

## Acil Servise Gastrointestinal Kanama İle Başvuran Hastalarda Hastane Yatış Süresini Etkileyen Faktörler

Başar CANDER<sup>1</sup>, Birsen ERTEKİN<sup>a1</sup>, Hasan KARA<sup>2</sup>, Mehmet GÜL<sup>1</sup>, Defne DÜNDAR<sup>1</sup>, Sedat KOÇAK<sup>1</sup>, Sadık GİRİŞGİN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fak., Acil Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

<sup>2</sup>Bingöl Devlet Hastanesi, Acil Servis, Bingöl, Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** Gastrointestinal sistem kanamaları genellikle acil bir klinik tablodur. Gastrointestinal sistem kanamalarında mortalite % 5-12 arasındadır. Bu çalışmamızda GİS kanaması ile acil servisimize başvuran hastaların başvuru anındaki CRP, lökosit değerleri, endoskopi bulguları ve sosyodemografik özelliklerinin yatış süresine etkisi incelemeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Eylül 2008-Aralık 2008 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil servisine başvuran ve üst gis kanamalı hastalar çalışmaya alındı. Hastalar; yaş, cinsiyet, yatış süresi, başvuru anındaki CRP, lökosit değerleri ile endoskopi bulguları yönünden değerlendirildi.

**Bulgular:** Toplam 30 hasta çalışmaya alındı. Alt gastrointestinal sistem ve özafagus varis kanamaları olan hastalar çalışma dışı tutuldu. Gastrointestinal kanama ile başvuran hastaların %33'ü kadın, %67'si erkekti. Hastaların ortalama lökosit değerleri 11,06±4,06 k/uL ve ortalama CRP değerleri 35,77±26,56 mg/L idi. Bu hastaların hastanede ortalama yatış süreleri 6,40±6,17 gün olarak tespit edildi. En sık görülen endoskopik bulgular %70.0 evre 3, %3.3 evre 2b, %6.7 evre 2a, %13.3 evre 1b ve %6.7 oranında evre 1a olarak tespit edildi.

**Sonuç:** Çalışmamızda hastaların hastane yatış süresi ile endoskopi sonuçları, lökosit ve CRP değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Gastrointestinal sistem, kanama, endoskopi

### ABSTRACT

#### Factors Affecting The Length of Hospitalization at The Patients Admit to Emergency Department With Gastrointestinal Bleeding

**Objective:** Gastrointestinal system bleeding are generally emergency manifestations. Mortality rate is between 5-12%. In this study, we aimed to evaluate the relationship between leucocyte, CRP values at admission, the endoscopic findings and the duration of hospital stay of the patients, those apply to our clinic by reason of upper gastrointestinal tract bleedings.

**Material and Methods:** The patients with GIS bleeding those have been applied to Selçuk University Meram Medical Faculty Emergency Department between September 2008 and December 2008 have been included to this study. The patients have been assessed in terms of age, sex, length of stay, CRP and leucocyte values at admission and the endoscopic findings.

**Results:** Total of 30 patients have been included to our study. The patients with lower gastrointestinal bleeding and with varice bleeding were excluded from the study. 33% of them were female and 67% of them were male. Average leucocyte values of the patients were 11,06±4,06 and average CRP values were 35,77±26,56. Average length of stay for these patients has been determined as 6,40±6,17. The most common symptoms have been admitted because of upper gastrointestinal bleeding have been determined as 70% phase 3, 3.3% phase 2b, 6.7% phase 2a, 13.3% phase 1b, 6.7% phase 1a.

**Conclusion:** A significant correlation between the hospitalization days of the patients and the endoscopy results, leucocyte and CRP values hasn't been determined.

**Key Words:** Gastrointestinal system, bleeding, endoscopy

Gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları acil servise başvuruların önemli bir kısmını oluştururlar. Akut üst gastrointestinal kanama, sık karşılaşılan önemli mortalite ve morbidite nedenlerindedir. Şok ve ölüme yol açabilen masif

kanamalardan, kronik kan kayıpları yolu ile demir eksikliği anemisine yol açan gizli kanamalara kadar değişen klinik tablolarla karşımıza gelebilir. Acil servislere sıklıkla ciddi üst GİS kanamalı hastalar başvurduğu için, bu hastaların zama-

<sup>a</sup> Yazışma Adresi: Dr. Birsen Ertekin, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fak., Acil Anabilim Dalı, Konya, Türkiye  
e-mail: biceacil@hotmail.com

