

台灣老年癌末病患的症狀

許秀卿 胡文郁* 莊榮彬 邱泰源** 陳慶餘***

老年癌末患者與日俱增，其醫療需求漸受重視。為了解老年癌末患者所承受的症狀及其痛苦程度，本研究之目的在：(1)評估 65 歲以上老年癌末患者其癌末症狀的盛行率及嚴重程度，(2)比較住院後症狀的控制情形，並藉此探討老年癌末患者照顧之需求。研究對象為 1997 年 9 月至 1999 年 4 月，所有台大醫院緩和醫療病房滿 65 歲以上住院癌末病患，共 228 位。由主要照顧醫師每日評估記載，並經團隊會議定期分析其住院時、住院一週時及死亡前兩天的症狀及其程度變化。病人平均年齡為 73.9 ± 6.3 歲，男女各半，超過八成(82.5%)病人一半以上時間臥床($ECOG \geq 3$)，住院後平均存活期為 21.3 ± 34.8 天。住院時每位病人平均有 9.9 個症狀，其盛行率依序為：全身倦怠(88.5%)，食慾不振(88.1%)，疼痛(77.9%)，體重減輕(72.0%)，吞嚥困難(61.3%)，不安(57.7%)，呼吸困難(57.0%)。住院一週後，疼痛分數有明顯降低($p < 0.05$)，而呼吸困難、噁心嘔吐、失眠及口乾之程度平均值也有降低，但未達顯著意義($p > 0.05$)，而其餘各症狀如全身倦怠、食慾不振、意識不清等之程度則都呈現持續的升高。死亡前 2 天的症狀，除了疼痛仍是有意義的減輕之外，呼吸困難、全身倦怠、食慾不振、意識不清、吞嚥困難、不安、口乾、水腫及腹水都明顯的惡化($p < 0.05$)。結論為，老年癌末患者通常有較多癌末症狀，且因身體原有退化性疾病及身體功能不佳，使得臨床上症狀的評估與處置較為複雜。如何針對老年癌末患者提供良好症狀控制，並發展適當照顧模式，將是老年醫學及緩和醫療界重要之工作。

關鍵詞：老年，癌症末期，症狀，盛行率
(台灣醫學 Formosan J Med 2002;6:465-73)

前 言

約有一半癌末患者為老年病人，老年癌末患者在其末期時，也深受症狀痛苦的煎熬。隨著各國癌末病人的增多，老年癌末患者症狀的評估及控制漸成為老年醫學及緩和醫療領域重要的工作。過去針對所有癌末患者症狀的盛行率研究，因各研究實驗設計及病人樣本的不同，而有差異。但大致而言，疼痛約為 51~80%，呼吸困難為 19~79%，噁心嘔吐為 21~44%，便秘 23~65%，食慾不振 30~70%，虛弱無力 51~91%，失眠 9~28%，體重減輕為 58~77% [1-3]。雖然老年病人佔癌末患者一半以上，但

國內外卻較少特別針對他們進行研究。實際上，老年患者生理上有其獨特性，包括對藥物的副作用耐受性較差，往往存在多種退化性疾病且常同時使用著多種藥物，另外老年癌症存活的時間通常比年輕患者長[4]。這些特性，使得對於老年癌末患者的醫療需求有必要進一步探討。在照顧老年癌末病患時，以提昇生活品質及促進善終為主要目標，而症狀的控制是否良好將深切影響到病人的生活品質及善終追求，因此要提升老年癌末患者的照顧品質，首先要先瞭解他們所承受的症狀痛苦所在及控制情形。為此，本研究針對 65 歲以上癌末患者進行研究。其目的為：(1)評估其癌末症狀的盛行

