

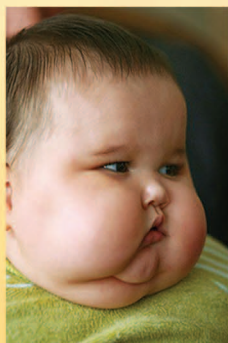
مجموعه جراحی های لاپاروسکوپیک

۱

جراحی چاقی مفرط

دکتر محمد طالب پور

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
متخصص جراحی عمومی
فوق تخصص لاپاروسکوپی پیشرفته از انگلستان و فرانسه



- ۱- دربارهٔ مولف
- ۲- چرا بیماران لاپاروسکوپی را ترجیح می دهند.
- ۳- چاقی مفرط یک بیماری مهلک است.
- ۴- بالون داخل معده
- ۵- گاستروپلاستی عمودی
- ۶- پلیکاسیون طولی معده
- ۷- ارائه تکنیک پلیکاسیون در دنیا
- ۸- بای پس معده
- ۹- حلقه گذاری در معده
- ۱۰- برش طولی معده
- ۱۱- بای پس روده باریک
- ۱۲- مجموعه جراحیهای لاپاروسکوپیک

۱- درباره مؤلف

الف) دکتر محمد طالب پور پیش‌تاز لاپاروسکوپی پیشرفته در ایران



● ۱۳۴۲: تولد در تهران

● ۱۳۶۵: متاهل، صاحب دو فرزند

● ۱۳۴۹-۱۳۶۱: تحصیلات ابتدائی و متوسطه در مدارس علوی؛

البرز و نیکان

● ۱۳۶۱-۱۳۷۲: گذراندن دوره پزشکی عمومی و تخصص

جراحی عمومی در دانشگاه تهران

● ۱۳۷۲ تا کنون: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

● ۱۳۷۳-۱۳۷۹: انجام جراحی لاپاروسکوپی پایه

● ۱۳۷۹-۱۳۸۰: گذراندن دوره بورس تحصیلی فلوشیپ

لاپاروسکوپی پیشرفته در انگلستان و فرانسه زیر نظر پروفیسور

Leroy و Marescaux , Cuschieri

● ۱۳۸۰ تا کنون: انجام جراحی های پیشرفته لاپاروسکوپی برای

اولین بار در ایران شامل بیش از ۳۰ نوع عمل جراحی

ب) شرکت در کنگره های ذیل و ارائه مقالات

- **2009:** Attending” The 43th International surgical week”, Adelaide, 4 to 10 Sep, **Australia**, presenting two posters
- **2008:** Attending The 11th World Congress Of Endoscopic Surgery WCES, Yokohama 2 to 6 Sep, **Japan**, presenting five oral lectures
- **2008:** Attending First International Conference on “Recent advances in Minimal Access Surgery”, New Delhi, 15 to 16 march, **India**, presenting an oral lecture
- **2007:** Attending The 42th International surgical week, ISS/ISW, Montreal 24 to 30 Aug, **Canada**, presenting two oral lectures and one poster
- **2006:** Attending The 10th World Congress of Endoscopic Surgery and the 14th International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES), Berlin 13-16 Sep, **Germany**, presenting three oral lectures and one poster
- **2005:** Attending The 5th Mediterranean & Middle Eastern Endoscopic Surgery Congress, 24-26 Nov, Tunis, **Tunisia**, presenting a lecture
- **2005:** Attending The First Asian Symposium Of Trauma, 27-29 Oct, Shanghai, **China**, presenting a lecture
- **2004:** Attending the 21st Annual Meeting of the American Society for Bariatric Surgery, 12-18 June, San Diego, California, **USA**

European Association for Endoscopic Surgery, 9-12 June Barcelona, **Spain**, Presenting 1 lecture and 1 poster

● **2003:** Attending the 3rd Mediterranean & Middle Eastern Endoscopic Surgery Congress, 22-25 Oct, Istanbul, **Turkey**, Presenting 2 lectures.

● **2003:** Attending the 1st European Endoscopic Surgery Week, 16-18 June, Glasgow, **Scotland**

(ج) شرکت در دوره های تکمیلی ذیل بمنظور ارتقاء سطح علمی

● **2009:** Attending “clinical workshop of laparoscopic sonography and RF ablation”, Odense, **Denmark**,

● **2009:** Attending “workshop of Ligasure Advance”, Paris, **France**,

● **2003:** Attending the Postgraduate Course entitled “Bariatric Surgery”, 1st European Endoscopic Surgery Week, 15 June, Glasgow, **Scotland**

● **2003:** Analysis of tapes and documents of “Ergonomic assessment of hand sewn laparoscopic gastrojejunostomy of end stage gastric or pancreatic carcinoma” and writing the paper under supervision of Prof Cuschieri, Ninewells Hospital, Dundee, **U.K.**, 30th March to 25th April (Prof Cuschieri)

● **2001:** Fulfillment of complementary “Postgraduate Teaching Course” in colorectal surgery at St. Marks Hospital, London, 14th May to 15th June, **U.K**, (Prof Phillips)

