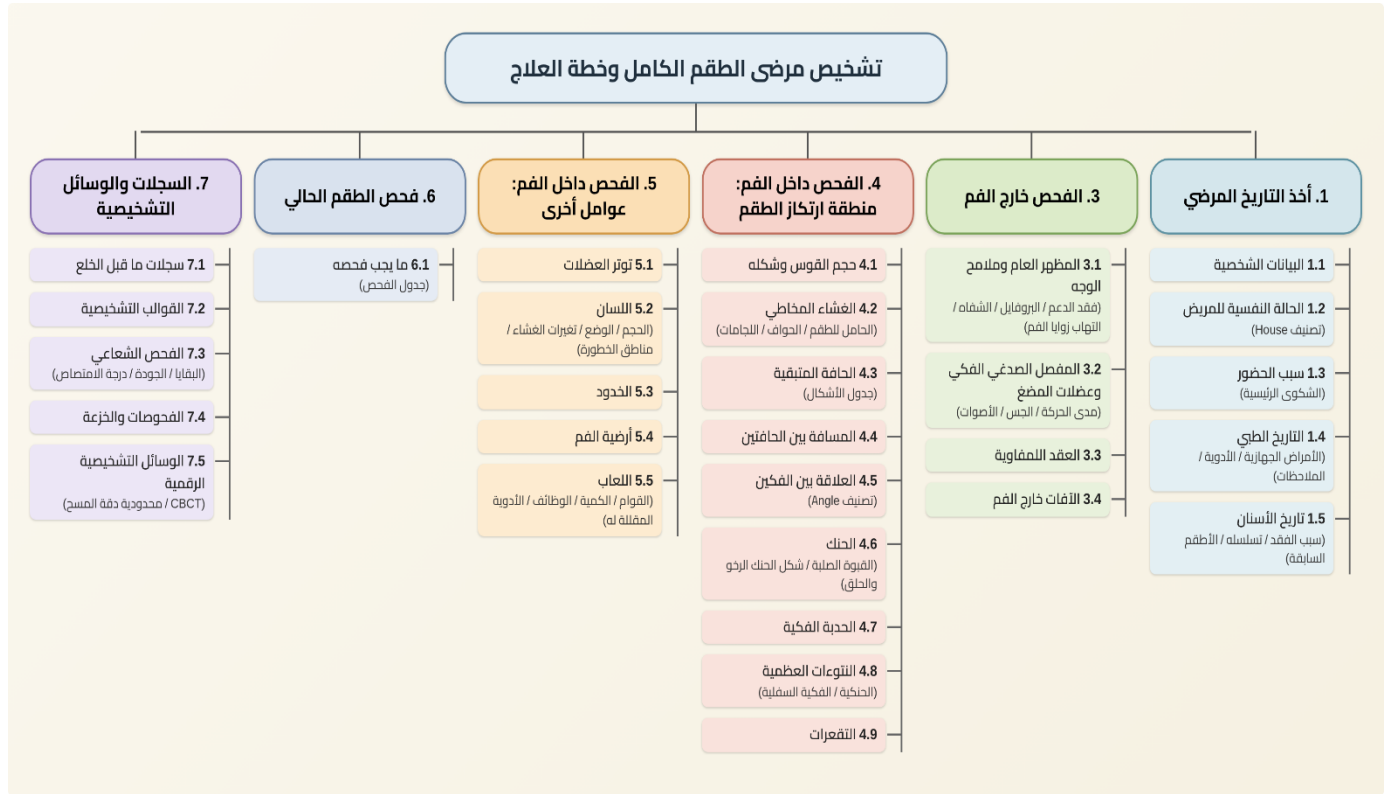


التشخيص لمرضى الأطقم الكاملة

التعويضات المتحركة (Removable Prosthodontics) — السنة الثالثة



التشخيص لمرضى الأطقم الكاملة

التعويضات المتحركة (Removable Prosthodontics) — السنة الثالثة

1. أخذ التاريخ المرضي (History Taking)

[1.1] البيانات الشخصية والاجتماعية

البند	الأهمية السريرية
الاسم، العنوان، الهاتف	للتواصل مستقبلاً وزيارات المتابعة (Recall).
العمر	المرضى الأكبر سناً: قدرة أقل على التعلم والتأزر الحركي، وتكيف أبطأ، وأنسجة أقل مرونة وأقل قدرة على التحمل. المرضى الأصغر سناً فاقدو الأسنان (غالباً بسبب مرض لثوي شديد أو مرض جهازى غير منضبط): يتكيفون أسرع، ويهتمون أكثر بالمظهر الجمالي. كما يوجه العمر اختيار الأسنان (اللون، الحجم، درجة التآكل).
الجنس	الإناث عادةً أكثر اهتماماً بالمظهر الجمالي. قد يسبب انقطاع الطمث (سن اليأس) متلازمة الفم الحارق، والتي كثيراً ما تنسبها المريضة إلى الطقم الجديد.
المهنة والمستوى الاجتماعي والاقتصادي	تؤثر في تصميم الطقم والتقنية المستخدمة. الخطباء والمتحدثون أمام الجمهور يحتاجون أطقماً ذات ثبات ممتاز مع شكل وسماكة حنكية صحيحة من أجل النطق. عازفو آلات النفخ يحتاجون تعديلاً في شكل الأسنان الأمامية وموضعها. كما تعكس المهنة موقف المريض والهدف الأساسي من الطقم.

[1.2] الحالة النفسية للمريض (Mental Attitude)

تُحدّد الحالة النفسية للمريض أثناء أخذ التاريخ والنقاش معه، وهي تؤثر في كلّ من الإنذار (Prognosis) وخطة العلاج (تصنيف House) [1].

النوع	الخصائص	طريقة التعامل	الإنذار
الفيلسوفي (Philosophic) — الباحث عن الحقيقة	عقلاني، هادئ، متعاون؛ يتقبل وضعه الفموي ونصيحة الطبيب؛ يتكيف بسرعة	شرح روتيني	ممتاز
المتطلب (Exacting) — كثير المطالب والانتقاد	يصعب إرضاءه؛ ينتقد كل شيء؛ قد يشكك في قدرة الطبيب؛ قد يحضر عدة أطقم سابقة	وقت وعناية وشرح إضافي؛ سيطرة حازمة؛ وضع حدود مبكراً — وقد يُرفض العلاج إذا كانت المطالب غير واقعية	جيد إذا أحسن التعامل معه
اللامبالي (Indifferent) — غير المهتم	سلبي، غير متحمس، قليل الاهتمام بالمظهر أو الصحة؛ غالباً ما تدفعه أسرته للعلاج؛ يستسلم بسرعة	التثقيف والتحفيز؛ إظهار فوائد العلاج	غير مرضٍ
الهستيرى / المتشكك (Hysterical) / (Skeptical) — المذعور	غير مستقر عاطفياً، سريع الانفعال، قلق؛ غالباً ضعيف الصحة مع شكاوى جهازية	اللطف والتعاطف، وقت أطول، تشخيص دقيق؛ استشارة طبية عند الحاجة	سيئ

ملاحظة من الأدلة العلمية — الحالة النفسية تتنبأ بالنتيجة. إن موقف المريض تجاه الأطقم، عند قياسه قبل العلاج، تنبأ بمدى رضاه عن الأطقم الجديدة [8]. كما ارتبط الرضا بمهارات التواصل لدى طبيب الأسنان [9]. لذا فتقييم الحالة النفسية أداة لتحديد الإنذار، وليس تصنيفاً أو وصمة للمريض.