亞東紀念醫院家庭醫學科，台大醫學院護理學系*，台大醫學院社會醫學科**，
台大醫學院家庭醫學科***

受文日期 民國 90 年 9 月 5 日 接受刊載 民國 90 年 11 月 20 日

通訊作者連絡處：邱泰源，台大醫學院社會醫學科，臺北市仁愛路一段一號



率及嚴重度，(2)比較住院後症狀控制的情形，並藉此探討老年癌末病人照顧的需求。

對象與方法

研究對象

本研究之對象為 1997 年 9 月至 1999 年 4 月所有台大醫院緩和醫療病房滿 65 歲以上的住院病人，共收集 228 位病患。所有病患皆經病房入院小組評估為對治療性治療已無反應的癌末患者，其中 84 位(36.8%)來自同院其它病房轉入，60 位(26.3%)由同院急診經評估後住院，58 位(25.5%)則由同院緩和醫療門診經醫護小組評估後安排住院。

研究方法

評估的方法是由直接照顧病患的醫師於照顧過程中每日評估病人的症狀並記載於結構性症狀紀錄表。同時於每週固定的時間，召開團隊照顧會議，討論並分析其住院時、住院一週後及死亡前 2 天時的症狀變化。研究工具內容包括疼痛及呼吸困難評估(程度由無到最嚴重，0~10 分)，其它常見症狀(以三分法評估，其程度 0=沒有，1=輕度，2=中度，3=重度)：包括全身倦怠(1=稍倦怠，2=相當倦怠，3=非常倦怠)、食慾不振(1=胃口稍差，2=只有一些胃口，3=完全沒胃口)、噁心(1=一天不到一次，2=每天皆有，3=一天好幾次)、嘔吐(1=一天不到一次，2=每天皆有，3=一天好幾次)、便秘(1=略為不順，2=兩天未解，3=三天以上未解)、意識不清(1=嗜睡，2=混亂，3=昏迷)、吞嚥困難(1=略為不順，2=相當困難，3=完全無法吞嚥)、不安(1=一天不到一次，2=每天都有，3=一天好幾次)、憂鬱(1=偶而，2=時常，3=一直都是)、失眠(1=稍睡不好，2=相當難睡，3=整夜無法睡)、口乾(1=稍微，2=明顯，3=很嚴重)、黃疸(1=稍微，2=明顯，3=很嚴重)與體重減輕(1=近三個月減輕 10 公斤內，2=近三個月減輕 10-20 公斤，3=近三個月減輕 20 公斤以上)等。同時也以 ECOG(Eastern Cooperative Oncological Group)等級進行身體功能之評估，ECOG 分為 0~4 級「0=正常活動，1=可活動但是

有症狀，2=小於 50%的時間臥床，3=大於 50%的時間臥床，4=完全臥床」。結構性症狀紀錄表乃參考國內外癌末症狀相關研究文獻，並由資深緩和醫療團隊人員經數次討論後擬定初稿。接著在同病房試用一個月評估 20 位病人後，再修改定稿，以提高內容效度及易使用性，之後正式使用於本研究。症狀紀錄表除了評估各項症狀外，也記載水腫、腹水、潰瘍傷口等徵兆(sign)，因其常伴隨症狀(symptom)。

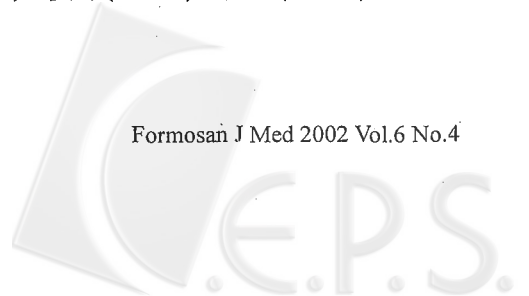
統計分析

本研究使用 SPSS-10 的套裝軟體，先以頻率分析描述各種癌末症狀的盛行率、嚴重度。並以卡方檢定(Chi-square test)進行原發部位不同之癌症其症狀盛行率之比較。住院時、住院後一週及死亡前兩天症狀程度變化的比較則以配對 t 檢定(paired t-test)。p 值小於 0.05 設定為統計上有意義。

