

单孔腹腔镜袖状胃切除术一例

沈名扬 王勇

中国医科大学附属第四医院甲状腺、胆道、减重代谢外科,沈阳 110004

通信作者:王勇,Email:wy750604@163.com



扫码阅读电子版



扫码“胃肠新视野”
栏目观看视频

单孔腹腔镜减重手术的主要优势在于患者的美容需求,且单切口术后8 h即可离床活动,24~72 h的疼痛感明显优于多孔手术,更加符合加速康复外科理念。但因单切口限制,戳卡孔的减少,穿刺孔间距过小,导致了操作时各手术器械及腹腔镜之间出现相互干扰,难以实现操作器械及腹腔镜之间形成稳定的三角形结构,导致出现“筷子效应”,严重影响了术者的操作。本文结合手术视频介绍1例单孔腹腔镜袖状胃切除术的操作步骤和手术技术等要点供同行参考。

病例资料:女性,31岁,因体质量进行性增加十年余入院。睡眠伴有鼾症,无憋醒。偶有进食后反流。查体身高:164 cm,体质量100 kg,体质指数 37.1 kg/m^2 ,颈围45 cm,胸围132 cm,腹围129 cm,臀围127 cm。颈部及双腋下黑棘皮。合并症:高脂血症,高血压2级高危。手术步骤级技术要点如下。

1. 体位和穿刺孔:患者仰卧,呈“大字”分腿位。主刀站在患者双腿之间,扶镜站在患者的右侧,另一助手站在患者的左侧。器械护士在患者的右下肢旁,主显示器位于患者头部。脐部切口单通道入口。脐部上缘弧形切口2.0~2.5 cm,调整患者头高 $20^\circ \sim 30^\circ$ 或左侧高 $10^\circ \sim 15^\circ$ 。置入单孔多通道腹腔镜穿刺器,下方12 mm穿刺器为观察孔,上方5 mm分别为主操作孔和辅助操作孔。

2. 探查及游离:(1)将36~40 Fr胃导引管经口腔置入胃内,大弯侧乏血管区打开胃结肠韧带,利用组织及器官重力提供对抗张力。垂直方向操作减少器械间干扰,主操作手可左右调整;(2)分离脾胃韧带附操作孔操作器械向腹壁侧及足侧适当牵拉,并应用胃壁牵拉格挡肝左叶提供术野暴露。前后远近方向操作减少器械间干扰;(3)沿胃结肠韧带继续

往上分离至脾胃韧带至脾脏上极。侧膈肌脚显露完全游离胃底;(4)分离胰胃皱襞;(5)向十二指肠方向游离,完全分离大网膜使胃结构二维化。双手器械操作在垂直方向运动减少干扰。

3. 袖状胃切除:更换5 mm镜头,12 mm穿刺孔进入腹腔镜切割吻合器,球囊支撑,切割起点与幽门之间的距离为2~6 cm,连续切割。胃角切迹是术后最常见的狭窄部位,此处切割线不能太靠近支撑管。本中心在第2次之后的连续切割时采用垂直上牵胃体并格挡住肝左叶(可以避免悬吊肝脏)后壁激发切割的方法使术野更清晰显露更方便。

4. 加固包埋:使用新技术Smartsuture智缝加固胃切缘,并在胃体下半部分将大网膜复位缝合防止切线扭转。该器械无需矫针,方便进行连续缝合,适合在单孔手术中操作。

5. 取出标本及缝合:最后经脐部切口去除标本,缝合皮肤切口,贴无菌敷贴,手术结束。

术者经验总结:脐部切口最好2.5 cm(避免切口约束操作),选择患者身高不要过高,因为操作距离越远,筷子效应越明显。单孔手术视野暴露不佳,建议合理应用重力对抗牵拉,术中适当调节患者体位。因主副操作孔为左右水平分布,器械在水平面的操作困难垂直方向、前后方向上干扰较少,可加以利用。因单切口限制,熟练的双手操作可在必要时交替左右手为主操作孔,给手术带来便利,可加以利用。同时运用新技术新器械,譬如“Smartsuture 智缝”等简化单孔缝合操作减少矫针动作,使缝合更为方便高效。

(收稿日期:2022-09-09)

(本文编辑:万晓梅)