

**السجائر أم النرجيلة: أيهما أكثر خطراً على صحة الفم والأسنان عند البالغين في المجتمع؟**

جواد أحمد حيدر\* د. مضر أحمد\*\*

\*(قسم طب الفم ، جامعة الشام الخاصة

البريد الإلكتروني: drjh86@gmail.com)

\*\*(قسم التعويضات الثابتة ، جامعة المنارة

البريد الإلكتروني: modar.ahmad@manara.edu.sy)

**الملخص**

هدف البحث: إجراء تقييم كامل للصحة الفموية عند مدخني النرجيلة ومدخني السجائر من البالغين، يشمل التدفق اللعابي الفموي ومختلف الأمراض والاضطرابات الفموية. ومقارنة التأثيرات المحتملة لكلا النوعين، حيث أن تدخين النرجيلة يزداد بشكل كبير في مجتمعنا، مع الاعتقاد بأنها تشكل بديل آمن عن تدخين السجائر.

المواد والطرق: أجريت هذه الدراسة على 300 مريض، قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات (100 مدخن سجائر، 100 مدخن نرجيلة، 100 غير مدخن)، وقد أُجري البحث عليهم من خلال الاستجواب وتحديد سلوكيات الصحة الفموية ووجود البخر الفموي، وتم إجراء فحص سريري وتسجيل التغيرات المرضية الفموية، واستخدمت مقاييس الصحة العالمية لتحديد حالة النسيج حول السنوية والنخر. وتم التحري عن التدفق اللعابي وجفاف الفم من خلال استبيان خاص مصمم لهذا الغرض.

النتائج: أظهرت النتائج تراجع مستوى العناية الفموية عند المدخنين من النوعين، وازدياد البخر الفموي عند مدخني السجائر (40%) بشكل أكبر منه عند مدخني النرجيلة (27%)، وانتشار الإصابة بالحلأ الشفوي الناكس عند مدخني النرجيلة (22%) أكثر من المجموعتين الباقيتين. في حين اقتصرت الإصابة باللسان المشعر (10%) والتهاب الفم النيكوتيني (5%) على مدخني السجائر. وتراجعت الإصابة بالقرحات القلاعية عند المدخنين من النوعين. ازدادت الإصابة المتقدمة بالتهاب النسيج حول السنوية عند مدخني السجائر (18%)، وازدادت درجة الإصابة مع ازدياد شدة التدخين، وتركزت الإصابة بأمراض اللثة عند مدخني النرجيلة في المنطقة الأمامية (46%). أظهر المدخنين زيادة في عدد الأسنان المنخورة والمرممة والمفقودة، ومدخني السجائر (متوسط DMFT 8.34) بشكل أكبر من مدخني النرجيلة (5.94)، وازداد عدد الأسنان المصابة بازدياد شدة التدخين. لم تسبب النرجيلة تصبغات في النسيج الرخوة الفموية واقتصر وجود التصبغات عند مدخني السجائر (51%). وأشارت النتائج إلى انخفاض نسبة التدفق اللعابي عند المدخنين، وأن مدخني السجائر يعانون من أعراض جفاف الفم بشكل أكبر من مدخني النرجيلة.

الاستنتاجات: يؤدي تدخين السجائر إلى زيادة كل من البخر الفموي، والإصابة بالمرض حول السنوي، وعدد الأسنان المنخورة والمرممة والمفقودة، وجفاف الفم بشكل أكبر من الزيادة التي يسببها تدخين النرجيلة. إضافة إلى أن تدخين النرجيلة لم يسبب تصبغات لثوية على غرار تدخين السجائر. وبالمقابل يزيد تدخين النرجيلة من خطر انتقال الإبتان، والمنطقة الأمامية من الفم أكثر عرضة للإصابة بالمرض حول السنوي عند مدخني النرجيلة. في حين لعب التدخين بنوعيه دوراً في التقليل من الإصابة بالقرحات القلاعية.

**كلمات مفتاحية - التدخين، السجائر، النرجيلة، الصحة الفموية.**

## 1. المقدمة

تقبلها الاجتماعي، وكونها ظاهرة حديثة نسبياً، إضافة إلى توفرها بعدد كبير من النكهات الجذابة، وتكلفتها المنخفضة نسبياً [6].

وجدت معظم الأبحاث الوبائية أن تدخين السجائر هو الأكثر تأثيراً من أشكال التدخين الأخرى، حيث أن تدخين السجائر يحمل مضاراً صحية عديدة والتي تكون أكثر شيوعاً من استعمال منتجات التبغ الأخرى [7]. وبالعودة لخطورة التدخين فإن المدخنين يخسرون سنوات من عمرهم تقدر بأربعة عشر سنة [8]. كما وجد بشكل عام أن 30% من أمراض السرطان والوفيات (90% من سرطان الرئة، 30% من أمراض القلب والنوبات، 80% من احتشاءات العضلة القلبية قبل عمر 50 سنة، 70% من أمراض الرئة المزمنة) سببها تدخين التبغ [9]. وأن القطران الموجود في التبغ مسؤول عن تطور سرطان الرئة الذي يبلغ معدل البقاء فيه بعد خمس سنوات 5-10%. إضافة إلى أن الإصابة بسرطان الفم والحنجرة والرغامى والمجاري البولية والبنكرياس تعتبر مسببة بوساطة التبغ [10]. ويتعلق تأثير التدخين بعدد سنوات وشدة التدخين [11]. كما يعد استخدام التبغ من أكثر عوامل الخطر المتهمة في إحداث الإصابة بأمراض الفم، متضمنة سرطان الفم وآفات المخاطية الفموية وأمراض النسج حول السنوية وضعف الشفاء بعد المعالجات اللثوية، كما يمكن أن يؤدي إلى النخور الجذرية والتاجية، وحدوث النخور العنقية [12]. واعتبرت العديد من الدراسات أن التدخين في عمر مبكر وتدخين السجائر ذات المحتوى العالي من القطران هو الأكثر خطراً في إحداث الأمراض العامة والفموية أنفة الذكر، كما يؤدي التدخين السلبي إلى آثار سلبية على الصحة عند جميع الأعمار [13].

وفي مجتمعنا الذي يعتبر من أكثر المناطق لانتشار تدخين النرجيلة في العالم، الأبحاث التي أجريت لتقييم آثار تدخين النرجيلة على صحة الفم والأسنان تعتبر قليلة بالنسبة إلى حجم انتشار هذه الظاهرة، إضافة إلى أنها اقتصرت على علاقة هذا النوع من التدخين بسرطان الفم، وبأمراض النسج الداعمة، ولم تتناول أمراض واضرابات الفم والأسنان بشكل مفصل وشامل. حيث أوصت العديد من الدراسات بضرورة البحث في علاقة تدخين النرجيلة بالأمراض الفموية الأخرى، كالنخر السنوي،

يعتبر تعاطي التبغ من أكبر الأخطار التي تهدد الصحة العامة في العالم. فهو يؤدي كل عام بحياة ستة ملايين نسمة تقريباً، أكثر من خمسة ملايين منهم ممن يتعاطونه أو سبق لهم تعاطيه، وأكثر من 600000 من غير المدخنين المعرضين لدخانها بشكل غير مباشر. ويقضي شخص واحد كل ست ثوان تقريباً من جزاء التبغ، مما يمثل عُشر وفيات البالغين. والجدير بالذكر أن نحو نصف من يتعاطون التبغ حالياً سيهلكون بسبب مرض له علاقة بالتبغ [1]. يدخن حوالي ثلثي البالغين في العالم السجائر (57% ذكور و 34% إناث)، وفي حال عدم إجراء تدابير طارئة سيتسبب بوفاة 8 ملايين سنوياً في عام 2030 [2]. يعيش أكثر من 80% من المدخنين البالغ عددهم مليار شخص على الصعيد العالمي في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، حيث يبلغ عبء الاعتلالات الناجمة عن التبغ نروته [1]. أما في سوريا فقد أوضحت دراسة أجراها المركز السوري لأبحاث التدخين عام 2006 أن التدخين متقشي بنسبة 60% بين الرجال و 23% بين النساء، وأشارت الدراسة إلى انتشار تدخين النرجيلة بنسبة 20% بين الذكور و 6% بين الإناث [3].