結果

本研究包括了 114 位男性(50%)及 114 位女性(50%)癌末病人，平均年齡為 73.9±6.3 歲。癌症原發部位以肺癌(21.5%)最多，其次為肝癌(12.7%)，大腸直腸癌(10.5%)，胃癌(9.2%)，胰臟癌(6.1%)，頭頸部癌症(4.4%)，子宮及子宮頸癌(3.9%)，食道癌(3.5%)及乳癌(3.1%)。所有病人中有 178 位(78.1%)病人被診斷有它處轉移，常見的轉移部位依序是骨頭(32.4%)，肝臟(28.0%)及肺臟(18.9%)。約有一半病人曾接受手術治療(49.6%)，將近三分之一病人接受過化學治療(31.1%)，另外有 30.3%的病人接受過放射治療及 17.1%的病人自稱接受過中醫或偏方治療。住院時身體功能評估 ECOG3 級以上佔了 82.5% (ECOG3 級為 29.4%，ECOG4 級為 53.1%)。平均住院天數為 12.2±10.8 天，進入緩和醫療病房後平均存活期為 21.3±34.8 天(表一)。

病患住院時所呈現的症狀平均每位病人有 9.9 個症狀，其盛行率依序為全身倦怠(88.5%)，食慾不振(88.1%)，疼痛(77.9%)，體重減輕(72.0%)，吞嚥困難(61.3%)，不安(57.7%)，呼吸困難(57.0%)，憂鬱(56.7%)，便秘(53.1%)，水腫



