

老年人癌症病人的治療現狀與展望

文、圖/林哲鈺 張金堅*

台中澄清醫院老人醫學科 外科*

1987年10月，當時的美國總統夫人南茜·雷根在例行的乳房檢查中發現左乳硬塊，稍後並被診斷為乳腺癌，當時她年近70歲，雷根夫人勇敢的接受乳房切除術及接下來的治療與追蹤，順利康復，至今已過了26年，不但陪伴雷根總統渡過飽受老人癡呆之苦的人生最後10年，現在仍以90多歲高齡積極參與公益活動。另一位美國前總統夫人貝蒂·福特，則是在年約60歲的時候罹患乳癌，當時，福特總統才當了6個星期的總統。福特總統夫人也是勇敢接受手術治療並痊癒，以93歲高齡過世。

世界衛生組織將65歲以上的長者定義為老年人。當老年人口佔總人口比例之7%，定義為「高齡化(aging)社會」；老年人口比例超過14%，則定義為「高齡(aged)社會」；老年人口比例超過20%，則定義為「超高齡(super aged)社會」。根據統計，台灣老年人口比率早於民國82年達「高齡化社會」標準，經建會推估於民國106年將超過14%，成為「高齡社會」；114年更將超過20%，達到「超高齡社會」。如此一來，除了社會人口結構改變，年輕人的負擔加劇以外，「老人醫學」尤其是「老人癌症醫療」將是一個迫切而且不得不面對的課題。

癌症已經連續31年名列國內十大死因之首，而癌症的發生與年紀有相當高的相關性。美國的研究顯示，在未來的20年中，新的癌症診斷的人數將會顯著增加。在今年，65歲以上的病人佔所有癌症病人的60%；預計到2030年，65歲以上的病人將佔所有癌症病人的70%。就癌症死亡率而言，老年人也遠較年輕族群為高，在所有癌症死亡病人中，65歲以上的病人佔了將近70%⁽¹⁾(圖1)。而在台灣也有類似的情況，許多腫瘤如肺癌，結腸直腸癌，乳癌，攝護腺癌的發生率隨著年齡增加而逐漸上升。老年人罹癌機會增加的機轉並不清楚，可能的原因有長期暴露在致癌物質之下、DNA的不穩定性提高了細胞突變的機會、免疫調節失調，或者抗氧化能力降低。除了惡性腫瘤的發生率上升之外，老年人還有其他必須同時考慮的醫療因素：包括因為年齡造成的器官功能退化，隨著年齡增加而逐漸發生的其他慢性疾病，以及在檢查治療上面臨的後續心理精神壓力，生活品質跟平均壽命的平衡等，都是在治療老年人的癌症上面，需要特別考量的地方。

