

口腔衛生與保健工作

明凱

牙醫是醫學領域的重要一環，牙齒的長窠更與我們的健康、容貌息息相關，以是生活水準愈高的國家對口腔與牙齒的保健愈加重視。可惜在醫護的緩急中牙病常較不具生命威脅性 (Life-threatening)，也因此而往往被忽略。根據民國六十四年台北市國中一年級學生的調查，蛀齒罹患率為 89.2%，兒童平均蛀齒數在 10 顆左右，而接受填補者不到十分之一。由知可大致反應國人口腔衛生情況欠佳，對接受治療的意願也甚低。往往非到了疼痛難當或萬不得已時才會尋求牙醫師協助，此時反而需大筆的費用從事治療、磨復等工作。對個人，國家而言都是一項龐大的負擔。故口腔保健在當今公共衛生與預防醫學推廣中，實為迫不容緩的要務。



國人目前口腔健康情況

(1) 口腔衛生不良易導致蛀齒與牙周病，又而文之造成牙齒不可回復的破壞。我們可以數種方式來衡量口腔衛生的情況，常用的為口腔衛生指數 (O. H. I., Oral health. index) 其計算方法為牙垢指數 (Debris index) 和牙結石指數 (Calculus index) 之和，即 $OHI = DI + CI$ 。

DI = 牙垢總數 / 受檢總人數。

CI = 牙結石總數 / 受檢總人數。

根據最新的統計報告 (衛生署與陽明醫學院合作國人之口腔衛生情況研究，民國七十二年一月出刊)，國人的口腔衛生情況欠佳。三歲以上者平均 82.22% 至

少有一單位的牙垢，86.14% 至少有一單位的牙結石。以指數言，三歲以上者牙結石指數為 1.28，牙垢指數為 3.38 (以國外言，牙垢指數大於 1 即表口腔衛生情況非常差) 故口腔衛生指數為 5.12。其中以中老年人及 7~14 歲學童為差。又此等指數和牙周病有很強的正相關，故由此亦可知國人牙周病的盛行率 (prevalance) 甚高。欲改善牙周病亦應從改善口腔衛生著手。

(2) 牙周病 (Peri odontal disease) 乃是破壞牙周組織，進而影響牙齒的病變。形成原因複雜，進展過程的快慢差異也很大。早期常見牙齦炎和刷牙時的出

血，初期可由改善口腔衛生而改善，但末期可能需要開刀甚至整個牙齒破壞掉。有數種方法可用來衡量牙周病進展的程度，常用牙周菌肉發炎指數（PMA）做為指標，新近調查知（同上）至少有一單位牙齦炎者男性佔36.4%，女性佔28.5%，且此數值隨年齡增大而增加，在五歲時即超過10%，故牙周病的問題值得社會大眾的重視。

③蛀齒向為牙齒最大的問題，據研究蛀齒乃為一文明病，愈進步開發的國家蛀齒也愈多。其形成原因和食物，飲食習慣，口腔內的微生物都有關係。據英國的統計研究，蔗糖的消耗量和蛀齒感染率有很強的正相關。相反的營養和食物管制時，齲蛀卻大為減少。國人近年來因經成長快速，飲食供應豐富，各種甜食消耗大增，蛀齒也相對增加。我們可由乳牙和恆牙來討論。

乳牙出生後半年開始發育，到三歲時二十顆乳牙已大致長成。但乳齒受齲蛀危害時間很早，可能尚未全部長出時前已罹患齲蛀了，以致造成過早的掉落與空隙，影響將來齒列和咬合狀況。乳牙齲蛀情形以df表三，d表齲蛀，f表填補。（decay, filling）由表知乳牙齲蛀情形非常嚴重，但治療者卻極少，（99%以上沒有填補）。3歲到14歲兒童乳牙的平均齲蛀填補指數（df值）為3.52。（見下表，六歲以後乳牙掉落，df值相對減少）。

年齡	d：齲蛀指數	f：填補指數	df
3	3.4	0.04	3.44
4	6.09	0.17	6.27
5	7.70	0.13	7.84
6	8.52	0.08	8.48
7	7.54	0.05	7.59
8	5.89	0.03	5.92
9	3.94	0.01	3.96
10	2.05	0.01	2.06
11	0.92	0.00	0.93
12	0.33	0.00	0.34
13	0.08	0.00	0.08
14	0.04	0.00	0.04
平均	3.49	0.03	3.52

接受治療率0.03 / 3.49 < 1%，由此可反應家長對孩童齲齒的認識很少，往往以為「以後自己掉就算了！」。

恆牙約六歲後開始發育，根據世界統計分析，蛀牙在14歲和65歲各呈一高峰。一般說來女性的罹患率較高，尤其是在懷孕和授乳期間，鈣質被吸收更易造成蛀齒。我們以DMF值（Decay 齲蛀，Missing 蛀牙而掉落，Filling 填補）表示蛀牙的程度。據新近統計（同上）台灣男女的平均值為3.39。就蛀牙數而言，男