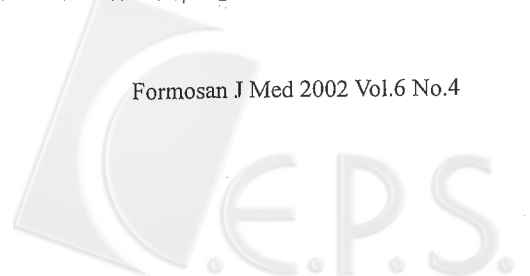
表一：病人基本資料

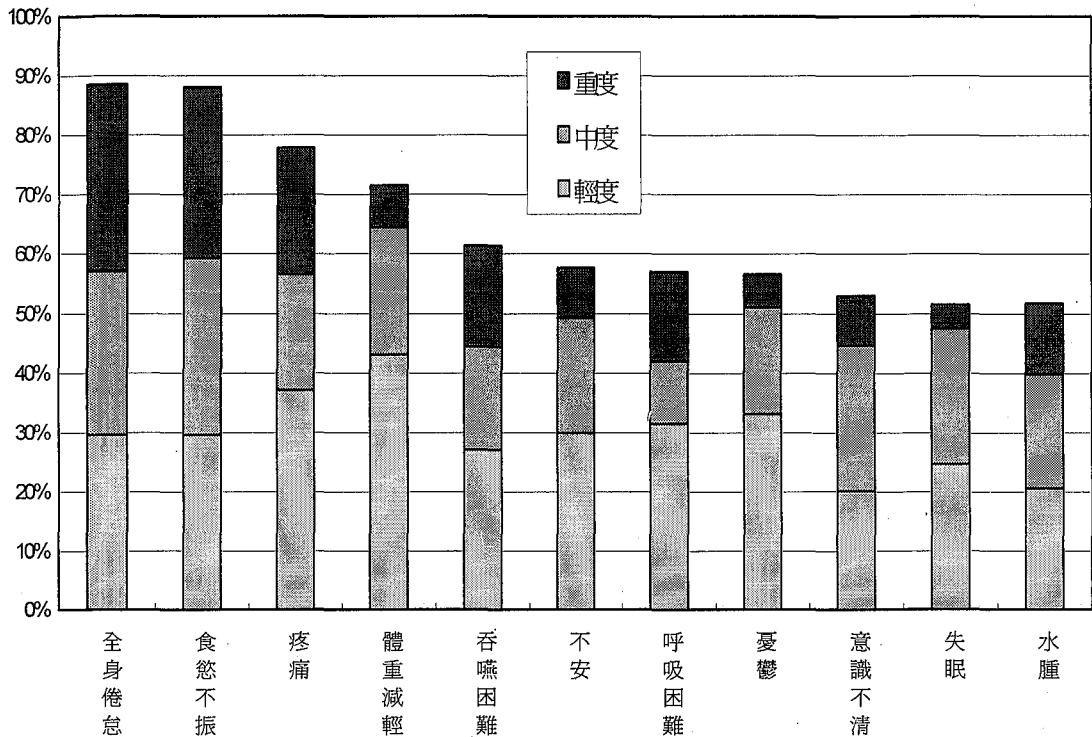
	人數	百分比(%)
性別		
男性	114	50.0
女性	114	50.0
年齡		
平均 ± 標準差, 73.9 ± 6.3 歲		
住院後存活期		
平均日數 ± 標準差, 21.3 ± 34.8 天		
住院日數		
≤3	54	23.7
4-7	33	14.5
8-30	131	57.4
≥31	10	4.4
平均日數 ± 標準差, 12.2 ± 10.8 天		
病患來源		
急診轉入	60	26.3
同院各病房轉入	84	36.8
門診轉入	58	25.5
他院轉入	9	3.9
其他	17	7.5
癌症原發部位		
肺癌	49	21.5
肝癌	29	12.7
大腸直腸癌	24	10.5
胃癌	1	0.4
胰臟癌	14	6.1
頭頸部癌症	10	4.4
子宮頸/子宮癌	9	3.9
食道癌	8	3.5
乳癌	7	3.1
原發部位不明	9	3.9
其他癌症	48	21.2
癌症轉移部位	178	78.1
骨頭	74	32.4
肝臟	64	28.0
肺臟	43	18.9
腦部	19	8.4
皮膚	13	5.7
其他	36	15.8
ECOG 等級		
0	1	0.4
1	8	3.5
2	31	13.6
3	67	29.4
4	121	53.1
人數(%)	228	100.0

表二：住院時各原發部位癌症症狀盛行率

癌症原發部位	症狀(%)												
	全身倦怠	食慾不振	疼痛	體重減輕	吞嚥困難	不安	呼吸困難	憂鬱	便秘	水腫	失眠	意識不清	嘔吐
肺癌	79.6	83.7	75.5	78.6	59.2	58.3	71.4	51.1	46.9	38.8	53.1	61.2	44.9
肝癌	89.7	86.2	72.4	56.5	42.9	48.3	65.5	48.0	55.2	72.4	31.0	51.7	37.9
大腸直腸癌	100.0	100.0	78.3	76.5	70.8	70.8	45.8	73.9	75.0	62.5	62.5	33.3	54.2
胃癌	85.7	95.2	90.5	83.3	66.7	57.1	47.6	57.1	47.6	47.6	61.9	52.4	57.1
胰臟癌	100.0	100.0	85.7	76.9	76.9	57.1	50.0	38.5	42.9	64.3	57.1	35.7	85.7
頭頸部癌症	100.0	70.0	90.0	66.7	80.0	30.0	40.0	50.0	40.0	30.0	40.0	60.0	30.0
子宮頸/子宮癌	87.5	87.5	66.7	62.5	55.6	66.7	55.6	62.5	66.7	44.4	75.0	66.7	22.2
食道癌	100.0	75.0	50.0	80.0	87.5	62.5	62.5	50.0	50.0	37.5	62.5	12.5	37.5
乳癌	71.4	85.7	85.7	71.4	57.1	100.0	71.4	71.4	71.4	85.7	85.7	57.1	57.1
其他癌症	87.7	87.5	78.6	68.2	57.1	54.4	50.9	61.4	50.9	49.1	43.9	54.4	43.9
總數	88.5	88.1	77.9	72.0	61.3	57.7	57.0	56.7	53.1	51.8	51.5	51.3	46.9
P-value	.153	.235	.487	.733	.276	.233	.348	.590	.465	.057	.107	.177	.091

