

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**İZMİR KATİP ÇELEBİ TIP FAKÜLTESİ VE ATATÜRK EĞİTİM VE**  
**ARAŞTIRMA HASTANESİ**  
**ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**GASTROİNTESTİNAL HEMORAJİLERDE MORTALİTENİN**  
**BELİRLENMESİNDE LAKTAT VE BASE EXCES**  
**DEĞERLERİNİN ROCKALL VE BLATCHFORD RİSK**  
**SKORLAMALARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

**ACİL TIP UZMANLIK TEZİ**  
**DR.GÖZDE CANAN YAVAŞ**

**TEZ DANIŞMANI**  
**DOÇ.DR.FİRDEVS TOPAL**  
**YARDIMCI TEZ DANIŞMANI**  
**DR.ÖĞ.ÜY UMUT PAYZA**

**İZMİR-2019**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Programı** Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Uzmanlık Bitirme Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 01 / 07 /2019

Tez Danışmanı :

Doç.Dr.Firdevs Topal İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Gastroenteroloji A.B.D

Dr.Öğ.Üy Umut Payza İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Acil Tıp A.B.D

Üye :

Doç.Dr.Fatih Esad Topal İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Acil Tıp A.B.D

Üye :

Doç.Dr.Zeynep Karakaya İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Acil Tıp A.B.D

Üye:

Doç.Dr.Murat Yeşilaras Sağlık Bilimleri Üni. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp A.B.D

ONAY : Bu Tıpta Uzmanlık Bitirme Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

## **YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI**

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır. Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

**o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılmasını ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınmasını kaynak gösterilmek koşuluyla kabul ediyorum.**

01/07/2019

Dr.Gözde Canan Yavaş

## **ETİK BEYAN**

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanlarım Doç.Dr.Firdevs Topal ve Dr.đ.y Umut Payza danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Katip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

01/07/2019

Dr.Gözde Canan Yavaş

## TEŞEKKÜR

Sonsuz bilgi ve tecrübesiyle uzmanlık eğitimimde büyük emeği geçen, hoşgörü sevgi ve desteğini hiçbir zaman eksiltmeyen çok değerli hocam Ana Bilim Dalı Başkanı Doç.Dr.Fatih Esad TOPAL'a ,

Tez çalışmamda desteklerini esirgmeden katkıda bulunan, tez danışmanım Doç.Dr.Firdevs TOPAL 'a ve asistanlıkta önce kıdemlim yeni akademisyen ve idari sorumlum olan arkadaşım Doktor Öğretim Görevlisi Uz.Dr.Umut PAYZA'ya,

Bu zorlu süreçte yanımda olan ve her türlü desteği sunan çoğu zaman söylenmelerimi sessizce dinleyen varlığını her zaman hissettiğim sevgili eşim Adem YAVAŞ ve yüzümü her zaman güldüren küçük yaramaz oğlum Atlas Emir'e ,

Beni ben yapan bugünlere gelmemi sağlayan değerli annem Sevil TAN'a ve canım babam Zekeriya TAN'a,

Asistanlığım süresince daima yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen güzel anılar biriktirmemi sağlayan değerli uzmanlarıma , kıdemlilerime, asistan arkadaşlarıma, kliniğimiz hemşirelerine ve personeline sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Gözde Canan YAVAŞ

## İÇİNDEKİLER

Onay	ii
Yayımlama ve Fikri Mülkiyet Hakları Beyanı	iii
Etik Beyan Sayfası	iv
Teşekkürler	v
Tablo ve Şekil Dizini	vi
Kısaltmalar	vii
İçindekiler	viii
1. Giriş ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	2
2.1.1 Gastrointestinal Hemorajiler Tanımı	3
2.1.2 Laktat ve Baz Defisit	4
2.2 Gastrointestinal Sistem Kanamaların Epidemiyolojisi	7
2.3. Gastrointestinal Sistem Kanamaların Etiyolojisi	9
2.3.1. Üst Gastrointestinal Sistem Kanamaları	9
2.3.2. Alt Gastrointestinal Sistem Kanamaları	13
2.4. Tanı	20
2.4.1. Tanımlar	20
2.4.2. Anamnez	20
2.4.3 Fizik Muayene	23
2.4.4. Laboratuvar	24
2.4.5. Nazogastrik Lavaj	25
2.4.6 Prognostik Faktörler	27
2.5. Gastrointestinal Sistem Kanamalı Hastaların Tedavisi	34
2.6. Gastrointestinal Sistem Kanamalı Hastaların Yönetimi	42
3. Materyal ve Metod	43
4. Bulgular	45
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler	45
4.1.1. Yaş Ve Cinsiyet	45
4.1.2. Başvuru Şikayetleri	47
4.1.3. Komorbidite	47
4.1.4. Laboratuvar Verileri	49
4.1.5. Risk Skorları	49
4.1.6. Mortalite	51
4.2. Analitik Bulgular	52
5. Tartışma	54
6. Sonuçlar	63
7. Kaynaklar	65
8. Ekler	71
9. Öz geçmiş	75

## **KISALTMALAR**

**AS:** Acil servis

**Gİ:** Gastrointestinal

**GİS:** Gastraintestinal sistem

**GİK:** Gastrointestinal kanamalar

**ÜGİK:** Üst gastrointestinal kanamalar

**AÜGİK:** Akut üst gastrointestinal kanamalar

**AGİK:** Alt gastrointestinal kanamalar

**AAGİK:** Akut alt gastrointestinal kanamalar

**MI:** Miyokardiyal enfarktüs

**NSAİD:** Nonsteroid antiinflamatuvar drug

**PPİ:** Proton pompa inhibitörü

**BD:** Baz defisit

**CBC:** Tam kan sayımı

**GBS:** Glasgowblatchford Skoru

**ACR:** Amerikan Radyoloji Koleji

**CE:** Kapsül endoskopi

**EGD:** Özofagogastroduodenoskopi

**SIGN:** İskoç Kolejleri Kılavuz Ağı

**TAE:** Transkateter arter embolizasyonu

**KAH:** Koroner arter hastalığı

**KY:** Kalp yetmezliği

**DM:** Diabetes mellitüs

**HT:** Hipertansiyon

## **TABLolar VE ŐEKİLLER DİZİNİ**

**Tablo 1.**Üst Gastrointestinal Kanama Nedenleri

**Tablo 2.** Alt GİS Kanama Nedenleri

**Tablo 3.** ÜGİK Semptomları Ve Prevalansları

**Tablo 4.** Semptomlara Göre Muhtemel Gastrointestinal Kanamaların Kaynağı

**Tablo 5.** Glasgow Blatchford Skoru

**Tablo 6.** Rockall Skorlaması

**Tablo 7.** Forrest Sınıflaması

**Tablo 8.** Nazogastrik Tüp Aspiratı Geleni Ve Gaita Rengine Göre Mortalite Oranları

**Tablo 9.** ÜGİK Tedavileri

**Tablo 10.** Alınan Hastaların Yaşa göre Dağılımı

**Tablo 11.**Alınan Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı

**Tablo 12.**Alınan Hastaların Şikayetlerine Göre Dağılımı

**Tablo13.**Alınan Hastaların Komorbidite Oranı

**Tablo 14.** Hastaların Ortalama Laboratuvar Verileri

**Tablo 15.**Rockall ve Glasgow Blatchford Skorları Ortanca Değerleri

**Tablo 16.**Hastaların Rockall, Glasgow Blatchford ve Forrest Skorlamalarının Risk Yüzdeleri

**Tablo 17.** Hastaların Forrest Sınıflamasına Göre Yaş Değerleri

**Tablo 18.** Hastaların Yatış ve Mortalite Oranları

**Tablo 19.**Forrest Skoru ve Mortalite İlişkisi

**Tablo 20.**Baz Defisiti, Laktat Sonuçlarının Risk Skorlamaları ile Değerlendirilmesi

**Şekil 1.**Treitz ligamenti

**Şekil 2.**Alınan Hastaların Yaşa Göre Dağılım Histogramı



## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Akut gastrointestinal kanamalar potansiyel hayatı tehdit eden ; hastaneye yatış gerektiren abdominal acil bir durumdur. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) hastanede yatış sayısı bir milyon/yıl'dan fazla olarak bildirilmiştir (1). Mortalitesinin, tanı ve tedavi maliyetinin yüksek olmasının yanı sıra sıklıkla hospitalizasyon ve yoğun bakım ihtiyacı ile sonuçlanması, tanı ve ayırıcı tanısında zorlukların olması, multidisipliner çalışma gerektirmesi sebebiyle gastrointestinal (GİS) kanamalı hastaya yaklaşım, acil tıp klinikleri için önemli bir konudur.

Üst GİS kanamalar (ÜGİK) özefagusun üst kısmı ve Treitz ligamentinin arasındaki herhangi bir alandan olan kanamalardır. Genellikle hematemez ve melena daha az olmakla birlikte hematokezya ile karakterizedir. Hastalar sadece halsizlikten, hipovolemik şoka kadar olabilecek geniş bir semptom ve bulgu yelpazesinde acil servise başvurabilirler.

Üst GİS kanamaların acil servise başvuru yıllık insidansı %0,1' dir. Üst GİS kanamalar Alt GİS kanamalara (AGİK) göre 4 kat fazla görülür ve mortalite, morbidite oranı oldukça yüksektir. Mortalite oranı yaklaşık %6-10'dur. Bunun nedeninin; ileri yaş, komorbitelerin fazlalığı ve antiplatelet ya da antikoagülan tedavi kullanan erişkin hasta yoğunluğunun artışı olarak düşünülmektedir.(2-5)

Akut gis kanamaların %80'i spontan olarak durmaktadır; ancak yaklaşık %20 hastada kanamanın tekrarlanması veya durmaması ile mortalite ve morbidite ortaya çıkmaktadır.(5,6,15)Bu yüksek riskli hastaları saptamak için klinik ve endoskopik

veriler kullanılarak risk faktörleri belirlenmiştir. Rockall ve Blatchford skorlamaları bunlara örnektir ve iki skorlamada da hastanın endoskopik verilerine ihtiyaç vardır.

Base defisit(BD) ve laktat değerleri hem venöz hem de arteriyel kandan değerlendirilebilen, hipoperfüzyon ve anaerobik metabolizma hakkında bilgi veren iki belirteçtir. GİS kanaması gibi hastayı şok tablosuna sokabilecek durumlarda prognozun erken belirlenmesinde kullanılabilir. Bu prognozu erken belirleyecek belirteçlerin birçok kan gazı ölçüm aletinde mevcuttur ve geleneksel vital bulgulardan çok daha iyi bir şok belirteci olarak hizmet eder. Laktat seviyesi travma ve sepsis dahil çeşitli şok durumlarında mortalite belirtecisidir. 4 mmol/ dL'den yüksek laktat seviyeleri enfeksiyon için anlamlı semptom ve bulguları olan bir hastada %28 mortalite ile ilişkilidir.(6-14,16) Bu prognozu erken belirleyecek belirteçlerin acil servis gibi hızlı müdahale edilmesi gerek yerlerde kullanımı ile hastalara klinik fayda sağlanabileceği ön görülmüştür.

Yaptığımız çalışma ile amacımız akut gis kanamaların erken döneminde laktat ve base defisiti(BD) düzeylerine bakılarak prognozun erken belirlenmesi ve hasta sağ kalımına fayda sağlamaktır.

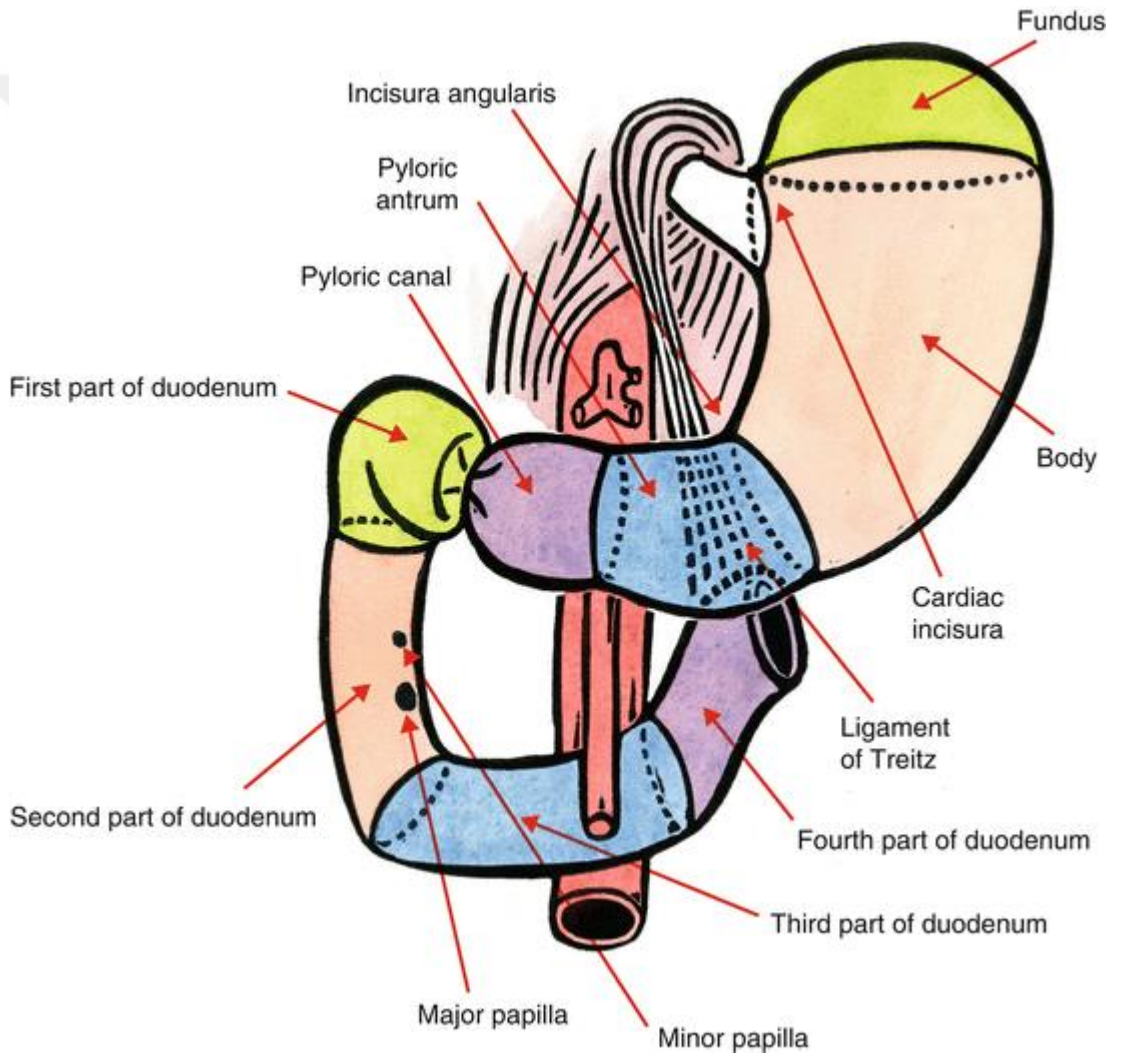
## **2.GENEL BİLGİLER**

Akut gastrointestinal kanamalar potansiyel hayatı tehdit eden ; hastaneye yatış gerektiren abdominal acil bir durumdur. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) hastanede yatış sayısı bir milyon/yıl'dan fazla olarak bildirilmiştir (1). Mortalitesinin, tanı ve tedavi maliyetinin yüksek olmasının yanı sıra sıklıkla hospitalizasyon ve yoğun bakım ihtiyacı ile sonuçlanması, tanı ve ayırıcı tanısında zorlukların olması,

multidisipliner çalışma gerektirmesi sebebiyle GİS kanamalı hastaya yaklaşım, acil tıp klinikleri için önemli bir konudur.

### 2.1.1 GASTROİNTESTİNAL HEMORJİ TANIMI

Gastrointestinal kanamaların sınıflandırılması Treitz ligamanının sınırlamasıyla ikiye ayrılır; Treitz ligamanının proksimalinden kaynaklananlar Üst GİS kanama, distalinden kaynaklananlar Alt GİS kanama olarak sınıflandırılır.



Şekil 1. Treitz ligamenti

## 2.1.2 LAKTAT VE BAZ DEFİSİTİ

Şok, global doku hipoksisine yol açan bir dizi hemodinamik bozulma ile ilişkilidir. Global doku hipoksisini, multisistemik organ disfonksiyonu sendromunun gelişimine ve mortalitenin artmasına katkıda bulunan sayısız patojenik mekanizmaya eşlik eder.

Şok ile başvuran hastaların yönetiminde biyobelirteçlerin klinik, faydalı, tanısal, terapötik ve prognostik göstergeler olarak kullanımını sağlayan artan bir literatür vardır. Yoğun bakım ünitesinden (YBÜ) hasta popülasyonundan elde edilen bu çalışmalar proinflamatuvar, antiinflamatuvar, pıhtılaşma ve apoptozbiyobelirteç yanıtlarının karışık bir resmini içerir. Bununla birlikte, YBÜ başvuru öncesi bu hastalar için kalış süresi genel hastane koğuşunda veya acil serviste (AS) 24 saate kadar olabilmektedir.

Geleneksel vital bulguların (kalp atım hızı, kan basıncı ve idrar çıkışı) normalleşmesinden sonra bile, küresel doku hipoksisinin erken tespitini ve yok edilmesini hedefleyen çalışmalar, şokta önemli mortalite azaltmak anlamında fayda sağlamıştır. Yetersiz oksijenasyon veya yetersiz oksijen iletimi anaerobik metabolizmaya neden olur. Anaerobik solunum seviyesi, hemorajik şokun derinliği ve ciddiyeti ile orantılıdır ve baz açığı ve laktat seviyesinden anlaşılır.(1-5)

Kan bazlı defisiti (BD), 1950 yılında Ole Siggaard-Andersen tarafından, asit-baz dengesizliğindeki solunum dışı bileşenin miktarını belirleme fikriyle ortaya çıkmıştır. İlk senaryo, piruvatın birikmesine karşı hipoksik bir doku tepkisi ile ilişkilidir. Ama şokta, piruvatın Asetil-CoA'ya dönüştürülmesinden sorumlu piruvat dehidrojenaz enziminin bir disfonksiyonu vardır, bu da oksijen varlığında laktat

seviyelerinin artmasına neden olur. Mitokondride oksijen varlığında, her glikoz molekülü için oksidatif fosforilasyon sırasında 36 ATP, su ve karbondioksit üretilir. Pürivat anaerobik koşullarda, piruvatdehidrojenaz enziminin asetilCoA'ya dönüşmemesi nedeniyle birikir. Aşırı miktarda piruvat, laktik dehidrojenazın etkisiyle laktata dönüştürülür. Bu sistem ile 2 ATP molekülü elde edilir. Laktat daha sonra Cori çevrimi veya laktik asit yoluyla metabolik yakıt olarak kullanılır. Laktat, anaerobik metabolizmanın varlığına ve ciddiyetine duyarlı bir göstergedir. Laktatın normal serum düzeyi 2mmol/L'dir. Laktik asidozun iki tipi; 1) doku hipoksisine bağlı olan ve 2) metabolik hastalıklar sonucu ortaya çıkan mevcuttur.

