



衛生署
Department of Health



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 978-962-8868-81-0

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

2021年 口腔健康調查



中華人民共和國
香港特別行政區
衛生署

2024年11月

目錄

衛生署署長獻辭	6
鳴謝	7
引言	12
第一章 蛀牙及牙周病	14
第二章 有助保持口腔健康的生活模式	20
第三章 五歲兒童	22
香港五歲兒童的口腔健康狀況	22
五歲兒童的口腔健康相關行為	26
家長對牙患的認識	30
家長對其五歲子女口腔健康狀況的理解	36
家長對其子女口腔健康狀況的理解與實際狀況的比較	37
五歲兒童使用口腔健康護理服務的模式	38
受家長牙科保險或福利計劃保障的五歲兒童比率	41
第三章小結	43
前瞻	44
第四章 十二歲學生	46
香港十二歲學生的口腔健康狀況	46
十二歲學生的口腔護理相關行為	51
學生和家長對牙患的認識	55
十二歲學生使用口腔健康護理服務的模式	64
妨礙學生升讀中學後尋求口腔健康護理服務的因素	66
受家長牙科保險或福利計劃保障的十二歲學生比率	68
第四章小結	70
前瞻	71
第五章 三十五歲至四十四歲成年人	72
香港三十五歲至四十四歲成年人的口腔健康狀況	72
成年人的口腔健康相關行為	79
推動或妨礙成年人進行有助保持口腔健康的相關行為的因素	88
口腔健康對於成年人生活品質的影響	95
第五章小結	97
前瞻	98

第六章	六十五歲至七十四歲的非居於院舍長者	100
	香港六十五歲至七十四歲非居於院舍長者的口腔健康狀況	100
	非居於院舍長者的口腔健康相關行為	107
	推動或妨礙非居於院舍長者進行有助保持口腔健康的相關行為的因素	117
	口腔健康對非居於院舍長者生活品質的影響	125
	第六章小結	127
	前瞻	128
第七章	六十五歲及以上使用社會福利署長期護理服務的長者	130
	目標群組的年齡分布	130
	口腔狀況 – 現存牙齒數目	131
	口腔狀況 – 使用假牙狀況	132
	口腔狀況 – 口腔黏膜狀況	135
	現存牙齒狀況 – 蛀牙	136
	現存牙齒狀況 – 口腔衛生及牙周狀況	138
	口腔狀況對日常生活的影響程度及與蛀牙及牙周病有關的風險因素	140
	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	145
	為長期護理服務使用者提供牙科服務所涉及的複雜性	149
	第七章小結	153
	前瞻	154
第八章	概論	156
附錄一	五歲兒童的抽樣方案	158
附錄二	十二歲學生的抽樣方案	160
附錄三	三十五歲至四十四歲成人的抽樣方案	162
附錄四	六十五歲至七十四歲非居於院舍長者的抽樣方案	164
附錄五	六十五歲及以上使用社會福利署長期護理服務的長者的抽樣方案	168
	圖表目錄	172
	統計表目錄	175
	詞彙	177
	參考資料	179

衛生署署長獻辭

衛生署擔任香港特別行政區(香港特區)政府的衛生事務顧問，負責執行衛生相關政策及法定職責，通過提供促進健康、預防疾病、醫療護理和康復方面的各項服務，以及加強社區協作和國際合作，保障市民健康。

口腔健康是市民整體健康、福祉和生活品質的重要指標之一。一直以來，香港特區政府致力提高市民對口腔健康的認識，讓市民更了解所適用的口腔健康服務。隨着人口老化、新科技和新療法的出現，以及疾病模式方面的流行病學轉變，我們全力加強以預防為主、社區為本和家庭為中心的口腔健康策略，聚焦於及早發現疾病和介入治療。

衛生署每十年進行一次全港口腔健康調查，旨在持續監察及了解本港市民的口腔健康狀況。繼2001年和2011年的調查後，衛生署進行了「2021年口腔健康調查」，就市民口腔健康狀況及相關行為提供最新、全面性的資料，並促進牙科護理服務的規劃。這些資料亦有助我們監察市民口腔健康狀況的趨勢。

本報告所載調查結果將為公眾、牙科業界和其他醫護專業人員提供有用資料。香港特區政府口腔健康及牙科護理工作小組將根據這些資料制定最終建議，並於2024年年底公布有關建議。展望將來，讓我們同心協力，促進及改善市民的口腔健康。

香港特別行政區政府

衛生署署長

林文健醫生，太平紳士

鳴謝

2021年口腔健康調查得到各方人士與機構的大力支持，才得以順利完成。我們感謝以下機構提供多方面的協作：

政府部門

政府統計處

教育局

公務員事務局法定語文事務部

社會福利署

幼稚園/幼兒園

香港小童群益會樂緻幼稚園(灣仔)

佛教金麗幼稚園

明愛聖方濟各幼稚園

宣道會陳李詠貞紀念幼稚園

基督教佈道中心樂富幼稚園

啟思幼稚園幼兒園(青衣)

啟思幼稚園幼兒園(深灣軒)

香港中文大學校友會聯會陳震夏幼稚園

基督教粉嶺神召會恩光幼稚園

循理會白普理循理幼兒學校

綠茵英文幼稚園(馬鞍山)

佳寶幼稚園第三分校(天瑞邨)

香港宣教會優質幼兒學校

香港青年協會青樂幼稚園

禮賢會荔景幼兒園

世界龍岡學校朱瑞蘭(中英文)幼稚園

滿樂幼稚園

新界婦孺福利會長發幼兒學校

新界婦孺福利會博康幼兒學校

保良局倪文玲(蝴蝶灣)幼稚園暨幼兒園

保良局黃樹雄幼稚園暨幼兒園

聖雅各福群會寶翠園幼稚園幼兒中心

聖公會慈光堂聖匠幼稚園(分校)

聖公會慈光堂柯佩璋幼稚園幼兒園

聖公會青山聖彼得堂山景邨幼稚園

聖若望英文書院(幼稚園部)

國際英文幼稚園暨幼兒園

大埔浸信會幼稚園
香港浸信會聯會寶田幼稚園
基督教聖約教會小天使(天盛)幼稚園暨幼兒園
救世軍大窩口幼兒學校
宏福中英文幼稚園
宏福幼兒園·宏福幼稚園
東華三院方肇彝幼兒園
東華三院南九龍獅子會幼兒園
基督教聯合醫務協會幼兒學校
仁濟醫院方江輝幼稚園 / 幼兒中心
仁濟醫院友愛幼稚園 / 幼兒中心
仁愛堂葉德海幼稚園
仁愛堂陳鄭玉而幼稚園暨幼兒園
英藝幼稚園(元朗)

中學

佛教大雄中學
趙聿修紀念中學
粉嶺救恩書院
粉嶺禮賢會中學
香港浸會大學附屬學校王錦輝中小學 - 中學部
香港青年協會李兆基書院
旅港開平商會中學
荔景天主教中學
港島民生書院
博愛醫院陳楷紀念中學
聖類斯中學(中學部)
德愛中學
東華三院辛亥年總理中學
英華書院

安老院

志蓮淨苑志蓮護理安老院
 松悅園耆融護養院
 佳安家 (秦石) 綜合護老中心
 靈實胡平頤養院
 曉光 (土瓜灣) 護老中心
 金華 (北角) 護老院
 嘉濤耆康之家
 廣安護老之家有限公司
 愛德安老院有限公司
 耆恩園護理安老院有限公司
 救世軍白普理慈愛長者之家
 東江安老院
 仁愛護老中心有限公司
 毓華護老院有限公司

長者日間護理中心

香港仔街坊福利會社會服務中心 — 華貴長者日間護理中心
 基督教家庭服務中心彩盈長者日間護理中心
 鍾錫熙長洲安老院有限公司長者日間護理中心
 鳳溪公立學校 — 鳳溪護理安老院日間護理中心
 香港基督教服務處展華長者日間護理中心
 香港聖公會福利協會有限公司 — 恩駿長者日間護理中心
 香港基督教女青年會林護紀念松柏日間護理中心
 頤樂居有限公司 — 康城松山府邸 (長者日間護理單位買位計劃)
 循道愛華村服務中心社會福利部小西灣老人日間護理中心
 松齡俊匯有限公司 — 松齡雅苑 (長者日間護理單位買位計劃)
 保良局耆盛長者日間護理中心 (附設於樂安居)
 保良局耆安長者日間護理中心 (附設於癸末年樂頤居)
 聖雅各福群會柏雋長者日間護理中心
 香港耆康老人福利會葵盛西長者日間護理中心
 香港耆康老人福利會任白慈善基金老人日間護理中心
 救世軍大埔長者綜合服務 — 長者日間護理中心
 荃灣老人中心有限公司 (長者日間護理單位買位計劃)
 東華三院陳馮曼玲長者日間護理中心
 東華三院羅王玉文護養院暨日間中心
 東華三院區偉林伉儷紀念長者日間護理中心
 仁濟醫院王華湘王余家潔長者日間護理中心
 仁愛堂龍韶雅長者日間護理中心

改善家居及社區照顧服務及綜合家居照顧服務

香港仔街坊福利會社會服務中心 — 綜合家居照顧服務 (I、II、III及IV隊)

基督教靈實協會 — 西貢改善家居及社區照顧服務

基督教靈實協會 — 黃大仙改善家居及社區照顧服務

香港家庭福利會 — 深水埗改善家居及社區照顧服務

循道衛理中心 — 循道衛理灣仔長者服務中心 (綜合家居照顧服務)

保良局 — 葵青改善家居及社區照顧服務

救世軍觀塘綜合家居照顧服務隊

東華三院 — 改善家居及社區照顧服務 (九龍城)

東華三院 — 改善家居及社區照顧服務 (沙田)

其他機構

松悅園耆融護養院

馬鞍山互助委員會

保良局壬午年耆樂居

嗇色園可頌綜合家居照顧服務

嗇色園可榮耆英鄰舍中心

嗇色園可旺耆英鄰舍中心

仁濟醫院李衛少琦安老院

我們衷心感謝衛生署統計組的工作人員在是次調查的籌劃、抽樣、數據校驗和分析以至報告編寫各階段中提供專業意見，並分享寶貴經驗。我們也要感謝衛生署衛生防護中心，同意我們可從2020-22年人口健康調查中收集合資格成年人和非居於院舍長者樣本，令整個調查過程更為高效且節省人力。我們還衷心感謝衛生署口腔健康促進科及牙科規管及執法辦公室在報告撰寫過程中給予的寶貴支持。

最後，謹此向答允參與是次調查的每一位人士致謝，全憑他們是次調查才能順利完成。

是次調查由以下衛生署人員籌劃及推行：

2021年口腔健康調查籌備小組

許美賢醫生(籌備小組主席)

林德昭醫生(籌備小組前主席)

五歲兒童及十二歲學生組

許美賢醫生(組長)

紀勇醫生(組長)

馮韶慧醫生

曹紹賢醫生

三十五歲至四十四歲成年人及六十五歲至七十四歲的非居於院舍長者組

李筱雯醫生(組長)

余錫豪醫生(組長)

畢羽田醫生

陳嘉蕙醫生

虞積龍醫生

六十五歲及以上長期護理服務使用者組

蘇漢澄醫生(組長)

王詠詩醫生(組長)

周文謙醫生

朱永豪醫生

撰寫報告支援小組

曹文瀚先生

阮連珠女士

鮑美如女士

引言

口腔健康能夠讓一個人執行進食、呼吸和說話等基本功能，是整體健康不可或缺的一環。口腔健康還涵蓋自信、福祉以及在沒有疼痛、不適和尷尬的情況下進行社交和工作的能力等社會心理層面。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。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。

2021年口腔健康調查的目標

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。這些調查結果可用以與2001年和2011年口腔健康調查的結果作比較，以了解這二十年間的變化情況。

每個年齡組別樣本大小，是就主要變數的精確度（例如蛀牙的普遍程度）、抽樣方案的設計效果、預期的回應率和可使用的資源等考慮因素作決定。樣本大小，必須足以探測到大部分樣本的臨床數據與口腔健康行為以及誘病因素等資料之間的顯著關聯。

2021年口腔健康調查內容的組織

與之前的兩次口腔健康調查相同，2021年口腔健康調查同樣聚焦兩種最常見、影響眾多人口並且可預防的口腔疾病：蛀牙和牙周病。這份報告將令我們瞭解這兩種常見口腔疾病在過去二十年在香港人口中的變化情況。有關這兩種疾病，及各項與其相關的口腔健康指標的詳情見於報告**第一章**。

實踐良好的口腔護理行為和生活模式等簡單方法便可有效預防蛀牙和牙周病。報告**第二章**進一步介紹有助保持口腔健康的措施。

2021年口腔健康調查所採用的調查方法遵循世衛建議的基本原則，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。附錄I、II、III、IV、V分別介紹了針對這五個年齡組的詳細調查方法。

2021年口腔健康調查包含了一系列實地調查，是在2019冠狀病毒疫情的影響下於2022年12月至2024年1月進行的。五歲兒童、十二歲學生、三十五歲至四十四歲成年人、六十五歲至七十四歲非居於院舍長者，以及六十五歲及以上長期護理服務使用者的口腔健康狀況和口腔健康相關行為的調查結果分別詳列於報告**第三、四、五、六及七章**。第八章則總結了整個調查的概要。調查結果的重點會特別標示出來。

估計數值的表達方式

本調查的結果是以總計方式表達。由於進位關係，統計圖和表內個別項目的總和可能與總數略有出入。應留意，本調查報告所有估計數值可能存在抽樣上的誤差。由於報告中的估計數值是基於所得樣本的資料，而所得樣本只是以同樣方法抽取的眾多樣本之一。在或然情況下，源自不同樣本的估計數值會存在差異，因此，零值可能表示極小的非零值。此外，有些估計數值是來自樣本中的細小分組或從小量樣本的觀察所得，它們可能存在較大誤差。此等估計數值以符號「S」標示，讀者理解時應加倍留意。

綠框文字

有關各項調查結果的重點及其概覽，讀者可直接細閱**綠框**之內文字。第三至第七章結尾的**綠框**分別羅列每個指標年齡組別的調查結果摘要。

藍框文字

報告中的重要提示列於**藍框**之內。

索取資料

如欲獲得更多關於口腔健康的資料，請瀏覽衛生署口腔健康促進科網頁：

<https://www.toothclub.gov.hk/>



第一章

蛀牙及牙周病

如何衡量牙齒清潔程度？

牙菌膜和牙石

牙菌膜是黏附在牙齒表面的細菌薄膜。定時清潔牙齒後重新形成的牙菌膜相對無害。不過，如果沒有定時徹底清潔牙齒，牙菌膜內的細菌繼續滋長，並積聚於牙齒表面，最終就可能引致蛀牙和牙周病。

牙石是因唾液內的礦物質積聚在牙菌膜內導致牙菌膜硬化而形成的。即使牙石可能會不雅觀，但牙石本身並不會影響健康。不過，積聚在牙石粗糙表面上的牙菌膜則會對口腔健康造成不良影響。

口腔的清潔程度是以牙菌膜和牙石積聚的多寡來衡量。它反映個人清潔牙齒的成效，同時顯示其患上口腔疾病的風險。

衡量及表述口腔清潔程度的方法

在本調查中，口腔的清潔程度是以肉眼檢測牙齒表面有牙菌膜(或牙石)覆蓋的比率來衡量。覆蓋的比率越低，顯示口腔清潔程度(及清潔牙齒的成效)越高，反之亦然。在口腔清潔程度相對良好的群組中(例如五歲和十二歲年齡組別)，整體清潔程度是按照受檢者牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的百分率在整體群組中的分布情況來表述。在口腔清潔程度相對不理想的群組中(例如成年人和非居於院舍長者組別)，整體清潔程度則按照有逾半牙齒表面有牙菌膜(或牙石)覆蓋的受檢者在整體群組的比率來表述。

如何量度蛀牙？

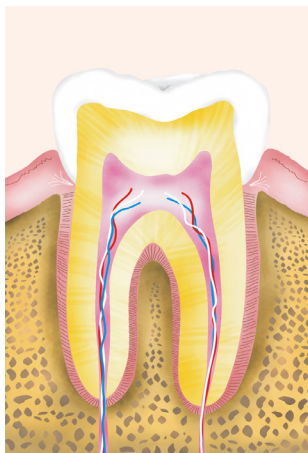


圖1.1沒有蛀牙的健康牙齒的橫切面

健康牙齒的橫切面圖如圖1.1所示。

某幾種在長期積聚的牙菌膜內的細菌可以迅速地分解食物和飲料中的糖分，產生酸素。因此，每次飲食後，這類牙菌膜內的細菌都會產生酸素，使牙齒暴露在酸性環境中，導致牙齒表面的礦物質流失。

一般而言，每次進食後，約需20至30分鐘，唾液才可中和牙齒周圍的酸性環境，同時補充牙齒表面所流失的礦物質。



圖1.2嚴重蛀壞的牙齒引致牙瘡的形成

頻密攝入含糖食物和飲料會導致牙齒表面的礦物質流失量較修復量為多。久而久之，牙齒表面會軟化，牙齒組織受到破壞而形成牙洞。牙齒嚴重蛀蝕（圖1.2），可引發劇痛、牙髓組織發炎和壞死，以及形成牙瘡。牙冠可因受蛀蝕至完全損壞而只餘牙根，該牙根稱為僅餘牙根。

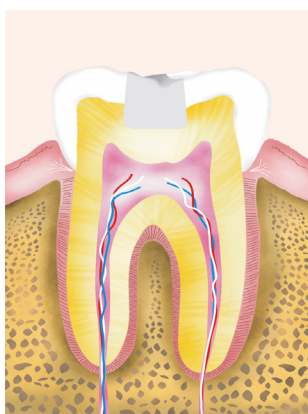


圖1.3已修復的牙齒

牙齒出現蛀洞後就不能自行修復，患者必須接受補牙治療才可修復牙齒（圖1.3）。如果蛀蝕嚴重，患者可能需要接受複雜而昂貴的修復治療（例如：根管治療、鑲配人造牙冠）。如果牙齒已嚴重損壞至無法修復，唯一的治療就只有拔除牙齒（拔牙）。

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

世界衛生組織 (世衛) 把蛀牙定義為「牙洞底部是變軟的象牙質」，因此本口腔健康調查 (及2001年和2011年口腔健康調查) 把蛀牙定義為「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)，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)，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)。「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。

齲失補齒數值顯示患者過去和現在受蛀蝕所影響的牙齒數量。齲齒數值反映患者目前未經治療並需要處理的蛀牙數量，補齒和失齒均顯示患者過往曾受蛀蝕並已獲治療的牙齒數量。然而，拔牙的原因有時難以確定，牙齒可因創傷、牙周病或非蛀牙的因素而需要拔除，這些情況在長者群組中尤為常見。

甚麼是牙周病及如何量度牙周病？

牙周病是指牙齒周圍的支撐組織 (牙周組織) 受牙菌膜影響而引致的疾病。牙周組織包括牙齦、牙周膜和牙槽骨。

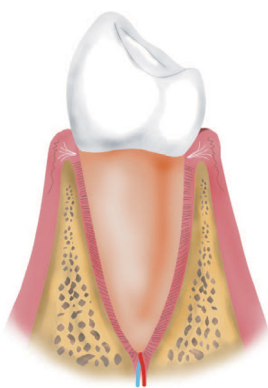


圖1.4 健康的牙周組織

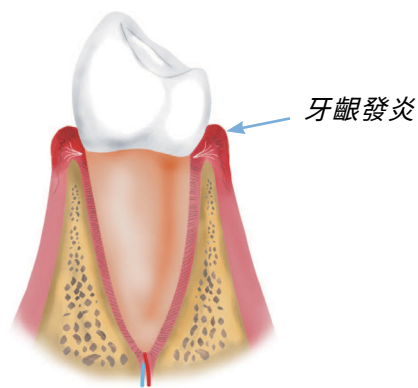


圖1.5 牙齦發炎

在長期積聚的牙菌膜內的細菌會釋出毒素，刺激附近的牙周組織，引致牙齦發炎 (圖1.4和圖1.5)。牙齦出血是牙齦發炎的徵兆，患者只要徹底清除牙菌膜就可復原。然而，牙菌膜也會積聚在牙石粗糙的表面以致難以清除，因此患者必須接受由牙科專業人士提供的洗牙服務以清除牙石。

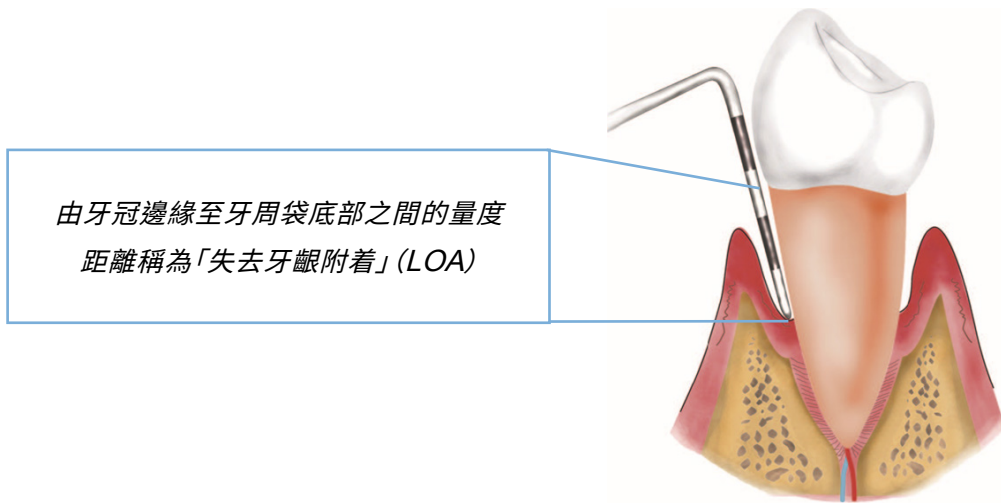


圖1.6 「失去牙齦附着」(LOA)的量度

如果牙周組織受到破壞，原本緊附著牙根表面的牙齦就會與牙根分離，形成牙周袋或導致牙齦萎縮，有時這兩種情況或會同時出現。牙周袋的深度和牙齦萎縮的量度長度的總和稱為「失去牙齦附着」(LOA) (圖1.6)。

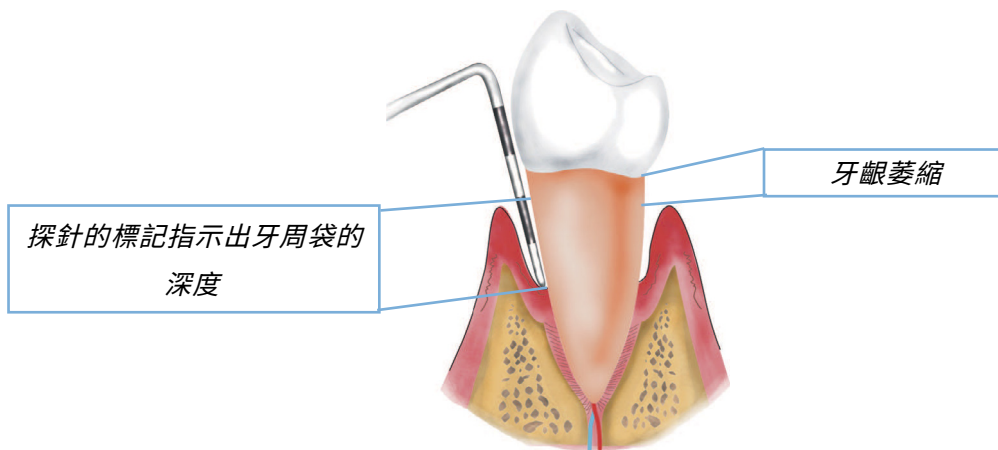


圖1.7 牙周袋及牙齦萎縮

牙齦萎縮會引致牙根表面外露(圖1.7)。患者會察覺牙齒「變長」及可能對冷熱敏感。這顯示支撐牙齒的組織已遭破壞，而外露的牙根更有可能會被蛀蝕。

量度牙周病 – 檢查方法

口腔健康調查一般是以牙齦出血狀況、牙周袋深度和「失去牙齦附着」的程度等指標量來度牙周病。

牙科醫生是以國際認可的標準牙周探針量度牙周組織的健康狀況。牙科醫生首先用探針輕輕沿著牙齦邊緣探測，然後觀察有沒有出血現象，並把牙齦出血狀況記錄下來。

牙科醫生會把探針輕輕放入牙齦邊緣，並利用探針的標準刻度（圖1.7）量度牙周袋的深度（探針探入的深度）。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，牙科醫生在結合其他因素後才會對個人的牙周健康狀況作出評估。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，其準則與香港過往口腔健康調查中的定義相同。

「失去牙齦附着」（LOA）是指由牙冠邊緣（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）至牙周袋底部之間的量度距離。牙科醫生會用牙周探針的標準刻度量度此數值（圖1.6）。

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。

區段指數牙檢查 – 社區牙周指數 (Community Periodontal Index)

「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。現在選用這個指數主要是為了跟以往的調查結果作比較，針對長期護理服務使用者組別便採用該方法。

「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)。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。從此數值只可看到個人所達到的社區牙周指數最高數值，卻看不到該數值涉及到多少受牙周病影響的牙齒以及有多少牙齒受牙周病較低程度影響的資料。在未能採用全口牙齒或半口牙齒檢查方法的情況下，可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。

全口 / 半口牙齒檢查

與量度牙齒清潔程度近似，牙周健康程度是以個人受牙齦出血、牙周袋和失去牙齦附着所影響的牙齒比率來衡量。群組層面的牙周健康程度則按照受各種牙周健康狀況所影響的人數比率來表述。

在比較不同的口腔健康調查結果時，必須留意個別調查中檢查牙周健康時所涉及的牙齒數量。如果檢查的牙齒數量愈多，發現牙周病的機率(即受影響人群的比例)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。在成年人和非居於院舍長者組別中，由於以往是採用半口牙齒檢查方法，而本調查則採用全口牙齒檢查方法，受牙周病狀況所影響的人數比率可能因而有所增加。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，應留意上述事項。

第二章

有助保持口腔健康的生活模式

怎樣的生活模式能達致良好的口腔健康？

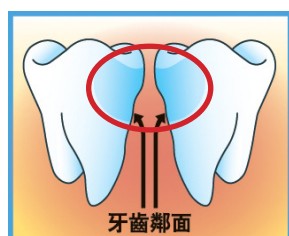
有助保持口腔健康的生活模式包括：

- 每天早晚使用含氟化物牙膏，並按照牙科專業人士指導的正確方法刷牙
- 遵循牙科專業人士的指導，每天使用牙線或牙縫刷清潔牙縫
- 即使相信自己的口腔健康狀況良好，也應定期檢查口腔
- 養成良好的飲食習慣，減少飲食次數，尤其是含糖分的食物或飲料
- 不吸煙

牙菌膜會引致牙周病和蛀牙。刷牙是清除牙齒表面牙菌膜的有效方法。七歲以下兒童刷牙時，更需要家長從旁協助才能有效地清潔牙齒。刷牙時必須使用含氟化物牙膏，因為氟化物已証實能有效地防止蛀牙。

雖然用適當的方法刷牙能清除大部分牙齒表面的牙菌膜，但是不能深入清潔牙縫兩側的牙齒鄰面（牙與牙之間相鄰的牙面）。因此，有必要使用牙線和/或牙縫刷。

圖2.1 牙縫兩側示意圖



一般而言，如牙縫較窄，可以用牙線清潔該牙縫的牙齒鄰面；但如牙縫較寬，則應使用牙縫刷，牙縫刷相較於牙線而言更易掌握。選擇一把由牙科專業人士推薦的牙縫刷，將其輕輕插入牙縫中，接著緊貼牙齦邊緣，然後前後移動，就可以清潔牙齒鄰面。

要有效地刷牙和清潔牙齒鄰面，關鍵在於潔齒技巧。定期檢查牙齒時，牙科醫生不但會檢查個人的口腔健康狀況，而且還會結合個人需要提供口腔護理指導，以有效提高刷牙和清潔牙縫的技巧。

除此之外，定期檢查口腔有助及早發現、及早診斷和及早治療口腔疾病，更可讓牙科醫生對口腔疾病風險及早作出評估。牙科專業人士亦可就個人生活模式提出建議，並監察口腔護理的成效。定期檢查牙齒時，牙科專業人士還可提供預防口腔疾病的治療，例如在牙齒表面塗上氟化物或窩溝封閉劑等。

減少飲食次數可減低蛀牙的風險。蛀牙是因口腔內的細菌分解食物和飲料中的糖分而產生酸素所致。然而，糖分在日常飲食中，幾乎無處不在，除了食物及飲料所蘊含的天然糖分，包括水果中的果糖、牛奶中的乳糖和澱粉之外，還有為增進食物及飲料的味道和質感而在製作過程中添加的糖分。因此，每次飲食時，牙齒均可能受到酸素的侵襲。為減低蛀牙的風險，應減少正餐以外的飲食次數，口渴時應以清水取代其他飲料。

吸煙會引致肺癌和心血管疾病，同時也是牙周病和口腔癌的風險因素。因此，應避免吸煙，以促進身體和口腔的健康。

第三章

五歲兒童

香港五歲兒童的口腔健康狀況

牙齒狀況 – 牙齒數目

五歲兒童的牙齒主要為乳齒，因此本報告只涵蓋乳齒的狀況。兒童乳齒總數一般為20顆乳齒，由於拔牙或未能長出等原因，本調查中的兒童平均每人有19.3顆乳齒。

牙齒狀況 – 蛀牙經驗

表3.1顯示以「齲失補乳齒」指數 (dmft index) 來衡量五歲兒童的蛀牙經驗，「齲失補乳齒」平均數值 (mean dmft value) 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)。五歲兒童患蛀牙的比率如表3.2所示，有蛀牙經驗的兒童人數比率大概是41.6%，而有蛀牙未予治療的兒童人數比率達39.2%。

表3.1 以「齲失補乳齒」指數衡量五歲兒童的蛀牙經驗

蛀牙經驗	齲失補乳齒 (dmft)	齲齒 (dt)	失齒 (mt)	補齒 (ft)
平均數值	1.8	1.6	< 0.05	0.2

基數：所有五歲兒童
2021年：(N = 39 700)

表3.2 有蛀牙經驗的五歲兒童百分率

蛀牙經驗	齲失補乳齒 (dmft)	齲齒 (dt)	失齒 (mt)	補齒 (ft)
群體中的百分率	41.6%	39.2%	1.2%	6.0%

基數：所有五歲兒童
2021年：(N = 39 700)

表3.3和表3.4比較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。本調查中五歲兒童的蛀牙經驗及受影響的人數比率均較10年前有所減少。

表3.3 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 (N = 67 300)	2011年 (N = 52 300)	2021年 (N = 39 700)
齲失補乳齒平均數 (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

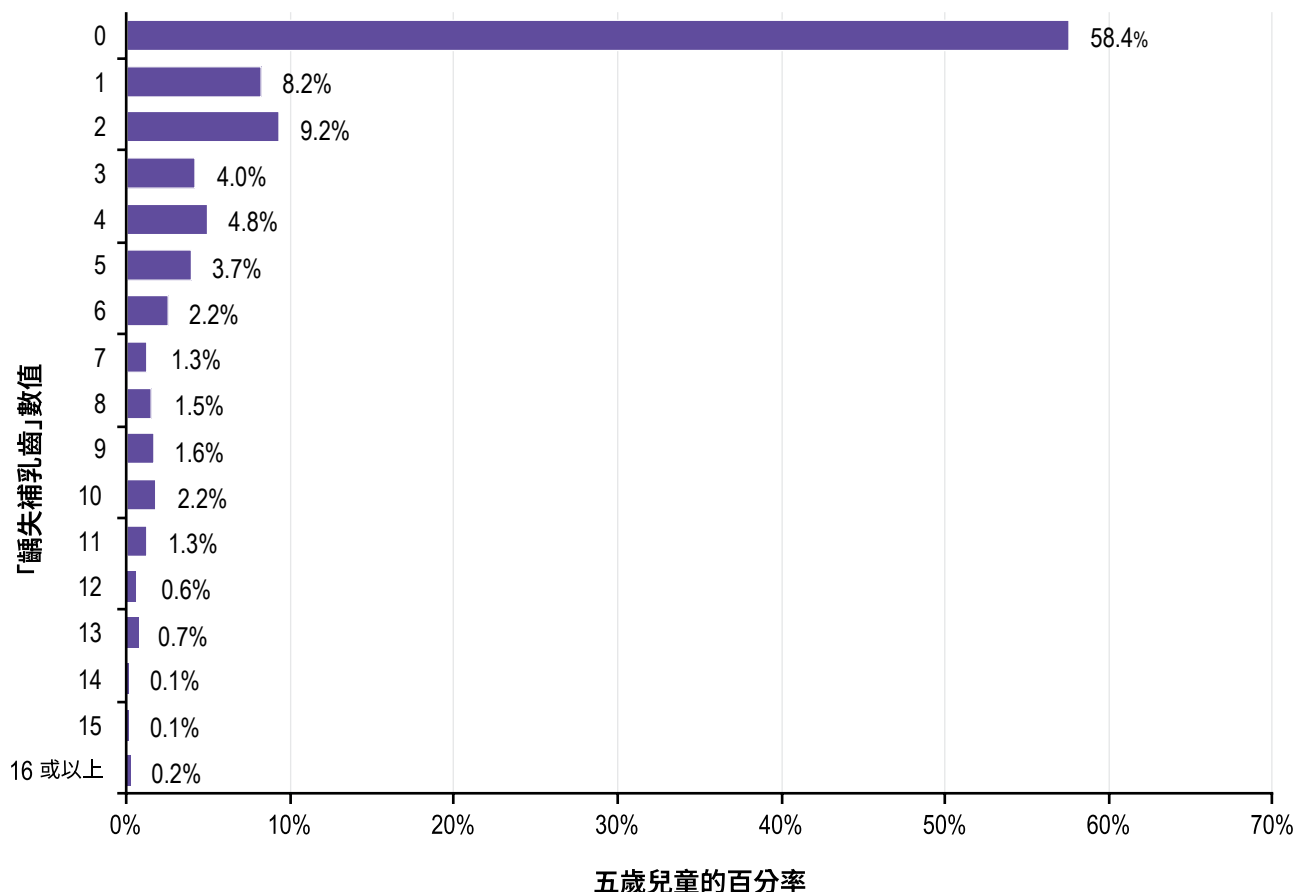
表3.4 有蛀牙經驗的五歲兒童百分率 (2001年、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001年 (N = 67 300)	2011年 (N = 52 300)	2021年 (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

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3.1所示。58.4% (23 200) 的兒童沒有蛀牙經驗。另一方面，20.2% (8 000) 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%。可見五歲兒童的蛀牙分布並不平均。

圖 3.1 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)

牙齒狀況 – 牙瘡

調查發現，0.9% (3 00) 的五歲兒童患有牙瘡，而多數牙瘡可能是與嚴重蛀牙有關。2001年和2011年調查的相關百分比數值較高，為6%左右。

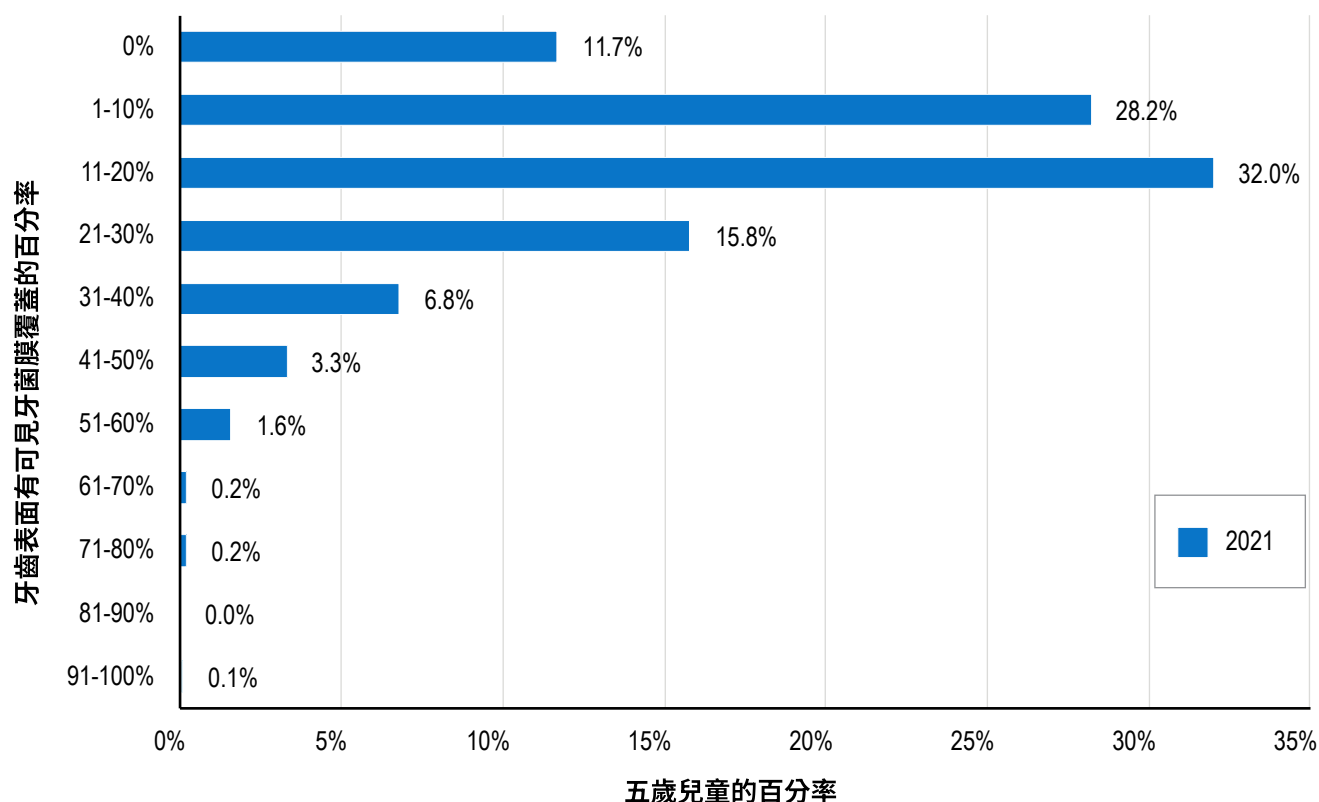
在五歲兒童組別中，蛀牙數目的分布並不平均。58.4%的兒童沒有蛀牙經驗。另一方面，在20.2%兒童中，他們的蛀牙數目佔整個組別蛀牙總數的78.8%。

88.9%曾經蛀蝕的乳齒是未經治療的，另有極少數兒童 (0.9%) 患有牙瘡。

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%，分布情況如圖3.2所示。只有2.1% (800) 的兒童有一半以上的牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋。

圖 3.2 2021年按牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋百分率劃分五歲兒童牙齒清潔程度的分布情況



基數：所有五歲兒童
2021年：(N = 39 700)

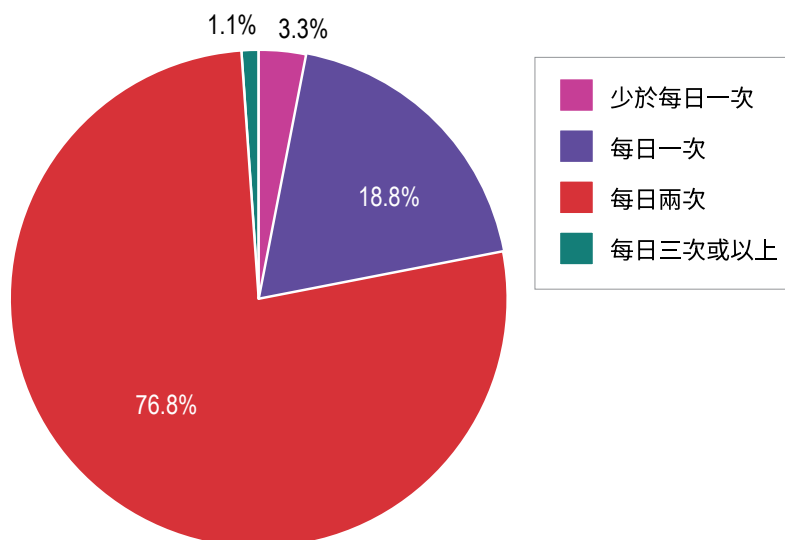
在2001年和2011年的調查中，該組別兒童的牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的平均百分率分別為23.5%和22.1%。比較2001年、2011年和2021年的調查結果，五歲兒童牙齒清潔程度在逐步提高。

五歲兒童的口腔健康相關行為

刷牙 – 兒童刷牙的次數

家長所述的兒童刷牙次數如圖3.3所示。當中77.9% (30 900) 的五歲兒童每天刷牙兩次或以上，只有3.3% (1 300) 刷牙少於每天一次。

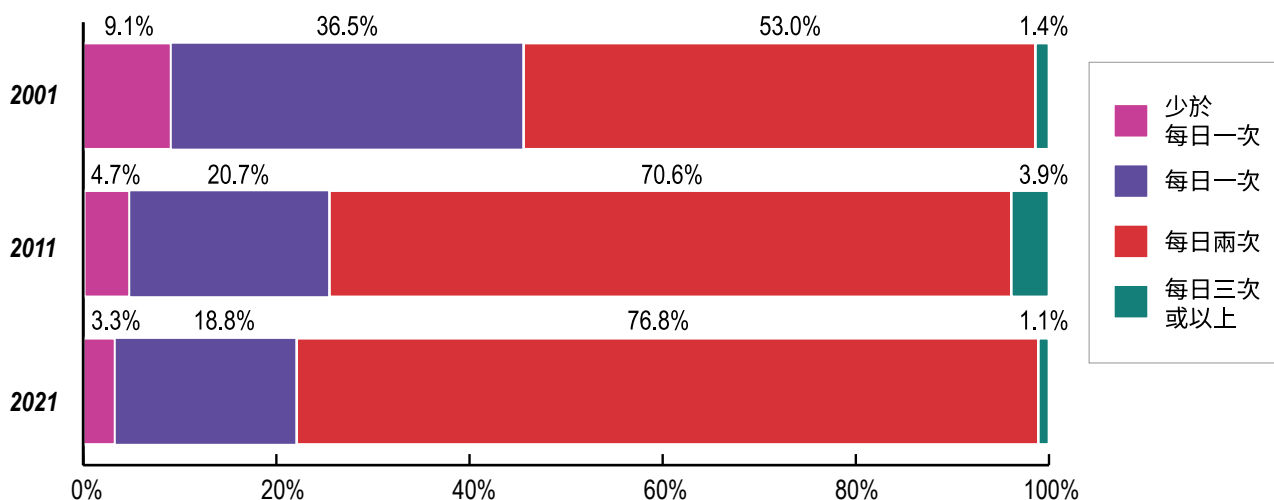
圖 3.3 按家長所述子女的刷牙次數劃分五歲兒童的分布情況



基數：所有家長有回答此問題的五歲兒童
2021年：(N=39 700)

與之前的調查結果比較，本調查中的五歲兒童較勤於刷牙(圖3.4)。

圖3.4 按家長所述子女的刷牙次數劃分五歲兒童的分布情況 (2001年、2011年及2021年)

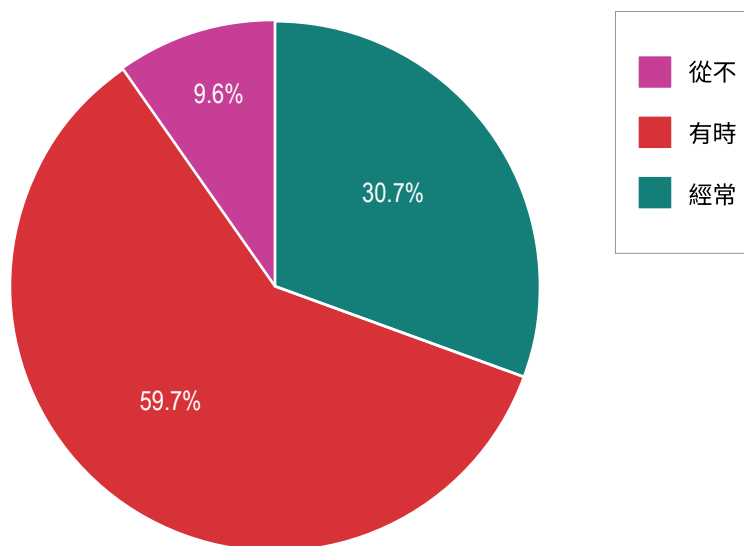


基數：所有家長有回答此問題的五歲兒童
2001年：(N=67 300)
2011年：(N=52 100)
2021年：(N=39 700)

刷牙 — 兒童刷牙時家長提供的協助

調查問及家長會否協助其五歲子女刷牙。59.7% (23 700) 的家長表示有時會協助子女刷牙，而30.7% (12 200) 的家長則經常提供協助 (圖3.5)。

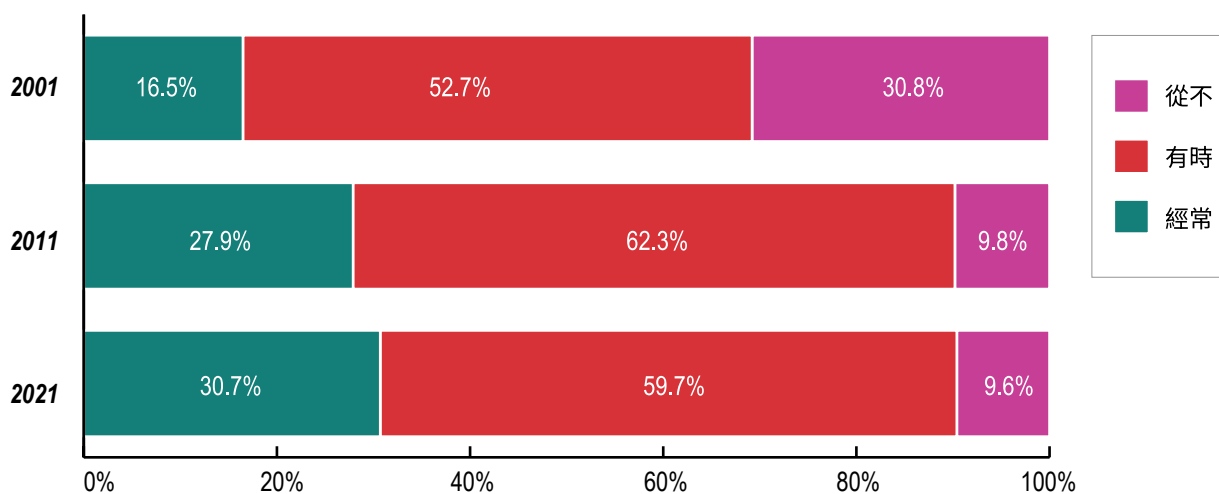
圖3.5 按家長協助子女刷牙的頻密程度劃分五歲兒童的分布情況



基數：所有家長有回答此問題的五歲兒童
2021年：(N=39 700)

