

国际疾病分类中瘤学专辑

ICD-0

国际疾病分类 肿瘤学专辑

1976



世界卫生组织
人民卫生出版社

6
7
-a

ICD-O

国际疾病分类肿瘤学专辑

1976年 第1版

世界卫生组织 编

崔梅芳 卢明华 胡素忍
周珊珊 姜淑云 译

刘复生 孙燕 校



人民卫生出版社

世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部

由人民卫生出版社出版本书中文版

C0143899



1977年再版

ISBN 92 4 154056 7

© 世界卫生组织 1976

根据《全世界版权公约》第二条规定，世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利，应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

2498/312^v

国际疾病分类肿瘤学专著

世界卫生组织 编

崔梅芳 卢明华 等译

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 23 $\frac{1}{2}$ 印张 4插页 563千字

1989年11月第1版 1989年11月第1版第1次印刷

印数：00,001—1,342

ISBN 7-117-00961-6/R·962 定价：11.30元

〔科技新书目 201—196〕

前 言

《国际疾病分类肿瘤学专辑》(ICD-O)是由《国际疾病分类》第九版(ICD-9)第Ⅱ章(肿瘤)发展而来。ICD-O可以为所有的肿瘤提供解剖学、组织学(形态学)和表现(例如恶性,良性,原位,行为不明的或转移的)编码。它另外包括一种组织学分级和分化程度的编码。因此,ICD-O可为那些想得到比ICD-9肿瘤章更详细编码的专业人员,提供了一种既可用于肿瘤解剖部位又能用于组织学类型的名称编码。它不对其它情况如疾病的分期、范围、哪一侧、诊断和治疗的方法提供编码。

多年来,世界卫生组织(WHO)成员国已使用ICD为死亡率和发病率的统计编码和制表。近年来,为了贮藏和检索的目的,ICD也用于医院的和其它医学记录的编码。

自第六版(1948年)开始,ICD第Ⅱ章中就对肿瘤进行了分类。它主要是根据肿瘤的解剖部位和良恶性分类的。除了淋巴和造血系统的肿瘤,绒癌,恶性黑色素瘤和某些良性肿瘤外,均没有组织学的名称编码。

1968年国际癌症研究机构(IARC)受WHO之托,在与WHO的有关癌症和ICD部门以及许多国际团体共同商议的基础上,对ICD-9第Ⅱ章的内容和结构提出意见。来自许多国家的顾问和委员会与IARC委任的工作组协作对ICD-9第Ⅱ章提出建议。工作组认为需要一种详细的统一的肿瘤组织病理学编码,并提议WHO应出版肿瘤的组织学名称编码作为ICD-9第Ⅱ章的补充。在审查了几个编码方案后,他们建议根据ICD-8和病理学系统命名法(SNOP)¹编写的肿瘤命名和编码手册(MOTNAC)²中的形态部分作为这种编码的基础。MOTNAC采用国际上广泛接受的方式,并已译成法、意、日、葡和西班牙文。

工作组进一步提议,为了肿瘤学专家需要应用更详细的组织学分类,应再创作一种专门的改编本,命名为ICD-O,作为MOTNAC的续篇。这个建议在1971年由WHO召集的疾病分类研究组通过。

为了制订ICD-O形态学部分,WHO出版的《国际肿瘤组织学分类》丛书(蓝皮书)着重在肿瘤组织学名称上做了努力。这些分类是许多国家为制订肿瘤的组织学定义、命名和分类的统一标准所作努力的结果。在丛书的绪言中强调了这种努力的重要性,其中包括以下叙述:“一个为国际上所同意并为内科学家、外科学家、放射科学家、病理学家和统计学家接受的肿瘤分类,可使世界各地的肿瘤工作者比较他们的发现和促进他们之间的合作。”

在1975年和1976年,许多国家进行了一系列的现场试验,以测试新的ICD-O系统。对约35000份被疑诊为肿瘤的记录进行了编码。这些记录包括来自人群为基础的癌症登记和医院的登记,以及来自病理和临床部门,和来自死亡证明书。特别致力于包括不同专科所提供的肿瘤记录,如皮肤科、小儿科、口腔病理科和妇科。在ICD-O的最后编纂工作中,使用了对如此大量的记录进行编码的经验,以及对编码记录进行检索和分析的结果。对参加这些现场试验的病理学家、流行病学家、癌症登记人员、医学资料管理员以及统计学家们所给予的大力

1 Manual of Tumor Nomenclature and Coding. New York, N. Y., American Cancer Society, Inc (1968).

2 Systematized Nomenclature of Pathology, Chicago, Ill., College of American Pathologist (1965).

协助我们致以衷心的感谢。

考虑到使用者的需要以及形态学和组织发生学的新概念，本委员会注意尽可能多地保持与前版ICD的修订本和MOTNAC的连续性。

我们希望ICD-O将按照1975年召开的第二十八届世界卫生大会的WHA 28.85决议³，增进国际癌症领域的合作。那届会议要求总干事“考虑为履行促进癌症研究国际合作和加速完善情报系统所需的步骤，……支持广泛的肿瘤研究项目，重视对有兴趣参加该项研究的国家和国际组织所提出的要求。”

