

第39回

日本耳鼻咽喉科漢方研究会 学術集会 講演要旨集

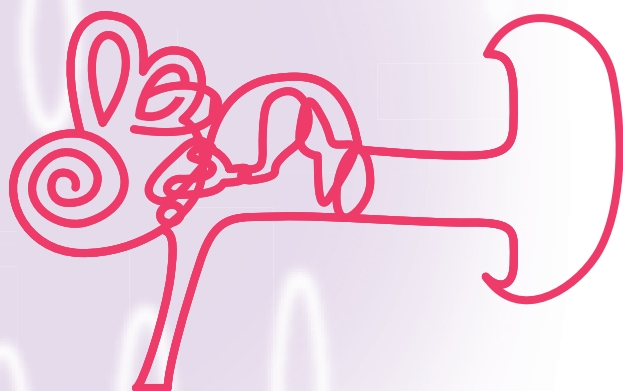
漢方の可視化

日時 2024年10月12日(土)
9:30~18:00

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 山下 拓 (北里大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)



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)

顧問

池田 勝久

市村 恵一

世話人

犬飼 賢也 (いぬかい耳鼻科クリニック 新潟大学)

小川 郁

小川 恵子 (広島大学)

荻野 敏

小澤 宏之 (慶應義塾大学)

喜多村 健

北原 糺 (奈良県立医科大学)

齋藤 晶

北村 嘉章 (徳島大学)

將積日出夫

塩谷 彰浩 (防衛医科大学校)

武田 憲昭

角南貴司子 (大阪公立大学)

中田 誠一

竹内 万彦 (三重大学)

三輪 高喜

堤 剛 (東京科学大学)

山下 裕司

中川 尚志 (九州大学)

渡辺 行雄

保富 宗城 (和歌山県立医科大学)

山下 拓 (北里大学)

山田武千代 (秋田大学)

(五十音順・敬称略)

第39回
日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会
講演要旨集

漢方の可視化

日時 2024年10月12日(土)9:30~18:00
会場 東京コンファレンスセンター・品川 (現地+Web開催)
会長 山下 拓 (北里大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

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39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：2024年10月12日(土)

オンデマンド配信：2024年10月25日(金)正午～11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：山下 拓（北里大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

テーマ：漢方の可視化

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（LIVE配信は第2会場 ハンズオンセミナー：舌診を除く）

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、参加登録が必要です。【参加登録期間は8月19日(月)正午～11月7日(木)正午となります。】
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▶8月19日(月)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。

<https://www.congre.co.jp/jibika-kampo2024/>

ご登録の際、「会場参加」または「Web参加」をご選択いただけます。

会場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。

交通・宿泊のご相談は担当のツムラMRへお問合せ下さい。



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に添付しております。

※ 領収書は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：10月12日(土)8:45~16:00

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。

(4) ハンズオンセミナーについて

- ・テーマ 舌診
- ・開催日時 第39回学術集会当日 13:30 ~ 14:30 (第1会場プログラムと並行開催)
1グループ・約20分 (3交代制)
- ・会場 東京コンファレンスセンター・品川 5F【501】(第2会場)
- ・講師 五野 由佳理 先生 (北里大学医学部 総合診療医学 助教(診療講師))
細野 浩史 先生 (北里大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 非常勤)
- ・参加費 無料
- ・定員 60名 (※事前申込制 定員を超える応募の際は抽選となります。)
- ・申込受付期間 2024年8月19日(月)~9月27日(金)

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 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 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：耳鼻咽喉科領域講習1(12:05~13:05)
耳鼻咽喉科領域講習2(16:00~17:00)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(10月12日(土)9:30~17:15)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：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

※単位の認定は、「耳鼻咽喉科領域講習1」または「耳鼻咽喉科領域講習2」どちらか1単位のみです。

4. 参加・視聴に関する注意事項

第39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け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製・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、優秀演題賞ノミネート講演：口演7分 質疑3分
- 2) 耳鼻咽喉科領域講習1 特別セミナー：口演60分(質疑含む)
- 3) 耳鼻咽喉科領域講習2 特別講演：口演60分(質疑含む)
- 4) 教育講演：口演30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】

発表スライドの事前提出につきましては、ご発表の先生宛てに別途ご案内申し上げます。

ご発表当日は、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いただきますようご協力の程お願い致します。

