

助学生在课外高效自主学习,以及医学理论转化为临床实践的教学等方面未能深入探讨。今后应进一步研究如何提高在综合新型教学模式下学生主动学习的程度,探究和制定简单、易行、易量化的策略。

综上所述,主动学习策略改造后的教学方法较传统教学方法提高了学生主动学习的积极性,对于当前以传统授课为主流的医学教育模式的改良具有一定参考意义,并为教育的改革、创新提供了新的思路。

## 参考文献

- [1] 杨琳丽,刘乐乐,杨立斌,等.全球背景下的中国医学教育改革[J].中华医学教育探索杂志,2012,11(5):457-459.
- [2] 王婧,杨红,叶小萍,等.不同教学方法在超声医学示教过程中的应用[J].临床超声医学杂志,2018,20(4):283-284.
- [3] 黄钢,陆斌杰,张艳萍,等.构建以医学生综合能力提升为核心的医学教育新模式——上海交通大学医学院 PRICE 医学教育模式探索[J].中国高等医学教育,2012,25(9):1-3.

(收稿日期:2019-04-03)

## • 病例报道 •

# Ultrasonic diagnosis of fetal partial urinary rectal septum malformation sequence, right multicystic dysplastic kidney on the right side combined with left renal duplication ureter: a case report

## 超声诊断胎儿部分型尿直肠隔序列、右侧多囊性发育不良肾合并左侧重复肾重复输尿管1例

童立里 费智慧 尹 婵

[中图分类号]R445.1;R714.5

[文献标识码]B

孕妇,33岁,孕2产1,无家族遗传病史。产前血清学筛查正常。孕23周产前系统超声检查:胎儿各项生物学指标测值与孕周相符。右肾区未见正常肾形态和轮廓,见一大小3.5 cm×2.1 cm包块,由多个大小不等的囊性无回声区构成,较大无回声区大小1.5 cm×1.5 cm,内透声可,囊与囊未见交通(图1)。左肾大小1.9 cm×1.0 cm,形态结构及回声均未见异常。左侧输尿管内径0.3 cm。CDFI示右肾动脉细小,左肾动脉正常。反复探查胎儿肛门靶环征不清,较宽的结肠内径0.6 cm,可见絮状高回声肠内容物蠕动。胎儿左房室沟处见扩张的冠状静脉窦,大小0.4 cm×0.3 cm,肺动脉左侧见一直径0.2 cm血管,汇入冠状静脉窦,未见无名静脉声像。羊水指数12.8 cm。超声提示:胎儿右侧多囊性发育不良肾、永存左上腔伴无名静脉缺如、肛门“靶环征”不清、单脐动脉。后引产一女死婴。尸体解剖:脐带内见一条脐动脉和一条脐静脉,无肛门,右肾呈多囊性发育不良,为较多囊肿组成,呈葡萄串状,囊内液体淡黄色黏液;右肾动脉纤细,右输尿管下段稍膨隆连于膀胱。左肾呈团状,肾门处见两根输尿管连接膀胱。直肠连通于膀胱,向直肠内注水,水从尿道流出(图2)。无子宫及阴道,双侧输卵管及卵巢可见。解剖诊断:右侧多囊性发育不良肾、左侧重复肾重复输尿管、肛门闭锁、直肠膀胱瘘、子宫及阴道缺如、单脐动脉。

讨论:尿直肠隔分离泄殖腔失败或与其与泄殖腔膜融合失败,可导致一系列尿直肠隔畸形。本例胎儿直肠膀胱瘘、子宫、阴道缺如及肛门闭锁,考虑为尿直肠隔下降至膀胱三角下方,苗勒管未发育,形成膀胱和直肠开口于泄殖腔,产前超声诊断

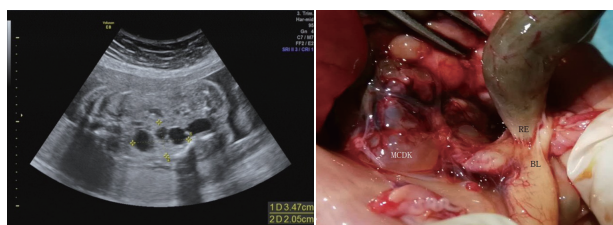


图1 右侧多囊性发育不良肾超声图像

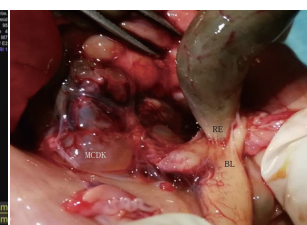


图2 大体解剖图示右侧多囊性发育不良肾,直肠与膀胱相连(MCDK:多囊性发育不良肾;RE:直肠;BL:膀胱)

困难。泌尿系和生殖系均起源于间介中胚层。肾单位源于后肾间叶组织,集合系统则由起源于中肾管的输尿管芽发育而成,如果集合小管与肾单位未能连接贯通,肾单位产生的尿液不能排出而贮存于肾内,使肾内形成许多囊状结构;若输尿管芽上端分支多于两支,则形成重复肾盂,分支过早则形成重复输尿管。右肾多囊性发育不良超声图像典型,产前超声易于诊断。本例肛门区域未见“靶环征”,见线状高回声,说明即使肠道不扩张也应考虑肛门闭锁可能。肠腔内星点状强回声、膀胱内絮状回声有助于直肠膀胱瘘诊断,本例胎儿未见此征象,可能与孕周较小有关。本例胎儿左侧重复肾产前超声未检出,可能是该重复肾呈团块状,在肾长轴切面的长径未大于正常,且未见两个肾集合系统。本例提示当产前超声检查涉及泌尿生殖、消化系统均有畸形时,应警惕泄殖腔畸形存在,出生后需行多种手术重建治疗。

(收稿日期:2018-12-26)