

## Rockall评分高危患者行急诊内镜的诊疗价值

马丽娜, 张乃丽, 王加斌, 雷宇峰, 刘变英

### ■背景资料

急性非静脉曲张性上消化道出血(acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding, ANVUGIB)行急诊内镜检查在消化界已达成共识, 是消化道出血首选治疗方法, 但对于Rockall评分高危患者, 因其风险较大, 实施内镜检查与治疗的具体时机并未形成共识。

马丽娜, 滨州医学院临床医学院 山东省烟台市 264003

张乃丽, 滨州医学院基础医学院 山东省烟台市 264003

王加斌, 江苏省沭阳县人民医院消化科 江苏省沭阳县 223600

雷宇峰, 刘变英, 山西煤炭中心医院消化内科 山西省太原市 030006

马丽娜, 主治医师, 硕士, 主要从事消化内科的研究。

滨州医学院科技计划基金资助项目, No. BY2014KJ08

作者贡献分布: 本课题由马丽娜、张乃丽及雷宇峰共同设计; 胃镜检查由雷宇峰与刘变英完成; 研究过程由马丽娜、张乃丽、王加斌及刘变英完成; 数据分析由马丽娜、张乃丽及王加斌完成; 本论文写作由马丽娜与张乃丽完成。

通讯作者: 刘变英, 教授, 主任医师, 030006, 山西省太原市学府街101号, 山西煤炭中心医院消化内科. liubianying@126.com  
电话: 0535-6913258

收稿日期: 2015-08-24  
修回日期: 2015-10-19  
接受日期: 2015-10-26  
在线出版日期: 2015-11-28

### **Diagnostic and therapeutic value of emergency endoscopy in acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding patients with high-risk Rockall score**

Li-Na Ma, Nai-Li Zhang, Jia-Bin Wang, Yu-Feng Lei, Bian-Ying Liu

Li-Na Ma, Clinical Medical School, Binzhou Medical University, Yantai 264003, Shandong Province, China

Nai-Li Zhang, School of Basic Medical Sciences, Binzhou Medical University, Yantai 264003, Shandong Province,

China

Jia-Bin Wang, Department of Gastroenterology, Shuyang People's Hospital, Shuyang 223600, Jiangsu Province, China

Yu-Feng Lei, Bian-Ying Liu, Department of Gastroenterology, Shanxi Coal Center Hospital, Taiyuan 030006, Shanxi Province, China

Supported by: the Science and Technology Program of Binzhou Medical University, No. BY2014KJ08

Correspondence to: Bian-Ying Liu, Professor, Chief Physician, Department of Gastroenterology, Shanxi Coal Center Hospital, 101 Xuefu Street, Taiyuan 030006, Shanxi Province, China. liubianying@126.com

Received: 2015-08-24

Revised: 2015-10-19

Accepted: 2015-10-26

Published online: 2015-11-28

### **Abstract**

**AIM:** To investigate the diagnostic and therapeutic effect of emergency endoscopy in nonvariceal upper gastrointestinal bleeding (NVUGIB) patients with a high-risk Rockall score.

**METHODS:** The clinical data for 55 high-risk patients with NVUGIB treated at Department of Gastroenterology of Shanxi Coal Center Hospital from August 2011 to December 2013 were analyzed retrospectively. Of these patients, 30 who underwent endoscopy in 24-48 h were allocated to the emergency endoscopy group, and 25 who underwent endoscopy after 48 h were allocated to the control group. Data including age, sex, bleeding history, chronic disorder history, time from bleeding to endoscopic examination, blood transfusion, shock index, hemoglobin,

### ■同行评议者

张庆瑜, 教授, 主任医师, 天津医科大学总医院科研处

length of hospital stay, expenses, Rockall score, etiology diagnosis rate, length of hospital stay, and mortality were compared between the two groups to find the variables with a significant difference.

