

腹腔镜可调节胃束带术治疗巨型肥胖症 (附 2 例报告)

钱 东 秦明放 赵宏志 曹占国

(天津市南开医院外三科 天津微创外科中心, 天津 300100)

中图分类号: R656.6⁺1; R589.2

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2008)06-0572-02

外科微创减肥手术已经成为治疗肥胖症的热点。腹腔镜可调节胃束带术(laparoscopic adjustable gastric banding, LAGB)于 1993 年问世于欧洲, 经过十多年的发展与改进, 技术已经非常成熟。目前, LAGB 已经成为国际上治疗肥胖症的主要外科减肥方法之一。在我国, 已经有少数医疗单位开展了腹腔镜可调节胃束带术治疗肥胖症, 但多数肥胖症患者的体重指数(BMI)介于 33~45。对 BMI>50 的巨型肥胖患者, 由于手术难度明显增大, 在亚洲也属罕见。2006 年, 我们成功对 2 例 BMI>50 的巨型肥胖症患者施行腹腔镜可调节胃束带术, 随访 1 年减肥效果良好, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

例 1, 男 33 岁, 体重 242.5 kg, 身高 182 cm, BMI 73.2; 例 2, 女 25 岁, 体重 158 kg, 身高 170 cm, BMI 54.7。术前血甘油三酯分别为 7.32、7.14 mmol/L, 血糖分别为 9.4、11.2 mmol/L。腹部超声均提示脂肪肝。均合并膝关节炎、睡眠呼吸暂停综合征。日常进食量为常人的 3 倍左右, 曾多次行节食、运动、药物及针灸等减肥方法, 效果不理想。经内分泌科检查诊断为单纯性肥胖症。

1.2 治疗方法

患者体位(图 1): 患者采用头高脚低仰卧位, 头端抬高约 30°~45°, 以便最大限度利用体位暴露手术操作区域, 双下肢分开约 20°~25°, 下肢以绷带固定。



图 1 手术体位

医生站位: 术者位于患者两足之间, 扶镜者位于病人左足侧, 一名助手位于患者左腰侧, 另一名助手位于患者右腰侧, 器械护士位于病人右足处。

手术戳孔(图 2): 由于患者体内脂肪较多, 为便于暴露视野, 均采取五孔法。观察孔(10 mm)位于剑突下 12 cm 处, 主操作孔(10 mm)位于左锁骨中线肋缘下 2~3 cm, 辅助操作孔①(5 mm)位于剑突下 1 cm, 辅助操作孔②(5 mm)位于右锁骨中线肋缘下 5 cm, 辅助操作孔③(5 mm)位于左腋前线肋缘下方 5 cm 处。

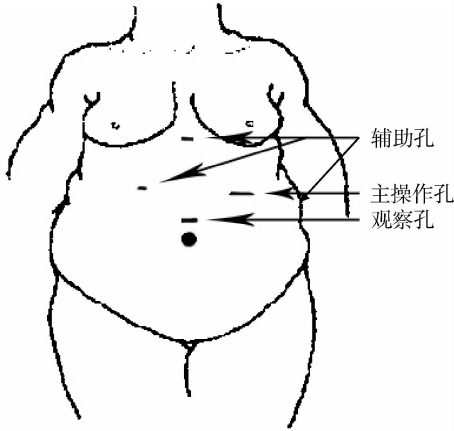


图 2 戳孔位置

操作步骤:

(1) 分离胃小弯侧: 经辅助操作孔①用腹腔镜挡肝器挡住肝左外侧叶, 显露右侧膈肌脚, 于胃底部小弯侧切开肝胃韧带无血管区。距贲门 2 cm 处, 自右侧膈肌脚浅面开始经胃后壁向贲门切迹方向分离。分离操作宜轻柔, 避免分离范围过大, 以免束带滑动, 注意避免损伤胃壁及 Latarjet 神经。

(2) 分离胃大弯侧: 拨开肝左外叶, 并向患者右下方牵拉胃底, 使胃膈韧带保持一定张力。以超声刀或带电分离钳在脾上极与贲门连线中点处打开浆膜, 形成一小窗。

(3) 建立胃后壁隧道: 以“可弯曲分离棒”(Gold finger)自小弯侧进入胃后壁, 轻柔向大弯侧前进, 从大弯侧小窗处钝性穿出。

(4) 束带置入及固定: 通过主操作孔将束带导入腹腔; 用“可弯曲分离棒”将束带自大弯侧向右拖拽自小弯侧穿

出,使束带放置在胃后壁隧道中。将束带两端对接并上扣,使束带在胃周形成环绕。胃前壁缝合 3~4 针固定束带。使束带上方形成一个胃小囊,胃小囊容量一般 15 ml^[1]。

(5)埋置注水池:关闭气腹,将注水池埋于剑突下操作孔腹直肌前鞘浅面,将注水池与前鞘缝合固定。

2 结果

2 例手术均成功,手术时间分别为 95、85 min,术中出血量为 60、40 ml。术后 1 年分别减重 85、50 kg, BMI 降至 47.5、37.4,甘油三酯降至 4.21、4.47 mmol,血糖降至 8.1、9.5 mmol/L,术后半年睡眠呼吸暂停综合征明显好转。术后无明显进食困难、低血糖、厌食及营养不良症状。术前由于体重过重而使下肢运动功能受到限制,术后随着体重的减轻,患者已能进行正常的运动。术后 1 年上消化道造影显示束带、注水池位置正常,无移位,食管无明显扩张。

3 讨论

对于极重度肥胖症患者,LAGB 手术的难度仍较大,手术的难点在于:①建立气腹困难:由于患者腹壁较正常人明显增厚,采用常规腹腔镜气腹针难以安全穿透腹壁,我们采用“螺旋穿刺器”在直视下穿刺,并采用加长型 trocar 建立气腹。在戳孔位置选择上,我们建议以剑突为准,即在剑突下 12 cm 处建立观察孔。因为重度肥胖症患者体型较大,如果

按照常规在脐上建立观察孔,建立气腹后腹腔镜无法清晰显露手术操作区域。②建立胃后壁隧道:建立胃后壁隧道一直是 LAGB 手术的难点和关键,尤其是 BMI > 50 的重度肥胖患者,由于腹腔内脂肪堆积、食管周围脂肪较厚,使得食管的解剖较为困难。因此,手术采取头高脚低仰卧位,头端抬高 30°~45°,利用自然重力作用使腹腔内脂肪向足端聚集,最大限度暴露手术操作区域。在分离时应小心分离食管、胃后壁周围组织,避免将周围组织误认为胃食管进行束带固定。在穿过可弯曲分离棒后应当应用校正管证实胃底位于分离棒的前方。形成的胃后隧道应在网膜囊腹膜反折的上方,这里胃后壁与膈肌脚、筋膜固定。隧道应比捆扎带略狭窄,可防止胃束带术后滑动移位^[2]。

综上,LAGB 治疗极重度肥胖症减肥效果良好,并发症发生率低,具有安全微创、可调节的特点,但其远期效果有待于进一步随访评估。

参考文献

- 1 Favretti F, Cadiere GB, Segato G, et al. Laparoscopic adjustable gastric banding (Lap-Band): how to avoid complications. *Obes Surg*, 1997, 7:352-358.
- 2 Belachew M, Legrand M, Vincent V, et al. Laparoscopic adjustable gastric banding. *World J Surg*, 1998, 22:955-963.

(收稿日期:2007-10-26)

(修回日期:2008-02-26)

(责任编辑:李贺琼)