أصبح تدخين النرجيلة ظاهرة عالمية واسعة الانتشار، يمارس هذه العادة حوالي 100 مليون شخص حول العالم، وتأتي منطقة الشرق الأوسط والجزيرة العربية في مقدمة المناطق ذات الانتشار الأعلى لهذه الظاهرة، حيث أشارت الإحصاءات إلى أن 30% من البالغين يدخنون النرجيلة في كل من سوريا ولبنان ومصر [4]. يعتقد العديد من مدخني النرجيلة أن هذا النوع من التدخين مرتبط بمستويات منخفضة من المواد الضارة وأخطار أقل على الصحة من الأنواع الأخرى للتدخين كالسجائر، وهذه فكرة مغلوطة تم تصويبها من خلال العديد من الدراسات التي بحثت في الآثار السلبية لتدخين النرجيلة على الصحة العامة، ومقارنة هذه الآثار مع الآثار الناجمة عن تدخين السجائر [5]. يزداد انتشار هذه الظاهرة بشكل كبير بين المراهقين واليافعين بسبب

والبخر الفموي، وتصبغ الأسنان، وأمراض النسج حول السنوية، وأمراض المخاطية الفموية [4].

## II. هدف البحث:

1. إجراء تقييم كامل للصحة الفموية عند مدخني النرجيلة ومدخني السجائر من البالغين. يشمل التدفق اللعابي الفموي ومختلف الأمراض والاضطرابات الفموية.
2. إجراء مقارنة بين التأثيرات المحتملة لكلا النوعين من التدخين على الصحة الفموية عند البالغين، لتحديد النوع الأكثر ضرراً، انطلاقاً من حاجة المجتمع لمعرفة الآثار السلبية لكلا النوعين من التدخين.

## III. مشكلة البحث:

انطلقت فكرة البحث من اعتقاد العديد من مدخني النرجيلة أنها تشكل بديل آمن عن تدخين السجائر، وأنها أقل ضرراً على الصحة العامة وصحة الفم والأسنان، وذلك لتقديم إجابات عن الأسئلة المتكررة عن مضار النرجيلة، ومقارنة هذه المضار بمضار تدخين السجائر. حيث أن الدراسات التي أجريت لتقييم تأثير تدخين النرجيلة على الصحة الفموية قليلة بالمقارنة مع حجم انتشار هذه الظاهرة، وبخاصة في مجتمعنا. واقتصرت هذه الدراسات على علاقة تدخين النرجيلة بسرطان الفم وأمراض النسج حول السنوية، ولم تبحث في علاقة تدخين النرجيلة بأمراض واضطرابات الفم الأخرى.

## المواد والطرائق Materials and methods:

### العينة المدروسة:

- تتألف عينة البحث من ثلاث مجموعات من البالغين. كل مجموعة تتألف من 100 بالغ. تتراوح أعمارهم بين 18-64.
- المجموعة الأولى: 100 مدخن للنرجيلة.
  - المجموعة الثانية: 100 مدخن للسجائر.
  - المجموعة الثالثة (الشاهد): لا يدخنون أي نوع من أنواع التبغ، ولم يسبق لهم ذلك.

يشترط على المدخنين من النوعين أن يكونوا قد قاموا بممارسة التدخين يومياً لأكثر من ستة أشهر.

## معايير الرفض:

- من هم خارج الفئة العمرية.
- مدمني الكحول (لدوره في زيادة الإصابة بأمراض الفم والأسنان).
- قصة مرضية لرض سابق على الرأس أو العنق (والتي يمكن أن تؤثر على الغدد اللعابية أو الصحة الفموية).
- حاملي الأجهزة التعويضية المتحركة (كون تلك الأجهزة تلعب دوراً في زيادة أمراض المخاطية).
- الخاضعين لمعالجة تقييمية (تزيد من الإصابة بأمراض النسج حول السنوية).
- النساء الحوامل (التغيرات الهرمونية تؤثر على الصحة الفموية).
- قصة مرضية لمعالجة شعاعية سابقة (لتأثيرها على الغدد اللعابية).
- الذين يعانون من أمراض عامة (يمكن أن تؤثر على الصحة الفموية).
- المرضى الذين يعانون من أمراض الغدد اللعابية (لتأثيرها على التدفق اللعابي).
- الخاضعين لمعالجة دوائية (يمكن أن تؤثر على الصحة الفموية).

## الاستمارة التفصيلية والفحص السريري:

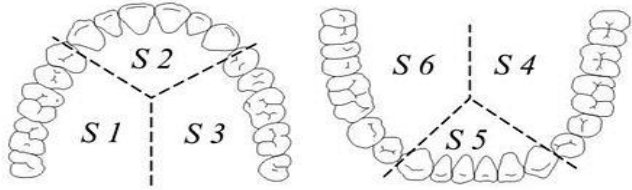
تم ملء استمارة لكل مريض، والاستمارة تضمنت أسئلة عن الحالة الاجتماعية والصحة الفموية وعادات التدخين. حيث قام المريض بالإجابة على أسئلة تتضمن العمر والمهنة والسكن والمستوى التعليمي، إضافة إلى نوع التدخين المستخدم والمدة الزمنية وتكرار التدخين يومياً، كما تضمنت الاستمارة المعلومات عن طرق العناية الفموية وتكرارها، بالإضافة إلى وجود البخر الفموي أو الطعم غير المستحب. وتضمنت الاستمارة النواحي التي تم فحصها والمشعرات المستخدمة لهذا الغرض، والاستبيان الخاص لتحري التدفق اللعابي وجفاف الفم، ملحق رقم 1.

الفحص السريري: تم الفحص باستخدام المرآة الفموية والمسبر السني والملقط والمسبر اللثوي المعقمة. وتم الفحص من قبل

اللسان: تناول حليمات اللسان وتصبغها واللسان الجغرافي واللسان المشعر وغير ذلك من المظاهر المرضية. المخاطية الفموية: القلاع الناكس والتهاب الفم النيكوتيني وغير ذلك من المظاهر المرضية.

#### 5. النسيج حول السنينة:

تم تقييم النسيج حول السنينة اعتماداً على مشعر الحاجة للمعالجة حول السنينة Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) [14]. وهو مشعر قدمته منظمة الصحة العالمية 1977. يستخدم هذا المشعر في الدراسات الوبائية عند عدد كبير من الأفراد لتقييم الحاجة للمعالجة، ويمكن استخدامه في عيادة الأسنان. يقسم الفم إلى ستة أجزاء، المنطقة الأمامية من الناب الأيمن إلى الناب الأيسر، ويحسب السدس إذا احتوى على سنين أو أكثر، وإذا احتوى السدس على سن واحد يحذف السدس ويضم السن إلى سدس مجاور. يسجل على البطاقة في كل سدس رقم واحد هو الرقم الأعلى. مهمة هذا المشعر تحديد درجة الإصابة ونوعية المعالجة بالإضافة إلى تحديد الكادر الطبي اللازم لتنفيذ هذه المعالجة، فدرجة معالجة 1 تتفذه المساعدة السنينة، ودرجة معالجة 2 ينجزها طبيب الأسنان، ودرجة المعالجة 3 و4 تحتاج إلى اختصاصي في أمراض النسيج حول سنينة.



