Evaluation of Prevalence of Different Clinical Symptoms in Patients with Celiac Disease Referred to Shahid Beheshti Hospital in Kashan

ARTICLE INFO

Article Type

Original Article

Authors

Amirmohsen Rezaei[1], Mohsen Razavizadeh[2], Mohammad Javad Azadchehr[3], Abbas Arj[*2]

1- Medical student, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
2-Associate Professor of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Shahid Beheshti Hospital, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
3-Infectious Diseases Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Corresponding Authors:
Abbas Arj; Associate Professor of Gastroenterology and Hepatology Department of Internal Medicine, School of Medicine, Shahid Beheshti Hospital, Kashan University of Medical Sciences. Postal code: 8713783976. Phone: 03155443022. Fax: 03155464950. Email address: Dr_Arj@yahoo.com.

Received: 28 June 2023
Accepted: 13 September, 2023
e Published: 17 March 2023

Article History

ABSTRACT

Introduction: Celiac disease is a systemic disease with various manifestations. In past studies, the symptoms of patients in different regions have been expressed differently. Therefore, in this study, the frequency distribution of clinical symptoms in patients with Celiac disease referred to Shahid Beheshti Hospital in Kashan in the years 2015 to 2021 was investigated.

Materials and methods: In this retrospective descriptive study, the medical records of patients with definite diagnosis of Celiac disease (confirmed by through serology and pathology tests) were examined. The extracted information includes demographic variables (age and gender) and gastrointestinal symptoms (diarrhea, constipation, nausea and vomiting, anorexia, abdominal pain, flatulence, aphthous stomatitis, abdominal distension and steatorrhea) and non-gastrointestinal symptoms (anemia, arthralgia, bone pain, weight loss, seizures, hypocalcemia, weakness, infertility). The information collected with the checklist was entered into SPSS Ver.26 software and subjected to statistical analysis.

Results: In this research, 89 patients with Celiac disease (57 women, 32 men; average age 34.13±17.70 years) were evaluated. The most common clinical symptom was abdominal pain (62.9 %), followed by diarrhea (40.4%), iron deficiency anemia (29.2%), and constipation (28.1%). The most common accompanying disease was hypothyroidism (21.3%).

Discussion and Conclusion: The findings of this study show that celiac patients in Kashan suffer more from gastrointestinal symptoms such as abdominal pain, diarrhea and constipation. Among the non- Gastrointestinal symptoms, anemia was the most common finding in the patients. Celiac patients need to be screened for immunological diseases such as hypothyroidism and type 1 diabetes.

Keywords: Celiac disease; Clinical Manifestations; Autoimmune Disease.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/sjrm.8.2.8]

Copyright© 2021, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License which permits Share (copy and distribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-Noncommercial terms.

بررسی توزیع فراوانی علایم بالینی مختلف در بیماران مبتلا به سلیاک

امیرمحسن رضایی[۱]، محسن رضوی زاده[۲]، محمدجواد آزادچهر[۳]، عباس ارج*[۲]

[۱] دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
[۲] دانشیار بیماری‌های گوارش و کبد بالغین، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
[۳] مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

چکیده

مقدمه: بیماری سلیاک یک بیماری سیستمیک با تظاهرات متنوع است. در مطالعات گذشته علایم بیماران در مناطق مختلف، متفاوت بیان شده است. لذا در این مطالعه توزیع فراوانی علایم بالینی در بیماران مبتلا به سلیاک مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۱ بررسی شد.

مواد و روش: در این مطالعه توصیفی گذشته نگر پرونده بیماران با تشخیص قطعی سلیاک (اثبات شده از طریق سرولوژی و پاتولوژی) مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات استخراج شده شامل متغیرهای جمعیت شناختی (سن و جنس) و علایم گوارشی (اسهال، یبوست، تهوع و استفراغ، بی اشتهایی، درد شکم، نفخ، استئوماتیت آفتی، اتساع شکم و استئاتوره) و غیرگوارشی (آنمی، آرترالژی، درد استخوانی، کاهش وزن، تشنج، هایپوکلسمی، ضعف، ناباروری) بود. اطلاعات جمع آوری شده با چک لیست وارد نرم افزار SPSS ورژن ۲۶ شد و مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: در این پژوهش ۸۹ بیمار مبتلا به سلیاک (۵۷ زن، ۳۲ مرد؛ میانگین سنی ۱۷/۷۰±۳۴/۱۳ سال) مورد بررسی قرار گرفت. شایع‌ترین علامت بالینی، درد شکم (۶۲/۹ درصد) بوده است و علایم اسهال (۴۰/۴ درصد)، آنمی فقر آهن (۲۹/۲) و یبوست (۲۸/۱ درصد) در رتبه های بعدی قرار داشت. شایع‌ترین بیماری همراه نیز، هایپوتیروئیدی (۲۱/۳ درصد) بود.

