

## Klinik Çalışma

# VARİS DIŞI AKUT ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARINDA ROCKALL SKORLAMASI VE SKORLAMANIN PROGNOZLA OLAN İLİŞKİSİ

Kadir KAYATAŞ<sup>1</sup>, Emel BERBER<sup>2</sup>, Meral ULUKÖYLÜ<sup>3</sup>, Refik DEMİRTUNÇ<sup>4</sup>

### ÖZET

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Varis dışı akut üst gastrointestinal sistem (GİS) kanaması öntanısıyla yatırılan, Rockall skorlama sistemine göre sınıflanan hastaların prognozlarının bu sınıflama sistemi ile korelasyonunu ve bu sistemin klinik kullanılabilirliğini araştırmayı amaçladık.

**HASTALAR VE YÖNTEM:** Çalışmamıza, hastanemiz iç hastalıkları servisine varis dışı akut üst GİS kanama tanısıyla yatırılan 16 yaş ve üzeri 111 hasta dahil edildi. Hastaların tamamı ayaktan başvuran ve yatarak tedavi edilen hastalardı. Hastaların genel özellikleri, başvuru şikayetleri, fizik muayene bulguları, endoskopi bulguları, eşlik eden hastalıkları, kullandıkları ilaçlar, laboratuvar bulguları ve endoskopik tedavisi kaydedildi. Hastanede yatış süresi, yapılan kan transfüzyonu miktarı, endoskopik ve/veya cerrahi tedavi uygulanan hasta sayıları kaydedildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 111 hastanın %38'i (42) kadın, %62'si (69) erkekti. Yaş ortalamaları kadınlarda 64,21 yıl, erkeklerde 55,42 yıl ve toplam hastada 58,74 yıl idi. Hastalardan 2 tanesi ex oldu. Rockall skoruna göre hastaların ortalama yatış süresi (Rockall 1'de 2,83 gün; 2'de

3,56 gün; 3'de 4,15 gün; 4'de 5,12 gün; 5'de 5,83 gün; 6'da 7 gün; 7'de 11,13 gün), ortalama eritrosit süspansiyonu replasmanı sayısı (Rockall 1'de 2,29 ünite; 2'de 2,20 ünite; 3'de 3,06 ünite; 5'de 3,08 ünite; 6'da 3,67 ünite; 7'de 5,25 ünite; 8'de 6,50 ünite; 11'de 14 ünite), endoskopik müdahale sayısı (Rockall 1'de 1; 2'de 1; 3'de 2; 5'de 3; 7'de 6 müdahale) olup bu parametreler Rockall skoru artışı ile paralel artış göstermiştir.

**SONUÇ:** Rockall skorlama sisteminin varis dışı akut üst gastrointestinal kanama tanısı ile klinikte takip edilen hastaların prognoz ve mortalitelerini belirlemede yararlı, klinik uygulamada kullanılabilir bir sistem olduğunu gördük.

**ANAHTAR KELİMELER:** Üst gastrointestinal sistem kanaması, Rockall skoru, prognoz

### SUMMARY

**ROCHALL SCORING SYSTEM IN ACUTE NONVARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING AND ITS ASSOCIATION WITH PROGNOSIS**

**INTRODUCTION:** In this study we aimed to investigate the correlation in prognosis of patients hospitalized with diagnosis of acute nonvariceal

1- Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Başasistan. Bayar Cad. Gürsoylu Sok. Kuru 1 Apt. No:44/13 Erenköy Kadıköy/İST. (0532) 7166477 [kadirkayatas@yahoo.com](mailto:kadirkayatas@yahoo.com)

2- Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanı.

3- Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İç Hastalıkları Uzmanı.

4- Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Doç. Dr., İdari ve Eğitim Sorumlusu.

upper gastrointestinal bleeding classified according to Rochall Scoring System and its clinical utility.

**METHODS:** 111 Patients who were older than 16 years old and hospitalized in internal medicine clinics for acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding were enrolled to the study. All of the patients admitted to emergency department and hospitalized. Patients' clinical characteristics, admittance complaints, physical examination findings, endoscopic findings, medications, comorbid illnesses, laboratory data and endoscopic treatment methods were recorded. Duration of hospitalization, number of blood transfusions, number of people treated endoscopically and surgically was noted.

