

香港 癌症策略 2019



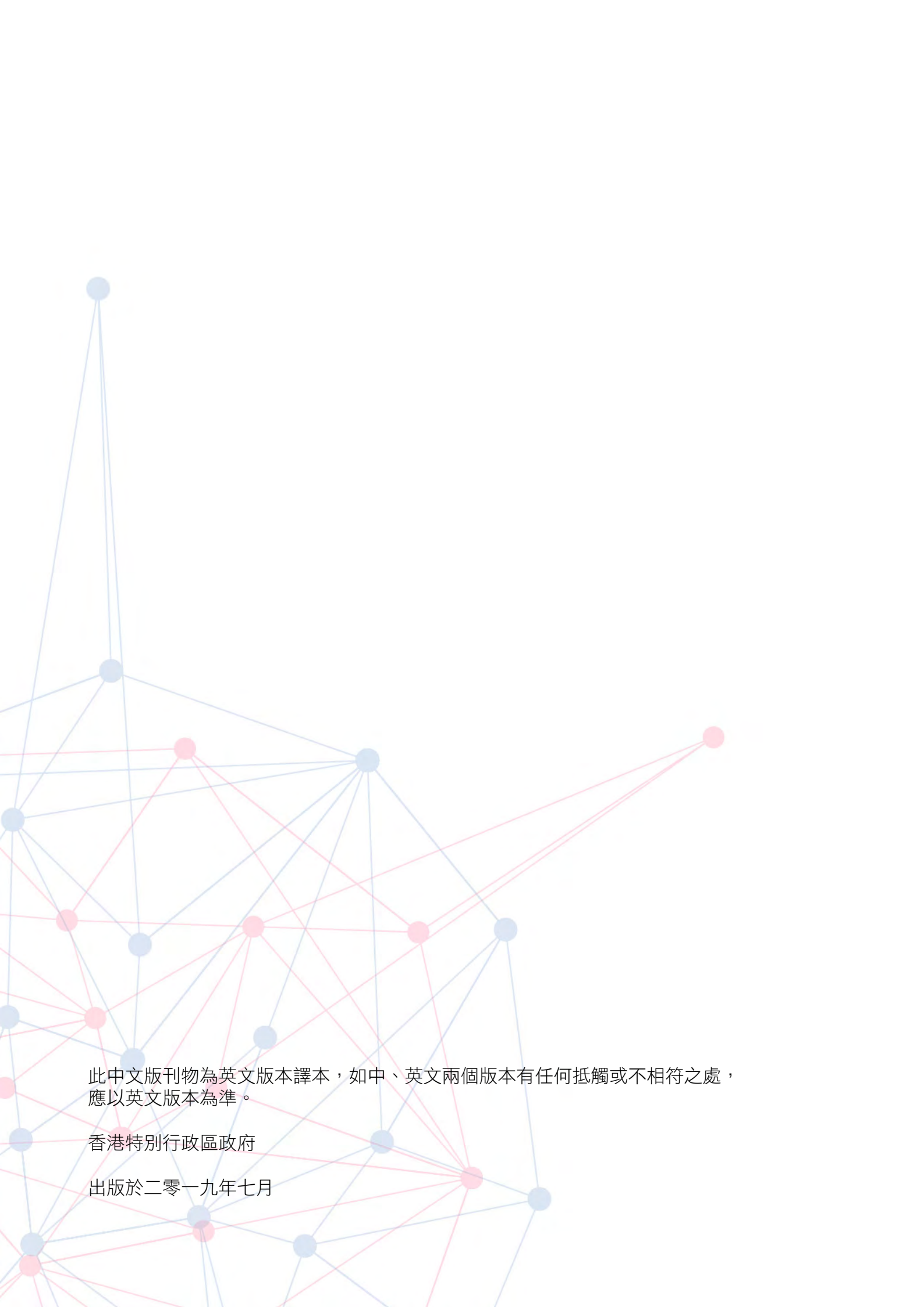
衛生署
Department of Health



食物及衛生局
Food and Health Bureau



醫院管理局
HOSPITAL
AUTHORITY



此中文版刊物為英文版本譯本，如中、英文兩個版本有任何抵觸或不相符之處，應以英文版本為準。

香港特別行政區政府

出版於二零一九年七月

目錄

	頁數
食物及衛生局局長序言	ii
衛生署署長及醫院管理局行政總裁前言	iv
願景與使命	1
第一章：本港癌症現況	2
第二章：癌症監測系統	10
第三章：預防和篩查	13
第四章：及早發現和診斷	23
第五章：適時及有效的治療	29
第六章：科技與支援	36
第七章：存活及紓緩治療	40
第八章：研究	44
附件一：五種本港常見的癌症	49
附件二：在公營機構體系內的管治架構及執行單位	68
附錄 A – 癌症事務統籌委員會委員名單 (2018-2021)	74
附錄 B – 癌症預防及普查專家工作小組委員名單 (2018-2021)	75
附件三：癌症預防及普查專家工作小組就九種癌症提出的最新篩查建議	76
專有名詞簡稱	80
相關連結	81

序言




陳肇始教授，JP
食物及衛生局局長

癌症是香港的頭號殺手。在過去五年，每日平均有超過 35 人被癌症奪去寶貴生命。隨着人口增長和老化，我們相信癌症的新增個案數目和相關的醫療負擔將會增加。然而，在 1981 至 2018 年期間，整體癌症的年齡標準化死亡率於初期維持穩定，之後更逐漸下降。事實上，隨着醫療科技的進步，癌症得以及早診斷和採取更有效的治療，而透過改變生活方式亦有助預防部分癌症。

香港特別行政區政府致力加強癌症防控工作，以及增加對癌症病人和其照顧者的支援。我們的目標是降低癌症的發病率、向有需要人士提供最有效和適時的癌症篩查及治療，及向癌症康復者和其照顧者提供最可靠的支援服務。我們亦會透過監測、投資科技、與病人組織建立關係和研究工作等提升應對癌症的能力，與大家一起對抗這個疾病。

《香港癌症策略》是首個就香港癌症防控工作而制訂的全面計劃。透過這份策略，我們希望在全港性的層面，為廣大市民，無論是健康的或是患癌症的，提供更適切和適時的介入；為受癌症影響的，紓緩其痛苦和焦慮，從而提高大家的生活質素。

透過制訂《香港癌症策略》，我們找出現時服務的不足之處，並就病人可能經歷的複雜過程的不同階段，逐一訂定具策略性的工作優次和方向，當中涵蓋預防和篩查、及早識別和診斷、治療、存活以至紓緩治療。我們將更具承擔，提供資源支援與癌症共處的人士，並審視如何透過數據



收集、科技和研究，更有效地制訂和實施癌症相關政策。我們會聯同醫療界的伙伴、癌症康復者和社會各界人士，採取目標明確、協調、積極和問責的方式，推行以實證為本的癌症防控措施。

癌症屬最主要的非傳染病之一。《香港癌症策略》的部分內容與政府為預防及控制非傳染病而發布的策略及行動計劃文件《邁向 2025: 香港非傳染病防控策略及行動計劃》，相輔相承。

我謹此衷心多謝多位專家和專業人員毫不吝嗇地付出他們的時間和心血，參與制定這份策略。事實上，癌症的防治需要跨專業團隊的協作，才能切合服務對象、癌症病人，以及其家屬和照顧者的需要。

推行《香港癌症策略》是一個重要的里程碑，標誌着我們矢志攜手對抗癌症，而非意味着終結或開始。透過政府與醫院管理局的同心協力，聯同私營醫療界別及民間社會的積極貢獻，我們希望可以在社會燃起癌症可以預防及醫治的盼望。我們致力在能力範圍內優化整套醫療服務。

當然，我們在推行《香港癌症策略》時，也會同時處理其他急切的議題，例如人力規劃及醫療界別的培訓需要。保障社會的健康是一件任重道遠的事情。憑着各持份者的專業知識、決心及智慧，我有信心我們會帶來改變。



陳漢儀醫生，JP

衛生署署長

癌症是全球第二大主要死因，也是香港重大的公共衛生議題。在 2018 年，癌症佔全港死亡人數近三分之一。鑒於人口老化及生活方式轉變，在未來數十年，癌症新增個案數目預料會持續攀升。

預防勝於治療。很多導致癌症的風險因素，例如吸煙、飲酒、不健康飲食、缺乏體能活動、超重和肥胖等都與生活模式有關。同時，這些因素亦可引致其他主要非傳染病。因此，推廣健康的生活方式是預防癌症和其他非傳染病的首要策略。就此，政府在 2018 年 5 月推出《邁向 2025：香港非傳染病防控策略及行動計劃》，強調貫穿人生歷程的跨界別行動以防控非傳染病。衛生署會繼續與其他界別一起攜手合作，推廣健康生活。另外，衛生署繼推行普及乙型肝炎免疫接種後，會於 2019/20 學年起為就讀小學五年級的女學童接種人類乳頭瘤病毒疫苗，預防子宮頸癌。

除了基層預防措施之外，衛生署先後推出子宮頸癌和大腸癌的篩查計劃，並會繼續推行以實證為本的全民篩查計劃。

社會各界齊心協力，防癌工作方能取得成效。每個人都可就防控癌症作出努力。我在此呼籲各位同心同德，改善全港市民的健康！



梁栢賢醫生，JP
醫院管理局行政總裁

隨着人口急速增加及老化，加上病情複雜性與日俱增，本港醫療體系亦因此在過去有顯著改變。面對醫療服務需求急劇上升的嚴峻挑戰，各界持份者必須攜手合作，本港醫療服務方可持續發展。

癌症作為本港頭號殺手，對醫療系統造成日益沉重的負擔。當中，癌症治療成本高昂，對病人以至整體社會均構成重大壓力。為減輕癌症帶來的負擔，我們必須建立一個推動預防、及早識別和適時診斷的有效系統。

為響應政府加強癌症防控和對癌症病人及其照顧者的支援，醫院管理局於《香港癌症策略》中闡述整個癌症治理過程的相關策略，包括及早識別和診斷癌症、為癌症病人提供適時及有效的治療、為癌症康復者和臨終病人提供無縫的過渡性護理等。與此同時，醫院管理局現正草擬《癌症服務策略》，以確保醫院管理局的癌症服務發展與本港未來癌症服務的整體方向一致。

優質且可持續的癌症服務，實在有賴公私營醫療界別和非政府機構同心協力。我期待繼續與不同持份者緊密合作，實踐《香港癌症策略》，共同建立更健康的社區。

願景與使命

我們的願景是減輕癌症對本港造成的負擔，改善癌症病人的生活質素，以及提高他們的存活率。

我們的使命是：

- (一) 降低香港癌症的發病率和死亡率；
- (二) 採取整全的方式照顧癌症病人；
- (三) 加強提供以實證為本的預防、篩查、及早識別和診斷、有效的治療護理和紓緩治療，從而提升癌症病人的生活質素；
- (四) 改變對照顧癌症康復者的概念，將癌症視為慢性疾病；以及
- (五) 善用創新科技、監察系統、科研，以及社區的合作伙伴和資源，以協助制訂政策和提供服務。



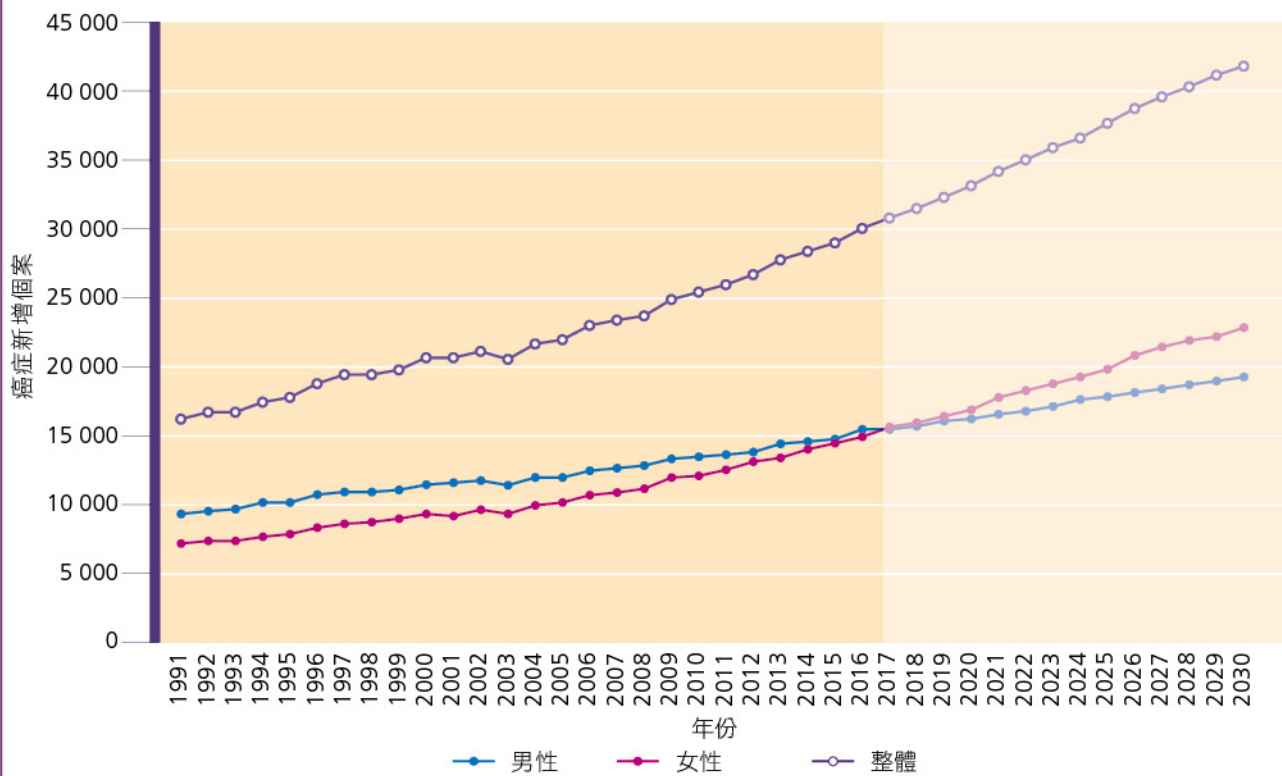
第一章

本港 癌症現況

癌症的流行情況

- 1.1 癌症是本港主要的非傳染病之一，發病率日趨上升。過往十年，癌症發病率以每年約 2.9% 的比率增長。於 2016 年，本港癌症的新增個案達 31 468 宗，數字為歷來最高。
- 1.2 在 2018 年，預計分別有 17 030 名男性及 16 250 名女性罹患癌症，男女比例為 1.05 比 1。¹ 隨着癌症個案數字不斷攀升，加上預期女性人口會有所上升，現時兩性在新確診患癌個案的數字，在未來數年大有逆轉的趨勢。這種現象在中年組別尤為明顯，該組別女性癌症的新增個案宗數將會遠較男性的為多。
- 1.3 就現時癌症發病率的趨勢及本港的人口結構推算，預計在 2030 年前每年癌症新增個案宗數，將增至逾 42 000 宗，相對現時水平，增幅約 35%（圖 1）。