與2001年調查結果比較，本調查顯示曾協助其五歲子女刷牙的家長比率增加了約20%，但近10年來增幅趨緩 (圖3.6)。

圖3.6 按家長協助子女刷牙的頻密程度劃分五歲兒童的分布情況 (2001年、2011年及2021年)

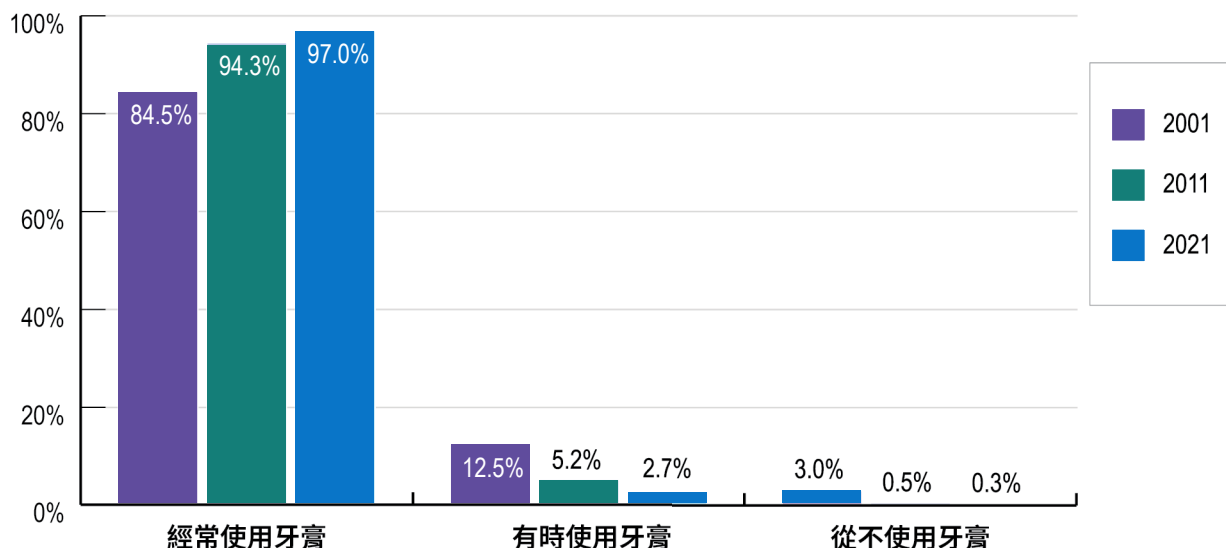


基數：所有家長有回答此問題的五歲兒童
2001年：(N=67 300)
2011年：(N=52 100)
2021年：(N=39 700)

刷牙 — 使用含氟化物牙膏的認知

97.0% (38 500) 家長表示其子女刷牙時經常使用牙膏。與2001年及2011年的調查結果比較(圖3.7)，本調查顯示有更多家長表示其子女經常使用牙膏。

圖3.7 五歲兒童使用牙膏的分布情況 (2001年、2011年及2021年)



基數：所有家長有回答此問題的五歲兒童家長

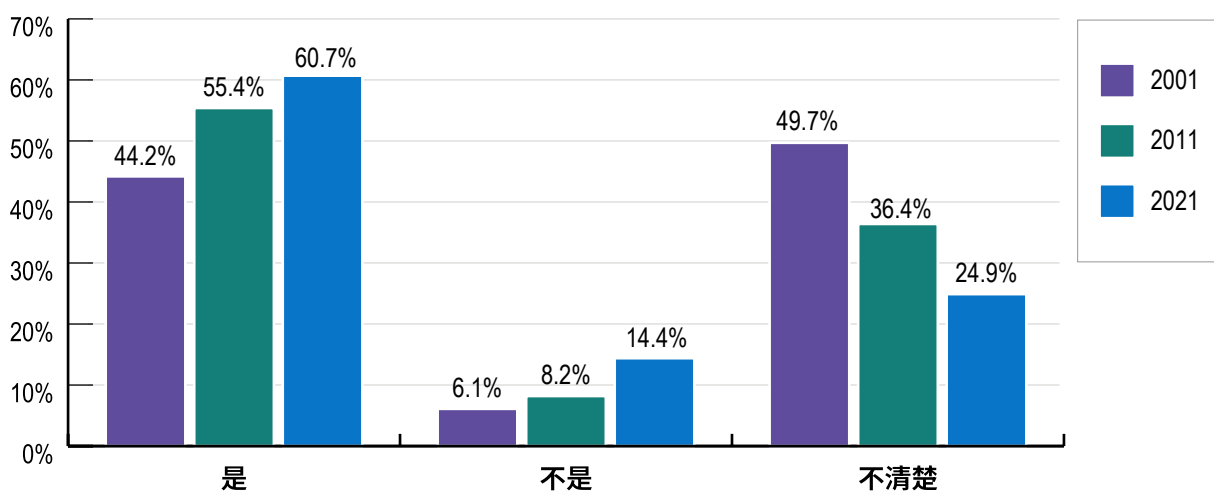
2001年：(N=67 300)

2011年：(N=52 100)

2021年：(N=39 700)

本調查進一步詢問其子女有使用牙膏刷牙的家長，子女所用的牙膏是否含有氟化物。結果顯示，60.7% (24 000) 家長指牙膏含氟化物，24.9% (9 900) 表示不清楚。與2001年和2011年的調查結果比較，本調查中「不清楚牙膏是否含有氟化物」的家長比率有所下降，而家長表示使用無氟牙膏的比例有所增加(圖3.8)。

圖3.8 按五歲兒童家長對其子女所使用的牙膏是否含氟化物的認知劃分的家長分布情況 (2001年、2011年及2021年)



基數：所有家長有回答此問題的五歲兒童家長

2001年：(N=65 400)

2011年：(N=51 800)

2021年：(N=39 600)

大多數五歲兒童每天刷牙兩次，只有3.3%五歲兒童沒有每天刷牙。

約90%的家長在其五歲子女刷牙時提供協助。約59.7%家長有時會協助子女刷牙，而30.7%則經常提供協助。

絕大部分五歲兒童刷牙時使用牙膏，約60%家長表示子女所用的牙膏含氟化物，而近15%家長表示他們使用的是無氟牙膏。在最近二十年，使用無氟化物牙膏的人數百分比有所增加，實在令人關注。此外，24.9%家長不清楚子女所用的牙膏是否含有氟化物，這反映出這部分家長可能不知道選擇含氟牙膏的重要性。

吃零食習慣

調查詢問家長有關其子女在正餐之間吃零食的次數。約67.4% (26 800)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% (3 900) (表3.5)。

表3.5 按家長所述子女吃零食次數劃分五歲兒童的分布情況

吃零食習慣	兒童百分率 (N = 39 700)
沒有每天吃零食的習慣	32.6%
每天一次	33.1%
每天兩次	24.4%
每天三次或以上	9.9%

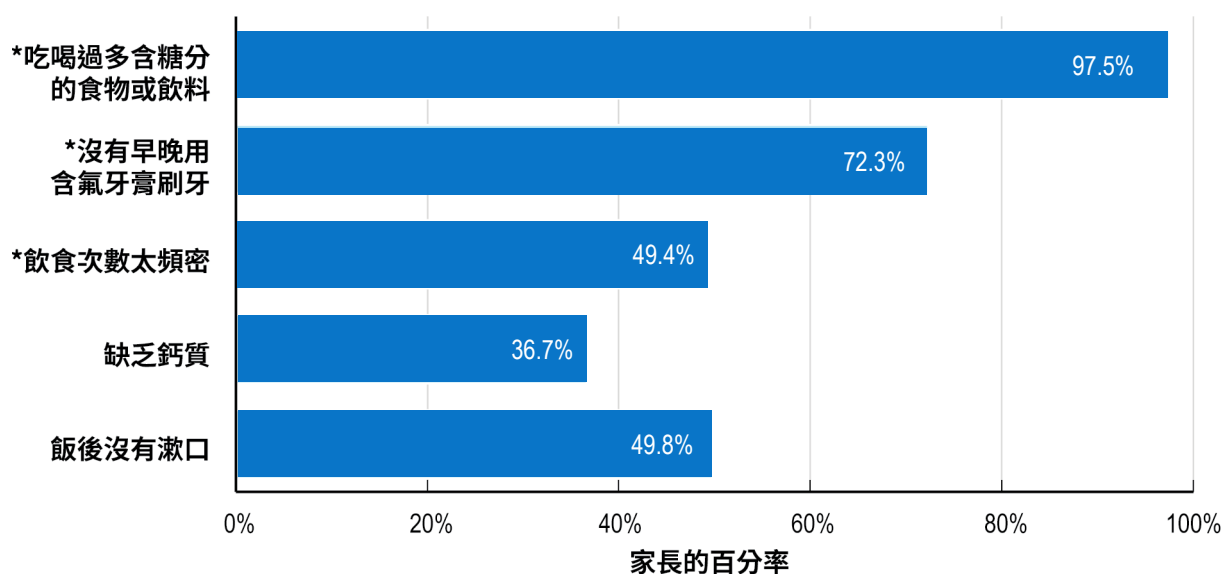
基數：所有家長有回答此問題的五歲兒童

家長對牙患的認識

家長對增加蛀牙風險因素的認識

調查詢問家長可能增加蛀牙風險的因素，結果如圖3.9所示。97.5% (38 700) 的家長認為吃喝過多含糖分的食物或飲料是風險因素，72.3% (28 700) 的家長認為沒有早晚用含氟牙膏刷牙是風險因素，但只有49.4% (19 600) 的家長知道飲食次數太頻密是風險因素。有些家長則誤以為飯後沒有漱口 (49.8% 19 800) 和缺乏鈣質 (36.7%，14 600) 是增加蛀牙風險的相關因素。

圖3.9 按家長認為會增加蛀牙風險的因素劃分五歲兒童家長的百分率 (可選多於一項)



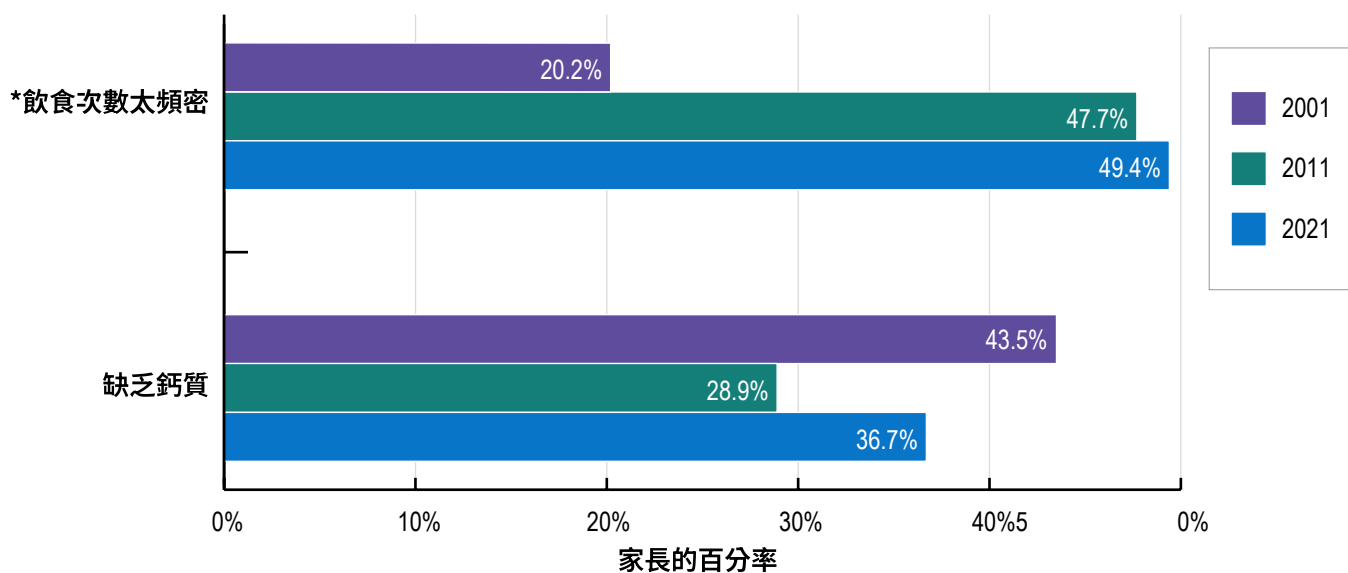
*相關因素

基數：所有回答此問題的五歲兒童家長

2021年：(N = 39 700)

與2001年和2011年的調查結果比較，本調查留意到飲食次數太頻密及缺乏鈣質會增加蛀牙風險的家長比率有所變化，認識到飲食次數頻密是蛀牙風險因素的家長比率略有增加，而更多家長以為缺乏鈣質是蛀牙的風險因素（圖3.10）。

圖3.10 按家長認為會增加蛀牙風險的因素劃分五歲兒童家長的百分率
(2001年、2011年及2021年) (可選多於一項)



*相關因素

基數：所有回答此問題的五歲兒童家長

2001年：(N = 67 300)

2011年：(N = 52 300)

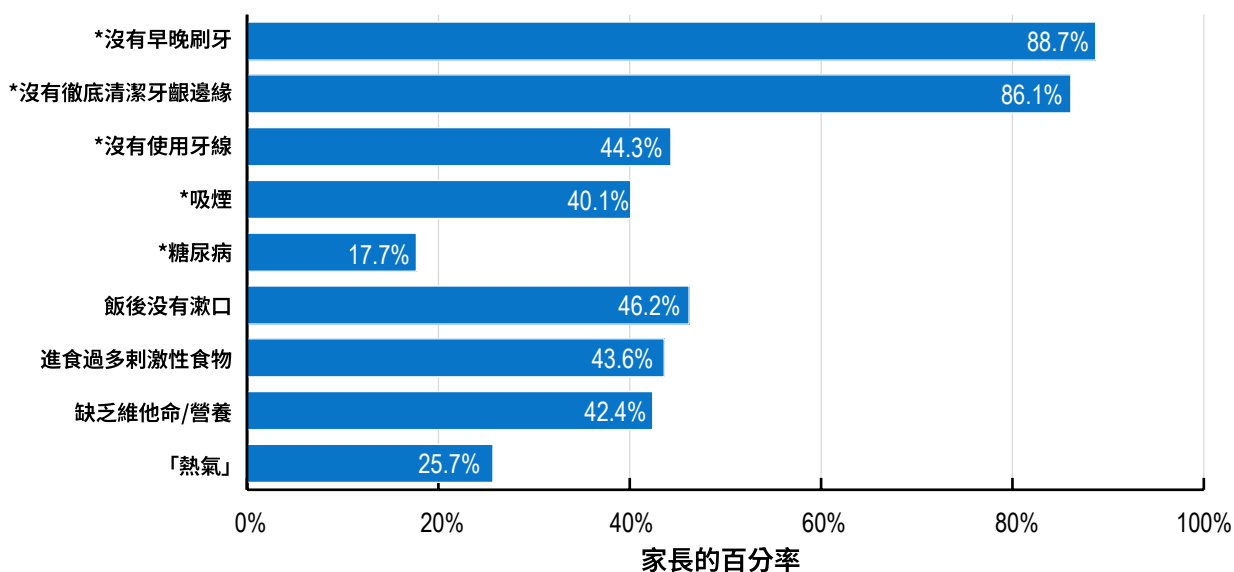
2021年：(N = 39 700)

家長對增加牙周病風險因素的認識

調查詢問家長可能增加牙周病風險的因素，結果如圖3.11所示。

大部分五歲兒童的家長認為沒有早晚刷牙及沒有徹底清潔牙齦邊緣是患上牙周病的風險因素。不過，分別只有44.3% (17 600) 和40.1% (15 900) 的家長知道沒有使用牙線和吸煙也是風險因素。值得注意的是，大多數家長不知道糖尿病有可能增加患上牙周病的風險。

圖3.11 按家長認為會增加牙周病風險的因素劃分五歲兒童家長的百分率 (可選多於一項)

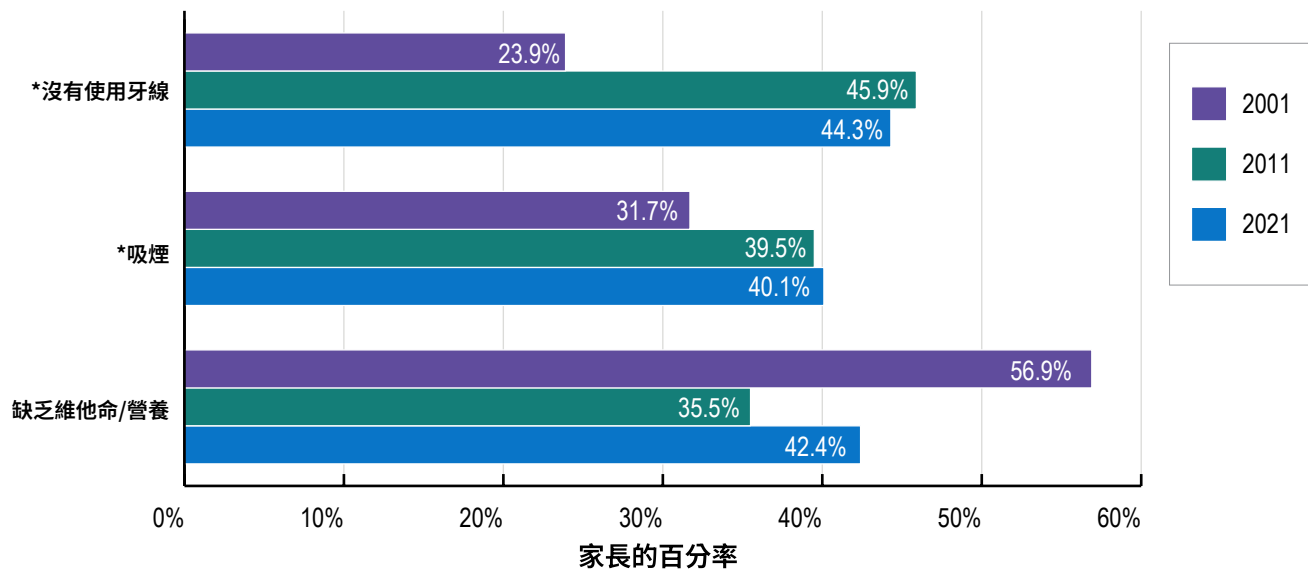


*相關因素

基數：所有回答此問題的五歲兒童家長
2021年：(N = 39 700)

與之前的調查結果比較，2011年和2021年的調查中家長知道沒有使用牙線和吸煙是增加牙周病的風險因素的百分率相若（圖3.12）。

圖3.12 按家長認為會增加牙周病風險的因素劃分五歲兒童家長的百分率（2001年、2011年和2021年）（可選多於一項）



*相關因素

基數：所有回答此問題的五歲兒童家長

2001年：(N = 67 300)

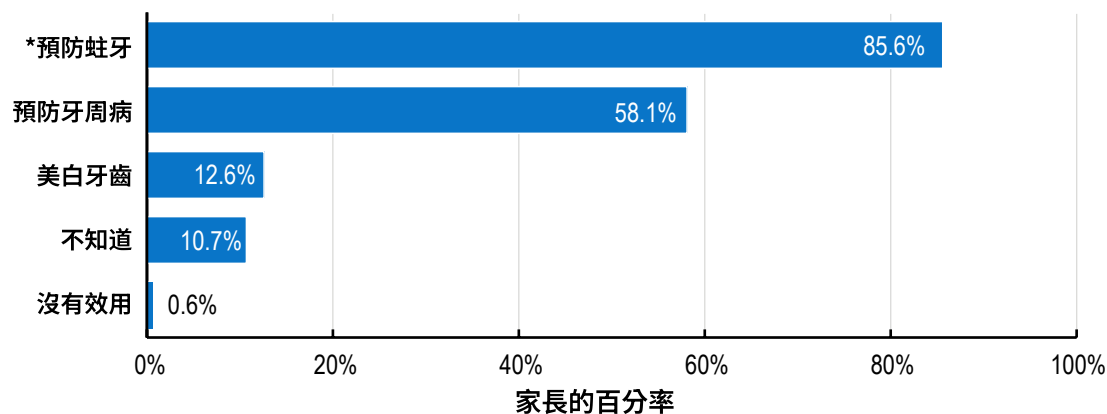
2011年：(N = 52 200)

2021年：(N = 39 700)

家長對氟化物效用的認識

五歲兒童的家長對氟化物效用的認識如圖3.13所示。85%以上的家長能正確指出氟化物能預防蛀牙。不過，有半數以上(58.1%)的家長誤以為氟化物可預防牙周病，而13%的家長誤以為氟化物能美白牙齒。所以，應加強有關氟化物的口腔健康教育，提升口腔健康知識，並推廣使用含氟化物牙膏。

圖3.13 按家長對氟化物效用的認識劃分五歲兒童家長的百分率 (可選多於一項)

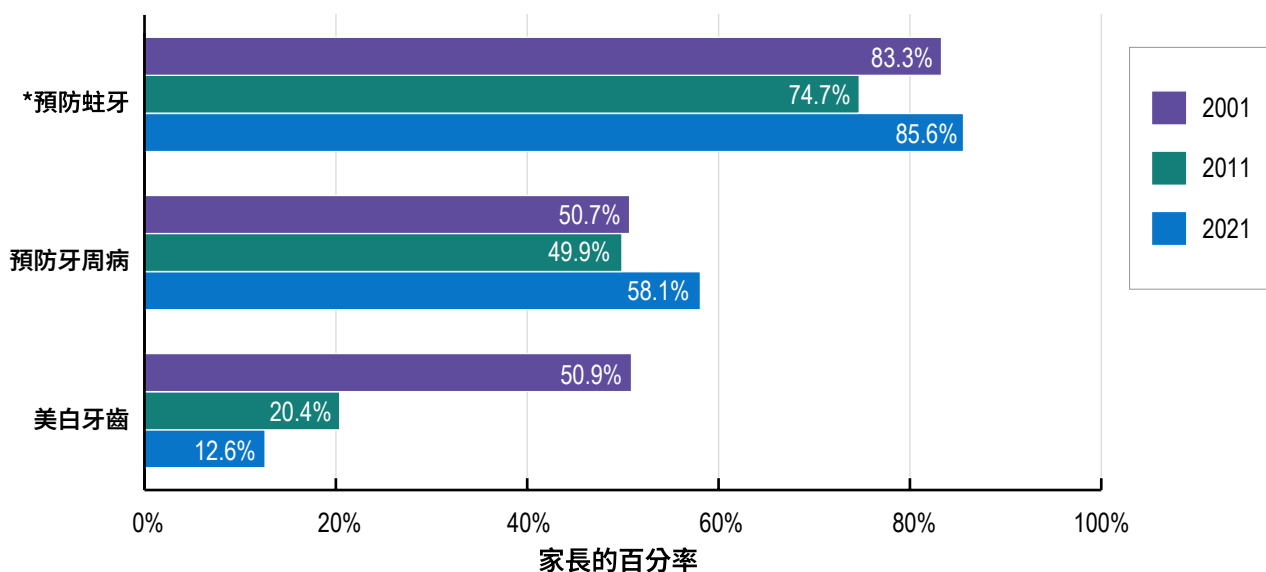


*相關因素

基數：所有回答此問題的五歲兒童家長
2021年：(N = 39 700)

與2001年和2011年的調查結果比較，本調查顯示認識氟化物能預防蛀牙的家長比率仍保持最高。不過，誤以為氟化物可預防牙周病的家長比率亦有所上升。此外，誤以為氟化物有美白牙齒效用的家長比率則有所減少(圖3.14)。

圖 3.14 按家長對氟化物效用的認識劃分五歲兒童家長的百分率
(2001年、2011年和2021年) (可選多於一項)



*相關因素

基數：所有答此問題的五歲兒童的家長

2001年：(N = 67 300)

2011年：(N = 52 300)

2021年：(N = 39 700)

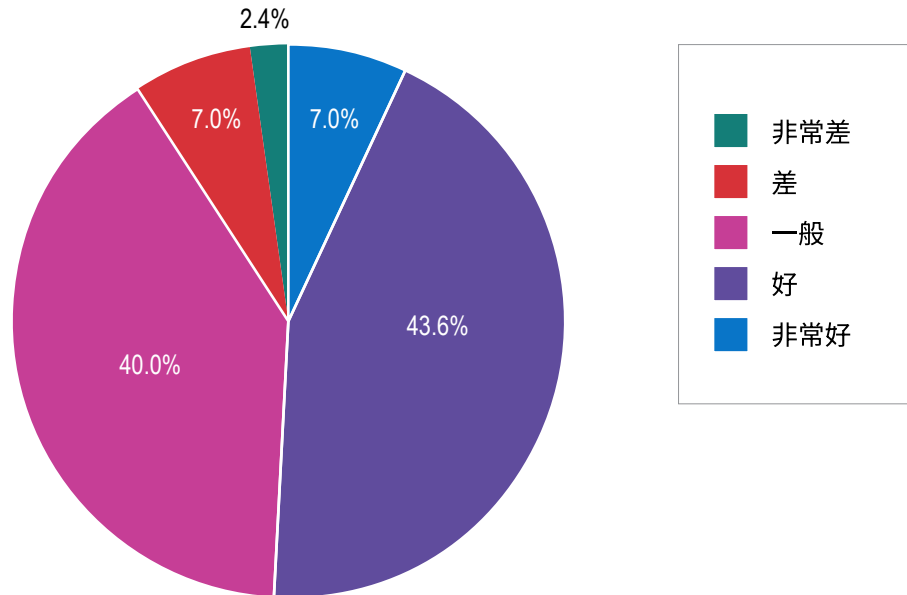
五歲兒童家長對蛀牙和牙周病風險因素的認識有所增加。不過，本調查中有更多家長誤以為「缺乏鈣質與蛀牙有關」或「缺乏維他命和營養與牙周病有關」。

家長未能充分了解氟化物可預防蛀牙。雖然大多數家長知道氟化物可以預防蛀牙，但半數以上家長誤以為氟化物還能預防牙周病。政府和牙科業界應持續宣傳正確的口腔健康資訊，以糾正這些錯誤觀念。

家長對其五歲子女口腔健康狀況的理解

調查請家長評估其子女的口腔健康狀況，結果如圖3.15所示。約半數家長認為其子女的口腔健康狀況好或非常好，約10%的家長認為其子女的口腔健康狀況差或非常差。此情況與2001年和2011年的調查相若。

圖3.15 按對其子女口腔健康狀況的理解劃分五歲兒童家長的分布情況

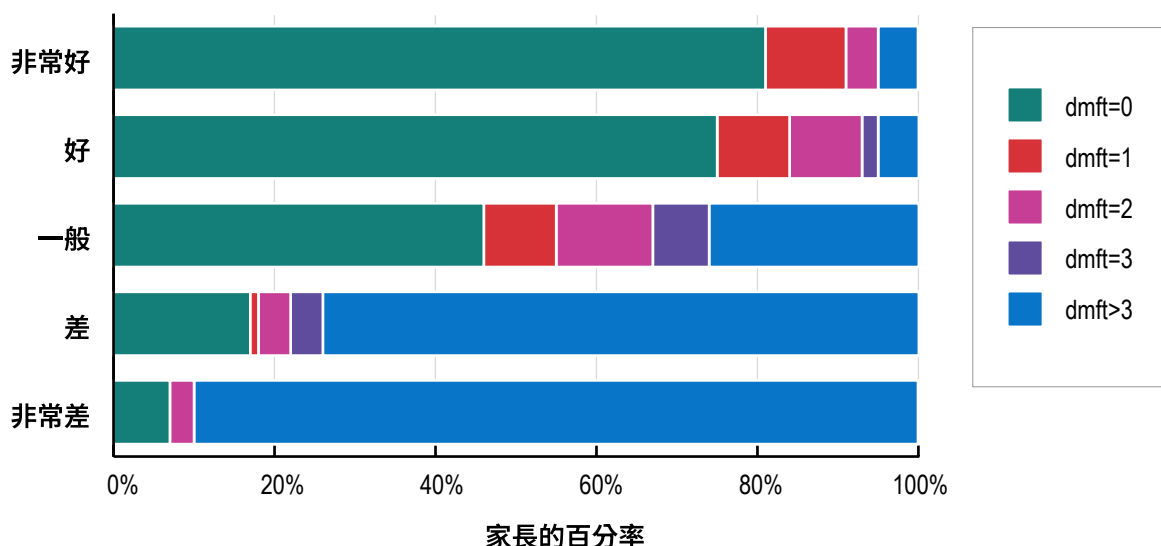


基數：所有五歲兒童的家長
2021年：(N = 39 700)

家長對其子女口腔健康狀況的理解與實際狀況的比較

以「齲失補乳齒」數值來衡量五歲兒童蛀牙經驗，對比家長對其子女口腔健康狀況的理解，結果如圖 3.16 所示。

圖 3.16 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)

93.7%家長認為口腔健康狀況非常差的兒童(900)都有三顆以上曾經蛀蝕的牙齒，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%(300)和15.3%(2 700)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。

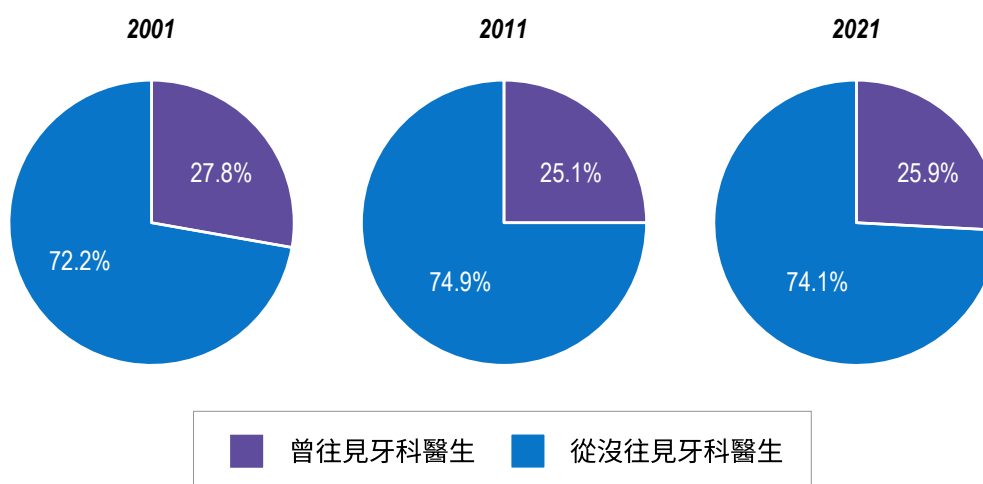
家長對其子女口腔健康狀況的理解並非經常準確。認為子女口腔健康狀況不佳的家長，對其子女口腔狀況的理解較為準確。另一方面，認為子女的口腔健康狀況良好的家長，其理解則未必準確。

五歲兒童使用口腔健康護理服務的模式

曾往見牙科醫生的兒童比率

只有25.9% (10 300) 的家長曾帶其五歲子女往見牙科醫生。這與2001年和2011年調查所得的數據相若 (圖3.17)。

圖3.17 按曾否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：所有五歲兒童
2001年：(N = 67 300)
2011年：(N = 52 300)
2021年：(N = 39 700)

調查請曾攜帶其五歲子女往見牙科醫生的家長說明最近一次就診的主要原因，結果如表3.6所示。只有39.8% (4 100) 家長指出主要原因是檢查。

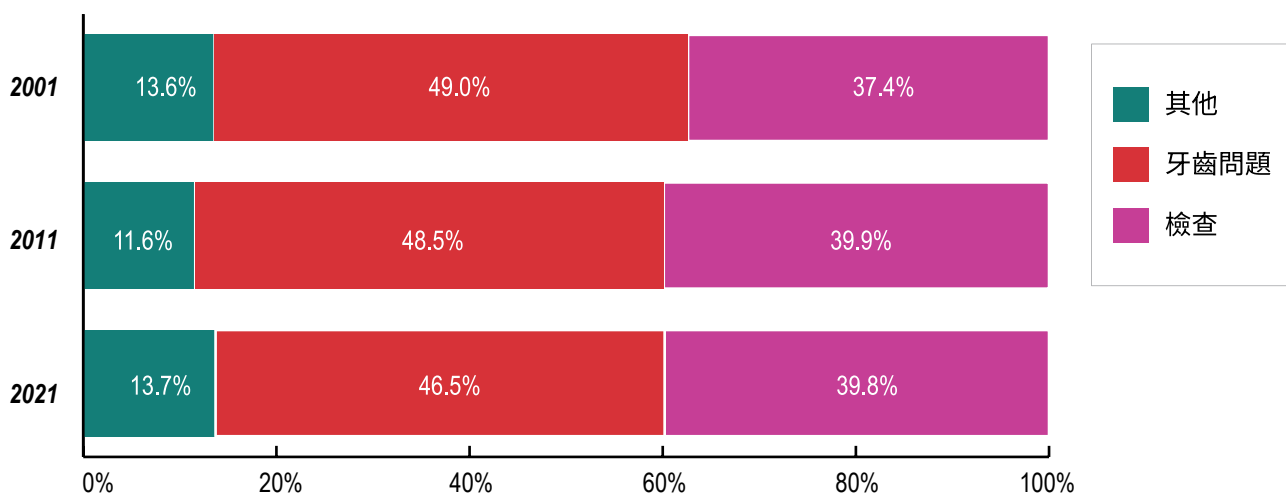
表3.6 按所述最近一次往見牙科醫生的主要原因劃分五歲兒童的分布情況

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)

在2001年、2011年和2021年的調查中，按家長所述其五歲子女最近一次往見牙科醫生的主要原因結果非常相若，如圖3.18所示。

圖 3.18 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(2001年、2011 年和2021年)

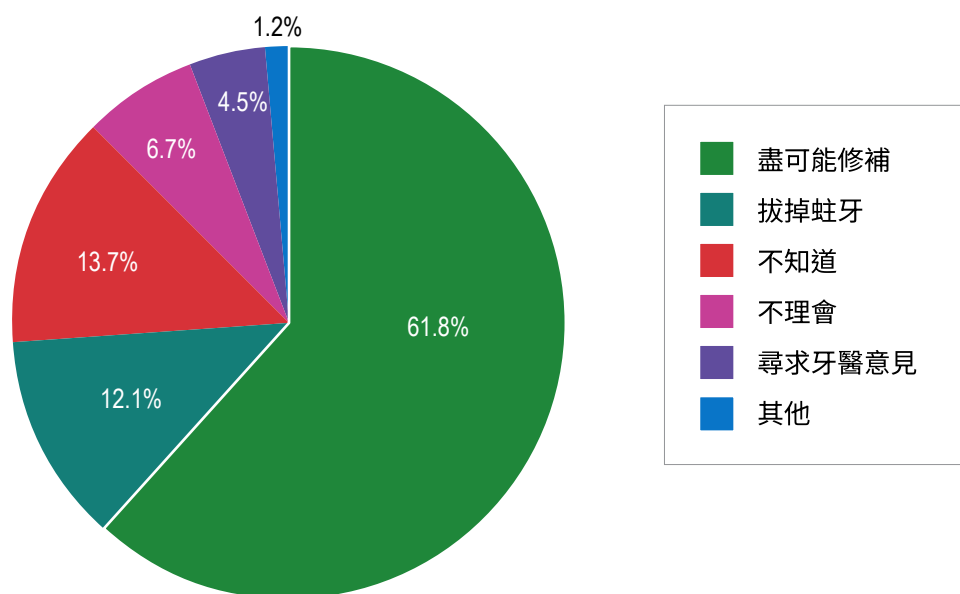


基數：所有曾往見牙科醫生而家長有回答此問題的五歲兒童
 2001年：(N = 18 700)
 2011年：(N = 13 000)
 2021年：(N = 10 300)

家長就子女的乳齒蛀牙所選擇的治療方法

當詢問家長會採用哪種治療方法處理子女的乳齒蛀牙，61.8% (23 500) 的家長選擇盡可能修補蛀牙 (圖3.19)。

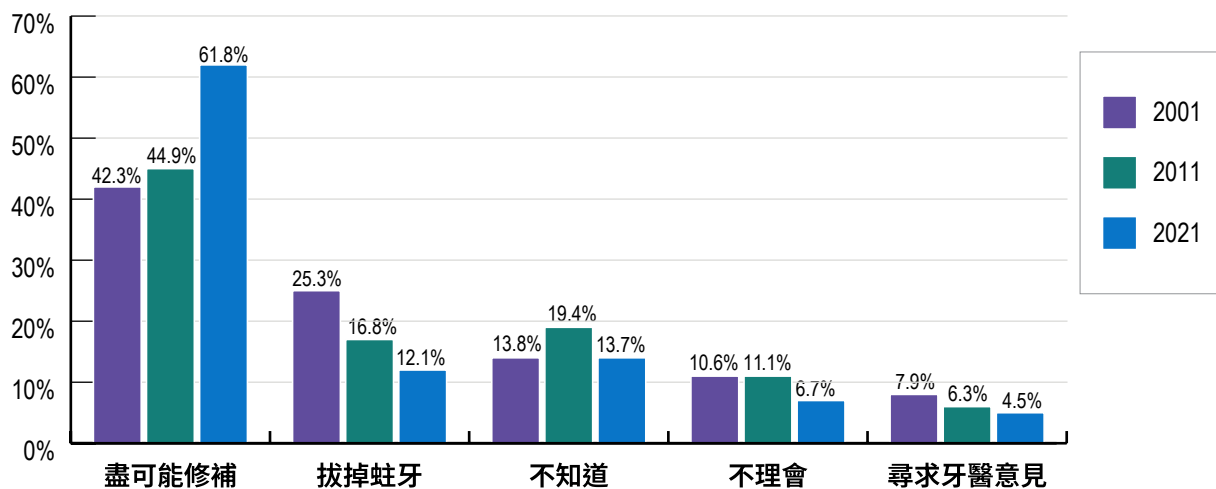
圖 3.19 按家長選擇治療子女乳齒蛀牙的方法劃分五歲兒童家長的分布情況



基數：所有回答此問題的五歲兒童家長
 2021年：(N = 39 700)

與之前的調查結果相比較，選擇盡可能修補子女乳齒蛀牙的家長比率仍較高，而較少家長會選擇拔除蛀牙，或不理會（圖3.20）。

圖 3.20 按家長選擇治療子女乳齒蛀牙的方法劃分五歲兒童家長的百分率(2001年、2011年和2021年)



基數：所有回答此問題的五歲兒童家長

2001年：(N = 67 300)

2011年：(N = 52 300)

2021年：(N = 39 700)

使用口腔健康護理服務的五歲兒童比率偏低。只有25%的家長曾經帶子女往見牙科醫生，當中半數(46.5%)是因牙齒問題而求診。只有約40%的五歲兒童往見牙醫作口腔檢查。該模式近20年來改變不大。

較多家長選擇盡可能修補乳齒蛀牙。

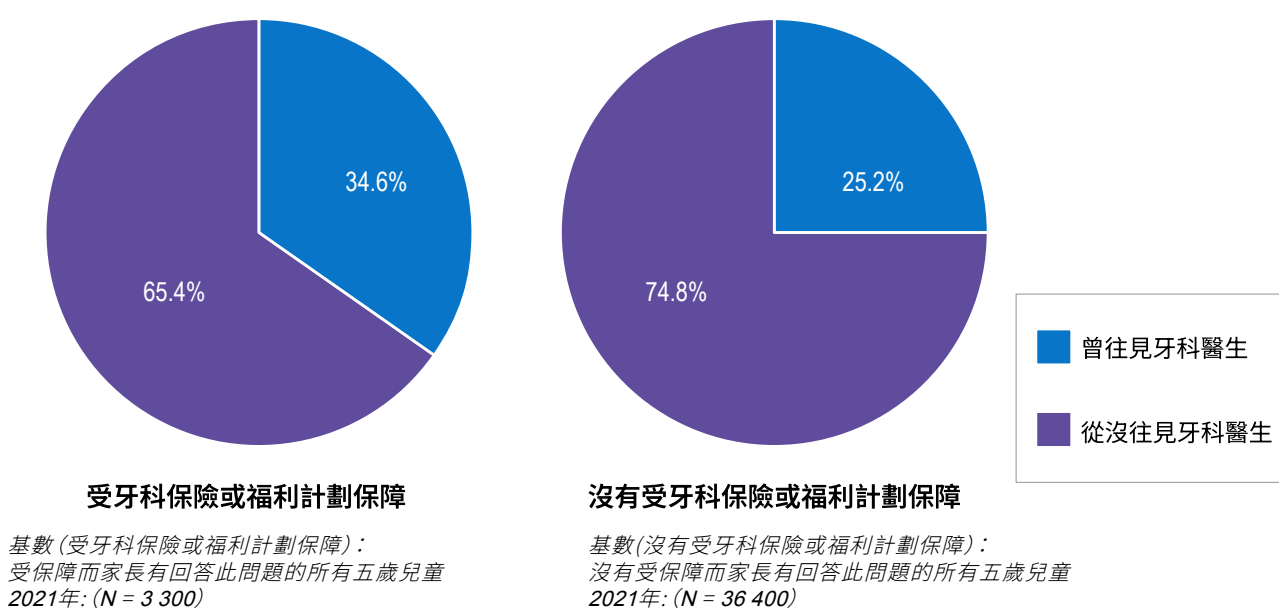
受家長牙科保險或福利計劃保障的五歲兒童比率

僅有19.7% (7 800) 的家長表示他們受牙科保險或福利計劃保障，當中有93.1% (7 300) 家長的保障是由僱主提供，42.0% (3 300) 指出其子女亦受惠於該計劃，佔所有五歲兒童的8.3%。與2001年和2011年調查得出的結果相若。2001年的調查有20.5%而2011年有20.1%的家長受牙科保險或福利計劃保障，當中分別有77.6%和83.8%是由僱主提供。所有五歲兒童中，2001年的調查有10.5%，而2011年有9.9%受惠於這些計劃。

五歲兒童受牙科保險或福利計劃保障及其使用口腔健康護理服務的模式

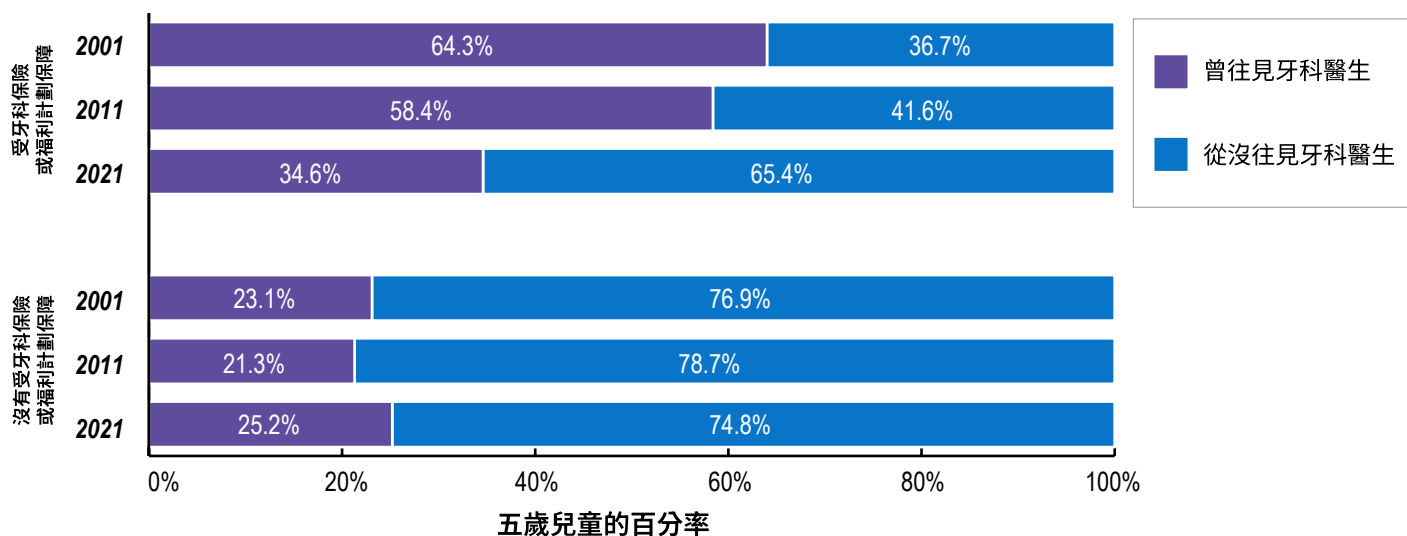
在子女受牙科保險或福利計劃保障的家長中，34.6% (1 100) 表示曾帶子女往見牙科醫生。在子女沒有受牙科保險或福利計劃保障的家長中，只有25.2% (9 200) 曾帶子女往見牙科醫生 (圖3.21)。

圖3.21 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



將2021年的調查結果與2001年和2011年進行比較，發現在2021年的調查中未受牙科保險或福利計劃保障兒童往見牙科醫生的比率並無多大變化，但受保障兒童往見牙科醫生的比率卻大幅下降（圖3.22）。

圖 3.22 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)

第三章小結

五歲兒童中，蛀牙經驗的分布並不平均。有關分布主要集中在有 4 顆或以上牙齒曾被蛀蝕的兒童，其人數佔這年齡組別的20.2%，而他們曾被蛀蝕的牙齒數目則佔這年齡組別蛀牙總數的78.8%。此外，當中的蛀牙有88.9 %是未經治療的。

