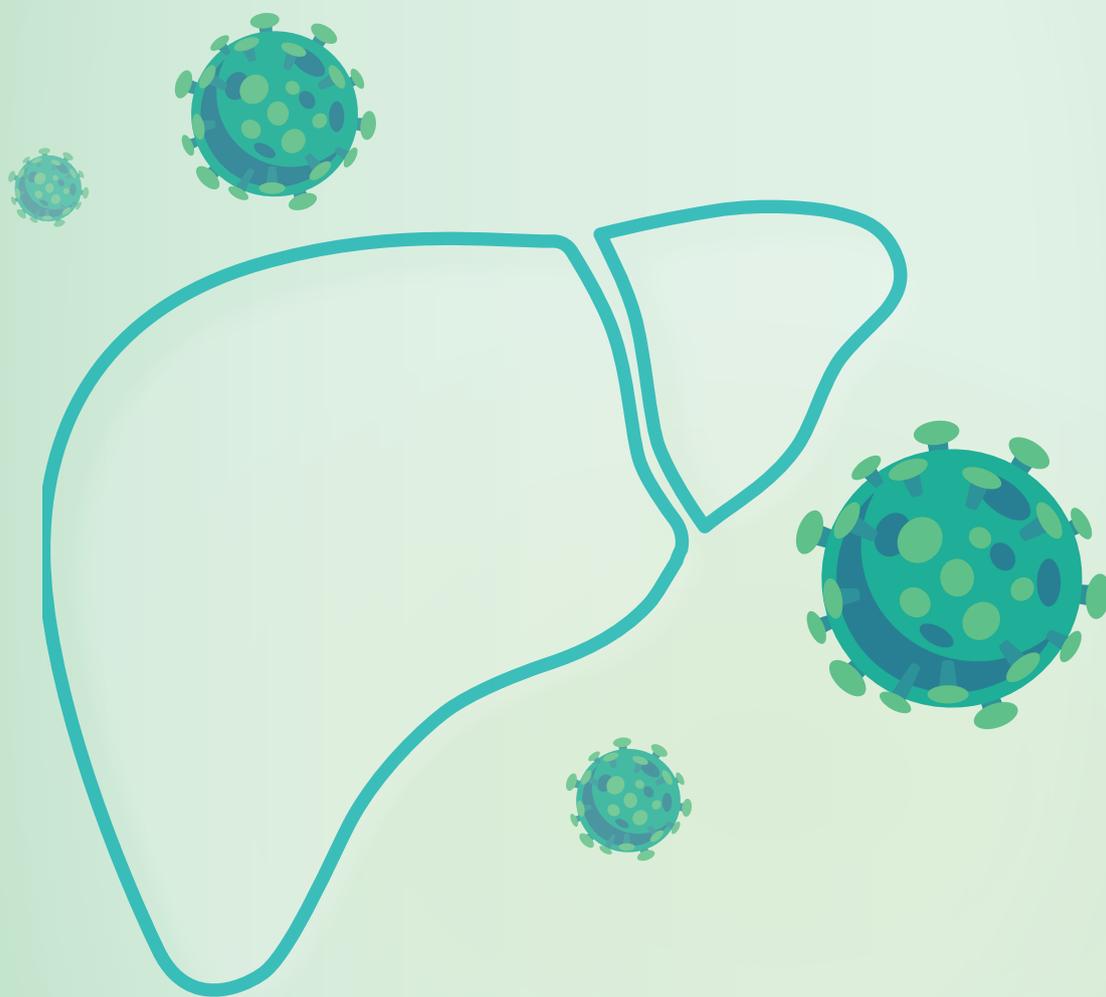


病毒性肝炎主題性報告

2020-22年度人口健康調查



控制病毒性肝炎辦公室
Viral Hepatitis Control Office



衛生防護中心
Centre for Health Protection



衛生署
Department of Health

© 中華人民共和國香港特別行政區政府
二零二三年 版權所有

香港特別行政區政府衛生署編制

本報告書亦可在控制病毒性肝炎辦公室網頁下載：
www.hepatitis.gov.hk

目錄

結果概覽	2
摘要	4
第一章 背景	8
1.1 背景	8
第二章 調查方法	10
2.1 調查方法	10
第三章 住戶調查的結果	14
3.1 自述醫生診斷的病毒性肝炎	14
3.2 慢性病毒性肝炎	16
3.3 病毒性肝炎的後遺症	21
第四章 身體檢查的結果	22
4.1 甲型肝炎	22
4.2 乙型肝炎	25
4.3 丙型肝炎	32
4.4 戊型肝炎	34
第五章 討論	36
參考文獻	42
詞彙表	44

結果概覽



住戶調查 (15歲或以上)

家庭住戶數目	7 448
受訪者人數	16 655
住戶整體回應率	73.3%



身體檢查 (15至84歲)

參與者人數	2 072
參與率	55.2%

自述患有病毒性肝炎的情況 (15歲或以上)

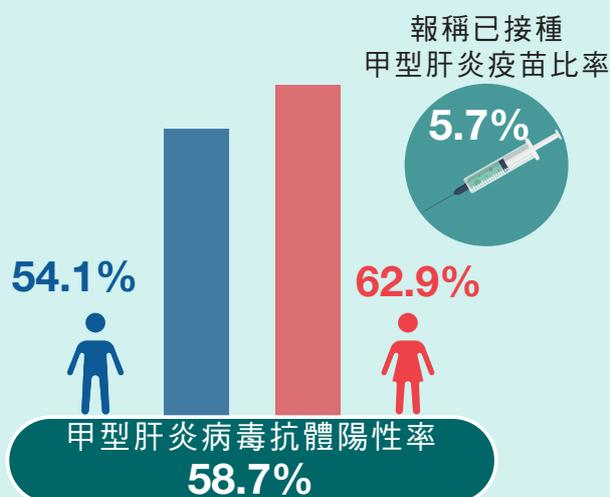


2.4% 曾被診斷患有病毒性肝炎
2.1% 曾被診斷患有乙型肝炎

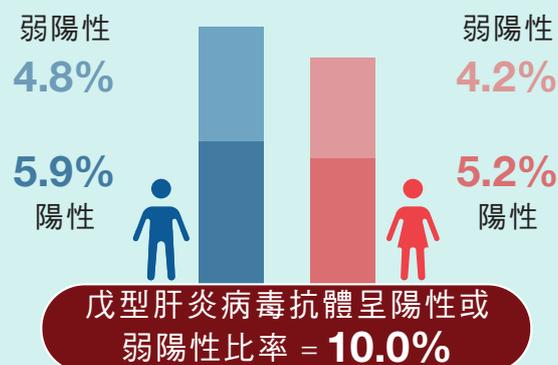
3 400 人於調查前 12 個月
被確診患有乙型肝炎

病毒性肝炎的流行情況 (15至84歲)

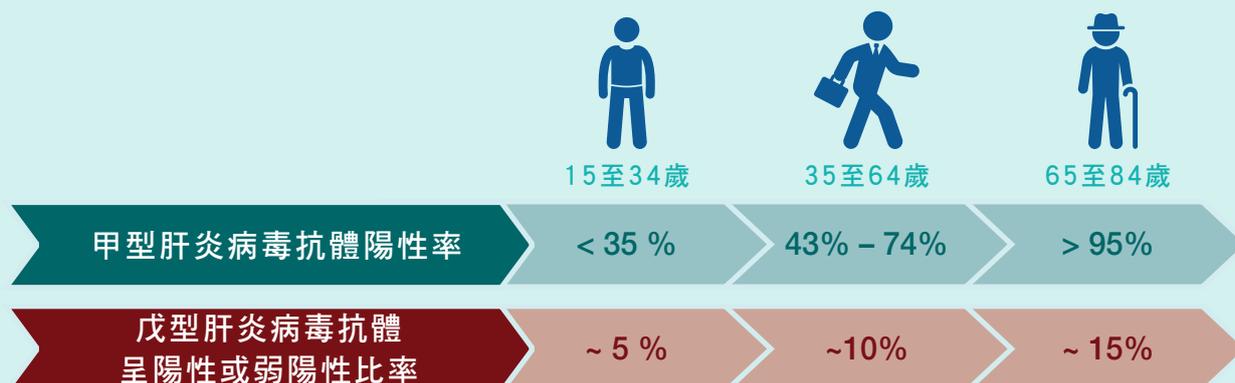
甲型肝炎



戊型肝炎



甲型肝炎病毒抗體和戊型肝炎病毒抗體陽性率均隨年齡增長而上升。



病毒性肝炎的流行情況 (15至84歲)

乙型肝炎

與35歲或以上人士相比，乙型肝炎表面抗原陽性率在較年輕的成人中明顯較低。



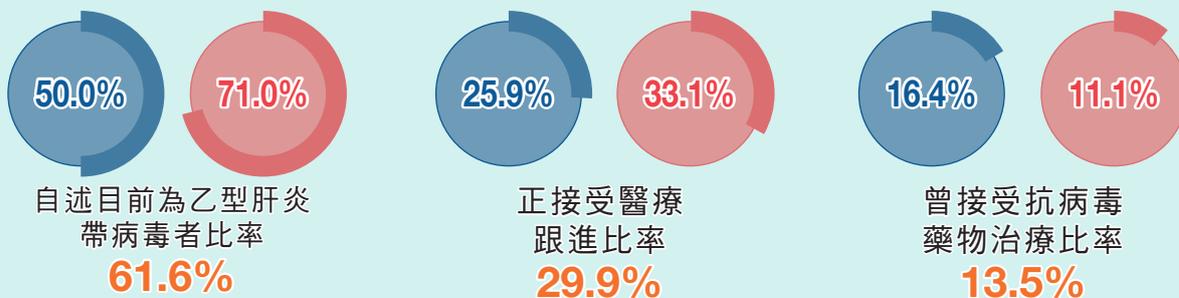
乙型肝炎表面抗原呈陽性的參與者



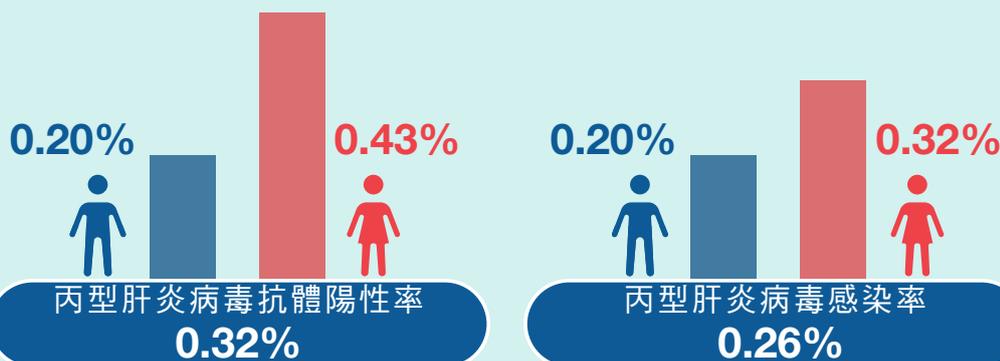
乙型肝炎病毒複製的檢驗



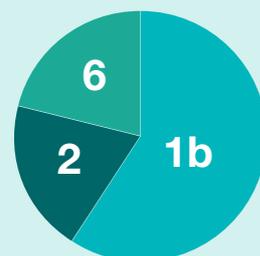
護理流程



丙型肝炎



丙型肝炎病毒基因型分佈





摘要

2020-22年度人口健康調查是由衛生署進行的第三次全港性人口健康調查。2020-22年度人口健康調查包括兩個部分，分別為（一）住戶調查和（二）身體檢查。關於病毒性肝炎的調查問題和測試首次納入了2020-22年度人口健康調查，涵蓋五種主要肝炎病毒的其中四種，即甲型肝炎病毒（HAV）、乙型肝炎病毒（HBV）、丙型肝炎病毒（HCV）和戊型肝炎病毒（HEV）。

甲型肝炎病毒（HAV）和戊型肝炎病毒（HEV）感染主要引起急性肝炎，而相當比例的乙型肝炎或丙型肝炎病例會發展成可持續超過六個月的慢性感染。病毒性肝炎的主要疾病負擔來自慢性乙型或丙型肝炎的後遺症，包括肝硬化和原發性肝癌。如果沒有合適的治療，乙型或丙型肝炎病毒的慢性感染通常持續終身，並可能在併發症出現前一直沒有明顯症狀。及早診斷和使用抗病毒藥物治療是減少與乙型和丙型肝炎相關的發病和死亡的主要手段。

《2020 - 2024年香港病毒性肝炎行動計劃》制訂了十二項本地指標，包括一般人口中慢性乙型和丙型肝炎的感染率，以監測和評估現時為減少病毒性肝炎的患病和死亡數字所作的行動，並依世界衛生組織（世衛）所訂下的目標，以在2030年或之前於香港消除病毒性肝炎所帶來的公共衛生威脅作為最終目標。病毒性肝炎的血液檢查有助評估社區的疾病負擔。這些檢查包括針對甲型、丙型和戊型肝炎病毒的抗體、乙型肝炎表面抗原（HBsAg）、乙型肝炎包膜抗原（HBeAg）、乙型肝炎病毒載量（HBV DNA）以及丙型肝炎病毒載量和基因分型檢測。