الشكل (1) القطاعات الموجودة في القوسين السنينتين

1. سليم Healthy (لا يوجد نزف عند السبر، لا يوجد قلع أو لا يوجد جيوب بعمق 3.5 ملم أو أكبر).
2. نزف عند السبر Bleeding on Probing (لا يوجد قلع أو لا يوجد جيوب بعمق 3.5 ملم أو أكبر).
3. قلع Calculus أو عوامل تثبيت اللويحة Plaque Retention Factor (لا يوجد جيوب بعمق 3.5 ملم أو أكبر).

الباحث، وتم تعبئة الاستمارة المصممة للبحث من قبله والتي تضمنت:

#### 1. المتحولات المستقلة:

العمر: تم تسجيل العمر بالسنوات.

الجنس: تم تقسيم الجنس إلى (ذكر وأنثى).

المهنة: تم تسجيل المهنة بعد سؤال المريض عن مهنته ومستواه التعليمي.

التدخين: تم تقسيم العينة إلى: 1. غير مدخن. 2. مدخن.

نوع التدخين: 1. نرجيلة. 2. سجائر.

تكرار التدخين: عدد مرات التدخين يومياً.

#### 2. العناية بالصحة الفموية:

اقتصرت وسائل العناية الفموية عند أفراد العينة على تفريش الأسنان، ولذلك قسمت إلى عدة مجموعات (حسب تكرار التفريش يومياً):

1. مرة يومياً.

2. مرتين يومياً.

3. ثلاث مرات يومياً.

4. غير منتظم.

#### 3. البخر الفموي أو الطعم غير المستحب:

تم سؤال المريض عن وجود رائحة كريهة أو طعم غير مستحب في الفم، وعن الفترة التي يشعر فيها بهذا الطعم أو الرائحة؛ هو أو أي أحد من المقربين الذين تنبهوا لهذا الأمر. وقسمت الإجابات إلى:

1. لا يوجد بخر فموي.

2. يوجد بخر فموي.

3. يوجد صباحاً.

4. يوجد أحياناً.

#### 4. فحص الشفاه والمخاطية واللسان:

تم تسجيل كل التغيرات المرضية في كل من:

الشفاه (مثل): التهاب الشفة التقشري والتهاب الشفة الزاوي والحلأ الشفوي الناكس وغير ذلك من المظاهر المرضية.

1. هل تقوم برشف السوائل للمساعدة في بلع الأطعمة الجافة؟
2. هل تشعر بجفاف في فمك عند تناول وجبة الطعام؟
3. هل تواجه صعوبات في بلع أي من الأطعمة؟
- إضافة إلى أسئلة أخرى:
4. هل تشعر بجفاف في فمك في الليل أو عند الاستيقاظ؟
5. هل تشعر بجفاف في فمك في أي وقت آخر من اليوم؟
6. هل تضع كأس من الماء بجانب سريرك عادة؟
7. هل تقوم بمضغ العلكة يومياً لتخفف من جفاف الفم؟
8. هل تستخدم الحلوى الصلبة أو حلوى النعناع يومياً لتخفف من جفاف الفم؟

#### الدراسة الإحصائية:

- في هذه الدراسة تم إجراء جميع الاختبارات الإحصائية باستخدام الحزمة الإحصائية SPSS® 20، كما تم إخراج المخططات البيانية باستخدام برنامج (Microsoft Exel 2010).
- تم تطبيق اختبار التوزيع الطبيعي (لكولمجروف-سمرنوف Kolmogorov-Smirnov) باستخدام برنامج SPSS على جميع المتغيرات التي ضمتها الدراسة لمعرفة فيما إذا كان توزع البيانات طبيعياً أم لا.
- اختبار كاي مربع لدراسة تأثير المجموعة (غير مدخن، نرجيلة، سجاير) على الصحة الفموية والعناية الفموية.
- اختبار التباين أنوفا لدراسة الفروق بين المجموعات الثلاثة على متوسط قيم المشعرين CPITN, DMFT.
- اختبار معامل بيرسون لدراسة العلاقة بين كمية السجاير وقيم المشعرين CPITN, DMFT.
- تم إجراء الاختبارات:

- 3 جيب ضحل Shallow Pocket ( 5-ملم).
- 4 جيب عميق Deep Pocket (أكبر من 6 ملم).
- 6. مقياس النخور والترميمات وفقدان الأسنان:

حيث تم استخدام مشعر (DMFT Decayed-Missing-) (Filled Index) حسب (C. B. Palmer & Henry Klein)، وذلك وفق توصيات منظمة الصحة العالمية WHO [15]. حيث تم فحص جميع الأسنان ما عدا الأرحاء الثالثة. اعتبر السن منخوراً اعتماداً على الأسس التالية: عندما تكون المينا متلونة وفاقد للتمعدن بشكل واضح سريراً، وتتغرس نهاية المسبر في نسيج عاجي متلين، وعندما ينغرس المسبر بشكل يحتاج فيه إلى قوة خفيفة لإعادة نزعها، أما النخور الأكبر من 1 ملم فلم يتم سبرها تجنباً لإحداث ألم لأن التشخيص العياني يعتبر كافياً في مثل هذه الحالة.

7. التصبغات على الأسنان واللثة:

#### على الأسنان:

تم تحري وجود تصبغات على الأسنان، وتحديد لون هذه التصبغات في حال وجودها (أصفر أو بني أو أسود)، وأماكن توضعها على الأسنان، سواء كانت على السطوح اللسانية فقط أو على السطوح الدهليزية فقط أو معممة على كل السطوح.

#### على اللثة:

تم تحري وجود التصبغات على اللثة والمخاطية، وتحديد نوعها (فيزيولوجية أو نيكوتينية)، ولونها (بنية اللون أو سوداء)، وأماكن توضعها (على اللثة الملتصقة للأسنان الأمامية أو معممة على كامل المخاطية الفموية).

#### 8. التدفق اللعابي الفموي وجفاف الفم:

تم تحري مستوى التدفق اللعابي وجفاف الفم من خلال أسئلة محددة توجه للعينة باستخدام استبيان مصمم من قبل فوكس وزملائه [16]، اعتماداً على هذا الاستبيان، فإن الرد الإيجابي لواحد من الأسئلة الرئيسية الثلاث، يقود إلى وجود خلل وظيفي لعابي، والأسئلة الثلاثة هي:



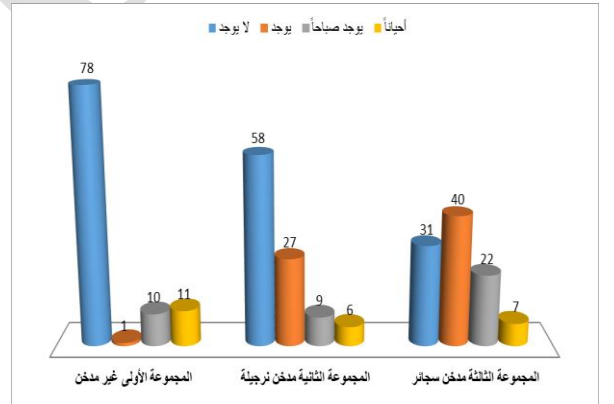
حلاً شفوي ناكس ، أما المجموعة الثالثة مدخن سجاير فكانت النسبة الأعلى 84% الشفاه طبيعية، 7 % التهاب شفة تقشري، و8% حلاً شفوي ناكس.

- عند مستوى ثقة (95%) ومستوى دلالة ( $\alpha = 0.05$ ) حيث اعتبر الفرق جوهرياً عندما تكون قيمة P أقل من (0.05).
- وعند مستوى ثقة (99%) ومستوى دلالة ( $\alpha = 0.01$ ) حيث اعتبر الفرق جوهرياً عندما تكون قيمة P أقل من (0.01).

