

内分泌科进修总结报告

第一篇：内分泌科进修总结报告

内分泌科进修总结报告

内分泌科进修总结报告该如何拟写呢?今天我们就一起来了解一下吧!

内分泌科进修总结报告(一)

进入科室后护士长安排我在内分泌的甲组学习，由糖尿病专科护士刘小英老师做为我的带教老师，进入甲组后热心的同事们带领我熟悉病房，了解日常的工作和专科的护理常规，使我很快的融入了科室。每天下午利用空闲时间，刘老师都会拿出自己精心准备的 PPT 来为我们讲课，对我们进行糖尿病专科知识系统性的理论学习，在第一个月里，我掌握了糖尿病的各项基础知识，糖尿病的发病机理、糖尿病并发症的护理及糖尿病患者血糖自我监测、饮食、运动、正确胰岛素皮下注射、低血糖的护理等等。通过系统的学习让我了解了糖尿病的现状，以及它的危害性，使我真正的认识到糖尿病患者治疗的五驾马车的重要性。而五驾马车之首就是健康教育，糖尿病专科护士作为糖尿病防治教育工作的主力军，在糖尿病防治工作中的作用极其重要，工作总结《内分泌科年终总结》。糖尿病专科护士在糖尿病患者的健康教育、血糖监测、饮食指导、运动锻炼和糖尿病患者自我管理中占据主导作用，使糖尿病患者获得了全面的高质量护理，真正提高了患者的生活质量。

在进修的第二和第三个月里刘老师给我分配了床位，在刘老师的指导下我开始将理论和实际运用联系起来，用学到的知识去管理病人。在临床实践期间也遇到了糖尿病的各种急慢性并发症病人，如 DKA 、低血糖、糖尿病肾并糖尿病足、糖尿病眼病等，通过对这些病人的护理，进一步掌握了其治疗及护理。每周二的上午刘小英老师都会带着我到糖尿病专科护理门诊坐诊，通过门诊的学习，掌握了糖尿病护理门诊的工作流程，系统了解了糖尿病护士的工作模式，并掌握了多项糖尿病专科新技术新设备，足病筛查，相关实验室检查等，现在我能

熟练应运糖尿病治疗的五驾马车对患者进行一对一和小组教育。能够独立为病人制定个体化的饮食、运动处方及相应的专科指导。在内分泌科进修期间体会最深刻的就是优质耐心的护理服务和病区干净舒适的环境。病区虽然是老病房，但是在大家的共同努力下，病房依然保持着安静，整洁，舒适的环境；每间病房门口都装有按压式洗手液，避免交叉感染同时也为医护人员节约了时间。病区走廊的两边墙上都贴有健康教育资料，方便病人查阅；科室每个月都会开展大型多媒体糖尿病相关的知识讲座，对住院期间和出院的糖尿病患者进行健康教育，患者对疾病知识的知晓率很高。科室深入开展优质护理服务，满足病人的身心需要。对每一个出院的病人进行电话回访，为出院后的患者提供恢复期指导及健康指导，真正使病人感觉安心、舒适。

最后非常感谢内分泌科老师们的帮助与指导，感谢绵阳市中心医院领导给予我这次学习和提高的机会，我会把进修学习到的知识和技能加以巩固并运用到实际的工作中去，当好一个糖尿病患者的卫士。

内分泌科进修总结报告(二)

时间过得飞快，转眼间我随卫生系统赴德国交流团到德国工作学习已经两个月了。两个月来，我仿佛又回到了学生时代，白天随导师上台做手术，晚上回宿舍查资料背单词。短短两个月，德意志民族，他的国家、城市、人民，以及他的医院和医生带给我极大的触动和赞叹，感谢卫生局和医院领导给了我们这样一次开阔视野，增长见识的机会。

