

胃肠道癌肿的临床分期法探讨

温州医学院 钱 礼

癌肿的临床分期对制定其治疗方案、评价治疗效果和统计预后等方面都是重要的依据。自国际抗癌协会规定以癌肿的TNM作为分期标准以来，对临床分期的原则已有了统一的认识，它在乳腺癌、宫颈癌和鼻咽癌等常见肿瘤的临床分期也已应用成功。唯TNM分期法对胃、结、直肠癌的临床分期如何应用尚不明确，以致临幊上对具体病例究竟列为几期看法上可能有所出入。

1932年Dukes根据结、直肠癌肿侵犯肠壁的程度（肠壁内或肠外）和区域淋巴结有无转移，将其分为A、B、C三期（或三类）；1955年Pevster和Gilchrist将Dukes分期法加以修改，分为A、B₁、B₂、C₁和C₂五组。按照Dukes或Gilchrist分类法，似乎结、直肠癌要在直肠壁生长到一定程度才会发生区域淋巴结转移及血管受侵。这在大多数病例中虽属事实，但并非贯例；所以沿用近50年的Dukes分期法固然有其优点，也有进一步改进的必要。

作者认为，胃肠道癌肿的局部生长情况可用癌肿面积的大小和浸润深度表示（以浸润深度为主），淋巴结转移情况以淋巴结转移范围和受累程度表示（以转移范围为主）。癌肿的类型（菜花型、溃疡型和浸润型）和恶性程度（Broder分级）虽过病变的发展和患者的预后有一定影响，但其影响的大小仍然表现在局部生长的大小和深度以及淋巴结转移的范围和程度上，故胃肠道癌肿的类型和恶性程度可不作为临床分期的依据。至

于腹膜转移虽是胃肠道癌肿扩散的一种特殊形式，但实际上腹膜移植仅是癌细胞在胃壁内浸润生长到浆膜后的表现，因此完全可以包括在局部生长（T₃～T₄）范围内。远位转移的情况在国际分期中仅以“有”或“无”为代表，有转移者为临床Ⅳ期，不计无转移迹象者。作者认为远位转移是血管被侵犯的结果，所以胃或结、直肠癌最好以血管被侵犯的程度为指标。当然，血管被侵犯的程度只有通过手术标本的详细检查才能证实。淋巴结转移情况也是如此，肿大的淋巴结未必都是转移性的。而转移性的淋巴结又未必都肿大，所以单以淋巴结肿大与否来判断有无转移，其误差率可达1/3—2/5，而淋巴结转移的范围和数目，也必须借助于手术标本的详细检查（包括解剖观察、冰冻切片检查等）才能最后决定。

胃癌面积大小虽然也是衡量病期的一项指标，但实际上很难规定各期胃癌的大小。在目前，多数外科学家主张将胃分为贲门胃底、胃体和胃窦部三个区，胃角处的垂直线可作为胃体和窦部的分界线，而通过小弯垂直部中点的水平线可作为贲门胃底与胃体的分界线。如某区胃癌的面积小于该处的1/4者（即小于该区前壁或后壁的1/2者）可视为T₁，大于该区1/4者（即大于该区前壁或后壁之1/2者）应视为T₂，大于该区1/2者（即大于该区前壁或后壁者）为T₃，超过该区范围或已累及周围组织者为T₄。胃的淋巴结可分三站：接近病灶的淋巴结为第

一站，胃左、肝总、脾动脉旁和肝十二指肠韧带附近淋巴结为第二站；沿腹腔动脉、腹主动脉、肠系膜根部和髂动脉分布的淋巴结为第三站。通常胃癌是先向最邻接病灶的第一站淋巴结转移为N₁。然后随着病程的进展逐渐向其它第一站淋巴结转移为N₂；第二站淋巴结转移为N₃；第三站淋巴结转移为N₄。

同样，结、直肠癌的临床分期也可按照TNM分类法的原则，以癌肿所占肠管径的范围和肠壁内受浸的深浅来表示癌肿局部生长的程度。如结、直肠癌肿生长范围小于其肠管周径的1/4、癌肿仅累及粘膜者为T₁；癌肿为肠管周径的1/4~2/4，并已侵入粘膜下层或肌层者为T₂；癌肿为肠管周径的2/4~3/4，且其生长已达浆膜下或腹膜外、周围粘连者为T₃；癌肿已完全累及整个肠管的周径、有腹膜移植或侵及周围器管者为T₄。结、直肠癌的淋巴结转移最先累及肠壁上或肠管旁的淋巴结为N₁；中间淋巴结右侧为回结肠动脉或右结肠动脉旁淋巴结，（左侧为左

结肠动脉旁淋巴结，直肠为痔上动脉旁淋巴结）有转移为N₂；中央淋巴结沿肠系膜上、下动脉分布的淋巴结有转移为N₃；转移达腹主动脉旁、小肠系膜根部淋巴结或锁骨上淋巴结为N₄。故观察转移淋巴结的部位，判断病程的早晚较计算受累淋巴结数目更有临床意义。当然，转移淋巴结为数愈多，预后也愈劣，转移淋巴结超过五枚者（病理诊断阳性）一般少有根治希望。

