

اصول درمان طبی کولیت قرح‌های

و نظریه‌های جدید

مجله نظام پزشکی

سال چهارم، شماره ۴، صفحه ۳۰۶، ۱۳۵۴

دکتر ریحان‌اله سرلئی - دکتر محسن نفیسی *

ودرنوع شدید، بستری کردن بیمار و مراقبت کامل او ضرور است. محل استراحت باید طوری باشد که مستراح بآسانی در دسترس بیمار قرار گیرد.

۲- دستور خوراك: بی‌اشتهایی و خودداری از خوردن، ترس از اسهال، اضافه شدن تب، دفع آب و الکترولیت و پروتئین باعث میشود که بیماران بشدت لاغر شوند. باید با این عوامل مبارزه کرد. غذا باید اشتها آور، مغذی و دارای مقدار کافی پروتئین باشد. اکثر غذاهای کم حجم و کم‌تفاله (Residue) توصیه میشود ولی عملاً این نوع رژیم‌ها اشتهای بیمار را کم کرده و کاهش وزن را ادامه میدهد. مسلم است غذای بیمار باید کاملاً مغذی و دارای کالری لازم و از لحاظ مقدار پروتئین غنی باشد. در هر حال باید بیمار را تشویق به خوردن غذا نمود. یکی از منابع سرشار از پروتئین، شیر و فرآورده‌های آنست ولی متأسفانه یک پنجم مبتلایان به کولیت، لاکتوزیا قند شیر را تحمل نمیکنند ولی این را نباید یک قاعده کلی تلقی کرد. اگر شیر برای بیماری ناسازگار است برای بیمار دیگری ممکنست سازگار باشد. میتوان قبلاً آزمایش تحمل لاکتوز بعمل آورد و سازگاری بیمار را بررسی نمود. گاهی از ترکیبات پروتئینی مثل Casilan میتوان استفاده نمود. بهر حال باید باتوازن منفی نیتروژن بدن (Negative Nitrogen Balance) مبارزه کرد. خصوصاً در مورد بیمارانی که غالباً پروتئین کافی به بدنشان نمیرسد. اگر بی‌اشتهایی مانع رسیدن به مقصود است از محلولهای تزریقی دارای اسیدهای آمینه و ترکیبات پروتئینی تزریقی و ترانسفوز-یونهای مکرر خون و پلاسما میتوان استفاده کرد. استروئیدها

مشخصات بالینی این بیماری عبارتست از اسهال خونی و بلغمی، تکرار دفعات اجابت مزاج، دردهای شکم به ویژه در قسمت پائین شکم، توأم با کاهش وزن، کمخونی و تب.

عامل بیماریزایی خاصی در مدفوع یافت نمیشود و تشخیص بالینی متکی است بر نشان‌های رادیولوژی و رکتوسیکوموئیدوسکپی. در آنتر و کولیت سلی، دیسانتری باسیلی و کولیت آمیبی زخم‌هایی در روده تولید میشود که مربوط به عامل مشخصی میباشد ولی در اینجا علت پیدایش زخم‌های روده نامعلوم است روی همین اصل کولیت اولسری غیر اختصاصی نامیده میشود (Nonspecific Ulcerative Colitis) با وجودیکه علت بیماری بدرستی مشخص نیست معه‌ها عوامل عفونی، ایمنونولوژی، تغذیه‌ای (Nutritional) و پسیکوسوماتیک (Psychosomatic) را در ایجاد آن مؤثر میدانند. به همین مناسبت درمان باید چند جانبه باشد.

کولیت اولسری غیر اختصاصی بیمار است طولانی و مزمن با حملات عودکننده به شکل‌های مختلف و شدت و ضعف متفاوت. وسعت ضایعه در روده فرق میکند، در مقابل شکل‌های خفیف و جزئی و تقریباً بی‌سروصدا، شکل‌های شدید و برق‌آسا و زهری (توکسیک) هم دیده میشوند. درمان عبارتست از:

اول- اقدام‌های عمومی:

۱- استراحت: در نوع سبک بیمارانی که حالت عمومی خوب دارند و فقط گاهیگاهی از تکرار دفعات اجابت مزاج و دفع خون و بلغم شکایت دارند میتوانند کار روزانه خود را انجام دهند و استراحت نسبی داشته باشند. در نوع متوسط خصوصاً هنگام حمله‌های حاد بیماری

آنابولیزان هفته‌ای ۲۵ میلی‌گرم از راه تزریق در عضله توصیه میشود.