**RESULTS:** The two groups had no significant differences in etiology ( $P > 0.05$ ). There were statistical differences between the two groups in etiology diagnosis rate (93.33% vs 56.00%,  $P = 0.001 < 0.01$ ), hospitalization time (10.0 d  $\pm$  6.7 d vs 16.4 d  $\pm$  7.3 d,  $P < 0.05$ ), and cost of hospitalization (13034.4 yuan  $\pm$  9967.2 yuan vs 14110.2 yuan  $\pm$  9780.8 yuan,  $P < 0.05$ ). The two groups had no significant differences in mortality rate (6.67 vs 12.00%,  $P > 0.05$ ).

**CONCLUSION:** Emergency endoscopy is a reliable and safe modality for NVUGIB patients with a high-risk Rockall score.

© 2015 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

**Key Words:** Rockall score; Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding; Emergency endoscopy

Ma LN, Zhang NL, Wang JB, Lei YF, Liu BY. Diagnostic and therapeutic value of emergency endoscopy in acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding patients with high-risk Rockall score. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2015; 23(33): 5366-5371 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/5366.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i33.5366>

## 摘要

**目的:** 探讨急性非静脉曲张性上消化道出血(acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding, ANVUGIB)Rockall评分高危患者行急诊内镜的诊疗价值。

**方法:** 对2011-08/2013-12山西煤炭中心医院消化内科55例ANVUGIB Rockall评分高危患者的临床资料、治疗方法及治疗结果作回顾性分析研究, 其中出血后24-48 h内行急诊内镜检查患者30例, 出血后3-5 d行内镜检查患者25例, 比较行急诊内镜组与非急诊内镜组的病因检出率、住院花费、住院时间、输血量、死亡率等指标。

**结果:** 急诊内镜组与非急诊内镜组的出血病因构成差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 急诊内镜组病因确诊率高于非急诊内镜组(93.33% vs 56.00%)( $P = 0.001 < 0.01$ ); 急诊内镜组住院时间和住院费用及输血量显著低于非急

诊内镜组(10.0 d  $\pm$  6.7 d vs 16.4 d  $\pm$  7.3 d, 13034.4元  $\pm$  9967.2元 vs 14110.2元  $\pm$  9780.8元, 1180.7 mL  $\pm$  634.7 mL vs 1420 mL  $\pm$  725.9 mL)( $P < 0.05$ ); 急诊内镜组死亡率低于非急诊内镜组(6.67% vs 12.00%)( $P > 0.05$ )。

**结论:** 对于ANVUGIB Rockall评分高危患者, 行急诊内镜检查虽不能明显降低其死亡率, 但可以显著改善其医疗过程, 有利于临床, 其优势尚待大样本的临床研究。

© 2015年版权归百世登出版集团有限公司所有。

**关键词:** Rockall评分; 非静脉曲张性上消化道出血; 急诊内镜

**核心提示:** 本文对55例急性非静脉曲张性上消化道出血(acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding)Rockall评分高危患者的临床资料及治疗结果进行了回顾性分析, 认为行急诊内镜病因确诊率高, 住院费用少, 住院天数短, 输血量少, 可以显著改善医疗过程, 节约医疗成本。

马丽娜, 张乃丽, 王加斌, 雷宇峰, 刘变英. Rockall评分高危患者行急诊内镜的诊疗价值. *世界华人消化杂志* 2015; 23(33): 5366-5371 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/5366.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i33.5366>

## 0 引言

Rockall危险度评分体系是Rockall等对住院患者的临床资料进行综合分析后建立的评分体系, 能较好地反映出急性上消化道出血的危险程度<sup>[1]</sup>。文献报道<sup>[2,3]</sup>Rockall评分高危患者病死率高, 本文将2011-08/2013-12山西煤炭中心医院55例急性非静脉曲张性上消化道出血(acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding, ANVUGIB)Rockall评分高危患者进行的急诊内镜和非急诊内镜检查结果, 部分患者同时行内镜下止血治疗的结果进行回顾性研究, 以探讨Rockall评分高危患者行急诊内镜的诊疗价值与意义。现将结果分析报告如下。

