

第36回

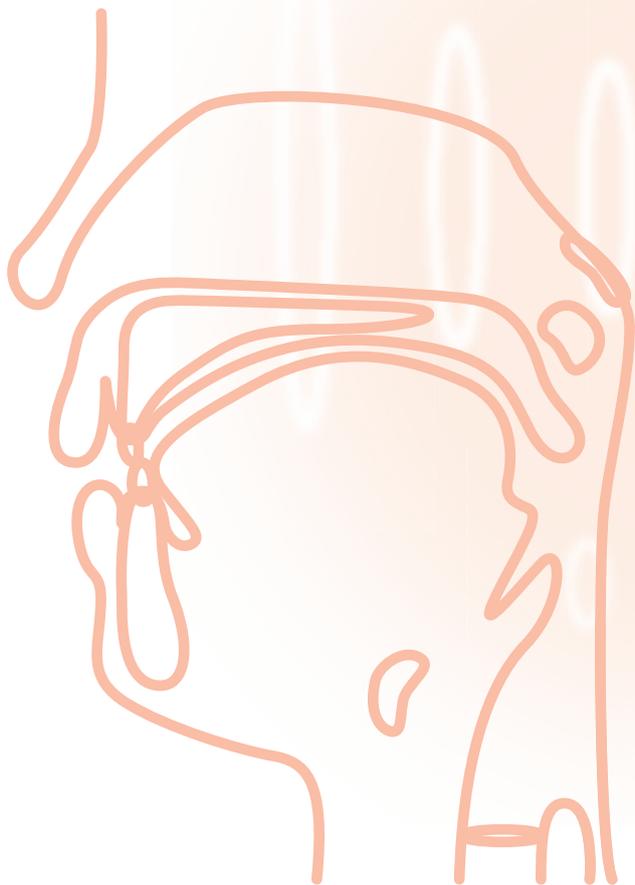
日本耳鼻咽喉科漢方研究会 学術集会講演要旨集

日本耳鼻咽喉科漢方研究会の未来に向かって
～エキスパートを育てる～

日時 2021年10月9日(土)

形式 Web開催

会長 小川 郁 (慶應義塾大学 名誉教授)



共催：日本耳鼻咽喉科漢方研究会
株式会社ツムラ

第36回
日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会
講演要旨集

日本耳鼻咽喉科漢方研究会の未来に向かって
～エキスパートを育てる～

日時 2021年10月9日(土)
形式 Web開催
会長 小川 郁 (慶應義塾大学 名誉教授)

共催：日本耳鼻咽喉科漢方研究会 / 株式会社ツムラ

< ご案内 >

参加者の皆さまへ



○「日本耳鼻咽喉科学会会員カード (ICカード)」をご持参ください。「日本耳鼻咽喉科学会認定耳鼻咽喉科専門医証 (旧カード)」は使用できません。これらの登録は日本耳鼻咽喉科学会認定耳鼻咽喉科専門医が対象です。

1. 参加について

- 1) 第36回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会は、Web開催となります。
開催日程：2021年10月9日 (土)
形式：Web開催
オンデマンド配信 (一般演題のみ)：10月22日 (金) ~ 11月21日 (日)

2. 参加申し込みについて

- 1) 参加形態を問わず、事前参加登録が必要です。【参加登録期間は9月上旬~10月9日 (土) となります。】
当日の参加登録も可能ですが、なるべく前日までにお済ませ下さい。
単位申請をご希望の場合は、参加登録の際に日本耳鼻咽喉科学会会員番号が必要となります。
- 2) 参加登録
登録開始日▶9月上旬 (開催1ヶ月前) を予定しております。
日本耳鼻咽喉科漢方研究会ホームページよりご登録ください。
<http://www.jibiinkoka-kampo.jp/meeting.html>



参加登録は、10月9日 (土) まで可能です。

(1) 参加費

参加費・会費

- 《会 員》年会費・参加費として計3,000円 (年会費2,000円/参加費1,000円)
- 《非会員》当日参加費として5,000円
- 《学部生》無料
- 《名誉会員・顧問》は年会費なし/参加費1000円

(2) 支払い方法

決済方法はクレジットカード決済 (VISA/Master Card/American Express/Diners Club/JCB) のみとなります。

参加登録後の取り消しは、お受けいたしかねます。お支払いいただいた参加登録費は理由の如何に関わらず返金いたしませんので、二重登録にご注意ください。

領収書は、ご登録のメールアドレス宛に、10月8日に送付致します。

※領収書は、ダウンロード後、大切に保管していただきますようお願いいたします。

(3) 参加方法

(WEB参加) 参加費のお支払い後、ご登録メールアドレス宛にご視聴URLをお送り致します。

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 2) 専門医共通講習 ①医療安全講習会1単位、3) 耳鼻咽喉科領域講習 ⑧その他の認定されたセミナー 1単位、4) 学術業績・診療以外の実績 ③認可された学術集会0.5単位が承認されております。

現地参加者は「日本耳鼻咽喉科学会会員カード (ICカード)」をご持参ください。「日本耳鼻咽喉科学会認定耳鼻咽喉科専門医証 (旧カード)」は使用できません。これらの登録は日本耳鼻咽喉科学会認定耳鼻咽喉科専門医が対象です。

現地参加の場合：「ICカード」による登録方法

①学術集会参加登録：学術集会会場に来場時。(総合受付付近で行います)

②専門医講習受講登録：耳鼻咽喉科領域講習 (11:05 ~ 12:05)、
専門医共通講習 (15:25 ~ 16:25) の受講の入退室時。

ただし、講習開始5分以降の入場者には受付致し兼ねますのでご注意ください。

なお、②に先立ち①の登録が必要です。

Web参加の場合：講習入室の入退室時間により、ログ管理を致します。講習開始5分以降のログに関しては受付致し兼ねますのでご注意ください。

事前登録したメールアドレスと講習入室時のメールアドレスが異なる場合、照合ができず、単位申請を致し兼ねますのでご注意下さい。

①耳鼻咽喉科領域講習、専門医共通講習の時間に視聴している (講習URLに入室している)。

②専門医共通講習は視聴後、5問の確認テストを受け合格する必要があります。

4. 参加・視聴に関する注意事項

第36回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会における講演 (以下「本講演」) の参加・視聴にあたり、以下の注意をご確認いただきますようお願い申し上げます。

1. 本講演の内容を無断で複写・複製・編集・録画・録音・転用 (本講演のスクリーンショット・写真撮影・ダウンロード・他のサイトへのアップロードを含む) など著作権、肖像権の侵害、および不当な権利侵害を行わないこと
2. ログインIDやパスワードを他者に知らせたり、共有することのないよう管理すること

5. 新型コロナウイルス感染症拡大防止対策ご協力をお願い

*一部ご来場の先生へ

●以下に該当する方はご入場いただけませんので、ご来場をお控え下さい。

1. 37.5度以上の熱や咳、のどの痛みなどの症状がある方や全身倦怠感など体調がすぐれない方。(会場入口のサーマルカメラによる検温で37.5度以上が検知された場合、ご帰宅いただく場合がございます。)
2. 新型コロナウイルス感染症陽性とされた人との濃厚接触がある方または、過去2週間以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域への訪問歴及び該当在住者との濃厚接触がある方。

●以下、来場時のご協力をお願いします。

1. 館内では常時、マスクの着用をお願いします。ただし、ご登壇時はマスクを外してください。どうしてもマスク着用下でのご登壇をご希望の場合は、着用いただいても構いません。また、「咳エチケット」の励行をお願いします。
2. 会期中、体調がすぐれない方は、必ず第36回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会 運営事務局までご連絡ください。

3. ランチョンセミナーやドリンクコーナーで飲食をされる場合、会話はお控えいただき、会話をされる際にはマスクを着用してください。
4. 館内設置の消毒液や、手洗いなどこまめな手指の消毒をお願いします。

6. その他

新型コロナウイルスの感染状況とによりプログラムが変更になる場合もございます。適宜、ホームページにてお知らせして参りますのでご確認ください。

座長の皆様へ

講演座長の受付はございません。担当セッション開始10分前までに、会場内の次座長席に必ずお着きください。Webよりご登壇の先生には別途、リモート登壇方法についてお知らせいたします。

演者の皆様へ

《発表時間》

- 1) 一般講演：口演7分 質疑2分
- 2) 耳鼻咽喉科領域講習：口演60分（質疑含む）
- 3) ランチョンセミナー：口演40分（質疑含む）
- 4) 特別講演：口演30分（質疑含む）
- 5) 専門医共通講習：口演60分（質疑含む）

《発表方法》

・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）にてお願い致します。

【現地でのご発表の場合】

各発表セッション開始の30分前までに『PC受付（東京コンファレンスセンター・品川5Fホワイエ）』にて受付および動作確認を行ってください。

【Webでのご発表の場合】

講演部分はパワーポイントに事前に音声収録して10月1日（金）までにご提出をお願い致します。ご発表時はリモートにて出演頂き、質疑応答を頂きますようお願い致します。

《発表データ》

USBメモリをお持ち込みの方への注意事項

- ①ソフトは、以下のものをご使用ください。Windows版PowerPoint 2007/2010/2013/2016 ※動画ファイルをご使用の方、Macintoshをご使用の方はPCをお持ち込みください。
- ②フォントはOS標準のもののみご使用ください。
- ③発表者ツール（演台モニターにスピーチ原稿を映す）は使用できません。

ノートPCをお持ち込みの方への注意事項

- ①バックアップとして、必ずメディア（USBメモリ）もご持参ください。
- ②画面の解像度は、XGA（1,024×768）でお願いいたします。
- ③PC受付にて映像の出力チェック後、発表者ご自身で会場内のオペレーター席へ発表の30分前までにお持ちください。※PCの機種やOSによって、出力設定方法が異なります。
- ④Zoomアプリをあらかじめダウンロードしておいて下さい。
- ⑤プロジェクターとの接続ケーブルの端子は、HDMIまたはミニDsub-15ピンです。PCによっては専用のコネクタが必要となりますので、必ずお持ちください。
※特に最近の小型PCは、別途付属コネクタが必要な場合がありますので、くれぐれもご注意ください。
- ⑥スクリーンセーバー、省電力設定は事前に解除願います。

⑦コンセント用電源アダプタを必ずご持参ください。

※内蔵バッテリー駆動ですと、ご発表中に映像が切れる恐れがあります。

PC操作のご案内

現地発表の方は画面の操作はご自身で行っていただきます。演台には発表者用PCがセットされています。

PC受付にて担当者が操作方法を説明します。

Web発表の方は事前提出頂いた講演資料をオペレーターが映写致します。

《講演発表時の利益相反状態開示方法について》

学会発表における演題発表時の利益相反状態開示方法は、以下の通りといたします。

1. 開示しなくてはならない筆頭演者

臨床研究に関するすべての発表において、利益相反状態の有無にかかわらず開示しなくてはなりません。

2. 口演発表における開示方法

演題名・演者名・所属のタイトルの次のスライド（第2スライド）に、以下に示すひな形に準じたスライドを提示したうえで、利益相反状態の有無を述べてください。

利益相反状態にある場合のひな形

<p>第36回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学会発表</p> <p>利益相反状態の開示</p> <p>筆頭演者氏名：○○○○ 所 属：△△△△耳鼻咽喉科</p>						
<p>私の今回の演題に関連して、開示すべき利益相反状態は以下のとおりです。</p> <table><tr><td>役員・顧問/寄付講座所属</td><td>○○製薬株式会社</td></tr><tr><td>講演料など</td><td>□□製薬株式会社</td></tr><tr><td>研究費/奨学寄付金</td><td>株式会社××ファーマ</td></tr></table>	役員・顧問/寄付講座所属	○○製薬株式会社	講演料など	□□製薬株式会社	研究費/奨学寄付金	株式会社××ファーマ
役員・顧問/寄付講座所属	○○製薬株式会社					
講演料など	□□製薬株式会社					
研究費/奨学寄付金	株式会社××ファーマ					

利益相反状態にない場合のひな形

<p>第36回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学会発表</p> <p>利益相反状態の開示</p> <p>筆頭演者氏名：○○○○ 所 属：△△△△耳鼻咽喉科</p>
<p>私の今回の演題に関連して、開示すべき利益相反状態はありません。</p>

第36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

一般講演32題
 専門医共通講習1題 会長講演 耳鼻咽喉科領域講習1題 ランチョンセミナー 1題 特別講演2題

	【第1会場】		【第2会場】
9:00	開会の辞	9:05	一般講演Ⅱ (45分)
9:05	一般講演Ⅰ (45分) 《5演題》 (7分口演・2分質疑)	9:50	一般講演Ⅲ (45分) 《5演題》 (7分口演・2分質疑)
9:50	休憩 (10分)	10:00	休憩 (10分)
10:00	一般講演Ⅲ (55分) 《6演題》 (7分口演・2分質疑)	10:00	一般講演Ⅳ (55分) 《6演題》 (7分口演・2分質疑)
10:55	休憩(カード登録) (10分)	10:55	休憩 (10分)
11:05	会長講演 耳鼻咽喉科領域講習 (60分) (60分・質疑含む)	11:05	休憩 (10分)
12:05	休憩(カード登録) (15分)	12:05	休憩 (10分)
12:20	ランチョンセミナー (40分)	12:20	休憩 (10分)
13:00	休憩 (10分)	13:00	休憩 (10分)
13:10	一般講演Ⅴ (45分) 《5演題》 (7分口演・2分質疑)	13:10	一般講演Ⅵ (45分) 《5演題》 (7分口演・2分質疑)
13:55	休憩 (10分)	13:55	休憩 (10分)
14:05	特別講演 (60分) 《2演題》 (30分・質疑含む)	14:05	休憩 (10分)
15:05	休憩(カード登録) (10分)	15:05	休憩 (10分)
15:15	総会 (10分)	15:15	休憩 (10分)
15:25	専門医共通講習 (60分・質疑含む)	15:25	休憩 (10分)
16:25	閉会の辞	16:25	休憩 (10分)
16:30	(カード登録)	16:30	休憩 (10分)

第36回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会

2021年10月9日(土) 東京コンファレンスセンター品川(現地+Web開催)

テーマ「日本耳鼻咽喉科漢方研究会の未来に向かって
～エキスパートを育てる～」

開会の辞 (第1会場)

小川 郁 (慶應義塾大学)

09:00～09:05

一般講演 I (第1会場)

座長 角南 貴司子 (大阪市立大学)

09:05～09:50

1. メニエール病非典型例に対する漢方治療 P17

金沢大学大学院医学系研究科耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾、
小森耳鼻咽喉科医院²⁾、広島大学病院 総合内科・総合診療科漢方診療センター³⁾

○白井 明子¹⁾、小森 貴²⁾、小川 恵子³⁾、吉崎 智一¹⁾

2. 苓桂朮甘湯により主観的平衡機能の変動が減少したメニエール病症例 P17

静岡赤十字病院 耳鼻咽喉科¹⁾、国立病院機構 東京医療センター 耳鼻咽喉科²⁾、
慶應義塾大学 耳鼻咽喉科学教室³⁾

○川崎 泰士¹⁾、和佐野 浩一郎²⁾、都築 伸佳³⁾、小川 郁³⁾
平賀 良彦¹⁾

3. 当院めまい平衡専門外来における長期通院患者の漢方製剤についての検討 P18

山口大学大学院 医学系研究科 耳鼻咽喉科学

○藤井 博則、沖中 洋介、橋本 誠、菅原 一真、山下 裕司

4. メニエール病のめまいに対する五苓散の効果 P18

大阪市立大学 耳鼻咽喉科¹⁾、多根総合病院 耳鼻咽喉科²⁾

○神田 裕樹¹⁾、大野 峻²⁾、二見 駿平¹⁾、角南 貴司子¹⁾

5. 立ちくらみ患者の疲労倦怠感と十全大補湯 P19

オレンジクリニック 木村耳鼻咽喉科

木村 貴昭

一般講演 II (第2会場)

