

见的良性肿瘤,严重影响育龄期妇女的健康。随着社会进步和人民生活质量的提高,以及伦理、人文医学的影响,子宫肌瘤越来越受到社会的关注,子宫肌瘤的患者对于疾病治疗的要求趋向于更安全、微创、有效的方向。因此如何选择合适的子宫肌瘤的治疗方法在临床研究中越来越受到重视,对现有的治疗方法需加以完善,对不同治疗方式相关的并发症、副作用,尤其是对有生育要求的患者的影响有待以后的研究去明确。

#### 参考文献

- 李青,王敏. 子宫肌瘤的病因学研究进展[J]. 现代医药卫生, 2007, 23(11): 1655-1656.
- 刘新华,董子启. 子宫肌瘤发病机制的研究进展[J]. 中国医疗前沿, 2008, 3(6): 20-21, 10.
- Vikhlyaeva EM, Khodzhaeva ZS, Fantschenko ND. Familial predisposition to uterine leiomyomas[J]. Int J Gynaecol Obstet, 1995, 51(2): 127-131.
- Laughlin SK, Schroeder JC, Baird DD. New directions in the epidemiology of uterine fibroids[J]. Semin Reprod Med, 2010, 28(3): 204-217.
- 许苗. 子宫肌瘤中细胞凋亡基因表达及其药物治疗的研究进展[J]. 医学综述, 2012, 18(7): 973-976.
- 庞悦平,赵亚冰. 腹腔镜与经腹开放手术治疗子宫肌瘤疗效分析[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 15(4): 148.
- 张爱银,张勇. 腹腔镜下子宫肌瘤切除术60例临床分析[J]. 医学综述, 2012, 18(11): 1768-1769.
- 谭训清. B超引导下腹腔镜电切术治疗子宫肌瘤136例临床分析[J]. 中外医学研究, 2011, 9(9): 5-6.
- 张耀华. 宫腔镜治疗子宫黏膜下肌瘤的疗效观察[J]. 吉林医学, 2012, 33(10): 2158-2159.
- 冷金花. 子宫肌瘤诊治的热点问题[J]. 现代妇产科进展, 2007, 16(5): 321-333.
- 宋磊. 阴式子宫肌瘤手术方法及其局限性[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2012, 28(12): 901-902.
- 张彦,杨武威,李静,等. 高强度聚焦超声单次治疗子宫肌瘤的临床研究[J]. 中华医学超声杂志(电子版), 2009, 6(1): 66-72.
- 尹格平. 射频消融治疗子宫肌瘤疗效评价[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2012, 28(12): 908-911.
- Kim CH, Kim SR, Lee HA, et al. Transvaginal ultrasound-guided radiofrequency myolysis for uterine myomas[J]. Hum Reprod, 2011, 26(3): 559-563.
- 姚莉,许博. 子宫动脉栓塞术治疗子宫肌瘤100例临床分析[J]. 中国实用医药, 2012, 7(22): 54-55.
- Leone M, Cucuccio S, Venturini PL, et al. Immunohistochemical localization of epidermal growth factor receptor in leiomyomas from women treated with goserelin depot[J]. Horm Metab Res, 1991, 23(9): 442-445.
- Donnez J, Gillerot S, Bourgonjon D, et al. Neodymium: YAG laser hysteroscopy in large submucous fibroids[J]. Fertil Steril, 1990, 54(6): 999-1003.
- 戴钟英. 子宫肌瘤的保守及药物治疗[J]. 实用妇产科杂志, 1999, 15(2): 6-8.
- 宋清萍,周惠,孙宝治. RU486在妇产科临床应用的进展[J]. 现代妇产科进展, 1997, 6(1): 62-65.
- 王兴和. 米非司酮治疗子宫肌瘤临床效果观察与分析[J]. 吉林医学, 2011, 32(12): 353-354.