نتیجه گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد بیماران مبتلا به سلیاک در کاشان بیشتر از علایم گوارشی نظیر درد شکم، اسهال و یبوست رنج می برند. از میان علایم غیرگوارشی آنمی شایع‌ترین یافته بیماران بود. بیماران مبتلا به سلیاک نیاز به غربالگری در خصوص بیماری های ایمنولوژیک نظیر هایپوتیروئیدی و دیابت تیپ ۱ دارند.

کلید واژه‌ها: سلیاک؛ علایم بالینی؛ خودایمنی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۰۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۲

*نویسنده مسئول: عباس ارج؛ دانشیار بیماری‌های گوارش و کبد بالغین، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، بیمارستان شهید بهشتی دانشگاه علوم پزشکی کاشان. کد پستی: ۸۷۱۳۷۸۳۹۷۶. تلفن: ۰۳۱۵۵۴۴۳۰۲۲. فکس: ۰۳۱۵۵۴۶۴۹۵۰. آدرس ایمیل: Dr_Arj@yahoo.com.

مقدمه

بیماری سلیاک[۱] یک اختلال ایمنی سیستمیک است که به علت حساسیت به گلوتن موجود در رژیم غذایی، در افرادی که از نظر ژنتیکی مستعد هستند آغاز می‌شود. گلوتن یک ترکیب پروتئینی است که در گندم، چاودار و جو یافت می‌شود. بیماری سلیاک با طیف وسیعی از تظاهرات بالینی و پاسخ اتو آنتی‌بادی‌های اختصاصی بیماری سلیاک، هاپلوتیپ‌های HLA-DQ2 یا DQ8 و انتروپاتی مشخص می‌شود [۱، ۲]. آنتی‌بادی‌های اختصاصی بیماری سلیاک اتوآنتی‌بادی‌های ضد TG2 شامل Endomysial antibadies (EMA) و آنتی‌بادی‌های علیه فرم دآمینه شده پپتید های گلیادین را در بر می‌گیرد[۱،۳].

سلیاک به‌عنوان یک بیماری سیستمیک که ممکن است افراد را در تمامی سنین و با بسیاری از نژادها و گروه‌های قومی گرفتار سازد، شناخته می‌شود[۵، ۶]. بیماری سلیاک به عنوان شایع‌ترین بیماری ناشی از هر دو عامل محیط و ژنتیک مورد بررسی قرار گرفته و علاوه بر شیوع آن در منطقه خاورمیانه، نفخ شکمی در کنار اسهال و اختلال رشد جزء نشانه‌های تیپیک شایع و مهم این بیماری مطرح گردیده است. شیوع بیماری سلیاک در سراسر جهان و در مناطق مختلف، بین ۰،۵ تا یک درصد تخمین زده می‌شود[۷]. اگرچه شیوع بیماری سیلیاک در برخی از مناطق ایران بسیار کم است، اما خلاصه مطالعات مروری نشان دهنده شیوع ۱ درصد در سایر مناطق ایران است که مشابه فراوانی این اختلال در کشورهای اروپای غربی می‌باشد [۷].

تغییرات پاتولوژیک روده باریک در بیماری سلیاک بر اساس طبقه بندی Marsh[۲] اصلاح شده به پنج گروه عمده تقسیم بندی می‌شود. به طوری که مارش صفر ، فقط افزایش لنفوسیت داخل اپیتلیال است که تعداد آن‌ها کمتر از ۴۰ لنفوسیت به ازای هر صد سلول اپیتلیال است. در مارش یک، لنفوسیتهای در داخل لامینا پروپریا ارتشاح می‌یابند و لنفوسیت داخل اپیتلیال[۳] بیشتر از ۴۰ لنفوسیت به ازای هر صد سلول اپیتلیال است. مارش دو به وضعیتی گفته می‌شود که کریپت هایپرتروفی دارد ولی آتروفی وجود ندارد. مارش IIIA آتروفی ویلوسها به صورت جزئی

Celiac[۱]
Modified Marsh Classification[۲]
Intra Epithelial Lymphocyte[۳]

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/sjrm.8.2.8]

