วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการพยาบาลโรงพยาบาลสมุทรสาคร
(Health Science and Nursing Samutsakhon Hospital Journal)
ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 ประจำปี 2568

รายงานกลุ่มผู้ป่วย **Case Series**

ผลลัพธ์ทางคลินิกของการผ่าตัดเปลี่ยนทิศทางหลอดเลือดดำเซฟาลิก (Cephalic Vein Turndown) ในการรักษาภาวะตีบของเซฟาลิกอาร์ช (Cephalic Arch Stenosis) ในผู้ป่วยที่ใช้หลอดเลือดสำหรับฟอกไต

Clinical Outcomes of Cephalic Vein Turndown for Treatment Cephalic Arch Stenosis in Hemodialysis Access Patients

ศิรประภา เตียวมรกฎ, พ.บ.
วว. ศัลยศาสตร์
วว. ศัลยศาสตร์หลอดเลือด
กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Siraprapa Thewmorakot, M.D.
Dip., Thai Board of Surgery
Dip., Thai Board of Vascular Surgery
Surgical Department
Samutsakhon Hospital

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ภาวะตีบของเซฟาลิกอาร์ช (Cephalic Arch Stenosis) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยฟอกเลือดและเป็นสาเหตุสำคัญของความล้มเหลวของเส้นฟอกเลือด การผ่าตัดเปลี่ยนทิศทางหลอดเลือดดำเซฟาลิก (Cephalic Vein Turndown) เป็นทางเลือกหนึ่งที่อาจช่วยเพิ่มอัตราการคงอยู่ของเส้นฟอกเลือด

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของการผ่าตัด Cephalic Vein Turndown ในการรักษาภาวะ Cephalic Arch Stenosis ในผู้ป่วยฟอกเลือด

วิธีการศึกษา : การศึกษาแบบ Retrospective case series ในผู้ป่วย 15 ราย ที่ได้รับการผ่าตัด Cephalic Vein Turndown ณ โรงพยาบาลจังหวัดสมุทรสาคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 ถึงเดือนมิถุนายน 2568 เก็บข้อมูลลักษณะพื้นฐานผู้ป่วย เทคนิคการระงับความรู้สึก ผลการคงอยู่ของเส้นเลือด (Primary Patency และ Secondary Patency) ภาวะแทรกซ้อน และอัตราการทำหัตถการซ้ำหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 51.1 ± 13.4 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 40 ใช้การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ร้อยละ 60 และดมยาสลบ ร้อยละ 40 อัตรา Primary Patency เท่ากับร้อยละ 86.7, 73.3 และ 73.3 ที่ 3, 6 และ 12 เดือน ตามลำดับ อัตรา Secondary Patency เท่ากับร้อยละ 93.3, 86.7 และ 86.7 ที่ 3, 6 และ 12 เดือน โดยมีอัตราการทำหัตถการซ้ำเฉลี่ย 0.5 ครั้งต่อคนต่อปี และมีภาวะแทรกซ้อนต่ำ พบ Seroma ร้อยละ 6.7 ไม่พบการติดเชื้อ ภาวะเลือดออกหรือ Lymphedema

สรุป : การผ่าตัด Cephalic Vein Turndown เป็นวิธีที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะ Cephalic Arch Stenosis ในผู้ป่วยฟอกเลือด ให้ผลการคงอยู่ของเส้นเลือดน่าพอใจและภาวะแทรกซ้อนต่ำ

คำสำคัญ: ภาวะตีบของเซฟาลิกอาร์ช, การผ่าตัดเปลี่ยนทิศทางหลอดเลือดดำเซฟาลิก, หลอดเลือดสำหรับฟอกไต, การคงอยู่ของเส้นฟอกเลือด

Abstract

Background: Cephalic Arch Stenosis is a common problem in hemodialysis patients and an important cause of arteriovenous access failure. Cephalic Vein Turndown has been proposed as a surgical option to improve access patency.

Objective: To evaluate the clinical outcomes of Cephalic Vein Turndown for the treatment of Cephalic Arch Stenosis in hemodialysis patients.

Methods: This Retrospective case series included 15 patients who underwent Cephalic Vein Turndown at Samutsakhon Provincial Hospital between July 2022 and June 2025. Baseline characteristics, type of anesthesia, primary and secondary patency, postoperative complications, and reintervention rates were collected and analyzed descriptively.

