

Üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle izlenen hastaların değerlendirilmesi

Evaluation of the patients that followed up for upper gastrointestinal system bleeding

Hüseyin Gölgeli¹, Şamil Ecirli², Orkide Kutlu², Hüsnüye Başer³, Deniz Karasoy²

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada üst gastrointestinal sistem (GIS) kanaması nedeniyle takip edilen hastaların demografik ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesi, kanamaya eğilim meydana getiren faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntemler: Çalışmamızda 01 Eylül 2010- 01 Eylül 2012 tarihleri arasında Dahiliye Kliniği'nde üst GIS kanaması teşhisi ile yatırılarak tetkik ve tedavi edilen 18-89 yaş aralığında toplam 285 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik ve laboratuvar verileri, endoskopi bulguları, uygulanan tedavi yöntemleri, hastanede yatış süreleri, kan transfüzyon ihtiyaçları değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 62,7±18,3 yıl; erkek/kadın oranı 2,2/1 (erkek 186, kadın 89) idi. En sık başvuru şikayeti melana (%45,3), ikinci sırada melena ve hematemez (%33) idi. Hastaların %76,84'ünde ilaç kullanımı olup en sık nonsteroid antiinflamatuvar ilaç (NSAİİ) (%45,26), ikinci sıklıkta aspirin (%23,86) kullanıldığı gözlemlendi. Hastaların %74,04'üne (ortalama 3,14 ünite) kan transfüzyonu ihtiyacı oldu. Hastaların %10,25'inde kanama tekrarı olduğu, gastrik ve duodenal ülserler arasında bu açıdan anlamlı farklılık olmadığı saptandı. GIS kanamasının en sık duodenal (%29,82), ikinci sıklıkta gastrik ülser (%21,75) bağlı olduğu saptandı. Hastaların %73,34'üne medikal tedavi, (sıvı replasmanı, PPI, somatostatin) %22,46'sına endoskopik skleroterapi, %1,40'ına hemoklip, %0,70'ine band ligasyonu uygulandı. Üst GIS kanamalı hastalar en sık Ağustos ayında (%11,9), en az Aralık ayında (%3,5) hastaneye başvurdular. Mortalite oranı % 1,75 olarak saptandı.

Sonuç: Üst GIS kanamalarının en sık sebebi peptik ülser olup; hastaların büyük bir çoğunluğunda NSAİİ, aspirin gibi kanamaya yatkınlık oluşturabilecek ilaç kullanımı tespit edilmiştir. Özellikle yaşlı hastalarda bu grup ilaçların kontrollü ve doğru endikasyonlarda kullanılması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Üst gastrointestinal kanama, gastrointestinal endoskopi, peptik ülser, nonsteroid antiinflamatuvar ilaç.

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to evaluate demographic and laboratory characteristics of the patients with upper gastrointestinal system (GIS) bleeding define the factors leading to bleeding.

Methods: The study included 285 patients aged between 18 and 89 years who were followed and treated for upper GIS bleeding in our Internal Medicine Clinics. Patients' demographic and laboratory data, endoscopic findings, treatment methods, hospitalization length and need for blood transfusions were determined.

Results: The mean age was 62.7±18.3 years with the male/female ratio of 2.2/1. The most common finding was melena (45.3%), and the second melena with hematemesis (33%). 76.84% of the patients had the history of drug use, mostly non-steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs) (45.26%) and aspirin (23.86%). The mean hospitalization length was 8.3±4.9 days. Blood transfusion was required in 74.04% with the mean 3,14±1,41 units. Bleeding recurrence was seen in 10.25%. Duodenal ulcer was observed as the most common cause of GIS bleeding (29.82%) and gastric ulcer was the second (21.75%). The treatment methods were medical in 73.34%, endoscopic sclerotherapy in 22.46%, hemoclips in 1.40% and band ligation in 0.70% of the patients. Upper GIS bleedings were mostly occurred in August (11.9%) and least occurred in December (3.5%).