۳- روان درمانی: غالب بیماران مبتلا، زمینه روانی خاصی دارند یا افرادی هستند پرکار و فعال و با هوش و جاه طلب و یاکسانی هستند دائماً دچار اضطراب و استرس‌های گوناگون و انحطاط روانی و دپرسیون، بهر صورت باید برای آنان رضایت‌خاطر فراهم و زمینه عصبی را معالجه کرد و در صورت لزوم بامتخصص بیماریهای روانی مشورت کرد.

۴- درمان کمخونی: غالب بیماران مبتلا به کولیت دچار کمخونی فقر آهن هستند. بسیاری از این بیماران از مصرف آهن خوراکی ناراحت میشوند. بدرستی معلوم نیست که اختلالی در جذب آهن وجود داشته باشد و شاید تأخیر در نتیجه درمان معلول دفع خون از راه روده است. بسیاری از متخصصان آهن خوراکی را بصورت سولفات فرو بمقدار ۱۵۰ میلی‌گرم روزانه در بیماران سرپائی و آهن تزریقی را بصورت آهن سوریپتول و یا دکستران در بیماران بستری توصیه میکنند. در حمله‌های حاد بیماری با خونروی شدید از روده، صلاح است از تجویز آهن صرفنظر کرده و انتقال خون انجام شود.

۵- هیدراتاسیون و تعادل الکترولیتی: بیماری که دچار کولیت شدید و اسهال است مقدار زیادی آب و الکترولیت به ویژه پتاسیم از راه مدفوع دفع میکند. مضافاً باینکه برای درمان اینگونه بیماران اکثر کورتیکواستروئید و کورتیکوتروپین داده میشود که خود دفع پتاسیم را از راه پیشاب شدت میدهد. تجویز پتاسیم از راه خوراکی بصورت قرصهای جوشان و یا از راه تزریق بمقدار ۳۲ میلی‌اکیوالان روزانه توصیه میشود. اگر بیمار تحمل کند آشامیدن آبمیوه توأم با محلولهای قند و گلوکز مفید است. اگر کمبود سدیم بوجود آید باید از محلولهای تزریقی داخل وریدی استفاده کرد. بیماران ما غالباً عادت به خوردن ویتامین دارند. صرفنظر از مصرف بیجای ویتامین اگر اختلال تغذیه‌ای وجود داشته باشد تجویز ویتامین‌های مختلف خوراکی یا تزریقی صلاح است.

دوم- درمان شکل‌های سبک: در این شکل‌ها، نشان‌های بالینی، سبک و ناچیز است و گاهیگاهی بیماران از اسهال توأم با دفع خون و بلغم شکایت دارند. رادیولوژی در این مرحله زیاد به تشخیص کمک نمی‌کند و حتی در آزمایش رکتوسیکموئیدوسکپی بجز در مراحل حاد بیماری ضایعه‌ای در روده دیده نمیشود.

درمان شکل‌های سبک:

۱- داروهای مسکن، انتی‌اسپاسمودیک و آرام‌بخش عصبی و برای تسکین حرکات انقباضی روده از داروهای انتی‌کلینرژیک بصورت

تزریقی بمقدار ۱۵ تا ۳۰ میلی‌گرم روزانه. از مشتقات آتروپین Lomotil روزانه ۳ تا ۶ قرص مصرف میشود. در اشکال فوق‌حاد و شدید در استفاده از این داروها باید احتیاط نمود زیرا امکان اتساع حاد روده (Acute Dilatation) و سوراخ شدن روده وجود دارد.

