

*MH Központi Honvédkórház Általános Sebészeti Osztály,  
Endoszkopos Laboratórium*

## **Felső gasztrointesztinális vérzések osztályunk 10 éves anyagában**

**(Összehasonlító vizsgálat a megelőző 5 év /1988-1992/ adatainak  
figyelembevételével)**

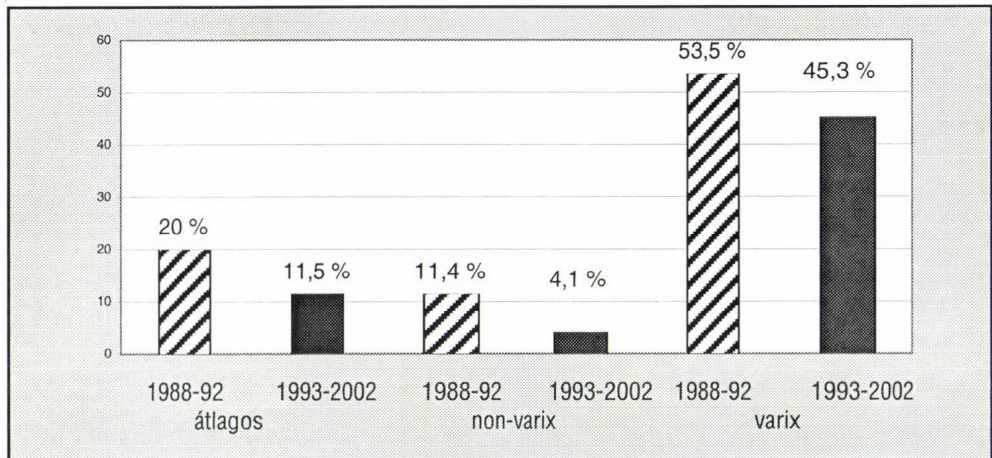
**Dr. Tauzin Ferenc ny. orvosalezredes,  
Dr. Szilágyi János orvosalezredes,  
Dr. Orgován György orvosvezetős, Ph.D., egyetemi magántanár,  
Dr. Simon László orvosőrnagy.,  
Dr. Záborszky Zoltán,  
Dr. Dékány Katalin**

*Kulcsszavak: felső gasztrointesztinális vérzés, varix vérzés, non-varix vérzés,  
endoszkópos hemosztázis, algoritmus*

**A szerzők tárgyalják a vérzések eredetét, okait osztályuk 10 éves anyagában. Osztályukon 356 beteget kezeltek felső gasztrointesztinális vérzés miatt a vizsgált időszakban. Ismertetik a diagnosztikus és terápiás lehetőségeket, összehasonlítva az irodalmi adatokkal és saját, korábbi 5 év anyagát átfogó vizsgálatukkal. Megállapítják az újravérző, idős, többszörös rizikófaktorral rendelkező betegeknél a mielőbbi műtéti indikáció alapvető fontosságú.**

Az emésztőrendszerből származó vérzések túlnyomó többsége (kb.80%-a) a nyelőcső-gyomor-nyombél területéről származik [9]. A felső gasztrointesztinális/GI/ vérzések leggyakoribb okai, az ún. peptikus elváltozások. Ezek korszerű gyógyszeres kezelése ma már 90 %-ban eredményes, alapvetően már nem sebészi kórképek [10, 11, 13, 34]. Bizonyítja ezt az a tény is, hogy az utóbbi húsz évben a peptikus elváltozások miatt végzett elektív műtétek száma a huszadára csökkent [36].

Mindezek ellenére, a peptikus elváltozások szövődményeinek a száma – beleértve a vérzéssel szövődményeket is – nem változott, így napjainkban is arra kell számítanunk, hogy világszerte 100 000 lakosra 50-150 vérzéssel szövődmény jut. Magyarországon tehát kb.10 000 beteget kell kezelnünk és óvatos becslések szerint is évente 600-800 műtétet kell végeznünk felső GI vérzés miatt. Ennek a betegcsoportnak a prognózisa az endoszkópos, gyógyszeres és sebészi kezelés igen jelentős javulása ellenére rossz, mor-



1. ábra: Mortalitási adatok összehasonlítása

talitása irodalmi adatok szerint 10% [3].

A felső GI vérzések nem kis szegmensét (kb.15-20%) foglalják el a portális hipertenzióban szenvedő betegek rupturált nyelőcső varixaiból származó vérzések, a maguk igen rossz prognózisával és 40-50 %-os mortalitásával [5, 9, 14].

Ez az igen rossz prognózisú betegcsoport tehát életően súlyos problémát okoz sebésznek, gasztroenterológusnak, endoszkópos szakembernek és intenzív terápiás szakorvosnak egyaránt [17, 25, 28].