[1.3] سبب الحضور (Reason for Attendance)

تُسجَل الشكوى الرئيسية بكلمات المريض نفسه. الأسباب الشائعة [1]:

- استعادة المظهر.
- استعادة الوظيفة (المضغ، الكلام).
- الحفاظ على الصحة.
- تعويض الأسنان المفقودة.
- استبدال التركيبات أو الأطقم القديمة.

[1.4] التاريخ الطبي (Medical History)

تؤثر الأمراض الجهازية في استجابة الغشاء المخاطي للطقم. ويُفضَّل تأجيل العلاج التعويضي حتى تتم السيطرة على المرحلة الحادة من المرض [1].

أ. الحالات الجهازية وتأثيرها على العلاج

الحالة	التأثير على علاج الطقم الكامل
داء السكري (Diabetes mellitus)	نقص إفراز اللعاب ← ثبات ونظافة أضعف. امتصاص عظمي أسرع ← الحاجة لتبطين متكرر (Relining). تُستخدم أسنان ذات سطح إطباق مُصَغَّر ومسافة راحة (Freeway space) أكبر [1].
اضطرابات الدم، نقص الفيتامينات	استجابة ضعيفة للغشاء المخاطي؛ يُعالج المريض بعد السيطرة على الحالة.
الاضطرابات الهرمونية (ضخامة الأطراف، فرط نشاط جارات الدرق)	الحاجة إلى تعديلات متكررة للطقم أو أطقم جديدة.
مرض باركنسون	ضعف القدرة على ارتداء الطقم والتحكم فيه.
اضطرابات المفصل الصدغي الفكي، التهاب المفاصل، ألم العصب الوجهي	صعوبة في تسجيل العلاقات الفكية.
العلاج الإشعاعي للرأس والعنق	جفاف الفم وهشاشة الغشاء المخاطي. يُوجَّل تركيب الطقم (سنة واحدة على الأقل بعد الإشعاع) ويُتجنَّب أي ضغط على الأنسجة.
الأدوية المضادة للامتصاص العظمي (البافوسفونات، الدينوسوماب)	رض الطقم عامل خطورة مُبْلَغ عنه للنخر العظمي للفك المرتبط بالأدوية [11] (MRONJ). الخطورة أعلى بوضوح لدى مرضى السرطان على جرعات عالية مقارنة بمرضى هشاشة العظام [12]. يجب ضمان قاعدة طقم جيدة الانطباق خالية من الضغط، مع متابعة دورية منتظمة.

ب. تصنيف الأمراض والأدوية حسب انعكاسها على العلاج [1]

الانعكاس على العلاج	أمثلة	الفئة
مكافحة عدوى صارمة	التهاب الكبد / اليرقان، فيروس نقص المناعة/الإيدز، السل	أمراض معدية خطيرة
تعديل الخطة؛ استشارة طبية	أمراض القلب، السكري، هشاشة العظام، الفصال العظمي	أمراض جهازية تعدل خطة العلاج
التأجيل خلال المرحلة الحادة؛ احتياطات قياسية	الإنفلونزا، التهاب الأنف، التهاب القصبات	أمراض معدية غير خطيرة
خطر النزف في الجراحة قبل التعويضية؛ جفاف الفم؛ تغيرات في الأنسجة	مضادات التخثر، الفينيتوين (Dilantin)، مدرّات البول، خافضات الضغط، العلاج الهرموني، الأدوية المثبطة للعاب، مضادات الامتصاص [11]	أدوية تعدل خطة العلاج

ج. الملاحظات العامة أثناء الزيارة

الملاحظة	الدلالة الصحية المحتملة	الأهمية للعلاج
مشية غير طبيعية	التهاب المفاصل، أمراض عصبية عضلية	مشاكل في الوضعية، ضعف التحكم العصبي العضلي، اضطراب المفصل الصدغي الفكي
زيادة الوزن	الأكل التعويضي، الضغط النفسي، الاكتئاب، العلاج الدوائي، السكري، ارتفاع الضغط	عدم تحمل وضعية الاستلقاء؛ استشارة طبية؛ تفاعلات مع المواد السنية
عيون حمراء أو جاحظة أو مصفرة	حساسية، أمراض الغدة الدرقية، أمراض الكبد	حساسية محتملة من المواد؛ تداخلات دوائية؛ عدوى متبادلة
تصبغ الجلد، آفات، شحوب	أمراض جلدية، التدخين، التعرض للشمس، فقر الدم	عدوى محتملة؛ تصبغ فموي؛ تغير في الغشاء المخاطي
أصابع أبقراطية أو متورمة أو منحرفة	التهاب المفاصل الروماتويدي، أمراض عصبية أو قلبية رئوية	أدوية مزمنة؛ صعوبة في التعامل مع الطقم وفي تسجيل العلاقة الفكية

[1.5] تاريخ الأسنان (Dental History)

- **سبب فقد الأسنان:** التسوس يترك عادةً عظماً جيداً؛ أما المرض اللثوي المعمّم فيترك عظماً ممتصاً مع تغيرات سريعة ← الحاجة إلى تبطين متكرر وتعديل إطباق [1].

- **تسلسل الفقد:** المرضى الذين احتفظوا بأسنانهم الأمامية فترة طويلة يصبحون «قضّامين» (Nibblers)؛ ويكون الأكل بالأطعم الجديدة صعباً عليهم، ويلزم تدريبهم على عادات مضغ صحيحة لتجنب الرفع (Leverage) وعدم الاستقرار [1].

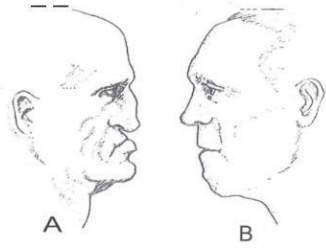
- **الخبرة السابقة مع الأطقم:** تجارب المرضى السابقة في المظهر والنطق ومنعكس الإقياء توجّه تصميم الطقم الجديد. يُسجّل سبب طلب طقم جديد، وما إذا كان يمكن تصحيح الطقم القديم أو تعديله.

ملاحظة من الأدلة العلمية. المرضى الذين سبق لهم ارتداء أطقم تكيّفوا بسهولة أكبر وكانوا أكثر رضا عن الأطقم الجديدة، خاصةً فيما يتعلق بالمضغ والراحة مع الطقم السفلي [10].

