

· 病例报告 ·

中西医结合治疗 Lemmel 综合征 1 例

杨 雪 杜正光 张声生 刘 康 侯亚男 王秋明

十二指肠乳头旁憩室压迫胰胆管致急性胆管炎、梗阻性黄疸、急性胰腺炎，而不伴胆总管结石、胆胰肿瘤的一组症候群称为乳头旁憩室综合征，又称为 Lemmel 综合征^[1]。本病临床少见，误诊和漏诊率均较高。笔者采用中西医结合治疗 Lemmel 综合征 1 例，现报告如下。

病例介绍 患者，男，63 岁，既往体健。患者知情同意并签署知情同意书。患者自述 2020 年 5 月无诱因出现上腹胀、上腹部隐痛，位置固定，腹胀腹痛与进食无明显相关，无发热，无黄疸，无反酸烧心，无恶心呕吐，未予诊治。2020 年 7 月 13 日无诱因突然出现发热，体温最高 39.7℃，夜间热甚，体温波动在 38.0~39.7℃，5 天后出现皮肤巩膜黄染，尿色深黄，后背疼痛，呃逆频繁难以缓解，乏力，厌油腻，进食后出现间断呕吐，呕吐物为胃内容物，无鲜血及咖啡样物，有排便排气，口干明显，遂就诊于北京中医医院。

查体：体温 38.2℃，心率 91 次/min，呼吸 19 次/min，血压 130/82 mmHg，皮肤巩膜黄染，双肺呼吸音清，腹平软，上腹部压痛，无反跳痛，无肌紧张，余查体未见异常。舌红，苔黄，脉弦细。辅助检查：血常规：白细胞 $13.12 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比 94.0%，中性粒细胞绝对值 $12.33 \times 10^9/L$ 。C 反应蛋白 246.1 mg/L，降钙素原 4.99 ng/mL，动态红细胞沉降率 83 mm/h。血淀粉酶 828.1 IU/L，血脂肪酶 1 113.0 IU/L，尿淀粉酶 3 417.0 IU/L。直接胆红素 125.9 $\mu\text{mol/L}$ ，总胆红素 161.6 $\mu\text{mol/L}$ ，谷丙转氨酶 80.6 U/L，天冬氨酸转移酶 67.7 U/L，谷氨酰转肽酶 435.0 U/L，碱性磷酸酶 325.4 U/L，白蛋白 31.3 g/L。血钾 3.12 mmol/L，血钠 130.4 mmol/L，血氯 91.9 mmol/L，血钙 2.13 mmol/L。免疫球蛋白、

凝血常规、血脂、血糖、大、小便常规未见异常。腹部彩超：肝囊肿，胆囊增大，肝内外胆管、胰管扩张，考虑胆总管下端梗阻可能。胰胆管系统磁共振水成像（magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP）：胆囊体积大，肝内胆管、左、右肝管、胆总管明显扩张，胰管扩张，梗阻点位于十二指肠区，邻近混杂信号结节；肝内多发囊肿。上腹部核磁共振增强成像：考虑十二指肠降段憩室形成，十二指肠乳头开口位置较低，伴周围炎症改变，继发低位胆道梗阻，建议上消化道钡餐，内镜下逆行胰胆管造影（endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP）进一步检查：肝内多发囊肿。上腹部 CT 增强扫描：十二指肠降段憩室继发低位胆道梗阻，胰管扩张，肝内多发囊肿，胆囊炎，腹腔少量积液。

诊治经过 患者入院前门诊完善血尿淀粉酶、脂肪酶、胆红素及腹部 B 超、MRCP 检查，初步诊断：十二指肠或壶腹部占位、梗阻性黄疸、急性胰腺炎，入院后急请肿瘤外科、感染专科，均考虑占位病变，腹腔严重混合感染，化脓性胆管炎，积极给予内科治疗，予禁食、补液、泮托拉唑 80 mg/d 抑酸（40 mg/支，Takeda GmbH，批号：448112）、醋酸奥曲肽 0.6 mg/d（1 mL:0.1mg/支，Novartis Pharma Steinag, Switzerland，批号：SRC11）持续泵入抑制胰蛋白酶分泌、泰能 2 g/d 抗感染、还原型谷胱甘肽 1.2 g/d 保肝、中药每天 1 剂口服及每天 2 次中药保留灌肠，中药口服以大柴胡汤加减（北柴胡 15 g 黄芩 10 g 白芍 10 g 生姜 15 g 大黄 10 g 大枣 5 g 法半夏 9 g），中药灌肠予大黄 10 g 玄明粉 10 g 煎汤，以及对症支持治疗，治疗 1 天后患者体温、血常规基本恢复正常，血淀粉酶迅速下降至 177.1 IU/L，血脂肪酶 233.9 U/L，直接胆红素降至 95.7 $\mu\text{mol/L}$ ，总胆红素 137.9 $\mu\text{mol/L}$ 。患者入院第 2 天进行第 1 次胃镜检查，提示十二指肠降部巨大憩室，随即行上腹部 MRI 及增强 CT 均再次证实了患者胆总管下端梗阻即继发于十二指肠降段憩室，排除胆胰肿瘤、胆总管结石，诊断为乳头旁