۲- داروهای ضد اسهال - ترکیبات کائولن و پکتین و بیسموت از ترکیبات تریاک، الکزیر پارگوریک و فسفات کدئین روزانه (۱۵ تا ۳۰ میلی‌گرم) استفاده میشود ولی باید در مصرف ترکیبات تریاک در اشکال حاد بیماری بعالت اتساع حاد روده احتیاط نمود.

۳- داروهای ضد باکتری- انتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف بمدت طولانی کمتر مصرف میشود زیرا امکان مقاومت میکروبی و پیدایش آنترو-کولیت گانگرنی وجود دارد. بعضی از متخصصان، ترکیبات تترا-سیکلین را فقط بمدت ۷-۱۰ روز در اشکال حاد بیماری بمقدار یک تا یک و نیم گرم در روز به کار می‌برند.

بهترین داروی انتخابی ضد باکتری در این بیماری یکنوع ترکیب سولفونامید و اسید سالیسیلیک است بنام (Salazopyrine) یا Sulfasalazine که بمقدار ۲ تا ۳ گرم چهار مرتبه در روز در اشکال سبک بیماری و یا برای پیش‌گیری از عود مکرر داروی انتخابی است. مقدار نگهدارنده دارو روزانه ۲ تا ۳ گرم است. هنگام مصرف این دارو بندرت عوارضی بصورت تهوع و استفراغ، دانه‌های جلدی، تب‌های دارویی و اگر آنولوسیتوز دیده شده است.

۴- کورتیکواستروئید، کورتیکوتروپین - کورتیکواستروئیدها اثر واضحی بر روی بیماریهای آماسی مزمن روده دارند و پدیده‌های آماسی و خود ایمنی و ایمنی سلولی را مرتفع مینماید. از اثرهای این دارو حفاظت و ترمیم غشاء لیز و زوم سلولهاست و بدینوسیله مانع اثر عوامل آسیب‌دهنده و مضر شده و آزاد شدن آنزیم‌های توکسیک و هیدرولیز دهنده داخل سلولها جلوگیری بعمل آورده مانع از این رفتن سلولهای مخاطی روده میشوند. در اشکال سبک این داروها کمتر مصرف میشوند و تجویز تنقیه‌های کورتون دار بیشتر طرفدار دارد. در صورت لزوم از ترکیبات پردنیزون ۲۰ تا ۳۰ میلی‌گرم روزانه میتوان استفاده کرد و با بهبود نشان‌ها بتدریج از مقدار دارو میکاهند. کورتیکوتروپین وقتی بمیدان می‌آید که ترکیبات کورتیکواستروئید مؤثر واقع نشود. نظر باینکه ضایعات کولیت قرحهای بیشتر در مخاط سطحی جایگزین میباشد (برخلاف بیماری کرون که آماسی است منتشر در تمام طبقات جداری - Transmural - Inflammation) لذا اگر استروئیدها بطور موضعی و بصورت تنقیه مصرف شود هم از عوارض عمومی جلوگیری بعمل می‌آید و هم در اشکال سبک خصوصاً مواردیکه ضایعات منحصر و محدود بمخاط

رکتوم است Ulcerative Proctitis داروی مؤثر و انتخابیست. ۱۰۰ میلی‌گرم هیدروکورتیزون دو مرتبه یا یک مرتبه روزانه و یا ۴۰ میلی‌گرم متیل‌پردنیزون یکمرتبه هنگام شب و موقع خواب توصیه میشود. باید به بیمار یادآور شد که تنفییه را در تمام شب نگه دارد. در صورتیکه روزهای اول نگه داشتن تنفییه مشکل باشد بکمک داروهای آنتی‌کلینرژیک اینکار را میتوان انجام داد. بمجربیکه دفع خون و بلغم از بین رفت و دفعات اجابت مزاج طبیعی شد تنفییه را دومرتبه یا یک مرتبه در هفته و بمدت ۲ تا ۳ ماه ادامه میدهند.

