

第38回

# 日本耳鼻咽喉科漢方研究会 学術集会 講演要旨集

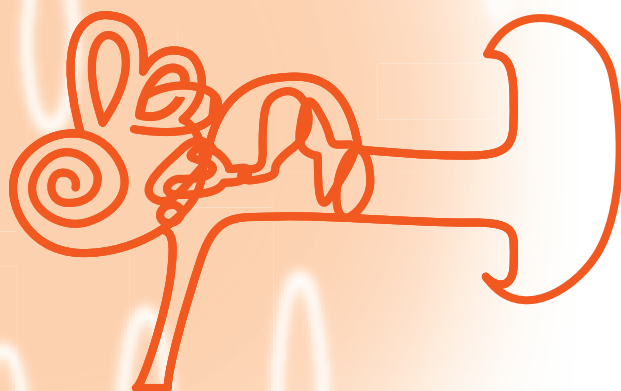
## 漢方の多様性を求める

日時 2023年11月11日(土)  
9:40~17:00

場所 東京コンファレンスセンター・品川

形式 現地開催+Web開催 (ハイブリッド開催)

会長 三輪 高喜 (金沢医科大学 耳鼻咽喉科)



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 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	小川 恵子 (広島大学)		山下 裕司 (山口大学)
	小澤 宏之 (慶應義塾大学)		山田武千代 (秋田大学)
	北原 糺 (奈良県立医科大学)	顧問	池田 勝久 (順天堂大学)
	北村 嘉章 (徳島大学)		市村 恵一 (東京みみ・はなのどサージクリニック)
	齋藤 晶 (和光耳鼻咽喉科医院)		小川 郁 (慶應義塾大学)
	塩谷 彰浩 (防衛医科大学校)		荻野 敏 (大阪大学)
	角南貴司子 (大阪公立大学)		喜多村 健 (茅ヶ崎中央病院)
	竹内 万彦 (三重大学)		將積日出夫 (富山大学)
	堤 剛 (東京医科歯科大学)		田口喜一郎 (信州大学)
	中川 尚志 (九州大学)		武田 憲昭 (徳島大学)
	中田 誠一 (藤田医科大学ばんだね病院)		渡辺 行雄 (富山大学)
	保富 宗城 (和歌山県立医科大学)		

(五十音順・敬称略)

**第38回**  
**日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会**  
**講演要旨集**

**漢方の多様性を求める**

**日時** 2023年11月11日(土)9:40~17:00  
**会場** 東京コンファレンスセンター・品川 (現地+Web開催)  
**会長** 三輪 高喜(金沢医科大学 耳鼻咽喉科)

# 参加者の皆さまへ



○「日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会会員カード(ICカード)」をご持参ください。

単位登録は日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定耳鼻咽喉科頭頸部外科専門医が対象です。

## 1. 学術集会について

- 名称：第38回 日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会  
会期：現地開催・LIVE配信：2023年11月11日(土)  
オンデマンド配信：2023年11月24日(金) 正午～12月7日(木) 正午  
会場：東京コンファレンスセンター・品川  
会長：三輪 高喜 (金沢医科大学 耳鼻咽喉科)  
テーマ：漢方の多様性を求める  
形式：ハイブリッド開催  
現地開催・LIVE配信：すべてのプログラム  
オンデマンド配信：一般講演、優秀演題賞ノミネート講演

## 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1日(金)正午～12月7日(木)となります。】  
単位申請をご希望の場合は、日本耳鼻咽喉科頭頸部外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1日(金)正午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>



ご登録の際、「現地参加」または「Web参加」をご選択いただけます。  
交通・宿泊のご相談は担当のツムラMRへお問合せ下さい。  
現地参加の方も必ず事前にホームページより参加登録をお済ませください。  
現地会場では、参加証の発行のみ行います。

- 3) 現地会場での参加証はホルダーに入れ、会場内では必ず着用してください。

### (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》年会費なし/参加費1,000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。  
クレジットカード決済に不都合がある方は、参加登録入力画面下部にある問合せ先へご連絡ください。  
参加登録後の取り消しの場合は、参加登録後に自動送信されるメールに記載されている連絡先、もしくはツムラ担当MRまでご連絡をお願いいたします。

二重登録にはご注意ください。

**領収書は、参加登録後に自動送信されるメール本文よりダウンロードいただけます。**

※ 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) 参加受付時間・場所

#### 現地でご参加いただく方へ

- ・現地参加の方も事前参加登録を完了したうえで当日会場へお越しください。
- ・現地参加用ネームカードは、当日会場受付でお渡しいたします。
- ・当日会場受付

場所：東京コンファレンスセンター・品川 5F ロビー

日時：11月11日(土)9:00～16:00

#### Webでご参加いただく方へ (Live視聴・オンデマンド視聴)

- ・Web開催特設サイトにWeb視聴用IDでログインし、プログラムを視聴いただけます。
- ・Web視聴用IDは、参加登録(お支払)完了後に届く参加登録完了メールにてご確認ください。

## 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、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「日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会会員カード(ICカード)」をご持参ください。**これらの登録は日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定、耳鼻咽喉科頭頸部外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：学術集会同会場に来場時。(総合受付付近で行います)
- ②耳鼻咽喉科領域講習：特別講演(15:35～16:45)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：参加登録時、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会の会員番号(0から始まる7桁の番号)入力による登録方法

- ①学術集会参加登録：現地・LIVE開催期間中(11月11日(土)9:40～17:00)にWeb開催特設サイトにログインすることで単位認定いたします。  
オンデマンド配信期間中は対象外となりますのでご注意ください。
- ②耳鼻咽喉科領域講習：特別講演では、視聴履歴確認のため、Zoom入室時の名前の欄に「氏名・所属」を入力してご入室ください。

下記の方は単位付与対象外となりますのでご注意ください。

- ・Zoomに入室の際、名前の欄に「氏名・所属」を入力していない(参加登録情報とZoomに入力いただいたお名前が一致しない場合、単位を付与できない可能性があります。)
- ・講習開始5分以降に視聴開始している
- ・講習を最後まで視聴していない

## 4. 参加・視聴に関する注意事項

第38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
3. Web視聴の際の推奨視聴環境は以下の通りです。
  - ・ Windows 10以降
  - ・ Google Chrome、Mozilla Firefox、Microsoft Edge（全て最新版）
  - ・ Macintosh macOS Mojave 以上
  - ・ Google Chrome for mac、Safari、Mozilla Firefox（該当OSで使用できる最新版）

## 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。

## 演者の皆様へ

### 《発表時間》

- 1) 一般講演：口演7分 質疑3分
- 2) ランチョンセミナー：口演40分（質疑含む）
- 3) ワークショップ：基調講演10分  
各口演15分  
総合討論25分
- 4) 優秀演題賞ノミネート講演：口演7分 質疑3分
- 5) 特別講演：口演35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）にてお願いいたします。

#### 【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を収録してMP4形式に書き出しの上、11月5日(日)までにご提出をお願いいたします。

提出前に動画データの再生確認、利益相反状態の開示スライドが入っている事をご確認ください。

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いたします。

## 《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PowerPoint2013以降 ※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。
- ②PC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。

- ③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。
- ④スクリーンセーバー、省電力設定は事前に解除願います。
- ⑤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。演台にはキーボードとマウス、およびモニター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》

学術集会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・所属のスライドの次のスライド(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	利益相反状態にない場合のひな形						
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>第38回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会</p> <p><b>利益相反状態の開示</b></p> <p>筆頭演者氏名：○○○○</p> <p>所属：△△△△耳鼻咽喉科</p> </div> <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 style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">役員・顧問/寄付講座所属</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">○○製薬株式会社</td> </tr> <tr> <td>講演料など</td> <td style="text-align: right;">□□製薬株式会社</td> </tr> <tr> <td>研究費/奨学寄付金</td> <td style="text-align: right;">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	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>第38回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会</p> <p><b>利益相反状態の開示</b></p> <p>筆頭演者氏名：○○○○</p> <p>所属：△△△△耳鼻咽喉科</p> </div> <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>
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						

※利益相反の開示については「日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会」の指針をご参照ください

# 第38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

9:40 START

一般講演25題 (優秀演題賞ノミネート講演6、一般講演19)  
 特別講演(耳鼻咽喉科領域講習) ランチョンセミナー ワークショップ

### 【第1会場】 大ホール

9:40	開会の辞
9:45	
	一般講演 I (50分) 《5演題》
10:35	休憩 (10分)
10:45	一般講演 III (40分) 《4演題》
11:25	休憩 (25分)
11:50	ランチョンセミナー (40分)
12:30	休憩 (10分)
12:40	ワークショップ (80分) 《4演題》 総合討論
14:00	休憩 (10分)
14:10	優秀演題賞ノミネート講演 (60分) 《6演題》
15:10	休憩 (15分) (カード登録)
15:25	総会 (10分)
15:35	耳鼻咽喉科領域講習 特別講演 (70分) 《2演題》
16:45	優秀演題賞表彰式・閉会の辞
17:00	(カード登録)
	情報交換会
18:00	

### 【第2会場】 402N

9:40	
9:45	
	一般講演 II (50分) 《5演題》
10:35	休憩 (10分)
10:45	一般講演 IV (50分) 《5演題》
11:35	



# 第38回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会

2023年11月11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「漢方の多様性を求める」

開会の辞(第1会場)

三輪 高喜 (金沢医科大学)

9:40~9:45

一般講演I(第1会場)

座長 角南 貴司子 (大阪公立大学)

9:45~10:35

## 1. 持続性知覚性姿勢誘発めまいに対し漢方治療が奏効した1例 P9

いぬかい耳鼻科クリニック

犬飼 賢也

## 2. PPPD(持続性知覚性姿勢誘発めまい)に対する漢方治療の経験 P9

東海大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○五島 史行、濱田 昌史、大上 研二

## 3. 難治性の慢性めまいに対し継続的な漢方治療が奏効した一例 P10

岐阜県総合医療センター 産婦人科・東洋医学科

佐藤 泰昌

## 4. 当院めまい平衡専門外来におけるメニエール病に対する漢方治療について P10

山口大学医学部 耳鼻咽喉科

○沖中 洋介、藤井 博則、橋本 誠、菅原 一真、山下 裕司

## 5. コロナ後遺症の不安発作に漢方治療が有効であった症例 P11

とも耳鼻科クリニック<sup>1)</sup>、札幌医科大学耳鼻咽喉科<sup>2)</sup>、竹田眼科<sup>3)</sup>

○新谷 朋子<sup>1)2)</sup>、吉田 瑞生<sup>1)2)</sup>、縫 郁美<sup>1)2)</sup>、高野 賢一<sup>2)</sup>  
竹田 眞<sup>3)</sup>

一般講演II(第2会場)

座長 山田 武千代 (秋田大学)

9:45~10:35

## 6. 未病としての口内炎に対する黄連湯の抗炎症作用の漢方医学的考察 P11

大阪歯科大学歯科医学教育開発室<sup>1)</sup>、松本歯科大学薬理学講座<sup>2)</sup>

○王 宝禮<sup>1)</sup>、益野 一哉<sup>1)</sup>、大草 亘孝<sup>1)</sup>、瀧沢 努<sup>1)</sup>  
今村 泰弘<sup>2)</sup>

## 7. 特発性ファーストバイト症候群に漢方薬が奏効した1例 P12

奈良県立医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科<sup>1)</sup>、西川みみ・はな・のどクリニック<sup>2)</sup>  
奈良県立医科大学 大和漢方医学薬学センター<sup>3)</sup>

○岡安 唯<sup>1)</sup>、西川 大祐<sup>2)</sup>、三谷 和男<sup>3)</sup>、北原 糺<sup>1)</sup>

## 8. 内視鏡所見で診る痰飲の病態 P12

今井耳鼻咽喉科<sup>1)</sup>、徳島大学耳鼻咽喉科漢方外来<sup>2)</sup>

陣内 自治<sup>1)2)</sup>

## 9. 口の乾きと味覚低下に対する漢方治療経過中に うつまで改善された一症例 P13

名古屋市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科

○有馬 菜千枝、勝見 さち代、岩崎 真一

## 10. NST活動への漢方導入の試み P13

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

休憩

10:35~10:45

一般講演Ⅲ (第1会場)

座長 山下 拓

(北里大学)

10:45~11:25

## 11. 化学放射線治療後の全身倦怠感に対する人参養栄湯の使用経験 P14

琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座

○林 慶和、真栄田 裕行、金城 秀俊、安慶名 信也  
平川 仁、鈴木 幹男

## 12. 麻黄湯による好酸球DNA放出への影響 P14

秋田大学医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科

○山田 武千代、齊藤 秀和、宮部 結、安部 友恵、富澤 宏基

## 13. 小児反復性中耳炎に対する漢方薬の有用性 P15

北里大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○大原 卓哉、細野 浩史、山下 拓

## 14. 補中益気湯の侵襲性肺炎球菌感染症における 宿主免疫応答賦活作用について

P15

和歌山県立医科大学医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科

○河野 正充、志賀 達也、保富 宗城

一般講演Ⅳ (第2会場)

座長 北村 嘉章 (徳島大学)

10:45~11:35

## 15. 漢方教育に対する本学の取り組み

P16

東北医科薬科大学医学部 耳鼻咽喉科学

○佐藤 輝幸、太田 伸男

## 16. 抑肝散のエビデンス、及び奏功例について

P16

医療法人建悠会吉田病院 耳鼻咽喉科・精神科<sup>1)</sup>

宮崎大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室<sup>2)</sup>

○清水 謙祐<sup>1)2)</sup>、中村 雄<sup>2)</sup>、高橋 邦行<sup>2)</sup>

## 17. 耳鼻咽喉科疾患と冷えの関係の検討

P17

金沢大学附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科<sup>1)</sup>、

金沢大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科<sup>2)</sup>

○白井 明子<sup>1)</sup>、吉崎 智一<sup>2)</sup>

## 18. 冷え、ふらつきを呈する症例に対し四季に応じた 漢方薬の組み合わせが有効であった一例

P17

名古屋市立大学病院 耳鼻咽喉科頭頸部外科

○勝見 さち代、有馬 菜千枝

## 19. 咳の治療は漢方で

P18

竹越耳鼻咽喉科

竹越 哲男

休憩

11:35~11:50

ランチョンセミナー (第1会場)

座長 吉崎 智一 (金沢大学)

11:50~12:30

## 耳鼻咽喉科医に知ってほしいフレイルの知識と対策

P3

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 理事長

荒井 秀典

休憩

12:30~12:40

ワークショップ (第1会場)

座長 齋藤 晶 (和光耳鼻咽喉科医院)

中田 誠一 (藤田医科大学 ばんたね病院)

12:40~14:00

テーマ:補剤の使いどころを探る

基調講演 補剤とは?