Chi-square test





圖一：症狀嚴重程度分佈圖

註：疼痛及呼吸困難 1~3 分為輕度，4~6 分為中度，7~10 分為重度。

(51.8%)，失眠(51.5%)，意識不清(51.3%)(表二)。比較各症狀嚴重度，包括全身倦怠、食慾不振、疼痛、吞嚥困難、意識不清、失眠及水腫等症狀，其程度在中重度以上者都超過一半(圖一)。盛行率最高的肺癌患者除了常見的全身倦怠、食慾不振、體重減輕與疼痛外，其呼吸困難的比率為所有癌症中最高(71.0%)，而中到重度的呼吸困難更是高達一半(46.9%)。至於肝癌患者除了上述常見的症狀外，腹水與黃疸特別有較高的發生率。另外，大腸直腸癌的患者可見到較高比率的便秘與憂鬱。以症狀方面來分析，全身倦怠及食慾不振在各癌症發生率都相當高，疼痛在胃癌及頭頸部癌症則有特別高的比率(90.5%及 90.0%)，吞嚥困難在食道癌(87.5%)及頭頸部(80.0%)最為常見，而嘔吐、便秘的症狀則以腹腔內的癌症為主。但統計上除了腹水與黃疸外，各症狀在不同癌症原發部位的盛行率並無差別($p > 0.05$)。

評估各種症狀控制的情況，住院一週時，大部份症狀如全身倦怠、食慾不振、意識不清、吞嚥困難及不安等都仍呈現持續的惡化。不過疼痛則有明顯改善($p < 0.05$)，而呼吸困難、噁心嘔吐、失眠及口乾等症狀之程度有降低現象($p > 0.05$) (表三)。至於將死亡前 2 天的症狀和住院時進行比較，除了疼痛仍是有意義的減輕之外，包括呼吸困難、全身倦怠、食慾不振、意識不清、吞嚥困難、不安、口乾、水腫及腹水等症狀都明顯的惡化($p < 0.05$)，顯示病人在臨終前 48 小時呈現出的症狀，其控制之困難度(表四)。

討論

本研究中癌症原發部位分佈的比例，除了肝癌(12.7% vs. 20.4%)外，大致和台灣地區癌症的死亡率原發部位分布大致相似[5]。肝癌病人較少可能的原因包括肝癌發生的年齡相對較低，病



表三：住院時及住院一週後症狀嚴重程度平均值之比較

症狀	住院時	住院一週	p-value
疼痛	3.56	2.37	.000
呼吸困難	1.66	1.50	.383
全身倦怠	1.62	1.67	.460
食慾不振	1.60	1.63	.678
意識不清	.76	.99	.006
吞嚥困難	1.02	1.11	.201
不安	.86	.89	.624
憂鬱	.84	.99	.044
噁心/嘔吐	.77	.70	.236
失眠	.80	.69	.088
口乾	.57	.55	.670
水腫	.78	.78	.906
腹水	.57	.61	.290
便秘	.95	.95	1.000
黃膽	.40	.45	.251
體重減輕	1.09	1.07	.469

Paired t-test

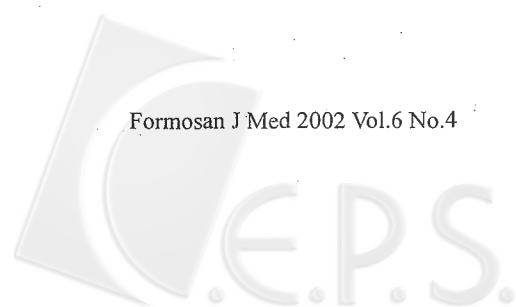
程進展快，調適的時間較短，可能仍進行治癒性治療等，因此較少比率轉介到緩和醫療病房。另外本研究平均存活期為 21.3 天，與邱等針對所有癌末病患所作的研究平均為 23.5 天反而較短 [6,7]，為何本研究老年癌末病患住院後存活期較短，是否因轉介時間較晚，值得再探討。另外老年人所接受治療的比例無論在手術、化學治療及放射治療都比上述研究較低。意味老年癌症患者接受治癒性治療的態度較趨於保守。

