

## 日本第16版《胃癌处理规约》更新要点解读

王利明\*

国家癌症中心/国家肿瘤临床医学研究中心/中国医学科学院北京协和医学院肿瘤医院深圳医院 胃肠外科, 广东 深圳 518116

**【摘要】** 2026年3月4日至6日,第98届日本胃癌学会年会于冲绳召开,会议对第16版《胃癌处理规约》进行了更新。新版规约围绕食管胃结合部癌诊疗、标本处理、病理分型、浸润分期、转移评估等多个核心维度完成修订,新增食管胃结合部区域定义及相关癌种的标准化记录方法,优化内镜切除标本的处理流程与评估标准,引入T<sub>is</sub>分期并重构胃壁浸润深度(T)分类体系,完善淋巴结及远处转移的亚分类标准,同时补充药物与放射治疗相关的评估规范。本次修订统一了胃癌病理诊断与临床诊疗的标准,适配基因组学医疗发展需求,为胃癌精准诊疗提供了更具实操性的依据,也为胃癌领域的国际交流与合作奠定了标准化基础。

**【关键词】** 日本胃癌处理规约; 日本胃癌学会; 指南

### Updates contents of *Japanese classification of gastric carcinoma* (the 16th edition)

Wang Liming\*

Department of Gastrointestinal Surgery, National Cancer Center/ National Clinical Research Center for Cancer/ Cancer Hospital & Shenzhen Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Shenzhen 518116, Guangdong, China

\*Corresponding author: Wang Liming, E-mail: wuminami@hotmail.com

**【Abstract】** From March 4 to 6, 2026, the 98th annual meeting of the Japanese Gastric Cancer Association was held in Okinawa, where the updated content of the 16th edition of the *Japanese classification of gastric carcinoma* was released. The new edition has been revised across multiple core dimensions, including the diagnosis and treatment of esophagogastric junction cancer, specimen processing, pathological classification, invasion staging, and metastasis assessment. It adds the definition of the esophagogastric junction zone and standardizes recording methods for related cancer types, optimizes the processing procedures and evaluation criteria for endoscopic resection specimens, introduces the T<sub>is</sub> stage and reconstructs the classification system of gastric wall invasion depth (T), improves the subclassification criteria of lymph node and distant metastasis, and supplements the relevant evaluation norms for drug and radiotherapy. This revision further unifies the standards of gastric cancer pathological diagnosis and clinical diagnosis and treatment, adapts to the development needs of genomic medicine, provides a more practical basis for the precise diagnosis and treatment of gastric cancer, and lays a standardized foundation for international exchanges and research cooperation in the field of gastric cancer.

**【Key words】** Japanese classification of gastric carcinoma; Japanese Gastric Cancer Association; Guideline

《胃癌处理规约》(简称规约)是日本胃癌学会制定的胃癌病理诊断与临床诊疗核心规范,其持续更新始终贴合胃癌诊疗的临床实践与研究进

展,是全球胃癌领域诊疗标准的重要参考依据。2026年第98届日本胃癌学会年会发布了第16版规约,针对临床诊疗中食管胃结合部癌诊断不统一、标本处理流程待优化、病理分期体系需完善等问题完成多项核心修订,同时兼顾基因组医疗发

\* 通信作者:王利明,E-mail: wuminami@hotmail.com

展需求与药物、放射治疗(简称放疗)的临床评估需求<sup>[1]</sup>,对胃癌精准诊疗的标准化推进具有重要意义。本文结合此次年会的内容,对第16版规约的核心更新要点进行系统梳理与解读,为国内胃癌诊疗的临床实践与研究提供参考。

## 1 规约的核心修订

### 1.1 病灶记录:食管胃结合部癌的标准化定义与记录

新版规约首次明确定义食管胃结合部区域(zone of esophagogastric junction, Jz),并制定食管胃结合部癌的标准化记录方法,该定义与第12版《食管癌处理规约》保持一致<sup>[2]</sup>,实现跨癌种诊疗标准的统一。