Doku hipoksisinin ve risk tabakalaşmasının bir ölçüsü olarak, erken dönem laktat ve baz defisiti ölçümleri erken tanı ve tedavi takibinde kullanılmaktadır. Hastaların alkol ve psikoaktif madde kullanım varlığı laktat ve baz defisiti değerlerinin kesinliğini etkiler. Şok durumunda, arteriyel veya venöz laktatın orijini açısından bir fark yoktur ve hasta kabul edildikten sonraki ilk iki saat içinde, klirensi belirlemek için seri ölçümlerin devam etmesiyle temel bir analiz yapılması gerekir. Bazal değer ve erken klirens erken mortalite için bağımsız faktörlerdir (48 saatten az). Kısa ölçüm aralıkları, altıncı ila dokuzuncu saate kadar 2 ila 3 saat arasında olması önerilmektedir. Ek olarak, laktat klirensi, resüsitasyon işleminin değerlendirilmesini ve primer lezyonun kapsamının miktarını belirler.

Laktat şu anda kardiyovasküler anestezi ve yoğun postoperatif kalp bakımında çok önemli bir araçtır. Baz defisiti ve laktat hemorajik şokla koreledir, ve gerçek etkili dolaşım hacminin sağlam bir göstergesidir. Zehirlenme, sepsis, travma, kanser ve pediatrik kalp hastalığı dahil olmak üzere birçok hastalık işleminde hastalığın ciddiyetini ve ölüm riskini tahmin etmek için laktat kullanılmıştır.(6-8)

Mevcut GISK mortalite tahmin araçları aşağıdakileri içerir: sadece üst gastrointestinal kanamaya özgü olan ve hangi hastaların “düşük riskli” olduğunu ve ayakta tedavi için aday olan Glasgow-Blatchford Kanama Skorunu ve üst gastrointestinal kanaması olan hastaları kanama ve ölüm riskleri konusunda ön görmeye yarayan ancak hasta sunumunda erken dönemde Acil Servis(AS) sağlayıcıları için mevcut olmayan endoskopik tanı gerektiren Rockall kardiyopulmoner resüsitasyon skoramasını içerir. Bazı yazarlar bunların kesin olmadığına inanmaktadır ve AS çalışanları hangi hastaların kritik bir şekilde hastalanabileceğini, gözlem için abartıya gireceğini, seri laboratuvarları ve hayati belirtilerin sürveyansını tam olarak gerçekleştirememektedir.

Laktat kullanımı ve morbidite ve mortalite ile ilişkisi üzerine önceki literatürde belirtildiği gibi özellikle septik veya YBÜ hastalarında zorlayıcıdır. Çalışmalar, çeşitli patolojileri olan YBÜ'lerde hastaların sonuçlarını tahmin etmek için laktatın kullanılabilirliğini göstermiştir. Diğer çalışmalar laktatın septik kişilerde çoklu sistem organ yetmezliği ve ölümü öngördüğünü göstermektedir. GISK'nın şok tablosuna sebep olabileceği ön görülerek diğer şok tablolarındaki gibi erken dönemde mortalitenin ön görülebilmesi için, bir biyomarkır üzerinde çalışmalar yapılmış olup laktat ve baz defisitinin anlamlı olduğu gösterilmiştir.2005'te Shapiro ve arkadaşlarının ve 2007'de Howell ve arkadaşlarının, enfeksiyonlu hastalarda, laktat düzeyi 4 mmol / L'den büyük olan hastaların 4 mmol / L'den küçük olanlara kıyasla, önemli ölçüde artmış mortalite oranları olduğunu tespit etmişlerdir. AS hastalarında ÜSGİK'larda laktatın artmış kanama ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.(3,9,10-11)

Üst gastrointestinal kanamanın (UGİK) faydalı bir sürekli belirleyicisi yoktur.

Glasgow-Blatchford skorlaması (GBS) basit klinik ve laboratuvar değişkenlerine dayanır ve bir UGIK hastasının müdahaleye ihtiyacı olup olmadığını tahmin edebilir. Bununla birlikte, GBS'nin bahsettiği müdahale sadece endoskopiye değil aynı zamanda kan transfüzyonunu da içerir. Bu nedenle, bir UGIK hastasının acil endoskopiye mi yoksa sadece GBS ile sadece kan transfüzyonuna mı ihtiyaç duyduğunu belirleyemiyoruz. Ancak şimdiye kadar, kanamanın yeri ne olursa olsun, GIK'li hastaların risk sınıflandırması için özellikle laktatın rutin kullanımına ilişkin bir rehberlik olmamıştır. AmishShah ve arkadaşlarının 2014 te yaptığı çalışma ile AS'de bakılan ilk laktatın akut GIK'li hastane içi mortalitesi yüksek hastaları tanımlamak için kullanılabileceğini göstermektedir. Yine aynı çalışmada melena, hematokezya, hematemez şikayeti ile veya GIK tanısı ile başvuran hastalar için, cut off değeri en az 4mmol / L olan laktat değeri erken risk sınıflandırmasına yardımcı olabileceği bulunmuştur.(12-15)

## **2.2 GASTROİNTESTİNAL KANAMALARIN EPİDEMİYOLOJİSİ**

GİS kanamalar alt ve üst gis kanamalar olarak ikiye ayrılır. Üst GİS kanamaların acil servise başvuru yıllık insidansı %0.1'dir. Üst GİS kanamalar Alt GİS kanamalara göre 4 kat fazla görülür ve mortalite, morbidite oranı oldukça yüksektir. Mortalite oranı yaklaşık %6-10'dur.(2-5)Akut üst gastrointestinal kanama (AUGIK), hastanede yatış için sık görülen bir nedendir ve insidansı yılda 36-172 / 100,000 kişi arasındadır.AUGIK'nin görülme sıklığı oldukça kapsamlı bir şekilde çalışılmış olsa da, son on yılda görülme sıklığı hakkında rapor veren sadece üç ileriye dönük popülasyon çalışması vardır.Bu çalışmalar yılda 90–108 / 100.000 kişilik bir insidans göstermiştir.Avrupa 'da UGIK insidansı yetişkinlerde 84-160/100.000 olup, erkeklerde, sosyoekonomik gruplarda ve yaşlılarda görülme sıklığı yüksektir.

Peptik ülser kanaması en sık saptanan nedendir, tüm vakaların %31-67 sini oluşturur; ancak insidansı düşmektedir. AUGİK insidansının batı ülkelerinde azalmasının nedeni Helicobacter pylori (HP) oranının azalması ve steroid olmayan anti-enflamatuar ilaçların (NSAID'lerin) kullanımının azalması nedeniyle olduğu düşünülüyor.

ÜGİK' in varis kaynaklı olma oranı ise %6-39' dır. Varis kanamasının katkısı, 2007'deki ulusal denetimdeki tüm UGIK kayıtlarının% 11'ini oluşturduğu halde, İngiltere'de 1993'te% 4'lük bir orana karşılık geliyor.(17-20)

Peptik ülser ve varis kanamalarından sonra eroziv gastrit, özefajit, maligniteler, mallory-weis sendromu takip eder. Daha nadir görülen nedenler arasında ise %2-8 oranında görülen difeuloy lezyonu, hemobilia, anjiodisplazi, vasküler-enterik fistül, gastrik antral vasküler ektazi, ülserle gastrik leiomyom ve Osler Weber Rendu sendromu vardır.(20)

AGİK'nın yıllık insidansının risk altındaki yetişkin kişiler için 20.5-27/100000 olduğu tahmin edilmektedir. Amerikan Gastroenteroloji Koleji üyeliğinden alınan bir gastrointestinal kanama araştırması, tüm kanama olaylarının sadece % 24'ünün AGİK olduğunu tespit etmiştir. AGİK'ndainsidans erkeklerde kadınlara oranla belirgin olarak daha sık bulunmuştur ve yaşla birlikte insidans artar. Bu ilerleyen insidans oranı büyük olasılıkla yaşlanma ile ilişkili ortak kolonik tanıları yansıtmaktadır; divertiküloz ve anjiyodisplazidir.AGİK insidansındaki yükselme popülasyonun yaşlanması, daha yüksek komorbidite oranları ve aspirin, antikoagülanlar ve steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçların (NSAID'ler) kullanımının artması nedeniyle muhtemelen artmaktadır. Çalışmalar, AGİK için



hastaneye yatış insidansının, büyük ölçüde ÜGİK az olsa da ÜGİK'na benzer olduğunu göstermektedir. Ancak kolonik kanama için gerçek insidans oranını bulmak zordur çeşitli nedenlerle belirleme: bir kanama kaynağının doğrulanması için kriterler ÜGİK'de olduğu gibi standartlaştırılmamıştır veya uygulanmamıştır ve bir dizi çalışma, anoskopide veya proktoskopide bulunan bir lezyonu olan hastaları içermemektedir veya rapor etmemektedir.(21,22,23)

Üst GİS kanamaları ile karşılaştırıldığında alt GİS kanamalarının yaklaşık %4 gibi daha düşük bir mortalitesi vardır.Çoğunlukla alt GİS kanaması olan hastaların hemoglobin düzeyleri daha yüksektir ve bu hastaların şok tablosuna gireme oranı daha azdır. Alt GİS kanamaların %80'inin kendiliğinden sonlanacağı tahmin edilmektedir. Ancak hangi hastalarda kanamanın kendiliğinden sonlanacağını ve komplikasyon gelişmeyeceğini gösteren kanıtlar yetersizdir.(22)

GİSK'larda mortalite ve morbidite, %20'lik hasta popülasyonunda ortaya çıkmaktadır. Bu yüksek riskli hastaları saptamak önemlidir. Bu nedenle klinik ve endoskopik verilerin ışığında çeşitli risk faktörleri tespit edilmiştir; Rockall ve Glasgow Blatchford skorlamaları.(12,24,25)

## **2.3GASTROİNTESTİNALKANAMALARIN ETİYOLOJİSİ**

### **2.3.1 Üst Gastrointestinal kanamalar**

Akut gastrointestinal kanamalar hayati tehdit eden sıklıkla hastane yatışı gerektiren abdominal acillerdendir. Üst gastrointestinal kanamalar Treitz ligamentinin proksimalinden kaynaklanır.

Üst GİS kanamaların acil servise başvuru yıllık insidansı %0.1'dir. Üst GİS kanamalar Alt GİS kanamalara göre 4 kat fazla görülür ve mortalite, morbidite oranı oldukça yüksektir. Mortalite oranı yaklaşık %6-10'dur.(2-5)

Peptik ülser kanaması en sık saptanan nedendir, tüm vakaların %31-67 sini oluşturur. ÜGİK' in varis kaynaklı olma oranı ise %6-39' dır.(17-19)Peptik ülser ve varis kanamalarından sonra eroziv gastrit, özefajit, maligniteler, mallory-weis sendromu takip eder. Daha nadir görülen nedenler arasında ise %2-8 oranında görülen difeuloy lezyonu, hemobilia, anjiodisplazi, vaskuler-enterik fistül, gastrikantralvaskülerektazi,ülsergastrikleiomyom ve Osler Weber Rendu sendromu vardır.(20) Üst GİS kanamalarının yaygın nedenleri prevalansları ile birlikte **Tablo 1**'de özetlenmiştir.

**Tablo 1.**Üst gastrointestinal kanama nedenleri

NEDENLER	Prevalans (%)
Gastroduodenal ülserler	50
Akut gastrikmukozal lezyonlar	15-30
Gastrik-özefagus varisleri	20
Mallory-weis yırtıkları	8
Anjiodisplazi	3-5
Dieulafoy hastalığı	1-2
Hiatushernileri,özefajitler	2

Mide tümör ve polipleri	5
Aortaduodenal fistüller	
Damar lezyonları	
İnce barsak lezyonları	
Hemobilia	

**Peptik ülser:**ÜGİK en sık sebebidir.%27-40/10000 oranında kanamalardan sorumludur.Peptik ülser oluşumunun en sık sebebi Helicobacter pylori enfeksiyonudur.Bu mikroorganizma muköz membran hasarına sebep olarak ve direk mukoza üzerine inflamatuvar etkisi ile hasar veririr.

İkinci sırada nonsteroidantiinflamatuvar ilaç (NSAİD) kullanımı yer almaktadır. Aspirin kullanımı, peptik ülser hastalığı öyküsü, sigara ve alkol kullanımı peptik ülser hastalığı için diğer risk faktörleridir .Peptik ülser hastalığına bağlı üst GİS kanamalarının prevelansı azalmasına rağmen, yaşlılarda NSAİD kullanımına bağlı peptik ülser hastalığı sıklığının arttığı bildirilmiştir.(20,25)

**Kusma:** Kusma sırasında alt özefagus ve midenin üst kısmı zorlanarak ters döner ve mukozal yırtılmalara neden olur.Mukozal yırtığın derinliği kanamanın ciddiyeti ile ilişkilidir.Nadir de olsa distal özefagusta rüptüre sebep olabilir.

**Mallory-Weis Yırtığı:** Tüm ÜGİK 'nın %15'ini ve siroz hastalarındaki üst GİS kanamaların %60'ını oluşturur. Buna ek olarak portal hipertansiyonu ve sirozu olan hastaların %30'u varislere ikincil kanama geçirirler.

Öğürme,kusma,öksürme gibi intragstrik ve intratorasik alanlardaki basınç dengesini bozan hareketler ile gastroözefageal bileşkedeki varislerin mukozalarının yırtılması sonucu oluşur.Mortalite %50'den fazladır.

**Akut Stres Gastiriti:** Predispozan klinik faktörlerin lokal mukozal bariyerlerin bozmasıyla gelişir.Sepsis,travma,akut böbrek yetmezliği,akut respiratuar distress sendromu(ARDS) gibi durumlarda sıklıkla karşımıza çıkar.ÜGİK neden olan mekanizma mideyegiden kanlanmanın azalması ve mide asiditesinin artmasıyla oluşur.

**Dieulafoy lezyonları:** Dieulafoy lezyonları ilk olarak 1896'da tanımlanmıştır.Proksimal midedeki vasküler malformsyonlardır.%2-5 oranında ÜGİK neden olur.Endoskopik olarak ülser olmuş büyük submukozalven olarak gözükür.Çoğunlukla kronik gastrit zemininde gelişir.Alkol kötüye kullanımı ile ilişkilendirildiği bildirilmiştir.Bir incelemede 3. V3 10. Dekataralığındaki erkek popülasyonda sık görüldüğü bildirilmiştir.(20,26)

**NSAİİ kullanımı:** Mukozalprostoglandin salınımını siklooksijenaz basamağından inhibe ederek mukozal savunmayı bozarak etki eder. Günlük düzenli NSAİD kullanımı gastrik ülserleri 40 kat duodenal ülserleri ise 8 kat arttırır.Uzun dönem düzenli NSAİD kullanımı ülser oluşumunun %20 ile alakalıdır.Mukozal korumayı NSAİD kullanımını azaltarak H2 reseptör blokörü ve ya proton pompa inhibitörü kullanarak sağlayabiliriz.(20)

**Prognoz:** 60 yaş üstü ÜGİK ile başvuran hastaların prognozu kötüdür. Amerikan Gastrointestinal Endoskopi Derneği yaptığı çalışmada ÜGİK'lı hastaşarda yaş ile mortalite arasında korelasyon bulmuştur.Yaşı 21-31 arası olanlarda mortalite oranı

%3.3 , 41-50 yaş arasında mortalite %10.1 ve 71-80 yaş arasında mortalite %14.4 bulunmuştur.Hemorajik şok ile gelen hastaların mortalitesi %30 olarak bulunmuştur.

Son 10 yıldaki çalışmalar göz önüne alınarak yapılan çoklu değişken analizde artmış riski gösteren klinik göstergeler şunlardır:

- ileri yaş (>65y),
- şok tablosu,
- ek hastalık varlığı,
- kanama sebebi (varis kanamalarının mortalite oranı daha yüksek),
- geliş hemoglobin düzeyinin düşük olması,
- transfüzyon ihtiyacı olması,
- endoskopi sırasında aktif kanama saptanması,
- geniş ülserden kanama,
- rektal tuşede veya mide lavajında taze kan varlığı ve hematemez,
- acil cerrahi girişim (5,11,13,20)

### **2.3.2 Alt Gastrointestinal Kanamalar**

Treitz ligamanının distalinden kaynaklananlar alt GİS kanama olarak sınıflandırılır. Akut alt gastrointestinal (AAGIK) kanama, kolondan ya da anorektal bölgeden kaynaklanan yeni başlangıçlı kan kaybını ifade eder. Gerçek bir üst GİS kanaması da alt GİS kanama gibi gelebilir.AAGIK'nın klinik belirtileri farklılık gösterir ve kanamanın hızına, miktarına ve konumuna bağlıdır. Klinik görünüm,

parlak kırmızı kandan koyu renkli pıhtılı görünümüne ve hatta melenaya kadar değişkendir.(22)

AAGİK'nın yıllık insidansının risk altındaki yetişkin kişiler için 20.5-27/100000 olduğu tahmin edilmektedir. Amerikan Gastroenteroloji Koleji üyeliğinden alınan bir gastrointestinal kanama araştırması, tüm kanama olaylarının sadece % 24'ünün AGİK olduğunu tespit etmiştir. AGİK insidansındaki yükselme popülasyonun yaşlanması, daha yüksek komorbidite oranları ve aspirin, antikoagülanlar ve steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçların (NSAID'ler) kullanımının artması nedeniyle muhtemelen artmaktadır.

