

非傳染病直擊

二零一四年 十一月



照顧你的腸道— 大腸癌預防及篩查

要點

- ※ 大腸癌是指影響消化系統的最後一部分，包括結腸、直腸和肛門的惡性腫瘤，是全球及本地最常見的癌症之一。
- ※ 於二零一一年，大腸癌成為香港最常見的癌症，共有 4 450 宗新增個案。
- ※ 預防大腸癌可透過實踐健康生活模式，及進行適當的篩查，以檢測和切除可能會演變成癌的瘻肉。如能及早發現並得到最佳治療，大腸癌的治愈率相當高。

預防大腸癌的提示

實踐健康生活模式

- ※ 保持均衡飲食，包括每日進食足夠份量的高纖維食物。應限制進食紅肉，避免進食加工的肉類、醃製或腌製的食品。
- ※ 多進行體能活動和避免久坐少動的生活模式。
- ※ 維持體重和腰圍適中。
- ※ 不吸煙。
- ※ 避免飲酒。

按建議接受大腸癌篩查

- ※ 年齡介乎 50 至 75 歲的男士及女士應與醫生商量，並考慮接受大腸癌篩查。
- ※ 高風險人士應按醫生的建議，及早進行大腸癌篩查及縮短覆查的相隔時間。

及早識別大腸癌的症狀和病徵，有需要時應盡早求診

- ※ 大便習慣在不明原因下有所改變（腹瀉或便秘），並持續超過兩星期。
- ※ 大便出血（鮮紅或深色）或有大量黏液。
- ※ 大便後仍有便意。
- ※ 腹部不適，例如持續疼痛、腹脹、飽脹或絞痛。
- ※ 原因不明的體重下降和疲倦。

照顧你的腸道—大腸癌預防及篩查

大腸癌是影響消化系統的最後一部分，包括結腸、直腸和肛門的惡性腫瘤。它是全球最常見的癌症和癌症死亡的主要

成因之一。於二零一二年，全球有超過 136 萬宗大腸癌新增個案和約有 694 000 人死於大腸癌（表一）¹。

表一：二零一二年大腸癌的全球負擔

	男性	女性	總計
新症數目：	746 000	614 000	1 361 000
年齡標準化發病率*：	20.6	14.3	17.2
死亡個案數目：	374 000	320 000	694 000
年齡標準化死亡率*：	10.0	6.9	8.3
排名(按新症總數而定)：	3	2	3

註：*按每十萬名世界標準人口計算。

資料來源：二零一二年國際癌症研究機構 Globocan。

大腸癌的發展和風險因素

大腸癌的形成一般由瘻肉開始，瘻肉是生長在腸壁粘膜的細小增生組織。大腸瘻肉通常是良性的，但有部分會慢慢演變成為癌症，而這種變化可歷時十年以上^{2,3}。多種因素可增加某些人士患上大腸癌的風險（方格一）。除了年齡

增長、男性、有大腸癌家族史或帶有可導致大腸癌的基因外，一些可改變的風險因素也與大腸癌風險的增加有關。這些包括炎症性腸病、肥胖、多進食紅肉或加工的肉類、吸煙、飲酒、缺乏體能活動和患有二型糖尿病^{2,4,5}。

方格一：大腸癌的主要風險因素

年齡五十歲或以上 — 任何人士都有可能患上大腸癌，但此病最常見於 50 歲或以上的人士。在已發展國家，確診大腸癌的年齡中位數約為 70 歲^{2,6}。

男性 — 男性患上大腸癌的風險約是女性的兩倍⁷。

有大腸癌家族史，尤其是直系親屬（父母、兄弟姊妹或子女）— 有最少一位直系親屬是大腸癌患者的人士，他們患上大腸癌的風險是沒有大腸癌家族史的人士的 2.2 倍；而有至少兩位直系親屬是大腸癌患者的人士，他們的風險是沒有這家族史的人士的 4.0 倍⁸。

遺傳傾向 — 約 3% 至 5% 的大腸癌個案與遺傳有關。兩種最常見的遺傳性大腸癌是遺傳性非瘻肉病大腸癌和家族性大腸腺瘻肉病^{2,9}。

方格一：大腸癌的主要風險因素(續)