**RESULTS:** Number of women was 42(%38) and men was 69 (%62) in total 111 patients. The medium age was 64,21 years in women; 55,42 years in men and was 58,74 years totally. 2 patients died. Duration of hospitalization according to Rochall Scoring System (2,83 days in score 1; 3,65 days in score 2; 4,15 days in score 3; 5,12 days in score 4; 5,83 days in score 5; 7 days in score 6; 11,1 days in score 7), mean number of transfusions (2,29 units for score 1; 2,20 units for score 2; 3,06 units in score 3; 3,08 units in score 5; 3,67 units for score 6; 5,25 units for score 7; 6,50 units for score 8; 14 units for score 11), number of endoscopic treatment procedures (1 in score 1; 1 in score 2; 2 in score 3; 3 in score 5; 6 in score 7) rose as Rochall score increased.

**CONCLUSION:** We concluded that Rochall scoring system is useful in predicting prognosis and mortality of inpatients with acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding and it is feasible in clinical practice .

**KEYWORDS:** Upper gastrointestinal system bleeding, Rochall score, prognosis

## GİRİŞ

Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları; intraluminal gastrointestinal traktusun, üst özofagus ile duodeno-jejunal anastaki Treitz ligamenti proksimaline kadar herhangi bir lokalizasyonundan kaynaklanan kanamalarıdır<sup>1,2</sup>. Tüm gastrointestinal sistem kanamalarında üst gastrointestinal sistem kanamaları yüzde 85'lik bir oranı kap-

samaktadır ve bu kanamaların %70-80'i spontan olarak durmaktadır<sup>3</sup>.

Üst gastrointestinal sistem kanamasının görülme sıklığı; hastaneye başvuran her 100.000 kişide yaklaşık 40-150 kişidir ve hastalığa bağlı mortalite erkeklerde daha yüksek olmak üzere ortalama %6-10 arasındadır<sup>7,8,9</sup>. Eşlik eden durumların olması da mortalite oranlarını arttırmaktadır<sup>10</sup>. Bunlar ileri yaş, böbrek yetmezliği, kalp hastalıkları, maligniteler gibi durumlardır. Mortalite oranları, nedenlere göre değişmekle birlikte varis kanamaları ilk sırayı almaktadır. Aynı zamanda mortalite yaşla yakından ilişkilidir, 60 yaşın altında mortalite oranı %8 iken, 60 yaşın üstünde bu oran %13'e çıkmaktadır. Üst GİS kanama gelişimi için major risk faktörleri geçirilmiş üst GİS kanama öyküsü asetil salisilik asit (ASA) veya non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ilaç kullanımı, Helicobacter pylori (H.pylori) enfeksiyonu, antikoagulan veya antitrombosit tedavi, eroziv özafajit, perioperatif dönem, yoğun bakım ünitesinde tedavi, Zollinger Ellison sendromu olarak tanımlanmaktadır<sup>8</sup>. Son 50 yıl içerisinde yoğun bakım uygulamalarındaki ilerlemelere, güçlü antisekretuar ilaçların geliştirilmesine ve akut gastrointestinal kanamada yeni tanısal ve terapötik tekniklere rağmen, mortalite oranları 1945'ten bu yana önemli ölçüde değişmemiştir<sup>1</sup>.

H. Pylori ve NSAİİ peptik ülser oluşumuna ve kanama gibi ülser komplikasyonlarına sebep olan en önemli iki faktördür<sup>4,5</sup>. Daha önce tüm gastrointestinal kanamaların yaklaşık % 50'si peptik ülsere bağlı kanamalar iken; son 10 yıl içinde peptik ülser hastalığının tedavisindeki gelişmeler özellikle antibiyoterapi ve proton pompa inhibitörlerinin birlikte kullanılması ve H. Pylori eradikasyon tedavilerinin yoğunluk kazanması ülser komplikasyonlarının ve kanama oranlarının azalmasını sağlamıştır. Özellikle son yıllarda NSAİİ kullanımının artması ise üst GİS kanamalarının azalmamasına ve önemini korumasına yol açmıştır<sup>6</sup>.

