

IV 期食管癌患者一线新辅助治疗后 实施手术的可行性和安全性

黄炎¹ 杨弘¹ 罗孔嘉¹ 李宇红² 王峰² 习勉³ 李巧巧³ 傅剑华¹

¹中山大学肿瘤防治中心胸外科 华南恶性肿瘤防治全国重点实验室 广东省食管癌研究所, 广州 510060; ²中山大学肿瘤防治中心内科 华南恶性肿瘤防治全国重点实验室 广东省食管癌研究所, 广州 510060; ³中山大学肿瘤防治中心放疗科 华南恶性肿瘤防治全国重点实验室 广东省食管癌研究所, 广州 510060

通信作者: 傅剑华, Email: fujh@sysucc.org.cn

【摘要】 目的 评价一线治疗后IV期食管癌患者行手术治疗的可行性及安全性。方法 本研究为描述性病例系列研究。手术的选择标准如下: (1) 初始诊断为cT4b或cM1的IV期食管癌患者, 已接受一线治疗; (2) 治疗后仍有肿瘤残留, 经重新评估可能可以达到根治性切除; (3) 重要器官功能正常, 可耐受手术治疗。根据上述标准, 收集2014年1月至2023年12月期间, 于中山大学肿瘤防治中心一线治疗后接受手术的63例IV期食管癌患者临床资料, 包括治疗前IVA期患者12例, IVB期患者51例。一线治疗后, 9例被评估为临床完全缓解(cCR), 3例降期为I期, 14例降期为II期, 24例降期为III期, 13例降期为IVB期但远处转移病灶退缩, 经评估可达到根治性切除。全组患者经右胸食管癌切除55例, 经左胸及纵隔食管切除各4例。扩大器官切除7例。二野淋巴结清扫49例, 三野淋巴结清扫14例。术后未做任何治疗31例, 接受免疫治疗联合化疗11例, 免疫单药治疗8例, 单纯化疗8例, 放化疗4例, 免疫治疗联合放化疗1例。主要观察指标为患者总体生存(OS)和无进展生存(PFS), 其他观察指标包括手术情况及术后并发症发生情况。**结果** 全组63例患者均顺利完成手术, 无术中死亡。58例(92.1%)为R₀切除, 1例(1.6%)为R₁切除, 4例(6.3%)为R₂切除, 手术时间为(357±135) min。共有27例(42.9%)发生术后并发症, 9例(14.3%)为Clavien-Dindo III~V级并发症, 1例(1.6%)患者围手术期间死亡。本组患者中位随访时间为21(4~107)个月, 中位OS为64.8(95%CI: 50.9~78.6)个月, 中位PFS为68.0(95%CI: 53.9~82.3)个月。24例锁骨上淋巴结转移患者中, 6例复发, 8例死亡; 25例腹腔区域转移患者中, 3例复发并死亡; 4例肺转移和2例骨转移患者均复发并死亡。**结论** 对于经一线治疗后肿瘤降期并可能实现根治性切除的IV期食管癌患者, 手术安全可行。

【关键词】 食管肿瘤, 晚期; 手术, 转化治疗; 生存分析

基金项目: 国家自然科学基金(82272881)

Feasibility and safety of surgery in patients with stage IV esophageal cancer following first-line therapies

Huang Yan¹, Yang Hong¹, Luo Kongjia¹, Li Yuhong², Wang Feng², Xi Mian³, Li Qiaoqiao³, Fu Jianhua¹

¹Department of Thoracic Surgery, Sun Yat-sen University Cancer Center, State Key Laboratory of Oncology in South China, Guangdong Esophageal Cancer Institute, Collaborative Innovation Center for Cancer Medicine, Guangzhou 510060, China; ²Department of Medical Oncology, Sun Yat-sen University Cancer Center, State Key Laboratory of Oncology in South China, Guangdong Esophageal Cancer Institute, Collaborative Innovation Center for Cancer Medicine, Guangzhou 510060, China;

DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20240529-00190

收稿日期 2024-05-29 本文编辑 朱雯洁

引用本文: 黄炎, 杨弘, 罗孔嘉, 等. IV期食管癌患者一线新辅助治疗后实施手术的可行性和安全性[J]. 中华胃肠外科杂志, 2025, 28(2): 185-190. DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20240529-00190.



