

评估磨牙症的标准化工具

STAB

全工具包

目录索引

基本信息调查表

轴 A-磨牙症状况和后果评估

主观评估（SBA）-自我报告

A1. 睡眠磨牙症报告

A2. 觉醒磨牙症报告

A3. 患者投诉

临床评估（CBA）-检查者报告

A4. 关节和肌肉

A5. 口腔内和口腔外组织

A6. 牙与修复

仪器评估（IBA）-技术报告

A7. 睡眠磨牙症

A8. 觉醒磨牙症

A9. 其他仪器

轴 B——风险、病因及共病情况

B1. 心理社会评估

B2. 同时期睡眠状态评估

B3. 同时期非睡眠状态评估

B4. 处方药和药物使用评估

B5. 附加因素评估

评估磨牙症的标准化工具（STAB）

人口学调查表

性别：

男性

女性

未指定/其他

年龄

身高

体重

您目前的婚姻状况如何？

已婚

同居

离婚

分居

丧偶

未婚

您完成的最高年级或最高水平是什么？

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

主观评估（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）？

没有一次

少于一晚/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 清醒磨牙症病史问题

过去您是否在清醒时磨牙？

没有

有

不知道

A2.2 清醒紧咬牙齿问题

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 清醒紧咬牙病史问题

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，在不进食的时候，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 清醒时牙齿接触史问题

您过去是否有在不进食的时候，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 清醒时下颌骨支撑问题

根据上个月的情况，您多长时间保持、收紧或拉紧肌肉而不咬紧牙关？

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

A2.4.1 清醒时下颌骨支撑病史问题

您过去有没有在不咬紧牙关或不将上下牙合在一起的情况下保持、收紧或拉紧肌肉？

没有

有

不知道

A3.患者的投诉

颞下颌关节紊乱

A3.1 TMD 疼痛

在过去的 30 天里，您的下巴或太阳穴两侧的疼痛持续了多久？

没有疼痛

痛苦断断续续

疼痛总是存在的

A3 清醒时疼痛或僵硬

在过去的 30 天里，您醒来时下巴是否疼痛或僵硬？

否

是

A3.3 关节绞锁

在过去的 30 天里，您的下巴有没有被锁住或卡住，然后无法张口？

有

没有

A3.4 疼痛随活动而变化

在过去的 30 天里，以下活动是否改变了您两侧下巴或太阳穴的疼痛（疼痛好转或恶化）？

咀嚼坚硬的食物

张开嘴巴或将下巴向前或侧向移动

下颌习惯（例如，把牙齿咬在一起、紧咬、磨牙、嚼口香糖）

其他下颌活动，如说话、亲吻或打哈欠

A3.5 颞下颌关节杂音

在过去的 30 天里，当您运动下颌时，您有没有发现颞下颌关节杂音？

没有

有

A3.6 清醒时肌肉疼痛

在过去的 30 天里，您是否在以下时间段内有下颌肌肉的疼痛？

在起床和早餐之间

早餐和午餐之间

午餐和晚餐之间

晚饭和睡觉之间

A3.6.1 清醒时肌肉疲劳或疲劳

在过去的 30 天里，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？

在起床和早餐之间

早餐和午餐之间

午餐和晚餐之间

晚饭和睡觉之间

A3.7 清醒时的症状问题

您在清醒时是否有以下症状？

下巴感到疲劳、酸痛或紧绷
感觉您的牙齿咬得很紧或口腔疼痛
太阳穴疼痛
清醒时下颌关节感到紧张，感觉必须移动下颌才能释放它
清醒时难以张大嘴巴
清醒时听到或感觉到下巴关节发出咔嗒声，随后消失

