

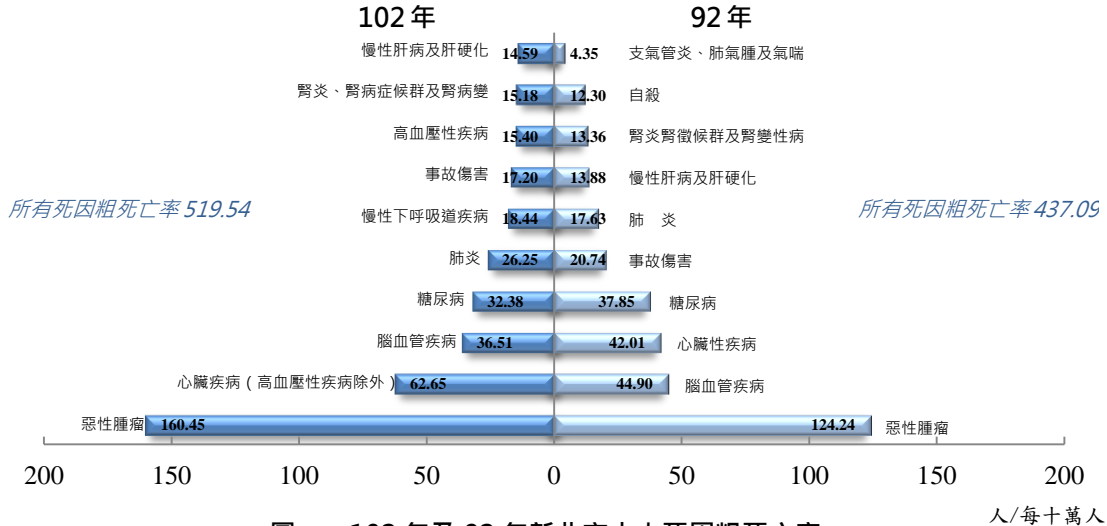
從十大死因轉變看新北市癌症防治

公務統計科 李佩玲

根據世界衛生組織估計，2005 年至 2015 年間全球將有 8,400 萬人將死於癌症。世界抗癌聯盟(UICC)將每年的 2 月 4 日訂為世界癌症日，在目前癌症致癌因素仍無法完全掌握下，該組織提出以戒菸、減重、多運動、增加蔬果攝取量、減少飲酒與降低空氣污染等健康的生活習慣及環境來降低癌症風險之主張。各式癌症致癌成因不盡相同，且由於各地不同生活習慣使居民暴露於致癌風險亦不一，本文由新北市十大死因轉變觀察新北市市民癌症發生情形，並由性別與國際、分區比較探索新北市防癌政策發展方向。

一、近十年惡性腫瘤均居新北市十大死因首位，死亡率增加 29.15%

102 年新北市十大死因死亡人數(15,751 人)占總死亡人數(20,507 人)之 76.81%，且死因以慢性病為主。觀察十大死因死亡率排名，以惡性腫瘤 160.45(人/十萬人)居冠，其次為心臟疾病（高血壓性除除外）62.65(人/十萬人)，再其次為腦血管疾病 36.515(人/十萬人)，值得注意的是惡性腫瘤死亡率遠高於排名第二的心臟疾病，對市民健康危害極大。若將 102 年與 92 年十大死因相互比較，顯著差異為自殺已退出十大死因排名，而前四名死因除心臟疾病與腦血管疾病順序對調外均無變動，其中惡性腫瘤死亡率更增加 29.15%，依據衛福部統計，102 年癌症死因對 70 歲以下國民造成 14.16 年之平均生命年數損失¹，癌症防治不可輕忽。



