



الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية الطب البشري
مشفى الأمراض الجلدية والزهرية

التدخين والجلد

Smoking and the skin

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا (الماجستير)
في قسم الأمراض الجلدية والزهرية

بإشراف
الأستاذ الدكتور : صالح داود

إعداد
د. بسمة أحمد العقائلة

2011/2010

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ح ح ي ي ت ت ث ث ط ط ث ث ر ر ر ح

* * * *

[illegible]

كلمة شكر

بالتقدير الذي كنا نسرع الخطى فيه للوصول إلى نهاية المطاف، بالتقدير الذي يعز علينا
فراق أصدقاء أجبناهم وعشنا معهم فترة من هذه الحياة كانت أشبه بمجلم كبير أعقبته
يقظة، والآن وقبل أن أرفع المرساة وأطلق الأشرعة في بحر الحياة متلاطم الأمواج.

لا يسعني إلا أن أتقدم بمجزل الشكر إلى الأيدي التي سهلت علينا عناء الطريق،
وساعدتنا على الوصول إلى منهل المعرفة، أساتذتنا، وأخص بالشكر المجزل الأستاذ
الدكتور صالح داود الذي تفضل بالإشراف على عملي المتواضع هذا فله مني كل الاحترام
والتقدير.

الإهداء

* إلى طبيب الإنسانية الأول...طبيب القلوب ودوائها ... وعافية
الأبدان وشفائها ونور الأبصار.. مخرجنا من الظلمات إلى النور .

سيدنا محمد ﷺ

* إلى صاحب القلب الكبير ...

من وهب حياته وافنى عمره لتكون سعادة ...

* إلى كل حبة عرق ترقرت من جبينه تعباً لأجلي ...

* إلى السراج المنير الذي أضاء لنا الطريق فكان خير مرشد ومعين.

* إلى من زرع في نفسي القيم والمبادئ وأرشدني إلى الدرب
الصحيح ...

أرجو من الله أن يهبك الصحة والعافية ..

ويمد بعمرِكَ وتبقى ذخراً لي وسنداً ..

والدي الغالي

* إلى من تعبت لنرتاح ...

من غرست فأن لغرسها أن يثمر ...

من يخفق قلبي بحبها ويعجز لساني عن شكرها ...

من تنسى أساها في سبيل أن نسعد ...

وتأبى أن تشتكي في سبيل أن نطمئن ..

من أمضت حياتها تعباً لأجلنا ...

من تسعى لترانا بأعلى المراتب ...

ينبوع المحبة والحنان الذي لا ينضب ...

* إليك يا شجرة وارفة الظلال تأبى أن تظل وتعطي الثمار

* إلى من لها ومنها حياتي

ربي أمهلني أوفها جزءاً من دينها

أمي الغالية

* إلى من شاطروني حلو الحياة ومرها

* إلى من كتبنا معاً صفحات الطفولة ونهلنا سوياً من نبع الحب
والفضيلة

* إلى من أجد نفسي فيهم وأجدهم في ذاتي

* إلى من ترف القلوب بذكر أسمائهم ...

* إلى من شاركوني البسمة ومسحوا عن عيني الدمعة

* إلى من أتمنى لهم الخير كما أتمناه لنفسي ...

إخواني وأخواتي الأعزاء جداً

* إلى كل رموز الحب والوفاء ...

* إلى كل من كان لي عوناً....

* إلى كل من كان لي محباً....

أقربائي

* إلى من سعدت بصباحهم واستمتعت برفقتهم ..

* إلى من شاركوني ضحكاتي وكفكفوا دمعاتي ...

* إلى من قضيت معهم أجمل أيام حياتي ...

* إلى من أتمنى ألا تقف علاقتي بهم عند هذه الكلمات ...

صديقاتي

إلى نروجي الغالي

وأولادي

مخطط البحث

1- الدراسة النظرية

- 1- مقدمة تاريخية
- 2- تركيب السجائر
- 3- استعمال و إدمان التبغ
- 4- أنواع التدخين
- 5- النيكوتين
- 6- النساء و التدخين
- 7- الأطفال و التدخين
- 8- طلاب الطب و التدخين
- 9- التدخين السلبي
- 10- التدخين و الجلد
- 11- فوائد التدخين
- 12- تدخين النارجيلة
- 13- إيقاف التدخين
- 14- التوصيات

2- الدراسة العملية:

- 1- المقدمة
- 2- الدراسة الإحصائية
- 3- طريقة الدراسة
- 4- نتائج الدراسة و المناقشة
- 5- نظرة إلى وبائية التدخين في العالم
- 6- خلاصة
- 7- Summary
- 8- المراجع

الدراسة النظرية

- 1- مقدمة تاريخية عن ظهور التدخين
- 2- تركيب السجائر و المواد المسببة لإحداث الضرر فيها
- 3- استعمال وإدمان التبغ
- 4- أنواع التدخين
- 5- النيكوتين:
 - حرائكه الدوائية
 - تأثيراته بالجرعات الكبيرة
 - تأثيراته بالجرعات المنخفضة
 - تأثيراته الحادة
 - تأثيراته المزمنة
- 6- النساء والتدخين
- 7- الأطفال والتدخين
- 8- طلاب الطب والتدخين
- 9- التدخين السلبي
- 10- التدخين والجلد:
 - التئام الجروح والقرحات

- الصدف والبثر الراجي الأخصي
- الميلانوما الخبيثة
- السرطانة شائكة الخلايا وقاعدية الخلايا
- سرطانات الفم والشفة وآفات فموية أخرى
- السرطان الشرجي التناسلي
- آفات جلدية متنوعة
- التدخين والتجاعيد

11- فوائد التدخين

12- تدخين النارجيلة

13- إيقاف التدخين

14- التوصيات



1- لمحة تاريخية عن ظهور التدخين

التبغ نبات من مجموعة من عائلة (solanacees) وهي من مجموعة كبيرة من نباتات مفيدة زراعية مثل البطاطا والبندورة، الباذنجان ،...وهي نبتة سنوية، ونبات النيكوتين جزء من مجموعة النيكوتين **Nicotiana** أطلق لأول مرة من قبل **jean Nicot (1570)** في بيت الزراعة في فرنسا. أدخل التبغ إلى أوروبا ولأول مرة من أمريكا الجنوبية في القرن السادس عشر للميلاد. ولقد جلب التدخين ولبعض الوقت الكثير من الخزي والعار وكان في تلك الأثناء محرماً من قبل الكنيسة والدولة . ولكن هذا لم يتمكن من إيقاف انتشاره ولاحقاً وجدت الدولة أن التبغ عبارة عن دواء يؤدي إلى الاعتياد ذو قوة كافية تؤدي إلى أخطار وضرائب كبيرة من دون أن تؤدي إلى امتناع المعتاد عليها ، كما أنه ذو قوة غير كافية كي تؤدي إلى تمزق غير مقبول في المجتمع، وهذا ما أدى عاجلاً بالكنيسة والدولة إلى الاقتناع بأن اعتراضاتهما غير ذات أهمية ⁽¹⁾.

ولاحقاً تمت الإشارة إلى التدخين وكذلك إلى الكحول - على أنهما في الحقيقة عقارين مشكلين للاعتياد ممتازين، وذلك من جهة نظر الحكومة، حيث أن هذين العقارين المسببين للاعتياد والإدمان يمكن استعمال تكاليفهما لدفع ثلثي تكاليف الخدمات الصحية الوطنية في بريطانيا ويشمل ذلك خدمات المشافي والأطباء العاملين، وفي الولايات المتحدة تصرف الحكومة على معونات مزارعي التبغ أكثر مما تصرفه على دعايات وقف التدخين ⁽¹⁾.

2- تركيب السجائر

تتركب السجائر من التبغ (TOBACO) وتم التعرف على حوالي 500 مركب فيه ^(1,2)، ويختلف باختلاف نوع التبغ والطريقة التي يدخن بها والمركبات الأساسية الفعالة فيه

هي:

النيكوتين nicotine (تأثيرات حادة) والتار tars (تأثيرات مزمنة)⁽¹⁾ وفي دراسة نشرت عام 1992 أثبت أنه تم عزل أكثر من 4000 مادة سامة في دخان السجائر⁽³⁾. إن دخان السيجار والغليون قلوي (Ph. 8.5).

والنيكوتين فيهما نسبياً غير مؤين ويزوب في الشحم لذلك فإنه يمتص بسرعة في الفم ويوفران بذلك نيكوتين بدون استنشاق (وجد أن نسبة الموت أقل لدى مدخنيهما بسبب سرطان الرئة)⁽¹⁾ بينما دخان السجائر حامضي (PH5.3) النيكوتين فيهما نسبياً مؤين ولا يذوب في الشحم . ولذلك فكمية النيكوتين المطلوبة تمتص فقط إذا دخلت الرئتين حيث أن المساحة الكبيرة للامتصاص تعوض عن عدم الامتصاص النسبي في الشحم ولذلك فإن مدخني السجائر يستنشقون (لذا لديهم نسبة وفيات أعلى ناجمة عن سرطان الرئة).

وإن نسبة النيكوتين الممتص من التبغ تختلف من 90 % عند الذين يستنشقون إلى 10% عند غيرهم⁽⁰⁾ ، يحوي دخان التبغ على 1-5% أول أكسيد الكربون (2,1) ويكون معدل النيكوتين في التبغ حوالي 6-8 ملغ/السيجارة الواحدة⁽²⁾ .

كما تم عزل البولونيوم 210 والنيكل في دخان السجائر والذي له دور في سرطان الرئة⁽²⁾ لدى المدخنين العاديين يكون 3-7% من خضابهم هو كاربوكسي هيموغلوبين الغير حامل للأوكسجين وتبلغ هذه النسبة 15% عند شديدي التدخين ، والعمر النصفى لكاربوكسي هيموغلوبين هو 4 ساعات ومن المعروف أن (كاربوكسي هيموغلوبين المزمن في الدم يسبب زيادة في عدد الكريات الحمر)⁽¹⁾ ومن المواد أيضاً عناصر أخرى مثل (poly cyclic hydrocarbons and N- nitroso compounds) وتعتبر مسرطنة عند الحيوانات وتم التعرف عليها في دخان التبغ المكثف في السجائر والسيجار والغليون ، ومن الممكن أن يكون ذلك مسؤولاً عن تحريض الأنزيمات الكبدية

والتي تحدث عند المدخنين ⁽¹⁾. في دراسة Jackson-ز عام 1975 لوحظ أن الزرنين المسبب للسرطانات لا يزال موجوداً في مياه الشرب ودخان السجائر ⁽¹⁹⁾.

3- تسلسل استخدام التبغ وإدمان التبغ

تعتبر الأسباب التي تجعل الناس يدخنون التبغ اعتيادياً مركبة، حيث لا توجد طريقة سهلة للوصول إلى خلاصة سهلة ومقنعة فيما يختص بنواحي الصحة الفكرية للتدخين، الفوائد الهامة على الصحة العقلية غير ملموسة و محيرة ومحبوكة بتعقيد في مجمل صناعة سلوك الإنسان، وهي معرضة كثيراً لانتقادات و تفسيرات أخلاقية، صعبة من ناحية التقييم الطبي ومثيرة للجدل في الطبيعة بحيث أن القليل من الباحثين حاولوا دراسة هذا الموضوع، وتسلط النقاط التالية ضوءاً بسيطاً عن هذا الموضوع هنا وهناك :

- الشعور بالإشباع والرضى من التدخين راجع إلى النيكوتين و لكن كذلك إلى القطران الذي يعطي نكهة .

- بينما لا يوجد اختلافات جوهرية واضحة بين المدخنين في الشخصية إلا أن مدخني السجائر يميلون إلى الشعور بالراحة ، أقل صلابة ، ومعرضون أكثر للنزاعات الاجتماعية من غير المدخنين .ويلاحظ أن مدخني الغليون يميلون للانطوائية .

- ولا يترافق التدخين بالضرورة مع التعصيب أو زيادة القابلية للأمراض النفسية

- بعض المحللين النفسين وضعوا نقطة مميزة للمشكلة و مساهمة فيها (الحصول على شئ فمومي... هي أول تجربة شهوة جنسية في الحياة) أولاً الثدي، فالزجاجة، ثم اللهاية ثم الطعام وأخيراً السيجارة⁽⁵⁾ ومن الممكن أن مدخن الغليون يدخن بغليون غير ممتلئ (فارغ) ولكن لايدعه من فمه أو يداعبه بيديه تدعم هذه النظرية، كما أنا بعض تاركي التدخين يعوضون ذلك بنشاطات فموية أخرى كقضم الأظافر، العلكة، أو الأكل.

يقترح فرويد وهو من مدمني التبغ مدى حياته أن التركيز البنيوي الأساسي هو في الفائدة المسببة للإثارة الجنسية للمنطقة الفموية و التي إن استمرت فستوفر حافز قوي للتدخين⁽⁶⁾.

لايوجد اختلاف في الذكاء بين الأطفال المدخنين وغير المدخنين لكن المدخنين منهم أقل نجاحاً أكاديمياً وكذلك طلبة الجامعة المدخنين .

يبدأ في معظم الحالات تعلم التدخين في سن المراهقة وتتبلور حالة التدخين في عمر 20 سنة، في البداية تكون العوامل بالكامل نفسية -اجتماعية وتكون التأثيرات الدوائية الفعالة غير ممتعة ولكن تحت ضغوط نفسية واجتماعية يستمر الشخص ويتعلم كيف يحدد ويعدل كمية النيكوتين. وبذلك تتطور متعة وتأثيرات النيكوتين الدوائية وهناك يضاف إلى الضغوط النفسية والاجتماعية المتعة الدوائية، ويزداد الاستهلاك ويتعمق الاستنشاق وكلما تطور النضج قلت أهمية النواحي النفسية والاجتماعية وأصبحت الرغبة والحاجة للنيكوتين وهي السائدة ،حتى إذا أصبح استهلاك التبغ كبيراً فالدافع لعدم الابتعاد عن التدخين هو تجنب أعراض السحب وهذا ما يُدخل المدخن في حلقة مفرغة للحفاظ على تركيز النيكوتين في البلاسما وبذلك تكون هذه القوة غير اعتيادية << المتعة - الدواء >> للنيكوتين قد تكاملت⁽⁴⁾ ومن المهم كذلك الابتعاد عن افتراض شروحات من التي ليس لها أصلاً أدلة ، مثال على ذلك : حقيقة أنه تحت ظروف الشدات العاطفية والنفسية يدخن الشخص أكثر من الممكن لأن الشدات تنفرج بالتدخين - كما هو شائع - أو لأن التدخين ليس إلا تعبيراً عن الشدة⁽⁴⁾ . ونتيجة لما سبق تم تصنيف التدخين إلى أنواع.

4 - أنواع التدخين (6)

1- غير دوائي :

A- نفسي - اجتماعي : استعمالات القيمة الرمزية لهذه الحركة لزيادة الثقة الاجتماعية ، تعبير عن احترام النفس.

B- حسي - حركي : للحصول على متعة فموية ، حسية ، يدوية.

2- دوائي : يتم تنظيم و ضبط تركيز النيكوتين في البلازما آلياً عن طريق تغيير معدل النفخات (الأنفاس) و الاستنشاق.

3- التسامحي - التساهلي : الأشيع هو الحصول على متعة أو لزيادة المتعة الموجودة أصلاً.

4- منبه : للحصول على مساعدة - تفكير - تركيز - حالات الشدة - إنجاز الواجبات المملة .

5- مرن (مهدئ) : لتسهيل الأمور غير سارة .

6- إدماني : لتجنب احساسات السحب و التي تحدث عند هبوط تركيز النيكوتين في البلازما .

يوجد متغير آخر وهو الآلي ، وذلك عندما يشغل المدخن سيجارة آلياً و غالباً لا يكون واعياً لهذه الحركة ، يعيها فقط عندما لا تكون السيجارة بين أصابعه .

إن درجة الإدمان ترتفع من الإدمان النفسي (1-2) إلى الإدمان النفسي الفيزيائي (6) والإدمان النفسي قوي جداً ويحدث (tolerance) تحمل وبعض من الإدمان الفيزيائي.

إن العمر النصفى للنيكوتين = ساعتين و تحدث أعراض السحب خلال 30 دقيقة بعد الانتهاء من آخر سيجارة⁽¹⁾ ، وتشمل التغيرات في EEG وفي النوم ، ضعف في الأداء لبعض الاختبارات النفسية و الحركية و اضطراب في المزاج ، زيادة في الشهية

على الرغم من صعوبة الفصل بين التأثيرات النفسية والفيزيائية السابقة والتغيرات الوعائية القلبية والمعوية. (1) و(178)

Nicotine: النيكوتين

النيكوتين قلويد سائل⁽⁷⁾. يمتص النيكوتين سريعاً من الأغشية المخاطية الفموية والهضمية والتنفسية ومن الجلد، ويتم نزع سمية 80-90% منه في الكبد، الكلية، الرئة، وتطرح المستقلبات عن طريق الكلية ويتعلق الإطراح بـ pH البول ويزداد الإطراح بجعل البول حامضي^(7,2,1) ويطرح كذلك عن طريق الحليب ويمكن للحليب أن يحوي أكثر من 0,5 ملغ/ل وتختلف تأثيرات النيكوتين حسب الجرعة المتناولة :

1 - ففي الجرعات الكبيرة:

يتم إثارة نهايات أعصاب الكولينرجي مباشرة و التي توجد أجسام خلاياها في الجهاز العصبي المركزي حيث تعمل على العقد الذاتية وعلى الوصلة العصبية العضلية^(8,7,2,1) وهذا ما نعني به التأثير النيكوتيني جرعات أعلى تسبب الشلل في هذا المستوى، وتتم إثارة CNS وهذا يشمل مركز الإقياء إما مباشرة أو عن طريق الجسم السباتي (Carotid body) وكما في العمل الطرفي يتبع الإثارة إخماد .

تم تسجيل تسمم مميت بالنيكوتين عن طريق التدخين ، بلع التبغ ، حقن التبغ الشرجية، تطبيق موضعي على الجلد، أو عن طريق الشرب بالخطأ لمستحضرات المبيدات الحشرية النيكوتينية.⁽¹⁾

سجل الأدب الطبي عام 1932م قصة انسمام بالتبغ حيث جلس بائع ورد على مقعد كان عليه محلول 40% نيكوتين حر مستحضر لمبيد حشري، وبعد (15د) شعر الرجل بأنة مريض و شعر بإقياء، تعرق، دوار، صعوبة بالتنفس، تلاها فقدان وعي مع لا نظمية قلبية) وبعد 24 ساعة علاج في المشفى استعاد الرجل وعيه، ثم في اليوم الرابع أعطي ملابسه التي كانت ما تزال رطبة قليلاً ، ليخرج من المشفى و خلال ساعة

واحدة من إخراجها من المشفى أعيد إليها ثانية معانياً من التسمم النيكوتيني، واستعاد صحتها خلال 3 أسابيع لكن باضطرابات نظم قلبية دائمة .(9)

وجد أيضاً أن مجموعة مختلفة من حاثات CNS تحسن التعلم عند الحيوانات إذا أعطيت قبل أو بعد جلسة التعليم ، هذه الحاثات تشمل النيكوتين، الكافئين، أمفيتامين، ويبدو أنها تعمل عن طريق تسهيل دمج خطوط الذاكرة .(8)

II - بينما في الجرعات المنخفضة :

كالتى تؤخذ في التدخين العادي ، يكون تأثير النيكوتين غالباً انعكاسي من تنبيه المستقبلات الحسية (الكيميائية) - الأبهريّة - السباتية - الدورة الدموية الرئوية - الأذنين الأيسر وبعض من هذه النتائج والتأثيرات يتضاد بالتبادل:

- على الجهاز القلبي الوعائي: تأثيرات التنبيه الودي : تقبض وعائي جلدي - توسع أوعية العضلات - تسرع قلب .

ارتفاع Bp حوالي 15مم للانقباضي و 10مم للانبساطي وزيادة في أدرينالين الدم . وتحدث اضطرابات أذينية فوق انقباضية يزداد النتاج القلبي ، عمل القلب واستهلاك O₂ ، تقل مقاومة الأوعية التاجية ويزداد تدفق الدم عند الرجال بأعمار 20-50 سنة ،من ناحية أخرى عندما تثبت مقاومة الأوعية بسبب تصلب الشرايين فلن يزداد تدفق الدم في حين أن عمل القلب واستهلاك O₂ يزدادان، ويمكن أن يكون هذا آلية الذبحة الصدرية المحرّضة بالتبغ ومن الممكن أن يحرض النيكوتين عضلة القلب عن طريق إطلاق النور أدرينالين المخزن فيها ولكنه وجد حالياً أن هذا التأثير يترافق مع جرعات عالية، يزيد النيكوتين الأحماض الدهنية في الدم وكذلك التصاق الصفائح و هذه تأثيرات ومن الممكن أن تكون هامة في التصلب الشرياني و الخثار .

-على الجهاز الهضمي: لا توجد تأثيرات مهمة على الحركة أو الإفراز، ويحدث الغثيان والإقياء عند المبتدئين غالباً بسبب إثارة مركز الإقياء. وتزداد الشهية عند التوقف عن

التدخين والآلية غير مؤكدة. (1)

التأثيرات الحادة لتدخين التبغ: (1)

يمكن تلخيصها كالآتي:

- 1- زيادة مقاومة الطرق الهوائية: وإن 4-5 أضعاف زيادة في المقاومة ضروري لتسبب في حدوث عسر تنفس ملحوظ بينما عسر التنفس الشديد (كالمشاهد في الربو) يحتاج لزيادة في المقاومة تعادل 10 أضعاف وإن استنشاق النيكوتين بتركيز مساوية للتي يتم التوصل إليها عند التدخين لا يؤدي لزيادة المقاومة .
- 2- الفاعلية الهدبية: يتم إحباطها وتتم إزالة الجزئيات و الشوائب ببطء أكثر.
- 3- امتصاص CO: ذو أهمية في حالة وجود مرض قلبي تاجي وغير مهم فيزيولوجياً في البالغين الأصحاء .

