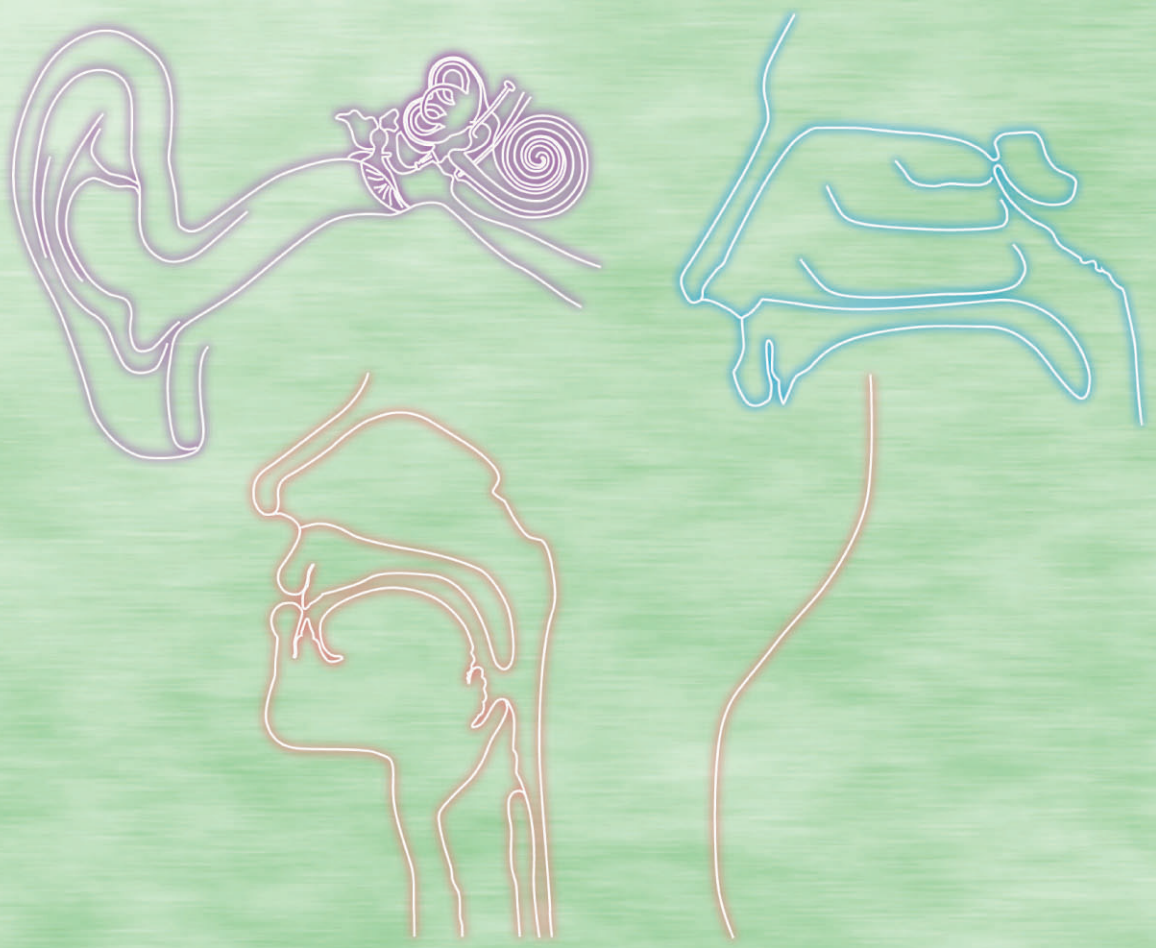
第32回
日本耳鼻咽喉科漢方研究会
学術集会

講演要旨集

— 温故知新 —



日　時
平成28年10月22日(土)
12:30~19:00

会　場
THE GRAND HALL(品川)
東京都港区港南2-16-4
品川グランドセントラルタワー3階
TEL: 03-5463-9973

会　長
將積 日出夫
富山大学

共催：日本耳鼻咽喉科漢方研究会 / 株式会社ツムラ

日本耳鼻咽喉科漢方研究会 世話人会 一覧

代表世話人　小川　郁（慶應義塾大学）

世　話　人
池田　勝久（順天堂大学）
齋藤　晶（和光耳鼻咽喉科医院）
塩谷　彰浩（防衛医科大学校）
將積日出夫（富山大学）
竹内　万彦（三重大学）
武田　憲昭（徳島大学）
堤　剛（東京医科歯科大学）
内藤　健晴（藤田保健衛生大学）
中川　尚志（九州大学）
山下　拓（北里大学）
山下　裕司（山口大学）
吉崎　智一（金沢大学）

顧　問
市村　恵一（石橋総合病院）
荻野　敏（大阪大学）
神崎　仁（国際医療福祉大学）
喜多村　健（東京医科歯科大学）
田口喜一郎（信州大学）
馬場　駿吉（名古屋市立大学）
古川　仭（金沢大学）
本庄　巖（京都大学）
山際　幹和（介護老人保健施設みずほの里）
渡辺　行雄（富山大学）

（五十音順・敬称略）

第32回 日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会

講演要旨集

日　　時：平成28年10月22日（土）12：30～19：00

会　　場：THE GRAND HALL（品川）
（品川グランドセントラルタワー3階）

会　　長：將積 日出夫（富山大学）

共催：日本耳鼻咽喉科漢方研究会／株式会社ツムラ

＜ご案内＞

1．会場案内

THE GRAND HALL（品川）
東京都港区港南 2-16-4　品川グランドセントラルタワー 3F
TEL：03-5463-9973

2．参加受付

【受付場所】品川グランドセントラルタワー 3F　THE GRAND HALL（品川）ホワイエに受付を設置しております。
【参加費】2,000円（当日、受付にて頂戴いたします。）　学部生：無料
※昼食の提供はございません。
※学術集会終了後にホワイエで情報交換会を予定いたしております。

3．新専門医制度における単位申請に関して

本学術集会は新専門医制度における
3）耳鼻咽喉科領域講習⑨その他の認定されたセミナー1単位（プログラムの耳鼻咽喉科領域講習終了後、受講証明書を会場入り口で配布いたします。）
4）学術業績・診療以外の実績③認可された学術集会0.5単位
を申請いたしております。
※学術集会参加報告票をご持参いただき、受付にご提出ください。
※耳鼻咽喉科領域講習の受講証明書は、プログラムの耳鼻咽喉科領域講習（14:55～15:55）受講者のみ発行いたします。

4．座長の先生方へ

ご担当のセッション開始予定時刻の15分前までに受付をお済ませください。
演題多数のため時間調整にご配慮いただきながら、活発な討議の誘導をお願いいたします。

5．演者の先生方へ

発表はすべて口演形式です。

《発表時間》

1）一　般　講　演　　：発表5分　質疑2分
2）ワークショップ　　：発表9分　質疑3分
3）基　調　講　演　　：口演20分（質疑含む）
4）耳鼻咽喉科領域講習：口演60分（質疑含む）

《発表方法・発表データ》

発表方法について
・ご発表はパワーポイントによるデジタルプレゼンテーション（パソコン発表）にてお願いいたします。

発表データ及びパソコン持込受付場所
・各発表セッション開始の30分前までに『PC受付（品川グランドセントラルタワー 3F THE GRAND HALL（品川）ホワイエ）』にて受付および動作確認を行ってください。

持込データについて
・お持込み頂く発表データは、**『USBフラッシュメモリーまたはCD-Rのメディアお持込み』もしくは『ご自身のパソコンお持込み』**のいずれかでお願いします。
・**メディアをお持込みの方は、Windows PowerPoint 2007、2010、2013、2016で作成されたデータのみといたします。**
※他のパワーポイントのバージョンでご発表される先生は、パソコンのお持込みにご協力ください。
・**ご発表内容に動画、音声を使用される方、もしくは、Macintoshを使用される方は、必ずご自身のパソコンをお持込みください。**

第32回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会
タイムスケジュール

12:30	**開会の辞**
12:35	**一般講演Ⅰ**〈45分〉 《6演題》 （5分口演・2分質疑）
13:20	**一般講演Ⅱ**〈45分〉 《6演題》 （5分口演・2分質疑）
14:05	**一般講演Ⅲ**〈35分〉 《5演題》 （5分口演・2分質疑）
14:40	**休憩**〈10分〉
14:50	**総会**〈5分〉
14:55	**耳鼻咽喉科領域講習**〈60分〉
15:55	**休憩**〈10分〉
16:05	**一般講演Ⅳ**〈45分〉 《6演題》 （5分口演・2分質疑）
16:50	**一般講演Ⅴ**〈40分〉 《5演題》 （5分口演・2分質疑）
17:30	**休憩**〈15分〉
17:45	**ワークショップ** **基調講演**〈20分〉 《4演題》 （9分口演・3分質疑）
18:55	**閉会の辞**
19:00	

第32回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会

平成28年10月22日（土） THE GRAND HALL（品川）

テーマ：「温故知新」

開会の辞　　**將積 日出夫**（富山大学）　　**（12:30～12:35）**

一般講演Ⅰ　　**座長：山下 裕司**（山口大学）　　**（12:35～13:20）**

1．インフルエンザ感染における麻黄湯投与に関する検討 ……7

国際医療福祉大学病院 耳鼻咽喉科

○鈴木 智大、中川 雅文

2．唾液腺疾患に対する利水剤の使用経験……8

西美濃厚生病院 歯科口腔外科

杉山 貴敏

3．医者の匙加減 ……9

医療法人わくい耳鼻科

涌井 慎哉

4．睡眠障害治療に効果を示した漢方治療の一症例－他覚的評価を含めて－ ……10

名古屋市立大学病院 睡眠医療センター

○有馬 菜千枝、佐藤 慎太郎、中山 明峰

5．前庭型片頭痛に対する漢方治療の経験－五苓散を中心として－ ……11

福島県立医科大学会津医療センター 耳鼻咽喉科学講座

○山内 智彦、横山 秀二、小川　洋

6．後鼻漏に対する漢方療法－小半夏加茯苓湯と二陳湯の効果－……12

せんだい耳鼻咽喉科

内薗 明裕

一般講演Ⅱ　　**座長：山下　拓**（北里大学）　　**（13:20～14:05）**

7．頭頸部癌TPF療法における口内炎に対する半夏瀉心湯の有用性の検討 ……13

恵佑会札幌病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○渡邉 昭仁、谷口 雅信、木村 有貴

8．セツキシマブによる爪周囲炎に対し漢方治療が有効であった一例……14

国立病院機構 霞ヶ浦医療センター[1)]、野木病院[2)]、筑波大学附属病院[3)]

○星野 朝文[1)3)]、加藤 士郎[2)3)]

9．セツキシマブ併用放射線治療による放射線性皮膚炎に対して漢方薬が有効であった症例 ‥15

山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学

○広瀬 敬信、菅原 一真、山下 裕司

10．オピオイドでコントロール困難であった癌性疼痛に補中益気湯＋附子末が奏効した1例‥16
茨城県立中央病院 耳鼻咽喉科
○境　修平、上前泊 功、高橋 邦明

11．化学療法による消化器症状に対する半夏瀉心湯の有効性……17
鳥取大学医学部感覚運動医学講座 耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野
○平 憲吉郎、河本 勝之、藤原 和典、竹内 裕美

12．喉頭肉芽腫に対する漢方治療 ……18
弘前大学医学部耳鼻咽喉科
高畑 淳子

一般講演III　　**座長：武田 憲昭**（徳島大学）　**（14:05～14:40）**

13．小青竜湯による鼻粘膜上皮細胞からのIL-33 分泌抑制作用 ……19
昭和大学医学部生理学講座生体制御学部門[1)]
昭和大学医学部耳鼻咽喉科学講座[2)]、昭和大学病院東洋医学科[3)]
○砂川 正隆[1)]、山﨑 永理[1)]、髙橋　玲[1)]、深道 祥子[1)]、玉井 万貴[1)]
時田 江里香[2)3)]、渡辺 大士[1)3)]、石野 尚吾[1)3)]、久光　正[1)]

14．漢方薬で治療効果のみられた好酸球性副鼻腔炎の1症例 ……20
医療法人至慈会 高島病院
柿添 亜矢

15．好酸球性副鼻腔炎と辛夷清肺湯の有用性……21
福井大学 耳鼻咽喉科[1)]、舞鶴共済病院[2)]
○坂下 雅文[1)]、高林 哲司[1)]、吉田 加奈子[1)]、扇　和弘[1)]、足立 直人[1)]、小山 佳祐[2)]
加藤 幸宣[1)]、加藤 詠一[1)]、徳永 貴広[1)]、呉　明美[1)]、藤枝 重治[1)]