Üst GİS kanamalarının büyük çoğunluğu spontan durur ve sadece destek tedavisi gerektirir. Üst GİS kanamalarına yaklaşımda en önemli nokta, hastanın hemodinamik durumunun başvuru sırasında ve takipte gerekli sıklıkta değerlendirilmesi, devamında hemodinamik stabilizasyonun uygun bir şekilde yapılmasıdır.

Üst GİS kanama prognozunu değerlendirmek için Rockall skorlama sistemi, Blatchford skorlama sistemi, Baylor kanama skoru ve Cedars-Sinai tıp merkezi prediktif indeksi gibi klinik skorlama sistemleri geliştirilmiştir<sup>11,12,13,14</sup>. Çalışmamızda varis dışı üst GİS kanama tanısıyla kliniğe yatırılan hastaların özellikleri, hastanede kalış süresi, tekrarlayan kanama, transfüzyon gereksinimi, endoskopik müdahale, cerrahi müdahale ve erken dönem mortalite yönlerinden inceleyp; Rockall skorlamasıyla prognoz ilişkisini ve bu skorlama sisteminin klinik kullanılabilirliğini saptamayı amaçladık.

### HASTALAR VE YÖNTEM

Çalışmamıza Ocak 2011 – Kasım 2011 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran ve akut üst GİS kanama ön tanısıyla yatışı yapılan hastalar dahil edildi. Hasta bilgilerine hem prospektif hem de retrospektif olarak ulaşıldı. Yapılan gastroskopilerinde özafageal varis saptanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik özellikleri, başvuru şikâyetleri, fizik muayene bulguları, ek hastalıkları, daha önceden GİS kanama öyküsü varlığı, kullandıkları ilaçlar, sigara alışkanlıkları, başvuru laboratuvar bulguları kaydedildi. Gastroskopi sonuçları ve gerekli olan hastalarda patoloji sonuçları değerlendirildi. Hastanede yatış süresi, yapılan kan transfüzyonu miktarı, endoskopik ve/veya cerrahi tedavi uygulanan hastalar ve hastaların çıkış şekli kaydedildi. Başvuru laboratuvar bulguları (tam kan sayımı, kan üre azotu, kreatinin, karaciğer fonksiyon testleri, demir, demir bağlama kapasitesi, ferritin değerleri ) kaydedildi. Endoskopi öncesi hazırlıkta hastaların gastroskopileri (orofarinkse lokal lidokain sprey ile) lokal anestezi uygulanarak yapıldı. Va-

ris dışı kanaması olan hastalar kaydedilerek çalışmaya dahil edildi. Diğer endoskopik lezyonlar kaydedildi. Hastaların demografik özellikleri incelenip, Rockall skorlama sistemi uygulandı (tablo 1). Öykü ve fizik muayeneye kötü prognoz kriterleri araştırıldı. Bu kriterler hastanın hastaneye başvuru sırasında hemodinamisinin bozuk olması, yaşının 60'ın üzerinde olması, komorbid hastalığı bulunması, kanamanın hastanedeyken başlaması, hematokriyazı olması, nazogastrik lavajda kırmızı renkli taze kan görülmesi, devam eden ya da tekrarlayan kanama varlığıdır<sup>11,15</sup>.

**Tablo 1:** Rockall Risk Skorlama Sistemi<sup>11</sup>

PARAMETRELER	SKOR
<b>A. Yaş</b> ≥ 80 yıl	2
60-79 yıl	1
<60 yıl	0
<b>B. Şok</b>	
Hipotansiyon ve taşikardi (sistolik kan basıncı <100 mmHg, nabız > 100/dk)	2
Taşikardi (sistolik basınç ≥ 100mmHg ve nabız >100/dakika)	1
Şok yok	0
<b>C. Komorbidite</b>	
Böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, yaygın malignite	3
Kardiyak yetmezlik, iskemik kalp hastalığı, başka majör eşlik eden hastalık	2
Majör eşlik eden hastalık yok	0
<b>D. Endoskopik tanı</b>	
Üst gastrointestinal kanser	2
Bütün diğer tanımlar	1
Lezyon yok, Mallory Weiss yok	0
<b>E. Majör yeni kanama işareti</b>	
Üst gastrointestinal sistemde kan, yapışık pıhtı; görünür damar veya fişkırr tarzda kanayan damar	2
Normal veya yalnızca koyu benekli lezyon	0
Total skor: A+B+C+D+E. Minimum skor: 0, Maksimum skor: 11	