80%的五歲兒童有每天刷牙兩次或以上的習慣。他們大多數(97%)使用牙膏刷牙，但有25%家長不清楚子女所用的牙膏是否含氟化物。

與二十年前比較，五歲兒童的家長對蛀牙風險因素的認識有所增長。不過，較多家長誤以為缺乏鈣質是蛀牙的風險因素。家長仍未全面了解氟化物的效益。

帶五歲子女往見牙科醫生的家長數量並不多。只有25.9%的家長曾帶其五歲子女往見牙科醫生，當中接近半數是因子女有牙齒問題而求診。本調查顯示即使子女受牙科保險或福利計劃保障，曾帶子女作口腔檢查的家長也較少。

前瞻

與過去二十年比較，現今五歲兒童的家居口腔護理繼續有所改善。他們刷牙的次數有所增加，更多兒童經常使用牙膏，刷牙時得到家長協助的人數比率也較高。不過，這種進步在近10年似乎放緩。家長對可能增加患蛀牙和牙周病風險因素的認識出現兩極化；家長對於蛀牙和牙周病有正確認知和沒有正確認知的人數比率均較高。

五歲兒童在蛀牙經驗方面繼續有改善。每個五歲兒童的平均蛀牙數目及五歲兒童患蛀牙百分率與2011年的調查相比有所下降。然而近十年來，有蛀牙經驗的兒童比率仍高居不下，這意味著有一大部分五歲兒童仍面臨蛀牙的威脅。

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適切的個人口腔健康教育，也未及早接受預防牙患的建議和介入。特別在2019新冠病毒流行期間，只有三分之一的受牙科保險或福利計劃保障的五歲兒童家長曾帶子女往見牙科醫生。本調查中顯示，有四分之三的五歲兒童從沒往見牙科醫生，這與2001年和2011年的調查結果相若。而在曾往見牙科醫生的兒童當中，約有半數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。而且在2019新冠病毒流行妨礙了那些受牙科保險或福利計劃保障的五歲兒童尋求口腔檢查及接受適當的治療。

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，並減少進食零食習慣。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，多過10%的家長給子女使用不含氟牙膏，而且此人數還在逐年增多。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。

第四章

十二歲學生

香港十二歲學生的口腔健康狀況

牙齒狀況 – 牙齒數目

十二歲的學生通常已長出大部分恆齒，而乳齒則幾乎全已脫落。本調查所得，十二歲學生平均每人有26.1顆恆齒。本報告僅涵蓋恆齒的狀況。

牙齒狀況 – 蛀牙經驗

表4.1顯示以「齲失補恆齒」指數 (DMFT index) 來衡量十二歲學生的蛀牙經驗。「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，大部分曾經蛀蝕的牙齒 (DMFT) 為修補過的牙齒 [補齒，FT]。此外，只有4.2% (2 100) 的學生有未經治療的蛀牙 [齲齒，DT] (表4.2)。

表4.1 以「齲失補恆齒」指數衡量十二歲學生的蛀牙經驗

蛀牙經驗	齲失補恆齒 (DMFT)	齲齒 (DT)	失齒 (MT)	補齒 (FT)
平均數值	0.24	0.05	0.00	0.19

基數：所有十二歲學生
2021年：(N = 50 000)

表4.2 有蛀牙經驗的十二歲學生百分率

蛀牙經驗	齲失補恆齒 (DMFT)	齲齒 (DT)	失齒 (MT)	補齒 (FT)
平均數值	16.3%	4.2%	0.0%	13.3%

基數：所有十二歲學生
2021年：(N = 50 000)

表4.3和表4.4比較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。本調查中十二歲學生的蛀牙經驗較之前有所減少，而受影響的學生百分率亦有所下降。

表4.3 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年 (N = 67 100)	2011年 (N = 56 900)	2021年 (N = 50 000)
齲失補恆齒平均數 (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

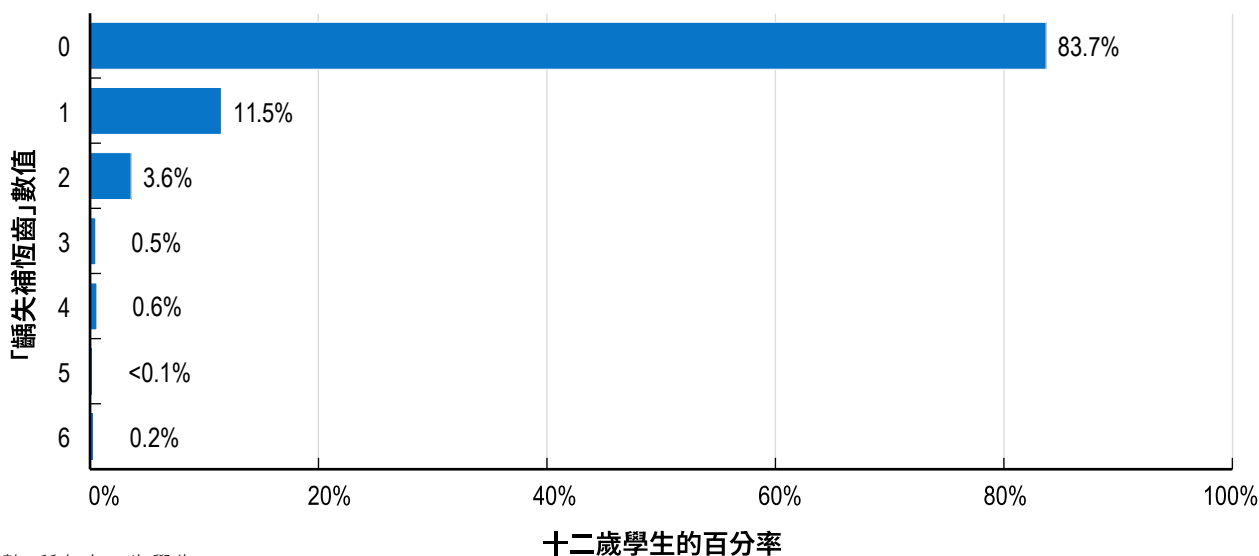
表4.4 有蛀牙經驗的十二歲學生百分率 (2001年、2011年及2021年)

蛀牙經驗	2001年 (N = 67 100)	2011年 (N = 56 900)	2021年 (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

根據「齦失補恆齒」數值劃分十二歲學生的蛀牙經驗分布情況如圖4.1所示。超過百分之八十(83.7%)的學生沒有蛀牙經驗，而有蛀牙經驗的學生大多數只有1顆曾經蛀蝕的牙齒，有4顆或以上曾經蛀蝕牙齒的學生則約佔整體學生的0.8%。

圖 4.1 按「齦失補恆齒」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)

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。口腔檢查時僅可觀察到牙齦健康、牙齦出血和牙石積聚。若學生有病歷如出血病症，或正進行固定牙齒矯正治療，將不會被納入群組內作整體的牙周健康狀況評估。調查結果如表4.5和表4.6所示。

表4.5 以「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)

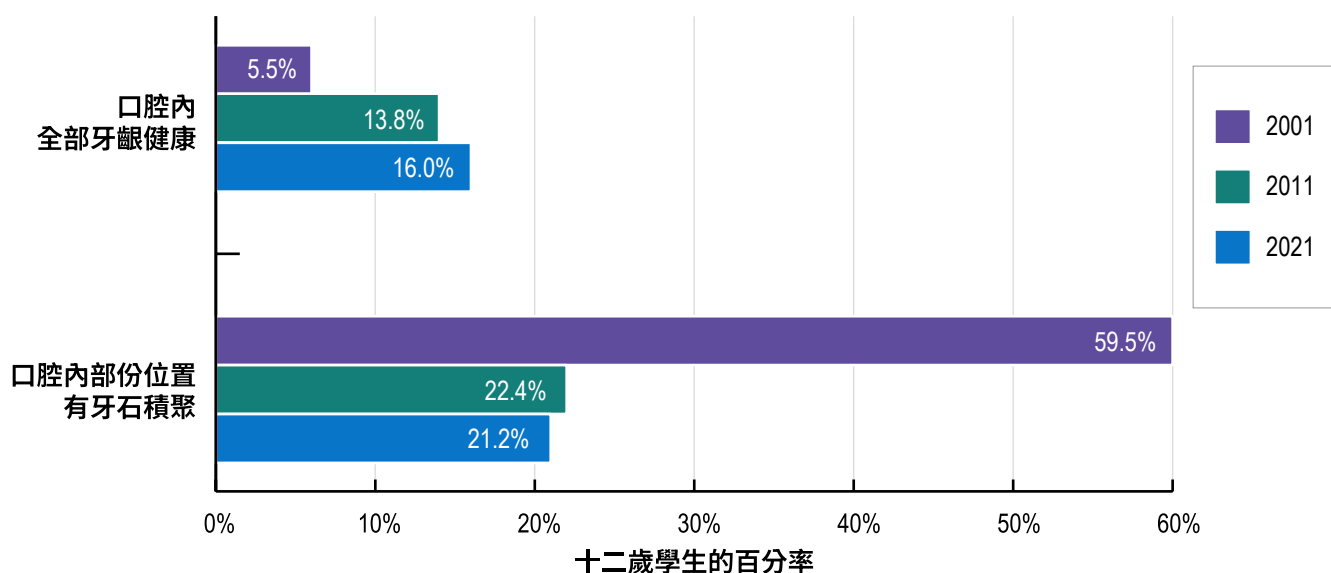
表4.6 十二歲學生健康牙齦、牙齦出血和牙石積聚所佔的平均區段

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%）（圖4.2）。

圖 4.2 按牙周狀況劃分十二歲學生的百分率 (2001年、2011年及2021年)



基數：所有接受牙周狀況檢查的十二歲學生
 2001年：(N = 66 600)
 2011年：(N = 55 900)
 2021年：(N = 49 100)

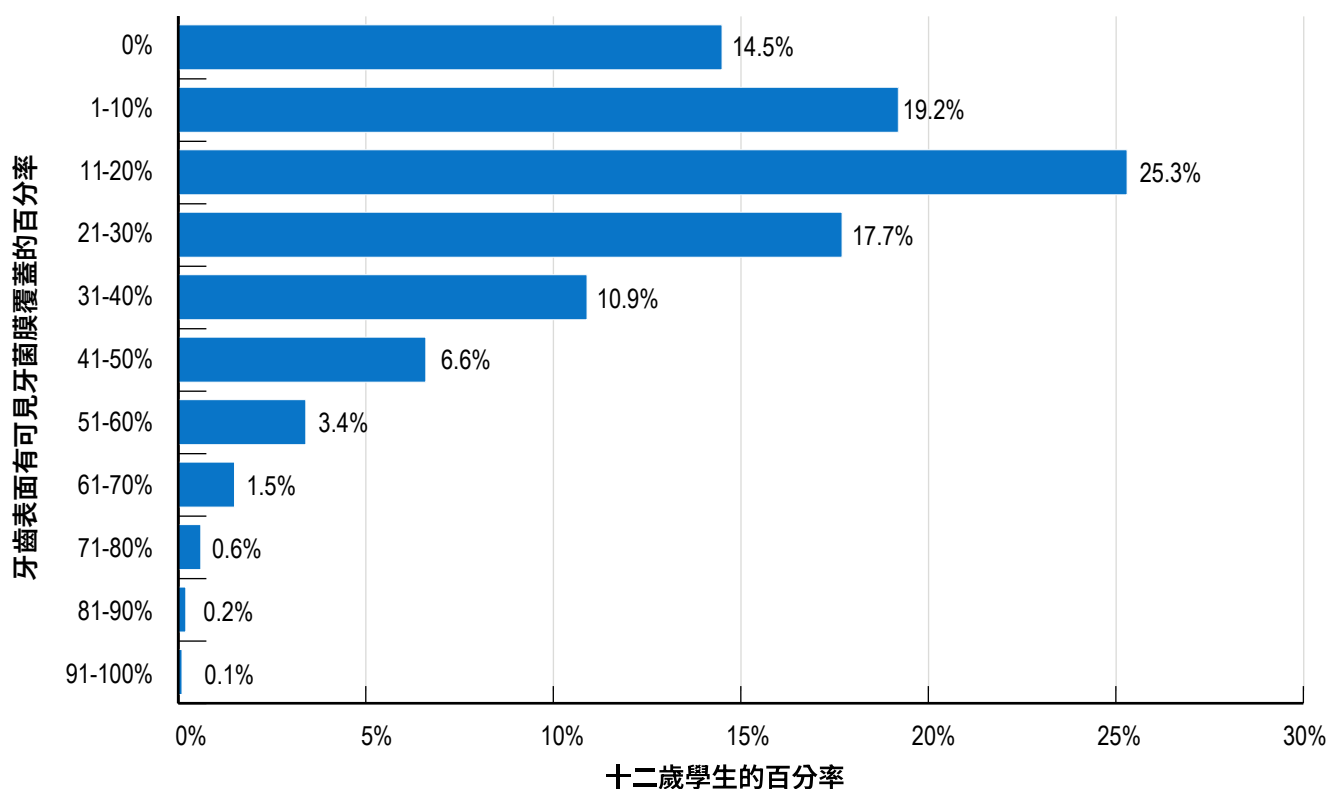
十二歲學生的蛀牙經驗處於低水平。與2001年和2011年比較，本調查中十二歲學生蛀牙經驗及受蛀牙影響的人數比率均有所下降。大多數受蛀牙影響的學生只有1顆曾經蛀蝕的牙齒，而大部分曾蛀蝕的牙齒已獲治療。

與2001年和2011年比較，十二歲學生的牙周健康有改善。本調查中有較多學生擁有健康牙齦，同時有較少學生口腔內有牙石積聚。然而大多數學生的口腔內仍有部分牙齦出血，此情況仍有待改善。

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%，分布情況如圖4.3所示。只有5.8% (2 900) 的學生有一半以上的牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋。

圖4.3 按牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋百分率劃分十二歲學生牙齒清潔程度的分布情況



基數：所有十二歲學生
2021年：(N=50 000)

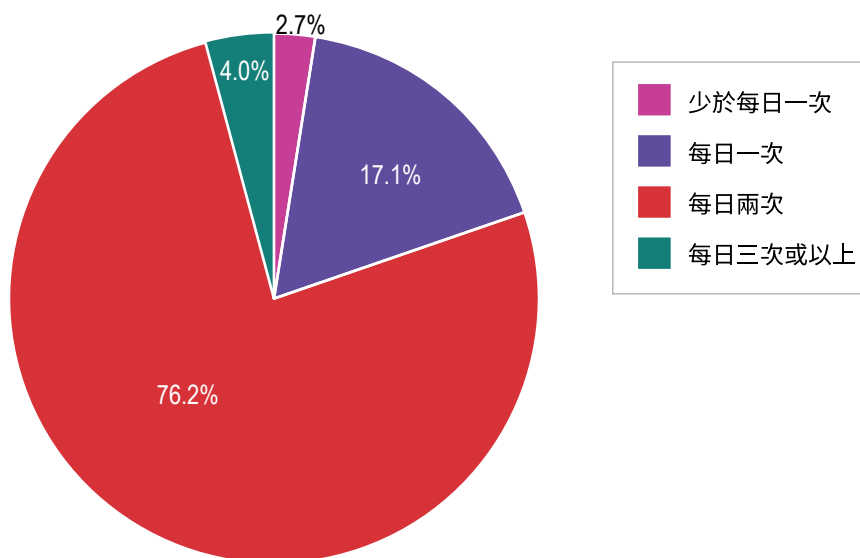
比較2001年、2011年和2021的調查結果，十二歲學生牙齒清潔程度整體有改善。牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的平均百分率由36.8% (2001年) 和27.0% (2011年) 下降至21.7% (2021年)，而有一半以上的牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的學生比率也由28.7% (2001年) 和8.4% (2011年) 下降至2021年的5.8%。

十二歲學生的口腔護理相關行為

刷牙 – 學生刷牙的次數

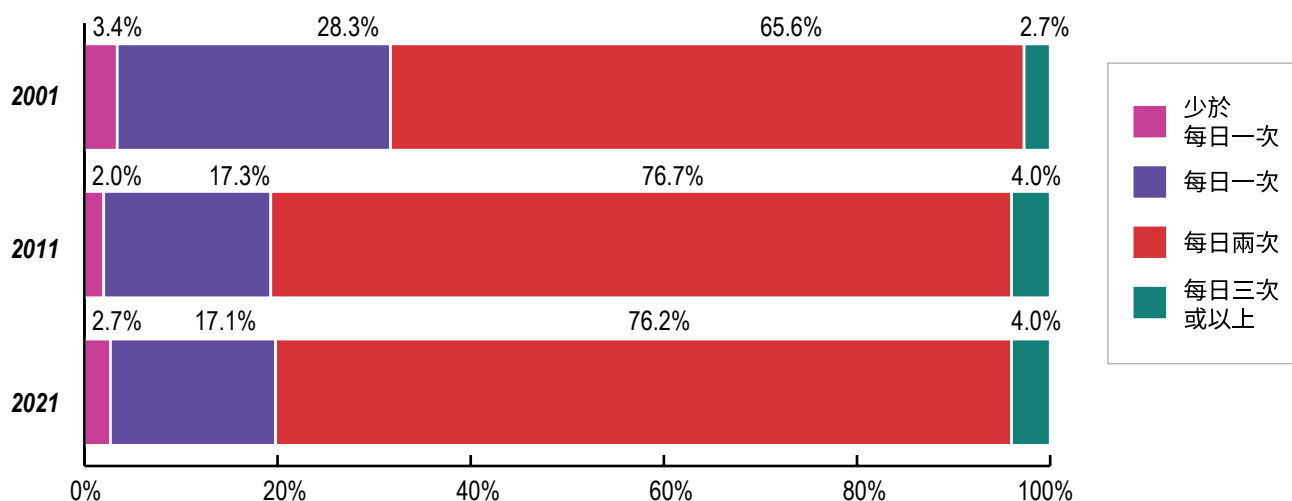
十二歲學生回應的刷牙習慣如圖4.4所示。只有2.7% (1 400) 的學生指他們刷牙少於每天一次，學生每天刷牙兩次或以上的則有80.2% (40 100)，人數比率與2001年及2011年相比基本相近 (圖4.5)。

圖 4.4 按刷牙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)

圖4.5 按刷牙次數劃分十二歲學生的分布情況 (2001年、2011年及2021年)

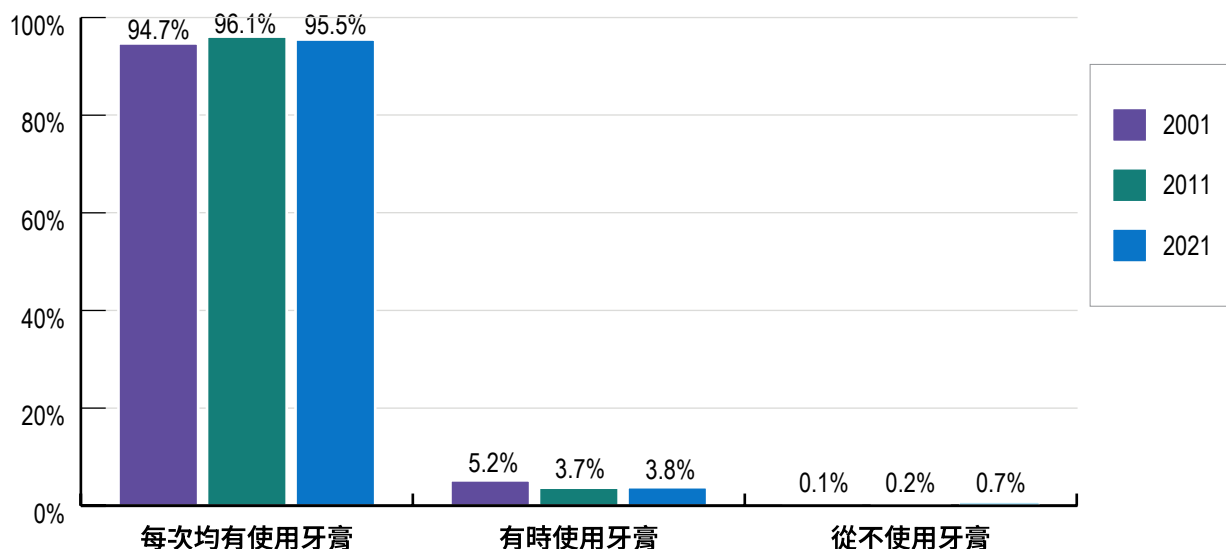


基數：所有十二歲學生
2001年：(N=67 100)
2011年：(N=56 900)
2021年：(N=50 000)

刷牙 – 使用含氟化物牙膏的認知

95.5% (47 800) 的十二歲學生指他們每次刷牙時均有使用牙膏。結果與2001年和2011年的調查相若 (圖4.6)。

圖 4.6 十二歲學生使用牙膏的分布情況 (2001年、2011 年和2021年)



基數：所有回答此問題的十二歲學生

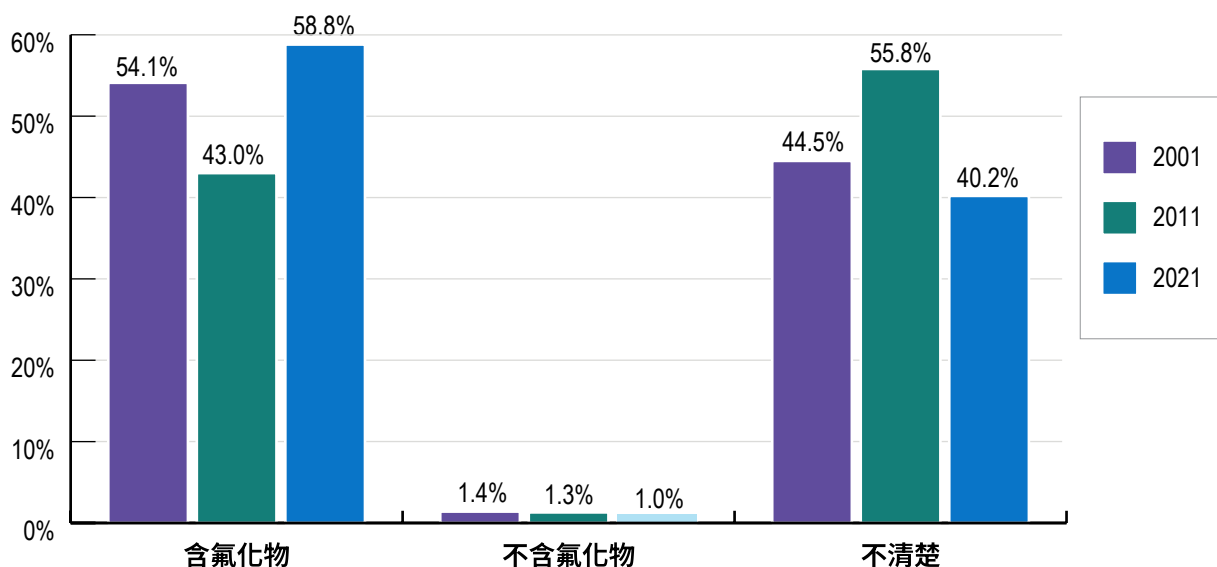
2001年：(N=67 100)

2011年：(N=56 900)

2021年：(N=50 000)

本調查進一步詢問使用牙膏刷牙的學生，他們所用的牙膏是否含有氟化物。結果顯示，只有58.8% (29 200) 學生回覆用含氟化物牙膏，40.2% (20 000) 表示不清楚使用的牙膏是否含有氟化物 (圖4.7)。

圖 4.7 按對所使用的牙膏是否含氟化物的認知劃分十二歲學生的分布情況 (2001年、2011年及2021年)



基數：所有回答此問題的十二歲學生

2001年：(N=67 100)

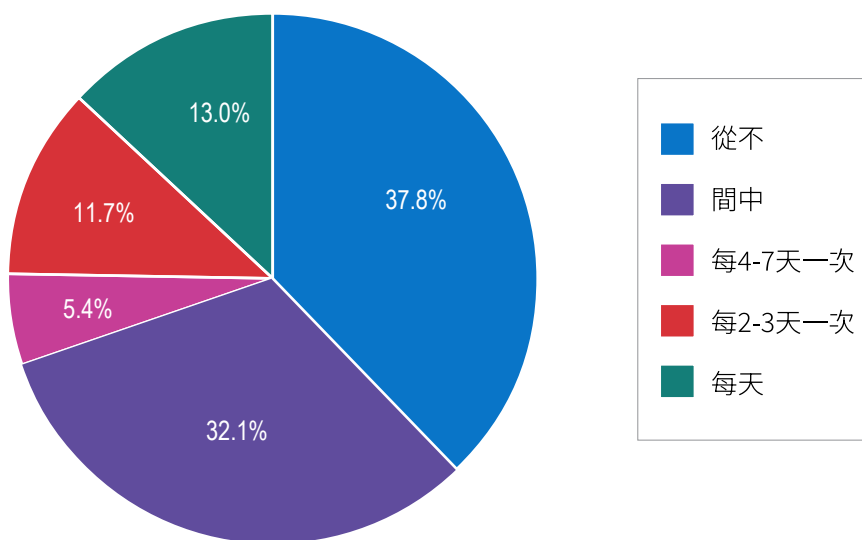
2011年：(N=56 700)

2021年：(N=49 700)

學生使用牙線的習慣

有62.2% (31 100) 學生報稱他們有使用牙線，2011年的相關比率為60.6%。但是，大部分有關學生只是間中使用牙線(圖4.8)。

圖 4.8 按使用牙線的次數劃分十二歲學生的分布情況

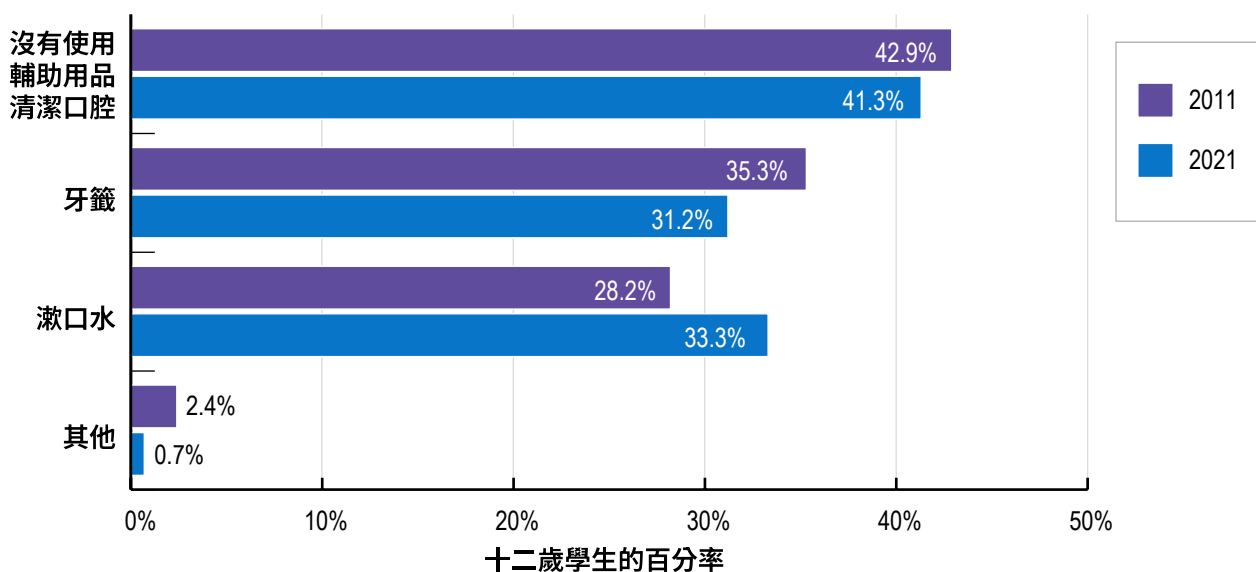


基數：所有十二歲學生
2021年：(N=50 000)

學生使用輔助用品清潔口腔的習慣

調查問及學生有否使用輔助用品清潔牙齒，結果如圖4.9所示。與2011年的調查結果相比較，本調查中報稱使用牙籤的學生人數比率輕微減少，從35.3%減少至31.2%，而報稱使用漱口水的學生人數比率則輕微增加，從28.2%增至33.3%。然而，最重要的是使用正確的口腔清潔方法。

圖 4.9 按有否使用輔助用品清潔口腔劃分十二歲學生的百分率(可選多於一項)



基數：所有十二歲學生
2011年：(N= 56 900)
2021年：(N= 50 000)

十二歲學生的刷牙習慣良好。大多數學生每天刷牙兩次，幾乎全部學生使用牙膏。不過，約40%的學生不肯定所使用的牙膏是否含氟化物，但與2011年的調查結果相比，該百分率有所下降。

有62.2%的學生使用牙線。不過，其中超過半數只是間中使用，僅有13%的學生每天使用牙線。

吃零食習慣

調查詢問學生在正餐之間吃零食的次數。約30%的學生表示每天吃零食，而每天吃零食三次或以上的有9.7% (4 900) (表4.7) 與2001年和2011年的調查結果相比，本調查中有更多學生沒有每天吃零食的習慣，然而每天吃零食兩次或以上的學生百分率卻高於2011年。

表4.7 按吃零食次數劃分十二歲學生的分布情況

吃零食習慣	學生百分率		
	2001年 (N = 67 100)	2011年 (N = 56 900)	2021年 (N = 50 000)
沒有每天吃零食的習慣	19.0%	67.5%	70.6%
每天一次	45.1%	19.0%	9.8%
每天兩次	24.5%	8.9%	10.0%
每天三次或以上	11.4%	4.7%	9.7%

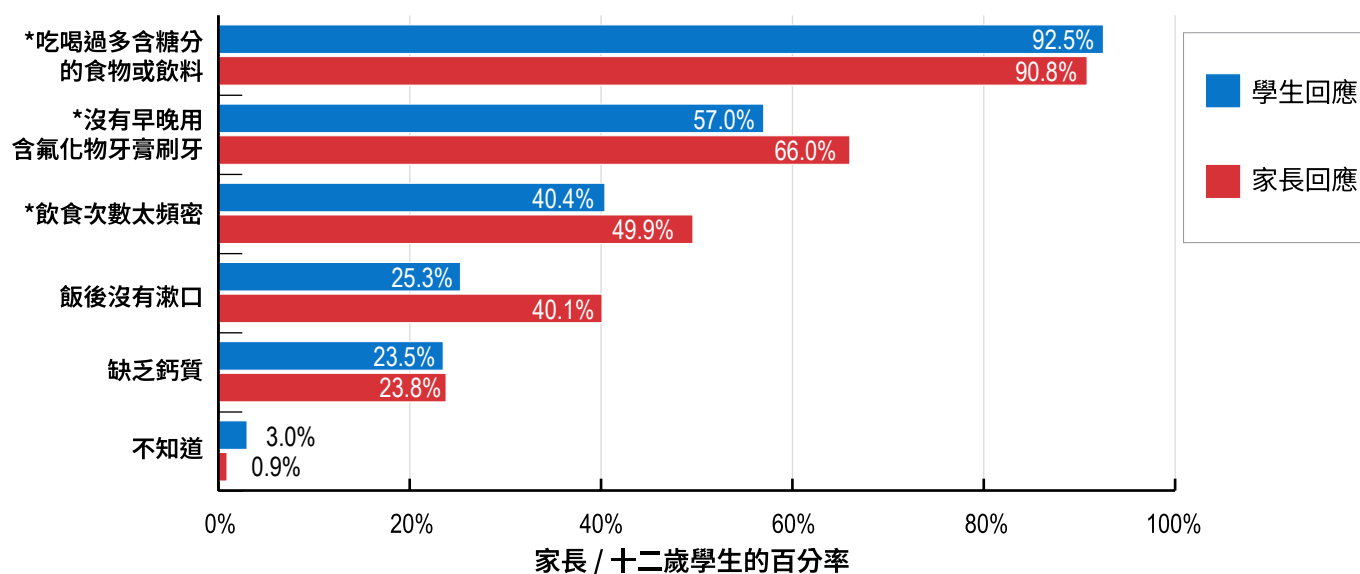
基數：2001年、2011年和2021年調查中的所有十二歲學生

學生和家長對牙患的認識

學生和家長對增加蛀牙風險因素的認識

調查問及學生和家長對可能增加蛀牙風險因素的認識，結果如圖4.10所示。學生和家長對這方面的認識大致相若。大多數學生和家長都認為吃喝過多含糖分的食物或飲料會增加蛀牙的風險。約60%的學生和家長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，超過40%的學生和家長意識到飲食次數太頻密也是蛀牙的風險因素。有部分（約24%）的學生和家長誤以為缺乏鈣質是蛀牙的風險因素。學生和家長的觀點在一些方面並不一致，25.3%（12 700）的學生誤以為飯後沒有漱口是蛀牙的風險因素，而家長則有40.1%（20 000）持此看法。

圖 4.10 按學生和家長認為會增加蛀牙風險的因素劃分十二歲學生和家長的百分率(可選多於一項)



*相關因素

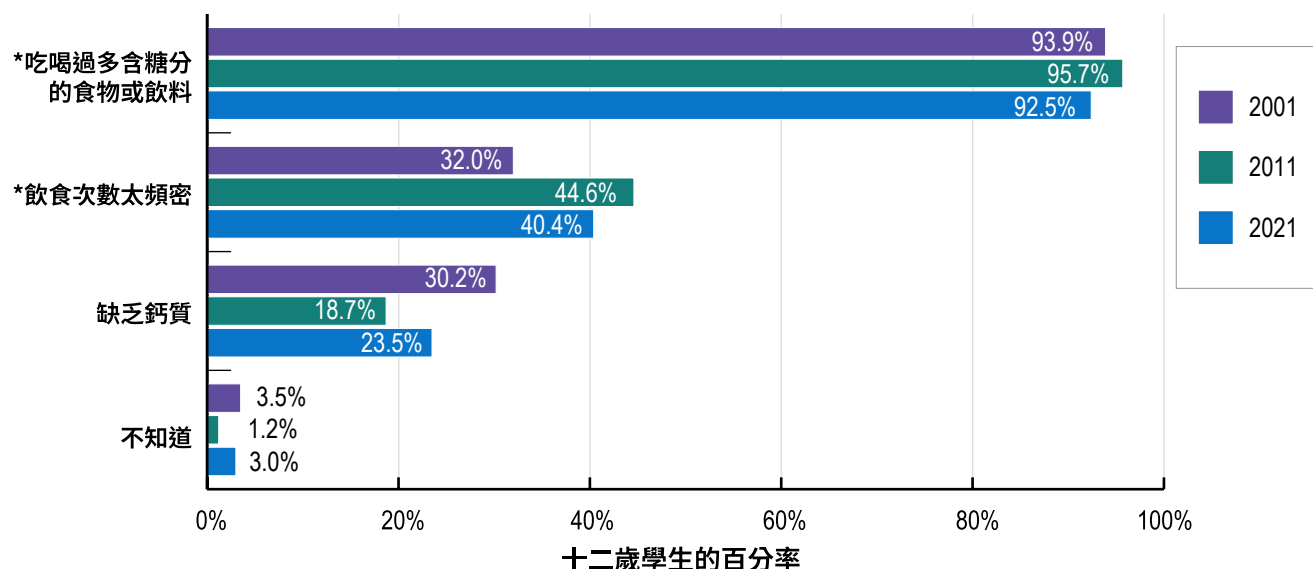
基數：2021年調查中所有回答此問題的家長/十二歲學生

家長：(N = 50 000)

學生：(N = 50 000)

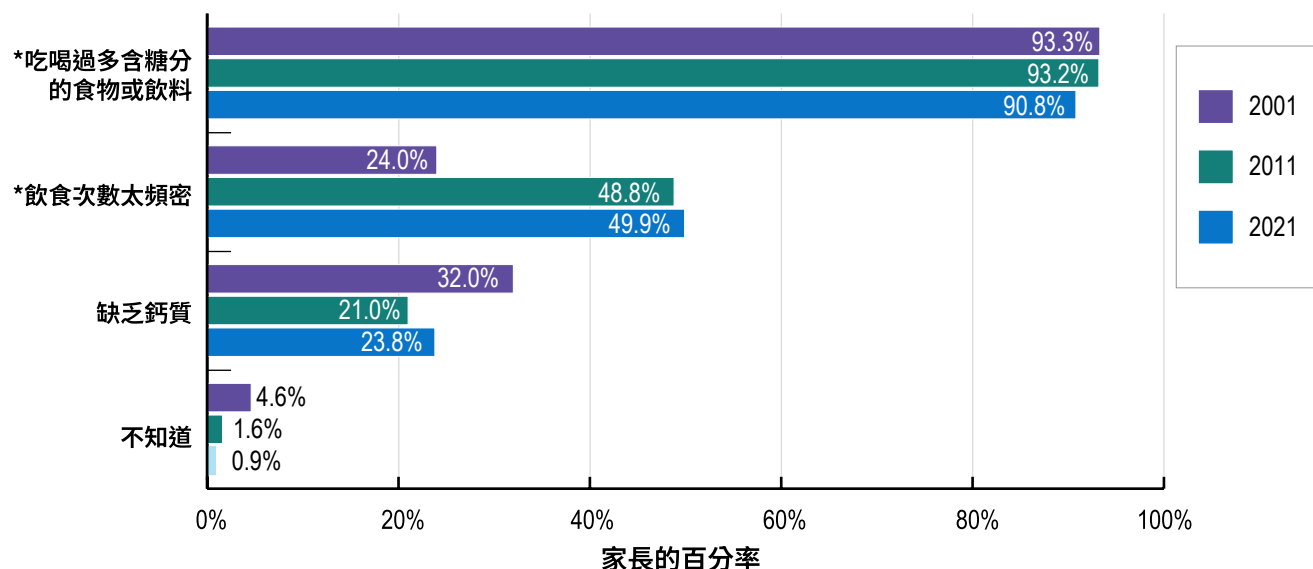
與2001年和2011年的調查結果比較，本調查顯示超過90%的十二歲學生(圖4.11)及其家長(圖4.12)認識到吃喝過多含糖分的食物和飲料會引致蛀牙。在過去二十年，意識到飲食次數太頻密也是蛀牙的風險因素的學生人數比率從32%增至40%，而家長人數比率從24%增至50%。

圖 4.11 按學生認為會增加蛀牙風險的因素劃分十二歲學生的百分率(2001年、2011年及2021年)
(可選多於一項)



*相關因素
 基數：所有回答此問題的十二歲學生
 2001年：(N = 67 100)
 2011年：(N = 56 200)
 2021年：(N = 50 000)

圖 4.12 按家長認為會增加蛀牙風險的因素劃分十二歲學生家長的百分率(2001年、2011年及2021年)
(可選多於一項)

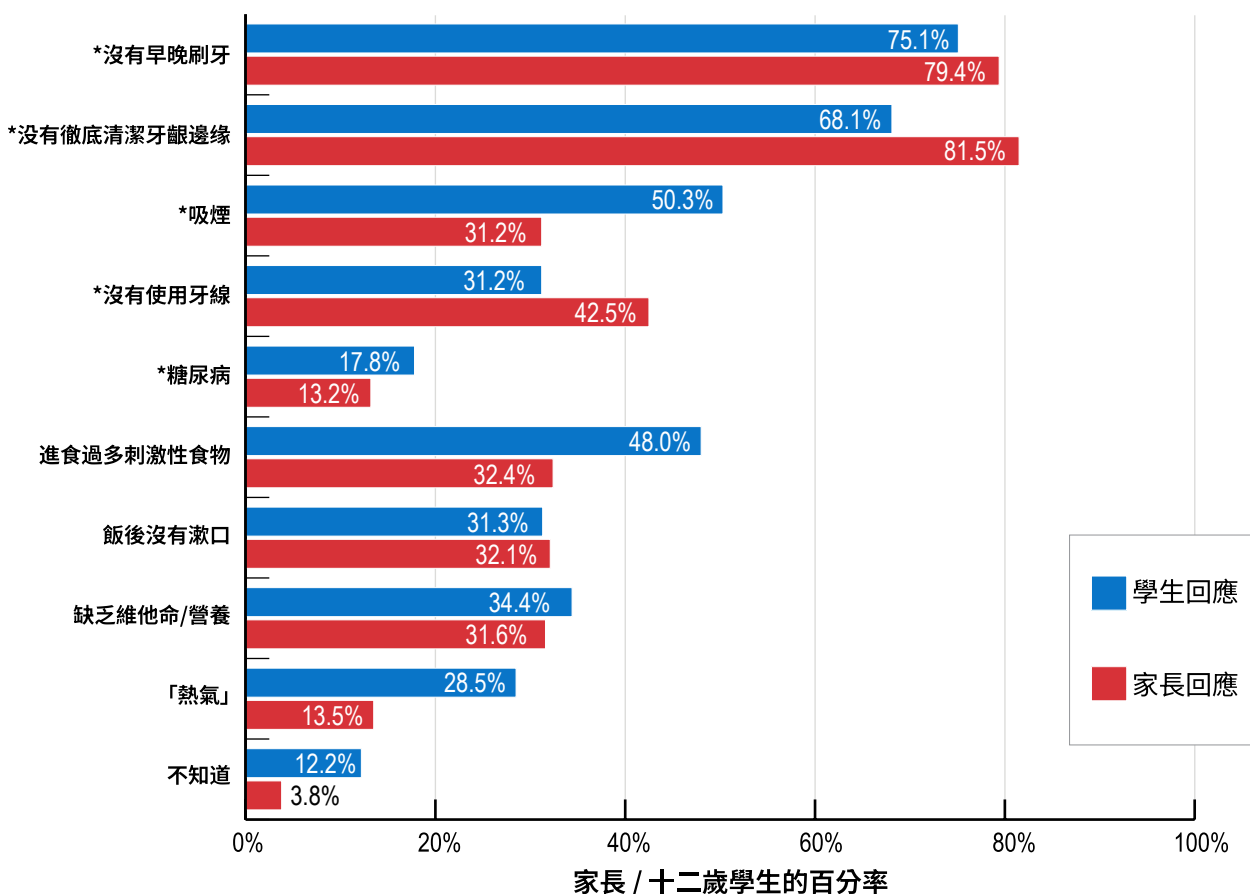


*相關因素
 基數：所有回答此問題的十二歲學生家長
 2001年：(N = 67 100)
 2011年：(N = 56 200)
 2021年：(N = 50 000)

學生和家長對增加牙周病風險因素的認識

調查問及學生和家長可能增加牙周病風險的因素，結果如圖4.13所示。認為沒有早晚刷牙、沒有徹底清潔牙齦邊緣和沒有使用牙線是相關因素的家長人數比率較學生人數比率高。約50%學生和30%家長知道吸煙是增加牙周病風險的因素。

圖 4.13 按學生和家長認為會增加牙周病風險的因素劃分十二歲學生和家長的百分率(可選多於一項)



*相關因素

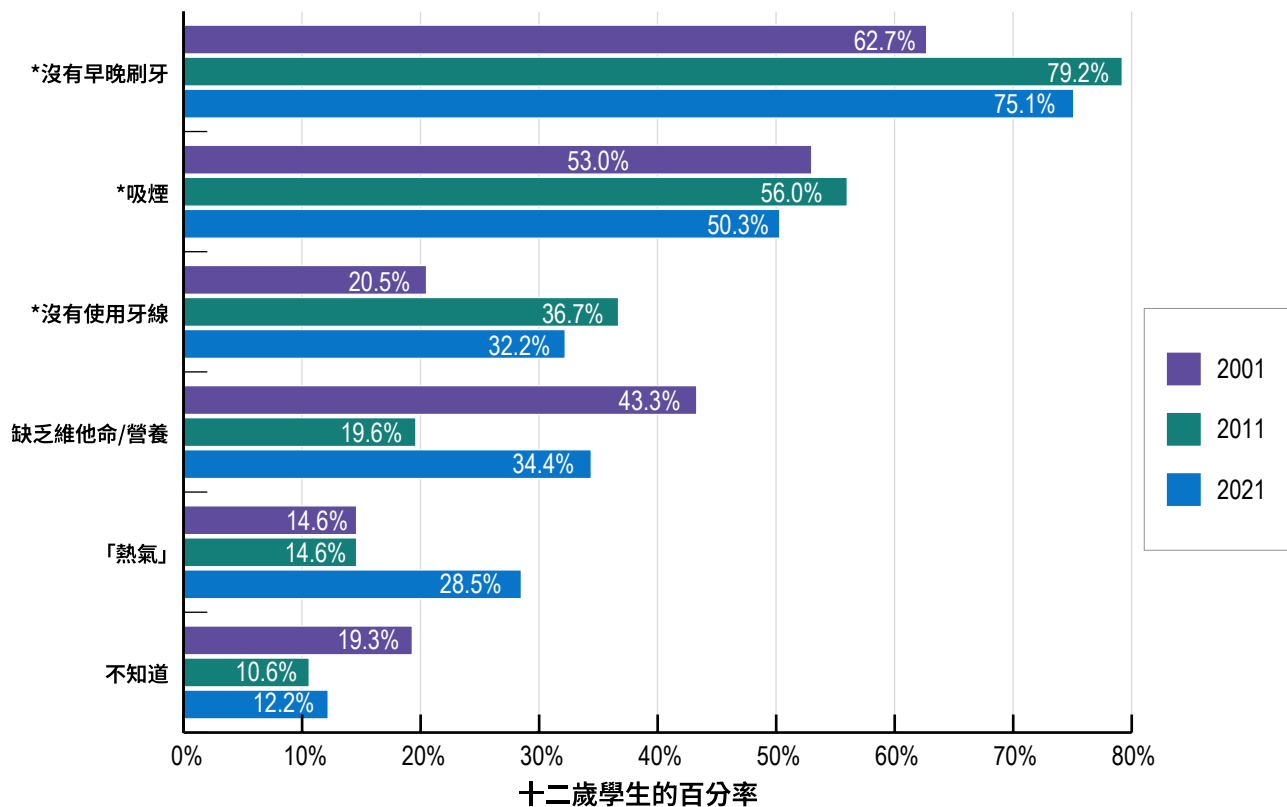
基數：在2021年調查中所有回答此問題的家長/十二歲學生

家長：(N = 50 000)

學生：(N = 50 000)

與2001年和2011年的調查結果比較，本調查顯示較大比率的學生和家長知道沒有早晚刷牙是增加牙周病的風險因素。而本調查中以為缺乏維他命/營養和「熱氣」與牙周病有關連的學生和家長人數比率也都有所增加（圖4.14和圖4.15）。

圖 4.14 按學生認為會增加牙周病風險的因素劃分十二歲學生的百分率 (2001年、2011年及2021年)
(可選多於一項)



