



جامعة المنارة الخاصة
كلية طب الأسنان

العادات الفموية السيئة والوقاية منها

DR. MOHAMMAD OMAR ALBABA
A PROFESSOR IN ORAL AND ORTHODONTIC DENTISTRY

*Faculty of dentistry
Al manara university*

Prof.dr moh baba

<https://manara.edu.sy/>



العادة: هي تكرار مستمر لعمل إرادي في البداية يتحول فيما بعد لعمل سلوكي غير إرادي.
وينظر إليها الكثير من علماء النفس على أنها ممارسات متكررة هدفها التفريغ عن التوترات الداخلية عند الطفل او البالغ .
عند التعامل مع أي عادة يجب أن نطرح بعض الأسئلة:
لماذا اكتسب الطفل هذه العادة؟
هل العادة طبيعية في هذا العمر؟
ما مدى ضرر العادة واستمرارها؟
ما الوقت الذي يجب أن يقلع فيه الطفل عن هذه العادة ؟
فعلى سبيل المثال فإن عادة مص الإصبع بعمر السنتين إلى ثلاث سنوات أمر طبيعي لكن لا تترك العادة حتى عمر 3 سنوات لأنه كلما استمر الطفل بالعادة السيئة أصبح ترك العادة أصعب

صفات العادة:

مدتها: ما هي الفترة الزمنية التي استمر الطفل فيها في ممارسة هذه العادة؟ حيث أن المدة تتناسب طرداً مع الضرر الناتج.

تكرارها: هل تكرار العادة خلال النهار أم خلال الليل فقط. حيث أن تكرار العادة يتناسب طرداً مع الضرر الناتج.

شكلها واتجاهها: هل يستعمل الإبهام في عملية المص مما يؤدي لحدوث عضة مفتوحة، أم يستعمل السبابة مما يؤدي لبروز الفك السفلي، وهل تتركز عملية المص على المنطقة الأمامية أو الجانبية الشدة: هل تمارس هذه العادة بنشاط وفعالية.

تعتبر هذه الحالة من العادات الشائعة عند الأطفال خاصة خلال السنوات الأولى من العمر وإن غالبية الباحثين ينظرون إليها على أنها مطلب فيزيولوجي يحتاجه الطفل (خاصة عند الأطفال ذوي الرضاعة غير الطبيعية).

وذلك لتغطية الشعور بالشبع ولتعويض عما فقده الطفل بسبب حرمانه من الرضاعة الطبيعية من ثدي أمه، فهي إذاً متطلب فيزيولوجي في بعض الأحيان طالما أنها تحدث في المراحل الأولى لنمو الطفل.

إلا أن استمرار هذه العادة لفترة متأخرة وخلال بزوغ الأسنان الدائمة يؤدي إلى أشكال مختلفة من سوء الإطباق .



Prof.dr moh baba



Prof.dr moh baba

أسباب عادة مص الأصبع:

- 1 - العامل النفسي .
- 2 - دور الرضاعة الصناعية .
- 3 - ولادة طفل جديد والاهتمام الزائد به.
- 4 - عدم كفاية حليب الأم وعدم الاستعانة بحليب اصطناعي وشعور الطفل بالجوع
- 5 - موقف الأهل غير المتفهم لطبيعة العادة وأساليب كبحها .
- 6 - دخول الطفل المدرسة ومقابلة المجتمع الجديد .
- 7 - قد تبدأ مع البرزوغ كمساعدة في تدليك اللثة وتتوقف بعده.
- 8 - الطفل الذي عوقب على مص اصبعه واذا اخمدت هذه العادة بقوة غالبا ما تنشأ عادة بديلة.

أكثر حالات سوء الإطباق التالية لعادة مص الإصبع:

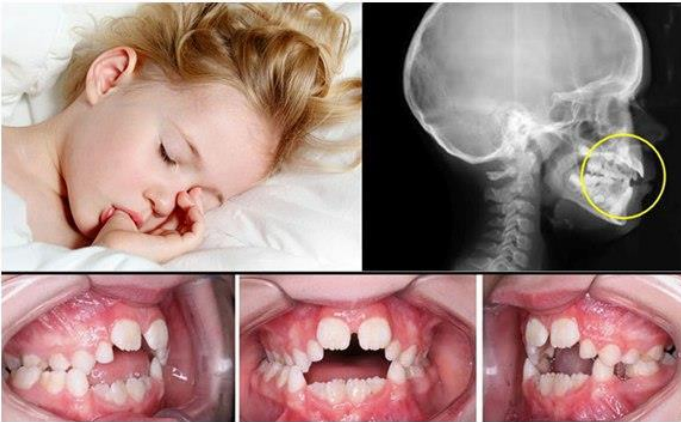


1 - بروز سنخي علوي وميلان القواطع العلوية نحو الشفهي (بسبب قوى الضغط الحنكية الشديدة التي تعانيها الأسنان الأمامية في الفك العلوي، بالإضافة إلى وهن الشفة العلوية الناتج عن عادة المص).