基金项目：北京市医院管理局重点医学专业发展计划（No. ZYLX201411）

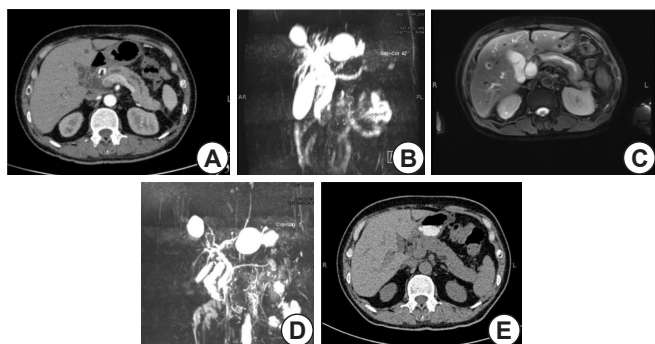
作者单位：首都医科大学附属北京中医医院消化科（北京 100010）

通讯作者：王秋明，Tel: 010-87906634，E-mail: wangqiuming@

bjzhongyi.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20211109.220

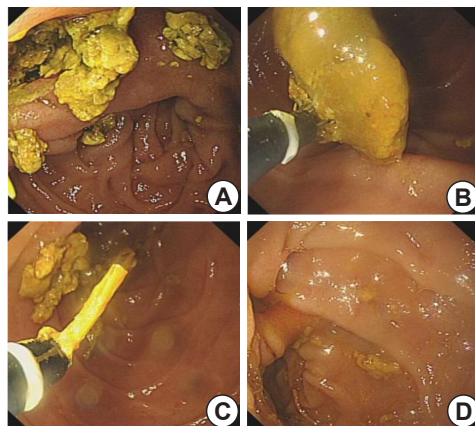
憩室综合征, 即 Lemmel 综合征。患者经上述内科保守治疗, 症状有所减轻, 其第 1 次胃镜提示反流性食管炎 B 级, 慢性非萎缩性胃炎, 十二指肠降部内侧壁可见巨大憩室, 内有大量黄色潴留物, 清除部分潴留物, 可见深色胆汁。4 天后 (入院第 6 天) 行胃镜, 十二指肠降部憩室可见大量黄色胆栓及潴留物, 应用活检钳及异物钳反复取出, 清水冲洗后可见憩室内壁光滑, 局部水肿, 次日复查直接胆红素、血淀粉酶 ($29.2 \mu\text{mol/L}$ 、 52.3 IU/L)。住院期间予大柴胡汤口服、辅以大黄、玄明粉灌肠通腑泄热治疗。入院第 10 天复查直接胆红素 $25.8 \mu\text{mol/L}$, 总胆红素 $36.9 \mu\text{mol/L}$, 谷氨酰转肽酶 142.6 U/L , 碱性磷酸酶 179.9 U/L , 血尿酸、脂肪酶正常, 患者诸症缓解。复查上腹部 CT、MRCP 示肝内外胆管、总胆管、主胰管无明显梗阻扩张。此时再回顾分析患者症状, 虽然有腹痛、黄疸和发热症状, 但腹痛症状为胀痛、隐痛, 与化脓性胆管炎症状并不完全相符, 其十二指肠憩室炎症、压迫胆总管, 胆总管排出不畅, 憩室内黄色胆栓, 就如同胆总管下段被变相延长, 其中充满了“结石”, 造成类似胆总管结石、化脓性胆管炎临床表现的假象。且其憩室内充满内容物, 腔内无气体, 在影像学上与占位病变难以区分, 容易造成误诊。治疗后再次复查, 其影像学表现明确无结石、无肿瘤病变, 经西医对症治疗, 中药汤剂口服及中药灌肠及内镜下治疗, 临床效果显著 (治疗前后影像及胃镜图片见图 1、2)。目前无超声内镜及 ERCP 适应症, 未行超声内镜、ERCP 检查。