<sup>\*</sup>Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Kongresi-2009'da poster olmuştur.

nında tespiti ve acil müdahaleleri önemlidir. Özellikle üst GIS kanaması ile hastaneye başvuruda bulunan hastalarda triaj aşamasında risklerin saptanması hastalığın seyrini etkileyecektir. Bu hastalar çoğu zaman tanı ve tedavilerinin yönlendirilmesinde acil karar verilmesi gereken hastalar oldukları için, risklerin saptanması klinisyenin doğru kararlara kısa sürede ulaşmasını da sağlayacaktır (1). Bu hastaların çoğunda hastane yatışı gerekli olmaktadır (2). Hasta yatış süresinin uzaması gerek prognostik, gerekse ekonomik açıdan olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Üst GIS kanamalarının risk faktörleri arasında ileri yaş, kronik böbrek yetmezliği ve kronik karaciğer hastalığı gibi birlikte bulunan hastalıklar, nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar, steroid ilaçlar, antikoagülan ilaç kullanılması, sigara ve alkol alışkanlığı ile yaşam tarzı sayılabilir (3,4).

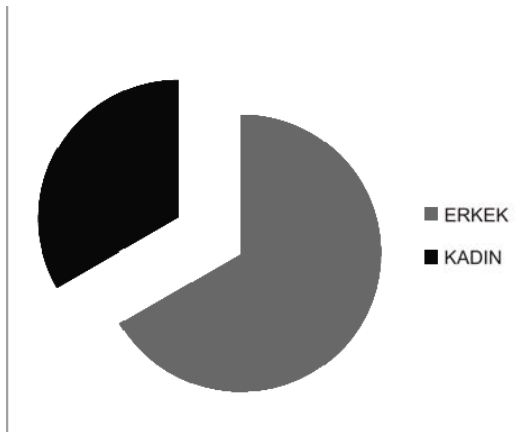
Yüksek morbidite ve mortalite riski yanında, tanı ve tedavi maliyeti yüksek, sıklıkla hospitalizasyon ve yoğun bakım gerektiren hastalıklardır. Bu çalışmamızda GIS kanaması ile acil servisimize başvuran hastaların yatış süresi ve başvuru anındaki CRP, lökosit değerleri, endoskopi bulguları ve sosyodemografik özelliklerinin yatış süresine etkisi incelenmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

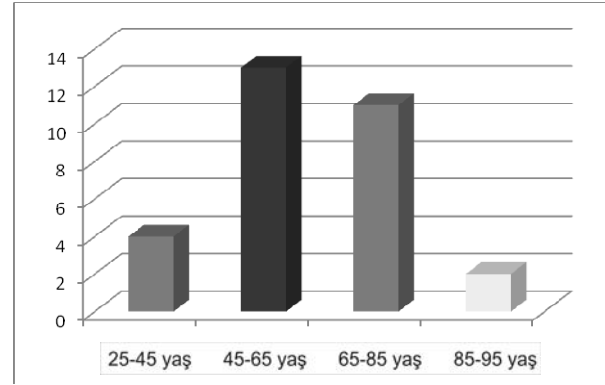
Eylül 2008-Aralık 2008 tarihleri arasında hastanemiz acil servisine başvuran ve üst gis kanamalı hastalar çalışmaya alındı. Endoskopik olarak varise bağlı üst GIS kanaması tespit edilen hastalar çalışmadan çıkarıldı. Hastalar; yaş, cinsiyet, yatış süresi, başvuru anındaki CRP, lökosit değerleri ile endoskopi bulguları yönünden değerlendirildi. Kanama şiddeti ve kanayan lezyonların sınıflamasında Forrest klasifikasyonundan yararlanıldı. Yatış süreleri ile diğer değişkenlerin ilişkisi için SPSS 16.0 programı kullanılarak Pearson korelasyon analizi ve ki-kare testi ile istatistiksel değerlendirme yapıldı.

## BULGULAR

Bu çalışmaya Eylül 2008-Aralık 2008 tarihleri arasında kliniğimizde üst gastrointestinal kanama tanısı ile takip edilen toplam 30 hasta alındı. Alt gastrointestinal sistem ve özafagus varis kanamaları çalışma dışı tutuldu. Başvuran 10'u (%33) kadın, 20'si (%67) erkekti (Şekil1). Erkek hastaların yaş ortalaması 61,60±15,29; kadın hastaların yaş ortalaması 63,90 ±17,75 idi (Şekil2).