## النتائج

### البخر الفموي:

أن قيمة Pvalue كانت 0.000 وهي أصغر من 0.01 أي هناك تأثير للمجموعة (غير مدخن، نرجيلة، سجاير) على البخر الفموي عند مستوى دلالة 0.01 . حيث لاحظنا أن 78% من غير المدخنين لا يوجد لديهم بخر فموي، فيما كانت النسبة الأكبر لمجموعة تدخين النرجيلة 58% لا يوجد لديهم بخر فموي، أما المجموعة الثالثة مدخن سجاير فكانت النسبة الأعلى 40% يوجد لديهم بخر فموي.



البخر الفموي

### فحص الشفاه:

أن قيمة Pvalue كانت 0.000 وهي أصغر من 0.01 أي هناك تأثير للمجموعة (غير مدخن، نرجيلة، سجاير) على أمراض الشفاه عند مستوى دلالة 0.01 . حيث لاحظنا أن 90% من غير المدخنين الشفاه طبيعية، فيما كانت النسبة الأكبر لمجموعة تدخين النرجيلة 78% الشفاه طبيعية و22%

### فحص الشفاه

Pvalue	Chi-Square	المجموعة المدخنة				العدد	%
		المجموعة الثالثة مدخن سجاير	المجموعة الثانية مدخن نرجيلة	المجموعة الأولى غير مدخن	المجموعة الثانية مدخن نرجيلة		
**0.001	21.929	252	84	78	90	العدد	طبيعي
		84.0%	84.0%	78.0%	90.0%	العدد	%
		9	7	0	2	العدد	التهاب
		3.0%	7.0%	0.0%	2.0%	العدد	%
		2	1	0	1	العدد	شفة تقشري
		0.7%	1.0%	0.0%	1.0%	العدد	%
		37	8	22	7	العدد	التهاب شفة زاوي
		12.3%	8.0%	22.0%	7.0%	العدد	%
						العدد	حلاً شفوي ناكس
						العدد	%
						العدد	%
						العدد	%

### فحص الشفاه



الحلأ الشفوي

### فحص اللسان:

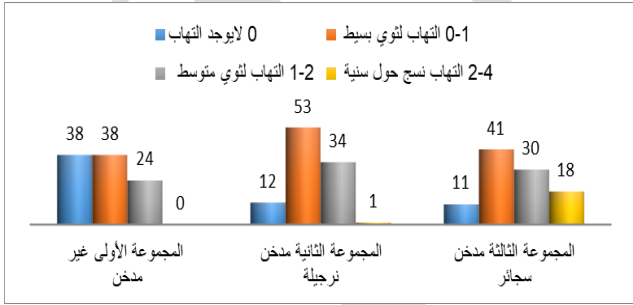
أن قيمة Pvalue كانت 0.000 وهي أصغر من 0.01 أي هناك تأثير للمجموعة (غير مدخن، نرجيلة، سجاير) على حالة اللسان عند مستوى دلالة 0.01 . حيث لاحظنا أن 90% من غير المدخنين طبيعي، فيما كانت النسبة الأكبر لمجموعة تدخين النرجيلة 84% لا يوجد لديهم بخر فموي، 12% تطاول وتصبغ الحليمات، أما المجموعة الثالثة مدخن سجاير فكانت النسبة الأعلى 52% طبيعي، 32% تطاول وتصبغ الحليمات، 11% لسان مشعر .



التهاب الفم النيكوتيني

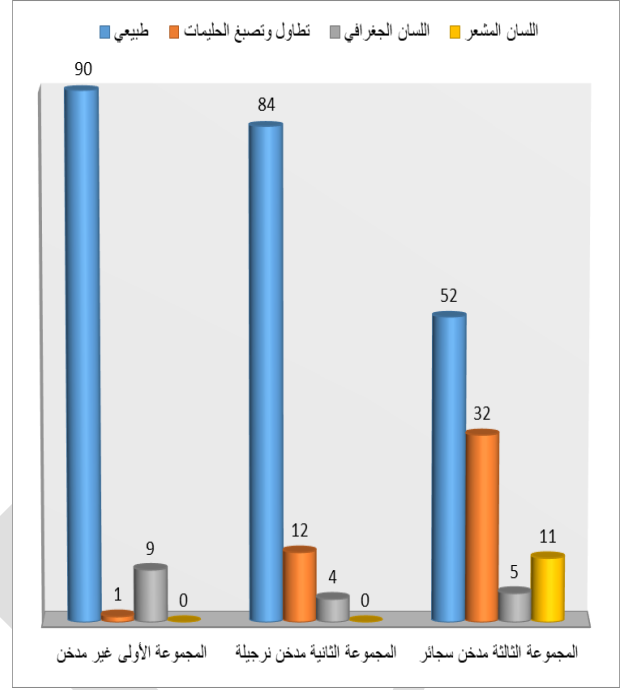
### النسج حول السنينة مشعر CPITN:

أن قيمة Pvalue كانت 0.000 وهي أصغر من 0.01 أي هناك تأثير للمجموعة (غير مدخن، نرجيلة، سجاير) على مشعر CPITN عند مستوى دلالة 0.01. حيث لاحظنا أن 38% من غير المدخنين لا يوجد و38% التهاب لثوي بسيط، والمعالجة من قبل المساعدة، فيما كانت النسبة الأكبر لمجموعة تدخين النرجيلة 53% التهاب لثوي بسيط، والمعالجة من قبل المساعدة و34% و1-2 التهاب لثوي متوسط، أما المجموعة الثالثة مدخن سجاير فكانت النسبة الأعلى 41% و0-1 التهاب لثوي بسيط و30% التهاب لثوي متوسط و18% التهاب نسج حول سنينة.



مشعر CPITN

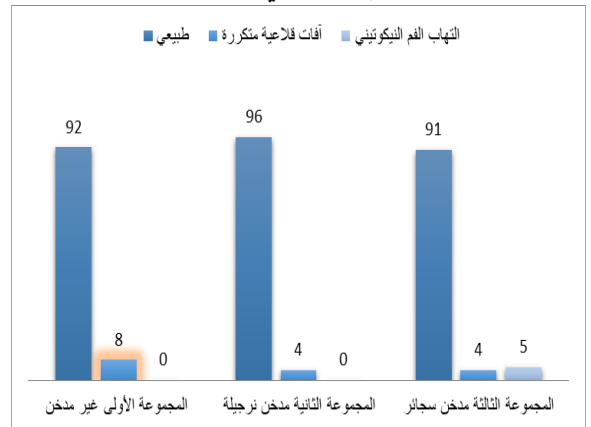
كان متوسط CPITN للمجموعة الأولى 0.5980 أما المجموعة الثانية 0.8220، والمجموعة الثالثة 1.2150، أن قيمة Pvalue كانت 0.000 وهي أصغر من 0.01 أي هناك



فحص اللسان

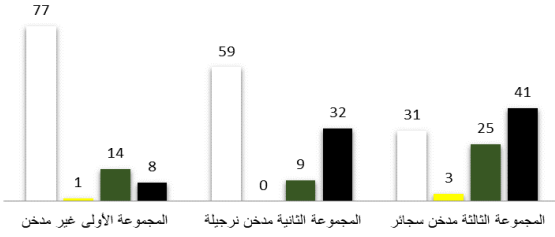
### فحص المخاطية الفموية:

أن قيمة Pvalue كانت 0.029 وهي أصغر من 0.05 أي هناك تأثير للمجموعة (غير مدخن، نرجيلة، سجاير) على حالة المخاطية الفموية عند مستوى دلالة 0.05. حيث لاحظنا أن 92% من غير المدخنين طبيعي، آفات قلاعية متكررة 8%، فيما كانت النسبة الأكبر لمجموعة تدخين النرجيلة 96% طبيعي، آفات قلاعية متكررة 4%، أما المجموعة الثالثة مدخن سجاير فكانت النسبة الأعلى 91% طبيعي، 4% آفات قلاعية متكررة، 5% التهاب الفم النيكوتيني.