AAGİK nedenleri birkaç kategoriye ayrılabilir: anatomik (divertiküloz), vasküler (anjiodisplazi, iskemik, radyasyona bağlı), inflamatuvar (enfeksiyöz, inflamatuvar barsak hastalığı) ve neoplastik. Koagülopatisi olan hastalar; NSAİD, aspirin ya da antikoagülan kullanan hastaların da anjiodisplaziye bağlı alt GİS kanaması geçirmesi daha olasıdır. İskemik kolit, kardiyovasküler hastalığı olan ileri yaş popülasyonun artmasıyla birlikte artık daha yaygındır (23). Alt GİS kanamaları aynı zamanda inflamatuvar bağırsak hastalıklarına ikincil kolitlerin yaygın bir belirtisidir ancak nadiren akut major GİS kanamasına neden olur. Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı sırayla %0,1 ve %1,2 oranında masif kanamadan sorumludur. Ek olarak, polipektomi gibi terapötik müdahalelerden sonra akut alt GI kanaması meydana gelebilir.(21-23,27) **Tablo 2**'de alt GİS kanamalarının yaygın nedenleri ve prevalansları özetlenmiştir (21,25)

**Tablo 2.** Alt GİS Kanama Nedenleri

NEDENLER	PREVELANS (%)
Divertiküler Hastalık	5-42
İskemi	6-18
Anorektal	6-16
- hemoroid	-
-anal fissür	-
-rektal ülser	-
Neoplazi	3-11
Anjiyodisplazi	0-3
Polipektomi	0-13
İnflamtuar barsak hastalığı	2-4
Radyasyon koliti	1-3
Diğer kolitler	3-29
ÜGİK	3-13
Diğer sebepler	1-9
Bilinmeyen	6-29

Alt GİS kanamalarının tekrarlama riski yaklaşık %10-20'dur, %10-15 olguda cerrahi değerlendirme gereklidir ve mortalite ise %4'tür (4,22,24).

Alt GİS kanamalarının bir kısmı kronikleşebilir ve bu durum demir eksikliği anemili hastaların %18-30'undan sorumludur (23-25).

**Divertikülitler:** Divertikül, kolonik duvarın keseye benzer bir çıkıntısıdır. Divertiküler hastalık prevalansı yaşa bağlıdır, 60 yaşında yüzde 40'tan yüzde 60'a yükselmektedir. Divertikülozun yüksek prevalansı, kanamanın bu yaygın hastalığın nadir bir komplikasyonu olmasına rağmen neden AGİK'nin en yaygın nedeni olduğunu açıklar. Divertiküler kanama tipik olarak, divertikülit yokluğunda ortaya çıkar ve divertikülit varsa kanama riski daha da artmaz. Bir divertikül oluştuğunda, bu noktada duvar zayıflığından sorumlu olan nüfuz edici damar, divertikülün kubbesi üzerine, bağırsak lümeninden sadece mukoza ile ayrılan şekilde kaplanır. Histolojik incelemede, bu damarlar, muhtemelen lümen yönleri boyunca kronik yaralanma nedeniyle medyanın eksantrik intimal kalınlaşması ve incilmesi gösterir. Bu değişiklikler, lümen içine yırtılmaya yatkın olan arterin segmental zayıflığına neden olabilir. Batı ülkelerinde, divertiküllerin yüzde 75'i kolonun sol tarafında görülür ve sağ taraflı divertiküller meydana geldiğinde, genellikle sol taraflı divertiküller ile ilişkilidir. Ancak sağ kolon, hastaların yüzde 50 ila 90'ında divertiküler kanama kaynağıdır.

Divertiküler kanama, divertiküller sıklıkla arteriyel vasküler penetrasyon bölgesinde olduğundan, masif ve yaşamı tehdit edici olabilir. Kanama, hafif karın rahatsızlığı ve intraluminal kanın kolonik spazm oluşturması nedeniyle kramplanma dışında genellikle ağrısızdır. Divertiküler kanama vakaların yüzde 70 ila 80'inde kendiliğinden sınırlanır. Bununla birlikte, uzun dönem tekrar kanama oranı, ameliyat geçirmeyenlerde ilk kanamadan sonra yüzde 40'a yaklaşır ve kolonoskopide kesin divertiküler kanama bulunan hastalarda daha yüksek görünmektedir.

Divertiküler kanama için risk faktörleri arasında aspirin ve nonsteroidalantiinflamatuvar ilaç (NSAID) kullanımı, ileri yaş, obezite, fiziksel



hareketsizlik, hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, kronik böbrek yetmezliği ve hiperlipidemi bulunur.

**Anjiyodisplazi:** Dilate, kıvrımlı submukozal damarları belirtir. Bu kan damarlarının duvarları düz kas içermeyen endotelial hücrelerden oluşur. Endoskopik olarak tipik bir şekilde çapı 0.1 ila 1.0 cm arasında olan merkezi bir kökene sahip, periferik olarak genişleyen dilate kılcal damarlar gibi görünür. Genel popülasyonda alt gastrointestinal anjiyodisplazi nadir görülür. Bununla birlikte, divertiküloza benzer şekilde, anjiyodisplazi insidansı muhtemelen vasküler duvarların dejenerasyonu nedeniyle yaşla birlikte artar. Ek olarak, aort darlığı, von Willebrand hastalığı ve kronik böbrek yetmezliği de dahil olmak üzere anjiyodisplazi ile ilgili birkaç durum vardır.

Divertiküler hastalığa benzer şekilde, anjiyodisplaziden kanama epizodik ve kendi kendini sınırlama eğilimindedir. Ağrısız hematokezya veya melena ile ortaya çıkan kan kaybı olabilir, ancak Hemoccult pozitif gaita ve demir eksikliği anemisi ile kendini daha sık gösterir.

Endoskopik pıhtılaşma , enjeksiyon skleroterapi ve argon lazer pıhtılaşmasının tümü, anjiyodisplazili hastalarda kesin hemostaz sağlayabilir, ancak tekrar kanama oluşabilir.

**Kolit:** Enfeksiyöz ve iskemik kolit ve enflamatuar barsak hastalıkları sıklıkla hematokezya ile ortaya çıkabilir. Mukozal inflamasyon (kolit), akut yaralanmaya ortak bir cevaptır, bu da bağışıklık sisteminin ve enflamatuar kaskadının aktivasyonu ile sonuçlanır. Çeşitli kolit tiplerinin klinik görünümü ve endoskopik görünümü ayırt edilemez. Hastalar abdominal ağrı, hematokezya, ateş ve dehidrasyon ile kendini

gösterir. Kan kaybı hafif olma eğilimindedir. Endoskopik olarak kolit, ödem, frajilite, eritem ve ülserasyon olarak ortaya çıkar. Akut kolit tedavisinde spesifik bir tanı koymak her şeyden önemlidir çünkü tedavi altta yatan hastalık sürecine bağlıdır.

**Enfeksiyöz kolit:** Birçok nedeni vardır. Rutin dışkı kültürü, bakteriyel ishalin en sık görülen üç nedeni olan Salmonella, Campylobacter ve Shigella'yı tanımlamada kullanılmaktadır. Enfeksiyöz nedenlerden dolayı olan alt gis kanama bazen klinik bulgular nedeniyle LGIB'nin diğer nedenlerinden ayırt edilemeyebilir.

**İskemik kolit:** Yaşlı yetişkinlerin, göreceli hipotansiyon, kalp yetmezliği ve aritmi gibi altta yatan risk faktörleri nedeniyle iskemi ile ilişkili kolit geçirme olasılıkları yüksektir. Bununla birlikte, genç hastalar, özellikle hiperkoagülabilitate yapan bir duruma sahip olan genç hastalar iskemik kolit ile başvurabilir. Hastalar klasik olarak karın ağrısıyla gelir, ancak yokluğu tanıyı engellemez. İskemik kolit, ülseratif kolite benzeyen bulgular olarak sürekli, sol taraflı ve mukozal frajilite ile ilişkili olma eğilimindedir. Ayırt edici özellikler, tutulan ve normal mukoza arasında net bir sınırlama, rektal koruma ve tek bir boyuna ülser arasında net bir sınırlama içerebilir. Kanama kendi kendini sınırlar ve çoğu durumda (%85-90) altta yatan neden ve sıvı kaybının toparlanması ile düzelir. Bu, genellikle hayatı tehdit eden bir cerrahi acil durum olan ince bağırsakta akut mezenterik iskeminin aksine daha az cerrahi ihtiyacı gerektirir.

**İnflamatuvar barsak hastalığı:** Ülseratif kolit ve Crohn hastalığını içerir. Hematokezya, iki daha sık görülen klinik bulgudur ve aktif inflamasyon ortamında ortaya çıkma eğilimindedir. Acil servis yönetimi her iki durum için de benzer olduğundan, Crohn hastalığının akut LGIB atağı sırasında ülseratif kolitten

ayırt edilmesi zorunlu değildir.Bununla birlikte, tedavi farklı olduğu için inflamatuvar barsak hastalığını iskemik veya enfeksiyöz kolit olarak yanlış teşhis etmemek önemlidir.

**Kolon kanseri:** Kolon kanseri daha az yaygın ancak ciddi bir hematokezya nedenidir.50 yaşın üzerindeki hastalarda rektal kanama vakalarının yaklaşık yüzde 10'undan sorumludur, ancak genç bireylerde nadir görülür.Kanama, üst üste gelişen erozyon veya ülserasyon sonucu oluşur.Kanama düşük dereceli ve tekrarlayan olma eğilimindedir.Genellikle parlak kırmızı kan sol taraflı lezyonları gösterir; sağ taraflı lezyonlar kestane rengi kanı veya melenası ile kendini gösterir.Rektal kanama ile başvuran kolon kanserinin endoskopik tedavisi sınırlıdır.Lezyonların fragilitesi ve büyüklüğüne bağlı olarak endoskopik tedavi ile daha fazla kanamaya veya delinmeye neden olma riski vardır.Over kanseri olan bazı kadınlarda rektal kanama vardır, ancak nadiren ortaya çıkan semptomdur.

**Radyasyon telanjiektazi veya proktit:** Karın ve pelvik kanserlerin (rahim ağzı veya prostat karsinoması gibi) radyasyon tedavisi, radyasyon hasarının erken veya geç bir komplikasyonu olarak alt gastrointestinal kanamalara neden olabilir.Radyasyona bağlı hasar için risk faktörleri arasında rektosigmoid alanda barsaklarınimmobilizasyonu, arterioskleroz ve eşlik eden kemoterapi bulunur.

**Biyopsi veya polipektomi sonrası:** Endoskopik biyopsi veya polipektomiye takiben kanama genellikle kendiliğinden sınırlıdır, ancak aktif arteriyel kanama akut olarak oluşabilir.Gecikmiş kanama, endoskopik polipektomiye takiben üç hafta kadar sonra, muhtemelen pıhtılaştırılmış eskarın kaymasına bağlı olarak ortaya çıkabilir.(16,17,22-25)

## 2.4 TANI

### 2.4.1 TANIMLAR

**Hematemez:** Parlak kırmızı veya kahve telvesi şeklinde kusmaya denir. Fakat hemoptizi veya nazofarinx kaynaklı yutulmuş kan ihtimali dışlandıktan sonra ÜGİK düşünölmelidir.

**Melena:** Siyah, katran gibi ve kötü kokulu dışkılamadır. ÜGİK' in en sık görölen semptomudur. Midedeki 50-100 ml kan melenaoluşturmaya yeterlidir. Fakat ince bağırsak ve proximal kolon segmentlerindeki kanamalar da melenaya sebep olabilir.

**Hematokezya:** Rektumdan parlak kırmızı veya koyu morumsu renkte olan kanamalardır Genellikle alt GİS kanama belirtisi olmakla birlikte akut ve ciddi üst GİS kanaması olan hastaların %10-15'inde de görölebilir.

### 2.4.2 ANAMNEZ

Acil servise başvuran her hastada olduğu gibi anamnez ve fizik muayene GİK'larda da önem arz eder. Hemoptizi ve nazofarengeal kanamaların ÜGİK'dan ayırd edilip dışlanması gerekir.Tablo 3' de ÜGİK'nın prevalanslarıyla birlikte semptomları belirtilmiştir.(20)

Elde edilecek önemli bilgiler arasında potansiyel komorbid durumlar, ilaç öyküleri ve potansiyel toksik maruziyetlerin yanı sıra kanamanın ciddiyeti, zamanlaması, süresi ve hacmi bulunur.

Anamnez sorgulamasındaki bulgular arasında zayıflık, baş dönmesi, hematemez ile ilişkili senkop (kahve öğütölmüş kusmuk) ve melena (çürük kokulu siyah dışkı) sayılabilir.Nadiren, canlı kırmızı renkte bir hematokezya ; dışkı ne kadar kırmızı olursa, transit ne kadar hızlı olursa daha yukarıdaki kısımlarda üst kanal kanaması

olduğuna işaret eder.Laine ve Shah, hematokezuya ile başvuran hastaların% 15'inde acil özofagogastroduodenoskopide tanımlanmış bir üst gastrointestinal kanama kaynağının olduğunu bulmuşlardır.(28)Hastaların dispepsi öyküsü (özellikle nokturnal semptomlar), ülser hastalığı, erken doygunluk ve NSAID veya aspirin kullanımı olabilir. Yakın zamanda aspirin alımının öyküsü, hastanın zayıf trombosit yapışkanlığından kaynaklanan kanama diyatezi ile birlikte NSAID gastropatisine sahip olabileceğini düşündürmektedir. NSAİD alan UGIK'li birçok hasta, NSAİD'nin analjezik etkisine bağlı olarak, ilk semptom olarak dispepsi olmadan hematez veya melena ile kendini gösterir.

Hastanın ülser öyküsü de önemlidir, çünkü ülser hastalığının tekrarı yaygındır, özellikle Helicobacter pylori gastriti için tedavi edilmemişse veya antibiyotik tedavisi başarısız olmuşsa.

50 g / günden fazla kronik alkol kullanımı veya kronik viral hepatit (B veya C) öyküsü varis kanaması, gastrikantralvaskülekrektazi (GAVE) veya portal gastropati riskini artırır.

Kusma öyküsü olan ve subkutan amfizem bulgusu olan hastalarda, Boerhaave sendromunu (özofagus perforasyonu) düşünmek gerekir ve cerrahi tedavinin derhal düşünülmesini gerektirir.

Hastanın tıbbi/cerrahi öyküsü de değerlendirilmelidir. Daha önce ÜGİK geçirip geçirmediği, batin içi operasyon öyküsü (abdominal aort cerrahisi öyküsü ile aortoenterik fistül ihtimali). radyoterapi hikayesi olup olmadığı (Radyasyon prokriti), sistemik hastalık varlığı (Kalp, akciğer, karaciğer veya böbrek hastalığı), enfalomatuar barsak hastalığı, yakın tarihte geçirilmiş polipektomi operasyonu

öğrenilmelidir. Tablo 4 'de Gastrointestinal kanamanın muhtemel orijini belirleyen bulgular verilmiştir.(20)

Postural hipotansiyonun varlığı daha hızlı ve şiddetli kan kaybını gösterir.Hastalar hiçbir semptom olmaksızın direk bilinç bozukluğu ve şok tablosuyla da gelebilirler.

Anamnez ve fizik muayenenin derinliği arttırıldıkça, klinik ön tanı, ayırıcı tanı ve klinik gidiş de tahmin edilebilir.(15,20,24,25)

**Tablo 3. ÜGİK semptomları ve prevalansları**

<b>Semptomlar</b>	<b>Prevalans (%)</b>
Hematemez	<b>40-50</b>
Melena	<b>70-80</b>
Hematokezya	<b>15-20</b>
Hematokezya veya melena	<b>90-98</b>
Senkop	<b>14,4</b>
Presenkop	<b>43,2</b>
Dispepsi	<b>18</b>
Epigastrik ağrı	<b>41</b>
Pirozis	<b>21</b>
Yaygın karın ağrısı	<b>10</b>

Disfaji	5
Kilo kaybı	12
Sarılık	5,2

**Tablo 4. Semptomlara göre muhtemel gastrointestinal kanamaların kaynağı**

<b>Klinik gösterge</b>	<b>ÜGİK</b>	<b>AGİK</b>
Hematemez	Neredeyse kesin	Nadir
Melena	Muhtemel	Mümkün
Hematokezya	Mümkün	Muhtemel
Gaitada çigilenme tarzı kanama	Nadir	Neredeyse kesin
Gaitada gizli kan	Mümkün	Mümkün

### **2.4.3 FİZİK MUAYENE**

Hasta değerlendirilirken öncelikle vital bulgular ve bilinç durumu değerlendirilmelidir. Hastanın öncelikli olarak resüstasyona gereksiniminin değerlendirilmesi gerekir. Endişe verici klinik belirtiler ve hemodinamik instabilite semptomları, dakikada 100 atımdan daha fazla taşıkardi, 90 mm Hg'den daha düşük sistolik kan basıncı, serin ekstremiteler, senkop ve diğer belirgin şok belirtileri,

devam eden hızlı hematemezi veya oluşumu içerir hızlı kan transfüzyonu gerektiren kestone veya parlak kırmızı hematokezyadır.

Hastada ortostatik hipotansiyon varsa dolaşan kan hacminin en az %15'inin (750ml) kaybettiği düşünülebilir. Hipotansiyon, taşikardi, takipne ve mental durumda kötüleşme varsa kan hacminin en az %30'unun kaybedildiği(1500ml) öngörülebilir.

Hematez ve melena akut UGIK'nin en sık görülen bulgularıdır ve hastalar her iki semptomda da görülebilir.

Spider anjiyom, jinekomasti, splenomegali, assit, ödem ve asteriks de dahil olmak üzere kronik karaciğer hastalığı bulguları belirtilmelidir.

Tümör belirtileri nadirdir ancak kötü prognozu gösterir. Belirtiler arasında nodüler bir karaciğer, bir karın kitlesi ve genişletilmiş ve sert lenf düğümleri bulunur.

Telenjektazi bulguları nadir görülen Osler-Weber-Rendusendromu olgusunu gösterebilir.

Fizik muayenede kalp, akciğer muayenesi ve rektal muayene de batın muayenesi gibi mutlaka yapılmalıdır.(20)

#### **2.4.4 LABORATUVAR**

Üst gastrointestinal kanamalı (UGIK) bir hastada kan kaybı seviyesini değerlendirmek için trombosit sayısı ve tam kan sayımı (CBC) gereklidir.GİK'lı hastalarda bu tetkiklerin yanı sıra kan grubu ve crossmatch ilk istenecek tetkikler arasındadır.Rutin olarak hemogram dışında serum elektrolitleri, koagülasyon testleri, kan üre azotu ve böbrek fonksiyon testleri de görülmelidir.Hem ayırıcı tanıda hem de GİK neden olabilecek hastalıkların tanısında fayda sağlarlar.



