

新编

常见恶性肿瘤诊治规范

原发性支气管肺癌分册

中国抗癌协会 编

北京医科大学中国协和医科大学联合出版社

734.1

MH

新编常见恶性肿瘤诊治规范

原发性支气管肺癌 分册

中国抗癌协会 编

北京医科大学
中国协和医科大学 联合出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

新编常见恶性肿瘤诊治规范：原发性支气管肺癌分册/中国抗癌协会编. - 北京：北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社，1998

ISBN 7-81034-902-3

I. 新… II. 中… III. 原发性疾病：肺肿瘤-诊疗 IV. R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 21346 号

新编常见恶性肿瘤诊治规范 原发性支气管肺癌分册

作 者：中国抗癌协会 编

责任编辑：高正光

封面设计：孙元明

技术设计：栾广明

责任校对：李爱萍

责任印制：姜文祥

出版发行：北京医科大学 联合出版社
中国协和医科大学
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65228583)

经 销：新华书店总店北京发行所

印 刷：北京迪鑫印刷厂

开 本：850×1168 毫米 1/32

印 张：2.25

字 数：59 千字

版 次：1999 年 1 月第一版 1999 年 1 月北京第一次印刷

印 数：1—5000 册

定 价：7.60 元

ISBN 7-81034-902-3/R·900

(凡购本书，如有缺页、倒页、脱页及其它质量问题，由本社发行部调换)

新编常见恶性肿瘤诊治规范

编写委员会

主任委员：徐光炜

副主任委员：张天泽 张友会

委员：（以姓氏笔画为序）

汤钊猷 李同度 李树玲

吴爱茹 闵华庆 沈镇宙

张明和 张毓德 郑 树

原发性支气管肺癌分册

主 编 张明和

参加编写人员（以姓氏笔画为序）

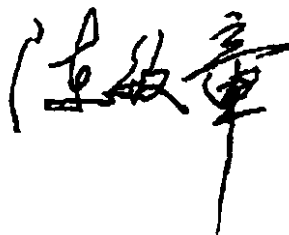
于 丁 毛永荣 李拯民

李长青 张明和 张 锐

陈 宪 焦小龙 廖美琳

序

由我国著名肿瘤专家张天泽、徐光炜两位教授发起、倡导，并组织中国抗癌协会几个专业委员会百余名专家撰写的《中国常见恶性肿瘤诊治规范》问世已几载，深受广大医务工作者欢迎。实践证明，通过该书及其各种相应肿瘤规范学习班，提高了医务工作者对常见恶性肿瘤的诊治水平，有助于提高早诊率和五年生存率，并可改善生存质量；各医院间，尤其是城乡医院间对诊治恶性肿瘤水准差异在缩小，先进、成熟技术及经验在基层推广、传播；并为我国常见恶性肿瘤诊治规范化打下良好基础。近几年来，新的诊断技术、化疗、放疗方案不断出现，肿瘤专家们鉴此进行了必要的修改、补充、更新而撰编为《新编常见恶性肿瘤诊治规范》，故提笔寄语，以表达对肿瘤领域默默耕耘专家深切的感谢，并衷心期望肿瘤患者都能得到良好的诊治服务。



说 明

恶性肿瘤的诊治水平在国内不同地区及单位有较大的差异，提高癌症诊治的总体水平，实为控制癌症的重要环节。有鉴于此，不少国内志同道合的专家就各自的专长，曾编写了《中国常见恶性肿瘤诊治规范》。此《规范》已问世9载，在卫生部领导下，各级卫生行政管理部门大力支持，得以推广。其间又在中国科学技术协会帮助下，编制配套的录像带，使之深入基层、边远地区。9年来的实践证明，该丛书出版有助于提高医护工作者对我国常见恶性肿瘤的诊治水平，提高了患者5年生存率，改善患者生存质量。随着时间推移，瘤谱发生变化，医学科学发展，新的诊治技术出现，并日趋成熟，《中国常见恶性肿瘤诊治规范》原作者深感有必要进行修改、补充、更新，增加新的瘤种及内容，又考虑到此版不同于再版，作者经多次研究，广泛征求意见，决定新书更名《新编常见恶性肿瘤诊治规范》字样，愿读者们喜欢。