3. الفحص خارج الفم (Extra-oral Examination)

[3.1] المظهر العام وملامح الوجه

- **فقد الدعم:** يُظهر المرضى الذين فقدوا أسنانهم منذ زمن طويل تجاعيد مبالغاً فيها، وعمقاً في الطيات الأنفية الشفوية، وذقناً بارزاً، وأخدوداً أنفياً شفويّاً (Philtrum) غير مدعوم؛ وتفقد الشفة العلوية امتلاءها ويتغير حدّها الأحمر (Vermilion border).



- **البعد العمودي:** قد يُظهر البروفایل نقصاً أو زيادةً في البعد العمودي، خاصةً لدى مرتدي الأطقم القديمة.

- **البروفایل:** مستقيم أو محدّب أو مقعّر؛ ويظهر صنفاً Angle الثاني والثالث من البروفایل ومن الأخدود الذقني الشفوي.

- **التهاب زوايا الفم (Angular cheilitis):** يشير إلى بعد عمودي مُغلق و/أو تغذية غير كافية.



- **الشفاه:** الطول والسماكة والامتلاء. في حالة الشفة العلوية القصيرة يحتاج لون وشكل قاعدة الطقم الظاهرة إلى عناية خاصة.

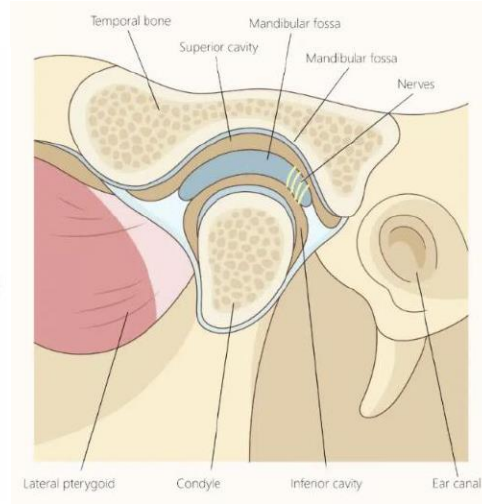
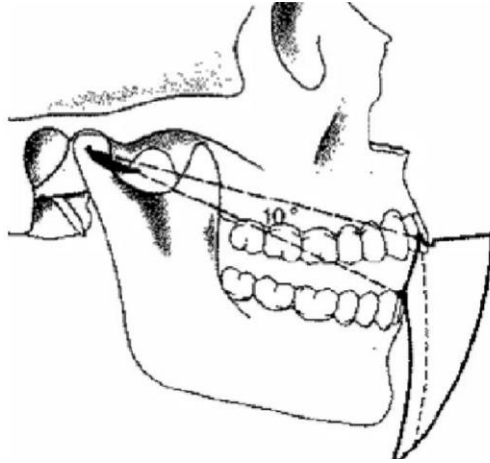
- **توتر العضلات:** فقد المرونة يعني الحاجة إلى جهد أكبر لدعم الشفاه.

- **لون البشرة:** يوجّه لون الجلد والشعر والعينين اختيار لون الأسنان.

[3.2] المفصل الصدغي الفكي (TMJ) وعضلات المضغ

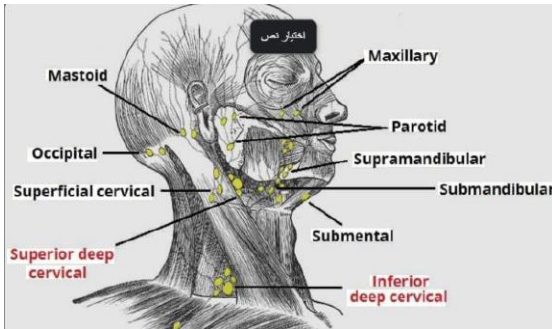
- **الطريقة:** يُطلب من المريض فتح فمه على اتساعه ثم إغلاقه ببطء؛ مع ملاحظة أي انحراف.
- **مدى الحركة:** الفتح الأقصى الطبيعي 35–50 مم [1].
- **الجس:** جسّ جانبي وخلفي للمفصلين. الألم أو الإيلام عند الجس يدل على التهاب في المحفظة أو داخل المفصل.
- **العضلات:** جسّ العضلة الصدغية، والماضغة، والقصية الترقوية الخشائية، وشبه المنحرفة، والمنطقة تحت القذالية.
- **كشف الأصوات:** بالسماعة الطبية أو بالتخطيط الصوتي الكهربائي (ESG).

صوت المفصل	الأسباب المحتملة	الأهمية
طقطقة أو فرقعة أو ارتطام عند الفتح	انحراف في الشكل، فرط الحركة، عدم التآزر، انزياح القرص مع العودة (Disc displacement with reduction)	صعوبة تسجيل العلاقة المركزية (Centric relation)؛ الحذر في الطبقات والبعد العمودي
الخشخشة / الطحن (Crepitus)	تغيرات تخريبية، انثقاب، أورام	يجب الاستقصاء قبل العلاج



[3.3] العقد اللمفاوية

- جسّ العقد تحت الذقن، وتحت الفك السفلي، والعقد الرقبية.
- العقد المتضخمة أو المؤلمة أو الثابتة توحى بعدوى أو ورم خبيث، ويجب استقصاؤها قبل العلاج التعويضي.



[3.4] الآفات خارج الفم

- الآفات: الخراجات، الأكياس، الهربس، القرح، وأي تورم أو عدم تناظر في الوجه [1].

4. الفحص داخل الفم: منطقة ارتكاز الطقم (Denture-Bearing Area)

[4.1] حجم القوس وشكله

إن شكل الأساس العظمي وحجمه وحالته تتحكم في الدعم والثبات والاستقرار (Support, Retention and Stability). فكلما كبر القوس كبرت المساحة المغطاة وتحسّن الدعم [1].

حجم القوس	التأثير
كبير / متوسط	دعم وثبات ووظيفة جيدة
صغير	دعم وثبات ووظيفة ضعيفة

شكل القوس	التأثير
مربع (Square)	الأكثر ملاءمة: دعم أمامي عريض، ويقاوم الدوران
بيضاوي (Ovoid)	ملائم
مستدق (Tapered)	الأقل ملاءمة: جزء أمامي ضيق، ودعم أقل



[4.2] الغشاء المخاطي الفموي

أ. الغشاء المخاطي الحامل للطقم

- الغشاء المخاطي السليم: متماسك لكنه مرن قليلاً، غير متورّم، متساوي السماكة، وردي اللون.
- الأنسجة المتأذية (Abused tissues):
الالتهاب أو السحجات أو البقع المؤلمة الناتجة عن حواف زائدة الامتداد أو ناقصته، أو عن إطباق خاطئ، يجب إزالتها قبل أخذ الطبقات.



- إعادة تأهيل الأنسجة: إزالة السبب ← إراحة الأنسجة (نزع الأطقم، أو استخدام بطانة لينة / مُكَيِّف أنسجة (Tissue conditioner).