座長 武田 憲昭 (徳島大学)

09:05～09:50

6. 肩こり関連めまいに用いる漢方製剤の特徴 P19

竹越耳鼻咽喉科¹⁾、JCHO 群馬中央病院 和漢診療科²⁾、
ほしの耳鼻咽喉科クリニック³⁾

○竹越 哲男¹⁾、小暮 敏明²⁾、星野 朝文³⁾

7. 肩こり関連めまいに対する漢方治療の経験 P20
たけすえ耳鼻科クリニック
武末 淳
-
8. 糖尿病合併突発性難聴患者に漢方薬が奏功した2例 P20
笠間耳鼻咽喉科
上山 展弘
-
9. 漢方治療を行った耳管開放症自験例の検討 P21
福井大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾、
広島大学病院 総合内科・総合診療科 漢方診療センター²⁾
○呉 明美¹⁾、小川 恵子²⁾、藤枝 重治¹⁾
-
10. 耳閉塞感を訴える症例に対する漢方薬の効果について P21
医療法人美玲会 なかたに耳鼻咽喉科医院
仲谷 茂
-
- 休憩 09:50~10:00
-
- 一般講演Ⅲ (第1会場) 座長 中田 誠一 (藤田医科大学ばんだね病院) 10:00~10:55
-
11. 漢方治療を組み入れた小児睡眠時無呼吸症 P22
名古屋市立大学病院 睡眠医療センター¹⁾、
名古屋市立大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科²⁾、
めいほう睡眠めまいクリニック³⁾
○有馬 菜千枝¹⁾²⁾、中山 明峰¹⁾³⁾、勝見 さち代²⁾
江崎 伸一¹⁾²⁾、佐藤 慎太郎¹⁾²⁾、岩崎 真一²⁾
-
12. 感冒急性期後の乳児鼻閉に対する漢方治療 P22
真栄城耳鼻咽喉科
真栄城 徳秀
-
13. 漢方薬で改善した顔面痛の1例 P23
市立旭川病院 耳鼻咽喉科
佐藤 公輝
-
14. 顔面痛に対する漢方治療 P23
とも耳鼻科クリニック¹⁾、竹田眼科²⁾、札幌医大耳鼻咽喉科³⁾
○新谷 朋子¹⁾³⁾、竹田 眞²⁾、吉田 瑞生³⁾
縫 郁美¹⁾³⁾、高野 賢一³⁾

15. 齒痕舌を伴う舌痛症状に対して漢方薬が有効であった3症例 P24
富山大学 耳鼻咽喉科
○阿部 秀晴、石田 正幸、中西 亮人、伊東 伸祐
將積 日出夫

16. 上顎洞炎患者に対し排膿散及湯を使用した治療経験 P24
岐阜・西濃医療センター 西美濃厚生病院 歯科口腔外科
杉山 貴敏

一般講演Ⅳ (第2会場)

座長 塩谷 彰浩 (防衛医科大学校)

10:00~10:55

17. 慢性上咽頭炎に対する漢方薬の選択 P25
はぎの耳鼻咽喉科
萩野 仁志

18. 持続性吃逆を認めた咽頭帯状疱疹に対し漢方薬が有効であった1例 P25
宝生会 PL 病院¹⁾、大阪市立大学大学院医学研究科耳鼻咽喉病態学²⁾
○岡本 幸美¹⁾、角南 貴司子²⁾

19. 漢方製剤による音声障害の治療経験 P26
秋田大学 医学部 耳鼻咽喉科
鈴木 真輔

20. 咽喉頭異常感症に対する無作為化介入試験 P26
国立病院機構東京医療センター 耳鼻咽喉科¹⁾、静岡赤十字病院 耳鼻咽喉科²⁾
○和佐野 浩一郎¹⁾、川崎 泰士²⁾

21. 漢方治療が効果的であった頸部リンパ管腫の1例 P27
沖縄県立中部病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾、琉球大学病院 耳鼻咽喉科²⁾
○島袋 拓也¹⁾²⁾、安慶名 信也²⁾、真栄田 裕行²⁾
鈴木 幹男²⁾

22. 頭頸部癌TPF療法における十全大補湯の有用性の検討 P27
恵佑会札幌病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾、恵佑会札幌病院 薬剤科²⁾
○渡邊 昭仁¹⁾、谷口 雅信¹⁾、木村 有貴¹⁾、出町 拓也²⁾
川端 貢司²⁾

休憩(カード登録)

10:55~11:05

会長講演 耳鼻咽喉科領域講習 (第1会場) 座長 吉崎 智一 (金沢大学)

11:05~12:05

「耳鳴りや難聴を伴う疾患に対する最新治療」～専門治療と漢方治療～ P12

慶應義塾大学

小川 郁

休憩(カード登録)

12:05~12:20

ランチョンセミナー (第1会場) 座長 池田 勝久 (順天堂大学)

12:20~13:00

耳鼻咽喉科医に知ってほしい腸内細菌研究の現状 P13

京都府立医科大学大学院 医学研究科 生体免疫栄養学講座

内藤 裕二

休憩

13:00~13:10

一般講演V (第1会場) 座長 山下 裕司 (山口大学)

13:10~13:55

23. 耳鳴を含む聴覚異常感症治療における漢方薬の役割 P28

東海大学 耳鼻咽喉科

○五島 史行、寺邑 堯信、濱田 昌史、大上 研二

24. 漢方薬の耳鳴治療に対する副次的効果 P28

東北医科薬科大学 医学部 耳鼻咽喉科

○佐藤 輝幸、太田 伸男

25. ラット耳鳴モデルを使用した漢方薬の作用の検討 P29

奈良県立医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾、

ピクシーダストテクノロジーズ株式会社²⁾、奈良県立医科大学 生理学第一³⁾

○北野 公一¹⁾、岡安 唯¹⁾、山下 哲範¹⁾、長谷 芳樹²⁾

杉村 岳俊³⁾、齋藤 康彦³⁾、北原 紘¹⁾

26. 耳鳴に対し漢方治療が有効であった15症例の検討 P29

岐阜県総合医療センター 産婦人科・東洋医学科
佐藤 泰昌

27. エキスパートを育てる P30

—西洋医学のニーズにこたえる漢方のエキスパートが育つために—

竹越耳鼻咽喉科¹⁾、ほしの耳鼻咽喉科クリニック²⁾
○竹越 哲男¹⁾、星野 朝文²⁾

一般講演Ⅵ (第2会場)

座長 山田 武千代 (秋田大学)

13:10~13:55

28. 鼻過敏症症状に関与する新機構を標的とする阿波番茶の薬理機構 P30

医療法人錦秀会¹⁾、大阪大谷大学薬学部薬理学²⁾、
徳島大学大学院医歯薬学研究部耳鼻咽喉科学³⁾

○福井 裕行¹⁾²⁾³⁾、水口 博之²⁾、北村 嘉章³⁾
武田 憲昭³⁾

29. 急性副鼻腔炎（急性鼻炎急性副鼻腔炎）に対し漢方薬を中心とした P31
治療と新型コロナ（SARS-CoV-2陽性者）に対する取り組み

医)吉誠会 新宿耳鼻科
毛利 博久

30. 急性副鼻腔炎に対する漢方薬の使い分け～私の視点 P31

首里の杜耳鼻咽喉科
安田 忍

31. 慢性副鼻腔炎患者に対するマクロライド療法と辛夷清肺湯 P32

なのはな耳鼻咽喉科
境 修平

32. 抜歯後の患部化膿症例に対する排膿散及湯の有効性 P32

大阪歯科大学歯学部歯科医学教育開発室¹⁾、原山歯科医院²⁾、
松本歯科大学歯科薬理学講座³⁾

○王 宝禮¹⁾、原山 周一郎²⁾、益野 一哉¹⁾、大草 亘孝¹⁾
瀧沢 努³⁾、今村 泰弘³⁾

休憩

13:55~14:05

特別講演 (第1会場)

座長 ▶ 三輪 高喜 (金沢医科大学)

14:05~15:05

講演Ⅰ：COVID-19パンデミックと薬剤耐性 (AMR) 対策

P14

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野
具 芳明

講演Ⅱ：COVID-19感染症についてと感染症による諸症状への
漢方医学的考察

P15

広島大学病院総合内科・総合診療科 漢方診療センター
小川 恵子

休憩(カード登録)

15:05~15:15

総会 (第1会場)

15:15~15:25

専門医共通講習 (第1会場)

座長 ▶ 小川 郁 (慶應義塾大学)

15:25~16:25

漢方薬の安全な使用方法

P16

慶應義塾大学医学部 漢方医学センター
渡辺 賢治

閉会の辞 (第1会場)

中田 誠一 (藤田医科大学ばんだね病院)

16:25~16:30

カード登録

16:30~

「耳鳴りや難聴を伴う疾患に対する最新治療」 ～専門治療と漢方治療～

慶應義塾大学

小川 郁

耳鳴りや難聴を伴う疾患（聴覚障害）に対する根治的治療薬は未だない。私が耳鼻咽喉科医になって40年以上が経過するが、その間、耳鳴りや難聴に対しての新たな創薬はなされていない。しかし、耳鳴りや難聴を伴う疾患の治療を希望して受診する患者は後を絶たない。このような状況の中で患者の希望に添えるように治療、あるいは少なくとも予防を模索する中での選択肢の一つになったのが漢方治療である。

漢方医学は中医学を基として日本で独自に発達した医学であり、江戸時代中期の古方派の出現に発し、中医学とは全く異なる医学として発展した。漢方医学が日本の近代医療の中でここまで発展したのは漢方薬に造詣の深かった武見太郎（当時の日本医師会長）が、1967年に漢方薬を保険診療に組み込むことを厚生省に働きかけ、6種類の漢方薬を大臣告示で薬価収載させたことによることは間違いない。現在まで148処方、200種類まで薬価収載が拡大しており、武見太郎の功績は極めて大きいといえる。医学教育の場でも、2001年「医学教育モデル・コア・カリキュラム-教育内容ガイドライン」の一般目標「診療に必要な薬物治療の基本原則を学ぶ」の到達目標に「和漢薬を概説できる」が追加掲載され、医学教育カリキュラムの中に漢方医学教育の講義が盛り込まれるようになったことも画期的事業である。このように薬価収載された漢方薬は現在の医学教育モデル・コア・カリキュラムにも組み込まれているが、実際にはその効果の一部は基礎研究あるいは臨床試験によって証明されたわけではない。

漢方医学の疾病観は病気を固定したものと考えず常に変化し動いているものと見て、診察した時点における最も適した処方を見出し治療する、というのが特色であるといえ、その時点におけるその患者の体質と疾病の証を考慮して治療を行うというものである。現代医学は、疾病の所在を細胞や組織の病態に求め、生理的機能がどのように障害されているのか、その結果を病理として証明することが基本であり、理学的診断と科学的検査とによって病名を特定し、治療法を考える。日本の医学は明治時代以降の政府の方針から科学的根拠に基づいた西洋医学中心の教育になっているが、全く別の医学体系である漢方医学をどのように位置付けるべきであるかは今後の課題である。しかし、漢方医学が日本人患者の価値観から受け入れやすい医療であることは間違いない。漢方医学が背景にもっている哲学および診断・治療の方法を現代医学の視点に立って研究し、臨床経験と患者の価値観などという観点に加えて、さらに標準化・可視化を追求すべきであると考えている。

以上、私見・前置きが長くなったが、漢方医学は経験医学に端を発し、患者の体質と疾病の性質（証）から生薬を組み合わせて治療するという特殊性があり、その意味で現状の西洋薬での臨床試験に基づいたエビデンスを確立することが困難な薬剤であることは確かである。しかし、AIの進歩によってその壁が破られる時期も近いと予測される。今回、本研究会代表世話人を退任し、会長講演（耳鼻咽喉科領域講習）という機会をいただいたので、現時点での聴覚領域における専門治療と漢方治療の接点を提示できればこの上ない幸甚である。経験医学がもつ歴史的意義は大きく、科学的エビデンス至上主義にも大きな問題があることは認識しなければならない。患者は皆「個」であり、それぞれの個性を有している。漢方医学もまた、その「個」に対するエビデンスを構築して経験医学の一つの治療法として益々発展するものと期待している。

略 歴

昭和50年 慶應義塾大学医学部入学
 昭和56年 慶應義塾大学医学部卒業
 昭和58年 慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科助手
 昭和58年 静岡赤十字病院耳鼻咽喉科医員
 平成3年 ミシガン大学クレスギ聴覚研究所研究員
 平成5年 東京電力病院耳鼻咽喉科副科長
 平成7年 博士（医学）取得
 平成7年 慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科 専任講師
 平成14年 慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科 教授
 平成26年 慶應義塾大学医学部学部長補佐
 （教育担当）
 平成29年 慶應義塾大学 学長
 令和3年 慶應義塾大学 名誉教授
 現在に至る

学会活動

日本耳鼻咽喉科学会副理事長
 日本耳科学会理事長-顧問

日本気管食道科学会常任理事
 日本頭蓋底外科学会名誉会員
 国際耳鼻咽喉科振興会 理事
 国際聴覚医学会 理事
 アジアオセアニア頭蓋底外科学会 評議員

各種委員会
 日本医学会評議員
 日本医師会学術企画委員
 日本耳鼻咽喉科学会東京都地方部会支部長兼幹事
 厚生労働省患者申出療養評価会議技術専門員
 厚生労働省指定難病検討委員
 厚生労働省医道審議会専門委員
 厚生労働省eヘルスネット情報評価委員
 厚生労働省先進医療会議技術専門委員
 独立行政法人医薬品医療機器総合機構専門委員
 独立行政法人日本学術振興会科学研究費委員会専門委員

耳鼻咽喉科医に知ってほしい腸内細菌叢研究の現状

京都府立医科大学大学院 医学研究科 生体免疫栄養学講座

内藤 裕二

日本人の腸内微生物叢、とくに細菌叢（腸内フローラ）は極めて特徴的です。最近になり、腸内細菌を培養法ではなく遺伝子解析することにより、ヒトの腸内に棲みつく40兆個を超える細菌叢の概要が明らかになりつつあります。最近の研究成果により、腸内細菌叢の変化が消化管の病気の原因となっているだけでなく、糖尿病、動脈硬化症、神経精神疾患の発症に影響することが明らかとなり、健康長寿を目指した戦略上、腸内細菌叢からの視点は極めて重要となっています。肥満の成因に腸内細菌の種類が関与することが解明されたと同じように、健康長寿に関わる「長寿菌」に期待が集まっています。典型的な日本人腸内フローラの機能システムは、食物繊維を利用した発酵反応により、水素分子、短鎖脂肪酸を産生し、さらには水素を利用した酢酸産生遺伝子を持った細菌叢が豊富であることが明らかとなりました。最近、300名弱の日本人健康人に対して16S rRNA V3-V4メタゲノム解析を実施し、便性状の指標であるブリストル便性状スコア（BSS）との比較検討を報告した（J Gastroenterol 2019, 54: 53-63.）。その結果、日本人の腸内細菌叢には性差があり、*Bifidobacterium*、*Akkermansia*は女性に有意な優勢菌であることを明らかにした。BSSから日本人の便性状を評価した結果、女性では年齢を問わずBSS1、2の便秘症が20%程度あるのに対し、男性では39歳以下の若年群でBSS1、2が6%程度と少なく、BSS5、6の軟便群が30%を占めるのが特徴であった。このような腸内フローラの成立には母子環境の影響は極めて大きいことが明らかにされています。母胎の栄養状態、出産形式、乳児期の乳の違い、抗生物質などの薬剤、生活環境やストレスが個人の腸内フローラ形成に決定的な影響を与えています。特に幼少時のストレス（Early life adverse event）は腸内フローラのディスバイオーシス、特定の遺伝子のエピジェネティクス変化などを介して、成人の機能性腸疾患、便秘症、大腸癌などの発症に影響することが明らかとなりつつあります。

