



衛生署
Department of Health

報告重點

口腔健康 調查

2021



© 2024 中華人民共和國香港特別行政區政府版權所有
ISBN 978-962-8868-82-7

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

引言

口腔健康是整體健康不可或缺的一環，對於個人福祉也是至關重要的。根據世界衛生組織（世衛）的建議，有必要在社區層面定期監測市民的口腔健康。衛生署以往便負責透過整理和詮釋可靠的健康資料，評估市民的健康狀況和需要。因此，衛生署必須定期收集市民口腔健康資料，以規劃和評估口腔健康計劃，並為未來的口腔健康護理制定發展規劃。自2001年起，衛生署便承諾每10年在全港進行一次口腔健康調查，目的是收集市民口腔健康狀況的最新資料並為規劃和發展適合人口需求的公共牙科服務提供有用的數據庫。

繼2011年全港第二次口腔健康調查後，衛生署於2021年進行第三次的全港口腔健康調查。2021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。與2001年和2011年的兩次調查相若，2021年口腔健康調查同樣聚焦兩種最常見、影響眾多人口卻可預防的口腔疾病：蛀牙和牙周病，所採用的調查方法同樣遵循世衛建議的基本原則。2021年口腔健康調查選定以下指標年齡和年齡組別：(a) 五歲兒童組別，用以評估乳齒狀況；(b) 十二歲學生組別，代表已完成由乳齒轉換至恆齒的階段，用以監察恆齒的病況趨勢；(c) 三十五歲至四十四歲成年人組別，用作評估成年人口的口腔健康狀況；(d) 六十五歲至七十四歲非居於院舍長者組別，用以搜集本港長者的口腔健康狀況，這些資料對日益老化的香港人口愈趨重要；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，用以評估因缺乏自我照顧能力而接受長期護理服務的長者的口腔健康狀況和口腔護理服務需要。由於長期護理服務使用者缺乏自我護理口腔能力，亦較難使用常規的牙科服務，因此他們在口腔護理方面實在需要特別的關注。

量度蛀牙經驗

「齲失補恆齒」/「齲失補乳齒」指數 (DMFT/dmft index)

蛀牙被定義為「已擴展至象牙質的牙洞」。蛀蝕而未經治療的恆齒稱為「齲齒」(DT, 而dt則指蛀蝕而未經治療的乳齒), 曾經蛀蝕但已經修補的恆齒稱為「補齒」(FT, 而ft則指修補過的乳齒), 因蛀蝕而被拔除的恆齒稱為「失齒」(MT, 而mt則指被拔除的乳齒)。「齲齒」、「失齒」和「補齒」的總和稱為「齲失補齒」數值 (DMFT value), 用以反映過去和現在受蛀蝕影響的恆齒總數。至於成年人的恆齒蛀蝕情況及兒童的乳齒蛀蝕情況則分別以「齲失補恆齒」數值 (DMFT value) 和「齲失補乳齒」數值 (dmft value) 衡量。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)

世界衛生組織一貫建議進行牙周健康評估時無需作全口牙齒檢查, 而是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作評估。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。

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。目前的國際趨勢是最少檢查口腔其中一邊的所有牙齒 (稱為半口牙齒檢查), 或檢查口腔內的所有牙齒 (稱為全口牙齒檢查) 以評估牙周健康狀況。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, 結果或會低估牙周病的嚴重程度。因此, 在選擇檢查方法時, 應考慮到受檢者的整體健康狀況以及口腔檢查操作時的環境條件。

在本調查的五歲和十二歲年齡組別中，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，同時要對他們日常生活的影響減至最少，因此調查採用半口牙齒檢查方法，以獲得足夠資料，同時又不會對學生和學校造成太大的干擾。

至於成年人和非居於院舍長者組別，調查則採用全口牙齒檢查方法，儘管該檢查方法更為耗時，並會令受檢者更有壓力，但執行口腔檢查的專業人員在此類口腔健康調查中經驗豐富，他們會將檢查安排得井然有序，把檢查時間控制在合理範圍內。如此，檢查所收集到的資料就會更為貼近受檢者的實際狀況。

針對長期護理服務使用者組別，他們較難忍受長時間的口腔檢查，因此採用世衛建議的指數牙檢查方法。

此簡報只包括2021年口腔健康調查結果的重點。如欲進一步了解本調查的詳情及結果，請參閱2021年口腔健康調查詳細報告，該報告可於衛生署口腔健康促進科網站<https://www.toothclub.gov.hk/> 瀏覽或下載。



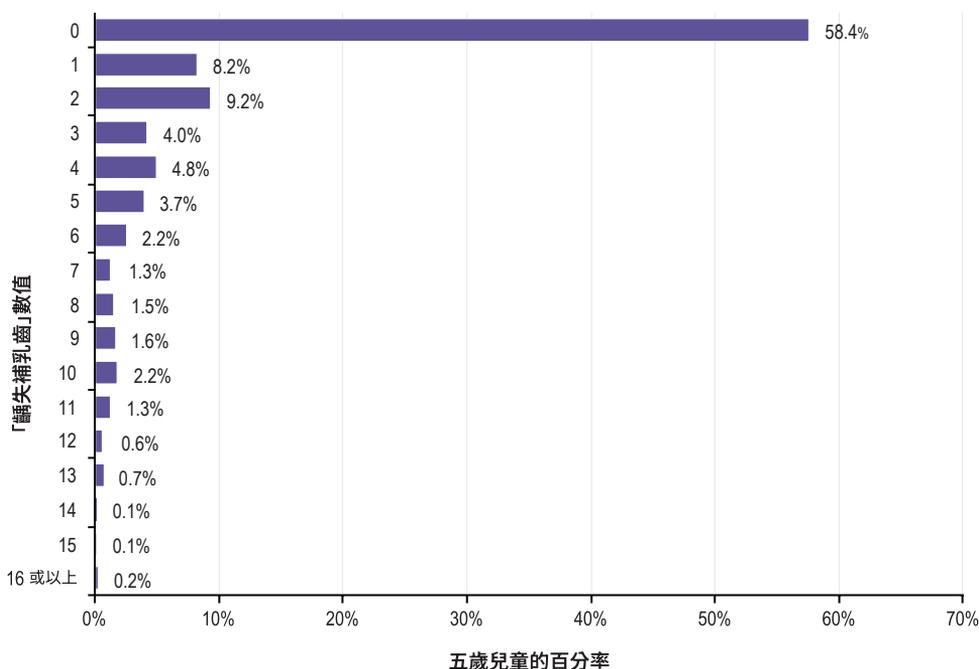
第一節

五歲兒童

牙齒狀況 – 蛀牙經驗

以「齲失補乳齒」平均數值 (mean dmft value) 來衡量五歲兒童的蛀牙經驗，所得數值為1.8。其中大多數 (88.9%，1.6/1.8) 是未經治療的蛀牙 (齲齒，dt)。根據「齲失補乳齒」數值劃分五歲兒童的蛀牙經驗分布情況如圖1.1所示。約60% (58.4%) 的兒童沒有蛀牙經驗，但其餘20.2%的兒童有4顆或以上曾經蛀蝕的牙齒 (dmft >3)，他們的蛀牙數目佔五歲兒童組別蛀牙總數大概78.8%。

圖1.1 按「齲失補乳齒」數值劃分五歲兒童的分布情況



基數：所有五歲兒童
2021年：(N = 39 700)

2001年、2011年和2021年的調查中，五歲兒童的蛀牙經驗及受影響兒童的比率詳見表1.1和表1.2。

表1.1 以「齲失補乳齒」指數衡量五歲兒童的蛀牙經驗 (2001年、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001年	2011年	2021年
	(N = 67 300)	(N = 52 300)	(N = 39 700)
齲失補乳齒平均數值 (mean dmft)	2.3	2.5	1.8
齲齒平均數值 (mean dt)	2.1	2.3	1.6
失齒平均數值 (mean mt)	< 0.05	< 0.05	< 0.05
補齒平均數值 (mean ft)	0.2	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、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001年	2011年	2021年
	(N = 67 300)	(N = 52 300)	(N = 39 700)
齲失補乳齒 (dmft)	51.0%	50.7%	41.6%
齲齒 (dt)	49.4%	49.4%	39.2%
失齒 (mt)	1.3%	0.7%	1.2%
補齒 (ft)	7.4%	7.3%	6.0%

基數：所有五歲兒童

調查發現，0.9% (300) 的五歲兒童患有牙瘡，而多數牙瘡可能是與嚴重蛀牙有關，較2001年和2011年調查的調查結果 (約6%) 為低。

牙齒狀況 – 牙齒清潔程度

兒童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。五歲兒童的牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的平均百分率為17.3%。在2001年和2011年的調查中，該組別兒童的牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的平均百分率分別為23.5%和22.1%。

五歲兒童的口腔健康相關行為

- 77.9% 的五歲兒童每天刷牙兩次或以上，只有3.3% 刷牙少於每天一次。
- 59.7% 的家長表示有時會協助子女刷牙，而30.7% 的家長則經常提供協助。
- 97.0% 家長表示其子女刷牙時經常使用牙膏。然而，60.7%家長指子女所用牙膏含氟化物，而14.4%家長表示他們使用的是無氟牙膏，24.9%則表示不清楚。
- 約67.4% 家長表示子女每天都有吃零食，而家長表示每天會給子女三次或以上零食佔9.9%。

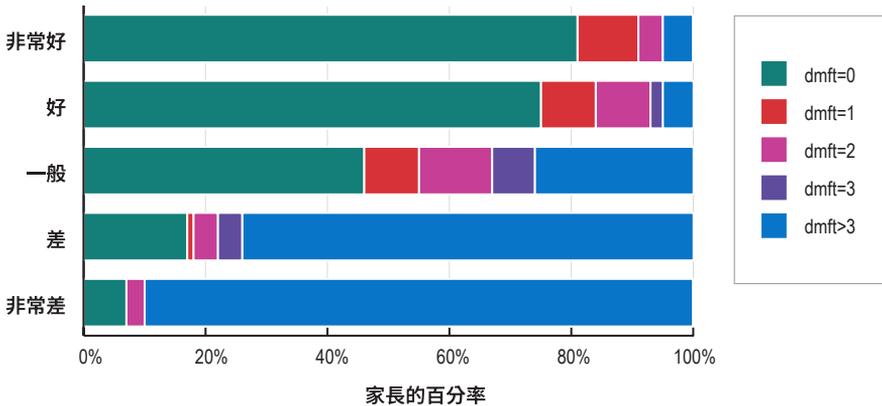
家長對牙患的認識

- 97.5%的家長認為吃喝過多含糖分的食物或飲料是增加蛀牙的風險因素。約一半(49.4%) 的家長知道飲食次數太頻密是風險因素。
- 約一半(49.8%)的家長誤以為飯後沒有漱口及約三分之一(36.7%)的家長誤以為缺乏鈣質是增加蛀牙風險的相關因素。
- 大部分(86.1%) 的家長認為沒有徹底清潔牙齦邊緣是患上牙周病的風險因素，不過，而只有近一半(44.3%) 家長知道沒有使用牙線也是風險因素。
- 40.1%的家長知道吸煙是牙周病的風險因素。

家長對其五歲子女口腔健康狀況的理解

93.7%家長認為口腔健康狀況非常差的兒童都有三顆以上曾經蛀蝕的牙齒 (dmft>3)，這顯示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。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，分別有12.5%和15.3% 被家長評為口腔健康狀況非常好或好的兒童，其實際的「齲失補乳齒」數值為2或以上。

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
2021年：(N = 39 700)

