

肝臟原發性惡性腫瘤

鄭志軒

病史

許先生，67歲，男性，入院前雙側腳踝疼痛已持續3週。曾經於雲林長庚醫院風濕過敏免疫科門診就診，實驗室檢查顯示尿酸及肝功能指數過高（尿酸10.1mg/dL，天門冬胺酸轉胺酶【AST】75U/L）。懷疑是痛風性關節炎，藥物治療並轉診至胃腸肝膽科門診，做進一步檢查是否有肝功能異常之狀況。

腹部超音波發現，在肝臟中央有個大小為5.8公分X5.3公分的低至混合回音腫瘤，伴隨肝硬化及脾腫大。此外，腹部電腦斷層檢查（CT）也發現，在肝臟中央有個大小為5.1公分的結節及一個小的子結節，懷疑是肝癌（HCC）。血中甲型胎兒蛋白（AFP）為11.8。

許先生表示最近都沒有腹痛、食慾不振、倦怠或體重減輕的症狀。該病患有慢性B型、C型肝炎等過去病史，同時，20年前因十二指腸潰瘍出血曾接受過次全胃切除手術。另，他有飲酒習慣及長達30年每天抽2包煙的煙癮史，現已戒煙超過10年以上。病患否認嚼食檳榔習慣，也沒有過敏情況。

許先生目前無業、已婚並與妻子、女兒同住。最近無旅遊史。父親死於HCC相關的肝臟衰竭。他於雲林長庚醫院初次就診後，照會一般外科門診，醫師建議住院，以安排進一步評估及後續的切除手術。

住院經過

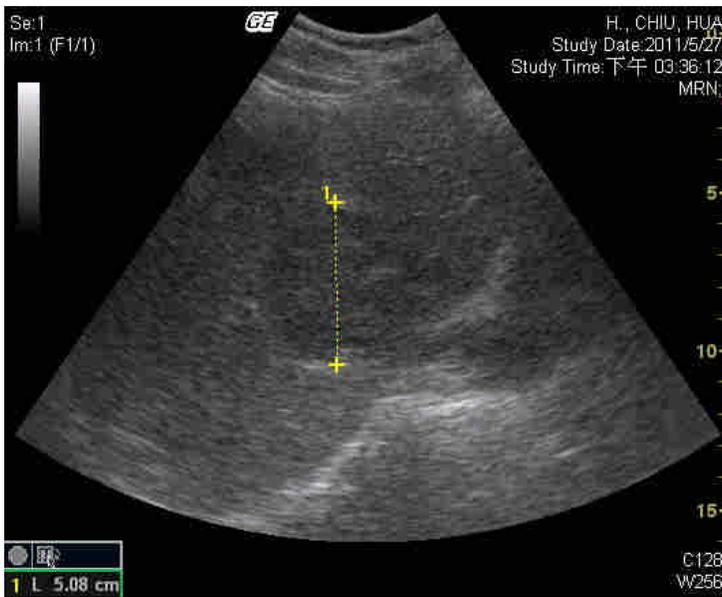
住院期間，身體檢查顯示生命徵象穩定、意識清楚、鞏膜無黃疸、呼吸型態平順及雙側呼吸音清晰。心跳規律且聽不到心雜音。腹部平坦，表面無靜脈鼓張且腸鳴音正常。經觸診顯示，腹部柔軟，且無可觸摸的腫塊或移動性濁音，表示無腹水存在。住院期間的檢查數值顯示，白血球數目6000/uL、血紅素13.8 g/dL、血小板數目173000/uL、白蛋白4.18 g/dL、血糖99 mg/dL及肌酐酸1.02 mg/dL，所有檢查均在正常值範圍內。胸部X光及心電圖（ECG）檢查也都正常。

入院後，利用靛靛綠（ICG）測試評估患者的肝臟殘留功能，測試結果為10.57，比正常值10略高。同時，進行肝臟血管攝影及經動脈門靜脈肝臟電腦斷層（CTAP）檢查，證實肝臟中央有個大小為5.3公分X4.6公分的腫瘤，初步認為是HCC。

