

اصول درمان طبی کولیت قرحة‌ای و نظریه‌های جدید

مجله نظام پزشکی

سال چهارم، شماره ۴، صفحه ۳۰۶-۳۵۴، ۱۳۵۴

* دکتر ریحان الله سرتی - دکتر محسن تقیی

و در نوع شدید، بسته‌ی کردن بیمار و مرابت کامل او ضرور است. محل استراحت باید طوری باشد که مستراح باسانی در دسترس بیمار قرار گیرد.

۳- دستور خوراک: بی‌اشتهايی 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، منذی و دارای مقدار کافی پروتئین باشد. اکثر غذاهای کم حجم و کم تفاله (Residue) توصیه می‌شود ولی عملاً این نوع رژیم‌ها اشتها را بیمار را کم کرده و کاهش وزن را آدامه میدهد. مسلم است غذای بیمار باید کاملاً منذی 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 فر آورده‌های آنست ولی متأسفانه یک پنجم مبتلایان به کولیت، لاکتوزیا قند شیر را تحمل نمی‌کنند ولی این را باید یک قاعده کلی تلقی کرد. اگر شیر برای بیماری ناسازگار است برای بیمار دیگری ممکنست سازگار باشد. میتوان قبل آزمایش تحمل لاکتوز بعمل آورد و سازگاری بیمار را بررسی نمود. گاهی از ترکیبات پروتئینی مثل Casilan میتوان استفاده نمود. بهر حال باید با توازن منفی نیتروژن بدن (Negative Nitrogen Balance) مبارزه کرد. خصوصاً در مورد بیمارانی که غالباً پروتئین کافی به بدن شان نمیرسد. اگر بی‌اشتهايی مانع رسیدن به مقصود است از محلولهای تزریقی دارای اسیدهای آمینه و ترکیبات پروتئینی تزریقی و ترانسفوزر- یونهای مکرر خون و پلاسمای 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 بیماری‌ای خاصی در مدفوع یافت نمی‌شود و تشخیص بالینی منکی است بر نشان‌های رادیولوژی و رکتوسیگموپرودوسکپی. در آنرو- کولیت سلی، دیسالتری باسیلی و کولیت آمبیتی خزم‌های در روده تو لید می‌شود که مربوط به عامل مشخصی می‌باشد ولی در اینجا علت پیدا شدن خزم‌های روده نامعلوم است روی همین اصل کولیت اولسری (Nonspecific Ulcerative Colitis) با وجودیکه علت بیماری بدرستی مشخص نیست معهداً عوامل عفونی، ایمونولوژی، تغذیه‌ای (Nutritional) و پسیکوسوماتیک (Psychosomatic) را در ایجاد آن مؤثر میدانند. بهمین مناسبت درمان باید چند جانبه باشد.

کولیت اولسری غیراختصاصی بیماریست طولانی و مزمن با حملات عود کننده به شکل‌های مختلف و شدت و ضعف متفاوت. وسعت ضایعه در روزه دفرق می‌کند، در مقابل شکل‌های خفیف و جزئی و تقریباً بی سر و صدا، شکل‌های شدید و برق آسا و ذهری (توکسیک) هم دیده می‌شوند. درمان عبارتست از:

اول- اقدام‌های عمومی:

۱- استراحت: در نوع سبک بیمارانی که حالت عمومی خوب دارند و فقط گاه‌گاهی 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

* دانشکده پزشکی پهلوی - دانشگاه تهران.

ترزیقی بمقدار ۱۵ تا ۲۰ میلیگرم روزانه. از مشتفقات آتروپین Lomotil روزانه ۳ تا ۶ قرص مصرف می‌شود. در اشکال فوق حاد 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 کدین روزانه (۱۵ تا ۳۰ میلیگرم) استفاده می‌شود ولی باید در مصرف ترکیبات تریاک در اشکال حاد بیماری بعلت اتساع حاد روده احتیاط نمود.
۳ - داروهای ضد باکتری - انتی بیوتیک‌های وسیع الطیف بمدت طولانی کمتر مصرف می‌شود زیرا امکان مقاومت میکروبی و پیدایش آنرو - کولیت گانگری وجود دارد. بعضی از متخصصان، ترکیبات ترا - 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 ۲-۳ 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 بذرخ عوارضی بصورت تهوع و استفراغ، دانه‌های جلدی، تب‌های داروئی و اگرانولوسیتوز دیده شده است.