炎症性腸病 — 患有克隆氏症或潰瘍性直腸炎的人士，他們患上大腸癌的風險約是一般人士的兩倍^{10, 11}。一般而言，大腸癌的風險會隨著患有腸炎的時間越長、涉及的腸臟範圍越廣、越早發生炎症性腸病及其發炎的嚴重程度而增加¹²。

肥胖 — 肥胖的人士患上大腸癌的風險比體重正常的人士高出約 33%。腰圍類別屬於高的人士患上大腸癌的風險亦比腰圍類別屬於低的人士高出約 46%¹³。

進食紅肉和加工的肉類 — 每日每多進食 100 克紅肉和加工的肉類，患上大腸癌的風險會增加 14%¹⁴。

吸煙 — 與從不吸煙人士比較，吸煙人士患上大腸癌的風險高出 20%¹⁵，而死於大腸癌的風險則高出 40%¹⁶。

飲酒 — 與不飲酒或偶爾飲酒的人士比較，每天飲酒兩至三杯（或攝取 12.6 克至 49.9 克乙醇）的人士和每天飲酒四杯或以上（或攝取 50.0 克或更多乙醇）的人士患上大腸癌的風險分別高出 21% 和 52%¹⁷。

靜態行為和長期工作時久坐少動 — 靜態行為會令患上結腸癌的風險增加 30%¹⁸。大部分工作時間久坐少動的人士患上末端結腸癌的風險是大部分工作時間需要輕度活動的人士的約兩倍¹⁹。

糖尿病 — 與沒有患上糖尿病的人士比較，糖尿病患者患上大腸癌和死於大腸癌的風險分別高出 27% 和 20%²⁰。

香港的大腸癌疾病負擔

發病率

於二零一一年，大腸癌首次超越肺癌成為香港最常見的癌症，共錄得 4 450 宗新增個案，佔當年所有新確診癌症的 16.5%（表二）。按性別和年齡組別分析，有 56.9% 和 91.4% 的

大腸癌新症分別發生在男性和五十歲及以上的人士身上。男性和女性按每十萬名人口計算的粗發病率分別為 76.7 和 50.8²¹。

表二：二零一一年大腸癌新症便覽

	男性	女性	總計
新症數目：	2 534	1 916	4 450
粗發病率*：	76.7	50.8	62.9
年齡標準化發病率**：	46.0	30.1	37.7
佔癌症新症總數的百分比：	18.1%	14.8%	16.5%
確診時的年齡中位數(歲)：	70	71	70
75歲前的累積風險：	每22人一名	每35人一名	每27人一名
排名(按新症總數而定)：	2	2	1