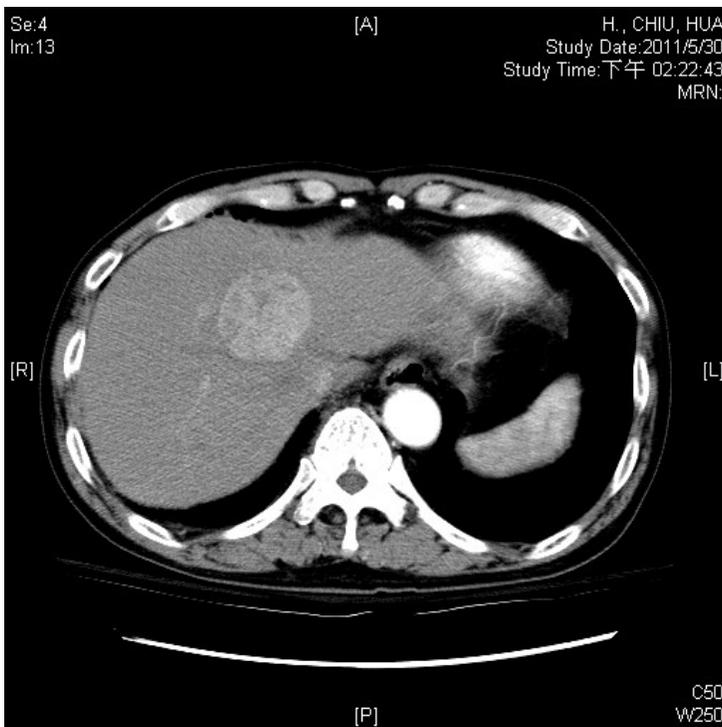
經過術前詳細檢查評估及完善準備後，便計畫進行切除手術。

手術中所有發現如下：無腹水、肝臟有硬化情形且於第4段及第8段（肝臟中央）處有個5公分的腫瘤。利用術中超音波引導整個切除過程，並確認肝臟其餘部位未出現腫瘤。

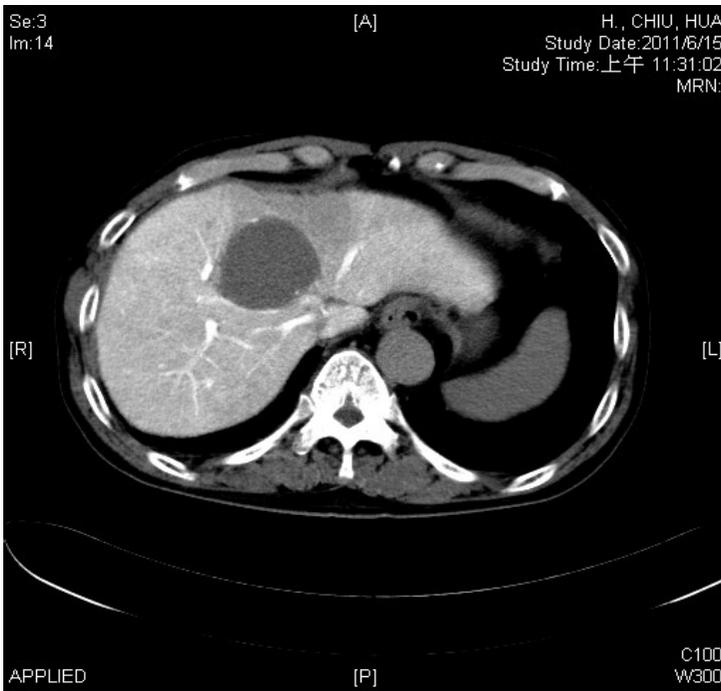
手術包括切除膽囊以及肝臟第4段與第8段。整個手術費時6小時，出血量600cc。右腹部放置一條引流管。患者於整個手術過程中，狀況穩定，手術後即轉到病房。患者離開開刀房時，除了右腹部的引流管外，身上還插有鼻胃管及導尿管。疼痛控制部分，選用病患自控式止痛法（PCA）解除患者的術後疼痛，並投予輸液以及一天的預防性抗生素。隔天早上拔除鼻胃管，下午患者有小口喝一點水，晚上即開始吃軟質飲食。術後第2天拔除導尿管，並於術後第5天拔除引流管。傷口癒合良好，於術後第7天拆線並出院。



