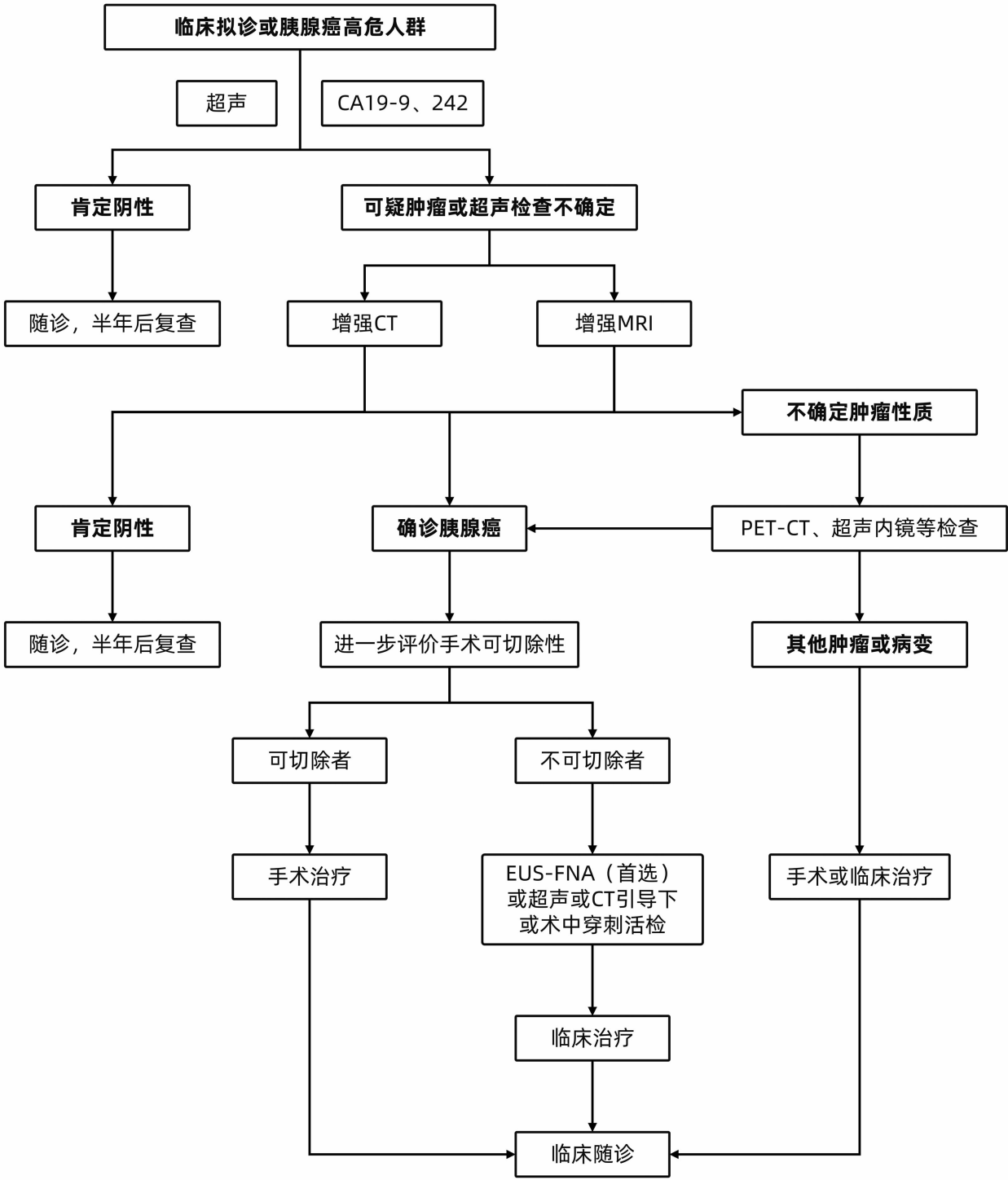
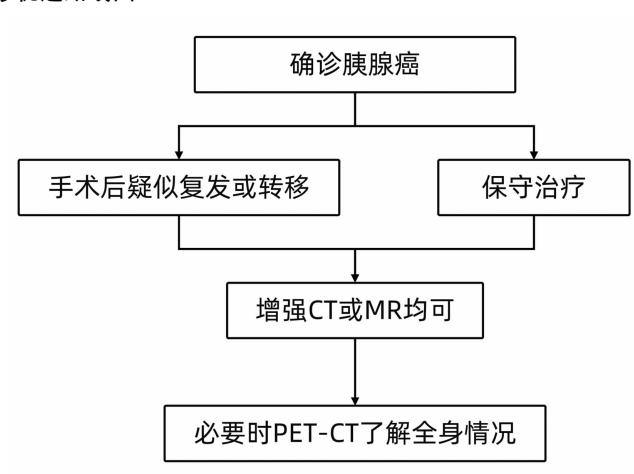