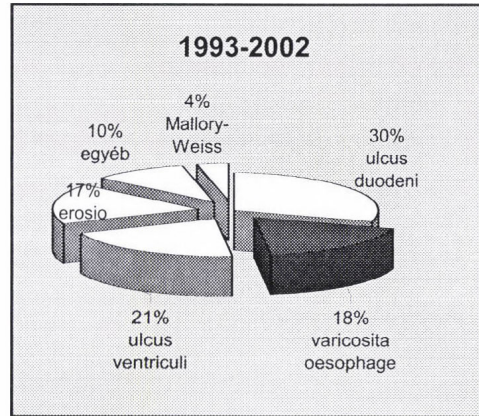
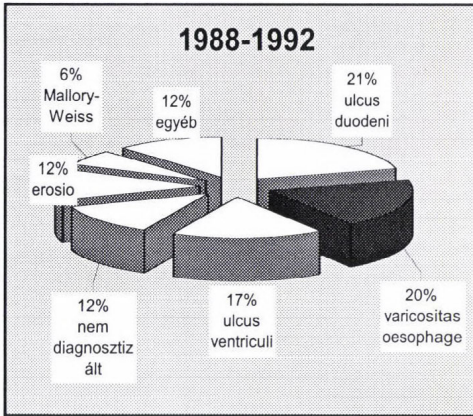
A Honvédorvos 1994 (46) 3. számában osztályunk 5 éves (1988-1992) felső GI vérzései adatait ismertettük, az adatokat elemeztük, és következtetéseket vontunk le [29].

Jelen dolgozatunkban osztályunk 10 éves (1993-2002) felső GI vérzései adatait ismertetjük és hasonlítjuk össze a megelőző 5 év adataival.

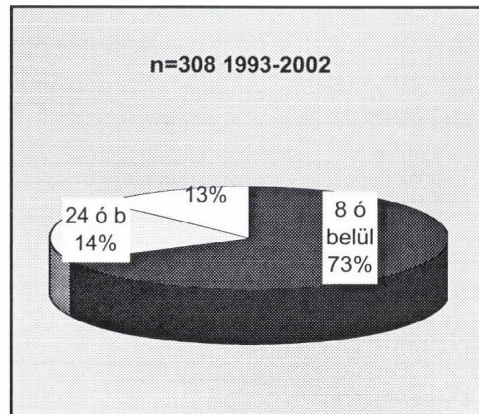
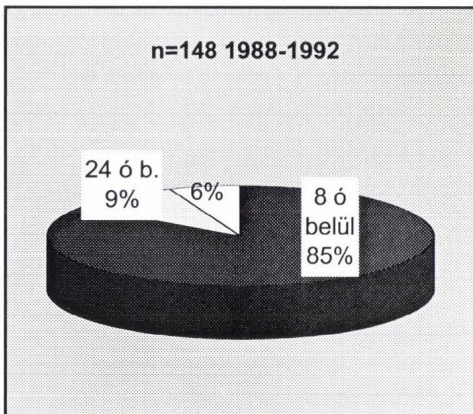
10 év alatt 356 beteget kezeltünk felső GI vérzés miatt. Betegeink át-

lagéletkora valamivel alacsonyabb volt (47 v. ö. 48,5 év). Átlagos mortalitásunk 11,5 % volt, ami a megelőző 5 év 20 %-s mortalitásához viszonyítva közel 50 %-os javulást jelent. Ez elsősorban az ún. non-varix vérzésekben elért igen jelentős javulás eredménye (4,1 % vö. 11,4%). Némileg a varix vérzések mortalitását is sikerült csökkenteni (45,3 % vö. 53,5%). A mortalitási adatok összehasonlítását az 1. ábra mutatja.

A vérzések gyakorisága, illetve okai szerinti megoszlása a 2. ábrán látható. Az arányokban nincs lényeges változás, a nem diagnosztizált esetek száma azonban jelentősen csökkent. Az egyéb csoportba sorolt okok közül továbbra is érdemes kiemelni a NSAID (non steroid antiinflammatory drugs) által okozott vérzéseket. Ezek a gyógyszerek a prosztanoidok által közvetített gasztrikus citoprotektív hatást gátolják. Idős, 65 év feletti betegeink között, bár csökkent de még mindig jelentős az ilyen gyógyszereket szedők aránya (45% vö. 65%).