## BULGULAR

Çalışmaya alınan 111 hastanın %38'i (42) kadın, %62'si (69) erkekti. Yaş ortalamaları kadınlarda 64,21 yıl; erkeklerde 55,42 yıl ve toplam hastada 58,74 yıl idi. Hastaların tamamı ayaktan başvuran ve yatarak tedavi edilen hastalardı. 111 hastanın %19,82'si daha önceden üst GİS kanama tanısıyla tedavi edilen hastalardı. Hastalardan 2 tanesi ex oldu.

Hastaların başvuru şikayetleri arasında melena %42,34; hematemiz ve melena %26,12; hematemiz %14,41; presenkop / senkop %9,9; melena ve presenkop/senkop %5,4; melena, hematemiz, presenkop/senkop ise %1,8 sıklıkta yer almaktaydı. Hastaların %46,8'inde başvuru anında vital bulgular normal iken %31,6' sını taşikardi ve %21,6'sını şok bulguları ile başvurdular.

Hastaların %61,26'sında ek hastalık ya da hastalıklar mevcutken %38,73'ünde ek hastalık yoktu. %36 vakada ilaç kullanımı yoktu. İlaç kullananlar arasında sadece NSAİİ kullanımı oranı %15,32; sadece ASA kullanımı oranı %16,22; sadece Heparin/oral antikoagulan kullanım oranı %12,61 olarak saptandı (tablo 2). Sigara alışkanlığı %37,84 hastada mevcuttu.

Hastaların gastroskopilerinde peptik ülser %63,6 (duodenal ülser %24,32; gastrik ülser %23,42; duodenal ve gastrik ülser %6,3; duodenal, gastrik ve özafageal ülser %0,9; anastomoz ülseri %0,9) saptandı. 111 hasta arasında 30 hastada (%27,2) gastrit (pangastrit, eroziv gastrit), 1 hastada Mallory Weiss Sendromu, 4 hastada mide-de tümör, 6 hastada özefageal ülser izlendi.

Böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, kalp yetmezliği, iskemik kalp hastalığı, yaygın malignite gibi komorbid hastalığı olanlarda yatış sürelerinin uzadığını saptadık (Tablo 3).

Hastaların tamamı ayaktan başvuran ve yatarak tedavi edilen hastalardı. Rockall skoruna göre hastaların ortalama yatış süresi (Rockall 1'de 2,83 gün; 2'de 3,56gün; 3'de 4,15 gün; 4'de 5,12 gün; 5'de 5,83 gün; 6'da 7 gün; 7'de 11,13 gün), ortalama eritrosit süspansiyonu replasmanı sayısı (Rockall 1'de 2,29 ünite; 2'de 2,20 ünite; 3'de 3,06 ünite; 5'de 3,08 ünite; 6'da 3,67 ünite; 7'de 5,25 ünite; 8'de 6,50 ünite; 11'de 14 ünite), endoskopik müdahale sayısı (Rockall 1'de 1; 2'de 1; 3'de 2; 5'de 3; 7'de 6 müdahale) artış gösterdi. Rockall skoruna göre hastaların özellikleri tablo 4'de görülmektedir.