随着飞机平稳的降落在法兰克福国际机场，我们开始了为期三个月的工作学习。我们 30 名医生都分在北威州不同的医院里，非常幸运我被分到北威州首府杜塞尔多夫的 st.vinzenzkrankenhaus。这是个看起来很不起眼的医院，医院只有三百张床位，第一天上班我甚至没有找到医院的大门在哪里，但是这个医院每年却能完成 3-4 千例骨科手术，是整个州的骨科中心。现年 76 岁的院长 Thumler 教授是德国著名的关节外科专家，它的髋关节置换已经做到第 5 次翻修(国内一般才做到 2-3 次翻修)。医院也在他的带动下经过几十年的努力形成了一个有规模的以骨科为重点的医院。

第一天上班，我就跟着上了四台手术，上午两台，下午两台。分别是两台关节置换、一台关节翻修和一台关节镜手术，尽管是第二助手，但是仍然让我受益匪浅，德国不愧是西医的鼻祖，手术过程中每个医生手术操作都非常精细，非常爱惜组织，解剖层次清楚，止血彻底，显露充分。德国的手术器械也让我爱不释手，尽管已经很旧了，但是维护的非常好，而且设计合理，材质优良，这是值得我们学习的地方，我们的手术器械都非常新，也很贵，但是经常用着不合手，而且很快就坏了，造成了很多不必要的浪费。在这家医院，不同手术都有专门配套的工具，各种自动拉钩的使用减少了上台人数并且能有效的显露手术视野，让我们中国医生都称赞不已。德国医生专业分工明确，每个高年资医生都有自己的专业特长。所谓“术业有专攻”，在这里得到了充分的体现。德国医生工作量很大，他们没有午休，手术室中的休息吧有咖啡，比萨等各种食物，医生们下了手术就可以去吃东西，这时下一个病人已经推到手术室在麻醉了，一个手术间每天排上 3-5 台的关节置换是家常便饭，一天下来还真是吃不消。由此我深深的体会到，医生这个职业是辛苦的，在德国作医生也不例外。就骨科专业技术而言，我们和德国的差距并不是遥不可及的。德国人开展的手术我们医院基本都在开展，在有些领域我们开展的已经有相当的水平，我想我们只有加强专业细化，发展专业特长，从而带动整个骨科发展，才能更快的缩短我们和医疗发达国家的差距。

这三个月的学习对我们来说是非常宝贵的，我相信我在工作理念、工作方法及手术风格上都会有所改变，怎样让我们的手术，我们的治疗更细致，更人性化是我今后努力的方向，我会认真总结这三个月来的学习收获，这些必定在以后的工作实践中起到好的作用。

引：明尼苏达大学医学院心血管科是美国医院心血管科排名前十的医院之一。令我惊讶的是，他们的心脏外科是和内科放在一起的，互相之间的协作比较紧密。比如，心脏移植病人的手术由外科医生做，而后期的随访，治疗就以内科医生为主。当然，作为一名内科医生，我的进修是在心内科进行的。

20xx 年 7 月，我作为重庆医科大学附一院与明尼苏达大学医学院

交换进修项目的第一个中方学者，来到明尼苏达大学医学院心血管科进行了为期半年的临床进修学习。

明尼苏达大学医学院心血管科是美国医院心血管科排名前十的医院之一。令我惊讶的是，他们的心脏外科是和内科放在一起的，互相之间的协作比较紧密。比如，心脏移植病人的手术由外科医生做，而后期的随访，治疗就以内科医生为主。当然，作为一名内科医生，我的进修是在心内科进行的。

每天的临床工作和国内有很多相似的地方，比如早上的查房；收病人时间问病史、查体、写病历等等一系列过程；出现一些本科室不能解决的临床问题时请其他科室会诊协助治疗……也有很多不一样的地方，半年的学习令我感触很深的是以下的几点：

