

קריטריונים אבחנתיים להפרעות תפקודיות במערכת הלעיסה
Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
Edited by: Samuel F. Dworkin, DDS, PhD and Linda LeResche, ScD

U גרסה עברית
Hebrew version

U נערך ע"י:
Edited by U:

Ephraim Winocur DMD אפרים וינקור
Tel Aviv University, Israel

U צוות העריכה
Collaborators

Anat Gavish DMD ענת גביש
Shoshana Reiter DMD שושנה רייטר
Esther Gazit DMD אסתר גזית
Tel Aviv University, Israel

U צוות תרגום חוזר לאנגלית
Back-translation Team

MAGIC

Member of the Israel Translators Association

התקבל ב: 12/15/2002 Accepted on:
(see Language Translation at website: RDC-TMDinternational.org)

Contents of this document:

1. Patient History Questionnaire	✓
2. RDC-TMD Clinical Examination Form	✓
3. Clinical Examination Specifications	
4. Verbal Instructions for Examiner	
5. Axis I Diagnostic Criteria	
6. Axis II: Disability & Psychological Status	
-Scoring Graded Chronic Pain	
-Scoring the Distress Scale Items	
-Addendum: Age-Sex Adjusted Norms for Distress Scale Items	
7. Summary of Patient Results	

שאלון רפואי

לפניך שאלון המתייחס לבעייתך. אנא קרא וענה בהתאם. עבור כל שאלה, עליך להקיף בעיגול תשובה אחת המתאימה ביותר.

1. האם לדעתך בריאותך הכללית הנה:

- 1 - מצוינת
- 2 - טובה מאוד
- 3 - טובה
- 4 - סבירה
- 5 - גרועה

2. האם לדעתך בריאות הפה והשיניים הנה:

- 1 - מצוינת
- 2 - טובה מאוד
- 3 - טובה
- 4 - סבירה
- 5 - גרועה

3. האם סבלת מכאבים באזור הפנים, הלסתות, הרקות, קידמית לאוזן או באוזן בחודש האחרון?

- 0 - לא
- 1 - כן

במידה שלא סבלת מכאבים בחודש האחרון, עבור לשאלה מספר 14.

במידה שכן:

א.4. לפני כמה שנים התחיל להטריד אותך כאב הפנים לראשונה? _____ שנים
(אם למעלה משנה, עבור לשאלה 5)

ב.4. לפני כמה חודשים התחיל להטריד אותך כאב הפנים לראשונה? _____ חודשים

5. האם כאב הפנים שלך?

- 1 - מתמיד
- 2 - חוזר
- 3 - חד פעמי

6. האם התייעצת עם רופא, רופא שיניים, או יועץ רפואי מתחום אחר לגבי כאב הפנים שלך?

- 1 - לא
- 2 - כן, במהלך ששת החודשים האחרונים

בשאלות הבאות הינך מתבקש לתאר את חומרת ההפרעות מהן הינך סובל. עליך לסמן על גבי הקו X במקום המקביל למידת חומרת התופעה. מיקום ה-X בקצה השמאלי של הקו מסמל העדר התופעה, ככל שהסימון מתקרב לקצה הימני של הקו, אזי חומרת התופעה גדלה.

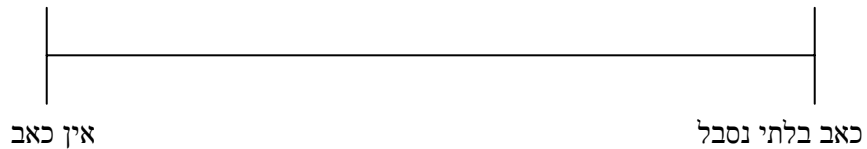
7. כיצד היית מדרג את כאב הפנים שלך בהווה



8. במהלך ששת החודשים האחרונים U, מה עוצמת הכאב החמור U ביותר ממנו סבלת?



