



復旦大學 大健康信息研究中心
BIG HEALTH INFORMATICS RESEARCH CENTER
FUDAN UNIVERSITY

泌医智汇 信息快报

2024年11月版

目 录

1 文献速递	2
1.1 钬激光设备在前列腺增生手术中具有节能与便捷性优势	2
1.2 钬激光 ERBT 治疗 NMIBC 较 TURBT 可降低肿瘤直径 $\geq 3\text{cm}$ 患者的术后复发率	4
1.3 间歇性导尿临床应用中国专家共识	6
1.4 Cancer Res 最新：ASCL1 驱动神经内分泌前列腺癌的发展	9
1.5 骶神经调控术临床应用中国专家共识（第三版）	11
1.6 Eur Urol 最新：局限性还是扩大盆腔淋巴结清扫？根治性前列腺切除术新证据	14
1.7 BMJ：开发临床预测模型的 13 步指南	16
1.8 下尿路及盆底功能障碍性疾病基层患者管理专家共识	26
1.9 TvRARP 治疗钬激光前列腺剜除术后顽固性膀胱颈挛缩安全有效	30
1.10 JAMA 最新：保守治疗中危前列腺癌呈上升趋势	31
1.11 Clin Cancer Res：雄激素剥夺治疗重塑前列腺癌微环境的新证据	33
1.12 Lancet 最新：放疗可被纳入转移性去势敏感性前列腺癌治疗方案	35
1.13 J Urol 最新：植入式神经调节器 Revi 治疗急迫性尿失禁安全有效 ..	37
2 期刊小知识	40
2.1 Nature 发文：人工智能工具可以做什么？	40
2.2 医学公共数据库 SEER 可助力泌尿领域研究	42
2.3 目前被暂停收录的 SCIE 医学期刊列表	46
2.4 2024 年版健康科普核心期刊列表	48
2.5 中科院 1 区 Top 期刊 eLife 即将被 SCIE 剔除	50
2.6 《国家自然科学基金条例》修订，严惩违背科研诚信行	52
2.7 Tropical Journal of Pharmaceutical Research 被 SCIE 剔除	54
2.8 科技部发布《科研单位科研诚信管理制度示范文本》，加强科研诚信建设	55
2.9 期刊介绍 Prostate Cancer and Prostatic Diseases	58
2.10 期刊介绍 Minerva Urology and Nephrology：意大利泌尿外科学会会刊	61

1 文献速递

1.1 钺激光设备在前列腺增生手术中具有节能与便捷性优势

标题：钺激光与钶激光设备在前列腺增生手术中能耗与用电对比分析

作者：刘骁，左超，陈翔，等.

出处：中国医院管理, 2024, 44(11): 85-87, 90.

如何在前列腺增生手术中选择能耗低、安全性高的激光设备？为了解决这一问题，张凯教授团队开展了一项回顾性研究，比较了钺激光和钶激光两种治疗机在经尿道前列腺剜除手术中的能源经济性和用电可靠性。结果表明，钺激光治疗机比钶激光治疗机的耗电量更低，能量转化率更高，电气使用更便捷。

经尿道激光剜除前列腺手术在良性前列腺增生外科治疗中的应用逐渐普及，主要用到的是钺激光和钶激光。研究分析比较钺激光和钶激光两种治疗机在经尿道前列腺剜除手术中的能源经济性和用电可靠性，从能耗、用电安全和使用便捷性角度提供选择设备的依据。

该研究回顾性分析由同一位泌尿外科医生完成的 20 例前列腺增生手术病例资料，其中 10 例接受经尿道钺激光前列腺剜除术，10 例接受经尿道钶激光前列腺剜除术。手术设

备分别为掺铥光纤激光治疗机（SRM-T120F）和钬激光治疗机（Pulse 120H）。计算剝除效率，记录激光治疗机显示的术中发射激光的总千焦数，手术中使用暂态电能质量监测装置测量、记录激光治疗机用电参数。

研究结果表明，两种手术的剝除效率差异无统计学意义（ $P=0.818$ ），故两种设备的能耗指标有可比性。两种激光治疗机在手术期间激光发射总千焦数差异无统计学意义（ $P=0.148$ ），但铥激光治疗机的耗电量约为钬激光治疗机的1/10（ $P<0.001$ ），说明前者利用电能的效率显著高于后者。钬激光治疗机的最大电流显著高于铥激光治疗机（ $P<0.001$ ），需要特殊的大功率电源插座。

研究结论提示，在经尿道前列腺剝除术中，铥激光治疗机比钬激光治疗机的耗电量更低，能量转化率更高。与钬激光相比，铥激光可接入医院IT系统，用电风险较小，且使用更加便捷。在不影响治疗效果的情况下，应优先选择能耗较低的设备设施，降低万元收入能耗支出，为实现碳达峰、碳中和贡献力量。

1.2 钬激光 ERBT 治疗 NMIBC 较 TURBT 可降低肿瘤直径 $\geq 3\text{cm}$ 患者的术后复发率

标题: Thulium laser en bloc resection reduces recurrence rates in NMIBC patients with tumor diameters $\geq 3\text{cm}$ compared to transurethral resection: a non-randomized controlled study

作者: Yao Z, Li Y, Ding Y, et al.

出处: BMC Cancer. 2024;24(1):1239. doi: 10.1186/s12885-024-13022-x.

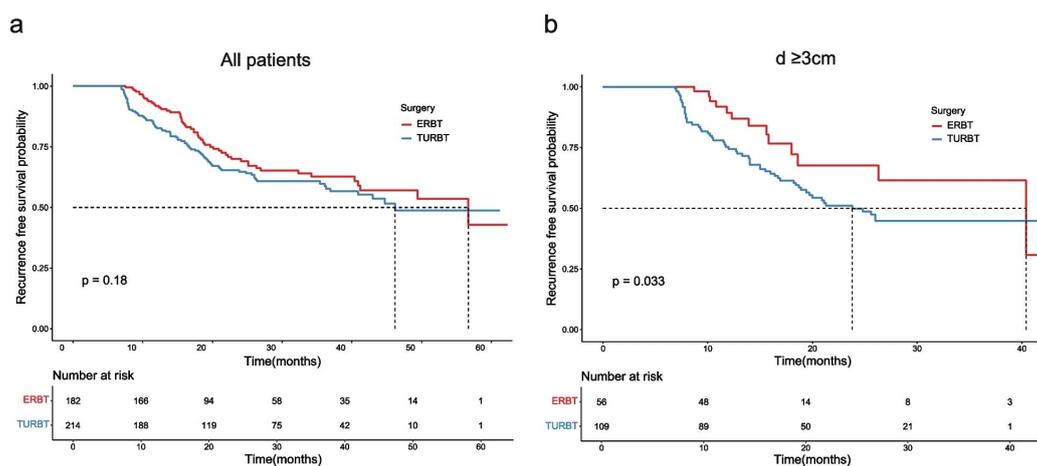
为了解决膀胱肿瘤整块切除术 (ERBT) 在大体积肿瘤治疗中存在技术限制的问题, 刘征教授团队结合钬激光并采用基于预分割的整块切除法, 创新了传统的 ERBT 技术, 使其能够对大体积非肌层浸润性膀胱癌 (NMIBC) 进行整块切除。他们开展了一项研究, 比较了肿瘤直径 $\geq 3\text{cm}$ 的 NMIBC 患者在接受传统经尿道膀胱肿瘤等离子电切术 (TURBT) 或钬激光 ERBT 后的肿瘤复发情况。结果表明, 与传统 TURBT 相比, 钬激光 ERBT 可降低肿瘤直径 $\geq 3\text{cm}$ 的 NMIBC 患者的术后复发率。

虽然 TURBT 当前是 NMIBC 的标准治疗方法, 但 5 年内复发率高达 78%。TURBT 存在肿瘤碎片化、种植转移风险等问题。ERBT 作为新兴手术方式, 在标本完整性和病理评估方面具有优势, 但在大体积肿瘤治疗中存在技术限制。

该研究旨在比较肿瘤直径 $\geq 3\text{cm}$ 的 NMIBC 患者在接受 TURBT 或钽激光 ERBT 后的肿瘤复发情况。

该研究分析了 2019 年至 2024 年 396 例 NMIBC 患者的临床资料，并随访其复发和生存状态。手术流程方面，按照常规标准方法执行 TURBT，根据同济医院制定的方案使用钽激光进行 ERBT。根据大小和形态将肿瘤分三种类型：直径 $< 3\text{cm}$ 、直径 $\geq 3\text{cm}$ 且带蒂、直径 $\geq 3\text{cm}$ 且基底宽。统计分析方面，使用卡方检验比较两组之间的基线分类特征，使用 Kaplan-Meier 方法生成无复发生存曲线，并使用 log-rank 检验进行不同组之间的比较。为了减少偏倚，研究采用了分层生存分析以及单变量和多变量 Cox 回归分析。

研究结果发现，214 例患者接受 TURBT，182 例患者接受钽激光 ERBT。除肿瘤大小，两组之间的基线特征无显著差异。总体分析显示，两组无复发生存期（RFS）无显著差异（ $P=0.180$ ）。分层分析显示，肿瘤直径 $\geq 3\text{cm}$ 的亚组中，ERBT 组 RFS 显著优于 TURBT 组（ $P=0.033$ ）。单因素和多因素分析显示，ERBT 是肿瘤直径 $\geq 3\text{cm}$ 的 NMIBC 患者复发的独立保护因素（ $P=0.031$ ）。



原文图 3 接受 TURBT 和 ERBT 患者无复发生存期的 Kaplan-Meier 曲线

研究结论提示，通过结合钪激光并采用基于预分割的整块切除法，创新了传统的 ERBT 技术，使其能够对大体积 NMIBC 肿瘤进行整块切除，并降低了手术复杂度。生存分析显示，与传统 TURBT 相比，钪激光 ERBT 可降低肿瘤直径 $\geq 3\text{cm}$ 的 NMIBC 患者的术后复发率。

1.3 间歇性导尿临床应用中国专家共识

标题：间歇性导尿临床应用中国专家共识

作者：中华医学会泌尿外科学分会尿控学组.

出处：中华泌尿外科杂志，2024，45(9)：654-657.

DOI:10.3760/cma.j.cn112330-20240812-00361.