1、作为教学医院，每天的讲座很多。只要你肯学，就有很多的学习机会。在心内科，每天中午的十一点是心电图讲座，十二点由本院医生做临床方面的讲座，内容涉及临床基础知识，最新进展，病历讨论等。讲座的时间都是一个小时，期间由科室提供免费的午餐，如披萨、汉堡等，大家边吃边听，真正体现了分秒必争的精神。每周三下午是 fellow(专科培训医师，有点像国内的主治医师)的讲座，既有专科培训医生们自己选定题目的讲座，也有高年资 attending(主治医生，更象国内的主任医生)的讲座及点评，时不时还有外院的专家授课。周五的早上七点半则是心脏电生理室的讲座，市内各个医院的心脏电生理医生们都要参加。医学院则固定在每周四和周五的中午举行全院的讲座，周四以基础研究为主，周五则是临床内容，主题是 morbidity and mortality，即每周一个病历讨论，涉及临床各主要科室。

2、围绕在医生周围的良好合作团队。这个团队使得美国的医生可以专注于临床医疗工作，不用被琐事分散精力。比如，美国医院里特有的“医生助手”，由专门的医生助理或担任，可以在医生诊治病人之前，先与病人交谈，问病史，查体，开具部分检查，极大地节约了医生的时间和精力。的工作也十分到位，比如病人需要做胃镜，医生只需开具医嘱，自然有护士处理好相关的事务，医生只需在约定的

时间去做检查即可。不像在国内，医生要事无巨细，从检查前的准备一直关心到检查后的处理，很是消耗精力。另外，还有药师指导和监督临床的用药，技术员负责仪器的使用和维护。当病人没有保险，或是其他原因付不起医疗费时，会有社会工作者帮助解决经费问题。而病房里进行心脏移植的病人在手术前，还有进行过相同手术的志愿者与之交谈，现身说法，鼓励患者，打消患者的顾虑。曾经参加过几次病人临终前的抢救，小小的病房里居然有二十几个医务人员参与病人的抢救，包括了医生、护士、技师、药师等。还有一次，一个患躁狂症的心衰病人在查房时情绪失控，3分钟之内，三名医院保安就出现在病房的门口；5分钟之内，精神科的医生就前来会诊。让人感到，在美国当医生真是没有后顾之忧。

3、病人对医生的信任及良好的医患关系。一方面，医生每天会花很多的时间与病人交谈，用尽量浅显易懂的语言向病人解释病情；另一方面，大部分美国病人对医生十分信任和友好，也非常地尊重医生。不像在中国，巨大的工作量（每天诊治病人的数量可能是美国医生的数倍甚至数十倍）和病人支付医疗费用上的压力使得病人把医生放在对立面，医患矛盾很尖锐。

4、住院时间远远短于中国。病人渡过急性期或者危险期后，就会被转到康复中心继续治疗，这样既节约了医疗费用，又减轻了医院的压力，也减少了医院内感染的发生。

5、良好的转诊制度。病人一般先到家庭医生或者社区医院治疗，那里的医生觉得病人的病情严重，需要进一步治疗时，才将病人转至上一级的医院，避免了医疗资源的浪费。而且，美国的医师培训制度，使得各个医院的医生水平比较接近，不容易出现中国这样，小医院的医生和大医院医生临床水平的较大差别，也使得病人能够充分信任家庭医生及社区医生。

当然，美国的医院也有不尽如人意的地方，比如，因为病人的数量少，很多基本操作没有机会做或是做得很少；医生在培训中能够见到的病人、病种不多，能够积累的临床经验就少于中国。还有医疗器材和资源的巨大浪费，一次性物品的使用量极其惊人。在医疗中，也存

存在着过度医疗，比如每天重复做若干的血液检查，胸片的常规复查等。抗生素滥用的问题也一样存在，我曾经遇见一个病人同时使用包括亚胺培南和万古霉素在内的四种抗生素。国内很少见，我们医院尚未出现的万古霉素耐药的肠球菌，在心内科的监护室里有时候会同时出现几个既往或是现症感染病人。

