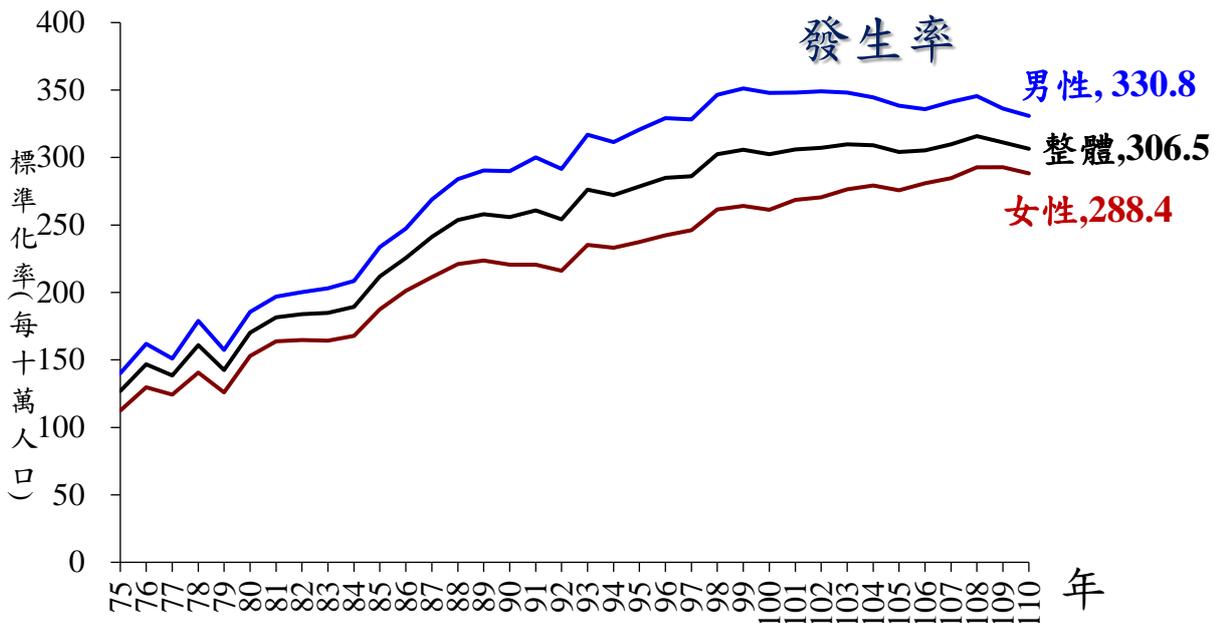


110年癌症發生率性別分析

為瞭解近年來男女癌症發生率變化與差異情形，透過分析不同性別之10大癌症排名，探討男性及女性對於癌症發生率及癌症別之性別落差。

一、110年癌症標準化發生率微幅下降，男性癌症標準化發生率下降幅度略大於女性

依據國民健康署癌症登記資料顯示，110年新發生癌症人數為12萬1,762人（男性6萬3,723人、女性5萬8,039人），標準化發生率為每10萬人口306.5人（男性330.8人、女性288.4人）（如圖1），標準化發生率整體呈上下震盪趨勢，110年整體癌症標準化發生率較109年每10萬人口下降4.8人，而男性每10萬人下降5.4人、女性每10萬人下降4.4人，男性癌症標準化發生率下降幅度略大於女性。



