

## «فهرست»

فصل ۱	تک یاخته‌های ساکن لوله گوارش	۳	
.....	آمیب‌ها	۳	
.....	تاژکداران	۱۶	
.....	مژکداران	۲۶	
.....	آپی کمپلکسا (اسپوروزوا)	۲۷	
.....	میکروسپوریدیا	۳۱	
.....	میکسوزوا	۳۲	
.....	فصل ۲	تک یاخته‌های ساکن خون و بافت	۳۳
.....	مالاریا	۳۳	
.....	تاژکداران خونی	۴۸	
.....	کوکسید یوم‌های بافتی	۶۹	
.....	سایر آپی کمپلکسا (اسپوروزوا)	۷۳	
.....	آمیبهای آزاد، فرصت طلب	۷۵	
.....	فصل ۳	کرمهای پهن	۸۱
.....	فلوکهای رودهای	۸۱	
.....	فلوکهای کبدی	۸۶	
.....	فلوکهای خونی	۹۲	
.....	فلوکهای ریه	۱۰۱	

۱۰۵	.....	کرمهای نواری	فصل ۴
۱۲۴	.....	کرمهای لوله‌ای روده (نماتودها)	فصل ۵
۱۴۱	.....	آنیزاکباز	
۱۴۵	.....	کرمهای لوله‌ای ساکن خون و بافت	فصل ۶
۱۵۹	.....	کرم‌گینه	
۱۶۰	.....	سایر نماتودها	
۱۷۰	.....	حشرات	فصل ۷
۱۷۰	.....	طبقه بندی	
۱۷۴	.....	ویژگی‌های کلی حشرات	
۱۸۲	.....	راسته دوبالان	
۲۰۱	.....	راسته سیفوناپترا (کک‌ها)	
۲۰۵	.....	راسته آنوپلورا (شپش‌ها)	
۲۰۹	.....	راسته همی پترا (نیم بالان)	
۲۱۱	.....	راسته دیکتیوپترا (سوسری‌ها)	
۲۱۴	.....	عنکبوتیان	فصل ۸
۲۱۴	.....	طبقه بندی	
۲۱۵	.....	ویژگی‌های عنکبوتیان	
۲۱۵	.....	راسته مناستیگمان	
۲۲۲	.....	راسته آستیگماتا	
۲۲۵	.....	راسته پروستیگماتا	
۲۲۸	.....	راسته مزوستیگماتا	



## تک یاخته‌های ساکن لوله گوارش



✓ سه گونه انتامبا هیستولیتیکا، انتامبا دیسپار و انتامبا موشکووسکی از نظر شکل ظاهری و اندازه با هم تشابه دارند و برای تمایز آنها از آنالیز اینزوانزیم، پلی مورفسم در طول قطعه‌های بریده شده توسط آنزیم قطعه بر تعیین نوع به وسیله آنتی بادیهای تک دودمانی استفاده می‌شود.

### انتامبا هیستولیتیکا

این نوع آمیب در روده بزرگ قرار می‌گیرد. تروفوزوئیتها (اشکال فعال) در داخل مجرای روده قرار داشته و گاهی با تهاجم به کریپت مخاطی و تغذیه از گلبولهای قرمز خون سبب ایجاد زخم می‌شوند (عامل اسهال خونی). این آمیبهای مهاجم گاهی به مویرگها راه می‌یابند و از طریق جریان خون به کبد یا سایر اندامها رفته و ایجاد آبسه می‌کنند. آمیبهای موجود در مجرای روده در صورت سریع

### آمیب‌ها

۶ گونه انتامبا در انسان عبارتند از:

۱ - انتامبا ژنژیوالیس<sup>۱</sup>

۲ - انتامبا کولی<sup>۲</sup>

۳ - انتامبا هارتمانی<sup>۳</sup>

۴ - انتامبا دیسپار<sup>۴</sup>

۵ - انتامبا مشکووسکی<sup>۵</sup>

۶ - انتامبا هیستولیتیکا<sup>۶</sup>

✓ از بین این ۶ گونه فقط انتامبا هیستولیتیکا بیماریزا

است و بقیه همسفره هستند.

✓ انتامبا پولکی که خود یک آمیب خنک و میمون

است بررسی اوقات در انسان ایجاد اسهال

می‌نماید.