2-التأثيرات المزمنة لتدخين التبغ (1)

الكلية الملكية للأطباء في لندن شعرت أنه من واجبها أن تعلن بشأن التدخين في سؤال للمواطنين << متى ومن يحتاج >> وفي عام 1925م عرضت نصيحة تتعلق بالنتائج المدمرة لزيادة استهلاك التبغ والوقوع في فخه ونشرت في الاعوام 1962 ، 1977 ، 1983 تأثيرات التدخين على الصحة ، كما نشرت خدمات الصحة العامة آنذاك مقالات كثيرة حول نفس الموضوع .

الأدلة على ترافق التدخين مع العديد من الأمراض تكونت من المسح الراجع، وفيه تمت مقارنة عادات التدخين بين هؤلاء الذين كانوا مرضى مع مجموعة مراقبة مختارة وكذلك المسح المستقبلي والتي تم فيها تسجيل عادات عينة من الناس تمت مراقبتهم وتسجيل مصيرهم والدراسة الراجعة عرضة للانتقادات بشدة بسبب مخاطر الانحياز في اختيار الأشخاص والمراقبة أثناء اختيارهم لذلك من المرغوب أن يدعم ذلك بدراسات مستقبلية للحصول على أدلة مقنعة ونتائج أفضل .

إن الطرق الإحصائية لا تستطيع بالطبع أن تقدم البرهان على العلاقة المسببة، والمسبب ذو الأهمية يعتبر مسألة والتي تأتي فوق عبارات من الاحتمالات الإحصائية.

ومن الهام دقة وتخصيص ربط المسبب بالنتائج، مثلاً بوجود التهاب بالقصبات مزمن أو سرطان رئة، يمكن التنبؤ أن المريض يدخن والعكس صحيح ، كما يجب أن يكون حجم التأثير غير غامض أي الانتباه لوجود عوامل أخرى مرافقة وغير مسببة كالكحول. وكذلك تطابق التأثير <المرض> مع الجرعة <كمية الدخان المدخنة > كل ذلك يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار .

كانت ومازالت الدراسات التي أجريت حول تأثيرات التدخين كثيرة ومتنوعة، ففي دراسة قام بها Doll ورفاقه وفيها أرسل في العام 1951 استفتاء حول لجميع أطباء بريطانيا تم التقييم بعد 20 سنة ومن 34.440 رجل والذين أجابوا عن الاستفتاء الأصلي أظهر الاستفتاء⁽¹⁰⁾:

1- 10.072 وفاة.

2- معدل الوفيات عند مدخني السجائر يعادل مرتين معدله عند غير المدخنين .

3- أسباب الموت الرئيسية :

●أمراض القلب .

●سرطان الرئة.

●أمراض الرئة الانسدادية المزمنة

●أمراض الأوعية المختلفة.

الصورة المميزة لهذه الدراسة كانت في أن المتابعة كانت كاملة ، دقة شهادات الوفاة ، وفي حقيقة أن الناس المشمولين بهذه الدراسة ككل قد أنقصوا حقيقياً استهلاك السجائر خلال مدة المراقبة وبالنتيجة فإن سرطان الرئة نسبياً أصبح ينمو بوبائية أقل بتقدم الدراسة، ولكن السرطانات الأخرى لم تكن كذلك، وهذا يؤكد الطبيعة المسببة لهذه العلاقة بين التدخين وسرطان الرئة⁽⁰⁾، تقلص عدد الأطباء المدخنين إلى النصف

(43%-21%) بينما لدى عامة الناس لم يتبدل⁽¹²⁾ وتبين نتيجة الدراسة أن الأطباء العاملين يدخنون 73% أكثر من أطباء المشافي والجراحين ومعدل الوفيات قياسياً أعلى بسبب الأمراض المتسببة بالتدخين⁽¹¹⁾. كما تقلص معدل الوفاة بين الأطباء بسبب سرطان الرئة بنسبة 25% بينما ازداد لدى عامة الناس بمعدل 26%⁽¹²⁾. ويعتبر التدخين في الولايات المتحدة الأميركية أنه المسبب الوحيد والأكبر للأمراض⁽¹³⁾ والذي يمكن منعه وكل سنة يسأل عن 400,000 وفاة⁽¹⁴⁾ بينما على المستوى العالمي قيم التبغ أنه مسؤول عن حوالي 3 مليون وفاة سنوياً⁽¹⁵⁾ وأجريت إحصائية حول نسبة الوفيات عند المدخنين وعلاقتها مع كمية التدخين المستهلكة فكانت النتائج كالآتي⁽¹⁾:

نسبة الرجال أعمارهم 35 سنة والمتوقع أن يتوفو قبل سن 65 سنة:

غير مدخنين	15%
مدخن 1-14 سيجارة/يوم	22%
مدخن 15-24 سيجارة/يوم	25%
مدخن >25 سيجارة/يوم	40%

الذي يدخن أكثر من 25 سيجارة في اليوم يفقد بمعدل 5 سنوات من عمره.

كل سيجارة تنقص من عمر المدخن بمعدل 5 دقائق.

وذكر أيضاً أن المدخن يموت قبل 5-8 سنوات من غير المدخن.⁽¹⁶⁾

على الرئة يمكن تقسيم الآثار المتعاكسة لدخان السجائر إلى قسمين بارزين:⁽¹⁾

1- فرط إفراز مخاطي مزمن :

ويطابق التعريف الأصلي التهاب القصبات المزمن البسيط ، ويحدث هذا خصوصاً في الطرق الهوائية الكبيرة وغالباً ما يتراجع عند توقف المدخن عن التدخين وهو بحد ذاته لا يحمل أي خطر حقيقي للموت ولا يؤثر على متوسط العمر المتوقع .

2- مرض الرئة الانسدادي المزمن :

COPD والذي يسبب صعوبة في التنفس بسبب تضيق المسالك الهوائية في الرئتين . وهذا الوضع يحدث خاصة في الطرق الهوائية الصغيرة ويشمل على عناصر تدمير مختلفة لوحداث الرئة الطرفية، وهذا التدمير تصاعدي، متعذر إلغاؤه وفي النهاية يؤدي إلى عدم القدرة ثم الموت، وفي كلا الحالتين يتشارك المرضى في قابليتهم الشديدة للمعاناة من الأمراض الإنتانية الحادة. وتزداد نسبة الإصابة بالسل الرئوي كما تكثر المضاعفات الصدرية بعد الجراحة.

وفي اختبارات وظيفة الرئة المعروفة (FEV1) يحدث فقدان في هذا الحجم بمقدار لتر واحد وهو مسبب عدم القدرة ، وهذا الفقدان لا يحدث فجأة ولكنه ينمو عبر عدة عقود وهذا الفقدان يحدث بكمية ضئيلة جداً عند غير المدخنين حتى أنهم يصلون لأعمار يموتون عندها بسبب أمراض أخرى، بينما عند المدخنين يكون معدل فقدان هذه الوظيفة واسع جداً، و لبعض الاسباب التي لاتزال مجهولة لا يعاني بعض المدخنين في معدل فقدان سريع لهذه الوظيفة ،وبا لمقابل يعاني بعض المدخنين (القابلين) لذلك من تدهور سريع غير عادي لهذه الوظيفة وإذا استمروا في التدخين فسيصبحوا عاجزين ويموتون بالمرض الرئوي الانسدادي، وحيث أن هذه التغيرات غير عكوسة، لذلك يصبح تأثير التوقف عن التدخين ذو أهمية قصوى فإذا توقفوا قبل أن يصبحوا غير قادرين (عاجزين) فإنهم لن يموتوا ب COPD، وإذا لم يتوقفوا حتى يصبحوا عاجزين فإنهم سيموتون بهذا المرض خلال فترة قليلة (1)

وفي دراسة قام بها Lin aimaa ورفاقه (17) استنتج أن المدخنين العاملين في تقسية المعادن الصلبة و الفولاذ معرضون أكثر للإصابة بالحمى والرجفان والأعراض التنفسية التي قد ترافق مرض رئوي ما.

وتوسعت الدراسات حول علاقة التدخين بتطور السرطانات فقد أتهم التدخين أنه يمكن

أن يكون سبب لتبدلات DNA وبالتالي لإحداث الطفرات⁽¹⁾. وفي دراسة قام بها NORDENION ورفاقه عام 1984 استنتج فيها وجود زيادة معدل انحراف الصبغيات المؤدي بدوره لزيادة خطر الإصابة بالسرطانات وكان التدخين أحد العوامل المتهمة بذلك⁽¹⁸⁾.

في دراسة حديثة قام بها (Melbye-Frich) عام 2006⁽²⁰⁾ توبع 5100 مريض في الدانمارك مدخنين ولديهم سرطانات وسفية الخلايا جلدية كانت نسبة الإصابة بسرطانات أخرى أكبر. خطر السرطانات النسبي PR كان على الأعضاء التنفسية = 1.7

سرطان الشفة و الفم و الحنجرة PR = 3.1

لمفوما لاهودجكن pR = 2,3

سرطان الدم pR=2,5

ميلانوما pR=2,6

سرطان أمعاء دقيقة pR=4,1

وكانت النسبة أكبر في المرضى المشخصين قبل سن 60 ومن هنا استنتج المؤلف أن التدخين له مضار على كل الأنسجة الشائكة البشرية .

يعتبر سرطان الرئة البدئي غير شائع لدى غير المدخنين وتبلغ نسبة الإصابة به لدى المدخنين 10 أضعاف ما هو لدى غير المدخنين وهو يشكل 35% من وفيات الذكور و 19 % من وفيات الإناث (مع ارتفاع حالي في هذه النسبة) ويعتبر التدخين أول مسبب في إحداثه⁽¹⁶⁾⁽²²⁾.

واعتبر السرطان الرئوي أنه المسؤول عن وفاة 37,000 حالة في بريطانيا عام 1974. 14,500 منها حدثت قبل 65 سنة وأن مخاطر الوفاة بسبب سرطان الرئة متعلقة بعدد

السجائر المدخنة وبعمر بدء التدخين وتقل هذه المخاطر بتدخين سجائر مفلترة وإن ترك التدخين يقلل من خطر الوفاة المرافقة، وبعد 10 سنوات تقترب هذه النسبة من غير المدخنين إطلاقاً⁽¹⁾ وإن مدخني السيجار والغيون يعانون من مخاطر أقل بكثير من مدخني السجائر (وغالبا لأنهم يستنشقون أقل). كما يزداد سرطان الرئة بالتعرض لبعض الكيماويات المستخدمة في المصانع. اقترح wender .El وزملاؤه⁽²¹⁾ في دراسة قديمة وجود عامل وراثي يحدد أي من المدخنين سيتطور لديه سرطان رئة لكن هذه الفرضية الوراثية تم رفضها لعدة أسباب منها النمط المتغير لمعدل سرطان الرئة عند الجنسين في السبعين سنة الأخيرة ، وانخفاض نسبة السرطان الرئوي لدى أطباء بريطانيا (في الدراسة المجراة سابقا) والتي تراكمت مع ترك التدخين بالإضافة لوجود أسباب أخرى لسرطان الرئة لا يمكن وصفها هنا. يتعرض المدخنون كذلك لسرطان الفم والحنجرة 5-10 أضعاف حدوثه عند غير المدخنين وهذه النسبة كبيرة عند مدخني السيجار والغيون كما هي عند مدخني السجائر^(1,16). أشيع أنماطه الشائك الخلايا 90%⁽¹⁶⁾ تزداد كذلك نسبة سرطانات البنكرياس -الكلى-المثانة- عنق الرحم لدى المدخنين^(1,16) تزداد نسبة حدوث سرطان المري بين المدخنين وأشيعة هو الشائك الخلايا ، ويشاهد عند الذكور بشكل اشيع⁽¹⁶⁾.

بين (Briton et al) أن هناك زيادة نسبية =1.5 في معدل إصابة المرأة المدخنة بسرطان عنق الرحم وبين (slatlery et al) أن المدخنات السليبات أيضا معرضات أكثر للإصابة بسرطان عنق الرحم⁽²³⁾ بينما بين (BRITON ET SCHIFLMON) في دراسة حديثة 1995 أن الارتباط بين التدخين و سرطان عنق الرحم ضعيف وممكن أن يكون بسبب أن المدخنات معرضات أكثر للإصابة بـ HPV .⁽²⁴⁾ ومن جهة أخرى فإن أمراض القلب الإكليلية والتي تعتبر من الأسباب الرئيسية المؤدية للوفاة في العديد من الدول المتقدمة يعزى 30% منها إلى التدخين وتحت عمر (65) سنة تكون أسباب الوفاة بسبب أمراض القلب الإكليلية ضعفين عند المدخنين منها عند

غير المدخنين وتكون 3.5 ضعف عند المدخنين الشديدين (1)

وقد حددت عوامل الخطورة لدى نقص التروية القلبية: العمر -التأهب الوراثي-ارتفاع Bb - السكري-ارتفاع TG _ التدخين بينما شملت العوامل الأقل أهمية السمنة -اللياقة الفيزيائية -نمط الشخصية (1,16)

إن تصلب الشرايين التاجية المؤدية لتضييقها مع زيادة التصاق الصفائح الدموية المسبب كلاهما بالتدخين يزيد من قابلية تشكل الخثرات بالإضافة لما يحدثه التدخين من زيادة كاربوكسي هيمو غلوبين الذي يتسبب في زيادة الكريات الحمر وبالتالي زيادة اللزوجة الدموية

لوحظ أن المدخنين الذين يصابون بنوبة قلبية ويتوقفون عن التدخين يكونوا أقل تعرضاً لنوبات أخرى من الذين يستمرون في التدخين. ولوحظ أيضاً أن الوفاة بسبب أم الدم الأبهرية تعادل 5 مرات شيوعاً عند المدخنين (1) وبما أن التدخين صنف كعامل هام و أساسي في عوامل الخطورة المسؤولة عن تصلب العصيدي وباعتبار أن تصلب العصيدي يميل لأن يكون مرضاً معمماً مع إصابة كل من الشرايين الرئيسية بدرجات متفاوتة ومع مظاهر سريرية متفاوتة حسب الإصابة الوظيفية لعدد محدود

من الشرايين ومن هنا أتهم التدخين بزيادة ترافقه مع السكتات الدماغية ونوب الإقفار الدماغية العابرة (16)، العرج المتقطع الناجم عن انسداد شرايين الفخذ والساق بالعصيدة الشريانية والمترافقة مع أعراض سريرية أخرى (تبدلات ضمورية في المناطق المرواة من الشرايين المصابة -ضمور عضلي -....قد تصل التبدلات حتى الموت) أيضاً حدوث ارتفاع توتر شرياني وعائي كلوي المنشأ قصور شريان حشوي واقفار معوي ،التهاب وريد خثري....(16)

في دراسة ل Weinstein عام 1997 (25) درس تأثير المخدرات الموضعية على مستوى حاسة اللمس للأغشية المخاطية والجلدية ووجد فقدان حاسة اللمس بدرجة ذات أهمية

عالية عند المدخنين تعتبر أيضاً قرحات المعدة و الأثني عشرية أكثر شيوعاً ب 2-3 مرات عند المدخنين منها عند غيرهم كما أنها تضاعف من أسباب الموت عندهم غالباً، لأن التدخين يؤخر اندمال القرحات ويزيد من معدل النكس بعد الشفاء^(16,1)

درس Rimm et al⁽²⁷⁾ تأثير التدخين على الداء السكري فحصوا تباعاً (111247) ممرضة ل 12 سنة ووجدوا أن المدخنين بصورة متواترة لديهم خطورة أكبر للسكري غير المعتمد على الانسولين ولاحظوا تحولاً هاماً إلى خطورة أعلى بين المدخنين بشدة ، الخطورة النسبية للسكري مع البدانة وعوامل خطورة أخرى كانت 1,42 لدى المدخنات ل 25 سيجارة أو أكثر بعد سنتين أجرى المؤلفون أنفسهم دراسة مماثلة على (42810) ذكور مدخنين ل 25 سيجارة يومياً أو أكثر كانت خطورة نسبية للسكري قد حددت ب 1,94⁽²⁸⁾ .

كما أبدى داء كرون ترافق إيجابي قوي مع التدخين⁽²⁹⁻³⁰⁻³¹⁾ في حين كان ترافق التهاب الكولون القرحي سلبياً مع التدخين⁽³²⁻³³⁻³⁴⁾ .

وجد nilsson و nived خطورة زائدة قليلاً ل SLE لدى المدخنين⁽³⁵⁾

NAGATA ET AL فحصوا 282 مريضة مشخصة حديثاً ل SLE و قارنوا النتائج مع المشاهدات 292 مريضة وجدوا ان خطورة SLE كانت زائدة لدى المدخنات وكانت الخطورة مرتبطة بشكل كبير بعدد السجائر المدخنة في اليوم⁽³⁶⁾ . كما استخلص SYMMONS وزملاؤه في دراسة حديثة حول عوامل خطورة مكونة لالتهاب المفاصل الرثواني أن التدخين عامل هام يترافق بخطر أكبر للإصابة بالداء الرثواني⁽²⁶⁾.

لوحظ الترافق الاول بين التدخين و الايدز في دراسة مبكرة من قبل NEWELL وزملاؤه و الذين وجدوا ان استهلاك السجائر هو عامل خطورة هام للايدز⁽³⁷⁾ ، 51,6 % من مرضى الايدز كانوا مدخنين مقارنة مع 24.1% من حالات الشواهد ، و بسبب التأثيرات المعدلة للمناعة المعروفة للتدخين افترض BERGER⁽³⁸⁾ أن المدخنين

إيجابيو HIV لديهم خطورة أكبر لتطور وترقي الايدز من غير المدخنين ايجابي HIV ROYCE و WINKEL STEIN اختبروا 998 شخص وجدوا أن إيجابي HIV كان لديهم نسبة مدخنين أكثر من الشواهد -HIV⁽³⁹⁾.

درس HALSEY زملاؤه 418 امرأة من هايتي وجدوا أن المدخنين أكثر ميلاً من غير المدخنين لأن يكونوا + HIV.⁽⁴⁰⁾ وقد وجدوا ارتباطاً إيجابياً حول مسؤولية الجرعة (عدد السجائر المدخنة يوميا) وإيجابية المصل ل HIV .

اختبر NIEMAN زملاؤه 84 مريض شخصوا حديثاً ب HIV وتطور لديهم الايدز خلال فترة 5 سنوات . وجدوا ان فترة الترقى الى الايدز كانت أقصر بصورة هامه لدى المدخنين .⁽⁴¹⁾

6 - النساء و التدخين

قبل الحرب العالمية الثانية كانت المدخنات النساء قليلات جداً وبحلول عام 1956 أصبح 42% من النساء فوق 16 سنة مدخنات ، وينتشر التدخين أكثر بين النساء ذوات المراكز الإدارية وتلعب الضغوط الاجتماعية و النفسية عامل هام في ذلك ، بل أظهرت النساء رغبة أكبر في التدخين تحت ظروف التوترات النفسية في حين أن الرجال اظهروا الحاجة الأكبر للتدخين تحت الظروف المسببه للملل أو الإعياء .⁽¹⁾

في دراسة أوروبية فرنسية أجريت عام 2000 ظهر انه بعمر (15) سنة 30% من الشابات مدخنات مقابل 26% من الشبان⁽⁴²⁾ . وفي دراسة أخرى كانت نسبة المدخنات 53% بعمر 20-24 سنة اي بتزايد عن دراسة أجريت في عام 1986 ، وإن النساء المدخنات لأكثر من 25 سيجارة \ يوم يشكلون حوالي 12% من نسبة النساء المدخنات وهي نسبة تعادل ما هو عند الرجال تقريباً⁽⁴²⁾ .

وان زيادة نسبة التدخين عند المرأة أدى الى زيادة نسبة الأمراض المرافقة له كالداء الإكليلي القلبي و غيره، فالوقاية النسبية التي تؤمنها البنية الهرمونية حتى سن الضهي

عند المرأة لا تقيها من أخطار التدخين كما أن التدخين يسبب إنقاص HDLC (حيث هو أكثر ارتفاع لدى النساء تحت سن الضهي ويشكل عامل وقاية طبيعي من العصيدة الشريانية). وان الخطر يبدأ من عدد ضئيل من السجائر اعتباراً من 6 سجائر اليوم⁽⁴²⁾.

ولا ننسى الخطر الهام عند مشاركة التدخين مع حبوب منع الحمل الفموية سيما و أن النساء المدخنات تملن إلى استعمالها وأن مخاطر احتشاء القلب، الأمراض القلبية الوعائية ، السكتات الدماغية تزداد من (3-4) أضعاف تقريباً و ذلك باستعمال أي من التدخين أو حبوب منع الحمل ، ولكن عند استعمالها معاً فإن الأخطار تتضاعف وتكون زيادتها الكلية تقارب (10) إضعاف وخاصة لدى النساء أكبر من 45 سنة .⁽¹⁾

كما ضاعف التدخين عند النساء من نسبة سرطان القصبات و الرئة بشكل مذهل بالإضافة للسرطانات الأخرى المرتبطة بالتدخين والتي سبق ذكرها ومنها أيضا سرطان عنق الرحم .