**Tablo 2 :** Üst GİS kanamalı hastalarda predispozan faktörler

Kullandığı ilaçlar	Erkek		Kadın		Hasta Sayısı Toplamı	% Toplamı
	Hasta Sayısı	%	Hasta Sayısı	%		
ASA	13	11,71%	5	4,50%	18	16,22%
NSAİİ	15	13,51%	2	1,80%	17	15,32%
NSAİİ;ASA	4	3,60%	4	3,60%	8	7,21%
NSAİİ;ASA;Antikoagulan	2	1,80%	1	0,90%	3	2,70%
Yok	24	21,62%	16	14,41%	40	36,04%
Antikoagulan	5	4,50%	9	8,11%	14	12,61%
ASA; Antikoagulan	5	4,50%	4	3,60%	9	8,11%
NSAİİ; Antikoagulan	1	0,90%	1	0,90%	2	1,80%
<b>Genel Toplam</b>	<b>69</b>	<b>62,16%</b>	<b>42</b>	<b>37,84%</b>	<b>111</b>	<b>100,00%</b>

**Tablo 3:** Komorbid Hastalığı Olan Hastaların Ortalama Yatış Süresi

Komorbid Hastalık	Erkek			Kadın			Hasta Sayısı Toplamı	Ortalama Yatış Süresi Toplamı	% Toplamı
	Hasta Sayısı	Ortalama Yatış Süresi	%	Hasta Sayısı	Ortalama Yatış Süresi	%			
VAR	37	6,30	33,33%	31	6,13	27,93%	68	6,22	61,26%
YOK	32	3,50	28,83%	11	3,91	9,91%	43	3,60	38,74%

**Tablo 4:** Rockall Skoruna Göre Hastaların Özellikleri

Rockall Skoru	Hasta Sayısı	Cinsiyet (Kadın/Erkek)	Ortalama Yatış Süreleri (gün)	Ortalama Eritrosit Süspansiyonu Replasmanı Sayısı (Ünite)	Endoskopik Müdahale İhtiyacı	Cerrahi Müdahale İhtiyacı
0	1	1/0	1	0	1	0
1	12	5/7	2,83	2,29	6	0
2	16	5/11	3,56	2,20	6	0
3	20	5/15	4,15	3,06	7	0
4	17	10/7	5,12	2,67	0	0
5	29	10/19	5,83	3,08	3	0
6	4	2/2	7	3,67	0	0
7	8	3/5	11,13	5,25	6	2
8	2	0/2	8,50	6,50	0	2
9	1	0/1	6	3	0	0
10	0	0/0			0	0
11	1	1/0	7	14	1	1
TOPLAM	111	42(%37,84)/ 69(%62,16)			14(%12,61)	4(%3,60)

\*Rockall skoru 8 olan hastalar cerrahiye nakledildiğinden sonraki takipleri yapılamamıştır, 9 olan hasta kendi isteği ile taburcu olduğundan, 11 olan hasta ise yatışının 7. gününde ex olduğu için yatış süresi kısadır.

## TARTIŞMA

Üst GİS kanamalı hastalarda prognoz, tekrar kanama riski ve mortalite üzerine pek çok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda tekrar kanama ve mortaliteyi etkileyen faktörlerin benzer olduğu gösterilmiştir. Ayrıca tekrar kanamanın kendi başına mortaliteyi etkileyen bağımsız bir faktör olduğu da bu çalışmaların önemli bir sonucudur<sup>11</sup>. Önemli

morbidite ve mortalite oranlarına sahip olan üst GİS kanamalarda erken dönemde prognozun belirlenmesi ve buna yönelik tedavi stratejilerinin uygulanması gereklidir. Prognozun belirlenmesi için çok sayıda skorlama yöntemi önerilmiş ve halen kullanılmaktadır. Üst gastrointestinal kanama prognozunu değerlendirmek için Rockall skorlama sistemi, Blatchford skorlama sistemi, Baylor kanama skoru ve Cedars-Sinai tıp merkezi prediktif indeksi gibi klinik skorlama sistemleri geliştirilmiştir. Rockall skorlama sistemi, Glasgow-Blatchford skorlama sistemi en bilinenleridir. Çalışmalarda Rockall skorlamasının varise bağlı olan ya da olmayan üst GİS kanamalı hastalarda tekrar kanama ve kanama ciddiyetinin mortalite ile ilgili olduğu gösterilmiş, Blatchford skorlaması ise varis kanaması riski ile daha ilişkili bulunmuştur<sup>20</sup>. Risk belirlemede kullanılan skorlama sistemleri klinik progres, tedavi planı ve prognoz açısından önemlidir<sup>11</sup>. Birçok klinikte hastanın hem yatış

kararı verilirken hem de taburculuğunda Rockall skoru kullanılmaktadır. Bu skorlama en yaygın kullanılanlardan biri olup daha çok mortaliteyi öngören bir skorlama sistemidir<sup>21</sup>.