調查

本報告的主要目標是評估香港年齡介乎15至84歲的陸上非住院人口（不包括外籍家庭傭工和訪客）的病毒性肝炎狀況。住戶問卷實地訪問工作由2020年11月2日至2022年1月2日期間進行，期間於2020年12月2日至2021年2月22日因2019冠狀病毒病（COVID-19）疫情暫停。身體檢查則於2021年3月1日至2022年2月19日期間進行。在住戶問卷調查成功完成訪問並表示同意參與身體檢查的15至84歲受訪者當中，利用性別年齡分層抽樣方法，隨機抽選受訪者的子樣本，並邀請他們進行身體檢查。總共有16 655名年滿15歲或以上人士成功受訪，在同意接受身體檢查的6 373名受訪者中，有3 757名受訪者獲抽選及邀預約接受身體檢查，當中有2 072名受訪者完成體格檢查和血液檢驗。調查數據按房屋類型的參與率差異進行調整，並依2021年第二季度目標人口的年齡和性別分布加權倍大。《2020-22年度人口健康調查第一部分和第二部分調查報告》已分別於2022年12月和2023年4月發布，報告了住戶調查和身體檢查的結果。有關調查方法和樣本特徵的詳情，可參考第一部分報告的第一章。



住戶問卷調查和身體檢查的問題涵蓋各個方面，包括身體健康、心理社交健康和與健康相關的生活方式，收集自述的病毒性肝炎病史、確診時間、帶病毒狀態、抗病毒治療史及可能與病毒性肝炎相關的併發症（肝硬化、肝癌）史等資料，並對所收集的血液樣本進行病毒性肝炎抗原、抗體、病毒量水平以及基因分型的檢測。

主要結果

住戶調查的結果

2.4%的15歲或以上人士表示曾被醫生診斷患有病毒性肝炎，當中乙型肝炎是最常見的類型，男性和女性患病率均為 2.1%。自述經醫生診斷的病毒性肝炎比例隨年齡增長而增加。曾被醫生診斷患有乙型肝炎的人當中，2.6%是在調查前12個月首次被確診。76.0%被醫生診斷患有乙型肝炎的人報稱現時是帶病毒者，而42.8%被醫生診斷患有丙型肝炎的人則自稱已不再是帶病毒者。報稱目前是乙型肝炎帶病毒者中，49.6%沒有就其肝臟疾病進行醫療跟進，而24.7%則曾經接受西醫處方的抗病毒藥物治療。自報是慢性丙型肝炎患者中，52.6%曾經接受西醫處方的抗病毒藥物治療。在被醫生診斷患有肝硬化的人中，自述同時患乙型肝炎和丙型肝炎的比例分別為14.2%和3.8%。23.1%被醫生診斷患有肝癌的人同時被診斷患有乙型肝炎，而根據自述資料，沒有肝癌病人被診斷為丙型肝炎患者。

身體檢查的結果

甲型肝炎

在年齡介乎15至84歲的身體檢查參與者中，58.7%對甲型肝炎病毒抗體 (anti-HAV) 呈陽性。陽性結果比例隨年齡增加而上升，從15至24歲人士的30.9%增加至65至84歲人士的95.1%。在所有年齡組別中，女性的甲型肝炎病毒抗體陽性率均高於男性。只有5.7%的參與者報稱已接種甲型肝炎疫苗。

乙型肝炎

年齡介乎15至84歲的人士中，6.2%對乙型肝炎表面抗原 (HBsAg) 測試呈陽性反應。陽性率在35至54歲人士中最高，為8.4%，並下降至65至84歲人士的7.0%。乙型肝炎表面抗原陽性率在較年輕的年齡組別中明顯較低，分別為15至24歲人士的0.3%和25至34歲人士的1.5%。女性的陽性率 (6.5%) 略高於男性 (5.8%)。4.5%對乙型肝炎表面抗原測試呈陽性的人士同時對乙型肝炎包膜抗原 (HBeAg) 測試呈陽性 (女性為4.4%，男性為4.6%)，而他們乙型肝炎病毒載量達每毫升2 000和20 000個國際單位的比例分別為31.8%和17.3%。在對乙型肝炎表面抗原測試呈陽性的人士中，72.9%在住戶調查中自述有醫生診斷的乙型肝炎病史，61.6%報稱目前是帶病毒者。在對乙型肝炎表面抗原測試呈陽性的參與者中，70.1%沒有就其肝臟疾病進行醫療跟進，24.8%和5.0%則分別在公營和私營醫療服務中接受醫療跟進，13.5%報稱曾接受西醫處方的抗病毒藥物治療。

丙型肝炎

在15至84歲的人士中，0.32%對丙型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 測試呈陽性反應，女性 (0.43%) 和男性 (0.20%) 的陽性率相若。在15至84歲的人士中，丙型肝炎病毒感染率為0.26%。在丙型肝炎病毒核酸 (HCV RNA) 測試呈陽性反應的人士中，大多數 (59.2%) 感染基因型1b，病毒載量由每毫升523 000到6 150 000個國際單位不等，而當中沒有任何一個知道自己已受丙型肝炎病毒感染。

戊型肝炎

在15至84歲的人士中，5.5% (女性為5.2%，男性為5.9%) 對戊型肝炎病毒抗體 (anti-HEV) 測試呈陽性反應，4.5%則對戊型肝炎病毒抗體呈弱陽性反應 (女性為4.2%，男性為4.8%)。戊型肝炎病毒抗體陽性率隨年齡增長而上升，從15至24歲人士的1.9%增加至45至84歲人士的7.7%。

總結

依本調查結果所示，本港15至84歲陸上非住院人口（不包括外籍家庭傭工和訪客）乙型肝炎表面抗原的陽性率為6.2%，顯示自1980年代實施普及兒童免疫接種計劃和其他預防乙型肝炎母嬰傳播的干預措施後，乙型肝炎感染率已進一步降低。本調查亦反映慢性病毒性肝炎患者在本地的醫療跟進情況。越來越多對乙型肝炎表面抗原測試呈陽性患者知道自己帶有乙型肝炎病毒，但大部份患者仍未就其肝臟疾病進行醫療跟進。

另一方面，本調查發現的丙型肝炎病毒抗體陽性率為0.32%，與過去長時間的本地血清流行情況研究所得的結果大致一致，代表香港的一般人口中，丙型肝炎感染率在過去數十年持續處於低水平。然而，調查中大多數對丙型肝炎病毒抗體測試呈陽性的個案，也對丙型肝炎病毒核酸測試呈陽性，整體的丙型肝炎感染率為0.26%。結果顯示於丙型肝炎感染風險不明的人群中，普遍不清楚自己的病毒感染狀態，亦令他們難以及時獲得護理和治療。

2020-22年度人口健康調查提供了病毒性肝炎在一般人口中的重要流行病學資訊，估算最新的慢性感染患病率，以及監測無明顯感染風險人群中流行病學趨勢。持續和定期監測本地相關指標，對評估實現世衛目標的進程至為重要。結果顯示，我們需要進一步加強監測工作，並提高診斷和治療覆蓋率。

1.1 背景

肝炎是指肝臟發炎，可以有多种不同的成因，包括病毒、酗酒、藥物或遺傳疾病。病毒性肝炎是指由肝炎病毒感染所引起的肝炎。肝炎病毒主要有五種，分別是甲型肝炎病毒（HAV）、乙型肝炎病毒（HBV）、丙型肝炎病毒（HCV）、丁型肝炎病毒（HDV）和戊型肝炎病毒（HEV）。它們都可以引起急性肝炎，但不同類型的病毒性肝炎在傳播途徑、病情發展、治療方法和疾病負擔方面都可能有所不同。本報告將涵蓋由甲型、乙型、丙型和戊型肝炎病毒所引起的病毒性肝炎。

甲型和戊型肝炎病毒主要通過糞口途徑傳播，而乙型和丙型肝炎病毒則可以通過接觸感染者的血液或體液傳播，例如性接觸、共用針筒或母嬰傳播。在香港，母嬰傳播是乙型肝炎患者的主要感染途徑，而大多數丙型肝炎則通過接觸感染者的血液傳播。

感染甲型肝炎病毒只會引起急性肝炎，而大部分戊型肝炎病毒感染亦只引起急性肝炎，出現慢性戊型肝炎病毒感染的情況並不常見。相比之下，感染乙型或丙型肝炎病毒的人士有相當大的比例會發展成慢性感染，即感染持續超過六個月。^{1, 2} 慢性乙型或丙型肝炎病毒感染可以導致肝纖維化和嚴重併發症，包括肝硬化和原發性肝癌（肝細胞癌）。甲型和戊型肝炎病毒感染患者一般可在數週或數月內自行痊癒及康復，但慢性乙型或丙型肝炎病毒患者若沒有適當治療，感染通常是終身的，並且可能在數十年內都沒有明顯症狀，直到出現嚴重併發症。

及早診斷和治療能顯著降低慢性乙型或丙型肝炎患者出現肝硬化和肝癌的風險。抗病毒藥物對抑制乙型肝炎病毒複製非常有效，³ 而直接抗病毒藥物（DAA）更可治癒丙型肝炎病毒感染。^{4, 5} 對於慢性肝炎患者，定期的醫療跟進和監測，如量度肝癌腫瘤標記和肝臟超聲波檢查，對及早發現肝癌至關重要。³

病毒性肝炎的主要疾病負擔來自乙型或丙型肝炎，其併發症佔全球96%的病毒性肝炎死亡個案。⁶ 在公共衛生研究中，病毒性肝炎測試不僅可反映測試者的肝炎活躍程度，還為監測和評估社區的疾病負擔提供資料，例如，測試者對甲型、丙型和戊型肝炎病毒抗體呈陽性，可代表他們曾經感染相應的病毒或接種疫苗（甲型肝炎和戊型肝炎）。乙型肝炎表面抗原（HBsAg）是反映正受感染的血清標記，可用於評估乙型肝炎的感染率。乙型肝炎包膜抗原（HBeAg）是評估病毒複製活躍程度的血清標記，與乙型肝炎表面抗原的檢測結一併解讀，可以確定慢性乙型肝炎



病毒感染的臨床階段。⁷ 乙型肝炎患者出現肝癌的風險與其乙型肝炎病毒載量 (HBV DNA) 水平呈正比。⁸ 此外，含病毒載量和基因分型的丙型肝炎病毒學檢測，對於臨床治理以及評估社區中丙型肝炎感染率和所流行的基因型都非常重要。2020-22年度人口健康調查中都涵蓋了這些測試，並在本報告中發布相關結果。

根據《2020 - 2024年香港病毒性肝炎行動計劃》，香港制定了十二項本地指標，加強監測病毒性肝炎。⁹ 現時本港透過法定的須呈報傳染病系統，恆常監測急性病毒性肝炎，亦有現行機制評估特定群體的乙型肝炎和丙型肝炎血清陽性率。^{10, 11} 衛生署在2020-22年人口健康調查中收集了香港人口的病毒性肝炎狀況數據，旨在量度本地人口中慢性乙型和丙型肝炎感染率，作為其中兩項本地指標。⁹ 所得信息將有助於評估目前為減少病毒性肝炎的患病和死亡數字所作的行動，以達致世界衛生組織所訂下的最終目標，即在2030年或之前於香港消除病毒性肝炎所帶來的公共衛生威脅。

1.1.1 目的和具體目標

本調查旨在評估香港年齡介乎15至84歲陸上非住院人口（不包括外籍家庭傭工和訪客）的病毒性肝炎狀況，具體目標包括：

- (i) 通過測量各種病毒性肝炎的患病率，評估甲型、乙型、丙型和戊型肝炎的疾病負擔；
- (ii) 評估慢性乙型和丙型肝炎患者的疾病活躍程度；和
- (iii) 評估慢性乙型和丙型肝炎患者的就醫情況，及相關診斷和治療的覆蓋率。

2.1 調查方法

2020-22年度人口健康調查包括兩個部分，分別為（一）住戶調查和（二）含化驗檢測的身體檢查。化驗檢測包括了病毒性肝炎血液測試。衛生署委託一間私營研究公司和一間具備化驗室服務的私營醫療機構分別進行住戶調查和身體檢查的實地調查工作。2020-22年度人口健康調查的資料分析和報告則由香港中文大學賽馬會公共衛生及基層醫療學院進行。衛生署負責調查的整體規劃，包括研究設計、問卷制定及監督調查各個部分的質素。