مشهود است. مارش IIIB آتروفی ویلوس ها به صورت Subtotal مشهود است. در مارش IIIC آتروفی ویلوسها به صورت Total مشهود است [۸].
خصوصیات بالینی بیماری سلیاک گوناگون هستند که ماهیت سیستمیک آن را منعکس می‌کنند. علایم و نشانه‌های شایع شامل اسهال، کاهش وزن و اتساع شکم هستند. سایر تظاهرات عبارتند از: کمبود آهن با یا بدون کم‌خونی، درد شکم متناوب، استوماتیت آفتی، قد کوتاه، سطوح بالای آمینوترانسفرازها، خستگی مزمن و کاهش تراکم معدنی استخوان[۹].
تظاهرات غیرمعمول بیماری سلیاک عبارتند از: درماتیت هرپتیفرم، یک راش تاولی همراه بارسوبات IgA پوستی پاتوگنومونیک[۱۰-۱۲]. بیماری سلیاک از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت و بررسی‌های نشان داد که اسهال، نفخ و اتساع شکمی به‌عنوان شکایت شایع در بیماری سلیاک مطرح و مورد توجه قرار گرفته است[۱۳]. علایم و نشانه‌های شایع سلیاک شامل آنمی، آرترالژی، ضعف، ناباروری، نوروپاتی، کاهش وزن و علایم گوارشی شامل درد شکم، بی‌اشتهایی، نفخ شکم، یبوست و اسهال می‌باشد[۱۴]. در پژوهشی شایع‌ترین علایم غیرگوارشی آنمی ۷/۲۰ درصد و بعد از آن استئوپنی ۶ درصد بود[۱۵].
درمان مبتنی بر رعایت رژیم غذایی فاقد گلوتن به صورت مادام‌العمر است که به سرعت به بهبود بالینی بیماران کمک میکند . در مقابل ، بهبود بافت شناسی ۱-۲ سال طول میکشد[۱۶، ۱۷]. در بعضی از بیماران که به عنوان پاسخ دهنده آهسته تعریف می شوند بهبودی بیشتر از ۵ سال از رعایت رژیم غذایی فاقد گلوتن طول می کشد. بیش از ۹۵ درصد بیماران سلیاکی که در کودکی بیماری تشخیص داده شده است بهبودی کامل مخاط روده ای در عرض ۲ سال از شروع درمان اتفاق می افتد[۱۸]. بیماران سلیاکی که بهبودی علایم بالینی را تجربه نمی کنند یا علایم به طور مکرر عود می کند در حالی که روی یک رژیم غذایی فاقد گلوتن هستند ، به عنوان بیماری سلیاک غیر پاسخ دهنده معرفی می شوند[۱۹].
مرگ و میر ناشی از بیماری سلیاک در حال افزایش است که در درجه اول به دلیل خطر بدخیمی است. به ویژه، لنفوم غیر هوچکین، که در بیماران مبتلا به بیماری سلیاک سه تا شش برابر بیشتر از جمعیت عادی احتمال دارد. بیماران مبتلا به بیماری سلیاک نیز در معرض افزایش خطر ابتلا به آدنوکارسینوم اوروفارنکس، مری و روده کوچک هستند. علت خاص افزایش خطر بدخیمی شناخته نشده است. با این حال، چندین مطالعه از نقش رژیم غذایی بدون گلوتن در کاهش خطر ابتلا به سرطان پشتیبانی می کنند[۲۰].
به علت اینکه بیماری سلیاک گاهی اوقات فاقد علایم بالینی (خاموش) است، بسیاری از بیماران تشخیص داده نشده باقی می مانند و در خطر عوارضی مانند استئوپروز، ناباروری یا بدخیمی قرار میگیرند[۲۱]. درحالی که در صورت عدم شناخت و درمان، عوارض شدید میتواند توسعه یابد، یک رژیم غذایی فاقد گلوتن درمان موثری است که می‌تواند علایم را کاهش دهد و سطح آنتی بادی ها و مخاط روده ای را در بیماران سلیاکی نرمال سازد[۲۲، ۲۳]. در کلینیک های بیماری های گوارشی، با تعداد قابل‌توجهی از بیماران مبتلا به سلیاک مواجه می شویم که علایم گوارشی و غیر گوارشی دارند که ممکن است در نگاه اول، بیماری سلیاک به ذهن پزشک خطور نکند. از این‌رو در این مطالعه تلاش شد تا شیوع علایم بالینی گوارشی و غیر گوارشی با بیماری سلیاک مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین، هدف از این مطالعه، بررسی توزیع فراوانی علایم بالینی مختلف در بیماران مبتلا به سلیاک مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۱ بود.

