

A complex network diagram with numerous nodes (small circles) and connecting lines (edges). The nodes are colored in shades of blue, pink, and grey. The lines are thin and connect the nodes in a web-like structure. Two large blue circles are overlaid on the network. The larger circle on the left contains the text '五種本港常見的癌症'. The smaller circle on the right contains the text '附件一'.

附件一

五種
本港常見的
癌症

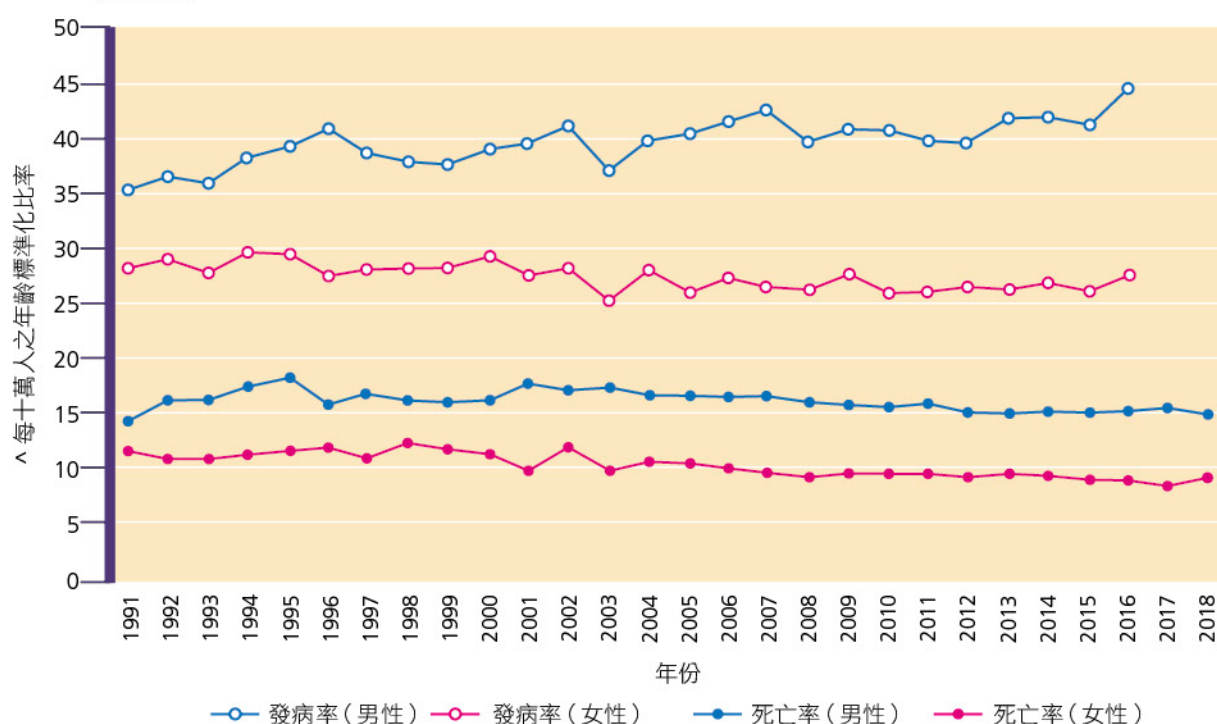
1 大腸癌

(2016 年常見癌症中排首位，2018 年致命癌症中排第二位 *)

癌症的流行情況

1. 大腸癌是香港最常見的癌症。在 2016 年，大腸癌佔本港癌症新症總數的 17.3%。
2. 在 2016 年，大腸癌新症共有 5 437 宗，男性有 3 169 宗，女性有 2 268 宗，大部分病人為 50 歲以上人士。發病年齡中位數男性為 68 歲，女性為 69 歲。特定年齡組別發病率自 50 歲起顯著上升。大腸癌以男性病人居多，於 2016 年男女病人比例約為 1.4 比 1。
3. 大腸癌在本港致命癌症中排第二位。在 2018 年，大腸癌導致 2 279 人死亡，佔癌症死亡總數 15.8 %。*
4. 由 1991 至 2016 年，調整人口年齡組成的影響後，男性的年齡標準化發病率有所上升，女性的年齡標準化發病率則呈輕微下降趨勢。至於同期的年齡標準化死亡率，男性和女性都有輕微下降趨勢 (圖 6)。

圖 6 大腸癌的年齡標準化發病及死亡率



^ 年齡標準化發病及死亡率是根據 Segi(1960) 世界標準人口計算

資料來源：香港癌症資料統計中心、衛生署及政府統計處

* 臨時數字

預防、教育及提高意識

5. 大腸癌的風險因素包括飲食中的纖維含量不足、進食大量紅肉和加工肉食、缺乏體能活動、肥胖、飲酒和吸煙。
6. 有以下風險因素的人士，患大腸癌的機會較高：
 - (一) 帶有遺傳性的腸病，例如「家族性大腸腺癌肉病」或「連氏綜合症」；
 - (二) 大腸長期發炎，例如「潰瘍性結腸炎」；
 - (三) 過往有大腸癌肉；以及
 - (四) 有大腸癌家族史，尤其是直系親屬（即父母、兄弟姊妹或子女）。
7. 要減低患上大腸癌的機會，應多吃高纖維食物、少吃紅肉和加工肉食、恆常進行體能活動、保持健康體重及腰圍，以及避免飲酒及吸煙。

