文章中写明基金（基金号）、作者单位、学历、职称。第一作者和通信作者出生年、研究方向、邮箱等。

中文字体用宋体，英文字体用Times New Roman。

1. **理论探讨类文章写作要求**
2. 题名：突出主旨，简明扼要，不超过32个字。
3. 摘要：300汉字介绍文章主要内容，使读者读后就能大概了解文章的主要内容。注意不要写成前言或文章的写作背景。5~8个关键词。
4. 正文：4500~7000字左右，要求写作层级架构亮点突出，一般以判断句作为各层级的题名，所有的标题但提出来能组成一段有逻辑的话为佳。（不要写1 背景；2 机制 这样没有特色的层级标题）。

写作时多参考古今中外大家的优秀论文与学术观点，做到不同学术观点与作者自己的观点之间相互印证。

每一个小层级标题下内容一般不要过于少，不能只写两三句话。

1. 参考文献：尽量引用近十年的参考文献。

中文参考文献格式：

[序号]作者1, 作者2, 作者3, 等. 文献题名[J]. 刊名, 年, 卷(期):起止页码.

[序号]作者. 文献题名[D]. 出版地: 出版单位, 出版年.

[序号]作者. 文献题名[M]. [出版地](https://baike.baidu.com/item/%E5%87%BA%E7%89%88%E5%9C%B0/53343942?fromModule=lemma_inlink" \t "_blank): [出版者](https://baike.baidu.com/item/%E5%87%BA%E7%89%88%E8%80%85/53343953?fromModule=lemma_inlink" \t "_blank), 出版年: 起止页码(可选).

英文参考文献格式：

[序号]作者1, 作者2, 作者3, et al. 文献题名[J]. 英文刊名, 年, 卷(期):起止页码.

1. **综述类文章写作要求**
2. 题名：一般为XXX的研究进展
3. 摘要：400字左右介绍文章主要内容，不要写成前言或文章写作背景格式。如正文中主要是写作用机制的，则在摘要中要提现正文所提到的主要机制。
4. 关键词：5~8个。
5. 正文：综述正文的层级标题要按照文章的写作逻辑进行设置，一般要求只设一二三级标题，不设四级标题。

摘要和正文中首次出现的所有专有名词，较简短并出现次数少的，直接写中文全称；其他的严格按照“中文全称（英文全称，英文简称）“的格式写，后文再出现直接写英文简称。摘要和正文分开算。

综述写作不能简单罗列文献（综而不述），要突出作者自己的看法与认识，既要详尽的综，也要合理的述，使整个文章成为有机的整体。

1. 参考文献：

中文参考文献格式：

[序号]作者1, 作者2, 作者3, 等. 文献题名[J]. 刊名, 年, 卷(期):起止页码.

[序号]作者. 文献题名[D]. 出版地: 出版单位, 出版年.

[序号]作者. 文献题名[M]. [出版地](https://baike.baidu.com/item/%E5%87%BA%E7%89%88%E5%9C%B0/53343942?fromModule=lemma_inlink" \t "_blank): [出版者](https://baike.baidu.com/item/%E5%87%BA%E7%89%88%E8%80%85/53343953?fromModule=lemma_inlink" \t "_blank), 出版年: 起止页码(可选).

英文参考文献格式：

[序号]作者1, 作者2, 作者3, et al. 文献题名[J]. 英文刊名, 年, 卷(期):起止页码.

1. **临床研究类文章写作要求**

摘要和正文中首次出现的所有专有名词，较简短并出现次数少的，直接写中文全称；其他的严格按照“中文全称（英文全称，英文简称）“的格式写，后文再出现直接写英文简称。摘要和正文分开算。

1. 题名：要符合临床研究文章的规范，一般是“多少例XX患者的XX的护理/研究”，或者“XX的评价/研究”等。
2. 摘要：严格按照“目的，方法，结果，结论“的格式写。