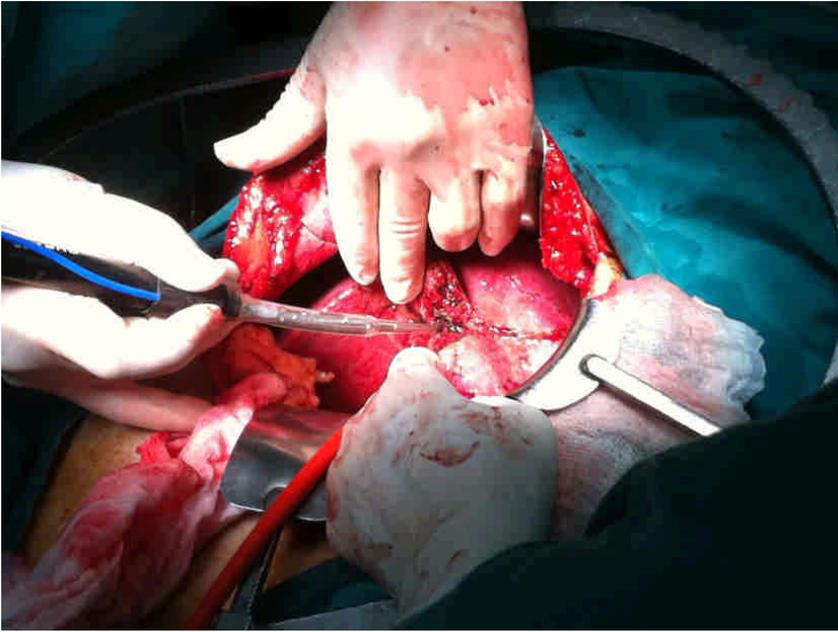
腹部超音波：肝臟中央有一個大小為 5.8 公分 X 5.3 公分 的低至混合回音腫瘤



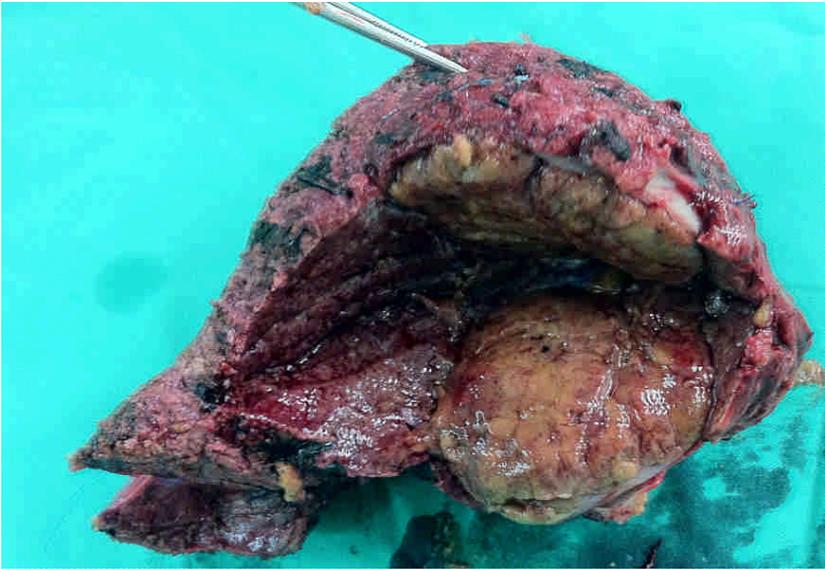
腹部電腦斷層：肝臟中央有一個大小為 5.1 公分 的結節與一個小的子結節



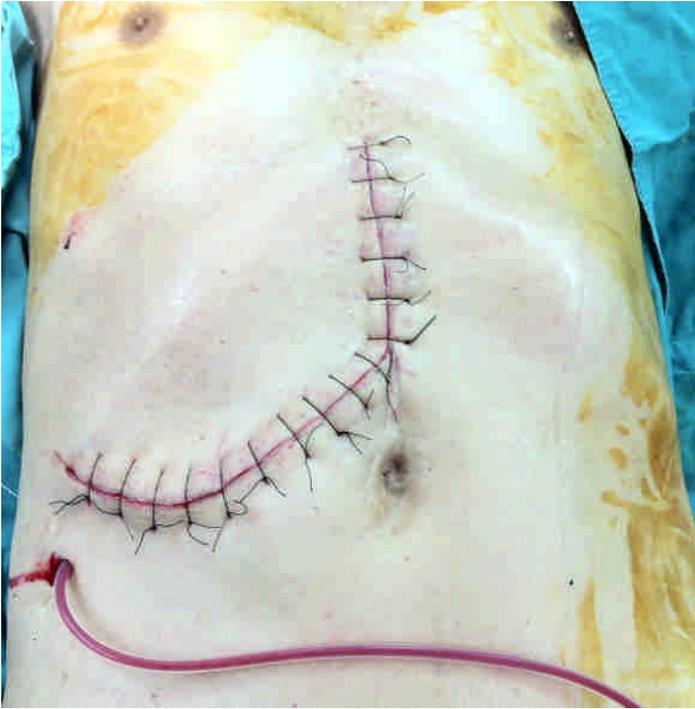
肝臟血管攝影及經動脈門靜脈肝臟電腦斷層 (CTAP) 顯示，肝臟中央有一個大小 5.3 公分 X 4.6 公分的腫瘤