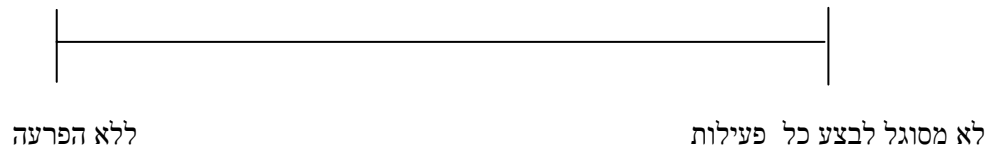
9. במהלך ששת החודשים האחרונים U, מה עוצמת הכאב הממוצע ממנו סבלת?



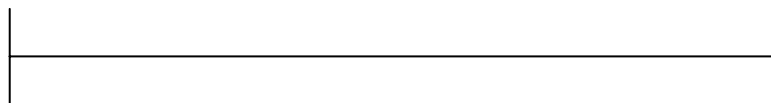
10. כמה ימים (בערך) נעדרת מהפעילויות הרגילות שלך במהלך ששת החודשים האחרונים U (עבודה, למודים, עבודות בית) עקב כאבי הפנים שלך?

U _____ U ימים

11. בששת החודשים האחרונים U עד כמה הפריע כאב הפנים בביצוע הפעולות הרגילות היומיומיות שלך?



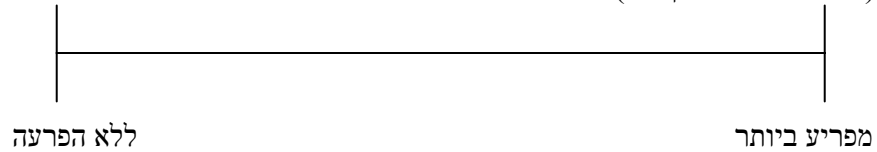
12. בששת החודשים האחרונים U עד כמה כאב הפנים שלך הפריע לך להשתתף בפעילויות עם המשפחה ובאירועים חברתיים?



ללא הפרעה

מפריע ביותר

13. U בששת החודשים האחרונים עד כמה כאב הפנים שלך מפריע לך לעבוד (כולל עבודות משק בית)?



14. האם קרה לך שהלסת "נתפסה" או "ננעלה" כך שלא היית מסוגל לפתוח את הפה עד הסוף?

0 - לא

1 - כן.

15. במידה שלא קרה לך דבר כזה, עבור לשאלה 15.

14 ב. האם ההגבלה בפתירת הפה עד הסוף הייתה חמורה עד כדי כך שהפריעה לך לאכול?

0 - לא

1 - כן

15. א. האם הלסת שלך "קופצת" או משמיעה "קליק" כאשר הנך פותח או סוגר את הפה או כאשר הנך לועס?

0 - לא

1 - כן

ב. האם הלסת משמיעה קולות כגון חריקה או גריסה בפתחה או בסגירה או בשעת לעיסה?

0 - לא

1 - כן

ג. האם נאמר לך או שמת לב שהנך שוחק שיניים או סוגר אותן בחזקה בזמן שינה?

0 - לא

1 - כן

ד. האם במשך היום הנך שוחק או מהדק שיניים?

0 - לא

1 - כן

ה. האם הנך מרגיש שהלסת שלך כואבת או נוקשה עם היקיצה בבוקר?

0 - לא

1 - כן

ו. האם הנך שומע רעשים או צלצולים באוזניים?

0 - לא

1 - כן

ז. האם המנשך של השיניים שלך השתנה ואינך מרגיש אותו נוח כתמיד?

0 - לא

1 - כן

16. האם הנך סובל מדלקת פרקים שגרונית, לופוס או כל מחלת מפרקים סיסטמית אחרת?

0 - לא

1 - כן

ב. האם הנך מכיר מישהו ממשפחתך שסבל מהמחלות המוזכרות בסעיף א'?