及早識別及篩查

8. 早期的大腸癌或全無症狀。至於大腸癌常見的症狀，包括大便習慣改變、大便帶血或黏液、大便後仍有便意、腹部不適或原因不明的體重下降和疲勞。出現這些症狀的人士應盡快求醫。
9. 此外，大腸癌主要是由癌前腺瘤癌肉經過一段漫長的潛伏期演變而成，期間全無症狀。因此，它是其中一種少數的癌症，可透過有系統及實證為本的篩查來有效預防。
10. 考慮接受大腸癌篩查的人士可分為「一般風險」及「較高風險」類別。根據政府癌症預防及普查專家工作小組（下稱「專家工作小組」）就大腸癌篩查的建議，「較高風險」人士是指有明顯家族史的人士，例如有一名直系親屬於 60 歲或以前確診大腸癌；或有一個以上不論確診時歲數的直系親屬患上大腸癌；或有直系親屬確診遺傳性腸病。「一般風險」人士則指沒有上述家族史但年齡為 50 至 75 歲的人士。

有關專家工作小組就本附件內所列的五種癌症的詳細建議，請參閱附件三。

「一般風險」人士的篩查

11. 自 2010 年起，專家工作小組建議，年齡介乎 50 至 75 歲的「一般風險」人士應與醫生商討，考慮採取以下其中一種篩查方法：
 - (一) 每一或兩年接受一次大便隱血測試；
 - (二) 每五年接受一次乙狀結腸鏡檢查；以及
 - (三) 每十年接受一次大腸鏡檢查。
12. 政府於 2016 年 9 月展開大腸癌篩查先導計劃（下稱「先導計劃」），分階段為年齡介乎 61 至 70 歲屬「一般風險」的香港居民提供資助，接受大腸癌檢查。參加者先獲資助接受由參與計劃的基層醫療醫生提供的大便免疫化學測試（即大便隱血測試的更新版），測試結果如呈陽性，該參加者會再獲資助，接受由參加計劃的大腸鏡醫生提供的大腸鏡檢查。按照專家工作小組的篩查建議，先導計劃已於 2018 年 8 月恆常化並命名為「大腸癌篩查計劃」，覆蓋範圍會逐步擴大至年齡介乎 50 至 75 歲的香港居民。

「較高風險」人士的篩查

13. 在 2017 年，專家工作小組修訂了針對「較高風險」人士進行大腸癌篩查的建議，主要的改動涉及有明顯大腸癌家族史但又沒有基因突變人士接受大腸鏡檢查的頻率。現時，針對「較高風險」人士大腸癌篩查的建議如下：
 - (一) 帶有「連氏綜合症」基因突變的人士，專家工作小組建議從 25 歲起，每一至兩年接受一次大腸鏡檢查；
 - (二) 帶有「家族性大腸腺癌肉病」基因突變的人士，專家工作小組建議從 12 歲起，每兩年接受一次乙狀結腸鏡檢查；以及

- (三) 有一位直系親屬於 60 歲或以前確診患有大腸癌的人士或有多於一位直系親屬確診患有大腸癌（不論確診時的歲數）的人士，建議從 40 歲起或按患上大腸癌最年輕親屬的確診年齡計算早十年起（但不早於 12 歲），每五年接受一次大腸鏡檢查。
14. 對於帶有可識別基因突變（即「連氏綜合症」及「家族性大腸腺癌肉病」）的大腸癌病人，專家工作小組建議其家屬接受兩層篩查，即先進行基因檢測，並在檢測結果呈陽性的情況下，才於短期及按特定時間內進行內窺鏡檢查。如此一來，有明顯家族史但沒有證實帶有基因突變的人士，接受不必要檢查的次數會減少，從而降低因屢次進行內窺鏡檢查而出現併發症的潛在風險。
15. 現時，大腸癌病人及其直系親屬或會被轉介至某些中心作遺傳輔導和基因檢測。該些中心分別隸屬於：
- (一) 香港大學遺傳性腸胃癌基因診斷化驗室；²¹
- (二) 衛生署醫學遺傳科；²² 以及
- (三) 私營機構。轉介準則或因檢測服務而有所不同，但普遍採用的準則均包括：有明顯家族史、同時患有多種癌症、較早期發病、癌症傾向基因出現可致病性突變及／或被臨牀懷疑患有遺傳性癌症綜合症。
16. 至於這些高風險組別人士及其家人的篩查安排，須進一步討論其服務模式。

²¹ 有關遺傳性腸胃癌基因診斷化驗室所提供的服務詳情，請參閱網站 <http://www.patho.hku.hk/colonreg.htm>。

²² 有關衛生署轄下醫學遺傳科所提供的服務詳情，請參閱網站 https://www.dh.gov.hk/tc_chi/main/main_cgs/main_cgs.html。

