



健康「齒」中尋 長者牙齒護理



健康「齒」中尋 長者牙齒護理



衛生署長者健康服務及牙科服務 聯合編著

© 香港特別行政區政府衛生署 2018

衛生署擁有本書的所有版權，如要在任何地區，以任何方式，任何文字翻印仿製或轉載本書文字或圖像，必須先獲衛生署批准。

書名：健康「齒」中尋長者牙齒護理

作者：衛生署長者健康服務及牙科服務

出版者：衛生署長者健康服務

出版日期：2019年1月初版（版權所有，翻印必究）

ISBN: 978-962-8868-70-4

目錄

序	.....	P.4
第一章	痛起來要命——牙痛慘過大病	..... P.5
第二章	緣何口氣大	..... P.35
第三章	吃力不從心	..... P.49
第四章	牙科醫生多面睇	..... P.64
第五章	補牙，洗牙，拔牙	..... P.76
第六章	假牙面面觀	..... P.86
第七章	真牙飽歷風霜時（崩牙與磨牙）	.... P.108
第八章	護理口腔我有法	..... P.116
第九章	息息相關	..... P.139
附錄		
參考資料	.....	P.155
聲明	.....	P.166

序

牙齒是人一生中重要的伙伴，從兒時牙牙學語到長大成人以致步入晚年，它都一直陪伴左右，與我們經歷人生的悲歡離合、甜酸苦辣。牙齒在賦予我們咀嚼功能、自信笑容的同時，亦很需要我們的呵護。但我們往往都會忽略去關愛牙齒；在缺乏保健牙齒意識的同時，又延誤最佳治療時機，導致一口爛牙，受盡牙病之苦，最後甚至要失去這個伙伴。

世界衛生組織指出，口腔健康是達致整體健康不可或缺的一環，也是促進身心健康及提升生活素質的重要條件。但根據衛生署口腔健康調查顯示，全港 65 歲或以上的長者，幾乎全部曾患蛀牙，而近半數長者沒有妥善治療蛀牙。為此，衛生署牙科服務與長者健康服務，聯合出版這本以長者牙齒護理為主題的書籍，藉此向長者及公眾推廣正確的牙齒保健，倡導良好的護牙習慣及善用口腔護理服務，以提升口腔健康。

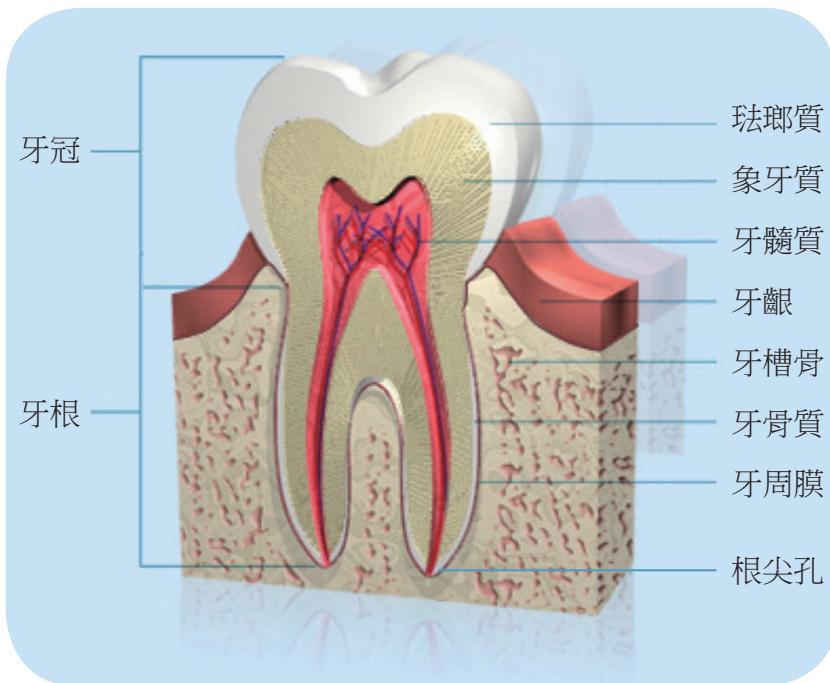
本書共分九章，深入淺出，圖文並茂，闡述牙齒結構、不同種類的口腔疾病及其處理方法、如何善用牙科服務儘早治療及正確的口腔護理。希望讀者在閱讀本書後，能從中得到啟迪，掌握牙齒保健知識，有效預防牙患。

陳漢儀醫生
衛生署署長
2018 年 10 月

痛起來要命—— 牙痛 慘過大病



牙齒及 牙周結構



圖一

🦷 牙齒結構

牙齒以外形可區分為牙冠和牙根（牙腳）兩大部分，兩者相連的地方是牙頸。牙冠是我們一般在口腔裏能看到的部分，牙根是藏在牙槽骨內的部分。如果把牙齒順直剖開，可見牙齒是由琺瑯質、象牙質和牙骨質三層硬組織，以及最裏層的軟組織——牙髓所構成（見圖一）。整顆牙齒是藉牙周膜穩妥地與牙槽骨連繫，也藉極微細的纖維與牙齦相連，至於牙齒與牙齦接壤的位置則有牙齦溝（見圖二）。



1. 琺瑯質

牙冠外層的琺瑯質一般是透明或乳白色，主要由鈣質和磷質所組成。它是人體中最堅硬的組織，具承受咀嚼力及保護內層組織的功能。琺瑯質不含神經線和血管，故此有問題時，患者亦不會感覺到任何明顯徵狀。



2. 象牙質

從琺瑯質向內進深一層就是構成牙齒主體並呈淡黃色的象牙質。象牙質的硬度要比琺瑯質來得軟。象牙質有無數內含液體的微細管道，若象牙質一旦外露，外界的刺激就會引發管道液體的流動，從而觸動管道盡頭的神經末梢，產生疼痛反應。

跟琺瑯質不同，象牙質是會不斷地生長，也就是說，當蛀牙或牙齒有耗損時，將會有新的象牙質形成以防止牙髓外露。不過，若新的象牙質未及形成，牙髓就會外露。

3. 牙骨質

牙骨質是覆蓋着牙根的一層硬組織，它的顏色較黃，表面可見無數堅韌的纖維從牙骨質延伸入牙槽骨內，藉此讓牙齒與牙槽骨牢固地連繫。

4. 牙髓

牙髓位於牙齒最內層的中腔部分，主要由血管、神經線和淋巴管構成，它們通過根尖孔與身體的血液循環系統、神經系統和淋巴系統相連接。牙髓具有形成新象牙質和維持牙齒生命的功用，並擔負着令牙齒有感覺的職責，若遇外來刺激，可產生難以忍受的劇痛。



🦷 牙周結構

牙周組織泛指牙齒周圍的支持組織，包括牙周膜、牙槽骨及牙齦。它的主要功能是吸收咀嚼時的衝力，並為牙齒提供營養。

1. 牙周膜

牙周膜是一層由富彈性的牙周韌帶組成的纖維組織，韌帶其中一端埋入牙骨質，另一端則連接牙槽骨。牙周膜具穩固牙齒的作用，亦是牙齒的緩衝器。牙齒所承受的咀嚼力，可經由牙周膜加以緩衝，以免牙齒受傷。

2. 牙槽骨

牙槽骨是包圍着牙根的骨骼組織，它跟牙齒可謂存亡與共。若牙齒脫落，牙槽骨就會萎縮，並逐漸消失；若牙槽骨嚴重萎縮，則牙齒最終也會脫落。

3. 牙齦

牙齦（牙肉）是覆蓋在牙槽骨表面，並包圍着牙頸部分的軟組織。正常的牙齦呈粉紅色，質韌而微有彈性，並緊密地附在牙頸部位。發炎的牙齦則邊緣紅腫，容易出血。



口齒謬誤

牙齦腫脹是因為熱氣？
喝涼茶和下火湯水就可以清熱？



心姐一邊跟涼茶舖店員閒聊，一邊喝「清熱五花茶」。原來最近心姐覺得心火旺盛，牙齦紅腫，刷牙時牙齦流血，還有口氣。她已連續幾天煲了「赤小豆老黃瓜湯」下火解毒，可是仍未見效。心姐希望店員推介的「清熱五花茶」能奏效，於是便大口大口地喝。

很多人有牙齦腫脹時會認為這是「熱氣」的徵狀，只要清除熱火，便可不藥而癒。其實牙齦出現問題，應先找牙科醫生診治，看看口腔出了甚麼問題，牙齦紅腫、容易出血等是牙周病的徵狀，意味你可能已患上牙周病。口腔健康調查顯示約有三成六十五歲的長者認為熱氣引致牙周病，於是認為清熱便可治療牙齦腫脹。其實，只喝涼茶並非就可以解決，「對症下藥」才是上策。若牙科醫生確診你患了牙周病，便讓他替你進行恰當的治療，如洗牙以清除牙石。當然你亦要徹底清潔牙齒，避免積聚牙菌膜在牙齦邊緣，才是治本的良方。



及早延醫 治理口腔疼痛

明智的長者深明失去牙齒或草率處理痛楚所帶來的問題可能更為複雜，故此會勇於面對現實，請牙科醫生診斷口腔致痛根源——蛀牙？牙周病？精神壓力？……然後對症下藥，以徹底根治疾病，免除後患！

由於口腔疼痛的原因及影響可輕可重，為了掌握病情，長者可考慮以疼痛日誌形式記錄疼痛的日期、時間、部位、引發疼痛的因素、強度、持續時間 / 痛多久，以及伴隨的徵狀等，並攜同日誌就醫。牙科醫生可借助日誌對病情作評估及診斷，並就不同的病因給予相應的處理。

🦷 疼痛日誌例子：

日期	時間	部位	引發疼痛的因素	強度	持續時間	伴隨徵狀
1/2/16	晚飯	右邊 上排大牙	吃冷、熱 或甜的 食物都痛	劇痛	2 小時	太陽穴痛
1/2/16	夜晚 睡覺時	右邊 上排大牙	自發性	劇痛	整晚	太陽穴痛

所謂知彼知己，百戰百勝！多認識疾病因由，早作預防，是先知先覺；正視身體發出的疼痛警號，及早了解致痛原因並作補救，是既知且覺；任由疾病蠶食寶貴的健康，可謂不知不覺！你的選擇如何？



口齒謬誤

牙齒疼痛，吃止痛藥便可？



坤叔的牙齒疼痛得很厲害，在藥房的藥架上左看右看，想買一盒最有效的止痛藥。雖然坤嬸建議他應找牙科醫生診斷，但坤叔認為止痛藥可以止痛，亦較便宜，省卻見牙科醫生的時間和金錢。

根據口腔健康調查報告，因牙痛影響睡眠的情況下，僅有四成的六十五歲長者會見牙科醫生。有些人會用止痛藥治療痛症，視止痛藥為「萬能」，其實止痛藥只能治標，不能治本，牙痛的症狀只是短時間消失，很快又會出現。由於牙痛只是一種徵狀，因此想有效消除痛楚，必須先找牙科醫生診斷牙痛的主因，對症下藥，這才是最有效和長遠的方法。



處理口腔問題 的常見謬誤

年長朋友都頗有能耐以獨門秘方與「痛」共存或搏鬥。可是，這些獨門秘方都不能根治病因，而且更會因延誤醫治的良機致病情惡化。

1. 忍、忍、忍

長者朋友於漫長人生路經歷無數風浪，於是練得一副剛毅的性格。他們常自誇：「酸甜苦辣的事我哪樣沒嚐過？」說到牙痛這要命之痛，他們多是以忍耐應付。久而久之，痛，就變成與他們共存之「物」；牙痛，就無法喚起他們對牙齒健康的關注！

其實忍痛是不智的！痛楚可能只是源於初期疾患，及早就醫所需的可能只是簡單的治療；勉強忍痛則不獨受苦，更會延誤早期治療的良機。

2. 私房製藥

「靠兩條腿走路」是一般長者奉行的主義。兩條腿，耐力與智力，前者已於上節說明，後者也可於長者的私房製劑中反

映一二：為求舒緩痛楚，長者會以棉花小球蘸點「止痛靈丹」再往牙洞裏塞，或者服食丸散膏丹之類製劑止痛。

這些方法即使能舒緩一時之痛，卻肯定不能根治，更會因延誤醫治致病情惡化。

3. 請西醫處方止痛藥

「較理性」的長者會考慮找醫生治理，可是他們往往是看普通科醫生而非見牙科醫生，並指望普通科醫生處方止痛藥以立刻緩解痛楚。

這種只顧解決眼前問題而忽略究其根本原因的做法亦只會導致病情惡化！

4. 牙科醫生拔牙一了百了

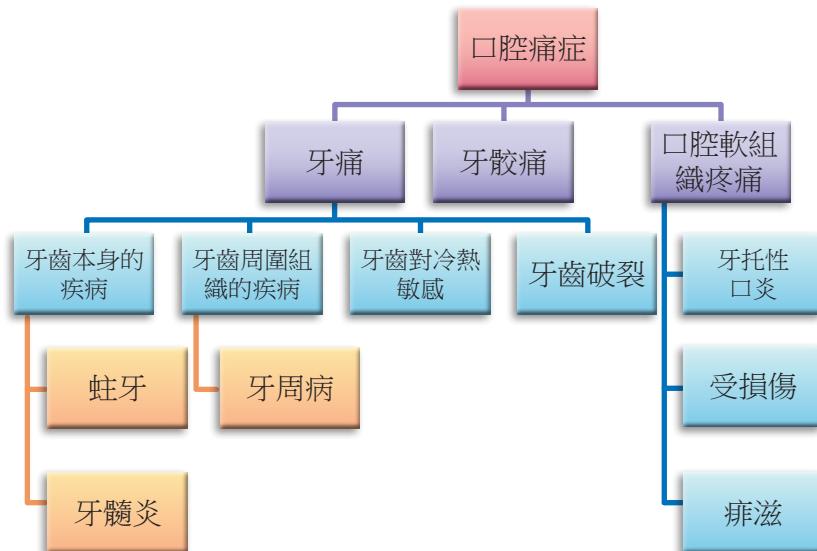
部分長者認為牙痛是因為有牙才有痛，把牙拔掉便一了百了，不再有痛。

這是「斬腳趾，避沙蟲」的做法！如前所述，牙痛原因很多，每種原因都有相應對策，拔牙只是最後實在無法保留牙齒時的無奈選擇。

口腔痛症

口腔痛症可以跟牙痛、牙駁痛或口腔軟組織疼痛有關。多認識疾病因由，便能早作預防。

引起口腔痛症的常見原因：



牙痛

引致牙痛的常見原因：

- 牙齒本身的疾病（蛀牙、牙髓炎）
- 牙齒對冷熱敏感
- 牙齒破裂（請參閱第七章「真牙飽歷風霜時」。）
- 牙齒周圍組織的疾病（請參閱第二章「緣何口氣大」。）

🦷 蛀牙



鄧伯今年 81 歲。他痛苦地托着腮，一邊臉明顯腫脹，原來牙痛害他幾個晚上睡不好！

前幾天，鄧伯有一顆曾經修補的牙齒崩掉了一塊，還形成一個大洞。初時鄧伯強忍着痛，熬不住就含冰水；後來他用藥棉蘸點藥膏再塞進牙洞裏企圖止痛。

可是昨晚鄧伯不但再次牙痛，面頰還腫脹得很厲害。

鄧伯的牙痛其實是由於他有嚴重蛀牙，卻沒有及早延醫診治，以致感染擴散，造成牙痛及面頰腫脹。

成因

引致蛀牙的主要因素是：牙齒、細菌、糖分及時間。



牙齒表面經常黏附着一層細菌薄膜（牙菌膜）。當中可引致蛀牙的細菌例如突變鏈球菌（*mutans streptococci (MS)*）和乳酸桿菌（*lactobacilli*）會分解食物中的糖分，產生酸素，酸素接觸牙齒，就會造成牙齒表面的礦物質流失，形成初期的蛀牙。長時間如此，最後就形成蛀洞。

然而，唾液可為牙齒再補充流失的礦物質，亦有中和酸素的作用，不過唾液中和酸素是需要一段時間的。故此，要控制飲食次數，讓唾液有足夠時間發揮作用，致使礦物質回流牙齒的速度超過流失的速度，就能避免蛀牙。

分類

蛀牙可按蛀壞部位劃分為兩類：

1. 牙冠蛀壞

蛀壞部分位於牙冠。由於蛀壞初期並無牙痛感覺，牙齒表面亦無明顯蛀洞，因此患者不會自覺患上蛀牙。直至當感到牙痛時，蛀牙通常已很深而且接近牙髓，甚至已達牙髓炎的程度。

2. 牙根蛀壞

蛀壞部分位於牙根。患者多是成年人，年紀愈大患牙根蛀壞的機會就愈多。事實上，長者失去牙齒的主要原因之一就是患上牙根蛀壞！長期使用過硬刷毛的牙刷或過分用力刷牙，又或者患上牙周病，都會引致牙齦萎縮，露出牙根，牙根就容易因牙菌膜積聚而給蛀壞。由於牙根的表面沒有琺瑯質，而象牙質又較容易受蛀壞，故此蛀牙的速度亦會比牙冠蛀壞為快，亦會較易感到牙痛。



□齒謬誤

蛀牙無需修補，該把它拔掉？



何伯最近忙得喘不過氣來，甚至到公園下棋的時間都少了，更不幸的是他的牙齒像出了毛病，感到酸軟和痛楚。經牙科醫生診斷後，發現何伯有一顆蛀壞了的牙齒。何伯已預約時間修補牙齒，但他的棋友都認為何伯應該把蛀壞的牙齒拔掉比較化算。補牙較拔牙昂貴，治療過程較長，補牙過程又會讓人感到不舒服等，把牙齒拔掉則一了百了。

當然有需要時，牙科醫生會建議你把牙齒拔掉，但若牙齒修補後可得以保留，你應儘量選擇保留它。把牙齒拔掉並不是全無後顧之憂的，鄰近牙齒可能會向空位傾斜，又或者牙齒的整體咬合情況受影響，以致咀嚼能力會因而降低，甚至牙齦可能會出現疼痛現象等。即使你鑲配假牙，亦未必能完全回復真牙的功能，因此，應儘可能把牙齒修補，好好保留它。



🦷 蛀牙階段及處理方法

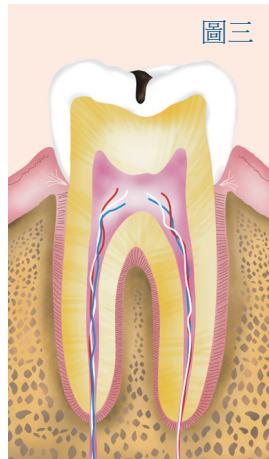
蛀牙可按蛀壞程度劃分為三個階段：

1. 琥珀質蛀壞

蛀牙一般是由牙冠的琥珀質開始，初期蛀牙是肉眼看不見的，牙齒的整體結構看起來還是完整的（見圖三）。此時並無牙痛感覺。

處理

這時，可為牙齒塗抹高濃度的牙面氟化物劑，以助礦物質回流到牙齒表面，讓初期蛀牙復元。

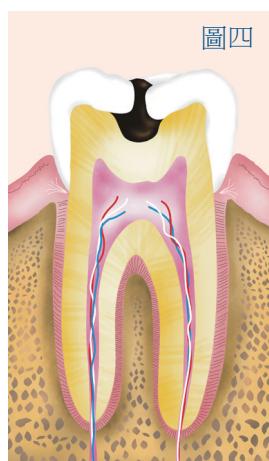


2. 象牙質蛀壞

當蛀壞部分蔓延至象牙質，牙齒可能出現蛀洞（見圖四）。又或者蛀壞部分位於牙根，由於牙根的表面沒有琥珀質，象牙質便直接受蛀壞。此時患者會感到輕微痠痛。

處理

當蛀壞部分深至象牙質時，適切的處理方法是補牙。





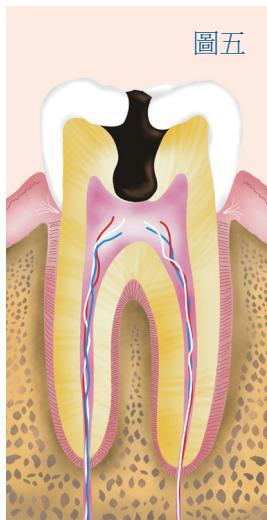
3. 牙髓受感染

當蛀壞範圍蔓延至牙髓時，牙髓會受細菌感染而形成牙髓炎，甚至會壞死（見圖五）。由於牙髓受琺瑯質、象牙質、牙骨質等硬組織包圍，不能擴張，一旦發炎腫脹，牙髓腔內的神經組織就會因受壓而產生痛感，此時患者會感到明顯的牙痛，其疼痛性質和徵狀如下：

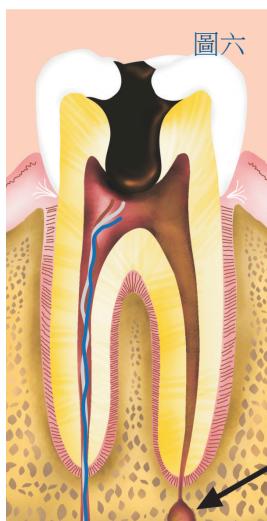
輕微牙髓炎 (逆性牙髓炎)	<ul style="list-style-type: none"> 短暫、尖銳的疼痛 對冷、熱、甜等刺激敏感，刺激去除，疼痛隨之消失
嚴重牙髓炎 (不可逆性牙髓炎)	<ul style="list-style-type: none"> 自發性陣痛 夜間疼痛 反覆、持久劇痛 對冷、熱、甜等刺激敏感，刺激去除，疼痛仍然持續 可能伴有太陽穴或面部其他部位疼痛

牙髓的感染更可經由根尖孔擴散至鄰近的牙周組織，形成牙瘡（見圖六箭咀）。

牙瘡	<ul style="list-style-type: none"> 咀嚼受壓時病牙疼痛 牙齒旁邊牙齦腫脹，伴有膿瘡
----	--



圖五



圖六

處理

當蛀壞部分蔓延至牙髓，處理的方法通常是牙髓治療（杜牙根），然後補牙，有需要可再鑲製人造牙冠。但若剩餘的牙齒組織已達至無法復修的地步，則要把蛀牙拔掉。

香港長者蛀牙的情況

衛生署「2011 年口腔健康調查」顯示：全港 65 歲或以上的長者中，幾乎全部曾患蛀牙。在 65 歲以上長者中，則有約半數人有沒經治療的蛀牙，而且在這些長者中，有五成人有牙根表面蛀蝕的情況。可見與兒童一樣，長者都應定期檢查牙齒，及早處理蛀牙。

事實上，長者患蛀牙是相當普遍的，當中的原因如下：

長者較易患蛀牙的原因	
口腔乾涸	因長期病患而須服食某類可致口腔乾涸的降血壓藥和抗抑鬱藥，以致沒有足夠唾液中和酸素（有關「口乾與藥物」，請參閱第九章「息息相關」）
忽略衛生	很多長者都有配戴假牙托，若他們忽略口腔及假牙托衛生，令剩餘的真牙積聚牙菌膜，就容易形成蛀牙
牙根外露	<ul style="list-style-type: none">一般長者由於過度用力刷牙，又或者有牙周病，導致牙齦萎縮而產生牙根外露的情況，因此較易患牙根蛀壞由於牙根的外層是象牙質而非堅硬的琺瑯質，牙菌膜一旦積聚在牙根與牙齦之間的縫隙就容易造成牙根蛀壞，其蛀速往往比牙冠蛀壞為快，因而牙痛亦較快出現



🦷 預防蛀牙

有效的預防方法，就是要控制引致蛀牙的因素：

良好的飲食習慣

除了需要特別醫護飲食建議的人士（例如糖尿病患者），其他人士宜減少吃喝的次數，避免甜的食物和飲品，如：糖水和果汁等。世界衛生組織在二零一五年三月發出了新的指引，建議成人的游離糖攝取量應減至每日能量總攝取量的百分之十以內，以每日攝取 2000 千卡能量的人為例，每日游離糖的攝取量應少於五十克（即約十粒方糖）。

早晚用含氟化物牙膏刷牙

氟化物可鞏固牙齒，使牙齒不易受酸素侵襲，亦可助流失的礦物質回流牙齒，讓初期蛀牙復元。

保持良好口腔衛生

用正確方法徹底刷牙，兼用牙線或牙縫刷清潔牙齒鄰面（即牙與牙之間的相鄰牙面）。晚上睡前要清洗假牙托，然後放入一杯水中浸過夜，以保衛生。（有關「刷牙方法」、「使用牙線方法」、「使用牙縫刷方法」和「假牙護理」，請參閱第八章「護理口腔我有法」及第六章「假牙面面觀」。）

