

· 个案报告 ·

腹腔镜袖状胃缩小术治疗单纯性肥胖症 1 例报告

王存川 杨景哥 陈 黎 胡友主 许 朋 潘运龙 李进义

(暨南大学附属第一医院普通外科, 微创外科中心, 广州 510630)

中图分类号: R656.6⁺1

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2008)01-0086-02

1 临床资料

患者女, 19 岁, 体重明显增加 10 年, 饮食量较大, 约 350 g/餐, 每日平均 4 餐, 以碳水化合物和肉食为主。体重原为 90 kg (体重指数 36.0 kg/m^2), 曾尝试控制饮食、运动及针灸减肥, 因效果不明显和不能坚持而放弃; 1 年前开始口服减肥药物 (香港购买, 成分不详) 治疗, 服药后食欲明显下降, 体重下降至约 70 kg, 但服用减肥药物出现恶心呕吐、月经紊乱稀少等副作用, 停止服药后食欲恢复体重即反弹升高到 90 kg, 再服减肥药物后体重又下降至 70 kg。因减肥药副作用明显影响生活, 病人要求行手术减肥于 2007 年 4 月入院。查体: 生命体征正常, 一般情况可, 身高 158 cm, 体重 70 kg, 体重指数 28.0 kg/m^2 , 心肺未及异常, 腹部脂肪堆积, 腹围 92 cm, 腹部无压痛, 未扪及包块。入院后完善辅助检查, 血红蛋白 90 g/L, 总胆固醇 6.08 mmol/L (正常值 3.10 ~ 5.70 mmol/L), 甘油三酯 1.13 mmol/L (正常值 0.56 ~ 1.70 mmol/L), 维生素 B₁₂ 603.90 pg/ml, 叶酸 4.10 ng/ml (均处于正常水平), 铁蛋白 3.23 ng/ml (正常 4.63 ~ 204.00 ng/ml); B 超示轻度脂肪肝, 双侧肾上腺未见占位; 内分泌检查包括生长激素、性激素、皮质醇 (早上 8 时及下午 4 时各查 1 次)、垂体催乳素、ACTH 和胰岛素水平, 均正常; 头颅 MR 无异常。排除继发性肥胖的可能, 诊断为单纯性肥胖症。考虑患

者食量较大, 且肥胖合并症不明显, 故决定行创伤较小、较安全且术后对生活质量影响小的袖状胃成形术。术前 1 周停止服用减肥药, 经充分准备 2007 年 4 月 28 日在全麻下行腹腔镜袖状胃缩小术 (图 1)。

气管插管全麻, 患者取头高 30° 截石位, 左侧抬高 15°, 常规消毒铺巾, 采用五孔法 (图 2): 经脐做一 10 mm 纵切口, 气腹针建立气腹 (12 mm Hg, 1 mm Hg = 0.133 kPa), 置入 10 mm trocar 和 30° 镜, 直视下于左锁骨中线距左肋缘约 5 cm 处置 12 mm 的 trocar 作为主操作孔, 于剑突下、右锁骨中线和右腋前线肋缘下分别置入 5 mm trocar 为辅助操作孔。探查腹腔后, 向上牵抬肝脏左外叶, 显露全胃。超声刀距幽门 6 cm 处贴胃大弯分离大网膜, 向左侧分离, 离断胃脾韧带, 直至 His 角, 完全游离胃大弯 (图 3)。置入 48Fr 胃管作为指引, 用线型切割吻合器由 Latarjet 神经对侧切除胃大弯侧胃体, 开始切除处距幽门约 6 cm (图 4), 切除范围包括大部胃体、胃底, 直至 His 角, 保留幽门, 胃体切除缘距离胃小弯边缘 2 cm, 形成一约 80 ml 管状胃囊。巡回护士由胃管注入亚甲蓝液 80 ml, 观察未见胃断面液体漏出, 抽出亚甲蓝液。3-0 可吸收线连续缝合胃大弯, 深度达浆肌层, 将大弯创面内翻包埋, 达到止血和防止胃漏的作用 (图 5)。所切除胃置入标本袋内由观察孔取出 (图 6)。观察手术创面无出血, 胃大弯侧放置引流管一根, 由左锁骨中线穿刺孔引出, 排尽气腹, 缝合各穿刺孔, 结束手术。

