

# • 会议记要 •

## 《中国骨伤》杂志社华东编委工作会会议纪要

《中国骨伤》杂志社华东编委工作会 2006年 10月 20日下午在上海上航假日酒店召开,苏浙沪三地的编委专家近 20人参加了会议。出席这次会议的既有德高望重的老一辈骨伤科专家,也有年富力强活跃在学术研究和临床治疗领域的学科带头人(见封 2照片 1-10)。会议由《中国骨伤》杂志社主编董福慧教授主持,编辑部主任李为农教授就杂志的学术导向、期刊质量及编委会的建设等议题向编委和专家们作了工作汇报。会上,编委和专家们就杂志如何发展提出了以下看法。

### 1 明确杂志定位,发挥学术导向作用

《中国骨伤》的前任主编尚天裕教授开创了中西医结合治疗骨折的先河,在他的学术思想指导下,改变了骨折治疗的传统模式,提出了一系列骨折治疗和骨折愈合的新观念,如:正骨手法与正骨原则;自动牵引复位原则;弹性固定原则;有限固定原则;动静结合原则;骨痂生长与骨折愈合的概念等,确立了中国接骨学派的形成,又被国际上称为“CO”系统。《中国骨伤》杂志一直倡导并传播这种具有中国特色的骨伤科的办刊理念,在学术导向上探索现代医学领先学科与传统医学的相结合,使中医骨伤与西医骨科和创伤有机地结合,解决临床中出现的难点和热点问题,办出具有中国特色和国际影响力的骨伤科专业期刊。

石印玉教授指出:骨伤科发展迅速,许多引进的外固定器械等新技术、新方法被临床医生广泛接受,但如何运用这些新技术,如何选择合适的治疗方法是我们面临的问题。目前临床上存在一种现象,对于腰腿痛的患者就诊时不是先作 X线检查,而是先行 CT检查,这样是否合理?对于脊柱骨折的患者用钢板固定、骨水泥治疗,还是保守治疗(如卧床休息),是否能规范性的治疗方案?针对这些问题,《中国骨伤》杂志应起引导作用,就此类问题进行讨论,从而引导治疗方法的选择,这也有助于解决当前所面临的“医患问题”。张春才教授认为国外先进技术进入中国,有好也有坏,有利也有弊,在杂志上可以展开学术争鸣,对热点问题进行讨论。诸如关节置换问题,是不是需要置换,何种情况适宜行置换术;椎间盘突出要不要手术,是选择内固定、人工植骨,还是小切口;髌骨骨折是否一概作全髌置换术,手术适应证应如何把握,对 30岁左右的患者是否适于全髌置换术,对于不应行置换的情况国外确有报道施行过置换术,对此我们是盲目跟从国外的作法,还是应该有自己的选择。《中国骨伤》杂志都可以进行百家争鸣与学术探讨,从而引导临床治疗。赵建宁教授提出了“疾病链”的概念,即针对疾病的发展过程研究相应的治疗方法,每种疾病发展到了何阶段,就需要寻找针对该阶段的治疗方法,掌握好适应证,从而使患者尽快恢复,同时尽可能减少费用。董福慧教授也认为可以从疾病的整个发展过程中探索治疗模式,可从腰椎间盘突出症、颈椎病及其他退行性病变等

着手探索临床单元模式,进而形成导向性模式。朱振安教授认为对热点问题要进行讨论,请专家作述评,对有争议但临床确有效的问题进行点评。董健教授也强调了《中国骨伤》杂志应增加评论性文章,这对基层医生有帮助。同时可以在同一期杂志将一些关于临床问题的对立观点刊出,如年轻患者是否需要髌白内固定、人工髌关节是否需要置换,这样可以引起观点的争论。翁文杰教授指出,目前医疗过度现象较严重,国内骨伤科临床研究缺乏前瞻性的对照研究,发表的文章说服力不强。强调继续教育园地的内容中关于适应证的掌握要注重中西医的区别,以引导医生在临床上开展能做的业务。

