

- [8] Thompson AE, Pope JE. Calcium channel blockers for primary Raynaud's phenomenon: a meta-analysis[J]. *Rheumatology (Oxford)*, 2005, 44(2):145-150.
- [9] Wise RA, Wigley FM, White B, et al. Efficacy and tolerability of a selective alpha(2C)-adrenergic receptor blocker in recovery from cold-induced vasospasm in scleroderma patients: a single-center, double-blind, placebo-controlled, randomized crossover study[J]. *Arthritis Rheum*, 2004, 50(12):3994-4001.
- [10] Gliddon AE, Doré CJ, Black CM, et al. Prevention of vascular damage in scleroderma and autoimmune Raynaud's phenomenon: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of the angiotensin-converting enzyme inhibitor quinapril[J]. *Arthritis Rheum*, 2007, 56(11):3837-3846.
- [11] Wood H, Ernst M. Renin-angiotensin system mediators and Raynaud's phenomenon [J]. *Ann Pharmacother*, 2006, 40(11):1998-2002.
- [12] Fries R, Shariat K, von Wilmowsky H, et al. Sildenafil in the treatment of Raynaud's phenomenon resistant to vasodilatory therapy[J]. *Circulation*, 2005, 112(19):2980-2985.
- [13] Hayoz D, Bizzini G, Noël B, et al. Effect of SR 49059, a V1a vasopressin receptor antagonist, in Raynaud's phenomenon[J]. *Rheumatology (Oxford)*, 2000, 39(10):1132-1138.
- [14] Matucci-Cerinic M, Denton CP, Furst DE, et al. Bosentan treatment of digital ulcers related to systemic sclerosis: results from the RAPIDS-2 randomized, double blind placebo-controlled trial[J]. *Ann Rheum Dis*, 2011, 70:32-38.
- [15] Fava A, Wung PK, Wigley FM, et al. Efficacy of Rho kinase inhibitor fasudil in secondary Raynaud's phenomenon[J]. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2012, 64(6):925-929.
- [16] Sinnathurai P, Schrieber L. Treatment of Raynaud phenomenon in systemic sclerosis[J]. *Intern Med J*, 2013, 43(5):476-483.
- [17] Kotsis SV, Chung KC. A systematic review of the outcomes of digital sympathectomy for treatment of chronic digital ischemia [J]. *J Rheumatol*, 2003, 30(8):1788-1792.
- [18] 赵军,董国祥. 化学性胸交感神经节切除术治疗雷诺综合征 [J]. *中华外科杂志*, 2017, 55(19):1442-1445. doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.19.042
- [19] Chuang KS, Liu JC. Long-term assessment of percutaneous stereotactic thermocoagulation of upper thoracic ganglionectomy and sympathectomy for palmar and craniofacial hyperhidrosis 1742 cases [J]. *Neurosurgery*, 2002, 51(4):963-969.
- [20] Gabrhelik T, Michalek P, Adamus M, et al. Percutaneous upper thoracic radiofrequency sympathectomy in Raynaud phenomenon: a comparison of T2/T3 procedure versus T2 lesion with phenol application [J]. *Reg Anesth Pain Med*, 2009, 34(5):425-429.
- [21] 武朝霞,孟朋民,武永生,等. 星状神经节与臂丛神经交替阻滞治疗雷诺病临床疗效观察 [J]. *疑难病杂志*, 2010, 9(5):379-380.
- [22] Wasserman A, Brahn E. Systemic sclerosis: bilateral improvement of Raynaud's phenomenon with unilateral digital sympathectomy [J]. *Semin Arthritis Rheum*, 2010, 40(2):137-146.
- [23] Kotsis SV, Chung KC. A systematic review of the outcomes of digital sympathectomy for treatment of chronic digital ischemia [J]. *J Rheumatol*, 2003, 30(8):1788-1792.
- [24] 王书平,宋将,苏长征,等. 肱动脉外膜剥脱术治疗 Raynaud 病 [J]. *中华外科杂志*, 2001, 17(3):154-155.
- [25] 汤敬东. 首例腔内射频消融交感神经支治疗雷诺氏病报道 [N/OL]. (2015-11-1) [2017-03-25] <http://www.365heart.com/show/110147.shtml>.
- [26] 李昭辉,徐益鸣,杨东海,等. 局部动脉灌注治疗雷诺病 37 例 [J]. *介入放射学杂志*, 2011, 20(1):51-53.
- [27] Sycha T, Graninger M, Auff E, et al. Botulinum toxin in the treatment of Raynaud's phenomenon: a pilot study [J]. *Eur J Clin Invest*, 2004, 34(4):312-313.
- [28] Rajendram R, Hayward A. Ultrasound-guided digital sympathectomy using botulinum toxin [J]. *Anaesthesia*, 2013, 68(10):1077.
- [29] Issa MA, Kim CH. Cervical spinal cord stimulation with 5-column paddle lead in Raynaud's disease [J]. *Pain Physician*, 2012, 15(4):303-309.