سوم - درمان اشکال متوسط و نیمه حاد

در این شکل بیماران روزها و هفته‌ها و بلکه ماهها از تکرار دفعات اجابت مزاج و مدفوع خونی توأم با زور و بیج و دردهای پائین شکم شکایت دارند. بدی حالت عمومی، کاهش وزن و علائم واضح آندوسکوپیک بصورت مخاط برجسته و گرانولوماتو، پر خون، قرمز و شکننده و خون دهنده، اولسراسیونهای متعدد سطحی و وجود خون تازه در سطح مخاط دیده میشود. بوسیله رادیولوژی وسعت و حدود پیشرفت بیماری را میتوان بررسی نمود. گاهی حد صایعه تا زاویه طحالی کولون و زمانی سرتاسر کولون مبتلا شده است. درمان در این دسته بیماران عبارتست از:

استراحت و مراقبت کامل در بیمارستان، تجویز داروهای مسکن و آرام بخش، تجویز کورتیکواستروئید بصورت پردنیزون ۱۰ میلی‌گرم سه مرتبه روزانه و اگر تعداد دفعات اجابت مزاج زیاد باشد (Rectal Urgency) کورتون تنفییه‌ای یک یا دومرتبه روزانه توصیه میشود. اضافه کردن کورتون موضعی باعث میشود که زودتر بتوان مقدار استروئید خوراکی را کاهش داد و از عوارض عمومی آن جلوگیری کرد. بمحض اینکه علائم بهبود بدست آمد از مقدار کورتون خوراکی و تنفییه‌ای باید کاست.

چهارم - درمان اشکال حاد و برق‌آسا Severe Toxic Colitis Fulminant Colitis

در این شکل، حالت عمومی بیماران خرابست. بی‌اشتهائی، ضعف و لاغری شدید، تب‌های نامنظم، کمخونی و هیپوپروتئینمی و کمبود پتاسیم و منیزیم جلب توجه میکند. سرتاسر کولون حساس و دردناک است. درد گاهی بقدری شدید است که به سوراخ شدن روده ظنین میشوند، شکم کاملاً متسع و برجسته است. در این شکل باید روده کاملاً در حال استراحت باشد، تغذیه بیمار در روزهای اول بهتر است از راه سیاهرگی انجام شود. با تزریقات داخل وریدی باید آب مورد احتیاج بدن تأمین شود و اختلال‌های الکترولیتی را برطرف کرده و کالری لازم بدن را فراهم کرد. از امینوزول (Aminosol) فروکتوز و الکترولیت‌های تزریقی تهیه میکنند که الکترولیت لازم خصوصاً پتاسیم بآن اضافه شده است. در اینجا

باید کورتیکواستروئید بمقدار زیاد روزانه در حدود ۴۰ تا ۶۰ میلی‌گرم پردنیزون تجویز نمود. مواردیکه باعث اتساع روده میشود مثل داروهای آنتی‌کلینرژیک و مشتقات تریاک قدغن است. بیمارانی هستند که با استروئید خوراکی و تنفییه‌ای نتیجه نمیگیرند در اینصورت، کورتیکوتروپین بمقدار ۶۰ تا ۸۰ واحد روزانه توصیه شده و نتیجه بهتری بدست آورده‌اند.

نظر باینکه در این شکل حاد امکان سوراخ شدن روده توأم با گشاد شدن روده وجود دارد و با تجویز کورتیکواستروئید و کورتیکوتروپین این عوارض از نظر تیز بین افراد با تجربه هم ممکنست مخفی بماند همکاری پزشک و جراح ضرور است. بمحض این که علائم بهبود بدست آمد مقدار استروئید و کورتیکوتروپین را کاهش داده و بتدریج قطع مینمایند ولی بمجربیکه علائم مرحله حاد شروع شد تجویز دارو را میتوان از سر گرفت. بهترین دارو برای جلوگیری از حمله‌های حاد بیماری سولفاسالازین است که بمدت چندین ماه مصرف میشود. در استروئید درمانی خصوصاً اگر بمدت طولانی ادامه داده شود عوارضی ممکنست دیده شود از این قرار: کمبود پتاسیم خون، اختلال‌های روانی، عفونت‌های مخفی، قارچی و میکربی، آشکار شدن دیابت نهفته و یا تشدید بیماری قند، استئوپروز، شکستگی لبه‌مهره‌های ستون مهره‌ها، شکستگی خود بخود استخوانها، خونروی قسمتهای فوقانی دستگاه گوارش، تشدید حملات اولسر پپتیک، کاناراکت، افزایش فشارخون سرخرگی و تأخیر رشد در بچه‌ها. عوارض کورتیکواستروئید در مقابل عواقب خطر کولیت اولسری بی‌اهمیت است.