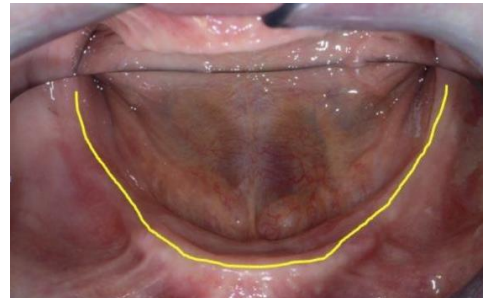
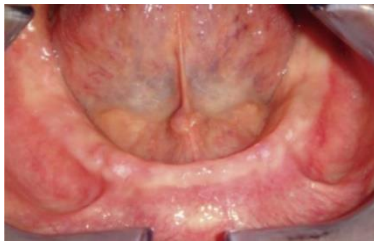
طريقة التعامل	الدلالة	قابلية الانضغاط (Displaceability)
تفريغ (Relief) المناطق الموضعية	ثبات ضعيف؛ يتأذى بسهولة من الضغط	غير مرن (أقل من 1 مم) 
تقنية روتينية	يساعد على الثبات	1-2 مم (مثالي) 
طبعة الضغط الانتقائي (Selective pressure)؛ أسنان بلا حديبات؛ جراحة إذا كان سميكاً بشكل مفرط	أساس غير مستقر	مترهّل أو متضخم (أكثر من 2 مم) 

ب. أنسجة الحواف (Border tissues): يجب أن ترتكز حافة الطقم (Flange) على نسيج قابل للانضغاط قليلاً عند الانعكاس المخاطي لتحقيق الإغلاق المحيطي (Peripheral seal). والتعدي على نسيج غير مرن (مثل الامتداد الزائد عند العظم الوجني) يسبب الألم وعدم الاستقرار.

ج. ارتكاز اللجام (Frenal attachment)

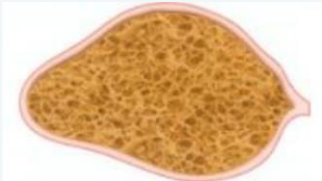
الارتكاز	الصف	الإنذار
ملائم	الصف الأول	في الدهليز (منخفض)
متوسط	الصف الثاني	في المنتصف بين الدهليز وقمة الحافة
غير ملائم — قطع اللجام (Frenectomy)	الصف الثالث	على القمة (مرتفع، قرب قمة الحافة)

نصيحة سريرية: يُصحّح اللجام العريض المرتفع جراحياً بدلاً من عمل شقّ (V-notch) عميق وعريض في الطقم؛ فالتفريغ الزائد يكسر الإغلاق المحيطي ويُضعف القاعدة، مما يُهيئ لكسر الطقم في خط المنتصف [1].



[4.3] الحافة المتبقية (Residual Ridge)

يؤثر شكل الحافة في الثبات والاستقرار وتقنية الطبعة واختيار الأسنان الصناعية.

شكل الحافة	الوصف	الإنذار وطريقة التعامل
على شكل U 	قمة عريضة، جدران متوازية، غشاء مخاطي متقرن متماسك	الأفضل: الارتفاع يقاوم القوى الجانبية؛ والجدران المتوازية تقاوم الإزاحة العمودية 
على شكل V	قمة ضيقة؛ شائعة في الفك السفلي	متوسط 
حادة كالسكين (Knife-edge) 	قمة رفيعة حادة بعد الامتصاص؛ غالباً في الفك السفلي	ضعيف: تفريغ أو طبعة ضغط انتقائي؛ تجميل الحافة السخية (Alveoloplasty) عند الحاجة 
مسطحة (Flat) 	امتصاص شديد، لا يوجد ارتفاع للحافة	استقرار جانبي ضعيف؛ الثقبية الذقنية قريبة من القمة ← تفريغ؛ تقنية طبعة خاصة 

شكل الحافة	الوصف	الإنذار وطريقة التعامل
مقلوبة / منخفضة (Inverted)	امتصاص شديد جداً	ضعيف
ذات تقعر (Undercut)	تقعرات على منحدرات الحافة	صعوبة في الإدخال والإخراج
غير منتظمة (Irregular)	نتوءات عظمية حادة، أو حافة ضخمة غير منتظمة بعد خلع حديث	تنعيم أو تجميل الحافة السنية
مترهلة (Flabby)	نسيج ليفي قابل للانضغاط فوق القمة	

الجبس الإصبعي للحافة: يُضغَطُ بطرف الإصبع على القمة والمنحدرات لتقييم التماسك والإيلاَمِ والنتوءات العظمية والزوائد العظمية (Exostoses).

[4.4] المسافة بين الحافتين (Inter-ridge Space)

يُفضّل تقييمها على قوالب تشخيصية مُركّبة على المفصل (Articulator) بدلاً من التقييم بالنظر [1].

المسافة	التأثير	طريقة التعامل
متوسطة (طبيعية)	ملائمة	روتيني
غير كافية (غالباً بين الحدة الفكّية والوسادة خلف الرّحى)	ثبات واستقرار أفضل، لكن صعوبة في رصّ الأسنان	أسنان ترتبط كيميائياً بالقاعدة؛ تصغير الحدة الفكّية إذا انعدمت المسافة
زائدة	رفع وعدم استقرار ← إنذار ضعيف	اختيار دقيق للأسنان؛ رصّ الأسنان الخلفية قريباً من الحافة السفلية

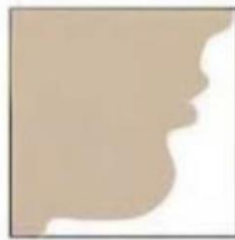


[4.5] العلاقة بين الفكّين (Maxillomandibular Relationship)

صنف Angle	العلاقة الأمامية	العلاقة الخلفية	الإنذار
الصنف الأول	بروز أفقي طبيعي (2-4 مم)	إمكانية علاقة حذبات طبيعية	ملائم
الصنف الثاني (فك سفلي متراجع)	بروز أفقي زائد	أسنان مائلة لسانياً (عضة مقصية)	الأقلّ ملائمة: مساحة الطقم السفلي أصغر من العلوي
الصنف الثالث (فك سفلي بارز)	عضة معكوسة أمامية	حدة على حدة أو عضّة معكوسة	رضّ للحافة العلوية الأمامية بسبب تركّز القوى



↑ I Class



↑ II Class

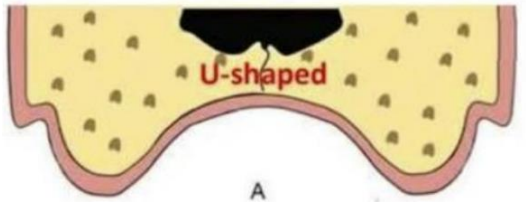
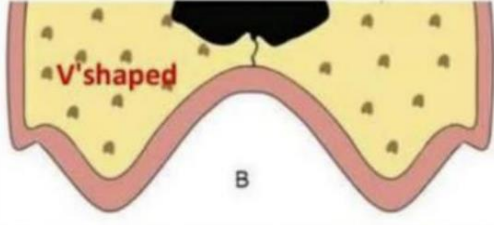
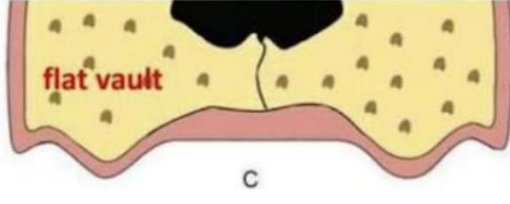


↑ III Class

قد تحدث حالات مختلطة (مثل صنف أول أمامياً مع صنف ثالث خلفياً). وقد تحتاج التباينات الشديدة إلى تصحيح جراحي [1].