胃及食管胃结合部的解剖分区划分为下段食管(lower thoracic esophagus, Lt)、Jz、胃上部(U)、胃中部(M)、胃下部(L)、十二指肠(D),其中Jz为食管胃结合部上下各2 cm的区域,独立于胃上部与下段食管(图1)。食管胃结合部癌的判定标准为肿瘤中心(tumor center, TC)位于Jz内,与组织类型无关。其定义与Nishi分类的食管胃结合部癌一致<sup>[3]</sup>,对应Siewert II型腺癌(TC位于食管胃结合部口侧1 cm至肛侧2 cm),后续临床记录均统一采用Nishi分类标准,简称为结合部癌。

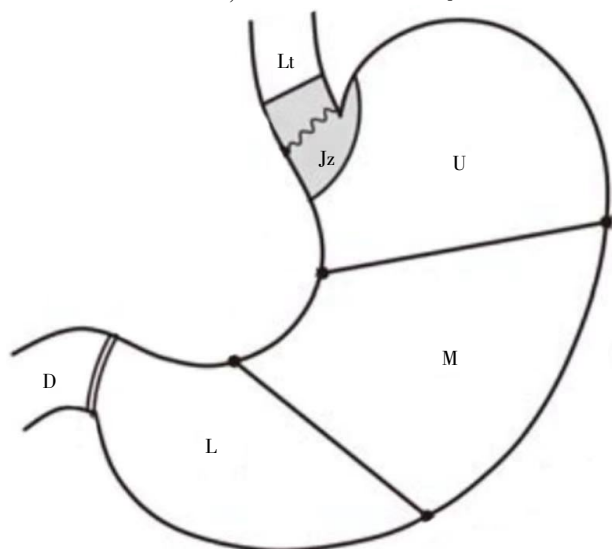


图1 胃的分区与食管胃结合部区域定义

注:食管胃结合部区域为食管胃结合部上下各2 cm的区域,独立于胃上部与下段食管。Lt,下段食管;Jz,食管胃结合部区域;U,胃上部;M,胃中部;L,胃下部;D,十二指肠。

食管胃结合部癌的组织类型分为腺癌(adenocarcinoma, AC)、鳞状细胞癌(squamous cell

carcinoma, SCC)、其他,记录格式示例为Jz(AC)、Jz(SCC);AC的进展程度分类遵循《胃癌处理规约》,SCC及其他类型则参照《食管癌处理规约》。TC的定位以食管胃结合部为基准,口侧记为负值,肛侧记为正值,需分别记录食管侧浸润(esophageal invasion, EI)、胃侧浸润(gastric invasion, GI)的距离,同时明确记录有无巴雷特食管(Bartlett esophagus, BE)、食管裂孔疝(hiatus hernia, HH);对于环周性病变等Jz定位不明的病例,需结合临床所见按上述规范尽可能记录,记录示例为JzLt(SCC),T<sub>2</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>,TC:-10 mm,EI:35 mm,GI:15 mm,BE(+),HH(+)

### 1.2 内镜切除标本的处理:流程优化与评估细化

新版规约补充了肿瘤出现在边缘切片时的处理说明,并修改相关图示,进一步规范内镜切除标本的固定、观察、切片及病理评估流程,提升标本病理诊断的准确性。

内镜切除标本分为一次性切除(1个病灶1次完整切除)与分割切除(1个病灶多次切除),分割切除或一次性切除后碎裂的标本,切缘评估难度较高,需严格遵循标准化处理流程:①标本切除后立即标记口侧、肛侧,快速伸展至与内镜下所见的肿瘤直径相符的状态,采用10%中性缓冲福尔马林溶液固定,固定时间推荐6~48 h,适配基因组学医疗的标本检测需求;②对伸展固定后的标本配合尺子拍照,记录标本长径/短径、肉眼肿瘤大小、肉眼型分类等基础信息;③以可评估肿瘤与最近水平切缘距离为原则进行切片,沿切线平行方向以2~3 mm间隔完整切开,切开后对黏膜面再次拍照,便于肿瘤组织重建;④若边缘切片中发现肿瘤,需继续深切或从断端侧进行薄层切片,病理诊断时在切割线照片上描绘肿瘤浸润范围与深度,精准记录肿瘤大小。此外,外科部分切除的小组织标本处理,亦参照内镜切除标本的处理规范执行。