本講演では腸内フローラに関する最新的话题を取り上げ、さらに耳鼻咽喉科医の先生方に今、伝えたい話題を中心に解説します。COVID-19感染症と腸内細菌叢についても触れたいと考えます。ご批判、ご意見をいただければ幸いです。

略 歴

1983年	京都府立医科大学医学部卒業	専門は炎症性腸疾患、腸内フローラ、消化器病学。
1993年	医学博士（京都府立医科大学）	
1998年	京都府立医科大学助手、第一内科学教室勤務	著書 「消化管（おなか）は泣いています」ダイヤモンド社 東京 2016年
2000年	京都府立医科大学助手、京都府知事公室職員課参事	「人生を変える賢い腸のつくり方」ダイヤモンド社 東京 2016年
2001年	米国ルイジアナ州立大学医学部分子細胞生理学教室客員教授	「いつも同じ便秘薬を処方するあなたへ エキスパートが贈る 便秘薬との向き合い方」金芳堂 京都 2019年
2008年	京都府立医科大学大学院医学研究科消化器内科学准教授	
2015年	京都府立医科大学附属病院内視鏡・超音波診療部部长	
現在に至る		

講演 I COVID-19 パンデミックと薬剤耐性 (AMR) 対策

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野

具 芳明

抗菌薬耐性菌の広がりを背景に、国内外で薬剤耐性 (AMR) 対策が推進されている。世界的には世界保健機関 (WHO) によるグローバルアクションプラン (2015年)、国内では薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン (2016年) が策定されたのが大きな契機となった。日本では、抗菌薬の使われ方や薬剤耐性の広がりに関する知見が充実し、抗菌薬の使用量が減少傾向になるなどの変化が生じている。しかし、抗菌薬適正使用のさらなる推進やワンヘルスアプローチの充実など、次期アクションプランに持ち越される課題も多い。

日本で使用されている抗菌薬は多くが外来診療で処方されている経口薬である。その多くは急性気道感染症に対して処方されており、しばしば本来は不必要な場面で処方されていることが明らかとなっている。そのため急性気道感染症の外来診療における抗菌薬適正使用の重要性が指摘され、厚生労働省による手引きの作成や診療報酬による適正使用の評価、医療従事者を対象とした教育啓発活動などの対策が進められている。処方動向には変化が見えており一定の成果が得られている。今後は、AMR対策の観点だけでなく、より精緻な診断や適切な対症療法の検討など、急性気道感染症診療全体を見直していくことが課題である。

2020年初頭から世界を席卷しているCOVID-19パンデミックは日本を含む各国の医療に大きな影響を与えた。このパンデミックがAMR対策に与える直接的な影響として、COVID-19患者に本来不必要な抗菌薬が使用されることや院内感染対策の破綻が薬剤耐性菌の増加につながる危険が指摘されている。また、私たちはCOVID-19によって健康被害と経済損失が生じる事態を目の当たりにしている。AMRによっても多大な健康被害と経済損失が生じる可能性があると予測されており、現実的な問題として対応していく必要性がこれまで以上に認識されるようになってきている。

当日はAMR対策の概要と日常診療における抗菌薬適正使用、COVID-19パンデミックの影響について解説する。

略 歴

1997年 (平成 9 年) 東京医科歯科大学医学部医学科卒業
1997年 (平成 9 年) 佐久総合病院初期研修医、内科、総合診療科
2005年 (平成17年) 静岡県立静岡がんセンター感染症科
2009年 (平成21年) 国立感染症研究所実地疫学専門家養成コース (FETP-J)
2011年 (平成23年) 東北大学大学院医学系研究科 感染症診療地域連携講座 助手
2014年 (平成26年) 東北大学病院 総合感染症科 助手
2015年 (平成27年) 東北大学病院 総合感染症科 講師
2017年 (平成29年) 国立国際医療研究センター病院 AMR臨床リファレンスセンター 情報・教育支援室長
2021年 (令和 3 年) 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 統合臨床感染症学分野 教授

専門分野

臨床感染症、感染症疫学

所属学会、専門医、認定資格等

日本内科学会 総合内科専門医
日本感染症学会 感染症専門医・指導医 評議員
ICD制度協議会認定インフェクションコントロールドクター
日本環境感染学会 評議員
Master of Public Health
医学博士

社会活動

薬剤耐性 (AMR) 対策推進国民啓発会議構成員
東京iCDC専門家ボード (感染制御) メンバー

その他

長崎大学客員教授、東北大学非常勤講師

著書

「がん患者感染症診療マニュアル (共著)」南山堂
「感染症チーム医療のアプローチ (共著)」南江堂
「外来で診る感染症 感染症診療コツのコツ (編著)」日本医事新報社 など

講演Ⅱ COVID-19 感染症についてと感染症による諸症状への漢方医学的考察

広島大学病院総合内科・総合診療科 漢方診療センター

小川 恵子

漢方医学は、歴史的にも感染症に対応するための医学として発展してきた。そして、日本は伝統医学と現代医学を一元化した、伝統医療先進国と言える。現在の医療における漢方医学の特徴は、1. 医療用漢方製剤（エキス剤）148種類、調剤用生薬 約200種が、医師の診察により、健康保険で薬剤投与を受けられること、2. 未病という考え方があること、3. 西洋医学では対処が難しい症状（全身倦怠感、食欲不振など）に対する高い効果が期待できること、4. 年齢や環境（四季、気候、多忙など）などを考慮して有効な処方を選定できること、5. 病名ではなく、患者の病態や症状を漢方医学的に診断して処方決定すること、である。これらの特徴は、原因であるウイルスに対する治療法が確立していないような感染症治療にも生かせる。また、中国では、COVID-19パンデミック後すぐに、中医師のチームが現場に派遣され、中医学が臨床現場で用いられた。特に、三方三葉が提案されている。

本講演では、医療用漢方エキス製剤を感染症の様々なステージに利用可能であること、その中で、特に漢方の有用性が高いと思われる感染初期と感染対策、そして回復期の支持療法としての役割に焦点を絞ってお話します。

略 歴

愛知県名古屋市生まれ

平成9年 名古屋大学医学部卒業

平成9年 名古屋第一赤十字病院にて外科研修。

平成14年 名古屋大学医学部小児外科 非常勤医員

平成16年 名古屋第二赤十字病院 小児外科常勤医

平成17年 あいち小児保健医療総合センター 医長

平成18年 あきば伝統医学クリニック 常勤医

平成19年 千葉大学医学部附属病院和漢診療科 医員

平成23年 金沢大学附属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科 和漢診療外来 特任准教授

平成27年 金沢大学附属病院 漢方医学科 臨床教授

令和3年 広島大学病院 総合内科・総合診療科 特任教授

広島大学病院 漢方診療センター センター長

現在に至る

指導医・専門医

日本東洋医学会指導医、日本外科学会専門医、日本小児外科学会専門医

所属学会

日本東洋医学会（評議員）、日本外科学会、日本小児外科学会（評議員）

日本血管腫血管奇形学会（評議員）、日本小児がん血液学会、日本臨床外科学会

日本臨床腫瘍学会、日本臨床栄養代謝学会

その他

生薬ソムリエ協会理事、日本東洋医学会国際委員会委員長、日本小児外科学会評議員、日本血管腫血管奇形学会評議員

漢方薬の安全な使用方法

慶應義塾大学医学部 漢方医学センター

渡辺 賢治

1967年に医療用漢方製剤が保険診療に登場して以来、漢方薬の効果の臨床エビデンスが積み重なってきたと同時に副作用に関しても知見が重なってきた。

漢方薬は生薬、鉱物、動物など自然由来のものを使用するため、一般的には安全であると信じられている。しかしながら、小麦や甲殻類でもアレルギー反応を起こすことから、自然由来の生薬が副作用を引き起こすことは容易に理解できる。

特に注意すべき重篤な副作用として、間質性肺炎が挙げられる。1989年には平山らが多施設による無作為比較試験で小柴胡湯が肝機能を改善させることを示し、慢性肝炎に幅広く小柴胡湯が使われるようになった。1995年には岡らが260名の肝硬変患者を対象に5年間の経過観察で、小柴胡湯が肝硬変からの肝がん発症を抑制する、という前向き臨床研究の結果がCancer誌に掲載され、アジア地域に多い慢性肝炎から癌への化学予防の研究として高く評価されたが、残念ながら間質性肺炎の副作用が出現したため、広く使われることはなかった。これを機に漢方薬の副作用に対する認識が高まり、小柴胡湯の使用に際しては「禁忌」が設けられ、適正使用が求められるようになった。

偽アルドステロン症は甘草によって引き起こされることが分かっているし、腸間膜静脈硬化症は加味逍遙散、黄連解毒湯などに含まれる山梔子の長期服用によって引き起こされることが明らかにされ、副作用の多くは生薬およびその成分で説明がつく。その意味において、漢方薬を構成する生薬についての知識をもっておくことが重要である。

予想される副作用の警鐘は、処方する際に医師から具体的な症状で説明していただきたい。例えば間質性肺炎は拘束性障害であるから、吸気時の呼吸困難と乾性咳嗽を特徴とする。さらに、そうした症状が出現したら、すぐに漢方薬を中止するよう注意をうながす。

多くの場合、処方する漢方薬から副作用は類推できるが、時に予期せぬ事象が起きる場合もある。たとえば腹痛の治療で安中散を処方したところ、腹痛が悪化する、などである。漢方薬の副作用については未知の部分も多いため、患者さんの訴えを否定することなく、あらゆる可能性を疑ってかかることが重要である。また、肝機能障害や初期の電解質異常は症状に表れにくいので、適正検査も必要になる。

漢方薬の副作用は、頻度的には少ないので、基本的には安心して処方することができるが、副作用の出現可能性にも注意を配りながら、適正に使用することで最大限の効果を引き出すことができると考える。

略 歴

修琴堂大塚医院 院長、慶應義塾大学医学部漢方医学センター 客員教授

昭和59年 慶應義塾大学医学部卒、医師・医学博士

慶應義塾大学医学部内科、東海大学医学部免疫学教室、米国スタンフォード大学遺伝学教室、北里研究所（現：北里大学）東洋医学総合研究所、慶應義塾大学医学部漢方医学センター長、慶應義塾大学環境情報学部教授・医学部兼任教授などを経て現在に至る。

日本内科学会総合内科専門医、
日本東洋医学会専門医
WHO-FIC伝統医学委員会共同議長
WHO医学科学諮問委員会委員
漢方産業化推進研究会理事長
日本臨床漢方医会副理事長、
横浜薬科大学特別招聘教授
神奈川県顧問・奈良県顧問等を兼ねる。

1. メニエール病非典型例に対する漢方治療

金沢大学大学院医学系研究科耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾、小森耳鼻咽喉科医院²⁾、広島大学病院総合内科・総合診療科漢方診療センター³⁾

○白井 明子¹⁾、小森 貴²⁾、小川 恵子³⁾
吉崎 智一¹⁾

【緒言】 メニエール病は原因不明の内耳内リンパ水腫疾患である。薬物治療として利尿剤や循環代謝改善剤等を用いるが、西洋医学的治療に難渋する場合もあり、漢方治療の有効性が期待されている。今回、頻尿症状を伴うメニエール病非典型例に猪苓湯合四物湯が有効であった1例を経験したので報告する。

【症例呈示】 47歳、女性。主訴：両耳鳴、両難聴。現病歴：X-3年から両耳鳴・難聴を繰り返し、近医耳鼻科にてメニエール病非典型例の診断を受け、イソソルビド等内服加療を継続。しかし、イソソルビドによる頻尿症状が強く、X年8月、総合病院耳鼻咽喉科を受診。ビタミンB12・E、アデノシン三リン酸二ナトリウム水和物、苓桂朮甘湯の内服を開始したが、2カ月毎に両低音域の閾値上昇を繰り返し、ステロイド内服により改善。X年12月今後の漢方治療方針の決定目的に紹介初診となった。耳鼻咽喉科科学的所見では両鼓膜は正常、標準純音聴力検査では左低音域の閾値上昇を認めた。漢方医学的所見：脈候は弦やや軟按じてやや有力。舌候は、やや紅色、やや乾燥した白苔を被り、舌深静脈軽度怒張。腹候では、腹力中等度、心下痞鞭と軽度の小腹不仁、皮膚の乾燥を認めた。以上の所見から水滯・血虚・瘀血・湿熱・陰虚の病態を考慮し、日頃より頻尿傾向であることも鑑み、猪苓湯合四物湯7.5g/日を処方。天候変動に伴い、症状の増悪を認めることが多いことから五苓散を頓用処方とした。その後、頻尿は改善し、耳鳴はほとんど気にならなくなり、5g/日に減量の後、自然廃薬となった。

【考察・総括】 猪苓湯合四物湯は『傷寒論』『金匱要略』を典とする猪苓湯に『和剂局方』の四物湯を合方した本朝経験方である。適応症としては、排尿困難・残尿感・頻尿などがあるが、その構成生薬から、利水・清熱・滋陰・補血・活血の作用を持つ方剤と言える。メニエール病の内リンパ水腫としての病態を水滯と捉え、五苓散や柴苓湯が一般に用いられるが、水滯に加え、湿熱並びに血虚や瘀血といった複数の病態が原因と考えられる場合には、猪苓湯合四物湯が有効な選択肢となり得ると考えた。