手術過程及部分切除後的肝臟



切除的肝臟及腫瘤的部位



手術傷口

問題與討論

HCC 的臨床特徵為何？

HCC 患者通常會出現慢性肝臟疾病的症狀。HCC 並無特殊症狀，實際上，最早出現的徵象通常都很微細，而且容易被誤認為只是單純的肝硬化及肝功能惡化；有些患者會出現不明原因的體重減輕及疲倦。腹痛並不常見，若出現腹痛症狀，通常代表腫瘤已經很大或已廣泛侵害肝臟。其他較不常見的臨床表現，包括膽道壓迫而引起的黃疸、食道靜脈曲張出血而引起的吐血、肺臟或骨頭轉移引起的呼吸困難或骨頭疼痛，或腫瘤壞死而引起的發燒。

理學檢查時，最常發現肝臟腫大。另，HCC 是一種血管豐富的腫瘤，因此，多餘的血量會流入肝動脈並在動脈中造成亂流，血液亂流會造成肝臟出現明顯的聲音（肝雜音），利用聽診器，約有四分之一至一半的患者可聽出雜音。其他身體檢查的發現，包括脾腫大、腹水及黃疸，這些特徵與無代償性肝硬化或晚期疾病有關。

HCC 的流行病學及病因學為何？

HCC 目前位居全球癌症死亡率第三名，發生人數超過 50 萬。HCC 發生率以亞洲及非洲為最高，在這些地區，B 型肝炎與 C 型肝炎的高盛行率，是造成慢性肝臟疾病與之後肝癌發展的主因。

HCC 位居台灣癌症死亡率第一二名（男性第一、女性第二，過去 20 多年來，肝癌一直在國內癌症死因的第 1、2 位之間）。在台灣，每年約有 8 千位新案例，且約有 7 千位死於 HCC。大多數病例（60-70%）有 B 型肝炎，其餘病例則有慢性 C 型肝炎及酒精性肝硬化。男性的 HCC 發生率

是女性的 4 倍，平均年齡介於 50 至 60 歲之間。

黃麴毒素、代謝性疾病如血色素沉著症，以及其他會引起慢性肝炎或肝硬化的疾病，也都是造成 HCC 的危險因子。

代償性肝硬化的患者，其 HCC 年發生率約為 3 至 4%，而慢性肝炎的患者，其 HCC 年發生率約為 1%。

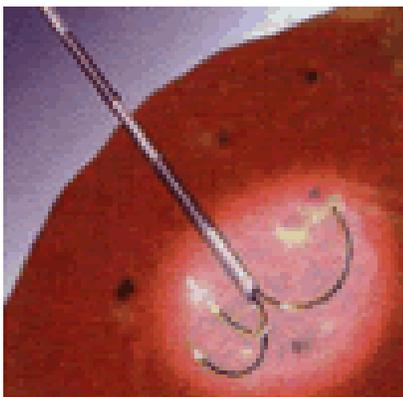
肝癌的診斷方式為何？

初步評估包括完整的病史詢問、身體檢查、特定肝功能測試的實驗室檢驗、病毒性肝炎標記、甲型胎兒蛋白（AFP）及腹部超音波。AFP 是由胎兒肝細胞與卵黃囊細胞所合成的一種正常血中蛋白質，是最被廣泛研究的篩檢試驗，用來作為 HCC 的腫瘤標記。AFP 正常值為 10 - 20 ng/ml，若 AFP 大於 400 ng/ml，通常即可診斷為 HCC。不過，約有三分之二小於 4 公分的 HCCs，其 AFP 值小於 200 ng/ml，而即使 HCCs 已經相當大，卻仍有高達 20% 的 HCC 甚至未產生 AFP。腹部超音波具高度敏感性及專一性，可偵測大的 HCCs。腹部超音波較無法確實偵測小病灶，因此操作者的經驗更為重要。一旦超音波檢查懷疑有 HCC，可進一步利用影像檢查，包括肝臟電腦斷層檢查（CT）、核磁共振（MRI）或血管攝影術來確認診斷，甚至可偵測其他小病灶。診斷很少需要用到切片檢查，而腫瘤的針徑播種機率為 1 - 3%。切片檢查適用於具有非典型影像表徵、無潛在肝臟疾病及低 AFP 的案例上。