制订ICD-O的工作组织和委员会

由WHO和IARC任命的许多工作小组和委员会对制订ICD-O做出了贡献。下面是参加这些委员会工作的委员和专家顾问的名单。

Professor G. Avtandilov, Moscow, USSR	Mrs J. Nectoux, IARC
Dr J. W. Berg, Iowa City, Iowa, USA	Dr G. T. O'Connor, Bethesda, Md., USA
Mrs R. Carleschi, London, United Kingdom	Mr H. G. Page, Ottawa, Canada
Mr H. G. Corbett, WHO	Dr E. Pedersen, Oslo, Norway
Dr U. de Jong, IARC	Mrs C. Percy, Bethesda, Md., USA
Dr J. Delafresnaye, UICC	Dr F. Rilke, Milan, Italy
Mrs A. Dolman, Rockville, Md., USA	Dr A. H. T. Robb-Smith, Oxford, United Kingdom
Dr R. Gerard-Marchant, Paris, France	Dr A. A. Romensky, Moscow, USSR
Dr P. Graepel, Bethesda, Md., USA	Dr A. Rothschild, Paris, France
Dr D. E. Henson, Bethesda, Md., USA	Dr E. Saxen, Helsinki, Finland
Dr K. Kupka, WHO	Dr L. Sobin, WHO
Mr A. L'Hours, WHO	Dr L. B. Thomas, Bethesda, Md., USA
Mr W. I. Lourie, Jr., Bethesda, Md., USA	Dr H. Tulinius, IARC
Miss R. M. Loy, London, United Kingdom	Dr G. Wagner, Heidelberg, Federal Republic of Germany
Dr C. S. Muir, IARC	Dr A. Winkler, WHO
Dr N. P. Napalkov, Leningrad, USSR	

来自专业小组，癌症登记处和国家生命统计办公室的许多专家顾问对不同的建议和草案进行了评论。如果没有他们的支持和关心，工作小组和委员会的成员就不能有效地工作。他们的经验为制订ICD-O做出了贡献。特别要感谢Peter H. Graepel 博士，Donald E. Henson 博士，Constance L. Percy 夫人和 Louis B. Thomas 博士做出的贡献，他们在这一版的最后定稿和试用译本的编辑小组委员会中做了大量工作。美国马里兰州贝塞斯达国立癌症研究所的生物学系和国立卫生研究院计算机技术研究部的全体人员提供了本书的计算机程序和协助。

本项工作部分是由美国国立卫生研究所、国立癌症研究所根据合同（NO 1-CO-55218）资助完成的。

3 Off. Rec., Wld Hlth Org., 1975, 226, 50.

绪 论

结构

《国际疾病分类肿瘤学专辑》(ICD-O)由三个主要部分组成。

(1) 解剖学数码表

这一部分是由ICD-9第Ⅱ章的恶性肿瘤部分改编而成,为四位数编码。编码范围是从140.0到199.9。小数点后面的一位数字表示的是三位数码的亚类。

(2) 形态学数码表

形态学编码是由1968年出版的肿瘤命名和编码手册(MOTNAC)形态学部分修改和延伸而来,为五位数编码。编码范围是从8000/0到9000/6。前四位数是组织学编码,斜杠(/)后的第五位数是行为编码。

(3) 字母表索引

字母表索引包括解剖学(解剖部位)、形态学(组织学名称)以及部分瘤样病变。数码表显示了编码命名的结构,是检索或译码的主要参考。

另外还有用于组织学分级和分化程度的编码。因此,一个完整的编码应该是包括解剖部位、形态学类型、行为及分化程度分级在内的十位数编码。

缩写字

下面的缩写字母贯串全书。

T-解剖学

M-形态学

NOS-在其它方面未特指的

ICD-O名称的构成

每一个解剖学和形态学名称在数码表中仅出现一次。在特定的编码下面所列出的第一个名称为最标准的,也可是为便于检索用的别名,通常是印成黑体字。

例:

194.0 肾上腺

肾上腺

肾上腺的,NOS

肾上腺皮质

肾上腺髓质

在此例中，“肾上腺”(Suprarenal gland)代表所有编码为T-194.0的名称。它的同义词“肾上腺”(Adrenal gland)和“肾上腺，NOS”(Adrenal, NOS)缩进空格排在“肾上腺”(Suprarenal gland)下面。未缩进空格的是非同义词“肾上腺皮质”和“肾上腺髓质”，因为它们是第一名称“肾上腺”的解剖亚类，因此也排在同一编码下面。在字母表索引中这些名称都使用T-194.0同一编码。

“NOS”的定义

本书到处可见在解剖学和形态学名称之后印有“NOS”(未特指的)字样，并带有一些修饰词或短语。在字母表索引中“NOS”列在第一，其它修饰词均按字母顺序排在其后。在一个名称后面标有“NOS”的编码是用于没有形容词修饰或者虽有但未编入ICD-O中的名称。例如，在字母表索引中“腺癌，NOS”下面列有一个长的形容词表。每一个有自己的特定编码。