2. ábra: Felső gasztrointesztinalis vérzések okai



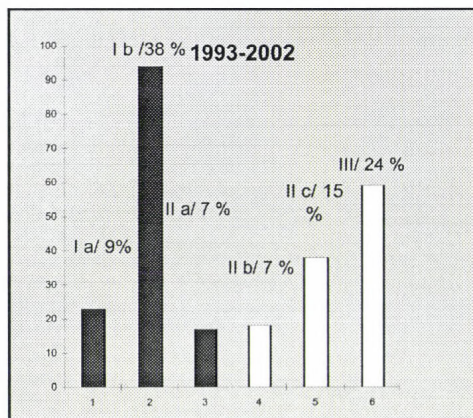
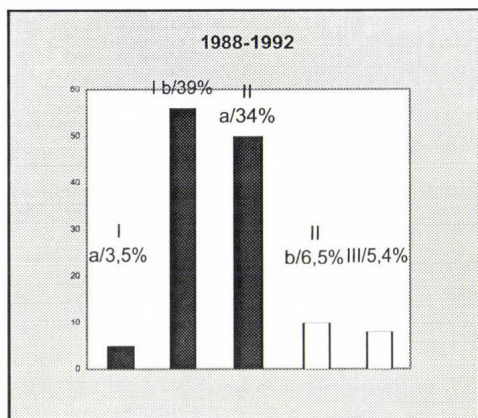
3. ábra: Felső gasztrointesztinalis vérzések diagnosztikája

## Diagnózis

A felső GI vérzések diagnosztikus lehetőségei az utóbbi tíz évben nem javultak. A *Seldinger*-technikával végzett szelektív arteriográfiának elsősorban az aneurizmák vagy álaneurizmák, illetve az érprotézisek által okozott arterio duodenális – enterális fistulák kimutatásában van jelentősége. A vizsgálat sikerességének feltétele, hogy a vérzés üteme legalább 0,5 ml/min. legyen. Ugyanez vonatkozik az izotóp diagnosztikára is. A logikusnak tűnő vizsgálat gya-

korlati haszna kicsi, okkult vérzéseknél nehéz az időpont kiválasztása, masszív vérzésnél a topográfiai meghatározás bizonytalan.

Ma is tehát azt kell mondanunk, mint 10 évvel ezelőtt, hogy a felső GI vérzések szinte kizárólagos diagnosztikai eszköze a felső endoszkópos vizsgálat. Nagy diagnosztikus biztonsággal állapítja meg a vérzés helyét, okát és felvilágosítással szolgál a vérzés aktivitását illetően is [15, 19]. A vérzés kezdete után minél előbb vizsgálják meg a beteget, annál



4. ábra: Felső gasztrointesztinalis vérzések Forrest szerinti megoszlása

nagyobb a valószínűsége, hogy a vérzésforrást sikerül megtalálni. A vérzést követő első 24 órában történt vizsgálat 40 %-ban talál vérző elváltozást, a 24 órán túli vizsgálat már csak 30 %-ban. A korai (8 órán belüli) diagnosztikus vizsgálat – irodalmi adatok szerint – javítja az endoszkópos hemosztázis esélyeit, és jelentősen csökkenti a kórházi ápolási időt is [8, 36]. Felső GI vérzések betegeink 87 %-ában történt endoszkópos vizsgálat, ezen belül, az esetek 73 %-ában 8 órán belül megtörtént az urgens endoszkópia. A diagnosztikus biztonság 97 %-ra emelkedett. Betegeink endoszkópos diagnosztikus, összehasonlító adatait a 3. ábrán mutatjuk be.

Feldolgoztuk anyagunkat a vérzés aktivitás endoszkópos osztályozása szerint is. Feltűnő, hogy az aktívan vérző esetek száma jelentősen csökkent (52 % vö. 76,5 %), ezen belül azonban a Forrest I. a. típusú (spricelő arteriális vérzés) vérzések száma közel háromszorosára emelkedett. Drámai módon csökkent a Forrest II. a. típusú vérzések száma (tudni kell, hogy a „látható ércsonk” kórismézése

nagy endoszkópos hozzáértést, jártasságot igényel, közel 100%-os biztonsággal csak endoszkópos szonográfia segítségével diagnosztizálható) [2]. A Forrest stádium beosztás összehasonlító adatait a 4. ábra szemlélteti.

### Kezelés

A kezelés ismertetéséhez a felső GI vérzéseket két csoportra osztottuk.

#### *Non-varix vérzések kezelése*

10 év alatt 292 beteget kezeltünk non-varix vérzés miatt.

Az elmúlt évtized tanulmányai sok fontos tényre hívták fel a figyelmünket.

1. Az akut vérzések kb. 65%-a spontán, véglegesen megszűnik,
2. az esetek 5%-ban a vérzés masszív és azonnali sebészi beavatkozásra van szükség,
3. a maradék 30%-ban a vérzés a kezelés (endoszkópos, gyógyszeres) hatására megáll, de két napon belül ismét jelentkezhet. Ez a korai ismételt vérzés.

### 1. Azonnali teendők

Vérzés aktivitás és vérzés intenzitás szempontjából masszívan vérző betegeinket osztályunk szubintenzív részlegén helyezük el.