《新编常见恶性肿瘤诊治规范》丛书设有《食管癌和贲门癌》、《胃癌》、《大肠癌》、《原发性肝癌》、《鼻咽癌》、《原发性支气管肺癌》、《乳腺癌》、《泌尿恶性肿瘤》、《头颈恶性肿瘤》分册；原《宫颈癌》，增设内容改名为《妇科恶性肿瘤》；由于骨、软组织肿瘤发病率增加，为提高肿瘤病人生存质量，又增设《骨肿瘤与软组织肉瘤》、《止痛与姑息治疗》等分册内容。

《新编》编写原则：当今国内外先进、成熟、公认经验；便于推广，实用；对象面向基层。

虽经努力，力求把最新、最成熟经验介绍给读者，但难免存在这样或那样的不足，甚至错误，恳盼专家、同道指正，以便再版时改进。愿“携起手来，共同抗癌”。

中国抗癌协会
一九九八年四月

目 录

第一章 原发性支气管肺癌的诊断	(1)
第一节 临床症状与体征	(1)
第二节 肺癌的影像学检查	(3)
第三节 纤维支气管镜检查	(5)
第四节 肺癌免疫学与血清学检查	(8)
第五节 肺癌临床分期	(9)
第六节 病理组织学及细胞学诊断	(14)
第二章 原发性支气管肺癌的治疗	(29)
第一节 肺癌的外科治疗	(29)
第二节 放射治疗	(44)
第三节 化学药物治疗	(50)
第三章 原发性支气管肺癌诊治模式病历	(60)

第一章 原发性支气管肺癌的诊断

原发性支气管癌（简称肺癌）是最常见的肺部原发性恶性肿瘤，绝大多数源于支气管粘膜上皮，亦有源于腺体或肺泡上皮者。生长在叶、段以上支气管位于肺门附近者称中央型；生长在段以下支气管靠近肺边缘者称周围型。生长在气管或其分叉处的为气管癌，极少见。

X线检查是诊断肺癌疾病可靠的重要方法。采用X线正、侧位胸片和各种断层摄影，结合多次痰细胞学检查和纤维支气管镜检查及活检，可以诊断大多数肺癌患者。目前X线计算机体层摄影（CT）和磁共振成像（MRI）已广泛用于肿瘤影像诊断，明显提高了肺癌的诊断水平。

诸多体征和检查结果，其中包括患者病史、症状、体征、各种影像学检查、痰细胞和活检标本的病理学检查，均可为肺癌的确诊提供重要线索和证据。

第一节 临床症状与体征

肺癌患者的临床表现可因癌灶部位、体积大小、压迫和侵犯邻近器官程度以及转移情况的不同而各异，特别是周围型肺癌在早期可无任何症状。一般认为咳嗽、血痰、胸痛、发热、气急乃常见的五大症状。此外较为多见的表现还有消瘦、乏力、食欲减退等。

一、咳嗽

是肺癌较早出现的症状，多为阵发性干咳，易与伤风感冒相混淆，常不为患者注意。当癌灶增大影响支气管引流时可有粘液状痰液；若发生继发感染可出现脓性痰液，痰量也可增加。

二、血痰

癌灶表面受损或癌瘤发生溃疡引起血管破裂而有血痰，由于损伤血管大小和程度不同，可发生血痰或咯血。

三、胸痛

约有 1/4 病例有此症状，若药物不易完全缓解时应考虑肺癌侵犯胸膜或胸壁的可能；一般轻微胸痛并不表明肺癌侵犯胸膜。

四、气急

当癌灶阻塞或压迫较大的支气管或两肺出现广泛转移灶或有较大的胸水或发生气胸时可出现气急，多为晚期肺癌的表现。

五、发热

多因癌瘤影响或阻塞支气管腔分泌物排出困难，引起继发性感染所致。抗炎治疗可以退热，由于并未解除阻塞可再度发热。晚期病例有时因癌瘤坏死毒素吸收而引起癌性发热，抗炎治疗全然无效。

