

مايع آسيت، پريتوان يا صفاق

Ascitis

کاربردهای بالینی

- ۱. بررسی عامل پريتونيت كه ميتواند التهابي و عفوني باشد. پريتوان (صفاق) در حالت طبيعي استريل و فاقد ميكروارگانيسم ميباشد. مهمترين عامل ايجاد كننده پريتونيت باكتريايي عبارت اند از:
 - اشريشياكلى، كلستريديوم ، استافيلوكوك اورئوس، استرپتوكوك پنومونيه و ساير باسيل هاى گرم منفي مى باشد. همچنين توبركلوز نيز از عوامل غير رايج پريتونيت ميباشد.
- ۲ آناليز مایع صفاق برای بیماران مبتلا به آسیب بدون علت مشخص جهت تعیین علت آن انجام میشود. این آزمایش بخش مهمی از ارزیابی بیماران مبتلا به تروماهای متعدد جهت رد نمودن وجود ترومای شکمی میباشد.
- . همچنين پارسنتز به منظور تخفيف فشار داخل شكمی ناشى از آسيتهاى حاوى حجم فراوان مایع نيز استفاده میشود.

شرایط و ملاحظات نمونه گیری

- حجم نمونه مورد نیاز ۵ تا ۱۰ میلی لیتر
- نیاز به ناشتایی نمیباشد
- نام بیمار، تاریخ، منبع مایع و تشخیص را روی برچسب نمونه بنویسید.
- نمونه را فوراً به آزمایشگاه بفرستید.
- جمع آوری، انتقال و آماده سازی نمونه
- شرایط انتقال به آزمایشگاه به سرعت دمای اتاق
- پیش از انجام آزمایش به محض دریافت کشت داده شود.
- محیطهای اصلی: کشت بلاد آگار، شکلات، آگار مک کانکی و محیطهای کشت بی هوازی

بررسی ماکروسکوپی

- • مایع صفاقی ترانسودایی ممکن است شفاف سרוزی و به رنگ زرد روشن، به ویژه در بیماران مبتلا به سیروز کبدی باشد.
- • مایع صفاق شیری رنگ میتواند ناشی از خروج شیل از مجاری لنفاوی مسدود شده شکمی، یا سینه‌یی باشد.
- • مایع کدر یا ابری ممکن است به علت وضعیتهای عفونی یا التهابی همانند پریتونیت، پانکراتیت، آپاندیسیت یا منشأ باکتریایی و حضور WBC باشد.
- • مایع خونی ممکن است ناشی از خونریزی داخل شکمی، تومور یا پانکراتیت خونریزی دهنده باشد.
- • مایع سبز رنگ ممکن است به علت پارگی کیسه صفرا، پانکراتیت حاد یا سوراخ شدگی روده پدید آید.

شمارش سلولی

- به طور طبیعی هیچ گونه گلبول قرمزی نباید در مایع صفاق وجود داشته باشد.
- وجود RBC ممکن است نشانه نئوپلاسم سل یا خونریزی داخل شکمی باشد
- افزایش شمارش WBC ممکن است در پریتونیت، سیروز و سل مشاهده گردد
- در افراد مبتلا به **پریتونیت باکتریایی** در ۹۰ درصد موارد بیش از ۵۰۰ عدد WBC در هر میکرولیتر مایع آسیت وجود دارد.
- • آزمایش میکروسکوپی رنگ آمیزی گرم
- توضیحات ممکن است نیاز به تغلیظ از طریق سانتریفیوژ و فیلتر کردن باشد
- از رسوب برای انجام کشت و رنگ آمیزی استفاده میشود.