2.1.1 目標人口的涵蓋範圍

是次住戶調查涵蓋全港年滿15歲或以上人士陸上非住院人口，但不包括外籍家庭傭工和旅客。身體檢查則涵蓋成功完成住戶調查的15至84歲（包括首尾兩個年齡）的人士。

2.1.2 抽樣框及方式

是次調查採用政府統計處設立的屋宇單位框作為抽樣框。是項調查採用等距複樣本的抽樣方法，由屋宇單位檔案庫及小區檔案庫分別抽選在已建設地區的屋宇單位地址及非建設地區內的小區複樣本。每一個屋宇單位的複樣本都可代表本港的家庭住戶（詳情請參閱2020-22年度人口健康調查的主要報告）。¹⁴

2.1.3 身體檢查的參與者

屋宇單位樣本內所有的家庭住戶，及所有樣本住戶內年滿15歲或以上人士，不包括外籍家庭傭工和旅客，皆分別獨立受訪。所有成功訪問的15歲至84歲受訪者皆獲邀簽署本調查的身體檢查同意書，18歲以下的受訪者，則須由父母或監護人在同意書上簽名。調查在已成功訪問的屋宇單位中隨機抽選一個子樣本，住在所抽選的屋宇單位內所有符合資格及已簽署同意書的受訪者會按性別和年齡組別分層被隨機邀請進行身體檢查。



2.1.4 資料收集方法

同意接受身體檢查的受訪者以性別和年齡組別進行分層。每個組別的受訪者經隨機抽樣後，都會以電話聯絡預約在指定身體檢查中心進行身體檢查。我們會核對參加身體檢查的受訪者的身份。受訪者需要在身體檢查當天完成一份自填問卷。

所有體檢報告在送交衛生署前，均由已註冊的醫務化驗師檢閱。衛生署的醫務人員，在將體檢報告送交相關受訪者之前，皆會作進一步檢閱。如檢測結果在參考範圍以外，衛生署醫務人員會向有關的受訪者提供健康建議。

本調查的化驗檢測程序依循世界衛生組織慢性病風險因素階梯式監測方法 (WHO STEPS) 手冊。¹⁵ 處理生物化學樣本程序則依循衛生署衛生防護中心發表的運輸隊運送臨床樣本及感染性物質的安全指引及相關感染控制指引。

2.1.5 調查工具

住戶調查問卷會收集自述病毒性肝炎病史、確診時間、帶病毒狀態、抗病毒治療史及可能與病毒性肝炎相關的併發症 (肝硬化、肝癌) 史等資料。接受身體檢查的受訪者在抽血前，須完成一份自填問卷，以收集有關肝炎疫苗接種的資料 (有關身體檢查的調查方法及工具，以及檢查的安排詳情，請參閱2020-22年度人口健康調查的主要報告)。¹⁴

血液樣本會作以下檢驗 (以及相應的化驗方法)：

- (i) 甲型肝炎病毒抗體 (anti-HAV) 總量 (羅氏 (Roche) Cobas e602系統 (Anti-HAV) 檢測)
- (ii) 乙型肝炎表面抗原 (HBsAg) (羅氏Cobas e602系統 (HBsAg II) 檢測)
- (iii) 乙型肝炎包膜抗原 (HBeAg) (如適用) (羅氏Cobas e602系統 (HBeAg) 檢測)
- (iv) 乙型肝炎病毒載量 (HBV DNA) (每毫升國際單位) (如適用) (羅氏Cobas 8800系統 Cobas[®] 乙型肝炎病毒試劑盒)
- (v) 丙型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 總量 (羅氏 Cobas e602系統 (Anti-HCV II) 檢測)
- (vi) 丙型肝炎病毒核酸 (HCV RNA) (每毫升國際單位) (如適用) (羅氏Cobas 8800系統 Cobas[®] 丙型肝炎病毒試劑盒)
- (vii) 丙型肝炎病毒基因型 (如適用) (Versant kPCR (Simens) 和Auto-LiPA 48 (Simens) Versant Sample Prep 1.0和Versant HCV Genotype 2.0 Assay LiPA)
- (viii) 戊型肝炎病毒IgG抗體 (EUROIMMUN Anti-Hepatitis E Virus (HEV) IgG ELISA Kit)

2.1.6 實地調查

住戶調查

住戶調查的實地訪問工作在2020年11月2日至2022年1月2日期間進行，期間於2020年12月2日至2021年2月22日因2019冠狀病毒病（COVID-19）疫情暫停。在10 113間屋宇單位樣本中識別有10 160個家庭住戶，其中有7 448個家庭住戶順利受訪，住戶整體回應率為73.3%。按公營租住房屋、資助出售單位和私人房屋這三種房屋類型劃分，其回應率分別為85.0%、78.2%和65.1%。按區議會分區劃分的回應率亦各有高低，由最高的屯門區錄得84.8%至最低北區的65.0%不等。在實地訪問中，7 448個家庭住戶中共16 655名年滿15歲或以上人士成功受訪。

身體檢查

身體檢查的實地調查工作於2021年3月1日至2022年2月19日期間進行。利用性別年齡分層抽樣方法，在同意接受身體檢查的6 373名受訪者中，有3 757名受訪者獲抽選及獲邀預約接受身體檢查。獲邀的3 757名受訪者當中，有2 072名受訪者參加體格檢查及血液檢驗（參與率為55.2%）。

2.1.7 倍大方法

自調查收集的資料，按三種房屋類型（即公營租住房屋、資助出售單位和私人房屋）的不同回應率作出調整，並依2021年第二季目標人口的年齡和性別分布加權倍大。是項人口健康調查對於（一）住戶調查及（二）身體檢查用上了各自的統計加權。經過這些調整之後，所得的估計便能反映目標人口在調查期間的情況。

2.1.8 保密

所有問卷和數據檔案皆被視為機密文件，研究小組均會謹慎處理此類記錄，以免資訊洩漏。調查開始時，所有受委託進行是次調查的私營資料收集公司的相關人員皆需要簽署一份保密協議書。

根據個人資料(私隱)條例(香港法例第486章)及研究機構行為準則，自調查收集的所有資料皆僅作研究和統計目的使用，所有載錄有住戶資料的問卷將於此項調查完成後六個月內予以銷毀。

2.1.9 倫理審批

調查已獲得衛生署倫理委員會的批准。



3.1 自述醫生診斷的病毒性肝炎

2020-22年度人口健康調查收集了有關自述經醫生診斷的病毒性肝炎數據。2.4%的15歲或以上的人士表示曾被醫生診斷患有病毒性肝炎，男性(2.5%)和女性(2.4%)的比例相若。乙型肝炎是在男性(2.1%)和女性(2.1%)中，都是最常見被診斷出的病毒性肝炎類型。大多數受訪者(97.2%)報告未曾患有病毒性肝炎(表3.1a)。經醫生診斷患有乙型肝炎的人士中，2.6%(女性為1.1%，男性為4.3%)在調查前12個月內首次被確診(表3.1b)。按年齡組別分析，自述經醫生診斷的病毒性肝炎的比例從15至24歲人士的0.1%增加到55至64歲人士的4.0%，然後降至85歲或以上人士的0.5%(表3.1c)。

表3.1a: 按性別劃分的15歲或以上人士曾被醫生診斷患有病毒性肝炎的比例

	女性		男性		總計	
	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%
曾被診斷患有 病毒性肝炎	76.8	2.4%	71.8	2.5%	148.5	2.4%
甲型 *	2.3	0.1%	2.8	0.1%	5.1	0.1%
乙型 *	69.2	2.1%	61.8	2.1%	131.0	2.1%
丙型 *	1.3	< 0.05%	2.7	0.1%	4.0	0.1%
丁型 *	-	-	-	-	-	-
戊型 *	0.7	< 0.05%	-	-	0.7	< 0.05%
不明	3.6	0.1%	4.9	0.2%	8.5	0.1%
未曾被診斷患有 病毒性肝炎	3 159.1	97.1%	2 819.0	97.2%	5 978.1	97.2%
不知道	16.0	0.5%	8.2	0.3%	24.2	0.4%
總計	3 251.8	100.0%	2 899.0	100.0%	6 150.8	100.0%

基數：所有受訪者 (N=6 150 800)。

注釋：* 可選擇多項答案。

由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

表3.1b: 按性別劃分15歲或以上人士在調查前12個月內經醫生診斷患有乙型肝炎的比例

	人數 ('000)	佔個案百分比	比率*
女性	0.7	1.1%	< 0.05%
男性	2.6	4.3%	0.1%
總計	3.4	2.6%	0.1%

基數：曾被醫生診斷患有乙型肝炎的受訪者 (N=131 000)。

註釋：* 比率為在個別性別分組中佔所有香港陸上非住院15歲或以上人士（不包括外籍家庭傭工）的百分比。
由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

表3.1c: 按年齡組別劃分15歲或以上人士曾被醫生診斷患有病毒性肝炎的比例

	15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 - 74		75 - 84		85 歲或以上		總計	
	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%
曾被診斷患有病毒性肝炎	0.4	0.1%	3.0	0.3%	27.3	2.7%	35.8	3.3%	48.2	4.0%	27.4	3.3%	5.5	1.6%	0.9	0.5%	148.5	2.4%
甲型*	-	-	-	-	0.5	<0.05%	2.7	0.3%	1.6	0.1%	0.4	<0.05%	-	-	-	-	5.1	0.1%
乙型*	0.4	0.1%	3.0	0.3%	26.1	2.6%	31.6	2.9%	42.2	3.5%	22.2	2.7%	4.5	1.3%	0.9	0.5%	131.0	2.1%
丙型*	-	-	-	-	-	-	1.3	0.1%	1.2	0.1%	1.4	0.2%	-	-	-	-	4.0	0.1%
丁型*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
戊型*	-	-	-	-	-	-	-	-	0.3	<0.05%	0.4	<0.05%	-	-	-	-	0.7	<0.05%
不明	-	-	-	-	0.8	0.1%	0.6	0.1%	3.2	0.3%	3.0	0.4%	0.9	0.3%	-	-	8.5	0.1%
未曾被診斷患有病毒性肝炎	578.2	99.8%	889.6	99.6%	982.5	97.2%	1 044.6	96.5%	1157.2	95.5%	804.0	96.0%	333.7	97.2%	188.2	98.5%	5 978.1	97.2%
不知道	0.8	0.1%	0.4	<0.05%	0.8	0.1%	2.6	0.2%	6.8	0.6%	6.5	0.8%	4.3	1.2%	1.9	1.0%	24.2	0.4%
總計	579.4	100.0%	893.0	100.0%	1 010.7	100.0%	1 083.0	100.0%	1 212.3	100.0%	837.9	100.0%	343.5	100.0%	191.0	100.0%	6 150.8	100.0%

基數：所有受訪者 (N=6 150 800)。

註釋：* 可選擇多項答案。

由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

3.2 慢性病毒性肝炎

3.2.1 自述慢性病毒性肝炎帶病毒狀態

慢性乙型肝炎

曾被醫生診斷患有乙型肝炎人士會被追問他們的帶病毒狀態。其中76.0% (女性81.5%，男性69.8%) 自稱目前為乙型肝炎帶病毒者，而13.2% (女性8.9%，男性18.1%) 稱已不再是帶病毒者。另外，3.4% (女性2.3%，男性4.6%) 自稱他們從未成為帶病毒者，而7.3% (女性7.2%，男性7.5%) 則不知道自己是否帶有病毒 (表3.2.1a)。

表3.2.1a: 按性別劃分15歲或以上曾被醫生診斷患有乙型肝炎人士的帶病毒狀態

	女性		男性		總計	
	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%
現在為帶病毒者	56.4	81.5%	43.2	69.8%	99.6	76.0%
不再是帶病毒者	6.2	8.9%	11.2	18.1%	17.4	13.2%
從未成為帶病毒者	1.6	2.3%	2.9	4.6%	4.5	3.4%
不知道自己是否帶有病毒	5.0	7.2%	4.6	7.5%	9.6	7.3%
總計	69.2	100.0%	61.8	100.0%	131.0	100.0%

基數：曾被醫生診斷患有乙型肝炎的受訪者 (N=131 000)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

按年齡組別分析，15至34歲或85歲或以上曾被醫生診斷患有乙型肝炎人士中，所有人均自稱目前為帶病毒者。而在其他年齡組別中，自稱目前為乙型肝炎帶病毒者的比例相對較低，從69.1% (75至84歲曾被醫生診斷患有乙型肝炎人士) 到77.2% (55至64歲曾被醫生診斷患有乙型肝炎人士) 不等。在曾被醫生診斷患有乙型肝炎人士中，75至84歲人士自稱不再是帶病毒者的比例最高 (23.7%) (表3.2.1b)。

