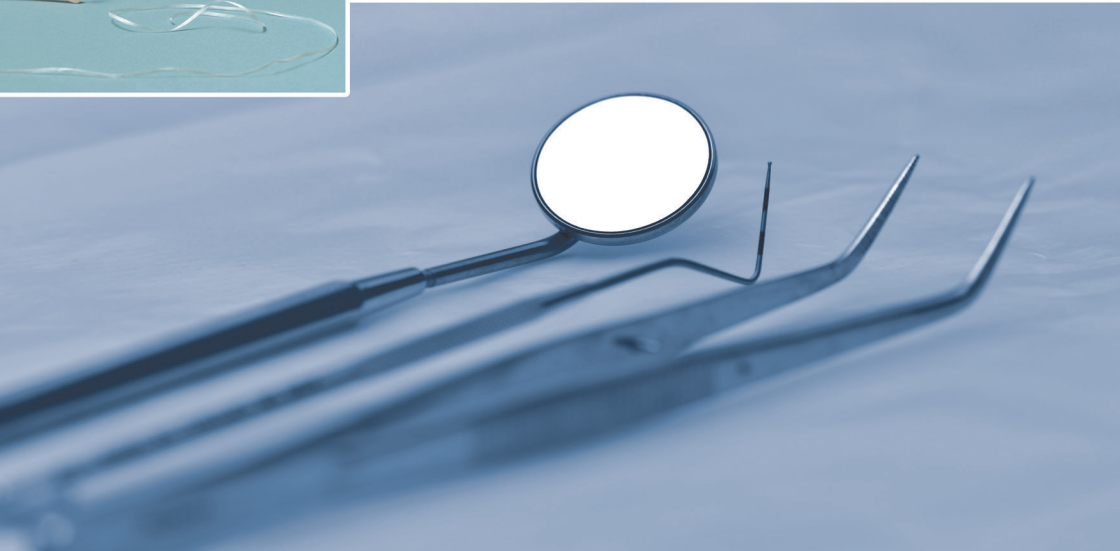
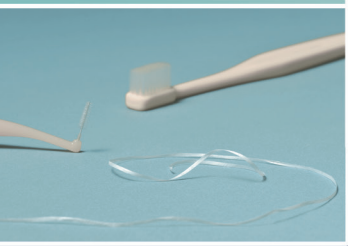


2011年口腔健康調查

重點



引言

世界衛生組織（世衛）認為，口腔健康的意義不止於牙齒健康這範疇，它是達致整體健康不可或缺的一環，也是促進身心健康的必要條件。為此，有需要在社區層面定期監測市民的口腔健康。衛生署其中一項任務是收集和分析本港市民的健康資料，以評估市民的健康狀況及社會整體的醫療需要。故此，衛生署必須定期收集這類資料，以籌劃和評估口腔健康項目，及規劃口腔健康護理的未來發展。

繼2001年全港首次口腔健康調查後，衛生署於2011年進行第二次的全港口腔健康調查。2011年口腔健康調查的目標是搜集以下項目的相關資料：i) 香港市民的口腔健康狀況；ii) 他們的口腔健康相關行為；及iii) 推動或妨礙他們進行有助達致良好口腔健康相關行為的因素。一如2001年口腔健康調查，本調查採用的調查方法是以世衛建議的基本原則為依歸，選定以下指標年齡和年齡組別：(a) 五歲兒童組別；(b) 十二歲學生組別；(c) 三十五歲至四十四歲成年人組別；(d) 六十五歲至七十四歲非居於院舍長者組別；及(e) 六十五歲及以上使用社會福利署長期護理服務的長者組別。本報告聚焦於兩種最常見、影響眾多人口並且可預防的口腔疾病：蛀牙和牙周病。

量度蛀牙經驗——「齲失補恆齒」/「齲失補乳齒」指數 (DMFT/dmft index)

個別年齡群組的蛀牙經驗是以「齲失補齒」數值 (DMFT/dmft index) 來衡量。成年人的恆齒蛀蝕情況及兒童的乳齒蛀蝕情況分別以「齲失補恆齒」數值 (DMFT value) 和「齲失補乳齒」數值 (dmft value) 衡量。當中蛀蝕而未經治療的牙齒稱為「齲齒」(DT/dt)，因蛀蝕而被拔除的牙齒稱為「失齒」(MT/mt)，而曾經蛀蝕但已經修補的牙齒稱為「補齒」(FT/ft)。「齲齒」、「失齒」和「補齒」的總和稱為「齲失補齒」數值 (DMFT/dmft value)，用以反映過去和現在受蛀蝕影響的牙齒總數。個別群組的蛀牙經驗程度一般以齲齒、失齒、補齒和齲失補齒各項平均數值及群組中受上述各類狀況所影響的受檢者在整體群組的比率來衡量。

量度牙周病——採用指數牙、半口牙齒和全口牙齒的檢查方法

口腔健康調查一般是以牙齦出血狀況(牙齦發炎)、牙周袋深度(牙周組織受破壞而形成的牙周袋深度)和「失去牙齦附着」的程度(牙周組織受破壞的總長度)等指標量度牙周病。在臨牀評估個人牙周狀況時，0至3毫米深的牙周袋可屬正常範圍，牙科醫生會於結合其他因素後才對個人的牙周健康狀況作評估。在本調查中，4毫米或以上深度的牙周袋才被定義為牙周袋，準則與香港過往口腔健康調查中的定義相同。另外，「失去牙齦附着」(LOA)是指由牙冠邊緣至牙周袋底部之間的量度距離。在牙周健康狀況良好而牙齦未萎縮時，這位置是被牙齦覆蓋的。

世界衛生組織建議進行牙周健康評估時，可以把口腔內所有牙齒分為六個區段，並檢查每個區段內指數牙的牙周狀況。如果某個區段內的牙齒少於兩顆，該區段的牙周狀況則不會被評估。如果受檢者六個區段的牙周狀況都未能被評估，該受檢者的牙周狀況將不會被納入群組整體的牙周健康狀況評估內。

如果沿用世衛建議的評估方法，即是只檢查六個區段內的指數牙，結果或會對牙周病的嚴重程度造成低估。正如蛀牙的情況，牙周病同樣可能只影響口腔內部分牙齒。因此，要準確量度牙周病，最理想的方法是檢查所有牙齒。目前的國際趨勢是檢查口腔內的所有牙齒（稱為全口牙齒檢查），或最少檢查口腔其中一邊的所有牙齒（稱為半口牙齒檢查）以評估牙周健康狀況。不過，採用全口牙齒或半口牙齒的檢查方法相對耗時，也可能於檢查時給受檢者帶來較多不適。在本調查的十二歲年齡組別和長期護理服務使用者兩個組別中，選擇檢查牙齒的數量時，考慮到要在有限時間內檢查大量受檢者，同時要對受檢者日常生活的影響減至最少，加上長期護理服務使用者較難忍受長時間的口腔檢查，因此這兩個組別是採用世衛建議的指數牙檢查方法。至於成年人和非居於院舍長者組別，調查則採用半口牙齒檢查方法，以貼近國際趨勢，及把檢查時間控制在可接受的範圍內。

「社區牙周指數」(CPI)是把牙齦出血、牙石和牙周袋深度等狀況合成的一個指數，作為評估牙周健康狀況之用。「社區牙周指數」用以反映每個區段牙齒的牙周健康狀況。如果受檢者的失齒情況並不嚴重，理論上是可以得出六個「社區牙周指數」數值。在表述「社區牙周指數」時，慣常做法是以個人的六個「社區牙周指數」數值中最高的數值為結果(即檢查所得的個人最差牙周

健康狀況)。群組的牙周健康狀況會以各項社區牙周指數數值的人數比率來衡量。由於只有個人的社區牙周指數最高數值會被納入整體評估中，這可能會高估了整個群組的牙周病嚴重程度。因此本調查亦使用社區牙周指數不同數值區段的平均數，以估量整個口腔內受不同程度牙周病影響的牙齒平均數目，從而更準確地反映整個群組的牙周健康狀況。

在成年人和非居於院舍長者組別中，由於以往是檢查區段內的指數牙，而本調查則採用半口牙齒檢查方法，受牙周病狀況所影響的人數比率可能因而有所增加。如果檢查的牙齒數量愈多，發現牙周病狀況的機率就愈大。這意味單是檢查方法的改變，亦足以影響對牙周病狀況的評估。讀者如以本調查的牙周健康狀況資料跟香港過往的相關資料作比較，宜加以留意上述事項。

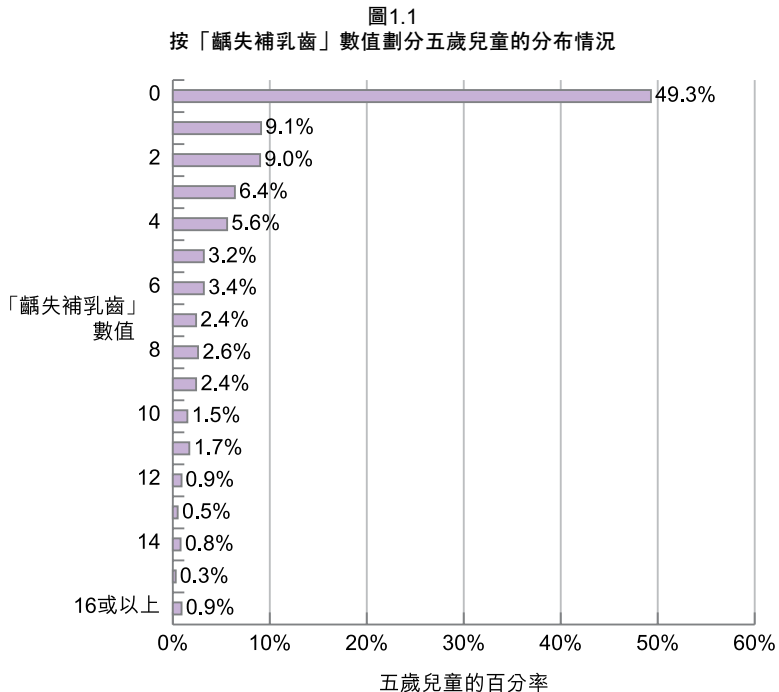
此簡報只包括2011年口腔健康調查結果的重點。如欲進一步了解本調查的全部結果，並認識蛀牙和牙周病與及它們於本調查的檢測方法，請參閱2011年口腔健康調查詳細報告，或瀏覽衛生署網頁<http://www.toothclub.gov.hk/>