輕力刷牙

宜輕力刷牙，不要過度用力，以免導致牙齦萎縮或刷蝕牙齒。

保持口腔濕潤

多喝流質飲品，以保持口腔濕潤。每天的水分攝取量建議為6至8杯（如：清水、清茶、脫脂奶等），及多吃蔬果以增加唾液分泌，飯餐之間喝清水，減低攝取糖分次數。

定期往見牙科醫生作口腔檢查

定期檢查牙齒，若有蛀牙可及早診斷和處理，防止蛀牙擴大，影響牙齒功能和波及牙髓。

牙齒對冷熱敏感

吃喝冷熱甜酸飲食，或用牙刷、牙線碰觸牙齒，或張口吸入冷空氣時都感到牙齒突然刺痛，就是可能患上牙齒敏感的徵狀了。

牙齒敏感是牙痛原因之一，它是因象牙質外露所致。象牙質是一層給保護着的牙齒組織，內有無數直通牙髓的微細管道。冷熱甜酸等外來刺激可觸動管道內的液體，當液體的流動傳導至牙髓的神經線，就叫人頓感牙齒酸軟刺痛。（有關「牙齒結構」，請參閱第6至9頁。）

象牙質外露的成因眾多，例如：

- 蛀牙
- 牙周病導致牙齦萎縮
- 不當的刷牙方法，例如過度用力刷牙，導致牙齒磨損
- 經常吃喝酸性飲食，導致牙齒酸蝕
- 經常咀嚼過硬食物，導致牙齒磨損
- 磨牙症（睡覺時不自覺地磨牙）
- 先天牙質發育不良，琺瑯質不健全

（有關「蛀牙」、「牙周病」、「牙齒磨損」及「牙齒酸蝕」，請參閱本章第 16 至第 24 頁，第二章「緣何口氣大」第 39 至第 41 頁，及第七章「真牙飽歷風霜時」第 109 及第 110 頁。）

對策：

- 用正確方法清潔牙齒，例如減輕刷牙力度，選用較軟毛牙刷等
- 經牙科醫生指導下，使用抗敏感牙膏
- 向酸性飲食說「不」
- 向堅硬食物說「不」
- 注重生理及心理健康，保持充足睡眠，輕鬆面對壓力，自然可以改善磨牙的習慣
- 定期往見牙科醫生，按情況接受適當的治療，例如有磨牙情況，可詢問牙科醫生的建議，配製「護牙膠托」以保護牙齒

（有關「刷牙方法」及「使用牙線方法」，請參閱第八章「護理口腔我有法」。）



口腔軟組織疼痛

口腔軟組織疼痛最常見是源於牙托性口炎（因配戴不潔的假牙托）、被外來硬物或因配戴了不合適的假牙托弄傷了口腔軟組織，又或由癰滋所致。

🦷 牙托性口炎

成因

忽略假牙托衛生，並讓食物藏於牙托下，會導致口腔黏膜易受真菌感染而致相關部位產生牙托性口炎。假牙托覆蓋的部位會出現紅點或有白斑，觸碰時或會脫屑（甩皮），並伴有腫脹、疼痛、灼熱感等徵狀。

對策

- 切忌戴假牙托睡覺，睡前宜取下假牙托讓口腔黏膜「休息」，避免真菌在口腔內滋生
- 把假牙托以牙刷和洗潔精徹底潔淨
- 把假牙托置於清水中浸過夜
- 為進一步確保假牙托清潔衛生，可以選擇購買假牙片（主要成分：鹼性過氧化物 *alkaline peroxide*）並參考指示浸泡假牙托，作為輔助

（有關「牙托性口炎」及「假牙護理」，請參閱第六章「假牙面面觀」。）





口腔軟組織受損傷



75 歲的肖姐嘴巴裏已沒剩幾顆牙齒，只能吃較軟的食物。兒子多次勸她鑲配假牙，好重拾享受美食的樂趣，可是個性儉省的肖姐卻因不願增加兒子的經濟負擔而屢次借故推搪。

至去年底，兒子實在按捺不住就半嚇帶哄地拉她往見牙科醫生。肖姐想到缺牙可害她營養不良，終於在半推半就下鑲了一副全口假牙托。

肖姐總覺戴那假牙托讓她口腔不舒服，後來經牙科醫生調校假牙托，情況總算有點改善。不過肖姐覺得要長途跋涉見牙科醫生很麻煩，於是對兒子訛說假牙托已給調校妥當。肖姐勉強戴着不太合適的假牙托，最後導致緊貼假牙托的口腔軟組織紅腫、損爛及灼熱刺痛！她現在進退兩難，不知如何是好。

肖姐感到口腔灼熱刺痛，是因她配戴了不合適的假牙托而弄至口腔黏膜損傷，並引致痛楚。

成因

假牙托不合適

假牙托不合適，便要調校，切勿置之不理。勉強使用不合適的假牙托會弄傷口腔軟組織，造成牙托性口炎，引致痛楚。此外，拔牙後牙槽骨會迅速收縮，造成假牙托不吻合口腔的形狀及情況，這也會引致假牙托鬆動，變得不大合適。

外來硬物弄傷

使用牙籤、進食尖銳食物等都可弄傷牙齦及口腔軟組織，傷患部位其後可演變為創傷性潰瘍，引致痛楚。

對策

- 為免口腔軟組織繼續受創，假牙托一旦不合適就應往見牙科醫生，讓牙科醫生因應情況調校或重新鑲配假牙托。
- 用牙刷、牙線或牙縫刷等工具徹底清潔口腔及按牙科醫生指示輔以漱口水漱口，保持口腔衛生及減低口腔軟組織潰損引致的炎症，避免進食堅硬食物，例如硬殼果、蟹等。



🦷 痱滋

痱滋，醫學名稱是「復發性口瘡」或「復發性口腔潰瘍」，同樣是引致口腔軟組織疼痛的根源。它是一種不時復發但能自行痊癒的口腔黏膜潰瘍，多長於唇、舌、牙齦、面頰、喉嚨等位置，可呈單個或群組狀。

徵狀

- 口腔黏膜腫脹
- 開始時可能會出現橢圓形或圓形的小泡
- 一天後，痱滋邊緣變成紅色，中央則呈微黃或灰白色、微凹的潰瘍
- 受辛辣、鹹、酸等味道濃郁的食物刺激，疼痛會加劇、唾液會增多

成因

痱滋的成因不明，不過可能與以下因素有關：

- 口腔黏膜曾受創傷，例如配戴不合適假牙
- 長期身體疲倦、有精神壓力及失眠
- 女性月經前
- 內分泌失調
- 身體免疫系統失調
- 腸胃失調
- 維他命 B12、維他命 C、葉酸、鐵質攝取量不足

對策：

預防

- 注重個人飲食，每天進食足夠的蔬菜和水果，以攝取適量維他命 C，促進黏膜細胞健康
- 減少進食辛辣尖硬的食物，以免黏膜受損
- 保持口腔清潔，避免細菌滋生
- 多喝開水及多吃蔬果，增加口水分泌以保持口腔黏膜濕潤
- 適當休息，並作調適身心的活動以舒緩壓力

處理方法

癰瘍一般會於一至兩週內自行痊癒，期間，患處的痛楚或會困擾患者，為舒緩痛楚，可參考以下方法：

- 避免進食粗硬、太熱或辛辣食物
- 在患處塗抹經醫生或牙科醫生處方的藥物
- 請牙科醫生調校不合適的假牙托或重新鑲配假牙



注意身體發出的警號

若口腔潰爛情況持續多於兩週就是一個警號，提示你身體可能正潛伏健康危機。別掉以輕心，宜儘快約見醫生作身體檢查，了解口腔潰爛是否出於其他病因，如口腔癌、免疫系統疾病或全身性病變等，並接受相關治療以解決病患。（有關口腔癌的資料，請參閱第九章「息息相關」。）

牙骹痛



譚女士，68 歲。過去幾年，雖然她有多顆牙齒相繼脫落叫她略感進食不便，但她總算適應下來。從去年開始，她在咀嚼時感到左邊牙齒酸痛難當，唯有改用右邊牙齒咀嚼，日子有功，習慣就成自然了。

近月，問題又來了，她感覺無論張口閉口或咀嚼時牙關總「格格」作響。這幾天，更是感到牙關疼痛萬分。真是關關難過關關過，唯獨牙關難闔過！

譚女士除了有牙齒毛病外，更患上「牙骹病」。由於她長期使用一側牙齒咀嚼食物，以致牙骹過度勞損，並導致咀嚼肌痙攣。因此，她感到咀嚼肌疼痛，張口及咀嚼時疼痛更會加劇。

牙骹其實是位於兩耳前側的關節。一般來說，當牙骹關節區的組織受壓或受傷，就會引致有關組織發炎，咀嚼及張口時疼痛會加劇，影響患者的說話、進食、咀嚼、吞嚥和呼吸。

徵狀包括：

- 近牙骹位置刺痛、灼痛、隱隱悶痛、陣陣抽痛
- 牙骹及其四周相關組織有按壓痛
- 面頷肌肉痛，痛楚甚至擴散至耳朵、頭、肩、頸及背，並伴有耳鳴和耳脹感
- 咀嚼痛、張口痛（例如：打呵欠）
- 張口困難
- 張口閉口時牙骹有彈響或雜音

牙骹病一般可接受創部位及性質大概分為三類：

1. 咀嚼肌過勞所致的「牙骹病」

主要徵狀為關節區及其相關咀嚼肌酸脹疼痛兼有按壓痛。

2. 關節盆移位所致的「牙骹病」

牙骹的關節盆移位，引致咀巴開合時關節發出彈響及雜音。

3. 關節發炎或退化所致的「牙骹病」

關節發炎或退化可致表面軟骨受破壞並失去原有的平滑，因而減低牙骹的活動能力；同時，或伴有頭痛、肩痛、耳痛、耳脹感或耳鳴等徵狀。

成因

- **創傷**

- 牙骹遭受外力撞擊
- 突然過度張口，例如打呵欠、呼叫或大笑

- **不良習慣**

- 慣用單側牙齒咀嚼，以致該側牙骹勞損
- 習慣用力咀嚼或緊咬物品，例如香口膠、指甲、筆
- 心理壓力較大致日常緊咬牙齒（有研究指出，焦慮、壓力及情緒困擾都會導致原有的慢性牙骹痛症惡化）

- **咬合**

- 牙齒咬合不良
- 磨牙致牙齒過度磨損
- 牙齒的修補欠佳，令牙齒咬合不正常
- 配戴不合適的假牙

- **類風濕性關節炎**

- 這是一種常見的慢性疾病，其病徵是關節出現不同程度的痛楚和僵硬。長期類風濕性關節炎患者或會於疾病後期出現「顳下頷關節紊亂綜合症」，徵狀包括兩邊牙骹發炎及關節活動受阻。

對策：

預防

- 要使用兩邊牙齒咀嚼食物，以免其中一邊過度勞損
- 避免經常進食堅硬或堅韌食物，例如硬麵包、韌肉類、口香糖、魷魚絲等
- 避免突然張口過大，例如別張大口咬蘋果等食物，宜把食物切成小塊進食
- 養成健康的生活習慣，包括多休息、飲食均衡、做適量運動，並保持心境愉快，以舒緩因壓力引致的精神緊張及疲勞
- 放鬆牙骹肌肉，免致咀嚼肌痙攣

處理方法

- 往見牙科醫生作詳細檢查
- 在飲食方面，注意選擇較柔軟的食物
- 牙骹痛期間，每天熱敷患處兩至三次
- 痛楚舒緩後，可以做一些由牙科醫生建議的關節運動

緣何 口氣大

第二章





鄭伯，70歲，任職廚師，在幾十年來的「伙頭將軍」生涯中，老是「兩頭走」——不是忙於關顧「爐頭」，就是疲倦得靠着「枕頭」。幾年前，鄭伯總算從崗位退下來，卻發現自己「既高且多」：血糖高、膽固醇高、牙石和鬆牙都多了！有天朋友打趣問他怎麼口裏竟長了千里香，其實在揶揄他有難聞的口氣！為此，鄭伯心裏憋悶，太太這就給他買漱口水，期望為他解困。

🦷 因由話我知

任何人士，不論年齡或性別都可能像鄭伯一樣受口臭困擾。根據衛生署「2011年口腔健康調查」，有四份三成年人報稱自己有口臭；亦有文獻指出，估計全球有四份一至一半人口受口臭影響，可見情況頗為普遍。

一般人由於已習慣了自己的口氣，因此不易察覺自己的口氣有異味。有時親友或會提示，在跟別人說話時，亦會從對方刻意迴避的舉動中意識到自己可能有口臭。口臭問題令人煩惱、尷尬、自信心和正常的社交生活均大受影響。

口臭是指從口腔發出的難聞氣味，成因可以有多種，最常見的是口腔內的細菌經腐化作用，產生具揮發性的含硫化物物質，造成臭味。

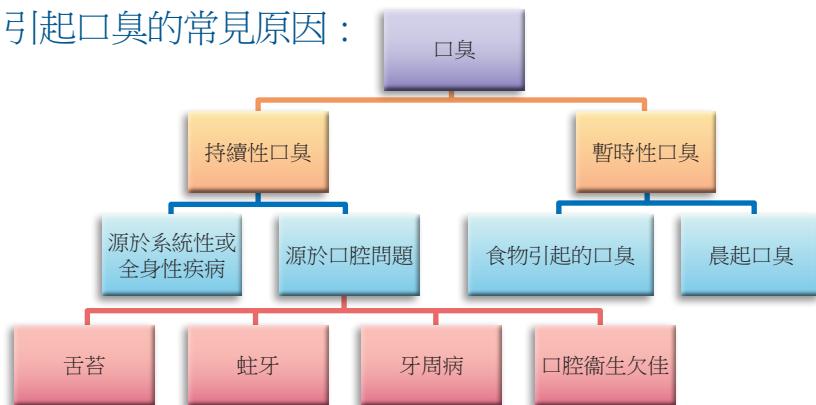


知多一點：

口腔內造成口臭的是厭氧菌，主要是梭杆菌（*fusobacterium*）、嗜血杆菌（*haemophilus*）、韋榮球菌（*veillonella*）和齒垢密螺旋體（*treponema denticola*）。它們把蛋白質分解，產生帶臭味並具揮發性的含硫化物（*volatile sulphide compounds*）。

口臭可以是暫時性或是持續的。有些人擔心持續的口臭，意味着你身體某部分可能出了問題。但其實，因口腔問題而產生的口臭佔多達口臭病例的九成。試看個案中的鄭伯，他既有牙石積聚，也有鬆動牙齒，可能就是因患上嚴重的牙周病而產生難聞的口氣！

引起口臭的常見原因：



🦷 暫時性的口臭

晨起口臭

睡眠時沒有喝水，口腔活動減少，唾液分泌下降，細菌因而可以大量繁殖，並與食物殘渣經腐化作用產生臭味。起床後喝水，加上刷牙清潔牙齒，把細菌沖走，而說話和進食等口腔活動刺激唾液分泌，令口腔濕潤，口臭亦隨之消失。

飲食引起的口臭

進食洋蔥、蒜頭、臭豆腐、榴槤等帶濃烈氣味的食物後，這些獨特的氣味會殘留口腔內並隨說話時排出，形成口臭。洋蔥、蒜頭這類含高濃度硫礦的食物，其分解出的硫化物更可經腸道進入血液，繼而進至肺部並被呼出，形成帶爛蛋味的口臭。這類因飲食而引起的口臭都是短暫的，過一段時間便會消失。

🦷 持續性的口臭

源於口腔問題

約九成口臭病例都是源自口腔問題，並與個人口腔護理及牙齒健康有直接關係。

- **口腔衛生欠佳正是頭號問題**

口腔衛生欠佳是引致口臭的頭號問題，衛生情況愈差，口臭程度就愈嚴重。無論真牙還是假牙，清潔不足，讓牙菌膜積藏，同樣會導致口臭。



牙菌膜可以積聚於牙齒的表面、牙齒鄰面、牙齦邊緣、牙周袋、舌頭等地方，沒有妥善清除，細菌就會與食物殘屑經腐化作用產生難聞的臭味。牙菌膜經長時間積聚，會鈣化成牙石，其粗糙的表面更易讓牙菌膜積聚，令口臭情況惡化。

• 牙周病的惡果

牙周病是全世界人口中最常見的慢性牙科疾病。它是指牙齒周圍的支持組織包括牙齦、牙槽骨、牙周膜及牙骨質受某些情況影響而致發炎及受破壞。

（有關「牙齒及牙周結構」，請參閱第一章「痛起來要命」第6-9頁。）

牙周病的元兇是牙菌膜，亦即牙齒表面的細菌薄膜。牙齦邊緣如果積聚牙菌膜，身體就可能對當中的細菌例如厭氧革蘭氏陰性桿菌（anaerobic, gram-negative rods）產生免疫反應，牙周組織會出現發炎徵狀，造成初期牙周病（即牙齦發炎）。若身體抵抗力不足或身體組織癒合能力欠佳，牙周組織便會進一步遭受破壞，漸漸惡化成嚴重牙周病（即牙周炎）。

導致牙周病的主因是口腔衛生欠佳，讓牙菌膜長期積聚。至於吸煙人士，長期服降血壓藥或抗腦癇藥者，又或糖尿病、白血病、愛滋病患者，其特殊因素可改變牙齦對牙菌膜及牙石的反應，因此較易患上牙周病，是這病的高危一族。此外，骨質疏鬆症亦跟牙周病有關連。

過程及處理方法

1. 牙齦炎

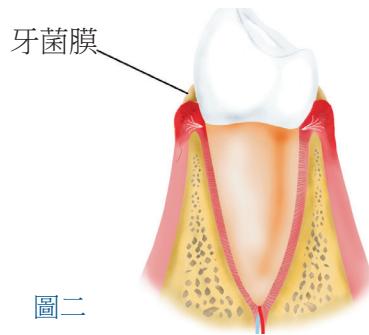
如果牙齒沒給徹底清潔，讓牙齦溝及牙齒鄰面（牙與牙之間相鄰的牙面）（見圖一）長期積聚牙菌膜，這些牙菌膜就會鈣化成堅硬的牙石，牙石粗糙的表面會進一步助長牙菌膜積聚。積聚的牙菌膜及牙石都滿是細菌，其分泌的毒素會刺激牙齦，引致牙齦發炎（見圖二）。



圖一 牙齒鄰面

處理

每天早晚用牙刷及牙線等口腔護理用品，徹底清除牙齒表面及牙齒鄰面的牙菌膜，並接受由牙科醫生親自主理或督導下的洗牙，牙齦炎是可以自然痊癒的。



圖二

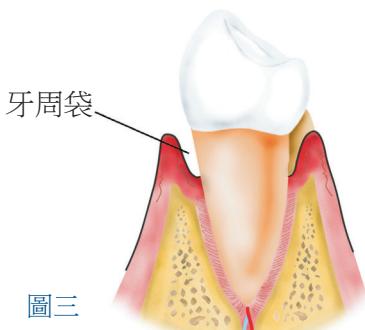
2. 牙周炎

如果沒有做好口腔護理，發炎情況會持續，導致原本緊附於牙根表面的牙齦與牙根分離，形成一個空間，稱為「牙周袋」。由於這空間更易讓食物殘渣、牙菌膜和牙石堆積，因此這新的堆積物又更進一步破壞更深處的牙周膜，引致牙周炎。牙齦邊緣亦可能有膿液滲出，甚至長出牙瘡。牙齦和牙槽骨會因長期發炎慢慢萎縮，以致部分牙根外露，患牙根蛀壞的機會因而相應增加。

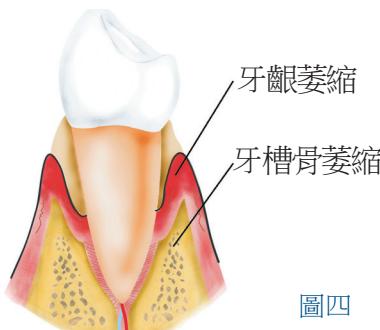


處理

到這階段，受影響的牙周組織，包括已萎縮的牙齦和牙槽骨，及受破壞的牙周韌帶都無法回復原來的面貌（見圖三）。為控制病情，免於繼續惡化，患者必須接受牙根刮治或牙周手術，以清除牙菌膜、牙石及牙周袋，並視乎情況接受牙科醫生處方的抗生素。



圖三



圖四

3. 牙齒脫落

如果再不找牙科醫生治理，牙周炎會繼續惡化，牙周組織包括牙齦和牙槽骨盡受破壞、嚴重萎縮，致牙齒變得鬆動和移位，最後甚至脫落（見圖四）。

此外，口腔衛生欠佳並患牙周病者，若再加上某些因素，將令其臭情況更趨惡劣。這些因素包括：

🦷 口乾

唾液可保護和潤滑口腔黏膜，其抗菌功能更可抑制致臭細菌的繁殖；此外，口腔內的含臭味揮發性化合物能溶於唾液中，減少從中釋放出臭氣。故此，口乾或唾液分泌不足都會導致口臭。

🦷 吸煙

首先，吸煙會提高口腔及肺部的硫化物濃度，更會導致口腔黏膜乾涸，造成口臭。此外，吸煙一族患上牙周病的機會也較一般人為高。香煙所含的尼古丁不但會令血管收縮，使初期牙周病的出血現象不明顯，而且會削弱牙周組織的癒合能力，導致牙周病在不知不覺中惡化，令口臭加劇。

🦷 糖尿病

糖尿病使患者易受感染，亦會影響身體的癒合能力，使組織復原緩慢。糖尿病本身是不會引起牙周病的，只是當患者的口腔衛生持續欠佳及血糖未能控制在正常水平時，患者便較容易患上嚴重牙周病，並從而引發口臭。不但如此，糖尿病更可破壞唾液腺分泌功能，造成口乾，引致口臭問題。

以上談及的吸煙、糖尿病、口乾或唾液分泌不足等都是加劇口臭的因素。因此，有這些問題的朋友除了要戒除煙癮、把血糖控制在正常水平、適時補充水分維持口腔濕潤外，更要加倍注重口腔衛生，致力預防牙周病，以減低因此而引致的口臭。（有關糖尿病、口乾與藥物，請參閱第九章「息息相關」第 140 至 143 頁。）



知多一點：

以下情況都會引致口腔乾涸，使口臭更顯著：

- 飲用含酒精飲料、吸煙、用口呼吸、飲食偏鹹或偏濃。
- 長者較容易有口乾，常見原因是需要長期服藥，而當中有些藥物可引致口乾，例如某些鎮靜劑或柏金遜症藥物，或因患某類身體疾病例如糖尿病。
- 接受頭頸部放射治療的人士，例如口腔癌或鼻咽癌患者，因唾液腺遭受影響，亦會於治療後唾液分泌量大減。

知多一點：

有研究以牙周病患者的唾液樣本跟非患者的作比較，發現前者的細菌腐化作用較快、唾液的硫化物含量也較高，因此有較難聞的口氣；研究亦指出，牙周病愈嚴重，口腔的硫化物含量愈高，亦即口臭愈嚴重。

• 蛀牙會引致口臭嗎？

蛀牙是口腔內的細菌分解食物的糖分，產生酸素，引致牙齒的礦物質流失而形成的。一般來說，蛀牙是不會令你有口臭的，除非蛀牙洞大或補牙物料缺失，讓食物嵌塞，細菌把嵌塞的食物殘屑發酵腐化才會產生腐爛氣味。又或者蛀牙情況嚴重，蛀洞深達牙髓腔，導致牙髓組織壞死，長期缺乏適當處理的壞死牙髓亦會產生臭味。（有關「蛀牙」，請參閱第一章「痛起來要命」第 16 至第 24 頁。）

• 舌苔厚會引致口臭嗎？

舌頭的表面粗糙、凹突不平，容易積藏大量細菌、壞死的表皮細胞、壞死的白血球等，形成厚厚的舌苔。研究指出，舌苔與口腔內的揮發性硫化物含量有直接關係，即是舌苔愈厚，口臭情況愈明顯。

源於系統性或全身性疾病

以下列舉的一些引致持續口臭的系統性或全身性疾病，都只佔口臭病例的極少數。這些疾病往往是因病情未受控制才引致相關的口臭，只要病患得到適當的治理，口臭便會消除。

- **消化系統**：很多人把口臭歸咎於消化不良或胃部問題，其實，因這些問題而產生的持續性口臭是少見的。正常情況下食道是閉合的，不會長期持續有氣體從胃部溢出口腔。間中或有胃部的氣體隨偶然的打嗝溢出，帶出氣味，也是正常的。
- **呼吸系統**：上呼吸道疾病，例如咽喉炎、慢性或化膿扁桃腺炎、鼻竇炎等，患者由於其炎症中的細菌活動，導致組織腐化而產生硫化物，造成口臭。至於肺部疾病，例如慢性支氣管發炎、支氣管癌、支氣管擴張等，患者會因相關組織壞死及潰瘍而可能有口臭。
- **糖尿病**：糖尿病患者體內積聚一種帶爛果味的物質，稱為甲酮，這物質可隨患者呼氣時排出，造成口臭。
- **腎病**：腎病患者由於腎臟功能退化致尿量減少，血液中尿素含量因而增多，尿素所含的尿臊味就隨呼氣排出，造成口臭。
- **肝病**：肝病患者因肝臟排毒功能退化致毒素積聚體內，引致口臭。肝硬化（liver cirrhosis）及肝衰竭（hepatic failure）患者的口氣帶爛蛋味或硫磺味。
- **惡性腫瘤**：惡性腫瘤患者的腫瘤會在其硬化過程中釋出帶臭味的含硫化物氣體，造成口臭。