2 - تراجع سنخي سفلي وميلان القواطع السفلية نحو اللساني بالإضافة إلى تسطح في القوس السفلية في المنطقة الأمامية (حيث تضغط القواطع في الفك السفلي باتجاه لساني وبشكل ذروي).

3 - عضة مفتوحة أمامية وتشوه مقدمة الفك العلوي، كما تتطور عند الطفل عادة الدفع اللساني أي اندفاع اللسان نحو الأمام وهذا الوضع يزيد من تفاقم العضة المفتوحة.

4 - تضيق القوس السنية العلوية وعضة معكوسة خلفية (حيث أن وجود الإصبع في منطقة قبة الحنك يجعل اللسان ينزاح إلى منطقة قاع الفم وبالتحديد بين الأسنان الخلفية، وهذا ما ينتج عنه نقص في الدعم اللساني للأرحاء في الفك العلوي مما يؤدي إلى تضيق الفك العلوي).



عضة مفتوحة أمامية





المعالجة: يتطلب ذلك تعاون بين:
- الأهل.
- طبيب أسنان أخصائي وقاية وتقويم.
- طبيب الأطفال الأخصائي بعلم النفس



هناك مناهج مختلفة للعلاج معتمدة على رغبة ال طفل بإيقاف العادة:
1 - النصيحة
2 - المعالجة التذكيرية
3 - أنظمة الجوائز
4 - المعالجة الإضافية (المساعدة)



. النصيحة: أبسط طريقة قابلة للتطبيق ولكنها الأقل شيوعاً. تتضمن مناقشة بين طبيب الأسنان والمريض حول المشاكل الناتجة عن العادة وتأثيراتها على النواحي الجمالية. تكون هذه الطريقة هي المسعى الأفضل عند الأطفال الأكبر الذين يستطيعون إدراك مفهوم القضية والذين يمكن أن يشعروا بالضغط الاجتماعي لإيقاف العادة.

2 . المعالجة التذكيرية:

وهي الطريقة الثانية، تكون ملائمة لهؤلاء الذين يرغبون بإيقاف العادة ولكن يحتاجون بعض المساعدة.
*الضماد اللاصق المثبت على الإصبع لتذكير الطفل بعدم مص الإصبع والحد من التمتع بها .

* وضع قفاز أو جراب لتغطية أصابع اليد يكون مفيداً خلال ساعات الليل.
* طريقة أخرى هي طلاء مادة مرة متوفرة تجارياً على الأصابع التي تمص.



Prof.dr moh baba



- 3 . أنظمة الجوائز: الطريقة الثالثة في علاج العادات الفموية .
وهي عبارة عن عهد بين الأهل والطفل أو بين طبيب الأسنان والطفل. يذكر أن
الطفل لن يستمر في العادة
خلال فترة محددة من الزمن وبالمقابل سوف يتلقى جائزة.
لا يطلب أن تكون الجائزة باهظة ولكن يجب أن تكون متميزة بشكل كافي لتحفيز
الطفل.
كلما كانت الضمانات التي أخذها الطفل أكثر كلما كانت الفرصة أكبر للنجاح.
يمكن أن يتم التشارك بين المعالجة التذكيرية وأنظمة الجوائز لتأمين إمكانية النجاح.
4 . المعالجة الإضافية (المساعدة): إذا استمرت العادة بعد المعالجة التذكيرية
والجوائز، يمكن أن
تستخدم المعالجة المساعدة التي تتضمن طريقة الكبح الفيزيائي للعادة وتذكير
المريض.



