

# Common forward translation -Bruxscreen

## נספח 1

### BRUXSCREEN-Q

#### Bruxism Screener (BruxScreen)

#### חלק I: שאלון למילוי עצמי

הסבר:

שאלון זה סוקר היתכנות ברוקסיזם ואת הסימפטומים הליסטיים הנלווים. ברוקסיזם הינה פעילות של שרירי הלעיסה היכולה לבוא לידי ביטוי בשני אופנים שונים: הידוק המתבטא במגע קל או חזק של השיניים הנגדיות, או בחריקת שיניים. בעוד שבזמן חריקת שיניים הלסת התחתונה נעה מצד לצד כנגד הלסת העליונה, בהידוק שיניים הלסת התחתונה כמעט אינה נעה. בנוסף חריקת שיניים מלווה בדרך כלל בהשמעת רעש. הפעילויות השריריות השונות יכולות להופיע בזמן ערות ו/או בזמן שינה. בדרך כלל פעילות ברוקסיסטית אינה מזיקה, אך אנשים מסוימים עלולים לסבול מהשלכות שליליות שונות כגון, כאב לסתות, נוקשות בשרירי הלעיסה או מגבלה בפתיחת הפה. הנך מתבקש/ת לענות על השאלון הקצר על מנת שרופא השיניים שלך יוכל לאבחן האם הנך מבצע פעילות שרירית זו. לאחר מילואו, אנא מסור את השאלון לרופא השיניים. בהמשך הרופא יבדוק את הלסתות והשיניים על מנת לאשר את המצבים עליהם דיווחת בשאלון. תודה על שיתוף הפעולה, רופא השיניים שלך

#### 1. ברוקסיזם

א. באיזו תדירות הנך מהדק/ת שיניים במהלך השינה?

□ אף פעם □ לעתים □ לעתים תכופות □ באופן קבוע □ תמיד □ לא יודעת

ב. באיזו תדירות הנך חורק/ת שיניים במהלך השינה?

□ אף פעם □ לעתים □ לעתים תכופות □ באופן קבוע □ תמיד □ לא יודעת

ג. באיזו תדירות הנך מהדק/ת שיניים בערות?

□ אף פעם □ לעתים □ לעתים תכופות □ באופן קבוע □ תמיד □ לא יודעת

ד. באיזו תדירות הנך חורק/ת שיניים בזמן ערות?

□ אף פעם □ לעתים □ לעתים תכופות □ באופן קבוע □ תמיד □ לא יודעת

ה. באיזו תדירות הנך לוחץ/ת קלות, מהדק/ת, נוגע/ת או מחזיק/ת את שיניך (כלומר מגע בין השיניים העליונות לתחתונות) יחד בזמן הערות, בכל זמן אחר שאינו לצורך אכילה?

□ אף פעם □ לעתים □ לעתים תכופות □ באופן קבוע □ תמיד □ לא יודעת

ו. באיזו תדירות הנך מחזיק/ת בעוצמה, מהדק/ת או מרגיש/ת מתח בשרירי הלעיסה בזמן ערות ללא הידוק או מגע בן השיניים?

□ אף פעם □ לעתים □ לעתים תכופות □ באופן קבוע □ תמיד □ לא יודעת

## 2. תסמינים לסתיים.

א. באיזו תדירות הנך חווה כאב/אי נעימות/רגישות/ עייפות/מתח/נוקשות באזור הרקה, הפנים, הלסתות, מפרק הלסת?

| נזקות             | מתח               | עייפות            | רגישות            | אי נעימות         | כאב               |             |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          | בזמן יקיצה  |
| □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   |             |
| □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד |             |
| □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | בכל זמן אחר |
| □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          |             |
| □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   |             |
| □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד |             |
| □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        |             |

ב. באיזו תדירות הנך חש/ה כאב/חוסר נעימות/רגישות/עייפות/מתח/נוקשות באזור הרקה, הפנים, הלסתות, מפרק הלסת בזמן פתיחת הפה או בלעיסה?

| נזקות             | מתח               | עייפות            | רגישות            | חסר נעימות        | כאב               |              |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          | בזמן הארוחות |
| □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   |              |
| □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד |              |
| □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | בכל זמן אחר  |
| □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          | □ אף פעם          |              |
| □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   | □ לעיתים תכופות   |              |
| □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד | □ באופן קבוע תמיד |              |
| □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        | □ לא יודעת        |              |

ג. באיזו תדירות הלסת שלך ננעלת או נתקעת?