مواد و روش ها

جمعیت مورد مطالعه

در این مطالعه توصیفی گذشته نگر، تعداد ۸۹ نفر پرونده بیماران با تشخیص قطعی سلیاک (اثبات شده از طریق سرولوژی و پاتولوژی) مراجعه کننده به درمانگاه سلیاک بیمارستان شهید بهشتی کاشان در بازه زمانی ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۱ مورد بررسی قرار گرفت (IR.KAUMS.MEDNT.RE.1402.101) اطلاعات استخراج شده از پرونده های این افراد که به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند، شامل متغیرهای جمعیت شناختی (سن و جنس) و علایم گوارشی (اسهال، یبوست، تهوع و استفراغ، بی اشتهایی، درد شکم، نفخ، استئوماتیت آفتی، اتساع شکم و استئاتوره) و غیرگوارشی (آنمی، آرترالژی، درد استخوانی، کاهش وزن، تشنج، هایپوکلسمی، ضعف، ناباروری) بود. سپس اطلاعات جمع آوری شده با چک لیست وارد نرم افزار SPSS ورژن ۲۶ شد و مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

معیارهای ورود و خروج از مطالعه

معیارهای ورود شامل: بیماران با تشخیص قطعی بیماری از نظر سرولوژی و پاتولوژی (انتی بادی ضد ترانس‌گلوتامیناز بافتی مثبت و در بیوپسی اندوسکوپی مخاط دئودنوم درجاتی از آتروفی مخاطی داشته باشد) و معیارهای خروج از مطالعه شامل: اطلاعات ناقص یا پر شدن ناقص پرسشنامه بیماران و نیز بیمارانی که علاوه بر سلیاک دارای بیماران دیگری مانند IBD داشته باشند، بودند.

روش تجزیه و تحلیل آماری

داده‌های جمع آوری شده از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و با استفاده از آمار توصیفی (توزیع فراوانی و میانگین و انحراف معیار) مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج

در این پژوهش، پرونده ۸۹ نفر بیمار مبتلا به سلیاک (۵۷ نفر زن، ۳۲ نفر مرد؛ میانگین سنی ۱۷/۷۰±۳۴/۱۳ سال (محدوده ۴ تا ۶۸ سال)) مورد بررسی قرار گرفت. یافته های جدول ۱ نشان داد شایع ترین علامت بالینی در بین بیماران مورد پژوهش، درد شکم (۶۲/۹ درصد) بوده است و علایم اسهال (۴۰/۴ درصد)، آنمی فقر آهن (۲۹/۲) و یبوست (۲۸/۱ درصد) در رتبه های بعدی قرار دارند.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-15]
[DOI: 10.61186/sjrm.8.2.8]

جدول ۱. توزیع فراوانی علایم بالینی.

علایم بالینی	فراوانی (درصد)
بی اشتهایی	۱۷ (۱۹/۱)
درد شکم	۵۶ (۶۲/۹)
نفخ	۱۵ (۱۶/۹)
کاهش وزن	۲۲ (۲۴/۷)
استفراغ	۱۱ (۱۲/۴)
آنمی فقر آهن	۲۶ (۲۹/۲)
درد استخوان	۹ (۱۰/۱)
تهوع	۲۱ (۲۳/۶)
اختلال روان	۱۷ (۱۹/۱)
اسهال	۳۶ (۴۰/۴)
یبوست	۲۵ (۲۸/۱)
کمبود ویتامین ب ۱۲	۶ (۶/۷)
کمبود ب ۹	۱۲ (۱۳/۵)
پوست و مو	۱۵ (۱۶/۹)
اختلال رشد	۸ (۹)
علایم عصبی	۱۴ (۱۵/۷)
ضعف	۲۱ (۲۳/۶)
آفت	۲۰ (۲۲/۵)
اختلال آنزیم های کبدی	۱۰ (۱۱/۲)

داده‌های جدول ۲ نمایانگر این مطلب بود که شایعترین بیماری همراه در بین بیماران مورد پژوهش، هایپوتیروئیدی (۲۱/۳ درصد) بوده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی بیماری های همراه در بیماران موردپژوهش.