[4.6] الحنك (The Palate)

أ. الحنك الصلب (القبة الحنكية)

ملاحظات	الاستقرار	الثبات	شكل القبة
الأكثر ملاءمة [1]	الأفضل	الأفضل	متوسطة العمق، على شكل U، مع تجاعيد حنكية واضحة 
يضغط الطقم على الجانبين؛ الإغلاق المحيطي الجيد ضروري	أفضل	ضعيف	مرتفعة ضيقة (على شكل V) 
مقاومة قليلة للقوى الجانبية والأمامية؛ تُشاهد مع الامتصاص الشديد؛ يلزم إطباق متوازن	ضعيف	منخفض	مسطحة / ضحلة 

ب. شكل الحنك الرخو والحلق — يحدّد موضع وعرض الإغلاق الحنكي الخلفي (Posterior palatal seal).

الصف	الحنك الرخو	الإغلاق الحنكي الخلفي	درجة الملازمة
I	أفقي تقريباً، انحناء لطيف؛ نشاط عضلي قليل Hard Palate Soft Palate ~10° Class I	عريض	الأكثر ملازمة
II	ينحدر للأسفل بحوالي 45° ~45° Class II	متوسط	متوسط
III	ينحدر للأسفل بحوالي 70°، بشكل مفاجئ (نوع الستارة)؛ نشاط عضلي عالٍ؛ عادةً مع قبة على شكل V ~70° Class III	ضيق	الأقل ملازمة

[4.7] الحدة الفكّية (Maxillary Tuberosity)

- الدور: الدعم والثبات؛ ويجب أن يغطيها الطقم بالكامل.

الموجودات	طريقة التعامل
تقعر من جانب واحد 	مسار إدخال دوراني — بل إنه يعزّز الثبات
تقعر كبير من جانب واحد	قد يحتاج تصغيراً لتجنب تعارض الناتئ الإكليلي (Coronoid process) مع حافة الطقم
تقعرات كبيرة من الجانبين	إزالة أحدهما جراحياً

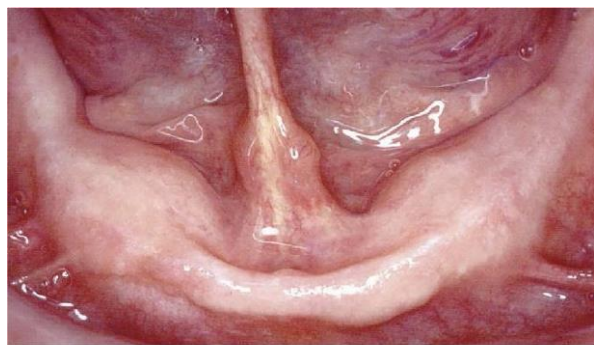
الموجودات	طريقة التعامل
تقعرات من الجانبين + تقعر شفوي أمامي	إزالة تقعري الحديبتين كليهما (أكثر تحفظاً)
	
نمو للأسفل يُلغي المسافة بين الحافتين	تصغير جراحي
نسيج ليفي متدلٍ	إزالة جراحية

[4.8] **النتوءات العظمية (Tori)**

بروزات عظمية صلبة مغطاة بغشاء مخاطي رقيق غير مرن يتهيج بسهولة ويسبب تأرجح الطقم [1].

النتوء	الموقع	الصغير	الكبير
النتوء الحنكي (Torus palatinus)	خط المنتصف في الحنك الصلب	تفريغ	إزالة أو تصغير جراحي
			

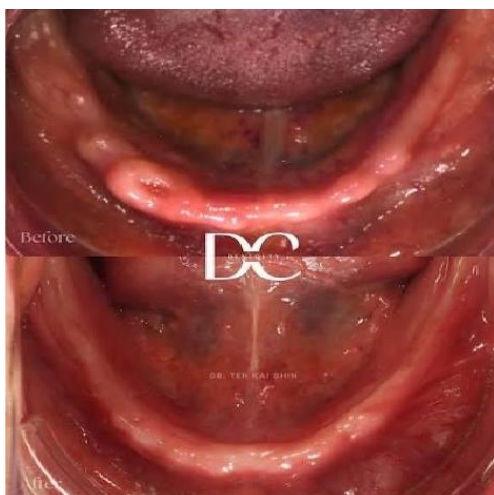
النتوء	الموقع	الصغير	الكبير
النتوء الفكي السفلي (Torus mandibularis)	لساني للضواحك؛ عادةً من الجانبين؛ أصغر من النتوءات الحنكية	يُهمل أو يُفَرَّغ	إزالة جراحية



التقفرات (Undercuts) [4.9]

المواقع الشائعة: المنحدر الشفوي العلوي؛ دهليزياً للحدبة الفكية؛ المنطقة خلف الخط اللامي الفكي (Retromylohyoid)؛ المنحدرات الشفوية أو اللسانية للحافة السفلية الأمامية.

التقعر	طريقة التعامل
معزول، شفوي أو من جانب واحد	تفريغ خفيف مع مسار إدخال مُخطَّط
كبير، حاد، متعدد، أو متقابل من الجانبين	إزالة جراحية (عادةً لأحد الجانبين)



5. الفحص داخل الفم: عوامل أخرى

[5.1] توتر العضلات (Muscle Tonicity)

- المرضى الأصحاء: توتر عضلي قوي ونشط.
- ضعف الصحة أو التقدم في السن: توتر ضعيف ومترهل؛ تجاعيد وطيّات في الشفاه والحدود؛ ضعف التحكم في الفك السفلي.

[5.2] اللسان (Tongue)

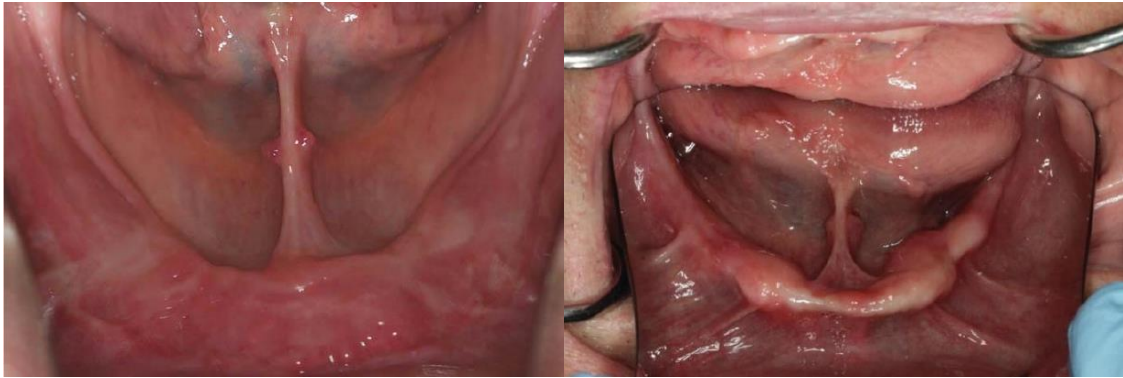
يؤثر حجم اللسان وشكله ووضعه ووظيفته في أخذ الطبعة واستقرار الطقم أثناء الكلام والمضغ والبلع. يُمسك اللسان بقطعة شاش لفحصه.