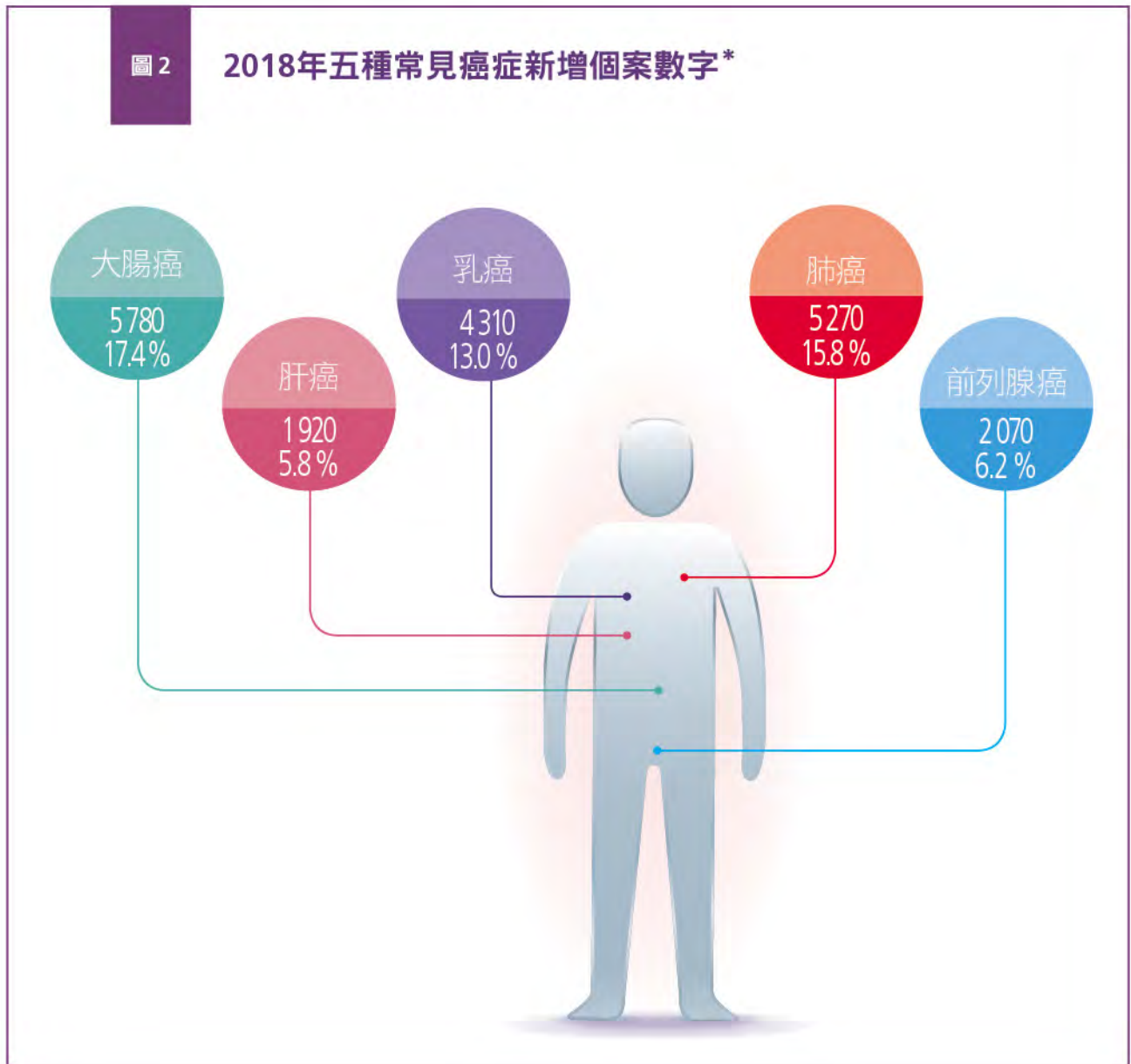
¹ 鑑於癌症資料蒐集、編製、分析及質素控制工作需時，資料發布的時間一般滯後 22 個月，這種情況在外國亦常見。因此，2018 年的癌症新症宗數是以 2016 年實際發病數字作估算，各類癌症的個案宗數，則按照 2016 年該癌症按年齡劃分的發病率，再參考 2018 年相同年齡組別的人數的乘積，兩者相加而估算出來。所有估算數字均以四捨五入的方式計至最接近五的倍數。

圖 1 預計至 2030 年癌症發病數字²

資料來源：香港癌症資料統計中心

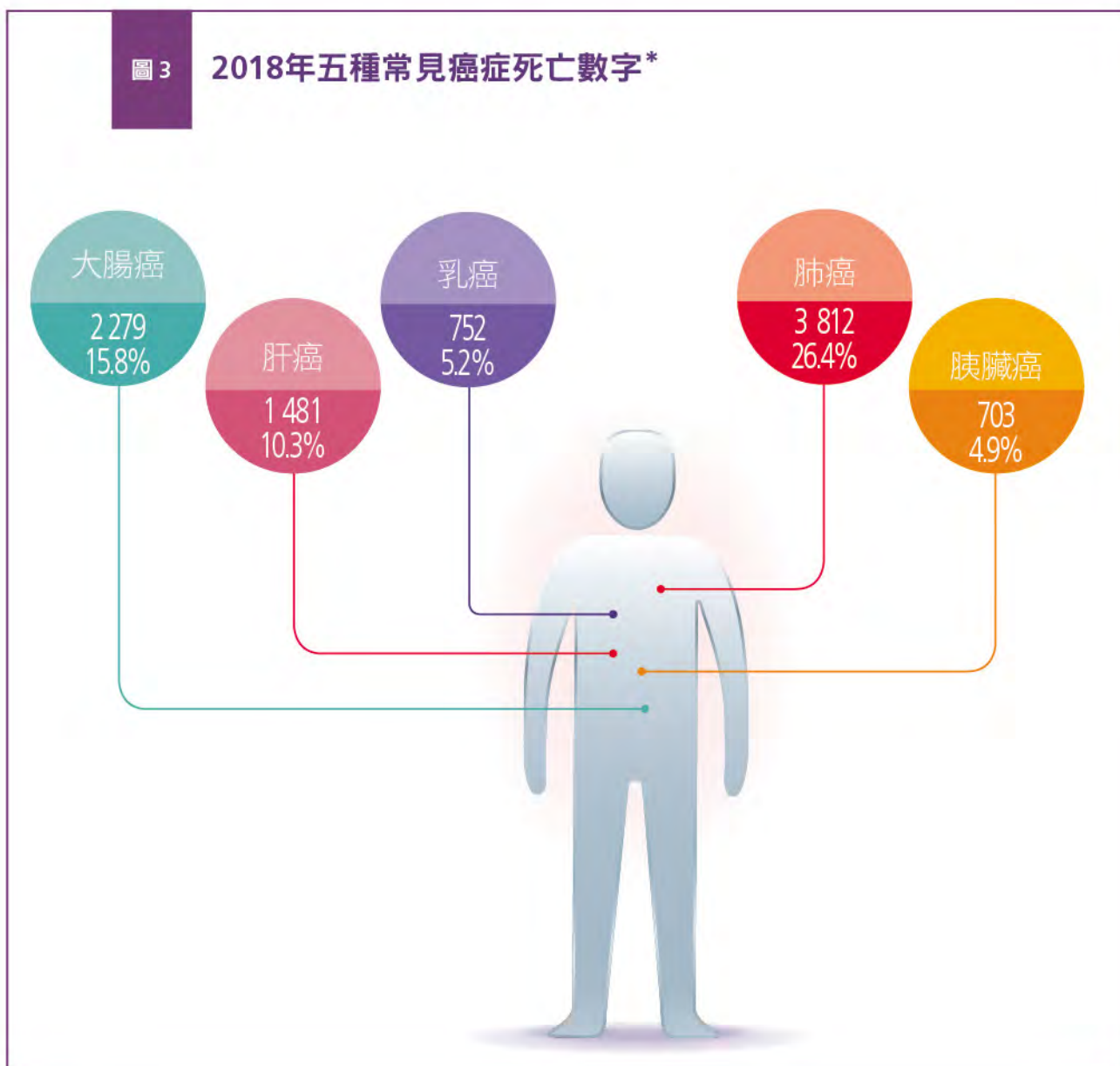
² 鑑於兒童及青少年(20歲以下)癌症的分類有別於成年人的分類，加上非黑色素瘤皮膚癌一般如及早診斷，則大多可以治癒，而一直以來非黑色素瘤皮膚癌的患者，其登記人數或不及其他部位的癌症患者登記人數齊備及準確，因此在預計癌症發病率時，並沒有包括這兩個類別。

1.4 於2018年，預計兩性最常確診患上的五種癌症是大腸癌、肺癌、乳癌、前列腺癌及肝癌。五種常見癌症個案數目佔癌症新增個案總數逾半數（58.1%）（圖2）。有關這五種癌症的資料詳見**附件一**。



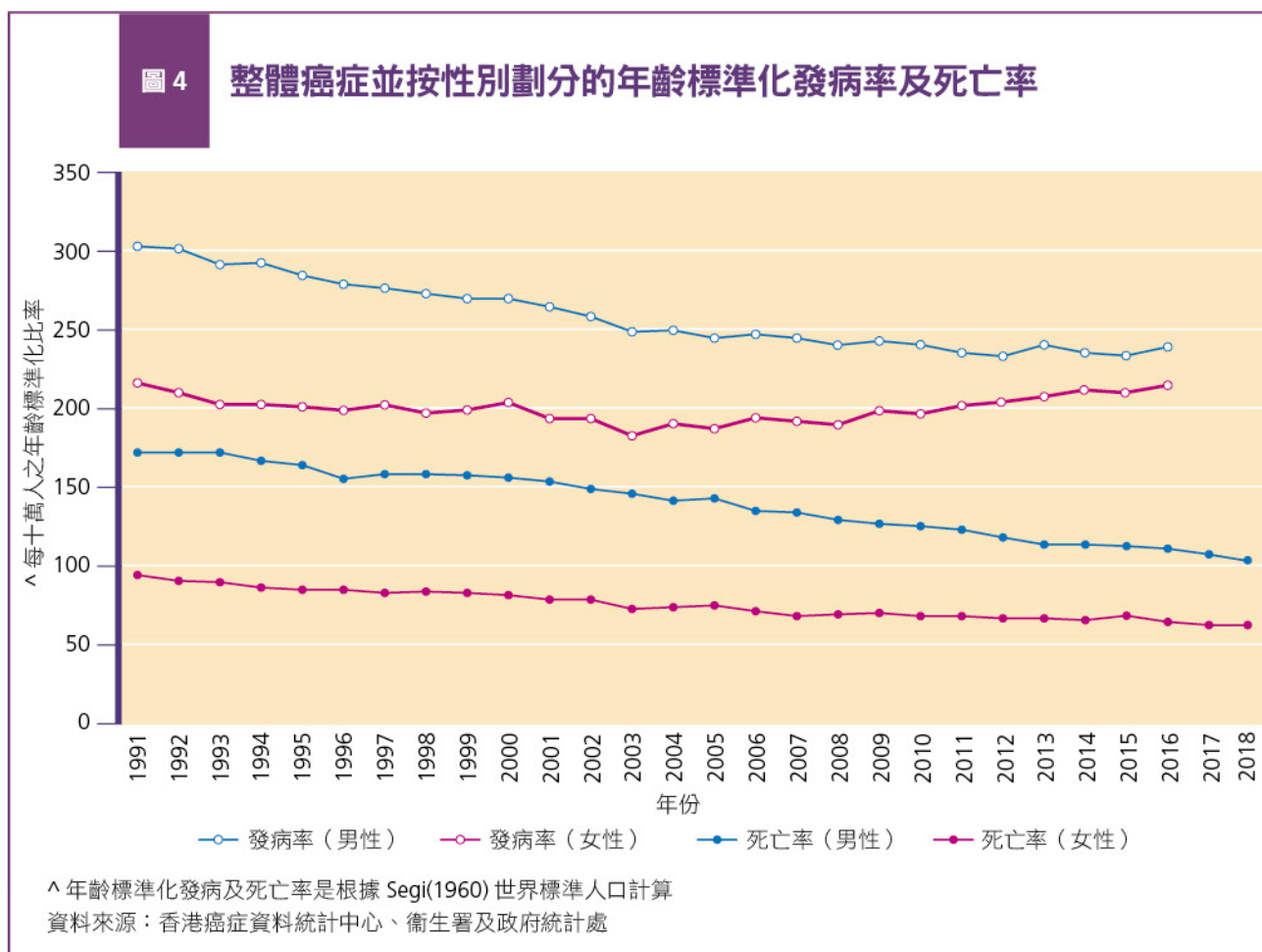
* 臨時數字

- 1.5 癌症是本港頭號殺手。在 2018 年，癌症共奪去 14 446 人的生命，佔全港整體死亡人數約三分之一。其中，肺癌、大腸癌及肝癌名列榜首，合共佔癌症死亡總數的 52.4%（圖 3）。*



* 臨時數字

- 1.6 癌症的主要病人屬較年長的人士。預計於2018年，在新確診的癌症病人及死於癌症的人士當中，60歲及以上的人士分別約佔三分之二及80%。^{*}在2016年，確診罹患癌症的男性及女性，其年齡中位數分別為67歲及61歲。至於2018年死於癌症的人士，不論性別，年齡中位數均為72歲。^{*}
- 1.7 雖然人口增長和老齡化導致癌症新增個案的數字持續攀升，但在過往的25年來，男性整體癌症的年齡標準化發病率穩步下降，而女性整體癌症的年齡標準化發病率在近十年卻不跌反升（圖4）。
- 1.8 與此同時，男性和女性整體的癌症年齡標準化死亡率在過往的25年均呈下降的趨勢，但女性整體癌症的年齡標準化死亡率在過往十年則漸趨平穩（圖4）。



^{*} 臨時數字

- 1.9 根據衛生署蒐集所得的住院病人出院次數及死亡人數，可粗略估算公私營醫療機構提供的癌症護理服務比例。在 2017 年，因癌症而住院病人出院及死亡的數字，佔所有已記錄的住院病人出院次數及死亡人數約 10%。醫院管理局（下稱「醫管局」）轄下的醫院，因癌症而住院病人出院及死亡的數字約有 200 500 人次，而私家醫院則有逾 22 600 人次。因此，相對的比例約為 9 比 1。

管治工作、合作伙伴關係及持份者的參與

- 1.10 長久以來，本港的醫療基礎設施一直行之有效，提供癌症預防、診斷、治療、支援和護理服務，並就癌症進行監測和研究活動。
- 1.11 食物及衛生局（下稱「食衛局」）負責監督政策制訂及資源分配的整體工作。除此之外，由食衛局局長主持的癌症事務統籌委員會為籌劃及訂立癌症防控策略工作上提供建議。至於在推行政策方面，以下機構／部門提供支援：
- （一）香港癌症資料統計中心 — 政府認可的機構，負責提供癌症監測資料，涵蓋範圍廣泛，包括透過與私營醫療服務提供者的協作，去運作一所全面並以全港人口為基準的癌症資料統計中心；
 - （二）衛生署 — 政府的衛生事務顧問，也是執行醫護政策和法定職責的部門；
 - （三）醫管局 — 接近 90% 的本港癌症新症病人確診患癌後首六個月曾到該機構就診；以及
 - （四）食衛局研究處 — 負責管理及發放款項，以資助包括癌症的醫療衛生研究。

附件二載列更多有關上述在公營機構體系內的單位的背景資料。

- 1.12 政府在推動有關工作議程上發揮主導角色，然而，令防控癌症的工作得以成功，有賴社會上每位市民齊心合力。此外，公營、私營、學術界、專業團體及非政府機構等不同專業領域及界別建立合作伙伴關係，可互惠互利，互助互信，取長補短，將能得到事半功倍之效。
- 1.13 同時，為使計劃有效推行，所有相關的持份者（包括病人、病人家屬、照顧者及病人支援組織）應參與其中，並有份於各個層面的決策過程，使各主要成員踴躍參與，積極投入。政府在推行癌症策略時，會加強與醫療界、非政府機構及病人組織等相關持份者的溝通，並提高他們的參與。
- 1.14 這是本港首份癌症策略的文件，有關策略將於 2020 年起推行。政府會定期檢討策略，務求預期成果切實可達。





第二章

癌症 監測系統

方向

- 2.1 為支援本地整體癌症服務的規劃及評估和監察癌症防控計劃的成效，全面的癌症數據是不可或缺的。
- 2.2 香港癌症資料統計中心（下稱「中心」）作為一所政府認可提供廣泛監測資料的機構，將會優化有關癌症數據的使用、成效、範疇及通報系統，以追蹤本地癌症負擔的趨勢，進一步深化中心在癌症監測的角色和職能。

策略

甲、提升癌症資料的質量

- 2.3 中心會致力加強常見癌症的分期、主要生物標記及按分期或組織學分類的存活率等資訊的收集。中心亦會加強搜集及編輯影響不同癌症預後的臨牀及病理數據，以監測本地癌症。於 2019-20 年度，政府已預留三百萬元予中心提升支援癌症監測的各項職能。
- 2.4 中心將會與癌症專家緊密合作，就十個常見癌症（包括大腸癌、乳癌、子宮頸癌、子宮體癌、卵巢癌、前列腺癌、鼻咽癌、甲狀腺癌、肺癌及肝癌）提供更多完整及準確的臨牀分期資訊。中心正與私家醫療機構建立合作伙伴關係，以增強香港癌症數據庫的覆蓋率及完整性。為此，中心已與多間本地私家醫院達成協議，獲得其支持及提供數據，共同協力建構全港性的癌症監測系統。
- 2.5 長遠而言，政府會考慮檢視中心的管治和整合全港性癌症資料的範圍，以促進研究、服務規劃和發展。