Conclusion: The majority of the patients have history of drug use, like NSAIDs and aspirin leading to bleeding. We suggest that the usage of these drugs should be controlled and used only with accurate indications especially in elderly patients.

Key words: Upper gastrointestinal bleeding, gastrointestinal endoscopy, peptic ulcer, non-steroid anti-inflammatory drugs

¹ Ermenek Devlet Hastanesi, İç hastalıkları Kliniği, Karaman, Türkiye

² Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği, Konya, Türkiye

³ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: Orkide Kutlu,

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği Meram, Konya, Türkiye Email: orkidekutlu@windowslive.com

Geliş Tarihi / Received: 01.07.2014, Kabul Tarihi / Accepted: 22.07.2014

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2014, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

GİRİŞ

Akut üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları sık görülen, morbidite ve mortalitesi yüksek olabilen önemli bir sağlık sorunudur. İnsidansı yıllık hastane başvurularının 100.000’de 50-150’si arasında değişmektedir. Yoğun bakım şartlarında gelişmelere rağmen mortalite %10’lara varabilmektedir. Genellikle tüm GİS kanamalarının %85’i üst GİS kaynaklıdır ve bunların %70-80’i kendiliğinden durur [1,2]. Üst GİS kanamalarının yaklaşık yarısı peptik ülser kaynaklıdır. Hastaların %30-50’sinde nonsteroid anti-inflamatuar ilaç (NSAİİ) kullanımı mevcuttur. Özellikle yaşlı hastalarda NSAİİ’lara bağlı üst GİS kanama riski yüksektir [3]. Gastrik asidite, Helicobakter pylori (H.pylori), emosyonel stres, ilaç kullanımları, sigara ve alkol alışkanlığı gibi predispozan faktörlere dikkat edilmesi durumunda ülserle bağlı kanama insidansının azalacağı kabul edilmektedir [4]. Üst GİS kanamalarında görülen ölümler genellikle 60 yaş üzerinde ve kalp hastalığı, böbrek yetmezliği, siroz, kanser gibi yandaş hastalıkları bulunanlarda görülmektedir [5].

Çalışmamızda, servisimizde üst GİS kanaması teşhisiyle yatırılarak tetkik ve tedavi edilen hastaların dosyalarını retrospektif olarak inceleyerek hastaların demografik özellikleri ve laboratuvar sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEMLER

Bu çalışmada, 01 Eylül 2010-01 Eylül 2012 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği’nde üst GİS kanaması teşhisi ile yatırılarak tetkik ve tedavi edilen toplam 285 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Elde edilen verilerle hastaların demografik özellikleri, alışkanlıkları, hastanede yatış süreleri, ilaç kullanım oranı ve kullanılan ilaçlar, endoskopisi yapılan hastalardaki endoskopik bulguların dağılımı, uygulanan tedavi yöntemleri, mortalite oranı, cinsiyet ile mortalite arasındaki ilişki, cinsiyet ile endoskopi bulguları arasındaki ilişki, transfüzyon ihtiyacı, kanama tekrarı, ek hastalık varlığının yatış süresi ve mortalite üzerine etkisi araştırıldı.

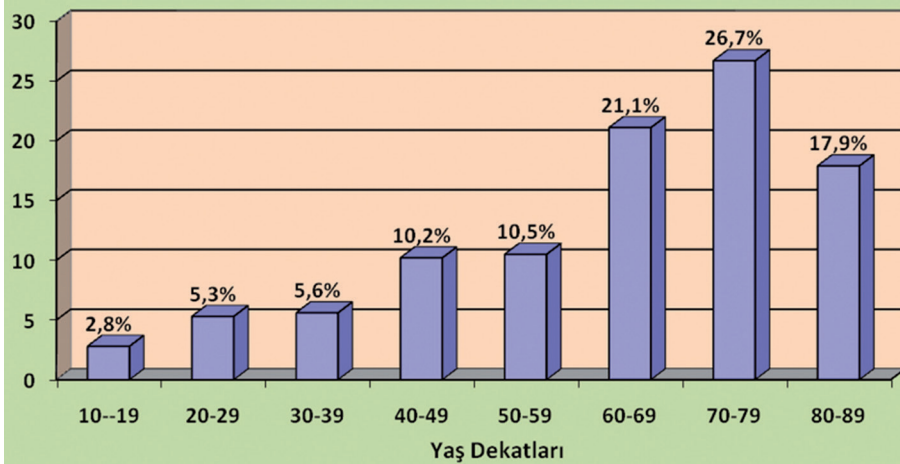
Çalışmada elde edilen bulgular SPSS programı versiyon 15 ile analiz edildi. Normal dağılım gös-