診斷、治療及護理

17. 現時大部分大腸癌病人均能治癒，而適時的跨專業管理是治療成功的關鍵。及早確診的病人透過手術便能有較高治癒率，而部分病人可能需要在手術前後進行化療和／或化學放射治療。另一方面，即使處於癌細胞轉移階段，診斷及治療的進步亦為病人帶來前所未有的治癒機會。除了傳統的系統性治療之外，醫護人員亦應該考慮為癌細胞數量和擴散範圍有限的病人進行積極的局部治療，而這種治療策略已證明有助提升存活率。至於癌細胞已廣泛轉移的病人，醫護人員應採取以人為本的策略，視乎病人和腫瘤狀況作出相應治療。
18. 下一步則是要預計因篩查而被診斷患有早期癌症，並需要盡快接受癌症治療的病人增長數目。癌症個案經理會負責協調診斷和治療過程。另一方面，由於已知分子生物標記技術有助疾病管理，我們會適時引入分子生物標記技術的國際準則，並應用於公營醫療。此外，我們亦會探討有關引入分子診斷服務的策略。

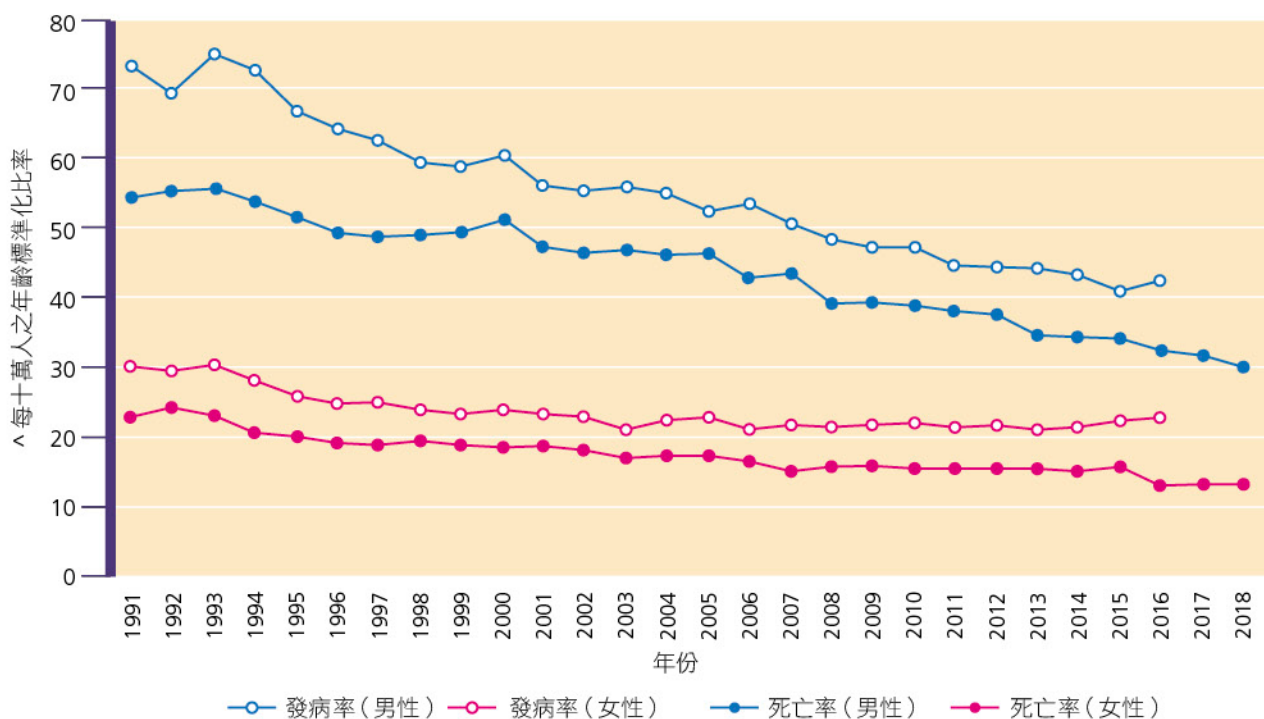
2 肺癌

(2016 年常見癌症中排第二位，2018 年致命癌症中排首位 *)

癌症的流行情況

19. 肺癌是本港男性中第二位最常見的癌症，在女性方面，則是第三位最常見的癌症，其數字僅次於乳癌及大腸癌。在 2016 年錄得的新症當中佔 15.7%。
20. 在 2016 年錄得的肺癌新症共有 4 936 宗，男性有 3 086 宗，女性有 1 850 宗，大部分病人是 50 歲以上人士。肺癌亦是本港排名首位的致命癌症。在 2018 年共有 3 812 人死於肺癌，佔所有癌症死亡人數的 26.4%。*由 1991 至 2016 年，男性的年齡標準化發病率呈下降趨勢，女性的年齡標準化發病率近年來相對平穩，兩性的年齡標準化死亡率均有下降趨勢 (圖 7)。

圖 7 肺癌的年齡標準化發病及死亡率



^ 年齡標準化發病及死亡率是根據 Segi(1960) 世界標準人口計算
資料來源：香港癌症資料統計中心、衛生署及政府統計處

* 臨時數字

預防、教育及提高意識

21. 眾所周知的肺癌的風險因素包括：

- (一) 吸煙或吸入二手煙；
- (二) 空氣污染，包括戶外及室內；
- (三) 吸入氡氣（一種從岩石和泥土釋放出來並積聚在建築物的放射性氣體）；
- (四) 因工作關係接觸某些化學品或建築物料（例如石棉、砷、鉻、鎳等）；
- (五) 接觸輻射；
- (六) 有肺癌家族史；以及
- (七) 免疫能力減弱，例如感染人類免疫力缺乏病毒。