五歲兒童使用口腔健康護理服務的模式

- 25.9%的家長曾帶其五歲子女往見牙科醫生。
- 39.8%曾攜帶其五歲子女往見牙科醫生的家長指出就診的主要原因是檢查。

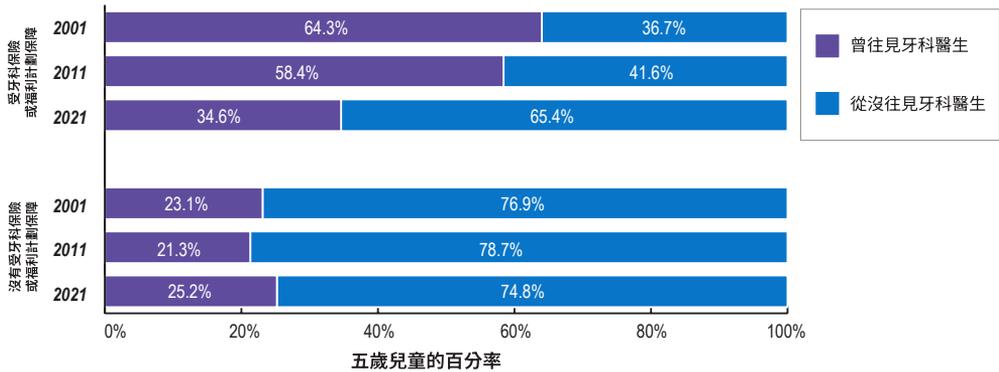
表 1.3 按所述最近一次往見牙科醫生的主要原因劃分五歲兒童的分布情況

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	39.8%	檢查	39.8%
牙齒問題	46.5%	懷疑蛀牙	29.1%
		牙痛	10.6%
		創傷	6.8%
其他原因	13.7%	其他原因	13.7%

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
2021年：(N = 10 300)

- 子女如果有乳齒蛀牙，61.8%的家長選擇盡可能修補蛀牙，只有12.1%家長選擇拔除蛀牙，而20.4%的家長不知道該怎麼辦或選擇不理會蛀牙。
- 在子女受牙科保險或福利計劃保障的家長中，34.6%曾帶子女往見牙科醫生，在子女沒有受牙科保險或福利計劃保障的家長中，25.2%曾帶子女往見牙科醫生。

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、2011年及2021年)



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所有五歲兒童
 2001年: (N = 7 100)
 2011年: (N = 5 200)
 2021年: (N = 3 300)

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所有五歲兒童
 2001年: (N = 60 200)
 2011年: (N = 47 000)
 2021年: (N = 36 400)

總結與前瞻

與過去二十年比較，現今五歲兒童在蛀牙經驗方面繼續有所改善。然而近十年來，有蛀牙經驗的五歲兒童比率仍高居不下，而高達88.9%的蛀牙還未處理。現今五歲兒童在家居口腔護理方面，他們大多數使用牙膏刷牙的次數頻密，刷牙時得到家長協助的人數比率也較高。兒童的蛀牙經驗緩慢改善，可能部分歸因於他們大多數從沒往見牙科醫生作口腔檢查，因此並未有機會接受個人口腔健康教育，也未及早接受預防牙患的建議和介入。本調查顯示，近75%的五歲兒童從沒往見牙科醫生。特別在2019新冠病毒流行期間，只有25.9%的五歲兒童家長曾帶子女往見牙科醫生。而在曾往見牙科醫生的兒童當中，約有半數(46.5%)是因有牙齒問題才就診。接受例行口腔檢查的比率偏低，加上部分家長因誤以為子女的口腔健康狀況良好或非常良好，其實他們平均已有兩隻或以上的蛀牙，因此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。

放眼未來，牙科業界有必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帶子女接受定期口腔檢查。嬰兒早期篩檢計劃有助提早識別蛀牙高風險族群。亦應進一步推動家長在子女刷牙時提供協助，並減少進食零食次數。本調查發現家長對於使用含氟牙膏出現兩極化現象。約60%的家長給子女使用了含氟牙膏，另一方面，有10%的家長給子女使用不含氟牙膏。因此，應持續推廣使用含氟牙膏及建立良好的飲食習慣。啟動學前兒童和風險評估的牙科計劃可能有助及早診斷、預防和治療口腔疾病。

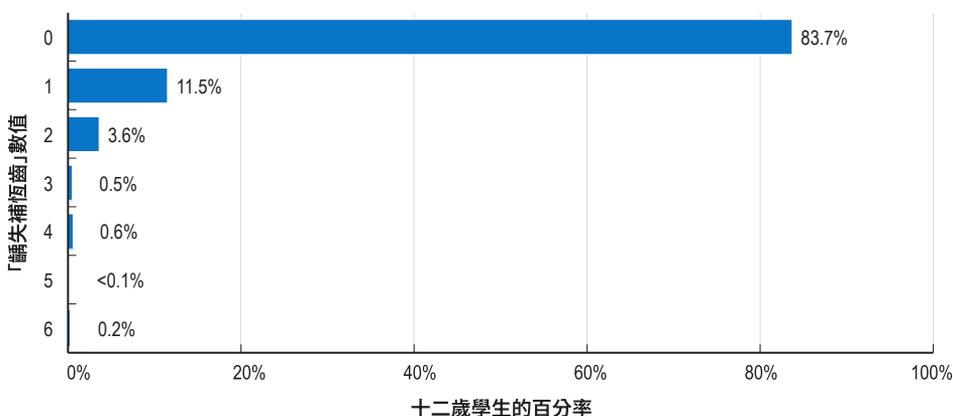
第二節

十二歲學生

牙齒狀況 – 蛀牙經驗

十二歲學生的蛀牙經驗以「齲失補恆齒」指數 (DMFT index) 來衡量。 「齲失補恆齒」平均數值 (mean DMFT value) 為0.24，表示蛀牙程度非常輕微。只有 16.3% 的學生有恆齒蛀牙經驗，而有蛀牙經驗的學生大多數只有1顆曾經蛀蝕的牙齒 (圖 2.1)。

圖 2.1 按「齲失補恆齒」數值劃分十二歲學生的分布情況



基數：所有十二歲學生
2021年：(N = 50 000)

2001年、2011年和2021年的調查中十二歲學生的蛀牙經驗及受影響學生的百分率如表2.1和表2.2所示。

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、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001	2011	2021
	(N = 67 100)	(N = 56 900)	(N = 50 000)
齲失補恆齒平均數值 (mean DMFT)	0.8	0.4	0.24
齲齒平均數值 (mean DT)	0.1	0.1	0.05
失齒平均數值 (mean MT)	0.1	< 0.05	0
補齒平均數值 (mean FT)	0.6	0.3	0.19

基數：所有十二歲學生

表2.2 有蛀牙經驗的十二歲學生百分率 (2001年、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001	2011	2021
	(N = 67 100)	(N = 56 900)	(N = 50 000)
齲失補恆齒 (DMFT)	37.8%	22.6%	16.3%
齲齒 (DT)	6.9%	5.4%	4.2%
失齒 (MT)	3.1%	0.5%	0.0%
補齒 (FT)	33.8%	19.3%	13.3%

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，調查結果如表2.3和表2.4所示。

表2.3 「社區牙周指數」衡量十二歲學生的牙周狀況

牙周狀況	牙齦健康 既無牙齦出血 也無牙石	口腔內沒有牙石 但有牙齦出血	口腔內有牙石 積聚+/- 牙齦出血
群體中的百分率	16.0%	62.8%	21.2%

基數：所有接受牙周狀況檢查的十二歲學生
2021年：(N = 49 100)

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	牙齦健康 既無牙齦出血 也無牙石	口腔內沒有牙石 但有牙齦出血	口腔內有牙石 積聚 +/- 牙齦出血
相關情況所佔的平均 區段(每人共6個區段)	3.6	2.1	0.3

基數：所有接受牙周狀況檢查的十二歲學生
2021年：(N = 49 100)

與2001年和2011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。在本調查中，學生口腔內全部牙齦健康、既無牙齦出血也無牙石的人數百分率有所增加(16.0%，2001年的相關數據為5.5%，2011年的相關數據為13.8%)，而口腔內部份位置有牙石積聚的人數百分率則減少(21.2%，2001年的相關數據為59.5%，2011年的相關數據為22.4%)。

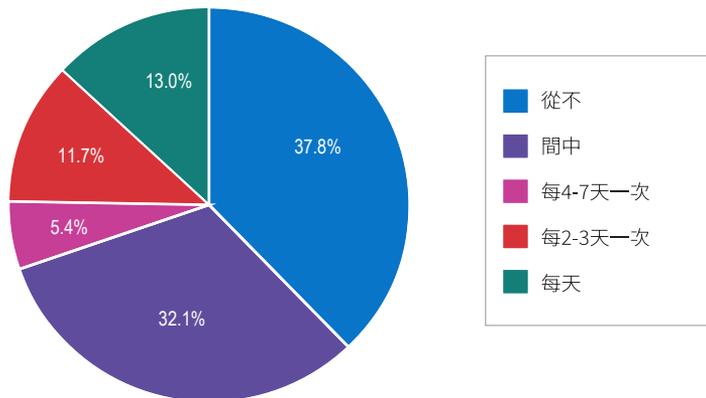
牙齒狀況 - 牙齒清潔程度

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21.7%。2001年和2011年的調查結果中，牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的平均百分率分別為36.8%和27.0%。十二歲學生的牙齒清潔程度持續有所改善。

十二歲學生的口腔護理相關行為

- 有80.2%的學生每天刷牙兩次或以上。只有2.7%的學生刷牙少於每天一次。
- 幾乎所有(95.5%)的十二歲學生指他們每次刷牙時均有使用牙膏。然而，只有58.8%的學生知道他們所使用的牙膏含氟化物。
- 有62.2%的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)。
- 約70%的學生沒有每天吃零食的習慣，而每天吃零食三次或以上的有9.7%。

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
2021年：(N=50 000)

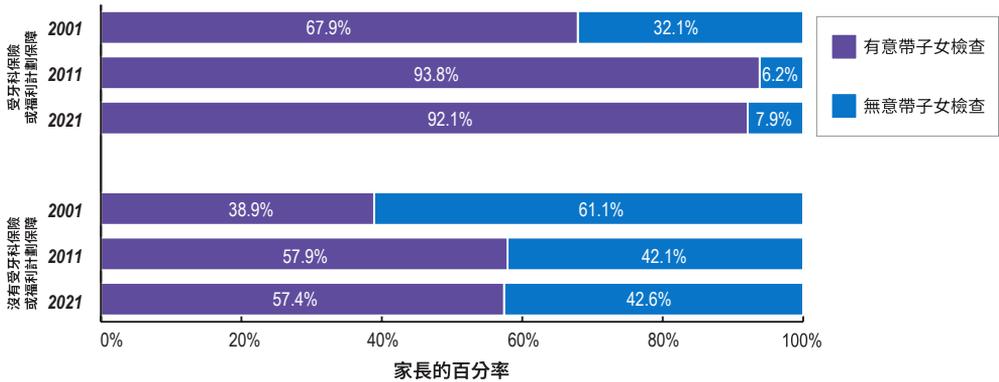
學生和家長對牙患的認識

- 大部分的十二歲學生(92.5%)和家長(90.8%)知道吃喝過多含糖分的食物和飲料會增加蛀牙風險。超過40%的學生(40.4%)和家長(49.4%)知道飲食次數太頻密也是蛀牙的風險因素。
- 約60%的學生(57.0%)和家長(66.0%)都意識到沒有早晚用含氟化物牙膏刷牙是蛀牙的風險因素。
- 68.1%的學生和81.5%的家長意識到沒有徹底清潔牙齦邊緣是增加牙周病風險的因素，而31.2%的學生和42.5%的家長知道沒有使用牙線也是風險因素。
- 約半數(50.3%)的學生和31.2%的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70%的學生(67.8%)和家長(68.6%)認為定期檢查牙齒有助預防蛀牙。而半數(56.5%)學生和67.0%的家長認為定期檢查牙齒有助預防牙周病。
- 本調查問及家長是否有意帶十二歲子女定期檢查牙齒，約62.5%表示有意帶子女定期檢查。有24.5%的十二歲學生於升讀中學後曾往見牙科醫生，他們就診時所接受的治療主要是洗牙。
- 在子女受牙科保險或福利計劃保障的家長當中，高達92.1%的家長表示有意帶子女定期檢查牙齒，子女沒有受牙科保險或福利計劃保障的家長當中，則只有57.4%家長表示有意帶子女定期檢查牙齒(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、2011 年及2021年)



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)

2021年: (N = 7 400)