【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、10月6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 slides の次の slide (第2 slide) に、以下に示すひな形に準じた slide 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

第39回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会
利益相反状態の開示
筆頭演者氏名：○○ ○○
所 属：△△△△耳鼻咽喉科

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。

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

第39回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会
利益相反状態の開示
筆頭演者氏名：○○ ○○
所 属：△△△△耳鼻咽喉科

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。

※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39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

9:30 START

一般講演22題（優秀演題賞ノミネート講演6、一般講演16）
耳鼻咽喉科領域講習2題（特別セミナー1、特別講演1） 教育講演1題 ハンズオンセミナー（1企画）

【第1会場】 大ホール

9:30	開会の辞
9:35	一般講演 I (50分) 《5演題》
10:25	休憩 (5分)
10:30	一般講演 II (40分) 《4演題》
11:10	休憩 (10分)
11:20	教育講演 (30分)
11:50	休憩 (15分) (カード登録)・弁当配付
12:05	耳鼻咽喉科領域講習 1 特別セミナー (60分)
13:05	休憩 (10分) (カード登録)
13:15	一般講演 III (40分) 《4演題》
13:55	休憩 (5分)
14:00	一般講演 IV (30分) 《3演題》
14:30	休憩 (10分)
14:40	優秀演題賞ノミネート講演 (60分) 《6演題》
15:40	休憩 (10分) (カード登録)
15:50	総会 (10分)
16:00	耳鼻咽喉科領域講習 2 特別講演 (60分)
17:00	優秀演題賞表彰式・閉会の辞
17:15	(カード登録)
18:00	情報交換会

【第2会場】 501

13:30	事前申込制 ハンズオンセミナー：舌診 (60分) 《教育講演連携企画》
14:30	

第39回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会

2024年10月12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「漢方の可視化」

開会の辞 (第1会場)

山下 拓

(北里大学)

9:30~9:35

一般講演Ⅰ (第1会場)

座長 堤 剛

(東京科学大学)

9:35~10:25

01. 顔面外傷による疼痛、しびれに漢方治療が有用であった症例 P8

とも耳鼻科クリニック¹⁾、札幌医科大学耳鼻咽喉科²⁾、竹田眼科³⁾

○新谷 朋子¹⁾²⁾、吉田 瑞生²⁾、高野 賢一²⁾、竹田 眞³⁾

02. 漢方薬服用後に消失した大きな喉頭ポリープの一例 P8

真栄城耳鼻咽喉科

○真栄城 徳秀

03. 喉頭痙攣疑い例の対応 P9

竹越耳鼻咽喉科

○竹越 哲男

04. 茯苓飲合半夏厚朴湯と滋陰至宝湯で改善した咽喉頭違和感の1例 P9

広島大学病院 漢方診療センター

○田村 義博、河原 章浩、小川 恵子

05. 舌診から見た漢方治療、半夏厚朴湯を中心として P10

真崎耳鼻咽喉科医院

○真崎 雅和

休憩

10:25~10:30

一般講演Ⅱ (第1会場)

座長 保富 宗城

(和歌山県立医科大学)

10:30~11:10

06. 頸部非特異的リンパ節炎に対する葛根湯の使用経験 P10

山口大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○松浦 貴文、菅原 一真

07. 頭頸部癌化学放射線治療における口内炎に対する半夏瀉心湯の使用経験

P11

東北医科薬科大学 耳鼻咽喉科

- 太田 伸男、河上 和、鈴木 貴博、野口 直哉、佐藤 輝幸
佐藤 克海、館田 豊、山崎 宗治、東海林 史

08. 頭頸部癌症TPF症例の下痢に対する柴苓湯の治療効果

P11

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、出町 拓也

09. 漢方薬が症状緩和の一助となった多発血管炎性肉芽腫症疑い例

P12

友愛医療センター¹⁾

琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座²⁾

- 真喜志 康孝¹⁾²⁾、上原 貴行¹⁾、真栄田 裕行²⁾、鈴木 幹男²⁾

休憩

11:10~11:20

教育講演 (第1会場)

座長 小川 恵子 (広島大学)

11:20~11:50

漢方医学の診察法～舌診について～

P3

北里大学医学部 総合診療医学 助教(診療講師)