Mümkün olduğunda, hastanın önceki sonuçlarına sahip olmak bu kaybı ölçmek için yararlıdır. CBC ilk gün boyunca sık sık kontrol edilmelidir (4-6 saat arayla). İlk hematokrit değeri hastanın kanamasının derecesini tam olarak göstermez. Çünkü hastada kan ürünleri ile birlikte sıvı kaybı da olmuştur ve hemokonsantrasyon gelişmiştir. Hemokonsantrasyon 24-48 saat sonra giderek azalır ve gerçek hematokrit değerine ulaşılır. Kanama ve hipovolemiyese konder kan üre azotunu yükseltebilir ve hemoglobinin barsaklarda yıkılmasına bağlı olarak masif ÜGİK' da BUN/kreatinin oranı da artabilir. Kronik karaciğer hastalığı olan hastalarda ise trombositopeni, karaciğer fonksiyon testleri bozuklukları, koagulopati olabileceği akılda bulundurulmalıdır

#### **2.4.5 TANI**

Anamnez ve muayene ile sıklıkla kanamanın yerini üst ya da alt gastrointestinal sistemden mi kaynaklanıyor olabileceği tahmin edilebilir. Hematemez veya melenası olan bir hastada üst gastrointestinal sistem kanaması hematokezyası olan hastalarda ise alt gastrointestinal sistem kanaması daha olasıdır. Bununla birlikte masif kanama var ise üst gastrointestinal sistem lezyonu da hematokezyaya neden olabilir.

Öncelikle hastaya bir nasogastrik sonda takılarak mide içeriğinin incelenebilir. Fakat aspirasyon materyelinde kan olmaması, üst gastrointestinal sistem lezyonunu ekarte ettirmez, çünkü bulber düzeydeki ülserlerden kaynaklanan kan mideye kadar geri gelmeyebilir. Bu nedenle akut Gİ kanama ile birlikte ciddi kan kaybı olan hastaların değerlendirilmesi için ilk yapılacak işlem üst gastrointestinal sistem endoskopisidir.

Endoskopinin gelişimi, klinisyenlere gastrointestinal sistemden kanamaya yönelik tanısal ve terapötik yaklaşımlar için olanak sağlamıştır. Üst GI kanalının endoskopik muayenesi, kanamanın kaynağı ve yeri ile ilgili yararlı bilgiler sağlar.UGİK için 2010 Amerikan Radyoloji Koleji (ACR) uygunluk kriterleri, UGİK'ye sahip olduğu varsayılan tüm hastalar için ilk tanı muayenesi olarak üst endoskopiye önermektedir.(20)Duodenum 2. segmentdistalinden kaynaklanan kanamalarda ise enteroskopi veya kapsül endoskopi yapılabilir.Kapsül endoskopi (CE) UGİK'de düşük riskli lezyonları tanımlayabilir ve potansiyel olarak bir hasta grubunun ayakta tedavi olarak güvenli bir şekilde tedavi edilmesine izin verebilir.Yapılan çalışmalarda UGİK'li hastalarda CE'de, CE'de duodenal görselleştirmeye sahip olanlarda, ayakta tedavi için aday olabilecek düşük riskli lezyonlar için 25 hastanın 23'ü (% 92) özofagogastroduodenoskopi (EGD) ile uyumlu bulunmuştur.(29)

Endoskopi yapılmasına rağmen kanamanın masif olup da optimal endoskopik incelemenin yapılamadığı durumlarda veya yapıp da kanama odağının bulunamadığı durumlarda anjiyografik inceleme yapılabilir.2010 ACR kılavuzlarına göre, transkateter arter embolizasyonu (TAE) ile birlikte anjiyografi, endoskopik tedaviye yanıt vermeyen, aktif kanama ve negatif endoskopi ile bilinen bir arteriyel UGİK kaynağı olan tüm hastalar için düşünülmelidir. Aortoenterik fistül vakalarında, anjiyografi tanısal olması için aktif kanamanın 1 mL / dak olması gerekir.

Tanıda sintigrafik inceleme nadiren gereklidir. Bununla birlikte, 2010 ACR kriterleri, Tc-99m etiketli eritrosit taramalarının UGİK'nin teşhisinde sınırlı bir değere sahip olduğunu ancak bazı gizli UGİK vakalarında faydalı olmaya devam ettiğini belirtir.(20-25)

## 2.4.6 PROGNOSTİK FAKTÖRLER

Akut üst GİS kanamalı hastalar, önemsiz klinik tablolarla başvurabilecekleri gibi, fulminan ve ölümcülde seyredebilirler. Mortalite oranı yaklaşık %6-10'dur.(2,24) Üst GİS kanamalarının yaklaşık %80'i, spontan düzelir ve yalnızca destekleyici tedavi uygulanmasını gerektirir. Popülasyonun yaşlanması ve bu popülasyona eşlik eden hastalıklar itibariyle bu oranın artması beklenirken son yıllardaki teknolojik yaklaşımlardaki gelişmeler ve kullanılan prognoz değerlendirme araçları bu oranı sabit kılmaktadır.

Üst GİS kanamalı hastalarda, mortalite ve morbiditeye ilişkin yüksek riske sahip olan hastaları tanımlamak üzere birkaç skorlama sistemi tasarlanmıştır; ölçümler, genellikle ölüm riski veya yeniden kanamaya ilişkin matematiksel modellerden tespit edilmiştir. Bu skorlama sistemleri acil servis doktorlarına acil kan transfüzyonu ve hatta UGIK kontrolü için cerrahi ihtiyacı olan yüksek riskli hastaların tanımlanmasında yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Hastaların tedavi ihtiyacını belirlemeye yönelik başka matematiksel modellemeler geliştirilmiştir. Bu yöntemde hastaların başvuru sırasında aşağıdakilerin hepsinin doğru olması durumunda, müdahale gerektiren düşük riskli hastalar şeklinde sınıflamıştır: 6,5 mmol/L'den daha düşük BUN, erkekler için 13 g/dL ve kadınlar için 12 g/dL'den daha yüksek hemoglobin konsantrasyonu, 100 mmHg'den daha yüksek sistolik kan basıncı ve 100'den daha düşük nabız. Ancak bu gereç her zaman düşük risk belirlemede etkin olmamakta ve tedavinin gecikmesine neden olmaktadır. Bu triyaj sistemine ve ona benzeyen diğer sistemlere ilişkin düşük spesifikite, bu tür skorlama stratejilerini sorunlu hale getirmektedir. Bu araçlardan herhangi birinin acil durum

doktorları için bir karar rehberi olarak görev yapması için yeterince öngörülü olup olmadığı açık değildir.(24)

Prognoz belirlemede ise; Glasgow Blatchford ve Rockall skorlamaları sıklıkla kullanılmaktadır.

Glasgow Blatchford skorlaması klinik değerlendirmeye yapılan skorlamadır, endoskopik sonuçlar gerekli değildir. GBS endoskopik tedavi ve hasta mortalitesine duyulan ihtiyacı öngörmeye ve müdahale gerektirmeyen düşük riskli UGIK'li hastaları belirlemede üstün olduğu kanıtlanmıştır. Rockall skorlaması ise klinik bulgulara ek olarak endoskopik sonucunun eklenmesi ile mortalite belirlemede kullanılan bir gereçtir. Tablo 5 ve 6 da Glasgow Blatchford ve Rockall skorlamaları gösterilmiştir. Bir hastanın AS'de acil endoskopik değerlendirme yapıp yapmadığına veya ayaktan tedavi bazında değerlendirilip değerlendirilemeyeceğine karar vermek, alınması zor bir karardır. AUGİK düşünülen tüm hastalara acil endoskopi yöneltmek gereksiz olabilir ve maliyetli ve yetersiz olabilir. Basit, güvenli, geçerli ve kolay uygulanabilen bir klinik tahmin kuralı, sonuçları optimize ederken açık, tekrar üretilebilir ve ölçülebilir bakım standartlarına olanak sağlar. Yüksek riskli hastaları tanımlamak için herhangi bir ideal skala çok hassas ve spesifik olmalıdır. Duyarlılık, güvenlik açısından çok önemlidir, çünkü yüksek riskli bireylerin düşük riskli bireylerle karıştırılmaması çok önemlidir. Ali Huma ve arkadaşlarının 2010'da yaptığı bir çalışmada, GBS'nin, UGIK'ya ikincil müdahale ve sonradan müdahale için düşük risk altındaki hastaları belirlemede yararlı olduğu sonucuna varmıştır. GBS, hastaneye kabul sayısını azaltma potansiyeline sahiptir ve böylece kaynak kullanımını daha rasyonel hale getirmektedir.(30)

**Tablo 5.Glasgow Blatchford Skoru**

<b>Değişkenler</b>	<b>Skorlama</b>
Kan Üre (BUN)(mmol/l)	
6.5-7.9	2
8-9.9	3
10-24.9	4
>25	6
Hemoglobin (erkek)	
12-12.9	1
10-11.9	3
<10	6
Hemoglobin (kadın)	
10-11.9	1
<10	6
Sistolik kan basıncı (mmhg)	
100-109	1
90-99	2
<90	3

Diğer markırlar	
Nabız >100	1
Melena ile başvuru	1
Senkop ile başvuru	2
Karaciğer yetmezliği	2
Kalp yetmezliği	2

**Tablo 6.Rockall Skorlaması**

<b>Değişkenler</b>	<b>Skorlama</b>
<b>Yaş</b>	
<60	0
60-79	1
>80	2
<b>Dolaşım ile ilgili bulgular</b>	
SKB >100 mmhg <100/ dk	0
SKB >100 mmhg >100/dk	1
SKB <100 mmhg	2
<b>Ek Hastalıklar</b>	

Yok	0
Kardiyak hastalık(KAH,KY,,)	2
Karaciğer hastalığı,siroz,neoplazi	3
<b>Tanı</b>	
Mallory-Weis yırtığı ya da lezyon yok	0
Neoplazi	2
Diğer tanılar	1
<b>Kanama Bulguları</b>	
Yok ya da nokta şeklinde lezyon	0
Gİ yolda kan,pıhtı ya da görünür damar	2

Rockall skoru ;birçok çalışmada doğrulanmış olmasına rağmen; klinik uygulamada nadiren kullanılır. Rockall skoru temel olarak UGIK'li hastalar için mortaliteyi tahmin etmeyi amaçlar ve daha öncesinde endoskopi gerekir. Akut üst ve alt gastrointestinal kanamaların yönetimi ile ilgili 2008 İskoç Kolejleri Kılavuz Ağı (SIGN) kılavuzu, akut UGIK ile başvuran tüm hastalar için başlangıç (endoskopik) Rockall skorunun hesaplanmasını önerir.(20)

GBS ve Rockall skoru Japonya ve ABD ‘ de retrospektif yapılmış çalışmalarda düşük riskli hasta gruplarını belirlemede anlamlı bulunmuşsa da;

İngiltere ve Kanada da farklı etnik grupların bulunması ve acil servislere gündüz koşullarında başvurması nedeniyle düşük risk gurplarını belirlemede anlamlı çıkmamıştır.(30)Başka bir çalışma da GBS 0 olan hastalarda aynı sonuca ulaşır (duyarlılık:% 100-99.5; özgüllük:% 4.3-16) GBS  $\leq$  2 ile daha yüksek olan, kesim değerlerine göre özgüllükler (0-2). Poliklinik ortamında takip edildiğinde düşük riskli UGIK'li hastaların evde yalnız bırakılmaması, antikoagülan almaması önerilmektedir. Proton pompalı bir inhibitör reçete edilmeli ve en kısa sürede poliklinik üst GI endoskopik prosedür için planlanmalıdır.

UGIK'li hastalar için risk sınıflandırma sistemleri acil durumlarda klinik uygulamada yaygın olarak kullanılmaz, kolay kullanımlı olmalarına rağmen, özellikle basit klinik ve laboratuvar değişkenlerine dayanan ve acil endoskopik prosedürler gerektirmeyen GBS sistemi de dahil olmak üzere. (31)

GBS'den 0 puan alan hastalar düşük riskli kategoride sayılır ve nadiren tedaviye ihtiyaç duyarlar. Düşük riskli kategorisindeki hastalar bilgilendirilerek hastaneye yatış yapılmadan yönetilebilir. GBS'den puan alan hastalar yüksek riskli hasta olarak görülürler ve bu hastaların tıbbi müdahaleye gerek duyacağı öngörülür. Pre-endoskopik hesaplanan Klinik Rockall skorunun 0'dan yüksek olması istenmeyen sonuçlar için hastanın yüksek riskli olduğunu düşündürür.(16) Endoskopi sonucuyla hesaplanan Tam Rockall skorunun 2'den yüksek olması tekrar kanama ve ölüm için hastaların yüksek riskli olduğunu gösterir. Sekiz ve üstü puan alan hastaların %50'sinin tekrar kanama riski vardır.(24,25) Rockall skoru > 0 olan hastalarda, kanama riskinin tam bir değerlendirmesi için endoskopi önerilir.Hastaların endoskopik sonuçlarına göre prognoz belirlemek kritik bir noktadır.Rockall skorunun içeriğine dahil olsada ayrıca Forrest sınıflaması gibi salt



endoskopi sonucuda prognoz belirmeye yardımcıdır. Tablo 7 'de Forrest sınıflaması gösterilmiştir. Bir ülser içindeki kanayan damarın endoskopik olarak evriminin görünür bir damardan daha koyu, daha küçük ve daha yassı büyük koruyucu bir pıhtıdan kaybolan beyaz bir fibrin pıhtısı ile yer değiştirmesine doğru giden bir sırayı izlemesi nedeniyle, belirsizlik mevcuttur. Bu nedenle kanama sonrası değişik zamanlarda endoskopi olan hastaların endoskopi sonuçlarında değişiklik göstermekle beraber belirli ülser ve kanama karakterlerinin prognostik bilgi sağladığı kabul edilmektedir. Endoskopik hemostaz, 2 cm'den daha büyük ülserlerde daha az başarılıdır. Ülser tabanının görünüşü de önemlidir ve aşağıdakilerden biri olabilir:

1. Yalnızca temiz eksudalı bir taban
2. Yassı, pigmente bir leke ile birlikte olan bir taban,
3. Yapışkan bir pıhtı ile birlikte olan bir taban,
4. Görünür bir damar ile birlikte olan bir taban (kalkık ve dolgun görünümlüdür, yıkanmaya karşı dirençlidir ve pigmental bir yumru veya koruyucu pıhtı olarak adlandırılır)
5. Aktif olarak sızan veya fışkıran görünür bir damar veya yapışkan bir pıhtı içeren bir taban.

Aktif kanamalı, görünür damarlı, yassı lekeli ve temiz ülser tabanı bulunan hastaların tedavisinin düzenlenmesi konusunda genel bir görüş birliği bulunmakla birlikte, yapışkan pıhtıların özellikle pıhtıyı uzaklaştırmak üzere yoğun girişimden sonra tedavinin düzenlenmesi konusunda tartışma bulunmaktadır. Yapışkan pıhtıları bulunan 46 hasta üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada , lezyon 3,2 mm'lik bir prob ile 5 dakika süreyle irrije edilmiştir. İrrigasyondan sonraki bulgular aşağıdaki gibi olmuştur: yapışkan pıhtı, 26 (%57); temiz taban, 1 (%2); temiz leke, 5 (%11);

kanamayan görünür damar, 7 (%13); sızıntı, 6 (%13) ve fişkıma, 1 (%2). (33)Araştırmacılar, yoğun irrigasyonun bu popülasyonda yararlı olduğu ve yıkamadan sonraki bulguların ilk endoskopide endoskopik tedavinin ivediliğine göre sıralanmasına yardım edebileceği belirtilmiştir.

**Tablo 7. Forrest sınıflaması**

Forrest Sınıflaması	Tanım	Tekrar Kanama Riski
I a	Aktif kanama (pulsatil)	%90-100
I b	Aktif kanama (sızma)	%80-85
II a	Görünen damar + pıhtı	%40-50
II b	Yapışık pıhtı	%20-30
II c	Siyah zemin (kahverengi leke)	%5
III	Kanamama bulgusu yok	%1-2

## 2.5. TEDAVİ

Öncelikle her acile başvuran hastada olduğu gibi hastanın aciliyet durumunu değerlendirip stabilizasyonunu sağlamaktır. Hemodinamik açıdan dengesiz bir hastanın resüsitasyonu, başlangıç tedavisinin ABC'sini (yani hava yolu, solunum, dolaşım) değerlendirmek ve ele almakla başlar. Şiddetli kan kaybı ve hemorajik şok ile başvuran hastalar, mental durum değişiklikleri ve konfüzyon ile kendini

göstermektedir. Bu gibi durumlarda, hastalar, özellikle hematezi varsa, hava yollarını koruyamazlar. Bu gibi durumlarda, hastalar aspirasyon riski altındadır ve bu da morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde etkileyebilecek potansiyel olarak önlenabilir bir komplikasyondur. Bu durum erken tanınmalı ve hastalar kontrollü bir ortamda seçmeli olarak entübe edilmelidir. İntravenöz erişim sağlanmalıdır. İki taraflı, 16-gauge (en az), üst ekstremitte, periferik intravenöz hatlar hacim resüsitatif girişimleri için yeterlidir. Poiseuille'in kanunu, bir tüpten geçen akış hızının, kanül yarıçapının dördüncü gücüyle orantılı olduğunu ve uzunluğu ile ters orantılı olduğunu belirtir. Bu nedenle, kısa, geniş delikli, periferik intravenöz hatlar, hızlı sıvı infüzyonu için yeterlidir.

2008 SIGN kılavuzuna göre, kan ürünlerinin uygulanmasından önce hacim restorasyonuna ulaşmak için kolloid veya kristalloid solüsyonları kullanılabilir. Hipovoleminin düzeltmek için gerekli kristalloid sıvı hacminin toplam miktarı için bir kabaca 3'e 1 kuralıdır. Her mililitre kan kaybını 3 mL kristalloid sıvıyla değiştirilmelidir. Bu, kayıp plazma hacmini geri yükler. Kardiyovasküler ve pulmoner hastalıklar gibi ciddi bir arada var olan tıbbi hastalıkları olan hastalar, erken resüsitatif faz sırasında hemodinamik kardiyak performans profillerini yakından izlemek için pulmoner arter kateter takılmasını gerektirebilir.