注: A 为治疗前增强 CT; B 为治疗前 MRCP; C 为治疗前增强 MRI; D 为治疗后 MRCP; E 为治疗后 CT 平扫

图 1 治疗前后影像比较

讨论 目前主要认为 Lemmel 综合征发病机制与十二指肠降部内侧因胆总管、胰管和血管穿过肠壁, 无肌层覆盖, 比较薄弱有关^[2]。且随着年龄增长, 胃肠蠕动功能减退, 胃肠内容物排空延迟导致肠腔压力升高, 使乳头旁易发生憩室。憩室过大或颈部狭窄^[3]、



注: A 为治疗前胃镜, 显示十二指肠憩室内黄色胆栓及潴留物; B、C 为内镜下治疗中, 取出憩室内潴留物; D 为治疗结束后, 可见光滑憩室开口

图 2 治疗前后胃镜图

憩室炎反复发作刺激胃肠感觉神经使 Oddi 括约肌功能障碍^[4]、胆总管下端产生压迫或使其牵拉变形, 均可直接影响胆汁胰液的排出。十二指肠乳头长期受压可出现水肿、炎症及纤维化, 甚至乳头狭窄^[5]。肠内容物反流, 细菌繁殖及产生的化学作用可继发胆管炎、胰腺炎, 形成胆红素结石^[6]。

我国该病发病率目前尚无确切数据, 现有研究认为十二指肠乳头旁憩室的发病与性别无关, 与年龄呈正相关^[1]。本病临床少见, 常被误诊为胆囊炎、胆管炎、胆石症、胆总管下段占位、胰腺炎、胰头占位、壶腹周围肿瘤^[7]。尤其是胆总管结石、壶腹周围癌与憩室颈周围黏膜折叠产生的充盈缺损难以辨别。本患者入院后完善腹部 B 超提示胆总管下段梗阻可能, 因胆总管下端病变易受肠腔气体影响, B 超检查具有局限性, 不能直接显示憩室。本病例中 MRCP 提示邻近十二指肠区混杂信号结节, 该检查对肝外胆管及主胰管可完全显示, 但对于充满肠液等内容的十二指肠憩室, 其与占位性病变难以区分^[8]。多层螺旋 CT (Multi-slice CT, MSCT) 既能显示憩室, 又能诊断胆胰疾病, 其憩室检出率约 13.5%^[9]。憩室的 CT 影像表现为十二指肠降部内侧与胰头间囊袋状气泡影, 部分可疝入胰头。增强后憩室内无强化, 憩室壁强化与十二指肠壁一致。CT 将十二指肠憩室分为 4 种类型, 其中 I 型发生 Lemmel 综合征的几率高达 87.5%, 该型影像学表现为憩室位于壶腹括约肌复合体腹侧, 部分伸至胰腺。国内有学者将本病 MSCT 分为 4 级: 1 级为单纯十二指肠乳头旁憩室; 2 级为憩室伴胆胰炎症改变; 3 级为憩室伴发胆系结石; 4 级为憩室并胆汁淤积性肝硬化及其他重症并发症^[10]。超声内镜主要用于胆

总管下段和胰头占位性病变的鉴别,可进行穿刺细胞学检查。ERCP 结合憩室造影,能够直接明确憩室开口、大小、位置及其与乳头、胰胆管的解剖关系。不同影像检查侧重不同,无创检查中 MRCP 结合增强 MSCT 对疾病的诊断及鉴别相对全面。ERCP 属于有创操作,既能诊断,又能治疗,目前已成为首选。

本病治疗包括内科保守治疗、内镜手术及外科治疗。内科保守治疗以抗感染、保肝降黄、制酸和抑酶为主。外科手术临床常选用不处理憩室的憩室旷置术(各种胃肠和胆汁改道转流术)或内引流术。适用于经非手术治疗无效、胆胰管或十二指肠梗阻、反复发作的胰腺炎、胆道感染、胆管结石、憩室出血、坏死及穿孔、缩窄性十二指肠乳头炎患者^[11]。目前治疗性 ERCP 已成为诊治本病的主要方法^[1],适于不愿外科手术或年老体弱、合并多种疾病的外科手术风险大者。可经十二指肠镜下行冲洗憩室,取出憩室内残留肠石。同时 ERCP 下行内镜下乳头括约肌切开术,必要时胆道扩张术、塑料支架行胆管或胰管塑形术或内引流治疗。但需注意,憩室可能使乳头和胆总管周围血管牵拉变形,改变乳头位置、形状,促进乳头消失,且憩室壁结构相对薄弱,胆总管压力大时会造成胆总管下端扭曲,难以判断胆总管的长度及走行方向,这些原因均增加了手术难度,出血、穿孔、术后并发胰腺炎、胆管炎的风险也随之增加^[12-15]。