五野 由佳理

休憩 (カード登録)・弁当配付

11:50~12:05

特別セミナー

耳鼻咽喉科領域講習1 (第1会場)

座長 吉崎 智一 (金沢大学)

12:05~13:05

科学的根拠に基づく漢方薬処方のススメ： 作用機序の解明と「証」可視化の試み (口腔粘膜炎に対する半夏瀉心湯を例に)

P1

東京慈恵会医科大学 疼痛制御研究講座 特任教授

上園 保仁

休憩 (カード登録)

13:05~13:15

O10. 高齢者の耳鳴に対し漢方薬が有効であった一例

P12

名古屋市立大学病院 耳鼻咽喉頭頸部外科¹⁾名古屋市立大学 漢方医学センター²⁾、勝見耳鼻咽喉科こどもクリニック³⁾○勝見 さち代¹⁾³⁾、有馬 菜千枝¹⁾²⁾**O11. 腎は耳に開竅する～耳科領域における八味地黄丸の使い方～**

P13

なのはな耳鼻咽喉科

○境 修平

**O12. 市中病院での慢性耳鳴患者への漢方薬と
アデノシン三リン酸二ナトリウム投与の比較検討**

P13

奈良県立医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾、市立奈良病院 耳鼻いんこう科²⁾○北野 公一¹⁾²⁾、山下 哲範¹⁾、岡安 唯¹⁾、執行 雅之²⁾岡本 英之²⁾、北原 紘¹⁾**O13. 低音障害型感音難聴に対する漢方治療の有用性**

P14

たなか耳鼻咽喉科医院

○田中 正浩

ハンズオンセミナー:舌診 (第2会場)

《教育講演連携企画》事前申込制 (1グループ・約20分)

13:30~14:30

北里大学医学部 総合診療医学 助教(診療講師)

五野 由佳理

北里大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 非常勤

細野 浩史

P4

休憩

13:55~14:00

一般講演Ⅳ (第1会場)

座長 犬飼 賢也 (いめかい耳鼻科クリニック)

14:00~14:30

O14. 苓桂朮甘湯が無効であっためまい症例に関する考察

P14

Mクリニック耳鼻咽喉科

○渡辺 英彦

O15. めまい症と熱の関係性の検討

P15

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

○白井 明子¹⁾、吉崎 智一²⁾

O16. 発作性めまいに対する漢方合方療法

P15

東海大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾、和光耳鼻咽喉科²⁾
埼玉医科大学東洋医学科³⁾、東海大学 漢方医学⁴⁾

○五島 史行¹⁾、齋藤 晶²⁾³⁾、野上 達也⁴⁾、大上 研二¹⁾

休憩

14:30~14:40

優秀演題賞

ノミネート講演 (第1会場)

座長

山下 拓

(北里大学)

北村 嘉章

(徳島大学)

14:40~15:40

N1. マウス耳石器形態の加齢性変化に対して、 漢方薬長期内服が与える影響の比較検討

P5

奈良県立医科大学附属病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾
ベルランド総合病院 めまいセンター²⁾

○植田 景太¹⁾、岡安 唯¹⁾、今井 貴夫²⁾、北原 紘¹⁾

N2. 川芎茶調散の鎮痛剤離脱、減量補助目的使用の検討

P5

横浜市立みなと赤十字病院 めまい平衡神経科

○新井 基洋

N3. 耳痛に対する漢方治療の検討

P6

福井大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○呉 明美

N4. 黄連によるSARS-CoV-2 envelope protein刺激による Calu-3 細胞のIL-6産生抑制機序解明

P6

大阪歯科大学歯科医学教育開発室¹⁾、松本歯科大学薬理学講座²⁾

○王 宝禮¹⁾、益野 一哉¹⁾、大草 亘孝¹⁾、今村 泰弘²⁾

N5. CPAP療法中の鼻症状に対する漢方治療効果について

P7

名古屋市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾
名古屋市立大学病院 漢方医学センター²⁾

○有馬 菜千枝¹⁾²⁾、江崎 伸一¹⁾、勝見 さち代¹⁾
小島 綾乃¹⁾、佐藤 慎太郎¹⁾

N6. 抑肝散のエビデンス、及び奏功例について

P7

医療法人建悠会吉田病院 耳鼻咽喉科・精神科・認知症疾患医療センター¹⁾
宮崎大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室²⁾