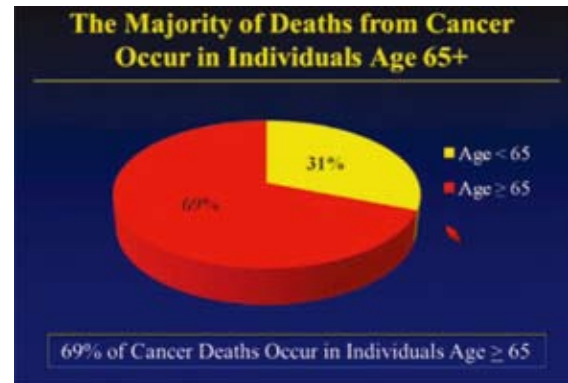


圖1 因癌症死亡病人中，> 65歲的病人佔了大約七成⁽¹⁾。

老年癌症病人的常見問題

- 1. 人際關係的改變和適應能力降低：**通常，老年人對生活事件的新鮮感及激情降低，對生活中的新事物反應較慢，適應新環境的能力差，所以確診為癌症後，常有極強的孤獨感。若住院接受治療，對陌生的環境和癌症治療等不太適應，容易產生憂鬱、焦慮等情緒。
- 2. 依賴與獨立問題：**多數老年人害怕成為子女或親屬的負擔，同時他們又有強烈的依賴心理，他們內心中非常渴望得到別人的幫助，尤其是子女的關心、體貼。還有一些老年癌症病人在患病後出現強烈的依賴心理，希望子女陪伴左右，噓寒問暖，守候在自己身邊，與既往的獨立性格判若兩人。
- 3. 心理發展受限：**大多數老年人都有功勳思想，認為自己為國家、家庭做了一輩子貢獻，雖然老了，但是仍在為家庭盡責，仍在實現自我價值。可是，一旦患了癌症，他們成了被家人關心、照顧的對象，耗費家庭其他成員的精力、物力、財力，一輩子的功勳因為癌症毀於一旦；同時，他們也為晚年生活喪失樂趣而憤怒。
- 4. 軀體形象和功能受損：**老年癌症病人因癌症治療會使原本衰弱的形體繼續惡化，同時，抗癌治療使原本已經衰退的機體功能出現失調，如老年癌症病人接受治療時有較為嚴重的胃腸道反應和骨髓抑制。他們可能沒有能力料理自己的個人衛生，還常會因其他的共病，如心臟病、慢性支氣管炎等，令他們

感到窘迫和難堪；他們還較難接受複雜的信息，如常搞不清一天內何時服藥、多大劑量。

5. 對死亡的恐懼：老年癌症病人經過抗腫瘤治療的艱難經歷後，多數能坦然地接受死亡，但是他們對於死亡的方式感到恐懼，希望能平靜地離去。

除此以外，有的老年病人發病後，由於各個臟器功能較差，病情分期較晚，不能耐受抗腫瘤治療。家屬或子女隱瞞病情，他們感到憂鬱，往往會反覆詢問自己的病情，產生強烈的求醫心理，希望能緩解軀體的不適。

老年人癌症治療的現狀與困境

過去，老年人癌症的治療，往往因為種種因素，許多人沒有依照治療指引接受治療。以乳癌為例，由於大部份第三期臨床試驗老年人乳癌病人的收案數都不多，有關老年人乳癌治療的經驗多來自於癌症登記的統計資料。在乳癌方面，Schonberg MA等針對第一期乳癌的治療結果發現，只做腫瘤切除沒有做放射治療，甚至未接受手術的比例，在75-79歲族群約10%，80-84歲族群約25%，85-89歲族群約45%，90歲以上族群則超過60%⁽²⁾。在化學治療的接受度上，老年乳癌病人的接受度也普遍較低。Du 及Goodwin分析美國一個健保申請資料(medicare claims data)，統計10,604名年齡大於65歲以上乳癌病人接受化學治療的傾向中發現，在65-69歲，70-74歲，75-79歲，及80歲以上族群接受化學治療的比率分別是18%，12%，7%，3%，平均只有10.9%。而依據期別來分析，不論第幾期，接受化學治療的比例都隨著年齡上升而遞減⁽³⁾。

老年癌症病人治療的預後究竟如何？科羅拉多州Rocky Mountain癌症中心的Diab 等⁽⁴⁾分析美國國立癌症研究所的256,287病例，發現乳癌的惡性程度隨著年齡的上升而下降，年齡較大病人的癌細胞，生物學行為(tumor biology)較好，腫瘤生長速度較慢，黃體激素受體常為陽性，抑癌基因P53常為正常。同時較少的上皮生長因素受體(EGFR)和HER-2表現，後二者被認為預後較差。同時，不論是年齡70-74，75-79，80-84歲的早期乳癌婦女，其生存率與沒有患乳癌的同齡婦女幾乎相同⁽⁵⁾。但Diab等同時也認為不能因此忽視對老年乳癌病人的診治，因為隨著年齡的增長，患乳癌的危險性會上升。

