

内镜下扩大经鼻入路手术切除鞍上侵袭性垂体腺瘤

贾亮 周航 张晓炜 张庆九 吕中强

【摘要】 目的 分析内镜下扩大经鼻入路手术切除鞍上侵袭性垂体腺瘤的疗效及安全性。方法与结果 以 2019 年 6 月至 2022 年 6 月河北医科大学第二医院收治的 68 例鞍上侵袭性垂体腺瘤患者为研究对象,于内镜下扩大经鼻入路手术切除肿瘤,73.53% (50/68) 实现全切除,17.65% (12/68) 次全切除,8.82% (6/68) 部分切除;巨大型腺瘤全切除率达 37.40% (10/27)。平均随访(12±6)个月,视力改善者占 75.81% (47/62)、无变化 19.35% (12/62)、恶化 4.84% (3/62);视野缺损改善占 74.14% (43/58)、无变化 15.52% (9/58)、加重 10.34% (6/58);动眼神经麻痹患者末次随访复视消失(3例)。术后并发症包括脑脊液漏[1.47% (1/68)]、中枢性尿崩症[16.18% (11/68)]、术区血肿[4.41% (3/68)]、迟发性鼻腔出血[4.41% (3/68)]和颅内感染[7.35% (5/68)],无死亡病例。结论 于内镜下扩大经鼻入路手术切除向前颅底、鞍上区域、第三脑室方向侵袭的大型或巨大型垂体腺瘤,全切除率高、创伤小、并发症少,值得临床推广。

【关键词】 垂体肿瘤; 蝶鞍; 内窥镜检查; 手术后并发症

Extended endoscopic endonasal approach in resection of suprasellar invasive pituitary adenoma

JIA Liang, ZHOU Hang, ZHANG Xiao-wei, ZHANG Qing-jiu, LÜ Zhong-qiang

Department of Neurosurgery, The Second Hospital of Hebei Medical University, Shijiazhuang 050000, Hebei, China

Corresponding author: ZHANG Qing-jiu (Email: zhangqj999@163.com)

【Abstract】 Objective To analyze the clinical efficacy and safety of the extended endoscopic endonasal approach (EEEA) in the resection of suprasellar invasive pituitary adenoma. **Methods and Results** A total of 68 patients with suprasellar invasive pituitary adenoma admitted to The Second Hospital of Hebei Medical University from June 2019 to June 2022 were treated with EEEA for tumor resection, of whom 73.53% (50/68) achieved gross total resection (GTR), 17.65% (12/68) achieved subtotal resection, and 8.82% (6/68) achieved partial resection. The GTR rate of giant adenoma was 37.40% (10/27). The average follow-up was (12±6) months, 75.81% (47/62) improved visual acuity, 19.35% (12/62) had no change after surgery, 4.84% (3/62) deteriorated visual acuity. The improvement rate of visual field defect was 74.14% (43/58), no change was 15.52% (9/58), and symptom aggravation was 10.34% (6/58). The symptoms of diplopia disappeared completely in the patients with oculomotor nerve palsy at the last follow-up (3 cases). Postoperative complications included cerebrospinal fluid leakage [1.47% (1/68)], central diabetes insipidus [16.18% (11/68)], intraoperative hematoma [4.41% (3/68)], delayed nasal hemorrhage [4.41% (3/68)] and intracranial infection [7.35% (5/68)], with no death. **Conclusions** EEEA for large or giant pituitary adenomas invading the anterior skull base, suprasellar region and the third ventricle has a high GTR rate, less trauma and fewer complications, and is worthy of clinical promotion.

