

半个世纪以来,因为历史的颠簸和压抑,“中医科学化”在中医界不仅是一道纯学术的课题,甚至不仅仅是“中医往何处去”的发展策略问题,而更深地被视为传统中医文化的存亡问题<sup>[22]</sup>。中医学和西医学存在较大差异,但两者存在共同的价值标准,即解除患者痛苦。而中医临床试验为了证实该结论,在向西方医学学习的同时,结合自身特色,走出了一条辉煌却也艰涩的道路。中医临床试验是一个复杂的课题,涉及较多学科,甚至牵涉着不同文明体系的交融和冲突。因此,中医临床试验的研究不单是具体技术的探索,也牵涉到国家和民族战略层面的安排。建议在哲学矛盾论、发展观和辩证法的指引下,以中医学自身各种突破和发展为研究的主流,有其他各个交叉学科的支持、融入及修正,由国家战略发展目标为指向,加强相关教育普及。而中医临床试验随着国家经济、政治和科技力量的强大,由较多优秀学者带动,也将为全世界人民提供良好的临床疗效和严谨科学的临床证据。

参考文献

[1] ClinicalTrials. gov. Understanding Clinical Trials [EB/OL]. [2010-12-27]. <http://clinicaltrials.gov/ct2/info/understand>.  
 [2] 黄长恩. 医学科研基本思路方法与科研程序. 北京: 科学出版社, 2003.  
 [3] 劳力行. 中医临床研究设计及其国际进展. 临床评价方法与应用国际研讨会暨临床研究设计与数据分析新进展及其应用国际会议(2009)主讲稿. 北京, 2009: 1-30.  
 [4] 杨志新, 卞金玲, 许军峰, 等. 针刺治疗脑梗死恢复期神经功能评估的多中心随机对照研究. 上海中医药杂志, 2008, 42(11): 33-36.  
 [5] 吴志奎, 刘咏梅, 张新华, 等. 补肾益髓法治疗β地中海贫血的平行对照临床研究. 中西医结合学报, 2007, 5(2): 137-140.  
 [6] 张志强. 中医辨证施治对早期膝关节炎疗效及关节软骨MRI影响的随机对照试验. 北京: 北京中医药大学, 2008.  
 [7] 康甫, 汪青春, 叶勇光. 旋转扳法和穴位推拿治疗青年颈性眩晕的随机对照试验. 中国骨伤, 2008, 21(4): 270-272.

[8] 王小云, 杨洪艳, 张春玲, 等. 补肾中药与中医情志疗法治疗绝经综合症的随机对照试验. 南方医科大学学报, 2006, 26(6): 796-798.  
 [9] 毕京峰, 段俊国, 刘曾敏. 安慰剂对照在中药临床研究中的作用探讨. 中药药理与临床, 2007, 23(4): 59-61.  
 [10] 梁伟雄, 王奇, 温泽淮, 等. 中医临床研究方案设计优化的常见问题与对策. 广州中医药大学学报, 2008, 25(5): 381-384.  
 [11] 郭伟星, 于杰. 中医内科临床研究现状及存在的问题. 中西医结合心脑血管病杂志, 2007, 5(1): 1-2.  
 [12] Fang JQ, Liu FB, Hou ZK. Parallel subgroup design of a randomized controlled clinical trial-comparing the approaches of Chinese medicine and Western medicine. Chin J Integr Med, 2010, 16(5): 394-398.  
 [13] Medical Research Council. Developing and evaluating complex interventions; new guidance. London: MRC, 2008: 1-39.  
 [14] Ainsworth H. Participant preferences in randomised controlled trials: an example from education [EB/OL]. [2010-01-20]. <http://www.york.ac.uk/iee/staff/hainsworth.htm>.  
 [15] Jadad AR. Randomised controlled trials: a user's guide [EB/OL]. [2010-12-27]. <http://www.cgmh.org.tw/intr/intr5/c6700/OBGYN/F/Randomized%20trial/chapter2.html>.  
 [16] 刘建平, 张玫, 杨闵, 等. 单病例随机对照试验设计在中医药研究中的应用. 中国中医药信息杂志, 2002, 9(6): 66-68.  
 [17] 刘建平. 单个病例随机对照试验的设计与应用. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(3): 252-254.  
 [18] 刘建平. 传统医学证据体的构成及证据分级的建议. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(12): 1061-1065.  
 [19] 赵一鸣. 临床治疗性研究阶段性与治疗方案设计//世界中医药学会联合会临床疗效评价专业委员会筹委会. 世界中医药学会联合会临床疗效评价专业委员会成立大会暨首届国际学术交流会议论文集. 北京: 世界中医药学会联合会临床疗效评价专业委员会, 2007: 1-14.  
 [20] Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ, 2000, 321(1262): 694-696.  
 [21] 赵一鸣. 临床研究组织与实施中关键问题的解决方案//中华医学学会临床流行病学分会. 第十届中国医学学会临床流行病学年会暨第二届世界中医药学会联合会临床疗效评价学术交流会议文集. 北京, 2008. 北京: 中华医学学会临床流行病学分会, 2008: 23-33.  
 [22] 区结成. 当中医遇上西医: 历史与省思. 北京: 三联书店, 2005.

(收稿日期: 2011-01-09)

(本文编辑: 李银平)

• 消息 •

中国科技信息研究所 2010 年版《中国科技期刊引证报告》(核心版)

——临床医学类及中医学与中药学类影响因子和总被引频次前 10 位排序表

临床医学类期刊名称	影响因子	排位	临床医学类期刊名称	总被引频次	排位	中医学与中药学类期刊名称	影响因子	排位
中国感染与化疗杂志	1.885	1	中华医院感染学杂志	8 412	1	中国中西医结合急救杂志	1.039	1
中华医院感染学杂志	1.812	2	中华急诊学杂志	4 997	2	河南中医学院学报	0.886	2
中国危重病急救医学	1.130	3	中国危重病急救医学	3 029	3	针刺研究	0.823	3
中国血吸虫病防治杂志	1.026	4	中华检验医学杂志	2 933	4	中西医结合学报	0.787	4
中国循证医学杂志	0.892	5	实用医学杂志	2 784	5	中国中西医结合杂志	0.730	5
中华临床营养杂志	0.741	6	中国急救医学	1 993	6	中国针灸	0.729	6
实用临床医药杂志	0.688	7	中华老年学杂志	1 917	7	中国中药杂志	0.707	7
中华实用诊断与治疗杂志	0.665	8	中华急诊医学杂志	1 898	8	中华中医药杂志	0.661	8
中国输血杂志	0.650	9	中华皮肤科杂志	1 794	9	吉林中医药	0.652	9
中国感染控制杂志	0.648	10	实用临床医药杂志	1 478	10	中草药	0.627	10