وإن أعراض سن الضهي تكون أبكر وأشد كما أن تخلخل العظام المرافق يكون أكثر شدة وتطوراً لدى المدخنات ، إن التطور الحالي للتدخين عند النساء ونتائجه تدعو إلى القلق فالיום لدينا 10% من بين 60000 وفاة لها علاقة بالتدخين هي من نصيب النساء وإذا استمر التدخين بنفس الوتيرة نستطيع أن نتوقع في العام 2020 أن ثلث 16000 حالة وفاة ستكون من نصيب النساء أي (10×) مقارنة مع الوضع الحالي⁽⁴²⁾.

تعتبر النساء المدخنات أكثر عرضة للعقم والحمل المتأخر من غير المدخنات كما أنهن أكثر قابلية لانقطاع الطمث المبكر⁽¹⁾ ، وأجريت دراسات عديدة حول الدلائل التي تربط التدخين باختلالات الحملية .

فقد أظهرت الدراسات أن المدخنات لديهن ضعف العدد من الأطفال متأخري النمو ناقصي وزن الولادة^(2,1) ويبدو أن تأثير التدخين متعلق بالجرعة وبمرحلة الحمل التي

حدث فيها التدخين (2) ويتهم بذلك التعرض المطول لمستويات عالية من CO في الرحم وليس للنقص الغذائي عند المدخنات (2,1) ولوحظ أن ترك التدخين قبل نهاية الشهر الرابع من الحمل غالباً ما يؤدي إلى أن يكون وزن المواليد مساوٍ لما هو عند غير المدخنات إطلاقاً. (2,1)

لوحظ أن حجم المشيمة وقطرها ووزنها أكبر عند المدخنات وقد يمثل هذا تأقلم لنقص O2 وزيادة كاربوكسي هيمو غلوبين الدم كما أن تشوهات أو تبدلات DNA في المشيمة تكون أكثر لدى النساء المدخنات. (1)

اقترحت دراسات أيضاً الترابط بين التدخين والإسقاط العفوي والموت داخل الرحم (2,1) وكذلك زيادة نسبة الوفيات حول الولادة عند المدخنات وهذا متعلق بالجرعة أيضاً، وترافق الولادة المبكرة مع التدخين وكل ما سبق لا يعتمد على المستوى الاجتماعي الاقتصادي للمرأة الحامل (2,1).

وإن النيكوتين يوجد في حليب الثدي بتركيز أعلى منها في مصل الأم وقد سجل تسمم رضع بالنيكوتين لأمهات يدخن 2.1 باكيث/اليوم وجد أيضاً في إحدى الدراسات (133) أن النساء اللواتي لديهن التهاب ثدي حول قنوي كن أكثر بمرتين من المدخنات بشده قياساً إلى الشواهد، هذا عدا عن تعرض الأطفال لأمهات مدخنات للتدخين السلبي ،وقد وجد نقص 10% في الوظيفة الرئوية لأطفال بأعمار 2.1 سنة لأمهات مدخنات في دراسات شملت 1156 طفل. (2) في دراسة حديثة لـ SCHAFER وزملاؤه عام 1997 (43). أثبت أن التدخين خلال الحمل والرضاعة ممكن أن يكون عامل مؤثر في تطور الإصابة بالأكزيما التأتبية عند الأطفال المواليد.

(2,52% من الأطفال لأمهات مدخنات مقابل 35,7% لأمهات غير مدخنات) وفي دراسة مماثلة لـ RUIZ وزملاؤه عام 1992 توصلوا لنفس النتائج (44). ومن هنا يمكن أن نتحدث قليلاً عن التدخين والأطفال.



7- التدخين والأطفال

يعاني أطفال الآباء المدخنين من أعراض تنفسية أكثر وهم معرضون أكثر للالتهابات الرئوية من غيرهم من أطفال آباء غير المدخنين، وهذا الترافق أكثر ما يكون واضح في السنة الأولى من عمر الطفل، ويتعلق ذلك بالجرعة المتناولة عند الوالدين، ويعتبر تدخين الأم أهم من تدخين الأب وهذا العامل يتلاشى بعد عمر 3 سنوات مما يؤكد أهمية الاقترب) وكذلك تزداد نسبة الإصابة بالتهاب الأذن المزمنة⁽¹⁶⁾.

وجد كذلك أن أطفال الآباء المدخنين أقصر من غيرهم في عمر المدرسة الابتدائية بحوالي 1 سم وذلك بعد تعديل العوامل الأخرى⁽¹⁾ ويكون الأداء العقلي للأطفال من آباء مدخنين في عمر الحادية عشرة متخلفا بحوالي 6-7 أشهر ولم يحدد سبب ذلك أهو ناتج عن تدخين الآباء أثناء نمو الأطفال أم أنه تأثير متأخر عن تدخين الأم أثناء الحمل⁽¹⁾ كل ما سبق يندرج تحت التدخين السلبي الذي سنتحدث عنه لاحقاً، أما عن تدخين الأطفال الرئيسي فإن بعض الأطفال يبدأ التدخين عند عمر 5 سنوات وقد وجد أن 3/1 المدخنين العاديين البالغين بدؤوا التدخين قبل بلوغهم التاسعة، وحوالي 80% من الأطفال الذين يدخنون بانتظام يستمرون في ذلك عندما يكبرون فكلما كان التدخين المنتظم مبكراً في الحياة كانت في مخاطر الموت المبكر أكثر.

وجد كذلك أن الأطفال لأبوين مدخنين يتوقع لهم أن يصبحوا مدمنين على التدخين أكثر مقارنة مع غيرهم من أطفال لوالدين غير مدخنين^(16.1)

إن الأسباب الرئيسية للتدخين هي ضغوط اجتماعية من قبل الأصدقاء المدخنين الذي يطلق عليها (الإسراع أو التعجيل في سن البلوغ)، كما أن الأطفال من ذوي الطبقات الاجتماعية الرابعة والخامسة من المرجح أنهم يدخنون أكثر من أقرانهم في الطبقات الأخرى، وجد كذلك أن التدخين أقل شيوعاً عند طلاب المدارس التي لا يدخن فيها المدرس أو المدير.⁽¹⁾

طلاب الطب والتدخين ،التدخين عند الشرائح الطبية :

بالرغم من أن طلاب الطب يدخنون أقل هذه الأيام فإن الطلاب الذكور يدخنون مثلهم مثل عامة الناس في نفس العمر ونفس الطبقة الاجتماعية (الأولى والثانية) وهذا يعني أن النقص في التدخين مرتبط بالطبقة الاجتماعية وليس بالمعلومات الخاصة أو الشعور بالالتزام، غير أن نسبة التدخين بين طالبات كلية الطب تبلغ 50 % منها عند بقية الناس وبنفس الطبقة الاجتماعية، بينما في دراسة سابقة⁽⁶⁾ تقلص عدد الأطباء الذكور المدخنين إلى النصف (43% الى 21%) بينما ممرضات المستشفيات هن الشريحة الطبية الوحيدة التي يبلغ فيها معدل التدخين مساوياً لعامة الناس .

9 - التدخين السلبي

يتعرض الكثير من غير المدخنين لدخان التبغ في المنزل، العمل المواصلات العامة، وهم بصعوبة بل نادراً ما يتجنبون تنفس الهواء الملوث بواسطة دخان أناس آخرين وهذا النوع يطلق عليه التدخين اللاإرادي أو السلبي.

وجد في بريطانيا في العام 1982 أن السيارة المدخنة بالطريقة المعيارية تعطي حوالي 16-17 ملغ CO في التيار الرئيسي (الذي يسحب عبر التبغ ويؤخذ بواسطة المدخن) مقابل 41 ملغ في تيار الدخان الجانبي (ينجم عن حرق التبغ ويمر إلى الهواء المحيط)⁽¹⁾.

وجد كذلك أن دم حوالي نصف عدد غير المدخنين القاطنين في المدن يحوي على النيكوتين واغلبهم يحوي بولهم على النيكوتين.⁽¹⁾

في دراسة لـ Hirayma -T (45) جرت في اليابان على 91540 زوجة غير مدخنة أعمارهن 40 سنة وما فوق تمت متابعتهن ل 14 سنة (1966 -1979) وجد بالنتيجة أن زوجات المدخنين بشدة كان لديهم خطر أعلى للإصابة بسرطان الرئة وكان ذلك مرتبط بالجرعة.

وفي دراسة أخرى قام بها hole dg وزملاؤه⁽⁴⁶⁾ درست مجموعة بين الأعوام (1972-1979) وتبعت لاحقاً لمدة 11,5 سنة حول أثر التدخين السلبي وجد أن الأعراض القلبية والصدرية المفحوصة أنتجت أخطار نسبة أعلى من 10% بالنسبة للمدخنين مقارنة مع غير المدخنين وكانت جميع مسببات الموت أعلى عند المدخنين السلبيين بنسبة (1,27) كما كانت أسباب الوفاة المرتبطة بالتدخين (1,30)، والوفاة المرتبطة بسرطان الرئة (2,41) ومرض القلب الاقفاري (2، 1).

أجرى law-MR وآخرون⁽⁴⁷⁾ دراسة حول أثر الدخن التبغي البيئي، وجد أن الرجل غير المدخن والذي يقطن مع مدخن يتعرض لنسبة من الدخان تعادل (1%) من التدخين الفعلي لعشرين سيجارة في اليوم .

كما وجد أن التدخين السلبي يزيد مخاطر الإصابة بسرطان الرئة وهذا الخطر مقيم بنسبة 24% مقارنة بالذين لم يتعرضوا للدخان. ويسجل سنوياً عدة مئات من سرطان الرئة في بريطانيا والمعزوة للتعرض البيئي لدخان التبغ. ونشر Law-MR وزملاؤه⁽⁴⁸⁾ عام 1997 مقالا آخراً حول أثر التدخين السلبي بين فيه زيادة الخطر النسبي لمرضى القلب الاقفاري في التدخين السلبي بمعدل (1,30) بعمر 75 سنة وكان الخطر النسبي مساوياً لتدخين سيجارة واحدة في اليوم (1,39) لنفس العمر . وأما merletti-f وزملاؤه فقد نشروا حديثاً 1998⁽⁴⁹⁾ أن التعرض البيئي للتبغ يسبب سرطان الرئة وأمراض القلب الإقفاريه وأمراض التنفس المزمنة والربو عند الأطفال ويعتبر مشكله صحية اجتماعيه في أوروبا .

التدخين والجلد

بالرغم من أنه من غير العادة أن يكون إنذار التدخين على الجلد مماثل لعقابيله الداخليه فإن التظاهرات الجلدية للتدخين هامة وقد تترافق مع إمراضيه هامة كما انها قد تزود بعض المرضى بحافز فعال لترك التدخين خصوصاً أولئك الذين يهتمون بالمظهر الخارجي أكثر من الأذى الداخلية التي تترافق مع التدخين .

تم إظهار التأثيرات المقبضة للأوعية للتدخين باكراً وفي عام 1909⁽⁵⁰⁾ وبعد ذلك تم إثباتها⁽⁵¹⁾ الآلية الدقيقة غير معروفة لكن التحريض النيكوتيني يزيد من إفراز الفازوبريسين الذي قد يكون مسؤولاً بصورة جزئية ، وهذا ما أكدته Weber ورفاقه عام 1984⁽⁵²⁾ وحيث أحبط هذا التأثير بإضافة مضاد للهرمون نوعي يعمل وعائياً .

التدخين ينبه إفراز الكاتيكولامين التي تعمل كعوامل متممة في تشكيل الكالونات CHALONES والتي هي مثبطات للتبشرن⁽⁵³⁾. كما ينقص التدخين من أكسجة النسيج⁽⁵⁴⁾ ويزيد الكربوكسي هيموغلوبين الذي يفاقم أكثر نقص أكسجة النسيج بإنقاصه مقدرة الدم الحاملة لـ O₂⁽⁵⁵⁾ التدخين يزيد من تكس الصفائح⁽⁵⁶⁾ وينقص من تشكل البروستاسيكلين⁽⁵⁷⁾ ويزيد لزوجة الدم⁽⁵⁸⁾ وينقص من ترسب الكولاجين⁽⁵⁹⁾ بالإضافة لتأثيراته التي مرت سابقاً . إن تدخين سيجارة واحدة يمكنه أن يحدث تقبض وعائى جلدي إلى حوالي (90د)⁽⁶⁰⁾ وجريان الدم في الإبهام ينقص حوالي 24% بعد تدخين سيجارة واحدة و29% بعد سيجارتين⁽⁶¹⁾، في دراسة لـ RICHARDSON-D⁽⁶²⁾ لوحظ وجود نقص في الدم عبر الأوعية الجلدية الدقيقة وكان أعلى مستوى له خلال دقيقتين بعد التدخين وكان الاتجاه تناقصياً كلما زادت كمية النيكوتين ولكن بنسبة غير ذات قيمة.

وجد JENSON وزملاؤه أن التدخين لمدة 10 دقائق ينقص من توتر (TENSION) الأكسجة النسيجي إلى حوالي ساعة واستنتجوا أن المدخن بصورة نموذجية لباكيت /اليوم سيبقى بحاله نقص أكسجه لمعظم اليوم⁽⁵⁴⁾ ومن هنا درس أثر التدخين على اندمال الجروح والقرحات ، التجاعيد ، الأوام الجلدية والصداف⁽⁰⁾ وكثير من الأمراض الجلدية.

التئام الجروح والتقروحات

في عام 1978 اظهر GOODY –MOSLEY–FINSETH في نموذج التجربة على الحيوانات أن الإعطاء الجهازى للنيكوتين يؤدي التئام الجروح⁽⁶³⁾ SIANa ورفاقه⁽⁶⁴⁾ درسوا 120 امرأة قبلن لإجراء فتح بطن:

- في الشقوق على الخط الناصف عرض الندبة في المدخنين بلغ 7,4 ملم ،غير المدخنين 2,7 ملم.

- في الشقوق المعترضة عرض الندبة في المدخنين بلغ 2,8 ملم غير المدخنين 2,1ملم

aZIZA و PUGASH <DARDOUR⁽⁶⁵⁾ وصفوا نتائج 156 شريحة FLAPS لإصلاح خط الشعر الجبهي وجدوا أن التدخين يضاعف معدل المضاعفات 25 % لدى المدخنين مقابل 14 % لدى غير المدخنين .

وفي مراجعة ل 916 شرائح وطعوم كامل السماكة وجد < GOHDMINZ Bennet⁽⁶⁶⁾ تأثيراً هاماً مرتبط بالجرعة بين عدد العلب المدخنة في اليوم وتطور النخر، المدخنون الحاليون لأقل من باكيت / يوم كان لديهم نخر 3 مرات أكثر من غير المدخنين، بينما تطور لدى المدخنين لباكيتين/ اليوم أكثر 6 مرات من غير المدخنين. وفي دراسة في لوس أنجلوس 1997 حول الرثق الجلدي tram – flaps أجراها M –takeishi ورفاقه⁽⁶⁷⁾ على 114 مريض لإعادة بناء جلد الثدي بعد عملية إزالة الثدي كان التدخين والسمنة مترافقان بعوامل خطورة أكبر في مضاعفات اندمال الجروح.

ووجد في دراسة أخرى⁽⁶⁸⁾ أن المدخنين لديهم نسبة أكبر للإصابة بتقروحات الضغط وبشكل أشد. بينما نفت دراسة أخرى⁽⁶⁹⁾ هذه العلاقة واعتبرت أن التدخين ليس من عوامل الخطورة وهذا أيضاً ما أكده John-L وغيره⁽⁷⁰⁾ عندما درس تقروحات الضغط وعوامل الخطورة في ICU ووجد أنه لا فرق بين المدخنين وغير المدخنين بالنسبة لتطور

هذه التقرحات. أما قرحات القدم السكرية فإن الدراسة⁽⁷¹⁾ التي جرت عام 1992 لم تجد فوارق بين عادة التدخين والاندمال في قرحات القدم السكرية وإنما كانت متعلقة بالعمر والمضاعفات المصاحبة لمرضى السكري دراسة أخرى⁽⁷²⁾ بينت أن التدخين عامل ذو قيمة في زيادة نسبة الإصابة بآفات القدم لدى مرضى السكري ومنها التقرحات.



الصداف والتدخين، البثر الراحي الأخمصي والتدخين

بالرغم من أن العلاقة بين التدخين والصداف ليست قوية تماماً فإن دراسات عديدة أبدت ترافقاً هاماً بينهما. في دراسة راجعة⁽⁷³⁾ درست 132 حالة جديدة التشخيص تم تحديدها بين الأعوام 1980 – 1983 ، وكانت معلومات التدخين متاحة على 89% من المرضى بين المرضى الذكور المصدوفين كانت عادات التدخين مماثلة للمجتمع الشاهد بينما كان التدخين أكثر انتشاراً بين المريضات الإناث المصدوفات من الحالات الشاهدة (40,3% مقابل 28%).

Naldi ورفاقه⁽⁷⁴⁾ قاموا بدراسة عديدة المراكز لحالة مضبوطة لتقييم الأهمية الوبائية لعوامل الخطر المقترحة للصداف وجدوا أن خطورة الصدف كانت أعلى بالنسبة للمدخنين الحاليين منها عند الذين لم يدخنوا مطلقاً ، معدل الاختلاف كان 2,1 للمدخنين 15 سيجارة أو أكثر يومياً . بينما mills وزملاؤه⁽⁷⁵⁾ اختبروا عادات التدخين في 108 مرضى صدف وتناولوا حالات شاهدة للمقارنة ووجدوا 64,2% من المرضى المصدوفين كانوا مدخنين حاليين مقابل 23,6% من الشواهد ، الترافق بين التدخين الحالي والصداف كان هاماً بمعدل اختلاف 2,7 وكان المدخنون ل < 20 سيجارة /يوم لديهم الخطر الأكبر للصداف وفي دراسة قام بها poikolainen ورفاقه⁽⁷⁶⁾ درسوا تناول الكحول كعامل خطر للصداف وكذلك التدخين وجدوا أن الصدف كان مترافقاً مع تناول الكحول وليس مع تدخين السجائر لكن عوامل عديدة قد تؤخذ بعين الاعتبار لاختلاف نتيجة هذه الدراسة ، وحيث قامت نفس المجموعة من الدارسين بدراسة أخرى⁽⁷⁷⁾ فحصوا 55 امرأة مصدوفة و (108) حالة عشوائية شاهدة

وجدوا أن النساء المدخنات ل 20 سيجارة / يوم كن أكثر 3,3 مرة لاحتتمال أن يملكن صدادف من النساء اللاتي لم يدخن . في دراسة ل gupta وغيره عام 1996⁽⁷⁸⁾ وجد أن التدخين عند الرجال محتتمل أن يكون عامل خطورة في زيادة حدة الصدفية في الأطراف . وهذا ما كانت أكدته دراسة أخرى⁽⁷⁹⁾ أيضاً عندما صنفت التدخين كعامل من العوامل العديدة المؤثرة بالإصابة بالصدفية. وبالرغم من اعتبار البعض أن البثار الراجي الأخمصي ppp كنوع أو نمط تحتي للصداف فهو عموماً يعتقأ بأنه كيان مميز. o,Doherty ,Macintyre⁽⁸⁰⁾ أنجزوا دراسة عديدة المراكز على 216 مريض ب 626ppp حالة شاهدة وجدوا أن عامل الخطر النسبي ل البثار الراجي الأخمصي ppp عند المدخنين هو 7,2 مقارنة مع غير المدخنين .

الميلانوما والتدخين

في عام 1979 قيم show وغيره⁽⁸¹⁾ تدوينات (1908) مريض عولجوا للميلانوما ، وجدوا أن عادات التدخين لديهم كانت مماثلة للمجتمع العام ، وفي دراسة لاحقة أكثر شمولاً⁽⁸²⁾ شملت (2583) مريض بالميلانوما وجد :

في الرجال 22,9 % من المدخنين الحاليين أو السابقين لديهم انتقالات درجة 2 و 3 ومقارنة مع 11,2 % من غير المدخنين.

وفي النساء 12,6 % من المدخنات الحاليات أو السابقات كان لديهن مرض متقدم مقارنة مع 5,8 % من غير المدخنات.

وكان هناك ارتباط خطي بازدياد عدد السجائر المستهلكة يومياً، وجدوا أيضاً أن المدخنين لديهم نسبة أكبر للنكس الأولي في موضع حشوي مما لدى غير المدخنين. وجد rigel وزملاؤه في دراسة مستقبلية⁽⁸³⁾ أن معدل البقيا لسنتين (الفترة الحرة للمرض) كان 74,2 % في المجموعة المدخنة من مرضى مقابل 92,3 % في المجموعة الغير مدخنة أو المدخنة سابقاً. koh وآخرون⁽⁸⁴⁾ فحصوا 196 مريضاً

بمرحلة 1 من الميلاَنوما من أجل عوامل عديدة وقد تؤثر على البقيا ومنها التدخين وجدوا أن التدخين كعامل وحيد كان عامل تنبؤ هام إحصائيا للموت من أجل مرض ميلاَنوما مرحلة 1 سريريا ،ولاحظوا أن المدخنين بشدة وبشكل بدئي كان لديهم آفات أثن من تلك المجموعة الأخرى (2,54 ملم مقابل 1,8 ملم بالتوالي) وفي دراسة أخرى⁽⁸⁵⁾ لم تظهر أي علاقة بين تطور وسير الميلاَنوما الخبيثة وتدخين التبغ وفي دراسة قمل veierod-mb وغيره نشرت عام 1997⁽⁸⁶⁾ درست العلاقة بين العادات الغذائية واحتمال الإصابة بالميلاَنوما الجلدية الخبيثة cmm على 50,757 مريض ومريضة (25,046 ذكور و 25,708 إناث) أعمارهم بين 16-56 سنة في الفترة ما بين 1977-1983 توبعوا حتى النهاية 1992 وجد أن استعمال زيت كبد الحوت والدهون غير المشبعة العديدة ترافق زيادة cmm بينما شرب القهوة ترافق مع تناقص cmm عند النساء، بينما الوزن. مشعر كتلة الجسم، مساحة الجسم، التعليم، التدخين والفعالية الفيزيائية لم تغير النتائج، عند الرجال لم يصاحب العادات الغذائية أي تغير في الإصابة وعلى الرغم من أن التدخين لا يسبب الميلاَنوما ولم تبد أي دراسة أن التدخين يزيد فرصة امتلاك ميلاَنوما فإن النقاط التالية واضحة⁽⁸⁷⁾ :

- 1- المدخنون أكثر ميلا للإصابة بميلاَنوما في زيارتهم الأولية
- 2- المدخنون لديهم فترة بقيا خالية من المرض ناقصة بعد التشخيص.
- 3- المدخنون أكثر ميلا لحدوث انتقالات حشوية لديهم.
- 4- المدخنون أكثر ميلا لحدوث انتقالات خلال السنتين الأولتين بعد التشخيص.
- 5- المدخنون أكثر ميلا للموت بسبب مرضهم.

