

·胃肠新视野·

四孔“七步法”腹腔镜单吻合口胃旁路手术 技术分享

董志勇 胡瑞翔 陈文辉 姜舒文 黄韦歆 王存川
暨南大学附属第一医院 胃肠外科、肥胖代谢外科(减重中心),
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

腹腔镜单吻合口胃旁路术是指采用腹腔镜技术,在胃小弯侧制作一个容量 40 ml 的细长小胃囊,将距 Treitz 韧带 150~200 cm 处的空肠与小胃囊进行吻合,通过缩小胃容积和旷置小肠的长度,从而获得减轻体质量,治愈或缓解 2 型糖尿病等代谢疾病的术式。本文结合手术视频介绍四孔“七步法”腹腔镜单吻合口胃旁路术的操作步骤和手术技术等要点。

1. 体位和穿刺口位置:患者“大”字位,术者站其两大腿间,扶镜手站主刀左侧,助手站患者左侧。脐部置入 10 mm Trocar,左锁骨中线平脐处置入 5 mm Trocar,右锁骨中线平脐处置入 12 mm Trocar,左肋缘下 3 cm 处置入 5 mm Trocar,气腹压力 13~15 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),患者头高脚低位。

2. 制作小胃囊:(1)腹腔探查:腹腔镜探查肝、脾、胆、腹盆腔、大网膜、Treitz 韧带、回盲部、脾区等,有无肿瘤或小肠粘连情况,是否影响胃空肠吻合或可能无法测量小肠总长度。(2)排空胃内容物:护士经口置入 36~38 Fr Bougie 管,将胃内容物或气体排空后,退至食管处。(3)切除胃食管结合部脂肪:用超声刀切除胃食管结合部脂肪,以便显露 His 角和作为切割终点的标记。(4)悬吊肝脏:显露胃食管结合部,用倒刺线在左肝中上方的腹膜缝一针、胃食管结合部上方和肝圆韧带处各缝合一针,形成一个三角形支架把肝脏撑起。(5)制作小胃囊:在胃角切迹处,紧贴胃小弯用超声刀切开小网膜囊,注意勿损伤神经、血管及胃壁。朝胃大弯置入合适钉仓的吻合器,在 Bougie 管的引导下,分离拓展胃后壁空间,切割吻合后完成一个 40 ml 细长的小胃囊。最后一枪的位置与胃食管结合部距离 1~1.5 cm。(6)加固残胃切缘:剔除小胃囊后壁多余的脂肪以便吻合。检查小胃囊切缘和残胃切缘有无出血和成钉不良,用 3-0 可吸收线缝合加固两侧两钉交界处,防止出血或漏。

3. 测量小肠总长度:(1)从 Treitz 韧带起始点开始测量小肠:用 25 cm 的布带测量 Treitz 韧带起始点至远端 175 cm 处,用 1 号丝线在该处做标记,拟作为胆胰支的长度,最后根据小肠总长度再做调整。(2)从回盲部逆向测量小肠:将体位调整,主刀更换到原第一助手位置,用布带从回盲部向近心端方向测量小肠,计算小肠总长度=回盲部至标记点位置长度+175 cm,按照小肠总长度的 1/3 或直接旷置胆胰支的长度为 150~200 cm。

4. 小胃囊-空肠吻合:(1)小胃囊-空肠吻合准备:用电钩在已确定好位置的空肠对系膜缘做一小孔,再用电钩在小胃囊切缘后壁开一个小孔,确保进入胃腔内,用分离钳稍撑大两小孔,以便做吻合。(2)小胃囊-空肠吻合口制作:分离钳协助蓝色钉仓的吻合器置入小胃囊和空肠两小口,调整好吻合口直径约 3 cm,激发后检查腔内有无出血及狭窄。注意剪除 1#丝线标记线。

5. 关闭开口、固定输入袢:(1)关闭小胃囊-空肠吻合口的共同开口:将 Bougie 胃管置入吻合口至空肠远端约 1 cm 作为支撑管,用 30 cm 3-0 可吸收倒刺线“一线法”连续全层和浆肌层缝合共同开口。(2)固定输入袢空肠:在距胃空肠吻合口夹 4~6 cm 处,将输入袢空肠对系膜缘缝 1~2 针,上提固定于小胃囊外侧切缘处。

6. 关闭系膜裂孔:显露横结肠系膜与小肠系膜之间的系膜裂孔,用不可吸收缝线间断缝合关闭该系膜裂孔,以免引起术后内疝的可能。

7. 缝合 Trocar 孔和皮肤:直视下再次检查腹腔,用带有可吸收线的疝修补器关闭 12 mm Trocar 孔。拔除其余套管,查看有无出血,缝合皮肤切口,贴上无菌敷贴,手术结束。

(收稿日期:2022-03-07)

(本文编辑:万晓梅)