一两句话介绍文章写作目的。

方法里面要写明患者数量（脱落患者数也要写）、患者分组、测量了哪些指标。

结果里面要提现正文里面的所有结果，有统计学差异的要写明，并标注（*P*＜0.05）。

结论里面写明本研究主要证实的内容，要和目的相呼应。注意不要写成结果部分的重复。

1. 关键词：5~8个关键词。
2. 正文除前言外分为3个部分。

第一部分为：对象与方法。

1.1 对象（较为详细的写明本研究所招募患者的情况，包括例数、年龄、病程、基本患病情况）；写明伦理审查内容。

例：选取2021年6月~2024年5月XXX医院收治的甲状腺相关眼病患者共100例，按随机数字表法分为2组，50例/组。对照组46例（脱落4例），其中女35例，男11例，年龄32~63岁，平均（42.87±5.91）岁，病程4~23个月，平均（16.82±3.09）个月，麻痹部位分为上直肌27眼、下直肌18眼、外直肌21眼、内直肌26眼；其中轻度21例，中度25例。治疗组47例（脱落3例），其中女33例，男14例，年龄31~62岁，平均（42.15±5.73）岁，病程4~25个月，平均（16.46±3.35）个月，麻痹部位分为上直肌25眼、下直肌19眼、外直肌20眼、内直肌23眼；其中轻度20例，中度27例。两组资料未见明显差异（P>0.05），具有可比性。本研究通过XXX伦理委员会批准（审批号：XXX）。

1.2 纳入标准（即说明本研究纳入的研究对象的患病特点与诊断标准等）

例：（1）符合甲状腺相关眼病的诊断标准[5]，双眼患病；（2）满足气郁痰凝证的标准[6]，主症为上睑后缩、药球突出、眼球痛、眼干畏光、流泪，次症胁胀、胸闷、太息、情绪低落、疲劳乏力，舌淡苔薄白，脉沉涩；（3）肝肾功能、心脑电图基本正常；（4）签署书面知情同意书；（5）未满足甲状腺相关眼病手术治疗指征

1.3 排除标准（将不符合纳入标准或有其他情况的研究对象进行排除）

例:（1）其他类型的眼病或其他因素导致的眼突；（2）屈光间质浑浊；（3）妊娠、哺乳的女性：（4）心、肝、肾、肺等严重功能不全；（5）精神疾患；（6）无法正常沟通；（7）甲状腺瘤、甲状腺囊肿；（8）近6个月进行激素、免疫抑制剂、手术、放疗等相关治疗；（9）其他慢性疼痛史。

1.4 脱落标准（研究过程中无脱落的话也可以不写）

例：（1）中途主动终止治疗；（2）产生严重并发症；（3）接受其他治疗手段：（4）失访；（5）新增其他需治疗的疾患。

1.5 分组与治疗（写明每个组具体的治疗方法与药物、治疗时间，药物要写生产批号，仪器要写型号。护理类文章要详细写明具体护理方法，按照护理类型的不同分为（1）（2）（3）（4）点）。

例：对照组：进行西医常规治疗，评估甲状腺功能，药物保持正常甲状腺功能，口服泼尼松片（佛山手心制药，5 mg/片，生产批号：20210415、20220206、20230117、20240108），每日2次，每次40 mg，根据症状适当调整剂量。

治疗组：在对照组基础上，联合柴芪明目汤：柴胡15 g、黄芪30 g、炒枳实10 g、法半夏10 g、茯苓20 g、鸡内金30 g、酒当归12 g、陈皮10 g、赤芍15 g、浙贝10 g、酒大黄10 g、水蛭6 g、川芎30 g、甘草6 g，由煎药室统一煎制，每日1剂，每剂制作成2袋药液，每袋150 mL，患者早晚各服用1次。联合针刺治疗，使用汉医牌毫针（0.25 mm×25 mm，天津杏林书院医疗器械），选取鱼腰、攒竹、太阳、晴明、百会、风池、承泣及太冲、天枢、足三里、合谷、丰隆为主穴，鱼腰、攒竹行斜刺法，其余腧穴行直刺法，不使用手法，以酸胀麻感为度，得气后留针30分钟，同时行眼周双针排刺，第一针选取眼外䀣角入针刺向攒竹，第二针于第一针外上1 cm处平行刺向眉正中眼睑内缘处。每日治疗1次，每周治疗3次。两组在治疗12周后统计治疗效果。