第一節

五歲兒童

牙齒狀況 - 蛀牙經驗

衡量五歲兒童蛀牙經驗的「齲失補乳齒」(dmft) 平均數值為2.5。約半數(50.7%)的兒童有蛀牙經驗，而他們受影響的牙齒中有92.0%是未經治療的蛀牙(齲齒, dt)。這個年齡組別的蛀牙分布並不平均(圖 1.1)，其中約四分之一(26.2%)兒童有四顆或以上曾經蛀蝕的牙齒，他們的蛀牙數目佔去這年齡組別蛀牙總數的81.2%。



基數：所有五歲兒童
2011年：(N = 52 300)

表1.1和表1.2顯示在2001年及2011年調查中五歲兒童的蛀牙經驗及受影響兒童的比率。

表1.1
以「齲失補乳齒」指數衡量五歲兒童的蛀牙經驗（2001年及2011年）

蛀牙經驗	2001年 (N = 67 300)	2011年 (N = 52 300)
齲失補乳齒平均數值 (mean dmft)	2.3	2.5
齲齒平均數值 (mean dt)	2.1	2.3
失齒平均數值 (mean mt)	< 0.05	< 0.05
補齒平均數值 (mean ft)	0.2	0.2

基數：所有五歲兒童

表1.2
有蛀牙經驗的五歲兒童百分率（2001年及2011年）

蛀牙經驗	2001年 (N = 67 300)	2011年 (N = 52 300)
齲失補乳齒 (dmft)	51.0%	50.7%
齲齒 (dt)	49.4%	49.4%
失齒 (mt)	1.3%	0.7%
補齒 (ft)	7.4%	7.3%

基數：所有五歲兒童

調查發現，5.9%的五歲兒童患有牙瘡，而多數牙瘡可能是由嚴重蛀牙所致。2001年調查的相關數字為5.7%。

牙齒狀況 - 牙齒清潔程度

牙齒清潔程度是以牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的百分率來衡量。五歲兒童牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的平均百分率為22.1%，而在2001年的調查中，相關數字為23.5%。

五歲兒童的口腔健康相關行為

- 約四分之三 (74.5%) 的五歲兒童每天刷牙兩次或以上，只有4.7%兒童刷牙少於每天一次。
- 約四分之一 (27.9%) 的家長經常協助子女刷牙，約三分之二 (62.3%) 家長間中協助子女。
- 有94.3%家長指其子女刷牙時經常使用牙膏，當中只有約半數 (55.4%) 家長知道子女使用的牙膏含氟化物。
- 約四分之三 (74.7%) 家長知道氟化物能預防蛀牙。不過，有半數 (49.9%) 家長誤以為氟化物可預防牙周病，而五分之一 (20.4%) 家長誤信氟化物能美白牙齒。
- 只有8.3%家長表示其五歲子女每天吃三次或以上零食。

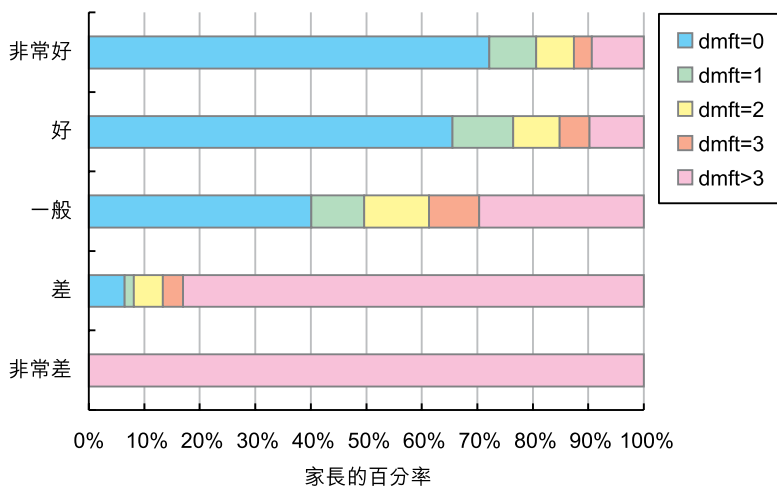
家長對牙患的認識

- 大多數 (95.4%) 家長知道 *吃喝過多含糖分的食物或飲料* 是增加蛀牙風險的因素。近半數 (47.7%) 家長知道 *飲食次數太頻密* 是風險因素。
- 約半數 (45.8%) 家長以為 *飯後沒有漱口* 是增加蛀牙風險的相關因素，超過四分之一 (28.9%) 家長則以為 *缺乏鈣質* 是相關因素。事實上，這兩項均並非增加蛀牙風險的重要因素。
- 有82.5%家長知道 *沒有徹底清潔牙齦邊緣* 是增加患上牙周病風險的因素，近半 (45.9%) 家長則明白到 *沒有使用牙線* 也是風險因素。
- 有39.5%家長知道 *吸煙* 是增加患上牙周病的風險因素。

家長對其五歲子女口腔健康狀況的理解

有49.5%家長認為其子女的口腔健康狀況好或非常好，11.3%家長認為其子女的口腔健康狀況差或非常差。本調查以每位五歲兒童的「齲失補乳齒」數值來對比其家長對子女口腔健康狀況的理解，結果發現家長認為子女的口腔健康狀況非常差時，其子女的實際口腔健康狀況的確如此，他們都有三顆以上曾經蛀蝕的牙齒。然而，家長認為子女的口腔健康狀況好或非常好時，他們的理解並不一定準確，19.4%被家長評為口腔健康狀況非常好的兒童和23.5%被評為好的兒童，其實際的「齲失補乳齒」數值為2或以上(圖 1.2)。

圖1.2
家長對五歲子女口腔健康狀況的理解及子女的蛀牙經驗



基數：所有五歲兒童的家長
2011年：(N = 52 300)

五歲兒童使用口腔健康護理服務的模式

- 四分之一 (25.1%) 的家長曾帶其五歲子女往見牙科醫生。
- 曾往見牙科醫生的五歲兒童當中，39.9%的家長指出其子女最近一次就診的主要原因是檢查。

表1.3
按所述最近一次往見牙科醫生的主要原因劃分五歲兒童的分布情況

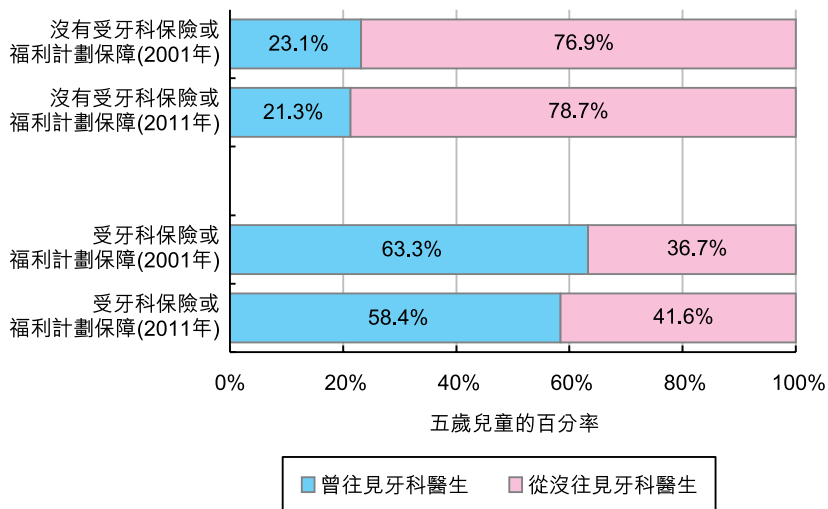
最近一次往見牙科醫生的主要原因	百分率	最近一次往見牙科醫生的主要原因細分	百分率
檢查	39.9%	檢查	39.9%
牙齒問題	48.5%	懷疑蛀牙	31.6%
		牙痛	12.2%
		創傷	4.7%
其他原因	11.6%	其他原因	11.6%

基數：所有曾往見牙科醫生而家長有回答此問題的五歲兒童
2011年：(N = 13 000)

- 只有44.9%家長選擇以修補蛀牙的方法處理子女的乳齒蛀牙。另外，16.8%家長選擇拔掉蛀牙，30.5%表示不知道該怎麼做或置之不理。

- 其子女受牙科保險或福利計劃保障的家長中，逾半 (58.4%) 表示曾帶子女往見牙科醫生。其子女沒有受牙科保險或福利計劃保障的家長中，只有五分之一 (21.3%) 曾帶子女往見牙科醫生。把本調查與2001年的調查結果比較，發現受牙科保險或福利計劃保障與未受保障的兩組兒童往見牙科醫生的比率轉變不大 (圖 1.3)。

圖1.3
按是否受牙科保險或福利計劃保障和往見牙科醫生劃分五歲兒童的分布情況
(2001年及2011年)



基數 (沒有受牙科保險或福利計劃保障)：沒有受保障而家長有回答此問題的五歲兒童
 2001年：(N = 60 200)
 2011年：(N = 47 000)
 基數 (受牙科保險或福利計劃保障)：受保障而家長有回答此問題的五歲兒童
 2001年：(N = 7 100)
 2011年：(N = 5 200)

總結與前瞻

與十年前比較，現今五歲兒童的家居口腔護理有所改善。這個年齡組別的兒童，其刷牙次數有所增加，刷牙時也較常得到家長協助。此外，家長對可能增加患蛀牙和牙周病風險的因素也普遍提高了認識。

然而，五歲兒童在蛀牙方面卻沒有改善。雖然兒童患蛀牙的比率與十年前相若，但是他們的平均蛀牙數目卻有所增加。

兒童的蛀牙經驗沒有減少，原因可能是他們大多數從沒往見牙科醫生作口腔檢查，因此並未接受適切於個人的口腔健康教育，也未及早接受預防牙患的建議和治療。有四分之三的五歲兒童從沒往見牙科醫生，而在曾往見牙科醫生的兒童當中，有半數是因牙齒問題才就診。接受牙科檢查的比率偏低，加上部分家長因誤以為子女的口腔健康狀況良好而低估了子女的蛀牙情況，均導致兒童的蛀牙未獲察覺及治療。部分未經治療的蛀牙可能會逐漸惡化，並引致痛楚或牙瘡。在這情況下，患者或需接受耗時並昂貴的治療才能恢復口腔健康。

放眼未來，牙科業界有需要加強對幼童家長的口腔健康教育，鼓勵他們在子女的第一顆乳齒長出後的六個月內開始定期帶子女接受口腔檢查。此外，亦應進一步推動家長在子女刷牙時提供協助。本調查發現，只有約半數家長知道子女使用的牙膏含氟化物，而很多家長並不知道氟化物可以預防蛀牙。因此，日後向幼童家長推廣口腔健康教育時，宜加強宣傳使用含氟化物牙膏的重要性。