本研究顯示老年人症狀的盛行率高於過去癌末病人的研究 [1-3]。盛行率之不同可能因實驗設計，樣本選擇及評估方式不同而有差異，但相較邱等的研究 [7]，以同樣研究方法，本研究老年症狀的盛行率仍較之為高。此外病人的 ECOG 3 級以上佔了 82.5%，其原因可能是老年人存在多種退化性疾病，使得身體功能較差，因此照顧上應有其特別的需求。如何針對老年癌末患者發展適當的照顧模式將是未來重要之工作。

由結果也可看到老年人似乎有許多與意識及情緒相關的症狀，如憂鬱 (56.7%)、意識不清 (51.3%) 與不安 (57.7%)。這些症狀臨床處置上容易被忽略，但對於病人的生活品質以及家屬的照

顧壓力卻有很大的影響 [8]。Pereira 等 [9] 的研究中，癌末患者認知功能障礙在住院時為 44%，死亡前兩天為 68%，但其中約有 29% 的病人的認知功能障礙可經由治療而改善。因此必須時常評估病人的認知功能及其原因，找出可逆性因素予以治療。但因老年人常存在除了癌症之外的老化疾病，如痴呆、中風而影響診斷的正確性，因此儘管努力評估可逆性因素，在診斷上仍有其困難度。另外有研究顯示複雜而侵襲性的檢查並不能幫助找出末期病人更多可逆的因素 [9,10]，尤其在老年患者進行侵襲的檢查之前，必須考慮到利弊得失及尊重病人意願。另外，憂鬱與不安為癌末患者常見的症狀，身體症狀也可能會惡化這些情緒，憂鬱與不安也會造成虛弱無力、食慾不振、失眠等問題 [7]，因此增加評估與治療的不易。除了醫護人員診治能力的加強外，也需要團隊其他成員如心理師、靈性照顧及社工人員的共同參與。

由結果可知近九成的患者有全身倦怠與食慾不振，為最常見的兩個症狀，此和其他的研究約 77~87% 相似 [11,12]。兩者症狀導因於癌症與發炎系統的交互作用，產生許多媒介物質，造成



表四：住院時及死亡前兩天症狀嚴重程度平均值之比較

症狀	住院時	死亡前兩天	p-value
疼痛	3.32	2.17	.000
呼吸困難	2.36	2.95	.001
全身倦怠	1.80	2.30	.000
食慾不振	1.78	2.14	.000
意識不清	.93	1.84	.000
吞嚥困難	1.09	1.62	.000
不安	.96	1.18	.005
憂鬱	.86	.94	.220
噁心/嘔吐	.73	.64	.189
失眠	.82	.74	.234
口乾	.55	.75	.004
水腫	.95	1.21	.000
腹水	.68	.82	.002
便秘	.96	1.01	.523
黃膽	.63	.82	.000
體重減輕	1.11	1.13	.663

Paired t-test

食慾的下降、蛋白質的破壞及代謝功能的改變，並進一步造成惡病質(cachexia)，使病人和家屬深受困擾。而且在藥物的治療上，雖然類固醇(steroid)，黃體素類(megestrol acetate)等藥物都會被報告有其效果[10]，但效果似乎並不盡理想。本研究在住院一週及死亡前兩天，這些症狀仍持續惡化。因此除了代謝機轉的更加認識與新藥物的發展之外，非藥物治療，如口腔清潔、食物的改變及心理認知的治療等，都有幫助。