P4

広島大学病院 漢方診療センター

小川 恵子

WS1. 味覚障害診療における補剤の位置づけ

P4

兵庫医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

任 智美

WS2. 反復性中耳炎治療への補剤の活用法

P5

黒部市民病院 耳鼻いんこう科

丸山 裕美子

WS3. 耳管開放症の漢方治療

P5

福井大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

呉 明美

総合討論

休憩

14:00~14:10

優秀演題賞  
ノミネート講演 (第1会場)

座長 山下 裕司 (山口大学)

堤 剛 (東京医科歯科大学)

14:10~15:10

N1. めまいを伴う耳管開放症に対する  
Schellong test陽性を考慮した漢方薬治療

P6

兵庫医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○大田 重人、濱田 ゆうき、都築 建三

N2. 頭頸部癌TPF療法に対する支持療法としての漢方製剤

P6

恵佑会札幌病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○渡邊 昭仁、木村 有貴、谷口 雅信、出町 拓也

N3. 腹診所見が漢方処方決め手となった咽喉頭異常感症の3症例

P7

北里大学医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科<sup>1)</sup>、北里大学医学部 総合診療医学<sup>2)</sup>

○細野 浩史<sup>1)</sup>、五野 由佳理<sup>2)</sup>、山下 拓<sup>1)</sup>

## N4. 亜急性壊死性リンパ節炎に対する小柴胡湯の効果(後方視的研究) P7

戸田中央総合病院 耳鼻咽喉科<sup>1)</sup>、東京医科大学病院 漢方医学センター<sup>2)</sup>  
東京医科大学茨城医療センター 耳鼻咽喉科<sup>3)</sup>  
東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野<sup>4)</sup>

○平澤 一浩<sup>1)2)</sup>、大塚 康司<sup>3)</sup>、塚原 清彰<sup>4)</sup>

## N5. COVID-19罹患後症状に対する漢方治療 P8

なのはな耳鼻咽喉科  
境 修平

## N6. 新型コロナウイルス感染症回復後の咳嗽に対する竹筴温胆湯の使用経験について P8

みみはなのどさいとうクリニック  
齊藤 史明

休憩 (カード登録)

15:10~15:25

総会 (第1会場)

15:25~15:35

特別講演 (耳鼻咽喉科領域講習) (第1会場) 座長 三輪 高喜 (金沢医科大学)

15:35~16:45

テーマ:レジェンドに訊くー耳鼻咽喉科領域における漢方治療・診断の技巧

口腔咽頭乾燥とその関連病態への対応

P1

東京みみ・はな・のどサージッククリニック 名誉院長  
市村 恵一

耳鼻咽喉科領域に応用できる漢方の知恵

P2

千葉中央メディカルセンター 和漢診療科 顧問  
寺澤 捷年

優秀演題賞表彰式 (第1会場)

三輪 高喜 (金沢医科大学)

16:45~16:55

閉会の辞 (第1会場)

山下 拓 (北里大学)

16:55~17:00

情報交換会 17:00~18:00

テーマ:レジェンドに訊く—耳鼻咽喉科領域における漢方治療・診断の技巧

## 口腔咽頭乾燥とその関連病態への対応

東京みみ・はな・のどサージクリニック 名誉院長

市村 恵一

耳鼻咽喉科高齢受診者のかなりの数で口腔咽頭乾燥がみられる。口腔咽頭乾燥の訴えはないのに、後鼻漏、咽喉頭異常感、空咳、咽頭痛、嚔声、舌痛、味覚異常等を訴える患者の中で、口腔咽頭乾燥がベースにあることがいかに多いかを認識すべきである。

高齢者は薬剤を多数服用しているので、薬剤性の口腔乾燥が多い。治療には、薬剤の整理、保湿材料の使用、旨味の活用、唾液分泌亢進作用のある薬剤の投与があげられる。

味覚刺激で唾液分泌が起こることは知られており、味覚別に唾液腺の分泌量を比べると、酸味で刺激すると急激に唾液分泌が上がるが、すぐ低下してしまう。ところが、旨味刺激では唾液分泌の立ち上がりは酸味とほぼ同等の上に、持続することが特徴である。この旨味刺激を利用する方法として「昆布出汁うがい法」がある。昆布出汁で1日に10回以上30秒間うがいするもので、6ヵ月間の継続が推奨されるが、少なくとも2週間続けないと効果は実感されない。

乾燥症状改善の第1選択となるムスカリン受容体刺激薬にはピロカルピン塩酸塩とセビメリン塩酸塩がある。保険上は、シェーグレン症候群や放射線照射後にしか使えないという制限がある。ピロカルピンは発汗、セビメリンは嘔吐や下痢といった副作用が多くなる。即効性はピロカルピンが優れ、持続性はセビメリンが勝る。

漢方では口腔乾燥を2つの状態として区別する。口渇と口乾である。口渇はのどがかわいて冷たい水をがぶがぶ飲みたい状態、一方、口乾は、口は乾くが水は飲みたがらない状態を示し、水分で湿らせば乾きの取れるものをさす。そして、口渇は実証で熱証の現れで、口乾は虚証でみられる。そして、口渇のときの代表的な薬剤は白虎加人参湯で、その他に小柴胡湯加桔梗石膏、麻杏甘石湯がある。一方、口乾には麦門冬湯や人参養榮湯、滋陰降火湯、温清飲で対処する。実臨床ではこの2つが明確に区別できないことがあるので、その際はまず口乾と考えて、麦門冬湯から始めるのがよい。白虎加人参湯と滋陰降火湯は保険に採用されているが、他を用いる場合には適正な病名追加が必要になる。

代表的な麦門冬湯は、遷延性咳嗽などによく使用される薬剤であるが、滋潤作用がある人参を含むために、痰が極めて多い症例には用いない。シェーグレン症候群患者に有効という報告がある。山際によると、唾液腺分泌促進効果は20分から30分と即効性で、ムスカリン作動薬の約半分の効果があるという。

一方、白虎加人参湯は、もともとは感染症で高熱、多量の発汗のために脱水になった例に用いた薬で、局所的な灼熱感や皮膚の掻痒感があるときに用いられる。高齢者の口腔乾燥症に対する改善効果を始め、多くのエビデンスがある。本剤には清熱作用があるので、併用することで、ムスカリン受容体刺激薬の副作用の発汗を抑制する利点もある。

## 略歴

## 学歴

昭和48年 9月 東京大学医学部医学科卒業  
昭和54年 9月 医学博士(東京大学)

## 学位

医学博士(東京大学:昭和54年9月授与)

## 免許

医師免許第220675号(昭和48年11月29日)  
日本耳鼻咽喉科学会認定専門医 第1219号(昭和59年3月9日)  
日本気管食道科学会認定医 第1003号(平成1年10月15日)  
日本気管食道科学会認定専門医 第932号(平成21年11月)

## 在籍審議会等

厚生労働省免疫・アレルギー疾患等予防・治療研究事業中間・事後評価委員  
国立研究開発法人 日本医療研究開発機構 免疫アレルギー分野評価委員  
独立行政法人医薬品医療機器総合機構専門委員

## 学会役員等

日本耳鼻咽喉科学会参与、日本小児耳鼻咽喉科学会顧問  
日本口腔・咽頭科学会参与、日本気管食道科学会参与

## 受賞

日本医師会医学研究助成費 平成11年

## 専門領域 耳鼻咽喉科学

## 職歴

昭和48年11月 東京大学医学部附属病院医員(研修医)耳鼻咽喉科  
昭和49年 4月 同 耳鼻咽喉科助手  
昭和50年 1月 同 分院 耳鼻咽喉科助手  
昭和50年 9月 同 耳鼻咽喉科助手  
昭和52年 1月 同 耳鼻咽喉科医局長 ~52年12月  
昭和53年 1月 浜松医科大学医学部耳鼻咽喉科学教室助手  
昭和54年 4月 同 附属病院耳鼻咽喉科講師(外来医長)  
昭和57年 7月~ 文部省長期在外研究員として  
昭和58年 8月 米国ジョージア州アトランタ市エモリー大学に留学  
昭和60年 4月 東京都立府中病院耳鼻咽喉科医長  
昭和63年 5月 東京大学医学部附属病院分院耳鼻咽喉科講師(外来医長)  
平成 4年 9月 東京大学医学部附属病院耳鼻咽喉科講師(外来医長)  
平成 5年11月 東京大学医学部耳鼻咽喉科学講座助教授  
平成 9年 4月 東京大学大学院医学系研究科耳鼻咽喉科学講座助教授  
平成10年 6月 東京大学医学部附属病院分院耳鼻咽喉科科長助教授  
平成11年 4月 自治医科大学耳鼻咽喉科学講座教授  
平成24年 4月 自治医科大学副学長、同理事  
平成26年 4月 自治医科大学名誉教授、同評議員  
石橋総合病院統括理事  
同院長兼任  
平成28年 4月 東京みみ・はな・のどサージクリニック名誉院長  
令和 1年10月 現在に至る

テーマ:レジェンドに訊く—耳鼻咽喉科領域における漢方治療・診断の技巧

## 耳鼻咽喉科領域に応用できる漢方の知恵

千葉中央メディカルセンター 和漢診療科 顧問  
寺澤 捷年

「耳鼻科領域で応用出来る漢方を話題にして下さい」との事務局からの依頼には本当に困りました。耳鼻科領域と言っても咽喉、鼻腔、副鼻腔、中耳、内耳、前庭と素人の私にもその守備範囲の広さが分かります。この全領域に対処する漢方治療を論じると一冊の本が書けてしまいます。

しばらく思索を巡らして、漢方の持つ一つの視点を話題にするのが良いと気づきました。それは「瘀血」という漢方の病態です。瘀血とは「スラスラと流通すべき血液が何らかの障害によってスムーズに流れなくなった病態」と定義されています。

この瘀血病態では、その定義のとおり微小循環障害が見られることを眼球結膜の微小循環を観察することによってあきらかにしました。実際の動画を供覧致します。この瘀血を改善する漢方方剤には桂枝茯苓丸、当帰芍薬散など様々なものがありますが、今回は桂枝茯苓丸に絞ってお話を進めたいと考えています。

漢方の診断では「腹診」と称する腹部の触診が重要ですが、耳鼻咽喉科医の皆さんは診察室にベッドを用意するのは現実的ではありません。そこで、視診と問診によって瘀血と診断するコツを供覧します。

さらに私の場合、頭部MRI画像で微小脳梗塞が見られる場合には瘀血と考えて対処しています。これを敷衍すると、内耳動脈の微小循環障害が推定される場合にも応用すると良いと考えています。

その他、2011年のノーベル生理学・医学賞で「自然免疫・自然炎症」が明らかになりましたが、この桂枝茯苓丸には自然炎症を抑制する作用も期待できます。ウイルスや細菌がいなくても炎症は起こる。わたしが神経内科医であったころ、教科書にvestibular neuritisとかlabyrinthitisという用語がありました。いずれも炎症を想定しています。なぜウイルスや細菌が原因ではないのにこのような名称になるのか疑問でしたが、自然炎症の概念で説明できるのではないのでしょうか。

## 略 歴

1970年	千葉大学医学部卒業	1999年	富山医科薬科大学医学部長(兼任・2ヶ年間)
1970年	千葉大学医学部第一内科医員	2002年	富山医科薬科大学副学長・附属病院長(専任・2ヶ年間)
1975年	同・大学院入学(中枢神経解剖学専攻)	2004年	富山医科薬科大学大学院医学研究科教授 (21世紀COEプログラムPMOP担当)
1979年	同・大学院同修了(医学博士)	2005年	千葉大学大学院医学研究院和漢診療学教授
1982年	富山医科薬科大学附属病院和漢診療部長	2010年	千葉中央メディカルセンター和漢診療科・部長
1982年	同・助教授	2020年	同上・顧問
1990年	同・教授		
1993年	富山医科薬科大学医学部和漢診療学講座教授		

## 資格

医師、医学博士、文学博士、日本神経学会専門医、日本東洋医学会専門医・指導医、富山大学名誉教授

## 賞

北里研究所「大塚敬節賞」受賞(1986年7月)  
陳立夫中医薬学術奨賞(1996年4月)  
日本東洋医学会学術奨励賞(1997年5月)  
和漢医薬学会学術賞(2002年8月)  
日本東洋医学会学術賞(2005年6月)  
日本医史学会・矢数道明医史学賞(2008年6月)  
武見記念・生存科学賞(2009年11月)  
全日本学士会・アカデミア賞(2017年2月)  
日本医師会最高優功賞(2017年11月)  
漢方医学振興財団功労賞(2019年2月)