فحص المخاطية الفموية

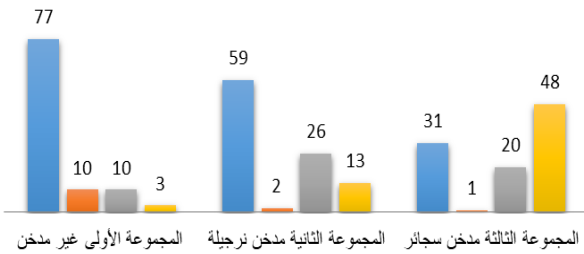
أسود ■ بني ■ أصفر ■ لا يوجد



### لون تصبغات الأسنان

توضعت التصبغات على الأسنان عند مدخني السجائر على كل السطوح بنسبة 41%، في حين تركزت على السطوح اللسانية عند مدخني النرجيلة.

كل السطوح ■ على السطوح اللسانية ■ على السطوح الدهليزية ■ لا يوجد



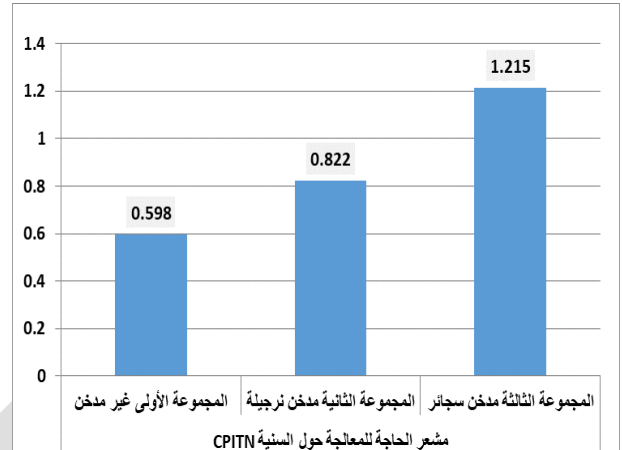
### مكان توضع تصبغات الأسنان

#### التصبغات على اللثة:

أن قيمة Pvalue كانت 0.000 وهي أصغر من 0.01 أي هناك تأثير للمجموعة (غير مدخن، نرجيلة، سجائر) على التصبغات على اللثة عند مستوى دلالة 0.01. حيث لاحظنا أن 94% من غير المدخنين لا يوجد، فيما كانت النسبة الأكبر لمجموعة تدخين النرجيلة 96% لا يوجد، 4% فيزيولوجية، أما المجموعة الثالثة مدخن سجائر فكانت النسبة الأعلى 51% ناتجة عن التدخين، 7% فيزيولوجية 42% لا يوجد.

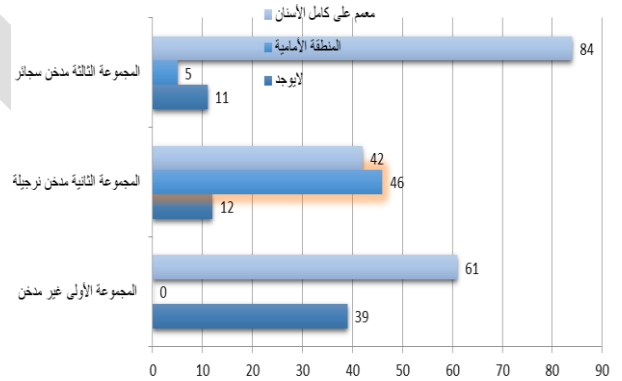
توضعت تصبغات اللثة عند مدخني السجائر على اللثة الملصقة للأسنان الأمامية عند 43% من المجموعة، في حين كانت معممة عند 15% منهم.

فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.01 بين المجموعات الثلاثة (غير مدخن، نرجيلة، سجائر).



#### اختبار التباين انوفا مشعر الحاجة للمعالجة حول السنينة (CPITN)

المنطقة الأكثر إصابة بالمرض حول السنينة عند مجموعة مدخني النرجيلة هي المنطقة الأمامية من الفكين، في حين كانت معممة بنسبة أكبر عند المجموعتين الباقيتين.



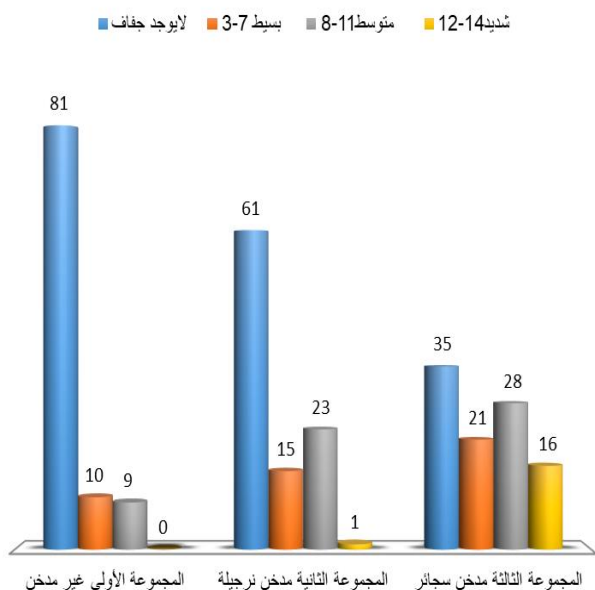
#### المنطقة الأكثر إصابة بالمرض حول السن

#### التصبغات على الأسنان:

أن قيمة Pvalue كانت 0.000 وهي أصغر من 0.01 أي هناك تأثير للمجموعة (غير مدخن، نرجيلة، سجائر) على تصبغ الأسنان عند مستوى دلالة 0.01. حيث لاحظنا أن 77% من غير المدخنين لا يوجد، فيما كانت النسبة الأكبر لمجموعة تدخين النرجيلة 59% لا يوجد، 41% يوجد، أما المجموعة الثالثة مدخن سجائر فكانت النسبة الأعلى 69% يوجد.



أما المجموعة الثالثة مدخن سجائر فكانت النسبة الأعلى 35% لا يوجد ، 25 متوسط، و21 بسيط، 16 شديد.



مستوى التدفق اللعابي وجفاف الفم

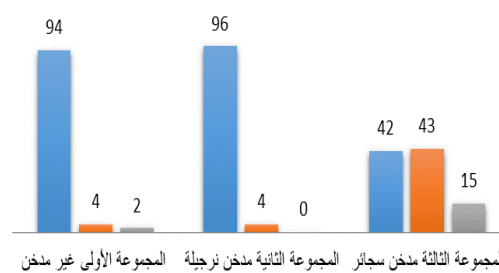
العلاقة بين كمية السجائر وقيم المشعيرين CPITN , DMFT:

العلاقة بين كمية السجائر و DMFT, CPITN

		مشعر DMFT	مشعر الحاجة للمعالجة حول السننية (CPITN)
تكرار التدخين	Pearson Correlation	.512**	.563**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000
	N	100	100

- كانت قيمة Pearson Correlation 0.563 وهي علاقة طردية قوية لان قيمة Pvalue كانت 0.000 وهي أصغر من 0.01 أي العلاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.01 بين CPITN وتكرار التدخين.

معمية على اللثة الملتهبة للأسنان الأمامية لا يوجد



مكان توضع تصبغات اللثة

نخر الأسنان:

كان متوسط DMFT للمجموعة الأولى 4.40، أما المجموعة الثانية 5.94، والمجموعة الثالثة 8.34، أن قيمة Pvalue كانت 0.000 وهي أصغر من 0.01 أي هناك فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.01 بين المجموعات الثلاثة (غير مدخن، نرجيلة، سجائر).

