

TNM

Classification

Handbook for Malignant Tumors

恶性肿瘤

TNM分期速查手册

主编 程颖

恶性肿瘤的分期对指导恶性肿瘤的治疗和判断预后有非常重要的意义，熟悉和掌握恶性肿瘤的分期是每一位刚入门的肿瘤科医生的必修课。



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

恶性肿瘤

TNM 分期速查手册



主 编 程颖
副主编 张越 鲍慧铮
柳菁菁 张爽

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

恶性肿瘤 TNM 分期速查手册/程颖主编. —北京:人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-21750-7

I. ①恶… II. ①程… III. ①癌-分期-手册
IV. ①R73-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 269143 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

恶性肿瘤 TNM 分期速查手册

主 编: 程 颖

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 11

字 数: 279 千字

版 次: 2016 年 2 月第 1 版 2016 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-21750-7/R · 21751

定 价: 82.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

编委名单

(按姓氏汉语拼音排序)

鲍慧铮	吉林省肿瘤医院
陈文明	首都医科大学附属北京朝阳医院
程颖	吉林省肿瘤医院
程龙伟	吉林省肿瘤医院
池晓峰	吉林省肿瘤医院
高春英	吉林省肿瘤医院
郭军	北京大学肿瘤医院
孔垂泽	中国医科大学附属第一医院
李福秋	吉林大学第二医院
林桐榆	中山大学附属肿瘤医院
刘士新	吉林省肿瘤医院
柳影	吉林省肿瘤医院
柳菁菁	吉林省肿瘤医院
娄阁	哈尔滨医科大学附属肿瘤医院
卢卫平	吉林省肿瘤医院
马丽霞	吉林省肿瘤医院
王成	吉林省肿瘤医院
王徽	吉林省肿瘤医院
王长青	吉林省肿瘤医院
王立波	吉林省肿瘤医院
王锡山	哈尔滨医科大学附属第二医院
王玉学	哈尔滨医科大学附属肿瘤医院
邢德君	吉林省肿瘤医院
徐亚娟	吉林省肿瘤医院

编委名单

杨 焱	吉林省肿瘤医院
杨玉波	吉林省肿瘤医院
阴春霞	长春市妇产医院
袁 勇	吉林省肿瘤医院
岳 瑛	吉林大学第一医院
张 爽	吉林省肿瘤医院
张 越	吉林省肿瘤医院
张奇夫	吉林省肿瘤医院
张学文	吉林大学中日联谊医院
赵晓东	吉林省肿瘤医院
郑 颖	吉林省肿瘤医院

前言

恶性肿瘤的分期对指导恶性肿瘤的治疗和判断预后有非常重要的意义，熟悉和掌握恶性肿瘤的分期是每一位刚入门的肿瘤科医师的必修课。由美国癌症联合委员会和国际抗癌联盟共同建立的 TNM 分期系统是目前国际上最为通用的恶性肿瘤分期系统，从 1968 年正式出版第 1 版《恶性肿瘤 TNM 分类法》开始，随着肿瘤研究和诊治领域的发展和进步，TNM 分期系统也会根据数据的变化而修订，至今已经出了 7 个版本；对肿瘤诊断和治疗技术的发展起到了良好的推动作用。虽然 TNM 分期系统是最常用的恶性肿瘤分期系统，但它并不适用于所有的恶性肿瘤，如小细胞肺癌通常采用美国退伍军人分期法、肝癌采用巴塞罗那分期、妇科肿瘤大多采用国际妇产科联盟（FIGO）分期等。但目前还没有一本涵盖临床上最常用分期的参考书，这给医师在临床实际应用带来了不便。

本书除了收纳最权威的和国内常用的恶性肿瘤分期标准——TNM 分期系统外，也涵盖了上述特有病种的特殊分期，主要特点是实用和速查，以恶性肿瘤分期为主线，体现出肿瘤分期在该病种的应用（包括临床常用的其他内容，如适用范围、诊断、检查原则、高危因素、疗效、分子分型等），突出了每一个病种的特色（如乳腺癌的 Luminal 分型、复发风险分组、肝癌的肝功能 Child-pugh 分级

前 言

标准), 这些内容在疾病诊断和判断预后中都很常用, 我们将这些内容整理、归纳, 希望为我国的肿瘤科医师在临床工作中熟练使用肿瘤分期提供一本便捷的口袋书。

衷心感谢参与本书撰写工作的所有专家, 在临床和科研工作繁忙的情况下拨冗完成编写工作。希望大家通过此书对恶性肿瘤分期及其诊断和判断预后的相关内容有更系统、全面地了解。为了进一步提高本书的质量, 以供再版时修改, 诚恳地希望各位专家和读者提出宝贵意见。

