

現在、患者への治療は non invasive が基本となっています。カテーテル検査においても例外はなく現在の approach は trans radial が基本となってきています。当院でも穿刺が可能であれば極力 radial 穿刺を試みっていますが、諸事情により brachial や femoral の approach の症例が数多くあります。今回の伊刈先生の講義では患者の訴えとして、femoral 穿刺では排尿困難や腰痛の問題が多く、患者の QOL を下げるとありました。以前は私自身もカテーテル検査、特に PCI 全般では back up force や IABP などの手技操作を考慮し、第一穿刺部位として femoral を全例選択していました。ただ、Ikari カテーテルを用いた物理的な実証では radial と femoral では  $F_{max} = (f \cos \theta + \dots) / \cos \theta$  の計算上 back up force の違いはなく、むしろ radial のほうが有利であると実証されていました。残念ながら私の勤務する病院では Ikari カテーテルは現在採用されていませんが、伊刈先生の The Journal of Invasive Cardiology などの論文を参考に当院でも積極的に Ikari カテーテルの採用と radial 穿刺での PCI に積極的に取り組んでいきたいと思っています。

当院では brachial の穿刺、圧迫後の仮性動脈瘤の形成が数例見られており、手術になった例もあり、患者の QOL の上昇はもちろん、complication を防ぐ意味でもルーチンのカテーテルを含めた TRI が first choice であると強く痛感しました。当たり前ではありますが、まだまだ浸透できていない重要な issue であると考えられました。