termeyen parametrelerin ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi; normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t testi; niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

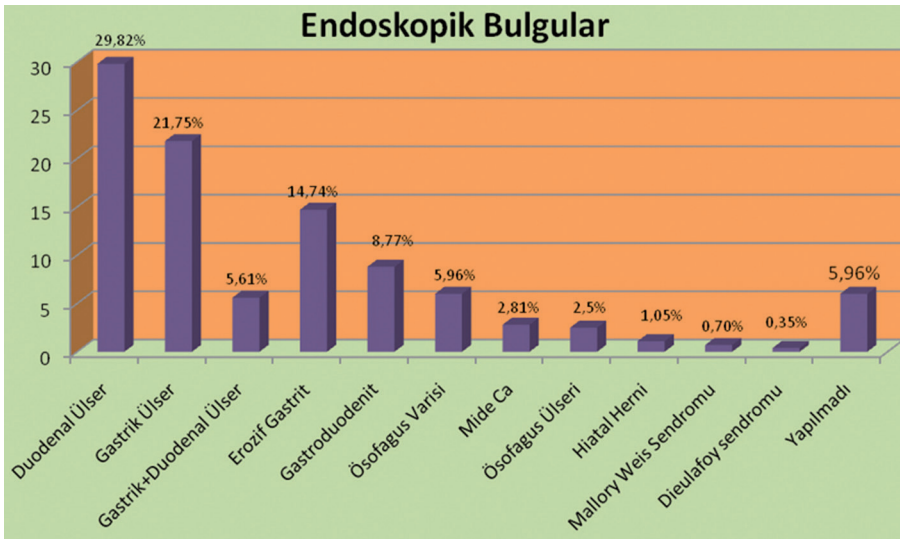
BULGULAR

Çalışma 01 Eylül 2010-01 Eylül 2012 tarihleri arasında üst GİS kanaması tanısı ile yatırılarak tetkik ve tedavi edilen, 18-89 yaş aralığında toplam 285 vaka üzerinde yapılmıştır. Vakaların ortalama yaşı $62,7 \pm 18,3$ yıl olarak tespit edilmiştir. Vakaların %68,77’si (189) erkek iken %31,23’ü (89) kadın idi. Erkek /kadın oranı 2,2/1’di. Vakaların yaşları, geliş şikayetleri, endoskopi bulguları, verilen tedaviler Şekil 1,2,3 ve Tablo 1 de gösterilmiştir. Vakaların %74,04’üne; ortalama $3,14 \pm 1,41$ ünite (minimum 2 ünite, maksimum 10 ünite) kan transfüzyonuna ihtiyaç duyuldu. Üst GİS Kanaması nedeniyle yatan hastaların %10,25’inde kanama tekrarı oldu. Gastrik ve duodenal ülserler arasında kanama tekrarı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ($p > 0,05$). Vakaların %5,96’sına cerrahi konsültasyon ihtiyacı gözlemlendi. Hastaların hastanede ortalama yatış süreleri Tablo 2 de görülmektedir. Üst GİS kanamalı vakaların %69,46’sında ek hastalık saptanmış olup, en sık görülen ek hastalık %31,58 oranı ile hipertansiyondur. Vakaların ek hastalık oranları ve ek hastalıklarına göre ortalama yatış süreleri Şekil 4 de verilmiştir. Ek hastalığı olanlarda ortalama yatış süresi (9,06 gün) ek hastalığı olmayan hastaların ortalama yatış süresine (6,91 gün) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p = 0,008$).