16．反復する耳下腺炎に漢方治療が有効であった一例 ……22
富山大学 耳鼻咽喉科頭頸部外科
○阿部 秀晴、石田 正幸、將積 日出夫

17．反復性中耳炎という病気への提言 ……23
島﨑耳鼻咽喉科
山本 千賀

—•—•—•—•—•—•—•—•—•—•—•—《休　　憩》—•—•—•—•—•—•—　（14:40～14:50）

総　　会　　（14:50～14:55）

耳鼻咽喉科領域講習　**座長：小川　郁**（慶應義塾大学）　**（14:55～15:55）**

「めまい・平衡障害と漢方」……1
千葉中央メディカルセンター 和漢診療科　**寺澤 捷年**

—•—•—•—•—•—•—•—•—•—•—•—《休　　憩》—•—•—•—•—•—•—　（15:55～16:05）

一般講演Ⅳ　　**座長：堤　剛**（東京医科歯科大学）　　**（16:05～16:50）**

18. めまい患者の冷えを目標に当帰四逆加呉茱萸生姜湯を投与し有効であった3例 ……24
いぬかい耳鼻科クリニック
犬飼 賢也

19. めまい症例の検討からみた苓桂朮甘湯 ……25
市立旭川病院耳鼻咽喉科[1)]、北海道大学病院耳鼻咽喉科頭頸部外科[2)]
○佐藤 公輝[1)]、 倉本 倫之介[2)]、相澤 寛志[1)]

20. めまいに対する当院の漢方エキス製剤活用術 ……26
いまなか耳鼻咽喉科
今中 政支

21. 当科における半夏白朮天麻湯の使用経験 ……27
東京医科歯科大学 耳鼻咽喉科
○鈴木 康弘、清川 佑介、稲葉 雄一郎、田崎 彰久、竹田 貴策、堤　剛

22. 苓桂朮甘湯を巡る話題 ……28
独立行政法人国立病院機構東京医療センター 耳鼻咽喉科
五島 史行

23. 老人性鼻漏に対する漢方薬の使用経験 ……29
たけすえ耳鼻科クリニック
武末　淳

一般講演Ⅴ　　**座長：竹内 万彦**（三重大学）　　**（16:50～17:30）**

24. 難聴を伴う認知症患者の漢方薬の効果 ……30
射水市民病院 耳鼻いんこう科
山本　憲

25. 低血圧に注目した急性低音障害型感音難聴に対する漢方治療 ……31
竹越耳鼻咽喉科[1)]、独立行政法人地域医療機能推進機構群馬中央病院 和漢診療科[2)]
○竹越 哲男[1)]、小暮 敏明[2)]

26. 当院における抑肝散使用症例の検討 ……32
医療法人建悠会吉田病院 精神科[1)]、宮崎大学医学部 耳鼻咽喉科[2)]
○清水 謙祐[1)2)]、鳥原 康治[2)]、松田 圭二[2)]、吉田 建世[1)]、東野 哲也[2)]

27. 難治性低音障害型感音難聴に対する漢方治療の試み ……33
日本赤十字社医療センター 耳鼻咽喉科
岡田 和也

28．演題取り消し

29．発声中の声帯浮腫様変化に対し漢方薬を用いた1症例 ……35

藤田保健衛生大学医学部 耳鼻咽喉科

○岩田 義弘、長坂　聡、田邊 陽介、櫻井 一生、内藤 健晴

—•—•—•—•—•—•—•—•—•—•—•—•—《休　　憩》—•—•—•—•—•—•—　（17:30～17:45）

ワークショップ　（17:45～18:55）

テーマ：感覚器障害に対する漢方治療 － up to date －

座長：將積 日出夫（富山大学）、吉崎 智一（金沢大学）

基調講演　「病態発症のメカニズムから考える漢方薬の役割」 ……2

医療法人社団博雄会 北の森耳鼻咽喉科医院

稲葉 博司

1．めまいの原因に応じた漢方治療 ……3

徳島大学病院 耳鼻咽喉科 漢方外来、阿南共栄病院 耳鼻咽喉科

陣内 自治

2．味覚障害の漢方治療 ……4

和光耳鼻咽喉科医院

齋藤　晶

3．嗅覚障害と漢方治療 ……5

金沢医科大学 耳鼻咽喉科学

○志賀 英明、能田 拓也、山田 健太郎、張田 雅之、中村 有加里
平場 友子、熊井 理美、山本 純平、三輪 高喜

4．耳鳴症に対する漢方治療 ……6

小森耳鼻咽喉科医院[1)]、金沢大学附属病院 漢方医学科[2)]

○白井 明子[1)2)]、小川 恵子[2)]

閉会の辞　小川　郁（慶應義塾大学）　（18:55～ 19:00）

情報交換会　（19:00～　　）

耳鼻咽喉科領域講習

「めまい・平衡障害と漢方」

千葉中央メディカルセンター 和漢診療科
寺澤 捷年

めまい・平衡障害は日常的にしばしば出会う不具合であるが、いわゆる標準的治療で100%の満足の行く結果が得られるものではない。そこで漢方というもう一つのパラダイムが役立つ場面がある。

いわゆる標準的治療の欠点を敢えて指摘させて頂くと、耳（内耳平衡器官）および脳神経系にのみ関心を集中していることである。

この研究会に集う先生方は、この点に既に気づいている方々であるが、何と恐ろしいことに患者さんが「耳のことは耳鼻科の先生の領分」と要素還元的な思考を根強く持っているのである。

しかし、この要素還元論は欺瞞であると演者は敢えて指摘したい。なぜこのような過激な発言をするかというと、「特発性難聴」などと尤もらしい病名を付けて患者も医師も分かった振りをしている現状は演者には納得できないからである。

特発性とは「突然に起こった不具合」というコトバであり、何ら本質を明らかにしている物ではないからである。

そこで、漢方の持つ、人間存在を心身一如の「気の思想」で解決する技術が介入する余地が生じてくる。しかもこの思想は単なる観念論ではなく、具体的な治療薬を提案している。

しかし、この漢方のパラダイムを駆使するには、「これまでどおりの耳鼻咽喉科医」のやりかたではBreak-throughは不可能である。覚悟を決めて、患者さんに最善の効果の得られる新しい医療の世界を提案したい。それはほんの少しの診療上の工夫をするか否かに掛かっている。

この新しい世界がアクアポリンによる生体内の水分の分配調節、あるいは自然炎症と密接に関連しており、漢方薬がこれらの新しい分子生物学知見とも密接に関連しているものであることを論じてみたい。

ワークショップ

基調講演「病態発症のメカニズムから考える漢方薬の役割」

医療法人社団博雄会 北の森耳鼻咽喉科医院
稲葉 博司

種々の疾患の病因、病態における細胞障害と活性酸素・フリーラジカルとの関係が明らかになってきており、活性酸素・フリーラジカルへの対応は耳鼻咽喉科治療においても必要不可欠と思われる。

漢方には「心身一如」という概念があり、心と身体はお互いに強く影響しあうという考えであるが、「心」の変化は活性酸素やフリーラジカルを発生させ、細胞障害を起こすのであろうか。漢方は、これに対してどの様な対応をしているのであろうか。

近年、安保徹先生（現新潟大学名誉教授）により自律神経ー免疫理論が発表された。この理論によりストレスなどの「心」の変化が活性酸素を介して「器質的疾患」の発生に影響を及ぼす可能性があると認識されるようになってきた。

自律神経ー免疫理論の根幹は、化膿性炎症の主役である顆粒球にはアドレナリンレセプターがあり、ウイルス感染、アレルギー病変に関与するリンパ球にはアセチルコリンレセプターが存在するという証明である。この顆粒球をはじめとする食細胞は活性酸素の生成源として注目されている。

よって情動ストレスなどの交感神経刺激を受けると体内の顆粒球が活性化し、顆粒球が放出する活性酸素により既存の炎症部位はさらなる組織障害を起こすことになり、血管内で活性酸素を放出すると内皮細胞が傷害され循環障害も起こしうる。この図式は感覚器障害に限らず全ての組織障害の共通現象と考えられる。

今回のテーマである感覚器はアセチルコリン作動性器官である。そこで持続的な交感神経刺激を受けると感覚器の機能は抑制されることになる。また、顆粒球が放出する活性酸素は感覚器障害の大きな原因の一つになっている。

味蕾を例に、活性酸素・フリーラジカルによる組織障害、細胞のターンオーバー、神経分泌顆粒の産生、分泌との関係から読み取れる漢方薬の選択法などを解説する。

主に活性酸素消去に対応するには黄連解毒湯など「清熱剤」が、神経顆粒の分泌・産生や細胞のターンオーバーにまで問題が及んだ時には副交感神経を刺激する「気虚」「補剤」に属する処方群や「太陰病期」の処方群が必要となる。小柴胡湯は和剤ともいわれ、上記いずれの作用も持ち合わせるバランスに富んだ処方である。よって小柴胡湯関連処方の存在意義は大きい。

嗅覚障害の原因の一つである慢性副鼻腔炎の治療にも、この顆粒球反応の抑制と副交感神経の作用である排膿促進に漢方治療は応用できる。その応用法を解説する。

漢方治療は、病態に相応する自律神経や免疫バランスを図ることによる臓器・組織・細胞障害に対応した治療体系であると考えている。

今後、漢方薬の作用が解明されていくに従って、病態の真の発生メカニズムが証明されていくものと考えている。

ワークショップ

1．めまいの原因に応じた漢方治療

徳島大学病院 耳鼻咽喉科 漢方外来
阿南共栄病院 耳鼻咽喉科
陣内 自治

【緒言】めまいに対する漢方治療は、患者を『めまい』というひとつの病気として捉えるにとどまらず、『めまい』が表在化する症状（証）の奥に、患者背景として何が原因となってめまいを生じているか想定することによって処方選択のスキルが大きく上達する。西洋医学的に原因、診断、治療が確立されているめまいに関しては漢方治療の出番はないが、西洋医学的治療がうまくいかない場合には、漢方で補助的に治療を行うと思いのほか治療効果が得られる場合がある。

高山宏世先生の著書、『弁証図解 漢方の基礎と臨床第9版』に明快な解説が次の如く引用されている。～『景岳全書』に「虚ナクバ眩ヲナス能ワズ。マサニ虚ヲ治スヲ以テ主トシ、ソノ標ヲ兼ネテ酌スベシ」とある。～拙訳としては［虚証でなければ眩暈は起りえない。だから虚証を治すことがめまい治療の主眼で、虚証も一緒に治す生薬を処方するべきである］となる。一般にめまいは虚証のことが多いと考えられており、その虚証とともに治療の目標とすることがめまい治療の近道となると考えられる。

【めまいの漢方戦略】めまいに対する一般的な漢方製剤は、苓桂朮甘湯や半夏白朮天麻湯である。しかしこれら代表的漢方が著効を示さないめまい症例に対して、次なる処方を検討する際に前述の『景岳全書』の考え方がたいへん有用となる。『漢方の基礎と臨床第9版』には、「虚によるめまいに対しては、補中益気湯（気虚）、四物湯・当帰芍薬散（血虚）、十全大補湯・帰脾湯（気血両虚）、六味丸（腎陰虚）、八味地黄丸（腎陽虚）、水の分布異常である痰によるめまいに対しては五苓散（痰飲）、苓桂朮甘湯（脾虚＋痰飲）、真武湯（腎陽虚による痰飲＋冷え）、半夏白朮天麻湯（脾気虚＋痰飲）、その他」として列挙されている。最近では、気虚によるめまいをよく経験する。その原因として、ストレスによる睡眠不足、スマホによる入眠障害による気虚があきらかに増加している。証の捉え方は「気」「血」には問診・舌診を、「水」には問診・腹診を併用するのが簡便だと考えている。

めまいの一時治療が奏功しない症例で、どのような処方変遷によりめまい症状の本治に至ったか症例を提示する。本会参加者が今後、漢方処方のバリエーションを広げる一助としていただきたい。

ワークショップ

2. 味覚障害の漢方治療

和光耳鼻咽喉科医院
齋藤　晶

味との関わり方は、漢方医学の方が西洋医学より深いと感じている。
味覚障害以外の病気を治療する際に、味の異常について尋ねることは、処方する漢方薬を選択する際の貴重な情報となる。また、種々の味覚異常に対して、漢方薬による治療が可能であることが多い。

漢方医学の考え方の１つに、五味（酸、苦、甘、辛、鹹）を五臓（肝・心・脾・肺・腎）という架空の概念に結びつけて論じる方法がある。鹹は塩辛いことを意味する。酸、苦、甘などの味は、それぞれ肝、心、脾などに関係が深いと考える。心が弱っている時は苦味を摂取することが好ましいとされる。ただし、過剰に摂取すると心が強くなり過ぎ、肺の機能が抑制され皮膚の症状や体毛が抜けるとされる。

西洋医学では、薬自体の味に対する関心はうすい。入眠剤を処方する際に、「この薬は翌朝に口が苦く感じることがあるから」と説明することはあるが、味と効果の関係は乏しいと考える。一方、漢方薬を構成する生薬は、甘草は甘い、乾姜は辛いなどと味により分類することができる。その味により五臓のいずれに作用しやすいかが推察できる。

飲食物が口の中にない時や水を飲んだ場合に、苦く感じるなどの味の異常が出現することがある。西洋医学では原因が説明できない場合もあり治療に困ることがある。漢方医学では前述したように五臓の考えから相応しい漢方薬が用意されている。また、何を食べても味がせず砂を噛んでいる様だという場合、西洋医学では抗不安薬や抗うつ薬の投与を考慮するが、その前に漢方薬を投与する価値がある。