腺癌 (参见癌)	
M- 8140/3	NOS
M- 8140/6	NOS, 转移的
M- 8280/3	嗜酸细胞
M- 8550/3	腺泡
M- 8550/3	腺泡细胞
M- 8370/3	肾上腺皮质的
M- 8251/3	肺泡
M- 8560/3	和表皮样癌, 混合性
M- 8560/3	和鳞状细胞癌, 混合性
M- 8401/3	大汗腺
M- 8300/3	嗜硷细胞
M- 8160/3	胆管
M- 8250/3	细支气管
M- 8250/3	细支气管肺泡
M- 8420/3	盯聆
M- 8270/3	嫌色性
	等等

假如诊断是“腺癌”，正确的编码是M-8140/3“腺癌，NOS”。假如诊断为“非典型性腺癌”，编码也是M-8140/3。因为在“腺癌”这一栏中没有“非典型性”这个形容词。因此，在数码表和字母表索引中印上“NOS”，其目的就是向编码员和译码员指出带有修饰词的名称列在其它地方。从这个意义上讲，ICD-O中的“NOS”与ICD-9索引卷中使用的缩写“NEC”(未在他处分类)意义相等。

在少数情况下，有的名称虽标有“NOS”，但一般不使用它，而是用其专有名称。例如在

“内分泌腺”后面标有“NOS”——“T-194.9内分泌腺，NOS”——其目的旨在说明其它内分泌腺，如松果体和垂体均有自己特定的编码。

美国和英国的拼音法

为了避免由于拼写不同而造成重复，本书使用美国英语的单词拼写法。例如，把“白血病”和“肿瘤”分别写成“leukemia”和“tumor”，而不是“leukaemia”和“tumour”。这些情况在字母表索引中不会引起严重的问题。当存在象“食管(esophagus)”和“食管(oesophagus)”这样的拼写差别导致它们被列入字母表的两个不同部分时，用英语拼写法的读者可通过“Oesophagus (见Esophagus)”而找到美国英语拼法。

解剖学

ICD-O与ICD-9和MOTNAC的关系

在ICD-O中，140.0到199.9的解剖学编码是以ICD-9第II章肿瘤部分为依据的。而MOTNAC中的解剖学编码是以ICD-8为依据的。这些解剖学编码是用来记录所有的肿瘤，包括恶性、良性、原位或不明良、恶性的肿瘤的原发部位。ICD-O中的解剖学编码也适用于记录转移性肿瘤的部位

未编入ICD-O中的ICD-9的编码

在ICD-9第II章中的部分编码(200.0到239.9)未编入ICD-O中，因为这些肿瘤完全可以用ICD-O中的组织学和行为编码加上适当的解剖学编码来表示。下面是在ICD-O中省去的ICD-9第II章中的部分：

- 200 - 208 淋巴和造血组织的恶性肿瘤
- 210 - 229 良性肿瘤
- 230 - 234 原位癌
- 235 - 238 行为不明的肿瘤
- 239 性质不明的肿瘤

ICD-9中200-208这部分编码是用于已诊断或推断为原发性淋巴或造血组织的恶性肿瘤。而在ICD-O中它们是通过其特有的形态学和行为编码/3，加之适当的解剖学编码140到199来表示。对于良性肿瘤(在ICD-9中是210-229)，在ICD-O中用行为编码/0和适当的解剖学编码来表示。原位癌(在ICD-9中是230-234)用行为编码/2表示。不明行为或性质的肿瘤(在ICD-9中是235-239)用/1表示。在ICD-O中的行为编码/3是用于所有原发性恶性肿瘤，而/6则用于转移性肿瘤。

在ICD-9 140到199编码中有个别类目是根据形态学和行为来编码的。这些类目在ICD-O中也省去了。因为在ICD-O中它们是通过形态学和行为编码来表示的。下面为ICD-O中省去的ICD-9中的类目

- 155.2 肝脏恶性肿瘤，未指明原发还是继发
- 172 皮肤恶性黑色素瘤
- 197 呼吸系统和消化系统继发性恶性肿瘤
- 198 其它特殊部位继发性恶性肿瘤

号码 196, 159.1 和 169

在 ICD-9 中号码 196 仅用于继发的和未特指的淋巴结恶性肿瘤。但是在 ICD-O 中相应的编码 T-196. __ 同时用于淋巴结原发和淋巴结的转移瘤。因此大多数淋巴瘤（在 ICD-9 中是 200-202）在 ICD-O 中列入解剖学编码 T-196. __ 中。

在 ICD-O 中不存在 ICD-9 中用于“脾恶性肿瘤，NEC”的号码 159.1，而对脾脏使用了另一编码（T-169.2）。在 ICD-9 中没有使用号码 169. __，但在 ICD-O 中用它来命名造血系统和网织内皮系统的一些解剖部位。这些编码是用于白血病的大多数和在 ICD-9 中号码为 203-208 的有关情况。下面将 ICD-O 中号码 169. __ 列表如下：