● **2001:** Fulfillment of complementary laparoscopic course in Colorectal and Endocrine surgery at Civil Hospital, Strasbourg, **France**, 15th March to 12th May (Prof Leroy, Prof Marescaux)

● **2001:** Taking part in practical “Laparoscopic Digestive surgery course”. IRCAD center, Strasbourg, **France**, 29th to 31st March

● **2001:** Taking part in practical “Laparoscopic Intensive course” IRCAD center, Strasbourg, **France**, 23rd to 27th April

2001: Taking part in practical “Advanced course in Laparoscopic Aortoiliac surgery” IRCAD Center, Strasbourg, **France**, 10th to 12th May

● **2000:** Fulfillment of complementary Laparoscopic Fellowship course in upper abdomen surgery at Ninewells Hospital, Dundee, **U.K**, First of Sep to 13th March (Prof Cuschieri)

● **2000:** Taking part in “Practical Advanced Endoscopic Surgery Skill” 4th to 8th Dec, Ninewells Hospital, Dundee, **U.K**

انگلیسی:

● Proficiency-gain curve for an advanced laparoscopic procedure defined by observation clinical human reliability assessment (OCHRA) **Surg Endosc.** 2008 Sep 23.

● Laparoscopic total gastric vertical plication in morbid obesity **Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques** 17793-798 2007

● New aspects in laparoscopic cholecystectomy
Source: **Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques** 17 (3):290-295 2007

● Laparoscopic management of an internal double omental hernia: a rare cause of intestinal obstruction, **Hernia** 9 (2):195-7 2005

● The role of endoscopic autopsy in trauma cases: the first report from Iran **Arch Iran Med** 2009 Jul; 12(4):353-7 Synchronous surgical removal of suspicious ovarian metastases from colorectal cancer - May 2005

● Synchronous surgical Removal of Suspicious Ovarian Metastases from colorectal cancer **Med journal of the Islamic Republic of Iran.** 2005 Feb; 18(4)

فارسی:

● آزاد سازی مری به روش توراکوسکوپی در کانسر مری مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۳۸۱؛ دوره ۱۰، پاییز، شماره ۳: صفحات ۹۴-۸۶

● ارزیابی روش های مختلف درمان سنگ کلدوک و گزارش درمان لاپاروسکوپی آن در پنج بیمار
مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۳۸۲؛ دوره ۱۱، پاییز، شماره ۳: صفحات ۷۴

● لاپاروسکوپیک اسپلنکتومی روش انتخابی در درمان جراحی ITP، طب و تزکیه بهار ۱۳۸۳؛ ۵۲(۵۶): ۹۶-۱۰۲.

● نحوه برخورد با بیماران مبتلا به ندول منفرد تیروئید بیمارستان امام، ۷۶-۱۳۷۱
مجله دانشکده پزشکی ۱۳۸۳؛ ۶۲(۷): ۵۹۱-۵۹۷.

● نقش لاپاروسکوپی در بیماران ترومائی
مجله دانشکده پزشکی ۱۳۸۳؛ ۶۲(۸): ۶۹۸-۷۰۴.

● بررسی صحت تشخیصی لاپاراسکوپی در آسیب شکمی ترومای منجر به فوت در پزشکی قانونی تهران
مجله دانشکده پزشکی آذر ۱۳۸۵؛ ۶۴(۹): ۳۳-۳۹.

● لاپاروسکوپیک هرنیوپلاستی در فتق های اینگوینال دوطرفه به کمک مش عینکی شکل در ۵۴ بیمار
مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران دوره ۶۵ شماره ۵ مرداد ۸۶

● لاپاراسکوپیک هرنیوپلاستی با بی حسی اپیدورال: گزارش ۲۰ بیمار
مجله دانشکده پزشکی فروردین ۱۳۸۶؛ ۶۵(۱): ۶۰-۶۴

ه) سخنرانی

● ارائه بیش از یکصد سخنرانی داخلی و خارجی در زمینه لاپاروسکوپی

و) تالیف کتب

- جراحیهای سرپایی
- کتاب جامع جراحی
- کتاب بیماری چاقی

۲- چرا بیماران، لاپاروسکوپی را ترجیح می دهند؟

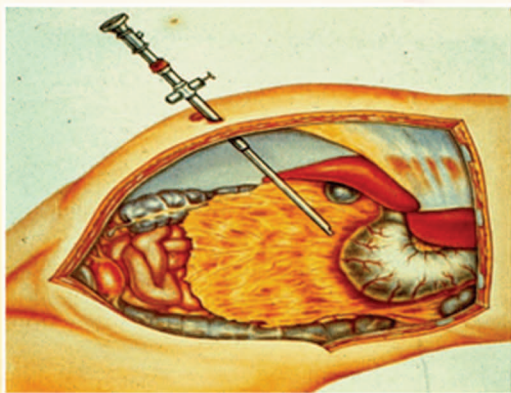
● از آنجا که برش ایجاد شده در جداره شکم بسیار کوچک و مجزی می باشد ظاهر بیمار بعد از عمل، زیبایی طبیعی خود را حفظ خواهد کرد.