附录 1 治疗前胰腺癌影像检查优选路线图



附录 2 胰腺癌治疗后影像学随访优选路线图



附录 3 胰胆管细胞学诊断分级

- I 不能诊断
- II 未见恶性
- III 非典型
- IV 肿瘤性病变
  - A 良性
    - 浆液性囊腺瘤
    - 神经内分泌微腺瘤
    - 淋巴管瘤
  - B 其他
    - 导管内乳头状黏液性肿瘤(细胞可呈轻、中、重度的非典型)
    - 黏液性囊性肿瘤(细胞可呈轻、中、重度的非典型)
    - 分化好的神经内分泌肿瘤
    - 实性-假乳头状肿瘤
- V 可疑恶性
- VI 恶性
  - 导管腺癌
  - 高级别(G3)神经内分泌癌
  - 腺泡细胞癌
  - 胰母细胞瘤
  - 淋巴瘤
  - 继发性肿瘤

## 附录 4 胰腺癌标本大体所见的常规描述

## 胰十二指肠

胰十二指肠切除标本,远端胃,大弯长\_\_厘米,小弯长\_\_厘米,十二指肠长\_\_厘米,周径\_\_厘米,胆总管长\_\_厘米,周径\_\_厘米,胰腺大小\_\_×\_\_×\_\_厘米,于(十二指肠乳头/胆总管下端/胰头部)见(外观描写)肿物,大小\_\_×\_\_×\_\_厘米,切面性状\_\_;浸润深度(十二指肠乳头/胆总管下端)至\_\_。累及/未累及肿物旁其它器官。肿物旁或肿物周围肠管黏膜/肌壁内所见(息肉/腺瘤/溃疡性结肠炎/必要的阴性所见)、胃壁所见(必要的阴性所见)、胰腺所见(必要的阴性所见)。十二指肠、胃、胆总管、胰腺断端及腹膜后切缘(标记或临床单独送检)\_\_.大弯找到淋巴结(数/多/十余/数十余)枚,直径\_\_至\_\_厘米;小弯找到淋巴结(数/多/十余/数十余)枚,直径\_\_至\_\_厘米。肠壁找到淋巴结(数/多/十余/数十余)枚,直径\_\_至\_\_厘米;肠系膜找到淋巴结(数/多/十余/数十余)枚,直径\_\_至\_\_厘米;胰腺周找到淋巴结(数/多/十余/数十余)枚,直径\_\_至\_\_厘米。

---

**附录 5 胰腺癌显微镜下所见的常规描述**

1. 肿瘤。
  - (1) 组织分型。
  - (2) 组织分级。
  - (3) 浸及范围。
  - (4) 脉管浸润。
  - (5) 神经周浸润。
2. 切缘。
  - (1) 远端胰腺。
  - (2) 胆总管。
  - (3) 近端(胃)。
  - (4) 远端(十二指肠)。
3. 其他病理所见。
  - (1) 慢性胰腺炎。
  - (2) 不典型增生。
  - (3) 化生。
  - (4) 其他。
4. 区域淋巴结(包括胃,十二指肠,胰腺旁及单独送检淋巴结)。
  - (1) 总数。
  - (2) 受累的数目。
5. 远处转移。
6. 其他组织/器官。
7. 特殊的辅助检查结果(组织化学染色,免疫组化染色等)。
8. 有困难的病理提交上级医院会诊(提供原始病理报告以核对送检切片的正确性、减少误差,提供充分的病变切片或蜡块,以及术中所见等)。