## 主要著書、その他

2005年 韓国ドラマ『宮廷女官チャングムの誓い』日本語版監修。  
2010年 岩波書店『広辞苑』改訂6版に医学・伝統医薬分野で参画。  
2012年 『症例から学ぶ和漢診療学』改訂第3版。医学書院。  
2012年 『吉益東洞の研究』岩波書店。  
2014年 『漢方開眼』医聖社。  
2015年 『和漢診療学・あたらしい漢方』岩波新書。  
2016年 編著『山田業精原著・井見集 附録』あかし出版。  
2017年 『漢方腹診考—症候発言のメカニズム』あかし出版  
2018年 『漢方・気血水論の研究』あかし出版

## 耳鼻咽喉科医に知ってほしいフレイルの知識と対策

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 理事長

荒井 秀典

高齢化とともに要介護高齢者が増加しているが、その原因の第1位は認知症である。また認知症の有病者も約700万人と考えられており、軽度認知障害と併せて約1000万人の有病者と考えられている。また、要介護原因の第2位は脳卒中であり、これも認知症の原因として重要である。さらに要介護原因の第3位は高齢による衰弱、4位は骨折、5位が関節疾患であり、これらはフレイル、サルコペニアが主たる要因と考えられる。認知症に関してはすでに多くの危険因子が明らかにされており、難聴、高血圧、糖尿病、肥満などがリスクであることが知られているが、フレイル、サルコペニアは認知症の新たなリスクと考えられており、糖尿病、肥満、高血圧などの生活習慣病とともにフレイル、サルコペニアの予防により認知症の予防が可能と考えられている。実際、フレイル、サルコペニアの診断基準として用いられている握力や歩行速度が認知機能低下と関連することが明らかになっている。また、握力や歩行速度の低下と特定の領域の脳灰白質の萎縮が関連することも明らかにされている。このような背景から、運動、栄養、認知訓練に加えて生活習慣病の管理により認知症の予防を図る試みが世界中で進んでおり、我が国でも国立長寿医療研究センターが主導するJ-MINTという大規模臨床試験が行われた。この試験により認知症予防に向けた多因子介入の重要性を明らかにするとともに、社会実装に向けた動きを加速する必要がある。また、フレイルに関してはその病態から漢方薬による治療効果が期待できる。我々は人參養栄湯、加味帰脾湯によるフレイル改善効果を期待して、臨床研究を行っている。運動、栄養介入に加えて漢方薬による効果を明らかにすることができれば、長期的には漢方薬が認知症予防に資する可能性もあると考えている。

## 略 歴

## 学歴

昭和59年 3月 京都大学医学部卒業  
 昭和62年 4月 京都大学医学部大学院医学研究科  
 博士課程(内科系専攻)入学  
 平成 3年 3月 同上 修了

## 資格

昭和59年 5月 医師免許取得  
 昭和62年10月 日本内科学会認定内科医  
 平成 3年 3月 京都大学医学博士学位取得  
 平成17年12月 日本内科学会総合内科専門医  
 平成17年11月 日本老年医学会老年病専門医  
 平成18年 4月 日本老年医学会老年病指導医  
 平成24年 2月 日本動脈硬化学会動脈硬化専門医

## 賞罰

2014年 JAT(Journal of Atherosclerosis  
 and Thrombosis)賞  
 2021年 John Morley Award

## 所属学会

日本サルコペニア・フレイル学会 代表理事、日本老年医学会 理事、代議員、日本老年学会 理事長、日本動脈硬化学会 理事、評議員  
 日本老年薬学会 理事、日本脆弱性骨折ネットワーク 理事  
 Vice President of Asian Association for Frailty and Sarcopenia, Asian Academy of Medicine for Ageing (President),  
 Secretary General of the Asia Pacific Federation of International Atherosclerosis Society, IAGG council member,  
 Editor of Annals of Geriatric Medicine and Research.

## その他

日本学術会議第25期 会員(第2部、臨床医学委員会)  
 長寿科学研究振興財団 理事、小野医学研究財団 評議員、興和生命科学財団 評議員、杉浦記念財団 評議員

## 職歴

昭和59年 6月 京都大学医学部附属病院内科勤務  
 昭和60年 4月 島田市立島田市民病院勤務  
 平成 3年 4月 京都大学医学部老年科医員  
 平成 3年 8月 同上 助手  
 平成 5年 7月～平成 9年 3月 カリフォルニア大学サンフランシスコ校  
 ポストドクトラルフェロー  
 平成 9年 4月～平成15年 6月 京都大学医学部老年内科助手  
 平成14年 8月～平成16年 7月 文部科学省研究振興局学術調査官  
 平成15年 7月～平成21年 3月 京都大学大学院医学研究科加齢医学 講師  
 平成21年 4月～平成26年12月 京都大学大学院医学研究科  
 人間健康科学系専攻 教授  
 平成27年 1月～平成30年 3月 国立長寿医療研究センター 副院長  
 平成27年 4月～平成31年 3月 国立長寿医療研究センター老年学・社会科学  
 センター長  
 平成29年11月～ 国立陽明大学客員教授  
 平成30年 4月～平成31年 3月 国立長寿医療研究センター 病院長  
 平成31年 4月～ 国立長寿医療研究センター 理事長  
 令和 元年11月～ 同志社大学客員教授  
 令和 4年 4月～ 滋賀医科大学客員教授  
 令和 5年 4月～ 立命館大学RARA fellow



テーマ:補剤の使いどころを探る

## 基調講演 補剤とは?

広島大学病院 漢方診療センター  
小川 恵子

補剤とは、補う薬、という意味で、何を補うかは処方によって異なる。一般的には、倦怠感や食欲不振に用いられることが多い補法は、西洋医学には薬物治療としては、ほとんど方法がない領域であるため、漢方薬を使う利点大きい。治療法の原則として、先補後瀉、すなわち、手術や化学療法、放射線治療などを含めた侵襲的な治療を行う際には、先に補法を行う、という考え方がある。これは、耳鼻咽喉科領域においても、術後の予後を改善するのに大変役立つ考え方である。例えば、術後の倦怠感に十全大補湯を用いることは多く、免疫機能を調整することも示されている。この場合、免疫活性を鼓舞するだけでなく、必要な場合は抑制することも示されており、中庸を保つという漢方薬の性質をよく表している。漢方薬には様々な補剤があるが、その使い分けや特徴は病名からは理解が難しい。この講演では、補剤の代表である、十全大補湯、人参養栄湯、補中益気湯、そして加味帰脾湯の使い分けと特徴を簡単にお話する。

テーマ:補剤の使いどころを探る

## WS1. 味覚障害診療における補剤の位置づけ

兵庫医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科  
任 智美

西洋医学では味覚障害の治療においてエビデンスをもつのは亜鉛欠乏性に対する亜鉛内服療法のみであるが、実際は気血水の不和や五臓の不調が改善されるとともに味覚異常も改善するような症例も多く経験される。明確な原因があればそこに対する治療がもっとも効果的だが、原因が明確ではない特発性味覚障害の治療においては多面的なアプローチが可能である漢方治療はよい適応になり得る。

味覚障害の症状には、味覚低下や消失(味が薄い、ない)のほかに異味症(本来の味と異なる)、自発性異常味覚(口中に何も無いのに特定の味がする)、悪味症(何とも言い難い嫌な味に感じる)、味覚過敏(味がきつく感じる)などがある。東洋医学的な観点からは、味覚低下・消失は脾胃の虚、気血両虚、虚熱の存在が考えられる。口中苦味は少陽病期に生じ、小柴胡湯の適応とされるが、肝火上炎証でも易怒・急躁、目の充血、頭痛とともに現れるとされている。口中が甘いことは脾胃の湿熱、塩辛いことは腎虚の存在が考えられている。さらに自発性異常味覚の一部は舌痛症と類似の病態であることから心・肝・脾の異常が関連すると考えることができる。

補剤における味覚障害に関する古典や古医書の記載では、人参養栄湯は、「和剂局方」にて「積勞虚損、咽乾唇燥、飲食味なく陽陰衰弱・・・を治す。」とある。また津田玄仙が挙げた人参養栄湯の適応となる7つの目標症候の4番目に口淡不食(味覚低下、食欲不振)が挙げられ、さらに「療治経験筆記」に補中益気湯を用いる8つの使用目標の第5番目に「(食失味)甘きものも酸っぱきものも苦辛も口中にて分らず、不食す。」と記載されている。

当外来で処方する頻度が高いのは、高齢者に対する補腎剤である。補腎剤の代表である八味地黄丸は、『金匱要略』(八味腎気丸)が出典で、使用目標として「脚氣上つて小腹に入り、不仁するを治す」と記載されている。また「男子ノ消渴、小便反つて多く、腎気丸之れを主る」と下焦を治す方剤だが、『万病回春』(八味丸)では、「命門の火衰え、土を生ずること能わず、以て脾胃の虚寒を致し、飲食思ふこと少なく・・・」、さらに北尾春圃「当荘庵家方口解」では、「命門の真陽を直接補うことによって脾胃を温め、食が進む」などと脾胃に関する記載もみられる。しかし、八味地黄丸に含まれる地黄は時に胃腸障害をきたすために脾虚が強い症例に対する使用には注意が必要である。さらに香月牛山『牛山活套』に口舌痛みに使用するとされており、食欲や口腔内の症状にも使用目標があることがわかる。

高齢者の味覚障害にはフレイルなどの観点から補剤を使用することが必然的に多くなる。高齢者の味覚障害は、生命に直接関わらないからか「歳のせいだからあきらめなさい」と言われることが多いが、当科の検討では治療成績は若年と比較して有意に変わらなかったことから、攻加齢を指していきたいところである。

テーマ:補剤の使いどころを探る

## WS2. 反復性中耳炎治療への補剤の活用

黒部市民病院 耳鼻いんこう科  
丸山 裕美子

急性中耳炎は3歳までに85%の児が1度は罹患するといわれる罹患率の高い疾患である。しかし2000年代初頭より急性中耳炎の主な起炎菌である肺炎球菌やインフルエンザ菌の薬剤耐性化とその増加などを背景に、特に免疫能の発達が未熟な乳幼児における難治性中耳炎の増加とその治療法の難しさが認識された。本邦においては2006年に“小児急性中耳炎診療ガイドライン”初版が作成され、急性中耳炎に対する重症度分類と、重症度に即した治療方針が示されたが、アルゴリズムに沿った治療をおこなってもなお治療に難渋する症例にであることがある。

反復性中耳炎とは「過去6ヶ月以内に3回以上、12ヶ月以内に4回以上の急性中耳炎に罹患」する状態である。特に乳幼児期は宿主免疫能の発達時期であり原因菌に対する特異的免疫応答が未成熟な時期であるため急性中耳炎を繰り返しやすい。いくつかの基礎的研究からも反復性中耳炎症例は免疫系のスロースターター群であると考えられることが示されている。

起炎菌の同定のうえで適正な抗菌薬を用いてもなお急性中耳炎を反復する児に対し、児や児の家族とともに治療方針に悩む中、細菌への対応のみならず、ホストの免疫能をサポートできないかという視点から、補剤の使用を試みた。十全大補湯は代表的な補剤の一種であり、宿主の免疫賦活作用や生体防御機能の向上の効果があることが基礎的および臨床的研究で報告されている。まず当院における臨床試験の結果、急性中耳炎の罹患回数、発熱日数、抗菌薬投与日数の有意な減少を確認できた。上咽頭における細菌叢は大きな変化を認めないにも関わらず、感染症の発症が有意に軽減したことはとても印象的であった。その後、全国ランダム化試験によりその有用性が確認され、2018年のガイドラインで反復性中耳炎における治療の一選択肢として紹介いただいている。

抗菌薬適正使用による薬剤耐性菌の変化、肺炎球菌ワクチンの導入と普及、新規抗菌薬の開発、また2019年から世界的なパンデミックをみとめた新型コロナウイルス感染症に関わる感染対策などにより治療に難渋する急性中耳炎の児は一旦減少したが、近年再び難治性中耳炎症例が増加している印象を受けている。感染症への対策として起炎菌の同定と抗菌に注意がむきやすいが、ホストのサポートという視点から補剤にめぐりあえたこと、その効果を患児やご家族とともに実感できることに感謝している。

テーマ:補剤の使いどころを探る

## WS3. 耳管開放症の漢方治療

福井大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科  
呉 明美

耳管開放症は一定時間以上連続して耳管が開放するために、自声強調、自己呼吸音聴取、耳閉感などの症状が生じる疾患である。臥位や頭を下げる体位で症状が改善するという特徴があり、最近では耳管ピンの挿入などの治療がトピックとなっている。しかし、侵襲を伴う治療の前に、保存的内服治療を試みるのが望ましいと思われる。本邦での内服治療の報告は、西洋医学の薬剤ではアデノシン三リン酸のみであり、その他に多くの漢方薬による治療報告が見られる。今回は、演者が漢方薬を処方した耳管開放症について検討したので報告する。

2014年8月から2020年6月までに演者の外来を受診した鼓膜に異常を認めない症例で、耳管開放症と診断して漢方薬を処方し、2回以上受診して経過を追えた症例22人を対象とした。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。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。加味帰脾湯を処方した15人のうちの6人と牛車腎気丸の1人は症状消失した。漢方薬内服開始から症状改善が現れるまでの期間は1週間が1人、2週間が7人、3週間が2人、4週間が9人であった。漢方薬が有効であったほとんどの症例では1回目の処方で効果を実感していた。漢方薬が有効であった症例の内服終了までの期間は1か月が3人、2か月が5人、3か月が5人、6か月が2人、10か月が1人、12か月が1人であった。13人(68%)が3か月以内に内服終了となった。

耳管開放症は疲労やストレス、食欲不振による体重減少などは気血両虚、起立性調節障害や本態性低血圧は気虚、運動時の発汗や透析患者の脱水は陰虚と考えられ、それらを補うために漢方薬が用いられる。加味帰脾湯は気血を補うために用いられる補剤で、遠志や山梔子、竜眼肉が入っており、とくに不眠・不安がある場合にはよい適応となる。

