

歩行80%, すくみ60%, 後方突進80%, ADL 80%, 精神活動50%であった。mHY, SESDL の改善率はそれぞれ80%で、10 m 片道、往復歩行時間はそれぞれ75%に改善を認めた。2例で術後抗パーキンソン薬は服用していない。[結論] 後腹側淡蒼球凝固術は振戦に比べて固縮、無動に有効であった。また術後抗パーキンソン薬の服用を必要としない場合もあることがわかった。

### B-38) 中枢性疼痛に対する脊髄硬膜外電気刺激

齋藤伸二郎・黒木 亮  
嘉山 孝正・安藤 肇史 (山形大学)  
中井 昂 (脳神経外科)

脳血管障害後の患肢の耐え難い痛みで代表される、中枢性疼痛に対する脊髄硬膜外電気刺激による除痛法の手技、成績について報告する。脳や脊髄に痛みの原因疾患を持つ22例を対象とした。刺激電極は局所麻酔、X線透視下に、上肢痛の場合は頸椎、下肢痛の場合は下位胸椎レベルの脊髄硬膜外後面に挿入し、刺激による通電感覚が疼痛部位をカバーする位置に調整、留置した。1から2週間の試験刺激後に除痛効果を判定し、有効例には慢性刺激を行った。22例中18例(82%)に除痛効果を認め、そのうち13例(59%)では50%以上の除痛が得られた。慢性刺激の効果も満足できる結果であった。従来、脊髄硬膜外電気刺激は中枢性疼痛には無効とされてきたが、我々の結果はこれと異なり、顔面痛を除いた中枢性疼痛に対する電気刺激療法の第1選択としている。

### B-39) 微小血管減圧術で治癒した舌咽神経痛の1例

山野 潤・石田 恭央 (横浜栄共済病院)  
向井 裕修・北村 佳久 (脳神経外科)

舌咽神経痛の頻度は三叉神経痛の1/70から1/100程度と云われ、非常に珍しい。今回我々は嚥下時痛および耳奥の痛みを主訴として発症し、微小血管減圧術で治癒した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

症例は60才男性。主訴は嚥下痛、耳奥の痛み。既往歴として特記すべきものなし。平成6年9月より左下顎外側の痛みと嚥下痛が出現。1カ月程で自然に軽快していた。平成7年8月に再び同様の症状出現。近医耳鼻科より三叉神経痛としてテグレトールを投薬され、一時的に軽快した。12月になり再び嚥下痛が増強し、耳奥の痛み

が出現したため当科紹介され手術目的に入院となった。平成7年12月22日微小血管減圧術施行。AICAからの血管ループが舌咽神経を圧迫しており、スポンジを使いREZより血管をずらすことにより、術後痛みは完全に消失した。

### B-40) 眼窩下神経電気刺激による三叉神経誘発電位の実験的研究および臨床応用 —特に延髄部誘発電位について—

及川 友好・佐藤 直樹  
高秋 周作・松本 正人 (福島県立医科大学)  
児玉南海雄 (脳神経外科)

我々は三叉神経脊髄路核が橋から上位頸髄まで存在していることに着目し、眼窩下神経電気刺激による三叉神経誘発電位が延髄部の機能を反映する新たな術中モニターとして臨床応用が可能か否かを実験的に検討した。また臨床応用も試みたので報告する。

雑種成犬を用いた実験では眼窩下神経電気刺激により刺激側延髄背側部より4つの陰性 peak を持つ電位(延髄部三叉神経誘発電位; M. TEP) が記録され、延髄の外側1/6を破壊すると著明に振幅が低下した。同時に記録した大脳皮質感覚野よりの三叉神経誘発電位(C. TEP) および、SEP には変化が認められなかった。臨床応用した上衣腫の手術では、同時に記録した SEP, ABR にはほとんど変化が認められず、M. TEP の電位のみが低下した。術後に下位脳神経障害と、一過性の意識障害、呼吸不全が出現した。実験および臨床結果から M. TEP は延髄部の術中モニターとして臨床応用が可能と考えられた。

### B-41) 頭蓋内頸静脈孔部神経鞘腫の1手術例

笹島 浩泰・井上 秀之  
菅原 卓・峯浦 一喜 (秋田大学)  
古和田正悦 (脳神経外科)

頸静脈孔部神経鞘腫は稀な疾患であり、とりわけ、頭蓋内タイプの報告例は極めて少ない。最近、舌咽神経由来と思われる頭蓋内頸静脈孔部神経鞘腫の1例を経験したので、手術所見を中心にビデオで報告する。

症例は19歳の女性で、左聴力低下で発症し、頭蓋内圧亢進症状を随伴して当科に入院した。うっ血乳頭と小脳症状がみられ、左聴力が消失しており、MRI で左延髄外側および小脳橋角槽を中心に径4.5 cm の占拠性病変と閉塞性水頭症が指摘された。内耳道の拡大がなく、