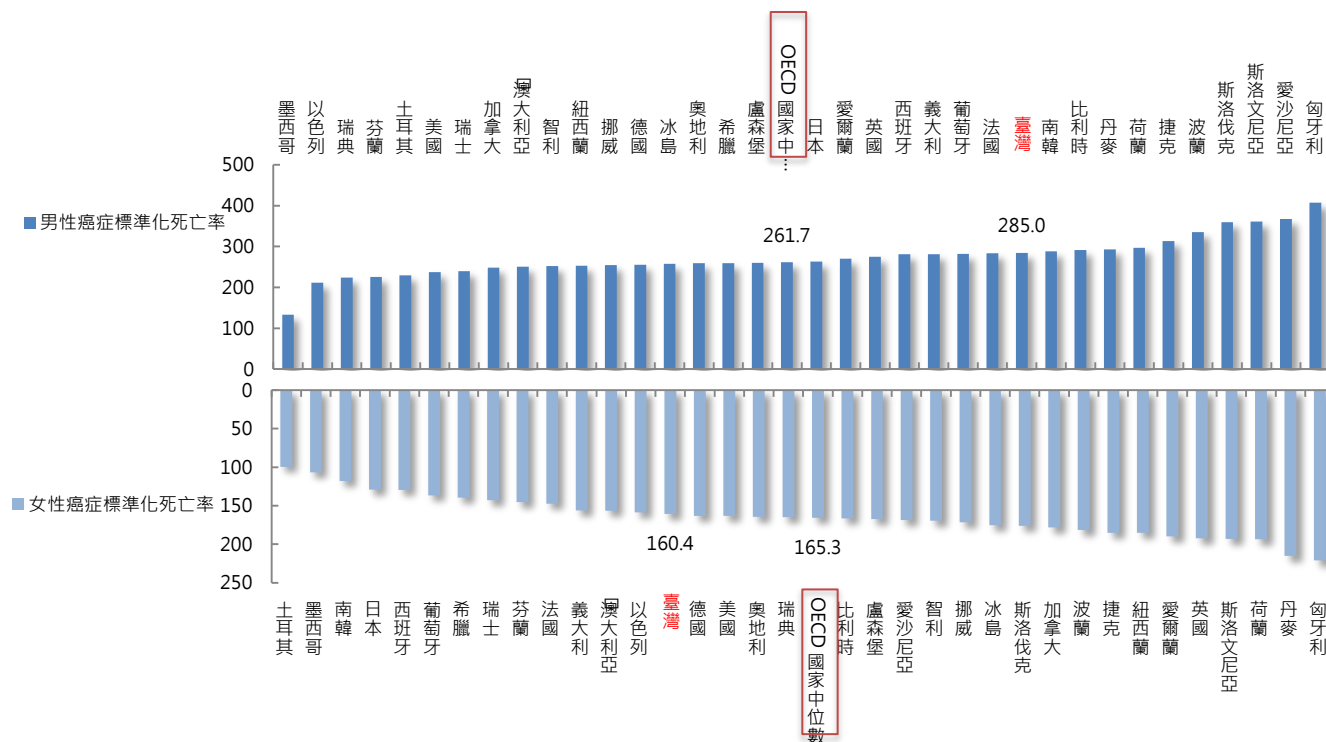
資料來源：衛生福利部

二、臺灣男性癌症死亡率不僅在亞洲國家偏高，更高於許多已開發先進國家，為癌症高風險族群

依 2010 年標準化人口計算，從 2012 年 OECD 國家與臺灣標準化死亡率觀察，臺灣男性癌症標準化死亡率(每十萬人口 285.0 人)在 36 個國家中排名第 26，高於

¹ 平均生命年數損失(AYLL)：潛在生命年數損失/該死因之死亡人數。而潛在生命年數損失(PYLL)係指各年齡預期可活存年數(70-死亡時之年齡)與該年齡死亡人數之乘積總和，由潛在生命年數損失可明瞭死亡者因過早死亡所損失的人年數。

OECD 國家中位數 261.7(人/每十萬人口)，亦高於日本，但低於南韓，顯示臺灣男性癌症死亡率不僅在亞洲國家偏高，從全球角度觀察更高於許多已開發先進國家，為癌症高風險族群。臺灣女性癌症標準化死亡率則(每十萬人口 160.4 人)於 36 個國家中排名第 14，較 OECD 國家中位數 165.3(人/每十萬人口)低，但高於日本及南韓，代表臺灣女性罹癌情形較世界各國和緩，但在亞洲國家中臺灣女性癌症防治仍須努力(圖二)。