● صدمه به نسوج بدن شامل عضلات و پوست جداره شکم و ... به مراتب کمتر است لذا سیستم امنیتی بدن و قدرت ترمیم در بدن کمتر متاثر می شود.

● پایانه های حسی جداره بدن بسیار حساس بوده لذا بعد این اعمال به علت عدم تحریک این پایانه ها، درد بعد از عمل به مراتب کمتر بوده لذا بیمار سریعتر به فعالیت های روزانه خود پرداخته و زودتر می تواند از بیمارستان مرخص شود.

● از آنجا که دستکاری احشاء شکمی در این عمل صورت نمی گیرد لذا حرکات روده ای بعد عمل سریعتر به حالت عادی باز گشته و فرد می تواند مایعات و غذا مصرف کند.





● به علت صدمه نسجی کمتر در داخل شکم و جداره بدن احتمال چسبندگی داخل شکمی کمتر وجود دارد.

● مشکلات حاصل از برش های جراحی نظیر عفونت زخم و یا فتق محل برش در این افراد دیده نمی شود.

● به خصوص در افراد چاق چون برش های جراحی باز خیلی بزرگ تر است لذا مزایای لاپاروسکوپی در افراد چاق چشمگیر تر است.

● جراح در حین عمل به کمک تلسکوپ محل عمل را می بیند که دیدی با بزرگنمایی حداقل ۲/۵ برابر نرمال و با نور عالی برای جراح تامین می کند که به مراتب واضح تر از روش باز است.

● اگر چه هزینه عمل بروش لاپاروسکوپی از روش باز بیشتر است ولی عملاً بعلت کوتاه تر شدن مدت بستری در بیمارستان هزینه نهایی تفاوت قابل توجهی ندارد

۳- چاقی مفرط یک بیماری مهلک است

● پیش بینی می شود در شروع هزاره سوم چاقی مهمترین معضل جوامع شهری شود.

● جهت ارزیابی وضعیت خود کافی است وزن خود را به کیلوگرم بر قد به توان دو بر حسب متر تقسیم کنیم:

$$\text{Body Mass Index (BMI)} = W (\text{kg}) / H^2 \text{ m}^2$$

افراد نرمال BMI بین ۱۸ تا ۲۵ دارند.

افراد دارای اضافه وزن BMI بین ۲۵ تا ۳۰ دارند.

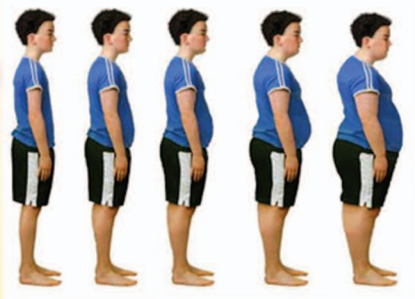
چاقی مفرط به افراد با BMI بالای ۴۰ و یا چنانچه به عارضه مرتبط با چاقی (نظیر دیابت، فشار خون، درد کمر و ...) مبتلا شده باشند با BMI بالای ۳۵ قلمداد می شود.

● چاقی مفرط یک بیماری مهلک است که یک دهه طول عمر فرد را کاهش می دهد و ده ها عارضه برای فرد ایجاد می کند.

● شیوع و تنوع عوارض حاصله از چاقی مفرط بسیار زیاد است که موارد شایع آن شامل: (۱) اختلالات متابولیکی نظیر دیابت و چربی خون بالا (۲) اختلالات قلبی عروقی نظیر فشار خون بالا و تنگی عروق (۳) اختلالات فیزیولوژیک نظیر کاهش قدرت ایمنی بدن (۴) اختلالات تنفسی نظیر ایست تنفس در خواب (۵) اختلالات مکانیکی نظیر آرتروز و درد کمر و زانو (۶) اختلالات گوارشی نظیر رفلاکس مری و (۷) افزایش خطر بروز سرطان نظیر سرطان پستان می شود.

● تنها راه قطعی درمان چاقی، گرفتن رژیم و انجام ورزش می باشد.

● بیماران مبتلا به چاقی مفرط در کمتر از ۱۰٪ موارد به رژیم و ورزش پایبند می باشند.



● به منظور کمک به این بیماران و خروج آنها از بن بست عدم توانایی رعایت رژیم، انجام جراحی های کوچک کننده حجم موثر معده توصیه می شود.

● جراحی به تنهایی فرد را لاغر نمی کند بلکه شرایطی را فراهم می سازد تا بیمار بتواند رژیم گرفته و از این طریق لاغر شوند.

● شرط موفقیت دراز مدت این بیماران به دنبال جراحی در حفظ وزنشان و جلوگیری از اضافه وزن مجدد، اصلاح شرایط روحی و منش و شخصیتشان می باشد به گونه ای که تمایل یا عشق و یا حرص به خوردن، بعد از یک دوره ۴ ساله از اثر بخشی عمل و لاغر شدن در ذهن ایشان باید کاملاً محو شده باشد.

