



# 前列腺癌

---

認識高危因素、徵狀及治療方案



香港防癌會

THE HONG KONG ANTI-CANCER SOCIETY

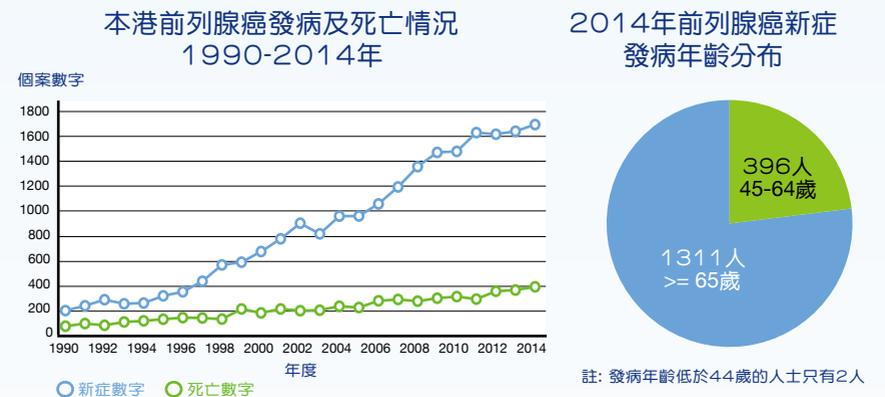
Since 1963

## 前列腺

前列腺是男性位於膀胱頸與尿道之間的一個環狀分泌腺體，體積有如一個合桃，前列腺的分泌與精子混合後便形成精液。由睪丸所分泌的男性賀爾蒙會直接影響前列腺的生長和運作，所以壓抑男性賀爾蒙是醫治前列腺癌的一個常用療法。

## 前列腺癌在香港的發病情況

絕大部分前列腺癌患者的年齡都是在六十歲以上，過半數更是在七十歲以上。前列腺癌在西方國家是皮膚癌以外的最常見男性癌病，近年香港的前列腺癌個案亦急升，每年新症由1993年的261宗大幅增加至2014年的1,709宗，已躍升至本港男性十大癌症的第三位，導致的死亡個案亦升至第四位，達398宗。整體而言，本港男性患前列腺癌的一生累計風險，已升至每31人有1人，但仍遠低於西方國家的每6人有1人。



資料來源：香港癌症資料統計中心

## 高危因素

暫時仍未完全清楚前列腺癌的成因，但下列因素會增加患病的機會：

1. 年紀 — 是最重要的因素。三分之二的前列腺癌患者都是在65歲以上的，50歲以下的個案極少。
2. 種族及飲食習慣 — 西方國家男性的風險較亞洲人為高，而在美國土生土長的非洲裔黑人，風險比白種人更高；有趣的是，一直在非洲生活的黑人，患前列腺癌的風險其實頗低。所以，醫學界相信，這和傳統西式的高脂飲食有關，情況一如乳癌和大腸癌等，這亦正好解釋為何這幾類癌病近年在香港不斷增加。

3. 長期缺乏運動 — 運動除有防癌作用外，近年研究指運動還可減慢前列腺癌患者的惡化速度。



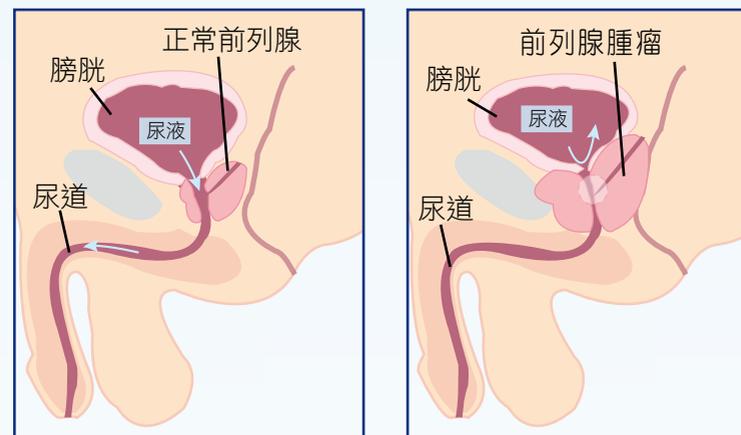
運動可防癌

4. 父兄等近親曾患前列腺癌 — 風險可能會增加一倍。科學家還在研究遺傳性基因和前列腺癌的關係，目前尚未有針對這類基因的臨床測試。BRCA基因變異亦會增加患前列腺癌的風險，不過這只佔患者的極少數。