(收稿日期:2017-02-18 修回日期:2017-04-18)

## 胃黄斑瘤的研究进展

田 翀<sup>1</sup>综述,高 青<sup>2△</sup>审校

(1. 重庆市大渡口区人民医院消化内科 400084; 2. 重庆医科大学附属第一医院消化内科, 重庆 400016)

[关键词] 黄斑瘤; 病因; 发病机制; 临床意义

[中图分类号] R735.2

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2017)19-2724-03

黄斑瘤(xanthelasma)又称为黄色瘤(xanthoma)或类脂岛(lipid island),在消化道食管、胃、小肠、结肠均有发生<sup>[1-3]</sup>。黄斑瘤是一种良性病变,黏膜固有层检出泡沫样细胞是其典型特

征<sup>[4]</sup>。这种细胞又称为黄色瘤细胞,是含有脂质的组织细胞或巨噬细胞。胃是消化道黄斑瘤最常见的病变部位,但是由于发病率低,相关的文献报道并不多见,它的发病机制和临床意义

尚不清楚。近年来,研究报道胃黄斑瘤的发病率有上升趋势,并有研究表明它与早期胃癌关系密切。国内外对胃黄斑瘤的研究局限在形态学及组织病理学层面,目前尚无系统而全面的报道。本文总结了国内外胃黄斑瘤的文献资料,对其发病机制、临床意义及治疗方案作初步阐述,以提高对该疾病的认识。

## 1 胃黄斑瘤的病因和发病机制

**1.1 环境因素** 保加利亚学者早期进行了一项大样本研究,将 21 650 例患者纳入调查范围,通过病理活检确诊 4 例胃黄斑瘤患者,检出率为 0.018%<sup>[5]</sup>。西班牙学者为 331 例病态肥胖症患者进行了上消化道内镜检查,胃黄斑瘤的检出率为 0.6%<sup>[6]</sup>。土耳其学者调查了 1 400 例患者,胃黄斑瘤的检出率为 3.93%<sup>[7]</sup>。国内骆元斌等<sup>[8]</sup>收集胃黏膜活检资料共 3 293 例,诊断胃黄斑瘤 30 例,检出率为 0.9%。韩国学者在 771 例经上消化道内镜检查的患者中发现胃黄斑瘤患者 54 例,检出率为 7%<sup>[9]</sup>。日本学者 Sekikawa 等<sup>[10-11]</sup>在 2014 年和 2016 年的研究中,分别调查了 3 238 和 1 823 例患者,胃黄斑瘤的检出率分别为 7.7% 和 5.9%。从以上的文献资料可以看出,亚洲国家胃黄斑瘤的发病率高于欧洲国家;我国胃黄斑瘤的发病率明显低于韩国和日本。说明胃黄斑瘤的发病与环境因素密切相关,可能包括地域、种族、饮食、生活习惯的差异等。

**1.2 年龄因素** 我国学者分析 30 例胃黄色瘤患者的基本资料,患者年龄 26~76 岁,平均 55.7 岁,其中 20~<45 岁 4 例,45~<60 岁 12 例,60 岁及以上 14 例。该组病例胃黄色瘤多见于中老年人,发病率随年龄的增加而增高,高发年龄在 60 岁以上(46.7%)<sup>[8]</sup>。Sekikawa 等<sup>[10-11]</sup>在研究中多次证实胃黄斑瘤的发生与年龄( $\geq 65$  岁)明显相关性( $P < 0.000 1$ )。近年来,在未成年人中也有关于胃黄斑瘤的报道,1 例为 3 岁男孩<sup>[12]</sup>、1 例为 13 岁女孩<sup>[13]</sup>。从以上文献资料可以看出,胃黄斑瘤在各年龄段均可能发生。未成年人发病十分罕见,随年龄增加发病率呈上升趋势,尤其好发于老年人群( $\geq 65$  岁),年龄因素可能是胃黄斑瘤发生的一个影响因素。