● مهمترین عامل در کسب نتیجه به دنبال جراحی انگیزه بیمار در رعایت رژیم و انجام ورزش می باشد که عملاً خانم های جوان و مجرد بالاترین پاسخ را کسب می کنند.

● افرادی که در دوران کودکی و یا نوجوانی به علت پرخوری چاق شده اند چنانچه با کسب بلوغ فکری و تنفر از چاقیشان در دوران جوانی به علت حضور در جامعه، نیاز به کسب شغل، ازدواج و ... انگیزه مناسب در پرهیز از پرخوری به دست آورده باشند عملاً جزو بهترین افرادی هستند که شرایط بعد از عمل را رعایت کرده و بتوانند در دراز مدت در وزن مناسب باقی بمانند.

۴- بالون داخل معده Intragastric Balloon

● به کمک آندوسکوپی یک بالون با ظرفیت ۴۰۰ الی ۶۰۰ میلیتر مکعب داخل معده تعبیه می شود.

● اگر بالون داخلش مایع باشد عملاً در قسمت پایین معده قرار می گیرد و اگر بالون داخلش هوا باشد در قسمت فوندوس معده قرار می گیرد که حالت دوم بیشتر به کاهش اشتها و میل به خوردن کمک می کند.

● میزان کاهش وزن بیمار به کمک بالون حداکثر ۱۰٪ میزان اضافه وزن می باشد و حداکثر زمانی که بالون داخل معده می تواند بماند ۶ ماه می باشد. بطور متوسط بعد از ۲/۵ ماه بالون یا پاره می شود و یا بعلت عدم تحمل با آندوسکوپی خارج می شود.

● حدود ۱/۳ بیماران قادر به تحمل بالون داخل معده خود نیستند و بالاجبار آنرا خارج می کنند.

● بهترین کاربرد بالون در بیماران با چاقی های بسیار زیاد قبل از عمل جراحی اصلی می باشد که ریسک عمل اصلی را با کاهش وزن اولیه ۱۰٪ اضافه وزن تا حدی کمتر می کند.

● در افراد با BMI بین ۳۰ تا ۴۰ به شرط انگیزه کافی بیمار در رعایت رژیم و ورزش در درازمدت می توان بعنوان شروع کاهش وزن از بالون کمک گرفت.



۵- گاستروپلاستی عمودی Vertical Banded Gastroplasty

● در این روش بصورت طولی در ادامه مسیر مری؛ خم کوچک معده از فوندوس بطول ۶ سانتیمتر جدا می شود و انتهای Pouch توسط یک باند بصورت یک مجرای تنگ در آمده تا غذا به سختی وارد بقیه معده شود.

● هر وعده غذایی که بیمار می تواند مصرف کند حدود ۶۰ CC می باشد که بتدریج طی چند سال بعلت جا باز کردن فضای مربوطه ماهیت محدودیت در مصرف غذا محو می شود.

● احتمال رفلاکس غذا به مری در این متد از همه روش ها بیشتر است.

● عوارض حاصله از عمل حدود ۱۰٪ می باشد و مهمترین مشکل این متد کاهش تاثیر آن بعد مدت کوتاهی می باشد.



۶- پلیکاسیون طولی معده

Total Vertical Gastric Plication

● در این متد در تمامی طول معده خم بزرگ معده به داخل چین می خورد.

● تمامی ظرفیت و حجم معده از بین رفته و به کمتر از ۶۰ سی سی می رسد.

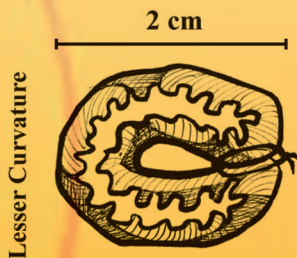
● به علت عدم وجود فضای خالی در معده احساس سیری کاذب در این بیماران در مقایسه با تکنیک های دیگر چاقی به وضوح بیشتری دیده می شود.

● توانایی بیماران در رعایت رژیم از کمتر از ۱۰٪ موارد قبل از عمل به بیش از ۷۰٪ بعد از عمل افزایش می یابد.

● به طور متوسط بعد از عمل در صورت رعایت رژیم و ورزش ۶۰٪ اضافه وزن بیماران طی ۶ ماه و ۷۵٪ طی یک سال کاهش می یابد.



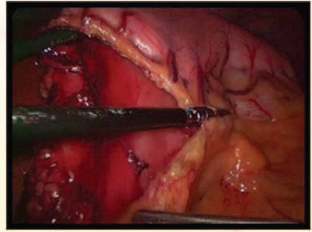
معده با پنسی به بالا کشیده می شود



مقطع عرضی معده بعد از انجام پلیکاسیون



عکس معده بعد از پلیکاسیون



خم بزرگ معده با لیکاشور آزاد می شود

● به علت عدم استفاده از اجسام خارجی و عدم ایجاد برش در معده و انجام دوخت و دوز روده به معده عملاً عوارض و مشکلات این بیماران بعد از عمل به کمتر از ۲٪ می رسد.