## N1. めまいを伴う耳管開放症に対するSchellong test陽性者を考慮した漢方薬治療

兵庫医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○大田 重人、濱田 ゆうき、都築 建三

**【はじめに】**我々はこれまでに、耳管開放症181例中79例(44%)にめまいを伴いその多くが浮動感や立ちくらみであることや、Schellong testを施行した43例中23例(53%)が陽性であったことを報告した。耳管開放症の治療には漢方薬が広く用いられているが、背景因子を把握して使用しなければ十分な効果を得られない。我々は、これまでの耳管開放のめまいに関する調査結果をふまえて、めまいを伴う耳管開放症の治療にSchellong test陽性の背景因子を考慮した漢方薬を使用してきた。今回、Schellong test陽性を認めためまいを伴う耳管開放症に対する漢方薬治療について検討し報告する。

**【対象と方法】**2014年4月～2021年12月(7年9か月)の間に当科を受診しためまいを伴う耳管開放症確実例で、Schellong test陽性を認め、初回治療に漢方薬を使用した36例を対象とした。性別は男性12例、女性24例、年齢は15歳～83歳(平均43.9歳)であった。処方した方剤は、補中益気湯、八味地黄丸、半夏白朮天麻湯、十全大補湯、苓桂朮甘湯、人參養榮湯、桂枝加竜骨牡蛎湯の7剤であった。効果は、自覚症状(めまいと耳症状：耳閉感、耳声強聴、呼吸音聴取)から、著効(めまいと耳症状両方の症状消失or著明改善)、有効(めまいと耳症状の1つ以上に少しでも改善あり)、無効(改善なしor増悪)で判定した。

**【結果】**効果判定の結果は、著効8例(22.2%)、有効13例(36.1%)、無効15例(41.7%)であった。効果のあった方剤の内訳は、著効8例：補中益気湯5例、半夏白朮天麻湯2例、十全大補湯1例、有効13例：補中益気湯7例、半夏白朮天麻湯4例、十全大補湯1例、補中益気湯+八味地黄丸1例であった。

**【考察】**今回の結果からSchellong test陽性のめまいを伴う耳管開放症に対する漢方薬治療は58.3%に有効性が認められた。耳管開放症の漢方薬治療には「虚」を補う補剤として加味帰脾湯や補中益気湯が用いられているが、めまいを伴いSchellong test陽性の場合には、起立性調節障害に有効とされる半夏白朮天麻湯などの漢方薬を症例に合わせて用いることにより治療の選択肢が増えると考えられた。

## N2. 頭頸部癌TPF療法に対する支持療法としての漢方製剤

恵佑会札幌病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○渡邊 昭仁、木村 有貴、谷口 雅信  
出町 拓也

**【はじめに】**我々はこれまでに頭頸部癌症例に用いられたタキソテール、シスプラチン、5-FU療法(以下、TPF)に対する支持療法として漢方製剤も積極的に使用してきた。今回、それらの現状と今後について報告したい。

### 【検討内容と方法】

- 1、TPFを行った際に認められた口内炎に対して半夏瀉心湯を用いたうがいの治療効果を検討した。
  - 2、TPFを行った際に認められた下痢に対して半夏瀉心湯の治療効果を検討した。
  - 3、TPFを行った際に認められた下痢に対して五苓散の治療効果を検討した。
  - 4、TPFの各コースの間に十全大補湯を用いて全身状態や血液毒性の改善についての検討をした。
- 1から3の検討は1コース目に有害事象を認めた症例に投与し、その治療効果を検討し、その後投与量に変更なく2コース目が行われた症例に対して漢方製剤を予防的に使用することで、予防効果の検討を行った。4についてはTPFを3-4コース行った症例のインターバルに十全大補湯を投与し、それぞれのコース前のデータを検討した。

### 【結果】

- 1、口内炎に対する半夏瀉心湯の検討は42例で検討され、通常治療と比較して、治療効果は認めなかったものの、予防効果を統計学的に有意差( $p=0.0006$  Mann-Whitney)を持って認めた。現在も継続検討中である。
- 2、下痢に対する半夏瀉心湯の検討は22例で検討され、通常治療と比較して治療効果も予防効果も同等であった。2019年でこの検討は終了とした。
- 3、下痢に対する五苓散の検討は29例で検討され、通常治療と比較して治療効果は認めなかったものの、予防効果は統計学的に有意差( $P=0.004$  Fisher検定)を持って認めた。下痢については五苓散に炎症作用の効果のある成分が加えられている柴苓湯で検討を継続している。
- 4、十全大補湯を用いた全身状態の改善については各コースのインターバルに内服させることでの体重変化量、血液毒性の各種パラメータで検討したが、いずれも統計学的に有意差なく、現在は投与を中断している。

### 【まとめ】

現在継続している支持療法は口内炎に対して半夏瀉心湯のうがい治療と下痢に対する柴苓湯の投与は統計学的有意に予防効果を認め、継続して行われている。しかし、下痢に対して半夏瀉心湯の投与、および各コースのインターバルに投与されていた十全大補湯については中断となった。今後も化学療法の支持療法として有用な漢方製剤の検討を続けて行きたい。

### N3. 腹診所見が漢方処方 の決め手となった 咽喉頭異常感症の3症例

北里大学医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科<sup>1)</sup>  
北里大学医学部 総合診療医学<sup>2)</sup>

○細野 浩史<sup>1)</sup>、五野 由佳理<sup>2)</sup>、山下 拓<sup>1)</sup>

**【はじめに】**咽喉頭異常感症には、半夏厚朴湯を中心とした漢方治療が行われる。一方で半夏厚朴湯が無効の症例も多く経験する。今回、腹診の所見にて処方の選択ができ、咽喉頭異常感症が改善した3症例を経験したので報告する。

**【症例1】**41歳 女性 既往歴：アレルギー性鼻炎  
半年前から咽喉頭異常感を自覚した。さらに2か月前から胸の苦しさ・喉の苦しさ・喉が腫れている感覚も出てきたため近医耳鼻咽喉科を受診した。咽喉頭には異常所見がなく、半夏厚朴湯を内服したが無効だった。精査加療のため当科紹介された。喉の違和感が強く、心気症であった。嚥下造影検査・頸部CTでは異常を認めなかった。上部消化管内視鏡で逆流性食道炎を指摘された。そのため六君子湯とPPIを処方するも数日で胃痛が出現したため内服を中止した。その後、腹診で右側の胸脇苦満・心下痞鞭を認めたため、柴胡加竜骨牡蛎湯を処方した。内服1か月で喉の違和感が1/3程度まで減った。

**【症例2】**73歳 男性 既往歴：腎結石  
5-6年前から喉の違和感、喉に錠剤が引っかかることを自覚した。近医耳鼻咽喉科から精査加療目的で当科紹介となった。咽喉頭には異常所見がなく、上部消化管内視鏡でも異常を認めなかった。胸やけの自覚症状があるため、半夏厚朴湯・茯苓飲・PPIを処方した。半年間内服し症状は半分程度になったが、寛解はしなかった。その後、腹診で両側の胸脇苦満と腹直筋攣急を認めたため、半夏厚朴湯に四逆散を加えて処方した。内服1か月で喉の違和感が消失し、錠剤がのどに引っかかることがなくなった。また肩こりの症状改善とストレス症状の軽減を自覚された。症状緩和後は、腹診で胸脇苦満の所見が消失し腹直筋攣急も緩和されていた。

**【症例3】**50歳 女性 既往：乳がん  
7か月前から喉の痛みを自覚し、近医を受診した。頸胸部CTで異常なかった。上部消化管内視鏡で食道真菌症を疑われ、抗真菌薬を内服するも喉の痛みは改善しなかった。またPPI内服も効果がなかった。半夏厚朴湯を内服すると胃痛を自覚し内服中止した。精査加療のため当科紹介となった。咽喉頭内視鏡で咽喉頭には異常なかった。本人の母が中咽頭癌であり、本人も自分が癌ではないかという不安を抱えていた。腹診で軽度の胸脇苦満・心窩部の冷え・心下痞鞭があるため、柴胡桂枝乾姜湯を処方した。2週間で喉の痛みと腹部の冷えが改善した。

**【考察】**今回経験した症例は、少なくとも半年以上経過する咽喉頭異常感症で半夏厚朴湯が無効だった。全症例で胸脇苦満を認め、柴胡が含有している方剤を選択し、咽喉頭異常感を改善することができた。方剤を決定する上で、腹診は耳鼻咽喉科領域においても重視すべきであると考えられる。

### N4. 亜急性壊死性リンパ節炎に 対する小柴胡湯の効果 (後方視的研究)

戸田中央総合病院 耳鼻咽喉科<sup>1)</sup>  
東京医科大学病院 漢方医学センター<sup>2)</sup>  
東京医科大学茨城医療センター 耳鼻咽喉科<sup>3)</sup>  
東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野<sup>4)</sup>

○平澤 一浩<sup>1)2)</sup>、大塚 康司<sup>3)</sup>、塚原 清彰<sup>4)</sup>

**【背景/目的】**亜急性壊死性リンパ節炎は、リンパ節の特異な壊死病変をきたす疾患である。ウイルス感染説や自己免疫説などがあるが、原因は未だ不明である。自然治癒までには1から数カ月を要することが多いが、特異的な治療法はなく、病状の緩和にはステロイドが使用される。一方、本疾患は悪性リンパ腫やSLEとの鑑別を要し、リンパ節生検を行わない安易なステロイド治療は、これら重要疾患の診断遅延を引き起こしかねない。しかしリンパ節生検を希望されない例もあり、その場合には対症療法での経過観察を強いられ、ステロイド以外の治療法の開発が望まれる。小柴胡湯は感染症に用いられる漢方であるが、リンパ節炎にも適応を持つ。今回、亜急性壊死性リンパ節炎に対する小柴胡湯の有効性を後ろ向きに検討した。

**【対象/方法】**2017年1月から2022年5月の間に、東京医科大学茨城センター耳鼻咽喉科を受診し、臨床的に亜急性壊死性リンパ節炎と診断された24例を対象とした。対象を対症療法群(9例)、ステロイド群(7例)、小柴胡湯群(8例)に分け、比較を行った。なお、本研究を行うにあたり、「ヘルシンキ宣言」及び「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、東京医科大学医学倫理審査委員会において研究実施計画書の承認を受けた(承認番号T2022-0113)。

**【結果】**発症から頸部痛消失までの期間は、対症療法群が23から59日(平均39.6日)、ステロイド群が12から31日(平均22.3日)、小柴胡湯群が13から28日(平均20.3日)であった。対症療法群と比較してステロイド群と小柴胡湯群で有意に短く(それぞれ $p=0.019, 0.004$ )、ステロイド群と小柴胡湯群の間では有意差はなかった( $p=0.888$ )。発症から発熱消失までの期間は、対症療法群が16から49日(平均31.3日)、ステロイド群が9から27日(平均18.9日)、小柴胡湯群が10から24日(平均16.3日)であった。こちらも、対症療法群と比較してステロイド群と小柴胡湯群で有意に短く(それぞれ $p=0.030, 0.011$ )、ステロイド群と小柴胡湯群の間では有意差はなかった( $p=0.660$ )。治療開始から頸部痛消失までの期間はステロイド群が4から11日(平均7.4日)、小柴胡湯群が5から13日(平均8.6日)、治療開始から発熱消失までの期間はステロイド群が2から7日(平均4.0日)、小柴胡湯群が3から7日(平均4.6日)で、いずれも有意差はなかった(それぞれ $p=0.412, 0.477$ )。

**【考察・結論】**小柴胡湯は亜急性壊死性リンパ節炎の病期期間を短縮し、その効果はステロイドにも劣らなかった。小柴胡湯の抗炎症作用と免疫調整作用が有効に働いたと考えられる。亜急性壊死性リンパ節炎において、小柴胡湯はステロイドに代わる治療法となる可能性が示された。

## N5. COVID-19罹患後症状に対する漢方治療

なのはな耳鼻咽喉科  
境 修平

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が発生してから3年以上経過したが、COVID-19罹患後症状については未だにその原因やメカニズムが解明されておらず、国内外で研究調査が続けられている状況である。代表的な罹患後症状としては疲労感・倦怠感、関節痛、筋肉痛、咳、喀痰、息切れ、胸痛、脱毛、記憶障害、集中力低下、頭痛、抑うつ、嗅覚障害、味覚障害、動悸、下痢、腹痛、睡眠障害、筋力低下などがある。耳鼻咽喉科領域に関連する症状も多く、COVID-19罹患後症状で耳鼻咽喉科を受診する患者も多い。

嗅覚障害について鼻副鼻腔炎、嗅裂炎があればそちらの治療を行い、それが無ければ嗅神経性嗅覚障害と診断し嗅覚障害ガイドラインに沿っての治療が推奨されている。味覚障害については口腔乾燥症(シェーグレン症候群を含む)、口腔真菌症などの局所の病変の他、亜鉛欠乏、鉄欠乏、ビタミンB1、B12欠乏、心因性などの鑑別が必要となる。西洋医学的に異常が無いケースも多く治療に難渋することが多い、当院では西洋医学的に異常がない症例については積極的に漢方治療を行ってきた。

当院ではCOVID-19罹患後症状と思われる症例は22例。症状の内訳は嗅覚障害8例、味覚障害1例、嗅覚味覚障害2例、咳4例、咽頭痛4例、めまい2例、倦怠感2例、脱毛1例であった。嗅覚障害、味覚障害11例のうち血清亜鉛値が低値であったのは3例のみであった。