Results: The mean age of patients was 51.1±13.4 years, and 40% were male. Local anesthesia was used in 60% of cases and general anesthesia in 40%. Primary patency rates were 86.7%, 73.3%, and 73.3% at 3, 6, and 12 months, respectively. Secondary patency rates were 93.3%, 86.7%, and 86.7% at the same time points. The average reintervention rate was 0.5 procedures per patient-year. Postoperative complications were low, with seroma observed in 6.7% of cases and no infections, bleeding, or lymphedema.

Conclusion: Cephalic Vein Turndown appears to be a safe and effective surgical option for managing Cephalic Arch Stenosis in hemodialysis patients, providing satisfactory access patency with a low complication and reintervention rate.

Keywords: Cephalic Arch Stenosis, Cephalic Vein Turndown, Arteriovenous fistula, Patency

บทนำ

ภาวะ Cephalic Arch Stenosis (CAS) เป็นภาวะตีบของหลอดเลือดดำบริเวณโค้งส่วนบนของ Cephalic Vein ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ใช้ Brachiocephalic Arteriovenous Fistula (BCAVF) สำหรับการฟอกเลือด โดยมีอุบัติการณ์สูงถึง 30–40% ในผู้ป่วยที่ใช้ AVF มากกว่า 1 ปี[1, 2] เนื่องจากลักษณะทางกายวิภาคของ Cephalic Arch ที่โค้งและอยู่ใกล้ข้อต่อไหล่ ทำให้เกิดแรงเฉือน (Shear Stress) สูงและการไหลเวียนที่ผิดปกติ ส่งผลให้เกิดการหนาตัวของผนังหลอดเลือด (Intimal Hyperplasia) และการตีบแคบ (Stenosis) ความผิดปกตินี้ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดสำหรับฟอกไตทำงานผิดปกติ (Access Dysfunction) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการล้มเหลวของหลอดเลือดฟอกไต (Dialysis Access Failure)[3, 4]

การรักษา CAS ในปัจจุบัน ได้แก่ การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Balloon Angioplasty, PTA), การใส่ขดลวดถ่างหลอดเลือด (Stent/Stent Graft Placement) และการผ่าตัด Cephalic Vein Transposition หรือ Turndown ซึ่งแต่ละวิธีมีผลลัพธ์แตกต่างกัน[5] โดยการรักษามาตรฐานคือ Percutaneous Transluminal Angioplasty (PTA) แต่มี Primary Patency ต่ำ โดยรายงานเพียงร้อยละ 51 ที่ 6 เดือน และ ร้อยละ 39 ที่ 12 เดือน เนื่องจาก Elastic Recoil และการเกิด Restenosis ซ้ำ[6] การใช้ Stent หรือ Stent-Graft สามารถเพิ่ม Patency บางส่วน แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่ายและความเสี่ยงต่อ Central Vein Stenosis[7]

การผ่าตัด Cephalic Vein Turndown เป็นการผ่าตัดเปลี่ยนทิศทางการไหลของเลือดจาก Cephalic Vein ไปยังระบบหลอดเลือดดำส่วนกลาง เช่น Basilic Vein หรือ Axillary Vein ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อลดแรงต้านการไหลและป้องกันการตีบซ้ำใน Cephalic Arch วิธีนี้อาจช่วยยืดอายุการใช้งานของ AVF และลดความจำเป็นในการทำหัตถการซ้ำ

Henry et al. (2017) รายงานผลการรักษาด้วย Cephalic Vein Turndown ในผู้ป่วยฟอกไต 23 ราย พบว่าให้ผลลัพธ์ที่ดี โดยมี Primary Patency ที่ร้อยละ 70.9 และ Secondary Patency สูงถึงร้อยละ 94.7 ภายในระยะเวลา 2 ปี โดยมีอัตราการทำหัตถการซ้ำเพียง 0.2 ครั้งต่อคนต่อปี และภาวะแทรกซ้อนต่ำเพียงร้อยละ 8.7 เท่านั้น[8]

การศึกษาของ Kian et al. (2008) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง PTA กับการทำ Cephalic Vein Turndown ในผู้ป่วยที่มี CAS การทำ Cephalic Vein Turndown ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็น Primary Patency (ร้อยละ 92 ที่ 3 เดือน, ร้อยละ 69 ที่ 6 เดือน, ร้อยละ 39 ที่ 12 เดือน) Secondary Patency (ร้อยละ 92 ทั้งที่ 3, 6 และ 12 เดือน)[9]