间歇性导尿（IC）系指经尿道或腹壁窦道规律插入导尿管，排空膀胱或储尿囊内尿液后立即移除导尿管的排尿管理方法。IC 为膀胱训练的一种重要方式，是协助膀胱排空的“金

标准”。我国 IC 开展较晚，患者及家属对其接受度低，许多医护人员对其仍认识不足、存在误区。中华医学会泌尿外科学分会尿控学组组织国内相关专家制订《间歇性导尿临床应用中国专家共识》，为规范 IC 临床应用提供参考。该专家共识主要内容如下：

IC 指征包括适应证和禁忌证。适应证：各种原因引起的膀胱排空障碍，包括神经源性和非神经源性膀胱尿道功能障碍、特发性尿潴留或膀胱排空不全。禁忌证：绝对禁忌证为膀胱安全容量过小，高膀胱内压需要持续引流以避免肾脏损伤。相对禁忌证包括：①手灵巧性差，且缺乏接受训练的照护人员辅助；②因尿道疾病不能或不易反复插入导尿管；③严重泌尿系感染；④有出血倾向及凝血功能障碍、多尿症等全身性疾病。

IC 优点。主要包括①有效排空膀胱；②保护上/下尿路功能；③减少和避免并发症；④改善患者生活质量。

IC 患者评估包括客观条件评估和主观条件评估。客观条件评估：①膀胱功能评价：推荐进行影像尿动力学检查，不具备条件的单位可行普通尿动力学和膀胱造影的非同步检查；②尿量评估及导尿次数预测：借助尿动力学检查或排尿日记记录的膀胱容量、尿失禁、膀胱感觉等信息，预测导尿次数及时间。主观条件评估：①评估患者接受 IC 意愿度，

以及是否思维清晰，是否具备良好的认知和学习能力；②评估患者生活或居住环境是否能满足 IC 的要求，宗教信仰与 IC 是否冲突，根据患者的经济情况选择导尿管和 IC 方式。

IC 的类型。①SIC：指操作过程中采用无菌导尿术，需要专业人员操作，优点是最大限度减少导尿操作过程带来的污染，减少感染的发生；②CIC：指选择清洁技术进行导尿操作，可以由患者本人或照护者进行；③无接触式 IC：指按清洁技术进行尿道外口擦拭或清洗，使用一次性独立无菌包装导尿管，操作者握持导尿管远端或者包装部分，不接触进入患者体内的导尿管近端。

导尿管的选择。导尿管的选择取决于患者的尿道功能状态、经济状况、患者使用体验以及患者或照护者的偏好。一般情况下，成年患者首选 F12~14 的导尿管，儿童选择 F4~6。若患者存在轻度尿道狭窄、尿道痉挛等特殊情况，应根据具体情况选择尺寸偏小的导尿管。

IC 方案的制订与实施。主要包括①单次导尿量：不要超过膀胱安全容量，要合理兼顾单日总尿量和导尿频次，单次导尿量尽可能控制在 400 ml 左右；②IC 频次：对于主要依赖非无菌 IC 排空膀胱的患者，每天合理的导尿次数为 4~6 次，一般情况下导尿间隔为 4~6 h；③液体摄入量的控制：一般情况下饮水量推荐为 25~35 ml/ (kg · d)，IC 患者需要

恰当控制液体摄入量，固定每日液体摄入习惯，且单日总尿量能达到生理基本需求即可；④IC 的时机：推荐详细记录排尿日记，恰当的饮水量与合适的每次导尿量相配合有助于确定最佳导尿时机和导尿次数。

IC 随访。推荐患者定期接受泌尿系全面检查，包括肾功能、尿常规、尿细菌学培养、泌尿系超声及尿动力学检查，必要时选择行泌尿系 CT/MRI 检查及影像尿动力学检查。建议每 3~6 个月进行 1 次包括泌尿系超声检查等项目的随访。长期随访推荐至少 1 年行 1 次包括（影像）尿动力学检查等项目的随访。

1.4 Cancer Res 最新：ASCL1 驱动神经内分泌前列腺癌的发展

标题：Neuroendocrine Differentiation in Prostate Cancer Requires ASCL1

作者：Rodarte KE, Nir Heyman S, Guo L, et al.

出处：Cancer Res. 2024;84(21):3522-3537.

doi:10.1158/0008-5472.CAN-24-1388

前列腺癌是男性最常见的恶性肿瘤之一，最常见的类型是前列腺腺癌。大多数前列腺腺癌患者初始对以雄激素受体

(AR) 为靶点的治疗有效，但随后会出现治疗耐药性。约 15-20% 的患者进展为去势抵抗性前列腺癌 (CRPC)，其中一部分会转化为预后差且治疗有限的神经内分泌前列腺癌 (NEPC)。已有研究表明，RB1 和 TP53 的缺失以及谱系可塑性在这一转化过程中起重要作用，谱系转录因子 ASCL1 和 NEUROD1 存在于 NEPC 中。

该研究旨在通过建立前列腺类器官和同种异体移植肿瘤模型，模拟前列腺癌向 NEPC 的进展，并探究 ASCL1 在这一过程中的作用。

研究方法包括：①构建携带 Rb1 和 Trp53 条件性敲除以及 Myc 过表达 (RPM) 的小鼠模型；②建立前列腺类器官培养系统，分离小鼠前列腺上皮细胞，建立三维培养体系，包括基质胶和特定生长因子，观察并记录类器官的形成和生长特征，进行免疫组织化学和免疫荧光染色分析；③异体移植实验，将类器官细胞注射到免疫缺陷小鼠皮下，定期监测肿瘤生长情况，测量并记录肿瘤体积变化，收集组织样本进行后续分析；④通过基因敲除研究 Ascl1 缺失对肿瘤发展的影响；⑤RNA 测序分析基因表达谱变化。

研究结果包括成功建立了模拟前列腺腺癌向 NEPC 转化的小鼠模型，发现移植瘤是异质性的，呈现出腺癌、鳞状细胞和神经内分泌等多种特征，以及 ASCL1 和 NEUROD1 在

神经内分泌区域表达，但 ASCL1 占主导。ASCL1 和神经内分泌标志物呈现共表达，确立了 ASCL1 作为主导转录因子的地位。该模型中 *Ascl1* 基因缺失不影响肿瘤的发生率、生长或转移，但导致神经内分泌特征显著减少，基底样特征增加。RNA 测序分析显示，*Ascl1* 缺失的肿瘤中，神经内分泌细胞群减少，而基底样细胞群增加。

该研究成功建立了研究 NEPC 发展的体内模型，首次在体内证实 ASCL1 对前列腺癌神经内分泌分化的必要性。这一发现对于理解 NEPC 的形成具有重要意义，也为潜在的治疗策略开发提供了理论基础。

1.5 骶神经调控术临床应用中国专家共识（第三版）

标题：骶神经调控术临床应用中国专家共识（第三版）

作者：中华医学会泌尿外科学分会尿控学组.

出处：中华泌尿外科杂志，2024，45(9)：649-653.

DOI:10.3760/cma.j.cn112330-20240920-00417.

骶神经调控术（SNM）是治疗多种盆底功能障碍性疾病的有效方法。中华医学会泌尿外科学分会尿控学组在前两版共识（2014年版和2018年版）的基础上，组织编写专家组和讨论专家组，立足最新临床经验和科研数据，充分考虑我

国 SNM 疗法的实际现状，制定了《骶神经调控术临床应用中国专家共识（第三版）》，形成了 12 条共识意见。

本领域相关专家对各条共识意见的推荐级别进行了投票，推荐级别分为以下六个级别：非常同意（A+）；同意并有少许不同意见（A）；同意但有较多不同意见（A-）；完全不同意（D+）；不同意但有少许相同意见（D）；不同意并有较多相同意见（D-）。

关于 SNM 适应证及患者选择，共包含 9 条共识意见，具体如下：

针对难治性膀胱过度活动症（OAB）患者，共识意见 1: SNM 治疗存在急迫性尿失禁的难治性 OAB 成功率较高，因此急迫性尿失禁可作为阳性预测因子（证据等级：高质量；推荐级别：A+ 88.46%）。共识意见 2: 难治性 OAB 患者 SNM 术前高度推荐行排尿日记、尿流率检查、残余尿量检查及 OABSS 评分等（证据等级：高质量；推荐级别：A+ 88.46%）。共识意见 3: 难治性 OAB 患者 SNM 术前可推荐行尿流动力学检查（证据等级：低质量；推荐级别：A+ 52%）。

针对特发性非梗阻性尿潴留（NOR）患者，共识意见 4: NOR 患者体验期获得以下疗效之一，可根据患者意愿植入 SNM 刺激器。①膀胱残余尿量减少 $\geq 50\%$ ；②每天清洁导尿次数减少 $\geq 50\%$ ；③改善未达到上述标准，但患者对疗效基

本满意，愿意植入刺激器（证据等级：中等质量；推荐级别：A+ 81.82%）。

针对神经源性下尿路功能障碍（NLUTD）患者，共识意见 5: NLUTD 患者 SNM 术前推荐常规行影像尿动力学检查或普通尿动力学检查联合膀胱造影检查（证据等级：中等质量；推荐级别：A+ 72%）。共识意见 6: 轻度或早期低顺应性 NLUTD 膀胱可选择进行 SNM 治疗（证据等级：中等质量；推荐级别：A+ 65.38%）。

针对间质性膀胱炎/膀胱疼痛综合征（IC/BPS）及盆腔疼痛综合征患者，共识意见 7: 若 IC/BPS 患者膀胱挛缩、有效容量过小，则不推荐行 SNM 治疗（证据等级：中等质量；推荐级别：A+ 64%）。

针对大便失禁患者，共识意见 8: 神经源性大便失禁患者可推荐尝试 SNM 治疗（证据等级：高质量；推荐级别：A+ 70.83%）。

针对便秘患者，共识意见 9: 下尿路功能障碍性疾病患者合并难治性便秘，SNM 治疗获益概率较高（证据等级：中等质量；推荐级别：A+ 58.33%）。

关于手术操作与电极刺激器的选择，共包含 3 条共识意见，具体如下：

共识意见 10: 对于有核磁检查需求的患者，经充分知情

同意后可考虑选用核磁兼容电极，尤其是 3.0T 全身核磁兼容电极（证据等级：高质量；推荐级别：A+ 80%）。共识意见 11：对于预估疗效持续时间较长的患者，可充电刺激器可作为一种选择（证据等级：低质量；推荐级别：A+ 34.61%；A 34.61%；A- 30.78%）。共识意见 12：六触点电极可提供更多的电极触点组合，从而增加更低电压刺激触点组合的概率，减少因移位造成疗效降低或丧失的风险，为临床提供多一种的电极选择（证据等级：中等质量；推荐级别：A+ 32%；A 44%；A- 20%）。

1.6 Eur Urol 最新：局限性还是扩大盆腔淋巴结清扫？根治性前列腺切除术新证据

标题：Pelvic Lymph Node Dissection in Prostate Cancer: Update from a Randomized Clinical Trial of Limited Versus Extended Dissection

作者：Touijer KA, Vertosick EA, Sjoberg DD, et al.

出处：Eur Urol. 2024:S0302-2838(24)02647-2.

doi:10.1016/j.eururo. 2024.10.006.

盆腔淋巴结清扫术（PLND）在前列腺癌手术中的效果一直存在争议。尽管有理论支持 PLND 可能有益于患者，但随机试验的证据稀缺。

该研究旨在评估前列腺癌根治性切除术中局限性盆腔淋巴结清扫与扩大清扫的疗效差异，重点关注生化复发和远处转移。

该研究是一项单中心的临床整合随机试验（NCT01407263）。2011年10月至2017年3月，共招募1432例接受根治性前列腺切除术的患者。试验组（扩大清扫组）：清扫髂外淋巴结、闭孔和下腹部淋巴结。对照组（局限性清扫组）：仅清扫髂外淋巴结。外科医生每3个月轮换手术方式，被随机分配进行扩大或局限性PLND。主要研究终点：生化复发，定义为术后前列腺特异性抗原（PSA）水平 ≥ 0.2 ng/ml且经确认持续升高，或开始接受激素治疗、放疗或化疗。次要研究终点：局部转移和远处转移。

研究结果发现，局限性清扫组有698名患者，扩大清扫组有734名患者。生化复发方面：中位随访4.2年，观察到452例复发事件，两组间无显著差异。转移方面：中位随访5.4年，观察到123例转移事件，扩大清扫组获益明显，统计数据显示扩大清扫组总体转移（局部和远处）风险降低（HR 0.82, P=0.003），扩大清扫组远处转移风险显著降低（HR 0.75, P<0.001），安全性分析显示，扩大清扫未增加手术并发症风险。

该研究证实，在根治性前列腺切除术中应进行扩大盆腔

淋巴结清扫，包括髂外淋巴结、闭孔和下腹部淋巴结。进一步的研究应检查生物学机制，特别是受累淋巴结的解剖位置如何影响疗效。建议对其他癌症的淋巴结清扫术开展临床试验研究。

1.7 BMJ：开发临床预测模型的 13 步指南

标题：Developing clinical prediction models: a step-by-step guide

作者：Efthimiou O, Seo M, Chalkou K, et al.