● مدت اثر این عمل حدود ۴ سال می باشد و بعد از آن نظیر کلیه جراحی هایی که حجم معده را کوچک می کند برای حفظ وزن بدست آمده بیمار باید همواره در نحوه خوردن و خوراک و فعالیت خود مراقبت کند.

● بهترین کاندیداهای این عمل خانم های جوان می باشند که در آینده در مورد حاملگی و شیر دهی آنها این عمل هیچ مشکلی ایجاد نمی کند.

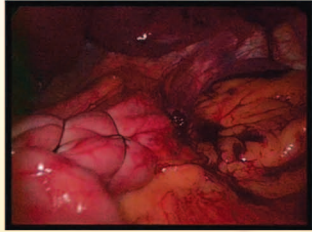
● سه عدد برش ۵ میلیمتری و یک برش ۱۰ میلیمتری برای عمل لازم است.

● از بین کلیه جراحی های چاقی کم خطر ترین تکنیک محسوب میشود در حالیکه نتایج مشابه در کاهش وزن اضافی طی ۴ سال اول بعد از عمل در مقایسه با روش های دیگر داشته است.

۷- ارائه تکنیک پلیکاسیون معده در بیماری چاقی

خارج از کشور

- ۲۰۰۹ استرالیا؛ ادلاید؛ کنگره جهانی جراحی
(INTERNATIONAL SURGICAL WEEK) ISW
- ۲۰۰۸ ژاپن؛ یوکوهاما؛ کنگره جهانی لاپاروسکوپی
(WORLD CONGRESS OF ENDOSCOPIC SURGEON) WCES
- ۲۰۰۷ آمریکا؛ چاپ مقاله تکنیک فوق در مجله "لاپاروسکوپی"
LAPAROSCOPIC & ADVANCED SURGICAL TECHNIQUE
JOURNAL
- ۲۰۰۷ آمریکا؛ سافرانسیسکو؛ ارائه مقاله در کنگره دوسالانه امریکایی
چاقی
(AMERICAN SOCIETY OF BARIATRIC SURGEON) ASBS
- ۲۰۰۷ کانادا؛ مونترال؛ کنگره جهانی جراحی (ISW)
- ۲۰۰۶ آلمان؛ برلین؛ کنگره جهانی لاپاروسکوپی (WCES)
و کنگره سالیانه اروپایی لاپاروسکوپی
-EUROPIAN ASSOCIATION OF ENDOSCOPIC SURGEON
NEAES
- ۲۰۰۵ آمریکا؛ ساندیگو؛ کنگره دو سالانه امریکایی چاقی (ASBD)
- ۲۰۰۵ اسپانیا؛ بارسلون؛ کنگره سالیانه اروپایی لاپاروسکوپی (EAES)
- ۲۰۰۳ اسکاتلند؛ گلاسکو؛ کنگره سالیانه اروپایی لاپاروسکوپی (EAES)



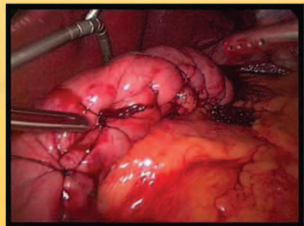
شروع پلیسه زدن از کاردیا به سمت پایین

داخل از کشور

● ۱۳۸۸ و ۱۳۸۶ کنگره چاقی مرکز تحقیقات غدد شهید بهشتی

● ۱۳۸۸ جامعه جراحان ایران؛ ارائه سالیانه بیماران پلیکاسیون از سال ۱۳۸۴ تا کنون

● ۱۳۸۵ کیش؛ کنگره بین المللی لاپاروسکوپی



در انتها معده به شکل یک لوله کامل در می آید

۸- بای پس معده Gastric Bypass

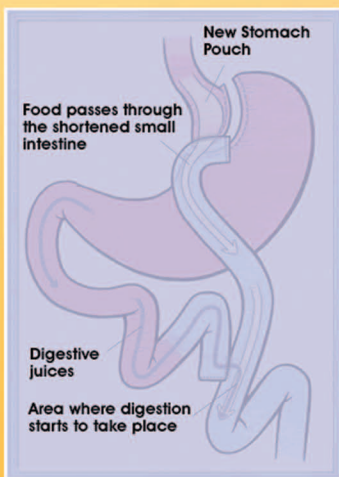
● به میزان ۵۰ سی سی از قسمت فوقانی معده را به کمک استاپلر می بریم.

● حدود ۱ الی ۱/۵ متر از ابتدای روده باریک را از مسیر معمولش خارج کرده و به قسمت جدا شده بالائی معده می دوزیم.

