



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

2026年3月版

目 录

1 文献速递	2
1.1 多聚赖氨酸涂层导管预防菌尿症不劣于贵金属合金涂层导管	2
1.2 机器人回肠代输尿管术治疗放射性输尿管狭窄可行且有效	6
1.3 复杂输尿管息肉亚型 MASTUMP 综合征的特征与治疗	9
1.4 前列腺癌 PSMA 放射性配体治疗患者筛选中国专家共识 (2025)	13
1.5 嗜铬细胞瘤围术期管理专家共识 (2025 版)	16
1.6 PARP 抑制剂在转移性去势抵抗性前列腺癌中的临床应用共识	19
1.7 中国老年脑卒中患者相关泌尿功能障碍管理指南 (2025 版)	22
1.8 前列腺癌 NCCN 指南 (2026 年 V3 版)	24
1.9 德国真实世界数据揭示 mPCa 二十年生存变化	27
1.10 疗法革新, 差距犹存——德国转移性前列腺癌的真实世界生存趋势研究	32
1.11 卡博替尼联合双免治疗持续改善晚期 RCC 患者 PFS	34
1.12 EAU26 最新突破性摘要速览	38
1.13 无对比剂 bpMRI 优先筛查策略提高临床显著性前列腺癌检出率	45
2 期刊小知识	49
2.1 2026 年“新锐分区”发布 (附 37 种预警期刊名单)	49
2.2 突发! International Journal of Surgery 被 On Hold	52
2.3 一处失信、处处受限——解读《加强医学科研诚信专项治理的工作方案》	55
2.4 卫健委发布《加强医学科研诚信专项治理的工作方案》	58

1 文献速递

1.1 多聚赖氨酸涂层导管预防菌尿症不劣于贵金属合金涂层导管

标题: Antimicrobial catheters coated with poly-L-lysine for the prevention of bacteriuria in adults requiring short-term catheterization: a multicenter randomized controlled trial

作者: Li X, Liu J, Zuo S, Xiao J, Ping H, Yang K, Yang Y, Qiao L, Liu T, Zhang J, Liu D, Du Z, Zheng Y, Li Z, Zhang W, Li X, Wang X, Zhang K.

通讯作者: Zhang W, Li X, Wang X, Zhang K.

出处: BMC Med. 2026. doi: 10.1186/s12916-026-04686-2. Epub ahead of print.

导管相关性尿路感染（CAUTI）是全球最常见的医疗相关感染之一，约占所有院内感染的 40%。CAUTI 不仅延长住院时间、增加医疗费用，还与一定的病死率相关。为预防 CAUTI，临床上常使用抗生素，但长期使用可能诱导细菌耐药。因此，开发具有抗菌涂层的导管成为一种重要策略。目前，美国食品药品监督管理局（FDA）批准了两类抗菌导管：抗生素涂层和银涂层导管。然而，抗生素涂层存在耐药风险和局部不适的问题，银涂层则存在细胞毒性及生物相容性方面的担忧。

多聚赖氨酸（PLL）是一种抗菌肽，已在体外和动物实

验中显示出良好的抗菌效果和生物相容性。然而，其临床有效性和安全性尚缺乏随机对照试验证据。本研究旨在通过一项前瞻性、多中心、随机对照非劣效性试验，评估 PLL 涂层导管在短期留置导尿患者中预防菌尿症的有效性和安全性。

研究方法

1. 研究对象

纳入标准：18-75 岁需留置导尿至少 24 小时的患者。

排除标准：导尿前 72 小时内中段尿培养菌落计数 $\geq 10^5$ CFU/mL 或存在尿路感染症状；尿道损伤或狭窄；尿流改道；入组前有长期留置导尿、输尿管支架或肾造瘘史；月经期、妊娠或哺乳期女性。

2. 干预措施

试验组采用 PLL 涂层抗菌导管，其结构和规格与标准硅胶导管一致。

对照组采用贵金属合金（NMA）涂层导管，该导管已被证实能有效降低短期导尿时 CAUTI 和菌尿症的发生率。

3. 研究终点

主要终点为导尿期间菌尿症的发生率，定义为根据 CDC/NHSN 标准，导尿期间或拔管次日中段尿培养病原菌 $\geq 10^5$ CFU/mL。

次要终点为拔管后尿管尿道段单位表面积总细菌数。

安全性评估包括导尿相关并发症（如尿道损伤、刺激、

过敏反应) 及其他不良事件。

4. 细菌检测与抗生素使用

所有受试者均以无菌方式收集中段尿标本, 经培养、鉴定后进行药敏试验, 各中心遵循统一的标准化尿培养方案。

所有患者均接受预防性抗生素, 首选二代头孢或喹诺酮类; 常规清洁-污染手术术前单次给药, 肠道操作手术术后延长给药 3-5 天; 疑似或确诊术后感染时, 根据药敏试验调整抗生素。

主要研究结果

1. 患者基线特征

共纳入 300 例患者。全分析集 (FAS) 分析中, 试验组和对照组患者各 150 例。符合方案集 (PPS) 分析中, 试验组 145 例, 对照组 148 例。两组患者在年龄、性别、BMI、手术类型等方面基线均衡。试验组平均导尿时间为 5.2 ± 1.8 天, 对照组为 5.8 ± 2.7 天 ($p=0.012$)。

2. 疗效

FAS 分析中, 试验组菌尿症发生率为 7.3%, 对照组为 10.0%, 组间差异为 -2.8% ($p=0.4314$)。PPS 分析中, 试验组菌尿症发生率为 6.9%, 对照组为 10.1%, 组间差异为 -3.1% ($p=0.3195$)。

致病菌分布上, 试验组以大肠埃希菌 (6 例) 为主, 对照组也以大肠埃希菌 (11 例) 为主。药敏试验显示, 两组细

菌的耐药情况无显著差异。

3. 安全性

试验组尿白细胞异常发生率为 6.2%，显著低于对照组的 12.8%，差异有统计学意义 ($p=0.0194$)。两组尿红细胞异常发生率分别为 24.0%和 20.1%，差异无统计学意义 ($p=0.4413$)。

试验组导尿相关不良事件发生率为 2.0%，对照组为 4.0%，均为血尿，组间差异无统计学意义 ($p=0.5011$)。

主要研究结论与临床启示

短期使用 PLL 涂层导管在预防菌尿症方面的疗效不劣于 NMA 涂层导管。PLL 导管安全性良好且毒性低。未来需要开展纳入更多患者、随访时间更长的临床试验，以验证这些发现的普适性。

1.2 机器人回肠代输尿管术治疗放射性输尿管狭窄可行且有效

标题: Robotic ileal ureteral reconstruction for radiation-induced ureteral strictures in pelvic malignancy survivors: experience from a multi-institutional database.

作者: Huang Y, Wang X, Zhao F, Han G, Li Z, Zhang Y, Li X, Liu J, Zhu H, Yang K, Zhang K, Zhou L, Li X.

通讯作者: Li X.

出处: Minerva Urol Nephrol. 2026;78(1):78-89.

doi: 10.23736/S2724-6051.25.06567-X.

放射性输尿管狭窄 (RIUS) 是腹盆腔恶性肿瘤放疗后的严重并发症, 其治疗长期以来是 D-J 管置入或肾造瘘, 影响患者生活质量。且由于其狭窄多呈双侧、长段且存在纤维化病理改变, 外科治疗难度大。截至目前, 关于 RIUS 的治疗策略至今尚无明确定论。回肠代输尿管术 (IUR) 为临床提供了一种可行的治疗选择。机器人辅助微创手术具备三维视野、精细操作和减少创伤等优势。然而, 关于机器人辅助 IUR 治疗 RIUS 的报道仍较少。本研究基于多中心数据库, 进行机器人辅助 IUR 治疗盆腔恶性肿瘤放疗后 RIUS 的疗效与预后分析。

研究方法

1. 研究对象

本研究为一项多中心回顾性分析, 数据来源于前瞻性维

护的 RECUTTER 数据库，纳入 2019 年 3 月至 2024 年 4 月期间诊断 RIUS 并行机器人辅助 IUR 治疗的患者。

纳入标准：确诊为单侧或双侧 RIUS；接受机器人 IUR（伴或不伴膀胱扩大术）；术后随访时间 ≥ 12 个月。

排除标准：狭窄由肿瘤复发或手术损伤引起；接受开放或腹腔镜 IUR；仅行回肠膀胱扩大术；数据不完整或患者拒绝参与。

2. 数据收集与结局评估

从 RECUTTER 数据库提取患者人口学、围手术期及随访数据，通过专人实时录入、定期审核和中心质量控制保障数据完整性。

主要结局为临床成功率和并发症发生率。临床成功定义为体内无引流管或支架、无临床症状且影像学显示无尿路梗阻。次要结局为手术时间、估计失血量、术后住院时间等围手术期指标。

3. 手术策略

术前评估包括顺行/逆行尿路造影、膀胱造影、利尿肾图、CT 尿路成像及三维重建。术前至少 4 周拔除支架管以明确输尿管狭窄范围。

为应对盆腔放疗史带来的手术挑战，制定六项标准化策略：肾造瘘注射吲哚菁绿（ICG）定位狭窄、静脉 ICG 荧光血管造影评估灌注；术前盆腔解剖 3D 建模优化空间定位；

术中仔细检查肠道并减少操作，根据缺损长度等设计回肠段构型；对膀胱挛缩患者行同期膀胱扩大术；构建抗反流乳头瓣；游离大网膜瓣包裹重建部位以促进新生血管形成。

4. 术后评估与随访

肾造瘘管和双 J 管常规留置 8 周，经改良 Whitaker 试验确认吻合口通畅后拔除。术后 3 个月行动态磁共振尿路成像评估输尿管回肠动力学。术后 1、3、6、12 个月进行标准化随访，包括症状评估、体格检查、血尿常规及影像学检查等。

主要研究结果

1. 基线特征

共纳入 35 例患者，均为女性，82.9%为双侧输尿管狭窄。85.7%为宫颈癌放疗后患者，所有患者均有盆腔手术史，术前均置入肾造瘘管，中位留置时间为 6 个月。

2. 围手术期结果

所有手术均顺利完成，无中转开放手术。中位截取回肠长度为 28 cm，平均手术时间为 331.6 ± 112.3 min，中位估计失血量为 50mL，无术中输血。术后平均住院时间为 12.43 ± 6.00 天。术后患者肾功能显著改善。

3. 随访结果

在中位 20 个月的随访时间中，34 例患者（97.1%）达到临床成功。仅 1 例双侧 IUR 患者术后出现右侧输尿管再狭

窄，经二次手术后肾功能稳定。

术后并发症方面，7例（20%）出现短期并发症（CD I级4例，II级3例），包括尿路感染和肠梗阻；9例（25.7%）出现长期并发症（均为CD II级），包括复发性尿路感染、代谢性酸中毒和复发性肠梗阻。无CD \geq III级并发症发生。

主要研究结论与临床启示

机器人辅助 IUR 是治疗盆腔恶性肿瘤放疗后 RIUS 的一种可行且有效的手术策略。该微创技术在应对盆腔致密粘连、输尿管与其周围组织纤维化、双侧长段输尿管受累及合并膀胱挛缩等手术复杂性方面具有优势。

1.3 复杂输尿管息肉亚型 MASTUMP 综合征的特征与治疗

标题： A clinical entity of multiple ureteral fibroepithelial polyps with annular stenosis and tortuosity: clinical features and management considerations.