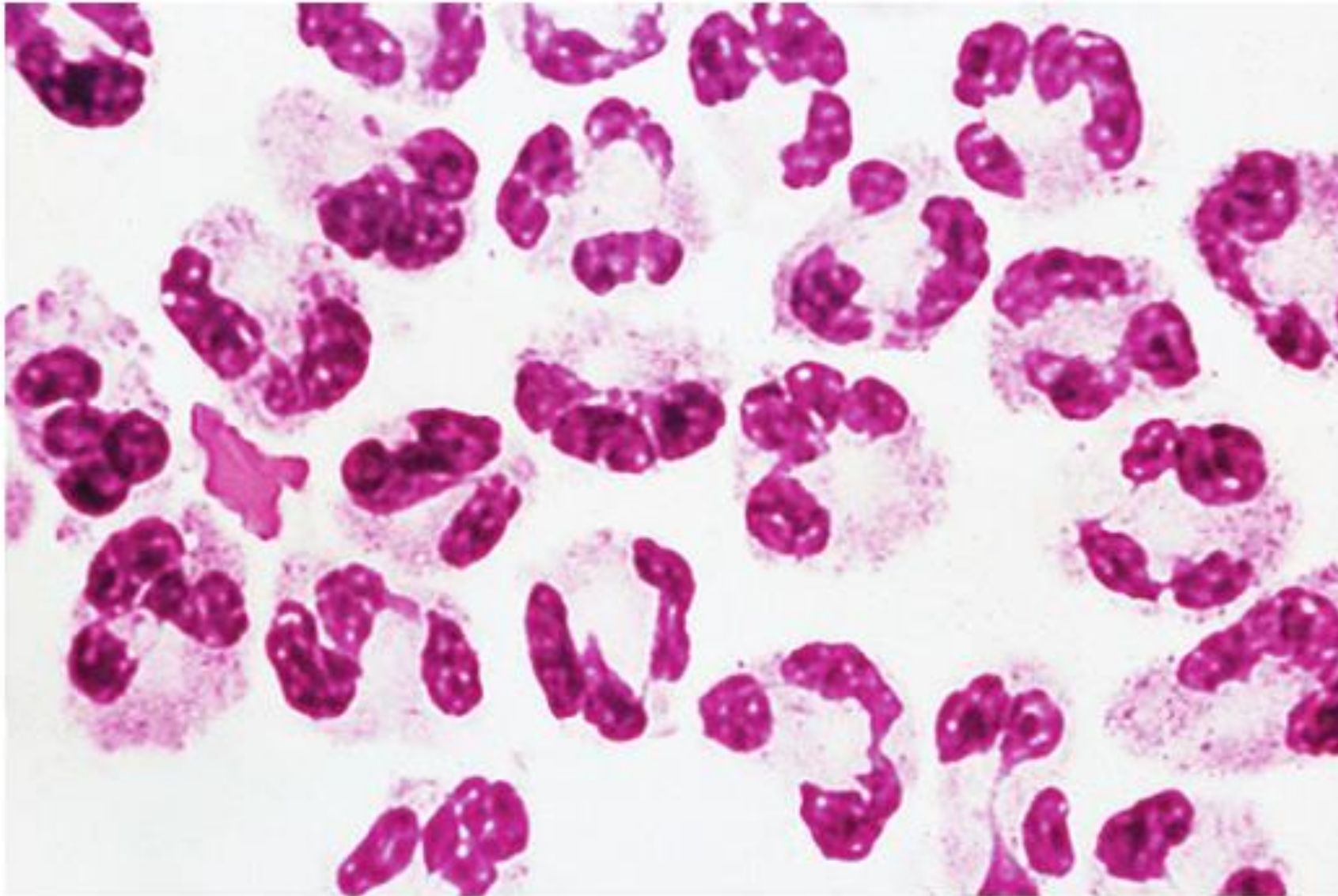


Figure 29-20 Neutrophils in a patient with bacterial peritonitis.

Dr. Mashkani, Dept. of Med. Biochem., MUMS

بررسی بیوشیمی

- پروتئین
- چنانچه سطح پروتئین کل بیش از 3 gr/dl باشد نشانه اگزودا است در حالی که مقدار پروتئین ترانسودا معمولاً کمتر از 3 gr/dl میباشد.
- گلوکز
- معمولاً سطح گلوکز مایع صفاقی در حدود سطح گلوکز سرم است کاهش سطح آن ممکن است نشانه سل یا پیریتونیت باکتریایی یا کارسینوماتوز صفاق باشد.
- آمیلاز
- افزایش سطح آمیلاز ممکن است در بیماران مبتلا به ترومای پانکراس کیست کاذب پانکراس، پانکراتیت حاد و نکروز، سوراخ شدگی یا انسداد روده مشاهده گردد.
- فسفاتاز قلیایی (ALP)
سطح فسفاتاز قلیایی تا حد چشمگیری در انفارکتوس یا انسداد روده افزایش می یابد.

مقادیر طبیعی

- مشخصات ظاهری شفاف سروزی زرد کاهی
- گلبول قرمز ندارد
- گلبول سفید کمتر از 500 و نوتروفیلها کمتر از 250 در میکرولیتر
- گلوکز ۷۰ - ۱۰۰ mg/dl))
- پروتئین کمتر از 4.1 g/dl))
- آمیلاز مشابه سرم
- آمونیاک کمتر از ۵۰ ug/dl))
- فسفاتاز قلیایی
- مردان بزرگسال: ۹۰ - ۲۴۰ U/L))
- زنان کمتر از ۴۵ سال: ۷۶ - ۱۹۶ U/L))
- زنان بیش از ۴۵ سال ۸۷ - ۲۵۰ U/L))
- لاکتات دهیدروژناز (LDH) همانند LDH سرم

تفسیر:

- مایع صفاق را برای اهداف تشخیصی و درمانی آسپیره میکنند.
- پاراسنتز تشخیصی به منظور به دست آوردن مایع و تجزیه آن جهت تعیین علت افیوژن صفاقی انجام میگردد.
- مایع صفاقی به ترانسودا و اگزودا طبقه بندی میشود که در تعیین علت افیوژن و افتراق علل آن بسیار مفید و حائز اهمیت است
- ترانسوداها غالباً در اثر نارسایی احتقانی قلب، سیروز، سندروم نفروتیک ، دیالیز صفاقی، هیپوپروتئینمی و گلومرولونفریت حاد به وجود می آیند.