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)

2021年: (N = 42 700)

總結與前瞻

2001年、2011年和2021年的調查結果顯示，十二歲學生的整體蛀牙經驗呈持續下降趨勢，至今已下降至極低水平。此外，十二歲學生的牙周狀況進一步得以改善，而且口腔健康知識和口腔自我護理習慣也得以保持。60%以上的家長表示有意帶其十二歲子女定期檢查牙齒。

整體而言，大部分十二歲學生仍有牙齦出血及口腔內部分位置有牙石積聚。本調查還顯示多年來學生的口腔健康知識和認知在一些方面仍有改進空間。與之前一樣，有相當比率的學生和家長仍未意識到頻密飲食是蛀牙的風險因素。只有半數學生知道吸煙與牙周病有關連。在未來的口腔和一般健康教育中，牙科專業人士應加強對學生和家長宣傳頻密飲食對牙齒的損害以及吸煙對牙周組織的影響。此外，縱使蛀牙並非此年齡組別需要特別關注的事項，但仍需加強對口腔健康的認知。仍有相當比率的學生不清楚氟化物的效用及定期口腔檢查的重要性。由於此年齡組別的學生已不在「學童牙科保健服務」範圍之內，因此可為他們設立某些形式的牙科方案，以跟進他們中學時期的口腔健康狀況。政府已推出「青少年護齒共同治理先導計劃」。透過該計劃，進一步加強學生在中學生活中的口腔健康知識和習慣，令他們自己能夠更好地照顧好個人的口腔健康。以鼓勵此年齡組別的學生定期進行口腔檢查。我們希望透過該計劃加強學生的口腔健康知識和習慣，令他們能夠更獨立地照顧好自己的口腔健康，一直保持良好的口腔健康至老年都不會失去牙齒。

第三節

三十五歲至四十四歲成年人

牙齒缺失程度

世界衛生組織認為，一副兼具功能性和美觀性的齒列，至少應有20顆分佈均勻的牙齒。本調查評估了擁有20顆或以上牙齒的成年人的比率，得出結論，即每名成年人平均擁28.9顆牙齒，而99.9% (983 800) 的成年人至少有20顆牙齒 (表3.1)。幾乎所有成年人都至少有10對咬合牙齒 (99.1%) (表3.2)。

表3.1 最少有20顆剩餘牙齒的成年人的百分率 (2001年、2011年及2021年)

剩餘牙齒數目	2001年	2011年	2021年
	(N = 1 354 700)	(N = 1 062 900)	(N = 985 200)
≥ 20顆剩餘牙齒	99.2%	99.8%	99.9%

基數：所有成年人

表3.2 按牙齒咬合對數劃分成年人的百分率 (2021年)

牙齒咬合對數*	百分率
0 - 9對	0.9%
≥ 10對	99.1%

基數：所有成年人

2021年：N = 985 200

*真牙與真牙/真牙與固定假牙的咬合對數都計算在內。

調查發現僅6.1%的成年人使用不同類型的假牙，6.0%的成年人裝有牙橋，而3.2%的成年人裝有植牙（表3.3）。

表3.3 成年人使用各類假牙的百分率(2021年)

假牙類型	2021年
	(N = 985 200)
任何類型的假牙	6.1%
牙橋	6.0%
部分假牙托	0.3% §
全口假牙托	0.0% §
植牙	3.2%

基數：所有成年人

§ 此估計只基於少數樣本而得出，讀者應謹慎解讀。

蛀牙經驗

成年人的「齲失補恆齒」平均數值 (mean DMFT value) 為6.6。與2001年和2011年的調查相比較，2021年成年人的平均牙齒數量略多（2001年的平均牙齒數值為28.1顆，2011年則為28.6顆，而2021年則為28.9顆）（表3.4）。

表3.4 以「齲失補恆齒」指數衡量成年人的蛀牙經驗(2001年、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001年	2011年	2021年
	(N = 1 354 700)	(N = 1 062 900)	(N = 985 200)
齲失補恆齒平均數值 (mean DMFT)	7.4	6.9	6.6
齲齒平均數值 (mean DT)	0.7	0.7	0.7
失齒平均數值 (mean MT)	3.9	3.4	3.1
補齒平均數值 (mean FT)	2.8	2.8	2.8

基數：所有成年人

多年來，成年人有未經治療的蛀牙和曾經補牙的人數比率大致相若（表3.5）。

表 3.5 成年人有蛀牙經驗的百分率(2001年、2011年和2021年)

蛀牙經驗	2001年	2011年	2021年
	(N = 1 354 700)	(N = 1 062 900)	(N = 985 200)
齲失補恆齒 (DMFT)	97.5%	96.1%	95.9%
齲齒 (DT)	32.0%	31.2%	31.7%
失齒 (MT)	91.4%	89.7%	86.2%
補齒 (FT)	66.6%	67.4%	67.0%

基數：所有成年人

雖然牙冠齲齒數目保持穩定，但成年人中牙根表面蛀蝕而未經治療的人數比率有所增加（2021年為5.9%，2011年為3.0%）（表3.6）。

表 3.6 成年人牙根表面的蛀蝕經驗的百分率(2001年、2011年和2021年)

牙根表面的蛀蝕經驗	2001年	2011年	2021年
	(N = 1 354 700)	(N = 1 062 900)	(N = 985 200)
齲/補牙根 (DF-root)	4.2%	4.0%	7.2%
齲牙根 (D-root)	3.4%	3.0%	5.9%
補牙根 (F-root)	1.0%	0.9% §	1.4%

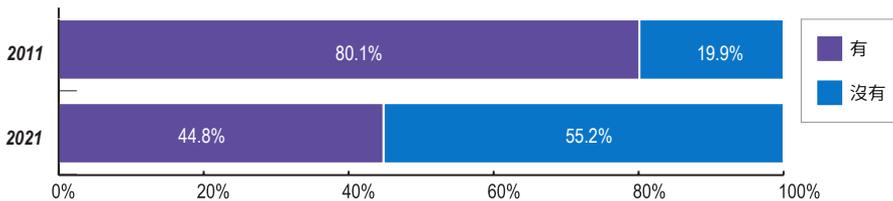
基數：所有成年人

§ 此估計只基於少數樣本而得出，讀者應謹慎解讀。

牙周狀況

44.8% (441 200) 成年人有半數或以上牙齒出現牙齦出血情況，大幅低於2011年的80.1% (圖3.1)。有4毫米或以上深度牙周袋的成年人比率的增幅值得關注(表3.7)。與其他牙齒類型相比，後牙(臼齒)有淺牙周袋或深牙周袋的比率較高(表3.8)。

圖3.1 按有否半數或以上牙齒出現牙齦出血情況劃分成年人的百分率



基數：所有成年人

2011年：N = 1 062 900

2021年：N = 985 200

(2001年無相同數據可作比較)

表 3.7 按個人最深牙周袋的深度劃分成年人的百分率 (2001年、2011年及2021年)

最深牙周袋的深度	2001年	2011年	2021年#
	(N = 1 354 700)	(N = 1 062 900)	(N = 985 200)
0-3毫米 (視作沒有牙周袋)	54.0%	60.4%	42.6%
4-5毫米 (淺牙周袋)	38.9%	29.8%	42.6%
≥ 6毫米 (深牙周袋)	7.1%	9.8%	14.8%
總計	100.0%	100.0%	100.0%

基數：所有成年人

2001年採用指數牙檢查方法，2011年採用半口牙齒檢查方法，2021年則擴展至全口牙齒檢查方法。

表 3.8 按牙周袋深度劃分的成年人平均牙齒百分率 (2021年)

	白齒 (後牙)	前白齒	門牙和犬齒
淺牙周袋 (牙周袋深度4-5毫米)			
上排牙齒	24.0%*	13.7%	8.4%
下排牙齒	15.2%*	8.1%*	6.2%
深牙周袋 (牙周袋深度6毫米以上)			
上排牙齒	3.4%	1.1%**	1.0%
下排牙齒	3.3%**	0.4%**	0.4%
失齒			
上排牙齒	3.2%	5.1%	1.1%
下排牙齒	6.2%	3.7%	1.3%

基數: 所有成年人

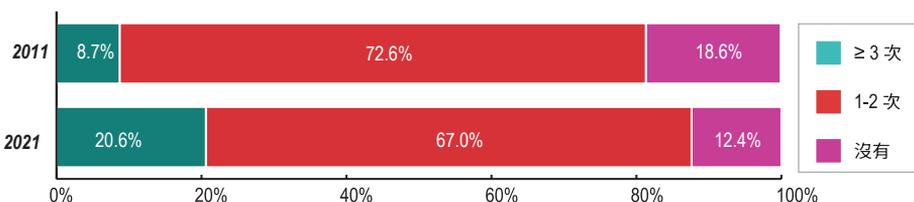
* 在這類牙齒組別中有80%以上在探針檢查時有出血情況

** 在這類牙齒組別中有90%以上在探針檢查時有出血情況

成年人的口腔健康相關行為

本調查發現，成年人每天在正餐以外進食或吃零食三次或以上的比率大幅增多 (從2011年的8.7%增至2021年的20.6%) (圖3.2)。

圖3.2 按每天在正餐以外進食或吃零食的次數劃分成年人的百分率



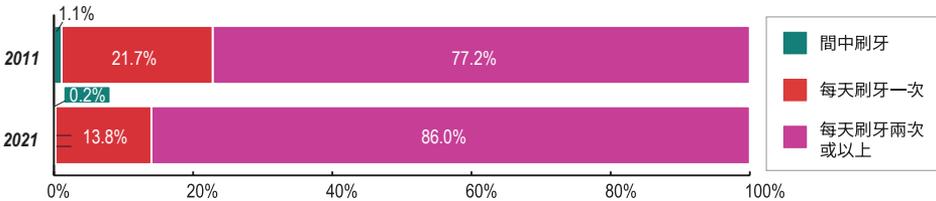
基數: 所有成年人

2011年: N = 1 062 900

2021年: N = 985 200

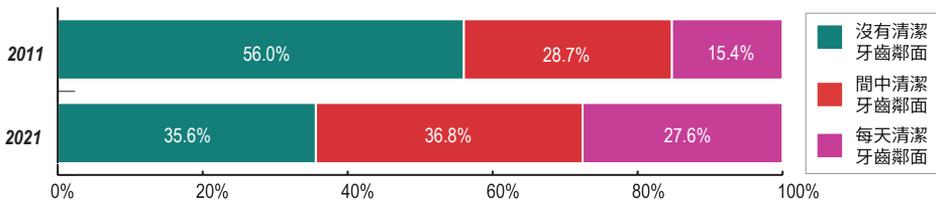
每天刷牙兩次已成為成年人良好的口腔清潔習慣(圖3.3)。同時，每天清潔牙齒鄰面的成年人比率幾乎翻倍(圖3.4)。過去十年來有吸煙習慣的成年人比率保持穩定(圖3.5)。

圖3.3 按刷牙習慣劃分成年人的百分率



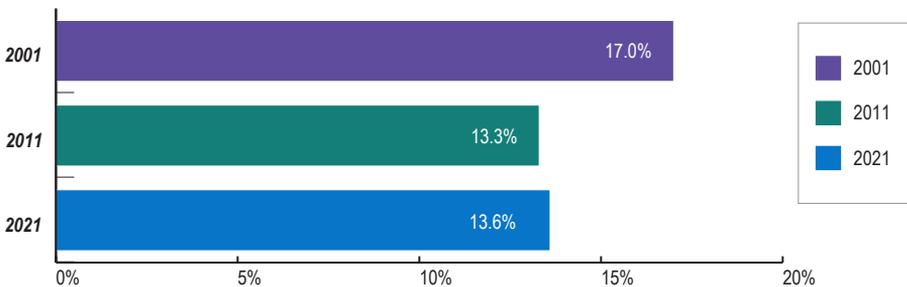
基數：所有成年人
 2011年：N = 1 062 900
 2021年：N = 985 200