22. 為減低罹患肺癌的機會，最重要的預防策略莫過於避免吸煙和避免吸入二手煙。與此同時，遵從《職業安全及健康條例》（第509章）及《空氣污染管制條例》（第311章）等相關條例的規定可減少在工作場所和日常生活環境接觸到致癌物。

及早識別及篩查

23. 肺癌的早期症狀未必可以輕易察覺。常見症狀包括持續性咳嗽、痰中帶血、胸肺反覆受到感染、聲音嘶啞、咳嗽或深呼吸時胸口不適或疼痛，以及食慾不振和體重下降等一般症狀。如果出現以上症狀，應盡早求醫。

24. 常見的肺癌篩查測試包括胸肺X光檢查、痰液細胞檢查及低輻射量電腦掃描。所有篩查測試均有其局限性，亦並非百分百準確。考慮接受肺癌篩查的人士，應先充分了解箇中的效益與風險。根據現時的科學實證，不建議為一般或高風險人士進行以胸肺X光檢查或痰液細胞檢查作常規肺癌篩查。現時亦沒有足夠證據支持或反對以低輻射量電腦掃描為無症狀人士進行肺癌篩查或為所有市民進行肺癌篩查。

25. 無論如何，吸煙都是肺癌最主要的風險因素。吸煙人士應該戒煙，並諮詢醫生，評估是否需要接受肺癌篩查。

診斷、治療及護理

26. 隨着基因醫學、科技和藥物的進步，治理肺癌的方法不斷轉變。對於有可能治癒的早期和局部晚期肺癌病人，其治療目標是透過根治性手術、根治性放射治療或以手術、放射治療和化療結合的方式治療癌症，並維持癌症康復者體格健康。大部分的轉移性肺癌是可治療的，其治療目標是根據組織學、基因診斷和病人的身體狀況，透過各種系統性癌症治療和放射治療，從而延長存活期並改善病人的生活質素。當疾病無法治癒和治療時，將會適時提供以家庭為中心的全方位紓緩治療，以控制徵狀和支援病人家庭。
27. 目前，本港大部分肺癌病人在其整個癌症療程中，皆由醫管局的不同臨牀部門治理，包括臨牀腫瘤科、心胸外科、呼吸內科、內科腫瘤科和紓緩治療科，並有病理科、放射科及專職醫療人員等支援。按照現有的資源和治療程序，及早發現患有肺結節的肺癌病人有一定難度。因此，轉介及診斷程序需要簡化，尤其是放射診斷檢查和活組織檢查。此外，用於治理肺癌病人的分子生物標記技術發展迅速，例如針對 EGFR 和 ROS1 基因而使用的標靶治療，針對 PD-L1 而使用的免疫治療等。適時引入各種嶄新診斷技術、具有成本效益的抗癌療法和協調及跨專業的護理，對於治理肺癌病人非常重要。

