

中国乳腺癌规范诊疗质量控制指标(2022 版)

国家肿瘤质控中心乳腺癌专家委员会

通信作者:徐兵河,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药物临床试验研究中心,北京 100021, Email:xubingheBM@163.com; 马飞,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内科,北京 100021, Email:drmafei@126.com

【关键词】 乳腺肿瘤; 规范诊疗; 质控指标

DOI: 10.3760/cma.j.cn112152-20220104-00008

Quality control index for standardized diagnosis and treatment of breast cancer in China (2022 Edition)

Breast Cancer Expert Committee of National Cancer Quality Control Center

Corresponding authors: Xu Binghe, Department of Clinical Trials Center, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Beijing 100021, China, Email:xubingheBM@163.com; Ma Fei, Department of Medical Oncology, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Beijing 100021, China, Email:drmafei@126.com

【Key words】 Breast neoplasms; Standardized diagnosis and treatment; Quality control index

DOI: 10.3760/cma.j.cn112152-20220104-00008

乳腺癌在 2020 年已成为全球发病率最高的恶性肿瘤,在中国女性中,其发病率亦连续多年高居首位,且仍呈持续上升趋势。得益于筛查及早诊早治的普及,以及治疗水平的不断进步,我国乳腺癌患者 5 年生存率已大幅提升,但不同地区间诊断及治疗水平仍存在较大差异。

2013 年,国家卫生健康委员会主导领导成立了国家肿瘤质控中心,推行肿瘤诊疗质量控制,规范肿瘤诊疗行为,促进全国范围内肿瘤诊疗规范化、同质化、标准化,最终提升恶性肿瘤患者的生存率和生活质量。

为进一步推动乳腺癌规范化诊疗质控工作,国家癌症中心、国家肿瘤质控中心委托国家肿瘤质控中心乳腺癌专家委员会,依据《乳腺癌诊疗规范》、《乳腺癌合理用药指南》、《中国晚期乳腺癌规范诊疗指南》等国家级乳腺癌诊疗指南规范,结合循证医学、临床经验,在符合科学性、普适性、规范性、可操作性指导原则下,起草并制定了《中国乳腺癌规范诊疗质量控制指标(2022 版)》,具体如下。

乳腺癌质量控制指标

一、乳腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期评估率

(一) 乳腺癌患者首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断率

1. 定义:乳腺癌患者首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的病例数占同期接受首次治疗的乳腺癌患者病例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌患者首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断率 = $\frac{\sum \text{乳腺癌患者首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的病例数}}{\sum \text{同期接受首次治疗的乳腺癌患者病例数}} \times 100\%$ 。

3. 意义:治疗前全面评估病情,是肿瘤规范化治疗的基础。

4. 说明:TNM 分期诊断一般需在首次治疗前 30 d 内完成。

(二) 乳腺癌患者首次治疗前完成临床 TNM 分期检查评估率

1. 定义:乳腺癌患者首次治疗前完成临床 TNM 分期检查评估的病例数占同期接受首次治疗的乳腺癌患者病例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌患者首次治疗前完成临床 TNM 分期检查评估率 = $\frac{\sum \text{乳腺癌患者首次治疗前完成临床 TNM 分期检查评估的病例数}}{\sum \text{同期接受首次治疗的乳腺癌患者病例数}} \times 100\%$ 。

3. 意义:治疗前全面评估病情,是肿瘤规范化

治疗的基础。

4. 说明:临床 TNM 分期检查符合基本策略 1 或符合基本策略 2。(1)基本策略 1:乳腺超声或乳腺 X 线(钼靶)或乳腺磁共振成像+胸部 CT+腹部超声(或腹部 CT 或腹部磁共振成像);(2)基本策略 2:乳腺超声或乳腺 X 线(钼靶)或乳腺磁共振成像+正电子发射计算机断层扫描

TNM 分期检查一般需在首次治疗前 30 d 内完成。

二、乳腺癌患者抗肿瘤药物治疗前病理学诊断率

1. 定义:乳腺癌患者抗肿瘤药物治疗前完成肿瘤病理学诊断的病例数占同期接受首次抗肿瘤药物治疗的乳腺癌患者病例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌抗肿瘤药物治疗前病理诊断率 = $\frac{\sum \text{乳腺癌抗肿瘤药物治疗前完成病理学诊断病例数}}{\sum \text{同期接受首次抗肿瘤药物治疗的乳腺癌患者病例数}} \times 100\%$ 。

