.

اگر تعداد نمونه های مدفوع آزمایشگاه زیاد است، باید نمونه ها را مورد بررسی قرار داد و در ابتدا سریعاً نمونه های شل، آبکی و یا دارای خون و موکوس را آزمایش نمود و یا بعد از ثبت خصوصیات ظاهری آنها در ماده نگهدارنده قرار داد. مواد نگهدارنده متنوعی وجود دارد که پر مصرف ترین آنها، فرمالین ۵٪ یا ۱۰٪ است که می توان در روی این نمونه عمل تغلیظ را نیز انجام داد.

مواد نگهدارنده دیگر شامل سدیم استات-استیک اسید فرمالین (SAF) = Sodium Acetate-

Acetic Acid Formalin (می توان روی نمونه نگهداشته شده در این ماده عمل تغلیظ و رنگ آمیزی را انجام داد).

این نگهدارنده هم برای متدهای تغلیظی و هم برای رنگ آمیزی دائمی نمونه مورد استفاده قرار می گیرد. ومانند



شادوین و **PVA** حاوی **mercuric chloride** نمی باشد. **SAF** یک فیکساتور مایع است و برای تهیه رنگ آمیزی دائمی از رسوب استفاده می شود. اسلایدها باید با آلبومین یا آلبومین مخلوط با رسوب مدفوع پوشیده شود تا از چسبندگی آن اطمینان حاصل شود. **Smear** های **SAF** رنگ شده با آهن - همتوکسیلین نسبت به نمونه های رنگ شده با تریکوروبوم از نظر مورفولوژی ارگانایسم بهتر هستند.

مرتیولات - یدین - فرمالین (MIF) Merthiolate - Iodin - formalin =

از نمونه نگهداری شده در این ماده می توان جهت تهیه گسترش مستقیم و انجام روشهای تغلیظ استفاده نمود اما تهیه گسترش رنگ آمیزی با کیفیت مطلوب از آن آسان نمی باشد. بخصوص در مورد نمونه های حاوی تروفوزوئیت تک یاخته، که در رنگ آمیزی خصوصیات آن مشخص نمی شود.

Schaudinn's fixative

این ماده ثابت کننده جهت نمونه های مدفوع تازه و یا هر نمونه تهیه شده از مخاط روده (نمونه های حاصل از سیگموئیدوسکوپ) مناسب می باشد. برای تهیه اسلاید باید مقداری از مدفوع را بوسیله اپلیکاتور چوبی روی لام قرار داده و گسترش تهیه کنیم و سپس لامها را به سرعت و قبل از خشک شدن در فیکساتور شادون فرو ببریم. برای تهیه **stock** از محلول فیکساتور شادون ابتدا محلول اشباع آبکی از مرکوریک کلراید تهیه کرده و سپس با اتیل الکل ترکیب می کنیم. **مراحل تهیه استوک**

(۱) استفاده از ارلن به عنوان بن ماری، ترکیب **gr ۱۱۰** مرکوریک اسید (**Hgcl₂**) با **ml ۱۰۰۰** آب مقطر و جوشاندن آنها تا زمانی که مرکوریک کلراید حل شود.

(۲) اجازه بدهید که به دمای اتاق برسد و کریستال تشکیل شود.

(۳) **ml ۶۰۰** از محلول اشباع مرکوریک اسید را با **ml ۳۰۰** اتیل الکل ۹۵٪ ترکیب کنید

(۴) قبل از استفاده **ml ۵** اسید استیک **glacial** به هر **ml ۱۰۰۰** از محلول استوک اضافه کنید

مخلوط حاصل تا دو هفته پایدار است.

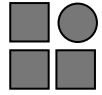
Polyvinyl Alcohol=(PVA) پلی وینیل الکل

PVA یک رزین تغییر پذیر است که با فیکساتور شادون ترکیب میشود و به عنوان یک چسبنده کمک می کند که

مدفوع به لام شیشه ای بچسبد ولی عمل فیکس شدن بوسیله فیکساتور شادون انجام می گیرد.

اگرچه هر دو روش تغلیظ و رنگ آمیزی را می توان در مورد نمونه های نگهداری شده در این ماده بکار برد، اما طبق توصیه **clinical and laboratory standards Institute = CLSI = NCCLS** بهتر است عمل تغلیظ را روی نمونه های نگهداری شده در فرمالین و عمل رنگ آمیزی را روی نمونه نگهداری شده در **PVA** انجام داد.

باید توجه نمود که نسبت بین مدفوع و ماده نگهدارنده باید به نسبت یک قسمت از مدفوع و سه قسمت ماده نگهداری بوده و کاملاً با هم مخلوط شوند. به طور کلی مدت زمان مجاورت مدفوع و ماده نگهدارنده نباید کمتر از ۳۰ دقیقه باشد. نمونه های مدفوع موجود در ماده نگهدارنده می تواند در درجه حرارت اطاق نگهداری شوند.