性平均約2.51顆，女性為3.14顆，平均數為2.8。由此可見蛀牙在我國相當流行，幾佔六歲以上人口的77.3%。比較之下雖較日本為低，但我國民接受治療的比率卻遠低於日本。

除以上外，咀嚼檳榔亦為我國民口腔衛生與環境清潔的一大問題。國人約有2.07%有咀嚼檳榔的習慣，平均日嚼11.2顆，久而久之，造成口腔黏膜組織的傷害，甚至形成口腔癌。故勸導國民革除吃檳榔的習慣，亦為口腔衛生的重要課題。

Age	Total		
	examinees	df > 0	%
3	103	64	62.14
4	299	263	87.96
5	432	402	93.06
6	708	679	95.90
7	1696	1639	96.64
8	1946	1845	94.81
9	2053	1786	86.99
10	2163	1430	66.11
11	1976	766	38.77
12	1082	177	16.36
13	1014	51	5.03
14	1007	21	2.09
Total	14479	9123	63.01

： 口腔保健在他國

預防牙醫學和保健乃是利用各種方法來求得與保持口腔健康。分為主要的預防與輔助的預防，前者乃在防患於未然，預防疾病的發發，復者包括防止另外疾病的發生與舊病的再發。我國口腔衛生情況欠佳（如前所述

)可見在口腔保健工作上未臻理想，國民對口腔衛生的知識普遍缺乏，此不僅是國民保健的一大缺失，同時也造成牙醫師的困擾與負擔。

概當今牙醫技術突飛猛進，義齒幾可亂真，但在功能，心理上總不比原來的來得實用恰當。許多最新、最昂貴的技術、材料、設備都很快的傳入，促使牙科醫療與修復的進步。誠乃我國牙醫界可喜之事，但在我們花大筆經費，購買這些「商品」之時，國人口腔衛生猶欠佳，殊為遺憾之事。近年來口腔衛生在歐美等國頗受重視，值得我們參考。

丹麥：1944年後出生的國民每年可享受兩次的口腔檢查，衛生局付給全額的檢查費，75%的治療費。

1972年對學童的兒童牙齒健康法案開始實施，據此案每一市鎮需建立診所，雇用牙醫師與助手，對所有學童實施免費的牙齒看護，包括矯正治療。此法案同時要求國家衛生部有責繼續追蹤疾患。所以在1972年起開始建立一完整的記錄系統。國家、地區、市鎮每年都有詳盡的統計報告，包含口腔衛生、齲蛀情形、咬合情形，功能不良及口腔病理等。

學童的口腔衛生目前由500家市鎮的診所，雇用500名全勤的牙醫師與350名兼差的牙醫師負責，已有45萬名學童接受免費治療。

比利時：除了義齒修復需負擔少許的費用外，所有其他的治療都免費。對3～7歲的兒童、學童、孕婦、入伍

前青年及慢性疾病者與高危險性工作，均定期實施預防檢查與治療。預防蛀齒包括供應含氟牙膏及教片，不久將來亦要在自來水中添加氟。每位牙醫師都得騰出部份時間從事預防工作與口腔健康教育。

法國一向採取社會保險制度，口腔健康服務85%由私人開業醫師負責，目前社會安全全部尚沒有口腔預防的計劃，學校裡也沒有牙醫衛生士及口腔護士。在1974年曾進行一項大規模的學童口腔衛生調查，但保險人仍得付部份費用給醫師。

西德：每年有半數的人會造訪牙醫時，因為口腔健康一向免費，但治療與冠牙橋等修復亦需納部份的費用。

自1961年后，兒童牙科被視為一特別的專科。所有有兔唇和裂者均到一特別的治療中心接受矯治，在適當的時候開刀（因兔唇往往伴有牙齒的畸型）和語言治療。學童有專屬的定期診療制度，在較大的市鎮也有專屬兒童的牙科診所。作定期的例行檢查與必要的治療，並施予口腔衛生教育。

英國在1948年起實施國民保健服務，齒科醫師的服務亦被納入保健服務範圍，但不包含特殊性治療的內容，須經齒科服務評審委員會（Dental estinlates Board）認可，核定所需費用。但X光、填補、或二顆金冠修補、拔牙、義齒則不須事先認可。此外十六歲未滿者，十六至二十一歲的日間部學生，孕婦或分娩未



期實施預
敵片，不
得騰出部

務85%由
控預防的
在1974
險人仍

為口腔健
部份的費

專科。所
治，在適
和語言治
真也有專
的治療，

科醫師的
治療的內
lates
補、或二
十六歲
或分娩未

一年者及低所得者，由雙親或保護人提出申請，可免部份負擔。

日本的齒科教育一向分科精細且進步，許多大學均四年再進修的博士班。在服務方面，採用強制，全民的社會保險制度，主要以開業牙醫師為主，因治療費昂貴，有些日本人甚至遠到台灣治療。但在學童保健方面相當嚴格，註冊時，需有口腔健康檢查證明書，國樹接受治療的意願頗高。