杜宁教授认为杂志定好位便有了方向。中医和西医共同的目标是如何能多快好省地看好病,谁能更快到达终点。对于骨折选用 AO 还是 BO 方法,关节置换有哪些适应证,髌骨骨折现状如何,如何进行方法选择,诸如此类的骨科临床问题的不同治疗方法可以进行比较,把中西医结合的优点报道出来。张功林教授提出《中国骨伤》杂志要把小技术、小创新、小经验刊登好,可以借鉴国外新技术与新知识,介绍国外杂志刊出的新技术与新革新,篇幅可以很小,起到导向作用。“继续教育栏目”对新知识、新技术的学习有好处。他强调刊登热点问题、有争论性问题,进行各种观点争鸣的重要性。董健教授提出了杂志不只是介绍实用的技术供基层医生学习,也可以将国外杂志中的先进技术与方法在杂志上进行短篇引用,这样可以面向省级医院,满足有较高水平医生的学习需求。

### 2 坚持办刊宗旨,突出中国特色

与会的专家肯定了《中国骨伤》杂志的办刊特色,坚持了中西医并重的原则,突出了有中国特色的骨伤科的办刊理念,在骨科的中西医结合方面,《中国骨伤》杂志是历史的见证,反映了中西医结合的成果。施杞教授指出杂志可以进行学科发展模式的探讨,探讨中西医结合骨伤科如何源于中医、如何源于西医而形成独特学术理论;探讨中西医结合的特色;探讨新的学术理念、学术思想及技术方面的继承与发展,从而形成新的学术特点。张春才教授认为中医和西医的本质是相同的,即如何提高生活质量、更快治愈疾病。而中医与西医所采用的方法是不同的,中医治疗骨伤强调筋骨并重、内外兼治、动静结合及医患合作,《中国骨伤》杂志应鼓励、坚持中国特色。中国人应进行反思:西医治疗骨伤的复位与固定原则在我国唐代便已提出;现代骨伤的治疗由 AO 观念转变为 BO 观念,而我国的筋骨并重、动静结合比之 BO 还要先进,但却缺乏具体的数据来证实。《中国骨伤》杂志要体现个性,敢于提出我们的观点让外国人接受,比如我们提出的“尺桡骨骨折”应是“关节内骨折”,这一观点已被外国人接受,并指导了他们的临床。赵建宁教授认为《中国骨伤》杂志要以“伤”为主,包括伤病;要突出杂志优点,以中西医结合为主。临床上大部

分骨伤是保守治疗的,并不是每位患者都要手术治疗,可以研究何时需保守治疗、何时需手术治疗,保守治疗有哪些有效方法,展开这些研究可以解决当前“过度医疗”问题,减少医疗费用。他提出在骨伤方面,骨损伤的修复,特别是软骨损伤的修复是目前热门课题,包括基因治疗、组织工程、分子生物方面的研究。张功林教授强调《中国骨伤》杂志要有自己的特色。比如经皮钢板、经皮穿针有限固定技术,与我国很早出现的小针刀治疗骨伤病很相似,这本应是有中国特色的疗法,我们却未进行系统研究,现在反而让国外进行了很好的总结。毕大卫教授认为中西医结合在创伤、四肢骨折、软组织损伤方面要加强研究。詹红生教授认为中药临床研究趋于规模化,并有客观观测指标,《中国骨伤》杂志应增加一些中药临床研究的文章。同时强调中医手法治疗疾病确有临床疗效,中医所讲的“骨错缝”、“筋出槽”在临床诊疗过程中可以解释并验证一些疾病,《中国骨伤》杂志应策划刊出一些相关文章。

### 3 发挥编委力量,提高杂志质量

目前《中国骨伤》杂志是中国科技论文统计期刊源和中国科学引文数据库等国内各大数据库收录的期刊。在国外已被美国《化学文摘》(CA)、俄罗斯《文摘杂志》(AJ)和波兰《哥白尼索引》(IC)三大数据库收录。这表明《中国骨伤》杂志文章质量是在不断地提高,但与高标准的学术期刊、精品期刊相比还有很大差距。