Rockall skoruna göre hastaların ortalama yatış süresi (Rockall 1'de 2,83 gün; 2'de 3,56gün; 3'de 4,15 gün; 4'de 5,12 gün; 5'de 5,83 gün; 6'da 7 gün; 7'de 11,13 gün), ortalama eritrosit süspansiyon-

yonu replasmanı sayısı (Rockall 1'de 2,29 ünite; 2'de 2,20 ünite; 3'de 3,06 ünite; 5'de 3,08 ünite; 6'da 3,67 ünite; 7'de 5,25 ünite; 8'de 6,50 ünite; 11'de 14 ünite), endoskopik müdahale sayısının (Rockall 1'de 1; 2'de 1; 3'de 2; 5'de 3; 7'de 6 müdahale) artış gösterdiğini saptadık. Rockall skorlamasının kullanıldığı diğer çalışmalarda da bizim sonuçlarımıza paralel olarak skorun artması ile yatış süresinin, kan transfüzyonu ihtiyacının, endoskopik ve/veya cerrahi müdahale sayısının arttığı ve prognozun kötüleştiği görülmüştür<sup>11,22,23,24,25</sup>.

Genelde varis dışı üst GİS kanamalarının erkeklerde kadınlardan 2 kat fazla görüldüğü kabul edilmektedir<sup>2,22,23</sup>. Çalışmamızda erkek ve kadın hastaların oranı (%62 ve %38) literatürle benzerlik göstermektedir<sup>22,23,24</sup>.

Bizim çalışmamızda üst GİS kanama yaş aralığı en sık 60-69 yaş aralığı (%20,72) olarak tespit edildi. Erkeklerde bu değer en çok 50-59 (%14,41), kadınlarda en çok 60-80 (%18,01) yaş aralığında saptandı. Erkeklerde ortalama yaş 55,42 yıl iken kadınlarda 64,21 yıl idi (genel ortalama 58,74 yıl). Bu değerler benzer çalışmalarla uyumluydu<sup>22,23,24</sup>.

Rockall skorlama sisteminde skor arttığında tekrar kanama ve ölüm riski artmakta; tekrar kanayanlarda mortalite oranı artmaktadır. Skoru 0-2 olanlarda tekrar kanama oranı %5, yeniden kanama olsun ya da olmasın mortalite oranı % 0'dır. Skor 3 veya 4 olan hastalarda tekrar kanama riski daha yüksek ve mortalite oranı anlamlıdır (yaklaşık olarak mortalite riskini 2 kat artırıyor). Skor 5-7 olan hastalarda mortalite oranında 3 kat artış mevcuttur. Skor 8 olan hastalarda ise 4 kat artış mevcuttur<sup>11</sup>. Bu sonuçlar bizim sonuçlarımız ile paralellik göstermektedir. Ayrıca Rockall skorlaması yaparak takip ettiğimiz hastalarımızın hastanede yatış süreleri, yapılan eritrosit replasmanı sayısı, endoskopik müdahale ihtiyacı ve cerrahi müdahale ihtiyacının bu skorlamanın artışıyla paralel olarak arttığını saptadık.

Bizim sonuçlarımıza benzer şekilde A.J. Stanley ve arkadaşları Glasgow Blatchford ve Rockall skorlama sistemini karşılaştırdıkları çalışmalarında Rockall skorunun artması ile ölüm oranının, endoskopik ve cerrahi müdahale oranının ve kan transfüzyonu ihtiyacının arttığını tespit etmişlerdir<sup>21</sup>.