另外，我想就我个人的经历说一下在美国医院进修要注意的两个问题。一个就是语言。美国医生说话语速极快，VOA 的 SpecialEnglish 是每分钟 90 个词，StandardEnglish 是每分钟 140 个词，可是这些医生们每分钟起码要讲 250 到 300 个词，比我在这里听的美国当地电台的播音速度还要快得多。尤其是汇报病史和做讲座的时候。可能他们太忙，又非常认真、敬业，想在有限的时间内传达最多的信息，所以说话特别地快。除了快之外，就是缩写特别多。

[内分泌科进修总结报告]

第二篇：内分泌科进修护士培训计划

内分泌科进修护士培训计划

一、培训对象：来我科进修人员

二、培训时间：3个月

三、培训目标：进修期间，不间断、不定时理论或床边讲解。使进修护士熟悉内分泌科各种常见疾病及相关理论，科室特色护理。

四、培训方式：每位进修护士指定一位具有丰富临床及理论知识的带教老师，一对一讲解及集中理论授课。

五、培训内容：

1、进修学习期，要严格遵守医院的规章制度、科室的规章制度、考勤制度、请假制度。

2、为使临床进修学习顺利进行并收到预期的效果，带教老师接到任务后，首先与进修护士进行进修前的沟通，充分了解进修护士的工作资历，对专科理论及技术掌握的程度。

3、进修的目的。

4、进行入科前的教育，共同探讨进修计划，确定进修目标。

5、采用经常性的谈心及有计划性的带教措施，及时收集反馈信息，

了解进修护士对教学形式、内容、安排的意见和建议。

6、了解临床进修中的问题，针对问题及时协调各方面，不断完善和保障带教目标的实现。

六、对带教老师要求：

1、2、热爱护理事业、德才兼备。

专业理论知识要扎实、技术操作要熟练。强化自身仪表、仪容及行为，工作责任心强。3、4、5、尊重、爱护进修人员，认真做好带教工作。不得擅自批假，有事及时反馈、上报。认真备课。

六、具体进修计划： 第一个月：

1.熟悉病房环境、布局、各物品摆放，入科安全教育。2.熟悉病人转入、转出流程。3.熟悉各种规章制度、各种应急预案。

4.熟悉各种仪器的使用、血糖仪、胰岛素笔，注射泵等。5.复习内分泌科专科知识，第一个月要掌握常见病的常规护理。6.熟悉本科的规章制度，临床跟班，熟悉各班的工作程序及职责、工作重点。

7.掌握各项基础护理操作（即熟悉晨晚间基础护理班的程序及四测、铺床、重病人更单、洗头各项基础护理操作）培训与病人沟通能力。8.能独立完成病区管理、病情观察、协助治疗、护理操作、分管病人的九知道。

9.入科第一月考核。第二月：1.掌握内分泌科常见病的病因、发病机制、临床表现、诊断处理，护理措施，专科特色治疗。

2.掌握专科的护理：糖尿病的并发症、规范胰岛素注射、低血糖处理和预防、糖尿病足换药、垂体瘤术后护理及病情观察、痛风的护理及健康教育、降糖药物的分类、使用方法、不良反应。

3.参与护士长或带教老师组织的小讲课，病历讨论及教学查房、参加护理查房，每周安排一次参加主任查房、提出护理措施。4.应用护理程序对专科常见病进行整体护理，学习沟通技巧，如何为糖尿病患者进行一对一健康教育。5.独立完成一份完整的护理病历。