## 徵狀

病發初期通常沒有任何警告徵狀，當腫瘤逐漸增大或開始轉移時，可能會引致以下一種或多種的病徵：

1. 小便頻密，尤其在晚間更為嚴重。
2. 小便困難，久久不能排出尿液。
3. 小便或射精時感赤痛。
4. 小便或精液帶血。
5. 若癌細胞擴散至骨骼、盤骨或脊骨會感到痛楚或僵硬，患者亦可能會感到疲倦、胃口不佳和日漸消瘦。



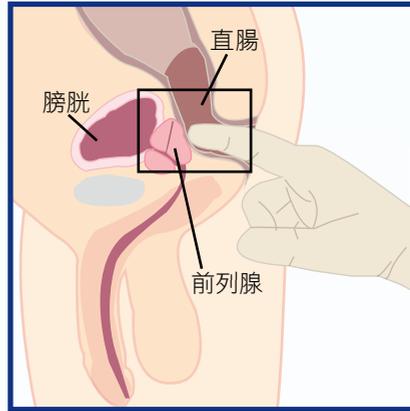
腫瘤壓著尿道引致小便困難

由於早期的徵狀與一般前列腺肥大極為相近，所以醫生的診斷是非常重要的。前列腺肥大是一種良性的前列腺增生症，在六十歲以上的男性非常普遍。當腺體體積增大，壓著尿道，便會引起排尿困難和痛楚等徵狀。

## 診斷

醫生會先進行以下檢查：

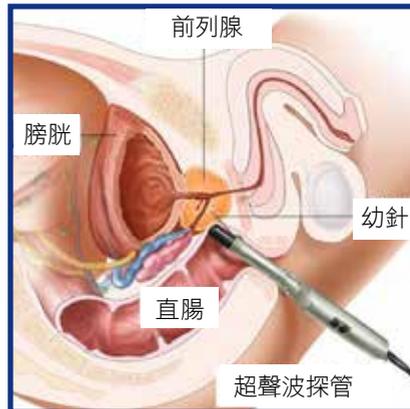
1. 肛門指檢 — 醫生會戴上手套，用手指探進肛門去檢查前列腺是否有異常的腫塊。



肛門指檢

2. 前列腺特異抗原(Prostate Specific Antigen, PSA) — 只需要簡單的血液檢查。血清中的前列腺特異抗原(PSA)一般應在4ng/mL以下，如指數達10ng/mL或以上，患上前列腺癌的機會便很高，需要進一步檢查。而指數在4至10ng/mL之間的，有可能是由於前列腺肥大，亦可能是早期的前列腺癌，醫生如有懷疑，亦會再進行以下檢查。

3. 經直腸超聲波檢查 (Transrectal ultrasound, TRUS) — 探管經直腸而緊貼前列腺，作詳細分析。



超聲波檢查及針吸活組織檢查

4. 針吸活組織檢查 — 在經直腸超聲波的輔助下，醫生利用針管插入前列腺的多個部位，抽取組織作細胞化驗，以確定是良性增生或是惡性腫瘤。
5. 泌尿系統內窺鏡檢查。

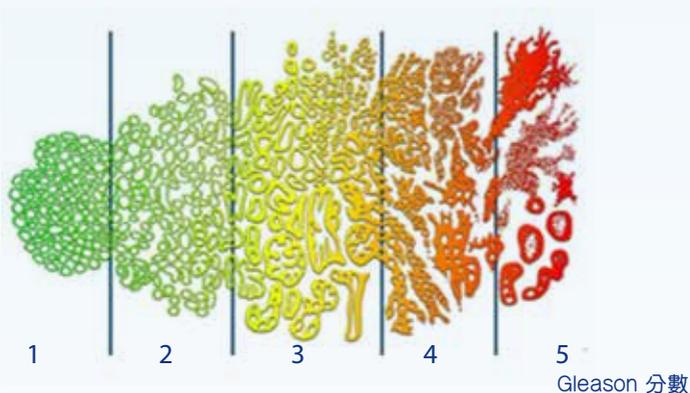
如確定患上前列腺癌，風險較高的病人可能需要以下一種或多種檢驗，包括：

1. 盤腔及腹部電腦掃描(CT)或磁力共振掃描(MRI)。
2. 骨骼X光檢查。
3. 同位素骨骼掃描 — 受癌細胞侵蝕的骨骼會大量吸取經特別處理的同位素。透過掃描器，同位素發出的微量伽瑪射線會被轉化為影像，以顯示癌細胞的位置。(註：與絕大部分癌病不同，前列腺癌很少會轉移至淋巴和骨骼以外的器官；此外，由於前列腺癌生長較緩慢，正電子(PET)掃描的靈敏度一般並不理想。)

