

「PCIトラブルシューティング」は自分たちPCIをこれから勉強していこうとしている者にとって、最も重要なテーマのひとつだと思います。まだPCI経験の浅い自分は指導医のもと、それほど困難ではない症例からPCIを始めているため、現在まで大きなトラブルなく済んでいます。しかし今回の提示症例は、まさに今後遭遇する可能性の高いものばかりであり、「もし自分がオペレーターだったらどう対処する・・・？」という臨場感たっぷりの気持ちで望むことが出来ました。

よく行われているPCIライブで、「達人」オペレーターがほとんど誰も真似できないような手技で複雑な症例を成功させるところを見学する（見せつけられる？）のももちろん有意義ではありますが、自分たちがすぐに実践できるものではなく、反対に「あの先生がやっていたから自分も！」と思って試してしまう人が続出するのも危険です。かねてから思うのは、指導医（自分も研修医に対しては指導医の立場にあります）は自分の成功症例を呈示してこうするんだよ、と下に示すよりも、残念ながら失敗してしまった症例を呈示してこうならないようにね、（または、こういう時にはこう対処するんだよ）と示したほうが、有意義だと思うのです。自分が経験したトラブルは自分が二度目を起こさないようにすることは当然ですが、後輩については未然に防げることが理想だと思うのです。

Iグループの症例は、RCA#1の屈曲・高度石灰化病変でステントを高圧拡張するというもので、松原先生の巧みな話術？により、まさに「病変部がperforationするぞ、気をつける」と思いながら経過を追っていましたが、実はPT2ワイヤーの先端でperforationしていることに気づかず、退院後心タンポナーデになって舞い戻ってきた、という症例でした。このように、注意すべき点があるところに気持ちが集中してしまい、全体を見渡すことがおろそかになる、ということを示した良い症例でした。非常に有意義なミニグループディスカッションでした。

ただ一点、このミニグループディスカッション1について、スライドでの発表形式にしたことで一部で消化不良になってしまったかもしれないということが気になります。発表するトレーニングという意味では良いと思いましたが、時間に制約がありすぎ、発表者に当たった人は他のグループの発表を落ち着いて聞けなかったのではないのでしょうか？そういう点ではミニグループディスカッション2のほうの形式のほうが、全員が多数の症例をディスカッションできたのではないのでしょうか。

最後に、Iグループチューターの松原先生、貴重な時間を自分たちのために割いてくださり、ありがとうございます。先生の自己紹介に「いまだに始めたときと同じ緊張感を持って手技を行っています」とありましたが、自分もその気持ちで精進していきたいと思います。今後ともよろしく願いいたします。