### جنس انتامبا

این جنس از آمیبها براساس وجود یک هسته وزیکولی با یک کاربوزوم تقریباً کوچک در مرکز یا نزدیک مرکز و تعدادی گرانولهای کروماتینی محیطی متصل به غشای هسته‌ای مشخص می‌گردند.

1- entamoeba gingivalis

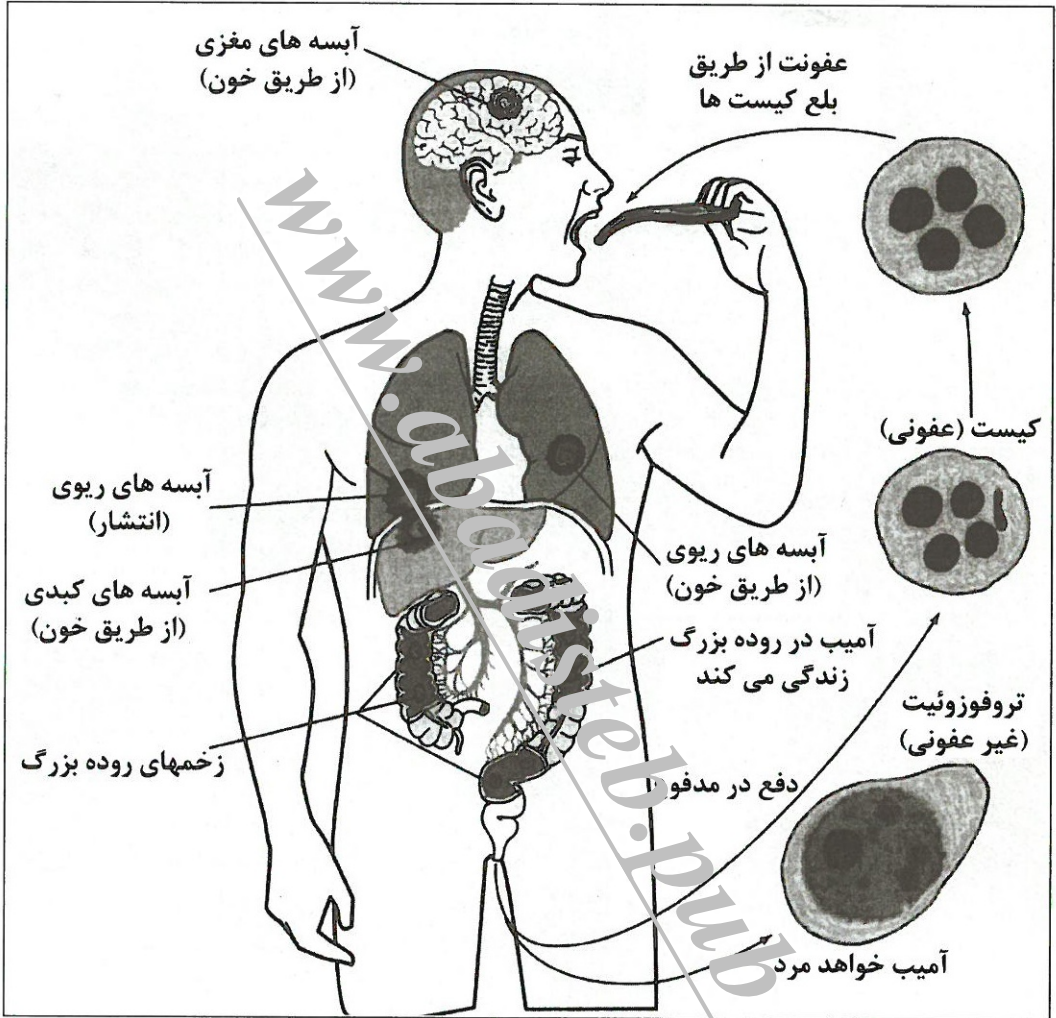
2- entamoeba coli 3- entamoeba hartmanii

4- entamoeba dispar

5- entamoeba moshkoveskii

6- entamoeba histolytica

7- entamoeba polecki 8- trophozoite



شکل ۱-۱ ■ چرخه زندگی انتامبا هیستولیتیکا

● ریخت شناسی (شکل ظاهری)  
 در نمونه های مدفوع تازه تروفوزوئیتها اغلب بصورت فعال در حال حرکت هستند. این حرکت بوسیله پاهای کاذب که استپاله های سیتوپلاسمی هستند صورت

بودن حرکات روده بصورت تروفوزوئیت در مدفوع آبکی یا نیمه سفت دفع می گردند و در صورت طبیعی بودن حرکات روده به مرحله مقاوم کیستی وارد می شوند. چرخه زندگی انتامبا هیستولیتیکا در شکل ۱-۱ نشان داده شده است.