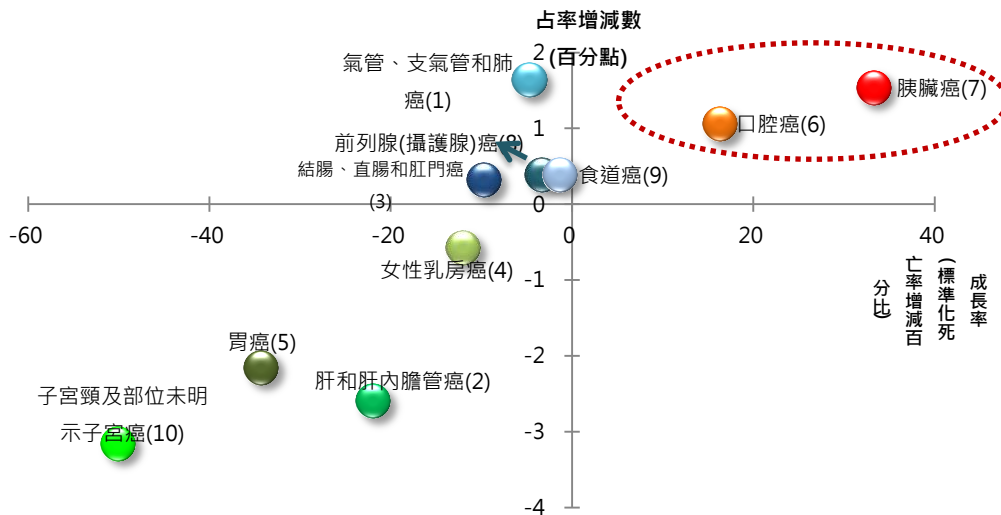
圖二 臺灣與 OECD 國家 2012 年(或相近年)癌症標準化死亡率

附註:為便於國際比較,此處標準化死亡率係以 OECD 2010 標準化人口計算

資料來源:衛生福利部、OECD Stat.2014

三、近十年胰臟癌與口腔癌死亡成長率及死亡占有率均增加，對市民健康危害最大

102 年新北市市民因惡性腫瘤死亡人數為 6,333 人，占全年總死亡人數(20,507 人)之 30.88%，標準化死亡率為每十萬人口 123.43 人，較上年(123.88 人/十萬人)微降 0.36%，較 92 年(139.01 人/十萬人)亦降 11.21%。若將 92 與 102 年十大主要死因標準化死亡率增減百分比為橫軸，再以死因死亡數占全體死亡人數比率增減數為縱軸觀察，可看出落於第一象限內之死因有胰臟癌與口腔癌，此兩種癌症不論成長率或占有率均增加，對市民健康危害最大，而胰臟癌距離原點較口腔癌遠，代表胰臟癌對健康殺傷力大於口腔癌；落於第三象限內之死因有女性乳房癌、胃癌、肝和肝內膽管癌、子宮頸及部位未明示子宮癌等四種癌症，不論成長率或占率均下降，顯示近十年該四種癌症防治策略奏效，使其對市民健康影響程度萎縮(圖三)。



圖三 102年及92年新北市主要癌症標準化死亡率成長率與死亡人數占率增減情形

附註:

1. 括弧內數字代表102年十大死因排名、國內標準化死亡率係依WHO 2000年標準人口計算。
2. 女性乳房癌、子宮頸及部位未明示子宮癌為女性癌症死亡數之占率，前列腺(攝護腺)癌為男性癌症死亡數之占率。