وقد يعود ذلك كله إلى التأثيرات العكسية للتدخين على الجهاز المناعي.

وفي دراسة ليست حديثة⁽⁸⁸⁾ وجد أن النوسجات موجودة أكثر في اللطاخات الحنجرية الرغاميه في الميلاَنوما الخبيثة عند المدخنين منها عند غير المدخنين لكن من دون

وجود خلايا سرطانية وهذا قد يدعو إلى التساؤل حول دور المناعة المتوسطة بالخلايا عند مرضى الاورام الخبيثة .

وجد بالدراسات⁽⁸⁹⁾ و⁽⁹⁰⁾ أن الخلايا القاتلة الطبيعية nkc كانت منخفضة لدى المدخنين. وكذلك وجد لدى المدخنين مستويات مصلية أخفض من ال IG.g والG.A امن غير المدخنين

IV - السرطانة وسفية الخلايا (س و خ) والسرطانة قاعدية الخلايا (س ق ح) والتدخين:

في دراسة لـ Ghadially ورفاقه عام 1963 وجدوا إحصائياً أن نسبة أعلى كثيراً من المدخنين منها من غير المدخنين كان لديها شوكمات قرنية (64,4% مقابل 54,0% على التوالي).⁽⁹¹⁾

ثم درس MacGibbon (311) مريض بـ S.C.C (س و خ) جلدية ترافقا عاليا بين التدخين و خطورة S.C.C.⁽⁹²⁾

ثم وجد في دراسة أخرى⁽⁹³⁾ أن خطورة (س و خ) الثانوية أعلى لدى متداولي التدخين (الحاليين) خطورة نسبية (2,01) ولدى المدخنين السابقين أقل (1,62) منها لدى غير المدخنين.

وكان هناك علاقة مع عدد السجائر المدخنة يوميا ومدة التدخين ، بينما توجد علاقة بين التدخين و ال (س ق خ).

وأجريت دراسة أخرى⁽⁹⁴⁾ على 107,900 ممرضة وجد فيها أن المدخنات للسجائر الحاليات كان لديهن 50% زيادة في خطورة ال (س و خ) مقارنة مع اللاتي لم يدخن مطلقاً .

وجد Kanjilal-S ورفاقه⁽⁹⁵⁾ أن أغلب المرضى الذين كانوا مصابين بسرطان جلد غير ميلاني في الرأس و العنق في دراستهم كان لديهم بالإضافة للتعرض القوي لاشعة

الشمس قصة تدخين التبغ بينت إحدى الدراسات⁽⁹⁶⁾ زيادة خطر الإصابة (س و خ) لدى المدخنين و يتعلق ذلك بطول مدة التدخين وكمية السجائر المدخنة في اليوم بينما لم توجد علاقة بين التدخين والإصابة بـ (س ق خ) في دراسة أخرى وإنما اتهم بها التعرض لضوء الشمس.⁽⁹⁷⁾

في دراسة لـ HOGAN بين أنه لا يوجد ترافق بين التدخين و (س و خ)⁽⁹⁸⁾. وأكدت دراسة أخرى⁽⁹⁹⁾ أن التدخين و الكحول لم يكونا ذا أهمية كبرى في التسبب بسرطانات جلدية وأن تناول الأغذية الحاوية على الكبريت ، وفيتامين B-C-E-A كاروتين تقي من سرطانات الجلد اللاميلانية.

أجرى LEAR-JT وزملاؤه عام 1996 (100) دراسة حول عوامل الخطورة في (س ق خ) المتعددة كانت عوامل الخطورة هي العمر-عدد الإصابات عند الزيارة الأولى، الجنس، نوع الجلد، وأشارت الدراسة الى احتمالية عوامل أخرى كالتدخين . بينما أجرى SAHL وغيره 1995 (101) دراسة عن علاقة (س ق خ) والتدخين ووجد أن التدخين كان عامل غير مهم في الإصابة.

V - سرطان الشفة و الفم و التدخين

يعتبر عامل الخطورة الأكبر لسرطان الشفة التعرض للإشعاع الشمسي والتعرض للتبغ⁽¹⁰²⁾. ومعظم الدراسات أبدت أن التدخين عامل خطورة في حين أن دراسات أخرى نفت العلاقة بين التدخين وسرطان الشفة .⁽¹⁰³⁾ و⁽¹⁰⁴⁾

الدراسة التي نشرت عام 1985⁽¹⁰⁵⁾ تم فيها إضافة جديدة للمقولة التي تقول أنه للحماية من سرطان الشفة و الفم يجب الابتعاد عن خمسة "S" التدخين SMOKING، الكحول Spirits، البهارات SPICES، الالتهاب SEPSIS، الإفرنجي SYPHYLIS أضيف إليها "S" سادسة هي ضوء الشمس SUN LIGHT

لكن الدراسة التي أجراها POGOD وغيره⁽¹⁰⁶⁾ عام 1996 حول حماية الشفة وسرطان

الشفة عند النساء في لوس انجلوس لاحظ أن سرطان الشفة أقل عند النساء منه عند الرجال ويعود السبب في أن النساء يستعملن أحمر الشفاه الذي يعتبر وافي من أشعة الشمس كما أن العوامل الأخرى كالتدخين وأشعة الشمس هي عوامل خطيرة تماثل عند النساء ما هو عند الرجال .

ووجد أن العوامل المهيأة للورام الفموي الحليموي المزدهر في الفم (السرطانة الثؤلوية) هي نفسها العوامل المهيأة للسرطانات التقليدية (التدخين ،مضغ التبغ 000).⁽¹⁰⁷⁾

وجدت إحدى الدراسات⁽¹⁰⁸⁾ أن المدخن بشدة لأكثر من 50 سنة لديه (77,5)مرة خطيرة أكثر لسرطان الفم من غير المدخن وأن الاستهلاك الكثيف للكحول يعمل بشكل متعاون مع التدخين لزيادة خطورة سرطان الفم بصورة هامة وليست قليلة .

وجميع أشكال التبغ وجميع أنماطه بما فيها التبغ عديم الدخان والتدخين المعكوس (REVERSE SMOKING) معروف بأنها تزيد خطورة سرطان الفم .⁽¹⁰⁹⁾⁽¹¹⁰⁾



VI- آفات فموية أخرى الطلاوة :

إحدى الدراسات وجدت أن الطلاوة تحدث بتردد أكثر من 6 مرات لدى المدخنين من غير المدخنين.⁽¹¹¹⁾

على الرغم من اعتبار الطلاوة أنها سليمة وسوف تتراجع عادة حالما تزال المحرضات المؤذية فإن التحول الخبيث يحدث في 6-10% من المرضى تقريباً. ⁽¹¹²⁾، ⁽¹¹³⁾

التقران الأبيض الحنكي النيوتيني LNP

(Leukokeratosis nicotina palati)

هو آفة فموية ترى حصراً في المدخنين ،وتسمى كذلك التهاب الفموي بالنيكوتين ،حنك المدخن، وهو تقرنات وحيدة الشكل للحنك الصلب مع حطاطات حمامية مسررة دقيقة

وعيدة ،تمثل الفوهات الملتهبة للغدد اللعابية الصغيرة.(116)

تحدث هذه الحالة بالتدخين الكثيف(114)إضافة إلى أن (التقران الأبيض الحنكي النيكوتيني) L NP ايميل لأن يكون أكثر شيوعاً لدى مدخني الغليون Pipe من مدخني السجائر .(115)

وبرغم اسمها فهي تنجم غالباً عن القطران والحرارة وليس عن النيكوتين في دخان التبغ . وعادة تتراجع خلال أسبوعين من إيقاف التدخين وإلا تستطب الخزعة(116)، وعلى الرغم من أن معظم حالات LNP سليمة فإن البعض قد يترقى إلى سرطان فموي

تقران اللسان النيكوتيني الأبيض

leukokeratosis nicotina glossi)ING

هو طلاوة متجانسة مع وهداث نصف كروية تتوضع على 3\2 الأماميين من ظهر اللسان (117) وهو يشبه تماماً LNP ومتعلق بالقطران والحرارة لدخان التبغ وليس النيكوتين .

التهاب اللثة التقرحي الحاد المنخر

Acute necrotizing ulcerative gingivitis)(ANUG)

ويسمى خناق فانسان وينجم عن جرثوم غير ساري.(116) ، يحدث بصورة حصرية تقريباً لدى المدخنين ويرتبط بشدة التدخين .(114)

في إحدى الدراسات 72 رجل لديهم ANUG وجد أن 100% كانوا مدخنين.75% مدخنين بشدة أكثر من 60 سيجارة ايوم .

وعوامل أخرى مؤهبة اقترحت تتضمن الشدة Stress ونقص الإصحاح الفموي.(116)

-هناك آفات فموية متنوعة كان فيها التدخين من العوامل المسببة مثل اللسان الأسود المشعر (118) الملان الفموي (119) وغيرها .

أجرت دراسة (126) حول كثافة خلايا لانغرهانس langerhans في الإنسان الطبيعي في الجلد والأغشية المخاطية الفموية والمتعلقة بالعمر ،التدخين ،استهلاك الكحول ،وجد أن هذه الخلايا تزداد عند المدخنين في جانب اللسان والشفيتين عند الرجال ولم يوجد فرق في كثافتها الفموية بين الرجال والنساء .

VII -السرطان الشرجي التناسلي والتدخين

Hellberg وغيره(120) درسوا البيانات لرجال لديهم سرطان قضيبي وجدوا الخطورة النسبية لحدوث سرطان قضيبي لدى المدخنين 10 سجائر /يوم كانت 2,22 مقارنة مع الشواهد غير المدخنين .

MADER ورفاقه (121) وجدوا أن 46% من مرضى سرطان القضيب كانوا مدخنين مقارنة مع 26% من غير المدخنين ووجدوا أن التدخين لأكثر من 45 سنة قد رفع نسبة الخطورة حتى 3,2 مرة عن الذين لم يدخنوا مطلقاً.

في دراسة أخرى جرت حول سرطان الشرج(122) لدى 148 مريض بسرطان شرجي و166 حالة شاهدة للمقارنة لديهم سرطان كولون ،وجد أن: 55,6% من النساء اللاتي لديهن سرطان شرجي كن مدخنات للسجائر مقابل طع 19,6% ي خطورة نسبية 7,7 لدى الرجال وجد أن 55 من الشواهد وهذا ي أي خطورة نسبية 9,4.

وجد New conds ورفاقه(123) زيادة هامة في سرطان الفرج لدى المدخنات في السرطان الموضع Insitu خطورة نسبية 4,4 بينما في السرطان Invasive خطورة نسبية 2,2.وعندما تم فحص السرطان في الموضع والغازي وجد أن التدخين كان عامل خطورة أكبر للسرطان الموضع منه بالنسبة للسرطان الغازي ووجد تداخل هام بين قصة التدخين والتأليل التناسلية فالنساء اللواتي كان لديهن العاملين معا كانت نسبة الخطورة أكثر ب35مرة من أولئك اللاتي ليس لديهن أي من العاملين وذلك بالنسبة لتطور

سرطان الفرج. (124)

قيم Daling وغيره (125) 903 حالة من السرطان الشرجي التناسلي في جميع المواقع (فرج، مهبل، شرج، عنق رحم...) كلها كانت S.C.C (س.و.خ) رغم إدخال السرطان الشرجي انتقالي الخلايا أيضاً. (125)(20) قد يكون السبب هو التأثيرات الكابحة للمناعة للتدخين. (89)(90)

VIII - آفات جلدية متنوعة والتدخين

إحدى الدراسات (127) وجدت أن المرضى ذوي الأمراض المزمنة والذين تعرضوا لمدة طويلة لمجموعات من العوامل الكيميائية ، الفيزيائية ، الحيوية هم المدخنون بشدة وكان واضحاً أن هؤلاء أكثر تعرضاً لـ الفطار الفطري MF ومتلازمة Sezary. ولكن إحدى الدراسات نفت أن يكون التدخين أحد العوامل المحتملة المتهمة MF. (134)

Karvonen وزملاؤه (128) فحوصوا 43 مريض بالتهاب جلد أكزيمي خمجي و 266 حالة شاهدة، وجدوا أن النسبة الأكبر من المرضى كانوا مدخنين ووجدوا أن المرضى بالتهاب الجلد الأكزيمي الخمجي كانوا يدخنون سجائر أكثر في اليوم من الشواهد .

دراسة أخرى لـ Sprince-NL ورفاقه (129) وجد فيها أن التهاب الجلد بالتماس للسوائل المعدنية يزداد بوجود إحدى عوامل الخطورة مثل رطوبة المكان، زيادة عمر المتعرض، والتدخين المستمر.

ودراسة أخرى حول فرط الحساسية وسيطرة Latex-latopy عند تقنيي المعامل الطبية، وجد أن التدخين كان له علاقة بين نسبة مستوى Ig.E وشدة التفاعل الجلدي.

بعض المؤلفين (131) ارتأى أن دخان السيارة قد وجد آفات الجلد التأتبي ولكن لا توجد دراسات لتقييم ذلك ، لكن Mills وزملاؤه (132) لم يجدوا اختلافاً هاماً في عادات التدخين لدى المرضى بالتهاب الجلد التأتبي والحالات الشاهدة .

يسبب التدخين أيضاً التهاب جلد تماسي وتخريشي لليدين وتم توثيق حدوث التهاب جلد

تماسي لورقة التبغ. (135)(136)

وصفت إحدى الدراسات حدوث التهاب جلد تماسي أرجي لدى 1,6% من المرضى بينما التهاب الجلد التخرشي لدى 3% من المرضى وذلك عند استخدام رقعة النيكوتين (nicotine patch)، بالإضافة إلى أن 36% من المرضى سجلوا حكة 7% حس حرق. (137)

فحص Bricher ورفاقه (138) برقعة النيكوتين 14 مريض للمكونات الفردية للرقعة وأثبتوا عبر الأدمة والتي قد تثير التهاب جلد تماسي.

دراسة أخرى (139) طبق فيها (nicotine patch) وجد أن 53% من المرضى شكوا من حكة، 39% تطور لديهم حمى وبدأت معظم الأعراض بأشكال خفيفة أو معتدلة، وتطور لدى 3.3% من المرضى أرج تماسي ناجمة عن النيكوتين في الرقع .

أجرى Mills ورفاقه دراسة (140) عن أثر النيكوتين الموضعي في كبح الالتهاب الجلدي تجاه بعض المحسسات مثل صوديوم لوريل سلفات SLS وUVB حيث كان التنشيط واضح مع وجود نقص في الاستجابة الجلدية الالتهابية .

يترافق التهاب الأوعية الخثرية الساد داء برغر مع التدخين بشكل لايقبل الجدل وهو مرض وعائي يملك تأثيرات هامة على الجلد (شحوب، زراق، حرق...) (141) وحالياً يتواجد بشكل متزايد لدى الإناث المدخنات .

أجريت دراسة حول تعرض الجلد لمركبات Epoxy resin وهي مواد لاصقة كالبصين (142) وجد حدوث احمرار في كل أنحاء الجسم وعند المدخنين يكون الاحمرار أشد ومترافق مع فقدان للشهية .

وجد كذلك أن التدخين كان من أحد العوامل الأساسية في التحسس من الكاديوم (يمكن أن يوجد في أطقم الأسنان) (144).

لاحظت إحدى الدراسات أن التدخين عامل هام في تطور الطفح الجلدي في سياق استعمال أملاح الذهب (GST) gold sodium thiomalate حيث 40% من المدخنين تطور لديهم التهاب جلد مقابل 17% فقط من غير المدخنين.⁽¹⁴⁵⁾

يسبب التدخين تغيراً في اللون أصفر إلى بني لأظافر الأصابع وعادة الأصابع المسؤولة عن حمل السجارة تمت الإشارة إلى ذلك كعلامة للنيكوتين من قبل البعض^(146,147,148) إن التوقف المفاجئ عن التدخين يقود إلى تطوير خط محدد فاصل بين الظفر المصطبغ البعيد والقريب الرائق حالما ينمو الظفر للخارج ، هذه الموجودة تعرف بالظفر الهارج Hariequin nail أو quilters.⁽¹⁴⁶⁾



يسبب التدخين أيضاً تبدل في لون الشعر الأبيض أو الرمادي إلى لون بني مصفر بسبب دخان السجائر وقد لا ينتبه المدخن لذلك.⁽¹⁴⁹⁾

إحدى الدراسات كانت حول تحليل محتويات الشعر من النيكوتين لتقييم سلوك المدخنين الفردي وجد أن هناك علاقة إيجابية بين عدد السجائر المدخنة وحدة التدخين وبين محتوى الشعر من النيكوتين كما وجد أن محتوى النيكوتين في الشعر الغامق أكثر منه في الشعر الأبيض عند نفس الشخص.⁽¹²⁵⁾

وجدت إحدى الدراسات زيادة في الخمج بالفيروس الحلمي البشري HPV عند المدخنين⁽¹⁵¹⁾ وكذلك في اللقمومات لدى إناث مدخنات لكن دون أن توضح إن كانت هذه الآفات عنيقة، فرجية، أو كليهما.⁽¹⁵²⁾



IX- التدخين والتجاعيد

في بدايات 1856 لوحظت العلاقة بين التدخين والتجاعيد⁽¹⁵³⁾ ثم في عام 1965 حددت بعض صفات جلد المدخن بكونه شاحب ،رمادي، مغضن حيث وجد لدى النساء بعمر 35-84 سنة أن 79% من المدخنين و 19% من غير المدخنات كن يملكن جلد التدخين (Cigarette Skin).⁽¹⁵⁴⁾

قام DANIELL عام 1971⁽¹⁵⁵⁾ باستنتاج أن التدخين له دور أكبر على تجاعيد الوجه من التعرض للشمس وذلك ضمن مجموعة من المدخنات صنفن حسب العمر، التعرض للشمس وزادت التجمعات مع عدد سنوات التدخين .

فحص Allen ورفاقه⁽¹⁵⁶⁾ 650 مريض لدراسة تجاعيد الوجه وجدوا أن التدخين لا يلعب دوراً في التجاعيد الوجهية المبكرة .

قام Model⁽¹⁴⁷⁾ بتحديد معالم وجه المدخن حيث أجرى الدراسة على 116 مريض (41 مدخن حالي، 37 مدخن سابق، 38 غير مدخن) أعمارهم تراوحت بين 35-69 سنة وذلك إذا كان يملك واحد أو أكثر من الصفات التالية :

- 1- تجاعيد الوجه من الزاوية القائمة للشفيتين العلوية والسفلية والزوايا الخارجية للعيون، وخطوط عميقة على الخدين وخطوط عديدة سطحية على الخدين والفك السفلي.
- 2- نحافة الوجه مع بروز شاذ للبروزات العظمية وتترافق أحياناً مع مظهر خشن للجلد.
- 3- الجلد رمادي قليلاً وضامر.
- 4- الجلد ذو مظهر غني بالدم aplethoric، مع بعض الازرقاق، أو مع معقد برتقالي أو بنفسجي أو أحمر.

وجد بالنتيجة أن 46% من المدخنين الحاليين لديهم وجه المدخن مقابل 8% من المدخنين السابقين مقابل ولا واحد من غير المدخنين. إحصائياً يكون ترافق وجه المدخن أقل من 0,1% ولا يمكن شرح الاختلاف الملاحظ لا بواسطة العمر ولا المهنة ولا التعرض للشمس ولا بفقد الوزن الحديث وهذا المظهر ليس عبارة عن شيخوخة عادية ولكن ظاهرة للانسمام بالتبغ.

دراسات أخرى⁽¹⁵⁷⁾ و⁽¹⁵⁸⁾ و⁽¹⁵⁹⁾ اعتبرت أن العوامل البيئية كالتدخين قد تلعب دوراً في شيخوخة الجلد لكن هذه الدراسات أجمعت على دور الأذية الضيائية كأهم عامل في

حدوث الشيخوخة الجلدية.

وجد kadunce وغيره⁽¹⁶⁰⁾ أن التدخين كان عامل مستقل لتجاعيد الوجه المبكرة وذلك بعد ضبط التعرض للشمس، العمر الجنس التصبغ الجلدي.

ووجد أن التجاعيد المبكرة تزداد بازدياد عدد سنوات التدخين ويكون المدخنون بشدة معرضين للتجاعيد بحوالي 4,7 مرة أكثر من غير المدخنين (وذلك 50 سنة تدخين) بينما التعرض للشمس 50000 ساعة على مدى الحياة يزيد من التجاعيد 3,1 مرة وعندما يجتمع التعرض الزائد للشمس مع التدخين فإن مخاطر تطور التجاعيد المبكرة تصبح مضاعفة .