6.独立完成入院、住院、出院期间的健康指导、宣教。7.第二月考核。第三月：

1.让进修护士了解病房的特色护理。

2.疼痛的管理、跌倒风险评估、标识使用、整体护理、心理护理等。3.要求进修护士了解正确的评估和诊断是制定和实施护理计划的关键。

4.进一步加强专科特色的学习。

5.了解特殊疾病的诊断、治疗、护理，如巨人症、呆小症、妇科内分泌、席汉氏综合症、库欣综合征、皮质功能低下、皮质功能亢进、甲亢危象、肾上腺危象等。

6.掌握专科实验室检查的意义和目的，以及操作方法。7.综合考评。
第三篇：内分泌科

内分泌科

内分泌科成立于上世纪 60 年代。2003 年获硕士学位授予权。现有医师 9 人，主任医师 1 人，副主任医师 4 人，主治医师 2 人，住院医师 2 人，护理 12 人。科室技术力量雄厚，中青年临床医师都具有博士或硕士学位。目前设置病床 51 张，诊治的主要疾病包括垂体疾病、肾上腺疾病、甲状腺与甲状旁腺疾病、性腺疾病、糖尿病及其并发症、痛风、肥胖、血脂异常、代谢综合症等。糖尿病与甲状腺疾病诊治在湘南地区享有较高声誉。科室医护人员注重糖尿病宣教，开展了一系列丰富多彩的糖尿病教育活动，积累了丰富的经验。设立了糖尿病教育门诊，由专人对糖尿病患者的饮食与运动等进行具体指导；每两周一次糖尿病教育课，每季度一次大型糖尿病病友户外活动以及每年一次糖尿病病友联谊会，使许多糖尿病患者从中获益。糖尿病教育在省内享有较高声誉。能进行各种常见内分泌激素、糖化血红蛋白与动态血糖监测，为疾病的诊断与治疗提供了可靠的技术平台。科室多次获得省科技厅与教育厅基金资助。发表医学论文 80 余篇。

王季猛主任医师、硕士生导师、湖南省内分泌学会与糖尿病学会副主任委员，市内科学专业委员会副主任委员。能熟练分析和处理内分泌各种疑难病例，多次成功抢救了甲亢危象、垂体危象、肾上腺危象、白细胞缺乏症、酮症酸中毒、高渗性昏迷等危重病人。

黄佳克内分泌科副主任医师、副教授，中华医学会衡阳市内分泌学会委员，衡阳市糖尿病学会委员。从事内分泌内科 26 年，具有丰富

的临床工作经验。熟练的诊治内分泌疾病如垂体病，甲亢、糖尿病、痛风、更年期综合症、肾上腺疾病等，成功的抢救了许多垂体危象、糖尿病症及高渗昏迷。对糖尿病性并发症的治疗及甲亢的综合治疗有独到之处，得到病人的一致好评。

董晨珊内分泌科副主任、副主任医师、医学硕士，衡阳市内分泌学会委员，衡阳市糖尿病学会委员。擅长内分泌科各种常见病、多发病的诊治及危重症病人的抢救。

王建平内分泌科主任，硕士生导师，副主任医师，副教授，医学博士。中华医学会湖南省内分泌学会青年委员，湖南省糖尿病学分会青年委员。衡阳市内分泌学会与糖尿病学会副主任委员。擅长各种内分泌与代谢性疾病的诊断与治疗，如糖尿病、甲亢、甲减、垂体疾病、性腺疾病等，特别擅长糖尿病及其并发症诊治与胰岛素强化治疗。