圖3.4 按清潔牙齒鄰面的習慣劃分成年人的百分率



基數：所有成年人
 2011年：N = 1 062 900
 2021年：N = 985 200

圖3.5 有吸煙習慣的成年人百分率

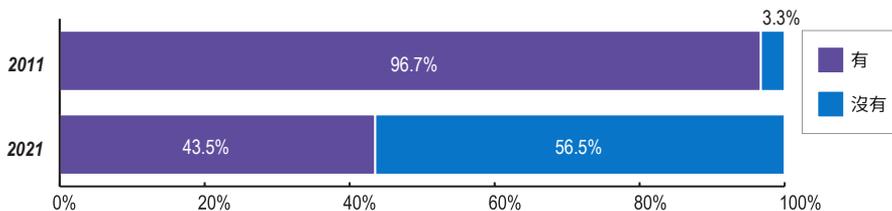


基數：所有成年人
 2001年：N = 1 354 700
 2011年：N = 1 062 900
 2021年：N = 1 010 700* (數據來自「2020-2022年度人口健康調查」)

牙齒清潔程度

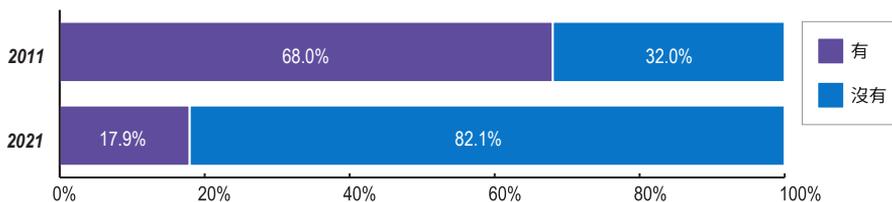
牙齒有可見的牙菌膜覆蓋和牙石積聚的成年人人數顯著減少，這說明了牙菌膜控制水平提高（圖3.6和圖3.7）。

圖 3.6 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
2021年：N = 985 200

圖 3.7 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

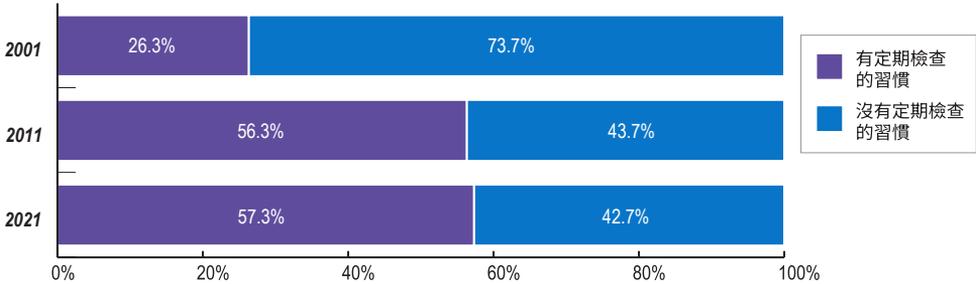


基數：所有成年人
2011年：N = 1 062 900
2021年：N = 985 200

定期檢查口腔的習慣

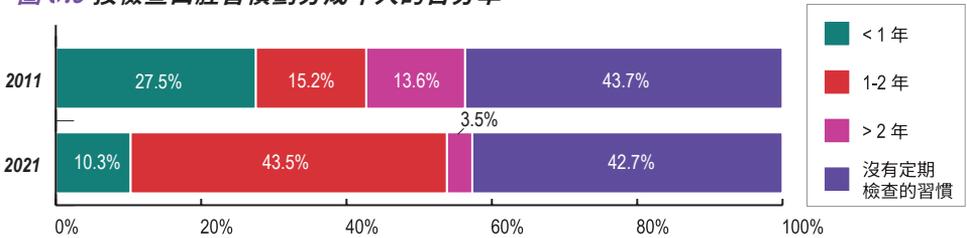
2021年的調查顯示，有定期到牙科診所檢查口腔或洗牙習慣的成年人比率與十年前相若（2021年為57.3%（564 400），2011年為56.3%（598 400））（圖3.8）。與2011年相比，口腔檢查的時間間隔有所延長（圖3.9）。

圖3.8 按檢查口腔習慣劃分成年人的百分率（2001年、2011年及2021年）



基數：所有成年人
 2001年：N = 1 345 700
 2011年：N = 1 062 900
 2021年：N = 985 200

圖3.9 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
 2021年：N = 985 200

推動或妨礙培養清潔牙齒鄰面習慣的因素

- 成年人保持清潔牙齒鄰面習慣的最普遍原因是「清除牙縫間殘留食物」，其次是「清潔牙齒鄰面後牙齒會更乾淨」。
- 少於6%的成年人認為使用牙線或牙縫刷的習慣可預防蛀牙或牙周病。
- 「懶惰/使用麻煩/不願使用」(34.8%)和「不知道如何使用」(18.4%)是成年人不使用牙線的兩個常見原因。
- 「沒有需要」(24.3%)是成年人不使用牙縫刷最常見的原因。

定期檢查口腔習慣背後的原因和觀念

- 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被界定為有定期檢查口腔的習慣。
- 四分之三(75.2%)有定期檢查習慣的成年人表示「為咗及早發現牙齒嘅問題，而定期去牙醫度檢查牙齒」。
- 在有定期檢查口腔習慣的成年人當中，有三分之二(68.1%，360 700)表示是因為他們想洗牙或進行口腔檢查。
- 25.9% (137 400) 有定期檢查習慣的成年人則認為有助預防牙患或預防勝於治療。
- 約15%有定期檢查習慣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。

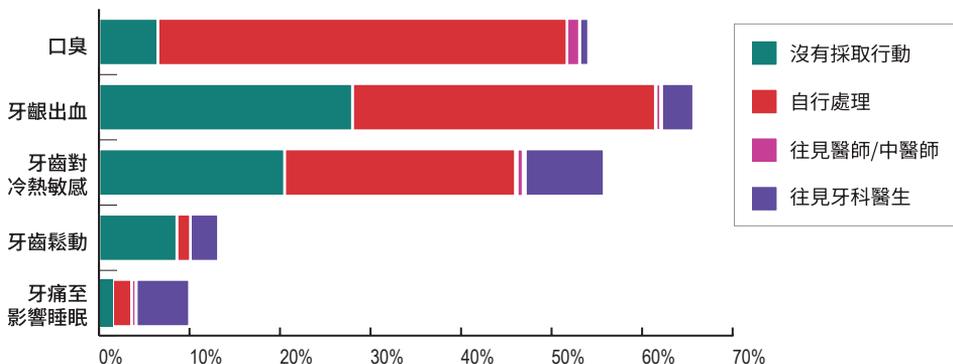
沒有定期檢查口腔習慣背後的原因和觀念

- 大多數(2021年56.9%(259 200))沒有定期檢查口腔的成年人認為自己的牙齒健康/沒有牙痛/沒有需要,這與十年前的調查結果(2011年60.0%(365 200))相若。
- 約50%沒有定期檢查者認為「只要勤力啲刷牙同埋打理棚牙,就唔駛定期去洗牙啦」(51.8%),他們還表示「睇親牙醫都唔知要俾幾錢先至出得返嚟,令到你唔敢隨便去睇牙」(60.6%)。
- 有部分沒有定期檢查口腔的成年人稱曾有想過定期檢查,但遇到各種問題。
- 沒有時間(13.5%, 61 700)及未能負擔費用/不想花費金錢在檢查上(7.3%, 33 300)是妨礙他們進行定期口腔檢查的兩個主要因素。

成年人出現口腔症狀時採取的行動

當出現口腔症狀時，即使有牙痛至影響睡眠，大多數受影響的成年人不會採取任何行動，或自行處理口腔症狀問題，而不會往見牙科醫生（圖3.10）。

圖 3.10 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比率 (2021年)



基數：所有成年人

2021年：N = 985 200

各種口腔症狀的基數是指於調查前12個月內出現相關口腔症狀的成年人。

成年人出現口腔症狀時，妨礙他們向牙科醫生求診的因素

- 調查發現仍有40.8%的成年人即使出現嚴重牙痛至影響睡眠，也沒有往見牙科醫生求診。
- 部分察覺自己有口腔症狀的成年人雖然知道有需要往見牙科醫生，但基於某些因素而妨礙了他們的求診意欲。
- 成年人報稱當他們出現牙齒鬆動和牙痛至影響睡眠等可能會影響日常生活的各種口腔症狀時，妨礙他們往見牙科醫生的最常見原因是「沒有時間」。

總結與前瞻

本調查發現香港成年人組的口腔健康維持在過去十年有所改善，成年人半數以上牙齒有明顯的牙菌膜、牙齦出血和牙石積聚的人數比率減少。不過，仍有某些方面需要注意和改變行為習慣的。成年人中牙根表面蛀蝕而未經治療的人數比率比2011年翻了一倍。成年人中有可見牙菌膜和牙齦出血的人數比率有所下降，但有牙周袋的人數比率有所增加。某些成年人認為自己的日常口腔清潔狀況良好，但口腔內有未經治療的蛀牙和牙周袋說明他們目前的口腔清潔效果並不理想。專業口腔護理的使用率仍然很低，口腔檢查的頻率亦較低。大多數成年人仍然忽視或自行處理自己感知到的口腔不適，而這並不利於適時處理口腔病患。時間限制和護理費用昂貴都是成年人表示不尋求牙科護理的原因，牙科業界應考慮如何解決時間限制和護理費用高昂的問題。

儘管每天刷牙，但後牙區的口腔衛生狀況並不理想。正確的日常口腔清潔需要由專業人員在選擇清潔輔助工具和使用技巧方面提供指導，這在後牙區的清潔中尤為重要，大部分牙齦出血和牙周袋都出現在後牙區。口腔檢查是接受口腔清潔指導、風險評估和預防性口腔治療的良機。牙科醫生可以進行更為詳細的口腔檢查和特殊檢查，以便及早識別並及時治療口腔疾病。市民有責任管理自身的口腔健康，而牙科業界則應通過宣傳、教育，及解決來自牙科診所的障礙，從而協助市民增進口腔健康。

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

非居於院舍長者失去所有牙齒的人數比率由2011年的5.6%大幅減少至2021年的0.9% (表4.1)。他們的牙齒平均數目，與2001年的(17.0)和2011年的(19.3)相比，2021年進一步增至(22.8)。

世界衛生組織認為，一副兼具功能性和美觀性的牙齒，至少應有20顆分佈均勻的牙齒。本調查評估了擁有20顆牙齒的非居於院舍長者的比率，調查結果顯示，77.4%的非居於院舍長者至少有20顆牙齒，比2011年的(59.5%)提高了18個百分點。66.7%的非居於院舍長者至少有10對咬合牙齒(表4.2)。

表4.1 按牙齒數目劃分非居於院舍長者的百分率(2001年、2011年及2021年)

牙齒數目	2001年	2011年	2021年
	(N = 445 500)	(N = 450 800)	(N = 883 200)
失去所有牙齒	8.6%	5.6%	0.9%
≥ 20顆剩餘牙齒	49.7%	59.5%	77.4%

基數：所有非居於院舍長者

表4.2 按牙齒咬合對數劃分非居於院舍長者的百分率(2021年)

牙齒咬合對數*	百分率
0 - 9對	33.3%
≥ 10對	66.7%

基數：所有非居於院舍長者

2021年：N = 883 200

*真牙與真牙/固定假牙的咬合對數都計算在內。

非居於院舍長者中使用假牙的比率呈下降趨勢(2021年50.7% (447 700) , 2011年63.2% (284 900) , 2001年68.1% (303 400))。在鑲配假牙的非居於院舍長者中, 他們所使用的假牙類型也有所改變。非居於院舍長者中有植牙的人數比率增加了4倍(2021年10.0% (88 100) , 2011年2.5% (11 300)) , 同時, 失齒後採用全口假牙托和/或半口假牙托的非居於院舍長者人數大幅下降(2021年26.6% (234 900) , 2011年46.7% (210 500)) (表4.3)。

表4.3 非居於院舍長者使用各類假牙的百分率(2001年、2011年及2021年)