ABC'ler ele alındıktan sonra, son organ perfüzyonu ve oksijen iletimi kanıtlarına dayanarak hastanın resüsitasyona verdiği yanıtı değerlendirilmelidir. Hastanın renal perfüzyonunu değerlendirmek ve idrar çıkış takibi yapabilmek için hastaya mutlaka foley sonda takılmalıdır.

ABC değerlendirilmesi yapıldıktan sonra ve gerekli resüstatif işlemler yapıldıktan sonra hastaya nazogastrik tüp takılmalıdır. Gelen aspirat değerlendirilerek AGİK ve ÜGİK ayrımı yapılabilir. 1190 hastanın retrospektif bir incelemesinde Luk ve arkadaşları, pozitif nazogastrik tüp aspirasyon bulgularının, üst GI kanama kaynağının% 93'ü olduğunu belirlediğini bulmuşlardır.(36) Ancak ASGE tarafından yapılan bir araştırmaya göre, nazogastrik tüp aspirat bulgusu büyük bir duodenum kanaması ülseri ayarında bile negatif olabilir. Çalışmada nazogastrik tüp aspirat bulguları ile kanama kaynağının endoskopik bulguları karşılaştırılmıştır. Araştırma net bir nazogastrik tüp aspiratı olan hastaların% 15.9'unun, kahve telvesi gibi aspiratı olan hastaların% 29.9'unun ve kırmızı kan aspiratı olan hastaların% 48.2'sinin endoskopi sırasında aktif bir üst kanama kaynağı olduğunu ortaya koymuştur.(35) Bir çalışma mortalite ile nazogastrik tüp aspiratındaki sıvının rengini ve dışkı rengini ilişkilendirilmiştir. Tablo 8'de Nazogastrik tüpten gelen aspiratın rengi ve gaita renginin mortalite oranları gösterilmiştir.(34)

**Tablo 8. Nazogastrik tüp aspiratı geleni ve gaita rengine göre mortalite oranları**

<b>Nazogastrik tüp aspiratı rengi</b>	<b>Gaita rengi</b>	<b>Mortalite oranı(%)</b>
Temiz	Kahverengi ya da kırmızı	6
Kahve telvesi	Kahverengi ya da siyah	8,2
	Kırmızı	19,1
Kırmızı kan	Siyah	12,3

	Kahverengi	19,4
	Kırmızı	28,7

Hastalar stabilize edildikten sonra kanmaya yönelik yapılacak tedaviler iki şekildedir; 1.medikal, 2.endoskopik(37)

### **Medikal tedaviler**

Yapılan çalışmalarda endoskopi öncesi proton pompa inhibitörü(PPİ) kullanımının tekrarlayan kanam riskini azalttığı,kan transfüzyon ihtiyacını azalttığı,hastanede yatış süresini azlattığı gösterilmiştir.Yüksek dozlarda proton pompası inhibitörleri endoskopik tedaviye duyulan ihtiyacı azaltabilir.Bu nedenle PPİ(omeprazol,pantoprazol,esomeprazol) 80mg iv puşe sonrası 8mg/saat olacak şekilde infüzyon başlanmalıdır.İnfüzyon endoskopi sonrası da devam etmeli ve tedavi 72 saate tamamlanmalıdır.PPİ kullanan hastalarda kullanmayanlara göre mortalitede azalma saptanmamıştır.

Eritromisin,metoklopramid gibi prokinetik ajanların endoskopiden önce kullanılması tekrarlayan endoskopi ihtiyacını azaltsada mortalite, kan transfüzyon ihtiyacı,hastanede yatış süresi üzerine etkileri yoktur.

Traneksamik asit,antifibrinolitik bir ajandır.ÜGİK 'larda araştırılmış olup PPİ ve endoskopik tedavi ile birlikte kullanımının faydası saptanmamıştır.

Somatostain ve oktreetid, somatostatin analogları kullanımı varis kanamalı hastalarda portal hipertansiyonu düşürerek kanamayı, tekrar kanama riskini ve transfüzyon ihtiyacını azaltabileceği gösterilmiştir.

H2 reseptör antagonistlerinin gastrik ülserden olan kanamayı hafif azalttığı, fakat duodenal ülserden olan kanamalarda ise etkisiz olduğu görülmüştür.

Kan transfüzyonu ise en çok dikkat edilmesi gereken konulardan biridir. Hastaların klinik ve laboratuvar bulgularını normal sınırlarda tutabilmek için ne kadar çok kan transfüzyonu gerekiyorsa hastanın prognozunun o kadar kötü seyretmiş olduğu kabul edilmektedir. Hemodinamik anlamda sınırda unstabil olup kristaloid infüzyonu başlanan ve buna rağmen hemodinamik kararlılık sağlanamadıysa kan transfüzyonu önerilmektedir. Kan transfüzyon miktarını belirlerken hastanın yaşı, aktif kanama varlığı, bazal hemoglobin ve hematokrit değerleri ve kardiyak, renal ya da serebral hipoperfüzyon bulguları dikkate alınmalıdır. Beş üniteden fazla eritrosit transfüzyonu ihtiyacı olan (masif kan transfüzyonu) hastaların mortalitesi daha yüksektir ve sıklıkla cerrahi gerektirir. Tablo 9'da ÜGİK tedavisinin özeti mevcuttur.

**Tablo 9. ÜGİK Tedavileri**

<b>Tedavi</b>	<b>Doz</b>	<b>Öneri</b>
<i>Kan transfüzyonu</i>		Hb<7 genellikle, Hb<9 yaşlı ve komorbid hastalıkları olanlarda
<i>Koagülopatiyi düzelt</i>		INR yükselmişse ya da platelet <50,000 ise düzelt (kontrendikasyon yoksa)

<i>Omeprazol</i>	80 mg IV bolus sonrasında 8 mg/saat infüzyon	Ülser kanaması için
<i>Oktreotid</i>	50 mcg bolus sonrasında 25-50 mcg/saat infüzyon	Varis için etiketsiz kullanım, yaşlılar için düşük doz 25mcg bolus başla, 25mcg/saat infüzyon
<i>Antibiyotik</i>	Siprofloksasin 400 mg IV ya da seftriakson 1 gr IV	Üst GİS kanamalı sirozlu hastalara

### **Endoskopik tedaviler**

Endoskopi üst GİS kanama hastalarında altın standart değerlendirme yöntemidir ve en kısa zamanda yapılmalıdır. Olguların % 90'ından fazlasında hemostazın sağlanmasını sağlar. Endoskopik görüntüleme kanamanın tekrarlama riskini belirlemek için Forrest Sınıflaması kullanılır. Tablo 7'de Forrest sınıflaması gösterilmiştir.

*1.Enjeksiyon Tedavisi:* Dilüe edilmiş adrenalin enjeksiyonu en yaygın kullanılan yöntemdir. Ucuz, etkin, kolay uygulanabilir ve yan etki oranı düşüktür. Lokal tamponad ve vasospazm ile akut hemostazı sağlar. Buna rağmen yeniden kanama oranı %25-

35'tir. Bu nedenle yüksek riskli lezyonlarda tek başına değil diğer yöntemlerle beraber uygulanmalıdır.

Adrenalin dışında polidikanol, etanol, siyanoakrilat ve fibrin yapıştırıcılar kullanılabilir. Ancak bu maddelerin yan etkilerinin fazlalığı ve kullanımındaki zorluklar sebebiyle adrenalin ilk tercihtir.

*2. Termal Yöntemler:* Temas edilen ve edilmeyen olarak ikiye ayrılır. Her ikisinde de amaç vasküler yapının kompresyonu, lümenin kollapsı ve homeostazın sağlanmasıdır. Temas edilen tekniklerde bipolar elektrokoagülasyon, monopolar elektrokoagülasyon ve heater prob bulunur. Temas edilmeyen yöntemler arasında lazer ve argon plazma koagülasyon bulunur.

*3. Mekanik Yöntemler:* Bant ligasyonu, endoloop veya klipsler bu gruptadır. Bant ligasyonu çoğunlukla varis kanamalarına sekonder ÜGİK 'nda tercih edilir. Amaç vasküler yapının kollapsı ve homeostazın sağlanmasıdır. Klipsler tek başına değil enjeksiyon tedavisi ile birlikte etkinliğini arttırmak amaçlı kombine kullanılmalıdır. Dieulafoy lezyonlarına bağlı ÜGİK'larda son zamanlarda bant ligasyonu denenmekte olup diğer yöntemler kadar etkin bulunmuştur.

Kanamının ilk 12-24 saatinde yapılan erken özefagoduodenoskopi tekrar kanama riskini ve hastanede kalış süresini azaltır.

### **Diğer Tedaviler**

*1. Anjiyografik Tedaviler:* Ciddi, persistan kanaması olan, endoskopik tedavinin başarısız olduğu hastalarda, endoskopik tedavi mümkün olmadığında veya cerrahi girişim çok riskli olduğunda gerekebilir. Hastaların %20- 80'inde ülser kanamasını durdurur. Emboliye sebep olarak barsak iskemisi, MI, beyin, böbrek ve diğer uç



organ hasarlarına neden olabilir. Bu yöntemlerde tekrarlayan kanama yaygın olup, hedef ve diğer dokularda iskemi, enfarkt, perforasyon, abse gibi komplikasyonlar görülebilir ve kalıcı sonuçlar doğurabilir.

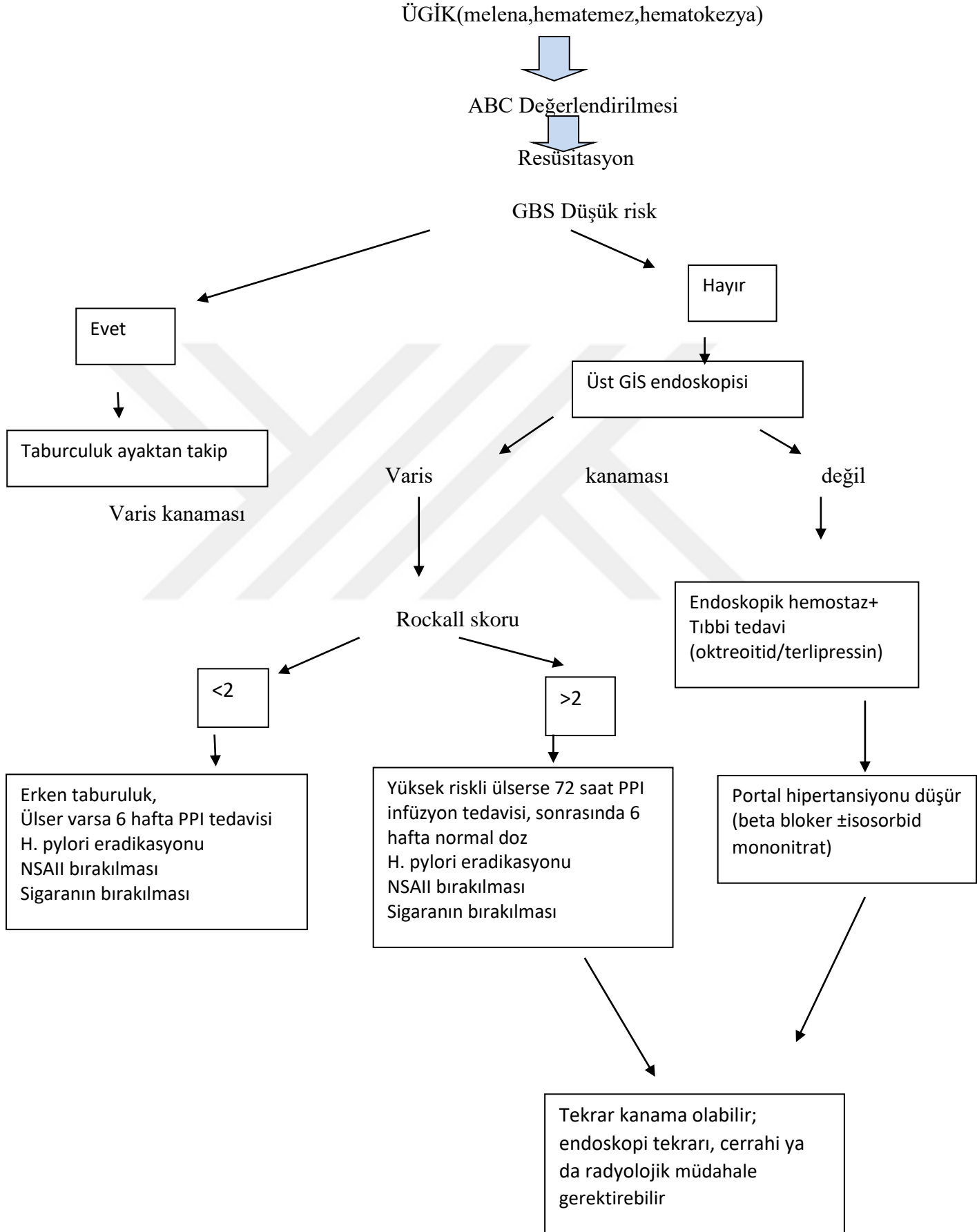
2. *Cerrahi Tedavi:* Perfore olmuş olan hastalarda primer cerrahi girişim düşünülmelidir (örn. perfore duodenal ülser, perfore gastrik ülser veya Boerhaave sendromundan). Düşük operatif aday olan hastalarda nazogastrik emme ve geniş spektrumlu antibiyotiklerle konservatif tedavi uygulanabilir. Kanama bazen durduktan sonra tekrar daha ağır olarak ortaya çıkabilir ve bu vakalarda mortalite daha yüksektir.

Peptik ülser kanamasında cerrahi endikasyonlar:

- Hastanın akut başlayan kanamasının hem melena hem de hematemez ile beraber olması, şokun hemen gelişme meyli göstermesi.
- Kanama başladıktan sonra kan değerlerini normal hale getirebilmek için 5 üniteden fazla kan transfüzyonuna gerek duyulması.
- Devam eden günlerde kan değerlerini normalde tutmak için hergün 1-2 ünite kan gereksiniminin olması.
- Kanamanın hastanede durduktan sonra iyi bir tedaviye rağmen tekrar başlaması.
- Endoskopik tedavi yapıldıktan sonra kanamanın devam etmesi.
- Hastada sistemik bir hastalığın bulunması.
- Koroner yetmezliğin varlığı (hasta; kanama esnasında oluşan hipovolemi ve hipotansiyon nedeniyle miyokard infarktüsünden kaybedilebilir).

Cerrahi girişim şekli bulunan patolojiye bağlıdır.(20,24,37)

## 2.6 GİSK Hastalara Genel Yaklaşım



### 3.MATERYAL VE METOD

Prospektif deneysel nitelikli bu çalışmamızda İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis'e 06.02.2019-30.04.2019 tarihleri arasında hematemez,melena ve hematokezya şikayetiyle başvuran ve gastrointestinal kanama ön tanısı ile tetkik edilen 18 yaş üstü hastalar incelenerek yapıldı.Hastane etik kurul onayı alınmıştır.

Acil servise giriş yapmış, ICD kodlamasında ; K92.0 hematemez ,K92.1 melena, K92.2 gastrointestinal hemoraji,tanımlanmamış R04.2 hemoptizi, R11 bulatı ve kusma ,R55 senkop tanı kodları girilmiş ve üst gis kanama ön tanısı ile takip edilen ve dahiliye kliniğine yatışı yapılmış endoskopi yapılmış 150 hasta protokol numaraları ile takip edildi. Acil servise 18 yaş üstü ,alt veya üst gis kanama bulguları(melena,hematemez,hematokezya) ile başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişiler ile yapılmıştır.Dış merkezden sevkli gelen ve tedavi başlanmış hastalar,çalışmaya katılıp daha sonra tedavi red ile hastaneden ayrılan hastalar ,gebeler ve gönüllü olmayan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.Şartlara uyan 100 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmamızda standart veri toplama formu oluşturuldu. Veri toplama formuna protokol numaraları ,yaş, cinsiyet, ek hastalıklar, başvuru şikayetleri ( melena, hematokeyza), serum hemoglobin (g/dl), hematokrit(%), kan gazındaki ,base exces(mmol/l),,laktat(mmol/l) değerleri, hastaya yapılan endoskopide saptanan kanama odağı ve kanama bulgusu,Rockall ve Blatchford skorları, Forrest skorları ,yatış ve yattığı klinik(yoğun bakım veya servis) yada taburculuk hakkındaki veriler girildi.

Veriler analiz için gruplara ayrıldı. Bu gruplar yaş; 18-40,40-60,60-80 ve 80 yaş üstü olacak şekilde toplam 4 gruba , cinsiyet; kadın ve erkek olmak üzere iki gruba, forrest sınıflamasına göre; Fıskırır tarzda kanama, pigmente noktalı ülser, yapışık pıhtılı ülser, mide veya özofagusta pıhtı veya kan üzerinde görünen damarı olan ülser, sızıntı tarzında kanama, kanama bulgusu yok şeklinde 6 gruba , hastaların hastaneye yatış şekli servis ve yoğun bakım ünitesi olarak iki gruba,hastaların sonuçlanma şekli taburcu ve exitus olarak iki gruba ayrıldı.

Hastaların Rockall, Blatchford ve Forrest skorları hesaplandı. Rockall skorunun belirttiği şekilde üst gastrointestinal sistem kanamasına risk grupları oluşturuldu. Buna göre Rockall skorunda toplam skoru 0-2 olan hastalar düşük risk grubu, 3-4 olan hastalar orta risk grubu ve  $\geq 5$  olan hastalar yüksek risk grubu olarak ayrıldı. GlasgowBlatchford skorlamasında ise  $\leq 2$  düşük risk grubu, 3-5 arası olan hastalar orta risk grubu  $\geq 6$  olan hastalar yüksek risk grubu olarak kabul edildi. Forrest sınıflaması sonuçlarına göre hastalar 3 gruba ayrıldı. IA ve IB olan hastalar yüksek risk grubu, IIA , IIB ve IIC olan hastalar orta risk grubu IIIA olan hastalar ise düşük risk grubu olarak değerlendirildi.(30-34,37)

### **İstatistiksel Metod**

Elde edilen verileri çalışma formuna kayıt edilip daha sonrasında SPSS 20.0 paket programına aktarılmıştır.

