

TNM

恶性肿瘤的分类

洪韵琳 译



福建省医学情报所
中国医学科学院情报室
昆明医学院肿瘤教研室

T N M
恶性肿瘤的分类

UICC
(国际抗癌协会)

1982年增订及修正本

编 印 说 明

本书是国际抗癌协会（UICC）编印的第三版（1978年），UICC于1982年再增订及修正出版，经中国医学科学院情报室洪韵琳翻译。内容适用于临床判断肿瘤侵犯的范围而分期，原则上适用于一切部位的肿瘤。有了正确的临床记录和恶性肿瘤分类，则有利于达到以下的目的：

- 1）指导临床医师制定治疗计划。
- 2）对预后的估计。
- 3）协助判断治疗效果。
- 4）有利于各治疗中心交流经验。
- 5）有助于对人类癌症的继续研究。

因此本书对临床肿瘤医生，医学教学和科研工作都有所促进。

福建省医学情报所
中国医学科学院情报室
昆明医学院肿瘤教研室
一九八三年三月

目 录

总则.....	(1)
头颈部肿瘤.....	(7)
唇.....	(7)
口腔.....	(10)
口咽、鼻咽、下咽.....	(11)
喉.....	(15)
甲状腺.....	(18)
肺.....	(21)
乳腺.....	(24)
消化道肿瘤.....	(29)
食管.....	(29)
胃.....	(32)
结肠.....	(36)
直肠.....	(38)
肛管、肛门.....	(41)
妇科肿瘤.....	(45)
子宫颈.....	(45)
子宫体.....	(48)
卵巢.....	(51)
阴道.....	(54)
外阴部.....	(56)
泌尿系肿瘤.....	(59)

肾.....	(59)
膀胱.....	(61)
前列腺.....	(64)
睾丸.....	(67)
阴茎.....	(69)
软组织肉瘤.....	(71)
小儿肿瘤.....	(74)
肾母细胞瘤.....	(74)
神经母细胞瘤.....	(77)
软组织肉瘤.....	(81)
皮肤肿瘤.....	(86)
皮肤(不包括黑色素瘤).....	(86)
皮肤黑色素瘤.....	(88)
何杰金氏病.....	(92)

总 则

TNM的主旨

对癌症患者分为“早”或“晚”期，意味着病变局限或扩散等随着时间推移而发展。实际上，癌症在诊断时的期别不仅反映肿瘤生长速度及侵犯范围，也反映了病理类型及肿瘤与宿主的关系。UICC认为对每个部位癌症范围确切的记录，最好有一致的意见，因为正确的临床记录和恶性肿瘤的分类有利于达到以下的目的：

1. 指导临床医师制订治疗计划
2. 对预后的估计
3. 协助判断治疗效果
4. 有利于各治疗中心交流经验
5. 有助于对人类癌症的继续研究

肿瘤按病变范围分类的办法应有国际间的一致意见，这样可以提供一个确切的交流临床经验的方法。

有很多分类的方法，例如：依据解剖部位及临床检查后所确知的肿瘤侵犯范围，依据症状及体征，依据性别及年龄，依据组织学类型及分化程度等。UICC致力于依据临床判断的肿瘤侵犯范围而分期。

针对上述要求，我们需要这样一种分类系统：

1. 其基本原则适用于一切部位，不论采用何种治疗。
2. 经组织病理学及／或手术的资料可以在以后加以补充。

TNM分类可以满足这些要求。

TNM系统的一般法则

TNM系统用以下三个组成部分确定肿瘤侵犯范围

T — 原发肿瘤范围

N — 区域淋巴结及邻区淋巴结的情况

M — 有无远处转移

三个项目中的数字表示恶性的程度:

T_0, T_1, T_2, T_3, T_4 N_0, N_1, N_2, N_3, N_4

M_0, M_1

其它补充符号也有其特殊含意。

实际上也是各种恶性肿瘤侵犯范围临床诊断的“速记法”。

可以适用于全身各部位的一般规则:

1. 全部病例应有组织学证实, 无组织学证实者则应分开报告。

2. 每个部位有二个分类顺序:

①治疗前的临床划分——TNM

此分类基于临床检查、放射学, 内窥镜及其它所见等, 在决定确切治疗之前的诊断。

②手术后组织病理学划分——P.TNM

在未治疗前经手术或切除的标本检验后所做的补充诊断。若手术前经其它治疗的则其前应加“y”。

3. TNM一旦确定, 不宜更改。

4. 由于某些病例经过多种临床检查, 为便于分类, 其最低限度要求原发部位、区域或相应部位淋巴结及远处转移等治疗前的TNM临床分类。

5. 在TNM之后附加数字可以表明肿瘤扩展程度, 并归纳成

临床分期。

6. 把TNM分为治疗前临床及手术后组织病理二个划分法，前者代表临床的观察作为报导及评定分类，而后者则包含了临床所不能直观观察到的解剖部位等情况。

7. 如对某一病例，确定TNM有困难，应以下一级为准。同样原则应用于分期。（译注：如不能确定究系 T_2 或 T_3 ，应定为 T_2 ）

解剖区域及部位

按照1976年WHO规定的31个独立解剖部位命名（ICD—0）

TNM治疗前临床分类

T— 原发肿瘤

T_{is} 浸润前期癌（原位癌）

T_0 未见原发肿瘤

T_1, T_2, T_3, T_4 肿瘤大小程序及范围的临床情况

T_x 没有最低限度的临床资料来判断肿瘤大小

N— 区域淋巴结

N_0 未发现区域淋巴结中有肿瘤

N_1, N_2, N_3 区域淋巴结肿瘤侵及的程度

N_4 邻区淋巴结中有肿瘤

N_x 对区域淋巴结不能作出估计

M— 远处转移

M_0 未见远处转移

M_1 有远处转移，可用下列注解表明转移部位

肺 PUL 骨 OSS

肝	HEP	胸膜	PLE
脑	BRA	腹膜	PER
淋巴结	LYM	皮肤	SKI
骨髓	MAR	其它	OTH

M_X 对远处转移不能作出估计

P.TNM 手术后组织病理学分类

PT— 原发肿瘤

PT_{is} 浸润前期癌（原位癌）

PT₀ 组织学检查未见原发肿瘤

PT₁, T₂, T₃, T₄ 术后组织病理学显示原发肿瘤范围的递增程度

PT_X 术后及组织病理学对病损不能作出估计

对某些部位的原发肿瘤尚须记录下列记号

G— 组织病理分级

G₁ 高度分化

G₂ 中度分化

G₃ 低度分化或未分化

G_X 分化程度不能判断

L— 淋巴结侵袭

L₀ 未见淋巴结受侵

L₁ 浅表淋巴结受侵

L₂ 深部淋巴结受侵

L_X 淋巴结侵袭不能作出估计

V— 静脉受侵犯

V₀ 静脉内无肿瘤

V₁ 静脉出端有肿瘤

V₂ 静脉远端有肿瘤

V₃ 静脉受侵不能作出估计

PN— 区域淋巴结

PN₀ 未见区域淋巴结受侵

PN₁, N₂, N₃ 区域淋巴结受侵大小程度的增长

PN₄ 邻区淋巴结受侵

PN_x 对受侵范围不能作出估计

PM— 远处转移

PM₀ 未见远处转移

PM₁ 有远处转移

PM₁ 也可隶属于M₁

PM_x 对远处转移不能作出估计

附加记号

Y 某些病例经其它方法治疗后再进行手术确诊的。在PTNM前加“y”，如：yPT₂ PN₁ PM₀。这种病例应分开报告。

R 复发性肿瘤则在TNM或PTNM前加“r”。

C— 代表诊断确切的程度

C₁ 仅是临床检查所见

C₂ 特殊诊断方法显示的结果

C₃ 仅在外科手术探查所见

C₄ 手术切除及切除标本的完整检查后所见

C₅ 尸解所见

例如：T₃C₂, N₂C₁, M₀C₂的病例用于治疗前分类，而

P—TNM则往往与C₄同。

分期

肿瘤按TNM分类后，因TN各有四类，M有2类，共有32类。为便于列表及分析，将预后近似的各类编组，共分为四期。

附： 各肿瘤协会简称

AJCC—The American Joint Committee on Cancer

BIJC—The British Isles Joint TNM Classification Committee

CNC—The Canadian National TNM Committee

DSK—Deutschsprachiger TNM—Ausschuss(Komitee)

EORTC—The European Organization for Research on Treatment of Cancer

FIGO—Federation International de Gynecologie et d'obstetrique

ICPR—The International Commission on Stage Grouping in Cancer and the Presentation of Results of the International Society of Radiology

JJC—The Japanese Joint Committee

SIOP—La Societe Internationale d'Oncologie Pediatrique

头颈部肿瘤

解剖部位命名符号:

唇(不包括唇的皮肤)	ICD—O 140
口腔	ICD—O 141—145
口咽部	ICD—O 146
鼻咽部	ICD—O 147
上咽部	ICD—O 148
喉部	ICD—O 161
甲状腺	ICD—O 193

头颈部肿瘤于1954年至1973年间开始分类。目前公布的分
类分期计划应用至1986年不变。

各部位分类顺序见总则。

颈部淋巴结侵犯分级水平

I级 颌下, 颌下部位淋巴结可触及

II级 I级水平以下淋巴结可触及, 限于甲状软骨切迹皮
肤皱摺以上部位的淋巴结

III级 II级水平以下淋巴结可触及, 限于颈前三角包括胸
锁乳突肌深部的淋巴结

IV级 III级水平以下淋巴结可触及, 限于颈后三角甲状软
骨切迹皮肤皱摺处以下的淋巴结

唇 (ICD—O 140)

1978年分类

(BIJC, CNC, DSK, ICPR, JJC同意)

分类规则

仅限于位于唇红处的鳞癌，并经病理组织学证实。未经证实病例分开报告。

T项 临床检查

N项 临床检查

M项 临床检查及放射学检查

解剖部位

1. 上唇 (140.0)