漢方薬が味の異常に対して治療効果を発揮する理由は、他の疾患の治療と同様に心身を整えることにあると考える。エキス製剤の亜鉛含有量は多くない。したがって、亜鉛欠乏症による味覚障害に対しては直接的な効果は期待できない。ただし、口腔内を湿潤させるなど環境を整えることにより味覚の改善に寄与している可能性はある。

今回は、症例を提示することで診療にすぐに役立つことを期待するとともに、味と漢方は深い関わりがあることを感じていただければ幸いである。

ワークショップ

3. 嗅覚障害と漢方治療

金沢医科大学 耳鼻咽喉科学
○志賀 英明、能田 拓也、山田 健太郎、張田 雅之、中村 有加里
平場 友子、熊井 理美、山本 純平、三輪 高喜

鼻副鼻腔炎が原因の嗅覚障害に対する治療では、ステロイド内服療法あるいは局所点鼻療法の効果が明らかとなっている。一方漢方製剤では国内外で嗅覚障害に対する治療効果が RCT によって明らかとされた薬剤は認めないが、後ろ向き検討で感冒後嗅覚障害に対する当帰芍薬散の治療効果を示唆する国内からの報告を複数認める（三輪他、日本味と匂学会誌 2005; 内田他、頭頸部自律神経 . 2009; 小河他、日本味と匂学会誌 2010）。また、本学嗅覚外来における感冒後嗅覚障害の当帰芍薬散による漢方治療の成績は、治療開始 6ヶ月後の改善率が 50%、1 年後で 89% であった（対象は平成 21 年 6 月より平成 24 年 5 月までに本学嗅覚外来初回受診 468 例のうち感冒が原因と診断され、かつ治療前後で嗅覚機能評価が施行された 40 例（男性 5 例、女性 35 例））。また当帰芍薬散による治療を施行した嗅覚障害 25 例（副鼻腔炎を除く感冒後、外傷後または原因不明例）を対象とした予後因子の検討で、治療前の T&T 平均認知域値とともにオルファクトシンチで評価した嗅神経の障害程度が予後を大きく左右する可能性が明らかとなっている。

当帰芍薬散はマウス嗅球における神経成長因子の発現を促進する働きを有するほか（Song et al. Jpn J Pharmacol 2001）、当帰芍薬散に含まれる蒼朮は MAP kinase の活性化に働く（Obara et al. J Pharmacol Exp Ther 2002）など、神経成長に寄与している可能性がこれまでの基礎実験での報告から示唆されている。我々も嗅細胞でアポトーシスを生ずるメチマゾール投与による嗅神経障害モデルマウスにより、当帰芍薬散による嗅覚障害への作用機序について解析をすすめており、当帰芍薬散による嗅神経再生促進効果を示唆する結果を得ている。

特に中高年の女性に多いとされる感冒後嗅覚障害において、40 歳代以降で突然嗅覚機能が損なわれることは生活の質に大きく影響する問題である。これまで主に更年期障害に対して使用されてきた当帰芍薬散による嗅覚障害治療の有効性を検討する臨床試験の展開が今後期待される。

ワークショップ

4. 耳鳴症に対する漢方治療

小森耳鼻咽喉科医院[1)]、金沢大学附属病院 漢方医学科[2)]
○白井 明子[1)2)]、小川 恵子[2)]

耳鳴とは、音源が存在しないにも関わらず、頭の近く或は中で音を知覚することである。外耳から聴覚中枢に至る聴覚路の様々な部位の障害により生じうるが、臨床上は内耳から中枢までの異常な神経活動に起因する耳鳴が問題となることが多い。西洋医学では決定的な治療法はないが、漢方治療が効果的との報告が散見される。

漢方医学的に、耳鳴には気血水（陰液）の観点から、①水滞、②瘀血、③気の異常、④陰虚が、また五臓の観点から、⑤腎虚、⑥肝の失調の病態が関与し、これらの病態が複合的に絡む場合も多い。

①水滞：内・外リンパ液を含む内耳の解剖学的構造から、水の循環障害である水滞が内耳に影響を及ぼすと推察される。五苓散、苓桂朮甘湯等の利水剤が処方される。

②瘀血：内耳に分布する迷路動脈は終動脈であるため、血管攣縮・血栓等の循環障害、即ち瘀血も内耳傷害の原因と成り得る。桂枝茯苓丸、桃核承気湯等の駆瘀血剤が処方される。

③気の異常：漢方医学的に、耳鳴はストレスや不安等により増悪することから、気の異常として捉えられる。気鬱、気逆、気虚やそれが極まった気陥の状態であるとされる。気鬱には香蘇散、半夏厚朴湯、四逆散等の柴胡、芍薬、半夏、厚朴、蘇葉、香附子、薄荷を含む方剤が、気逆には柴胡加竜骨牡蛎湯、桂枝加竜骨牡蛎湯、黄連解毒湯等の桂皮、竜骨、牡蛎、黄連を含む方剤が選択される。

④陰虚：陰虚とは津液や精血が不足する病態であり、陰虚が続くと陰虚陽亢となり虚熱を生じる。これらは高齢者に生じやすい。陰虚陽亢の症状として心神不安・頭痛・めまい・耳鳴・難聴が挙げられる。白虎加人参湯、滋陰降火湯、滋陰至宝湯などの滋陰剤が処方される。

⑤腎虚：『黄帝内経』に「腎気は耳に通じ、腎和せば則ち耳は能く五音を聞く」と記述され、腎と耳の関連性が示されている。六味丸、八味地黄丸、牛車腎気丸等の補腎剤が選択される。

⑥肝の失調：Jastreboffらは耳鳴の神経生理学的モデルを提唱し、耳鳴の発生を聴覚野における耳鳴認知と大脳辺縁系における情動反応、さらに自律神経系による身体反応とによる悪循環の形成から説明している。大脳辺縁系と自律神経系は漢方医学的に肝の働きとして捉えられ、肝の失調により上記の悪循環が増悪すると考えられる。柴胡加竜骨牡蛎湯、抑肝散、加味逍遙散などの柴胡剤が選択される。

実際の診療では、6つの病態のうち、どの病態が中心となるかの判断が非常に重要となる。

漢方方剤の奏効率を上げるには、漢方医学的診察すなわち四診（望診・聞診・問診・切診）により証を決定付けることが望ましいが、繁忙な日常診療の中に四診全てを取り込むことは容易ではない。しかし、全ては困難でも舌診や脈診、腹診を臨機応変に加えることにより、方剤をより的確に選択することが可能となり、選択肢も増える。日常診療に四診を可能な限り織り交ぜる工夫を含めながら、方剤決定に至るまでのプロセスを提示する。

一般講演Ⅰ

1．インフルエンザ感染における麻黄湯投与に関する検討

国際医療福祉大学病院 耳鼻咽喉科
○鈴木 智大、中川 雅文

入所型の施設におけるリスク管理としてのインフルエンザ感染予防は、施設運営者および利用者の双方にとって重要な取り組むべき課題である。一般にはインフルエンザウィルスを持ち込まない、万が一施設内で発生した場合には予防治療をおこなうなどの対処がなされている。高齢者の利用者の多い老人介護施設では利用者のインフルエンザ感染が直接的に不幸な転帰へ結びつく場合もまれではなくその取り組みは各施設で積極的におこなわれている。イナビル、リレンザ、タミフルなどの抗ウイルス剤は、インフルエンザ感染の予防投薬の第 1 選択肢として選ばれることが多いが、その保険区分は自費となるため、コスト面での大きな課題を抱えている。抗ウイルス剤であるタミフルと同程度のインフルエンザ感染への症状軽減効果がある（鍋島ら 2009）とされている麻黄・桂枝・杏仁・甘草の 4 つの生薬からなる麻黄湯（まおうとう）は上記 3 剤と比して価格面でもきわめて低コストで費用対効果からインフルエンザの予防投薬の第 1 選択として注目を集めている。

今回われわれは栃木県北にある利用者数 180 名規模の介護老人保健施設でのインフルエンザ流行期における感染予防対策として麻黄湯の予防投与をおこなったのでその有用性について報告する。

一般講演Ⅰ

2. 唾液腺疾患に対する利水剤の使用経験

西美濃厚生病院 歯科口腔外科
杉山 貴敏

耳鼻咽喉科および歯科口腔外科領域で唾液腺疾患を診る機会は多い。粘液嚢胞は口唇や頬粘膜、舌の小唾液腺の唾液排出障害によっておこり、舌下腺の障害によりがま腫が発生する。粘液嚢胞やがま腫の治療は開窓術、凝固術、全摘出術など外科的治療が選択され、有効な内科的治療の報告はない。漢方製剤、五苓散をはじめとする利水剤は生体の細胞膜に存在するアクアポリン蛋白（AQP）に働き、細胞内外の水のバランスを調節することが知られている。臨床的に脳外科領域で脳浮腫、硬膜下血腫などに応用され多数の有効例の報告がされている。唾液腺にはAQP3およびAQP5蛋白の存在が知られており、五苓散はAQP3、4、5の活性阻害作用があることがわかっている。今回、慢性顎下腺炎、口唇の粘液嚢胞、顎下腺管に発生した粘液嚢胞に対して利水剤を用いた内科的治療を行い症状の軽快をみた3症例を経験したので、考察を加えて報告する。

【症例1】患者：88歳、女性。初診：2013年9月。主訴：左側顎下部の腫脹と疼痛。左側顎下腺管よりの唾液排出なく顎下腺体の腫脹を認め、慢性顎下腺炎（唾石は認めない）の診断にて抗生剤等による消炎療法を繰り返していた。血性アミラーゼ値の上昇（最高値1943 IU/l 膵臓には異常を認めず）と左側顎下腺管開口部の発赤、唾液排出障害を認め経過観察していた。口渇症状のため2015年9月より人参養栄湯7.5g/日を処方開始し10月には左側顎下腺管より微量の唾液排出を認めるようになった。11月より五苓散7.5 g/日を併用処方すると唾液排出が良好となり血性アミラーゼ値も次第に低下し2016年5月には309 IU/lと改善をみた。現在も内服中である。

【症例2】患者：75歳、女性。初診：2015年3月。主訴：う歯と口渇。2015年5月よりSSA/Ro抗体22.8U/ml（＋）、SSB/La抗体（－）にてシェーグレン症候群の診断で人参養栄湯を内服していた。2016年1月より下唇粘膜の反復性の小水疱（臨床診断：粘液嚢胞）を認め、五苓散7.5 g/日を追加処方したところ2016年2月には縮小し確認できなくなった。同年4月に再発を認めるも五苓散再内服により確認できなくなり現在経過観察中である。

【症例3】患者：40歳、男性。初診：2015年10月。主訴：口腔底部の腫瘤。1週間前より左側舌下小丘部に小水疱を認め来科。左側顎下腺管開口部よりの唾液排出なく顎下腺体および導管内に唾石等の石灰化物はX線、CT、MRI検査にて認めなかった。左側顎下腺管部の粘液嚢胞の臨床診断にて五苓散7.5 g/日を2週間処方したが、変化は認めずさらに腺体側腺管上に複数の水疱を認めるようになった。このため柴苓湯7.5 g/日に変更した。約4週間内服したところ水疱が消失するようになった。しかし服薬中断すると再発を認め現在経過観察中である。

五苓散は沢瀉、蒼朮、猪苓、茯苓、桂皮で構成される利水剤であるが、五苓散の効果不十分例に対し抗炎症作用のある柴苓湯が有効であるとの報告がある。人参養栄湯の併用例など補剤併用の効果について考察を加え報告したい。

3. 医者の匙加減

医療法人わくい耳鼻科
涌井 慎哉

薬の処方については「医者の匙加減」という言葉が古くからよく知られている。

すなわち患者の状態などの細かな違いによって薬剤の種類や量を適切に変化させていくことが医者にとっては当然の行為であって、その技量こそが医者としての力量を示す一つの指標とされてきたのである。

しかしながら、近年特に西洋医学においては使用薬剤が規格化された薬量の錠剤中心となってきたことに伴って薬量を細かく微調整するということがほとんど行われなくなってきた。 すなわち複数の薬剤を組み合わせて処方する場合、どのような症例に対しても薬剤を同じ比率で組み合わせる事が一般的になっている。 これは微調整が利きにくい錠剤の組み合わせの場合のみならず粉薬や水薬を混合させる場合においても約束処方という一定の比率をもったものをそのまま使う場合が多く見られる。 このようなやり方は調剤の効率化を図る上では有用であると思われるが果たしてそれで良いのかとなるといろいろ疑問を持たざるを得ない。

一方漢方医学においては患者の細かな状態の違いに応じて個々の薬物の種類や量を微調整しながら処方する事が伝統的手法であった。

ところが、漢方の処方がエキス剤中心となってくると前述した西洋医学の場合と同様に規格化された漢方エキス製剤を加減することなくそのまま処方するようになっているのが現状である。

確かにエキス製剤では個々の生薬の割合を変化される事は困難である。 しかしながら例えば感冒などに頻用される桂麻各半湯や桂枝二麻黄一湯、桂枝二越婢一湯などは複数のエキス剤を適当な割合で混合させれば簡単に作成できるし、小青竜湯に必要に応じて附子を追加したり石膏を追加したりすることも、また複数の証を持つ症例に対して個々の証に対する薬剤をそれぞれ適切な比率で組み合わせていくことも不可能ではない。