169 造血和网织内皮系统

- 169.0 血液
- 169.1 骨髓
- 169.2 脾
- 169.3 网织内皮系统，NOS
- 169.9 造血系统，NOS

葡萄胎

ICD-O 与 ICD-9 第 II 章最后一个不同点是在 ICD-O 中的“葡萄胎，NOS” T-181.9M-9100/0，没有被分类在 ICD-9 第 II 章（肿瘤）中，而是列在 ICD-9 第 XI 章“怀孕、分娩、流产的并发症”中（号码 630）。

解剖学的四位数亚目

MOTNAC 的解剖学部分在 ICD-8 恶性肿瘤部分的基础上扩充了四位数亚类。这是通过把 ICD-8 类目中缺少的部分标以 ICD-8 三位数类目中没有使用过的四位数码来完成的。例如，在 ICD-8 中，157.0 是“胰头”，157.8 是“胰腺的其它部分（体、颈、尾），157.9 是“胰、未指明部位”。在 MOTNAC 和 ICD-O、ICD-9 中，“胰体”和“胰尾”分别给予 157.1 和 157.2 各自的专门编码。另外，在 ICD-O 中“胰管”编码是 157.3，“朗格罕氏小岛”编码是 157.4。一般来讲，对于 MOTNAC 的扩充已并入 ICD-9，继而并入 ICD-O 中。因此，在 ICD-9 和 ICD-O 与 ICD-8 和 MOTNAC 解剖分类之间有相当多是通用的。能够互相通用很重要，因为在过去的十年中，成千上万的肿瘤诊断已按 ICD-8 和 MOTNAC 编码。在 ICD-9 和 ICD-O 的发展过程中通过把新的解剖名称配上未使用的四位数码而进一步充实了一些基本的三位数解剖编码。这比对所有已在 ICD-8 和 MOTNAC 中编码的解剖部位重新编码要好。

解剖区域和未指明的部位

对于身体区域和未指明部位的诊断的编码存在着问题。这些未指明的部位在ICD-D中大多数列在F195. _之下。它们大多含有多种组织成份，而诊断未指明肿瘤起源于哪种组织。例如“踝”，可以说成是“踝的皮肤”，各种“踝部软组织”甚至“踝骨”。“踝，NOS”使用了解剖编码T-195.5。为了容易对“踝”部肿瘤进行编码，踝的特殊组织在字母表索引中列在名称“踝”之下。另外，对踝部常见的好发部位并指明特殊组织的良、恶性肿瘤的例子已列在括弧内。因此，在字母表索引中“踝”列表如下。

踝

T-195.5	NOS
T-173.7	NOS (癌、黑色素瘤、痣)
T-171.3	NOS (肉瘤、脂肪瘤)
T-170.8	骨
T-171.3	结缔组织
T-171.3	纤维组织
T-170.8	关节
T-173.7	皮肤
T-171.3	软组织
T-171.3	皮下组织
T-171.3	腱
T-171.3	腱鞘

踝部的“癌”、“黑色素瘤”和“痣”用编码T-173.7,这一编码包括“踝部皮肤”插入这些项，目的是向编码员指明“踝”部各种类型的癌，例如鳞状细胞癌或上皮样癌应使用编码T-173.7“踝部皮肤”，而不是T-195.5“踝，NOS”。

同样，“肉瘤”和“脂肪瘤”使用T-171.3踝部不同软组织编码。大多数肉瘤，如纤维肉瘤、脂肪肉瘤和血管肉瘤经常原发于软组织。而骨肉瘤和软骨肉瘤一般发生在骨。“踝骨”的编码是170.8。这个码指的是“下肢的短骨和与之相连的关节”。如果骨肉瘤和软骨肉瘤是发生在脚骨的话，用这个编码是正确的。然而，在为“踝骨肉瘤”这样的诊断编码前，应该取得更多的资料。因为骨肉瘤实际上可能发生在胫骨或腓骨的下端，那么其正确编码应是170.7“下肢长骨和与之相连的关节”。

在字母表索引中对于列在解剖学编码195.0—195.8的身体其它未指明的部位和区域的解释与“踝”相同。只有少数其它未指明的部位列在皮肤之下。例如“颊，NOS”T-173.3。因为大多数记录为“颊，NOS”的肿瘤实际上发生于“颊部皮肤”。

食管的分划

两个矛盾的系统广泛应用于食管的分划。它们均编入ICD-O和ICD-9中。ICD-O中是如下分划的：

- 150 食管
- 150.0 颈段食管
- 150.1 胸段食管
- 150.2 腹段食管
- 150.3 食管上三分之一
食管近端三分之一
- 150.4 食管中三分之一
- 150.5 食管下三分之一
食管远端三分之一
- 150.8 (见第1页注)
- 150.9 食管, NOS