程 颖

2015 年 11 月

目 录

1	唇癌和口腔癌	1
2	咽癌	6
3	喉癌	12
4	鼻腔癌和鼻窦癌	17
5	大唾液腺恶性肿瘤	21
6	头颈部黏膜黑色素瘤	26
7	甲状腺癌	29
8	食管癌	35
9	胃癌	45
10	胃肠间质瘤	54
11	小肠癌	58
12	结直肠癌	62
13	肛管癌	72
14	肝癌	76
15	胆囊癌	82
16	胆管癌	90
17	肝门周围胆管癌	95
18	肝外胆管癌	101
19	法特壶腹癌	104
20	胰腺癌	108
21	肺癌	114
22	恶性胸膜间皮瘤	127
23	胸腺肿瘤	137
24	骨肿瘤	149
25	软组织肿瘤	157

目 录

26	皮肤基底细胞癌	173
27	皮肤鳞癌	179
28	眼睑皮肤肿瘤	184
29	皮肤恶性黑色素瘤	187
30	皮肤 Merkel 细胞癌	195
31	乳腺癌	199
32	外阴癌	213
33	阴道癌	220
34	宫颈癌	223
35	子宫内膜癌	228
36	子宫肉瘤	231
37	卵巢癌、输卵管癌和原发性腹膜癌	237
38	妊娠滋养细胞肿瘤	244
39	阴茎癌	248
40	前列腺癌	256
41	睾丸癌	266
42	肾癌	276
43	肾盂、输尿管癌	281
44	膀胱癌	287
45	尿道癌	294
46	肾上腺皮质癌	300
47	恶性淋巴瘤	304
48	多发性骨髓瘤	317
49	神经内分泌肿瘤	328

1

唇癌和口腔癌

唇癌和口腔癌是常见的头颈部恶性肿瘤之一，欧美国家患者较多，发病率为 12/10 万人，2012 年 GLOBOCAN 的全球癌症数据显示：唇癌和口腔癌的新发病例为 130 900 例，死亡病例为 74 500 例。唇癌和口腔癌的分期适用于唇红部的癌和口腔黏膜癌，包括小唾液腺癌，并需经组织病理学确诊。

【TNM 分期】

原发肿瘤（primary tumor, T）

T_x 原发肿瘤不能评估

T₀ 无原发肿瘤证据

T_{is} 原位癌

T₁ 肿瘤最大径 ≤ 2cm

T₂ 2cm < 肿瘤最大径 ≤ 4cm

T₃ 肿瘤最大径 > 4cm

T_{4a} 中等晚期局部疾病*

（唇）肿瘤侵犯骨皮质、下牙槽神经、口底或面部皮肤（如颏或鼻）

（口腔）肿瘤侵犯邻近结构〔如穿透骨皮质（下颌骨或上颌骨）至舌的深部（外部）肌肉（颏舌肌、舌骨舌肌、舌腭肌和茎突舌骨肌），上颌窦，面部皮肤〕

T_{4b} 非常晚期局部疾病 肿瘤侵犯咀嚼肌间隙、翼板，或颅底和（或）包绕颈内动脉

注：* 原发牙龈的肿瘤仅侵犯骨的表面不归类为 T₄

区域淋巴结 (regional lymph nodes, N)

Nx 区域淋巴结不能评估

N0 无区域淋巴结转移

N1 同侧单个淋巴结转移, 最大径 $\leq 3\text{cm}$

N2 同侧单个淋巴结转移, $3\text{cm} < \text{最大径} \leq 6\text{cm}$; 或同侧多个淋巴结转移, 最大径 $\leq 6\text{cm}$; 或双侧或对侧淋巴结转移, 最大径 $\leq 6\text{cm}$

N2a 同侧单个淋巴结转移, $3\text{cm} < \text{最大径} \leq 6\text{cm}$

N2b 同侧多个淋巴结转移, 最大径 $\leq 6\text{cm}$

N2c 双侧或对侧淋巴结转移, 最大径 $\leq 6\text{cm}$

N3 转移淋巴结最大径 $> 6\text{cm}$

注: 中线的淋巴结被认为属于同侧淋巴结

远处转移 (distant metastasis, M)

M0 无远处转移

M1 有远处转移

【解剖分期/预后分组】

分期	T	N	M
0 期	Tis	N0	M0
I 期	T1	N0	M0
II 期	T2	N0	M0
III 期	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
IV A 期	T4a	N0, N1	M0
	T1, T2, T3, T4a	N2	M0
IV B 期	任何 T	N3	M0
	T4b	任何 N	M0
IV C 期	任何 T	任何 N	M1