## 1 材料和方法

**1.1 临床资料** 选择2011-08/2013-12主因“呕血、黑便”入住山西煤炭中心医院消化内科的患者。入选标准: (1)年龄 $>18$ 岁; (2)临床诊断为非静脉曲张性上消化道出血; (3)Rockall评

## ■ 研究前沿

对于ANVUGIB Rockall评分高危患者, 行内镜检查与治疗时, 应密切关注影响其预后的危险因素, 要重视对患者基础疾病的干预与治疗, 以改善高危患者的生存率。对于Rockall评分高危患者何时实施内镜检查和治疗是目前需要解决和规范的问题。

■ 相关报道

有报道称对于NVUGIB患者, Rockall评分是简单有用的预后评估方法, 评分值越高的患者死亡风险越高, 在给患者划分不同风险组时Rockall评分会被用到.

表 1 急性上消化道出血患者的Rockall再出血和死亡危险性评分系统

变量	0分	1分	2分	3分
年(岁)	<60	60-79	≥80	-
休克	无休克 <sup>1</sup>	心动过速 <sup>2</sup>	低血压 <sup>3</sup>	-
伴发病	无	-	心力衰竭、缺血性心脏病和其他重要伴发病	肝衰竭、肾衰竭、癌肿播散
内镜诊断	无病变, Mallory-Weiss 综合症	溃疡等其他病变	上消化道恶性疾病	-
内镜下出血征象	无或有黑斑	-	上消化道血液滞留、黏附血凝块、显露血管或喷血	-

<sup>1</sup>收缩压>100 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa), 心率<100次/min; <sup>2</sup>收缩压>100 mmHg, 心率>100次/min; <sup>3</sup>收缩压<100 mmHg, 心率>100次/min. 最小积分0分, 最大积分11分, 积分≥5为高危, 3-4分为中危, 0-2分为低危.

表 2 两组患者一般情况及危险性评分比较

项目	急诊内镜组	非急诊内镜组
性别(男/女)	19/11	17/8
年龄(岁)	66.3 ± 12.4	65.8 ± 11.7
血红蛋白(g/L)	59.2 ± 7.5	60.1 ± 7.4
Rockall评分(分)		
5	13	12
6	14	11
7	3	2

分≥5分. 排除标准: (1)未行内镜检查的患者; (2)下消化道出血的患者; (3)病情尚未稳定即签字出院的患者. 共选取55例患者, 其中男性36例, 女性19例, 年龄50-82岁, 平均年龄68岁. 临床表现为呕血30例, 黑便10例, 呕血及黑便同时存在15例, 其中Rockall评分<sup>[4]</sup>(参照表1)5分25例, Rockall评分6分25例, Rockall评分7分5例. 出血后24-48 h内行急诊内镜检查患者30例, 出血后3-5 d行内镜检查患者25例. 两组患者的性别、年龄、入院化验血红蛋白及Rockall评分差异均无统计学意义( $P>0.05$ , 表2). 设备: 电子胃镜为日本FUJION EG-450WR、EG-590WR及OLYMPUS GIF-H260、GIF-XQ240Z. 高频电治疗仪为维尔康SICC200型, 射频治疗仪为立德LDRF-50型, 氩离子治疗仪为ERBE APC300, 注射针、喷洒管、高频电凝器、金属钛夹等治疗附件均为日本OLYMPUS公司产品.

1.2 方法

1.2.1 治疗: 常规治疗: 两组患者入院后均给予吸氧, 行心电图、血压、指脉氧饱和度监测, 禁食水、行止血、质子泵抑制剂抑酸、扩容等

对症支持治疗, 化验血红蛋白<70 g/L者给予输血纠正贫血, 有休克症状者抢救休克. 急查血常规、血型、输血前系列、凝血系列、肾功能、电解质、血糖等化验, 行心电图、腹部B超等检查.