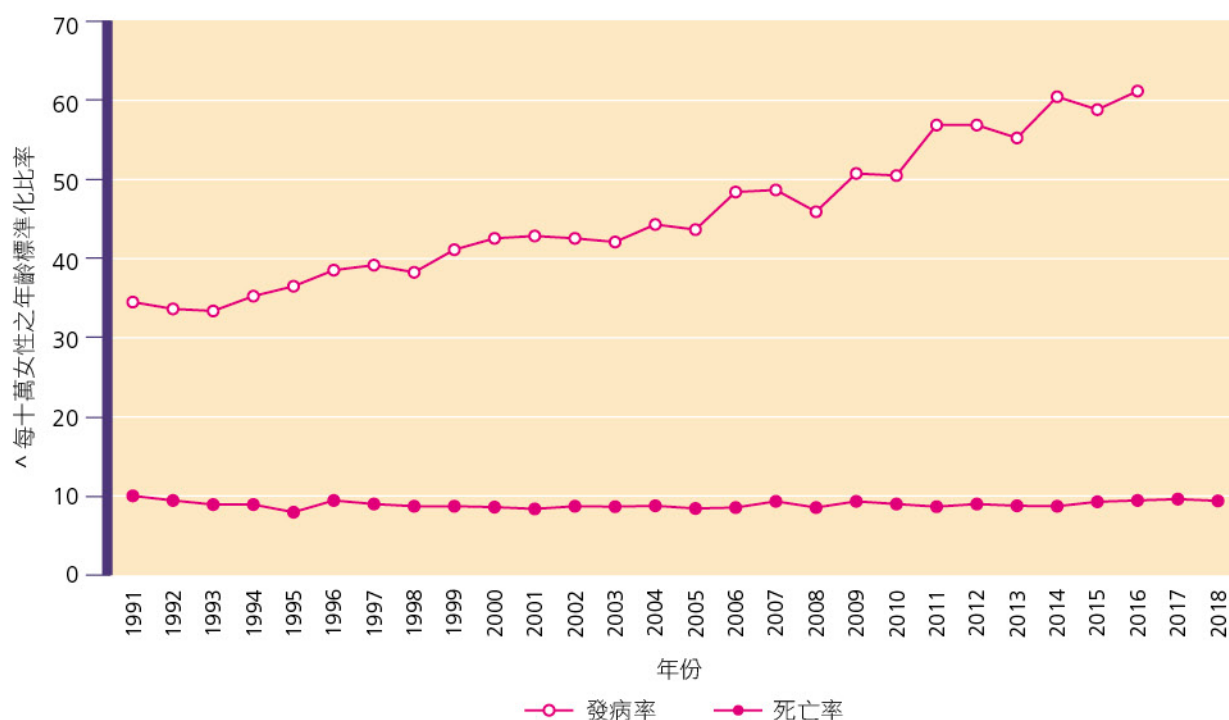
3 乳癌

(2016 年常見癌症中排第三位，2018 年致命癌症中排第四位 *)

癌症的流行情況

28. 乳癌於過去多年有持續上升趨勢，對女性的影響尤為明顯。在 2016 年錄得女性乳癌新症有 4 108 宗，男性則只有 15 宗。乳癌是本港女性最常見的癌症，佔 2016 年本港女性癌症新症總數 26.6%。在 2018 年，共有 749 名女性死於乳癌，佔女性癌症死亡人數的 12.5%，是女性第三位致命癌症。* 由 1991 至 2016 年，女性乳癌的年齡標準化發病率呈上升趨勢，而同期的年齡標準化死亡率並沒有明顯變化（圖 8）。

圖 8 乳癌的女性年齡標準化發病率及死亡率



^ 年齡標準化發病及死亡率是根據 Segi (1960) 世界標準人口計算
資料來源：香港癌症資料統計中心、衛生署及政府統計處

* 臨時數字

預防、教育及提高意識

29. 女性罹患乳癌的風險因素大多與生活方式有關，包括：

- (一) 缺乏體能活動；
- (二) 飲酒；
- (三) 更年期後肥胖；
- (四) 年齡增長；
- (五) 從未生育，較遲(30 歲後)生育第一胎或從未餵哺母乳；
- (六) 較早(12 歲前)初經或較遲(55 歲後)收經；
- (七) 曾患乳癌、卵巢癌或子宮內膜癌；
- (八) 曾患良性乳房疾病或乳小葉原位癌；
- (九) 正接受荷爾蒙補充治療；以及
- (十) 正服用混合性避孕丸。

30. 此外，女性如有家族乳癌或卵巢癌病史，尤其是有直系親屬（即母親、姊妹或女兒）在 50 歲前確診患上乳癌，或個人（或家族史）確認帶有某些基因突變（例如 *BRCA1* 或 *BRCA2* 基因），以及在 30 歲前曾接受胸部放射治療，罹患乳癌風險較高。

31. 為減低患上乳癌的機會，市民（尤其是女性）應恆常進行體能活動、避免飲酒及保持健康體重和腰圍。建議女性盡可能在較年輕時生育，並延長向每名小孩餵哺母乳。

及早識別及篩查

32. 乳癌的早期症狀未必可以輕易察覺，症狀包括乳房出現硬塊、乳房大小或形狀改變、乳房或乳頭皮膚出現異樣、甚或乳頭附近出疹、內陷或有分泌物。在一些情況下，乳房或腋下可能新出現持續的不適或疼痛、腋下有新增硬塊或皮膚變厚。因此，女性應關注乳房健康，並熟悉自己乳房平常的外觀和觸感，以及周期性的變化。一旦察覺乳房出現不尋常情況，應盡快求醫。
33. 乳房 X 光造影是一種常用的篩查方法，利用 X 光獲取乳房影像。目前並沒有足夠科學證據支持或反對為本港一般風險的無症狀婦女進行全民乳房 X 光造影篩查。乳癌風險屬中等的婦女則應諮詢醫生，並仔細考慮篩查的利弊後，才作出知情決定是否需要每兩至三年進行一次乳房 X 光造影篩查。高風險女性（例如確認帶有 *BRCA1* 或 *BRCA2* 基因突變、有家族乳癌或卵巢癌病史、在 30 歲前胸部曾接受放射治療等）應徵詢醫生的意見，決定是否需要每年接受一次乳房 X 光造影篩查，以及開始接受篩查的年齡。
34. 所有篩查測試均有其局限，亦並非百分百準確。篩查測試或會出現假陽性或假陰性結果。由於缺乏經科學證據支持的公共衛生理據，政府現時沒有計劃推行全民乳房 X 光造影篩查。至於一般風險的無症狀女性，政府聯同醫學界需要掌握更多研究結果和數據，用以探討是否適宜在本港為該組別婦女推行全民乳癌篩查。在未有定案之前，所有欲考慮接受乳癌篩查的婦女，應先充分了解箇中的效益與風險。
35. 現時，為患上乳癌風險較高的婦女提供乳房 X 光造影服務的機構有：
 - （一）衛生署：轄下三間婦女健康中心及十間母嬰健康院在不同時段提供乳房 X 光造影服務，如發現婦女的乳房 X 光造影結果有異常情況，個案會被轉介至專科醫生跟進。此外，衛生署醫學遺傳科會透過轉介為懷疑出現遺傳性乳癌及卵巢癌綜合症狀的病人及其家屬提供遺傳輔導及基因測試服務；