A vérzés intenzitására egyrészt a hematokrit értékből következtetünk (a kritikus érték 23-25 % körül van, a vérzés miatti mortalitás ezen érték alatt közel kétszer magasabb), másrészt abból, hogy hány egység vérrrel sikerül a beteg keringését stabilizálni. A kritikus érték ez esetben 6 E vér (ha a vérigény meghaladja a 10 E-t a halálozás 50% -ra emelkedik). Beteganyagunk átlag vérigénye 2, 3 E vér volt.

Továbbra is fontosnak tarjuk a centrális kanül azonnali behelyezését és a CVP (centrális vénás nyomás) monitorizálását. Biztonságossá teszi a hipovolémia rendezését, és sokszor érzékeny paramétere a recidív vérzésnek. Felvételes ügyeleti napjainkon ügyeletet adó, az osztály állományába integrált belgyógyász szakorvos segítségével azonnal megkezdjük a társbetegségek kezelését, hiszen ismert tény, hogy a 60 év feletti életkor és a súlyos társbetegségek egyértelműen fokozzák a vérzés kockázatát [26].

### 2. Gyógyszeres kezelés

Valamennyi betegünknel sósav szekréciót csökkentő gyógyszereket alkalmaztunk, a vizsgált időszak első felében H<sub>2</sub> receptor antagonistáknak, a második felében pedig a sokkal hatásosabbnak tartott protonpumpa inhibitorokat. Alkalmazá-

sukat indokolja a trombocita funkció épen tartása, valamint az, hogy ha a peptikus léziót nem kezdjük el azonnal kezelni, nem számíthatunk a vérzés megszűntére, illetve fokozódik az ismételt vérzés veszélye. Az elmúlt évtizedben sem látott napvilágot azonban olyan adat, amely azt igazolná, hogy ezek a szerek képesek jelentősen befolyásolni a vérzés lefolyását. A kérdés nincs lezárva, bizonyítják ezt a széles körben folyó nemzetközi, multicentrikus vizsgálatok. Osztályunk is részt vett egy protonpumpa inhibitor sikeres endoszkópos hemosztázist követően fellépő ismételt vérzésre gyakorolt hatását vizsgáló, nemzetközi, multicentrikus vizsgálatban.

Plazminogén inhibitorok adását valamennyi betegünknel indokoltan tartjuk, hiszen ezek a szerek igazoltan csökkentik a plazminogén aktivitást és az intraluminális pepszin fibrinolitikus hatását.

Citoprotektív szerek adását intenzív kezelésben részesülő, „stressz ulcus” szenvedő betegeknél tartjuk indokoltan, mert PPI helyetti alkalmazásuk esetén lényegesen kevesebb a nozokomiális pneumóniák száma.

### 3. Endoszkópos hemosztázis

Az elmúlt évtized is bizonyította, hogy a nem-operatív lehetőségek között az egyetlen, hatásos eljárás az endoszkópos hemosztázis [1, 10, 20, 30, 35]. Irodalmi adatok szerint, kezdeti hatásossága napjainkban már megközelíti a 100 %-ot definitív hatásossága is 90 % körül van [24, 26]. Saját,

tíz éves anyagunkban ezek az adatok 98 % illetve 91, 5 % voltak.

Kórházunk gastroenterológiai részlegének endoszkópos laboratóriuma – osztályunkkal szoros együttműködésben – 24 órás készenléti ügyeleti rendszerben végzi a vizsgálatokat, illetve a terápiás beavatkozásokat. Míg a megelőző 5 évben szinte kizárólag felszíni, öblítéses eljárást alkalmaztak, addig az elmúlt tíz évben minden aktívan vérző elváltozás esetében (Forrest I. a, b és II. a.) injekciós szklerotizáció történt, igen jó kezdeti és definitív hatásossággal. Az ismételt vérzések aránya 8,5 % volt. Az endoszkópos laboratórium napjainkban már megkezdte a non-varix vérzések argon-plazma koagulációval történő kezelését is [16].

#### 4. Műtéti kezelés

Irodalmi adatok szerint, az elmúlt évtizedben a non-varix vérzések miatt műtétre kerülő betegek aránya 20 %-ról 10-15 %-ra csökkent. Saját anyagunkban a betegek 6, 1 %-ban történt műtét.

A műtéti indikáció felállításánál figyelembe vettük a vérzésaktivitást, vérzésintenzitást, az ismételt vérzéseket, idős, 65 év feletti betegeinknél a súlyos kísérőbetegségek következtében meglévő magas kockázati tényezőket, valamint a vérzés lokalizációját.

A döntéshozatal néhány esetben a „wait and see what happens” tehát az események retrospektív elemzése alapján történik, pedig a késedelmes műtéti indikáció az a hiba, amelyet a leggyakrabban elkövetünk [7]!

Különös jelentősége van ebből a szempontból az ismételt vérzéseknek.