فرمالین: بیشترین ماده ثابت کننده ای است که جهت تخم کرمها، لاروها، کیست تک یاخته ها و اووسیت استفاده می شوند. معمولاً فرمالین خریداری شده، یک محلول آبی ۳۷٪ از گاز فرمالدئید می باشد و در موقع ساخت محلولهای ثابت کننده انگل شناسی باید به عنوان یک محلول ۱۰۰٪ در نظر گرفته شود. دو غلظت مورد استفاده از فرمالین ۵٪ و ۱۰٪ می باشد. اگرچه تهیه محلول ۵٪ آن برای تمام اهداف توصیه می شود اما تمام کارخانه های سازنده کیت های حاوی ماده نگهدارنده فرمالین، از محلول ۱۰٪ آن استفاده می نمایند چون توانائی بیشتری را جهت کشتن تخم کرمها دارد. می توان بر روی نمونه های نگهداری شده در فرمالین، عمل تغلیظ را انجام داد. اما نمی توان بر روی این نمونه روشهای رنگ آمیزی را بکار برد.

روش تهیه فرمالین ۱۰٪: فرمالدئید (usp)، ۱۰۰ میلی لیتر - محلول سرم فیزیولوژی ۰/۸۵٪، ۹۰۰ میلی لیتر
روش تهیه فرمالین ۵٪ = فرمالدئید (usp)، ۵۰ میلی لیتر - محلول سرم فیزیولوژی ۰/۸۵٪، ۹۵۰ میلی لیتر
طرز تهیه = ۱۰۰ میلی لیتر (یا جهت تهیه محلول ۵٪، ۵۰ میلی لیتر) از فرمالدئید را با ۹۰۰ میلی لیتر (یا ۹۵۰ میلی لیتر جهت تهیه محلول ۵٪) از محلول سرم فیزیولوژی g/L ۸/۵ رقیق می کنیم.
(باید توجه نمود که از آب مقطر نیز می توان به جای سرم فیزیولوژی استفاده نمود)
استفاده از فرمالین گرم (۶۰ درجه سانتیگراد) جهت جلوگیری از آلودگی تخمهای کرم توصیه می شود.

بررسی خصوصیات ظاهری نمونه:

اصولاً بررسی ظاهر مدفوع و گزارش کامل آن به پزشک اهمیت بسیار زیادی جهت تشخیص بیماری دارد. این بررسی کمک بسیار زیادی به تشخیص عفونتهای انگلی، یرقانها، خونریزیهای دستگاه گوارش، اسهال، سوء جذب و غیره می نماید بنابراین باید شکل وقوام، رنگ، وجود موکوس، خون، موادغذایی هضم نشده و سایر موارد بررسی و به پزشک گزارش گردد. بررسی خصوصیات ظاهری نمونه مدفوع باید روی نمونه های تازه انجام شود و نمی توان این بررسی را در نمونه های موجود در ماده نگهدارنده انجام داد. از طرفی تروفوزوئیت انگلها نیز در این مواد بیحرکت می شود. بنابراین گرفتن یک نمونه تازه جهت تشخیص پروتوزوئتهای متحرک و نیز بررسی خصوصیات ظاهری، ضروری می باشد.

مدت زمان نگهداری نمونه:

تازگی نمونه یک عامل مهم در تشخیص عفونتهای انگلی است چون مرحله تروفوزوئیت تک یاخته ها خیلی زود، بعد از خروج از بدن، از بین می رود. ثبت تاریخ و زمان جمع آوری نمونه نیز ضروری بوده و باید انجام شود. وجود خون و موکوس میتواند به دلیل عفونت آمیبی، باکتریائی، التهاب، کولیت، بدخیمی و غیره باشد که جهت یافتن تروفوزوئیت آمیبها حتماً باید از این قسمتها نمونه برداری را انجام داد. وجود خون تیره در مدفوع می تواند دلالت بر خونریزی زیاد در مجاری معده - روده ای داشته و بر عکس وجود خون روشن دلالت بر خونریزی قسمتهای تحتانی دارد. رنگ مدفوع می تواند برحسب نوع تغذیه، مصرف دارو، بیماری و غیره تغییر کند. مصرف سبزیجات زیاد باعث رنگ سبز، مصرف گوشت، رنگ آن را تیره و مصرف لبنیات رنگ آن را روشن می سازد.



آهن رنگ مدفوع را سیاه و باریم رنگ آن را قهوه ای روشن یا سفید می کند که این رنگ می تواند نشان دهنده عدم وجود صفرا در مدفوع نیز باشد.
مدفوع با قوام نرم یا شل و بارنگ خاکستری می تواند به دلیل اسهال چرب باشد.

آزمایشگاه مرجع سلامت

دکتر شهلا فارسی

اردیبهشت ۸۷

References:

- 1- procedures for the recovery and identification of parasites from the intestinal tract , Approved Guideline (2006).CLSI=NCCLS.(M28-A)
- 2- Topley & Wilson's .(1998) .Microbiology and Microbial infections. Ninth edition . Volume 5 (parasitology)
Pub: Arnold
- 3- Ellenjo Baron and Sydney M.finegold(1996) .Bailey & scott,s . Diagnostic Microbiology.
- 4- Basic Laboratory Methods in Medical parasitology (1991) pub : world Health Organization (WHO)
- 5- John Bernard Henry, M.D.(1996) . Clinical diagnosis and management by laboratory Methods . Nineteenth edition.
- 6- Connie R.Mahon .etal.(1995) .Textbook of diagnostic Microbiology . pub .saunders
- 7- Elmer W. koneman, etal .(1997) .Color Atlas and Diagnostic Microbiology .fifth edition. Pub. Williams & wilkin' s.