3. 意义:明确病理诊断是肿瘤综合治疗方案选择的基础。

4. 说明:抗肿瘤药物治疗包括化疗、靶向治疗、免疫治疗、内分泌治疗。

三、乳腺癌患者术后病理报告完整率

1. 定义:乳腺癌患者术后病理报告完整的病例数占同期收治的乳腺癌手术患者病例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌术后病理报告完整率 = $\frac{\sum \text{乳腺癌术后病理报告完整的病例数}}{\sum \text{同期乳腺癌手术有病理报告的患者病例数}} \times 100\%$ 。

3. 意义:反映病理诊断报告规范,指导乳腺癌术后辅助治疗。

四、乳腺癌患者首次治疗前完成多学科综合诊疗(multi-disciplinary treatment, MDT)比例

1. 定义:乳腺癌患者首次治疗前完成 MDT 讨论的病例数占同期接受首次治疗的乳腺癌患者病例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌患者首次治疗前完成 MDT 比例 = $\frac{\sum \text{乳腺癌患者首次治疗前完成 MDT 讨论的病例数}}{\sum \text{同期接受首次治疗的乳腺癌患者病例数}} \times 100\%$ 。

3. 意义:保证肿瘤治疗规范化和个体化的重要过程性指标。

4. 说明:暂不质控。

五、早期乳腺癌患者前哨淋巴结活检手术比例

1. 定义:早期乳腺癌(临床分期为 T1~2N0M0)

患者开展前哨淋巴结活检手术的病例数占同期收治的早期乳腺癌手术患者病例数的比例。

2. 计算公式:早期乳腺癌患者前哨淋巴结活检手术比例 = $\frac{\sum \text{早期乳腺癌患者前哨淋巴结活检手术的病例数}}{\sum \text{同期早期乳腺癌手术患者病例数}} \times 100\%$ 。

3. 意义:早期乳腺癌仅有 20% 左右发生腋窝淋巴结转移,对于大多数未发生腋窝转移的患者,传统的腋窝淋巴结清扫不能带来生存获益,反而会造成上肢淋巴水肿等严重并发症,严重影响乳腺癌患者术后生活质量,因此,对于临床早期腋窝淋巴结阴性(T1~2N0M0)的患者应行前哨淋巴结活检。

4. 说明:乳腺癌手术和前哨淋巴结活检手术不一定同期发生。

六、乳腺癌患者保乳术后放疗比例

1. 定义:乳腺癌患者保乳术后实际接受放疗的病例数占收治的乳腺癌患者保乳手术后应放疗病例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌患者保乳术后放疗比例 = $\frac{\sum \text{乳腺癌患者保乳术后实际接受放疗的病例数}}{\sum \text{收治的乳腺癌患者保乳手术后应放疗病例数}} \times 100\%$ 。

3. 意义:原则上,所有接受保乳手术的患者均需接受放射治疗,反映乳腺癌患者保乳术后治疗的规范性。

4. 说明:如患者术后未进行辅助化疗,放疗一般需在术后 60 d 内进行。如患者术后接受辅助化疗,放疗一般需在末次化疗结束后 60 d 内进行。不论患者是否接受辅助化疗,放疗一般需在术后半年内进行。

七、乳腺癌改良根治术后患者的放疗比例

1. 定义:乳腺癌改良根治术后 T3~4 或淋巴结转移个数 ≥ 4 枚的患者中实际接受放疗的病例数占收治的乳腺癌改良根治术后 T3~4 或淋巴结转移个数 ≥ 4 枚的患者应接受放疗的病例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌患者改良根治术后放疗比例 = $\frac{\sum \text{改良根治术后 T3~4 或淋巴结转移个数} \geq 4 \text{ 枚患者中实际接受放疗的病例数}}{\sum \text{乳腺癌改良根治术后 T3~4 或淋巴结转移个数} \geq 4 \text{ 枚患者应接受放疗的病例数}} \times 100\%$ 。

3. 意义:反映乳腺癌改良根治术后患者的治疗规范。

八、乳腺癌放疗记录规范率

1. 定义:记录了放疗技术、靶区定义、放疗剂量

的乳腺癌人次数占同期收治行放疗的乳腺癌人次数
的比例。

2. 计算公式:乳腺癌放疗记录规范率 = Σ 记录了放疗技术、放疗靶区、放疗剂量的乳腺癌人次数 / Σ 同期乳腺癌放疗患者人次数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:放疗技术、靶区定义和照射剂量为放射治疗的关键指标,体现乳腺癌治疗规范化,此外,放疗记录也是评估患者再放疗可能性及放疗并发症的重要参考指标。