【Key words】 Pituitary neoplasms; Sella turcica; Endoscopy; Postoperative complications

Conflicts of interest: none declared

垂体腺瘤是起源于腺垂体内分泌细胞的肿瘤性病变,约占中枢神经系统肿瘤的 15%,患病率为

1.15%^[1]。其中,鞍上侵袭性垂体腺瘤尤其是直径≥4 cm 的巨大型腺瘤目前仍是较受困扰的复杂性神经外科手术。对于此类病变,传统的显微神经外科主要采用开颅手术,包括经翼点入路、额外侧(额底眶上入路)入路、前纵裂-鸡冠入路或胼胝体入路

doi:10.3969/j.issn.1672-6731.2023.07.004

作者单位:050000 石家庄,河北医科大学第二医院神经外科

通讯作者:张庆九,Email:zhangqj999@163.com

等,上述入路不仅手术创伤大且对中线后上方组织结构显露欠佳,对于鞍内或蝶窦受累病变很难达到完整切除病灶之目的。内镜下扩大经鼻入路手术(EENA)主要适用于颅底中线病变、向鞍上扩展的Rathke囊肿、颅咽管瘤、鞍结节脑膜瘤或行垂体柄活检等病变^[2-3],因此近年越来越多的神经外科医师经此入路处理向鞍上侵袭的哑铃型垂体腺瘤,或由鞍内向鞍上蛛网膜下腔侵袭甚至第三脑室受累的较大或巨型垂体腺瘤,以及需再次手术的鞍上残留复发性垂体腺瘤、鞍上异位垂体腺瘤等传统手术入路较难处理的病变^[4-5],不仅疗效优良且安全性较高。河北医科大学第二医院自2019年以来采用经鞍结节-蝶骨平台入路于内镜下行扩大经鼻入路手术切除鞍上侵袭性垂体腺瘤取得了较好效果,结果报告如下。

对象与方法

一、研究对象

选择2019年6月至2022年6月在我院神经外科行内镜下扩大经鼻入路手术的鞍上侵袭性垂体腺瘤患者共68例,所有患者均于术前经MRI证实肿瘤自鞍内向鞍上呈侵袭性生长(图1)或为鞍上异位垂体腺瘤(图2),并且经组织病理学检查证实为垂体腺瘤。男性38例,女性30例;年龄19~75岁,平均为(46±11)岁。其中,首发者54例(79.41%)、复发者11例(16.18%)、鞍上异位垂体腺瘤3例(4.41%);无功能垂体腺瘤48例(70.59%)、生长激素腺瘤12例(17.65%)、催乳素腺瘤8例(11.76%);肿瘤直径为1.80~6.10 cm,平均为(3.70±1.00) cm;大腺瘤(1 cm<直径<4 cm)41例(60.29%)、巨型腺瘤(≥4 cm)27例(39.71%)。临床主要表现为视力下降(62例占91.18%)、视野缺损(58例占85.29%)或复视(3例占4.41%)。术前腺垂体功能评估,血清促肾上腺皮质激素(ACTH)、促甲状腺激素(TSH)水平降低者分别为23例(33.82%)和12例(17.65%)。根据鞍上侵袭程度Hardy-Wilson分期^[6],A期(侵犯鞍上池)13例(19.12%)、B期(第三脑室隐窝受压闭塞)29例(42.65%)、C期(第三脑室因肿瘤压迫、推挤重度移位)15例(22.06%)、D期(侵袭颅底)11例(16.18%)、E期(侵袭单侧或双侧海绵窦)9例(13.24%),其中A~C期代表肿瘤呈渐进式向鞍上生长、D期和E期为肿瘤不断向鞍旁发展;本组9例E期患者均为B~D期合并患者。

二、手术方法

1. 内镜下扩大经鼻入路垂体腺瘤切除术并颅底重建术 患者仰卧位、头部抬高,气管插管全身麻醉,头架固定头位,后仰30°~45°、左偏10°~20°。经双侧鼻腔入路,以右侧鼻腔为主,肾上腺素(1:100 000)棉条收敛鼻甲及鼻腔黏膜。首先,制备带蒂(鼻中隔后动脉)鼻中隔黏膜瓣并留置于鼻咽部备用,切除中鼻甲和上鼻甲,开放后组筛窦,并广泛开放蝶窦前壁,剔除蝶窦黏膜及分隔;磨钻依次“蛋壳化”磨除鞍底、鞍结节甚至部分蝶骨平台骨质并剔除,显露硬脑膜;“Y”形打开硬脑膜,流体明胶灌注前海绵间窦以减少血流;小功率双极间断电灼并切开前海绵间窦;瘤内减压,锐性分离鞍上蛛网膜下腔(图1,2)。肿瘤切除后分别采用硬膜修补材料、自体阔筋膜、带蒂鼻中隔黏膜瓣和生物纤维蛋白胶等多层修补、重建颅底(图2),以碘仿纱条支撑,2周后拔除。