資料來源：衛生福利部

四、102年我國胰臟癌死亡年齡中位數為70.0歲，高於口腔癌(57.0歲)及所有癌症(69.0歲)，此乃因口腔癌與胰臟癌具截然不同的特性所致

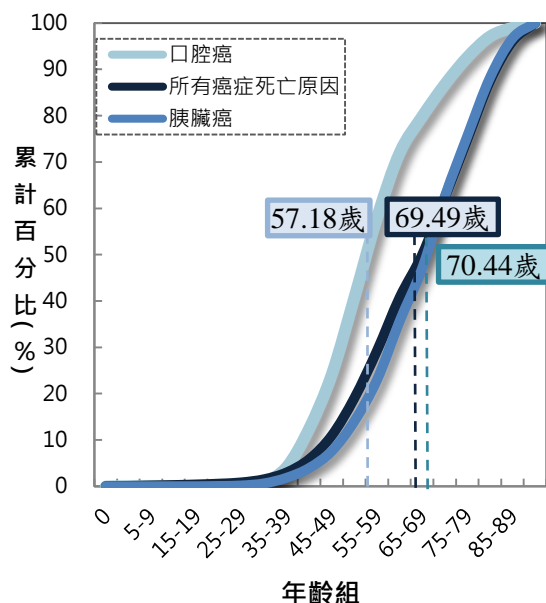
細觀102年臺灣胰臟癌、口腔癌及所有癌症死亡人數分布，依5歲年齡分組檢視累計百分比，計算可得口腔癌、所有癌症及胰臟癌之50百分位數分別為57.18歲、69.49歲及70.44歲，亦即所有癌症死因死亡者半數年齡大於69.49歲，胰臟癌死亡者年齡略高，半數大於70.44歲，且50歲前死亡者極少，而口腔癌死亡者年齡較輕，有5成集中於57.18歲前，此乃因口腔癌與胰臟癌這兩種癌症具截然不同的特性所致(圖四)。

引發口腔癌的健康危險因子包含嚼檳榔、抽菸及喝酒，其中又以嚼檳榔的致癌效應最為顯著²。胰臟癌則屬最具侵襲性的惡性腫瘤中的一種，致癌原因至今仍然不明朗，但最常被研究懷疑的健康危險因子則是抽菸、肥胖及家族病史，由於罹患初期不易被察覺，近90%的患者平均存活期僅在一年左右³。觀察歷年臺灣胰臟癌、口腔癌及所有癌症主要死亡原因死亡年齡中位數可發現，胰臟癌死亡年齡中位數均高於所有癌症，口腔癌在民國88年前死亡年齡中位數均呈現下滑態勢，顯示當時臺灣口腔癌患者有年輕化趨勢，自88年起全國開始推行口腔癌篩檢政策，並自102年擴大服務對象辦理篩檢⁴，近年口腔癌死亡年齡中位數已略往後延，至102年死亡年齡中位數為57歲，但仍低於75年的61歲(圖五)。

² 高雄醫學大學葛應欽教授等於1995年所發表的臺灣地區口腔致癌危險因子的流行病學研究指出，單只有嚼檳榔、抽菸或喝酒習慣，得到口腔癌的機會為一般人之28、18及10倍；但若同時具有嚼檳榔、抽菸習慣者，得到口腔癌的機會為一般人的89倍；而若嚼檳榔、抽菸及喝酒都有，機會將高達123倍。

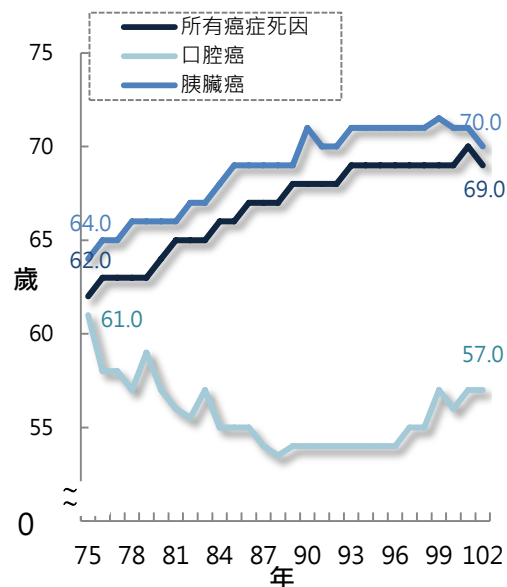
³ 因胰臟為消化器官一環且位於後腹腔的臟器深處，當病變初發時，極可能無症狀或出現與上腸胃道疾病類似症狀而被輕忽，常只在腫瘤大到一定的程度出現明顯症狀時，才被診斷出來，致使胰臟癌預後不佳，多數病人發病時，只能接受緩和治療。