1.6 观察指标（写明具体做了哪些检测、每一项检测具体的方法与评分计算公式等）

例：1.6.1 整体疗效 整体治疗效果评定标准：根据中医症状量化标准对气郁痰凝证进行量化分级评分（主症各症状按0、2、4、6分计，次症各症状按0、1、2、3分计），各症状评分总和即为中医积分[6]，痊愈，症状体征基本消失，眼肌麻痹指数（ophthalmoplegia index，OPI）为0，无复视，眼球突出度减小至少3mm，中医积分减小至少95%；显效，症状体征明显下降，OPI不高于50%，无复视，眼球突出度减小至少2 mm，中医积分减小至少70%；有效，症状体征下降，OPI低于100%，有复视，眼球突出度减小至少1 mm，中医积分减小至少30%；无效，症状体征无明显改变，OPI=100%，有复视，眼球突出度减小不足1 mm或增高，中医积分减小低于30%；总有效率=（各组总病例数﹣无效例数）/各组总病例数×100%。

1.6.2 眼球突出度 在治疗前（开始治疗前一天）和治疗后（持续治疗12周次日），由同一高资眼科医师使用Hetel氏眼突计（苏州器械厂）对患者的眼球突出度进行测量，医师与患者正对面，使用眼突计上切缘与患者颞眶缘相齐，读取眼突计上两个平面镜的数值。

1.6.3 眼肌直径 患者在治疗前（开始治疗前一天）和治疗后（持续治疗12周次日）进行超声眼肌直径检查，运用彩色多普勒超声仪（索诺声M-Turbo型），由同组检测医师进行，测量过程中保持眼肌和眼球垂直，在横轴位获取上直肌、下直肌、外直肌、内直肌的眼肌直径，每次测定时间2分钟内，各数据取3次的平均值。

1.6.4 病情程度 在治疗前（开始治疗前一天）和治疗后（持续治疗12周次日），由主治医师根据眼病活动度（clinical activity score，CAS）评估患者的病情严重程度[7]，根据眼部症状和体征，包括眼球运动时疼痛、结膜水肿、结膜充血、眼睑水肿共7个指标，每个指标有计为1分，无计为0分，分值越大则病情越严重。

1.7 统计学处理（写明本研究所用到的具体统计学方法）

例：运用SPSS 29.0分析数据，疗效为计数资料，以χ2检验进行组间比较，眼球突出度、眼肌直径、CAS、M-C-TAO-QOL、血清指标为计量资料，满足正态分布且方差齐，以均数±标准差（$\overbar{x}$±s）表示，独立*t*检验进行组间对比，配对*t*检验进行配对对比，*P*<0.05代表差异有统计学意义。

第二部分：结果。结果部分数据用三线表格式，不用柱状图。有统计学差异的分别在正文中说明、在表中标出。用小写abc标注统计学差异。

例：**2.1** 临床疗效比较

治疗组纳入47例患者完成全部研究，12周的总有效率为89.36%（42/47），对照组纳入46例患者完成全部研究，总有效率为71.74%（33/46），组间差异明显（*P*<0.05）。见表1。

表1 两组甲状腺相关眼病患者的对比（%）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 组别 | 例数 | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
| 治疗组 | 47 | 2 | 14 | 26 | 5 | 89.36%a |
| 对照组 | 46 | 0 | 11 | 22 | 13 | 71.74% |

注：与对照组对比，a*P*<0.05。

**2.2** 眼球突出度

两组在治疗前的眼球突出度未见明显差异（*P*>0.05）；两组治疗后的眼球突出度较同组治疗前明显降低（*P*<0.05）；与对照组同期对比，治疗组治疗后眼球突出度更低（*P*<0.05）。见表2。

表2 两组甲状腺相关眼病患者的眼球突出度比较（$\overline{x}$±s，mm）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 组别 | 例数 | 治疗前 | 治疗后 |
| 治疗组 | 47 | 20.26±1.19 | 17.45±0.71ab |
| 对照组 | 46 | 20.15±1.37 | 19.03±1.15a |

注：与同组治疗前对比，a*P*<0.05，与对照组治疗后对比，b*P*<0.05。

第三部分：讨论。

写明文章的研究背景、疾病的介绍、选择治疗/护理方法的理由、测量指标的意义/为什么测量这些指标、本研究所有测量指标的变化以及所反映的意义、本研究能够说明的问题和对临床研究的启示等。

对于测量指标的介绍部分不能一笔带过，要引用相关文献，充分说明测量这些指标的必要性，这样才能突出本研究的研究意义。

例：甲状腺相关眼病的症状呈缓慢发展，部分患者可自发改善，大部分患者可造成眼部出现眼外肌功能障碍、眼球突出、眼睑挛缩等体征，症状多表现为视力下降、畏光、眼球疼痛、复视等[9]。糖皮质激素为甲状腺相关眼病的一线治疗药物，能直接抑制免疫细胞活性，降低炎症细胞浸润，减轻炎症反应，但停药后病情易复发，持续使用易增加机体感染风险[10]。