赵建宁教授提出《中国骨伤》杂志基金项目文章偏少,每位编委有责任和义务每年向杂志提供 1至 2篇有基金项目的文章作为重点刊出,高质量的杂志应有创新性、可读性及实用性。杜宁教授也强调创新性是杂志最终能否成功的关键,创新性文章要重于基金项目的文章。他认为创新性包括三方面内容:①未出现过的观点、技术、方法及理论;②国外已有的技术、方法等被引进国内,也有创新的味道;③对已有方法的改进。在手术、理论、检验技术、手法及药物治疗方面都可有创新,但文章要严谨。《中国骨伤》杂志要刊登高水平、有创新性的文章,这对提高杂志质量很重要。张功林教授也强调杂志中题目新、内容精干的创新性文章会吸引读者,可以将好的文章通过快速通道刊登,提高杂志的质量,也使新技术能很快地推广。王拥军教授提出杂志要规范,不仅包括编辑加工的规范,对编委的审稿要求也要规范,可以对编委进行相关培训。朱振安教授分析了提高杂志质量的三个方面,包括:由编委提供高质量的稿件;审稿的把关,对审稿编委给出指导;审稿应区分专业。从而为每篇论文把好好关,提高文章的严谨性。

总之,这次华东编委工作会针对杂志的发展方向和质量的控制等方面进行了认真、详尽的讨论,明确了方向,会议取得了圆满的成功。

(连智华,李为农,王宏整理)

## • 读者 • 作者 • 编者 •

### 我国髋关节置换效果评定标准 (1982) ——北京方案

分级	疼 痛		关 节 功 能					生活自立, 包括穿鞋 袜、剪趾甲	关节活动度*
	程度	服止痛剂	行走距离步态	手杖	坐蹲	上下台阶 或上下楼			
6	无痛	不用	长距离行走不跛	不用	坐蹲自如	自如	完全独立	211°以上	
5	活动后偶有轻微 疼痛	不用	长距离行走稍跛	不用	可以蹲下坐的 很好	不扶扶手	困难可以克服	161° ~ 210°	
4	活动后疼痛稍重	偶服缓和止痛剂	室内行走良好室外 短距离	单手杖	不能蹲下可以 坐直	要靠扶手	除剪趾甲外自 己有办法进行	101° ~ 160°	
3	限制活动但可忍 受	常服缓和止痛剂	单拐或双手杖	行走明 显受限	不能蹲下坐椅 子边上	上下困难	除剪趾甲外自 己可以勉强作	61° ~ 100°	
2	稍活动感疼痛严 重	偶服强烈止痛剂	室内行走明显受限	双拐	不能坐下椅子 边上坐不久	不能	靠人帮忙	31° ~ 60°	
1	卧床不能活动	常服强烈止痛剂	卧床或坐轮椅	不能走	卧床	不能	不能	0° ~ 30°	

\* 内收、外展、屈曲、后伸、内旋、外旋六个方向活动角度总和

评定方法:按表所列,将临床所见结果分为三项,即疼痛、功能、活动度。每项分为 6级,1级最差,记 1分,6级最好,记 6分;其余类推。结果最好的为 6 6 6 总数是 18分;最差为 1、1、1,总数是 3分。根据不同情况,也可以为 5 4 5或 4 5 4等。上述三项中,活动度为单一项目,而疼痛与功能项目中有 2个或 3个分项。计算时可采取各分项的平均值,凡高过 5就归入 6级,高过 4的归入 5级,依此类推。

疗效总评定:分为 6级:优良(6级)16~ 18分 很好(5级)13~ 15分 好(4级)10~ 12分 尚可(3级)7~ 9分 差(2级)4~ 6分 很差(1级)3分

摘自:蒋协远,王大伟.骨科临床疗效评价标准.北京:人民卫生出版社,2005.151