- I. בזמן הארוחות: □ אף פעם □ לעיתים □ לעיתים תכופות □ באופן קבוע תמיד □ לא יודעת
- II. בכל זמן אחר: □ אף פעם □ לעיתים □ לעיתים תכופות □ באופן קבוע תמיד □ לא יודעת

חלק II: שאלון קליני

הסבר:

מטרת כלי אבחוני זה היא לאבחן סימנים העלולים להיות קשורים לברוקסיזם. תחילה יש לבצע בדיקה אקסטרא-אוראלית של שרירי המאסטר במטרתה לראות האם יש היפרטרופיה של שרירי המאסטר. הבדיקה מבוצעת ראשית כשהשרירים במנוחה ואז בשרירים מכווצים (שיניים מהודקות). במקרה של ספק יש לבחור את האפשרות "אין".

בהמשך יש לבצע בדיקה של חלל הפה במטרה לחפש סימנים לברוקסיזם. גם כאן בכל מקרה של ספק יש לבחור את האפשרות "אין". לבסוף יש לבחון את המשנן ולציין את דרגת השחיקה כפי שמצוין בטופס. במקרה של ספק בין שתי דרגות שחיקה שונות יש לבחור את הדרגה הנמוכה מבין השתיים. כמו כן יש לציין אם דרגת השחיקה האם היא בעיקר מכנית (לדוגמא: בשל מגע בין שיניים של לסת עליונה כנגד התחתונה-פאסטות מתאימות), כימית-ארוזיבית או שתיהן.

1. בדיקה אקסטרא-אוראלית

א. היפרטרופיה של שרירי המאסטר (נצפית כשהמאסטרים במנוחה)

יש ☐ אין ☐

ב. היפרטרופיה של שרירי המאסטר (נצפית כשהמאסטרים מכווצים)

יש ☐ אין ☐

2. בדיקת חלל הפה (בדיקה אינטרא-אוראלית)

א. שפה (אינדנטציות)

יש ☐ אין ☐

ב. לחי (לינאה אלבה)

יש ☐ אין ☐

ג. לשון (אינדנטציות)

יש ☐ אין ☐

ד. לשון (נגעים טראומטיים)

יש ☐ אין ☐

ה. עצם אלבאולארית (אקסוזטוזות/טורי)

יש ☐ אין ☐

3. בדיקה אינטרא-אוראלית-משנן

א. עבור המשטחים הסגריים והלהביים, יש לרשום את הערך הגבוה ביותר בכל סקסטנט

(0) היעדר בלייה נראית, (1) בלייה נראית בשכבת האמייל, (2) בלייה עם דנטין חשוף ואובדן גובה כותרת קלינית  $\geq 1/3$ .

(3) בלייה עם דנטין חשוף ואובדן גובה כותרת קלינית  $< 1/3$  אך  $> 2/3$ . (4) בלייה עם דנטין חשוף ואובדן גובה כותרת קלינית  $\leq 2/3$ .

ב. עבור משטחים שאינם סגריים או להביים, יש לרשום את הערך הגבוה ביותר

(0) היעדר בלייה נראית, (1) בלייה מוגבלת לשכבת האמייל, (2) בלייה עם דנטין חשוף

| Sextant 1 – occlusal | Sextant 2 – incisal | Sextant 3 – occlusal |
|----------------------|---------------------|----------------------|
| 0 1 2 3 4            | 0 1 2 3 4           | 0 1 2 3 4            |
|                      | Sextant 2 - palatal |                      |
|                      | 0 1 2               |                      |
| Sextant 6 – occlusal | Sextant 5 – incisal | Sextant 4 – occlusal |
| 0 1 2 3 4            | 0 1 2 3 4           | 0 1 2 3 4            |

ג. השחיקה הנצפית היא : ☐ עיקר מכנית ☐ בעיקר כימית ☐ גם מכנית וגם כימית