表3.2.1b: 按年齡組別劃分15歲或以上曾被醫生診斷患有乙型肝炎人士的帶病毒狀態

	15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 - 74		75 - 84		85歲或以上		總計	
	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%
現在為帶病毒者	0.4	100.0%	3.0	100.0%	20.1	76.9%	23.6	74.8%	32.6	77.2%	15.9	71.3%	3.1	69.1%	0.9	100.0%	99.6	76.0%
不再是帶病毒者	-	-	-	-	4.6	17.6%	3.0	9.5%	5.9	13.9%	2.8	12.7%	1.1	23.7%	-	-	17.4	13.2%
從未成為帶病毒者	-	-	-	-	0.3	1.3%	1.6	5.2%	1.4	3.4%	0.7	3.2%	0.3	7.2%	-	-	4.5	3.4%
不知道自己是否帶有病毒	-	-	-	-	1.1	4.2%	3.3	10.5%	2.4	5.6%	2.8	12.7%	-	-	-	-	9.6	7.3%
總計	0.4	100.0%	3.0	100.0%	26.1	100.0%	31.6	100.0%	42.2	100.0%	22.2	100.0%	4.5	100.0%	0.9	100.0%	131.0	100.0%

基數：曾被醫生診斷患有乙型肝炎的受訪者 (N=131 000)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

慢性丙型肝炎

42.8%曾被醫生診斷患有丙型肝炎人士(女性23.9%，男性51.7%)自稱不再是帶病毒者，而38.5%(女性48.1%，男性34.0%)自稱目前為帶病毒者。9.8%自稱他們從未成為帶病毒者，而9.0%不知道他們的帶有病毒(表3.2.1c)。

表3.2.1c: 按性別劃分15歲或以上曾被醫生診斷患有丙型肝炎人士的帶病毒狀態

	女性		男性		總計	
	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%
現在為帶病毒者	0.6	48.1%	0.9	34.0%	1.5	38.5%
不再是帶病毒者	0.3	23.9%	1.4	51.7%	1.7	42.8%
從未成為帶病毒者	-	-	0.4	14.3%	0.4	9.8%
不知道自己是否帶有病毒	0.4	28.0%	-	-	0.4	9.0%
總計	1.3	100.0%	2.7	100.0%	4.0	100.0%

基數：曾被醫生診斷患有丙型肝炎的受訪者 (N=4 000)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

3.2.2 病毒性肝炎的治療情況

49.6% (女性46.8%，男性53.2%) 自述目前為乙型肝炎帶病毒者的人士沒有就其肝臟疾病進行醫療跟進。正在接受有關肝臟疾病的醫療跟進人士中，約90%在公營醫療服務接受跟進，而其餘的10%則在私家醫療服務接受跟進。整體而言，0.4%自稱目前為乙型肝炎帶病毒者的人士同時在公營和私營醫療服務接受跟進 (表3.2.2a)。

表3.2.2a: 按性別和醫療機構類型劃分自述目前為乙型肝炎帶病毒者接受醫療跟進的比例

	女性		男性		總計	
	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比
沒有接受醫療跟進	26.4	46.8%	23.0	53.2%	49.3	49.6%
僅在公營醫療服務接受跟進	26.8	47.5%	17.9	41.5%	44.7	44.9%
僅在私營醫療服務接受跟進	2.8	5.0%	2.3	5.4%	5.1	5.2%
同時在公營和私營醫療服務接受跟進	0.4	0.7%	-	-	0.4	0.4%
總計	56.4	100.0%	43.2	100.0%	99.6	100.0%

基數：自述目前為乙型肝炎帶病毒者的人士 (N=99 600)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

按年齡組別分析，自稱目前為乙型肝炎帶病毒者但並沒有接受醫療跟進人士的比例從15至24歲人士的100%，逐漸下降到55至64歲人士的41.8%，然後又增加到75至84歲人士的54.2%。僅在公營醫療服務接受跟進人士的比例隨年齡增加而上升，從25至34歲的22.6%，增加到85歲或以上人士的100% (表3.2.2b)。

表3.2.2b: 按年齡組別和醫療機構類型劃分自述目前為乙型肝炎帶病毒者接受醫療跟進的比例

	15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 - 74		75 - 84		85歲或以上		總計	
	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比
沒有接受醫療跟進	0.4	100.0%	1.9	63.1%	12.1	60.2%	13.0	55.0%	13.6	41.8%	6.7	42.0%	1.7	54.2%	-	-	49.3	49.6%
僅在公營醫療服務接受跟進	-	-	0.7	22.6%	7.6	37.6%	9.1	38.5%	16.2	49.8%	9.2	58.0%	1.1	34.2%	0.9	100.0%	44.7	44.9%
僅在私營醫療服務接受跟進	-	-	0.4	14.3%	0.5	2.2%	1.2	4.9%	2.7	8.4%	-	-	0.4	11.6%	-	-	5.1	5.2%
同時在公營和私營醫療服務接受跟進	-	-	-	-	-	-	0.4	1.6%	-	-	-	-	-	-	-	-	0.4	0.4%
總計	0.4	100.0%	3.0	100.0%	20.1	100.0%	23.6	100.0%	32.6	100.0%	15.9	100.0%	3.1	100.0%	0.9	100.0%	99.6	100.0%

基數：自述目前為乙型肝炎帶病毒者的人士 (N=99 600)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

24.7%自稱目前為慢性乙型肝炎患者曾經接受過西醫處方的抗病毒藥物治療，當中男性(30.0%)的比例高於女性(20.0%)。大多數受訪者(68.2%)未曾接受過任何抗病毒藥物治療(表3.2.2c)。



表3.2.2c: 按性別劃分15歲或以上慢性乙型肝炎患者(包括目前的帶病毒者和不再帶病毒者)曾經接受過西醫處方的抗病毒藥物治療比例

	女性		男性		總計	
	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比
有	12.5	20.0%	16.3	30.0%	28.8	24.7%
沒有	44.8	71.6%	35.0	64.3%	79.8	68.2%
不知道	5.2	8.4%	3.1	5.6%	8.3	7.1%
總計	62.6	100.0%	54.3	100.0%	116.9	100.0%

基數：曾被醫生診斷患有慢性乙型肝炎人士，包括目前的帶病毒者和不再帶病毒者 (N=116 900)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

52.6%曾被醫生診斷患有慢性丙型肝炎人士曾經接受過西醫處方的抗病毒藥物治療，當中男性(60.3%)的比例高於女性(33.1%)。相對於乙型肝炎的治療情況，無論是男性或女性，接受過丙型肝炎抗病毒藥物治療的比例都較高(表3.2.2d)。

表3.2.2d: 按性別劃分15歲或以上慢性丙型肝炎患者(包括目前的帶病毒者和不再帶病毒者)曾經接受過西醫處方的抗病毒藥物治療比例

	女性		男性		總計	
	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比
有	0.3	33.1%	1.4	60.3%	1.7	52.6%
沒有	0.3	31.0%	0.3	13.1%	0.6	18.2%
不知道	0.3	35.8%	0.6	26.6%	0.9	29.2%
總計	0.9	100.0%	2.3	100.0%	3.2	100.0%

基數：曾被醫生診斷患有慢性丙型肝炎人士，包括目前的帶病毒者和不再帶病毒者 (N=3 200)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

3.3 病毒性肝炎的後遺症

年滿15歲或以上的人士中，無論有否被診斷患有病毒性肝炎，肝硬化(0.2%)和肝癌(0.1%)的整體患病率相若。11.3%的肝硬化患者和17.5%的肝癌患者是在調查前12個月內被確診(表3.3a)。

表3.3a: 15歲或以上人士在調查前12個月內經醫生診斷患有肝硬化和肝癌的患病率

	患病率		在調查前 12 個月內被確診	
	人數 ('000)	%	人數 ('000)	佔個案百分比*
肝硬化	9.4	0.2%	1.1	11.3%
肝癌	8.6	0.1%	1.5	17.5%

基數：所有受訪者 (N=6 150 800)。

註釋：*在調查前12個月內曾被診斷出患有肝硬化或肝癌的病例數目除以曾被診斷出患有相應肝臟疾病的病例數目。
由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

報告經醫生診斷患有肝硬化的人士中，14.2%曾被診斷患有乙型肝炎，另有3.8%報告曾被診斷患有丙型肝炎。23.1%經醫生診斷患有肝癌的人士報告曾被診斷患有乙型肝炎，沒有肝癌受訪者報告曾被診斷患有丙型肝炎(表3.3b)。

表3.3b: 15歲或以上肝硬化和肝癌患者被醫生診斷有患乙型或丙型肝炎的比例

	曾被醫生診斷患有乙型肝炎		曾被醫生診斷患有丙型肝炎	
	人數 ('000)	佔個案百分比*	人數 ('000)	佔個案百分比*
肝硬化	1.3	14.2%	0.4	3.8%
肝癌	2.0	23.1%	-	-

基數：經醫生診斷患有肝硬化的人士 (N=9 400) 或經醫生診斷患有肝癌的人士 (N=8 600)。

註釋：*曾被醫生診斷患有乙型或丙型肝炎的肝硬化及肝癌病例數目除以曾被診斷出患有相應肝臟疾病的病例數目。
由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

2020-22年度人口健康調查收集參加者血液樣本進行各種病毒性肝炎的測試，包括抗原（乙型肝炎病毒）和抗體（甲型、丙型和戊型肝炎病毒）的血清測試，以及量度病毒載量（乙型和丙型肝炎病毒）及進行基因分型（丙型肝炎病毒）。綜合分析這些測試所得的統計數字除可評估個別參加者的血清學和病毒學狀態外，還可提供有關病毒性肝炎的最新流行病學情況資訊，以更了解其所帶來的公共衛生負擔。

4.1 甲型肝炎

甲型肝炎是由甲型肝炎病毒感染引起的，可以導致急性肝炎，但不會發展為慢性肝炎。甲型肝炎的流行病學情況一般透過測量人口中的甲型肝炎病毒抗體陽性率作評估，以反映出社區中過去接觸過病毒的情況和未來受到病毒感染的可能性。對甲型肝炎病毒抗體測試呈陽性，即表示過去曾受過或現正受甲型肝炎病毒感染，或顯示已通過甲型肝炎疫苗接種獲得免疫力。

在15至84歲人士中，對甲型肝炎病毒抗體呈陽性的比率為58.7%（女性為62.9%，男性為54.1%）。甲型肝炎病毒抗體陽性率一般隨年齡增加而上升，從15至24歲人士的30.9%增加到65至84歲人士的95.1%（表4.1a）。

表4.1a: 按性別和年齡組別劃分15至84歲人士的甲型肝炎病毒抗體陽性率

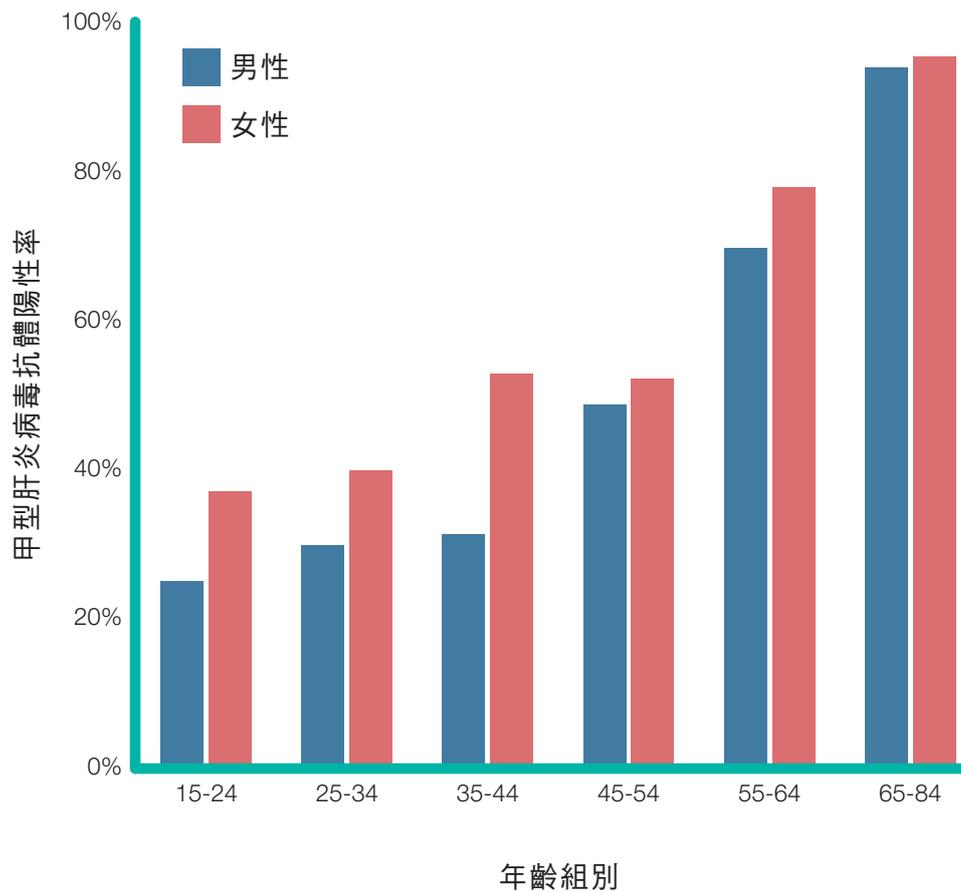
年齡組別	女性		男性		總計	
	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%
15 - 24	105.0	37.1%	74.2	25.0%	179.2	30.9%
25 - 34	183.1	40.1%	131.1	30.0%	314.2	35.2%
35 - 44	291.0	53.1%	144.9	31.3%	435.8	43.1%
45 - 54	315.7	52.2%	232.4	48.6%	548.1	50.6%
55 - 64	497.2	78.1%	402.6	70.0%	899.8	74.2%
65 - 84	580.7	95.8%	542.2	94.3%	1 122.9	95.1%
總計	1 972.6	62.9%	1 527.4	54.1%	3 500.0	58.7%