乙、提供更深入的癌症監測資訊

2.6 在此策略下，中心的癌症資訊系統會將不同層面的全面、及時和高質量資料轉化為更容易獲取的有用資訊。有關資訊亦會向決策者、研究人員及醫護服務提供者發放，藉以支援公共衛生、醫療規劃和研究。這些資訊亦會公開予公眾，讓大眾更了解本港癌症現況及負擔。

在 2025 年或之前達到的預期成果

2.7 中心會致力達成以下成果：

- (一) 將癌症年度統計數據發布的滯後時間由現時 22 或 23 個月縮短至 20 個月；
- (二) 收集及整合十個常見癌症的高質量分期資料；
- (三) 整合及匯報十個常見癌症的分期存活率；及
- (四) 透過專用網頁擴闊可提供的癌症資訊，包括本地癌症監測實況概覽表、期刊及數據查詢系統。

中心的網頁 (<http://www3.ha.org.hk/cancereg/tc>) 提供本地癌症統計數據，例如十大常見癌症及各項癌症實況概覽表。數據查詢系統能夠按使用者的選擇，提供本地不同癌症的發病及死亡數字。

第三章

預防和篩查



方向

3.1 預防勝於治療。癌症屬非傳染病之一，其預防和篩查工作的整體原則與《邁向 2025：香港非傳染病防控策略及行動計劃》（下稱《策略及行動計劃》）有數項共通點：³

- (一) **上游的預防措施** — 約 40% 的癌症可透過奉行健康的生活方式，包括不吸煙、避免飲酒、均衡飲食及恆常進行體能活動來避免；^{4, 5}
- (二) **實證為本的策略** — 癌症預防和篩查的策略和實踐需要根據最新的科學證據及／或最佳做法作依據。癌症預防及普查專家工作小組（下稱「專家工作小組」）是審查海外和本港科學證據的平台，並就適合本地情況的癌症預防和篩查措施建議；
- (三) **基層健康醫療為本** — 重新規劃醫療服務，將重點放在基層醫療、健康資訊的溝通、疾病預防、篩查等服務；以及
- (四) **增強公眾和社區的能力** — 向市民傳達何等行動有助預防和控制癌症的訊息，並增強他們駕馭影響健康的決策和行動的能力。透過更有效健康資訊的溝通，達致鼓勵促進健康的行為及提高健康管理的技能。

³ 有關應對非傳染病的其他整體原則和方針的詳情，請參閱《策略及行動計劃》，網址為 https://www.chp.gov.hk/files/pdf/saptowards2025_fullreport_tc.pdf。

⁴ Spring, B., Moller, A. C., & Coons, M. J. (2012). Multiple health behaviours: overview and implications. *Journal of Public Health, 34* (suppl 1): i3-i10. doi: 10.1093/pubmed/fdr111。（只備英文版）

⁵ Murray C. J., Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., & Hoorn, S. V. (2003). Comparative quantification of health risks: Conceptual framework and methodological issues. *Population Health Metrics, 1* (1). doi: 10.1186/1478-7954-1-1。（只備英文版）

策略

甲、減少風險因素以預防癌症

3.2 約有 40% 的癌症是可以預防的，故預防癌症是所有癌症控制計劃的核心。^{4,5} 減少接觸風險因素是預防癌症的關鍵策略。

3.3 癌症的預防工作必須同時參考預防其他慢性病的工作，特別是與癌症有相同風險因素的疾病，例如心血管疾病、糖尿病和慢性呼吸系統疾病。導致這些情況的共同風險因素包括吸煙、飲酒、飲食因素（例如蔬果攝取量不足）、缺乏體能活動、超重和肥胖。上述風險因素導致多種香港常見的癌症，例如肺癌、大腸癌和乳癌。其他重要的癌症風險因素還包括乙型肝炎病毒感染、人類乳頭瘤病毒感染、接觸到在環境和工作環境中的致癌物，以及暴露於輻射之下等。

3.4 採取策略性行動來減低公眾接觸下列主要風險因素，將會大大減低癌症帶來的負擔：

(一) **煙草**不同的使用途徑，成為全球男性和愈來愈多女性死於癌症的主要原因。吸煙引起多種癌症，例如肺癌、食道癌、喉癌、口腔癌、膀胱癌、腎癌、胃癌、子宮頸癌和大腸癌。因

接觸煙草包括吸煙、吸入二手煙（即被動或非自願吸煙）和使用無煙煙草。據估計，全球每年有超過 700 萬人因吸煙死亡，約佔全部癌症死亡人數的 22%。^{6,7} 在香港，吸煙成癮是一種慢性癮，每年造成近 6 900 人死亡。最新呈報的每日吸煙率為 10.0%。⁸

此，減少吸煙是預防癌症的關鍵策略之一。透過採取全面的介入措施，包括進一步擴大法定禁煙區，來保護非吸煙者免受吸煙危害；加強規管，將電子煙及其他新的吸煙產品納入其中；禁止煙草廣告；對煙草產品徵稅；開展大眾媒體宣傳活動和提供有效的戒煙服務；

6 世界衛生組織。煙草。可於 <https://www.who.int/zh/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> 閱覽。

7 世界衛生組織。癌症。可於 <https://www.who.int/zh/news-room/fact-sheets/detail/cancer> 閱覽。

8 香港特別行政區政府統計處。主題性住戶統計調查第 64 號報告書，可於 <https://www.statistics.gov.hk/pub/B11302642018XXXXB0100.pdf#page=13> 閱覽。

(二) **缺乏體能活動、肥胖和飲食因素**是癌症的重要成因。⁹

《二零一四至二零一五年度人口健康調查報告書》(下稱《人口健康調查報告書》)指出,根據世界衛生組織(下稱「世衛」)的定義,本港18歲或以上人士體能活動量不足的人口比例為13.0%,而15至84歲人士超重和肥胖的比例分別為20.1%和29.9%。估計體能活動量不足是導致約21%至25%的乳癌和大腸癌的主要原因。

- (i) **缺乏體能活動**是導致全球多個地方導致超重和肥胖比率上升的主要原因。此外,一些研究顯示,單是缺乏體能活動這一環,已令患上逾**十種癌症(例如肝癌、前列腺癌、大腸癌、乳癌和子宮體癌)**的風險增加。恆常進行體能活動有助控制體重,從而減低患上多種癌症的風險。與超重有關的眾多飲食因素中,應先着手減少飲用含糖飲料及減少食用高脂食品。
- (ii) 進食大量**紅肉**,特別是加工肉類,與患上**大腸癌**的風險有莫大關係,而大腸癌是本港近年最常見的癌症。在這方面,推廣均衡飲食和減少進食紅肉和加工肉類有助降低患上大腸癌的風險。
- (iii) 確保攝取充足的**蔬果**則可進一步**降低患上各種癌症例如口腔癌、食道癌、胃癌和大腸癌**的風險。
- (iv) **鼻咽癌**在香港等華南地區甚為普遍。有證據顯示,食用鹹魚等**醃製食物**而攝入當中的**亞硝胺**會增加患上鼻咽癌的風險。加強市民了解避免進食含有亞硝胺的食物的重要性,有助減低患上鼻咽癌的風險。

有見及此,衛生署預防癌症和其他非傳染病的方針之一,是推廣健康的生活方式,包括經常進行體能活動和健康飲食;

⁹ 由於這些因素在個人及本策略的層面均密不可分,要估計各項風險因素的具體影響不僅困難,同時或會低估了累積的潛在風險。

(三) **酒精**被國際癌症研究機構列為第一類致癌物質，可導致多種癌症，包括**口腔癌、咽癌、喉癌、食道癌、肝癌、大腸癌和乳癌**。就癌症風險而言，飲酒並沒有安全飲用水平。飲酒愈多，患癌的風險愈大。要減少飲酒的危害，相關的策略行動應包括禁止任何人為營商目的而向未成年人售賣和供應令人醺醉的酒類、加強公眾教育使市民更明白飲酒的危害，以及建議基層醫護專業人員採用飲酒篩查及短期介入措施去減少攝取酒精；

於 2010 年，估計由酒精引起的癌症導致全球 337 400 人死亡，當中主要為男性；至於因各類腫瘤而死亡的人數之中，肝癌所佔的比例最大。¹⁰ 根據《人口健康調查報告書》，本港有 50.4% 的 15 歲或以上人士，在調查前 12 個月內間中飲酒（每月飲酒日數為三日或以下），11.1% 的人士定期飲酒（一星期至少飲酒一次）。

(四) **慢性乙型肝炎病毒感染**（也稱為慢性肝炎）是**肝癌**於本地的主要成因。預防原發性肝癌最具成本效益的策略是推行普及乙型肝炎疫苗接種。自 1988 年起，乙型肝炎疫苗接種已成為香港兒童免疫接種計劃的一部分。預防及控制病毒性肝炎督導委員會於 2018 年 7 月成立，負責制訂有效防控病毒性肝炎的本港策略，藉以減少肝癌的發病率。減少乙型肝炎感染風險的策略行動包括繼續進行普及乙型肝炎疫苗接種和監測接種工作的覆蓋率；

全球約 52% 的原發性肝癌是由乙型肝炎病毒引起，每年導致近 34 萬人死亡。¹¹ 乙型肝炎病毒感染亦會與透過因進食受污染的食物而吸收的黃曲霉毒素產生相互作用，增加肝癌的風險。本港約有 80% 的肝癌是由乙型肝炎病毒引起的。

¹⁰ 世界衛生組織。癌症預防。可於 <https://www.who.int/cancer/prevention/zh/> 閱覽。

¹¹ 世界衛生組織。Cancer Control Knowledge into Action - Prevention. WHO Guide for Effective Programmes. 可於 https://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_prevention/en/ 閱覽（只備英文版）。

(五) **人類乳頭瘤病毒**是全球最常見的生殖系統性傳播病毒感染，同時亦可引起**子宮頸癌、口腔癌、口咽癌等**。人類乳頭瘤病毒疫苗已證實有效預防該病毒的感染，是降低子宮頸癌發病率的有效策略。政府已撥出資源，擴大香港兒童免疫接種計劃，以涵蓋人類乳頭瘤病毒的疫苗接種計劃，並由2019/20學年起，為合資格的適齡小學女學童提供人類乳頭瘤病毒疫苗接種，以預防子宮頸癌；及

根據世衛的資料，每年約有6.6億人感染人類乳頭瘤病毒，¹¹估計是導致差不多所有子宮頸癌、90%的肛門癌和40%的外生殖器癌症的元兇。子宮頸癌在本港最常見的女性癌症中排第七位，在2016年新增510宗病例，佔新增女性新症個案的3.3%。HPV-16、18、31、33、45、52和58型佔子宮頸癌病例約90%。上述七種基因型均包括在人類乳頭瘤病毒的9價疫苗中。

(六) **環境污染**，含有致癌化學物質的空氣、水和土壤而引致的癌症佔所有癌症的1%至4%。通過飲用水或室內和周圍空氣污染，可能會接觸到環境中的致癌化學物質。一般而言，暴露於戶外的空氣污染環境中，特別是**懸浮粒子**，會導致**肺癌**，而柴油引擎廢氣排放的情況仍普遍存在於世界不同角落。**職業性癌症**病人，集中在特定的職業群組，他們在工作環境中接觸到若干**公認的致癌物質，例如石棉、多環芳香族碳氫化合物和重金屬**。因此，預防癌症可通過擴大現時與各方的合作基礎，與其他政策局／部門和非衛生界別（例如都市規劃、運輸與環境界別）發展有利的環境，推廣健康生活，提倡和宣傳共同合作的效益，例如推廣多進行體能活動，除了可以促進身心健康，還能同時帶來其他好處，包括節能、令空氣更清新和應對氣候變化。其他相關例子還包括運輸及房屋局的「香港好·易行」、發展局和規劃署為重塑公共空間和促進動態設計方面而特別推展的《香港2030+》。

乙、進行以實證為本的全民癌症篩查

3.5 除了基層預防措施之外，篩查作為第二級預防措施，可有效預防子宮頸癌和大腸癌等部分癌症。癌症篩查的目的，是要為看起來身體健康（即沒有症狀）的人及早發現癌症或偵察癌前病變，以便及早治療，使治療更具成效。

3.6 專家工作小組定期審視國際及本港的相關實證，並就癌症預防及篩查制訂適合本港情況的建議。專家工作小組至今已就九種癌症（即子宮頸癌、大腸癌、乳癌、前列腺癌、肺癌、肝癌、鼻咽癌、甲狀腺癌及卵巢癌）制訂建議，最新的建議摘要見**附件三**。

專家工作小組在研究應否推行全民癌症篩查時，是以下列由世衛倡議的「Wilson 及 Jungner 篩查準則」作為指導方針：

- (一) 所偵查的狀況應屬重要的健康問題；
- (二) 應有認可的方法治療確診病人；
- (三) 應有診斷和治療的設施；
- (四) 應有可辨識的潛伏期或早期症狀的階段；
- (五) 應有合適的測試或化驗方法；
- (六) 應有為大眾所接受的測試方法；
- (七) 應對有關狀況的自然進程(包括由潛伏期發展至確診的過程)有充分了解；
- (八) 應有經協定的準則來診斷某人是否患病；
- (九) 找出未獲診斷的病患個案(包括診斷及治療確診病人)的成本，相對可能涉及的整體醫療護理開支，兩者在經濟上必須取得平衡；及
- (十) 找出未獲診斷的病患個案應是持續不懈的工作，並非屬「一次性」的舉措。

3.7 從公共衛生角度而言，政府在研究應否就某種癌症推行全民篩查時，必須審慎評估多項因素，包括該種癌症在本港的普遍情況、篩查測試的準確與安全程度、篩查對降低發病率和死亡率方面的成效、推行篩查計劃的可行性、醫療系統在資源、人力及基本設施配套方面的承載

由 2004 年 3 月開始，政府與公私營界別合作推出子宮頸普查計劃，以協助本港婦女預防子宮頸癌。歷年來，子宮頸癌的患病率有下降趨勢，近年更穩定下來。於 2017 年 12 月，衛生署推出一項先導計劃，由關愛基金提供資助，透過非政府機構加強為低收入群組的婦女提供子宮頸癌篩查服務及癌症預防教育。

自 2016 年 9 月起，政府以先導計劃形式透過公私營協作的模式推出大腸癌篩查計劃。於 2018 年 8 月，政府把計劃恆常化，分階段資助沒有症狀、年齡介乎 50 至 75 歲的香港居民進行篩查測試，以協助他們預防大腸癌這種本港最常見的癌症。

能力，以及市民的接受程度。總括而言，最重要的考慮因素是推行全民篩查對社會是否利多於弊。根據上述原則，政府已先後推出兩項篩查計劃，分別是子宮頸普查計劃及大腸癌篩查計劃。

- 3.8 至於有團體提出為本港婦女（特別是一般風險的沒有症狀婦女）推行全民乳房 X 光造影篩查，政府與醫學界需要掌握更多研究結果和數據，以便探討為此群組的婦女進行全民乳癌普查的適合性。因此，政府已委託香港大學就本港婦女罹患乳癌的相關風險因素進行研究，以協助制定本港未來的乳癌篩查策略。該項研究由醫療衛生研究基金資助，旨在利用病例對照研究的方法，為本港制定乳癌風險預測模型，識別本港婦女罹患乳癌的風險因素，以及建立一個全面的組織庫和臨牀數據庫。研究可望於 2019 年下半年完成，為本港婦女建立出一套個人化的乳癌風險分級工具，並可確定和量化潛在的乳癌風險因素。政府會因應該項研究的科學實證及結果，檢視和考慮適用於不同風險概況婦女的篩查措施。
- 3.9 為此，我們會繼續由專家工作小組審視有關癌症篩查的成效和效益的科學實證，及推廣子宮頸普查計劃和大腸癌篩查計劃，鼓勵更多人士參與。

