

癌症期別 Stage 1、2、3、4 怎麼分？AJCC 9th 實證版

Cancer staging explained: AJCC 9th edition and same-stage heterogeneity

林協霆, MD, 內科專科醫師, 腫瘤內科專科醫師

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院 腫瘤內科部 · ORCID: [0009-0002-3974-4528](https://orcid.org/0009-0002-3974-4528)

發表日期：2026/05/11 · 審稿：林協霆 (2026/05/11) · 主題：癌症 TNM 分期 (Cancer TNM staging)

DOI: 10.5281/zenodo.20112703 · 此版本 10.5281/zenodo.20112704 ·

<https://lin.hsiehting.com/posts/2026/cancer-staging-ajcc-9-explained/>

摘要 · ABSTRACT

第四期不等於末期；AJCC 9 版（2024–2026 陸續上路）以肺癌、鼻咽癌、神經內分泌瘤領銜更新，並把預後分期擴展到乳癌、攝護腺、頭頸癌，本文用病人語言解釋 TNM 邏輯、同期不同預後的原因與 nomogram。

第四期不等於末期。 癌症分期最常見的誤解，是把「Stage IV」直接讀成「臨終」。AJCC 第 9 版（Version 9）從 2024 年的神經內分泌瘤、外陰癌起跑，2025 年 1 月起依序更新肺癌、胸腺、肋膜間皮瘤、鼻咽癌等癌別；同時延續 8 版以來「預後分期（prognostic stage）」的精神，把腫瘤分級、荷爾蒙受體、HER2、PSA 等生物標記納入計算，讓乳癌、攝護腺、頭頸癌的同期病人預後可以細分。本文用病人語言解釋 TNM 三個字母、Stage 0–IV 的邏輯、同一期為什麼預後差很多、以及 NCCN/MSKCC nomogram 怎麼補足分期表的不足。

閱讀對象

本文設定讀者為剛拿到病理報告、想看懂「為什麼是第幾期」「同期病人預後差別怎麼來」的病友與家屬，以及對 AJCC 9 版分癌別更新進度有興趣的同業。任何治療決策請依您的主治醫師個別判斷。



TNM：三個字母先看懂

AJCC/UICC 全球共用的分期語言，是 TNM 三個欄位：

欄位	中文	內容	範例
T	原發腫瘤	腫瘤大小或侵犯深度	T1 (小於 2 cm) vs. T4 (侵犯鄰近器官)
N	區域淋巴結	是否轉移、數目、位置	N0 (沒有) vs. N3 (廣泛侵犯)
M	遠端轉移	是否擴散到肝、肺、骨等	M0 (無) vs. M1 (有)

不同癌別的 T、N、M 細節定義不同——例如乳癌的 T1 是「腫瘤 ≤ 2 cm」，肺癌的 T1 是「腫瘤 ≤ 3 cm 且無胸膜侵犯」，鼻咽癌的 T1 則是「侷限於鼻咽或鼻咽腺樣體」。AJCC 9 版（2024–2026 陸續實施）的主要改動之一，就是把這些 T、N、M 的判讀標準寫得更精細，例如：

- **肺癌 9 版**（2025/1 上路）：把 N2 細分為 N2a（單一站轉移）與 N2b（多站轉移），M1c 再依轉移器官數目分為 M1c1、M1c2。
- **鼻咽癌 9 版**（2024/10 公布）：T3 必須是「明確的骨皮質破壞或骨髓侵犯」；影像可見的淋巴結外侵犯（ENE）併入 N3；M1 依轉移病灶數目分為 M1a（≤3 個）與 M1b（>3 個）。
- **神經內分泌瘤 9 版**（2024）：胃腸胰 NET 與 MEN1、VHL 等遺傳症候群相關 NET 的分期標準明確化，並把 T1NXM0 納入 Stage I。

從 TNM 到 Stage 0–IV

T、N、M 分別寫好後，把三者組合查表，就會得到 Stage 0、I、II、III、IV。這是「解剖分期」（anatomic stage）——只看腫瘤跑了多遠。大致對應：