## 治療方案的考慮因素

因前列腺癌病人的平均年紀較大，部分早期的腫瘤又生長緩慢，未必會直接影響病人的壽命，所以建議的治療方案需要考慮多個因素，包括：

- 腫瘤的影響範圍(即癌病期數)。
- 前列腺特異抗原(PSA) 的度數和上升速度。
- Gleason分數 (Gleason score) —前列腺癌組織經化驗後，病理學家會根據癌細胞兩種最常見的分化度(differentiation)，各給予由1至5的評分，所以總分是2至10。Gleason分數越高，前列腺癌的生長速度和擴散的風險便越高。一般7分以下的是屬於生長較慢的類型，反之，7分或以上的便較惡了。



- 患者的年齡、生活模式(包括性生活)、整體健康狀況和期望，這些因素會影響病人的預期壽命和合適治療方案的選擇。

未擴散的前列腺癌風險分類如下：

| 風險程度                           | 局部侵蝕範圍                 | Gleason分數 | 前列腺特異抗原(PSA) |
|--------------------------------|------------------------|-----------|--------------|
| 低                              | 不多於半邊<br>前列腺(T1-T2a)   | <7        | <10ng/mL     |
| 常用治療方案：積極監察、手術切除、體外放療、體內放療     |                        |           |              |
| 中                              | 不被界定為高或低風險的腫瘤          |           |              |
| 常用治療方案：手術切除、體外放療配合半年賀爾蒙治療、體內放療 |                        |           |              |
| 高                              | 已侵蝕前列腺<br>周邊組織 (T3,T4) | >7        | >20ng/mL     |
| 常用治療方案：體外放療配合兩至三年賀爾蒙治療         |                        |           |              |

注意：低風險患者要符合所有三項低危因素；相反，只要有任何一項高危因素，病人便會被界定為高風險類別。

## 治療方案的選擇

治療方案有多種選擇，因整體療效相若，所以要考慮的，反而是每種方案不同的副作用、方便程度和病人的意願。病人最好能和泌尿專科及腫瘤專科醫生詳細討論後才作決定。

### I. 積極監察 (Active surveillance)\*

只適合低風險的早期前列腺癌，醫生會先進行定期觀察，例如每半年檢查一次及監察PSA的升幅，如腫瘤生長加速的話，才進行根治性治療。這種積極不干預的方法，好處是有部分病人可避免不必要的治療，即使日後需進行治療的話，也可推遲治療副作用(包括失禁和陽痿)的發生，使病人有較佳的生活質素。但有些患者亦可能覺得將腫瘤留在體內而不作治療，會引致不安和很大的心理壓力。

(\*若患者年紀太大和身體狀況太差，根本不適合任何根治性治療時，即使癌腫較大和較惡，醫生也只好採用消極觀望(Watchful waiting)法，當病人受前列腺癌影響而不適時，才進行紓緩性治療，例如賀爾蒙治療等。積極監察和消極觀望不同之處，是並沒有放棄徹底消滅癌病的機會，只是一種敵不動，我不動的防守策略。)

### II. 前列腺切除手術 (Prostatectomy)

根治性前列腺切除手術把前列腺連同周圍的組織，包括精囊，有時並包括附近的淋巴結，一併切除。外科醫生會盡量避免令前列腺兩旁負責操控陰莖勃起的兩小束神經受損，這是保留神經的切除方式。假如癌腫已侵入或極為接近這些神經纖維，醫生便需同時切除神經纖維，這就是不保留神經的切除方式。切除神經纖維之後，便無法自然勃起。

