

手技のレビュー 解析するショットと解析する範囲の同定 カテーテル先端によるキャリブレーション QCAによる Edge detection ステントの位置の指定 エッジの指定 損傷部位の指定 結果のプリントアウト, データ入力, あるいはデータベースへの送信

- ・ QCA に誤差を生じる要因

キャリブレーション カテサイズの誤差, 小径のカテ QCA のシステムに応じて Full in か Empty か Spatial distribution and pincushion distortion

Angiogram 不十分な造影, 不十分な Frame rate, 不十分な病変の分離, 病変の短縮した角度 不適切な範囲のセグメント選択 Side branch の影響

- ・ 解析フレームの選択

造影剤が十分充満しているフレームを選択すること。

拍動によるブレを避けるため, 拡張末期のイメージを選択する。

病変部が他の血管や枝と重ならない角度とタイミングを選択する。

病変がなるべく長く, 狭窄率が高く見えるビューを選択する。

- ・ QCA でわかること

Minimal luminal diameter(MLD) Obstruction diameter Reference diameter

%diameter stenosis Mean, Maximum diameter Plaque area Symmetry

MLA, %area stenosis from densitometry Distance between two points

- ・ QCA に適さない画像

Calibration 不良のシネ ガイドワイヤーが入ったままのシネ

ガイディングの外れた造影 フレーミングの位置のずれた造影

- ・ 良い QCA を行うためのまとめ

ステントの位置決めやバルーンの拡張などはすべて撮影し, 記録として残す。
カテーテル先端がなるべく画面の中央に入る様に撮影する。

CAAS なら造影剤が入る前, CMS なら造影剤が入った後, 冠動脈の造影が始まるまでの間合いを十分にとる。

カテーテルサイズの記録を正確にする。

病変が長く見え, 分枝との分離のよいビューで撮影する。

フォローの撮影は必ず植え込み直後と同一方向で行う。

前造影と最終造影は必ずガイドワイヤーを抜去して行う。