2. 疗效评价 (1)手术切除程度:术后72 h内垂体MRI增强扫描显示病灶无残留、未见强化征象者为全切除(GTR);与术前相比,肿瘤体积缩小达70%~99%,为次全切除;与术前相比,肿瘤体积缩小<70%,为部分切除。对于部分术后72 h内难以实现MRI检查的患者,则以术后3个月时垂体MRI增强扫描所见评价肿瘤切除程度。(2)生化缓解率:生长激素腺瘤,术后1周内随机血清生长激素(GH)<0.047 nmol/L、口服葡萄糖耐量试验(OGTT)生长激素<0.047 nmol/L^[7];催乳素腺瘤,术后1周内,男性随机血清催乳素(PRL)<0.91 nmol/L,女性卵泡期1.05 nmol/L、黄体期0.23~1.82 nmol/L。(3)疗效与安全性:本组患者随访截止时间为2022年6月1日,评价指标包括临床症状缓解(视力、视野)、垂体轴系激素水平(促甲状腺激素-甲状腺激素轴系和垂体-肾上腺轴系激素),以及手术相关并发症发生率(脑脊液漏、中枢性尿崩症、术区出血、鼻腔出血、颅内感染)。

结 果

本组患者肿瘤全切除50例(73.53%),其中巨型腺瘤全切除率37.40%(10/27);次全切除12例(17.65%);部分切除6例(8.82%)。

组织病理学分型包括无功能腺瘤[48例(70.59%)],生长激素腺瘤[12例(17.65%)]和催乳素腺瘤[8例(11.76%)]。(1)无功能腺瘤:39例全切

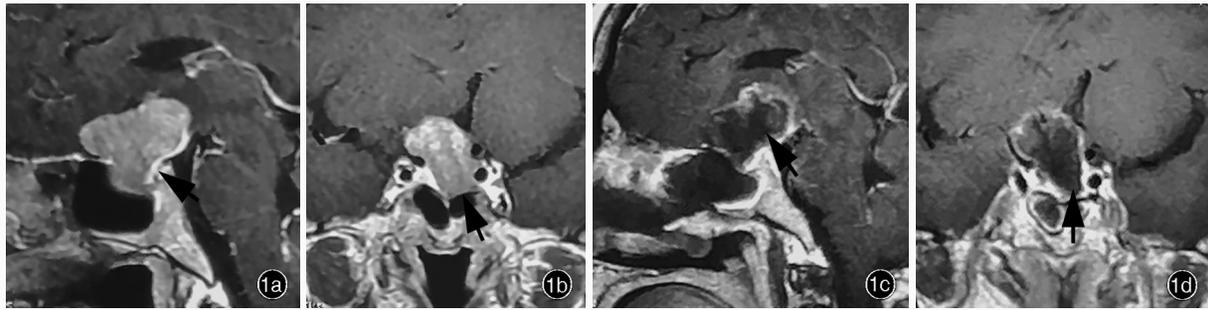
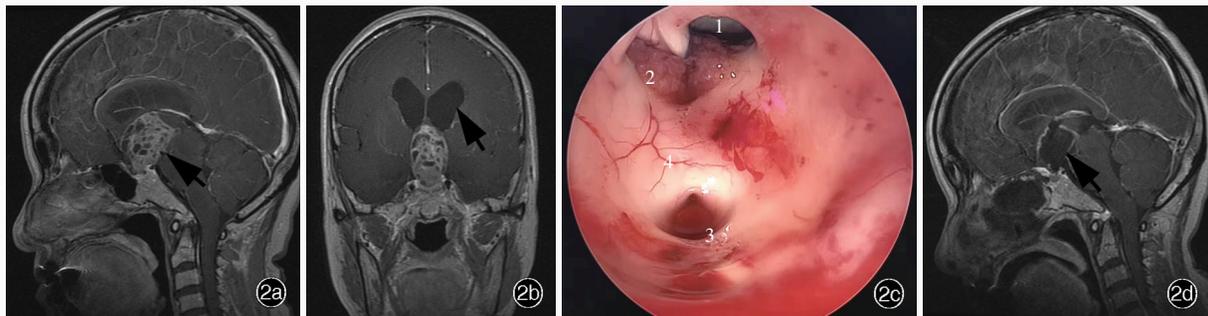