しかしながら最近漢方製剤の処方に対する微妙な加減を否定し処方を単純なものに規格化させる動きが現れてきていることに懸念を感じている。

ここでもう一度漢方医学の伝統的手法である医者の匙加減ということを見直して、漢方医学が長い歴史の中で培ってきた個々の症例に対するきめ細かな処方という特質を失わせてしまわないようにしなくてはならないと考えている。

4. 睡眠障害治療に効果を示した漢方治療の一症例 －他覚的評価を含めて－

名古屋市立大学病院 睡眠医療センター
○有馬 菜千枝、佐藤 慎太郎、中山 明峰

【諸言】閉塞性睡眠時無呼吸症候群（OSAS; obstructive sleep apnea syndrome）の症状は日中傾眠や熟眠感低下などで、その治療のひとつに経鼻的持続陽圧換気療法（nasal continuous positive airway pressure; nCPAP）がある。治療マスクは鼻に装着されるため鼻閉があると装着が困難となる。今回鼻閉などに対して漢方製剤を処方したところ、装着時間が有意に上昇し、そのことが CT 画像で確認できた 1 例を経験したので報告する。

【症例】53 歳、男性。アレルギー性鼻炎による鼻閉と鼻汁に対してセリチジン塩酸塩錠内服していた。日中傾眠があり、睡眠検査にて OSAS と診断された。nCPAP を開始したが鼻閉や鼻汁のため使用困難であった。鼻閉と鼻汁の改善目的で越婢加朮湯を処方したところ装着時間が有意に上昇した。鼻閉は改善したが鼻汁の改善は不十分であったので、小青竜湯に変更したところ、自覚症状は改善したが装着時間は同レベルにとどまった。そこで鼻閉の改善をさらに目指して小青竜湯＋葛根湯加川芎辛夷を処方したところ、前の 2 剤と比べさらに装着時間が延長した。また漢方製剤内服前、越婢加朮湯内服中、小青竜湯＋葛根湯加川芎辛夷内服中の 3 回の CT 画像からも鼻粘膜の肥厚が改善していったことが確認できた。

【考察】アレルギー性鼻炎に対する抗アレルギー剤は副作用に催眠作用があり、日中傾眠をきたしやすい OSAS 患者には不向きである。またアレルギー性鼻炎による鼻閉や鼻汁といった症状は nCPAP 装着には障害となる。一方越婢加朮湯、小青竜湯、葛根湯加川芎辛夷は鼻閉や鼻汁に効果があるとされる上に催眠作用がない。つまり今回のような症例には漢方治療は非常に有用であると考えられる。

今回我々は漢方治療効果を nCPAP トレンドデータと CT 画像から、客観的データとして証明することができた。

5．前庭型片頭痛に対する漢方治療の経験 －五苓散を中心として－

福島県立医科大学会津医療センター 耳鼻咽喉科学講座
○山内 智彦、横山 秀二、小川　洋

【背景】前庭型片頭痛は、片頭痛発作にめまいを伴う疾患であり、片頭痛関連めまいや片頭痛性めまいの呼称が使われることもある。頭痛とめまいが共通の病因によって生じると考えられており、肉体的疲労、精神的ストレス、気候の変化、生理などが発作の誘因となる。当科では本疾患に対して、塩酸ロメリジンや塩酸アミトリプチリンなどの西洋薬を用いるほかに、発作の誘因や体質（証）などから漢方薬を選択し治療を行っている。本疾患に対する漢方薬の使用状況や効果の検討を行ったので報告する。

【対象】平成 25 年 4 月から平成 28 年 4 月までに、めまいを主訴に当科を受診し前庭型片頭痛（疑いを含む）と診断した 19 例。年齢は 14 歳～ 87 歳（平均 43.4 歳）。男性 5 例、女性 14 例。漢方薬別の使用数と治療効果（著効＝発作消失、改善＝発作頻度減少、不変、悪化、に分類）を検討した。

【結果】19 例のうち、漢方薬を用いたのは 13 例（西洋薬との併用 11 例、漢方のみ 2 例）であった。処方別では、五苓散が 8 例で最も多く、次いで苓桂朮甘湯 3 例、人参湯 1 例、当帰芍薬散加附子 1 例という結果であった（重複を含む）。発作時頓服として呉茱萸湯を用いたのは 3 例であった。五苓散を処方した 8 例（西洋薬との併用 6 例、漢方のみ 2 例）での治療効果は、著効 2 例、改善 5 例、不変 1 例であり、改善以上の有効率は 87.5% であった。また、五苓散を処方した 8 例は全例、雨が降る前や湿度の変化を発作の誘因として挙げていた。苓桂朮甘湯を処方した 3 例（3 例とも西洋薬と併用）の治療効果は、改善が 2 例、不味くて内服できなかったのが 1 例で、有効率 66.7% であった。呉茱萸湯を発作時の頓服として処方した 3 例は 2 例のみが内服でき、2 例ともに「NSAID と比べて即効性はないが穏やかに効く」との感想が聞かれた。なお、呉茱萸湯を処方した 3 例には、五苓散を発作予防薬として処方した。

【結語】症例数が少なく、西洋薬との併用も多いなかでの検討ではあるが、水毒体質の前庭型片頭痛に対しては五苓散を試す価値があると考えられる。当科では、気候の変化が誘因となる前庭型片頭痛には、発作予防薬として五苓散を、発作治療薬として呉茱萸湯を処方するのを基本方針としている。

6. 後鼻漏に対する漢方療法 －小半夏加茯苓湯と二陳湯の効果－

せんだい耳鼻咽喉科
内薗 明裕

後鼻漏は、鼻汁が咽頭へ落下する現象であり、耳鼻咽喉科診療ではごく一般的な訴えである。鼻副鼻腔粘膜からの分泌量は正常人で 24 時間に約 6L と考えられている。客観的に咽頭後壁や下咽頭に鼻汁の付着や貯留が認められる場合、真性後鼻漏と考えられ、慢性副鼻腔炎が主たる原因である。しかしながら臨床現場の実情としては、自覚症状のみの後鼻漏感も多く、必ずしも客観的な所見と整合しない難治性の症例 (仮性後鼻漏) が少なくない。田原は、後鼻漏に対する小半夏加茯苓湯の効果について報告している。また織部は、後鼻漏は漢方でいうところの痰飲と考えて二陳湯を併用することで多くの症例を治療している。今回筆者は、平成 27 年中に受診した後鼻漏を訴える患者にこの2法を単独または他の方剤と併用する治療を行った結果について報告する。平成 27 年に後鼻漏治療を目的に小半夏加茯苓湯を用いた症例は 28 例であった。また、二陳湯を用いた症例は、10 例であった。代表的な症例を提示して、後鼻漏に対する有用性を検討した。

【症例】65 才　女性　数ヶ月前からの後鼻漏を主訴に来院。感冒罹患後より後鼻漏が持続して他院を受診して副鼻腔炎の診断で 2ヶ月間治療を受けたが、症状が持続するために当院を受診した。身長 165cm 体重 48kg。鼻内所見：粘膜はやや蒼白、粘性でやや黄色の鼻汁と後鼻漏を認めた。披裂部の粘膜浮腫軽度。顔面レ線で両篩骨に軽度の陰影。東洋医学的所見：やせているが、冷えは強くなく、二便正常。舌やや胖大、白色賦苔を認める。心下痞あり。胸脇苦満なし。処方：小半夏加茯苓湯 7.5g を分 3 で 1 週間投与した。第 2 診時症状スコアは 5 ／ 10 に軽減し、更に同方継続にて 2 週間後には 0 ／ 10 に軽快し治療終了した。小半夏加茯苓湯は、金匱要略に記載されている利水剤であり、妊娠悪阻に頻用される。半夏・茯苓・生姜の 3 剤からなり、体力中等度の妊娠悪阻、その他の諸病の嘔吐（急性胃腸炎、湿性胸膜炎、水腫性脚気、蓄膿症）が適応となっている。構成生薬が少ない分切れが良く、効果発現も早い。今後、難治性の後鼻漏に使用する価値が高い方剤と考えられる。

7．頭頸部癌TPF療法における口内炎に対する半夏瀉心湯の有用性の検討

恵佑会札幌病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
〇渡邉 昭仁、谷口 雅信、木村 有貴

【はじめに】抗がん剤治療において種々の副作用が治療完遂率に大きく影響することは周知の事実である。口内炎もその一つである。近年、半夏瀉心湯はこれら抗がん剤治療や放射線治療における口内炎に対する有用性が報告されている。今回、頭頸部癌症例に用いているTPF療法の口内炎に対して半夏瀉心湯の有用性について検討した。

【対象と方法】2015年11月から2016年3月までに当院で入院しTPF療法を行った症例のうち、2コース目まで観察できた症例を対象とした。1コース目に口内炎がみられた症例に半夏瀉心湯を投与した。さらに2コース目は治療開始時より半夏瀉心湯の予防投与を行った。2コース目における半夏瀉心湯による口内炎の抑制効果を前向きに調査した。口内炎の重症度はCTCAE v4.0で評価した。統計解析はFisher 's exact test, Student 's testおよびMnn-Whiteney U testを用い、$p < 0.05$を有意差ありとした。

【結果】検討症例は19例であった。1コース目における口内炎の出現は13例（68.4%）であった。これら13例の2コース目に予防投与を行った。予防投与例における口内炎の出現率は10例（76.9%）であった（p=0.11）。口内炎の重症度は1コース目Grade 1：9例、Grade 2：3例、Grade 3：1例であった。予防投与13例の2コース目はGrade 0：3例、Grade1：8例、Grade 2：2例、Grade 3：0例であった。また、1コース目における口内炎の発現期間の平均は7.7日であったのに対し、予防投与群13例の2コース目は4.8日と減少する傾向がみられた（p=0.08）。

【まとめ】半夏瀉心湯はTPF療法おいて予防投与することにより、口内炎の発現を抑制する傾向がみられた。また、発現した場合においても期間短縮やGradeの低下により口内炎を軽症化する可能性が示唆された。

一般講演Ⅱ

8．セツキシマブによる爪周囲炎に対し漢方治療が有効であった一例

国立病院機構 霞ヶ浦医療センター[1)]、野木病院[2)]、筑波大学附属病院[3)]
○星野 朝文[1)3)]、加藤 士郎[2)3)]

【はじめに】頭頸部癌の化学療法はシスプラチンを中心に発展してきたが、最近では分子標的薬を用いた治療も広がり始めている。頭頸部癌に適応のある分子標的薬はセツキシマブであり、その副作用としてざ瘡様皮疹や爪周囲炎などが比較的高率に起こる。これに対してはミノサイクリンの内服や、ヘパリン類似物質やステロイド軟こうが一般的に使用されるが、それらでは十分コントロールできない場合もある。昨年の第31回日本耳鼻咽喉科漢方研究会では、セツキシマブによる難治性皮膚乾燥および爪周囲炎に対し、鳥取大学より温清飲の使用経験が報告された。当院ではセツキシマブ長期使用症例の足の爪周囲炎に対して、温清飲と紫雲膏を用いることで、ステロイド軟こうの使用が不要になった症例を経験したので報告する。

【症例提示】（患者）50代男性（既往歴）特になし（主訴）爪周囲炎、皮膚の発赤（現病歴）X‐2年1月に鼻腔癌（扁平上皮癌T4bN0M0）の診断で放射線化学療法（陽子線70Gy、FP2クール）でCRとなった。9か月後に局所再発し、セツキシマブを用いた化学療法を施行。その後のweelkyセツキシマブ施行目的にて紹介受診。X年6月までセツキシマブ67回施行。その副作用で、ざ瘡様皮疹と爪周囲炎が顕著にある。その時点で、ミノマイシン、タリオン内服とヒルドイド、リンデロンVG、ロコイドの各軟膏を使用。（一般的所見）身長169cm、体重94kg。顔面の発赤と膨疹。手指に軽い爪周囲炎。足指、特に拇指の爪周囲炎は重度。（漢方医学的所見）舌はやや赤く、薄い乾燥気味の白苔あり。脈は浮沈中間、虚実中間。腹は5／Vで、太鼓腹。便秘なし。（経過）はじめに黄連解毒湯を処方。2週目からは足の拇指に紫雲膏を塗布開始。5週目からは内服を温清飲に変更。その後、徐々に足の拇指からの浸出液は減少し、ステロイド軟こうの使用が不要となった。

【考察】温清飲は、発疹や皮膚化膿症などの皮膚疾患に用いられることが多い。また、紫雲膏は保険診療で使用できる唯一の漢方軟こうであり、火傷や痔核に用いられる。その色は特徴的な赤紫色をしており、審美上の面などの理由から頭頸部領域ではほとんど使用されていない製剤であるが、今回は足の爪周囲炎と目立たない部分であったために使用した。この両者の使用は、セツキシマブによる副作用である難治性皮膚病変のコントロールに有効であった。

【まとめ】セツキシマブによる副作用である難治性皮膚疾患に対し、温清飲と紫雲膏が有効であった。一般的な治療に難渋する場合には温清飲の内服とともに、足の爪周囲炎などの審美上の問題がない部位には、紫雲膏の使用も考慮すべきと考える。