現今的癌症醫療科技日新月異，但這些新的治療方法是否適用於年齡較大，或身體狀況較多的老年人，成了臨床腫瘤醫師在決定治療方針時，一個十分困難的地方。這種困境，在歐美國家漸漸地也受到重視。從最早期癌症的篩檢開始，美國癌症醫學會和美國老年醫學會在2001-2002年間，針對2萬7千多名70歲以上的退伍軍人所作的研究，發現大腸直腸癌的篩檢率隨著年齡的增加而下降，但卻有41%合併其他嚴重疾病，平均存活期不到五年的病人還接受大腸直腸鏡這類非必要的侵入性檢查。在高齡婦女的乳癌篩檢方面，哈佛大學於1994-2004年間，針對兩千多名80歲以上的婦女所作的乳房攝影分析，發現高達11%的健康婦女有偽陽性的報告，12%的婦女對此項檢查感到有壓力。另外有高達97名婦女在篩檢後兩年間，因為其他疾病而死亡。綜合以上兩項研究報告，癌症篩檢上所謂“早期發現，早期治療”的觀念，在年齡較大的老年族群上，似乎有必要做更通盤的考量。

在整體治療計畫的規劃上，對於年齡較大的癌症病人，治療是否該調整？該如何調整？至今並沒有一個共識。大部分的流行病學研究資料顯示，腫瘤科醫師在老年族群所使用的化療劑量，會較年輕族群低。2008年一項大型回溯性研究，針對106,000多名68歲以上的大腸癌，乳癌或攝護腺癌病人作分析發現，患有失智症的老年病人，其存活率較沒患失智症者差很多(自診斷開始半年內，死亡率為合併失智症者33.3% vs. 無失智症者8.5%)，大部分死亡原因跟癌症本身無關。而且病人若患有失智症，其年齡因素跟存活率間的關係，就會因此被削弱很多⁽⁶⁾。但老年人合併慢性疾病的機會很大，在一個新診斷的老年癌症病人身上，要如何確定有其他慢性疾病的存在，進而對治療跟預後能有一個通盤的規劃了解，是十分困難的。

老年人癌症治療的未來與展望

與兒童相比較，在老年人癌症的治療觀念上，有一點最大的不同：兒童的“實際年齡”(chronological age)等於“功能年齡”(functional age)，但老年人則不然；年紀增長與身體功能退化並不是相等的，而是多變異性的(heterogeneous)。因此，老年人癌症病人的治療是不能“一視同仁”的，必須針對個別病人的情況來給予治療。對於健康狀況良好的老人家(約占50%的

70-75歲，25%的80-85歲病人)，治療方式與年輕人並無不同；但是對較脆弱，有較多共病(co-morbidity)的老年人，治療計畫便需要多加斟酌予調整。

美國老人醫學會提供給臨床醫師針對老年人的健康情形作評估的整合性高齡評估標準 (comprehensive geriatric assessment, CGA)，將老年人的健康評估分為兩個主要步驟：第一步先透過各專科多面向的合作，將老年病人的問題發現並描述出來；之後再透過老年醫學專家將各個疾病的優先次序加以分類並解決。這套系統已被證實較一般的標準醫療評估有效，並同樣被推薦使用在老年癌症病人的治療計畫上^(6,7)。自從以CGA為主的老年癌症病人照顧模式開始運用以後，目前已經有報告說明它的效果。在一項研究中將87名罹患肝癌第三期的老年病人隨機安排入住一般內科病房，或以CGA為照料方式的老年人病房。出院的時候評估發現，住在老年病房的病人有較好的日常活動能力，他們對疼痛的改善以及生活品質都有較佳的進步⁽⁸⁾。還有一群老年乳癌的病人接受CGA的模式介入，在手術後兩個月，有較多數的病人回復正常的日常生活功能，也能對自己的治療方式做決定。尤其是社會支持(social support)差的病人，更可以從CGA裡面得到最大的益處。這種CGA的評估及照顧模式不僅對住院老年病人有幫忙，對於門診或居家的老年癌症病人也有較佳的預後效果。相信隨著社會的高齡化，將來會有愈來愈多針對老年癌症病人的臨床試驗，而這些研究結果也將能更實際地應用到臨床上。