0 - לא

1 - כן

ג. האם סבלת בעבר או הנך סובל מנפיחות או כאבים במפרק אחר בגוף פרט למפרק הלסת?

0 - לא

1 - כן

(במידה שאינך סובל מנפיחות או כאב במפרקים, עבור לשאלה 17.א.)

במידה שכן:

ד. האם הנך סובל מכאב זה לפחות שנה?

0 - לא

1 - כן

17 א. האם נפצעת לאחרונה באזור הפנים או הלסתות?

0 - לא

1 - כן

אם לא נפצעת לאחרונה, עבור לשאלה מס' 18

במידה שכן:

17.ב. האם סבלת מכאב בלסתות לפני הפציעה?

0 - לא

1 - כן

18. האם סבלת במשך ששת החודשים האחרונים U מכאבי ראש או מיגרנות?

0 - לא

1 - כן

19. אילו פעילויות אתה מתקשה לבצע או הנך מוגבל לבצע עקב הבעיה בלסת?

0 - לא

א. ללעוס

1 – כן

0 - לא

1 – כן

ב. לשתות

0 - לא

1 – כן

ג. להתעמל

0 - לא

1 – כן

ד. לאכול מאכלים קשים

0 - לא

1 – כן

ה. לאכול מאכלים רכים

0 - לא

1 – כן

ו. לחייך או לצחוק

0 - לא

ז. לקיים יחסי מין

0 – לא

1 – כן

ח. ניקוי הפנים או השיניים-

0 - לא

1 – כן

ט. לפהק

0 - לא

1 – כן

י. לבלוע

0 - לא

1 – כן

י"א. לדבר

0 - לא

1 – כן

י"ב. הבעת הפנים הנה כרגיל

20. U באיזה מידה דאגת בחודש האחרון עקב:

U בכלל לא	מעט מאד	בינוני	די הרבה	הרבה מאד	
0	1	2	3	4	א. כאבי ראש
0	1	2	3	4	ב. אבוד עניין או הנאה ממין
0	1	2	3	4	ג. תחושת עצבנות פנימית
0	1	2	3	4	ד. חולשה או סחרחורת
0	1	2	3	4	ה. כאבים בחזה או בלב
0	1	2	3	4	ו. מרגיש האטה או הפחתה באנרגיה
0	1	2	3	4	ז. מחשבות על מוות או גסיסה
0	1	2	3	4	ח. ירידה בתאבון
0	1	2	3	4	ט. בוכה בקלות
1	2	3	4		י. מאשים את עצמך על דברים שקורים 0
0	1	2	3	4	יא. נחרד בקלות
0	1	2	3	4	יב. כאבים בגב תחתון
0	1	2	3	4	יג. מרגיש לבד
0	1	2	3	4	יד. מרגיש עצבות
0	1	2	3	4	טו. מרבה לדאוג על כל מיני דברים
1	2	3	4		טז. נבהל בקלות, ללא סיבה מוצדקת 0
0	1	2	3	4	יז. לא מגלה עניין בכל מיני דברים
1	2	3	4		יח. בחילות הקאות או קיבה רגישה 0
0	1	2	3	4	יט. כאבים בשרירים
0	1	2	3	4	כ. קשה לי להירדם
0	1	2	3	4	כא. קשה לי לנשום חופשי
0	1	2	3	4	כב. גלי קור או חום