Non-varix vérzés esetén a sebészi kezelésnek két célt kell elérnie:

1. biztonságos, lokális vérzéscsillapítás,
2. az alapbetegség kezelését.

Természetesen, egy bizonyos betegcsoportban (nagy kockázatú, idős betegek, akiknek gyors műtétre van szükségük), csak a vérzéscsillapítás lehet a műtét célja [26]. Az elmúlt két évtizedben számos, randomizált, multicentrikus tanulmány megállapította, hogy a műtét típusának csak csekély, vagy semmilyen hatása sincs a masszív felső GI vérzések átlagos mortalitására [9, 22].

Osztályunk 10 éves anyagában összesen 18 műtétet végeztünk. 8 esetben rezekciós műtétet (*Billroth II.* szerinti rezekció), 10 esetben csak vérzés aláöltés történt (valamennyi beteg az idős, nagy kockázatú beteg csoportba tartozott). Műtéti mortalitásunk magas, 28,5 % volt, ami megfelel az irodalmi átlagnak és jóval alacsonyabb a megelőző 5 év 40 %-os mortalitásánál.

#### Varix vérzések kezelése

Varix rupturából származó masszív vérzéssel 64 beteget kezeltünk 10 év alatt. A súlyos, Child C stádiumú májkárosodásban szenvedő betegek aránya 45 % volt. Az endoszkópos vizsgálat 8 órán belül a betegek 76 %-ában megtörtént. III-IV. fokú varixokat betegeink 78 %-ában találtunk.

*Azonnali teendők*

A megelőző 5 évhez hasonlóan a masszív, varix rupturából származó, vérzéssel felvett betegeket osztályunk szubintenzív részlegén helyezük el. Centrális kanül behelyezésével folyamatosan monitorizáljuk a CVP-t, kerüljük az ascites szaporodását elősegítő intravénás sóoldatok adását és azonnal megkezdjük a májkárosodás lehetőség szerinti kezelését, valamint az anti-enkefalopátiás kezelést.

*Gyógyszeres kezelés*

Plazminogén inhibitorok és HCL szekeciót csökkentő gyógyszerek adását minden betegünkönél továbbra is szükségesnek véljük a lokális hemosztázis biztonsága miatt.

A portális nyomás gyógyszeres csökkentésére, illetve a splanchnicus artériás keringés csökkentésére alkalmazott gyógyszerek közül a Vazopresszin-Terlipresszin, ill. a Szomatostatin-Oktreotid család között irodalmi adatok szerint hatásosság tekintetében nincs különbség [4, 6]. Osztályunkon Vazopresszin kezelést jelentős mellékhatásai miatt nem alkalmaztunk.

A rendkívül drága Oktreotidot 5 napig, szkleroterápiával együtt betegeink 58 %-ában alkalmaztuk, ebben a csoportban nem észleltünk ismételt vérzést! A megelőző 5 évben Oktreotid kezelésre csak néhány alkalommal volt lehetőségünk.