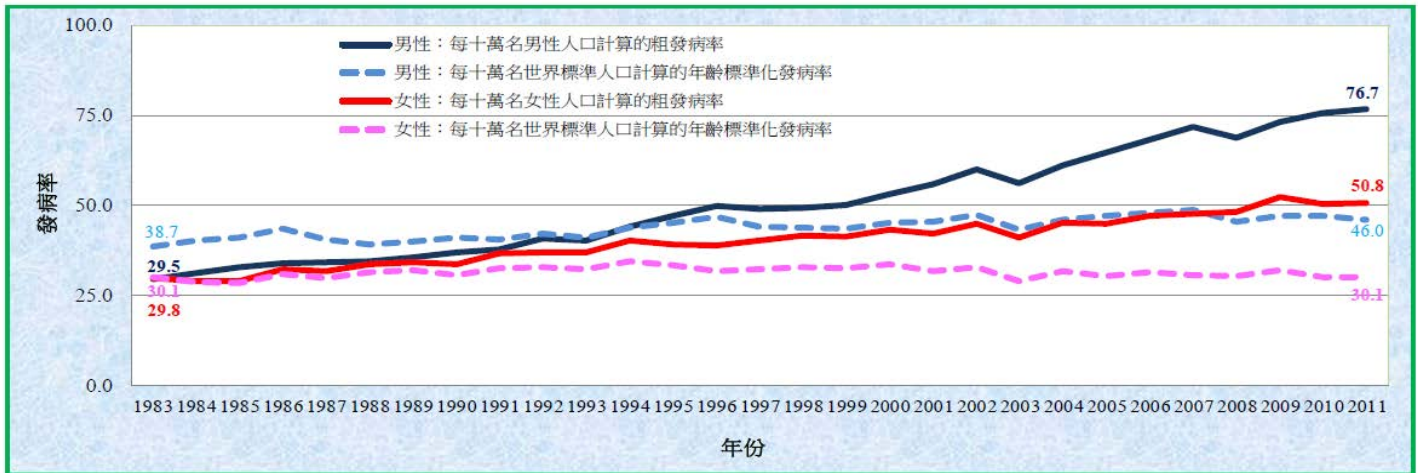
註：*每十萬名人口計算；**每十萬名世界標準人口計算。

資料來源：醫院管理局香港癌症資料統計中心、衛生署及政府統計處。

調整了人口老化的影響之後，於二零一一年，按每十萬名世界標準人口計算的男性及女性年齡標準化發病率分別為 46.0 和 30.1²¹。自一九八零年代初起，男性和女性的粗發病率