- (二) 本地非政府機構：例如香港遺傳性乳癌家族資料庫已在2007年展開「香港遺傳及高危乳癌普查計劃」，此項跨專科的乳癌普查計劃提供的服務（包括基因輔導及測試服務），有助識別高危組別，並蒐集資料；^{23, 24} 以及
- (三) 私營機構：乳癌篩查模式的做法及程序或有所不同。

診斷、治療及護理

36. 自 1994 年起，乳癌一直是香港婦女中最常見的癌症，每年發病數字增長約百分之五。其中一半病人的發病年齡在 40 歲至 55 歲之間。現代乳癌治理強調及早診斷、結合精準醫學的跨專業治療方式，以及識別病人的生理及心理社交需求的個人化治療。手術是治癒乳癌的主要治療方法，透過使用系統性治療和局部區域放射治療作為輔助或前輔助治療，從而改善病人的整體治療成果。
37. 隨着乳房出現症狀和乳癌確診個案的數量不斷增加，針對新轉介個案的有效分流機制、簡化診斷程序從而篩檢出高風險病人是必須的。適時引入和開發分子診斷技術（例如針對 HER2 或相關的標靶治療）亦非常重要。我們需要建立專家團隊以處理複雜個案，例如需要進行乳房重建、透過手術治療癌症復發或局部晚期癌症的個案等。由於乳癌病人的長期存活率理想，相關部門應為存活護理制定支援計劃，包括治療設施、監測指引等。

²³ 有關香港遺傳性乳癌家族資料庫所提供的服務詳情，請參閱網站 <https://www.asiabreastregistry.com/tw/>。

²⁴ 有關香港遺傳及高危乳癌普查計劃所提供的服務詳情，請參閱網站 <http://www.hrbcp.org/chi/index.htm>。

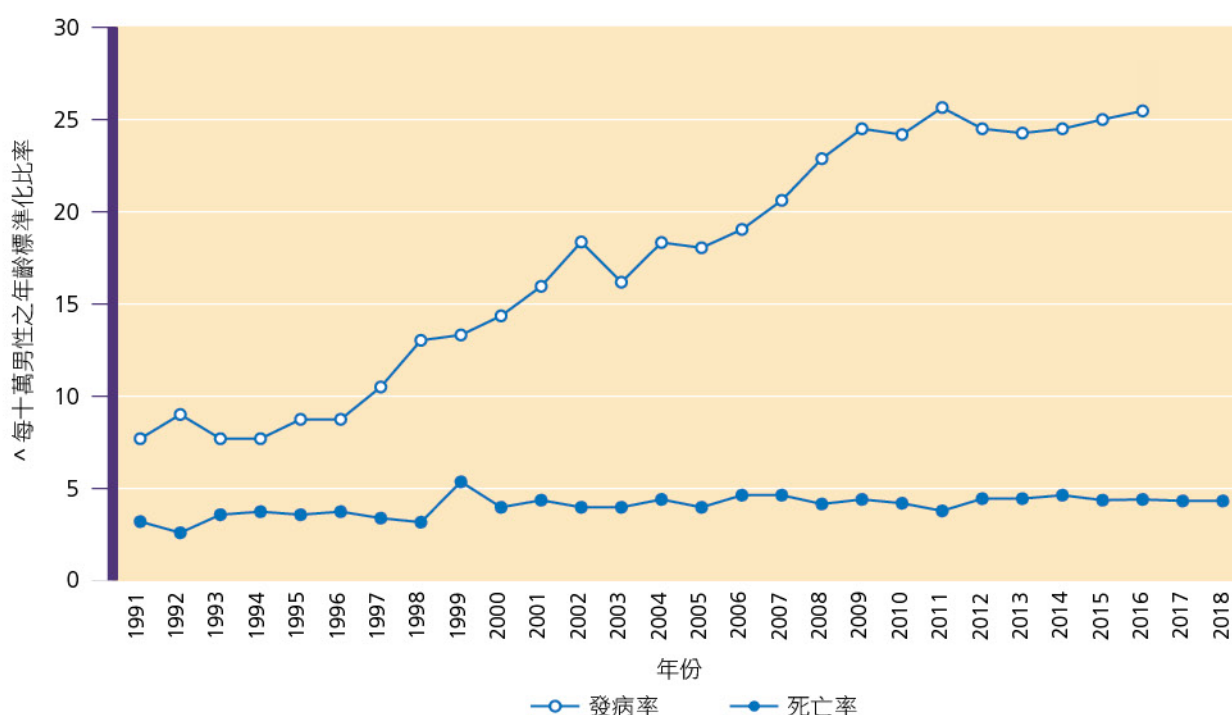
4 前列腺癌

(2016 年常見癌症中排第四位，2018 年致命癌症中排第七位 *)

癌症的流行情況

38. 在本地常見的癌症中，前列腺癌是過去廿多年間發病率升幅最高的癌症。在 2016 年，前列腺癌新症共有 1 912 宗，於男性最常見的癌症中排第三位，佔男性癌症新症總數的 11.9%。前列腺癌在本港男性致命癌症中排第四位。於 2018 年共有 466 名男性死於此癌症，佔男性癌症死亡人數的 5.5%。* 由 1991 至 2016 年，前列腺癌的年齡標準化發病率及死亡率均呈上升趨勢，惟後者升幅度明顯較低（圖 9）。