作者： Li X, Yu X, Xu L, Zhao F, Ying H, Tao Z, Wang X, Zhang L, Li Z, Yang K, Zhou L, Wang G, Li X.

通讯作者： Wang G, Li X.

出处： Ther Adv Urol. 2026; 18: 17562872261422952. doi: 10.1177/17562872261422952.

输尿管纤维上皮性息肉（FEPs）较为罕见，可引发输尿管梗阻、血尿和肾积水等症状，临床表现与尿路上皮癌相似。多发息肉的治疗面临完全切除与内镜微创之间的挑战。输尿

管镜下切除术是主要治疗方式，但对于合并弥漫性息肉、环形狭窄或输尿管迂曲的复杂病例，内镜治疗易出现操作困难、切除不彻底、复发等问题。

研究团队基于临床经验发现，当输尿管多发息肉合并环形狭窄和输尿管迂曲时，疾病表现呈现质的不同，表现为手术难度大和易复发。目前现有术语，如多发 FEPs，无法完全涵盖这一独特的临床表型。为填补空白，本研究团队提出了描述性术语“MASTUMP”，用于定义多发环形狭窄、输尿管迂曲、多发息肉三联征的复杂输尿管 FEPs 亚型。本研究报道数例罕见且难治的 MASTUMP 病例，通过全外显子组测序 (WES) 探究其潜在遗传学基础，并评估最佳手术策略。

研究方法

1. 研究对象

本研究为单中心回顾性病例研究，包括 9 名接受治疗的复杂输尿管息肉患者。所有病例均符合以下纳入标准：

(1) 存在三联征：a. 多发环形狭窄 (≥ 2 个节段)，逆行或顺行肾盂造影证实管腔狭窄程度 $\geq 50\%$ ；b. 输尿管迂曲，影像学或术中见 ≥ 2 个连续 $> 45^\circ$ 成角；c. 多发息肉 (≥ 3 个病灶)，经内镜或术中确认。

(2) 病理确诊为 FEP。

排除标准包括炎性息肉、恶性肿瘤、合并尿路上皮癌、无法耐受手术及失访。

2. 数据收集

从 RECUTTER 数据库提取数据，包括患者人口学特征、合并症、症状、既往治疗史；实验室检查含血清肌酐、肾图评估的分肾功能；影像学检查采用超声、计算机断层尿路造影（CTU）、磁共振尿路造影，量化肾积水程度、肾积水前后径（APD）、肾皮质厚度及息肉特征；同时记录手术细节、病理结果及 WES 数据。

3. 测序

从患者外周血样本中提取 DNA，使用全外显子捕获试剂盒进行目标区域捕获，并在 NovaSeq 平台测序。重点分析 54 个先天性肾脏和尿路畸形（CAKUT）相关基因及 131 个可能伴 CAKUT 表现的单基因多系统综合征相关基因，依据 ACMG 指南进行变异致病性分级。

4. 随访

术后第 1 年每 3 个月随访 1 次，此后每 6 个月 1 次，随访内容包括症状、体格检查、血清肌酐、尿常规和泌尿系超声。术后 3-6 个月行 CTU 及利尿肾图检查。复发定义为随访影像学检查发现息肉或狭窄再现，或临床症状复发需再次干预。

主要研究结果

1. 基线特征

9 例患者中男性 7 例，女性 2 例，平均年龄 35.1 ± 13.1

岁。息肉位于左侧 4 例，双侧 5 例，主要位于输尿管上段，中位病变长度为 4 cm，尿路造影可见特征性“藕节样”表现。所有患者均有内镜或手术治疗失败史。

肾积水 SFU 分级：1 级 1 例、2 级 3 例、3 级 4 例、4 级 1 例，平均 APD 为 2.43 ± 0.88 cm。

2. 基因测序结果

WES 检测发现 2 例患者存在 NRIP1 和 TSC2 基因突变。

3. 手术治疗与预后

手术治疗为息肉+病变输尿管（迂曲、环形狭窄）切除联合尿路重建，重建方式根据缺损长度个体化选择：输尿管端端吻合 2 例、肾盂瓣成形 1 例、舌黏膜移植 1 例、回肠代输尿管 5 例。

中位随访 46.3 个月，无复发病例。1 例患者术后 2 年出现对侧息肉和结石，经钬激光碎石+内镜息肉切除后治愈。

主要研究结论与临床启示

MASTUMP 综合征是复杂输尿管息肉中的一个临床表型，可能与先天性肾脏和尿路畸形相关。内镜治疗复发风险较高，应谨慎对待。手术切除联合个体化尿路重建策略可带来持久疗效。进一步开展遗传学研究和多中心验证，对于完善其诊断标准和治疗策略至关重要。

1.4 前列腺癌 PSMA 放射性配体治疗患者筛选中国专家共识 (2025)

标题：前列腺癌 PSMA 放射性配体治疗患者筛选中国专家共识 (2025)

编制者：中华医学会核医学分会、中华医学会泌尿外科学分会、中国医师协会核医学医师分会、国家核医学专业医疗质量控制中心、广东省医师协会核医学医师分会、广州地区核医学专业医疗质量控制中心。

出处：国际放射医学核医学杂志, 2025, 49(11): 735-745.

前列腺特异膜抗原 (PSMA) 放射性配体疗法 (RLT) 在我国被逐步推广应用，为晚期前列腺癌的精准治疗提供了重要策略。为规范我国 PSMA RLT 的临床应用，优化患者分层与管理，推动精准治疗落地，由中华医学会核医学分会、中国医师协会核医学医师分会发起，组织来自核医学、泌尿外科的 33 位专家，共同制订了《前列腺癌 PSMA 放射性配体治疗患者筛选中国专家共识 (2025) 》。该共识基于国内外最新循证证据及 Delphi 法，形成 14 条推荐意见，涵盖 PSMA RLT 在转移性去势抵抗性前列腺癌 (mCRPC) 患者筛选、影像评估、风险分层及治疗禁忌等方面的关键内容。

临床问题 1

对接受新型雄激素受体通路抑制剂 (ARPI) 治疗失败的患者，是否推荐行 PSMA RLT 治疗？

【推荐意见 1.1】对接受过 ≥ 1 种新型 ARPI 治疗失败且尚未接受紫杉烷类化疗的 mCRPC 患者，推荐行 PSMA RLT 治疗。

【推荐意见 1.2】对于 ARPI 治疗失败且紫杉烷类化疗后进展的 mCRPC 患者，可推荐行 PSMA RLT 治疗。

临床问题 2

符合哪些影像学与临床标准的 mCRPC 患者，推荐使用 PSMA RLT?

【推荐意见 2.1】 PSMA PET/CT 证实病灶为 PSMA 表达阳性（miPSMA 评分 V2 ≥ 2 分），是 mCRPC 患者启动 PSMA RLT 治疗的必要条件。

【推荐意见 2.2】对于 PSMA 低表达的患者，建议补充 18F-FDG PET/CT 进行联合评估以优化患者治疗方案的选择。若大部分病灶的 18F-FDG 摄取高于 PSMA 摄取，应优先考虑其他治疗方案，不推荐行 PSMA RLT。

【推荐意见 2.3】仅伴有 PSMA 高表达的淋巴结转移或以淋巴结转移为主的 mCRPC 患者，推荐 PSMA RLT 治疗。

【推荐意见 2.4】合并 PSMA 高表达肺转移灶的 mCRPC 患者，推荐采用 PSMA RLT 进行治疗。

临床问题 3

患者存在哪些临床特征时，不推荐将 PSMA RLT 作为治疗选择方案?

【推荐意见 3.1】对于合并肝脏转移的 mCRPC 患者，若经 PSMA PET/CT 评估显示肝转移灶 PSMA 低摄取 (<1.5 倍正常肝组织) 或无摄取，不推荐行 PSMA RLT 治疗。

【推荐意见 3.2】对于合并肝脏转移的 mCRPC 患者，若经 PSMA PET/CT 评估显示肝转移灶 PSMA 高摄取 (≥ 1.5 倍正常肝组织)，可考虑将 PSMA RLT 作为挽救性治疗方案或联合治疗措施之一，但在治疗期间及治疗后应严格监测疗效。

【推荐意见 3.3】经评估符合 PSMA RLT 治疗标准且神经功能稳定的 mCRPC 患者，若其中枢神经系统 (CNS) 转移灶呈 PSMA 高摄取，在缺乏更优替代方案时，推荐将 PSMA RLT 作为系统性治疗的一部分，治疗前需与患者充分沟通预后且获取知情同意。

【推荐意见 3.4】接受 PSMA RLT 治疗的 mCRPC 患者，治疗期间需加强对 CNS 的监测，在 PSMA RLT 治疗期间若出现 CNS 转移或病变进展，不推荐继续行 PSMA RLT 治疗。

【推荐意见 3.5】广泛骨转移 (定义为 PSMA 阳性高肿瘤负荷骨转移) 患者可纳入 PSMA RLT 治疗筛选。若伴有骨髓功能严重不足 (骨髓抑制分级 ≥ 3 级)，不推荐行 PSMA RLT 治疗。

临床问题 4

当患者存在哪些病理特征时，不推荐将 PSMA RLT 作为

治疗选择?

【推荐意见 4.1】对于经活检确诊且 PSMA PET/CT 显示存在显著 PSMA 高表达的神经内分泌前列腺癌 (NEPC) 患者,可考虑将 PSMA RLT 治疗作为系统性治疗的一部分。

【推荐意见 4.2】在 PSMA RLT 治疗期间及治疗后,需要监测 t-NEPC 风险;一旦经组织病理学检查确认 t-NEPC,建议再次开展多学科讨论制定综合治疗方案。

临床问题 5

对于存在严重合并症的 mCRPC 患者,是否采用 PSMA RLT 治疗?

【推荐意见 5.1】合并其他活动性恶性肿瘤的 mCRPC 患者,需评估肿瘤竞争性风险以确定 PSMA RLT 治疗的时机。

1.5 嗜铬细胞瘤围术期管理专家共识 (2025 版)

标题:嗜铬细胞瘤围术期管理专家共识 (2025 版)

编制者:《嗜铬细胞瘤围术期管理专家共识》专家编写组

出处:中华内分泌外科杂志(中英文),2025,19(6):793-800.