期別	含意（一般原則，依癌別調整）	治療目標
Stage 0	原位癌（in situ），未穿透基底膜	局部切除即可治癒機率高
Stage I	腫瘤小、淋巴結陰性、無遠端轉移	局部治療為主（手術 ± 放療）
Stage II	腫瘤較大或有侷限淋巴結轉移、無遠端轉移	局部治療 ± 輔助性化療／標靶
Stage III	腫瘤侵犯深、淋巴結較廣或鄰近器官受侵犯	多模式治療（手術 + 放療 + 系統性治療）
Stage IV	已有遠端轉移（M1）	系統性治療為主；oligometastatic 可考慮局部治療

跨癌別比較注意

不同癌別的「同一期」預後可能差異極大。例如同樣是 Stage III，HER2 陽性乳癌經完整治療 5 年總存活率可達 80% 以上，但 Stage III 胰臟癌或膽管癌中位存活仍多在 12–18 個月。**請不要拿親友的「我也是第三期」來推估自己的預後，要回到自己的癌別、生物標記與治療反應。**

解剖分期 vs. 預後分期：8 版以來的大變革

AJCC 8 版（2018 年實施）首次在乳癌引入「預後分期」（prognostic stage）：除了 T、N、M，還納入腫瘤分級（grade）、荷爾蒙受體（ER、PR）、HER2、以及 21-基因 Oncotype DX 分數。9 版延續並擴展這個思路到攝護腺癌、頭頸癌等癌別。

項目	解剖分期 (anatomic)	預後分期 (prognostic)
計算依據	T、N、M	T、N、M + 分級 + 生物標記 (依癌別)
使用情境	全球流行病學、癌登、跨國比較	臨床預後預測、治療強度決策
乳癌例子	T2N0M0 一律是 Stage IIA	T2N0M0 + grade 1 + ER+/HER2- → Stage IB ; T2N0M0 + grade 3 + 三陰性 → Stage IIB
攝護腺癌例子	T2cN0M0 是 Stage II	加入 Gleason grade group 與 PSA 後可細分 IIA/IIB/IIC
頭頸癌例子	HPV 陽性與陰性混在一起	HPV+ 口咽癌另立分期表 (HPV-mediated stage I-IV)
預後鑑別力	中等	較佳; JAMA Oncol 驗證乳癌預後分期 5 年 BCSS 區辨優於解剖分期

為什麼要兩套分期？

解剖分期是全世界癌症登記與政策的共同語言（不需要病理染色設備也能算），預後分期則是臨床上預測「這個病人未來會怎麼走」的工具。AJCC 9 版同時保留兩套，是讓資源不同的國家／醫院都能用得上。

同一期，為什麼有人活得短？

這是門診最常被問到的問題。同樣 Stage II 乳癌、同樣 Stage III 大腸癌，5 年存活率可能差到 30-40%，原因可拆成 4 大類：

1. **生物標記與分子亞型** — 乳癌的 ER/PR/HER2/Ki-67、肺癌的 EGFR/ALK/KRAS、大腸癌的 MSI/RAS/BRAF、攝護腺癌的 Gleason grade group、淋巴瘤的 IPI/GCB vs. ABC，都不在 T、N、M 之中，但對預後與治療選擇影響極大。
2. **腫瘤分級 (Grade)** — 高分化 (grade 1) vs. 低分化 (grade 3) 腫瘤即使 T、N 一樣，惡性度與復發風險差很多。AJCC 8、9 版在乳癌、攝護腺、軟組織肉瘤等癌別把分級納入預後分期。
3. **病人因素** — 年齡、ECOG 體能狀態、共病（糖尿病、慢性腎病、心衰）、營養狀態，會影響能否完成標準治療。能完成完整治療的 Stage III 病人，預後通常優於只能做減量治療的 Stage II 病人。
4. **治療反應** — 新輔助化療 (neoadjuvant) 後是否達到病理完全反應 (pCR)、輔助治療能否如期完成、是否復發等，是臨床上最強的預後因子之一。