## 1.3 慢性炎症

**1.3.1 萎缩性胃炎** 在国外的一项病例对照研究中,观察组胃黄斑瘤患者 54 例,对照组非胃黄斑瘤患者 54 例,观察组胃黄斑瘤与萎缩性胃炎和重度萎缩均明显相关<sup>[9]</sup>。骆元斌等<sup>[8]</sup>的一项研究中,30 例胃黄斑瘤患者伴发慢性萎缩性胃炎者 28 例(93.3%),肠上皮化生者 7 例(23.3%)。Sekikawa 等<sup>[10-11]</sup>在研究中多次证实胃黄斑瘤的发生与萎缩性胃炎明显相关性( $P < 0.01$ )。胃黏膜萎缩与肠化都属于慢性萎缩性胃炎的病理改变,在多项研究中均观察到胃黄斑瘤患者伴随黏膜萎缩或肠化,且与萎缩严重程度呈正相关,提示萎缩性胃炎很可能是胃黄斑瘤的重要发病机制之一。

**1.3.2 增生性息肉** Fukuda 等<sup>[14]</sup>报道了 1 例 73 岁的男性胃增生性息肉患者,息肉外观呈黄白色颗粒状,表面光滑,形状规整。放大内镜结合窄带成像技术(ME-NBI)检查显示息肉表面有延伸的微血管,黏膜表现正常的显微结构,未见不规则分支的毛细血管。患者接受了内镜下黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR),切除的标本组织学检查提示:上皮层胃小凹增生,固有层浅层可见泡沫组织细胞排列紧密。病理结果证实胃增生性息肉伴黄色瘤细胞增殖的诊断。Ashwini 等<sup>[15]</sup>和 Rey 等<sup>[16]</sup>报道了类似现象。胃增生性息肉伴黄色瘤细胞增殖现象十分罕见<sup>[17]</sup>,土耳其学者在 4 497 例接受内镜检查的患者中只发现 5 例(0.11%)<sup>[18]</sup>。增生性息肉是上消化道息肉中最常见的病理类型,与慢性萎缩性胃炎、肠上皮化生、幽门螺杆菌(HP)感染关系密切<sup>[19]</sup>。胃增生性息肉伴黄色瘤细

胞增殖提示它们之间存在某种联系,可能与黏膜的慢性炎症环境有关。

**1.4 HP 感染** 周绵等<sup>[20]</sup>将 1 350 例患者作为研究对象,结果显示胃黄斑瘤患者的 HP 检出率为 71.4%。Hori 等<sup>[21]</sup>使用多克隆抗体检测 145 例石蜡包埋的胃黄斑瘤活检标本中 HP 抗原的分布,结果在 69 份标本(48%)的上皮细胞检测到 HP 感染,其中 38 份(55%)HP 抗原分布在固有层的黄色瘤细胞胞质中。其余 76 份标本上皮层未检测到 HP 感染,其中仅有 8 份(11%)在泡沫细胞中检测出 HP 抗原。运用免疫电镜技术指示 HP 位于上皮层及黄色瘤细胞的吞噬体内。研究结果提示,部分黄色瘤病变是由于黏膜表面感染 HP 后入侵到固有层所激发的。

**1.5 脂质代谢紊乱** 目前,胃黄斑瘤的发生是否与高脂血症有关存在一定的争议,有少量关于胃黄斑瘤患者存在血脂水平异常的案例报道。台湾学者报道了 1 例 28 岁的男性多发黄色瘤患者,实验室检查结果显示血脂水平异常:三酰甘油 315 mg/dL,高密度脂蛋白 22 mg/dL<sup>[22]</sup>。大部分研究结果显示,胃黄斑瘤与高脂血症无特定关系<sup>[23-24]</sup>,但是与脂质代谢紊乱存在一定关联。韩国学者比较了 54 例胃黄斑瘤患者与对照组的血脂水平,结果显示血清总胆固醇、三酰甘油水平差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。胃黄斑瘤组高密度脂蛋白明显低于对照组[(48.8±12.3)mg/dL vs. (62.9±40.5)mg/dL,  $P = 0.028$ ],低密度脂蛋白明显高于对照组[(112.9±29.9)mg/dL vs. (95.9±22.4)mg/dL,  $P = 0.032$ ]。在这项研究中胃黄斑瘤患者血脂水平在正常范围,但是与对照组相比高密度脂蛋白及低密度脂蛋白水平差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),提示脂质代谢异常可能在胃黄斑瘤的发生、发展中起到一定作用<sup>[9]</sup>。

