

Original language: English

Translation to: Chinese

Date of translation:13.10.24

Translation team

Project leader: Cao Ye

Team Leader: Cao Ye

Study Coordinator 1: Cao Ye

Study Coordinator 2: Fu Kaiyuan

Study Coordinator 3: Xu Xiaoxiang

Study Coordinator 4: Lei Jie

Forward translator 1: Song Xutong

Forward translator 2: Zhang Yaojun

Back-translator 1: Li Yuzhou

Back-translator 2: Yan Qiaoyue

Collaborators

Expert panellist 1: Jin Rui

Expert panellist 2: Li Xiaoqing

Expert panellist 3: Yan Ying

Expert panellist 4: Liu Weicai

Expert panellist 5: Li Jingmin

Peking University School of Stomatology
Peking University

北京大学口腔医院
北京大学



评估磨牙症的标准化工具

**STAB (Standardized Tool for the
Assessment of Bruxism)**

全工具包

目录索引

人员特征问卷

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. 辅助仪器

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. 相同时间内睡眠相关状态评估
- B3. 相同时间内非睡眠状态评估
- B4. 处方药及毒品评估
- B5. 其他因素评估

评估磨牙症的标准化工具 (STAB)

人员特征问卷

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
- ☐ 上过大学 (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

最近一个月，您在睡觉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

过去任何时间，您是否曾在睡觉时紧咬牙或磨牙（就您所知）？

没有

有

不知道

A2.清醒磨牙症报告

A2.1 清醒时牙齿磨动问题

最近一个月，您在清醒期间磨动牙齿的频率？

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

过去任何时间，您是否曾在清醒期间磨动牙齿？

没有

有

不知道

A2.2 清醒紧咬牙问题

最近一个月，您在清醒期间紧咬牙齿的频率？

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

过去任何时间，您是否曾在清醒期间紧咬牙齿？

没有

有

不知道

A2.3 清醒时牙齿接触问题

最近一个月，除进食外（即上下颌牙齿接触），您挤压、碰触牙齿或将牙齿保持接触在一起的频率？

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

A2.3.1 清醒时牙齿接触病史问题

过去，除进食外（即上下颌牙齿接触），您是否曾会挤压、碰触牙齿或将牙齿保持接触在一起？

没有

有

不知道

A2.4 清醒时下颌僵硬问题

最近一个月，在上下牙没有紧咬或接触时，您肌肉僵硬，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 清醒时下颌僵硬病史问题

过去，在上下牙没有紧咬或轻咬时，您是否曾有肌肉的僵硬，收缩，绷紧？

没有

有

不知道

A3.患者主诉

颞下颌关节紊乱病

A3.1 颞下颌关节紊乱病相关疼痛

最近 30 天内，任一侧的下颌或太阳穴部位的疼痛持续了多久？

没有疼痛

断断续续

一直有疼痛

A3.2 清醒时疼痛或僵硬

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），导致下颌无法完全开口？

没有

有

A3.4 疼痛随下颌活动改变

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？

咀嚼坚硬或韧性食物

张嘴，或将下颌前移或移向一侧

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，比如讲话、亲吻或打哈欠

A3.5 下颌关节杂音

最近 30 天，在移动或使用下颌时，您是否有任何下颌关节的杂音？

没有

有

A3.6 清醒时肌肉疼痛

在最近 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

最近 30 天内，您是否在以下时间段内有下颌肌肉僵硬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

在清醒时，您是否感知到以下任何症状？

下额的疲劳感或疼痛感或紧张感

感到牙齿咬的很紧或酸痛

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

清醒时听到下颌关节弹响随后消失

头痛

A3.8 头痛

最近 30 天内，您是否有任何包括头部太阳穴部位在内的头痛？

没有

有

如果有，有多少天？

牙齿磨损

A3.9 牙齿磨损

您是否因为现有的牙齿磨损而经历以下任一症状？

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）

牙齿硬组织和修复体的缺损

语音障碍

耳鸣

A3.10 耳鸣

您耳边是否有杂音或鸣响（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

您在晚上是否流口水？

我在晚上完全没有流过口水

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

我的枕头和其他床上用品每晚都会变湿

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 颞下颌关节紊乱病诊断（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（颞下颌关节紊乱病相关疼痛筛查）患者选择为“有”时请完成此部分

肌肉疼痛

肌筋膜痛

牵涉型肌筋膜痛

右侧关节痛

左侧关节痛

颞下颌关节紊乱病所致的头痛

A4.1.2.右侧颞下颌关节紊乱病*

*请具体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病*

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

舌边缘齿痕 右 前 左

舌溃疡* 右 前 左

牙槽骨增生 下颌骨（颊/舌） 上颌骨（颊/舌/腭中部）

*若质地坚硬，硬结样，边缘卷曲——迫切需要进一步检查的示警

A5.2 舌头位置



Category I:



Category II:



Category III:



Category IV:

I 型：未发音/未用压舌板：悬雍垂和腭弓可见

II 型：发音时，悬雍垂和腭弓可见

III 型：用压舌板时，悬雍垂和腭弓可见

IV 型：发音/用压舌板时，悬雍垂和腭弓不可见

A5.3 骨性错颌分型（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 垂直骨面型（可选项目）

标准型-均角骨面型（标准面型）

聚合型-低角骨面型（短面型）

开张型-高角骨面型（长面型）



Normodivergent

Hypodivergent

Hyperdivergent

A6.牙齿和修复体

A6.1 牙齿磨损筛查——量表

标明该 1/6 区段内的最高分值

	区段 1 (右上后牙区)	区段 2 (上前牙区)	区段 3 (左上后牙区)	区段 4 (左下后牙区)	区段 5 (下前牙区)	区段 6 (右下后牙区)
殆面/切端						
腭侧						

A6.1.1 牙齿磨损的鉴定*

*当检测到量化等级 ≥ 2 时，需要进行鉴定。

临床症状说明有机械因素的影响：

牙面光亮，平坦，光洁

牙釉质和牙本质以相同速率磨损

对颌牙特征与殆面磨损对应匹配

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，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

	区段 1 (右上后牙区)	区段 2 (上前牙区)	区段 3 (左上后牙区)	区段 4 (左下后牙区)	区段 5 (下前牙区)	区段 6 (右下后牙区)
松动						
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/植体数目

	区段 1 (右上后牙区)	区段 2 (上前牙区)	区段 3 (左上后牙区)	区段 4 (左下后牙区)	区段 5 (下前牙区)	区段 6 (右下后牙区)
充填体脱落/ 缺损						
修复体划痕						
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

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）

清醒相关的 SB 事件数量 _____

非清醒相关的 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）

智能手机应用程序对磨牙声音计分

A7.4 传感器的应用（可选）

咬合压力事件的次数

A8.清醒磨牙症

A8.1 生态瞬时评估——一周报告

状态	第 1 周内 (%)	其余几周内 (%)
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

磨牙症工作指数

A8.3 其他方法：待定

A9.辅助仪器

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 (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.社会心理评估

自我报告

B1.1 焦虑和抑郁筛查

最近 2 周内，下列问题是如何困扰您的？

1.感觉紧张，焦虑或不安

根本没有

有几天

一半以上的时间

几乎每天

2.无法停止或控制的忧虑

根本没有

有几天

一半以上的时间

几乎每天

3.做事没有兴趣或愉悦感

根本没有

有几天

一半以上的时间

几乎每天

4.感觉低落、郁闷或没有希望

根本没有

有几天

一半以上的时间

几乎每天

B1.2 处理

考虑以下陈述与您的行为和动作的符合程度

1.我寻找创造性的方法来解决问题

完全不符合

不太符合

一般符合

较符合

非常符合

2.无论发生什么，我相信我可以控制住我的反应

完全不符合

不太符合

一般符合

较符合

非常符合

3.我相信我可以通过解决困难，以积极的方式成长

完全不符合

不太符合

一般符合

较符合

非常符合

4.我会积极地寻找办法来弥补生活中遇到的损失

完全不符合

不太符合

一般符合

较符合

非常符合

B2 相同时间内睡眠状态评估

自我报告

B2.1 睡眠呼吸暂停综合征筛查

请标记以下哪个问题回答为“是”

您打鼾大声吗？

您是否经常在白天期间感到疲惫，乏力或困倦？

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？

BMI 大于 35

年龄大于 50

颈围尺寸大（男性大于等于 43cm；女性大于等于 41cm）

性别=男性？

B2.2 失眠筛查

指出以下哪项陈述可能适用于您

我入睡困难

思绪万千并且阻止我入睡

我预计一周会有几次睡眠问题

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

指出以下哪项陈述可能适用于您

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

最近一个月，您以一个会对下颌造成压力的姿势睡觉的频率？

从来没有

很少

有时

大部分时间

总是

不知道

B3.相同时间内非睡眠状态评估

自我报告

B3.1 口腔行为——清醒时的活动

最近一个月，您下列活动的发生频率？

Q7.将下颌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.用舌头用力顶牙齿

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以下任意情况相关的症状？

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

下述任一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、上胃部疼痛

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.处方药及毒品使用的评估

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，您对于这些酒精饮料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吃柑橘类水果（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.附加因素评估

B5.1 磨牙症的家庭筛查

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 牙齿磨损家庭筛查

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庭筛查

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 口面部疼痛家庭筛查

您知道您家里人（例如，父亲、母亲、孩子）有非牙源性的面部疼痛吗？

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 胃食管反流家庭筛查

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