*相關因素

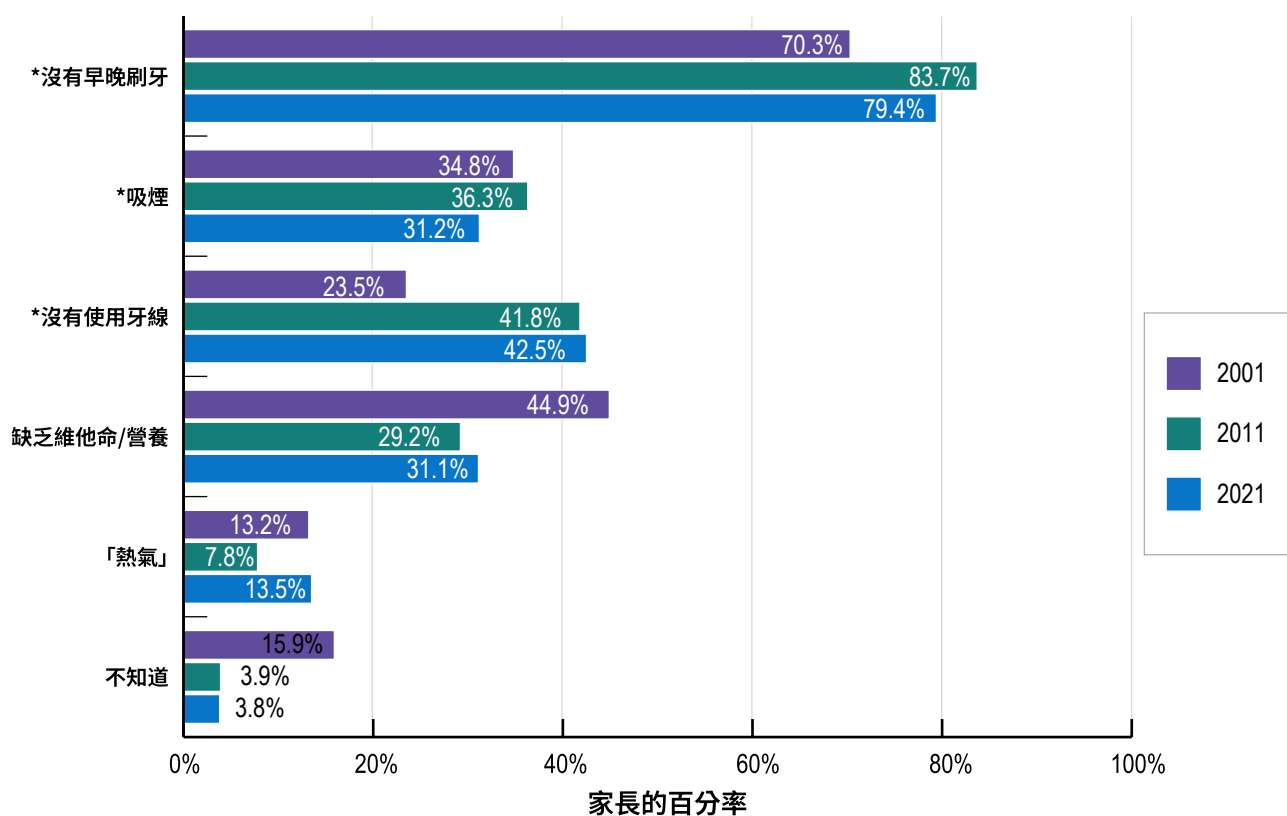
基數：所有回答此問題的十二歲學生

2001年：(N = 67 100)

2011年：(N = 56 300)

2021年：(N = 50 000)

圖 4.15 按家長認為會增加牙周病風險的因素劃分十二歲學生家長的百分率 (2001 年、2011 年及 2021 年)
(可選多於一項)



*相關因素

基數：所有回答此問題的十二歲學生家長

2001年：(N = 67 100)

2011年：(N = 56 900)

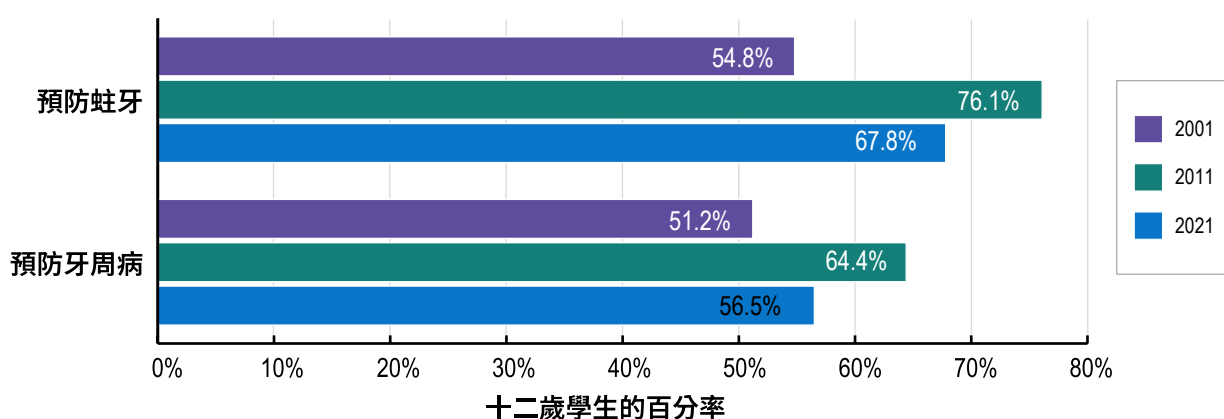
2021年：(N = 50 000)

學生和家長對定期檢查有助預防蛀牙和牙周病的認識

本調查所得，約三分之二的十二歲學生及其家長認為定期檢查牙齒有助預防蛀牙。而相信定期檢查牙齒有助預防牙周病的家長比率(三分之二)比學生(約半數)多。

然而，與2011年的調查結果比較，本調查結果顯示，相信定期檢查牙齒可預防蛀牙和牙周病的十二歲學生和家長的比率均有所下降(圖4.16和圖4.17)。

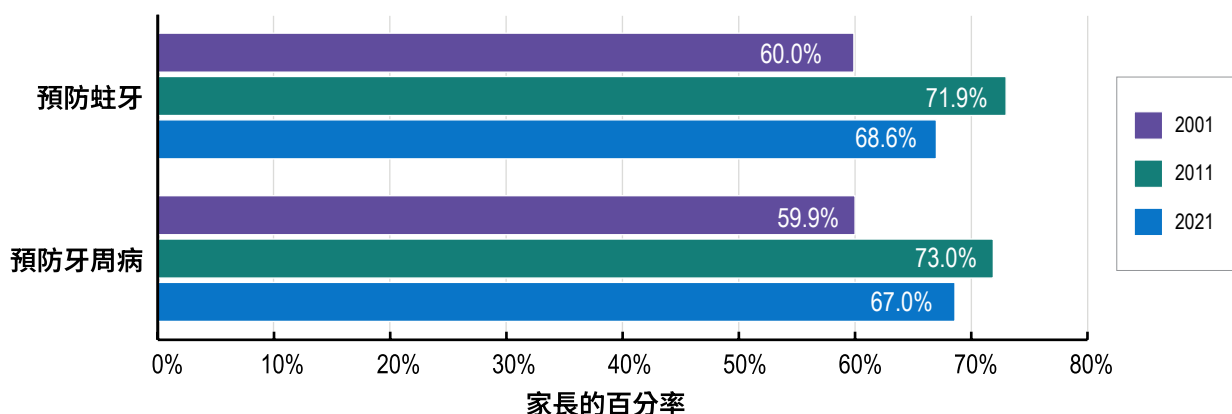
圖 4.16 按學生認為定期檢查牙齒有助預防蛀牙和牙周病劃分十二歲學生的百分率 (2001年、2011年及2021年)



基數(預防蛀牙):所有回答此問題的十二歲學生
 2001年: (N = 67 100)
 2011年: (N = 56 100)
 2021年: (N = 50 000)

基數(預防牙周病):所有回答此問題的十二歲學生
 2001年: (N = 67 100)
 2011年: (N = 56 400)
 2021年: (N = 50 000)

圖 4.17 按家長認為定期檢查牙齒有助預防蛀牙和牙周病劃分十二歲學生家長的百分率 (2001年、2011年及2021年)

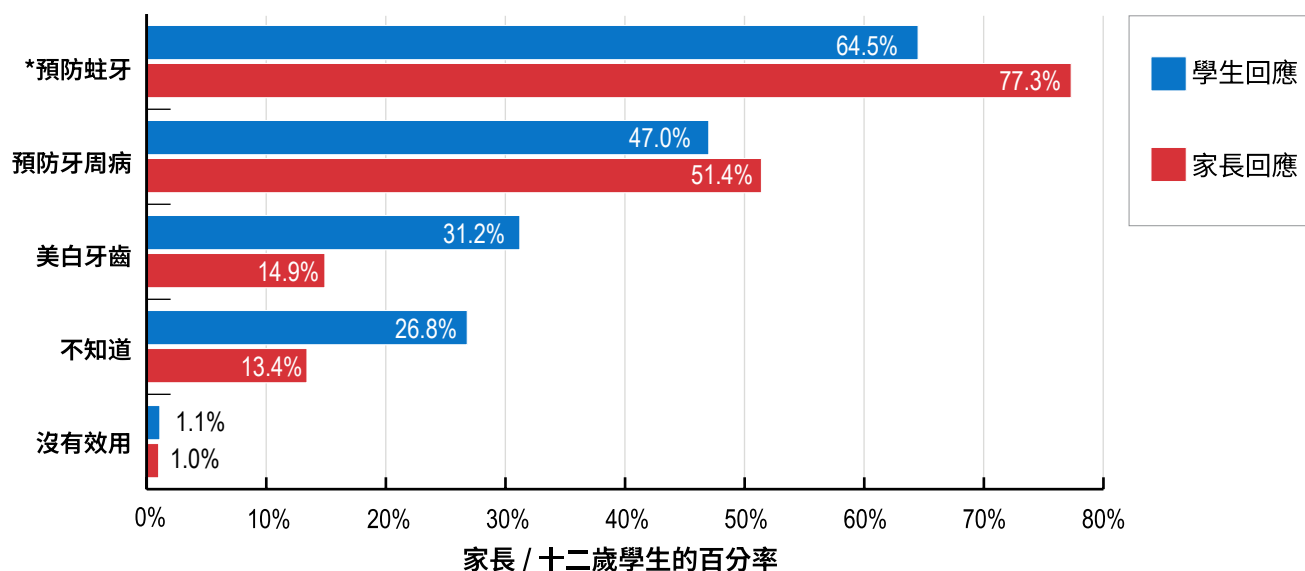


基數:所有回答此問題的十二歲學生家長
 2001年: (N = 67 100)
 2011年: (N = 56 900)
 2021年: (N = 50 000)

學生和家長對氟化物效用的認識

十二歲學生和家長對氟化物效用的認識如圖4.18所示。約64.5% (32 200) 學生和77.3% (38 700) 家長知道氟化物能預防蛀牙。另一方面，約50%學生和家長誤以為氟化物可預防牙周病，而31.2% (15 600) 學生和14.9% (7 400) 家長則誤以為氟化物能美白牙齒。

圖 4.18 按學生和家長對氟化物效用的認識劃分十二歲學生和家長的百分率 (可選多於一項)



*相關因素

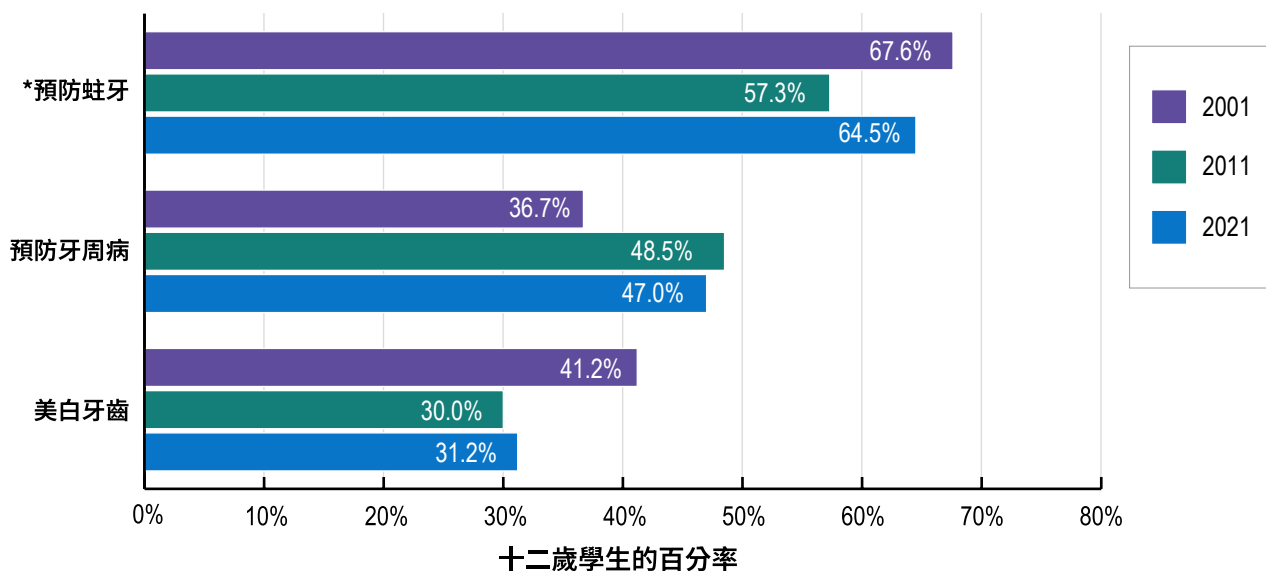
基數：所有回答此問題的家長/十二歲學生

家長：(N = 50 000)

學生：(N = 50 000)

與2001年和2011年的調查結果比較，本調查中，十二歲學生認識氟化物能預防蛀牙的人數比率上升至2001年的水平。調查亦發現十二歲學生及其家長了解氟化物功效的比率較高。不過，調查顯示仍有很大比率的學生及其家長誤以為氟化物有助預防牙周病和美白牙齒（圖4.19和圖4.20）。

圖 4.19 按學生對氟化物效用的認識劃分十二歲學生的百分率 (2001 年、2011 年及2021年)
(可選多於一項)



*相關因素

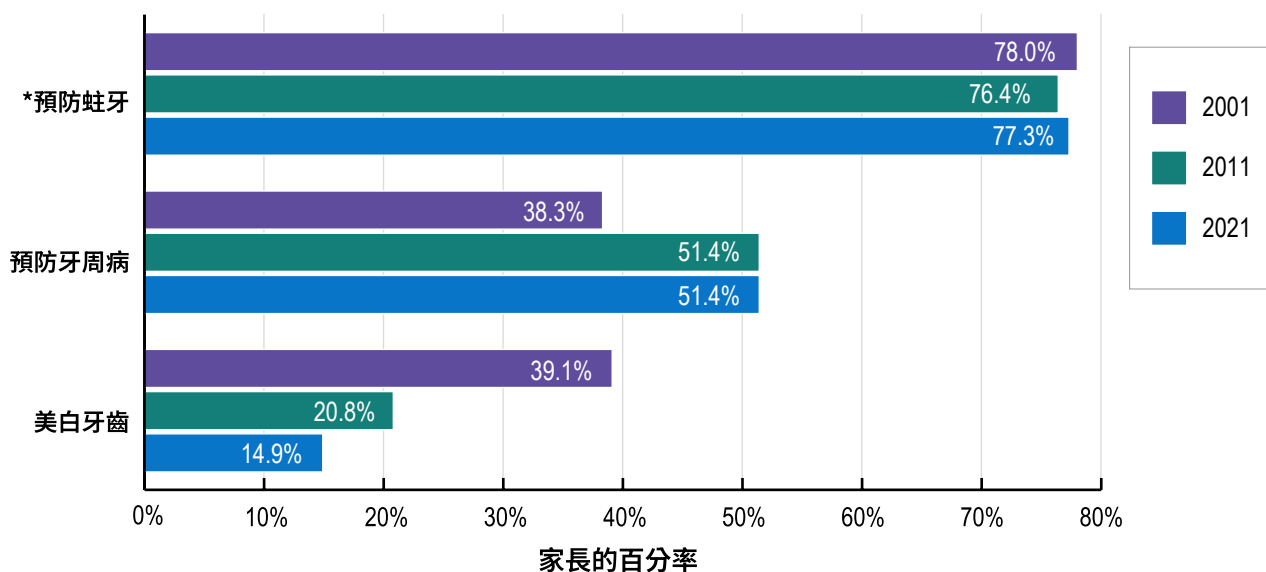
基數：所有回答此問題的十二歲學生

2001年：(N = 67 100)

2011年：(N = 56 400)

2021年：(N = 50 000)

圖 4.20 按十二歲學生的家長對氟化物效用的認識劃分家長的百分率 (2001 年、2011 年及2021年)
(可選多於一項)



*相關因素
 基數：所有十二歲學生家長
 2001年：(N = 67 100)
 2011年：(N = 56 900)
 2021年：(N = 50 000)

與 2011 年的調查比較，本調查有較多學生和家長認識蛀牙和牙周病的風險因素。其中約三分之二學生和家長知道氟化物有預防蛀牙的效用。不過，仍有學生和家長誤以為氟化物有預防牙周病和美白牙齒的效用。

約三分之二的學生和家長認為定期檢查牙齒有助預防蛀牙。認為定期檢查牙齒有助預防牙周病的家長人數則較學生為多。

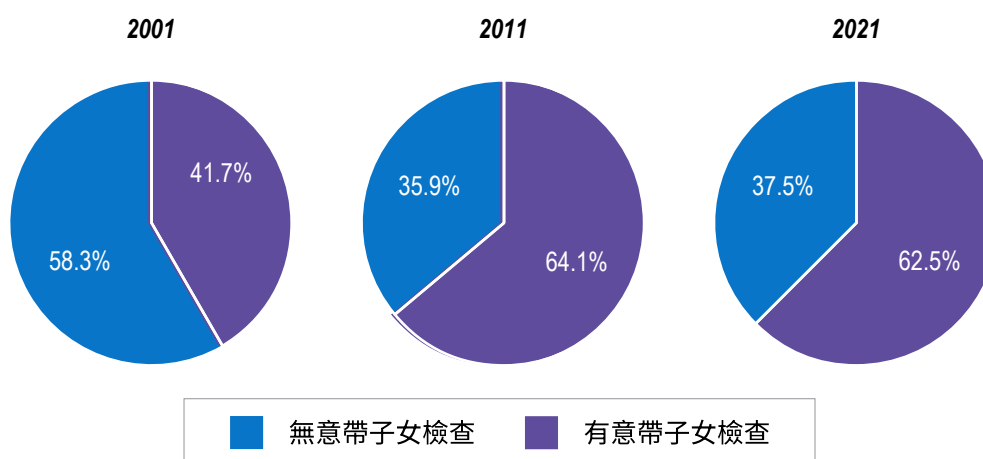
十二歲學生使用口腔健康護理服務的模式

家長帶十二歲子女定期檢查牙齒的意向

香港大多數小學生均接受由衛生署轄下的「學童牙科保健服務」所提供的口腔護理服務。事實上，「學童牙科保健服務」的參與率超過90%。本調查涵蓋的十二歲學生剛升讀中學，所以他們多數曾在小學階段時接受口腔健康護理。

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% (31 300) 表示有意帶子女定期檢查，這與2011年調查結果相若 (圖4.21)。

圖4.21 按家長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：所有十二歲學生家長
 2001年：(N = 67 100)
 2011年：(N = 56 900)
 2021年：(N = 50 000)

升讀中學後曾往見牙科醫生的學生比率

有24.5% (12 300) 十二歲學生於升讀中學後曾往見牙科醫生，比率低於2011年調查的31.8%。

上述學生 (12 300) 就診時所接受的治療如表4.8所示。其中超過80%是洗牙，小部分是補牙等治療。

表4.8 升讀中學後曾往見牙科醫生的十二歲學生在最近一次就診時所接受的治療

接受的治療	學生百分率
	(N = 12 300)
洗牙	82.6%
補牙	16.3%
牙齒矯正治療	14.2%
拔牙(包括拔除乳齒及為矯正牙齒排列而拔除的恆齒)	8.2%
根管治療	1.1%
其他	8.0%

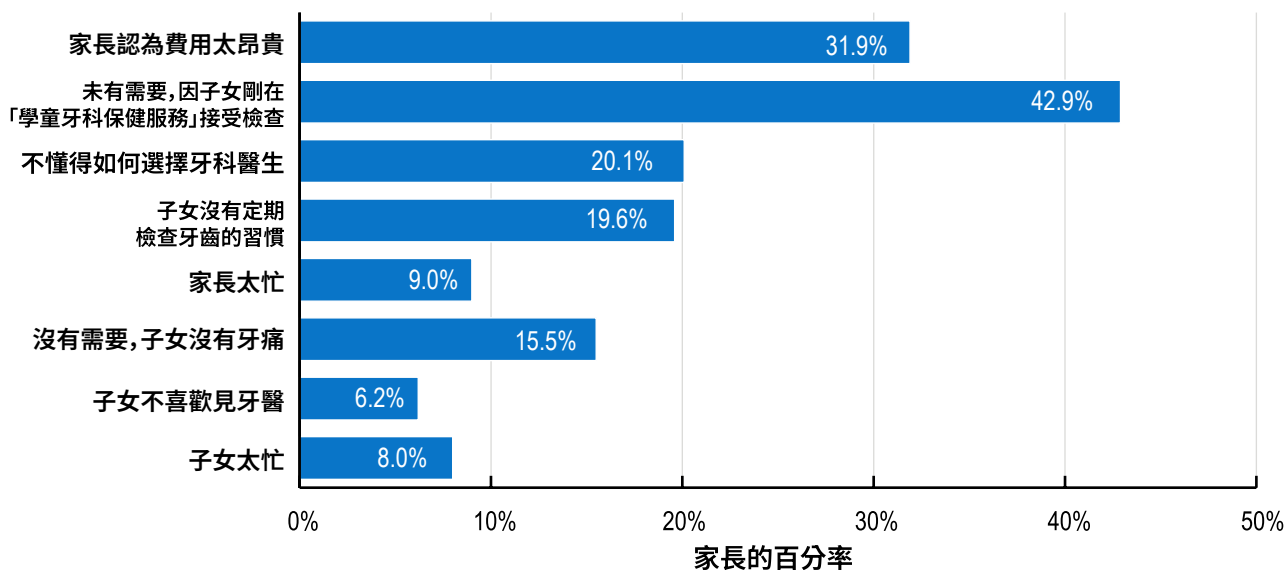
基數：所有升讀中學後曾往見牙科醫生而回答此問題的十二歲學生

妨礙學生升讀中學後尋求口腔健康護理服務的因素

家長無意帶十二歲子女定期檢查牙齒的原因

本調查問及家長無意讓已升讀中學的十二歲子女定期檢查牙齒的原因，普遍的回應是未有需要因子女剛在「學童牙科保健服務」接受檢查及費用太昂貴（圖4.22）。

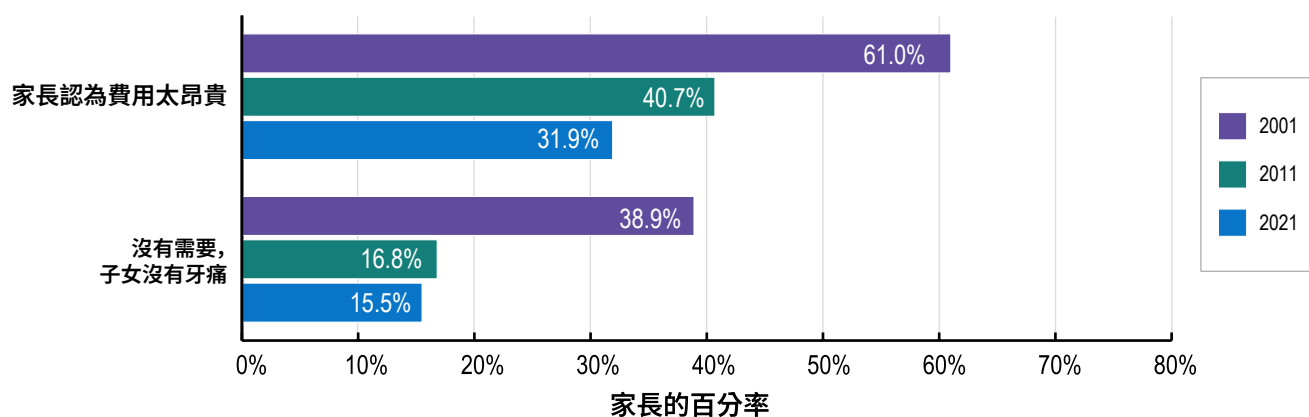
圖 4.22 按無意帶子女定期檢查牙齒的原因劃分十二歲學生家長的百分率(可選多於一項)



基數：在2021年調查中所有回答此問題的十二歲學生家長
(N= 18 700)

2011年調查結果顯示，在無意帶子女定期檢查牙齒的家長當中，有40.7%表示是因為牙齒檢查費用高昂，2021年的相關數字則下降至31.9%；而在2011年的調查中表示因其子女沒有牙痛，所以無檢查需要的佔16.8%，2021年的相關數字則進一步降至15.5%（圖 4.23）。

圖 4.23 按無意帶子女定期檢查牙齒的原因劃分十二歲學生家長的百分率 (2001 年、2011 年及2021年)



基數：所有回答此問題的十二歲學生家長
 2001年：(N = 39 000)
 2011年：(N = 20 400)
 2021年：(N = 18 700)

受家長牙科保險或福利計劃保障的十二歲學生比率

有23.6% (11 800) 的十二歲學生家長受牙科保險或福利計劃保障，當中有85.9% (10 100) 家長的保障是由僱主提供，62.3% (7 400) 指出其子女亦受惠於該計劃，人數佔所有十二歲學生的14.7%。

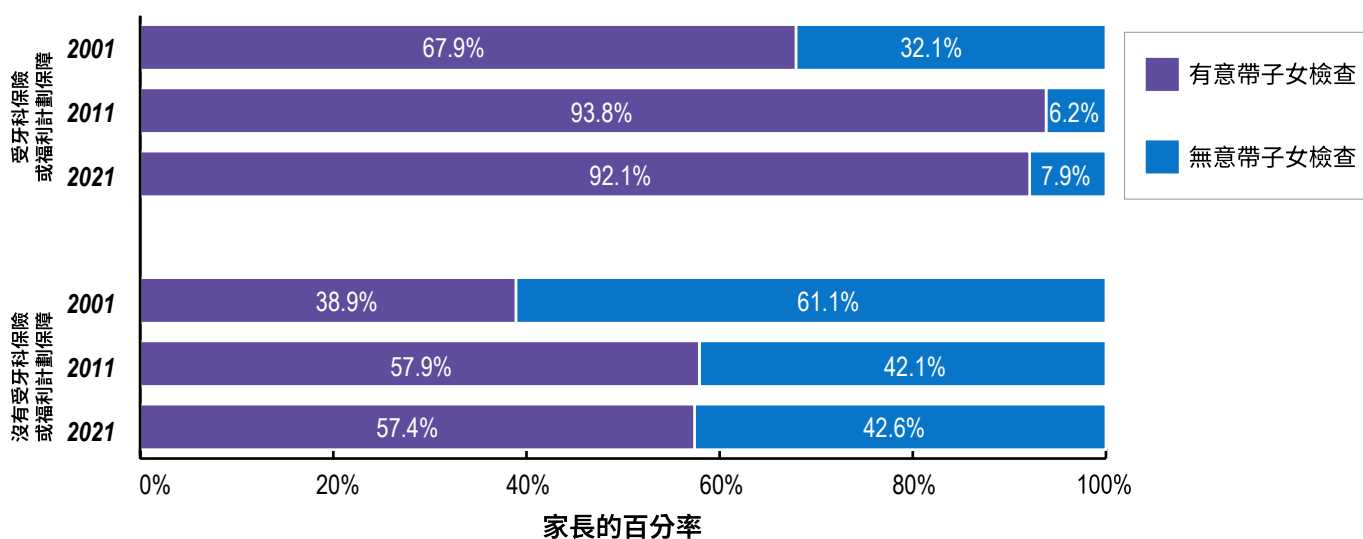
2011年的調查所得，僅26.8%家長受牙科保險或福利福利計劃保障，所有學生中僅17.2%亦受惠於該計劃。

牙科保險或福利計劃與家長帶子女定期檢查牙齒的意向

在子女受牙科保險或福利計劃保障的家長當中，高達92.1% (6 800) 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% (24 500) 家長表示有意帶子女定期檢查牙齒。

然而，與2011年的調查結果比較，在受牙科保險或福利計劃保障的群組中，有意帶子女定期檢查牙齒的家長人數有輕微減少(圖4.24)。

圖 4.24 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)

約60%的家長有意帶其十二歲子女定期檢查牙齒。有24.5%學生升讀中學後曾往見牙科醫生，所接受的治療大部分為洗牙。在無意帶子女定期檢查牙齒的家長當中，42.9%認為**未有需要**因子女剛在「學童牙科保健服務」接受檢查是主要原因之一。

子女受牙科保險或福利計劃保障的家長較為願意帶其十二歲子女接受定期牙齒檢查。在無意帶子女定期檢查牙齒的家長當中，31.9%認為**費用**是原因之一。

與2001年和2011年的調查結果比較，本調查中，較於未受保障的群組，受牙科保險或福利計劃保障的群組中有更多家長有意帶其十二歲子女接受定期牙齒檢查。不過，2021年的調查顯示此增幅已減弱。

第四章小結

十二歲學生的牙齒狀況仍然非常良好，與2001年和2011年相比，亦保持改善的趨勢。十二歲學生的蛀牙經驗極少，「齲失補恆齒」指數（DMFT）低至0.24，而且大多數蛀牙已經修補。

與2011年比較，本調查發現十二歲學生的牙周狀況較為穩定。牙周狀況良好的學生人數增多，而口腔內部份位置有牙石積聚的學生人數減少。但值得注意的是，60%以上的學生仍普遍存在牙齦出血的現象。

十二歲學生的口腔健康護理習慣保持在良好的水平。從2001年至2021年，學生和家長對蛀牙和牙周病的風險因素的認識保持。學生的刷牙習慣保持在非常良好的水平，以牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋的百分率來衡量，其牙齒的清潔程度亦進一步提高。使用牙線的學生人數輕微上升，但大多數只會間中使用，這與10年前的情況相若。

約三分之二的家長表示有意帶十二歲的子女定期檢查牙齒。有意帶其子女接受定期牙齒檢查的家長人數比率與2011年的調查結果相若。在子女受牙科保險或福利計劃保障的群組中，有意帶其子女接受定期牙齒檢查的家長人數比率則較高。

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。

雖然十二歲學生的蛀牙和牙周病狀況在過往十年有進一步改善，但大多數學生口腔內仍有牙齦出血和部分位置牙石積聚的情況。許多學生只間中使用牙線，未養成每天使用牙線的習慣。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。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，但仍需加強學生對口腔健康的認知。仍有相當比率的學生不清楚氟化物的效用以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，因此可考慮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。事實上，政府將推出一項基層牙科保健計劃，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，令他們自己能夠照顧好個人的口腔健康，一直保持良好的口腔健康至老年都不會失去牙齒。

第五章

三十五歲至四十四歲成年人

香港三十五歲至四十四歲成年人的口腔健康狀況

牙齒狀況 — 牙齒數目

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5.1)。此外，在本調查的受檢者中並沒有發現任何成年人失去所有牙齒。

表5.1 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5.2 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。

牙齒必須保持功能性接觸才能發揮咀嚼功能。牙齒咬合對數 (有功能性接觸的上下對立牙齒的對數) 是評估能夠咀嚼的牙齒數量的一種方式。本調查中，牙齒咬合對的定義包括真牙/真牙以及真牙/固定假牙。幾乎所有成年人都至少有10對咬合牙齒 (99.1%) (表5.2)。

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5.3)。

表5.3 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% ^S
全口假牙托	0.0% ^S
植牙	3.2%

基數：所有成年人

^S 此估計只基於少數樣本而得出，讀者應謹慎解讀。

牙齒缺失並不是成年人的主要問題。本調查結果所得，成年人平均有28.9顆牙齒，並且發現沒有成年人失去所有牙齒。幾乎所有成年人口腔內都有10對或以上的咬合牙齒。

牙齒狀況 — 蛀牙經驗

以「齲失補恆齒」指數 (DMFT index) 衡量成年人的蛀牙經驗如表5.4所示。成年人的「齲失補恆齒」平均數值 (mean DMFT value) 為6.6，其中未經治療的蛀牙只屬少數 (齲齒平均數值為0.7)。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)，而2021年成年人的平均補齒數值 (mean FT 2.8) 和平均齲齒數值 (mean DT 0.7) 與十年前相比沒有改變。因無法確定牙齒是否因為蛀牙而缺失，所以讀者應謹慎解讀表5.4中的平均失齒數值 (mean MT)。

表5.4 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5.5)。

表5.5 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

表5.6 成年人牙根表面的蛀蝕經驗 (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/補牙根平均數值 (mean DF-root)	0.1	0.1	0.1
齲牙根平均數值 (mean D-root)	< 0.05	< 0.05	0.09
補牙根平均數值 (mean F-root)	< 0.05	< 0.05	<0.05

基數：所有成年人

表5.7 成年人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 = 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。

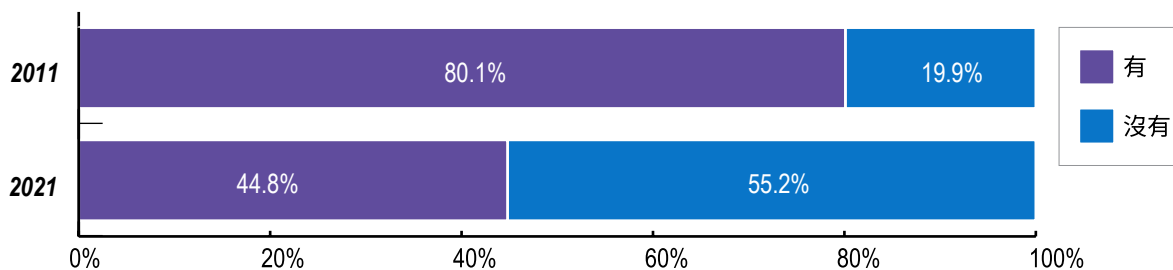
表5.6和表5.7顯示，蛀蝕和未經治療的齲牙根平均數值 (mean D-root) 有所增加，這可能是由於受影響的成年人比率增高。雖然比率的數值仍然較小，但與2011年相比其增幅值得關注。

與2011年的調查結果相比，成年人的牙齒數目略有增多。成年人的齲失補恆齒平均數值為6.6，而平均補齒 (mean FT 2.8) 和平均齲齒 (mean DT 0.7) 的數目則與十年前相若。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%)。

牙周狀況 — 牙齦出血的程度

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5.1)。

圖5.1 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)

牙周狀況 — 牙周袋

有關牙周袋的定義詳情請參閱第一章。

2021年的調查結果顯示，成年人口中有57.4%有或深或淺的牙周袋。牙周袋最大深度為0-3毫米的成年人被視作沒有牙周袋，其人數比率從2011年的60.4%降至2021年的42.6%。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5.8)。

表5.8 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。

牙周袋的分佈在不同牙齒類型之間並不均勻。表5.9顯示，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。同樣，與下排牙齒相比，上排對應牙齒的牙周袋較淺或較深的比率較高。調查顯示，在80%以上有淺牙周袋的上顎和下顎臼齒中，探針檢查時有出血情況。有深牙周袋的下排後牙，探針檢查時有出血情況的比率增至90%以上。簡而言之，牙周袋很可能與牙齦出血同時存在，情況主要發生在後牙。

表5.9 按牙周袋深度劃分的成年人平均牙齒百分率(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	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

牙周狀況 — 失去牙齦附着的程度

有關失去牙齦附着的定義詳情請參閱第一章。

與2001年和2011年的調查結果相比較，同樣有大比率的成年人在2021年失去牙齦附着達4毫米或以上（2021年為58.2%，2011年為51.8%，而2001年為67.0%）（表5.10）。在失去牙齦附着達4毫米或以上的成年人中，失去牙齦附着4-5毫米的佔大多數。

表5.10 按失去牙齦附着程度劃分成年人的百分率(2001年、2011年及2021年)

失去牙齦附着的程度	2001年	2011年	2021年 [#]
	(N = 1 354 700)	(N = 1 062 900)	(N = 985 200)
0-3毫米	33.0%	48.2%	41.8%
4-5毫米	50.2%	40.5%	43.0%
6-8毫米	12.3%	8.4%	12.5%
9-11毫米	3.1%	1.7%	1.5%
≥12毫米	1.4%	1.2%	1.2%
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

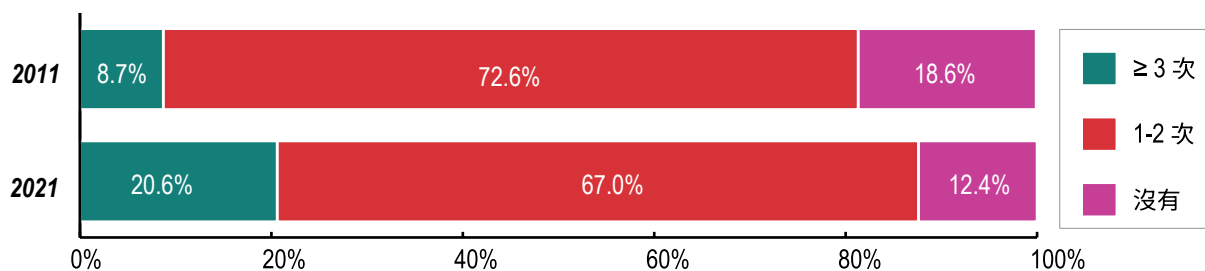
半數或以上的牙齒有牙齦出血的情況成年人比率減少（自2011年的80.1%降至2021年的44.8%）。然而，有更多的成年人有牙周袋（即探查深度達4毫米或以上）（自2011年的39.6%升至2021年的57.4%），而有失去牙齦附着達4毫米或以上的比率也有所增加，但幅度較小（自2011年的51.8%升至2021年的58.2%）。有牙周袋的牙齒主要為後牙，且大多伴有探針檢查出血情況。雖然成年人群組可能改善了口腔清潔從而減少了牙齦出血，但這似乎僅限於前牙區。後牙區的日常清潔表面上看來似乎無效，從而導致更多牙齦出血和牙周組織遭破壞而形成牙周袋。後牙因其位置及其特殊的牙根形狀而難以清潔，需要牙科醫生指導進行有效清潔，並對牙周袋進行適當的專業處理。

成年人的口腔健康相關行為

飲食習慣 — 進食或吃零食的次數

本調查發現，20.6% (202 700) 的成年人每天在正餐以外進食或吃零食三次或以上，這比2011年的8.7%大幅增多(圖5.2)。吃零食次數頻密或吃喝過多含糖分的食物和飲料是增加蛀牙的主要風險因素。

圖5.2 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

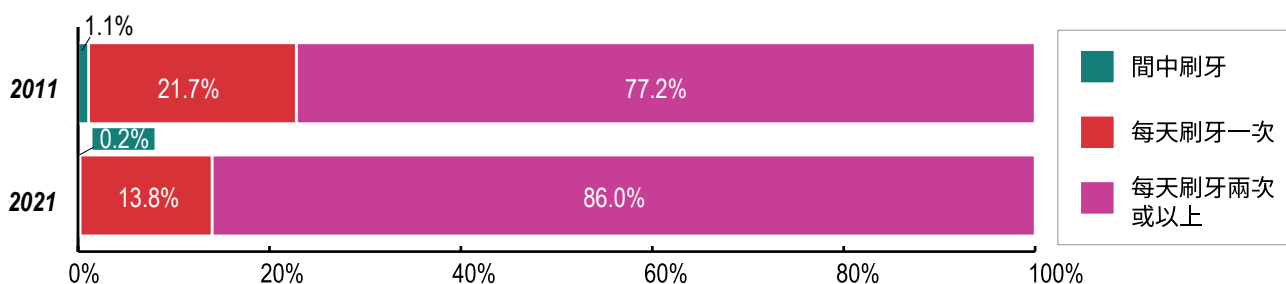


基數：所有成年人
 2011年：N = 1 062 900
 2021年：N = 985 200

口腔衛生習慣 — 成年人刷牙的次數

與2011年相比，成年人每天刷牙兩次或以上的比率增加9個百分點(2021年為86.0%，2011年為77.2%)而13.8%的成年人每天只刷牙一次，這比2011年減少了8個百分點(圖5.3)。

圖5.3 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

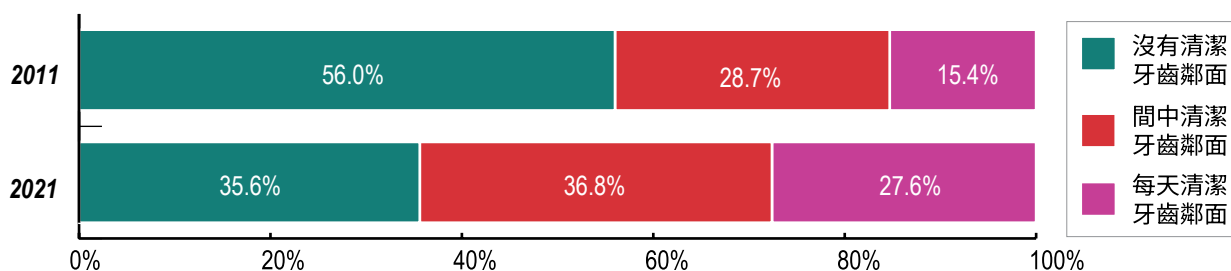
在有刷牙習慣的成年人中，99.4% (979 300) 經常使用牙膏刷牙，這與2011年的調查結果相若。

口腔衛生習慣 — 成年人清潔牙齒鄰面的習慣

64.4% (634 600) 的成年人稱有用牙線或牙縫刷清潔牙齒鄰面的習慣 (圖5.4)。

2011年僅15.4%的成年人稱有清潔牙齒鄰面的習慣，即使在2021年增幅接近兩倍 (27.6%，272 100)，但大多數成年人仍不會每天清潔牙齒鄰面。

圖5.4 按清潔牙齒鄰面的習慣劃分成年人的百分率



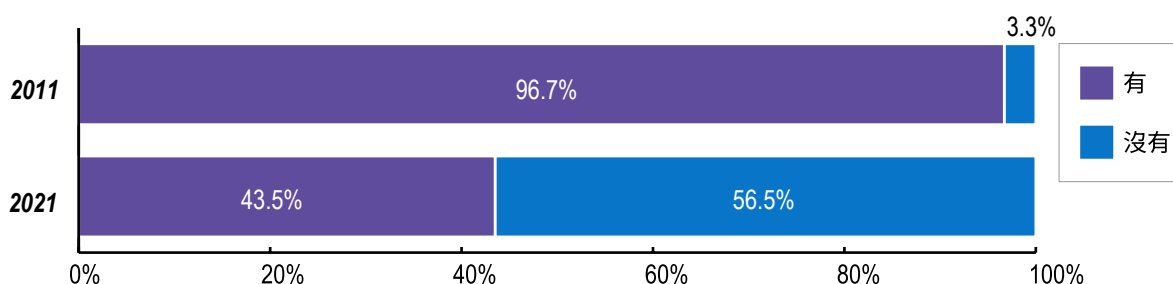
基數：所有成年人
2011年：N = 1 062 900
2021年：N = 985 200

口腔衛生狀況 — 牙齒清潔程度

牙齒清潔程度是根據牙齒表面積聚的可見牙菌膜和牙石的多寡來衡量。

成年人有半數或以上的牙齒有可見的牙菌膜覆蓋的人數比率由2011年的96.7%大幅降至了2021年的43.5% (圖5.5)。

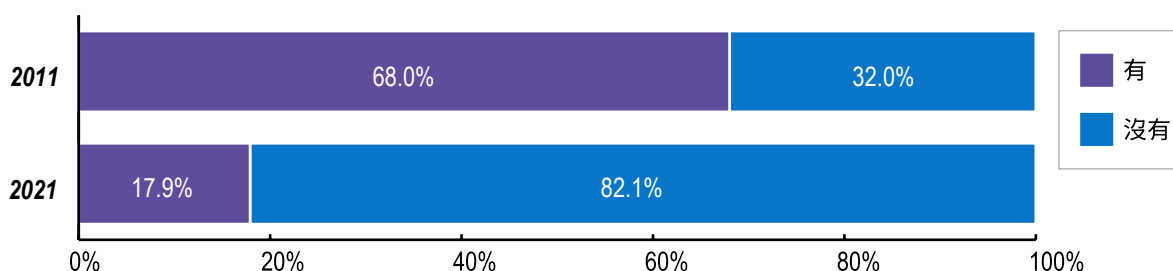
圖5.5 按有否半數或以上的牙齒有可見牙菌膜覆蓋劃分成年人的百分率



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

至於牙石積聚的情況，僅17.9%的成年人半數或以上的牙齒有牙石積聚，這比2011年（68.0%）亦為大幅減少（圖5.6）。

圖5.6 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

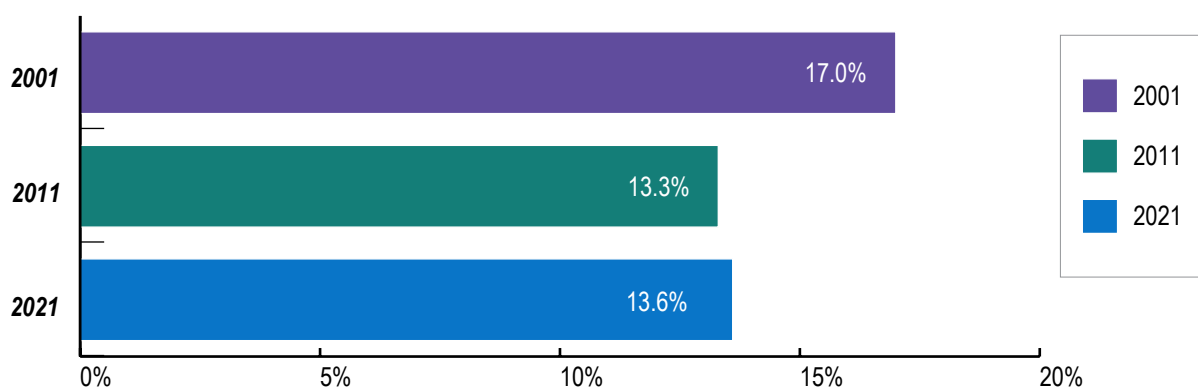
每天刷牙兩次已成為成年人良好的口腔清潔習慣。同時，每天清潔牙齒鄰面的成年人比率幾乎翻倍。牙齒有可見的牙菌膜覆蓋和牙石積聚的成年人人數顯著減少，這說明了牙菌膜控制水平提高。所有這些都似乎指向了正面的方向。然而，調查也發現有牙周袋的成年人比率增加。進一步分析後，發現大多數牙齦出血和牙周袋都位於後牙。為何每日清潔口腔並未令後牙牙齦更健康？