[收稿日期 2014-03-04][本文编辑 谭毅 韦所芬]

## 新进展综述

# 直肠癌诊疗模式转变的研究进展

龙仁平(综述), 刘贺(审校)

作者单位: 530005 广西,南宁市第三人民医院外二科

作者简介: 龙仁平(1961-),男,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:胃肠肿瘤的诊治。E-mail: l1961lpr@126.com

**[摘要]** 直肠癌是普外科常见的疾病之一,居恶性肿瘤发病率及病死率前三位。近年来,随着临床研究和诊断技术的发展,发现距离肛门12 cm内的直肠癌与上段结直肠癌的解剖学、疾病发展、诊疗手段及治疗效果均有明显差异。直肠癌概念已经重新定义为传统中的中低位直肠癌,即距离肛门12 cm内的直肠癌。该文就直肠癌的诊疗模式发生变化的一些临床研究进行综述。

**[关键词]** 直肠癌; 中低位直肠癌; 诊疗模式

**[中图分类号]** R 735.3+7 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2014)12-1183-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.12.31

**Research progress on the transformation of rectal cancer diagnosis and treatment model** LONG Ren-Ping, LIU He. The Second Department of Surgery, the Third People's Hospital of Nanning, Guangxi 530005, China

**[Abstract]** Rectal cancer is a common disease in general surgery and its morbidity and mortality is high, ranking at the top three positions among malignancies. In recent years, with the development of clinical research and diagnostic techniques the studies found between rectal cancer within 12cm from the anus and upper colorectal cancer there is significant difference in anatomy, disease progress, diagnosis, treatment means and efficacy. Rectal cancer is redefined as the traditional mid-low rectal cancer, which is rectal cancer within 12cm from anus. This paper summarized the research process on change of rectal cancer diagnosis and treatment model.

**[Key words]** Rectal cancer; Mid-low rectal cancer; Diagnosis and treatment model

随着美国国立综合癌症网络(national comprehensive cancer network, NCCN)对直肠癌诊疗指南每年的不断更新,中国版也不断更新诊疗重点<sup>[1]</sup>。目前,直肠癌的定义、诊疗模式都已经发生了改变,临床上不再是单纯以提高中低位直肠癌保肛术治疗水平、降低术后局部复发率和提高术后5年生存率为目标,在此基础上提高生活质量已成为临床医师和患者的共同追求,临床上的多学科综合治疗才是直肠癌的最佳诊疗模式。下面就直肠癌诊疗模式转变的研究进展作如下综述。

## 1 影像学技术发展诊疗模式的转变

由NCCN推荐并于2010年开始启用的JACC第7版指南中直肠癌术前分期更加细化,准确的临床分期是实施个体化治疗的前提和制定治疗方案的关键。要细致了解肿瘤的位置、大小和活动程度,病理类型,有无肠腔狭窄或梗阻;了解是否存在淋巴结转移或远处转移情况。经直肠内镜下超声(endoscopic rectal ultra sonography, ERUS)、核磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)和计算机断层扫描(computed tomography, CT)三大医学影像检查在直肠癌T分期与N分期的术前评估中占有重要地位<sup>[2]</sup>。目前,T分期评估的主要检查方法是ERUS和MRI,ERUS对T1和T2期肿瘤分期尤为准确;而MRI对T3和T4期肿瘤的评价更为准确;N分期三者作用相似;三种影像学方法在直肠癌术前评估方面没有哪一种更具显著优势。ERUS对直肠癌浸润深度、范围以及肠周淋巴结转移的诊断具有较高的准确性,能清楚显示肠壁层次、直肠周围邻近器官以及肠周有无肿大淋巴结,对肿瘤T分期和N分期的准确率高。早年德国Ptok等<sup>[3]</sup>报道经直肠超声检测直肠癌总的准确率为65.8%,敏感性T3期最好、T4期最差;鉴别肿瘤限于肠壁内或已侵犯周围组织的相关准确率为76.5%。而来自韩国Huh等<sup>[4]</sup>的一份资料分析结果,ERUS在T分期总准确率仅为38.3%,CT为46.3%,N分期分别为72.6%和70.4%。

