



Original language: English

Translation to: Hebrew

Date of translation: 1.10.24

Translation team

Project leader: Alona Emodi-Perlman Alona
Team leader: Alona Emodi-Perlman
Study Coordinator 1: Alona Emodi-Perlman
Study coordinator 2: Efraim Winocur
Study Coordinator 3: Irene Emodi-Wind
Forward translator 1: Pessia Friedman -Rubin
Forward translator 2: Tzvika Greenbaum
Back- translator 1: Ilana Eli
Back- translator :Lihi Keren

Collaborators

Expert panellist 1: Dalit Renert
Expert panellist 2: Ilana Eli
Expert panellist 3: Tamar Sjalev-Antsel
Expert panellist 4: Anna Yael Czygrinov
Expert panelist 5: Eyal Shlomo Winocur

מיסודה של אחוות אלפה
אומנה הבינלאומית
Founded by Alpha
Omega International
Dental Fraternity

The Maurice and Gabriela
Goldschleger School of
Dental medicine
Sackler Faculty of Medicine
Tel Aviv University

בית הספר לרפואת שיניים
ע"ש מוריס וגבריאלה
גולדשלגר
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב



Translation available at
www.bruxism-project.com

Copyright © 2024



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 יודע/ת

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

□ אף פעם □ לעתים □ לעתים תכופות □ באופן קבוע □ תמיד □ לא יודע/ת

ג. באיזו תדירות הנך מהדק/ת שיניים בערות?

□ אף פעם □ לעתים □ לעתים תכופות □ באופן קבוע □ תמיד □ לא יודע/ת

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

□ אף פעם □ לעתים □ לעתים תכופות □ באופן קבוע □ תמיד □ לא יודע/ת

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 יודע/ת

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 יודע/ת



2. תסמינים לסתיים.

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

נזקשות	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?

נזקשות	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



BRUXSCREEN-C Bruxism Screener (BruxScreen)

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 המשגן 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 (לדוגמה: 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 אלבולארית (אקסוזטוזות/טורי)

יש ☐ אין ☐

3. בדיקה אינטרא-אוראלית-משגן

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: ☐ בעיקר מכנית ☐ בעיקר כימית ☐ גם מכנית וגם כימית