بیماری همراه	فراوانی (درصد)
دیابت نوع یک	۵ (۵/۶)
پسوریازیس	۱ (۱/۱)
شوگرن	۲ (۲/۲)
هایپرتیرویییدی	۴ (۴/۵)
هایپوتیرویییدی	۱۹ (۲۱/۳)
درماتیت هرپتی فرم	۱ (۱/۱)

بحث

بیماری سلیاک یک اختلال ایمنی سیستمیک است که با گلوتن موجود در رژیم غذایی در افرادی که از نظر ژنتیکی مستعد هستند آغاز می‌شود. گلوتن یک ترکیب پروتئینی است که در گندم، چاودار و جو یافت می‌شود. بیماری سلیاک با طیف وسیعی از تظاهرات بالینی، یک پاسخ اتوآنتی بادی سرمی اختصاصی و آسیب‌های متغیر به مخاط روده باریک مشخص می‌گردد. خصوصیات بالینی بیماری سلیاک گوناگون هستند و ماهیت سیستمیک آن را منعکس می‌کنند. سلیاک به عنوان یک بیماری سیستمیک که ممکن است افراد را در تمامی سنین و با بسیاری از نژادها و گروه‌های قومی گرفتار سازد، شناخته می‌شود. از آنجایی که مطالعات مختلف تظاهرات بالینی متنوع را در نژادهای گوناگون گزارش کرده اند.[۲۴، ۲۵] لذا در این مطالعه، ۸۹ نفر بیمار مبتلا به سلیاک از سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۱ که توسط سرولوژی و پاتولوژی تایید شده‌اند را از دیدگاه توزیع علایم بالینی و بیماری های همراه مورد مطالعه قرار دادیم.

یافته‌های این مطالعه نشان می دهد، شایع ترین علامت بالینی در بین بیماران مورد پژوهش، درد شکم (۶۲/۹ درصد) بوده است و علایم اسهال (۴۰/۴ درصد)، آنمی فقر آهن (۲۹/۲) و یبوست (۲۸/۱ درصد) در رتبه های بعدی قرار داشتند. آنچه مشهود است علایم گوارشی بر علایم غیر گوارشی برتری داشتند. در مطالعه باغبانیان در ایران، بر خلاف مطالعه ما درد شکم نه تنها شایع‌ترین علامت نبود بلکه پس از بسیاری از علایم غیر گوارشی قرار داشت همچنین. نکته قابل توجه در خصوص علایم مرتبط با یبوست می‌باشد که در رده کمترین فراوانی ها قرار داشت. در این مطالعه آنمی به عنوان شایع‌ترین تظاهر با فراوانی ۴۰/۶٪ در رتبه نخست قرار داشت که این یافته همسو با مطالعه ما می‌باشد[۲۶]. در مطالعه ی Lionetti در سال ۲۰۱۱ در ایتالیا علایم گوارشی به عنوان شایع‌ترین علایم بیماران مطرح شد و به ترتیب اسهال، نفخ و اتساع شکمی در صدر علایم قرار داشتند که این یافته همسو با مطالعه ما می‌باشد[۲۷]. در مطالعه احسانی که در سه مرکز کشور های ایران، رومانی و ایتالیا انجام شد، نتایج این مطالعه نشان دادند در میان علایم گوارشی درد شکم و سوءهاضمه به صورت کلی بیشترین فراوانی را داشت، که در جمعیت ایرانی اسهال و نفخ بیشترین فراوانی را داشتند. در میان علایم غیر گوارشی همانند مطالعه ما، آنمی فقر آهن در هر دو جمعیت ایرانی و اروپایی در رتبه نخست قرار داشت اگرچه آنمی فقر آهن در جمعیت ایرانی به صورت معناداری بیشتر بود[۱۵]. در مطالعه Rostami و همکاران (۱۹۹۹) از اسهال به عنوان تظاهر غالب بیماران سلیاک در ایران یاد شده است[۲۸]. در مطالعه Tavakkoli و همکاران (۲۰۱۲) نیز علایم و نشانه‌های شایع سلیاک شامل آنمی، آرترالژی، ضعف، ناباروری، نوروپاتی، کاهش وزن و علایم گوارشی شامل درد شکم، بی‌اشتهایی، نفخ شکم، یبوست و اسهال بود[۲۹]. در مطالعه Shahraki و همکاران (۲۰۰۹) که در ایران انجام شده است، کم وزنی و اسهال مزمن به عنوان شایع‌ترین علایم بیماران گزارش شده است [۳۰]. همانطور که از مطالعات مختلف بر می‌آید توزیع تظاهرات بالینی سلیاک متنوع و فراوان است. یافته‌های این مطالعه با برخی مطالعات همسو و با برخی دیگر دارای تفاوت هایی می‌باشد. از آنجایی که نژاد [۵، ۳۱]، جنسیت و سن [۱۴، ۳۲] و همچنین محل زندگی[۳۳] عامل موثر بر علایم بالینی هستند، می توانند عهده دار برخی از این تفاوت ها باشند. چرا علایم گوارشی در سنین پایین تر همراه اختلال رشد و وزن گیری کودکان شیوع بالاتر و همچنین علایم غیر گوارشی نظیر آنمی فقر آهن در جمعیت بالغین شیوع بیشتری دارد. از طرفی با توجه به ماهیت بیماری که تحت تاثیر ژنتیک[۳۴-۳۸] می‌باشد انتظار یک طیف رفتاری خاص از بیماری می رود لذا با توجه به این تنوع، نشان از اهمیت فاکتور محیط در این بیماری مانند رژیم غذایی بیمار می‌باشد و عادات غذایی هر منطقه در