9．セツキシマブ併用放射線治療による放射線性皮膚炎に対して漢方薬が有効であった症例

山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学
○広瀬 敬信、菅原 一真、山下 裕司

局所進行頭頸部癌に対してはtri-weekly CDDP併用のChemoradiotherapy （CRT）治療が標準治療とされているが、Bonner試験でセツキシマブに上乗せ効果があったことから、セツキシマブ併用放射線治療も行われるようになった。CRTによる血液毒性、腎障害が少ない事から、当科では高齢者、腎障害・糖尿病患者を中心にBio‐Radiation（BRT）治療を行っている。セツキシマブの副作用として、ざ瘡様皮疹等が挙げられており、特に放射線と併用すると放射線性皮膚炎が高率に合併する。

放射線性皮膚炎は、放射線による物理的障害によって起こる。一方、セツキシマブは抗Epidermal Growth Factor Receptor（EGFR）抗体で、皮膚ではEGFRが多く発現している。これはケラチノサイトの増殖、分化を行っているため、セツキシマブにてEGFRが阻害されると、ケラチノサイトの増殖や分化が阻害され、その結果アポトーシスが誘発、また炎症性サイトカインが放出され、表皮が壊れやすく保湿できない皮膚になると考えられている。よって、BRT治療ではセツキシマブによる皮膚機能障害に、放射線による物理的障害が加わり、放射線性皮膚炎の副作用が強くでるものと推察される。

放射線性皮膚炎は患者のQOLを低下する一因となり、また入院期間延長の原因ともなるため、これをコントロールすることが肝要である。

黄耆建中湯は黄耆、桂皮、芍薬、生姜、大棗、甘草から構成、適応証は虚証、寒証とされており、虚弱者の体質改善の他に、化膿性皮膚病、湿疹、アトピーなどに適応とされる。過去の報告には、褥瘡や難治性皮膚潰瘍に対して効果があった事が報告されている。

今回我々は、虚弱に対する体質改善にて黄耆健中湯を使用し、放射線性皮膚炎をコントロールできた症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

10．オピオイドでコントロール困難であった癌性疼痛に補中益気湯＋附子末が奏効した1例

茨城県立中央病院 耳鼻咽喉科
○境　修平、上前泊 功、高橋 邦明

末期がん患者のおよそ7割が癌性疼痛に苦しんでいるといわれており、そのコントロールは患者のQOLを保つためにも極めて重要である。通常はモルヒネを中心としたオピオイド製剤に加えて、NSAIDs、アセトアミノフェン、ステロイド、プレガバリンなどの鎮痛補助薬を使用するが、全身に転移をきたした場合、それだけでもコントロール困難な症例に遭遇する。今回われわれは上咽頭癌の多発肺転移、肝転移、腹腔内リンパ節転移に伴う癌性疼痛に対して補中益気湯＋附子末が著効した症例を経験したので報告する。

症例は60歳代女性。平成27年2月に右頸部腫脹にて受診。上咽頭癌（T2N2M0）と診断されCDDP,5‐FU併用の放射線化学療法70Gyを施行。7月に退院となったが、その後の画像検査にて多発肺転移、肝転移、腹腔内リンパ節転移を指摘。CDDP,5‐FUによる化学療法を入退院を繰り返しながら施行していた。

2月下旬、アセトアミノフェン1200mg、トラマドール100mg内服していたが、腰背部痛増悪にて救急外来受診。疼痛コントロール目的にて緊急入院となった。モルヒネ持続皮下注（0.5mg/hr）にて開始。コントロール良好となり外出・外泊を希望されたためフェンタニルパッチへとオピオイドローテーション。

4月下旬の時点でフェンタニルパッチ4mg、プレガバリン50mg、メロキシカム10mgを内服。平時はコントロールできていたが、突出痛のコントロールが不良でありモルヒネ塩酸塩水和物液の頓用を繰り返しても困難な状態であり、アセトアミノフェンの点滴静注を繰り返す日々であった。このままでは外出・外泊が困難となることが考えられたため漢方製剤を本人と相談し導入することとなった。

所見としては、身長144センチ、体重38.4キロとるい痩あり。血色はやや不良で食思不振軽度認めた。家族が食欲をあげるために補中益気湯を出してほしいとの希望があったため、それに加えて附子末1.5ｇ／分3を加え開始した。

4月25日に開始。アセトアミノフェンの点滴静注をほぼ毎日施行していたが、4月25日、2日と連続使用したが5月2日に使用したのを最後に使用せず。点滴がなくなり外出・外泊が可能となりQOLの改善を認めた。

附子はモルヒネの副作用の軽減をはかり、鎮痛・代謝賦活作用を示すことが知られている。また癌性疼痛を訴える状況は寒虚証の状態であり、補中益気湯のような補剤が有効である。補中益気湯＋附子末は癌性疼痛を訴える末期がん患者に対して有用な組み合わせであることが示唆された。

11. 化学療法による消化器症状に対する半夏瀉心湯の有効性

鳥取大学医学部感覚運動医学講座 耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野
○平 憲吉郎　河本 勝之　藤原 和典　竹内 裕美

頭頸部癌患者の化学療法では嘔気や下痢が高頻度に出現する。嘔気や下痢によって経口摂取困難や脱水傾向と全身状態を悪化させる危険があるため、補液や経鼻胃管からの栄養の投与などが必要になってくる。重症化すると治療の完遂にも大きく影響してくる。

これらの症状に対して制吐薬の投与や整腸剤の投与が行われているが、対症療法が中心であり有効な予防方法が無い。よって効果的な予防方法の確立は重要である。

近年は化学療法による口内炎の治療薬として、半夏瀉心湯の治療効果が報告されているが、下痢や逆流など不快な上部消化管症状に対する効果も報告されている。今回われわれは頭頸部癌患者の化学療法に対して半夏瀉心湯を溶解したうがい液で治療を行った結果、口内炎の疼痛を抑える効果に加えて、嘔気と下痢の消化器症状の重症化を抑える傾向も認められた。

対象は 2014 年 10 月～ 2015 年 10 月まで入院で導入化学療法を行った頭頸部癌患者 16 名とした。

方法は半夏瀉心湯によるうがい薬を実薬群（半夏瀉心湯）と偽薬群（乳糖）の 2 群に分けて二重盲検化を行った。うがいの方法は化学療法の開始日からうがい薬を 100ml の白湯に溶解して 1 日 3 回、毎食間に 2 週間行った。使用した抗がん剤は全例でドセタキセル、シスプラチン、5-FU であった。

結果は下痢について罹患期間は実薬群と偽薬群ともに平均 3.9 日であったが、平均 grade は実薬群で 1.3 に対して偽薬群では 2.3 であった。また、嘔気による経口摂取不良は実薬群では 2 人、偽薬群では 4 人であった。また、半夏瀉心湯による副作用は認めなかった。

本研究はもともとうがいで口内炎に対する局所治療を目的としており、内服による全身投与であれば更なる改善効果があったかもしれない。加えて、症例数が少なく今後のさらなる症例数の積み重ねが必要である。

12. 喉頭肉芽腫に対する漢方治療

弘前大学医学部耳鼻咽喉科
高畑 淳子

【はじめに】喉頭肉芽腫は、主に逆流性食道炎を原因とする、声帯後方に形成される肉芽腫である。当科では以前より、オメプラール®、ガスモチン®、フルタイド®といった、PPIなどの胃腸薬、消炎目的のステロイド吸入薬にあわせて六君子湯を用いて、証にかかわらず良好な治療効果が得られていた。六君子湯は食道クリアランス改善や、胃貯留能改善などで逆流性食道炎に有効なことが知られている。上記の保存治療で多くの症例において、肉芽が1、2か月以内に改善傾向となり、いずれ消失する。しかしながら、保存治療で軽快せず、生検で腫瘍の除外、腫瘤の除去を行っても、すぐに再発し、治療に難渋する症例も散見された。

境修平先生の六君子湯＋小柴胡湯による漢方治療報告をもとに、当科でも上記の保存治療で軽快しない症例に対して、小柴胡湯を追加投与したところ、肉芽が消失した症例を経験したため報告する。

【症例1】65歳男性

平成26年1月から嗄声。平成26年2月近医耳鼻科から当科紹介となったが、保存治療で軽快しなかった。平成26年9月全身麻酔下に生検を行ったが肉芽の診断であった。術後、肉芽が再増大し軽快しないため、26年10月小柴胡湯を追加した。半年でおおむね消失した。

【症例2】63歳男性

平成25年5月頃から咽頭痛。平成25年6月当科紹介となり、喉頭の肉芽が認められた。保存治療で改善せず、平成25年9月に全麻下生検施行。異型性を認めたが、悪性腫瘍なし。保存加療続けるも再増大し、平成26年4月から小柴胡湯を追加した。4か月で肉芽消失した。

【考察】小柴胡湯は亜急性、慢性炎症疾患に対して広く用いられる処方である。肉芽腫を慢性炎症ととらえると、小柴胡湯の併用は理にかなっていると考えられる。実際、PPI、六君子湯などでかなり長い期間治療し、軽快しなかった症例で改善が得られているため、有効な組み合わせと考えられた。ただ、まだ経験症例は多くないため、今後さらに症例を検討する必要があると思われた。

13. 小青竜湯による鼻粘膜上皮細胞からのIL-33分泌抑制作用

昭和大学医学部生理学講座生体制御学部門[1)]、昭和大学医学部耳鼻咽喉科学講座[2)]、昭和大学病院東洋医学科[3)]
○砂川 正隆[1)]、山﨑 永理[1)]、髙橋　玲[1)]、深道 祥子[1)]、玉井 万貴[1)]
時田 江里香[2)3)]、渡辺 大士[1)3)]、石野 尚吾[1)3)]、久光　正[1)]

【目的】アレルギー性鼻炎患者では、抗原の暴露により肥満細胞や好塩基球が関与する即時相反応と炎症による遅発相反応が誘発される。即時相では鼻粘膜上皮細胞から分泌されるinterleukin（IL）-33や肥満細胞や好塩基球から分泌されるヒスタミンなどが鼻炎症状の誘発に関与し、遅発相では神経ペプチドであるサブスタンスP（SP）やカルシトニン遺伝子関連ペプチド（CGRP）、更には神経成長因子(NGF）が症状の増悪に関与することが報告されている。本研究は、アレルギー性鼻炎モデルラットの鼻過敏症状に対する小青竜湯の作用機序を検討する目的で行なった。

【方法】6週齢Sprague-Dawley 系雄性ラットを用い、toluene2,4-diisocyanate （TDI）誘発アレルギー性鼻炎モデルを作製し、小青竜湯を21日間連続投与した。小青竜湯は粉末飼料に3%の割合で混合し、自由摂取させた。実験22日目10% TDIを点鼻し、アレルギー症状誘発直後から10分間の鼻過敏症状（くしゃみの回数と鼻掻きの時間）を調べた。また、症状誘発から1時間後の鼻洗浄液中と血漿中のIL-33、血漿中のヒスタミン濃度をEIA法にて測定し、鼻粘膜上皮細胞中のIL-33の変化を免疫組織学的に調べた。更には、6時間後の鼻洗浄液中SP, CGRP, NGF濃度をEIA法にて測定した。

【結果】アレルギー性鼻炎モデルでは、くしゃみと鼻掻きの回数、鼻洗浄液中ならび血漿IL-33濃度、血漿ヒスタミン濃度また鼻洗浄液中SP, CGRP, NGF濃度は対照群と比較し有意に上昇した。しかし、小青竜湯の投与によりこれらの上昇は有意に抑制された。鼻粘膜上皮のIL-33は、アレルギー性鼻炎モデルでは鼻粘膜から分泌された結果、有意に減少したが、小青竜湯の投与によりその減少は有意に抑制された。

【結論】小青竜湯はアレルギー性鼻炎モデルラットの鼻過敏症状を有意に抑制したが、その機序として即時相ではIL-33の、遅発相ではSP, CGRP, NGFの分泌抑制が関与していることが示唆された。

一般講演III

14. 漢方薬で治療効果のみられた好酸球性副鼻腔炎の1症例

医療法人至慈会 高島病院
柿添 亜矢

好酸球性副鼻腔炎は両側の多発性鼻茸と粘調な鼻汁により、高度の鼻閉と嗅覚障害を示す、成人発症の難治性副鼻腔炎である。鼻腔内に鼻茸が充満し手術をしてもすぐに再発する難治性疾患であり、抗菌薬は無効でステロイドの内服にのみ反応するとされる。2015年にJESREC Studyによる診断基準が出され、厚生労働省により昨年7月から医療費助成が開始された指定難病疾患の1つに認められた。好酸球性副鼻腔炎に対し漢方薬による治療の報告は少なく、今回当院で治療中の症例に対し漢方薬が有効と思われた症例を報告する。