Davies et al. (2017) ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการรักษา CAS ระหว่างวิธี Endovascular และการผ่าตัด พบว่า Technical Success ในการผ่าตัดสูงกว่าวิธี Endovascular (Balloon Angioplasty 70%, Stenting 80%, Transposition 96%, Bypass 100%) โดยอัตราการคงอยู่ของหลอดเลือดที่ 2 ปี ของ Balloon Angioplasty และ Stenting อยู่ที่ร้อยละ 30 และ 24 ตามลำดับ ในขณะที่ Transposition และ Bypass มีอัตราร้อยละ 67 และ 70 นอกจากนี้ การผ่าตัดยังมีอัตราการทำ Reintervention ต่ำกว่า (1.9 และ 1.4 ครั้ง/คน/ปี) เมื่อเทียบกับ Balloon Angioplasty และ Stenting (3.5 และ 3.1 ครั้ง/คน/ปี) (p=0.04) และยังคงมี Functional Dialysis Duration ยาวนานกว่ากลุ่ม Endovascular อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.03) ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัด โดยเฉพาะในกรณีที่เกิด Restenosis บ่อย อาจช่วยลดภาระการแทรกแซงซ้ำและรักษาการทำงานของ Vascular Access ได้ดีกว่า[10]

แม้มีรายงานจากต่างประเทศเกี่ยวกับเทคนิคนี้ แต่ยังมีข้อมูลจำกัดในประชากรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการผ่าตัด Cephalic Vein Turndown ในผู้ป่วยฟอกเลือดที่มีภาวะ Cephalic Arch Stenosis ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยเน้นการนำเสนอรายละเอียดการดำเนินการผ่าตัดและ Patency ที่ 3, 6 และ 12 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินความเหมาะสมของหัตถการนี้ในบริบทของประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็น Retrospective Case Series ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดทาง AVF ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ Cephalic Arch Stenosis และเข้ารับการผ่าตัดแบบ Cephalic Vein Turndown ตามดุลยพินิจของศัลยแพทย์หลอดเลือดที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 เกณฑ์คัดเข้ารวมถึงผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มี AVF ใช้งานอยู่และมีการตีบของ Cephalic Arch มากกว่าร้อยละ 50 จากการตรวจ Venography หรือ Duplex Ultrasound โดยมีอาการบ่งชี้ของ Access Dysfunction ผู้ป่วยที่มีภาวะ Central Vein Stenosis ที่ไม่สามารถรักษาได้ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลได้ครบ 12 เดือน ถูกตัดออกจากการศึกษา

ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมจากเวชระเบียนของผู้ป่วย โดยครอบคลุมรายละเอียดข้อมูลประชากรพื้นฐาน (อายุ เพศ โรคประจำตัว) ประเภทของ AVF และประวัติการทำหัตถการรักษา Cephalic Arch มาก่อน รายละเอียดการผ่าตัด Cephalic Vein Turndown (วันที่ทำการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด เทคนิคการระงับความรู้สึก และเทคนิคการผ่าตัด) ผลลัพธ์ทันทีหลังการผ่าตัด (Technical Success และภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน) และผลลัพธ์ระยะยาว (Primary Patency และ Secondary Patency ที่ 3, 6 และ 12 เดือน รวมทั้งเหตุการณ์ Reintervention)

Primary Patency ถูกนิยามว่าเป็นระยะเวลาตั้งแต่การผ่าตัดจนถึงการทำหัตถการครั้งแรกเพื่อแก้ไขการตีบหรือการสูญเสียการใช้งานของเส้นเลือดโดยไม่ได้ทำหัตถการใดๆ ระหว่างนั้น ส่วน Secondary Patency หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่การผ่าตัดจนเส้นเลือดถูกยกเลิกไม่สามารถใช้งานได้อีกแม้จะมีการทำหัตถการซ่อมแซมแล้ว สำหรับภาวะแทรกซ้อน ได้แบ่งเป็นภายใน 30 วันหลังผ่าตัด (Early Complication) และหลังจากนั้น (Late Complication)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีพรรณนาค่าตัวเลขต่อเนื่องแสดงเป็นค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean ± SD) และค่าตัวแปรจำแนกแสดงเป็นจำนวนและร้อยละ อัตราการคงอยู่ของเส้นเลือดคำนวณเป็น Primary Patency และ Secondary Patency ที่ 3, 6, และ 12 เดือน และสร้างกราฟ Kaplan–Meier แสดงความน่าจะเป็นการคงอยู่ของเส้นเลือดตามเวลา อัตราการทำหัตถการซ้ำหลังผ่าตัดแสดงเป็นจำนวนครั้งต่อคนต่อปี