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-15]
[DOI: 10.61186/sjrm.8.2.8]

ایران و همچنین با سایر نقاط دنیا متفاوت می‌باشد که خود می‌تواند دلیلی بر تفاوت میان یافته ها باشد. یکی از یافته‌های مورد توجه در این مطالعه فراوانی بالای یبوست در مقایسه با مطالعات قبلی می‌باشد که با توجه به آنکه در غالب مطالعات این یافته تایید نمی‌شود، به نظر می رسد که یبوست این بیماران در اثر سلیاک نیست و مرتبط با علل دیگر باشد که در مطالعات آتی باید به دنبال علت آن بود. اما این یافته دارای اهمیت بالینی می‌باشد که بیماران سلیاک نیز می‌توانند با شرح یبوست پرزنته شوند و نباید یبوست را به عنوان یک یافته در تضاد با بیماری سلیاک در نظر گرفت. یافته دیگر که از دیدگاه فراوانی با مطالعات قبلی دارای تفاوت بود، درد شکم می‌باشد که در این مطالعه درد شکم به صورت یک علامت مجزا از علایم گوارش در نظر گرفته نشده است، بدین صورت که بیماران با سایر علایم که از درد شکم شاکی بودند نیز در فراوانی درد شکم محسوب شدند. به عنوان مثال بیماری که دارای اسهال و درد شکم بود برای هر دو علامت یک فراوانی در نظر گرفته شد. مجموعا در این مطالعه علایم گوارشی شایع تر از علایم غیرگوارشی بودند. شایع‌ترین علایم گوارشی شامل درد شکم، اسهال و یبوست بودند و در میان علایم غیر گوارشی آنمی بیشترین فراوانی را داشت.

در خصوص بیماری های همراه (به جز آنمی) هایپوتیروئیدی و دیابت تایپ ۱ در این مطالعه، شایع‌ترین اختلال همراه این بیماران بودند. در مطالعه باغبانیان هایپوتیروئیدی شایع‌ترین اختلال همراه بود[۲۶]. در مطالعه Crowe در سال ۲۰۲۰ همراهی اختلال ایمنولوژیک نظیر هایپوتیروئیدی، دیابت تایپ ۱ و غیره در حدود یک سوم از بیماران دیده می‌شود[۳۹]. در تحقیقی همراهی قوی میان هایپوتیروئیدی، دیابت تایپ ۱ و سایر اختلالات اتوایمیون دیده شد[۴۰]. از آنجایی که نرخ شناسایی بیماری های همراه در بیماران سلیاک نزدیک به یافته‌های کشور های توسعه یافته می‌باشد، این نکته نشان از آگاهی و عملکرد مناسب پزشکان در خصوص بیماران مورد مطالعه دارد. آنچه مشخص است بیماری سلیاک با بیماری های تیروئید و دیابت تیپ ۱ همراهی دارد و نیاز به غربالگری بیماران مبتلا به سلیاک در خصوص بیماری های اتوایمیون به خصوص این دو بیماری می‌باشد.

در این مطالعه محدودیت هایی نیز وجود داشت؛ سن و جنس و محل سکونت بیماران به عنوان فاکتور های موثر بررسی نشد. از آنجایی که مطالعه ماهیت توصیفی داشت، به تحلیل روابط پرداخته نشد. توصیه به مطالعات بیشتر در نقاط مختلف کشور با توجه به اهمیت فاکتور های محیطی در این بیماری می‌شود. همچنین مطالعات بیشتر در جهت رفع محدودیت های این مطالعه انجام شود.