作为肿瘤发生部位的鳃裂和美克耳氏憩室

在ICD-O解剖学部分中添加了这两个名称。目的是为在这些先天异常中发生的某些肿瘤提供编码。在每一名称之后的括弧内添加了“肿瘤部位”的短语，目的是说明它们仅用于肿瘤的原发部位。“美克耳氏憩室”和“鳃裂”均是先天异常，在ICD-9中分别编码为751.0和744.4。因此，ICD-O中的解剖学编码不能用于这些先天异常，除非它们发生了肿瘤。

形容词的形式

一个肿瘤解剖部位可以用名词或与之相应的形容词来表示。例如“脑桥胶质瘤(glioma of pons)”或“脑桥胶质瘤(pontin glioma)”。一般来说，ICD-O的字母表索引和编码表使用的是名词形式。例如，在ICD-O中用“脑桥(pons)”而不是“脑桥的(pontine)”。仅有少数常见的形容词如“子宫的”和“胃的”为方便编码员而在ICD-O中使用。

前缀

周围、旁、前、在上、在下等前缀经常与解剖部位和器官名称连用。在ICD-O中只有很少的解剖部位用这些前缀修饰，并且均给予特定的编码。例如“肾上腺周围组织”、“胰腺周围组织”和“盲肠后的组织”均编入ICD-O中，并给予T-158.0即“腹膜后”的编码。ICD-O中编入了“主动脉旁淋巴结”，并给予与“主动脉淋巴结”相同的编码T-196.2。将所有的由这些前缀修饰的解剖部位编入ICD-O中是不可能的。事实上，这些前缀的使用正说明解剖部位是不明确的。因此，我们建议对未编入ICD-O中的这种不明确的部位应用T-195.1编码。同理，对那些不确切的诊断如在某个解剖部位的“某区”或“某部位”也应这样编码。

形态学

在编形态学部分时,我们尽量把曾在公认的肿瘤分类书刊中使用过的,以及世界上普遍应用的不同类型的肿瘤名称包括进去。在有些情况下,包括了来自一个以上分类方案的肿瘤名称。对恶性淋巴瘤(M-959到M-975)和睾丸生殖细胞瘤(M-906到M-909)名称的编入就说明了这一点。实际上,ICD-O是肿瘤的编码命名而不是一个分类表。将不同分类的名称列在一起,证明我们并不偏爱任何一个分类方法。在形态学编码目录中,列在一个特定编码下面的第一个名称通常是在肿瘤国际组织学分类中最标准的名称。

MOTNAC 形态学编码的延伸

如序中所说,MOTNAC的形态学部分通过添加了许多更详细的组织学类型和肿瘤亚类的名称得到修订和扩充,并从而产生了ICD-O形态学部分。这种扩充需要在ICD-O形态学编码中添加一位数。为了说明这一点,下面将MOTNAC和ICD-O中各种类型的“鳞状细胞癌”进行比较。

MOTNAC

8073 鳞状细胞癌, NOS
表皮样癌, NOS
角化癌
棘皮瘤, 恶性
棘细胞癌
棘状细胞癌
鳞癌

ICD-O

8070/3 鳞状细胞癌, NOS
表皮样癌, NOS
棘状细胞癌
鳞癌
鳞状上皮细胞癌

8071/3 鳞状细胞癌, 角化型, NOS
鳞状细胞癌, 大细胞, 角化型
表皮样癌, 角化型

8072/3 鳞状细胞癌, 大细胞, 非角化型
鳞状细胞癌, 非角化型, NOS
表皮样癌, 大细胞, 非角化型

8073/3 鳞状细胞癌, 小细胞, 非角化型
表皮样癌, 小细胞, 非角化型

8074/3 鳞状细胞癌, 梭形细胞型
表皮样癌, 梭形细胞型

8075/3 腺样鳞状细胞癌
假腺样鳞状细胞癌

在MOTNAC中,“鳞状细胞癌, NOS”有四位数码8073, 807指的是组织学类型, 第四

位“3”指明行为。在ICD-O中，同样的名称用五位数码8070/3。8070指的是组织学类型，第五位“/3”指明行为。在ICD-O中对“鳞状细胞癌，NOS”的第五位数码的扩充是通过在斜杠前插入数字“0”而完成的。假如加入的数字“0”被取消或忽视的话，在MOTNAC和ICD-O中对“鳞状细胞癌，NOS”的编码将是相同的。例如在MOTNAC中为8073，在ICD-O中为807__/3。在ICD-O编码中，斜杠前添加的数字1,2,3等表示ICD-O中增加的“鳞状细胞癌”亚类，而在MOTNAC中是没有的。因此，8071/3是“鳞状细胞癌，角化型，NOS”的编码。8072/3是“鳞状细胞癌，大细胞，非角化型”的编码等等。从这个安排中可以明显看出，在ICD-O中“鳞状细胞癌”的所有类型或亚类均能通过去掉在ICD-O五位数码中插在斜杠前的新码而恢复到MOTNAC的四位数码。因此，多数在ICD-O中增加的编码名称相当于MOTNAC组织学名称的再分类，而且它们在ICD-O中的五位数码很容易转换成这些名称在MOTNAC中的四位数码。