九、临床分期为Ⅲ期的乳腺癌患者术前新辅助治疗比例

1. 定义:临床分期为Ⅲ期(不含 T3N1M0)的乳腺癌手术患者术前行新辅助治疗的病例数占同期收治的临床分期为Ⅲ期(不含 T3N1M0)乳腺癌手术患者病例数的比例。

2. 计算公式:临床分期为Ⅲ期的乳腺癌患者术前行新辅助治疗比例 = Σ 临床分期为Ⅲ期(不含 T3N1M0)患者术前行新辅助治疗的病例数 / Σ 同期临床分期为Ⅲ期(不含 T3N1M0)乳腺癌手术患者病例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:反映局部晚期乳腺癌患者的治疗规范。

4. 说明:如患者接受术前新辅助治疗,其末次治疗距离手术一般不超过 30 d。

十、乳腺癌患者化疗记录规范率

1. 定义:记录了化疗方案、化疗药物剂量、化疗时间的乳腺癌人次数占同期收治的乳腺癌化疗患者人次数
的比例。

2. 计算公式:乳腺癌化疗记录规范率 = Σ 记录了化疗方案、化疗剂量、化疗时间的乳腺癌人次数 / Σ 同期乳腺癌化疗患者人次数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:化疗方案、化疗药物剂量为化疗的关键指标,是评估患者治疗规范性及制定后续治疗方案的重要参考指标。

4. 说明:术后辅助化疗开始时间一般在术后 60 d 内。

十一、晚期转移性(临床分期为 M1)乳腺癌患者首次治疗选择全身系统性治疗比例

1. 定义:晚期转移性乳腺癌患者首次治疗选择全身系统性治疗的病例数占同期收治的首次治疗晚期转移性乳腺癌患者病例数的比例。

2. 计算公式:晚期转移性乳腺癌首次治疗选择全身系统性治疗比例 = Σ 晚期转移性乳腺癌患者首次治疗选择全身系统性治疗的病例数 / Σ 同期首次治疗晚期转移性乳腺癌患者病例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:反映晚期乳腺癌的治疗规范。

十二、乳腺癌术后激素受体阳性患者接受辅助内分泌治疗比例

1. 定义:乳腺癌术后激素受体阳性患者中实际接受内分泌治疗的病例数占同期收治的乳腺癌术后激素受体阳性患者应接受内分泌治疗病例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌术后激素受体阳性接受辅助内分泌治疗比例 = Σ 乳腺癌术后激素受体阳性患者中接受内分泌治疗病例数 / Σ 同期乳腺癌术后激素受体阳性患者病例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:反映乳腺癌术后治疗规范。

4. 说明:激素受体阳性指雌激素受体(estrogen receptor, ER) $\geq 1\%$ 阳性和(或)孕激素受体(progesterone receptor, PR) $\geq 1\%$ 阳性。如患者未接受辅助化疗,内分泌治疗一般在术后 30 d 内开始,最晚不超过 60 d。如患者接受了辅助化疗,内分泌治疗一般在化疗结束后 30 d 内开始,最晚不超过 60 d。

十三、乳腺癌术后人表皮生长因子受体 2(human epidermal growth factor receptor 2, HER-2)阳性患者中接受针对性靶向治疗比例

1. 定义:术后 HER-2 阳性且原发灶最大径 ≥ 1 cm 或淋巴结阳性乳腺癌患者中实际接受曲妥珠单抗靶向治疗的病例数占收治的术后 HER-2 阳性且原发灶最大径 ≥ 1 cm 或淋巴结阳性乳腺癌患者应接受靶向治疗病例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌术后 HER-2 阳性患者中接受曲妥珠单抗靶向治疗比例 = Σ 术后 HER-2 阳性且(原发灶直径 ≥ 1 cm 或淋巴结阳性)乳腺癌患者中半年内实际接受靶向治疗的病例数 / 术后 HER-2 阳性且(原发灶直径 ≥ 1 cm 或淋巴结阳性)患者应接受靶向治疗的病例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:反映乳腺癌术后治疗规范。