随着ERUS诊断技术和设备性能提高,朱江等<sup>[5]</sup>报道ERUS对直肠癌T分期诊断的总准确率为91.4%,对T1、T2、T3、T4期诊断的准确率分别为92.7%、88.2%、88.2%、96.4%;敏感性分别为92.3%、72.7%、85.4%、71.4%,特异性分别为92.9%、92.0%、90.3%、100.0%,与病理T分期的一致性较好(Kappa = 0.75,  $P < 0.001$ )。对直肠癌N分期诊断的总准确率为85.5%,对N0期和N1、N2期诊断的准确率均为85.5%;对N分期诊断的敏感性、特异性、阳性预测值和阴性预测值分别为74.2%、89.9%、74.2%和89.9%,与病理N分期的一致性较好(Kappa = 0.64,  $P < 0.01$ )。认为ERUS可以准确地评价直肠癌的浸润深度和周围淋巴结转移,并可以准确地测量肿瘤大小和距肛门距离,有助于临床医师决定治疗方案,为新辅助放化疗的疗效评价提供详细而可靠的数据。Ren等<sup>[6]</sup>研究报道,ERUS对直肠癌T分期准确率为T1期95.5%、T2期90.9%、T3期70.5%和T4期97.7%;特异性为T1期97.3%、T2期92.9%、T3期96.2%和T4期97.6%;敏感性为T1期85.7%、T2期87.5%、T3期88.9%和T4期100.0%。对N分期的敏感性为68.4%,特异性为80%,诊断准确率为75%。有学者<sup>[7]</sup>提出,ERUS联合CT可提高直肠癌术前T、N分期准确性。MRI能清楚描述出肿瘤与包绕结直肠系膜及筋膜的关系,对直肠系膜筋膜和环周切缘状态的评估是最可信赖的方法,对观察和确定肿瘤在肠壁浸润深度比多层螺旋CT更准确;与ERUS在直肠癌T分期和N分期可为互补性;并能够对患者的局部复发做出预测和选择性使用新辅助放化疗<sup>[8]</sup>。

## 2 个体化外科手术治疗方案的转变

外科手术是治疗结直肠癌最有历史和疗效确切、肯定的手段。然而,术后患者容易发生排便功能障碍,如便秘、便急、控便能力差或大便失禁等,严重困扰着患者术后生活质量。因此,改善低位直肠癌患者前切术后排便功能和提高患者生活质量已成为重要的研究课题。无论选择何种手术方法,都应当