假牙類型	2001年 (N = 445 500)	2011年 (N = 450 800)	2021年 (N = 883 200)
任何類型的假牙	68.1%	63.2%	50.7%
牙橋	30.2%	31.4%	32.1%
部分假牙托	33.6%	35.5%	22.8%
全口假牙托	19.8%	11.2%	3.8%
植牙	*	2.5%	10.0%

基數: 所有非居於院舍長者

* 2001年調查中該項目沒有測量數據。

蛀牙經驗

非居於院舍長者的「齲失補恆齒」平均數值 (mean DMFT value) 為 13.5 顆，較 2011 年 (16.2) 及 2001 年 (17.6) 進一步下降，這主要是由於非居於院舍長者有更多的保留牙齒 (表 4.4)。

表 4.4 以「齲失補恆齒」指數衡量非居於院舍長者的蛀牙經驗 (2001年、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001年 (N = 445 500)	2011年 (N = 450 800)	2021年 (N = 883 200)
齲失補恆齒平均數值 (mean DMFT)	17.6	16.2	13.5
齲齒平均數值 (mean DT)	1.3	1.3	1.2
失齒平均數值 (mean MT)	15.1	12.7	9.2
補齒平均數值 (mean FT)	1.2	2.3	3.1

基數：所有非居於院舍長者

非居於院舍長者蛀牙經驗的比率數年來保持基本不變。約半數非居於院舍長者有未經治療的蛀牙 (表 4.5)，情況與十年前相若。

表 4.5 非居於院舍長者有蛀牙經驗的百分率 (2001年、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001年 (N = 445 500)	2011年 (N = 450 800)	2021年 (N = 883 200)
齲失補恆齒 (DMFT)	99.4%	99.3%	99.6%
齲齒 (DT)	52.9%	47.8%	47.1%
失齒 (MT)	98.1%	98.1%	97.8%
補齒 (FT)	40.3%	59.5%	69.9%

基數：所有非居於院舍長者

非居於院舍長者有牙根表面蛀蝕經驗的人數比例有增長的趨勢(2021年28.8%(253 900), 2011年24.6%(110 900), 2001年22.6%(110 700))。有80%的齲牙根(23.3%/28.8%*100%)未經治療(表4.6)。

表4.6 非居於院舍長者牙根表面有蛀蝕經驗的百分率(2001年、2011年和2021年)

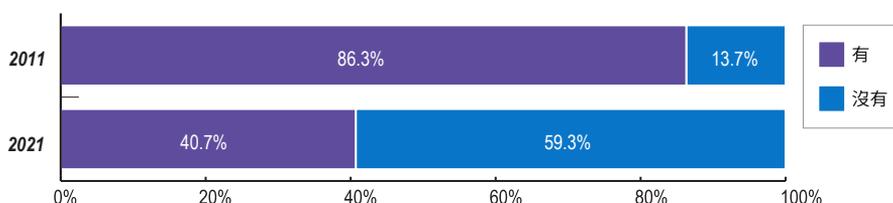
牙根表面的蛀蝕經驗	2001年	2011年	2021年
	(N = 445 500)	(N = 450 800)	(N = 883 200)
齲/補牙根(DF-root)	22.6%	24.6%	28.8%
齲牙根(D-root)	21.5%	21.8%	23.3%
補牙根(F-root)	3.1%	4.1%	8.4%

基數: 所有非居於院舍長者

牙周狀況

非居於院舍長者中約40.7%(355 800)有半數或以上牙齒出現牙齦出血的情況,較2011年的調查結果(86.3%)大幅減少(圖4.1)。非居於院舍長者中有4毫米或以上深度牙周袋的人數比率增加了10%(表4.7)。調查亦發現非居於院舍長者中33.8%的上顎白齒和42.3%的下顎白齒已經拔除(表4.8)。

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: 尚有牙齒的非居於院舍長者

2011年: N = 386 200

2021年: N = 874 900

(2001年調查中無此項相關數據可供比較)

表4.7 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、2011年及2021年)

最深牙周袋的深度	2001年	2011年	2021年#
	(N = 358 700)	(N = 386 200)	(N = 874 909)
0-3毫米(視作沒有牙周袋)	44.7%	40.8%	30.0%
4-5毫米(淺牙周袋)	44.3%	38.8%	44.1%
≥6毫米(深牙周袋)	11.0%	20.4%	25.8%
總計	100.0%	100.0%	100.0%

基數：尚有牙齒的非居於院舍長者

2001年採用指數牙檢查方法，2011年採用半口牙齒檢查方法，2021年則擴展至全口牙齒檢查方法。

表4.8 按牙周袋深度劃分的非居於院舍長者平均牙齒百分率 (2021年)

	臼齒(後牙)	前臼齒	門牙和犬齒
淺牙周袋(牙周袋深度4-5毫米)			
上排牙齒	17.1%*	15.6%*	10.9%
下排牙齒	11.2%*	10.2%*	8.5%*
深牙周袋(牙周袋深度6毫米以上)			
上排牙齒	4.7%*	2.1%	2.2%**
下排牙齒	2.6%	2.1%	1.6%*
失齒			
上排牙齒	33.8%	23.8%	14.3%
下排牙齒	42.3%	17.6%	11.5%

基數：尚有牙齒的非居於院舍長者

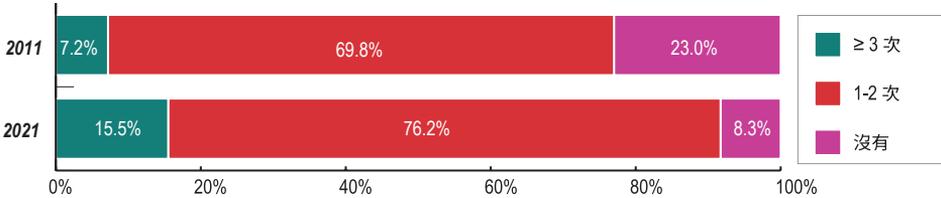
*在這類牙齒組別中有70%以上在探針檢查時有出血情況

**在這類牙齒組別中有80%以上在探針檢查時有出血情況

口腔健康相關行為

每天在正餐以外吃零食三次或以上的非居於院舍長者人數比率大幅增多(2021年15.5% (137 300)，2011年7.2% (32 500)) (圖4.2)。

圖4.2 按每天在正餐以外進食或吃零食的次數劃分非居於院舍長者的百分率



基數：所有非居於院舍長者
 2011年：N = 450 800
 2021年：N = 883 200

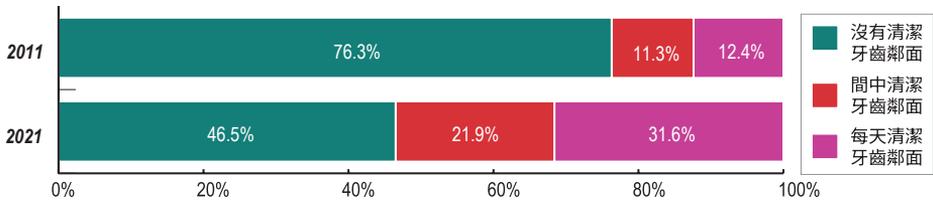
幾乎所有尚有牙齒的非居於院舍長者(99.4%，869 000)都有每天刷牙。與2011年(67.1%，285 400)相比較，2021年每天刷牙兩次或以上的長者人數有顯著增加(80.7%，705 800) (圖4.3)。超過半數的尚有牙齒的非居於院舍長者稱有清潔牙齒鄰面的習慣，其中三分之一每天清潔牙齒鄰面(圖4.4)。調查發現非居於院舍長者中的吸煙人數比率在過去20年中有所下降(圖4.5)。

圖4.3 按刷牙習慣劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率



基數：尚有牙齒的非居於院舍長者
 2011年：N = 425 500
 2021年：N = 874 900

圖4.4 按清潔牙齒鄰面的習慣劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率

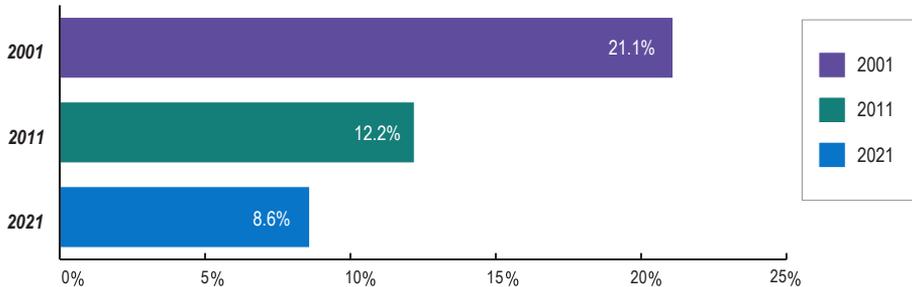


基數：尚有牙齒的非居於院舍長者

2011年：N = 425 500

2021年：N = 874 900

圖4.5 有吸煙習慣的非居於院舍長者百分率(2001年、2011年及2021年)



基數：所有非居於院舍長者

2001年：N = 445 500

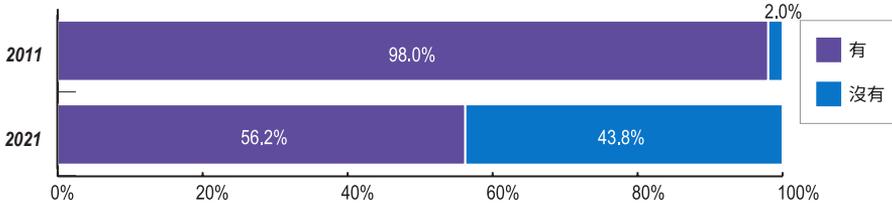
2011年：N = 450 800

2021年：N = 837 900 (數據來自「2020-2022年度人口健康調查」)

牙齒清潔程度

牙齒有可見的牙菌膜覆蓋和牙石積聚的非居於院舍長者人數顯著減少，這說明了牙菌膜控制水平提高（圖4.6和圖4.7）。

圖4.6 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

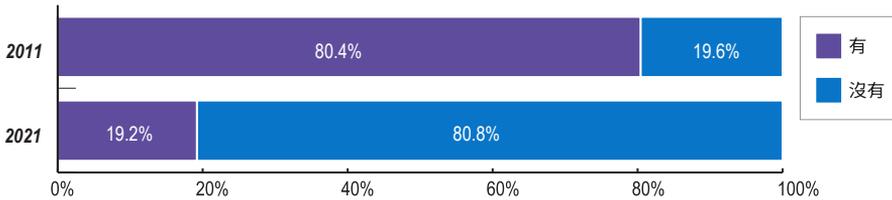


基數：有接受牙齦檢查的非居於院舍長者所代表的尚有牙齒的非居於院舍長者

2011年：N = 386 200

2021年：N = 874 900

圖4.7 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

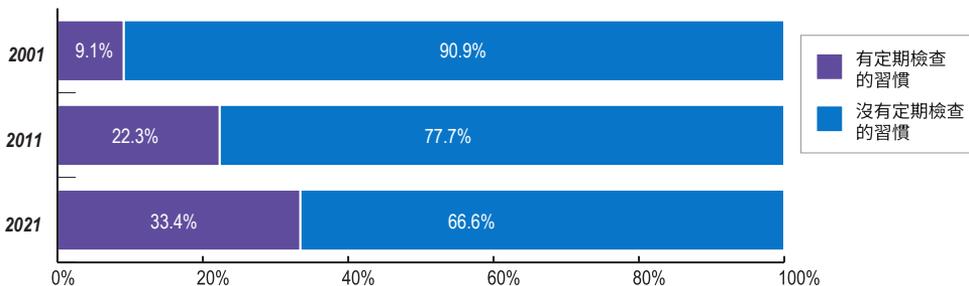
2011年：N = 386 200

2021年：N = 874 900

定期檢查口腔的習慣

有定期檢查口腔習慣的非居於院舍長者比率在過去三十年持續增長，從2001年的少於10%增至2021年的超過30%（圖4.8）。與2011年相比，口腔檢查的時間間隔有所延長（圖4.9）。