图 1 女性患者,63岁。于内镜下扩大经鼻入路行侵袭性垂体大腺瘤切除术,手术前后MRI检查所见 1a 术前矢状位增强 T₁WI 显示肿瘤自鞍内向鞍上侵袭性生长,强化明显(箭头所示) 1b 术前冠状位增强 T₁WI 显示肿瘤向鞍上右上方生长(箭头所示) 1c,1d 术后 72 h 矢状位和冠状位增强 T₁WI 显示肿瘤全切除(箭头所示)

Figure 1 A 63-year-old female underwent endoscopic resection of invasive pituitary macroadenomas via EEEA approach. Pre- and post-operative MRI findings Preoperative sagittal enhanced T₁WI showed invasive growth of the tumor from sellar to suprasellar, and the enhancement was obvious (arrow indicates, Panel 1a). Preoperative coronal enhanced T₁WI showed tumor growth toward the upper right suprasellar (arrow indicates, Panel 1b). Postoperative sagittal (Panel 1c) and coronal (Panel 1d) enhanced T₁WI showed GTR of tumor at 72 hours after surgery (arrows indicate).



1, 双侧室间孔; 2, 侧脑室脉络丛; 3, 中脑导水管上口; 4, 丘脑中间块

图 2 女性患者,51岁。于内镜下扩大经鼻入路行侵袭性异位垂体大腺瘤切除术,手术前后MRI检查与术中所见 2a 术前矢状位增强 T₁WI 显示,肿瘤位于鞍上凸向第三脑室,呈不均匀明显强化(箭头所示) 2b 术前冠状位增强 T₁WI 可见第三脑室受压,幕上脑室轻度扩张(箭头所示) 2c 肿瘤全切除后于显微镜下第三脑室内结构(双侧室间孔、侧脑室脉络丛、中脑导水管上口、丘脑中间块)清晰可见 2d,2e 术后 72 h 矢状位和冠状位增强 T₁WI 显示肿瘤全切除(箭头所示)

Figure 2 A 51-year-old female underwent endoscopic resection of invasive dystopia pituitary macroadenomas via EEEA approach. Pre- and post-operative MRI findings and intraoperative findings Preoperative sagittal enhanced T₁WI showed the tumor was located in the suprasellar convexity toward the third ventricle, with significant uneven enhancement (arrow indicates, Panel 2a). Preoperative coronal enhanced T₁WI showed compression of the third ventricle and mild dilation of the supratentorial ventricle (arrow indicates, Panel 2b). Intraoperative finding showed after GTR of the tumor, the structure of the third ventricle could be seen, including bilateral ventricular foramen, choroid plexus of lateral ventricle, superior orifice of midbrain aquifer, and middle mass of thalamus (Panel 2c). Postoperative sagittal (Panel 2d) and coronal (Panel 2e) enhanced T₁WI showed GTR of tumor at 72 hours after surgery (arrows indicate).

除,6例次全切除,3例部分切除。(2)生长激素腺瘤:8例全切除,3例次全切除,1例部分切除。其中,有4例全切除患者术后达到生化缓解;未达生化缓解患者(8例)中6例行长效生长抑素抑制剂醋酸奥曲肽微球(20 mg/4周肌肉深部注射)治疗,4/6例同时辅助伽马刀放疗(末次随访达生化缓解1例、未达生化缓解3例)。(3)催乳素腺瘤:8例患者术前均接受多巴胺受体激动剂甲磺酸溴隐亭治疗,疗程为3个月,其中6例影像学检查肿瘤体积无明显缩小、2例药物不良反应明显;术后3例肿瘤全切除、3例次全

切除、2例部分切除,5例肿瘤残留患者术后辅助伽马刀放疗,继续口服甲磺酸溴隐亭治疗;6/8例术后未达生化缓解(1例为全切除、3例次全切除、2例部分切除)。

本组患者共随访3~40个月,平均(12±6)个月。随访期间视力明显改善者占75.81%(47/62),术后无变化19.35%(12/62),进一步恶化4.84%(3/62),余8.82%(6/68)视力正常且手术前后无变化;术后视野缺损明显改善者占74.14%(43/58),无变化15.52%(9/58),视野缺损加重10.34%(6/58),余