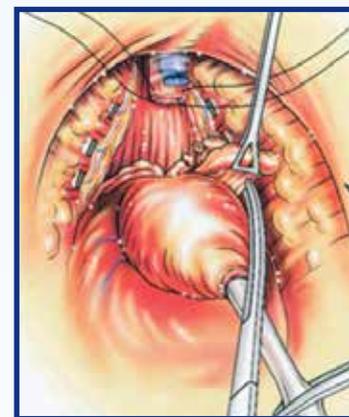
哪些患者應接受根治性前列腺切除手術？

年齡75歲以下而前列腺癌屬早期（第一期和第二期），身體無嚴重病患而預期可多活十年或以上的病人。

#### 根治性前列腺切除手術的類別

##### 剖腹式根治性前列腺切除手術

外科醫生進行傳統的剖腹式根治性前列腺切除手術時，會由肚臍至恥骨位置開刀，透過這條長切口進行手術。在極少見的病例，會在陰囊與肛門之間的會陰位置開刀。



從恥骨後位置開刀切除前列腺癌腫

### 微創式根治性前列腺切除手術

外科醫生進行傳統微創式根治性前列腺切除手術時，會開幾個小切口，透過這些小切口把特製的器械伸入體內，切除前列腺。醫生會在屏幕全程觀察手術過程。與剖腹切除手術相比，微創式手術的優點包括減少痛楚、縮短住院時間和加速復元。



### 機械臂微創式根治性前列腺切除手術

利用機械臂（達文西外科系統）進行微創手術是比較新的手術方式。外科醫生坐在控制台前操控機械臂，透過幾個小切口進行微創手術。機械裝置可提供較佳的視象效果（3D立體、高清、10倍放大），可靈活操控，而且準確度更高（利用仿真手腕）。機械臂微創手術與傳統微創手術一樣，在術後疼痛、失血和復元時間方面比剖腹切除方式較為優勝。在視象效果和器械操控方面，利用機械臂勝過傳統微創手術。



### 根治性前列腺切除術的風險

不同類別的根治性前列腺切除手術與任何大手術的風險差不多，包括麻醉風險。由於前列腺附近有很多血管，所以手術期間和手術後都有出血風險。如果淋巴結被切除，可能積聚淋巴液，有需要引流。其他副作用包括漏尿、感染和吻合口狹窄。在罕見的情況下，部分腸臟可能受損（多見於傳統微創手術和機械臂微創手術），或需要進行外科手術修復。由有經驗的醫生進行根治性前列腺切除手術，出現嚴重副作用的風險很低。根治性前列腺切除手術導致死亡或嚴重傷殘的情況極為少見。不足一成人在接受前列腺切除手術後會出現副作用，這些副作用通常可以醫治，又或只是短暫出現的。

### 根治性前列腺切除手術可能出現的副作用

#### 尿失禁

少於半成年齡50歲以下的人接受根治性前列腺切除手術後，出現永久尿失禁；年齡70歲或以上的人，大約一成半在手術後持續失禁。

#### 勃起功能障礙

接受前列腺切除手術後出現勃起問題是相當常見的。不過，大部分病人透過使用針對勃起功能障礙的口服藥物、真空勃起裝置或陰莖海綿體藥物注射，仍有能力進行性生活。

### III. 放射治療 (Radiotherapy, RT；俗稱電療)

其中又包括體外放療(external RT)和體內放療(brachytherapy)兩種，整體療效和手術相若。

#### 體外放療

適合多種風險類別的局部前列腺癌患者，為本港一般採用的放射治療方式，現時均採用精確的強度調控放射治療(IMRT)或類似技術，以減低副作用。過程像照X光，病人需接受一星期五次，為期約七個半星期的療程，每次需時約二十至三十分鐘，毋須住院。近年亦有部分醫院開始使用為期四至六星期的較短療程。放射治療期間病人可能會感到疲累、小便頻密、輕微腹瀉和放射部位皮膚灼痛等副作用。體外放療雖然需時較長，但不用麻醉或手術，較年老體弱的病人亦可順利完成療程。此外，放射治療後病人出現小便失禁及陽痿等後遺症的機會亦較手術低，不過，由於直腸貼近前列腺，會受到較高劑量的幅射，日後或會出現輕微流血或潰瘍的情況，但較嚴重後遺症的風險一般低於5%。



近年研究顯示，中、高風險病人體外放療時若配合賀爾蒙治療，可大幅增強療效。通常是先開始注射一種針藥去壓抑男性賀爾蒙，先行縮小腫瘤，然後再在兩三個月後才開始體外放療。中風險病人只需半年賀爾蒙療程，高風險的則要兩至三年的賀爾蒙療程了。現時常用的針劑是每三個月才注射一次，非常方便。