✓ **جزئیات سافتار هسته‌ای از طریق رنگ‌آمیزی با همتوکسیلین یا تری کروم قابل رؤیت است.**

در سطح داخلی غشای هسته‌ای نازک یک لایه از گرانولهای یکنواخت و کوچک همراه با کروماتین محیطی دیده می‌شود. در مرکز هسته توده کوچک کروماتینی بنام **کاریوزوم**<sup>۳</sup> قرار دارد. بین کاریوزوم و کروماتین محیطی گاهی فیبریل‌های کم‌رنگی از شبکه لینین<sup>۴</sup> دیده می‌شوند.

✓ **نمی‌توان هیچ نم ظاهری هسته‌ای مشخص کننده‌ای با هیپل<sup>۵</sup> از گونه‌های انتامبا توصیف کرد.**

در رنگ‌آمیزی همتوکسیلین سیتوپلاسم آمیب مایل به خاکستری، هسته به رنگ آبی تیره مایل به سیاه و اریتروسیتها تازه بلعیده شده هم آبی تیره مایل به سیاه هستند. گلبولهای قرمز حین فرایند هضم به طور پیش‌رونده کم‌رنگ می‌شوند. در رنگ‌آمیزی تری کروم، سیتوپلاسم آمیب سبز، هسته قرمز پررنگ و گلبولهای قرمز تازه بلعیده شده ممکن است قرمز آلبالویی یا سبز باشند. ضمناً گاهی سیتوپلاسم در این رنگ‌آمیزی صورتی کم‌رنگ یا مخلوط سبز - صورتی است.

برای ایجاد کیست مقاوم، تروفوزویته تمام مواد بلعیده شده را بیرون ریخته و شکلی گرد به خود می‌گیرند. در این مرحله بنام **مرحله پیش کیستی**<sup>۵</sup> آمیب را می‌توان براساس هسته گرد، فقدان مواد بلعیده شده و دیواره کیستی افتراق داد. ممکن است کیستها بوسیله یک دیواره کیستی هیالینی تشخیص داده شوند. شکل آنها اغلب گرد است ولی ممکن است بیضی یا نامنظم باشد. در نمونه‌های رنگ نشده دیواره کیست به شدت قابل انکسار می‌باشد. هر کیست حاوی ۱ تا ۴ هسته است. میله‌های کروماتیدی، از بلورهای اسید ریبونوکلیئیک (RNA) بوجود می‌آیند و علت نامگذاری آنها در رنگ‌آمیزی همتوکسیلین، شباهت رنگ پذیری آنها با کروماتین هسته است. این میله‌ها در صورت وجود، به شکل مناطق شفاف استوانه‌ای در سیتوپلاسم دیده می‌شوند.

می‌گیرد. شکل این استتاله‌ها متغیر است. **اکتوپلاسم**<sup>۱</sup> شفاف شیشه مانند تشکیل دهنده لایه بیرونی آمیب با جریان یافتن به سمت خارج پای کاذب را ایجاد می‌کند و در این گونه هنگام تشکیل برای اولین بار هیالینی است. **آندوپلاسم**<sup>۲</sup> دانه دار تر با حرکت پای کاذب در همان سمت به آرامی به داخل جریان می‌یابد. حرکت برخلاف سایر آمیبه‌ها معمولاً پیش‌رونده و جهت دار است.