在上述的“鳞状细胞癌，NOS”例子中，MOTNAC的8073下面有六个同义词，而ICD-O的8070/3“鳞状细胞癌，NOS”下面只有四个同义词。我们认为MOTNAC中的“角化癌”、“棘皮瘤，恶性”和“棘细胞癌”这三个名词是过时的和不理想的，因此未包括在ICD-O中。去掉这些过时的和不理想的名称并不影响MOTNAC与ICD-O编码之间的通用性。

在ICD-O中少数组织学名称使用了与MOTNAC中不同的编码。这导致了MOTNAC与ICD-O编码之间的不一致。但是，我们已做出努力把这个差别保持在很小的范围内。今后，我们计划制定对比表，用来比较ICD-O、MOTNAC和ICD-9的编码。

形态学中的行为编码

在形态学编码中斜杠之后的第五位数是行为编码。使用在ICD-O中的第五位行为编码如下：

· 肿瘤的第五位行为编码

- /0 良性
- /1 不肯定良性或恶性
交界恶性
- /2 原位癌
 上皮内的
 非浸润性
 非侵袭性
- /3 恶性，原发部位
- /6 恶性，转移部位
 继发部位
- /9 恶性，不肯定原发或转移部位

例如，在8070/3“鳞状细胞癌，NOS”编码中，“/3”表示原发恶性肿瘤。如果诊断是

“肝转移性鳞状细胞癌”编码应是T-155.0M-8070/6;“/6”说明是转移性的。因此,将形态学编码中的“/3”换成“/6”,就可以为ICD-O中任何“转移”有时称“继发”的恶性肿瘤编码。以下是几个形态学编码中使用“/6”的例子。在这些例子中,只有第一个“转移性癌,NOS”(8010/6)编写在ICD-O中。这些例子均表示出,恰当的应用“/6”可以指明在一个特殊的解剖部位中,一个特殊类型的肿瘤是“转移的”或“继发的”。

8010/3 癌, NOS
 8010/6 转移(或继发)的癌
 8720/3 恶性黑色素瘤, NOS
 8720/6 转移(或继发)的恶性黑色素瘤
 9180/3 骨肉瘤, NOS
 9180/6 转移(或继发)的骨肉瘤

形态学编码模式(表1)

ICD-O中名称的形态学编码数如表1所示,通过模式举例说明会更容易为人们彻底弄懂。第一个例子(a)是在ICD-O中的形态学编码的5个名称。“腺瘤, NOS”是良性肿瘤,它的行为编码是“/0”。“腺癌, NOS”是恶性和“腺瘤, NOS”相同,行为编码是“/3”。“原位腺癌”相应的行为编码是“/2”。“支气管腺瘤”起初被作为良性肿瘤描述,但是后来发现它是恶性的或潜在恶性。因此“支气管腺瘤, NOS”的行为编码被定为“/1”以表明一个特殊的支气管腺瘤尚未确定其是否具有良性或恶性行为。“转移性腺癌, NOS”的编码是8140/6,都有同一的4位数形态学编码8140。8140/9虽然没有印在ICD-O的数码表或字母表索引中,但是也同样列在表中。当临床诊断或病理报告为“腺癌,未确定是原发部位或转移部位”时可用编码8140/9。

表的第二个例子(b),在4位数的形态学编码9000下有了个名称:“勃勒纳氏瘤, NOS”通常是良性,所以勃勒纳氏瘤指定的编码是9000/0。如果诊断是“恶性勃勒纳氏瘤”其正确的编码是9000/3。同样,如果诊断为“交界恶性勃勒纳氏瘤”,正确编码应是9000/1。在ICD-O中设有编码9000/2, 9000/6和9000/9,但它们可用于合适的诊断,如9000/6能用于“转移性勃勒纳氏瘤”。

第三个例子(c)仅有一个名称“脊索瘤”,“脊索瘤”经常被看作恶性肿瘤,并且指定的形态学编码是9370/3。在9370中虽未列入的其它编码数字但有时在合适的诊断是有用的,例如:9370/0表示良性脊索瘤,9370/6为转移性脊索瘤。

通常一个名称无论是良性或是恶性,如同它的行为一样有一个明确的含意,而且反映在ICD-O指定的编码中。然而,上表所给的例子不可能完全被合并到4位数字的编码中去。实际上,某些可能合并的名称或许不存在,或者尚未被认识和确定其含义。在ICD-O中实际上仅列入了几种原位癌的组织学类型。如果某肿瘤的原位形式存在而且已经被诊断,在ICD-O中行为编码“/2”可以加在任何4位编码内。

在ICD-O的试用期间,曾提出这样的问题:为什么行为编码数字/0 /1 /2 /3 /6 /9,不

是连续的数字顺序。也就是说为什么不用 0 1 2 3 4 5 6? 回答是在 ICD-O 中的行为编码用的是和 MOTNAC 和 SNOP 相同的行为编码。因此, 在 ICD-O 中使用的行为编码做为 ICD-9