*Ballon tamponád*

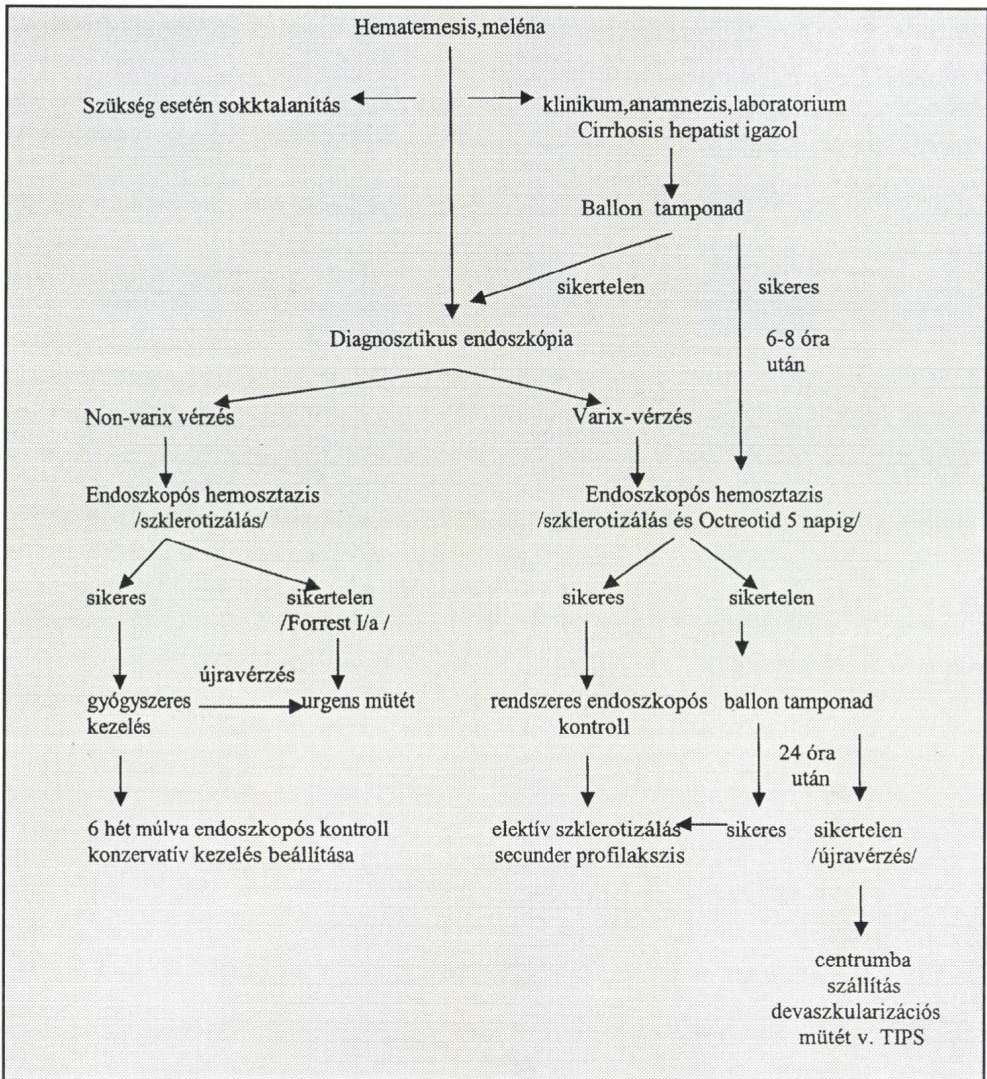
A kellő helyzetbe vezetett szonda 90

%-os hatásossággal tudja azonnal szüntetni a vérzést. Irodalmi adatok szerint 25-50 %-os az ismételt vérzések aránya, hátránya, hogy levezetéséhez nagy gyakorlat szükséges [18]. Osztályunk anyagában 25 %-os volt az ismételt vérzések aránya. Nagyobb arányban használtunk *Linton*-szondát és a *Sangstaken-Blakemore*-szonda nyelőcső ballonját sem fűjtük fel, elkerülve a kifejezett mellkasi fájdalmat és légzési nehezítettséget. A szondát minden esetben állandó húzásra helyeztük (0,5-1,0 kg).

Amennyiben masszívan vérző betegeinknél a klinikai és laboratóriumi kép máj cirrózisra utalt, közeli anamnézisben varix-ruptúra szerepelt, a szondát azonnal levezettük és 6-8 órás ballon-tamponád után végeztük el a diagnosztikus és terápiás endoszkópos vizsgálatot [6, 21].

*Endoszkópos hemosztázis*

Az elmúlt évtizedben az akut vérzéses epizódok kezelésében egyértelműen az endoszkópos hemosztázis vált az ún. arany standarddá és kiemelt szerepe van a szekunder profilaxisban is. A non-operatív eljárások közül egyedül ez volt képes az igen magas ismételt vérzési arányt 25 % alá csökkenteni. Betegeink 70 %-ban történt endoszkópos hemosztázis, az ismételt vérzések aránya 23 % volt. Vérzést kontrolláló hatásossága is 90 % fölé emelkedett. A három lehetséges eljárás közül osztályunkon az endoszkópos szklerotizációt (ESCL) alkalmaztuk. Az endoszkópos varix ligáció (EVL) eredményei már közelítenek az ESCL módszerrel elérték-



5. ábra: Masszív felső gasztrointesztinalis vérzések kezelésének algoritmusá

hez és ritkábbak a súlyos szövőd-  
mények. Az endoklip felhelyezése a  
varixok törékenysége és mérete mi-  
att a nyelőcsőben kevésbé hasznos el-  
járás.

Műtéti kezelés

Jó általános állapotú beteg esetében  
(Child A), noha a műtéti kockázat vi-

szonylag alacsony, a műtét felesleges,  
hiszen az endoszkópos szkleroterápia  
is kitűnő eredményeket ad. A súlyos  
májkárosodásban szenvedő betege-  
ken (Child C) bármilyen vérzéscsil-  
lapító eljárás, így a műtét is csak  
csekély valószínűséggel segíthet. A  
leggyakoribb, közepes májkárosodás-  
ban (Child B) szenvedők esetében  
pedig a műtéti kockázat sokkal na-

gyobb, mint az endoszkópos eljárásoké, tehát sebészi vérzéscsillapító módszerek elsődleges alkalmazása varix vérzésben általában megkérdőjelezhető [19]. Műtét tehát csak akkor indokolt, ha a nem sebészi módszerek eredménytelennek bizonyulnak:

1. ismételt ESCL ellenére recidiváló varix (műtét mérlegelendő),

2. rendszeresen ellenőrzött és kezelt beteg ismétlődő varix ruptúrája. Napjainkban a javasolt műtét a *Hassab* és *Johston* műtétek közös elemei alapján: abdominális gépi nyelőcső-transzszekció, devaszkuarizáció, fundoplikáció, szplenektómia nélkül. A műtét halálózása magas, kb. 20 % [33].