本研究中疼痛的盛行率為 77.9%，是第三常見的症狀，許多的研究顯示，疼痛是癌末患者很常見的症狀，另有些資料也顯示對老年患者的疼痛常被低估，有可能是因為病人錯誤的認知，認為疼痛是必然的結果，或是害怕藥物的使用造成一些副作用，此外認知功能障礙的老年患者為數不少，疼痛評估更是不易[13]。本研究中疼痛在住院一週，及死亡前兩天時都有明顯的改善，除了歸功於對疼痛的控制更加瞭解，各種止痛藥物的進展外，照顧團隊提供病人身心靈整體性照顧也有很大幫助。

呼吸困難也是常見的症狀，尤其在肺癌患者，更有 71.4% 的高盛行率，而中度到重度呼吸困難也達 46.9%。呼吸困難的症狀控制不易，住

院一週後只有輕微的改善，而在死亡前兩天卻又急劇惡化，除了生理上如呼吸肌肉無力、肺積水、肺炎等原因，焦慮及其他心理因素也可能導致呼吸困難[11]。治療癌末呼吸困難，除了一般臨床醫療措施的積極治療外，嗎啡對呼吸困難的控制已被緩和醫療界肯定[14-16]，另外本病房也使用各種非藥物治療包括放鬆治療、呼吸訓練等來協助呼吸困難的控制。

本研究由直接照顧病患的醫師做前瞻性的評估，在認知功能障礙相當高的老年癌末患者，實務上常須靠照顧過程的評估及主要照顧者的意見。因醫護人員或照顧者並無法完全取代病患主觀的感受[17,18]，此為本研究進行中的一個限制。

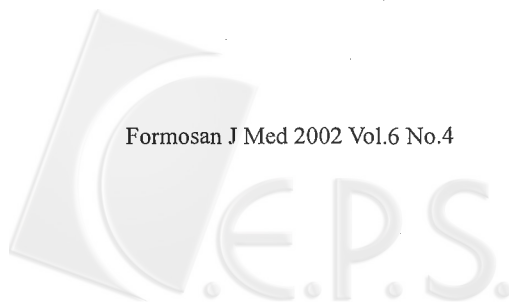
本研究結論為：老年癌末患者通常是多症狀，顯示對癌末老年的緩和醫療照護所要努力的不只是疼痛處置而已，許多的症狀都應發展出專業的照顧方式，尤其老年人原有的退化性疾病及身體功能不佳，使得症狀評估與控制更為複雜。進一步探討症狀處置包括：生理機轉的病因與治療方法，以及提供心理社會靈性上完整照顧模式的推展，才能給予老年癌末病人最適當的照顧，以達到老有所終及生死兩相安的境界。

致謝

本研究為行政院國科會補助研究計劃(NSC87-2314-B-002-255)之部分。研究之完成，須感謝台大醫院家庭醫學部及緩和醫療病房同仁們的協助。而研究助理趙國欣小姐的資料整理也在此致謝。