表 1 形态学和行为编码模式

四位数字形态学编码举例	第 5 位 数 字 行 为 编 码					
	/0 良性	/1 不肯定良性或恶性 交界恶性	/2 原位癌 上皮内的 非浸润性 非侵袭性	/3 恶性, 原发部位	/6 恶性, 转移部位 继发部位	/9 恶性, 不肯定原发或转移部位
(a) 8140 腺瘤, NOS	8140/0	8140/1 支气管腺瘤 (T-162.--)	8140/2 原位腺癌	8140/3 腺癌, NOS	8140/6 腺癌, 转移的	8140/9
(b) 9000 勃勒纳氏瘤, NOS	9000/0	9000/1 勃勒纳氏瘤 交界 恶性	9000/2	9000/3 恶性勃勒纳氏瘤	9000/6	9000/9
(c) 9370	9370/0	9370/1	9370/2	9370/3 脊索瘤	9370/6	9370/9

第 II 章形态学编码的一部分, 以便与过去 10 年中世界各地使用的 SNOP 和 MOTNAC 对成千上万病例进行编码保持一致。

癌瘤和癌

癌瘤 (Cancer) 和癌 (Carcinoma) 两词常被不正确地相互替换使用。如“鳞状细胞癌瘤”(Squamous cell cancer) 习惯写成“鳞状细胞癌”(Squamous cell carcinoma), 前者与后者同样编码是有道理的。但是“梭形细胞癌瘤”(Spindle cell cancer) 可以查阅“梭形细胞肉瘤”(Spindle cell sarcoma) 或“梭形细胞癌”(Spindle cell carcinoma)。在 ICD-O 中“Cancer” 仅有一次作为非特指名词“恶性肿瘤”“M-8000/3 的同意词而被列入。显然 ICD-O 不可能提供特殊的编码以适合那些将癌瘤 (Cancer) 一词不精确和含糊地用作部分组织学诊断的所有情况。

组织学分级和分化程度的编码

在 ICD-O 中一位编码数表明恶性肿瘤的分级和分化程度如下表所示:

编码数	1 I 级.....	高分化的 已分化的
	2 II 级.....	中等分化的 中等分化好的
	3 III 级.....	低分化的
	4 IV 级.....	未分化的 间变的

或未说明或不适用

组织学分级和分化程度的编码与在ICD-O中对5位数字的形态学和行为编码来说是独立的,并且应当记录在形态学和行为编码之外的不同地方。

全世界病理学家之间使用的分级差异很大,在许多情况下恶性肿瘤分级也未成为常规。表1所列的分级编码数1到4分别标示I到IV级,表中单独一栏文字是分化程度的说明。不同的病理学家用这些说明文字时其含义存在很大差异。一般来说副词“高”“中等”“低”被用在表示分化的程度相当于I、II、III级。“未分化”和“间变的”通常与IV级相符。因此“鳞状细胞癌II级”或“中等分化好的鳞状细胞癌”两种诊断的形态学编码都是M-8070/3,它们的分级(分化)的编码则是“2”。在这个例子中分化编码“2”可能紧接在5位数字的形态学编码之后,故完整的编码是M-8070/32;或者将“2”单独放在与形态学编码分开的位置上。由此可见“鳞状细胞癌”的形态学编码是(M-8070/3)与是否应用分级编码无关。有人建议当诊断中有两种不同程度的分级或分化时,应该采用其中较大数级来编码。因此“中分化的鳞状细胞癌伴有低分化区”的分级编码应是3,而它的完整的编码则为M-8070/33。

表示分化程度的用词有“高分化的”“低分化的”和“间变的”等等。这些词语已被大量用做某些肿瘤组织学名称的构成部分。因此“高分化的淋巴细胞淋巴瘤”是公认的组织学名称,并且在ICD-O中指定的形态学编码是9620/3。显而易见,对这样的组织学诊断一个单独的分级或分化编码是不必要的,事实上,即使编码员没有采用ICD-O提供的分级编码也没有问题。

除恶性淋巴瘤之外,在ICD-O中大约描述了15种有关其它肿瘤的组织学名称,如“间变的”“高分化的”“未分化的”等等。例如:“恶性畸胎瘤,间变型”(M-9082/3)、“视网膜母细胞瘤,分化型”(M-9511/3)和“滤泡型腺癌,高分化型”(M-8331/3)。为了避免可能的混淆,类型(type)一词也加在这些名称上,以指出这个修饰词是该肿瘤名称的一个组成部分。例如:组织学名称“间变型癌”ICD-O的编码是M-8021/3,此编码也能应用于简单诊断为“间变癌”上。换言之,分级编码对这类特殊诊断并非需要。另一方面,如果应用分级编码,则分级编码是4,那么这个诊断的完整编码应是M-8021/34。显然,如果诊断包括了分级或分化的情况,分级编码能适用于ICD-O中所有的恶性肿瘤。例如:“间变的鳞状细胞癌”这一诊断的完整编码应在形态学编码8070/3后再加上分级编码4,即M-8070/34。假如使用“间变型癌”的形态学编码8021/3来给“间变的鳞状细胞癌”编码那就不正确了。而且,因为ICD-O的分级编码是与形态学和行为编码分离的独立部分,所以转移肿瘤或原位肿瘤也可以应用分级编码。因此“转移的间变的鳞状细胞癌”的编码为M-8070/64。