出处：BMJ. 2024; 386: e078276. doi:10.1136/bmj-2023-078276.

临床预测模型旨在根据一组基线预测因子预测未来的健康结果，从而促进医疗决策并改善人们的健康状况。预测模型越来越受欢迎，每年都发表许多新模型的论文。但它们往往存在方法学的缺陷，限制了其内部有效性和适用性。

2024 年 9 月，BMJ 发表了一篇指南《Developing clinical prediction models: a step-by-step guide》，该指南重点针对预后预测模型总结了 13 个步骤。

Step 1: 明确目的，组建团队，综述文献，编写方案。
明确目的：（1）目标人群—模型应该为谁预测？例如，HIV 感染者、糖尿病患者。（2）预测的临床结局指标：总生存期、无进展生存期、不良事件等。（3）医疗环境—如何使

用该模型？例如，该模型可能会被应用在临床决策支持系统中。（4）用户——谁将使用该模型？例如，医生、患者、研究人员。（5）如何在临床决策过程中使用模型的预测结果？

组建团队：团队应当包括特定医学领域的专家、统计学专家以及熟悉源数据的专家。综述文献：识别已发表的相关预测模型和重要危险因素研究是至关重要的，这可以通过范围综述来实现。编写方案：用于指导后续步骤。

Step 2: 选择开发新模型或更新现有模型。假设一个现有的模型根据 PROBAST15 标准具有较低的偏倚风险，并且适用于研究问题。在这种情况下，更新现有模型更为合适。更新预测模型的常见策略包括：重新校准（例如，调整回归模型中的截距项）、修订（即重新估算某些模型参数）和扩展（即添加新的预测因素）。

Step 3: 定义结局指标。结局可以通过多种方式来定义和测量。生存时间数据比单一时间点的二分类结局提供更丰富的信息。

Step 4: 确定候选预测因素并明确测量方法。应该基于文献综述和专家知识来识别潜在的预测因素。理想情况下，预测因素应该被客观定义，并使用既定的、可靠的方法进行测量。理解预测因素与结局相关联的生物学途径是关键。与结局具有已证实或疑似因果关系的预测因素应优先纳入。将

连续性预测变量进行二分法或分类会减少信息并降低统计效能，应避免。考虑模型的预期用途（在 **Step 1** 中定义）和数据的可用性至关重要。临床实践中常规测量哪些变量？测量这些变量的成本和实际问题是什么？

Step 5: 收集和检查数据。 使用队列研究的现有数据来开发预测模型更为常见。也可以使用随机临床试验的数据。临床试验数据的质量通常很高，但模型的普遍性可能有限。登记数据是一种简单且低成本的替代方案，其主要优点在于样本量较大且具有代表性；缺点在于数据的局限性，例如缺少相关预测因素或结局的数据。在拟合模型之前，解决预测因素和结局中的潜在错误分类或测量错误至关重要。

Step 6: 考虑样本量。 计算样本量可以使用 **R** 的 `pmsamplesize` 包。在计算特定模型的样本量时，用户需要指定目标人群的总体风险（对于二分类结局变量）或平均结局值（对于连续性结局变量）、模型参数的数量，以及预期的模型性能指标（例如，决定系数 R^2 ）。

Step 7: 处理缺失数据。 多重插补是在模型开发过程中处理缺失数据时通常推荐的方法。就包含的预测因子、其转换和交互作用而言，插补模型应该与最终的预测模型相同。单一插补是多重插补的一个更简单的替代方案，即利用回归模型对每个缺失值只进行一次插补。当预期在临床实践中会

出现缺失数据时，可以在开发和实施阶段插补数据。在这种情况下，可以在模型开发和使用过程中采用单一插补。

Step 8: 拟合预测模型。对于连续性结局使用线性回归，对于二分类结局使用逻辑回归，对于生存结局使用 Cox 或简单参数模型，这些都是建模的常用起点。如果样本量足够大，模型可以包含连续预测因子的非线性项或预测因子之间的交互作用。建议不要使用单变量选择方法，即单独检验每个预测变量并仅保留统计显著的预测变量的方法。因为这种方法不考虑预测变量之间的关联，可能导致丢失有价值的信息。建议不要使用逐步变量选择方法（例如，前向、后向或双向变量选择），因为它们可能导致估计偏倚和预测性能变差。建议在模型中添加惩罚项（这一过程称为惩罚、正则化或收缩），以控制模型的复杂性并防止过拟合。可用于变量选择的惩罚方法有 LASSO、弹性网络。尽管惩罚方法有优点，但它们并不能解决与小样本量相关的所有问题。如果使用了多重插补，必须将每种建模策略应用于每个插补数据集。因此，如果有 m 个插补数据集，每种建模策略将会开发出 m 个不同的模型。在预测结果时，需要将这 m 个模型进行合并。合并模型的方法有两种：①Rubin 法则，适用于简单的回归模型；②使用 m 个模型对新个体进行预测，然后对这 m 个预测结果取平均值，这类似于机器学习中的堆叠。

Step 9: 评估预测模型的性能。不同类型结局的预测模型的性能度量不同。连续性结局：预测值和观测值可以通过平均偏差、均方误差和决定系数 R^2 进行比较，以衡量整体性能，即结合校准度和区分度。校准度的结果可以通过散点图可视化，并拟合一条观测值与预测值的线。对于完全校准的模型，这条线位于对角线上；对于过拟合（欠拟合）模型，校准线位于对角线上方（下方）。二分类结局：区分度可以使用受试者工作特征曲线下面积（AUC）来评估。平均校准度可以通过比较观测事件率的平均值与预测事件率的平均值来确定。**Brier** 分数可用于衡量整体性能。生存结局：如果关注特定时间点，区分度可以像二分类结局那样评估。然而，随访时间的删失使这种评估变得复杂。逆概率删失加权方法可以解决删失问题。校准度可以通过比较模型预测的平均生存期与观察到的生存期来评估固定时间点——即在考虑删失的情况下进行估计。

内部验证。内部验证注重可重复性，使用与开发模型时相同的患者群体数据，并试图在避免过度乐观的同时评估模型性能。内部验证必须遵循模型开发的所有步骤，包括变量选择。最简单的方法是分割样本法，即将数据集随机分为两部分（例如，70%用于训练，30%用于测试），但它浪费数据并降低统计效能。一个更好的方法是 k 折交叉验证。将数

据随机分成 k 个（通常是 10 个）子集（折）。使用其中 $k-1$ 个折来建立模型，并在剩余的一个折上进行评估。这个过程会重复进行，循环遍历所有折，使每个折都可以作为测试集。在每个循环中测量模型的性能，然后将 k 个估计值组合并总结，得到最终的性能度量。**Bootstrap** 是另一种方法，可用于计算任何模型的乐观度和经乐观度校正的性能度量。**Bootstrap** 通常会产生更稳定和偏差更小的结果，因此推荐用于内部验证。然而，当需要对缺失数据进行多重插补时， k 折交叉验证和 **bootstrap** 的实施可能会需要大量计算资源。

内部-外部验证。根据特定变量（例如不同的研究、医院、全科诊所、国家）将数据分成簇，然后迭代地使用一个簇作为测试集，同时在剩余的簇上训练模型。与 k 折交叉验证类似，这个过程对每个簇重复进行，最后总结性能结果。与 k 折交叉验证相比，内部-外部验证可以提供关于模型如何推广到新环境和人群的宝贵见解，因为它考虑了不同簇之间的异质性。需要注意的是，尽管所有内部和内部-外部验证方法都包含某种形式的数据分割，但最终模型应该使用所有患者的数据进行开发。

外部验证。外部验证需要在一组新的患者身上测试模型，即那些未用于模型开发的患者。模型在外部验证中所涉及的环境越多样化，越有可能推广到新的环境。一个常见的情况

是，当模型在新环境中的区分度充分且随时间相当稳定，但校准度在各环境中不理想或随时间恶化（校准漂移）。建议外部验证研究应该在模型开发时与模型开发分开，最好由未参与原始模型开发的独立研究人员执行。

Step 10: 确定最终模型。基于内部和内部-外部验证的性能指标（以及可能的稳定性评估）来选择最终模型。如果不同的建模策略表现相似，倾向于选择更简单的模型。

Step 11: 执行决策曲线分析。一个预测模型可能在区分度和校准度上都表现良好，但其价值取决于如何在临床实践中使用它。决策分析方法可以用来评估一个预测模型是否应在实践中使用，这涉及到纳入和量化其临床影响，考虑预期的收益、风险和成本。通过绘制模型在一系列被认为具有临床相关性的临界阈值下的净收益来获得决策曲线。决策阈值的选择可能是主观的，而合理阈值的范围将取决于环境、条件、可用的诊断测试或治疗及患者偏好。在通过决策曲线评估模型的临床实用性之前，应先建立模型良好的预测性能（在内部验证和校正乐观度后）。此外，该曲线还可以通过交叉验证方法获得。

Step 12: 评估单个预测变量的预测能力（可选步骤）。在预测建模中，主要关注点通常不是评估单个预测变量的重要性，而是优化模型的整体预测性能，但识别有影响力的预

测变量可能会很有意义。查看（广义）线性回归模型中的估计系数是评估不同预测变量重要性的一种简单方法。但是，当线性回归的假设不成立时，这些评估可能不可靠。另一种评估预测变量重要性的方法（也适用于机器学习模型）是分别拟合包含和不包含该预测变量的模型，并观察模型性能降低程度；去掉更重要的预测变量将导致性能降低更多。更高级的方法包括排列重要性算法和 SHAP。无论选择何种方法来评估预测变量的重要性，都应该谨慎解释。建立预测变量和结果之间的因果关联需要进行深入的因果推断分析。

Step 13: 撰写论文并发表。应使用 TRIPOD 报告指南和检查清单（对于聚类数据集，则使用 TRIPOD cluster）来确保论文涵盖所有重要方面。如果可能的话，论文应报告完整的模型方程，以便实现可重复性和独立的外部验证研究。软件代码，最好还包括数据，都应该免费公开。必须确保模型对在第 1 步中定义的用户是可访问的。一般来说，展示和实施方式应始终与用户讨论，以符合他们的需求。

下面以复发缓解型多发性硬化（RRMS）的示例，具体展示这 13 个步骤。多发性硬化（MS）是一种中枢神经系统的慢性炎症性疾病，复发缓解型（RR）是最常见的形式，其特征是神经功能恶化（复发）的发作，然后是部分或完全恢复（缓解）。这些波动对疾病管理构成了重大挑战。预测工

具可以为治疗决策提供参考信息。下面描述 RRMS 预测模型的开发过程。

Step 1: 预测 RRMS 患者在两年内复发的可能性。这样的预测可以帮助制定治疗决策；如果复发风险较高，患者可能会考虑加强治疗，例如，服用更积极的疾病缓解药物（但这可能会带来更高的严重不良事件风险），或考虑干细胞移植。组建团队：组建了一个由临床医生、患者、流行病学家和统计学家组成的多学科团队。综述文献：确定了 RRMS 复发的几个潜在预测因素。