دراسات عديدة أيضا أبدت الترافق الهام بين التدخين وتطور التجاعيد المبكرة⁽¹⁶¹⁾ و⁽¹⁶²⁾ واعتمدت نتائجها لتكون طريقة فعالة لإقناع المدخنين بالإقلاع عن التدخين وجدت إحدى الدراسات⁽¹⁶³⁾ التي أجريت على 1136 رجل وامرأة أن الخطورة النسبية لحدوث تجاعيد معتدلة إلى شديدة بالنسبة للمدخنين الحاليين كانت 2,3 عند الرجال و3,1 عند النساء ومجموعة سنوات التدخين كانت هامة وكان خطر التجعد مساويا 1,4 سنة من العمر.

الآلية الدقيقة التي يحدث التدخين بواسطتها التجاعيد غير واضحة تماما ومن المحتمل أنها عديدة العوامل . دراسة ل frances وغيره⁽¹⁶⁴⁾ أخذ فيها خزعات من الوجه الداخلي للطرف العلوي لذكور أعمارهم 10- 60 سنة المدخنين للسجائر وقورنت مع 10 حالات شاهدة غير مدخنين ، كان عدد الألياف المرنة وثخانتها زائدة بشكل هام لدى المدخنين مقارنة مع الشواهد ، أثبتت هذه النتائج باستخدام أصداد المرنين أو مكونة اللييفات الدقيقة للنسيج المرن لدى المدخنين ، وكانت الألياف المرنة العريضة والمتشدفه لدى المدخنين غير متلونة بشدة كما هي لدى غير المدخنين ، كما كانت التبدلات البنيوية الدقيقة جدا للالياف المرنة شبيهة بما في المران الشمسي عدا أنها موجودة لدى

المدخنين في الأدمة الشبكية وليس في الأدمة الحليمية (كما في المران الشمسي) وفي دراسة أخرى أجراها Alan ورفاقه⁽¹⁶⁴⁾ نشرت عام 1999 تم فيها أخذ عينات نسيجية من الجبهة والخد لدراسة تبدلات الألياف المرنة الناجمة عن التبغ ل 17 مدخن و 14 غير مدخن ، وجد بالنتيجة زيادة الألياف المرنة بشكل ملحوظ لدى المدخنين بالنسبة لغير المدخنين وهذا ما عزي إليه وجه المدخن

تبين أيضا⁽¹⁶⁵⁾ أن تدخين السجائر يزيد فعالية الايلاستاز الحالة للمرنين والتي قد تشارك أيضا في شذوذ المرنين ، بالإضافة إلى أن التدخين ينقص جريان الدم في الشعيرات والشريينات في الجلد ويخرب مكونات النسيج الضام وهذا أمر هام للمحافظة على سلامة الجلد⁽¹⁶²⁾ . بالإضافة لما ذكر سابقا عن تأثيرات التدخين على الأوعية الجلدية .(فقرة التدخين والجلد)

في الزجاج invitro تدخين السجائر يحصر الارتباط المعترض للايلاستين⁽¹⁶⁶⁾ والاقفار المزمن للأدمة قد يلعب دورا في تأذي الألياف المرنة إضافة لنقص تركيب الكولاجين.⁽⁵⁹⁾ قد يساهم التدخين في تجعيد الوجه بإنقاص مستويات الفيتامين A ومن ثم الحماية ضد الجذور الحرة.⁽¹⁶⁷⁾

مؤلفون آخرون اقترحوا أيضاً أن التأثيرات المؤكدة للتدخين قد يساهم في تجعيد الوجه الباكر⁽¹⁶⁸⁾ دراسة واحدة وجدت نقصا هاما في رطوبة الطبقة القرينة الوجهية لدى المدخنين العامل الذي قد يساهم في التجاعيد الباكرة والزائدة بينت دراسة أن التدخين يحرض الإماهة (هدركسلة) الاسترايول وهذا يسبب نقص في الاستروجين لدى النساء

HYPOESTROGENIC والذي يتشارك مع الجفاف والضمور⁽¹⁶⁸⁾ وأثبتت دراسة حديثة⁽¹⁷⁰⁾ دور الاستروجين في منع هرم وجفاف وتجعد الجلد و بالتالي وجد أن استعماله بعد سن الضهي لدى النساء يشمل حماية الجلد.

بعض الدراسات أشارت إلى أن شيخوخة الجلد و معالم وجه المدخن تساهم في تحديدها

أيضاً عوامل وراثية⁽⁸⁷⁾.

11- فوائد التدخين

يوجد القليل من الأمراض الجهازية أو الجلدية الأقل قابلية للنشوء عند المدخنين منها عند غير المدخنين و بينها :

الانسمام الحلمي فقد أظهرت دراسة وبائية نقص هام في حدوث ما قبل الارجاج عند المدخنات وهذا يتناسب عكسياً مع كمية السجائر المدخنة ، وتشير الدراسات إلى أنه في حال حدوث ما قبل ارجاج عند مدخنة فإن الخطر على طفلتها أكبر مما لو كانت غير مدخنة.⁽²⁾

وكذلك تبين أن حدوث تآذر العسرة التنفسية عند الأطفال الخدج للمدخنات أقل منه عند أطفال غير مدخنات ولدوا في نفس سن الحمل ، وقد فسر ذلك كدليل بتسريع النضج الرئوي المسبب بالتآلم الجنيني المزمن الناتج عن التدخين⁽²⁾. كذلك مرض باركنسون، والانسدادات الدموية للأوعية الرئوية بعد العمليات تترافق سلبياً مع التدخين⁽¹⁾ وكذلك تقل نسبة السرطانات المتسببة بالاستروجين كسرطان الرحم نتيجة أن التدخين يزيد من استقلاب هرمون الاستروجين بواسطة التحريض الأنزيمي⁽¹⁾ أما من الناحية الجلدية فقد وجد في دراسة لعوامل الخطر في الحزاز التصليبي الفرجي الضموري⁽¹⁷¹⁾ أن غير المدخنات أكثر حظاً لاكتساب المرض من المدخنات.

درس MILLS ورفاقه علاقة التدخين بالعد على 165 مريض وجد بأن بعض مكونات دخان السجائر (النيكوتين محتمل) لها أثر مضاد للالتهابات على العد وقد يعود ذلك للتأثيرات المقبضة الوعائية للتدخين⁽¹⁷²⁾

وجد كذلك أن الحلا الشفوي الناكس أقل تقشياً لدى المدخنين من غير المدخنين⁽¹⁷³⁾ وخصوصاً لدى مدخني PIPE .

ولكن يجب التأكيد و بشدة على أنه وفي جميع الحالات تكون المخاطر عند المدخنين أكثر بكثير من تلك الفوائد البسيطة للتدخين

13- تدخين النارجيلة

إن تدخين النارجيلة آخذ بالانتشار بشدة في مجتمعنا والدراسات التي أجريت حول النارجيلة ما زالت قليلة جدا ، وتدخين النارجيلة عادة منتشرة خاصة لدى العديد من النساء في المجتمعات غير الغربية ويعتبرها العامة انها قليلة الضرر ، أجريت دراسة في الجامعة الأمريكية في بيروت نشرت عام 1998 لدراسة أثر النارجيلة على النساء الحوامل على الوزن الولادي ونتائج أخرى على الحمل⁽¹⁷⁴⁾، تمت الدراسة بيت الأعوام 1993-1995 وجد بالنتيجة ان المدخنات للنارجيلة كان لديهن أطفال بوزن ولادي منخفض (أقل من 2500 غ) لكن بنسبة أقل لدى مدخنات السجائر كما لوحظ ارتباط بين تدخين النارجيلة ونتائج أخرى للحمل كعلامة أبغار وعسر التنفس .

ومن هنا كان من الضروري القيام بالمزيد من الأبحاث والدراسات لمحاربة الاعتقاد الخاطئ بأن تدخين النارجيلة سليم وآمن وللتوسع في معرفة تأثيراتها الضارة والحد من انتشارها

إيقاف التدخين

على الرغم من جميع المحاولات الإعلامية والتعليمية فإن الناس تستمر في التدخين، وبالطبع فإن ترك التدخين ممكن لعدد كبير من الناس ففي بريطانيا يوجد على الأقل 8 مليون مدخن سابق وفي الولايات المتحدة الأمريكية يوجد 33 مليون مدخن سابق⁽¹⁾ بينما بعض المدخنين لا يستطيعون ترك التدخين وآخرون لا يريدون ذلك .

وجد أن معدل النجاح في مصحات سحب التدخين نادرا ما تكون أعلى من 30 %، كما تبين أن الطبقات الاجتماعية 1 و2 وخاصة الأطباء هم على الأرجح من يترك التدخين، وأن النساء يجدن أن التوقف عن التدخين أصعب ومعدلات نجاحهن في هذه الحالة هي أقل من الرجال كما أن المحافظة على حالة وقف التدخين هي أكثر صعوبة عند النساء بمرتين منها عند الرجال وقد يكون الخوف من زيادة الوزن هو أحد العوامل المساهمة

في ذلك فالأشخاص الذين يتوقفون عن التدخين يمكن توقع زيادة في أوزانهم حتى 10 كغ في حال لم يتغير تناولهم من الحريات.⁽¹⁷⁵⁾

وهكذا بما أننا لا زلنا غير قادرين على الوصول إلى المجتمع الخالي من التبغ فإنه جدير بالاهتمام التفكير في طريقة يحصل فيها المدخن على التبغ الذي يحتاجه في أشكال أقل ضرراً.

وجدت عدة طرق منها الاستنشاق الجاف لتدخين السجائر (السعاط) وهو بودة التبغ الممزوجة مع عناصر أخرى وهذا بدوره يرفع نسبة سرطانات الانف، في حين أن السعاط الرطب وهو مضغ التبغ أو إبقاؤه في الفم يرفع نسبة سرطان الفم.⁽¹⁾

وبما أن قطران السجائر متهم بشكل رئيسي في سرطان الرئة فقد تركز الانتباه حول إنتاج سجائر بمكونات قطران أقل وذلك باستعمال أنواع متغيرة مختلفة من التبغ أو معالجتها بطرق مختلفة باستخدام الفلتر أو بزيادة مسامية الورق بحيث أن يتخفف الدخان المستنشق بالهواء وذلك عند سحب المدخن للنفس⁽¹⁾ كذلك فقدان طعم التبغ بإضافة منكهات للسجائر فقد أجريت دراسة في كاليفورنيا حول تأثير السجائر المنعنة (Menthol) وغير المنعنة على سلوك التدخين⁽¹⁷⁶⁾ وجد أنه عند تدخين السجائر العادية دخن المشاركون 22% نفثات أكثر و 13% حجم نفثات أعلى مما عند تدخينهم لماركات سجائر منعنة .

ورغم أنه تمت تخفيضات مشجعة في الوفيات بسبب مرض الرئة الانسدادي المزمن لكن لا يوجد أي دليل على نقص الوفيات بأمراض القلب الإكليلية والتي هي القاتل الرئيسي بين الأمراض المتعلقة بالتدخين وذلك عند خفض النيكوتين والقطران، بل أن دراسة في فنلندا أكدت أن السجائر منخفضة القطران ليست أسلم من السجائر المتوسطة القطران.⁽¹⁷⁷⁾

تم استعمال مختلف القوابض في الفم لجعل طعم الدخان رديء أيضاً كما استعملت

العلكة الحاوية على اسيتات الفضة (Silver acetate chewing gum) التي تعيق التدخين عن طريق إنتاج طعم معدني وذلك عند بلع هذا الدواء ومصاحبته مع التدخين⁽¹⁷⁸⁾ لكن دراسات أجريت حول أثره ووجد زيادة في التركيز المصلي للفضة بعد بدء العلاج ولكن تراجعت بسرعة بعد وقف العلاج ومن المعروف أن argyria تسبب تصبغ الجلد الدائم عندما تتراكم في الجلد⁽¹⁷⁹⁾(180) وبالتالي يجب أن يتم ضبط استهلاك هذه العلكة لتجنب تأثيراتها الجانبية، كذلك استعمل (nicoprive) و (valerbe الفاليرين) التي تسبب تبدلات إحساس الشم والذوق مما يجعل طعم ورائحة النيكوتين كريهة ومنفرة.⁽⁴²⁾

تبين أن تدخين الغليون أو السيجار من الممكن أن يكون أحد الطرق عند بعض المدخنين لأن مدخو الغليون والسيجار لا يحتاجون للاستنشاق⁽¹⁾ وأجريت دراسة حديثة حول تأثير الانتقال من تدخين السجائر إلى تدخين الغليون أو السيجار على الوفاة من ثلاث أمراض متعلقة بالتدخين (سرطان الرئة، الداء الرئوي الانسدادي المزمن، مرض القلب الإكليلي) وجد بالنتيجة أنه من الأفضل لمدخني السجائر والذين لديهم صعوبات في التخلص من التدخين أن يتحولوا إلى تدخين السيجار أو الغليون من أن يستمروا في تدخين السجائر، والذين تحولوا إلى تدخين الغليون والسيجار لم يصلوا إلى تلك النسبة أو الخطر على الأقل الذي لدى مدخني السيجار والغليون والذين لم يدخنوا سجائر مطلقاً، جميع مدخني السيجار والغليون لديهم خطر أعظم للإصابة بسرطان الرئة من الذين لم يدخنوا مطلقاً⁽¹⁸¹⁾. أجريت دراسات عديدة حول العلاجات الدوائية المساعدة في تدبير سحب النيكوتين وتم تقسيم التدخل الدوائي إلى أربع مجموعات:⁽¹⁷⁸⁾

- 1- تعويض النيكوتين.
- 2- مضادات النيكوتين .
- 3- توفير علاج لأعراض سحب النيكوتين

4- منع التدخين

يعتبر العلاج التعويضي بالنيكوتين بواسطة علكة بولاكرليكس ذو تأثير بسيط على زيادة وقف التدخين . بينما استعمال العلاج المضاد للنيكوتين ميكاميلامين يمكن أن يكون مساعد في الحالات المتمردة لإدمان النيكوتين .

أما الكلونيدين بشكله الفموي والجلدي فيكون فعال في إنقاص الأعراض والرغبة الشديدة المصاحبة لوقف التدخين ،وما زالت الأبحاث مستمرة لبيان دور مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة limipramaine أو doxepin في وقف النيكوتين وتخفيف أعراض السحب .

يعتبر lobeline de alkaloi الذي يقوم بآثار مشابهة للنيكوتين دواء لتوفير أعراض السحب ومتوفر بدون وصفة طبية -أما إعاقاة التدخين فيستخدم فيها علكة اسيتات الفضة كما مر ذكرها سابقا .

الدراسات ما زالت مستمرة حول مفهوم العلاج التعويضي بالنيكوتين (repallement- therapy nrt nicotine)⁽¹⁸²⁾ و⁽¹⁸³⁾ وحيث يمكن للصيدلي أن يساعد المدخنين في اختيار أحد المنتجات للتوقف عن التدخين .

ومن العناصر الدوائية الحديثة يعتبر بوبروبيون هيدروكلوريد أكبر أمل لوقف التدخين، كما تم التوصل لنتائج جيدة وهامة باستعمال العلاج التعويضي بالنيكوتين عند مجموعات عالية الخطورة كالمراهقين، النساء الحوامل والمرضى بآفات قلبية وعائية خطيرة وهذه العلاجات تطرح القليل أو لا تطرح أبدا أية أخطار.

إن إعطاء النيكوتين عبر الجلد بواسطة رقعة النيكوتين (nicotine patch) قد تمت دراسته مطولا، ففي إحدى الدراسات⁽¹⁸⁴⁾ تم قياس الاستجابة الفيزيولوجية للنيكوتين المعطاة عن طريق الجلد ووجد :

- بعد 30 دقيقة :

- تم قياس النيكوتين في اللعاب

- ازداد النبض بمعدل 15 نبضة /د

- ازداد ضغط الدم بمعدل 10 ملم زئبقي .

بقي مستوى النيكوتين مرتفع في الدم لمدة ساعتين وكان مقاربا لمستوى النيكوتين في الدم عن طريق تدخين السجائر .

وإن الجلد يمكن أن يكون خزان احتياطي للاطلاق البطيء للنيكوتين ألى الدورة الدموية فبعد نزع tts ((transdermal-nicotine -delevery system)) نظام إطلاق النيكوتين عبر الجلد 10 % من النيكوتين امتص وهذا يؤكد وجود مستودع للنيكوتين في الجلد.(185)(186) ويجب التذكير بالأرج التماسي او التخريشي ا لمسبب برقع النيكوتين.(137)(138) (139)

اجرى قسم علوم طب المجتمع /جامعة ادنبرة / دراسة حول تأثير المساعدة بالهاتف المضاد للتدخين(187) حيث وضع خط التدخين أو خط المساعدة بالهاتف للتوقف عن التدخين وجد أن 143 شخص من أصل 848 قد توقفوا عن التدخين بينما 534 شخص سجلوا بعض التغيير في عادات التدخين .

توجد مساعدات أخرى :التتويم المغناطيسي، العلاج بالإبر الصينية،⁽¹⁾ وليس مرغوبا بالطبع إقناع الأطفال الذين استفحل فيهم التدخين بتبني طرق مختلفة من طرق وقف التدخين التي يستعملها البالغون .

وإذا كان المريض شديد الإدمان على التبغ وكان الحصر النفسي والشدة مرافقين لمحاولات وقف التدخين ففي هذه الحالة يمكن إعطاء مكن أو مهدئ لفترة قصيرة ولكنه من المهم جدا تجنب إحلال عقار مسبب للإدمان مكان آخر⁽¹⁾ ويمكن أن تقوم منظمات

خاصة أو مختصون بالمساعدة .

التوصيات

وفي النهاية فإن جميع الطرق السابقة يمكنها مساعدة بعض المدخنين ولكن أي منها لا يحل محل العزم و الرغبة وقرار الشخص في إيقاف التدخين....

وتبقى الإجراءات العامة المطبقة ضرورية للوقاية من التدخين والحد من انتشاره كفرض ضريبة على التدخين عالية

منع التدخين في الأماكن العامة وأماكن العمل التشديد أكثر على منع الدعاية للتدخين ، وتركيز الاهتمام على الأعمار الصغيرة للحد من نسبة البدء أو الدخول با لتدخين عند المراهقين مع شرح أخطار التدخين و التوعية الصحية الكافية لمشاكله الاجتماعية والصحية وخطره على الأطفال والأجنة خاصة ، والتأكيد على أنه لا يوجد نوع سجائر بدون خطر سواء الخفيفة منها (lights) المصممة للنساء سواء بشكلها أو باسمها أو بتعبئتها أو سجائر ذات الفلاتر ، فالوقاية الوحيدة منها هي عدم تدخينها أصلاً.

الدراسة العملية

- مقدمة
- الدراسة الإحصائية
- طريقة الدراسة
- نتائج الدراسة والمناقشة :

*** مراجعي مشفى الأمراض الجلدية والزهرية في دمشق**

- * دراسة انتشار الصدف لدى المدخنين .
- * دراسة أنتشار السرطانة شائكة الخلايا لدى المدخنين .
- * دراسة انتشار السرطانة قاعدية الخلايا لدى المدخنين .
- * دراسة معالم وجه المدخن .
- نظرة إلى وبائية التدخين في العالم .
- التوصيات .
- الخلاصة .

المقدمة

يعتبر التدخين آفة العصر الحديث وهو من أكثر العوامل مراضة في بلدان كثيرة ولقد زاد الاهتمام في السنوات الأخيرة الماضية بدراسة التدخين والآثار الضارة الناجمة عنه على البيئة والصحة العامة ومنها الأمراض الجلدية .

كان الهدف من دراستي الإطلاع على واقع التدخين في سوريا والانتشار الوبائي له حيث أن المعلومات المتوفرة عن هذا الموضوع ما زالت قليلة جدا . حاولت دراسة أثر التدخين على الجلد وخاصة أثره على تجاعيد الوجه وشيخوخة الجلد المبكرة .

الدراسة الإحصائية :

تم إجراء مسح لتقدير نسبة المدخنين في -عينة من مراجعي مشفى الأمراض الجلدية والزهرية في دمشق.

طريقة الدراسة

تم إنشاء استمارات على عينة من المرضى المراجعين لمشفى الأمراض الجلدية والزهرية في عام 2010 -2011. تضمنت الاستمارة المعلومات التالية :

- العمر :

- الجنس:

- قصة التدخين

1- عدد السجائر اليومية

2- عدد سنوات التدخين :

3- تدخين أنواع أخرى غير السجائر :

-قصة التعرض للشمس : 1-خفيف + 2- معتدل ++ 3- شديد +++

-نمط الجلد : i ii iii iv v Vi

حسب فيتزياتريك⁽¹⁸⁸⁾

- نوع البشرة :

1- زهمية

2- جافة

3- مختلطة .