⁴ 除一般有吸菸或嚼檳榔民眾自30歲開始每2年1次免費篩檢外，自102年6月1日起，有嚼檳榔之原住民可提早自18歲即開始每2年1次免費篩檢。



圖四 102 年臺灣胰臟癌、口腔癌及所有癌症死亡原因死亡人數占比分布-依年齡組分

資料來源：衛生福利部



圖五 臺灣胰臟癌、口腔癌及所有癌症主要死亡原因死亡年齡中位數

附註:自 97 年起死因分類改為 ICD-10

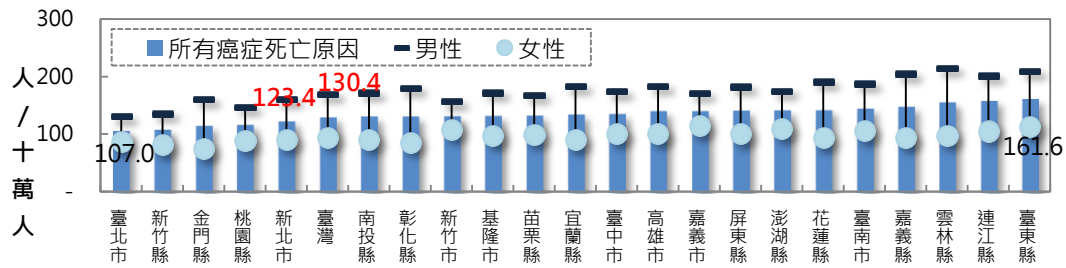
資料來源：衛生福利部

五、口腔癌好發於男性，各縣(市)中僅屏東縣與臺東縣口腔癌進入女性十大癌症主要死因，此與各縣(市)不同生活習慣有關

觀察 102 年臺灣各縣(市)癌症標準化死亡率，可發現臺北市標準化死亡率(107.0 人/十萬人)最低，臺東縣(161.6 人/十萬人)最高，新北市(123.4 人/十萬人)則略低於臺灣(130.4 人/十萬人)。若按性別觀察，各縣(市)男性癌症標準化死亡率均高於女性，此與男性有較高健康危險因子盛行率(男性具嚼檳榔、吸菸或喝酒等習慣之比率高於女性)有關，其中以嘉義縣、雲林縣的男、女性癌症標準化死亡率差距最大，每十萬人分別差距 111.8 人及 118.5 人(圖六)。

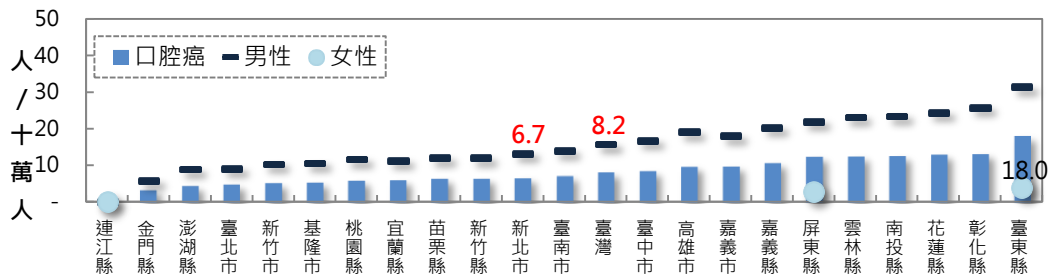
細觀 102 年臺灣各縣(市)口腔癌標準化死亡率，可看出 102 年連江縣無人死於口腔癌，臺東縣口腔癌標準化死亡率(18.0 人/十萬人)最高，新北市(6.7 人/十萬人)低於臺灣(8.2 人/十萬人)。若按性別觀察，各縣(市)男性口腔癌標準化死亡率均高於女性，僅屏東縣與臺東縣口腔癌進入女性十大癌症主要死因，此與各縣(市)不同地理特性及生活習慣有關(圖七)。

檢視 102 年臺灣各縣(市)胰臟癌標準化死亡率，同樣可發現 102 年連江縣無人死於胰臟癌，澎湖縣胰臟癌標準化死亡率(9.0 人/十萬人)最高，新北市(5.7 人/十萬人)高於臺灣(5.2 人/十萬人)。若按性別觀察，各縣(市)中除新竹市與基隆市外，男性胰臟標準化死亡率均高於女性，其中以嘉義市、澎湖縣的男、女性胰臟癌標準化死亡率差距最大，每十萬人分別差距 5.7 人及 5.3 人(圖八)。