許多腫瘤學家希望能用更簡便的篩檢方法，將會干擾老年癌症病人治療的其他健康問題察覺出來。其中里昂的法國醫療團隊所發展出來的多面向老人評估方法 (multidimensional geriatric assessment, MGA)，利用多專科團隊將老年癌症病人的感覺認知功能、情緒狀態、身體機能、合併的其他疾病、長期使用中的藥物、營養狀態、社經地位等作一統整性的評估。整個評估過程需要約2小時，可在非住院狀態下進行⁽⁸⁾。但此項評估需時較長，且需要訓練精良的團隊在醫學中心進行。因此另外有一些較簡便的，可在一般醫院執行的老年癌症病人評估方法出現了，包括哥倫比亞大學和芝加哥大學等美國團隊發展出來的老年弱點評估 (vulnerable elderly survey, VES-13)及加拿大團隊的蒙特婁癌症中心問卷(表1、圖2及3)⁽⁹⁾。利用簡單的問題

表1 VES-13評估表⁽⁹⁾。

項目	分數
年齡	
75-85	1
>85	3
健康自我評量	
Good, very good, and excellent	0
Fair and poor	1
日常生活起居需要他人協助	
Bathing or showering	1
Shopping	1
Money management	1
Transfer	1
Light housework	1
特殊動作有困難	
Kneeling, bending, and stooping	1
Performance of housework(example: scrubbing the floor)	1
Reaching out and lifting upper extremities above the shoulder	1
Lifting and carrying 10 pounds	1
Walking 1/4 of a mile	1
Writing or handling and grasping small objects	1

卷，讓病人可在幾分鐘內，由護理師解說下，將一些基本資訊在腫瘤科醫師問診前完成，其實際臨床應用的敏感性和準確性，目前也不斷地在驗證中。

在老年癌症病人的醫療處置上，還有一些比年輕病人更需注意且特別處理的課題。例如在老年病人常見的攝護腺癌方面，何時開始進行副作用較大的賀爾蒙治療，才能兼顧癌症醫療跟維持生活品質是很重要的。根據2009年一項前瞻性的研究發現，使用攝護腺癌焦慮分級 (memorial anxiety scale for prostate cancer, MAX-PC)可以區分出由攝護腺癌引起的焦慮⁽¹⁰⁾。因為這種癌症引起的特殊焦慮，是造成過早使用賀爾蒙治療的主要原因。過早使用賀爾蒙療法，不但無法延長攝護腺癌病人的平均壽命，反而會影響生活品質。另外像老年癌症病人經常發生並遭遇到的癌症相關性疲勞 (cancer-related fatigue, CRF)，則會造成生活品質的下

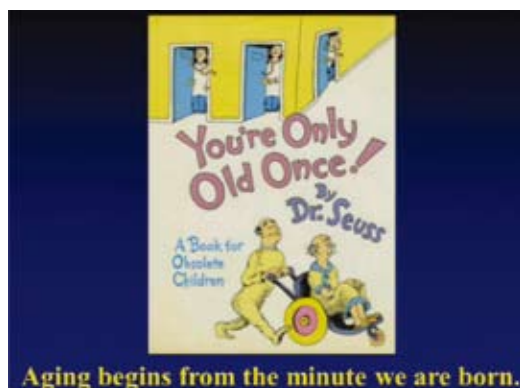


圖2 老化是每一個人自出生以後必經的過程，毋須驚慌或沮喪⁽⁹⁾。

降；必須與其他引起疲勞的原因包括貧血、憂鬱、焦慮和甲狀腺功能低下作鑑別。

過去許多臨床醫師，對於老年癌症病人的化學治療抱著遲疑的態度，更有許多醫師主觀的將化療劑量降低，以避免發生副作用。目前已經有越來越多的前瞻性研究，針對老年人癌症病人，利用前述的評估方法，來給與化學治療^(11,12)。發現對於年紀較大但健康狀況佳的老年人來說，接受跟年輕人一樣的化學治療並不會增加副作用，並且可以得到和年輕人一樣的治療效果。在2013年6月初剛召開的美國臨床腫瘤醫學會(American Society of Clinical Oncology, ASCO)年會(2013 ASCO Annual Meeting)中，也發表了一份針對576名75歲以上癌症病人(中位數年紀81歲)所做的GERCOR study，發現只有低白蛋白血症(hypoalbuminemia)及情緒憂鬱(depressive mood)會影響老年癌症病人接受化學治療的可親性(feasibility)及副作用⁽¹³⁾。換言之，只要老人家有足夠的營養補充及健康正向的心理，大可以放心的，如同其他年齡族群癌症病人般接受必要的癌症治療。有位詩人曾說過：「信心是半個生命，淡漠是半個死亡。」有信心，才能激發頑強的求生意志。保持坦然心境，樂觀態度，才能挖掘自身抗病的潛在能力。如此，便會出現「病樹前頭萬木春」的美景。

