

国际眼科协会的眼科手术能力评估标准(ICO-OSCAR)

国际眼科协会的“眼科手术能力评估标准”(ICO=OSCARs)是为促进外科手术能力的评估和教学而设计。它将手术过程分解为单个步骤，对每一步进行评估，评估等级分为为初级新手、新手、高级新手和合格者。ICO=OSCAR 对每一级别的评估标准都有描述，评估者只需要圈出其观察到的手术的每个步骤的操作情形即可。ICO=OSCAR 应该在手术结束时即时完成，并立即与学生讨论，提供及时的、具结构性的及针对性的操作反馈。这些评估标准由国际专家小组设计，可以对外科手术能力进行有效的评估。

ICO-OSCAR 导师指引

1. 观察住院医师手术。
2. 最好可以在手术结束时立即圈出所观察到的情形。有的人喜欢先让住院医师自己圈出他们认为与操作相符的描述。如果有手术录像，可以在手术后通过录像回放观察再评分，但这样做的话无法提供效率更高的及时反馈。
3. 记录下评估表中未包含的评估意见。
4. 跟住院医师回顾评估结果。
5. 制定改进计划(如:湿实验操作/紧接着的下一个手术的注意事项)。

建议:

- 如果以前曾有过病例，查阅 ICO-OSCAR 记录，注意需要改进的地方。
- 如果由不同的导师对同一个住院医师进行评估，导师们最好在开始之前一起评估几个以往的记录病例，以确保他们的评分方式是相同的。

使用和翻译本文件仅限非商业用途，并注明出处为 ICO。访问和下载 ICO-OSCARs: icoph.org/ico-oscar

住院医师：_____

评估者：_____

日期_____

国际眼科协会眼科手术能力评估准则—斜视（ICO-OSCAR：斜视）-CN

	评分项目	不能完成 (2分)	不熟练 (3分)	较熟练 (4分)	熟练 (5分)	不适用/指导 教师完成 (0分)
1	消毒铺单	不能独立为患者做消毒铺单等术前准备，不知道消毒前确定手术眼和肌肉的重要性。	能为患者做消毒铺单等术前准备，但无菌操作不合理。固定头位较困难。	能为患者做合理的消毒铺单等术前准备，但操作效率不高。固定头位较合理。	能合理、有效地为患者做消毒铺单等术前准备。固定头位较合适。	
2	被动牵拉试验	不知道被动牵拉试验。	知道被动牵拉试验，但不了解它的相关知识、应用时机，且无法演示此试验。	明白手术的目的，能够在相应的时机演示此试验，并能够觉察到相应肌肉的受限程度。	适当时可推测和描述相应肌肉在各个眼位的受限程度，并对相关手术的选择做出评论。	
3	固定眼球	可以描述出一种眼球固定的方法但不能做出演示。	可以描述出一种眼球固定的方法但需在帮助下才能做出演示。	可以在少量提示下演示一种眼球固定的方法。	可以轻松演示一种眼球固定的方法，且不需提示。	
4	球结膜穹窿部做切口、分离结膜和巩膜	不能描述直肌手术中的角膜缘和球结膜穹窿部的切口。	可描述但无法演示直肌手术的角膜缘和球结膜穹窿部切口。	可在指导下做角膜缘和球结膜穹窿部切口，但效率不高。	可做角膜缘和球结膜穹窿部切口，且效率较高。	
5	勾取直肌	不能描述勾取肌肉的方法，且不能演示。	可描述勾取肌肉的方法，但不能演示。	可一次性勾取肌肉，但效率不高。	可一次性准确而高效的勾取肌肉。	
6	分离暴露肌肉	不能描述直肌的分离方法。	可描述直肌的分离方法，但需有经常性的指导才能完成基本步骤。	可演示直肌基本的分离方法，但效率不高，或常常破坏许多组织层面和中断睫前动脉的分支。	能有效分离直肌，并可适当的使用锐性分离和钝性分离及避开睫前动脉的分支。	
7	缝合处理肌肉	不能准确描述肌肉的缝合方法。	能准确描述肌肉的缝合方法，或者需要多次开合持针器，缝合不准确。需要有助手帮助适当的处理缝线。	能够安全缝合肌肉，但效率不高。可能会引起出血或肌纤维离断。需要指导钳夹肌肉的两端。	可以安全、有效、准确的缝合处理肌肉，少有组织创伤且不需指导。	
8	直肌离断	不能描述直肌离断的技术	能描述直肌离断的技术，但是企图离断肌肉时剪断肌肉缝线或巩膜。	能完成直肌离断，但偶尔会出血或残留肌肉组织在巩膜上，需要别人口头指导。	能安全、有效地离断直肌。	