- يتضمن هذا النمط من العلاج عادة:
- * جبيرة لمنع الطفل من ثني المرفق أو تعليق كم الطفل الرضيع إلى جانبه.
 - * استخدام ضماد مرن واسع ملفوف حول المرفق يمنع انثناء الذراع.
 - وضع هذا الضماد عادة خلال الليل فقط ولمدة 6 إلى 8 أسابيع ينبغي أن تكون كافية
- * يجب أن نفهم الطفل أن هذه الإجراءات هي من أجل مساعدته وليست عقابا

مص الشفة السفلية:

إن عادة مص الشفة السفلية تنتج عن عادة البلع الطفلي الذي يؤدي لفعالية شاذة للعضلة الذقنية مسببة عادة مص الشفة السفلية خلف السطوح الحنكية للقواطع العلوية. الشكل الأكثر شيوعا لمص الشفة هو وضع الشفة السفلية خلف القواطع العلوية يطبق هذا قوة لسانية مباشرة على الأسنان السفلية وقوة شفوية على الأسنان العلوية. تكون النتيجة بروز القواطع العلوية وتراجع القواطع السفلية وزيادة البروز . تكون هذه المشكلة أكثر شيوعا في الإنسان الدائم والمختلط .

العلاج:

- صفيحة دهليز الفم.

- كابح عض الشفاه (Lip Biting Inhibitor) وهو عبارة عن قوس دهليزي مع إكريل وأطواق على الأرحاء الخلفية)

استطبابات الصفيحة الدهليزية :

- 1 - التنفس الفموي الاعتيادي .
- 2 - القضاء على العادات الفموية السيئة (مص الاصبع، مص وعض الشفة) .
- 3 - المعالجة المبكرة لحالات الصنف الثاني والعضة المفتوحة .
- 4 - الوضعية غير الفيزيولوجية للشفاه واللسان .
- 5 - التوضع الشاذ للقواطع.

قضم الأظافر:

هي عادة طبيعية قد تتطور بعد عمر مص الأصبع، غالبا ما ينتقل الطفل من مرحلة مص الإبهام إلى قضم الأظفر وهي حالة نادرة لكنها موجودة عند الأطفال وهي تعبر عن توتر وقلق نفسي عند الطفل وغالبا ما تشاهد عند الأطفال الحساسين أو الخجولين.

تؤدي هذه العادة إلى:

- تراكم الأسنان وانفتال في الرباعية العلوية وقد تؤدي لسوء إطباق.
- عضه مفتوحة.
- عضه معكوسة
- وتؤثر نفسيا على الطفل

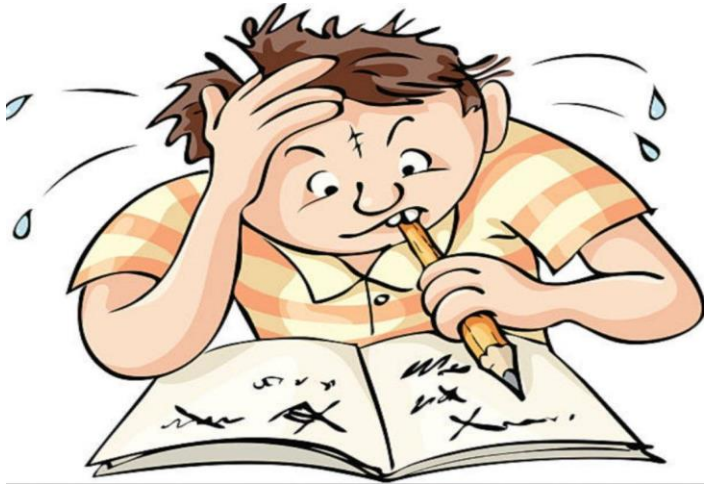


Prof.dr moh baba

عض القلم: عند طلاب المدارس في المراحل الأولى وتؤدي إلى شذوذ في وضع السن المطبق عليه القلم .

التدبير:

- 1 - التشجيع على ترك هذه العادة.
- 2 - المعالجة باستخدام الروزنامة.
- 3 - الشريط اللاصق .





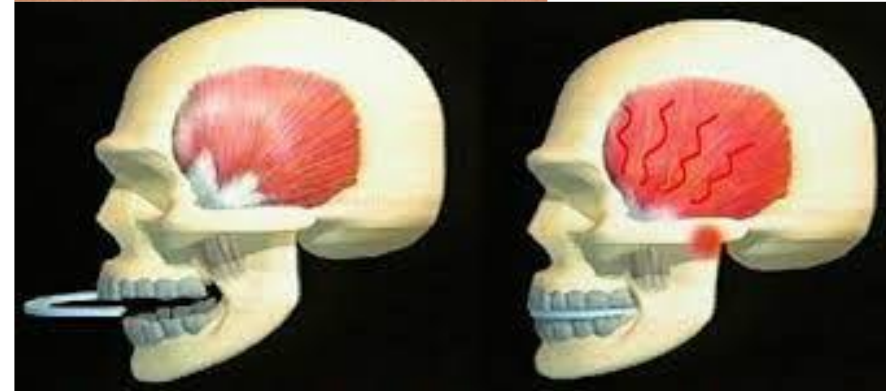
Is The Habit
Of 'Bruxism'
Harmful?