محدودیت‌ها

از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به این مطلب اشاره کرد که سن و جنس و محل سکونت بیماران به عنوان فاکتور های موثر بررسی نشد. همچنین، از آنجایی که مطالعه ماهیت توصیفی داشت، به تحلیل روابط پرداخته نشد.

پیشنهادهای پژوهش

توصیه به مطالعات بیشتر در نقاط مختلف کشور با توجه به اهمیت فاکتورهای محیطی در این بیماری می‌شود. همچنین، پیشنهاد می گردد که مطالعات بیشتر در جهت رفع محدودیت های این مطالعه انجام شود. ضمناً، توصیه به غربالگری بیماران مبتلا به سلیاک از جهت بیماری های ایمونولوژیک می‌شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان دارد، در بیماران مبتلا به سلیاک در کاشان بیشتر از علایم گوارشی نظیر درد شکم، اسهال و یبوست رنج می برند. از میان علایم غیرگوارشی آنمی شایع‌ترین یافته بیماران بود. بیماران مبتلا به سلیاک نیاز به غربالگری در خصوص بیماری های ایمنولوژیک نظیر هایپوتیروئیدی و دیابت تیپ ۱ دارند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهید بهشتی کاشان کمال تشکر و قدردانی را دارند

تاییدیه اخلاقی

در این مطالعه تمام ملاحظات اخلاقی لحاظ شده است. این مطالعه با کد اخلاق (IR.KAUMS.MEDNT.REC.1402.101) به ثبت رسیده است.

تعارض در منافع

در این مطالعه هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع:

۱. Green, P.H. and C. Cellier, Celiac disease. New england journal of medicine, 2007. 357(17): 1731-1743.

۲. Schuppan, D. and K.-P. Zimmer, The diagnosis and treatment of celiac disease. Deutsches Arzteblatt international, 2013. 110(49): 835-846.

۳. Abadie, V., et al., Integration of genetic and immunological insights into a model of celiac disease pathogenesis. Annual review of immunology, 2011. 29: 493-5۲۵.

٤. Glissen Brown, J.R. and P. Singh, Coeliac disease. Paediatr Int Child Health, 2019. 39.۲۳-۳۱ :(۱)

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/sjrm.8.2.8]

with a gluten-free diet. Gastrointestinal endoscopy, 2003. 57(2): 187-191.

۱۷. Ghazzawi, Y., et al., Mucosal healing in children with treated celiac disease. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition, 2014. 59(2): 229-231.

۱۸. Wahab, P.J., J.W. Meijer, and C.J. Mulder, Histologic follow-up of people with celiac disease on a gluten-free diet: slow and incomplete recovery. American journal of clinical pathology, 2002. 118(3): 459-463.

۱۹. Ludvigsson, J.F., et al., Diagnosis and management of adult coeliac disease: guidelines from the British Society of Gastroenterology. Gut, 2014. 63(8): 1210-1228.

۲۰. Presutti, R.J., et al., Celiac disease. American family physician, 2007. 76(12): 1795-180.۲

۲۱. Fasano, A., Clinical presentation of celiac disease in the pediatric population. Gastroenterology, 2005. 128(4): S68-S73.

۲۲. Rostom, A., J.A. Murray, and M.F. Kagnoff, American Gastroenterological Association (AGA) Institute technical review on the diagnosis and management of celiac disease. Gastroenterology, 2006. 131(6): 1981-2002.

۲۳. Haines, M.L., R.P. Anderson, and P.R. Gibson, Systematic review: The evidence base for long-term management of coeliac disease. Aliment Pharmacol Ther, 2008. 2.۱۰٤۲-٦٦ :(۹)۸

۲٤. Lebwohl, B., D.S. Sanders, and P.H.R. Green, Coeliac disease. Lancet, 2018. 391(10115): 70-81.

۲٥. Rubio-Tapia, A., et al., ACG clinical guidelines: diagnosis and management of celiac disease. Am J Gastroenterol, 2013. 108(5): 656-76 ;quiz 677.

۲٦. Baghbanian, M. and M. Akhondi-Meybodi, Evaluation of Clinical Symptoms of Patients with Celiac Disease Referred to Khatamolanbia Clinic in Yazd City in 2014. The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, 2020. 28(5): 2673.2680.