A májátültetések számának szaporodása, a műtétek biztonságossá válása meghozta a lehetőségét a májkárosodásban szenvedő betegek végleges gyógyulásának. Amennyiben vérzéses epizód esetén szóba jön a későbbi májátültetés, a nem sebészi módszerek eredménytelensége esetén devaszkuarizációs műtét helyett az akut vérzést TIPS (transzjuguláris intrahepatikus portoszisztémás sztent shunt) eljárással célszerű kezelni [23, 32, 35].

Osztályunk 10 éves anyagában műtéti kezelést nem végeztünk. Amennyiben felmerült a műtéti indikáció, a beteget állapotának stabilizálása után, ideiglenes vérzés csillapítást alkalmazva, centrumba szállítottuk.

### Következtetések

A vizsgált két időszakot összehasonlítva a legfontosabb adat, a mortalitás tekintetében eredményeink igen je-

lentős javulását észleltük. Átlagos mortalitásunk 20 %-ról 11,5 %-ra csökkent, ezen belül különösen jelentős mértékben csökkent a non-varix vérzők mortalitása (11,4 % ról 4,1 %-ra).

Eredményeinket a következőknek tulajdonítjuk:

1. Az endoszkópos szklerotizáció széleskörű alkalmazása.

2. A diagnosztikus és terápiás endoszkópos vizsgálat nagyobb hányadában 8 órán belül megtörtént. Ez fokozza a diagnosztikus biztonságot, a terápiás hatásosságot és csökkenti a kórházi ápolási időt.

3. Az intenzív terápiás lehetőségek javulása.

4. A gasztroenterológus endoszkópos belgyógyász, sebész, intenzív terápiás szakorvos szoros együttműködése.

5. A műtéti indikáció pontos, gyors felállítása, mert ma is igaz *F. J. Branicki* felső GI vérzésekkel kapcsolatos tömör megfogalmazása: „a megfelelő beteget, a megfelelő eljárással, a megfelelő időben kell operálni” /7/.

### IRODALOM

- [1] *Abi, H. et al.*: Endoscopic band ligation for non-variceal non-ulcer gastrointestinal hemorrhage *Gastrointest -Endosc.*,1998, 48(5): 510-4.
- [2] *Abdo-Francis, J.M.*: Treatment of non-variceal hemorrhage of the upper digestive tract. *Rev-Gastroenterol. Mex.* 1998, 63: S38-44.