۴ - کورتیکو استروئید، کورتیکو تروفین - کورتیکو استروئیدها اثر واضحی بر رودی بیماریهای آماسی مزمن روده دارند و پیدیده‌های آماسی و خود ایمنی و ایمنی سلولی را منفع مینماید. از اثرهای این داروحافظت و ترمیم غشاء لیزوژوم سلولهایست و بدینوسیله مانع اثر عوامل آسبیبدنه و مضر شده و از آزاد شدن آنزیم‌های توکسیک و هیدرولیز دهنده داخل سلولها جلوگیری بعمل آورده مانع از این رفتگ سلولهای مخاطی روده می‌شوند. در اشکال سبک این داروها کمتر مصرف می‌شوند و تجویز تغیه‌های 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. کورتیکو تروفین وقتی بعیدان می‌آید که ترکیبات کورتیکو استروئید مؤثر واقع نشود. نظر باینکه ضایعات کولیت فرخهای بیشتر در مخاط سطحی جایگزین می‌باشد (برخلاف بیماری کرون که آماسی استمنشر در تمام طبقات جداری - Transmural Inflammation) لذا اگر استروئیدها بطور موضعی و بصورت تغیه مصرف شود هم از عوارض عمومی جلوگیری بعمل می‌آید و هم در اشکال سبک خصوصاً موادیکه ضایعات منحصر و محدود به مخاط

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

۳ - روان درمانی : غالب بیماران مبتلا، زمینه روانی خاصی دارند با افرادی هستند پر کار و فعال و با هوش و جاه طلب و یا کسانی هستند دائمی دچار اضطراب و استرس های گوناگون و انحطاط روانی و دپرسیون، بهرسورت باید برای آنان رضایت خاطر فراهم و زمینه عصبی را معالجه کرد و در صورت لزوم با متخصص بیماریهای روانی مشورت کرد.

۴ - درمان کم خونی: غالب بیماران مبتلا به کولیت دچار کم خونی فقر آهن هستند. بسیاری از این بیماران از مصرف آهن خود را کی ناراحت می‌شوند. بدستی معلوم نیست که اختلالی در جذب آهن وجود داشته باشد و شاید تأخیر در تیجه درمان معمول دفع خون از راه روده است. بسیاری از متخصصان آهن خوراکی را بصورت سولفات فرو بمقدار ۱۵۰ میلی گرم روزانه در بیماران سرپائی و آهن تزریقی را بصورت آهن سوربیتول و یا دکستران در بیماران بستری توصیه می‌کنند. در حمله‌های حاد بیماری با خونری شدید از روده، صلاح است از تجویز آهن صرف نظر کرده و انتقال خون انجام شود.

۵ - هیدراتاپسیون و تعادل الکترولیتی: بیماریکه دچار کولیت شدید و اسهال است مقدار زیادی آب و الکترولیت به ویژه پتاسیم از راه مدفع دفع می‌کنند. مضافاً باینکه برای درمان اینگونه بیماران اکثر کورتیکو استروئید و کورتیکو تروفین داده می‌شود که خود دفع پتاسیم را از راه پیشاب شدت میدهد. تجویز پتاسیم از راه خود را کی بصورت قرصهای جوشان و با از راه تزریق بمقدار ۳۲ میلی اکیوالان روزانه توصیه می‌شود. اگر بیمار تحمل کند آشامیدن آبمیوه تؤام با محلولهای قند و گلوگر مفید است. اگر کمبود سدیم بوجود آید باید از محلولهای تزریقی داخل وریدی استفاده کرد. بیماران معمولاً عادت به خوردن و یقانی دارند. صرف نظر ازه صرف بیجای وینامین اگر اختلال تنذیه‌ای وجود داشته باشد تجویز وینامین‌های مختلف خود را کی یا تزریقی صلاح است.

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

درمان شکل‌های سبک :

۱ - داروهای مسكن، انتی اسپاسمودیک و آرام بخن عصبی و برای تسکین حرکات انقباضی روده از داروهای انتی کلینرژیک بصورت

باید کورتیکو استروئید بمقدار زیاد روزانه در حدود ۴۰ تا ۶۰ میلیگرم پر دنیزون تجویز نمود. مواردیکه باعث اتساع روده میشود مثل داروهای آنتی کلینیرزیک و مشتقات تریاک قدغن است. بیمارانی هستند که با استروئید خود را کی و تتفیهای نتیجه نمیگیرند در اینصورت ، کورتیکو تروفین بمقدار ۸۰ تا ۱۰۰ واحد روزانه توصیه شده و نتیجه بهتری بدست آورده اند.