اختبار التباين انوفا مشعر DMFT

Pvalue	F	أعلى قيمة	أدنى قيمة	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	المجموعة	مشعر DMFT
**0.000	18.359	20	0	.367	3.668	4.40	100	المجموعة الأولى غير مدخن	
		19	0	.413	4.131	5.94	100	المجموعة الثانية مدخن نرجيلة	
		22	0	.582	5.823	8.34	100	المجموعة الثالثة مدخن سجائر	
		22	0	.283	4.896	6.23	300	Total	

مستوى التدفق اللعابي وجفاف الفم:

أن قيمة Pvalue كانت 0.000 وهي أصغر من 0.01 أي هناك تأثير للمجموعة (غير مدخن، نرجيلة، سجائر) على حدوث جفاف الفم عند مستوى دلالة 0.01. حيث لاحظنا أن 81% من غير المدخنين لا يوجد، فيما كانت نسبة لمجموعة تدخين النرجيلة 61% لا يوجد و23% متوسط، و15 بسيط،

**علاقة التدخين بالبخر الفموي:**

بينت الدراسة وجود تأثير للتدخين بنوعيه على وجود البخر الفموي والطعم غير المستحب، وهذا ما يتفق مع أغلب الدراسات السابقة [17, 18]. وكانت نسبة وجود البخر الفموي أعلى عند مدخني السجائر (40%) منه عند مدخني النرجيلة (27%)، والبخر الفموي الصباحي أيضاً كان أعلى عند مدخني السجائر (22%) منه عند مدخني النرجيلة (9%). وقد يعود ذلك إلى أن تأثير تدخين السجائر على التدفق اللعابي كان أكبر من تأثير تدخين النرجيلة، وتطاول حليمات اللسان وتراكم الفضلات بينها (وهو أحد أسباب البخر الفموي) كان عند مدخني السجائر أكبر من مدخني النرجيلة، إضافة إلى أن تنغ النرجيلة يضاف إليه العسل والمنكهات ويتم تصفيته عبر مروره بالماء.

**علاقة التدخين بأمراض الشفة:**

أظهرت النتائج ازدياد نسبة الإصابة بالتهاب الشفة التقشري عند مدخني السجائر بالمقارنة مع مدخني النرجيلة وغير المدخنين، ويعود ذلك إلى تأثير تدخين على جفاف الفم، إضافة إلى دور الحرارة المتولدة عن احتراق السجائر والتي تكون على تماس مباشر مع الشفاه.

كما بينت الدراسة وجود علاقة بين تدخين النرجيلة وزيادة الإصابة بالحلأ الشفوي الناكس، في حين لم يترافق تدخين السجائر بزيادة في نسبة الإصابة بهذه النوع من أمراض الشفاه. يمكن تبرير ذلك بأن تدخين النرجيلة يكون بنسبة كبيرة في الأماكن العامة، مع عدم وجود تنظيف وتطهير للجهاز بين المستخدمين، الأمر الذي يشكل مصدراً لانتقال الانتان، أو العوامل المحرصة للإصابة المتكررة بالانتان الكامل.

وهذا ما يتوافق مع ما ذكره الباحث 2013 (Savan B Shah) عن احتمال انتقال العدوى بالأمراض الإنتانية المزمنة المرتبط باستخدام نرجيلة واحدة من قبل عدة أفراد [4].

**علاقة التدخين بأمراض اللسان:**

أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين التدخين بنوعيه وتطاول حليمات اللسان وتصبغها بلون يتراوح بين الأصفر إلى

- كانت قيمة Pearson Correlation 0.512 وهي علاقة طردية قوية لأن قيمة Pvalue كانت 0.000 وهي أصغر من 0.01 أي العلاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.01 بين DMFT وتكرار التدخين.

**العلاقة بين المشعيرين (DMFT, CPITN):**

كانت قيمة Pearson Correlation 0.621 وهي علاقة طردية قوية لأن قيمة Pvalue كانت 0.000 وهي أصغر من 0.01 أي العلاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.01 بين CPITN وDMFT.

**العلاقة بين المشعيرين (DMFT, CPITN)**

مشعر DMFT		مشعر CPITN
Pearson Correlation	0.621 **	
Sig. (2-tailed)	0.000	
N	100	

**المناقشة discussion****الاختبارات الإحصائية:**

تم تطبيق اختبار التوزيع الطبيعي (لكولمجروف- سمرنوف Kolmogorov-Smirnov) باستخدام برنامج SPSS على جميع المتغيرات التي ضمتها الدراسة لمعرفة فيما إذا كان توزيع البيانات طبيعياً أم لا. واختبار كاي مربع لدراسة تأثير المجموعة (غير مدخن، نرجيلة، سجائر) على الصحة الفموية والعناية الفموية. اختبار التباين أنوفا لدراسة الفروق بين المجموعات الثلاثة على متوسط قيم المشعيرين DMFT, CPITN، اختبار معامل بيرسون لدراسة العلاقة بين كمية السجائر وقيم المشعيرين DMFT, CPITN.

### العلاقة بين التدخين ونخر الأسنان:

يزداد النخر السني عند المدخنين من النوعين حسب نتائج الدراسة، وهذا ما يتفق مع معظم الدراسات المماثلة (Divaris) وزملاؤه عام 2012 ، و(Liu) وزملاؤه عام 2013، و(Bernabe) وزملاؤه عام 2014 [23, 22, 21]

أجمعت كثير من الدراسات على أن النخر السني متعدد العوامل، ولكن ما يزال هناك عدم وضوح في العلاقة بين العوامل الداخلية والعوامل الخارجية المسببة للنخر السني، حيث تلعب العوامل الداخلية للمضيف دوراً مفتاحياً مهماً في الإصابة بالنخر السني واستمراره، ويعتبر التدخين من أهم العوامل التي تلعب دوراً مهماً في اضطراب العوامل الداخلية للمضيف [24]، وهناك دلائل قوية على العلاقة بين استعمال التبغ وتركيب اللعاب، وعلى كل حال فإن انخفاض PH اللعاب ،والقوة الدائرية لللعاب، إضافة إلى أن مستعمرات الجراثيم تزداد وخصوصاً ( streptococci &lactobacillus) عند المدخنين، يمكن أن تسبب مجتمعةً زيادة في النخور [26, 25]

ولكن متوسط مشعر DMFT عند مدخني النرجيلة كان أقل منه عند مدخني السجائر، الأمر الذي يمكن أن نفسره بالتأثير الأكبر للتدخين على التدفق اللعبي الفموي. كما بينت النتائج وجود علاقة طردية بين قيمة هذا المشعر وعدد السجائر المدخنة يومياً، أو عدد مرات تدخين النرجيلة.

### علاقة التدخين بأمراض النسج حول السنية:

وجد من خلال الدراسة زيادة معدل التهاب النسج حول السنية عند المدخنين، مع وجود ارتباط إيجابي مع كل من شدة التدخين ومشعر DMFT، الأمر الذي يتفق مع دراسة (Moimaz) وزملاؤه عام 2009، ودراسة (Rudzinisk) وزملاؤه عام 2010، ودراسة (Hugoson) عام 2011، ودراسة (Borojevi) عام 2012، ودراسة (Torrungruang) عام 2012، ودراسة (Jogezai) عام 2013، ودراسة (Petrovic) وزملاؤه عام 2013، ودراسة (Bergstrom) وزملاؤه عام 2014 [27, 28, 29, 30, 31, 32, 33].

البنّي، نتيجة للتخريش المزمّن الناجم عن التدخين، وإهمال الصحة الفموية عند المدخنين.

أما اللسان المشعر الأسود اقتصر وجوده عند مدخني السجائر، وبشكل خاص مع التدخين الشديد، وهو ما اتفقت عليه معظم الدراسات والأبحاث، ومنهم (Yuca2014)، (Gurvits & Tan, Langtry).