**1.6 自身免疫机制** 土耳其学者报道了 1 例弥漫型胃黄斑瘤病例,患者为 25 岁的女性,有阿狄森氏病和桥本甲状腺炎病史 2 年,长期服用激素替代治疗。上消化道内镜检查显示黏膜表面呈现一层白色粉末状物质,近看黏膜呈蕨样生长,病理活检在固有层发现泡沫样细胞<sup>[25]</sup>。值得注意的是,在该病例中胃黄斑瘤的内镜下表现不同于一般的斑块或结节状,而是呈弥漫性生长,范围广泛。阿狄森氏病和桥本甲状腺炎属于自身免疫性疾病,这例患者在伴有上述疾病的情况下,黄斑瘤表现出不同的生长方式,提示自身免疫机制可能对胃黄斑瘤的发生、发展产生一定程度的影响。

## 2 胃黄斑瘤的临床意义

**2.1 可能是胃黏膜病理老化的一个标志** 土耳其学者开展了一项病例对照研究以评估胃黄斑瘤是否是多灶萎缩性胃炎和肠上皮化生的指示标志。研究包括 1 400 例接受了胃镜检查的患者,观察组胃黄斑瘤患者 55 例,对照组非黄斑瘤患者 50 例。结果显示:多灶萎缩性胃炎在黄斑瘤患者中更常见(41.8% vs. 26.0%,  $P = 0.03$ );与单发黄斑瘤患者相比,多发黄斑瘤患者肠上皮化生的发病率更高,OLGA/OLGIM 得分更高。提示胃黄斑瘤可能是多灶萎缩性胃炎和重度肠上皮化生的内镜下警示标志<sup>[7]</sup>。胃黄斑瘤好发于老年人群,并且与萎缩性胃炎及萎缩的严重程度呈正相关。部分胃黄斑瘤起源于黏膜的萎缩性变化,胃黄斑瘤有可能是胃黏膜病理老化的一个标志。

**2.2 可能是早期胃癌的报警信号** 有日本学者对胃癌患者中胃黄斑瘤的流行病学和临床意义进行了研究。调查了进行上消化道内镜检查的 3 238 例患者,回顾性分析了胃黄斑瘤、胃癌的发病率及其与各种临床病理特征之间的关系。多变量分析表明,胃癌与胃黄斑瘤独立相关[OR 及 95%CI: 6.19(3.95,

9.70),  $P < 0.01$ ]. 此外,胃黄斑瘤与胃癌具有明显相关性 ( $P = 0.002$ ). 在 105 例胃癌患者中有 50 例发现胃黄色素瘤 (47.6%), 从而推断胃黄斑瘤可能是早期胃癌的报警信号<sup>[10]</sup>.

**2.3 可能预测早期胃癌发展** 在国外有研究者采用内镜随访调查胃黄斑瘤的存在是否可以预测早期胃癌的发展。在内镜初筛检查中,1 823 例患者中检查出 107 例胃黄斑瘤。在随后的内镜跟踪随访中,1 823 例患者中检查出 29 例早期胃癌患者 (1.6%)。107 例胃黄斑瘤患者中有 15 例发展为胃癌 (14%), 而在 1 716 例非黄斑瘤患者中只有 14 例发展为胃癌 (0.8%), 二者比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。多变量分析表明,胃黄色素瘤与胃癌的发展独立相关 [ $OR$  及 95%  $CI$ : 5.85 (2.67, 12.82),  $P < 0.01$ ], 从而推测胃黄斑瘤能够预测胃癌的发展<sup>[11]</sup>。

### 3 胃黄斑瘤的治疗

由于胃黄斑瘤是一种良性病变,目前主张在大多数情况下不需要特殊治疗<sup>[26]</sup>。它的存在通常伴随多种病理状态,如黏膜慢性炎症、HP 感染、脂质代谢紊乱、慢性基础疾病等。因此控制慢性炎症、根除 HP 感染、消除脂质代谢紊乱、积极治疗基础疾病,可能有助于胃黄斑瘤的消退。一旦确立胃黄斑瘤的诊断,内镜的跟踪随访是必要的,是否需要特殊处理需要进一步评估。张莹等<sup>[27]</sup>对 130 例 EMR 患者的临床资料进行了回顾性分析,术后病理结果:腺瘤型息肉 67 例,炎性息肉 48 例,其他 15 例,其中胃黄斑瘤 2 例。EMR 是在内镜直视下将病变黏膜进行局部切除,该切除方法只涉及黏膜层及部分黏膜下层,不涉及固有肌层,具有安全可靠,并发症少等优点,具有很强的临床实用价值。对于有恶变可能性,尤其伴黏膜隆起性病变的胃黄斑瘤,EMR 是一种比较好的治疗方法。

