

法,真正达到“授之以渔”的教育目标。总之,基于临床的模块化 PBL 教学法适合产前超声教学,是一种行之有效的教学方法,值得进一步探索和推广。

参考文献

[1] 郭林杰,吴浩,唐承薇.PBL 教学方式探讨[J].中国卫生事业管理,

2014, 31(3):215,231.

[2] 李苗,张晨.超声模拟系统结合 PBL 教学模式在规范化培训中的应用[J].临床医学研究与实践,2016, 1(6):119.

[3] 李奥,彭晓静,邓晶,等.多元化教学法在超声医学住院医师规范化培训中的应用[J].临床超声医学杂志,2017, 19(11):785-786.

(收稿日期:2018-02-23)

· 病例报道 ·

Endoscopic ultrasonic manifestations of Brunner's gland hamartoma: a case report 胃 Brunner 腺错构瘤超声内镜表现 1 例

吴文芳 袁莹莹 彭勇进 伍康洪 张秋月

[中图分类号] R445.1;R735.2

[文献标识码] B

患者男,55 岁,因上腹部饱胀半年余、黑便伴腹痛 1 周就诊。实验室检查:中性粒细胞 0.79,血红蛋白 115 g/L,肝功能生化检查均正常,大便潜血呈阳性,幽门螺杆菌检测为阴性。体格检查:上腹部轻压痛,未触及包块,体质量无明显减轻。胃充盈超声检查:饮水 500~600 ml 后胃腔充盈好,于十二指肠球部内探查 4.9 cm×2.1 cm 的团块状高回声,边界清晰,表面光滑,内部回声均匀,CDFI 示团块内无明显血流信号。其周围胃壁及肠壁层次清晰,该占位性病变似有蒂与胃壁相连,形态随胃壁蠕动可变化。胃周未见肿大淋巴结。超声提示:胃窦及十二指肠球部实性占位。钡餐造影检查:Brunner 腺呈边缘光滑的卵石状息肉样充盈缺损。内窥镜检查:十二指肠均被覆正常黏膜,部分区域见少许粗细不等的平滑肌束或纤维分割;腺体呈现弥漫性或推挤性增生,主要向黏膜层推挤,形成息肉。超声内镜检查:病灶处可见团块状等回声,内部回声均匀,起源于黏膜下层,向腔内突出,边界清楚(图 1);超声内镜诊断:胃窦隆起性病变。术后病理诊断:胃 Brunner 腺错构瘤。

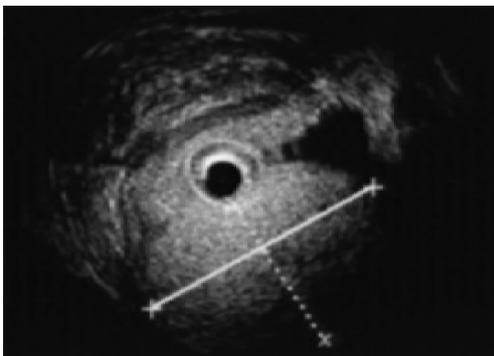


图 1 胃 Brunner 腺错构瘤超声内镜图

讨论:Brunner 腺错构瘤并非真性肿瘤,是 Brunner 腺体在高胃酸分泌情况下,出现的一种保护性的增生。该病变常见于幽门前区,病理表现为正常 Brunner 腺结节样增生^[1],由于肿物

位于黏膜下层,胃镜等常规检查方式因无法取材而使诊断受限。Brunner 腺错构瘤发生于胃窦部十分罕见,仅占胃息肉病症的 1.2%^[2]。大多数 Brunner 腺错构瘤患者早期均无明显症状。临床症状、体征及病理检查均缺乏特异性。该病发展进程缓慢,一般多发于 40~60 岁男性,随着瘤体逐渐增大,多数表现为局部刺激、胃肠道出血及胃肠道梗阻症状^[3]。当病变累及周围组织或器官时可出现胆道瘘、梗阻性黄疸或复发性胰腺炎的罕见征象。本例患者病灶直径>2 cm,属于巨大腺瘤。该病超声特点:病灶边界清楚,来源于黏膜下层,黏膜层及浆膜层连续,黏膜层受压向腔内突起,呈团块状高回声,内部回声均匀。各项检查对比表明,超声内镜有较高的诊断价值,不仅可内镜下直视病灶,而且可通过超声扫查清晰显示肿物的形态、位置、内部结构及其与胃壁各层次之间的关系,并进行准确的定位诊断,从而获得更多关于病变与周围组织或器官相互关系的信息。可与囊肿、血管瘤、异位胰腺、外压性隆起及恶性间质瘤等病变进行有效鉴别^[4],并可根据相应诊断结果指导合适的治疗方式。

综上所述,超声内镜不仅能对 Brunner 腺错构瘤进行准确诊断和分型,还能对肿瘤切除术后进行随访,可为 Brunner 腺错构瘤诊断提供重要的信息。由于该病易引起黑便,甚至发生上消化道大出血危及生命,因此一经发现即应予以立即切除。

参考文献

[1] 李舒,吴长君,郑森,等.胃 Brunner 腺异位超声表现 1 例[J].中华超声影像学杂志,2010, 19(7): 595.

[2] 孙银平,毛建山.胃肠道错构瘤的研究进展[J].国际消化病杂志,2014, 34(2):103-105.

[3] 杨敏,刘爱军,张继平,等. Brunner 腺错构瘤 7 例临床病理分析[J].临床与实验病理学杂志,2011, 27(2):167-169.

[4] 程德希,吴益群,许国强,等.内镜超声检查术对十二指肠隆起性病变的诊治价值[J].中华消化内镜杂志,2007, 24(4): 294-295.

(收稿日期:2018-01-31)