2. 苓桂朮甘湯により主観的平衡機能の変動が減少したメニエール病症例

静岡赤十字病院 耳鼻咽喉科¹⁾、国立病院機構 東京医療センター 耳鼻咽喉科²⁾、慶應義塾大学 耳鼻咽喉科学教室³⁾

○川崎 泰士¹⁾、和佐野 浩一郎²⁾
都築 伸佳³⁾、小川 郁³⁾、平賀 良彦¹⁾

【症例】 75歳男性。主訴：めまい、右難聴。現病歴：201X-9年8月より上記主訴があり、ステロイド点滴を行うも症状が反復し聴力悪化とめまい頻度増加を繰り返した。グリセロールテストや蝸電図検査にて内リンパ水腫陽性、ENGでは右半規管麻痺で、MRIやCTの画像検査では明らかな異常を認めず、メニエール病と診断した。イソソルビドの継続投与、発作時の投薬、有酸素運動を施行するもめまい発作を反復し201X-4年5月に右側内リンパ嚢開放術を施行した。症状は改善するも術後約1年8か月経過して聴力低下とめまい症状が再燃し201X-2年4月再度内リンパ嚢開放術を行った。2回目の手術1年半後からめまい症状は再び不安定となり、鼓室内ゲンタマイシン注入術や迷路破壊術なども考慮する状況となった。201X年12月から201X+1年11月までは漢方薬の投与は無い状況で1年間の経過観察を行った。201X+1年12月から201X+1年12月まで漢方薬の投与は無い状況で1年間の経過観察を行った。201X+1年12月から201X+2年4月まで漢方薬の投与は無い状況で1年間の経過観察を行った。201X+2年4月より漢方薬の投与を開始した。めまい平衡領域においては重心動揺やDHI等、即時的な数値的評価尺度はあるものの、他領域での日記のように連続的な評価を行った報告は多くないため、当院では倫理委員会の了承を得てVAS尺度によるめまい日記を導入し患者の主観的平衡機能の評価した。メシル酸ベタヒスチンは2年間を通して頓服として使用している。投与前一年間と投与後一年間で評価することで気圧や天候などの変化も相殺されると考えられた。その結果、VASの平均値などに有意差は無いものの、最大値と最小値の差が縮小する傾向が見られた。苓桂朮甘湯には主観的平衡機能の変動が減少させる効果がある可能性が示唆された。過去の文献をふまえて、その有用性について報告したい。

3. 当院めまい平衡専門外来における長期通院患者の漢方製剤についての検討

山口大学大学院 医学系研究科 耳鼻咽喉科学

○藤井 博則、沖中 洋介、橋本 誠
菅原 一真、山下 裕司

当院では週一回めまい平衡専門外来を実施しており、急性期や慢性期のめまい平衡疾患を診療している。急性期のめまい疾患も症状の改善後、片側の前庭機能低下やメニエール病の非発作期などは浮動感などの症状で長期通院となっている患者が少なくないのが現状である。そのような患者に対しては、通常の抗めまい薬に加えて半夏白朮天麻湯や苓桂朮甘湯、五苓散などの漢方製剤を用いることで自覚症状の改善を認めることがしばしばある。漢方医学ではめまいは水毒の関与が多いといわれ、前述した水代謝に関連する漢方が用いられることも多く、特にメニエール病と苓桂朮甘湯については過去にめまい症状が改善されるという報告が散見された。また、心気的な要素が大きい際には半夏白朮天麻湯や真武湯も効果があるとされている。今回、当科外来において長期通院している患者の診断、漢方製剤を含めた処方内容、自覚症状、他覚所見の推移について検討したため報告する。

対象は当院めまい専門外来に半年以上通院している患者とした。当院ではめまい患者の初診時に Dizziness Handicap Inventory (DHI) を記載してもらっており初診時の自覚症状とした。また、2012年から2018年の間の初診患者において漢方医学的な証のアンケートを行っており治療内容との関連を検討した。自覚所見の推移として定期的に記載してもらっているDHIを用いた。他覚的な所見として眼振所見、聴力検査所見を検討した。診断名、通院期間、漢方を含めた内服内容と内服期間、漢方の処方割合、経過中のDHIの推移を検討した。

以上の検討について若干の文献的考察を加え報告する。

4. メニエール病のめまいに対する五苓散の効果

大阪市立大学 耳鼻咽喉科¹⁾、多根総合病院 耳鼻咽喉科²⁾

○神田 裕樹¹⁾、大野 峻²⁾、二見 駿平¹⁾
角南 貴司子¹⁾

和漢薬である五苓散は沢瀉(たくしゃ)、蒼朮(そうじゅつ) 猪苓(ちよれい) 茯苓(ぶくりょう) 桂皮(けいひ) の5つの生薬から構成されている。めまい、吐き気、嘔吐、腹痛、頭痛、むくみなどに効果があるとされているが、近年では脳浮腫の軽減などにも利用されている。低音障害型感音難聴に対する有効性の報告もあり、内リンパ水腫を軽減する可能性も示唆されている。五苓散に含まれる蒼朮および猪苓がアクアポリンに作用することが報告されており、脳浮腫での研究では蒼朮がAQP4に特に作用し脳浮腫を抑制している可能性が示唆されている。蝸牛血管条には2型のバソプレッシンレセプター (V2R)、Na-K-Cl共輸送体、アクアポリンが存在し、内リンパ嚢にもV2Rm、アクアポリンが存在しており内耳の水代謝に関与しており、メニエール病では内耳の水代謝に障害が生じて内リンパ水腫が生じると考えられている。

今回我々はメニエール病に対する五苓散の効果について検討を行ったので、文献的考察を加えて報告する。

5. 立ちくらみ患者の疲労倦怠感と十全大補湯

オレンジクリニック 木村耳鼻咽喉科

木村 貴昭

十全大補湯は四君子湯（人参・白朮・茯苓・甘草）、四物湯（当帰・地黄・芍薬・川芎）、肉桂、黄耆の十味の方剤である。高山宏世先生の漢方常用処方解説には気血共に虚し、さらに虚寒の症候を伴う場合に用いられるとある。

われわれは立ちくらみを訴える症例に十全大補湯を処方し、効果のみられた症例を経験したので報告する。

対象は平成30年1月より令和2年12月までの3年間で、当院を受診し立ちくらみの症状に対して十全大補湯を処方した34例である。さらに投与後の経過を追えたもの14例のうち投与後に症状が消失した症例は8例であった。著効例の一つを提示する。

25歳 女性

現病歴：1年以上前からめまい、朝と夕方にフワフワ感が強く、特に立って何かをしている時にふわっとする。悪天候の時には増悪する。貧血のような感じが続く。

検査所見：注視眼振、頭位・頭位変換眼振で異常なし、聴力検査正常、ロンベルグ陰性

臨床経過：ツムラ十全大補湯7.5gを分3で2週間処方。2週間後受診せず投薬の延長を希望。4週間後受診時に、服薬していると調子がいいのでさらなる投薬を希望。5g分2に変更して1ヶ月間投与したが症状は安定していた。約2ヶ月服薬後、立ちくらみが出るとのことで血液検査を施行、貧血等異常は認められなかった。服薬を続けると症状は安定し、以後さらに2ヶ月間服薬を続行した。

有効例の中にはメニエール病と思われるものも数例あり、立ちくらみの症状を強く訴える場合にはイソソルビドなどメニエール病で使用される薬剤と併用して十全大補湯を投与した。同薬を投与した症例は立ちくらみが改善しているケースが多く、イソソルビドの効果も無視できないが、診断がついても立ちくらみの症状が伴えば一度使用してみる価値があるものと思われる。

さらに発表までに症例ごとに検証を重ね文献的考察を加えて発表したいと考える。

6. 肩こり関連めまいに用いる漢方製剤の特徴

竹越耳鼻咽喉科¹⁾、JCHO 群馬中央病院 和漢診療科²⁾、ほしの耳鼻咽喉科クリニック³⁾

○竹越 哲男¹⁾、小暮 敏明²⁾、星野 朝文³⁾

【緒言】 肩こり関連めまいは、肩こり・首こり・頭痛を伴う「めまい症」で、反復性眩暈の約半数を占める。病態は血行動態性椎骨脳底動脈循環不全が主であり、肩こりによる交感神経過緊張の血管収縮、低血圧、過労、ストレスに影響される多病因性疾患である。西洋薬ではいずれの病因にも対応できないため西洋医学では難治である。以前我々は本症に対する桂枝加苓朮附湯の有効性を報告したが、今回有効率と期待される作用につき検討した。

【方法及び結果】 有効率（14日以内の改善例を有効とした）を後ろ向きに検討したところ、有効47例、無効7例で87.0%であった。なお併用薬剤は補中益気湯22名、釣藤散37名、抗眩暈剤4名、ATP17名であった。

【考察】 本方の目標に尾台榕堂は「心悸、目眩」と記載しており、過去にめまい等に投与されていたと推察される。本方は桂皮・芍薬・生姜・大棗・甘草・茯苓・白朮・附子からなり、葛根湯同様「水を捌いて温める」機序により、神経痛・関節痛のみならず肩こりにも有効である（自験例で約7割に有効）。また苓桂朮甘湯・真武湯・苓桂甘朮湯の方意も含まれる。すなわち肩こりの改善、めまいの改善、昇圧作用、脳血流改善、体の賦活化作用、精神安定作用が期待され、本疾患の西洋医学的病因に対応していた。

【結論】 桂枝加苓朮附湯は脳循環改善剤・鎮痛剤・抗眩暈剤・安定剤の合剤と言える効能を持ち、めまいに対してさらに活用されるべきと考える。

7. 肩こり関連めまいに対する漢方治療の経験

たけすえ耳鼻科クリニック
武末 淳

耳鼻咽喉科外来診療において、めまいを主訴に来院される患者さんは増加しつつあり、また、現代の生活様式の変化に伴いその原因も多岐にわたっている。従来からの典型的な内耳障害以外を原因とするめまいの多くは、しばしば確定的な検査所見を得る事が難しく、疑い例や単なるめまい症として経過を診る事が多かった。前回(第35回)の国会において竹越は、これらの症例に対して肩こりに着目し、桂枝加苓朮附湯を処方し効果を上げた事を報告した。本方剤は、内耳性めまいに効果を期待出来る水毒に対する生薬を含むと同時に、昨今のめまいの原因として多くの症例に認められる肩こりや頭痛を改善する際に有効な、気の異常や冷えに効果を有する生薬も含有する。

今回、当院に来院した肩こり等を有するめまい症例に、竹越の提唱した臨床診断項目を目安に本剤を用い良好な効果を得たので、本剤の漢方的考察を加え報告する。

8. 糖尿病合併突発性難聴患者に漢方薬が奏功した2例

笠間耳鼻咽喉科
上山 展弘

糖尿病合併突発性難聴患者に八味地黄丸が著効した2例

突発性難聴の原因はいまだ不明であるが、内耳循環障害などが考えられている。糖尿病は動脈硬化を促進し循環障害を引き起こすことから、以前より糖尿病と突発性難聴の関連は疑われてきた。

糖尿病合併突発性難聴に対する治療としては、やはりステロイドの全身投与が行われることが多い。この場合、血糖値の上昇、糖尿病の悪化が懸念される。従って、入院の上、糖尿病専門医に併診してもらい、血糖値をコントロールしながらステロイドを投与するのが原則である。私の診療所でもこの原則に従い、連携先の基幹病院に紹介してきた。

しかし、最近の新型コロナウイルス流行の影響で、基幹病院では入院が制限されており、また、患者も新型コロナウイルス感染を恐れて、入院を拒否する場合も多い。そのような患者に、糖尿病に対する効果をもつ八味地黄丸を投与して治癒にいたった2例を経験したので、報告する。

2例とも60歳代の男性で、八味地黄丸にアデノシン三リン酸とビタミンB12を併用した。3週間以内に治癒し、薬剤投与終了後も再発は認めていない。

糖尿病患者が突発性難聴を発症した場合、ステロイドを使用しなくても、八味地黄丸で治癒に至る例が存在することがわかった。

9. 漢方治療を行った耳管開放症 自験例の検討

福井大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾、
広島大学病院 総合内科・総合診療科 漢方診療セン
ター²⁾

○呉 明美¹⁾、小川 恵子²⁾、藤枝 重治¹⁾

【はじめに】 耳管開放症の内服治療は漢方薬による治療報告が多く、演者も耳管開放症に対して積極的に漢方薬を処方しており、漢方治療を行った自験例を後ろ向きに検討したので報告する。

【方法と結果】 対象は2014年8月～2020年6月に耳管開放症に対して漢方薬を処方し、経過を追えた22例とした。初回は漢方薬を2週間～4週間処方し、症例に応じて継続、あるいは漢方薬を変更した。自覚的に症状が改善、あるいは消失した場合を有効、症状が不変であった場合を無効、症状が増悪した場合を悪化とした。結果は対象22人の性別は男性7人、女性15人で、年齢は26歳～85歳（平均63.0±16.0歳）であった。漢方薬が有効例は19人（86%）、無効例は3人（14%）であった。有効であった漢方薬は加味帰脾湯15人（68%）、白虎加人参湯2人（9%）、加味逍遙散1人（5%）、牛車腎気丸1人（5%）で、漢方薬が無効であった症例は3人（14%）であった。

【考察】 耳管開放症は耳管とその周囲組織のボリュームが減少して起こる、あるいは耳管機能不全によって起こる可能性が考えられる。耳管機能不全は心身のバランスが崩れたことによって起こる可能性があり、漢方的には虚している状態になっていることが多いと思われる。実際に漢方治療による報告は加味帰脾湯と補中益気湯が多く、加味帰脾湯は気血両虚、補中益気湯は気虚（気陷）を目標に使用され、両剤とも補剤と呼ばれる。また、ボリュームの減少により耳管開放症が起こると考えると、陰虚などの水分が不足した状態になっている可能性が考えられる。陰虚陽亢となっているものには白虎加人参湯、陰虚と腎虚がありさらに水滯も認める症例には牛車腎気丸が有効であった。またストレスの自覚と瘀血を認めた症例には加味逍遙散が有効であった。以上より、耳管開放症に対する治療では患者の証に応じて漢方薬を選択することで奏効率が上がると考えられる。さらに、漢方薬のよいところは耳管開放症のみならず、不眠や食欲不振など、同時に起こっている他の症状も改善することがあるところである。

近年では耳管開放症に対して、耳管ピン挿入という新しい治療が導入され始めているが、中耳炎などの合併症が問題になっている。耳管ピンの挿入の前に、個別治療として有効性の高い漢方治療を試みる価値はあると考えられる。

10. 耳閉塞感を訴える症例に対する漢方薬の効果について

医療法人美玲会 なかたに耳鼻咽喉科医院

仲谷 茂

【はじめに】 耳閉塞感を訴えるが鼓膜所見も聴力検査所見も正常で、原因がはっきりしない症例を経験することがある。少量の滲出液を有する滲出性中耳炎や耳管狭窄症、耳管開放症、肩こり、自律神経障害など様々な原因が考えられ、治療の選択に苦慮することが多い。今回 耳閉塞感を訴え耳管通気療法とカルボシステインや柴苓湯投与するも軽快しなかった症例に対して神経症や耳管開放症に効果があるとされている加味帰脾湯の効果について検討した。

【対象と方法】 耳閉塞感を訴え、鼓膜所見および聴力検査が正常であった症例を対象とし、耳管通気療法などで軽快しなかった13症例に加味帰脾湯を投与し、その効果を検討した。

【結果】 11症例は、投与2週間で耳閉塞感が消失し投薬を終了した。2症例は投与2週間で軽快し、投薬を1か月から3か月続けることにより耳閉塞感が消失し投薬を終了した。

【考察】 加味帰脾湯の構成生薬のうちオウギ、ニンジン、ソウジュツには消化吸収と代謝を促進して“気”を高め、リュウガンニクは“血”を補い、オンジ、サンソウニン、トウキは滋養強壮に働いて全身の気血両虚の状態を改善するとされている。また、オウギ、ニンジンは脳の活性を促すのに対し、ブクリョウ、リュウガンニク、オンジ、サンソウニン、ソウジュツは鎮静や催眠の作用がある。今回、鼓膜所見および聴力正常の症例において耳管通気療法やカルボシステイン、柴苓湯の投与など軽度の滲出性中耳炎や耳管狭窄症の治療では軽快しなかった症例において加味帰脾湯には末梢血流を改善する効果と鎮静・催眠作用にて副交感神経を優位にする作用があることより耳管開放症や自律神経障害、肩こりなどの原因が考えられる症例に有効であったと考える。

