

评估磨牙症的标准化工具

STAB

全工具包

目录索引

基本信息问卷

轴 A-磨牙症状况和后果评估

基于主观的评估（SBA）——自我报告

- A1. 睡眠磨牙症报告
- A2. 清醒磨牙症报告
- A3. 患者主诉

基于临床的评估（CBA）——检查者报告

- A4. 关节和肌肉
- A5. 口内口外组织
- A6. 牙和修复体

基于仪器的评估（IBA）——技术性报告

- A7. 睡眠磨牙症
- A8. 清醒磨牙症
- A9. 其他仪器

轴 B——风险因素及病因因素和共患病状态

- B1. 社会心理评估
- B2. 同期（并发）的睡眠状态评估
- B3. 同期（并发）的非睡眠状态评估
- B4. 处方药及其他药物使用评估
- B5. 其他因素评估

评估磨牙症的标准化工具 (STAB)

基本信息问卷

性别:

男性

女性

未指定/其他

年龄

身高

体重

您目前的婚姻状况?

已婚

同居

离婚

分居

丧偶

未婚

您完成的最高学位或最高学校水平是什么?

义务教育 (<16 岁)

中学 (如高中) 至 18 岁

大学在读或肄业 (无学位)

大学毕业

研究生水平

轴 A-磨牙症状和后果的评估

基于主观的评估 (SBA)