根据其临床表现 Lemmel 综合征可归属中医学“黄疸”“腹痛”范畴。中医学认为本病因湿邪中阻、饮食所伤、积聚内阻,致蕴阻中焦,气机阻滞不通,湿热内生,郁蒸肝胆,肝胆失于条达疏泄、胆汁失于常道外溢而见腹痛黄疸。治疗以清热化湿为主。本例患者症见身目俱黄,发热,腹痛,口渴,恶心欲吐,舌红苔黄,脉弦细。其起病急、身目俱黄色鲜明、恶心欲吐属湿热;发热、口渴,舌苔黄,说明以热为主,故辨证为阳黄,热重于湿,治疗以大柴胡汤加减。辅以大黄、玄明粉灌肠以通腑泄热。

本案中患者经过内科保守治疗及内镜治疗,憩室内胆栓等内容物全部取出,诸症改善,取得满意疗效,现无 ERCP 及超声内镜指征。但如再次出现此类症状,应行壶腹部超声内镜及 ERCP 检查及治疗,进一步排除其他疾病可能。本案为本科首例 Lemmel 综合征病案,经过本案,对于黄疸、急性胰腺炎的少见原因有了进一步认识。

参 考 文 献

[1] 朱风尚,张勤,张俊杰,等.我国 Lemmel 综合征诊治

方法 20 年变化分析[J].临床肝胆病杂志,2018,34(3):583-587

[2] 李洪义,刘鹤,杨景堯,等.磁共振平扫及 MRCP 成像对十二指肠憩室诊断的临床价值分析研究[J].中国当代医药,2018,25(10):130-132.

[3] Minafra M, Laforgia R, Riccelli U, et al. Complicated duodenal-jejunal diverticulosis: case report[J]. G Chir, 2018, 39(6):395-398.

[4] Unal E, Ayan EN, Yazgan S. Acute reversible duodenitis following non-therapeutic upper gastrointestinal endoscopy. Is duodenal diverticulum a predisposing factor[J]. Pol J Radiol, 2016, 81(12):589-592.

[5] Groff A, Walsh L, Singh M, et al. Juxtapapillary duodenal diverticulitis in an elderly female[J]. BMJ Case Rep, 2019, 12(4):e229259.

[6] Miyajima S, Yamakawa G, Ohana M. Edwardsiella tarda-associated cholangitis associated with Lemmel syndrome[J]. IDCases, 2018, 11:94-96

[7] Ono M, Kamisawa T, Tu Y, et al. MRCP and ERCP in Lemmel syndrome[J]. JOP, 2005, 6(3):277-278.

[8] Kang HS, Hyun JJ, Kim SY, et al. Lemmel's syndrome, an unusual cause of abdominal pain and jaundice by impacted intradiverticular enterolith: case report[J]. J Korean Med Sci, 2014, 29(6):874-878.

[9] Rekha BM, Chandramohan A, Chandran BS, et al. Contrast enhanced computed tomographic study on the prevalence of duodenal diverticulum in Indian population[J]. J Clin Diagn Res, 2016, 10(4):AC12-AC15.

[10] 姜传武,侯立泳,赵斌,等. Lemmel 综合征的 MSCT 分型和分级的初步探讨[J].医学影像学杂志,2014,24(5):797-800.

[11] 梁廷波,王亮,白雪莉.十二指肠乳头旁憩室诊治要点[J].中国实用外科杂志,2013,33(5):377-378.

[12] 万倩倩,金京,李俊.胆总管结石合并十二指肠乳头旁憩室对经内镜逆行胰胆管造影的影响及应对策略[J].临床肝胆病杂志,2019,35(3):686-689.

[13] 张燕霞,黄茜,马久红.急诊内镜下治疗内镜下逆行胰胆管造影术后十二指肠乳头出血 27 例临床分析[J].中国内镜杂志,2016,22(2):83-86.

[14] Takano Y, Nagahama M, Yamamura E, et al. Perforation of the papilla of Vater in wire-guided cannulation[J]. Can J Gastroenterol Hepatol, 2016:5825230.

[15] 陈峭峰,唐志华,余兴元,等.十二指肠乳头旁憩室合并胆胰疾病 ERCP 手术风险分析[J].世界华人消化杂志,2017,25(17):1597-1604.

(收稿:2020-08-31 在线:2022-01-07)

责任编辑:白霞