内镜检查及治疗: 积极纠正循环衰竭, 待血红蛋白上升至70 g/L后行内镜检查. 使用内镜依次观察食管、贲门、胃底、胃体、胃角、胃窦、幽门、十二指肠球部后壁、球后处及降段, 退镜时仔细观察进镜时未见部位, 胃内积血较多时采用吸引及转动体位等方法, 如观察困难则终止检查, 发现出血病灶则对出血灶进行治疗, 如局部喷洒药物止血; 注射止血药物; 氩离子凝固止血; 射频热凝止血; 高频电凝止血; 金属钛夹止血等.

1.2.2 观察指标: (1)内镜下出血标志: 活动性出血指病灶处有喷血、涌血或渗血, 非活动性出血指出血已停止, 胃内见大量积血, 包括病灶基底部呈褐色、附着血凝块或有非出血性裸露血管等近期出血征象; (2)原因不明的出血诊断标准: 内镜检查未发现出血病灶或可能引起出血的病因; (3)止血成功标志: 患者症状好转, 病情平稳, 再无呕血、黑便症状, 监测心率、脉搏及血压稳定、尿量足(>30 mL/h), 大便转黄, 大便潜血化验呈阴性. 治疗结果: (1)病情好转出院; (2)患者死亡.

统计学处理 应用SPSS18.0统计软件进行数据录入和统计学分析, 正态分布的计量资料采用独立样本 $t$ 检验比较不同组间差异, 非正态分布的计量资料选用秩和检验, 计数资料则采用 $\chi^2$ 检验, 设定 $\alpha = 0.05$ ,  $P<0.05$ 为差异有统计学意义.

表 3 两组患者的出血病因及病因检出率  $n(\%)$ 

出血病因	急诊内镜组( $n = 30$ )	非急诊内镜组( $n = 25$ )
胃溃疡	7(23.33)	5(20.00)
十二指肠球部溃疡	6(20.00)	2(8.00)
复合性溃疡	5(16.67)	1(4.00)
急性胃黏膜病变	4(13.33)	2(8.00)
食管、胃恶性肿瘤	5(16.67)	4(16.00)
Dieulafoy溃疡	1(3.33)	0
不明原因出血	2(6.67)	11(44.00)

## 应用要点

Rockall评分高危患者行急诊内镜检查与治疗不增加死亡风险,可显著提高病因确诊率,并能有效指导后续治疗,缩短医疗进程,有效节约医疗成本。

## 2 结果

2.1 两组患者的出血病因及病因检出率比较 急诊内镜组与非急诊内镜组的病因构成差异无统计学意义( $P > 0.05$ , 表3)。急诊内镜组28例患者病因诊断明确, 2例因胃腔内积血影响观察, 确诊率93.33%, 非急诊内镜组14例确诊, 原因不明11例, 确诊率56%, 两组确诊率差异有统计学意义( $P = 0.001 < 0.01$ )。

2.2 两组患者的住院时间、住院费用、输血量、死亡人数及死亡率比较 急诊内镜组住院时间和住院费用及输血量显著低于非急诊内镜组( $10.0 \text{ d} \pm 6.7 \text{ d}$  vs  $16.4 \text{ d} \pm 7.3 \text{ d}$ ,  $13034.4 \text{ 元} \pm 9967.2 \text{ 元}$  vs  $14110.2 \text{ 元} \pm 9780.8 \text{ 元}$ ,  $1180.7 \text{ mL} \pm 634.7 \text{ mL}$  vs  $1420 \text{ mL} \pm 725.9 \text{ mL}$ )( $P < 0.05$ ); 急诊内镜组死亡率低于非急诊内镜组[ $2(6.67\%)$  vs  $3(12.00\%)$ ]( $P > 0.05$ )。

## 3 讨论

ANVUGIB是指屈氏韧带以上消化道非静脉曲张性疾患引起的出血, 包括胰管或胆管的出血和胃空肠吻合术后吻合口附近疾患引起的出血, 是临床常见的急、危、重症, 年发病率为(50-150)/10万, 病死率为6%-10%<sup>[5,6]</sup>。临床上常见的病因包括消化性溃疡, 急性糜烂性胃炎和胃癌, 其中以消化性溃疡所致出血最为常见。山西煤炭中心医院消化内科治疗的ANVUGIB Rockall评分高危患者病因亦以消化性溃疡居多, 包括胃溃疡、十二指肠溃疡和复合性溃疡, 其次为胃癌。