U בכלל לא	מעט מאד	בינוני	די הרבה	הרבה מאד	
1	2	3	4		כג. הרדמות או עקצוץ בחלקים של הגוף 0
0	1	2	3	4	כד. מרגיש מבוהל
0	1	2	3	4	כה. חש דפיקות לב מהירות
0	1	2	3	4	כו. מרגיש שמהו תקוע בגרון
0	1	2	3	4	כז. אובד עצות לגבי העתיד
0	1	2	3	4	כח. מרגיש חולשה בחלקים מהגוף
0	1	2	3	4	כט. מרגיש כבדות בידיים וברגליים
0	1	2	3	4	ל. מחשבות לגמור את החיים
0	1	2	3	4	לא. אכילת יתר (זלילה)
0	1	2	3	4	לב. מתעורר השכם בבוקר
1	2	3	4		לג. הפרעות בשינה, שינה חסרת מנוחה 0
0	1	2	3	4	לד. מרגיש שכל דבר דורש מאמץ
0	1	2	3	4	לה. מרגיש חסר ערך ומשמעות
0	1	2	3	4	לו. מרגיש לכוד או במלכודת
0	1	2	3	4	לז. רגשות אשמה
0	1	2	3	4	לח. מרגיש מתח פנימי
1	2	3	4		לט. סובל מתקופות (התקפים) של פאניקה 0
0	1	2	3	4	מ. מרגיש כה חסר מנוחה עד שלא מסוגל להישאר ללא תנועה
0	1	2	3	4	מא. יש לי תחושה שמהו רע עומד להתרחש
0	1	2	3	4	מב. מרבה לחשוב מחשבות מפחידות

21. באיזו מידה אתה שומר על בריאותך הכללית?

- מצויין
טוב מאוד
טוב
סביר
גרוע

22. באיזו מידה אתה שומר על בריאות הפה שלך?

1. מצויין
2. טוב מאוד
3. טוב
4. סביר
5. גרוע

23. תאריך לידה חודש _____ יום _____ שנה _____

24. מין
1 זכר
2 נקבה

25. איזו קבוצה מאפיינת בצורה הטובה ביותר את מוצאך:

- א. מזרח אירופאי
ב. מערב אירופאי
ג. מדינות אפריקה
ד. אסיה
ה. ארה"ב
ו. דרום אמריקה
ז. יליד ישראל -
אמי ממוצא _____
אבי ממוצא _____

26. האם אתה:

- א. יהודי
ב. מוסלמי
ג. נוצרי
ד. דרוזי
ה. בדואי
ו. צ'רקסי

27. ציין מס' שנות הלימוד הגבוה ביותר שסיימת:

- מעולם לא למדתי 00
1. בית ספר יסודי
2. בית ספר תיכון
3. 4. 5. 6. 7. 8. (שנות לימוד)
9. 10. 11. 12. (שנות לימוד)

13..14..15..16..17..18+ (שנות לימוד)

אוניברסיטה

28.א. האם עבדת בתור שכיר או עצמאי בשבועיים האחרונים (לא כולל עבודות בית)?

- 1 - כן
2 - לא

במידה שכן, עבור לשאלה 29

במידה שלא:

28.ב האם אף שלא עבדת בשבועיים האחרונים, היה ברשותך משרד או עסק?

- 1 - כן
2 - לא

במידה שכן, עבור לשאלה 29

במידה שלא:

28.ג האם חיפשת עבודה או פוטרת ממקום עבודתך בשבועיים האחרונים?:

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | כן, חיפשתי עבודה |
| 2 | כן, פוטרתי |
| | כן, פוטרתי וחיפשתי עבודה 3 |
| 4 | לא |

29. מהו מצבך המשפחתי?

- | | |
|---|----------------|
| 1 | נשוי |
| 2 | נשוי וחי בנפרד |
| 3 | אלמן |
| 4 | גרוש |
| 5 | פרוד |
| 6 | רווק |

30. האם ההכנסה המשולבת החודשית (שלך ושל בן/בת זוגתך)

1. נמוכה מאוד
2. נמוכה
3. ממוצעת
4. גבוהה
5. גבוהה מאוד

31 רשום את מיקוד כתובתך: _____

Examination Form

1. Do you have pain on the right side of your face, the left side, or both sides?

None.....	0
Right.....	1
Left.....	2
Both.....	3
2. Could you point to the areas where you feel pain?