肺癌除上述常见症状外，还有一些其它症状和体征：①当癌灶接近和刺激胸膜时可产生反应性胸腔积液，若侵及胸膜可产生血性胸液，浸润膈神经时可引起膈肌麻痹。②肺癌发生在左侧主动脉弓下，或右侧锁骨上淋巴结转移或相应部位癌瘤本身的发展都可以侵犯同侧喉返神经，导致声嘶、声带麻痹；若侵犯迷走神经可使心率加速。③发生右上纵隔淋巴结转移或相应部位的癌瘤发展可压迫上腔静脉导致上腔静脉综合征。④肺尖癌又名肺上沟瘤或 Pancoast 瘤，除侵犯胸膜、肋骨引起剧烈胸痛外，还可累及臂丛神经引起臂酸、上臂不能高举，出现由臂部向手指的放射性疼痛和局部感觉异常等症状，若有颈交感神经受损，则有瞳孔缩小、上眼睑下垂、眼球下陷等颈交感神经综合征。⑤发生淋巴结转移时，可出现相应的邻近器官压迫症状，如隆突下淋巴结转移，可压迫食管引起吞咽困难。⑥发生脑转移时常有头痛、呕吐及精神神经症状；骨转移时常有局部疼痛或压痛；肝转移时可出现厌食、肝区胀痛、肝脏增大，甚至可出现黄疸腹水；皮下转移时可在皮下触及结节；其它血行转移时可见相应转移器官的症

状。⑦肺癌患者还可有男性乳房增大，杵状指，四肢关节肥大，重症肌无力，柯兴综合征，多发性神经炎，关节痛以及精神改变等胸外症状。

(张明和)

第二节 肺癌的影像学检查

一、胸部 X 线检查

(一) X 线透视 可转动患者选择最佳体位观察胸部异常阴影的部位、大小，并可随患者呼吸观察肋骨、膈肌的活动及与病灶的关系等，以得出初步印象。荧光屏上病灶的空间分辨率和密度分辨率均不如胸片，也不能留下记录，难以确切观察病变的动态变化和会诊。所以透视只能作为肺癌的筛查。

1. 方法和体位 通常为站立后前位，观察肺尖部病变应采取前弓位或后弓位；观察两肺门病变应采取左或右斜位，转动体位的角度由小到大；病灶定位应取侧位；观察应采用自上而下或自下而上的顺序并左右对比。

2. 观察内容 借助病人呼吸时肺透亮度的变化，观察气管有无阻塞；转动体位观察阴影形态；深呼吸观察病灶阴影是否改变；肿物有无搏动或传导搏动；鉴别病灶位置在肺内、胸壁或纵隔；疑有胸腔积液时，嘱病人向同侧弯腰或转动体位作深呼吸运动，以观察液体的流动性。对位于肺门纵隔的病变应观察该阴影的活动度，必要时可作吞钡检查；判断有无肺门和纵隔淋巴结肿大，有无膈肌矛盾运动；观察心脏形态、搏动强弱，有无心包积液等。

(二) 胸部 X 线摄片 是胸部疾病 X 线诊断的基本方法，照片清晰度明显优于透视，能显示病灶的细微结构，并留下客观记录。为全面观察病变部位和形态应摄胸部正侧位片。对肺内小病变或胸片显示不满意的阴影须结合透视，必要时应在透视下点片。

高仟伏摄影胸部正位片使肋骨、胸大肌、乳房阴影变淡，增

加肺野可见范围，增加肺内病灶的清晰度，同时使气管、主支气管、肺门及肺纹理显影清晰，可发现普通胸片不能发现的病变，可作为胸片的补充手段加以应用。

（三）体层摄影 当胸部平片发现肺内肿块空洞（腔）病变、肺门阴影增大，支气管狭窄等病变，但又不能确定其性质时，应考虑进行胸部体层摄影检查。主要是利用 X 线球管和 X 线胶片在曝光过程中的反向运动来消除病变前后的重叠影像，更加仔细地观察病变的轮廓、空洞和钙化以鉴别肺门血管扩张，肿块，淋巴结增大以及支气管狭窄、阻塞、受压移位等。

1. 前后位体层 包括病灶体层和肺门纵隔气管分叉体层。病灶体层由胸部正侧位所显示病灶位置来取层，主要显示病变内部结构及边缘等特征；肺门纵隔气管分叉体层主要了解气管下段到叶支气管有无腔内肿瘤、阻塞、截断、扭曲变形以及纵隔肺门有无肿大淋巴结等。

2. 侧斜位体层 了解段支气管开口有无异常；肺门和中间支气管周围有无淋巴结；区别增大的肺门阴影的性质与淋巴结或肺血管等，协助纤维支气管镜检查的定位。

（四）支气管造影 根据临床症状和胸片表现确定选用非选择性或选择性支气管造影。对支气管内肿瘤和胸片上肺段或肺叶阴影鉴别诊断困难时，可选用选择性支气管造影，即肺段支气管的造影。支气管造影操作较为复杂，病人有一定痛苦，由此产生恐惧心理，不易配合检查，而且碘造影剂有过敏反应等缺点，目前已较少采用此种检查。