嗜铬细胞瘤是一种罕见的分泌过量儿茶酚胺的神经内分泌肿瘤,其复杂的病生理机制可导致严重高血压和多种围术期并发症,影响患者手术安全及预后。因此,围术期管理质量对医疗效果至关重要。近年来,临床对嗜铬细胞瘤的诊

疗与护理关注度不断提升，但针对其围术期管理的规范化指导文件仍较为缺乏。由全国 13 个省市的医疗及护理专家组成的编写组，遵循循证医学原则，基于临床证据编写了《嗜铬细胞瘤围术期管理专家共识（2025 版）》，旨在规范临床围术期管理流程，降低医疗风险，提升疾病整体医疗管理水平。

围术期健康教育

推荐意见 1：基于护理评估为患者实施全程健康教育，采用个体化、多模式的方式进行宣教（重要性评分：4.86±0.27，推荐强度 A，证据等级 1b）

完善术前准备

推荐意见 1：建立多学科管理团队完成术前评估（重要性评分：4.94±0.24，推荐强度 A，证据等级 1c）

推荐意见 2：严格按照检验规范进行化验标本留取（重要性评分：4.91±0.26，推荐强度 A，证据等级 1c）

推荐意见 3：术前协助患者完善各项诊断试验与监测指标收集（重要性评分：4.91±0.27，推荐强度 A，证据等级 1c）

推荐意见 4：患者应用药物准备期间，严密监测用药后反应（重要性评分：5.00±0.00，推荐强度 A，证据等级 1b）

推荐意见 5：术前完成患者饮食、活动能力的评估与护理（重要性评分：4.79±0.40，推荐强度 B，证据等级 1c）

围术期血压与血流动力学管理

推荐意见 1：术前应严格执行血压、心率的监测，必要时进行卧立位血压、心率的监测（重要性评分：4.93±0.24，推荐强度 A，证据等级 1b）

推荐意见 2：麻醉科、手术室围术期管理需按嗜铬细胞瘤手术要求充分准备，维持患者术中血压与血流动力学稳定（重要性评分：4.94±0.24，推荐强度 A，证据等级 1b）

推荐意见 3：患者术后需密切监测生命体征，维持血压与血流动力学稳定，必要时转入 ICU 治疗（重要性评分：4.65±0.68，推荐强度 B，证据等级 1c）

推荐意见 4：密切关注并维持患者容量平衡、水电解质平衡（重要性评分：4.76±0.42，推荐强度 B，证据等级 1b）

围术期血糖管理

推荐意见 1：围术期严格遵医嘱执行血糖监测，及时判读血糖结果、识别低血糖症状（重要性评分：4.82±0.38，推荐强度 B，证据等级 1c）

围术期专科并发症的管理评估与处理

推荐意见 1：泌尿专科护士应具备识别嗜铬细胞瘤并发症的能力（重要性评分：4.94±0.24，推荐强度 A，证据等级 1b）

推荐意见 2：推荐制定嗜铬细胞瘤患者围术期心脑血管及跌倒、坠床等意外事件的抢救流程与预案，保障患者安全

(重要性评分：4.88±0.32，推荐强度 A，证据等级 1c)

推荐意见 3：准确识别高血压危象并及时处理（重要性评分：5.00±0.00，推荐强度 A，证据等级 1b）

推荐意见 4：准确识别肾上腺危象并及时处理（重要性评分：5.00±0.00，推荐强度 A，证据等级 1b）

推荐意见 5：积极预防与控制常见外科围术期感染（重要性评分：4.59±0.49，推荐强度 B，证据等级 1c）

推荐意见 6：准确识别失血性休克征象（重要性评分：4.88±0.32，推荐强度 A，证据等级 1b）

推荐意见 7：患者卧床期间应预防压力性损伤的发生（重要性评分：4.41±0.84，推荐强度 B，证据等级 1c）

1.6 PARP 抑制剂在转移性去势抵抗性前列腺癌中的临床应用共识

标题：PARP 抑制剂在转移性去势抵抗性前列腺癌中的临床应用共识

编制者：中国抗癌协会泌尿肿瘤专业委员会

出处：中国肿瘤临床, 2025, 52(24): 1244-1252.

转移性去势抵抗性前列腺癌（mCRPC）是前列腺癌治疗的终末阶段，治疗选择有限，预后较差。近年来，PARP 抑制剂作为一类新型靶向药物，已在 mCRPC 治疗中展现出

显著疗效，尤其适用于携带同源重组修复（HRR）基因突变的患者。为规范 PARP 抑制剂在国内 mCRPC 患者中的临床应用，中国抗癌协会泌尿肿瘤专业委员会组织多学科专家，基于循证医学证据与临床实践经验，制定了本共识。本共识系统阐述了 PARP 抑制剂的作用机制、适应证、基因检测策略、治疗方案及不良反应管理。

基因检测

推荐意见 1：最佳的基因检测时机应为 mCRPC 的一线治疗阶段（证据等级：中；推荐等级：中；专家组赞同率：完全同意：61.54%，部分同意：38.46%）。

推荐意见 2：将前列腺癌相关基因检测作为首选目标基因，这类基因检测包括 AR 通路、HRR 突变、遗传预测及其他前列腺癌相关通路的基因检测（证据等级：中；推荐等级：中；专家组赞同率：完全同意：76.92%，部分同意：23.08%）。

PARP 抑制剂在 mCRPC 中的治疗方案与剂量调整

推荐意见 3：对于恩扎卢胺联合他拉唑帕利治疗的患者，推荐的起始剂量存在争议。建议使用 0.5 mg Qd 作为维持剂量（证据等级：低；推荐等级：中；专家组赞同率：完全同意：69.23%，部分同意：30.77%）。

推荐意见 4：在阿比特龙联合奥拉帕利治疗的患者中，奥拉帕利起始剂量为 300 mg Bid（证据等级：低；推荐等级：中；专家组赞同率：完全同意：69.23%，部分同意：30.77%）。

PARP 抑制剂不良反应管理

推荐意见 5: 对于 PARP 抑制剂使用期间出现 III 度及以下的中性粒细胞减少, 暂停药物并给予升白、升血小板治疗, 待不良反应恢复后继续原剂量治疗 (证据等级: 中; 推荐等级: 强; 专家组赞同率: 完全同意: 100%)。

推荐意见 6: 对于 PARP 抑制剂使用期间出现 IV 级中性粒细胞减少, 建议暂停药物并给予升白、升血小板治疗, 待不良反应恢复后减量治疗 (证据等级: 中; 推荐等级: 强; 专家组赞同率: 完全同意: 84.62%, 部分同意: 15.38%)。

推荐意见 7: PARP 抑制剂的使用并没有明确的年龄限制, 适用性应根据患者的整体身体状况进行评估。(证据等级: 低; 推荐等级: 强; 专家组赞同率: 完全同意: 100%)。

PARP 抑制剂治疗前评估

推荐意见 8: PARP 抑制剂的使用应优先考虑血红蛋白水平在 1 级贫血以上的患者, 即血红蛋白水平应高于 100 g/L (证据等级: 中; 推荐等级: 强; 专家组赞同率: 完全同意: 84.62%, 部分同意: 15.38%)。

推荐意见 9: 在治疗开始之前, 患者的中性粒细胞计数应至少保持在 1 级粒细胞减低以上 ($ANC > 1.5 \times 10^9/L$) (证据等级: 低; 推荐等级: 中; 专家组赞同率: 完全同意: 69.23%, 部分同意: 30.77%)。

推荐意见 10: 基线时患者的血小板计数应保持在 1 级血

小板减低以上 (PLT $>75\times 10^9/L$)。低于该标准的患者需要经过进一步评估和处理，以确保其能够耐受 PARP 抑制剂治疗 (证据等级：中；推荐等级：强；专家组赞同率：完全同意：92.31%，部分同意：7.69%)。

1.7 中国老年脑卒中患者相关泌尿功能障碍管理指南 (2025 版)

标题：中国老年脑卒中患者相关泌尿功能障碍管理指南 (2025 版)

编制者：泌尿功能障碍预防和康复联盟

出处：中华腔镜泌尿外科杂志 (电子版), 2025, 19(6): 681-692.

泌尿功能障碍是老年脑卒中患者的常见并发症，主要表现为尿失禁、排尿困难及尿潴留，可引发尿路感染、肾功能损害、膀胱结石等并发症，导致焦虑、抑郁等心理问题并加重经济负担。目前我国针对该人群的泌尿功能障碍管理指南仍属空白，制定符合国际标准的循证指南对规范诊疗、改善预后具有重要意义。中华医学会泌尿外科学分会联合泌尿功能障碍预防和康复联盟牵头制定了《中国老年脑卒中患者泌尿功能障碍管理指南 (2025 版)》，旨在为各级医疗机构提供标准化诊疗框架，优化老年脑卒中患者泌尿功能障碍的

全周期管理，提升其生活质量并降低并发症风险。

临床问题与推荐意见

临床问题 1：老年脑卒中患者泌尿功能障碍分类

推荐意见 1：神经源性膀胱（1A）；非神经源性膀胱，包括膀胱过度活动症、夜尿症、尿潴留（1B）。

临床问题 2：老年脑卒中患者泌尿功能障碍评估诊断方法

推荐意见 2：病史采集及重点体格检查（GPS）；问卷调查及排尿日记（GPS）；专科检查，包括实验室检查、泌尿系超声、尿流率、膀胱残余尿量测定、尿垫试验、影像学检查、尿动力学检查等（GPS）。

临床问题 3：老年脑卒中患者泌尿功能障碍治疗方法

推荐意见 3：保守治疗，包括行为训练、健康教育、盆底肌肉训练、间歇导尿、心理康复等（GPS）；药物治疗，包括抗毒蕈碱药、 β -3 肾上腺素能受体激动剂、 α 受体阻滞剂、肉毒杆菌毒素 A 等（1B）；手术治疗，包括括约肌切开术、尿道填充术、人工尿道括约肌植入术、骶神经调控等（1A）。

临床问题 4：老年脑卒中患者泌尿功能障碍常见并发症

推荐意见 4：尿路感染，主要与膀胱排空障碍及长期留置导尿有关（1A）；肾功能损害，与膀胱高压引发尿液反流、肾积水有关（1A）；膀胱结石，与尿液浓缩、感染及逼尿肌低活动性相关（1A）。

临床问题 5：老年脑卒中患者泌尿功能障碍随访管理

推荐意见 5：推荐随访周期为 2 周、1 个月、2 个月、3 个月、6 个月，1 年，此后每半年随访 1 次，出现不适症状立即返院复诊（GPS）；随访内容为根据患者病情需要，选择进行尿常规、尿细菌培养、泌尿系彩超、膀胱残余尿测定、尿动力学检查、肾功能检查、影像学检查、膀胱镜检查等（GPS）。

1.8 前列腺癌 NCCN 指南（2026 年 V3 版）

标题：Prostate Cancer, Version 3.2026, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology

编制者：National Comprehensive Cancer Network (NCCN)

出处：J Natl Compr Canc Netw. 2025; 23(11): 469–493.

doi: 10.6004/jnccn.2025.0052

本文所包含的指南章节聚焦于转移性去势敏感性前列腺癌（mCSPC）、非转移性去势抵抗性前列腺癌（CRPC）以及转移性 CRPC（mCRPC）。

对于 mCSPC 患者，疾病特征（如转移是同时性还是异时性发生，以及转移负荷的程度）会影响治疗决策，包括适宜的治疗强化程度，以及何时应考虑针对前列腺的局部治疗和/或针对转移灶的定向治疗。

在 mCRPC 背景下，应继续雄激素剥夺治疗，并序贯或联合添加特定的雄激素受体通路抑制剂、化疗、免疫治疗、

放射性药物和/或靶向治疗。

NCCN 前列腺癌专家组强调，在所有疾病阶段，均应基于患者偏好、既往治疗暴露情况、生物标志物、转移的范围和部位、症状以及潜在的副作用，采取共同决策的方法。

mCSPC

对于 mCSPC 患者，强烈推荐在雄激素剥夺治疗 (ADT) 基础上进行强化治疗，不鼓励单独使用 ADT。治疗方案的选择取决于转移是同时性 (新发) 还是异时性 (复发)、以及转移负荷 (寡转移、低瘤负荷或高瘤负荷)。

1. 双联疗法

ADT 联合一种雄激素受体通路抑制剂 (ARPI)。

阿比特龙 (联合泼尼松)：1 类推荐。

阿帕鲁胺：1 类推荐。

恩杂鲁胺：1 类推荐。

达罗他胺：基于 ARANOTE 研究，虽改善了影像学无进展生存期 (rPFS)，但总生存期 (OS) 获益尚未证实，因此不是 1 类推荐。

2. 三联疗法

ADT 联合多西他赛及一种 ARPI (阿比特龙或达罗他胺)。

ADT+多西他赛+阿比特龙：在高瘤负荷 mCSPC 患者中显示 OS 获益，为 1 类推荐，是适合化疗患者的优选方案。

ADT+多西他赛+达罗他胺：在高瘤负荷 mCSPC 患者中

显示 OS 获益，为 1 类推荐，是适合化疗患者的优选方案。

重要说明：目前尚无直接比较双重治疗与三联治疗的头对头研究。三联疗法在低瘤负荷、同时性 mCSPC 患者中的应用存在争议，且不推荐用于低瘤负荷异时性 mCSPC。

CRPC

CRPC 定义：尽管血清睾酮达到去势水平 (<50 ng/dL)，但仍出现临床、影像学或生化进展，需持续 ADT 维持去势状态。

1. 非转移性 CRPC (M0 CRPC)

对于 PSA 倍增时间 (PSADT) ≤ 10 个月的高危患者，推荐使用下一代 ARPI 以显著延长无转移生存期 (MFS) 和 OS。优选方案 (均为 1 类推荐)：阿帕鲁胺、达罗他胺、恩杂鲁胺。

对于 PSADT > 10 个月的患者，首选监测。

2. mCRPC

2.1 基线评估

对所有患者，推荐进行转移灶活检 (如可行) 及 MSI/dMMR、HRR 基因、TMB 检测，以指导治疗选择和遗传咨询。

2.2 系统治疗分层

未用 ARPI：首选阿比特龙、恩扎卢胺 (1 类)，备选多西他赛 (1 类)。

用过 ARPI、未用多西他赛：首选多西他赛（1 类）。

用过 ARPI+多西他赛：首选卡巴他赛（1 类）。

2.3 生物标志物导向治疗

BRCA1/2 突变：首选奥拉帕利、卢卡帕利（1 类），可选奥拉帕利+阿比特龙、他拉唑帕利+恩扎卢胺、尼拉帕利+阿比特龙（均 1 类）。

MSI-H/dMMR：推荐帕博利珠单抗（2B 类）。

PSMA 阳性：¹⁷⁷Lu-PSMA-617（1 类），适用于 ARPI 士紫杉类治疗后。

2.4 其他治疗

骨转移为主、无内脏转移：镭-223（1 类），需联合地舒单抗/唑来膦酸。

无症状/轻症状、无肝转移：Sipuleucel-T 疫苗。

寡转移/寡进展：MDT 联合系统治疗可改善 PFS。

小细胞/神经内分泌分化：采用铂类联合化疗方案。

1.9 德国真实世界数据揭示 mPCa 二十年生存变化

> [Prostate Cancer Prostatic Dis.](#) 2026 Feb 24. doi: 10.1038/s41391-026-01092-w.
Online ahead of print.

Survival trend in metastatic prostate cancer two decades of real-world data on overall survival from Germany

转移性前列腺癌（mPCa）仍是临床治疗的重大挑战。过去二十年间，mPCa 的治疗格局发生了重大变革，从单纯的雄激素剥夺治疗（ADT）发展为融合新型内分泌药物、化疗、靶向治疗及放射性配体治疗的多模式综合治疗，多类关键药物与联合治疗方案的临床应用均证实能带来生存获益。

然而，临床试验人群往往难以代表老年及合并症患者，治疗进展的疗效向真实世界临床实践的转化效果、人群水平的生存获益特征尚未被充分阐明。本研究利用德国 1999-2021 年的全国癌症登记数据，评估初诊 mPCa 患者总生存期的时间趋势，旨在验证临床试验的进展是否已转化为真实世界中人群层面的生存改善。

研究方法

1. 数据来源与患者选择

本研究数据来源于德国癌症登记数据中心（ZfKD），数据集包括 1999 年至 2021 年间确诊的所有前列腺癌（ICD-10: C61）病例，共计 657499 例，生存随访数据截至 2023 年 12 月 31 日。

排除标准：仅尸检诊断、继发性恶性肿瘤、诊断后 30 天内死亡、年龄 < 30 岁以及 M 分期信息缺失。对于分期 Mx（未知）的病例，根据临床实践模式将其归类为 M0，排除在本研究之外。最终将 54890 例初诊 M1 期前列腺癌患者纳入核心分析队列。

2. 研究终点与变量

主要终点：中位总生存期（mOS）。

次要终点：3年、5年和10年生存率。

主要研究变量：诊断年份、确诊时年龄（分为<70岁和≥70岁两组）、T分期、N分期及UICC分期等。

主要研究结果

1. 患者特征

在纳入的54890例初诊M1期患者中，诊断时中位年龄为72岁。基线临床特征呈预期分布：21%的患者为T4期，45%为N1期，20年随访中死亡率为75%。67.8%的患者具备完整TNM分期资料。

2. 总体生存趋势

整个M1队列的mOS呈显著改善趋势，从1999年的31.0个月提升至2019年的37.0个月，相对改善率为19.4%（ $p<0.001$ ）。时间序列分析证实生存数据呈非平稳性，且存在显著正向生存趋势（ $p=0.004$ ）。

线性回归分析显示，患者确诊年份每延后1年，mOS平均增加0.22个月（ $p<0.001$ ）。多因素Cox回归分析经年龄、TNM分期和UICC分期校正后，证实诊断年份是患者生存改善的独立预测因素（ $p<0.001$ ）。

3. 年龄分层生存结局

年龄分层分析显示出显著的生存获益不均衡性。

<70 岁患者的 mOS 从 1999 年 34.0 个月升至 2019 年 49.0 个月，相对提升 44.1%。时间序列分析证实该亚组数据呈非平稳性，且存在显著正向趋势 ($p=0.029$)。

≥ 70 岁患者的 mOS 仅从 1999 年 28.0 个月升至 2019 年 29.0 个月，相对提升仅 3.6%。该亚组数据呈平稳性，提示生存获益已进入平台期。

线性回归分析进一步验证了上述差异，<70 岁患者 mOS 每年平均增加 0.44 个月 ($p<0.001$)，而 ≥ 70 岁患者仅增加 0.17 个月 ($p=0.007$)。年龄组与诊断年份的交互作用具有统计学意义 ($p=0.003$)，证实了不同年龄组的生存趋势存在显著差异。

4.3 年与 5 年生存率变化

3 年生存率从 1999 年的 45.1% 升至 2019 年的 50.9% ($p=0.004$)，年提升幅度为 0.19%。年龄分层显示，<70 岁患者的提升幅度更大，每年增加 0.5% ($p<0.005$)。

5 年生存率从 1999 年的 29.6% 升至 2018 年的 34.1%，整体改善幅度温和且趋势波动性较大 ($p=0.786$)。其中 <70 岁患者从 35% 升至 43%，老年患者则稳定在 28% 左右。

10 年生存率分析因近期队列随访时间不足存在局限性，整体无显著改善 ($p=0.412$)。近期队列 10 年生存率下降是由于随访时间不足所致，并非临床结局的实际恶化。

5. 按治疗时代的生存分析

按治疗发展阶段分层分析显示，患者生存获益随治疗手段的进步逐步提升。从紫杉醇前时代（1999-2003）mOS 31.5个月，到紫杉醇时代（2004-2010）的 33.0 个月，再到 ARPI 时代（2011-2016）的 35.0 个月，直至当代联合治疗时代（2017-2021）的 37.5 个月，各时代间的生存差异均具有统计学意义。

主要研究结论与临床启示

真实世界数据证实，过去二十年间 mPCa 患者的生存率取得了显著改善，也验证了临床试验的疗效成功转化至日常临床实践。然而，研究中呈现的显著年龄相关获益差异，提示老年患者可能存在治疗不足的问题，并凸显了制定适配年龄的治疗策略的必要性。

1.10 疗法革新，差距犹存——德国转移性前列腺癌的真实世界生存趋势研究

标题： Evolving therapies, persistent gaps: a real-world look at survival trends in metastatic prostate cancer.

作者： Zhao Y, Ni X, Zhu Y.

通讯作者： Zhu Y.

出处： Prostate Cancer Prostatic Dis. 2026 Mar. doi: 10.1038/s41391-026-01106-7. Epub ahead of print.