● عملاً غذا با حجم محدود قابل خوردن بوده و در طولی بین ۱ الی ۱/۵ متر در روده بدون وجود شیره لوزالمعده و صفرا عبور می کند. (جذب نمی شود) (شکل ۱)

● به علت وسعت عمل، خطر مرگ و میر (۱٪) و بروز عوارض ناخواسته (۱۵٪) در طول زمان وجود دارد.

● میزان کاهش وزن در طی ۲ سال اول بعد از عمل به ۸۰٪ اضافه وزن می رسد.



شکل ۱

● بمنظور کاهش عوارض عمل و امکان دسترسی به قسمت تحتانی معده متد دوخت و دوز معده به روده را می توان به شکل امگا انجام داد (شکل ۲).



شکل ۲

● با ایجاد مسیر انحرافی عملا دسترسی به قسمت تحتانی معده و شناسائی ضایعات احتمالی آن در طول زمان امکان پذیر نمی باشد.

● بیشتر در بیماران با چاقی های خیلی زیاد ($BMI > 50$) میانسال و مبتلا به عوارض شدید چاقی نظیر دیابت کنترل نشده و یا مشکلات قلبی ریوی این متد توصیه می شود.

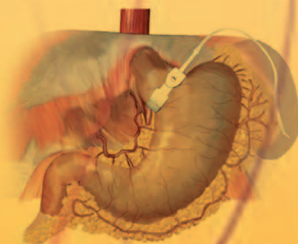
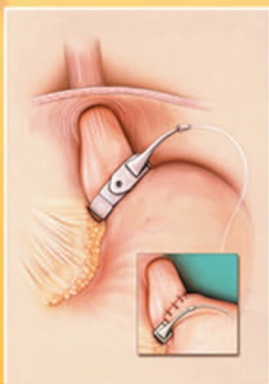
● دو عدد برش ۵ میلیمتری، یک برش ۱۰ میلیمتری، یک برش ۱۲ میلیمتری و یک برش ۳۰ میلیمتری جهت عمل لازم است.

● طول اثر این عمل حدود ۷ سال بوده و بعد آن بعلت گشاد شدن قسمت فوقانی معده و جبران مابقی روده باریک در قدرت جذب مواد غذایی اثر عمل محو می شود.

● رعایت رژیم و انجام ورزش جهت کاهش وزن باید لحاظ شود.

۹- حلقه گذاری دور معده Gastric Banding

- به کمک وسیله ای از جنس سیلیکون در قسمت فوقانی معده حلقه ای به دور معده می اندازیم.
- داخل این حلقه بالونی وجود دارد که به کمک یک لوله به محفظه ای که زیر پوست شکم تعبیه شده است وصل می شود.
- با تزریق هوا و یا سرم داخل آن محفظه عملاً بالون داخل حلقه برجسته شده و قطر موثر داخل حلقه کاهش می یابد.
- حجم موثر معده در بالای حلقه کمتر از ۵۰ سی سی می باشد.
- ساده ترین متد جراحی محسوب می شود.
- به علت وجود جسم خارجی داخل شکم خطر بروز عفونت، پارگی حلقه، جابجائی حلقه و حتی سوراخ شدن معده توسط حلقه وجود دارد.
- از لحاظ آماری حدود ۶۵٪ اضافه وزن بیماران طی مدت یک سال کاهش می یابد.





Filled Band



Unfilled Band

● بین ۱۰٪ الی ۲۰٪ موارد، حلقه تعبیه شده در طول زمان باید به علت بروز عوارض ناخواسته نظیر عفونت، جابجایی و غیره (به صورت اورژانس) خارج شود.

● در طول زمان معده در قسمت فوقانی حلقه جا باز کرده و عملاً اثر عمل بعد حدود ۴ سال از بین می رود.

● اگر چه حلقه را می توان تا ۱۰ سال داخل شکم نگه داشت ولی نهایتاً نیاز به عمل دوم جهت خروج حلقه خواهد شد.

● جهت عمل سه برش ۵ میلیمتری، یک برش ۱۰ میلیمتری و یک برش ۳۰ میلیمتری جهت تعبیه محفظه زیر پوست لازم است.

● جهت تنظیم قطر حلقه تعبیه شده، ویزیت مکرر بیمار و تزریق داخل بالون و انجام عکسبرداری رنگی به صورت سریال لازم است.

● رعایت رژیم غذایی و ورزش به منظور کاهش وزن در این بیماران الزامی است.

● مشکلات روانی بیمار بدنبال این عمل بعلت احساس وابستگی شدید به پزشک بمنظور کنترل سریال محل حلقه بیشتر از روش های دیگر است.

۱۰- برش طولی معده Sleeve Gastrectomy

● در این متد با حفظ خم کوچک معده مابقی معده شامل فوندوس در طول بریده شده و از شکم خارج می شود.

● بعلت وجود حجمی حدود ۶۰CC در باقیمانده معده؛ در این متد نیز احساس سیری کاذب چشمگیر می باشد.