2. 下唇 (140.1)

3. 口角 (140.6)

注：唇的粘膜包括在口腔部份；区域淋巴结限于颈部。

TNM治疗前临床分类

T— 原发肿瘤

T_{is} 浸润前期癌（原位癌）

T₀ 无明显原发肿瘤

T₁ 肿瘤限于唇部，最大直径≤ 2 厘米

T₂ 肿瘤限于唇部，最大直径> 2 厘米，不超过4厘米

T₃ 肿瘤限于唇部，最大直径超过 4 厘米

T₄ 肿瘤侵及邻近组织：骨、舌、颈部皮肤

T_x 对原发肿瘤不能作出估计

N— 区域淋巴结

N₀ 无明显淋巴结触及

N₁ 同侧触及活动的淋巴结

N₂ 对侧或双侧触及活动的淋巴结

N₃ 触及固定的淋巴结

N_x 对区域淋巴结不能作出估计

M— 远处转移

M₀ 无明显远处转移

M₁ 有远处转移

M_x 对远处转移不能作出估计

P.TNM 术后组织病理学分类

PT— 原发肿瘤

PN— 区域淋巴结

PM— 远处转移

上述三项均可包括在T, N, M项下。

病期划分

I 期	T ₁	N ₀	M ₀
II 期	T ₂	N ₀	M ₀
III 期	T ₃	N ₀	M ₀
	T ₁ , T ₂ , T ₃	N ₁	M ₀
IV 期	T ₄	N ₀ , N ₁	M ₀
	任何T	N ₂ , N ₃	M ₀
	任何T	任何N	M ₁

小 结

唇

T ₁	≤ 2 厘米	} 局限于唇
T ₂	> 2—4 厘米	
T ₃	> 4 厘米	
T ₄	唇以外	
N ₁	同侧活动	
N ₂	对侧或双侧活动	
N ₃	已固定	

口 腔 (ICD—O 141—415)

1973年分类

1978年确定

(BIJC, CNC, DSK, ICPR, JJC同意)

解剖部位

1. 颊粘膜

i) 上、下唇的粘膜面 (140.3, 4)

ii) 颊粘膜 (145.0)

iii) 磨牙后区 (145.6)

iv) 上、下颊龈沟 (145.1)

2. 上齿槽与牙龈 (143.0)

3. 下齿槽与牙龈 (143.1)

4. 硬腭 (145.2)

5. 舌

i) 舌背及侧部, 轮廓乳头前(前2/3) (141.1, 2)

ii) 舌腹面 (141.3)

6. 口底部 (144)

区域淋巴结限于颈部

TNM治疗前临床分类

T— 原发肿瘤

Tis 浸润前期癌(原位癌)

T₀ 未见原发肿瘤

T₁ 肿瘤最大直径≤2厘米

T₂ 肿瘤最大直径>2厘米, 不超过4厘米

T₃ 肿瘤最大直径>4厘米

T₄ 肿瘤侵及骨、肌肉、皮肤、鼻窦、颈部

T_x 对原发肿瘤不能作出估计

— 区域淋巴结 (余同唇部, 见第8页)

M— 远处转移 (余同唇部, 见第8页)

P, TNM 术后组织病理学分类

PT
PN } 同前, 见第9页
PM

分期 同前, 见第9页

小 结

口 腔	
T ₁	≤ 2 厘米
T ₂	> 2—4 厘米
T ₃	> 4 厘米
T ₄	侵及骨/肌肉等
N ₁	同侧活动
N ₂	对侧或双侧活动
N ₃	已固定

口咽 (ICD—O 146)

鼻咽 (ICD—O 147)

下咽 (ICD—O 148)

1978年分类

(BIJC, CNC, DSK, ICPR, JJC同意)

此分类仅用于组织学证实的癌症, 未经证实病例分开报告

T项: 临床体检, 内窥镜, 放射学检查

N项: 临床检查

M项: 临床检查及放射学检查

解剖部位

口 咽 (146)

从硬腭与软腭交界处到会厌谷

1. 前壁(舌一会厌区)

i) 舌, 轮廓乳头后(舌后1/3) (141.0)

ii) 会厌谷 (146.3)

iii) 会厌前面(舌面) (146.4)

2. 侧壁 (146.6)

i) 扁桃体 (146.0)

ii) 扁桃体窝 (146.1) 及咽柱 (146.2)

iii) 舌扁桃体沟

3. 后壁 (146.7)

4. 上壁

i) 软腭下面 (145.3)

ii) 悬雍垂 (145.4)

鼻 咽 (147)

1. 后—上壁: 从硬腭及软腭交界水平到颅底 (147.0, 1)

2. 侧壁: 包含咽隐窝 (147.2)

3. 下壁: 包括软腭上面, (147.3)

注: 鼻后孔边缘包括中隔后缘属于鼻腔范畴。

下 咽 (148)

1. 咽食管交界(环后区) (148.0)

从杓状软骨及杓间襞水平到环状软骨下界

2. 梨状窝 (148.1)