及年齡標準化發病率均整體呈上升趨勢。但於過去近十年間，年齡標準化發病率並沒有明顯上升趨勢（圖一）。

圖一：一九八三年至二零一一年按性別劃分大腸癌粗發病率及年齡標準化發病率

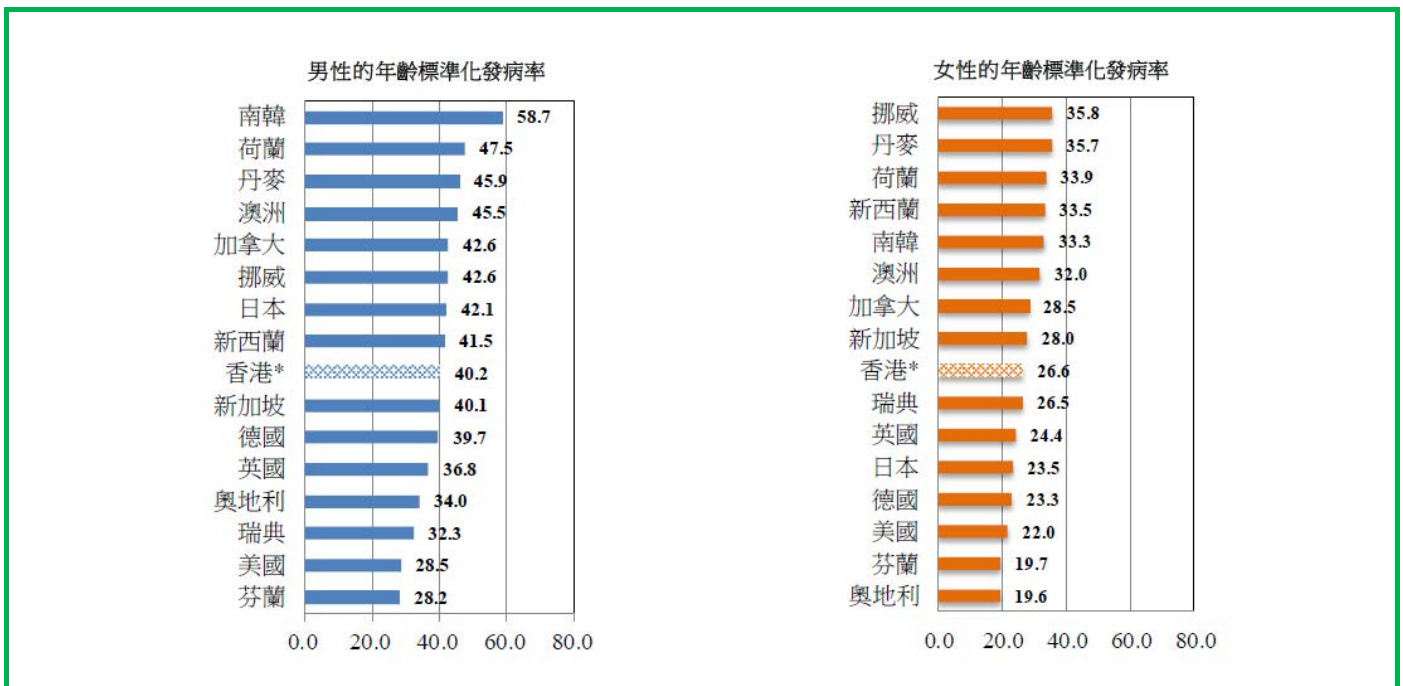


資料來源：醫院管理局香港癌症資料統計中心、衛生署及政府統計處。

當與世界各國相比，香港男性和女性的大腸癌年齡標準化發病率較許多國家的為高（圖二）。整體而言，香港的大腸癌年齡標準化發病率（於二零一一年按每十萬名世界標準

人口計算為 33.2）接近全球發病率（於二零一二年按每十萬名世界標準人口計算為 17.2）的兩倍^{1,21}。

圖二：二零一二年按性別劃分大腸癌年齡標準化發病率的國際比較



註：*二零一一年香港的年齡標準化發病率。為與其他國家比較，香港男性和女性的年齡標準化發病率是按二零一二年國際癌症研究機構 Globocan 提供的方法計算。

資料來源：二零一二年國際癌症研究機構 Globocan、醫院管理局香港癌症資料統計中心、衛生署及政府統計處。

大腸癌於確診時的發展階段是重要的預後指標。外國研究指出確診患有局部大腸癌（第一期和第二期）的人士的五年相對存活率為 90% 以上。但若果癌細胞已擴散至大腸以外和涉及鄰近器官或淋巴結時（第三期），患者的相對存活率會降低至約 69%；

死亡率

大腸癌在本港致命癌症中排第二位。於二零一二年，因大腸癌致死的登記個案共有 1 903 宗，佔癌症死亡總數的 14.3%，而按 75 歲

若果已擴散至肝臟或肺部等其他器官時（第四期），相對存活率則會進一步下降至約 12%⁶。於二零一一年，在香港接近一半（48.6%）的大腸癌確診新症屬第三期（25.9%）或第四期（22.7%）²²。

為分界，大腸癌導致的潛在壽命損失年數達 11 249 年。男性和女性按每十萬人口計算的大腸癌粗死亡率分別為 32.4 和 21.5（表三）²³。

表三：二零一二年大腸癌死亡個案便覽

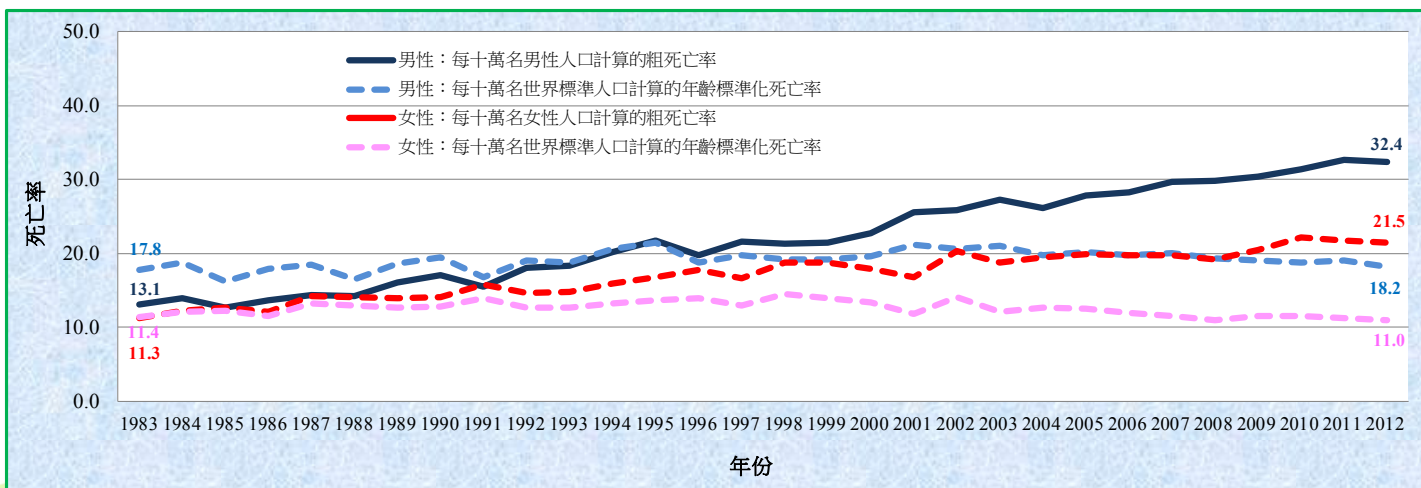
	男性	女性	總計
登記死亡數目：	1 079	824	1 903
粗死亡率*：	32.4	21.5	26.6
年齡標準化死亡率**：	18.2	11.0	14.4
佔死於癌症總人數的百分比：	13.6%	15.3%	14.3%
死亡時的年齡中位數(歲)：	75	78	76
以75歲為分界的潛在壽命損失年數：	6 438	4 811	11 249
排名(按癌症登記死亡總數而定)：	2	2	2