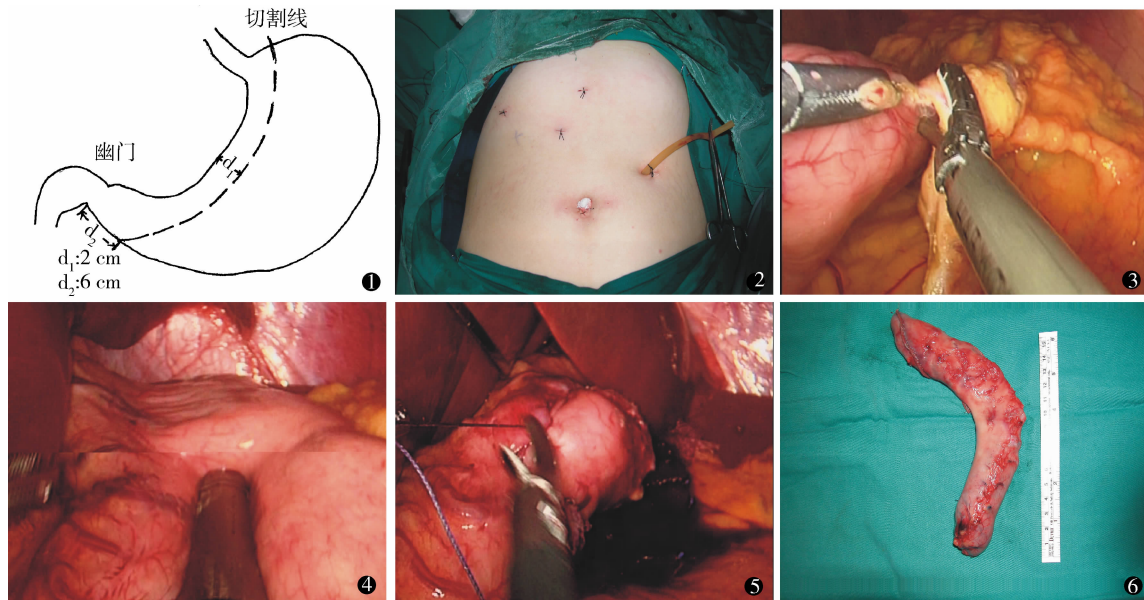


图 1 手术示意图 图 2 腹壁穿刺口位置 图 3 游离胃大弯 图 4 切割胃体 图 5 缝合胃切缘 图 6 切除的胃体

手术顺利,术中生命体征平稳,手术时间 90 min,术中出血约 10 ml。术后回普通病房。患者术后无明显疼痛,未使用止痛药物,无发热。术后第 2 天肛门排气,拔除胃管,下床单独行走;第 4 天开始进无渣全流饮食。术后第 1 天腹腔引流 30 ml 淡血性液,第 2 天起几乎无腹腔引流液,于第 4 天拔除腹腔引流管。术后第 2 天复查血常规和生化,血红蛋白和胆固醇值无明显变化。术后无恶心呕吐,术后第 7 天出院。术后 1 个月随访,进食量为术前 1/3,无恶心呕吐,已恢复上学和跑步,月经量正常,体重 67 kg,腹围 88 cm,血红蛋白 106 g/L,自我感觉体力良好。

2 讨论

腹腔镜胃成形减肥手术在我国处于起步阶段,目前国际上常用的腹腔镜肥胖症手术包括胃旁路术、可调节束带胃捆扎术、胃间隔捆扎术和胆胰转流术,我们于 2000 年 11 月、2004 年 6 月、2006 年 1 月分别开展了腹腔镜胃间隔捆扎术、胃旁路术和可调节束带胃捆扎术^[1,2],这些术式都有不同的优缺点,特别是偶尔发生的并发症会影响手术的推广,尤其对高风险、高体重指数(BMI > 60 kg/m²)的肥胖患者,手术后并发症发生率和死亡率分别高达 38% 和 6%^[1]。对于这些患者,国外采用分阶段手术,而腹腔镜袖状胃缩小术是其中第一阶段,是为降低二期手术的风险而设计的术式^[1],取得了良好的效果^[3,4]。此术式具有操作简单、无吻合口漏发生等优点,而且有报道术后短期胃扩张发生率并不高^[5],因此在国外越来越受关注,并可能作为一种独立的术式用于肥胖

症的治疗^[5,6]。我们行腹腔镜袖状胃缩小术对 1 例肥胖症进行治疗,术后无并发症发生,恢复迅速,术后病人进食量明显减少,取得了一定的短期减肥效果。本手术是作为一种处于起步阶段的不可逆的胃减容方法,其长期减重效果、并发症及残胃癌的发生率有待进一步观察。

参考文献

- 1 王存川,陈 肇,胡友主. 腹腔镜胃间隔捆扎术治疗重度肥胖症三例. 中华普通外科杂志,2002,17(7):438.
- 2 王存川,陈 肇,胡友主,等. 腹腔镜 Roux-en-Y 分流胃旁路减肥术 1 例报告. 中国内镜杂志,2004,10(12):110.
- 3 Cottam D, Qureshi F, Mattar S, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy as an initial weight-loss procedure for high-risk patients with morbid obesity. Surg Endosc, 2006, 20(6):859-863.
- 4 Mognol P, Chosidow D, Marmuse JP. Laparoscopic sleeve gastrectomy as an initial bariatric operation for high-risk patients: initial results in 10 patients. Obes Surg, 2005, 15(7):1030-1033.
- 5 Langer FB, Bohdjalian A, Felberbauer FX, et al. Does gastric dilatation limit the success of sleeve gastrectomy as a sole operation for morbid obesity? Obes Surg, 2006, 16:166-171.
- 6 Mognol P, Chosidow D, Marmuse JP. Laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG): review of a new bariatric procedure and initial results. Surg Technol Int, 2006, 15:47-52.

(收稿日期:2007-07-02)

(修回日期:2007-12-12)

(责任编辑:王惠群)