以降低术后局部复发率和并发症发生率,提高治愈率和患者的长期生存质量为目标,使每位患者各自得到建立在循证医学基础之上的最佳疗效。传统的腹会阴联合切除术(Miles手术)曾经称为直肠癌标准术式,而如今的经腹腔镜全直肠系膜切除术(total mesorectum excision, TME)已取得良好的治疗效果,能有效预防和降低术后的局部复发率<sup>[9]</sup>。但是,无论开腹手术还是腹腔镜手术,手术后给患者带来的各种并发症和生活质量下降问题均不容忽视。近年来,从生活质量和功能的结果考虑的低位直肠癌保肛手术成了研究热点。法国圣安德烈医院,将近16年里低位直肠癌(距肛缘<6 cm)病例分为4个类型及其采取的不同手术方式进行分析,结果保肛手术近八成并不影响肿瘤预后,低位和超低位保肛手术的局部复发、远处转移和5年无病生存期率均无显著差异。认为患者生存的预测因素是肿瘤分期和R1切除而不是肿瘤或手术类型,提倡低位直肠癌手术的分类和标准化<sup>[10]</sup>。在德国的一组对比研究结果是保留括约肌的肛门内括约肌切除术(sphincter-sparing intersphincteric resection, ISR)和低位前切除术(low anterior resection, LAR)的全面生活质量优于腹会阴联合切除术(abdominoperineal resection, APR);男性性生活质量ISR优于LAR,排便功能则相反<sup>[11]</sup>。奥地利学者对125例低位直肠癌保肛术后5年以上生存者进行了随访,最终需要做结肠造口者有15例(12%),其中原因:吻合口瘘占60%(9/15),顽固性大便失禁为27%(4/15),局部复发为13%(2/15),并认为结肠肛管吻合术是低位直肠癌保肛术的危险因素<sup>[12]</sup>。李世拥等<sup>[13]</sup>报道套入式吻合保肛术治疗低位直肠癌,术后12~24周患者基本获得满意的排便功能,提高患者生活质量,并具有良好的治疗效果和安全性。法国Dumont等<sup>[14]</sup>对超低位直肠癌经括约肌间切除术与腹会阴联合切除会阴造口术后的排便功能和生活质量进行比较,结果无明显差异。意大利Digennaro等<sup>[15]</sup>认为结肠肛管吻合术(colon anal anastomosis, CAA)患者的生活质量与永久性肠造口没有显著差异。相反,大多数CAA患者大便失禁和有时排便障碍,对他们的生活质量产生重要影响。美国Kasperek等<sup>[16]</sup>认为CAA与APR治疗低位直肠癌存在远期的生活质量差异,是制定治疗方案时需要考虑的问题。西班牙巴塞罗那大学医院Biondo等<sup>[17]</sup>认为直肠癌结肠J型贮袋(colonic J-pouch, CJP)与结肠成形(transverse coloplasty, TCP)肛管吻合术,功能类似并没有明显改善

排便症状。对直肠癌的治疗影响因素众多,直肠癌的淋巴转移既有规律可循,又有变异引起的不确定性,个体之间存在一定的差异,这就使个体化的淋巴清扫具有重要意义。直肠癌发生侧方淋巴转移是客观存在的,一种ICG荧光成像系统对低位直肠癌侧方前哨淋巴结的检测被认为是很有前途的技术,可用来确定进行侧方盆腔淋巴结清扫的适应证。但是,前哨淋巴结检测率差异较大,侧方盆腔淋巴结清扫(lateral pelvic lymph node dissection, LPLD)对低位直肠癌的治疗优势有限,是否清扫仍是争论焦点<sup>[18]</sup>。Tarek等<sup>[19]</sup>认为扩大的根治术并不能提高直肠癌患者的5年生存率,且侧方清扫术不可避免地在一定程度上会损伤自主神经,影响术后排尿功能和性功能,并不主张行侧方淋巴清扫。保留盆腔自主神经的直肠癌扩大根治术,可显著降低患者术后排尿障碍和性功能障碍的发生率。我国2008年NCCN直肠癌临床实践指南指出<sup>[20]</sup>,尽可能把清扫范围外可疑转移淋巴结切除或活检,若无临床可疑转移淋巴结,不推荐扩大的淋巴清扫术。

### 3 同步放化疗治疗模式的转变

随着MRI和ERUS在直肠癌术前评估与TNM精准分期的常规开展,奠定了术前同步放化疗的临床基础。在肿瘤手术前其血运未被破坏,有氧细胞较多,对放疗较为敏感,充分发挥放疗对肿瘤细胞的直接杀灭作用;同步化疗药物又能提高肿瘤细胞对放疗的敏感性,减少耐药肿瘤细胞的产生,增强进展期直肠癌的局部控制;并杀灭血液循环中或可能存在微转移灶中的肿瘤细胞,降低肿瘤术中播散的机会<sup>[21]</sup>。来自欧美的临床研究肯定了术前同步放化疗的优势地位<sup>[22]</sup>,在肯定直肠癌新辅助治疗效果时,仍需严格掌握其适应证,遵循“诊断优先,诊断方法规范”原则。2008年NCCN临床指南推荐术前新辅助同期放化疗联合TME手术为Ⅱ~Ⅲ期直肠癌的标准治疗方案<sup>[23]</sup>。卫生部《结直肠癌诊疗规范(2010年版)》<sup>[24]</sup>推荐新辅助放化疗仅适用于距肛门<12 cm的直肠癌;T3和(或)N+的可切除直肠癌患者,推荐术前新辅助放化疗;T4或局部晚期不可切除的直肠癌患者,必须行新辅助放化疗。作为直肠癌综合治疗一部分,新辅助治疗包括术前施行的化疗、放疗或联合放化疗,其疗效及对术后并发症的影响已引起广泛关注,可手术切除局部晚期直肠癌患者术前还是术后进行放疗仍是研究热点。有报道认为规范化外科手术十分重要,在高度规范化手术情况下,术前放疗的临床意义不大,新辅助治疗可

