

《中华危重病急救医学》杂志稿约

本刊为中华医学会主办的重症医学专业性学术期刊,从 2013 年起由《中国危重病急救医学》更名为《中华危重病急救医学》,月刊,每月 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、促进学科发展、引领学科发展”作为办刊宗旨,以服务广大医药卫生科技人员,促进国内外医学学术交流和发 展,全面反映我国重症医学基础理论及临床科研成果,快速传递国内外重症医学前沿信息,推广现代重症医学先进技术,及时交流危重病患者的诊治经验,大力普及医学科技新知识为己任。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、学科建设、标准与指南、专家共识、国际交流、论著、临床经验、发明与专利、临床病例、方法介绍、循证医学、医学人文、综述、讲座、理论探讨、临床病例(病理)讨论、科研新闻速递、会议纪要、学术活动预告、读者·作者·编者等栏目,并在论著栏目中按照重症医学的亚专科设置相应栏目。

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、可靠无误,论点明确,结构严谨,文字精练,语句通顺,层次清楚,引用的资料应给出文献依据。

1.2 当研究对象为人时,作者应说明其遵循的程序是否符合负责人体试验委员会(单位、地区或国家的)所制定的伦理学标准,并提供该委员会的批准文件即伦理审查报告(批准文号著录于论文中),以及受试对象或其亲属的知情同意书。必要时要通过世界卫生组织(WHO)认可的临床研究注册中心注册,并取得同意,注册号要著录于正文中。动物实验及体外实验报告也需经过单位伦理委员会审批。

1.3 论文所涉及的课题若取得国家或省市级以上基金资助或属于攻关项目时,应附基金证书复印件。如:基金项目:国家自然科学基金(59637050);国家高技术研究发展计划(863 计划)项目(102-10-02-03)等。

1.4 来稿须附《中华医学会系列杂志论文投稿介绍信》及由全体作者亲笔签署(不能代签)的《中华医学会系列杂志论文授权书》,不具备法人资格的组织署名需由全体成员亲笔签名,具有法人资格的组织署名,由法人单位盖公章。投稿推荐信应有所有单位对稿件的审查意见,论文授权书应有不涉及保密、署名无争议等项声明,如涉及保密问题,需附有关部门审查同意发表的证明。来稿须提供由全体作者亲笔签署《作者利益冲突公开声明》,说明论文是否存在利益冲突。使用公开数据库的数据进行分析评价需取得相应资质和数据库的许可,并提供证明。投稿介绍信及论文授权书从本刊网站 <http://www.cccm-em120.com> 下载。

1.5 投稿方式:稿件电子版发送至本刊投稿邮箱(E-mail:cccm@em120.com),同时邮寄纸稿 1 份及相关证明材料。为加快稿件处理速度,投稿时务必提供能完成稿件修改作者的电子邮箱和电话号码(手机号码)。本刊收稿后的一切处理结果首先以邮件形式通知,留有手机号码者同时发“E 信通”短信通知。

1.6 作者在接到收稿回执后满 3 个月若未接到稿件处理通知,表明稿件仍在审阅中,查询稿件请用邮件形式发至本刊邮箱 cccm@em120.com,答复仍通过邮件回复。在接到收稿回执后 8 个月内未接到稿件录用通知者视为不刊用稿,作者可自行处理,本刊一律不退稿。为保证学术研究的严肃性,尊重编审工作者的劳动,严禁一稿多投。作者若欲投他刊,请先与本刊编辑部联系。一旦发现一稿多投,将立即退稿;如发表后发现系一稿多用,本刊将刊登该文为重复发表的声明,并拒绝其以第一作者身份的任何来稿。

1.7 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和删节,凡有涉及原意的修改,则提请作者考虑并核准。修改稿逾 2 个月不返回本刊编辑部者,视为作者自动撤稿。

1.8 来稿决定刊用后,按论文授权书,论文的专有使用权归中华医学会所有。中华医学会有权以电子期刊、光盘版、网络版等其他方式出版刊登该论文。未经中华医学会书面许可,该论文的任何部分不得转载他处。

1.9 稿件通过同行评议和专家审稿并决定刊用后,作者需按通知数额交付发表服务费,要求刊印彩图者需另付彩图印制工本费,发表服务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(已含其他形式出版稿酬),并向第一作者赠送当期杂志 2 册,通信作者 1 册。

1.10 纸稿和相关证明请寄:天津市和平区睦南道 122 号《中华危重病急救医学》杂志编辑部(邮政编码 300050)。请勿寄给个人,并请注明作者或联系人的详细通讯地址、联系电话及邮箱。