基數：所有受訪者 (N=5 959 700)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。



按性別和年齡組別劃分的甲型肝炎病毒抗體陽性率



受訪者會被問及過往有否接種過甲型肝炎疫苗。大多數受訪者(64.4%)報稱他們沒有接種過甲型肝炎疫苗,29.9%的受訪者則不確定自己有否接種過甲型肝炎疫苗。只有5.7%的受訪者報稱接種過甲型肝炎疫苗,當中女性(5.5%)和男性(5.8%)的比例相若(表4.1b)。

表4.1b: 按性別劃分15至84歲人士的甲型肝炎疫苗接種史

	女性		男性		總計	
	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%
有	173.1	5.5%	164.7	5.8%	337.8	5.7%
沒有	2 061.9	65.8%	1 776.1	62.9%	3 838.1	64.4%
不確定	900.0	28.7%	883.9	31.3%	1 783.8	29.9%
總計	3 135.0	100.0%	2 824.7	100.0%	5 959.7	100.0%

基數：所有受訪者 (N=5 959 700)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

按年齡組別分析，未曾接種過甲型肝炎疫苗的受訪者比例隨年齡增加而上升，從15至24歲人士的53.9%增加到65至84歲人士的84.3%。不確定有否接種過疫苗的受訪者比例則隨年齡增加而減少，從15至24歲人士的42.6%減少到65至84歲人士的12.1%。最高的甲型肝炎疫苗接種率出現在35至44歲的人士中(12.7%)，而25至34歲人士的疫苗接種率則最低(3.0%) (表4.1c)。

表4.1c: 按年齡組別劃分15至84歲人士的甲型肝炎疫苗接種史

	15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 - 84		總計	
	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%
有	20.4	3.5%	27.0	3.0%	128.0	12.7%	62.2	5.7%	57.5	4.7%	42.6	3.6%	337.8	5.7%
沒有	312.1	53.9%	416.1	46.6%	478.7	47.4%	712.4	65.8%	922.9	76.1%	995.9	84.3%	3 838.1	64.4%
不確定	247.0	42.6%	449.8	50.4%	404.0	40.0%	308.5	28.5%	231.8	19.1%	142.7	12.1%	1 783.8	29.9%
總計	579.5	100.0%	892.9	100.0%	1 010.7	100.0%	1 083.0	100.0%	1 212.3	100.0%	1 181.3	100.0%	5 959.7	100.0%

基數：所有受訪者 (N=5 959 700)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

4.2 乙型肝炎

4.2.1 乙型肝炎的感染率

感染乙型肝炎病毒可以導致急性和慢性乙型肝炎，乙型肝炎的感染率通常是透過測量人群中乙型肝炎表面抗原 (HBsAg) 的陽性率來評估。乙型肝炎表面抗原是一種血清標記，用於顯示一個人目前是否感染乙型肝炎病毒。

15至84歲人士中，6.2% (95%置信區間 (CI) : 5.2% — 7.4%) 的對乙型肝炎表面抗原測試呈陽性反應。女性的陽性率 (6.5%; 95%置信區間: 5.0% — 8.3%) 略高於男性 (5.8%; 95%置信區間: 4.5% — 7.5%)，男女間的陽性率差異在年齡介乎35至54歲的人士中尤其明顯。按年齡組別分析，乙型肝炎表面抗原陽性率在35至44歲和45至54歲人士中最高，達8.4%，然後下降至55至64歲人士的7.6%和65至84歲人士的7.0%。乙型肝炎表面抗原陽性率在較年輕的年齡組別中明顯較低，分別為15至24歲人士的0.3%和25至34歲人士的1.5% (表4.2.1)。

表4.2.1: 按性別和年齡組別劃分15至84歲人士的乙型肝炎表面抗原陽性率

年齡組別	女性			男性			總計		
	人數 ('000)	%	95% 置信區間	人數 ('000)	%	95% 置信區間	人數 ('000)	%	95% 置信區間
15 - 24	-	-	不適用	1.9	0.7%	0.1% - 4.5%	1.9	0.3%	0.0% - 2.3%
25 - 34	5.8	1.3%	0.3% - 5.0%	7.6	1.7%	0.6% - 5.3%	13.4	1.5%	0.6% - 3.6%
35 - 44	54.5	9.9%	6.3% - 15.3%	30.8	6.7%	3.7% - 11.7%	85.3	8.4%	5.9% - 11.8%
45 - 54	55.3	9.2%	5.7% - 14.3%	36.1	7.5%	4.4% - 12.6%	91.4	8.4%	6.0% - 11.8%
55 - 64	46.8	7.4%	4.5% - 11.9%	45.8	8.0%	4.7% - 13.0%	92.6	7.6%	5.4% - 10.8%
65 - 84	40.4	6.7%	3.7% - 11.7%	42.6	7.4%	4.3% - 12.4%	83.0	7.0%	4.7% - 10.4%
總計	202.9	6.5%	5.0% - 8.3%	164.7	5.8%	4.5% - 7.5%	367.6	6.2%	5.2% - 7.4%

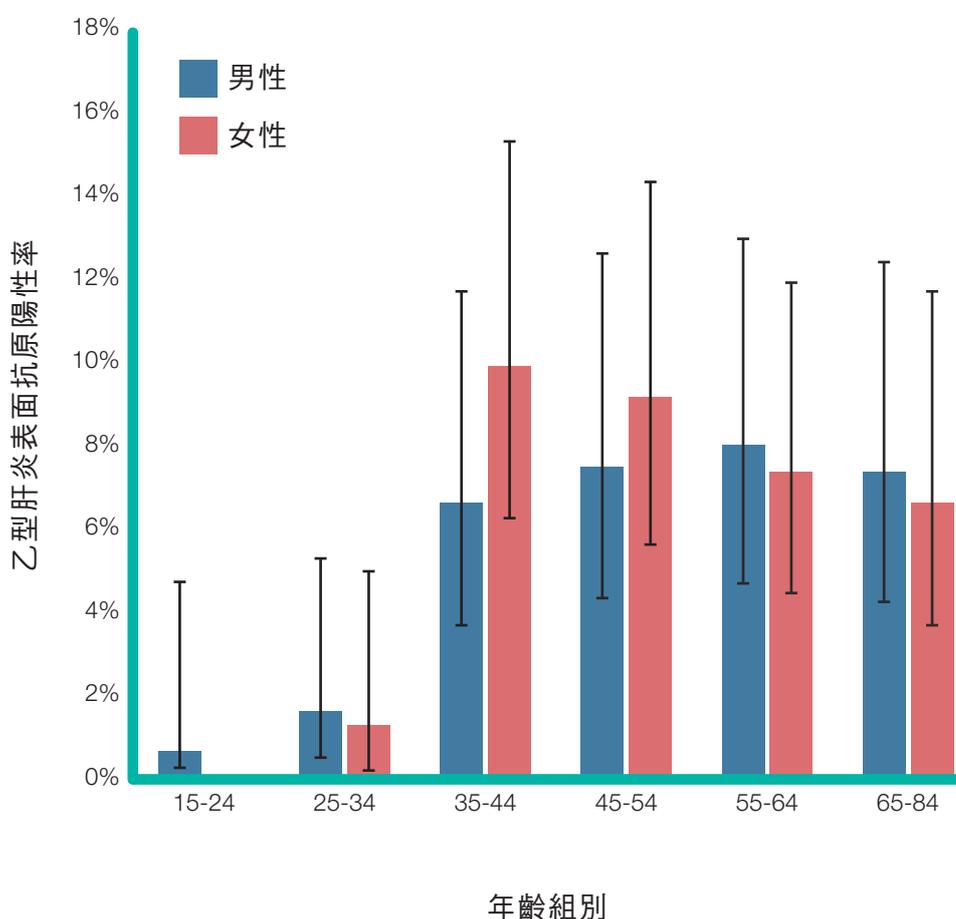
基數：所有受訪者 (N=5 959 700)。

註釋：置信區間 (CI)

由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

加權數據為零比例的置信區間未可校正。

按性別和年齡組別劃分的乙型肝炎表面抗原陽性率



4.2.2 乙型肝炎病毒複製的檢驗

乙型肝炎病毒包膜抗原 (HBeAg)

乙型肝炎包膜抗原 (HBeAg) 是乙型肝炎病毒在人體內活躍地複製時所產生的抗原，屬病毒複製和具傳染性的標記，可用於判斷慢性乙型肝炎病毒感染的臨床階段。乙型肝炎包膜抗原通常在慢性乙型肝炎病毒感染的早期出現。⁷ 對乙型肝炎表面抗原測試呈陽性的人士中，4.5%同時對乙型肝炎包膜抗原測試呈陽性 (表4.2.2a)。

表4.2.2a: 按性別劃分15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性人士的乙型肝炎包膜抗原陽性率

	人數 ('000)	佔個案百分比
女性	9.0	4.4%
男性	7.5	4.6%
總計	16.5	4.5%

基數：乙型肝炎表面抗原呈陽性的受訪者 (N=367 600)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

按年齡組別分析，乙型肝炎表面抗原呈陽性人士的乙型肝炎包膜抗原陽性率隨年齡增長而下降，從15至39歲人士的14.4%下降到40至64歲人士的3.8%。在年齡介乎65至84歲的乙型肝炎表面抗原呈陽性人士中，未有發現個案對乙型肝炎包膜抗原呈陽性(表4.2.2b)。

表4.2.2b: 按年齡組別分析15至84歲人士乙型肝炎表面抗原呈陽性人士的乙型肝炎包膜抗原陽性率

年齡組別	人數 ('000)	佔個案百分比
15 - 39	7.6	14.4%
40 - 64	8.9	3.8%
65 - 84	-	-
總計	16.5	4.5%

基數：乙型肝炎表面抗原呈陽性的受訪者 (N=367 600)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

乙型肝炎病毒載量 (HBV DNA)

乙型肝炎病毒載量 (HBV DNA) 亦是乙型肝炎病毒複製的一個標記，可量化感染者血清中的乙型肝炎病毒數量，為評估慢性乙型肝炎患者是否需要抗病毒藥物治療的常用指標之一。根據用於治理乙型肝炎患者的部分國際指引和本地指引，若患者出現肝臟疾病且體內的乙型肝炎病毒載量屬高水平（即病毒載量達每毫升20 000個國際單位的乙型肝炎包膜抗原陽性患者或病毒載量達每毫升2 000個國際單位的乙型肝炎包膜抗原陰性患者），便需要開始抗病毒藥物治療。^{16, 17}

在15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性人士中，17.3%的乙型肝炎病毒載量達每毫升20 000個國際單位。男性乙型肝炎病毒載量達每毫升20 000個國際單位的比例（21.6%）較女性（13.7%）高。31.8%的乙型肝炎病毒載量達每毫升2 000個國際單位，男性（41.8%）乙型肝炎病毒載量達每毫升2 000個國際單位的比例也高於女性（23.6%）。18.9%（女性為22.5%，男性為14.3%）的乙型肝炎病毒載量低於每毫升10個國際單位（未檢測到）（表4.2.2c）。

表4.2.2c: 按性別劃分15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性人士的乙型肝炎病毒載量水平（每毫升國際單位）

	女性		男性		總計	
	人數 ('000)	佔個案 百分比	人數 ('000)	佔個案 百分比	人數 ('000)	佔個案 百分比
未檢測到 / < 10	45.7	22.5%	23.6	14.3%	69.3	18.9%
10 - 1 999	109.3	53.9%	72.1	43.8%	181.4	49.4%
2 000 - 19 999	20.0	9.9%	33.3	20.2%	53.4	14.5%
≥ 20 000	27.9	13.7%	35.6	21.6%	63.5	17.3%
總計	202.9	100.0%	164.7	100.0%	367.6	100.0%

基數：乙型肝炎表面抗原呈陽性的受訪者 (N=367 600)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

按年齡組別分析，15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性人士中，乙型肝炎病毒載量達每毫升20 000個國際單位的比例在15至24歲人士中最高（31.4%），其次是55至64歲人士（27.9%）。若以較低的乙型肝炎病毒載量水平作界線，也呈現類似的情況，即在15至24歲人士中，乙型肝炎病毒載量達每毫升2 000個國際單位的比例仍是最高（48.0%），其次是55至64歲人士（45.4%）。至於乙型肝炎病毒載量低於每毫升10個國際單位（即未檢測到病毒）的人士中，55至64歲人士的佔比最高，達到23.8%，其次是65至84歲人士（21.7%）（表4.2.2d）。