丙、強化基層健康醫療服務

- 3.10 基層醫療是整個醫療系統的第一層，是整個醫護過程中的首個接觸點。基層醫療為病人提供全面的、持續的、經協調的及以人為本的護理服務。基層醫療的服務範圍廣泛，包括健康促進、急性及慢性疾病（包括癌症）預防、健康風險評估和疾病偵測、急性及慢性疾病治療與護理、病人自我管理支援，以及末期病人或殘疾人士支援與紓緩治療。
- 3.11 優良穩健的基層醫療系統採取以下方法預防癌症：透過基層、第二層和第三層預防策略，奉行健康的生活模式（包括避免煙酒、充足的體能活動、飲食健康），以及及早偵測癌症及相關風險因素。視乎情況，偵測到癌症風險的病人會獲轉介至網絡家庭醫生以及盡快轉介至專科進行治療。

- 3.12 政府致力加強基層醫療健康服務，並在 2017 年 11 月成立基層醫療健康發展督導委員會，負責制定基層醫療服務的發展策略及藍圖。食衛局轄下基層醫療健康辦事處於 2019 年 3 月成立。政府會於全港 18 區成立地區康健中心網絡，並透過推動醫社合作和公私營協作，加強以地區為本的基層健康醫療服務。首間地區康健中心將於 2019 年第三季在葵青區落成，而減低癌症有關的風險因素將會是其重點工作之一。

在 2025 年或之前達到的預期成果

3.13 政府會致力達致以下各項目標：

減低風險因素方面的目標¹²

- (一) 市民因罹患非傳染病（包括癌症）而早逝的風險相對減少 25%；
- (二) 成年人暴飲與有害的飲酒行為及青少年飲酒的普遍率相對降低至少 10%；
- (三) 青少年和成年人體能活動不足的普遍率相對降低 10%；
- (四) 15 歲或以上人士現時吸煙的比率相對減少 30%；
- (五) 制止肥胖問題上升；

疫苗接種方面的目標

- (六) 接種乙型肝炎疫苗的覆蓋率至少維持在 95% 或以上；
- (七) 首批合資格女學童完成接種兩劑人類乳頭瘤病毒疫苗覆蓋率的中期目標定為 70%；¹³

癌症篩查方面的目標

- (八) 子宮頸癌篩查的覆蓋率相對增加 10%；¹⁴ 以及
- (九) 大腸癌篩查的覆蓋率相對增加 30%。¹⁵

¹² 政府於 2018 年推出的《策略及行動計劃》採納了一系列的目標以監測本港的非傳染病，包括癌症。世衛將自願實現目標的基線定為 2010 年。但是，由於本地可供使用的數據不同，香港為每個目標所採用的基線或不盡相同，當中會選擇最接近 2010 年的最新現有數據作為基線。

¹³ 有關目標將於推行首兩年後進行檢討。

¹⁴ 這數字指年齡介乎 30 至 49 歲的本地女性曾經最少一次接受子宮頸細胞檢驗以進行子宮頸癌篩查的百分比。

¹⁵ 這數字指年齡介乎 50 至 75 歲的本地人士、本身無症狀而曾經接受大便隱血測試或大腸鏡檢驗以進行大腸癌篩查的百分比。



第四章

及早發現 和診斷

方向

- 4.1 及早發現和診斷癌症能簡化治療程序及提升病人存活率。

醫院管理局（下稱「醫管局」）作為本港最大的癌症公營服務提供者，一直致力為病人提供與癌症相關的檢查、診斷、治療及其他護理服務。本章節及隨後章節將會闡述醫管局癌症服務的方向及策略。我們鼓勵私營醫療服務提供者朝着相同方向，共同提升本港癌症服務水平。

策略

甲、及早提供風險評估，並加強與私家醫生和基層醫療醫生就轉介懷疑癌症個案的溝通

- 4.2 早期健康風險因素評估始於社區。地區康健中心識別與癌症有關的風險因素，包括不健康的飲食、運動不足、攝取酒精、吸煙等。地區康健中心將提供健康推廣及疾病預防計劃以管理有關風險因素，減低市民患癌風險，鼓勵市民保持健康。
- 4.3 現時，醫管局為全港提供約九成的住院服務，而約六成八的門診服務及約一成的住院服務則由私家醫院及診所提供。部分癌症病人向私家醫生或基層醫療醫生求診後取得轉介信，再到醫管局接受進一步的檢查及治療。由於轉介信為個案評估提供重要資料，其內容的全面性對醫管局的跟進尤其重要。醫管局將探討就由基層醫療轉介至醫管局的新個案加強與私營機構溝通，以促進轉介流程。
- 4.4 另外，醫管局留意到運用基因組測序技術識別疾病風險的國際趨勢。因此，醫管局正制訂《遺傳及基因服務策略計劃》以加強服務，包括為特定高風險癌症病人的家屬，尤其是為出現遺傳性癌症的人士，提供遺傳和基因組檢測，及早篩查及診斷。

乙、改善新轉介個案的分流和簡化診斷流程

- 4.5 人口老化為於公立醫院接受診斷及治療的輪候時間帶來壓力。醫管局會致力改善其分流制度、簡化診斷流程，並提升服務量。
- 4.6 現時，基於不同醫院的體制和服務安排，各聯網對懷疑癌症新轉介個案的分流系統或不盡相同。醫管局將會加強聯網之間和醫管局內部的合作，以提升服務效能。透過實施一套優化的分流系統及分享成功經驗，我們期望可減少聯網之間和醫管局內部的差距。
- 4.7 一般而言，懷疑患上癌症的病人現時會先於門診由有關專科的醫生進行評估和診斷，並按照其病情緩急優先接受所需檢查。醫管局將會制定癌症檢驗清單表，確立標準檢查程序，以期根據病人患上癌症的可能性更及時和有效地提供服務。
- 4.8 此外，為了提升服務質素和促進及早診斷，醫管局將會試行為癌症而設的簡化診斷服務，透過不同專科合作，統籌各項針對癌症的評估及檢查（例如臨牀評估、X光或電腦掃描造影、血液化驗及內窺鏡檢查）。透過縮短每次診斷或進行癌症分期的時間，減低病人進出醫院或診所接受不同臨牀檢查的次數，病人將會因而及早獲得診斷。醫管局留意到個別醫院會按其服務能力和專長，提供特定診斷檢查或測試。透過制定聯網為本的常規指引或運作手冊，醫院之間的合作可進一步改善，確保為病人妥善統籌及協調診斷服務。
- 4.9 醫管局的臨牀醫療管理系統內備有「癌症臨牀紀錄」——一個專為癌症而設的介面，用以協助癌症個案經理管理及跟進個別乳癌和大腸癌病人的個案。未來，醫護人員可根據臨牀常規指引追蹤病歷，透過系統訊息及警示及早發現異常狀況，從而有助改善病人安全。此外，綜合各項檢查結果，包括病理化驗報告和生化檢測結果等，將有助簡化臨牀診斷程序，避免醫護人員未能適時查看所有檢查結果或延誤診治。醫管局將會加強其電腦系統，以支援病歷追蹤及協助醫護人員檢視跨臨牀電腦系統的各项檢查結果。

- 4.10 及早發現和適時治療對改善臨牀成效及釋除病人的憂慮十分重要。在各個主要癌症中，乳癌、大腸癌及鼻咽癌一般均始於經病理化驗後確診。醫管局會繼續監察需要接受放射治療的癌症病人由決定治療方案至開始接受治療的輪候時間，以及乳癌、大腸癌及鼻咽癌病人由確診至首次獲得治療的輪候時間。¹⁶ 這些監測指標基於疾病所帶來的負擔、介入治療的效能，以及是否具備有關介入治療的可靠和自動化數據而定。醫管局會研究加強對癌症服務的監察，以覆蓋更多癌症類型。
- 4.11 展望未來，醫管局會增加大腸鏡及上消化道內視鏡（俗稱「胃鏡」）的檢查節數，以加強內窺鏡服務，縮短輪候時間。與此同時，醫管局亦會檢視和調整專科門診處理癌症新症個案和舊症覆診的比例，以提升專科門診接收新症的能力。

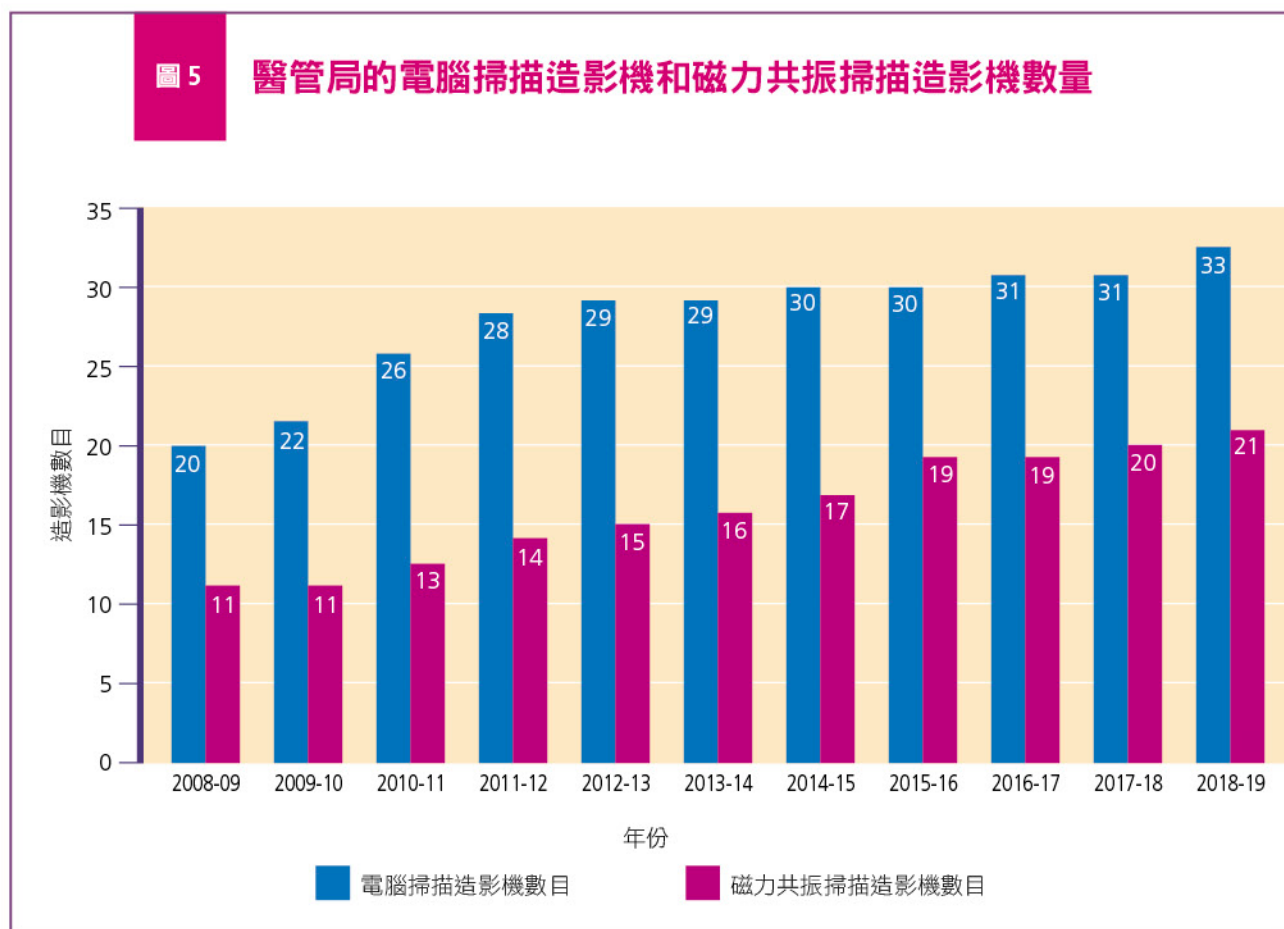
丙、探討公私營醫療協作

- 4.12 醫管局一向重視與私營醫療界別合作，擴闊可提供的醫療服務，為病人提供更多選擇。例如，隨着癌症個案增加，以及市民對放射診斷造影服務的殷切需求，醫管局自 2012 年起推出「公私營協作放射診斷造影計劃」。病人若經醫生臨牀診斷為符合資格，可獲轉介至私營醫療機構接受放射診斷造影服務，作為癌症治療的一部分。
- 4.13 為完善公私營轉介機制，以期為病人提供適時的診斷及治療，醫管局將會研究建立更多合作平台，加強與私營醫療界別的溝通。醫管局亦會繼續探討與非政府機構及私營機構合作的空間，從而提升診斷服務量。

¹⁶ 在 2017-18 年度，需要接受根治放射治療的癌症病人由決定治療方案到開始接受治療的第 90 個百分值輪候時間為 28 日，而乳癌、大腸癌及鼻咽癌病人由確診到首次獲得治療的第 90 個百分值輪候時間分別為 74 日、65 日及 56 日。醫管局沒有備存有關其他癌症類型的輪候時間。

丁、引入新科技協助癌症診斷

4.14 醫管局一直透過添置放射造影儀器，提升其放射造影診斷的服務量。由2012-13年起，醫管局已設置兩部正子斷層掃描機。至於近年添置的電腦掃描造影機和磁力共振掃描造影機數目可見於下圖（圖5）：



4.15 醫管局會按臨牀需求提升及加強造影診斷服務。常見的造影診斷技術包括電腦掃描、磁力共振掃描及正電子斷層掃描等。醫管局亦會運用新科技，提升診斷服務的水平。具體而言，醫管局會：

- (一) 透過添置額外的先進造影儀器及引入新科技，以提升服務量；及
- (二) 建立基礎設施以處理龐大臨牀醫療數據，並應用人工智能系統支援臨牀服務或手術（例如探討運用圖像人工智能系統，輔助醫護人員解讀及診斷胸腔X光片的可行性）。

在 2025 年或之前達到的預期成果

4.16 醫管局會致力達成以下成果：

- (一) 制定癌症檢驗清單表，為病人提供更適時的檢查，並及早診斷癌症；
- (二) 針對部分癌症類型，試行為癌症而設的簡化診斷服務；
- (三) 支援病歷追蹤，藉資訊科技協助醫護人員檢視跨臨牀電腦系統的檢查結果；及
- (四) 建立大數據及機器學習的基礎設施，開發圖像人工智能系統，並於手術進行期間應用臨牀人工智能服務。

第五章

適時及 有效的治療



方向

- 5.1 透過建立能提供創新及現代化的癌症服務的有效綜合服務模式，我們期望能改善病人的治療效果，以及減低發病率和死亡率。

策略

甲、致力提供以病人為本的優質治療及護理

- 5.2 由於癌症發病率持續上升，加上癌症服務的複雜性，醫院管理局（下稱「醫管局」）正面對癌症服務需求急劇增加的挑戰。為了應付上述挑戰，及使病人得到更好的治療效果，醫管局已着手草擬《癌症服務策略》。《癌症服務策略》旨在制定策略方針，引領癌症服務的發展方向，以及規劃癌症服務在未來五至十年的服務模式及相應的系統建設。有關的服務模式會涵蓋為醫管局癌症病人從發現癌症徵狀，至診斷、治療及康復的整個治理過程。《癌症服務策略》尤其着重跨專科、跨專業的合作及癌症服務在聯網層面的整合安排。
- 5.3 現時，醫管局按地理位置設立七個聯網，統理醫療服務。大部分癌症服務（例如放射診斷、病理學、內窺鏡檢查、外科、放射治療、化療和紓緩治療）主要在地區醫院或癌症中心提供，而其他聯網醫院亦為癌症病人提供部分放射診斷、內窺鏡檢查和紓緩治療服務。
- 5.4 醫管局於 2010-11 年度針對病情複雜的乳癌或大腸癌病人推出癌症個案經理計劃，統籌及改善治療和護理程序，成效顯著。然而，儘管部分癌症類型有由跨專業團隊組成的診所或會議跟進，現有的癌症個案經理服務只涵蓋乳癌及大腸癌。癌症個案經理計劃及專職醫療人員的支援仍有擴展空間。醫管局將會檢視癌症個案經理的職責，檢討癌症個案經理作為整體護理統籌在支援