Rockall危险度评分系统是基于对大量的住院患者的临床过程进行观察得来的一些数据进行分析后, 确定的与预后不良相关的独立因素, 包括年龄、休克状况、伴发病、内镜诊断和内镜下出血征象等5项指标, 按积

分大小将患者分为高危( $\geq 5$ 分)、中危(3-4分)或低危(0-2分)人群<sup>[1]</sup>。有文献报道Rockall评分能准确估计患者预后及死亡的危险性<sup>[7,8]</sup>, 也有文献<sup>[9]</sup>指出其预测死亡风险有价值, 而对再出血风险的预测价值较低。2010年的非静脉曲张性上消化道出血(nonvariceal upper gastrointestinal bleeding, NVUGIB)处理国际共识指出Rockall评分对死亡的预测能力优于再出血, 推荐临床使用以提高对预后判断的准确性<sup>[10]</sup>。Rockall评分高危患者因出血量大, 且常合并多种基础性疾病, 病情危重, 再出血风险大, 死亡率较高<sup>[11,12]</sup>。

ANVUGIB诊治指南指出内镜检查是出血病因诊断中的关键, 要尽早在出血后24-48 h内进行<sup>[4]</sup>, 这种理念已逐渐被各级医院的临床医生所接受。是由于消化道黏膜血流较丰富, 修复能力较强, 有些病变如急性胃黏膜病变可在短短几天内愈合而不留痕迹, 或较轻的病变可在出血后48 h内经质子泵抑制剂治疗后修复; 血管异常如Dieulafoy溃疡在活动性出血或近期出血期间才易于发现, 因此行急诊内镜能提高出血病因诊断的准确性。有文献指出早期内镜治疗可降低出血相关的并发症及病死率<sup>[13]</sup>。内镜治疗在ANVUGIB的应用中被认为是有效的, 被推荐为首选治疗方案<sup>[14-16]</sup>。对同时存在2个或多个病变者急诊内镜检查可确定其出血病灶, 还可根据病变的特征判断是否有活动性出血或估计再出血的危险性, 并同时内镜下止血的局部治疗, 控制活动性出血, 减少再出血风险。对于Rockall评分高危患者, 因其风险较大, 现认为实施内镜下检查与治疗应采取慎重态度, 待其病情平稳后再进行, 关于具体的时间选择并未给出确切的说明。

在本研究中, 根据实施内镜的时间点不同,

# 同行评价

该论文具有较好的临床应用价值, 对临床工作具有一定的指导意义。

对Rockall评分 $\geq 5$ 分的高危患者进行预后分析, 急诊内镜(出血后24-48 h内)组与非急诊内镜(出血后3-5 d)组的一般情况(表2)无统计学意义的差异( $P>0.05$ ), 两组间Rockall评分亦无统计学意义差异( $P>0.05$ )。在病因检出率、住院时间、住院费用、输血量、死亡率等方面进行比较, 发现急诊内镜组确诊率高, 住院天数短、花费少、输血量少, 与非急诊内镜组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。这可能与急诊内镜组在进行检查同时给予内镜下止血治疗有关。提示对于ANVUGIB Rockall评分高危患者, 行急诊内镜检查可以明显缩短其医疗过程, 节约医疗资源。两组的死亡率相比, 无明显统计学差异( $P>0.05$ ), 说明内镜诊疗技术虽然已有较大发展与进步, 但Rockall评分高危患者的死亡率仍未有明显降低<sup>[17]</sup>, 提示急诊内镜检查及内镜下止血治疗对Rockall评分高危患者预后的局限性, 引起死亡的因素不只与消化道出血有关, 还与合并的基础疾病有关<sup>[18]</sup>, 对高危患者治疗出血同时要重视其基础疾病的干预与治疗<sup>[11]</sup>。具体相关性如何, 有待大样本的进一步研究。