亜鉛欠乏症を認めた3例のうち、酢酸亜鉛水和物製剤の投与で軽快したのは2例であり、残りの1例は亜鉛が正常範囲内に回復したにもかかわらず嗅覚障害が遷延し当帰芍薬散の長期投与を行い回復した。血清亜鉛値が正常範囲内にも関わらず嗅覚障害を来した症例については全例当帰芍薬散を投与し良好な治療成績を収めた。味覚障害(味覚嗅覚障害も含む)を来した症例については香蘇散、当帰芍薬散、六君子湯をそれぞれ投与し軽快した。

咳については五虎湯、桔梗石膏、柴朴湯、竹筴温胆湯をそれぞれ用いた。

めまいについては2例とも補中益気湯を用いた。倦怠感の1例は六君子湯を、脱毛の1例は十全大補湯をそれぞれ投与し軽快した。

めまい、倦怠感、脱毛といったCOVID-19罹患後症状特有の症状には補剤を中心とした漢方薬を用いることが多かった。

COVID-19罹患後症状については明確な治療ガイドラインもなく、まだまだ手探りな状態ではあるが漢方薬の出番は多くなると考えられ更なる症例を積み重ねていく必要があると考えられた

## N6. 新型コロナウイルス感染症回復後の咳嗽に対する竹筴温胆湯の使用経験について

みみはなのどさいとうクリニック  
齊藤 史明

**【目的】**新型コロナウイルス感染症から回復した後も、罹患後症状(いわゆる後遺症)としてさまざまな症状が見られる。本邦では感染性は消失にしたにもかかわらず、他の原因が明らかではなく、罹患してすぐの時期から持続する症状、回復した後に新たに出現する症状、症状が消失した後に再び生じる症状全般を後遺症と定義している。後遺症として以前は味覚障害、嗅覚障害などが多く言われていたが、オミクロン株以降減少が見られ、変わって咳嗽の増加が指摘されている。今回、長引く咳嗽に対して竹筴温胆湯を用いて治療を行い良好な結果を得たのでその使用経験について報告する。

**【方法】**新型コロナウイルス感染症回復後に咳嗽を訴え、竹筴温胆湯を処方した症例37例について、年齢、性別、内服開始日(発症後から投与までの日数)、内服期間、併用薬、その他の後遺症について検討した。

**【結果】**37例中のうち、改善は27例、不変5例、不明4例、中止1例であった。改善率は84%(27例/32例)であり、良好な結果を得られた。有効であった1例について報告する。

症例は66歳女性。当院でPCR検査を施行し陽性。その際、トラネキサム酸、鎮咳薬、鎮痛剤、去痰剤など処方。咳嗽、咽頭痛続くため、発症6日目に電話診療にて、吸入ステロイド薬、麦門冬湯など追加、咽頭痛は改善したが、夕方から夜間の咳が続く、咳のため夜寝ることが難しい(不眠傾向)と発症13日目に当院再診となった。今までの薬は効果が乏しいとのことで竹筴温胆湯処方となった。発症27日目咳嗽症状改善し終了となった。改善した27例および不変5例についてそれぞれ検討した。

改善した27例のうち経皮吸収型気管支拡張薬・喘息吸入薬を併用した症例は6例であり、去痰剤、抗ロイコトリエン剤を併用した症例は24例であった。経皮吸収型気管支拡張薬・喘息吸入薬を併用しなくても良くなる症例は多かった。症状にあわせて、去痰剤、抗ロイコトリエン薬などを併用した方が有効である可能性があった。

不変の5例のうち、経皮吸収型気管支拡張薬・喘息吸入薬を併用した症例は3例であり、去痰剤、抗ロイコトリエン剤を併用した症例は2例であった。内服等併用してもなかなか改善が得られなかった。また不変の1例は発症後6日から内服したので、やや投与が早かった可能性がある。

**【考察】**竹筴温胆湯は新型コロナウイルス回復後の咳嗽に対して効果があると考えられた。特に亜急性期以降の症例の方が有効である可能性が考えられた。竹筴温胆湯単独ではなく、去痰剤などを症状にあわせて併用すると効果が上がると考えられたが、咳嗽がなかなか改善しない症例も一定数認められた。コロナ後遺症に対しては、西洋医学と東洋医学をあわせて対応していくことが、後遺症に悩んでいる患者さんに対して有用であると考えられた

## 1. 持続性知覚性姿勢誘発めまいに対し漢方治療が奏効した1例

いぬかい耳鼻科クリニック  
犬飼 賢也

**【緒言】**持続性知覚性姿勢誘発めまい(PPPD)の薬物療法は、選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)などの抗うつ薬が第一選択とされているが、副作用の吐気が高く、継続できない症例も多い。今回、PPPDに対し桂枝加竜骨牡蠣湯が著効した症例を経験したので報告する。

**【症例】**33歳女性。

主訴：浮動感

現病歴：X-2年9月、某脳外科病院で良性発作性頭位めまい症のため、入院加療を受けた。しかし、自宅に戻ってからも浮動感が持続し、仕事も退職した。同年10月某病院の耳鼻科を受診し、しばらく経過してから、持続性知覚性姿勢誘発めまいと診断された。パロキセチンを内服し、3割程度は改善したが、X年4月頃より悪化し、パロキセチンを内服すると吐気がひどく、中止した。苓桂朮甘湯、ルビーナを内服したが、良くならなかった。X年6月、日常の家事や運転もままならないため、某脳神経クリニックにて頭部MRI、血液検査で異常なく、パロキセチンの処方を受けたが、副作用が強く断念した。X年7月30日当院を受診した。常にユラユラがあり、風呂、皿洗い、目からの刺激、じっと座っている、立っているなどでグラツとする。めまいの持続時間は、ユラユラはずっとで、30分以上、グラツは30秒から1分。蝸牛症状は伴わない。しびれ、構音障害、複視などの中枢性所見は認めない。

現症：身長163cm、体重54Kg、BMI20.3。血圧131/75mmHg、脈69回/分。鼓膜は正常、聴力検査も正常、注視眼振、頭位・頭位変換眼振で明らかな眼振を認めない。

指標追跡検査はsmooth、指鼻試験、回内回外検査、構音障害検査、バレー兆候、片足立ち検査で中枢所見を認めない。めまい障害度(DHI)では70点(重度)、新潟PPPD問診票(NPQ)では41点(27点以上で陽性)。

東洋医学的所見：食欲良好、睡眠良好、便通は1日1回、排尿は1日6回程度で、夜間排尿はなし。首、肩が凝る。寒がり、舌診で歯痕舌、舌下静脈の怒張あり、脈診で沈虚、腹診で腹力は2/5、臍上悸あり。

経過：臍上悸があり、寒がり、ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯7.5gを1週分処方した。X年8月6日当院を受診した。大分よくなったとのことであった。追加で2週間処方し、廃薬とした。

**【考察】**桂枝加竜骨牡蠣湯の出典は金匱要略で、桂枝湯に竜骨と牡蠣を加えた薬方で、桂枝湯症(虚証)に神経症状、動悸逆上などの加わった例によく用いる。精も血も欠損して頭部を十分に養えないので、眩暈を生じる。PPPDは刺激に対して過敏になっている状態である。桂枝加竜骨牡蠣湯は過敏を抑える効果があり、特に虚証で臍上悸がみられる症例には試してみる価値があると思われる。

## 2. PPPD(持続性知覚性姿勢誘発めまい)に対する漢方治療の経験

東海大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科  
○五島 史行、濱田 昌史、大上 研二

**【はじめに】**持続性知覚性姿勢誘発めまい(persistent postural perceptual dizziness:PPPD)1,2)は2017年にBarany学会から診断基準が発表されたためめまい疾患で、3ヶ月以上持続する浮遊感、不安定感、非回転性めまいを主訴とし、症状は立位、能動的あるいは受動的な体動、動くものや複雑な視覚パターンをみた時に増悪することを特徴とする。慢性めまいに高頻度(20%程度)に認められる。治療にはSSRIなどの抗うつ薬、心理治療、前庭リハビリテーションが推奨されている。しかしながら耳鼻咽喉科医が抗うつ薬を投与することはまだ一般的では無い。またSSRIは副作用のためアドヒアランスの問題も多い。漢方薬が本疾患に有効な可能性がある。漢方薬での有効例を2例経験したので報告する。

**【症例1】**症例1は43歳女性、X年5月頃から浮動性めまいを生じ他院脳外科、耳鼻咽喉科を受診するも改善しないためX年9月当院初診した。DHI66点HADSでは不安高値、重心動揺計では涙滴型グラビチャート3)を認めた。心因性めまい+PPPDと診断し Amitriptyline とクロナゼパムで改善したが、副作用が出現したため加味逍遙散としたところめまい症状および重心動揺計の改善を認めた。

**【症例2】**症例2は35歳女性、めまいと耳閉感があり他院でメニエール病と言われていた。問診、諸検査の結果PPPDと診断し、胃腸が弱いことからSSRI投薬に不安を訴えたため Amitriptyline と桂枝加竜骨牡蠣湯を投与したところ症状改善した。PPPDでは不安の共存が多いため、不安のコントロールとして用いる漢方薬が有効である場合がある。

**【まとめ】**2例とも自覚症状の改善のみならず客観的検査である重心動揺計で治療前に涙滴型グラビチャートが認められたが治療後改善した点が興味深い。今後、症例数を増やしPPPDに対する漢方治療についてさらなる検討を行う予定である。

**【文献】**1.Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A et al.:Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Barany Society. J Vestib Res 27: 191-208, 2017  
2.五島 史行:持続性知覚性姿勢誘発めまい(persistent postural perceptual dizziness;PPPD). 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会会報 124: 1467-1471, 2021  
3.鈴木典子, 五島 史行, 齋藤弘亮 et al.:重心動揺検査グラビチャートで涙滴型を示す症例の特徴について. Equilibrium Research 79: 541-548, 2020

### 3. 難治性の慢性めまいに対し 継続的な漢方治療が奏効した 一例

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】**難治性の慢性めまいを呈する頻度が高い疾患としてメニエール病が挙げられる。その場合、まずは薬物療法を施行し、再発するようであれば手術療法を考慮することとなるが、それでも再再発してしまうこともよく経験する。今回、難治性の慢性めまいに対し継続的な漢方治療が奏効した一例を経験した。

**【症例】**34歳女性。158cm、44.5kg。主訴はめまい、不眠、冷え症、動悸。X-1年9月初めから低音感音性難聴。同年9月中旬よりめまい発作のため近医に入院し、5日間の点滴治療。最初は右耳メニエール病、その後左耳のメニエール病と診断され、内服治療を受けているが改善しないため、X年11月に当科紹介受診。座っている時も寝ている時もトランポリンではねていたり、ジェットコースターに乗っている感じのめまいがある。そのため、寝返りを打てず不眠になっている。めまいは天候悪化前にひどくなるとのこと。天候悪化で増悪することから苓桂朮甘湯と五苓散を、冷えと心因性要素も考慮し、柴胡桂枝乾姜湯を投与したところ、その3週間後には、ある程度寝返りが打てるようになったので、睡眠時間が1→5時間ぐらになってだいぶ楽。めまいは100→76/100に軽減した。その後、入浴後に頭のしめつけ感やめまいがひどくなる症状に釣藤散を頓服。食欲不振に対し苓桂朮甘湯から半夏白朮天麻湯に変方。疲れやすいことや貧血傾向に対し柴胡桂枝乾姜湯から加味帰脾湯に変方。下痢に対して加味帰脾湯から小建中湯に変方。現在は初診時から2年3か月経過していて、処方薬は半夏白朮天麻湯と小建中湯を常用内服し、五苓散頓服としている。めまい発作の頻度は激減し、睡眠も8時間ぐらとなり、普通の生活を過ごされている。

**【考察】**メニエール病に対する薬物治療の再発率は約30%といわれており、それらには手術療法の適用となる。手術療法は、短期的な再発率は比較的低いが長期的には再発率が高くなったり、再発率が低い場合でも重篤な合併症が起こることが問題となる。本症例は、天候悪化でめまい症状が悪化したことから、漢方という水滯が原因と判断し、苓桂朮甘湯や五苓散、半夏白朮天麻湯などの利水薬を使用した。また、めまいの心因性要素を考慮し、柴胡桂枝乾姜湯や加味帰脾湯、小建中湯を処方した。

**【結語】**難治性の慢性めまいに遭遇した場合は、水滯と心因性要素を考慮し、漢方薬で臨機応変に対応するのも一選択肢と思われた。

### 4. 当院めまい平衡専門外来に おけるメニエール病に対する 漢方治療について

山口大学医学部 耳鼻咽喉科

○沖中 洋介、藤井 博則、橋本 誠  
菅原 一真、山下 裕司

メニエール病は、難聴・耳鳴・耳閉感などの聴覚症状を伴うめまい発作を反復する典型的な内耳性めまい疾患であり、その病態は内リンパ水腫である。薬物治療の基本は利尿薬治療であり、利尿作用による内リンパ水腫の軽減を目的として浸透圧利尿薬であるイソソルビドが用いられることが多く、その有効性が報告されている。しかし、消化器症状や電解質異常といった副作用があるため、長期投与が困難な症例も少なくない。一方で、漢方医学的にはメニエール病は水滯が病因と考えられており、漢方治療として、利水作用のある生薬を含む、苓桂朮甘湯、半夏白朮天麻湯、五苓散、柴苓湯などが用いられており、漢方薬の有効性に関する報告も散見される。当院めまい平衡専門外来では、メニエール病に対する薬物治療としてイソソルビドを第一選択薬として使用しているが、副作用により内服継続困難な症例に対しては、漢方薬を用いて治療している。今回、当院めまい平衡専門外来でメニエール病に対し漢方治療を行った症例について、治療内容と自覚所見・他覚所見の推移などについて検討した。自覚所見の推移の検討には、Dizziness Handicap Inventory (DHI) を用いた。また、他覚所見の推移の検討には、眼振所見・聴力検査所見を用いた。