病人走過治療癌症過程，以至整合癌症患者的診斷及治療服務的成效。透過推行癌症個案經理計劃至不同癌症類型，將病人治理路徑標準化，相信能夠進一步改善病人接受癌症治療服務的便捷度。由於大眾對癌症個案經理計劃反應非常正面，醫管局將會探討擴展此服務至其他癌症類型的可行性。

- 5.5 與此同時，醫管局會採取以病人為本的方針，由跨專業團隊就病人的社交和心理支援需求及其家屬或照顧者的需要提供全方位癌症治理服務。

醫生、護士、醫務社工、臨牀心理學家、放射治療師、醫學物理學家、物理治療師、職業治療師、營養師和其他專職醫療人員，聯同神職人員和義工以團隊方式，為癌症病人提供全方位護理。

- 5.6 現時，癌症病人除循西醫癌症治療外，亦會以中醫藥輔助治療。政府於《行政長官 2018 年施政報告》宣布將中醫藥納入本港醫療系統，並透過中醫藥發展框架資助特定的中醫服務，包括於將來中醫醫院提供一系列的門診和住院服務；由 18 間中醫教研中心於地區層面提供的中醫門診服務；¹⁷ 及在特定公立醫院提供的中西醫協作治療服務。中醫醫院計劃於 2024 年底投入服務，未來會探討於中醫醫院就癌症治療提供中醫及中西醫協作服務。中醫藥會繼續在本港醫療系統中扮演重要角色，包括於癌症治療方面。

乙、提升服務及改善服務協調能力

- 5.7 癌症治療愈趨複雜，而制定治療計劃的過程亦需要臨牀專業人手（包括醫生、護士和其他專職醫療人員）投放更多的時間和努力。政府和醫管局一向非常關注公立醫院的醫護人手情況。考慮到社會對公營醫療服務需求的上升以及醫護人手情況，醫管局已推行多項措施以加強人手，包括以有限度註冊聘請合資格的非本地醫科畢業生、為公立醫院醫生提供專科培訓，以及透過優化薪酬待遇和提升醫護人員晉升前景，以挽留人才。醫管局會為所有醫療人員提供培訓，使他們掌握最新的癌症護理知識和技能。

¹⁷ 為促進中醫藥以「循證醫學」為本的發展，以及為本地中醫藥學士學位課程畢業生提供實習培訓的機會，政府委託醫管局自 2003 年起於全港 18 區每區均開設了一間中醫教研中心。中醫教研中心由醫管局、非政府機構和三間提供中醫藥本科課程的本地大學，以三方伙伴協作的模式由非政府機構負責中心的日常運作及營運。現時，中心提供的中醫服務包括中醫全科門診服務及其他中醫服務，例如針灸、骨傷、推拿等。

- 5.8 醫管局持續檢視相關的人手規劃，以加強由跨專業團隊提供的綜合服務，讓病人獲得更及時和有效的治療。醫管局的癌症治療，以化療為例，由臨牀腫瘤科醫生、內科腫瘤科醫生及其他專科醫生提供；而為癌症病人而設的紓緩治療則由腫瘤科及內科紓緩治療團隊共同提供。各相關專科和專業之間的合作仍有改善空間。醫管局會透過治理路徑主導、聯網為本、針對病症及跨專業的方式為病人提供綜合治療和護理，以期更有效地善用資源並簡化治理過程。在此方式下，跨專業的癌症服務（包括由臨牀腫瘤科、內科腫瘤科、外科腫瘤科和血液腫瘤科所提供的外科及系統性治療，例如化療、標靶治療、荷爾蒙治療和免疫治療）能加強在聯網內的合作和協調。
- 5.9 由於有些癌症病人無需緊急癌症服務，他們較適合於日間中心接受治療。此外，一些病人亦希望到鄰近住處的日間中心接受護理和治療。醫管局會研究於其他聯網醫院設立附屬化療中心，並增加現有日間癌症服務量，使癌症病人求診更便捷，減少轉介到地區醫院特定腫瘤中心求診的需要。

丙、提供更多、更佳的藥物及治療

- 5.10 醫管局一直以實證為本定期評估新藥物和檢討醫管局藥物名冊（藥物名冊）內的現有藥物，並依照藥物安全性、療效和成本效益的原則。就涵蓋種類而言，藥物名冊內可供使用的治癌藥物數量與參考國家（例如英國、蘇格蘭和澳洲）的相若。在 2010-11 年度至 2018-19 年度（截至 2019 年 2 月）期間，共有 54 種治療 24 類癌症的藥物獲納入藥物名冊內作通用／專用藥物或涵蓋於安全網。截至 2019 年 2 月，藥物名冊內共有 109 種藥物用以治療各類癌症。
- 5.11 醫管局藥物名冊的自費藥物類別中備有免疫療法藥物，用以治療四種癌症，包括皮膚癌、腎細胞癌、肺癌和頭頸癌。醫管局會繼續定期檢討藥物名冊的涵蓋範圍，透過現有機制納入新的癌症藥物或把現有藥物重組至不同的藥物類別，並增加對自費藥物的資助。

- 5.12 醫管局會不時與藥商聯繫，就個別合適的自費藥物商討及制定風險分擔或藥費封頂計劃，務求為病人提供可負擔、持續和適切的支援，繼續確保病人可獲轄下醫院和診所公平地處方具成本效益、並經驗證為有效和安全的藥物。在有關計劃下，醫管局和各方在指定年期內分擔所需的藥物開支，或為藥費設定上限，以便病人得以盡快用藥。
- 5.13 為加快把合適的新藥物納入撒瑪利亞基金和關愛基金醫療援助項目的安全網涵蓋範圍，醫管局自 2018 年起已把自費藥物按最新實證發展納入安全網的編配優次順序工作，由每年一次增至每年兩次。
- 5.14 為減輕病人及其家庭的經濟負擔，政府及醫管局於 2019 年年初推出措施，優化撒瑪利亞基金和關愛基金醫療援助項目的經濟審查機制。優化措施包括修訂藥物資助申請中每年可動用財務資源的計算方法，在計算病人家庭每年可動用財務資源時，先扣減百分之五十的資產淨值；以及收窄經濟評估時所採用的「家庭」定義。
- 5.15 為提供更優質服務予癌症病人，藥劑師和護士將會參與個案評估及覆診，為接受藥物治療的病人提供全方位綜合服務。

丁、發展現代化治療設施、技術及基礎建設

- 5.16 醫管局計劃利用現代化醫療技術及儀器，一方面紓緩人手壓力，另一方面為癌症病人提供優質的服務。為維持高水平的醫療服務，並將與治療相關的死亡率減到最低，醫管局就不同治療模式適時引入以實證為本的先進或新科技。例如，在放射治療方面，相關的科技包括智能治療計劃系統及高精準度的放射治療儀器；在外科方面引入機械臂技術；及在系統性治療方面應用免疫療法等。為提供更優質的放射治療服務，醫管局近年已加裝更多配備了先進技術的直線加速器——一種因應腫瘤形狀及大小而調整高能量 X 光或帶電粒子，在不傷害四周正常組織的情況下破壞癌細胞的直線粒子加速器。截至 2018 年 2 月，醫管局共安裝了 28 部直線加速器提供放射治療服務。醫管局將會因應預期的服務需求，增添直線加速器和更換現有儀器至較新型號。

5.17 隨着第一及第二個十年醫院發展計劃的推展，醫管局的治療服務量將會同步提升。政府已為第一個十年醫院發展計劃預留 2,000 億元撥款，以期額外提供逾 6 000 張病牀和超過 90 個手術室。另外政府亦為第二個十年醫院發展計劃預留 2,700 億元撥款。醫管局會進一步評估及把癌症服務的需求適當地納入十年醫院發展計劃。第二個十年醫院發展計劃全面落成後可額外提供超過 9 000 張病牀及其他醫療設施，大致足以應付直至 2036 年的預計服務需求。為提高放射治療的服務量，在人手及資源增加的情況下，醫管局將會在更多聯網延長放射治療服務的時間、增加臨牀腫瘤科專科門診及日間化療中心的服務量，及在合適的情況下增添住院病牀。¹⁸

¹⁸ 例如，在第一個十年醫院發展計劃下，葛量洪醫院重建計劃第一期將提供一間新腫瘤中心、增設病牀及三間手術室；基督教聯合醫院在擴建後將開設腫瘤中心，為居於九龍東的癌症病人提供一站式服務，包括放射治療、化療和心理社交支援。此外，位於啟德發展區的新急症醫院亦會提供腫瘤科服務。此三項工程預期於 2025 年竣工。另外，第二個十年醫院發展計劃正處於初步籌備階段。現時，瑪嘉烈醫院重建計劃和威爾斯親王醫院重建計劃第二期（第二階段）皆有計劃開設新腫瘤中心，預期於 2035 年竣工。

在 2025 年或之前達到的預期成果

5.18 醫管局預期能達成以下成果：

（一）為提供有效及公平的治療 –

- (i) 持續檢視及擴大醫管局藥物名冊內癌症藥物的涵蓋範圍；
- (ii) 設立附屬化療中心服務模式，並於指定聯網試行；

（二）為提供以病人為本的全方位癌症治療 –

- (i) 發展及推行新增癌症個案經理計劃；
- (ii) 於所有聯網推出提供癌症服務的護士診所及臨牀藥劑師服務；

（三）為加快更新及增置用於癌症治療的醫療設備 –

- (i) 於所有聯網引入用於癌症治療的先進醫療技術（例如智能治療計劃系統、機械臂手術等）；
- (ii) 因應預期的服務需求，相應更新及增添直線加速器；
- (iii) 於新建醫院或腫瘤中心預留額外空間，以便安裝先進的醫療儀器及設施；及

（四）為提升治療服務量 –

- (i) 透過盡快推展十年醫院發展計劃，增建腫瘤中心、擴展放射服務及增加手術室的數量等（包括葛量洪醫院、廣華醫院、威爾斯親王醫院（第二期）、屯門醫院及基督教聯合醫院）。¹⁹

¹⁹ 預計將於 2027 年完工。

第六章

科技與支援



方向

- 6.1 全方位的病人治理服務，有賴卓越的運作和全面而有效地運用資源。我們會先集中利用現代科技去預防及控制癌症，並善用資源，支援病人和照顧者走過癌症治療的過程。

策略

甲、投放資源於先進科技

- 6.2 藥物和醫療領域的發展可延續生命和改善生活質素。在本地層面的應用上，我們需要在適時引進治理癌症的新科技及小心審視其功效之間取得平衡。
- 6.3 醫院管理局（下稱「醫管局」）會善用政府為醫管局更新或添置醫療設備（包括治療癌症的設備）而預留的 50 億元撥款。醫管局會諮詢其不同臨牀範疇的統籌委員會和中央委員會，以確保相關的資源分配會在更換舊儀器和購入新儀器之間取得平衡。衛生署和醫管局會定期檢討和評估採用最新科技的需要，以加強其服務。
- 6.4 當局會進行醫療科技評估，即對某種醫療技術的應用進行多方面的系統性檢討，包括安全、臨牀療效和效益、費用、成本效益、對機構的影響、社會影響及法律和倫理因素，以確保科技運用得宜（包括通過培訓）和資源獲得妥善分配。例如，現代化及增添直線加速器和備有更先進功能的電腦掃描機及磁力共振掃描機可改善癌症病人的診斷和治療。另外，醫管局會計劃擴展嶄新科技的應用，例如購置額外機械臂手術系統以加強微創外科服務及應用次世代定序基因測序技術治療癌症病人。

乙、建立網上資源中心，提供與癌症相關、準確及可靠的健康資訊

- 6.5 病人面對癌症診斷和治療，定會感受到沉重的壓力。我們將會建立網上資源中心，讓市民（尤其是病人和照顧者）得知確診癌症時可以怎樣面對、可得到什麼資料、有什麼支援小組可給予援助等，希望可減輕他們的憂慮和焦慮。

丙、匯聚社會資源為病人及照顧者帶來最大裨益

- 6.6 不同的社區團體均提供與癌症相關的服務。為了集合社會各方的努力，針對服務不足的範疇開展優化行動，我們將建構「癌症伙伴網絡」——一個包含社區伙伴的參與平台，以匯聚所有重要資源。透過完善的統籌，我們預期能達成更宏觀的目標、實踐規模經濟、避免服務重疊，以及減少服務提供和病人需要兩者之間的錯配。
- 6.7 醫管局其中一個重點策略方向是推廣與病人的伙伴關係，提供以病人為本的護理。醫管局已在各個聯網設立病人資源中心以支援病人及其家人／照顧者，包括協助病人與病友組織和自助小組聯繫，互相支持。醫管局的病人資源中心（包括癌症病人資源中心）為醫院內社區參與的中心點，與病人及照顧者聯繫，根據服務需要加強於治理過程中的支援。截至 2018 年 12 月，醫管局於機構或聯網／醫院層面的聯繫網絡已包含超過 220 個病友組織，當中包括超過 40 個癌症病友組織。
- 6.8 醫管局六間腫瘤中心及基督教聯合醫院設有癌症病人資源中心。癌症病人資源中心為癌症患者提供免費資源及服務，包括癌症資訊圖書館、專業輔導服務、復康小組、朋輩支援活動、為新確診癌症患者提供資訊和協助的服務，以及為其他階段的病人提供復康或紓緩支援。醫管局會檢視及加強癌症病人資源中心的服務範疇和成效。
- 6.9 醫管局開發了智友站提供有關疾病管理和社會資源的一站式電子資訊平台，以支持病人自我管理。網站為病人（包括癌症病人）提供全面的疾病資料和實用自理貼士。網站亦提供本地和海外支援組織，以及其他社區資源，以加強對癌症病人的資訊支援。

- 6.10 建構一個包含社區伙伴的參與平台可釐清服務不足之處及社會各方的角色，藉此充分善用資源，避免服務重疊。隨着在網上資源中心提供癌症支援服務的綜合資訊，以及由社區組織在提供癌症服務方面擔當重要角色，癌症病人可更清楚知道何時及如何尋求協助及選擇適合的服務。

在 2025 年或之前達到的預期成果

6.11 我們會致力達到以下成果：

- (一) 就不同治療模式更新及添置醫療設備，並引進以實證為本或嶄新的醫療科技；
- (二) 建立一個專門的網上資源中心，加強傳達健康信息，同時作為集中癌症相關資訊的資料庫，供市民使用；及
- (三) 建立一個由民間社會參與的平台，討論如何讓更多的癌症患者和照顧者受益的最佳模式。

第七章

存活及 紓緩治療



方向

- 7.1 隨着人口老化及治療方法的進步，近年大部分癌症的存活率均有所改善，更多病人能與癌症共存甚至康復。我們需要辨識和為癌症康復者的需要訂定優先次序，加強對這些日益增長的人口的支援，以改善康復者和其家庭的生活質素。

策略

甲、在基層醫療的模式下照顧癌症病人

- 7.2 當癌症康復者的復發水平跌至低風險時，他們可於基層醫療的模式下接受護理，例如到護士診所或家庭醫學診所作定期覆診。

乙、建立重返醫院管理局癌症服務團隊治療的快速轉介機制

- 7.3 醫院管理局（下稱「醫管局」）將會建立由基層醫療重返醫管局的快速轉介機制，務求讓病人在有需要的情況下，如病情復發或出現併發症時，盡快獲得癌症治療團隊的專科護理。此過渡護理流程的成功，有賴醫管局癌症治療團隊及家庭醫學醫生於醫管局或社區的一站式協調和緊密合作。醫管局將會發展和試行此合作模式。長遠而言，醫管局亦會研究加強心理社交支援和專職醫療外展服務。

丙、加強醫社合作

- 7.4 我們應關注及改善癌症康復者的生活質素。其中一個重要目標是透過加強醫社合作和病人賦能，支援癌症康復者。為達致此目標，須透過與社區伙伴、癌症支援或病人組織及其他相關持份者緊密合作，方能為病人及其家屬提供更好的支援；與此同時，亦須提升公眾對癌症的認識，從而改變對照顧癌症康復者的固有概念，並將癌症視為慢性疾病。