參考文獻

1. Coyle N, Adelhardt J, Foley KM, et al: Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. *J Pain Symptom Manage* 1990;5:83-93.
2. Curtis EB, Krech R, Walsh TD: Common symptoms in patients with advanced cancer. *J Palliat Care* 1991; 7:25-9.
3. Vainio A, Auvinen A: Prevalence of symptoms among patients with advanced cancer: an international collaborative study. Symptom Prevalence Group. *J Pain Symptom Manage* 1996;12:3-10.
4. Porzsolt F, Zeeh J, Platt D: Palliative therapies in elderly cancer patients. *Drugs Aging* 1995;6:192-209.
5. Department of Health, The Executive Yuan, Republic of China: Vital statistics, Republic of China, Taipei. Department of Health, The Executive Yuan, Taipei, 1997.
6. Chiu TY, Hu WY, Lue BH, et al: Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2001;21:467-72.
7. Chiu TY, Hu WY, Chen CY: Prevalence and severity of symptoms in terminal cancer patients: a study in Taiwan. *Support Care Cancer* 2000; 8:311-3.
8. Breitbart W, Jacobsen PB: Psychiatric symptom management in terminal care. *Clin Geriatr Med* 1996;12:329-47.
9. Pereira J, Hanson J, Bruera E: The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. *Cancer* 1997; 79:835-42.
10. Martin EW: Confusion in the terminally ill: recognition and management. *Am J Hosp Palliat Care* 1990;7:20-4.
11. Sheehan DC, Forman WB: Symptomatic management of the older person with cancer. *Clin Geriatr Med* 1997;13:203-19.
12. Grauer PA: Appetite stimulants in terminal care: treatment of anorexia. *Hosp J* 1993;9:73-83.
13. Sophie M: Publication of the WHO collaborating center for policy & communications in cancer care. Madison, Wisconsin, USA 2000.
14. Bruera E, MacEachern T, Ripamonti C, et al: Subcutaneous morphine for dyspnea in cancer patients. *Ann Intern Med* 1993; 119:906-7.
15. Bruera E, Macmillan K, Pither J, et al: Effects of morphine on the dyspnea of terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1990;5: 341-4.
16. Storey P: Symptom control in advanced cancer. *Semin Oncol* 1994;21:748-53.
17. Lo RS, Ding A, Chung TK, et al: Prospective study of symptom control in 133 cases of palliative care inpatients in Shatin Hospital. *Palliat Med* 1999;13:335-40.
18. Nekolaichuk CL, Bruera E, Spachynski K, et al: A comparison of patient and proxy symptom assessments in advanced cancer patients. *Palliat Med* 1999;13:311-23.



Symptoms in the Elderly with Terminal Cancer- a Study in Taiwan

Hsiu-Chin Hsu, Wen-Yu Hu*, Rong-Bin Chuang, Tai-Yuan Chiu**, Ching-Yu Chen***

Abstract: The suffering of elderly with terminal cancer is gaining increasing attention in the field of health care delivery system. In order to investigate the symptoms which are distressing the elder patients with terminal cancer. This study was conducted to examine the prevalence and severity of symptoms in elder patients with terminal cancer. In addition, to compare the changes of severity after admission. Two hundred and twenty eight terminal cancer patients more than 65 years old, admitted to palliative care unit in National Taiwan University Hospital from September 1997 to April 1999, were enrolled. A structured data collection form was used daily to evaluate symptoms, which were analyzed at the time of admission, 1 week after admission and 48h before death. There were equal number in both gender. Mean age of all patients was 73.9 ± 6.3 years; their mean survival time was 21.3 ± 34.8 days. More than eighty percent(82.5%) of patients, whose ECOG performance was grade 3 or 4. Patients averaged 9.9 symptoms each at the time of admission. The prevalence of some of the symptoms was: weakness(88.5%), anorexia(88.1%), pain (77.9%), weight loss(72.0%); these were predominant symptoms of cancer in most primary sites. After one week in hospice pain was improved($p < 0.05$); the mean scores of dyspnea, nausea, vomiting, insomnia, dry mouth decreased but didn't have statistical significance($p > 0.05$). However, all symptoms except pain tended to worse in the 48h before death. In conclusion, elder patients with terminal cancer were polysymptomatic. The high prevalence of symptoms distressed the elder patients and reduced their quality of life. Management of these symptoms are usually complicated due to the characteristics of elderly such as deteriorating organ function and poor physical performance. Symptom control and care of dying in elderly with terminal cancer will be a challenge in the field of geriatric and palliative medicine.

Key Words: elderly, terminal cancer, symptoms, prevalence

(Full text in Chinese: Formosan J Med 2002;6:465-73)

Department of Family Medicine, Far-Eastern Memorial Hospital; Department of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University*; Department of Social Medicine, College of Medicine, National Taiwan University**; Department of Family Medicine, College of Medicine, National Taiwan University***
Address Correspondence to: Tai-Yuan Chiu, Department of Social Medicine, Family Medicine, College of Medicine, National Taiwan University, No.1, Section 1, Jen-Ai Road, Taipei, Taiwan