圖六 102年臺灣各縣(市)所有癌症主要原因標準化死亡率-依性別分

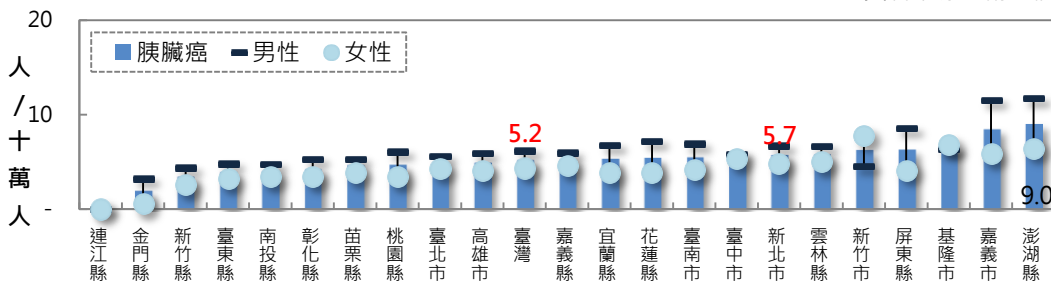
資料來源：衛生福利部



圖七 102年臺灣各縣(市)口腔癌標準化死亡率-依性別分

附註:上圖部份縣(市)因口腔癌未列入十大主要死因,故無標準化死亡率數據。

資料來源：衛生福利部



圖八 102年臺灣各縣(市)胰臟癌標準化死亡率-依性別分

資料來源：衛生福利部

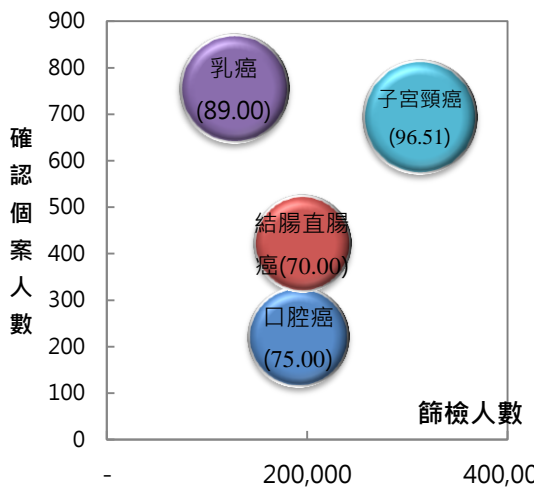
六、三峽、八里、五股、萬里、土城、鶯歌、新莊及樹林等 8 區為胰臟癌、口腔癌標準化死亡率均高於全市平均

針對市民癌症防治，新北市政府結合轄內 1,233 家醫療院所建構「健康好鄰居」服務網絡，攜手為市民免費進行子宮頸抹片檢查、口腔黏膜檢查、糞便潛血檢查、婦女乳房攝影檢查及三高(血壓、血糖、膽固醇)篩檢，102 年已提供癌症篩檢 82 萬 4,547 人次，確診罹癌 2,096 人。在口腔癌方面，102 年新北市口腔篩檢陽性個案完成追蹤率⁵僅為 75.00%，高於結腸直腸癌(70.00%)，但低於乳癌(89.00%)及子宮頸癌(96.51%)，口腔癌防治實務上困難之處在於因其發病年齡較早，較難對高危險群及早進行追蹤、篩檢，因此缺乏初段預防(圖九)。胰臟癌由於致癌原因不明難有效預防，但多數以降低三高及吸菸、飲酒習慣等健康危害因子做為防治手段，觀察新北市 99 至 102 年三高篩檢情形，102 年三高異常率(係指血壓超過參考值 140/90mmHg，血糖超過參考值飯前 126mg/dl 或飯後 200mg/dl，血膽固醇超過參考值 240mg/dl，三項中有任一項異常者占所有健檢人數之比率)創近 4

⁵ 陽性個案係指辦理篩檢後由篩檢醫師認定異常情形需轉介之個案，例如篩檢口腔癌時發現口腔有白斑、紅斑等異常情形。完成追蹤人數係指陽性個案人數(異常人數)中完成轉介(追蹤)之人數，故完成追蹤率係指完成追蹤人數占陽性個案人數(異常人數)之比率。