圖 9 前列腺癌的年齡標準化發病率及死亡率



^ 年齡標準化發病及死亡率是根據 Segi (1960) 世界標準人口計算
資料來源：香港癌症資料統計中心、衛生署及政府統計處

* 臨時數字

預防、教育及提高意識

39. 前列腺癌的成因尚未完全掌握，但仍可識別出一些風險因素，包括年齡增長、有前列腺癌家族史（尤其是直系親屬，例如父親、兄弟或兒子）、屬非裔美洲人及肥胖。
40. 一般而言，奉行健康的生活模式，例如恆常進行體能活動、保持健康體重和腰圍、保持均衡飲食及避免吸煙和飲酒，可以減低患上前列腺癌的風險。

及早識別及篩查

41. 由於早期前列腺癌通常沒有任何症狀，所以往往令人無法察覺。前列腺癌的常見症狀包括小便困難或久久不能排出小便、小便緩慢或減弱、小便次數頻密（特別是在晚上）、小便帶血，以及下背部、盆骨及臀部疼痛。由於大部分症狀與良性前列腺肥大症非常相似，而良性前列腺肥大症並不是癌症，因此如出現以上症狀，應盡早求醫。
42. 兩種常見的前列腺癌篩查方法是肛門指檢和前列腺特異抗原血液測試。如測試結果不正常，需作進一步的診斷檢查。肛門指檢和前列腺特異抗原血液測試都有其局限，並非百分之百準確。市民應先諮詢醫生，了解篩查的好處及潛在風險，以作出知情選擇。
43. 目前，沒有足夠科學證據支持或反對為沒有症狀的本港男士進行全民前列腺癌篩查。屬高風險患前列腺癌的男士（例如有直系親屬在 65 歲前確診患上前列腺癌），應諮詢醫生，以決定是否需要接受篩查，以及接受篩查的方式。前列腺特異抗原血液測試不應在 45 歲前開始，而可進行至 70 歲為止，期間的頻率不應多於每兩年一次。

診斷、治療及護理

44. 隨着醫療技術、生物標記技術和藥物的進步，治理前列腺癌的方法不斷轉變。透過血清生物標記、磁力共振掃描造影及磁力共振／超聲波融合引導活檢等技術，前列腺癌的診斷和評估確診癌症個案分期的準確性得到顯著改善。因此，引入更針對性的生物標記技術，如前列腺健康指數，並添置先進的造影儀器，將可提高前列腺活組織檢查的準確性，減少不必要的侵入性治療。
45. 對於風險極低的前列腺癌病人，應積極監測病情；至於其他風險組別，則可採用機械臂輔助切除前列腺或根治性電療或兩者配合，以根治癌症。對於能存活多年的轉移性前列腺癌病人，其治療目標是透過各種系統性癌症治療，並按照癌細胞轉移部位和病人身體狀況而選擇是否進行放射治療，以延長存活期及改善生活質素。當疾病無法治癒或有效控制時，將會適時提供以家庭為中心的全方位舒緩治療，以控制徵狀和支援病人家庭。