僅靠刷牙不足以清楚牙齒鄰面的牙菌膜，必須徹底清潔牙齒鄰面。僅有27.6%的成年人定期清潔牙齒鄰面，這不利於預防口腔疾病。應繼續鼓勵成年人每天使用牙線或牙縫刷。不過，如何選擇清潔工具以及使用工具的恰當技巧需要牙科醫生進行個別指導。通過定期進行口腔檢查，牙科醫生或牙科護理專業人員可以就牙齒鄰面清潔工具為成年人提供個別建議。而且，成年人也可以通過牙科專業人士的指導，學習並掌握牙齒鄰面清潔工具的使用技巧，尤其是針對技術要求較高的後牙。

吸煙習慣 — 成年人吸煙的普遍程度

約13.6% (137 800) 成年人稱有吸煙習慣，調查結果與2011年的水平 (13.3%，141 800) 相若。

圖5.7 有吸煙習慣的成年人百分率



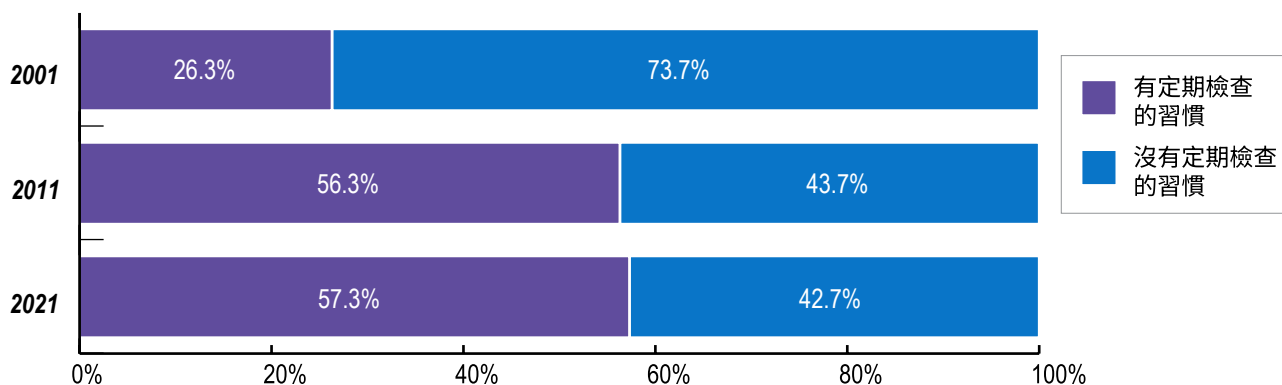
基數：所有成年人
2001年：N = 1 354 700
2011年：N = 1 062 900
2021年：N = 1 010 700* (數據來自「2020-2022年度人口健康調查」)

過去十年來有吸煙習慣的成年人比率保持穩定，約為13%。吸煙是引致牙周病、口腔癌和其他疾病的風險因素。醫護人員應在每一次的醫療接觸中向成年人傳達反吸煙建議，反對所有類型的煙草產品，包括電子煙和加熱煙草產品等。

使用口腔健康護理服務的模式 — 定期檢查口腔的習慣

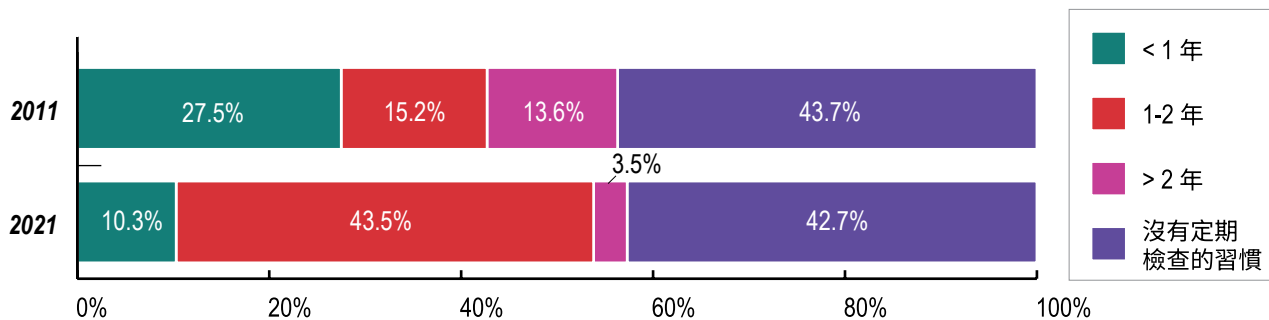
2021年的調查顯示，有定期到牙科診所檢查口腔或洗牙習慣的成年人比率與十年前相若（2021年為57.3%（564 400），2011年為56.3%（598 400））（圖5.8）。而成年人口腔檢查的時間間隔在一至兩年的人數比率在2021年有所增多（從2011年的15.2%增至2021年的43.5%），而時間間隔在一年內的人數比率則有所減少（從2011年的27.5%減至2021年的10.3%），這意味著與2011年相比，口腔檢查的時間間隔有所延長（即檢查頻率降低）（圖5.9）。

圖5.8 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5.9 按檢查口腔習慣劃分成年人的百分率

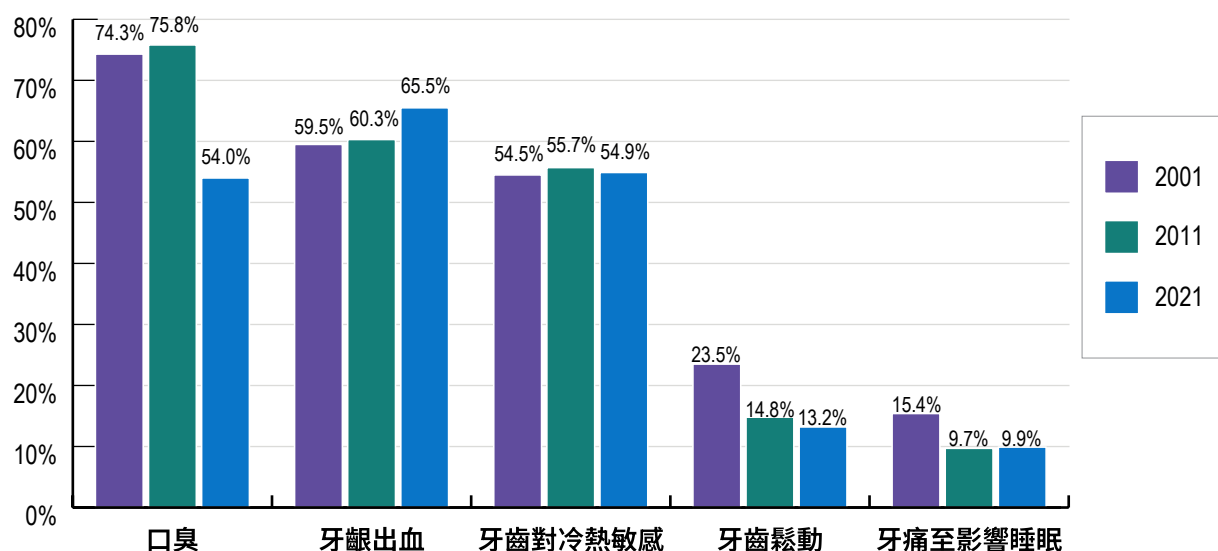


基數：所有成年人
 2011年：N = 1 062 900
 2021年：N = 985 200

使用口腔健康護理服務的模式 — 曾因口腔問題引起的症狀而往見牙科醫生的成年人

本調查問及成年人於過往十二個月曾否出現口腔問題引起的症狀，及其處理症狀的方法（圖5.10）。2021年牙齦出血是成年人最常出現的口腔症狀（65.5%，644 900），其次便是牙齒對冷熱敏感（54.9%，541 300），而有口臭的比率則顯著下降（2021年為54.0%（531 900），而2011年為75.8%（805 300））。牙齒鬆動（13.2%，129 900）及牙痛至影響睡眠（9.9%，97 500）仍然是最不常見的口腔症狀。

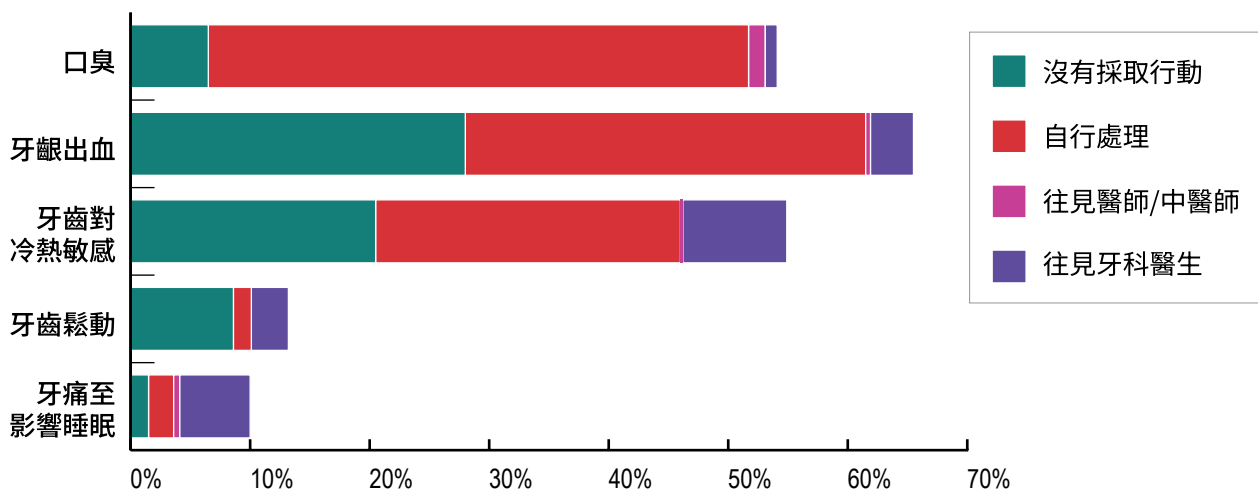
圖5.10 按調查前12個月內曾出現口腔症狀劃分成年人的百分率（2001年、2011年及2021年）



基數：所有成年人
 2001年：N = 1 354 700
 2011年：N = 1 062 900
 2021年：N = 985 200

當出現口腔症狀時，大多數受影響的成年人不採取任何行動，或自行處理口腔症狀問題，而不會往見牙科醫生。即使有牙痛至影響睡眠，也不是每個受影響的成年人都會往見牙科醫生（圖5.11）。

圖5.11 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。

使用口腔健康護理服務的模式 — 成年人的牙科治療需要及往見牙科醫生的意願

根據標準化的評估基準，洗牙(79.6%，784 700)和補牙及/或根管治療(25.3%，249 000)是需要比率最高的兩項治療項目。經評估後，需要鑲配假牙的比率(4.2%，41 400)最低。與2001年和2011年的調查結果相若，在所有治療項目上，受檢者自我評估的治療需求與牙科醫生評估的治療需求之間存在差異(表5.11)。

表5.11 按自我評估及牙科醫生評估的治療需要劃分的成年人百分率(2001年、2011年及2021年)

牙科治療需求	2001年		2011年		2021年	
	(N = 1 354 700)		(N = 1 062 900)		(N = 985 200)	
	自我評估	牙科醫生評估	自我評估	牙科醫生評估	自我評估	牙科醫生評估
洗牙*	18.4%	95.9%	31.0%	97.5%	22.2%	79.6%
補牙及/或根管治療**	25.0%	29.0%	12.3%	26.3%	10.2%	25.3%
拔牙	5.5%	11.9%	2.2%	12.6%	4.2%	10.1%
鑲配假牙***	7.8%	8.2%	2.1%	3.4%	1.3%	4.2%

*如發現牙石，受檢者會被評估為需要洗牙。

**在2021年的調查中，將2001年和2011年的補牙及根管治療的數據資料合併為單一類別，以作直接比較。

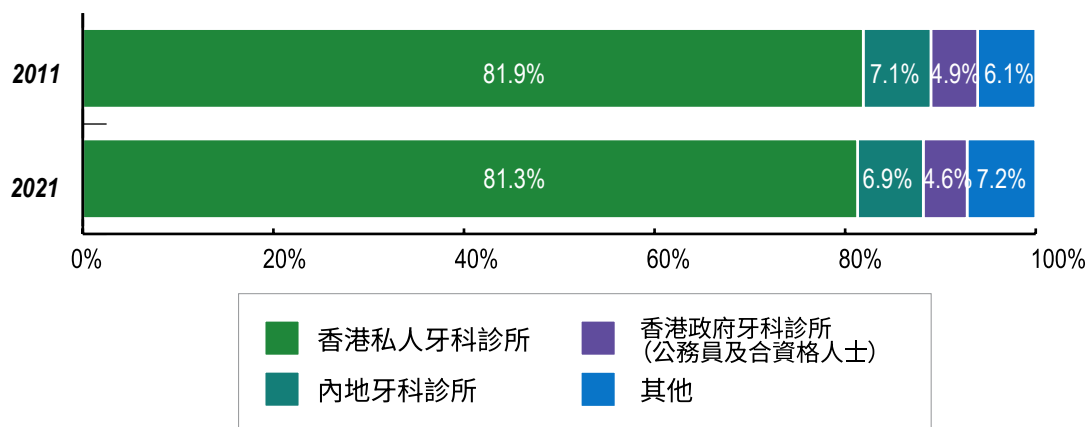
***如受檢者出現以下一個或多個情況，將會被評估為需要鑲配假牙：

- 現有牙橋或假牙斷裂或喪失功能
- 現有牙橋或假牙的基牙需要拔除
- 第一前白齒前面有齒槽
- 能夠發揮功能的牙齒少於10對(包括對立咬合的自然牙和/或假牙)

使用口腔健康護理服務的模式 — 就診地點

在曾往見牙科醫生的成年人當中，有81.3% (783 500) 成年人通常前往香港的私人牙科診所就診，另有6.9% (66 300) 成年人曾到內地的牙科診所就診，這與過去十年的情況相若 (圖5.12)。

圖5.12 按前往的牙科診所類別劃分曾往見牙科醫生的成年人百分率



基數：曾往見牙科醫生的成年人

2011年：N = 1 004 100

2021年：N = 963 100

成年人在沒有症狀的情況下定期進行口腔檢查有利於口腔健康，根據牙科醫生對受檢者個人風險程度的評估，檢查的時間間隔可以從每六個月到每兩年不等。本調查結果顯示，至少每兩年進行口腔檢查的成年人比率從2011年的42.7%增加至2021年的53.8%。必須積極推動其餘46%的成年人建立這種良好的行為習慣，除非是由牙科醫生基於較低的口腔健康風險評估結果而建議，否則需留意檢查頻率過低（即檢查時間間隔過長）的情況。

出現口腔症狀應視為某些口腔健康疾病的警報，例如牙齦出血是牙周病的徵兆。大多數成年人在出現很多常見的口腔症狀時，都不會向牙科醫生求診。即使是牙痛至影響睡眠乃至影響日常生活，仍有相當比率的成年人不會採取任何行動，或者嘗試自行處理症狀。他們可能會因此而錯過了由牙科專業人士及早治療新出現而大多可治愈的口腔症狀的機會。

過去數十年來，成年人自我評估的治療需求與牙科醫生確定的實際治療需求之間存在的差異並無改善。總之，成年人這種自我評估的治療需求是不準確的，再加上傾向於拖延治療，可能會因未能及時治療而引致口腔健康惡化，這可能最終導致不必要的失齒。

推動或妨礙成年人進行有助保持口腔健康的相關行為的因素

本調查探討有何因素推動或妨礙成年人使用輔助工具清潔牙齒鄰面，以及採用口腔健康護理服務，包括定期檢查口腔和往見牙科醫生以處理口腔症狀等。

調查所發現的這些推動或妨礙因素，會為規劃個人層面的口腔健康教育及社區層面的口腔健康推廣活動提供有用的資料。

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(表5.12)。

表5.12 按有清潔牙齒鄰面習慣的原因劃分成年人的百分率

有清潔牙齒鄰面習慣的原因	2021年	
	牙線 (N=548 600)	牙縫刷 (N=203 500)
可清除牙縫間殘留食物	71.6%	45.6%
使用後牙齒會更乾淨	37.3%	35.6%
牙科醫生建議	12.1%	23.6%
可預防蛀牙	1.5%	3.6%
可預防牙周病	1.0%	5.6%

基數(牙線): 有使用牙線習慣的成年人

基數(牙縫刷): 有使用牙縫刷習慣的成年人

「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，而「沒有需要」(24.3%)是成年人不使用牙縫刷最常見的原因(表5.13)。

表5.13 按沒有清潔牙齒鄰面習慣的原因劃分成年人的百分率

沒有清潔牙齒鄰面習慣的原因	2021年	
	牙線 (N=436 600)	牙縫刷 (N=781 700)
懶惰/使用麻煩/不願使用	34.8%	15.1%
不知道如何使用	18.4%	11.9%
沒有需要	16.3%	24.3%
從沒想過要使用	7.5%	9.1%
不知道甚麼是牙線/牙縫刷	1.2%	15.8%

基數(牙線): 沒有使用牙線習慣的成年人

基數(牙縫刷): 沒有使用牙縫刷習慣的成年人

大多數成年人知道什麼是牙線，但有15.8% (123 300)的成年人不知道什麼是牙縫刷。約有五分之一的成年人(18.4%，80 300)稱因為缺乏技巧，所以沒有使用牙線，而超過十分之一的成年人(11.9%，93 200)因為同樣理由而沒有使用牙縫刷(表5.13)。

在報稱清潔牙齒鄰面的成年人中，相當一部分是出於社交和美觀的原因。更為重要的是，只有一小部分成年人表示是因為牙科醫生的建議。我們有理由相信，大多數成年人是在沒有專業指導的情況下清潔牙齒鄰面。這種自行清潔牙齒鄰面的方法可能會給成年人帶來錯誤的安全感，實際上卻無助於預防牙周病。

雖然牙科醫生可以利用定期口腔檢查的機會提供個人層面的日常口腔護理建議，但經過適當培訓的牙科護理專業人員(牙科衛生員和牙科治療師)也可以在非臨床環境中提供此類口腔清潔指導。社區層面的基層牙科護理服務可能有助向更大範圍的人口推廣正確的日常口腔清潔護理資訊。

牙科專業人士在面對為掌握牙齒鄰面清潔技巧的成年人時，可以在每次的牙科診療時，主動指導成年人練習正確的口腔衛生護理技巧，使成年人患者能夠掌握並建立牙齒鄰面清潔習慣，透過有效的口腔清潔護理習慣來增強自己的口腔健康。

推動或妨礙培養定期檢查口腔習慣的因素

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。以下章節會根據此定義，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。

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，而25.9%(137 400)則認為有助預防牙患或預防勝於治療，約15%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(表5.14)。

表5.14 按每兩年定期檢查口腔最少一次的原因劃分成年人的百分率(可選多於一項)

定期檢查口腔的原因	2021年百分率
想要洗牙或檢查口腔	68.1%
預防牙患或預防勝於治療	25.9%
要盡量使用保險計劃/僱員福利所提供的牙科護理服務	15.1%
保持牙齒健康	9.5%
牙科醫生提醒要定期檢查	8.8%
有助保持牙齒潔白和清潔	4.2%

基數：每兩年定期檢查口腔最少一次的成年人
2021年：N = 529 800

本調查發現大多數(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(表.15)。

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。與2011年相比,這些因素的所佔比率略有下降,但仍是妨礙成年人定期檢查口腔的重要因素。

表5.15 按沒有每兩年定期檢查口腔最少一次的原因劃分成年人的百分率(可選多於一項)

沒有定期檢查口腔的原因		2021年百分率
牙齒健康/沒有痛楚/沒有需要		56.9%
有想過定期檢查,但是:	沒有時間	13.5%
	未能負擔費用/不想花費金錢在檢查上	7.3%
	預約有困難	3.9%

基數:沒有每兩年定期檢查口腔最少一次的成年人
2021年:N = 455 400

本調查向所有成年人問及對定期檢查口腔的一些觀點。先前以三十五歲至四十四歲的成年人為研究對象的質性研究對這些觀點進行了識別,確定這些觀點是推動或妨礙成年人作定期口腔檢查的因素。有定期檢查口腔及沒有定期檢查口腔的成年人對定期檢查的相關觀點的百分率如表5.16所示。

表5.16 按對定期檢查口腔的觀點劃分成年人的百分率

對定期檢查口腔的觀點	有定期檢查者		沒有定期檢查者	
	2011年	2021年	2011年	2021年
	(N = 454 100)	(N = 529 800)	(N = 608 800)	(N = 455 400)
為咗及早發現牙齒嘅問題，而定期去牙醫度檢查牙齒	80.4%	75.2%	40.3%	41.3%
為咗整靚棚牙，而定期去牙醫度洗牙	45.0%	52.0%	20.0%	25.7%
只要勤力啲刷牙同埋打理棚牙，就唔駛定期去洗牙啦	15.1%	12.7%	61.1%	51.8%
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	34.0%	32.4%	60.1%	60.6%

基數(有定期檢查者): 每兩年定期檢查口腔最少一次的成年人

基數(沒有定期檢查者): 沒有每兩年定期檢查口腔最少一次的成年人

與沒有定期檢查口腔的成年人比較，有定期檢查的成年人明顯地有較大比率持以下觀點：

- 「為咗及早發現牙齒嘅問題，而定期去牙醫度檢查牙齒」
- 「為咗整靚棚牙，而定期去牙醫度洗牙」

另一方面，沒有定期檢查的成年人明顯地有較大比率持以下觀點：

- 「只要勤力啲刷牙同埋打理棚牙，就唔駛定期去洗牙啦」
- 「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」

定期洗牙和擦亮牙齒是促使成年人定期檢查口腔的主要因素。而定期口腔檢查最大的妨礙因素是主觀感覺口腔健康狀況良好(因為沒有牙痛)以及認為在家自我口腔護理可以取代定期洗牙。不過，口腔疾病可能會悄悄地發展，個人不會感到任何不適，因此即使沒有感覺不適，定期檢查對於預防保健和及早發現口腔健康問題也至關重要。即使每天保持良好的口腔清潔護理，仍需定期檢查口腔。此外，時間限制和擔心治療費用難以估計也是阻礙成年人定期檢查口腔的因素。牙科專業人員應該解決成年人所顧慮的這些系統性因素，推動成年人定期檢查口腔。

利用成年人希望每年進行洗牙及預防性治療的願望作為推動力，進行教育和溝通，以培養成年人往見牙科醫生檢查口腔的習慣，即使在他們自我評估口腔健康狀況良好時也保持這個習慣。成年人需要良好的自我護理技巧以確保在家中保持良好的口腔清潔，對此專業人員的建議至關重要。此外，由牙科專業人士進行的風險評估能夠在個人層面辨識成年人罹患牙科疾病的任何隱藏風險因素。醫護人員可以利用每一次的健康服務來灌輸和強化這些重要資訊。

成年人出現口腔症狀時，妨礙他們向牙科醫生求診的因素

成年人即使察覺自己出現口腔症狀時，也並非所有人都會尋求專業的牙科護理。為了解妨礙成年人向牙科醫生求診的因素，本調查詢問曾出現口腔症狀的成年人他們往見牙科醫生或沒有往見牙科醫生的原因。

表5.17 按調查前12個月內曾出現口腔症狀而往見牙科醫生的原因劃分成年人的百分率

口腔症狀		調查前12個月內曾出現口腔症狀而往見牙科醫生	調查前12個月內曾出現口腔症狀而沒有往見牙科醫生
口臭	2021年 (N = 531 900)	1.8% §	98.2%
牙齦出血	2021年 (N = 644 900)	5.5%	94.5%
牙齒對冷熱敏感	2021年 (N = 541 300)	15.8%	84.2%
牙齒鬆動	2021年 (N = 129 900)	23.7%	76.3%
牙痛至影響睡眠	2021年 (N = 97 500)	59.2%	40.8%

基數：調查前12個月內曾出現特定口腔症狀的成年人

§ 對於口腔症狀「口臭」的估計只基於少數樣本而得出，讀者應謹慎解讀。

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(表5.17)。

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(表5.18)。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」，另兩個針對較輕微症狀的常見妨礙原因是「預約有困難」和「未能負擔費用」。對於曾出現牙齒鬆動或牙痛的成年人而言，「害怕往見牙科醫生」或「選擇牙科醫生有困難」是妨礙他們求診意欲的重要因素(表5.18)。

表5.18 按所遇到的妨礙因素劃分於調查前12個月內曾出現口腔症狀並知道自己需要往見牙科醫生的成年人百分率(可選多於一項)

口腔症狀		沒有時間	預約有困難	未能負擔費用	害怕往見牙科醫生	選擇牙科醫生有困難
口臭	2021年 (N = 84 000)	35.1%	32.3%	30.2%	2.9% §	5.9% §
牙齦出血	2021年 (N = 86 700)	43.9%	30.7%	27.3%	8.1% §	4.6% §
牙齒對冷熱敏感	2021年 (N = 107 600)	24.3%	33.8%	22.6%	13.6%	4.1% §
牙齒鬆動	2021年 (N = 33 500)	43.2%	19.0% §	9.2% §	28.4% §	4.7% §
牙痛至影響睡眠	2021年 (N = 20 600)	51.2% §	0.0% §	9.3% §	7.3% §	9.8% §

基數：於調查前12個月內曾出現相關口腔症狀並知道有需要但沒有往見牙科醫生的成年人
§ 此估計只基於少數樣本而得出，讀者應謹慎解讀。

本調查顯示，當成年人出現口腔症狀時往見牙科醫生的比率較低。

在成年人群組中出現上述口腔症狀時，缺乏時間是妨礙他們往見牙科醫生的重要因素，而預約有困難則令問題加劇。針對牙齦出血及牙齒對冷熱敏感等較輕微的症狀，與牙齒鬆動和牙痛至影響睡眠等較嚴重的症狀相比，有更多成年人認為未能負擔費用。

口腔健康對於成年人生活品質的影響

本調查評估了口腔健康對成年人生活品質的影響(表5.19)。

16.6%的成年人曾表示多數有或成日都有感到口乾(表5.20)。

與2001年的調查結果相比較，成年人認為口腔健康對日常生活方面有負面影響的人數比率仍處於較低水平。2011年的調查中沒有包含類似問題，因此無數據可供比較。

表5.19 對OHIP-14中的日常生活方面表示受負面影響的成年人的百分率(2001年及2021年)

對日常生活的影響	表示「多數有/成日都有」的 成年人百分率	
	2001年	2021年
因牙齒、口腔或假牙問題而令咀嚼食物有困難	2.4%	3.0%
因牙齒、口腔或假牙問題而令發音有困難	2.3%	1.1%
因牙齒、口腔或假牙問題而令吃任何食物均感不適	6.0%	2.9%
口腔有疼痛	1.7%	3.9%
因口腔問題而擔心	1.4%	3.9%
因口腔問題而覺得悲慘	1.5%	1.1%
因牙齒、口腔或假牙問題而覺得食物少了味道	1.4%	0.5%
因牙齒、口腔或假牙問題而需要中斷進餐	6.0%	3.8%
因牙齒、口腔或假牙問題而心煩意亂	0.9%	1.0%
因牙齒、口腔或假牙問題而覺得尷尬	2.9%	1.1%
因牙齒、口腔或假牙問題而避免外出	0.2%	0.4%
因牙齒、口腔或假牙問題而與他人相處有困難	0.2%	0.1%
因牙齒、口腔或假牙問題而完全無法做任何事情	0.2%	0.1%
因牙齒、口腔或假牙問題而無法盡全力工作	0.4%	0.1%

表5.20 按曾感到口乾的頻率劃分成年人的百分率(2021年)

	表示「多數有/成日都有」的 成年人百分率
曾感到口乾的頻率	16.6%

基數:所有成年人
2001年:N = 1 354 700
2021年:N = 985 200

本調查採用「口腔健康影响程度量表-14」(OHIP-14)中的一系列問題來衡量成年人的牙齒、口腔或假牙等問題對生活品質的影響。調查發現口腔狀況一般對成年人的日常生活影響並不大。

16.6% 的成年人表示曾多數有或成日都有感到口乾。

第五章小結

與十年前相比，本調查發現香港成年人群組的口腔健康維持在良好水平。沒有發現成年人失去所有牙齒，並且絕大部分成年人都有10對以上的咬合牙齒，因此失齒並非問題。

調查中的正面發現為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，成年人的口腔清潔習慣也有改善。

調查小組在此指出成年人群組中需要注意和改變行為習慣的某些方面。蛀牙似乎並不嚴重，成年人平均有28.9顆牙齒，其中僅0.7顆是未經治療的蛀牙。不過，未經治療蛀牙的分佈並不均勻，而且在成年人中出現的比率為31.7%。成年人中牙根表面蛀蝕而未經治療的人數比率仍較低，實際上卻已比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。很大部分成年人實際上都有口腔問題，但受影響的成年人自己可能並未意識到。

某些成年人認為自己的日常口腔清潔狀況良好，因而沒有必要檢查口腔。不過，口腔內有未經治療的蛀牙和牙周袋則說明這種想法並不恰當。牙周袋和牙齦出血大多出現在後牙，說明成年人目前的日常口腔清潔在後牙區效果並不好。其中一個可能的原因是成年人在選擇輔助清潔工具及使用技巧方面缺乏專業人員的指導。成年人中吃零食或飲食次數頻密及吸煙等口腔健康高風險行為也很普遍。即使目前沒有口腔疾病的成年人，仍有風險在將來可能罹患口腔疾病。

另一方面，專業口腔護理的使用率仍然很低。有更多成年人表示會定期檢查口腔，事實上檢查頻率大多較低，而且不確定是否基於牙科醫生較低的口腔健康風險評估結果而建議延長檢查時隔。對口腔疾病認識不足，以及作定期口腔檢查的意願較低，都不利於及早發現口腔疾病。

大多數成年人仍然傾向於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。

雖然在成年人群組中存在著對口腔護理服務的態度障礙，但口腔保健系統中可能存在一些阻礙成年人使用的因素。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。

前瞻

所有成年人都應意識到，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(如使用牙線還是牙縫刷)和使用技巧方面提供指導。這在後牙區的清潔中尤為重要，因為後牙的牙齒位置和牙根形狀令後牙清潔較為困難。目前，大部分牙齦出血和牙周袋都出現在後牙區。

口腔檢查是接受日常口腔清潔專業指導的良機。口腔清潔指導、風險評估和預防性口腔治療也可以由經過適當培訓的牙科護理專業人員(牙科衛生員及牙科治療師)提供。

即使存在大規模的基礎牙科保健系統，定期由牙科醫生進行口腔檢查仍然是不可替代的。牙科醫生可以進行更為詳細的口腔檢查和特殊檢查(例如使用X光)，以便及早識別並及時治療口腔疾病。這應該能夠減少口腔不適的發生和對口腔急診治療的需求。

市民有責任管理自身的健康，包括自身的口腔健康，而牙科業界應當協助並促進市民增強健康。應通過宣傳和教育，向市民提供更多資訊，而服務開放時間和價格資訊問題等來自牙科診所的障礙應加以處理，以提高專業牙科服務的使用率。

第六章

六十五歲至七十四歲的非居於院舍長者

香港六十五歲至七十四歲非居於院舍長者的口腔健康狀況

牙齒狀況 — 牙齒數目

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6.1)。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。

表6.1 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6.2 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。

牙齒必須保持功能性接觸才能發揮咀嚼功能。牙齒咬合對數 (有功能性接觸的上下對立牙齒的對數) 是評估能夠咀嚼的牙齒數量的一種方式。本調查中，牙齒咬合對的定義包括真牙對真牙以及真牙對固定假牙。66.7%的非居於院舍長者至少有10對咬合牙齒 (表6.2)。

牙齒狀況 — 使用假牙狀況

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))。此項調查結果可能部分歸因於牙齒保留數目增多，體現在非居於院舍長者的缺齒數目減少。

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6.3)。

表6.3 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	2011年	2021年
	(N = 445 500)	(N = 450 800)	(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。

牙齒狀況 — 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，結果如表6.4所示。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(平均失齒數值：2021年為9.2，2011年為12.7，而2001年為15.1)。與此同時，補齒的數量亦增多(2021年為3.1，2011年為2.3，2001年為1.2)。其中未經治療的蛀牙(齲齒平均數值)低至1.2，與2011年和2001年相比，該數據相對穩定。約半數非居於院舍長者有未經治療的蛀牙(表6.5)，情況與十年前相若。讀者應謹慎解讀表中的平均失齒數值(MT)，因並不能確定牙齒是因蛀牙而缺失。

表6.4 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	2011年	2021年
	(N = 445 500)	(N = 450 800)	(N = 883 200)
齲失補恆齒平均數 (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

表6.5 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	2011年	2021年
	(N = 445 500)	(N = 450 800)	(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

表6.6 非居於院舍長者牙根表面的蛀蝕經驗(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/補牙根平均數值 (mean DF-root)	0.4	0.5	0.7
齲牙根平均數值 (mean D-root)	0.3	0.4	0.5
補牙根平均數值 (mean F-root)	< 0.05	0.06	0.2

基數：所有非居於院舍長者

牙根表面蛀蝕或修補過的平均牙齒數目 (mean DF-root) 為0.7 (表6.6)。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))。2021年調查顯示，28.8%的非居於院舍長者有牙根表面蛀蝕經驗 (齲/補牙根DF-root)，有80%的齲牙根 (23.3%/28.8%*100%) 未經治療 (表6.7)。

表6.7 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

非居於院舍長者的牙齒缺失程度在過去二十年持續下降。失去所有牙齒的長者比率由 2011 年的 5.6% 下跌至 2021 年的 0.9%，而他們的牙齒平均數目則由 19.3 增加至 22.8。三分之二的非居於院舍長者 (66.7%) 至少有 10 對咬合牙齒 (真牙對真牙和/或固定假牙)。

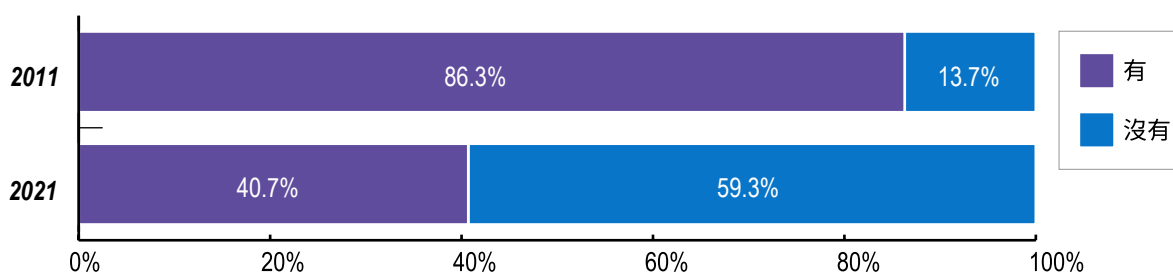
長者的齲齒、失齒和補齒 (齲失補恆齒) 的平均數值由 2011 年的 16.2 下降至 2021 年的 13.5。2021 年調查中，雖然長者的牙冠齲齒數目保持穩定，但即使修補牙根表面蛀蝕的長者人數增多，牙根表面蛀蝕而未經治療的人數比率卻有所增加。

牙周狀況 — 牙齦出血的程度

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 2021 年上述牙齦檢查受檢者所代表的 874 900 名尚有牙齒的非居於院舍長者。

在這些尚有牙齒的非居於院舍長者當中，約 40.7% (355 800) 在檢查時有半數或以上牙齒出現牙齦出血的情況，比 2011 年的調查結果 (86.3%，333 400) 減少了近 50% (圖 6.1)。

圖 6.1 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)

牙周狀況 – 牙周袋

有關牙周袋的定義詳情請參閱第一章。

本調查結果顯示，尚有牙齒的非居於院舍長者中有約70% (612 200) 有或深或淺的牙周袋，與十年前相比，增加了10% (表 6.8)。比率增加的原因，除了可能是長者的牙周狀況惡化之外，也可能是檢查方法不同以及長者有較多牙齒有牙周袋所致。

表6.8 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6.9 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

不同牙齒類型有淺牙周袋或深牙周袋的比率非常相似。淺牙周袋在探針檢查時出血的情況比較普遍。應留意非居於院舍長者中33.8%的上顎臼齒和42.3%的下顎臼齒已經拔除(表6.9)。

牙周狀況 — 失去牙齦附著的程度

有關失去牙齦附著的定義詳情請參閱第一章。

將三份口腔健康狀況報告相比較可發現，失去牙齦附著達4毫米或以上的尚有牙齒的非居於院舍長者比率減少(2021年為87.0% (761 200)，2011年為90.5% (349 600)，2001年為91.7% (328 900))。不過，失去牙齦附著達9毫米或以上的比率卻有細微增加(2021年為21.3% (186 300)，2011年為16.8% (64 900)，2001年為15.5% (55 600))。與牙齦出血的狀況類似，該比率增加的原因，除了可能是長者的牙周狀況惡化之外，也可能是檢查方法不同以及長者有較多牙齒有牙周袋所致(表6.10)。

表6.10 按失去牙齦附著程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)

失去牙齦附著的程度	2001年	2011年	2021年 [#]
	(N = 358 700)	(N = 386 200)	(N = 874 909)
0-3毫米	8.3%	9.5%	13.0%
4-5毫米	39.9%	43.2%	37.4%
6-8毫米	36.3%	30.6%	28.3%
9-11毫米	10.7%	11.4%	14.8%
≥ 12毫米	4.8%	5.4%	6.5%
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。

本調查發現牙周出血狀況有所改善，尚有牙齒的非居於院舍長者中半數或以上牙齒有牙齦出血的比率明顯下降。

不過，尚有牙齒的非居於院舍長者普遍有牙周袋。與十年前相比，尚有牙齒的非居於院舍長者有4毫米或以上深度的牙周袋的人數比率增加了約百分之十。此外，2021年調查中發現，尚有牙齒的非居於院舍長者中失去牙齦附著達9毫米或以上的嚴重程度的比率有所上升，反映出有必要改善長者的牙周護理。

調查顯示，臼齒失齒比率在居於院舍長者比成年人為高。如此高的臼齒失齒比率可能會影響長者的咀嚼功能、營養攝取並危及他們的整體健康。預防性口腔護理應在年輕時就開始，以避免老年時牙齒脫落。

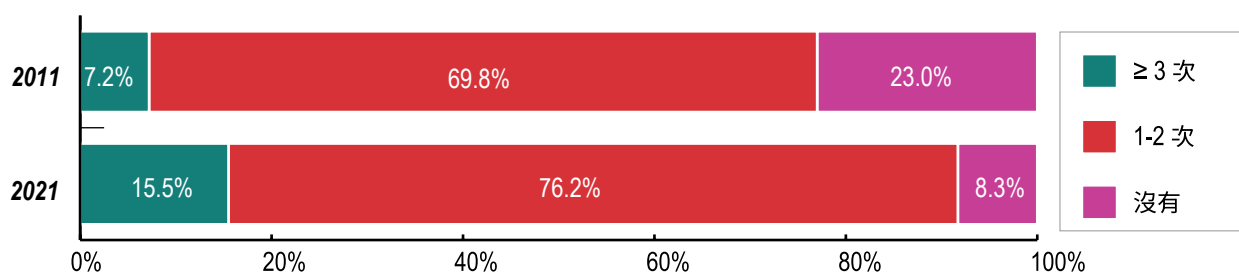
簡而言之，居於院舍長者的牙周狀況有所改善，牙齦出血情況減少，與此同時，因有深牙周袋而令失去牙齦附著程度的比率卻有所上升。

非居於院舍長者的口腔健康相關行為

飲食習慣 — 進食或吃零食的次數

2021年的調查發現，少於9.0% (73 100) 的非居於院舍長者表示他們完全不吃零食，這比十年前 (2011年，23.0% (136 300)) 大幅減少。與之相反，每天在正餐以外吃零食三次或以上的長者人數比率卻增加了一倍 (2021年15.5% (137 300)，2011年7.2% (32 500)) (圖6.2)。吃零食次數頻密或吃喝過多含糖分的食物和飲料是增加蛀牙的主要風險因素。

圖6.2 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

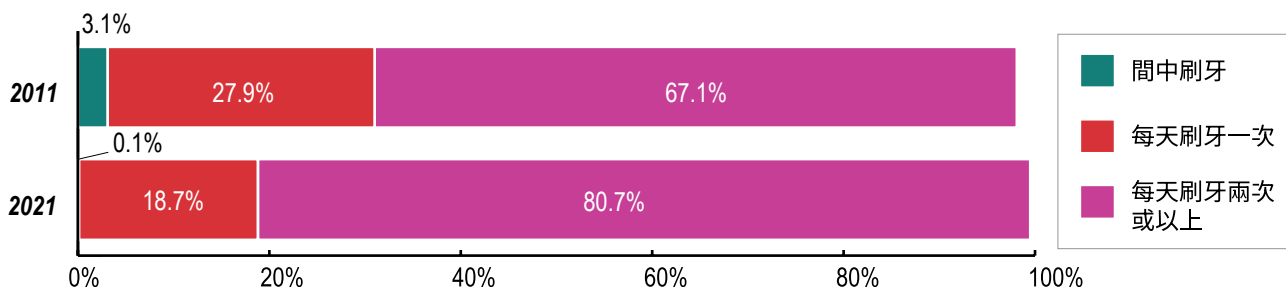


基數：所有非居於院舍長者
2011年：N = 450 800
2021年：N = 883 200

口腔衛生習慣 — 尚有牙齒的非居於院舍長者刷牙的次數

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6.3)。在有刷牙習慣的長者中 (870 300)，幾乎所有人 (99.8%，868 400) 都有使用牙膏刷牙。

圖6.3 按刷牙習慣劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率

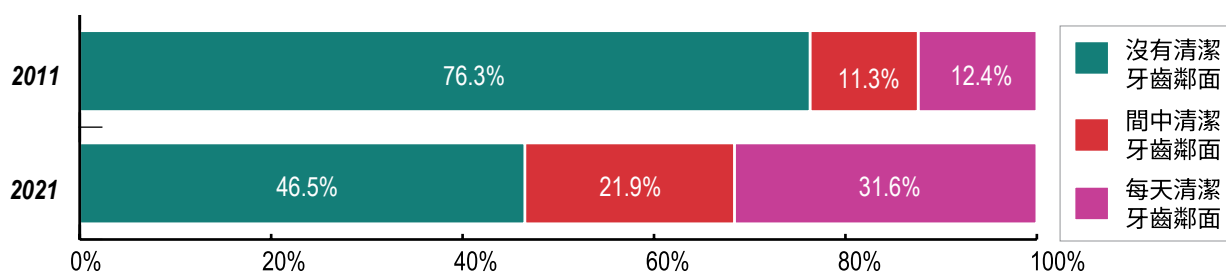


基數：尚有牙齒的非居於院舍長者
2011年：N = 425 500
2021年：N = 874 900

口腔衛生習慣 — 尚有牙齒的非居於院舍長者清潔牙齒鄰面的習慣

31.6% (276 700) 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(圖6.4)，比2011年(12.4%，52 800)增加了近兩倍。儘管如此，大多數長者仍然沒有每天清潔牙齒鄰面。

圖6.4 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

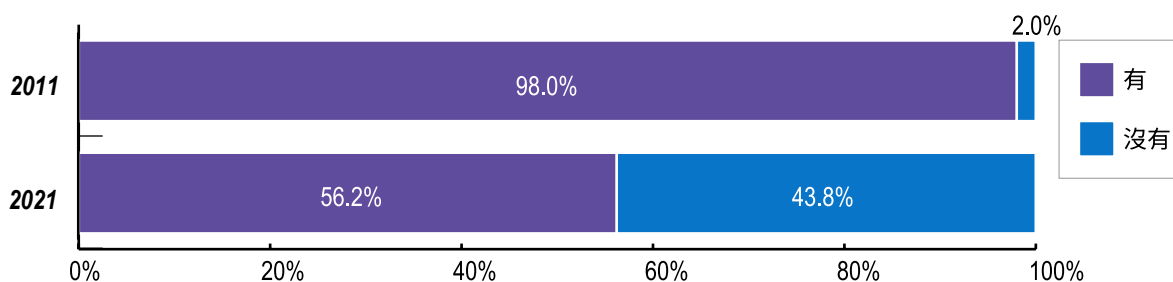
口腔衛生狀況 – 牙齒清潔程度

牙齒清潔程度是根據牙齒表面積聚的可見牙菌膜和牙石的多寡來衡量。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。由於本調查的牙齦檢查對象並不包括沒有牙齒或患有某些特殊疾病的非居於院舍長者，因此本報告有關牙齒清潔程度的數據只能推論至在2021年上述牙齦檢查受檢者所代表的874 900名尚有牙齒的非居於院舍長者。

在上述尚有牙齒的非居於院舍長者中，56.2% (491 900) 長者有半數或以上的牙齒有可見的牙菌膜覆蓋(圖6.5)，這與2011年幾乎所有長者半數以上牙齒有牙菌膜覆蓋的情況 (98.0%，378 400) 相比，有顯著下降。

至於牙石積聚的情況，19.2% (168 100) 長者有牙石積聚在半數或以上的牙齒，這只是2011年調查結果數據 (80.4%，310 600) 的四分之一 (圖6.6)。