³Department of Radiation Oncology, Sun Yat-sen University Cancer Center, State Key Laboratory of Oncology in South China, Guangdong Esophageal Cancer Institute, Collaborative Innovation Center for Cancer Medicine, Guangzhou 510060, China

【 Abstract 】 Objective This study aimed to evaluate the feasibility and safety of surgical intervention for patients with stage IV esophageal cancer who demonstrated tumor regression following first-line treatment. **Methods** This was a descriptive case series. The inclusion criteria for surgery were as follows: (1) an initial diagnosis of stage IV esophageal cancer, i.e. cT4b or cM1; (2) the presence of residual tumor following first-line therapy deemed potentially resectable upon reassessment; and (3) sufficient organ function to tolerate surgical procedures. Clinical data were retrospectively collected for 63 patients with stage IV esophageal cancer who underwent surgery following first-line therapy at Sun Yat-sen University Cancer Center between January 2014 and December 2023. Of these patients, 12 were initially staged as IVA, and 51 as IVB. Post-treatment restaging revealed that 9 patients achieved a clinical complete response, while 3 were downstaged to stage I, 14 to stage II, 24 to stage III, and 13 to stage IV B (with regression of distant metastatic lesions enabling curative resection). Surgical approaches included right thoracic esophagectomy ($n=55$), left thoracic esophagectomy ($n=4$), and transmediastinal esophagectomy ($n=4$). Additionally, 7 patients required extended organ resection. Two-field lymph node dissection was performed in 49 patients, while 14 underwent three-field lymph node dissection. Postoperative management varied: 31 patients received no adjuvant therapy, 11 underwent immunochemotherapy, 8 received immunotherapy alone, 8 underwent chemotherapy, 4 received chemoradiotherapy, and 1 received combined radiotherapy and immunotherapy. The primary endpoints were overall survival (OS) and progression-free survival (PFS), with secondary endpoints including surgical outcomes and postoperative complications. **Results** All 63 patients successfully underwent surgery without intraoperative mortality. R0 resection was achieved in 58 cases (92.1%), while R1 and R2 resections were performed in 1 case (1.6%) and 4 cases (6.3%), respectively. The mean operative time was 357 ± 135 minutes. Postoperative complications were observed in 27 cases (42.9%), with 9 cases (14.3%) classified as Clavien-Dindo grade III or V. One patient (1.6%) died perioperatively. The median follow-up duration was 21 months (range: 4 - 107 months). The median OS was 64.8 months (95% CI: 50.9 - 78.6 months), and the median PFS was 68.0 months (95% CI: 53.9 - 82.3 months). Among 24 patients with supraclavicular lymph node metastases, 6 experienced recurrence and 8 died. Of 25 patients with abdominal metastases, 3 had recurrence and subsequently died. All 4 patients with lung metastases and both patients with bone metastases experienced recurrence and death. **Conclusions** Surgical intervention is a feasible and safe treatment option for selected patients with stage IV esophageal cancer who demonstrate the potential for curative resection following first-line therapy.

【 Key words 】 Esophageal neoplasms, advanced; Surgery, conversion therapy; Survival analysis

Fund program: National Natural Science Foundation of China (82272881)

IV期食管癌目前的主要治疗方式为全身治疗。根据美国国立综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)指南和中国临床肿瘤学会(Chinese Society of Clinical Oncology, CSCO)指南,一线治疗方案推荐化疗联合免疫治疗或根治性放化疗^[1-2]。然而,尽管免疫治疗效果显著,但仍然只有少数患者能够获得治愈,而在其余少部分肿瘤明显降期的患者中,如果仅接受持续的免疫治疗,仅有约17%的患者能够实现持续缓解和长期生存^[3]。因此,IV期食管癌是否可通过手术获得根治、从而达到长期生存,值得探讨^[4]。笔者团队在积累大量局部晚期食管癌新辅助放化疗后再手术的临床经验、并熟练掌握新辅助后手术解剖组