<u>Right</u>	
None.....	0
Jaw Joint.....	1
Muscles.....	2
Both.....	3
<u>Left</u>	
None.....	0
Jaw Joint.....	1
Muscles.....	2
Both.....	3

[Examiner feels area subject points to if it is unclear whether it is joint or muscle pain]

3. Opening Pattern

Straight.....	0
Right Lateral Deviation (uncorrected).....	1
Right Corrected ("S") Deviation...	2
Left Lateral Deviation (uncorrected).....	3
Left Corrected ("S") Deviation....	4
Other.....	5
Type _____	

(specify)

4. Vertical Range of Motion

Maxillary incisor used	8
	9

 - a. Unassisted Opening Without Pain ___ mm
 - b. Maximum Unassisted Opening ___ mm
 - c. Maximum Assisted Opening ___ mm
 - d. Vertical Incisal Overlap ___ mm

	Pain				Joint		
	None	Right	Left	Both	Yes	No	NA
	0	1	2	3	1	0	9
	0	1	2	3	1	0	9

5. Joint Sounds (palpation)

		Right	Left
a. Opening	None.....	0	0
	Click.....	1	1
	Coarse Crepitus	2	2
	Fine Crepitus....	3	3
Measurement of Opening Click ___ mm ___ mm			
		Right	Left
b. Closing	None.....	0	0
	Click.....	1	1
	Coarse Crepitus	2	2
	Fine Crepitus....	3	3
Measurement of Closing Click ___ mm ___ mm			
		Right	Left
c. Reciprocal click eliminated on protrusive opening	No.....	0	0
	Yes.....	1	1
	NA.....	9	9

- g. Posterior Mandibular Region (stylohyoid/posterior digastric region) "Jaw/throat region"

0	1	2	3	0	1	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---
- h. Submandibular Region (medial pterygoid/suprahoid/ anterior digastric region) "Under chin"

0	1	2	3	0	1	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---

6. Excursions

a. Right Lateral Excursion ___ mm
b. Left Lateral Excursion ___ mm

Pain				Joint		
None	Right	Left	Both	Yes	No	NA
0	1	2	3	1	0	9
0	1	2	3	1	0	9

- c. Protrusion ___ mm

Right	Left
1	2

- d. Midline Deviation ___ mm

7. Joint Sounds on Excursions

Right Sounds:			Coarse	Fine
	None	Click	crepitus	crepitus
Excursion Right	0	1	2	3
Excursion Left	0	1	2	3
Protrusion	0	1	2	3
Left Sounds:			Coarse	Fine
	None	Click	crepitus	crepitus
Excursion Right	0	1	2	3
Excursion Left	0	1	2	3
Protrusion	0	1	2	3

Directions, Items 8-10:

The examiner will be palpating (touching) different areas of your face, head and neck. We would like you to indicate if you do not feel pain or just feel pressure (0), or pain (1-3). Please rate how much pain you feel for each of the palpations according to the scale below. Circle the number that corresponds to the amount of pain you feel. We would like you to make a separate rating for both the right and left palpations.

0 = No Pain/Pressure Only
 1 = Mild Pain
 2 = Moderate Pain
 3 = Severe Pain

8. Extraoral Muscle Pain With Palpation:

	Right				Left			
	0	1	2	3	0	1	2	3
a. Temporalis (posterior) "Back of temple"	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporalis (middle) "Middle of temple"	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporalis (anterior) "Front of temple"	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Masseter (origin) "Cheek/under cheekbone"	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Masseter (body) "Cheek/side of face"	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Masseter (insertion) "Cheek/jawline"	0	1	2	3	0	1	2	3

9. Joint Pain With Palpation:

	Right				Left			
	0	1	2	3	0	1	2	3
a. Lateral Pole "Outside"	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Posterior Attachment "Inside ear"	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Intraoral Muscle Pain With Palpation:

	Right				Left			
	0	1	2	3	0	1	2	3
a. Lateral Pterygoid Area "Behind upper molars"	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendon of Temporalis "Tendon"	0	1	2	3	0	1	2	3