二、CT 检查

胸部 CT 对肺癌的诊断有以下作用：①痰液细胞学检查阳性，而胸片及纤维支气管镜检阴性，CT 可查出肺内原发瘤。②常规胸片上难以显示肺隐蔽部位，如脊椎旁、奇静脉食管窝等处肿瘤，CT 优于 X 线片。③可发现肺内肿块、灶内钙化和小空洞支气管气相等。④可查明肿瘤范围，是否侵犯胸膜、胸壁、纵隔等，可查出少量胸水。⑤了解肺门、纵隔淋巴结肿大，作出肺癌

病期评定及预测手术的可能性。⑥CT 可引导经皮肺肿块穿刺活检，作组织病理学诊断。

(一) CT 平扫 一般层厚 10mm，间隔 10mm，薄层扫描可用 1.5~2.0mm 层厚，间隔 1.5~2.0mm，小病灶可作重叠扫描。

(二) 静脉造影增强 CT 鉴别血管性病变或明确肿块与纵隔，肺血管的关系时采用，也可用于辨别纵隔淋巴结，对观察气管隆凸下和主肺动脉窗组淋巴结肿大尤为重要。

(三) CT 判断纵隔淋巴结转移 判断淋巴结转移的标准目前仍未统一，一般是用大于 10mm 直径的淋巴结肿大作为诊断指标，因难以区别炎性肿大或肿瘤转移，仅供诊断参考。

三、MRI 检查

MRI 的特点是软组织对比度好，无放射线，并可获得任意断面的图像。MRI 由于流空效应，无需用造影剂就可显示血管，对鉴别肺门纵隔内肿物很有价值。尤其对肺上沟瘤 MRI 能作冠、矢状面扫描，清楚显示胸壁、臂丛神经等有无受侵，具有其独到之处。目前 MRI 尚不能替代 X 线及 CT 扫描，主要由于肺部的运动噪声大，空间分辨率低，对钙化不敏感等。

MRI 对肺癌诊断的适应范围：①CT 在下列情况诊断困难时：心脏、大血管浸润；胸膜、胸壁浸润；肿瘤和继发性病变的鉴别；肺门、纵隔淋巴结转移等。②胸腔入口部肿瘤。③心脏周围肿瘤。④治疗效果判定。⑤复发及残留肿瘤的诊断。

MRI 和 CT 对淋巴结的判断仍以大小来评价，无组织特异性。

(陈 宪)

第三节 纤维支气管镜检查

凡可疑为肺癌的患者，都需要作纤维支气管镜（简称纤支镜）检查，尤以早期中央型肺癌为著。纤维支气管镜可以仔细检查段和段以下支气管，并可以比较容易地做支气管活检和刷片。

不仅可以明确诊断、确定部位、了解癌灶侵及支气管树时引起的多种细微变异及时发现其它病灶，而且还可为外科医师提供术前准备，在做段或叶切除考虑时所必需了解的、可能的解剖变异：包括粘膜下血管分布、不规则支气管分叉成皱、粘膜增厚或狭窄、模糊的软骨环和环状皱消失等。如果这些现象接近肿瘤原发部位，则提示外科医师应该切除的范围。

一、禁忌证

以下情况应列为禁忌证：①心肺功能严重减退，全身情况极度虚弱者。②严重高血压，冠心病，心律失常，主动脉瘤，心脏重度扩大或颅内高压。③高热或重度急性上呼吸道感染者。④哮喘发作。⑤出血凝血机制障碍。⑥大咯血并非绝对禁忌证，但2周内须慎重。