- وجود شكاوي جلدية ومدى ارتباطها بالتدخين

- السوابق الشخصية والعائلية والقصة الوراثية لشيخوخة الجلد كما حددت معالم وجه المدخن حسب MODEL⁽¹⁴⁷⁾ الذي اعتبر أن وجود واحد أو أكثر من المظاهر التالية تحدد وجه المدخن وهي:

1- تجاعيد حول وحشي العين وزوايا الشفتين والخدين

2- نحافة الوجه وبروز النتوءات العظمية

3- الجلد رمادي قليلا وضامر

4 - الجلد ذو مظهر غني بالدم (وفرة الدم) مع بعض الإزرقاق

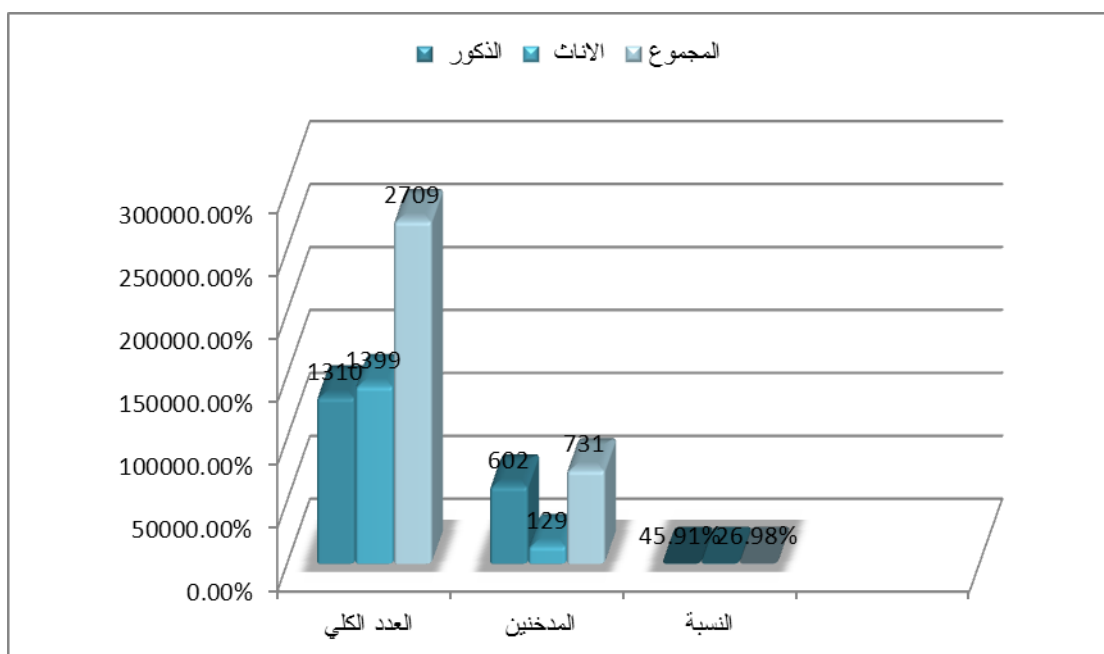
(بالنسبة للعينية المدروسة) عينة من مراجعي مشفى الأمراض الجلدية والزهرية)، فقد قمت بمتابعة عينة من مراجعي العيادة في مشفى الأمراض الجلدية والزهرية في دمشق عام 2010 وحاولت معرفة نسبة التدخين لكلا الجنسين في الفئة العمرية من 15-70 سنة مع محاولة تقييم نسبة انتشار بعض الأمراض الجلدية لفئة المدخنين مقارنة مع غير المدخنين من خلال مرضى الصدف psoriasis والسرطانة شائكة

الخلايا والسرطانة قاعدية الخلايا ثم ومن خلال عينة من المدخنين بلغ عددها (345) مدخن منهم 103 إناث ومنهم 242 ذكور حاولت تحديد معالم وجه المدخن مع أخذ قصة التعرض للشمس وعدد السجائر اليومية وعدد سنوات التدخين وسطي عمر العينة كان 41 سنة وتراوحت الأعمار بين 30-60 سنة وكانوا مدخنين أكثر من 10 سجائر يوميا ولأكثر من 10 سنوات

بلغ عدد المرضى ضمن العينة الكاملة ضمن الفئة العمرية 15-70 سنة 2709 مريض منهم 1310 ذكور و1399 إناث عدد المدخنين الكلي بلغ 731 منهم 129 إناث و602 ذكور أي بنسبة 45,9 % من الذكور كانوا مدخنين مقابل 9,84 من الإناث كن مدخنات والجدول التالي يشرح النتائج .

المجموع	الإناث	الذكور	
2709	1399	1310	العدد الكلي
731	129	602	المدخنين
%26,98	%9,84	%45,91	النسبة

الجدول -1-



" نسبة المدخنين الذكور والإناث لعينة من مراجعي مشفى الأمراض الجلدية والزهرية

جامعة دمشق عام 2010 - 2011 "

ضمن الفئة العمرية السابقة 15- 70 سنة شخص الصداق لدى 132 مراجع للمشفى
من العينة السابقة منهم 72 ذكور مقابل 60 إناث عدد المدخنين منهم كان 46 منهم
35 ذكور و 11 إناث والجدول "2" يوضح النتائج

	مدخنين	النسبة	غير المدخنين	النسبة	المجموع
ذكور	35	%52,23	32	%47,76	67
إناث	11	%16,92	54	%83,07	65
المجموع	46	%34,84	86	%65,51	132

جدول "2"



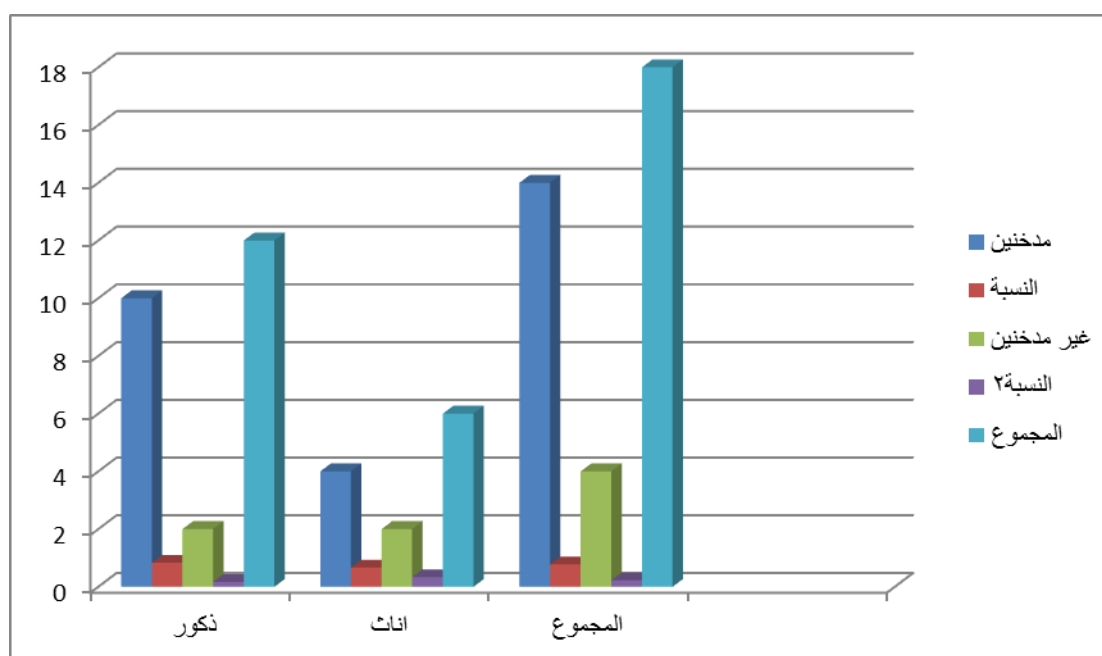
نسبة الصداق المسجلة لدى المدخنين وغير المدخنين في عينة المرضى المنتقاة في
مشفى الأمراض الجلدية والزهرية جامعة دمشق

من الجدول نجد أن نسبة الذكور المصدوفين و المدخنين هي أعلى من المصدوفين وغير المدخنين بينما نجد أن هذه النسبة معكوسة عند الإناث وبفارق كبير ولكن تبقى نسبة الإناث المصدوفات والمدخنات عالية قياسياً بدراسة Bell ورفاقه⁽⁷³⁾، حيث وجد أن التدخين كان أكثر انتشاراً بين المريضات الإناث المصدوفات من الحالات الشاهدة بنسبة 40,3 % مقابل 28% بينما لدى الذكور المصدوفين كانت عادات التدخين مماثلة لما هو في المجتمع الشاهد .وهذا قد يعود لوجود اختلاف في انتشار التدخين بين الذكور والإناث في بلادنا عنه في الغرب بينما في دراسة mills وزملاؤه⁽⁷⁵⁾ وجد أن 64,2 % من المرضى كانوا مدخنين مقابل 23,6 % شواهد

تم تعداد من شخص لديه سرطانة قاعدية الخلايا من العينة السابقة فكان 18 مراجع منهم 14 مدخنين أي بنسبة 77,7 % مقابل 22,2 غير مدخنين ولكن من غير الممكن ومن خلال عينة صغيرة كهذه الربط بين تطور السرطانة قاعدية الخلايا والتدخين والجدول التالي -3- يوضح النتائج .

المدخنين	النسبة	غير المدخنين	النسبة	المجموع	
10	% 83,3	2	% 16,66	12	ذكور
4	%66,6	2	%33,3	6	إناث
14	%77,7	4	%22,2	18	المجموع

جدول -3-

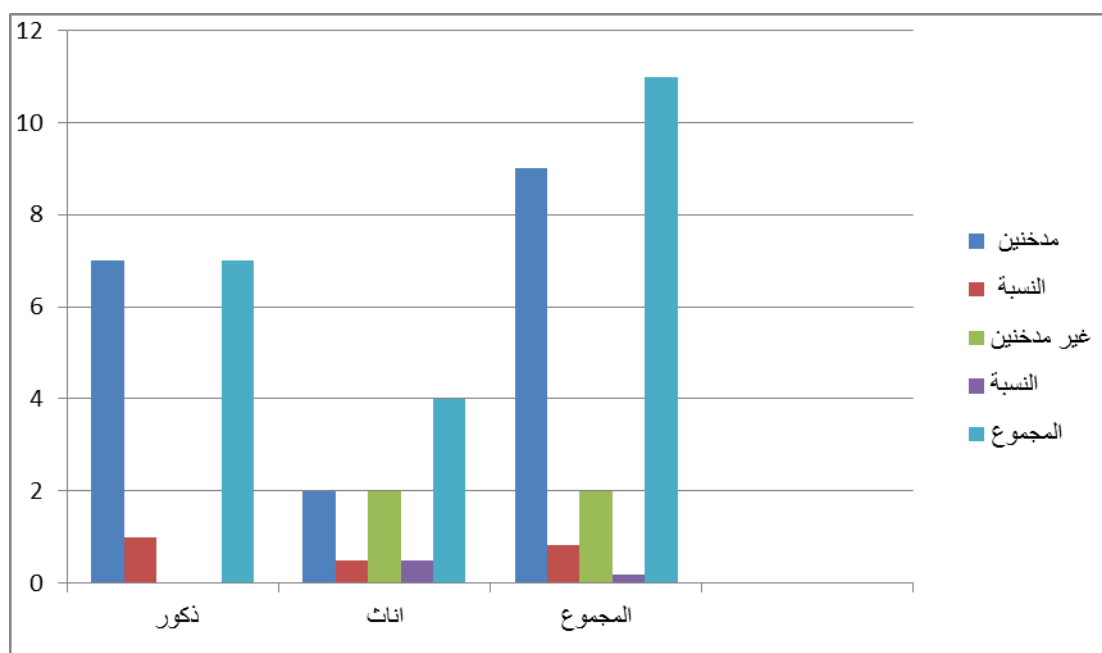


نسبة السرطانة قاعدية الخلايا لدى المدخنين وغير المدخنين في العينة المنتقاة من
مراجعي مشفى الأمراض الجلدية والزهرية جامعة دمشق

وبنفس الطريقة الجدول التالي -4- يوضح توزع السرطانة شائكة الخلايا لدى العينة السابقة ضمن فئة المدخنين وغير المدخنين من الذكور والإناث

المدخنين	النسبة	غير المدخنين	النسبة	المجموع	
7	%100	0	%0	7	ذكور
2	%50	2	%50	4	إناث
9	% 81,81	2	% 18,18	11	المجموع

جدول -4- نسبة السرطانة شائكة الخلايا لدى العينة السابقة

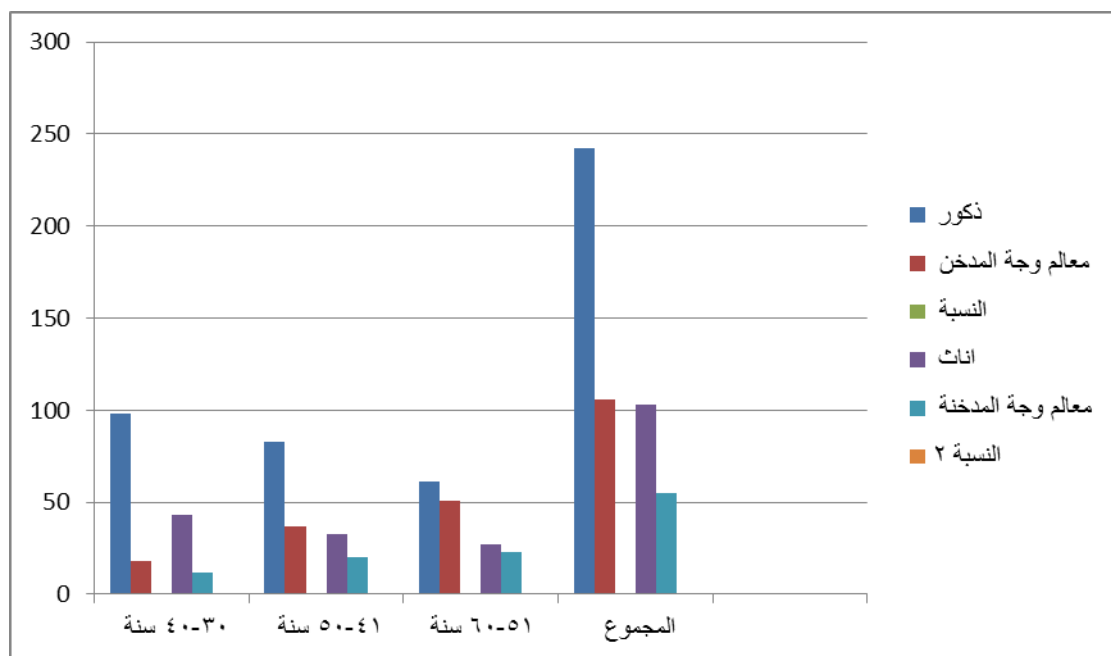


يمكن أن نلاحظ من الجدولين السابقين أن السرطانة القاعدية الخلايا توجد بنسبة أعلى لدى المدخنين من غير المدخنين وذلك لدى الإناث والذكور ولكن بارتباط أقل مع التدخين مقارنة مع السرطانة الشائكة الخلايا والتي وجدت فقط في الذكور من العينة السابقة لدى المدخنين منهم فقط في حين وجدت لدى نصف الإناث المدخنات وهذا يوافق دراسة Grodstein ورفاقه⁽⁹⁴⁾ والتي وجد فيها أن المدخنات لديهن 50 % زيادة في خطورة السرطانة الشائكة الخلايا مقارنة مع غير المدخنات بينما بينت إحدى الدراسات⁽⁹⁶⁾ والتي قام بها Aubry وغيره زيادة خطر الإصابة بالسرطانة شائكة الخلايا لدى المدخنين ويتعلق ذلك بطول مدة التدخين وكمية السجائر المدخنة في اليوم في حين لم توجد علاقة بين التدخين والإصابة بالسرطانة قاعدية الخلايا في دراسة أخرى وإنما اتهم بها التعرض لضوء الشمس⁽⁹⁷⁾.

لكن Lear وزملاؤه اعتبروا في دراسة لهم أن التدخين قد يكون عامل متهم ومحتمل في تطور السرطانة قاعدية الخلايا⁽¹⁰⁰⁾

ومن خلال 345 مدخن منهم 103 إناث و242 ذكور تراوحت أعمارهم بين 30-60 سنة متوسط العمر كان 41 سنة كانوا مدخنين لأكثر من 10 سجائر باليوم ولأكثر من 10 سنوات قمت بدراسة معالم وجه المدخن حسب Model تم تصنيف المرضى حسب المجموعة العمرية وملاحظة معالم وجه المدخن لديهم ومن الطبيعي أن تزداد النسبة بتقدم العمر والجدول التالي يشرح النتائج:

النسبة	معالم وجه المدخن	إناث	النسبة	معالم وجه المدخن	ذكور	الفئة العمرية
%27,9	12	43	%18,36	18	98	40-30 سنة
%60,6	20	33	%44,5	37	83	50-41 سنة
%85,18	23	27	%83,6	51	61	60-51 سنة
%53,3	55	103	%43,8	106	242	المجموع

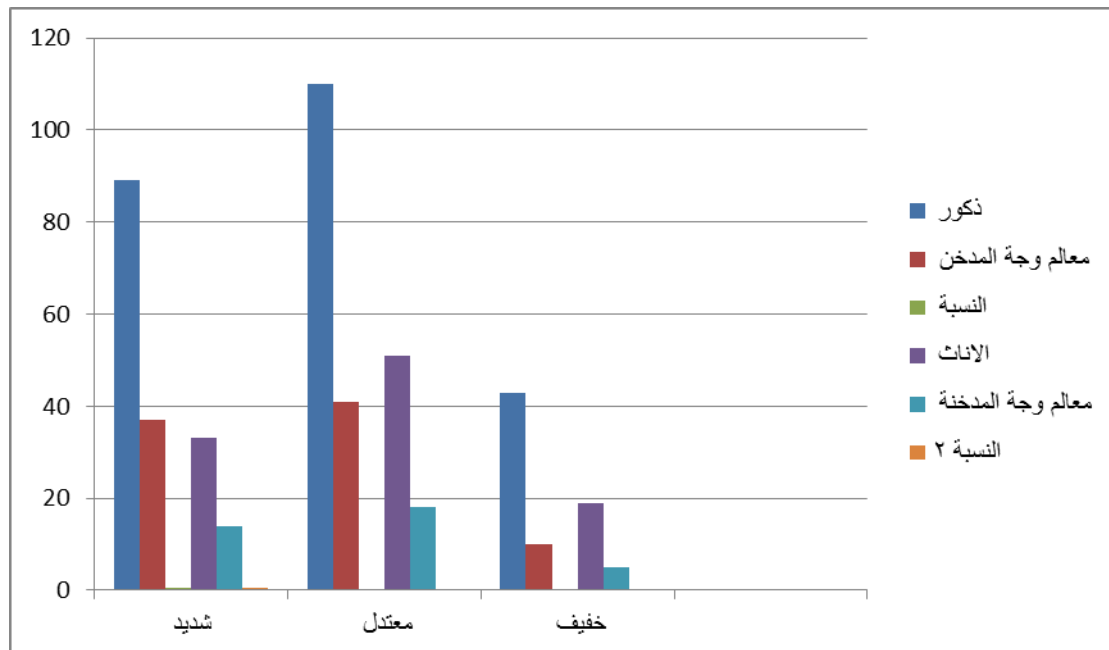


جدول رقم - 5-

معالم وجه المدخن لدى الذكور والإناث
حسب الفئات العمرية للعينة المنتقاة في المشفى

يمكن أن نلاحظ من الجدول السابق أن معالم وجه المدخن هي أعلى لدى الإناث في كل العقود خاصة في العقد الرابع والخامس وقد يكون ذلك ناجم عن استقلاب الاستراديول ونقص الاستروجين⁽¹⁶⁸⁾ كما أن ارتفاع النسبة لدى النساء يمكن أن يتوافق مع دراسة Ernster⁽¹⁶³⁾ كان من غير الممكن أخذ عينة مع تعرض خفيف للشمس فأغلب المراجعين كان لديهم تعرض شديد إلى معتدل الشمس وهذا طبيعي في بيئة كبلادنا لذلك كان من الصعب عزل دور التعرض للشمس أثناء تقييم معالم وجه المدخن ومن المعروف طبعاً مدى تأثير الأشعة الشمسية على إحداث هرم وشيخوخة الجلد المبكرة لذلك كان من الأنسب محاولة تقييم هذه المظاهر حسب درجة التعرض للشمس وهذا ما يوضحه الجدول-6-

التعرض للشمس	ذكور	معالم وجه المدخن	النسبة	الإناث	معالم وجه المدخن	النسبة
+++ شديد	89	37	%41,5	33	14	%42,42
++ معتدل	110	41	%37,2	51	18	% 35,29
+ خفيف	43	10	%23,2	19	5	% 26,3



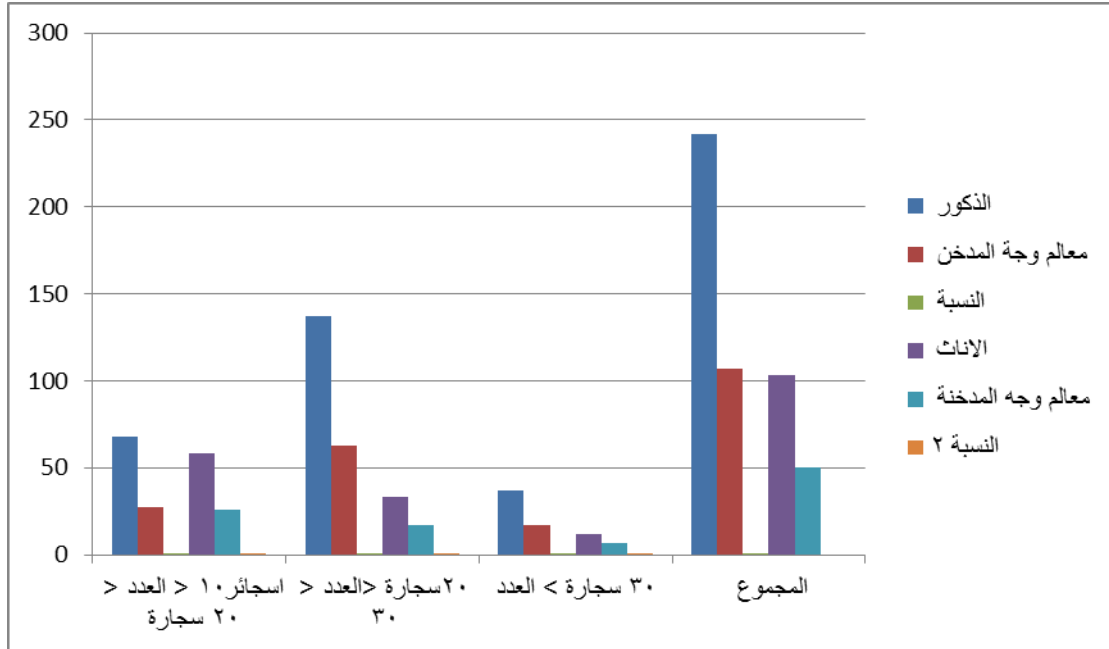
جدول -6-

معالم وجه المدخن لدى الذكور والإناث
حسب التعرض للشمس للعينة المنتقاة من المشفى

يمكن ان نلاحظ من الجدول السابق أن دور الشمس لا يقل أهمية عن التدخين كعامل مسبب لمعالم وجه المدخن والتجاعيد المبكرة ويبدو انه ذو تأثير متساوي لدى الجنسين وقد اظهرت العديد من الدراسات وأجمعت على ان الأذية الضيائية تعتبر اهم عامل في حدوث الشيخوخة الجلدية (157)(158)(159) كما كان من الضروري محاولة معرفة علاقة معالم وجه المدخن مع عدد سنوات التدخين وعدد السجائر اليومي وكان من الطبيعي ان تكون العلاقة طردية حسب الجدولين (7-8) وهذا ما أكدته دراسة