织变化的基础上,开展关于IV期食管癌手术的研究,探索在接受一线治疗降期后、可能实现根治性切除的IV期食管癌患者接受手术的可行性、安全性和有效性。

资料与方法

一、研究对象

本研究为描述性病例系列研究。

入组标准:(1)根据2023年第3版NCCN指南初始诊断为cT4b或cM1的IV期食管癌患者,已接受一线治疗^[1];(2)治疗后仍有肿瘤残留,但经重新评估满足以下标准:超声胃镜或超声支气管镜评

估原 cT4b 已降期,或 CT 提示远处转移病灶缩小且可通过三野淋巴结清扫或扩大器官切除,或正电子发射计算机断层显像(positron emission tomography-CT, PET-CT)提示远处转移病灶无高代谢,达到根治性切除概率高;(3)重要器官功能正常,可耐受手术治疗。

排除标准:(1)有手术禁忌证者,包括已经存在或合并存在出血性疾病、无法使用自身器官替代食管、存在末梢神经病变且常见不良反应分级 ≥ 2 级、有 10 年以上糖尿病史且血糖控制不满意;(2)疾病进展者;(3)生活不能自理且美国东部肿瘤协作组(Eastern Cooperative Oncology Group, ECOG)评分 ≥ 3 分^[5]。

根据上述标准,收集 2014 年 1 月至 2023 年 12 月期间,于中山大学肿瘤防治中心一线治疗后接受手术的 63 例 IV 期食管癌患者临床资料。共纳入 12 例 IV A 期患者,51 例 IV B 期患者。病例基线临床特征见表 1。采用综合评估方式对确诊后患者行一线治疗前分期及治疗后术前再分期,评估方式包括体格检查、颈部 B 超、颈胸腹增强 CT 或 PET-CT、食管超声内镜及支气管超声内镜。对于影像学检查不能确定锁骨上淋巴结转移者,行穿刺病理确诊。

基于上述综合评估,一线治疗后情况如下:9 例(14.3%)被评估为临床完全缓解(clinical complete response, cCR),3 例(4.8%)降期为 I 期,14 例(22.2%)降期为 II 期,24 例(38.1%)降期为 III 期,13 例(20.6%)虽为 IV B 期但远处转移病灶退缩,经评估可通过三野淋巴结清扫及扩大器官切除达到根治性切除。本回顾性研究已经过中山大学肿瘤防治中心伦理委员会批准(B2024-252-01);患者均知情同意。

二、手术方法

63 例患者均在全身麻醉下进行手术。末次治疗至手术时间 ≤ 4 周 6 例,4~8 周 33 例, > 8 周 24 例。经右胸食管癌切除 55 例,经左胸及纵隔食管切除各 4 例。达芬奇机器人辅助 9 例,胸腹腔镜辅助 45 例,胸腔镜辅助联合开腹 1 例,纵隔镜联合腹腔镜辅助 4 例,左侧开胸 4 例。扩大器官切除 7 例。二野淋巴结清扫 49 例,三野淋巴结清扫 14 例。

三、术后治疗情况

术后未做任何治疗 31 例,接受免疫治疗联合化疗[程序性死亡受体-1(programmed cell death

表 1 63 例 IV 期食管癌患者的基线临床特征

临床特征	数据
年龄[岁, M(范围)]	59.0(43.0~75.0)
性别[例(%)]	
男	51(81.0)
女	12(19.0)
体质指数[kg/m ² , M(范围)]	21.9(16.2~27.1)
肿瘤部位[例(%)]	
胸上段	4(6.3)
胸中段	40(63.5)
胸下段	17(27.0)
食管胃结合部	2(3.2)
组织学分类[例(%)]	
鳞癌	61(96.8)
腺癌	2(3.2)
治疗前分期[例(%)]	
IV A	12(19.0)
IV B	51(81.0)
转移部位[例(%)]	
锁骨上淋巴结	24(38.1)
腹腔区域 ^a	25(39.7)
肺	4(6.3)
骨	2(3.2)
仅远处淋巴结转移[例(%)]	45(71.4)
仅器官转移[例(%)]	6(9.5)
初始一线治疗[例(%)]	
放化疗	16(25.4)
放化疗加免疫治疗	4(6.3)
化疗加免疫治疗	34(54.0)
化疗	9(14.3)