4. 说明:HER-2 阳性指免疫组化结果为 HER-2(3+)或免疫组化结果为 HER-2(2+)且荧光原位杂交(fluorescence in situ hybridization, FISH)阳性。

十四、乳腺癌患者治疗后随访率

1. 定义:乳腺癌住院患者分别于治疗后第 N 年内完成随访的病例数占同期治疗的乳腺癌住院患者病例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌患者治疗后随访率 = Σ 乳腺癌患者治疗后第 N 年完成随访的病例数 / Σ 同期乳腺癌患者病例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:反映医疗机构治疗乳腺癌患者的长期管理水平,为进一步评价乳腺癌患者结果性质控指标提供评价依据。

4. 说明:暂不质控。

十五、放射治疗前乳腺癌患者病理学诊断率

1. 定义:放射治疗前明确病理学诊断的乳腺癌患者病例数占同期收治的行放射治疗的乳腺癌患者病例数的比例。

2. 计算公式:放射治疗前乳腺癌患者病理学诊断率 = Σ 放射治疗前明确病理学诊断的乳腺癌患者病例数 / Σ 同期收治行放射治疗的乳腺癌患者病例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:反映行放射治疗的乳腺癌患者的治疗规范。

十六、乳腺癌术后接受辅助内分泌治疗激素受体阳性患者比例

1. 定义:乳腺癌术后激素受体阳性并接受内分泌治疗的病例数占同期收治的乳腺癌术后接受辅助内分泌治疗病例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌术后接受辅助内分泌治疗激素受体阳性患者比例 = Σ 乳腺癌术后激素受体阳性并接受内分泌治疗的病例数 / Σ 同期乳腺癌术后接受辅助内分泌治疗病例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:反映乳腺癌术后治疗规范。

4. 说明:激素受体阳性指 ER $\geq 1\%$ 阳性和 (或) PR $\geq 1\%$ 阳性。

十七、乳腺癌接受抗 HER-2 靶向治疗患者中 HER-2 阳性患者比例

1. 定义:乳腺癌 HER-2 阳性患者接受靶向治疗病例数占同期接受 HER-2 靶向治疗的乳腺癌病例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌接受抗 HER-2 靶向治疗患者中 HER-2 阳性患者的比例 = Σ HER-2 阳性患者接受 HER-2 靶向治疗的病例数 / Σ 同期接受 HER-2 靶向治疗的乳腺癌病例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:体现 HER-2 靶向药物使用是否规范。

4. 说明:HER-2 阳性指免疫组化结果为 HER-2 (3+) 或免疫组化结果为 HER-2 (2+) 且 FISH 阳性。

十八、腋窝淋巴结清扫数量为 10 枚以上比例

1. 定义:乳腺癌患者术中清扫腋窝淋巴结数量为 10 枚以上的病例数占乳腺癌患者术中行腋窝淋巴结清扫的病例数的比例。

2. 计算公式:腋窝淋巴结清扫数量合格率 = Σ 乳腺癌患者术中清扫腋窝淋巴结数量为 10 枚以上的病例数 / Σ 乳腺癌患者术中行腋窝淋巴结清扫的病例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:该指标反映乳腺癌患者术中清扫腋窝淋巴结的规范性。

4. 说明:符合腋窝淋巴结清扫的指征的患者,术中清扫腋窝淋巴结要求在 10 枚以上,以保证能真实地反映腋窝淋巴结的状况。

十九、乳腺癌患者首次治疗前超声诊断符合率

1. 定义:乳腺癌患者首次治疗前超声诊断为乳腺影像报告和数据系统 (Breast imaging reporting and data system, BI-RADS) 4 类及以上的病例数占病理确诊乳腺癌病例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌患者首次治疗前超声诊断符合率 = Σ 乳腺癌患者首次治疗前超声诊断为 BI-RADS 4 类及以上的病例数 / Σ 病理确诊乳腺癌患者病例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:反映超声诊断结论与病理诊断的一致程度,体现乳腺癌超声诊断的规范化,是治疗前评估患者病情的重要参考指标。

4. 说明:乳腺超声检查一般在患者治疗前 30 d 内。

二十、乳腺癌患者首次治疗前乳腺 X 线诊断符合率

1. 定义:乳腺癌患者首次治疗前乳腺 X 线诊断为 BI-RADS 4 类及以上的病例数占病理确诊乳腺癌病例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌患者首次治疗前超声诊断符合率 = Σ 乳腺癌患者首次治疗前乳腺 X 线诊断为 BI-RADS 4 类及以上的病例数 / Σ 病理确诊乳腺癌患者病例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:反映乳腺 X 线诊断结论与病理诊断的一致程度,体现乳腺癌 X 线诊断的规范化,是治疗