自我报告

A1.睡眠磨牙症报告

A1.1 睡眠磨牙症问题

上个月您在睡眠时紧咬牙或磨牙的频率（就您所知）？

没有

少于 1 晚/月

1-3 晚/月

1-3 晚/周

4-7 晚/周

不知道

A1.1.1 睡眠磨牙症病史问题

就您所知，过去您是否在睡觉时咬牙或磨牙？

没有

有

不知道

A2.清醒磨牙症报告

A2.1 清醒磨牙症问题

上个月您在清醒时磨牙的频率？

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

A2.1.1 清醒磨牙症历史问题

过去您是否在清醒时磨牙？

没有

有

不知道

A2.2 清醒紧咬牙问题

上个月您在清醒时紧咬牙的频率？

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

A2.2.1 清醒紧咬牙历史问题

过去您是否在清醒时紧咬牙？

没有

有

不知道

A2.3 清醒时牙齿接触问题

上个月，除吃饭时间外，您挤压、碰触或将牙齿合在一起（即上下颌牙齿接触）的频率？

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

A2.3.1 清醒时牙齿接触历史问题

过去，在除吃饭时间外，您是否会挤压、碰触或将牙齿合在一起（即上下颌牙齿接触）？

没有
有
不知道

A2.4 清醒时下颌紧绷问题

上个月，在没有紧咬或将上下牙合在一起时，您下颌肌肉僵直，收缩，绷紧的频率？

从来没有
很少
有时
大部分时间
总是
不知道

A2.4.1 清醒时下颌紧绷病史问题

您过去在没有紧咬或将上下牙合在一起的状态下，是否有过下颌肌肉僵直，收缩，绷紧的情况

没有
有
不知道

A3.患者主诉

颞下颌关节紊乱

A3.1 TMD 疼痛

最近 30 天内，任一侧的下颌或太阳穴部位的疼痛的时间？

没有疼痛

即来即走

一直有疼痛

A3.2 清醒时疼痛或僵直

最近 30 天内，醒来时下颌是否感觉疼痛或僵硬？

没有

有

A3.3 关节绞锁

最近 30 天内，您是否曾经历过下颌锁住或卡住（包括短暂的锁住或卡住），导致无法彻底张嘴的情况？

没有

有

A3.4 疼痛随下颌运动改变

最近 30 天内，下列活动是否会改变（即缓解或加剧）任一侧的下颌或太阳穴部位的疼痛状态？

咀嚼硬物

张嘴或下颌往一侧运动

下颌习惯动作（比如将上下牙合在一起、紧咬牙、磨牙或嚼口香糖）

其他下颌活动，比如说话、亲吻或打哈欠

A3.5 颞下颌关节杂音

最近 30 天，在移动或使用下颌时，您是否听到任何下颌关节声响？

没有

有

A3.6 清醒时肌肉疼痛

在过去 30 天内，您是否在以下时间段内有下颌肌肉的疼痛？

起床后—早餐

早餐—午餐

午餐—晚餐

晚餐—睡前

A3.6.1 清醒时肌肉疲倦或疲劳

过去 30 天内，您是否在以下时间段内有下颌肌肉的僵直或敏感或疲倦或疲劳？

起床后—早餐

早餐—午餐

午餐—晚餐

晚餐—睡前

A3.7 清醒时的症状问题

您在清醒时是否有以下症状？

下额的疲劳感或疼痛感或紧张感

感到紧咬牙或嘴唇疼痛

太阳穴疼痛

清醒时感到下颌关节紧张，且需要移动下颌来释放紧张感

清醒时大张嘴困难

清醒时下颌关节有弹响随后消失

头痛

A3.8 头痛

过去 30 天内，您是否有太阳穴区的头痛？

没有

有

如果有，有多少天？

牙齿磨损

A3.9 牙齿磨损

您是否因为牙齿磨损而有以下症状？

敏感和/或疼痛

功能问题（咀嚼和进食困难）

美学问题（牙齿不美观导致的吸引力降低）

牙齿硬组织和修复体的破裂损坏

语音障碍

耳鸣

A3.10 耳鸣

您耳边是否有噪音或鸣响（耳鸣）？

没有

有

口干和流口水

A3.11 口干

您是否感觉口干？

从不

偶尔

经常

A3.12 流口水

您晚上是否感觉有流口水？

我晚上不感觉有流口水

我的枕头在晚上有时会变湿
我的枕头在晚上经常会变湿
我的枕头在晚上总是会变湿
我的枕头和床单每晚都会变湿

基于临床的评估（CBA）

检查报告（供检查者使用）

A4.关节和肌肉

A4.1 TMD 的诊断（可选项目）

标记下列出现的诊断

A4.1.1.疼痛障碍*

*只有当 A3.3 项（TMD 疼痛筛查）患者选择为阳性时完成此部分

肌肉痛

肌筋膜痛

牵涉型肌筋膜痛

右侧关节痛

左侧关节痛

TMD 所致的头痛

A4.1.2.右侧颞下颌关节紊乱*

*请说明诊断是基于临床还是影像学评估

可复性关节盘移位

可复性关节盘移位，伴绞锁

不可复性关节盘移位伴开口受限

不可复性关节盘移位不伴开口受限

退行性关节病

半脱位

A4.1.3.左颞下颌关节紊乱*

可复性关节盘移位

可复性关节盘移位，伴绞锁

不可复性关节盘移位伴开口受限

不可复性关节盘移位不伴开口受限

退行性关节病

半脱位

A4.2 咬肌肥大

请标记咬肌肥大的部位

左

右

A5.口内外组织

A5.1 软组织及骨组织

请记录如下症状：

颊白线 左 右

唇压痕 上 下

舌扇状征 右 前 左

舌溃疡* 右 前 左

牙槽骨外生骨疣 下颌骨（颊/舌） 上颌骨（颊/舌/腭中部）

*若质地坚硬，硬结样，边界滚动感——迫切需要进一步检查的警示

A5.2 改良 friedman 分级



Category I:



Category II:



Category III:



Category IV:

I 型：未发音、未用压舌板：可见悬雍垂和腭弓

II 型：发音时，可见悬雍垂和腭弓

III 型：用压舌板时，可见悬雍垂和腭弓

IV 型：发音或用压舌板时，不可见悬雍垂和腭弓

A5.3 骨型面型分类（可选项目）

I 类

II 类

III 类



Skeletal Class III
Facial Profile



Skeletal Class I
Facial Profile



Skeletal Class II
Facial Profile

A5.4 头颅侧位像（可选项目）

正常型 (均角型)

高角型 (张开型)

低角型 (聚合型)



A6.牙齿和修复体

A6.1 牙齿磨损筛查——定量检查

标记该 1/6 区段内的最高分值

	1	2	3	4	5	6
骀面/切端						
腭侧						

A6.1.1 牙齿磨损的鉴定*

*当检测到量化分值 ≥ 2 时，需要进行鉴定。

临床症状说明有机械因素的影响：

牙面发光，平坦，光滑

牙釉质和牙本质以相同速率磨损

与对颌牙磨损特征匹配的咬合面磨损

牙尖或修复体的折断

颊黏膜，舌头，嘴唇的压痕

位于牙齿颈部，非龋性牙颈部缺损（NCCL）

颊部或颈部缺损，缺损部分宽度大于深度，非龋性牙颈部缺损（NCCL）

前磨牙和尖牙的颈部受累

釉质裂纹

下颌骨隆突

A6.2 牙周和牙体检查

标明下列症状的牙齿数目

	1	2	3	4	5	6
松动度						
冷热敏感						
咬合不适/ 咬合痛						
牙齿折裂						

A6.3 修复体

标明下列症状的牙齿/种植体数目

	1	2	3	4	5	6
充填体脱落/ 缺损						
修复体裂纹						
崩瓷						
种植体松动						
种植体折裂						
种植体螺丝松 动						