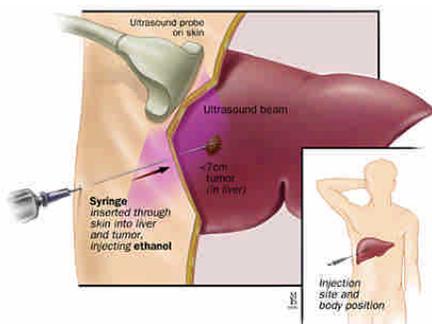
肝癌的治療方法為何？

任何單一腫瘤、輕微肝硬化及門靜脈高血壓但肝臟功能尚為良好的患者，首選治療應該考慮肝臟切除。但是針對多病灶或大血管侵犯型 HCC，切除手術只局限於特定的患者。患者若有嚴重失代償性肝硬化，或腫瘤位置較深而切除會有危險性的話，肝臟移植是一種選擇。與肝癌切除術相比較，肝臟移植具有許多潛在的優點。理論上，肝臟移植可根除切除後局部復發的可能性，不僅如此，還可去除硬化、疾病的肝臟。另外，肝臟移植也能避免切除後殘肝不足，導致肝衰竭的問題。要將移植後腫瘤復發的風險降到最低，必須要訂定嚴格的選擇條件。最常使用的條件為米蘭規約（Milan criteria）（單一腫瘤不大於 5 公分 或多發性腫瘤需小於 3 公分 且數量不超過 3 顆），及舊金山加州大學（UCSF）規約（單一腫瘤不大於 6.5 公分 或多發性腫瘤，最大者需不大於 4.5 公分 且數量不超過 3 顆，腫瘤總直徑不大於 8 公分，且無血管侵犯）。台灣健保政策於 2006 年 7 月，將肝癌患者施行肝臟移植的納入條件，從原來的米蘭規約改為 UCSF 規約。等待器官移植的期間，所面臨的器官短缺及腫瘤進展的風險，往往限制了肝臟移植的發展。然而，近年來活體肝臟移植（LDLTx）的進步及好成果，使得肝臟移植也成為治療 HCC 的一個重要選項。

非手術治療，包括局部摘除療法、肝動脈化學栓塞療法（TACE）、肝動脈近距放射治療 及全身性化療，可考慮用於不適合做根除切除術的患者。

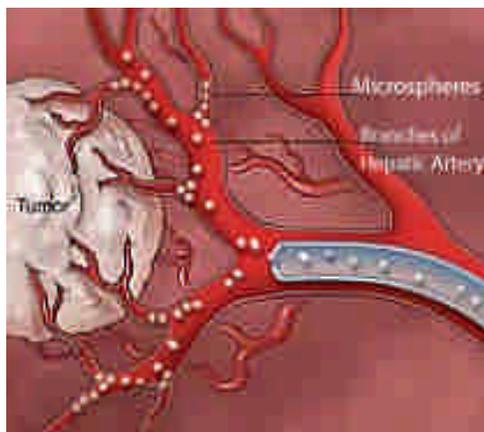


射頻燒灼術（RFA）利用高頻電流局部加熱，達到殺死腫瘤的目的。在超音波影像導引下，藉由經皮、腹腔鏡或開放式外科手術，將電極探針插入肝臟腫瘤。RFA 最適用於小腫瘤（小於 5 公分）。



經皮酒精注射（PEI）是將 95% 的酒精注射到腫瘤。PEI 會引發腫瘤細胞凝固壞死及纖維化反應，以及腫瘤微血管栓塞與組織缺氧等。PEI 最適用於直徑小於 3cm 的周邊病灶。

冷凍治療（Cryoablation）類似 RFA，在超音波引導下，將裝有液態氮的探針插入腫瘤，將之冷凍並殺死。冷凍治療可能和 RFA 一樣有效，卻可適用於某些腫瘤位置，以免因加熱而很可能意外損害鄰近的器官。（如當膀胱或大腸太靠近腫瘤位置時）。



TACE 是將高劑量化療藥物經由供血動脈的導管直接局部打進腫瘤裡面。為避免全身性毒性，於供血動脈中施打促凝血劑或植入線圈以防血流。由於大多數肝癌細胞，其 80-85% 的血流是來自肝動脈，所以 TACE 可有效打中目標腫瘤，而將主要由靜脈供血的正常肝實質所受的影響降到最低。

放射線栓塞療法（也稱為 SIRT，或選擇性的內照射療法），是將數百萬放射活性釷 90 微球體經導管注入肝內（方法同 TACE）。這些微球可以殺死距離 2.5 公厘內的癌細胞，因此，由細小血管供養的癌細胞的各個部位，就都暴露在放射線內。雖仍有嚴重肝損害的可能，但 SIRT 的併發症似乎比 TACE 來得少。SIRT 的效性也許可與化學栓塞療法相媲美。