根据上述理解，作者认为胃、结、直肠癌的局部生长情况（T）可按其癌肿的大小（或所占周径的比例）和浸润的深度来表示；淋巴结的转移程度可按受累淋巴结分布的范围和转移的程度或数目来表示，血运送转移可按胃、肠壁内、胃肠周围、肠系膜血管有无侵犯以及肝、肺、骨等脏器有无转移来判断。作者主张采用一种记分方法来衡量病变的程度，即将上述五项指标（病灶大小、深度，淋巴转移范围、程度，血运送转移）各分为4级（即4分制）、五项合计1—2分者为Ⅰ期，3—4分者为Ⅱ期，大于或等于5分

表 I 胃癌的临床分期方法

临床分期	病灶情况(T)		淋巴结转移(N)		血运送转移(M)	说 明
	大 小	深 度	范 围	其 它		
I期	T ₁ （癌肿小于该区胃壁面积之1/4）	仅累及粘膜	N ₁ （邻接病灶之第一站淋巴结已有转移）无转移者为N ₀	受累淋巴结数目有限，能活动，可以清除，	M ₀ （无血管侵犯，不计分）	1. 每项1分 2. 无淋巴结转移者不计分 3. 五项合计1-2分为Ⅰ期；3-4分为Ⅱ期
II期	T ₂ （癌肿大于该区胃壁面积之1/4）	已侵及粘膜下层或肌层	N ₂ （第一站淋巴结已有二组同时转移）	受累淋巴结为数较多，但尚可清除	M ₁ （胃壁内静脉已被侵犯）	1. 每项2分 2. 五项合计≥5分为Ⅲ期
III期	T ₃ 后（癌肿大于该区胃壁面积之1/2）但尚未穿透粘膜	已侵及浆膜下，	N ₃ （已累及第二站淋巴结）	受累淋巴结已有粘连，仅可勉强清除	M ₂ （胃周围血管已被侵犯）	1. 每项3分 2. 五项合计≥10分为Ⅳ期
IV期	T ₄ （癌肿已超过该区范围之外）	已透过浆膜发生腹膜移植，或已有胃壁广泛浸润	N ₄ （已累及第三站淋巴结）	无法清除	M ₃ （已有肝、肺骨等远处转移）	1. 每项4分 2. 五项合计≥15分为Ⅳ期 有M者均为Ⅳ期

者为Ⅱ期，等于或大于10分者为Ⅲ期，等于或大于15分者为Ⅳ期，已有远处转移表现者不论其它项目的情况如何亦均为Ⅳ期。应该指出这个分期方法目前仅为作者个人的设想，它是否符合实际，需经过大量病例的长期观察，比较其1、3、5年及10年后之生存率，

才能作出结论。这种分期法只能切除标本作了详细检查以后才能确定，而在剖腹探查前几乎无法估计，也是不能令人满意之处，不过在统计疗效和判断预后方面可能还是有帮助的。下附表1、2，供讨论。

表2

结直肠癌的临床分期法

临床分期	病灶情况(T)		淋巴结转移(N)		血运转移(M)	说 明
	大 小	深 度	范 围	数 目		
I期	T ₁ (癌肿<1/4周径)	仅累及粘膜	N ₁ (肠上、肠旁淋巴结已有转移肿大，无转移者为N ₀)	0—1(枚无转移者不计分)	M ₀ (无血管侵犯不计分)	1.每项1分 2.五项相加 1—2分为Ⅰ期， 3—4分者为Ⅱ期
II期	T ₂ (癌肿<2/4周径)	已侵及粘膜下层或肌层	N ₂ (中间淋巴结群已有转移肿大)	1—2枚	M ₁ (肠壁内静脉丛已被侵犯)	1.每项2分 2.五项相加 5分者为Ⅲ期
III期	T ₃ (癌肿<3/4周径)	已达浆膜下或腹膜外之直肠癌已有周围粘连	N ₃ (中央淋巴结已有转移)	3—4枚	M ₂ (肠旁或系膜血管已被侵犯)	1.每项3分 2.五项相加 10分者为Ⅳ期
IV期	T ₄ (癌肿已累及整个周径)	已有腹腔移植或已侵及周围器官	N ₄ (腹主A旁，小肠系膜或锁骨上淋巴结已转移)	>5枚	M(已有肝、肺骨等远转移灶发现)	1.每项4分 2.五项相加 15分者或已有M者为Ⅳ期

(收稿日期：1978年11月29日)

(上接41页)

淋巴结的剂量以不低于4875rad为宜。

小 结

215例鼻咽腔恶性肿瘤中Ⅲ、Ⅳ期占84.2%，总的五年存活率为30.2%，十年存活率为26.9%。性别和病理类型对预后影响不大，年龄在31—40岁预后最好。病期愈晚预后愈差，但对晚期病人如能精心治疗一部分人尚可长期生存。

从放射剂量和时间来看，原发瘤以6000—6900rad/5—9周为宜；对颅底骨质无破坏无明显颅神经症状的病人，颅底剂量给予4875rad为佳；颈部剂量，对N₀、N₁病人以4875rad为宜，N₂—N₄病人剂量则需在4875rad以上。

参考文献

1. Bloom, S.M.: Laryngoscope 71:1207 1961
2. Moss W.T.: Therapeutic Radiology pp108—112 1959
3. 第二届全国肿瘤学术会议文献选编：鼻咽癌防治方案。1965
4. 胡郁华等：中华医学杂志 45: 6 1965
5. 中山医学院附属肿瘤医院放射科：肿瘤防治研究4, 1974
6. Richard T Hoppe: Cancer 37(6)2605 1976
7. Carles H: Fermadey Cancer 7:2767 1967

(收稿日期：1979年2月22日)