A6.4 口内装置的评估（如果病人使用了硬质树脂咬合板）

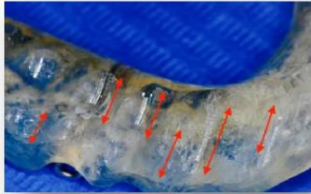
标记以下标志：

广泛的磨牙印记（即条纹） 右 前 左

广泛的紧咬印记（即圆圈状点） 右 前 左

磨牙印记和紧咬印记共存 右 前 左

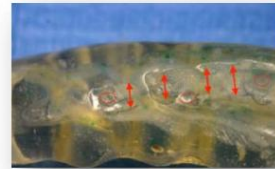
折裂或穿孔 右 前 左



磨牙印记样例



紧咬印记样例



混合印记样例

基于仪器的评估 (IBA)

技术报告

A7.睡眠磨牙症

A7.1 肌电图

超过 10%MVC 的咀嚼肌事件的次数

磨牙症时间指数 (如有)

磨牙症工作指数 (如有)

A7.2 多导睡眠记录 (可选)

觉醒相关的 SB 事件数量

非觉醒相关的 SB 事件数

磨牙症时间指数 (如有)

磨牙症工作指数 (如有)

A7.3 其他方法 (可选)

通过智能手机程序对磨牙声音计分

A7.4 压力传感器 (可选)

发生咬合事件的次数

A8.清醒磨牙症

A8.1 生态瞬时评估——一周报告

状态	1 周内 (%)	几周内 (%)
下颌肌肉放松 (没有牙齿接触)		
下颌用力 (没有牙齿接触)		
牙齿接触 (轻微且稳定的接触)		
牙齿紧咬 (强力且稳定的接触)		
磨牙		

A8.2 清醒时肌电图

超过 10%MVC 的咀嚼肌事件的次数

磨牙症时间指数 (如果可行)

磨牙症工作指数 (如果可行)

A8.3 其他方法：待定

A9.其他仪器

A9.1.口腔酸度值 (可选)

静息时唾液 PH

静息时唾液流速

刺激时唾液 PH (咀嚼石蜡)