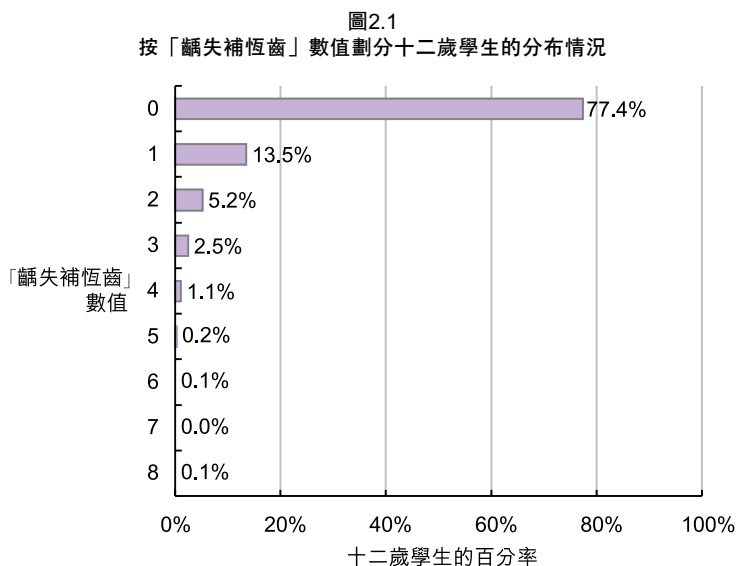
第二節

十二歲學生

牙齒狀況 - 蛀牙經驗

十二歲學生的「齲失補恆齒」(DMFT) 平均數值為0.4，表示他們的蛀牙程度輕微。只有22.6%十二歲學生的恆齒曾經蛀蝕，受蛀牙影響的學生大多數只有1顆曾經蛀蝕的牙齒(圖 2.1)。

在這些學生中，大多數曾經蛀蝕的牙齒已修補(補齒，FT)，只有5.4%的學生有未經治療的蛀牙(齲齒，DT)。



基數：所有十二歲學生
2011年：(N = 56 900)

表2.1和表2.2比較2001年和2011年的調查中十二歲學生的蛀牙經驗及受影響學生的比率。

表2.1
以「齲失補恆齒」指數衡量十二歲學生的蛀牙經驗（2001年及2011年）

蛀牙經驗	2001年 (N = 67 100)	2011年 (N = 56 900)
齲失補恆齒平均數值 (mean DMFT)	0.8	0.4
齲齒平均數值 (mean DT)	0.1	0.1
失齒平均數值 (mean MT)	0.1	<0.05
補齒平均數值 (mean FT)	0.6	0.3

基數：所有十二歲學生

表2.2
有蛀牙經驗十二歲學生的百分率（2001年及2011年）

蛀牙經驗	2001年 (N = 67 100)	2011年 (N = 56 900)
齲失補恆齒 (DMFT)	37.8%	22.6%
齲齒 (DT)	6.9%	5.4%
失齒 (MT)	3.1%	0.5%
補齒 (FT)	33.8%	19.3%

基數：所有十二歲學生

學生的牙周狀況

十二歲學生的牙周狀況以「社區牙周指數」(CPI)來衡量，結果如表2.3和表2.4所示。

表2.3
以「社區牙周指數」衡量十二歲學生的牙周狀況

牙周狀況	口腔內全部牙齦健康	口腔內沒有牙石但有部分牙齦出血	口腔內部分位置有牙石積聚
群體中的百分率	13.8%	63.8%	22.4%

基數：所有接受牙周狀況檢查的十二歲學生
2011年：(N = 55 900)

表2.4
十二歲學生健康牙齦、牙齦出血和牙石積聚所佔的平均區段

牙周狀況	健康牙齦	沒有牙石但有牙齦出血	牙石積聚
相關情況所佔的平均區段 (每人共6個區段)	3.5	2.1	0.4

基數：所有接受牙周狀況檢查的十二歲學生
2011年：(N = 55 900)

與2001年的調查結果比較，本調查發現十二歲學生的牙周狀況有所改善。學生口腔內全部牙齦健康的人數百分率有所增加(13.8%，2001年的相關數據為5.5%)，而有牙石積聚的人數百分率則減少(22.4%，2001年的相關數據為59.5%)。

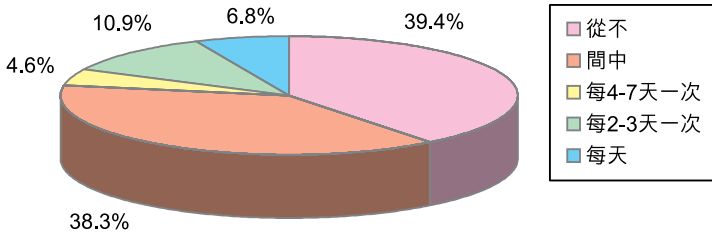
牙齒狀況 - 牙齒清潔程度

十二歲學生的牙齒清潔程度是以牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的百分率來衡量。十二歲學生牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的平均百分率為27.0%。在2001年，這個年齡組別的相關數據為36.8%。數據顯示，學生的牙齒清潔程度整體有所改善。

十二歲學生的口腔護理相關行為

- 大多數(80.7%)學生每天刷牙兩次或以上，只有2.0%的學生刷牙少於每天一次。
- 有96.1%學生指他們每次刷牙時均有使用牙膏。不過，只有少於一半(43.0%)學生知道他們所用的牙膏含氟化物。
- 有60.6%學生報稱他們有使用牙線，不過大部分有關學生只是間中使用牙線(圖2.2)。
- 每天吃零食三次或以上的學生只有4.7%。

圖2.2
按使用牙線的次數劃分十二歲學生的分布情況



基數：所有十二歲學生
2011年：(N = 56 900)

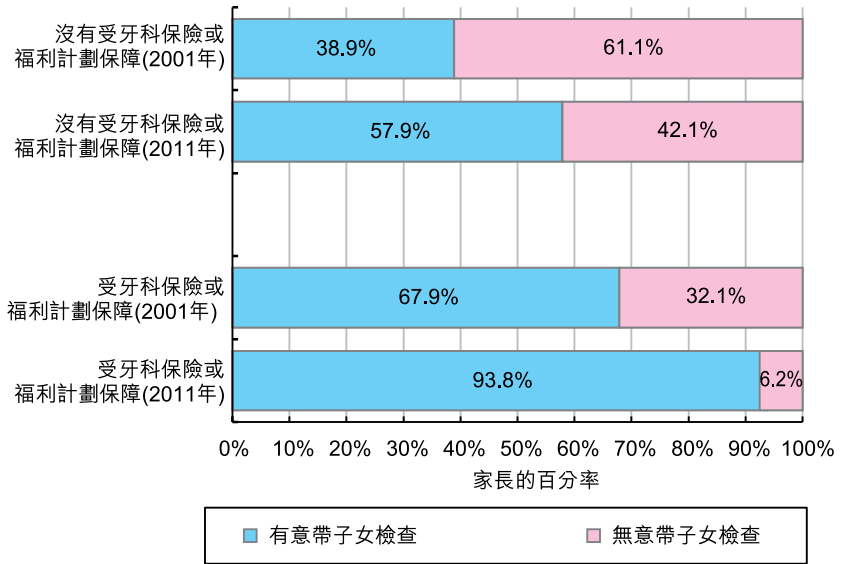
學生和家長對牙患的認識

- 大多數學生 (95.7%) 和家長 (93.2%) 知道 *吃喝過多含糖分的食物或飲料* 會增加蛀牙的風險，這結果與2001年的調查相若。近半數學生 (44.6%) 和家長 (48.8%) 知道 *飲食次數太頻密* 也是蛀牙的風險因素 (2001年的同類數據為學生32.0%，家長24.0%)。
- 約半數學生 (56.6%) 和家長 (57.7%) 都意識到 *早晚沒有用含氟化物的牙膏刷牙* 是蛀牙的風險因素。
- 有75.0%學生和82.5%家長能指出 *沒有徹底清潔牙齦邊緣* 是增加牙周病風險的因素。另外，有36.7%學生和41.8%家長知道 *沒有使用牙線* 是相關因素。
- 約半數 (56.0%) 學生和約三分之一 (36.3%) 家長知道 *吸煙* 是增加牙周病風險的因素。

十二歲學生使用口腔健康護理服務的模式

- 約四分之三的學生 (76.1%) 和家長 (71.9%) 認為定期檢查牙齒有助預防蛀牙。與此同時，有64.4%學生和73.0%家長認為定期檢查牙齒有助預防牙周病。
- 有64.1%家長表示有意帶十二歲子女定期檢查牙齒。另外，有31.8%學生於升讀中學後曾往見牙科醫生，他們大部分均接受洗牙服務。
- 其子女受牙科保險或福利計劃保障的家長當中，大多數 (93.8%) 表示有意帶子女定期檢查牙齒，而其子女沒有受牙科保險或福利計劃保障的家長當中，則只有57.9%表示有意帶子女定期檢查牙齒。與2001年的調查結果比較，無論其子女是否受牙科保險或福利計劃保障，更多家長有意帶十二歲子女定期檢查牙齒 (圖 2.3)。

圖2.3
按帶子女定期檢查牙齒的意向劃分十二歲學生家長的分布情況 (2001年及2011年)



基數 (沒有受牙科保險或福利計劃保障) : 其子女沒有受保障而有回答此問題的十二歲學生家長
 2001年 : (N = 57 500)
 2011年 : (N = 47 100)

基數 (受牙科保險或福利計劃保障) : 其子女受保障而有回答此問題的十二歲學生家長
 2001年 : (N = 9 600)
 2011年 : (N = 9 800)

總結與前瞻

2001年的調查結果顯示，十二歲學生的整體蛀牙經驗呈下降趨勢。這趨勢在過去十年持續，至今蛀牙經驗已進一步下降到極低水平。此外，十二歲學生的牙周狀況和口腔護理習慣均有所改善，而口腔健康知識也有所增加。除學生外，家長的口腔健康知識也有所增長，他們大多數相信定期檢查口腔有其價值，也有更多家長表示有意帶子女定期檢查。

雖然十二歲學生的口腔健康持續得到改善，但仍有進步空間。儘管口腔內有牙石積聚的學生比率減少了，但大多數學生仍有牙齦出血的情況。由於許多學生只間中使用牙線，因此有需要進一步推動他們養成每天使用牙線的習慣。本調查也發現學生和家長的口腔健康知識有所增長，但有不少學生和家長仍未意識到頻密飲食是蛀牙的風險因素，此外，只有半數學生知道吸煙與牙周病有關連。因此，牙科業界應向學生和家長加強宣傳頻密飲食對牙齒的損害以及吸煙對牙周組織的影響。