表4.2.2d: 按年齡組劃分15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性人士的乙型肝炎病毒載量水平（每毫升國際單位）

	15 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 - 84		總計	
	人數 ('000)	佔個案 百分比										
未檢測到 / < 10	-	-	14.9	17.4%	14.4	15.8%	22.1	23.8%	18.0	21.7%	69.3	18.9%
10 - 1 999	8.0	52.0%	47.1	55.2%	50.1	54.8%	28.5	30.8%	47.8	57.6%	181.4	49.4%
2 000 - 19 999	2.5	16.6%	8.6	10.1%	12.1	13.2%	16.2	17.5%	13.9	16.8%	53.4	14.5%
≥ 20 000	4.8	31.4%	14.7	17.3%	14.8	16.2%	25.8	27.9%	3.3	4.0%	63.5	17.3%
總計	15.3	100.0%	85.3	100.0%	91.4	100.0%	92.6	100.0%	83.0	100.0%	367.6	100.0%

基數：乙型肝炎表面抗原呈陽性的受訪者 (N=367 600)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

4.2.3 乙型肝炎的診斷覆蓋率

住戶調查中，受訪者會被問及曾否被醫生診斷患有乙型肝炎，以及目前是否乙型肝炎帶病毒者。在身體檢查中發現對乙型肝炎表面抗原呈陽性的人士中，有72.9%報告自己曾被醫生診斷患有乙型肝炎，女性的比例（79.0%）高於男性（65.3%）。61.6%的人則報稱自己目前為乙型肝炎帶病毒者，女性（71.0%）的比例也高於男性（50.0%）（表4.2.3a）。

表4.2.3a: 按性別劃分15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性人士的自述確診狀態

	女性		男性		總計	
	人數 ('000)	佔個案 百分比	人數 ('000)	佔個案 百分比	人數 ('000)	佔個案 百分比
曾被醫生診斷患有乙型肝炎	160.2	79.0%	107.6	65.3%	267.8	72.9%
目前為乙型肝炎帶病毒者	144.1	71.0%	82.4	50.0%	226.5	61.6%

基數：乙型肝炎表面抗原呈陽性的受訪者 (N=367 600)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

按年齡組別分析，15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性的人士中，曾被醫生診斷患有乙型肝炎的比例在15至34歲人士中最高（83.4%），其次是55至64歲人士（82.9%）。在乙型肝炎表面抗原呈陽性人士中，隨著年齡增長，自述目前為乙型肝炎帶病毒者的比例逐漸下降，從15至34歲人士的83.4%降至65至84歲人士的42.4%（表4.2.3b）。

表4.2.3b: 按年齡組別劃分的15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性人士的自述確診狀態

	15 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 - 84		總計	
	人數 ('000)	佔個案 百分比										
曾被醫生診斷患有乙型肝炎	12.8	83.4%	64.7	75.9%	68.2	74.7%	76.7	82.9%	45.3	54.6%	267.8	72.9%
目前為乙型肝炎帶病毒者	12.8	83.4%	58.6	68.7%	59.4	65.0%	60.5	65.3%	35.2	42.4%	226.5	61.6%

基數：乙型肝炎表面抗原呈陽性的受訪者 (N=367 600)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

4.2.4 乙型肝炎的治療覆蓋率

醫療跟進

在15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性的人士中，超過三分之二（70.1%）沒有就其肝臟疾病進行醫療跟進。男性中沒有醫療跟進的比例（74.1%）高於女性（66.9%）。24.8%的受訪者報告僅在公營醫療服務接受醫療跟進，而5.0%的受訪者報告僅在私營醫療服務接受醫療跟進（表4.2.4a）。

表4.2.4a: 按性別和醫療機構類型劃分15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性人士接受醫療跟進的比例

	女性		男性		總計	
	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比
沒有接受醫療跟進	135.7	66.9%	122.1	74.1%	257.8	70.1%
僅在公營醫療服務接受跟進	60.6	29.9%	30.8	18.7%	91.3	24.8%
僅在私營醫療服務接受跟進	6.6	3.3%	11.8	7.2%	18.5	5.0%
同時在公營和私營醫療服務接受跟進	-	-	-	-	-	-
總計	202.9	100.0%	164.7	100.0%	367.6	100.0%

基數：乙型肝炎表面抗原呈陽性的受訪者 (N=367 600)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

按年齡組別分析，15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性的人士中，沒有就其肝臟疾病進行醫療跟進的比例在15至34歲人士中最高（83.7%），並隨著年齡增長而逐漸下降至55至64歲人士的62.0%，但其後增加至65至84歲人士的75.0%。在公共醫療服務接受醫療跟進的比例從35至44歲人士的24.5%增加到55至64歲人士的30.9%，然後下降至65至84歲人士的20.6%。至於35歲以下的人士中，沒有人在公共醫療服務接受醫療跟進，16.3%的人僅在私人醫療服務接受醫療跟進（表4.2.4b）。

表4.2.4b: 按年齡組別和醫療機構劃分15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性人士接受醫療跟進的比例

	15 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 - 84		總計	
	人數 ('000)	佔個案百分比	人數 ('000)	佔個案百分比								
沒有接受醫療跟進	12.8	83.7%	61.4	71.9%	63.9	70.0%	57.5	62.0%	62.2	75.0%	257.8	70.1%
僅在公營醫療服務接受跟進	-	-	20.9	24.5%	24.7	27.0%	28.6	30.9%	17.1	20.6%	91.3	24.8%
僅在私營醫療服務接受跟進	2.5	16.3%	3.0	3.5%	2.8	3.1%	6.5	7.1%	3.6	4.4%	18.5	5.0%
同時在公營和私營醫療服務接受跟進	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
總計	15.3	100.0%	85.3	100.0%	91.4	100.0%	92.6	100.0%	83.0	100.0%	367.6	100.0%

基數：乙型肝炎表面抗原呈陽性的受訪者 (N=367 600)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

抗病毒藥物治療

在15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性的人士中，13.5%曾接受西醫處方的抗病毒藥物治療，當中男性的比例（16.4%）較女性為高（11.1%）（表4.2.4c）。

表4.2.4c: 按性別劃分15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性人士曾經接受過醫生（西醫）處方抗病毒藥物治療的比例

	人數（'000）	佔個案百分比
女性	22.6	11.1%
男性	27.1	16.4%
總計	49.7	13.5%

基數：乙型肝炎表面抗原呈陽性的受訪者（N=367 600）。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

按年齡組別分析，15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性的人士中，曾經接受西醫處方抗病毒藥物治療的比例由15至34歲人士的0%，增加最高至45至54歲人士的19.8%，然後逐漸降低至65至84歲人士的8.4%（表4.2.4d）。

表4.2.4d: 按年齡組別劃分15至84歲乙型肝炎表面抗原呈陽性人士曾經接受過醫生（西醫）處方抗病毒藥物治療的比例

年齡組別	人數（'000）	佔個案百分比
15 - 34	-	-
35 - 44	11.6	13.6%
45 - 54	18.1	19.8%
55 - 64	13.0	14.0%
65 - 84	7.0	8.4%
總計	49.7	13.5%

基數：乙型肝炎表面抗原呈陽性的受訪者（N=367 600）。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

4.3 丙型肝炎

4.3.1 丙型肝炎的感染率

與乙型肝炎病毒感染相似，丙型肝炎病毒感染都可引起急性和慢性肝炎。丙型肝炎的感染率可以透過量度有關人群中就血清學（丙型肝炎病毒抗體（anti-HCV））或病毒學（丙型肝炎病毒核酸（HCV RNA））所作的測試之陽性率來評估。

丙型肝炎病毒抗體是曾經感染丙型肝炎病毒的血清標記，對抗體測試呈陽性即表示曾經被丙型肝炎病毒感染，但它無法區分過往抑或現正帶有病毒的感染。經自身免疫清除丙型肝炎病毒後或經丙型肝炎治療後痊癒的人士，仍然會對丙型肝炎病毒抗體測試呈陽性。然而，考慮到大部分感染者均會發展為慢性感染，以及過去缺乏有效治療和有限獲取核酸測試，在許多公共衛生研究中，丙型肝炎病毒抗體測試陽性率長期以來被用作丙型肝炎感染率的代替指標。

整體而言，15至84歲人士對丙型肝炎病毒抗體測試呈陽性的比率為0.32%（95%置信區間：0.14% — 0.71%），女性（0.43%；95%置信區間：0.16% — 1.14%）和男性（0.20%；95%置信區間：0.05% — 0.79%）的陽性率相若（表4.3.1a）。在身體檢查中發現對丙型肝炎病毒抗體呈陽性的人士中，沒有人對乙型肝炎表面抗原測試呈陽性。

表4.3.1a: 按性別劃分15至84歲人士的丙型肝炎病毒抗體陽性率

	人數 ('000)	陽性率 (%)	95% 置信區間
女性	13.4	0.43%	0.16% - 1.14%
男性	5.6	0.20%	0.05% - 0.79%
總計	19.0	0.32%	0.14% - 0.71%

基數：所有受訪者 (N=5 959 700)。

註釋：置信區間 (CI)

由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

要確定是否屬現正帶有丙型肝炎病毒的感染，通常需要在丙型肝炎病毒抗體測試呈陽性後，再進行丙型肝炎病毒核酸測試。如果檢測到丙型肝炎病毒核酸，則表示現正受丙型肝炎病毒感染。

在15至84歲人士中，總體的丙型肝炎病毒感染率（檢測到丙型肝炎病毒核酸）為0.26%（95%置信區間：0.11% — 0.63%），女性（0.32%；95%置信區間：0.10% — 1.00%）和男性（0.20%；95%置信區間：0.05% — 0.79%）的感染率相若（表4.3.1b）。

表4.3.1b: 按性別劃分15至84歲人士的丙型肝炎病毒感染率

	人數 ('000)	感染率 (%)	95% 置信區間
女性	10.1	0.32%	0.10% - 1.00%
男性	5.6	0.20%	0.05% - 0.79%
總計	15.7	0.26%	0.11% - 0.63%

基數：所有受訪者 (N=5 959 700)。

註釋：置信區間 (CI)

由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

按年齡組別分析，丙型肝炎病毒感染率最高為40至64歲人士的0.43%，其次是65至84歲人士的0.31%（表4.3.1c）。

表4.3.1c: 按年齡組別劃分15至84歲人士的丙型肝炎病毒感染率

年齡組別	人數 ('000)	感染率 (%)
15 - 39	-	-
40 - 64	12.0	0.43%
65 - 84	3.7	0.31%
總計	15.7	0.26%

基數：所有受訪者 (N=5 959 700)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

在住戶調查中，受訪者會被問及曾否被醫生診斷患有病毒性肝炎，以及目前是否帶病毒者。在身體檢查中發現正受丙型肝炎病毒感染的患者中，沒有人報告曾被醫生診斷患有病毒性肝炎。

在15至84歲人士對丙型肝炎病毒核酸測試呈陽性的人士中，大多數（59.2%）感染基因型1b，另有19.9%感染了基因型2及20.9%感染基因型6（表4.3.1d）。對丙型肝炎病毒核酸測試呈陽性的人士中，病毒載量由每毫升523 000到6 150 000個國際單位不等。

表4.3.1d: 15至84歲人士丙型肝炎病毒核酸測試呈陽性人士的丙型肝炎病毒基因型分佈

基因型	人數 ('000)	佔個案百分比
1b	9.3	59.2%
2	3.1	19.9%
6	3.3	20.9%
總計	15.7	100.0%

基數：丙型肝炎病毒核酸測試呈陽性人士 (N=15 700)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

4.4 戊型肝炎

戊型肝炎病毒 (HEV) 感染通常只會引起急性肝炎，導致慢性肝炎的情況並不常見。與甲型肝炎相似，戊型肝炎流行病學情況也是通過測量人群中針對相關肝炎病毒的抗體 (戊型肝炎病毒抗體 (anti-HEV)) 陽性率來評估，這能反映出社區中人群過去接觸過戊型肝炎病毒的情況。對戊型肝炎病毒抗體測試呈陽性，即表示過往曾經感染或現正感染戊型肝炎病毒。

大多數15至84歲人士 (90.0%) 的戊型肝炎病毒抗體測試結果為陰性。戊型肝炎病毒抗體陽性率為5.5% (女性為5.2%，男性為5.9%)，而對戊型肝炎病毒抗體測試呈弱陽性的比率則為4.5% (女性為4.2%，男性為4.8%) (表4.4a)。

表4.4a: 按性別劃分15至84歲人士的戊型肝炎病毒抗體陽性率

	女性		男性		總計	
	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%	人數 ('000)	%
陰性	2 839.8	90.6%	2 521.6	89.3%	5 361.4	90.0%
弱陽性	131.9	4.2%	136.6	4.8%	268.5	4.5%
陽性	163.3	5.2%	166.5	5.9%	329.8	5.5%
總計	3 135.0	100.0%	2 824.7	100.0%	5 959.7	100.0%