此外，前列腺癌若在手術時未能被完全切除，或在手術後局部復發(例如癌指數PSA逐步回升)，也可使用體外放療來消滅腫瘤。療程和上述的相若，但時間一般是六至六個半星期左右。

#### 體內放療

即是使用手術方式將多顆放射性金屬粒植入前列腺內，進行近距離放療。這些金屬粒的輻射量會慢慢地逐漸減低，不用再取出。體內放療程序的需時雖短，但因放射線未能覆蓋腺體附近組織，所以只適合低中風險的前列腺癌。這療法近年在外國頗為流行，但在本港並不普遍，臨床經驗亦較少。

## IV. 賀爾蒙治療

男性賀爾蒙會刺激前列腺癌增生，所以我們可以透過干擾男性賀爾蒙，令腫瘤萎縮。賀爾蒙治療的應用範圍很廣泛，它既可配合放射治療去根治風險較高的腫瘤，也可用以紓緩已擴散至淋巴、骨骼或其他器官的晚期前列腺癌，或者經治療後復發的病人；一些因年老體弱而不適合手術或電療的病人，賀爾蒙治療更是唯一能壓抑腫瘤的方法。雖然賀爾蒙治療能迅速壓抑前列腺癌，但療效並不持久，所以一般不建議單獨應用在尚未擴散的前列腺癌上來取代上述各種療法。

因體內絕大部分的男性賀爾蒙都是由睪丸製造，要壓抑男性賀爾蒙，最直接持久的方法是進行一個小手術來切除睪丸。為了避免手術和其負面心理影響，醫學界已發展了一種干擾腦下垂體內分泌的針藥，從而間接壓抑睪丸製造男性賀爾蒙，達至相同療效。這類針藥最適合不願接受睪丸切除或只需要短期賀爾蒙治療(例如配合放射治療作根治性療法)的病人。這些針藥只需三個月注射一次，近年更已研發了六個月一次的針藥。



註1：常用來壓抑男性賀爾蒙的針藥是促黃體素釋放激素促動劑(LHRH agonist, 如Leuprorelin)等。初次使用時，男性賀爾蒙會先升才後跌，所以頭兩星期要服用另一種抗男性賀爾蒙藥(anti-androgen)來減低這短暫影響。近年醫學界又發展了促黃體素釋放激素拮抗劑(LHRH antagonist, 例如degarelix)，雖然能較快促下降男性賀爾蒙，但價格較貴和使用不方便(因只有每月一針的版本)，整體療效亦非特別優勝，但對本身有心臟病的患者，有較低的心血管病風險。

註2：不論以睪丸切除手術或針藥來壓抑男性賀爾蒙，都可能引致性欲下降、陽痿、疲倦、熱潮紅、骨質疏鬆、肌肉萎縮、血糖和血脂增加、體重增加等副作用，所以患者更要注意適當飲食和運動。針藥的影響是短暫性的，睪丸切除手術的影響當然是不可逆轉的。

### 晚期(即已轉移擴散)前列腺癌的治理

對晚期前列腺癌來說，利用睪丸切除(即去勢療法)或針藥來壓抑男性賀爾蒙是很有效的第一線賀爾蒙療法，九成以上的患者反應都很好，但它只能令癌腫進入「冬眠」，不能將它完全消滅，腫瘤在平均兩年左右之後便會再度活躍。醫學界以往認為這是因為癌細胞已演化至不需依賴賀爾蒙生長的地步，就像細菌產生抗藥性一般，所以稱這階段的腫瘤為「賀爾蒙抵抗性前列腺癌」(Hormone-refractory Prostate Cancer)。

當腫瘤發展至這階段時，醫生便需引入其他療法去減慢癌細胞的生長，但療效較弱和短暫。常用方法包括加入抗男性賀爾蒙藥(anti-androgen, 例如口服藥Casodex)，或類固醇(prednisolone)去擾亂腎上腺製造男性賀爾蒙的功能(有10%的男性賀爾蒙是由腎上腺製造的)。

身體狀況較佳的病人，亦可考慮接受化學治療(通常會先使用Taxotere，若失效時再考慮另一化療藥Jevtana)去控制病情，但因大部分前列腺癌病人都是體弱的長者，只有少部分適合接受化療。