酞注射液与复方丹参注射液合用发生不良反应率较高,严重者可出现呼吸困难、血压下降等过敏性休克症状。5%葡萄糖注射液加血塞通注射液、硝酸甘油注射液易出现静脉炎。此外,还存在中药注射剂静脉滴注速度过快、未注意患者特殊体质、应用时间过长等现象。

## 2 讨论及对策

临床医师需进行相关中西医结合知识的学习,尽可能遵循中医用药规律辨证施治,遵循中医用药原则辨证用药。必须了解到,中药注射剂尽管多为植物药提取的有效成分,但药物中中药的性味属性仍然存在。

由于中药注射剂成分较复杂,药品说明书中关于药理、毒理、药代动力学的资料较少,临床使用的禁忌证、注意事项、不良反应资料不全或不详细,不能很好地指导临床医师用药,这也是中成药制剂目前普遍存在的缺陷之一,有待今后不断改进。

有相当数量的中药注射剂说明书在“功能主治”的表述是中、西医药术语并举,或在中药的主治范围里使用纯西医的病名术语,没有同时表述其适应证里应具有怎样的中医学证候。而实际上中医药学的功能与西药的药理作用、中医药学的主治与西药的适应证是有区别的。一般综合医院的西医医师较难把握中医理论,多数是根据西医药术语理解套用,无

法严格掌握适应证,有时不但达不到应有的疗效,反致临床用药不良反应的发生<sup>[5]</sup>。相关药厂应尽最大的努力对药品说明书加以改进,更不能为了增加销量随意夸大治疗范围。

在综合医院临床使用的中药注射剂中,活血化瘀类的药物最多,其属于攻逐之品,可耗伤机体正气,应遵循中医辨证论治理论用药,特别是应掌握适应证及给药时机,不能滥用。如治疗脑血管疾病时,急性期多采用开窍醒神、豁痰通络、平肝熄风或回阳救逆之法;恢复期及后遗症期才以活血化瘀、通络为主,宜同时采用益气养血、滋阴补阳等方法,以防损伤正气<sup>[6]</sup>;如同时应用抗凝血或抗血小板药物,应注意监测凝血功能。

## 参考文献

- [1] 曾白林. 中药注射剂不良反应探讨及其对策. 时珍国医国药, 2010, 21(3): 757-759.
- [2] 高利. 从中药注射剂的不良反应看其使用时的辨证论治. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17(2): 67-68.
- [3] 张根明. 浅谈在脑血管病治疗中如何正确应用活血化瘀注射剂. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(7): 605-606.
- [4] 蔡长春, 李景苏. 活血化瘀中药注射剂临床应用的合理性调查分析. 临床误诊误治, 2009, 22(10): 74-75.
- [5] 闵慧群. 临床使用中药注射剂易忽视的几个问题. 海峡药学, 2009, 21(1): 145-146.
- [6] 李芮. 论活血化瘀药在老年病中的合理应用. 中华中医药杂志, 2006, 21(8): 454-455.

(收稿日期: 2010-10-31)

(本文编辑: 李银平)

## · 读者 · 作者 · 编者 ·

### 《中国中西医结合急救杂志》对作者署名的一般要求

同时具备以下 3 项条件者方可署名为作者: ①参与选题和设计, 或参与资料的分析与解释者; ②起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容者; ③能对编辑部的修改意见进行核修, 在学术上进行答辩, 并最终同意该文发表者。

仅参与研究项目资金的获得或收集资料者不能列为作者, 仅对科研小组进行一般管理者也不宜列为作者。对文章中的各主要结论, 均必须至少有 1 位作者负责。作者中如有外籍作者, 应征得本人同意, 并在投稿时向编辑部提供相应证明材料。集体署名的文稿, 在题名下列出署名单位, 并于文末列出整理者姓名, 并须明确该文的主要负责人, 在论文首页脚注通信作者姓名、单位、邮政编码及 Email 地址。通信作者一般只列 1 位, 由投稿者确定。如需注明协作组成员, 则于文末参考文献前列出协作组成员的单位及姓名。作者的具体排序应在投稿前即确定, 在编排过程中不应再改动, 确需改动时必须出示单位证明。

### 《中国中西医结合急救杂志》对计量单位及数字的要求

《中国中西医结合急救杂志》执行 GB 3100~3102-1993《量和单位》中有关量、单位和符号的规定及其书写规则, 具体写作方法可参照中华医学会杂志社编写的《法定计量单位在医学上的应用》。注意单位名称与单位符号不可混用。组合单位符号中表示相除的斜线多于 1 条时应采用负数幂的形式表示, 组合单位中斜线和负数幂亦不可混用, 例如:  $\text{ng/kg/min}$  应采用  $\text{ng} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$  的形式, 不宜采用  $\text{ng/kg} \cdot \text{min}^{-1}$  的形式。在叙述中应先列出法定计量单位数值, 括号内写旧制单位数值; 如果同一计量单位反复出现, 可在首次出现时注出法定与旧制单位换算系数, 然后只列法定计量单位数值。参量及其公差均需附单位, 当参量与其公差的单位相同时, 单位可只写 1 次, 即加圆括号将数值组合, 置共同单位符号于全部数值之后。例如: “ $75.4 \text{ ng/L} \pm 18.2 \text{ ng/L}$ ” 可以表示为 “ $(75.4 \pm 18.2) \text{ ng/L}$ ”。量的符号一律用斜体字, 如吸光度 (旧称光密度) 的符号 “ $A$ ”。根据国家质量技术监督局和卫生部联合发出的质技监局量函 [1998] 126 号文件《关于血压计量单位使用规定的补充通知》, 凡是涉及人体及动物体内的压力测定, 可以使用  $\text{mm Hg}$  或  $\text{cm H}_2\text{O}$  为计量单位, 但首次出现时应注明  $\text{mm Hg}$  或  $\text{cm H}_2\text{O}$  与  $\text{kPa}$  的换算系数 ( $1 \text{ mm Hg} = 0.133 \text{ kPa}$ ,  $1 \text{ cm H}_2\text{O} = 0.098 \text{ kPa}$ )。

对于数字的表示, 本刊执行 GB/T 15835-1995《出版物上数字用法的规定》。公历世纪、年代、年、月、日、时刻和计数、计量均用阿拉伯数字。百分数的范围和偏差, 前一个数字的百分符号不能省略, 例如:  $5\% \sim 95\%$  不能写成  $5 \sim 95\%$ ,  $(50.2 \pm 0.6)\%$  不能写成  $50.2 \pm 0.6\%$ 。附带尺寸单位的数值相乘, 按下列方式书写:  $4 \text{ cm} \times 3 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$ , 不能写成  $4 \times 3 \times 5 \text{ cm}^3$ 。