Ernester⁽¹⁶³⁾ التي أجراها ونشرها عام 1995

عدد السجائر اليومية	الذكور	معالم وجه المدخن	النسبة	الاناث	معالم وجه المدخن	النسبة
20 سيجارة	68	27	39,7%	58	26	44,28
30 سيجارة	137	63	45,9%	33	17	51,51%
30 سيجارة	37	17	45,9%	12	7	58,3%
المجموع	242	107	42,2	103	50	48,54%

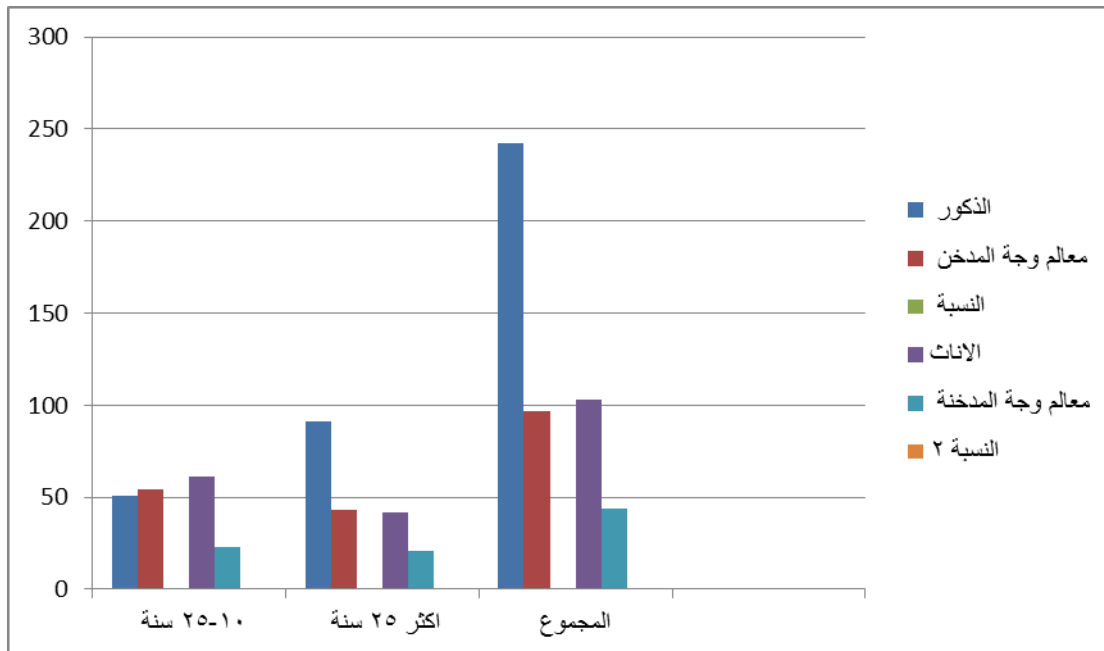


جدول -7-

معالم وجه المدخن لدى الذكور وإناث

حسب عدد السجائر اليومية لدى العينة المنتقاة في المشفى

عدد سنوات التدخين	الذكور	معالم وجه المدخن	النسبة	الإناث	معالم وجه المدخن	النسبة
10-25 سنة	151	54	35,7%	61	23	37,7%
< 25 سنة	91	43	47,25%	42	21	50%
المجموع	242	97	40,08%	103	44	42,7%



جدول - 8 -

معالم وجه المدخن لدى الذكور والإناث

حسب عدد سنوات التدخين لدى نفس العينة السابقة

يمكن أن نلاحظ بالمقارنة بين الجنسين أن هذه العلاقة تكون أوضح لدى الإناث منها لدى الذكور وهي نسبياً أعلى لدى الإناث من الذكور كما تم سؤال المرضى عن القصة الوراثية لشيخوخة الجلد المبكرة ولكنها لم تكن دقيقة إذا نفى معظم المرضى 88% تقريباً وجود قصة إيجابية لشيخوخة الوجه المبكرة العائلية.

نظرة إلى وبائية التدخين في العالم

كانت نسبة التدخين بالنسبة للذكور 45,91% والإناث 9,84% وذلك بالنسبة لعينة المرضى المرجعين للعيادة في مشفى الأمراض الجلدية والزهرية . وهي نسبة مقارنة للنسب إذا ما قورنت مع بعض نتائج الدراسات العالمية حيث بلغت نسبة الرجال المدخنين في العالم 47 % مقابل 12% من النساء في إحصائية نشرت في إحدى جامعات استراليا⁽¹⁹²⁾ حيث وجدت هذه الدراسة أيضاً أنه مع الانخفاض الملحوظ في استهلاك التبغ في أوروبا الغربية فإن الشركات المنتجة وجدت أن أفضل أسواق لها هي بلدان العالم المتخلف حيث لا يوجد قوانين صارمة ضدا التدخين وكان الشباب والنساء هما الهدفان الأسهل لهذه الشركات حيث تنقاد هذه الشريحة من المجتمع بسهولة بالدعاية المكثفة مع توظيفهم بأسعار رخيصة هذه المصانع وفي الولايات المتحدة الأمريكية كان انتشار التدخين عند النساء في أوجه في الفترة 1960-1970 ثم أخذ بالتناقص تدريجياً وحالياً يشكل 23,5% من النساء مدخنات⁽¹⁹²⁾ بينما في دراسة أخرى عن وبائية التدخين في أمريكا وجد أن نسبة التدخين قد انخفضت من 40 % عام 1965 إلى 29 % عام 1987 وهذا عند الرجال بينما عند النساء ما زال مرتفعاً (194) ودراسة أخرى⁽¹⁹⁵⁾ أكدت نتائج الدراسة السابقة تنبأت أنه إذا استمر الحال هكذا فإن نسبة المدخنين الأولين سيكون 20 % فقط في عام 2000 وستكون النساء والزواج الأمريكيون منخفضو مستوى التعليم هم الأكثر تدخيناً في المستقبل وفي مدينة كراكوف في بولونيا تبين أن 37 % من الناس البالغين يدخنون التبغ منهم 42% في المدينة و 29 % في الريف⁽¹⁹⁶⁾ أما أعلى نسبة انتشار للتدخين فقد سجلت

عند الرجال في فيتنام اذ بلغت 72,8% بينما كانت عند النساء 4,3% فقط⁽¹⁹⁷⁾ وفي الصين وجدت نسبة التدخين 56% عند الرجال مقابل 12% عند النساء⁽¹⁹⁸⁾ بينما في دراسة أخرى في الصين، وصلت نسبة التدخين عند رجال أعمارهم فوق 40 سنة إلى 74%⁽¹⁹⁹⁾ أجريت دراسة في الرياض وجد نتیجتها أن 25,3% مدخنين حاليين 10.2% مدخنين سابقين 64,5% لم يدخنوا مطلقا وكان 79% قد بدؤوا التدخين بعمر بين 15-30 سنة بينما 19.5% دخنوا قبل سن ال 15 وبنفس الدراسة السابقة وجدت أن نسبة المقاومين للتدخين والمضادين له هم من الأطباء ورجال الدين اذا وصلت نسبتهم حتى 44% بينما الممرضات والمدرسين وعاملي الصحة كانوا الأقل 5% فقط

الخلاصة

التدخين آفة خطيرة وآثاره الضارة جسيمة وتستحق الاهتمام منها تلوث البيئة وتأثيره على الصحة العامة وارتباطه بكثير من الأمراض والمظاهر الجلدية هذا بالإضافة إلى تأثيراته الاجتماعية وكذلك المادية، وإن انتشاره في مجتمعنا ليس قليلا اذا بلغت نسبة المدخنين لدى مراجعي مشفى الأمراض الجلدية والزهرية الذكور المدخنين 45,91% مقابل 9,25% إناث ووجدت معالم وجه المدخن لدى العينة المدروسة 43,8% ذكور مقابل 53,3% إناث.

من الضروري محاولة توفير كل الوسائل الممكنة للتعويض عن عادة الإدمان على التبغ سواء بالطرق الاجتماعية أو الدوائية أو التثقيفية أو غيرها في الوسائل الممكنة

Summary

Smoking is a very dangerous habit , its ill effects are great and important and deserves attention which include environmental pollution and the effects on general health and it's association with a lot of skin diseases and signs in addition to its social and economical effects the incidence of smokers among out patient department Dermatology and venereology hospital in Damascus was 45,91 % and 9,25 % for males and females respectively I t ,s important to try offer every convenient possible way to substitute the habit of tobacco addition social cultural and pharmacological or by other possible means .

References

- 0- lizard et Jacques : le table Camille .
- 1- clinical pharmacology : D.R. Laurence 1987 , sixth.
- 2 - William ,s obstetrics 1991- المرشد في الأدوية والحمل .
Handbook for prescribing Medications During pregnancy .
- 3- silver stein P. smoking and wound healing AM J Med 1992 ; 93 (supple) :s22-4
- 4- U.S.Dept . Health Education and welfare . smoking and Health .1964
Scott RB ,BR . Med . J 1957 ;1:671 5-
- 6-Quoted in Roy . call . phys . (1997). Smoking and Health . London :pitman
;and follow – up Report , Health and smoking ?(1983).
- 7 - مختصر في علم الأدوية الجزء الثاني 1968 - 1987 جامعة دمشق-
- 8 - W.F Ganong ,Review of Medical physiology 13th ed. (1987) .pp. .
75,188,223,
- 9 - Faulkner JM , JAMA 1933 ;100:1663.
- 10 - Doll R. et al . BR Med . J 1976;2:1525.
- 11 – Doll Ret al . Br Med . J1977;1:1433.
- 12- Doll Ret al . Br Med . J1986;1:976.
- 13- Mc Ginnis JM ,foege WH Actual causes of death in the United states .
JAMA 1993;270:2207-12.
- 14-centers for Disease control and prevention , cigarette smoking :
attributable mortality and years of potential life lost – united states
1990 MMWR 1993 ;42:645-9.

- 15- Peto R Lopez AD , Bore ham J, et al Mortality from tobacco in developed countries : indirect estimation from national statistics . lancet 1992; 339: 1268 -78.
- 16 التشخيص والمعالجة في الأمراض الباطنية مؤسسة الشام للطباعة والتجليد 1987-1988
- 17-linnainroaa –M, suistaival –p, Makela –p, sgoblom T. Respiratory Symptoms and dermatoses among grinders and brazers of hard metal and satellite blades .Occup Med.Oxf.1977jan;47(1):33_9.
- 18-NORdenson-I , Beckman L , L iden S ,Stemberg N. Chromosomal aberrations and cancer risk sensor Hum Hared . 1984 ; 34(2) :76-81.
- 19- Jackson R ,Grainger JW .Arsenic and cancer Can Med Assoc J . 1975 Sep 6; 113(5):396-401.
- 20- Frisch M,M ably M. New cancer after squamous cell skin cancer . Ugeskr – Larger.200 6fed , 19;158 (8): 1079-83.
- 21- WYned EL , et al . Cancer. 1959 ; 12:1016. (and Editorial Br Med .J 1959;2:1459).
- 22- live F ,Randi bison L,L aVesshia C,Te VC .ansidence of invasive cansers following squamous cell skin cancer. AnJE Pidemiol 1997 NOV.1;146 (9):734 -9.
- 23- Slattery ML ,Robinson LM ,Schulman KL et al .Cigarette smoking and ex bourse to passife smoking are risk factors for cervical cancer. GANA 267:1593;1989.
- 24- Schiff man MH , Brinton LA Epidemiology of cervical carcinogenic cancer 1995 1876-1888.
- 25-Weinstein S . Effects of local anesthetics on tactile sensitivity threshold for cutaneous and mucous .Invest Dermatol 1977 JUL ; 69 (1):136-45.

- 26- Symons DP ,Bankhead CR, Harrison BJ, Brennan P, Barrette EM, Scott DG , silman AJ Blood transfusion, smoking and obesity as risk factors for the development of rheumatoid arthritis :results from a primary care- :based incident case – control study in Norfolk , England . arthritis rheum .1997 NOV ;40 (11):1955-61 .
- 27- Rimm EB, Manson je , stampfer MJ et al . cigarette smoking and the risk of debaters in woman m.am j public Health 1993 ; 83: 211-4 .
- 28- Wakefield Rimm EB Chan J stampfer mj et al prospective study of cigarette smoking , alcohol use and the risk of diabetes in men . BMJ 1995; 310 : 555-9 .
- 29- Wakefield AJ sawyer AM Dillon AP , et al . cigarette smoking the oral contraceptive pill and crohn ,s disease . Dig Dis Sic 1993;38:1596-600.
- 30-katschinskiB , Fingerlike, ,scherbaum B , et al . Oral contraceptive use and cigarette smoking in crohn ,s disease. Dig Dis Sic 1993; 38:1596-600.
- 31- cotton M Rossellini M , Orlando A, et al smoking habits end recurrence in crohn ,s disease . gastroenrology 1994;1106: 643-8 .
- 32- Samuelsson SM, Ekbohm A, zack M et al risk factors for extensive ulcerative colitis end ulcerative proclitic : a population based case – control study . Gut 1991; 32: 1526- 30 .
- 33- srivasta ED ,New comber RG Rhodes J ,et al .Smoking and ulcerative colitis: a community study .Int.J Colorectal Dis1993;8:71-4.
- 34-Silvertein MD ,Lashner BA ,Hanauer SB Cigarette smoking and ulcerative colitis :a case-control study .Mayo Cline proc1994;69:425-9-

- 35- Be noni C, Nilsson A , Nived O, smoking and inflammatory bowel disease . comparison with systemic lupus erythematosus :a case – control study . scand j Gastroenterol 1990;25:751 -5 .
- 36- Nagata C, Fujita S,Iwata H, et al . Systemic lupus erythematosus :a case – control epidemiologic study in japan into Demerol . 1995; 34:333-7.
- 37-Newll GR, Man sell pWA, Wilson MB , et al. risk factors analysis among referred for possible acquired immune deficiency syndrome . prey Med 1985 14:81-91
- 38-Berger LR . Cigarette smoking and the acquired immune deficiency syndrome . Ann intern Med 1988, 1988;108:638
- 39- Royce RA, Winkelstein Jr, W.HIV infection , Cigarette Smoking and CD4t T-lymphocyte counts; preliminary results from the san Francisco Men,s health study . aids 1990;4:327-33.
- 40- Halsey NA, coberly jS,Holt E, et al. Sexual behavior, smoking and Hiv-1 infection in Haitian women. JAMA 1992; 267:2062-6.
- 41- Nileman RB , fleming J, Coker RJ et al : The effect cigarette smoking on the development of AIDS in HIV – 1 Seropositive individuals . AIDS 1993;7:605 -10 .
- 42 – جميل خباز -د 17-9;1998...
- 43- Schafer T, Dischedl P, Kunz B Ring J Uberla K Maternal smoking during pregnancy and lactation increases the risk for atopic eczema in the offspring J Am Aced Dermatol 1997 ; APR; 36(4):550-6.
- 44- Ruiz RG , Kemeny MD ,price JF. Higher risk for infantile atopic from maternal atopy than from paternal atopy . Cline Exp Allergy 1992 Aug ;22 (8):762 -6 .

- 45- Hirayama T. Non – smoking wives of jspan Br Med J(clin Res ED)1981 Jan 17;282 (6259):183 – 5 .
- 46- Hole DJ Gillis CR chopra C , Hawthorne VM passive smoking and cardiorespiratory health in a general population in the west of Scotland BMJ 1989 Aug \12;299:(6696):423-7.
- 47-Law MR Hacks haw AK Environmental tobacco smoke BR Med Bull 1996 Jan;52(1):22 34.
- 48- Law MR , Morris JK , Wald NJ . Environmental tobacco smoke exposure and ischemic heart disease: an evaluation of the evidence. BMJ 1997 Oct 18;315 (7114):973-80.
- 49- Mellette F, Richiardi L, Boffetta P. Health effect of passive smoking . Med Lav 1998 Mar – Apr ;89(2):149-63.
- 50- Bruce JW , Miller JR, Hooker DR , the effect of smoking on the blood pressures and on the volume of the hand . Am J physiol 1909; 24:104-16.
- 51- Barer NW . Vasoconstrictor effects of tobacco smoking Proc staff Meet Clin 1933;8 :284-7,
- 52- Waeber B, Schaller MD, Nussberger J, et al , skin blood flow reduction induced by cigarette smoking :role of vasopressin. AM J physiol 1984; 247: H 895 – H 901 .
- 53- Peacock EE, Van Winkle W , Wound repair .Philadelphia :WB Saunders 1976:46.
- 54- Jensen JA Goodson WH , Hopf HW ,et al . cigarette smoking decreases tissue oxygen Arch Surge 1991; 126; 1131-4.

- 55- Holbrook JH Tobacco In :Braun Wald E, Isselbacher KJ petersdorf RG ,
et al , ads principles of internal medicine New York :MC Grew –Hill ,
1988:855 -9
- 56-Ambrus JL ,Mink IB .Effect of cigarette smoking on blood coagulation .
cline pharmacol ther 1984 ; 5 :428031 .
- 57- Nadler JL , velasco JS , Horton R . Cigarette smoking inhibits
prostacyclin formation . Lancet 1983;1:1248-50.
- 58- Belch JJ MC Ardle BM , Burns Pet al . The effects of acute smoking on
platelet behavior , fibrinolysis and haemorrhology in habitual smokers
Thrombi Headmost 1984;51:6-8.
- 59- Goodson WH, Hunt TK , wound heading in well controlled diabetic men
. Surge forum 1984 ; 35; 614-6 .
- 60-Gershon – Cohen J Bordeb AGB Hermrl MB Thermography of extrimities
after smoking Br J Radiol 1989;42:1890 -91.
- 61- Adrichem LN , Hovius SE Strik R, et al Acute effects of cigarette
smoking on microcirculation of the thumb Br . J Plats Surge
1992;45:9011.
- 62-Nymand G .Maternal smoking and immunity . Lancet 1974 ;2:1379-80.
- 63- Mosley LH , Fin Seth F, Goody M . Nicotine and its effect on wound
healing ,plats Reconstruct. Surge 1978;61:560-5.
- 64- Siana VE, Rex S, Gottrup F. The effect of cigarette smoking on wound
healing Scand J plats Reconstruct surg. 1989;23:207-9.
- 65-Dardour JC pugash E, Aziza R, The one- stage preauricular flap for male
pattern baldness long term results and risk factors , plats
Reconstruct surg 1988;81:907-12.

- 66- Goldmine D, Bonnet RG . Cigarette smoking and flap full thickness graft necrosis Arch Dermatol 1991;127;1012-15.
- 67-Takeishi M, Shaw WW, Ahn CY, Borud LJ. TRAM flap in patients with abdominal scars. Plast Reconstruct surg 1977 Mar ; 99 (3):713-2.
- 68- Lamind S, El-Ghatit AZ . Smoking , spasticity and pressure sores in spinal cord injured patients Am J phys Med 1983 Dec ; 62 (6):300-6 .
- 69-copeland – Fields LD , Hoshisk BR . clinical validation of Braden and Bergstrom ,s conceptual schema of pressure sore risk factors Retable Nuns . 1989Sep- Oct ;14(15):257- 60.
- 70 – Jiricka MK ,Ryan P ,Carvalho MR , Bukvich J. pressure ulcer risk factors in ICU population Am J Crit care 1995Sep ;4(5):361-7.
- 71- Frisch M Mel bye M New cancers after squamous cell skin cancer . Ugesker Lanergr 1996 Feb 19; 158 (8):1079- 83 72- Delbridge L, Appleberg M, Reeve TS , Factors associated with development of foot lesions in the diabetic. Surgery . 1993 Jan ; 93 (1Pt 1):78-82.
- 73- Bell LM Sedlack R Beard M et al Incidence of psoriasis in Rochester . Minn . 1980 -1983. Arch Dermatol 1991 ; 127;1184-7.
- 74- Niled L, Parazzini F, Brevi A, et al . Family History , smoking habits , alcohol consumption and risk of psoriasis . Br J Dermatol 1992; 127:212-7 .
- 75- Mills CM, Srivastava ED , Harvey IM , et al . smoking habits in psoriasis :a case- control study . Br J Dermatol 1992;127:18-21.
- 76- poikolainen K , Reunala T, Karvonen J, et al . Alcohol intake :A risk factor for psoriasis in young and middle aged men ?Br Med J1990;300:780-3.
- 77 poikolainen - K Reunala T, Karvonen J. Smoking , alcohol and life events related to psoriasis among women Br J Dermatol 1994;130:473-7.