### 4 小 结

胃黄斑瘤是重要的临床病变,它的形态容易和恶性病变相混淆,内镜下应该与癌前病变、胃癌相鉴别,同时需要病理活检明确诊断<sup>[28]</sup>。其发病可能是环境因素、年龄差异、黏膜慢性炎症、HP 感染、脂质代谢紊乱、自身免疫机制等多因素共同作用的结果。尽管胃黄斑瘤是一种良性病变,它的出现可能提示胃黏膜的慢性炎症程度比较严重,发展为癌前病变或者胃癌的可能性较大,甚至可能预警胃黏膜已经有了恶性病变存在,临床上应该引起重视。然而,由于胃黄斑瘤的发病率低,能够纳入研究的样本量有限,部分研究比较局限,缺乏大样本、多中心的数据支持,上述结果还有待更多的研究来进一步论证。

### 参考文献

- [1] Tsai SJ, Lin CC, Chang CW, et al. Benign esophageal lesions: endoscopic and pathologic features [J]. *World J Gastroenterol*, 2015, 21(4): 1091-1098.
- [2] Barrera-Herrera LE, Arias F, Rodríguez-Urrego PA, et al. Small bowel obstruction due to intestinal xanthomatosis [J]. *Case Rep Pathol*, 2015, 2015: 231830.
- [3] Kim SH, Kim HS, Choi YD, et al. A case of ascending colonic xanthoma presenting as a lateral spreading tumor [J]. *Intest Res*, 2014, 12(2): 162-165.
- [4] Zinoun M, Hali F, Marnissi F, et al. Xanthoma disseminatum with asymptomatic multisystem involvement [J]. *Ann Dermatol Venereol*, 2015, 142(4): 276-280.
- [5] Petrov S, Churtchev J, Mitova R, et al. Xanthoma of the stomach—some morphometrical peculiarities and scanning electron microscopy [J]. *Hepatogastroenterology*, 1999, 46

(26): 1220-1222.

- [6] Estévez-Fernández S, Sánchez-Santos R, Mariño-Padín E, et al. Esophagogastric pathology in morbid obese patient: preoperative diagnosis, influence in the selection of surgical technique [J]. *Rev Esp Enferm Dig*, 2015, 107(7): 408-412.
- [7] Köksal AS, Suna N, Kalkan İH, et al. Is gastric xanthelasma an alarming endoscopic marker for advanced atrophic gastritis and intestinal metaplasia? [J]. *Dig Dis Sci*, 2016, 61(10): 2949-2955.
- [8] 骆元斌, 顾立萍, 黄小玲. 胃黄色瘤 30 例临床病理分析 [J]. *西部中医药*, 2013, 26(1): 119-120.
- [9] Yi SY. Dyslipidemia and H pylori in gastric xanthomatosis [J]. *World J Gastroenterol*, 2007, 13(34): 4598-4601.
- [10] Sekikawa A, Fukui H, Maruo T, et al. Gastric xanthelasma May be a warning sign for the presence of early gastric cancer [J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2014, 29(5): 951-956.
- [11] Sekikawa A, Fukui H, Sada R, et al. Gastric atrophy and xanthelasma are markers for predicting the development of early gastric cancer [J]. *J Gastroenterol*, 2016, 51(1): 35-42.
- [12] Nostrant TT. Multiple gastric xanthomas in a 3-year-old patient [J]. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*, 2010, 6(3): 183-184.
- [13] Wetzler G, Felix AA, Lipton JF. Gastric xanthelasma [J]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2010, 51(1): 1.
- [14] Fukuda S, Akahoshi K, Fushimi F, et al. Gastric hyperplastic polyp with xanthoma observed by magnification narrow-band imaging endoscopy and endoscopic ultrasonography: report of a case [J]. *Fukuoka Igaku Zasshi*, 2015, 106(4): 77-82.
- [15] Ashwini BR, Kiran T, Prakash G, et al. Gastric xanthoma with hyperplastic polyp: a case report [J]. *J Indian Med Assoc*, 2013, 111(6): 404, 411.
- [16] Rey P, Pillot C, Bordachar J, et al. Polypoid gastric xanthelasma: an exceptional gastric polyposis [J]. *Presse Med*, 2014, 43(1): 723-726.
- [17] Vatansever S, Akpinar Z, Alper E, et al. Gastric polyps and polypoid lesions: Retrospective analysis of 36650 endoscopic procedures in 29940 patients [J]. *Turk J Gastroenterol*, 2015, 26(2): 117-122.
- [18] Bassullu N, Turkmen I, Uraz S, et al. Xanthomatous hyperplastic polyps of the stomach: clinicopathologic study of 5 patients with polypoid gastric lesions showing combined features of gastric xanthelasma and hyperplastic polyp [J]. *Ann Diagn Pathol*, 2013, 17(1): 72-74.
- [19] Buyukaskik K, Sevinc MM, Gunduz UR, et al. Upper gastrointestinal tract polyps: what do we know about them? [J]. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2015, 16(7): 2999-3001.
- [20] 周绵, 王爱民, 贾树杰, 等. 常见上消化道疾病幽门螺杆菌感染状况分析 [J]. *胃肠病学和肝病杂志*, 2012, 21(12): 1122-1124.
- [21] Hori S, Tsutsumi Y. Helicobacter pylori infection in gastric xanthomas: immunohistochemical (下转第 2728 页)