**2.2.2 人参皂苷 Rg1 稳定性、精密度、重现性、回收率结果:**稳定性试验显示人参皂苷 Rg1 峰面积的相对标准偏差(RSD)为 1.58%,表明供试品溶液在 8 h 内基本稳定;精密度试验显示,人参皂苷 Rg1 峰面积的 RSD 为 0.41%,表明本法的精密度良好;重现性试验显示,人参皂苷 Rg1 峰面积的 RSD 为 0.07%,表明本法的重现性良好;回收率试验显示,人参皂苷 Rg1 的平均加样回收率为 98.70%,RSD 为 1.71%,表明本法的准确度良好。

**2.3 3 批药物中人参皂苷 Rg1 含量(表 1):**3 批心复康口服液含量范围为 40~62 μg/ml,波动范围较小,质量稳定。

表 1 3 批心复康口服液中人参皂苷 Rg1 的含量

批号	Rg1 含量(μg/ml)	RSD(%)
20080406	61.37	0.90
20080527	57.60	1.40
20080618	42.27	1.90

### 3 讨论

本研究中通过鉴别心复康口服液中主要药物黄芪、人参、丹参、淫羊藿来判断其真伪,同时通过控制其有毒药物附子中指标成分乌头碱的含量来保证本制剂的用药安全。在此基础上,为进一步评价本制剂质量的优劣,本研究中采用了高效液相色谱法对其君药人参的有效成分人参皂苷 Rg1 进行了含量测定,并建立了一种精密度和重现性均较好的快速评价方法。本研究结果表明,心复康口服液中含有黄

芪、人参、丹参、淫羊藿;有毒物质限量检查可知乌头碱在规定的剂量范围;人参皂苷 Rg1 在 194.4~5 832.0 ng 范围内呈良好的线性关系;同一批供试品 8 h 内峰面积的 RSD 为 1.58%,表明基本稳定;同一份人参皂苷 Rg1 峰面积的 RSD 为 0.41%,表明精密度良好;同一批样品人参皂苷 Rg1 峰面积的 RSD 为 0.07%,表明本法重现性良好;人参皂苷 Rg1 平均加样回收率为 98.70%,RSD 为 1.71%,表明本法的准确度良好。因此,本研究中实现了较为全面地综合评价心复康口服液的质量,这对保证本制剂的用药安全具有极其重要的指导意义。

### 参考文献

- [1] 曹雪滨,胡元会,何建成.心复康口服液的药效学研究.现代中西医结合杂志,2004,13(2):275-276.
- [2] 曹雪滨,蒲斌红,何建成,等.心复康对病毒性心肌炎患者的治疗作用研究.中国中西医结合急救杂志,2002,9(5):288-289.
- [3] 杨娟,刘新民,曹雪滨.心复康口服液的制备及临床观察.华国防医药,1999,12(6):463-465.
- [4] 程晓昱,胡业彬,王怀美,等.中药心复康与心宝治疗缓慢性心律失常的比较.中国中西医结合急救杂志,2005,12(3):156-158.
- [5] 韩世飞,曹雪滨,徐淑淑,等.益气温阳活血化痰中药对心力衰竭大鼠心肌细胞葡萄糖转运蛋白 4 的干预作用研究.中国中西医结合急救杂志,2009,16(4):203-205.
- [6] 国家药典委员会.中华人民共和国药典(2005 年版一部).北京:化学工业出版社,2005:7,52,132,212,229,484.
- [7] 孔维月,林能明,方罗. RP-HPLC 法测定艾迪注射液中心参皂苷 Rg1 的含量.中国药房,2009,20(27):2131-2132.
- [8] 笔雪艳,刘思琳.参黄口服液中心参皂苷 Rg1 的含量测定.时珍国医国药,2007,18(8):1903-1904.

(收稿日期:2010-12-27)

(本文编辑:李银平)

### • 消息 •

## 中国科技信息研究所 2010 年版《中国科技期刊引证报告》(核心版)

### ——总被引频次总排序表中前 100 位医学类期刊名单

期刊名称	总被引频次	排位	期刊名称	总被引频次	排位	期刊名称	总被引频次	排位
中华医院感染学杂志	8 412	5	中华放射学杂志	4 133	41	中国现代医学杂志	3 316	76
中华护理杂志	8 408	6	中国中西医结合杂志	4 113	43	实用儿科临床杂志	3 171	79
中国组织工程研究与临床康复	7 218	7	中华流行病学杂志	4 096	44	中国全科医学	3 156	80
WORLD JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY	6 013	9	中华儿科杂志	4 066	45	解放军护理杂志	3 131	81
中国实用护理杂志	5 717	15	中华妇产科杂志	3 972	48	中国药理学杂志	3 084	83
中草药	5 631	16	中华骨科杂志	3 910	52	中国危重病急救医学	3 029	86
中国中药杂志	5 544	19	中华内科杂志	3 674	56	世界华人消化杂志	3 009	87
中华结核和呼吸杂志	5 293	22	护士进修杂志	3 635	58	药学报	2 981	88
护理研究	5 180	25	中国妇幼保健	3 632	59	中草药	2 956	90
中国误诊学杂志	4 997	28	中国实用妇科与产科杂志	3 617	60	中国骨与关节损伤杂志	2 938	91
护理学杂志	4 881	29	中华神经科杂志	3 548	61	中华检验医学杂志	2 933	92
中华外科杂志	4 715	30	中国医学影像技术	3 458	63	CHINESE MEDICAL JOURNAL	2 891	96
中华心血管病杂志	4 623	31	中国药房	3 381	68	现代中西医结合杂志	2 880	98
中国实用外科杂志	4 491	33	中国药理学通报	3 374	69	第四军医大学学报	2 874	99
中国公共卫生	4 333	36	中华矫形外科杂志	3 366	70	中华实验外科杂志	2 865	100
			中华肝脏病杂志	3 363	71			

化发现其与患者预后密切相关;徐军等<sup>[18]</sup>对休克犬肺水的研究提示,EVLW 对不同类型休克的治疗及预后均有明确的指导价值。因此,输注生脉注射液早期监测感染性休克和心源性休克患者 CI、ITBVI、SVRI、EVLW 等指标帮助更大,同时减少了对血管活性药物的依赖。与感染性休克比较,心源性休克对生脉注射液的反应更快,但不能持久。分析其原因可能是生脉注射液能进一步提高了患者体内的前列环素(PGI<sub>2</sub>)含量,降低了血栓素 A<sub>2</sub>(TXA<sub>2</sub>)含量,减少了心钠素(ANP)与内皮素(ET)的释放,与血管活性药物联用形成叠加作用,产生更好的改善血流动力学效应<sup>[19]</sup>。同时由于生脉注射液提高心肌细胞 Ca<sup>2+</sup>-ATP 酶活性作用较弱,主要通过其他机制产生正性肌力作用且具有量效关系<sup>[20]</sup>,所以在纠正因泵衰竭而产生的心源性休克的作用上弱于感染性休克,因此需增加药物的用量或给药次数。

综上所述,生脉注射液对低血容量休克、感染性休克和心源性休克早期均有不同程度抗休克作用,但不同休克类型之间的差异是否与病例数较少或中医不同辨证有关,尚待进一步研究。

参考文献

[1] 牟乃洲,刘长运,牟鲁华,等.生脉注射液治疗休克患者 40 例疗效观察.中国中西医结合急救杂志,1998,5(3):138-139.  
 [2] 罗德斌.应用华西牌生脉注射液抢救心源性休克的体会.华西医科大学学报,1996,27(增 1):8-9.  
 [3] 周鸿图,李孟贤.生脉注射液对感染性休克患者血压影响的研究(附 68 例病例分析).中国中医急症,1997,6(1):25-26.  
 [4] 陈威,孟庆义,沈洪,等.生脉注射液静注对麻醉犬血流动力学影响的实验研究.中国中西医结合急救杂志,2001,8(3):163-165.