○清水 謙祐¹⁾²⁾、中村 雄²⁾、高橋 邦行²⁾

休憩 (カード登録)

15:40~15:50

総会 (第1会場)

15:50~16:00

特別講演

耳鼻咽喉科領域講習2 (第1会場)

座長 ▶ 北原 紘

(奈良県立医科大学)

16:00~17:00

脳神経外科医の視点から見た、めまいと頭痛の漢方治療

P2

八戸市立市民病院 化学療法センター所長 / 漢方内科部長
川村 強

優秀演題賞表彰式 (第1会場)

山下 拓

(北里大学)

17:00~17:10

閉会の辞 (第1会場)

小川 恵子

(広島大学)

17:10~17:15

情報交換会 17:15~18:00

科学的根拠に基づく漢方薬処方のおすすめ： 作用機序の解明と「証」可視化の試み (口腔粘膜炎に対する半夏瀉心湯を例に)

東京慈恵会医科大学 疼痛制御研究講座 特任教授
上園 保仁

がん患者の苦痛や悩みは、がんにより直接引き起こされるものに加え抗がん薬、放射線治療の副作用によるものなど多岐にわたる。近年いくつかの漢方薬が抗がん薬などの副作用を軽減させることが基礎および臨床研究からわかってきており、たとえば半夏瀉心湯が抗がん薬による口内炎の症状を改善するメカニズムが、生薬ならびに生薬成分レベルで明らかになってきた。

胃炎、下痢、口内炎などの消化器症状を改善する半夏瀉心湯は、構成する7種の生薬に抗炎症、鎮痛、抗酸化、抗菌、組織修復作用があり、それらを通して口内炎の症状を改善することが細胞、動物実験により明らかとなった。また、半夏瀉心湯がプラセボに比較し口内炎の治癒を有意に早める二重盲検臨床試験も報告された。経験知をもとに生薬を配合した漢方薬が絶妙な組み合わせでその作用を発揮していることが、生薬の成分レベルで科学的に解明できていることは大変興味深い。

漢方薬は従来より、「証」を診ることで処方が行われてきた。すなわち、体力が充実しているか否かの「実証と虚証」、身体の反応をプラスマイナスで分類する「陽証と陰証」、また症状の原因を「気（上がり落ち込み）、血（血の巡りの良し悪し）、水（むくみか乾燥か）」で分析し、その上で患者に合う漢方薬を個別処方してきた。しかしこれらの情報を得るには漢方医学の習熟を要する。これを血中や唾液中の代謝物の違いや多寡で判断できれば客観的な「証」の可視化となる。漢方薬の著効／不応例で血液メタボロームを分析し、その違いで答えが出ないかという課題がAMED創薬基盤推進研究事業に採択され（R3-5年度）、この3月にプロジェクトを終えた。同研究で、半夏瀉心湯が著効した血中レスポンドマーカを捉えることができた。それは使えるものなのか。現在そのバリデーションを行うべく前向き臨床試験を継続中である。

生薬に含まれる多成分が協調して作用する漢方薬の処方において、漢方薬が著効するかどうかを予測できるバイオマーカーを活用できれば、それは漢方薬処方選択のOne of themになるのではと期待している。

略 歴

1985年	産業医科大学卒業、医師免許取得	2019年	鹿児島大学 客員教授 併任
1989年	産業医科大学大学院修了、医学博士取得	2020年	順天堂大学医学部麻酔科学・ペインクリニック講座 客員教授 併任
1991年	米国カリフォルニア工科大学留学	2020年	東京慈恵会医科大学疼痛制御研究講座 特任教授
2004年	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科内臓薬理学 助教授	2020年	国立がん研究センター 東病院支持・緩和開発支援室 特任研究員 併任
2009年	国立がんセンター研究所がん患者病態生理研究部 部長	2020年	順天堂大学大学院疼痛制御講座 客員教授 併任
2013年	東京理科大学総合研究機構 トランスレーショナルリサーチ部門 (核酸医薬研究センター) 客員教授 併任	2024年	東京慈恵会医科大学 先端医学推進拠点群 痛み脳科学センター センター長
2015年	同センター先端医療開発センター支持療法開発分野 分野長 兼任		
2015年	同センター中央病院支持療法開発センター 主任研究員 兼任		