✓ **این حرکات دارای ارزش تشفیعی فقط در نمونه‌های تازه دفع شده قابل مشاهده است.**

این پدیده را می‌توان با گرم نمودن گستره در مرحله گرم تنظیم شده با ترموستات تسهیل کرد. روش جایگزین و ارزان تر دیگر استفاده از یک سکه مسی است که پس از حرارت دیدن روی شعله چراغ بونسن روی لام شیشه‌ای قرار داده می‌شود. هیچکدام از این روشها نمی‌توانند آمیبهای مانده به مدت طولانی در دمای اتاق را دوباره احیاء نمایند (**اهمیت مدفوع تازه**). با کمک میکروسکوپ الکترونی، دهانه‌های فاگوسیتی یا فنجانه‌های غذایی آندوسیتی روی تروفوزویتهای انتامبا هیستولیتیکا قابل مشاهده است. دهانه‌های کوچک فاگوسیتی برای پیوستن (گرفتن مایعات) و دهانه‌های بزرگتر برای فاگوسیتوز باکتریها و سلولهای اپی تلیال بکار می‌روند.

گلبولهای قرمز ممکن است توسط این آمیب بلعیده شوند ولی اغلب در عفونتهای مزمن مشهود نمی‌باشند. اریتروسیتهای تازه بلعیده شده به شکل اجسام سبز خیلی کم‌رنگ منعطف در سته پلاسم آمیبهای رنگ‌آمیزی نشده قابل رؤیت هستند.

✓ **بلع گلبولهای قرمز خون را، با بستی معرور به انتامبا هیستولیتیکا دانست.**

هسته تروفوزویته رنگ‌آمیزی نشده اغلب قابل مشاهده نمی‌باشد. **مرگ یا دژنرسانس** انگلها به سرعت سبب ایجاد **واکوئولهای سیتوپلاسمی** با نمای پنیر سوئیسی می‌گردد. این اشکال در میکروسکوپ قابل شناسایی نیستند. حتی بدون این تغییرات تحلیلی ظاهری، اگر آمیبه‌ها مدتی طولانی پیش از ثابت شدن در دمای اتاق باقی بمانند، ساختارهای ظریف تر هسته تغییر می‌کنند. این تغییرات در شناسایی اختصاصی آمیبه‌ها مهم می‌باشند.