نظر باینکه در این شکل حاد امکان سوراخ شدن روده توأم با گشاد شدن روده وجود دارد و با تجویز کورتیکو استروئید و کورتیکو تروفین ابن عوارض از نظر تیزیں افراد با تجربه هم ممکنست مخفی بماند همکاری پرشک وجراح ضرور است. بمحض این که علامت بهبود بدست آمد مقدار استروئید و کورتیکو تروفین را کاهش داده و بتدريج قطع مبنیمايند ولی بمجرد يك علامت مرحله حاد شروع شد تجویز دارورا میتوان از سر گرفت. بهترین دارو برای جلوگیری از حمله های حاد بیماری سولفاسالازین است که بهمدت چندین ماه مصرف میشود . در استروئید درمانی خصوصاً اگر بعدت طولانی ادامه داده شود عوارضی ممکنست دیده شود اذاین قرار: کمبود پتاسیم خون، اختلال های روانی، عفونت های مخفی، فارچی و میکروبی، آشکارشدن دیابت نهفته و یا تشديد بیماری قند، استئوپروز، شکستگی لبدهرهای ستون مهرهها، شکستگی خود، بخود استخوانها، خونری قسمتهای فوقانی دستگاه گوارش ، تشديد حملات اولسپیتیک، کاتاراکت، افزایش فشار خون سرخرگی و تأخیر شد در بجهها. عوارض کورتیکو استروئید در مقابل عواقب خطير کولیت اولسری بی اهمیت است.

داروهای ايمونوسوپرسیو: دلائل وجود دارد که نشان میدهد در کولیت اولسری يك حالت اتوایمون وجود دارد. این دلائل عبارتند از: شیوع زیادتر بیماری در افراد جوان ، سیر مزم من بیماری ، حملات عود گردنده، مبتلا شدن چندین عضو بدن، ظاهرات محیطی بصورت اریتم گرددارو اووئیت(Uveitis)، از دیابسلوهای لنفوسيت در مخاط کولون، وجود پادتن های جاری در مقابل عصاره ستون کولون نوزاد انسانی، پیدايش بیماری در چندین فرد يك خانواده وبالاخره مؤثر بودن درمان با کورتیکو استروئید در غالب موارد. با این توضیحات هنگامیکه درمانها خصوصاً کورتیکو استروئیدها مؤثر واقع نمیشوند میتوان درمان با مواد ایمونوسوپرسیو را بررسی نمود.

در بیماریهای اتوایمون واکنش هاییکه در اثر برخورد آنتی زن و آنتی کور سلولهای بدن بوجود میآید موجب پیدايش ضایعات بافتی و سلولی میگردد. در بسیاری از اوقات با وجود مرتفع شدن علت اساسی واژیه بیماری پدیده های خود را یمنی ادامه پیدا میکند.

رکنوم است Ulcerative Proctitis داروی مؤثر و انتخاییست. ۱۰۰ میلیگرم هیدرو کورتیزون دو مرتبه یا يك مرتبه روزانه و ۴۰ میلیگرم متیل پر دنیزون یکمرتبه هنگام شب و موقع خواب توصیه میشود. باید به بیمار یادآور شد که تنفسه را در تمام شب نگه دارد. در صورتیکه روزهای اول نگه داشتن تنفسه مشکل باشد بكمک داروهای آنتی کلینیرزیک اینکار را میتوان انجام داد. بمجرد يك دفعه خون و بلغم از بین رفت و دفعات اجابت مراجع طبیعی شد تتفیه را دو مرتبه یا يك مرتبه در هفته و بهمراه ۲ تا ۳ ماه ادامه میدهند.

سوم - درمان اشکال متوسط و نیمه حاد
در این شکل بیماران روزها و هفته ها و بلکه ماهها از تکرار دفعات اجابت مراجع و مدفوع خونی توأم با زور و پیچ و دردهای پائین شکم شکایت دارند . بدی حالت عمومی، کاهش وزن و علامت واضح آندوسکوپی بصورت مخاط بر جسته و گرانولوماتو، پر خون، قرمز و شکننده و خون دهنده، اولسر اسیو نهایاً متعدد سطحی و وجود خون تازه در سطح مخاط دیده میشود . بوسیله رادیولوژی و سمعت و حدود پیشرفت بیماری را میتوان بررسی نمود. گاهی حد ضایعه تا زاویه طحالی کولون و ذماني سرتاسر کولون مبتلا شده است. درمان در این دسته بیماران عبارتست از:

استراحت و مرافقت کامل در بیمارستان، تجویز داروهای مسكن و آرام بخش ، تجویز کورتیکو استروئید بصورت پر دنیزون ۱۰ میلیگرم سه مرتبه روزانه و اگر تعداد دفعات اجابت مراجع زیاد باشد(Rectal Urgency) کورتون تتفیه ای يك یا دو مرتبه روزانه توصیه میشود. اضافه کردن کورتون موضعی باعث میشود که زودتر بتوان مقدار استروئید خود را کی را کاهش داد و از عوارض عمومی آن جلوگیری کرد. بمحض اینکه علامت بهبود بدست آمد از مقدار کورتون خوراکی و تتفیه ای باید کاست.