拿到病理報告：怎麼讀懂分期欄位

第一步 — 找到 pT、pN、cM 三個欄位

病理報告上會看到例如「pT2N1M0」或「ypT1cN0」字樣。前面的 p 代表「pathological」（術後病理確認），c 代表「clinical」（影像／理學檢查推估），y 代表術前接受過新輔助治療。手術前的分期叫 cTNM，手術後叫 pTNM——兩者可能不同（最常見：影像看起來 N0，但手術病理發現 N1）。

第二步 — 看分級 (grade) 與生物標記

乳癌看 ER／PR／HER2／Ki-67 與 grade；攝護腺看 Gleason grade group 與 PSA；大腸癌看 MSI／MMR；肺癌看 PD-L1、EGFR、ALK、KRAS、ROS1；頭頸癌看 HPV／p16；淋巴瘤看細胞起源。如果報告上沒有這些欄位，主動問主治醫師「我有做哪些 biomarker？結果是什麼？」

第三步 — 算出 (或請醫師算出) 解剖期 + 預後期

AJCC 8、9 版的官方查表可在 ACS／NCCN／病理學會網站找到。乳癌、攝護腺、頭頸癌會看到「Anatomic stage」與「Prognostic stage」兩欄。請主治醫師寫下兩個分期，後續比對 NCCN 治療建議才不會誤讀。

第四步 — 進階：用 nomogram 算個人化風險

NCCN 與 MSKCC 都有針對單一癌別的 prediction tools (nomograms.mskcc.org)，把分期、年齡、生物標記、共病等丟進去，會得到「5 年存活率」「10 年復發率」等預測。這些數字是統計平均，不是個人保命指數，但能幫助與醫師討論治療強度。

Nomogram：補足分期表的不足

AJCC 分期把病人分成有限的格子 (Stage I、II、III、IV)，但同一格子內可能差距很大。Nomogram (諾莫圖) 是把多個變數權重化、輸出個人化預測的工具，最早由 MSKCC 的 Kattan 等人在 1998 年發表攝護腺癌 nomogram，2008 年延伸到大腸癌復發預測，至今涵蓋 20 餘種癌別。

MSKCC vs. AJCC 分期的差別

工具	輸出	變數數目	適用對象
AJCC anatomic stage	Stage I-IV	3 (T、N、M)	全球流行病學、政策、登記
AJCC prognostic stage	Stage I-IV (細分)	4-8 (加 grade、ER、HER2、PSA...)	臨床預後、治療強度決策
MSKCC nomogram	5 年／10 年機率 (連續變數)	5-10 (依癌別)	個人化風險溝通、輔助治療決策
NCCN 風險分組	Low／Intermediate／High	3-5 (依癌別)	治療指引選擇

NCCN 在攝護腺癌、乳癌、淋巴瘤等癌別也有自己的風險分組 (risk stratification) , 與 AJCC prognostic stage 概念類似。這四個工具不是擇一, 而是互補使用: 分期回答「我在哪一格」, nomogram 回答「在這格裡我的位置」。

nomogram 的限制

1. 訓練資料多為單一機構或西方人群, 套用到亞洲人群時準確度可能下降。
2. 預測的是「平均風險」, 個案實際結果仍受治療反應、突變影響。
3. 不能取代與主治醫師面對面討論。請把 nomogram 結果當「討論起點」, 不是「最終判決」。

第四期不等於末期: 那些「Stage IV 仍長期存活」的例子

這是本文最重要的訊息之一。Stage IV 在分期上代表「有遠端轉移」, 但臨床上的「末期」(terminal) 是預期壽命有限、以症狀控制為主的階段, 兩者不同。以下是文獻記錄中 Stage IV 仍能長期存活的代表性情境:

- **HER2 陽性轉移性乳癌**: 使用 trastuzumab + pertuzumab + 化療後, 部分寡轉移、ER 陽性病人可達到「無疾病證據」(NED) 並維持多年; CLEOPATRA 試驗 8 年存活率約 37%。
- **慢性骨髓性白血病 (CML)**: 在 imatinib 等酪胺酸激酶抑制劑問世後, 10 年總存活率超過 80%, 部分病人甚至能停藥維持深度分子反應。
- **EGFR 突變晚期非小細胞肺癌**: 使用 osimertinib 一線治療, FLAURA 試驗中位總存活約 38.6 個月, 5 年存活率仍有 20–30%。
- **寡轉移病灶 (oligometastatic)**: 定義為轉移病灶 $\leq 3-5$ 顆。乳癌、大腸癌、攝護腺癌的寡轉移病人合併局部治療 (手術、SBRT 立體定位放療) + 系統性治療, 部分文獻報告 5 年存活率可達 30–50%。
- **生殖細胞腫瘤 (睪丸癌)**: 即使 Stage IV, 含 cisplatin 的合併化療總體治癒率仍可達 70–80%。