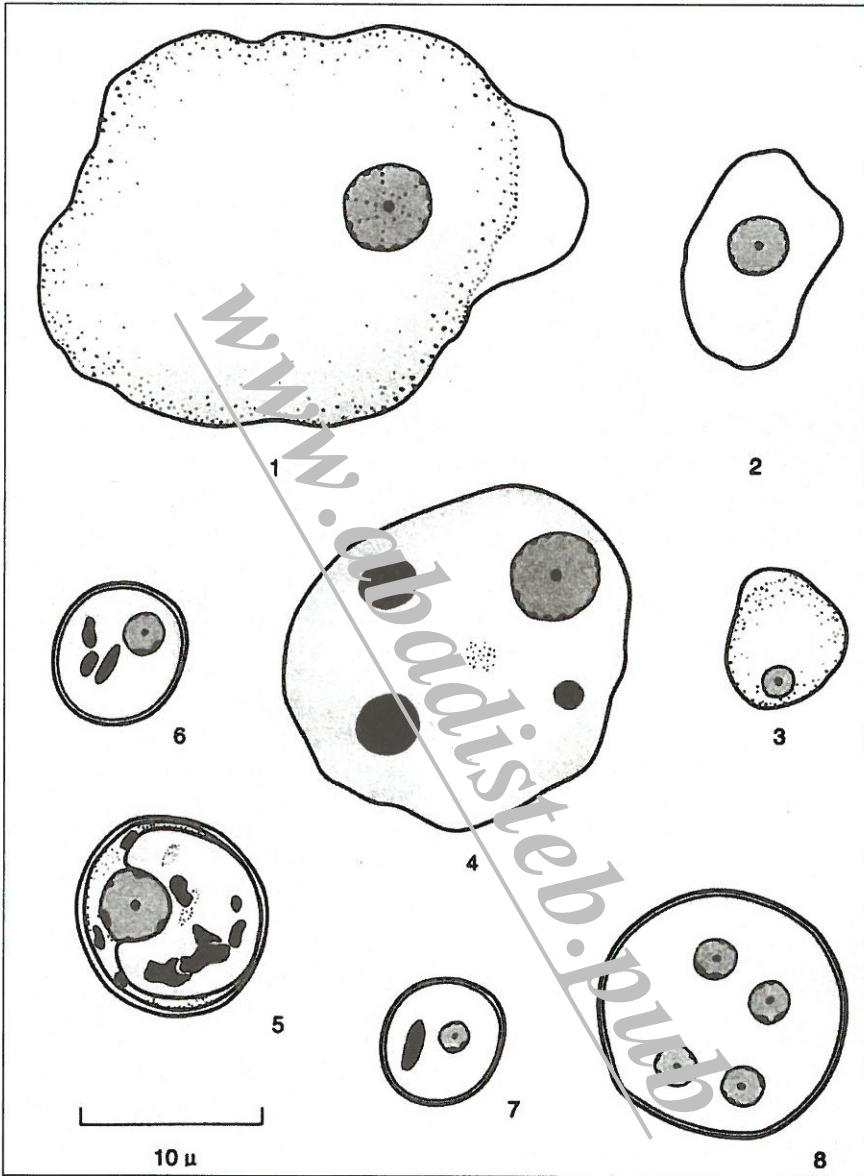
1- ectoplasm

2- endoplasm

3- karyosome

4- linin

5- precyst



شکل ۱-۲ □ انتامبا هیستولیتیکا: (۱) تروفوزوئیت با پای کاذب؛ (۲) و (۳) تروفوزیت‌ها؛ (۴) تروفوزیت‌های حاوی گلبولهای قرمز؛ (۵) کیست ابتدایی حاوی توده گلیکوژن و کروماتیدالها؛ (۶) و (۷) کیست‌های تک هسته‌ای (۸) کیست چهار هسته‌ای بالغ بدون میله‌های کروماتیدی

واکوئولهای سیتوپلاسمی، آنها به رنگ زرد - قهوه‌ای تیره دیده می‌شوند.

✓ در رنگ‌آمیزی همتوکسیلین یا تری کروم کیستها، ممکن است ساختار هسته‌ای شبیه تروفوزوئتها باشد

با رنگ‌آمیزی ید، سیتوپلاسم کیست به رنگ سبز کمرنگ متمایل به زرد - قهوه‌ای می‌باشد و غشای هسته‌ای و کاریوزوم از هم جدا و قهوه‌ای کمرنگ هستند. میله‌های کروماتیدی رنگ نمی‌گیرند. در صورت وجود گلیکوژن در

**هیستولیتیکا با آنتهای خاص کمپلکس HLA وجود دارد.**

در زنان باردار و دوره پس از زایمان مرگ و میر ناشی از عفونت افزایش می‌یابد که احتمالاً علت آن ارتباط استرس با شدت عفونت است. نفوذ انتامبا هیستولیتیکا به مخاط رودهای اغلب با پاسخ التهابی همراه نیست.

شایعترین منطقه، مگر سکوم است ولی می‌توان کولون صعودی و رتونیگموئید و هر بخش دیگر از کولون را به معن اولیه تهاجم حساب کرد.

اسهال ایجاد شده ممکن است خفیف باشد و حتی با دوره‌هایی از یبوست همراه باشد. در بیماران با اسهال خفیف یا مدفون طبیعی ممکن است در بررسی دقیق مدفوع رگه‌هایی از بجم اغشته به خون کم دیده شود که اغلب حاوی تعدادی آمییب متحرک است. اشکال حادث‌تر بیماری با دفع ۱۲ بار یا بیشتر مدفوع آبکی در روز حاوی خون و بلغم با کریه‌پهای شکمی همراه است.

زوریچ، بصورت اسپاسمهای دردناک اسفنکتر مقعری نشانه‌ای از زخم شدگی رکتوم می‌باشد.

با واسطه یک لکتین آمیبی اتصالی قابل مهار با گالاتوز، تروفوزوئیت‌های انتامبا هیستولیتیکا به مخاط کولون متصل می‌شوند. افزودن چند میلی مول گالاتوز یا N-استیل-D-گالاتوز آمین سبب مهار اتصال تروفوزوئیتها به سلولهای پستانداران در محیط کشت می‌شود.

Iga ترشحي ضد لکتین Gal/Gal NAC با ایمنی علیه عفونت مجدد مرتبط است.

با اینکه آنتی‌بادی‌ها برای تشخیص سرولوژیک مفید هستند ولی به نظر نمی‌رسد در مصونیت نقشی ایفاء نمایند.

بالاترین سطح آنتی‌بادی در عفونتهای علامتدار دیده می‌شود.