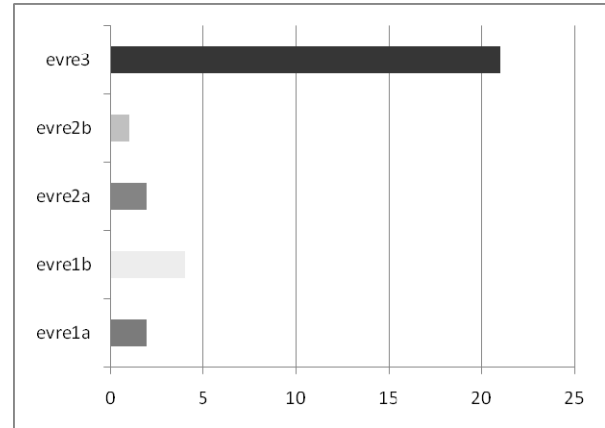


Şekil 1. Hastaların cinsiyete göre dağılımı



Şekil 2. Hastaların yaşa göre dağılımı

Hastaların ortalama lökosit değerleri 11,06±4,06 k/uL ve ortalama CRP değerleri 35,77±26,56 mg/L idi. Bu hastaların hastanede ortalama yatış süreleri 6,40±6,17 gün olarak tespit edildi. Üst gastrointestinal kanama nedeniyle başvuran kadınlarda en sık görülen endoskopik bulgular Forrest endoskopik sınıflamasına göre %70 evre 3, %20 evre 1b, %10 oranında ise evre 1a olarak tespit edildi. Erkeklerde en sık görülen endoskopik bulgular %70 evre 3, %5 evre 2b, %10 evre 2a, %10 evre1b ve %5 oranında evre 1a olarak tespit edildi (Şekil 3).



Şekil 3. Hastaların endoskopik lezyonlarının dağılımı

Çalışmamızda hastaların hastane yatış süresi ile endoskopi sonuçları, lökosit ve CRP değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

## TARTIŞMA

Mortalitenin azaltılmasında kanama kontrolünün sağlanmasının yanında eşlik eden hastalıkların da dikkatle tedavi edilmesi gerekmektedir. Özellikle ileri yaş ve ek hastalığı olan hastalar olmak üzere üst GIS kanamalı hastalar, yüksek mortalite oranı nedeniyle yoğun bakım koşullarında takip edilmelidirler. Üst gastrointestinal sistem kanamaları gastroenterolojide sık karşılaşılan acil sorunlardan biri olup tüm gastrointestinal sistem kanamalarının % 80'ini oluşturmaktadır. Etiyolojide peptik ülser, eroziv gastrit, özefagus varisleri en sık karşılaşılan lezyonlardır. Genel durumu kritik hastaların yoğun bakım ünitelerinde takibi daha uygun olacaktır. Endoskopi öncesinde tekrar kanama ve mortalite için artmış

risklin klinik parametreleri; 65 yaş üzeri olan hastalar, şok, yandaş hastalık, rektal muayene, kusulan içerik ve nazogastrik aspirasyon sıvısında taze kırmızı kan olmasıdır (5).

Berrios ve ark.'nın (6) yaptığı çalışmada GİS kanama sıklığı erkeklerde %98 olarak bulunmuş ve bu erkeklerin çoğunluğunun (%38) 30-40 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Erkek/ kadın oranı Fleischer ve arkadaşlarının (4) çalışmasında 2.19 / 1; Paspatis ve arkadaşlarının (7) çalışmasında 2,4 /1; Zaltman ve arkadaşlarının (8) çalışmasında 1,7 / 1 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da erkek/kadın oranı 2, erkek hastaların yaş ortalaması 61.60, kadın hastaların yaş ortalaması 63.90 olarak tespit edilmiş olup literatürle uyumlu bulunmuştur.

Akut üst gastrointestinal sistem kanaması (AÜGK) mortalitesi %5 ile 15 arasında değişen bir tıbbi acil durumdur (9). Teşhis ve tedavinin temel taşı endoskopi oluşturur. Endoskopi komplikasyonları sifıra yakın olan ve büyük oranda hastaları cerrahiden koruyan bir yöntemdir. Üst GİS kanamalı hastaların % 47'sinin acil endoskopiye ihtiyacı olduğu ifade edilmektedir. Üst GİS kanamalarında medikal tedavinin yanı sıra uygulanan terapötik amaçlı endoskopi özellikle kanamakta olan peptik ülser tedavisinde büyük öneme sahiptir (5).