[5] 丁晓飞,陈光,刘玉兰.注射用生脉对心源性休克的影响.中国中药杂志,2007,32(21):2298-2305.  
 [6] 李书清,杨毅,邱海波,等.生脉注射液对脓毒性休克绵羊血流动力学及氧代谢的影响.中国中西医结合急救杂志,2008,15(1):48-50.  
 [7] 李慧,金章安,霍艳明.生脉注射液对充血性心力衰竭患者即刻血流动力学的影响.中国危重病急救医学,2003,15(9):572-573.  
 [8] 中华医学会重症医学分会.低血容量休克复苏指南(2007).中国危重病急救医学,2008,20(3):129-134.  
 [9] 中华医学会重症医学分会.成人严重感染与感染性休克血流动力学监测及支持指南(草案).中国危重病急救医学,2007,19(3):129-133.  
 [10] 杨志寅.内科危重病诊治.北京:人民卫生出版社,2000:209.  
 [11] 方药中,邓铁涛,李克光,等.实用中医内科学.上海:上海科技出版社,1985:62.  
 [12] 王丛华,孙华.感染性休克与失血性休克早期兔心肌损害的比较.海南医学,2009,20(12):19-22.  
 [13] 赵金利.生脉注射液临床应用研究探要.实用中医内科杂志,2008,22(7):103-104.  
 [14] Monnet X, Teboul JL. Volume responsiveness. Curr Opin Crit Care, 2007,13(5):549-553.  
 [15] 王玲玲,徐世元.对胸腔内血容量作为心脏前负荷的评价.临床麻醉学杂志,2008,24(5):455-456.  
 [16] 秦奕智.加强对急性心源性肺水肿的临床研究.中国危重病急救医学,2006,18(6):321-322.  
 [17] 顾勤,徐颖,刘宁.脓毒性休克早期液体复苏对血管外肺水的影响及相关因素研究.中国危重病急救医学,2007,19(5):283-286.  
 [18] 徐军,王仲,梁璐,等.不同液体容量复苏对失血性休克犬血管外肺水的影响.中华麻醉学杂志,2007,27(4):356-359.  
 [19] 郭昌星,杨兴易,林兆奋,等.生脉注射液对全身炎症反应综合征患者血浆血管活性物质影响的临床观察.中国中西医结合急救杂志,2004,11(4):239-241.  
 [20] 罗明凤,张三印,黄秀深,等.参附注射液和生脉注射液对心肌细胞 Ca<sup>2+</sup>-ATP 酶影响的对比研究.天津中医药,2008,25(6):487-490.

(收稿日期:2010-01-29)  
(本文编辑:李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

《中国中西医结合急救杂志》对运用统计学方法的有关要求

- 1 统计学符号:按 GB 3358-1982《统计学名词及符号》的有关规定,统计学符号一律采用斜体。
- 2 研究设计:应告知研究设计的名称和主要方法。例如:调查设计分为前瞻性、回顾性还是横断面调查研究;实验设计应告知具体的设计类型,如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等;临床试验设计应告知属于第几期临床试验,采用了何种盲法措施等。主要做法应围绕重复、随机、对照、均衡 4 个基本原则概要说明,尤其要告知如何控制重要非试验因素的干扰和影响。
- 3 资料的表达与描述:用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表达近似服从正态分布的定量资料,用中位数(四分位数间距)[ $M(Q_n)$ ]表达呈偏态分布的定量资料。用统计表时,要合理安排纵横标目,并将数据的含义表达清楚。用统计图时,所用统计图的类型应与资料性质相匹配,并使数轴上刻度值的标法符合数学原则。用相对数时,分母不宜小于 20,要注意区分百分率与百分比。
- 4 统计学分析方法的选择:对于定量资料,应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的,选用合适的统计学分析方法,不应盲目套用  $t$  检验和单因素方差分析。对于定性资料,应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备的条件及分析目的,选用合适的统计学分析方法,不应盲目套用  $\chi^2$  检验。对于回归分析,应结合专业知识和散点图,选用合适的回归类型,不应盲目套用简单直线回归分析;对具有重复实验数据检验回归分析资料,不应简单化处理;对于多因素、多指标资料,要在一元分析的基础上,尽可能运用多元统计分析方法,以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系做出全面、合理的解释和评价。
- 5 统计结果的解释和表达:当  $P < 0.05$  (或  $P < 0.01$ ) 时,应说对比组之间的差异具有统计学意义,而不应说对比组之间具有显著性(或非显著性)差异;应写明所用统计学方法的具体名称(如:成组设计资料的  $t$  检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的  $q$  检验等),统计量的具体值(如: $t = 3.45, \chi^2 = 4.68, F = 6.79$  等);在用不等式表示  $P$  值的情况下,一般情况下选用  $P > 0.05, P < 0.05$  和  $P < 0.01$  3 种表达方式,无须再细分为  $P < 0.001$  或  $P < 0.0001$ 。当涉及总体参数(如总体均数、总体率等)时,在给出显著性检验结果的同时,应再给出 95% 可信区间。

死者容易发生再次心梗,因此,凡发生下壁梗死的患者更应注意预防再梗死的发生。同时,观察组患者首次发生心梗距离溶栓时间及发生心梗后酶峰出现时间较对照组明显延长,所以,首次发生急性心梗后应尽早积极进行溶栓治疗,以预防濒临死亡的心肌发生坏死。首次发生急性心梗后距离溶栓时间越长,不仅能使阻塞的冠脉供应区域心肌发生坏死,而且也会影响其他部位心肌的功能,使其他部位也容易发生梗死,导致再梗死发病率上升。

本研究中观察组 TC、TG、LDL-C 高于对照组, HDL-C 低于对照组,说明血脂水平的高低也是引起患者心肌再梗死的因素。血脂水平高的患者,冠脉内易再次形成粥样斑块沉积,引起再梗死发病率升高,所以,急性心梗发生后应积极进行降血脂治疗,从而降低再梗死的发生。