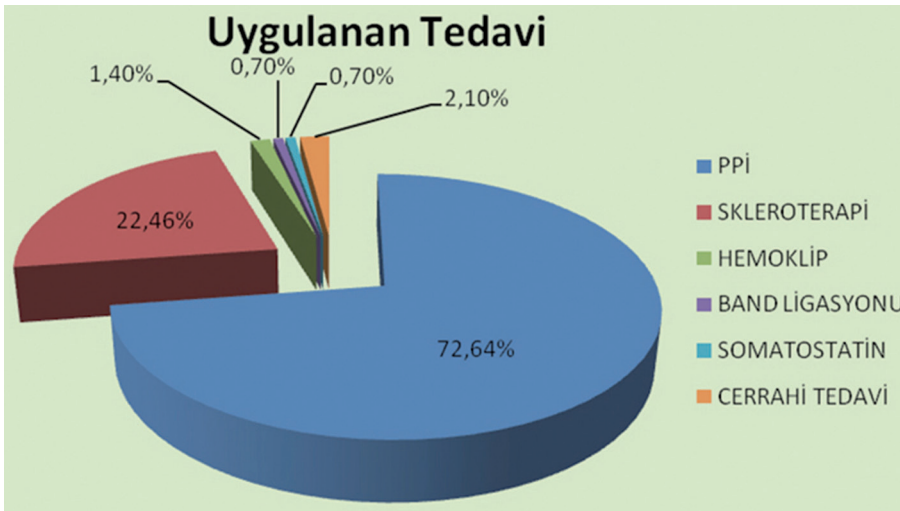
Vakaların %23,16’sında ilaç kullanma öyküsü yok iken, %29,82’si NSAİİ, %23,86’sı aspirin, %15,44’ü aspirin+NSAİİ ve %7,72’si varfarin kullanmaktaydı. Vakaların %33,33’ünde sigara, %4,56 oranında alkol alışkanlığı olan kişilerin aynı zamanda alkolle birlikte sigara alışkanlığı vardı. Çalışmamızda üst GİS kanamalı hastaların kan grupları sınıflamasında A Rh (+) kan grubu %36,7, O Rh (+) kan grubu %35,1 oranında tespit edildi.



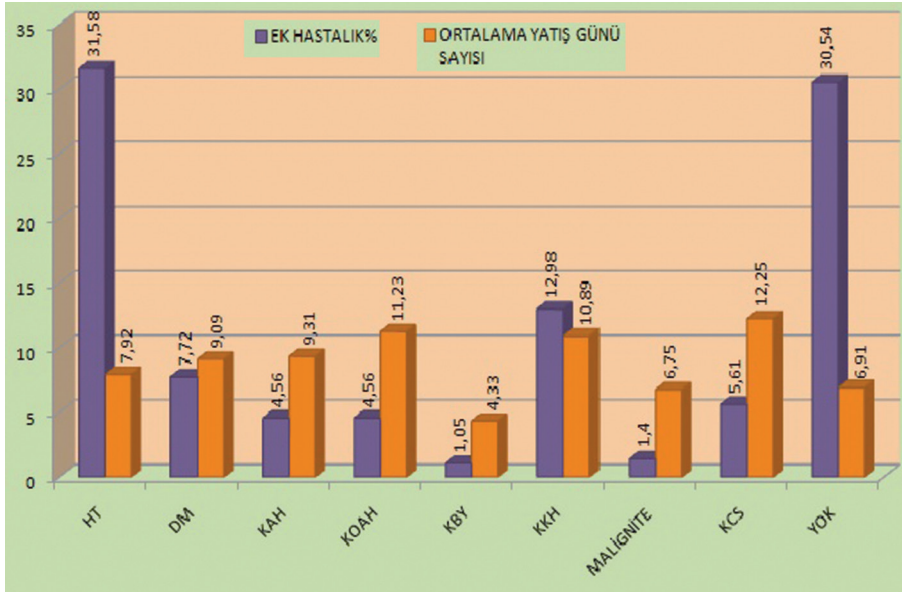
Şekil 1. Üst GIS Kanamalı Hastaların Yaş Dekatları Dağılımı.