郑薇内分泌科副主任医师、医学硕士，衡阳市内分泌学会委员，擅长内分泌科常见病，多发病的诊断与治疗。

第四篇：内分泌科

内分泌与代谢疾病

1、目前糖尿病分型包括？特殊糖尿病的病因包括哪些？

答：目前国际通用 WHO 糖尿病专家委员会提出的病因学分型标准（1999）：（1）、1 型糖尿病（T1DM）：β 细胞破坏，常导致胰岛素绝对缺乏；包括自身免疫性和特发性（无自身免疫证据）；（2）、2 型糖尿病（T2DM）：从以胰岛素抵抗为主伴胰岛素分泌不足到以胰岛素分泌不足为主伴胰岛素抵抗；（3）、其他特殊类型糖尿病：（4）、妊娠期糖尿病（GDM）。其他特殊类型糖尿病：（1）、胰岛 β 细胞功能的基因缺陷：如青年人中的成年发病型糖尿病（MODY）、线粒体基因突变糖尿病等；（2）、胰岛素作用的基因缺陷：如 A 型胰岛素抵抗、妖精貌综合征、Rabson-Mendenhall 综合征、脂肪萎缩型糖尿病等；（3）、胰腺外分泌疾病：如胰腺炎、创伤/胰腺切除术、肿瘤、囊性纤维化病、血色病、纤维钙化性胰腺病等；（4）、内分泌病：如肢端肥大症、库欣综合征、胰升糖素瘤、嗜铬细胞瘤、甲亢、生长抑素瘤、醛固酮瘤等；（5）、药物或化学品所致糖尿病：如吡甲

硝苯脲（一种鼠药）、喷他脲、烟酸、糖皮质激素、甲状腺激素、 β 肾上腺受体激动剂、噻嗪类利尿剂、苯妥英钠、 α 干扰素等；（6）、感染：如先天性风疹、巨细胞病毒等；（7）、不常见的免疫介导糖尿病：如僵人综合征、抗胰岛素受体抗体、胰岛素自身免疫综合征等；（8）、其他：可能与糖尿病相关的遗传性综合征包括 Down 综合征、Klinefelter综合征、Turner 综合征、Wolfram 综合征、Friedreich共济失调、Huntington 舞蹈病、Laurence-Moon-Biedel 综合征、强直性肌营养不良症、卟啉病、Prader-Willi综合征等。

2、糖尿病常见的并发症有哪些？ 答：（1）、急性严重代谢紊乱：糖尿病酮症酸中毒（DKA）和高血糖高渗状态（HHS）；（2）、感染性并发症：常并发皮肤化脓性感染如疥、疖等；皮肤真菌感染如足癣、体癣等；肺结核；肾盂肾炎和膀胱炎等；（3）、慢性并发症：可遍及全身各重要器官，认为与遗传易感性、胰岛素抵抗、高血糖、氧化应激等多方面因素的相互影响相关。其中高血糖引起的氧化应激为重要的共同机制。具体并发症如下：1）、大血管病变：动脉粥样硬化；2）、微血管病变：微血管是指微小动脉和微小静脉之间、管腔直径 $<100\mu\text{m}$ 的毛细血管及微血管网；典型改变为微循环障碍和微血管基底膜增厚；主要表现在视网膜、肾、神经和心肌组织：a、糖尿病肾病：病理有三型：结节性肾小球硬化型、弥漫性肾小球硬化型（最常见）、渗出性病变，发生、发展分五期：I期（糖尿病初期，肾体积增大，肾小球入球小动脉扩张，肾血浆增加，肾小球内压增加，肾小球滤过率GFR明显升高）、II期（肾小球毛细血管基底膜增厚，尿白蛋白排泄率UAER多数正常，可间歇性增高如运动后或应激状态，GFR轻度升高）、III期（早期肾病，出现微量白蛋白尿，即UAER持续在20-200 $\mu\text{g}/\text{min}$ ，GFR仍高于正常或正常）、IV期（临床肾病，尿蛋白逐渐增多，UAER $>200\mu\text{g}/\text{min}$ ，即尿白蛋白排出量 $>300\text{mg}/24\text{h}$ ，相当于尿蛋白总量 $>0.5\text{g}/24\text{h}$ ，GFR下降，可伴有水肿和高血压，肾功能逐渐减退）、V期（尿毒症，多数肾单位闭锁，UAER降低，血肌酐升高，血压升高），b、糖尿病性视网膜病变：视网膜改变分六期：I期（微血管瘤、小出血点）、I期（出现硬性渗出）、II期（出现棉絮

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/318111046101007001>