## 5. コロナ後遺症の不安発作に漢方治療が有効であった症例

とも耳鼻科クリニック<sup>1)</sup>、札幌医科大学耳鼻咽喉科<sup>2)</sup>  
竹田眼科<sup>3)</sup>

○新谷 朋子<sup>1)2)</sup>、吉田 瑞生<sup>1)2)</sup>、縫 郁美<sup>1)2)</sup>  
高野 賢一<sup>2)</sup>、竹田 眞<sup>3)</sup>

コロナ後遺症はCOVID19感染後に継続あるいは再発、新出する健康障害で、嗅覚障害、倦怠感、咳嗽、胸痛、頭痛、息苦しさ、思考力・集中力の低下、めまい等が発症から3ヶ月以上経過時に8週以上症状が持続するもので、4人に1人は半年後も何らかの症状が続くとされている。

甘麦大棗湯は甚だしい興奮状態を鎮静させ、急迫性痙攣症状、ヒステリー症状に対する処方である。コロナ後遺症のめまい発作、不安感の強い症例に甘麦大棗湯が有効であった症例を報告する。

症例1、33歳女性、2回目のコロナ罹患後めまい感、倦怠感があり、上咽頭擦過療法(EAT)を施行、めまい、頭重感は軽減していたが、ゾワゾワする感じがあり、頓服で甘麦大棗湯処方し、軽減見られた。

症例2、40歳女性、5ヶ月前にコロナ罹患後倦怠感、めまいが継続、2日前から右難聴自覚し来院、低音障害型感音難聴にプレドニン等処方し聴力改善みられていたが、めまいが悪化したため茯苓桂朮甘湯を処方したが改善みられない。狭い空間にいるときや電車に乗るといつめまいが起こるか不安で精神的に苦しくなる、との訴えから甘麦大棗湯を頓服で使用し、めまいは改善している。

症例3、52歳男性、2週間前コロナ罹患後咽頭痛がありEAT処置を希望して来院、頭痛、倦怠感があり罹患2ヶ月経過しても体調不良、イライラ、そわそわする感じがあり補中益気湯、五苓散内服していたが、何か考えると胸が痛くなり動悸するため甘麦大棗湯を処方。頓服で使用し、症状軽減が見られた。

コロナ後遺症は時間の経過とともに改善みられるが、運動や精神的な負荷等で症状の波が見られる。めまいや体調不良にともなう不安発作に甘麦大棗湯が有効であった。

## 6. 未病としての口内炎に対する黄連湯の抗炎症作用の漢方医学的考察

大阪歯科大学歯科医学教育開発室<sup>1)</sup>  
松本歯科大学薬理学講座<sup>2)</sup>

○王 宝禮<sup>1)</sup>、益野 一哉<sup>1)</sup>、大草 亘孝<sup>1)</sup>  
瀧沢 努<sup>1)</sup>、今村 泰弘<sup>2)</sup>

**【緒言】**黄連湯は医療用漢方製剤であり、口内炎の病名で処方されている。私達の研究グループは黄連湯がヒト歯肉線維芽細胞(Gin-1)で歯周病関連細菌Poryphyromonas gingivalis (P.g.)LPS刺激による炎症性サイトカイン産生モデルにおいてのIL-6,IL-8,PGE2の抑制を報告した(Biol. Pharm. Bull. 2010)。次に、ヒト骨肉腫由来株化骨芽細胞細胞(Saos-2)に黄連湯刺激により細胞増殖能、Alkaline Phosphatase:ALP、I型collagen活性を確認し、黄連湯が骨形成能を有する可能性を示唆した(Medicines 2020)。近年、分子生物学的に黄連湯によるCAL27細胞(ヒト口腔扁平上皮癌細胞株)のP.g.LPS刺激におけるIL-6産生抑制機序解明を明らかにし(Inf.J.Mol.Sci.2023)。口内炎は口腔がんに移行する場合もあり、口腔潜在的悪性疾患と考えることもできる。今回、分子生物学的に黄連湯の抗炎症作用を解明した結果を漢方医学的に考察していく。**【実験方法】**黄連湯は原末を、細胞はCAL27細胞、LPSはP.g.から抽出したものをを用いた。MTT assayにより本実験系に用いる黄連湯の至適濃度を決定した。黄連湯存在下でP.g.LPS刺激におけるIL-6の産生状況をELISA法により、TLRを介したIL-6プロモーター及びNF-kBの活性化をluciferase assayにより、CAL27細胞のIRAK4・IRAK1・JNKリン酸化状況をWestern blottingによりそれぞれ解析した。

**【結果と考察】**CAL27細胞の生存率は黄連湯10μg/mlでコントロールと同程度であったが、それ以外は濃度依存的に低下した。黄連湯は比較的低濃度で作用し、効果を示す漢方薬であると考えられる。CAL27細胞において、黄連湯はP.g.LPS刺激によるIL-6の産生を有意に抑制した。このことは、少なくとも黄連湯がLPSを介したTLRシグナル伝達を負に制御していると考えられる。黄連湯はP.g.LPS刺激によるIL-6プロモーターの活性化を有意に抑制した。この結果は黄連湯がLPSによるIL-6の産生を転写レベルで抑制している可能性を示唆する。また、黄連湯はP.g.LPS刺激によるTLRを介したNF-kBの活性化を抑制した。これは、黄連湯がTLRシグナル伝達に関わる因子の働き(活性化)を抑制することにより、NF-kBに依存した様々な遺伝子の発現を抑制している可能性が示唆される。黄連湯はP.g.LPS刺激によるCAL27細胞のIRAK4・IRAK1・JNKリン酸化を抑制した。これは、黄連湯がLPSによるTLRシグナル開始の早期に作用し、MyD88の下流シグナルを抑制していると考えられる。以上のことから、黄連湯には炎症性サイトカインの産生抑制作用をもつことが示唆される。本研究では第一にヒト口腔扁平上皮癌細胞株を用い、歯周病関連細菌刺激により炎症性サイトカインの産生を確認し、そして黄連湯が抑制した。慢性刺激によりがんは誘発すると考えられている。黄連湯が口内炎に有効なことから、がん発症を抑制する可能性は漢方医学的には未病を防いでいると解釈できるかもしれない。



## 7. 特発性ファーストバイト症候群に漢方薬が奏効した1例

奈良県立医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科<sup>1)</sup>  
西川みみ・はな・のどクリニック<sup>2)</sup>  
奈良県立医科大学 大和漢方医学薬学センター<sup>3)</sup>

○岡安 唯<sup>1)</sup>、西川 大祐<sup>2)</sup>、三谷 和男<sup>3)</sup>  
北原 紘<sup>1)</sup>

**【目的】**耳下腺腫瘍や副咽頭間隙腫瘍の術後の合併症としてファーストバイト症候群が知られているが、稀に手術とは関連なしに発症する特発性のファーストバイト症候群も報告されている。今回、五苓散が著効した症例を経験したので報告する。

**【症例】**17歳女性で主訴は一口目の咀嚼、嚥下痛であった。既往歴として右足ガングリオンの手術、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎があった。X年6月頃から時々食事の開始の際に両耳下部に痛みが出現するようになった。同年8月に近医耳鼻科を受診するが、明らかな異常所見は認めず、経過観察となった。その後も痛みが出る頻度が増加したため、当科紹介となる。

**【現症】**身長158cm 体重52kg 食事の際に1口目に口の乾きがあり、両側耳下部に痛みが出るとのこと。2口目からは痛みが軽減し、徐々に消失するとのことであった。両側(左>右)で痛みがあるが片側だけのこともあるとのこと。両耳下腺に腫脹や圧痛なく、血液検査はWBC4700、CRP0.01mg/dl、AMY66U/Lと異常なく耳下腺炎や唾石症は否定的であった。

漢方医学的所見として脈は深い浮脈。舌診は胖大で白じ苔を伴い、舌尖に紅潮を認めた。舌下静脈の怒張は認めなかった。

**【経過】**抗生剤やアセトアミノフェンやプレガバリン等の鎮痛薬を処方するも効果は認めなかった。X+1年3月ツムラ五苓散7.5g/日を開始したところ、痛みが出る頻度は徐々に軽減し、よく聞いているとのことであった。その後も五苓散を継続し、X+2年8月には内服しなくても痛みが出現しなくなったため終診となった。

**【考察】**傷寒論太陽病中編に「脈浮、小便利せず、微熱、消渴の者は、五苓散之を主る」とある。本症例では口渇、脈浮が証としてあてはまる。鑑別処方に茯苓甘草湯(傷寒論)が考えられるが、口渇の有無が五苓散との鑑別とされる。特発性ファーストバイト症候群の治療法は確立されていないが、漢方医学的な証に基づいて五苓散を処方することで著効が得られた。

## 8. 内視鏡所見で診る痰飲の病態

今井耳鼻咽喉科<sup>1)</sup>、徳島大学耳鼻咽喉科漢方外来<sup>2)</sup>  
陣内 自治<sup>1)2)</sup>

### 【はじめに】

痰飲とは体内の水液代謝が失調し、身体のある部位に停滞することによって発生する病証をさし、人体に生じる水飲病を総称して痰飲という。粘稠なものは痰、清希なものは飲と呼ばれている。中医学の皇漢医学には「脾、生痰之源と為し、肺、痰を貯するの器と為す。」といわれている。耳鼻科領域は、呼吸器の一部でもあり、かつ消化管の一部でもあるため鼻咽喉頭は痰の生成の場であり、かつ貯留の場でもある。我々耳鼻咽喉科医は、正常粘液で被覆されている粘膜を有する臓器を扱うため、粘液異常の痰の治療を行うにあたって、近代技術と融合することで局所的な粘膜の病態を、証をより正確に把握できると確信している。

今回、鼻咽喉ファイバースコープ検査によって得られる所見が「痰飲の証」そのものであり、所見がどのような炎症と関連しているか、血・津液の病態をも考慮し、方剤を選択につながる「耳鼻科領域の痰飲治療」を行っているので本会で報告する。

### 【方法:局所所見の見べきポイント】

内視鏡所見で注目したポイントは以下のとおり。

①痰がどこから分泌されているか ②形態 ③炎症の程度 ④付随症状

Keyword : red spot, reticular vessels pattern, white edema

上記に考慮した上で、方位を決めた。

### 【結果】

痰飲症状が軽快するまでの期間を評価した。

浮腫型上咽頭炎の場合は付随症状が消失するのに2-3週間要した。

急性炎症の場合、早ければ2日遅くとも5日までに症状軽快した。

病期期間が長期の場合には方位の変更を行う必要があった。

Rosenmuler窩の炎症は付随症状が多岐であった。

### 【結語】

耳鼻咽喉科はファイバースコープにより痰飲の証を観察でき、正確に痰飲の原因に則した漢方治療を行うことができると考えられた。

## 9. 口の乾きと味覚低下に対する漢方治療経過中にうつまで改善された一症例

名古屋市立大学大学院医学研究科  
耳鼻咽喉・頭頸部外科

○有馬 菜千枝、勝見 さち代、岩崎 真一

**【緒言】**口の渇きと味覚低下が主訴である患者の漢方治療経過に潤腸湯を用いたところ口の渇き、味覚障害、便秘の改善に加え、うつが改善が得られた。構成生薬に配される理気作用の厚朴・枳実の役割を改めて知るきっかけとなったので文献的考察を加えて報告する。

**【症例】**81歳男性。

**【現病歴】**X-1年12月、1か月前から口が乾き、味覚低下あり近医よりサラジェン開始されるが改善なく、名古屋市立大学病院耳鼻いんこう科を受診。初診時口腔内乾燥は視診上強くなく血清亜鉛値も正常であったため、漢方治療が検討された。

**【既往歴】**高血圧症、うつ病、前立腺癌に対して薬物治療中。

**【一般症候】**身長167cm体重71kg。汗はなし。のぼせなし。どちらかというとも寒がり。めまいなし。便秘あり。尿は昼間7、8回夜間4回。動悸なし。不眠なし。

**【漢方医学的所見】**舌候：微白苔あり、紅色ではない。瘀斑あり、歯痕なし。舌下静脈怒張あり。

腹候：腹力中等度からやや軟。小腹不仁認めるも、胸脇苦満や心下悸や臍上悸なし。

**【経過】**口の乾きは陰虚によると考え、麦門冬湯エキス顆粒6.0g/日(朝と夕食前)を開始した。高血圧症あり初診時K値は4.4と正常範囲内であったが高齢であることも考慮し6.0gを1日量とした。8週間後、口の乾きは改善するも味覚低下は著変なし。そこで症例の便秘に注目し、麻子仁丸エキス顆粒7.5g(毎食前)に変更すると2週間目には2.5g/日で便秘が解消した。しかし味覚低下は著変ないとのことで改めて方剤を検討し潤腸湯に変更したところ味覚低下が改善した。加えてうつが改善しうつ病治療薬も廃薬となった。

**【考察】**高齢男性で口の乾きに滋陰の方剤を使用した。麦門冬湯により口の潤いに改善あるも味覚低下の改善に至らず方剤を再考し、高齢者の便秘に対して滋潤効果のある麻子仁丸や潤腸湯を使用した。滋陰や滋潤作用を担う生薬の違いのみならず潤腸湯や麻子仁丸に配された理気作用の生薬がうつの改善につながった可能性がある。高齢者の口の渇きには、便秘やうつ気分の有無を確認して方剤選択にあたる重要性を考えるきっかけとなった。