Şekil 2. Üst GIS Kanamalı Hastaların Endoskopik Bulgularına Göre Dağılımı.



Şekil 3. Üst GIS Kanamalı Hastalarda Uygulanan Tedavilerin Dağılımı.



Şekil 4. Üst GIS kanamalı hastalarda ek hastalıkların görülme oranları ve ek hastalıklara göre hastanede yatış süreleri.

Tablo 1. Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastalarımızın hastaneye başvuru bulguları

Başvuru bulguları	%
Melena	45,3
Melena ve hematemez	33,0
Hematemez	12,6
Hematokezya	4,9
Senkop	4,2

Tablo 2. Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastalarımızın hastanede yatış süreleri

Hastanede yatış süreleri	%
1-5 gün	30,5
6-10 gün	44,9
11-15 gün	15,4
16-20 gün	5,6
21-30 gün	3,5

TARTIŞMA

Çalışmamızda üst GIS kanaması sebebi ile hastanemize başvuran hastaların; özellikle ileri yaşta, hipertansiyon başta olmak üzere eşlik eden hastalıkları olan, özellikle nonsteroid ve aspirin kullanımı olan hastalar olduğu saptandı. Etyolojide en sık duodenal ülser ardından gastrik ülser ve eroziv gastrit saptandı. Ortalama hastane yatış süresi ek hastalıkları olan grupta belirgin olarak uzundu.

Vakalarımızda ortalama yaş $62,7 \pm 18,3$ yıl olup, literatürde ile uyumlu saptandı. [6-9]. Çalışmamızda üst GIS kanamalarının en yüksek oranda 70-79 yaş aralığındaki hasta grubunda görüldüğü tespit edilmiş olup, Yenigün ve ark. çalışması ile benzerdir [10]. Vakalarımızın %65,7'sinin 60 yaş üzerinde olduğu görülmüş, Yavorski ve ark. bu oranı % 44,5, Skok ve ark ise %47,2 olarak bulmuştur [11,12]. Artan yaş ile birlikte HT, KAH, osteoartroz gibi aspirin ve diğer NSAİİ'lerin alınmasını gerektiren hastalıkların sıklığının artmasının, ileri yaşta üst GIS kanamalarının daha çok görülmesinde etkili olduğu düşünülebilir.

GIS kanamalı hastalarımızda erkek/kadın oranı 2,2/1 (196 erkek, 89 kadın) olarak tespit edilmiştir. Erkek/ kadın oranı literatür ile benzerdir [13-16]. Hem gastrik ülser hem de duodenal ülser kanamalarının erkeklerde daha sık olduğu görülmüştür. Vakalarımızın hastaneye başvurularında başlıca şikayeti melena idi. Bazı çalışmalarda melena ve hematemizin başlıca başvuru şikayeti olduğu bildirilirken [10, 15, 17], diğer bazı çalışmalarda ise başlıca geliş şikayeti melana olarak bildirilmiştir [6,18].

Vakalarımızda üst GIS kanamalarının en sık sebebi, literatür ile uyumlu olarak %59,7 oranında peptik ülser tespit edilmiştir [13,15,19,20]. Çalışmamızda ösofagus varis kanaması sıklığı literatür ile benzer şekilde tespit edilmiştir [21,22,20]. Kayaçetin ve ark. %21,2, Bayır ve ark. %14 oranları ile

çalışmamızdan daha yüksek oranlar bildirmişlerdir [6,23]. Üst GIS kanama olması kontraendikasyon yoksa mutlak endoskopi endikasyonudur. Çalışmamızda endoskopiye kabul etmeyen, endoskopiye tolere edemeyecek kadar genel durumu bozuk olan hastalara ve uyumsuz yaklaşık %6 kadar hastaya endoskopi yapılamamıştır.