## 附录 6 胰腺肿瘤组织学分类( WHO2019)

良性上皮性肿瘤及前驱病变:

8441/0 浆液性囊腺瘤,非特殊型

寡囊性浆液性囊腺瘤

实性浆液性腺瘤

脑视网膜血管瘤病相关性浆液性肿瘤

混合性浆液-内分泌肿瘤

8441/3 浆液性囊腺癌,非特殊型

8148/0 胰腺上皮内瘤变,低级别

8148/2 胰腺上皮内瘤变,高级别

8453/0 导管内乳头状黏液性肿瘤伴低级别异型增生

8453/2 导管内乳头状黏液性肿瘤伴高级别异型增生

8453/3 导管内乳头状黏液性肿瘤伴浸润性癌

8455/2 导管内嗜酸细胞乳头状肿瘤,非特殊型

8455/3 导管内嗜酸细胞乳头状肿瘤伴浸润性癌

8503/2 导管内管状乳头状肿瘤

8503/3 导管内管状乳头状肿瘤伴浸润性癌

8470/0 黏液性囊性肿瘤伴低级别异型增生

8470/2 黏液性囊性肿瘤伴高级别异型增生

8470/3 黏液性囊性肿瘤伴浸润性癌

恶性上皮性肿瘤:

8500/3 导管腺癌,非特殊型

8480/3 胶样癌

8490/3 低粘附性癌

8490/3 印戒细胞癌

8510/3 髓样癌,非特殊型

8560/3 腺鳞癌

8576/3 肝样癌

8014/3 大细胞癌伴横纹肌表型

8020/3 未分化癌,非特殊型

8035/3 未分化癌伴破骨样巨细胞

8550/3 腺泡细胞癌

8551/3 腺泡细胞囊腺癌

8154/3 混合性腺泡-内分泌癌

8154/3 混合性腺泡-内分泌-导管癌

8552/3 混合性腺泡-导管癌

8971/3 胰母细胞瘤

8452/3 胰腺实性-假乳头状肿瘤

胰腺实性-假乳头状肿瘤伴高级别癌

胰腺神经内分泌肿瘤:

8150/0 胰腺神经内分泌微腺瘤

8240/3 胰腺神经内分泌瘤

8240/3 神经内分泌肿瘤,G1

8249/3 神经内分泌肿瘤,G2

8249/3 神经内分泌肿瘤,G3

8150/3 胰腺神经内分泌瘤,无功能性

嗜酸性神经内分泌瘤,无功能性

多形性神经内分泌瘤,无功能性

透明细胞神经内分泌瘤,无功能性

囊性神经内分泌瘤,无功能性

功能性胰腺神经内分泌瘤:

8241/3 分泌 5-羟色胺肿瘤

8153/3 胃泌素瘤

---

8152/3 高血糖素瘤  
8151/3 胰岛素瘤  
8156/3 生长抑素瘤  
5155/3 VIP 瘤  
8158/3 分泌促肾上腺皮质激素肿瘤  
8241/3 肠嗜铬细胞类癌  
8246/3 神经内分泌癌  
8041/3 小细胞神经内分泌癌  
8013/3 大细胞神经内分泌癌  
8154/3 混合性神经内分泌 - 非神经内分泌肿瘤  
8154/3 混合性腺泡 - 内分泌癌  
8154/3 混合性腺泡 - 神经内分泌癌  
8154/3 混合性腺泡 - 内分泌 - 导管癌  
成熟性畸胎瘤  
间叶性肿瘤  
恶性淋巴瘤  
继发性肿瘤

---

**附录 7 Karnofsky 评分 (KPS, 百分法)**

---

- 100 健康状况正常,无主诉和明显客观症状和体征。
  - 90 能正常活动,有轻微症状和体征。
  - 80 勉强可进行正常活动,有一些症状或体征。
  - 70 生活可自理,但不能维持正常生活或工作。
  - 60 生活能大部分自理,但偶尔需要别人帮助,不能从事正常工作。
  - 50 生活大部分不能自理,需经常治疗和护理。
  - 40 生活不能自理,需专科治疗和护理。
  - 30 生活完全失去自理能力,需要住院和积极的支持治疗。
  - 20 病情严重,必须接受支持治疗。
  - 10 垂危,病情急剧恶化,临近死亡。
  - 0 死亡。
-