註：*每十萬名人口計算；** 每十萬名世界標準人口計算。

資料來源：醫院管理局香港癌症資料統計中心、衛生署及政府統計處。

由圖三可見，自一九八零年代初起，男性和女性的粗死亡率和年齡標準化死亡率逐漸上升。但於過去近十年間，年齡標準化死亡率反呈下降趨勢²³。

圖三：一九八三年至二零一二年按性別劃分大腸癌粗死亡率及年齡標準化死亡率

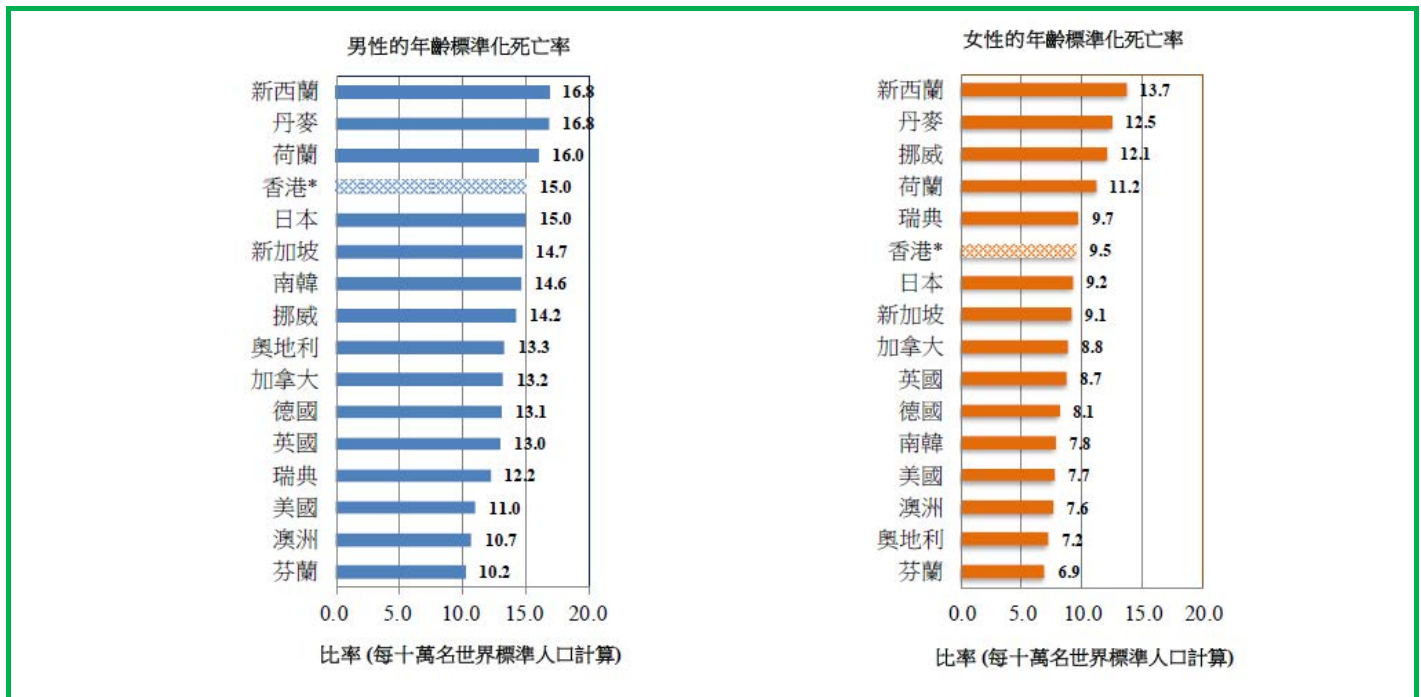


資料來源：醫院管理局香港癌症資料統計中心、衛生署及政府統計處。

於二零一二年，香港男性和女性的大腸癌年齡標準化死亡率（按每十萬名世界標準人口計算，男性為 15.0 而女性為 9.5），較許多國家的死亡率為高（圖四）。整體而言，香港的大腸癌