Çalışmamızda üst GIS kanamalı hastaların ortalama yatış süresi 8,3 gün olarak tespit edilmiştir. Hastanede en fazla yatan grubu; 6-10 gün arasında yatanlar [24,25,26] oluşturmaktadır. Malignitesi olan hastaların hastane yatış süreleri şaşırtıcı olarak düşük oranlarda saptandı. Bu durumu açıklamada; malignitesi olan hastaların genel olarak hastanede uzun yatmak istememeleri, sıvı replasmanı ve transfüzyon sonrası genel durumu düzelen hastaların kısa zamanda kendi istekleri ile taburcu olmaları yorumu yapılabilir.

Vakalarımızın çoğunda, başlıca hipertansiyon olmak üzere en az bir ek hastalık saptanmıştır. Literatürde %40-78 oranlarında ek hastalıklar bildirilmiştir [10,24, 25]. Ek hastalığı bulunan hastalarda yatış süresi en uzun olan grup; karaciğer sirozu bulunan hasta grubudur. Ek hastalıklar genel olarak GIS kanama üzerine olumsuz etki yapmakta; kanama riskini, miktarını, hastanede yatış süresini ve mortaliteyi olumsuz etkilemektedir.

Çalışmamızdaki üst GIS kanamalı vakalarda NSAİİ kullanım oranı literatür ile benzer şekilde bulunmuştur [6,14,27]. Thomopoulos ve ark. yapmış olduğu çalışmada NSAİİ kullanım oranını %63,5 ve Şimşek ve ark. %74,6 ile çalışmamızdan yüksek oranlar tespit etmiştir [28,29]. NSAİİ'lerin sık ve geliş güzel kullanılması üst GIS kanamalarının sıklığını arttıran en önemli etken olduğundan bu tür ilaçların kontrollü olarak kullanılmaları ve hastaların oluşabilecek GIS kanamaları açısından uyarılmaları önemlidir. Vakalarımızda varfarin kullanım oranı bazı çalışmalar ile benzer olup [24,25,30]; Tuncer ve ark. %2,5, Sarı ve ark. %2,4 olarak bizim çalışmamızdan daha düşük oranlar bildirmişler [15,21]. Sigara ve alkol alışkanlığı olan hastalarda, steroid grubu ilaçların veya NSAİİ'lerin kullanılması, sigara ve alkolün GIS üzerine olan olumsuz etkilerini arttırmaktadır [31,32].

Üst GIS kanamalı hastaların takip ve tedavisinde en önemli unsurlardan biri geliş hemoglobinin

değeridir. Çalışmamızdaki hastaların geliş hemoglobinin değerleri en düşük 3 gr/dl en yüksek 15.8 gr/dl olarak tespit edilmiş olup ortalama hemoglobin 9,23±2,31 gr/dl dir. Hastalarımıza transfüzyon endikasyonlarımız; Hb'nin <10 gr/dl. olması, Tilt testinin pozitif olması, hemodinaminin bozuk olması, aktif kanama olması idi. Çalışmamızda saptanan ortalama hemoglobin değeri, Yenigün, Okutur, Göksu ve ark. ile benzerdir [10,25,33]. Hastalarımızın %74 üne ortalama 3,14±1,41 ünite kan transfüzyonu yapılmıştır. Bu değer, Soncini, Okutur, Göksu ve arkadaşlarının çalışmaları ile benzerdir [25,30,33].

Günümüzde uygulanan medikal ve endoskopik tedavilerin GIS kanamaları üzerine olumlu etkisinin gün geçtikçe artması nedeniyle cerrahi tedavi ihtiyacı azalmaktadır [24]. Çalışmamızda hastaların %5,96'sına cerrahi konsültasyon istendiği, %2,10'una ise cerrahi tedavi uygulandığı (genel olarak subtotal gastrektomi) tespit edilmiştir. Cerrahiye danışılan hastalar kanama tekrarı olan, 24 saat içerisinde 6 üniteden fazla veya toplamda 10 üniteden fazla massif transfüzyon ihtiyacı olan hastalardı. Çalışmamızda, cerrahi tedavi oranının literatürden düşük olduğu tespit edilmiştir [14].