圖4.8 按檢查口腔習慣劃分非居於院舍長者的百分率（2001年、2011年及2021年）



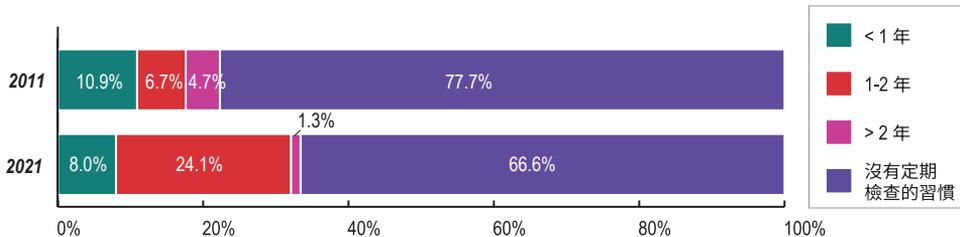
基數：所有非居於院舍長者

2001年：N = 445 500

2011年：N = 450 800

2021年：N = 883 200

圖4.9 按檢查口腔習慣劃分非居於院舍長者的百分率



基數：所有非居於院舍長者

2011年：N = 450 800

2021年：N = 883 200

推動或妨礙培養清潔牙齒鄰面習慣的因素

- 非居於院舍長者保持清潔牙齒鄰面習慣的最普遍原因是為了「清除牙縫間的殘留食物」，另一個普遍原因是他們認為「使用後牙齒更乾淨」。
- 只有1-3%的非居於院舍長者認為使用牙線或牙縫刷的習慣可預防蛀牙或牙周病。
- 「不知道如何使用」(30.8%)和「懶惰/使用麻煩/不願使用」(22.7%)是非居於院舍長者不使用牙線的兩個常見原因。
- 「不知道是甚麼」(25.8%)和「沒有需要」(25.0%)是非居於院舍長者不使用牙縫刷最常見的原因。

定期檢查口腔習慣背後的原因和觀念

- 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被界定為有定期檢查口腔的習慣。
- 72.7%有定期檢查習慣的非居於院舍長者表示「為咗及早發現牙齒嘅問題，而定期去牙醫度檢查牙齒」。
- 在有定期檢查習慣的非居於院舍長者中，61.5%表示定期檢查的主要原因是想洗牙或檢查口腔。
- 21.1%有定期檢查習慣的非居於院舍長者則認為有助預防牙患或預防勝於治療。
- 約13.9%有定期檢查習慣的非居於院舍長者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。

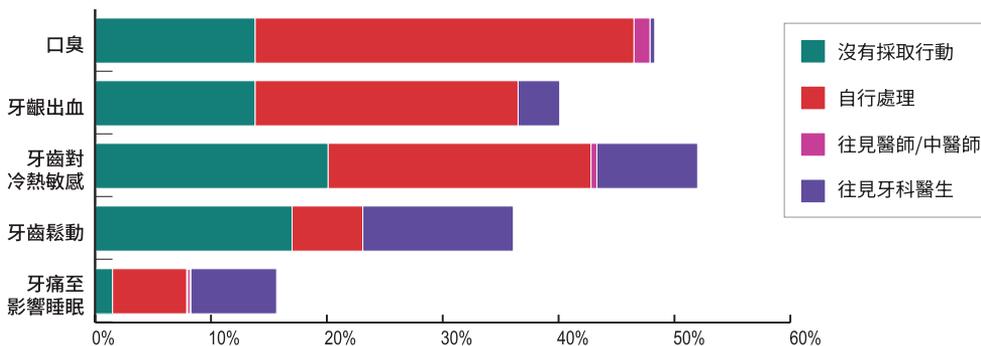
沒有定期檢查口腔習慣背後的原因和觀念

- 大多數(2021年61.0%)沒有定期檢查口腔的非居於院舍長者認為自己的牙齒健康/沒有牙痛/沒有需要,這與十年前的調查結果相若。
- 約64%沒有定期檢查者認為「只要勤力啲刷牙同埋打理棚牙,就唔駛定期去洗牙啦」,他們還表示「睇親牙醫都唔知要俾幾錢先至出得返嚟,令到唔敢隨便去睇牙(58.3%)」。
- 有部分沒有定期檢查口腔的長者稱曾有想過定期檢查,但遇到各種問題。
- 未能負擔費用/不想花費金錢在檢查上(12.7%)是妨礙他們進行定期口腔檢查的一個常見的因素。

非居於院舍長者出現口腔症狀時採取的行動

當出現口腔症狀時,即使有牙痛至影響睡眠,大多數受影響的非居於院舍長者都不會採取任何行動,或自行處理口腔症狀問題,而不會往見牙科醫生(圖4.10)。

圖4.10 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比率(2021年)



基數:所有非居於院舍長者

2021年: N = 883 200

各種口腔症狀的基數是指於調查前12個月內出現相關口腔症狀的非居於院舍長者。

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因素

- 調查發現仍有相當比率的非居於院舍長者即使出現嚴重牙痛至影響睡眠，也沒有往見牙科醫生求診。
- 部分察覺自己有口腔症狀的非居於院舍長者雖然知道有需要往見牙科醫生，但基於某些因素而妨礙了他們的求診意欲。
- 非居於院舍長者報稱，妨礙求診的主要原因是未能負擔費用及不想花費金錢在牙科治療上。

口腔健康對非居於院舍長者生活品質的影響

與2001年的調查結果相比較，有更多的非居於院舍長者報稱曾因牙齒、口腔或假牙問題而中斷進食。從心理上而言，亦有更多的非居於院舍長者曾因口腔問題而感到擔心和有些尷尬，因牙齒、口腔或假牙問題而感到心煩意亂。

總結與前瞻

調查發現非居於院舍長者現存的牙齒數目較多，牙齒更為清潔，較少牙菌膜和牙石積聚。不過，仍需關注長者的牙周狀況，而且牙根表面蛀蝕而未經治療的長者人數增多。三分之一的非居於院舍長者有少於10對咬合牙齒，缺失的牙齒主要是白齒。某些非居於院舍長者認為自己的日常口腔清潔已足夠，因而沒有必要定期檢查口腔，不過，這種想法並不準確。還有部分非居於院舍長者自我感覺口腔健康狀況良好而沒有定期檢查口腔，以致延誤口腔疾病的確診。口腔保健系統中可能存在一些阻礙非居於院舍長者使用的因素，費用是長者關心的問題之一。牙科業界應考慮如何解決因感覺費用昂貴而不尋求牙科護理這個問題。

保持良好的口腔健康有助改善總體健康狀況。然而，較為年長的成年人的牙齒缺失值得警惕，當他們年齡達到非居於院舍長者組別的範疇時，約30-40%的白齒已經缺失。基層牙科護理注重預防，應在個人一生中盡早開始並定期進行，從而避免將來牙齒脫落，盡量減少有可能更為昂貴的口腔治療。牙科專業人員還應提供專業的口腔自我護理指導、風險評估、生活模式建議及其他預防性牙科治療。為改善長者的整體健康管理，非居於院舍長者及私營牙科專業人員可考慮加入電子健康紀錄互通系統。

第五節

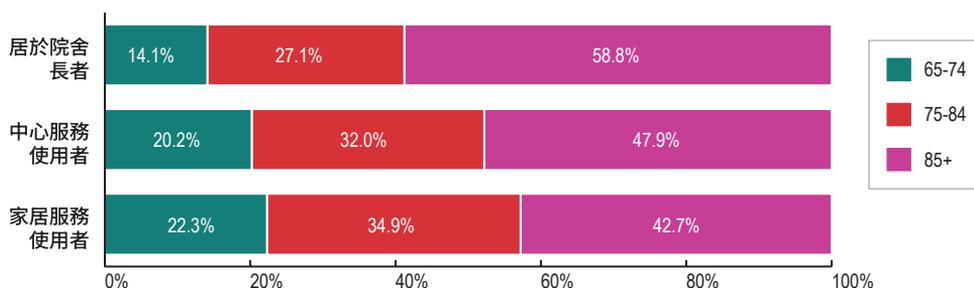
六十五歲及以上使用社會福利署長期護理服務的長者

本調查涵蓋以下三類由社會福利署（以下簡稱社署）提供的長期護理服務的使用者：

1. 住宿照顧服務的使用者（居於院舍長者）
2. 長者日間護理中心/單位的使用者（中心服務使用者）
3. 改善家居及社區照顧服務、綜合家居照顧服務的使用者（只涵蓋體弱個案）（家居服務使用者）

在三類長期護理服務的長者中（圖 5.1），最年輕組別（65-74歲）的長者比例上均佔少數，而85歲及以上組別的長者則佔多數。相對於中心服務使用者（47.9%）及家居服務使用者中（42.7%），居於院舍長者中85歲及以上組別的人數比率為三組之中最高（58.8%）。

圖5.1 按年齡劃分長期護理服務使用者的分布情況

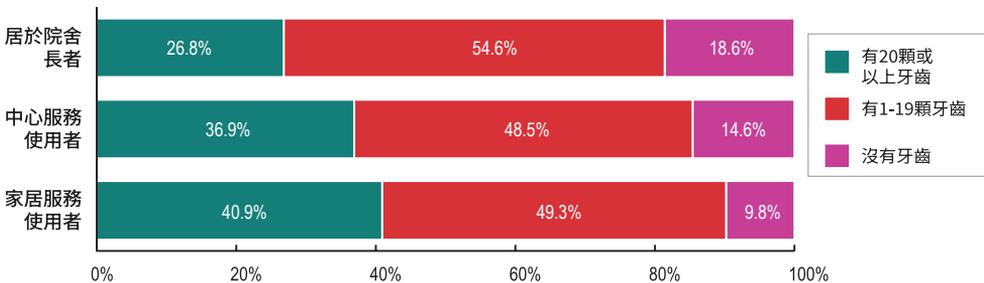


基數：所有長期護理服務使用者
居於院舍長者：(N = 60 000)
中心服務使用者：(N = 7 300)
家居服務使用者：(N = 17 700)

口腔狀況 – 現存牙齒數目

長期護理服務使用者的牙齒缺失程度如圖5.2所示。居於院舍長者的牙齒缺失程度比率最高，他們每人平均只有12.1顆牙齒，失去所有牙齒的比率亦最高（18.6%）。家居服務使用者平均有14.9顆牙齒，失去所有牙齒的比率為9.8%。中心服務使用者的牙齒缺失程度則介乎前述兩類服務使用者之間，他們每人平均有14.0顆牙齒，失去所有牙齒的比率為14.6%。總之，與2011年相比，長期護理服務使用者中失去全部牙齒的人數比率下降，而存留牙齒數目增多。

圖5.2 按現存牙齒數量劃分長期護理服務使用者的分布情況



基數：所有長期護理服務使用者

居於院舍長者：(N = 60 000)

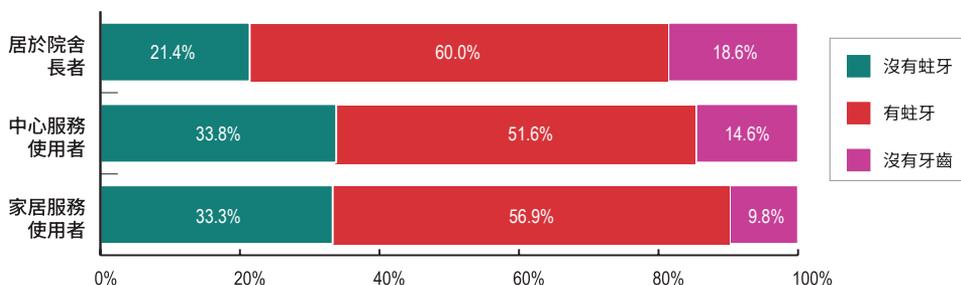
中心服務使用者：(N = 7 300)

家居服務使用者：(N = 17 700)

現存牙齒狀況 – 蛀牙

在有牙齒的長期護理服務使用者中，當中有超過半數的長者有未經治療的蛀牙，即是有73.7%居於院舍長者（60%/81.4%），60.4%中心服務使用者（51.6%/85.4%）及63.1%家居服務使用者（56.9%/90.2%）在現存牙齒中至少有一顆蛀牙（圖5.3）。在長期護理服務使用者中不同蛀牙經驗的牙齒平均數值如表5.1所示。