立體定向放射線手術（SRS），是一種利用直接對腫瘤施以放射線（高度聚集 X 光放射）的突破性技術。由於正常肝細胞比癌細胞更容易死於放射線照射，所以在過去，放射線一直無法普遍用於治療肝癌。SRS 利用電腦化規劃與電腦斷層掃描，來確認精確的腫瘤大小、形狀及位置。然後，放射線機器會環繞患者以三維方向移動，並且將多個射束，針對腫瘤靶區照射。因此，有利於正常肝細胞的保護，而不致累積高劑量的放射線。SRS 對單一腫瘤較為有效。

肝癌對傳統的化學治療藥物僅有百分之十幾的局部反應率。如此低的治療效果，若換算成存活率，全身性的化療對肝癌患者的生命延長並無助益。另外，肝臟剩餘功能差的患者對於全身性化療，其耐受性通常都不佳。

標靶藥物治療 – Sorafenib

於 2007 年，由於這項突破性的研究—Sorafenib 肝癌評估隨機試驗 (SHARP)，美國與歐洲核准 sorafenib 使用於晚期 HCC。Sorafenib 為一種口服多種激酶抑制劑，可抑制腫瘤細胞擴張與增生。針對具有晚期 HCC、肝功能仍佳，卻不適合手術及局部區域治療的患者而言，使用 sorafenib 可增加多達 3 個月的存活時間。Sorafenib 用於更晚期肝功能損害患者的相關研究，目前仍有限。

多數 HCC 患者會有潛在肝臟疾病，有些是和 B 型肝炎及 C 型肝炎有關。因此，多專科整合性醫療是有必要的，包括 HBV 與 HCV 的抗病毒治療、A 型肝炎與 HBV 的疫苗（視情況而定）及晚期肝臟疾病相關的併發症，如食道靜脈曲張的篩檢與預防性治療等。

如何評估肝臟疾病患者的手術風險？

所有患有已知肝臟疾病的患者，都應該評估是否有黃疸、凝結病變、腹水、電解質異常、腎臟功能缺失及肝性腦病變等現象，以上這些症狀可能必須於手術前接受特定的治療。

Child-Pugh (CP) 為一種肝功能的臨床評分系統。此系統可用來評估所選手術的死亡率估計，也可作為追蹤肝病患者的臨床病程，有助於辨識是否需要改變治療策略。

5 分到 6 分為 A 級：一般認為此級的患者，在未來一年內並無因肝臟疾病而死亡的風險。依 CP 評分系統分級：

7 分到 9 分為 B 級：表示情況越來越差，這些肝硬化患者可能於一年內，會因肝硬化引發的肝臟併發症，如靜脈曲張出血及肝衰竭而死亡，死亡率有 20%。

10 分到 15 分為 C 級：此級患者一年內的死亡率，高達 55%，同樣是肇因於肝硬化併發症，如腸胃道出血及肝性腦病變。

分在 B 級或 C 級的患者，較適合施行肝臟移植手術的評估。但，可惜的是，此 CP 評分針對肝臟切除的預測值，變化相當大。之前一份研究顯示，儘管只切除有限的部位，A 級患者進行肝切除的死亡率為 3.7%，而 B 級與 C 級患者皆為 16.7%。研究人員一致認為，要針對分數為 7 分到 9 分(B 級)的患者，施行平均分段式切除是不可能的。CP 分數的準確度可以以下檢查而增加：放射線診斷攝影（肝容量評估）、靛氫綠 (IGG) 肝臟殘留測試、腫瘤大小評估以及患者於手術前肝硬化嚴重程度評估。

ICG 檢測是利用一種三碳氫染料注入靜脈後，三碳氫染料會迅速與白蛋白及 α -1-脂蛋白結合，而被肝臟薄壁細胞吸收，因此會快速從血中消失，並只經由肝臟代謝。注入 0.5 mg/kg 的 ICG 後 15 分鐘內，若血中仍殘留有 15% 或以上的染料，則顯示肝臟的排泄功能受損。因此，分數為 5 分或 6 分 (A 級) 且 ICG15 大於 14% 的患者，則屬於「高風險」CP A 級患者，表示其肝臟殘留功能有限。

肝臟手術的可能併發症為何？

手術成果在過去幾年來，已有很大的進步，可提供患者更好的選擇（包括腫瘤的早期偵測）、完善的術前準備、徹底的術中及術後監測以及精進的手術技術。不過，由於手術的死亡率與潛在肝臟疾病的嚴重程度息息相關，所以肝功能評估對於在選擇患者是否可進行肝臟手術上，是相當重要的。