ينجم اللسان المشعر عن التوسف المعيب للخلايا التي تقوم بإنتاج الحليمات الخيطية الثانوية وسبب ذلك غير معروف، ويمكن أن نفسر النتيجة بأن التدخين يؤدي إلى تغير البيئة داخل الفموية والفلورا الفموية مما يؤدي إلى زيادة العضويات الممرضة (Burket, L.W.).

### علاقة التدخين بآفة المخاطية الفموية:

تبين من خلال هذه الدراسة انخفاض نسبة الإصابة بالقرحات القلاعية عند المدخنين من النوعين مقارنة بمجموعة غير المدخنين، هذا ما تعارض مع دراسة (Sawair) عام 2010 الذي لم يجد فارق مهم في حدوث القرحات بين المدخنين وغير المدخنين [19]، وخلافاً لذلك قال (Subramanyam) أن القرحات القلاعية تتشكل على المخاطية غير المقترنة ومن غير المرجح ان ترى عند غير المدخنين، ويقترح فرضية أن طبقة الكيراتين تكبح تسرب المستضدات وتمنع تشكل القرحات القلاعية على الغشاء المخاطي، وبالمثل فإنه من المعروف أن منتجات احتراق التبغ تسبب تقرن الغشاء المخاطي، بالإضافة إلى ذلك فإن النيكوتين أو منتجات استقلابه تؤدي إلى انخفاض السيوكينات المسببة للالتهابات مثل عامل تنخر الورم ألفا والانتروكينات 1,6 وزيادة الستوكينات المضادة للالتهاب الخلوي (الانتروكين 10)، ونتيجة لذلك فإن هناك انخفاض في قابلية الإصابة بالقرحات القلاعية بسبب كبح المناعة أو الانخفاض في الاستجابة الالتهابية [20].

انحصرت الإصابة بالتهاب الفم النيكوتيني عند نسبة من مدخني السجائر في العينة 5%، حيث أنه تقرن مرتبط بنواتج احتراق التبغ والتي يتم تصفية جزء كبير منها ومن حرارتها في ماء النرجيلة.

والتي أشارت إلى انخفاض نسبة التدفق اللعابي عند المدخنين مع عدم وجود فرق معنوي في قاعدية اللعاب بين المدخنين وغير المدخنين [34].

وبالمقارنة بين النرجيلة والسجائر، كانت أعراض جفاف الفم ونقص التدفق اللعابي أكثر عند مدخني السجائر منه عند مدخني النرجيلة.

استناداً لما سبق يمكن أن نقول أن لكلا النوعين المدروسين من التدخين تأثيرات سلبية عديدة على الصحة الفموية، وبالرغم من أن درجة تأثير تدخين السجائر كانت أكبر على البخر الفموي، وأمراض النسيج حول السنينة، والنخر السنيني، والتصبغات السنينة واللثوية، والتدفق اللعابي وجفاف الفم؛ إلا أنه لا يمكننا أن نقول أن تدخين النرجيلة يشكل بديلاً آمناً عن تدخين السجائر. حيث كان لتدخين النرجيلة تأثيرات سلبية على الصحة الفموية بالمقارنة مع غير المدخنين، ولو بدرجة أقل من تدخين السجائر، إضافةً إلى أنها تزيد من خطورة انتقال الإبتان، حيث أنها تُمارس بشكل كبير في الأماكن العامة، كما يتوافق هذا النوع من التدخين بعادات فموية مثل حمل الأنبوب بالأسنان أثناء لعب الورق، أو العض على القطعة البلاستيكية، الأمر الذي يساهم بتطور التهاب النسيج حول السنينة الموضوع.

### المراجع:

- [1]. WHO, *Smoking Statistics*. 2016.
- [2]. Control, W.H.O.a.R.f.I.T., *WHO report on the global tobacco epidemic*. World Health Organization, 2015.
- [3]. Ward, K.D., et al., *The tobacco epidemic in Syria*, in *Tob Control*. 2006. p. 24-9.
- [4]. Savan B Shah, I.G., Michael AO Lewis, 'Hubble-Bubble Leads to Trouble' – *Waterpipe Smoking and Oral Health*. Dent Update, 2013(40): p. 800–804.
- [5]. Thomas Eissenberg, P., Alan Shihadeh, ScD, *Waterpipe Tobacco and Cigarette Smoking Direct Comparison of Toxicant Exposure*. Author Manuscript, 2009(37): p. 518–523.
- [6]. Mary P. Martinasek, M., CHES, Robert J. McDermott, PhD, FAAHB, Leila Martini, MPH, MLS, *Waterpipe (Hookah) Tobacco Smoking Among Youth*. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 2011(41): p. 34-57.
- [7]. Wigand, J.S., *Additives, Cigarette Design and Tobacco Product Regulation*. 2006, World Health Organization.

كما ان فقد الارتباط والحاجة لمعالجة حول سنينة شاملة ارتبطت بتدخين السجائر، وازدادت بازدياد عدد السجائر، بينما كانت الإصابة عند مدخني النرجيلة متوسطة الدرجة (تراكم قلع والتهاب لثوي مع عدم وجود خسارة في الارتباط) عند معظم الحالات، أي أن تدخين السجائر كان له الأثر الأكبر على استجابة المضيف والفلورا الفموية والآليات الدفاعية.

كما بينت الدراسة أن الإصابة بالمرض حول السنينة تركزت عند مدخني النرجيلة في المنطقة الأمامية (46%)، ويمكن تفسير ذلك بالمرض الميكانيكي والاحتكاك بالقصبة أو بالأنبوب البلاستيكي المستخدم في القطعة الفموية والذي تكلم عنه (Savan B Shah) عام 2013، كما تراقف تدخين النرجيلة بعادات سيئة مثل حمل الأنبوب بالأسنان أثناء لعب الورق، أو العض على القطعة البلاستيكية، مما قد يساهم بتطور التهاب النسيج حول السنينة الموضوع.

### علاقة التدخين مع جفاف الفم والتدفق اللعابي:

بينت الدراسة نقصان التدفق اللعابي وازدياد أعراض جفاف الفم عند المدخنين من النوعين، ولم تتوافق هذه النتائج مع (Heintze) الذي أشار إلى أن التدخين طويل الأمد يظهر عدم التأثير على تدفق الغدد اللعابية، ولكنه يؤدي إلى زيادة تعداد الجراثيم اللعابية متمثلة في العصيات اللبنية والمكورات العقدية وهذه الزيادة كانت مرتبطة ارتباطاً إيجابياً بكمية التدخين، كما وجد أن القوة الدارئة لللعاب كانت أقل عند المدخنين [26]، كما لم تتوافق هذه النتائج مع دراسة (Parvinen) الذي لم يجد تأثير للتدخين على التدفق اللعابي وجفاف الفم، ولكنه أوضح أنه خلال المدة الطويلة للتدخين فإن المدخنين يكون لديهم pH منخفضة في اللعاب.