Step 2: 现有预测模型的局限性包括缺乏内部验证、对缺失数据处理不当，以及缺乏临床实用性评估。这些缺陷削弱了现有模型在临床环境中的可靠性和适用性。所以，决定开发一个新模型，而不是更新现有模型。

Step 3: 结局指标：RRMS 患者在两年内至少发生一次复发（二分类）。

Step 4: 根据文献综述和专家意见，使用以下预测因素：年龄、扩展残疾状况评分量表（EDSS）、既往多发性硬化治疗情况、距离上次复发的月数、性别、疾病持续时间、既往复发次数以及钆增强病灶数量。在选择这些预测因素时，目标是纳入相关预测因素，同时排除那些在临床实践中难以测量的指标。

Step 5: 该模型使用瑞士多发性硬化队列研究的数据进行开发，这是一项密切监测 RRMS 患者的前瞻性队列研究。数据包括 935 名患者的共 1752 次观察记录，每两年随访一次，观察到 302 个事件。

Step 6: 样本量计算表明最小样本为 2082 名患者，这比可获得的样本量更大，引发了对可能过拟合问题的担忧。

Step 7: 使用多重插补方法来插补缺失的协变量数据。

Step 8: 开发了一个贝叶斯逻辑混合效应预测模型，该模型考虑了患者内的多次观察。通过拉普拉斯先验分布对回归系数进行了惩罚，以解决可能的过度拟合问题。

Step 9: 在校准图中检查了模型的校准性，并使用受试者工作特征曲线下面积 (AUC) 评估了区分度。这两项评估都通过 bootstrap 验证程序进行了乐观度校正，为每个插补数据集创建了 500 个 bootstrap 样本。

Step 10: 经过乐观度校正的校准斜率为 0.91，经过乐观度校正的 AUC 为 0.65——这个值表明区分能力为低到中等水平，与之前的 RRMS 模型相当或更好。

Step 11: 进行了决策曲线分析以评估模型的临床实用性。分析表明，在 15% 到 30% 的阈值范围内，使用模型信息来决定是否加强治疗比简单的治疗策略（不加强治疗或对所有患者都加强治疗）更可取。因此，只有当我们认为避免复发的

价值比更强化治疗带来的风险重要 3.3 至 6.6 倍时，该模型才有助于指导实践中的决策。

Step 12: 根据估计的回归系数，在包含的预测因素中，年龄较轻、EDSS 评分较高以及距离上次复发时间较短与未来两年内发生复发的几率更高相关。然而，这些预测因素都不是可修改的因素。

Step 13: 该模型已在一个免费的 R-shiny114 网络应用程序中实现，患者、医生和决策者可估算未来两年内至少发生一次复发的概率 (<https://cinema.ispm.unibe.ch/shinies/rrms/>)。为了实现可重复性，所有代码都在 <https://github.com/htx-r/Reproduce-results-from-papers/tree/master/PrognosticModelRRMS> 上公开提供。

1.8 下尿路及盆底功能障碍性疾病基层患者管理专家共识

标题：下尿路及盆底功能障碍性疾病基层患者管理专家共识

作者：泌尿功能障碍预防和康复协作组.

出处：中华泌尿外科杂志, 2024, 45(10): 729-734.

DOI:10.3760/ cma.j.cn112330-20240819-00375.

下尿路及盆底功能障碍性疾病是基层医疗机构日常接诊率较高的一类疾病，但国内基层医疗机构对此类患者管理

缺乏合理的方法和系统方案，容易导致疾病进展。

2022年1月，在中华医学会泌尿外科学分会主任委员黄健教授的倡议和指导下，全国各地在功能泌尿领域深有建树的专家们共同发起成立了泌尿功能障碍预防和康复协作组，由中山大学孙逸仙纪念医院黄海教授主持工作。

泌尿功能障碍预防和康复协作组在参考国内外相关指南、共识的基础上，结合基层医疗机构的实际情况，制定了《下尿路及盆底功能障碍性疾病基层患者管理专家共识》，旨在提高基层医院早期识别疾病能力，促进早期干预，避免发生严重并发症。共识主要包括：生活方式干预、行为治疗、药物及非药物治疗、健康教育和康复随访等。管理总体原则是系统评估、综合治疗、长期随访。

（一）观察等待，积极解决相关合并症：对于可排除感染、肿瘤、结石、异物等明确病因的轻度（IPSS \leq 7分）甚至中度以上（IPSS \geq 8分）下尿路症状患者，如生活质量未受明显影响，可选择观察等待。建议积极解决患者相关的合并症，相关疾病的改善会降低泌尿系统症状的严重程度。

（二）生活方式干预、行为疗法：本共识中71%的专家推荐使用数字疗法，利用患者日常行为数据建立排尿模型、诊疗模型，生成个体化的训练模型，对患者的病情进行监控随访、提高治疗依从性和规范性。1. 改变液体摄入量：在温

和气候条件下，低身体活动水平成年男性每天适宜的液体摄入量为 1700 ml，女性为 1500 ml。应主动喝水、少量多次；

2. 避免膀胱刺激物摄入：避免摄入的饮品，如浓茶、咖啡、可乐、碳酸饮料、酒精等，避免辛辣刺激食物、柑橘类水果和巧克力等的摄入；

3. 减重与戒烟：建议戒烟；对于身体质量指数 $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ 的患者，建议减重；

4. 排尿训练：可有效改善症状，常用的方式：①提醒排尿：由医护人员引导患者排尿，主要用于压力性尿失禁；②定时排尿：指排尿之间有固定的、预先确定的时间间隔，适用于认知障碍者；③膀胱训练：需要为患者制订排尿计划，并逐渐增加排尿间隔；④二次排尿：指在排尿之后短时间内再次排尿的行为，可有效减少残余尿量；

5. 盆底肌肉训练：可减少尿失禁发作，对怀疑间质性膀胱炎、盆底肌肉紧张的患者应避免使用；

6. 疼痛管理：需要患者和医生共同参与。鼓励患者参与疼痛管理，注意保持健康的生活方式和适当的体育锻炼，进行适当的心理护理，联合止痛药物等治疗；

7. 便秘管理：增加运动如散步、太极拳、八段锦，多吃富含膳食纤维的新鲜蔬菜，适当多饮水等，必要时可以应用膳食纤维制剂、容积类轻泻剂、渗透性泻剂和益生菌等药物治疗。

（三）药物治疗：结合患者的症状特征、药物特点，有针对性选择药物或联合运用，常见的药物如下。1. M 受体拮

抗剂：酒石酸托特罗定、琥珀酸索利那新等。当残余尿量>150 ml 时应慎重应用，尿潴留、闭角型青光眼患者不能应用；2. β_3 受体激动剂：米拉贝隆缓释片，对于控制不佳的重度高血压、终末期肾病、重度肝损伤患者不推荐使用；3. 抗利尿激素：主要用于治疗夜间多尿，去氨加压素使用时剂量从 0.1 mg 开始，睡前 1 h 口服；4. α 受体阻滞剂：甲磺酸多沙唑啉、盐酸阿夫唑啉、盐酸特拉唑啉、盐酸坦素罗辛，萘哌地尔，赛洛多辛等；5. 抗菌药物：对于明确由尿路感染引起的下尿路症状，推荐使用抗菌药物治疗；6. 5α -还原酶抑制剂：度他雄胺和非那雄胺；7. 磷酸二酯酶 5 抑制剂：他达拉非；8. 度洛西汀：用于治疗压力性尿失禁，多在 4 周内起效，需维持治疗至少 3 个月；9. 非甾体抗炎药：用于慢性盆腔疼痛的一线治疗，常用药物包括塞来昔布、艾瑞昔布等；10. 其他类镇痛药：卡马西平、加巴喷丁、普瑞巴林等，用于慢性盆腔疼痛患者的治疗，不推荐阿片类药物用于慢性盆腔疼痛患者的治疗；11. 抗抑郁类及肌肉松弛药：氟哌噻吨美利曲辛、度洛西汀、阿米替林、去甲替林、地昔帕明等。

1.9 TvRARP 治疗钬激光前列腺剜除术后顽固性膀胱颈挛缩安全有效

标题：经膀胱途径机器人辅助根治性前列腺切除术治疗钬激光前列腺剜除术后顽固性膀胱颈挛缩的疗效

作者：王帅, 张琦, 俞翀, 等.

出处：中华泌尿外科杂志, 2024, 45(10): 786-788.

近年来，钬激光前列腺剜除术（HoLEP）已发展成为一种成熟、有效且微创的术式，HoLEP 在并发症发生率和长期疗效方面优于其他治疗方法。但 HoLEP 存在术后膀胱颈挛缩的风险，术后 2 年内发病率为 3.6%~12.3%。膀胱颈挛缩经重复治疗后最终出现内镜治疗失败，出现顽固性膀胱颈挛缩（rBNC）。该研究探讨经膀胱途径机器人辅助根治性前列腺切除术（TvRARP）治疗 rBNC 的疗效。

该研究回顾性分析 TvRARP 治疗的 8 例 rBNC 患者的病例资料。所有手术由同一名术者完成。手术切开膀胱后壁，暴露并环形切割病态膀胱颈口，分离输精管和精囊并暴露前列腺后壁和包膜，向两侧延伸。沿包膜向前列腺尖部分离，显露并切断尿道，使用双针倒刺线重建膀胱颈口。术后 6 天行逆行膀胱造影，每 3 个月随访 1 次，随访内容包括：血清总前列腺特异性抗原、膀胱尿道镜检查、尿动力学检查及其

他患者报告结局指标。治疗成功的标准：F17 柔性膀胱尿道镜可自由通过，尿流率 >15 ml/s，且后续无需进一步采取干预措施。

研究结果发现，8 例手术均顺利完成，手术时间（ 127.5 ± 18.3 ）min，出血量（ 55.0 ± 15.0 ）ml。4 例发生并发症，分别为尿路感染 2 例，膀胱痉挛 1 例，盆腔血肿 1 例，均采用保守方式处理。术中和术后均无 \geq Clavien 2 级并发症发生。6 例术后 3 个月恢复尿控，2 例术后 6 个月恢复尿控，此后均保持自主控尿能力，伴随轻度压力性尿失禁。中位随访时间 13.3 个月，所有患者均未发生膀胱出口梗阻症状。术后 3 个月治疗成功率为 100%。

研究结论提示，TvRARP 治疗 HoLEP 术后 rBNC 具有较高的成功率和较低的尿失禁率，是多种内镜治疗失败后值得尝试的手术方式。但目前仍需开展更大规模的前瞻性随机研究和更长时间的随访以评估其疗效。

1.10 JAMA 最新：保守治疗中危前列腺癌呈上升趋势

标题：Active Surveillance or Watchful Waiting for Intermediate-Risk Prostate Cancer, 2010-2020.

作者：Ajjawi I, Loeb S, Cooperberg MR, et al.

出处: JAMA. 2024; e2420580. doi: 10.1001/jama.2024.20580.