圖6.5 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

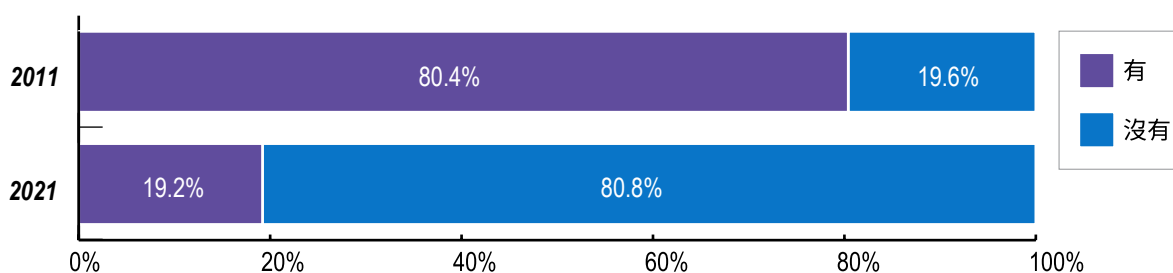


基數：有接受牙齦檢查的非居於院舍長者所代表的尚有牙齒的非居於院舍長者

2011年：N = 386 200

2021年：N = 874 900

圖6.6 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

2021年非居於院舍長者的口腔清潔行為有所改善，幾乎所有尚有牙齒的非居於院舍長者每天都刷牙。與2011年相比，半數或以上牙齒有可見的牙菌膜覆蓋或牙石積聚的長者人數顯著減少，這說明他們的牙周健康狀況有所改善。

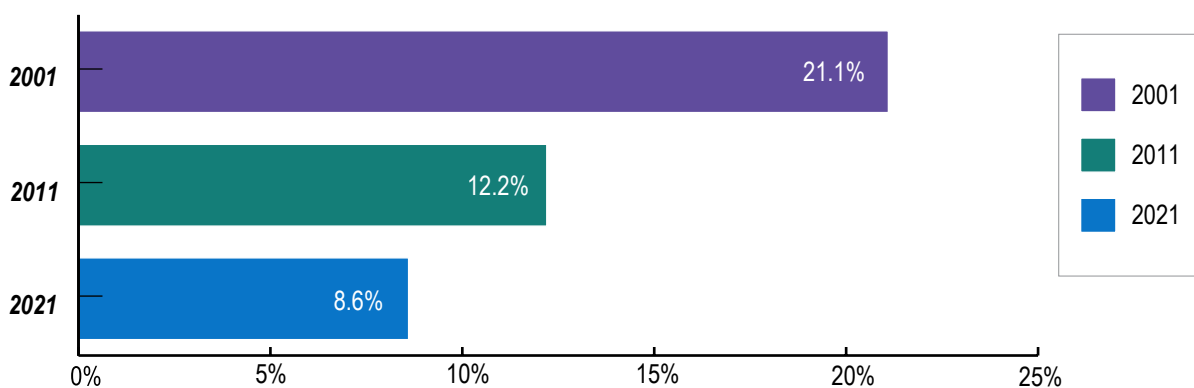
一半以上的尚有牙齒長者表示他們有清潔牙齒鄰面的習慣，其中三分之一表示每天都清潔牙齒鄰面。在每天都清潔牙齒鄰面的長者中，使用牙縫刷比牙線更為普遍。雖然每天都有清潔牙齒鄰面習慣的長者比率增加了近兩倍，然而大多數長者仍無此習慣，這說明仍存在改善空間，因此應繼續加強推廣每天清潔牙齒鄰面的習慣。

選擇適當的清潔工具以及提高刷牙和清潔牙齒鄰面的技巧需要牙科專業人員進行指導，尤其是清潔後齒對於長者來說技術要求更高。

吸煙習慣 – 非居於院舍長者吸煙的普遍程度

在整個非居於院舍長者群組中，約8.6% (72 100) 的長者稱有每天或每週吸煙的習慣，與2011年的調查結果比較，本調查發現每天或每週吸煙的長者減少四個百分點 (從12.2%降至8.6%) (圖6.7)。

圖6.7 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

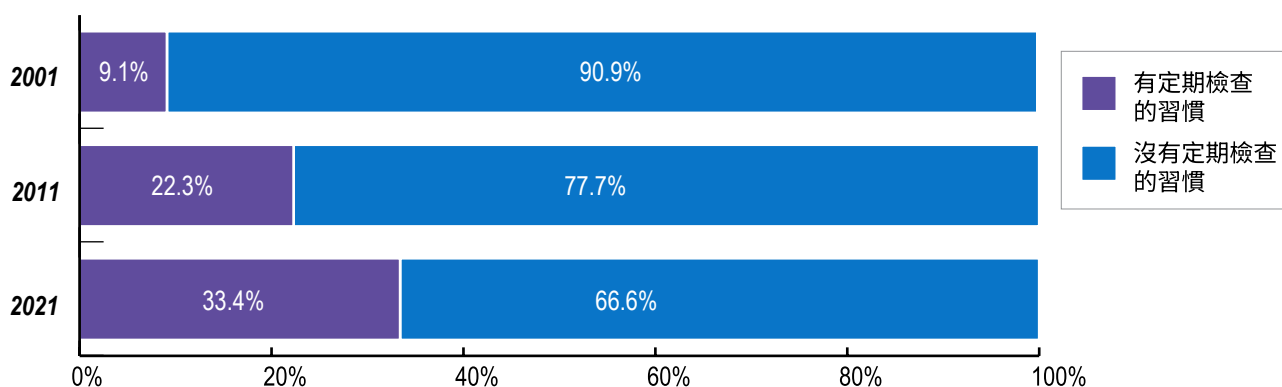
2021年：N = 837 900* (數據來自「2020-2022年度人口健康調查」)

非居於院舍長者吸煙的普遍程度在過去三個健康調查中持續下降。繼續吸煙的長者會增加患上牙周病、口腔癌和其他疾病的風險。在進行口腔檢查和治療時，牙科醫生可擔當重要角色，給予患者戒煙忠告，幫助他們戒煙，改善口腔和整體健康。

使用口腔健康護理服務的模式 – 定期檢查口腔的習慣

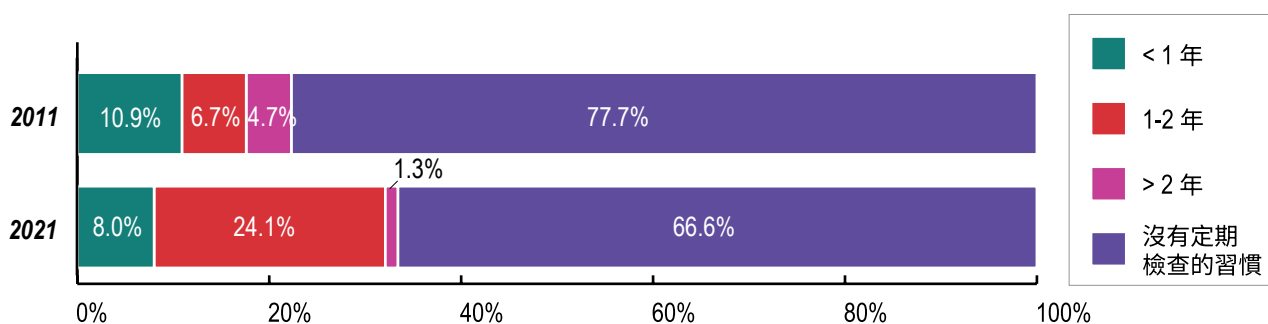
本調查把並非因牙痛或其他口腔問題，只純為檢查口腔和洗牙而定期到牙科診所就診的非居於院舍長者界定為有定期檢查口腔的習慣。在2021年，有定期檢查口腔習慣的長者比率為33.4% (294 800)，與2011年 (22.3%) 和2001年 (9.1%) 相比，呈持續增加的趨勢 (圖6.8)。其中有更多非居於院舍長者每次檢查口腔相隔一至兩年 (從2011年的6.7%增至2021年的24.1%)，但相隔少於一年的則有所減少 (從2011年的10.9%減至2021年的8.0%)，說明與2011年相比，口腔檢查的間隔時間有所延長 (圖6.9)。

圖6.8 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6.9 按檢查口腔習慣劃分非居於院舍長者的百分率

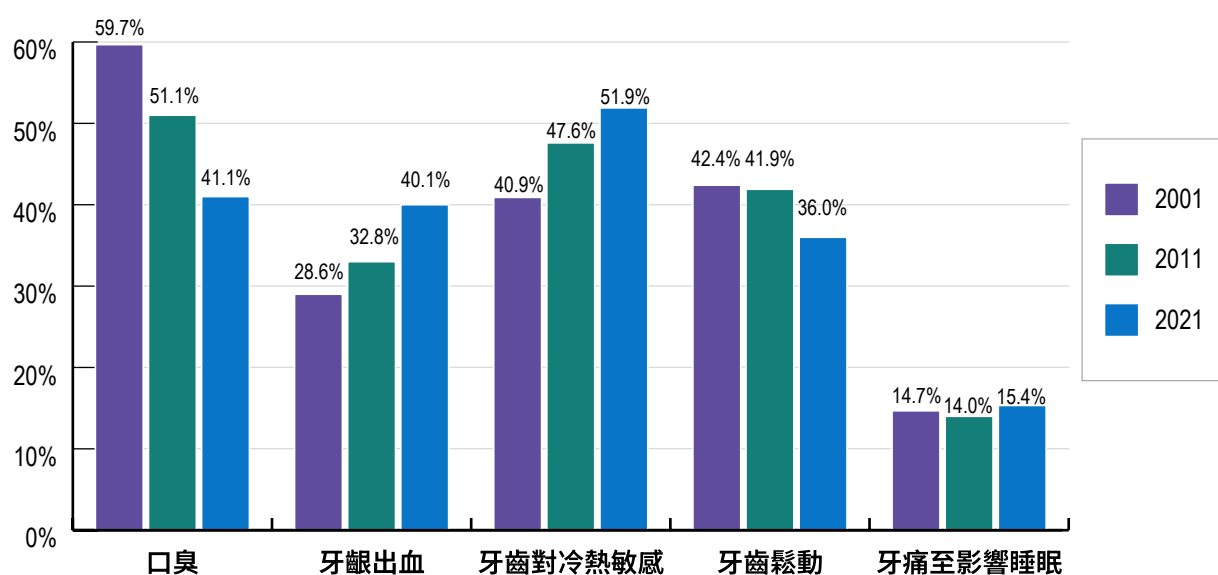


基數：所有非居於院舍長者
 2011年：N = 450 800
 2021年：N = 883 200

使用口腔健康護理服務的模式 — 曾因口腔問題引起的症狀而往見牙科醫生的非居於院舍長者

本調查問及非居於院舍長者於過往十二個月曾否出現口腔問題引起的症狀，及其處理症狀的方法。症狀的範圍包括輕微的不適例如口臭，以至影響睡眠的嚴重牙痛。大約半數長者認為自己牙齒對冷熱敏感(51.9%，458 500) 圖6.10) 與2011年不同的是，牙齒對冷熱敏感取代口臭，成為2021年最普遍的口腔症狀，患口臭的人數比率則排第二(2021年口臭的比率為41.1%，363 200)。2021年，因牙痛至影響睡眠(15.4%，136 100) 仍是最不常見的口腔症狀。

圖6.10 按調查前12個月內曾出現口腔症狀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

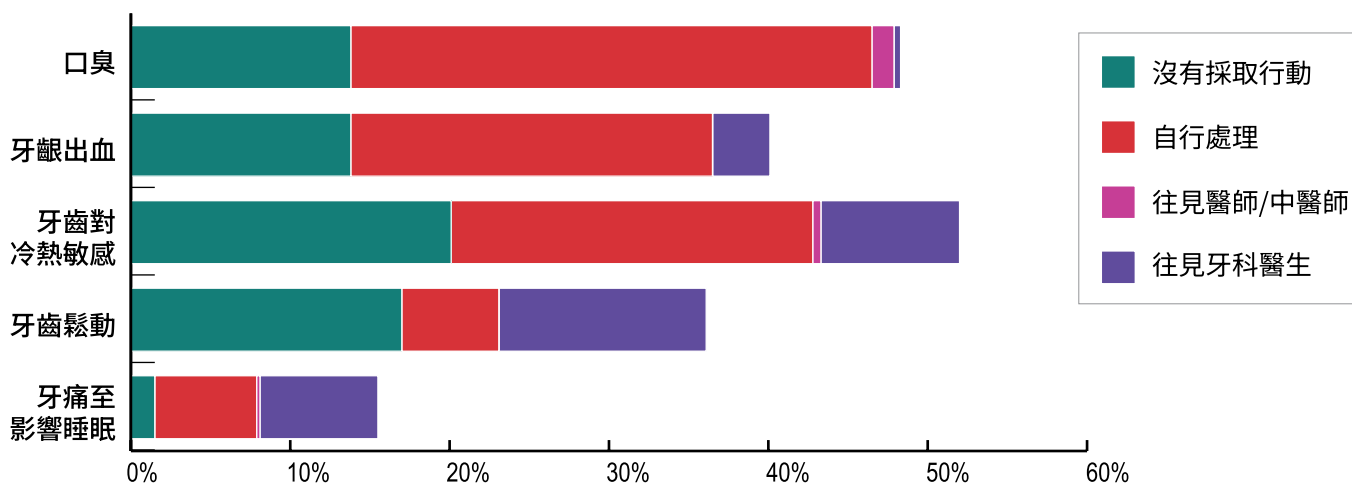
2001年：N = 445 500

2011年：N = 450 800

2021年：N = 883 200

當出現口腔症狀時，大多數非居於院舍長者不採取任何行動，或自行處理口腔症狀問題，而不會往見牙科醫生。即使有牙痛至影響睡眠，仍有相當一部分長者不會往見牙科醫生（圖6.11）。

圖6.11 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。

使用口腔健康護理服務的模式 — 非居於院舍長者的牙科治療需要及往見牙科醫生的意願

本報告中有關牙科醫生評估的洗牙需要，一如牙周狀況及口腔衛生狀況的評估，只能推論至在2021年牙齦檢查受檢者所代表的874 900名尚有牙齒的非居於院舍長者。至於其他評估的治療需要，則推論至所有非居於院舍長者。

根據標準化的評估基準，尚有牙齒的非居於院舍長者中的大多數(77.5%)經評估需要洗牙。在接受臨牀檢查的所有非居於院舍長者中，被評估為需要補牙/牙根根管治療的比率(32.4%，286 600)相對較低，而需要拔牙的比率則最低。與2011年相比(7.2%)，長者自我評估需要鑲配假牙的比率增多(11.9%)，這與本調查所得出的牙科醫生評估的鑲配假牙需求一致(從2011年的25.4%增至2021年的31.3%)。在大多數治療項目上，非居於院舍長者自我評估的治療需要都遠低於牙科醫生評估的治療需要(表6.11)。

表6.11 按自我評估及牙科醫生評估的治療需要劃分非居於院舍長者的百分率(2001年、2011年及2021年)
(可選多於一項)

牙科治療需求	2001年		2011年		2021年	
	(N = 445 500)		(N = 450 800)		(N = 883 200)	
	自我評估	牙科醫生評估	自我評估	牙科醫生評估	自我評估	牙科醫生評估
洗牙*	3.9%	98.3%	15.2%	95.5%	11.7%	77.5%
補牙及/或根管治療**	9.8%	36.0%	8.6%	39.8%	14.5%	32.4%
拔牙	8.6%	36.1%	6.1%	28.2%	15.5%	18.9%
鑲配假牙***	22.2%	36.6%	7.2%	25.4%	11.9%	31.3%

基數(牙科醫生評估的洗牙需要): 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: (N = 358 700)

2011年: (N = 386 200)

2021年: (N = 874 900)

基數(其他的評估治療需要): 所有非居於院舍長者

*如發現牙石，受檢者會被評估為需要洗牙

** 2021年調查中，將2001年和2011年的補牙及根管治療的數據資料合併為單一類別，以作直接比較。

***如受檢者出現以下一個或多個情況，將會被評估為需要鑲配假牙：

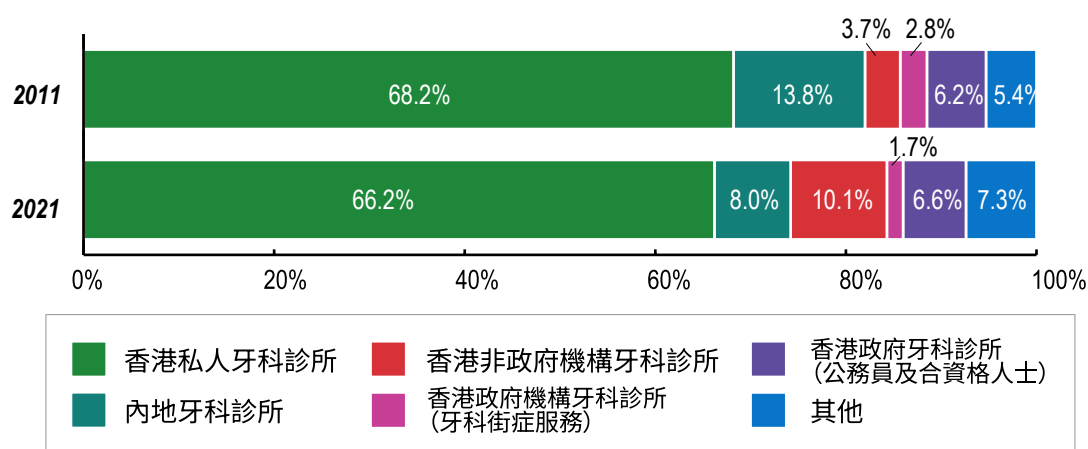
- 現有牙橋或假牙斷裂或喪失功能
- 現有牙橋或假牙的基牙需要拔除
- 第一前臼齒前面有齒槽
- 能夠發揮功能的牙齒少於10對(包括對立咬合的自然牙和/或假牙)

使用口腔健康護理服務的模式 — 就診地點

2011年和2021年的調查結果都顯示，約四分之三非居於院舍長者的就診地點是在私營診所（2021年為76.3%，664 800，2011年為71.9%，302 200），其中包括私人牙科診所和由非政府組織營運的牙科診所，其次是內地的牙科診所（8.0%，70 100）（圖6.12）。這種持續的趨勢表明，在香港私人牙科診所仍然是針對非居於院舍長者的主要服務提供者。

值得注意的是，在非政府組織營運的牙科診所就診的非居於院舍長者人數比率在過去十年中幾乎增加了兩倍（從2011年的3.7% 15 700 增至2021年的10.1% 87 800），然而在2021年調查期間前往內地牙科診所就診的長者人數比率約減少了六個百分點。

圖6.12 按前往的牙科診所類別劃分曾往見牙科醫生的非居於院舍長者的百分率



基數：曾往見牙科醫生的非居於院舍長者
 2011年：N = 425 500
 2021年：N = 871 500

非居於院舍長者中有定期檢查口腔習慣的人數比率在過去二十年中持續增長，從2001年的低於10%增至2021年的超過30%。儘管如此，仍有十分之七的長者沒有定期檢查口腔的習慣。根據牙科醫生對受檢者個人風險程度的評估，口腔檢查的時間相距從每六個月到每兩年不等。本調查結果顯示，大多數有定期檢查習慣的長者的檢查時間相距為一至兩年，較少長者的檢查相距在一年以內，這可能需要加以留意，除非延長檢查的時間是由牙科醫生在作出個人風險評估後建議的。

非居於院舍長者並不總是在出現口腔症狀時便向牙科醫生求診。事實上，大多數受影響的長者不會採取任何行動，或會嘗試自行處理症狀。即使是牙痛至影響睡眠，有相當多長者仍會如此。所以，必須向長者強調，治療口腔症狀的正確方法應根據就診後牙科醫生的正確診斷。此外，由專業人員指導進行的適當的自我護理方法對於有效治療口腔症狀至關重要。

非居於院舍長者自我評估的治療需求與牙科醫生確定的實際治療需求之間存在的差異仍然很大，在所有治療項目上，長者自我評估的治療需求都遠低於牙科醫生評估的治療需求。這種拖延向專業牙科人員就診的傾向可能會導致牙齒脫落，這是極不可取的。

大部分尚有牙齒的非居於院舍長者都被牙科醫生評估為有洗牙需要。相比於2011年的調查，有更多的長者承認有需要鑲配假牙。在大多數治療項目上，非居於院舍長者自我評估的治療需要都遠低於牙科醫生評估的治療需要。

在2021年，私營機構仍是為非居於院舍長者提供牙科治療的主要的服務提供者，而非政府組織在牙科服務中佔有更大的份額亦不足為奇。

推動或妨礙非居於院舍長者進行有助保持口腔健康的相關行為的因素

本調查探討有何因素推動或妨礙非居於院舍長者清潔牙齒鄰面、定期檢查口腔及往見牙科醫生以處理口腔症狀。這些調查所發現的推動或妨礙以上行為的因素，將會為規劃個人層面及社區層面的口腔健康推廣活動提供有用的資料。

推動或妨礙培養清潔牙齒鄰面習慣的因素

有使用牙線或牙縫刷習慣的大部分尚有牙齒的非居於院舍長者表示，他們使用牙線（77.5%）和牙縫刷（56.7%）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（表6.12）。由牙科醫生建議使用牙縫刷的非居於院舍長者（28.1%）較使用牙線的長者（13.1%）為多。

表6.12 按有清潔牙齒鄰面習慣的原因劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率（可選多於一項）

有清潔牙齒鄰面習慣的原因	牙線 (N=301 600)	牙縫刷 (N=301 000)
可清除牙縫間殘留食物	77.5%	56.7%
使用後牙齒會更乾淨	31.4%	42.0%
牙科醫生建議	13.1%	28.1%
可預防牙周病	3.2%	2.1%
可預防蛀牙	1.2%	2.1%

基數(牙線): 有使用牙線習慣的非居於院舍長者

基數(牙縫刷): 有使用牙縫刷習慣的非居於院舍長者

「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最常見原因，而「不知道甚麼是牙線/牙縫刷」(25.8%)和「沒有需要」(25.0%)是非居於院舍長者不使用牙縫刷常見原因(表6.13)。

表6.13 按沒有清潔牙齒鄰面習慣的原因劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率(可選多於一項)

沒有清潔牙齒鄰面習慣的原因	牙線 (N=573 300)	牙縫刷 (N=573 900)
不知道如何使用	30.8%	15.4%
懶惰/使用麻煩/不願使用	22.7%	12.2%
沒有需要	20.7%	25.0%
從沒想過要使用	5.8%	5.0%
不知道甚麼是牙線/牙縫刷	4.8%	25.8%
認為沒有作用	3.5%	5.6%

基數(牙線):沒有使用牙線習慣並尚有牙齒的非居於院舍長者

基數(牙縫刷):沒有使用牙縫刷習慣並尚有牙齒的非居於院舍長者

推動尚有牙齒的非居於院舍長者養成使用牙線或牙縫刷的最有力因素，似乎是這些工具可以清除牙縫間的殘留食物，讓他們在使用後感覺牙齒更乾淨。較少長者是出於牙科醫生的建議才使用牙線或牙縫刷。我們有理由相信，更多非居於院舍長者是在沒有專業指導的情況下清潔牙齒鄰面。

長者不使用牙線或牙縫刷清潔牙齒鄰面的主要原因是覺得沒有需要清潔牙齒鄰面，十分之三沒有清潔牙齒鄰面習慣的長者則表示他們不知道如何使用牙線，但更少人表示不知道如何使用牙縫刷。相反，很少有長者不知道什麼是牙線，但有四分之一的長者不確定什麼是牙縫刷。這種認知缺乏可能會妨礙非居於院舍長者願意在日常口腔清潔中使用這些工具。

牙科醫生可以利用定期口腔檢查的機會，向長者灌輸清潔牙齒鄰面的指示和技巧。而且，還可以根據不同的個人情況推薦適當的清潔工具。經過適當培訓的牙科護理專業人員(牙科衛生員和牙科治療師)也可以提供此類專業意見或指導。這樣，可以通過社區層面的基礎牙科保健系統，推動非居於院舍長者群組正確進行口腔自我護理。

推動或妨礙培養定期檢查口腔習慣的因素

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，以便作分析。以下章節會根據這個定義，把非居於院舍長者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的長者表示，定期檢查的主要原因是「想要洗牙」及「想要檢查口腔」(61.5%)。另兩個較常見的原因是預防牙患或預防勝於治療(21.1%，59 900)及牙科醫生提醒要定期檢查(19.0%，53 700表6.14)。

表6.14 按每兩年定期檢查口腔最少一次的原因劃分非居於院舍長者的百分率(可選多於一項)

定期檢查口腔的原因	2021年百分率
想要洗牙或想要檢查口腔	61.5%
預防牙患或預防勝於治療	21.1%
牙科醫生提醒要定期檢查	19.0%
要盡量使用保險計劃/僱員福利所提供的牙科護理服務	13.9%
保持牙齒健康	12.3%
牙科醫生服務良好，值得信賴	1.2% §

基數：每兩年定期檢查口腔最少一次的非居於院舍長者
2021年：(N = 283 400)

§ 此估計只基於少數的樣本而得出，讀者須謹慎解讀。

沒有定期檢查口腔的非居於院舍長者(599 800)不作檢查的最普遍原因是牙齒健康/沒有痛楚/沒有需要(61.0%, 365 800), 這與2011年的相應結果相若。提及未能負擔費用/不想花費金錢在檢查上的非居於院舍長者人數比率有所下降, 從2011年(25.9%)降至2021年(12.7%)。害怕往見牙科醫生(6.4%, 38 400)及沒有時間(4.2%, 24 900)是非居於院舍長者沒有定期檢查口腔的另外兩個原因(表6.15)。

表6.15 按沒有每兩年定期檢查口腔最少一次的原因劃分非居於院舍長者的百分率(可選多於一項)

沒有定期檢查口腔的原因		2021年百分率
牙齒健康/沒有痛楚/沒有需要		61.0%
有想過定期檢查， 但是：	未能負擔費用/不想花費金錢在檢查上	12.7%
	沒有時間	4.2%
	害怕往見牙科醫生	6.4%
	選擇牙科醫生有困難	2.2%
	預約有困難	2.6%
	行動不便/前往診所所有困難/需要有人陪同前往診所	0.7% §
	覺得牙科治療會引起痛楚	1.9%

基數：沒有每兩年定期檢查口腔最少一次的非居於院舍長者

2021年：(N = 599 800)

§ 此估計只基於少數的樣本而得出，讀者須謹慎解讀。

本調查向所有非居於院舍長者問及對定期檢查口腔的一些觀點。這些觀點是推動或妨礙長者作定期口腔檢查的因素，本調查透過之前一次質性研究以識別這些觀點，對象為非居於院舍的長者。有定期檢查口腔及沒有定期檢查口腔的長者對定期檢查的相關觀點百分率如表6.16所示。

表6.16 按對定期檢查口腔的觀點劃分非居於院舍長者的百分率

對定期檢查口腔的觀點	有定期檢查者		沒有定期檢查者	
	2011年	2021年	2011年	2021年
	(N = 79 600)	(N = 283 400)	(N = 371 200)	(N = 599 800)
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	96.3%	93.7%	40.1%	53.6%
為咗及早發現牙齒嘅問題，而定期去牙醫度檢查牙齒	74.1%	72.7%	21.0%	32.9%
為咗整靚棚牙，而定期去牙醫度洗牙	35.0%	32.3%	7.9%	16.8%
只要勤力啲刷牙同埋打理棚牙，就唔駛定期去洗牙啦	25.5%	21.7%	78.7%	64.0%
棚牙有痛先要去睇牙，無事無痛就梗係唔去睇牙啦	44.3%	49.0%	92.7%	91.5%
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	33.1%	31.0%	65.8%	58.3%

基數(有定期檢查者): 每兩年定期檢查口腔最少一次的非居於院舍長者

基數(沒有定期檢查者): 沒有每兩年定期檢查口腔最少一次的非居於院舍長者

與沒有定期檢查口腔的非居於院舍長者比較，有定期檢查口腔的非居於院舍長者明顯地有較大比率持以下觀點：

- 「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」
- 「為咗及早發現牙齒嘅問題，而定期去牙醫度檢查牙齒」
- 「為咗整靚棚牙，而定期去牙醫度洗牙」

另一方面，沒有定期檢查的非居於院舍長者明顯地有較大比率持以下觀點：

- 「只要勤力啲刷牙同埋打理棚牙，就唔駛定期去洗牙啦」
- 「棚牙有痛先要去睇牙，無事無痛就梗係唔駛去睇牙啦」
- 「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」

相信檢查有助預防牙患及牙科醫生提醒要定期檢查等都可能是推動非居於院舍長者定期檢查口腔的因素。「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」、「為咗及早發現牙齒嘅問題，而定期去牙醫度檢查牙齒」及「為咗整靚棚牙，而定期去牙醫度洗牙」等觀點亦有助他們保持定期檢查的習慣。

2021年調查發現，這些非居於院舍長者沒有定期檢查口腔的最主要原因是認為自己口腔健康狀況良好，這與十年前相同。對於確實曾想過去檢查口腔但最終沒去的長者，是因為他們意識到某些障礙。約有八分之一的長者是因擔心費用問題而卻步，其次是因為害怕往見牙科醫生及沒有時間（僅約5%長者提及）。牙科業界專業人員應該解決非居於院舍長者所顧慮的這些系統性因素，推動長者定期檢查口腔。

沒有定期檢查口腔的非居於院舍長者認為良好的家居口腔護理可以替代定期口腔檢查。應向長者傳輸兩個關鍵訊息：首先，良好、有效的家居口腔清潔需要牙科專業人員的指導。其次，即使沒有感到任何不適，定期檢查口腔也是必要的。

非居於院舍長者出現口腔症狀時，推動或妨礙他們向牙科醫生求診的因素

為瞭解妨礙非居於院舍長者向牙科醫生求診的因素，本調查詢問曾出現口腔症狀的長者往見牙科醫生或沒有往見牙科醫生的原因。

相比之下，更多非居於院舍長者往見牙科醫生是因為牙齒鬆動 (36.0%，114 500) 或牙痛至影響睡眠 (48.3%，65 700)，而很少長者因口臭 (0.9%，3 300) 及牙齦出血 (8.9%，31 600) 等較輕微的症狀而往見牙科醫生 (表6.17)。

表6.17 按調查前12個月內曾出現口腔症狀而往見及沒有往見牙科醫生的原因劃分非居於院舍長者的百分率

口腔症狀	調查前12個月內曾出現口腔症狀而往見牙科醫生	調查前12個月內曾出現口腔症狀而沒有往見牙科醫生
口臭 (N = 363 200)	0.9%	99.1%
牙齦出血 (N = 353 700)	8.9%	91.2%
牙齒對冷熱敏感 (N = 458 500)	16.7%	83.3%
牙齒鬆動 (N = 318 000)	36.0%	64.0%
牙痛至影響睡眠 (N = 136 100)	48.3%	51.7%

基數：於調查前12個月內曾出現相關口腔症狀的非居於院舍長者

不過，有部分出現口腔症狀的非居於院舍長者雖然知道有需要向牙科醫生求診，但基於某些因素而妨礙他們求診的意欲。妨礙他們求診意欲的因素細列於表6.18。

2021年調查發現，在出現口腔症狀而沒有往見牙科醫生的非居於院舍長者中，沒有求診的常見原因包括未能負擔費用(29.9%至38.7%)，不想花費金錢在牙科治療上(11.4%至32.7%)，及預約有困難(15.2%至31.4%)。

表6.18 按所遇到的妨礙因素劃分於調查前12個月內曾出現口腔症狀並知道自己需要往見牙科醫生的非居於院舍長者百分率(可選多於一項)

口腔症狀		未能負擔費用	不想花費金錢在牙科治療上	預約有困難	害怕往見牙科醫生	沒有時間
口臭	2021年 (N = 82 900)	37.1%	32.7%	31.4%	15.0%	10.3% §
牙齦出血	2021年 (N = 85 900)	29.9%	20.8%	29.3%	20.0%	6.5% §
牙齒對冷熱敏感	2021年 (N = 124 200)	37.7%	28.9%	28.3%	21.3%	6.3% §
牙齒鬆動	2021年 (N = 82 000)	38.7%	24.2%	15.3%	25.1%	10.8%
牙痛至影響睡眠	2021年 (N = 43 700)	35.1%	11.4% §	15.2% §	16.9% §	14.7% §

基數：於調查前12個月內曾出現相關口腔症狀並知道有需要但沒有往見牙科醫生的非居於院舍長者
§ 此估計只基於少數的樣本而得出，讀者須謹慎解讀。

整體而言，非居於院舍長者出現口腔症狀時往見牙科醫生的人數比率較低。即使有嚴重牙痛至影響睡眠，前往求診的人數少於一半。

一部分非居於院舍長者提及雖然知道有需要向牙科醫生求診，但遇到某些妨礙因素，其中最主要的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

本調查評估了口腔健康對居於院舍長者生活品質的影響(表6.19)。

非居於院舍長者群組中另一個普遍問題是口乾，19.5%的非居於院舍長者曾表示多數有或成日都有感到口乾(表6.20)。

與2001年的調查結果相比較，非居於院舍長者中認為口腔健康對日常生活方面有負面影響的人數比率水準相若，惟有報稱因牙齒、口腔或假牙問題而中斷進食及心煩意亂的人數有明顯上升。2011年的調查中沒有包含類似問題，因此無數據可供比較。

表6.19 對OHIP-14中的日常生活方面表示受負面影響的非居於院舍長者的百分率(2001年及2021年)

對日常生活的影響	表示「多數有/成日都有」的非居於院舍長者百分率	
	2001年	2021年
因牙齒、口腔或假牙問題而令咀嚼食物有困難	18.1%	16.9%
因牙齒、口腔或假牙問題而令發音有困難	8.4%	6.7%
因牙齒、口腔或假牙問題而令吃任何食物均感不適	18.2%	16.6%
口腔有疼痛	3.8%	6.8%
因口腔問題而擔心	4.2%	7.7%
因口腔問題而覺得悲慘	5.3%	5.3%
因牙齒、口腔或假牙問題而覺得食物少了味道	11.7%	9.9%
因牙齒、口腔或假牙問題而需要中斷進餐	5.9%	12.5%
因牙齒、口腔或假牙問題而心煩意亂	3.3%	6.1%
因牙齒、口腔或假牙問題而覺得有些尷尬	5.3%	6.6%
因牙齒、口腔或假牙問題而避免外出	1.6%	1.5%
因牙齒、口腔或假牙問題而與他人相處有困難	1.7%	1.7%
因牙齒、口腔或假牙問題而完全無法做任何事情	0.8%	1.0%
因牙齒、口腔或假牙問題而無法盡全力工作	1.6%	1.1%

表6.20 按曾感到口乾的頻率劃分非居於院舍長者的百分率 (2021年)

	表示「多數有/成日都有」的 非居於院舍長者百分率
曾感到口乾的頻率	19.5%

基數：非居於院舍長者

2001年：N = 445 500

2021年：N = 883 200

本調查採用「口腔健康影響程度量表-14」(OHIP-14)中的一系列問題來衡量非居於院舍長者的牙齒、口腔或假牙等問題對生活品質的影響。與2001年相比，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。

19.5%的非居於院舍長者表示曾多數有或成日都有感到口乾。

第六章小結

與十年前相比，非居於院舍長者現存的牙齒數目較多，其中三分之二的長者有10對以上的咬合牙齒。總體而言，非居於院舍長者的牙齒更為清潔，較少牙菌膜和牙石積聚。超過半數以上牙齒有牙齦出血的長者人數也較少，非居於院舍長者的口腔清潔習慣也有改善。

根據本調查的結果，在非居於院舍長者群組中有某些方面需要注意。蛀牙情況似乎有所改善，非居於院舍長者平均牙齒數目比2011年多3.5顆，但平均蛀牙數目則減少0.1顆。不過，未經治療蛀牙的分佈並不均勻，而且在非居於院舍長者中出現的比率為47.1%。非居於院舍長者中牙根表面蛀蝕而未經治療的人數比率呈上升趨勢。至於牙周狀況，與成年人群組相同，雖然有可見牙菌膜和牙齦出血的長者人數比率有所下降，但有牙周袋的人數比率卻有所增加。原因之一可能是增加的保留牙齒中有晚期牙周病。

三分之一的非居於院舍長者有少於10對咬合牙齒。從牙齒水準來看，缺失的牙齒主要是對咀嚼食物很重要的臼齒（後牙）。經評估，非居於院舍長者中有必要鑲配假牙的人數比例較高。對部分長者來說，要提高咀嚼功能，就必須鑲配假牙。

某些非居於院舍長者認為自己的日常口腔清潔狀況良好，因而沒有必要檢查口腔。不過，這種想法並不準確，因為他們有未經治療的蛀牙和牙周袋，這說明沒有專業牙科人員的指導，他們目前的日常口腔清潔做法並不有效。此外，可能還有如吃零食次數頻密及吸煙等高風險因素是非居於院舍長者未曾意識到的。個人層面的專業風險評估及清潔工具和自我護理技巧的指導只有通過牙科就診才可獲得，因而在非居於院舍長者群組中極有可能不足。

另一方面，專業牙科護理服務的使用情況並不理想。雖然有更多非居於院舍長者報稱有定期檢查口腔，但間隔時間可能延長，而且並不確定是否是牙科醫生在針對個人的口腔健康風險評估後而建議延長檢查間隔。此種情況，加上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。

忽視或自行處理自我感知到的口腔症狀，這在非居於院舍長者中仍然很普遍，而這並不利於及時發現和治療口腔疾病。應強調正確的口腔自我護理方法必須有專業的指導。

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。儘管有政府資助（如長者醫療券計劃），仍有部分非居於院舍長者覺得他們無法負擔口腔治療費用，感覺費用昂貴是非居於院舍長者表示不尋求牙科護理的原因，牙科業界應考慮如何解決這個問題。

前瞻

眾所周知，保持良好的口腔健康有助改善總體健康狀況。長者自然牙的存留非常重要，這可以令他們有更多的食物選擇，他們養成健康的飲食習慣，保持良好的營養狀況，有助身體健康。這反過來也會對老年人的精神和社會福祉產生正面影響。

雖然自2001年起，在該年齡組別中發現牙齒缺失的數目不斷減少，但本調查得出的不同年齡組的結果值得警惕。本調查發現，在成年人中發現的很多有牙周袋的臼齒，當他們年齡達到非居於院舍長者組別的範疇時，約30-40%的臼齒已經缺失。雖然無法確定這些後齒脫落的原因，但這凸顯了基層牙科護理的重要性，它注重預防，必須在個人一生中盡早開始並定期進行，從而保持口腔健康，避免將來牙齒脫落，盡量減少有可能更為昂貴的口腔治療。即使達到了非居於院舍長者組別的年齡範疇，長者仍可享受多樣化的食物，最終改善他們的身體、精神和社會福祉。

口腔健康宣傳和教育應強調即使沒有感到任何不適，也應定期檢查口腔。非居於院舍長者應意識到有必要向牙科專業人員學習掌握刷牙技巧。除了牙醫以外，牙科衛生員及牙科治療師都應參與提供專業的口腔自我護理指導、風險評估、生活模式建議及任何預防性牙科治療。

長者應意識到自己有責任管理口腔健康，與此同時，牙科業界也應考慮採取措施，幫助該人群組別中的長者克服障礙，接受牙科診治，例如向他們提供價格資訊、登記長者醫療券、提供彈性的診所開放時間，或利用資訊科技向長者提供網上牙科診斷及家居護理建議。

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，從而為長者提供更全面和協調的護理，並在必要時便於不同醫護服務機構之間的轉介。

牙科專業人員透過強化基層牙科護理，以及在口腔健康護理過程中促進與其他醫護專業人員的合作，如此不但可提升口腔健康的成效，亦有助改善該人群組別的整體福祉和生活品質。

第七章

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：

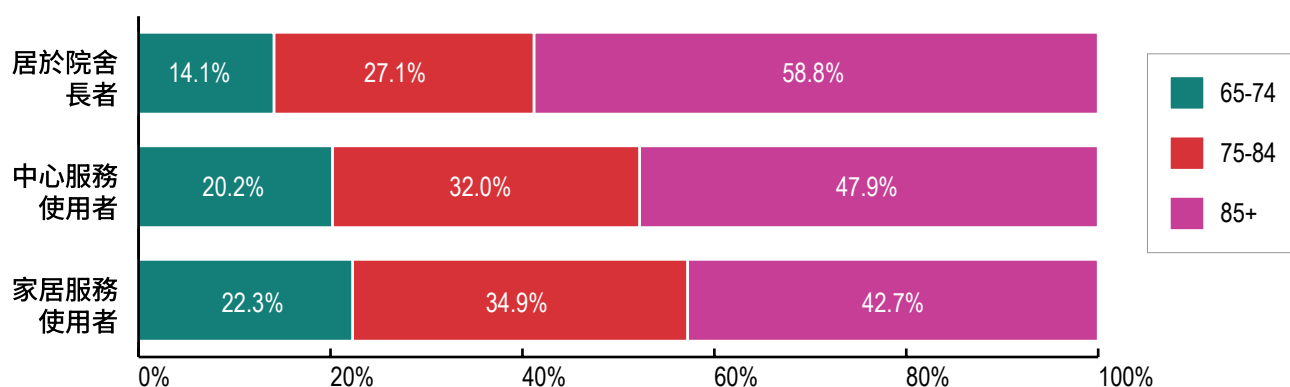
1. 住宿照顧服務的使用者（居於院舍長者）
2. 長者日間護理中心/單位的使用者（中心服務使用者）
3. 改善家居及社區照顧服務、綜合家居照顧服務的使用者（只涵蓋體弱個案）（家居服務使用者）

目標群組的年齡分布

經統計調整及加權，本調查結果可推論至全港60 000名居於院舍長者，7 300名中心服務使用者和17 700名家居服務使用者。

使用三類長期護理服務的長者，其年齡分布如圖7.1所示。在所有服務類別中，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%，3 500）及家居服務使用者中（42.7%，7 560），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%，35 300）。

圖7.1 按年齡劃分長期護理服務使用者的分布情況

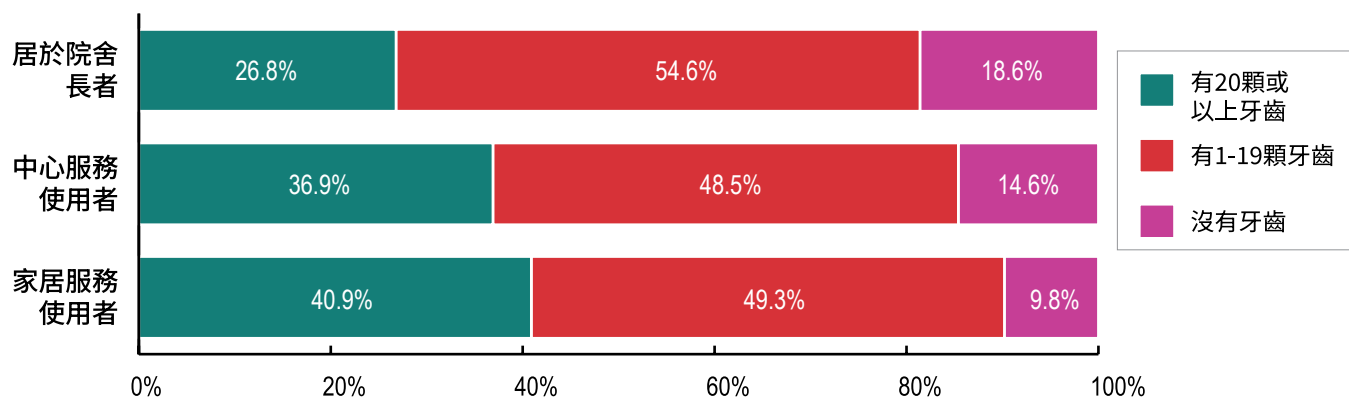


基數：所有長期護理服務使用者
 居於院舍長者：(N = 60 000)
 中心服務使用者：(N = 7 300)
 家居服務使用者：(N = 17 700)

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7.2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%，11 200）。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%（1 750）。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%（1 070）。

圖7.2 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)

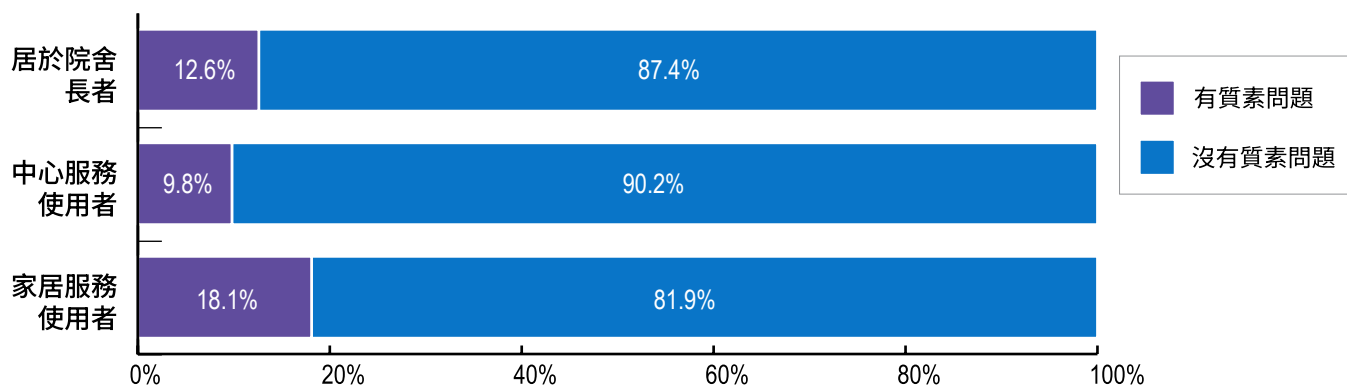
口腔狀況 – 使用假牙狀況

表7.1 長期護理服務使用者使用假牙的百分率(可選多於一項)

		居於院舍 (N=60 000)	中心服務 (N=7 300)	家居服務 (N=17 700)
65-74歲	任何類型的假牙	24.2%	32.5%	38.1%
	牙橋	1.6%	8.8%	15.2%
	部分假牙托	16.6%	18.8%	17.6%
	全口假牙托	4.1%	8.7%	8.2%
	植牙	2.8%	2.3%	5.8%
75-84歲	任何類型的假牙	42.3%	45.5%	55.6%
	牙橋	17.5%	13.5%	17.6%
	部分假牙托	22.1%	21.2%	31.7%
	全口假牙托	11.0%	19.2%	23.9%
	植牙	0.8%	2.0%	4.7%
85歲及以上	任何類型的假牙	53.9%	59.5%	58.5%
	牙橋	9.8%	8.6%	11.3%
	部分假牙托	26.4%	30.5%	33.3%
	全口假牙托	29.0%	35.3%	31.7%
	植牙	1.1%	2.4%	2.8%
所有年齡	任何類型的假牙	46.5%	49.6%	52.9%
	牙橋	10.7%	10.2%	14.4%
	部分假牙托	23.8%	25.2%	29.2%
	全口假牙托	20.6%	24.8%	23.7%
	植牙	1.3%	2.3%	4.1%