行急诊内镜检查不仅能早期发现病因, 提高确诊率, 还能降低再出血风险, 指导后续治疗。本研究中, 急诊内镜组的诊疗结果证实了以上结论, 非急诊内镜组中未见Dieulafoy溃疡和不明原因的出血相对多, 可能与出血后未行急诊内镜检查有关。

本研究中, 对于Rockall评分高危患者实施的内镜检查和治疗均是在有效对症治疗, 改善生命体征的情况下进行的, 没有出现因为内镜检查而死亡的患者, 以出血后48 h为分界点区分急诊内镜组和非急诊内镜组, 两组死亡率无统计学意义的差异( $P>0.05$ ), 说明了急诊内镜检查与治疗对于Rockall评分高危患者是安全可靠的, 不增加高危患者的死亡风险。

总之, Rockall危险度评分高危患者行急诊内镜检查不增加死亡风险, 可显著提高病因确诊率, 并能有效指导后续治疗, 缩短医疗进程, 有效节约医疗成本, 其优势尚待大样本的临床研究。

## 参考文献

- 1 Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal

- haemorrhage. *Gut* 1996; 38: 316-321 [PMID: 8675081]
- 2 王国平, 夏晨梅, 陈霞, 张忠臣. 3种危险性评分在判断NVUGIB患者预后中的价值. *中华全科医学* 2013; 11: 1902-1904
- 3 谢林, 艾敏, 沈薇. 1329例上消化道出血病因分析及风险评估. *重庆医学* 2014; 43: 3336-3338
- 4 中华内科杂志编委会, 中华消化杂志编委会, 中华消化内镜杂志编委会. 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南(2009, 杭州). *中华内科杂志* 2009; 48: 891-894
- 5 British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. *Gut* 2002; 51 Suppl 4: iv1-iv6 [PMID: 12208839]
- 6 Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003; 139: 843-857 [PMID: 14623622]
- 7 Musa SA, Brecker SJ, Rahman TM, Kang JY. Upper gastrointestinal haemorrhage in the acute cardiac care setting: antiplatelets and endoscopy. *Scott Med J* 2012; 57: 88-91 [PMID: 22555229 DOI: 10.1258/smj.2012.012006]
- 8 王长远, 汤辉, 王晶, 秦俭. Rockall评分对老年急性上消化道出血预后评估价值. *中国急救医学* 2013; 33: 634-636
- 9 Enns RA, Gagnon YM, Barkun AN, Armstrong D, Gregor JC, Fedorak RN. Validation of the Rockall scoring system for outcomes from non-variceal upper gastrointestinal bleeding in a Canadian setting. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 7779-7785 [PMID: 17203520]
- 10 Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, Sinclair P. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010; 152: 101-113 [PMID: 20083829 DOI: 10.7326/0003-4819-152-2-20100119 0-00009]
- 11 许勤, 胡乃中, 刘衡, 崔小玲, 许建明. 急性非静脉曲张上消化道出血风险评估的临床研究. *中华消化杂志* 2010; 30: 828-831
- 12 唐祖胜, 刘伟, 张小兰, 屈红, 潘庆敏, 张小乔. 埃索美拉唑治疗高危老年溃疡性上消化道出血的研究. *实用老年医学* 2014; 28: 675-677
- 13 Gralnek IM, Barkun AN, Bardou M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer. *N Engl J Med* 2008; 359: 928-937 [PMID: 18753649 DOI: 10.1056/NEJMra0706113]
- 14 Kanwal F, Barkun A, Gralnek IM, Asch SM, Kuipers EJ, Bardou M, Sung J, Enns R, Agreus L, Armstrong D, Spiegel BM. Measuring quality of care in patients with nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: development of an explicit quality indicator set. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 1710-1718 [PMID: 20686458 DOI: 10.1038/ajg.2010.180]
- 15 Chiu PW, Sung JJ. Acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Curr Opin Gastroenterol* 2010; 26: 425-428 [PMID: 20703110 DOI: 10.1097/MOG.0b013e32833d1746]
- 16 邹多武. 亚太地区非静脉曲张性上消化道出血专家共识意见解读(四): 24小时内的内镜干预能够改善高危患者的预后. *中华消化杂志* 2012; 32: 83-84