14.71%(10/68)为视野正常;末次随访3例动眼神经麻痹患者复视完全消失。术后内分泌功能评价,血清 ACTH 不同程度升高者占 21.74%(5/23),余 78.26%(18/23)术后仍需维持氢化可的松治疗;血清 TSH 恢复至正常值范围(2~10 mU/L)者占 4/12 例,余 8/12 例手术前后无变化;本组约有 10.29%(7/68)患者术后新发腺垂体功能减退,其中 4/7 例术后 3 个月恢复正常,3/7 例呈永久性改变,需长期服用氢化可的松或左甲状腺素钠(优甲乐)。

本组患者手术并发症发生率为 16.18%(11/68),包括脑脊液漏[1.47%(1/68)]、中枢性尿崩症[16.18%(11/68),短暂性 9 例次、永久性 2 例次]、术区血肿[4.41%(3/68)]、迟发性鼻腔出血[4.41%(3/68)]和颅内感染[7.35%(5/68)],无死亡病例。上述并发症经对症手术或药物治疗(脑脊液漏二次修补术、去氨加压素、侧脑室穿刺引流术、鼻腔填塞或手术止血、抗生素药物),症状改善或好转,唯永久性尿崩症患者(2 例次)需长期口服醋酸去氨加压素。

讨 论

对于由鞍内向鞍上、蝶骨平台、第三脑室方向生长的垂体腺瘤,既往手术多采取经鼻蝶入路,先行鞍内肿瘤切除,然后待鞍上部分下落至鞍内后再择期行二次手术切除;或行开颅手术切除邻近视交叉肿瘤,而后二期切除鞍内残留肿瘤。也有研究报道,经鼻联合经颅同期切除肿瘤的方法^[8]虽然可以很好地处理颅内侵袭甚至向额颞叶侵袭的肿瘤,且全切除率亦较高,但由于创伤大、手术时间长,术后颅内感染风险显著增加。近年来,随着神经内镜技术的不断发展与进步,内镜下扩大经鼻入路手术技术以其显露范围广泛、肿瘤全切除率高、并发症相对传统经翼点或经额下开颅入路少、患者恢复快、术后视力改善明显等优点^[9],成为当前切除鞍上侵袭性垂体腺瘤手术的主要选择方案^[5,10]。本组患者肿瘤全切除率为 73.53%(50/68),略高于文献报道的垂体腺瘤全切除率(60%)^[11],可能与本研究纳入的大腺瘤所占比例稍高(60.29%,41/68)有关;而本组患者巨大型腺瘤的全切除率为 37.40%(10/27),与文献报道的 20.4%~48%^[10]基本一致。影响肿瘤全切除的因素较多,如海绵窦受累程度、是否呈分叶状不规则生长、质地坚韧等因素均可影响全切除范围;而与肿瘤大小、第三脑室或前颅底受累等因素无关^[9-10]。有研究提示,若先从鞍内切除下方肿

瘤易导致鞍上部分肿瘤静脉回流致海绵窦受阻,使肿瘤内静脉充血、质地坚硬,与相邻垂体组织或其他正常组织发生粘连,造成全切除困难^[8]。

Marigil Sanchez 等^[12]对 431 例鞍上侵袭性巨大型垂体腺瘤患者的回顾分析显示,于内镜下扩大经鼻入路手术可使 71%~92% 患者视力改善,仅 2%~3.7% 视力恶化,明显低于开颅手术的 22%,与本组研究结果基本相符。术后视力恶化的原因主要在于残留肿瘤卒中造成视神经或视交叉压迫,因此内镜下扩大经鼻入路手术后 2 小时内需密切观察患者视力、意识状态,必要时可间断复查头部 CT 以尽早发现残留肿瘤卒中、出血等并发症。