注:^a腹腔区域转移包括腹膜后淋巴结、腹腔远处淋巴结及腹腔器官转移

protein-1, PD-1)单抗+TP 方案(紫杉醇+顺铂)或 TF(紫杉醇+氟尿嘧啶)]11 例,免疫单药治疗(PD-1 单抗)8 例,单纯化疗[TP 或 PF(顺铂+氟尿嘧啶)或 TF]8 例,放化疗(计划靶区 44 Gy, TP)4 例,免疫治疗联合放化疗(计划靶区 50 Gy, TP)1 例。

四、观察指标和随访

主要观察指标为患者总体生存(overall survival, OS)和无进展生存(progression-free survival, PFS)。OS 定义为从病理确诊日期至死亡日期或末次随访日期;PFS 定义为从病理确诊日期至疾病进展或死亡日期。其他观察指标包括手术情况及术后并发症发生情况。并发症根据 Clavien-Dindo 标准进行分级, I~II 级定义为次要并发症, III~V 级定义为主要并发症^[6]。

治疗结束后第 1 年每 3 个月随访复查 1 次,以后每 6 个月随访复查 1 次,直至患者死亡。复查内容包括:体格检查、抽血检验、胸部 X 线或食管吞钡、颈胸腹增强 CT,必要时合用食管内镜及 PET-CT。随访截至 2024 年 3 月 1 日。

五、统计学方法

应用 SPSS 25.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) 进行统计分析。正态分布的连续型变量使用 $\bar{x} \pm s$ 描述,非正态分布的连续型变量使用 M (范围) 描述,分类变量使用例 (%) 描述。采用 Kaplan-Meier 方法绘制生存曲线。 $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

结 果

一、手术情况及术后并发症

全组 63 例患者均顺利完成手术,无术中死亡。58 例 (92.1%) 为 R_0 切除,1 例 (1.6%) 为 R_1 切除,4 例 (6.3%) 为 R_2 切除,手术时间为 (357 ± 135) min。术后病理结果显示,16 例 (25.4%) 为 I 期,9 例 (14.3%) 为 II 期,12 例 (19.1%) 为 III A 期,10 例 (15.9%) 为 III B 期,3 例 (4.8%) 为 IV A 期,13 例 (20.6%) 为 IV B 期。共有 27 例 (42.9%) 发生术后并发症,1 例 (1.6%) 患者围手术期间死亡。术后并发症发生情况见表 2。

表 2 63 例 IV 期食管癌患者术后并发症发生情况

并发症	例数 (%)
并发症	27 (42.9)
吻合口漏	2 (3.2)
心力衰竭	1 (1.6)
呼吸衰竭	7 (11.1)
心率失常	9 (14.3)
急性呼吸窘迫综合征	1 (1.6)
喉反神经损伤	1 (1.6)
肺炎	9 (14.3)
乳糜胸	9 (14.3)
肺不张	12 (19.0)
脓胸	2 (3.2)
并发症分级 ^a	
主要并发症	9 (14.3)
次要并发症	17 (27.0)
术后 90 d 死亡	1 (1.6)

注:^a根据 Clavien-Dindo 标准进行分级, I ~ II 级定义为次要并发症, III ~ V 级定义为主要并发症

二、生存分析

本组患者中位随访时间为 21 (4~107) 个月,1、3 和 5 年的 OS 分别为 89.4%、61.0% 和 49.0%,中位

OS 是 64.8 (95%CI: 50.9~78.6) 个月;1、3 和 5 年的 PFS 分别为 86.0%、66.5% 和 53.4%,中位 PFS 是 68.0 (95%CI: 53.9~82.3) 个月。生存曲线见图 1。4 例肺转移和 2 例骨转移患者均发生复发,IV 期食管癌患者不同转移分类的复发和死亡情况见表 3。