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมุทรสาคร เลขที่โครงการ SKH REC 123/2568/V.1 ลงวันที่ 23 กันยายน 2568

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Cephalic Vein Turndown ทั้งหมด 15 ราย อายุเฉลี่ย 51.1 ± 13.4 ปี เป็นเพศชาย 6 ราย (ร้อยละ 40) และเพศหญิง 9 ราย (ร้อยละ 60)

โรคประจำตัวที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง 10 ราย (ร้อยละ 66.7), เบาหวาน 5 ราย (ร้อยละ 33.3), ไขมันในเลือดสูง 4 ราย (ร้อยละ 26.7) และโรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ราย (ร้อยละ 26.7) ชนิดของ AVF ที่ผ่าตัดส่วนใหญ่เป็น Brachiocephalic AVF 14 ราย (ร้อยละ 93.3) และ Radiocephalic AVF 1 ราย (ร้อยละ 6.7)

เทคนิคการระงับความรู้สึกที่ใช้ในการผ่าตัด ได้แก่ การดมยาสลบ (General anesthesia) 6 ราย (ร้อยละ 40) และการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (Local anesthesia) 9 ราย (ร้อยละ 60)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี), Mean ± SD	51.1 ± 13.4
เพศ	
ชาย	6 (40.0)
หญิง	9 (60.0)
โรคประจำตัว (Comorbidities)	
Hypertension	10 (66.7)
Diabetes mellitus	5 (33.3)
Dyslipidemia	4 (26.7)
Coronary artery disease	4 (26.7)
ชนิดของ AVF	
Brachiocephalic AVF	14 (93.3)
Radiocephalic AVF	1 (6.7)
เทคนิคการระงับความรู้สึก (Type of anesthesia)	
General anesthesia	6 (40.0)
Local anesthesia	9 (60.0)

วิธีการผ่าตัด Cephalic Vein Turndown

การผ่าตัดทำภายใต้การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (Local anesthesia) หรือการดมยาสลบ (General anesthesia) โดยผ่าตัดกรีดเปิด Cephalic Vein ส่วนที่ยังปกติก่อนถึงบริเวณตีบ แล้วทำการผูกปิดหลอดเลือดที่ Cephalic Arch จากนั้นย้าย Cephalic Vein ส่วนที่ยังปกติไปด้านใน (Medial Transposition) และทำการต่อหลอดเลือด (Anastomosis) เข้ากับ Cephalic Vein ส่วนบน หรือ Axillary Vein



ภาพที่ 1 การผ่าตัด cephalic vein turndown

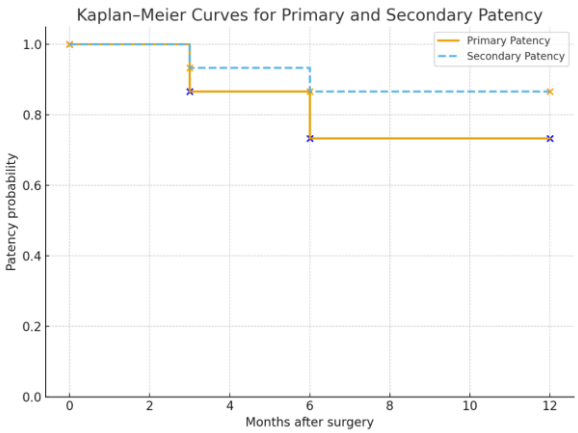
การคงอยู่ของเส้นเลือด (Patency)

1. Primary patency: 13 ราย (ร้อยละ 86.7) ที่ 3 เดือน, 11 ราย (ร้อยละ 73.3) ที่ 6 เดือน และ 11 ราย (73.3%) ที่ 12 เดือน

2. Secondary patency: 14 ราย (ร้อยละ 93.3) ที่ 3 เดือน, 13 ราย (ร้อยละ 86.7) ที่ 6 เดือน และ 13 ราย (ร้อยละ 86.7) ที่ 12 เดือน

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์หลังจากการผ่าตัด Cephalic Vein Turndown

	จำนวน (ร้อยละ)		
	3 เดือน	**6 เดือน**	**12 เดือน**
Primary patency	13 (86.7)	11 (73.3)	11 (73.3)
Secondary patency	14 (93.3)	13 (86.7)	13 (86.7)



ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

1. ภายใน 30 วันหลังผ่าตัด (Early Complication) ไม่พบภาวะเลือดออก/Hematoma, ไม่พบการติดเชื้อแผล, พบ seroma 1 ราย (ร้อยละ 6.7) และไม่พบภาวะ lymphedema

2. ภาวะแทรกซ้อนระยะหลัง (Late Complication) ไม่พบการติดเชื้อ AVF

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด Cephalic Vein Turndown

	จำนวน (ร้อยละ)
Early complication (≤ 30 วันหลังผ่าตัด)	
Bleeding/hematoma	0 (0)
Wound infection	0 (0)
Seroma	1 (6.7)
Lymphedema	0 (0)
Late complication (> 30 วันหลังผ่าตัด)	
Infected AVF	0 (0)

การทำหัตถการซ้ำหลังผ่าตัด (Re-intervention)

มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำหัตถการซ้ำเพื่อแก้ไข AVF จำนวน 4 ราย รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ระหว่างระยะเวลาติดตาม คิดเป็นอัตราการทำหัตถการซ้ำหลังผ่าตัด (Reintervention Rate) เฉลี่ย 0.5 ครั้งต่อคนต่อปี

อภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การผ่าตัด Cephalic Vein Turndown ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Cephalic Arch Stenosis ให้ผลการคงอยู่ของเส้นเลือดที่น่าพอใจ โดยมี Primary Patency ร้อยละ 73.3 และ Secondary Patency ร้อยละ 86.7 ที่ 12 เดือน ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานจากต่างประเทศหลายฉบับ ที่ระบุอัตรา Primary Patency หลังการผ่าตัด อยู่ระหว่างร้อยละ 65–80 และ Secondary Patency ร้อยละ 85-100 ที่ 12 เดือน[9-12] และดีกว่าการทำ Balloon Angioplasty ที่มี Primary Patency อยู่ระหว่างร้อยละ 23-40 และ Secondary Patency ร้อยละ 70-85 ที่ 12 เดือน[2, 6, 9, 10] ผลลัพธ์นี้สนับสนุนว่า Cephalic Vein Turndown อาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสมโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการตีบซ้ำหรือไม่ตอบสนองต่อการขยายหลอดเลือด (Balloon Angioplasty)

ในการศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยสามารถทำการผ่าตัดภายใต้ Local anesthesia ได้สำเร็จ โดยมีอัตราภาวะแทรกซ้อนต่ำ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของการทำหัตถการแบบ Minimally Invasive และลดความเสี่ยงของการดมยาสลบในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค การที่ใช้ Local anesthesia ได้มากกว่าครึ่งของจำนวนผู้ป่วยอาจเป็นจุดแข็งที่ทำให้ภาวะแทรกซ้อนต่ำและการฟื้นตัวเร็วขึ้น สอดคล้องกับรายงานก่อนหน้าที่เสนอว่าการใช้ Local anesthesia ในการผ่าตัดสร้างหรือแก้ไข AVF สามารถลดระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่าย[11]

ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดในชุดข้อมูลนี้ต่ำมาก พบเพียง Seroma 1 ราย (ร้อยละ 6.7) และไม่พบภาวะเลือดออก การติดเชื้อหรือภาวะ Lymphedema ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวซึ่งสอดคล้องกับรายงานก่อนหน้าในต่างประเทศที่ระบุว่า ภาวะแทรกซ้อนหลังการทำ Cephalic Vein Turndown มีอัตราน้อยกว่า 10%[10] ผลดังกล่าวสะท้อนถึงความปลอดภัยของเทคนิคนี้ในบริบทโรงพยาบาลทั่วไปของไทยที่มีทรัพยากรจำกัด