甲状腺相关眼病多以本虚标实、虚实夹杂为主要特点，脏腑功能失调，产生痰湿瘀火，相互影响，共同治病[11]。患者常情志不悦，肝气不舒，导致气机郁滞；或饮食不节，作息不良，损伤肝脾，痰气相搏，聚结于目，发为鹘眼凝睛病[12]。索文栋等[13]研究强调该病为阳邪所害致病，七情内伤，肝气郁结，郁化成火，热极生风，火随风动，上炎头面部；或素体肝阴不足，阴虚阳亢，虚火上炎，累及眼部；或肾阴不足，精血无法上荣面目，目睛失养。笔者认为鹘眼凝睛病的根本病机为气郁痰凝，七情内伤、肝气不舒，脾失运化，水液停聚，痰饮水湿凝聚于目，发为水肿；或肝风内动，经脉拘急，发为复视；津液输布，聚液成痰，肝火上炎，痰火郁结，壅塞目络，凝结于目，形成目突[14]。

本研究选用柴芪明目汤治疗以黄芪、柴胡用作君药，黄芪能健脾益气，助阳固表；柴胡可疏肝解郁，使肝气条达。炒枳实能祛痰降气，消积散痞；法半夏能祛痰燥湿；茯苓能健脾燥湿；鸡内金能健脾和胃，散结祛痰；四药共用做成药，使气机和畅，痰湿祛除。其余为佐使药，陈皮能健脾理气，浙贝能清热祛痰；酒当归能养血活血通经止痛。川芎能行气活血；赤芍理血和营；水蛭可破血除瘀，通络行滞；酒大黄能清热解毒；甘草调和诸药，全方共同发挥健脾益气，疏肝解郁，调气和血，祛痰燥湿，通络消积之效。本文选取鱼腰、攒竹、太阳、晴明、百会、风池、承泣及太冲、天枢、足三里、合谷、丰隆为主穴进行针刺，可发挥疏肝解郁，祛痰化瘀，调气活血，清热散结，痛经止痛之效。

 本研究结果发现，纳入治疗患者经12周治疗的疗效明显优于对照组，且眼球突出度、眼肌直径的降低程度均高于对照组。提示，柴芪明目汤联合针刺可提高甲状腺相关眼病的疗效，进一步减轻眼突和眼肌增生等症状，柴芪明目汤联合针刺结合运用体现了中医针药结合的治疗效果，与李红艳使用针药结合可显著提高非活动期甲状腺相关眼病的疗效，减轻临床症状的研究结果相似[15]。

CAS是临床用于评估甲状腺相关眼病病情严重程度的重要指标，具有良好的特异性及敏感性[7]。本研究发现，治疗组的CAS低于对照组，M-C-TAO-QOL高于对照组。表明，柴芪明目汤联合针刺可控制甲状腺相关眼病的病情发展，明显提高患者生活质量。

VCAM-1能促使炎症细胞向眼眶聚集，加重炎症浸润及眼眶血管病变，与病情严重程度呈正相关[16]。IL-17可介导甲状腺相关眼病的炎症反应，促使多种炎症细胞分泌，激活和加剧炎症反应，促进趋化因子释放，加重眼部炎症损伤[17]。TNF-α为甲状腺相关眼病的重要免疫调节因子，其高表达可刺激甲状腺细胞分泌急性反应蛋白，激活纤维母细胞加快眼肌纤维化进程，调节炎症反应，加重眼部损伤[18]。本研究发现，治疗组治疗后的VCAM-1、IL-17、TNF-α较对照组同期更小。结果表明，柴芪明目汤联合针刺能显著减轻甲状腺相关眼病患者的炎症反应，对控制病情发挥积极意义，与上述李红艳[15]的研究相比，本研究从VCAM-1、IL-17、TNF-α等客观指标角度阐述了柴芪明目汤联合针刺的作用机制，进一步体现了针药结合在甲状腺相关眼病治疗的优势。

综上所述，柴芪明目汤联合针刺可提高甲状腺相关眼病的疗效，降低眼球突出度、眼肌直径，减轻病情严重程度，改善患者生活质量，与减轻炎症反应有关。

5、参考文献格式同上。