脳神経外科医の視点から見た、 めまいと頭痛の漢方治療

八戸市立市民病院 化学療法センター所長 / 漢方内科部長

川村 強

漢方介入の基本的な考え方は、器質的異常ではない場合の機能的異常の是正にある。

画像診断の前に、頭痛なら二次性頭痛の除外、めまいなら中枢性めまいの除外が必要になってくる。そこでSNNOOP10とHINTS+を紹介したい。その上で、画像診断を行い、器質的異常がないことを担保した上で漢方治療を行うことが大切である。

まずは頭痛。頭痛診療ガイドライン2021では300種類以上の頭痛に分類され、CGRP関連抗体薬の出現以降は片頭痛の鑑別が強調されてきた。漢方治療を行う上でこの厳格な鑑別は頭痛専門医でなければ気にする必要はない。頭痛の誘因が明確であれば介入は容易だ。漢方介入が有用な誘因は以下の3つである。①月経周期に関連した頭痛 ②(心因性)ストレスが原因の頭痛 ③天候変化(主に気圧)に連動した頭痛である。

①は体格・体質から鑑別する。やや虚弱で冷え症・浮腫傾向であれば当帰芍薬散、体格中等度からやや実証で冷えのぼせタイプなら桂枝茯苓丸、体格ががっちりして便秘傾向なら桃核承気湯を用いる。②では訴えがコロコロ変わるタイプの頭痛には加味逍遙散、真面目で中間管理職タイプの頭痛には柴胡加竜骨牡蛎湯を考える。③はいわゆる天気痛で、水毒が関連し五苓散が勧められる。

次にめまい。第1選択に苓桂朮甘湯が挙げられる。次いで、頭痛にも用いる五苓散。胃腸虚弱なめまい患者には半夏白朮天麻湯を用いる。やや虚弱で冷え症や浮腫傾向があれば当帰芍薬散を用いる。当帰・川芎が胃もたれの原因になることがあり、食後服用が勧められる。最後は真武湯。適応症にはないものの、新陳代謝が衰えかつ水毒傾向の高齢者に適用することが多い。

余談であるが、めまいで受診する患者を60歳以上の女性に限定すると圧倒的にBPPVが多い。閉経・加齢・骨粗鬆症といった背景を考えると、BPPVでめまい発作を繰り返す患者への対処として、整形外科に積極的な骨粗鬆症の治療依頼を行っている。

略 歴

1960年	青森県生まれ。	1997年	八戸市立市民病院脳神経外科 医長
1983年	東北大学理学部(生物学科:植物分類学講座)卒業	2003年	同病院 救命救急センター脳神経外科 科長
1989年	東北大学医学部卒業 東北大学脳神経外科医局に入局	2009年	同病院 救命救急センター脳神経外科 部長
1991年	国立仙台病院(現 仙台医療センター)脳神経外科	2015年	同病院 脳神経外科 部長
1996年	帯広第一病院 脳神経外科 医長	2022年	同病院 漢方内科 部長

所属学会・資格

- ・日本脳神経外科学会：指導医・専門医
- ・日本脳卒中の外科学会：技術指導医
- ・日本脳卒中学会：指導医・専門医
- ・日本神経内視鏡学会：技術認定医
- ・日本東洋医学会：指導医・専門医
- ・日本東洋医学会東北支部代議員
- ・日本脳神経外科漢方医学会評議員

漢方医学の診察法～舌診について～

北里大学医学部 総合診療医学 助教(診療講師)

五野 由佳理

西洋医学的な舌診察は、脱水や貧血の状態、麻痺の有無や、口内炎、カンジダなどを確認するために行う診察方法の一つである。一方で、漢方医学的な診察の舌診は、古代中国医学より「舌は臓腑の鏡」「舌は心の苗」と言われていたように、様々な内臓病変だけでなく精神状態も読み取ることが出来る。今回は、舌診についての説明と代表的な漢方薬について解説する。

まずは、舌診時の注意点であるが、照明は自然光または明るい場所で、力を入れずに舌を出してもらおう。観察時間は数秒程度で、長くなると舌の色が変化してしまう。また、色がつくような飲食物やたばこなどの嗜好品は診察直前には控えてもらい、当日は舌そうじはしないでもらうことで、より正確に診察できる。