داروهای ایمونوسوپرسیو: دلائلی وجود دارد که نشان میدهد در کولیت اولسری یک حالت اتوایمون وجود دارد. این دلائل عبارتند از: شیوع زیادتر بیماری در افراد جوان، سیر مزمن بیماری، حملات عودکننده، مبتلا شدن چندین عضو بدن، تظاهرات محیطی بصورت اریتم گره‌دار و اوویت (Uveitis)، ازدیاد سلولهای لنفوسیت در مخاط کولون، وجود پادتن‌های جاری در مقابل عصاره سترون کولون نوزاد انسانی، پیدایش بیماری در چندین فرد یک خانواده و بالاخره مؤثر بودن درمان با کورتیکواستروئید در غالب موارد. باین توضیحات هنگامیکه درمان‌ها خصوصاً کورتیکواستروئیدها مؤثر واقع نمیشوند میتوان درمان با مواد ایمونوسوپرسیو را بررسی نمود.

در بیماریهای اتوایمون واکنش‌هاییکه در اثر برخورد آنتی‌ژن و آنتی‌کور و سلولهای بدن بوجود میآید موجب پیدایش ضایعات بافتی و سلولی میگردد. در بسیاری از اوقات باوجود مرتفع شدن علت اساسی و اولیه بیماری پدیده‌های خودایمنی ادامه پیدا میکند.

افراد سن زیادتر دیده میشوند زیرا این بیماران استعداد خاصی برای استئوپروز، دیابت و افزایش فشارخون سرخرگی دارند. در سالمندان و در کودکان عمل جراحی Colectomy بیشتر از جوانان مورد نظر واقع میشود.

بیمار اول - آقای م - ۴۱ ساله، در تاریخ ۱۳۵۱/۵/۱۸ بعلت درد شدید شکم و پهلوها، اسهال که گاهی همراه با مدفوع تکه تکه بشکل پشگل گوسفند مراجعه نمود، دفع بلغم و خون نیز گاهی داشته است در هفت سالگی يك بار به اسهال که گاهی خون نیز داشته مبتلا میشود. بیماری را از ۳ سال قبل ذکر میکنند، چندین نوبت تحت درمانهای متفاوت قرار گرفته ولی بی نتیجه بوده است.

در معاینه فیزیکی: تمام دستگاهها طبیعی است. فقط لمس شکم مختصری در ناحیه ایلیاک چپ و هیپوگاستریک دردناک بوده است. بیمار دچار تنسم و زورپیچهای شدید بوده است. تعداد دفعات اجابت مزاج زیاد (۱۰ بار روزانه) قوام مدفوع شل و گاهی بشل توده سفت وجود داشته، بلغم و خون نیز وجود داشته است. درجه حرارت در حدود طبیعی گاهی تا ۳۷/۵ نیز میرسیده است. فشار خون ۱۴۰/۸۰.

بررسی آزمایشگاهی - سرعت سدیمنتاسیون در ساعت اول ۶۰ میلیمتر، هموگلوبین ۱۳/۴، هماتوکریت ۴۳٪ بقیه آزمایشها طبیعی بوده است. مدفوع خون و تخم آسکاریس داشته است. رادیوگرافی از کولون، اسپاسم در ناحیه کولون نزولی و سیگموئید وجود داشته است. در رکتوسکوپی و بافت برداری از مخاط راست روده کولیت اولسروز مسلم شده که با درمان بهبود یافته و در رکتوسکوپی مجدد علامت ماکروسکوپی تخفیف واضح نشان داده است. درمان بیمار با تنقیه کورتیکواستروئید و خوراکی آن و سالازوپیرین بمقدار ۶ گرم روزانه شروع شد. بیمار پس از بهبود مرخص گردید و بطور سرپائی سالازوپیرین بمقدار ۳ گرم روزانه بمدت شش ماه تا بهبود کامل ادامه داشته است.