本组患者术后并发症发生率为 16.17%(11/68),仅 1 例患者术后发生严重鞍区血肿合并颅内感染,经抗炎治疗并间断行腰椎穿刺监测脑脊液炎性指标变化,最终痊愈,无死亡病例,提示内镜下扩大经鼻入路手术具有较高的安全性。本组患者脑脊液漏发生率仅为 1.47%(1/68),低于文献报道的 5%~9.6%^[11],所有患者均常规取自体阔筋膜、脂肪、肌浆和带蒂鼻中隔黏膜瓣行多层修补。本组有 5 例术后颅内感染患者,2 例经保守治疗症状改善,余 3 例经侧脑室穿刺引流术治愈;对于此类患者笔者认为应慎用腰大池引流术,以免诱发引流管相关感染。但术后可根据患者情况间断行腰椎穿刺脑脊液检查,密切监测脑脊液细胞计数及生化指标变化,一旦发现颅内感染征象应尽早足量、足疗程施以抗生素治疗,并积极寻找病原微生物学证据。

内镜下扩大经鼻入路切除垂体腺瘤的手术要点为:(1)带蒂鼻中隔黏膜瓣和内镜下颅底多层修补技术对颅底重建至关重要。(2)右侧中鼻甲、上鼻甲及后组筛窦切除可以增加器械操作自由度和颅底显露范围。(3)术者需精通中床突、内侧视神经-颈内动脉隐窝、视神经隆起、颈内动脉隆起等解剖结构标识,并能娴熟应用。(4)术中在扩大磨除鞍结节骨质甚至蝶骨平台骨质后,需要先以流体明胶灌注前海绵间窦,减少血流,再以小功率双极间断电灼并切开前海绵间窦。(5)术者需要掌握内镜下显微分离技术。(6)结合角度内镜的应用有利于肿瘤全切除。

综上所述,内镜下扩大经鼻入路手术可提高向前颅底、鞍上区域、第三脑室方向侵袭的较大或巨大型垂体腺瘤全切除率,创伤小、并发症相对较少,疗效显著且安全性较高,值得临床推广。

利益冲突 无

参 考 文 献

- [1] Melmed S. Pituitary-tumor endocrinopathies[J]. N Engl J Med, 2020, 382:937-950.
- [2] Fomichev D, Kalinin P, Kutin M, Sharipov O. Extended transsphenoidal endoscopic endonasal surgery of suprasellar craniopharyngiomas[J]. World Neurosurg, 2016, 94:181-187.
- [3] Wang ZC, Deng K, Zhang Y, Zhu JY, Lu L, Zhu HJ, Yao Y. Endoscopic extended transsphenoidal approach in the biopsy of pituitary stalk occupying lesions[J]. Zhongguo Xian Dai Shen Jing Ji Bing Za Zhi, 2019, 19:177-183.[王志成, 邓侃, 张毅, 朱建宇, 卢琳, 朱惠娟, 姚勇. 内镜下扩大经鼻蝶入路鞍上垂体柄占位性病活检术临床价值初探[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2019, 19:177-183.]
- [4] Chibbaro S, Signorelli F, Milani D, Cebula H, Scibilia A, Bozzi MT, Messina R, Zaed I, Todeschi J, Ollivier I, Mallereau CH, Dannhoff G, Romano A, Cammarota F, Servadei F, Pop R, Baloglu S, Lasio GB, Luca F, Goichot B, Proust F, Ganau M. Primary endoscopic endonasal management of giant pituitary adenomas: outcome and pitfalls from a large prospective multicenter experience[J]. Cancers (Basel), 2021, 13:3603.
- [5] Silveira - Bertazzo G, Manjila S, Carrau RL, Prevedello DM. Expanded endoscopic endonasal approach for extending suprasellar and third ventricular lesions [J]. Acta Neurochir (Wien), 2020, 162:2403-2408.
- [6] Araujo-Castro M, Acitores Cancela A, Vior C, Pascual-Corrales E, Rodríguez Berrocal V. Radiological Knosp, Revised-Knosp, and Hardy - Wilson Classifications for the prediction of surgical outcomes in the endoscopic endonasal surgery of pituitary adenomas: study of 228 cases[J]. Front Oncol, 2022, 11:807040.
- [7] Endocrinology Branch, Chinese Medical Association. Chinese consensus on the diagnosis and treatment of acromegaly (2020) [J]. Zhonghua Nei Fen Mi Dai Xie Za Zhi, 2020, 36:751-760. [中华医学会内分泌学分会. 肢端肥大症诊治中国专家共识(2020版)[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2020, 36:751-760.]
- [8] Pezzutti DL, Magill ST, Albonette - Felicio T, Hardesty DA, Carrau RL, Otto BA, Prevedello DM. Endoscopic endonasal transtuberular approach for resection of giant pituitary adenomas with subarachnoid extension: the "second floor" strategy to avoid postoperative apoplexy [J]. World Neurosurg, 2021, 153:e464-e472.
- [9] Silveira-Bertazzo G, Albonette-Felicio T, Carrau RL, Prevedello DM. Surgical anatomy and nuances of the extended endoscopic endonasal transtuberulum sellae approach: pearls and pitfalls for complications avoidance [J]. Acta Neurochir (Wien), 2021, 163:399-405.
- [10] Makarenko S, Alzahrani I, Karsy M, Deopujari C, Couldwell WT. Outcomes and surgical nuances in management of giant pituitary adenomas: a review of 108 cases in the endoscopic era [J]. J Neurosurg, 2022, 21:1-12.
- [11] Cappabianca P, Cavallo LM, de Divitiis O, de Angelis M, Chiamonte C, Solari D. Endoscopic endonasal extended approaches for the management of large pituitary adenomas [J]. Neurosurg Clin N Am, 2015:323-331.
- [12] Marigil Sanchez M, Karekezi C, Almeida JP, Kalyvas A, Castro V, Velasquez C, Gentili F. Management of giant pituitary adenomas: role and outcome of the endoscopic endonasal surgical approach [J]. Neurosurg Clin N Am, 2019, 30:433-444.