縱使蛀牙不是這個年齡組別需要特別關注的事項，學生也需保持警覺，以防日後出現蛀牙。本調查顯示只有少於一半學生知道他們所用的牙膏含氟化物，而他們對氟化物的效用也沒有充分的認識。因此，有需要向學生推廣使用含氟化物牙膏，以及加強宣傳氟化物的效用。

第三節

三十五歲至四十四歲成年人

牙齒缺失程度

在2011年，成年人平均有28.6顆牙齒，數據與2001年（28.1顆牙齒）相若。目前，牙科業界對可接受的最少牙齒數目並未有共識，為方便比較，口腔健康調查一般以20顆牙齒為可接受的最少剩餘牙齒數目。本調查顯示有99.8%的成年人至少有20顆牙齒（表3.1）。

表3.1
最少有20顆剩餘牙齒的成年人百分率（2001年及2011年）

剩餘牙齒數目	2001年 (N = 1 354 700)	2011年 (N = 1 062 900)
≥ 20顆剩餘牙齒	99.2%	99.8%

基數：所有成年人

蛀牙經驗

2011年成年人的「齲失補恆齒」平均數值 (mean DMFT value) 為6.9，其中平均有0.7顆屬未經治療的蛀牙和2.8顆補齒。與2001年的調查比較，2011年成年人的平均失齒數量較少 (2011年的平均失齒數值為3.4，2001年則為3.9) (表3.2)。

表3.2
以「齲失補恆齒」指數衡量成年人的蛀牙經驗 (2001年及2011年)

蛀牙經驗	2001年 (N = 1 354 700)	2011年 (N = 1 062 900)
齲失補恆齒平均數值 (mean DMFT)	7.4	6.9
齲齒平均數值 (mean DT)	0.7	0.7
失齒平均數值 (mean MT)	3.9	3.4
補齒平均數值 (mean FT)	2.8	2.8

基數：所有成年人

與十年前調查結果相若，幾乎全部成年人有蛀牙經驗 (2011年為96.1%，2001年為97.5%) (表3.3)。

表3.3
成年人有蛀牙經驗的百分率 (2001年及2011年)

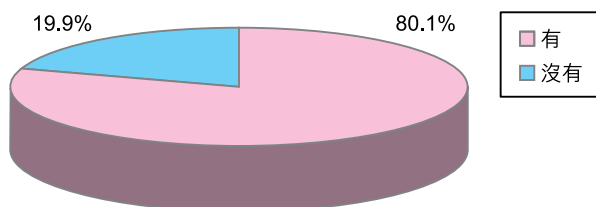
蛀牙經驗	2001年 (N = 1 354 700)	2011年 (N = 1 062 900)
齲失補恆齒 (DMFT)	97.5%	96.1%
齲齒 (DT)	32.0%	31.2%
失齒 (MT)	91.4%	89.7%
補齒 (FT)	66.6%	67.4%

基數：所有成年人

牙周狀況

98.6%成年人在檢查時有牙齦出血的情況。牙齦出血是成年人常見的口腔問題，有80.1%成年人有半數或以上牙齒出現牙齦出血的情況（圖3.1）。有4毫米或以上深度牙周袋的成年人比率（39.6%）較2001年（46.0%）為低（表3.4）。

圖3.1
按有否半數或以上牙齒出現牙齦出血情況劃分成成年人的百分率



基數：所有成年人
2011年：(N = 1 062 900)

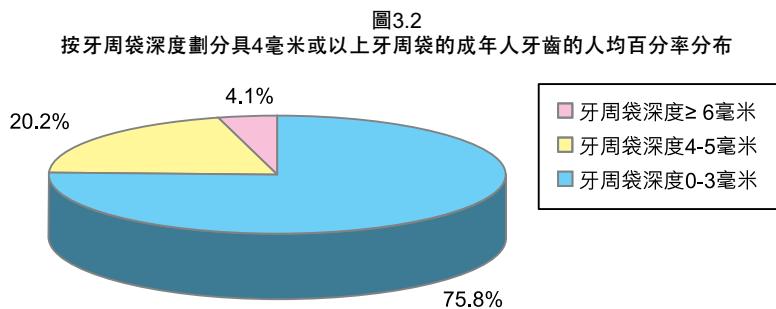
表3.4
按個人最深牙周袋的深度劃分成成年人的百分率（2001年及2011年）

最深牙周袋的深度	2001年 (N = 1 354 700)	2011年 [#] (N = 1 062 900)
0-3毫米	54.0%	60.4%
4-5毫米	38.9%	29.8%
≥ 6毫米	7.1%	9.8%
總計	100.0%	100.0%

基數：所有成年人

[#] 2001年採用指數牙檢查方法，2011年則擴展至檢查口腔內半數牙齒。

在有最深牙周袋的深度為4毫米或以上的成年人中，具有牙周袋深度達0-3毫米的牙齒佔他們牙齒總數的75%以上，另外，具有牙周袋的深度為6毫米或以上的牙齒則只佔4.1%（圖3.2）。



基數：具4毫米或以上深度牙周袋的成年人
2011年：(N = 421 300)

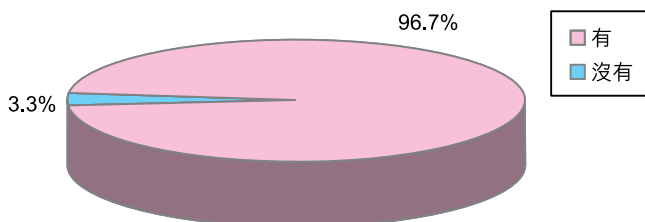
口腔健康相關行為

- 只有15.4%成年人稱每天清潔牙齒鄰面，可見只有少數成年人有此習慣。
- 成年人每天使用牙線的人數比率由2001年的10.7%稍為上升至2011年的12.3%。不過2011年的調查結果顯示，只有3.8%（40 700）的成年人每天使用牙縫刷。
- 成年人亦會使用其他方法保持口腔衛生，兩種常見的方法是使用牙簽（73.6%）和漱口水（46.0%）。在使用漱口水的成年人當中，有51.0%稱是為了減少牙齦發炎。
- 約9%成年人每天在正餐以外進食或吃零食三次或以上。
- 約13%成年人稱有每天或每周吸煙的習慣。而吸煙是引致牙周病、口腔癌和其他疾病的風險因素。

牙齒清潔程度

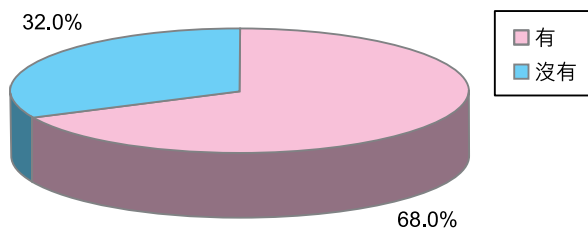
成年人的牙齒清潔程度並不理想。96.7%成年人有半數或以上的牙齒有可見的牙菌膜覆蓋，另外，68.0%成年人有牙石積聚在半數或以上的牙齒（圖3.3和3.4）。

圖3.3
按有否半數或以上的牙齒有可見牙菌膜覆蓋劃分成年人的百分率



基數：所有成年人
2011年：(N = 1 062 900)

圖3.4
按有否半數或以上的牙齒有牙石積聚劃分成年人的百分率

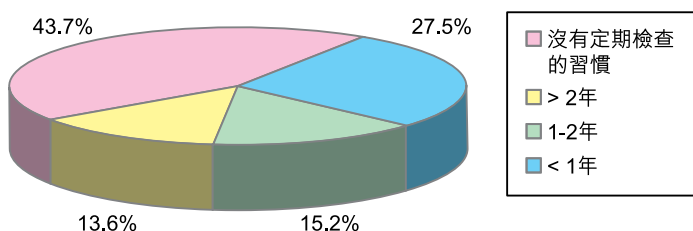


基數：所有成年人
2011年：(N = 1 062 900)

定期檢查口腔的習慣

在2011年，有定期檢查口腔習慣的成年人約有56%（圖3.5），較2001年的相關比率（26.3%）上升逾一倍。

圖3.5
按檢查口腔習慣劃分成年人的百分率



基數：所有成年人
2011年：(N = 1 062 900)

定期檢查口腔不單讓牙科醫生及早診斷口腔疾病並作相應治療，更可讓大眾向牙科醫生學習正確的口腔護理方法。為推動成年人養成定期檢查口腔的習慣，本調查就影響成年人建立這習慣的因素作出探討。

本調查把於兩年內曾往見牙科醫生檢查口腔，而其就診原因並非是出現任何口腔問題的成年人界定為有定期檢查口腔的習慣，並根據這個定義，把成年人分為有定期檢查口腔習慣及沒有定期檢查口腔習慣兩組以作比較。

有定期檢查口腔習慣背後的原因和觀點

- 大部分（80.4%）有定期檢查口腔的成年人稱「為咗及早發現牙齒嘅問題，而定期去牙醫度檢查牙齒」。
- 半數（50.0%）有定期檢查口腔的成年人相信定期檢查口腔有助預防牙患或預防勝於治療。
- 約四分之一（25.1%）有定期檢查口腔的成年人是為了保持牙齒潔白和清潔而檢查。
- 23.0%有定期檢查口腔的成年人是因為要盡量使用保險計劃/僱員福利所提供的牙科護理服務而檢查口腔。

沒有定期檢查口腔習慣背後的原因和觀點

- 成年人沒有定期檢查口腔的原因主要是認為自己的牙齒健康/沒有痛楚/沒有需要（60.0%）。
- 約60%沒有定期檢查口腔的成年人認為「只要勤力啲刷牙同理打理棚牙，就唔駛定期去洗牙啦」（61.1%）及「睇親牙醫都唔知要俾幾多錢先至出得返嚟，令你唔敢隨便去睇牙」（60.1%）。
- 沒有定期檢查口腔的成年人即使曾有想過定期檢查，但沒有時間（16.2%）及預約有困難（7.9%）都是妨礙他們進行定期口腔檢查的因素。

出現口腔症狀時所採取的行動

61.6%有嚴重牙痛(牙痛至影響睡眠)的成年人會往見牙科醫生。只有2.8%出現口臭和7.0%出現牙齦出血的成年人會尋求專業牙科護理。事實上，分別超過60%有牙齦出血和牙齒鬆動的成年人會選擇忽略有關症狀，不會採取任何行動。與2001年(28.0%)比較，於2011年有更多成年人(37.7%)會自己處理個人的牙齒敏感問題(表3.5)。

