

木村先生から小倉記念病院での研究から現在の研究についての講義をされた。

再狭窄と長期予後との関係で、冠動脈形成術 1 ヶ月後、3 ヶ月後、6 ヶ月後、12 ヶ月後と連続的に冠動脈造影検査を行い、再狭窄の時期についての報告があった。

バルーンによる血管拡張術の大きな問題点は、急性冠閉塞と再狭窄であった。急性冠閉塞により、冠動脈バイパス術を要することも 3%前後と多かった。これらの合併症が PCI の適応を大きく狭め、再狭窄率も 50~60%と高くみられたため、PCI による予後改善を示すデータは近年までみられなかった。

STERSS 試験、BENESTENT 試験の 2 つの無作為試験で初めて、バルーンによる冠動脈形成術と比較して、ステントを使用した冠動脈形成術で再狭窄が減少することが報告された。チクロピジンやクロピドグレルなどの強力な抗血小板療法はステント血栓症や出血性合併症の頻度を激減させた

STARS 試験においてアスピリン、チクロピジンの投与でステント血栓症の頻度は 0.6%と きわめて低いことが報告されたが、多枝に対するステント留置と CABG を比較した ARTS 試験ではステント血栓症の頻度は病変あたり 1.1%、患者あたり 2.8%と高く、ステント血栓症は依然として重要な臨床問題であることが示されている。チクロピジンの投与によりステント血栓症の頻度は激減したが、安全性や効果発現までの時間の観点から欧米ではチクロピジンにかわってクロピドグレルの使用が一般的となっている。

日本型の PCI の特徴として、CABG が適応とされる患者でも PCI が行われていること、慢性完全閉塞でも高い成功率であること、急性心筋梗塞に対する PCI の広範に普及していることなどがある。

多施設共同研究のメリットとしてはより多くの患者について観察可能であり、現在薬剤溶出性ステント (DES) で J-cypher trial が行われている。亜急性冠閉塞は 0.39%と世界の研究と比較しても、十分に許容範囲にある。

CABG についても無作為試験で DM、CRF、multivessel disease など様々な因子で予後の解析が行われているが、治療成績の安定した欧米の施設の成績であり、自施設の状況に必ずしも当てはまらないことも注意する必要がある。