特殊部位的形态学名称

某些肿瘤的名称是针对某些组织部位或类型特定的,例如:“肾母细胞瘤”(M-8960/3),按定义总是发生在肾脏;“肝细胞癌”(M-8170/3)也总是原发于肝;“基底细胞癌”(M-8090/3)常原发于皮肤;“脑膜瘤”(M-9530/0)发生在脑膜。为了便于对这些名称编码,适当的用括号括起的解剖学编码数被加在形态学编码表和字母表索引中。因此,“肾母细胞”后面加上了肾的解剖学编码数(T-189.0)“肝细胞癌”后面被加上肝的解剖学编码数(T-155.0)。假使是“基

底细胞癌”，那么皮肤的解剖学编码数（T-173.）的第四位数就空着。对报告的部位应填上适宜的第四位数编码，如：“面部基底细胞癌”应该给予部位编码T-173.3（面部皮肤）而臂部则应编为T-173.6（臂部皮肤）。同样的，在“脑膜瘤”后面（T-192.）的第四位解剖学编码是空着的，因为涉及的部位可能是“大脑脑膜”（T-192.1），“脊髓脑膜”（T-192.3）或者“脑膜，NOS”（T-192.1）。在这种例子中即使在诊断中没指明解剖部位，也应该采用表明形态学名称的T-编码。许多形态学名称没有指定特殊部位的T-编码，因为这些肿瘤的组织学类型可以发生在不止一个器官或局部解剖部位。例如：“腺癌，NOS”“没有特殊部位的T-编码，因为腺癌可以原发在很多不同的器官。”

偶尔，当诊断的部位不同于特殊部位T-编码所示部位时也会产生问题。在这种情况下应该采用与诊断所适宜的解剖学T-编码，而不再考虑特殊部的T-编码。例如：特殊部位T-编码、T-174.—（女性乳腺）被加于形态学名称“浸润性导管癌”之后，因为此名称常用于发生在乳腺的一种癌的类型。然而如果是原发的胰腺癌应用了“浸润性导管癌”一名，正确的T-编码应是157.9（胰，NOS）。

应当明瞭，确定形态学名称的T-编码，只能用在特殊肿瘤的原发部位，而不应该用在转移部位的编码。下述诊断虽然不确切但仍可作为一个例子：“肺的肝细胞癌”采用的是肺的解剖学编码（T-162.9）而不是T-155.0。纵使在诊断中没有出现转移的字样，事实上此诊断中意味着肝细胞癌转移到肺。如果这个假定是正确的那么对那个诊断适当的编码应是T-162.9（肺）和M-9170/6（转移性肝细胞癌）。

假性解剖学部位的形态学编码

某些肿瘤已经有能说明局部解剖部位的名称，但是这些命名不一定需要部位编码。例如：“胆管癌”（M-8160/3）是一种特殊的组织学类型，通常都在肝脏（T-155.0）内发现，所以不必编码为胆管。“小汗腺癌”也有一个特殊的形态学编码（M-8400/3）。

小涎腺的肿瘤可以在口腔和口腔周围器官的任何部位发现，并且包括几种组织学类型，如：“腺样囊腺癌”、“恶性混合瘤”和“腺癌，NOS”。因此对“小涎腺癌”没有特殊的形态学编码。由于人们认为口或口腔的所有类型的腺癌原发于小涎腺，所以在诸如“硬腭小涎腺腺样囊腺癌”一类诊断中应当省去“小涎腺”这个词。在此例中“腺样囊腺癌”（M-8200/3）应按“硬腭（T-145.2）的解剖学编码。如果像“小涎腺腺癌”这样的诊断中没有提原发部位，应采用包括有“小涎腺，NOS”的口腔的解剖学编码T-145.9。

复合形态学诊断

有些肿瘤含有多种组织学类型。最普通的复合类型已列入ICD-O。例如，“混合性腺癌和鳞状细胞癌”（M-8560/3），“乳头状和滤泡状腺癌”（M-8340/3）和“混合基底鳞状细胞癌”（M-8094/3）。

复合名称“纤维粘液肉瘤”已列入ICD-O，它的编码是M-8811/3。但是“粘液纤维肉瘤”在ICD-O中则没有。“粘液纤维肉瘤”和“纤维粘液肉瘤”是一样的，仅仅颠倒了词头，所以编码也应该是M-8811/3。目录中列入所有的这类复合名称的组合和排列是不可能的。如果要查找未列入ICD-O目录中的描述，编码员必须核对这些复合名词中的不同的字头排列。