

五孔“七步法”精准腹腔镜 Roux-en-Y 胃旁路手术技术分享

董志勇 杨华 姜舒文 胡瑞翔 黄韦歆 陈文辉 彭雪梅 王存川

暨南大学附属第一医院胃肠外科 肥胖代谢外科, 广州 510630

通信作者: 王存川, Email: twcc@jnu.edu.cn



扫码阅读电子版



扫码“胃肠新视野”
栏目观看视频

腹腔镜 Roux-en-Y 胃旁路术是一种减重术式。本文附视频分享我中心的五孔“七步法”精准腹腔镜 Roux-en-Y 胃旁路术的技术要点。

第1步, 体位和戳卡位置。患者分腿仰卧位, 主刀位于患者两腿之间, 扶镜手位于主刀左侧, 第一助手位于主刀右侧, 第二助手位于患者右侧。脐部置 10 mm 套管作为观察孔, 左锁骨中线平脐置 5 mm 戳卡为主刀主操作孔, 右锁骨中线平脐置 12 mm 戳卡作为主刀主操作孔和切割吻合器置入孔, 剑突下 5 cm 和左肋缘下 3 cm 分别置 5 mm 戳卡作为辅助操作孔, 气腹压 12~15 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 患者头高脚低位 30°, 左侧抬高 10°~15°。

第2步, 制作小胃囊。第二助手于剑突下戳卡孔挑起肝脏显露食管胃结合部(EGJ)脂肪, 巡回护士经口置入 38Fr 胃 Bougie 管, 在术者引导下排空胃后退至食管处; 切除 EGJ 突出部分的脂肪, 充分显露 His 角和作为切割终点的标示。(1) 制作 15~30 ml 小胃囊: 在贲门下方约 5 cm 处, 分离胃小弯, 即贲门下胃左血管第 2、3 分支之间, 紧贴胃小弯用超声刀切开小网膜, 直达胃后间隙, 注意勿损伤迷走神经干及胃壁。朝胃大弯方向置入切割吻合器, 胃的前后壁要展平, 完成第 1 枪切割吻合; 继续向 His 角方向分离胃后壁空间, 巡回护士在主刀的协助下将 38 Fr 胃 Bougie 管置入作为导引, 切割吻合第 2 枪; 继续分离拓展胃底后壁至 His 角后方, 切割吻合完成最后 1 枪。常需要 3~4 枚切割吻合钉, 注意最后 1 枪的位置与 EGJ 距离 1.0~1.5 cm, 避免损伤贲门。(2) 用 3-0 可吸收线间断缝合加固胃囊和残胃切缘两切割钉交界处, 超声刀裸化小胃囊壁前后多余的脂肪组织或血管, 以便吻合。

第3步, 制作胆胰支(BP 祥)。两助手用无创抓钳将大网膜和横结肠上翻, 展开横结肠系膜呈扇形, 辨认 Treitz 韧带起点, 用 25 cm 的蓝色布带测量 Treitz 韧带起始点至远端 25~50 cm, 作为胆胰支的长度, 用切割吻合器切断吻合该处小肠, 检查小肠断端有无出血, 用超声刀劈开小肠断端之间的系膜 2~3 cm, 便于上提, 以减少胃肠吻合的张力。

第4步, 制作食物支(Roux 祥, 营养支)。从小肠远断端测量 Roux 祥 175 cm; 用 1# 丝线在小肠对系膜缘处做标记。将患者调整至头低脚高 30°, 右侧抬高 20°~30°, 主刀更换为

原一助位置, 扶镜手换为中间位, 主刀用肠钳找到回盲部, 以回肠末端为起点, 用 25 cm 蓝色布带向近心端方向测量小肠, 计算全小肠长度=回盲部至标记点位置长度+175 cm+25 cm 或 50 cm, 根据小肠总长度、体质指数、有无糖尿病等情况, 原则上按照 1/3 的比例调整营养支长度。

第5步, 空肠-空肠侧侧吻合。在 BP 祥断端及营养支标记处的对系膜缘侧用电钩分别做小口, 置入切割吻合器, 分离钳协助吻合器置入两小口进入小肠, 调整好吻合口直径 4~6 cm, 激发完成吻合, 检查肠腔内吻合口有无出血。用 30 cm 3-0 可吸收线倒刺线“一线法”连续缝合关闭共同开口, 往回缝合浆肌层。顺手用该线缝合关闭空肠-空肠系膜裂孔, 防止内疝发生。

第6步, 小胃囊-空肠吻合(结肠后, 胃后壁)。在 Treitz 韧带上方横结肠系膜无血管区制作一个恰能容纳营养支的 3 cm×3 cm 小口, 作为营养支结肠后入口, 将营养支从该入口送至胃后壁后方, 后将大网膜下翻。在胃大弯侧中部无血管区打开一 3 cm×3 cm 小口, 作为营养支出口。将营养支从该出口提出, 用 3-0 可吸收线将小胃囊右侧后壁与营养支断端固定, 并连续缝合固定小胃囊空肠吻合口后壁。用电钩在营养支右侧对系膜侧和小胃囊右侧后壁分别开一个小口, 置入切割吻合器, 用牵引线调整牵拉估计吻合口直径 1.0~2.0 cm, 切割吻合后需检查吻合口有无出血及狭窄。将 38 Fr 胃管置入共同吻合口至营养支远端约 1 cm 作为支撑管, 3-0 可吸收线连续内翻缝合关闭小胃囊-空肠吻合口的共同开口, 并继续缝合加固浆肌层, 将大网膜缝合覆盖于胃肠吻合口前方, 缝合完毕并行测漏试验后, 拔除胃管。

第7步, 关闭横结肠系膜缺损、Peterson 裂孔和各戳卡孔。两助手用无创抓钳将大网膜和横结肠上翻, 显露横结肠系膜裂孔, 用可吸收缝线连续缝合关闭横结肠系膜裂孔, 显露 Peterson 孔, 并继续连续缝合关闭。检查腹腔各脏器及吻合口, 直视下拔除 12 mm 套管, 用疝修补器关闭 12 mm 戳卡孔。最后依情况放置腹腔引流管。在直视下拔除其余戳卡, 排尽气腹, 缝合各戳卡孔, 手术结束。

(收稿日期: 2021-06-28)

(本文编辑: 王静)