表 3 本组 IV 期食管癌患者不同转移分类的复发和死亡情况 [例 (%)]

转移分类	例数	复发	死亡
锁骨上淋巴结转移	24	6 (25.0)	8 (33.3)
腹腔区域转移	25	3 (12.0)	3 (12.0)
肺转移	4	4 (4/4)	4 (4/4)
骨转移	2	2 (2/2)	2 (2/2)

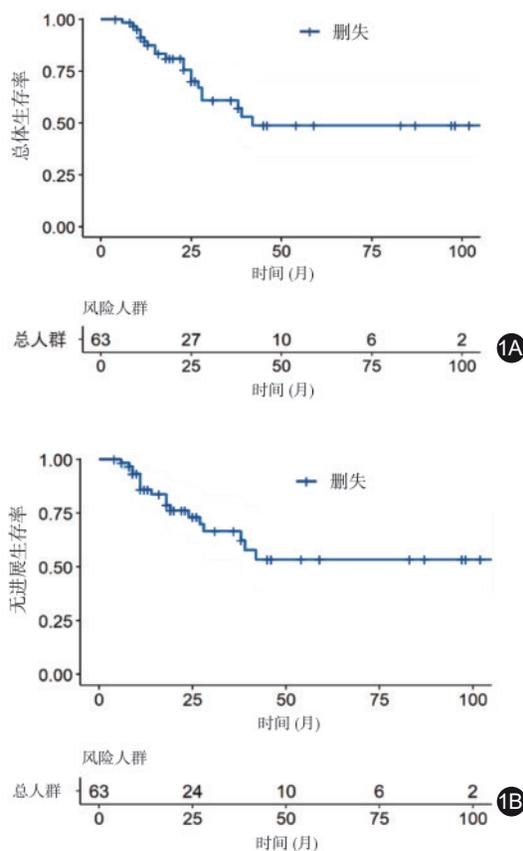


图 1 63 例 IV 期食管癌患者的生存曲线 1A. 总体生存曲线; 1B. 无进展生存曲线

讨 论

IV 期食管癌经一线治疗后,少部分患者能得到治愈,另外少部分患者肿瘤明显降期后,若仅接受持续免疫治疗,只有 17% 的患者能获得持续缓解并

长期生存^[3]。因此,本研究对Ⅳ期食管癌行手术的价值进行了初步探讨,3年OS达61.0%。根据大型临床试验如CHECKMATE-648^[3]、KEYNOTE-590^[7]和JUPITER-06^[8]等研究报道,最长的中位生存期为17个月,而本研究刷新了既往报道的疗效,证明了手术可能对Ⅳ期食管癌是有效的。

在积累大量局部晚期食管癌新辅助放化疗后再手术经验以及充分熟悉新辅助后手术解剖的组织变化的基础上,本团队开展Ⅳ期食管癌手术的研究。根据既往权威文献报道,食管癌手术时间为290~327 min,并发症发生率为36%~57%^[9-11]。与之相比,本研究统计的手术平均时间为357 min,围手术期仅1例患者死亡,并发症发生率为42.9%,且未观察到免疫相关并发症,说明手术是安全可行的。

Ⅳ期食管癌经一线治疗后降期,此时患者的生存更接近手术前分期,为了对比这种降期的患者,我们查阅了既往局部晚期食管癌患者接受单纯手术的研究,发现处于ⅡB~Ⅲ期的患者接受单纯手术的3年OS为58.9%~61.6%,与本研究相近^[12-14];而本研究的患者经过严格筛选,患者降期后大部分(60.3%)处于Ⅱ~Ⅲ期,生存与ⅡB~Ⅲ期患者接受单纯手术相近,因此可能说明,晚期食管癌经一线治疗后降期的意义较大,患者生存实际上更接近治疗后的术前分期,因此可能需要更积极的局部治疗手段,手术是可行的选择。