整體的手術死亡率約為 1-4%，且手術併發症將近 20%。併發症可分為兩類：手術及非手術。手

術併發症為直接和手術有關並出現在手術部位，如膽漏、肋膜腔積液、出血及傷口問題。其他非手術併發症為食道靜脈曲張出血、腹水、因肝殘餘功能不足而引起的肝衰竭、心血管或腦血管疾病等等。

手術成果及術後追蹤為何？

儘管接受最佳的治療，肝癌仍有很高的復發率。切除後，有 50-80% 的患者會復發，其中大多數患者會在 2 年內復發。

肝癌復發以肝內為大多數（80%），有少於 20% 會出現肝外復發。

以下列出肝癌預後及再發的影響因子：

1. 一般多發性肝癌結節比單一結節再發率高。
2. 腫瘤大小：腫瘤大於 5 公分時，肝內腫瘤轉移及門靜脈栓塞的機會比腫瘤小於五公分時分別高約三倍及兩倍。
3. 被膜：被膜是由於腫瘤越長越大，壓迫到周圍肝細胞，使正常肝組織纖維化，形成數毫米寬的薄膜。有被膜的腫瘤，在組織學上大多屬於高度分化，較少門靜脈侵犯及直接肝內轉移，並且有被膜的病人有較好的預後。
4. 組織學的分類：高度分化肝癌有較好的預後。
5. 腫瘤細胞分裂：高分裂能力的腫瘤預後較差。
6. 腫瘤侵犯血管：肝門靜脈侵犯的危險因子包括直徑大於 5 公分，組織學上屬於低度分化及分裂速度快的腫瘤。若肝腫瘤侵犯到主門靜脈預後較差，術後一年內復發及術後二年內死亡的機會很大。
7. 肝硬化：肝硬化被認為和肝癌的形成有關，約有八十% 的肝癌病患併有肝硬化，另外肝硬化的病人年齡通常較沒有肝硬化的病人大，肝癌生長較快，腫瘤也比較大。

病患若出現肝內復發，有許多治療方式可以應用。但另一方面，患者若出現肝外擴散，則預後會較差，因為全身性治療的好處有限。

為因應高復發率，術後的仔細追蹤評估是有必要的。例行性追蹤檢查包括每 2-3 個月得進行肝功能檢測、甲型胎兒蛋白（AFP）及超音波檢查。若超音波檢查懷疑有腫瘤復發情形，則得進行電腦斷層掃描、核磁共振或肝臟血管攝影檢查。

手術後，整體的 5 年無病存活率（DFS）為 30- 35%，而整體的 5 年存活率（OS）則為 55-60%。不同時期的 5 年存活率分別如下：第一期（stage I）55%、第二期（stage II）37%及第三期（stage III）16%。然而，隨著多種局部區域治療方式，如 RFA 或 TACE 的發展，可望進一步控制復發情形並延長存活率。

Stage	I	T1	單顆腫瘤而且沒有血管侵犯
Stage	II	T2	單顆腫瘤有血管侵犯 或多顆腫瘤且沒有一顆超過5公分
Stage	IIIa	T3	多顆腫瘤且任一顆超過5公分 或腫瘤侵犯門靜脈或肝靜脈的主要分支
	IIIb	T4	腫瘤直接侵犯膽囊以外的鄰近器官 或穿透臟壁腹膜
	IIIc	N1	區域淋巴轉移
Stage	IV	M1	遠處轉移

預防

為了降低全球肝癌相關的死亡率，預防是唯一且最實際的方法。

B 型肝炎疫苗與捐血篩檢都是有效的初級預防方法。捐血篩檢在一般大眾病毒性肝炎的傳染上，已有實質上的減少。由於目前尚無 HCV 疫苗，減少危險行為及促進衛生標準即為預防 HCV 的主要方法。有效的抗病毒療法，其目的為清除或持續抑制病毒，期望於感染 HBV 或 HCV 的早期肝硬化階段，能減緩或預防其進展成肝硬化及 HCC。

台灣自 1984 年開始推動全面新生兒 B 型肝炎預防注射。之後，B 型肝炎帶原率就從 15-20% 降到 1% 以下。尤其重要的是，孩童 HCC 的年發生率從每十萬位孩童中的 0.67 降到 0.19。為控制 C 型肝炎，除了干擾其傳染途徑及捐血抗 HCV 篩檢外，台灣於 2003 年也開始實施全國性干擾素與利巴韋林治療法。透過這些努力，在未來的 20-30 年間，病毒引發的 HCC 將可受到控制，且預期到了 2040 年，將大約可減少 85%。