【pTNM 病理学分期】

pT 和 pN 分期与 T 和 N 的分期相对应

pN0 选择性的颈部淋巴结清扫术标本的组织学检查通常包括 6 个或更多的淋巴结。根治性或者改良根治性颈部淋巴结清扫术标本的组织学检查通常包括 10 个或更多的淋巴结

如果淋巴结是阴性的，但检查的数目没有达到要求，仍可归类为 pN0 分期

pM 远处转移

pM1 镜下证实有远处转移

【组织病理学分级 (G)】

Gx 级别无法评估

G1 高分化

G2 中分化

G3 低分化

G4 未分化

【分期检查原则】

1. 放射性核素检查 除能协助判断唇癌、口腔癌是否有骨转移外，在诊断口腔癌本身中尚少见应用。超声波检查能提供口腔癌中区域淋巴结转移情况。X 线平片及断层摄影在口腔癌侵犯上、下颌骨及鼻腔鼻窦时能有一定的价值。CT 对口腔癌的定位、肿瘤侵犯范围特别是侵犯原发灶周围软组织的情况有价值，特别对于张口受限的口腔癌患者 CT 检查可清晰显示出下颌骨、翼内板、翼外板、翼内肌、翼外肌、颞肌、嚼肌及由它们所形成的各种筋膜间隙。这些结构，特别是翼内肌及翼颌间隙的变形消失常是口腔癌向咀嚼间隙侵犯引起张口困难的直接证据。

2. 细胞学与活组织检查 对口腔癌的确诊一般采用钳取或切取活检，因其表面黏膜均已破溃或不正常，且

位置浅表。钳取器械应锋利，以免组织受挤压变形而影响病理诊断。若组织受压变形，应另行取材。对黏膜完整的黏膜下肿块可采用细针吸取行脱落细胞学检查。但活检与临床治疗时间的间隔越短越好。

(徐亚娟)

参考文献

1. 张志愿. 口腔颌面外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 368
2. Pfister DG, Spencer S, Brizel DM, et al. Head and neck cancers, Version 2. 2014. Clinical practice guidelines in oncology [J]. J Natl Compr Canc Netw, 2014, 12 (10): 1454-1487
3. Edge S, Byrd DR, Compton CC, et al. Cancer Staging Manual [M]. 7th ed. New York: Springer, 2010: 57-67
4. Friedman ER, Saindane AM. Pitfalls in the staging of cancer of the major salivary gland neoplasms. Neuroimaging Clin N Am, 2013, 23 (1): 107-122
5. Kakimoto N, Gamoh S, Tamaki J, et al. CT and MR images of pleomorphic adenoma in major and minor salivary glands [J]. Eur J Radiol, 2009, 69 (3): 464-471
6. Vuhahula EA. Salivary gland tumors in Uganda: clinical pathological study [J]. Afr Health Sci, 2004, 4 (1): 15-23
7. 孔祥泉, 杨秀萍, 查云飞. 肿瘤影像与病理诊断 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 178
8. Imaizumi A, Kuribayashi A, Okochi K, et al. Differentiation between superficial and deep lobe parotid tumors by magnetic resonance imaging: usefulness of the parotid duct criterion [J]. Acta Radiol, 2009, 50 (7):

806-811

9. 郭伟. 头颈肿瘤诊断治疗学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2013
10. 陈万青, 郑荣寿, 曾红梅, 等. 2011 年中国恶性肿瘤发病和死亡分析. 中国肿瘤, 2015, 24 (1): 1-10

2

咽癌

咽癌分为鼻咽癌、口咽癌和下咽癌。鼻咽癌发病率为耳鼻喉科恶性肿瘤之首，鼻咽癌在世界各大洲均有发现，欧洲、美洲和大洋洲发病率较低，在1/10万以下。我国是世界各大洲中鼻咽癌高发地区之一。国内鼻咽癌分布有明显的地区性差异，以广东和广西东部为高发中心，向周围逐渐降低。鼻咽癌以男性居多，约为女性的两倍。本病可发生于各年龄段，大多在30~50岁，国内报道最小发病年龄为3岁，最大发病年龄为90岁。口咽部恶性肿瘤占耳鼻喉科肿瘤的3.6%，可发生于悬雍垂、软腭、舌根、咽壁和扁桃体，最常见为扁桃体恶性肿瘤，占口咽恶性肿瘤的57.8%。喉咽癌又称下咽癌，下咽恶性肿瘤占头颈部恶性肿瘤的1.4%，占全身恶性肿瘤的0.2%，下咽癌的好发年龄为50~70岁。咽部恶性肿瘤以鳞状细胞癌为多见，男性发病率大于女性。