症例は40歳男性、2011年、アスピリン喘息を発症し近医呼吸器内科よりプランルカストとステロイドの吸入器（フルタイド®）を処方されていた。20代の頃から鼻閉と嗅覚障害はあり2013年9月に他院にて副鼻腔内視鏡手術を受けたがその後通院せず放置。その後徐々に鼻閉が強くなり、2014年3月17日当院を受診。鼻腔内は中鼻道を中心に鼻茸が充満し膠状の粘膿生鼻汁を多量に認めた。鼓膜所見は正常。副鼻腔CT・MRIにて全ての副鼻腔に粘調度の高い液体貯留を認めた。血液検査では血中好酸球7%、アレルギー検査では総IgE 628（基準値70以下）、HD、ユスリカ、ヤケヒョウダニ、蛾、ネコフケ、ゴキブリに陽性であった。治療は保存的治療として抗アレルギー剤、粘液溶解剤、膿性鼻汁の改善までは抗生剤も併用し、ステロイド点鼻薬も使用した。鼻茸増大時には短期間プレドニゾロンを投与した。当院は外科手術設備がないので同年9月に手術目的で他院へ紹介し内視鏡手術を施行して頂き、術前術後プレドニゾロン30 mgより漸減投与された。しかしステロイド減量に伴い鼻茸は増大し10月に入りプレドニン2.5 mg / 日になる頃には術前同様となってしまった。その後11月からセレスタミン1 T 3週間→0.5 T 3週間→0.5 T隔日服用で2週間と投与されるもやはり減量に伴い鼻茸は増大した。翌年3月にポリープ切除術を施行されたがステロイド中止後2日で鼻茸は再発した。そこでツムラ114柴苓湯を試したところ軽度鼻茸の縮小がみられ、その後ツムラ104辛夷清肺湯も併用したところさらに鼻茸の縮小効果がみられ、6月末の上気道炎罹患後による増悪時まで2か月間はステロイド投与せず状態を維持することができた。その後本人が多忙で服薬忘れがつづき一旦漢方は中止したがやはり鼻腔所見が悪化した為、ステロイドを漸減投与し、プレドニゾロン2.5 mg / 日になった時から柴苓湯も併用開始したところ、以前のような鼻腔所見の悪化はみられずステロイド投与終了とした後も1か月以上良い状態を維持できた。その後も柴苓湯は鼻茸の増大を抑制する効果はみられ、感染で膿性鼻汁がみられたり鼻茸の増大を認めた場合は柴苓湯＋辛夷清肺湯の2剤併用の方が有効であった。柴苓湯以外の柴胡剤でも効果がある可能性を考え、本人の証から柴胡桂枝湯や四逆散も2週間ずつ試したが柴苓湯のような鼻茸縮小効果は見られなかった。これには五苓散の抗炎症作用も効果に関与しているのではないかと思われる。辛夷清肺湯が鼻茸を伴う副鼻腔炎に有効であることは古くからの常識であるし、柴苓湯も耳鼻咽喉科領域では昔から耳疾患に馴染みのある漢方薬ではあるが、私自身がこの2剤併用で好酸球性副鼻腔炎を治療したのはこの症例が初めてであったので興味深い経験であった。

耳鼻咽喉科漢方研究会ではもう常識的な内容かもしれませんが、ぜひ他の先生方のご経験や投与期間など教えて頂ければ幸いです。

15. 好酸球性副鼻腔炎と辛夷清肺湯の有用性

福井大学耳鼻咽喉科[1)]、舞鶴共済病院[2)]
○坂下 雅文[1)]、高林 哲司[1)]、吉田 加奈子[1)]、扇　和弘[1)]、足立 直人[1)]、小山 佳祐[2)]
加藤 幸宣[1)]、加藤 永一[1)]、徳永 貴広[1)]、呉　明美[1)]、藤枝 重治[1)]

近年、難治性、再発性の好酸球優位な慢性副鼻腔炎が本邦において増加している。成人発症で、気管支喘息の合併が多く、ポリープ中に好酸球が優位であることから好酸球性副鼻腔炎という疾患概念が提唱された。全国規模の疫学調査 JESREC（ジェスレック）study では診断基準が作成され、現在鼻科領域では大変注目されている。一方で、治療法としては従来から言われているステロイドの使用が主要であることに変わりはない。気管支喘息を合併することから、全身疾患としてこの疾患をとらえる必要があり治療には長期のステロイド使用を余儀なくされる症例がある。その際には副反応への配慮も必要となる。そこで、一般に副反応の少ないとされる漢方薬の使用を検討する機会も多く、慢性副鼻腔炎に適応のある漢方薬としては辛夷清肺湯があるが、好酸球性副鼻腔炎に対して使用した調査はまだ少ない。

本発表では、JESREC study での診断基準スコア 11 点以上の好酸球性副鼻腔炎と診断された症例について、辛夷清肺湯の使用の有無と術後の再発および薬剤の追加使用の関係を調査した。私達の教室では、術後 1 日目から退院までの 7 日目まではレボフロキサシン 500mg/ 日、カルボシステイン 1500mg/ 日、ベポタスチンベシル酸塩 20mg/ 日を使用している。退院後の 1 か月間はクラリスロマイシン 400mg/ 日、カルボシステイン 1500mg/ 日を用いている。また、術後 3 日目から鼻内ガーゼを抜去し、翌日から生理食塩水を用いて鼻内の洗浄を 2 回 / 日行っている。退院後の術後管理では、鼻・副鼻腔の専門外来を受診し固定の医師 2 人による診察を受けている。通院期間中に鼻粘膜の浮腫状変化が見られた際には、鼻ポリープの再発進展を予防するためにベタメタゾン・クロルフェニラミンマレイン酸塩の内服や、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム点鼻を追加している。

辛夷清肺湯を使用した群では、上記の通常使用薬剤に追加して術後 1 日目から退院後も継続して内服を行った。術後 3 カ月までの経過中にポリープの再発、使用薬剤の追加について比較検討し、報告する。

16. 反復する耳下腺炎に漢方治療が有効であった一例

富山大学 耳鼻咽喉科頭頸部外科
○阿部 秀晴、石田 正幸、将積 日出夫

今回我々は、反復する一側性化膿性耳下腺炎症例に対し、柴胡清肝湯が反復の予防に有効であった一例を経験した。

【症例】61 歳女性。

【既往歴】子宮筋腫・下肢静脈瘤・腰部脊柱管狭窄症

【病歴】2009 年 11 月に左化膿性耳下腺炎を初回発症し、当科受診。耳下腺内に膿瘍を認めたが、抗生剤内服で加療され改善した。2012 年 11 月に同側に再発し、抗生剤の内服加療を受けるも改善せず、入院の上点滴抗生剤加療および切開排膿を要した。2014 年 1 月同側に再再発し、内服抗生剤投与し改善。急性化膿性耳下腺炎を反復している事から、消炎後に柴胡清肝湯を開始した。

【投与後経過】柴胡清肝湯を継続し、30 か月経過した現在まで再発は一度も認めていない。

【考察】柴胡清肝湯は再発性の扁桃炎，咽頭炎，頚部・顎下部リンパ節炎などに用いる方剤である。小児に用いることが多いが成人でもよいとされる。

本症例において、化膿性耳下腺炎の反復には、局所感染巣や，局所の異常な免疫反応，または免疫力の変調（ストレス・疲労）が関与していると考え、柴胡（肝気鬱結　ストレスを治す。）・黄連解毒湯（少陽病期・実証・半表半裏の熱に用いる。）・四物湯（太陰病期・虚証　易疲労状態・局所免疫の低下に用いる。）を合わせた本剤が、陰陽・虚実の守備範囲が広く、日々変化する状況の中で反復の予防に有効であったと考えた。

今後症例を重ね検討したい。

一般講演III

17. 反復性中耳炎という病気への提言

島﨑耳鼻咽喉科
山本 千賀

昨年の本学術集会で急性中耳炎の治療を葛根湯で行い、成果をあげていると発表した。

その時の症例 150 例のうち 2 歳未満は 34 例であった。反復性中耳炎が起こりやすい年代が 2 歳未満で、反復性中耳炎の定義「過去 6 か月以内に 3 回以上、12 か月以内に 4 回以上の罹患」をこれら 34 例にあてはめ、急性中耳炎の反復性はどうだったかを検討した。しかし、該当する症例はいなかった。症例の中には受診前は反復性中耳炎だった 1 例も含まれている。この結果は、葛根湯で急性中耳炎を治療したら、反復性中耳炎はおこらないのか、ということになる。

一方昨年の報告で、急性中耳炎に葛根湯治療は有効で、抗菌薬を投与しなくても治った例は 150 例中 119 例であり、投与しても併用 2～4 日であった。抗菌薬なしで、葛根湯でなおるのである。重症で心配な例だけ 3 日投与すればよい。耐性菌出現率もこれなら低いだろう。

さらに昨年の 2 歳未満 34 例の中で、葛根湯治療した難治性中耳炎が 2 例いた。いずれもこれでもかと抗菌薬を併用していた。抗菌薬を使えば使うほど疾患はややこしいことになる。これからも明白ではないだろうか。抗菌薬治療を頭からはずし、急性中耳炎を葛根湯だけで治療すればそれで治ってしまい、反復性中耳炎も難治性中耳炎も、ものすごく減ってしまうのではないだろうか。

「抗菌薬治療を中心にしている限り、急性中耳炎は反復し、抗菌薬治療をサポートするために十全大補湯に活路をみいだそうとしているのはおかしな話である」と私の治療経験からはいえる。急性中耳炎治療のガイドラインに葛根湯が選ばれるのを望む。最近の反復性中耳炎症例の治療を紹介する。

当院に漢方治療を求めて、転院してきた。1 歳 6 か月の女児で 1 歳前から保育園に行き始め、急性中耳炎によくかかる。ハナがでるたび中耳炎といわれ、抗菌薬がでる。ここ 1 か月はずっと抗菌薬をのむため、下痢をしている。高熱の時は何度も鼓膜切開を受けた、とのこと。初診時も両側急性中耳炎で、39 度の熱が出て鼓膜切開を施行、下痢の治療もして、1 か月後に治癒。以後 7 か月間の経過は、1 か月後、片側鼓膜発赤、19 日で治癒。4,5 か月後の冬に 2 度、発熱と鼓膜発赤。11 日および 20 日で治癒。後は 1～2 日で治るごく軽い片側鼓膜発赤が 3 回。鼻漏は出たり止まったり、微熱が時々持続。治療は黄耆建中湯と必要に応じて葛根湯か葛根湯加川芎辛夷の併用で、抗菌薬の投与は 1 度もない。

18．めまい患者の冷えを目標に当帰四逆加呉茱萸生姜湯を投与し有効であった3例

いぬかい耳鼻科クリニック
犬飼 賢也

【緒言】冷え症は日本では広く知られているが、日本以外ではあまり知られていない。また、日本女性の約50%に冷え症の自覚があるとされている。当帰四逆加呉茱萸生姜湯は冷え症の頻用処方の一つである。今回、冷えを伴っためまいに当帰四逆加呉茱萸生姜湯が有効であった3例を経験したので報告する。

【症例1】35歳女性。早朝より頭を動かすと回転性めまいが出現するようになり同日当院を受診した。注視眼振は異常なく、頭位眼振では右下頭位で右向き、正面、左下頭位で左向き眼振を認め、中枢性所見はなく、西洋医学的には外則半規管型良性発作性頭位性めまい症と診断した。漢方医学的には、次の通りであった。色白でやせ形。手は冷え、自覚的にも冷え症があり、肩こり、頭痛、不眠、眼精疲労、皮膚の乾燥と荒れあり。脈候は沈細弱緊渋。舌候は淡白で少し腫大、白い舌苔あり。腹候は腹直筋が緊張し、腹壁は軟、右鼠径部に圧痛と索状の抵抗あり。裏寒虚証、血虚 と診断した。しもやけのために同漢方薬を内服し改善した既往があり、冷えの改善を目標に同漢方薬を処方した。2週間内服し改善したため廃薬とした。

【症例2】29歳女性。初診の20日前より浮動性めまいが出現し、当院を受診した。注視眼振、頭位眼振では明らかな眼振はなく、中枢性所見を認めず、聴力検査でも異常なく、西洋医学的にはめまい症と診断した。漢方医学的には、次の通りであった。体格は痩せて色白。頭重感、イライラ、目が疲れる、首のうしろがこる、背中がこる、肩がこる、冷える、疲れやすい、手足が冷たい。脈候は沈細弱緊渋。舌候は紅で白い舌苔あり。腹候は腹壁が軟、両鼠径部に圧痛と索状の抵抗あり。裏寒虚証、血虚と診断し、同漢方薬を処方した。めまいが改善し、6カ月内服後、廃薬とした。

【症例3】80歳女性。初診の3日前より回転性めまいが出現し、当院受診した。頭位眼振検査の右下頭位、頭位変換眼振の懸垂右下頭位で、上眼瞼向き右向き垂直回旋混合眼振を認め、西洋医学的には右後半規管型良性発作性頭位めまい症と診断した。血管拡張剤、ビタミン剤を処方し、一旦は良くなったが、初診から50日目にめまいが再発し再診した。漢方医学的診察をした。色白で痩せ、目が疲れる、冷える。両足にしもやけあり。夕方になると両足が痛む。脈候は沈細弱緊渋。舌候はやや紅で白い舌苔あり。腹候では腹壁は軟、両鼠径部に圧痛と索状の抵抗あり。裏寒虚証、血虚と診断し、同漢方薬を処方した。めまいが改善し5ヵ月内服後、廃薬とした。