不要拿這些例子推估自己

這些是「具備特定生物標記、體能尚可、能耐受治療」的族群數據; 個別病人能否走到長期存活, 取決於分子亞型、寡轉移狀態、治療反應與共病。請與主治醫師討論「以我的條件, 這些長期存活數據是否適用」, 而非自行套用。

風險揭露與免責

- 本文整理 AJCC/UICC 9 版主要更新概念, 並非完整查表手冊; 實際 T、N、M 與分期判讀請依各癌別最新 AJCC/UICC/NCCN 文件, 且應由病理科與主治醫師共同確認。
- 9 版各癌別實施日期不同 (神經內分泌瘤 2024、肺癌/鼻咽癌等 2025、其他癌別陸續更新中), 請查 ACS/NCCN 公告。

- 本文不取代任何個別治療建議。



參考文獻

1. Amin MB, Greene FL, Edge SB, et al. **The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging.** *CA Cancer J Clin.* 2017;67(2):93-99. doi:10.3322/caac.21388
2. Giuliano AE, Connolly JL, Edge SB, et al. **Breast Cancer-Major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual.** *CA Cancer J Clin.* 2017;67(4):290-303. doi:10.3322/caac.21393
3. Hortobagyi GN, Connolly JL, D’Orsi CJ, et al. **Eighth Edition of the AJCC Cancer Staging Manual: Breast Cancer.** *Ann Surg Oncol.* 2018;25(7):1783-1785. doi:10.1245/s10434-018-6486-6
4. Rami-Porta R, Nishimura KK, Giroux DJ, et al. **The International Association for the Study of Lung Cancer Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groups in the Forthcoming (Ninth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer.** *J Thorac Oncol.* 2024;19(7):1007-1027. doi:10.1016/j.jtho.2024.02.011
5. Pan JJ, Mai HQ, Ng WT, et al. **Ninth Version of the AJCC and UICC Nasopharyngeal Cancer TNM Staging Classification.** *JAMA Oncol.* 2024;10(12):1627-1635. doi:10.1001/jamaoncol.2024.4354
6. Chauhan A, Halfdanarson TR, Bellizzi AM, et al. **Critical updates in neuroendocrine tumors: Version 9 American Joint Committee on Cancer staging system for gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors.** *CA Cancer J Clin.* 2024;74(4):359-367. doi:10.3322/caac.21840
7. Weiser MR, Landmann RG, Kattan MW, et al. **Individualized prediction of colon cancer recurrence using a nomogram.** *J Clin Oncol.* 2008;26(3):380-385. doi:10.1200/JCO.2007.14.1291
8. National Comprehensive Cancer Network. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology — Risk stratification and staging references.** nccn.org

引用整理協力：OpenEvidence (Ask OpenEvidence Light, 2026/05/11 查詢)

SOURCE <https://lin.hsiehting.com/posts/2026/cancer-staging-ajcc-9-explained/>

CITATION 林協霆. 癌症期別 Stage 1、2、3、4 怎麼分？AJCC 9th 實證版. 林協霆 · 臨床筆記. 2026/05/11. doi:10.5281/zenodo.20112703

LICENSE CC BY-NC-ND 4.0 — 文章內容依 [Creative Commons 姓名標示-非商業性-禁止改作 4.0 國際](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 授權公開使用。

DISCLAIMER 本文整理公開發表之臨床試驗結果與 NCCN/ASCO/ESMO 治療指引，僅供醫學新知與病人衛生教育參考，不構成個別醫療建議，亦不取代主治醫師之診療判斷。實際治療決策請與您的主治團隊面對面討論。