註：1. 發生資料來源：國民健康署癌症登記資料。

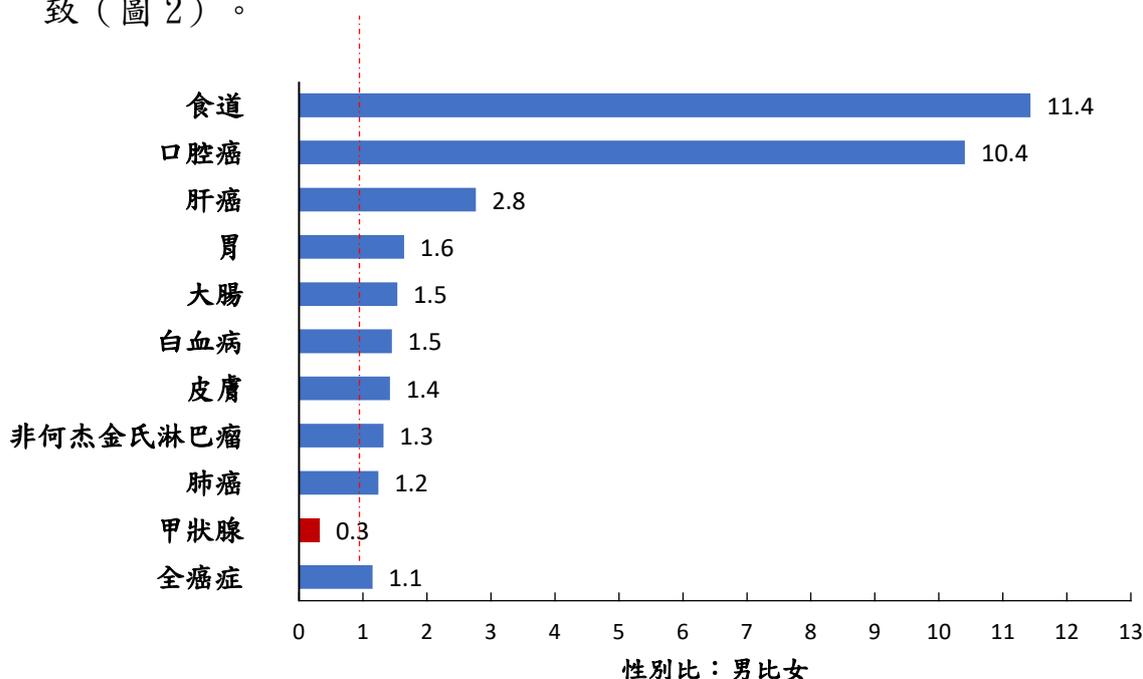
2. 標準化率係以西元2000年世界標準人口為標準人口計算（單位為每10萬人口）。

圖1 我國75-110年全癌症標準化發生率

二、110年男性癌症年齡標準化發生率約為女性之1.1倍

從癌症標準化發生率之性別比來看，男性罹癌風險較高，約為女性之1.1倍；其中上消化道（口腔、咽、喉、食道）癌症為男性及女性十大癌症標準化發生率性別比差異較大的癌別，男性口腔癌（含口咽及下咽）與食道癌標準化發生率分別為女性的10.4倍與11.4倍，研究

指出嚼檳榔造成口腔癌的機率為未嚼者的 28 倍，吸菸造成口腔癌的機率為未吸菸者的 18 倍，嚼檳榔者罹患上消化道癌症風險，較不嚼檳榔者之風險增加 5 倍，若檳榔、菸、酒三者皆有使用習慣，罹患上呼吸消化道癌之風險更高達 10.5 倍。此係男性較高的吸菸及嚼檳榔行為所致（圖 2）。



註：1. 資料來源：國民健康署 110 年癌症登記資料（不含原位癌）

2. 年齡標準化率係使用 2000 年世界標準人口為基準（單位：每 10 萬人）

圖 2 110 年臺灣主要癌症年齡標準化發生率性別比

三、110 年男性癌症發生率以大腸癌排名第 1

110 年男性新發癌症人數為 6 萬 3,723 人，年齡標準化癌症發生率為每 10 萬人口 330.8 人，較 109 年減少 5.4 人，十大癌症發生率依序為大腸癌、肺癌、口腔癌(含口咽、下咽)、肝癌、攝護腺癌、食道癌、胃癌、皮膚癌、白血病、非何杰金氏淋巴瘤，與 109 年序位相同(如表 1)，110 年與 109 年排序相同，男性大腸癌標準化發生率蟬聯 12 年第一，而男性的全癌症、大腸癌、肺癌、口腔癌、肝癌、食道癌、胃癌、皮膚癌及非何杰金氏淋巴瘤標準化發生率呈現下降。分析 101 至 110 年男性癌症標準化發生率 10 年變化(如圖 3)，男性全癌症年齡標準化發生率減少 5.1%，若依癌症別分析，以攝護腺癌年齡標準化發生率增幅最高(17.3%)，肝癌降幅最大(27.3%)。

攝護腺癌危險因子含年齡、家族史、種族、肥胖、飲食與環境等，非單一因素造成，發生增加可能原因為老化及不健康飲食。若要預防攝護腺癌，建議民眾預防勝於治療，不吸菸、規律運動、多吃蔬果，將維持身體在最佳的健康狀態。依美國國家癌症研究機構(Nation Cancer Institute, NCI)、美國癌症協會(American Cancer Society, ACS)指出肝癌風險因子為B型肝炎、C型肝炎之感染、抽菸、喝酒、嚼檳榔、黃麴毒素、糖尿病、肥胖及遺傳，另相較於女性，男性有更高的機會得到肝癌，可能是與菸、酒、檳榔的暴露有關。肝癌降幅最大之原因與臺灣自民國73年實施B型肝炎預防注射計畫，針對B型肝炎表面抗原(HBsAg)陽性母親所生的嬰幼兒進行預防接種，再於民國75年，全面推動所有的新生兒接種B型肝炎疫苗，使B肝帶原率持續下降，急性病毒性肝炎逐年減少，肝癌發生率亦減少。