۲۷. Lionetti, E. and C. Catassi, New clues in celiac disease epidemiology, pathogenesis,

٥. Lebwohl, B., D.S. Sanders, and P.H. Green, Coeliac disease. The Lancet, 2018. 391(10115): 70-81.

٦. Rubio-Tapia, A., et al., ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Celiac Disease [Practice Guidelines]. Am J Gastroenterol, 2013.656-76:(5).

۷. Gujral, N., H.J. Freeman, and A.B. Thomson, Celiac disease: prevalence, diagnosis, pathogenesis and treatment. World journal of gastroenterology: WJG, 2012. 18(42): 6036.

۸. Rahmati, A., et al., Correlation of tissue transglutaminase antibody with duodenal histologic marsh grading. Middle East journal of digestive diseases, 2014. 6(3): 131.

۹. Fasano, A., et al., Prevalence of celiac disease in at-risk and not-at-risk groups in the United States: a large multicenter study. Archives of internal medicine, 2003. 163(3): 286-292.

۱۰. Caproni, M., et al., Guidelines for the diagnosis and treatment of dermatitis herpetiformis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2009. 23(6): 633-638.

۱۱. Catassi, C. and A. Fasano, Clinical practice: Celiac disease. N Engl J Med, 2012. 367: 2419-26.

۱۲. Salmi, T.T., Dermatitis herpetiformis. Clin Exp Dermatol, 2019. 44(7): 728-731.

۱۳. Lionetti, E. and C. Catassi, New clues in celiac disease epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and treatment. International reviews of immunology, 2011. 30(4): 219-231.

۱٤. Tavakkoli, H., et al., Serologic celiac disease in patients with inflammatory bowel disease. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences, 2012. 17(2): 154.

۱٥. Ehsani-Ardakani, M.J., et al., Gastrointestinal and non-gastrointestinal presentation in patients with celiac disease. Arch Iran Med, 2013. 16(2): 78-82.

۱٦. Lee, S.K., et al., Duodenal histology in patients with celiac disease after treatment

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/sjrm.8.2.8]

clinical manifestations, and treatment. Int Rev Immunol, 2011. 30(4): 219-31.

۲۸. Rostami, K., et al., Sensitivity of antiendomysium and antigliadin antibodies in untreated celiac disease: disappointing in clinical practice. Am J Gastroenterol, 1999. 94(4): 888-94.

۲۹. Tavakkoli, H., et al., Serologic celiac disease in patients with inflammatory bowel disease. J Res Med Sci, 2012. 17(2): 154-8.

۳۰. Shahraki ,T., et al., Clinical and laboratory findings of celiac disease in patients referred to Children Medical Center (Tehran Iran). Journal of Babol University of Medical Sciences, 2009. 11(4): 69-74.

۳۱. Rubio-Tapia, A., et al., American College of Gastroenterology guidelines update: Diagnosis and management of celiac disease. Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG, 2023. 118(1): 59-76.

۳۲. Ehsani-Ardakani, M.J., et al., Gastrointestinal and non-gastrointestinal presentation in patients with celiac disease. Archives of Iranian medicine, 2013. 16(2): 0-0.

۳۳. Singh, P., et al., Global Prevalence of Celiac Disease: Systematic Review and Meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol, 2018. 16(6): 823-836.e2.

۳٤. Shahbazkhani, B., et al ,.High prevalence of coeliac disease in apparently healthy Iranian blood donors. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2003. 15(5): 475-8.

۳٥. Shamir, R., et al., The use of a single serological marker underestimates the prevalence of celiac disease in Israel: a study of blood donors. Am J Gastroenterol, 2002. 97(10): 2589-94.

۳٦. Challar, M.H., et al., Prevalence of asymptomatic celiac disease in a Syrian population sample. Journal of the Arab Board of Medical Specializations, 2004. 6(2): 155-60.

۳۷. Tatar, G ,.et al., Screening of tissue transglutaminase antibody in healthy blood donors for celiac disease screening in the Turkish population. Dig Dis Sci, 2004. 49(9): 1479-84.

۳۸. Gursoy, S., et al., The prevalence of unrecognized adult celiac disease in Central Anatolia. J Clin Gastroenterol, 2005. 39(6): 508-11.

۳۹. Crowe, S.E., Putting celiac disease in perspective: Pathogenesis, comorbidity and transition of care. United European Gastroenterol J, 2020. 8(2): 129-130.

٤۰. Ch'ng, C.L., M.K. Jones, and J.G. Kingham, Celiac disease and autoimmune thyroid disease. Clin Med Res, 2007. 5(3): 184-92.

.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.61186/sjrm.8.2.8]