### 1.3 肉眼型分类:表浅型亚分类的精准界定

新版规约参照巴黎分型标准,对胃癌表浅型的亚分类边界进行精准重构,明确0-I型与0-II a型的划分依据为肿瘤隆起高度:隆起高度超过2.5 mm定义为0-I型,隆起高度≤2.5 mm定义为0-II a型。该修订统一了肉眼型分类的判定标准,减少临床与病理诊断中的主观偏差,提升了表浅型胃癌分型的一致性。

**1.4 壁浸润深度(T):T<sub>is</sub>分期引入与分类体系重构**

新版规约的核心修订之一为引入 T<sub>is</sub> 分期,对黏膜内癌进行非浸润癌与浸润癌明确区分,同时废除原有的黏膜层 (mucosa, M)、黏膜下层 (submucosa, SM)、固有肌层 (muscularis propria, MP)、浆膜下层 (subserosa, SS)、浆膜层 (serosa, SE)、浆膜外浸润 (serosa invasion, SI) 等胃壁浸润标记,删除组织学界定模糊的浆膜下组织表述,重新定义 T<sub>3</sub> 分期,并新增神经内分泌肿瘤/类癌的 T 分期描述方法,构建了更贴合病理诊断实际的浸润深度分类体系。

胃壁组织学分为黏膜(含黏膜肌层)、黏膜下层、固有肌层、浆膜(浆膜表面/间皮及间皮下层)4层,癌浸润深度以肿瘤浸润的最深层为判定依据,多发病灶以浸润最深的肿瘤 T 分期为代表;T<sub>is</sub> 与 T<sub>1</sub> 期肿瘤无论有无淋巴结转移,均定义为早期胃癌。新版规约中胃壁浸润深度(T)的具体分期如下,病理分期见表 1。

T<sub>x</sub> 期:肿瘤浸润深度不明。

T<sub>0</sub> 期:无肿瘤组织。

T<sub>is</sub> 期:肿瘤局限于黏膜上皮内,未侵入黏膜固有层。

T<sub>1</sub> 期:肿瘤侵入黏膜固有层、黏膜肌层或黏膜下层(T<sub>1a</sub> 期,侵入黏膜固有层/黏膜肌层;T<sub>1b</sub> 期,侵入黏膜下层)。

T<sub>2</sub> 期:肿瘤侵入固有肌层。

T<sub>3</sub> 期:肿瘤侵入固有肌层,未达到 T<sub>4</sub> 期标准。

T<sub>4</sub> 期:肿瘤接触/暴露于浆膜表面(间皮)或直接侵入其他器官(T<sub>4a</sub> 期,接触/突破浆膜表面暴露于腹腔;T<sub>4b</sub> 期,直接侵入其他器官)。

同时,新版规约与第 9 版国际抗癌联盟 TNM 分期接轨<sup>[4]</sup>,明确 T<sub>is</sub> 分期的病理判定标准:WHO 分类标准中的高级别异型病变、管状结构清晰且无浸润的癌组织归为 pT<sub>is</sub> 期;具有融合腺管、“手牵手”型腺管、筛状结构等浸润特征的组织归为 pT<sub>1a</sub> 期;低分化腺癌、印戒细胞癌即便仅局限于黏膜内,仍定义为 pT<sub>1a</sub> 期;仅遗传性糜烂性胃癌中的原位印戒细胞癌归为 pT<sub>is</sub> 期;非浸润癌延伸至黏膜下异位性胃腺但无间质浸润的,定义为 pT<sub>is</sub> 期。