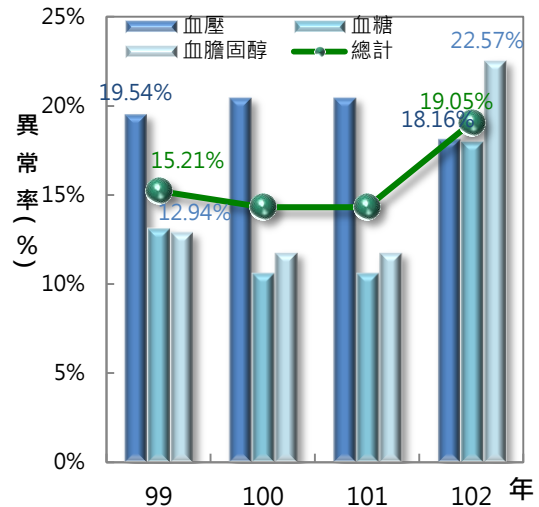
年新高，達 19.05%，顯示市民健康仍存在高風險(圖十)。

綜上所述，新北市口腔癌防治須針對男性高風險族群進行清查，輔導其接受篩檢，積極提高篩檢陽性者之追蹤完成率，胰臟癌防治則須對三高篩檢異常者提供衛教建議，並鼓勵其進行更精密之健康檢查，持續追蹤其改善情形。另若以 102 年新北市胰臟癌、口腔癌標準化死亡率為中心點，將各區數據交叉分析，可得第一象限中之三峽、八里、五股、萬里、土城、鶯歌、新莊及樹林等 8 區，胰臟癌、口腔癌標準化死亡率均高於全市平均，為兩種癌症均須加強防治之行政區，第二象限之泰山、林口、永和、淡水、中和及貢寮等 6 區則為胰臟癌防治加強區，而第四象限的三重及板橋區則為口腔癌防治加強區，期待藉由死因數據分析，強化新北市防癌政策重點，提供市民更樂活、健康的新未來(圖十一)。



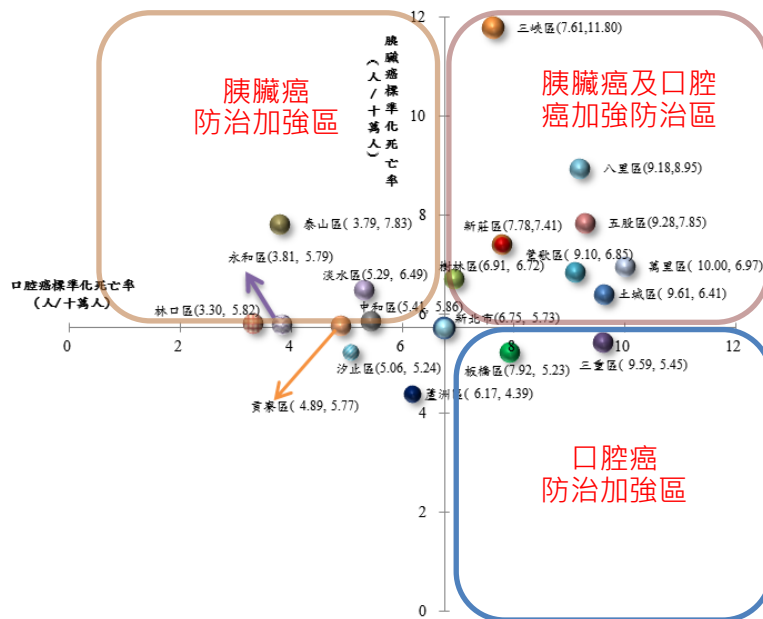
圖九 102 年新北市癌症篩檢

附註:括弧內數值為陽性篩檢個案完成追蹤率
資料來源：新北市政府衛生局



圖十 新北市三高篩檢

資料來源：新北市政府衛生局



圖十一 102 年新北市各區胰臟癌、口腔癌標準化死亡率

附註:上圖部分行政區因口腔癌未列入十大主要死因，故無標準化死亡率數據。

資料來源：衛生福利部