【TNM 分期】

原发肿瘤（T）

Tx 原发肿瘤不能评估

T0 无原发肿瘤证据

Tis 原位癌

（一）鼻咽

T1 肿瘤局限在鼻咽，或肿瘤侵犯口咽和（或）鼻腔但不伴有咽旁间隙*侵犯

T2 肿瘤侵犯咽旁间隙*

T3 肿瘤侵犯颅底骨质和（或）鼻窦

T4 肿瘤侵犯颅内和（或）颅神经、下咽、眼眶或颞下窝/咀嚼肌间隙

注：* 咽旁间隙侵犯是指肿瘤向后外侧方向浸润

（二）口咽

T1 肿瘤最大径 $\leq 2\text{cm}$

T2 $2\text{cm} < \text{肿瘤最大径} \leq 4\text{cm}$

T3 肿瘤最大径 $> 4\text{cm}$ ，或侵犯会厌的舌面

T4a 中等晚期局部疾病，肿瘤侵犯喉、舌的外部肌肉、翼内肌、硬腭或下颌骨*

T4b 非常晚期局部疾病，肿瘤侵犯翼外肌、翼板、鼻咽侧壁、或颅底或包绕颈动脉

注：* 舌根或会厌谷的原发肿瘤侵犯至会厌舌面黏膜并不意味着侵犯喉

（三）下咽

T1 肿瘤局限在下咽的某一解剖亚区，和（或）最大径 $\leq 2\text{cm}$

T2 肿瘤侵犯一个以上下咽解剖亚区或邻近解剖区，或 $2\text{cm} < \text{测量的肿瘤最大径} \leq 4\text{cm}$ ，无半喉固定

T3 肿瘤最大径 $> 4\text{cm}$ 或半喉固定或侵犯食管

T4a 中等晚期局部疾病，肿瘤侵犯甲状/环状软骨、舌骨、甲状腺或中央区软组织*

T4b 非常晚期局部疾病，肿瘤侵犯椎前筋膜，包绕颈动脉，或累及纵隔结构

注：* 中央区软组织包括喉前带状肌和皮下脂肪

区域淋巴结（N）

（一）鼻咽

鼻咽癌，尤其是未分化型，区域淋巴结转移途径的规律和对预后的影响不同于其他头颈部黏膜癌，使用一个不同的N分级系统。

Nx 区域淋巴结不能评估

N0 无区域淋巴结转移

N1 单侧颈淋巴结转移, 最大径 $\leq 6\text{cm}$, 淋巴结位于锁骨上窝以上部位, 和(或)单侧或双侧咽喉淋巴结转移, 最大径 $\leq 6\text{cm}$

N2 双侧颈淋巴结转移, 最大径 $\leq 6\text{cm}$, 淋巴结位于锁骨上窝以上部位*

N3 淋巴结*最大径 $> 6\text{cm}$ 和(或)位于锁骨上窝

N3a 淋巴结最大径 $> 6\text{cm}$

N3b 侵犯至锁骨上窝**

注:* 中线淋巴结认为是同侧淋巴结;

** 锁骨上区或窝部位与鼻咽癌的分期有关, Ho 描述了这个三角区域的定义, 包括三点: ①胸骨锁骨连接处的上缘; ②锁骨外侧端(肩峰端)的上缘; ③颈肩连接处。要指出的是这包括了同侧的Ⅳ区和Ⅴ区部分。伴有锁骨上窝的淋巴结(包括部分或全部)被认为是 N3b

(二) 口咽、下咽

Nx 区域淋巴结不能评估

N0 无区域淋巴结转移

N1 同侧单个淋巴结转移, 最大径 $\leq 3\text{cm}$

N2 同侧单个淋巴结转移, $3\text{cm} < \text{最大径} \leq 6\text{cm}$; 或同侧多个淋巴结转移, 最大径 $\leq 6\text{cm}$; 或双侧或对侧淋巴结转移, 最大径 $\leq 6\text{cm}$

N2a 同侧单个淋巴结转移, $3\text{cm} < \text{最大径} \leq 6\text{cm}$

N2b 同侧多个淋巴结转移, 最大径 $\leq 6\text{cm}$

N2c 双侧或对侧淋巴结转移, 最大径 $\leq 6\text{cm}$

N3 转移淋巴结最大径 $> 6\text{cm}$

注: Ⅶ区转移也被认为是区域淋巴结转移

远处转移 (M)

M0 无远处转移

M1 有远处转移