

CHIP インターベンション

冠動脈複雑病変（左主幹部病変 分岐部病変 多枝病変 完全閉塞病変など）は冠動脈バイパス術の方がカテーテルによる冠動脈形成術(PCI)より長期成績がいいことは複数の無作為試験でこれまで報告されています。一方患者の併存疾患（高齢・透析患者・脳梗塞の既往や開胸手術の既往）や心機能低下・弁膜症の合併などのために血行動態が不安定であり手術のリスクが高いため手術不能として、薬物療法にて経過をみざるをえなかった症例も多く存在していました。その中には、冠動脈の血行再建をおこなうことにより生命予後が改善し、心不全の再発を予防し生活の質の向上がえられる症例が多数含まれています。最近では薬剤溶出性ステント（DES）の使用や石灰化病変に対するローターブレードの使用、慢性完全閉塞性病変に対する逆行性、逆行性アプローチなどの技術の向上により PCI による血行再建が可能となってきました。また PCI の際に大動脈内バルーンポンピング（IABP）、経皮的人工心肺補助装置（PCPS）、補助循環用カテーテルインペラ（IMPELLA）など補助循環を併用することにより、血行動態の安定をはかりつつ PCI を行うこともできるようになってきました。

近年、血行再建の適応はあるものの病変の複雑性や低左心機能、心不全などの存在による血行動態の不安定さがあり、合併症のため外科的手術も困難な患者を **Complex Higher -risk and Indicated Patients** と称し CHIP 略します。当院でも、症例ごとにどのような治療を行うことが最も安全で合併症が少ないかを、心臓血管外科とハートチームとして協議し、ご本人・ご家族と話し合ったうえで血行再建の方法を決定します。CHIP 症例に PCI を行う場合は、心臓血管外科バックアップのもと循環器内科全員で協力し治療にあたっています。

症例提示；

- (図 1) 左冠動脈主幹部・前下行枝・回旋枝分岐部 99%狭窄（右冠動脈閉塞、同血管へのバイパスも閉塞）
- (図 2) PCPS、IABP 挿入後、左主幹部-前下行枝にステント留置、直後から自己心拍の脈圧が消失
- (図 3) 回旋枝とのバルーン同時拡張、その後脈圧が回復、
- (図 4) 最終造影

症例