11. 漢方治療を組み入れた小児睡眠時無呼吸症

名古屋市立大学病院 睡眠医療センター¹⁾、
名古屋市立大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科²⁾、
めいほう睡眠めまいクリニック³⁾

○有馬 菜千枝^{1) 2)}、中山 明峰^{1) 3)}
勝見 さち代²⁾、江崎 伸一^{1) 2)}
佐藤 慎太郎^{1) 2)}、岩崎 真一²⁾

【はじめに】 小児睡眠時無呼吸に対する治療の第一選択は手術であり、効果不十分の場合の治療は未だ定まっていない。手術後の無呼吸再発に対し漢方薬を提案したところ改善した症例を経験したので報告をする。**【症例】** 3歳1か月の保育園男児。いびきがあり終夜睡眠ポリグラフ検査を行ったところ無呼吸低呼吸指数 (AHI) が135.5回/時と重症の睡眠時無呼吸と診断され、X年9月全身麻酔下アデノイド切除術および両口蓋扁桃摘出術が施行された。術後いびきはほぼ消失とのことであったが、X年11月、いびきの増大を認め睡眠検査にて無呼吸の再発が確認された。抗ヒスタミン薬やロイコトリエン受容体拮抗薬で改善のない鼻汁過多があり無呼吸への影響も考えられた。毎月発熱で保育園を休み虚弱が背景にあると考え小建中湯5.0g/日を提案した。内服開始後、休まなくなりいびきや鼻汁も改善した。睡眠検査は、漢方開始後3か月目、5か月目、10か月目に行ったがAHIが低値化した。**【考察】** 小児の睡眠時無呼吸は咽頭腔の狭窄、肥満、上気道感染などが関わる。成人の睡眠時無呼吸に漢方が有用であった報告は過去にあるが小児に対する報告は過去に見られない。本症例の無呼吸は咽口蓋扁桃肥大と上気道炎の関与を考えた。手術により咽頭腔狭窄の改善は得られたが繰り返す上気道炎について追加の治療が必要であった。小建中湯の構成生薬は桂枝・芍薬・生姜・甘草・大棗・膠飴で原典に「虚勞裏急ハ小建中湯之ヲ主ル。」とあり脾胃を建て直し陰陽気血の不足を解消する。本例では繰り返す上気道炎は虚弱によると思われる、やせ型、口唇の乾燥、腹直筋攣急など小建中湯の証と考えた。無呼吸による熟眠感不足や日中傾眠はストレスを招き肝気鬱血が生じると脾虚肝乗を招く。脾虚のある無呼吸に対して小建中湯が効果的であったことが睡眠検査という客観的評価を通して今回示された。**【結語】** 漢方治療が効果的であったと考える術後無呼吸の症例を経験した。術後無呼吸については脾虚がある場合漢方治療も一案と思われる。本症例における医療用漢方エキス製剤についてツムラ (株) を用いた。尚、本研究は書面で同意を得たうえで倫理的配慮を行って実施されている。

12. 感冒急性期後の乳児鼻閉に対する漢方治療

真栄城耳鼻咽喉科
真栄城 徳秀

0歳児は解剖学的に口呼吸がうまく出来ないため何らかの原因で鼻がつまると途端に哺乳困難に陥る。

感冒の急性期が過ぎた後、下鼻甲介粘膜浮腫のためミルクが十分に飲めなくなった赤ちゃんに対して私はボスミン液噴霧後、細いローゼン氏管で上咽頭まで鼻汁吸引を行っている。有効な処置だが翌日には再び鼻閉のためミルクが飲めなくなるので何か良い内服薬がないか悩み、抗菌薬やカルボシステインを服用してみたが効果はなく抗ヒスタミン薬は痙攣の危険があり使えない。そのため内服薬は処方していなかった。今回、麻杏甘石湯を4カ月女児に服用させたところ著効したので若干の文献的考察を加えて報告する。

麻杏甘石湯は麻黄、杏仁、甘草、石膏の生薬から成るが麻黄は石膏と組むと表の水分を裏に向かって引き込み最終的に尿として排出する作用があるので下鼻甲介粘膜浮腫、鼻水の軽減が期待できる。実際、当院の症例もボスミン液噴霧後の鼻汁吸引のみでは翌日再発していたが、麻杏甘石湯の服用により再発することなく4日で治癒となった。

漢方薬の中で乳児鼻閉に適応があるのは麻黄湯だが、麻黄湯の本来の目的は麻黄と桂枝の組み合わせによる強力な発汗作用で解熱させることである。したがって、感冒初期で発熱がある時は良いが、急性期を過ぎて熱が下がり鼻閉や鼻水のみが残っている場合は脱水をきたす可能性があり使いにくい。その点、麻杏甘石湯は麻黄湯に比べ発汗作用が少ないので使いやすい。適応は喘息のみとなっているが、急性期を過ぎた感冒による乳児鼻閉に対して効果が期待できる方剤と思われた。他に、五虎湯と越婢加朮湯も麻黄と石膏が麻杏甘石湯と同程度入っているので効果が期待できると思われた。

13. 漢方薬で改善した顔面痛の1例

市立旭川病院 耳鼻咽喉科
佐藤 公輝

顔面痛にて多数服用していた西洋薬を漢方薬に交替し、顔面痛がほぼ消失するにいたった1例を経験したので、報告する。

症例 72歳 男性。主訴は右頬部痛。

X年9/11 初診。

3年前から右頬部痛がある。近医耳鼻科では問題ないと言われ、ペインクリニックを受診して内服を継続しているが、まったく改善がない。

初診時の内服薬は、プレガバリン、ランソプラゾール、イブジラスト、ロキソプロフェンナトリウム、カルボシステイン、クラリスロマイシン、セチリジン塩酸塩、ワクシニアウイルス接種家兔炎症皮膚抽出液含有製剤。

既往；某耳鼻科でメニエールの診断を受けイブジラストを服用中だが、今めまいはない。

現症；副鼻腔所見はなし。頬部痛以外鼻症状もなし。CTにて眼窩下神経孔に小さな陰影を認めるが副鼻腔炎等はない。

顔貌はシミが多く色黒。舌は淡紅色で白苔(+)、胖大無し、歯根無し、静脈怒張なし。2便正常。

まずは薬剤整理から開始することとし、鼻症状を伴わないこと、鎮痛効果がない様子から、カルボシステイン、クラリスロマイシン、セチリジン塩酸塩、ロキソプロフェンナトリウムを中止とした。イブジラスト、プレガバリン、ワクシニアウイルス接種家兔炎症皮膚抽出液含有製剤は本人希望にて継続とし、減量して処方した。

X年9 / 25 第2診

痛みは2割ほど軽減したと。また、冷たくなると疼痛悪化するようなので、背景に冷えを考え、桂枝加朮附湯を処方。ワクシニアウイルス接種家兔炎症皮膚抽出液含有製剤は中止としたが、プレガバリンとイブジラストは、やはり本人の強い希望で継続とした。

桂枝加朮附湯、プレガバリン、イブジラストを2W処方。

X年10 / 16 第3診からは、顔貌から瘀血を考え、桂枝茯苓丸も加えた。プレガバリン、イブジラストは減量したかったが本人が難色を示したのでそのまま継続とした。

以降、主要薬を桂枝加朮附湯+桂枝茯苓丸として、ブシ末0.6gを加えるなどしたところ、痛みの発作回数や程度が徐々に減少した。イブジラストとプレガバリンについては1Tずつ減量した際、症状悪化がなかったことから、本人も減量も受け入れてくれるようになり、X+1年7 / 4以降はプレガバリンもイブジラストも中止とし、漢方薬のみを継続。

X+1年9 / 26以降は、疼痛発作はほぼ消失し、安定的に経過。

X+2年4月以降は、漢方薬も徐々に減量しつつある。

14. 顔面痛に対する漢方治療

とも耳鼻科クリニック¹⁾、竹田眼科²⁾、札幌医大耳鼻咽喉科³⁾

○新谷 朋子^{1) 3)}、竹田 眞²⁾、吉田 瑞生³⁾
縫 郁美^{1) 3)}、高野 賢一³⁾

鼻や頬部、眼周囲の慢性の痛みで、x-p等で明らかな副鼻腔陰影がなく、咽喉頭に炎症所見も見られず原因不明で遷延する顔面痛に対して塩化亜鉛を塗布する上咽頭擦過療法（Bスポット治療、EAT）と漢方治療が有効であった症例について報告する。

上咽頭、顔面の知覚神経支配は三叉神経、舌咽神経、迷走神経で、上咽頭擦過治療によって迷走神経刺激により抗炎症作用があると言われている。

漢方は桂枝棗草黄辛附湯（麻黄附子細辛湯+桂枝湯）、麻黄附子細辛湯、葛根加朮附湯+桂枝茯苓丸（または桂枝茯苓丸加薏苡仁）、治打撲一方+桂枝茯苓丸、黄连湯等を処方した。慢性疼痛では冷えが存在することが多く、附子、乾姜、甘草などの生薬が有用で、瘀血の随伴も考慮された。

15. 歯痕舌を伴う舌痛症状に対して漢方薬が有効であった3症例

富山大学 耳鼻咽喉科

○阿部 秀晴、石田 正幸、中西 亮人
伊東 伸祐、將積 日出夫

【はじめに】舌痛を訴え、歯痕舌を認めた症例に対して五苓散を処方し効果を認めた3症例を経験したので報告する。

【症例1】88歳男性

【既往歴】胃潰瘍による幽門側胃切除術 単径ヘルニア 甲状腺機能低下症

【病歴】1週間以上続く右側舌痛と多発性アフタを主訴に前医を受診し、うがい薬とデキササルチン軟膏を処方されたが、改善せず、当院に紹介となった。初診時、舌腫大と地図状舌を認め、右側舌縁にアフタを認め、ビタミン剤 (B6)、六君子湯、トリアムシノロンアセトニド、アムホテリシンBを追加した。1か月経過を診たが改善無く、漢方を滋陰降火湯に変更したが、その後は部位が左右で一定しない舌痛が続いた。さらに1か月後の再診時、歯痕舌が目立ち、腹部膨満感の訴えもあり、水滯として、五苓散に変更したところ、改善を認め1か月後終診となった。

【症例2】49歳女性

【既往歴】頸部食道癌で化学放射線療法、咽喉食道全摘術後 (胃管+遊離空腸再建)

【病歴】胃管膨隆による食後の気管孔狭窄で当科通院中。繰り返し両側舌痛の訴えがあり、診察したところ舌の腫大と歯痕舌を認めた。五苓散を開始し、1か月後改善を認め、一旦処方を終了した。その後2週間後に左低音難聴のため予約外受診し、その際舌痛の再燃も伴った。五苓散を再開するとともにプレドニンの漸減内服を行い8日後に舌痛の改善と聴力の完全回復を認めた。五苓散は希望があり、1年以上処方継続中である。

【症例3】58歳女性

【既往歴】特になし

【病歴】1か月以上続く舌左側の疼痛を訴え、前医で口内炎の軟膏を処方されたが改善無く、舌左縁の白色病変と硬結を指摘され、精査加療の為当院へ紹介された。

舌の腫大を認め、歯痕舌を呈し、舌左縁のアフタを伴っていた為、五苓散を開始した。3週後の再診時には著効を認め疼痛とアフタの消失を認めた。さらに1か月継続し終診とした。

【考察】舌腫大に伴って歯痕が舌の辺縁に見られることがあり、気虚或いは水滯を示唆する症候とされ、耳鼻咽喉科医にとって取りやすい証の一つと考えられる。五苓散は使用目標の一つに浮腫がある。舌痛を訴え、舌腫大が明らかで歯痕を伴う症例では、まず浮腫を軽減させ、歯との干渉を軽減させるという点で本剤は有用であると考えられる。

16. 上顎洞炎患者に対し排膿散及湯を使用した治療経験

岐阜・西濃医療センター 西美濃厚生病院 歯科口腔外科

杉山 貴敏

【緒言】上顎洞炎は副鼻腔炎のひとつで、歯科口腔外科的には歯牙に感染原因のある歯性上顎洞炎と感冒や感染症、アレルギーによる自然口閉鎖などの鼻性上顎洞炎に分けられる。当科では上顎洞炎治療に排膿散及湯を併用し良好な治療結果を得ており、その概要を報告する。【症例1】歯性上顎洞炎にて感染根管治療、歯根嚢胞摘出術をおこなった症例：36歳、女性。左側上顎6の疼痛を主訴に来院。左側上顎6根尖性歯周炎および歯根嚢胞による歯性上顎洞炎にて感染根管治療後、歯根嚢胞摘出術および歯根端切除術施行。術前後に排膿散及湯を約3カ月間内服したところ上顎洞粘膜の肥厚は消退した。【症例2】篩骨洞、上顎洞開放術後の上顎洞炎症例：78歳、女性。約20年前に耳鼻科にて両側篩骨、上顎洞開放術を受けた。右側上顎67慢性根尖性歯周炎および右側上顎洞粘膜の肥厚を認めたため右側上顎67感染根管治療を施行したが上顎洞粘膜の肥厚は変化しなかった。そこで排膿散及湯の内服治療を開始し3カ月内服後、上顎洞粘膜の肥厚は改善した。【症例3】アレルギー性鼻副鼻腔炎、歯性感染合併例：51歳、男性。鼻閉、頭重感のため耳鼻科にて治療中、両側上顎洞粘膜および左側篩骨洞粘膜の肥厚、左側上顎7の動揺と根尖病巣を認めた。両側上顎洞炎、左側篩骨洞炎、左側上顎7根尖性歯周炎の診断にて排膿散及湯内服を開始した後、左側上顎7抜歯術施行した。約2カ月内服で左側篩骨洞、両側上顎洞粘膜の肥厚は改善を認めた。【考察】副鼻腔からは1.5~2L/日の粘液を鼻腔に排出しており、慢性上顎洞炎は杯細胞の過形成により粘液量が増加し粘液線毛輸送機能が低下し粘液の停滞がおこった状態である。上顎洞炎の治療目標は上顎洞の換気と排泄で、中鼻道自然口ルートの確保である。耳鼻科的には抗菌剤 (マクロライド療法含む)、消炎鎮痛剤、カルボシステインなどの薬物治療、ネプライザー療法、内視鏡下鼻内手術や自然口開大手術が行われている。歯性上顎洞炎はCT検査併用では約40%を占め、不十分な根管治療が行われた歯科処置後の歯が原因歯となる場合が多い。治療は原因歯の感染根管治療や抜歯、根尖病巣除去が第一治療とされるが、再度の歯内療法を行っても慢性上顎洞炎が続く症例も多い。漢方医学的治療では急性上顎洞炎には主に葛根湯加川芎辛夷、辛夷清肺湯などが用いられており、膿汁が貯留している疾患には排膿作用のある十味敗毒湯、柴胡清肝湯、排膿散及湯の併用が良いとされている。歯科口腔外科的には日本歯科医師会点数表記載の排膿散及湯を選択し治療している。排膿散及湯は桔梗湯がベースの方剤で桔梗、甘草、大棗、芍薬、生姜、枳実で構成されている。炎症の病態時期、患者の虚実の証を問わず使用可能な方剤であり化膿性病態からの改善をはかる目的で、従来あったセラペプターゼやプロナーゼなどの消炎酵素製剤的な使用ができる漢方方剤であると考えている。