(收稿日期:2023-03-15)

(本文编辑:袁云)

《中国现代神经疾病杂志》关于谨防伪造微信采编中心的声明

《中国现代神经疾病杂志》编辑部近期发现伪造本刊微信采编中心的非法行为,微信号码 jiayou1583,昵称知了,伪造《中国现代神经疾病杂志》采编中心。该微信号以核对作者信息为由,请我刊作者添加其为微信好友,借以窃取相关信息甚至索取审稿费和版面费等,此举对我刊及广大作者、读者造成严重不良影响。

《中国现代神经疾病杂志》特此郑重声明:我刊迄今为止并未建立微信平台的采编中心,作者投稿的唯一途径是登录我刊官方网站 www.xdjb.org,进入“作者在线投稿”界面,按照操作提示提交稿件。稿件经外审通过后,需作者配合修改,达到发表要求后方可待编、排期和刊出,这一过程中编辑部人员与作者之间的联系均采用我刊公共邮箱(xdsjbbz@263.net.cn)和公用电话[(022)59065611,59065612]。

若遇假冒我刊网站、伪造我刊采编中心、中介、代理等不法事件,欢迎广大作者和读者向我刊提供相关线索!对于以我刊名义从事非法活动的个别网站或微信号码,我刊保留通过法律途径解决问题的权利。此声明长期有效,最终解释权归我刊所有。

《中国现代神经疾病杂志》关于谨防盗用编辑部名义的声明

近日,有作者举报不法分子盗用《中国现代神经疾病杂志》编辑部名义给作者发送邮件,让作者添加其微信好友,借以窃取相关信息甚至进行钱财诈骗。这种行为严重违反了国家《关于维护互联网安全的决定》等法律法规,严重损害了我刊编辑部和作者的利益。

《中国现代神经疾病杂志》特此郑重声明:我刊迄今不曾以编辑个人名义请求添加作者微信好友,我刊使用网上采编系统进行稿件处理(www.xdjb.org),所有录用和缴费通知均由系统或公共邮箱(xdsjbbz@263.net.cn)发出,请广大作者提高安全意识,以免上当受骗。

若遇假冒我刊网站、盗用编辑部名义、伪造采编中心、中介、代理等不法事件,欢迎广大作者和读者向我刊提供相关线索!对于以我刊名义从事不法活动的个别网站、个人或微信号码,我刊保留通过法律途径解决问题的权利。此声明长期有效,最终解释权归我刊所有。