Lee ve arkadaşları (10) endoskopiye dayalı triaj uygulamışlar ve acil ünitesine başvuran stabil, varis dışı üst gastrointestinal sistem kanaması olan 110 hastayı çalışmaya dahil etmişlerdir. Bu hastalara, elektif endoskopi ve acil ünitesinde endoskopi yapılarak eğer yüksek riskli kanama belirteci yoksa taburcu etme şeklinde randomize etmişlerdir. Erken endoskopi grubundaki 56 hastanın 26'sı (%46) bu şekilde taburcu edilmiştir. Bu grupta toplam hastanede kalış süresi daha kısa bulunmuş ve taburcu edilen hiçbir hastada tekrar kanama veya hastaneye tekrar başvuru gözlenmemiştir. Hastane masrafları da oldukça düşük bulunmuştur (3662 \$-2068 \$). Bizim çalışmamızda ise endoskopik bulgular ile hasta yatış süreleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Bu hastalar muayeneden sonra tedavileri için acil karar verilmesi gereken hastalardır. Bu amaçla mortalite ve tekrar kanama için düşük ve yüksek riskli hastaları belirleyecek, acildeki klinisyen tarafından kolayca uygulanarak hastaların tedavilerini yönlendirecek çeşitli risk skorlama sistemleri geliştirilmiştir. Düşük riskli hastalar belirlenerek, stabilize edildikten sonra güvenle erken dönemde taburcu edilebilecek ve takip ve tedavilerine ayaktan devam edilebilecektir. Bu sayede; hem zaten yoğun olan acil klinikleri, yatakları ve personel gereksiz meşgul edilmemiş olacak, hem de tedavi maliyetleri düşürülebilecektir. Ayrıca asıl ciddi bakıma ihtiyacı olan yüksek riskli hastalara da daha iyi bakım sağlanabilecektir (11).

Biz, bu çalışma ile üst GİS kanamalarında risk skorlama sistemlerinin güvenilirliğini ve hastane yatış süresine olan etkisini araştırdık. Bunun içinde Forrest risk skorlamasını kullandık. Forrest sınıflamasında kanayan ülserler görünümüne göre şu şekilde sınıflanır; Forrest 1a, fişkırtır tarzda aktif kanama, Forrest 1b, sızıntı tarzında aktif kanama, Forrest 2a, kanamayan görünür damar, Forrest 2b, yapışık pıhtı, Forrest 2c, düz pigmente lezyon, Forrest 3, kanama bulgusu yok (12,13). Forrest 1a, 1b ve 1a olduğu

gösteren işaretlerin varlığı peptik ülser kanamasında önemlidir. Bu hastalara endoskopik tedavi yapılması gerekir. Forrest 1b olan hastalara ise sadece hastanın durumu kötüleşiyorsa veya devam eden kanamayı düşündüren diğer bulgular varsa endoskopik tedavi önerilmektedir. Yapışık pıhtı temizlendiğinde, bu ülserlerin %30'unda aktif kanama veya görünen damar ortaya çıkabilir. Yine bu hastalara da endoskopik tedavi yapılması gerekir. Forrest 1c ve III ülserli olan hastalarda ise tedavi yapmanın bir yararı yoktur (14). Forrest 1a lezyonların rengi tekrar kanama için önemlidir. Beyaz renk lezyonlar kırmızı veya mor lezyonlara oranla daha yüksek tekrar kanama riskine sahiptirler (%71-%38) (15).

Cipolletta ve ark.'nın (16) yaptığı bir çalışmada 75 vaka ile, <60 yaş, stabil vital bulgular, eş zamanlı ciddi yandaş hastalık ve endoskopik olarak yüksek riskli kanama belirteci olmayan hastaların güvenle taburcu edilebileceği belirtilmiştir. Bu şekilde taburcu edilen hiçbir vakada tekrar kanama ve diğer komplikasyonlar gelişmemiştir. 460 kişi ile yapılan bir çalışmada endoskopik olarak; %3,4 Forrest 1a, %16,3 Forrest 1b, %1,5 Forrest 2a, %10,8 Forrest 2b, %1,3 Forrest 2c, %63,2 Forrest 3 olarak bulunmuş. Bizim çalışmamızda ise kadınlarda en sık görünen endoskopik bulgular: %70 evre 3, %20 evre 1b, %10 oranında ise evre 1a olarak tespit edilmiştir. Erkeklerde en sık görünen endoskopik bulgular: %70 evre 3, %5 evre 2b, %10 evre 2a, %10 evre1b, %5 oranında evre 1a olarak tespit edildi ve birbiri ile uyumlu idi.