年齡標準化死亡率（按每十萬名世界標準人口計算為 12.1）比全球的比率（按每十萬名世界標準人口計算為 8.3）高出約 46%^{1,23}。

圖四：二零一二年按性別劃分大腸癌年齡標準化死亡率的國際比較



註：*為與其他國家比較，香港男性和女性的年齡標準化死亡率是按二零一二年國際癌症研究機構 Globocan 提供的方法計算。
資料來源：二零一二年國際癌症研究機構 Globocan、醫院管理局香港癌症資料統計中心、衛生署及政府統計處。

大腸癌的預防和發現

雖然有些大腸癌的風險因素無法改變（例如年齡和遺傳傾向），但相當比例的大腸癌個案可透過實踐健康的生活模式、適當地接受篩查，和及早識別大腸癌的病徵以便及時發現和盡早診治得以預防或避免。

實踐健康的生活模式

實踐健康的生活模式對預防大腸癌十分重要。一項在丹麥進行的前瞻性隊列研究，訪問了逾 55 000 名年齡 50 至 64 歲的男女，並平均追蹤達 9.9 年。結果發現遵從以下五項健康生活模式的建議，包括健康飲食、恆常進行體能活動、避免肥胖、不吸煙和避免飲酒，能減低

患上大腸癌的風險。整體而言，被訪者只要多遵從一項健康生活模式的建議，估計可預防 13% 的大腸癌個案。再者，如果被訪者遵從所有五項建議，估計能預防 23% 的大腸癌²⁴。因此，市民應：

> **保持均衡飲食**，每日進食最少 5 份水果和蔬菜。多進食全穀物或未經加工的穀類食物。歐洲的一項有關癌症和營養的前瞻性調查發現，每日每多攝取 10 克水果和蔬菜的纖維及穀物的纖維，分別可減低患上大腸癌的風險 9% 及 11%²⁵。此外，亦應限制進食紅肉，避免進食加工的肉類、醃製或腌製的食品。

> **多進行體能活動和避免久坐少動的生活模式**（例如看電視）。研究顯示，體能活動量最高的人士相比活動量最低的人士，他們患上近端結腸癌的風險低 27%，而患上末端結腸癌的風險則低 26%²⁶。為健康著想，成年人每星期應進行最少 150 分鐘中等強度（例如快步行、慢速游泳或悠閒地踏單車）或 75 分鐘劇烈強度（例如緩步跑、快速游泳或跳繩），或程度相若的體能活動。

> **維持體重和腰圍適中**。就香港的華裔成年人而言，體重指數應介乎 18.5 至 22.9。無論體重指數是多少，男士的腰圍應少於 90 厘米（約 36 吋），而女士的腰圍應少於 80 厘米（約 32 吋）。

> **不吸煙**。吸煙人士可致電衛生署綜合戒煙熱線 1833 183，尋求免費戒煙建議和協助。

> **避免飲酒**。酒精是致癌物。就致癌風險方面，並沒有安全的飲酒量，飲用啤酒、紅酒或烈酒的致癌風險相等²⁷。

要知道更多關於健康生活的資訊，請致電 24 小時健康教育熱線 2833 0111 或瀏覽衛生署中央健康教育組網站 <http://www.cheu.gov.hk>。

大腸癌篩查

按建議接受大腸癌篩查可及早發現疾病，並透過切除可能會演變成癌的瘻肉以預防大腸癌。常見的大腸癌篩查方法包括檢測大便隱血測試 (FOBT) 的愈創木脂測試 (gFOBT) 和免疫化學測試 (FIT)、靈活乙狀結腸鏡檢查和大腸鏡檢查，每種篩查方法都有其利弊。例如大便隱血測試可按指示在家中收集少量的大便樣本，測試前無須服用瀉藥清理大腸，但進行這種測試可能會錯過一些瘻肉或癌症，

並且須每 1 至 2 年重複進行一次。靈活乙狀結腸鏡檢查可便捷地檢查降結腸，而大腸鏡檢查則可檢視整條大腸。靈活乙狀結腸鏡檢查和大腸鏡檢查均讓醫生抽取組織樣本化驗及切除瘻肉，但檢查前要求病人服用瀉藥清理大腸，以及有導致出血、感染或刺穿腸道等潛在風險。根據現有的研究証據，暫時仍未有足夠數據證明哪一種篩查方法較為優勝^{4,5}。