头痛

A3.8 头痛

在过去的 30 天里，您有没有头痛过，包括头部的太阳穴区域？

没有

有

如果有，多少天？

牙齿磨损

A3.9 牙齿磨损

您是否因为现有的牙齿磨损而出现以下任何症状？

敏感性和/或疼痛

功能问题（咀嚼和进食困难）

美观性下降（牙齿吸引力下降）

牙齿硬组织和修复体的破裂损坏

语音障碍

耳鸣

A3.10 耳鸣

您的耳朵有噪音或耳鸣吗？

没有

有

口干和流口水

A3.11 口干症

您是否感觉口干？

从不

偶尔地

经常

A3.12 流口水

您是否会在夜间唾液流失？

我晚上一点也不流口水

我的枕头有时会在晚上弄湿

我的枕头经常在晚上弄湿

我的枕头晚上总是湿的

每天晚上我的枕头和其他床上用品都会弄湿

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 诊断（可选项目）

标记是否存在以下诊断

A4.1.1.疼痛障碍*

*只有当项目 A3.3（TMD 疼痛筛查）患者选择为阳性时完成此部分

肌肉痛

肌筋膜炎

牵涉型肌筋膜炎

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.左侧颞下颌关节紊乱*

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

标记咬肌肥大的存在：

左边

右边

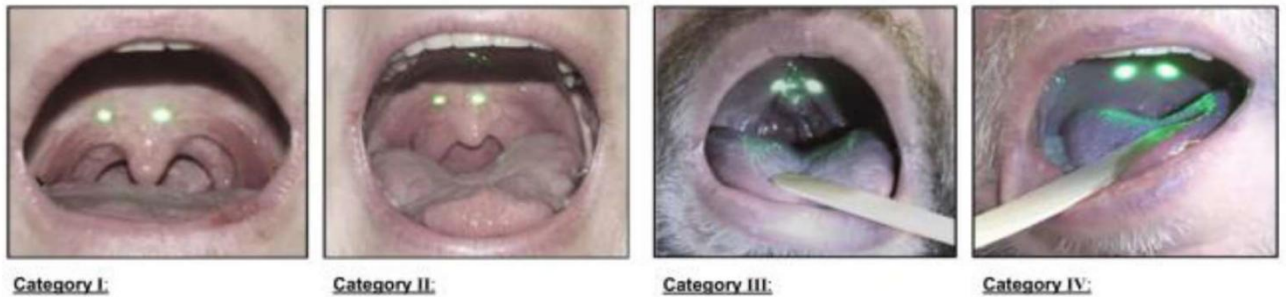
A5.口腔内外组织

A5.1 软组织和骨组织

标记以下标志：

颊白线 左 右
 唇压痕 上 下
 鞋舌扇形 右 前 左
 舌头溃疡* 右 前 左
 牙槽骨外生骨疣 下颌骨（颊/舌） 上颌骨（颊/唇/腭中）
 *如果边界坚硬、滚动感，则是危险信号，需进一步检查