以往化療都是在賀爾蒙療法失效時才使用作紓緩治療，但近年研究發現，若晚期前列腺癌患者身體狀況許可，在最初使用賀爾蒙療法時便同時加入化療藥Taxotere，病人的存活時間比單獨使用賀爾蒙療法的平均增加十個月！所以切勿因擔心化療的副作用，推遲化療的使用了。

近年研究亦發現，很多所謂「賀爾蒙抵抗性前列腺癌」，其實仍需依賴男性賀爾蒙來幫助生長，不過，隨着男性賀爾蒙長期受壓制，這些癌腫已學會自家生產賀爾蒙，或自行增加細胞表面的賀爾蒙受體數量來加強吸收賀爾蒙的能力！隨着這些發現，醫學界近年已將這階段的腫瘤改稱為「去勢療法無效前列腺癌」(Castration-refractory Prostate Cancer)，因為它們並非真的完全不受賀爾蒙影響，而只是需要一些突破性的賀爾蒙治療罷了！

針對這情況，近年新一代口服抗男性賀爾蒙藥阿比特龍(Zytiga)及恩雜魯胺(Xtandi)已開始在去勢療法無效的晚期前列腺癌上應用。它們的整體療效相若，副作用不多，所以年老體弱的病人也很適合，但都十分昂貴！

1. 阿比特龍 (Zytiga)：除睪丸外，男性賀爾蒙亦可在腎上腺或甚至前列腺癌腫內自行生產，而 Zytiga 就是要壓抑這些組織內的相關酵素，令其無法再生產男性賀爾蒙，從而壓抑腫瘤生長。這藥物配合類固醇(Prednisone)使用時，常見副作用(包括低血鉀、高血壓和水腫等)會大幅減少。

2. 恩雜魯胺 (Xtandi)：它是新一代的口服男性賀爾蒙受體抑制劑 (androgen receptor antagonist)，能更有效地黏附細胞雄激素受體(androgen receptor)，阻截男性賀爾蒙對癌細胞發出的生長刺激訊號，從而壓抑癌細胞增長。Xtandi並不需要配合類固醇使用，對糖尿病人等尤為合適。

## 骨骼轉移的處理

骨骼是晚期前列腺癌主要轉移的器官，肺、肝、腦等都很少受影響，所以控制骨轉移的併發症如疼痛、骨折等在治療晚期前列腺癌上是很重要的。除上述的抗癌治療及止痛藥外，嚴重的侵蝕部位亦要考慮使用放射治療。如病情已惡化至去勢療法都無效時，應考慮再加入一種特別對抗骨侵蝕的針藥，如雙磷酸鹽類藥物(Zometa)或新一代的骨針Xgeva，需每四星期注射一次。Xgeva使用上較方便，只需皮下注射，亦不如Zometa般會受腎功能影響，療效亦稍強。因這類藥物都會引致血鈣下降，所以建議病人同時服用鈣片和維他命D。此外，有約 1-2% 的病人在長期使用這類藥物後，可能會出現下顎骨壞死 (osteonecrosis of jaw，簡稱ONJ)，因此建議病人在接受治療期間，應避免做侵入性的牙科治療手術。



## 前列腺癌的普查

如果你是50歲以下，除非有家族史或基因問題，否則不用考慮普查。因前列腺癌屬長者病，50歲以下的個案極少。

如果你是70歲以上，尤其是本身健康不佳，預期壽命在10-15年以下的長者，也不用考慮普查。因大部分的前列腺癌都生長較慢，即使偵測到有早期的前列腺癌，也可能不需要接受治療。

如果你是50至70歲的健康男仕，本會建議你與醫生商討進行普查的利弊，然後才作出明智的選擇。目前歐美多國都不建議為這些50-70歲的男士進行例行前列腺癌普查。

前列腺癌普查是靠抽血驗前列腺特異抗原(PSA)指數，過高的便要進一步檢查，看看是否患有癌病了。不過多個大型研究都未能確定用PSA作普查能有效減低整體死亡率，還可能因而找出些生長極緩慢，根本不會對這些中老年患者構成威脅的前列腺癌，進行了不必要的治療，引致小便失禁和不舉等後遺症。此外，假陽性報告亦會引起不必要的焦慮及進行不必要的活細胞檢查。