手术的筛选条件需要严格把控,本研究中所有患者均考虑为可能手术根治性切除,术前评估的13例ⅣB期患者包括7例锁骨上淋巴结转移、4例腹腔远处淋巴结转移、2例器官转移,患者均接受了扩大器官切除或三野淋巴结清扫,以期达到根治的目的,其中12例达到R₀切除,但存在器官转移的患者术后1年内均出现复发。第4版《欧洲食管胃癌寡转移的定义、诊断和治疗的临床实践指南》对寡转移进行了如下定义:单个器官≤3个转移灶;1个区域外淋巴结转移,并推荐对全身治疗后无进展的寡转移病灶进行积极的局部治疗^[15]。本研究结果提示,手术对器官转移患者的价值仍有待研究。目前,第8版国际抗癌联盟(Union for International Cancer Control, UICC)和美国癌症联合会(American Joint Committee on Cancer, AJCC)食管癌分期对远处转移的定义仅统一归类为M1期;但本研究的结果提示,可能细分为M1(远处淋巴结转

移)和M2(远处器官转移)期更合适。

值得注意的是,本研究大部分患者的一线转化治疗至手术间隔时间在4~8周(52.4%, 33/63),这提示,晚期食管癌患者治疗后需要更频繁地复查,方便筛选可手术的降期患者,建议1个月复查1次。

本研究存在一定的局限性。首先,这是一项回顾性研究,样本量相对较小。其次,本研究没有设立对照组,数据只能与既往研究报道对比。最后,本研究的中位随访时间只有21个月,有待长期的随访。

总而言之,Ⅳ期食管癌患者接受一线治疗后肿瘤明显降期,经评估可能实现手术根治性切除者,接受手术治疗是安全可行的,有可能改善生存,结果有待进一步研究证实。

利益冲突 本研究不存在研究者、伦理委员会成员、受试者监护人以及与公开研究成果有关的利益冲突。

志谢 感谢研究涉及的所有患者,感谢柳青提供的统计分析意见

作者贡献声明 黄炎、杨弘、罗孔嘉参与研究设计和采集数据,黄炎和傅剑华参与起草文章和统计分析,傅剑华和杨弘给予研究经费和材料支持,李宇红、王峰、习勉和李巧巧参与文章审阅和数据解释

参 考 文 献

- [1] NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology-Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers 2024 Version 4) [EB/OL]. (2024.7.30) [2024.11.21]. <http://www.nccn.org>.
- [2] 中国临床肿瘤学会指南工作委员会. 中国临床肿瘤学会(CSCO)食管癌诊疗指南2024[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2024.
- [3] Doki Y, Ajani J A, Kato K, et al. Nivolumab combination therapy in advanced esophageal squamous-cell carcinoma [J/OL]. *N Engl J Med*, 2022, 386(5): 449-462. DOI: 10.1056/NEJMoa2111380.
- [4] 冉兴强, 施贵冬, 周瑜, 等. 不可切除食管鳞癌转化手术的研究进展及前景[J]. *中国胸心血管外科临床杂志*, 2024, 31(7):1050-1057. DOI:10.7507/1007-4848.202305052.
- [5] Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group[J]. *Am J Clin Oncol*, 1982, 5(6): 649-655.
- [6] Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey[J]. *Ann Surg*, 2004, 240(2):205-213. DOI:10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae.
- [7] Sun J, Shen L, Shah MA, et al. Pembrolizumab plus chemotherapy versus chemotherapy alone for first-line treatment of advanced oesophageal cancer (KEYNOTE-590): a randomised, placebo-controlled, phase 3 study[J]. *Lancet*, 2021, 398(10302): 759-771. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01234-4.
- [8] Wang ZX, Cui C, Yao J, et al. Toripalimab plus chemotherapy in treatment-naïve, advanced esophageal squamous cell carcinoma (JUPITER-06): a multi-center