9	圆规/巩膜尺的使用	不会用圆规标记巩膜，不会检查圆规刻度确认下一步骤，或者在巩膜的划痕太深，不知道弧长和炫长的区别。	会用圆规或巩膜尺标记巩膜，但测量常常不与直肌的附着点垂直。会检查与昂刻度并正确测量，知道弧长和炫长的测量方法。	会用圆规或巩膜尺准确标记巩膜，但标记很浅，因为不知道针要从标记处穿过。	能有效准确地用圆规或巩膜尺标记巩膜，且标记后立即将针要从标记处穿过。	
10	肌肉重新附着：针穿过巩膜	不能描述针穿过巩膜的安全技术。	能描述针穿过巩膜的安全技术，但针没有靠近眼球，或针穿过巩膜开始前没有打开持针器。不能把握缝针的深度和长度。	针尖安全地靠近眼球，进入巩膜后能看到针尖，针穿出巩膜也没有困难，但在巩膜中太短或太浅，一点肌腹下垂。	随意将针尖安全地靠近眼球，针在巩膜穿行中稳固，长度深度合适。无肌腹下垂。	
11	结膜切口缝合（需要时）	不会缝合结膜切口，分不清 Tenon's 囊和结膜组织。	基本能完成结膜切口缝合，但无效需要别人指导，需要重新缝合。	能安全关闭结膜切口，但无效。	能安全有效关闭结膜切口。	
眼球指数						
12	止血	不能正确描述肌肉离断、缝线位置和重新缝合附着肌肉，不能描述电凝技术	能描述避免和控制出血的技术，但需要别人指导才能正确完成肌肉离断、缝线位置和重新缝合附着肌肉及电凝技术。	常常可以应用正确的技术避免出血，用电凝可以控制出血但经常需要多次电凝，并且留下电凝斑。	总是能应用正确的技术避免出血，会用电凝有效控制出血。	
13	组织控制技术	执行操作过度胆大或胆小，不经意损伤组织（包括角膜上皮破坏）	知道避免组织损伤和止血技术，但需要别人指导才能正确完成，可能发生轻度角膜上皮破坏。	组织操作控制安全，但有时需要多次操作才能达到渴望的效果，最轻微的角膜上皮破坏。	组织控制操作有效、流畅，总能一次性达到渴望的操作效果。	
14	器械知识	只知道器械的一些简单术语，如“肌肉钩”和“镊子”，不知道必须的肌肉缝线或针的类型。	知道一些器械的简单术语，不能正确命名大部分器械，知道必须的缝线规格，但不知道针的类型	知道大部分但不是所有器械的简单术语，能正确命名器械，知道必须的缝线规格，但不知道针的类型。	知道所有器械，能正确命名，知道缝线规格材料和针的类型。	
15	持针器的持针技术	经常持针不正确。	持针位置不正确，离尾部太近或太远。	持针位置正确，但松紧不合适需要多次操作。	持针位置正确有效。	
16	打结技术	不会打结。	不会打结，需要其他人帮忙才能打平第一个结，或者准备打第二个结时，第一个结松动。	能打平第一个结，打第二、三个结时无效。	能有效打平结、方结。	

17	与手术团队交流合作	不知道手术团队的作用, 缺乏自信或者自负。不能和团队很好合作, 不能和器械护士拿到正确的器械、缝线。	不知道手术团队成员的名字, 缺乏自信。很难和团队建立好的合作关系, 能和器械护士拿到正确的器械、缝线。	知道每一个手术团队的成员, 尊重团队成员, 自信。能和手术护士拿到正确的器械、缝线并很好使用。很好指导专业助手, 但不能很好指导非专业助手。	知道每一个手术团队的成员, 尊重团队成员, 自信, 建立很好合作关系。能和手术护士拿到正确的器械、缝线并很好使用, 顺序名称正确。很好指导助手工作。	
----	-----------	--	---	--	--	--

操作总的难易程度: 简单容易 中等 困难

得分_____

下一步建议 _____

双方同意采取的措施_____

评估者签名_____

受训者签名_____

Originally published: Golnik KC, Motley WW, Atilla H, Pilling R, Reddy A, Sharma P, Yadarola MB, Zhao K. The ophthalmology surgical competency assessment rubric for strabismus surgery. J AAPOS 2012; 16(4):318-21. Copyright © International Council of Ophthalmology 2014. Adapt and translate this document for your non-commercial needs, but please include ICO attribution. Translated by Dr. Li Junhong and Dr. Feng Xueliang.