التأثير	الحجم
وظيفة طبيعية؛ واللسان السميك يساعد في الإغلاق المحيطي [1]	طبيعي 
صعوبة الطبقات، عدم استقرار الطقم، عضن اللسان؛ ويستعيد حجمه الطبيعي تدريجياً مع ارتداء الطقم	كبير (بعد فقد الأسنان الخلفية أو مع أطقم غير مناسبة)
طبقات سهلة، لكن يُفقد الإغلاق اللساني ← ثبات ضعيف للطقم السفلي	صغير، ضيق 

التعامل مع اللسان الكبير: وضع المستوى الإطباق السفلي أسفل اللسان؛ تضيق الأسنان الخلفية؛ توسيع المسافة بين الأرحاء قليلاً؛ برد الحدبات اللسانية؛ الاستغناء عن الأرحاء الثانية.

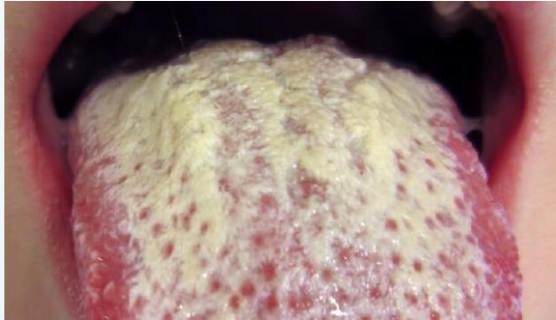
الوضع	الوصف	الإنذار
طبيعي	يملاً أرضية الفم؛ الحواف الجانبية عند المستوى الإطباق السفلي؛ الظهر مرتفع؛ الذروة أسفل الحواف القاطعة السفلية بقليل	ملائم
متراجع (منخفض)	منخفض بالنسبة لقمة الحافة، أو متراجع عن الحافة الأمامية؛ أرضية الفم مكشوفة	ثبات ضعيف

الحركة: الحركة السريعة جداً أو البطيئة أو المحدودة تؤثر في تشكيل حواف (Border molding) الحافة اللسانية للطقم.



التغير في الغشاء المخاطي	الدالة المحتملة
لسان أملس (أصلع)	ضمور الحليمات الخيطية : كبار السن، نقص الحديد أو فيتامين B
لسان أحمر ملتهب	نقص مجموعة فيتامين B



الدلالة المحتملة	التغير في الغشاء المخاطي
حميد	اللسان الجغرافي 
سوء النظافة، التدخين، المضادات الحيوية	اللسان المشعر
غالباً بلا أهمية؛ وأحياناً مرض قلبي وعائي أو رئوي	دوالي اللسان (لسان الكافيار)
بقع بيضاء تزول بالمسح؛ ضعف المناعة	داء المبيضات (Candidiasis) 

علامة تحذيرية: الحواف الجانبية والسطح البطني للسان من المواقع الشائعة للسرطان. أي قرحة مستمرة تتطلب خزعة (Biopsy) لتأكيد التشخيص.

[5.3] الخدود (Cheeks)

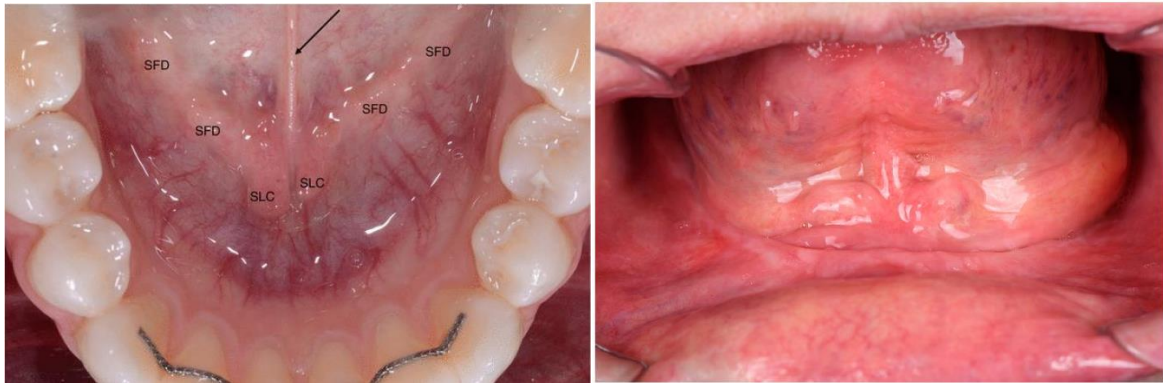
- **الأهمية:** تنسدل الخدود فوق الحواف الدهليزية للطعم وتكمل الإغلاق المحيطي في هذه المنطقة.
- **الآفات الشائعة:** الآفات البيضاء (الحزاز المسطح، الطلاوة البيضاء، داء المبيضات)؛ التليّف تحت المخاطي (غشاء شاحب جلدي الملمس)؛ الطلاوة الحمراء (Erythroplakia)؛ الأورام الخبيثة لدى مستخدمي التبغ.



[5.4] أرضية الفم (Floor of the Mouth)

الموجودات	التأثير
أرضية عند قمة الحافة أو قريبة منها	ثبات واستقرار أقل
أرضية مفرطة النشاط	ثبات واستقرار أقل
امتصاص شديد	تمتد الغدة تحت اللسان ومنطقة العضلة اللامية الفكية فوق الحافة

يجب وجود نسيج قابل للانضغاط عند الانعكاس المخاطي لكي تُحقق الحافة اللسانية للطقم للإغلاق؛ والتعدي عليه يسبب الألم وعدم الاستقرار.



[5.5] اللعاب (Saliva)

مع التقدم في العمر يقل إفراز اللعاب ويتغير تركيبه. ويُثَبَّت اللعاب الطقم بتكوين طبقة رقيقة بين الطقم والغشاء المخاطي.

القوام	التأثير
رقيق، مصلي	ملائم للثبات
سميك، لزج (مخاطي)	يزيح الطقم؛ طبقات غير دقيقة؛ غثيان وإقياء
مختلط	متوسط

الكمية	التأثير وطريقة التعامل
طبيعية	ملائمة
زائدة (فرط اللعاب Sialorrhea)	صعوبة في الطبقات وفي صناعة الطقم
قليلة (جفاف الفم Xerostomia)	ثبات ضعيف؛ الغشاء المخاطي يتأذى بسهولة؛ الشفاء والخدود تلتصق بالقاعدة؛ ضعف المضغ والبلع والكلام. يُصقل السطح الملامس للأنسجة بنعومة؛ لعاب صناعي أو مُحَقَّرَات اللعاب.