結語

行政院在民國95年公布「邁向高齡社會老人教育政策白皮書」，提出老人教育4大願景為：終身學



圖3 老年人的“實際年齡”(chronological age)並不等於“功能年齡”(functional age)，只要善加保養，年長者仍可擁有如同年輕人般的各種活動⁽⁹⁾。

習、健康快樂、自主尊嚴、社會參與。如何讓我們的師長前輩們能活得健康快樂，將他們的人生經驗傳承給下一代，是我們做晚輩子女的責任。老年癌症病人是一個相當大的族群，而且在篩檢、評估及治療上有許多不同於年輕病人的地方。近年來歐美先進國家逐漸注意到這類相關的課題，對於同樣逐漸步入老年社會及先進國家的台灣而言，如何針對這群病人做分析研究，進而訂定出最適合我們國家老年病人的醫療處置辦法，應該是當前所有腫瘤治療的優先選項。由於醫療的進步，國人也漸漸重視養生，老年人的身體狀況其實可以保持得很好。因此，在面對年長的癌症病人，不應有先入為主的觀念，應先整體評估病人的身體狀況，如果情況許可的話，還是應該接受標準治療，相信會為病人帶來最佳的晚年。

參考文獻

1. Ries EM, Kosary CL, Hankey BF, et al.: SEER Cancer Statistics Review: 1975-2000. National Cancer Institute, Bethesda, MD.
2. Schonberg MA, Marcantonio ER, Li D, et al.: Breast cancer among the oldest old: tumor characteristics, treatment choices, and survival. *J Clin Oncol* 2010 ; 28: 2038-2045.
3. Du X, Goodwin JS: Patterns of use of chemotherapy for breast cancer in older women: findings from Medicare

- claims data. *J Clin Oncol* 2001; 19: 1455-1461.
4. Diab SG, Elledge RM, Clark GM: Tumor characteristics and clinical outcome of elderly women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 550-556.
 5. Raji MA, Kuo YF, Freeman JL, et al.: Effect of a dementia diagnosis on survival of older patients after a diagnosis of breast, colon or prostate cancer: implications for cancer care. *Arch Intern Med* 2008; 168: 2033-2040.
 6. Extermann M, Aapro M, Bernabei R, et al.: Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol* 2005; 55:241-252.
 7. Extermann M, Hurria A: Comprehensive geriatric assessment for older patients with cancer. *J Clin Oncol* 2007; 25: 1824-1831.
 8. Melis RJF, van Eijken MIJ, Teerenstra S, et al.: Multidimensional geriatric assessment. A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study) *J Gerontol A Biol Med Sci* 2008; 63A: 283-290.
 9. Luciani A, Ascione G, Bertuzzi C, et al.: Detecting disabilities in older patients with cancer: comparison between comprehensive geriatric assessment and vulnerable elders survey-13. *J Clin Oncol* 2010; 28: 2046-2050.
 10. Dale W, Hemmerich J, Bylow K, et al.: Patient anxiety about prostate cancer independently predicts early initiation of androgen deprivation therapy for biochemical cancer recurrence in older men: A prospective cohort study. *J Clin Oncol* 2009; 27: 1557-1563.
 11. Hurria A, Togawa K, Mohile SG, et al.: Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. *J Clin Oncol* 2011; 29: 3457-3465.
 12. Extermann M, Boler I, Reich RR, et al.: Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score. *Cancer* 2012; 118: 3377-3386.
 13. Carola E, Chibaudel B, Trager S, et al.: Predictive factors for chemotherapy feasibility in elderly patients with solid tumor: Results of GERCOR old prospective multicenter study. *J Clin Oncol* 2013; 31 (suppl; abstr 9511).