基數：所有受訪者 (N=5 959 700)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

按年齡組別分析，對戊型肝炎病毒抗體測試呈陽性的比率隨年齡增長而上升，從15至24歲人士的1.9%增加到45至84歲人士的7.7%。同樣地，對戊型肝炎病毒抗體測試呈弱陽性的比率也隨年齡增長而上升，從15至24歲人士的0.9%增加到65至84歲人士的8.1%（表4.4b）。

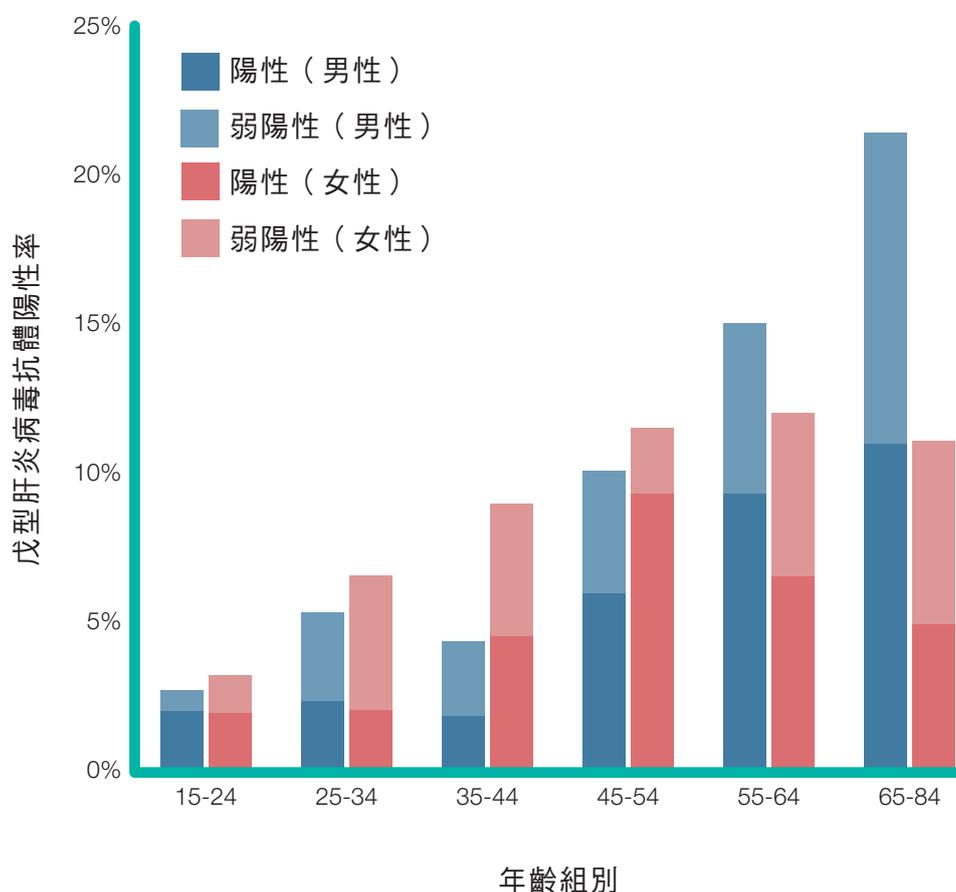
表4.4b: 按年齡組別劃分15至84歲人士的戊型肝炎病毒抗體陽性率

	15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 - 84		總計	
	人數 ('000)	%												
陰性	563.1	97.2%	841.1	94.2%	942.7	93.3%	967.7	89.4%	1 052.5	86.8%	994.3	84.2%	5 361.4	90.0%
弱陽性	5.4	0.9%	33.0	3.7%	35.4	3.5%	32.3	3.0%	66.9	5.5%	95.5	8.1%	268.5	4.5%
陽性	11.0	1.9%	18.8	2.1%	32.5	3.2%	83.1	7.7%	92.8	7.7%	91.5	7.7%	329.8	5.5%
總計	579.5	100.0%	892.9	100.0%	1 010.7	100.0%	1 083.0	100.0%	1 212.3	100.0%	1 181.3	100.0%	5 959.7	100.0%

基數：所有受訪者 (N=5 959 700)。

註釋：由於進位關係，個別項目加起來可能與總數略有出入。

按年齡組別劃分對戊型肝炎病毒抗體測試呈陽性或弱陽性的比率



為監測邁向世界衛生組織（WHO）目標的進程，即在2030年或之前消除病毒性肝炎作為公共衛生威脅，本港訂下十二項本地指標。本調查為當中的三個指標提供了不可或缺的資訊，分別為慢性乙型肝炎感染率、慢性丙型肝炎感染率以及已被診斷患有乙型和/或丙型肝炎的人數。⁹

乙型肝炎的負擔

根據本調查中的乙型肝炎表面抗原測試結果，在15至84歲的香港陸上非住院人口（不包括外籍家庭傭工和訪客）中，乙型肝炎的感染率為6.2%，相應的乙型肝炎個案估計為367 600宗。即使在臨床診斷中，一般需要至少兩次相隔六個月的乙型肝炎表面抗原陽性測試結果來確診慢性感染；不過，從疾病監測的角度來看，單一次的乙型肝炎表面抗原陽性測試結果，在本調查中已可被視作為慢性乙型肝炎病毒感染個案，因調查時捕捉到可持續數十年的慢性感染的機會，遠高於通常僅持續數週的急性感染。¹⁸

本調查顯示，相比2001年進行的《病毒性肝炎社區研究計劃》（乙型肝炎表面抗原陽性率為8.8%）和2015-16年進行的全港血清流行病學研究（經年齡和性別調整後的乙型肝炎表面抗原陽性率為7.2%）的結果，一般人口中（15至84歲人口）的乙型肝炎表面抗原陽性率已進一步降低（6.2%）。^{11, 19} 本調查結果與2018-20年所進行的另一項血清流行病學研究的結果大致一致，該研究顯示一般人口中不同年齡層的乙型肝炎表面抗原陽性率為6.3%。²⁰ 過去幾十年，在香港無明顯乙型肝炎感染風險的社群（例如捐血人士和孕婦）中，監測到的乙型肝炎表面抗原陽性率普遍呈下降趨勢，本調查結果亦與此監測數據吻合。¹¹

本調查提供了乙型肝炎表面抗原陽性率的最新年齡和性別分佈。與35歲以下人士相比，乙型肝炎表面抗原陽性率在較年長的成人中明顯較高。35歲以下人士的乙型肝炎表面抗原陽性率下降到不足1%，主要因為香港於1988年11月推行普及兒童免疫接種計劃；而在年齡較大的人群中，陽性率則介乎7.0%至8.4%，略低1970年代約10%的陽性率，但仍可與此歷史數據相比。²¹ 本調查於較年長成人中所發現的乙型肝炎表面抗原陽性率範圍，也與近期的血清流行病學研究的結果一致（在2015-16年進行的研究中，36歲或以上參加者的陽性率介乎7.3%至10.9%¹⁹；在2018-20年進行的研究中，出生於1990年或之前的參加者的陽性率為8.4%²⁰）。相反，在35歲以下較年輕的成人中，乙型肝炎表面抗原陽性率已顯著下降，他們大多在1980年代或之後出生，期間香港已實施一系列預防乙型肝炎母嬰傳播的干預措施，調查結果顯示這些母嬰傳播預防策略大大降低了年輕一代的乙型肝炎感染率。

本調查亦發現女性的乙型肝炎表面抗原陽性率略高於男性，這與一些較早期的血清流行病學研究所觀察到的結果有所不同^{11, 19}，但與最新於2018-20年間進行的血清流行病學研究結果一致²⁰。由於本調查並沒有收集一些關鍵風險因素的資料，例如出生地點、家庭成員的乙型肝炎帶病毒狀態和乙型肝炎疫苗接種史，所以我們無法確定導致乙型肝炎表面抗原陽性率出現性別差異（尤其是35至54歲的年齡層）的確實原因。

診斷乙型肝炎是患者獲得治療和護理服務的先決條件，也是有效應對乙型肝炎所帶來的公共衛生負擔的關鍵部分。²² 由於慢性乙型肝炎通常沒有症狀，感染者可能未有察覺到已受感染並一直沒有被診斷，因而錯過了治療時機以預防乙型肝炎併發症的出現，這無疑會削弱為降低乙型肝炎患病和死亡數字所作出的努力。本調查顯示，只有61.6%的乙型肝炎表面抗原陽性參與者自報為乙型肝炎帶病毒者，比例與2018-20年間進行的一項本地研究結果相若（61.9%）²⁰，並高於較早期在2015-16年間進行的另一項研究結果（47.6%）¹⁹。此外，本調查還發現，乙型肝炎表面抗原呈陽性的女性受訪者中，自報為乙型肝炎帶病毒者的比例比男性高（女性為71.0%，男性為50.0%），但這性別差異是否與女性較高的健康意識、對乙型肝炎的認識、得到測試的機會（例如乙型肝炎的普及產前篩查）或其他因素之間存在關聯，則需要進一步研究。總體而言，要在2030年或之前實現90%乙型肝炎感染者被診斷的目標，仍需要加強努力。^{12, 13}

本調查發現13.5%的乙型肝炎表面抗原陽性受訪者曾接受過抗病毒藥物治療。治療覆蓋率遠高於西太平洋地區的普遍情況，該地區在2015和2019年乙型肝炎患者人口中，只有分別不到2%（140萬人）和約5%（560萬人）接受了治療。^{6, 23} 值得注意的是，治療覆蓋率的監測和評估應考慮到現行各臨床指引和實務上的治療準則。一項系統回顧和統合分析發現，約19%的乙型肝炎患者符合世界衛生組織或其他指引所列的治療準則，比例由在社區研究所得的12%至在診所研究所得的25%不等。²⁴ 雖然本調查的目的並不包括對每位受訪者是否適合乙型肝炎治療作全面評估，但在身體檢查中發現的高病毒載量受訪者比例，可反映在15至84歲人口中需要接受乙型肝炎抗病毒藥物治療的數目。若不考慮患者的治療狀態和肝臟疾病的活躍程度等因素作粗略估計，需要接受乙型肝炎抗病毒藥物治療的比例，約介乎於17.3%（乙型肝炎病毒載量達每毫升20 000個國際單位）至31.8%（乙型肝炎病毒載量達每毫升2 000個國際單位）之間。然而，由於本調查並未能就符合乙型肝炎治療條件的患者比例提供確實資料，因而無法直接評估實現治療覆蓋率目標的進程，即在2030年或之前達到80%適合治療的乙型肝炎病人已獲治療。^{12, 13}

儘管只有部分慢性乙型肝炎患者需要接受抗病毒藥物治療，但基本上所有患者都需要長期的醫療跟進，以監測他們的乙型肝炎狀況。然而，本調查發現，超過70%的乙型肝炎表面抗原陽性受訪者在公營或私營醫療服務中都沒有進行任何醫療跟進。即使排除約40%未知自己帶病毒狀態的乙型肝炎表面抗原陽性受訪者，仍然有相當大比例的乙型肝炎患者在知道自己的感

染狀態下，沒有就其肝臟疾病進行醫療跟進。在聯繫患者獲得護理服務上的不足值得更多的關注以採取必要的行動。

丙型肝炎的負擔

本調查發現，香港15至84歲的陸上非住院人口中（不包括外籍家庭傭工和訪客），0.32%曾經感染丙型肝炎病毒（丙型肝炎病毒抗體呈陽性），0.26%現正感染丙型肝炎病毒（丙型肝炎病毒核酸測試呈陽性），相當於約15 700宗丙型肝炎個案。本調查觀察到的丙型肝炎病毒抗體陽性率與1988至2016年間進行的血清流行病學研究結果（0.3%至0.5%）基本一致，表示過去幾十年間，香港一般人口中的丙型肝炎感染率一直很低。^{11,19,25} 一般人口的丙型肝炎病毒抗體陽性率遠低於具明顯丙型肝炎感染風險的群體，例如新確診感染愛滋病病毒的病人（3%-4%）¹¹和注射毒品人士（>60%）。²⁶

整體的丙型肝炎病毒感染率為0.26%，與2015至2016年間進行的血清流行病學研究結果（0.3%）相若。¹⁹ 丙型肝炎病毒感染率在40至64歲人士中最高為0.43%，與其他本地研究報告的流行病學情況相符，例如在2015至2016年間進行的流行病學研究中，丙型肝炎病毒核酸呈陽性參與者的平均年齡男性為54.2歲，女性為56.0歲。¹⁹

丙型肝炎病毒抗體（0.32%）和丙型肝炎病毒核酸（0.26%）陽性率間只有些微差異，意味著即使已有有效的直接抗病毒藥物治療，在15至84歲的一般人口中，大多數丙型肝炎病毒抗體呈陽性的人都屬帶有病毒的感染者。本調查發現，沒有一個現正感染丙型肝炎病毒的受訪者知道自己的感染狀態，當中亦因此沒有人曾接受過丙型肝炎治療。在丙型肝炎感染風險不明的群體中診斷出丙型肝炎以提供相應的治療一直具挑戰性，一項本地研究亦指出，高達70%丙型肝炎病毒陽性的捐血人士，其丙型肝炎病毒傳播途徑無法被追蹤得到。²⁷