تروفوزوئیت‌های انتامبا هیستولیتیکا از مسیرهای کلاسیک فرعی می‌توانند کمپلمان را فعال نمایند. سوبه‌های بیماریزای این آمیب با ممانعت از تشکیل

**و حلقه کروماتینی مهبطی ضمیمه تر و با یکنواختی کمتر دیده می‌شود.**

گاهی در کیستهای جوان و اغلب تک هسته‌ای تعداد زیادی میله‌های کروماتیدی خیلی کوچک (اطراف یک واکوئول گلیکوژن) بصورت بلند با انتهاهای گرد یا چهارگوش دیده می‌شوند (گاهی هم بیضوی یا سیگاری شکل هستند). این شکل از میله‌های کروماتیدی در انتامبا هیستولیتیکا، انتامبا دیسپار و انتامبا هارتمانی دیده می‌شود ولی ممکن است در انتامبا پولکی هم ایجاد گردد.

میله‌های کروماتیدی اغلب در کیستهای یک یا دو هسته‌ای دیده می‌شوند ولی اغلب کیستهای بالغ چهار هسته‌ای فاقد آنها می‌باشند.

میله‌های کروماتیدی در رنگ‌آمیزی هماتوکسیلین هم‌رنگ ماده کروماتینی هسته (آبی تیره) و در رنگ‌آمیزی تری کروم قرمز روشن هستند.

● **علائم بالینی و آسیب زایی**

**آمییبیاز رودهای شایعترین شکل عفونت بوده و می‌تواند بدون علامت باشد.**

برخی بیماران دچار آمیبیاز رودهای دارای نشانه‌های شکمی غیراختصاصی و مبهم می‌باشند که علیرغم نبود پس از درمان ضد آمیبی نمی‌توان آنها را بطور اختصاصی به عفونت نسبت داد (اغلب همه بیماران دچار آمیبیاز رودهای علامتدار را اصطلاحاً مبتلا به دیسانتری می‌نامند ولی این واژه را باید تنها هنگامی بکار برد که اسهال خونی یا خون و بلغم در مدفوع وجود داشته باشد). برای توصیف هر عفونت رودهای علامتدار از واژه خویب، رودهای استفاده می‌شود.

تبویز کورتیکواستروئید می‌تواند سبب کولیت آمیبی شدید و گاه کشنده شود.

در بیماران دچار سوختگی شدید نوعی آنتروکولیت آمیبی نکروزان و کشنده گزارش شده که ناشی از تشدید سریع عفونت آمیبی قبلی بدون علامت در پاسخ به تغییر پاسخ ایمنی می‌باشد.

ارتباط آسیب‌پذیری انسان در برابر انتامبا

یا رکتوسیگموئید ایجاد می‌شود. ممکن است این ضایعه خود را به شکل تنگی جدار روده مانند حلقه دستمال سفره نشان دهد که در رادیوگرافی با اشعه ایکس از کارسینوم حلقوی غیرقابل افتراق است. همچنین ممکن است خود را به صورت یک نمای مخروطی شکل (غیراختصاصی) در سکوم نشان دهد.

- ✓ یافته‌های تصویربرداری شباهت زیادی به بیماری التهابی روده دارند ولی ایلئوم انتهایی بندرت درگیر می‌شود.
- ✓ ممکن است بزرگی و حساسیت کبد در لمس در موارد کولیت سیبی بدون شواهدی از عفونت کبدی دیده شود. به نظر می‌رسد این حالت ناشی از پاسخ نوتسیک به عفونت روده‌ای باشد.

✓ ممکن است بدون ایجاد علائم و شکایات روده‌ای انتشار عفونت به کبد رخ دهد.