表3.5
按調查前12個月內曾出現口腔症狀及所採取的行動劃分成年人的百分率

口腔症狀	受影響成年人所採取的行動的百分率			
	沒有採取行動	自己處理	往見醫生/ 中醫師	往見牙科醫生
口臭	23.7%	70.9%	2.7%	2.8%
牙齦出血	61.2%	31.7%	0.0% [§]	7.0%
牙齒對冷熱敏感	48.7%	37.7%	0.4% [§]	12.7%
牙齒鬆動	62.7%	12.3%	1.3% [§]	23.8%
牙痛至影響睡眠	8.9% [§]	28.1%	1.4% [§]	61.6%

基數：於調查前12個月內出現相關口腔症狀的成年人

口臭：(N = 805 300)

牙齦出血：(N = 640 500)

牙齒對冷熱敏感：(N = 592 300)

牙齒鬆動：(N = 157 000)

牙痛至影響睡眠：(N = 103 500)

[§] 此估計只基於少數的樣本而得出，讀者須謹慎闡釋。

成年人出現口腔症狀時，推動他們向牙科醫生求診的可能因素

- 曾因口臭（93.4%）、牙齦出血（53.5%）和牙齒敏感（52.5%）而往見牙科醫生的成年人表示，*知道該症狀與其牙齒/口腔健康有關*是他們向牙科醫生求診的主要原因。
- 有牙齒鬆動（77.6%）和嚴重牙痛至影響睡眠（69.8%）時，*相信只有牙科醫生能處理其症狀*是成年人往見牙科醫生的主要原因。

成年人出現口腔症狀時，妨礙他們向牙科醫生求診的可能因素

- 成年人察覺自己出現口腔症狀時，認為*症狀不嚴重*（15.3%[§]至42.0%）和覺得*症狀會逐漸消退*（5.7%[§]至25.5%）是他們沒有往見牙科醫生的常見原因。
- 15.1%[§]曾出現嚴重牙痛但沒有往見牙科醫生的成年人，他們沒有求診的原因是覺得*現時使用的方法較往見牙科醫生有效*。
- 近四分之一（24.3%）有口臭而沒有往見牙科醫生的成年人表示，不往見牙科醫生是因為他們*不知道症狀與其牙齒/口腔健康有關*。
- 在出現各種口腔症狀但沒有往見牙科醫生的成年人中，20.2%至44.5%*知道有需要往見牙科醫生，但基於某些因素而妨礙他們求診的意欲*。在這些成年人中，他們普遍報稱*沒有時間*（32.1%至53.6%[§]）是一個妨礙因素，另一個可能的妨礙因素則是*預約有困難*（18.1%至33.9%）。

[§] 此估計只基於少數的樣本而得出，讀者須謹慎闡釋。

總結與前瞻

本調查結果顯示，成年人的主要問題並不是蛀牙和失去牙齒，他們主要值得關注的問題仍然是牙周病和口腔衛生情況不理想。

雖然成年人一般都有每天刷牙的習慣，但他們的個人口腔護理方法並非有效，以致他們的牙齒普遍有牙菌膜覆蓋以及有牙齦出血的情況。要保持良好的口腔健康，成年人必須養成正確的口腔護理習慣及適當地使用專業牙科護理服務。透過定期口腔檢查，牙科醫生可因應個別需要提供合適的口腔護理指導，並加強刷牙和清潔牙縫等潔齒技巧。因此，即使成年人有良好的口腔護理習慣，亦不能以此取代定期口腔檢查。

調查結果顯示，只有小部分成年人有定期使用牙縫刷或牙線，而大部分成年人會使用牙簽。然而，須要強調的是牙簽是不能取代牙線或牙縫刷作為有效清潔牙齒鄰面的工具。此外，單靠漱口水也不能有效地清除牙菌膜，要清除牙菌膜，唯一有效的方法是每天刷牙及使用牙線或牙縫刷。成年人應按個人需要及牙科醫生的建議和指導，選用合適的漱口水以有效控制蛀牙和牙周病。牙科醫生亦應擔當重要角色，著力提倡不吸煙的健康生活模式，並為有需要的成年人提供戒煙忠告和協助。

患上蛀牙和牙周病並不一定會出現明顯症狀，即使病情惡化，患者亦未必發現任何病徵。牙齦出血可能是患上牙周病的早期徵兆，而牙齒敏感則可能是蛀牙的症狀。可是本調查卻發現大部分成年人均認為以上症狀是小問題並會逐漸消退，因而可能延遲尋求專業的牙科護理，以致錯失及早治療的良機。延誤就醫亦可能導致患者需要接受複雜而費用高昂的治療。大眾應多加了解口腔疾病的症狀可能帶來的影響，並定期尋求牙科專業護理，以預防和及早治療口腔病患。

第四節

六十五歲至七十四歲的非居於院舍長者

牙齒缺失程度

在2011年，非居於院舍長者平均有19.3顆牙齒，較2001年的17.0顆有所增加。失去所有牙齒的長者比率約為6%，與2001年比較減少約三個百分點。目前牙科業界對可接受的最少牙齒數目並未有共識，為方便比較，口腔健康調查一般以20顆牙齒為可接受的最少剩餘牙齒數目。本調查發現，在2011年，約60%長者至少有20顆牙齒，較2001年增加約十個百分點（表4.1）。

表4.1
按牙齒數目劃分非居於院舍長者的百分率（2001年及2011年）

牙齒數目	2001年 (N = 445 500)	2011年 (N = 450 800)
失去所有牙齒	8.6%	5.6%
≥ 20顆剩餘牙齒	49.7%	59.5%

基數：所有非居於院舍長者

蛀牙經驗

非居於院舍長者的蛀牙經驗以「齲失補恆齒」指數 (DMFT index) 衡量，他們的「齲失補恆齒」平均數值 (mean DMFT value) 為16.2，較2001年的 (17.6) 輕微下降。其中，2011年長者平均失齒的數量有所減少，而平均補齒的數量則有所增加 (表4.2)。雖然未經治療的蛀牙屬少數 (齲齒平均數值為1.3)，但約半數長者有未經治療的蛀牙 (表4.3)。

表4.2
以「齲失補恆齒」指數衡量非居於院舍長者的蛀牙經驗 (2001年及2011年)

蛀牙經驗	2001年 (N = 445 500)	2011年 (N = 450 800)
齲失補恆齒平均數值 (mean DMFT)	17.6	16.2
齲齒平均數值 (mean DT)	1.3	1.3
失齒平均數值 (mean MT)	15.1	12.7
補齒平均數值 (mean FT)	1.2	2.3

基數：所有非居於院舍長者

表4.3
非居於院舍長者有蛀牙經驗的百分率 (2001年及2011年)

蛀牙經驗	2001年 (N = 445 500)	2011年 (N = 450 800)
齲失補恆齒 (DMFT)	99.4%	99.3%
齲齒 (DT)	52.9%	47.8%
失齒 (MT)	98.1%	98.1%
補齒 (FT)	40.3%	59.5%

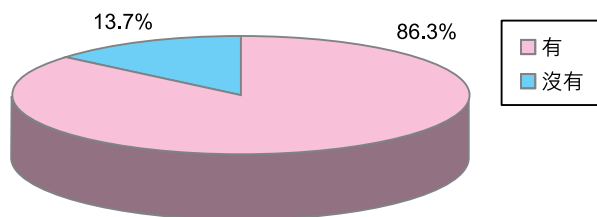
基數：所有非居於院舍長者

牙周狀況¹

幾乎全部尚有牙齒的非居於院舍長者（97.1%）都有牙齦出血的情況，而大約86%尚有牙齒的非居於院舍長者有半數或以上牙齒出現牙齦出血的情況（圖4.1）。這些長者有4毫米或以上深度牙周袋的情況亦相當普遍，約佔60%（表4.4）。然而，他們平均有39.6%的牙齒有4毫米或以上深度的牙周袋（圖4.2），而只有8.4%的牙齒有牙周袋深度達6毫米或以上。

¹ 本調查的牙齦檢查對象並不包括沒有牙齒或患有特殊疾病，例如出血性疾病的非居於院舍長者。因此本報告中有關牙周狀況的數據，只能推論至在2011年上述牙齦檢查受檢者所代表的386 200名尚有牙齒的非居於院舍長者。

圖4.1
按有否半數或以上牙齒出現牙齦出血情況劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率



基數：有接受牙齦檢查的非居於院舍長者所代表的尚有牙齒的非居於院舍長者
2011年：(N = 386 200)

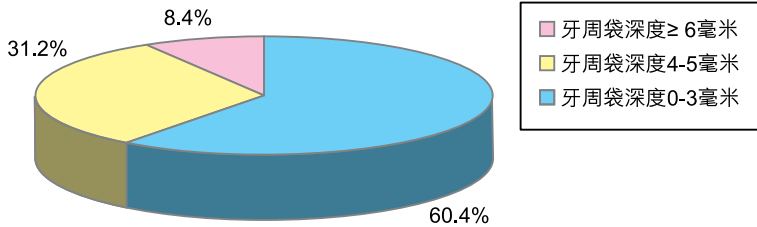
表4.4
按個人最深牙周袋的深度劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率
(2001年及2011年)

最深牙周袋的深度	2001年 (N = 358 700)	2011年 [#] (N = 386 200)
0-3毫米	44.7%	40.8%
4-5毫米	44.3%	38.8%
≥ 6毫米	11.0%	20.4%
總計	100.0%	100.0%

基數：有接受牙齦檢查的非居於院舍長者所代表的尚有牙齒的非居於院舍長者

[#] 2001年採用指數牙檢查方法，2011年則擴展至檢查口腔內半數牙齒。

圖4.2
按牙周袋深度劃分具4毫米或以上牙周袋的尚有牙齒非居於院舍長者牙齒的
人均百分率分布



基數：尚有牙齒並具4毫米或以上深度牙周袋的非居於院舍長者
2011年：(N = 228 700)