丁、為癌症康復者建立可持續的服務模式

- 7.5 現時醫管局未有就癌症監控和存活護理制訂統一指引，亦未有專為長期發病的癌症康復者而設的統一康復計劃。為統籌癌症病人的存活護理，醫管局將會辨識和為癌症康復者的需要訂定優先次序，制訂策略及全方位的服務模式，以改善他們的生活質素。
- 7.6 此外，醫管局亦會檢視及統一現時為癌症康復者提供的服務，包括康復後護理服務的範圍和病情跟進，檢討不同專科的職責、服務範圍和合作流程等。醫管局亦計劃為癌症康復者建立綜合服務模式，並將會邀請護士、專職醫療人員和醫務社工共同商討。醫管局將會發展有系統的康復及支援護理計劃，以確保癌症康復者得到適時的支援和護理，包括適切地過渡至社區及紓緩治療服務。
- 7.7 醫管局將會設立護理統籌員，協調存活護理，包括支援大部分跨專業團隊和家庭醫學科、協助轉介個案、為病人提供指引、心理社交支援和教育等服務，以提升病人自理能力，並加強醫社合作（例如非牟利機構和病人支援小組）。

戊、加強對末期病人的紓緩支援

- 7.8 患有生存受限疾病的病人有需要接受紓緩治療。紓緩治療的目的是為病人提供適時及全面的照顧，以滿足他們身、心、社、靈的需要。病人亦有機會參與規劃晚期照顧的護理，從而提升他們的生活質素，直至病人走完人生的最後階段。
- 7.9 末期病人通常會對醫院服務有較高的需求，例如急症室服務和緊急住院安排等，但這些安排不一定是完全必要的。因此，焦點應放在醫管局與社區夥伴和社福界的合作，以支援病人在社區接受護理。為促使病人得以在其自身居所接受護理，並減少不必要的住院，日間和社區紓緩治療對病人及其家屬或照顧者十分重要。
- 7.10 醫管局將加強日間護理、家居護理、對安老院舍的支援及與社區的合作，以支援末期癌症病人。當中會透過擴展安老院舍晚期醫護計劃，進一步加強對

居於安老院舍患有末期疾病（包括末期癌症）的長者支援。醫管局將會繼續檢視相關服務，並透過增加服務量及與社區伙伴建立聯繫，加強相關服務，以滿足病人需求。

- 7.11 自 2014 年 9 月，醫管局在指定醫院推行中西醫協作先導計劃（先導計劃），以汲取中西醫協作的經驗。癌症紓緩治療為先導計劃所訂立的四種疾病範疇之一，現時於兩間指定公立醫院試行。²⁰ 隨着政府致力推動本港中醫藥發展及將中醫藥納入本港的醫療系統，醫管局會繼續探討在轄下醫院提供的中西醫協作治療服務。同時，中醫醫院亦會研究提供以中醫為本的癌症紓緩治療服務。
- 7.12 除了在臨牀方面讓末期病人就他們的治療及護理安排有更多選擇外，政府計劃於 2019 年就預設醫療指示及相關晚期照顧服務的事宜諮詢公眾。

在 2025 年或之前達到的預期成果

- 7.13 為協助癌症康復者在社區健康生活，醫管局會致力達到以下成果：
- （一） 加強醫社合作，提升病人的自理能力；
 - （二） 設立快速轉介機制，讓病人可於有需要時再次接受醫管局癌症團隊的治療；
 - （三） 界定跨專業團隊的職責和服務範圍，包括專職醫療在癌症存活的支援；
 - （四） 為癌症存活建立腫瘤科專科門診及家庭醫學／普通科門診的合作模式；
 - （五） 加強提供予癌症康復者的復康及支援護理計劃；及
 - （六） 加強為臨終病人提供的紓緩治療支援服務。

²⁰ 現時，參加先導計劃的醫管局住院病人須每日額外繳付港幣 200 元作為中西醫協作服務費用。

第八章

研究



方向

- 8.1 透過本地和世界研究所取得的科學知識，以及將這些知識轉化為臨牀實踐，我們將提供更多和更好的實證，以支持癌症預防、診斷、治療和存活，及制定以實證為本的衛生政策，以降低癌症發病率及死亡率，減輕病情，並改善病人的生活質素。

策略

甲、訂立癌症相關研究的優次

- 8.2 管理醫療衛生研究基金（下稱「基金」）的研究局將會優先資助與癌症相關的研究。研究局已成立癌症的專家顧問小組，為基金就促進科研及制定研究議程提供建議。在2018年9月的首次會議中，專家顧問小組同意採用以下與癌症相關的研究課題優次－

- （一） 流行病學研究中的癌症風險因素，以制定基層醫療的預防策略；
- （二） 合適的篩查策略以及早識別和治療癌症；
- （三） 研發創新的診斷工具及治療模式，包括機械手術、化療及電療，以減輕病情及減低死亡率；

醫療衛生研究基金為在學術、公共和私營領域的香港研究人員提供資助機會。年度公開申請的研究員擬定項目，在優次課題（包括與癌症相關的優次課題）的指導下獲得資助。2012至2017年研究員擬定項目的申請中，基金共資助237個有關癌症的研究，佔整體資助項目21.0%。當中最常見的研究項目為針對肝癌（27.4%），鼻咽癌（12.2%），乳癌（9.3%），大腸癌（9.2%），肺癌（7.6%），白血病（5.9%）和卵巢癌（4.2%）。大部分項目（41.4%）研究癌症的普遍性、風險因素和致病機制。其中許多是分子或遺傳學的研究，旨在發掘新的診斷方法和研發新型抗癌藥物。約三分之一（30.8%）的研究涉及新型治療方式或評估現有治療方案。約五分之一（21.9%）的項目研究尖端的診斷和預測進展的科學知識，包括各種用於預測腫瘤進展和治療結果的生物標記。在所有資助的癌症項目中，有關預防策略的研究佔1.3%。

政府已撥款100億元在香港科學園建設InnoHK創新香港研發平台，亦已收到多間國際領先的大學院校及研發機構遞交的建議書。其中「Health@InnoHK」將會專注醫療科技的研發，例如藥物開發、個人化醫療、分子診斷、疫苗研發、及另類療法等。相信加強在醫療科技的研發活動將會為癌症及其他疾病的診斷和治療帶來突破。

- (四) 就癌症的長期及後期影響，發展及評估癌症存活的護理服務；
- (五) 在遺傳學及基因組學上個人化藥物的應用研究，尤其是針對不同腫瘤的標靶治療；及
- (六) 應用大數據分析臨牀資料，以優化癌症病人的治理。

香港科技園公司正支持香港科學園的120多家生物醫學公司的研發活動。這些公司正在開發分子診斷、醫療設備、高端治療產品和傳統中藥以實現商業化。香港科學園的科研生態體系為香港的精準醫學提供從醫學和細胞影像到基因組和基因組測序的早期檢測技術。香港科學園亦有處於第一期和第二期臨牀試驗階段的項目，以研發治療如前列腺癌、皮膚癌和血癌的新型高端治療產品。

研究資助局（研資局）非常重視支持高等教育界的研究工作，並對所有類型的學術研究提供平等支援。於2018年，研資局資助了40多個有關癌症的項目。

此外，另一個有關執行科學的專家顧問小組亦已成立，以推廣與現行醫療系統相關的研究，當中的策略範疇涵蓋促進健康、預防、篩查、早期識別、診斷介入、有效的治療、臨牀程序或指引。專家顧問小組會根據最新的科學及科技發展，定期檢視及調整課題優次，而基金會按專家顧問小組的建議分配撥款。

- 8.3 此外，基金亦資助了兩所第一期臨牀試驗中心的基礎設施，用於進行早期臨牀試驗，而五年的總資助額為8,000萬港元。自2014年1月／2月以來，這兩所中心已開始對各種癌症不同治療方法的安全性、藥理和療效進行試驗，包括肝癌、肺癌、乳癌、結腸癌、腎癌和其他實質固態瘤。2019年5月開始，兩所第一期臨牀試驗中心將獲額外1億元撥款資助，用於研發包括治療不同癌症的新型藥物。
- 8.4 新成立的香港兒童醫院是第三層醫療的轉介中心，負責複雜、嚴重和罕見，需跨專業處理的兒科個案，如癌症、先天性心臟病和腎功能衰竭等。它為全港從出生至18歲有相關臨牀需要的病人提供診斷、治療和復康服務。香港兒童醫院已計劃興建研究實驗室及臨牀試驗中心等專用基礎設施，以促進與香港大學及香港中文大學醫學院的緊密合作，進行兒科及遺傳病的基礎及轉化研究，當中包括兒童癌症。
- 8.5 基因組醫學是現今醫學及科研的重要領域。政府將成立香港基因組中心，以推行香港基因組計劃，進行40 000至50 000個全基因組測序。香港基因組

計劃的先導階段會涵蓋患有遺傳性癌症的病人及其家屬。透過建立基因數據庫，香港基因組計劃將會推動有助診斷及治療癌症的基因組醫學研究。

乙、提供制定及評估癌症相關政策的科學證據

- 8.6 傑出的研究將成為政策制定過程中不可或缺的一部分。兩項分別針對大腸癌和乳癌的大規模研究正在進行。前者評估大腸癌篩查先導計劃的整體表現，包括其有效性和成本效益、用戶和服務提供者的滿意度、公眾認知的改變、觀感、接受程度和使用篩查的公平性。後者研究的目標是利用病例對照研究方法（對比有乳癌和無乳癌的婦女）制定香港的乳癌風險預測模型。它還旨在找出風險因素（如年齡、體重指標、其他個人特徵、體能活動、乳癌家族史和良性乳腺疾病歷史等）與乳癌發展的關係。
- 8.7 此外，基金亦委託進行一項人口追蹤研究，以研究阿士匹靈對多種癌症的化學保護作用。這項研究將評估長期使用阿士匹靈是否與降低癌症發病率和死亡率相關，並透過檢視超過 600 000 名病人的臨牀記錄，評估阿士匹靈的效益比其潛在出血情況的風險更為重要。為了解決癌症的主要風險因素 - 與煙草相關的危害，基金已進行一項為期三年的委託研究，以評估煙草控制政策對香港的影響。該研究旨在建立一項有系統的調查，以判斷現有煙草控制措施的成效，並根據研究結果建議新措施。未來，基金將繼續委託其他研究，以應對特定的政策需求。

丙、培育本地研究人員以建立癌症相關研究的能力

- 8.8 基金轄下的研究獎學金計劃將培訓於事業初期至中期的研究人員或醫護專業人員，以提高他們在公共衛生或衛生服務方面的科研能力。基金將資助成功的申請人參加本地或海外的培訓計劃，以幫助他們掌握成為獨立研究人員應具備的知識和技能。基金亦會為與培訓計劃相關並在中短期有轉化潛力的原創性研究項目提供額外資助。為了配合香港非傳染病防控策略及行動計劃，在 2018 年的申請中，已優先考慮各種與癌症風險因素相關的課題，如吸煙、飲酒、不健康飲食和體能活動不足等。

在 2025 年或之前達到的預期成果

8.9 基金於未來六年會支持 –

- (一) 約 300 個與癌症相關的研究員擬定項目及促進健康項目，以更有效地預防和控制癌症；和
- (二) 約 30 名研究獎學金計劃得獎者，以應對癌症風險因素。



附件一

五種 本港常見的 癌症

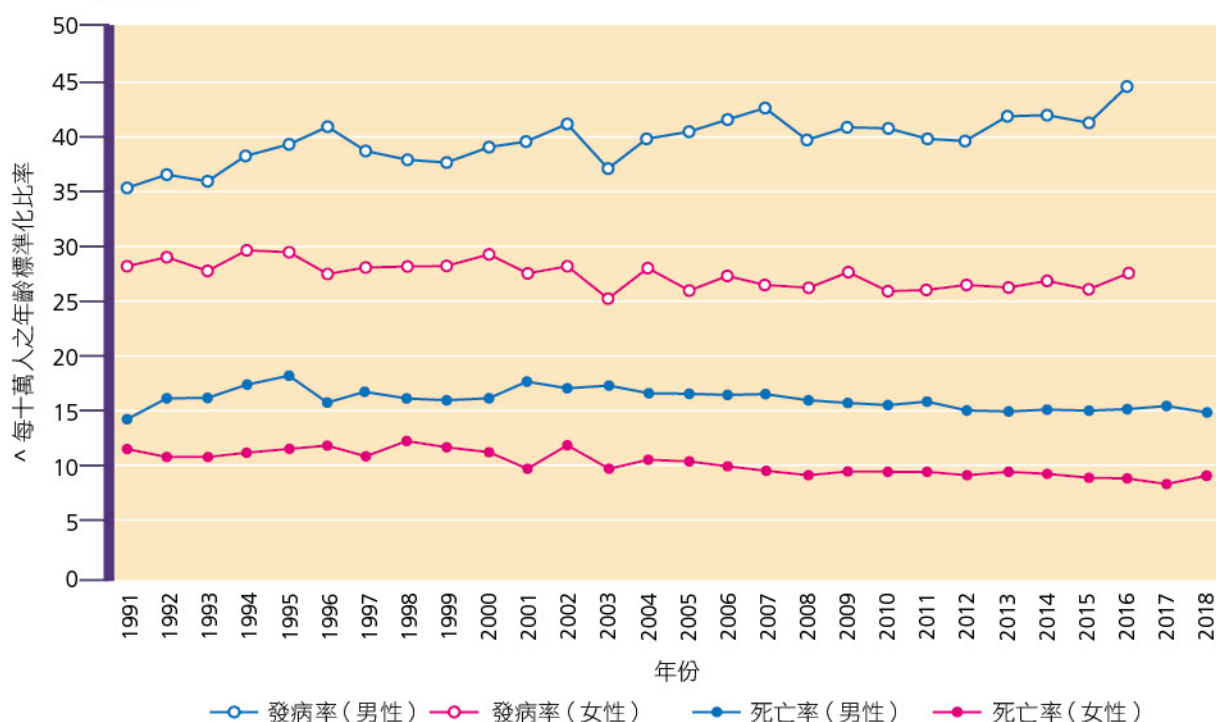
1 大腸癌

(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「家族性大腸腺瘻肉病」或「連氏綜合症」；
 - (二) 大腸長期發炎，例如「潰瘍性結腸炎」；
 - (三) 過往有大腸瘻肉；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瘻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「家族性大腸腺瘻肉病」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「家族性大腸腺瘻肉病」）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。除了傳統的系统性治療之外，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。

