

ある。

我々はASDの社会脳障害仮説の中で視線認知の神経基盤に注目し、脳磁図(MEG)を用いた解析を試みることにし、今回はその前段階として健常被験者3名の視線認知における脳活動を脳磁図にて計測した。視線認知課題は正面視と側方視の2種類の顔の静止画像を提示し、被験者に自分と視点が合ったかどうかを識別してもらった。脳磁図の解析については視線認知のような広範囲の部位が賦活する課題の解析に適した空間フィルター法の一つである最小電流推定法(MCE)を用いた。

結果は3名ともおおよそ200msecまでの潜時で後頭葉から劣位半球の頭頂葉に移行する背側視覚経路(where回路)に相当する脳活動を捉えることができた。さらに正面視認知より側方視の方が後頭葉、頭頂葉共に潜時が遅延するか、ピーク幅が延長する傾向があった。しかしながら3名とも視線認知や顔認知で賦活するとされる上側頭溝や紡錘状回での活動は微弱なものであった。

このことから今回の刺激課題は、視線認知に特化したものではなく、一般的な空間認知の課題としてしか機能しなかったものと考えられる。これは実際の視線認知は動的なものであるが、今回の課題では静止画を使用したことが原因かもしれない。

今回の予備的研究の結果からMCE法を用いることで脳磁図計測における視覚経路の解析を行うことは可能と思われる。しかしながら視線認知の評価を行うためには刺激課題をより自然は視線認知に近付けるような工夫が必要である。

## II. 特 別 講 演

### 1 自閉症スペクトラム障害の神経科学と心理学

新潟大学大学院医歯学総合研究科  
精神医学分野 准教授

北村 秀明

## 2 PTSDの病態と治療

国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所成人精神保健研究部 部長  
金 吉晴

### 第50回新潟高血圧談話会

日 時 平成22年11月5日(金)  
午後6時30分～  
会 場 ホテルイタリア軒  
3F サンマルコ

#### I. 一 般 演 題

##### 1 High dose ARB製剤の効果について

鈴木 克典

済生会新潟第二病院代謝・内分泌内科

糖尿病と高血圧はいずれも動脈硬化による大血管障害の重要な危険因子であるが、両者が合併すると脳血管障害や虚血性心疾患発症頻度が大きく増加することが知られている。したがって、糖尿病合併高血圧患者においては、細小血管障害はもちろんのこと、大血管障害を予防し改善させるためにも、厳しい血糖の管理とともに、血圧の厳格な管理が重要となる。

JSH2009のガイドラインでは、糖尿病合併高血圧患者に対する降圧薬選択に関しては、糖・脂質代謝への影響と合併症予防効果の両面より、ACE阻害薬、ARBが第一選択薬として、降圧目標130/80mmHg未満に達しない場合、それらの増量または第二選択薬としてCa拮抗薬あるいは少量サイアザイド系利尿薬の併用を推奨している。最近、ARBの高用量製剤が各社から上市されるようになり、患者のコンプライアンスや、コストの面から有用性が高まっている。今回、ARBの高

用量に増量しても降圧不十分な場合に、他剤を追加併用する前に、他のARBの高用量製剤に変更することで、降圧と臓器保護に有効であった症例を経験したので報告する。

## 2 妊娠中にレニン活性が著しく上昇した1例

後藤 眞・竹山 綾・金子 佳賢  
 坂爪 実・成田 一衛・山田 京子\*  
 菊池 朗\*・高桑 好一\*\*・田中 憲一\*  
 新潟大学大学院医歯学総合研究科  
 腎・膠原病内科  
 同 産婦人科\*

症例は31歳、女性。生来、健康。妊娠15週で初めて高血圧(186/100mmHg)を指摘され、当院へ入院した。低カリウム血症あり、レニン活性は173ng/mL/hと著しく上昇していた。アルドステロンも高値であり、続発性アルドステロン症と診断された。腎動脈の狭窄病変は認められず、レニン活性腫瘍が疑われた。画像検査で腎臓内や胸腹部に腫瘤病変は認められなかったが、子宮内に腫瘍病変が観察された。妊娠中断の方針となり、妊娠21週5日に人工妊娠中絶が行われた。死産児は355gで肉眼的に明らかな異常は認められなかった。腫瘍病変は組織学的に腺筋症と診断された。以後、レニン活性は低下し、血圧も正常化した。本例について文献的考察を含めて報告する。

## II. 特別講演

### 効果的な降圧薬併用療法の考え方

#### — 国内初のARB/CCB配合剤への期待 —

獨協医科大学循環器内科

石光 俊彦

高血圧の診断規準は140/90mmHg以上であるが、国内外の疫学的調査では、脳卒中や冠動脈疾患などの心血管疾患のリスクと血圧の間には正常血圧の範囲においても直線的な関係が認められ、115/75mmHgのレベルまでは血圧が低ければ低いほど脳血管障害や虚血性心疾患の発生が

少なく、The lower, the betterの考えが支持される。日本高血圧学会の高血圧治療ガイドライン2009(JSH2009)における血圧値の分類でも、140/90mmHg未満の正常血圧の中に正常値血圧(130-139/85-89mmHg)や至適血圧(<120/80mmHg)の分類が設けられており、正常血圧の範囲においてもより低い血圧を維持するのが望ましいことを反映している。そして、糖尿病などの主要な危険因子が存在したり、慢性腎臓病(CKD)などの臓器障害や心筋梗塞後などの心血管疾患を合併する場合には、130/80mmHg未満と厳格な降圧目標が設定されている。現在、百種類近い降圧薬が使用されるようになっているが、どの降圧薬を用いても単剤で目標血圧が達せられる症例は30-40%であり、2/3は十分な降圧効果を得るために2剤以上の併用療法が必要とされる。降圧薬を併用する際には、それぞれの降圧薬の作用機序を理解し、降圧効果が増強されるとともに副作用のリスクが相殺されるような組合せを選択することが望ましい。高血圧に様々な病態が合併する場合の降圧薬の適用を考える場合、副作用が少なく臓器保護効果に優れたアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)が第一選択薬として用いられる機会が多い。ARB単剤で目標に達しない場合、腎機能や心機能の低下があり体液量の過剰が高血圧の病態に関与する症例では利尿薬、糖尿病や脂質異常症など心血管疾患のリスクが高い症例ではCa拮抗薬を併用して確実な降圧を図ることが推奨される。近年、わが国でも降圧薬の合剤が使用されるようになり、服薬コンプライアンスや血圧コントロールの向上とともに医療費の節減に有用であることが期待される。