知多一點：

根據估計，全球有超過 8 千 5 百萬人受口臭困擾，他們每年花費逾 2 億美元購買抗口臭的產品。如果他們找出口臭根源，就可以減少這些開支！

🦷 對付口氣基本法

一份研究文獻指出，香港市民一般視口臭為消化不良或體內器官「過熱」的表徵，有人試圖以飲涼茶、嚼香口膠，或用漱口水、鹽水、暖水漱口等方法解決問題。其實，這些方法只能短暫蓋過口臭，卻都不是針對口臭根源的問題，是治標不治本的！

導致口臭的原因可大可小，其中約九成個案是源自口腔問題，故此治本之道當然是從個人日常口腔護理及尋求牙科醫生專業幫助兩方面着手。

先發制人——加強個人口腔護理

所謂「知己知彼，百戰百勝」，對付口臭的首要武器當然是徹底做好個人口腔護理。據文獻引述，使用牙線的人有較少口臭，因此，除了以正確方法刷牙外，你可以同時使用牙縫刷或牙線清潔牙齒鄰面，以徹底清潔牙齒。長者的牙縫（牙與牙之間的縫隙）一般都較闊，故此，可先用牙縫刷清潔闊牙縫，同時可視乎個人的能力和需要，兼以牙線清潔較窄的牙縫。另有研究指出，牙周健康人士中有清潔舌頭者，其口



腔的硫化物濃度可減少 51%。因此，舌苔厚重者可兼用舌刮器或以牙刷輕輕清潔舌頭。

至於假牙托亦須每天徹底清潔，保持衛生。此外，按牙科醫生建議適當使用具殺菌或預防口臭功能的漱口水作為輔助，可補刷牙和用牙縫刷及牙線之不足。

（有關「刷牙方法」、「使用牙縫刷方法」、「使用牙線方法」及「假牙護理」，請參閱第八章「護理口腔我有法」及第六章「假牙面面觀」。）

雙管齊下——往見牙科醫生檢查口腔

妥善護理口腔的同時，還須加上定期見牙科醫生檢查，讓牙科醫生為你診斷引致口臭的問題，並提供適切治療。如果你患有牙周病，洗牙可以幫你清除牙石和牙菌膜；接受牙周手術或牙根刮治則可清除牙周袋及牙根上的牙石、牙菌膜，從而減輕牙周病的病情；修補蛀牙洞或重新修補缺失補牙物料的牙齒，就可堵塞洞穴縫隙，以免食物殘渣積藏而生臭味。

相應對策——往見醫生檢查身體

最後，如果診斷結果証實自己的口臭並非源自口腔問題，又或者解決了口腔問題仍持續有口臭，就應往見醫生作身體檢查，以分析毛病的根源。

其實，每當發現自己有口臭，除了施展前述招數對付口氣外，亦應注意個人生活習慣，儘早戒除煙癮、多喝開水、多吃水果蔬菜等纖維類食品、並保持身心舒暢愉快，才是有效解決口臭的治本方法！



知多一點：

「口臭恐懼症」屬心理病。患者總覺別人認為自己有口臭，因而出現自我強迫行為，極力逃避正常社交生活，並以各種方法掩飾自己的所謂口臭。在日本，8 成到「口臭治療診所」求診的人聲稱自己有口臭，其實當中只有 24% 的人確有口臭！

知多一點：

含氯己定 (chlorhexidine) 和西吡氯銨 (cetylpyridinium chloride) 的漱口水均能有效消滅引致口臭的細菌。研究顯示，氯己定兼可減少硫化物含量達 43%。不過，長期使用含氯己定漱口水會使牙齒及舌頭染色、損害味覺及刺激口腔軟組織，因此，使用這類漱口水前宜先徵詢牙科醫生的意見。

鋅能跟硫化物產生化學作用，形成不帶臭味的含鋅硫化物 (zinc sulphides)，減低揮發性硫化物含量，因此含鋅化合物的漱口水能緩和口臭的程度。

含精油的漱口水可暫時減低口臭的原因，是其精油的香氣可短暫掩蓋口腔的臭味。

「吃」 力不從心

第三章





何伯今年 79 歲，吃每頓飯都要花上兩小時才吃完。他並不是大排筵席，不是品嚐珍饈百味，他只是想多吃點青菜和肉類而已。不過何伯口裏只剩下約十顆牙齒，加上牙齒鬆動，咀嚼食物時便感到痛楚乏力。本來院舍職員已為何伯切碎食物，甚至做成糊仔給他吃，但何伯堅持要餸菜以正常「賣相」上碟。何伯覺得進食是人生一大享受，縱然院舍食物不過是家常便飯，但能品嚐它們的色香味，畢竟使他在平淡生活中感到有點質素。

何伯曾嘗試戴假牙，但因戴得不舒服以及牙齦經常發炎，因此便不再戴了。另外，何伯少吃蔬果，有便秘的問題，如廁需要較長時間，「站長」之名亦由之而來。

力不從心有其因

上述個案的何伯平日最愛與三五知己講飲講食，生活講求質素，縱使入住安老院舍，他並沒有降低對生活的要求，尤其是在飲食方面。無奈何伯的口腔狀況令他咀嚼出現困難，想享受自己喜愛的食物也有心無力。綜合何伯的資料，他的口腔問題有牙齒鬆動、真牙數量少及戴假牙後感到不適，究竟何伯為甚麼有這些問題，而它們何以令何伯吃東西時力不從心呢？

為甚麼牙齒會變得鬆動乏力？

牙周病是導致牙齒鬆動的主要原因。牙周病是由於刷牙刷得不乾淨，牙菌膜積聚在牙齒表面，分泌毒素，令牙齒周圍組織發炎的疾病。如果牙周組織因發炎而受破壞，會令控制咬合力感覺的接收器功能受損，導致咀嚼時難以控制力度，出現力不從心的情況。

如果牙周病程度只屬輕微，即牙齦邊緣紅腫，刷牙時牙齦容易出血，有牙齦疼痛，口臭等情況，我們只需要每天早晚用牙刷、牙線等口腔護理用品徹底清除牙菌膜，輕微的牙周病是可以復元的。但如果牙周病程度發展至有牙石堆積，便需要找牙科醫生洗牙，把牙石清除。

假如口腔衛生持續欠佳，牙齒一直刷得不乾淨，牙周病便會惡化，牙槽骨會逐漸萎縮，牙齒失去支撐而變得鬆動。這時，牙齒會因觸碰或咀嚼而令人感到疼痛，影響進食，牙齒最終甚至會脫落，造成牙齒缺失的情況。（欲知牙周病詳細資料，可參閱第二章「緣何口氣大」第 39 至 41 頁。）

何伯經牙科醫生檢查後，證實患上嚴重牙周病。由於他沒有及早延醫診治，令牙周病愈趨嚴重，引致牙齒鬆動及脫落，吃東西便力不從心。故此，我們該引以為鑑，如有牙周病病徵，應儘快求診，及早接受治療。



口齒謬誤

年紀大了，牙齒自然會脫落？



女孩看著爺爺「七零八落」的牙齒，疑惑地問：「爺爺，為甚麼您的牙齒不見了？是否像我一樣要換牙呢？」爺爺不以為然地道：「爺爺年紀大了，牙齒就自然脫落，跟其他老人家一樣。」

女孩不明白，爺爺其實不是像小孩般要換牙，他的牙齒若甩掉，當然不會再有新牙齒長出。因此，你要好好護理牙齒，讓它們陪伴你一生一世。千萬不要以為牙齒鬆動不要緊，因為你可能已經患上牙周病。牙周病會使你的牙齦萎縮和牙槽骨收縮，牙齒便變得鬆動，甚至脫落。因此，若你發現牙齒鬆動，可能牙齒已出現了問題，切勿輕視，應找牙科醫生治理。

保存真牙至重要

根據衛生署「2011年口腔健康調查」，長者牙齒缺失的情況相當普遍。在香港，六十五歲至七十四歲非居於院舍長者的牙齒平均數目為19.3顆，約半成更已失去所有牙齒。調查結果顯示約6成尚有牙齒的非居於院舍長者有牙周袋，約8成半有半數或以上牙齒出現牙齦出血的情況，估計失去更多牙齒的機會極大。

至於長期使用護理服務的長者，失去牙齒的情況更加嚴重，當中以居於院舍長者的牙齒缺失程度最高，平均每人僅餘約十顆牙齒。接近三成居於院舍長者一顆牙齒也沒有。在各類長期護理服務使用者中，不論是居於院舍長者、中心服務使用者或家居服務使用者，約半數也有牙周袋。同樣地，他們也有很大的機會失去更多的牙齒。

很多長者都認為失去牙齒是正常衰老現象之一，因此特別容易輕視牙齒問題。他們並不明白牙齒缺失其實是由忽略個人口腔護理及欠缺適當的專業牙科服務引致的，而往往當他們欲尋求協助時才發現為時已晚了。更甚者是很多長者以為即使沒有了牙齒也沒什麼大不了。不過，咬合力和口腔內有多少具咀嚼功能的牙齒組合（functional unit）是互相關連的。由於失去牙齒導致口腔內具咀嚼功能的牙齒組合數量下降，所以不論失去全口牙齒或失去部分牙齒，對患者的咀嚼功能都會做成影響。很多長者可能都認為假牙可填補缺失牙齒，使具咀嚼功能的牙齒組合增加，不過假牙始終不及真牙，在咀嚼過程中長者可能會遇到困難，使他們逃避進食一些較難咀嚼的食物，例如蔬果和肉類。如果他們適應不到以假牙進食，可能會影響他們享受進食的過程及生活質素，甚至容易造成營養不足，令健康出現問題。



知多一點：

牙齒要發揮咀嚼功能必須要與其相對的牙齒，即對上、對下咬合時有所接觸。而具咀嚼功能的牙齒組合（functional unit）就是指那些在咬合時有接觸的相對牙齒組合。如圖一所示，由於沒有相對牙齒組合，所以雖然有 14 顆牙齒，卻沒有任何具咀嚼功能的牙齒組合。而圖二則有 7 對具咀嚼功能的牙齒組合。



圖一：沒有咀嚼功能的牙齒組合



圖二：有 7 對具咀嚼功能的牙齒組合



假牙不及真牙好

即使沒有了真牙也沒甚麼大不了，有假牙可以代替。很多長者並不明白真牙是與生俱來的，是不費分毫便可享用它們，為自己的生活帶來方便。但是要鑲配假牙，長者們便要付出金錢及面對複雜的治療過程。假牙托可能會隨著口腔情況的改變而變得不合戴，容易移位及造成痛楚，更會導致咬合時不受力，令咀嚼功能大減。即使是固定假牙如牙橋或植牙，在日常護理及保養上比真牙亦需多花功夫。如果護理假牙不當，亦會增加口腔內其他牙齒患上蛀牙及牙周病的風險。因此，倘若能好好護理及保留真牙，便可省下不少麻煩。（參閱第六章「假牙面面觀」。）

力不從心有其果

影響身體健康

缺乏具咀嚼功能的牙齒組合，牙齒鬆動，又或配戴不合適的假牙托，都會令長者咀嚼時出現困難。此外，長者因健康問題或長期服藥，口水分泌減少，令口腔乾涸，更使進食時困難大增。因此，長者往往減少進食較硬身的肉類和蔬果如：瘦肉、芥蘭、蘋果等，而只選擇較軟身的食物如：豆腐、節瓜和香蕉等，導致進食量不足，飲食欠缺多元化，未能達致均衡飲食而影響健康。營養不良使他們的健康出現問題，如體重下降、骨質疏鬆、消化不良及便秘。營養不良亦令認知能力下降，免疫力降低，增加患病和感染的危機，患上心血管病和癌症的風險亦大為提高。

影響生活質素

牙齒缺失除了削弱長者的咀嚼功能，影響其吸收營養之外，對長者的生活質素亦做成影響。在一項有關咀嚼功能與口腔健康相關生活質素（Oral Health-related Quality of Life, OHRQoL）的研究中，因牙齒缺失或須配戴假牙的受訪者表示咀嚼困難令他們進食時感到不適並受到影響。他們往往亦感到發音出現問題、心情緊張和覺得尷尬。咀嚼困難對患者心理及社交方面均做成影響，主要原因是咀嚼困難局限了患者對食物的選擇及享受美食的樂趣所致。

事實上，食物除了提供身體所需養分，維持生命、有助保持免疫力及病後痊癒之外，食物的質感和成分同時亦滿足了我們的口感和味覺所需。而口感和味覺必須從用牙齒咀嚼食物中得來，如果咀嚼出現困難便會影響我們享受食物時的滿足感，從而影響生活質素。因此，要改善長者的生活質素，必須先使他們的咀嚼功能恢復。

吃得從心有辦法

要預防牙齒脫落，首要是及早處理牙周病。

牙齒變鬆 可以防止

接受牙周病治療後，加上努力保持牙周健康，可以阻止牙周病病情惡化及防止其他牙齒變鬆。牙周病治癒後，牙齒會比患病時堅實有力。



若患上牙周病，牙科醫生會為你洗牙以清除牙石，視乎情況，如牙周病病情嚴重，牙科醫生會為你進行牙根刮治或牙周手術（清除牙周袋及牙根上的牙菌膜和牙石）及可能會處方抗生素供你服用。治療期間你必須每天早晚用牙刷、牙線等口腔護理用品徹底清除牙菌膜，以控制病情。經牙科醫生治療後，你還要保持良好的口腔護理習慣及定期往見牙科醫生，接受口腔檢查。

在一般情況下，洗牙後的數天內，你可能感到口腔輕微不適及有牙齦出血的現象，但仍需注意口腔衛生，口腔不適及牙齦出血現象便會逐漸消失，牙齦亦會回復健康。

失去牙齒填補有法

雖然假牙不及真牙好，但適當地使用假牙填補缺失牙齒有助改善長者進食的能力，繼而提升他們的膳食和生活質素，總比沒有牙齒好。

填補缺失牙齒的假牙可分為固定和活動兩種。可自行戴上和除下的假牙是活動假牙托，可取代口腔內失去的牙齒。全口假牙托能用作代替全口失去的牙齒，利用緊貼頷骨上的黏膜，及其吸吮力，把假牙固定在頷骨上。部分假牙托則能用作代替口腔內失去的部分牙齒，原理是利用假牙托底部伸延出來的金屬扣環，把假牙托固定在口腔內剩餘的牙齒上。

牙橋是固定假牙，能牢固地鑲配在口腔內，以取代缺失的一顆或多顆牙齒，恢復咀嚼功能，及防止鄰近牙齒移位。牙橋是以兩旁餘下的真牙作為橋躉，以支撐假牙部分。

倘若有些人認為鑲嵌一般活動假牙托不夠穩固或不便，又想避免鑲配牙橋時影響兩旁的真牙，如在健康情況許可下，可考慮植牙（種牙）。



植牙



圖三



圖四



圖五

植牙亦稱種牙，它主要是把身體能接受的物料如鈦金屬，植入牙槽骨內，作為口腔內支撐假牙的部分，發揮牙根的功用，然後在植體上鑲嵌人造牙冠、牙橋或放置假牙托（見圖三至圖五）。市面上有不同的植牙系統，一般可歸納為以下程序。

植牙治療的一般過程

1. 先進行詳細的口腔檢查，包括X光檢查、上下頷骨橫切面電腦掃描等，以確定有足夠的牙槽骨，讓鈦金屬植體能植入理想的的位置及角度。
2. 進行手術把牙齦翻開，並在牙槽骨預定的位置及角度鑽洞，嵌入植體，然後把牙齦縫合。
3. 在3至6個月內，牙槽骨會和植體癒合。這時就可進行第二次手術，打開或適量切除遮蓋植體的牙齦，露出植體的頂端，然後在植體上套上癒合基臺，讓環繞着植體的牙齦癒合。
4. 印牙模。
5. 鑄造假牙。
6. 把假牙鑲配在基臺上，完成假牙鑲配。

除以上過程外，如果口腔檢查後發現牙槽骨嚴重萎縮，不足以支撐植體，植牙前便有可能需要進行植骨手術，先把骨植入所需的位置，讓牙槽骨擴闊，以增加對植體的支撐。待植骨成功後，才可以進行植牙。

鑲配植牙也可以有不同的過程，有的會在同一次手術中嵌入植體並裝上癒合裝置，減少進行另一次手術，亦有一種當嵌入植體後，便立即裝上牙套，那麼只需接受一次治療便可完成整個植牙過程。但不是所有患者都適合用這種方法，必須按牙科醫生的臨床診斷作決定。（如欲了解有關植牙的知識，請參考第六章「假牙面面觀」。）

很多人認為植牙後就可以「大安旨意」，不會再有口腔問題！事實上，植牙後如果口腔護理不足，同樣會引致植體周圍的組織發炎，形成類似牙周病的炎症（植體周圍炎），甚至使植體最終脫落。因此，為了使植牙更耐用，植牙後必須保持良好的口腔衛生（可參考第八章「護理口腔我有法」），並定期往見牙科醫生跟進植牙的情況和洗牙，以確保口腔健康。除此之外，植牙後應注意以下事項：

1. 避免用植牙咀嚼過硬的食物，例如果仁、硬糖等，以防止假牙崩裂。
2. 吸煙不但會影響植體與牙槽骨的癒合，也會影響周圍組織日後的健康，所以必須戒煙。
3. 如感覺或發現植牙有任何異常狀況，例如變得鬆動或植體周圍有紅腫，應立刻找牙科醫生檢查及跟進。

有研究顯示，全口失去牙齒者，在配戴傳統假牙托後，雖然咀嚼功能仍然比有真牙時減弱及進食時遇到困難，但他們大都能適應新的咀嚼方式，加上配合新的處理食物方法，如食物切細或切碎，他們大都能吸取足夠的營養，如卡路里、蛋白質和生果蔬菜中的微量元素包括各種維生素如維生素 A, B1, B2, B3, B6, B12, C, D, E 和葉酸等，均能達到建議攝取量（Recommended Dietary Allowances, RDA）。雖然攝取纖維量依然不足，但血液分析顯示他們沒有嚴重營養不足的情況出現，而且營養狀況與研究中接受植牙的研究對象相比亦非常接近。因此要使長者維持飲食質素和吸收足夠營養，讓牙科醫生按情況填補缺失牙齒和調校或重造假牙托是非常重要的。



假牙合適 配戴得益

配戴新鑲配的假牙托初期可能會不習慣，需要慢慢適應。飲食習慣上也可能需要調節，避免吃太硬太韌的食物，亦要慢慢咀嚼不能過急。

如果戴假牙托時感到痛或不適，可請牙科醫生調校。由於口腔狀況會隨著時間改變，而假牙托亦可能會因耗損或破裂而變得不合戴，影響咀嚼功能，故需定期檢查口腔，讓牙科醫生按情況調校或重造假牙托。

此外，為避免患上牙托性口炎（假牙托附近的口腔黏膜受到真菌感染而產生的炎症，通常發生在上頷位置），每晚睡前須將假牙托除下，讓口腔黏膜得到休息，另外須使用牙刷和洗潔精把假牙托徹底清潔乾淨，然後把它放於清水內浸過夜。



如果鑲嵌的是固定假牙，則要注意保持假牙清潔，可按牙科醫生的指示，利用適當的工具如特效牙線或牙縫刷來協助清潔。這樣做可預防細菌積藏在牙橋或植體之間的縫隙裏，避免導致牙齦發炎。

（欲知更多假牙護理資料，可參閱第六章「假牙面面觀」及第八章「護理口腔我有法」。）

吃得其所有益處

高齡飲食

長者和其他人一樣需要均衡飲食以維持身體健康。要飲食均衡，長者每天所需的食物種類主要包括：穀物類、肉類及代替品、蔬菜類、水果類、奶類及代替品。長者腸胃吸收力弱，所以每餐不宜過飽，宜少吃多餐。由於頻密飲食會增加蛀牙的風險，因此在進食的次數上要取得平衡，即吃喝的次數要符合攝取營養的需要，不要頻密飲食。在挑選食材方面，應選擇一些較易咀嚼及消化和營養高的食物。水果方面可選擇去了皮的提子、木瓜、奇異果等；蔬菜方面可選擇菠菜、唐生菜、節瓜、南瓜等；肉、魚、蛋及代替品可選擇豆類、魚肉、攢碎或剁碎豬肉、雞蛋和豆腐等；奶類及代替品可選擇脫脂奶、低糖豆奶、低脂芝士等。倘若牙齒脫落，便要配戴適當的假牙，或者把食物去骨及切碎，以方便嚼嚥。

碎餐及糊餐膳食安排

對於因年老或患病，如牙齒鬆脫、口水分泌減少、口腔疼痛、中風、腦退化症等而引致咀嚼機能衰退的長者來說，把食物調校至合適的質感（如碎餐或糊餐）亦是一種可行的選擇。這些碎餐（見圖六）或糊餐（見圖七），不但能減少他們進食時咀嚼的次數，亦能讓他們較易攝取每日所需的營養素。



圖六



圖七

碎餐及糊餐的特點

碎餐一般較軟身，容易咀嚼，可以是切細，切碎或攪碎的食物。而糊餐須用攪拌機或食物處理器將食物攪爛至糊狀，質感像嬰兒糊，性質幼滑，不含粒狀。

因為個別長者所能進食的食物質感可能各異，所以須由醫護人員作個別評估及建議個別長者適合進食的質感程度。如長者同時患有糖尿病、高膽固醇或高血壓等慢性疾病，亦要跟隨該病患的飲食治療原則製備及分配食物。

食物外觀

只要花點心思，碎餐或糊餐也能滿足對飲食有要求的長者。餸菜中的各類食物如配菜及肉類宜分別切碎或攪磨成糊狀，穀物類食物如飯、麵等不宜與餸菜混合攪磨。

試烹調不同顏色的食物：如紅蘿蔔蓉、南瓜蓉、番茄蓉、煲熟及壓爛的蛋黃、果醬、果蓉等，能令食物於視覺上更吸引。

此外，將軟飯或飯糊及餸菜分開盛載在不同的進食器皿上。可選用有間格的器皿或一般的碗、碟分別盛載飯及餸菜，讓長者清楚看見整餐中的各種食物，同時也可提昇他們的食慾及生活質素。

何伯的兒子帶了何伯見牙科醫生為何伯治療牙周病和鑲了一副新的假牙托，令他的咀嚼功能得到改善，能享受美食。過了一段日子，再次見到何伯的時候，他精神奕奕，健康明顯改善了，何伯多做了運動，改善了便秘的情況。因此只要能對症下藥，總有辦法吃得從心所欲。



牙科醫生 多面睇

第四章



長者中心有一對開心活寶貝—芳姨和德嬸。芳姨是精明的家庭主婦，經常到街市格價，對街市行情瞭如指掌，人人稱她為「購物通」。至於德嬸，她是廚藝高手，平日以弄孫為樂，享受兒孫之福。但最近德嬸卻像失蹤了似的，許久沒到長者中心了。

這天，芳姨終於在牙科診所遇見德嬸。芳姨正悠閑地邊看雜誌，邊跟護士聊天。不久，德嬸和兒子步進診所。德嬸看起來憂心忡忡，仔細看還消瘦了不少。原來她的牙齒痛得很厲害，胃口變差，吃不下平時自己弄的美食，甚至連煮東西的心情都失去了。德嬸遇見芳姨同樣感到愕然，連忙詢問芳姨是否牙齒出現毛病。原來芳姨不過作定期口腔檢查而已。德嬸奇怪芳姨一向數口精明，牙齒無病無痛，為何要見牙科醫生，浪費金錢，心中充滿疑惑。

🦷 跟牙科醫生有個約會

很多人可能像德嬸般見牙科醫生是抱著「牙齒有事才見面，無事無痛何需見」的心態。根據衛生署「2011 年口腔健康調查」，只有兩成非居於院舍長者每兩年定期檢查口腔最

少一次。至於沒有定期檢查口腔的長者中，大部分的原因是認為自己牙齒健康，即使在出現口腔症狀時，少於半數長者會尋求專業牙科護理。試想如果你患高血壓、糖尿病，你會否定期檢查以監察血壓或糖尿指數，以便一旦發現變化，儘早控制病情？正如大廈升降機須定期保養維修，以防發生意外一樣，每年口腔檢查可以確保牙齒健康，有毛病也可以及早發現，及早醫治。否則，若問題惡化，可能需花更多金錢和時間處理。芳姨正是從精明的消費者角度出發，認為每年作口腔檢查是值得的，既可節省金錢和時間，又可令自己輕鬆放心。

德嬸聽完芳姨一番話，真是如夢初醒，早知如此便應接受兒子的心意，讓他帶自己每年定期檢查口腔。這次由於德嬸牙痛得厲害，為了省點錢，又高估自己忍痛的能力，才弄得延誤病情，痛楚不但未能消除，甚至變本加厲。最後德嬸便隨便找了一所牙科診所接受治療，不過她的痛楚還未完全消除，她很擔心不知要多久才能把問題解決。其實只要德嬸算一算，就會發覺定期檢查口腔所需的金錢和時間，較在牙齒有事時才找牙科醫生更划算，身心痛楚亦可以避免。