针对神经内分泌肿瘤/类癌,新版规约单独制定了 T 分期标准以及临床和病理分期(表 2)。

T<sub>x</sub> 期:肿瘤浸润深度不明。

T<sub>0</sub> 期:无肿瘤组织。

T<sub>1</sub> 期:肿瘤浸润黏膜/黏膜下层,最大直径 ≤ 1 cm。

T<sub>2</sub> 期:肿瘤侵入固有肌层,或最大直径 > 1 cm。

T<sub>3</sub> 期:肿瘤侵入固有肌层,未达到 T<sub>4</sub> 期标准。

T<sub>4</sub> 期:肿瘤接触/暴露于浆膜表面(间皮),或延伸至其他器官。

**1.5 病灶内消化性溃疡/溃疡瘢痕:强制记录与标准化分类**

新版规约明确,早期胃癌无论是内镜切除还是手术切除病例,均需强制记录病灶内是否存在

表 1 胃癌病理分期

分期	cM <sub>0</sub> 期					M <sub>1</sub> 期
	N <sub>0</sub> 期	N <sub>1</sub> 期	N <sub>2</sub> 期	N <sub>3a</sub> 期	N <sub>3b</sub> 期	任一 N 期
T <sub>is</sub> 期	0 期	—	—	—	—	—
T <sub>1</sub> (T <sub>1a</sub> /T <sub>1b</sub> ) 期	I A 期	I B 期	II A 期	II B 期	III B 期	
T <sub>2</sub> 期	I B 期	II A 期	II B 期	III A 期	III B 期	
T <sub>3</sub> 期	II A 期	II B 期	III A 期	III B 期	III C 期	IV 期
T <sub>4a</sub> 期	II B 期	III A 期	III A 期	III B 期	III C 期	
T <sub>4b</sub> 期	III A 期	III B 期	III B 期	III C 期	III C 期	

表 2 神经内分泌肿瘤/类癌的临床和病理分期

分期	cM <sub>0</sub> 期		M <sub>1</sub> 期
	N <sub>0</sub> 期	N <sub>1</sub> 期	任一 N 期
T <sub>1</sub> 期	I 期		
T <sub>2</sub> 期	II 期	III 期	IV 期
T <sub>3</sub> 期	II 期		
T <sub>4</sub> 期	III 期		

消化性溃疡及溃疡瘢痕 (ulcer, UL), 其中内镜切除病例的 UL 记录是根治性切除的重要依据,具有更高的临床指导价值。UL 的标准化分类如下。

ULX: 无法判定是否存在消化性溃疡/溃疡瘢痕。

ULO: 病灶内无消化性溃疡及溃疡瘢痕。

UL1: 病灶内存在消化性溃疡或溃疡瘢痕。

## 1.6 淋巴结转移:食管胃结合部癌区域淋巴结的明确定义

新版规约对胃癌区域淋巴结的解剖学定义与区域划分进行补充,重点明确食管胃结合部癌的区域淋巴结范围,为临床淋巴结清扫与病理评估提供标准化依据。

常规胃癌的区域淋巴结为 No.1~No.12 及 No.14v 组,若存在十二指肠浸润, No.13 组归为区域淋巴结;其他部位淋巴结转移标记为 M<sub>1</sub> 期;残胃癌病例若初次手术行残胃-空肠吻合,吻合部附近的空肠系膜淋巴结归为区域淋巴结。

食管胃结合部癌的区域淋巴结为 No.19、105、106rec、106tbL、107、108、109、110、111、112aoA、112pul 组。而 No.12 与 No.14v 组不属于区域淋巴结,术中淋巴结清扫范围需遵循第 7 版日本《胃癌治疗指南》规定<sup>[5]</sup>。

## 1.7 区域淋巴结以外的转移:亚分类增设与判定标准明确

为提升远处转移评估的精准性与临床实用性,新版规约调整区域淋巴结以外转移的项目设置,将肝转移与腹膜转移列为独立项目,并为二者增设亚分类;同时明确腹腔冲洗液细胞学检查的判定标准,补充术后检查对术中诊断的影响规范。

### 1.7.1 肝转移(H)

肝转移仅将疑似血行转移的病灶纳入评估,直接胃癌肝浸润归为 T<sub>4b</sub> 期[肝(hepatic, HEP)],组织学确认癌细胞的按亚分类标注,具体分类如下。