本調查發現，在15至84歲的一般人口中，最常見的丙型肝炎病毒是基因型1b（59.2%），其次是基因型6（20.9%）和基因型2（19.9%）。丙型肝炎病毒的基因型分佈與先前的本地研究所報告的大致相若。在2015至2016年間進行的流行病學研究中，三種最常見的丙型肝炎病毒基因型分別是1b（37.9%）、6（34.5%）和2（13.8%），而另一項研究報告則指出，在2005年1月至2017年3月期間，公立醫院中的丙型肝炎病例大多數屬於基因型1（48.8%）和6（33.6%）。^{19, 28}

甲型肝炎和戊型肝炎的負擔

至於甲型肝炎，本調查顯示在15至84歲的人群中，整體甲型肝炎病毒抗體陽性率為58.7%，表示這批人士過去或現在受過甲型肝炎病毒感染，或者是通過接種甲型肝炎疫苗獲得免疫力，調查結果與2015至2016年間進行的血清流行病學研究中的陽性率（52.2%）相若。只有5.7%的身體檢查參與者報告曾經接種過甲型肝炎疫苗，疫苗接種率與2001年（7.9%）和2015至2016年（5.9%）間進行的研究報告相近。^{19, 29} 社區中甲型肝炎病毒抗體陽性率遠高於甲型肝炎疫苗接種覆蓋率，意味著大多數甲型肝炎病毒抗體呈陽性個案是通過自然感染而獲得免疫力。

甲型肝炎病毒抗體陽性率隨年齡增加而上升，情況與過去的流行病學研究中所提出的年長化群體效應一致。本調查顯示，65至84歲人口的甲型肝炎病毒抗體陽性率高達95.1%，而在55至64歲人口中則為74.2%。相比之下，在較早期研究觀察到的甲型肝炎病毒抗體陽性率，在較年輕的成年人中已超過80%，例如在2015至2016年間進行的研究中的56歲或以上參與者，以及2001年進行研究中的41歲或以上參與者。^{19, 29} 這些發現表明，特定年齡的高甲型肝炎病毒抗體陽性率一直隨時間而向右推移。相反，在30歲以下的年輕成年人中，甲型肝炎病毒抗體陽性率一直處於低水平（例如，在本調查中，15至24歲人群的陽性率為30.9%；在2015至2016年間進行的研究中，35歲以下人群的陽性率低於30%；及2001年進行的研究中，30歲以下人群的陽性率為19.7%）。^{19, 29} 總括而言，甲型肝炎病毒抗體陽性率逐漸年長化，反映近年社區中的甲型肝炎病毒活躍程度偏低，流行程度較以往大幅降低。

至於戊型肝炎，戊型肝炎病毒抗體陽性率（通常表示過去曾受感染）為5.5%。與甲型肝炎的情況相似，陽性率隨年齡增加而上升。早前的本地研究顯示，戊型肝炎病毒抗體陽性率的範圍由15.8%至32.0%不等^{19, 30, 31}；但需要注意的是，2020-22年度人口健康調查使用的戊型肝炎病毒抗體檢測方法與早前的研究所使用的方法不同，由於檢測能力不同，直接比較這些結果並不適當。

限制

在本調查中，住戶調查採用了由香港政府統計處（C&SD）設立的屋宇單位框，使用等距複樣本的方法進行抽樣。雖然這種方法可以就本地人口生成具代表性的樣本，但在招募參與身體檢查的受訪者時仍可能出現潛在的同意偏差。健康意識較高的個別人士可能更傾向於參與調查和身體檢查。此外，2020-22年度人口健康調查的抽樣框架僅包括15至84歲的陸上非住院本地居民，約佔全香港總人口740萬中的596萬人。因此，調查結果可能無法準確地反映抽樣框架之外本地人口的情況。

本調查中有關肝炎的診斷、帶病毒者狀態、疫苗接種史和使用醫療服務情況的資料是通過自述方式獲得的，而不是通過核對相關的醫療記錄；因此，資料可能因受訪者未能準確地回憶有關情況而導致記憶偏差，同時也可能存在其他系統性或非系統性的資訊偏差。

有關2020-22年度人口健康調查的其他限制，請參閱調查的主要報告 (<https://www.chp.gov.hk/tc/features/37474.html>)。

結論

2020-22年度人口健康調查是提供一般人口中病毒性肝炎流行病學資料的重要工具，互補其他現行著重於特定高風險群組或依賴機會性篩查的監測機制。¹¹ 每隔一段時間進行慢性病毒性肝炎血清流行病學研究，特別是利用一致和系統性的方法，可以提供用於評估慢性肝炎感染率的最新資訊，並監測於沒有明顯感染風險人群中的感染趨勢。¹⁸ 這些流行病學資料可以為制定和實施病毒性肝炎預防和控制政策提供依據。

測量本地指標能達到持續和定期的監測，對於評估實現世衛目標的進展至關重要。在此之前，香港已於2011年獲世衛認證在控制乙型肝炎方面的成果，達成了世衛西太平洋地區辦事處訂下的目標，即將5歲或以上兒童的乙型肝炎表面抗原陽性率降至1%以下。³² 然而，為了實現世衛在2030年或之前消除病毒性肝炎作為公共衛生威脅的全球目標，我們仍需要進一步加強監測，並提高診斷和治療覆蓋率。





參考文獻

1. Hyams KC. Risks of chronicity following acute hepatitis B virus infection: a review. *Clin Infect Dis*. 1995;20(4):992-1000.
2. Aisyah DN, Shallcross L, Hully AJ, O'Brien A, Hayward A. Assessing hepatitis C spontaneous clearance and understanding associated factors-A systematic review and meta-analysis. *J Viral Hepat*. 2018;25(6):680-98.
3. World Health Organization. Guidelines for the prevention care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Geneva: World Health Organization; 2015. [Updated 2015 Mar 1; cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549059>
4. World Health Organization. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. Geneva: World Health Organization; 2018. [Updated 2018 July 1; cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550345>
5. World Health Organization. Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection, and HCV simplified service delivery and diagnostics. Geneva: World Health Organization; 2022. [Updated 2022 Oct 17; cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052734>
6. World Health Organization. Global hepatitis report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. [Updated 2017 Apr 19; cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565455>
7. Jeng W-J, Papatheodoridis GV, Lok ASF. Hepatitis B. *The Lancet*. 2023;401(10381):1039-52.
8. Chen C-J, Yang H-I, Su J, Jen C-L, You S-L, Lu S-N, et al. Risk of hepatocellular carcinoma across a biological gradient of serum hepatitis B virus DNA level. *JAMA*. 2006;295(1):65-73.
9. Hong Kong Viral Hepatitis Action Plan 2020-2024. Hong Kong: The Government of the Hong Kong Special Administrative Region; 2020. [Updated 2022 Oct 14; cited 2023 Aug 17]. Available from: https://www.hepatitis.gov.hk/doc/action_plan/Action%20Plan_Full%20Version_PDF_en.pdf.
10. Centre for Health Protection, Department of Health, HKSAR. Statutory Notifiable Diseases. 2020. [Updated 2020 Jan 8; cited 2023 Aug 17]. Available from: https://cdis.chp.gov.hk/CDIS_CENO_ONLINE/disease.html.
11. Department of Health, HKSAR. Surveillance of viral hepatitis in Hong Kong – 2021 report. Hong Kong: Department of Health; 2022. [Updated 2023 Jan 17; cited 2023 Aug 17]. Available from: https://www.hepatitis.gov.hk/english/health_professionals/files/hepsurv21.pdf
12. World Health Organization. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. Geneva: World Health Organization; 2016. [Updated 2016 Jun 1; cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2016.06>.
13. World Health Organization. Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030. Geneva: World Health Organization; 2022. [Updated 2022 Jul 18; cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>.
14. Centre for Health Protection, Department of Health, HKSAR. Population Health Survey 2020. Centre for Health Protection. 2020. [Updated 2023 Jul 23; cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.chp.gov.hk/en/features/37474.html>.
15. World Health Organization. WHO STEPS surveillance manual: the WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance. 2017. [Updated 2017 Jan 26; cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/steps/steps-manual.pdf>.
16. Sarin SK, Kumar M, Lau GK, Abbas Z, Chan HL, Chen CJ, et al. Asian-Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatitis B: a 2015 update. *Hepatol Int*. 2016;10(1):1-98.



17. Terrault NA, Lok ASF, McMahon BJ, Chang KM, Hwang JP, Jonas MM, et al. Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. *Hepatology*. 2018;67(4):1560-99.
18. World Health Organization. Technical considerations and case definitions to improve surveillance for viral hepatitis: technical report. Geneva: World Health Organization; 2016. [Updated 2016 Feb 29; cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204501>.
19. Liu KS, Seto W-K, Lau EH, Wong DK-H, Lam Y-F, Cheung K-S, et al. A territorywide prevalence study on blood-borne and enteric viral hepatitis in Hong Kong. *J Infect Dis*. 2019;219(12):1924-33.
20. Wong NS, Chan DPC, Poon CM, Chan CP, Lau LHW, Yeoh E-K, et al. Hepatitis B burden and population immunity in a high endemicity city—a geographically random household epidemiology study for evaluating achievability of elimination. *Epidemiol Infect*. 2023;151:e22.
21. Chang W, Yeoh E. Hepatitis B infection in Hong Kong: a serological study of a Chinese population. *J Hong Kong Med Assoc*. 1985;37:27-30.
22. World Health Organization. Guidelines on hepatitis B and C testing. Geneva: World Health Organization; 2017. [Updated 2017 Feb 16; cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549981>.
23. World Health Organization. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021: accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact. Geneva: World Health Organization; 2021. [Updated 2021 Jul 15; cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077>.
24. Tan M, Bhadoria AS, Cui F, Tan A, Van Holten J, Easterbrook P, et al. Estimating the proportion of people with chronic hepatitis B virus infection eligible for hepatitis B antiviral treatment worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021;6(2):106-19.
25. Chan GC, Lim W, Yeoh EK. Prevalence of hepatitis C infection in Hong Kong. *J Gastroenterol Hepatol* 1992; 7(2):117-20.
26. Wong NS, Chan DP, Chan CP, Poon CM, Wong GL, Wong VW, et al. Point-of-care hepatitis C reflex testing and treatment referral in methadone clinic settings in Hong Kong—a pilot study. *IJID Reg*. 2022;5:8-12.
27. Wong NS, Lee CK, Ng SC, Wong HK, Chan DPC, Lee SS. Prevalence of hepatitis C infection and its associated factors in healthy adults without identifiable route of transmission. *J Viral Hepat*. 2018;25(2):161-70.
28. Hui YT, Wong GLH, Fung JYY, Chan HLY, Leung NWY, Liu SD, et al. Territory-wide population-based study of chronic hepatitis C infection and implications for hepatitis elimination in Hong Kong. *Liver Int*. 2018;38(11):1911-9.
29. Wong KH, Liu YM, Ng PS, Young BW, Lee SS. Epidemiology of hepatitis A and hepatitis E infection and their determinants in adult Chinese community in Hong Kong. *J Med Virol*. 2004;72(4):538-44.
30. Tsoi WC, Zhu X, To AP, Holmberg J. Hepatitis E virus infection in Hong Kong blood donors. *Vox Sang* 2020; 115(1):11-17.
31. Chan DP, Lee KC, Lee SS. Epidemiology of hepatitis E infection in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2017; 23 Suppl 5(4):31-35.
32. Tam YH. Hong Kong achieves goal of hepatitis B control verified by the World Health Organization Western Pacific Region. *Communicable Diseases Watch* 2011; 8(15):62-3.



詞彙表

甲型肝炎病毒抗體	Anti-HAV	Antibody against hepatitis A virus
丙型肝炎病毒抗體	Anti-HCV	Antibody against hepatitis C virus
戊型肝炎病毒抗體	Anti-HEV	Antibody against hepatitis E virus
2019冠狀病毒病	COVID-19	Coronavirus disease 2019
政府統計處	C&SD	Census and Statistics Department
置信區間	CI	Confidence interval
直接抗病毒藥物	DAA	Direct-acting antiviral
甲型肝炎病毒	HAV	Hepatitis A virus
乙型肝炎病毒	HBV	Hepatitis B virus
乙型肝炎病毒載量	HBV DNA	HBV deoxyribonucleic acid
乙型肝炎包膜抗原	HBeAg	Hepatitis B envelope antigen
乙型肝炎表面抗原	HBsAg	Hepatitis B surface antigen
丙型肝炎病毒	HCV	Hepatitis C virus
丙型肝炎病毒核酸	HCV RNA	HCV ribonucleic acid
丁型肝炎病毒	HDV	Hepatitis D virus
戊型肝炎病毒	HEV	Hepatitis E virus
世界衛生組織	WHO	World Health Organization

