

## Maximizing Fistula Creation and Preservation

Chul Moon

Department of Surgery, Soonchunhyang University Hospital

혈액 투석 접근도로 본인 혈관 동정맥루가 인조혈관 동정맥루나 Permcath에 비해 개존율이 높고 합병증과 감염율이 낮아 이를 최대한 이용하는 것이 환자 치료의 질을 높이고 생존율을 높이는 방법임이 잘 알려져 있다. 그러나 동정맥루를 최대한 사용하기 위해서는 수술 전, 후에 다음과 같은 노력이 필요하다.

동정맥루를 시술할 팔 혈관의 해부학 지식에 능통해야 한다.

동정맥루의 시술 위치의 우선순위를 알아야 한다.

동정맥루의 형성시기를 알아야 한다.

수술전 vascular mapping을 시행해야 한다.

성공한 동정맥루의 조건은 투석에 필요한 충분한 혈류를 제공하나 손의 허혈은 없어야 한다. Rule of 6 (혈류량 분당 600 mL 이상, 정맥크기 6 mm 이상, 정맥의 깊이 6 mm 이하)를 기억해야 한다.

성공한 동정맥루의 수술전 동맥의 조건은 팔 동맥의 정상 맥동, 양팔 혈압차 20 mmHg 이하, 알렌검사 음성, 직경 2 mm 이상이며, 정맥의 조건은 협착/폐쇄가 없고 직경이 2.5 mm 이상, 깊이 5-10 mm 이내 여야 한다.

조기 실패의 원인은 정맥 협착이 대부분이며 그 외 다수의 정맥 결가지가 원인이나 드물고 동정맥루 시술 후 4-6주 후 평가하여 이들이 발견될 시 경피 혈관 내 풍선혈관 성형술이나 결가지 결찰로 치료하면 대부분에서 구제된다.

Secondary AVF를 시술하게끔 노력해야한다. 즉, 기왕의 AVF나 AVG실패시 새로운 AVF를 시술토록 하며 장기 투석중인 Permcath 환자에서도 AVF를 시도해야하며 대부분에서는 성공적이다.

AVF의 혈전도 구제 불가능한 것은 아니며 최근 경피 혈관내 혈관성형술로 성공률이 높고 장기 개존율도 좋다.

혈관접근로 수술에 능통하며 투석 환자의 문제에 익숙한 혈관외과의가 필요하다.