二、镜检前准备

(一) 体检及实验室检查 做全面体检及胸部X线摄片，血小板计数及出凝血时间。高龄或疑有心脏病者需做心电图检查，肺功能不全者需做通气功能检查及血气分析。

(二) 消除顾虑 向患者说明配合检查的有关事项，消除顾虑。

(三) 禁食 术前禁食4~6小时。

(四) 局部麻醉 先用2%利多卡因溶液喷射咽喉部作粘膜表面麻醉4次，环甲膜穿刺或纤维支气管镜插入气管内后立即注入2%利多卡因3~4ml。

(五) 体位 通常采用仰卧位，肩背部垫高约10cm，术者站在患者头部施术。颈部，胸部疾患或胸部手术后及大气道阻塞不能平卧者可采用坐位，术者站在患者对面或后面。

三、操作方法

(一) 插入途径 一般经鼻或口腔，小儿均经口腔插入。必要时可经气管切开创口插入，对某些特殊患者（如术中大咯血等）可先放入气管插管，再经插管作纤支镜检。

(二) 纤支镜检步骤 检查前，将已消毒好的纤支镜的物镜

端涂以硅油，保证视野清晰。术者左手握住纤支镜其近端操纵部，同时用拇指拨动角度调节钮。右手握住镜身将镜送入鼻腔。经鼻咽到喉部或嘱患者咬住口器，将纤支镜通过口腔沿咽后壁达喉部。先找到会厌，趁声门张开时，轻柔地插入气管，缓慢向前推进，沿途观察管壁及管腔情况，达隆突后转向右或左主支气管开口。一般先检查健侧，待一侧检查完毕后再转向对侧。检查时自上叶各段及亚段开始逐渐顺序检查，最后检查下叶各段，但对欲采取标本的病变部位应放在最后。在检查中，如发现病变应先行摄影留档再行活检、刷检，必要时可冲洗抽吸采取标本，对有条件者可录像记录。检查完毕退镜时，应注意观察气管，声门下及声门区有无异常。检查后禁食 2 小时，嘱告患者镜检后送痰 3 天（清晨）找癌细胞。

四、肺癌在内镜下的特征

（一）增生型 有新生物向腔内突出，根据肿物形态分为：①肉芽型：息肉样肿物突入腔内堵塞管腔，表面光滑，色鲜红或粉红，表面覆有伪膜；②菜花型：肿瘤呈菜花样突入腔内，表面高低不平附有伪膜，堵塞管腔；③结节型：肿物呈结节样增生，有时数个相连，占据管腔一部分，也有散在，少有伪膜。

（二）浸润型 肿瘤明显向腔内突出，气管壁表现为：①粘膜水肿：粘膜充血、肥厚，软骨环不清，管壁活动差，偶见血性分泌物。②粘膜增厚：粘膜呈局限性增厚、粗糙，表面凸凹不平，软骨环消失，管壁活动差，管腔狭窄，有血性分泌物。③粘膜呈纵行皱襞：管壁粘膜明显增厚，似橡皮样改变，出现纵行皱襞，管腔明显狭窄甚至闭塞。

（三）外压征 气管腔或支气管腔由于外压膨出明显变形，但粘膜表面正常。

五、并发症及其处理

（一）喉痉挛 常见于反复插管和操作粗鲁，表现为缺氧和紫绀，此时应立即给予吸氧，情况严重时立即拔出纤支镜，给予相应措施对症处理。

(二) 出血 局部粘膜刷破或癌肿活检后出血，一般出血量不多。偶见大量出血应紧急处理：①卧向患侧，防止血液流入对侧肺。②局部滴入0.01%肾上腺素5ml，也可反复数次。③静脉注入脑下垂体后叶素5~10单位溶于葡萄糖20ml，10分钟内注完。④出血时不可立即拔出纤支镜，用吸引器吸出血液防止窒息，但有时因纤支镜的刺激导致不断咳嗽出血，故应根据具体情况判断。⑤大出血危急时，可用双腔插管向对侧肺供氧。

(三) 气胸 活检过深，偶可损伤胸膜，患者表现为胸痛，应立即放松活检钳给予X线透视，如发现气胸应作相应治疗，这多见于纤支镜肺活检(TBLB)。

(四) 心跳骤停 麻醉不完全，刺激强烈时可引起心跳骤停，应立即进行复苏处理。有冠状动脉疾患者应严密观察，操作轻柔，缩短操作时间。

六、纤支镜检查的种类

因病灶部位不同镜检分为4种。

(一) 经纤支镜作活检(TBB) 估计病变位于亚段支气管以上时用此方法。

(二) 经纤支镜作肺活检(TBLB) 用于肺弥漫性病变和位于亚段以下的外周性结节灶，块状灶。

(三) 经纤支镜灌洗检查(TBAL) 用于舌叶或中叶肺弥漫性病变的检查。

(四) 经纤支镜针吸作细胞学检查(TBNA) 用于表面光滑的粘膜下浸润，注意防止穿破壁外血管。

(张 锐)