口腔健康相關行為

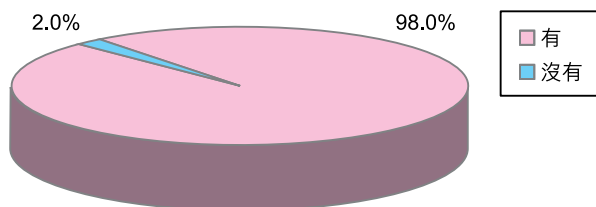
- 大部分尚有牙齒的非居於院舍長者（95.0%）每天刷牙，而67.1%長者是每天刷牙兩次或以上。
- 只有12.4%尚有牙齒的非居於院舍長者稱有每天清潔牙齒鄰面的習慣，其中有7.3%長者每天使用牙線，另有6.1%長者每天使用牙縫刷。
- 約三分之二（65.0%）非居於院舍長者會使用牙簽，約三分之一（30.1%）長者會輔以漱口水清潔口腔。
- 少於十分之一（7.2%）非居於院舍長者每天在正餐以外進食或吃零食三次或以上。
- 12.2%非居於院舍長者有每天或每周吸煙的習慣。吸煙會增加他們患上牙周病、口腔癌和其他疾病的風險。

牙齒清潔程度²

雖然幾乎全部尚有牙齒的非居於院舍長者都有每天刷牙，但他們的牙齒清潔程度仍未如理想。98.0%長者有半數或以上的牙齒有可見的牙菌膜覆蓋，亦有80.4%長者有牙石積聚在半數或以上的牙齒（圖4.3和圖4.4）。

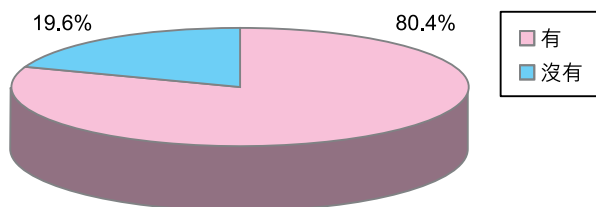
² 本調查在為非居於院舍長者檢查牙齦狀況時，亦為他們的牙齒清潔程度進行評估。本報告中有關牙齒清潔程度的數據，一如牙周狀況的評估，只能推論至在2011年上述牙齦檢查受檢者所代表的386 200名尚有牙齒的非居於院舍長者。

圖4.3
按有否半數或以上的牙齒有可見牙菌膜覆蓋劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率



基數：有接受牙齦檢查的非居於院舍長者所代表的尚有牙齒的非居於院舍長者
2011年：(N = 386 200)

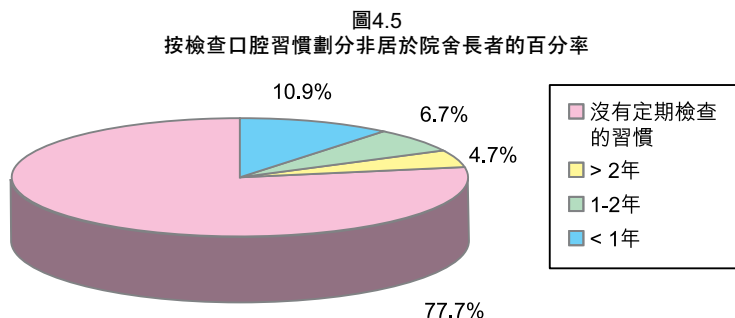
圖4.4
按有否半數或以上的牙齒有牙石積聚劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率



基數：有接受牙齦檢查的非居於院舍長者所代表的尚有牙齒的非居於院舍長者
2011年：(N = 386 200)

定期檢查口腔的習慣

約有四分之一（22.3%）的非居於院舍長者有定期檢查口腔的習慣（圖4.5），較十年前（9.1%）有顯著的增加。



基數：所有非居於院舍長者
2011年：(N = 450 800)

本調查探討有何因素推動非居於院舍長者建立定期檢查口腔的習慣。本調查把於兩年內曾往見牙科醫生檢查口腔，而其就診原因並非是出現任何口腔問題的非居於院舍長者界定為有定期檢查口腔的習慣，其餘的則為沒有定期檢查的習慣，以便分析和比較。

有定期檢查口腔習慣背後的原因和觀點

- 非居於院舍長者最常見的檢查原因是*定期檢查口腔有助預防牙患或預防勝於治療* (59.0%) 及為了*保持牙齒健康* (24.6%)。
- 接近五分之一 (17.9%) 長者檢查的原因是*要盡量使用保險計劃/僱員福利所提供的牙科護理服務*。
- 約五分之一 (17.0%) 長者指是由於*牙科醫生提醒要定期檢查*。
- 幾乎全部 (96.3%) 有定期檢查的長者都相信「*每一兩年去檢查下啲牙齒，洗下牙，棚牙就可以keep得好啲同健康啲*」。
- 約四分之三 (74.1%) 有定期檢查的長者是「*為咗及早發現牙齒嘅問題，而定期去牙醫度檢查牙齒*」。
- 約三分之一 (35.0%) 有定期檢查的長者是「*為咗整靚棚牙，而定期去牙醫度洗牙*」。

沒有定期檢查口腔習慣背後的原因和觀點

- 在沒有定期檢查口腔的非居於院舍長者當中，他們不作檢查的最普遍原因是認為自己的牙齒健康/沒有痛楚/沒有需要（57.2%）。
- 約四分之一（25.9%）長者提到未能負擔檢查費用/不想花費金錢在檢查上。
- 大部分（92.7%）沒有定期檢查的長者覺得「棚牙有痛先要去睇牙，無事無痛就梗係唔駛去睇牙啦」。
- 佔78.7%沒有定期檢查的長者相信「只要勤力啲刷牙同埋打理棚牙，就唔駛定期去洗牙啦」。
- 約三分之二（65.8%）沒有定期檢查的長者指「睇親牙醫都唔知要俾幾多錢先至出得返嚟，令到你唔敢隨便去睇牙」。

出現口腔症狀時所採取的行動

出現口腔症狀時，只有少於半數非居於院舍長者會尋求專業牙科護理（表4.5）。較高比率的長者（39.5%）會因嚴重牙痛（牙痛至影響睡眠）而尋求專業牙科護理，相比之下，因口臭（0.8%[§]）和牙齦出血（4.3%）而求診的長者比率則較低。口腔出現嚴重不適時，會尋求專業牙科護理的長者比率較高；而口腔只有輕微不適時，則延遲尋求專業牙科護理的長者比率會較高。

表4.5
按調查前12個月內曾出現口腔症狀及所採取的行動劃分非居於院舍長者的百分率

口腔症狀	受影響非居於院舍長者所採取的行動的百分率			
	沒有採取行動	自己處理	往見醫生/ 中醫師	往見牙科醫生
口臭	26.4%	69.6%	3.3%	0.8% [§]
牙齦出血	48.3%	47.4%	0.0% [§]	4.3%
牙齒對冷熱敏感	44.7%	39.4%	0.3% [§]	15.4%
牙齒鬆動	59.6%	12.9%	0.8% [§]	26.7%
牙痛至影響睡眠	19.7%	35.7%	5.1% [§]	39.5%

基數：於調查前12個月內出現相關口腔症狀的非居於院舍長者

口臭：(N = 230 100)

牙齦出血：(N = 147 800)

牙齒對冷熱敏感：(N = 214 500)

牙齒鬆動：(N = 188 800)

牙痛至影響睡眠：(N = 63 200)

[§] 此估計只基於少數的樣本而得出，讀者須謹慎闡釋。

非居於院舍長者出現口腔症狀時，推動他們向牙科醫生求診的可能因素

- 長者出現口臭（100.0%⁵）和牙齦出血（63.8%⁵）時，*知道症狀與其牙齒/口腔健康有關*是他們往見牙科醫生的主要原因。
- 長者出現嚴重牙痛（69.3%）、牙齒鬆動（62.5%）和牙齒敏感（53.4%）時，*相信只有牙科醫生能處理其症狀*是他們往見牙科醫生的主要原因。

⁵ 此估計只基於少數的樣本而得出，讀者須謹慎闡釋。

非居於院舍長者出現口腔症狀時，妨礙他們向牙科醫生求診的可能因素

- 長者出現口臭（26.9%）、牙齦出血（37.5%）、牙齒敏感（32.2%）和牙齒鬆動（25.8%）時，認為*症狀不嚴重*是他們沒有往見牙科醫生的主要原因之一。
- 長者出現口臭（16.3%）、牙齦出血（27.9%）、牙齒敏感（19.5%）和牙齒鬆動（15.3%）時，認為*症狀會逐漸消退*是他們沒有往見牙科醫生的另一個主要原因。
- 在出現各種口腔症狀但沒有往見牙科醫生的長者中，有25.2%至72.9%長者*知道有需要往見牙科醫生，但基於某些因素而妨礙他們求診的意欲*。在這些長者中，他們普遍報稱*未能負擔費用*（47.0%至58.5%）和*不想花費金錢在牙科治療上*（25.9%至40.8%）是妨礙他們求診的因素。

總結與前瞻

本調查顯示牙周病是非居於院舍長者的主要問題，同時顯示他們的口腔衛生未如理想。雖然差不多全部長者都有每天刷牙的習慣，但他們的牙齒有牙菌膜覆蓋的情況仍很普遍，這反映出他們現時清潔口腔的方法成效不大。牙菌膜的積聚會增加長者患上牙周病的風險，因此他們應加強個人的口腔護理。要培養良好的個人口腔護理習慣，牙科醫生的建議和指導是不可或缺的。故此，在個人口腔護理以外，他們亦應適當地使用專業牙科護理服務。透過定期口腔檢查，牙科醫生可因應個別需要提供合適的口腔護理指導，並加強刷牙和清潔牙縫等潔齒技巧。

調查同時顯示非居於院舍長者普遍使用牙簽而較少使用牙縫刷清潔牙齒鄰面，這情況反映有必要向長者加強推廣以牙線和牙縫刷適當地清潔這些部位。長者普遍出現牙齦萎縮的情況，牙齦萎縮後，牙縫會較為寬闊，因而較易把牙縫刷放進牙縫以清潔牙齒鄰面。此外，使用牙縫刷和使用牙簽的技巧相近，對手指靈活度的要求亦不及使用牙線般高，因此長者使用牙縫刷或會較為合適。

除了牙簽，大部分非居於院舍長者會使用漱口水輔助清潔口腔。然而，使用漱口水並不能代替刷牙、使用牙線或牙縫刷等能有效地清除牙菌膜的方法，因此在選用合適的漱口水前，應先徵詢牙科專業人員的建議。

只有很小部分非居於院舍長者知道使用含氟化物牙膏、減少吃零食/進食次數及不吸煙能預防牙患。因此，恰當的信息應納入日後的口腔健康教育中，以推動長者實踐達至良好口腔健康的生活模式。另外，在口腔檢查時，牙科醫生亦可以為有需要的長者提供戒煙忠告。