本组资料显示,观察组血浆 PT、APTT 短,且大多不能进行规范的抗凝治疗,有的用药量不足,有的不能坚持每日用药,很难达到理想的抗凝效果;而对照组患者可长期坚持抗凝治疗。所以,要防止再梗死的发生就要进行积极有效的抗凝治疗,使患者 PT、APTT 延长到正常参考值的 2 倍,这样可以明显降低再梗死的发生。中药抗凝血既不会引起出血又可以保护缺血心肌,其镇痛作用明显,对防止梗死面积扩大及再梗死的发生有一定作用<sup>[5]</sup>。

观察组心绞痛发生率明显高于对照组,因此,急性心梗发生后应积极治疗和预防心绞痛的发生。这样可以尽可能防止再次心梗的发生。

观察组患者心理健康人数少,患者多存在家庭关系紧张,社会关系不协调,心梗发生后常意志消沉、烦躁、有濒死感,导致患者交感神经经常处于兴奋状态,分泌大量的儿茶酚胺等神经递质,使心血管事件的发生明显升高。对照组患者心理健康人数多,发

生急性心梗后都能够正确对待疾病。因此,对发生急性心梗患者应进行心理健康教育,使其树立正确的人生观,正确对待疾病,以防止再次心梗的发生。

观察组患者每日参加适量活动的人数少,部分患者长期卧床不起,机体各器官的功能处于废用状态,增加了再次心梗的发生。部分患者进行超出自己体力的活动,使已经梗死的心肌处于超负荷状态,不能得到休息,这种情况不利于梗死心肌功能的恢复。对照组患者每日参加适量活动的人数多,每日进行适量的体力活动,既可以促进心肌功能的恢复,也可以防止再梗死的发生。因此要针对不同患者制定不同的运动量标准,不但要使患者得到有效的锻炼,而且也不使患者过度劳累。这样才能防止急性心梗患者发生再次心梗,降低急性心梗的病死率,提高患者的生活质量。

总之,引起急性心梗患者发生再次心梗的高危因素有:首次心梗发生的部位、发病至开始溶栓时间、酶峰出现时间、血脂水平变化、心梗后的抗凝治疗、心绞痛的发生、个人生活方式等因素。在临床工作中,及早发现再次心梗的高危因素,并进行积极预防,对提高患者的生活质量,挽救患者的生命具有重要的意义。

参考文献

- [1] 秦青通,王肖铭.复方丹参注射液对急性心肌梗死溶栓治疗再灌注损伤防治作用的研究.中国中西医结合急救杂志,2003,10(4):242-244.
- [2] 陈晓松,丁培琳.中西医结合治疗急性心肌梗塞患者回顾性分析.中国中西医结合急救杂志,1997,4(3):132-134.
- [3] 安臣会,李海波,凌会珠,等.急诊室静脉溶栓治疗急性心肌梗死患者的时效性观察.中国危重病急救医学,1999,11(1):59.
- [4] 应飞,刘红旭.中医治疗急性心肌梗死临床研究文献中的病死率分析.中国中西医结合急救杂志,2006,13(6):357-360.
- [5] 张国新.中西医结合治疗急性心肌梗塞的疗效观察.中国中西医结合急救杂志,1996,3(5):207-208.

(收稿日期:2010-03-31)

(本文编辑:李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

《中国中西医结合急救杂志》对医学名词及术语的一般要求

医学名词应使用全国科学技术名词审定委员会公布的名词。尚未通过审定的学科名词,可选用最新版《医学主题词表(MeSH)》、《医学主题词注释字顺表》、《中医药主题词表》中的主题词。对于没有通用译名的名词术语,在文内第一次出现时应注明原词。中西药名以最新版《中华人民共和国药典》和《中国药品通用名称》(均由中国药典委员会编写)为准。英文药物名称则采用国际非专利药名。在题名及正文中,药名一般不得使用商品名,确需使用商品名时应先注明其通用名称。中医名词术语按 GB/T 16751.1-1997《中医临床诊疗术语疾病部分、证候部分、治法部分》执行,经络针灸学名词术语按 GB/T 16751.2-1997《经穴部位》和 GB/T 16751.3-1997《耳穴名称与部位》执行。中药应采用正名,药典未收录者应附注拉丁文。冠以外国人名体的征、病名、试验、综合征等,人名可以用中译文,但人名后不加“氏”(单字名除外,例如福氏杆菌);也可以用外文,但人名后不加“s”。文中应尽量少用缩略语。已被公认缩略语可以不加注释直接使用,例如:DNA、RNA、HBsAg、CT、MRI 等。不常用的、尚未被公认缩略语以及原词过长在文中多次出现者,若为中文可于文中第一次出现时写出全称,在圆括号内写出缩略语;若为外文可于文中第一次出现时写出中文全称,在圆括号内写出外文全称及其缩略语。不超过 4 个汉字的名词不宜使用缩略语,以免影响论文的可读性。

表 4 两组患者治疗后疗效比较

组别	例数	临床疗效[例(%)]					显效率 (%)	总有效率 (%)
		基本痊愈	显著进步	进步	无变化或恶化	死亡		
治疗组	34	9(26.5)	14(41.2)	5(14.7)	4(11.8)	2(5.9)	67.6*	82.4*
对照组	32	5(15.6)	9(28.1)	8(25.0)	7(21.9)	3(9.4)	43.8	68.8

注:与对照组比较,\*P<0.01

3 讨论

Mizukami 提出高血压脑出血“颅内挤压概念”,证明血肿周围脑组织压力远比颅内压高<sup>[1]</sup>。Niizuma 和 Suzuki<sup>[2]</sup>亦发现,高血压脑出血时血肿腔内压力比整个颅内压力高,血肿周围组织不可逆损害亦重于颅内压造成的全脑损害,血肿压迫时间越长,周围脑组织不可逆损害越重。目前国内外许多学者均主张超早期微创手术治疗高血压脑出血是发展方向<sup>[3]</sup>。与单纯内科保守治疗比较,微创穿刺清除术抢救成功率及患者生活质量均明显提高<sup>[4-7]</sup>。尽管微创穿刺清除术能清除大部分颅内血肿,但残留的血肿及出血后血管栓塞、炎症等原因仍然可导致局部明显脑水肿,加重周边脑组织继发性损伤<sup>[8]</sup>,影响患者预后。因此,微创清除术后如何配合药物治疗,改善患者预后是临床上值得探讨的课题。

中医学认为脑出血是由于脏腑阴阳失调,气逆乱于上,致脑脉破损,血溢脉外,瘀血阻滞脑脉的出血中风病。“瘀血不去,新血难安”,只有清除离经之血,气血才得以流通,阴阳才归于平衡,脏腑才趋于和调,所以活血化瘀为急性脑出血的一个重要治则。