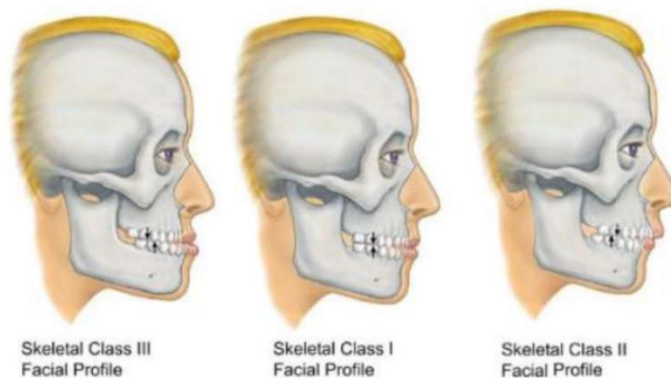
A5.2 改良弗里德曼舌头位置



- 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



A5.4 头颅侧位像（可选项目）

- 正常侧面像（下颌角均角型）
- 低发散侧面像（下颌角低角型）
- 高发散侧面像（下颌角高角型）



A6.牙齿和修复体

A6.1 牙齿磨损筛查-量化

标记该 1/6 区段内的最高分值

	1	2	3	4	5	6
殆面/切缘						
腭部						

A6.1.1 牙齿磨损鉴定*

*当在量化过程中检测到等级 ≥ 2 时，需要进行鉴定。

表明机械因素影响的临床症状：

牙齿亮面，平整有光泽

牙釉质和牙本质磨损率相同

咬合面磨损与对颌牙磨损特征相匹配

牙尖或修复体的折断

脸颊、舌头和/或嘴唇上的印痕

位于牙齿的颈部区域，非龋性颈部缺损（NCCL）

颊/颈部病变，宽度大于深度，非龋性颈部缺损（NCCL）

前磨牙和尖牙的颈部区域受到影响

釉质的裂纹

下颌骨隆突

A6.2 牙周和牙齿检查

标明下列症状的牙齿数目

	1	2	3	4	5	6
活动度						
热敏感						
咬合不适/ 咬合痛						
牙折						

A6.3 修复

标明下列症状的牙齿/植体数目

	1	2	3	4	5	6
充填体脱落/损坏						
充填物裂纹						
瓷裂纹（崩瓷）						
植体松动						
植体折裂						
植体螺丝松动						

A6.4 口内装置的评估（如果患者使用硬树脂咬合板）

标记以下标志：

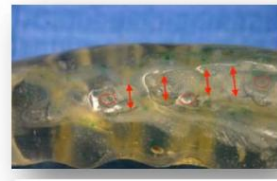
广泛的磨牙印迹（即条纹） 右面 前面 左面
 广泛的咬痕（即圆形斑点） 右面 前面 左面
 磨牙印迹和咬痕的组合 右面 前面 左面
 折裂或穿孔 右面 前面 左面



磨牙印记样例



紧咬印记样例



混合印记样例

基于工具的评估（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）

与觉醒相关的 SB 事件数

与觉醒无关的 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）

智能手机应用程序对磨牙声音评分

A7.4 压力传感器（可选）

咬合事件次数

A8.清醒状态磨牙症

A8.1 生态瞬时评估一周报告

状况	1 周内 (%)	几周内 (%)
咀嚼肌放松（无咬合接触）		
下颌紧张（无咬合接触）		
牙接触（轻接触）		
紧咬牙（紧接触）		
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