圖5.3 受未經治療蛀牙影響的長期護理服務使用者的比率



基數：所有長期護理服務使用者
 居於院舍長者：(N = 60 000)
 中心服務使用者：(N = 7 300)
 家居服務使用者：(N = 17 700)

表5.1 長期護理服務使用者的蛀牙經驗

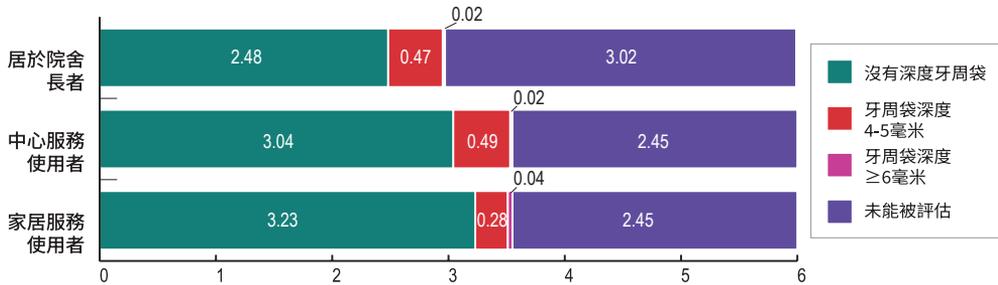
長期護理服務類別	蛀牙經驗	現存牙齒	齲齒 (DT)	補齒 (FT)
居於院舍	平均數值	12.1	2.7	1.3
	受影響人數百分率	81.4%	60.0%	39.2%
中心服務	平均數值	14.0	2.0	1.7
	受影響人數百分率	85.4%	51.6%	48.2%
家居服務	平均數值	14.9	2.2	1.8
	受影響人數百分率	90.2%	56.9%	53.4%

基數：所有長期護理服務使用者
 居於院舍長者：(N = 60 000)
 中心服務使用者：(N = 7 300)
 家居服務使用者：(N = 17 700)

現存牙齒狀況- 口腔衛生及牙周狀況

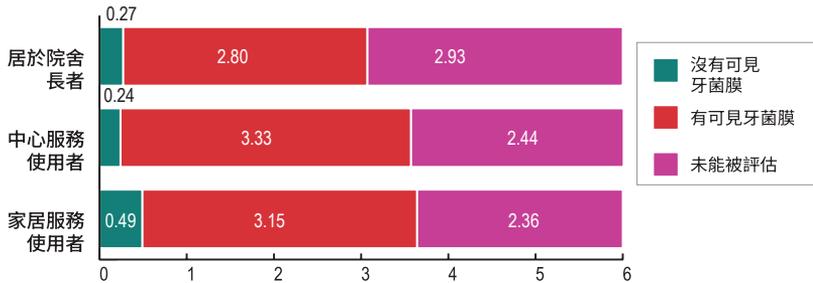
雖然長期護理服務使用者有深度牙周袋的狀況並不普遍(圖5.4),不過他們的口腔衛生問題卻令人擔憂,因為絕大多數有牙齒的長期護理服務使用者的大多數區段¹的牙齒表面都有可見牙菌膜覆蓋(圖5.5)。

圖5.4 長期護理服務使用者有牙周袋的區段平均數



基數:所有接受牙周狀況檢查而且尚有牙齒的長期護理服務使用者
居於院舍長者: (N = 46 300) 中心服務使用者: (N = 5 910) 家居服務使用者: (N = 14 200)

圖5.5 長期護理服務使用者的牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的區段平均數



基數:所有接受牙周狀況檢查而且尚有牙齒的長期護理服務使用者
居於院舍長者: (N = 46 300) 中心服務使用者: (N = 5 910) 家居服務使用者: (N = 14 200)

1 此章節中關於口腔衛生和牙周狀況,其衡量單位為「區段」。一個人口腔內的牙齒可分為六個區段:

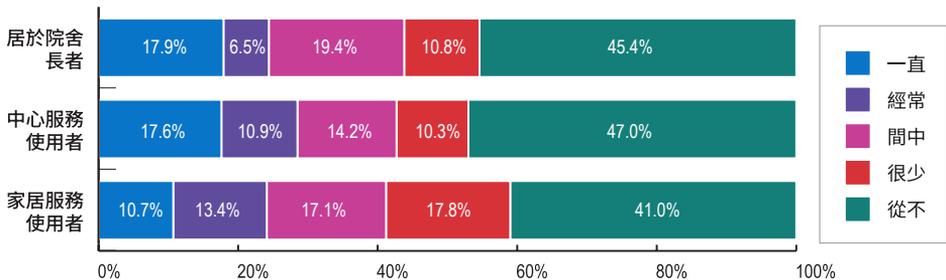
1. 右上後牙(3顆白齒和2顆小白齒)
2. 上前牙(4顆門齒和2顆犬齒)
3. 左上後牙(3顆白齒和2顆小白齒)
4. 右下後牙(3顆白齒和2顆小白齒)
5. 下前牙(4顆門齒和2顆犬齒)
6. 左下後牙(3顆白齒和2顆小白齒)

區段中任何一顆牙齒的陽性結果都會被視為該區段的陽性結果。如果某個區段內的牙齒少於兩顆,該區段則列為「未能被評估」。如長期護理服務使用者因身體狀況不適合接受牙周狀況檢查或沒有牙齒亦會被列為「未能被評估」。按此前提,此章節的調查結果可推論至46 300居於院舍長者,5 910中心服務使用者和14 200家居服務使用者。

口腔狀況對日常生活的影響程度

長期護理服務使用者中有超過一半的長者表示在過去一年曾因為口腔狀況而無法或需要避免進食某些食物(圖5.6) 幾乎所有的長期護理服務使用者都對自己的牙齒外觀不是非常滿意(圖5.7)。

圖5.6 口腔狀況對日常生活的影響 – 無法或需要避免進食某些食物



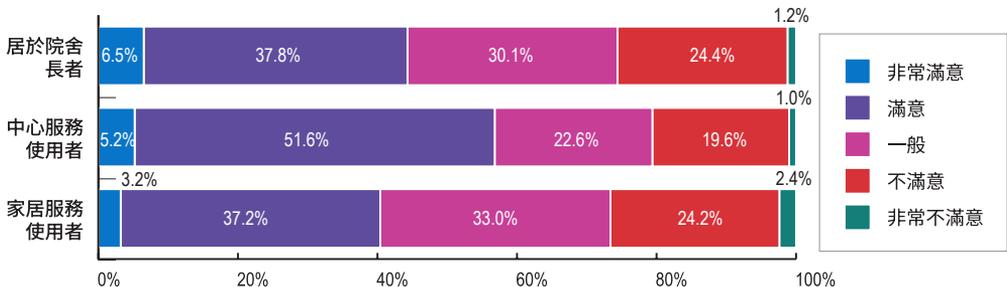
基數：所有能夠完成問卷的長期護理服務使用者

居於院舍長者：(N = 45 500)

中心服務使用者：(N = 6 340)

家居服務使用者：(N = 15 000)

圖5.7 口腔狀況對日常生活的影響 – 對牙齒外觀的滿意度



基數：所有能夠完成問卷的長期護理服務使用者

居於院舍長者：(N = 45 500)

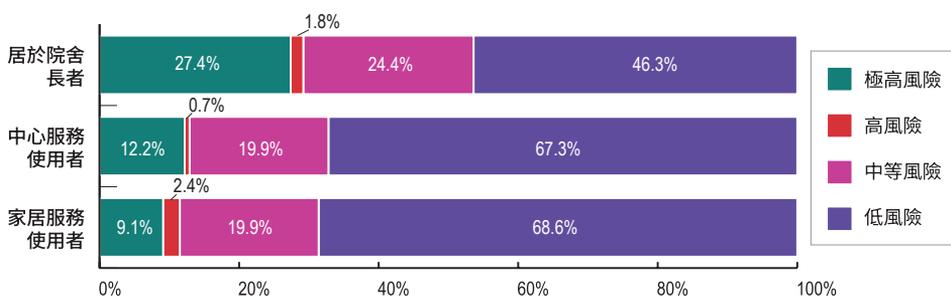
中心服務使用者：(N = 6 340)

家居服務使用者：(N = 15 000)

引致蛀牙及牙周病的風險因素

有關口腔健康的風險因素是可視為影響每個人患上口腔疾病的機率指標。長期護理服務使用者患上口腔疾病的風險多數是由影響口腔健康的行為因素所導致，比如吃零食習慣和吸煙習慣，而這些習慣通常是可以改變的。比起有自我照顧能力的成人，要保持長期護理服務使用者的口腔健康，通常需要更多資源與病人和照顧者溝通和合作，才可以降低他們患上口腔疾病風險。被評為有「極高風險²」和「高風險」患上口腔疾病的居於院舍長者合共約佔該組總人數的四分之一（29.2%，11 200），中心服務使用者（12.9%，710）和家居服務使用者（11.5%，1 560）被歸類為有「極高風險」或「高風險」患上口腔疾病的比率則較低。大部分長期護理服務使用者均有不同程度患上口腔疾病的健康風險，尤其是有部分長者因身體健康狀況影響他們進行日常口腔護理。對於此類別的長者而言，要保持良好的口腔衛生和假牙衛生，照顧者的參與是必不可少的。另外，預防政策應注重改變可影響口腔健康的行為因素，例如為照顧者提供全面的口腔護理培訓，從而協助長期護理服務使用者建立良好的口腔衛生習慣。

圖5.8 口腔狀況對日常生活的影響 – 按患上口腔疾病的整體風險劃分長期護理服務使用者的分布情況



基數：所有能夠完成問卷並且尚有牙齒的長期護理服務使用者

居於院舍長者：(N = 38 100)

中心服務使用者：(N = 5 510)

家居服務使用者：(N = 13 500)

2 「極高風險因素」指不自行或由其照顧者進行定期口腔清潔的；吃零食次數多及目前有吸煙習慣的；及其刷牙次數、刷牙時是否需要幫助、有無吸煙習慣等狀態不明確的長期護理服務使用者。「高風險因素」指每天吃零食3次或以上的、不刷牙的、不定期刷牙的或刷牙時需要幫助的長期護理服務使用者。「中等風險因素」指每天刷牙一次的及不屬於之前任何類別的長期護理服務使用者。「低風險因素」指每天刷牙兩次及不屬於之前任何類別的長期護理服務使用者。

長期護理服務使用者的客觀評估牙科治療需要與實際牙科治療需要

根據世界衛生組織建議，客觀評估的治療需要是以病人的牙冠和牙根狀況、牙周狀況及牙齒鬆動程度作為評估準則。負責檢查的牙科醫生會向長者提出基於客觀評估的治療需要，並會將長者同意的治療項目記錄為實際治療需要。按長期護理服務使用者的客觀評估治療需要及經病人同意的實際治療需要比率分布如表5.2和5.3所示。

表5.2 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 (2021年)

	居於院舍長者 (N=60 000)	中心服務使用者 (N=7300)	家居服務使用者 (N=17 700)
沒有治療需要	14.6%	12.6%	6.8%
有治療需要	85.4%	87.4%	93.2%

**表 5.3 按實際治療需要劃分長期護理服務使用者的百分率 (2021年)
(長者同意的客觀評估治療需要)**

	居於院舍長者 (N=60 000)	中心服務使用者 (N=7300)	家居服務使用者 (N=17 700)
沒有治療需要	14.6%	12.6%	6.8%
接受客觀評估治療需要	50.5%	60.5%	76.1%
拒絕客觀評估治療需要	18.7%	16.1%	11.1%
未能表達是否同意	16.2%	10.8%	6.0%

雖然長期護理服務使用者對於牙科治療的接受程度仍然偏低，但接受牙科治療的長者比率已高於2011年口腔健康調查所得的結果。不同年齡層的長者受到不同社會經濟因素所影響，對於口腔健康的認知亦可能有分別，因而他們對口腔健康和牙科服務的期望和要求也有所不同。調查結果反映過去十年，長期護理服務使用者對口腔健康的期望逐漸提升，對牙科服務的要求亦有所提高。另外，居於院舍長者、中心服務使用者和家居服務使用者對口腔健康狀況的自我評估和曾察覺有口腔問題的比率上的差異，亦可能導致三個類別的長者對於牙科治療的接受程度存在差異。