2011 年口腔健康調查顯示在六十五至七十四歲的非居於院舍長者中，約 6 成尚有牙齒的有 4 毫米或以上深度的牙周袋，約 8 成半有半數或以上牙齒出現牙齦出血的情況。因此主動每年檢查口腔，可及早發現有否患上牙周病，並接受適當治療。



🦷 尋找牙科醫生的方法

聽取口碑

德嬸覺得選擇牙科醫生像大海撈針，牙科診所那麼多，難以拿定主意選擇那一位牙科醫生，又怕選錯了會後悔。於是芳姨以第一身經驗向德嬸派「定心丸」，描述自己選的牙科醫生所具備的良好診症態度。芳姨特別欣賞她的牙科醫生對長者關懷備至，講解治療過程時亦滿有耐心。芳姨不是胡亂找牙科醫生的，她是先諮詢各方好友的意見，聽他們講述親身經歷，才從中選擇的。芳姨一位姻親都是見同一位牙科醫生的，他覺得這位牙科醫生會就病人所需給予合適的治療，並清楚說明治療的費用。還有，芳姨的妹妹也推介這位牙科醫生，說他不但關心她鑲配的假牙托有沒有不適或任何問題，還跟進她的口腔情況為她調校假牙托。芳姨聽了親友對這位牙科醫生一致的讚賞，才作出選擇，現在芳姨十分興幸自己的選擇是正確的。

🦷 心中最是理想的牙科醫生

專業資格

為了使德嬸對現在這位牙科醫生有信心，芳姨帶德嬸檢視掛在牙科診所牆上的牙科醫生專業註冊證明，告訴德嬸具備此註冊證明表示這位牙科醫生已在香港註冊及獲得執業資格。芳姨更耐心地向德嬸解釋專業註冊證明背後的意義。

如果有法律問題，你會找律師幫忙。如果外牆需要維修，你會找專業的搭棚師傅。那麼，當你口腔出現問題時，無論是

有關牙齒或是其他軟組織，你第一個想到幫你解決問題的人就是牙科醫生。光顧酒樓食肆，你會選擇有食物牌照的，以確保食物衛生，讓你可以食得安心又開心。同樣，當你選擇牙科醫生時，你必須查詢他的資歷是否被香港牙醫管理委員會認可及已在香港註冊。根據香港法例第 156 章《牙醫註冊條例》，現時在香港註冊的牙科醫生必須持有香港大學牙科醫生學士學位，至於非在本港接受牙科醫生訓練而有意在香港註冊為牙科醫生的人士，均須通過由香港牙科醫生管理委員會舉辦的許可試，並持有牙醫管理委員會接納的牙科資格，才可在香港註冊。

香港牙醫管理委員會除了負責牙科醫生註冊事宜及舉辦許可試外，還促進牙科醫生的專業道德操守，維持及提升牙科醫生業界的道德標準，同時更會處理市民對註冊牙科醫生涉及不專業行為的投訴，以確保市民獲得具備專業水平的服務。有了香港牙醫管理委員會的監管，你對牙科醫生的服務亦會更加有信心。

註冊牙科醫生必須每年向香港牙醫管理委員會申請續領執業證明書。他們亦可自願參與持續專業發展計劃，以增進專業知識和技術。若在指定時間內獲得足夠的持續進修學分，便可獲委員會發出證書。至於擁有專科資格的牙科醫生（牙齒矯正科、口腔頷面外科、牙周治療科、牙髓治療科、兒童齒科、修復齒科、家庭牙醫科及社會牙醫科），需於每三年內獲得規定的持續進修學分才得以延續專科醫生的資格。牙科醫生不斷更新及增進自己的知識和技術，市民在接受牙科治療時便更有保障。



環境衛生

理想的牙科診所在牙科儀器和衛生環境上都應為市民提供保障。牙科診所內的設備須受監管，例如牙科診所設置作診症用途的X光機，須先接受衛生署放射衛生部檢測儀器的裝置，證明合乎安全準標，並簽發牌照才可使用。而放射衛生部亦會定期為X光機及配套作檢查，確保操作正常及維持安全水平。

牙科醫生的經驗固然重要，但亦不可忽視牙科診所的衛生程度。牙科診所的消毒程序必須妥善。芳姨就稱讚自己的牙科醫生衛生程序做得好，為她診症時一定戴上一雙新的、乾淨的手套，並且使用已消毒的牙科工具，以控制交叉感染等。芳姨的分享令德嬸不安情緒緩和不少。牙科診所的環境清潔乾淨、牙科工具保持衛生，自然令你更安心讓牙科醫生診治。

優質服務

專業的牙科醫生會主動查詢你的病歷，全面考慮你的口腔狀況，例如口腔衛生情況如何、有沒有蛀牙或牙周病等，才替你安排治療方案，並不會頭痛醫頭，腳痛醫腳，只管見你沒有牙齒，便替你釀配假牙，而不去探究令你牙齒脫落的主因。牙科醫生替你治療前，應向你清楚解釋口腔狀況和治療程序，並給你適當的口腔護理建議。牙科醫生亦應與你有良好的溝通，說明治療的位置、可選擇的治療方法和程序、治療的利弊和風險，以及有關的費用等。此外，你最希望牙科醫生給予窩心的服務，像朋友般關心你。提供優質服務的牙科醫生會關顧這一點，他們會理解你接受治療時可能有的不

安，治療後會跟進你的口腔狀況，關心你有沒有不適或對治療有甚麼疑問等。還有，牙科醫生會針對個別的口腔狀況，指導你如何護理口腔，保持口腔健康。

經芳姨細心解釋，德嬸十分高興，終於明白怎樣選擇一位心目中最理想的牙科醫生了。

牙科服務此中尋

香港私家牙科醫生提供的服務

現時香港有二千多名註冊牙科醫生，他們都得到香港牙醫管理委員會的評審及認可，其中大部分是私人執業的。他們的診所分佈在香港不同的地區，收費亦各有不同，提供的服務也不一樣。你可以根據本章「心中最是理想的牙科醫生」的條件考慮及選擇。

普通科牙科醫生為病人提供服務時，如遇到比較複雜的個案，或發覺治療有一定難度，可以轉介病人給專科牙科醫生。目前有些普通科牙科醫生會與專科牙科醫生聯營，有需要時，便會轉介你見專科牙科醫生接受治療，使你無需另找牙科診所。

此外，你有權利尋求另一位牙科醫生的專業意見，然後才決定接受何種治療方案。你可以在香港牙醫管理委員會的網頁：<http://www.dchk.org.hk/tc/list/list.htm>，找到註冊牙科醫生的名單及其診所的地址。

非政府機構提供的牙科服務

非政府機構營辦的牙科診所跟私家牙科診所類似，是為大眾市民提供檢查和治療服務的，有些機構亦提供流動牙科服務。這些機構的資料可在網上或社會服務組織找到，你必須確定該機構根據《牙醫註冊條例》經營牙科醫生業務。

在綜合社會保障援助計劃下，高齡、傷殘或經醫生證明為健康欠佳的受助人可申請牙科治療費用津貼，但須先向社會福利署認可的其中一間牙科診所求診。在獲得認可診所的估價單後，便可向社署申請特別津貼，以支付牙科治療費用。獲批特別津貼後，申請人亦可選擇由非社署認可診所的註冊牙科醫生提供同樣治療服務，津貼金額則以認可診所的估價或社會福利署所訂的最高金額為限，以較低者為準。你可透過社會福利署網頁：<http://www.swd.gov.hk> 或致電社會福利署部門熱線服務 2343 2255 查詢有關以上的資料。

公營牙科服務

• 牙科街症服務：

衛生署透過轄下其中 11 間政府牙科診所，每周騰出特定時段為市民提供免費緊急牙科治療（俗稱「牙科街症」）。服務範圍包括處理急性牙患、處方藥物止痛、治理口腔膿腫及脫牙，牙科醫生亦會就病人的個別需要提供專業意見。不過，你在接受這些服務後，要按情況自行到私家牙科診所繼續接受治療。請注意此街症服務之求診人士須攜帶有效香港身份證及親身排隊輪候籌號，額滿即止。詳情可參考衛生署

網 頁：http://www.dh.gov.hk/tc_chi/tele/tele_chc/tele_chc_dcgps.html。

- 公立醫院提供的牙科服務：

本港七間公立醫院設立的口腔頷面外科及牙科部，亦會為獲轉介的住院病人、有特殊口腔護理需要的人士如患有兔唇、裂顎或口腔癌的病人，及牙科急症的患者，提供口腔頷面外科及牙科專科診治。有關專科服務是以轉介形式提供的，有需要市民可透過醫院管理局轄下的醫院和普通科門診診所或任何註冊牙醫、西醫轉介就診。

國內提供的牙科服務

現在往返中國大陸的交通非常方便，很多人亦會選擇內地的牙科服務。內地的牙科診所經常在廣告中標榜收費便宜，但切勿以便宜為原則，應以牙科醫生服務質素為基準。有時廣告會以診所的外貌和裝潢、規模和高科技的儀器吸引顧客，但最重要是你要確定牙科診所是否有執業登記。

現時在內地，尤其深圳、珠海等地，除了公立口腔醫療機構，還有很多民營牙科診所。這些診所必須獲得中華人民共和國衛生部發出執業許可證，並依照醫療機構管理條例 3 把醫療機構執業許可證掛出來，使人容易看到。當你選擇內地牙科服務時，可聽取口碑，但必須確定牙科醫生的專業資格才就診。從前內地有很多無牌行醫的牙科醫生，但於 1998 年 6 月 26 日第九屆全國人民代表大會常務委員會通過中華人民共和國執業醫師法訂明，必須在執業醫師資格考試取得



合格成績，才可獲得執業醫師資格。牙科醫生除了須得到衛生行政部發出的醫師資格證書外，他的專業操守亦相當重要。牙科醫生是受中華人民共和國執業醫師法所監管，並由衛生行政部門負責管理和定期考核。有些牙科醫生已經營多年，雖未考獲專業資格，但仍繼續執業，所以身為消費者的就必須小心選擇。

由於內地的民營牙科診所愈來愈多，質素亦有差異，因此選擇牙科診所時應加倍留意。香港的牙科醫生是受香港牙科醫生管理委員會監管，但若你對內地的牙科醫生服務和質素有任何不滿，你便要向所在地的省、自治區、直轄市人民政府衛生行政部門作出投訴。

牙科醫生為我紓「齒困」

你知道如何選擇牙科醫生了，牙科醫生是否只為你消除牙痛呢？很多人都認為牙科醫生只提供治療服務，如牙齒蛀得厲害便拔除它，有牙石便洗牙清除牙石。其實，除了治療，牙科醫生可令你的牙齒回復功能，如果你有蛀牙，牙科醫生會作適當修補；如你已沒有牙齒，牙科醫生會替你鑲配假牙，令你可以再品嚐美食。最理想的是像芳姨一般找到一位合適的牙科醫生，定期前往檢查牙齒，並接受所需治療。固定的牙科醫生保留了你過往的記錄，萬一你的牙齒突然出了問題，牙科醫生都可以翻查記錄，使你得到最快最適切的治療。最重要的是牙科醫生會針對你的個別口腔狀況指導你護理牙齒的要訣，助你預防口腔疾病，保持良好的口腔健康。

長者醫療券計劃簡介

長者醫療券計劃自 2009 年 1 月 1 日起推行，資助合资格長者使用私營基層醫療服務。現時，年滿 65 歲並持有有效香港身份證或由入境事務處發出的《豁免登記證明書》的長者每年可獲發醫療券。

醫療券可用於已參與計劃的私營醫護專業人員所提供的醫療服務的費用，包括西醫、中醫、牙醫、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、放射技師、護士、脊醫及根據《輔助醫療業條例》（第 359 章）在註冊名冊第 I 部分註冊的視光師。長者可按需要自行選擇將醫療券用於預防性、治療性或康復性的醫療服務，例如牙齒檢查、洗牙、補牙及其他牙科治療服務。

開設醫療券戶口及使用醫療券的方法

醫療券透過電子平台發放和使用，長者毋須預先登記或領取醫療券。長者如欲使用醫療券，只需：

- 向參與計劃的醫療服務提供者（其診所或服務處貼有右方的計劃標誌）出示其有效香港身份證或《豁免登記證明書》；及
- 在親身接受醫療服務後簽署同意書確認要使用的醫療券金額。



計劃詳情和參與計劃的醫療服務提供者名單

可瀏覽醫療券計劃網頁（<http://hcv.gov.hk>）或致電衛生署醫療券查詢熱線（2838 2311）。

使用醫療券小貼士

長者應：

- ✓ 在同意使用醫療券前，向醫療服務提供者詢問收費情況，而使用醫療券與否不應影響收費
- ✓ 在簽署使用醫療券同意書前核對同意書上的資料，包括同意書上的醫療券使用者是否其本人及同意使用的醫療券金額
- ✓ 在同意書上填上聯絡電話，方便衛生署職員在有需要時聯絡核實使用記錄
- ✗ 醫療券只供合資格長者本人使用，且不可用於：
 - 純粹購買物品，如藥物、眼鏡、海味和醫療用品等
 - 已獲政府資助的公共醫療服務
 - 住院服務、預先繳費的醫療服務及日間手術程序（例如白內障手術或內窺鏡檢查服務）

補牙 洗牙 拔牙





黃伯：陸醫生，謝謝你修補了我的大臼齒，現在，不舒服的感覺已經完全消失了！

陸醫生：黃伯，你今天暫時要用另外一邊牙齒咀嚼食物，明天就可以用回兩邊牙齒咀嚼。銀汞合金是堅硬的補牙物料，可以放心進食。但請記得一個月後回來拔牙和洗牙，你的牙齒積聚了很多牙石。

黃伯：好的！一個月後見！

兩星期後

陸醫生：黃伯，還未到覆診日期，你回來見我是否有牙痛？

黃伯：不是，我只不過想你幫我拆除大臼齒的「銀粉」（銀汞合金），雖然我已經七十幾歲，但我還想與乖孫多聚幾年，不想中毒身亡！

陸醫生：中毒？中什麼毒呀？

黃伯：水銀毒啊！人人都這樣說，應該是真的吧！

陸醫生：其實……

黃伯：還有，我聽說洗牙會洗薄「牙瓷」（琺瑯質），牙齒會變得脆弱，是否真有其事？陸醫生請你

老實對我說，究竟洗牙會否有後遺症？我的牙質一向不是太好，現在已經常隱隱作痛，不洗牙可以嗎？聽說用漱口水可以消炎殺菌甚至取代刷牙，不如請你處方漱口水給我吧！

陸醫生：黃伯其實……

黃伯：陸醫生，陸醫生，我聽說拔牙後服用抗生素傷口會快點痊癒，是否真的呢？如果是真的話，我想先行服用，我幾十歲了，身體一向不大好，我真的很害怕傷口會發炎及流血不止。

陸醫生：黃伯其實……

黃伯：陸醫生，陸醫生，我聽說……

陸醫生：黃伯，不如你等我先解答你的問題好嗎？

黃伯：不好意思，我著實問得太多了……

陸醫生：問得好！認識多一點，健康多一點，我最鼓勵病人一旦對自己的病情或治療有不清楚時，便詢問醫療專業人士的意見，現在等我先解答了你剛才的問題，然後你再問其他問題，好不好？

黃伯：好好好！

陸醫生：其實用銀汞合金補牙已證實是安全的，還有……



「醫」家話你知

A. 補牙是否一勞永逸？

1. 問：為什麼補牙後咬東西會感到牙齒不適？

答：補牙後立即咬東西感到不適，有時候是因為咀嚼面的補牙物料過高，只須把過高的物料打磨至合適高度，情況便會改善。此外，修補牙齒鄰面時補牙物料可能過多，物料伸進牙縫裡導致清潔困難，令牙齦發炎致咀嚼時產生痛楚。同樣，只須除去過多的補牙物料或重新修補牙齒，情況便會好轉。

2. 問：補牙後吃喝冷熱東西時感到牙齒不適是什麼原因？

答：一般而言，牙齒經過修補後，你可能需要幾天到一星期時間適應。修補蛀牙時，鑽牙的過程刺激到牙齒組織，其後可能令你感覺短暫的不適。此外，如果蛀壞範圍大，修補後，補牙物料會很接近牙髓，當進食時，食物、飲品的溫度便容易傳達至牙髓。換句話說，牙齒對外界的刺激會比較敏感，吃喝冷、熱東西時，便容易感到酸軟。不過這些不適會隨著時間而減少。

但如果情況持續沒有改善，或愈來愈嚴重，便可能因為修補前蛀壞的部分很深，接近牙髓，引發牙髓炎。這時，你應及早再往見牙科醫生，接受詳細檢查及治理。

3. 問：為什麼補牙物料會屢次脫落？

答：牙洞體積過大或修補位置的形狀比較淺平，都不能有效地承托補牙物料，此外，如果補牙物料位處於

牙齒較受咀嚼力的位置都會使補牙物料較容易脫落。假如補牙物料經常脫落，可考慮鑲配牙套修復及保護牙齒。因此在補牙前，最好先聽取牙科醫生意見，再行決定。

4. 問：為什麼蛀牙修補後仍然生牙瘡？

答：如果蛀牙過深，細菌可能早已入侵牙髓，即使修補了蛀牙洞，也有機會發生牙髓壞死的情況。壞死的牙髓組織會導致膿瘡出現。為保存牙齒，牙科醫生會考慮為病人進行根管治療（杜牙根）除去壞死的牙髓組織，清潔及充填牙髓腔。

知多一點：

進行根管治療時，牙科醫生會先把牙冠髓除去，把牙根管髓刮淨，清潔牙齒整個髓腔，然後視乎情況放置不同藥物。完成清潔程序後，把髓腔填封及覆蓋牙洞。如果經牙髓治療後的牙齒太脆弱，就要鑲配牙套以加強保護牙冠。

接受根管治療時，病人注意要依時覆診，接受幾次治療程序以完成根管治療。如果臨時補牙物料脫掉，須儘快往見牙科醫生，以免口腔中的細菌滲入牙齒髓腔。於治療過程中曾接受局部麻醉藥注射的人士，在咀唇或舌頭未完全恢復知覺前，不要咬咀唇或舌頭，以免弄傷口腔。



5. 問：蛀牙令人牙痛，不如拔牙算吧？

答：即使蛀牙令你牙痛也不要只想著把牙齒拔掉，正所謂「拔一隻、少一隻」，真牙數量減少很多時會對患者的咀嚼功能做成負面影響，繼而影響健康和生活質素。欲知牙齒數量減少如何影響患者，可參閱第三章「吃力不從心」。因此，牙痛應儘快找牙科醫生檢查牙齒，究竟補牙還是拔牙，必須先聽取牙科醫生的意見，接受合適的治療。

6. 問：補牙用銀汞合金安全嗎？

答：銀汞合金（*dental amalgam*）用作補牙物料已超過 150 年，可謂歷史悠久。銀汞合金雖然含有水銀成分，但在合金的情況下，水銀物料處於穩定狀態，不容易釋出。銀汞合金是多類補牙物料中較堅硬及不易耗損的一種。

美國食品及藥物管理局、世界牙科醫生聯盟、美國牙科醫生學會、英國牙科醫生學會等均認為銀汞合金是安全的補牙物料，不會對身體健康構成傷害。

B. 洗牙有後遺症？

1. 問：洗牙會傷害牙齒嗎？

答：有人害怕洗牙會洗薄「牙瓷」，他們所指的「牙瓷」是牙齒表面的琺瑯質。其實洗牙主要是去除牙齒表面的牙菌膜、牙石和牙漬；牙石是鈣化了的牙菌膜，它牢固地積聚在牙齒表面，使牙齒的體積看起來增大了。洗牙後，牙石被徹底清除，便好像感覺到牙齒細了，其實這才是牙齒的本來面貌，牙齒物質其實沒有受影響。

2. 問：為什麼有些人在洗牙後會感到牙齒酸軟和鬆動、牙齦出血和牙縫變寬等現象？

答：原因是他們的口腔衛生欠佳，患有牙周病，導致牙齦紅腫出血、牙槽骨發炎萎縮和牙根外露，同時亦出現了牙縫變寬及牙齒鬆動的情況。在洗牙前因牙齒被牙菌膜和牙石覆蓋，所以情況不太明顯。但在洗牙後，除去了牙齒表面的牙菌膜和牙石，寬了的牙縫和外露的牙根便顯現出來，亦令牙齒變得比平時敏感。

C. 拔牙後護理傷口有何法？

1. 問：拔牙後如何自我護理傷口？

答：拔牙後，牙科醫生會為你檢查傷口，確保傷口已經止血，但自我護理方面亦須留意：

拔牙當天	適宜	不宜
	<ul style="list-style-type: none"> • 進食較軟食物 • 使用無傷口的一邊牙齒慢咀嚼 • 按牙科醫生指示服藥，例如服用止痛藥 	<ul style="list-style-type: none"> • 刷牙及漱口 • 觸動傷口 • 飲酒、吸煙或進行劇烈運動
<p>注意</p> <ul style="list-style-type: none"> • 若傷口持續滲血，宜保持冷靜，置放乾淨紗布、棉花或手帕在傷口上，並緊咬約 30 分鐘至停止滲血 • 若重覆以上步驟多次，傷口仍不斷流血，宜儘快往見牙科醫生或視乎嚴重程度，前往就近醫院急症室求診 • 拔牙後第二天，請常用溫暖鹽水漱口及照常刷牙，保持口腔及傷口清潔 		

D. 藥物如何用得安心、食得放心？

1. 問：拔牙或接受口腔小手術是否必須服用抗生素？

答：拔牙或接受口腔小手術是否必須服用抗生素是按個人健康狀況而定，牙科醫生會先查詢你的病歷，如有需要，在拔牙或提供口腔小手術前，要求你先行諮詢主診西醫的意見，了解拔牙或小手術是否可以進行，又或是否需要事前服食抗生素，以確保治療在安全的情況下進行。

一般而言，在進行手術前，牙科醫生會依照下列患者主診西醫的意見給予抗生素，這類患者有：心臟病患者、免疫系統衰弱、容易受細菌感染的人士，與及對控制血糖水平差需要注射胰島素的嚴重糖尿病患者。

牙科醫生亦會按個別病人情況需要，於病人接受口腔手術後處方抗生素，病人必須依照醫生指示按時服完整個療程的藥物。

2. 問：口腔出現瘡潰，塗瘡潰膏會快點痊癒嗎？

答：瘡潰通常在兩星期內便會自然痊癒，你可以用醫生或牙科醫生處方的藥膏（瘡潰膏）塗在患處，以減輕痛楚，但這並不會令患處加快復元。因此，記著不要觸碰患處，不要進食甜的、酸的和辣的食物，以免引起痛楚。如果口腔潰瘍持續兩星期或以上，你可能患上較嚴重的疾病，必須找醫生詳細檢查身體。

3. 問：使用漱口水可以代替刷牙嗎？

答：漱口水只可作為輔助物，一般人不是必須要用的，它也不能代替刷牙和用牙線或牙縫刷。因此，如你想選用漱口水，應先徵詢牙科醫生的意見。

對一般人而言，如果能每天起床及睡前用含氟化物牙膏徹底清潔牙齒，及用牙線或牙縫刷有效地清潔牙齒鄰面，就無需使用漱口水。

含有氯己定（chlorhexidine gluconate）的漱口水，已被證實能有效抑制牙菌膜滋長。在一些特殊情況下，例如剛接受口腔手術後不能刷牙人士或長時間臥床的體弱長者，則會用含有氯己定的漱口水，以保持口腔衛生，防止牙周病。不過長期使用這類漱口水會令牙漬容易沉積於牙齒表面及影響味覺，因此使用前應徵詢牙科醫生的意見。

現在，你的不少疑慮是否已消除了呢？不要忘記，你的牙科醫生最了解你的口腔狀況，亦樂意向你解釋，就像個案中黃伯的牙科醫生陸醫生。因此有疑慮應向牙科醫生傾訴，務求做到「醫患多溝通，疑慮盡掃空」。

假牙 面面觀





🦷 假牙托可以用一世嗎？有甚麼要注意？

1. 問：一副假牙托是否可以一生使用？

答：由於口腔狀況會隨著時間改變，而假牙托亦會因耗損或破裂而變得不合戴，繼而影響咀嚼功能，故需定期檢查口腔，讓牙科醫生按情況調校或重造假牙托。

2. 問：初戴假牙托，有什麼需要注意？

答：雖然假牙托是配合你的口腔狀況而製造，但假牙托只是義齒，配戴時要慢慢適應，不能期望過高。要依照牙科醫生的指示配戴假牙托，切勿強行戴上，以免損壞假牙托及傷害口腔組織。

初戴假牙托一般會感到輕微不適，可能有嘔吐感覺，舌頭活動感到受限制及口水分泌增加等。待適應後，上述的感覺會漸漸消失。說話時，由於舌頭、面頰和咀唇肌肉尚未適應，因此某些發音可能不準確，或出現假牙托鬆脫現象。只要努力學習控制技巧，問題便會得以改善。而進食時，要把食物調校至合適的質感（如碎餐），避免吃有黏性、太熱或堅硬的食物。進食時應用兩邊牙齒慢慢咀嚼，以保持假牙托平衡。

如配戴假牙托後牙齦受到過大壓力引致不適或痛楚，不可自行調校，應立刻向你的牙科醫生求助，但緊記在見牙科醫生前一天開始，要戴著假牙托，以便牙科醫生容易找出受影響的位置。