复方丹参注射液能改善大脑局部循环,降低毛细血管的通透性,从而降低颅内压和减轻脑水肿,加速血肿吸收,可促

进侧支循环的建立与开放,使毛细血管网增加,出血局部血管压力下降;对凝血机制等有双向调节作用,有利于防止再出血<sup>[9]</sup>;通过清除自由基,保护线粒体,改善能量代谢,减轻钙超载,调节钙稳定,保护缺血性脑细胞<sup>[10-11]</sup>,加速神经功能恢复。高血压脑出血患者血浆及脑脊液中β-内啡肽和强啡肽均明显增高<sup>[12]</sup>,表明这两种内源性阿片肽参与了出血性脑中风的病理生理过程,并可能是加重其继发性损害的原因之一。

纳洛酮为二氢吗啡酮的衍生物,是阿片受体的纯拮抗剂,可迅速竞争应激状态下机体释放的大量阿片肽,阻滞其与阿片受体结合产生的病理损害,对抗或逆转由阿片肽所致的意识障碍。

胞二磷胆碱可促进缺血半暗带区神经细胞膜磷脂的合成,抑制磷脂A1和A2的活性,减少花生四烯酸聚集和乳酸合成,保护神经元细胞膜Na<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-ATP酶活性,从而改善脑组织代谢,促进患者苏醒及神经功能缺损的恢复。

本研究表明,微创清除术与复方丹参、纳洛酮、胞二磷胆碱注射液联用治疗高血压脑出血,既有手术创伤小,操作简便安全,药品价廉易得,节省医疗费用的优点,又发挥了中医药优势,降低了病死率和致残率,提高了临床疗效,值得进一步研究与推广。

参考文献

- [1] 李清美,谭兰,韩钟岩.脑血管病治疗学.北京:人民卫生出版社,2000:212-213.
- [2] Niizuma H, Suzuki J. Stereotactic aspiration of putaminal hemorrhage using a double track aspiration technique. Neurosurgery, 1998, 22(2): 432-436.
- [3] 张建军,董伟峰,张俊,等.手术时机对高血压脑出血患者康复影响的研究.中国危重病急救医学, 2002, 14(9): 551-553.
- [4] 胡长林.颅内血肿微创穿刺清除术的现状与展望.内科急重症杂志, 2007, 13(1): 6-8.
- [5] 曹辉,李军荣,狄晴.微创颅内血肿碎吸术合并纳洛酮治疗高血压性脑出血的临床研究.临床神经病学杂志, 2002, 15(1): 49-51.
- [6] 钟长明,金红阳,刘庆芳,等.微创血肿清除术救治脑出血并脑疝疗效观察.中国危重病急救医学, 2002, 14(3): 177-178.
- [7] 黄益冰,戴耀曾.床边锥颅碎吸引流术治疗重症高血压脑出血 22 例报告.中国危重病急救医学, 2000, 12(12): 759-760.
- [8] 黄新.中药在微创清除术治疗高血压脑出血中的应用近况.中国中医急症, 2006, 15(5): 530-532.
- [9] 桑海康.中医治疗脑卒中急性期 66 例疗效观察.浙江中西医结合杂志, 2000, 10(8): 465-466.
- [10] 李伟,马华.丹参在心脑血管病中的临床应用及其药理作用.中西医结合心脑血管病杂志, 2003, 1(10): 595-597.
- [11] 孙建华,陈玮.微创清除术联合丹参注射液治疗高血压脑出血的临床研究.中国中西医结合急救杂志, 2008, 15(1): 28-30.
- [12] 黎发本.出血性中风患者血浆及脑脊液中β-内啡肽和强啡肽含量的变化.中国危重病急救医学, 1994, 6(3): 157-158.

(收稿日期:2010-10-08)  
(本文编辑:李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

《中国中西医结合急救杂志》对来稿的一般要求

文稿应具有科学性、创新性、实用性和导向性。要求资料真实、可靠,数据准确,必要时应进行统计学处理;文字精炼,层次清楚;论点明确,论据充分,结论清晰。应特别注意对研究过程和方法陈述的严谨性、逻辑关系的严密性、文字表述的流畅性。

来稿需经第一作者或通信作者所在单位审核,并附单位推荐信。推荐信(附带版权转让协议)可在本刊编辑部索取。推荐信应证明稿件内容和数据资料的真实性,注明对稿件的审评意见以及无一稿两投、不涉及保密、署名无争议等事项,并加盖单位公章。如涉及保密问题,需附有关部门审查同意发表的证明。需要特别说明的是,科研论文一般具有职务作品的属性。为了保护知识产权,对于原创性研究论文,本刊要求稿件推荐信须由享有该研究知识产权的单位(即科研立项单位、病例资料所在单位)出具;多中心研究的推荐信可由作为该项研究主持者的第一作者或通信作者的所在单位出具。述评、综述、论坛类稿件不受上述规定限制。

欢迎作者通过 Email 投稿,《中国中西医结合急救杂志》的投稿邮箱:cccm@em120.com。对于 Email 投稿,还需再寄纸质版稿件 2 份以及各类基金项目复印件。

《中国中西医结合急救杂志》一般不退还原稿,请作者自留底稿。若作者要求退还文中原始图片,请在投稿时特别声明。为了便于必要时编辑部与作者及时取得联系,请在文稿后注明第一作者或通信作者的联系方式(移动电话及 Email),所有处理稿件的相关问题均通过 Email 完成。

## 《中国中西医结合急救杂志》稿约

本刊为中国中西医结合学会主办的中西医结合急救专业性学术期刊,为中文核心期刊、中国科技论文统计源(科技核心)期刊。本刊为双月刊,单月 28 日出刊,国内外公开发行。本刊把关注学科发展、服务学科发展作为办刊宗旨,以服务广大医药卫生科技人员、推动具有我国特点的中西医结合急救医学基础与临床学科的发展为宗旨,以全面反映我国中西医结合急救医学基础理论及临床科研成果、普及有关中西医结合急救医学临床的基本知识和技能、推广现代中西医结合急救医学先进技术、快速传递国内外急救医学前沿信息、加强国内及国际间学术交流为己任。本刊坚持理论与实践相结合、提高与普及相结合的办刊方针,倡导百花齐放、百家争鸣。本刊实行同行专家审稿制度。

本刊设有述评、专家论坛、标准与规范、论著、研究报告、经验交流、病例报告、方法介绍、治则·方剂·针灸、循证医学、综述、讲座、理论探讨、临床病例(病理)讨论、科研新闻速递、消息、会议纪要、读者·作者·编者等栏目。

### 1 投稿要求和注意事项

1.1 来稿应具有创新性、科学性、导向性和实用性,重点说明一个或几个问题,有理论创新或实际意义。要求资料真实、可靠,论点明确,数据无误,结构严谨,文字精练,层次清楚,引用资料应给出文献依据。

1.2 当稿件内容是以人为研究对象的试验时,作者应该说明其遵循的程序是否符合负责人体试验委员会(单位性的、地区性的或国家性的)所制定的伦理学标准并得到该委员会的批准,是否取得受试对象的知情同意。