Çalışmamızda tanımlayıcı analizlerde kategorik değişkenler için yüzde dağılımlar ve pasta grafik kullanılırken sürekli değişkenler için merkezi eğilim ölçütleri ve histogram eğrisi kullanılmıştır

İlişki analizlerinde ise sürekli değişkenlerin normal dağılım değerlendirilmesinde Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. İstatistik modele alınacak tüm değişkenler normal dağılım şartını göstermediği için non-parametrik testler kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin korelasyonu için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Binominal bağımlı değişken içeren mortalite analizi için lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Tüm testlerde istatistiksel hata düzeyi olarak  $<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## **4.BULGULAR**

### **4.1 Tanımlayıcı İstatistikler**

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis'e 06.02.2019-30.04.2019 tarihleri arasında 3 aylık süreçte hematemez,melena ve hematokezya şikayetiyle başvuran ve gastrointestinal kanama ön tanısı ile tetkik edilen 18 yaş üstü 150 hasta incelenerek yapıldı. Dış merkezden sevkli gelen ve tedavi başlanmış hastalar,çalışmaya katılıp daha sonra tedavi red ile hastaneden ayrılan hastalar ,gebeler ve gönüllü olmayan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.Şartlara uyan 100 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

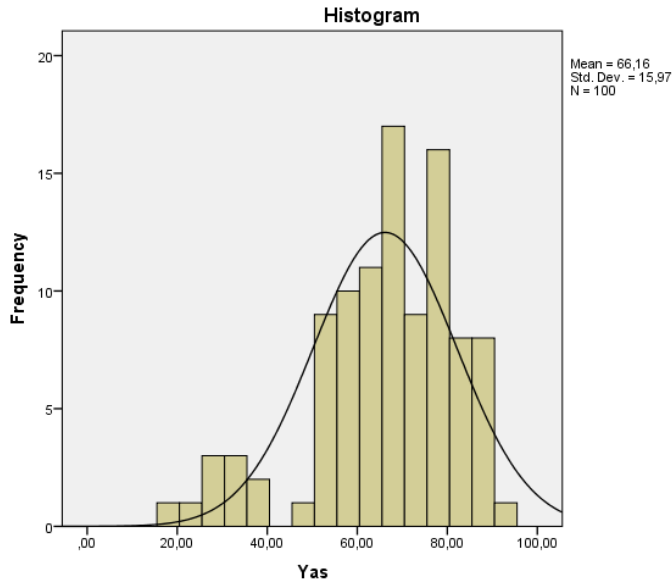
#### **4.1.1 Yaş ve Cinsiyet**

Hastalarımızın 33'ü (%33) kadın 67'si (%67) erkektir. Yaş ortalamaları  $66,16 \pm 15,97$  ortanca değeri 67,50 minimum yaş 18 maksimum yaş 91'dir. Katılımcıların yaş grupları kategorik olarak değerlendirildiğinde 10 (%10) katılımcının 18 - 40 yaş grubunda 20 (%20) katılımcının 41 - 60 yaş grubunda 53 (%53) katılımcının 61 - 80 yaş grubunda ve 17 (%17) katılımcının 80 yaş üzeri grubunda olduğu tespit edilmiştir.(Tablo 10 ve Şekil 2.)

**Tablo 10. Alınan Hastaların Yaşa göre Dağılımı**

Yaş Aralığı	Frekans(n)	Yüzde (%)
18-40	10	10
41-60	20	20
61-80	53	53
>80	17	17

**Şekil 2. Alınan Hastaların Yaşa Göre Dağılım Histogramı**



**Tablo 11. Alınan Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı**

Cinsiyet	Frekans (n)	Yüzde (%)
Kadın	33	33
Erkek	67	67

#### 4.1.2 Başvuru Şikayetleri

Hastaların şikayetleri incelendiğinde 63 katılımcıda (%63) saptanan melena en sık şikayet sebebidir. 30 (%30) hastada hematemez, 24 hastada (%24) hematokezya saptanmıştır. Yalnızca 1 hastada (%1) şikayet rastlanmazken, 81 (%81) hastada tek, 18 (%18) hastada 2 şikayet birden eşlik etmektedir.(Tablo 12)

**Tablo 12. Alınan Hastaların Şikayetlerine Göre Dağılımı**

Başvuru anındaki yakınma	Frekans (n)	Yüzde (%)
Melena	63	63
Hematemez	30	30
Hematokezya	24	24
Yakınma yok	1	1
Melena +hematokezya / Melena +hematemez / Hematemez +hematokezya	18	18

#### 4.1.3 Komorbidite

Hastaların 13'ünde (%13) herhangi bir ek hastalık bulunmazken 87'sinde (%87) en az bir ek hastalık saptanmıştır.

En sık eşlik eden hastalık katılımcıların 55'inde (%55) görülen koroner arter hastalıkları olurken bunu katılımcıların 48'inde (%48) saptanan hipertansiyon, 26 katılımcıda (%26) izlenen GİS hastalıkları(peptik ülser,geçirilmiş GİSK,divertikülit,oprasyon öyküsü vb.) takip etmektedir. 22 katılımcıda (%22) Diabetes Mellitus, 21 katılımcıda (%21) Kalp yetmezliği, 7 katılımcıda (%7) siroz saptanırken 53 katılımcıda (%53) bunların dışında bir hastalık kaydedilmiştir. Ek hastalık saptanan katılımcıların 25'i (%25) bir ek hastalık bulundururken, 27 katılımcı (%27) 2 farklı, 6 katılımcı (%6) 3 farklı, 22 katılımcı (%22) 4 farklı, 4 katılımcı (%4) 5 farklı, 3 katılımcı (%3) ise 6 farklı ek hastalığa sahiptir. (Tablo 13)

**Tablo13.Alınan Hastaların Komorbidite Oranı**

Ek hastalık	Frekans (n)	Yüzde (%)
KAH	55	55
KY	21	21
DM	22	22
HT	48	48
GİS	26	26
Siroz	7	7
Diğer	53	53
Yok	13	13



#### 4.1.4 Laboratuvar Verileri

Hastaların baz açık değerleri  $-2,11 \pm 4,92$  laktat değerleri  $2,20 \pm 1,92$  hemoglobin değerleri  $8,64 \pm 3,02$  hematokrit değerleri  $26,80 \pm 8,83$  olarak hesaplanmıştır.(Tablo 14)

**Tablo 14. Hastaların Ortalama Laboratuvar Verileri**

Değişken	Ort $\pm$ SD	Ortanca	Tepe Değeri	Minimum	Maksimum
Baz Açığı	$-2,11 \pm 4,92$	-2,50	-3,40	-16,80	17,90
Laktat	$2,20 \pm 1,92$	1,70	1,50	0,20	12,50
Hemoglobin	$8,64 \pm 3,02$	8,50	8,70	3,00	16,10
Hematokrit	$26,80 \pm 8,83$	26,20	17,30	11,30	50,40

#### 4.1.5 Risk Skorları

Hastaların Rockall skorları ortalamaları  $3,90 \pm 3,63$  Blatchford skorları ortalama  $9,70 \pm 3,63$  olarak hesaplanmıştır.(Tablo 15) Hastaların Rockall sınıflaması durumuna göre değerlendirildiğinde 27 (%27) kişi düşük 39 (%39) kişi orta 34 (%34) kişi yüksek risk grubunda olarak tespit edilmiştir. Blatchford skoruna göre ise 4 (%4) kişi düşük 10 (%10) kişi orta 86 (%86) kişi yüksek risk grubunda tespit edilmiştir. Katılımcıların Forrest sınıflamasına göre dağılımlarında 11 (%11) kişi 1A grubunda 5 (%5) kişi 1B grubunda 7 (%7) kişi 2A grubunda 9 (%9) kişi 2B grubunda 17 (%17) kişi 2C grubunda 5 (%5) kişi 3 grubunda tespit edilmiştir(Tablo 16). Hastaların Forrest sınıflamasına göre yaş değerleri tabloda verilmiştir.(Tablo 17)

**Tablo 15. Rockall ve Glasgow Blatchford Skorları Ortanca Değerleri**

Değişken	Ort ± SD	Ortanca	Tepe Değeri	Minimum	Maksimum
Rockall	3,90 ± 2,09	4,00	3,00	1,00	10,00
Blatchford	9,70 ± 3,63	10,00	11,00	0,00	18,00

**Tablo 16. Hastaların Rockall, Glasgow Blatchford ve Forrest Skorlamalarının Risk Yüzdeleri**

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Rockall Skor	Düşük Risk	27	27,0
	Orta Risk	39	39,0
	Yüksek Risk	34	34,0
Blatchford Skor	Düşük Risk	4	4,0
	Orta Risk	10	10,0
	Yüksek Risk	86	86,0
Forrest Skor	1A	11	11,0
	1B	5	5,0
	2A	7	7,0
	2B	9	9,0
	2C	17	17,0
	3	51	51,0

**Tablo 17. Hastaların Forrest Sınıflamasına Göre Yaş Değerleri**

Forrest	Ort ± SS	Ortanca	Tepe Değer	Minimum	Maksimum
1A	54,27 ± 19,40	54,00	25,00	25,00	86,00
1B	61,00 ± 11,20	56,00	56,00	55,00	81,00
2A	64,85 ± 22,82	75,00	18,00	18,00	86,00
2B	69,66 ± 12,18	67,00	67,00	53,00	89,00
2C	69,94 ± 13,91	75,00	65,00	34,00	89,00
3	67,52 ± 15,11	69,00	67,00	30,00	91,00

#### 4.1.6 Mortalite

Hastaların 25'i (%25) servis yatışı yapılırken 75'i (%75) yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır. 5 hasta (%5) ex olurken 95 hasta (%95) taburcu edilmiştir. Ex olan tüm hastalar yoğun bakım ünitesine yatışı yapılanlar arasındadır (Tablo 18).

Forrest skorlamasına göre ex durumları değerlendirildiğinde 1A grubunda katılımcıların 11'i (%100,0), 1B grubunda 5'i (%100,0), 2A grubunda 7'si (%100,0), 2B grubunda 7'si (%77,8), 2C grubunda 17'si (%100,0), 3 grubunda ise 48'i (%94,1) taburcu olurken 2B grubunda 2 (%22,2) katılımcı , 3 grubunda 3 (%5,9) katılımcı ex olmuştur.(Tablo 19).

**Tablo 18. Hastaların Yatış ve Mortalite Oranları**

	Servis (%)	Yoğun Bakım (%)
	25	75
Taburcu (%)	25	70
Exitus (%)	-	5

**Tablo 19. Forrest skoru ve Mortalite İlişkisi**

Forrest Sınıflaması	Ex		Taburcu	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
1A	0	0,0	11	100,0
1B	0	0,0	5	100,0
2A	0	0,0	7	100,0
2B	2	22,2	7	77,8
2C	0	0,0	17	100,0
3	3	5,9	48	94,1

#### 4.2 Analitik Bulgular

Çalışmamızdaki sürekli değişkenler olan baz açığı, laktat seviyesi, hemoglobin, Rockall skoru, Baltchford skorunun yapılan analizlerde normal dağılım göstermediği (Kolmogorov Smirnov  $p < 0,05$ ) hesaplanırken hematokrit değerinin normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır (Kolmogorov Smirnov  $p > 0,05$ ).

Hastaların baz açığı değerleri Rockall skoru ile istatistiksel düzeyde anlamlı ilişkili bulunmamışken (spearman korelasyon  $p > 0,05$ ) Baltchford skoru ile

istatistiksel düzeyde anlamlı ilişkili bulunmuştur (spearman korelasyon  $p < 0,05$ )  
Bulunan istatistiksel ilişki düşük düzeyde korelasyon göstermektedir ( $r: -0,205$ ). Laktat seviyesi ile Rockall skoru ya da Blatchford skoru arasında yapılan çalışmada ise iki değişken ile de istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.(Tablo 20)

**Tablo 20. Baz Defisiti, Laktat Sonuçlarının Risk Skorlamaları ile Değerlendirilmesi**

Değişken		Rockall Skoru	Baltchford Skoru
Baz Açığı	r	-0,98	-0,205
	p	0,330	0,040
Laktat	r	0,124	0,110
	p	0,221	0,277

Sürekli değişkenlerin mortalite ile ilişkilerini değerlendirmek amacıyla uygulanan lojistik regresyon modeline baz açığı, laktat seviyesi, Rockall skoru ve Blatchford skoru dahil edilerek analiz edilmiştir. Baz açık seviyesinin mortalite ile istatistiksel düzeyde anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür. Ex vakalarda baz açığı ortalama  $3,02 \pm 14,89$  olarak hesaplanırken, taburcu olan grupta  $-2,38 \pm 3,83$  olarak bulunmuştur. Ex vakalarda baz açığı istatistiksel düzeyde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur( $p < 0,05$ ).

## 5.TARTIŞMA

Akut gastrointestinal kanamalar potansiyel hayatı tahtideden ; hastaneye yatış gerektiren abdominal acil bir durumdur. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) hastanede yatış sayısı bir milyon/yıl'dan fazla olarak bildirilmiştir (1). Mortalitesinin, tanı ve tedavi maliyetinin yüksek olmasının yanı sıra sıklıkla hospitalizasyon ve yoğun bakım ihtiyacı ile sonuçlanması, tanı ve ayırıcı tanısında zorlukların olması, multidisipliner çalışma gerektirmesi sebebiyle gastrointestinal (GİS) kanamalı hastaya yaklaşım, acil tıp klinikleri için önemli bir konudur .

Üst GİS kanamaların acil servise başvuru yıllık insidansı %0.1'dir. Üst GİS kanamalar Alt GİS kanamalara (AGİK) göre 4 kat fazla görülür ve mortalite,morbidite oranı oldukça yüksektir.Mortalite oranı yaklaşık %6-10'dur. Bunun nedeninin; ileri yaş, komorbiditelerin fazlalığı ve antiplatelet ya da antikoagülan tedavi kullanan erişkin hasta yoğunluğunun artışı olarak düşünülmektedir.(2-5)Akut gis kanamaların %80'i spontan olarak durmaktadır;ancak yaklaşık %20 hastada kanamanın tekrarlaması veya durmaması ile mortalite ve morbidite ortaya çıkmaktadır.(5,6,15)Bu yüksek riskli hastaları saptamak için klinik ve endoskopik veriler kullanılarak risk faktörleri belirlenmiştir.Rockall ve Blatchfordskorlamaları bunlara örnektir ve iki skorlamada da hastanın endoskopik verilerine ihtiyaç vardır. Her ne kadar mortalite üzerine faydalı etkisi olduğunu ispatlamak güçse de; özellikle triaj aşamasında risk sınıflamasının yapılması, doğru medikal karar verme, hasta tedavisi, hastalığın gidişatı ve kaynakların kullanımında gelişme sağlayacaktır. Tıbbi bakımın ekonomik boyutlarına bakıldığında akut üst gastrointestinal sistem kanaması olan hastaların erken risk skorlaması için ilginin artmış olması sürpriz değildir; bu

sayede hastalar doğru şekilde değerlendirilecek ve tıbbi bakım maliyetleri de düşürülebilecektir. (24,25)Base defisit ve laktat değerleri hem venöz hem de arteriyel kandan değerlendirilebilen, hipoperfüzyon ve anaerobik metabolizma hakkında bilgi veren iki belirteçtir. GİS kanaması gibi hastayı şok tablosuna sokabilecek durumlarda prognozun erken belirlenmesinde kullanılabilir. Bu prognozu erken belirleyecek belirteçlerin birçok kan gazı ölçüm aletinde mevcuttur ve geleneksel vital bulgulardan çok daha iyi bir şok belirteci olarak hizmet eder. GİS kanamalarla yapılan bu çalışmamızda kanamaya bağlı perfüzyon bozukluğu gelişeceği için hastalardan geliş anındaki laktat ve baz defisit bakılarak diğer risk skorlamaları ile karşılaştırılmıştır. İlk anda alınan kan gazında bakılan baz defisit ve laktat değerleri ile yüksek riskli hasta grubunu ve düşük riskli hasta grubunu ve hastane içi mortalite olasılıklarını tahmin etmedeki başarısını ölçerek düşük riskli hastalara erken endoskopi yapılarak veya endoskopi yapılmadan taburcu etmeyi ve bu sayede hastanede kalış süresini kısaltmayı ve tedavi maliyetini azaltmayı amaçladık.