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。遇有副标题时,字数可适当增加。

2.2 作者署名:所有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,作者署名有争议或投稿后申请变更作者顺序者,需附全部作者亲笔签名的作者贡献说明。作者所属单位不同时,要求在作者名后用上角码编号,同时作者单位前均冠上编号,作者与作者单位通过编号对应。作者单位置于题名和作者姓名下一行,作者单位需著录全称并具体到科室,如作者为同一机构的不同科室,要全部著录,不做缩略处理。作者单位名称不能体现所在地者,在邮政编码前给出单位所在地。通信作者在作者单位下另起一行著录,注明其电子邮箱。作者应具备的条件为: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能按编辑部的修改意见进行核修，对学术问题进行答辩，并最终同意该文发表者；④除负责本人的研究贡献外，同意对研究工作的诚信问题负责。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、邮政编码和电子邮箱注于题名下。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、参考文献前志谢。除指南、共识或集体署名的文章可以列多名通信作者外，其余文章只列 1 名通信作者，有关该论文的一切事宜均与通信作者联系。本刊对作者署名不标注论文的“同等贡献”；资料来自不同单位的多中心研究、合作项目等，可标注“同等贡献”，也可按照不同单位标注多个“通信作者”。

2.3 摘要：除消息类文章外，所有类型论文在正文前应有内容、格式相同的中、英文摘要。论著、临床经验类文章采用结构式摘要，包括目的（Objective）、方法（Methods）、结果（Results，应给出主要数据和统计值）及结论（Conclusions）四部分，各部分冠以相应的标题。指南、共识、述评、专家论坛、发明与专利、临床病例、综述类文章可采用指示性摘要。摘要采用第三人称撰写，不用“本文”等主语。英文摘要前需列出英文题名，全部作者姓名（汉语拼音，姓和名均首字母大写，双字名中间不加连字符），全部作者工作单位名称、所在城市名、邮政编码和国名。通信作者在单位名称后应另起一行，以“Corresponding author”字样开头，注明其电子邮箱。

示例：

Safety criteria for early goal-oriented rehabilitation exercise in patients undergoing mechanical ventilation in intensive care unit: a systematic review

Ding Nannan¹, Yao Li¹, Zhang Zhigang¹, Yang Liping¹, Jiang Lingjie¹, Jiang Biantong¹, Wu Yuchen¹, Zhang Caiyun², Tian Jinhui³

¹Department of Intensive Care Unit, the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730000, Gansu, China; ²Department of Nursing, the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730000, Gansu, China; ³Evidence-Based Medicine Center, Lanzhou University, Lanzhou 730000, Gansu, China

Corresponding author: Zhang Zhigang, Email: zgz3444@163.com

2.4 关键词：所投稿件均需标引 3~8 个关键词，并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，处理办法为：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排列于最后。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 基金项目：采用双语著录，分别置于中、英文摘要关键词下方。

示例：

基金项目：国家重点基础研究发展计划（973 计划）项目（2013CB532002）；国家自然科学基金（30271269）

Fund program: National Key Basic Research Program of China (973 Program) (2013CB532002); National Natural Science Foundation of China (30271269)

2.6 研究设计：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、排除和剔除标准等，并提供临床试验注册机构的名称和注册号。临床试验注册号应是从 WHO 认证的一级临床试验注册中心获得的全球唯一的注册号。临床试验注册号排印在基金项目下方，以“临床试验注册”（Trial Registration）为标题（字体、字号与摘要的其他小标题相同），写出注册机构名称和注册号。前瞻性临床试验研究的论著摘要应含有 CONSORT 声明（Consolidated Standards of Reporting Trials, <http://www.consort-statement.org/home>）列出的基本要素。应交代如何控制重要的非试验因素的干扰和影响。

2.7 统计学方法：尽可能详细描述，补充有关统计研究设计、资料的表达与描述、统计分析方法的选择、统计结果的解释和表达等要求。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 $P=0.023$ ）；当涉及总体参数时，在给出显著性检验结果同时，还应给出 95% 可信区间。对于服从偏态分布的定量资料，应采用中位数（四分位数间距或四分位数）[$M(Q_R)$ 或 $M(Q_L, Q_U)$] 方式表达，不应采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 方式表达。对于定量或定性资料，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 χ^2 检验。要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；要注意区分百分率与百分比的不同。统计学符号按 GB 3358.1-2009《统计学词汇及符号》的有关规定书写，一律用斜体。