17. 慢性上咽頭炎に対する漢方薬の選択

はぎの耳鼻咽喉科
萩野 仁志

慢性上咽頭炎の病因は未だに同定出来ないことが多いが、患者が覚えているケースが時折見受けられ、インフルエンザやマイコプラズマの罹患直後から始まった事例などは経験がある。しかし、多くはいつから発症したかがわからない状態である。ウイルスの上気道炎をきっかけに発症したことが考えられるので、いわゆる風邪の遷延した場合と考えると柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯、補中益気湯、十全大補湯が適応になると思われる。口渴の症状も良く経験するので柴胡桂枝乾姜湯は口渴を伴う症例には良いと思われる。後鼻漏の症状に対しては葛根湯加川芎辛夷や辛夷清肺湯や荊芥連翹湯の適応も考慮する。また、慢性上咽頭炎はしばしば胃逆流症や神経性胃炎を伴うので、六君子湯や半夏厚朴湯の適応も多い。精神的、体力的に疲弊している症例が多いので、補剤を選ぶことが多いのだが、若い症例で中間証から実証では小柴胡湯加桔梗石膏を使用して改善した症例もある。上咽頭はアデノイドが存在する場所であり、若い症例でアデノイドが口蓋扁桃炎のように炎症を起こしているときは、口蓋扁桃の炎症を鎮めるような適応を考えて小柴胡湯加桔梗石膏を使うアイデアが浮かんだ。これに辛夷清肺湯を合方すると石膏がしっかり配合されて局所の炎症を鎮める効果が期待できると考えた。小柴胡湯加桔梗石膏と辛夷清肺湯の合方で改善をみた症例を提示する。上咽頭炎症例は自律神経失調を伴うことが多いので、そちらを手掛かりに漢方を選択することも可能かと思われる。私は脈診や腹診を行うことは無く、西洋医学的な病態を考えてそこから漢方を選ぶので、証が合わないケースも多いと思うが症例を通じて上咽頭炎に対する漢方治療を考えてみたい。

18. 持続性吃逆を認めた咽頭帯状疱疹に対し漢方薬が有効であった1例

宝生会 PL 病院¹⁾、大阪市立大学大学院医学研究科耳鼻咽喉病態学²⁾

○岡本 幸美¹⁾、角南 貴司子²⁾

症例は55歳男性。X月X日より咽頭痛が出現し当院を受診した。受診時37.7度の発熱があり、COVID-19を疑われたため発熱外来にてPCRを施行されたが陰性であった。解熱剤を処方されるも改善なくX+4日耳鼻科受診となった。血液検査所見WBC 6400 CRP 1.26 リンパ球25.7% 身体所見では左の耳介に水泡を認めたが顔面の運動麻痺は認めなかった。口腔内は軟口蓋左側に複数の水泡を認め、喉頭ファイバーでも喉頭蓋、咽頭後壁、左側壁と中央より左側に非連続性の薄い白苔を認めた。左声帯はごくわずかであるが不全麻痺を認めた。以上より咽頭帯状疱疹と考え、バラシクロピルの内服治療を開始した。同日より吃逆が出現。翌日(X+5日)、再度受診され、妻より夜間入浴中に転倒し意識レベルがやや低下したため救急病院に搬送されCTを撮ったが異常は指摘されなかったが未だ清明ではないと訴えがあった。上下肢および構語について異常な神経所見は認めなかったが、ヘルペス脳炎の除外目的に頭部造影MRIを撮影した。MRIでは異常を指摘されなかった。念のためPSLの点滴を施行した。経過観察入院としたが、吃逆が止まらず芍薬甘草湯とメトクロプラミドを処方したが改善なかった。入院後の経過から意識は清明と判断しそのままX+7日より通院治療に切り替えることになった。しかし、吃逆がとまらず当院消化器内科を受診し呉茱萸湯と半夏厚朴湯を処方された。X+11日に吃逆は消失した。VZV感染に伴う持続性吃逆は今までも報告があり、こういった神経障害から生じた吃逆は対症的治療となる。吃逆に対する治療はバクトロフェンを使用したものが多いが、病院によっては採用されていないことも多い。芍薬甘草湯は脳疾患に関連した吃逆に有効であった報告が多数存在するが、半夏厚朴湯もまた筋肉の痙攣や緊張を治める効果があるとされている。今回、芍薬甘草湯が無効であったが半夏厚朴湯が有効であったと考えられた一例を経験したので報告する。

19. 漢方製剤による音声障害の 治療経験

秋田大学 医学部 耳鼻咽喉科

鈴木 真輔

音声は肺からの呼気が声帯粘膜を振動させ、これが鼻咽腔などに共鳴することによって形成される。このように音声の形成には多くの機能が複雑に関与するため様々な原因で音声障害が生じるため、診断には喉頭内視鏡を含む診察と共に丁寧な問診が不可欠である。音声障害の治療では、その原因に応じた最適な治療法を選択する必要がある。病態に応じ外科的処置や様々な薬剤が使用されることがあるが、漢方製剤も音声障害に対する効果が報告され、その効果が期待されている。

このうち、補中益気湯は音声障害、特に高齢者における嚙声（老人性嚙声）に効果を有することが報告されている。高齢者では声帯筋の萎縮や変性のほか、粘膜波動の潤滑剤として働く喉頭分泌液の低下や粘性の変化をはじめとした喉頭機能全般の低下のほか、呼吸機能の低下も加わり音声の加齢性変化が生じるとされる。補中益気湯はその成分である黄耆、人參、柴胡、升麻に骨格筋および平滑筋の緊張や運動性を高める働きがあるとされ、これが喉頭を含む筋肉の運動性を高め声門閉鎖を改善して音声を改善することが考えられている。

このことから、当科では喉頭の筋力低下などが音声障害の背景として推測される症例に対し、補中益気湯の投与を行っている。今回、これらの症例についてその治療経験を報告する。

対象は2013年から2019年に当科を受診し、喉頭内視鏡を含む各種診察と問診によって喉頭の筋力や体力の低下が音声障害の原因と考えられた7症例である。男性4例、女性2例、年齢中央値68歳（59-86歳）であった。発症の経過として、契機が明らかなもの2例、加齢に伴い徐々に進行してきたものが5例であった。投薬の結果、5例で自覚的な音声の改善が認められた。

これらの経験から、補中益気湯は加齢やその他の原因による喉頭の筋力や呼吸機能の低下に伴った音声障害に有効性をもつ可能性が考えられた。

20. 咽喉頭異常感症に対する無作為化介入試験

国立病院機構東京医療センター 耳鼻咽喉科¹⁾、
静岡赤十字病院 耳鼻咽喉科²⁾

○和佐野 浩一郎¹⁾、川崎 泰士²⁾

【はじめに】

咽喉頭異常感症は、器質的な原因がないにもかかわらず咽喉頭や喉頭部に異物感や痛みを継続的に感じるもので、咽頭への胃液の逆流（LPRD）やヒステリーとの関連が報告されている。治療法としては逆流性食道炎と同様の胃薬（PPI）や抗不安薬、漢方薬の有効性が報告されているが、その有効性に関する比較前向き試験は報告されておらず、どのような患者に対しどの治療法が有効なのかということは明らかにされていない。そこで今回我々は静岡赤十字病院耳鼻咽喉科を受診し、咽喉頭異常感症と診断された患者において、PPI（ランソプラゾール）、半夏厚朴湯、六君子湯を用いたRandomized Controlled Trialを行い、有効性の検討を行った。

【対象と方法】

1カ月以上継続する咽頭や喉頭の違和感（圧迫感、詰まった感じ、いたみ）を主訴に受診し、適切な検査を行った結果、咽喉頭異常感症と診断された症例を対象とした。同意を得たのちに初回評価を行い、封筒法を用いて決定した薬剤を処方した。使用する薬剤はランソプラゾール15mg、半夏厚朴湯 7.5g、六君子湯 7.5gとした。主要評価項目はVAS（圧迫感、詰まった感じ、いたみ）を用いて行い、SDS（Self-rating Depression Scale：うつに関連する質問紙）とSTAI（State-Trait Anxiety Inventory：不安に関連する質問紙）とFSSG（Frequency Scale for the Symptoms of GERD：逆流性食道炎に関連する質問紙）を副次的評価項目として用いた。

（本研究は臨床研究法の施行前に施行され、倫理委員会承認のもとで人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を遵守して行った）

【結果】

58例が参加し48例が最終評価まで到達した。残念ながら10例がフォローアウトしていたが、副作用により内服中止となった症例はいなかった。半夏厚朴湯投与は23例（改善11例、非改善12例）、六君子湯は15例（改善7例、非改善8例）、ランソプラゾール10例（改善7例、非改善3例）と有意差を認めなかった。改善例と非改善例の比較を行うと、六君子湯およびランソプラゾールは不安傾向、うつ傾向のある患者が非改善例に有意に多かったが、半夏厚朴湯はうつ・不安との関連は認めなかった。また六君子湯は高齢者が有意に改善傾向を示し、ランソプラゾールは若年者が有意に改善傾向を認めた。

【考察】

- ①半夏厚朴湯はうつ・不安傾向があっても一定の効果が期待できる。
- ②六君子湯はうつ・不安傾向がない高齢者に効果が期待できる。
- ③ランソプラゾールはうつ・不安傾向がない若年者に効果が期待できる。

【まとめ】

今回の検討では症例数が十分でなかったため各薬剤間での差は認めなかったが、改善群と非改善群の比較検討を行うことにより各薬剤の効果が高い群を示すことができた。

21. 漢方治療が効果的であった 頸部リンパ管腫の1例

沖縄県立中部病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾、琉球大学病院 耳鼻咽喉科²⁾

○島袋 拓也^{1) 2)}、安慶名 信也²⁾
真栄田 裕行²⁾、鈴木 幹男²⁾

【緒言】 リンパ管腫は頸部に好発する先天性のリンパ管形成異常である。治療方法として硬化療法または外科的切除がほぼ確立しているが、いずれも侵襲を要する治療法である。今回頸部リンパ管腫に対して漢方薬の内服が有効であった1例を経験したため、その経過について報告する。

【症例】 8歳男児

現病歴：X年7月 右頸部に有痛性の腫脹が出現した。その後急速に増大してきたため、近医を受診した。造影CT検査で側頸嚢胞またはリンパ管腫が疑われ、精査・加療目的に当科紹介となった。

身体所見：右下頸部、胸鎖乳突筋後方に軟らかく可動性のある鶏卵大の腫瘤を触知。

超音波検査：42×14mm、辺縁整の多房性腫瘤がみられる。

穿刺吸引細胞診：多数のリンパ球が認められた。

MRI検査：腫瘤内部はT2強調で高信号だが、一部液面形成を伴う低信号域あり。

治療経過：画像検査および細胞診の所見から嚢胞状リンパ管腫の診断となった。低侵襲な治療を望む患者家族の希望もあり、過去に報告のあった越婢加朮湯を投与した。治療開始後6ヶ月目に腫瘤は触知不能となり、MRI検査でも腫瘤は確認されなかったため内服治療を終了した。その後5ヶ月の時点でも再発はなく通院終了となった。

【考察】 リンパ管腫の一般的な治療として、嚢胞内へ薬剤を注入する硬化療法と外科的切除が挙げられる。しかし保存的治療に位置づけられる硬化療法も反応性腫脹と発熱は必発であり、気道確保を要する場合もあるなど侵襲を伴う治療に含まれる。近年リンパ管腫に対し漢方薬、中でも越婢加朮湯の投与が有効であったとの報告が散見される。越婢加朮湯は石膏、麻黄を主方剤成分とした越婢湯に蒼朮を加えた方剤であり、その効能は「浮腫と汗が出て小便不利のあるものの次の諸証：腎炎、ネフローゼ、脚気、関節リウマチ、夜尿症、湿疹」とされるが、その他漿液性膝関節炎や滲出性中耳炎など「水」の異常を伴う病態に応用され、利尿効果を有するとされる。佐藤らは嚢胞状リンパ管腫10例に対する越婢加朮湯の使用経験について、全例に有効であったと報告している。本症例でも越婢加朮湯の内服のみでリンパ管腫の消退が得られ、有効性が示唆された。従来の治療法と異なり侵襲を伴わないことから、治療の選択肢として考慮してもよいのではないかと考えられた。

22. 頭頸部癌 TPF 療法における 十全大補湯の有用性の検討

恵佑会札幌病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾、恵佑会札幌病院 薬剤科²⁾

○渡邊 昭仁¹⁾、谷口 雅信¹⁾、木村 有貴¹⁾
出町 拓也²⁾、川端 貢司²⁾

抗がん剤治療において種々の副作用が完遂率に大きく影響することは周知の事実である。このことから抗がん剤治療における支持療法大きく注目されるようになった。我々は本研究会でTPF療法における口内炎の発症に対し、半夏瀉心湯の予防投与による有用性を報告した。さらに、下痢に対しても半夏瀉心湯の検討を行い、止痢効果は認めるものの、他の止痢剤との統計学的な有意差はないことも報告した。

十全大補湯は古くから慢性疾患で疲労衰弱している人に効果があると言われたり、免疫賦活作用を佑すると言われてきた。近年では科学的に造血機構に対しても効果が認められ報告されている。今回我々はこの十全大補湯の造血機構に対する作用に注目し、頭頸部癌にてTPF療法を施行する症例に投与を試みた。

【対象と検討方法】

2018年6月より頭頸部扁平上皮癌と診断され、治療としてTPF療法が必要とされた症例で十全大補湯を投与できた30例を検討対象とした。投与方法は化学療法終了後で一時退院から次のクールで入院までの間に十全大補湯を2.5g x 3回で内服指導した。また、十全大補湯を使用する前の2015年1月から2016年8月までに同様に頭頸部癌で同じレジメで投与された30例を比較検討対象とした。なお、全てのクールでday 3にペグフィルグラスチムが投与されていた。また、いずれの群も3クール以上の投与がなされ、抗癌剤の投与量の変更がない症例であった。

検討項目は各クールごとの体重の変化率と赤血球数、ヘモグロビン量、nadir時の好中球数、リンパ球数、nadir時の血小板数とした。

【結果】

体重の変化率には特に大きなものはなく、十全大補湯による治療効果は認められなかった。赤血球数、ヘモグロビン量、nadir時の好中球数、リンパ球数も各クールごとで有意な変化は認められなかった。血小板では3クール目の開始時と3クール目のnadir時で有意に十全大補湯投与群に統計学的有意に高い値が認められた。

【まとめ】

頭頸部癌TPF療法における十全大補湯は血小板の低下に対する予防効果が期待される可能性が示唆された。

23. 耳鳴を含む聴覚異常感症治療における漢方薬の役割

東海大学 耳鼻咽喉科

○五島 史行、寺邑 堯信、濱田 昌史
大上 研二

耳鳴診療のガイドラインによると耳鳴に対する薬物治療は耳鳴そのものに対する治療と、耳鳴の苦痛度に対する治療の両者の役割があるとされている。漢方薬は耳鳴または耳鳴苦痛度を軽減する薬剤として取り上げられている。耳鳴を含む聴覚異常感症の治療においては漢方薬治療のみで改善する症例もあるが、生活指導や、認知的介入を組み合わせる必要がある。今回漢方薬などを使用し、症状の改善が得られた症例を呈示する。