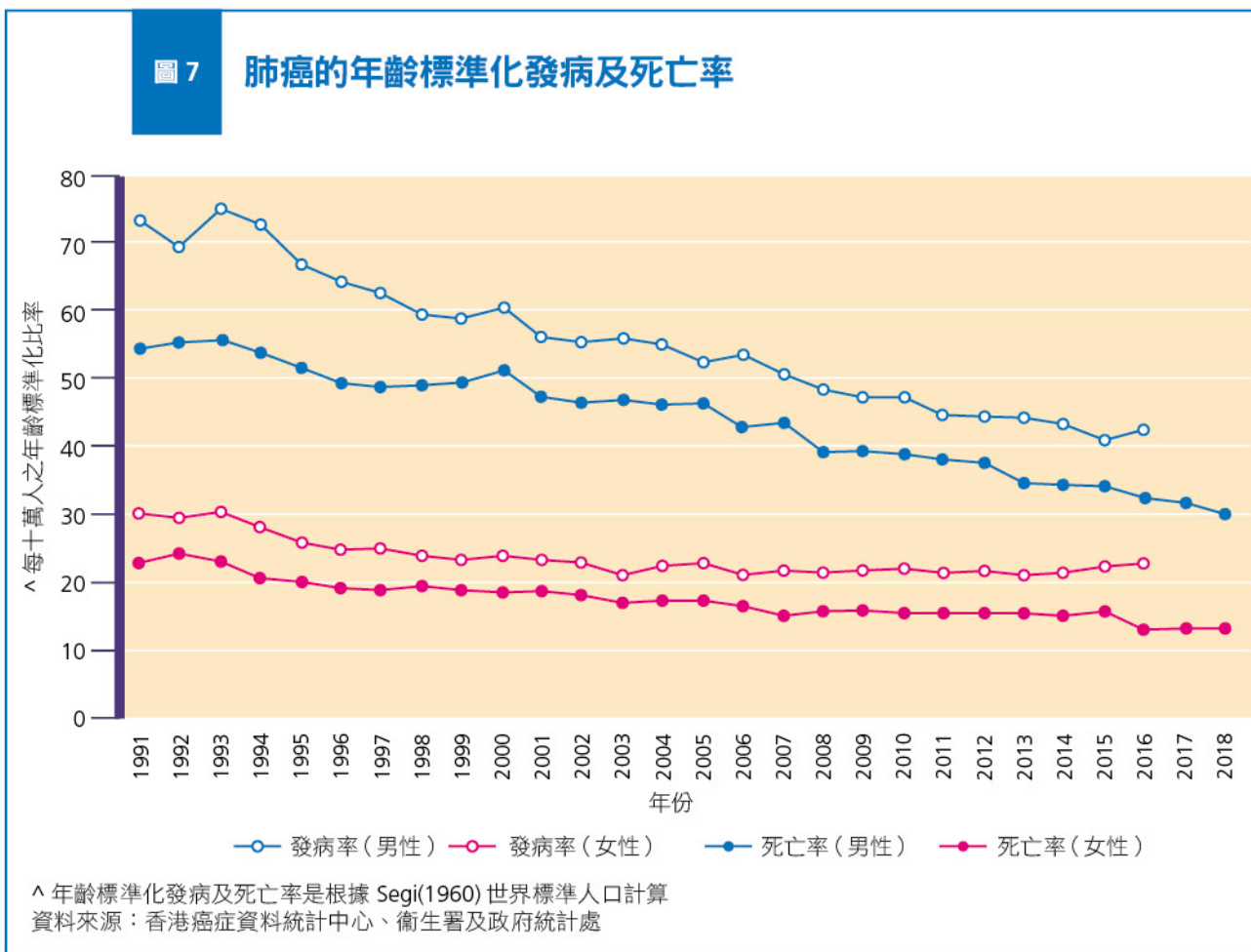
2 肺癌

(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



* 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。

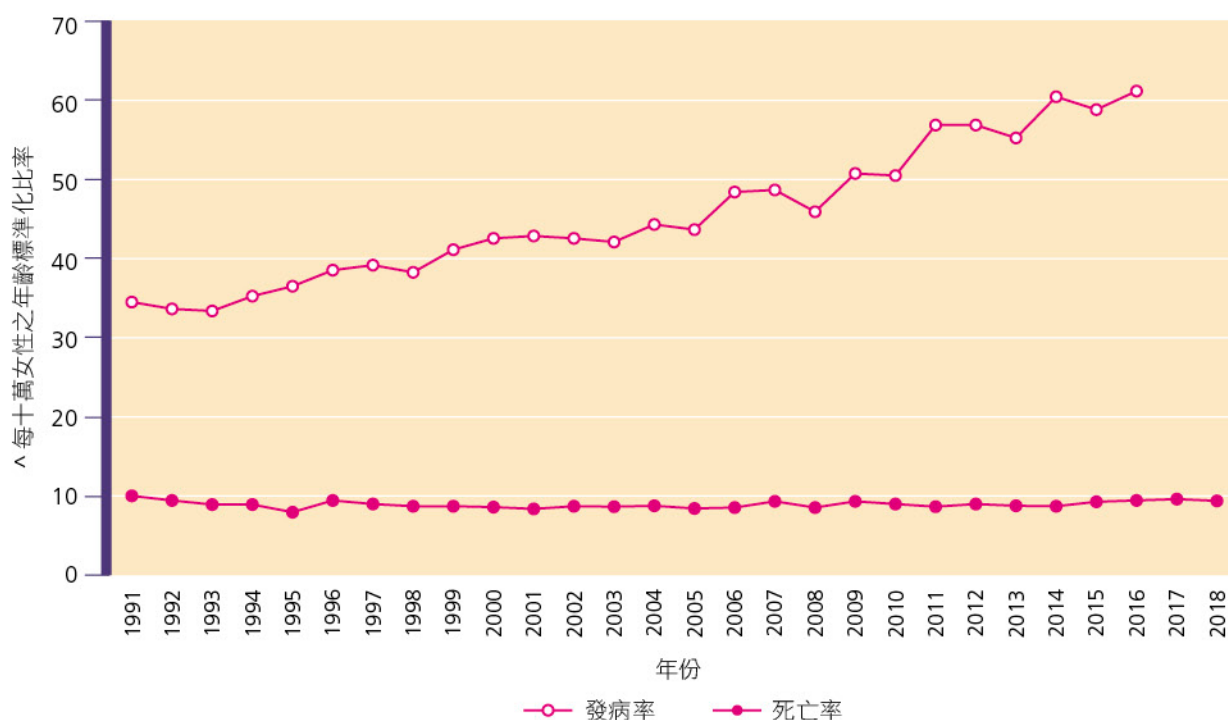
3 乳癌

(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>。

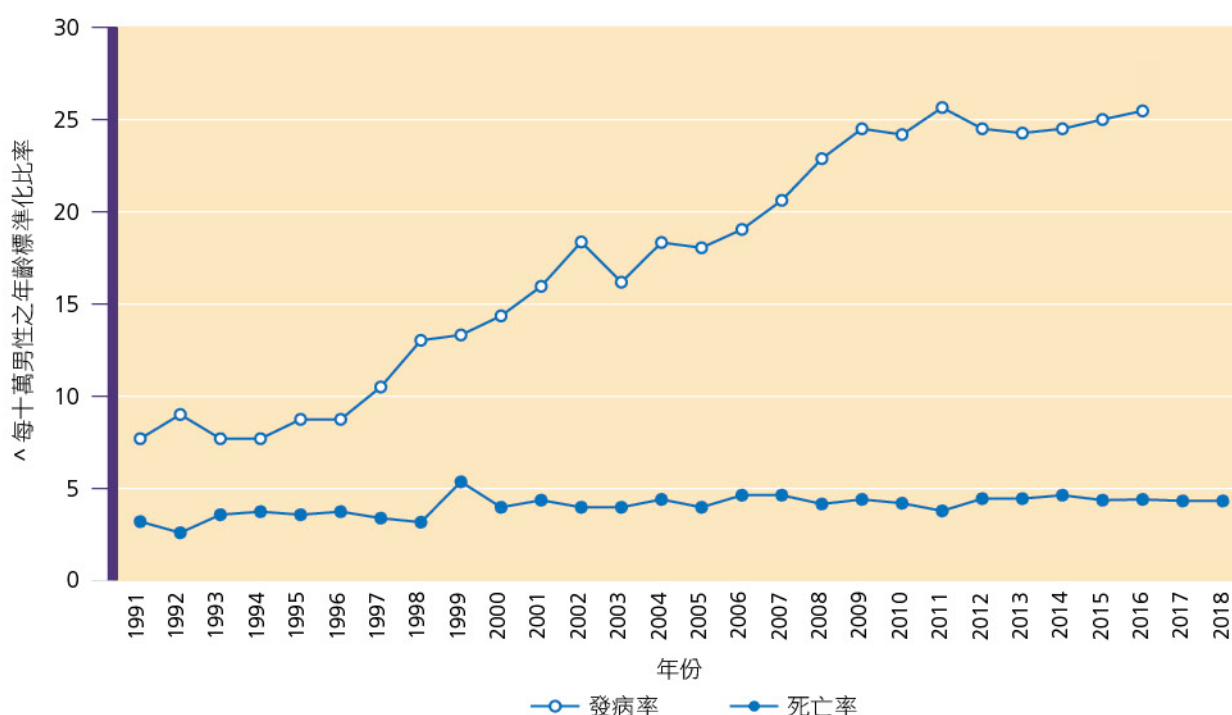
4 前列腺癌

(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紓緩治療，以控制徵狀和支援病人家庭。

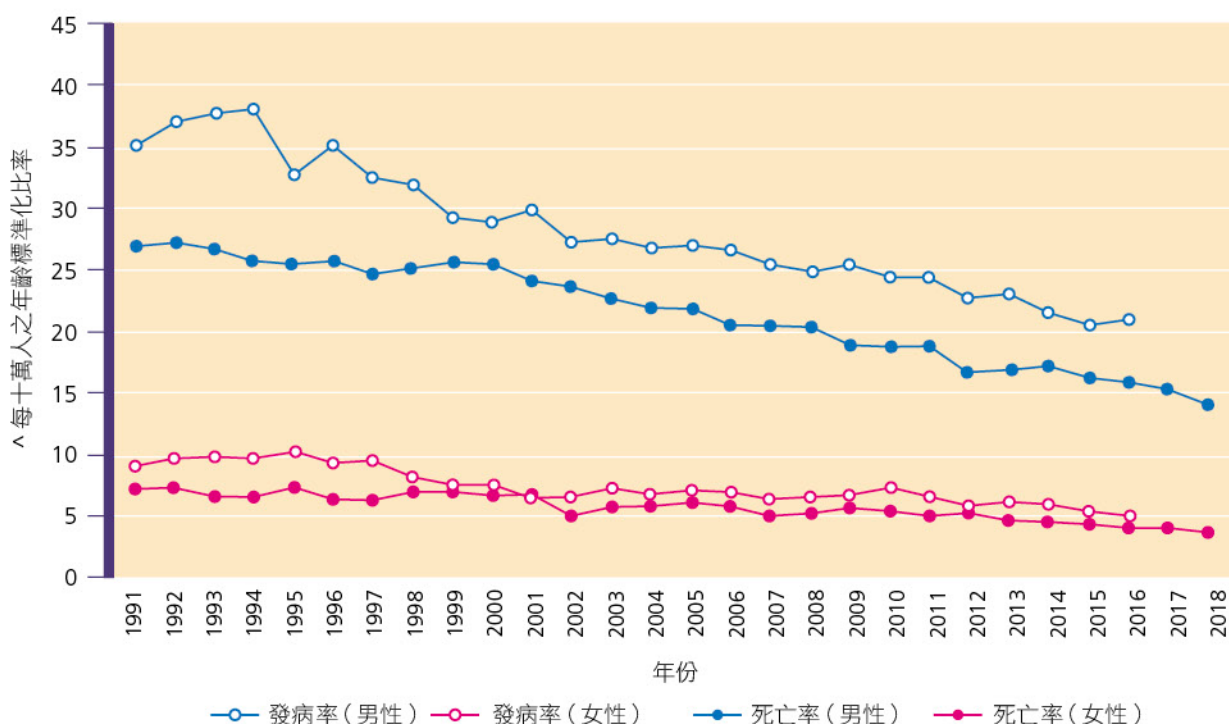
5 肝癌

(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。



附件二

在公營機構
體系內的
管治架構
及執行單位

(一) 食物及衛生局

1. 食物及衛生局(下稱「食衛局」)負責為本港的公共衛生及醫療體系制訂整體政策及分配資源，並確保有關政策能夠有效、適時地推行，以保障和促進公共衛生，為每位市民提供全面和終身的醫療服務。同時，該局致力確保市民不會因為經濟困難而無法獲得適當的治療。在癌症控制方面，食衛局負責監督由衛生署、醫院管理局(下稱「醫管局」)及研究處夥拍不同非政府的持份者及合作機構而推行的各類型活動，內容涵蓋癌症監測、減少風險因素、促進健康、癌症篩查、優質治療、紓緩治療及研究。

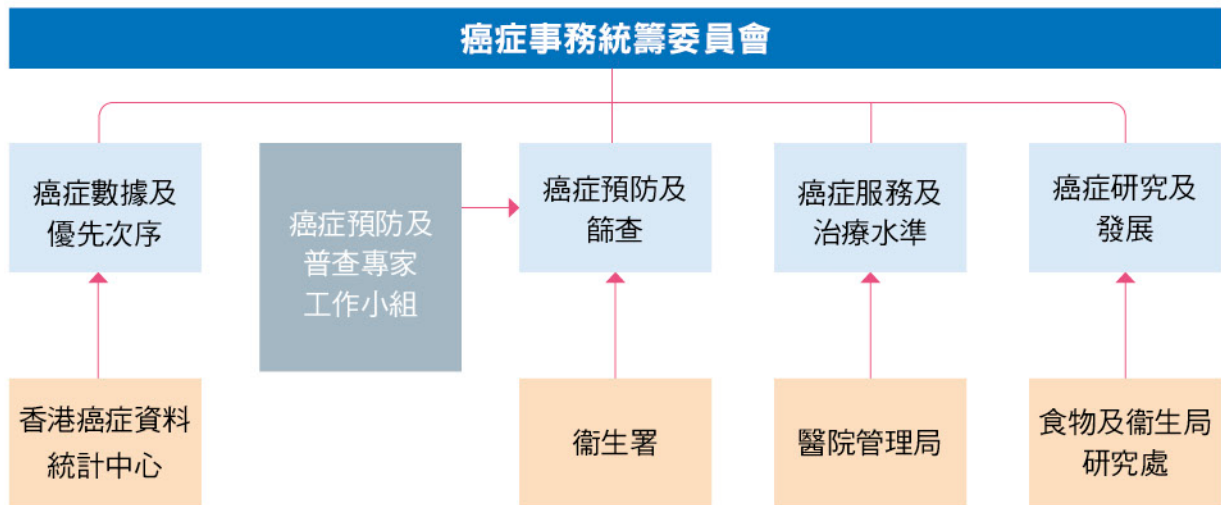
(二) 癌症事務統籌委員會

2. 在2001年，食衛局成立高層次的「癌症事務統籌委員會」(下稱「統籌委員會」)，負責督導癌症防控工作的方向，以及在策略上提供建議。統籌委員會由食衛局局長主持，成員包括來自政府、非政府及學術界別中不同臨牀醫學及公共衛生界別的專家。²⁵ 統籌委員會委員名單可參閱本附件的附錄A。於2002年，統籌委員會下成立了癌症預防及普查專家工作小組(下稱「專家工作小組」)，職責包括審視本港及國際的科學證據，以及評估及制訂本港適用的癌症預防及篩查的建議。專家工作小組的成員來自公營、私營機構及學術界的公共衛生人員、臨牀醫生及研究專家。²⁶ 專家工作小組委員名單可參閱本附件的附錄B。統籌委員會每年會檢視癌症的流行病學、服務發展和規劃工作，以配合不斷轉變的需要；商討及審批專家工作小組提出的最新或修訂建議；以及檢視由食衛局資助進行的癌症研究的計劃及結果。

25 統籌委員會的職權範圍為：
 (一) 督導癌症防控工作的方向；
 (二) 就癌症防控策略的計劃和制訂提出建議；
 (三) 審視四個癌症防控範疇(即癌症預防及篩查、治療、監測及研究)相關的工作報告；
 (四) 監督癌症預防及普查專家工作小組的工作；及
 (五) 評估及協助推行癌症預防及普查專家工作小組提出的建議。

26 專家工作小組的職權範圍為：
 (一) 審視有關癌症預防及篩查的成效之科學實證；
 (二) 以科學實證角度評估當前本地的癌症預防及篩查工作；
 (三) 制訂適用於臨牀和社區的癌症預防與篩查指引；及
 (四) 就指引的實施及相應工作的監察及評估制度提出策略性的建議。

癌症事務統籌委員會自 2014 年 8 月起的架構



(三) 香港癌症資料統計中心

- 香港癌症資料統計中心是一所覆蓋全港人口的癌症資料統計機構，負責監督癌症監測工作，並提供框架用以評估癌症對社區造成的影響。統計中心的主要使命是按照世界衛生組織（下稱「世衛」）轄下國際癌症研究機構制訂的準則，搜集、整合及驗證本港確診癌症病人的基本人口資料、癌症原發部位及組織形態學的資訊，藉以收集及發布癌症的發病率及死亡率。分析這些資訊，能顯示癌症模式隨時間變化的差異，從而為地域性比較、流行病學及臨牀等研究提供基礎，同時亦為癌症防控服務提供規劃、監察及評估等方面的支援。

(四) 衛生署

- 衛生署是政府的衛生事務顧問，也是執行醫護政策和法定職責的部門，一直致力推行促進健康、預防疾病和衛生防護等服務，藉以保障市民的健康。衛生署轄下母嬰健康院、學生健康服務中心、婦女健康中心和長者健康中心的服務網絡，為市民提供基層醫療服務。除此之外，衛生署執行公共衛生防控職能，透過轄下多間胸肺科診所、社會衛生科診所和綜合治療中心，為市民提供免費或獲政府大幅資助的公共衛生服務。