Çalışmamızdaki olguların mortalite oranı %1,75 oranında tespit edilmiştir. Üst GIS kanamalarında mortalite oranları diğer analizlerde %4,9-11 arasında verilmektedir. [14,15,22,34,35]. Mortalite oranımızın literatürden daha düşük olduğu dikkati çekmiştir.

Sonuç olarak üst GIS kanamaları özellikle yaşlılarda sık görülen, medikal ve endoskopik tedavilerdeki gelişmelere rağmen morbidite ve mortalitesi yüksek seyredebilen önemli bir sağlık problemi olmaya devam etmektedir. Üst GIS kanamalarının en sık sebebi peptik ülser olup hastaların büyük bir çoğunluğunda aspirin, diğer NSAİİ, varfarin gibi kanamaya yatkınlık oluşturabilecek ilaç kullanımı saptanmıştır. Bu tür ilaçlar kontrollü ve doğru endikasyonlarda kullanılmalı ve riskli hastalarda gastroprotektif ilaçlar ile birlikte verilmelidir. Üst GIS kanamalı hastaların öncelikle hemodinamik açıdan stabilizasyonu sağlanmalı, en kısa zamanda endoskopi yapılarak kanama nedeni tespit edilmelidir. Yüksek mortalite nedeniyle genel durumu bozuk, yaşlı ve ek hastalığı bulunan hastalar yoğun bakım şartlarında takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Gilbert DA. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1990;36:8-13.
2. Alican F. Abdomen: Genel konular. Alican F (ed). Cerrahi Dersleri. 2. baskı. İstanbul:Avrupa Tıp Kitapçılık; 1998; Cilt 1:419-491.
3. Hernandez-Diaz S, Garcia Rodriguez LA. Association between nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation: an overview of epidemiologic studies published in the 1990s. *Arch Intern Med* 2000;160:2093-2099.
4. Edit: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: pathophysiology, diagnosis, management. 7th ed.: 211-243.
5. Alkım H, Şaşmaz N. Akut üst gastrointestinal sistem kanaması. Edit: Özden A, Şahin B, Yılmaz U, ve ark. *Gastroenteroloji* 2002;141-148.
6. Ertuğrul K, Polat H. Üst gastrointestinal sistem kanamaları: 52 vakanın incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi* 2003; 13:119-122.
7. Mino Fugarolas G, Jaramillo Esteban JL, Galvez Calderon C, et al. An analysis of a general prospective series of 3270 upper digestive hemorrhages. *Rev Esp Enferm Dig* 1992;82:7-15.
8. Zimmerman J, Arnon R, Ligumski M, et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in Jerusalem 1988-91: Causes, characteristics and relation to nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Isr J Med Sci* 1993;29:292-297.
9. Akıncı H, Yücel T, Kuroğlu E, et al. Evaluation criteria for selecting patients for surgical or nonoperative treatment in nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ulus Travma Derg.* 2004;10:226-231.
10. Yenigün EC, Pirpir A, Aytan P. Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2006;5:116-122.
11. Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C, et al. Analysis of 3.294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterol.* 1995;90:568-573.
12. Skok P. The epidemiology of hemorrhage from the upper gastrointestinal tract in the midnineties has anything changed? *Hepatogastroenterology* 1998;45:2228-2233.
13. Türedi S, Gündüz A, Yandı M. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran üst gastrointestinal sistem kanamalı hastaların etyolojik ve prognostik değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2010;10:20-25
14. Paspatis GA, Matrella E, Kapsoritakis A, et al. An epidemiological study of acute upper gastrointestinal bleeding in Crete, Greece. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000;12:1215-20.
15. Tuncer İ, Uygan İ, Türkdoğan MK. Akut üst gastrointestinal kanamalı olgularımızın demografik özellikleri ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi* 2001;8:113-116.
16. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ* 1995;311:222-226.