未來應努力的目標

(1)爲了確實維護牙齒健康，最好能仿效丹麥等成立口腔健康中心，對兒童實施免費檢查與治療，孕婦及產後教和老人實施特別診查。從最迫切之處著手，再進而設所有國民。

(2)建立牙分科工制度：欲做好口腔保健，不僅需要醫師投入。同時也需要牙科衛生士（Dental hygienist）以從事清潔牙垢，刮除牙石，個人或團體衛指導，口腔清潔、塗氟、口腔檢查、學童口腔保健等工作。目前國內牙醫師頂多只有治療助手（Chair side assistant），且都未經過充份教育與訓練，致牙醫師工作繁重，無暇從事保健工作。故牙醫各種段人員的訓練與應用十分重要，我國目前仍在計劃階段

(3)解決分佈不均：國內牙醫師的需求量，若以行政衛生署與千人0.25個牙醫師計算，目前已近飽和階段。惜大半合格的牙醫師均集中於大都市、台北、高雄那佔一半以上，全省共有192個鄉鎮無合格的牙醫師。（其分佈不均情形遠比醫師還嚴重）到民國七十九年時，牙醫師供給量將超出近三千名，或許這些增加的數目，部份爲工作日的減少而抵銷。但以目前牙醫師的大量製造來看，牙醫師的供給過剩將必是一大問題。若能導引這批多餘的牙醫師到偏遠地區服務，實爲推行口腔保健的努力方向。（詳細數字可參考經建會人力規劃小組委託藍忠孚博士之研究）。

(4)推行口腔衛生教育：加強民衆對口腔衛生的認識是保健的最根本工作。一個好的牙醫師不僅是在解除病人的痛苦，還應關心全民口腔衛生的問題。牙科診所不應只是復原的工作，也應扮演預防的教育工作。相對的國民對口腔衛生的關心與了解，也自然能提高牙醫師的地位。故政府衛生單位及牙醫師、民間團體、口腔衛生人員應協力合作，製造有系統的教材，有系統的施行口腔衛生教育，使每一年齡層，每一階層的人都了解口腔衛生的重要。尤其是咀嚼檳榔者，更應速予勸止。

(5)蛀齒、牙周病的預防與控制：蛀齒與牙周病爲牙科最常見的疾病。且爲慢性進行，病人常無自覺症狀，

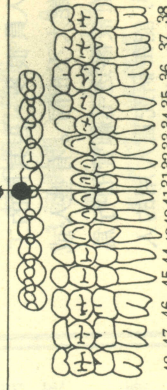
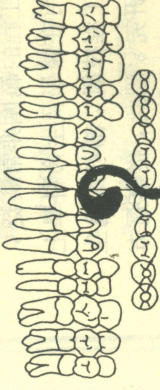
故在預防與早期控制上更爲重要。多年來，飲水加氟在降低蛀齒的比例上有顯著的效果。國內亦曾在中興新村實驗，希望將來能擴大實施。或者在兒童牙齒表面塗氟以防蛀齒。預防牙周病應設法控制牙菌斑，故教導民衆與學童正確使用牙刷，牙清潔口腔，發現異狀儘早尋求牙醫師，給予早期治療與追蹤，以減少進一步的惡化。

曾經有個牙醫師調笑的說：「來應徵的小姐，每個都很漂亮，可惜不是齲齒就是牙周病。」的確，國人牙齒健康情況非常不好者極爲少數。牙疾顯然是我國衛生的一大問題，可惜在許多健康福利聲中，它卻被忽略）。醫療與照顧是基本的健康福利，但預防與保健更是根本的工作。每一個人都有享受社會醫療的權利，也應有保持健康，免於疾病的權利。尤其是口腔衛生與疾病，在國內廣泛流行而缺乏大家的關注。我們呼籲大家來關心此問題，使每一個人的牙齒、潔白、漂亮且衛生，每個口腔談吐優雅，充滿笑容。

參考書籍：

1. Preventive Devtistrgr Rdct C Cad all (合家出版)
2. 各國醫療保險與費用問題：吳凱勳著（勞保局出）
3. 未來廿年醫師、牙醫師供需研究，蓋忠榮作。（經建會出）
4. 台灣地區牙齒及口腔衛生研究報告：胡雅萍、李玉春等。
5. Org aizutioov of Ical hoalth Seivics in WHØ. Euroean raj (感謝衛生署保健科長許錦家提供)。
6. 中、日、韓三國健康保險研究專集。（感謝柯木興主任提供）
7. 北市口腔衛生推廣計劃（牙醫師公會提供）。
8. 參考邵偉康牙醫師所收集的各公告與單刊。
9. 衛生經濟學：台灣銀行，經濟研究室。

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28



48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38