- phase 3 trial[J/OL]. *Cancer Cell*, 2022, 40(3): 277-288.e3. DOI:10.1016/j.ccell.2022.02.007.
- [9] Piessen G. Hybrid minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer[J/OL]. *N Engl J Med*, 2019, 380(2). <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1805101>. DOI: 10.1056/NEJMoa1805101.
- [10] 张海, 李京沛, 温尊北, 等. 新辅助免疫治疗联合化疗与新辅助放疗治疗局部晚期可切除食管鳞状细胞癌的短期疗效比较[J]. *中国胸心血管外科临床杂志*, 2023, 30(9): 1261-1266. DOI:10.7507/1007-4848.202105005.
- [11] 顾剑民, 谭黎杰. 食管癌术后并发症的预防和治疗[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2023, 26(4): 330-333. DOI:10.3760/cma.j.cn441530-20230109-00012. DOI: 10.7507/1007-4848.202408010.
- [12] Yang H, Liu H, Chen Y, et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy followed by surgery versus surgery alone for locally advanced squamous cell carcinoma of the esophagus (NEOCRTEC5010): a phase III multicenter, randomized, open-label clinical trial[J]. *J Clin Oncol*, 2018, 36(27): 2796-2803. DOI:10.1200/JCO.2018.79.1483.
- [13] Mao Y S, Gao S G, Wang Q, et al. Analysis of a registry database for esophageal cancer from high-volume centers in China[J/OL]. *Diseases of the Esophagus: Official Journal of the International Society for Diseases of the Esophagus*, 2020, 33(8): doz091. DOI:10.1093/dote/doz091.
- [14] 刘杨, 王昆仑, 杨原源, 等. 食管癌患者生存分析及不同治疗方式影响因素的回顾性研究[J]. *中国临床医生杂志*, 2019, 47(10): 1208-1211. DOI:10.3969/j.issn.2095-8552.2019.10.025.
- [15] Kroese TE, Bronzwaer S, van Rossum PSN, et al. European Clinical Practice Guidelines for the Definition, Diagnosis, and Treatment of Oligometastatic Esophagogastric Cancer (OMEC-4)[J/OL]. *Eur J Cancer*, 2024, 204: 114062. DOI:10.1016/j.ejca.2024.114062.

·读者·作者·编者·

关于中华医学会系列杂志论文二次发表的推荐规范

为了让更多的读者有效获得某些由政府机构和专业组织制定的指南和共识,或其他对临床实践有指导意义的学术论文,根据国际惯例和我国的实际情况,凡符合下列条件并提供相应材料,中华医学会系列杂志允许或接受论文用同一种语言或另一种语言的二次发表。

1. 责任机构或作者须征得相关期刊的同意,首次发表论文的期刊和准备二次发表的期刊均无异议。二次发表的期刊需取得首次发表该论文期刊的同意书,首次发表的期刊向二次发表期刊提供论文首次发表的版本。

2. 尊重首次发表期刊的权益,二次发表至少在首次发表的8周之后,或相关期刊协商决定发表间隔。

3. 二次发表的论文宜面向不同的读者,建议节选或摘要刊登。

4. 二次发表的论文必须忠实于原文,忠实地反映首次发表的版本中的数据 and 解释,作者数量不能增减,顺序也不能改动。

5. 在二次发表的文题页脚注中,要让读者、同行和文献检索机构知道该论文已全文或部分发表过,并标引首次发表的文献。如:“本文首次发表在《中华内科杂志》,2015,54(1):18-21”,英文为“This article is based on a study first reported in the *Chin J Intern Med*, 2015, 54(1):18-21”。

6. 必要时,不同期刊的编辑可共同决定同时或联合发表某篇论文(含指南共识类文章),编辑应在文中告知读者该论文是同时发表。

7. 不同期刊的编辑可共同决定同时发表某个学术会议的新闻报道等消息,但如果附加图表等较多专业内容,宜在一种期刊首先发表,再次发表需遵循二次发表的相关规定。

8. 中华医学会系列杂志发表的文章授权其他杂志二次发表后,可用于学术交流目的,不得用于商业用途。

9. 图书拟收录中华医学会系列杂志发表的指南共识等学术论文,除征得中华医学会杂志社的同意外,需在首次发表的6个月之后收录。

10. 美国国立医学图书馆不提倡对翻译文章二次发表,如果文章首次发表在被 Medline 收录的杂志中,将不再标引翻译文章。如果同一期刊以多种语言同时发表某篇论文,Medline 在收录时标注该论文多种语言发表。