- [3] *Amouretti, M et al:* Management of upper digestive haemorrhage, *Gastroenterol-Clin. Biol.* 2000, 24(11): 1003-11.
- [4] *Avgerinos, A.:* Approach to the management of bleeding esophageal varices, role of somatostatin. *Digestion*, 1998, 59 Suppl. 1: 1-22.
- [5] *Bendsten, F.:* Treatment of esophageal varices *Ugerskr. Laeger*, 2001, 163: 1552-6.
- [6] *Bhasin, D. K.:* Variceal bleeding and portal hypertension. *Endoscopy*, 2002, 34 : 119-28.
- [7] *Branicki, F. J. et al:* Bleeding peptic ulcer. *World J.Surg.*, 1990, 14: 262.
- [8] *Cooper, G. S. et al:* Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: association with recurrent bleeding, surgery, and length of hospital day. *Gastrointest. Endosc.* 1999, 49: 145-52.
- [9] *Depolo, A. et al:* Upper gastrointestinal bleeding. Review of our ten years results. *Zentralbl. Chirurg*, 2001, 126: 772-6.
- [10] *Drug, V., et al:* Endoscopic clips-what are they, good for? *Rom. J. Gastroenterol.* 2000, 11: 29-32.
- [11] *Ertekin, et al:* Endoscopic band ligation: alternative treatment method in non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage *J. Laparoendosc. Surg. Tech.*, 2002, 12: 41-5.
- [12] *Fedorov, V. D. et al:* Recurrent profuse hemorrhage in gastric angiodysplasia *Khirurgija*, 1999, 4-8.
- [13] *Folvik, G. et al:* Endosonography-guided endoscopic band ligation. Dieulafoy's malformation *Endoscopy*, 2001, 33: 636-8.
- [14] *Gow, P. J. et al:* Modern management of oesophageal varices *Postgrad. Med. J.*, 2001, 77: 75-81.
- [15] *Gostout, C. J.:* Acute gastrointestinal bleeding: what are the issues the new millennium will resolve? *Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am.*, 2000, 10: 89-99.
- [16] *Grund, K. E. et al:* New hemostatic techniques: argon -12- plasma coagulation. *Clin. Gastroenterol*, 1999, 13: 67-84.
- [17] *Jalan, R. et al:* UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *British Society Gastroenterology*, 2000, Suppl 3-4: 1-15.
- [18] *Kaza, et al:* Rapid placement of the Sengstaken-Blakemore tube using a guide-wire *J Clin. Gastroenterol.*, 2002, 34: 282.
- [19] *Krahenbuhl, L. et al:* Variceal hemorrhage in portal hypertension: role of surgery in the acute and elective situation *Schweiz Med. Wochenschr.*, 1999, 129: 631 - 8.
- [20] *Krige, J. E. et al:* Endoscopic treatment of oesophageal varices. *S. A. J. Surg.* 2000, 38: 82-8.
- [21] *Lin, T.C. et al:* Endoscopic placement of Sengstaken-Blakemore tube. *J. Clin. Gastroenterol.*, 2000, 31: 29- 32.
- [22] *Millat, B. et al:* Emergency surgical treatment bleeding duodenal ulcer: oversewing plus vagotomy versus gastric resection, a controlled randomized trial. *World J. Surg.*, 1993, 17: 568.
- [23] *Orozco, H. et al:* The evolution of portal hypertension surgery: lessons from 1000 operations and 50 years experience *Arch. Surg.* 2000, 1365: 1389-93.
- [24] *Patai, A. et al:* Az elektro-hidro-thermoszondával végzett coagulatio eredményessége a nem-varix eredetű felső gasztrointesztinál vérzés kezelésében. *Orv. Hetilap*, 1998, 139: 2239-404.
- [25] *Rockall, T.A.:* Management and outcome of patients undergoing surgery after acute upper gastrointestinal haemorrhage, *J.R.Soc. Med.*, 1998, 91: 518-23.
- [26] *Schoenberg, M. H.:* Surgical therapy for peptic ulcer and non-variceal bleeding *Langenbacks Arch. Surg.*, 2001, 386: 98-103.
- [27] *Sreedharan, V. K. Et al:* Upper gastrointestinal bleeding in tropical pancreatitis due to pseudoaneurysm rupture. 2003, 33: 57.

- [28] *Stabile, B.E. et al*: Surgical management of gastrointestinal bleeding *Gastroenterol Clin. North A.* 2000, 29: 189-222.
- [29] *Tauzin, F. et al*: Felső gastrointestinalis vérzések osztályunk 5 éves anyagában *Honvédorvos*, 1994, 46(3): 152-65.
- [30] *Terada, R. et al*: Mallory-Weiss syndrome with severe bleeding: treatment by endoscopic ligation. *Am. J. Emerg. Med.*, 2000, 17: 812-5.
- [31] *Toyoda, H. et al*: Fatal bleeding from a residual vein at the esophageal ulcer base after successful endoscopic ligation, *J. Clin. Gastroenterol.*, 2001, 32: 158-60.
- [32] *Vankemmel M. et al*: Highly selection portal decompression for ruptured oesophageal varices. *Ann. Chir.*, 2000, 125: 50-6.
- [33] *Wu, Y. K. et al*: Modified Hassab procedure in the management of bleeding esophageal varices a two year experience. *Hepatogastroenterology*, 2002, 49: 205-7.
- [34] *Yamaguchi, Y. et al*: Endoscopic hemoclipping for upper GI bleeding due to Mallory-Weiss syndrome. *Gastrointest-Endosc.*, 2001, 53: 427-30.
- [35] *Gasztroenterológiai Sebészet*, 2002, Szerk: *Dr. Kiss János*.
- [36] *Zuckermann, G. R.*: Acute gastrointestinal bleeding: clinical essentials for the initial evaluation and risk assessment by the primary care physician. *J. Am. Osteopath. Assoc.*, 2000, 100: S4-7

**Lt.Col. (ret.) F. Tauzin M.D.,  
Lt.Col. J. Szilágyi M.D.M.C.,  
Col. Gy. Orgován, Ph.D., med. habil,  
Maj. L. Simon M.D.M.C.,  
Z. Záborszky M.D.,  
Katalin Dékány M.D.**

### **Upper gastrointestinal bleeding in the 10 years old material of our department**

The authors review the outcomes of upper gastrointestinal bleeding based on a retrospective analysis of their data from 356 consecutive patients admitted to the department over a period of ten years. They discuss relevant diagnostic tests and therapeutic interventions in comparison with recent data from the literature. In addition, they compare the period under study with their own data from a five-year period preceding the current study. The authors conclude that rapid surgical intervention is especially important in the management of elderly patient with rebleedings and multiple risk factors.

*Dr. Tauzin Ferenc ny. o.alez.  
1553 Budapest, Pf. 1.*