3. 問：配戴假牙托後在日常護理上有什麼需要注意？

答：進食後必須漱口及清潔假牙托。清洗假牙托可以用清水、肥皂或洗潔精。牙膏一般帶有磨沙粒，因此不建議使用普通牙膏洗刷假牙托，磨損程度低的牙膏（例如抗敏感牙膏）或專為清潔假牙設計、不含研磨顆粒的假牙牙膏則除外。此外，不應使用硬毛牙刷或有磨損性的工具刷假牙托。清潔時應在盛了水的洗手盆上進行，縱使滑下假牙托於水中，它也不易因此而破裂。

有些人會使用假牙片清潔假牙托，假牙片溶於水中時所產生的氣泡有助清潔假牙托上的食物殘渣及牙菌膜。但並沒有實驗證明這些氣泡的清潔功效比用洗潔精洗刷強，故假牙片只可作輔助的清潔用品，使用的方法應參考產品包裝上的說明。

睡覺時要除下假牙托，讓牙齦休息，把清潔後的假牙托放入清水中，切勿把它長期置於空氣或熱水中以免變形。同時，不要疏忽護理存留下來的真牙齒，應保持每日早晚刷牙及使用牙線或牙縫刷的習慣，並應定期往見牙科醫生作檢查以確保口腔及牙齒健康。

假牙托如有損毀，不應自行修理或棄掉任何部分，同樣應立刻向你的牙科醫生求助，避免進一步破壞假牙托或損害到口腔組織。



李婆婆到社區中心唱粵曲已經好幾年了，這是她每星期最開心的時刻，因為可以順便跟「老友」聚一聚。可是，李婆婆最近變得有點古怪，平日她說話總是中氣十足，現在卻變得陰聲細氣，有時候甚至不大願意說話。今天，她還沒唱完一首曲子就悶悶不樂地走了。為此，朋友心裡暗自擔心，該不會是李婆婆得了什麼不治之症或者家裡有什麼大事發生了吧？

原來李婆婆年輕時忽略了牙齒健康，自 50 歲開始就陸續掉牙齒，最後牙齒都全掉光了。失去所有牙齒後，李婆婆沒有一天吃得好。為了身體健康及重拾吃東西的樂趣，幾年前，李婆婆乾脆做了副全口假牙。

不過，這副假牙托最近變得越來越鬆，李婆婆咬東西時像踩蹠蹠板，老是摩擦到牙床，食物又容易卡在牙床與假牙托之間，弄得她又痛又不舒服。最令李婆婆煩惱不已的是她不敢大聲說話，不敢大笑，深怕一不小心假牙會脫口而出。她因而連唱歌也無法盡興，生活作息和社交活動均大受影響！

🦷 假牙托叫我心情喜亦落

像李婆婆有同樣困擾的人實在不少，根據衛生署於 2011 年口腔健康調查所得，全港約四成長者只擁有少於 20 顆牙齒，而有六成多的長者已配戴不同類形的假牙。相信假牙令很多長者既喜且憂，喜的是假牙能替代真牙，使面貌輪廓得以保持，使長者重拾進食樂趣，憂的則是縱使花錢配了假牙，也未必無後顧之憂，原因是鑲配的假牙都可能會出現問題。

戴上新鑲配的假牙托之後：

• 感到不自然及噁心

這情況其實很常見，少數人甚至因不適應假牙而感到噁心，就像我們剛換上新眼鏡會感到暈眩，需要好幾天適應一樣，把「與生俱來」的真牙換上「後天」的假牙，就更需要較長一段時間適應。只要堅持下去，不放棄，戴上假牙托的不自然感覺會慢慢消失。不過，如果戴上假牙托好一段日子仍感不自然及噁心的話，就應該諮詢牙科醫生的意見。

• 吃東西時感到疼痛

我們都有穿新鞋子的經驗，第一次穿上新鞋時，皮膚容易受磨擦。配戴活動假牙托也是同樣道理，試想像把外物放進口腔用它咀嚼食物，它可能會擠壓牙齦或口腔黏膜，令你感到疼痛。因此，使用假牙托初期，你需要讓牙科醫生跟進，調校假牙托，直至假牙托戴得舒適為止。千萬不要抱容忍心態，否則只會苦了自己，享受不到假牙帶給你的應有效果。

假牙托戴了一段時間後變得鬆動移位

這是由於我們的口腔組織會隨著時間而改變，牙槽骨會慢慢萎縮，使它與假牙托之間出現空隙，換句話說，假牙托不能緊貼牙槽骨，失去足夠的承托，令進食或說話時變得鬆動，甚至移位。因此，我們需要定期接受口腔檢查，讓牙科醫生按情況重塑假牙托。

「假牙托雖然鬆，但鑲牙那麼貴，還是忍耐一下算了。」相信這是不少配戴假牙托人士的心聲。我們中國有句名言「百忍成金」，很多時候我們為了省錢和避免麻煩，會「忍得就忍」，但原來正就是為了省錢和免麻煩，我們才更需要正視問題，及早處理。其實假牙托變得鬆動並不一定要立刻更換新的，如果處理及時，牙科醫生可以為我們修補假牙托，讓我們再用它一段日子。相反，配戴不合適的假牙托會使食物容易卡在假牙托和牙槽骨之間引發其他口腔疾病如蛀牙、牙周病及口臭等。在咀嚼食物時，不合適的假牙托會壓著或磨擦牙齦，損害口腔的軟組織。到時，你可能不單要花錢重新鑲配假牙托，還須再花更多的錢及時間處理其他連帶的口腔問題呢！

現在市面上有假牙黏著劑出售，其實合戴又質素良好的假牙托，是不需要使用假牙黏著劑的。如果你想使用它，使用前應先諮詢牙科醫生的意見，以了解假牙托鬆動的原因。若因為假牙托不合戴，就要重塑或重新鑲配假牙托了。如果你需要使用假牙黏著劑的話，那麼選擇它時就要注意選不含鋅成分的，並於使用前參考產品的使用說明；另外，不要使用過量的假牙黏著劑，通常兩至三點黃豆般大小的分量已經足夠（見圖一）。並且，每天要把黏附在假牙托及口腔表面的假牙黏著劑徹底清除。最後，要謹記清潔假牙托。



圖一

牙科醫生可能會建議
有以下情況的病人使用假牙黏著劑：

- 牙槽骨嚴重萎縮，不足以穩固地承托假牙托
- 唾液分泌減少。唾液有助假牙托與口腔黏膜吸附一起，患上糖尿病或服用某些藥物如降血壓藥會抑制唾液分泌，導致口腔乾涸
- 口部肌肉不靈活人士，例如中風患者
- 初次配戴假牙托人士需要時間適應新牙托，也為增強社交的信心，避免假牙托突然脫落造成尷尬



假牙托部分崩裂

「假牙托崩裂了，為免麻煩，用萬能膠把崩裂的部分黏緊吧！」千萬不可，使用萬能膠可能會對日後處理假牙托造成困難。另外，用萬能膠黏緊假牙托可能不大美觀；再者，市面所售的黏著劑可能含有化學物質，不應隨便使用，以免因小失大。故此，如果假牙托斷裂，應帶同斷裂的部分找牙科醫生為你作緊急處理。再者，應避免用假牙托咬堅硬的食物如骨頭、硬殼類等，以免假牙托崩裂。

配戴假牙托後吃東西，感到味道及食物質地與從前不同

牙齒是與生俱來的，我們用它咀嚼已經幾十年了，突然轉用假牙，感覺當然不一樣。再者，假牙托覆蓋了部分口腔組織，阻隔了該部分的感應神經，因此與外物接觸時，我們對食物的敏感度便會減低，於是吃東西時便會感到味道及食物質地與從前不同。縱然如此，我們仍要耐心適應，這種感覺是會慢慢消失的。只要我們好好保養和使用假牙托，它仍然可以有效發揮咀嚼功能，使我們重獲進食的樂趣。

🦷 不戴假牙問題多

配戴假牙需要一段時間適應，遇到困難千萬不要放棄。假牙雖是替代品，沒有了它卻可大可小，牙齒缺失後長期沒有假牙替代可能會出現以下問題：

選擇食物的種類受局限

口腔是食物進入消化系統的第一個入口，對身體吸收營養有著舉足輕重的作用。失去牙齒會增加我們咀嚼食物的難度，局限我們選擇食物的種類，例如我們可能會減少進食含豐富纖維的食物如蔬菜、水果等，致使我們的飲食質素下降，影響我們攝取維他命、蛋白質、鋅等營養的機會。久而久之，身體可能會出現毛病，增加患病的危機。這情況不止會發生在失去牙齒而沒有配戴假牙的長者身上，甚至配戴不合適假牙的人也會受影響。

儀容受影響

棄戴假牙托會令面頰的肌肉由於失去牙齒的承托，致使面頰有關部分凹陷，令面貌改變。另外，失去前門牙同樣會影響儀容。

牙齒排列不整齊

如缺牙太久，缺牙相鄰的牙齒會傾斜和移位，使牙齒排列不整齊。

影響牙齒咬合

缺牙位置上或下相對咬合的牙齒會慢慢移向缺牙位置，令牙齒看上去變得長了，影響剩餘牙齒的咬合，食物殘渣也較容易藏於牙縫，引致蛀牙及牙周病。

剩餘牙齒承受過度負擔

如果失去牙齒的數目多，咀嚼的工作只可以由剩下的牙齒承擔，增加剩餘牙齒的負荷，令這些牙齒容易過度磨損，甚至變得鬆動或破裂。

影響發音

雖然發音基本上由聲帶控制，不過要靠牙齒配合，才能發出不同的聲音。如果失去牙齒的數目多，特別是前牙，我們說話的清晰程度便會受影響。



🦷 假牙護理不善

正確的假牙護理程序是會為配戴假牙的朋友帶來許多好處。正確護理假牙除了令口腔健康外，更可以令假牙耐用，省卻不少維修或重配假牙的費用。相反，如果假牙護理不當，包括不妥善清潔假牙托或令假牙托變形以致不合戴，則會引發各種問題，甚至影響身體健康。

牙托性口炎

圖二

如果假牙托覆蓋的軟組織經常出現紅印，那麼你可能已經患上「牙托性口炎」（見圖二）。牙托性口炎通常發生在上顎位置，是假牙托附近的口腔黏膜受真菌感染而產生的炎症。它的成因主要是：



1. 長期配戴不合適的假牙托
2. 長期配戴沒有徹底清潔乾淨的假牙托
3. 沒有每晚除下假牙托讓口腔黏膜休息，提供真菌滋生的環境
4. 身體免疫系統功能較弱

但由於在初期它通常並不會引致明顯不適，所以患者一般都不會察覺。但牙托性口炎後期可能會變得嚴重，有時會出現脫屑現象，受影響的部分會脹大，患者會感到痛楚。如果你有這些病徵就要儘快約見牙科醫生接受治療。另外，要確保

假牙托清潔，妥善護理它，並且不要戴上假牙托睡覺，以免牙托性口炎復發。

口臭

假如沒有徹底清潔假牙托，積聚在假牙托上的食物渣滓和污垢會造成口臭。另外，有研究指出晚上戴假牙托睡覺會影響口腔衛生，亦是造成口臭的重要原因之一。

蛀牙、牙周病

有些人以為鑲配了假牙便一了百了，牙齒不會再出現問題，但是如果疏忽假牙托的衛生，蛀牙和牙周病同樣會發生。若假牙托因護理不善而積聚細菌，被假牙托覆蓋的口腔部位例如牙齒的內側面、真牙與假牙托的鄰接面，便容易受影響，產生蛀牙和牙周病。因此，戴了假牙托後需確保假牙托的衛生，把假牙托刷得乾乾淨淨，使假牙托更耐用，而真牙亦得以保持健康。

護理假牙有方法

要讓假牙保持最佳狀態，是絕不能疏懶的。除了於每次進食後除下假牙托用清水沖洗，避免食物殘渣留在假牙底部外，於每晚睡覺前，應除下假牙托用以下方法把它徹底清潔，以免細菌在假牙托表面滋生。

徹底清潔假牙托

在洗手盆內注入適量的水或鋪上毛巾，避免不慎掉下假牙托時把它弄壞（見圖三）。如果不慎令假牙托碎裂，應儘量拾回所有碎裂部分，帶往見牙科醫生，尋求幫助。



圖三

1. 用軟毛牙刷揩些洗潔精徹底清潔假牙托的每一部份，然後用清水清洗乾淨（見圖四）。
2. 把清潔的假牙托放於清水中浸過夜，注意不要用熱水浸假牙，以免假牙變形（見圖五）。



圖四



圖五

護理假牙托知多少？

• 清潔假牙托不是用牙膏的嗎？

許多人以為清潔假牙托跟刷牙一樣，需要用牙膏和牙刷。其實，假牙托的表面十分光滑，細菌和污漬難以黏附在其上，因此只要輕輕一刷，所有污垢都會被刷去。牙膏多含有相對較粗糙的微粒，用牙膏刷假牙有可能會增加假牙托表面的磨損，因此清洗假牙托只宜用洗潔精類的非磨蝕性清潔劑，不應使用含有粗糙微粒的牙膏。

• 用洗潔精洗過的假牙托會不會對身體有害？

試想我們每天不是都會用洗潔精之類的清潔劑清洗用過的碗碟嗎？既然洗潔精可以用來清潔盛戴食物的碗碟，當然可以用來清洗假牙托了，不過每次清潔假牙托後要用清水把清潔液沖洗掉。此外，洗潔精不但到處購買得到，價錢還很便宜呢！

• 用假牙片清潔假牙托可以嗎？

市面售賣的假牙片，成分可能含有如鹼性過氧化物之類（alkaline peroxide）的化學物質，一般都不會對假牙托或身體造成損害。假牙片溶於水中會產生氣泡，這些氣泡有助清潔假牙托上的食物殘渣及牙菌膜，但並沒有實驗證明這些氣泡的清潔功效比用洗潔精洗刷強。假牙片的使用方法應參考產品包裝上的說明。



- 我記性差，怕會遺失除下的假牙托，清潔假牙托後把它戴回，可以嗎？

因為假牙托緊貼牙齦，若早晚不停地戴著，會令牙齦腫脹不適，更會引致口臭或牙托性口炎。因此，晚上應除下假牙托讓牙齦得以休息，你可以每天把假牙托放在固定的位置，習慣成自然，就不怕遺失假牙托了。

- 可否不把假牙托浸於清水中，放著一個晚上？

晚上或平日不需戴假牙托時，把它浸在清水中保持濕潤，這樣假牙托便不易變形。

除了徹底清潔假牙托外，每年檢查口腔同樣重要。由於口腔情況會隨著時間改變，假牙托亦可能會變得不合戴，因此需要每年讓牙科醫生評估你的口腔狀況，及讓他按情況為你調校或修改假牙托。

🦷 選擇假牙我有份

- 鑲配假牙作用大

不知道大家還有沒有印象，在八、九十年代的香港，有些有錢人張開口就金光閃閃，那時候口裡的金牙數目就是財富的象徵，配戴假牙除了有需要外，還用以裝飾和賣弄。不過現在已經很少人這樣做了。鑲配假牙主要是為了填補牙齒缺失的位置，以便恢復咀嚼功能，避免造成其他牙齒移位或咬合不正常，並改善因缺牙而引起的發音不準確等問題，更重要是可以恢復本來的面貌輪廓。假牙一般都可以發揮以上功能，但優劣之處各有不同。

• 假牙類型「逐格看」

很多長者也像李婆婆般配戴假牙托，它是「活動假牙」，即是可以隨意戴上或除下的假牙，而活動假牙可再分為全口假牙托或局部假牙托。除此之外，亦有長者配戴「固定假牙」，顧名思義它是牢固地鑲在口腔內的假牙，包括牙橋和植牙，要知道哪一種適合你，就先要了解它們的特性。

假牙托

傳統假牙托主要是「活動假牙」，用作代替口腔內失去的全部或部分牙齒。假牙托主要是利用口腔的肌肉和唾液的黏性把假牙托固定在頷骨上，令假牙托與口腔黏膜吸附一起。如只失去部份牙齒，假牙托則利用牙托底部伸延出來的金屬扣環，把假牙托固定在相鄰的牙齒上。

失去上或下頷全部牙齒（見圖六）

假牙托底部和假牙都可用膠物料丙烯聚合體製成，它的鑲配過程一般如下：

1. 牙科醫生會先檢查口腔狀況，然後印取一個粗略的牙槽骨模型，作為之後印出精細模型的基礎。
2. 牙科醫生根據口內活動時軟組織的狀況印取精細的牙模。



圖六

3. 牙科醫生會評估及用蠟製成的假牙托記錄合適的咬合位置。
4. 將假牙排列在用蠟製成的假牙托底部上，然後讓病人試戴，看看假牙的形狀、顏色和位置等是否適當。
5. 在牙科工場內把用蠟製成的假牙托底部轉成硬膠，把假牙牢牢地鑲在牙托上。
6. 按牙科醫生的指示覆診，讓他跟進情況及在需要時調校假牙托，直至假牙托完全合戴。

近年以植牙支撐的假牙托亦開始普遍。這是在頷骨內植入鈦植體，然後利用活動接合裝置把假牙托固定在鈦植體上，以增加它的穩固程度（參考第 102-104 頁植牙）。

失去部分牙齒（見圖七）



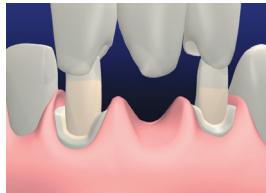
圖七

假牙托底部可用丙烯聚合體或鈷鉻合金製成，而假牙則同樣用丙烯聚合體製成，它的鑲配過程大致與全口假牙托相同，只是印取粗略牙模後，為防止假牙上下晃動，牙科醫生可能需要把缺牙位置兩側的牙齒磨去少許，用以裝置假牙托的金屬扣，以穩定假牙托的位置。

牙橋



圖八



圖九



圖十

當一至兩隻相鄰的牙齒因拔掉牙或其他情況缺失，而相鄰兩側的牙齒仍是健康牢固的，便可以鑲配牙橋來替代這些失去的牙齒（見圖八至圖十）。牙橋就像一道橋，用兩旁的牙齒作支撐，像橋的兩邊橋躉，以接合中間的假牙。牙冠部分可以由全金屬、瓷混合金屬或全瓷製成。

• 牙橋治療過程

1. 牙科醫生會先檢查牙齒狀況是否健康，缺牙位置鄰近的牙齒是否合適才決定做牙橋與否。
2. 把兩端用作固定牙橋的牙齒磨細成適合的形狀。
3. 印取上、下牙模及套取牙齒的咬合位置，套上臨時牙橋。
4. 在牙科工場鑄造牙橋。
5. 脫去臨時牙橋，鑲上固定的牙橋及作出調校。



以上只是一般的牙橋鑲配過程，有時候牙科醫生會按情況作出改動，假如缺牙位置鄰近只有一顆牙齒，那就只可以把牙橋固定在一顆牙齒上，製作「單端固定牙橋」（cantilever bridge）。有時候，為了減少對鄰牙的傷害，會使用「樹脂黏合式牙橋」（resin-bonded bridge），即是只把鄰牙內側的琺瑯質磨去少許，再使用複合樹脂把牙橋兩側經過處理的金屬片黏合在牙齒上，以固定牙橋。但這只適用於承受較小咬合力的位置例如門牙位置，好處是可減少對兩側牙齒的磨損，保留更多琺瑯質，但不是所有情況都適用，須按臨床診斷作決定。

植牙

植牙是一種填補缺失牙齒的方法，它是指把人體能接受的物料如鈦金屬植入缺牙位置的牙槽骨及頷骨內，作為人工牙根。待植體跟牙槽骨及頷骨結合後，植體就會成為支柱，支撐附於其上的人造牙冠、牙橋或假牙托。

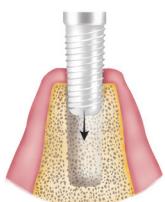
• 植牙一般程序

1. 詳細檢查

牙醫會詳細檢查口腔，及作 X 光檢查或上下頷骨橫切面電腦掃描等，以了解牙槽骨及頷骨的狀況，並根據病人的身體狀況，確定是否適合進行植牙。同時亦會評估植體植入牙槽骨和頷骨的位置及角度，以避免傷及鄰近重要的其他組織例如下頷神經線或上頷鼻竇。

2. 植體種植手術

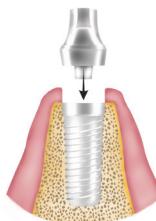
植體種植是一項小手術，一般可在局部麻醉下進行。傳統上，手術分兩次進行，於第一次手術時，先翻開牙齦，在牙槽骨預定的位置及角度鑽洞，然後嵌入植體，再把牙齦縫合（見圖十一及圖十二）。在3至6個月後，牙槽骨和植體會癒合，這時，就可進行第二次手術，打開或適量切除遮蓋植體的牙齦，露出植體的頂端，並在植體上套上牙齦癒合基臺，讓環繞着植體的牙齦癒合。



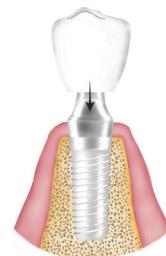
圖十一



圖十二



圖十三



圖十四

3. 鑲製假牙

當牙齦癒合後，可進行鑲製假牙。先移除植體上的牙齦癒合基臺，換上永久性基臺（見圖十三），然後再鑲配假牙例如牙套、牙橋、假牙托等（見圖十四）。

• 其他植牙方法

除了以上介紹的傳統植牙技術，隨着植體設計和種植技術系統的新發展，愈來愈多新的種植技術出現，主要縮短了整體所有過程所需的時間，亦可減少手術次數。不過，新



技術的成功率可能不及傳統植牙方法；此外，亦要視乎個別情況決定是否適合進行新的技術。以下是三種較普遍的新發展技術：

1. 一次性植體種植手術

傳統的方法是分兩次進行手術，但個別情況也可以用一次性手術進行。植體嵌入牙槽骨後，隨即安裝牙齦愈合基臺，無須隔 3 至 6 個月再進行另一次手術。

2. 即時（拔牙後）植體種植手術

於拔牙後，即時或在短時間內（數星期內）放入植體，好處是不單縮短整個療程所需時間，亦可減少手術的次數。但不是所有病人都適合用這個方法，例如被拔除的牙齒必須沒有受嚴重感染，要有足夠厚度的牙槽骨等，情況必須因應牙科醫生的臨床診斷，才能確定是否合適。

3. 即時負載植體種植手術

當嵌入植體後，立即裝上臨時或永久性假牙。最重要是必須確保植體嵌入後，能得足夠的支持，達到理想的穩定性，所以是否適合用這個方法，是須要按牙科醫生的臨床判斷作決定。

採用那一種植牙方法及治療程序，須視乎個別人士的身體及頷骨狀況、牙科醫生所接受過的專業訓練以及費用而定。你可先向你的牙科醫生查詢，然後作出選擇。

哪一種假牙適合我？

一副假牙會陪伴我們好些年日，到底該如何選擇這「老伴」？以下表列每種假牙的特性和優缺，以作參考。

	活動假牙托 (不包括以植體支撐 的假牙托)	牙橋	植牙
優點	<ul style="list-style-type: none">• 價錢較便宜• 不需要進行手術• 可適用於失去大部分或全口牙齒	<ul style="list-style-type: none">• 比活動假牙托穩固• 不需要進行手術• 比活動假牙托容易適應	<ul style="list-style-type: none">• 不需磨損鄰近牙齒• 因假牙由鈦金屬植體支撐，較穩固及有較強的附着力，能發揮較佳的咀嚼功能
缺點	<ul style="list-style-type: none">• 由於口腔情況隨著時間改變，假牙托會變得不合戴• 可承受的咬合力比較弱• 需要時間適應• 較容易積聚牙菌膜或食物殘渣，造成蛀牙、牙周病及牙托性口炎等	<ul style="list-style-type: none">• 適用於失去一顆或數顆相鄰的牙齒• 如鄰近牙齒健康情況不理想，便不適合鑲配• 假牙只由鄰近牙齒支撐，有可能因鄰牙蛀壞而須重新更換牙橋• 要磨細鄰近牙齒	<ul style="list-style-type: none">• 價錢比較昂貴• 需要接受手術• 不是每個人的身體狀況都適合接受植牙，如患嚴重糖尿病，又或患有血友病等影響伤口癒合或令凝血有問題的疾病，都可能不適合植牙；此外，吸煙會妨礙口腔伤口的癒合，因而影響植牙的成功機會
護理要點	<ul style="list-style-type: none">• 須除下假牙托清潔（詳細護理方法請參考第八章「護理口腔我有法」）	<ul style="list-style-type: none">• 須使用特效牙線清潔牙橋（詳細護理方法請參考第八章「護理口腔我有法」）	<ul style="list-style-type: none">• 獨立單顆假牙：像護理真牙般• 植牙支撐的牙橋：須使用特效牙線清潔• 植體支撐的假牙托：須以單頭牙刷清潔每顆露出的植體（詳細護理方法請參考第八章「護理口腔我有法」）