**【結語】**味覚障害と口の渇きに対する陰虚の治療中にうつ病の改善が得られた。発表当日は味覚検査やHADSスコアの変化なども供覧し報告する。

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。

利益相反(COI)に関して開示すべきものはなし。

## 10. NST活動への漢方導入の試み

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

当院の歯科口腔外科は2007年より栄養サポートチーム(NST)に属しており、2016年からNST病床廻診、2018年より慢性期病床(医療型療養病床および地域包括ケア病床)患者の嚥下内視鏡検査(VE検査)を担当し、低栄養患者の嚥下評価を行っている。2020年10月より西美濃厚生病院倫理委員会の承認を得て、入院の栄養障害患者に対する漢方薬による栄養改善の臨床研究を開始した。当院歯科口腔外科のNST活動の概要と経過を報告する。

漢方薬による栄養改善研究の概要：

**【目的】**NST廻診対象患者で、栄養摂取方法の選択、食形態や食嗜好への対応、嚥下機能評価後のSTによる嚥下訓練を行っても栄養改善の効果がみられない患者に対し漢方薬(補気剤または理気剤)を選択し、投与することにより栄養状態の改善をはかること。

**【研究の背景】**栄養障害の原因が食欲不振や嚥下反射不良による嚥下機能低下にある場合、漢方薬の投与により栄養状態が改善することが多くの研究でわかっている。六君子湯(りっくんしとう)は食物の胃排出能を高める作用に加え、胃の貯留能を高める作用、さらにペプチドホルモンであるグレリンの分泌促進を介した食欲亢進作用により食道運動機能を改善させる作用が認められている。また半夏厚朴湯(はんげこうぼくとう)は脳基底核の血管障害などによるドーパミン、サブスタンスPの減少をサブスタンスPの分泌を促進させて咳反射や嚥下反射を改善し嚥下を改善する作用があることがわかっている。半夏厚朴湯と六君子湯は共に吐き気やつわりに用いられる小半夏加茯苓湯をベースにした方剤である。

**【研究方法の概要】**VE検査にて喉頭蓋の機能障害が原因による栄養障害の患者には気滞と診断し理気剤の半夏厚朴湯を投与し、嚥下機能には異常がなく、食欲、気力の低下が原因で栄養障害の患者は脾胃虚と診断し補気剤である六君子湯を投与する。嚥下困難な場合は坐剤にて投与する。食事の摂取量、体重、下痢回数、便性状、血清蛋白量、アルブミン値、投与後のVE検査の評価等により治療効果判定を行う。

**【結果】**食欲不振患者への六君子湯投与による摂食量増加症例(90歳、女性)および嚥下障害の患者(90歳、女性)への半夏厚朴湯投与による嚥下機能の改善症例をVE検査所見、嚥下内視鏡スコア評価を示し、現在までの経過を報告する予定である。

## 11. 化学放射線治療後の 全身倦怠感に対する 人參養栄湯の使用経験

琉球大学大学院医学研究科  
耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座

○林 慶和、真栄田 裕行、金城 秀俊  
安慶名 信也、平川 仁、鈴木 幹男

頭頸部癌治療の要として化学療法や放射線療法、またはそれらの併用療法がある。特に化学療法においては、昨今さまざまな薬剤が用いられるようになり、その効果も期待できる半面、多様な副作用の出現も問題となる。副作用のうち全身倦怠感や疲労は生命予後を直接脅かすものではなく、重大な副作用の範疇にも分類されていない。そのため日常診療ではさほど顧みられておらず、何ら対処されていない場合も多いと思われる。しかし患者のQOLを著しく損なう副作用であることに違いはない。

人參養栄湯は地黄・当帰・白朮・茯苓・人參・桂皮・遠志・芍薬・陳皮・黄耆・甘草・五味子の12種の生薬からなる製剤で、術後・病後の全身衰弱や疲労などに適応がある。薬理作用としてフリーラジカル活性化による抗酸化作用、ステロイド様作用、T細胞免疫機構破綻の阻害などが知られている。また最近、他領域の進行癌に対して人參養栄湯が使用され、良好な経過を得たとの報告事例も散見されてきた。術後や病後の体力低下や疲労感などに対する代表的な漢方薬として補中益気湯がしばしば処方されており、その有効性も実感するところであるが、人參養栄湯に関しても同等以上の効果が期待できると思われる。

今回われわれは頭頸部癌に対する化学放射線療法後、遷延する全身倦怠感・疲労に対して人參養栄湯を使用する機会を得たので、その事例を報告すると共に文献的考察を加えて報告する。

## 12. 麻黄湯による 好酸球DNA放出への影響

秋田大学医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科

○山田 武千代、齊藤 秀和、宮部 結  
安部 友恵、富澤 宏基

再発しやすい好酸球性鼻副鼻腔炎を代表とする難治性鼻副鼻腔炎、全身性ステロイド薬・手術等でコントロール不十分な慢性鼻副鼻腔炎患者では抗体製剤が使用可能となり治療方法も大きな変革をもたらしている。一方で、既存の治療で鼻茸スコア5点以上などの適応にならない患者、気管支喘息や好酸球性中耳炎を合併していても既存の治療で鼻茸組織中好酸球数（400倍視野）が3視野測定の前値で70個以上とならない患者も存在する。ステロイドの内服を回避して、現実的な様々な対処法を模索しなければならないことも多い。

好酸球性鼻副鼻腔炎の組織では好酸球細胞外トラップ(EET)と全細胞内容物を放出する活性な細胞溶解性好酸球細胞死、好酸球細胞外トラップ細胞死(EETosis)、無細胞顆粒と網状クロマチン構造を放出する能動的な好酸球溶解が特徴であるが、好酸球におけるオートファジーの増加が細胞溶解とDNAの放出から保護し、損傷を与える細胞内好酸球内容物の排出を抑制することが示されている(Cells, 2022;11:1821)。麻黄湯は、細胞の生存に関わるオートファジー(自己消化機構)機能を増強させることで、抗インフルエンザウイルス効果を発揮している可能性が示されていることから、麻黄湯がEETosisを抑制する可能性があるか検討を行っている。

末梢血より好酸球を分離して、PMAでEETosisを誘導して、SYTOXで染色し蛍光でDNAを観察し、種々の濃度で麻黄湯を前処理してEETosisへの効果を検討した。麻黄湯100ng/mlより影響が認められ、10μg/mlで強く抑制された。麻黄湯の抑制効果のメカニズムは不明な点が多いが、興味深い結果であった。難治性の好酸球性鼻副鼻腔炎で、既存の治療で鼻茸スコア5点以上などの適応にならない患者で鼻汁が多い場合、限定的でも病態が緩和できる漢方薬が存在する可能性もある。好酸球性鼻副鼻腔炎術後症例で鼻汁に対する麻黄附子細辛湯の有効性を自覚し、悪化時に希望されている患者さんが実際に存在している。

### 13. 小児反復性中耳炎に対する漢方薬の有用性

北里大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○大原 卓哉、細野 浩史、山下 拓

**【はじめに】**小児急性中耳炎は頻度の高い疾患であり、発熱、耳痛、耳漏などの症状をきたす。急性中耳炎を反復する反復性中耳炎は特に乳幼児に多く見られるが患児への影響のみならず家族の日常生活にも支障をきたす。小児急性中耳炎ガイドラインにより抗菌薬加療の適正使用が普及し、コントロールが比較的容易となった。しかし、免疫力の未熟な乳幼児が罹患しやすい反復性中耳炎においては抗菌薬加療を繰り返すもコントロールが困難な場合があり治療に難渋する。小児急性中耳炎ガイドラインにおいて反復性中耳炎に対する十全大補湯の使用が挙げられているが、未だ治療効果についての報告は多くない。

**【目的】**十全大補湯の投与を行なった小児反復性中耳炎の患者を対象に診療録調査を行い、十全大補湯の治療効果（急性中耳炎罹患頻度、症状出現頻度）を検討する。

**【対象】**北里大学病院耳鼻咽喉科において2012年1月1日から2022年12月31日までの期間に十全大補湯の投与をうけた治療開始時16歳未満の反復性中耳炎小児患者を対象とする。以下の患者を除外する。①当院初診時点で既に鼓膜チューブ留置術を受けている患者。②十全大補湯を一度も内服しなかった患者。③通院を自己中断、自己終了した患者。

**【方法】**2012年1月1日から2023年3月31日までの診療録を用いて後方的観察研究を行う。十全大補湯投与前と投与中(12週間)での症状及び所見につき、急性中耳炎罹患回数を月平均に換算し、統計学的優位差検定にはWilcoxonの符号順位検定を用いて有意水準は両側5%とする。

**【結果】**対象14例のうち十全大補湯を一度も内服しなかった患者2例を除外した12例（男児9例、女児3例）について検討を行った。初診時月齢：平均16.4か月、急性中耳炎初発月齢：平均13.2か月、十全大補湯開始月齢：平均16.8か月、病悩期間：平均4か月、治療前急性中耳炎罹患頻度：平均1.31回/月、であった。十全大補湯投与に関しては、投与期間：平均4.8か月、平均投与量：0.16g/kg/日であった。投与12週間中の急性中耳炎罹患頻度は平均0.19回/月であった。急性中耳炎の罹患頻度は十全大補湯投与中に徐々に減少し、投与12週間では投与前に比べ有意に少なかった（ $P=0.002$ ）。

### 14. 補中益気湯の侵襲性肺炎球菌感染症における宿主免疫応答賦活作用について

和歌山県立医科大学医学部 耳鼻咽喉科頭頸部外科

○河野 正充、志賀 達也、保富 宗城

**【背景】**補中益気湯は代表的な補剤の一つであり、宿主免疫能の賦活効果が期待される薬剤である。一方、基礎研究において耳鼻咽喉科領域感染症分野の補中益気湯の免疫賦活効果を検証した報告は少ない。我々は、耳鼻咽喉科領域感染症の主な原因菌である肺炎球菌の侵襲性感染症モデルにおいて補中益気湯投与による発症抑制効果を報告した。

**【目的】**肺炎球菌強病原性株の経鼻接種による侵襲性感染症自然発症マウスモデルにおける、補中益気湯の重症化予防効果の機序として、宿主免疫応答の変化を検証した。

**【方法】**5週齢のBALB/cメスマウスに、肺炎球菌経鼻接種日をDay 0として、Day -7より補中益気湯3g/kgを1日1回経口的に実験終了日まで投与した。一方、対照群に対しては同量の精製水を経口投与した。Day 0に肺炎球菌血清型4株(TIGR4)を経鼻接種し、鼻腔保菌モデルを作成した。

- 1) 菌血症の予防効果を認めたDay 6における局所免疫応答の評価として、鼻腔洗浄液中の炎症細胞数をフローサイトメトリーで計測した。
- 2) 全身免疫応答の評価として、肺炎球菌の経鼻接種後12、24、48時間後および6日後に血清を採取し、血清中サイトカイン産生量をELISA法で評価した。

#### 【結果】

- 1) 鼻腔における炎症細胞遊走  
鼻腔洗浄液中のフローサイトメトリーでは漢方投与群で、好中球およびマクロファージ遊走の抑制傾向を認めた。
- 2) 血清中サイトカイン産生量  
経鼻接種後12時間において漢方投与群で有意にTNF- $\alpha$ の上昇を認めた。一方、IL-6については経鼻接種後12時間において漢方投与群で上昇効果を認めたものの、有意差には至らなかった。

**【結論】**マウス肺炎球菌侵襲性感染症モデルにおいて、補中益気湯は肺炎球菌に対する早期の全身免疫応答を誘導し、局所における炎症を制御することで、菌血症を抑制するとともに敗血症による致死的感染症への進展を予防すると考えられた。

## 15. 漢方教育に対する 本学の取り組み

東北医科薬科大学医学部 耳鼻咽喉科学

○佐藤 輝幸、太田 伸男

漢方薬への学生教育は2001年の医学教育モデル・コア・カリキュラムに「和漢薬を概説できる」という文言が盛り込まれたのを契機に、2010年度改訂では「和漢薬（漢方薬）の特徴や使用の現状について概説できる」とされ、2018年度改訂では「漢方医学の特徴や、主な和漢薬（漢方薬）の適応、薬理作用を概説できる」と変更されてきており、学生に対する漢方薬教育は徐々に踏み込んだ内容になってきており、漢方薬を教育する機会も増えてきている。

本学は元来の薬科大学に、2016年に医学部が開設された経緯もあるためか、さらに漢方薬教育を学生だけでなく研修医へと広げるための取り組みが2022年10月から立ち上がった。11月に本学医学部薬理学教室が主体で、その後に各科臨床系教室への協力依頼があり、約6か月後の2023年3月1日に大学主催で東北医科薬科大学第1回漢方レクチャーがWebにて開催された。対象は主に研修医になっていたが本学に従事する医療従事者は視聴可能となっていた。第1回セミナーは耳鼻咽喉科が担当することになり、演題名は“漢方薬を用いた新しい治療法の試み”とした。

本漢方薬セミナーの注目すべき点は、本学主催で開催され、薬理学教室が中心となり各科臨床系教室がサポートする形式となっていることである。当初の関連科は耳鼻咽喉科学、腫瘍内科学、産婦人科学であったが、後に総合診療科が加わり、最後には医学教育推進センターからの承諾も得られ、合計1教室、4診療科、1部門の協力にて漢方レクチャーセミナーが開催された。

主催が製薬会社ではなく、大学であることには大きな意義がある。製薬会社主催のセミナーの場合には、薬剤添付文書に記載されている効能・効果を逸脱することは厳禁である。しかし、主催が大学となったことで、既存の効能効果を証明するための基礎研究に基づいた新たな薬効の可能性についても講演できたことである。近年、漢方薬の基礎研究が進んできており、歴史的な経験則に基づいた薬理効果を現在の科学的エビデンスがそれ裏打ちするようになってきている。逆もまたしかりで、基礎研究で得られたデータから既存漢方薬の新しい効能が発見される可能性も秘めている。大学主催になったことにより、一般的な漢方薬の使用法だけでなく、研究としての漢方薬薬効の新しい可能性について研修医を含めた医療従事者に講演することができた。