局限于临床,而是融合解剖、病理、病生等多学科内容,使学生更全方位地了解疾病发生、发展的原因,符合“以器官系统为主线”课程设置的初衷。在结合病例进行授课后,让同学们分组讨论,提出自己的难点、重点问题,尽可能做到人人有发言,把学习问题引向深入的讨论,最后由教师点评、精讲和总结,达到了同年级传统教学模式组所无法企及的教学效果,这种多学科整合的教学方法更有利于高素质卓越医师的培养。

#### 4 “以器官系统为主线”泌尿生殖系统教学效果评价体系的建立

在传统教学模式组,评价体系仅采用传统的终结性评价,这种以考核知识记忆为主的评价体系,使得学生缺乏对系统知识的认知和构建,不利于培养学生解决实际问题的能力和创新能力<sup>[10-11]</sup>。而在卓越医师教学改革组,为适应整合课程的教学目标,建立了形成性评价(50%)与终结性评价(50%)相结合的评价体系。其中形成性评价包括学生自评、学生互评、教师评价。每一种评价均设定标准,包括学习纪律、上课及课后提问情况、主动学习和获得新知识能力、有无对自己的学习和人生规划、对反馈意见的改进情况、医患沟通技能的运用情况、是否按时完成各项任务、自我管理能力和自我反思能力、自我修养、团队精神、互助精神、认同他人能力等等<sup>[12]</sup>。终结性评价包括理论考试及临床技能操作考核两种方式<sup>[13]</sup>。理论考试从题库中随机选题组卷,主要考察学生的临床思维过程,重点考察学生临床分析问题、解决问题及病例处理的能力;临床技能操作考核内容包括病史采集、体格检查、病历书写等,均按照教学大纲要求掌握的内容进行考核<sup>[13]</sup>。同时采用问卷调查了解学生的学习满意度,获得该课程最佳的教学模式。课后调研显示:卓越医师教学改革组学生的教学满意度比传统教学模式明显提高,这种形成性评价与终结性评价相结合的评价体系更有利于培养学生的自主学习能力、临床分析问题解决问题的能力,更有利于培养高素质医学人才。

#### 5 展 望

目前重庆医科大学已形成比较完善、规范、系统的泌尿生殖系统教学体系,并在卓越医师教改班进行试点,深受师生好评,教学效果满意。这种以器官系统为主线的教学模式,强调整体的以系统为基础的教学方法,强调培养学生沟通技巧和终生学习技能,强调早接触临床,强调通识教育而非对事实性知识的灌输,提高了学生学习积极性、主动性和学习效率,为更好地培养创新型卓越医师人才奠定了基础。但仍存在课程拼合大于整合,缺乏配套教材,因师资力量投入明显增加造成人员相对欠缺等问题。如何进一步优化以器官系统为主线的教学改革模式,尚待进一步探索。目前《泌尿生殖系统机构功能与疾病》尚缺乏统一的配套教材,重庆医科大学联合人民卫生