大多數非居於院舍長者都沒有定期檢查口腔，而有逾半數長者甚至在出現口腔症狀時亦不會使用專業牙科護理服務，以致錯失預防和及早治療口腔病患的良機，也無法獲得合適的口腔護理指導從而改善保持口腔衛生的技巧。本調查在推動或妨礙長者尋求專業牙科護理的因素方面曾作研究，希望研究的發現有助推動這個年齡組別的人士適當地使用專業牙科護理服務。

第五節

六十五歲及以上使用社會福利署長期護理服務的長者

2001年和2011年居於院舍長者的年齡分布有顯著分別，尤其以2011年明顯有較高比率的居於院舍長者屬最年長組別。由此推論於2011年有較高比率的居於院舍長者在自理能力和認知能力等方面有缺損是合理的。基於2001年和2011年的受訪長者有顯著分別，故此他們的口腔健康狀況不宜作直接比較。任何口腔狀況或行為上的數據差異均不應簡單地理解為整體情況改善或惡化。除了安老院舍服務，社會福利署也為缺乏自我照顧能力的長者提供長者日間護理中心/單位和家居及社區照顧服務。2011年口腔健康調查把調查範圍擴展至長者日間護理中心/單位的使用者(以下簡稱中心服務使用者)和家居及社區照顧服務的使用者(以下簡稱家居服務使用者)，以涵蓋缺乏自我照顧能力而又有使用上述三類長期護理服務的長者。由於中心服務使用者和家居服務使用者是首次被納入調查範圍，因此這兩個組別並無過往數據可作比較。

牙齒缺失程度

居於院舍長者的牙齒缺失比率高，他們平均有9.4顆牙齒，而失去所有牙齒的長者比率高達29.6%（表5.1）。在三個類別的長期護理服務使用者中，中心服務使用者的牙齒缺失程度屬最低，他們平均有12.5顆牙齒，當中失去所有牙齒的長者比率为19.3%。家居服務使用者平均有10.8顆牙齒，而失去所有牙齒的長者比率为26.9%。

表5.1
2001年居於院舍長者及2011年長期護理服務使用者失去所有牙齒的百分率

牙齒缺失程度	居於院舍長者 (2001年) N = 46 600	居於院舍長者 (2011年) N = 60 000	中心服務 使用者 (2011年) N = 3 230	家居服務 使用者 (2011年) N = 4 480
失去所有牙齒 百分率	27.2%	29.6%	19.3%	26.9%

基數：所有長期護理服務使用者

蛀牙經驗

每名居於院舍長者平均有3顆未經治療的蛀牙，中心服務使用者每人平均有2.2顆未經治療的蛀牙，而每名家居服務使用者則平均有2.3顆未經治療的蛀牙(表5.2)。超過半數長期護理服務使用者有未經治療的蛀牙(表5.3)。

表5.2
以「齲失補恆齒」指數衡量
2001年居於院舍長者及2011年長期護理服務使用者的蛀牙經驗

蛀牙經驗	居於院舍 長者 (2001年) N = 46 600	居於院舍 長者 (2011年) N = 60 000	中心服務 使用者 (2011年) N = 3 230	家居服務 使用者 (2011年) N = 4 480
齲齒平均數值 (mean DT)	2.6	3.0	2.2	2.3
失齒平均數值 (mean MT)	21.6	22.6	19.5	21.2
補齒平均數值 (mean FT)	0.3	0.4	1.0	0.9
齲失補恆齒平均數值 (mean DMFT)	24.5	25.9	22.7	24.3

基數：所有長期護理服務使用者

表5.3
以「齲失補恆齒」指數衡量
2001年居於院舍長者及2011年長期護理服務使用者有蛀牙經驗的百分率

蛀牙經驗	居於院舍 長者 (2001年) N = 46 600	居於院舍 長者 (2011年) N = 60 000	中心服務 使用者 (2011年) N = 3 230	家居服務 使用者 (2011年) N = 4 480
齲齒 (DT)	55.2%	54.5%	55.5%	50.2%
失齒 (MT)	99.5%	100%	100%	98.3%
補齒 (FT)	17.0%	17.0%	32.7%	32.6%
齲失補恆齒 (DMFT)	99.8%	100%	100%	99.7%

基數：所有長期護理服務使用者

牙周狀況

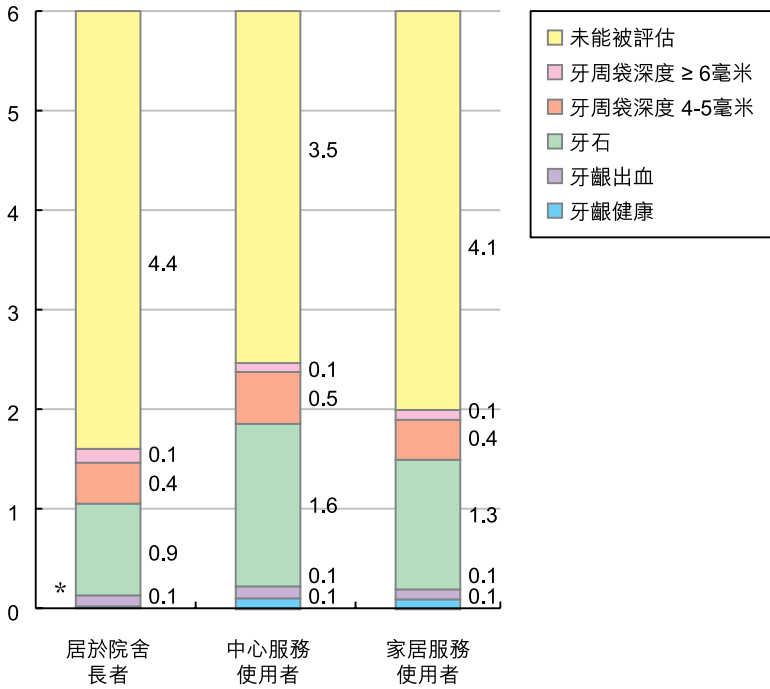
世界衛生組織建議把口腔內所有牙齒分為六個區段，並檢查每個區段內指數牙的牙周狀況以進行牙周健康評估。如果某個區段內的牙齒少於兩顆，該區段的牙周狀況則不會被評估。

以「社區牙周指數」(CPI)的區段平均數衡量長期護理服務使用者的牙周健康狀況如圖5.1所示。

1. 有逾半數區段因牙齒缺失而未能被評估，以致有效區段的總數偏低；
2. 長期護理服務使用者最常見的牙周問題是牙石積聚，反映他們的口腔衛生護理不足和欠缺專業的洗牙。

圖5.1

以「社區牙周指數」的區段平均數衡量長期護理服務使用者的牙周狀況(2011年)



基數：所有長期護理服務使用者
 居於院舍長者：(N = 60 000)
 日間服務使用者：(N = 3 230)
 家居服務使用者：(N = 4 480)

* 居於院舍長者牙齦健康的區段平均數少於0.05

最近一次往見牙科醫生的時間

能完成訪問的長期護理服務使用者最近一次往見牙科醫生的時間如表5.4所示。整體而言，少於半數長期護理服務使用者能憶述過去三年內曾往見牙科醫生。近年，有少數牙科外展隊為香港的居於院舍長者和中心服務使用者提供外展牙科服務，2011年居於院舍長者在過去三年內曾往見牙科醫生的比率可能因此較2001年時為高。

表5.4
按能完成訪問長者最近一次檢查口腔的時間劃分
2001年居於院舍長者及2011年長期護理服務使用者的百分率

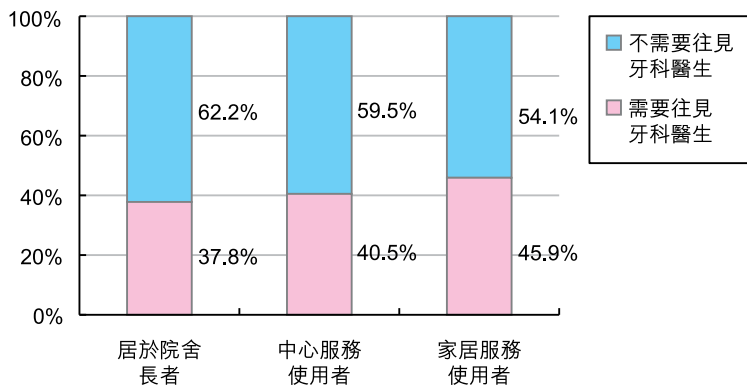
最近一次檢查口腔的時間	居於院舍長者 (2001年) N = 32 400	居於院舍長者 (2011年) N = 39 300	中心服務使用者 (2011年) N = 2 530	家居服務使用者 (2011年) N = 3 450
< 1年	8.1%	13.2%	22.7%	18.9%
1-3年	6.9%	12.4%	11.5%	17.6%
> 3年	32.1%	30.6%	13.7%	28.3%
從不	24.4%	8.1%	6.3%	3.8%
記不起	28.5%	35.6%	45.7%	31.4%

基數：所有完成訪問的長期護理服務使用者

自我評估往見牙科醫生的需要

能完成訪問的長期護理服務使用者自我評估往見牙科醫生的需要，結果如圖5.2所示。約有40%的長期護理服務使用者認為自己需要往見牙科醫生。

圖5.2
按自我評估往見牙科醫生的需要劃分完成訪問的長期護理服務使用者的百分率
(2011年)



基數：所有完成訪問的長期護理服務使用者

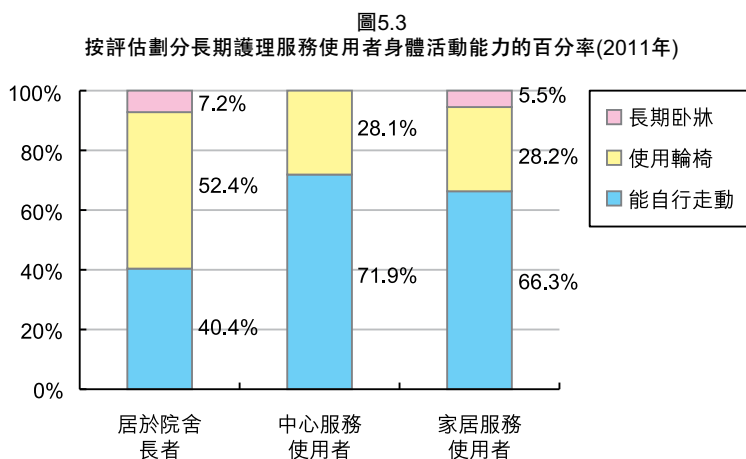
居於院舍長者：(N = 39 300)

日間服務使用者：(N = 2 530)

家居服務使用者：(N = 3 450)