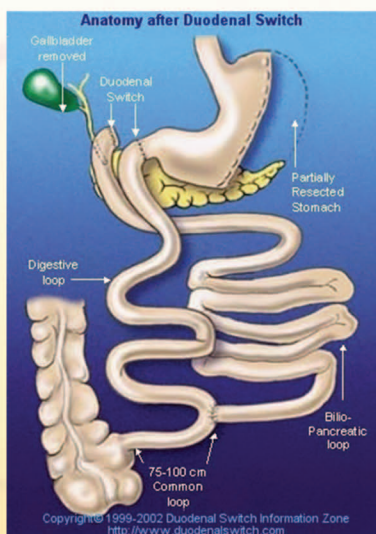
● بعلت طول برش وسیع در معده و امکان بروز هر گونه مشکل در محل دوخت و دوز؛ ریسک عوارض حاصله از عمل بمراتب بیشتر از پلیکاسیون می باشد.

● در طول زمان بعلت باز شدن باقیمانده معده به ابعادی بزرگتر؛ کارایی این متد عملاً حدود ۴ سال می باشد.

● بعلت حذف در صد زیادی از مخاط معده؛ میزان زیادی از ترشحات آنزیمی و هورمونی معده کاهش می یابد که می تواند منجر به سوء جذب؛ کم خونی و... شود.

● بعلت کاهش هورمون Ghrelin که از معده ترشح می شود بدنبال عمل اشتهای بیماران کمتر می شود.





● در فرمهایی که بخواهیم سوء جذب نیز ایجاد کنیم متد **Duodenal Switching** را نیز به همراه عمل قبلی بکار می بریم.

● بدینصورت که دوازدهه را بعد از معده بریده و از روده باریک دو مسیر موازی درست می کنیم که مسیر کوتاه تر که مسیر غذایی است را به قسمت اول دوازدهه می دوزیم و در ۷۵ تا ۱۰۰ سانتیمتری انتهای ایلئوم این دو مسیر موازی را به هم وصل می کنیم.

● در صورت اضافه کردن این قسمت به عمل بالا؛ عملاً کاهش وزن قابل توجه و پایداری بدست می آید که معمولاً بعلت بالا بودن خطر مرگ و میر و عوارض احتمالی در این بیماران؛ تمایل عمومی به استفاده از این روش در فرمهای مقاوم چاقی می باشد.

۱۱- بای پس روده باریک Ileojejunal Bypass

● در این تکنیک معده بیمار دست نخورده باقی می ماند و عمل صرفاً در روده باریک انجام می شود.

● رعایت رژیم غذایی و ورزش جهت کاهش وزن الزامی نیست و فرد از طریق ایجاد سوء جذب و عدم امکان جذب مواد غذایی خورده شده لاغر می شود.

● اثر عمل طولانی بوده و عملاً سرعت کاهش وزن تدریجی و آرام است.

● طی ۴ سال از عمل حدود ۸۰٪ اضافه وزن در صورت عدم انجام پرخوری غیر عادی توسط بیمار بدست می آید.

● در این روش حدود ۹۰٪ از طول روده باریک در مسیرغذای خورده شده نخواهد بود و در آن صرفاً صفرا جریان دارد.

● صرفاً در ۳۰ cm انتهایی روده باریک غذای خورده شده با شیره لوزالمعده و صفرا مخلوط می شود.

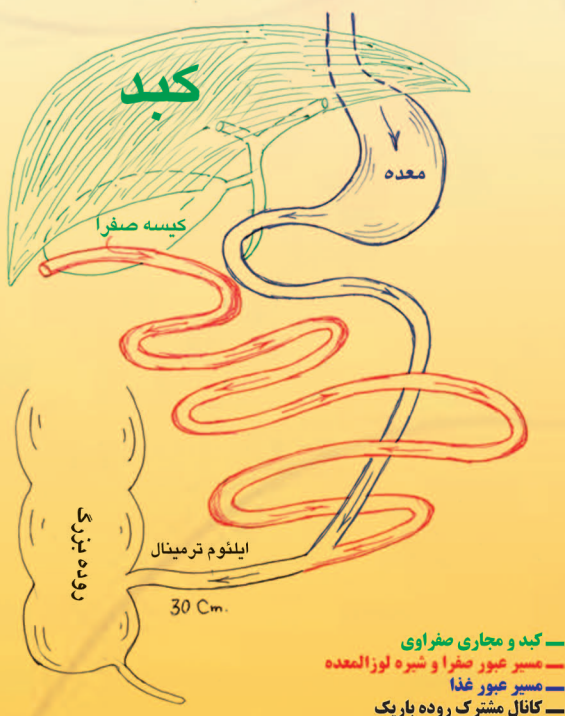
● به علت بروز سوء جذب عوارض متعددی نظیر اسهال مقاوم به درمان، کرامپ های شکمی، سنگ های مجاری ادراری و... ممکن است در بیمار ایجاد شود.

● به علت ایجاد دوخت و دوز های متعدد در روده باریک احتمال بروز عوارض زودرس و دیررس مرتبط با عمل وجود دارد.

● افرادی که در سنین ازدواج، حاملگی و شیر دهی هستند بهتر است از این عمل اجتناب کنند.