出版社正在积极开展临床医学专业整合课程系列教材的编写和慕课的建设。今后将进一步以泌尿生殖系统课程整合为基础,以能力培养为主线,构建更完美的卓越医师人才培养模式,围绕“卓越医师教育培养”计划,加强国际医学教育交流活动,培养学生终身学习能力,加强国际化人才培养。

#### 参考文献

- [1] 舒涛. 努力开拓国际视野以器官系统为基础整合医学课程[J]. 中国高等医学教育, 2011, 26(7): 54-56.
- [2] 陈晓光, 任伯绪, 赵静. “卓越医生教育培养计划”人才培养模式初探[J]. 重庆医学, 2015, 44(2): 280-282.
- [3] 常静, 傅航, 封盼攀, 等. 卓越医师培训中的医学人文教育实践与探索[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(15): 11-12.
- [4] 王莉, 付荣国, 姚钢炼, 等. 泌尿系统疾病临床见习中多种教学方法的运用和探讨[J]. 重庆医学, 2012, 41(20): 2109-2111.
- [5] 赵丽微, 辛程远, 蔡建辉. 临床医学专业课程整合的探索与思考[J]. 重庆医学, 2016, 45(26): 3732-3733.
- [6] 马燕, 吴楠楠, 张宁, 等. 以器官系统为基础、以疾病为中心的临床教学方法研究[J]. 继续医学教育, 2016, 30(4): 56-57.
- [7] 张瑾, 白文佩, 李红霞, 等. PBL教学法在妇产科教学中的效果评价[J]. 继续医学教育, 2016, 30(1): 58-60.
- [8] 叶艺兰, 黄碧瑾. 以病例为引导的教学法在儿科教学中的运用效果分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(1): 90-91.
- [9] 冯亚玲, 周昌菊, 万亚军, 等. 病例导入式 PBL 在八年制临床专业妇产科教学中的应用[J]. 中国医药指南, 2011, 9(26): 158-160.
- [10] 程小玲, 王乾兴, 路健, 等. 医学细胞生物学形成性考核在卓越医师班的设计与构建[J]. 教育教学论坛, 2016, 8(1): 137-138.
- [11] 何春燕, 武军驻, 商亮, 等. 基础医学整合课程的形成性评价[J]. 基础医学教育, 2016, 18(10): 856-857.
- [12] 龙梅, 何碧辉, 巩晓芸, 等. 形成性评价在医学本科生妇产科教学中的应用研究[J]. 中国高等医学教育, 2015, 29(9): 49-50.
- [13] 保罗·布莱克, 樊涛. 形成性评价及终结性评价: 前景与问题——教师的角度[J]. 考试研究, 2012, 8(3): 73-81.

(收稿日期: 2017-02-07 修回日期: 2017-04-03)

(上接第 2726 页)

- analysis of 145 lesions[J]. Pathol Int, 1996, 46(8): 589-593.
- [22] Wu JH. Gastric xanthomatosis; a rare presentation of a common disorder[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2016, 14(6): A18.
  - [23] Houissa F, Bouslama K, Debbeche R, et al. Gastric xanthelasma: an uncommon lesion[J]. Tunis Med, 2013, 91(10): 619-620.
  - [24] Dhakal M, Dhakal OP, Bhandari D, et al. Gastric xanthelasma: an unusual endoscopic finding[J]. BMJ Case Rep, 2013, 2013: 1-3.
  - [25] Basyigit S, Aktas B, Simsek G, et al. Difuse gastric xanto-

matosis: an interesting endoscopic finding of xanthoma [J]. Chin Med J (Engl), 2014, 127(19): 3427.

- [26] Gasparetto M, Gianmaria P, Francesca G, et al. A rare case of pediatric gastric xanthoma: diagnosis and follow up[J]. J Gastroenterol Hepatol Res, 2013, 2(5): 607-608.
- [27] 张莹, 文琴, 何向阳. 内镜下黏膜切除术治疗消化道黏膜隆起性病变疗效分析[J]. 安徽医学, 2013, 34(10): 1492-1493.
- [28] Andrejic BM, Božanic SV, Solajic NS, et al. Xanthomas of the stomach: a report of two cases[J]. Bosn J Basic Med Sci, 2012, 12(2): 127-129.

(收稿日期: 2017-02-12 修回日期: 2017-04-16)