17. Öcal O, Kaya B, Demirhan R, et al. Acil Tıp Kliniği'nde "üst gastrointestinal kanaması" tanısı alan 342 olgunun değerlendirilmesi. *J Academ Emerg Med* 2011;10:69-72.
18. Lewis JD, Shin EJ, Metz DC. Characterization of gastrointestinal bleeding in severely ill hospitalized patients. *Critical Care Medicine* 2000;28:46-50.
19. Lakhwani MN, Ismail AR, Barras CD, et al. Upper gastrointestinal bleeding in Kuala Lumpur Hospital, Malaysia. *Med J Malaysia* 2000;55:498-505.
20. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: A population-based study. *Am J Gastroenterol* 1995;90:206-210.
21. Sarı O, Tanoğlu A, İnal V, et al. GATA Acil Dahiliye Kliniğinde üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle 1998-2005 yılları arasında takip edilen hastaların sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2007;49:226-231.
22. Aksöz K, Ünsal B, Akyol Z. ve ark. Üst gastrointestinal sistem kanamalı 2568 hastanın değerlendirilmesi. *Türk J Gastroenterol* 1995;6: 262-264.
23. Bayır A, Okumuş M, Köstekçi ŞK, et al. Üst GİS kanamalarında risk faktörlerinin prognoz üzerine etkisi. *Genel Tıp Derg* 2003;13:157-161.
24. Theocharis GJ, Thomopoulos KC, Sakellaropoulos G, et al. Changing Trends in the Epidemiology and Clinical Outcome of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in a Defined Geographical Area in Greece. *J Clin Gastroenterol* 2008;42:128-133.
25. Okutur SK, Alkım C, Bes C, ve ark. Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları: 230 olgunun analizi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2007;6:30-36.
26. Zaltman C, Souza HS, Castro ME, et al. Upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian hospital: a retrospective study of endoscopic records. *Arq Gastroenterol* 2002;39:74-80.
27. Sezgin O, Altıntaş E, Tombak A. Effects of seasonal variations on acute upper gastrointestinal bleeding and its etiology. *Türk J Gastroenterol* 2007;18:172-176.
28. Thomopoulos KC, Vagenas KA, Vagianos CE, et al. Changes in etiology and clinical outcome of upper gastrointestinal bleeding during the last 15 years. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16:177-182.
29. Şimşek Z, Harzadın T, Yıldırım İS. Üst gastrointestinal sistem kanamalı 161 hastanın değerlendirilmesi. *MN-Klinik Bilimler&Doktor* 2003;9:675-680.
30. Soncini M, Triossi O, Leo P, et al. Management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage before and after the adoption of the Rockall score, in the Italian Gastroenterology Units. *Eur J Gastroenterol&Hepatol* 2007;19:543-547.
31. Kaufman DW, Kelly JP, Wiholm BE, et al. The risk of acute major upper gastrointestinal bleeding among users of aspirin and ibuprofen at various levels of alcohol consumption. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3189-3196.
32. Moshkowitz M, Brill S, Konikoff FM. Additive deleterious effect of smoking on gastroduodenal pathology and clinical

- course in *Helicobacter pylori*-positive dyspeptic patients. *Isr Med Assoc J* 2000;2:892-895.
33. Göksu E, Erken , Erçetin Y, ve ark. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi acil servisine üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran hastalarda mortaliteyi belirleyen faktörler ve demografik zellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2004;4:121-126.
34. Paksoy F, Ulař T, akır A, Bařtürk T, ve ark. Üst gastrointestinal kanama geçiren kronik böbrek yetmezlikli hastaların incelenmesi. *J Clin Exp Invest* 2011;2: 207-213.
35. Dursun M, Yılmaz S, Yükselen V, et al. Analysis of 1242 cases with upper gastrointestinal system bleeding in South-eastern Turkey: a different etiologic spectrum. *Hepato-gastroenterology* 2005;52:1456-1458.