鑲配假牙除了要考慮假牙的優缺點外，個人口腔情況亦是其中一個考慮因素，例如缺失的牙齒少，當然就不需要做全口假牙托了；又如身體健康狀況不理想可能會影響牙槽骨與植體癒合的話，亦不宜進行植牙。此外，如果缺失牙齒的位置不同，使用的假牙物料也會不一樣。因此，鑲配假牙前必須找牙科醫生作評估，讓他提供可行的方案，然後再按你的實際情況選擇適合你的假牙。

由於鑲配假牙所費不菲，選擇牙科醫生時除了要找註冊牙科醫生外，亦應考慮其他方面，如牙科醫生的口碑、治療方法，使用的物料等。此外，選擇具備造假牙豐富經驗或擁有相關專科資格的牙科醫生亦有助確保假牙的質素。質素良好的假牙再加上適當的護理可以延長假牙的壽命，長遠而言可為我們省錢呢！

有些人認為既然牙齒早晚會掉光，乾脆把所有牙齒拔除，鑲配全口假牙，一了百了。這是一個極大的誤解，其實即使年紀大了，牙齒也可以保持齊全及健康。長者失去牙齒，多是因為患上牙周病，只要保養得宜，牙齒是可以用一生的。因此應儘量保留真牙，一旦失去牙齒而需要鑲配假牙，便應作好付上長時間適應的心理準備，並且學習妥善護理假牙。

總括而言，每個人的口腔情況不同，經濟能力各異，需要不一，要選擇合適的假牙，還須找具經驗的牙科醫生作仔細的診斷與評估，並分析各種方法的優缺點，最後作出最適合自己的決定。鑲配了假牙，也不能抱一勞永逸的心態，應注意保持口腔衛生，小心使用假牙，使它保持良好狀況。另外，要定期往見牙科醫生以作跟進，若發現假牙突然有問題，便應立刻找牙科醫生檢查。鑲配合適的假牙，加上護理妥當，假牙並非不中用，而是成為好幫手。

真牙 飽歷風霜時

崩牙與磨牙





65 歲的黃女士吃東西時常常感到左邊上排的牙齒突然刺痛，由於痛楚很快消失，她便不加以理會。久而久之，黃女士便習慣用右邊的牙齒吃東西和避免吃硬的食物。此外，每當她吃冷或甜酸食物時，會感到牙齒異常敏感。黃女士對著鏡子左看右看也找不出問題所在。一天，不幸的事情發生了。黃女士吃鳳爪排骨飯時，突然「咯咯」一聲，隨之而來是一陣劇痛，當她把口裡食物全吐出來時，發現有半顆牙齒混在其中，於是黃女士忍着痛立刻找牙科醫生求診。經診斷後，原來黃女士有一顆小白齒折斷，直達牙根，已無法挽救，需要拔除。牙科醫生又告訴黃女士，她的牙齒耗損情況頗為嚴重，牙冠磨至平頂，象牙質外露，推測黃女士有磨牙的習慣。不但如此，牙科醫生還發覺黃女士有幾顆牙齒出現破裂的現象，將來亦有折斷的危機。

牙科醫生詳細了解黃女士的飲食習慣後，發現黃女士因乘車時會暈車浪經常需要吃話梅止暈止吐，而導致牙齒酸蝕的機會大增。黃女士亦告訴牙科醫生自己有牙駁不適的徵狀。原來黃女士廿多年來飽歷風霜，丈夫因病早逝，家庭經濟重擔和教育兒女的責任全落在自己身上。牙科醫生推斷黃女士可能因心理壓力導致磨牙症，再加上不良的飲食習慣，她的牙齒便出現耗損及破裂的情況。



什麼是牙齒耗損？

牙齒耗損（tooth wear）是一種非因蛀牙或創傷引致的牙齒表面結構損毀，常見的徵狀包括牙齒表面凹陷或磨平。主要成因可歸納為下列四類，情況可以由單一或多個原因導致：

1. 牙齒磨損（abrasion）

牙齒磨損是外界物件與牙齒過度磨擦所引致，例如過度用力刷牙或刷毛過硬，以致近牙齦位置出現凹陷（見圖一）。牙齒磨損亦可能因為經常咀嚼過硬的食物所引致。



圖一

2. 牙齒磨耗（attrition）

牙齒磨耗是牙齒與牙齒過度磨擦所形成，例如有磨牙症，以致牙齒變得短平（見圖二）。



圖二

3. 牙齒酸蝕（acid erosion）

牙齒酸蝕是由於牙齒長期接觸酸性物質，例如頻密吃喝酸的食物或飲品、胃液倒流等，以致牙齒表面的礦物質被酸素溶解，日積月累下形成凹陷或變薄（見圖三）。



圖三

4. 牙齒崩碎（abfraction）

牙齒崩碎可能是由咬合壓力引起。因牙齒排列或咬合問題，令某些牙齒容易過分受壓，使較脆弱的部分崩碎，如近牙齦邊緣的牙質崩碎。

牙齒耗損怎麼辦？

請詢問牙科醫生意見，牙科醫生會助你找出牙齒耗損的原因，並按臨床情況提出適當的建議，及早預防，例如改變飲食習慣或改善刷牙方法。

預防牙齒耗損有辦法！

預防勝於治療，牙齒耗損是可以避免的！要保護牙齒表層免受損耗，就要懂得預防之道：

1. 避免過分用力刷牙，應選用刷毛較軟的牙刷。
2. 避免使用高磨蝕性的牙膏刷牙，如去漬牙膏。
3. 避免經常咀嚼過硬的食物。
4. 避免頻密進食高酸性的食物，如酸蕎頭、話梅、檸檬、西柚、醃菜等。
5. 避免頻密飲用高酸性的飲品，如果汁、汽水、補充體力飲品、醋、紅酒、白酒等。
6. 應儘量留待正餐時才享用酸的食物和飲品，亦應避免長時間在口中含着酸性的飲品或食物，可使用飲管以減少牙齒與酸性飲品接觸的時間。
7. 品嚐酸性的食物或飲品後，不要立即刷牙，應至少等三十分鐘，待唾液中和口腔酸素及再補充牙齒表面流失的礦物質。
8. 若有胃酸倒流的情況，應找醫生治療。
9. 如有磨牙的現象，要注意舒緩壓力，包括有充足的睡眠及適量的運動。如有疑問，應請教牙科醫生自己是否有咬合不正的問題，並加以糾正。



牙齒破裂（裂牙）是什麼一回事？

原來，牙齒曾受過度的撞擊或壓力，便可能產生裂紋。咀嚼食物的壓力足以令牙齒裂紋張開，引致牙髓神經受刺激，產生敏感和痛楚感覺。不過，當停止咀嚼或用其他位置咀嚼時，痛楚便會消失。在初期階段，這種情況是偶發性的。隨著裂紋加深，牙齒可能會持續疼痛，同時牙齒亦會變得脆弱，牙齒某部分可能崩裂，或整顆牙齒爆裂。若牙齒破裂情況嚴重，如牙齒垂直破裂，直達牙根，便須把牙齒拔除。

牙齒破裂的常見原因是甚麼？

導致牙齒破裂的因素很多，常見的包括：

1. 經常咀嚼堅硬的食物，或咀嚼時發生意外，如突然咬到骨頭之類
2. 牙齒排列或咬合問題令某些牙齒容易過分受壓
3. 牙齒結構脆弱，如有大體積的補牙或嚴重的牙齒耗損
4. 意外碰撞，例如跌倒、車禍或運動創傷
5. 牙齒接受過牙髓治療（杜牙根），變得容易破裂
6. 嚙牙症
7. 磨牙症



牙齒碰傷：

如果不小心跌倒或碰撞而致牙齒受傷而折斷，便該找回折斷的部分，然後立即到牙科診所，讓牙科醫生為你詳細檢查。牙科醫生會按需要為你治療碰傷了的牙齒。

如果恆齒整顆飛脫，應該馬上拾回牙齒，拾起時注意只拿著牙冠部分，用半杯清水或鮮奶輕輕沖去牙根的表面污物，千萬不要洗刷它。可參考鄰牙的形狀及排列，把飛脫的牙齒放回牙槽窩內。然後要輕輕咬合，以固定牙齒的位置。如果不知道如何把牙齒放回牙槽窩，請把牙齒放入鮮奶或自己的口水內，要確保整顆牙齒都給浸蓋著，並立即往見牙科醫生。愈快接受治療，救回牙齒的機會就愈大。

認識牙齒破裂的成因有助我們及早作出預防，減低形成牙齒破裂的機會。

預防牙齒破裂小貼士

1. 避免經常咀嚼過硬食物，如硬殼果、硬糖果、冰粒、骨頭、硬殼類食物等。
2. 小心食物夾雜碎骨（如排骨）或砂石，因此應慢慢咀嚼，不要急促。

3. 運用左右兩邊牙齒咀嚼食物，避免某些牙齒長期過分受壓。
4. 保持充足睡眠及適量運動，舒緩緊張的生活壓力以減少磨牙情況。
5. 如果懷疑牙齒破裂，應儘快往見牙科醫生檢查牙齒，牙科醫生會按牙齒受創的程度給予相應治療。

磨牙症

怎樣知道自己有沒有磨牙習慣？

任何年齡人士都有機會出現磨牙的情況。由於磨牙的情況通常在熟睡時發生，因此有磨牙習慣的人，自己是難以察覺得到的，往往要由家人告訴自己或出現病徵和病狀如牙骹感到痛楚時才知悉。如果你起床時有頭痛、背痛、或頸背痛情況、又或者感到面部肌肉有觸痛及牙骹不適，如開合困難、又發現牙齒出現異常磨蝕，那麼你可能有磨牙的習慣了，應儘快找牙科醫生檢查和跟進。

如果長時間有磨牙的習慣，琺瑯質會磨蝕，導致象牙質外露，造成牙齒敏感。磨牙時所產生的壓力會令牙齒破裂或崩裂、破壞牙齒上的補牙物料，同時，牙骹亦有機會因磨牙而受損，導致痛楚及開合困難。

磨牙是多種因素導致的，其中以心理因素為主，如心理壓力或精神緊張等，睡眠出現問題也會導致磨牙情況。

要根治磨牙，便需找出原因。如果磨牙的情況嚴重，應儘快見牙科醫生，他會因應需要提供合適的處理方法。牙科醫生一般會為患者配製護牙膠托，避免牙齒繼續受磨損。如果

心理壓力是磨牙的主因，患者便應保持心境開朗，學習如何放鬆心情和處理壓力，改善睡眠的質素都能有效減少磨牙情況。

話你知：

心理壓力大或精神緊張除了導致磨牙外，還會令人經常不自覺地咬緊牙關。如果患者有長期咬緊牙關的習慣，牙齒會嚴重耗損，漸漸咀嚼肌肉會出現疼痛徵狀，患者亦可能感到牙骹痛楚等。在保護牙齒方面主要是配戴護牙膠托，避免牙齒繼續受損。



上述個案的黃女士得悉自己牙齒的情況之後，已接受牙科醫生的建議避免咀嚼酸性及過硬的食物，睡覺時亦戴上「護牙膠托」，以免牙齒繼續受磨損。黃女士的一對兒女十分孝順，經常陪伴黃女士出外遊玩散心和鼓勵黃女士積極參與社區中心的長者活動。黃女士擴大了社交圈子，人亦活躍起來，心情輕鬆開朗令她睡眠質素亦得到改善，漸漸牙骹痛的情況亦消失了。由此可見，身心健康與口腔健康是息息相關的。（欲知口腔健康與身體健康如何互相影響，可參閱第九章「息息相關」。）

黃女士的個案正好帶出了世界衛生組織對健康的定義，「健康是生理、心理及社交生活三個方面全部良好的一種狀況，不僅僅是沒有生病或者體質健壯」。

護理口腔

我有法

第八章



護理口腔我有法

「眼矇耳聾牙鬆動」，年紀大果真機器壞？世事無絕對，其實只要保養得宜，就可延緩身體機能退化的速度，牙齒問題是其中一例！牙周病是成長者掉牙的原因之一，不過，只要注重口腔護理，並定期往見牙科醫生檢查口腔，「牙齒伴隨你一生」就絕非痴人說夢話了！

「護理口腔」第一步，是要認識及懂得如何選擇口腔護理用品。其次是早晚以正確方法刷牙，並於每天使用牙線或牙縫刷清潔牙齒鄰面，清除積聚在真牙表面和牙齦邊緣的牙菌膜，確保真牙齒及牙周組織健康。

第三，戴假牙人士每晚都要徹底清潔固定假牙和假牙托，避免假牙滋生細菌，影響口腔健康。最後是有植牙的人士，除了要以一般護理假牙的方法清潔由植牙支撐的假牙之外，（請參考本章第 130 至 131 頁特效牙線及第六章「假牙面面觀」），還須每晚清潔植體邊緣，以保持圍繞植體的牙齦健康。（請參考本章第 122 頁，單頭牙刷。）

至於刷牙的次數，一般人士早晚刷牙各一次已經足夠，戴假牙人士則可因應個別口腔情況於餐後額外清潔牙齒一次。

至於應否使用漱口水護理口腔，其實只要每天早晚都用含氟化物牙膏刷牙及用牙線或牙縫刷徹底清潔牙齒，一般人都無需使用漱口水。有特殊需要想用漱口水的人士，應先徵詢牙科醫生的意見後才按情況決定使用與否。



口腔護理用品透視

🦷 牙刷

圖一

牙刷大檢閱：

1. 普通牙刷
2. 電動牙刷
3. 單頭牙刷
4. 牙縫刷
5. 易握牙刷及輔助器具



1. 普通牙刷

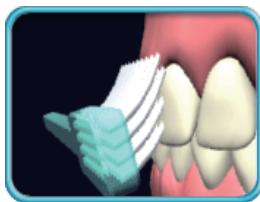
長者朋友可根據自己的口腔大小選擇合適的牙刷，選擇要點是刷頭能深入口腔，清除每顆牙齒表面的牙菌膜；此外，刷毛的質地必須柔軟，以免弄傷牙齦而導致牙齦加快萎縮！

一般來說，成年人用的牙刷，刷頭長度跟港幣一元的直徑差不多就可以了（見圖一）。至於刷頭的形狀，無論是方形或是鑽石形，刷毛的排列，無論是平整形、波浪形、V形還是全接觸形，都能清潔牙齒。而刷柄的設計，則無論是曲是直、是有彈性又或是防滑，都無礙清潔牙齒。其實刷牙乾淨與否，關鍵在於刷牙方法是否正確！

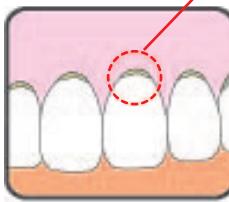
刷得頭頭是道 原則

刷牙目的是要把每顆牙齒刷得乾淨而不傷及牙齒和牙齦，要達到這目的，刷牙時就要：

- 把刷毛斜放在牙齦邊緣（見圖二），以便清除積聚在牙齦溝內的牙菌膜（見圖三）。
- 輕力並細幅度（以兩三顆牙齒為一組）地刷。
- 有次序地由一邊刷到另一邊，以免遺漏任何一顆牙齒。

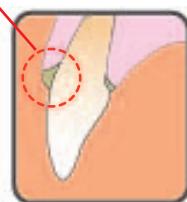


圖二



圖三

牙齦邊緣的牙齦溝
積聚牙菌膜



刷牙方法

- i. 先刷上、下排牙的外側面，把刷毛斜放在牙齦邊緣，以兩至三顆牙齒為一組，把牙刷於每組牙面以適中力度來回刷約十次，從面頰的一邊刷到另一邊（見圖四）；
- ii. 然後以同樣方法刷牙齒的內側面（見圖五）；
- iii. 刷門牙內側面時，要把牙刷豎直放置，以刷頭末端的刷毛從牙齦向外刷（見圖六）；
- iv. 最後，把牙刷平放在臼齒凹凸的咀嚼面上前後移動，清潔咀嚼面（見圖七）。



圖四



圖五



圖六



圖七

話你知

- 即使掌握到刷牙技巧，還須配以合適的牙刷牙膏才能得到最好的潔齒效果。
- 下排臼齒的內側面和參差不齊的牙齒，都是刷毛較難全面觸及的。使用細頭牙刷或單頭牙刷就能解決這問題。
- 如果刷到某些部位就想嘔吐的人士，可改用細頭牙刷以改善這種情況。
- 牙齦發炎或使用硬毛牙刷刷牙都會導致牙齦出血。使用軟毛牙刷清除積聚在靠近發炎部位的牙菌膜，牙齦就會日漸回復健康。

- 刷咀嚼面時，要刷到位於整排牙齒末端的臼齒。
- 刷牙只能清潔牙齒外露的表面，要清除牙齒鄰面的牙菌膜，要視乎牙齒情況適當地使用牙線或牙縫刷。

2. 電動牙刷

市面上的電動牙刷五花八門，有每束刷毛獨立自動旋轉的，也有刷頭左右前後擺動的，更有整個刷頭順逆時鐘方向轉動的。

電動牙刷特別適合手部欠靈活人士（例如曾經中風，殘疾人士等）。但要注意，電動牙刷轉速快，一旦使用不當便容易傷及牙齒和牙齦。因此，使用電動牙刷前應徵詢牙科醫生意見，以取得理想的清潔效果。

刷得頭頭是道

原則

- 要把刷頭覆蓋整個牙面。
- 清潔牙齒時，只需把電動牙刷放在牙面，讓刷頭自然轉動，不要刻意來回移動牙刷。

刷牙方法

- i. 把刷頭完全覆蓋要清潔的牙面，停留一至兩秒，就足以清除牙菌膜，切勿刷得過度用力或過久，令牙齒表面磨蝕（牙齒耗損見第七章「真牙飽歷風霜時」第 109 至第 110 頁）；
- ii. 刷牙時，要把刷頭逐一放在牙面，有次序地由一邊刷到另一邊；

iii. 先刷上、下排牙齒的外側面，然後刷內側面，最後是咀嚼面。

3. 單頭牙刷

單頭牙刷是刷頭細小的牙刷（見圖八），它適用於排列疏落的牙齒、潤牙縫兩旁的牙面和普通牙刷難以刷到的地方，例如排列不整齊的牙齒和位於上下頷骨末端牙齒的背面；此外，它也可用作清潔口腔內植體的外露部分（見圖九）。若未能購買單頭牙刷，折衷辦法是使用改裝的兒童牙刷。用鉗把兒童牙刷部分刷毛拔走，改裝成單頭牙刷（見圖十，圖十一），這樣也可以達到使用單頭牙刷的效果。



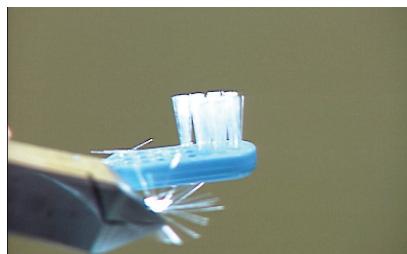
圖八



圖九



圖十



圖十一



刷得頭頭是道 刷牙方法

- i. 刷單顆牙齒時，把刷毛放在牙面並貼近牙齦邊緣，圍繞牙齒細心地刷；
- ii. 刷植體時，要沿着植體觸及牙齦的部分清潔，以保持植體四周的牙齦健康。

4. 牙縫刷

牙縫刷的外形仿似小型的奶瓶刷（見圖十二），它是用以清潔潤牙縫兩側的牙齒鄰面。潤牙縫一般是因患上牙周病導致牙齦萎縮而形成的，牙縫刷有助清潔這些潤牙縫，保持牙齦健康。



圖十二

刷得頭頭是道 原則

- 牙縫刷的刷頭要大小得宜，不要過大或過細。把牙縫刷放入牙縫時，以容易放入，感覺沒有虛位且不覺有大阻力為最適合。
- 如果口內有大小不同的牙縫，就要選配大小不同的牙縫刷清潔。
- 切勿把牙縫刷強行塞進牙縫，以免傷及牙齦。

圖十三



使用方法

- i. 把刷頭放在牙縫貼近牙齦的位置（見圖十三），然後輕輕插入牙縫；
- ii. 接着，把牙縫刷分別靠向左邊及右邊牙齒鄰面，同時前後移動牙縫刷兩三次；
- iii. 最後把牙縫刷小心地拉出；
- iv. 以同樣方法清潔其餘牙縫。

話你知

- 從牙縫插入或拉出牙縫刷時切勿過度用力，以免弄傷牙齦或弄斷牙縫刷。
- 使用牙縫刷後，可把牙縫刷沖洗乾淨及晾乾，留待下次使用。
- 如發現牙縫刷刷毛受損或變形，便應更換新的使用。

5. 易握牙刷及輔助器具

圖十四



加大握柄及有防滑設計的牙刷讓長者抓握更輕易。除了現時市面上的易握牙刷可供選擇外，長者亦可將現有的牙刷握柄加以改良，如加大手柄或捆上布帶，讓一些患有手部關節痛、抓握能力不足或手部功能欠靈活的人士較容易操控牙刷（見圖十四）。



🦷 牙膏

牙膏的主要作用是幫助清潔牙齒，其功效要視乎它所含的主要成分而定。為配合個別口腔狀況及需要，選購牙膏前可先徵詢牙科醫生的意見。

1. 含氟化物牙膏

在香港市面上買到的牙膏一般都含有氟化鈉 (sodium fluoride)、單氟磷酸鈉 (monofluorophosphate) 或氟化亞錫 (stannous fluoride) 等氟化物，其含量大約是 1,000 ppm (百萬份之一千)。

氟化物能有效預防蛀牙。它最大的功效是減少礦物質從牙齒表面流失，並可促進礦物質回流牙齒，鞏固牙齒，加強抵抗細菌產生的酸素之侵害。此外，氟化物亦能幫助抑制牙菌膜滋長，削弱細菌產生酸素的能力。

2. 防敏感牙膏

牙齒的象牙質可因牙根被刷蝕、牙齦萎縮等不同原故而外露，導致牙齒對冷熱敏感。防敏感牙膏能舒緩牙齒敏感的症狀。

不同品牌的防敏感牙膏所含的主要成分不盡相同，作用及使用方法亦有異，例如：

精胺酸 (arginine-calcium carbonate)、諾華敏 (novamin) 等能幫助封閉象牙質外露的微細管道，及促進礦物質回流牙齒，從而阻隔外來刺激對牙齒的影響；硝酸鉀 (potassium nitrate)、檸檬酸鉀 (potassium citrate) 則有助降低象牙

質管道內神經組織的敏感程度，從而減輕疼痛感覺。

由於導致牙齒敏感的原因多種多樣，如果長者朋友有牙齒敏感，應先往見牙科醫生作詳細檢查，確定牙齒敏感的原因才對症下藥，以免延誤病情。（有關「牙齒敏感」及「牙齒破裂」，見第一章「痛起來要命—牙痛慘過大病」第 24 至第 25 頁）及見第七章「真牙飽歷風霜時」第 109 至 111 頁。）

3. 防牙石牙膏

這類牙膏主要成分有焦磷酸（pyrophosphate）或檸檬酸鋅（zinc citrate），據稱能阻礙牙菌膜鈣化，從而減低牙石形成的速度。

4. 防牙菌膜牙膏

防牙菌膜牙膏主要含三氯沙（triclosan）、檸檬酸鋅（zinc citrate）等成分。這類牙膏可抑制牙菌膜的滋長和積聚，三氯沙和鋅亦能阻礙糖分的吸收和新陳代謝，並可緩和導致牙周病的細菌所產生的毒性，達致減低患口腔疾病的機會。

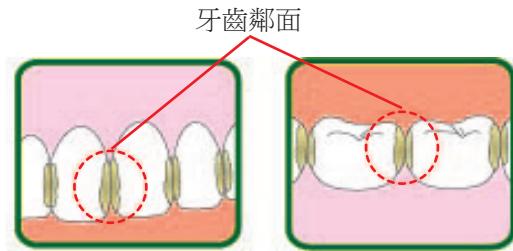
5. 美白牙膏

這類牙膏含粗糙的微粒，能幫助磨除附在牙齒表面的牙漬，達致牙齒潔白的效果。不過，如果長期使用這些牙膏，牙齒表面就可能會因受磨損而變得粗糙，致使污漬更易積聚在牙齒表面。

🦷 牙線

1. 普通牙線

牙線是用以清除牙齒鄰面（圖十五）的牙菌膜的，只要使用方法正確，任何一款牙線其實都可以有效地清潔牙齒鄰面。



圖十五

用得頭頭是道

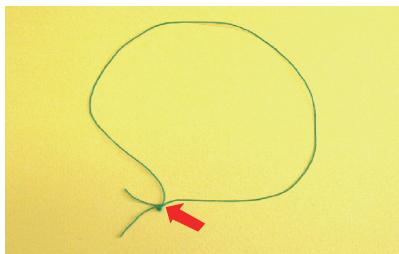
原則

- 不傷及牙齦
- 把牙線滑進牙縫時，拉動牙線的方向要與牙縫平行
- 切忌把牙線強行「攝」過牙齒的接觸點
- 清潔牙齒鄰面時，要把牙線緊貼牙齒鄰面，並拉到牙齦溝最深的位置，然後上下拉動
- 清潔完一邊牙齒鄰面後，不用把牙線移離牙縫，只要把牙線緊貼另一邊相鄰的牙面，重複上下拉動的動作