磨牙症工作指数

A8.3 其他方法：待定

A9.附加仪器

A9.1.口腔酸度（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-风险和病因因素及共病情况

B1.心理社会评估

自我报告

B1.1 焦虑和抑郁筛查

在过去的两周里，您多久被以下问题困扰一次？

1.感到紧张、焦虑或紧张

没有

几天

超过一半的时间

几乎每天

2.无法停止或控制担忧

没有

几天

超过一半的时间

几乎每天

3.对做事没有兴趣或乐趣

没有

几天

超过一半的时间

几乎每天

4.情绪低落、沮丧或绝望

没有

几天

超过一半的时间

几乎每天

B1.2 处理

考虑以下陈述对您的行为和行动的描述程度

1.我寻找创造性的方法来改变困难的局面

不正确

不太正确

基本正确

比较正确

完全正确

2.不管发生了什么，我相信我都能控制自己的反应

不正确

不太正确
基本正确
比较正确
完全正确

3.我相信通过处理困难的情况，我可以以积极的方式成长

不正确
不太正确
基本正确
比较正确
完全正确

4.我积极寻找弥补生活中损失的方法

不正确
不太正确
基本正确
比较正确
完全正确

B2.同时期睡眠相关状况评估

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？

白天您经常感到疲倦、疲倦或嗜睡吗？

有人观察到您在睡眠中停止呼吸或窒息/喘息吗？

您是否患有或正在接受高血压治疗？

BMI 超过 35？

年龄超过 50 岁？

颈部尺寸大（男性大于 43 厘米；女性大于 41 厘米）？

性别=男性？

B2.2 失眠筛查

指出以下哪项陈述可适用于您

我很难入睡

思绪在我的脑海中闪过，使我无法入睡

我预计一周会有好几次睡眠问题

我醒来后无法入睡

我担心事情，无法放松

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

指出以下哪项陈述可适用于您

不锻炼时，我的腿仍然会感到肌肉紧张

我注意到（或其他人评论说）我身体的某些部位在睡觉时会抽搐

有人告诉我晚上踢被子

当我试图入睡时，我的腿会有疼痛或爬行的感觉

我晚上会感到腿疼和抽筋

有时我晚上无法保持双腿不动。我只需要移动它们就可以感到舒适

尽管我晚上睡了，但白天还是觉得困

B2.4 口腔行为-睡眠姿势

根据上个月的情况，您会对下巴施加压力的姿势睡觉的频率？

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

B3.同时期非睡眠状态评估

自我报告

B3.1 口腔行为——清醒时的活动

根据上个月的情况，您以下活动发生的频率？

Q7.保持下巴向前或向侧面伸出

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

Q8.用力将舌头压在牙齿上

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

Q9.将舌头放在牙齿之间

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

Q10.咬、咀嚼或玩舌头、脸颊或嘴唇

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

Q11.将下巴保持在僵硬或紧张的位置，例如支撑或保护下巴

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

Q12.用牙齿夹住或咬住东西，如头发、烟斗、铅笔、钢笔、手指、指甲等

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

Q13.嚼口香糖

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

Q14.演奏涉及使用嘴或下巴的乐器

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

Q15.手放在下巴上，如手托下巴或撑住下巴

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

Q16.只用一侧咀嚼食物

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

Q17.在三餐之间进食

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

Q18.持续的谈话（如教学、销售、客户服务）

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

Q19.唱歌

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

Q20.打哈欠

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

不知道

Q21.把电话夹在头和肩之间

从来没有

很少

有时

大多数时候

一直

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

您是否被诊断患有以下疾病之一，或者是否有可能的症状？

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

以下症状每周发生多少次？

A.胸骨后灼烧感（烧心）

0 天

1 天

2-3 天

4-7 天

B.胃内容物向上移动到喉咙或口腔（反流）

0 天

1 天

2-3 天

4-7 天

C.腹部中部或上部疼痛

0 天

1 天

2-3 天

4-7 天

D.恶心

0 天

1 天

2-3 天

4-7 天

E.由于胃灼热或反胃而难以入睡

0 天

1 天

2-3 天

4-7 天

F.胃灼热或反胃需要非处方药

0 天

1 天

2-3 天

4-7 天

B3.5 自身免疫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

其他全身性风湿性疾病，包括纤维肌痛

其他全身性疾病，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.处方药和物质使用评估

自我报告

B4.1 毒品

标记您是否使用娱乐性毒品或街头毒品

如果是，请说明您将哪些毒品用于娱乐目的

B4.2 药物

您目前正在服用以下药物？

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，请列出所有药物和剂量

B4.3 烟草

您吸烟或使用烟草制品吗？

否

是

已戒烟

如果是，您每天抽多少支烟？

B4.4 酒精

您喝过酒精饮料（啤酒、葡萄酒、烈性酒）吗？

否

是

已戒酒

如果是，这些酒精饮料的大致摄入量是多少（杯/天）？

B4.5 软饮料

您是否经常饮用起泡饮料（如可口可乐-红牛雪碧-芬达）？

否

是

已戒除

如果是，您的大概摄入量是多少（杯/天）？

B4.6 果汁和水果

您经常喝果汁或柠檬水果（如柠檬、橙子、葡萄柚）吗？

否

是

已戒除

如果是，您的大概摄入量是多少（杯/天）？

B4.7 咖啡因

您经常喝咖啡、茶或其他含咖啡因的饮料吗？

否

是

已戒除

如果是，您的大概摄入量是多少（杯/天）？。

B5.附加因素评估

B5.1 常见磨牙症筛查

您知道您家里有人（例如，父亲、母亲、孩子）有磨牙症病史吗？

没有

有 父亲/母亲/儿子/女儿/祖父/祖母

不知道

B5.2 熟悉的牙齿磨损筛查

您知道您家里有谁（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/祖父/祖母

不知道

B5.3 熟悉的 OSA 筛查

您知道您家里有人（例如，父亲、母亲、孩子）患有睡眠呼吸暂停综合征吗？

没有

有 父亲/母亲/儿子/女儿/祖父/祖母

不知道

B5.4 熟悉的口腔面部疼痛筛查

您知道您家里有谁（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/祖父/祖母

不知道

B5.5 熟悉的 GERD 筛查

您知道您家里有人（例如，父亲、母亲、孩子）有胃食管反流病吗？

没有

有 父亲/母亲/儿子/女儿/祖父/祖母

不知道