前评估患者病情的重要参考指标。

4. 说明:乳腺 X 线检查一般在患者治疗前 30 d 内。

乳腺癌质量管理指标

一、乳腺癌手术患者并发症发生率

1. 定义:乳腺癌手术患者发生并发症例数占同期出院的乳腺癌手术患者例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌手术患者并发症发生率 = Σ 乳腺癌手术患者并发症发生例数/ Σ 同期出院的乳腺癌手术患者例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:衡量乳腺癌手术相关的医疗技术能力和管理水平。

4. 说明:行姑息切除术的患者除外。

二、乳腺癌 I 类切口手术部位感染率

1. 定义:乳腺癌患者发生 I 类切口手术部位感染例数占同期乳腺癌手术 I 类切口手术例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌患者 I 类切口手术部位感染率 = Σ 乳腺癌手术 I 类切口手术部位感染例数/ Σ 同期乳腺癌手术 I 类切口手术例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:反映医院对接受 I 类切口手术的患者医院感染管理和防控情况。

4. 说明:病案首页切口愈合等级为“丙级愈合”,纳入“I 类切口手术部位感染例数”。

三、乳腺癌患者非计划二次手术率

1. 定义:乳腺癌患者非计划二次手术例数占同期乳腺癌手术患者手术例数的比例。

2. 计算公式:乳腺癌患者非计划二次手术率 = Σ 乳腺癌患者非计划二次手术例数/ Σ 同期乳腺癌手术患者手术例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:反映医疗技术能力和医疗质量。

4. 说明:非计划二次手术指本次住院期间二次同一部位手术,手术原因为出血、切口感染、切口裂开等。

四、乳腺癌低风险组患者死亡率

1. 定义:乳腺癌患者采用疾病诊断相关分组(DRGs)分组器测算产生低风险组患者,其死亡率是指该组死亡的病例数占低风险组全部病例数量的比例。

2. 计算公式:乳腺癌低风险组患者死亡率 =

Σ 乳腺癌患者低风险组死亡例数/ Σ 乳腺癌患者低风险组病例数 $\times 100\%$ 。

3. 意义:衡量医院对住院患者所提供服务的**安全**和**质量**。

4. 说明:低风险组患者:该组患者的死亡率低于-1 倍标准差,其死亡风险则称为低风险的 DRG 组,即一旦发生死亡,死亡原因可能与疾病本身的相关度低,而与临床诊治管理过程相关度高。

暂不质控。

执笔人 马飞(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内科)、兰波(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内科)、杨文静(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癌症质控办公室)、王靖(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乳腺外科)、王淑莲(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放射治疗科)、应建明(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病理科)、李静(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影像诊断科)、王勇(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超声科)

国家肿瘤质控中心乳腺癌专家委员会成员(按姓氏汉语拼音字母排序) 陈佳艺(上海交通大学医学院附属瑞金医院放疗科)、崔久嵬(吉林大学第一医院肿瘤科)、冯继锋(江苏省肿瘤医院肿瘤内科)、付丽(天津医科大学肿瘤医院乳腺病理科)、巩平(石河子大学医学院第一附属医院肿瘤内科)、胡夕春(复旦大学附属肿瘤医院肿瘤内科)、解云涛(北京大学肿瘤医院家族遗传性肿瘤中心)、金锋(中国医科大学附属第一医院乳腺外科)、李安华(中山大学附属肿瘤医院超声心电科)、李国辉(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药剂科)、李卉(四川省肿瘤医院乳腺外科)、李静(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影像科)、李峰雄(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放射治疗科)、廖宁(广东省人民医院乳腺科)、刘德权(云南省肿瘤医院乳腺外科)、刘健(福建省肿瘤医院乳腺肿瘤内科)、刘佩芳(天津医科大学肿瘤医院乳腺影像诊断科)、刘新兰(宁夏医科大学总医院肿瘤医院内科)、刘运江(河北医科大学第四医院乳腺外科)、刘真真(河南省肿瘤医院乳腺外科)、罗娅红(辽宁省肿瘤医院医学影像科)、马斌林(新疆医科大学附属肿瘤医院乳腺甲状腺外科)、马飞(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内科)、倪青(贵州省人民医院乳腺外科)、欧阳取长(湖南省肿瘤医院乳腺内科)、潘跃银(安徽省立医院肿瘤化疗科)、宋尔卫(中山大学孙逸仙纪念医院乳腺外科)、宋张骏(陕西省人民医院肿瘤外科)、孙强(北京协和医院乳腺外科)、唐金海(江苏省人民医院乳腺病科)、佟仲生(天津医科大学肿瘤医院乳腺肿瘤内科)、王靖(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乳腺外科)、王树森(中山大学附属肿瘤医院内科)、王晓稼(中国科学院大学附属肿瘤医院乳腺内科)、王永胜(山东省肿瘤医院乳腺病中心)、王玉(山西省肿瘤医院乳腺放疗科)、韦长元(广西医科大学附属肿瘤医院乳腺外科)、吴昊(复旦大学附属肿瘤医院乳腺外科)、吴新红(湖北省肿瘤医院乳腺中心)、吴毓东(江西省肿瘤医院乳腺肿瘤外科)、徐兵河(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药物临床试验研究中心)、杨谨(西安交通大学第一附属医院肿瘤内科)、杨碎胜(甘肃省肿瘤医院乳腺外科)、应建明(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病理科)、曾晓华(重庆大学附属肿瘤医院乳腺