صرير الأسنان: هو عمل غير إرادي يحدث خلال الليل أثناء النوم ويمكن أن يشاهد عند الاستيقاظ ويكون قويا حيث يمكن سماع أصواتها المزعجة من مسافة بعيدة، ويؤدي ذلك إلى الضغط على الأسنان العلوية والسفلية وحدوث انسحال غير طبيعي للسطوح الطاحنة يؤدي إلى

- نقص في البعد العمودي.
- ألم في منطقة المفصل الفكي الصدغي.
- وقد يترافق مع بعض الأمراض: - كالصرع.
- الاضطرابات المعدية والمعوية،
- التهاب السحايا،
- اختلاجات تشنجية في الوجه والأطراف

Prof.dr moh baba



العلاج:

إن اغلب حالات صرير الأسنان لا تحتاج إلى أي علاج والشئ المطمئن للوالدين هو أن الصرير يصبح أقل شيئاً فشيئاً بين عمر 6 - 9 سنوات ويتوقف الأطفال عن الصرير بين عمر 9 - 12 سنة.

أما في حال ظهور تآكل كبير في الأسنان فيجب إعادة البعد العمودي للوجه وقد نستخدم الجبائر وأحياناً

نحتاج إلى وضع جهاز خاص يسمى واقى الفم (الحارس الليلي) يقوم الطفل بارتداء هذا الجهاز أثناء النوم ويعمل

هذا الجهاز على منع حدوث تشابك بين الأسنان وبالتالي إيقاف تآكل الأسنان. من سلبيات واقى الفم أن الطفل

قد يتعرض إلى خطر الاختناق إذا تحرك الجهاز من مكانه أثناء النوم كما أن وجوده من الممكن أن يتعارض مع نمو الفكين.

البلع الطفلي عند الرضيع:

في الرضاعة يكون دور الرضيع هو تحفيز العضلات الملساء للثدي للتقلص وضخ الحليب في فمه وتتألف الرضاعة من حركات عض صغيرة للشفاه، وهو فعل منعكس عند الأطفال. وعندما يتم تدفق الحليب في الفم، فمن الضروري أن يقوم الرضيع بعمل اخدود في اللسان والسماح بتدفق الحليب إلى الخلف نحو البلعوم والمريء ويجب أن يتوضع اللسان نحو الأمام بتماس مع الشفة السفلية. هذا التسلسل للأحداث يعرف بالبلع الطفلي الذي يتميز ب:

- تقلصات نشطة في عضلات الشفتين .
- اندفاع قمة اللسان نحو الأمام وتماسها مع الشفة السفلية من أجل سد أمامي للحفرة الفموية أثناء البلع.
- نشاط قليل للجزء الخلفي من اللسان أو عضلات البلعوم.

Tongue-to-lower lip apposition هو أمر شائع جدا في الأطفال الرضع حتى أنه يتم التكيف مع هذا الوضع عادة أثناء الراحة وأنه من الممكن في كثير من الأحيان عند تحريك شفة الطفل ملاحظة تحرك قمة اللسان معها كما لو كان الاثنان وحدة سوية. منعكس الرضاعة والبلع الطفلي تختفي عادة خلال السنة الأولى من الحياة .

تراجع البلع الطفلي:

مع نضوج الطفل يحدث زيادة في نشاط العضلات الرافعة للفك السفلي أثناء عملية البلع. ومع إضافة الأطعمة الصلبة وشبه الصلبة إلى النظام الغذائي، يكون من الضروري للطفل استخدام اللسان بطريقة أكثر تعقيدا لجمع اللقمة، وضعها على طول منتصف اللسان، ونقله نحو الخلف.





في الوقت الذي تبدأ فيه الأرحاء المؤقتة بالبزوغ تصبح الحركات الأكثر تعقيدا للجزء الخلفي من اللسان تنتج انتقال مؤكد إلى ما بعد البلع الطفلي.

إن استمرار البلع الطفلي بعد سن 2.5 - 3 سنوات يعتبر شذوذا حتى يعد البلع الطفلي طبيعيا حتى قبل بزوغ الأسنان المؤقتة.