使用方法

i.a. 結圈法：

首先取約 20-25 厘米長的牙線，把牙線兩端對齊，在同一位置打三個結，使它成為一個牢固的圈（見圖十六）。用雙手拇指及食指控制一段約 2 厘米長的牙線，其他手指把牙線圈拉緊（見圖十七）。



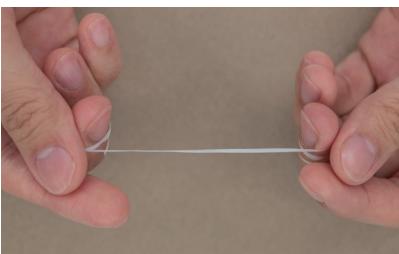
圖十六



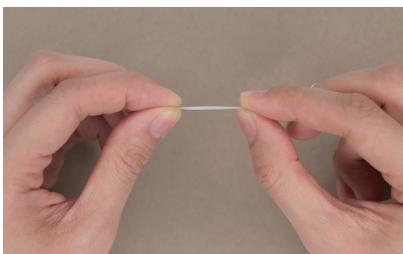
圖十七

i.b. 繞指法：

拉出一條約 30 至 45 厘米長的牙線，把它的兩端分別繞在雙手中指上，中指之間留約 6 厘米長的牙線（見圖十八）。用雙手大拇指和食指控制這段 6 厘米長的牙線，左、右手的指頭之間牙線長約 2 厘米（見圖十九）。



圖十八



圖十九

ii. 無論是結圈法或繞指法，使用牙線時都是把牙線拉緊，並前後拉動，慢慢地讓它滑進牙縫內（見圖二十）。

iii. 接着，把牙線緊貼一邊牙齒鄰面成「C」字形，並拉到牙齦溝最深的位置，然後沿着鄰面上下拉動牙線，清潔這鄰面（見圖二十一）。再把牙線緊貼另一邊鄰面重複以上動作（見圖二十二）。



圖二十



圖二十一



圖二十二

iv. 清潔完這組牙齒鄰面後，把牙線前後拉動，同時慢慢地滑出牙縫，換另一截乾淨的牙線，繼續清潔下一組牙齒鄰面，直至所有牙齒鄰面都清潔為止。

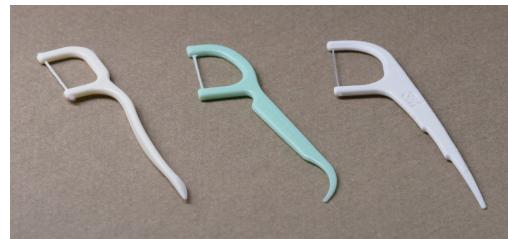
話你知

- 初用牙線時可能有牙齦流血的現象，這是由於牙齒鄰面長期積聚牙菌膜導致牙齦發炎所致。只要每天用牙刷和牙線把牙齒細心清潔乾淨，牙齦一般會在幾天後就回復健康。
- 由於操控牙線的手指頭距離越遠，就越難操控牙線，因此應縮短距離至約 2 厘米，並拉緊牙線，情況就會改善。
- 把操控牙線的手指都伸進口腔內，就較易清潔口腔內較後位置的牙齒。
- 正確地使用牙線是不會弄傷牙齦的。使用牙線時，把牙線慢慢地「滑」進牙縫，緊貼其中一邊牙齒鄰面，由牙齦溝最深的位置開始，輕輕地上下拉動牙線，這樣就不會弄傷牙齦。

- 牙線難以「滑」進牙縫可能是因牙石積聚所致，只要讓牙科醫生把牙石清除，情況就會改善。牙石清除後，切記每天刷牙和使用牙線清潔牙齒，以免牙石再度積聚。
- 用過的牙線其實都已沾滿細菌，因此每次該用新的牙線清潔牙齒鄰面。

2. 牙線棒

如果控制牙線有困難，或者護老者為方便清潔長者口腔，可以使用牙線棒（見圖二十三）清潔牙齒鄰面。



圖二十三

用得頭頭是道 原則

- 與普通牙線的使用原則相同

使用方法

- i. 無論是牙線或是牙線棒，使用時都是把牙線前後拉動，慢慢地讓它滑進牙縫內。接着，把牙線緊貼一邊牙齒鄰面成「C」字形，並拉到牙齦溝最深的位置，然後沿着鄰面上下拉動牙線，清潔這鄰面。再把牙線緊貼另一邊鄰面重複以上動作。

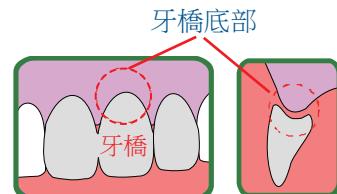
ii. 清潔完一組牙齒鄰面後，把牙線前後拉動，同時慢慢地滑出牙縫，把牙線用水沖洗乾淨後，繼續清潔下一組牙齒鄰面，直至所有牙齒鄰面都清潔完為止。

3. 特效牙線

特效牙線分為較硬部分、纖維部分和普通牙線部分。（見圖二十四）特效牙線可用作清潔牙橋（包括鑲在植體上的牙橋）底部及與牙橋相連的真牙，幫助保持口腔衛生。牙橋是一種固定假牙，刷牙時，牙刷只可以刷到牙橋的外露部分，卻未能清潔牙橋底部與相關牙齦之間的一道小縫隙（見圖二十五）。如果讓細菌積藏在這道縫隙，牙齦就會發炎發臭，造成牙周病。



圖二十四



圖二十五

用得頭頭是道 原則

- 用纖維部分清潔牙橋底部
- 要著重清潔牙橋與真牙連接的部分

使用方法

- i. 以特效牙線較硬的部分穿入牙橋與牙齒之間的縫隙（見圖二十六），把牙線繼續拉入直至纖維部分到達牙橋位置；
- ii. 把纖維部分緊貼真牙，並上下拉動以清潔牙齒鄰面；
- iii. 然後把纖維部分緊貼牙橋底部，並橫向來回拉動幾次以清潔這縫隙（見圖二十七）；
- iv. 把纖維部分移至牙橋另一端的真牙，重複步驟 2；
- v. 最後把牙線從牙縫慢慢拉出；
- vi. 至於普通牙線部分，可用以清潔其餘真牙的鄰面。



圖二十六



圖二十七



話你知

- 如果牙橋底部的縫隙較闊，牙橋邊旁的部分就可以用牙縫刷清潔，牙橋底部則仍可用特效牙線清潔。
- 如果口腔內的牙橋是由植體支撐，植體之間的縫隙可用特效牙線或牙縫刷清潔（見圖二十八）。



圖二十八

🦷 漱口水

漱口水的作用全視乎其所含成分而定。漱口水有預防蛀牙的、有預防牙周病的，亦有減低牙齒敏感程度的，為配合個別口腔狀況及需要，選購前可先徵詢牙科醫生的意見。

1. 含氟化物漱口水

大多數含氟化物漱口水均含 0.05% 氟化鈉 (sodium fluoride)。有研究顯示，它能為有需要者，例如容易患蛀

牙或患有嚴重蛀牙的人士、配戴矯齒器或接受過放射治療的人士，提供額外的氟化物保護牙齒，防止蛀牙，但使用漱口水不能代替刷牙。

2. 具殺菌功效的漱口水

這種漱口水適合剛接受口腔手術或患嚴重牙周病的人士，在牙科醫生指導下使用。它主要含葡萄糖酸氯己定（chlorhexidine gluconate），能殺死細菌，有效抑制牙菌膜滋長，防止牙周病。不過，長期使用會令牙齒表面容易沈澱牙漬及影響味覺。因此，使用前應先徵詢牙科醫生的意見，並在其指導下使用。

3. 防牙菌膜漱口水

這種漱口水能抑制細菌的活動，適合在口腔清潔方面需要使用漱口水作輔助的人士在牙科醫生指導下使用。它的主要成分有百里酚（thymol）、西吡氯銨（cetylpyridium chloride）或三氯沙（triclosan）等。

4. 防敏感漱口水

防敏感漱口水只適合患有牙齒敏感的人士使用。這種漱口水的主要化學成分如硝酸鉀（potassium nitrate）有助降低管道內神經組織的敏感程度，從而減輕疼痛感覺。使用前應先徵詢牙科醫生的意見，看看是否有此需要，並在其指導下使用。



🦷 假牙片

牙菌膜可黏附在假牙托表面，影響口腔衛生，因此應每晚用牙刷及適量洗潔精徹底清潔假牙托每部分，並可定期輔以假牙片溶液浸泡，用時須按假牙片包裝說明使用。假牙片含有鹼性過氧化物類（alkaline peroxide），當假牙片溶於水裏就會產生氣泡，這些氣泡有助清除那些經洗刷後仍殘留在假牙托上的食物殘渣及牙菌膜。

護老者 知取捨

無論長者是剩下幾顆牙齒抑或全口無牙，護老者都應為他們刷牙和清潔牙縫，保持口腔衛生。

護齒頭頭是道 原則

- 護老者在護理每位長者之前和之後都要洗手，護理時更要戴上新的手套。
- 要為長者鋪上毛巾或膠墊，避免弄濕長者的衣服。
- 為長者取出假牙托時，要撥開長者兩邊面頰以增加口腔的空間，同時要轉動假牙托，避免金屬鈎傷及口腔軟組織。
- 如果長者口腔內有傷口或異常現象，就要儘快帶長者見牙科醫生。
- 為長者刷牙前，要先抹掉積藏在口腔內的食物渣滓。

- 為臥床長者清潔時，要用枕頭墊高他們的上半身，或同時用吸痰儀器吸走口腔內積聚的唾液，以免他們嗆着。
- 不可勉強把牙刷放進他們的口裏去，以免他們嗆着。
- 為長者清潔牙齒的方法跟一般的清潔牙齒方法相同。
- 清潔近舌頭或上顎的牙面時，潔具（例如牙刷、紗布）或會觸及長者咽喉的敏感部位，引發長者出現嘔吐反應。
- 如長者想用鹽水漱口，要向他說明可用鹽水漱口，不過不能以此替代刷牙。
- 長者的嘴角縐紋如果太深，就會形成一道沿嘴角延伸至下巴的縐摺。由於這些縐摺易於積藏口水或餸汁，故此護老者應於長者進食後用濕毛巾或濕棉花棒為他們清潔並抹乾這部位，以免這部位因藏污納垢而發炎。

清潔口腔

1. 照顧清醒但手部不靈活的長者

為清醒的長者清潔口腔前，要告訴長者如果他感到不適可向你舉手示意，讓長者漱口並稍為休息後才繼續為他清潔口腔。

有牙齒的長者

每天早晚都應替有牙齒的長者清潔牙齒。

預備物資：

刷牙	牙刷、含氟化物牙膏、漱口杯、開水、盆、毛巾或膠墊、膠手套、甘油和棉花棒（為口唇乾燥的長者塗抹唇部）
清潔牙縫	牙線叉、牙縫刷、單頭牙刷

程序：

- i. 坐在長者面前，把他的假牙托除下，檢查他口內有沒有傷口或異常現象；
- ii. 刷牙時，用手托著長者的下頷以穩定他的頭部；
- iii. 如果長者失去部分牙齒，可用單頭牙刷圍繞着剩餘牙齒貼近牙齦邊緣的位置清潔；
- iv. 刷牙後，可用牙線叉和牙縫刷為長者分別清潔窄和闊的牙縫；
- v. 晚上，要用清潔液（例如洗潔精）和牙刷清潔假牙托，隨後把假牙托放在開水中浸過夜，並於翌日早上為長者戴回假牙托；
- vi. 護理完畢，要清洗乾淨各用具。

沒有牙齒的長者

每天晚上都要替長者抹口腔一次。

預備物資：

可以鎖緊物件的鉗子、紗布、杯、開水。



圖二十九

程序：

- i. 用鉗子把一片紗布夾好，然後鎖上（見圖二十九）；
- ii. 把紗布蘸上開水，擠出多餘水分，然後放入長者口中；
- iii. 先抹面頰，然後是上排牙齦、下排牙齦、上顎、舌面、舌底，最後到咀唇。每個位置最少抹兩次，每次要換一塊乾淨的紗布。

2. 照顧吞嚥有問題的、不能合作的、不清醒的長者

照顧這些長者時不可用牙膏，只需用基本方法刷牙和用牙線叉、牙縫刷或單頭牙刷為他們清潔牙縫就可以了。此外，由於不能讓這些長者漱口，因此在刷牙後要把他們的牙齒和沒有牙齒的部位都抹乾淨。如果他們沒有牙齒，只用濕紗布為他們抹口腔就可以了。

息息相關





張婆婆勞碌一生，年輕時省吃儉用，現在好不容易子女長大了，最大的希望就是自己和老伴身體健康，看著孫子孫女成長，好享兒孫福。於是，張婆婆每天拉著老伴到公園要太極，不時又會買些什麼護心寶、藍莓素、維他命丸等補充劑服用，期望保持身體健康。

可是，儘管張婆婆出盡法寶，老伴張伯的健康還是令她十分擔憂。因為張伯吸煙多年，總是戒不掉，加上他患了糖尿病好幾年，而血糖一直未受控制。

最近，張伯發覺牙齒變得鬆動，張婆婆便陪他往見牙科醫生。牙科醫生的診斷是張伯因吸煙及口腔護理欠佳，得了嚴重的牙周病。此外，牙周病控制不善也可能是導致他血糖難以控制的原因。

牙科醫生叮囑張伯：口腔健康不單影響糖尿病，更可能引發其它身體疾病，口腔健康與身體健康是息息相關的！

牙周病與其他疾病

牙周病是長者常有的口腔疾病，是由於積聚在牙齦邊緣的牙菌膜分泌毒素令牙齒周圍組織發炎所引致的。很多人以為它只是口腔疾病，不會對身體構成威脅，但其實牙周病與其他身體疾病有著密切的關係。它除了會危害牙齒本身，在嚴重的情況下甚至會影響其他器官的功能。





糖尿病

近年有研究顯示糖尿病與牙周病是相互影響的。對於血糖控制不如理想的糖尿病患者而言，糖尿病有可能令牙周病變得較嚴重。另一方面，這類患者亦可能像張伯般因牙周病控制不善而令血糖更較難受控。

因此，患上糖尿病除了要好好控制血糖和節制飲食外，還要妥善護理口腔，避免患上牙周病以致影響糖尿病的治療。定期找牙科醫生作口腔檢查，如果已證實患有牙周病，那便要同時把牙周病治好。以下事項是糖尿病患者必須注意的：

- 糖尿病與牙周病是密切相關的，患上糖尿病後，你必須把病情變化和所服用的藥物告知牙科醫生；若糖尿病患者患上牙周病，牙周病情況可能會迅速惡化，易演變成嚴重的牙周病。因此，患者宜定期找牙科醫生作口腔檢查以診斷口腔狀況，並接受適當的口腔護理指導，及必需的治療和跟進。
- 由於身體的抵抗力減弱，容易造成真菌感染，如果有戴假牙托，必須每天徹底清潔假牙托及不要戴著假牙托睡覺以確保假牙托的衛生。
- 由於糖尿病會影響傷口的癒合，患者如果需要接受牙科手術如拔牙，除了要告訴牙科醫生糖尿病的情況外，手術前後亦需嚴格控制血糖，以幫助傷口癒合。

- 部分糖尿病患者沒有明顯的徵狀，往往延誤至併發症出現後才發覺。因此，若你患上牙周病一段頗長時間，經過口腔護理和治療後，仍未有明顯改善，你可以嘗試檢查血糖水平，看看自己是否患上糖尿病，以便接受適切的治療。
- 吸煙會增加患上嚴重牙周病的機會，以至影響糖尿病的血糖控制，因此請勿吸煙。

心血管病（包括中風、冠心病）

研究報告發現，牙周病和心血管病息息相關。有研究把牙周病和心血管病的危險因素作對照，發現它們有很多共同的危險因素，如年齡、受教育程度、性別、糖尿病、高血壓、吸煙和壓力等等。此外，牙周病是引致牙齒脫落的主要原因，而研究亦發現失去牙齒的數目與中風的機會有關連。如此看來，牙周病和心血管病之間有著密切的關係。可是，要了解兩者之間是否存在任何因果關係，則尚待進一步的研究。但無論如何，現時最有效的保健方法，必然是實踐健康的生活模式，包括遠離煙酒、經常運動、飲食均衡、保持個人（包括口腔）衛生及作息定時。

呼吸道疾病

有文獻指出在居於院舍的長者身上，惡劣的口腔衛生與呼吸道疾病是相關的。失去獨立活動能力的長者，其口腔衛生容



易變得惡劣，患上慢性阻塞性肺疾病、支氣管炎、肺氣腫及吸入性肺炎等的機會也會增加。此外，身體衰弱的長者，因其咳嗽反射能力減低，容易讓口腔唾液吸入肺部，牙周病的細菌便有機會經由咽喉、氣管進入肺部，引起肺炎。事實上，經鑑定發現病人的牙菌膜和牙周袋內的細菌，跟引致吸入性肺炎的細菌是相同的。因此，要避免感染呼吸道疾病，除了保持個人衛生外，還需注意口腔衛生。

口乾問題

「我經常覺得口乾，嘴很苦、有口臭、沒有口水，有時更會聲音沙啞，喉嚨痛。」這可能源於口乾問題，歸納多項研究顯示，約有三成的老年人覺得自己有口乾問題。造成口乾的原因很多，常見的有：

1. 患上某些疾病引致口乾，如糖尿病、內分泌失調、乾燥綜合症（*Sjogren's syndrome*）和愛滋病等。
2. 接受頭頸部放射治療後，唾液腺可能受到破壞而導致口乾。
3. 超過五百種藥物可以引致口乾，其中包括降血壓藥、抗抑鬱藥、抗敏感藥及氣管擴張劑等。

唾液有對抗細菌、清潔牙齒和口腔的作用，如果唾液減少，細菌便容易繁殖，形成蛀牙及牙周病。

唾液不足還會造成咀嚼、吞嚥、說話等出現困難、口臭及配戴假牙不適等問題。

因此，一旦發現有口乾問題，就要及早就醫，讓醫生評估，找出根本病因，以便對症下藥。此外，要注意以下各點：

- 特別注重口腔的清潔。每天早晚刷牙及使用牙線 / 牙縫刷以避免患上蛀牙或牙周病。定期接受口腔檢查，不要戴著假牙托睡覺，並且保持假牙托清潔。
- 多喝水，保持口腔濕潤。
- 不要吸煙或喝酒，避免喝含咖啡因的飲料，因為煙、酒及咖啡因會引致口乾。
- 可諮詢醫生，若口乾是由藥物副作用引起，醫生可考慮改變目前藥物的處方及劑量以減輕口乾的情況。



🦷 吸煙與口腔健康

儘管長者多知道吸煙影響身體健康，更會引致心腦血管疾病、呼吸疾病及癌症等疾病，但要長者戒煙又談何容易。他們多會這樣說：「反正一把年紀了，現在才戒煙？還是讓我多享受幾年吧！」其實當他們選擇繼續享受吸煙的同時，他們會失去一些重要的東西。

- 中國人著重「吃得是福」，但吸煙可以令你失去全部牙齒。研究指出吸煙者患牙周病的機會比非吸煙者高出五倍，牙周病由細菌造成，煙草中的化學成分如尼古丁會令血管收縮，並使口腔組織的抵抗力和痊癒能力變差，從而令細菌更易入侵，更易破壞牙周組織，導致牙周炎（嚴重牙周病）。牙周病初期徵狀是牙齦發炎，刷牙時容易出血，但吸煙人士因口腔血管已收縮，致牙齦出血情況不明顯，即使患上牙周病亦較難察覺，因而忽略治理。大多數吸煙人士要到了牙周病晚期或病情嚴重時才發現。同時，戒煙亦有助增加牙周病治療的成效，牙周病最嚴重可導致牙齒全部脫落，至此，又如何能好好享受各種美食呢！
- 吸煙會增加患上口腔癌的機會，對生命構成威脅。
- 吸煙時，香煙中的焦油會因燃燒而釋放出來，附在牙齒及指甲表面，形成污漬，使儀容受損。
- 吸煙會提高口腔及肺部的硫化物濃度，更會導致口腔黏膜乾涸，造成口臭（參考第二章「緣何口氣大」）。
- 吸煙者的傷口癒合能力較差，因而影響植牙的成功機會（參考第六章「假牙面面觀」）。

其實，戒煙並不如想像般困難，需要的只是恆心與毅力。同時，戒煙亦有助增加牙周病治療的成效，在此提供一些戒煙貼士：由現在開始儘量減少吸煙並定下戒煙日，由戒煙日起，不再吸煙。把自己決心戒煙的意願告訴家人及朋友，除得到支持與鼓勵外，他們的提醒亦能令你遠離吸煙的誘惑。另外，培養新的嗜好或學習新技能，以分散注意力，減少吸煙的心理需要。在煙癮發作時可嘗試深呼吸或飲用大量清水以減低吸煙意欲。最後，在戒煙問題上，如長者需要協助，可致電衛生署綜合戒煙熱線：1833 183。

口腔腫瘤

口腔疾病之中，相信最教人害怕的就是口腔腫瘤，因為它是致命的。而吸煙正是口腔腫瘤的主要誘因。口腔腫瘤是口腔內的軟或硬組織出現不正常的增生或病變，多發生在較年長的人士身上。口腔腫瘤可分為良性和惡性。良性腫瘤一般進行切除手術後便可治癒。惡性腫瘤亦即是口腔癌，它會蔓延，對生命構成威脅，而且據統計只有五成人患上口腔癌後可以存活多於五年，因此一旦發現口腔組織出現異常現象，便應立即找牙科醫生作詳細檢查，尋求適當的治療，切勿延誤。

口腔癌的徵狀

口腔癌可以發生在口腔的任何部位，例如嘴唇、牙齦、面頰、舌頭、上顎或下頷，它可能有的徵狀包括：

- 潰瘍長期不癒
- 口腔疼痛且無故或容易出血
- 口腔內的軟組織變色
- 口腔內出現表面凹凸不平的潰瘍或腫塊
- 口部或嘴唇疼痛或麻痺
- 頷骨突然腫脹，牙齒無故鬆脫或牙齒移位以致咬合的位置改變
- 咀嚼、吞嚥，說話，移動上、下頷骨或舌頭時感到困難

口腔癌的成因及預防

預防口腔癌要先了解它的成因，其中大部分的風險因素都是與行為習慣有關，即是說口腔癌是可以預防的。口腔癌多發生於既吸煙又飲酒的人士身上，研究証實吸煙與口腔癌有著密切的關係，尤其大量吸煙及飲酒人士，其患上口腔癌的機會比非吸煙者為高。另外，習慣咀嚼檳榔亦同樣可增加患上口腔癌的機會。其他可引致口腔癌的風險因素還有：

- 長期過度曝曬或受到放射性物質傷害等都有可能令口腔的組織出現病變

- 部分的惡性腫瘤可以由病毒引起，例如人類乳頭狀瘤病毒（human papilloma virus）

內分泌、免疫系統或新陳代謝出現問題都可能導致口腔癌。針對口腔癌的成因，吸煙及長期嗜酒的人士應儘快戒煙和減少飲酒。此外，應避免在陽光下曝曬。另一方面，提高身體的抵抗力亦有助預防口腔癌，例如保持身心愉快、讓身體有充分休息、飲食均衡、多進食新鮮蔬菜水果及做適當運動等，當然還須保持口腔清潔，做好早晚刷牙及每天使用牙線或牙縫刷清潔牙齒鄰面的功夫。

除了以上提到要注意的事項外，更須找牙科醫生作定期口腔檢查，及早發現口腔問題或口腔癌。由於口腔癌初期病徵不明顯，可能只表現為細小白色或紅色的潰瘍，愈早發現並把含有癌細胞的組織及早切除，治療的成功率便會愈高。如果等到有明顯病徵如傷口腫痛、進食受影響等才向牙科醫生求助，往往已到癌症末期，要治癒就變得困難得多了。



口腔癌的治療

若不幸患上口腔癌，醫生會按腫瘤的大小、所處的部位、有否經淋巴或血管轉移等確定腫瘤所屬性質和階段，從而作出相應治療，如進行切除手術、電療、化療等。在治療開始前，你需要做一次徹底的牙齒檢查和修補，以確定你的牙齒健康，因為癌症的治療，特別是放射性治療會使你的唾液腺受影響，引致口乾及牙齒敏感，也令口腔容易受細菌感染。在治療的過程中，口腔組織也可能受到不良的影響，包括口腔黏膜發炎或潰瘍、口腔疼痛、容易蛀牙、上或下頷僵硬、吞嚥困難、失去味覺等。如你需要接受化學療法，亦應把治療癌症所服用的藥物告訴牙科醫生，因為療程所用的藥物可能會影響你的牙齒、牙齦甚至頷骨，而部分藥物亦可能對牙科治療造成影響。除依照醫生的指示服藥及漱口外，還需注意以下兩點：

- 加倍注意口腔衛生，每天早晚用軟毛牙刷及含氟化物牙膏徹底清潔牙齒及每天使用牙線或牙縫刷清潔牙齒鄰面。如有配戴假牙托，應妥善清潔及護理假牙托。
- 如果你是吸煙者，必須儘快戒煙，即使你已患上口腔癌，戒煙對治療亦有很大的幫助。吸煙不但增加治療的副作用，亦提高癌細胞的復發或擴散的可能性。