【考察】めまいに対し同漢方薬を用いることは一般的ではない。しかし、冷え、しもやけ、下肢の痛みなど、四肢冷感があり、腹診で鼠径部に圧痛と索状の抵抗があるなど、当帰四逆加呉茱萸生姜湯の証があれば、試してみる価値があると思われた。

（日本東洋医学雑誌 64;330-335, 2013）

一般講演Ⅳ

19．めまい症例の検討からみた苓桂朮甘湯

市立旭川病院耳鼻咽喉科[1)]、北海道大学病院耳鼻咽喉科頭頸部外科[2)]
○佐藤 公輝[1)]、倉本 倫之介[2)]、相澤 寛志[1)]

2010 年 1 月～ 2015 年 10 月の期間にめまい症例に繁用した方剤は、苓桂朮甘湯、五苓散、半夏白朮天麻湯、釣藤散の 4 方剤であったが、うち苓桂朮甘湯を処方した症例の検討結果を報告する。

めまいで受診した例から、脳梗塞や神経内科的疾患など他科疾患を除外し、苓桂朮甘湯を処方した例 260 例のうち、さらに再診の無かった例、効果判定が困難であると考えられた例を除外して、検討対象は 138 例である。

効果判定については、自然寛解例の鑑別は困難と考え、苓桂朮甘湯処方後の改善例は有効例とし、患者自身の実感を重視して「著効」「かなり有効」「効いている感じ」「無効」とした。「著効」はめまい消失とほぼ同義だが、「効いている感じ」のまま内服継続してめまい消失に至った例もある一方、当初「効いている感じ」であっても結果的にめまい症状の改善がなかった例は無効とした。

原則として併用薬が多い例は効果判定困難として除外したが、本人が「漢方が効いた」と感じた例などは有効とした。また、難聴・眼振での区分はしていないが、難聴を伴う例のほとんどは併用薬が多いという理由で除外されている。

さて、著効例 63 例の訴えを「回転性」と「ふらつき（非回転性）」とにわけて、その年齢分布をみると、著効例は「回転性」めまいから「ふらつき」のめまいまで、また、14 歳から 90 歳までと幅広く分布し、その範囲は、五苓散や半夏白朮天麻湯の分布に比べてもより広かった。これは、苓桂朮甘湯はめまいの性状や年齢を選ばずに著効が期待できることを示しており、めまいに対する第一選択にふさわしい結果と思われた。

次に有効例につき、その再診日を追いつつ、「いつ頃効き始めたか」を検討した。
効果発現時期を推定できた例は有効例 99 例中の 60 例で、早くて 1 日後、遅くて 3 週後で、1 ～ 2 週後の例が最も多かった。効果発現時期を 1 日～ 2 週と設定すると 60 例中 58 例（97%）が設定期間内に含まれるので、苓桂朮甘湯は早くて次の日、遅くとも 2 週目、平均的には1週で効果が実感できると言える。これは、苓桂朮甘湯の初回処方は最長 2 週間で十分で、それで効果がない場合は転方したほうが良いということを示している。

さらに、めまい症状消失の時期を検討した。

めまい症状の消失時期を確認できた例は有効例 99 例中の 71 例で、早くて 1 日後、遅い例で半年後であったが、1 ～ 2 週後が最も多く、症状消失時期を 1 日～ 1ヶ月と設定すると 71 例中 65 例（92%）が設定期間内に含まれるので、苓桂朮甘湯は早くて次の日、遅くとも 1ヶ月後にはめまい症状が消失すると言える。これは、苓桂朮甘湯の内服継続は最長 1ヶ月で十分であるということであり、1ヶ月後にめまい症状が残る例は転方か合方を考えたほうが良いということである。

今回の結果は、めまい症例に苓桂朮甘湯を処方する際の目安になると思われた。

一般講演Ⅳ

20．めまいに対する当院の漢方エキス製剤活用術

いまなか耳鼻咽喉科
今中 政支

【緒言】『丹渓心法』に「痰なくは眩をなさず」とあり、病的な水分の貯留や停滞はめまいの最大の原因の一つと考えられている。体液である内リンパの偏在を是正する上で、過去の数々の報告に従って、五苓散、苓桂朮甘湯、半夏白朮天麻湯、真武湯　この4剤を使い分けることは重要である。第26回の本研究会では苓桂朮甘湯の活用法を発表したが、今回は演者が常套手段としているめまいに対するアプローチを報告する。

【症例】症例1：72歳、女性。1ヵ月前に回転性めまいで救急搬送され、退院後も浮遊性めまいが続き、買い物にも行けない。冷えと肩こりが強く、夜間頻尿を認める。右低音部感音難聴を認める。舌は胖大。腹力やや弱、小腹不仁を認める。処方は利水滌飲・補脾の苓桂朮甘湯に平肝熄風の天麻末を加え、温補腎陽・利水の牛車腎気丸を併用した。2週間で軽快、聴力と夜間頻尿も改善し、2ヶ月で廃薬となった。

症例2：68歳、女性。2ヶ月前から浮遊性めまいが続く。冷えと夜間頻尿がある。高音急墜型感音難聴を認める。小腹不仁を認めた。温補脾腎・利水滌飲の真武湯と牛車腎気丸を併用した。1週間で著効。夜間頻尿も改善し、2ヵ月で廃薬となった。

症例3：40歳、男性。2ヶ月前より浮遊性眩暈を認め、脳外科の画像検査で異常なく、近医耳鼻科で抗めまい薬を処方されているが、「地面に傾斜がある所を歩くと、まっすぐに歩けない。ひどい時は、頭を糸で引っ張られて歩いているようになる」など厄介な症状に困り果てている。聴力は正常。胃腸虚弱、冷え、イライラ感が著しい。腹力やや弱、胸脇苦満と腹直筋の緊張を認める。処方は補脾・熄風化痰の半夏白朮天麻湯と腹診所見が決め手となって、疏肝解鬱・調和肝脾の四逆散の併用とした。2週間で劇的にめまい感が改善され、本人も大変驚いていた。

【結果・考察】利水剤で水滞をさばくだけでなく、水滞を生じた背景となっている脾虚、腎虚、肝気鬱結などの臓腑の機能異常からアプローチすることは有効であった。適切な漢方薬を処方するための、漢方独特の問診とある程度の漢方医学的診察は欠かせないものだと言わざるを得ないが、このアプローチにより、それを簡略化できると考えている。

一般講演IV

21. 当科における半夏白朮天麻湯の使用経験

東京医科歯科大学 耳鼻咽喉科
○鈴木 康弘、清川 佑介、稲葉 雄一郎、田崎 彰久、竹田 貴策、堤　剛

当科では、2011 年頃よりめまい専門外来受診患者を中心に漢方治療を積極的に行ってきている。これまでに苓桂朮甘湯、真武湯を中心に、本学会で報告してきた。

めまい症例に対しては、上記 2 処方の他にも、補中益気湯、五苓散、柴胡加竜骨牡蠣湯、柴苓湯、半夏白朮天麻湯、加味逍遙散等の婦人科系処方を使用している。

今回半夏白朮天麻湯の使用症例が増えてきたので、これまでの使用経験を踏まえて報告する。

症例は、2011 年 1 月から 2016 年 3 月までに、めまい、耳鳴を主訴に東京医科歯科大学耳鼻咽喉科を受診した 68 例である。このうち、めまい専門外来で使用した症例は 53 例（77.9%）であった。男性 23 例、女性 45 例で、平均年齢は、62.7 歳（23 歳～ 87 歳）であった。年代別では 70 代が最多で、苓桂朮甘湯よりはやや年代の高い症例に多く使用されている印象であった。

疾患別では、前庭障害が 31 例（45.6%）と最多で、耳鳴症（12 例）、中枢性めまい（11 例）、メニエール病（10 例）と続いた。高齢の症例が多いことを反映してか、中間症から虚証がほとんどで、実証は 1 例のみであった。

治療効果に関しては、改善を認め内服を中止できた症例は 1 例のみ（前庭障害）で、軽度改善が 25 例、不変が 39 例、不明が 3 例であった。不変症例が多かったことを反映してか、1 回のみの処方で中断を希望した症例が 27 例（39.7%）と、他の処方に比べてやや多い印象であった。

疾患別の治療成績であるが、メニエール病で軽度改善症例が 7 例（70%）、ついで前庭障害が 13 例（41.9%）であった。

数字だけで判断すると、メニエール病に対する治療効果は、苓桂朮甘湯とあまり相違ない結果であった。しかし、半夏白朮天麻湯を処方した症例は少なく、優劣の判断は難しいと考えられた。

半夏白朮天麻湯は、陳皮、半夏、白朮、茯苓等 12 種の生薬が配合されており、苓桂朮甘湯や五苓散に比べると、一般的に治療効果がゆっくり出てくるものと考えられる。この事が、今回 1 回で治療を中断した症例が多くなってしまった一因と思われた。

しかし、甘草が含まれていないことから他の漢方との併用がしやすい、また消化器機能が弱い高齢者にも使用しやすいという利点があり、今後も処方を検討していきたい漢方の 1 つと考えられる。

一般講演Ⅳ

22. 苓桂朮甘湯を巡る話題

独立行政法人国立病院機構東京医療センター 耳鼻咽喉科
五島 史行

苓桂朮甘湯は利水剤として幅広く用いられる漢方薬である。めまいに広く応用される。メニエール病やパニックにも有効であり、味もそれほど悪くなく内服もしやすい漢方といえる。これまで苓桂朮甘湯を処方した経験について報告する。まず短所である。

症例 1 は 12 歳男性めまいのため不登校となっている症例である。メニエール病と診断し苓桂朮甘湯を処方し、あわせてめまいリハビリテーションを指導した。1 週間後遠方の薬局からお詫びの連絡があり、苓桂朮甘湯ではなく苓姜朮甘湯を渡してしまったとのことである。患児は苓姜朮甘湯はまずかったが体が温まって快適であったとのこと。苓桂朮甘湯は内服しやすいが効果については明確ではないとのことであった。

症例 2 は 60 歳男性メニエール病。苓桂朮甘湯を処方した。2 週間後「全く効果がない、こんな薬でいいんですか」と訴えた。確認すると苓甘姜味辛夏仁湯が渡されていた。オーダリングシステムでは、“りょう”と入力すると苓甘姜味辛夏仁湯、苓姜朮甘湯、苓桂朮甘湯の順番に表示されたため誤って苓甘姜味辛夏仁湯を処方してしまっていたケースである。

症例 3 は 76 歳メニエール病症例である。苓桂朮甘湯 3 包を処方した。めまい発作の回数は激減し奏功した。しかし血圧上昇、肝機能悪化を認めた。状況を調査すると、服薬指導箋を見誤り一度に2包みずつ内服をしていたことが判明し、通常量に変更し、副作用は消失した。

症例 4 は 41 歳男性、数ヶ月前より自分が運転する車でも車酔いを起こすようになり、近医を受診し、トラベルミンを処方されたが効果が確実ではないため、当院を受診した。初診時、明らかな前庭障害を認めなかった。乗り物酔い時には吐き気に加え、顔面が紅潮するといった自律神経症状を認めた。舌診で水毒を認め苓桂朮甘湯証と診断した。苓桂朮甘湯に加えめまいのリハビリテーションを指導し、日常の運動を指示した。1ヵ月後ほとんど車酔いが無くなった。2ヵ月後になると完全に車酔いが消失した。投薬を減量し廃薬となった。日常臨床においてはこのような苓桂朮甘湯の長所、短所を熟知し活用していく必要がある。

一般講演Ⅳ

23. 老人性鼻漏に対する漢方薬の使用経験

たけすえ耳鼻科クリニック
武末　淳

過敏性非感染性の鼻漏型鼻炎に分類される老人性鼻炎は、特に食事時に症状を訴える症例が多く、生活の質を著しく障害している。その原因として、加齢による鼻粘膜機能の衰えが云われているが、詳細はまだ明らかでは無く、既存の抗アレルギー剤による治療が奏功しない症例にもしばしば遭遇する。

老人性鼻炎において、抗アレルギー剤による治療効果が不十分であった症例に対し、加齢や冷えに基因する症状と捉え、利水機能を考慮して、牛車腎気丸を用いた事例において、鼻漏症状の改善を経験したので報告する。

一般講演Ⅴ

24．難聴を伴う認知症患者の漢方薬の効果

射水市民病院 耳鼻いんこう科
山本　憲

近年、人口の高齢化に伴い、老人性難聴に認知症を合併する患者さんが増えています。聴覚中枢の機能低下である難聴は、認知機能を悪化させ、難聴が高度になれば、より認知機能が低下すると言われています。

補聴器を使用することにより、認知症の悪化を抑制できるか、当院の補聴器外来において、中等度～高度難聴を認め、補聴器の適応検査を行い、補聴器の装用を行う患者さんと、時により補聴器を使用していても、会話が成り立たなかったり、補聴器の使用なく、会話の成立する、認知症と診断されている患者さんに認知症の周辺症状（BPSD）の改善効果の期待できるアルツハイマー型認知症に用いられる、西洋薬、又は漢方薬を処方し、標準聴力検査、語音聴力検査などで経過観察を行ったところ、抑肝散を処方した症例では、長期間にわたり、聴力が保たれ、中核症状と周辺症状が安定していた。聴力検査にて、中等度以上の難聴が認められるが、意外に会話が成立し、検査のむらがあり、補聴器の使用がうまくできなく、本当は難聴の程度が軽度と思われる症例に精神の波を安定させる漢方薬が、有効と考えられる症例について考案した。