● در این عمل سه برش ۵ میلیمتری، یک برش ۱۰ میلیمتری و یک برش ۱۲ میلیمتری استفاده می شود.

● در فرم اصلاح شده این متد بمنظور کاهش عوارض عمل؛ روده غیر فعال را به کیسه صفرا می دوزیم تا هم صفرا جریان مستمری در روده داشته باشد و کرامپ های روده به حداقل برسد و هم عملا امکان بروز سنگ کیسه صفرا منتفی شود.



۱۲- فهرست اعمال جراحی که مولف به روش لاپاروسکوپی (Minimally invasive) انجام می دهد:

● جراحی بیماری چاقی مفرط:

- ◀ پلیکاسیون معده
- ◀ بای پس معده
- ◀ بای پس روده
- ◀ گاستریک باندینگ

● جراحی سنگ های کیسه صفرا و مجاری صفراوی:

- ◀ کله سیستکتومی
- ◀ بای پس کیسه صفرا به ژرژنوم
- ◀ اکسپلوراسیون کلدوک و کلدوکوسکوپی و گذاشتن T-Tube

● جراحی مری:

- ◀ آشالازی
- ◀ دیورتیکول مری
- ◀ فوندوپلیکاسیون مری در بیماری رفلاکس
- ◀ ازوفاجکتومی در سرطان مری

● جراحی معده:

- ◀ برداشتن پولیپ و یا تومور های خوش خیم معده
- ◀ برداشتن معده در سرطان معده بصورت گاسترکتومی پروگزیمال و یا توتال
- ◀ زخم پاره شده دوازدهه
- ◀ خونریزی معده
- ◀ تنگی خروجی معده بعلت بیماری پپتیک

● جراحی کبد و طحال:

- ◀ اسپلنکتومی در ITP
- ◀ کیست هیداتیک کبد
- ◀ اسفروسیتوز و تالاسمی
- ◀ بیوپسی کبد
- ◀ RF Ablation متاستازهای کبدی با سونوگرافی حین لاپاروسکوپی

● جراحی کولورکتال:

- ◀ پرولاپس رکتوم
- ◀ سیگموئیدکتومی
- ◀ توتال کولکتومی
- ◀ آپاندکتومی
- ◀ همی کولکتومی راست و چپ

● جراحی لوزالمعده:

- ◀ پانکراتکتومی دیستال
- ◀ آناستوموز سودوکیست پانکراس به معده
- ◀ بای پس مجاری صفراوی و گوارشی در سرطان پیشرفته لوزالمعده

● جراحی غده:

- ◀ پاراتیروئید
- ◌ آدرنال
- ◀ ژنیکوماستی
- ◌ تیموس
- ◀ دیسکسیون غده لنفاوی زیر بغل در سرطان پستان

● جراحی فتق های جداره شکم:

- ◀ فتق کشاله ران
- ◌ فتق نافی
- ◀ فتق محل عمل قبلی
- ◌ فتق هیاتال
- ◀ فتق های داخل شکمی
- ◌ فتق دیافراگم

● جراحی عروق:

- ◀ واریس پا
- ◌ واریکوسل
- ◀ سمپانکتومی کمری
- ◌ سمپانکتومی توراسیک
- ◀ بستن وریدهای پرفوران ساق پا SEPS

● اورژانس:

- ◀ تصادفات در بیماران Stable
- ◌ انسداد های ثانویه به چسبندگی
- ◀ پرفوراسیون زخم دوازدهه
- ◌ خونریزی معده
- ◀ انسداد معده
- ◌ آپاندیسیت
- ◀ کله سیستیت حاد
- ◌ پریتونیت

● آناستوموز با دست:

- ◀ گاستروژژنوستومی در انسداد معده
- ◌ کله سیستوژژنوستومی
- ◀ گاستروژژنوستومی در گاستریک بای پس
- ◌ آنتروانتروستومی
- ◀ کلدوکیدئودنوستومی
- ◌ ایلئورکتال آناستوموز
- ◀ آناستوموز سودوکیست پانکراس به معده
- ◌ کولورکتال آناستوموز

● متفرقه

- ◀ امنتال فلپ در عفونت استرنوم و یا فیستول رکتال
- ◌ هیدروسل
- ◀ غده لنفاوی کشاله ران
- ◌ اتوپسی متوفیان ترومایی و یا مبهم



دکتر محمد طالب پور در حال انجام لاپاروسکوپی و آندوسونوگرافی

آدرس مطب: خیابان ولی عصر- نرسیده به اتوبان نیایش-
خیابان شهید بابک بهرامی- پلاک ۸۵ - واحد ۶
تلفن ۸۸۶۵۳۱۶۰

آدرس بیمارستان: شهرک غرب- خیابان فلامک جنوبی-
جنب وزارت بهداشت- بیمارستان لاله
تلفن ۸۸۳۶۹۸۷۲

Email: mtaleb7155@gmail.com
www.mohammadtalebpour.com