HX:肝转移状态不明。

H0:无肝转移。

H1:存在肝转移(TNM 分期标记为 M<sub>1</sub> HEP),其中 H1a 为单个转移灶,最大径≤5 cm;H1b 为 2~4 个转移灶,最大径均≤5 cm;H1c 为≥5 个转移灶,或任一转移灶最大径>5 cm。

### 1.7.2 腹膜转移(P)

腹膜转移的分类以转移部位为依据,图像诊断发现的腹膜转移归为 P1<sub>x</sub>,组织学确认癌细胞的标注为 pP1a/pP1b/pP1c,具体分类如下。

PX:腹膜转移状态不明。

P0:无腹膜转移。

P1:存在腹膜转移[TNM 分期标记为 M<sub>1</sub> PER, PER 指腹膜(peritoneal, PER)],其中 P1a 为转移至胃、大网膜、小网膜等胃周组织;P1b 为转移至上

腹部腹膜;P1c 为转移至中下腹腹膜。

P1<sub>x</sub>:确认腹膜转移,但其分布部位不明。

### 1.7.3 腹腔冲洗液细胞学检查

新版规约明确腹腔冲洗液细胞学(peritoneal cytology, CY)的判定标准:仅 5 级判定为 CY1, 1~4 级均判定为 CY0;同时规定,术中诊断结果不因术后免疫组织化学(immunohistochemistry, IHC)染色、细胞制片等检查发生变更,若术中诊断为 CY0,术后相关检查提示阳性,可标注为“CY0 (IHC+)”,不改变原诊断结果。

## 1.8 进展分期:体系更新与神经内分泌肿瘤分期补充

伴随 T<sub>is</sub> 分期的引入,新版规约对胃癌的进展分期体系进行重新调整,新增神经内分泌肿瘤/类癌的专属进展分期方法,实现不同病理类型胃癌分期的全覆盖。

常规胃癌进展分期以 T/N/M 为核心指标,前缀标注 p 代表病理分期,标注 c 代表临床分期, M<sub>0</sub> 期均为 cM<sub>0</sub> 期;理论上不存在 pT<sub>is</sub> N<sup>+</sup>期与 pT<sub>is</sub> M<sub>1</sub> 期,若真有 ypT<sub>is</sub> N<sup>+</sup>期或 ypT<sub>is</sub> M<sub>1</sub> 期病例,则采用 ypT<sub>1</sub> 的对应分期。神经内分泌肿瘤/类癌的进展分期简化为 T/M 双指标体系, T<sub>1</sub> 期为 I 期、T<sub>2</sub>/T<sub>3</sub> 期为 II 期、T<sub>4</sub> 期为 III 期,合并 M<sub>1</sub> 期则统一为 IV 期(表 2),此分期标准更贴合该类肿瘤的临床进展特点。

## 1.9 切除断端与肿瘤残留:评估细化与外科剥离面新增

新版规约细化了切除断端的评估标准,明确断端阴性时需附加记录肿瘤至断端的距离,为根治性切除效果评估提供更精准的指标;同时新增外科剥离面(radial margin, RM)为独立评估项,制定其标准化分类,提升肿瘤残留评估的全面性。

RMX:外科剥离面癌浸润状态不明。

RM0:外科剥离面癌浸润阴性。

RM1:外科剥离面癌浸润阳性。

为实现 pRM 的精准评估,要求在术后标本的断端部做好标记,清晰暴露剥离面,从而为病理诊断提供明确依据。

## 2 药物与放疗评估的修订

新版规约针对胃癌药物与放疗的临床评估也进行了补充与细化,完善了治疗前患者状态评估、治疗相关记录、疗效判定、不良反应评估等规范,实现病理诊断与临床治疗评估的标准统一。

## 2.1 治疗开始时的患者状态:美国东部肿瘤协作组体力状态评分的精准解读

新版规约对美国东部肿瘤协作组体力状况评分(Eastern Cooperative Oncology Group performance status score, ECOG-PS 评分)0~4分的判定标准作出更具体的临床解读,明确接受药物治疗与放疗患者的 ECOG-PS 评分推荐范围,为治疗方案的个体化制定提供依据。ECOG-PS 评分具体标准如下。