主动监测和观察等待被认为是非侵袭性前列腺癌患者的最佳初始管理策略。虽然中危前列腺癌患者进展风险较高,但其自然病程预后仍相对良好。因此,对特定中危前列腺癌患者采用保守治疗策略可能有助于减少即刻根治性治疗带来的不良反应。本研究旨在评估 2010—2020 年间中危前列腺癌患者采用主动监测和观察等待策略的时间趋势及其相关影响因素。

该研究利用 SEER 数据库分析 2010—2020 年美国中危前列腺癌患者采用主动监测和观察等待策略的趋势变化,并根据 Gleason 分级 (GG) 和 PSA 水平进行分层分析。中危前列腺癌定义:活检证实的 GG2 或 GG3; PSA 水平 10-20 ng/mL; 或分期 cT2b。采用混合效应多变量 logistic 回归分析评估临床特征和人口学特征与治疗策略选择的关联。

研究结果发现, 1. 总体趋势: 共纳入 147205 例中危前列腺癌患者, 诊断比例从 2010 年的 41.7% 增加至 2020 年的 47.3%, 主动监测和观察等待使用率从 2010 年的 5.0% 增加至 2020 年的 12.3%。 2. 分层分析: GG1 患者主动监测和观察等待使用率从 2010 年的 13.2% 增加至 2020 年的 53.8%。GG2 患者主动监测和观察等待使用率从 2010 年的 4.0% 增加至 2020 年的 11.6%。GG3 患者主动监测和观察等待使用率从

2010 年的 2.5% 增加至 2020 年的 2.8%。PSA < 10 ng/mL 患者主动监测和观察等待使用率从 2010 年的 3.4% 增加至 2020 年的 9.2%。PSA 10-20 ng/mL 患者主动监测和观察等待使用率从 2010 年的 9.3% 增加至 2020 年的 20.7%。3. 多变量回归分析：较高的 GG 和增加的 PSA 值与使用主动监测或观察等待的较低几率相关。

研究结论提示，2010—2020 年间，中危前列腺癌主动监测和观察等待策略的使用呈显著上升趋势，这与良好的长期预后结局以及分期影像和风险分层的改进相一致。未来研究重点应包括减少过度诊断，完善主动监测和观察等待的开始和停止标准。

1.11 Clin Cancer Res: 雄激素剥夺治疗重塑前列腺癌微环境的新证据

标题：Androgen Deprivation Therapy Drives a Distinct Immune Phenotype in Localized Prostate Cancer

作者：Dallos MC, Obradovic AZ, McCann P, et al.

出处：Clin Cancer Res. 2024;30(22):5218-5230.

前列腺癌通常被认为是免疫惰性的，对免疫治疗反应有限。雄激素剥夺治疗（ADT）是前列腺癌治疗的基石，除了

抑制睾酮和肿瘤生长外，新证据表明 ADT 还可能调节肿瘤免疫微环境。然而，这些免疫学变化的具体时间和机制尚未完全阐明。本研究旨在分析 ADT 对局部前列腺癌样本的免疫表型的影响，特别是在 ADT 后的早期阶段。

该研究主要方法包括：1. 样本收集：样本来自根治性前列腺切除术前给予新辅助地加瑞克治疗的两项临床试验（注册号：NCT01696877 和 NCT01542021）。28 名患者接受地加瑞克治疗：10 名在术前 4 天接受治疗，10 名在术前 7 天接受治疗，8 名在术前 14 天接受治疗。29 名患者未接受地加瑞克治疗。2. 实验技术：靶向 DNA 测序检测基因突变、DNA 拷贝数变异。RNA 测序分析前列腺肿瘤微环境（TME）中的免疫基因表达。多重免疫荧光技术检测关键免疫分子表达，评估免疫细胞浸润情况。

研究结果发现，1. 免疫微环境改变：ADT 迅速将惰性的肿瘤微环境转变为炎症状态。活化 CD8 T 细胞增加，抑制性调节 T 细胞（Treg）数量增加。髓系细胞群扩张，尤其是促炎性 M1 型肿瘤相关巨噬细胞。2. 肿瘤细胞变化：MHC I 类和 II 类抗原呈递分子表达上调。CD47 表达水平降低。

研究结论提示，在原发性前列腺癌中，ADT 能够在短期内改变前列腺癌的免疫微环境，在去势早期可能更容易受到免疫治疗的影响。该研究结论支持将免疫反应的生物标志物

作为正在进行的前列腺癌新辅助 ADT 研究的一部分，以进一步评估临床相关性。将 ADT 与其他激活抗原呈递细胞或肿瘤浸润淋巴细胞的药物联合使用可能是一种很有前途的方法。

1.12 Lancet 最新：放疗可被纳入转移性去势敏感性前列腺癌治疗方案

标题：Efficacy and safety of prostate radiotherapy in de novo metastatic castration-sensitive prostate cancer (PEACE-1): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study with a 2 × 2 factorial design

作者：Bossi A, Foulon S, Maldonado X, et al.

出处：Lancet. 2024;404(10467):2065-2076.

doi:10.1016/S0140-6736(24)01865-8.

转移性去势敏感性前列腺癌（mCSPC）的治疗方法在过去十年中发生了很大变化，包括雄激素剥夺疗法、多西他赛和第二代雄激素途径抑制剂的使用，显著提高了总生存期。然而，关于前列腺放疗在 mCSPC 患者群体中的作用，以往的研究结果并不一致。

先前对 PEACE-1 研究的分析表明，雄激素剥夺疗法与多西他赛和阿比特龙相结合可改善新发 mCSPC 患者的总生存期和影像学无进展生存期。该研究旨在评估在上述治疗方

案中加入放疗对 mCSPC 患者的疗效与安全性。

PEACE-1 是一项开放标签、随机、对照、3 期临床试验，采用 2×2 析因设计，在欧洲 77 家医院进行。研究对象：通过骨扫描、CT 或 MRI 证实的新发 mCSPC 男性患者（≥18 岁），并且东部肿瘤合作组体能状态为 0-1（或骨痛的情况下为 2）。参与者被随机分配（1:1:1:1）到以下四组：①标准治疗组：雄激素剥夺治疗，单独或与每 3 周一次 75 mg/m² 的多西他赛 6 个周期结合。②标准治疗加阿比特龙：每日口服 1000 mg 阿比特龙和每日两次口服 5 mg 泼尼松。③标准治疗加放疗：对前列腺进行 74 Gy、37 次放疗。④标准治疗加放疗和阿比特龙。主要研究终点为影像学无进展生存期和总生存期，这些指标在低负荷转移性疾病患者和整个研究人群中采用意向治疗分析。

主要研究结果包括，1172 名患者被随机分配到上述四个治疗组：标准治疗组（n=296）、标准治疗加阿比特龙组（n=292）、标准治疗加放疗组（n=293）和标准治疗加阿比特龙和放疗组（n=291）。中位随访时间为 6.0 年。将放疗加入到标准治疗中改善了接受阿比特龙治疗的低负荷疾病患者的影像学进展无生存期（标准治疗加阿比特龙组的中位生存期为 4.4 年，标准治疗加阿比特龙和放疗组为 7.5 年，调整后的风险比 HR 为 0.65；p=0.019），但在未接受阿比特龙

治疗的患者中并未见改善（标准治疗组的中位生存期为 3.0 年，而标准治疗加放疗组为 2.6 年；HR 为 1.08；P=0.61）。对于总体生存期，预设的统计学交互作用阈值未达到（ $p=0.12$ ），因此接受放疗的两个干预组合并进行分析。在低负荷疾病患者中，总体生存期不会受到放疗的影响（标准治疗组（有无阿比特龙）中位生存期为 6.9 年，而标准治疗加放疗组（有无阿比特龙）为 7.5 年；HR 为 0.98； $p=0.86$ ）。对于总体安全性，604 名未接受放疗的患者中有 339 名（56.1%）发生了至少一个严重不良事件（等级 ≥ 3 ），而 560 名接受放疗的患者中有 329 名（58.8%）发生了相同的情况，最常见的严重不良事件为高血压和中性粒细胞减少症。

该研究显示，将放疗与标准治疗及阿比特龙结合使用，可以改善低负荷新发 mCSPC 患者的影像学无进展生存期，但对总生存期没有影响。放疗可降低严重泌尿生殖系统事件的发生率，而不增加总体毒性，并且可以成为高负荷和低负荷新发 mCSPC 患者的标准治疗组成部分。

1.13 J Urol 最新：植入式神经调节器 Revi 治疗急迫性尿失禁安全有效

标题：Two-year efficacy and safety outcomes of the pivotal OASIS Study

using the Revi® System for treatment of urgency urinary incontinence

作者: Heesakkers JPFA, Toozs-Hobson P, Sutherland SE, et al.

出处: J Urol. 2024:101097JU00000000000004328.

急迫性尿失禁（UUI）是一种常见的泌尿系统疾病，严重影响患者的生活质量。传统治疗方法包括药物治疗和手术干预，但这些方法在有效性和患者满意度方面存在一定的局限性。近年来，UUI 治疗方法取得了显著进展，神经调节技术已成为有效的治疗选择。这些植入式设备的长期使用仍然面临着挑战，如设备迁移、电池更换和导线断裂等问题。

Revi®是第一个获得 FDA 批准的植入式神经调控装置，它是一种新型植入式胫神经调控系统，其植入位置靠近脚踝，没有内置电池，由外部电池供电的可穿戴设备提供电力，可用于治疗 UUI。该研究旨在评估 Revi 系统在 UUI 患者中的治疗效果和安全性。

该研究（OASIS 研究）是一项前瞻性、多中心、单臂、开放标签的临床研究。研究参与者包括 151 名成年女性 UUI 患者。参与者在植入 Revi 系统后进行一年的跟踪，之后可以选择继续长期跟踪或退出研究。在研究期间，收集参与者的排尿日记、生活质量（QOL）和患者满意度问卷。不良事件被前瞻性收集，并通过独立临床事件委员会在 12 个月内进行评估。

研究发现，97 名参与者完成了 24 个月的评估，其中 79% (77/97) 是治疗应答者 (UUI 发作次数减少 $\geq 50\%$)。试验结果表明治疗反应持久，6 个月、12 个月和 24 个月的有效性相似 (应答率分别为 78%、82% 和 79%)。此外，28% 的患者 (27/97) 在排尿日记中连续 3 天保持干燥。97% 的参与者对治疗感到满意，80% 的参与者感觉 “好多了” 或 “非常好”。在 24 个月内没有与该设备相关的严重不良事件。

研究结论提示，Revi 系统表现出持久的疗效，患者满意度高，且具有良好的安全性。在 24 个月的随访中，Revi 系统在 UUI 的治疗反应率和干燥率方面，与市场上现有的骶神经和胫神经调节竞争产品相比表现相当。

2 期刊小知识

2.1 Nature 发文：人工智能工具可以做什么？

8月14日，Nature 发表了一篇题为 What can ChatGPT do for you? 的文章。以下是该文总结。

nature

[Explore content](#) ▾[About the journal](#) ▾[Publish with us](#) ▾[Subscribe](#)[nature](#) > [career column](#) > [article](#)

CAREER COLUMN | 14 August 2024

Chatbots in science: What can ChatGPT do for you?

Milton Pividori spent a year and a half studying how best to use ChatGPT in research. Here, he highlights three key lessons.