附录 8 Zubrod – ECOG – WHO 评分 (ZPS, 5 分法)

---

- 0 正常活动。
  - 1 症状轻,生活自理,能从事轻体力活动。
  - 2 能耐受肿瘤的症状,生活自理,但白天卧床时间不超过 50%。
  - 3 肿瘤症状严重,白天卧床时间超过 50% ,但还能起床站立,部分生活自理。
  - 4 病重卧床不起。
  - 5 死亡。
-

附录 9 胰腺癌可切除标准

可切除状态		动脉	静脉
可切除胰腺癌		肿瘤未侵犯腹腔干、肠系膜上动脉和肝总动脉。	肿瘤未侵犯肠系膜上静脉和门静脉,或侵犯但没有超过 180 度,且静脉轮廓规则。
临界可切除胰腺癌		胰头和胰颈部肿瘤: 肿瘤侵犯肝总动脉,但未累及腹腔干或左右肝动脉起始部,可以被完全切除并重建;肿瘤侵犯肠系膜上动脉,但没有超过 180 度;若存在变异的动脉解剖(如:副肝右动脉,替代肝右动脉,替代肝总动脉,以及替代或副动脉的起源动脉),应注意明确是否肿瘤侵犯及侵犯程度,可能影响手术决策。  胰体/尾部肿瘤: 肿瘤侵犯腹腔干未超过 180 度;肿瘤侵犯腹腔干超过 180 度,但未侵犯腹主动脉,且胃十二指肠动脉完整不受侵犯。	胰头和胰颈部肿瘤: 肿瘤侵犯肠系膜上静脉或门静脉超过 180 度或侵犯虽未超过 180 度,但存在静脉轮廓不规则;或存在静脉血栓,切除后可进行安全的静脉重建;肿瘤触及下腔静脉。  胰体/尾部肿瘤: 肿瘤侵犯脾静脉门静脉汇入处,或侵犯门静脉左侧没有超过 180 度,但存在静脉轮廓不规则;且有合适的近端或远端血管可用来进行安全的和完整的切除和静脉重建;肿瘤触及下腔静脉。
不可切除胰腺癌	局部进展期	胰头和胰颈部肿瘤: 肿瘤侵犯肠系膜上动脉超过 180 度;肿瘤侵犯腹腔干超过 180 度;肿瘤侵犯肠系膜上动脉第一空肠支。  胰体/尾部肿瘤: 肿瘤侵犯肠系膜上动脉或腹腔干超过 180 度;肿瘤侵犯腹腔干和腹主动脉。	胰头和胰颈部肿瘤: 肿瘤侵犯或栓塞(瘤栓或血栓)导致肠系膜上静脉或门静脉不可切除重建;肿瘤侵犯大部分肠系膜上静脉的近侧端空肠引流支。  胰体/尾部肿瘤: 肿瘤侵犯或栓塞(可能是瘤栓或血栓)导致肠系膜上静脉或门静脉不可切除重建。
	合并远处转移	远处转移(包括非区域淋巴结转移)。	远处转移(包括非区域淋巴结转移)。

附录 10 术后出血的临床分期系统

分级	出血发生时间、部位、严重程度和临床影响	临床情况	诊断结果	治疗结果
A	早期,腹腔内或消化道内,轻度	良好	观察、血常规、超声、必要时 CT	无
B	早期,腹腔内或消化道内,重度;晚期,腹腔内或者消化道内,轻度	通常良好或者中等,极少危及生命	观察、血常规、超声、CT、血管造影、内镜检查	输血/输液,重症监护,内镜止血,血管栓塞,早期出血剖腹探查术
C	晚期,腹腔内或者消化道内,重度	严重损害,危及生命	血管造影、CT、内镜检查	明确出血位置,血管造影及栓塞,内镜止血,剖腹探查止血,重症监护