雖然香港至今還未有充分的本地證據支持全民大腸癌普查，但政府的癌症預防及普查專家工作小組建議⁴：

> **年齡介乎 50 至 75 歲的男士及女士應與醫生商量**，並考慮使用以下任何一種篩查方法檢測大腸癌 — 每 1 至 2 年接受一次大便隱血測試；或每 5 年接受一次靈活乙狀結腸鏡檢查；或每 10 年接受一次大腸鏡檢查。

> **高風險人士**（例如帶有遺傳性腸病或有一位或以上直系親屬於 60 歲或以前確診患上大腸癌的人士）應根據醫生的建議，及早進行大腸癌篩查和增加檢查的頻率。

值得注意的是，每種篩查方法以及隨後的確診檢驗和治療均帶有潛在風險。這些風險或許會多過篩查帶來的好處。此外，所有篩查方法都有其局限性，也並非百分百準確，可能會出現假陽性和假陰性結果。因此，考慮接受大腸癌篩查的人士應向醫生取得全面的資訊，以了解進行篩查可能帶來的好處和風險。想得知更多有關癌症預防及普查專家工作小組就大腸癌篩查提供的建議，可瀏覽衛生防護中心網頁（只備英文版）http://www.chp.gov.hk/files/pdf/recommendations_on_crc_screening_2012.pdf。

及早識別大腸癌的症狀和病徵

增加對大腸癌症狀和病徵的認識有助及早發現，提高治癒這病的機會。雖然早期的大腸癌往往可能沒有病徵或病徵並不明顯，但往往仍然是有跡可尋的。以下是常見的大腸癌症狀和病徵⁵：

- 大便習慣在不明原因下有所改變（腹瀉或便秘），並持續超過兩星期；
- 大便出血（鮮紅或深色）或有大量黏液；
- 大便後仍有便意；
- 腹部不適，例如持續疼痛、腹脹、飽脹或絞痛；
- 原因不明的體重下降和疲倦。

應該注意的是，大多數出現上述症狀和病徵的情況很可能由大腸癌以外的疾病引起，例如感染、痔瘡、腸易激綜合症或炎症性腸病等。然而，若果出現以上的症狀和病徵，應盡早向家庭醫生求診，進行適當檢查，才是明智之舉。

尋求適當的治療和支援服務

確診大腸癌並不同被判死刑。事實上，如及早發現並接受最佳治療，大腸癌的治癒率相當高。視乎大腸癌的階段，治療方法可包括以下其中一種或多種組合：外科手術、化學治療（化療）、放射治療（電療）及標靶治療。大腸癌患者應積極面對此病，了解病情和治療方法；實踐健康的生活模式；在治療過程中與醫護人員充分合作；以及參加支援小組，增強自我照顧能力，並與

其他患者互相扶持。

癌症預防及普查專家工作小組亦為市民編製了一本「大腸癌預防及篩檢」的小冊子，並可從衛生防護中心網站下載：http://www.chp.gov.hk/files/pdf/colorectal_ca_tc.pdf。

參考資料

1. Globocan 2012: Colorectal Cancer factsheet and statistics. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2013.
2. Brenner H, Kloor M, Pox CP. Colorectal cancer. Lancet 2013.
3. Terry MB, Neugut AI, Bostick RM, et al. Risk factors for advanced colorectal adenomas: a pooled analysis. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2002; 11(7):622-9.
4. Recommendations on Colorectal Cancer Screening. Cancer Expert Working Group on Cancer Prevention and Screening, 2012.
5. Colorectal Cancer. Atlanta: American Cancer Society, 2013.
6. Siegel R, DeSantis C, Virgo K, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2012; 62(4):220-41.
7. Nguyen SP, Bent S, Chen YH, Terdiman JP. Gender as a risk factor for advanced neoplasia and colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7(6):676-81 e1-3.
8. Butterworth AS, Higgins JP, Pharoah P. Relative and absolute risk of colorectal cancer for individuals with a family history: a meta-analysis. Eur J Cancer 2006; 42(2):216-27.
9. Jaspersion KW, Tuohy TM, Neklason DW, Burt RW. Hereditary and familial colon cancer. Gastroenterology 2010; 138(6): 2044-58.
10. Canavan C, Abrams KR, Mayberry J. Meta-analysis: colorectal and small bowel cancer risk in patients with Crohn's disease. Aliment Pharmacol Ther 2006; 23(8):1097-104.
11. Jess T, Rungoe C, Peyrin-Biroulet L. Risk of colorectal cancer in patients with ulcerative colitis: a meta-analysis of population-based cohort studies. Clin Gastroenterol Hepatol 2012; 10(6):639-45.
12. Xie J, Itzkowitz SH. Cancer in inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol 2008; 14(3):378-89.
13. Ma Y, Yang Y, Wang F, et al. Obesity and risk of colorectal cancer: a systematic review of prospective studies. PLoS One 2013; 8(1):e53916.
14. Chan DS, Lau R, Aune D, et al. Red and processed meat and colorectal cancer incidence: meta-analysis of prospective