2.8 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）》《医学主题词注释字顺表》《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 16751.1/2/3-1997《中医临床诊疗术语疾病部分/证候部分/治法部分》和 GB/T 20348-2006《中医基础理论术语》执行;腧穴名称与部位名词术语按 GB/T 12346-2006《腧穴名称与定位》和 GB/T 13734-2008《耳穴名称与定位》执行。中药应采用正名,药典未收录者应附拉丁文名称。冠以外国人名的体征、病名、试验、综合征等,人名可以用中译名,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。

2.9 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时(如 t 值、 P 值等),在其上加一条分界横线。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,最大宽度半栏灰度图或彩图为 7.5 cm,半栏线条图为 7 cm(高与宽的比例应掌握在 5:7 左右),通栏图为 16.5 cm。以计算机制图者应提供原始图片(eps、pdf 格式)。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,图像分辨率在 300 dpi 或以上,总像素在 150 万像素或以上。请不要将图中需标注的符号(包括箭头)标在原始图片文件上,以免影响图片制版。每幅图的文件名应注明图号、组别及指标名称。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。森林图另附 word 文档,重点标目词宜用中文表述。引用已发表的图,须注明出处,并附版权所有者同意使用该图的书面材料。

2.10 计量单位:执行 GB 3100/3101/3102-1993《国际单位制及其应用/有关量、单位和符号的一般原则/(所有部分)量和单位》的有关规定,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》第 3 版(人民军医出版社 2001 年出版)。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: ng/kg/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 $\text{ng/kg} \cdot \text{min}^{-1}$ 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(mmHg),在文中第 1 次出现时须注明 mmHg 与 kPa 的换算系数。

2.11 文字:严格按照《中华人民共和国国家通用语言文字法(2000-10-31)》和国家广播电视总局 2010 年 12 月 24 日发布的《关于进一步规范出版物文字使用的通知》,以及国家语言文字工作委员会 1992 年发布的《出版物汉字使用管理规定》、1986 年 10 月重新发布的《简化字总表》和 1988 年 3 月发布的《现代汉语通用字表》执行。

2.12 数字:执行 GB/T 15835-2011《出版物上数字用法》的规定。

2.13 缩略语:文章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,正文中还应给出英文全称。

2.14 志谢: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、给予指导但尚未达到作者资格者,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,并应征得被志谢者本人同意。

2.15 利益冲突和作者贡献声明:利益冲突信息应为稿件的一部分,有或无利益冲突均需在文章中报告。声明的内容应包括以下重要信息,如学术纷争和作者知情、资金、个人经济利益、工作。“利益冲突”“作者贡献声明”著录于正文末、参考文献前。

2.16 参考文献著录格式: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,并将序号置于方括号中排列于文后。内部刊物、未发表资料(不包括已被接受的待发表资料)、个人通信等请勿作为文献引用,确需引用时,可将其在正文相应处注明。日文汉字请按日文规定书写,勿与我国汉字及简化字混淆。同一文献作者不超过 3 人全部著录;超过 3 人可以只著录前 3 人,后依文种加表示“等”的文字。作者姓名一律姓氏在前、名字在后,外国人的名字采用首字母缩写形式,缩写名后不加缩写点。不同作者姓名之间用“,”隔开,不用“和”“and”等连词。题名后标注文献类型标志,文献类型和电子文献载体标志代码参照 GB 3469-1983《文献类型与文献载体代码》。外文期刊名称用缩写,可以采用国际医学期刊编辑委员会推荐的 NLM's Citing Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256>)中的格式;中文期刊用全名。每条参考文献均须著录起止页码,对有 DOI 编号的文章必须著录 DOI,列于末尾。参考文献必须由作者与其原文核对并无误。文后参考文献为中文时须双语著录,用双语著录参考文献时,首先应用信息资源的原语种,然后用其他语种著录。作者姓名的英译文采用汉语拼音形式表示,姓的首字母大写,名按音节首字母大写的缩写形式。中文刊名使用其刊名的英文简称,不使用汉语拼音名称,无规范英文简称者著录全部英文刊名。

示例:

- [1] 支琳琳,冯伟,郭铁男,等. 感染性休克患者不同时期液体负荷对机体影响的前瞻性临床研究[J]. 中华危重病急救医学, 2015, 27 (1): 13-16. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2015.01.004.
Zhi LL, Feng W, Guo YN, et al. Clinical influence of liquid loading at different stages in septic shock patients[J]. Chin Crit Care Med, 2015, 27 (1): 13-16. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2015.01.004.