يسبب البلع الطفلي فقدان التوازن العضلي الفيزيولوجي بين عضلات اللسان من جهة وعضلات الشفاه والمبوقة من جهة ثانية، ضغوط شاذة على الأقواس السنية .

في المراحل الأولى من الرضاعة يمتد اللسان نحو الأمام لإغلاق الفوهة الأمامية، لكن مع بزوغ الأسنان وحيث أنها تتوضع على العظم السنخي تحت تأثير مجموعة عضلية خارج فموية " الشفاه والخد " وداخل فموية " اللسان " وبالتالي استمرار البلع الطفلي يؤدي إلى تطبيق قوة كبيرة من قبل اللسان وبالتالي فقدان التوازن العضلي الفيزيولوجي.



أسباب استمرار البلع الطفلي:

تأخر النضج والتطور العصبي العضلي.
تأخر التطور والنضج النفسي والعاطفي.
عادات مص الإصبع ودفع اللسان والرضاعة الاصطناعية .
وجود لوزات متضخمة تدفع اللسان نحو الأمام.
السقوط المبكر للأسنان المؤقتة وتطور أوضاع شاذة للسان والشفاه
الأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة) ومن الصعوبة بمكان التعامل مع هذا النمط
(من المرضى)



الأعراض السريرية للبلع الطفلي:

اندفاع اللسان الأمامي أو الجانبي وتوضعه بين الأقواس السنية ، عضة مفتوحة.
تقلص واضح للعضلات الشفوية وحول الفموية (خاصة الذقنية) " علامة سريرية هامة للبلع الطفلي ".
ضغط ذروة اللسان على السطح الحنكي للقواطع العلوية، فراغات بين الأسنان



الشذوذات الناجمة عن البلع الطفلي:

عضة مفتوحة أمامية أو جانبية .
اختلال التوازن العضلي الفيزيولوجي بسبب دفع اللسان نحو الخارج وبالتالي بروز
الأسنان العلوية وميلانها
الشفوي .

وجود فراغات بين الأسنان الأمامية العلوية.

- معظم الأشخاص ذوي نموذج البلع الطبيعي حيث ذروة اللسان تتوضع على
منطقة التجميعات الحنكية

يبدلون قوة (100 غ) تقريبا باتجاه الأعلى ثم إلى الخلف بينما في نموذج البلع
الشاذ يمكن أن تبذل قوة حوالي
(500 غ) باتجاه الأسنان الأمامية .



عادات البلع الشاذة تؤدي إلى:

- مشاكل في النطق.
 - تؤثر على تطور البزوغ الطبيعي للأسنان وتسبب حالات سوء اطباق حقيقية .
 - وتؤثر على استقرار نتائج المعالجة التقويمية .
- في البلع الخاطئ تشترك العضلات الوجهية في الية البلع اللعابي. يندخل اللسان بين الاسنان ويطبق قوة ضغط كبيرة. تتماس الشفاه بشكل واضح. لا تلاحظ حركة الغضروف الحنجري بشكل واضح. تتطلب عملية البلع زمن اطول من البلع الصحيح.



التنفس الفموي:

التنفس عن طريق الفم بدلا من الأنف يمكن أن يغير من وضعية كلا من الرأس، والفك، واللسان. وهذا بدوره يسبب تغيرا في توازن الضغوط المطبقة على الفكين والأسنان وتؤثر على كل من نمو الفك وتوضع الأسنان . من أجل التنفس عن طريق الفم يكون من الضروري خفض الفك السفلي واللسان وتقديم الرأس. إذا تم الحفاظ على هذه التغيرات في الوضعية سوف تؤدي إلى: زيادة في ارتفاع الوجه . زيادة بزوغ الأسنان الخلفية . الفك السفلي سيدور إلى الأسفل والخلف. تطور عضة مفتوحة أمامية وزيادة في البروز . حدوث ضغط متزايد من الخدين قد يسبب تضيق القوس السنية العلوية.



أسباب التنفس الفموي:

1. الأمراض التنفسية المزمنة يمكن أن تنتج من التهاب الغشاء المخاطي الأنفي لفترة طويلة والمرتبطة بالحساسية أو العدوى المزمنة .
- 2 . انسداد ميكانيكي في أي مكان داخل الجهاز التنفسي الأنفي من فتحتي الأنف إلى المنخران .
3. اللوزات البلعومية أو الزوائد الأنفية عادة ما تكون كبيرة لدى الأطفال، وقد تسبب عرقلة جزئية قد تساهم في تطور التنفس الفم لدى الأطفال .
4. كسور أو رضوض أو انحرافات وتيرة الأنف.
5. أورام عظمية أو ليفية في الحفرة الأنفية .
- 6 . الشذوذات الوظيفية أو التشريحية للسان ولاسيما ضخامة اللسان.