## 附录 11 WHO 实体瘤疗效评价标准

1. 完全缓解:肿瘤完全消失超过 1 个月。
2. 部分缓解:肿瘤最大直径及最大垂直直径的乘积缩小达 50%,其他病变无增大,持续超过 1 个月。
3. 病变稳定:病变两径乘积缩小不超过 50%,增大不超过 25%,持续超过 1 个月。
4. 病变进展:病变两径乘积增大超过 25%。

**附录 12 RECIST 疗效评价标准 目标病灶的评价**

完全缓解:所有目标病灶消失。

部分缓解:目标病灶最长径之和与基线状态比较,至少减少 30%。

病变进展:目标病灶最长径之和与治疗开始之后所记录到的最小的目标病灶最长径之和比较,增加 20%,或者出现一个或多个新病灶。

病变稳定:介于部分缓解和疾病进展之间。

非目标病灶的评价

完全缓解:所有非目标病灶消失和肿瘤标志物恢复正常。

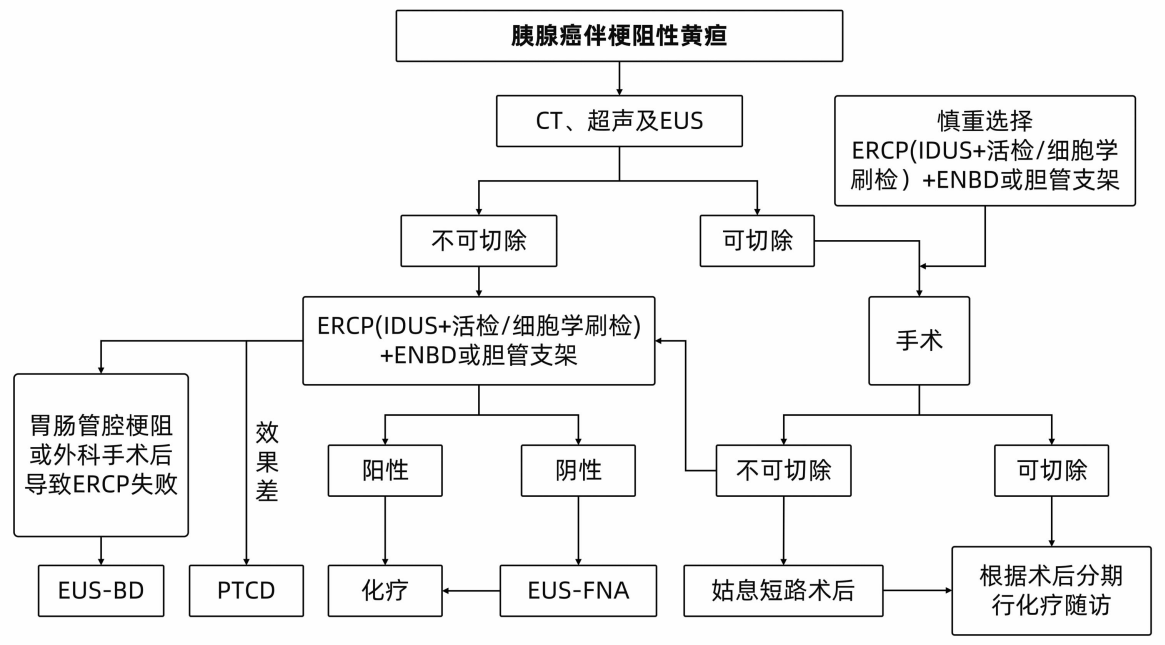
未完全缓解/稳定:存在一个或多个非目标病灶和(或)肿瘤标志物持续高于正常值。

病变进展:出现一个或多个新病灶和(或)已有的非目标病灶明确进展。

最佳总疗效的评价

最佳总疗效的评价是指从治疗开始到疾病进展或复发之间所测量到的最小值。通常,患者最好疗效的分类由病灶测量和确认组成。

附录 13 胰腺癌 ERCP 诊治作用流程图



附录 14 胰腺癌诊疗流程