وظائف اللعاب لدى فاقد الأسنان: إزالة بقايا الطعام؛ تأثير مضاد للبكتيريا والفطريات والفيروسات؛ بدء الهضم؛ التذوق؛ الترطيب؛ حماية الغشاء المخاطي؛ تثبيت الطقم.

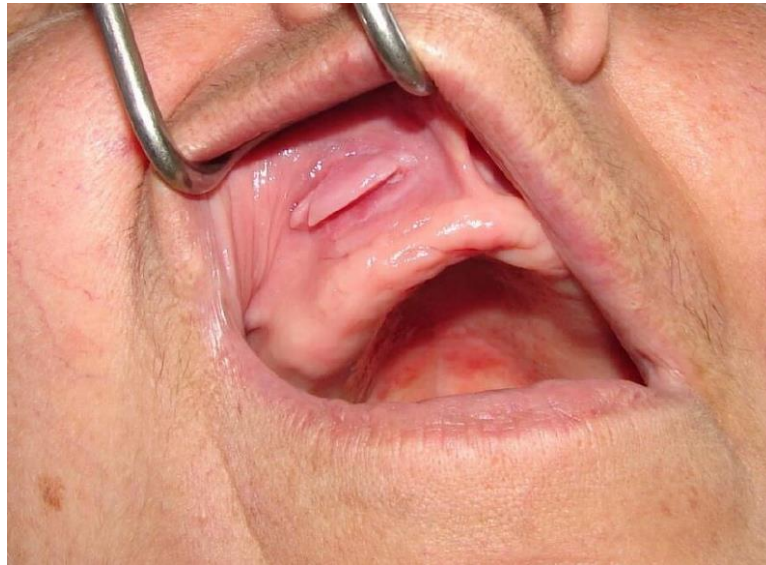
الأدوية التي تقلل إفراز اللعاب: خافضات الضغط، مضادات الهيستامين، مضادات الكولين (الأتروبين)، مدرّات البول.

6. فحص الطقم الحالي (Examination of the Existing Denture)

[6.1] ما يجب فحصه

الجانب	ما يُفحص
التاريخ	عمر الطقم؛ الشكاوى؛ سبب الاستبدال
الجماليات	الامتلاء الشفوي؛ ظهور الأسنان في الراحة والابتسام والكلام؛ حجم الأسنان ولونها
النطق	الكلام أثناء ارتداء الطقم
الحالة	الشفوق، مواضع الإصلاح، التآكل، نظافة الطقم
تفاعلات الأنسجة	احمرار أو تقرّح؛ الورم اللثوي المتشقّق (Epulis fissuratum)؛ التهاب زوايا الفم؛ فرط التنسّج الحليمي؛ نسيج مترهل؛ متلازمة التركيب (Combination syndrome): فكّ علوي فاقد للأسنان يقابله أسنان أمامية سفلية طبيعية

القرار: تصحيح الطقم القديم أو تعديله إن أمكن، أو صناعة طقم جديد.



7. السجلات والوسائل التشخيصية (Diagnostic Records and Aids)

[7.1] سجلات ما قبل الخلع (Pre-extraction Records)

تؤخذ قبل أن يصبح المريض فاقداً للأسنان، لاستعادة المظهر الطبيعي وملامح الوجه [1]:

- صور شعاعية وصور فوتوغرافية للوجه قبل الخلع.
- تسجيل لون الأسنان الطبيعية.
- قوالب تشخيصية.
- قياسات الوجه بين النقاط المرجعية.
- بروفيلات أو صور ظليلة مشكّلة بالسلك.
- أقنعة الوجه (طبعة هيدروكولويد للوجه حول الفم والذقن والأنف).

[7.2] القوالب التشخيصية (Diagnostic Casts)

- تُركّب على المفصل بعلاقة فكية مبدئية.
- لتصوّر العلاقة بين القوسين وتقييم المسافة بين الحافتين [1].
- لتقييم التقعرات والحدبات الفكية ومسار الإدخال.

[7.3] الفحص الشعاعي (Radiographic Examination)

تكشف صور الحافة المتبقية الشعاعية ما يلي [1]:

- الجذور المتبقية وبقايا الجذور والأسنان المنطمرة.
- جودة العظم: النمط التريبيقي المكثف يدل على استجابة جيدة للإجهاد الإطباق.
- الحواف الخشنة أو غير المنتظمة (تجميل الحافة السخية أو تقنية طبعة خاصة)، النتوءات العظمية الحادة، الزوائد العظمية.
- درجة الامتصاص، وارتفاع العظم (اللازم لحساب مؤشر التشخيص التعويضي PDI، انظر 8.2)، وسماكة الغشاء المخاطي فوق القمة.
- العدوى المتبقية والأوكياس والأمراض الأخرى؛ وسبب المناطق المؤلمة.

القرار	الجذور المتبقية / الأسنان المنطمرة
إزالة وقائية (خطر تكوّن الأكياس)	مريض صغير السن
لا تُزال بالضرورة — مع إبلاغ المريض	تقدم في العمر أو ضعف الصحة
تُترك في مكانها	الإزالة ستترك عيباً كبيراً (فك سفلي رقيق مسامي)

[7.4] الفحوصات والخزعة

- الفحوصات: ضغط الدم، صورة الدم، تحليل سكر الدم، حسب الحاجة [1].
- الخزعة: لأي آفة مشتببه بها.
-

[7.5] الوسائل التشخيصية الرقمية

- التصوير المقطعي المخروطي (CBCT): تقييم ثلاثي الأبعاد لارتفاع الحافة وعرضها والأمراض، وللعظم لغرض الزرعات.
 - التصوير الشعاعي الرقمي: جرعة إشعاع أقل؛ والصور متاحة فوراً.
 - المسح داخل الفم (Intraoral scanning): دقته مماثلة للطبعات التقليدية فوق المناطق الثابتة ذات الغشاء المخاطي الملتصق، لكنها ضعيفة فوق الأنسجة المتحركة (الحواف المحيطية، الحنك الرخو) [15].
- ملاحظة من الأدلة العلمية.** لا تزال الأدلة الموثوقة على أن المسح الرقمي يمكن أن يحل محل الطبعات التقليدية بالكامل في الأطقم الكاملة غير متوفرة [16].

المراجع (References)

أُتيقن المراجع بلغتها الأصلية (الإنجليزية) كما هي في الملف الأصلي.

1. Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, Menoufia University. Principles of complete prosthodontics: clinical course. Chapter 1: Diagnosis and treatment planning. 2023–2024. p. 1–29.
2. McGarry TJ, Nimmo A, Skiba JF, Ahlstrom RH, Smith CR, Koumjian JH. Classification system for complete edentulism. J Prosthodont. 1999;8(1):27–39.
3. Shammam M, et al. Screening and allotting completely edentulous patients using Prosthodontic Diagnostic Index in a dental school, Jeddah, Saudi Arabia. J Clin Diagn Res. 2021.
4. Ntala P, et al. Screening of edentulous patients in a dental school population using the prosthodontic diagnostic index. Gerodontology. 2009.
5. Cawood JI, Howell RA. A classification of the edentulous jaws. Int J Oral Maxillofac Surg. 1988;17(4):232–6.
6. Brown JS, et al. A new guide to mandibular resection for oral squamous cell carcinoma based on the Cawood and Howell classification of the mandible. Int J Oral Maxillofac Surg. 2005.
7. Fenlon MR, Sherriff M. The influence of personality on patients' satisfaction with existing and new complete dentures. J Dent. 2007.
8. van Waas MA. The influence of psychologic factors on patient satisfaction with complete dentures. J Prosthet Dent. 1990;63(5):545–8.
9. Murthy VJ, et al. Predicting denture satisfaction and quality of life in completely edentulous: a mixed-mode study. J Indian Prosthodont Soc. 2021.
10. Oweis YG, et al. Factors affecting patient satisfaction with complete dentures. Int J Dent. 2022.
11. Ali IE, et al. Medication-related osteonecrosis of the jaw: prosthodontic considerations. Jpn Dent Sci Rev. 2021.
12. Kawahara M, et al. Clinical considerations for medication-related osteonecrosis of the jaw: a comprehensive literature review. Int J Implant Dent. 2021.
13. Feine JS, Carlsson GE, Awad MA, et al. The McGill consensus statement on overdentures. Mandibular two-implant overdentures as first choice standard of care for edentulous patients. Gerodontology. 2002;19(1):3–4.
14. Thomason JM, et al. Two implant retained overdentures — a review of the literature supporting the McGill and York consensus statements. J Dent. 2012;40(1):22–34.
15. Srivastava G, et al. Accuracy of intraoral scanner for recording completely edentulous arches — a systematic review. Dent J. 2023.
16. Mohamedin SM, et al. Can digital scans replace conventional impressions for complete denture fabrication? A scoping review. J Prosthet Dent. 2025.

ملخص الملف (بالعربية)

يتناول الملف خطوات تشخيص مريض الطقم الكامل بشكل منظم، لأن جودة التشخيص هي ما يحدد خطة العلاج والإنذار. وتسير الخطوات على النحو التالي:

- **أخذ التاريخ المرضي:** البيانات الشخصية (العمر والجنس والمهنة تؤثر في التكيف والجماليات وتصميم الطقم)، والحالة النفسية وفق تصنيف House (فيلسوفي: ممتاز – متطلب: جيد إذا أحسن التعامل – لامبال: غير مُرضٍ – هستيري: سيئ)، والشكوى الرئيسية بكلمات المريض، والتاريخ الطبي (السكري، الإشعاع: تأجيل سنة على الأقل، مضادات الامتصاص وخطر MRONJ)، وتاريخ الأسنان (سبب الفقد وتسلسله والخبرة السابقة مع الأطقم).
- **الفحص خارج الفم:** علامات فقد الدعم والبعد العمودي والبروفایل، والتهاب زوايا الفم (بعد عمودي مغلق)، وفحص المفصل الصدغي الفكي (الفتح الطبيعي 35–50 مم، الطقطقة مقابل الخشخشة)، والعقد اللمفاوية والآفات.
- **منطقة ارتكاز الطقم:** القوس الكبير والمربع هو الأفضل؛ الغشاء المخاطي المثالي قابل للانضغاط 1–2 مم؛ اللجام القمي يحتاج قطعاً جراحياً؛ الحافة على شكل U هي الأفضل، والحادة والمسطحة والمقلوبة إنذارها ضعيف؛ المسافة بين الحافتين تُقَيَّم على قوالب مركبة؛ الصنف الثاني من Angle هو الأقل ملائمة؛ القبوة المتوسطة على شكل U والحنك الرخو من الصنف الأول هما الأفضل؛ ومعالجة الحدبات والنقوءات والتقعرات إما بالتفريغ أو جراحياً حسب الحجم.
- **عوامل أخرى داخل الفم:** توتر العضلات، وحجم اللسان ووضعه (اللسان المتراجع يُضعف الثبات) وتغيراته المخاطية مع التنبّه لمواقع السرطان، والخدود، وأرضية الفم، واللحاب (الرقيق المصلي هو الأفضل، وجفاف الفم يُضعف الثبات).
- **الطقم الحالي:** تقييم التاريخ والجماليات والنطق والحالة وتفاعلات الأنسجة، ثم تقرير التعديل أو صناعة طقم جديد.
- **السجلات والوسائل التشخيصية:** سجلات ما قبل الخلع، والقوالب التشخيصية، والأشعة (البقايا وجودة العظم ودرجة الامتصاص)، والفحوصات والخزعة، والوسائل الرقمية (CBCT) والمسح داخل الفم، مع محدودية دقته فوق الأنسجة المتحركة).

الخلاصة: التشخيص المنهجي — من التاريخ والحالة النفسية إلى الفحص الدقيق للأنسجة والسجلات — هو أساس نجاح الطقم الكامل ورضا المريض.

Summary (English)

The handout sets out a systematic diagnostic workup for the complete denture patient, since diagnosis drives both the treatment plan and the prognosis:

- **History taking:** personal details (age, sex and occupation affect adaptation, esthetics and design); mental attitude by House classification (philosophic – excellent; exacting – good if well managed; indifferent – unfavorable; hysterical – poor); chief complaint in the patient's own words; medical history (diabetes, head-and-neck radiotherapy with at least a one-year delay, antiresorptive drugs and MRONJ risk); dental history (cause and sequence of tooth loss, previous denture experience).
- **Extra-oral examination:** signs of lost support, vertical dimension and profile; angular cheilitis (closed vertical dimension); TMJ assessment (normal opening 35–50 mm; clicking versus crepitus); lymph nodes and extra-oral lesions.
- **Denture-bearing area:** large, square arches are most favorable; ideal mucosa displaces 1–2 mm; crestal frena need frenectomy; U-shaped ridges are best, while knife-edge, flat and inverted ridges carry a poor prognosis; inter-ridge space is judged on mounted casts; Angle Class II is least favorable; a medium-depth U-shaped vault and a Class I soft palate are best; tuberosities, tori and undercuts are relieved or surgically corrected depending on size.
- **Other intra-oral factors:** muscle tone; tongue size, position (a retracted tongue reduces retention) and mucosal changes, watching for carcinoma sites; cheeks; floor of the mouth; saliva (thin serous saliva is best; xerostomia impairs retention).
- **Existing denture:** review history, esthetics, phonetics, condition and tissue reactions, then decide whether to adjust it or make a new one.
- **Diagnostic records and aids:** pre-extraction records, mounted diagnostic casts, radiographs (retained roots, bone quality, degree of resorption), investigations and biopsy, and digital aids (CBCT; intraoral scanning, which is less accurate over mobile tissues).

Take-home message: a structured diagnosis — from history and patient attitude through careful tissue examination and records — is the foundation of a successful complete denture and a satisfied patient.