

## 1. 三叉神経痛に対する MVD

三井記念病院脳神経外科  
田草川 豊

三叉神経痛に対する MVD の基本手術操作として、①開頭の部位・範囲、②petrosal fissure の開放、③petrosal vein の小脳からの剥離、④arachnoid の処理、⑤圧迫動脈の遊離 (arachnoid filaments の切離) と転位についてポイント解説する。時間に余裕があれば、手術手技の難易度の高いケース (VA-BA 圧迫、小脳橋角槽の極端に狭い例、圧迫動脈が複雑な例…) への対応、工夫について触れたい。

## 2. 脳卒中後疼痛 (視床痛) の病態と外科治療

群馬大学大学院医学系研究科脳脊髄病態外科  
平戸 政史, 高橋 章夫, 宮城島孝昭, 風間 健,  
好本 裕平

脳卒中後疼痛 (視床痛) は、神経系の障害に伴う中枢性疼痛の代表的疾患であり、通常、薬物療法など種々の治療法が奏効せず、最終的に外科的治療が選択されることが多い。脳卒中後疼痛に対する外科治療として、これまで視床正中中心核、髄板内核などの視床破壊術、視床後腹側核、内包後脚などの脳深部や大脳皮質中心前回に対する神経 (電気) 刺激術が用いられてきたが、その治療結果は満足すべきものではない。われわれは、これまで脳卒中後疼痛例に対し、電気生理学的手法、機能画像的手法を用いて、その病態を解析し、治療を行ってきた。脳卒中後疼痛の出現には、視床感覚中継核病変、病変周囲構造の機能異常およびこれに伴う大脳皮質中心溝付近構造の機能変化が大きな要因となっていることが示唆され、その治療には、これらの異常活動部位およびその変化を把握することが大切である。本報告では、われわれがこれまで行ってきた視床手術、大脳皮質電気刺激術などの外科治療結果を基に、脳卒中後疼痛 (視床痛) に対するさまざまな外科治療法の適応、効果、限界について概説する。

## 3. 脊髄・末梢性難治性疼痛の治療

大阪大学大学院医学系研究科脳神経外科疼痛医療センター  
齋藤 洋一, 吉峰 俊樹

脊髄・末梢性の難治性疼痛の中には、脊髄損傷、引き抜き損傷、failed back surgery syndrome, CRPS, 帯状疱疹後疼痛、幻肢痛などが挙げられ、疼痛期間が6カ月を超えたところで慢性疼痛と診断される。これらの症例は、まず抗てんかん薬、抗うつ薬、NSAIDs などの投薬治療が試みられ、症例によってはブロックが試みられる。それらでコントロール不良の場合は難治性疼痛と判定され、脳神経外科の治療の適応となる。脳神経外科的治療法としては、脊髄刺激療法、大脳運動野刺激療法、脳深部刺激療法、脊髄後根進入帯破壊術がある。近年、脳深部破壊術がなされることは稀である。一部の精神科で電気ショック療法が行われることがあるが、認知症を起しやすく、多くは疼痛が再発する。一般には低侵襲な脳神経外科的治療から始めていくが、引き抜き損傷後疼痛で周期的激痛を主体とする場合には、脊髄後根進入帯破壊術を最初から選択する場合もある。疼痛の原因、性状ごとに、各種難治性疼痛に対する治療の考え方について解説したい。