过去二十年间，转移性前列腺癌（mPCa）的治疗模式从雄激素剥夺治疗（ADT）发展为包含新型内分泌药物（NHAs）、PARP 抑制剂及化疗的多模式联合方案。尽管 LATITUDE 和 ARASENS 等关键临床试验已证实联合疗法能够显著改善患者的总生存期（OS），但这些获益能否在常规临床实践中完全实现，尚不清楚。

Sondermann 等研究者利用德国 1999-2021 年的全国癌症登记数据，评估初诊 mPCa 患者总生存期的时间趋势，旨在验证临床试验的进展是否已转化为真实世界中人群层面的生存改善。该研究的具体内容，请查阅 1.9 德国真实世界数据揭示 mPCa 二十年生存变化

朱耀教授述评

Sondermann 等基于德国癌症登记数据中心 54890 例患者、跨度 20 年的真实世界数据分析显示，mPCa 患者的

中位 OS 从 1999 年的 31.0 个月提升至 2019 年的 37.0 个月，证实了治疗创新在临床实践中的逐步落地。然而，20 年间仅 6 个月的绝对生存改善，也凸显了临床试验疗效与真实世界效果之间的持续差距。

值得注意的是，该研究揭示了显著的年龄相关差异。70 岁以下患者的中位 OS 提高 44.1%，支持了联合疗法在适宜人群中的实际疗效；而 70 岁及以上患者的中位 OS 仅提高 3.6%。造成这一差距的关键因素是临床试验与现实临床实践之间患者特征的差异。

在 Sonderrmann 的研究中，老年患者 (>70 岁) 约占队列的 60%。然而，Morgans 等最近的荟萃分析显示，70 岁>患者仅占关键 III 期临床试验参与者的 25% 至 40%。因此，基于年轻、体能良好人群制定的指南，可能不适用于老年患者。后者常伴有较多合并症，不仅增加非癌症相关死亡风险，也使他们对治疗毒性的耐受性更差。这些结果表明，对于老年患者而言，挑战不仅在于避免治疗不足，更在于如何优化治疗策略。

Sonderrmann 等研究的局限在于缺乏基础 PSA 值和转移灶体积数据。1999 年，mPCa 的诊断多依赖症状或骨扫描，仅能发现肿瘤负荷高的病例。近年来，广泛开展的 PSA 监测和敏感的影像学检查，能检测到体积较小的转移灶。因此，该研究中观察到的生存期延长，可能部分源于领先时间

偏倚，并非完全因为治疗效果。

未来老年患者的管理策略应优先考虑治疗优化，而非统一强化治疗。关键挑战是平衡疾病控制与毒性。当前研究正探索多种改良策略，如早期停药（NCT06824818）、综合支持性干预（NCT05582772），以及在体质弱患者中评估体育活动（NCT06660862）。通过整合老年评估、根据个体反应调整治疗强度与持续时间，有望缩小临床试验与真实世界之间的疗效差距，使日益增多的老年及体质弱人群在获得治疗进展的同时，减少治疗相关不良事件。

1.11 卡博替尼联合双免治疗持续改善晚期 RCC 患者 PFS

➤ [Ann Oncol. 2026 Feb 18:S0923-7534\(26\)00067-0. doi: 10.1016/j.annonc.2026.02.011.](#)
Online ahead of print.

Cabozantinib plus nivolumab and ipilimumab in previously untreated, advanced renal cell carcinoma: final results and biomarker analyses from the phase III COSMIC-313 study

免疫检查点抑制剂（ICIs）和酪氨酸激酶抑制剂（TKIs）单药或联合使用是晚期肾透明细胞癌（RCC）的一线标准治疗方案。纳武利尤单抗联合伊匹木单抗在 CheckMate 214 研究中展现出优于舒尼替尼的疗效，获批用于治疗中低危晚期 RCC 患者。卡博替尼是一种多靶点 TKI，可调控肿瘤微环境，其联合纳武利尤单抗的方案也获批用于晚期 RCC 一线治

疗。

COSMIC-313 研究初次分析显示,在中位随访 14.9 个月后,与安慰剂联合纳武利尤单抗+伊匹木单抗相比,卡博替尼联合纳武利尤单抗+伊匹木单抗显著改善了晚期 RCC 患者的无进展生存期 (PFS)。在额外 30 个月随访后,本文报告该方案的最终疗效、安全性结果,并通过探索性生物标志物分析,探究免疫细胞类型、基因特征与临床结局的关联。

研究方法

1. 研究设计

COSMIC-313 研究是一项国际多中心、随机、双盲、安慰剂对照的 III 期临床试验 (注册号: NCT03937219), 纳入既往未接受治疗的晚期/转移性 RCC 成人患者。按国际转移性肾细胞癌数据库联盟 (IMDC) 风险分层 (中危/低危) 和地理区域分层,按 1:1 比例随机分为试验组 (卡博替尼 40mg, 每日一次) 和安慰剂组, 两组均联合纳武利尤单抗+伊匹木单抗, 共 4 个周期。后续进入维持期 (卡博替尼/安慰剂+纳武利尤单抗), 最长 2 年。

2. 研究终点

主要终点: 前 550 例患者的 PFS, 由盲态独立放射学委员会 (BIRC) 评估。

次要终点: 意向性治疗 (ITT) 人群的总生存期 (OS)。

其他终点: BIRC 评估的客观缓解率 (ORR)、缓解持

续时间（DOR）及安全性。

3. 生物标志物分析

收集患者存档或新鲜肿瘤组织，提取总 RNA 行 HiSeq 2500 测序，经 GTEx v10 流程处理数据。采用随机森林机器学习算法，基于 IMmotion151 数据集筛选基因构建分类器，预测 COSMIC-313 数据集的分子聚类。

通过 CIBERSORT 估计免疫细胞相对比例，构建随机森林生存模型分析其与临床结局的关联。利用基因集变异分析计算基因特征富集分数，按 RECIST v1.1 将患者分为应答组（完全缓解/部分缓解）和无应答组（疾病稳定/疾病进展），采用 limma R 包分析两组基因表达差异。

主要研究结果

1. 患者基线与治疗

本研究共纳入 25 个国家 152 个中心的 855 例患者，试验组 428 例、安慰剂组 427 例，分别有 426 例和 423 例接受治疗并纳入安全性分析，两组均为 75%IMDC 中危、25% 低危。中位随访 45.0 个月。

2. 疗效

PFS：试验组中位 PFS 为 16.6 个月，安慰剂组为 11.2 个月（HR=0.82）。中危 IMDC 患者中，PFS 改善更为显著（22.1 vs 11.3 个月，HR=0.76）。

OS：两组中位 OS 相似，分别为 41.9 和 42.0 个月

(HR=1.02, P=0.84) , 未见统计学差异。

ORR 与 DOR: 试验组 ORR 为 46%, 安慰剂组为 37%; 中位 DOR 分别为 31.1 个月和未达到。

3. 安全性

试验组 3/4 级治疗相关不良事件 (TRAEs) 发生率为 75%, 安慰剂组为 43%。最常见 TRAEs 为肝酶升高。

试验组中 49%患者因 TRAEs 停用至少一种药物, 安慰剂组为 26%。试验组中 59%患者使用高剂量糖皮质激素管理免疫相关不良事件。

4. 生物标志物分析

分子分型: 在血管生成型亚组中, 试验组 ORR 显著高于安慰剂组 (56% vs 33%)。T 效应/增殖型亚组在试验组中 PFS 和 OS 均有改善趋势。

免疫细胞分析: M2 型巨噬细胞是最强的 PFS 和 OS 预测因子。其在 IMDC 高危患者及有内脏转移者中表达更高。在 M2 高表达亚组中, 试验组显著改善 PFS 和 OS。

应答者特征: 安慰剂组应答者表现为免疫激活相关基因高表达; 试验组应答者则表现为血管生成相关基因高表达、免疫通路低表达。

主要研究结论与临床启示

COSMIC-313 研究的长期随访结果表明, 在纳武利尤单抗和伊匹木单抗的基础上加用卡博替尼可持续带来 PFS 获

益。研究未观察到 OS 获益，也未发现新的安全性信号。探索性生物标志物分析提示，对于 M2 样巨噬细胞高表达患者，加用卡博替尼可提高生存率。

1.12 EAU26 最新突破性摘要速览

第 41 届欧洲泌尿外科学会年会（EAU26）将于当地时间 2026 年 3 月 13 日-16 日在英国伦敦召开。本次年会包括现场手术、前沿讲座和病例讨论，以及欧洲泌尿外科学院提供的教育课程和实践培训。

近日，大会官网公布了 30 项最新突破性摘要（LBA）标题，这些研究涵盖前列腺癌（14 项）、良性前列腺增生（2 项）、尿路上皮癌（7 项）、肾癌（2 项）、肾移植（1 项）、尿石症（1 项）、生殖系统疾病（3 项）等领域。其中 4 项研究来自中国学者，主要涉及前列腺癌的诊断、药物联合治疗，以及良性前列腺增生的微创治疗。

前列腺癌

信息快报

[1] 标题：Closing the knowledge gap to inform policy decision-making: health-related quality of life and health anxiety in men undergoing screening for prostate cancer

讲者：Hao S. (Karolinska Institutet, Sweden)

[2] 标题：Genomic Prostate Score predicts adverse oncological outcomes in patients with prostate cancer undergoing active surveillance, surgery, or radiotherapy in the ProMPT study

讲者：Sushentsev N. (University of Cambridge, United Kingdom)

[3] 标题：Progression-free survival following primary staging with ^{18}F PSMA-1007-PET/ceCT versus Na^{18}F -PET/ceCT in prostate cancer: Results from the PRISMA-PET randomized controlled trial

讲者：Buch-Olsen K.M. (Odense University Hospital, Denmark)

[4] 标题：Randomized controlled trial evaluating MRI-guided transurethral ultrasound ablation (TULSA) versus robotic prostatectomy: Initial perioperative outcomes

讲者：Klotz L.H. (University of Toronto, Canada)

[5] 标题：Phase III results of the RoboSling randomised controlled trial - continence outcomes with autologous vascularised bladder neck sling during robotic radical prostatectomy

讲者：Ashrafi D. (Royal Prince Alfred Hospital, Australia)

信息快报

[6] 标题：Extended Versus Limited Pelvic Lymph Node Dissection During Radical Prostatectomy for Intermediate- and High-risk Prostate Cancer: 10 years of follow up - Oncological Outcomes from a Randomized Phase 3 Trial

讲者：Ruggeri M. (Universidade de Sao Paulo, Brazil)

[7] 标题：From co-creation to practice: developing and implementing a stakeholder matrix for prostate cancer and health literacy in the CLEAR-PC framework.