في حين توافقت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (Maryam Rad) في عام 2011، والتي أشارت إلى انخفاض التدفق اللعابي الفموي بشكل هام احصائياً عند المدخنين، إضافة إلى أن نسبة عالية من المدخنين كانوا يعانون من واحد من أعراض جفاف الفم على الأقل، بالمقارنة مع غير المدخنين [18]، كما اتفقنا مع نتائج دراسة (Hawraa Khalid Aziz) عام 2010

- whole saliva of cigarette smokers and non-smokers. *European Journal of Oral Sciences*, 1984. 92(4): p. 294-301.
- [27]. Borojevic, T., Smoking and periodontal disease. *Mater Sociomed*, 2012. 24(4): p. 274-6.
- [28]. Moimaz ,S.A.S., et al., Smoking and periodontal disease: clinical evidence for an association. *Oral health & preventive dentistry*, 2009. 7(4).
- [29]. Hugoson, A. and M. Rolandsson, Periodontal disease in relation to smoking and the use of Swedish snus: epidemiological studies covering 20 years (1983–2003). *Journal of clinical periodontology*, 2011 . :9)38p. 809-816.
- [30]. Torrungruang, K., et al., Association between cigarette smoking and the intraoral distribution of periodontal disease in Thai men over 50 years of age. *Journal of investigative and clinical dentistry*, 2012. 3(2): p. 135-141.
- [31]. Jogezeai, U., A. Maxood, and N.A. Khan, Comparison of periodontal health status of smokers versus non-smokers. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 2013. 25(1-2): p. 183-186.
- [32]. Petrovic, M., et al., Comparative analysis of smoking influence on periodontal tissue in subjects with periodontal disease. *Materia socio-medica*, 2013. 25(3): p. 196.
- [33]. Bergstrom, J., Smoking rate and periodontal disease prevalence: 40-year trends in Sweden 1970–2010. *Journal of clinical periodontology*, 2014. 41(10): p. 952-957.
- [34]. Aziz, H.K., Caries experience in relation to the tea consumption and salivary parameters among the smokers and non-smokers patients. *Journal of Kerbala University*, 2010. 8(2): p. 70-78.
- [8]. Doll, R., et al., Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 2004(328): p. 1519.
- [9]. Fielding, J.E., Smoking: health effects and control (1). *N Engl J Med*, 1985. 313(8): p. 491-8.
- [10]. Fielding, J.E., *Smoking: health effects and control* (2). *N Engl J Med*, 1985. 313(9): p. 555-61.
- [11]. Wald, N.J.a.A.K.H., *Cigarette smoking: an epidemiological overview*. *Br Med Bull*, 1996. 52(1): p.11-3 .
- [12]. Winn, D.M., *Tobacco use and oral disease*. *Dent Educ*, 2001. 65(4): p. 306-12.
- [13]. Vainio, H., *Is passive smoking increasing cancer risk?* 1987.
- [14]. Barmes, D., *CPITN--a WHO initiative*. *International dental journal*, 1994. 44(5 Suppl 1): p. 523-525.
- [15]. Organization, *Oral health surveys basic methods*. Geneva, ed. 4. 1997.
- [16]. Fox, P.C., K.A. Busch, and B.J. Baum, Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. *The Journal of the American Dental Association*, 1987. 115(4): p. 581-584.
- [17]. Johnson, N.W.a.C.A.B., *Tobacco and oral disease. EU-Working Group on Tobacco and Oral Health*. *Br Dent* 2000. 189(4): p. 200-6.
- [18]. Rad, M., et al., *Effect of long-term smoking on whole-mouth salivary flow rate and oral health*. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects*, 2011. 4(4): p. 110-114.
- [19]. Sawair, F.A. „Does smoking really protect from recurrent aphthous stomatitis? Therapeutics and clinical risk management, 2010. 6: p. 573-577.
- [20]. Subramanyam, R., *Occurrence of recurrent aphthous stomatitis only on lining mucosa and its relationship to smoking—A possible hypothesis*. *Medical hypotheses*, 2011. 77(2): p. 185-187.
- [21]. Divaris, K., et al., *Risk factors for third molar occlusal caries: a longitudinal clinical investigation*. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2012. 70(8): p. 1771-1780.
- [22]. Liu, L., et al., Prevalence and correlates of dental caries in an elderly population in northeast China. *PLoS One*, 2013. 8(11): p. e78723.
- [23]. Bernabé, E., et al., *Daily smoking and 4-year caries increment in Finnish adults*. *Community dentistry and oral epidemiology*, 2014. 42(5): p. 428-434.
- [24]. Tomar, S.L.a.S.A., *Smoking-attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey*. *J Periodontol*, 2000. 71(5): p. 743-51.
- [25]. PARVINEN, T., *Stimulated salivary flow rate, pH and lactobacillus and yeast concentrations in non-smokers and smokers*. *European Journal of Oral Sciences*, 1984. 92(4): p. 315-318.
- [26]. HEINTZE, U., Secretion rate, buffer effect and number of lactobacilli and Streptococcus mutans of

#### منشورات المؤلف (د. مضر أحمد) :

- [1]. Issa, N., Bahrli, N., Ahmad, M. (2015). The Effect of Implant Neck Design on the Crestal Bone Levels that Support the Tissue Around the Implant–Restoration. *American Journal of Biomedical and Life Sciences*, Vol. 3 (4), pp. 75-83.
- [2]. Moussa, N., Ahmad, M., Ibrahim, W. (2015). Self Medication with Antibiotics in Lattakia City. *Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies*, Vol. 37(3), pp.147-157.
- [3]. Ahmad, M., Sweed, E. (2018). Effect Of Finishing Line Shape And Type Of Impression Material On The Marginal Adaption. *Damascus University Journal for Medical Sciences*.
- [4]. Ahmad, M., Sweed, E. (2019). A Comparative in Vivo Study between Press on Metal Ceramic (POM) with Conventional Ceramic Over Metal to Assist the Bond Strength for the Two Ceramics. *Damascus University Journal for Medical Sciences*.
- [5]. Ahmad, M., Sweed, E. (2019). A Comparative in Vivo Study between Press on Metal Ceramic (POM) With Conventional Ceramic Over Metal to Assist the



JAMU

## الملحق رقم (1)

- اسم المريض: \_\_\_\_\_
- العمر: \_\_\_\_\_
- المهنة: \_\_\_\_\_
- العنوان: \_\_\_\_\_
- رقم الهاتف: \_\_\_\_\_
- ملاحظات: \_\_\_\_\_
  - النخر السني: \_\_\_\_\_
  - مشعر DMFT: \_\_\_\_\_
  - ملاحظات: \_\_\_\_\_
  - التصبغات على الأسنان واللثة: \_\_\_\_\_
  - ملاحظات: \_\_\_\_\_

### التدفق اللعابي وجفاف الفم: \_\_\_\_\_

1. هل تقوم برشف السوائل للمساعدة في بلع الأطعمة الجافة؟
  2. هل تشعر بجفاف في فمك عند تناول وجبة ما؟
  3. هل تواجه صعوبات في بلع أي من الأطعمة؟
- ❖ هل تشعر بجفاف في فمك في الليل أو عند الاستيقاظ؟
  - ❖ هل تشعر بجفاف في فمك في أي وقت آخر من اليوم؟
  - ❖ هل تضع كأس من الماء بجانب سريرك عادة؟
  - ❖ هل تقوم بمضغ العلكة يومياً لتخفف من جفاف الفم؟
  - ❖ هل تستخدم الحلوى الصلبة أو حلوى النعناع يومياً لتخفف من جفاف الفم؟
- ملاحظات إضافية: \_\_\_\_\_

- هل تتعاطى الكحول؟
- هل تعرضت لمرض سابق على الرأس أو العنق؟
- هل تضع جهاز تعويضي متحرك؟
- هل تخضع حالياً لمعالجة تقويمية؟
- هل أنت حامل؟
- هل تعرضت لمعالجة شعاعية سابقة؟
- هل تعاني من أمراض عامة مزمنة؟
- هل تخضع حالياً لمعالجة دوائية؟
- هل تعاني من أمراض في الغدد اللعابية؟
- ملاحظات: \_\_\_\_\_

### التدخين: \_\_\_\_\_

- مدخن \_\_\_\_\_
- غير مدخن \_\_\_\_\_
- نوع التدخين: نرجيلة \_\_\_\_\_ سجائر \_\_\_\_\_
- تكرار التدخين: \_\_\_\_\_

### طرق العناية الفموية وتكرارها: \_\_\_\_\_

البخر الفموي أو الطعم غير المستحب: \_\_\_\_\_

فحص الشفاه والمخاطية الفموية واللسان: \_\_\_\_\_

النسج حول السنية: \_\_\_\_\_

• مشعر الحاجة للمعالجة حول السنية CPITN: \_\_\_\_\_