Sonuçta bu skorlama sisteminin varis dışı üst gastrointestinal kanama tanısı ile klinikte takip edilen hastaların prognoz ve mortalitelerini belirlemede yararlı olduğunu, buna paralel olarak hastanın yatırılma kararı verilirken, daha sonraki aşamada ise klinik takibi ve tedavisinde olumlu katkı yaptığını ve kullanılabilir bir sistem olduğunu gördük.

#### KAYNAKLAR

1. Jutabha R, Jensen DM: Acute upper gastrointestinal bleeding. Current Diagnosis & Treatment in Gastroenterology (Friedman SL, McQuaid KR, Grendell JH ed). Second ed. New York, McGraw-Hill Co, 53-69, 2003.
2. Tuncer MM: Gastrointestinal Sistem Kanamaları. Cerrahpaşa İç Hastalıkları (Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A, ed). İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 800-805, 2007.
3. Barkun A, Bardou M, Marshall JK: Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med, 2003; 139(10): 843.
4. Cullen DJ, Hawkey GM, Greenwood DC, et al. Peptic ulcer bleeding in the elderly: relative roles of Helicobacter pylori and non-steroidal antiinflammatory drugs. Gut, 1997; 41: 459.
5. Henriksson AE, Edman AC, Nilsson I, et al. Helicobacter pylori and the relation to other risk factors in patients with acute bleeding peptic ulcer. Scand J Gastroenterol, 1998; 33: 1030.
6. Skok P, Skok M. Upper Gastrointestinal tract hemorrhage and nonsteroidal antiinflammatory drugs- A 5-years prospective study. Zdrav Vestn, 2002; 71: 153.
7. De Caestecker J. Upper Gastrointestinal Bleeding: Surgical Perspective Medicine, 2002; 9: 1
8. Oh DS, Piseigna JR. Management of upper gastrointestinal bleeding. Clin Fam Pract, 2004; 6(3): 631.
9. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines, Gut; 2002; 51: 1.
10. Longstreth GF. Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. Am J Gastroenterol, 1997; 92: 419.
11. Rockall TA, Logan RF, Devlin Hb, et al. Risk assesment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut 1996; 38: 316.
12. Blatchford O, Murray W, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. Lancet 2000; 356: 1318.
13. Saeed Z, Ramirez F, Hepps K, et al. Prospective validation of the Baylor bleeding score for predicting the likelihood of rebleeding after endoscopic hemostasis of peptic ulcers. Gastrointest Endosc 1995; 41: 561.
14. Hay J, Lyubashevsky E, Elashoff J, et al. Upper gastrointestinal hemorrhage clinical guideline: determining the optimal hospital length of stay. Am J Med 1996; 100: 313.
15. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedeaco FJ, et al. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. II. Clinical prognostic factors. Gastrointest Endosc 1981; 27: 80.
16. Di Fiore F, Leclaire S, Merl V, et al. Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal haemorrhage: a comparison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicentre French study. European journal of gastroenterology & hepatology. 2005; 6: 641.
17. Dimmitt L, Dimmitt S, Wilson G. Diagnosis of gastrointestinal bleeding in adults. Am Fam physician 2005; 71: 1339.

18. Wilcox CM, Clark WS. Causes and outcome of upper and lower gastrointestinal bleeding : the grady hospital experience. *South Med J* 1999; 92: 44.
19. Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C, et al. Analysis of 3294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 568.
20. Lahiffa C, Shields W, Cretua I, et al. Upper gastrointestinal bleeding: predictors of risk in a mixed patient group including variceal and nonvariceal haemorrhage Reynolds and Dermot O'Toole. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2012; 24: 149.
21. A. J. Stanley, H. R. Dalton, O. Blatchford, 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.
22. Sezgin O, Altıntaş E, Tombak A. Effects of seasonal variations on acute upper gastrointestinal bleeding and its etiology. *Turk J Gastroenterol* 2007; 18: 172.
23. Gürel S, İmadoğlu O. Varis ve Malignite Dışı Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalarının Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30: 87.
24. Abanonu GB, Okuroğlu N, Üstün E, et al. Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalarında Reçetesiz Non-Steroid Antiinflatuar İlaç Kullanımının Rolü. *Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2009; 49: 79.