讲者：Lumbreras B. (Miguel Hernández University, Spain)

[8] 标题：Integration of MRI, Clinical, and Blood Biomarkers Using Deep Learning to Predict Clinically Significant Prostate Cancer

讲者：Zhang C.Y. (Tongji Hospital, China)

[9] 标题：Efficacy and safety of darolutamide combined with trans-arterial chemoperfusion by docetaxel in metastatic hormone-sensitive prostate cancer

讲者：Ouyang J. (The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University Zhaoqing Hospital, China)

[10] 标题：Diagnostic Superiority of 18F-PSMA PET-MRI Over Conventional Imaging in Treatment-Naive Prostate Cancer: An Updated Analysis of a Prospective Validation Cohort

讲者：Wang H. (Shanghai East Hospital Affiliated to Tongji University, China)

[11] 标题：Adaptive recurrence risk predictions to optimise prostate cancer follow-up: Results of model validation and clinical impact

讲者：Schoorlemmer J. (Radboudumc, The Netherlands)

信息快报

[12] 标题: Radical Prostatectomy Without Prior Biopsy: A Multicentre Study in Mexico

讲者: Magdaleno Rodriguez D.R. (General Hospital Manuel Gea Gonzalez, Mexico)

[13] 标题: Robotic Prostatectomy Artificial Intelligence Low Pressure Pain (RALP) Trial

讲者: Vasdev N. (Lister Hospital, United Kingdom)

[14] 标题: Dual Validation of Artificial Intelligence for Qualitative and Quantitative Intraoperative Assessment in Robotic Urologic Surgery

讲者: Anceno A. (University of Southern California, USA)

良性前列腺增生

[1] 标题: Perioperative and functional outcomes of robot-assisted simple prostatectomy versus laser enucleation in patients with large-volume prostates

讲者: Wang Z. (Ghent University Hospital, Belgium)

[2] 标题: Efficacy and Safety of Transurethral Water Vapor Thermal Therapy under Local Anesthesia for Benign Prostatic Hyperplasia Across Different Prostate Volumes

讲者: Yuming Q. (The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, China)

尿路上皮癌

[1] 标题: Final analysis of the phase 1 first-in-human study of erda-iDRS, an erdafitinib intravesical drug-releasing system, in patients with non-muscle-invasive bladder cancer harboring select FGFR alterations

讲者: Vilaseca A. (Hospital Clínic de Barcelona, Spain)

[2] 标题: Fluorescence cystoscopy and adjuvant optimized mitomycin-C in non-muscle invasive bladder cancer with high risk of recurrence – results from the prospective randomized FinnBladder 9 trial

讲者: Boström P.J. (Turku University Hospital, Finland)

[3] 标题: Holmium Laser En-Bloc Resection Versus Conventional TURBT for Large Non-Muscle Invasive Bladder Tumors: Safety and Mid-term Oncological Outcomes from a Prospective Randomized Trial

讲者: Pereira M. (Instituto do Cancer do Estado de Sao Paulo, Brazil)

[4] 标题: Extended clinical outcomes of neoadjuvant intravesical mitomycin-c therapy administered immediately prior to transurethral resection of bladder tumor in non-muscle invasive bladder cancer: over 3 years of follow-up data from a randomized phase II trial

讲者: Seo H.K. (National Cancer Center, South Korea)

[5] 标题: Clinical Validation of a Urine-based PENK DNA Methylation Assay (EarlyTect BCD Plus) for Primary and Recurrent Bladder Cancer Detection

讲者: deVos T. (Promis Diagnostics, USA)

信息快报

[6] 标题: Detection of Bladder Cancer in Patients with Microscopic Hematuria using Oncuria-Detect, Analysis of an International Prospective Study

讲者: Lotan Y. (UTSW, USA)

[7] 标题: Surveillance for recurrent urothelial cancer using Oncuria-Monitor, a urine-based multiplex immunoassay Analysis of a Prospective international Multicenter Study

讲者: Lotan Y. (UTSW, USA)

肾癌

[1] 标题: Exploring The Role of Carbonic Anhydrase IX as Diagnostic Target in Von-Hippel Lindau Disease: A Phase 2 Clinical Trial (CAT-VHL-PRR-POC-2023-12377493 - Cohort A)

讲者: Larcher A. (IRCCS Ospedale San Raffaele, Italy)

[2] 标题: Data Accuracy and Its Impact on Evidence Validity for Evidence synthesis practice: A Reproducibility Study in Urology

讲者: Xiaolong W. (Lewis Katz School of Medicine at Temple University, USA)

肾移植

[1] 标题: Open versus robot-assisted kidney transplantation in adults with end-stage kidney disease (ORAKTx): a randomised open-label trial

讲者: Ortved M. (Copenhagen University Hospital - Rigshospitalet, Denmark)

尿石症

[1] 标题: Health-Economic Implications of the SURE procedure in Kidney Stone Removal: A Claims Data Analysis based on Two-Year Results of the ASPIRE Study

讲者: Johnson B. (University of Texas Southwestern, USA)

生殖系统疾病

[1] 标题: Predictors of Penile Prosthesis Length: Results from the PHOENIX Registry

讲者: Yebes A. (Hospital Universitario La Paz, Spain)

[2] 标题: Autotransplanted human testicular tissue shows germ cell survival despite extensive structural degeneration

讲者: von Rohden E. (Copenhagen University Hospital-Herlev and Gentofte Hospital, Denmark)

[3] 标题: Results of Stage 1 of the Phase II Clinical Trial of Dostarlimab and Niraparib Combination Therapy in Patients with Stage III-IV Recurrent or Refractory Penile Cancer

讲者: Johnson J (Moffitt Cancer Center, USA)

1.13 无对比剂 bpMRI 优先筛查策略提高临床显著性前列腺癌检出率

Randomized Controlled Trial > Eur Urol. 2026 Mar;89(3):246-257.

doi: 10.1016/j.eururo.2025.11.024. Epub 2025 Dec 17.

Primary Noncontrast Magnetic Resonance Imaging for Prostate Cancer Screening: A Randomized Clinical Trial (PROSA)

前列腺癌的临床行为异质性较大，部分为惰性（ciPCa），可采取主动监测；而临床显著性前列腺癌（csPCa）则需及时干预以改善预后。基于前列腺特异性抗原（PSA）的筛查方案存在准确性有限、过度诊断等缺陷。多参数 MRI 已用于前列腺癌诊断，无对比剂双参数 MRI（bpMRI）成为早期检测新方向，但既往研究缺乏卫生技术评估（HTA）框架下的有效性与成本效益综合分析。

本研究（PROSA 试验）旨在评估无对比剂 bpMRI 优先筛查策略对 csPCa（ISUP 分级分组 ≥ 2 ）的检出效能，同时评价总体前列腺癌检出率、益处-危害指标及成本效益。

研究方法

1. 研究设计

PROSA（注册号：NCT04803188）是一项前瞻性、随机、干预性、单中心研究。

纳入标准：年龄为 49–69 岁（若有前列腺癌家族史则从 40 岁起）；预期寿命 ≥ 10 年；具备完全行为能力并签署知

情同意书。

排除标准: MRI 或前列腺穿刺禁忌证; 既往有 PCa 病史、前列腺活检或治疗病史; 活动性尿路感染或前列腺炎; MRI 图像质量低 ($PI-QUAL \leq 1$)。

2. 随机化与干预措施

参与者按 1:1 比例被随机分配至两组:

A 组 (MRI 优先组): 无论 PSA 水平, 直接接受 bpMRI。

B 组 (PSA 触发 MRI 组): 仅当 $PSA \geq 3$ ng/ml (有家族史者 ≥ 2.5 ng/ml) 时进行 bpMRI。

3. MRI 获取与报告

所有 MRI 检查均在 3T 扫描仪上进行, 采用 T2 加权成像和弥散加权成像, 并重建表观弥散系数图。图像由两名经验丰富的放射科医师独立评估, 采用 PI-RADS v2.1 评分, 若有分歧则通过协商或由高年资医师裁决。PI-RADS ≥ 3 者被推荐进行靶向穿刺。所有 MRI 图像均以 PI-QUAL v2 标准评估质量, 仅纳入 $PI-QUAL \geq 2$ 者。

4. 穿刺与病理

采用 MRI-经直肠超声融合靶向穿刺, 仅针对目标病灶取样, 不进行系统穿刺。病理学评估由一名资深泌尿病理学家完成, csPCa 定义为 ISUP 分级分组 ≥ 2 。

5. 成本评估与成本效益分析

从医疗支付方视角计算直接医疗成本, 含仪器、人员、

检查、操作等费用。采用 HTA 框架计算增量成本效果比 (ICER)，并进行单因素敏感性分析；探索性分析 PI-RADS ≥ 4 作为活检阈值的效能。

主要研究结果

1. 参与者特征

共随机分配 759 名男性 (A 组 369 人, B 组 383 人), 无失访。两组基线特征均衡, 中位 PSA 分别为 2.26 ng/ml (A 组) 和 2.00 ng/ml (B 组)。MRI 图像质量良好, 93.2% 为 PI-QUAL 3。

2. 癌症检出率

A 组: 40 人接受穿刺 (10.8%), 检出 csPCa 17 例 (4.6%), ciPCa 9 例 (2.4%)。

B 组: 20 人接受穿刺 (5.2%), 检出 csPCa 7 例 (1.8%), ciPCa 4 例 (1.0%)。

A 组 csPCa 检出率显著高于 B 组 (RD=2.8 个百分点, RR=2.5, $p=0.05$)。A 组中 47.1% 的 csPCa 患者 PSA 水平正常。

3. 活检与益处-危害分析

活检率: A 组为 10.8%, B 组为 5.2%。

益处-危害指标: A 组分级选择性为 1.89, B 组为 1.75; A 组活检效率为 0.74, B 组为 0.54; A 组避免活检数为 23.1, B 组为 11.9。

需活检病例数：A 组每检出 1 例 csPCa 需活检 2.35 例，B 组为 2.86 例。

4. 成本效益分析

ICER：bpMRI 优先策略每多检出 1 例 csPCa 的增量成本效益比为 2201.75 欧元。

成本效用：每检出 1 例癌症获 0.26 个质量调整生命年 (QALY)，增量成本效用比为 8468 欧元/QALY，符合成本效益阈值。

5. PI-RADS \geq 4 阈值探索性分析

若将穿刺阈值提高至 PI-RADS \geq 4，可避免 26 例穿刺 (43.3%)，仅漏诊 2 例 csPCa (8.3%)。ICER 下降至 1635.71 欧元，较基础分析改善 25.7%。

6. 安全性

无严重不良事件或手术相关死亡。轻微并发症包括低热、一过性血尿等，均自行缓解或对症处理后好转。

主要研究结论与临床启示

与 PSA 触发 MRI 的策略相比，无对比剂 MRI 优先的筛查路径提高了 csPCa 的检出率，优化了益处-危害指标，并展现出良好的成本效益。

2 期刊小知识

2.1 2026 年“新锐分区”发布（附 37 种预警期刊名单）

由于不同学科领域期刊的影响因子（IF）差异很大，在投稿选刊时研究人员不仅关注期刊的 IF，还会关注期刊的分区情况。期刊分区是指将同一学科领域内的期刊按照一定的标准划分成不同的等级。因此，期刊分区在一定程度上能够反映期刊在其所属学科领域中的学术水平和排名。

目前，通常参考的期刊分区有两种：①科睿唯安公司 Web of Science 平台中的 Journal Citation Reports（期刊引证报告）分区，通常简称为“JCR 分区”；②中国科学院文献情报中心期刊分区，通常简称为“中科院分区”。

2025 年 11 月 14 日，中国科学院文献情报中心“期刊分区表”公众号发布公告：“期刊分区表”公众号将专注于发布期刊分区表相关的动态信息，如年度数据更新、分区方法介绍等内容，其它相关资讯将通过“新锐学术”公众号推送。