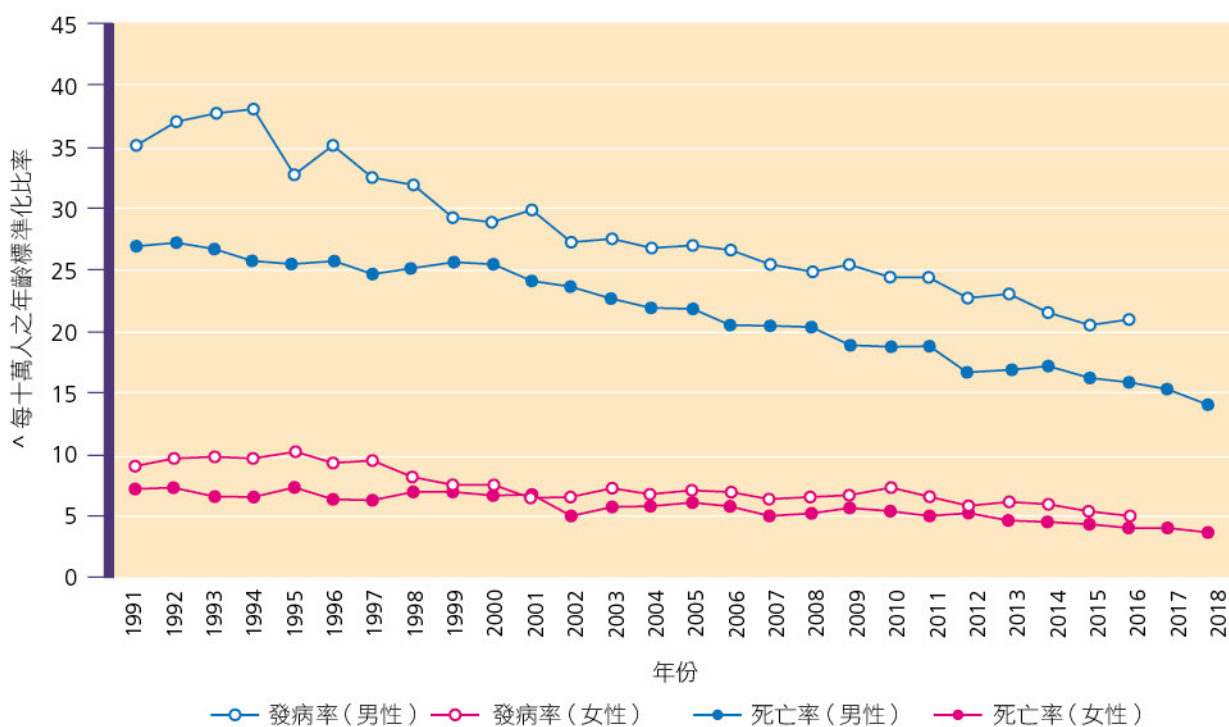
5 肝癌

(2016 年常見癌症中排第五位，2018 年致命癌症中排第三位 *)

癌症的流行情況

46. 在 2016 年錄得的肝癌新症共有 1 810 宗，佔新症總數的 5.8%，於本港最常見癌症中排第五位。當中男性有 1 391 宗，女性有 419 宗。肝癌於本港致命癌症中排第三位。在 2018 年，共有 1 481 人死於肝癌，佔癌症死亡總數的 10.3%。* 由 1991 至 2016 年，肝癌的年齡標準化發病率及死亡率均呈下降趨勢（圖 10）。

圖 10 肝癌的年齡標準化發病及死亡率



^ 年齡標準化發病及死亡率是根據 Segi (1960) 世界標準人口計算
資料來源：香港癌症資料統計中心、衛生署及政府統計處

* 臨時數字

預防、教育及提高意識

47. 肝癌已知的主要風險因素包括慢性乙型肝炎或丙型肝炎病毒感染、肝硬化、飲酒，以及進食受黃麴毒素污染的食物（如發霉的花生和穀物）。其他風險因素還包括糖尿病、肥胖、吸煙和患有某些遺傳性的肝病，例如「血色素沉著症」、「肝醣儲積症」和「威爾森氏症」。香港政府自 1984 年起已落實了關鍵的本地預防措施，為所有初生嬰兒接種乙型肝炎疫苗。

及早識別及篩查

48. 早期肝癌通常沒有任何症狀，或較難察覺。常見的症狀包括原因不明的體重下降、皮膚及眼白發黃、噁心、尿液顏色變深，以及腹部疼痛和腫脹。因此，如出現以上症狀，應盡早求醫。
49. 接種乙型肝炎疫苗、避免飲酒和吸煙，可減低患上肝癌的機會。此外，避免不安全的性行為、避免共用針筒和進食可能受黃麴毒素污染的食物、保持健康飲食和體重，亦有助減低患上肝癌的風險。
50. 血液甲胎蛋白檢查及腹部超聲波檢查是兩種較為常用的肝癌篩查。然而，因為早期肝癌病人的甲胎蛋白往往處於正常水平，而其他身體狀況亦可能引致甲胎蛋白數值上升，因此，通過血液甲胎蛋白水平來偵測細小的肝癌並不可靠。腹部超聲波檢查的準確度則較受檢測人員、腹部脂肪等因素影響，或未能檢測出細小的腫瘤。相關檢查或可與甲胎蛋白檢查一併使用，以取得較有用的結果。
51. 目前，專家工作小組並不建議屬一般風險的人士進行例行肝癌篩查。至於患慢性乙型肝炎、慢性丙型肝炎或肝硬化（不論成因）的人士，患肝細胞癌的風險較高。屬較高風險組別的人士，可因應年齡、家族史、是否出現肝硬化等一些臨牀準則，考慮定期（例如每六至 12 個月）接受甲胎蛋白和腹部超聲波檢查，作臨牀監測。患慢性乙型肝炎、慢性丙型肝炎或肝硬化的人士，應諮詢醫生，以決定接受臨牀監測的需要和監測的方式。

診斷、治療及護理

52. 肝癌可以透過造影（如電腦掃描造影、磁力共振掃描造影等）確診，而其治療策略取決於癌症分期，因此診斷用的儀器是治理疾病的重要部分。大多數肝癌病人確診時已屬晚期，而且預後不良。對於適合手術的早期病人，手術是主要的治療方式。對於部分病人，肝臟移植可提供治癒的機會。然而對於大多數病人，其治療多屬紓緩性質。不同專科提供不同的紓緩治療方式（如動脈化療栓塞法、腫瘤射頻消融術、藥物治療如標靶治療和免疫治療等）。跨專業團隊治療方式在管理決策和協調方面十分重要。鑑於肝癌死亡率高，而且大多數肝癌病人會在晚期出現各種症狀，所以紓緩治療對肝癌病人亦很重要。故此應加強治理肝癌病人的服務能力和專業知識，包括腫瘤科、介入性放射學技術、肝臟手術和肝臟移植。由於現時乙型肝炎和部份丙型肝炎均有有效的治療方法，我們應進一步加強肝炎病人的治理，以減低併發症包括肝癌的發生機率。