العلامات السريرية للتنفس الفموي:

- تضيق فوهتي الأنف .
- ضيق التنفس ليلا مع الشخير
- التهابات الجيوب المزمنة أو الزكام المتكرر .
- انتانات متكررة للمجاري التنفسية.
- التهابات لثوية مترافقة مع ضخامة لثوية

الاضطرابات الناجمة عن التنفس الفموي:

- عضة مفتوحة بسبب التوضع المنخفض للسان.
- ضيق القوس السنية العلوية.
- تراكم الأسنان العلوية وبزوغ أو انطمار شاذ لبعض الأسنان.
- ميلان القواطع العلوية نحو الدهليزي بسبب وهن الشفاه .
- انحراف وظيفي للفك السفلي وعدم تناظر وجهي .



صفات الوجه المتر افقة مع التنفس الفموي:

- انكشاف مفرط للأسنان الأمامية العلوية والحواف اللثوية.
 - مقوية عضلية ضعيفة ووهن في العضلات.
 - طول وضيق الوجه مع ضيق الفتحات التنفسية .
 - الشفاه الواهنة والمترهلة والقصيرة.
- وقد وصف ريكتس مجموعة من العلامات السريرية للتنفس الفموي عام 1968 تحت اسم:
- (متلازمة إعاقة التنفس) وهي كالتالي:
- نموذج بلع طفلي .
 - ميل للعضة المفتوحة .
 - عضلة معكوسة خلفية أحادية أو ثنائية الجانب .
 - انحراف خفيف بالرأس نحو الخلف.
 - سوء إطباق صنف ثاني نموذج أول.
 - تضيق القوس السنية العلوية.
 - ازدحام بالقوس السنية العلوية والسفلية .
 - نموذج نمو شاقولي .

بشكل عام: الأطفال المصابون بالتنفس الفموي يملكون سحنة خاصة بهم ويعرفون مباشرة لدى دخولهم إلى العيادة حيث يكون الطفل غير سوي متطاوّل الوجه مصاب بالوهن، منحني الظهر، فمه مفتوح دائما بسبب ضغط الخدود على الفك العلوي، عضة معكوسة أحادية الجانب أو ثنائية الجانب .

غالبا لأطفال المصابون بالتنفس الفموي مصابون بدوران خلفي للفك السفلي بسبب كون الفم مفتوحا والتنفس من الفم وبالتالي بزوغ الأسنان الخلفية بشكل زائد دون الأسنان الأمامية، دوران الفك السفلي نحو الخلف، وجه طويل، وبسبب الضغط على الوجه وجه ضيق



جهاز تقويبي قابل للتمديد لمعالجة مشاكل التنفس أثناء النوم



علاج التنفس الفموي:

تحال الحالة إلى طبيب أذن أنف حنجرة لتشخيص حالات التنفس الفموي ومعالجتها بالوسائل الدوائية أو الجراحية الملائمة لتصحيح الحالة.

وبعد أن تتم المعالجة التصحيحية لإزالة العائق التنفسي يجب أن يحدد طبيب الأسنان الحاجة لجهاز تصحيح

العادة الفموية تبعاً لحالة الإطباق السني .

فيمكن استخدام جهاز الشاشة الفموية والذي يكون عبارة عن غمد إكريلي يتوضع ضمن منطقة الدهليز الفموي على نحو يسائر السطوح الدهليزية للأسنان العلوية والسفلية ويؤمن سداً محكماً للحفرة الفموية . يتم ارتداء جهاز الشاشة الفموية خلال النوم وخلال بعض ساعات النهار، ويزود في البداية ببعض الثقوب التي

تسد تدريجياً مع زوال عادة التنفس الفموي وتعود الطفل عملية التنفس عبر الأنف، كذلك يفيد جهاز الشاشة الفموية في تنشيط فعالية العضلات الشفوية، وتحسين مقويتها، ومنع عادة مص الشفة السفلية. كذلك يجب تحسين الحالة الوظيفية للشفاة الواهنة بواسطة التمارين الفيزيائية السابقة الذكر التي يؤديها الطفل بانتظام عدة مرات يومياً. وتهدف إلى تأمين الانغلاق الشفوي الطبيعي في أثناء التنفس.



Thank you



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY



Prof.dr moh baba

<https://manara.edu.sy/>