چهارم- درمان اشکال حاد و برق آسا
Fulminant Colitis در این شکل، حالت عمومی بیماران خراب است. بی اشتہائی ، ضعف و لاغری شدید ، تپه های فامنظام ، کمخونی و هیبو پر و تئینی و کمبود پتانسیم و منیزیم جلب توجه میکند. سرتاسر کولون حساس و دردناک است. درد گاهی بقدرتی شدید است که به سوراخ شدن روده طنین میشوند ، شکم کاملاً متسخ و بر جسته است. در این شکل باید روده کاملاً در حال استراحت باشد، تفیده بیمار در روزهای اول بهتر است از راه سیاهرگ انجام شود. با تزریقات داخل وریدی باید آب مورد احتیاج بدن تأمین شود و اختلال های الکترولیتی را برطرف کرده و کالری لازم بدن را فراهم کرد. از امینوزول(Aminosol) (فروکتوز والکل انوزیوتی تهیه میکنند که الکترولیت لازم خصوصاً پتانسیم با آن اضافه شده است. در اینجا

افراد من 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-آفای - ر. ۴۱ ساله، در تاریخ ۱۳۵۱/۵/۱۸ بعلت درد شدیدشکم و بهلوها، اسهال که گاهی همراه با مدفعه تکده که بشکل پشكل گوسفند مراجعت نمود، دفع بلغم و خون نیز گاهی داشته است در هفت سالگی یک بار به اسهال که گاهی خون نیز داشته مبتلا می‌شود. بیماری را از ۳ سال قبل ذکر می‌کند. چندین نوبت تحت درمانهای متفاوت قرار گرفته ولی بی تیجه بوده است.

در معاینه فیزیکی: تمام دستگاه‌ها طبیعی است. فقط لمس شکم مختصری در ناحیه ایلیاک چپ و هیپو گاستریک در دنکاک بوده است. بیمار دچار تنفس و زورپیچ‌های شدید بوده است. تعداد دفعات اجابت مزاج زیاد (۱۰ بار روزانه) قوام مدفعه شل و گاهگاهی بشکل توده‌سفت 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 سدیماناتاسیون در ساعت اول ۶۰ میلی‌متر، همو گلوبین ۱۳/۴ هماتوکریت ۴۳٪ بقیه آزمایش‌ها طبیعی بوده است. مدفعه خون و تخم آسکاریس داشته است. رادیو گرافی از کولون، اسپام در ناحیه کولون نزولی و سیگموئید وجود داشته است. در رکتوسکوپی و بافت برداری از مخاط راست روده کولیت اول روز مسلم شده که با درمان بهبود یافته و در رکتوسکوپی مجدد علامت ماکروسکوپی تخفیف واضح نشان داده است. درمان بیمار با تغییر کورتیکواستروئید و خوراکی آن و سالازوپرین بمقدار ۶ گرم روزانه شروع شد. بیمار پس از بهبود مرخص گردید و بطور سریع سالازوپرین 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 مراجعت نموده است. شروع بیماری از ۲ ماه قبل باسهال شروع شده که گاه گاهی با مدفعه شل و زمانی با مدفعه سفت با خون و بلغم همراه بوده است.

اجابت مزاج گاهی تا ۲۰ بار در روز می‌رسیده است. تنفس شدید و زورپیچ دارد. مشروب میخورده و سیگار نیز می‌کشیده در حدود ۱۵ کیلو گرم لاغر شده است. گاهگاهی تبهای شدید نیز داشته است.