第四节 肺癌免疫学与血清学检查

此类检查方法目前尚处于研究阶段，仅作简要介绍。

一、血清唾液酸测定

正常人血清唾液酸水平为 $52.1 \pm 7.8\text{mg}/100\text{ml}$ ，一般在

65mg/100ml 以下者为正常, 65 ~ 70mg/100ml 为可疑, 70mg/100ml 以上为异常 (阳性)。

二、血清癌胚抗原 (CEA)

测定 血浆含量在 $5\mu\text{g/ml}$ 以下为正常范围, $10\mu\text{g/ml}$ 以上为可疑肺癌。国内有 CEG - DEA 诊断药盒供应做血清 CEA 检测, 我们检测肺患者 52 例, 阳性率为 53.8%。

三、血清电泳致缓因子

采用血清电泳法检测正常人阳性率为 3.16%, 肺癌患者为 91.8%, 差异极为显著 ($P < 0.001$), 可作为肺癌诊断的辅助指标之一。

四、血清肌酸激酶 (CKBB) 同工酶测定

对小细胞肺癌有一定价值, 可以发现 X 线片阴性的患者, 小细胞肺癌所产生的肌酸激酶 BB 同工酶比其它类型的肺癌要高 10 ~ 100 倍。

五、血清铁蛋白的测定

一般男性 $240\mu\text{g/ml}$, 女性 $120\mu\text{g/ml}$ 为正常值, 肺癌患者铁蛋白升高阳性率为 72% ~ 100%, 不能切除的肺癌病例有 80% 大于 $700\mu\text{g/ml}$ 。

(张明和)

第五节 肺癌临床分期

为了准确地反映肺癌的病变范围和程度, 以利于制定适当的治疗方案并估计预后, 国际抗癌联盟多次对肺癌的 TNM 分期系统作过修改和补充。1986 年公布的第四版肺癌国际 TNM 分期系统较好地反映了肺癌病灶范围、病情轻重以及预后, 因此得到了广泛的应用。本书所用分期标准也采用该分期系统。

一、TNM 系统

(一) T 代表原发肺部病灶, 根据肿瘤的大小, 对周围器官组织的直接侵犯与否及范围又可分为以下 7 类。

1. T_x 从支气管肺分泌物中找到恶性细胞，但 X 胸片和支气管镜中不能发现病灶。

2. T_0 根据转移性淋巴结或远处转移能肯定来自肺，但肺内未能找到原发病灶。

3. T_{is} 原位癌的病变更限于粘膜，未及粘膜下层者。

4. T_1 ①肿瘤最大直径 $\leq 3\text{cm}$ ，四周围以脏层胸膜；②在纤支镜镜检时，病变范围的远端未侵犯到叶支气管。

5. T_2 肿瘤最大直径 $> 3\text{cm}$ ，或不论肿瘤大小但侵及脏层胸膜，或累及肺门区伴不张或阻塞性肺炎。纤支镜中显示肿瘤的近端在叶支气管以内或距离隆突至少 2cm 。如有肺不张或阻塞性肺炎其范围应小于一侧全肺。

6. T_3 不论肿瘤大小，有较局限的肺外侵犯，如胸壁（包括未侵及椎体的肺上沟瘤）、横膈、纵隔胸膜、心包，而不侵及心脏、大血管，气管，食管和椎体。或肿瘤在主支气管内，距隆突 $< 2\text{cm}$ ，但未侵及隆突者。 T_3 属手术切除之类。

7. T_4 不论肿瘤大小，但有广泛的肺外侵犯，包括纵隔、心脏、大血管、气管、食管、椎体（包括肺上沟瘤）、隆突和恶性胸腔积液。凡胸腔积液反复几次不能找到癌细胞，液体既非血性也非渗出液者，不能列为 T_4 。

（二）N 代表区域性（即胸内）淋巴结的转移，根据受累淋巴结部位可分为以下 4 类：

1. N_0 胸内无淋巴结转移。

2. N_1 转移或直接侵犯到支气管旁或/和同侧肺门淋巴结。

3. N_2 转移到同侧纵隔淋巴结和隆突下淋巴结。

4. N_3 转移到对侧纵隔淋巴结或对侧肺门淋巴结、对侧或同侧的前斜角肌或锁骨上淋巴结。

（三）M 代表远处转移。

1. M_0 无远处转移。

2. M_1 有远处转移，要标明转移部位。