- 17 Wang CY, Qin J, Wang J, Sun CY, Cao T, Zhu DD. Rockall score in predicting outcomes of elderly patients with acute upper gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 3466-3472 [PMID: 23801840 DOI: 10.3748/wjg.v19.i22.3466]
- 18 Sung JJ, Tsoi KK, Ma TK, Yung MY, Lau JY, Chiu PW. Causes of mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a prospective cohort study of 10,428 cases. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 84-89 [PMID: 19755976 DOI: 10.1038/ajg.2009.507]

编辑: 郭鹏 电编: 都珍珍



ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) DOI: 10.11569 2015年版权归百世登出版集团有限公司所有

## •消息•

### 《世界华人消化杂志》正文要求

**本刊讯** 本刊正文标题层次为 0 引言; 1 材料和方法, 1.1 材料, 1.2 方法; 2 结果; 3 讨论; 4 参考文献. 序号一律左顶格写, 后空 1 格写标题; 2 级标题后空 1 格接正文. 以下逐条陈述: (1) 引言 应包括该研究的目的和该研究与其他相关研究的关系. (2) 材料和方法 应尽量简短, 但应让其他有经验的研究者能够重复该实验. 对新的方法应该详细描述, 以前发表过的方法引用参考文献即可, 有关文献中或试剂手册中的方法的改进仅描述改进之处即可. (3) 结果 实验结果应合理采用图表和文字表示, 在结果中应避免讨论. (4) 讨论 要简明, 应集中对所得的结果做出解释而不是重复叙述, 也不应是大量文献的回顾. 图表的数量要精选. 表应有表序和表题, 并有足够具有自明性的信息, 使读者不查阅正文即可理解该表的内容. 表内每一栏均应有表头, 表内非公知通用缩写应在表注中说明, 表格一律使用三线表(不用竖线), 在正文中该出现的地方应注出. 图应有图序、图题和图注, 以使其容易被读者理解, 所有的图应在正文中该出现的地方注出. 同一个主题内容的彩色图、黑白图、线条图, 统一用一个注解分别叙述. 如: 图1 萎缩性胃炎治疗前后病理变化. A: ...; B: ...; C: ...; D: ...; E: ...; F: ...; G: ... 曲线图可按●、○、■、□、▲、△顺序使用标准的符号. 统计学显著性用: <sup>a</sup> $P < 0.05$ , <sup>b</sup> $P < 0.01$  ( $P > 0.05$  不注). 如同一表中另有一套  $P$  值, 则<sup>a</sup> $P < 0.05$ , <sup>d</sup> $P < 0.01$ ; 第3套为<sup>c</sup> $P < 0.05$ , <sup>f</sup> $P < 0.01$ .  $P$  值后注明何种检验及其具体数字, 如 $P < 0.01$ ,  $t = 4.56$  vs 对照组等, 注在表的左下方. 表内采用阿拉伯数字, 共同的计量单位符号应注在表的右上方, 表内个位数、小数点、±、- 应上下对齐. “空白”表示无此项或未测, “-”代表阴性未发现, 不能用同左、同上等. 表图勿与正文内容重复. 表图的标目尽量用  $t/\text{min}$ ,  $c/(\text{mol/L})$ ,  $p/\text{kPa}$ ,  $V/\text{mL}$ ,  $t/^\circ\text{C}$  表达. 黑白图请附黑白照片, 并拷入光盘内; 彩色图请提供冲洗的彩色照片, 请不要提供计算机打印的照片. 彩色图片大小  $7.5\text{ cm} \times 4.5\text{ cm}$ , 必须使用双面胶条粘贴在正文内, 不能使用浆糊粘贴. (5) 志谢 后加冒号, 排在讨论后及参考文献前, 左齐.