一般講演Ⅴ

25. 低血圧に注目した急性低音障害型感音難聴に対する漢方治療

竹越耳鼻咽喉科[1)]、独立行政法人地域医療機能推進機構群馬中央病院 和漢診療科[2)]
○竹越 哲男[1)]、小暮 敏明[2)]

【緒言】急性低音障害型感音難聴（ALHL）は突然低音の聞こえが悪くなる疾患である。伊藤文英により、低血圧に起因するめまい症例に低音部の両側低下が認められることが報告されているが、ALHL に低血圧が関与するか検討した。また起立性調節障害に有効な補中益気湯、生薬構成より苓桂朮甘湯の方意が含まれている桂枝加苓朮附湯、脳血流改善が期待できる釣藤散を用い、有効性を検討した。

【対象】ALHL の診断基準の確実例及び準確実例を満たした 22 名（両側例 5 名、片側例 17 名）、27 耳（確実例 24 耳、準確実例 3 耳）を対象とした。患者背景は平均年齢が 38.3 歳（16～67 歳）、男性 2 名、女性 20 名であった。初診時の血圧（両側）を検討し、投与前後の純音聴力検査の低音 3 周波数の聴力レベルの変化で治療効果を判定した。

【結果】血圧は 21 名計測していた（残り 1 名は高血圧と申告あり）。平均収縮期血圧は 102.9 mm Hg であった。収縮期血圧の分布は 90～99mmHg 9 名、100～109mmHg 8 名と 110mmHg 未満が 77.3%を占めていた。

補中益気湯は 21 耳に投与された。桂枝加苓朮附湯併用が 18 耳、ATP 併用が 11 耳であった。治癒が 16 耳、改善 2 耳、不変 1 耳、悪化1耳で治癒率 80%、有効率 90%であった（1 例は最初よりステロイド併用し治癒したため除外）。有効であった 18 耳の効果発現所要期間は 7 日以内 12 耳（66.7%）14 日以内 17 耳（94.4%）であった。

釣藤散は 6 耳に投与された。桂枝加苓朮附湯併用が 6 耳、ATP 併用が5耳であった。改善が 2 耳、不変 2 耳、除外 2 耳であった（1 例は最初よりステロイド併用し治癒、残り 1 例は改善後、再度悪化しステロイド併用し治癒した）

【考察】ALHL は突発性難聴に比較し、若い女性に多いことが報告されている。厚労省国民健康調査によると、女性では収縮期血圧が 110mmHg 未満の者は 20 歳台で約 7 割、30 歳台で約 5 割である。ALHL には両側例もあり、症状の変動、再発があることも知られているが、低血圧が関与していると考えれば理解しやすいと思われる。

低血圧を「血圧を適正にできないエネルギー不足の状態」と考えれば、気虚と考えることができる。また ALHL の症状の変動は気欝と考えられるが、気虚を基にした気欝と考えられる。気虚に有効な補中益気湯で成績は良好であった。対して、釣藤散は良好な印象ではなかった。桂枝加苓朮附湯は起立性調節障害に有効な苓桂朮甘湯の方意が含まれていることから併用している例が多かったが、釣藤散併用例でも効果があまり出ていないことから、ALHL に対して、補中益気湯が最も効果的なのであろうと推察される。

今後、補中益気湯のみの効果を検討する必要があるが、ALHL に対して有効な漢方方剤と考えてよいと思われる。

一般講演Ⅴ

26. 当院における抑肝散使用症例の検討

医療法人建悠会吉田病院 精神科[1)]、宮崎大学医学部 耳鼻咽喉科[2)]
○清水 謙祐[1) 2)]、鳥原 康治[2)]、松田 圭二[2)]、吉田 建世[1)]、東野 哲也[2)]

【はじめに】抑肝散は7 種の生薬（ソウジュツ、ブクリョウ、センキュウ、トウキ、サイコ、カンゾウとチョウトウコウ）の抽出物であり、神経症、不眠症、小児夜なき、小児疳症に対する治療薬として承認されている。岡原らによると、精神科領域では認知症の行動・心理症状（BPSD）である、攻撃的行動・徘徊や興奮・妄想などに対して、6ヶ月以上にわたる長期投与において安全性と有効性が報告された。当院における抑肝散投与例の検討を行ったので報告する。

【対象と方法】2005 年 4 月- 2016 年 4 月に当院を受診した患者のうち抑肝散を使用した 28 例（男 15 例、女 13 例）を対象とした。当院は 307 床の精神科単科病院であるが平成 6 年より耳鼻科診療も行われていた。

【結果】認知症症例は 22 例であった。その内訳はアルツハイマー型 10 例、血管型 3 例、混合型 1 例、レビー小体型 5 例、前頭側頭型 3 例であった。認知症以外では、不安障害 3 例、解離性障害 1 例、双極性障害 1 例であった。難聴を認めた 3 症例を呈示する。

【症例 1】70 歳男性。先天聾、軽度認知障害

生後 10ヶ月熱発したことにより、全聾となる。聾学校を卒業。H24 年より健忘、H26 年より感情の起伏が激しくなり、易怒的になった。8/27 当院初診した。長谷川式認知症検査（HDS-R）30 点満点は 22 点であり、軽度認知障害レベルであるが治療の必要な状態であった。抑肝散 1 包眠前投与で処方した。抗認知症治療薬について十分に説明し、本人と家族の強い希望があったため H27 年 2/13 よりドネペジル 3mg より投与を開始した。5 mg に増量すると易怒性が悪化するため、2.5mg を投与した。10/5HDS-R は 27 点と改善した。動画を呈示する。

【症例 2】78 歳女性。両感音難聴、レビー小体型認知症、統合失調症様状態

H26 年 11 月より幻聴、H 27 年 2 月に幻聴のため不眠が続いた。「殺される、殺す」という声が聞こえる、と言って不穏となり 2/18 当院を初診、入院した。右 66.6dB 左 68.3dB の中等度難聴を認めた。HDS-R は 29 点であった。幻聴・幻視が強く、抑肝散・クエチアピンを中心に加療した。徐々に精神状態は落ち着き 7/9 老人ホームへ転所した。めまいの訴えはなかったが重心動揺計を施行したところ、閉眼時外周面積 26.13cm^2、単位軌跡長 6.53cm と増大していた。

【症例 3】86 歳女性。両メニエール病、前頭側頭型認知症。

H13 年健忘、易怒性、物盗られ妄想が出現。H17 年当院初診、H18 年めまい、難聴のため受診、左向き頭位眼振を認めた。HDS-R16 点 /30、抑肝散などの内服加療・補聴器の調整を行った。

【考察】認知症患者に難聴を多く認めると H27 年日耳鼻・耳科・聴覚医学会にて報告したが、認知症患者の易怒性・不眠などに対して抑肝散などの漢方薬による治療が推奨される。文献からも長期安全性が認められ、耳鼻咽喉科医にも使いやすい薬剤の一つであると思われる。

【文献】岡原一徳、石田　康、林　要人、土屋利紀：認知症患者の行動・心理症状（BPSD）に対する抑肝散長期投与の安全性および有効性の検討　Dementia Japan 26 : 196-205, 2012

一般講演Ⅴ

27. 難治性低音障害型感音難聴に対する漢方治療の試み

日本赤十字社医療センター 耳鼻咽喉科
岡田 和也

急性低音障害型感音難聴（ALHL）の治療において、漢方薬使用の試みは度々なされており、五苓散、柴苓湯、加味逍遙散や防已黄耆湯などの報告がある。我々も過去の当研究会で、五苓散とステロイドの併用により高い治療効果が得られることを報告した。

しかしながら症例を重ねるに従い、少数ながら五苓散・ステロイドの併用でも改善が見られない症例を経験するようになった。特に難聴が高度な例ほど、改善しづらい傾向があるように思われた。また、受診までに時間が経過してしまった症例、他院での治療に反応しなかった症例などは、やはり五苓散・ステロイド併用でも反応しづらい印象であった。難治となったり、治療に抵抗したりする理由は症例ごとに異なると考えられ、また症例数もさほど多くないため、治療方針を確立するのは困難であると考えられるが、その中で漢方薬の果たす役割は大きいのではないかと考え、処方を行ってきた。

難治例では治療が長期にわたるため、ステロイドは使用せず、アデノシン三リン酸、ビタミン B12 に加え、漢方薬を処方し、1ヶ月ほどの間隔で再診、改善が見られない場合は処方を変更することが多かった。しかし純音聴力検査では変化が乏しい場合でも、患者の自覚的に改善傾向がある場合は処方を変更せず相談の上継続した。漢方の処方としては、これまでの報告を参考に、加味逍遙散、防已黄耆湯、あるいは五苓散より連用に向くと考えられ、ステロイド様作用を併せ持つとされる柴苓湯を選択した。結果的には、柴苓湯を使用中に著明な改善が見られた症例が数例あり、難治例では柴苓湯の使用が奏効する可能性が示唆された。

症例数が少ないため十分な検討はできていないが、今回の報告では、治療開始後 1ヶ月以上経過しても十分な改善が見られなかった症例を提示し、その後の治療経過についてお示ししたい。

28. 演題取り消し

29．発声中の声帯浮腫様変化に対し漢方薬を用いた1症例

藤田保健衛生大学医学部 耳鼻咽喉科
○岩田 義弘、長坂　聡、田邊 陽介、櫻井 一生、内藤 健晴

嗄声を主訴とし当院外来を受診される症例に、安静時には目立たない嗄声でも発声負荷をかけると嗄声が悪化する症例を経験する。多くの場合、局所消炎療法やトラネキサム酸などの内服、音声訓練など指導などで対処していることが多い。職業などにより音声酷使が必要な場合、十分な効果を上げにくい。今回我々は発声負荷により嗄声が増加する職業歌手に対し、五苓散服用により嗄声の軽減を得た症例を経験したので報告する。

初診時26才女性、歌唱中の発声困難・違和感を主訴に紹介受診。特記すべき既往歴はなし。若干の倦怠感の訴えあるも、歌手活動ほかの生活のためやや睡眠不足のためと理解されていた。身体的特徴として色白、顔面結膜貧血無し、四肢にむくみは認めない。中肉中背であった。

歌唱中の高い声がかすれることを主訴に近医受診、ポリープ様声帯として当科紹介となった。声帯所見はポリープ様声帯に膜様部前中 1/3 に結節を認めた。発声時に声門上異常収縮をみとめ、発声訓練を指導するとともに、披裂粘膜や声門後部の粘膜腫脹を認め、胃酸逆流症軽減の為の生活指導を行った。咽頭乾燥感と喀痰切れの悪さも訴え、PPI、麦門冬湯（ツムラ 29）を含む内服を開始した。1 月再診、発声開始時には出しやすくはなったが、歌唱を 30 分続けると疲れる状況があること、高い声が出にくい訴えが見られた。声門後部の粘膜の浮腫状変化、発声継続にともなう声帯粘膜腫脹の改善目的に五苓散（ツムラ 17）3ｐ/3 に変更した。2 月目再診で自宅での音声訓練や、コーラス中の違和感軽減をみとめ内服を継続、6ヶ月後には膜様部腫脹軽減、声帯結節の縮小となった。特に、発声を継続して見られていた発声時の疲れの軽減を自覚した。

五苓散は全身 / 局所の利水を促す作用が認められている。発声継続により声帯粘膜の血流減少が見られるためポリープ声帯など慢性炎症が見られる場合は局所循環の悪化にともなって組織浮腫を生じることが疑われる。五苓散の内服によりこれらが改善したものと思われる。

会場案内図

アクセス

JR品川駅・新幹線品川駅をご利用の場合

JR品川駅の改札口を出て、港南口（東口）方面へ進み、アトレ品川などの入口を過ぎて連絡通路を抜けたら右折してください。前方に「あおい書店」が見えますので、そちらの方面にお進みください。そのままグランドコモンズの通路（SKYWAY 2F）を進み、品川セントラルタワーの「カフェ」「ニッセイライフプラザ」「本間ゴルフ」を右側に通り過ぎたら、右側の入口からビル内へ。エスカレーターで3Fに上がり、右奥のエントランスからお入りください。[徒歩3分]

京浜急行品川駅をご利用の場合

京浜急行で品川駅からお越しの場合、改札を出て10m程度先の右側に港南口（東口）への連絡通路（階段・エスカレーター）がありますのでそちらからお進みください。そのままお進みになり、JR品川駅の改札口を通過後は、JR品川駅ご利用の場合と同様です。[徒歩6分]

「第32回 日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会」事務局

〒107-8521　東京都港区赤坂2−17−11
株式会社ツムラ　学術企画部内
TEL：03−6361−7187（直通）　FAX：03−5574−6668

＊緊急連絡先
TEL：03−5418−7773〈10/21（金）17:00〜10/22（土）10:00〉
当日10：00以降は、直接会場にご連絡ください。