表1、110年男性10大癌症發生率

男性 發生率 序位	原發部位	110年		109年		110年 發生人數 增減值	110年 標準化 發生率 增減值
		個案數	標準化 發生率	個案數	標準化 發生率		
1	大腸	9,297	47.1	9,477	48.6	-180	-1.5
2	肺、支氣管及氣管	8,961	44.5	8,877	44.7	84	-0.2
3	口腔、口咽及下咽	7,387	40.4	7,474	40.9	-87	-0.5
4	肝及肝內膽管	7,448	37.6	7,617	39.1	-169	-1.5
5	攝護腺	7,481	35.3	7,178	34.9	303	0.4
6	食道	2,614	13.7	2,668	14.2	-54	-0.5
7	胃	2,413 (2,053)	11.8 (10.0)	2,464 (2,114)	12.3 (10.5)	-51	-0.5
8	皮膚	2,127	10.3	2,324	11.5	-197	-1.2
9	白血病	1,588	10.0	1,549	9.9	39	0.1
10	非何杰金氏淋巴瘤	1,727	9.4	1,719	9.5	8	-0.1
	全癌症	63,723	330.8	63,893	336.2	-170	-5.4

- 註：1. 發生序位係以癌症發生率由高至低排序。
2. 癌症發生率增減情形：110年發生率-109年發生率。
3. 資料來源：國民健康署癌症登記資料(不含原位癌)。
4. 標準化率係以西元2000年世界標準人口為標準人口計算(單位為每10萬人口)。
5. 胃癌之胃腸道基質細胞瘤(GIST)個案自109診斷年起視為惡性腫瘤申報(108診斷年(含)以前僅High Risk GIST須申報)，故胃癌下方括號內數字為不計GIST的個案數及標準化發生率。

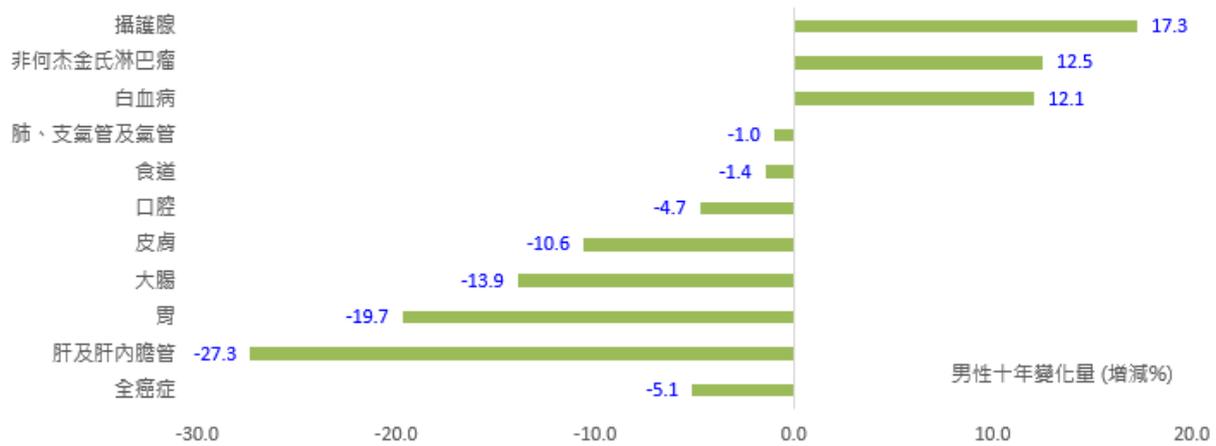


圖 3 101 至 110 年男性癌症年齡標準化發生率之 10 年變化率

四、110 年女性癌症發生率以乳癌排名第 1

110 年女性新發癌症人數為 5 萬 8,039 人，年齡標準化癌症發生率每 10 萬人口 288.4 人，較 109 年減少 4.4 人。女性標準化發生率順位與 109 年相比較，原為第 9 位之皮膚癌與原為第 8 位之胃癌序位互換，非何杰金氏淋巴瘤前移至第 10 位，其餘序位與 109 年相同，110 年依序為乳癌、肺癌、大腸癌、甲狀腺癌、子宮體癌、肝癌、卵巢癌、皮膚癌、胃癌、非何杰金氏淋巴瘤（如表 2）。女性乳癌標準化發生率蟬聯 19 年第一，女性全癌症、大腸癌、甲狀腺癌、肝癌、卵巢癌、皮膚癌及胃癌標準化發生率下降。分析 101 至 110 年癌症標準化發生率 10 年變化（如圖 4），女性全癌症年齡標準化發生率增加 7.2%，若依癌症別分析，以甲狀腺癌年齡標準化發生率增幅最高（42.7%），肝癌降幅最大（35.0%）。