0分:活动能力正常,可无限制进行发病前的日常生活。

1分:剧烈活动受限,可步行、进行轻体力或坐位作业,能完成轻微家务与事务性工作。

2分:可自主行走、完成个人生活照料,无法进行工作,白天50%以上时间处于离床状态。

3分:仅能完成有限的个人生活照料,白天50%以上时间处于床上/椅子上。

4分:完全丧失活动能力,无法完成个人生活照料,全程处于床上/椅子上。

推荐接受药物治疗与放疗的胃癌患者 ECOG-PS 评分为0~2分。

## 2.2 治疗相关记录:转化手术的定义与补充

新版规约新增转化手术的相关记录项,明确其定义与临床分类,为转化手术的临床研究与疗效评估提供标准化依据。转化手术定义为:初次就诊时被诊断为无法行根治性手术切除的胃癌病例,经药物治疗后病情缓解,进而尝试行根治性切除的手术方式<sup>[4]</sup>。在转化手术的临床研究与试验中,根据转移灶的位置、数量等将病灶切除难度分为可切除、交界性可切除、不可切除三类。

## 2.3 临床治疗效果:疗效判定的技术规范补充

在实体瘤疗效评价标准(response evaluation criteria in solid tumors, RECIST)的基础上,补充计算机断层扫描(computed tomography, CT)检查的技术规范:用于疗效判定的CT检查,其扫描层厚需设定为5 mm及以下,确保肿瘤病灶测量的准确性,减少疗效判定的偏差。

## 2.4 药物不良反应:评估标准的统一

新版规约沿用第15版规约的要求,明确胃癌药物治疗的不良反应评估严格遵循不良事件通用术语评价标准(common terminology criteria for adverse events, CTCAE),实现药物不良反应评估的国际标准化,便于临床研究的结果对比与交流。

## 3 总结与展望

第16版日本《胃癌处理规约》的修订围绕胃癌精准诊疗的核心需求,完成了从病理诊断到临床治疗评估的全流程标准优化,其核心亮点为食管胃结合部癌诊疗标准的统一、T<sub>is</sub>分期的引入与浸润深度分类体系的重构、转移评估亚分类的细化,同时兼顾基因组学医疗的标本处理需求与药物/放疗的临床评估需求,使规约更具临床实操性与研究指导性。

此次修订进一步缩小了胃癌病理诊断与临床诊疗之间的偏差,为胃癌的个体化治疗、疗效评估、预后判断提供了标准化依据,也为胃癌领域的国际多中心研究与交流奠定了基础。我国胃癌诊疗的临床实践与研究可参考此次修订的核心要点,结合国内胃癌患者的病理特征与临床诊疗特点,进一步完善本土化的胃癌诊疗规范,推动我国胃癌精准诊疗的发展。同时,随着胃癌分子生物学研究与基因组医疗的不断进展,《胃癌处理规约》仍将持续更新,未来需更多关注分子分型与病理分期、临床治疗的结合,为胃癌的精准化、个体化诊疗提供更全面的支撑。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

**人工智能使用声明** 在本作品的准备过程中,作者使用了豆包来润色中文手稿。使用此工具的日期为2026年3月6日。使用此工具后,作者根据需要对内容进行了审查和编辑,并对出版物的内容承担全部责任

## 参考文献

- [1] 日本胃癌学会. 胃癌取扱い規約[M]. 16版. 東京: 金原出版, 2026.
- [2] 日本食管癌学会. 食管癌取扱い規約 [M]. 12版. 東京: 金原出版, 2025.
- [3] 西満正, 加治佐隆, 阿久根務, 他. 噴門癌について—食道胃境界部の提唱— [J]. 外科診療, 1973, 15: 1328-1338.
- [4] UICC. TNM Classification of Malignant Tumours [M]. 9th ed. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2025.
- [5] 日本胃癌学会. 胃癌治療ガイドライン. 医師用 2025年3月改訂(第7版)[M]. 東京: 金原出版, 2025.

收稿日期: 2026-03-11