身體活動能力

圖5.3所示為長期護理服務使用者身體活動能力的評估結果。居於院舍長者的活動能力較差，只有少於半數長者能自行走動，而中心服務和家居服務使用者則各有超過三分之二長者能自行走動。在家居服務使用者當中，雖然有66.3%長者能自行走動，但也有5.5%長者需長期臥牀。



基數：所有長期護理服務使用者
居於院舍長者：(N = 60 000)
日間服務使用者：(N = 3 230)
家居服務使用者：(N = 4 480)

切合實際情況的牙科治療需要(實際治療需要)

牙科治療如拔牙或補牙等，其治療過程或會引致長者不適，對身體狀況較差的長者或會做成不良影響。牙科業界普遍認同，為缺乏自我照顧能力的長者制定治療計劃時，不應單憑長者現存的牙患作為治療需要的評估準則(客觀評估的治療需要)，而應切合長者的實際情況及需要(實際治療需要)。在本調查中，牙科醫生會權衡治療帶來的效益與潛在風險，並作出合適的治療建議。牙科醫生建議的治療需要如獲長者接納，長者同意的治療項目將會給記錄為實際治療需要。未能回應或未能為治療與否作出決定的長者均歸類為未能回應類別。

中心服務使用者(53.3%)和家居服務使用者(53.5%)的實際治療需要比率相近，而居於院舍長者接受由牙科醫生建議的全部或部分治療項目的則只有28.9%。在各長期護理服務使用者類別之中，居於院舍長者的實際治療需要比率屬最低，原因是牙科醫生建議不作治療的比率和長者不接受牙科醫生建議治療的比率皆屬最高(表5.5 - 表5.7)。

表5.5
按客觀評估的治療需要劃分長期護理服務使用者的百分率(2011年)

客觀評估治療需要	居於院舍長者 (2011年) N = 60 000	中心服務使用者 (2011年) N = 3 230	家居服務使用者 (2011年) N = 4 480
沒有治療需要	10.8%	12.1%	5.4%
有治療需要	89.2%	87.9%	94.6%

基數：所有長期護理服務使用者

表5.6
按牙科醫生建議的治療需要劃分長期護理服務使用者的百分率 (2011年)

牙科醫生建議的治療需要	居於院舍 長者 (2011年) N = 60 000	中心服務 使用者 (2011年) N = 3 230	家居服務 使用者 (2011年) N = 4 480
沒有客觀評估的治療需要	10.8%	12.1%	5.4%
牙醫建議不作治療	18.7%	5.3%	7.0%
牙醫只建議部分客觀評估的治療項目	10.7%	12.2%	6.9%
牙醫建議全部客觀評估的治療項目	59.8%	70.4%	80.8%

基數：所有長期護理服務使用者

表5.7
按實際治療需要劃分長期護理服務使用者的百分率 (2011年)

實際治療需要	居於院舍 長者 (2011年) N = 60 000	中心服務 使用者 (2011年) N = 3 230	家居服務 使用者 (2011年) N = 4 480
沒有客觀評估的治療需要	10.8%	12.1%	5.4%
牙醫建議不作治療	18.7%	5.3%	7.0%
長者未能回應	9.8%	10.6%	13.7%
長者拒絕接受任何建議的治療項目	31.9%	18.8%	20.5%
長者接受部分牙醫建議的治療項目	8.6%	14.4%	5.9%
長者接受所有牙醫建議的治療項目	20.3%	38.9%	47.6%

基數：所有長期護理服務使用者

總結與前瞻

長期護理服務使用者既缺乏自我護理口腔的能力，亦難以使用常規的牙科服務，他們的口腔健康狀況有可能因而變差。故此，本調查特別把長期護理服務使用者列為獨立組別。與有自理能力的非居於院舍長者相比，長期護理服務使用者剩餘的牙齒較少，而未經治療的蛀牙比率卻較高。

大部分長期護理服務使用者均有牙患，因此經客觀評估後有治療需要的長者比率很高。不過由於牙科醫生傾向建議不作治療，加上部分長者拒絕接受治療，導致實際治療需要比率相對較低。

部分長期護理服務使用者認為自己需要往見牙科醫生，但當中有定期檢查口腔的長者卻為數不多，而在過去三年內曾往見牙科醫生的也只佔少數。長期護理服務使用者因活動能力所限而較難使用常規的牙科服務，以現時的牙科醫療體系，似乎並未足以應付他們的治療需求。

需長期卧床和使用輪椅的長期護理服務使用者比率勢將上升，為應付這個組別的牙科治療需求，發展外展牙科服務是必須的。在制定針對長期護理服務使用者的牙科服務計劃時，必須以實際治療需要來確立計劃目標和安排財務規劃。

第六節

概要

口腔健康的意義不止於牙齒健康這範疇，它是達致整體健康不可或缺的一環，也是促進身心健康的必要條件。

世界衛生組織 (http://www.who.int/oral_health/policy/en/)

綜合2011年口腔健康調查結果，若以牙齒缺失程度來衡量口腔健康，香港人的口腔健康跟大部分發達國家相比，已處於非常良好的水平。然而，若要確保年長時牙齒健康狀況仍足以應付生活和社交所需，及把口腔相關的不適減至最少，大眾應注重口腔疾病的預防及培養良好的生活習慣。有效的預防措施可進一步改善香港整體人口的口腔健康狀況，亦可減輕社會耗費於牙科治療上的財政負擔。

口腔健康欠佳所造成的影響不僅止於口腔，愈來愈多研究指出口腔健康與整體健康是息息相關的。幼童如有蛀牙、牙齒受感染和出現牙瘡，這些情況均可能影響幼童恆齒的生長，同時會影響其整體健康和發育。至於缺乏自我照顧能力的長者，若其口腔衛生欠佳，口腔內長期積聚的牙菌膜和細菌就有機會危及其健康。即使是成年人和有自理能力的長者，都有可能因口腔疾病帶來的痛楚或不適而令日常生活大受影響，俗語「牙痛慘過大病」正好反映這情況。口腔疾病所帶來的種種問題可影響學童在校表現，亦可導致成年人無法上班。2011年口腔健康調查發現，有某些香港人的普遍想法和行為應加以修正，才可避免日後出現牙齒缺失、牙痛，以及對日常生活所造成的負面影響。

2011口腔健康調查的結果顯示，大多數成年人和長者均有不同程度的蛀牙和牙周病。調查同時發現，香港人有忽視口腔疾病徵狀的趨向，而對於嚴重的口腔問題，即使所引致的痛楚影響睡眠，他們仍諱疾忌醫。正如本調查報告第一章指出，延誤就醫只會使病情惡化，患者因而要多受痛楚、或需接受複雜而昂

貴的治療，甚至要把牙齒拔除。要避免日後失去牙齒，就必須以預防為本，並及早治療牙患。由於初期牙患或會毫無徵兆，若患者於感到不適才往見牙科醫生，就已錯失及早治療的良機。因此，大眾即使自覺口腔健康狀況良好，都應該定期檢查以預防和及早治療牙患。

雖然香港人有使用各式各樣的口腔護理用品，但2011年口腔健康調查發現，大眾目前的潔齒方法仍未能有效清除牙菌膜以預防蛀牙及牙周病。其實牙科醫生是預防口腔疾病的伙伴，大眾應定期接受口腔檢查，讓牙科醫生就潔齒方法以及飲食和其他與口腔健康相關的習慣提供個別而適切的建議和指導。有關定期檢查口腔的好處，從十二歲兒童組別的蛀牙和牙周病比率偏低，就印證了透過學童牙科保健服務所推廣的正確口腔護理習慣及所提供的專業預防治療，能有效減少兒童的口腔疾病。有學童牙科保健服務為現今的兒童奠定穩固的基礎，日後成年人和長者的失齒情況可望得以進一步改善。

此外，調查發現大眾對氟化物效益的認知程度有所下降。世界衛生組織指出「兒童和成年人長期使用適量氟化物均可預防蛀牙」。因此，牙科醫生作為大眾預防口腔疾病的伙伴，是在社區和個人層面推動大眾適當地使用氟化物的合適人選。

在個人生活習慣方面，減少飲食含糖分的食物或飲料的次數能有效預防蛀牙，而不吸煙則可有效預防牙周病和口腔癌。因此，各相關界別應齊心協力，共同推動大眾建立一種注重「口腔健康是整體健康重要一環」的生活態度。

成年人和非居於院舍的長者作為長輩，都肩負著照顧下一代的責任，他們同時主力照顧那些缺乏自我照顧能力的人士。因此，他們若能跟牙科醫生建立預防口腔疾病的伙伴關係，牙科醫生給予成年人和長者的口腔護理指導就能直接改善他們的口腔健康，亦能間接改善受其照顧人士的口腔健康。

香港跟眾多國家一樣，正面對人口老化的問題，並可預見香港長者人口將於數十年內急劇增加。本調查顯示，部分長期護理服務使用者有牙齒問題影響面貌而感到不滿意的情況，也有咀嚼困難和進食時感到不適等功能上的問題。他們意識到自己需要往見牙科醫生，然而，他們當中有定期檢查口腔的卻為數不多，於過去三年內曾往見牙科醫生的也只佔少數。鑒於他們因活動能力所限而難以使用常規的牙科服務，有關方面實有必要設立外展牙科服務以配合這群組的需要。在本調查中，長期護理服務使用者的評估治療需要跟實際治療需要存在差距，其中原因包括牙科醫生於評估後認為治療需承受的風險較所得的效益為高而建議不作治療，以及長期護理服務使用者接受牙科治療的意願偏低。有見及此，大眾和有關方面應盡早做好預防口腔疾病的功夫，讓將來使用上述服務的人士日後可免於患上嚴重的牙科疾病及面對隨之而來的治療。

後記

2001年香港口腔健康調查的結果曾用以跟其他已發展國家的相關資料作比較，因此把2011年香港口腔健康情況作相類似的比較似乎順理成章。然而，世界衛生組織在其國家/地區概況計劃 (<http://www.mah.se/capp/>) 中已沒再如2001年般把三十五歲至四十四歲人士的口腔健康狀況進行比較。這是基於不同地區的口腔健康調查在受訪者的年齡組別劃分和篩選條件等方面有不同準則，因而難以將有關數據進行國際間的比較。就以英國、澳洲和加拿大等國家為例，其發放的報告也沒刊載相關的比較。至於把香港2001年和2011年的口腔健康調查結果作比較則於香港社會來說更具意義。

© 2013中華人民共和國香港特別行政區政府版權所有

ISBN 978-962-8868-61-2

衛生署編製及出版

香港灣仔皇后大道東213號胡忠大廈21樓衛生署牙科服務總辦事處

政府物流服務署印

