

นโยบายปลอด Vascath No-Vascath Policy

สุนัย จันทรฉาย พ.บ.,

Sunai Janchai M.D.,

โรคไตวายเรื้อรังซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย ก่อให้เกิดความทุพพลภาพและค่าใช้จ่ายที่สูง ผู้เขียนขออนุญาตอ้างอิงข้อมูลส่วนตัวในฐานะที่ได้ทำงานเกี่ยวข้อง คือการผ่าตัด vascular access ในเขตสุขภาพที่ 5 (โรงพยาบาลนครปฐม) มากกว่า 20 ปี

ผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังในประเทศเพิ่มขึ้นทุกปี แม้ว่าผู้ป่วยรายใหม่ดูเหมือนจะเริ่มคงที่และลดลง Thailand Renal Replacement Therapy 2012 (TRT) ได้รายงานว่ามีผู้ป่วยได้รับการบำบัดแทนไต 58,385 ราย ด้วยวิธี hemodialysis, peritoneal dialysis และ kidney transplantation 40,505;12,150 และ 5,729 ราย ตามลำดับ ซึ่งชี้บ่งว่า ในประเทศไทยการทำ dialysis ทั้งทางเส้นเลือดและทางช่องท้อง ยังเป็น life-long treatment มากกว่า bridge treatment เพื่อการปลูกถ่ายไต

ผู้เขียนได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุม "Masterclass in Vascular Access" จัดโดยภาควิชาศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่จัดขึ้นในเดือนมิถุนายนนี้ guest speaker คือ John Swinnen ท่านเป็นศัลยแพทย์หลอดเลือดประจำโรงพยาบาล Westmead, University of Sydney มากกว่า 20 ปี มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยไตวายในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และอีกหลายประเทศในตะวันออกกลาง และเอเชียอาคเนย์ ได้เสนอแนวทางของ Westmead Center ประการแรกคือการหลีกเลี่ยง vascath (central line cath) โดยการที่ nephrologist ส่งปรึกษาทำ vascular access ในเวลาที่เหมาะสมและประการที่สอง คือความเชื่อมั่นใน native vascular access ที่ดีกว่า av bridge graft ในด้าน patency และผลแทรกซ้อน^{1,2} ซึ่งหมายถึงคุณภาพและความต่อเนื่องของการทำ hemodialysis และป้องกันการกลับมาใช้ vascath เมื่อเกิด access failure โดยทางตรงนั้น vascath เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของ central vein stenosis ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอุปสรรคของการสร้างและการคงอยู่ของ vascular access ทั้งหมด แสดงให้เห็น vicious cycle ที่เริ่มจาก vascath-central vein stenosis-access failure-vascath เป็นวงจรที่นำมาสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง นอกจากนั้น vascath ยังเกี่ยวข้องของการเสียชีวิตจาก catheter sepsis ได้ร้อยละ 10 (John Swinnen-Westmead Renal Center) จากฐานข้อมูลส่วนตัวของผู้เขียนพบ catheter sepsis ร้อยละ 11.7 (31 ใน 263 ราย) แต่ไม่มีข้อมูลอัตราการเสียชีวิต

Vascath (double lumen cath, Perm cath) ยังเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังโดยเฉพาะบริบทของประเทศไทย แต่อย่างไรจะใช้ให้น้อยที่สุด ทั้งจำนวนครั้งและระยะเวลาข้อบ่งชี้ในการส่งผู้ป่วยมาทำ vascular access ใน CKD stage 4

มีอยู่ชัดเจน³ แต่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องใช้ vascath เพื่อทำ hemodialysis ก่อนส่งมาทำ vascular access จากฐานข้อมูลส่วนตัวพบสะสมร้อยละ 41.1 (392 ใน 953 ราย) เทียบกับข้อมูลผู้ป่วยในช่วง 3 ปี หลังสถานการณ์ก็ยังไม่ดีขึ้น คือร้อยละ 44.5 (134 ใน 301 ราย) สาเหตุที่พบได้แก่ เกิดภาวะฉุกเฉินที่ไม่ได้วางแผนไว้ก่อน มาตรฐานในการประเมินไตวายเรื้อรังที่แตกต่างกัน และประการสำคัญคือการที่ผู้ป่วยไม่มาตามคำแนะนำของ nephrologist ฯลฯ ผู้เกี่ยวข้องต้องมาพิจารณาว่าจะแก้ไขปัญหาได้อย่างไร

แนวทาง fistular first ได้รับการยอมรับโดยทั่วไป ในแถบเอเชีย ซึ่งถือว่ามีข้อได้เปรียบทางกายวิภาค (good real estate for vascular access) จากฐานข้อมูลส่วนตัวมีการผ่าตัดทำ native fistula สะสมร้อยละ 62.2 (700 ใน 1,125 ครั้ง) เทียบกับ ร้อยละ 70.4 (341 ใน 484 ครั้ง) ในช่วง 3 ปีหลังสุด (ร้อยละ 95; Westmead Renal Unit) จะพัฒนาในประเด็นนี้ได้ vascular access surgeon ควรประเมิน vascular mapping โดยใช้อัลตราซาวนด์อย่างละเอียด ต้องเพิ่มความมุ่งมั่นในการทำ vascular access ที่ทำได้ยากและใช้เวลา เช่น transposed basilic vein fistula, superficial or deep femoral vein fistula และต้องมีมาตรการทาง endovascular intervention ในการแก้ปัญหา primary failure, delayed maturity และ stenosis และเพื่อ maintain function

ประการสุดท้ายเราต้องการทีมที่สนใจและทุ่มเท ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังโดยเฉพาะคุณภาพของการฟอกเลือด การทำงานแบบเครือข่าย การสร้างระบบการเฝ้าติดตาม (surveillance) ของ vascular access ที่เป็นเหมือนเส้นชีวิตของผู้ป่วย การเพิ่มจำนวน access surgeon ซึ่งโดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องเป็นศัลยแพทย์หลอดเลือดที่ยังมีจำนวนน้อย ซึ่งจะช่วยในการสร้างและแก้ไข vascular access ในรายที่มีความซับซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. Rosas SE, Feldman HI. Synthetic vascular hemodialysis access versus native arteriovenous fistula: a cost-utility analysis. *Ann Surg* 2012;255(1): 181-6.
2. Huber TS, Carter JW, Carter RL, et al. Patency of autogenous and polytetrafluoroethylene upper extremity arteriovenous hemodialysis accesses: a systematic review. *J Vasc Surg* 2003;38:1005-11.
3. National Kidney Foundation K/DOQI Clinical practice guidelines for vascular access, 2006 Updates. *Am J Kidney Dis* 2001;37:pp S137-S81.