Çalışmamızda kadın ve erkek oranı ( %33 ve %67) literatür ile benzerlik göstermekteydi.Yapılan çalışmalarda erkek popülasyonda kadınlara göre GİSK ‘ ların daha sık görüldüğü belirtilmiştir.Erkeklerde üst GİS kanamasının fazla olması hem komorbid hastalık sıklığının fazlalığı hem de özellikle premenopozal dönemdeki kadınlarda gastrik mukoza bütünlüğünün daha iyi olması ile ilişkili olabilir.(21-23)AmishShah, ve arkadaşlarının 1644 katılımcıyla yaptığı çalışmada erkek ve kadın oranı (%53 ve %47) benzerdi.(38) I-ChuanChen ve arkadaşlarının yaptığı varis dışı üst GİS kanamalı 354 hastadan olan çalışmada da erkek kadın oranı benzerdi (%66.9 ve %33.1)(39)Dr.İbrahim Can AYIK ve arkadaşlarının yaptığı 78 vakalık

çalışmada erkek oranı % 65.4 kadın oranı % 34.6 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.(25)

I-ChuanChen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ortalaması 61.6 (+-16.2) olarak bulunmuştur. AmishShah, ve arkadaşlarının 1644 katılımcıyla yaptığı çalışmada 56.8 bulunmuştur. Dr.İbrahim Can AYIK ve arkadaşlarının yaptığı 78 vakalık çalışmada yaş ortalaması  $67,6 \pm 17,75$  bulunmuştur. Bizim yaptığımız çalışmada yaş ortalaması yaş ortalamaları  $66,16 \pm 15,97$  ortanca değeri 67,50 minimum yaş 18 maksimum yaş 91 olarak bulunmuş olup literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda ilk başvuru şikayetleri arasında %63 oranında melena en sık şikayet olarak bulunmuştur.%30 oranında hematemez 2. Sıradayken %24 oranında hematokezya 3. Sırada sıklıkta karşılaşılan başvuru şikayeti olarak bulunmuştur.(%1) oranında hastalarda başvuru anında GİSK ait şikayet rastlanmazken, %81 hastada tek, %18 hastada 2 şikayet birden kaydedilmiştir.Bu veriler literatür ile uyumludur.Chandra ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %70.2 melena, %12.3 senkop nedenli başvuru mevcuttu (9,40). Shennak'ın çalışmasında ise başlangıç semptomu olarak sadece melena %32, sadece hematemez %21 ve hematemez ile melena beraber %47 oranında saptanmıştır.(34,41)DR.ahmet Kayalı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %78 oranında melena en sık şikayet olarak bulunmuştur.(24)

ÜGİK'larda mortalite ve morbiditeyi etkileyen en önemli faktörlerden biride ek hastalık varlığıdır. Mortalite ve morbidite, %20'lik hasta popülasyonunda ortaya çıkmaktadır.(12) Çalışmamıza katılan hastaların ek hastalıklarını KAH,HT,DM,GİS Hastalıkları(divertiküloz,peptikülser,geçirilmiş GİSK öyküsü gibi), siroz ve diğer



hastalıklar ve ek hastalık olmaması şeklinde grupladık.Hastaların 13'ünde (%13) herhangi bir ek hastalık bulunmazken 87'sinde (%87) en az bir ek hastalık saptanmıştır. En sık eşlik eden hastalık başvuruların 55'inde (%55) görülen koroner arter hastalıkları olurken bunu katılımcıların 48'inde (%48) saptanan hipertansiyon, 26 katılımcıda (%26) izlenen GİS hastalıkları(peptik ülser, geçirilmiş GİSK, divertikülit, oprasyon öyküsü vb.) takip etmektedir. 22 hastada (%22) DiabetesMellitus, 21 hastada (%21) Kalp yetmezliği, 7 hastada (%7) siroz saptanırken 53 hastada (%53) bunların dışında bir hastalık kaydedilmiştir. Ek hastalık saptanan hastaların 25'i (%25) bir ek hastalık bulundururken, 27 hastada (%27) 2 farklı, 6 hastada (%6) 3 farklı, 22 hastada (%22) 4 farklı, 4 hastada (%4) 5 farklı, 3 hastada (%3) ise 6 farklı ek hastalığa sahiptir. Literatürde %58.7 ve %68 oranında ek hastalık varlığı saptanmıştır.(43) Laursen ve arkadaşlarının 2012' de 500'den fazla hasta ile yaptığı çok merkezli çalışmada %30 oranında KAH ,%16 oranın DM ve %10 oranında siroz mortaliteye etkin en sık hastalıklar olarak bulunmuştur.(42)Nguyen ve arkadaşlarının 2010' da yaptığı bir çalışmada en sık mortaliteye etkisi olan komorbit hastalıklar olarak %30.9 Kalp Yetmezliği, %22.7 KAH, %30.5 DM, %67.3 HT bulunmuştur.(9) DR.Ahmet Kayalı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %37.5 HT, %25 KAH ve % 21.8 DM olarak bulunmuştur.(24)Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu bulunmuştur.

Standart olarak ÜGİK ile başvuran hastaların tedavisinde intravenöz sıvılar, kan ve kan ürünleri ile resüste etmek gerekmektedir. Üst gastrointestinal kanamalı hastaların çoğunda, hastanın “hemodinamik olarak stabil” olduğu düşünülürse, standart tedavi üst endoskopi yapmaktır. Tipik olarak kullanılan stabilstabilite parametreleri, kan basıncı, kalp atış hızı ve bilinç düzeyidir. Ancak, hematokrit ve

hemoglobin seviyesinin kendisinin sıklıkla klinik stabilitenin kritik bir unsuru olduğu görülmüştür. Düşük düzeydeki hemoglobin ve hematokrit seviyeleri endoskopik işlemleri geciktirmekte ve mortaliteye olumsuz etkisi olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda başvuru anında alınan hemoglobin ve hematokrit değerleri;  $8,64 \pm 3,02$  g/l ve  $\% 26,80 \pm 8,83$  olarak hesaplanmıştır. Baldereas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hematokrit düzeyleri  $\%28.8$  olarak bulunmuştur. Recio-Ramírez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada başvuru hemoglobin düzeyi ortalama 7.8 g/L; Laine ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise Hemoglobin düzeyi 9.5g/l ve hematokrit düzeyi  $\%26.7$  bulunmuştur. Chaikitamnuaychok ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemoglobin düzeyi 8 g/l olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki veriler literatür ile uyumlu gözükmeyle beraber örneklem büyüklüğü ile ilgili sonuçlarda farklılıklar bulunmuştur.(43-46)

Yapılan çeşitli çalışmalar ile GİSK'ların mortalite ve morbiditesini önceden belirlemek için çeşitli risk skorlamalar bulunmuştur. Klinik ve hem klinik hem de endoskopik veriler kullanılmıştır. Bu sebeple Blatchford ve arkadaşları 2000'li yıllarda yayınladıkları risk skorlama sisteminde; üst gastrointestinal sistem kanamasını kontrol etmek için endoskopik müdahale gerektiren ve gerektirmeyen hastaları tanımlamayı amaçlamışlardır. Tedavinin amacının mortaliteyi azaltmak olduğunu ve önceden mortalite belirleyerek tedavi başarısızlığını azaltmayı amaçlamışlardır. Blatchford ve arkadaşlarının hazırladığı bu risk skorlama sisteminde endoskopik verilere ihtiyaç duymadan klinik ve laboatuvar bulgularıyla hesaplanıp akut hadiselerde kullanmayı ön görmüşlerdir(47). Rockall skorlaması sisteminde ise hastaların klinik ve laboratuvar verilerine ek olarak endoskopi sonuçları eklenmiş olup ölüm ve tekrar kanama riskini belirlenmesi amaçlanmıştır.

BUN yüksekliğinin GiSK bağı kan kaybının önemli bir belirteci olduğu kanıtlanmıştır. BUN/Kreatin oranınınsa bir çok çalışmada alt ve üst GiSK ayırımında önemli rol oynadığı gösterilmiş olsada Blatchford'un yaptığı çalışmada BUN değerinin risk belirlenmesinde daha iyi bir belirteç olduğunu gösterilmiştir. Blatchford bu çalışmayı yaparken iki aşama geliştirmiş olup kendi risk skoru ile postendoskopik sonuçlar ve Rockall skoru ile karşılaştırmıştır. Blatchford'un risk skorlama sistemi diğer sistemlere göre daha güvenilir bulunmuştur. Yüksek risk belirleme de %99 sensitif ve %32 spesifik olarak bulunmuştur.(12,39,41,47)

Rockall ise İngiltere'de 74 farklı hastaneye GiSK şikayetleri ile başvuran 16 yaş üstü 4185 hastayı ilk periyod 1625 hastayı ikinci periyod şeklinde çalışmaya dahil etmiştir. Bu sayede skorlama sisteminin hem uygulanabilirliğini hem de güvenilirliğini test etmiş bulunmaktadır. Uluslararası tek güvenilirlik testi yapılmış skorlama sistemidir. Rockall skorlama sistemi ile hangi hastaların yüksek risk grubunda olduğu ve yakın takip gerektirdiği ve hangi hastaların erken taburcu edilmek için uygun olduğu tanımlanmıştır. Tekrar kanama ve mortalite için düşük riskli hastaların başvuru anında %15'ini ve endoskopi sonrasında %26'sını tanımlayabilmektedir. Rockall risk skorundan <2 puan alan hastaların tekrar kanama riski %4, mortalite oranı ise %0,1 bulunmuştur.(39) Çalışmamızda hastalar Rockall sınıflaması durumuna göre değerlendirildiğinde 27 (%27) kişi düşük 39 (%39) kişi orta 34 (%34) kişi yüksek risk grubunda olarak tespit edilmiştir. Blatchford skoruna göre ise 4 (%4) kişi düşük 10 (%10) kişi orta 86 (%86) kişi yüksek risk grubunda tespit edilmiştir. Hastaların Rockall skorları ortalamaları  $3,90 \pm 3,63$  Blatchford skorları ortalama  $9,70 \pm 3,63$  olarak hesaplanmıştır. Hastaların 25'i (%25) servis yatışı yapılırken 75'i (%75) yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır. 5 hasta (%5) exitus

olurken , 95 hasta (%95) taburcu edilmiştir. Exitus olan tüm hastalar yoğun bakım ünitesine yatışı yapılanlar arasındadır. Bu veriler mortalite belirleme skorları olan Glasgow Blatchford ve Rockall skorlamalarının düşük ve yüksek risk oranları ile uyumludur.Çalışmamız literatür bilgileri ile uyumludur.

Forrest ve arkadaşlarının 1974'te yaptığı 111 hastanın endoskopi sonuçlarını değerlendirerek yaptığı çalışma ile endoskopik bulgulara dayanarak yeni kanama işaretlerini tanımlamışlardır. Bu işaretler ülser kanamalı hastalarda yeniden kanama ve mortalite riskini tahmin etmede faydalıdır. Üst GİS endoskopisi sırasında, kanama lezyonları ve ülserler Forrest sınıflandırmasına göre derecelendirilir. Aktif kanama, kanaması olmayan görünür damarları olan veya yapışık pıhtısı olan lezyonlarda endoskopik tedavi uygulanması önerilmektedir. Bu lezyonlar forrest II b ve üzeri sınıflamaya denk düşen lezyonlardır ve hematin lekeli bir ülser ile karşılaştırıldığında, tekrar kanama açısından daha yüksek risk taşırlar. Forrest sınıflaması Tablo 7' ayrıntılı olarak gösterilmiştir.(48)Literatürde bir çalışmada Forrest gruplarına göre ülserlerin prevalansı Forrest 1a için % 18, Forrest 2a için % 17, Forrest 2b için % 17, Forrest 2c için % 20 ve Forrest 3 için % 42 olarak bildirilmektedir.(49) Özen ve arkadaşlarının çalışmasında ülser kanamalı vakaların %3.7'sini Forrest 1a, %8.9'unu Forrest 1b, %10.2'sini Forrest 2a, %10'unu Forrest 2b, %2.3'ünü Forrest 2c ve %64.9'unu Forrest 3 oluşturduğu saptanmıştır.(50)Bizim çalışmamızda hastaların yaş grupları kategorik olarak değerlendirildiğinde 10 (%10) hastanın 18 - 40 yaş grubunda 20 (%20) hastanın 41 - 60 yaş grubunda 53 (%53) hastanın 61 - 80 yaş grubunda ve 17 (%17) hastanın 80 yaş üzeri grubunda olduğu tespit edilmiştir. Hastaların Forrest sınıflamasına göre dağılımlarında 11 (%11) kişi 1A grubunda 5 (%5) kişi 1B grubunda 7 (%7) kişi 2A grubunda 9 (%9) kişi 2B

grubunda 17 (%17) kişi 2C grubunda 5 (%5) kişi 3 grubunda tespit edilmiştir. Forrest skorlamasına göre exitus durumları değerlendirildiğinde 1A grubunda hastaların 11'i (%100,0), 1B grubunda 5'i (%100,0), 2A grubunda 7'si (%100,0), 2B grubunda 7'si (%77,8), 2C grubunda 17'si (%100,0), 3 grubunda ise 48'i (%94,1) taburcu olurken ; 2B grubunda 2 (%22,2) hasta , 3 grubunda 3 (%5,9) hasta exitus olmuştur. Literatür incelendiğinde Forrest 2B ve üzerindeki lezyonların tekrar kanama ve mortalite açısından yüksek riskli olduğu belirtilmiş olup çalışmamızla uyumludur.

Kan bazdefisiti (BD), 1950'de Ole Siggaard-Andersen tarafından asit-baz dengesizliğinde solunum dışı bileşeni ölçmek fikriyle ortaya çıkmıştır. Laktat, özellikle travma ve sepsiste kullanılan bir biyobelirteçtir. Hipoksik dokuda biriken laktat prekürsörü olan pirüvattan üretilir. Doku hipoksisine sebep olan her olay laktat ve baz açığı hassasiyetini etkiler. Hemorajiye sekonder hipoksemi durumunda, arteriyel veya venöz laktatın orijini açısından bir fark yoktur ve hasta kabul edildikten sonraki ilk iki saat içinde, klirensi belirlemek için seri ölçümlerin devam etmesiyle temel bir analiz yapılması gerekir. Bazal değer ve erken klirens erken mortalite için bağımsız faktörlerdir (48 saatten az). Ek olarak, laktat klirensi, resüsitasyon işleminin değerlendirilmesini ve primer lezyonun kapsamının nicelendirilmesini sağlar. Zayıf erken klirensi olan son derece yüksek başlangıç değerleri, hipoksik doku hasarının ve olumsuz sonuçların bir yansımasıdır. Travma hastalarıyla yapılan bir çalışmada laktat ve baz defisiti çok erken bir aşamada ve seri olarak ölçülmesi gereken biyobelirteçler olarak bulunmuştur ve ilk 48 saatte travma hastalarının mortalitesi için bağımsız bir öngörücü faktördür.(51)

Bizim yaptığımız çalışmada da erken evrede gastrointestinal kanamalarda, baz defisit ve laktat değerlerinin hastaların prognozunu anlamadaki prediktif değerini

araştırdık ve çıkan sonuçları literatürdeki çalışmalarla karşılaştırdık. Çalışmamızdaki sürekli değişkenler olan baz defisiti, laktat seviyesi, hemoglobin, Rockall skoru, Blatchford skorunun yapılan analizlerde normal dağılım göstermediği (KolmogorovSmirnov  $p<0,05$ ) hesaplanırken hematokrit değerinin ise normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır (KolmogorovSmirnov  $p>0,05$ ).

Çalışmamızda hastaların baz defisit değerleri  $-2,11 \pm 4,92$  laktat değerleri  $2,20 \pm 1,92$  mmol/l bulunmuştur. Laktat düzeyinin ortanca değeri 1,70mm/l minimum değeri 0,20 ve maksimum değeri 12,50mmol/l bulunmuştur. El-Kersh ve arkadaşlarının 2015' te yaptığı çalışmada ÜGİK' lı yoğun bakım yatışı bulunan ve exitus olan hastalarda laktat seviyesi 2.1 mmol/l bulunmuş olup sensitivitesi yüksek spesifitesi düşük olarak bulunmuştur.(52) Shah ve ark.'nın üst GİS kanamalı hastalarla ilgili yaptığı bir çalışmada hastaların ortalama laktat değeri 1,95 mmol/L, yaşayanların 1,9 mmol/L, mortalite ile sonuçlananların 4,6 mmol/L olarak bulunmuş ve laktat seviyesi 4 mmol/L üzeri olan hastaların mortalite risklerinin 6,4 (odds ratio) kat arttığını saptanmıştır. (1) Bizim çalışmamıza aldığımız hastaların %75 'inin yoğun bakım ünitesine yatışı bulunmakta olup takiplerde %5 mortalite oranı mevcuttur. Literatür ile kıyasladığımızda laktat düzeyleri anlamlı bulunmuştur.Ancak mortalite açısından laktat seviyesi ile Rockall skoru ya da Blatchford skoru arasında yapılan çalışmada ise iki değişken ile de istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.

Baz açığı ve laktat hemorajik şokla koreledir, ancak ilki gerçek etkili dolaşım hacminin sağlam bir göstergesidir. Aynı şekilde, bu biyobelirteçler oksijen açığı göstergeleridir. Sagobal ve arkadaşlarının travma hastaları üzerinde yaptığı bir çalışmada künt abdominal travmalı normotansif hastalar arasında, baz eksikliğinde

azalma vakaların yaklaşık% 65'inde kanama ile ilişkilidir ve laparotomi ihtiyacının en önemli belirleyicisi olarak bulunmuştur. (53) Mutschler ve arkadaşlarının travmalı hastalar üzerine yaptığı 1635 kişilik çalışmada baz defisitinin hemorajik şok üzerine etkisi araştırılmış olup; ATLS'deki klinik korelasyondaki eksiklikleri gösteren önerileri yeniden değerlendirerek yeni bir hipovolemik şok sınıflandırması geliştirmek için kullanmıştır. Bu çalışma sonucunda AS ' e kabul edildiğinde hipovolemik şokun derecesini sınıflandırmak için iki yaklaşım karşılaştırıldığında (ATLS ve BD temelli sınıflama), yeni BD temelli sınıflandırma, erken kan ürünlerine olan ihtiyacı ayırt etmek için mevcut ATLS hipovolemik şok sınıflamasına göre daha yüksek bir doğruluk sergilemiştir. Hastanın BD <2 mmol/l ise sınıf 1 hemorajik şok >10mmol/l ise sınıf 4 hemorajik şok ile uyumlu olduğu gösterilmiştir. (54) Baz defisitinin hemorajik şoklarda önemli bir belirteç olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olup GİSK'da hemorajik şoka neden olabilecek önemli bir sebeptir. Bizim çalışmamızda ise baz defisiti değerleri  $-2,11 \pm 4,92$  aralığında bulunmuştur.

Çalışmamızın sonuçları BD 'nin hamorajik kayıpla ilişkili olduğunu göstermiştir. Hastaların baz defisit değerleri Rockall skoru ile istatistiksel düzeyde anlamlı ilişkili bulunmamışken (spearman korelasyon  $p>0,05$ ) Baltchford skoru ile istatistiksel düzeyde anlamlı ilişkili bulunmuştur (spearman korelasyon  $p<0,05$ ) Bulunan istatistiksel ilişki düşük düzeyde korelasyon göstermektedir ( $r:-205$ ).Daha önce Dr.İbrahim Can Ayık 'ın 2017 ' de yaptığı tez çalışmasında sonuçlar benzer şekillerde bulunmuş olup çalışmamızla uyumludur.(25)

## **6.SONUÇ**

Çalışmamızdaki sürekli değişkenler olan baz defisiti, laktat seviyesi, hemoglobin, Rockall skoru, Baltchford skorunun yapılan analizlerde normal dağılım göstermediği

(KolmogorovSmirnov  $p<0,05$ ) hesaplanırken hematokrit değerinin ise normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır (KolmogorovSmirnov  $p>0,05$ ).Çalışmamızda BD değerleri GBS ve Rockall Skoru ile karşılaştırıldığında laktat değerlerine göre anlamlı bulunmuş olup mortalite erken belirteci olarak kullanılabilmesi amaçlanmıştır. Hemogloblin düzey düşüklüğü ise yine unstabilite kriteri olarak önümüze çıkmaktadır. Çalışmamızda da ortalama hemogloblin düzeyi düşük bulunmuş olup hastaların %75 ‘i yoğun bakım ünitesinde takip olmuştur.