症例1は70代女性、他院より右耳鳴りに対する音響治療の目的で紹介された。軽度の右感音難聴を認め音響治療の適応も考えられたが、THIは22点で軽症例であった。柴胡加竜骨牡蠣湯を処方し、耳鳴専門外来の予約を入れたが、2週間後には耳鳴の改善を認め、音響治療の必要性はなくなった。症例2は60代女性数ヶ月前からの両側耳鳴にて他院より紹介となった。THI52点、聴力検査では両側高音難聴を認めたが、耳鳴りによる障害は息子夫婦と同居してそのサポートをしていることによる心労が関与していると考えられた。生活指導を行い、抑肝散を処方したところ4週間後には耳鳴りは改善した。症例3は30代女性、主訴は低音障害難聴後に生じた耳鳴と聴覚過敏である。THI72点、聴覚過敏の質問紙であるKhalfa Hyperacusis Questionnaire 日本語版では21点であった。生活指導を行い抑肝散の処方とマインドフルネスの導入によって耳鳴り、聴覚過敏の改善を認めた。音楽関係の仕事をしているため、聴覚症状によって離職せざるを得ないのではないかと不安が強かった。症例1は軽症例で漢方薬のみで改善が得られた。症例2、3は耳鳴や聴覚異常感による不安感が主訴を増悪させており、漢方薬の処方に加え生活指導やマインドフルネスの指導によって不安をコントロールすることが症状改善のポイントであったと考える。

24. 漢方薬の耳鳴治療に対する副次的効果

東北医科薬科大学 医学部 耳鼻咽喉科

○佐藤 輝幸、太田 伸男

【はじめに】 耳鳴に対する薬物療法は大別するとビタミン製剤、血流改善薬、ステロイドなどの内耳機能の改善を期待するものと抗けいれん薬、筋弛緩薬、抗精神薬、漢方薬などの耳鳴、耳鳴苦痛度を軽減するものに分けられる。耳鳴診療ガイドライン（2019年版）によれば、薬物療法自体は推奨度2Cとなっているため、その効果は限定的であるとされる。しかしながら、薬物療法はその汎用性の高さから実臨床においては、多くに施設にて最初に施行される治療と考える。

【目的】 耳鳴の原因となりうる症状緩和のため有効となる可能性のある薬剤の効果を後ろ向きに検証することである。

【方法】 耳鳴を主訴に大曲厚生医療センターを受診し、あらかじめ定められた治療を終了した36名（男性：20名、女性：16名、平均年齢：64.9歳）を検討した。加療前に、標準純音聴力検査、Tinnitus Handicap Inventory (THI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) を施行した。治療薬剤としては牛車腎気丸、アデノシン三リン酸製剤とビタミンB12製剤、耳鳴の原因となりうる神経症や不眠に効果のある抑肝散を使用した。抑肝散の不眠への効果を調べるためスタンフォード眠気尺度を用いた。加療後にTHI, HADSを施行して治療効果を判定した。なお、聴神経腫瘍等の器質的疾患を持つ患者は除外した。

【結果】 THIにおいては治療前と比較してすべての治療薬において統計学的に有意に改善を認めていた (Wilcoxon signed-ranks test)。しかしながら、治療薬同士の比較では有意差は認めなかった (chi-square for independence test)。不眠への抑肝散効果を検討したが抑肝散使用時でも日中の眠気は出現せずにTHIを改善させていた。

36名による患者希望による最終選択薬剤は牛車腎気丸が11人 (30.6%)、アデノシン三リン酸製剤とビタミンB12製剤が7人 (19.4%)、抑肝散が18人 (50.0%) であった。

【考察】 抗精神薬のうち、抗うつ薬は耳鳴を改善させる文献と改善させると結論づけるにはエビデンスが不十分という報告が混在しているが効果が認められない論文は少ないとされており、うつ症状を伴う耳鳴患者には効果の可能性があるとされる。抑肝散はグルタミン酸（興奮系神経伝達物質）放出抑制作用、グルタミン酸取込み是正作用、セロトニン2A受容体（神経興奮）ダウンレギュレーション作用やセロトニン1A受容体（神経抑制、抗不安）刺激作用が確認されているため、副次的に耳鳴に効果があったのではと考えた。上記のことを踏まえ、文献的考察を加え報告する。

25. ラット耳鳴モデルを使用した漢方薬の作用の検討

奈良県立医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾、ピクシーダストテクノロジーズ株式会社²⁾、奈良県立医科大学 生理学第一³⁾

○北野 公一¹⁾、岡安 唯¹⁾、山下 哲範¹⁾
長谷 芳樹²⁾、杉村 岳俊³⁾、齋藤 康彦³⁾
北原 紘¹⁾

【背景】 牛車腎気丸は臨床的に耳鳴に使用される漢方薬であるが、耳鳴の治療効果について動物実験を用いて評価した報告はこれまでになかった。我々は、①「Kizawaらのラット耳鳴モデル」を自施設で再現することにより耳鳴の客観的な評価方法の確立を行ったうえで、②牛車腎気丸投与により耳鳴行動が減少するかどうかを検証した。

【対象】 ①88匹の雄のWistar系ラット（7～23週齢、172～360g）に対して「Kizawaらのラット耳鳴モデル」の再現を行い、②58匹の雄のWistar系ラット（8～17週齢、184～350g）に対して牛車腎気丸投与実験を行った。

【方法】 ①まず「Kizawaらのラット耳鳴モデル」について説明する。防音室内にアクリル板でできた、真ん中を敷居で2つの部屋にわけた箱を使用する。純音を5秒間呈示し、1秒後にラットのいる側の床に電気刺激をあたえることを繰り返し、音刺激だけで隣の部屋に移る逃避行動を示すように条件付けを行う。このようにすれば、サリチル酸を投与し耳鳴を感じると、音刺激がないときにも逃避行動を起こす。テストでは10回の音呈示を行い、音がないにもかかわらず部屋移動を行った回数（False positives）を記録する。False positivesは耳鳴を感じると増加する耳鳴の指標となる。

②この実験系に、サリチル酸投与1時間後に漢方薬の経口投与を加え、耳鳴行動の変化を調べた。前回2019年には牛車腎気丸1.0g/kg/日を4匹に投与しラットの耳鳴行動の減少したことを報告した。しかし、前回の報告では投与群の数が十分でなく、コントロール群の設定が十分でなかった。そこで今回は蒸留水を投与したコントロール群と牛車腎気丸投与群の行動実権の比較をおこなった。また、牛車腎気丸投与量を0.3g/kg/日と1.0g/kg/日に設定して容量依存性の効果を調べた。

【結果】 ①再現実験により16kHz60dBの音呈示により最も耳鳴行動が増加することが分かり、自施設での再現ができた。②行動実験の漢方薬投与3日目の対照群と漢方薬1.0g/kg/日投与群との比較で有意に耳鳴行動が抑制された。

【結論】 牛車腎気丸が耳鳴行動を抑制した可能性が示された。追加で行った検討を含めて報告する。

26. 耳鳴に対し漢方治療が有効であった15症例の検討

岐阜県総合医療センター 産婦人科・東洋医学科
佐藤 泰昌

【緒言】 耳鳴（じめい）に対する薬物療法は治療に難渋する場合が多い。今回、神経質で心悸亢進のある耳鳴患者に対して柴胡加竜骨牡蛎湯合苓桂朮甘湯が有効であった一症例を提示し、なおかつ、効果があった15例について、患者背景に關して検討してみたい。

【典型的な症例】 35歳女性。3か月前に左低音性難聴を指摘された。内服や注射の治療を受けたが改善しないため、当科（東洋医学科）受診となった。耳鳴は何か熱中している時には気にならないが、静かな時（特に就寝時）には特に拍動性の耳鳴が気になって、眠れないとのこと。めまい感や耳閉塞感もあり、神経質で時に心悸亢進あり。腹診で胸脇苦満と臍動悸あったため、ストレスの有無につき尋ねたところ、父親が病気になることも心配とのこと。耳鳴を0にするのではなく、気にならなくなるのが目標とお話しし、柴胡加竜骨牡蛎湯と苓桂朮甘湯をそれぞれ7.5g/日分3で内服、耳鳴が気になりだしたり、不眠時に抑肝散頓服を指示したところ、2週間後の再診時には、耳鳴が気にならなくなる時間が増え、夜は眠れるようになった。めまいや耳閉塞感はほとんどなくなった。3か月後にはすべての症状が改善したため、廃棄とした。

【漢方薬が有効であった15症例】 耳鳴の罹病期間は14年から1か月であった。ほとんどの症例が、めまいや難聴、耳閉塞感を合併していて、ストレスが耳鳴を誘発していると推察された。

【考察】 耳鳴とは、外部に音源がないにもかかわらず感じる音の知覚であるため、内耳の蝸牛が多分に関連している。蝸牛は骨迷路につつまれ、それはリンパ液で満たされているので、耳鳴の原因の一つとして、水毒が考えられる。そのため、耳鳴にはめまいや耳閉塞感が合併していることが多いと思われる。聴覚の役割は、自分の身に危険がせまっていることの感知である。耳鳴の発症機序については、演者は以下のように考えたい。ストレスなどにより「自分の身の危険がせまっている」と本能的に判断すると、「外敵がこないかどうか」と聴覚が過敏になる（聴覚の感度を上げる）。すると、普段聴こえない様々な音が聴こえるようになる（耳鳴）。さらにストレスを感じ、不安になり、それが聴覚過敏をひきおこすという悪循環を起こす。難聴後に耳鳴が多いのは、難聴によって聴覚路への末梢入力が減衰すると、求心性の抑制系入力も減衰し、中枢の過剰興奮あるいは感度の上昇が起こるためであろう。以上より、耳鳴を治すには、水毒・ストレス・過敏性・不安の改善が必要となる。その全てを改善するのが柴胡加竜骨牡蛎湯合苓桂朮甘湯である。

【結語】 耳鳴を0にするのではなく、気にならなくなるのを目標にして、柴胡加竜骨牡蛎湯合苓桂朮甘湯を投与することは、耳鳴治療の一選択肢になると考えられた。

27. エキスパートを育てる —西洋医学のニーズにこたえる 漢方のエキスパートが育つ ために—

竹越耳鼻咽喉科¹⁾、ほしの耳鼻咽喉科クリニック²⁾

○竹越 哲男¹⁾、星野 朝文²⁾

現代医学は西洋医学が主流で、漢方をほとんど知らない医師が多い。その中で漢方のエキスパートが育つには、漢方がまず認知されなくてはならない。

では、漢方が西洋医学と同様に認知されるには何が必要だろうか？問題点は3つある。

- ①西洋医は漢方を必要としていない（なくても困らない）：昔の医療が現代医学より効くわけがなく、標準的治療で十分、すぐ効かないから役に立たないなど。
- ②漢方は解らない：診かた・考え方・使い方・学び方が解りにくく、勉強が大変。
- ③西洋・漢方両医学に相互理解するための共通の概念・指標・言語がない。

一番の問題点は「①西洋医は漢方を必要としない」ことであり、現在漢方は西洋医にとって「積極的に使いたい治療」となっていない。漢方が非常に有用で、西洋医学で難治の病態にも対応できる「かけがえのない医療」であることが認知されれば、使用者が増え、エキスパートを目指す者も出てくるはずである。

次の問題点は「②漢方を使おうとしても、診かた・考え方・使い方が解りにくく、勉強が大変」という点である。「③理解するための共通の概念・指標・言語がない」という点も困難さを助長している。すなわち外国語を学ぶ時と同様のことが起こる。そこで丸暗記ですぐに使える「病名漢方」を利用することが多くなるが、現在の耳鼻科病名漢方の多くは有効率が低く、西洋医に「漢方は有用である」と印象付けるレベルに達していない。これも漢方が発展しない一因である。

「使いやすいくて有効率の高い病名漢方」を開発・検討・提示することが重要と考える。それには「西洋医学的病態を考えて漢方を使う」、すなわち対象となる疾患に特有の西洋医学的病態をまず考慮し、改善させるために必要な生薬の組み合わせを検討すれば、病名が証となり、西洋薬と同様に漢方薬を病名処方することが出来るようになる。「病態漢方治療」に基づいた西洋医も納得できる再現性のある「次世代病名漢方」である。漢方医学的診察はまず不要である。漢方未習者でも使えて効く漢方の提案であり、漢方医学修学の否定ではない。

誰でも使えて有効性の高い病名漢方を提案すれば、漢方を更に研究したいと思う西洋医が現れるであろう。しかし、漢方独特の思考・診察形態に固執したままで、西洋医が理解できるように西洋医学で漢方を解説出来ない、発展は難しく、正当な評価も受けられなくなる。

本来の漢方独自の発展も出来て、その独自の発展を西洋医学に還元できることと、西洋医学の中で漢方が理解されて現代医学の発展に寄与できるように、より努力することが求められる。それが実れば、漢方を目指す者も増えて、エキスパートも出てくるに違いない。

28. 鼻過敏症症状に關与する 新機構を標的とする 阿波番茶の薬理機構

医療法人錦秀会¹⁾、大阪大谷大学薬学部薬理学²⁾、
徳島大学大学院医歯薬学研究部耳鼻咽喉科学³⁾

○福井 裕行^{1) 2) 3)}、水口 博之²⁾
北村 嘉章³⁾、武田 憲昭³⁾

抗ヒスタミン薬はアレルギー性鼻炎の主要治療薬であるが、症状改善レベルは不十分である。そこで、ブラウンノルウェイラットに対するトルエン2, 4-ジイソシアネート (TDI) の感作により鼻過敏症モデルラット (TDIラット) を作成し、これを用いる研究によりヒスタミンH₁受容体 (H1R) の関与する症状発現機構とは異なる新機構の存在を示唆する研究結果を得ることに成功した。そして、新機構の抑制には阿波番茶が有効であることを見いだした。H1Rの関与する症状にはH1R遺伝子の発現亢進が関与するのに対し、新機構にはIL-9遺伝子発現亢進が関与することが示唆された。そして、阿波番茶にはIL-9遺伝子発現を抑制する物質を含有することが考えられた。

ラット好塩基性白血球細胞 (RBL-2H3細胞) のカルシウムイオノフォア処置はIL-9遺伝子発現亢進を引き起こし、阿波番茶により抑制された。これを指標にして阿波番茶の有効成分の単離を行い、ピロガロールが同定された。そして、ピロガロールはTDIラットの症状を改善し、鼻粘膜IL-9 mRNAレベルの上昇を強力に抑制した。更に、抗ヒスタミン薬とピロガロールの併用投与は、TDIラットの鼻症状を高度に改善した。

IL-9はアレルギーサイトカインの一種であるが、研究は進展していない。我々は、IL-9遺伝子発現がNFATシグナルにより調節されることを発見した。そして、ピロガロールは、NFATシグナルを抑制することを明らかにした。更に、ピロガロールの標的候補分子として、PUF60 (poly (U)-binding-splicing factor 60) を同定した。ピロガロールは、PUF60に結合し、NFATの脱リン酸化、及び、NFATの核内移行を抑制し、IL-9遺伝子発現を抑制すると考えられた。以上の結果、抗ヒスタミン薬と阿波番茶の併用投与が、鼻過敏症に対する有効な治療法として期待される。

