



Editöre Mektup

Letter to the Editor

Adnan Özpek

Sayın Editör,

Derginizde; JAREN 2020;6(1):44-52 doi:10.5222/jaren.2020.50470 numarasıyla Emel Yılmaz ve Züleyha Karadaş tarafından yayınlanan “Acil Travma Ünitelerinde Travma Şiddetine Göre Ağrı Giderme Yaklaşımlarının Retrospektif İncelenmesi- Retrospective Examination of Pain Relief Approaches According to Trauma Severity in Emergency Trauma Units” başlıklı makaleyi, 52 numaralı referansla benim de yazarları arasında bulunduğum bir çalışmaya atıfta bulunduğu için ilgiyle okudum.

Yazarlar, “Tartışma” kısmının sonlarında 49. sayfada kendi hastalarındaki Düzeltilmiş Travma Skoru (RTS) ile başka çalışmalardaki RTS ortalamalarını karşılaştırırken; 49, 50 ve 52 numaralı referanslardaki ortalama RTS skorlarının sırasıyla 6.69,7.33 ve 7.8 olduğunu, kendi çalışmalarında ise 11.96 olarak yüksek olduğunu belirterek, aradaki farkın örneklem grubundaki farktan kaynaklanabileceği şeklinde yorumlamışlardır ⁽¹⁻³⁾.

Bilindiği gibi Revize Edilmiş Travma Skoru (Revised Trauma Score-RTS) iki farklı şekil ve yöntemle hesaplanabilmektedir:

1. Triaaj-RTS (T-RTS): Daha basit ve hızlı olan bu hesaplama yöntemi genellikle yaralanmanın olduğu sahada, hasta nakil ekipleri tarafından uygulanmaktadır. Glasgow Koma Skoru (GKS), sistolik kan basıncı (SKB) ve solunum sayısı (SS) parametreleri esas alınarak herbirine değerlerine göre 0-4 aralığında puan verilmekte ve toplam skor 0-12 değer aralığında hesaplanmaktadır (4).
2. RTS calculated (RTSc): Daha karmaşık olan bu hesaplama yöntemi ise çoğunlukla hastaneye yatırılarak tedavi edilen hastalarda travma ile ilgili branş uzmanlarınca kullanılmaktadır. T-RTS’de kullanılan parametrelerin ve puanların aynısı ağırlık katsayılarına göre $RTS = 0.9368 \text{ GKS} + 0.7326 \text{ SKB} + 0.2908 \text{ SS}$ formülüyle 0-7,8408 değer aralığında hesaplanmaktadır ⁽⁴⁾.

Sonuç olarak; yazarların tartışma kısmında belirttikleri 49,50 ve 52 numaralı referanslardaki bulgularla kendi RTS bulguları arasındaki fark örneklem grubunun farklı olmasından değil, yüksek olasılıkla hesaplama yöntemlerinin farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Selam ve saygılarımla,

Received/Geliş: 20.11.2020
Accepted/Kabul: 15.03.2022
Published Online: 30.05.2022

Citeas:ÖzpekA.Editöremektup.Jaren.2022;8(1):51-52.

Adnan Özpek
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul
Ümraniye Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,
İstanbul, Türkiye
✉ adnanozpek@mynet.com
ORCID: 0000-0002-2051-256X

KAYNAKÇA

1. Özhasenekler RA, Karaman H, Kavak GÖ, Tüfek A, Yıldırım Z, Çelik F ve ark. Özkıyım amaçlı ilaç intoksikasyonlu hastalarımızın demografik özellikleri, Glaskow Koma Skalası ve Revize Travma Skoru'nun mortalite ile ilişkisi. JAEM. 2012;11:200-3.
2. Jung K, JC-Jong Lee, Park RW, Yoon D, Jung S, Kim Y et al. The best prediction model for trauma outcomes of the current Korean population: a comparative study of three injury severity scoring systems. Korean J Crit Care Med. 2016;31(3):221-8. [\[Crossref\]](#)
3. Hasbahçeci M, Özpek A, Başak F, Çalışkan M, Ener BK, Alimoğlu O. Künt toraks travmasında mortaliteye etki eden faktörler. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2013;19(2):127-32. [\[Crossref\]](#)
4. Sarıbeyoğlu K. Travma Skorlaması. İçinde: Ertekin C, Taviloğlu K, Güloğlu R, Kurtoğlu M. Travma. 1. Baskı. İstanbul; İstanbul Medikal Yayıncılık; 2005. Sh. 72-82.