セミナー終了後に参加者へ複数項目についてアンケートを施行した。こちらの集計結果も含め報告する。

## 16. 抑肝散のエビデンス、 及び奏功例について

医療法人建悠会吉田病院 耳鼻咽喉科・精神科<sup>1)</sup>  
宮崎大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室<sup>2)</sup>

○清水 謙祐<sup>1)2)</sup>、中村 雄<sup>2)</sup>、高橋 邦行<sup>2)</sup>

**【はじめに】**抑肝散は神経症、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。岡原ら宮崎県医師の報告でアルツハイマー型認知症の行動・心理症状(BPSD)のうち興奮・不快・不安・易刺激性に対して有意な改善が認められた。またレビー小体型認知症(DLB)のBPSDに対しても有効性が示された。またエビデンスとして、DLBとパーキンソン病(PDD)の報告があり、疼痛障害の治療にも使用される。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-2023年5月に当院を受診した患者のうち抑肝散を使用した142例(男58例、女84例)を対象とした。当院は307床の精神科単科病院であるが1994年より耳鼻咽喉科診療も行われ2019年1月より耳鼻咽喉科を標榜した。

**【結果】**認知症は104例(男29例、女54例)であった。その内訳はアルツハイマー型57例、血管型5例、レビー小体型12例、前頭側頭型15例、混合型11例であった。認知症以外38例では、軽度認知障害9例、不安障害7例、気分障害14例、統合失調症3例、神経症3例、解離性障害1例、人格障害1例、身体化障害1例、その他3例であった。著効21例、有効113例、無効8例であった。代表的な症例を呈示する。

**【症例1】**83歳男性。不安障害、幻視。全盲、糖尿病。2016年4/22からめまい、耳処置で通院中。ベタヒスチン投与していた。2022年6月「全盲なのに人が何人も見える、松の木がみえる」という幻視、不安のため7/8受診。抑肝散2包朝、眠前で投与。8/22幻視は改善した。9/12に1包眠前に減量、12/26幻視再発し2包に増量。2023/1/30幻視改善し、3/6に1包に減量、5/29経過良好である。

**【考察】**幻視・不穏・興奮などの精神症状に対して抑肝散は効果的であり、筆頭演者は第一選択として使用している。眠気をきたすことがあるため、まずは眠前投与から開始し、徐々に夕食後、朝食後と1日3回に変更していくようにしている。また、不穏・興奮の残存している場合は、グラマリール、アリピプラゾール・プレクスピプラゾールなどを追加することで対応している。

**【エビデンス】**抑肝散内服後に無治療(グループA、n=9)、または無治療後に抑肝散内服(グループB、n=6)を受けようように無作為化されたDLBの参加者では、両方のグループで精神症状の減少が報告された(NPI変化グループA=10.1)ポイント;グループB=12.4ポイント);これは、グループAのみで統計的に有意であった。パーキンソン病(PDD)の参加者(n=7)の試験では、合計精神症状6ポイントと視覚的幻覚2.6ポイント)の治療前と治療後のスコアに有意差があったが、他のNPIサブスケールでは差はなかった。

線維筋痛症、帯状疱疹後神経痛、幻肢痛、頭痛、三叉神経痛などのさまざまな疼痛障害の治療にも使用される。虚弱体質の方、特にストレスに過敏になりイライラや怒りを感じている方に有効であるため、ストレス性の痛みにも効果を発揮する。

## 17. 耳鼻咽喉科疾患と冷えの関心の検討

金沢大学附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科<sup>1)</sup>  
金沢大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科<sup>2)</sup>

○白井 明子<sup>1)</sup>、吉崎 智一<sup>2)</sup>

**【目的】**漢方医学に期待される役割の一つに、西洋医学的に治療が困難な状況を改善することが挙げられる。その代表的な状況として冷えがある。各科から冷えの治療を目的とする紹介が多いが、耳鼻咽喉科領域における冷えの重要性を他科と比較し、冷えの病因と冷えを改善する処方の活用方法について検討する。

**【方法】**2016年から2020年の当院漢方外来の紹介症例において、診療科別の寒熱症状の割合を検討し、さらに耳鼻咽喉科症例において領域別に寒熱症状の割合を比較する。また、冷えの病因の違いや治療方剤の選択について検討を加える。寒熱症状については、寒熱に関連する10項目の是非の割合を調査した。また、冷えには①水滯(湿邪)、②陽虚、③血虚、④瘀血、⑤陰虚、⑥膈の異常の6つの病因があり、これらの割合について比較した。

**【結果】**17診療科における寒熱症状の割合は、全科において寒の症状が熱の症状を上回る結果であった。耳鼻咽喉科症例は寒・熱の症状の割合が各々5番目、6番目に高く、寒熱ともに症状を有する割合が高い傾向を示した。また耳・鼻・咽喉頭疾患の領域別では、寒の症状は耳・咽喉頭・鼻疾患の順に、また熱の症状は咽喉頭・鼻・耳疾患の順に割合が高く、耳疾患が特に冷えと関連性が高い結果を得た。自覚症状が50%以上改善したメニエール病16例、めまい症6例、耳鳴症8例の検討では、メニエール病において寒の症状が56.3%と最も割合が高く、めまい症では熱の症状が40%と高い割合を示した。冷えの病因としては3疾患のほぼ全例に水滯を認め、メニエール病・耳鳴症では陽虚、メニエール病・めまい症では瘀血、そして、めまいは瘀血に加えて血虚の割合も高かった。鼻疾患・咽喉頭疾患の冷えの病因としては、鼻疾患は水滯の割合が非常に高く、咽喉頭疾患は陰虚が多い傾向を示した。

**【考察】**今回の検討において耳疾患が特に冷えと関連が深く、メニエール病・耳鳴症・めまい症ともに冷えの病因となる水滯をほぼ全例に認めた。これは、内耳がリンパ、外リンパといった漢方医学的に水と捉えるものと深く関与し、水滯の影響を受けやすいことによると考える。またメニエール病・耳鳴症では陽虚、そしてメニエール病・めまい症では瘀血、さらにめまいは血虚の割合も高かったことから、病因によって補陽薬、補血活血薬を活用することが望まれる。また今回は冷えを中心に検討したが、めまい症では熱の症状の割合も高く、暑がりや冷たいものを好む症例では清熱作用を有する方剤も選択肢となり得る。また鼻疾患では水滯が多いことから利水剤を、一方、咽喉頭疾患では陰虚が多いのが特徴的であり、生体の一部もしくは全体の乾燥傾向と冷えのぼせを認める咽喉頭疾患では滋陰剤を活用することも一法である。

## 18. 冷え、ふらつきを呈する症例に対し四季に応じた漢方薬の組み合わせが有効であった一例

名古屋市立大学病院 耳鼻咽喉頭頸部外科

○勝見 さち代、有馬 菜千枝

**【緒言】**若年のやせた女性で冷え、ふらつきを呈する症例に対し、冬季に当帰四逆加呉茱萸生姜湯の一剤から開始し、夏季に真武湯の併用が有効であった一例を経験したので報告する。

**【症例】**19歳女性

**【主訴】**手足の冷え、ふらつき

**【既往歴】**月経不順、しもやけ

**【現病歴】**手足の冷え、ふらつき(緊張時や風呂上がり、運動後等)を主訴にX年3月初診。その他、易疲労感、気力の低下、頭痛・頭重感、食後の眠気、手足のむくみ、生唾が溜まる、下痢、月経不順等を認め、漢方治療を希望され受診した。

**【一般症候】**身長157cm 体重47.1kg(BMI 19.1)と痩せ型、体温35.6度、血圧85/56、脈拍60。

**【血液検査】**血算、生化学検査、甲状腺ホルモン値は正常範囲内。Feは57ng/mlと軽度低下を認めたが、フェリチンは38.8ng/mlと正常範囲内であった。

**【漢方医学的所見】**脈候：沈、弱。舌候：微白苔あり、歯痕なし、舌下静脈拡張なし。腹候：腹力軟、両臍傍部圧痛あり、胸脇苦満なし、臍上悸なし、心下痞硬なし、小腹不仁なし、振水音は明らかでなかった。

**【経過】**手足の冷え、しもやけの既往を参考に、当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒5.0g/日(朝・夕食前)を開始したところ、2週間後には手足の冷えや下痢は軽快した。1ヵ月半後には、月経不順が改善し、味が至極まずいと訴えがあるものの同処方継続した。しかし、7月中旬頃、ふらつき、易疲労感の悪化、食思不振、小便不利、口渇多飲、無汗、クーラーによる冷えや頭痛等の悪化を認めた。また、腹診にて初診時の腹力軟弱に加え、臍左横2横指付近に圧痛(真武湯圧痛点)を認めたため、真武湯エキス顆粒5.0g/日(毎食前)を併用すると、症状は改善し、患者は「今までで一番調子がいい」と活力に満ちた状態となり、以後継続治療中である。

**【考察】**若年の痩せた女性で、冷え、ふらつきを呈する症例に対し、冬季には手足の冷えやしもやけに着目して当帰四逆加呉茱萸生姜湯が手足の冷えに効果的であったが、夏季に冷えが悪化した際に真武湯を併用したところ有効であった症例を経験した。真武湯圧痛点が真武湯証を考慮する一助となった。

**【結語】**冷え、ふらつきに対して、当帰四逆加呉茱萸生姜湯と真武湯を併用し改善した症例を経験した。

## 19. 咳の治療は漢方で

竹越耳鼻咽喉科

竹越 哲男

コロナ禍で咳の患者さんは多い。ただ耳鼻科医が対応できる咳は、鼻閉による口呼吸の乾燥や、後鼻漏・GERDによる咳嗽であり、これらの要因の無い咳は苦手である。また西洋薬の鎮咳剤は使い分けする特徴が解らない。その点漢方は生薬構成を見れば、使用すべき意図が判るので使いやすい。

咳の漢方治療において、生薬構成を見るポイントは以下の7つと考えている。

- ①麻黄：エフェドリンによる気管支拡張。石膏が加わると分泌物・粘膜浮腫の減少に働く。但し高血圧、虚血性心疾患、前立腺肥大などある高齢者は要注意。
- ②柴胡：消炎に働くとともに、胸苦しさ(胸脇苦満)を和らげるので咳の苦しさが軽減。
- ③半夏：咳は「静かに呼出されるべき呼気」が勢いよく呼出される「気の逆流」である。半夏は「気の逆流」を治し、痰を除去し咳を止める。
- ④消炎する生薬：柴胡、黄連、黄芩など
- ⑤潤す生薬：麦門冬、天門冬、知母、石膏など
- ⑥乾かす生薬：柴胡、半夏、黄連、黄芩など
- ⑦精神安定の生薬：本来反射である咳が、長期になると「咳をしてはいけない」と意識するほど、のどがムズムズして咳したくなる。柴胡、半夏、陳皮、蘇葉などが有効

例を挙げる。

半夏厚朴湯(③⑥⑦に該当)は咽喉頭異常感症の薬と認識されているが、咳の薬でもある。半夏・厚朴・茯苓・生姜・蘇葉の5味からなり、半夏が痰を除いて咳を止め、厚朴が平滑筋鎮痙作用で痙攣性咳嗽を抑える。またすべての構成生薬が水をさばく効能があり痰の絡む咳によく効く。「痰の絡む感じはするのにも、実際はほとんど痰が出ない」状態の咳は咽喉頭異常感症と同様な病態であり、半夏厚朴湯の適応である。

小柴胡湯(②③⑥⑦に該当)は柴胡があり、咳で胸苦しいのが「胸脇苦満」で適応病態である。柴胡・黄芩が消炎に、半夏が咳止め・去痰として働き、生姜・大棗・甘草・人参は胃薬である。柴胡・黄芩・半夏が湿性咳嗽を乾かすように働く。柴胡・半夏・黄芩・大棗・甘草が精神安定に働く。

小柴胡湯+半夏厚朴湯は柴朴湯であり、咽喉頭異常感症のみならず咳にも有用である。

五虎湯(①④⑥に相当)は麻黄・杏仁・甘草・石膏・桑白皮の5味よりなり、麻黄が気管支の鎮痙作用、麻黄+石膏・杏仁で粘膜下・皮下の浮腫をとるので喘息にも有用である。また麻黄+石膏は清熱作用もあり、膿性痰にも対応する。

麦門冬湯(③⑤に相当)は有名であるが、半夏・麦門冬が咳を鎮め、他の生薬は潤す単純な構成である。気道が乾燥して出る咳に有効であるが、鎮咳剤としての能力は高くない。漢方単剤でも効果はあるが、具合により併用する。麦門冬湯は半夏厚朴湯もしくは柴朴湯と併用が勧められる。麦門冬湯と柴朴湯の併用は②③④⑤⑥⑦に相当し、麻黄が入っていないので、高齢者でも安心して使用できる。柴朴湯と五虎湯の併用は①②③④⑥⑦に相当する構成になり強力に咳を止める。

以上を心得て頂くだけで、咳に対して対応しやすくなる。





## 医療用漢方製剤の適正使用をして頂くために

---

本研究会内容には、一部承認外の効能・効果、用法・用量の発表が含まれておりますが、承認外の処方を推奨するものではありません。

また、有効例等の症例報告に関する情報もございますが、その症例が全ての症例にあてはまるものではなく、当該医薬品の処方を推奨するものではありません。

承認された効能・効果、用法・用量につきましては、当該製品の添付文書をご参照ください。

## 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 アレア品川 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38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](mailto: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)**

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、ご連絡いただきます際には、  
E-mailにてお問い合わせいただけますよう、ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。