29. 急性副鼻腔炎（急性鼻炎急性副鼻腔炎）に対し漢方薬を中心とした治療と新型コロナウイルス（SARS-CoV-2 陽性者）に対する取り組み

医) 吉誠会 新宿耳鼻科
毛利 博久

急性副鼻腔炎は、ライノウイルスやコロナウイルス・インフルエンザなどのウイルス感染により鼻副鼻腔粘膜障害や浮腫が生じ、副鼻腔に局所障害が生じて遷延する場合に細菌感染が生じて形成される。欧米では急性副鼻腔炎が急性鼻炎と急性副鼻腔炎を合わせた病態であると考え急性副鼻腔炎と名付けられるように、当院では主に抗炎症・抗ウイルス効果を期待し小青竜湯を中心に据え急性鼻炎もしくはアレルギーが有るようならアレルギー性鼻炎の病名で処方。また抗生剤や去痰剤・点鼻ステロイド剤も場合により併用し加療を行っている。

一般的に副鼻腔炎といえば辛夷清肺湯が思い浮かぶが、急性副鼻腔炎の形成過程を顧慮すると急性期の抗ウイルス作用を示す報告は見つけれないことから急性期での使用は抗炎症作用のみになると判断している。また急性副鼻腔炎に対する効果は小青竜湯に比し効果が劣る印象があり、辛夷清肺湯無効例において小青竜湯に変更処方している。

下記に症例を提示する。

【症例】 32歳男性 **【主訴】** 咳嗽・膿性鼻汁と右上歯痛

【現病歴】 2週間前から咳嗽と膿性鼻汁出現。2日前から右上歯痛出現。以前副鼻腔炎になったことがあり症状似ているため当院初診。

【臨床所見】 右総鼻道に膿性鼻汁軽度、膿性後鼻漏は認めず、急性鼻副鼻腔炎スコア5

【CT画像所見】 右前頭上顎洞篩骨洞にSTD左上顎洞篩骨洞にSTD軽度

【処方】 1回目メイアクト (CDTR) 300mg3×ツムラ小青竜湯9g3×カルボシステイン1500mg3×デキストロメトファン90mg3× 7Td フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻1本 ロキソプロフェンNa60mg 頓

2回目クラリスロマイシン (CAM) 400mg2×カルボシステイン1500mg3×ツムラ小青竜湯9g3×14Td

【経過】

その後通院せず自己中断し、1.5ヶ月後咽頭痛生じ再診となりCT画像所見にて副鼻腔の陰影改善を認めた。

【その他】

新型コロナ (SARS-CoV-2) PCR陽性者に対してもこの機に若干触れる。

30. 急性副鼻腔炎に対する漢方薬の使い分け～私の視点

首里の杜耳鼻咽喉科
安田 忍

急性鼻副鼻腔炎は、急性に発症し、発症から4週間以内の鼻副鼻腔の感染症で、鼻閉、鼻漏、後鼻漏、咳嗽などの呼吸器症状を呈し、頭痛、頬部痛、顔面圧迫感などを伴う疾患と定義されている。その治療法はまず保存的治療を行い、効果不十分もしくは重症の場合は外科的処置もしくは手術を行うことになる。保存的治療における漢方薬処方はかなり有効な方法であり、耳鼻咽喉科医の多くが用いていると思われます。

しかし、急性鼻副鼻腔炎の患者さんに漢方薬を処方されて間もない先生方は、有効な症例と効果不十分な症例を積み重ねて試行錯誤しながら研鑽されておられるところと思われます。鼻副鼻腔炎に対する漢方薬処方は、一般的には小青竜湯、葛根湯加川芎辛夷、辛夷清肺湯、荊芥連翹湯などが推奨されているところです。私は10年前の開業当初より漢方薬を積極的に処方してきましたが、漢方薬を服用された患者さんの鼻粘膜に明らかな変化を生じることがわかりました。また漢方薬の生薬成分の効能を理解すると、目的に合わせることもすなわち証を把握して漢方製剤を適宜選択することがより重要であることがわかりました。

大切なことは、治療の経過に伴いつつ、鼻副鼻腔炎患者の鼻粘膜所見の変化をとらえることです。治療初期の粘膜所見で判断した漢方薬を漫然と継続投与すると鼻粘膜所見の改善傾向が鈍化したり、場合によっては効きすぎたり症が合わないまま継続すると悪化する可能性さえあります。そうすると患者の自覚症状の改善が得られないということに遭遇することになり、処方された先生ご自身と患者さんは漢方薬そのものが無効と判断してしまいかねないと思われます。しかしこのような症例では漢方薬処方のタイミング、すなわち証を意識した処方を考慮するだけで鼻粘膜の順調な改善が得られることが多々あります。

そこで漢方初心者の耳鼻咽喉科の先生方に対して私が知りえたポイントをご紹介します、ご参考となるアドバイスができれば幸いと考え、私の急性鼻副鼻腔炎に対する漢方薬の使い分けについて提示します。

とくにエビデンスレベルの発表ではありませんが、漢方薬は伝承されていくべきものと考えている次第です。今回の発表は漢方に熟達された先生方へのご紹介ではなく、むしろ初心者の先生方にとって少しでも役に立つものであればご参考にしていただきたいと思います。

31. 慢性副鼻腔炎患者に対するマクロライド療法と辛夷清肺湯

なのはな耳鼻咽喉科
境 修平

慢性副鼻腔炎に対しての第一選択はマクロライド療法であり、それに粘液線毛機能改善薬・消炎酵素薬などが組み合わされた治療が一般的である。一方でマクロライド療法を3～6ヶ月続けたにもかかわらず、症状が軽快せずレントゲン所見も変わらない症例も存在する。内視鏡下鼻副鼻腔手術の適応となることもあるが、小児の場合は難しいケースも多い。

一方で、漢方薬の中で辛夷清肺湯が副鼻腔炎に対しては頻用されている。マクロライド療法との比較対照試験というものは行われておらず、辛夷清肺湯の優位性は確立されていない。今回、マクロライド療法無効例に対して辛夷清肺湯が奏効した小児の慢性副鼻腔炎症例を13例経験したので報告する。以下は代表的な4例である。

【症例1】8歳男児

レントゲンにて両側上顎洞に陰影あり。マクロライド療法を3ヶ月行うもレントゲン所見不変であり、辛夷清肺湯5g分2で2ヶ月内服行い軽快。

【症例2】6歳男児

レントゲンにて両側上顎洞に陰影あり。マクロライド療法を2ヶ月行うもレントゲン所見不変であり、辛夷清肺湯5g分2で1.5ヶ月内服し軽快。

【症例3】8歳男児

レントゲンにて両側上顎洞に陰影あり。マクロライド療法を2ヶ月行い右上顎洞陰影は消失するも左上顎洞陰影は残存。辛夷清肺湯5g分2で2ヶ月内服し軽快。

【症例4】4歳女児

レントゲンにて両側上顎洞に陰影あり。マクロライド療法を2ヶ月行うもレントゲン所見不変であり、辛夷清肺湯2.5g分1で1ヶ月内服し軽快。

マクロライド療法後も遷延した慢性副鼻腔炎に対しての辛夷清肺湯の有用性については宇野が報告しているように、漢方を普段から用いている耳鼻咽喉科医にとって辛夷清肺湯は頻用薬といっても過言ではない。

では、慢性副鼻腔炎に対して最初から辛夷清肺湯を用いた方が良いのか？という疑問が生まれてくる。

そこで当クリニックにおいてマクロライド系抗生剤に対してアレルギーのある44歳女性の慢性副鼻腔炎に対して辛夷清肺湯単独での加療を試みた。結果は1ヶ月で上顎洞の陰影は消失し一般的なマクロライド療法よりも治療期間が短いものとなった。

慢性副鼻腔炎に対するマクロライド療法の臨床効果は2～4週間で発現し、2～3ヶ月でプラトーに達すると言われている。3ヶ月以上のマクロライド療法で軽快しない場合は、辛夷清肺湯への変更を検討するとともに、マクロライド療法が行えない患者に対しては最初から辛夷清肺湯が有効なのではないかと考えられた。

32. 抜歯後の患部化膿症例に対する排膿散及湯の有効性

大阪歯科大学歯学部歯科医学教育開発室¹⁾、原山歯科医院²⁾、松本歯科大学歯科薬理学講座³⁾

○王宝禮¹⁾、原山周一郎²⁾、益野一哉¹⁾
大草巨孝¹⁾、瀧沢努³⁾、今村泰弘³⁾

排膿散及湯は、粘膜の化膿性炎症に用いる処方的一种である。「金匱要略」の排膿湯と排膿散とを合方したことから排膿散及湯と称される。この処方は「東洞経験方」収載の処方に基づいて作られた。排膿湯は桔梗湯加大棗・生姜であり、排膿散は桔梗、枳実、芍薬、鶏子黄からなる。排膿散は「疼痛をとまなう化膿性の腫物で、患部が緊張し、炎症性浸潤強く、堅硬の状態を示している諸疾患に用いる」とされ、排膿湯は「化膿症の初期。または緩症に用いる」とされる。両処方合方した排膿散及湯（ただし、鶏子黄は入れない）は、排膿散より穏やかな処方となり、より幅広く使用できるようになり、歯周組織炎の適応である。

【症例】女性、91歳、身長150cm、体重48kg。

「主訴」左下奥歯が時々腫れて咬みにくい。

「部位」左側下顎第1小臼歯破切。

「現病歴」高血圧、腰痛症、排尿障害、顎下リンパ節の圧痛や腫脹なし。歯科的所見は、根尖部分の歯肉発赤、腫脹、自発痛なし、保存不可能と判断し歯牙破切から抜歯と判断。

「治療経過」抜歯後は圧迫止血、多剤併用のため、排膿散及湯を処方。7日間後、抜歯窩の中は、血液で満たされて、血餅の中に毛細血管と線維芽細胞が増殖し始め、高齢にもかかわらず治癒過程が良好であった。

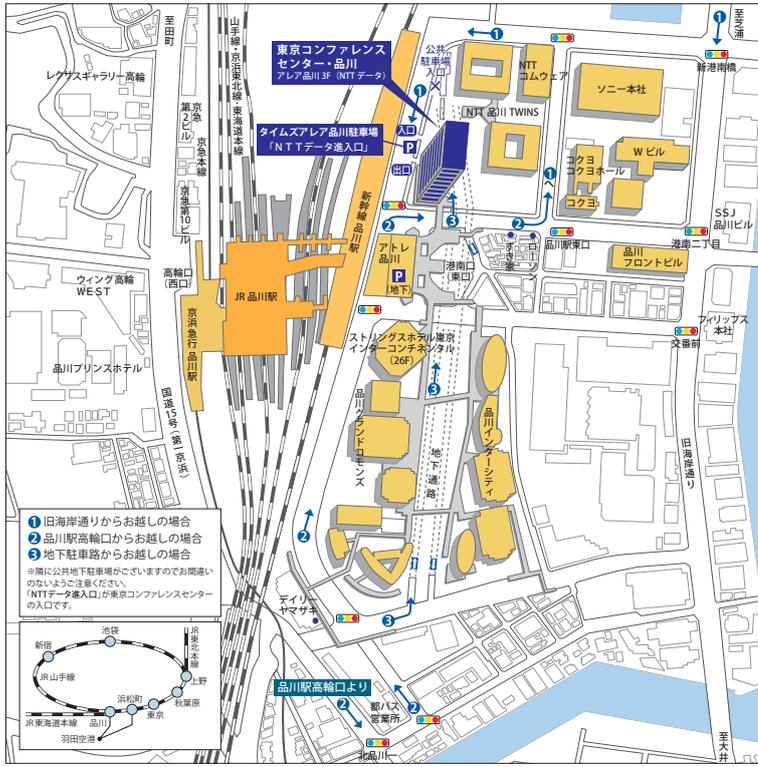
「考察」排膿散及湯の使用目標と応用は、化膿性腫物の比較的初期で炎症性浸潤のために患部が硬く痛みをとまなう状態に用いるが遷延して痛みは軽くなったが排膿は続くというものにもよいとされている。胃下垂高度な者では胃腸障害に注意すべきである。皮膚科においては、癬、癰、瘰癧などに応用されるが抗菌薬との併用が必要なことも少なくない。排膿散及湯の構成成分から、芍薬、甘草、桔梗には鎮痛作用があり、疼痛を緩和する作用がある。生姜、大棗には鎮静作用がある。さらに、甘草の主要薬効成分であるグリチルリチン酸には強い抗炎症作用がある。主薬の桔梗には排膿をうながす作用があるといわれている。枳実や芍薬、甘草などは炎症や痛みを和らげる。特に、構成生薬の中では桔梗が重要であり、マクロファージの貪食能亢進作用によって抗菌作用を発揮するとされている。このように、排膿散及湯は、通常の抗菌薬とは異なる抗菌作用を持ち、鎮痛、鎮静、抗炎症作用を持つ生薬が配合されている。一般的には抜歯後感染予防には抗菌薬であるペニシリン系抗菌薬が選択されるが、症例によっては排膿散及湯が有効であると考えられる。

日本耳鼻咽喉科漢方研究会世話人会 一覧

代表世話人	吉崎 智一 (金沢大学)	世話人	三輪 高喜 (金沢医科大学)
			山下 拓 (北里大学)
世話人	池田 勝久 (順天堂大学)		山下 裕司 (山口大学)
	小川 恵子 (広島大学)		山田武千代 (秋田大学)
	北原 紘 (奈良県立医科大学)		
	齋藤 晶 (和光耳鼻咽喉科医院)	顧問	市村 恵一 (東京みみ・はな・のど サージックリニック)
	塩谷 彰浩 (防衛医科大学校)		小川 郁 (慶應義塾大学)
	將積日出夫 (富山大学)		荻野 敏 (兵庫県立西宮病院)
	角南貴司子 (大阪市立大学)		喜多村 健 (茅ヶ崎中央病院)
	竹内 万彦 (三重大学)		田口喜一郎 (信州大学)
	武田 憲昭 (徳島大学)		内藤 健晴 (藤田学園)
	堤 剛 (東京医科歯科大学)		古川 侑 (北陸再生医療協議 ネットワーク)
	中川 尚志 (九州大学)		渡辺 行雄 (富山大学)
	中田 誠一 (藤田医科大学ばんだね病院)		
	保富 宗城 (和歌山県立医科大学)		

(五十音順・敬称略)

会場案内図



電車でのアクセス

JR品川駅港南口(東口)より徒歩2分
 羽田空港国内線ターミナル駅から京浜急行で最速14分
 (エアポート快特利用)
 成田空港から成田エクスプレスで直通70分

お車でのアクセス

首都高速1号羽田線芝浦ランプから約2km

東京コンファレンスセンター・品川
 〒108-0075 東京都港区港南 1-9-36 アリア品川 3F-5F
 TEL.03-6717-7000 FAX.03-6717-7001

本学術集会に関するお問い合わせ

第36回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会
 株式会社ツムラ 学術企画部内

Mail : jibika@mail.tsumura.co.jp

ツムラお客様相談窓口 TEL:0120-329-970 (9:00-17:30平日のみ)

新型コロナウイルス感染症の感染防止徹底のため、連絡事務局ではテレワークを実施しております。

たいへんお手数ではございますが、当面の間、ご連絡いただきます際には、
 E-mailにてお問合わせいただきますよう、ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。