نمانه‌های عفونت کبدی شامل حساسیت به لمس، بزرگی کبد، تب، کاهش وزن و سرفه‌های گهگاهی ناشی از پنومونی درگیر کننده لوب تحتانی ریه راست می‌باشد. ممکن است دیافراگم راست بالا آمده و در حالت ثابت باقی بماند. ممکن است در مواردی تکثیر آمیب در کبد سبب ایجاد یک یا چند آبسه کبدی شود (ولی اغلب آمیبهای کبدی به احتمال زیاد نابود می‌شوند). با ایجاد آبسه، درد کبد تشدید شده و مداوم تر می‌شود. بسته به محل آبسه ممکن است درد کبد به شانه راست یا چپ انتشار یابد. لکوسیتوز (افزایش تعداد گلبولهای سفید) در حد ۱۵۰۰۰ تا ۳۵۰۰۰ در میکرولیتر بدون ارجحیت سلولی همراه با تب و تعریق شبانه، از دیگر یافته‌های آبسه کبدی است. اغلب تب در ساعات بعد از ظهر به ۱۰۲ درجه فارنهایت (۳۸/۹ درجه سانتیگراد) می‌رسد و همزمان یا به دنبال آن فرد دچار تعریق شدید می‌شود. در اسکن کبد مناطق تیره اغلب بصورت منفرد و در لوب راست دیده می‌شوند.

- ✓ آزمونهای عملکرد کبد در افتراق آبسه آمیبی از ارزش کمی برخوردار است.

کمپلکس حمله به غشاء (MAC) در برابر تخریب با واسطه کمپلمان مقاومت می‌تواند با نفوذ از سه لایه عضلانی مخاط به زیر مخاط راه یابد و سبب ایجاد زخمهای کلاسیک فلاسکی شکل گردند. با ایجاد آسیب عروقی خونریزی داخل مجرای ایجاد می‌شود که مشخصه عفونت حاد است. در صورت وجود زخمهای متعدد، این زخمها ممکن است بوسیله مسیرهای سینوسی زیر مخاطی به هم متصل شوند و در موارد شدید بعلت نکروز ایجاد شده بخشهایی از دیواره روده جدا شده و به صورت قالبهای روده‌ای در مدفوع دیده شوند.

زخمها دارای لبه‌های برجسته می‌باشند و در سایر نقاط ظاهر مخاط طبیعی است. با پیشرفت تدریجی عفونت خندق‌هایی از زخمهای نامنظم بوجود می‌آید که گاهی بقایای مویی شکل از ساختارهای حمایتی مقاومتر از قاعده آنها بیرون می‌زند که تحت عنوان زخمهای «پوست بوفالو» شناخته می‌شوند.

- ✓ وجود مخاط به ظاهر طبیعی بین زخمها در بررسی سیگموئیدوسکوپی ویژگی اسهال فونی (دیسانتری) آمیبی و درگیری کل مخاط ویژگی اسهال فونی باسیلی (باکتریایی) است.

در لمس شکم حساسیت در ناحیه سکوم، کولون عرضی یا سیگموئید ممکن است وجود داشته باشد. ✓ بزرگی و حساسیت به لمس کبد لزوماً به معنی تهاجم آمیبی به آن نمی‌باشد.

پرفوراسیون (سوراخ شدن) زخم آبسه پدید آمده‌ای وحشتناک است و اغلب با علائم تحریک ساق (پریتونیت) دیده می‌شود ولی بطور شایعتر در کولون است. محتویات کولون به حفره صفاق بطور آهسته ریخته می‌شود. در این حالت اتساع شکم، ایلئوس (فلج روده) و وجود گاز در حفره صفاقی شایع می‌باشد ولی شکم تخته مانند (مشخصه سوراخ شدگی حاد روده) دیده نمی‌شود.

- ✓ مداخلات جراحی در صورت سوراخ شدگی حاد مناسب است ولی در صورت آپاندیسیت آمیبی یا نوع مزمن آن نباید اقدام به جراحی کرد زیرا روده آلوده بسیار شکننده و حساس است.

ضایعه گرانولوماتوز مزمن بنام آمبوما<sup>۲</sup> اغلب در سکوم

هماگلوتیناسیون غیرمستقیم (IHA) و سنجش جذب ایمنی وابسته به آنزیم (ELISA) اشاره کرد. به احتمال زیاد IHA کمی حساس‌تر بوده و تا چند سال مثبت باقی می‌ماند.

✓ برای ردیابی آنتی‌ژن اختصاصی انتامبا در مدفوع از ایمنی‌سنجی به کمک آنزیم (EIA) استفاده می‌شود.

● همه گیرشناسی

از لحاظ اپیدمیولوژیک، بیماران بدون علامت اغلب بیشترین اهمیت را در انتقال بیماری ایفاء می‌کنند.