By [Milton Pividori](#) 

一、精心构建提示词：好的提示词有很多细微特征，但基本原则很简单，主要包括：①明确你希望生成式人工智能做什么；②要求生成式人工智能扮演一个角色或人物；③提供真实的输入和输出示例，向生成式人工智能展示你希望它做什么；④指定生成式人工智能应该如何回答，包括确切的输出格式；⑤指定字数限制，文本应该使用主动语态还是被动语态，以及其他任何要求。提示词举例：

您是一位经验丰富的专业文案编辑，擅长处理科学文本。请根据以下要求修订这份手稿的摘要：

(1) 在背景部分，向读者传达本文将填补的空白。首句通过引入更广泛的领域来定位读者。随后，背景部分逐渐缩小范围，直至落在本研究回答的问题上。背景部分需要明确区分研究的贡献与现有技术水平，向读者传达现有文献中缺失的内容（特定的空白）以及为什么这很重要（特定空白与更广泛背景之间的联系）。

(2) 内容部分首先描述用来填补空白的新的方法或途径，然后呈现结果的执行摘要。

(3) 结论部分解释结果，以回答背景部分提出的问题。结论部分可以进一步强调这一结论如何推动更广泛领域的发展（例如，“更广泛的意义”）。

二、合适的任务：要充分考虑如果 AI 出错，可能会导致什么糟糕后果？哪些任务是只有人才能做的？哪些工作可以委托 AI？以一个科研项目前期、撰写文献综述阶段为例。这个过程的目标是产生一个经过精炼的文章列表，以及它们主要观点的摘要汇总。这就是 AI 可以辅助完成的任务。但一开始你需要仔细阅读论文、识别研究空白、建立假设，并开始思考你如何通过实验来解决问题。定义研究问题需要创造性思维。你可能想要尽可能多地了解每篇论文，包括其图

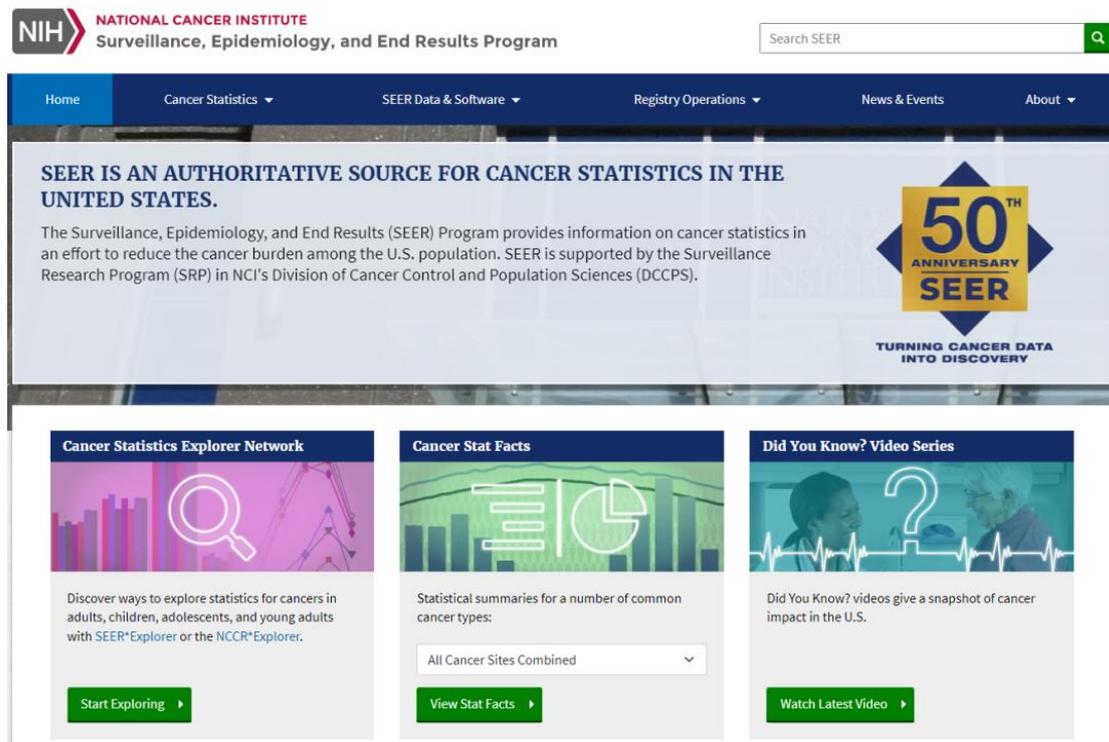
表、表格和补充材料。AI 可能会遗漏关键信息，更重要的是，它可能会阻止你进行创造性和逻辑性的联系。在大量阅读文献过程的后期，你的目标将会不同。在这个阶段，你可能想要快速“阅读”（即总结）那些与你的工作不那么直接相关的文章。在这种情况下，使用 AI 的风险较小。

三、多用 AI 写作：你可能不会亲自阅读某篇文章，但是当你用 AI 来写作时，你对输出有完全的控制权，可以识别并去除无意义或不准确的内容。你开始撰写手稿时，你要知道自己想说什么——建议先自己独立写作出初稿，然后使用 AI 来修订文本、提供建议，最后人类再审查 AI 的建议并有选择地实施。

2.2 医学公共数据库 SEER 可助力泌尿领域研究

SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) 是由美国国立癌症研究所于 1973 年建立的公共数据库，是美国癌症统计的权威数据来源。SEER 提供全身多个系统和器官的癌症统计信息，临床数据记录主要包括患者的注册编号、人口统计学特征、肿瘤特征、治疗方案、死亡原因等信息。直接可用的统计数据包括发病率、死亡率、患病率、生存率和终生风险等。SEER 数据通常每年更新一次。SEER 网址：

<https://seer.cancer.gov/>



以下列举3篇使用了 SEER 数据库的泌尿领域的新论文，供大家参考。

1. 标题：Comparing the oncologic outcomes of local tumor destruction vs. local tumor excision vs. partial nephrectomy in T1a solid renal masses: a population-based cohort study from the SEER database.

作者：Guo RQ, Zhao PJ, Sun J, Li YM.

出处：Int J Surg. 2024;110(8):4571-4580.

doi: 10.1097/JS9.0000000000001465.

随着局限性肾肿瘤检出率的提高，保留肾单位手术日益受到重视。本研究利用 SEER 数据库（2000-2019）的大样本

数据,比较了局部肿瘤消融术(LTD)、局部肿瘤切除术(LTE)和部分肾切除术(PN)三种治疗方法对 T1a 肾肿瘤患者癌症特异性生存期(CSS)和总生存期(OS)的影响。研究采用倾向评分匹配方法减少选择偏倚,并进行了亚组分析。

结果显示,PN的CSS和OS优于LTD;而LTE的CSS不劣于PN,OS甚至优于PN。这些结果在肿瘤 $\leq 3\text{cm}$ 和3.1-4cm的亚组中均成立,表明LTE可能是T1a肾肿瘤的一个有效治疗选择。

2. 标题: Clinicopathologic characteristics and outcomes of prostate cancer incidentally discovered at the time of radical cystoprostatectomy: a population-based cohort study.

作者: Wu K, Liu X, Tang Y, Wang X, Li X.

出处: Int J Surg. 2024;110(7):4023-4030.

doi:10.1097/JS9.0000000000001401.

根治性膀胱前列腺切除术(RCP)是局限性肌层浸润性膀胱癌(BCa)男性患者的标准手术治疗方法。在RCP标本的病理评估中,经常发现存在前列腺癌(PCa)的组织学特征。本研究利用SEER数据库(2000-2019),分析了14199例接受RCP的膀胱癌患者的临床资料。结果显示,28.8%的患者存在并发前列腺癌,其中89.9%为局限性前列腺癌。高龄、白人种族和高级别膀胱癌是并发前列腺癌的危险因素。

生存分析发现，与孤立性膀胱癌患者相比，并发高危前列腺癌的患者预后更差，而并发低中危前列腺癌不影响患者预后。

3. 标题：Secondary Bladder Cancer After Prostate Cancer Treatment: An Age-matched Comparison Between Radiation and Surgery.

作者：Monda S, Pratsinis M, Lui H, et al.

出处：Eur Urol Focus. 2024;10(3):448-453.

doi:10.1016/j.euf.2023.09.002.

膀胱癌是前列腺癌患者最常见的继发性恶性肿瘤。既往研究表明，前列腺癌的放射治疗，尤其是外照射（EBRT），与膀胱癌发生风险增加相关。然而，不同治疗方式（如近距离放疗）的长期风险尚不清楚。本研究利用 SEER 数据库（2000-2018），对接受不同前列腺癌局部治疗的 261609 名患者进行分析，将接受根治性前列腺切除术（RP）的患者与接受 EBRT、近距离放射治疗（BT）、EBRT + BT 和 RP 后 EBRT（RPtoEBRT）的患者进行了比较。为了控制年龄这一重要混杂因素，本研究对不同治疗组进行了精确年龄匹配。

结果显示，与 RP 相比，所有形式的放射治疗均显著增加了膀胱癌发生的风险。危险比分别为：EBRT 1.72, BT 1.85, EBRT+BT 1.80, RPtoEBRT 1.53（均 $P < 0.001$ ）。放疗后发生的膀胱癌更可能表现为肌层浸润性和肉瘤样变异，提示其可

能具有更高的侵袭性。

2.3 目前被暂停收录的 SCIE 医学期刊列表

目前（截至 2024.11.5）处于“On Hold”状态的 SCIE 期刊名单，其中生物医学期刊 12 种，供大家查阅。

被“On Hold”（暂停收录）的SCIE期刊名单（截至2024.11.5）

刊名	ISSN/eISSN	最新影响因子 (2023 IF)	2023 JCR类别及分区	2023 中科院 大类及分区	2023 中科院 小类及分区
Computers in Biology and Medicine	0010-4825	7	Biology Q1 Engineering, Biomedical Q1	医学2区 Top	生物学1区 工程：生物医学2区
International Wound Journal	1742-4801	2.6	Dermatology Q2 Surgery Q1	医学3区	皮肤病学2区 外科3区
Environmental Toxicology	1520-4081	4.4	Toxicology Q1	医学3区	毒理学2区
Journal of Biological Regulators and Homeostatic Agents	0393-974X	0.8	Endocrinology & Metabolism Q4	医学4区	内分泌学与代谢 4区
Minerva Medica	0026-4806	被镇压期刊 无2023 IF	被镇压期刊 无2023 JCR分区	医学4区	内科3区
Panminerva Medica	0031-0808	被镇压期刊 无2023 IF	被镇压期刊 无2023 JCR分区	医学4区	内科3区
Journal of Personalized Medicine	2075-4426	3	Medicine, General & Internal Q1	医学3区	内科3区
Tropical Journal of Pharmaceutical Research	1596-5996	0.6	Pharmacology & Pharmacy Q4	医学4区	药学4区
Biomedicine & Pharmacotherapy	0753-3322	6.9	Medicine, Research & Experimental Q1 Pharmacology & Pharmacy Q1	医学2区 Top	医学：研究与实验2区 药学1区
Bioengineered	2165-5979	4.2	Biotechnology & Applied Microbiology Q2	生物学4区	生物工程与 应用微生物4区
eLife	2050-084X	6.4	Biology Q1	生物学1区 Top	生物学1区
Heliyon	2405-8440	3.4	Multidisciplinary Sciences Q1	综合性期刊3区	综合性期刊3区
Chemosphere	0045-6535	8.1	Environmental Sciences Q1	环境科学与 生态学2区 Top	环境科学2区
Science of the Total Environment	0048-9697	8.2	Environmental Sciences Q1	环境科学与 生态学1区 Top	环境科学1区
Journal of Intelligent & Fuzzy Systems	1064-1246	1.7	Computer Science, Artificial Intelligence Q3	计算机科学4区	计算机：人工智能 4区
Soft Computing	1432-7643	3.1	Computer Science, Artificial Intelligence Q2	计算机科学3区	计算机：人工智能 3区
Results in Physics	2211-3797	4.4	Physics, Multidisciplinary Q1	物理与天体物理 2区	物理：综合2区
IEEE Transactions on Intelligent Vehicles	2379-8858	14	Engineering, Electrical & Electronic Q1	工程技术1区	工程：电子与电气 1区
Frontiers in Energy Research	2296-598X	2.6	Energy & Fuels Q3	工程技术4区	能源与燃料4区
Optical and Quantum Electronics	0306-8919	3.3	Engineering, Electrical & Electronic Q2	工程技术3区	工程：电子与电气 4区
Journal of Molecular Liquids	0167-7322	5.3	Chemistry, Physical Q2	化学2区 Top	物理化学2区