刺激时唾液流速

轴 B-风险因素及病因因素和共患病状态

B1..心理评估

自我报告

B1.1 焦虑和抑郁筛查

过去 2 周内，下列问题是如何困扰您的？

1.感觉紧张，焦虑或不安

完全没有

几天

超过一半的时间

几乎每天

2.无法停止或控制的忧虑

完全没有

几天

超过一半的时间

几乎每天

3.做事没有兴趣或愉悦感

完全没有

几天

超过一半的时间

几乎每天

4.感觉低落、郁闷或没有希望

完全没有

几天

超过一半的时间

几乎每天

B1.2 处理

考虑以下陈述与您的行为的贴合程度

1.我寻找创造性的方法来解决困难

不符合

不太符合

基本符合

比较符合

完全符合

2.无论发生什么，我相信我可以控制住我的反应

不符合

不太符合

基本符合

比较符合

完全符合

3.我相信我可以通过积极地解决困难不断成长

不符合

不太符合

基本符合

比较符合

完全符合

4.我会积极地寻找办法来弥补生活中遇到的损失

不符合

不太符合

基本符合

比较符合

完全符合

B2 同期（并发）的睡眠状态评估

自我报告

B2.1 睡眠呼吸暂停综合征筛查

请标记下列回答为“是”的问题

您打鼾大声吗？

您是否经常在白天感到疲惫，乏力，困倦？

是否有人观察到您在睡觉时呼吸暂停或窒息或喘息？

您是否有或是否正在治疗高血压？

您 BMI 是否大于 35

您年龄是否大于 50 岁

您颈围尺寸是否为大（男性大于 43cm；女性大于 41cm）

您是否为男性？

B2.2 失眠筛查

指出以下哪项陈述同您匹配

我入睡困难

我思绪万千，难以入睡

我一般一周会有几次的睡眠问题

我醒来后难以入睡

我担心事情并且难以放松

我早上醒来的时间比我想的要早

我醒着躺了半个小时或更长时间才睡着

B2.3 周期性肢体运动障碍及不宁腿综合征的筛查

指出以下哪项陈述同您匹配

不锻炼时，我的腿仍感到肌肉紧张

我发现（或别人告知）在睡觉时我身体的某部分会抽搐

我被告知我在晚上踢被子

每当我尝试睡觉时，我的腿总感到疼痛或蚁爬感

晚上我的腿感到疼痛或抽筋

有时我的腿无法保持静止，我必须移动它来让自己感到舒服

尽管晚上睡觉了，但白天仍然很困

B2.4 口腔行为-睡眠姿势

过去一个月，您睡觉姿势会对下巴造成压力的频率？

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

B3.同期（并发）的非睡眠状态评估

自我报告

B3.1 口腔行为——清醒时的活动

过去一个月，您下列活动的发生频率？

Q7.将下巴向前或向一侧伸出或停留

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

Q8.舌头用力顶牙齿

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

Q9.把舌头放在上下牙齿之间

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

Q10.啃咬、咀嚼或玩弄舌头、颊或嘴唇

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

Q11.把下颌保持在僵硬或紧张的姿势，如撑住或护住下颌

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

Q12.用牙齿含住或咬住物品，如头发、烟斗、铅笔、钢笔、手指、手指甲等

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

Q13.嚼口香糖

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

Q14.演奏需要用嘴或下颌的乐器

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

Q15.用手倚住下颌，如用手托住或撑住下巴

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

Q16.只用一侧咀嚼食物

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

Q17.在三餐之间进食

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

Q18.持续说话（如讲课、销售、客服）

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

Q19.唱歌

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

Q20.打哈欠

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

Q21.把电话放在头和肩膀之间

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

B3.2 智能手机使用（可选项目）

标明智能手机使用的平均时间/天

B3.3 口面部运动障碍

您是否被诊断为以下疾病或有相关的症状？

口颌面运动障碍
下颌骨肌张力障碍
帕金森病
亨廷顿氏病
妥瑞氏症候群
面肌痉挛
迟发性运动障碍

B3.4 胃食管反流病筛查

下述症状您每周发生几次？

A.胸骨后灼烧感（烧心感）

0 天
1 天
2-3 天
4-7 天

B.胃内容物向上至喉咙或口腔（反流）

0 天
1 天
2-3 天
4-7 天

C.中、上腹部疼痛

0 天
1 天
2-3 天
4-7 天

D.恶心

0 天
1 天
2-3 天
4-7 天

E.由于烧心和反流，难以睡好

0 天
1 天
2-3 天
4-7 天

F.需要非处方药物治疗烧心和反流

0 天

1 天

2-3 天

4-7 天

B3.5 自身免疫性疾病或结缔组织疾病筛查

您是否被诊断出患有以下疾病之一？

类风湿性关节炎

狼疮

其他系统性风湿性疾病，包括纤维肌痛

其他系统性疾病，包括系统性硬化症，风湿性多肌痛，混合性结缔组织病

B3.6 注意力缺陷多动障碍

您被诊断出患有注意力缺陷多动障碍吗？

否

是

B4.处方药及其他药物使用的评估

自我报告

B4.1 毒品

请记录您是否使用娱乐性毒品或街头毒品

如果是，请说明您使用哪种毒品用于娱乐性的目的

B4.2 药物

您目前是否正在服用以下药物？

抗抑郁药（例如，选择性血清再吸收抑制剂）

苯二氮卓类

抗精神病药、止吐药（多巴胺拮抗剂）

多动症药物

抗过敏药物

医用大麻 CBD

医用大麻 TSH

阿片类药物

其他

如果是，请列出所有的药物和剂量

B4.3 烟草

您是否吸烟或使用任何烟草类产品？

否

是

已戒烟

如果是，您每天抽多少支烟？

B4.4 酒精

您曾经喝过酒精饮料（啤酒、葡萄酒、烈性酒等）吗？

否

是

已戒酒

如果是，您的摄入量大概是多少（杯/天）？

B4.5 不含酒精的饮料

您是否经常喝软饮料（如可乐/红牛/雪碧/芬达等）？

否

是

已停止饮用

如果是，您的摄入量大概是多少（杯/天）？

B4.6 果汁和水果

您是否经常喝果汁或柑橘类水果（例如柠檬、橘子、柚子等）？

否

是

已戒除

如果是，您的摄入量大概是多少（杯/天）？

B4.7 含咖啡因类

您是否经常喝咖啡、茶或其他含咖啡因的饮料？

否

是

已戒除

如果是，您的摄入量大概是多少（杯/天）？

B5.其他因素的评估

B5.1 磨牙症家族史筛查

您知道您家里人（例如，父亲、母亲、孩子）有磨牙病史吗？

没有

有 父亲/母亲/儿子/女儿/爷爷或姥爷/奶奶或姥姥

不知道

B5.2 牙齿磨损家族史筛查

您知道您家里人（例如，父亲、母亲、孩子）有牙齿磨损吗？

没有

有 父亲/母亲/儿子/女儿/爷爷或姥爷/奶奶或姥姥

不知道

B5.3 睡眠呼吸暂停综合征家族史筛查

您知道您家里人（例如，父亲、母亲、孩子）有睡眠呼吸暂停综合征吗？

没有

有 父亲/母亲/儿子/女儿/爷爷或姥爷/奶奶或姥姥

不知道

B5.4 口面部疼痛家族史筛查

您知道您家里人（例如，父亲、母亲、孩子）有口面部疼痛吗？

没有

有 父亲/母亲/儿子/女儿/爷爷或姥爷/奶奶或姥姥

不知道

B5.5 胃食管反流家族史筛选

您知道您家里人（例如，父亲、母亲、孩子）有胃食管反流吗？

没有

有 父亲/母亲/儿子/女儿/爷爷或姥爷/奶奶或姥姥

不知道