5. 衛生署亦積極提倡終身健康飲食，鼓勵所有人士恆常進行體能活動，致力控煙，以及教育市民與酒精相關的危害，務求多管齊下，達到預防癌症的效果。衛生署與社區的伙伴合作，進行多方面的健康推廣、教育和防護等工作，冀盼藉着基層防癌工作，從而減輕癌症對本港的負擔。有關工作的例子如下：
 - (一) 推廣奉行健康的生活模式：例如衛生署提倡均衡及健康的飲食、恆常進行體能活動、避免煙酒、保持健康體重和腰圍、鼓勵純母乳餵哺等。衛生署於 2018 年 12 月展開為期一年的全港性宣傳活動「健康香港 2025 | 郁一郁 • 健康啲」，旨在加強市民對健康生活的關注和參與，鼓勵市民從「郁一郁」開始，增加體能活動，以及建立活躍生活模式預防非傳染病。此外，衛生署於 2019-20 年度向各區區議會提供最高 25 萬元的資助款額，以便在區內組織和舉辦推廣社區健康的項目，藉以在地區層面上防控非傳染病；
 - (二) 推行煙草規管措施：衛生署控煙酒辦公室透過宣傳、教育、立法、執法、徵稅和提供戒煙服務，鼓勵市民不要吸煙、抑制煙草廣泛使用，並減低二手煙對公眾的影響，藉以保障公眾健康；
 - (三) 鼓勵市民不要飲酒：控煙酒辦公室執行法定規管制度，禁止任何人為營商目的而向未成年人士售賣和供應酒精；以及禁止未成年人士在《應課稅品（酒類）規例》（第 109B 章）所訂明的持酒牌處所內飲酒；以及
 - (四) 接種疫苗預防乙型肝炎：衛生署轄下母嬰健康院為五歲或以下兒童免費接種疫苗。
6. 衛生署定期監察本地人口可導致或預防癌症的健康行為的趨勢，又藉着持續監測和評估活動來監察健康促進及癌症預防工作的成效。作為兒童疫苗接種服務的主要提供者，衛生署為嬰兒接種乙型肝炎疫苗，並由 2019/20 學年起為女學童接種人類乳頭瘤病毒疫苗。子宮頸普查計劃自 2004 年實施以來，透過公私營及非政府機構的醫護專業人員互相協作，30 至 49 歲婦女曾接受以子宮頸細胞

檢驗方式進行子宮頸癌篩查的比率達 62.9%。^{27, 28} 為提高低收入羣組接受篩查的比率，衛生署於 2017 年 12 月推行一項由關愛基金資助的先導計劃，透過非政府機構向低收入羣組加強推廣子宮頸癌篩查服務和癌症預防教育。至於大腸癌篩查方面，2015 年篩查的覆蓋率約達 28%。²⁹ 為減輕大腸癌帶來的負擔，衛生署於 2016 年 9 月展開大腸癌篩查先導計劃，並於 2018 年 8 月把先導計劃轉為恆常項目，以便分階段涵蓋 50 至 75 歲的人士。衛生署所提供的婦女健康服務會繼續為符合專家工作小組建議的乳癌較高風險的婦女進行乳房 X 光造影篩查。至於一般風險的婦女，主要的乳癌預防策略仍然是推廣婦女對乳房健康的關注、餵哺母乳及健康的生活方式。衛生署在衛生事務上擔當顧問、倡導及推廣的職責，與其他政府決策局／部門、機構和非政府組織協作，藉着制訂政策、規管、加強服務和教育公眾，藉以減低市民接觸到環境中有可能增加患癌風險的有害物質。

（五）醫院管理局

7. 醫管局於 1990 年 12 月成立，負責管理全港公立醫院，並透過負責制訂醫療政策的食衛局局長向香港特別行政區政府負責。截至 2018 年 12 月 31 日，醫管局僱員人數超過 78 000 人（以相當於全職計算），管理七個醫院聯網轄下共 43 間公立醫院／醫療機構、49 間專科門診及 73 間普通科門診。截至 2018 年 3 月 31 日，醫管局合共提供約 28 000 張病牀，滿足本港近 90% 的住院醫療需要。
8. 醫管局提供的癌症服務透過以下形式組織及運作－
 - （一）以聯網為基礎，透過轄下共七個聯網提供服務（現時共有六間腫瘤中心）。基督教聯合醫院的重建計劃預計於 2023 年完成，當中設有第七間腫瘤中心；及
 - （二）經協調的跨專科（包括腫瘤科、內科、外科、放射科、病理科等）和跨專業的服務系統。

²⁷ 年齡介乎 25 至 64 歲而曾有性經驗的本港婦女建議定期接受子宮頸癌篩查。根據《二零一四至二零一五年度人口健康調查報告書》（下稱《人口健康調查報告書》），約 60% 年齡介乎 25 至 64 歲的婦女曾經接受子宮頸癌篩查，而該年齡組別逾 47% 的婦女在過往三年內接受篩查。

²⁸ 按世衛所採用的子宮頸癌篩查覆蓋率的呈報方式，此比率指 30 至 49 歲婦女至少接受一次子宮頸癌篩查所佔的比例。

²⁹ 根據《人口健康調查報告書》，本港有 28% 年齡介乎 50 至 75 歲的無症狀人士曾經接受大便隱血測試或大腸鏡檢查，或兩種方法。

9. 在機構層面上，醫管局的癌症服務中央委員會、臨牀腫瘤科統籌委員會及其他主要統籌委員會組成一個跨專業統籌平台，就癌症服務不足之處和優先處理範疇提供建議。在私營界別於癌症服務上的合作及發展方面，醫管局自 2012 年 5 月起推行「公私營協作放射診斷造影先導計劃」。服務對象包括 11 個癌症組別的病人（須經醫生臨牀診斷為符合資格），可以選擇自願參與計劃。合資格的癌症病人可獲全額資助，接受私營界別提供的電腦掃描造影或磁力共振掃描造影服務。
10. 醫管局於 2017 年，醫管局發布《紓緩治療服務策略》，規劃紓緩治療服務在未來五至十年的發展方向，並就如何改善成人和兒童的紓緩治療服務釐定了策略方針。目前，醫管局轄下所有聯網均提供不同形式的紓緩治療服務，包括住院服務、日間紓緩治療（家居護理、門診、日間紓緩護理治療）及哀傷輔導服務等。
11. 鑑於癌症服務的需求和複雜性日益增加，醫管局現正草擬《癌症服務策略》，旨在識別並改善服務不足之處，並規劃醫管局癌症服務在未來五至十年的服務模式及相應的系統建設。
12. 為進一步提升服務能力，醫管局會繼續增加手術室節數、相關設施及人手（例如屯門醫院手術室大樓擴建計劃），以增加癌症手術的服務量，同時亦加強放射治療及化療服務量。
13. 此外，醫管局將於 2023 年完成基督教聯合醫院重建計劃後，在該院啟用第七間腫瘤中心，以滿足九龍東居民的需要。
14. 醫管局會與有關政府部門、非政府機構及私營醫療服務持份者攜手合作，為病人及其照顧者提供治療過程所需的支援。

（六）研究處

15. 研究處隸屬食衛局，負責管理及發放「醫療衛生研究基金」的撥款，用以贊助衛生及醫療上的尖端科學研究，其中包括癌症研究及以實證為本有關健康促進的社區項目。

附錄 A

癌症事務統籌委員會 委員名單 (2018 - 2021)

- 主席：** 食物及衛生局局長
- 副主席：** 衛生署署長
- 非官方委員：** 陳澤林醫生
陳浩明醫生
陳家亮教授
陳嘉倫醫生
陳銘偉醫生
陳德章教授
鄭志堅醫生
郭寶賢醫生
鄭靄慧醫生
林露娟教授
劉詩敏醫生
梁卓偉教授
梁憲孫教授
顏繼昌教授
蕭成信醫生
曾浩輝醫生
邱振中醫生
袁家兒醫生
- 當然委員：** 食物及衛生局副秘書長 (衛生)1
衛生署衛生防護中心總監
食物及衛生局顧問醫生 (研究處)
醫管局聯網服務總監
香港癌症資料統計中心總監
- 秘書：** 衛生署社會醫學顧問醫生 (非傳染病)

癌症預防及普查專家工作小組
委員名單 (2018 - 2021)

- 主席：** 曾浩輝醫生
- 副主席：** 衛生署衛生防護中心總監
- 委員：** Dr Kate ALLEN
陳嘉倫醫生
陳志梅醫生
周偉強醫生
張雅賢教授
范婉雯醫生
許斌醫生
葉啟明醫生
林嘉安醫生
羅振基醫生
羅偉倫教授
龍浩鋒醫生
黃錦洪醫生
黃至生教授
楊美雲醫生
應志浩醫生
- 秘書：** 衛生署社會醫學顧問醫生 (非傳染病)



附件三

癌症預防及普查專家
工作小組就九種癌症
提出的最新篩查建議

癌症

「一般風險」的無症狀人士

「較高風險」人士

A. 大腸癌

1. 年齡介乎 50 歲至 75 歲的人士應考慮使用以下任何一種篩查方法檢測大腸癌：
 - (a) 每一至兩年接受一次大便隱血測試；
 - (b) 每五年接受一次乙狀結腸鏡檢查；或
 - (c) 每十年接受一次大腸鏡檢查。
2. 帶有「連氏綜合症」基因突變的人士，從 25 歲起，每一至兩年接受一次大腸鏡檢查。
3. 帶有「家族性大腸腺癌肉病」基因突變的人士，從 12 歲起，每兩年接受一次乙狀結腸鏡檢查。
4. 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，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。
 - * 關於大腸癌基因檢測的建議：對於帶有可識別基因突變的大腸癌病人，其家屬可進行兩層篩查，即先進行基因檢測才決定進行內窺鏡檢查，以減少不必要的檢查數目及降低潛在併發症的風險。

B. 肺癌

一般或高風險人士—

1. 不建議以胸肺 X 光檢查或痰液細胞檢查作常規肺癌篩查。
2. 沒有足夠科學證據支持或反對以低輻射量電腦掃描於無症狀人士作肺癌篩查或全民肺癌篩查。

C. 乳癌

1. 未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。
2. 未有足夠證據建議婦女定期進行自我乳房檢查作為乳癌篩查方法。婦女應該關注乳房健康（熟悉自己乳房平常的外表和觸感），如發現乳房有任何異常，應盡快求診。
3. 未有足夠證據建議進行臨牀乳房檢查。
4. 任何人士若考慮接受乳癌篩查，應向醫生清楚了解篩查的好處和風險，才作出知情選擇。
5. **乳癌風險屬中等**的婦女（只有一名直系女性親屬在 50 歲或以前確診患上乳癌，或有兩名直系女性親屬曾在 50 歲之後確診患上乳癌）應諮詢醫生，並仔細考慮乳癌篩查的利弊後，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。
6. **屬於高風險**婦女（例如確認帶有 *BRCA1* 或 *BRCA2* 基因突變、有家族乳癌或卵巢癌病史）應諮詢醫生；及
 - (a) 每年接受一次乳房 X 光造影篩查；
 - (b) 從 35 歲開始，或按曾患乳癌的最年輕親屬確診時年齡計算早十年（但不早於 30 歲）開始篩查；及
 - (c) 確認帶有 *BRCA1* 或 *BRCA2* 基因突變或在十歲至 30 歲期間胸部曾接受放射治療的婦女，可考慮額外進行每年一次磁力共振檢查。

癌症

「一般風險」的無症狀人士

「較高風險」人士

D. 前列腺癌

1. 未有足夠科學證據支持或反對以前列腺特異抗原血液測試及／或肛門指檢為無症狀男士進行全民前列腺癌篩查。
2. 無症狀男士若考慮接受前列腺癌篩查，專家工作小組鼓勵他們與醫生商討個人情況，以對是否需要接受前列腺癌篩查作出知情選擇。
3. 高風險男士，包括非裔美洲人或有一個或以上直系親屬在 65 歲前確診患上前列腺癌，應考慮諮詢臨牀診治的醫生，以決定是否需要進行篩查及應如何進行。前列腺特異抗原血液測試一般會被視為篩查的測試，而肛門指檢也可以作為篩查的一部分。以前列腺特異抗原血液測試作篩查不應 45 歲前進行，而可進行至 70 歲為止，期間的頻率不多於每兩年一次。

E. 肝癌

1. 不建議以甲胎蛋白或超聲波為一般無症狀人士作常規篩查。
2. 乙型或丙型慢性肝炎病人，及任何原因引致肝硬化的病人，患肝細胞癌的風險較高。根據如年齡、家族史、是否患有肝硬化和其他臨牀指標等準則，個別群組患上肝癌的風險會較高，他們應考慮定期（例如每六至 12 個月）接受甲胎蛋白和超聲波作監測。乙型或丙型慢性肝炎病人及肝硬化病人，應諮詢醫生，以決定是否有需要及如何進行癌症監測。

F. 子宮頸癌

1. 25 歲至 64 歲曾有性經驗的婦女，若連續兩年子宮頸細胞檢驗結果正常，以後可每三年接受一次檢驗。
2. 65 歲或以上的婦女，如在過去十年內連續三次子宮頸細胞檢驗結果正常，可停止接受篩查。
3. 65 歲或以上的婦女而從未接受子宮頸細胞檢驗，應接受篩查。
4. 21 至 24 歲曾有性經驗的婦女，並有持續感染人類乳頭瘤病毒或患子宮頸癌的風險因素（例如過早開始有性行為、有多個性伴侶、吸煙）的婦女，會被視為「較高風險」人士。她們可根據醫生的評估接受子宮頸細胞檢驗，若連續兩年子宮頸細胞檢驗結果正常，以後可每三年接受一次檢驗。
5. 其他患子宮頸癌風險較高的婦女須由醫生評估，並可能需要接受較頻密的檢驗。

G. 鼻咽癌

1. 未有足夠科學證據支持以人類疱疹病毒第四型的免疫球蛋白 A 及人類疱疹病毒第四型的脫氧核糖核酸測試為無症狀人士進行全民鼻咽癌篩查。
2. 有鼻咽癌家族史的人士可考慮諮詢有相關專門知識的醫生，以對篩查作出知情選擇。

癌症	「一般風險」的無症狀人士	「較高風險」人士
H. 甲狀腺癌	1. 不建議為一般風險的無症狀人士作甲狀腺癌篩查。	2. 患甲狀腺癌的較高風險人士，包括在嬰孩期曾接受頭頸部放射治療，或有「家族性甲狀腺癌」或「第二型多發性內分泌腫瘤」家族史的人士，應考慮諮詢醫生，以決定是否需要及如何進行篩查。
I. 卵巢癌	1. 不建議為一般風險的無症狀女士進行卵巢癌篩查。	2. 屬於高風險的女士，如有強烈的家族乳癌或卵巢癌病史、或帶有某些遺傳性基因突變（例如 <i>BRCA1</i> 或 <i>BRCA2</i> 基因、連氏綜合症），應考慮諮詢醫生，以評估患卵巢癌的風險，並決定是否需要及如何進行篩查。

專有名詞 簡稱

人口健康調查報告書	《二零一四至二零一五年度人口健康調查報告書》
中心	香港癌症資料統計中心
世衛	世界衛生組織
先導計劃	大腸癌篩查先導計劃
食衛局	食物及衛生局
基金	醫療衛生研究基金
專家工作小組	癌症預防及普查專家工作小組
統籌委員會	癌症事務統籌委員會
策略及行動計劃	《邁向2025：香港非傳染病防控策略及行動計劃》
醫管局	醫院管理局

相關連結

癌症監測

香港癌症資料統計中心

<http://www3.ha.org.hk/cancereg/tc>



預防和篩查

邁向 2025：香港非傳染病防控策略及行動計劃

<https://www.change4health.gov.hk/tc/saptowards2025/publications.html>



衛生防護中心網頁內有關癌症的資訊

<https://www.chp.gov.hk/tc/healthtopics/content/25/31932.html>



子宮頸普查計劃

<https://www.cervicalscreening.gov.hk/cindex.php>



大腸癌篩查計劃

<https://www.colonscreen.gov.hk/tc/public/index.html>



病人護理 及支援

智友站

<http://www21.ha.org.hk/smartpatient/SPW/zh-HK/Home/>



研究

醫療衛生研究基金

https://rfs2.fhb.gov.hk/tc_chi/welcome/welcome.html