公众号：泌医智汇

2.4 2024 年版健康科普核心期刊列表

2016年5月30日，习近平总书记在全国科技创新大会、两院院士大会、中国科协第九次全国代表大会上发表重要讲话，指出“科技创新、科学普及是实现创新发展的两翼，要把科学普及放在与科技创新同等重要的位置”。

2019年7月，在健康中国行动推进委员会印发的《健康中国行动（2019—2030年）》中，健康知识普及行动位列15大专项行动首位。

2021年6月，《人力资源社会保障部 国家卫生健康委 国家中医药局关于深化卫生专业技术人员职称制度改革的指导意见》（人社部发〔2021〕51号）提出，科普作品可作为业绩成果代表作参加评审。

据不完全统计，目前全国已有21个省市将健康科普纳入职称评审的条件之一。2024年9月13日，《陕西省人力资源和社会保障厅 陕西省卫生健康委员会关于2024年度全省卫生系列高级职称评审工作有关事项的补充通知》提到：关于科普文章，作为第一作者或通讯作者在医学类或医学相关专业的期刊（具有CN、ISSN刊号）上发表的本专业科普文章，申报副高级职称的，科普文章字数每篇应在2000字以上。

陕西省人力资源和社会保障厅陕西省卫生健康委员会关于2024年度全省卫生系列高级职称评审工作有关事项的补充通知

🕒 时间: 2024-09-13 12:05 | 📄 来源: 人事处



各市（区）人力资源社会保障局、卫生健康委（局），省级有关部门、各有关单位：

近期，在2024年度全省卫生系列高级职称评审申报过程中，个别市、单位以及参评人员反映了部分问题。为进一步明确政策和工作要求，现将有关事项补充通知如下。

一、关于案例成果库病案

入选中国临床案例成果库或中国中医药临床案例成果库的病案，作为排名第一位的主诊医生或责任护士，可作为各自申报专业代表作的条件。

二、关于科普文章

作为第一作者或通讯作者在医学类或医学相关专业的期刊（具有 CN、ISSN 刊号）上发表的本专业科普文章，申报副高级职称的，科普文章字数每篇应在 2000 字以上。

陕西省是全国首个明确要求科普文章须发表在医学类期刊或医学相关专业期刊上的省市，这可能会影响其他省市对科普文章的发表要求进行修订。

2024 年 9 月 20 日，中国科学技术信息研究所发布了《2024 年版中国科技核心期刊（科普卷）目录》，其中的健康科普类核心期刊，很可能对国内医护人员职称评审产生重要影响！健康科普类核心期刊共有 18 种，名单汇总如下，供大家查阅。

2024年中国健康科普类核心期刊名单			
刊名	刊号 (ISSN)	刊号 (CN)	主管单位
保健医苑	1671-3583	11-4679/R	国家卫生健康委员会
大众健康	1002-574X	11-1023/R	国家卫生健康委员会
家庭医学	1001-0203	41-1076/R	国家卫生健康委员会
家庭用药	1009-6620	31-1845/R	中国科学院
健康世界	1005-4596	11-3251/R	中国科学技术协会
健康指南	1002-7270	11-1758/R	国家卫生健康委员会
生命世界	1673-0437	11-5272/Q	中国科学院
中老年保健	1002-7157	11-1015/R	国家卫生健康委员会
中医健康养生	2095-9028	10-1279/R	国家中医药管理局
糖尿病之友	1671-3486	43-1359/R	湖南省卫生健康委员会
自我保健	1008-0430	31-1753/R	上海市卫生健康委员会
保健与生活	1005-5371	34-1122/R	安徽出版集团有限责任公司
大众医学	1000-8470	31-1369/R	上海世纪出版(集团)有限公司
家庭医生	1004-6348	44-1121/R	中山大学
健康养生	2095-8943	44-1714/R	广州中大控股有限公司
康复	1005-832X	31-1380/R	上海教育报刊总社
医食参考	1673-7822	21-1538/R	辽宁省微生物科学研究所
祝您健康	1003-4242	32-1051/R	江苏凤凰出版传媒股份有限公司

2.5 中科院 1 区 Top 期刊 eLife 即将被 SCIE 剔除

2024 年 10 月 23 日，中科院 1 区 Top 期刊 eLife 被科睿

唯安列为“On Hold”（暂停收录）状态，期刊被重新评估。美国时间 11 月 13 日，科睿唯安宣布，eLife 明年 6 月将不再获得新一年度的影响因子，但该期刊的部分论文将会被 ESCI（Emerging Sources Citation Index）收录，这表明 eLife 即将被 SCIE 剔除。目前 eLife 依然是“On Hold”（暂停收录）状态。

The screenshot shows the journal profile for eLife. At the top left, the journal name 'ELIFE' is displayed. In the top right corner, there is an 'OPEN ACCESS' badge. Below the journal name, a prominent orange pill-shaped button indicates the journal's status as 'On Hold'. The publisher information is listed as 'ELIFE SCIENCES PUBL LTD, SHERATON HOUSE, CASTLE PARK, CAMBRIDGE, ENGLAND, CB3 0AX'. The ISSN/eISSN is '2050-084X'. The journal is part of the 'Science Citation Index Expanded' collection. Additional Web of Science indexes listed include 'Biological Abstracts', 'BIOSIS Previews', 'Essential Science Indicators', and 'Zoological Record'. At the bottom of the page, there are two buttons: 'Share This Journal' and 'View profile page'.

eLife 自 2023 年 1 月 31 日起实施新型的“不拒稿”出版模式，具体是指，所有经过同行评审的论文，eLife 都不会作出接受/拒绝的决定，而是采用“已评审预印本”形式发布在其网站上。

科睿唯安认为这种出版模式与 SCIE 的质量保证标准相冲突，经过重新评估后，eLife 中通过了同行评审验证（validated by peer review）的论文符合 24 项质量标准，这部分论文将会被 ESCI 收录。

2.6 《国家自然科学基金条例》修订，严惩违背科研诚信行

2024年11月14日，国务院发布了新修订的《国家自然科学基金条例》（以下简称《条例》），自2025年1月1日起施行。

《条例》共7章45条，增加了科研诚信内容，严惩违背科研诚信等行为，营造风清气正的科研作风学风。《条例》中与科研诚信相关内容如下。

第七条 基金管理机构应当加强国家自然科学基金工作信息化建设，推动完善科研诚信管理信息共享、基金资助项目成果共享等机制，加强基金资助项目与其他科学技术计划项目的衔接与协调。

第九条 基金管理机构应当确定依托单位作为基金资助项目及其资金管理的责任主体。

中华人民共和国境内具有独立法人资格、具备基础研究能力的高等学校、科学研究机构和其他公益性机构，以及其他符合国家规定的单位，可以在基金管理机构注册为依托单位。基金管理机构应当定期公布已注册的依托单位名单。

依托单位应当建立和完善基金资助项目管理、科研诚信、科技伦理管理等制度，遵守科学技术活动管理规范。

第十条 依托单位在基金资助管理工作中履行下列职责：

(七) 对违背科研诚信和科技伦理的行为进行调查处理。

第十二条 申请人申请国家自然科学基金资助，应当以年度基金项目指南为基础确定研究项目，在规定期限内通过依托单位向基金管理机构提出书面申请。

申请人、参与者及其依托单位应当遵守科研诚信和科技伦理要求，签署科研诚信和科技伦理承诺书，承诺不从事危害国家安全、损害社会公共利益、危害人体健康、违背科研诚信和科技伦理的科学技术研究开发和应用活动，没有虚构、伪造、剽窃、篡改等行为。

第十三条 基金管理机构应当自基金资助项目申请截止之日起 45 日内，完成对申请材料的初步审查。有下列情形之一的，不予受理，通过依托单位书面通知申请人，并说明理由：（三）申请人、参与者因有违背科研诚信和科技伦理等行为被禁止承担或者参与财政性资金支持的科学技术活动的。

第十八条 基金管理机构在作出资助决定前，应当按照国家有关规定，通过科研诚信管理信息系统，及时开展严重失信行为数据比对、核查等工作。

第二十一条 基金管理机构工作人员、评审专家均应当签署科研诚信承诺书。基金管理机构工作人员不得申请或者参与申请国家自然科学基金资助，不得干预评审专家的评审

工作。评审专家应当遵守科研诚信要求和评审行为规范，独立、客观、公正开展评审工作，不得由他人代为评审，不得有接受请托、说情干预等不公正评审行为，不得利用工作便利谋取不正当利益。

第三十五条 对违反本条例规定，有科研诚信严重失信行为的个人、组织，按照国家有关规定记入科研诚信严重失信行为数据库，实施联合惩戒。

第四十二条 申请人或者项目负责人、参与者违反本条例规定，情节特别严重的，或者从事危害国家安全、损害社会公共利益、危害人体健康、违背科研诚信和科技伦理的科学技术研究开发和应用活动的，终身不得申请或者参与申请国家自然科学基金资助。

违反本条例规定受到处理的科学技术人员，在处理期内不得聘请其为评审专家；情节特别严重的，终身不得聘请其为评审专家。

2.7 Tropical Journal of Pharmaceutical Research 被 SCIE 剔除

SCIE 收录的期刊随时都在接受评估，当地时间 2024 年 11 月 18 日科睿唯安发布最新期刊收录变动情况：1 种医学

期刊因未达到质量标准被 SCIE 剔除。被剔除的医学期刊为 Tropical Journal of Pharmaceutical Research。

Tropical Journal of Pharmaceutical Research 是尼日利亚出版的开放获取期刊，创刊于 2002 年，月刊。该期刊主要涵盖生物技术、细胞和分子生物学、药物利用、医学及其他生命科学和相关工程领域的内容。最新影响因子（2023 IF）为 0.6。JCR 分区：Q4，Pharmacology & Pharmacy 326/354。中科院分区：医学大类 4 区，药学小类 4 区。SCIE 收录的该期刊论文的最后出版时间：2024 年 8 月。

2024年11月被SCIE剔除的1种期刊			
刊名	ISSN	剔除原因	学科类别
Tropical Journal of Pharmaceutical Research	1596-5996	期刊未达到质量标准	医学

2.8 科技部发布《科研单位科研诚信管理制度示范文本》，加强科研诚信建设

2024 年 11 月 7 日，科技部监督司发布了《科研单位科研诚信管理制度示范文本》（以下简称《示范文本》）。《示范文本》共两部分，第一部分是普遍适用于科研院所、高等学校、医疗卫生机构等科研单位的科研诚信工作管理办法示范文本。第二部分针对管理机构运行、实验数据管理、论文

发表前诚信审查、科研成果核查、科研失信行为查处等关键环节和重点工作提供了单项参考文本。

第一部分 单位科研诚信工作管理办法示范文本

第一章 总则

第五条 本单位建立科研诚信“一票否决制”，在评奖评优、职务晋升、导师遴选、承担项目等环节开展科研诚信状况审核，对严重违背科研诚信要求且在处理影响期内的依规实行“一票否决”。