อัตราการทำหัตถการซ้ำหลังผ่าตัดในการศึกษานี้อยู่ที่ 0.5 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งถือว่าต่ำเมื่อเทียบกับรายงานต่างประเทศที่รายงานอยู่ระหว่าง 1.4-1.9 ครั้งต่อคนต่อปี[10] ผลลัพธ์นี้อาจสะท้อนถึงการเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมและการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ ขนาดตัวอย่างที่น้อย (15 ราย) และเป็นการศึกษาแบบ Case Series จึงไม่สามารถเปรียบเทียบโดยตรงกับวิธีการรักษาอื่น เช่น การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือการวางขดลวด (Stent) นอกจากนี้ระยะเวลาติดตามผู้ป่วยแม้จะครบ 12 เดือนแต่ยังสั้นเมื่อเทียบกับการศึกษาระยะยาว และไม่ได้ประเมินคุณภาพการฟอกเลือดหรือค่า flow ของเส้นเลือดอย่างเป็นระบบ การศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและขนาดตัวอย่างใหญ่กว่านี้จึงจะช่วยยืนยันประสิทธิผลและความปลอดภัยของ Cephalic Vein Turndown ได้อย่างชัดเจนขึ้น

อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์นี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่มีคุณค่าในประเทศไทย เนื่องจากยังมีงานวิจัยเกี่ยวกับการผ่าตัด Cephalic Vein Turndown น้อย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับจังหวัด ผลการศึกษานี้อาจช่วยเป็นแนวทางในการเลือกวิธีรักษาภาวะ Cephalic Arch Stenosis และสนับสนุนการจัดทำแนวทางหรือคำแนะนำเชิงปฏิบัติในอนาคต

สรุป

Cephalic Vein Turndown เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยสำหรับการรักษาภาวะ Cephalic Arch Stenosis ในผู้ป่วยที่ใช้เส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือด โดยให้ผลการคงอยู่ของเส้นเลือดที่ดีและมีภาวะแทรกซ้อนต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่า สามารถทำภายใต้ Local anesthesia ได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ซึ่งอาจช่วยลดความเสี่ยงจากการดมยาสลบและสนับสนุนการนำวิธีนี้ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. Kian K, Asif A. Cephalic arch stenosis. Semin Dial. 2008;21(1):78-82.
2. Rajan DK, Clark TW, Patel NK, Stavropoulos SW, Simons ME. Prevalence and treatment of cephalic arch stenosis in dysfunctional autogenous hemodialysis fistulas. J Vasc Interv Radiol. 2003;14(5):567-73.
3. Daoui R, Asif A. Cephalic Arch Stenosis: Mechanisms and Management Strategies. Semin Nephrol. 2012;32(6):538-44.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

4. Miller GA, Hwang WW. Challenges and Management of High-Flow Arteriovenous Fistulae. Semin Nephrol. 2012;32(6):545-50.
5. Echefu G, Shivangi S, Dukkipati R, Schellack J, Kumbala D. Contemporary review of management techniques for cephalic arch stenosis in hemodialysis. Ren Fail. 2023;45(1):2176166.
6. Rajan DK, Bunston S, Misra S, Pinto R, Lok CE. Dysfunctional autogenous hemodialysis fistulas: outcomes after angioplasty--are there clinical predictors of patency? Radiology. 2004;232(2):508-15.
7. Shemesh D, Goldin I, Zaghal I, Berlowitz D, Raveh D, Olsha O. Angioplasty with stent graft versus bare stent for recurrent cephalic arch stenosis in autogenous arteriovenous access for hemodialysis: a prospective randomized clinical trial. J Vasc Surg. 2008;48(6):1524-31, 31.e1-2.
8. Henry JC, Sachdev U, Hager E, Dillavou E, Yuo T, Makaroun M, Leers SA. Cephalic Vein Transposition is a Durable Approach to Managing Cephalic Arch Stenosis. J Vasc Access. 2017;25:0. doi: 10.5301/jva.5000802. Online ahead of print.
9. Kian K, Unger SW, Mishler R, Schon D, Lenz O, Asif A. Role of surgical intervention for cephalic arch stenosis in the "fistula first" era. Semin Dial. 2008;21(1):93-6.
10. Davies MG, Hicks TD, Haidar GM, El-Sayed HF. Outcomes of intervention for cephalic arch stenosis in brachiocephalic arteriovenous fistulas. J Vasc Surg. 2017;66(5):1504-10.
11. Jang J, Jung H, Cho J, Kim J, Kim HK, Huh S. Central Transposition of The cephalic Vein in Patients with Brachiocephalic Arteriovenous Fistula and Cephalic Arch Stenosis. Vasc Specialist Int. 2014;30(2):62-7.
12. Kim SM, Yoon KW, Woo S-Y, Heo S-H, Kim Y-W, Kim D-I, Park Y-J. Treatment Strategies for Cephalic Arch Stenosis in Patients with Brachiocephalic Arteriovenous Fistula. Ann Vasc Surg. 2019;54:248-53.