參考文獻

1. Etiology, natural history and treatment of hepatocellular carcinoma. Colombo M, Sangiovanni A. *Antiviral Res.* 2003 Oct;60(2):145-50. Review.
2. Hepatocellular carcinoma in Taiwan. Chen DS. *Hepatol Res.* 2007 Sep;37 Suppl 2:S101-5.
3. Current strategy for staging and treatment: the BCLC update and future prospects. Forner A, Reig ME, de Lope CR, Bruix J. *Semin Liver Dis.* 2010 Feb;30(1):61-74. Epub 2010 Feb 19.
4. Sorafenib improves the survival of patients with advanced hepatocellular carcinoma: a meta-analysis of randomized trials. Zhang T, Ding X, Wei D, Cheng P, Su X, Liu H, Wang D, Gao H. *Anticancer Drugs.* 2010 Mar;21(3):326-32.
5. Preoperative assessment of liver function. Schneider PD. *Surg Clin North Am.* 2004 Apr;84(2):355-73.
6. Hepatic resection for hepatocellular carcinoma in Taiwan. Yeh CN, Lee WC, Jeng LB, Chen MF. *Eur J Surg Oncol.* 2002 Sep;28(6):652-6.
7. Estimation of prognosis after hepatectomy for hepatocellular carcinoma. Lee WC, Jeng LB, Chen MF. *Br J Surg.* 2002 Mar;89(3):311-6.
8. Prognostic factors of hepatic resection for hepatocellular carcinoma with cirrhosis: univariate and multivariate analysis. Yeh CN, Chen MF, Lee WC, Jeng LB. *J Surg Oncol.* 2002 Dec;81(4):195-202.
9. Extended hepatic resection for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis: is it justified? Poon RT, Fan ST, Lo CM, Liu CL, Lam CM, Yuen WK, Yeung C, Wong J. *Ann Surg.* 2002 Nov;236(5):602-11.
10. Loco-regional treatment of hepatocellular carcinoma. Lencioni R. *Hepatology.* 2010 Aug;52(2):762-73.
11. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, Andreola S, Pulvirenti A, Bozzetti F, Montalto F, Ammatuna M, Morabito A, Gennari L. *N Engl*

- J Med. 1996 Mar 14;334(11):693-9.
12. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma: expansion of the tumor size limits does not adversely impact survival. Yao FY, Ferrell L, Bass NM, Watson JJ, Bacchetti P, Venook A, Ascher NL, Roberts JP. Hepatology. 2001 Jun;33(6):1394-403.
 13. Improving perioperative outcome expands the role of hepatectomy in management of benign and malignant hepatobiliary diseases: analysis of 1222 consecutive patients from a prospective database. Poon RT, Fan ST, Lo CM, Liu CL, Lam CM, Yuen WK, Yeung C, Wong J. Ann Surg. 2004 Oct;240(4):698-708; discussion 708-10.
 14. International Union against Cancer. TNM classification of malignant tumours. 7th ed. Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C. Chichester, West Sussex, UK: Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2010.
 15. Fighting against viral hepatitis: Lessons from Taiwan. Chen DS. Hepatology. 2011 Jun 30.
 16. Decreased incidence of hepatocellular carcinoma in hepatitis B vaccinees: a 20-year follow-up study. Chang MH, You SL, Chen CJ, Liu CJ, Lee CM, Lin SM, Chu HC, Wu TC, Yang SS, Kuo HS, Chen DS; Taiwan Hepatoma Study Group. J Natl Cancer Inst. 2009 Oct 7;101(19):1348-55. Epub 2009 Sep 16.

教學目標

1. 瞭解如何執行詳細的病史紀錄、身體檢查及患者上腹痛的鑒別診斷
2. 瞭解患者黃疸、腹水、上腸胃道出血及意識清晰度改變的鑒別診斷
3. 瞭解與無代償性肝硬化相關的疾病，如大量腹水、肝性腦病變及食道靜脈曲張等的醫療處置
4. 瞭解肝功能損害患者使用處方藥時的注意事項
5. 列出主要的良性及惡性肝臟腫瘤
6. 瞭解 HCC 不同的發病原因
7. 瞭解如何判讀正常與異常的肝功能實驗室檢測資料
8. 瞭解如何判讀不同的肝臟輔助影像檢查
9. 瞭解如何描述肝臟的分段解剖
10. 瞭解如何評估患有肝臟疾病患者的手術風險
11. 瞭解肝臟切除術的主要併發症及治療方法
12. 瞭解 HCC 不同的治療方式
13. 瞭解 HCC 不同的分期系統
14. 瞭解 HCC 的術後追蹤及預防策略