第三章 科研人员诚信管理

第十三条 人事管理机构应通过聘用合同、员工行为规范、岗位说明书等明确相应的科研诚信要求，按规定在职称评定、人才选拔、年度考核、任期考核等环节，对科研人员科研诚信状况及相关材料进行审核。

第十四条 学生管理机构按规定在学位授予等环节，对学生科研诚信状况及相关材料进行审核。

第四章 科研活动诚信管理

第二节 科学数据管理

第二十六条 单位科研诚信主责机构负责建立实验数据核查机制，对重要学术论文等科研成果进行全覆盖核查，对发现的问题及时督促整改。核查工作应以3至5年为周期，持续开展。

第二十七条 论文等科研成果发表后，所涉及的实验记录、实验数据等原始数据资料应按要求管理、留存备查。

第三节 科研成果发表管理

第三十条 科研人员应在论文等科研成果发表前开展自查，重点检查作者等成果完成人的实质性贡献及排名顺序、数据可靠性、科技伦理审查情况等，并签署科研诚信承诺书。

对短期内发表多篇论文、取得多项专利等成果的，明显不符合科研产出规律的，由科研管理机构组织开展实证核验。

第三十二条 科研管理机构应结合有关学术机构发布的学术期刊预警名单和“黑名单”，及时对科研人员警示提醒。

对在“黑名单”学术期刊上发表的论文，在各类评审评价中不予认可，论文发表的相关费用不予报销。

第二部分 相关单项制度参考文本

实验数据管理办法

第一章 第二条 实验数据主要指在自然科学领域，通过科学实验、技术试验等产生的数据及其衍生数据。

第二章 第五条 实验数据记录人对所记录实验数据的真实性、完整性、可追溯性负直接责任。

论文共同作者、成果完成人、专利发明人等应对其主要贡献所依据的实验数据负责。

科研团队负责人、项目（课题）负责人、研究生导师、

论文主要作者应按职责履行对实验数据等的审核与监督责任。

论文发表前诚信审查规定

第三条 论文第一作者和通讯作者是论文的主要责任人，对成果的真实性和可靠性负主要责任；论文其他作者对本人完成或参与部分的内容负责；论文作者所在科研团队负责人对论文中所涉及数据的可追溯性负责。

第四条 论文第一署名单位为本单位的、论文第一作者或通讯作者为本单位人员的，应按照本规定进行论文发表前诚信审查。

本单位人员参与发表的涉及敏感技术或数据的论文，应进行论文发表前审查。

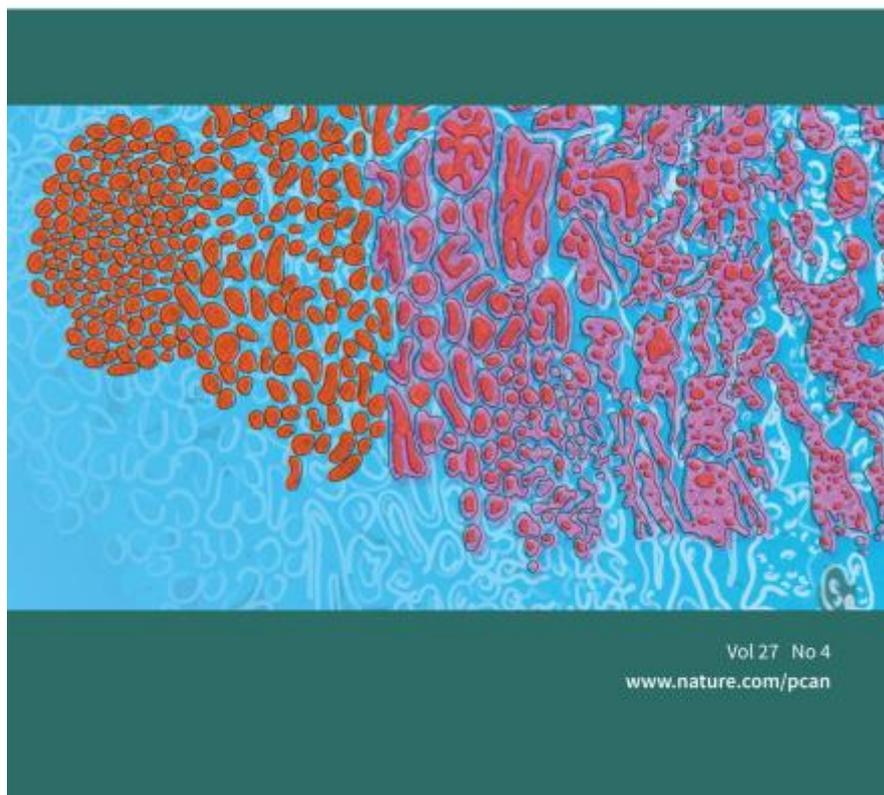
第五条 论文发表前诚信审查的主要内容包括署名作者的实质性贡献情况、对论文署名及排名的知情情况、数据来源及真实性和可靠性情况、参考文献引用情况、科技伦理审查情况等。

2.9 期刊介绍 | Prostate Cancer and Prostatic Diseases

Prostate Cancer and Prostatic Diseases 创刊于 1997 年，目前 SCIE Q1 区，中科院医学大类 2 区。

Prostate Cancer

and Prostatic Diseases



SPRINGER NATURE

1.期刊基本信息。期刊全称：Prostate Cancer and Prostatic Diseases。期刊缩写：Prostate Cancer Prostatic Dis，ISSN：1365-7852，eISSN：1476-5608，出版周期：季刊，出版者：Springer Nature，期刊官网：<https://www.nature.com/pcan/>，投稿网址：<https://mts-pcan.nature.com/cgi-bin/main.plex>。

2.影响因子及分区。目前最新影响因子（2023 IF）为 5.1。JCR 分区：Q1，Urology & Nephrology 12/126，Oncology

65/322。中科院分区：医学大类 2 区，泌尿学与肾脏学小类 2 区，肿瘤学小类 3 区。

3.收稿范围。该期刊涵盖了前列腺疾病的各个方面，尤其是前列腺癌。该期刊发表研究论文、综述、专题评论、对科学会议和最新图书的批判性评价等。

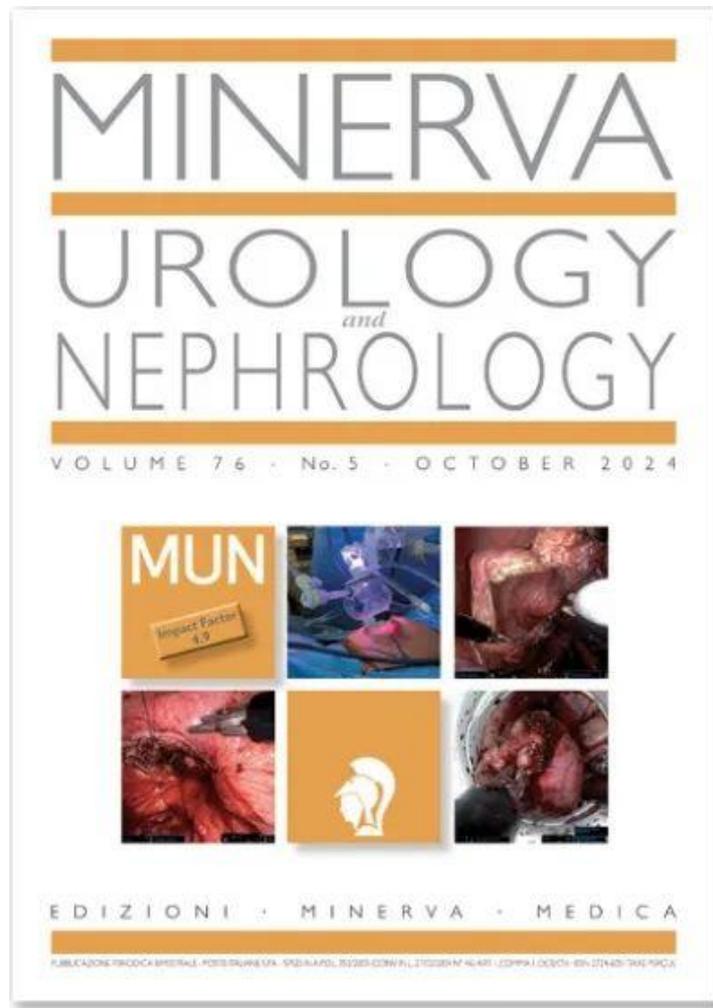
4.审稿周期。期刊官网未公布平均审稿周期，我们参考已发表的文章进行推算，从投稿到被期刊接受的平均时间大约是 5 个月。（审稿周期仅供参考，请以稿件实际处理周期为准）

5.发文情况。2019—2023 年期间，每年平均刊载研究论文 88 篇、综述 25 篇。2021—2023 年发文量（含参与发表）排在前 3 位的国家或地区分别是美国、意大利和中国大陆。2021—2023 年发文量（含参与发表）排在前 3 位的机构分别是加利福尼亚大学系统、哈佛大学和西达赛奈医疗中心。

6.论文处理费。期刊提供传统订阅模式（不收论文处理费）或者开放获取（open access）模式。目前 open access 模式的论文处理费为 4690 美元。

2.10 期刊介绍 | Minerva Urology and Nephrology: 意大利泌尿外科学会会刊

Minerva Urology and Nephrology 创刊于 1998 年,意大利泌尿外科学会会刊,2021 年获得首个影响因子,目前 SCIE Q1 区,中科院医学大类 2 区。



1. 期刊基本信息。期刊全称：Minerva Urology and Nephrology，期刊缩写：Minerva Urol Nephrol，ISSN：2724-6051，eISSN：2724-6442，出版周期：双月刊，期刊官

网：

<https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-urology-nephrology/index.php>

投稿网址：

<https://www.minervamedicaonlinesubmission.it/?CollectionSetId=34>

2.影响因子及分区。目前最新影响因子(2023 IF)为 4.9。JCR 分区：Q1，Urology & Nephrology 13/126。Minerva Urology and Nephrology 2023 IF 及 JCR 分区。中科院分区：医学大类 2 区，泌尿学与肾脏学小类 2 区。

3.收稿范围。该期刊专注于泌尿外科和肾脏病学领域，涵盖泌尿外科和肾脏病学的广泛议题，包括泌尿系统肿瘤、良性疾病以及肾脏病学领域的重点问题，重点关注微创手术和内窥镜泌尿外科领域的最新技术进展。该期刊欢迎与临床和实验性泌尿外科、肾脏病学相关的研究论文投稿。

4.审稿周期。期刊官网未公布平均审稿周期，我们参考已发表的文章进行推算，从投稿到被期刊接受的平均时间大约是 3.7 个月。（审稿周期仅供参考，请以稿件实际处理周期为准）。

5.发文情况。2021—2023 年期间，每年平均刊载研究论文 60 篇、综述 21 篇。2021—2023 年发文量（含参与发表）

排在前 3 位的国家或地区分别是意大利、美国和西班牙，中国大陆排在第 11 位。2021—2023 年发文量（含参与发表）排在前 3 位的机构分别是都灵大学、罗马大学和佛罗伦萨大学。

6. 论文处理费。期刊提供传统订阅模式（不收论文处理费）或者开放获取（open access）模式。目前 open access 模式的论文处理费为 1800 欧元。

信息 快报

INFORMATION
EXPRESS