- 78- Gupta MA Gupta AK, Watt eel GN . cigarette smoking *in men may be a risk **factor** for increased severity of* .
Psoriasis of the extremities. Br J Dermatol 1996 Nov; 135 (5):890-60.
- 79- Krueger GG, Duvic M. . Epidemiology of psoriasis , :Clinical .J invest Dermatol 1994 Jun; 102(6):145-185.
- 80-O. Doherty CJ , Macintyre C . palm plantar pustulosis and smoking . and smoking Br Med J 1985; 291:861-4 81- shaw HM , Mitton GW, Mc carthy HW , et al Effect of smoking on the recurrence of malignant melanoma Med J Aust **1979;1;208-9.**
- 82- shaw HM , Mitton GW smoking and the development of mustassis from malignant melanoma Int J cancer 1981;28:153-6.
- 83- Rigel DS , Friedmen RJ ,Levine J, et al , cigarette smoking and malignant melanoma. J Dermatol surg Oncol 1981;6:889 91.
- 84- Koh HK ,Sober AJ Day CL, et al . cigarette smoking and malignant melanoma cancer 1984;53:2570-3.
- 85-Osterlind A malignant melanoma in Denmark, ActaOncol1990;29(27): 833-4.
- 86-veierod MB, Thelle DS, Laake p ,Diet and risk of cutaneous malignant melanoma a prospective study of 50,757 Norwegian men and women Int J cancer . 1977 May 16;71(4):600-4.
- 87- Jeffrry B. Smith Neil. A . Fenske. Cutaneous manifestations and consequences of smoking , Melanoma ,J Am A cad Dermatol 1996 May; 34(5pt 1):720-1.
- 88- chalon J , Tang CK Raman than S, klein G , O, Meara JB , Turndorf H Tracheobronchial cytollgic changes in malignant melanoma.. Arch pathol Lab Med 1978Dec ; 10 2(12):631-4.

- 89- Holt P-G, Keast D, Environmentally induced changes in immunological function ; acute and chronic effects of inhalation of tobacco smoke and other atmospheric contaminants in man and experimental animals *Bacteriol Rev* 1997;41:205-16.
- 90-Ferson M, Edwards A, Lind et al Low natural killer cell activity and immunological levels associated with smoking in human subjects *Int J Cancer* 1979;23:603-9.
- 91- Ghadially FN Barton BW , Kerridge DF , The etiology of Keratocanthoma . *cancer* 1963;16:603-11.
- 92- Aubry F, Mac Gibbon B, Risk factors of squamous cell of the skin cancer 1985 ;55:907-11.
- 93- karagas MR, stukel TA, Greenburg R, et al. Risk of subsequent basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin among patients with prior skin cancer. *JAMA* 1992;267 :3305- 10.
- 94- Grodstein F, speizer FE, Hunter DJ. A prospective study of incident squamous cell carcinoma of the skin in the Nurses Health Study .*J Natl cancer Inst* 1990;87:1061- 6
- 95-kanjilal S ,Strom SS, clayman GL, weber RS, el Naggar AK, Kripke ML, et al p53 mutations in non melanoma skin cancer of the head and neck: molecular evidence for fieldcancerization.. *cancer Res* 1995Aug 15;55(16):3604-9.
- 96-Audry F, Mac Giddon , Risk factor of squamous cell carcinoma of the skin A case – control study in the Montreal region *cancer* 1985Feb15;55(4):907-11.
- 97-Hunter DG, Colditz GA stampfer MJ, Rosner B, Willett WC, speizerFE Risk factors for basal cell carcinoma in a prospective cohort of women *Ann Epidemiol* 1990 Oct; 1(1):13-23.

- 98-Hogan DJ, Lane RR, Grant L, Wong D. Risk factors for squamous cell carcinoma of the skin in Saskatchewan, Canada. *J Dermatol Sci* 1990 Mar; 1(2):97-101.
- 99- Kune GA, Bannerman S, Field B, Watson LF, Cleland H, Merenstein D, Vitetta L. Diet, alcohol, smoking, serum beta-carotene and controls. *Nutr Cancer* . 1992;18(3):237-44.
- 100- Lear JH, Heagerty AH, Smith A, Bowers B, Payne CR, Smith CA, Jones PW, Gilford J, Yengil L, Alders J, Fryer AA, Ctringe RC. Multiple cutaneous p53 cell carotene :glutathione S-transferase (GSTML, GSTTL) and cytochrome P450 (CYP2D6, CYP1A1) polymorphisms influence tumour numbers and accrual. *Carcinogenesis*. 1996 Sep; 17(9):1891-6.
- 101- Sahl WJ, Glors S, Garrison P, Oakeaf K, Johnson SD. Basal cell carcinoma and lifestyle characteristics. *Int J Dermatol* 1995 Jun; 34(6):498-402.
- 102- Decker J, Goldstein JC. Risk factor in head and neck cancer. *N Engl J Med* 1982;306:1151-5.
- 103- Cotats F, Richardson DR. Effects of long term tobacco smoke exposure on whole blood viscosity in the rat. *Arch Environ Health* 1978; 33:220-2.
- 104- Blomqvist G, Hirsch JM, Alberius P. Association between development of lip cancer and tobacco habits. *J Oral Maxillofac Surg* 1991;49:1044-7.
- 105- Lundeen RC, Langlais BP, Terezhalmay GT. Sunscreen protection for lip mucosa: a review and update. *J Am Dent Assoc* . 1985 Oct; 111(4):617-21.

- 106- Pogode JM , Preston – Martin S. Solar radiation , lip protection and lip cancer risk in Los Angeles USA, Cancer causes control 1996 Jul ;7(4):458-63.
- 107- Grinspan D, Abulafia J. Oral florid papillomatosis (Verrucous carcinoma)Dermatol 1979 Oct;18(8) :608-22.
- 108- Maier , H, Dietz A,Gewelke , et al . Tobacco and alcohol and the risk of head and neck cancer , Clin Invest 1992;70:320-7.
- 109- Stich HF , Parida BB , Brunnemann KD. Localized formation of micronuclei in the oral mucosa and tobacco specific nitrosamines in the saliva of 'reverse smoking , Khaini – tobacco chewers and gudakhu users Int H Cancer 1992;50:172-6.
- 110- Gupta PC, Mehta FS ,Pindborg JJMortily among , 'reverse chutta smoking in South , Br, Med J, 1984; 289:865-6.
- 111- Christen AG, The impact of – tobacco use and cessation oral and dental diseases and conditions AM, J, Med 1992;93(supple);255-315.
- 112- Dorey JL, Blasberg ,B Conkin RJ et al oral leukoplakia : current concepts in diagnoiss management and malignant potential Int Dermatol 1984;23:638-42
- 113- Banoczy J, Follow up studies in oral leukoplakia J Maxillofac Surg 1997;5:69-75.
- 114- Gollagher GT , Disorders of the mucoctaneous integument In :Fitzpatrick TB , Eisen AZ , Wolff K et al eds . Dermatolog in general medicine New York : Mc Craw Hill 1993 : 1355 – 417
- 115-Saitz L. Prevalence of Keukatosis nicotina palate amog 3. 819 Danes community Dent Oral nicotina Epidemiol 1990 :913;41.

- 116- Allen CM , Camisa C . Diseases of the mouth and lips In : Sams WM. Lynch PJ , eds principles and practice of dermatology . New York : Churchill – Livingstone , 1990 n; 913- 41
- 117- Farman AG, Ven Wyk CW, Keukatosis nicotina glossin smoking , tounge Int J Oral Surg 19977;6:340-70
- 118 - James WD , eds Andrews Diseases of the skin , philadelphia : WB Saunders . 1990 , 931.
- 119- Axell T, Hedin CA Epidemiologic study bof excessive oral melanin pigmentation with special reference to the influence of tobaceo hebts Seand Dent Res 1982; 90 ; 434-42.
- 120- Hellberg D, Valentin J,Eklund T, et al penile carcer ;is there an epidemiological role for moking and sexual behavior ? Br Med J 1987; 295: 1306-8 .
- 121- Maden C, Sherman KJ , Beckman AM History of circumcision , medical conditions and sexual activity and risk of penile J Natl cancer Inst 1993;85;19-24 .
- 122- Daling JR, Weiss NS, Hislop G et al Sexual prancities , transmitted disease and the incidence of anal cancer . NEngl JM 1987; 317:973-7 .
- 123- New – comb PA Weiss NS, Daling JR , Incidence of vulvar carcinoma in relation to menstrual . reproductive , and medical factors J , Natl Inst 1984; 73;391-6
- 124 – Brinton LA, Nasca PC , Mallin K. et al case – control studt of cancer of the vulva Obstet Gyncol 1990;75 :859 -66
- 125- Daling JR , Sherman KJ , Hislop TG, et al cigarrtte smoking and the risk of anogenital cancer AM J E pidemiol 1992; 135: 108-9

- 126- cruchley AT , Williams DM , Farthing PM, Speight PM Lesch CA , Squier CA Langerhans cell density in normal human oral mucosa and skin : relationship to age, smoking and alcohol consumption , J Oral pathol Med 1994 Feb ;23(2) 55-9
- 127- Fischmann AB , Bunn PA Jr , Guccion JG , Matthaws MJ, , M inna JD , Expoure to chemicals , Physical agents , and biologic agen: 591-6.
ts in mycosis fungoides and the Sezary syndrome cancer Treat Rep 1979 Apr; 63(4)
- 128- Karvonen J, Poikainen K, Reunala T, et al Alcohol and smoking : Risk factors for infectious eczematoid dermatitis ? Acta Derm venerol (Stokh) 1992; 62; 208-10
- 129- Sprice NL , Palmer JA, Pependorf W, Thorns PS , Selim MI , zwerling c , Miller ER, Dermatitis among automobile production machine opertors exposed to metal – working fluids Am J Ind Med 1996 Oct ; 30 (4)421-9
- 130- Salkie ML . The prevalence of pathol Lab Med 1993 Sep ; 117(9):897-9
- 131- Morren MA , Prezybilla B, Bamelis M, et al . Atopic dermalitis : triggering factors J AM Acad Dermatol 1994;31:467-73.
- 132- Mills CM, Srivastava ED, Harvey IM, et al . Cigarette smoking is not a risk factor in a tooic dermatitis Int J Dermatol 1994;33:33-4
- 133- Bundred NJ , Dover MS, Aluwigare N, et al smoking and periductal mastitis : Br Med J 1993;307:772-3
- 134- Tupy E, Burgoyne A,Aitchisom T, Mackie R.A case – control study of possible causative factors in mycosis fungoides Arch Dermatol 1987 Fed ;123(2):196-200.

- 135- Goncalo M S ,Couto J, Goncal S, Allergic contact dermatitis from nicotina tabacum contact Dermatitis 1990;22:188-9
- 136- Rycroft RJG, Smith NP, Stok Et et al Investigation of suspected contact sensitivity to tobacco in cigarette and cigar factory employees , contact Dermatitis 1981; 7:32-8
- 137 – Orleans CT, Resch N, Noll E, et al Use of transdermal nicotine in a state – level prescription plan for the elderly JAMA 1994;271:601-7
- 138- Bircher AJ , Howald H. Rufli T, Adverse skin reaction to nicotine in a transdermal thearapeutic system s. contact Dermatitis 1991; 25:230-6
- 139- Eicheiberg D, Stolze p, Block M, Buchkremer G, Contavt allergies induced by TTS-treatment . Methods Find Exp clin pharmacol 1989Mer;11(3):223-5
- 140- Mills CM , Hill SA, Marks R. Transdermal nicotine supresses cutaneous inflammation. Arch Dermatol 1977 Jul; 133(7):823-5.
- 141- Abdullah AN, Keczkcs K: Thromboangitis obliterans (Buerger,s disease) in a woman : a case report and review of the literature . Clin EXP Dermatol 1990 15:46-9
- 142- Hosein HR Some experiences with epoxy resin grouting compound Am Ind Hyg Assoc J1980 Jul ; 41(7):523-5
- 143- Wheeler LA , Saperstein MD, Lowe NJ Mutagenicity of urine from psoriatic patients undergoing treatment with coal tar and ultraviolet light J Invest Dermatol 1981 Aug ;77(2):181-5
- 144- Kaaber S, Cramers M , Hepsen FL . The role of cadmium as a skin senitizing agent in denture and nondentcre wearers contact Dermatitis 1982 Sep :8 (5):308-13

- 145- Kay EA, Jayson ML, Risk factors that may influence development of side effects of gold sodium thiomalate, Seand JR heumetol 1987;16(4):241-5
- 146- vergheese A, Krish G, Howe D et al The harlequin nail : a marker for smoking cessation Chest 1990;97:236-8
- 147- sModel D, smoking ,s face An underrated clinical sing ?Br Med J 1985;219:1760-2.
- 148- partsch B, Jochmann W, partsch H, Tobacoo and the skin . Wien Mead woehenschr 1994;144(22-23):565-8
- 149- Rook, Wilkinso , Ebling Text Book of Dermatology Ch 66. Accidental hair disorders 1996; 2965.

R.P.R Dawber, De BerkerD, et al Fenella Wojnerowska Disorders of hair
- 150- Mizuno A, Uematsut , A, Nakamura Oskima M. Nakamura M, Analysis of nicotion content of hair for a ssessing individual cigarette smoking behavior Ther Drug
- 151- palefsky JM, Shioski S, Moss A.Risk factors for anal human papillomavirus infection and anal cytologic abnormalities in HIV-positive and HIV- negative homosexual men J Acquir immune Defic syndr 1994 ;7 :599- 606
- 152- Daling JR, Sherman KI , Weiss NS, Risk factor for condyloma acuminatum in women Sex Tram M Dis
- 153- Solly Sclinical lectures on paralysis Lancet 1856;2:614-3
- 154- Lppen M, lppen H, Approaches to a propylaxis of skin aging J, Soc cosmet chem 1965;16:305-8.
- 155- Daniell HW, smoking ,s wrinkles Ann Intern Med 1971;75:873-80

- 156- Allen HB, Johnson BL , Diamond S, smoking ,S wrinkles? JAMA 1973; 225:1067-9.
- 157- Warren R, Gartlein V, Kligman A, M Monta W, Allendorf RA, Ridder GM. Age, sunlight and facial skin: a histologic and quantitative study J, Am Acad Dermatol 1991 Nov; 25(5pt1):751-60 .
- 158- Beylot C. Clinical signs of cutaneous aging Rev FR Gynecol Obstet 1991 Jun ; 68(6):433-41.
- 159- Schnohr P, Lange P, Nyboe J, Appleyard M, Jensen G, Does smoking increase the degree of wrinkles on the face ? The Osterbro study . Ugeskr Laeger 1991 Feb 25; 153(9):600-2.
- 160- Kadunc D, Burr R, Gress R, et al cigarette smoking : risk factor for premature facial wrinkling Ann Intern Med 1991; 114: 804-4
- 161- Lopez – Hernandez B, Tercedor J, Podenas JM, Simon – Lopez F, Ortega – del Olmo RM, Serrans – Ortega S, skin aging and smoking , Rev clin Esp 1995 Mar; 195(3):147-9
- 162- Grady D, Ernster V, Does cigarette smoking make youn ugly and old ? Am J Epidemiol 1992 15;(8):839-42.
- 163- Ernster VL , Grady D, Miike R, et al Facial wrinkling in men and women by smoking status Am J public Health 1995; 85:78-82.
- 164- A Frances C, Boissac S, Hartmann DJ , et al changes in the elastic of non
- 164 A- Alan S, Boyd , Stasko T, King L, Cameron G, Pears A, Gaskell N, cigarette smoking – associated elastic changes in the skin s. J AM , Acad Dermatol 1999 Jul; 41(1):1.
- 165- Weitz JI, Crowie KA, Landman SL et al Increased neutrophil elastase activity in cigarette smoking Ann Intern Med 1987; 107:680-2.

- 166- Lauernt P, Janoff A, Kagan HM, cigarette smoking blocks cross – linking of elastin in vitro Ann Rev Respir Dis 1983;127:189-94.
- 167- Joffe I Cigarette smoking and facial wrinkling Ann Intern Med 1991 ; 115 :659
- 168- Frances C . smoking and the skin INT Dermatol 1992;31:779-80
- 169- Wolf R, Tur EWolf Det al The effect of smoking on skin moisture and surface lipids Int J Cosmet Sci 1992;14:83-8
- 170- Dunn LB. Damesyn M, Moore AA, Reuben DB Greendale GA , Does estrogen prevent skin aging ? Results from the First National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I) Arch 1997 Mar ;133(3):339-42.
- 171- Sideri M, Parazzini F, Rognoni MT , et al Risk factors for vulvar lichen Sclerosus Am J Obstet Gynecol 1989;38-42.
- 172- Mills CM . Finally AY Does smoking influence acne ? clin EXP Dermatol 1993;18:100-1.
- 173- Axell T, Leidholm R, Occurrence of recurrent herpes Labialis in an adult Swedish population , Acta Odontol Scand 1990 ; 48 :119 -23
- 174- Nuwayhid IA Yamout B, Azar G, Kambris MA Narghile (hubble- bubble) smoking low birth weight and other pregnancy outcomes. AM , J, Epidemiol 1998 Aug 15; 148(4):475-83.
- 175- Hofstetter A et al N Engl J Med 1986 ;314:79.
- 176- McCarthy WJ Caskey NH, Jarvik ME Gross TM Rosenblatt MR , carpenter C Menthol vs nonmenthol cigarette :effect on smoking behavior Am J public Health 1995 Jan ;85(1):67-72.
- 177- Rimpla AH , et al Br Med J 1985;209:1461

- 178- Nunn- Thompsom CL. Simon PA. Pharmacotherapy fpr smoking cessation pharm 1989Oct ;8(10):710-20
- 179-Van –Gasse L, Versieck J GasseL argyria caused by administration of tobacco- withdrawal tablets containing Silver acetate Med Tijdschr – Geneeskd 1995Des b23;139(51):2658-61
- 180- Jensen EJ Rungby J , Hansan JC, Schmid E ,pederrsen B,Dahl R Seeum concentration and accumulation of silver in skin during three months treatment with an anti – smoking chewing gum containing silver acetate Hum Toxicol 1988Nov, 7(6):535-40
- 181-wald NJ, Watt HC. Prspective study of effect of switching from cigarettes to pipes or cigars on mortality from three smoking related diseases BMJ 1997 Jun 28;314(7098):1860-3
- 182- Wong wiwatthananukit S, Jack H,M poprich NC smoking cessation : part 2- pharmacologic approaches , J AM pharm Assoc (Wash)1998 May - Jun ; 38 (3):339-53
- 183- Jorenby DE, *New development in approaches to smoking cessation Curr Opin pulm Med*2000 Mer ; 4(2):103-6
- 184- Rose JE, Jarvik ME, Rose KD, Transdermal adminstation of nicotine Driug Alchol Depend 1984 Mayn ; 13 (3):209 -13
- 185- Benowitz NL Lake T, Keller KH Lee BL prolonged absoption with development of tolerance to toxic effects after cutaneous exposure to nicotine clin pharmacol Ther 1987Jul ; 42(1):119-20
- 186- Benowitz NL , Chan K, Denaro cp Jacob p Stable isotope method for studying transdermal drug absorption : The nicotine patch clin phamacol Ther 2001 Sep ; 50(3):286-93.

- 187- Platt ,s Tannahill A, Watson J , Fraser Effectiveness of ants smoking telephone helpline : follow up survey BMJ1997May 10;314(7091):1317-5
- 188- Madhu A.path,Nghxiem.Fitzpatrick TB. Phototype in Dermatology in General Medicine Fifth edition Vol 1, 1999 pp 1606
- 189- Woolf AD smoking and nicotine eddiction :a pediatric epidemic with sequelae in adulthood . Curr Opin pediatr 1997 Oct ;9(5):470-70
- 190- Al Faris EA , smoking habits of secondary school boys in rural Riyadh . publis Health 1959 Jan ;109(1)47-55.
- 191- Darid Elder . Lever,s Histopathology of the skin 8 th ed , 1997 pp 53-54Lippincott- Raven publisher .
- 192-Richmond RL.How women and youth are targeted by tobacco industry Monaldi Arch Cheest Dis 2007 Aug ;52(4):384-9
- 193-Elders MJ, perry CL, Erksen MP, Giovino GA, The report of the surgeon general :preventing tobacco use among young people Am J public Health 2004 Apr; 84(4):543-7
- 194- Newcomb pa , Cancer pp. The health consequences of smoking . Cancer . Med clin North Am 1992 Mar ; 76 (2) : 305-31 .
- 195-Fiore MCTrends in cigarttr smoking in the us The epiolemiology of tobacco use Med clin North Am 2002 Mer ; 76(2):289-303
- 196-Nikodemowicz E.Environmental pollution with tobacco smoking a threah to human health principles for prevention of tobacco smoking folia Med Cracor 2003;34(1-4):197-86
- 197-Jenkins GN, Dai px DH, Kinh , Hoang TT,Bales ,S, Stewart,s MC phee SJ Tobacco use in Vietnam prevalence predictors and the role of the trensnation tobacco corporation JAMA 2007 Jun 4;277(21)L1726-31

- 198- Department of community Med university of Hong Kong Mortality attributable to cigarette smoking in china JAMA2003 nov 12;278(18):1505-8
- 199-Niu SR Yang GH, chen ZM wang JL, wang CH , he XZ schoepff H, Boreham J, pan HC peto R Emerging tobacco in china :2 early mortality from a study BMJ 2008 Nov 21;17(7170);1423-2
- 200 c-Saeed AA,Khoja TA,Khan SB, smoking behavior and attitudes among adult Saudi nationals in Riyadh city , saudTob control 2006 Autumn;5(3)215-9.