增加直肠癌术后严重肠道功能障碍的风险<sup>[25]</sup>。在荷兰 tweesteden 老年科医院的研究<sup>[26]</sup>结果是术前放疗者具有较低的局部复发率,但增加了老年病患者的并发症和早期死亡率。日本名古屋学者进行 n-sog 03 II 期临床试验<sup>[27]</sup>的结果认为新辅助化疗奥沙利铂和卡培他滨加贝伐单抗 (bevacizumab) 的短期疗效是令人满意的,但贝伐单抗相关毒性可增加吻合口漏的发生率甚至消化道穿孔,贝伐单抗的必要性需要考虑。

#### 4 结语

综上所述,提高直肠癌患者治疗的生存率和生活质量已经是医师和患者共同追求的目标,直肠癌的多学科团队化治疗模式已成为必然趋势和研究热点。最佳的个体化治疗方案将由放射、超声、外科、化疗、放疗等多学科医师共同评估和讨论来决定,为不同患者提供不同的、多样化的治疗方案,既要提高无瘤生存率,又要提高生存患者的生活质量。

#### 参考文献

- 1 姚宏伟,刘荫华. NCCN 结直肠癌临床实践指南 2011 年更新解读 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2011, 14(4): 234 - 238.
- 2 顾晋. 重视结直肠癌的术前分期规范结直肠癌的综合治疗 [J]. 中华外科杂志, 2012, 50(3): 193 - 195.
- 3 Ptok H, Marusch F, Meyer F, et al. Feasibility and accuracy of TURS in the pretreatment staging for rectal carcinoma in general practice [J]. Eur J Surg Oncol, 2006, 32(4): 420 - 425.
- 4 Huh JW, Park YA, Jung EJ, et al. Accuracy of endorectal ultrasonography and computed tomography for restaging rectal cancer after preoperative chemoradiation [J]. J Am Coll Surg, 2008, 207(1): 7 - 12.
- 5 朱江, 黄品同, 丁克, 等. 环扫型经直肠腔内超声检查在直肠癌术前分期诊断中的应用价值 [J]. 中华肿瘤杂志, 2013, 35(2): 148 - 153.
- 6 Ren JH, Guo FJ, Dai WD, et al. Study of endorectal ultrasonography in the staging of rectal cancer [J]. Chin Med J (Engl), 2012, 125(20): 3740 - 3743.
- 7 Dickman R, Kundel Y, Levy-Drummer R, et al. Restaging locally advanced rectal cancer by different imaging modalities after preoperative chemoradiation: a comparative study [J]. Radiat Oncol, 2013, 8(1): 278.
- 8 Trakamsanga A, Gonen M, Shia J, et al. What is the significance of the circumferential margin in locally advanced rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy? [J]. Ann Surg Oncol, 2013, 20(4): 1179 - 1184.
- 9 吴东波, 黄顺荣, 吴鸿根, 等. 腹腔镜技术和改良 Parks 手术在低位直肠癌保肛术中的应用 [J]. 中国临床新医学, 2010, 3(5): 417 - 420.
- 10 Rullier E, Denost Q, Vendrely V, et al. Low rectal cancer: classification and standardization of surgery [J]. Dis Colon Rectum, 2013,