✓ برای ارزیابی بردن کیستهای نسبتاً مقاوم آمیب از درجه حرارت بالای ۵۵ درجه سانتیگراد، مهلولهای آب از کبر یا اضافه کردن ید به آب استفاده می‌شود. همچنین کیستها در محیطهای خشک از بین می‌روند.

منابع اولیه عفونت شامل آب آلوده و دستهای آلوده می‌باشند. سایر روشهای انتقال شامل استفاده از مدفوع انسانی بعنوان کود و آلودگی مواد غذایی با مگس و سوسک هستند. برخی از سویه‌های آمیبهای شبیه انتامبا هیستولیتیکا برخلاف این آمیب می‌توانند در دمای اتاق زنده مانده و تکثیر پیدا کنند و در مدفوع انسان دیده شوند. اولین بار به این آمیبهای تطابق یافته با دمای اتاق سویه لاردو<sup>۱</sup> اطلاق شد. در حال حاضر به آن انتامبا موشکوفسکی اطلاق می‌شود. این سویه که می‌تواند در دمای بین صفر تا ۴۱ درجه سانتیگراد زنده بماند، دارای دمای رشد بهینه ۳۰-۲۵ درجه سانتیگراد است. در حالیکه دمای رشد بهینه انتامبا هیستولیتیکای کلاسیک ۳۷ درجه سانتیگراد بوده و قابلیت حیات در دمای ۲۰ تا ۴۳ درجه سانتیگراد دارد.

✓ انتامبا موشکوفسکی به احتمال زیاد نقشی در بیماریزایی انسان ندارد.

✓ انتامبا موشکوفسکی در گیاهان موجود در فاضلاب اکثر مناطق جهان بردست آمده است.

✓ آسپیراسیون مایع آبه آمیبی نشان دهنده مایع غلیظ قرمز مایل به قهوه‌ای رنگ است که به ندرت در آن آمیب وجود دارد زیرا آمیبها را فقط می‌توان در بافت کبدی جدا نمود.

در این شرایط با وجود فناوریهای تشخیص جدیدی چون «PCR بی‌درنگ» برای تشخیص DNA آمیب (با حساسیت بالا) اغلب تشخیص بدنال پاسخ بالینی به درمان میسر می‌شود. البته معمولاً آزمایشهای سرولوژیک در این موارد مثبت خواهند بود.

ممکن است آبه کبد با تهاجم به دیافراگم به سمت ریه پیشروی کرده و سبب آمیبیاز ریوی شود. نشانه‌های آبه زیردیافراگمی بدون پارگی واقعی به فضای جنبی بصورت پلورزی با یا بدون تراوش (افیوژن) یا مالش (Rub) جنبی یا پنومونی لوب تحتانی ریه راست می‌باشد. با پارگی آبه به حفره جنبی، تصویر مشخص اشعه X بصورت شواهدی از تراوش صعودی از شیار بزرگ ریه می‌باشد. در صورت وجود آبه کبدی در لوب چپ کبد ممکن است ریه چپ درگیر شود. با انتشار آمیبیاز به برونشها ممکن است بتوان آمیبها را از خلط جدا نمود.

✓ آمیبیاز ریوی اولیه ناشی از انتقال خونی آبه از کانون روده‌ای بدون انتشار از آبه کبدی می‌باشد. دیده شده است.

سایر آبه‌های آمیبی در اندامهایی چون معز، پریکارد و طحال ناشایع بوده و در صورت بروز همزمان آبه کبدی هم وجود دارد. عفونت نادر آمیب پوست ممکن است سبب ایجاد زخمهای دچار گانگرن شده در بافتهای پیرینه یا پوست اطراف کولوستومی شود یا پوست اطراف آبه کبدی ترشح دار را مبتلا نماید. در یک مورد آمیبیاز جلدی صورت سبب کوری یک چشم بدون درگیری سطوح جلدی - مخاطی گردید. آمیبیاز آلت به علت مقاربت با شریک جنسی دچار آمیبیاز واژن یا ناشی از مقاربت مقعدی می‌باشد. در تمام این حالات ممکن است بتوان آمیبهای تروفیک را از بافت مبتلا جدا نمود.

✓ انتامبا هیستولیتیکا را به تنهایی می‌توان در محیط کشت TYI-S-33 کشت نمود.

از روشهای سرولوژیک تشخیص می‌توان به آزمون