話你知：

吸煙加上喝酒比只吸煙的毒害更大，因為酒精會促使致癌物質包括尼古丁更容易滲入口腔黏膜內。



藥物與口腔健康

年紀越大藥物跟我們似乎更形影不離。我們可能因患病需要服用藥物，有時候就算沒有病，我們也可能會像張婆婆一樣服用補充劑、草藥等保健產品。不管你服藥的目的為何，但原來某些藥物是會為口腔帶來不同的影響。

出血異常

阿司匹林 (aspirin) 與抗凝血藥包括肝素鈉 (heparin sodium)、華法林 (warfarin) 可以阻止血液過度凝聚，因此這些藥物常用於治療心臟血管閉塞、中風等疾病。但同時這些藥物會降低身體的凝血能力。如果你需要進行牙科手術如拔牙，而你正服用這些藥物，切記要告訴你的牙科醫生，因這些藥物可能會造成拔牙或手術後難於止血的問題。

牙齦增生

有一些藥物可能會令牙齦增生，它們包括治療腦癱症的藥物例如苯妥英 (phenytoin)、免疫抑制劑 (immunosuppressant agents)，還有治療心血管病的藥物例如硝苯地平 (nifedipine)、維拉帕米 (verapamil)、地爾硫卓 (diltiazem) 及氨氯地平 (amlodipine) 等。要預防藥物引起牙齦增生繼而導致牙周病，關鍵在於用藥期間必須加強口腔清潔和護理。如果情況嚴重，應告知醫生，讓醫生在情況許可下轉用另一種藥物。

口腔軟組織發炎或潰瘍

有一些藥物可能會令口腔內的軟組織變色、發炎甚至產生潰瘍，它們包括控制血壓藥物、免疫抑制劑 (immunosuppressive agents)、化學治療藥物 (chemotherapeutic agents) 及口服避孕藥等。

骨質疏鬆

一般來說，患上骨質疏鬆症的人士，骨質較脆弱，最常出現的症狀為容易骨折，嚴重者還會有肌肉萎縮、功能受損的現象，但大多數人卻忽略了它對牙齒所造成的影響。

- 有部分研究指出嚴重的骨質疏鬆症可能會令牙周病變得更嚴重。
- 二碳磷酸鹽化合物 (bisphosphonates) 藥物可用於治療骨質疏鬆症及癌症，醫生一般會以口服或靜脈注射形式處方，其副作用包括骨壞死 (osteonecrosis)，但只有極少部分的人接受藥物治療後會出現這情況。不過一旦出現，後果嚴重，受影響口腔的病徵包括牙齦或頷骨受感染以致感到疼痛及腫脹、傷口長期不癒、失去牙齒、頷骨麻痺及牙槽骨外露等。因此，如果你患有骨質疏鬆症而同時正接受二碳磷酸鹽化合物的治療，你必須保持良好的口腔衛生，定期檢查牙齒讓牙科醫生觀察你的口腔情況，亦應告訴牙科醫生你正接受這種藥物治療，牙科醫生會衡量情況儘量避免進行拔牙或牙科手術治療，以減低出現骨壞死的風險。

- 由於骨質狀況與植牙有關，如果你需要植牙，在植牙治療前，你必須把你患病的情況及所服用的藥物告訴牙科醫生，以確定你是否可以接受植牙治療。

失去自我口腔護理能力

各類疾病中，柏金遜症、中風與腦退化症是引致長者自理能力降低需長期護理的常見疾病。它們對身體的影響很廣泛，包括智力、身體機能衰退和活動能力降低等，以致影響自我口腔護理的能力，容易衍生各種口腔問題。

• 容易患上蛀牙及牙周病

在英國有研究顯示患上腦退化症的長者其口腔衛生及蛀牙狀況都比沒有患病的長者差。其實不單腦退化症，柏金遜症與中風都會影響患者的口腔護理能力，以致口腔護理不當，增加患上蛀牙及牙周病的機會。隨著病情惡化，情況會愈來愈嚴重。此外，醫治這些疾病的藥物包括抗乙烯膽素（anticholinergics）及單胺氧化酶抑制劑（monoamine oxidase inhibitors）可能會引致口乾，容易形成蛀牙及牙周病。

• 咀嚼困難

研究顯示柏金遜症的患者容易有咀嚼困難，這是由於患者多因蛀牙及牙周病以致失去牙齒。另一方面，柏金遜症患者的臉部和口腔肌肉會失去協調性及變得僵硬，使患者配戴假牙時容易變得鬆動，以致假牙不能發揮它的功用，影響患者咀嚼食物，造成咀嚼困難，從而影響營養的吸收。

• 吞嚥困難

柏金遜症、中風與腦退化症的患者都有機會出現吞嚥困難，若口腔衛生欠佳，口腔內的細菌有機會隨著唾液及食物殘渣進入肺部，病菌在肺部殘留，可導致吸入性肺炎，嚴重的可以致命。

由於患者容易出現口腔問題，因此保持口腔衛生十分重要，不可忽視。除了每天要早晚刷牙及用牙線或牙縫刷清潔牙齒鄰面外，更可以使用電動牙刷及漱口水作輔助。隨著病情惡化，若發現自己在保持口腔衛生方面遇到困難，就要找家人或照顧者協助，千萬不要怕麻煩別人，而不去尋求幫助，引致嚴重後果。（要知道如何使用電動牙刷、漱口水的種類及如何替長者護理口腔，請參考第八章「護理口腔我有法」。）

安享晚年就要有健康的體魄，口腔健康是全人健康的重要部分，是不可忽略的。口腔疾病可以使人過早喪失咀嚼功能，試想如果牙齒不好，便吃得不好，吃得不好營養便不足夠，這樣又怎談得上健康呢？因此，我們愛惜身體健康的同時也必須注重牙齒健康，二者是息息相關的！

附錄

參考資料

第一章 痛起來要命——牙痛慘過大病

《2011 年口腔健康調查》，衛生署牙科服務部 2013 年 12 月。

Al-Ani Z, Gray R. TMD current concepts: 1. An update. Dent Update 2007; 34: 278-288.

Al-Ani Z, Gray R. TMD current concepts: 2. Imaging and treatment options. An update. Dent Update 2007; 34: 356-370.

Balakrishnan M, Simmonds RS, Tagg JR. Dental caries is a preventable infectious disease. Aust Dent J 2000; 45: 235-245.

Blackwood HJJ. Arthritis of the mandibular joint. Br Dent J 1963; 115: 317-326.

Buescher JJ. Temporomandibular joint disorders. Am Fam Physician 2007; 76:1477-1482.

Chu CH, Lo CM. Dentin hypersensitivity: a review. Hong Kong Dent J 2010; 7: 15-22.

Du M, Jiang H, Tai B, Zhou Y, Wu B, Bian Z. Root caries patterns and risk factors of middle-aged and elderly people in China. Community Dent Oral Epidemiol 2009; 37: 260-266.

Fure S. Ten-year incidence of tooth loss and dental caries in elderly Swedish individuals. Caries Res 2003; 37: 462-469.

Gonsalves WC, Wrightson AS, Henry RG. Common oral conditions in older persons. Am Fam Physician 2008; 78: 845-852.

Locker D, Ford J, Leake JL. Incidence of and risk factors for tooth loss in a population of older Canadians. J Dent Res 1996; 75: 783-9.

Miglani S, Aggarwal V, Ahuja B. Dentin hypersensitivity: Recent trends in management. J Conserv Dent 2010; 13: 218-224.

Scrivani SJ, Kaban LB. Temporomandibular Disorders. N Engl J Med 2008; 359: 2693-2705.

第二章 緣何口氣大

《2011 年口腔健康調查》，衛生署牙科服務部 2013 年 12 月。

Águeda A, Echeverría A, Manau C. Association between periodontitis in pregnancy and preterm or low birth weight: Review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13:E609-15.

Andrews N, Griffiths C. Dental complications of head and neck radiotherapy: Part 1. *Aust Dent J* 2001; 46: 88-94.

Dal Rio AC, Nicola EM, Teixeira AR. Halitosis – an assessment protocol proposal. *Braz J Otorhinolaryngol* 2007; 73: 835-842.

Delanghe G, Ghyselen J, van Steenberghe D, Feenstra L. Multidisciplinary breath-odour clinic. *Lancet* 1997; 350:187.

Eli I, Baht R, Koriat H, Rosenberg M. Self-perception of breath odor. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 621-626.

Esfahanian V, Shamami MS, Shamami MS. Relationship between osteoporosis and periodontal disease: Review of the Literature. *J Dent (Tehran)* 2012; 9: 256–264.

Fedorowicz Z, Aljufairi H, Nasser M. Mouthrinses for the treatment of halitosis (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 10: CD006701.

Lee PPC, Mak WY, Newsome P. The aetiology and treatment of oral halitosis : an update. *Hong Kong Med J* 2004; 10: 414-8.

Li X, Kolltveit KM, Tronstad L, Olsen I. Systemic diseases caused by oral infection. *Clin Microbiol Rev* 2000; 13: 547–558.

Meskin LH. A breath of fresh air. *J Am Dent Assoc* 1996; 127: 1282.

Morita M, Wong HL. Association between oral malodor and adult periodontitis: a review. *J Clin Periodontol* 2001; 28: 813-819.

Porter SR, Scully C. Oral malodour (halitosis). *Br Med J* 2006; 333: 632-635.

Rautemaa R, Lauhio A, Cullinan MP, Seymour GJ. Oral infections and systemic disease - an emerging problem in medicine. *Clin Microbiol Infect* 2007; 13: 1041-1047.

Rosenberg M. Clinical assessment of bad breath: current concepts. *J Am Dent Assoc* 1996; 127: 475-482.

Spielman AI, Bivona P, Rifkin BR. Halitosis. A common oral problem. *NY State Dent J* 1997; 63:16-7.

Malhotra S, Yeltiwar RK. Evaluation of two mouth rinses in reduction of oral malodor using a spectrophotometric technique. *J Indian Soc Periodontol*. 2011; 15: 250–254.

Wakura M, Yasuno Y, Shimura M, Sakamoto S. Clinical characteristics of halitosis: differences in two patient groups with primary and secondary complaints of halitosis. *J Dent Res* 1994; 73: 1568-1574.

Yaegaki K & Sanada K. Biochemical and clinical factors influencing oral malodor in periodontal patients. *J Periodontol* 1992; 63: 783-789.

Yaegaki K, Sanada K. Volatile Sulfur compounds in mouth air from clinically healthy subjects and patients with periodontal disease. *J Periodontal Res* 1992; 27: 233-238.

第三章 吃力不從心

《2011 年口腔健康調查》，衛生署牙科服務部 2013 年 12 月。

衛生署長者健康服務網頁：
<https://www.elderly.gov.hk/>

衛生署衛生防護中心網頁：
<https://www.chp.gov.hk/>

Alkan A, Keskiner I, Arici S, Sato S. The effect of periodontitis on biting ability. *J Periodontol* 2006; 77: 1442-1445.

Fontijn-Tekamp FA, Slagter AP, Van Der Bilt A, Van'T Hof MA, Witter DJ, Kalk W and Jansen JA. Biting and chewing in overdentures, full dentures, and natural dentitions. *J Dent Res* 2000; 79: 1519-1524.

Hildebrandt GH, Dominguez BL, Schork MA, Loesche WJ. Functional units, chewing, swallowing, and food avoidance among the elderly. *J Prosthet Dent* 1997; 77: 588-95.

Koc D, Dogan A, Bek B. Bite force and influential factors on bite force measurement: A literature review. *Eur J Dent* 2010; 4: 223-232.
Fontijn-Tekamp FA, Slagter AP, Van Der Bilt A, Van'T Hof MA, Witter

Muller K, Morais J, Feine J. Nutritional and anthropometric analysis of edentulous patients wearing implant overdentures or conventional dentures. *Braz Dent J* 2008; 19: 145-150.

Suzuki K, Nomura T, Sakurai N, Sugihara N, Yamanaka S and Matsukubo T. Relationship between number of present teeth and nutritional intake in institutionalized elderly. *Bull Tokyo Dent Coll* 2005; 46: 135-143.

Inukai M, John MT, Igarashi Y, Baba K. Association between perceived chewing ability and oral health-related quality of life in partially dentate patients. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8:118.

Takeuchi N, Yamamoto T. Correlation between periodontal status and biting force in patients with chronic periodontitis during the maintenance phase of therapy. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 215-220.

Paula J. Moynihan. The relationship between nutrition and systemic and oral well-being in older people. *J Am Dent Assoc* 2007; 138: 493-497.

Marshall TA, Warren JJ, Hand JS, Xie XJ and Stumbo PJ. Oral health, nutrient intake and dietary quality in the very old. *J Am Dent Assoc* 2002; 133:1369-1379.

第四章 牙科醫生多面睇

《2011 年口腔健康調查》，衛生署牙科服務部 2013 年 12 月。

香港牙科醫生管理委員會網頁：

<http://www.dchk.org.hk/tc/index.htm>

中華人民共和國中央人民政府網頁：

http://www.gov.cn/banshi/2005-08/01/content_19113.htm

中華人民共和國國家衛生和計劃生育委員會網頁：

<http://www.nhfpc.gov.cn/zwgkzt/pfl/200804/0db0e55df5c64f2ab6b8abd8d87eb0da.shtml>

第五章 補牙，洗牙，拔牙

American Dental Association. Statement on Dental Amalgam.
Retrieved from:

<https://www.ada.org/en/about-the-ada/ada-positions-policies-and-statements#Amalgam>

British Dental Health Foundation. Policy Statement - Dental Amalgam.

Retrieved from:

<https://www.dentalhealth.org/dental-amalgam-policy>

FDI General Assembly. FDI Policy Statement-Dental Amalgam and the Minamata Convention on Mercury.

Retrieved from:

<https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/dental-amalgam-and-the-minamata-convention-on-mercury>

U.S. Food and Drug Administration. About Dental Amalgam Fillings,

Retrieved from:

<http://www.fda.gov/MedicalDevicesProductsandMedicalProcedures/DentalProducts/DentalAmalgam/ucm171094.htm>

Tong DC, Rothwell B R. Antibiotic prophylaxis in dentistry: A review and practice recommendations. J Am Dent Assoc 2000; 131: 366-374.

Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, Bolger A, Cabell CH, Takahashi M, Baltimore RS, Newburger JW, Strom BL, Tani LY, Gerber M, Bonow RO, Pallasch T, Shulman ST, Rowley AH, Burns JC, Ferrieri P, Gardner T, Goff D, Durack DT; American Heart Association. Prevention of infective endocarditis: Guidelines from the American Heart Association. J Am Dent Assoc 2008; 139: 23S-24S.

第六章 假牙面面觀

《2011 年口腔健康調查》，衛生署牙科服務部 2013 年 12 月。

Beikle T, Flemmig TF. Implants in the medically compromised patient. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14: 305-16.

Esposito M, Grusovin MG, Polyzos IP, Felice P, Worthington HV. Interventions for replacing missing teeth: dental implants in fresh extraction sockets (immediate, immediate-delayed and delayed implants) (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 9: CD005968.

Felton D, Cooper L, Duqu I, Minsley G, Guckles A, Haug S, Meredith P, Solie C, Avery D, Chandler ND. Evidence-based guidelines for the care and maintenance of complete dentures: A publication of the American College of Prosthodontists. *J Am Dent Assoc* 2011; 142: 1S-20S.

Gapski R, Wang HL, Mascarenhas P, Lang NP. Critical review of immediate implant loading. *Clin Oral Implants Res* 2003; 14: 515-527.

Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. *J Prosthodont* 2011; 20: 251-260.

Heitz-Mayfield LJA. Peri-implant diseases: diagnosis and risk indicators. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 292-304.

Jeganathan S, Payne JA, Thean HPY. Denture stomatitis in an elderly edentulous Asian population. *J Oral Rehabil*. 1997; 24: 468-72.

Marshall TA, Warren JJ, Hand JS, Xie XJ, Stumbo PJ. Oral health, nutrient intake and dietary quality in the very old. *J Am Dent Assoc*. 2002; 133: 1369-79.

Nalcaci R, Baran I. Oral malodor and removable complete dentures in the elderly. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008; 105:e5-9.

第七章 真牙飽歷風霜時 (崩牙與磨牙)

American Dental Association. Do you have a cracked tooth? *J Am Dent Assoc* 2003; 134: 531.

Bartlett DW, Shah P. A Critical review of non-carious cervical (wear) lesions and the role of abfraction, erosion, and abrasion. *J Dent Res* 2006; 85: 306-312.

Christensen GJ. Treating Bruxism and Clenching. *J Am Dent Assoc* 2000; 131: 233-235.

Chu CH, Pang KK, Lo CM. Dietary behavior and knowledge of dental erosion among Chinese adults. *BMC Oral Health* 2010; 10:13.

Chu CS, Yip HK, Newsome RH, Chow TW, Smales RJ. Restorative management of the worn dentition: 1. Aetiology and diagnosis. *Dent Update* 2002; 29: 162-168.

de la Hoz-Aizpurua JL, Díaz-Alonso E, LaTouche-Arbizu R, Mesa-Jiménez J. Sleep bruxism. Conceptual review and update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16: e231-8.

Grippo JO, Simring M, Schreiner S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited: A new perspective on tooth surface lesions. *J Am Dent Assoc* 2004; 135; 1109-1118.

Lynch CD, McConnell RJ. The cracked tooth syndrome. *J Can Dent Assoc* 2002; 68: 470-5.

Magalhães AC, Wiegand A, Rios D, Honório HM, Buzalaf MA. Insight into preventive measures for dental erosion. *J Appl Oral Sci* 2009; 17: 75-86.

World Health Organization. What is the WHO definition of health?
Retrieved from:
<http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>

第八章 護理口腔我有法

Bae JH, Kim YK, Myung SK. Desensitizing toothpaste versus placebo for dentin hypersensitivity: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2015; 42: 131-41.

Benson PE, Parkin N, Dyer F, Millett DT, Furness S, Germain P. Fluorides for the prevention of early tooth decay (demineralized white lesions) during fixed brace treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 12: CD003809.

Davies RM, Ellwood RP, Davies GM. The effectiveness of a toothpaste containing triclosan and polyvinyl-methylether maleic acid copolymer in improving plaque control and gingival health: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2004; 31: 1029-33.

Featherstone JDB. Topical effects of fluoride in the reversal and prevention of dental decay. *J Public Health Dent* 2004; 64:32-4.

Gunsolley JC. Clinical efficacy of antimicrobial mouthrinses. *J Dent* 2010; 38: S6-10.

Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Fluoride mouthrinse for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Sys Rev* 2003; 3: CD002284.

Netuveli GS, Sheiham A. A systematic review of the effectiveness of anticalculus dentrifrices. *Oral Health Prev Dent*. 2004; 2: 49-58.

Poulsen S, Errboe M, Lescay Mevil Y, Glenny AM. Potassium containing toothpastes for dentine hypersensitivity. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 7: CD001476.

Talioti E, Hill R, Gillam DG. The efficacy of selected desensitizing OTC products: A systematic review. *ISRN Dentistry* 2014, Mar 27. Yan B, Yi J, Li Y, Chen Y, Shi Z. Arginine-containing toothpastes for dentin hypersensitivity: systematic review and meta-analysis. *Quintessence Int* 2013; 44: 709-23.

第九章 息息相關

American Dental Association. Detecting oral cancer early. *J Am Dent Assoc*. 2010;141: 603.

American Dental Association. Diabetes: tips for good oral health. *J Am Dent Assoc*. 2010; 141: 926.

Borgnakke WS, Ylöstalo PV, Taylor GW, Genco RJ. Effect of periodontal disease on diabetes: systematic review of epidemiologic observational evidence. *J Periodontol* 2013; 84: S135-52.

Casiqlia J, Woo SB. A comprehensive review of oral cancer. *Gen Dent* 2001; 49: 72-82.

Chambrone L, Preshaw PM, Rosa EF, Heasman PA, Romito GA, Pannuti CM, Tu YK. Effects of smoking cessation on the outcomes of non-surgical periodontal therapy: a systematic review and individual patient data meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2013; 40: 607-15.

Chapple ILC, Genco R and on behalf of working group 2 of the joint EEF/ AAP workshop. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EEF/ AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J. Periodontal* 2013; 84: S106-S112.

Cullinan MP, Ford PJ, Seymour GJ. Periodontal disease and systemic health: current status. *Aust Dent J* 2009; 54: S62-S69.

Demmer RT, Desvarieux M. Periodontal infections and cardiovascular disease: the heart of the matter. *J Am Dent Assoc* 2006 Oct; 137: 145-20S.

Dongari Bagtzoglou A. Research, Science and Therapy Committee, American Academy of Periodontology. Drug-associated gingival enlargement. *J Periodontol* 2004; 75: 1424-1431.

Ford PJ, Farah CS. Early detection and diagnosis of oral cancer: Strategies for improvement. *Journal of Cancer Policy*. 2013; Issues 1-2, e2-7.

Hanioka T, Ojima M, Tanaka K, Matsuo K, Sato F, Tanaka H. Causal assessment of smoking and tooth loss: a systematic review of observational studies. *BMC Public Health*. 2011; 11: 221.

Heasman L, Stacey F, Preshaw PM, McCracken GI, Hepburn S, Heasman PA. The effect of smoking on periodontal treatment response: a review of clinical evidence. *J Clin Periodontol*. 2006; 33: 241-53.

Hellstein JW, Adler RA, Edwards B, Jacobsen PL, Kalmar JR, Koka S, Migliorati CA, Ristic H. Managing the care of patients receiving antiresorptive therapy for prevention and treatment of osteoporosis. Recommendations from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. Nov 2011.

Hong Kong Council on Smoking and Health website:
<http://smokefree.hk/tc/content/web.do?page=Methods>

Humphrey LL, Fu R, Buckley DL, Freeman M, Helfand M. Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 2079-86.

Janket SJ, Baird AE, Chuang SK, Jones JA. Meta-analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003 May; 95: 559-69.

Jayakaran TG. The effect of drugs in the oral cavity- a review. *J Pharm Sci & Res.* 2014; 6: 89-96.

Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 2008; 28: 224-36.

Khader YS, Albashaireh ZS, Alomari MA. Periodontal disease and the risk of coronary heart and cerebrovascular diseases: a meta-analysis. *J Periodontol* 2004; 75: 1046-53.

Mortazavi H, Baharvand M, Movahhedian A, Mohammadi M, Khodadoust A. Xerostomia due to systemic disease: a review of 20 conditions and mechanisms. *Ann Med Health Sci Res* 2014; 4: 503-10.

National Institute of Dental and Craniofacial Research. Chemotherapy and your mouth. Retrieved from:
<http://www.nidcr.nih.gov/oralhealth/Topics/CancerTreatmentChemotherapyYourMouth.htm>

National Institute of Dental and Craniofacial Research. Detecting oral cancer: A guide for health care professionals. Retrieved from:
<http://www.nidcr.nih.gov/oralhealth/Topics/OralCancer/DetectingOralCancer.htm>

National Institute of Dental and Craniofacial Research website.
Oral Complications of Cancer Treatment: What the dental team can do. Retrieved from:
<http://www.nidcr.nih.gov/oralhealth/Topics/CancerTreatment/>

OralComplicationsCancerOral.htm
Perry DJ, Noakes TJC, Helliwell PS. Guidelines for the management of patients on oral anticoagulants requiring dental surgery. *Br Dent J* 2007; 203: 389-393.

Porter SR, Scully C. Oral malodour (halitosis). *Br Med J* 2006; 333: 632-635.

Preshaw, PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, Taylor R. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia* 2012; 55, 21–31.

Saman DM. A review of the epidemiology of oral and pharyngeal carcinoma: update. *Head & Neck Oncology* 2012; 4: 1.

Sfyroeras GS, Roussas N, Saleptsis VG, Argyriou C, Giannoukas AD. Association between periodontal disease and stroke. *J Vasc Surg* 2012; 55:1178-84.

Simpson TC, Weldon JC, Worthington HV, Needleman I, Wild SH, Moles DR, Stevenson B, Furness S, Iheozor-Ejiofor Z. Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 11: CD004714.

Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2010; 33: 421-7.

Visvanathan V, Nix P. Managing the patient presenting with xerostomia: a review *Int J Clin Pract* 2010; 64: 404-7.

Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, Casals Peidró E, Preshaw PM, Walter C, Wennström JL, Bergström J. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *Int Dent J* 2010; 60: 7-30.

Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. Active Smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Assoc* 2007 Dec 12; 298: 2654-64.

聲明

在編撰本書時，作者已儘量將最新及準確之資料包括在內。然而醫學知識日新月異，本書內的資料未必能夠反映最新情況。對於任何資料遺漏或錯誤而引致的損失，本書作者及出版機構均不會負上任何醫療或法律責任。



長者健康服務網址：
www.elderly.gov.hk



衛生署

歡迎讀者到以下衛生署長者健康服務網址，免費下載電子版內容及到口腔健康教育組網址認識更多口腔健康資訊。



口腔健康教育組網址：
www.toothclub.gov.hk