بیمار دوم - ع - ح، ۴۵ ساله، در تاریخ ۱۳۵۱/۹/۲۲ بعلت اسهال همراه با خون و بلغم مراجعه نموده است. شروع بیماری از ۲ ماه قبل با اسهال شروع شده که گاه گاهی با مدفوع شل و زمانی با مدفوع سفت با خون و بلغم همراه بوده است.

اجابت مزاج گاهی تا ۲۰ بار در روز میرسیده است. تنسم شدید و زورپیچ دارد. مشروب میخورده و سیگار نیز میکشیده در حدود ۱۵ کیلوگرم لاغر شده است. گاهی تبههای شدید نیز داشته است.

لهذا در بیماریهای اتوایمون با تجویز داروهای ایمونوسوپرسیو میتوان سلامتی بدن را تضمین کرد. در حال حاضر درمان با داروهای ایمونوسوپرسیو يك اشكال عمده دارد و آن این است که غیر اختصاصی است و بطور کلی مقاومت بدن را در مقابل آنتیژنهای خودی و بیگانه و عفونتها از بین میبرد. داروهای ایمونوسوپرسیو تا اندازه ای هم اثر ضد التهابی دارند و ضمناً عوارض آنها را باید در نظر داشت، این عوارض عبارتند از: کاهش فعالیت مغز استخوان که با کم کردن دارو و یا قطع آن جبران میشود. تهوع و استفراغ که در روزهای اول درمان ظاهر شده و خود بخود از بین میرود و احتیاجی به قطع دارو نمیباشد. پیدایش عفونت اضافی بعلت اختلال عوامل دفاعی بدن و پیدایش لوکوپنی، ریزش مو، در دوره های درمان طولانی اثراتی از این داروها بصورت Carcinogenic, Mutagenic و تراژوژنیک دیده شده است. بیشتر اترکیبات Mercaptopurine, Azathioprine 6- بمقدار ۵۰ تا ۱۰۰ میلیگرم روزانه مصرف میکنند. در مواردیکه داروهای ایمونوسوپرسیو مورد استفاده قرار گرفته نتیجه رضایت بخشی نداشته است.

کولیت اولسری در کودکان: کولیت اولسری در کودکان باعث تأخیر رشد آنها میگردد و تجویز کورتیکواستروئید هم مزید بر علت شده و تأخیر رشد را تشدید میکند، لهذا در کودکان بمحض اینکه علامت بهبود ظاهر گردید میتوان مقدار لازم کورتیکواستروئید را که بنظر میرسد در حدود ۲۰ تا ۳۰ میلیگرم پردنیزون باشد يك روز در میان و فقط هنگام صبح ساعت ۸ تجویز نمود. این مقدار دارو هم جهت اشتها و احساس نشاط و حالت عمومی خوب کافی است و هم باعث میشود که علامت روده ای یعنی اسهال و دفع خون بهبود یابد. در کودکان از کورتون تنقیه ای هم میتوان استفاده کرد ولی باید در نظر داشت که سی در صد کورتون تنقیه ای جذب میشود و در عین حال کودکان تنقیه را خیلی بد تحمل میکنند.

کولیت اولسری هنگام آبستنی: زنانیکه دچار کولیت اولسری بوده اند هنگام آبستنی علامت و عوارض آن تخفیف پیدامی کند ولی گاهی اتفاق میافتد در سه ماه اول حاملگی و یا هنگام زایمان در بعضی از بیماران نشانها شدت یابد در صورتیکه در دوران آبستنی علامت بیماری شدت یابد با وجودیکه کورتیکواستروئید برای جنین مخاطراتی در بر دارد نباید از تجویز آن خودداری کرد، زیرا ناهنجاریهای جنینی بعلت تجویز کورتیکواستروئید نادر است و بندرت اتفاق میافتد که در نوزاد علامت هیپوادرنالیسم بوجود آید.