1.3 论著、综述等一般不超过 5 000 字(包括图表和参考文献),研究报告、经验交流、病例报告等一般不超过 2 000 字(包括图表和参考文献)。

1.4 来稿须附单位推荐信。推荐信应明确对稿件的审评意见以及无一稿两投、不涉及保密及署名无争议等事项。

1.5 来稿要求一式 2 份(并同时网上发稿 Email:cccem@em120.com),并提供 2 份原始照片。收到稿件后本刊将以邮件或邮寄的形式通知您。为了加快稿件的处理速度,投稿时务必提供电子信箱和电话号码(最好为手机号码),收稿后的一切处理结果首先以邮件形式通知。

1.6 来稿首页请标明以下内容:题名,每位作者的姓名、最高学历及工作单位,负责与编辑部联系的通信作者姓名及其详细的通信地址、电话号码和电子信箱,第一作者简介(包括:出生年、性别、民族、籍贯、职称等)。

1.7 论文所涉及的课题若取得国家或部、省级以上基金资助或属攻关项目(请附基金证书复印件, A4 纸),应脚注于题名页,如:基金项目:国家自然科学基金资助项目(59637050);国家“863”高技术研究发展计划资助项目(102-10-02-03)等。

1.8 本刊为具有国际领先水平的创新性科研成果或国际首报论文开辟“快速通道”。凡要求以“快速通道”发表的论文,作者应提供关于论文创新性的说明(并附加 2 份不同单位的专家审议单)和查新报告。符合标准的可快速审核,随时刊用。

1.9 若作者在接到收稿回执后满 3 个月未接到稿件处理通知,表明稿件仍在审阅中。为保证学术研究的严肃性,尊重编、审工作的劳动,严禁一稿两投。作者若欲投他刊,请先与本刊编辑部联系。一旦发现一稿两投,将立即退稿;而一旦发现一稿两用,本刊将刊登该文系重复发表的声明,并在 2 年内拒绝以第一作者身份的任何来稿。在接到收稿回执后 8 个月内未接到稿件处理通知者可进行电话查询,超过时限未通知被采用的稿件视为不刊用稿,作者可自行处理,本刊一律不退稿。本刊允许作者就退稿提出申诉。

1.10 来稿一律文责自负。根据《著作权法》,本刊对决定刊用的稿件可进行文字修改、删节,凡有涉及原意的修改,则提请作者考虑并核准。修改稿逾 1 个月不返回本刊编辑部者,视为自动撤稿。

1.11 来稿决定刊用后,由全体作者按顺序亲笔签署中国中西医结合学会论文著作权专有许可使用和独家代理授权书(论文著作权转让协议书),论文的专有使用权归中国中西医结合学会所有。中国中西医结合学会及杂志社有权以电子期刊、光盘版等其他形式出版刊登论文。未经中国中西医结合学会及杂志社书面许可,不再授权他人以任何形式汇编、转载、出版本文的任何部分。

1.12 稿件确认刊载后需按通知数额支付版面费,刊印彩图者需另付彩图印制工本费。版面费和彩图印制工本费可由作者单位从课题基金、科研经费或其他费用中支付。稿件刊登后酌致稿酬(含其他形式出版物稿酬),并赠送当期杂志 2 册。

1.13 来稿须付稿件处理费,每篇 100 元。

1.14 来稿请寄:天津市和平区睦南道 122 号《中国中西医结合急救杂志》编辑部(邮政编码 300050)。请勿寄个人。由 Email 投稿者,必须同时将文字稿件寄到编辑部。

### 2 论文撰写要求

2.1 题名:力求简明、醒目,准确地反映文章主题。除公知公用者外,尽量不用外文缩略语。中文题名一般不宜超过 20 个汉字,英文题名不宜超过 10 个实词。中、英文题名含义应一致。

2.2 作者署名:作者姓名写在题名下,排序应在投稿时确定,在编排过程中不应再作更改。作者单位名称、邮政编码及通信作者的姓名、单位名称、邮政编码、电子信箱等脚注于题名页。作者的标准为:(1)参与选题和设计,或参与资料的分析和解释者;(2)起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容者;(3)能对编辑部的修改意见进行核修,在学术上进行答辩,并最终同意该文发表者。以上 3 条均需具备。作者中若有外籍作者,应附其本人同意的书面材料,并应用其本国文字和中文同时注明其通信地址,地名以国家公布的地图上的英文名为准。集体署名的论文必须明确对该文负责的关键人物,以通信作者的形式将其姓名、工作单位和邮政编码脚注于论文题名页。整理者姓名列于文末;协作组成员在文后、参考文献前一一列出。虽对本文有贡献,但不具备作者条件者在文后、参考文献前致谢。通信作者一般只列 1 名,有关该论文的一切事宜均与通信作者联系。

2.3 摘要:论著类论文在正文前应有内容、格式相同的中、英文摘要,采用结构式,包括目的(Objective)、方法(Methods)、结果(Results,应给出主要数据)及结论(Conclusions)四部分,各部分冠以相应的标题。述评、专家论坛、研究报告、经验交流、综述等可采用指示性摘要。摘要采用第三人称撰写,不用“本文”等主语。中文摘要可简略些(250 字左右),英文摘要应稍详细一些(400 个实词左右)。英文摘要前需列出英文题名,全部作者姓名(汉语拼音,姓的每个字母均大写,名字首字母大写,双字名中间加连字符)、第一作者工作单位名称、所在城市名、邮政编码和国名。作者不属同一单位时,在第一作者姓名右上角加“\*”,同时在单位名称前加“\*”。有通信作者时,在单位名称后另起一行,以“Corresponding author”字样开头,注明通信作者

的姓名、单位名称、邮政编码和电子信箱(若通信作者与第一作者单位相同,则无须写出单位名称,仅列姓名即可)。举例:

ZHANG You-bin\*, LENG Xi-sheng, PENG Ji-run, WANG Shen-wu.\* Department of Hepatobiliary Surgery, People's Hospital, Peking University, Beijing 100034, China

Corresponding author: LENG Xi-sheng

**2.4 关键词:**所投稿件均需标引 2~5 个关键词。请尽量使用美国国立医学图书馆编辑的最新版 *Index Medicus* 中医学主题词表(MeSH)内所列的词。如果尚无相应的词,处理办法:(1)选用直接相关的几个主题词进行组配。(2)根据树状结构表选用最直接的上位主题词。(3)必要时,可采用习用的自由词并列于最后。关键词中不能用缩写,如“HBsAg”应标引为“乙型肝炎表面抗原”。