لهذا در بیماریهای اتوایمون با تجویز داروهای ایمونو سوپرسبو مبتو اسلامتی بدن را تضمین کرد. در حال حاضر درمان بادردهای ایمونو سوپرسیو یک اشکال عمدده دارد و آن این است که غیر اخلاقی است و بطور کلی مقاومت بدن را در مقابل انتی‌زن‌های خودی و بیگانه و عفونت‌ها از بین میبرد. داروهای ایمونو سوپرسیو تا اندازه‌ای هم اثر ضد التهابی دارند و ضمناً عوارض آنها را باید در تظری 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 ازین می‌رود و احتیاجی به قطع دارو نمی‌باشد. پیدایش عفونت اضافی بعلت اختلال عوامل دفاعی بدن و پیدایش لوکوبنی، دیزش هو، در دوره‌های درمان طولانی اثراتی از این داروها بصورت Carcinogenic و ترااتوژنیک دیده شده است. بیشتر از ترکیبات Mercaptopurine، Azathioprine ۶- میلیگرم روزانه مصرف می‌کنند. در مواد دیگر داروهای ایمونو سوپرسیو مورد استفاده‌ها قرار گرفته تیجه رضایت‌بخشی نداشته است.

کولیت اولسری در کودکان: کولیت اولسری در کودکان باعث تأخیر رشد آنها می‌گردد و تجویز کورتیکو استروئید هم مزید بر عزلت شده و تأخیر رشد را تشید می‌کند. لهذا در کودکان بمختص اینکه علامت بهبود ظاهر گردید میتوان مقدار لازم کورتیکو استروئید را که بنظر می‌رسد در حدود ۲۰ تا ۳۰ میلیگرم پر دنیزون باشد یک 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 روده‌ای یعنی اسهال و دفع خون بهبود یابد. در کودکان از کورتون تنقیه‌ای هم میتوان استفاده کرد ولی باید در تظری داشت که سی درصد کورتون تنقیه‌ای جذب می‌شود و در عین حال کودکان تنقیه را خیلی بد تحمل می‌کنند.

کولیت اولسری هنگام آبستنی: زنانیکه دچار کولیت اولسری بوده‌اند هنگام آبستنی علامت 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 کورتیکو استروئید برای جنین مخاطراتی درین دارد نباید از تجویز آن خودداری کرد، زیرا ناهنجاریهای جنبی بعلت تجویز کورتیکو استروئید نادر است و بندرت اتفاق می‌افتد که در نوزاد علامت هیپوادرنالیسم بوجود آید.

کولیت اولسری در سالمندان: کولیت اولسری در سالمندان یک مسئله جدی است. غالباً بیماری به‌شکل حاد بروز می‌کند و علامت آن تتحمل ناپذیر است و در عین حال عوارض گلوکوکورتیکو استروئیدها در

جراحی کولکتومی کامل قرار گرفت.

خلاصه و نتیجه: در زندگی پرتلاش و پراضطراب امر ورزی باید منتظر بود که کولیت اولسری روز بروز فراواتر و شایعتر دیده شود. تجربیات بدست آمده نشان میدهد که داروی انتخابی کورتیکو استروئید و کورتیکوتروفین میباشدند که خصوصاً در حمله های 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 یعنوان یک داروی نگه دارنده اگر بمدت چندین ماه مصرف شود ازاعود 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.

آزمایش های بالینی: بیمار لاغر میباشد و در سابقه و درخانواده بیماری خاصی وجود نداشته است. تمام دستگاه های بدن طبیعی است فقط درد مختصر در قسمت های پائین شکم همراه با تنفس و زور و پیج وجود دارد. فشار خون ۹۰/۶۰، حرارت ۳۸ درجه.

بررسی آزمایشگاهی: آزمایش ادرار طبیعی، الکترولیت های طبیعی همو گلوبین ۱۲/۸ گرم و هماتوکریت ۴۳٪ بقیه آزمایشها طبیعی است. رادیو گرافی کولون در سرتاسر کولون نزولی جدارها نامنظم و تصویرها شبیه به دیبور تیکول نشان داده است.

در رکتوسکوپی زخم های متعدد خونروری دهنده وجود داشت که بافت برداری بعمل آمد و گزارش آسیب شناسی کولیت غیر اختصاصی نشان میدهد. درمان با تنقیه کورتیکو استروئید و خوراکی آن و سالازوپرین قرار گرفت و چون بدمان 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 Gastroentrology, 619-658, Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1968.
- 5- Lennard - Jones, J. E. et. al: Perndisone 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 Glucocorticoids in Intestinal Disease, Med. Cli. Nor. Am. 5, 1242-1252, 1973.
- 10- Wisch, N and Korelitz, B, I,: Immunosuppressive Therapy for Ulcerative Colitis Ileitis, and Granulomatous Colitis. Surg. Cli. North. AM., 4;961-966, 1974