2026 年 3 月 24 日，由新锐学术研制的《新锐期刊分区表》（简称“新锐分区”）正式推出。新锐分区以“独立、公益、免费、开放”为核心理念，以全球视野构建学术评价新范式。

新锐分区查询（免费）：

<https://www.xr-scholar.com>

新锐分区系统整合自然科学、工程技术、医学、管理科学、社会科学及人文艺术等领域的重要国际期刊，涵盖但不限于科学引文索引扩展版（SCIE）、社会科学引文索引（SSCI）、艺术与人文引文索引（A&HCI）和新兴来源引文索引（ESCI）收录的期刊，共计 22299 种期刊和 15 种重要会议论文集（计算机领域）。其中，收录中国主办英文期刊 705 种、中文期刊 34 种。该系统探索构建中英文期刊同质等效的评价体系，提升中国期刊的国际可见性与影响力。

新锐分区引入大模型与智能算法，不拘泥于单一指标或单一维度，推动学术评价由“数据汇聚”迈向“数据洞察”。同时，将期刊预警机制直接嵌入分区结果（标注“Under Review”预警标记），实施持续跟踪与动态更新，不再单独发布预警名单。目前共有 37 种期刊被标注预警标记“Under Review”，期刊名单请见下面表格。

信息快报

2026年《新锐期刊分区表》预警期刊名单		
期刊名称	ISSN/eISSN	学科类别
Biomedicine & Pharmacotherapy	0753-3322	医学
Clinical Hemorheology and Microcirculation	1386-0291	医学
Environmental Toxicology	1520-4081	医学
International Journal of Surgery	1743-9191	医学
Heliyon	2405-8440	综合性期刊
Indian Journal of Biochemistry & Biophysics	0301-1208	生物学
Annals of Medicine and Surgery	2049-0801	医学
International Journal of Surgery Case Reports	2210-2612	医学
International Journal of Surgery Open	2405-8572	医学
International Journal of Surgery Protocols	2468-3574	医学
International Journal of Surgery-Oncology	2471-3864	医学
Journal of the Pancreas	1590-8577	医学
Advances and Applications in Discrete Mathematics	0974-1658	数学
Applied Organometallic Chemistry	0268-2605	化学
Asian Journal of Agriculture and Biology	2307-8553	农林科学
Chemical Methodologies	2645-7776	化学
European Journal of Pure and Applied Mathematics	1307-5543	数学
Frontiers in Energy Research	2296-598X	工程技术
Genetic Resources and Crop Evolution	0925-9864	农林科学
IEEE Transactions on Intelligent Vehicles	2379-8858	计算机科学
International Journal of Intelligent Engineering Informatics	1758-8715	计算机科学
Jordan Journal of Mechanical and Industrial Engineering	1995-6665	工程技术
Journal of Computational Methods in Sciences and Engineering	1472-7978	工程技术
Journal of Earthquake and Tsunami	1793-4311	工程技术
Journal of Intelligent & Fuzzy Systems	1064-1246	计算机科学
Lobachevskii Journal of Mathematics	1995-0802	数学
Mechanics of Advanced Materials and Structures	1537-6494	材料科学
Media Education-Mediaobrazovanie	1994-4160	文学
Optical and Quantum Electronics	0306-8919	工程技术
Punjab University Journal of Mathematics	1016-2526	数学
Russian Chemical Bulletin	1066-5285	化学
Russian Journal of Physical Chemistry B	1990-7931	化学
Soft Computing	1432-7643	计算机科学
TeMA- Journal of Land Use Mobility and Environment	1970-9889	经济学
Transactions of FAMENA	1333-1124	工程技术
Veredas do Direito	1806-3845	社会学
Vestnik St Petersburg University-Mathematics	1063-4541	数学

信息快报

这些预警期刊中有 12 种为生物医学相关期刊，其中 6 种被 SCIE 收录，期刊名称为：

Biomedicine & Pharmacotherapy

Clinical Hemorheology and Microcirculation

Environmental Toxicology

International Journal of Surgery

Heliyon

Indian Journal of Biochemistry & Biophysics

经查询，上述 6 种 SCIE 收录的生物医学相关期刊中，目前 4 种期刊处于“On Hold”状态，2 种处于被镇压状态，详情请见下表。

期刊名称	ISSN/eISSN	学科类别	收录类型	目前SCIE收录状态
Biomedicine & Pharmacotherapy	0753-3322	医学	SCIE	On Hold
Clinical Hemorheology and Microcirculation	1386-0291	医学	SCIE	2025年被镇压
Environmental Toxicology	1520-4081	医学	SCIE	On Hold
International Journal of Surgery	1743-9191	医学	SCIE	On Hold
Heliyon	2405-8440	综合性期刊	SCIE	On Hold
Indian Journal of Biochemistry & Biophysics	0301-1208	生物学	SCIE	2025年被镇压
Annals of Medicine and Surgery	2049-0801	医学	ESCI	On Hold
International Journal of Surgery Case Reports	2210-2612	医学	ESCI	On Hold
International Journal of Surgery Open	2405-8572	医学	ESCI	On Hold
International Journal of Surgery Protocols	2468-3574	医学	ESCI	On Hold
International Journal of Surgery-Oncology	2471-3864	医学	ESCI	On Hold
Journal of the Pancreas	1590-8577	医学	ESCI	On Hold

2.2 突发! International Journal of Surgery 被 On Hold

2026 年 3 月 21 日，International Journal of Surgery 被科睿唯安列为“On Hold”（暂停收录）状态，表示科睿

信息快报

唯安目前对该期刊发表内容的质量担忧，需要重新评估该期刊。目前，SCIE 收录的该期刊论文的最新出版时间是 2026 年 2 月。

INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY

On Hold ⓘ

Publisher: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, TWO COMMERCE SQ, 2001 MARKET ST, PHILADELPHIA, USA, PA, 19103

ISSN / eISSN: 1743-9191 / 1743-9159

Web of Science Core Collection: Science Citation Index Expanded

Additional Web of Science Indexes: Essential Science Indicators

International Journal of Surgery 创刊于 2003 年，主办国是英国，涵盖所有外科专业。该期刊于 2011 年开始获得影响因子，目前最新影响因子（2024 IF）为 10.3。

JCR 分区：Q1，Surgery 3/314。

中科院分区（2025 年）：

医学大类 2 区；

外科小类 2 区。



发文情况

2022 年至 2023 年，每年平均刊载研究论文 176 篇。2024

信息快报

年开始，研究论文数量增长了约 2.5 倍。2022—2025 年研究论文数量（含参与发表）排在前 3 位的国家或地区分别是中国、美国和韩国。2022—2025 年研究论文数量（含参与发表）排在前 3 位的机构分别是四川大学、中山大学和中国医学科学院北京协和医学院。

SICHUAN UNIVERSITY	142
SUN YAT SEN UNIVERSITY	142
CHINESE ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES PEKING UNION MEDICAL COLLEGE	122
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY	118
PEKING UNION MEDICAL COLLEGE	102
CAPITAL MEDICAL UNIVERSITY	85
SOUTHERN MEDICAL UNIVERSITY CHINA	81
CENTRAL SOUTH UNIVERSITY	80
FUDAN UNIVERSITY	80
ZHEJIANG UNIVERSITY	71

2022—2025 年 *International Journal of Surgery* 研究论文数量排名前十的机构

建议

1. “On Hold” 评估周期一般为 4-6 个月，建议投稿时避开“On Hold” 期刊。已投稿但还未被录用或者还未正式发表的，可以考虑申请撤稿。
2. 在投稿前，要多准备几个目标期刊。万一遇到某本期刊突然被“On Hold” 或被 SCIE 剔除，可以快速转投其他期刊，

不浪费太多时间。

3. 在投稿后，要关注期刊动态，以便及时应对变化。

2.3 一处失信、处处受限——解读《加强医学科研诚信专项治理的工作方案》

为加强卫生健康领域科研诚信与学风作风建设，国家卫生健康委制定了《加强医学科研诚信专项治理的工作方案》（以下称《方案》），并于2026年2月28日发布。本次专项治理以惩防结合为原则，加大失信行为惩戒力度，力争通过3年努力遏制论文造假等突出科研失信问题，建立“不敢失信”的长效机制，为卫生健康科技创新事业高质量发展奠定坚实基础。

失信惩戒力度空前，直接影响医生职业发展

在科研活动方面，针对从“论文工厂”购买论文、伪造数据、虚构评审人邮箱等行为者，10年内禁止承担财政性资金支持科技活动，取消科技奖励、人才称号等申请资格；终止或撤销利用科研失信行为获得的财政性资金支持、相关学术奖励和荣誉。《方案》发布后出现的上述行为者，从严从重处理，终身禁止承担财政性资金支持的科技活动。

在职业发展方面，取消失信者通过科研失信行为获得的职务、职称，减招、暂停招收研究生直至取消研究生导师资

格；撤销高层次专家称号及各类学术团体委员或成员资格。

公开通报科研失信行为查处结果。对查实的科研失信行为，由医疗卫生机构公开通报，同时在国家医学研究登记备案信息系统及国家卫生健康委官方网站进行通报。

建立科研人员诚信档案，并与机构奖惩关联。对于查实的科研失信行为，记入科研诚信档案；在科研失信惩处期内，与机构内部的职务晋升、职称评定、评奖评优、导师遴选和研究生招生等进行关联，存在严重科研失信行为的，一票否决。通过落实联合惩戒措施，切实形成“一处失信、处处受限”的态势。

论文与数据管理，医生需严格遵守要求

1. 原始数据留存：论文发表前，需将原始数据上交至所在单位数据库留存备查。单位每年按不少于当年发表论文总数 5% 的比例进行随机抽查，重要学术论文全覆盖核查，数据不真实、不完整将被督促整改。

2. 第三方机构/人工智能使用声明：若委托第三方机构处理数据，或使用人工智能辅助论文起草，作者必须主动声明，并对论文的真实性负责，机构会严格审核委托服务的真实性。

3. 论文发表关联研究登记：国家卫生健康委主管的医学期刊率先试点，在刊发涉及人的医学研究相关论文时，作者需标注相关研究在备案系统的登记注册号，保证论文基于研

究产生，后续将推广至其他医学期刊。

科研诚信教育全覆盖，纳入医生必修课

推动科研诚信教育培训常态化、制度化，将科研诚信与学风建设教育纳入医学科研人员继续教育必修课、医疗卫生机构职工入职第一课，全员覆盖且记录入个人诚信档案，在职称晋升、科研项目申报等关键环节，还会重点加强相关教育。

分类构建教育培训内容，面向医学科研人员，重点加强科研伦理、数据管理、论文署名规范以及学术不端案例警示教育。通过专家讲座、专题研讨、案例剖析等形式强化诚信意识，让科研诚信成为职业准则。