Hay ve ark. (17) hemodinamik parametreler, kanamanın başlamasından itibaren geçen süre, yandaş hastalık ve özefagogastroduodenoskopi bulgularından oluşan 4 değişkeni uygulayarak düşük riskli hastalarda hastanede kalış süresini 4,6 günden 2,9 güne indirmişlerdir. Erken endoskopiye ise düşük riskli hastalarda daha kısa hastanede kalış süresi sağlayan önemli bağımsız bir değişken olduğunu bildirmişlerdir. Bizim yaptığımız çalışmada ise başvuru sırasındaki kan lökosit ve CRP değerleri ile hastanede yatış süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Sarı ve ark.'nın (18) yaptığı bir çalışmada hastaların ortalama yatış süresi 4.1±6.2 gün iken (0-52 gün) bizim çalışmamızda ise 6,40±6,17 ile birbirine yakındı.

Sonuç olarak üst GİS kanamalarında kötü yönde etkileyen en önemli faktör ileri yaştır. İleri yaş ve ek hastalığı olan üst GİS kanamalı hastalar, yüksek mortalite oranı nedeniyle yoğun bakım koşullarında takip edilmelidirler. Çalışmamızda hastaların hastane yatış süresi ile endoskopi sonuçları, lökosit ve CRP değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

**KAYNAKLAR**

1. Das A, Wong RCK. Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 85-93.
2. Memişoğlu K. Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2005; 1: 1-6.
3. Arlt G.D, Leyh M: Incidence an pathophysiology of peptic ulcer bleeding. *Langenbeck's Arch Surg* 2001; 386: 75-81.
4. Boonpongmanee S, Fleischer DE, Pezzula JC, Collier K . The frequency of peptic ulcer as a cause of upper-GI bleeding is exaggerated. *Gastrointest Endosc* 2004; 59: 788-94.
5. Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003; 139: 843-857.
6. Berrios J, Sedano O, Calle E, Montero F. Upper digestive hemorrhage in the inhabitants of high altitudes in Peru. *Gastroenterol Peru* 1996; 16: 13-18.
7. Paspatis GA, Matrella E, Kapsoritakis A, Leontithis C. An epidemiological study of acute upper gastrointestinal bleeding in Crete, Greece. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12: 1215-1220.
8. Zaltman C, Souza HS, Castro ME, Sobral F . Upper gastrointestinal bleeding in a Brazilian hospital: a retrospective study of endoscopic records. *Arq Gastroenterol* 2002; 39: 74-80.
9. Oh DS, Pisegna JR. Management of upper gastrointestinal bleeding. *Clin Fam Pract* 2004; 6: 631-645.
10. Lee JG, Turnipseed S, Romano PS et al. Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of upper GI bleeding: A randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 755-761.
11. Gralnek IM. Outpatient management of low-risk nonvariceal upper GI hemorrhage. Are we ready to put evidence into practice. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 131-134.
12. Conrad SA. Acute upper gastrointestinal bleeding in critically ill patients: Causes and treatment modalities. *Crit Care Med* 2002; 30: 365-368.
13. Büyükuncu Y. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi. Kalaycı G (ed). Genel Cerrahi.1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002; Cilt 2: 1029-1049
14. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. *Gut* 2002; 51: iv1-iv6.
15. Huang CS, Lichtenstein DR. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32: 1053-1078.
16. Cipolletta L, Bianco MA, Rotondano G, Marmo R . Outpatient management for low-risk nonvariceal upper GI bleeding: A randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 1-5.
17. Hay JA, Lyubashevsky E, Elashoff J et al. Upper gastrointestinal hemorrhage clinical guideline determining optimal hospital length of stay. *Am J Med* 1996; 100: 313-333.
18. Oktay Sarı, Alpaslan Tanoğlu, Volkan Ünal ve ark. GATA Acil Dahiliye Kliniğinde üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle 1998-2005 yılları arasında takip edilen hastaların sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2007; 49: 226-231.

Gönderilme Tarihi: 29.08.2010