کولیت اولسری در سالمندان: کولیت اولسری در سالمندان يك مسئله جدی است. غالباً بیماری بشکل حاد بروز میکند و علامت آن تحمل ناپذیر است و در عین حال عوارض گلوکوکورتیکوئیدها در

جراحی کولکتومی کامل قرار گرفت.

خلاصه و نتیجه: در زندگی پرتلاش و پراضطراب امروزی باید منتظر بود که کولیت اولسری روز بروز فراوانتر و شایعتر دیده شود. تجربیات بدست آمده نشان میدهد که داروی انتخابی کورتیکواستروئید و کورتیکوتروپین میباشد که خصوصاً در حمله‌های حاد بیماری چه بصورت تنقیه و چه بصورت خوراکی مفید هستند. اضافه کردن داروهای دیگر خصوصاً ترکیبات سولفاسالازین علاوه بر آنکه دوره بیماری را کوتاه میکند بمنوان یک داروی نگه دارنده اگر بمدت چندین ماه مصرف شود از عود مکرر بیماری جلوگیری بعمل می‌آورد. مصرف داروهای ایمونوسوپرسیو باید با احتیاط کامل توأم باشد و متأسفانه این دارو در جلوگیری از حملات عود کننده اثر چندان ندارد.

آزمایشهای بالینی: بیمار لاغر میباشد و در سابقه و در خانواده بیماری خاصی وجود نداشته است. تمام دستگاههای بدن طبیعی است فقط درد مختصر در قسمت‌های پائین شکم همراه با تنسم و زور و بیج وجود دارد. فشار خون ۹۰/۶۰، حرارت ۳۸ درجه.

بررسی آزمایشگاهی: آزمایش ادرار طبیعی، الکترولیت‌ها طبیعی، هموگلوبین ۱۲/۸ گرم و هماتوکریت ۴۳٪ بقیه آزمایشها طبیعی است. رادیوگرافی کولون در سرتاسر کولون نزولی جدارها نامنظم و تصویرها شبیه به دیورتیکول نشان داده شده است.

در رکتوسکوپی زخمهای متعدد خونروی دهنده وجود داشت که بافت برداری بعمل آمد و گزارش آسیب شناسی کولیت غیر اختصاصی نشان میدهد. درمان با تنقیه کورتیکواستروئید و خوراکی آن و سالازوپیرین قرار گرفت و چون بدردمان جواب نمیداد از ترکیبات ایمونوسوپرسیو استفاده شد و چون بی نتیجه بود تحت عمل

REFERENCES:

- 1- Bean, R. H. D.; Treatment of Ulcerative Colitis with Antimetabolitis, B. M. J., 1: 1084, 1966.
- 2- Jewel, D. P., Truelove, S. C.: Azathioprine in Ulcerative Colitis, B. M. J. 627 - 630, 14 December, 1974.
- 3- Jones, F. A. et al., Dangers of Immunosuppressive Drugs in Ulcerative Colitis, B. M. J., 1: 1418, 1966.
- 4- Jones, F. A., Clinical Gastroenterology, 619-658, Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1968.
- 5- Lennard - Jones, J. E. et. al: Prednisone as Maintenance Treatment for Ulcerative Colitis in Remission Lancet 1: 188 - 189, 1965.
- 6- Theodor, E. et al., Treatment of Ulcerative Colitis with Azathioprine B. M. J. 4: 741 - 743, 1968.
- 7- Truelove, S. C., Medical Management of Ulcerative Colitis. B. M. J., 1: 539 - 607, 1968.
- 8- Wall, A. J. and Kirsner, J. B., The Management of Ulcerative Colitis and Granulomatous Colitis, Modern Treatment, 8: 944 - 962, 1971.
- 9- Wall, A. J.: The Use of Glucorticoids in Intestinal Disease, Med. Clin. Nor. Am. 5, 1242-1252, 1973.
- 10- Wisch, N and Korelitz, B. I., Immunosuppressive Therapy for Ulcerative Colitis Ileitis, and Granulomatous Colitis. Surg. Clin. North. Am., 4:961-966, 1974