依美國國家癌症研究機構(Nation Cancer Institute,NCI)、美國癌症協會（American Cancer Society, ACS）及國內相關網站資訊指出，甲狀腺癌風險因子為輻射、遺傳因素和家族史、低碘飲食及性別；女性的發生機率是男性的 3 倍。肝癌之發生率降低亦與 B 型肝炎預防注射計畫有關。

表 2、110 年女性 10 大癌症發生率

女性 發生率 序位	原發部位	110 年		109 年		110 年 發生人數 增減值	110 年 標準化 發生率 增減值
		個案數	標準化 發生率	個案數	標準化 發生率		
1	女性乳房	15,448	82.5	15,259	82.1	189	0.4
2	肺、支氣管及氣管	7,919	36.0	7,493	34.6	426	1.4
3	大腸	6,941	30.7	7,352	33.3	-411	-2.6
4	甲狀腺	3,497	22.1	3,715	23.5	-218	-1.4
5	子宮體	3,181	17.0	3,032	16.3	149	0.7
6	肝及肝內膽管	3,327	13.6	3,365	14.3	-38	-0.7
7	卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,793	10.2	1,824	10.7	-31	-0.5
8	皮膚	1,827	7.3	1,908	7.8	-81	-0.5
9	胃	1,647 (1,253)	7.2 (5.4)	1,793 (1,408)	7.9 (6.1)	-146	-0.7
10	非何杰金氏淋巴瘤	1,438	7.1	1,399	6.8	39	0.3
	全癌症	58,039	288.4	58,086	292.8	-47	-4.4

- 註： 1. 發生序位係以癌症發生率由高至低排序。
 2. 癌症發生率增減情形：110 年發生率-109 年發生率。
 3. 資料來源：國民健康署癌症登記資料(不含原位癌)。
 4. 標準化率係以西元 2000 年世界標準人口為標準人口計算(單位為每 10 萬人口)。
 5. 胃癌之胃腸道基質細胞瘤(GIST)個案自 109 診斷年起視為惡性腫瘤申報(108 診斷年(含)以前僅 High Risk GIST 須申報)，故胃癌下方括號內數字為不計 GIST 的個案數及標準化發生率。

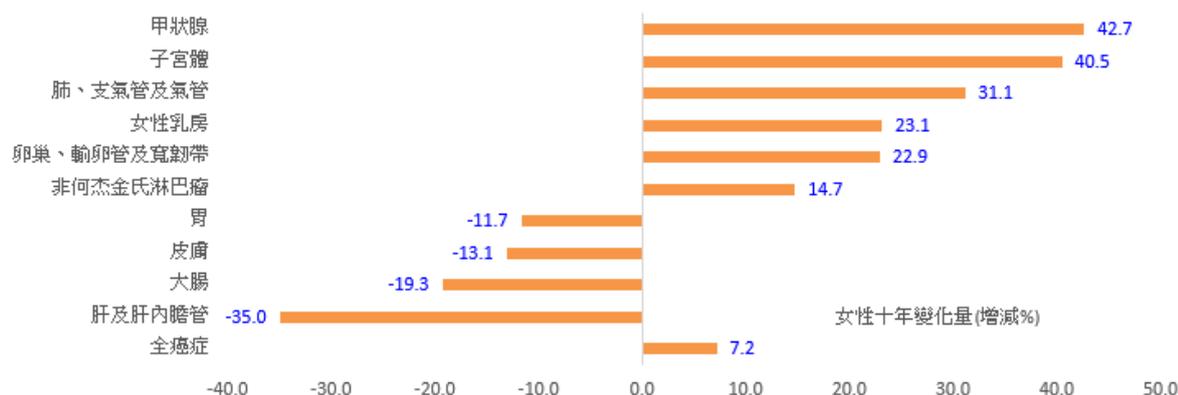


圖 4 101 至 110 年女性癌症年齡標準化發生率之 10 年變化率

五、 結語

因人口老化快速及不健康的生活型態，導致癌症發生人數逐年增加，為減緩癌症威脅，國民健康署積極提升民眾健康識能，透過多元管道，引導民眾遠離菸、酒、檳榔、不健康飲食及缺乏運動等致癌因

子。衛生福利部提供 5 項具實證之癌症篩檢，包含大腸癌、乳癌、子宮頸癌、肺癌及口腔癌篩檢。透過定期癌症篩檢，有助民眾早期發現、早期治療；篩檢結果如有異常，一定要進一步接受確診，才能及早阻斷已經發生變異的細胞進展為癌症或晚期癌症，以提升存活率。本篇分析可提供癌症防治政策衛教宣導之用，持續推動癌症防治相關工作，強化癌症篩檢防線。