香港防癌會是香港歷史最悠久的非牟利抗癌機構，一直致力推動各項抗癌工作，竭力為香港市民提供相關的多元化服務。除了香港防癌會賽馬會癌症康復中心為癌症病人提供一站式的護理及康復服務外，我們更不斷透過各項癌症教育活動、研究和制定防癌指引等提升大眾對癌症的認識。更為有經濟困難的癌症病人提供直接資助。我們的專業團隊及同路人義工外展支援癌症家庭。義工團隊更定期協助舉辦康樂活動，為癌症病人送上愛心和關懷。

### 我們的工作 Our Work



香港防癌會賽馬會癌症康復中心

香港防癌會麥紹堅伉儷中西醫結合化療中心  
主要臨床合作機構：香港浸會大學中醫藥學院



癌症教育



癌症研究



義工服務



癌症探測及預防



籌款活動



「改善癌病人生活」基金





香港防癌會  
THE HONG KONG ANTI-CANCER SOCIETY  
Since 1963

### 香港防癌會賽馬會癌症康復中心

本會致力提供一所服務範疇廣泛的「家以外之家」予癌病患者，照顧他們在患病期間不同階段及康復的需要；我們特別着重護理服務的質素、對病人家庭的支援，以及病者的康復。

香港防癌會賽馬會癌症康復中心為一所於衛生署註冊私營護理院。康復中心同時提供專業的服務以達致對入住病人的全面照顧，包括駐院醫生診症、物理治療、藥房服務、中醫診症及治療、康樂活動以及「身、心、社、靈」的支援。

### 香港防癌會護養服務

提供長期、短期或暫託護養服務予一般長者及需要長期護理的病患者入住。駐院中西醫服務、專業護理、復康治療、心理支援及康樂活動。



### 香港防癌會慈善愛心病床計劃

香港防癌會賽馬會癌症康復中心於2011年7月起推行「慈善愛心病床計劃」。為經濟有困難的病人支付其入住本中心期間的住宿、膳食、醫療護理、藥物及雜項等費用。癌症病人得到適時的支援，在接受癌症手術、化療或放射治療後得到專業的復康照顧，然後才回家；或讓長期照顧患病摯愛的照顧者，藉着病人使用本中心的暫託服務得以緩解壓力。我們的醫護團隊亦提供專業的舒緩服務予晚期病患者，在優靜的環境下，有尊嚴地渡過餘生。



香港防癌會賽馬會癌症康復中心  
The Hong Kong Anti-Cancer Society  
Jockey Club Cancer Rehabilitation Centre



www.jccrc.org.hk

查詢 3921 3888

地址 香港黃竹坑南朗山道30號

主辦機構

香港防癌會  
THE HONG KONG ANTI-CANCER SOCIETY  
Since 1963

捐助機構



香港賽馬會慈善信託基金  
The Hong Kong Jockey Club Charities Trust  
同心 同步 同進 RIDING HIGH TOGETHER

夥伴機構



基督教家庭服務中心  
Christian Family Service Centre

## 香港防癌會 - 賽馬會

# 「攜手同行」癌症家庭支援計劃

香港防癌會在香港賽馬會慈善信託基金的支持和捐助下，與基督教家庭服務中心協作，展開香港防癌會-賽馬會「攜手同行」癌症家庭支援計劃，由註冊護士、社工及同路人義工透過電話輔導、地區支援小組、外展探訪，主動關懷癌患者及其家人，並提供舒緩治療副作用的貼士、抗癌的營養要訣、心理情緒和身心康復的支援，協助他們走出困局。

服務費用全免 歡迎致電查詢：3921 3777 2950 8326  
(服務香港及離島區) (服務九龍及新界區)

請瀏覽計劃網址：<http://whih.cancersupport.org.hk>

### 癌症諮詢 紓解疑慮



### 情緒輔導 心靈關顧



### 外展探訪 社區支援



### 健康飲食 抗癌要訣



### 慈善計劃 紓解壓力



### 病人茶聚 互助互勉



承蒙

香港防癌會「癌症教育小組委員會」委員  
臨床腫瘤科專科

游子覺醫生

撰寫及更新

香港防癌會「癌症教育小組委員會」委員  
泌尿外科專科

談寶雛醫生

撰寫外科治療部分

香港防癌會「癌症教育小組委員會」委員

劉佩驊女士

翻譯外科治療部分

香港防癌會

謹此致謝

2017年3月



地址：香港黃竹坑南朗山道三十號

電話：(852) 3921 3821

傳真：(852) 3921 3822

電郵：admin@hkacs.org.hk

網址：www.hkacs.org.hk