肿瘤中心)、张钢龄(包头市肿瘤医院乳腺外科)、张瑾(天津医科大学肿瘤医院乳腺肿瘤科)、张清媛(哈尔滨医科大学附属肿瘤医院肿瘤内科)、张艳华(北京大学肿瘤医院药剂科)、朱庆莉(北京协和医院超声医学科)

中国乳腺癌规范诊疗质量控制指标(2022 版)由国家癌症中心、国家肿瘤质控中心发布

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

作者贡献声明 执笔人:文章起草、修订、论文撰写;国家肿瘤质控中心乳腺癌专家委员会:文章指导、修订

(收稿日期:2022-01-04)

《中华肿瘤杂志》第一届青年编辑委员会成员名单

(按姓氏汉语拼音排序)

- 陈宏达(中国医学科学院肿瘤医院)
丁重阳(江苏省人民医院)
葛磊(新疆医科大学附属肿瘤医院)
葛洋(北京朝阳医院)
黄雷(上海交通大学医学院附属瑞金医院)
李东(解放军西部战区总医院)
李潜(河南省肿瘤医院)
连斌(北京大学肿瘤医院)
刘巍峰(北京积水潭医院)
罗伟仁(深圳市第三人民医院)
孟雪(山东省肿瘤医院)
莫红楠(中国医学科学院肿瘤医院)
乔慧(兰州大学第一医院)
孙力超(中国医学科学院肿瘤医院)
田剑波(武汉大学)
王胜锋(北京大学)
王湘(北京协和医院)
许仙花(海南省肿瘤医院)
杨文慧(山西白求恩医院)
于丹(吉林大学第二医院)
袁方(解放军总医院)
张昊(徐州医科大学附属医院)
张凌云(中国医科大学附属第一医院)
赵璐晴(中南大学湘雅医学院)
周圣涛(四川大学华西第二医院)
- 陈萌(中国医学科学院肿瘤医院)
杜灵彬(浙江省肿瘤医院)
葛睿(复旦大学附属华东医院)
胡文霞(河北省肿瘤医院)
柯阳(昆明医科大学第二附属医院)
李际盛(山东大学齐鲁医院)
李文斌(中国医学科学院肿瘤医院)
刘棣(西安交通大学第二附属医院)
刘志刚(中山大学附属第五医院)
马刚(天津医科大学肿瘤医院)
苗成利(北京大学国际医院)
彭伟(江苏省肿瘤医院)
宋永喜(中国医科大学附属第一医院)
田东(川北医学院附属医院)
王萌(哈尔滨医科大学附属肿瘤医院)
王伟(中国科学技术大学附属第一医院)
徐嵩(天津医科大学总医院)
杨宏(内蒙古自治区人民医院)
杨勇(福建医科大学附属协和医院)
余静(武汉大学中南医院)
张海梁(复旦大学附属肿瘤医院)
张良(吉林省肿瘤医院)
赵丹(中国医学科学院肿瘤医院)
郑荣寿(中国医学科学院肿瘤医院)