- 56(5): 560 - 567.
- 11 Konanz J, Herrle F, Weiss C, et al. Quality of life of patients after low anterior, intersphincteric, and abdominoperineal resection for rectal cancer—a matched-pair analysis [J]. Int J Colorectal Dis, 2013, 28(5): 679 - 688.
- 12 Dinnewitzer A, Jäger T, Nawara C, et al. Cumulative incidence of permanent stoma after sphincter preserving low anterior resection of mid and low rectal cancer [J]. Dis Colon Rectum, 2013, 56(10): 1134 - 1142.
- 13 李世拥, 梁振家, 苑树俊, 等. 中低位直肠癌行套入式吻合保肛术 402 例临床研究 [J]. 中华普通外科杂志, 2011, 26(7): 537 - 539.
- 14 Dumont F, Ayadi M, Goéré D, et al. Comparison of fecal continence and quality of life between intersphincteric resection and abdominoperineal resection plus perineal colostomy for ultra-low rectal cancer [J]. J Surg Oncol, 2013, 108(4): 225 - 229.
- 15 Digennaro R, Tondo M, Cuccia F, et al. Coloanal anastomosis or abdominoperineal resection for very low rectal cancer: what will benefit, the surgeon's pride or the patient's quality of life? [J]. Int J Colorectal Dis, 2013, 28(7): 949 - 957.
- 16 Kasparek MS, Hassan I, Cima RR, et al. Quality of life after coloanal anastomosis and abdominoperineal resection for distal rectal cancers: sphincter preservation vs quality of life [J]. Colorectal Dis, 2011, 13(8): 872 - 877.
- 17 Biondo S, Frago R, Codina Cazador A, et al. Long-term functional results from a randomized clinical study of transverse colectomy compared with colon J-pouch after low anterior resection for rectal cancer [J]. Surgery, 2013, 153(3): 383 - 392.
- 18 Noura S, Ohue M, Seki Y, et al. Feasibility of a lateral region sentinel node biopsy of lower rectal cancer guided by indocyanine green using a near-infrared camera system [J]. Ann Surg Oncol, 2010, 17(1): 144 - 151.
- 19 Tarek K, Hisham EH, Mohamed AM. A study evaluating the impact of nerve preserving surgery and adjuvant pelvic irradiation for rectal cancer on quality of life [J]. The Chinese-German Journal of Clinical Oncology, 2010, 9(8): 459 - 465.
- 20 梁小波, 刘海义. 盆腔淋巴结清扫在低位直肠癌手术中的应用与评价 [J]. 肿瘤学杂志, 2009, 15(2): 106 - 108.
- 21 张继军, 韦金华, 韦爱芳, 等. 晚期复发转移直肠癌 56 例同步放化疗的疗效观察 [J]. 中国临床新医学, 2010, 3(11): 1121 - 1123.
- 22 Sauer R, Liersch T, Merkel S, et al. Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for locally advanced rectal cancer: Results of the German CAO/ARO/AIO-94 randomized phase III trial after a median follow-up of 11 years [J]. J Clin Oncol, 2012, 30(16): 1926 - 1933.
- 23 杨咏强, 冯林春. 局部中晚期直肠癌术前放疗应用进展 [J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2013, 22(5): 390 - 393.
- 24 卫生部医政司制定, 卫生部办公厅印发. 结直肠癌诊疗规范 (2010 年版) [J]. 中华外科杂志, 2011, 49(2): 97 - 104.
- 25 Bregendahl S, Emmertsen KJ, Lous J, et al. Bowel dysfunction after low anterior resection with and without neoadjuvant therapy for rectal

- cancer: a population-based cross-sectional study [J]. Colorectal Dis, 2013, 15(9):1130-1139.
- 26 Maas HA, Lemmens VE, Nijhuis PH, et al. Benefits and drawbacks of short-course preoperative radiotherapy in rectal cancer patients aged 75 years and older [J]. Eur J Surg Onco, 2013, 39(10):1087-1093.
- 27 Uehara K, Hiramatsu K, Maeda A, et al. Neoadjuvant oxaliplatin and capecitabine and bevacizumab without radiotherapy for poor-risk rectal cancer: N-SOG 03 Phase II trial [J]. Jpn J Clin Onco, 2013, 43(10):964-971.