Ancak çalışmamızda kısıtlılıklar mevcuttur.Çalışmamızın 3 ay gibi kısa bir süre içerisinde yapılması ve prospektif yapılan bu çalışmamızda gelen hastaların bir kısmının dışlama kriteri ile çalışmadan çıkarılması sonucu hasta sayısında azlığa neden olmuştur.Acil servis koşullarında skorlama sistemlerinin ilk aşamada fazlaca kullanılmaması ve veri eksiklikleri diğer bir kısıtlılık nedeni olmuştur.



## KAYNAKLAR/ REFERANSLAR

1. Shah A, Chisolm-Straker M, Alexander A, Ratu M, Dikdan S, Manini AFD. Prognostic use of lactate to predict inpatient mortality in acute gastrointestinal hemorrhage, *Am J Emerg Med* 2014;32:752–755.
2. Ali H, Lang E, Barkan A. Emergency department risk stratification in upper gastrointestinal bleeding. *CJEM* 2012;14(1):45–49.
3. Chen C, Hung M, Chiu T, Chen J, Hsiao C. Risk scoring systems to predict need for clinical intervention for patients with nonvariceal upper gastrointestinal tract bleeding. *American Journal of Emergency Medicine* 2007;25:774–779.
4. Srirajaskanthan R, Conn R, Bulwer C, et al. The Glasgow Blatchford scoring system enables accurate risk stratification of patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Int J Clin Pract* 2010;64:868–874.
5. Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR, et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal hemorrhage: multicentre validation of prospective evaluation. *Lancet* 2009;373:42–7
6. Neville AL, Nemtsev D, Manasrah R, Bricker SD, Putnam BA. Mortality risk stratification in elderly trauma patients based on initial arterial lactate and base deficit levels. *Am Surg* 2011;77:1337–41.
7. Bakker J, Gris P, Coffernils M, Kahn RJ, Vincent JL. Serial blood lactate levels can predict the development of multiple organ failure following septic shock. *Am J Surg* 1996;171(2):221–6.
8. Shapiro NI, Howell MD, Talmor D, Nathanson LA, Lisbon A, Wolfe RE, et al. Serum lactate as a predictor of mortality in emergency department patients with infection. *Ann Emerg Med* 2005;45(5):524–8.
9. Nguyen HB, Loomba M, Yang JJ, Jacobsen G, Shah K, Otero RM, et al. Early lactate clearance is associated with biomarkers of inflammation, coagulation, apoptosis, organ dysfunction and mortality in severe sepsis and septic shock. *J Inflamm (Lond)*2010;7–6.

10. Bakker J, Jansen TC. Don't take vitals, take a lactate. *Intensive Care Med* 2007;33(11):1863–5.
11. El-Kersh K, Chaddha U, Sinha RS, Saad M, Guardiola J, Cavallazzi R. Predictive role of admission lactate level in critically ill patients with acute upper gastrointestinal bleeding. *J Emerg Med* 2015;49(3):318–325.
12. Köksal O, Ozeren G, Ozdemir F, Armağan E, Aydın S, Ayyıldız T. Prospective validation of the Glasgow Blatchford scoring system in patients with upper gastrointestinal bleeding in the emergency department *Turk J Gastroenterol* 2012;23(5):448–455.
13. Kim, J. Management and Prevention of Upper GI Bleeding. *Gastroenterology and Nutrition Series PSAP-VII*, 2012:7–26.
14. Ahmet Baydın, Türker Yardan, Hakan Güven, Adem Dervişoğlu, Yavuz Otal, Arif Onur Eden, Aydın Deniz Karataş. The relation of the lactate, base excess and Injury Severity Scores (ISS) with mortality in trauma, *Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med* 2007;7(3):97-101
15. Bahar Işık, Fatih Büyükcam, Fuat Ekiz, Dilek Atik, Muhammed Evvah Karakılıç. Acil servise üst gastrointestinal kanama ile başvuran hastalarda bazı skorlama sistemleri ve ortalama platelet hacminin mortalite öngörüsünde değeri, *Abant Medical Journal* 2014;3(3):242-247
16. Laktat seviyesinin üst gastrointestinal kanamalı hastalarda prognostik amaçlı kullanımı. Uzmanlık tezi, Dr. İbrahim Can Yanık, İzmir 2016, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği
17. Hreinsson JP, Kalaitzakis E, Gudmundsson S, et al. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population-based setting *Scand J Gastroenterol* 2013;48:439–47.
18. Upper gastrointestinal bleeding: incidence, etiology and outcomes in a population based setting JóhannP.Hreinsson, Evangelos Kalaitzakis, SveinnGudmundsson, and Einar S. Björnsson *Scand J Gastroenterol*. 2013 Apr; 48(4): 439–447.

19. Acute upper gastrointestinal bleeding Matthew Kurien, and Alan J Lobo, Clin Med (Lond). 2015 Oct 5; 15(5): 481–485.
20. Upper Gastrointestinal bleeding Maurice A Cerulli,BS Anand ,Medscape Mar 21,2016.
21. Etiology of lower gastrointestinal bleeding in adults Lisa Strate, MD, MPH Sep 05, 2017.
22. Acute Lower Gastrointestinal Bleeding: Characteristics and Clinical Outcome of Patients Treated With an Intensive Protocol ; Georgia Diamantopoulou, ChristosKonstantakis,AnastasiaKottorou,GeorgiosSkroubis,GeorgiosTheocharis,VasileiosTheopistos,ChristosTriantos,VasilikiNikolopoulou,Konstantinos Thomopoulos Gastroenterol Res. 2017;10(6):352-358
23. Acute lower intestinal bleeding Gary R. Zuckerman, DO,ChandraPrakash, MD, MRCP Gastrointestinal Endoscopy Volume 48, NO. 6, 1998
24. Acil Servise Başvuran Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı Hastalarda Klinik Sınıflandırmaların Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Dr.Ahmet Kayalı , Acil Tıp Uzmanlık Tezi,2014
25. Laktat Seviyesinin Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı Hastalarda Prognostik Amaçlı Kullanımı ,Dr. İbrahim Can Ayık, Acil Tıp Uzmanlık Tezi,2017
26. Reilly HF 3rd,al-Kawas FH. Dieulafoy's Lesion Diagnosis and Management. Dig Dis Sci.1991 Dec.36(12):1702-7.(Medline)
27. Approach To Acute Lower Gastrointestinal Bleeding İn Adults Lisa Strate, MD, MPH May 17, 2016.
28. Laine L, Shah A. Randomized Trial Of Urgent Vs. Elective Colonoscopy İn Patients Hospitalized With Lower GI Bleeding. Am J Gastroenterol. 2010 Dec. 105(12):2636-41; Quiz 2642.
29. Chandran S, Testro A, Urquhart P, La Nauze R, Ong S, Shelton E, et al. Risk Stratification Of Upper GI Bleeding With An Esophageal Capsule. Gastrointest Endosc. 2013 Feb 26.

30. Huma Ali, MD; EddyLang, MD; Alan Barkan, MD , Emergency Department Risk Stratification İn Upper Gastrointestinal Bleeding ; CJEM 2012;14(1):45-49
31. The Predictive Capacity Of The Glasgow-Blatchford Score For The Risk Stratification Of Upper Gastrointestinal Bleeding İn An Emergency Department, José Manuel Recio-Ramírez, María del Pilar Sánchez-Sánchez, José Antonio Peña-Ojeda, Enrique Fernández-Romero, Manuel Aguilera-Peña, Emilio del-Campo-Molinand José Luis Zambrana-García ; Rev Esp Enferm Dig 2015; 107 (5): 262-267
32. Risk Assessment After Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage; T A Rockall, RFA Logan, HB Devlin, TC Northfield, And The Steering Committee And Members Of The National Audit Of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage; Gut 1996; 38: 316-321
33. Branicki FJ, Coleman SY, Fok PJ, et al. Bleeding Peptic Ulcer: A Prospective Evaluation Of Risk Factors For Rebleeding And Mortality. World J Surg 1990; 14: 262.
34. Frattaroli FM, Casciani E, Spoletini D, Poletini E, Nunziale A, Bertini L, et al. Prospective Study Comparing Multi-Detector Row CT And Endoscopy İn Acute Gastrointestinal Bleeding. World J Surg. 2009 Oct. 33(10):2209-17.
35. Adler DG, Leighton JA, Davila RE, Hirota WK, Jacobson BC, Qureshi WA, et al. ASGE Guideline: The Role Of Endoscopy İn Acute Non-Variceal Upper-GI Hemorrhage. Gastrointest Endosc. 2004 Oct. 60(4):497-504.
36. Sarin N, Monga N, Adams PC. Time To Endoscopy And Outcomes İn Upper Gastrointestinal Bleeding. Can J Gastroenterol. 2009 Jul. 23(7):489-93.
37. Acil Tıp Temel Başvuru Kitabı Prof.Dr.Başar Cander Cilt 1,Bölüm 4 Gastrointestinal Sistem Kanamaları sayfa 702-703.
38. Prognostic Use Of Lactate To Predict İn Patient Mortality İn Acute Gastrointestinal Hemorrhage Amish Shah, MD, MPH , Makini Chisolm-Straker, MD, Aeri Alexander, Mohammad Rattu, Sean Dikdan, Alex F. Manini, MD, MS 2014 Elsevier Inc.

39. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Selection Of Patients For Early Discharge Or Outpatient Care After Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. National Audit Of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *Lancet* 1996; 347(9009):1138-1140.
  
40. Stanley AJ, Ashley D, Dalton HR, et al., Multicentre Comparison Of The Glasgow Blatchford And Rockall Scores In The Prediction Of Clinical End-Points After Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 34: 470–475
  
41. I-ChuanChen et al., Risk Scoring Systems To Predict Need For Clinical Intervention For Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Tract Bleeding. *American Journal of Emergency Medicine* (2007) 25, 774–779
  
42. Stig Borbjerg Laursen, Jane Møller Hansen, And Ove B. Schaffalitzky De Muckadell The Glasgow Blatchford Score Is The Most Accurate Assessment Of Patients With Upper Gastrointestinal Hemorrhage, *Clinical Gastroenterology And Hepatology* 2012;10:1130–1135
  
43. José Manuel Recio-Ramírez, María del Pilar Sánchez-Sánchez, José Antonio Peña-Ojeda, Enrique Fernández-Romero, Manuel Aguilera-Peña, Emilio del-Campo-Molina and José Luis Zambrana-García; The Predictive Capacity Of The Glasgow-Blatchford Score For The Risk Stratification Of Upper Gastrointestinal Bleeding In An Emergency Department; *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)* Vol. 107, N.º 5, pp. 262-267, 2015
  
44. Valeska Balderas, Rafia Bhore, Luis F. Lara, Julia Spesivtseva, Don C. Rockey, The Hematocrit Level in Upper Gastrointestinal Hemorrhage: Safety of Endoscopy and Outcomes; *The American Journal of Medicine*, Vol 124, No 10, October 2011
  
45. Loren Laine , Stig B. Laursen , Liam Zakko , Harry R. Dalton , DPhil, Dip, Jing H. Ngu, Michael Schultz, Dr Habil (Germany) and Adrian J. Stanley ,Severity and Outcomes of Upper Gastrointestinal Bleeding With Bloody Vs. Coffee-Grounds Hematemesis; *Am J Gastroenterol* 2018; 113:358–366; doi: 10.1038/ajg.2018.5; published online 30 January 2018
  
46. Rangson Chaikitamnuaychok, Jayanton Patumanond, Upper Gastrointestinal Hemorrhage: Validation of the Severity Score; *Gastroenterology Research* 2013;6(2):56-62

47. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A Risk Score To Predict Need For Treatment For Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *Lancet* 2000; 356: 1318.
48. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy In Gastrointestinal Bleeding. *Lancet* 1974; 2:394-7.
49. Gross M, Schiemann U, Mühlhöfer A, Zoller WG. Meta-Analysis Of Endoscopic And Medical Treatment Regimens In Active Variceal Bleeding. *Endoscopy*. 2001; 33(9): 737-46
50. Özen E, Tekin F, Oruç N, ve ark. Varis Dışı Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı 412 Olgunun İrdelenmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2007; 6(2):62-67
51. Carlos Eduardo Laverde Sabogal, Andrés Felipe Correa Rivera, Angélica Yasmin Joya Higuera, . Lactate And Base Deficit In Trauma: Prognostic Value ;2013 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación
52. Karim El-Kersh, Udit Chaddha, Rahul Siddhartha Sinha, Mohamed Saad, Md,Juan Guardiola, And Rodrigo Cavallazzi; Predictive Role Of Admission Lactate Level In Critically Ill Patients With Acute Upper Gastrointestinal Bleeding ; *The Journal Of Emergency Medicine*, Vol. 49, No. 3, Pp. 318–325, 2015
53. Carlos Eduardo Laverde Sabogal, Andrés Felipe Correa Rivera, Angélica Yasmin Joya Higuera, . Lactate And Base Deficit In Trauma: Prognostic Value 2013 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación
54. Manuel Mutschler, Ulrike Nienaber, Thomas Brockamp, Arasch Wafaisade, Tobias Fabian, Thomas Paffrath, Bertil Bouillon, Marc Maegele, and the Trauma Register DGU ; Renaissance Of Base Deficit For The Initial Assessment Of Trauma Patients: A Base Deficit-Based Classification For Hypovolemic Shock Developed On Data From 16,305 Patients Derived From The Trauma Register DGU ; Published online 2013 Mar 6. doi: 10.1186/cc12555

**GİS KANAMA ŞÜPHELİ HASTALARDA BAZ DEFİSİT VE LAKTAT DÜZEYİNİN  
ROCKALL VE GLASGOW BLATCHFORD SKORLAMALRIYLA KARŞILAŞTIRILARAK MORTALİTE  
ÜZERİNE ETKİSİ**

HASTANIN PROTOKOL NO:

AKTİF ŞİKAYETİ: MELENA                      HEMATEMEZ                      HEMATOKEYZA

YAŞ:

CİNSİYET:

EK HASTALIKLAR:

GELİŞ ANINDAKİ KAN GAZI:

PH:                      PACO2:                      PAO2:                      HCO3:                      BASE EXCES:                      LAKTAT:

GELİŞ ANINDAKİ HB-HTC DEĞERİ:

**ROCKALL RİSK SKORU**

<b>YAŞ</b>	
<60	0
60-79	1
>80	2
<b>ŞOK BULGULARI</b>	
SKB >100MMHG, NB <100/DK	0
SKB > 100MMHG, NB <100/DK	1
SKB >100MMHG	2
<b>KOMORBİTE</b>	
YOK	0
KAH/KY	1
KBY/KC YETMEZLİĞİ	2
METASTATİK MALİGNENSİ	3
<b>ENDOSKOPİK TANI ***</b>	
MALLORY WEİS YIRTIĞI VEYA LEZYON	0

TÜM DİĞER TANILAR	1
ÜST GİS MALİGNENSİ	2
<b>YAKIN ZAMANDA KANAMA BULGULARI****</b>	
YOK VEYA KOYU KIRMIZI NOKTA	0
ÜST GİS KANALDA KAN,YAPIŞIK PIHTI,GÖZLENEBİLİR DAMAR	2

\*\*\* VE \*\*\*\* OLAN ALANLAR DOLDURULMAYACAK

#### BLATCHFORD RİSK SKORU

<b>BUN (MG/DL)</b>	
>70	6
28-70	4
23-27	3
18-22	2
<18	0
<b>HB(GR/DL)</b>	
<10	6
10-11.9	3
12-12.9	1
>13	0
<b>SİSTOLİK KAN BASINCI</b>	
<90	3
90-99	2
100-109	1
>110	0
<b>DİĞER MARKERLAR</b>	
KARDİYAK YETERSİZLİK	2



KARACİĞER HASTALIĞI	2
SENKOP İLE PREZENTASYON	2
MELENA İLE PREZENTASYON	1
NABİZ >100/DK	1

ENDOSKOPİ SONUCU:

**FORREST SINIFLAMASI**

1A	FIŞKIRIR TARZDA AKTİF KANAMA
1B	SIZINTI TARZI AKTİF KANAMA
2A	KANAMAYAN GÖRÜNÜR DAMAR
2B	YAPIŞIK PIHTI
2C	KİRLİ ZEMİN
3	TEMİZ TABANLI

HASTANEYE YATIŞ ŞEKLİ: YBÜ

SERVİS

HASTANEDEN ÇIKIŞ ŞEKLİ: TABURCULUK

VEFAT

Ek 2.Yerel Etik Kurul Onamı

T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

Sayın Doç. Dr. Firdevs TOPAL

Karar No: 49  
Tarih : 06.02.2019

**KARAR**

Gastrointestinal hemorajilerde mortalitenin belirlenmesinde laktat ve base excess değerlerinin Rockall ve Blatchford Risk Skorumaları ile karşılaştırılması adlı araştırma başvuru dosyanız kurumumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Orhan ÖZKALP  
Başkan

Doç. Dr. Serdar BAYATA  
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Yasemin TOKEM  
Üye

Prof. Dr. Belde Kasap DEMİR  
Üye

T. KATILMADI  
Doç. Dr. Özgür TOSUN  
Üye

T. KATILMADI  
Doç. Dr. Ashi BAYSAL  
Üye

Uzm. Dr. Ayşenur ATAY  
Üye

Dr. Mehmet ERTAN  
Üye

T. KATILMADI  
Uzm. Dr. D. Barış KILIÇÇIOĞLU  
Raportör Üye

Dr. Öğr. Üyesi Gülşay OYUR ÇELİK  
Üye

KARSI OY \_\_\_\_\_ :

## ÖZ GEÇMİŞ

05.05.1988 İzmir doğumlu ailenin tek çocuğuyum evli ve bir erkek çocuk annesiyim.

İlköğretim ve liseyi İzmir’ de ; sırasıyla Metin Aşık İlköğretim Okulu , Mavişehir İlköğretim Okulu ve Şemikler Lisesinde okudum.

2006 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesini kazandım , 2012 yılında ise mezun oldum.

2012 yılında Kütahya Dumlupınar Üni. Evliya Çelebi eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi ‘nde pratisyen hekim olarak göreve başladım.

2014 yılında TUS başarısı ile İzmir Katip Çelebi Üni. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp A.B.D asistan olarak başladım.Asistanlık sürecinde çeşitli kongre ve kurslara katılımcı ve bildiri sahibi olarak katıldım.

Dr.Gözde Canan Yavaş