表7.1顯示了按年齡和長期護理服務使用者類型劃分的使用不同類型假牙的分布情況。調查中，牙科醫生對長期護理服務使用者的全口和部分假牙托的質素問題和清潔程度作出評估，結果歸納在圖7.3至圖7.6。有質素問題泛指假牙托已不合適或有結構損毀而需作維修或更換。清潔問題泛指假牙托清潔程度不理想，需在日常清理方面作出改善。

圖7.3 按全口假牙托的質素問題劃分長期護理服務使用者的分布情況



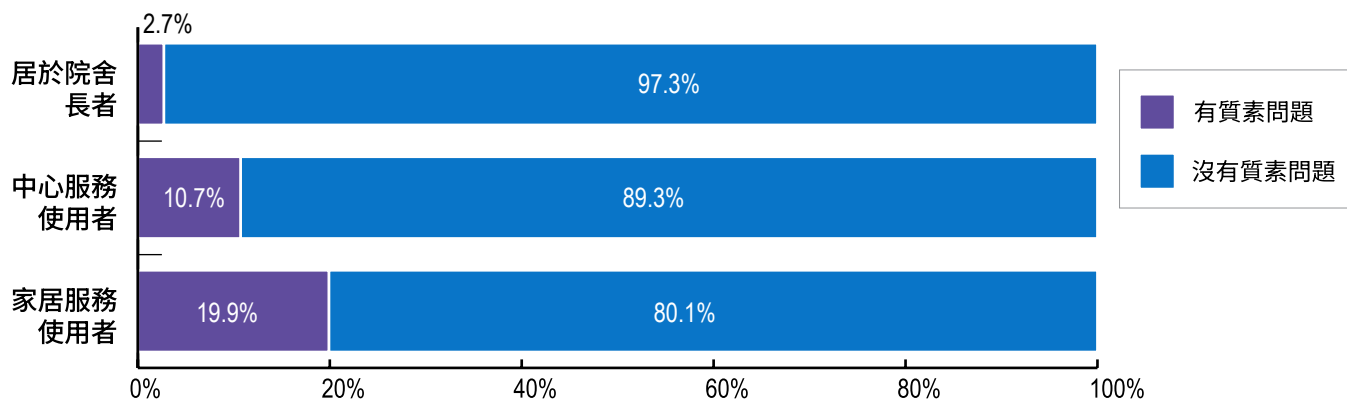
基數：所有使用全口假牙托的長期護理服務使用者

居於院舍長者：(N = 12 360)

中心服務使用者：(N = 1 810)

家居服務使用者：(N = 4 200)

圖7.4 按部分假牙托的質素問題劃分長期護理服務使用者的分布情況



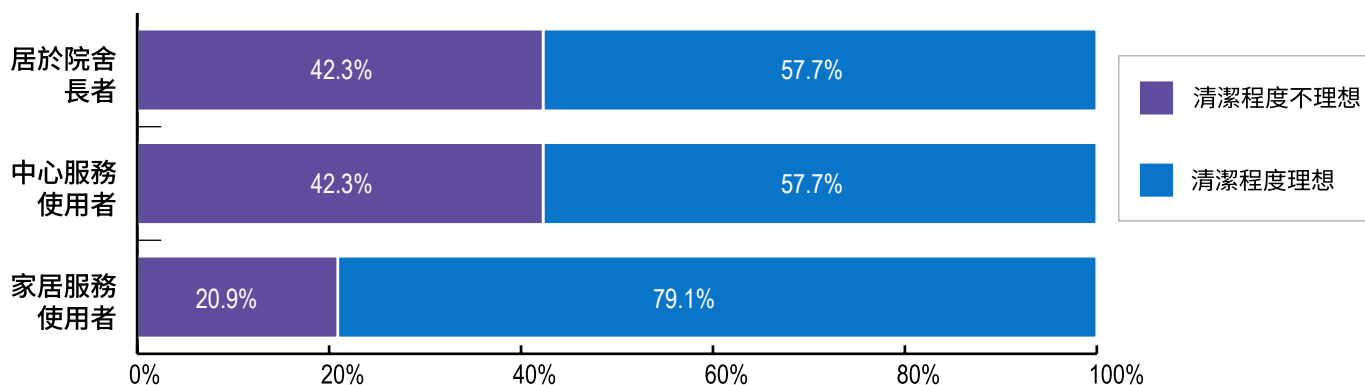
基數：所有使用部分假牙托的長期護理服務使用者

居於院舍長者：(N = 14 300)

中心服務使用者：(N = 1 840)

家居服務使用者：(N = 5 180)

圖7.5 按全口假牙托的清潔程度劃分長期護理服務使用者的分布情況



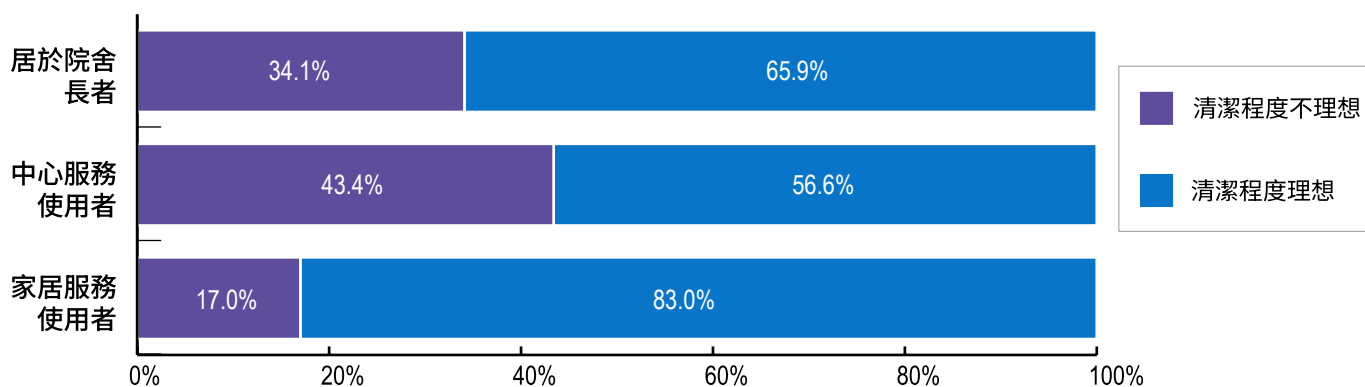
基數：所有使用全口假牙托的長期護理服務使用者

居於院舍長者：(N = 12 360)

中心服務使用者：(N = 1 810)

家居服務使用者：(N = 4 200)

圖7.6 按部分假牙托的清潔程度劃分長期護理服務使用者的分布情況



基數：所有使用部分假牙托的長期護理服務使用者

居於院舍長者：(N = 14 300)

中心服務使用者：(N = 1 840)

家居服務使用者：(N = 5 180)

相較於其他兩類的長期護理服務使用者，比例上有較大部分家居服務使用者的部分或全口假牙托有質素問題，而居於院舍長者和中心服務使用者則有較多人的假牙托清潔不理想。

口腔狀況 – 口腔黏膜狀況

口腔黏膜狀況由牙科醫生以肉眼檢視，驗查過程中並未有進行組織化驗，因此調查結果並不代表診斷結果。如表7.2所示，約5.7–10.7%長期護理服務使用者有口腔黏膜異常的情況(居於院舍長者為3 420人，中心服務使用者為650人，家居服務使用者為1 890人)。最常見的口腔黏膜異常狀況是牙瘡，相信情況多數與蛀牙有關。

表7.2 長期護理使用者有口腔黏膜異常的百分率(可選多於一項)

	居於院舍 (N=60 000)	中心服務 (N=7 300)	家居服務 (N=17 700)
有口腔黏膜異常	5.7%	8.9%	10.7%
牙瘡	3.4%	5.1%	5.3%
假牙托引致的潰瘍	0.5%	0.9%	0.7%
其他類型潰瘍	0.2%	0.8%	2.6%
口腔黏膜乾涸	0.6%	0.7%	1.3%

現存牙齒狀況 – 蛀牙

以「齲失補恆齒」指數平均數值衡量長期護理服務使用者的蛀牙經驗如圖7.7所示，詳細資料則列於表7.3。受未經治療蛀牙影響的人數比率如圖7.8所示。

圖7.7 以「齲失補恆齒」指數平均數值衡量長期護理服務使用者的蛀牙經驗



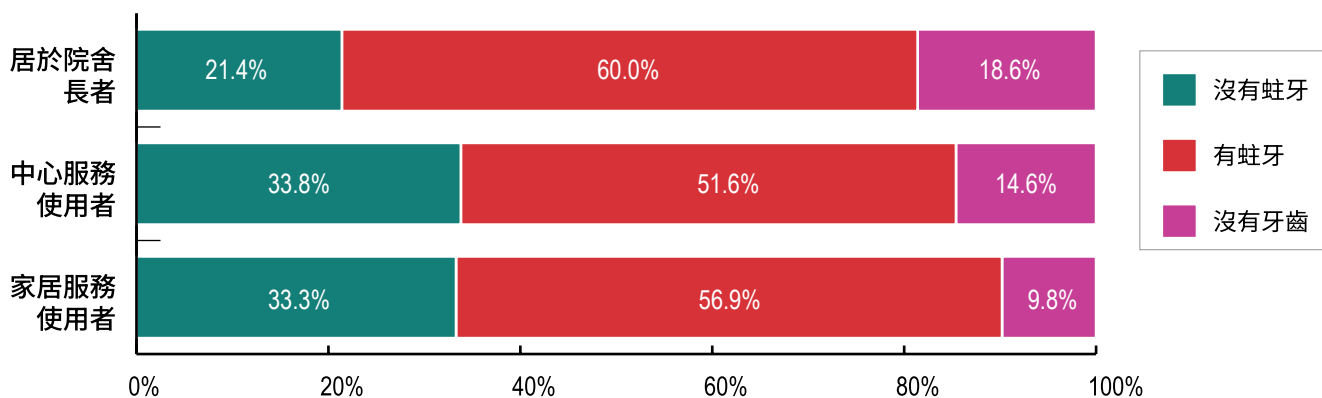
基數：所有長期護理服務使用者

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)

圖7.8 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7.3 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)

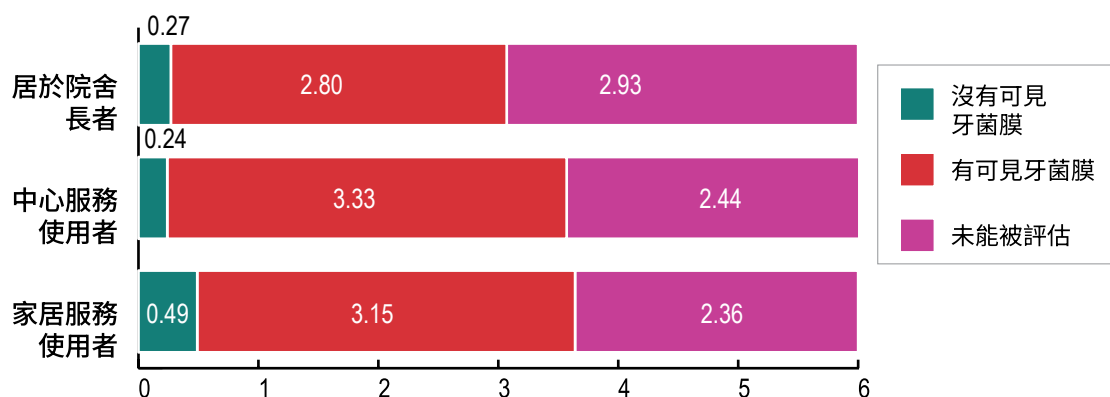
中心服務使用者：(N = 7 300)

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

在長期護理服務使用者的現存牙齒中，在大多數區段¹的牙齒表面都有可見牙菌膜覆蓋（圖7.9），亦有超過一半的區段中發現有牙石積聚（圖7.10）。這些情況反映長期護理服務使用者的口腔衛生日常護理不足，且缺乏專業洗牙。

圖7.9 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



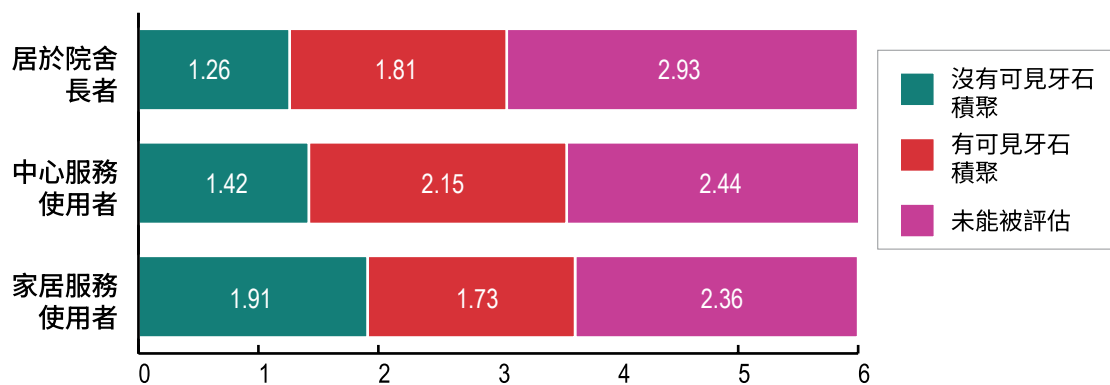
基數：所有接受牙周狀況檢查而且尚有牙齒的長期護理服務使用者

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)

圖7.10 長期護理服務使用者有牙石積聚的區段平均數



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)

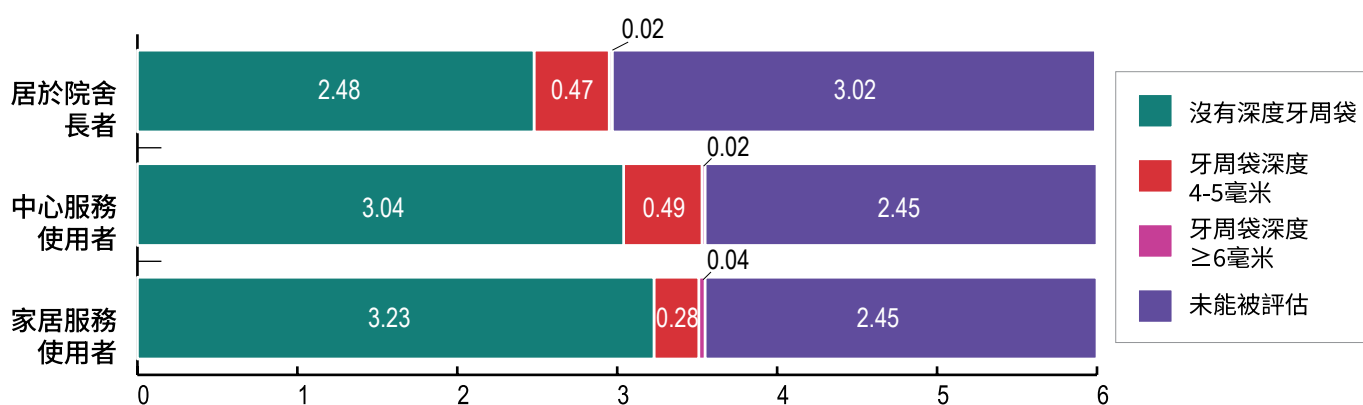
1 此章節中關於口腔衛生和牙周狀況，其衡量單位為「區段」。一個人口腔內的牙齒可分為六個區段：

1. 右上後牙 (3顆臼齒和2顆小白齒)
2. 上前牙 (4顆門齒和2顆犬齒)
3. 左上後牙 (3顆臼齒和2顆小白齒)
4. 右下後牙 (3顆臼齒和2顆小白齒)
5. 下前牙 (4顆門齒和2顆犬齒)
6. 左下後牙 (3顆臼齒和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」。按此前設，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。

長期護理服務使用者有牙周袋的區段平均數如圖7.11所示。居於院舍長者有2.97個能被評估的區段，當中有牙周袋的區段平均數為0.49 (16.5%)。中心服務使用者有3.55個能被評估的區段，當中有牙周袋的區段平均數為0.51 (14.4%)。家居服務使用者亦有3.55個能被評估的區段，當中有牙周袋的區段平均數為0.32 (9.0%)。在這三個長期服務使用者群組中，有牙周袋區段的牙袋深度多數為4-5毫米的淺牙周袋。

圖7.11 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)

與2011年的調查結果相比，長期護理服務使用者中失去所有牙齒的人數比率有所下降，他們的現存牙齒數目則有所增加。

由於部分長期護理服務使用者有一定程度的牙齒缺失，因此他們使用假牙的情況亦很普遍。在使用假牙托的中心服務使用者和居於院舍長者中（當中有超過40%有配戴假牙），他們的假牙托普遍有清潔問題。

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。

雖然長期護理服務使用者有深度牙周袋的狀況並不普遍，不過他們的口腔衛生問題卻令人擔憂。因為在絕大多數有牙齒的長期護理服務使用者的牙齒表面都被可見的牙菌膜覆蓋。

口腔狀況對日常生活的影響程度及與蛀牙及牙周病有關的風險因素

長期護理服務使用者曾察覺的口腔問題

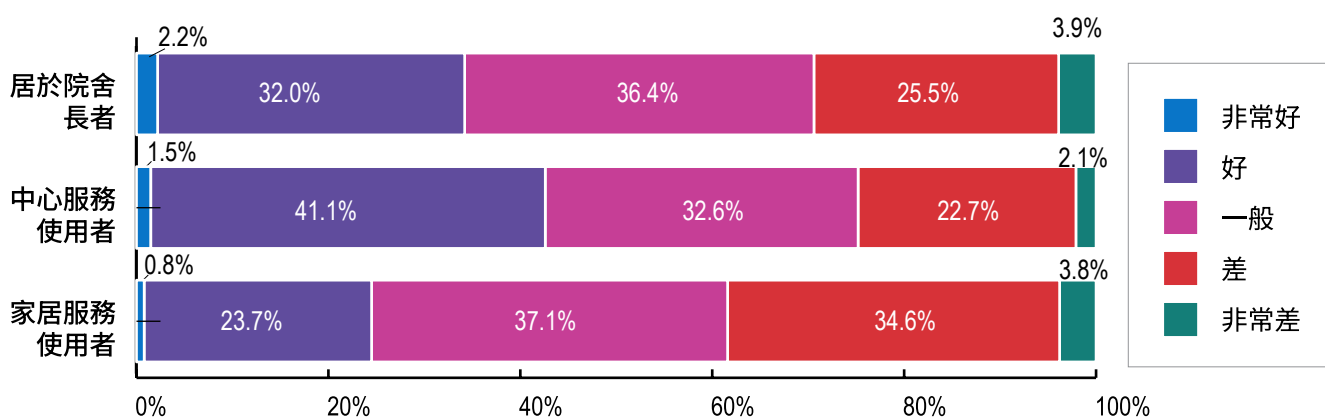
在接受口腔檢查前，調查人員會詢問長期護理服務使用者是否曾察覺有任何口腔問題。與居於院舍長者(22.6%)和中心服務使用者(20.0%)相比，有更高比率的家居服務使用者(36.8%)表示曾有口腔問題。他們大多數曾有過與口腔黏膜相關(但與假牙托無關)的痛症(表7.4)。

表7.4 長期護理服務使用者曾察覺的口腔問題(可選多於一項)

	居於院舍 (N=60 000)	中心服務 (N=7 300)	家居服務 (N=17 700)
曾察覺有任何不適	22.6%	20.0%	36.8%
與口腔黏膜相關(但與假牙托無關)的痛症	14.0%	14.3%	21.0%
假牙引起的口腔問題	5.3%	2.4%	8.2%
其他口腔問題	3.6%	4.1%	9.6%

為了更全面了解長者的口腔健康狀況，本調查亦收集了長期護理服務使用者按自我評估的口腔健康狀況及其口腔狀況對日常生活的影響程度的相關資訊。當問及「你覺得自己的口腔健康狀況好不好」時，在能夠完成訪問的居於院舍長者和中心服務使用者中回答好或非常好的人數比率(34.2%居於院舍長者，42.6%中心服務使用者)比回答差或非常差的人數比率較高(29.4%居於院舍長者，24.8%中心服務使用者)。不過，在家居服務使用者中回答差或非常差的比率(38.4%)則比回答好或非常好的比率高(24.5%) (圖7.12)。

圖7.12 按自我評估的口腔健康狀況劃分完成訪問的長期護理服務使用者的分布情況

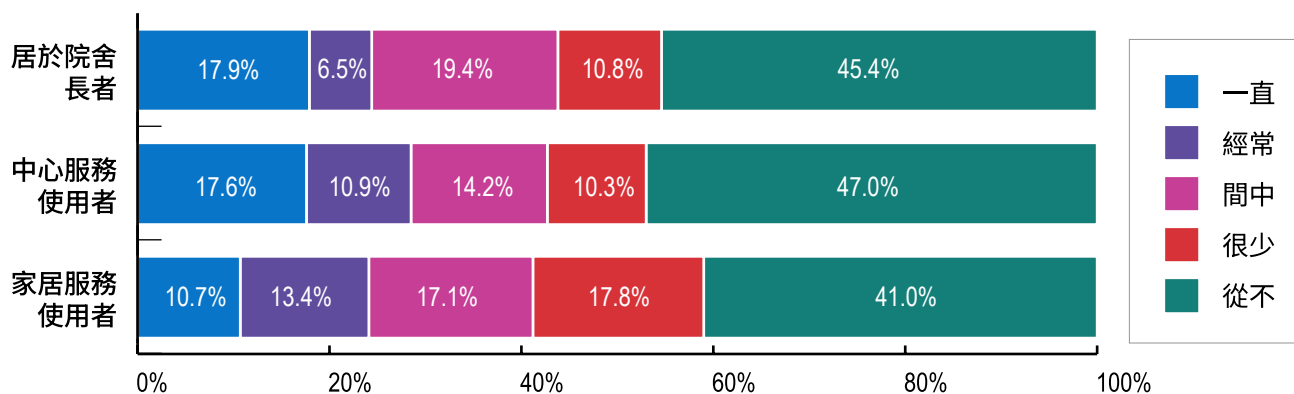


基數：所有能夠完成問卷的長期護理服務使用者
 居於院舍長者：(N = 45 500)
 中心服務使用者：(N = 6 340)
 家居服務使用者：(N = 15 000)

因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7.13)。約有24.1%(家居服務使用者)至28.5%(中心服務使用者)的長期護理服務使用者表示「經常」或「一直」因為其口腔狀況而影響他們在食物上的選擇。

圖7.13 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



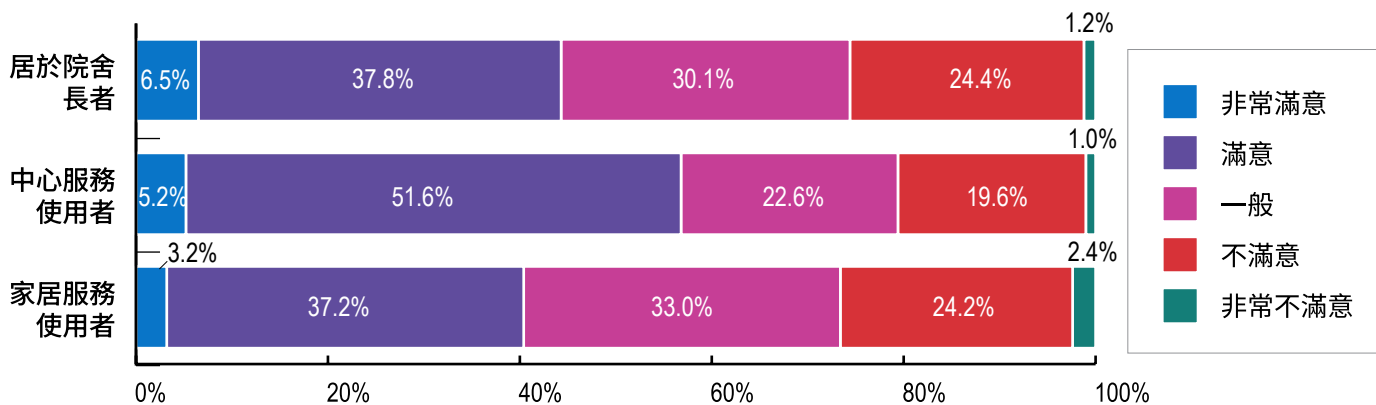
基數：所有能夠完成問卷的長期護理服務使用者

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7.14 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)

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，他們對自己的牙齒外觀表示不滿意或非常不滿意的人數比率由20.6%(中心服務使用者)至25.6%(居於院舍長者)及26.6%(家居服務使用者)不等。

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。刷牙次數少、刷牙時需要第三者協助、在非正餐時段頻密吃喝及有吸煙習慣均界定為增加患上口腔疾病的風險因素。這些風險因素在長期護理服務使用者中的分布情況如表7.5所示。

表7.5 與蛀牙及牙周病相關的風險因素

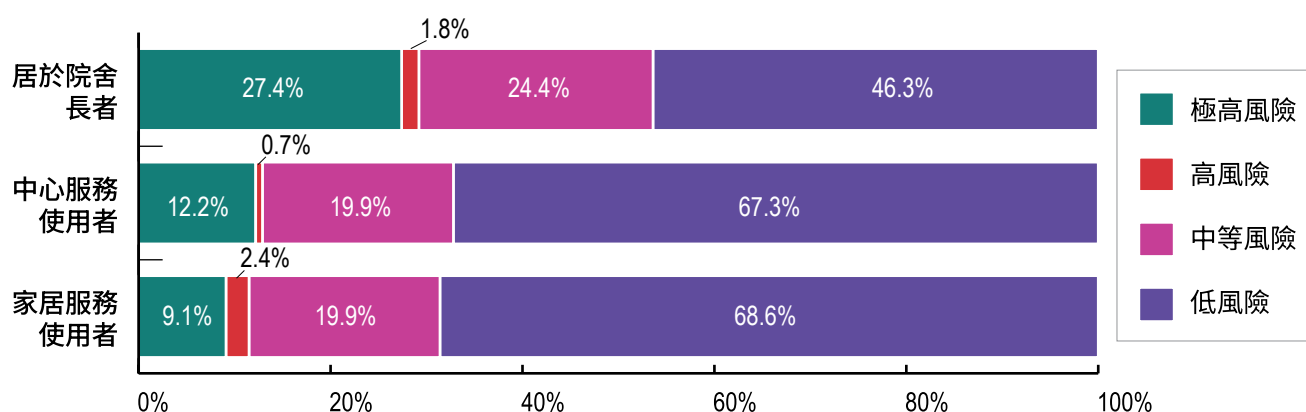
	居於院舍長者	中心服務使用者	家居服務使用者
刷牙次數	(N=38 100)	(N=5 510)	(N=13 500)
0-1	51.3%	30.5%	27.1%
2次或以上	48.7%	69.5%	72.9%
刷牙時需要協助	(N=31 200)	(N=5 050)	(N=12 900)
不需要協助	98.7%	99.3%	98.4%
需要協助	1.3%	0.7%	1.6%
在非正餐時段進食次數	(N=37 900)	(N=5 500)	(N=13 400)
每天少於三次	98.4%	99.3%	98.5%
每天三次或以上	1.6%	0.7%	1.5%
吸煙習慣	(N=38 100)	(N=5 510)	(N=13 500)
有	2.0%	2.3%	3.5%
沒有	98.0%	97.7%	96.5%

基數：所有能夠完成問卷、尚有牙齒並且能夠回答相應問題的長期護理服務使用者

圖7.15顯示長期護理服務使用者綜合表7.5中所列出的風險因素及患上口腔疾病的整體風險分布情況。長期護理服務使用者如果沒有定時刷牙的習慣（包括自己刷牙或需要他人協助），加上在非正餐時段頻密吃喝及現時有吸煙習慣，或其刷牙次數、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就會被列為有「極高風險」患上口腔疾病。長期護理服務使用者如果每天於非正餐時段進食三次或多於三次，加上沒有定時刷牙的習慣或刷牙時需要第三者協助，就會被列為有「高風險」患上口腔疾病。長期護理服務使用者的風險因素如果不符合上述兩組的條件及每天只刷牙一次，就會被評為有「中等風險」患上口腔疾病。長期護理服務使用者的風險因素如果不符合上述三組的條件並且每天刷牙兩次或以上，就會被歸類為「低風險」組別。

根據以上定義，被評為有「極高風險」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。長期護理服務使用者患上口腔疾病的風險程度高低，多數是由影響口腔健康的行為因素所導致，比如在非正餐時段頻密吃喝及有吸煙習慣。這些影響口腔健康的行為因素通常是可以避免及預防的。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。

圖7.15 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)

總體而言，大部分長期護理服務使用者都曾因為口腔狀況而在日常生活中有負面影響，例如在食物選擇上有所限制及對牙齒外觀不滿意。不過，與居於院舍長者和中心服務使用者（29.4%居於院舍長者，24.8%中心服務使用者）相比，有更大部分的家居服務使用者（38.4%）認為自己的口腔健康狀況屬於差或非常差。另外，相對居於院舍長者（22.6%）和中心服務使用者（20.0%），亦有更高比率的家居服務使用者（36.8%）表示曾察覺有口腔問題。如果病人曾察覺有口腔問題或認為自己的口腔健康狀況差或非常差，一般認為這些狀況應該與病人的口腔狀況和牙齒數目多寡有所關聯。但比較居於院舍長者、中心服務使用者和家居服務使用者三個類別的口腔狀況和牙齒數目，調查結果並不能反映三個類別長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。

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（包括真牙和假牙），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。

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

客觀評估的治療需要(與牙科疾病或牙齒問題相關)

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。一般而言，治療目標應為：

- 消除痛楚/不適
- 消除蛀蝕的牙齒組織
- 治療變色的牙齒，或先天形成的牙齒缺損
- 治療因外傷、磨損、酸蝕或損耗而引致的牙齒缺損
- 修復有缺損的補牙

實際的治療需要(長者接受的治療需要)

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。如果長者未能為治療與否作出回應，而且無法聯絡到其家人/照顧者，此類長者會被歸類為未能回應類別。

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圖7.16至7.18。幾乎所有長期護理服務使用者都有客觀評估的治療需要，當中以家居服務使用者的比率最高(93.2%)，其次是中心服務使用者(87.4%)和居於院舍長者(85.4%)。

與中心服務使用者(60.5%)及家居服務使用者(76.1%)相比，居於院舍長者的實際治療需要的比率最低(50.5%)。

有部分長期護理服務使用者未能清楚表達他們是否接受經牙科醫生客觀評估的治療需要，未能回應的長者比率由6.0%家居服務使用者，至10.8%中心服務使用者及16.2%居於院舍長者。

圖7.16 居於院舍長者的牙科治療需要

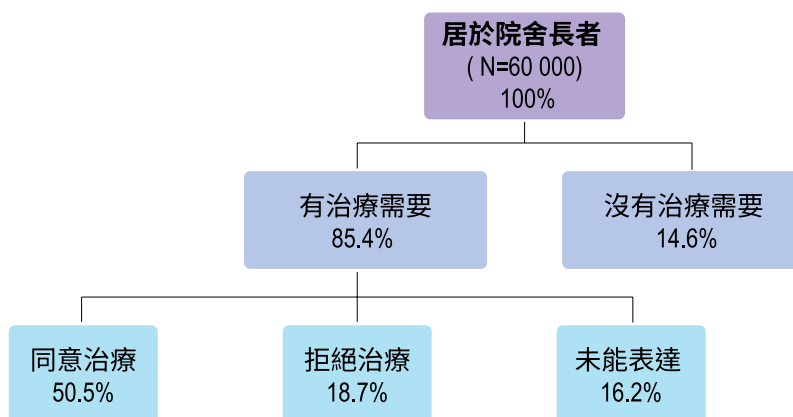


圖7.17 中心服務使用者的牙科治療需要

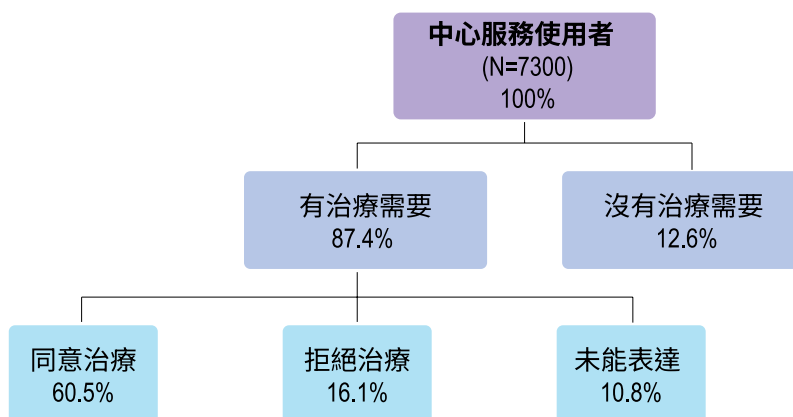
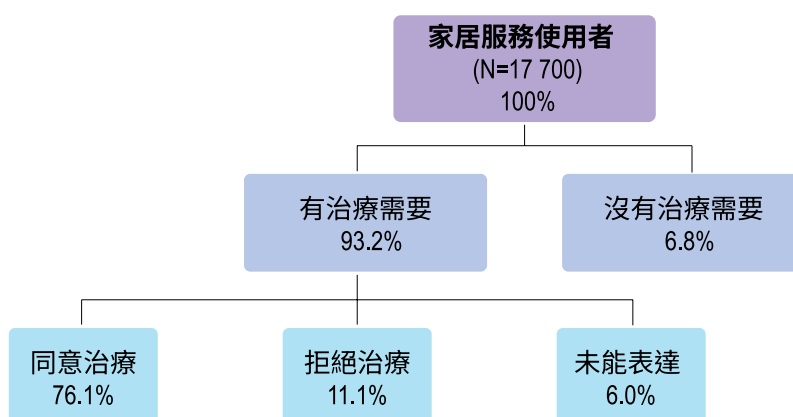


圖7.18 家居服務使用者的牙科治療需要



經牙科醫生客觀評估及長期護理服務使用者實際接受的各項牙科治療需要比率總結如表7.6所示。

居於院舍長者最不接受的治療是「拔牙」，此治療項目的實際治療需要只佔客觀評估治療需要的總比率41.4%。「新假牙」的實際治療需要佔客觀評估治療需要的總比率47.7%。「修補假牙」的接受程度最高，實際治療需要佔客觀評估治療需要的總比率90.1%。

中心服務使用者最不接受的治療是「拔牙」，此治療項目的實際治療需要佔客觀評估治療需要的總比率48.3%。其次是「新假牙」，實際治療需要佔客觀評估治療需要的總比率51.4%。在各項牙科治療項目中，「修補假牙」的接受程度最高，實際治療需要佔客觀評估治療需要的總比率78.2%。

家居服務使用者最不接受的治療是「拔牙」，此治療項目的實際治療需要佔客觀評估治療需要的總比率也偏低，為56.2%。同時，長者接受程度最高的治療項目也是「修補假牙」，實際治療需要佔客觀評估治療需要的總比率89.9%。

表7.6 按各項治療項目的客觀評估治療需要及實際治療需要劃分長期護理服務使用者的人數百分率

長期護理服務類別	治療項目	客觀評估治療需要 (%)	實際治療需要 (%)	實際治療需要佔客觀評估治療需要的百分比 (%)
居於院舍	洗牙	64.5	34.8	53.9
	補牙	28.0	15.5	55.5
	拔牙	42.9	17.8	41.4
	修補假牙	4.4	4.0	90.1
	新假牙	51.9	24.8	47.7
中心服務	洗牙	73.3	51.3	70.0
	補牙	24.4	15.1	61.7
	拔牙	37.8	18.3	48.3
	修補假牙	4.3	3.3	78.2
	新假牙	46.3	23.8	51.4
家居服務	洗牙	82.7	64.7	78.3
	補牙	32.8	25.2	76.9
	拔牙	38.9	21.8	56.2
	修補假牙	6.8	6.1	89.9
	新假牙	49.4	37.5	76.0

長期護理服務使用者對牙科治療，尤其是對拔牙的接受程度普遍較低。有16.2%居於院舍長者，10.8%中心服務使用者和6.0%家居服務使用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。

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。

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而改編制定的。該評估工具²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，各方面情況簡述如下：

- ✓ 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。
- ✓ 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。
- ✓ 因應長期護理服務使用者的健康狀況和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。
- ✓ 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。
- ✓ 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。

2021年口腔健康調查採用了此評估工具，仔細研究了向長期護理服務使用者提供牙科服務時所面臨的具體細節和挑戰。上述各項困難和複雜性反映出向長期護理服務使用者提供牙科治療所需額外資源的數量和類型。調查結果為未來針對這一目標群體的服務發展的資源規劃提供了資訊。

² 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/>)

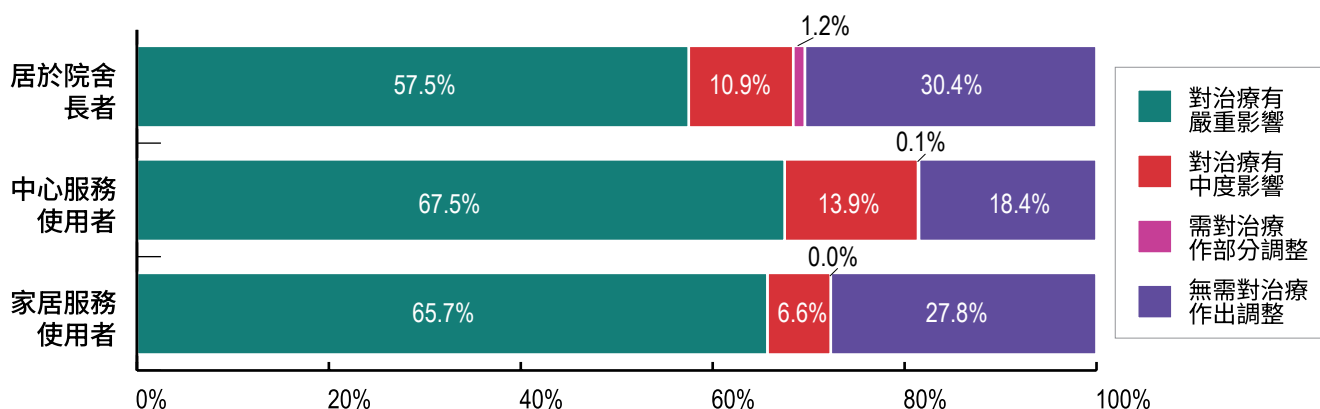
長期護理服務使用者最常見的健康問題總結如表7.7所示，因健康狀況而對牙科治療服務產生影響的分布情況總結如圖7.19所示。所有三個類別中都有超過一半以上的長期護理服務使用者被歸類為其健康狀況對牙科服務有嚴重影響。此結果表明大多數長者有多種健康問題，或有特定的健康問題，如癌症或中風，這些都可能向他們提供必要的牙科護理時受到極大地影響。少於三分之一的長期護理服務使用者不需要根據他們的病歷而調整牙科治療。為這些有複雜健康狀況的長者提供牙科治療時，通常需要與照顧長者的醫護團隊溝通和合作，包括調整長者的常規用藥。有時更必要採取不同的治療方案，例如在醫院環境下提供牙科治療。

表7.7 長期護理服務使用者常見的健康問題(可選多於一項)

健康問題	居於院舍 (N=60 000)	中心服務 (N=7 300)	家居服務 (N=17 700)
腦退化症	31.6%	45.3%	14.4%
中風	20.9%	24.6%	16.5%
心臟病	15.9%	16.4%	22.8%
癌症	3.7%	4.7%	8.5%
精神病／情緒病	11.5%	9.6%	14.8%
共病症(有三種或以上健康問題)	49.9%	61.4%	58.1%

基數：所有長期護理服務使用者

圖7.19 因健康狀況和病歷而對長期護理服務使用者提供牙科治療的影響程度的分布情況



基數：所有長期護理服務使用者

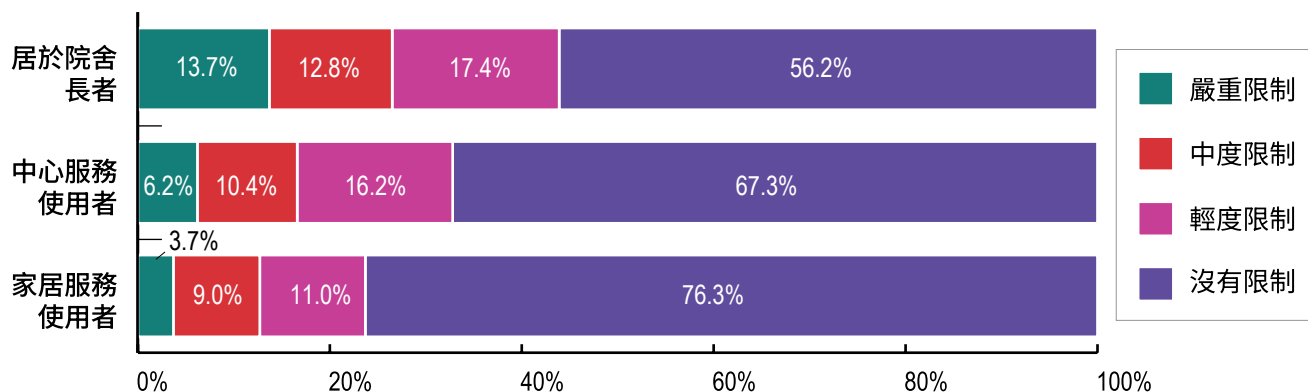
居於院舍長者：(N = 60 000)

中心服務使用者：(N = 7 300)

家居服務使用者：(N = 17 700)

溝通能力的障礙在居於院舍長者中更為普遍(圖7.20)，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。

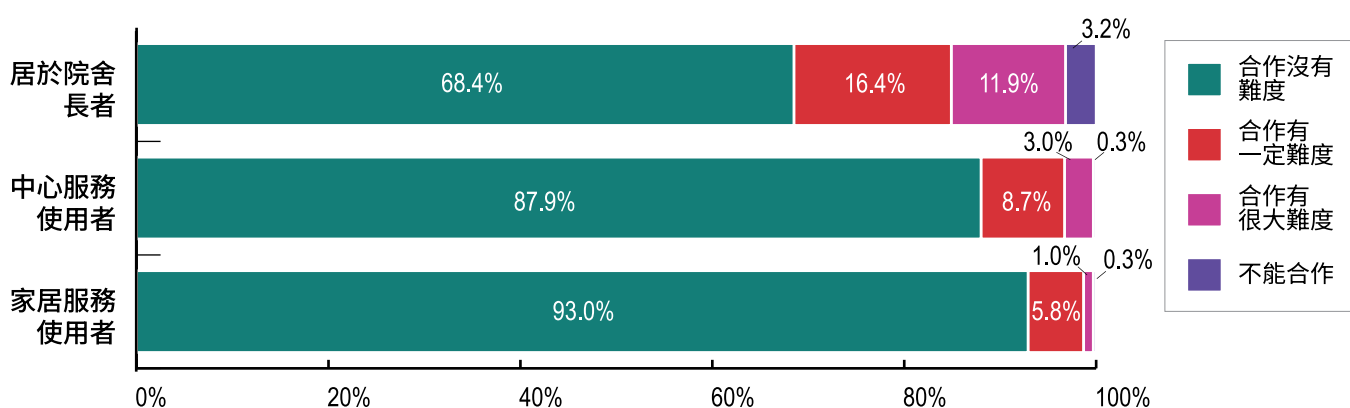
圖7.20 根據牙科醫生的評估劃分長期護理服務使用者溝通能力障礙的分布情況



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)

在居於院舍長者群組中的合作障礙也更為普遍(圖7.21)。在某些嚴重不合作的案例下，通常需要使用進階的行為管理技術(如鎮靜麻醉和全身麻醉)才能完成牙科治療。這就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7.21 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)

身體活動障礙在所有長期護理服務使用者中都很普遍(圖7.22)。78.5%的居於院舍長者(47 100)，68.1%的中心服務使用者(4 970)和55.5%的家居服務使用者(9 820)都需要陪同才能前往牙科診所。8.8%的居於院舍長者(5 280)和3.0%的家居服務使用者(530)長期臥床，需要牙科外展隊定期提供實地牙科服務。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。

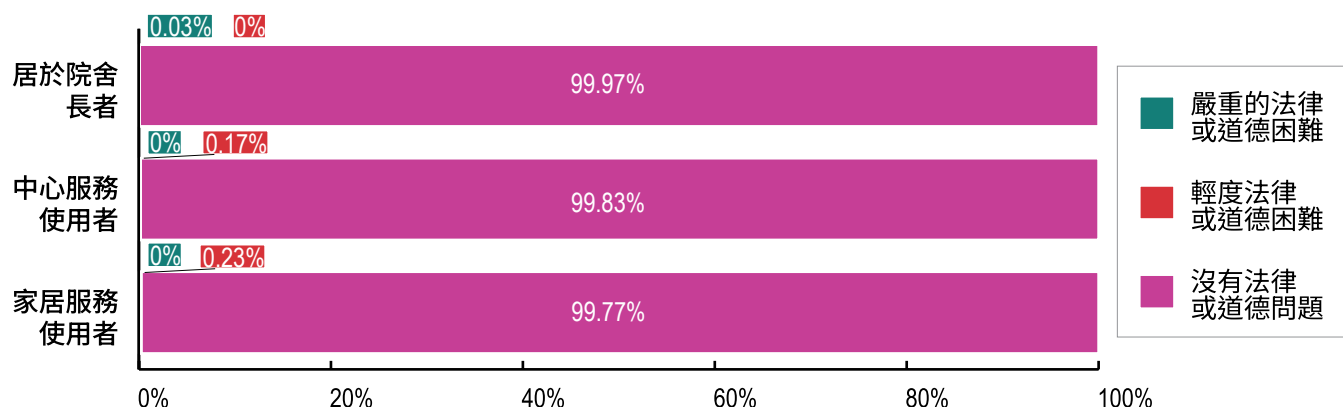
圖7.22 根據牙科醫生的評估劃分長期護理服務使用者身體活動障礙的分布情況



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)