15. Tsoi KK, Pau CY, Wu WK, et al. Cigarette smoking and the risk of colorectal cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7(6): 682-688 e1-5
16. Liang PS, Chen TY, Giovannucci E. Cigarette smoking and colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis. Int J Cancer 2009; 124(10): 2406-15.
17. Fedirko V, Tramacere I, Bagnardi V, et al. Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose-response meta-analysis of published studies. Ann Oncol 2011; 22 (9):1958-72.
18. Cong YJ, Gan Y, Sun HL, et al. Association of sedentary behaviour with colon and rectal cancer: a meta-analysis of observational studies. Br J Cancer 2013.
19. Boyle T, Fritschi L, Heyworth J, Bull F. Long-term sedentary work and the risk of subsite-specific colorectal cancer. Am J Epidemiol 2011; 173(10):1183-91.
20. Jiang Y, Ben Q, Shen H, et al. Diabetes mellitus and incidence and mortality of colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Eur J Epidemiol 2011; 26(11):863-76.
21. 香港特別行政區：醫院管理局香港癌症資料統計中心。一九八三年至二零一一年大腸癌數據。
22. 香港特別行政區：醫院管理局香港癌症資料統計中心。二零一一年大腸癌統計數字。
23. 香港特別行政區：衛生署及政府統計處。一九八三年至二零一二年死亡數據。
24. Kirkegaard H, Johnsen NF, Christensen J, et al. Association of adherence to lifestyle recommendations and risk of colorectal cancer: a prospective Danish cohort study. BMJ 2010; 341:c5504.
25. Murphy N, Norat T, Ferrari P, et al. Dietary fibre intake and risks of cancers of the colon and rectum in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC). PLoS One 2012; 7(6):e39361.
26. Boyle T, Keegel T, Bull F, et al. Physical activity and risks of proximal and distal colon cancers: a systematic review and meta-analysis. J Natl Cancer Inst 2012; 104(20):1548-61.
27. Personal habits and indoor combustions. Volume 100 E. A review of human carcinogens. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 2012; 100(Pt E):1-538.

健康簡訊

政府於二零一四年施政報告中宣布，將資助較高風險的群組接受大腸癌篩查，而衛生署亦已於今年初展開大腸癌篩查先導計劃的準備工作。先導計劃的目的是汲取本地有關大腸癌篩查的經驗，以及收集相關數據，從而提供以實證為基礎的結論和建議，再考慮應否向更多市民提供篩查服務。鑑於先導計劃的複雜性，政府成立了一個跨專業專責小組，並獲香港醫學專科學院的相關專科醫學院支援，負責監督先導計劃的策劃、推行、推廣和評估工作。專責小組的成員包括來自政府、醫院管理局、相關專科醫學院、醫學組織、基層醫療界別、學術界、公私營界別的醫療專業人士和非政府機構。

專責小組轄下成立了四個工作小組，負責探討和考慮有關 (1) 大便隱血測試，(2) 大腸鏡檢查和評估，(3) 篩查計劃的登記系統，和 (4) 推廣和宣傳的方案。專責小組及各工作小組定期會面，並取得良好進展。

非傳染病直擊旨在加強公眾對非傳染病及相關課題的認識，
意識到預防和控制非傳染病的重要性。這亦顯示我們積極進行風險資
訊溝通和致力處理非傳染病在我們社區引起的種種健康問題。

編輯委員會歡迎各界人士的意見。

如有任何意見或疑問，請聯絡我們，電郵so_dp3@dh.gov.hk。

主編
程卓端醫生

委員

鍾偉雄醫生

范婉雯醫生

馮宇琪醫生

何琬琪女士

劉天慧醫生

李兆妍醫生

李元浩先生

吳國保醫生

曹家碧醫生

尹慧珍博士

王曼霞醫生

黃詩瑤醫生