[收稿日期 2014-08-01][本文编辑 谭毅 韦颖]

## 《中国临床新医学》杂志

### 基金课题论文和博士硕士研究生毕业论文征稿及奖励启事

《中国临床新医学》杂志是经中华人民共和国新闻出版广电总局批准出版,由中华人民共和国卫生和计划生育委员会主管,由中国医师协会和广西壮族自治区人民医院共同主办的国家级医学学术性科技期刊,国内统一连续出版物号为 CN45-1365/R,国际标准刊号为 ISSN1674-3806,邮发代号为 48-173,国内外公开发行。办刊宗旨:报道国内外医学科学的最新研究成果,传播医学科学的最新理论和信息,交流医学科学的最新经验,介绍医学科学的最新技术。报道内容包括基础研究、实验研究、临床研究、教学研究中的发明创造、成果报告和学术经验,临床疾病诊疗中的新技术、新项目、新方法等。栏目设置:专家特稿、基金课题报告、博硕论坛、临床研究、技术创新、护理研讨、短篇报道、循证医学、新进展综述等。

本刊征集各级基金课题论文和博士、硕士研究生毕业论文,并实行快速发表和以下奖励:

- 1 对基金课题论文和博士、硕士研究生毕业论文开辟“快速通道”以最快的速度发表(两个月内)。
- 2 对基金课题论文(作者须提供项目合同书复印件)和博士、硕士研究生毕业论文(须有院校推荐信)分别实行以下奖励:

- (1) 国家级基金课题论著性论文每篇奖励 2000 元,短篇论著每篇奖励 1500 元。
- (2) 省、部级基金课题论著性论文每篇奖励 1500 元,短篇论著每篇奖励 1000 元。
- (3) 各省、自治区、直辖市卫生厅(局)重点课题论著性论文每篇奖励 1000 元,短篇论著每篇奖励 500 元。
- (4) 博士研究生毕业论文(须提供院校推荐信)每篇奖励 1000 元,硕士研究生毕业论文(须提供院校推荐信)每篇奖励 800 元。

#### 3 投稿要求和注意事项

- (1) 论文每篇要求在 4000 字以内(不包括图表和参考文献),并附 300 字以内的中文摘要、关键词;英文题目、作者姓名(汉拼)、单位英文名称、英文摘要和关键词。
- (2) 来稿须附单位推荐信,推荐信须明确表明“同意推荐、无一稿两投、不涉及保密及署名争议问题”,来稿请自留底稿。
- (3) 文稿须(A4 纸打印)寄一份纸质打印稿,并发电子邮件(电子文稿必须是 word 文档)到编辑部。稿件所附照片一律要求使用原始照片。来稿要求按本刊书写格式规范进行书写,项目要齐全(包括题目、作者署名、基金项目批准单位及编号、作者单位、作者简介;中文摘要、关键词;英文摘要及关键词),字迹要清楚,标点要准确,文字应双倍行距打印。要注意特殊文种大小写、上下角标符号、缩略语等的正确书写。
- (4) 来稿请在署名下标明:基金项目(项目来源及编号);作者单位(包括邮编、所在地、单位名称);作者简介(包括姓名、出生年月、性别、学历、学位、技术职称、是否研究生导师、主要研究方向、电话号码和 E-mail)。

(5) 来稿请寄:广西南宁市桃源路 6 号广西壮族自治区人民医院内《中国临床新医学》杂志编辑部收。本刊网址: <http://www.zglcxyzz@163.com>, E-mail: [zglcxyzz@163.com](mailto:zglcxyzz@163.com)。邮政编码:530021。电话:0771-2186013。