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7.23)。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7.23 根據牙科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)

第七章小結

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。

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。這些障礙通常伴同長者已有的長期健康問題，令他們的身體活動能力受限，也令牙科治療更為複雜。為長期護理服務使用者提供牙科服務往往牽涉額外資源和輔助，對牙科服務提供者是一項挑戰。

前瞻

本次調查發現長期護理服務使用者的三個組別中現存牙齒數目更多，但未經治療的蛀牙比率也高。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。

大部分的長期護理服務使用者察覺有口腔問題，並曾經歷過口腔狀況產生的負面影響。牙科醫生向這一目標群組提供牙科服務會面臨挑戰，尤其大多數長者有共病症、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，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。

第八章

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。

工作小組的《中期報告》指出，蛀牙和牙周病是香港牙科公共健康的主要威脅。2021年口腔健康調查結果證實了這一點，因為在39%的五歲兒童、32%的成年人和47%的非居於院舍長者中都發現有未經治療的蛀牙，57%成年人和70%的非居於院舍長者中還發現有牙周袋。預防此等程度的牙科疾病今後再次發生，需要做大量的工作。

保持個人日常口腔衛生習慣，採取有利於口腔健康的生活模式，是在個人層面提升口腔健康的關鍵。2021年口腔健康調查發現，受檢者報稱的口腔衛生習慣有所改善，但這可能會給公眾帶來錯誤的安全感。因為2001年、2011年和2021年的口腔健康調查結果表明，定期檢查牙齒的習慣在所有目標年齡群組中都不普遍。可能是由於缺乏牙科專業人員針對個人的指導，受檢者的口腔衛生習慣導致後牙清潔不充分，進一步發展為牙科疾病的風險很高。2021年口腔健康調查的結果進一步說明了為不同年齡段人群提供適當的基層牙科服務的必要性，進而推動市民改變生活模式。

定期評估口腔健康風險應成為基層牙科服務的一部分。當一個人身患某種疾病時，由於疾病本身或由於醫療的副作用，口腔健康風險通常會升高。應及早開始並持續與疾病治療同步進行預防性牙科護理，從而降低2021年口腔健康調查中在長期護理服務使用者中發現的牙科疾病的高發病率。

2022年5月，第75屆世界衛生大會通過了《口腔衛生全球戰略》，其願景是到2030年在口腔衛生方面為所有個人和社區實現全民健康覆蓋，使他們能夠享受可達到的最高口腔衛生水準，並為健康和富有成效的生活做出貢獻 (WHA75(11)和A75/10 Add.1)。將口腔保健系統和人們的觀念重點從治療為主轉向預防為主，提高保存真牙的可能性，應成為公共投資的優先選項。

附錄一 五歲兒童的抽樣方案

引言

本調查涵蓋的五歲兒童均出生於2016/2017年。由於香港的小學僅接納於年底滿六歲或以上的兒童於該學年入讀一年級(小一)(於當年9月小一入學時年齡為5歲8個月)，故可按此推算，到曆年初，就讀小一的兒童均年滿六歲。因此口腔健康調查特意選取就讀幼稚園高班兒童於2022年初進行。但由於2019冠狀病毒疫情，口腔健康調查中的口腔檢查因此推遲，並無法持續進行。整個口腔檢查的期間從2022年5月一直持續至2023年3月。為了選取足夠的五歲兒童人數，本署須於2022年和2023年連續兩年從幼稚園高班招募五歲兒童進行調查。

2001年和2011年就五歲兒童進行的口腔健康調查，其結果有部分列載於本調查報告作比較之用。

如欲直接查閱調查結果撮要，可參閱正文綠框中的參考簡要。

調查目的

對五歲兒童調查的目的為：

1. 評估其口腔健康狀況(主要是蛀牙及口腔衛生狀況)；
2. 收集有關其口腔健康護理行為的資料；
3. 調查有關家長對牙患的認識；及
4. 調查有關家長對其子女口腔健康的態度。

抽樣方案

幼稚園是五歲兒童組別的初步抽樣單位。自2005年政府實施協調學前服務措施後，所有三歲或以上學前服務機構均按《教育條例》(第279章)規管，以幼稚園或幼稚園暨幼兒園(本報告中統稱為幼稚園)營運。本調查從教育局資料庫的所有幼稚園中選出合共68所幼稚園。

資料收集方法

實地調查小組是進行實地資料收集的基本工作單位。每個幼稚園安排了一至兩個實地調查小組，每個小組由一名牙科醫生、一名臨床助理和一名研究助理組成。牙科醫生和臨床助理負責收集臨床數據，即對調查兒童進行口腔檢查並記錄臨床資料。研究助理則檢查由幼稚園收集的家長/照顧者填寫的調查問卷。

本署採用結構化的問卷收集有關兒童背景、口腔健康及口腔健康相關行為、家長的口腔健康知識及態度等調查資料。進行問卷調查前，未參與調查幼稚園的幼童家長曾獲邀試答問卷初稿。其後，初稿再經數次修訂，成為定稿。問卷透過幼稚園發放給家長，在兒童臨床檢查前，由家長或照顧者自行填寫。填寫完畢的問卷會用不透明的信封密封送回相關幼稚園，以保障家長和兒童的私隱。這些信封由幼稚園收集並送交口腔健康調查小組。調查小組隨後將問卷中的資料輸入電子數據庫。如果問卷中有答案不清楚，小組人員會打電話給家長作跟進調查。口腔健康調查小組人員會對輸入的資料進行校對。

兒童的口腔檢查是在幼稚園實地進行的。臨床檢查主要遵循世界衛生組織建議的基本口腔健康調查程序。臨床檢查採用的是用後即棄鏡子，鏡子手柄上有LED燈提供照明。調查採用世衛的「社區牙周指數」(CPI) 標準探針以確認是否存在蛀牙病變及其狀態(活躍或靜止)。此外，還對兒童牙齒表面是否有可見牙菌膜、口腔黏膜病變，以及其他口腔狀況進行評估。臨床檢查沒有包括牙科放射檢查。檢查結果由臨床助理根據口腔疾病或狀況的診斷標準直接輸入電子儀器，建立電子數據庫。

在實地調查時，校準檢查員(經驗豐富的口腔流行病學家)及實地檢查員(牙科醫生)會對參與調查的五歲兒童進行交叉檢查，以監測檢查員的可靠性。交叉檢查的人數大約佔參與調查兒童的10%。通過計算得出Kappa數值，對於可見牙菌膜指數至牙冠狀況的Kappa數值為0.87至0.96之間。

抽樣結果

在抽選的68所幼稚園中，有36所同意參與調查；而1 374名獲邀參與的兒童中，共1 191名得到家長同意並有充分記錄的兒童接受檢查。調查只採納五歲兒童的資料作最終分析。經統計調整及加權，調查結果可推論至39 700名五歲幼稚園兒童。根據政府統計處的資料，2022年年底全港共有50 800名五歲兒童。本調查涵蓋全港78.1%的五歲兒童，而非於上述機構就讀的兒童並未納入本調查範圍。

附錄二 十二歲學生的抽樣方案

引言

本調查涵蓋的十二歲學生均於2010年1月1日至2010年12月31日出生。香港大多數十二歲的學生均就讀於中學一年級(中一)，因此，這一年齡組別的調查對象為中一的十二歲學生。由於2019冠狀病毒疫情，口腔檢查未能於2022年底之前完成，需從2022年11月繼續進行至2023年7月。

2001年和2011年就十二歲學生進行的口腔健康調查，其結果有部分列載於本調查報告作比較之用。如欲查閱調查結果撮要，可直接參閱正文綠框中的參考簡要。

調查目的

對十二歲學生調查的目的為：

1. 評估其口腔健康狀況(主要是蛀牙、牙周狀況及口腔衛生狀況)；
2. 收集有關其口腔健康護理行為的資料；
3. 調查有關學生和家長對牙患的認識；及
4. 調查有關學生和家長對口腔健康及定期檢查的態度。

抽樣方案

中學是十二歲學生組別的初步抽樣單位。本調查從教育局資料庫的所有本地中學之中選出合共20所中學。所有來自選定學校並於2010年1月1日至2010年12月31日期間出生並就讀中一的十二歲學生，均獲納入本次調查。

資料收集方法

實地調查小組是進行實地資料收集的基本工作單位。每所學校安排了一至兩個實地調查小組，每個小組由一名牙科醫生、一名臨床助理和一名研究助理組成。牙科醫生和臨床助理負責收集臨床數據，即對調查的十二歲學生進行口腔檢查並記錄臨床調查結果。研究助理則監測學生填寫線上問卷的狀況。

在進行十二歲學生調查之前，他們的家長須填寫一份結構性問卷，用以收集家長對口腔健康相關知識、態度和行為等資料，以及家長對其子女的口腔健康狀況的認知與帶子女定期檢查的計劃。進行問卷調查前，未參與調查學校的學生及其家長曾獲邀試答問卷初稿。經修訂後成為定稿。調查期間，家長可以在線上填寫問卷，也可以選擇郵寄回填寫好的紙本問卷至口腔健康調查小組。小組在收到紙本問卷後，會將有關資料輸入電子數據庫中，並會對輸入的資料進行校對。

另一份結構性問卷用以收集十二歲學生對口腔健康相關知識、態度和行為等資料，以及學生對口腔健康狀況的認知與牙科護理服務的使用情況。學生自行填寫線上問卷，他們須使用提供的電子裝置在線填寫問卷，有關資料會自動傳輸至電子數據庫。

十二歲學生的口腔檢查是在學校內實地進行的。臨床檢查主要遵循世界衛生組織建議的基本口腔健康調查的程序。臨床檢查採用的是用後即棄鏡子，鏡子手柄上有LED燈提供照明。調查採用世衛的「社區牙周指數」(CPI) 標準探針以確認是否存在蛀牙病變，檢測有無牙齦出血，以及有無牙石。此外，還對牙齒表面是否有可見牙菌膜，口腔黏膜病變及其他口腔問題進行評估。臨床檢查沒有包括牙科放射檢查。檢查結果由臨床助理根據口腔疾病或狀況的診斷標準直接輸入電子裝置，建立電子數據庫。

在實地調查時，校準檢查員(經驗豐富的口腔流行病學家)及實地檢查員(牙科醫生)會對參與調查的十二歲學生進行交叉檢查，以監測檢查員的可靠性。交叉檢查的人數大約佔參與調查生的8%。通過計算得出Kappa數值，對於可見牙菌膜指數、探針檢查牙周組織出血狀況至牙齒狀態的Kappa數值為0.38至0.90之間。

抽樣結果

在抽選的20所學校中，有14所同意參與調查。從這14所參與學校中選出的1 667名學生當中，共有1 069名學生得到家長同意參加並接受口腔檢查。經統計調整及加權，調查結果可推論至50 000名香港十二歲學生。根據政府統計處的資料，2022年底全港共有59 500名十二歲學生。因此，本調查涵蓋全港84.0%的十二歲學生。

附錄三

三十五歲至四十四歲成人的抽樣方案

引言

根據世界衛生組織建議，三十五歲至四十四歲組別是成年人口腔健康狀況的指標監察組別。本調查透過收集這年齡組別的資料，監察成年人的口腔健康狀況及使用口腔健康護理服務的模式。這些資料將作為未來口腔健康護理的規劃和推廣之用。

調查目的

對三十五歲至四十四歲成年人調查的目的為：

1. 收集有關其口腔健康狀況及治療需要的資料；
2. 收集有關其口腔健康護理行為的資料，以及相關的誘發因素和促成因素；及
3. 收集有關口腔疾病對其生活品質影響的資料。

抽樣方案

本調查的抽樣方案與2011年口腔健康調查的相若，是根據世界衛生組織的建議而設計的。本調查採用國際通行的指標與參數，以便將本港與海外的調查進行對比。

本調查由臨床口腔檢查和問卷訪談兩部分組成。臨床口腔檢查收集關於成年人口腔健康狀況及其治療需要的資料。而問卷訪談則收集關於成年人口腔健康行為、相關的誘發因素和促成因素（如對口腔健康的感知、健康理念、口腔健康知識、牙科價值觀、尋求口腔護理行為的阻礙和推動因素）及口腔健康對日常生活的影響等資料。

本次口腔健康調查的目標人群是衛生防護中心委託的承辦商的訪問員，在進行全港性人口健康調查「2020-2022年度人口健康調查」時透過住戶訪問（統計）確定的。承辦商的訪問員邀請符合成年人組別年齡的受訪者參加2021年口腔健康調查。其後，衛生署牙科服務委託另一承辦商的實地檢查小組跟進相關受訪者進行臨床口腔檢查及問卷調查。在受檢者同意簽署參加2021年口腔健康調查的同意書後，向他們發出確認函以備記錄。

樣本規模

檢討上一次口腔健康檢查的經驗，在精確度要求和資源考慮之間取得平衡後，進行臨床口腔檢查和問卷訪談的每個成年人組的目標有效樣本量為550名受檢者。透過此目標有效樣本量，主要的臨床估計數值（蛀牙經驗和牙周袋的普遍程度）以及主要的口腔健康行為（定期口腔檢查頻率）的估測精確度都在可接受的水平內。

抽樣框

2021年口腔健康調查的樣本統計是透過2020-2022年度人口健康調查的住戶訪問進行的，口腔健康調查採用了政府統計處設立的屋宇單位框作為抽樣框，與2020-2022年度人口健康調查的抽樣方案一致。屋宇單位框包括屋宇單位檔案庫和小區檔案庫，屋宇單位檔案庫載有在已建設地區內的所有永久性屋宇單位地址的記錄，小區檔案庫載有在非建設地區內的小區的記錄。政府統計處採用等距複樣本抽樣法，從屋宇單位檔案庫的已建設地區內抽取一個屋宇單位複樣本並從小區檔案庫的非建設地區內抽取一個小區複樣本。每個複樣本（由約500個住宅單位組成）都是香港住戶的代表性樣本。其後，調查小組找出樣本住宅單位內的所有住戶，每個住戶內所有目標年齡組別內的合資格成員都被統計為調查對象。

人口健康調查共抽選出24個住宅單位複樣本。針對2021年口腔健康調查，估計每個住戶在三十五歲至四十四歲成年人組別中的受檢者數目不同（成年人：0.33），因而24個隨機複樣本中的13個複樣本住宅單位內的所有三十五歲至四十四歲成年人獲邀參與是次口腔健康調查。

受檢者招募

衛生署牙科服務向承辦商提供了一份可能參加調查的人員名單。名單上的人員已經同意口腔健康調查小組通過電話號碼與他們聯絡安排預約。電話由承辦商的職員撥打。根據參加者的意願，會安排他們與口腔健康調查外展隊（由至少一名牙科醫生及一名助理組成）個別約見，在其居所或指定檢查地點（菲臘牙科醫院或政府牙科診所）進行臨床口腔檢查及問卷訪談。

資料收集方法

承辦商的每個外展隊由一名牙科醫生、一名臨床助理員和一名研究助理員組成。牙科醫生和臨床助理負責收集臨床數據，即對參與調查的成年人進行口腔檢查，而研究助理則透過與參加者訪談來收集其他數據。

在實地調查時，校準檢查員（經驗豐富的口腔流行病學家）及實地檢查員（牙科醫生）會對參與調查的三十五歲至四十四歲成年人進行交叉檢查，以監測檢查員的可靠性。交叉檢查的人數大約佔參與調查成年人的6%。通過計算得出Kappa數值，對於探針檢查出血狀況、牙周袋深度至牙齒狀態的Kappa數值為0.55至0.91之間。

抽樣結果

2020-2022年度人口健康調查的實地調查期間，共在抽選的屋宇單位中覓得2677名三十五歲至四十四歲的住戶成員，其中有705名同意參與是次口腔健康調查。最終有492名參加了2021年口腔健康調查，回應率為18.4%。

無回應偏差分析的結果表明，成年人群組中有回應與無回應的目標受檢者之間並無明顯差異。

統計後，調查所得的估計值可推論至調查期間的人口數量（985 200人*）。

*根據政府統計處 2022年第二季的綜合住戶統計調查所得，全港陸上非居於院舍的三十五歲至四十四歲的人口（外籍家庭傭工、居於院舍人士和在船隻上居住的人士除外）約為 985 200。

附錄四 六十五歲至七十四歲非居於院舍長者的抽樣方案

引言

根據世界衛生組織建議，六十五歲至七十四歲組別是成年人口腔健康狀況的指標監察組別。本調查透過收集這年齡組別的資料，監察成年人的口腔健康狀況及使用口腔健康護理服務的模式。這些資料將作為未來口腔健康護理的規劃和推廣之用。關於六十五歲至七十四歲非居於院舍長者的抽樣方案及資料，請參閱以下附錄四及第六章；而關於缺乏自我照顧能力的長者的資料，請參閱附錄五及第七章。

調查目的

對六十五歲至七十四歲非居於院舍長者調查的目的為：

1. 收集非居於院舍長者的口腔健康狀況及治療需要的資料；
2. 收集有關其口腔健康護理行為的資料，以及相關的誘發因素和促成因素；及
3. 收集有關口腔疾病對其生活品質影響的資料。

抽樣方案

本調查的抽樣方案與2011年口腔健康調查的相若，是根據世界衛生組織的建議而設計的。本調查採用國際通行的指標與參數，以便將本港與海外的調查進行對比。

本調查由臨床口腔檢查和問卷訪談兩部分組成。臨床口腔檢查收集關於非居於院舍長者口腔健康狀況及其治療需要的資料。而問卷訪談則收集關於非居於院舍長者口腔健康行為、相關的誘發因素和促成因素（如對口腔健康的感知、健康理念、口腔健康知識、牙科價值觀、尋求口腔護理行為的阻礙和推動因素）及口腔健康對日常生活的影響等資料。

本次口腔健康調查的目標人群是衛生防護中心委託的承辦商的訪問員，在進行全港性人口健康調查「2020-2022年度人口健康調查」時透過住戶訪問（統計）確定的。承辦商的訪問員邀請符合非居於院舍長者組別年齡的受訪者參加2021年口腔健康調查。其後，衛生署牙科服務委託另一承辦商的實地檢查小組跟進相關受訪者進行臨床口腔檢查及問卷調查。在受檢者同意簽署參加2021年口腔健康調查的同意書後，向他們發出確認函以備記錄。

樣本規模

檢討上一次口腔健康檢查的經驗，在精確度要求和資源考慮之間取得平衡後，進行臨床口腔檢查和問卷訪談的每個非居於院舍長者組別的目標有效樣本量為550名受檢者。透過此目標有效樣本量，主要的臨床估計數值（蛀牙經驗和牙周袋的普遍程度）以及主要的口腔健康行為（定期口腔檢查頻率）的估測精確度都在可接受的水平內。

抽樣框

2021年口腔健康調查的樣本統計是透過2020-2022年度人口健康調查的住戶訪問進行的，口腔健康調查採用了政府統計處設立的屋宇單位框作為抽樣框，與2020-2022年度人口健康調查的抽樣方案一致。屋宇單位框包括屋宇單位檔案庫和小區檔案庫，屋宇單位檔案庫載有在已建設地區內的所有永久性屋宇單位地址的記錄，小區檔案庫載有在非建設地區內的小區的記錄。政府統計處採用等距複樣本抽樣法，從屋宇單位檔案庫的已建設地區內抽取一個屋宇單位複樣本並從小區檔案庫的非建設地區內抽取一個小區複樣本。每個複樣本（由約500個住宅單位組成）都是香港住戶的代表性樣本。其後，調查小組找出樣本住宅單位內的所有住戶，每個住戶內所有目標年齡組別內的合資格成員都被統計為調查對象。

人口健康調查共抽選出24個住宅單位複樣本。針對2021年口腔健康調查，估計每個住戶在六十五歲至七十四歲非居於院舍長者組別中的受檢者數目不同（非居於院舍長者：0.25），因而24個隨機複樣本中的17個複樣本住宅單位內的所有六十五歲至七十四歲非居於院舍長者獲邀參與是次口腔健康調查。

受檢者招募

衛生署牙科服務向承辦商提供了一份可能參加調查的人員名單。名單上的人員已經同意口腔健康調查小組通過電話號碼與他們聯絡安排預約。電話由承辦商的職員撥打。根據參加者的意願，會安排他們與口腔健康調查外展隊（由至少一名牙科醫生及一名助理組成）個別約見，在其居所或指定檢查地點（菲臘牙科醫院或政府牙科診所）進行臨床口腔檢查及問卷訪談。

資料收集方法

承辦商的每個外展隊由一名牙科醫生、一名臨床助理員和一名研究助理員組成。牙科醫生和臨床助理負責收集臨床數據，即對參與調查的成年人進行口腔檢查，而研究助理則透過與參加者訪談來收集其他數據。

在實地調查時，校準檢查員（經驗豐富的口腔流行病學家）及實地檢查員（牙科醫生）會對參與調查的六十五歲至七十四歲非居於院舍長者進行交叉檢查，以監測檢查員的可靠性。交叉檢查的人數大約佔參與調查非居於院舍長者的7%。通過計算得出Kappa數值，對於探針檢查出血狀況、牙周袋深度至牙齒狀態的Kappa數值為0.62至0.92之間。

抽樣結果

2020-2022年度人口健康調查的實地調查期間，共在抽選的屋宇單位中覓得2511名六十五歲至七十四歲的住戶成員，其中有800名同意參與是次口腔健康調查。最終有542名參加了2021年口腔健康調查，回應率為21.6%。

無回應偏差分析的結果表明，成年人群組中有回應與無回應的目標受檢者之間並無明顯差異。

統計後，調查所得的估計值可推論至調查期間的人口數量(883 200人*)。

* 根據政府統計處 2022年第二季的綜合住戶統計調查所得，全港陸上非居於院舍的六十五歲至七十四歲的人口(外籍家庭傭工、居於院舍人士和在船隻上居住的人士除外)約為 883 200。

附錄五 六十五歲及以上使用社會福利署長期護理服務的長者的抽樣方案

引言

2001年口腔健康調查的目標群組已涵蓋了居於院舍長者(即居住於安老院舍的長者)組別。搬入安老院舍的長者通常是因為他們沒有能力照顧自己,以及在家中缺乏支援。這也可以說明居於院舍長者與居於社區長者(即非居於院舍長者)在口腔健康狀態和口腔健康需要方面的差異。

2001年口腔健康調查結果表明,「入住安老院舍可能產生的影響,以及由於身體健康狀況差而不能尋求口腔健康護理服務,這都曾被提及為沒有尋求護理的原因。他們認為需要護理員的協助或陪同會造成不便,這或可解釋他們為什麼認為自己的口腔健康問題只是小問題。」2001年的調查還發現,用以評估牙科治療需要的標準化的調查標準可能適用於相對康健的人,但對於居於院舍長者而言可能未必切合實際。2001年口腔健康調查報告中提到,「在評估牙科治療需要時沒有考慮居於院舍長者的一般健康狀況。因此,在治療過程中,如脫牙或補牙,可能會導致居於院舍長者不適。」

在2011年口腔健康調查中,本署嘗試評估牙科醫生建議的治療需要與長者接受建議治療的意願。這項調查與國際觀點不謀而合,即針對缺乏自我照顧能力的長者的治療計劃應當理性化,而非尋求技術上的理想化。而且,根據政府推行的「居家安老為本,院舍照顧為後援」的政策方針,預計將有越來越多缺乏自我照顧能力的長者居於社區內。2011年調查範圍已擴展至接受長期護理服務(歸類為社區護理服務)的長者,即長者日間護理中心/單位的使用者,改善家居及社區照顧服務的使用者,以及綜合家居照顧服務的使用者(體弱個案)。

本調查覆蓋的長者群組與2011年口腔健康調查的相同。使用住宿照顧服務的長者,即在2001年和2011年的口腔調查報告中所涵蓋的居於院舍長者,在本報告也稱為居於院舍長者。

本調查涵蓋以下三類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(體弱個案)(家居服務使用者)。

調查目的

對長期護理服務使用者調查的目的為：

1. 評估其口腔健康狀況；
2. 評估其口腔健康問題的經驗、口腔狀況對日常生活的影響、與蛀牙和牙周病有關的風險因素；
3. 評估及比較牙科醫生建議的治療需要和長者對治療的接受程度；
4. 評估為該組別的長者提供牙科護理服務所涉及的複雜性。

調查方法

抽樣方案

本調查以長期護理服務提供者的名單作為抽樣範圍，有關名單可於社署網頁下載。經與社署核實，所下載的名單為當時最新版本。

作抽樣用途的長期護理服務提供者的數目*

長期護理服務	服務提供者數目
安老院舍	1036所
日間護理中心/單位	91個
改善家居及社區照顧服務及綜合家居照顧服務(只涵蓋體弱個案)	82隊

* 截至2021年12月底

長期護理服務使用者的受檢者是以群組形式抽選，並以長期護理服務提供者作為抽樣單位。有關服務提供者的名單是從社署網頁下載，而整個抽樣過程是以科學抽樣方法運作。

- 1 自2003年起，社會福利署已採用「安老服務統一評估機制」，用以篩選長者獲取受資助長期照護服務的資格，確定其護理需要，並為長者配對適切的服務。受資助的長期護理服務課分為兩大類：住宿照顧服務和社區照顧服務。統評機制全面評估長者的長期護理需要，綜合考慮長者日常活動功能的缺損程度、認知障礙、生活環境風險、照顧者的情況等因素，從而更有效地區分長者對於各類長期照護服務的需要，並為其配對適切的服務。
- 2 社會福利署的「安老服務統一評估機制」適用於申請受資助的長期護理服務，包括以下社區護理服務：(一) 長者日間護理中心／單位；(二) 改善家居及社區照顧服務；及(三) 綜合家居照顧服務(體弱個案)。

資料收集方法

本調查對三類長期護理服務的使用者採用相同的資料收集方法。經獲邀參與調查的長者同意後，本調查再透過其長期護理服務提供者取得長者的個人資料和病歷。

長者的口腔健康狀況資料是由一組牙科醫生透過臨牀檢查收集得來。牙科醫生帶備便攜式的儀器到選定的安老院舍或日間護理中心，為居於院舍長者和中心服務使用者進行臨牀檢查，而獲選的家居服務使用者則在其居所接受檢查。

調查透過訪問形式收集長者對口腔健康及使用口腔健康護理服務的相關行為和經驗等資料。此訪問由一組受過培訓的牙科手術助理員進行。

調查中的牙科醫生和牙科手術助理員均曾接受培訓，以熟習收集資料的方法，並校準資料收集的工作，確保檢查的一致性。

在實地調查時，校準檢查員（經驗豐富的口腔流行病學家）及實地檢查員（牙科醫生）會對參與調查的長期護理服務使用者進行交叉檢查，以監測檢查員的可靠性。交叉檢查的人數大約佔參與調查的長期護理服務使用者的12%。通過計算得出Kappa數值，對於牙石及探針檢查出血狀況至牙冠狀況的Kappa數值為0.76至0.95之間。

抽樣結果

安老院舍

獲邀參與調查的安老院舍共有24所，其中14所同意參加。調查合共抽選1 231名居於院舍長者，其中有668名同意參加調查。

最後共有612名居於院舍長者接受了臨牀檢查，當中有520名同時接受了訪問，其餘長者則因在理解問題或回應上有困難而未能完成訪問。經統計調整及加權，調查結果可推論至全港所有安老院舍中60 000名長者，而透過訪問所得的資料可推論至這組別中45 500名長者的情況。

長者日間護理中心/單位

日間護理中心/單位獲邀參與調查的有59所，其中22所同意參加。而全時間或部分時間中心服務使用者獲邀參與本調查的則有751名，其中680名同意參加。

最後共有599名中心服務使用者接受了臨牀檢查，其中有402名同時接受了訪問。經統計調整及加權，調查結果可推論至全港所有使用長者日間護理中心/單位的7300名長者，而透過訪問所得的資料可推論至這組別中6 340名長者的情況。

家居為本的社區支援服務

獲邀參與調查的改善家居及社區照顧服務隊有7隊，其中有6隊同意參加。而獲邀參與調查的綜合家居照顧服務隊則有6隊，其中有4隊同意參加。綜合家居照顧服務處理的個案分為普通和體弱兩類。本調查只邀請體弱個案的長者參加。獲邀參與本調查的家居服務使用者合共1 530名。

總結調查共有321名家居服務使用者接受了臨牀檢查，其中有271名同時接受了訪問。經統計調整及加權，調查結果可推論至全港17 700名家居服務使用者，而透過訪問所得的資料可推論至這組別中15 000名長者的情況。

圖表目錄

圖1.1 沒有蛀牙的健康牙齒的橫切面	15
圖1.2 嚴重蛀壞的牙齒引致牙齦的形成	15
圖1.3 已修復的牙齒	15
圖1.4 健康的牙周組織	16
圖1.5 牙齦發炎	16
圖1.6 「失去牙齦附着」(LOA)的量度	17
圖1.7 牙周袋及牙齦萎縮	17
圖2.1 牙縫兩側示意圖	20
圖 3.1 按「齦失補乳齒」數值劃分五歲兒童的分布情況	24
圖 3.2 2021年按牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋百分率劃分五歲兒童牙齒清潔程度的分布情況	25
圖 3.3 按家長所述子女的刷牙次數劃分五歲兒童的分布情況	26
圖3.4 按家長所述子女的刷牙次數劃分五歲兒童的分布情況 (2001年、2011年及2021年)	26
圖3.5 按家長協助子女刷牙的頻密程度劃分五歲兒童的分布情況	27
圖3.6 按家長協助子女刷牙的頻密程度劃分五歲兒童的分布情況 (2001年、2011年及2021年)	27
圖3.7 五歲兒童使用牙膏的分布情況 (2001年、2011年及2021年)	28
圖3.8 按五歲兒童家長對其子女所使用的牙膏是否含氟化物的認知劃分的家長分布情況 (2001年、2011年及2021年)	28
圖3.9 按家長認為會增加蛀牙風險的因素劃分五歲兒童家長的百分率 (可選多於一項)	30
圖3.10 按家長認為會增加蛀牙風險的因素劃分五歲兒童家長的百分率 (2001年、2011年及2021年) (可選多於一項)	31
圖3.11 按家長認為會增加牙周病風險的因素劃分五歲兒童家長的百分率 (可選多於一項)	32
圖3.12 按家長認為會增加牙周病風險的因素劃分五歲兒童家長的百分率 (2001年、2011年和2021年) (可選多於一項)	33
圖3.13 按家長對氟化物效用的認識劃分五歲兒童家長的百分率 (可選多於一項)	34
圖 3.14 按家長對氟化物效用的認識劃分五歲兒童家長的百分率 (2001年、2011年和2021年) (可選多於一項)	35
圖3.15 按對其子女口腔健康狀況的理解劃分五歲兒童家長的分布情況	36
圖 3.16 家長對五歲子女口腔健康狀況的理解及子女的蛀牙經驗	37
圖3.17 按曾否往見牙科醫生劃分五歲兒童的分布情況 (2001年、2011年及2021年)	38
圖 3.18 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 (2001年、2011年和2021年)	39
圖 3.19 按家長選擇治療子女乳齒蛀牙的方法劃分五歲兒童家長的分布情況	39
圖 3.20 按家長選擇治療子女乳齒蛀牙的方法劃分五歲兒童家長的百分率 (2001年、2011年和2021年)	40
圖3.21 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	41
圖 3.22 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)	42
圖 4.1 按「齦失補恆齒」數值劃分十二歲學生的分布情況	48
圖 4.2 按牙周狀況劃分十二歲學生的百分率 (2001年、2011年及2021年)	49
圖4.3 按牙齒表面有可見牙菌膜覆蓋百分率劃分十二歲學生牙齒清潔程度的分布情況	50
圖 4.4 按刷牙次數劃分十二歲學生的分布情況	51

圖4.5 按刷牙次數劃分十二歲學生的分布情況 (2001年、2011年及2021年)	51
圖4.6 十二歲學生使用牙膏的分布情況 (2001年、2011年和2021年)	52
圖4.7 按對所使用的牙膏是否含氟化物的認知劃分十二歲學生的分布情況 (2001年、2011年及2021年)	52
圖4.8 按使用牙線的次數劃分十二歲學生的分布情況	53
圖4.9 按有否使用輔助用品清潔口腔劃分十二歲學生的百分率 (可選多於一項)	53
圖4.10 按學生和家長認為會增加蛀牙風險的因素劃分十二歲學生和家長的百分率 (可選多於一項)	55
圖4.11 按學生認為會增加蛀牙風險的因素劃分十二歲學生的百分率 (2001年、2011年及2021年) (可選多於一項)	56
圖4.12 按家長認為會增加蛀牙風險的因素劃分十二歲學生家長的百分率 (2001年、2011年及2021年) (可選多於一項)	56
圖4.13 按學生和家長認為會增加牙周病風險的因素劃分十二歲學生和家長的百分率 (可選多於一項)	57
圖4.14 按學生認為會增加牙周病風險的因素劃分十二歲學生的百分率 (2001年、2011年及2021年) (可選多於一項)	58
圖4.15 按家長認為會增加牙周病風險的因素劃分十二歲學生家長的百分率 (2001年、2011年及2021年) (可選多於一項)	59
圖4.16 按學生認為定期檢查牙齒有助預防蛀牙和牙周病劃分十二歲學生的百分率 (2001年、2011年及2021年)	60
圖4.17 按家長認為定期檢查牙齒有助預防蛀牙和牙周病劃分十二歲學生家長的百分率 (2001年、2011年及2021年)	60
圖4.18 按學生和家長對氟化物效用的認識劃分十二歲學生和家長的百分率 (可選多於一項)	61
圖4.19 按學生對氟化物效用的認識劃分十二歲學生的百分率 (2001年、2011年及2021年) (可選多於一項)	62
圖4.20 按十二歲學生的家長對氟化物效用的認識劃分家長的百分率 (2001年、2011年及2021年) (可選多於一項)	63
圖4.21 按家長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)	64
圖4.22 按無意帶子女定期檢查牙齒的原因劃分十二歲學生家長的百分率 (可選多於一項)	66
圖4.23 按無意帶子女定期檢查牙齒的原因劃分十二歲學生家長的百分率 (2001年、2011年及2021年)	67
圖4.24 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)	68
圖5.1 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	76
圖5.2 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	79
圖5.3 按刷牙習慣劃分成年人的百分率	79
圖5.4 按清潔牙齒鄰面的習慣劃分成年人的百分率	80
圖5.5 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	80
圖5.6 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	81
圖5.7 有吸煙習慣的成年人百分率	82
圖5.8 按檢查口腔習慣劃分成年人的百分率 (2001年、2011年及2021年)	83
圖5.9 按檢查口腔習慣劃分成年人的百分率	83
圖5.10 按調查前12個月內曾出現口腔症狀劃分成年人的百分率 (2001年、2011年及2021年)	84
圖5.11 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)	85
圖5.12 按前往的牙科診所類別劃分曾往見牙科醫生的成年人百分率	87

圖6.1 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	104
圖6.2 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	107
圖6.3 按刷牙習慣劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率	107
圖6.4 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	108
圖6.5 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	109
圖6.6 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	109
圖6.7 有吸煙習慣的非居於院舍長者百分率(2001年、2011年及2021年)	110
圖6.8 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)	111
圖6.9 按檢查口腔習慣劃分非居於院舍長者的百分率	111
圖6.10 按調查前12個月內曾出現口腔症狀劃分非居於院舍長者的百分率(2001年、2011年及2021年)	112
圖6.11 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)	113
圖6.12 按前往的牙科診所類別劃分曾往見牙科醫生的非居於院舍長者的百分率	115
圖7.1 按年齡劃分長期護理服務使用者的分布情況	130
圖7.2 按現存牙齒數量劃分長期護理服務使用者的分布情況	131
圖7.3 按全口假牙托的質素問題劃分長期護理服務使用者的分布情況	133
圖7.4 按部分假牙托的質素問題劃分長期護理服務使用者的分布情況	133
圖7.5 按全口假牙托的清潔程度劃分長期護理服務使用者的分布情況	134
圖7.6 按部分假牙托的清潔程度劃分長期護理服務使用者的分布情況	134
圖7.7 以「齦失補恆齒」指數平均數值衡量長期護理服務使用者的蛀牙經驗	136
圖7.8 受未經治療蛀牙影響的長期護理服務使用者的比率	136
圖7.9 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	138
圖7.10 長期護理服務使用者有牙石積聚的區段平均數	138
圖7.11 長期護理服務使用者有牙周袋的區段平均數	139
圖7.12 按自我評估的口腔健康狀況劃分完成訪問的長期護理服務使用者的分布情況	140
圖7.13 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	141
圖7.14 口腔狀況對日常生活的影響 – 對牙齒外觀的滿意度	141
圖7.15 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	143
圖7.16 居於院舍長者的牙科治療需要	146
圖7.17 中心服務使用者的牙科治療需要	146
圖7.18 家居服務使用者的牙科治療需要	146
圖7.19 因健康狀況和病歷而對長期護理服務使用者提供牙科治療的影響程度的分布情況	150
圖7.20 根據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	151
圖7.21 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	151
圖7.22 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	152
圖7.23 根據牙科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	152

統計表目錄

表3.1 以「齦失補乳齒」指數衡量五歲兒童的蛀牙經驗	22
表3.2 有蛀牙經驗的五歲兒童百分率	22
表3.3 以「齦失補乳齒」指數衡量五歲兒童的蛀牙經驗(2001年、2011年及2021年)	23
表3.4 有蛀牙經驗的五歲兒童百分率(2001年、2011年及2021年)	23
表3.5 按家長所述子女吃零食次數劃分五歲兒童的分布情況	29
表3.6 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	38
表4.1 以「齦失補恆齒」指數衡量十二歲學生的蛀牙經驗	46
表4.2 有蛀牙經驗的十二歲學生百分率	46
表4.3 以「齦失補恆齒」指數衡量十二歲學生的蛀牙經驗(2001年、2011年及2021年)	47
表4.4 有蛀牙經驗的十二歲學生百分率(2001年、2011年及2021年)	47
表4.5 以「社區牙周指數」衡量十二歲學生的牙周狀況	48
表4.6 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	48
表4.7 按吃零食次數劃分十二歲學生的分布情況	54
表4.8 升讀中學後曾往見牙科醫生的十二歲學生在最近一次就診時所接受的治療	65
表5.1 最少有20顆剩餘牙齒的成年人的百分率(2001年、2011年及2021年)	72
表5.2 按牙齒咬合對數劃分成年人的百分率(2021年)	72
表5.3 成年人使用各類假牙的百分率(2021年)	73
表5.4 以「齦失補恆齒」指數衡量成年人的蛀牙經驗(2001年、2011年及2021年)	74
表5.5 成年人有蛀牙經驗的百分率(2001年、2011年和2021年)	74
表5.6 成年人牙根表面的蛀蝕經驗(2001年、2011年和2021年)	75
表5.7 成年人牙根表面有蛀蝕經驗的百分率(2001年、2011年和2021年)	75
表5.8 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)	76
表5.9 按牙周袋深度劃分的成年人平均牙齒百分率(2021年)	77
表5.10 按失去牙齦附着程度劃分成年人的百分率(2001年、2011年及2021年)	78
表5.11 按自我評估及牙科醫生評估的治療需要劃分的成年人百分率(2001年、2011年及2021年)	86
表5.12 按有清潔牙齒鄰面習慣的原因劃分成年人的百分率	88
表5.13 按沒有清潔牙齒鄰面習慣的原因劃分成年人的百分率	89
表5.14 按每兩年定期檢查口腔最少一次的原因劃分成年人的百分率(可選多於一項)	90
表5.15 按沒有每兩年定期檢查口腔最少一次的原因劃分成年人的百分率(可選多於一項)	91
表5.16 按對定期檢查口腔的觀點劃分成年人的百分率	92
表5.17 按調查前12個月內曾出現口腔症狀而往見牙科醫生的原因劃分成年人的百分率	93
表5.18 按所遇到的妨礙因素劃分於調查前12個月內曾出現口腔症狀並知道自己需要往見牙科醫生的成年人百分率(可選多於一項)	94
表5.19 對OHIP-14中的日常生活方面表示受負面影響的成年人的百分率(2001年及2021年)	95
表5.20 按曾感到口乾的頻率劃分成年人的百分率(2021年)	96
表6.1 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)	100
表6.2 按牙齒咬合對數劃分非居於院舍長者的百分率(2021年)	100
表6.3 非居於院舍長者使用各類假牙的百分率(2001年、2011年及2021年)	101
表6.4 以「齦失補恆齒」指數衡量非居於院舍長者的蛀牙經驗(2001年、2011年及2021年)	102

表6.5 非居於院舍長者有蛀牙經驗的百分率(2001年、2011年及2021年)	102
表6.6 非居於院舍長者牙根表面的蛀蝕經驗(2001年、2011年和2021年)	103
表6.7 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)	103
表6.8 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)	105
表6.9 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)	105
表6.10 按失去牙齦附著程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)	106
表6.11 按自我評估及牙科醫生評估的治療需要劃分非居於院舍長者的百分率(2001年、2011年及2021年) (可選多於一項)	114
表6.12 按有清潔牙齒鄰面習慣的原因劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率(可選多於一項)	117
表6.13 按沒有清潔牙齒鄰面習慣的原因劃分尚有牙齒的非居於院舍長者的百分率(可選多於一項)	118
表6.14 按每兩年定期檢查口腔最少一次的原因劃分非居於院舍長者的百分率(可選多於一項)	119
表6.15 按沒有每兩年定期檢查口腔最少一次的原因劃分非居於院舍長者的百分率(可選多於一項)	120
表6.16 按對定期檢查口腔的觀點劃分非居於院舍長者的百分率	121
表6.17 按調查前12個月內曾出現口腔症狀而往見及沒有往見牙科醫生的原因劃分非居於院舍長者的百分率	123
表6.18 按所遇到的妨礙因素劃分於調查前12個月內曾出現口腔症狀並知道自己需要往見牙科醫生的非居於院舍長者百分率(可選多於一項)	124
表6.19 對OHIP-14中的日常生活方面表示受負面影響的非居於院舍長者的百分率(2001年及2021年)	125
表6.20 按曾感到口乾的頻率劃分非居於院舍長者的百分率(2021年)	126
表7.1 長期護理服務使用者使用假牙的百分率(可選多於一項)	132
表7.2 長期護理使用者有口腔黏膜異常的百分率(可選多於一項)	135
表7.3 長期護理服務使用者的蛀牙經驗	137
表7.4 長期護理服務使用者曾察覺的口腔問題(可選多於一項)	140
表7.5 與蛀牙及牙周病相關的風險因素	142
表7.6 按各項治療項目的客觀評估治療需要及實際治療需要劃分長期護理服務使用者的人數百分率	147
表7.7 長期護理服務使用者常見的健康問題(可選多於一項)	150

詞彙

口角炎	嘴角發炎，通常會同時在左右兩邊嘴角出現。成因可能是營養不良、真菌感染，或細菌感染（較罕見）。
牙橋	用作替代一顆或多顆牙齒的假牙，並與相鄰的真牙黏合在一起，使戴上牙橋人士不能自行移除。
牙石	積聚在牙齒表面的牙菌膜因鈣化而變硬的一層硬物。牙石的形成會令牙菌膜更難以清除。
社區牙周指數 (CPI Index)	世界衛生組織建議用作衡量牙周病的指數。參看第一章。
中心服務 (D/E)	由社署管轄的長者日間護理中心/單位的簡稱。
牙菌膜	黏附在牙齒周圍的一層無色細菌薄膜，是引致蛀牙及牙周病的原因。
假牙	可以隨意戴上或除下的活動式假牙托，以取代口腔內失去的牙齒。部分假牙托是指使用者的領上仍有真牙，而全口假牙托則是當使用者領上全部真牙均已脫落時所戴上的假牙。
與假牙托相關的軟組織增生	因長期受不合戴的假牙或其損毀部分刺激而導致的良性軟組織增生。
與假牙托相關的口腔炎	因長期受不潔淨的假牙、不合戴的假牙或其損毀部分刺激而導致的口腔黏膜發炎。
有齒	口腔有一顆或以上真牙（與無齒相對）。
齲失補恆齒指數 (DMFT index)	世界衛生組織建議用作衡量蛀牙經驗的指數。計算方法是把齲齒 (DT)、失齒 (MT) 及補齒 (FT) 的數值加起來。參看第一章。
無齒	失去所有牙齒（與有齒相對）。
改善家居及社區照顧服務 (EHCCS = Enhanced home and community care services)	由社署管轄的改善家居及社區照顧服務、綜合家居照顧服務。
窩溝封閉劑	塗抹在牙面窩溝的劑料，一般用樹脂造成，作用在預防蛀牙。
缺乏自我照顧能力	需由旁人協助處理日常生活（見「自理」）。
家居服務 (HCCS = Home and community care services)	家居及社區照顧服務的簡稱
綜合家居照顧服務 (IHCS = Integrated home care services)	由社署管轄的綜合家居照顧服務
自理	自理一般理解為自己有能力處理日常生活，即有能力在社區內獨立生活，不需要旁人協助及/或只需要旁人稍作協助（世界衛生組織，2002年）。

居於院舍長者 (IOP = Institutionalised older persons)	使用住宿照顧服務的長者，即居於已獲社署發牌的安老院舍的長期護理服務使用者。
長期護理服務 (LTC = long-term care services)	由社署管轄的長期護理服務
牙根	牙齦邊緣以下的牙齒部分。當失去牙齦附著時，牙根可能會因牙齦萎縮而外露。
洗牙	清潔牙齒的專業方法。
區段	所有牙齒分為六個區段以檢查和記錄牙周狀況。六個區段分別是： (1) 右上後牙；(2) 上前牙；(3) 左上後牙；(4) 左下後牙；(5) 下前牙 和 (6) 右下後牙。
社署	社會福利署
世衛	世界衛生組織

參考資料

世界衛生組織

Oral health surveys: basic methods. 5th Ed.

世界衛生組織: Geneva 2013

衛生署

2001年口腔健康調查

香港特別行政區政府衛生署: 香港 2002年

衛生署

2011年口腔健康調查

香港特別行政區政府衛生署: 香港 2013年

衛生署

2020-2022年度人口健康調查

香港特別行政區政府衛生署: 香港 2022年