應當注意的是，部分長期服務使用者（6.0%的家居服務使用者至16.2%的居於院舍長者）未能表達是否接受牙科治療。在實際提供牙科服務時，這些長期護理服務使用者可能也難清晰表示同意接受牙科治療。

為長期護理服務使用者提供牙科服務所涉及的複雜性

長期護理服務使用者的病歷、身體狀況和認知能力都可能會在牙科醫生為其提供牙科治療時帶來挑戰。為了有系統地評估為長期護理服務使用者提供牙科服務所涉及的複雜性，本次調查是參照國際認可的評估工具³而改編制定的。該評估工具用作衡量牙科醫生為需要特殊護理牙科服務的人士診治時的困難程度。

因應長期護理服務使用者的病歷而對牙科服務作出不同程度的調整，甚至可能需要跨學科的醫療合作。因健康狀況而對牙科治療服務產生影響的分布情況總結如圖5.9所示。所有三個類別中都有超過一半以上的長期護理服務使用者被歸類為其健康狀況對牙科服務有嚴重影響。此結果表明大多數長者有多種健康問題，或有特定的健康問題，如癌症或中風，這些都可能向他們提供必要的牙科護理時受到極大的影響。

圖5.9 因健康狀況和病歷而對牙科治療服務產生影響的分布情況

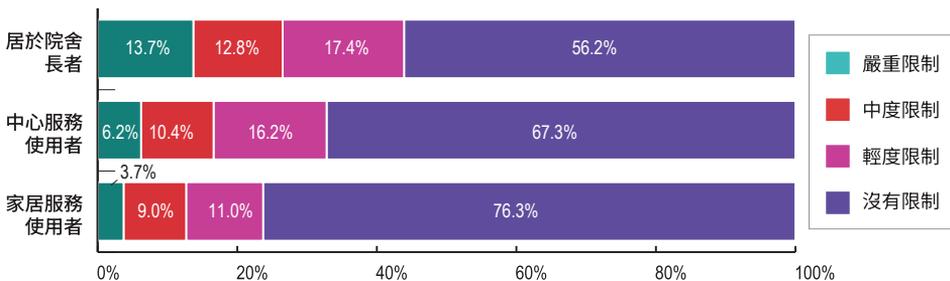


基數：所有長期護理服務使用者
 居於院舍長者：(N = 60 000)
 中心服務使用者：(N = 7 300)
 家居服務使用者：(N = 17 700)

3 由英國牙醫協會制定的「Case Mix 2019」(<https://www.bda.org/about-us/our-structure/representative-committees/community-and-public-dental-services/case-mix/>)

溝通能力反映牙科治療團隊與長期護理服務使用者及/或照顧者之間的溝通問題，以確定是否存在溝通限制以及是否需要額外的幫助。溝通能力的障礙在居於院舍長者中更為普遍(圖5.10)，其中13.7% (8 220) 存在嚴重的溝通能力障礙。這表明他們的溝通能力受限或完全沒有溝通能力，並且他們的家人和照顧者不能隨時提供幫助，或者需要第三方翻譯才能協助溝通。照顧這些長者需要更多的時間和額外的資源。

圖5.10 按牙科醫生的評估劃分長期護理服務使用者溝通能力障礙的分布情況



基數：所有長期護理服務使用者

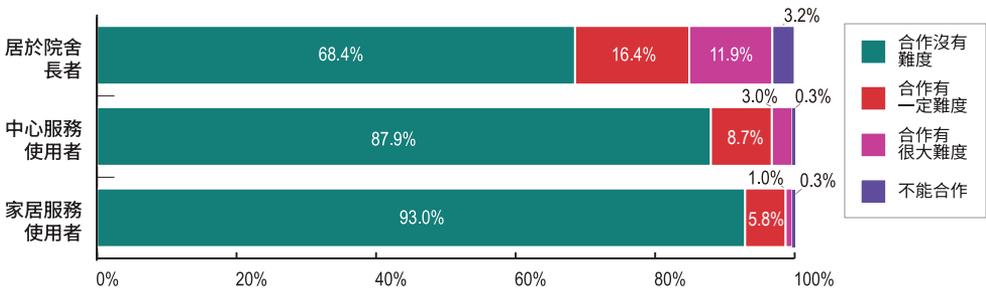
居於院舍長者：(N = 60 000)

中心服務使用者：(N = 7 300)

家居服務使用者：(N = 17 700)

合作意願反映牙科治療團隊在提供牙科治療時所面臨的困難，以確定應採用何種行為管理技術(包括鎮靜麻醉和全身麻醉)令患者接受治療。在居於院舍長者群組中的合作障礙也更為普遍(圖5.11)。在某些嚴重不合作的案例下，要求牙科醫生接受特殊培訓以評估醫療風險，以及與醫療團隊協調在這些模式下提供牙科治療。為了應對這類障礙，還需要額外的設施和醫院手術室。

圖5.11 根據牙科醫生的評估劃分長期護理服務使用者合作程度的分布情況



基數：所有長期護理服務使用者
 居於院舍長者：(N = 60 000)
 中心服務使用者：(N = 7 300)
 家居服務使用者：(N = 17 700)

牙科服務的可及性反映長期護理服務使用者在整個牙科護理過程中所面臨的困難或障礙。身體活動障礙在所有長期護理服務使用者中都很普遍(圖5.12)。78.5%的居於院舍長者，68.1%的中心服務使用者和55.5%的家居服務使用者都需要陪同才能前往牙科診所。8.8%的居於院舍長者和3.0%的家居服務使用者長期臥床，需要外展隊提供定期外展牙科服務。然而，如果必須提供更為複雜的牙科治療，就需要額外的交通安排將長者送往牙科診所。

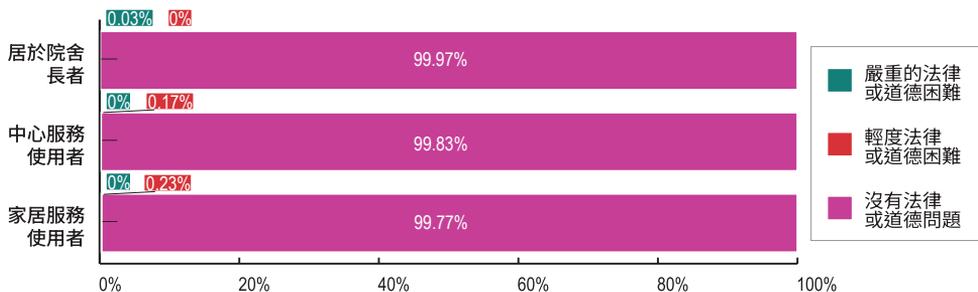
圖5.12 根據牙科醫生的評估劃分長期護理服務使用者身體活動障礙的分布情況



基數：所有長期護理服務使用者
 居於院舍長者：(N = 60 000)
 中心服務使用者：(N = 7 300)
 家居服務使用者：(N = 17 700)

法律和道德約束反映牙科治療團隊在取得長期護理服務使用者或其照顧者的同意時可能面臨的困難，包括有關長者為精神上無行為能力。僅一小部分長期護理服務使用者具有不確定的心智能力(圖5.13)。在本次調查中，作為先決條件，已徵得所有接受檢查者及其家屬的同意。結果顯示，沒有接受檢查者存在嚴重的法律或道德障礙，這可能會低估此類長者所佔的人口比率。對於存在嚴重法律或道德障礙的長者，根據《精神健康條例》(第136章)，牙科治療的最佳利益決定需要兩名醫生的意見或監護委員會的協助。

圖5.13 根據醫生的評估劃分長期護理服務使用者法律/道德障礙的分布情況



基數：所有長期護理服務使用者
 居於院舍長者：(N = 60 000)
 中心服務使用者：(N = 7 300)
 家居服務使用者：(N = 17 700)

總結與前瞻

本口腔健康調查報告結果顯示，長期護理服務使用者的人數及其在香港人口長者群組中的比率有所增加。調查結果表明長者保留了更多的真牙，但牙齒清潔和假牙清潔卻都存在問題。大多數尚有牙齒的長者都受到蛀牙影響，而有牙周袋的情況相對較少。在這一人群因失去自我護理能力及口腔風險增大而導致口腔健康狀況惡化之前，即在他們使用長期護理服務之前的階段，就應當重點預防並投入資源。大多數尚存真牙的長期護理服務使用者都有可見牙菌膜和牙石積聚，反映他們的日常口腔衛生護理不足及缺乏專業洗牙。不論長期護理服務使用者居於社區或是院舍，都應向他們提供適時、可及的專業牙科服務。與此同時，還應向長期護理服務使用者和他們的照顧者持續推廣日常口腔護理的重要。

某些長期護理服務使用者曾察覺到口腔不適及受其負面影響。對於客觀評估的牙科治療需要的接受程度仍較低，但已遠遠高於2011年的口腔健康調查報告。在臨床檢查中，牙科醫生為不同長期護理服務類別的長者進行評估及計劃治療時都遇到不同程度的困難。有較大比率的長期護理服務使用者面臨難以克服的障礙，包括共病症、可及性有限的牙科服務，以及溝通與合作性方面的挑戰，這些都加劇了牙科治療的複雜性，因而為牙科醫生處理長期護理服務使用者的治療需要帶來挑戰。這些障礙令牙科治療更為複雜，需要牙科醫生接受額外的培訓、專門的額外設施或提供牙科護理的特殊安排。病情複雜且嚴重不合作的病例往往需要與醫療團隊溝通（例如治療前需要調整藥物或進行血液檢查）來製定牙科治療計劃，並需要在醫院環境下進行牙科治療。為牙科專業人士提供特殊護理牙科服務的培訓，以及提供包括鎮靜麻醉和醫院手術室的醫院服務和設施，對於滿足這一體弱群組的牙科需求至關重要。

為了保持長期護理服務使用者的口腔健康以及維持牙科治療的成果，應採取兼顧長者醫療、牙科和社會風險因素的整體方法。與社會服務、醫生、長期護理服務機構的工作人員、長期護理服務使用者的親屬和照顧者進行跨界別合作以應對此群組中日益增長的牙科治療需求至為重要，令長期護理服務使用者能夠得到從預防到治療，與一般人對等的牙科服務。

第六節

概論

「世界衛生大會敦促會員國重新調整主要針對病原體的傳統治療方法，轉向預防和宣傳方法並識別風險，以實現及時、全面和包容性的護理，…」

(世界衛生大會74.5決議，2021年)

朝著同一方向，香港特別行政區政府於2022年12月成立了口腔健康及牙科護理工作小組(工作小組)，檢視現行各項牙科護理服務，向政府提供口腔健康及牙科護理的長遠規劃的意見，以及向政府建議加強服務範疇和模式等事項。口腔健康和牙科護理的長期策略，以及包括擴大服務範圍和模式的事項。基層牙科護理以保存牙齒及提升市民口腔健康整體水平為目標。

多年來，公眾對於口腔健康護理需求的重點一直是補牙、拔牙及鑲配假牙等治療性牙科服務。然而，工作小組認為，牙齒缺失是可以避免的，倚靠的是預防性牙科服務而不是治療性牙科服務。治療性牙科服務可以修補牙科疾病引致的後果(例如填補修復蛀牙洞)，但無法影響疾病的進程(例如礦物質流失導致的蛀牙洞)。因此，治療性牙科服務無法解決牙齒問題，牙齒疾病很可能會復發(例如出現新的蛀牙洞)。如果人們能夠採取有利於口腔健康的生活模式(請參閱第2章)並使用預防性牙科服務(例如外用氟化物或窩溝封閉劑)，則更有可能預防蛀牙和牙周病。

在發展基層牙科服務時，會採用「基層醫療健康藍圖」所提出的慢性疾病的預防、及早發現、及早治療的策略。公眾改變觀念，支持這些措施對於其成效性至關重要。

筆記

筆記

筆記