**2.5 研究设计:**当研究对象为人时,作者应该说明遵循的程序是否符合负责人体试验的委员会所制定的伦理学标准,并得到伦理委员会的批准,是否有患者知情同意。调查设计应交代是前瞻性、回顾性还是横断面调查研究;实验设计应交代具体的设计类型,如属于自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计或正交设计等;临床试验设计应交代属于第几期临床试验、采用了何种盲法措施、受试对象的纳入和剔除标准等。应交代如何控制重要的非试验因素的干扰和影响。

**2.6 统计学方法:**应写明所用统计分析方法的具体名称(如成组设计资料的  $t$  检验、两因素析因设计资料的方差分析等)和统计量的具体值(如  $t=3.45$ ),并尽可能给出具体的  $P$  值(如  $P=0.023$ );当涉及到总体参数时,在给出显著性检验结果的同时,再给出 95% 可信区间。对于服从偏态分布的定量资料,应采用中位数(四分位数间距)[ $M(Q_R)$ ]方式表达,不应采用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )方式表达。对于定量资料和定性资料,应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的,选用合适的统计分析方法,前者不应盲目套用  $t$  检验和单因素方差分析,后者不应盲目套用  $\chi^2$  检验。避免用直线回归方程描述有明显曲线变化趋势的资料。不宜用相关分析说明两种检测方法之间吻合程度的高低。对于多因素、多指标资料,要在一元分析的基础上,尽可能运用多元统计分析方法,以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系作出全面、合理的解释。使用相对数时,分母不宜小于 20,注意区分布百分率与百分比。统计学符号按 GB 3358-1982《统计学名词及符号》有关规定书写,一律用斜体。

**2.7 医学名词:**医学名词应使用全国科学技术名词审定委员会公布的名词。尚未通过审定的学科名词,可选用最新版《医学主题词表(MeSH)》、《医学主题词注释顺表》、《中医药主题词表》中的主题词。对没有通用译名的名词术语于文内第一次出现时应注明原词。中西药名以最新版本《中华人民共和国药典》和《中国药品通用名称》(均由中国药典委员会编写)为准。英文药物名称则采用国际非专利药名。在题名及正文中,药名一般不得使用商品名,确需使用商品名时应先注明其通用名称。中医名词术语按 GB/T 16751.1-1997《中医临床诊疗术语疾病部分、证候部分、治法部分》执行;经络针灸学名词术语按 GB/T 16751.2-1997《经穴部位》和 GB/T 16751.3-1997《耳穴名称与部位》执行。中药应采用正名,药典未收录者应附注拉丁文。冠以外国人名体的体征、病名、试验、综合征等,人名可以用中文译名,但人名后不加“氏”(单字名除外,例如福氏杆菌);也可以用外文,但人名后不加“s”。例如:Babinski 征,可以写成巴宾斯基征,不得写成 Babinski's 征,也不写成巴宾斯基氏征。

**2.8 图表:**每幅图、表应有简明准确的题目。说明性文字应置于图表下方,并需注明图表中使用的全部非公知公用的缩写。本刊采用三横线表,如遇有合计和统计学处理行(如  $t$  值、 $P$  值等),在这行上面加一条分界横线。要合理安排表的纵、横标目,并将数据的含义表达清楚;表内数据要求同一指标保留的小数位数相同,一般比可准确测量的精度多一位。图不宜过大,最大宽度半栏图不超过 7.5 cm,通栏图不超过 17.0 cm,高与宽的比例应掌握在 5:7 左右。以计算机制图者应提供激光打印图样。图的类型应与资料性质匹配,并使数轴上刻度值的标法符合数学原则,线图坐标刻度应均匀。照片图要求有良好的清晰度和对比度。图中需标注的符号(包括箭头)请用另纸标示,不要写在照片上。每幅图的背面应贴上标签,注明图号、作者姓名及图的上下方向。若刊用人像,应征得本人的书面同意,或遮盖其能被辨认出系何人的部分。大体标本照片在图内应有尺度标记,病理照片要求注明染色方法和放大倍数。引用已发表的图,须注明出处,并附版权所有人同意使用该图的书面材料。

**2.9 计量单位:**按照 GB 3100~3102-1993《量和单位》中有关量、单位和符号的规定及书写规则,具体执行可参照中华医学会杂志社编写的《法定计量单位在医学上的应用》一书[3 版。北京:人民军医出版社,2001。]。量的名称应根据 GB 3102.8-1993《物理化学和分子物理学的量和单位》规定使用,如分子量应为相对分子质量。计量单位使用正体。注意单位名称与单位符号不可混用,如:  $\text{ng} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{天}^{-1}$  应改为  $\text{ng} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ ;组合单位符号中表示相除的斜线多于 1 条时应采用负数幂的形式表示,如:  $\text{ng}/\text{kg}/\text{min}$  应采用  $\text{ng} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$  的形式;组合单位中斜线和负数幂亦不可混用,如前例不宜采用  $\text{ng}/\text{kg} \cdot \text{min}^{-1}$  的形式。量的符号一律采用斜体字,如体积的符号  $V$  应为斜体。血压及人体压力计量单位使用毫米汞柱( $\text{mm Hg}$ ),在文中第 1 次出现时须注明  $\text{mm Hg}$  与  $\text{kPa}$  的换算系数。

**2.10 数字:**执行 GB/T 15835-1995《出版物上数字用法的规定》[北京:中国标准出版社,1996。]

**2.11 缩略语:**题名一般不用缩略语。在摘要及正文中首次出现缩略语时应给出其中文全称。缩略语应尽量少用,1 篇文章内一般不宜超过 5 个,不超过 4 个汉字的名词一般不使用缩略语,以免影响文章的可读性。

**2.12 致谢:**置于正文后、参考文献前。用于对参与部分工作、提供技术性帮助、提供工作方便、给予指导但尚达不到作者资格者,以及提供资助的团体或个人表示感谢。文字力求简练,评价得当,并应征得被致谢者本人同意。

**2.13 参考文献:**按 GB/T 7714-2005《文后参考文献著录规则》执行,采用顺序编码制著录,依照其在文中出现的先后顺序用阿拉伯数字标出。参考文献中的作者列出第 1~3 名,超过 3 名时,后加“等”或其他与之相应的文字。外文期刊名称用缩写,以 *Index Medicus* 中的格式为准;中文期刊用全名。每条参考文献均须著录起止页码。参考文献必须由作者与其原文核对无误。举例:

[1] Martyn CN, Gale CR, Jespersen S, et al. Impaired fetal growth and atherosclerosis of carotid and peripheral arteries. *Lancet*, 1998, 352(9123):173-178.

[2] 李惊子. 血尿//王海燕. 肾脏病学. 2 版. 北京:人民卫生出版社,1996:282-287.

[3] Ockner RK. Acute viral hepatitis//Wynngaarden JB, Smith Jr LH, Bennett JC. Cecil textbook of medicine. 19th ed. Philadelphia: Saunders, 1992:763-770.

[4] Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes; the ANA acts in an advisory role[J/OL]. *Am J Nurs*, 2002, 102: 23[2002-08-12]. <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.