科研评价制度改革，破除“唯论文”导向

《方案》聚焦“破四唯”，将调研东中西部地区省份医疗机构在人才评价、科技项目评审、行业奖项评定、医疗机构评估、职称评聘中的论文使用情况，梳理改革难点，并挖掘推广分类评价、多元评价的优秀案例，优化科研评价“指挥棒”，从源头上防止科研失信行为的高发频发。

自查与督查常态化，未主动申报问题将从重处罚

自 2026 年起，各医疗卫生机构每年开展科研诚信自查，凡未在年度自查中主动申报问题论文且经查实存在科研失信行为的，将对论文作者从重处罚。同时，将科研诚信列入卫生健康年度综合督查，科研诚信管理制度体系、科研诚信

教育开展、问题论文调查处理等均为督查重点，确保各项要求落地执行。

2.4 卫健委发布《加强医学科研诚信专项治理的工作方案》

卫生健康领域科研诚信事关人民健康、事关科技自立自强。为全面落实党中央、国务院对科研诚信和学风作风建设的决策部署，引导全社会推进科研诚信治理，共同营造良好科研生态，国家卫生健康委近日印发《加强医学科研诚信专项治理的工作方案》，启动实施为期3年的卫生健康领域科研诚信专项治理，从加强主动监测、强化失信行为惩戒、提升医学期刊质量、落实机构主体责任、落实科研评价制度改革、健全年度自查与督查、加强培训教育和宣传引导、开展年度评估等8个方面综合采取17项重点任务措施。本文摘录了《加强医学科研诚信专项治理的工作方案》中的“重点任务措施”部分。

重点任务措施

（一）进一步拓展问题论文主动监测范围

1. 加强外文期刊撤稿论文主动监测。将 Retraction Watch Database 撤稿论文数据库、PubMed 和 Web of Science 学术文献数据库作为撤稿论文监测来源，对国外医学撤稿论文持续开展主动监测。

2. 建立国内医学期刊论文监测机制。对知网、万方等国内期刊论文数据库收录的医学论文进行随机抽样评估，对国内医学论文质量发展态势进行分析。同时，从国家卫生健康委主管的医学期刊刊载的论文起步，逐步对所有国内期刊撤稿医学论文开展主动监测。

（二）加大科研失信行为惩处力度

3. 公开通报科研失信行为查处结果。对查实的科研失信行为，由医疗卫生机构公开通报，同时在国家医学研究登记备案信息系统（以下简称“备案系统”）及国家卫生健康委官方网站进行通报。

4. 建立严重科研失信行为个人和机构常态化约谈机制。每季度对查实的科研失信行为数量进行排序，将排名前5的单位和地区界定为频发单位和地区。相关排序情况在备案系统将向省级卫生健康行政部门、所有医疗卫生机构公开。定期对存在严重科研失信行为的个人以及问题论文等科研失信行为频发高发的单位和地区进行通报，建立对失信个人、单位负责人以及所在省份卫生健康行政部门负责人的约谈机制，提出工作要求，以案示警。

5. 联合惩戒科研失信行为。落实《科研失信行为调查处理规则》《关于对科研领域相关失信责任主体实施联合惩戒的合作备忘录》等要求，协同有关部门，采取多种措施对存在科研失信行为的主体进行联合惩戒。在科研活动方面，对

存在从“论文工厂”购买论文、伪造论文数据、虚构评审人电子邮箱等行为者，10年内禁止承担财政性资金支持科技活动；取消申请或申报科技奖励、科技人才称号、评审专家等资格；终止或撤销利用科研失信行为获得的财政性资金支持、相关学术奖励和荣誉；对本通知发布后出现的上述行为者，从严从重处理，终身禁止承担财政性资金支持的科技活动。在职业发展方面，取消利用科研失信行为获得的职务、职称，减招、暂停招收研究生直至取消研究生导师资格；取消利用科研失信行为获得的高层次专家称号，取消学会、协会、研究会等学术团体以及学术、学位委员会等学术工作机构的委员或成员资格。通过落实联合惩戒措施，切实形成“一处失信、处处受限”的态势。

6. 完善科研诚信档案及失信数据共享机制。建立科研人员诚信档案，并与机构奖惩关联。指导督促系统内医疗卫生机构和科研单位建立人员科研诚信档案，对于查实的科研失信行为，记入科研诚信档案；在科研失信惩处期内，与机构内部的职务晋升、职称评定、评奖评优、导师遴选和研究生招生等进行关联，存在严重科研失信行为的，一票否决。推动将机构科研失信行为纳入各级各类科技创新平台基地和机构评价指标体系，对频发高发单位评价结果降档处理。规范科研失信数据汇交与共享。加强科研失信行为数据汇交共享，为有关部门、项目管理专业机构在各级科技计划（专项、

基金等)项目立项推荐(提名)、各类科技奖项或奖励申报、评审专家遴选等科技、人才评价活动提供信息支撑。

(三) 提升医学期刊质量水平

7. 加强委管期刊管理。压实委管期刊主办单位“管人管事管资产管导向”责任,规范期刊经营合作活动,确保出版工作牢牢把握意识形态工作主阵地;落实出版单位“三审三校”和同行评议制度,切实提升医学期刊论文学术质量,杜绝出现低质量论文等情况。

8. 开展委管期刊质量提升专项行动。通过期刊主办单位自查自纠、专家组现场核查、第三方经济审计等有效措施,切实整治期刊行业乱象,进一步完善期刊财务、编委会等期刊管理制度,通过创办新刊、存量提质、集群发展、人才培养等措施,培育一批高质量期刊。推动期刊单位汇交撤稿论文数据,督促主管期刊完善内控制度,加强对学术论文的审核把关,提高审稿质量。对于违反《期刊出版管理规定》的期刊予以停刊整顿或者取消刊号等处理,对参与违规论文代写代发的期刊编辑,根据其情节采取取消出版专业从业资格等处罚。

9. 实施医学期刊论文发表与相关医学研究登记关联制度。落实《涉及人的生命科学和医学研究伦理审查办法》,以国家卫生健康委主管的医学期刊为试点对象,在刊发涉及人的医学研究相关论文时,要求作者标注相关研究在备案系

统的登记注册号，保证论文基于研究产生。同时，在备案系统中为有关期刊提供信息查询服务，为核验申请发表论文的登记注册号提供技术支撑。及时总结委管期刊试点情况，并向其他医学期刊推广。

（四）指导督促机构落实好主体责任

10. 加强学术论文原始数据存储和管理。严格落实论文数据管理要求，对照《国务院办公厅关于印发科学数据管理办法的通知》有关规定，指导督促医疗卫生机构建立健全学术论文原始数据内部管理制度，要求在论文发表前，将原始数据上交至所在单位数据库，留存备查；对论文起草过程涉及委托第三方机构开展数据处理或使用人工智能辅助等服务的，要求作者主动进行声明，对论文的真实性负责，并加强对委托服务真实性的审核，强化论文数据造假行为的源头治理，从根本上防范科研失信行为。探索依托备案系统建立论文原始数据存储基本信息库，为监督核验提供支撑。建立论文原始数据管理定期抽查机制。系统内医疗卫生机构和科研单位通过开展年度自查，对已发表论文原始数据按不少于机构当年发表论文总数 5% 的比例进行随机抽查，对重要学术论文等科研成果应实现全覆盖，重点核查原始数据统一管理、存储数据完整性和真实性等情况，对发现的问题及时督促整改。各级卫生健康行政部门逐步将论文原始数据存储和管理情况纳入日常监督管理。

（五）进一步落实落细科研评价制度改革举措

11. 开展科研失信行为高发地区科研评价改革落实情况调研。在东中西部地区分别选取 1-2 个省份，从省、市、县 3 个层面各选择 1-3 家医疗卫生机构开展现场解剖麻雀式调研。深入了解在人才评价、科技项目评审、行业奖项评定、医疗机构评估、职称评聘中的论文使用情况，着重理清“破四唯”的难点及瓶颈。

12. 挖掘优秀案例，优化评价指挥棒。挖掘地方在项目评审、人才评价、机构评估、职称评聘中出现的优秀典型案例，指导医疗卫生机构进一步优化分类评价体系，加大对正面案例的宣传推广，引导全行业树立正确评价导向，从源头上防止科研失信行为的高发频发。

（六）健全科研诚信年度自查与督查机制

13. 常态化开展科研诚信年度自查。自 2026 年起，各省级卫生健康行政部门每年组织本地区医疗卫生机构例行开展年度科研诚信自查，包括本单位科研诚信建设组织机构是否健全，科研评价制度是否落实到位，在论文发表审核、实验数据管理、科研人员违规行为处理等方面的制度建设及执行情况等，并向国家卫生健康委报送年度自查整改工作报告。在科研失信案件调查处理过程中，强化信息比对，凡未在年度自查中主动申报问题论文且经查实存在科研失信行为的，依据《科研失信行为调查处理规则》对论文作者从重

处罚。

14. 将科研诚信列入卫生健康年度综合督查。将科研诚信治理工作情况列入国家卫生健康委年度卫生健康综合督查现场督查内容，从科研诚信管理制度体系、违规案件调查处理和通报工作机制建立、科研诚信教育开展、问题论文调查处理及结果上报、期刊管理工作等方面进行督查，督促指导省级卫生健康部门、医疗卫生机构落实科研诚信治理工作要求。

（七）加强科研诚信教育培训和宣传引导

15. 加强教育培训。推动科研诚信教育培训常态化、制度化，将科研诚信与学风建设教育纳入医学科研人员继续教育必修课、医疗卫生机构职工入职第一课，确保全员覆盖并记入个人诚信档案，在职称晋升、科研项目申报等关键环节重点加强科研诚信教育。分类构建教育培训内容，面向医学科研人员，重点加强科研伦理、数据管理、论文署名规范以及学术不端案例警示教育；面向科技管理人员，侧重科研项目评审、经费管理、成果验收与学术监督流程中的职业规范与风险防控教育。创新培训形式，综合运用专家讲座、专题研讨、在线课程、典型案例剖析等多种形式，特别是组织对重大学术不端事件的深入研讨，强化警示作用；鼓励各单位结合自身特点，开发具有针对性的培训材料。

16. 加强宣传引导。强化正面引导。发挥典型人物和案

例的示范作用，阐释科研诚信的核心价值与行为规范，树立可信可学的榜样，引导科研人员增强维护科研诚信的思想自觉与行动自觉。加强媒体沟通，及时回应关切，对失实报道及时核查并正确回应。

（八）建立卫生健康领域科研诚信年度评估制度

17. 试点开展科研诚信年度评估。委托有关专业机构，对领域内科研诚信的制度建设、问题态势、诚信治理的措施和成效定期进行评估分析，提出建议。发挥评估结果作用，在卫生健康系统内部通报，指导全系统在科研诚信方面有所作为，以诚信为荣，以失信为耻。

信息 快报

INFORMATION EXPRESS