舌診を、「色」、「形」、「苔」の異常に分けて説明する。正常な舌は、淡紅色で湿潤しており、苔は無または薄白苔である。「色」については、寒・熱証、瘀血を判断する。淡白であれば寒証、紅であれば熱証、暗紅または紫であれば瘀血と捉える。「形」については、水滯、ストレス、体力低下を判断する。腫大(胖大)であれば水滯または気虚、齒痕であれば水滯または肝の異常、瘦薄や皸裂であれば気血両虚や津液不足と捉える。「苔」については、脾虚、体力低下や六病位を判断する。地図状舌であれば気虚、鏡面舌であれば気血両虚または津液不足と捉える。参考的に、舌部位と五臓との関連についても説明する。

普段の耳鼻科診察において、今回の舌診の方法が、治療に結び付くヒントになれば幸いである。

略 歴

1994年	北里大学医学部卒業	2004年	北里研究所東洋医学総合研究所特別研修医
2000年	北里大学医学部大学院卒業。同年医学博士号取得	2007年	同研究所漢方診療部医長
2001年	北里大学病院神経内科病棟医	2009年	北里大学医学部総合診療医学助教(漢方外来担当)
2002年	同医学部神経内科学助手	2012年	同医学部総合診療医学助教(診療講師)
			現在に至る

資格

日本東洋医学会漢方専門医・指導医

日本神経学会神経内科専門医

日本医師会認定産業医

日本内科学会認定医

日本頭痛学会頭痛専門医

教育講演連携企画

北里大学医学部 総合診療医学 助教(診療講師)

五野 由佳理

北里大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 非常勤

細野 浩史

漢方医学の診察方法の一つである“舌診”は、漢方医学的視点から患者さんの情報を可視化するために役立つものと考えられます。

本セミナーの前半部分では、講師が“舌診”のデモンストレーションを行い、舌の所見の取り方、鑑別の仕方など、“舌診”の実際についてお示します。後半部分では参加者自身が患者役の“舌”を模擬診察していただきます。本セミナーが日常の耳鼻咽喉科領域の診療に役立てられましたら幸いです。

N1. マウス耳石器形態の加齢性変化に対して、漢方薬長期内服が与える影響の比較検討

奈良県立医科大学附属病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾
ベルランド総合病院 めまいセンター²⁾

○植田 景太¹⁾、岡安 唯¹⁾、今井 貴夫²⁾
北原 紘¹⁾

【目的】耳鼻咽喉科領域において、高齢者で罹患率が上昇する疾患に良性発作性頭位めまい症(BPPV)がある。BPPVは高齢女性により多く見られ、その原因は耳石が剥離し半規管に迷入することとされている。植田はこれまでの研究で、耳石の加齢性変化に着目し、マイクロCT(μ CT)を用いて老齢マウス耳石器は若齢マウス耳石器よりも密度が低下することを示した。一方、最近の研究で、漢方薬の抗老化作用に着目されている。Fujitsukaらは、早期老化モデルマウスを用いて、六君子湯(RKT)はグレリン、SIRT1上昇を介して心筋の炎症スコアを低下させ、視床下部のミクログリア活性を低下させることを示した。またYaoらは、卵巣摘出ラットの大腿骨を μ CTで観察し、牛車腎気丸(GJG)は大腿骨骨梁の体積と数の低下を減弱することを示した。つまり一部の漢方薬は加齢性炎症や骨密度減少を減弱する可能性が示唆されている。以上から、我々は漢方薬により耳石器の加齢性密度低下を予防できるのではと考え、漢方薬がマウス耳石器の加齢性変化に与える影響を調べた。

【方法】C56BL6Nマウスを用意し、コントロール群、RKT内服群、GJG内服群を設定した。各群それぞれ雄10匹、雌10匹の計20匹を用い、総計60匹を用いた。RKT、GJGを3%濃度で通常飼料CE-2と混合した特殊飼料を用意しマウスに自然摂食させた。8週齢から飼料を与え、80週齢時点で μ CTを撮像し耳石器画像を得た。画像解析ソフトウェア(attractive、pixspace社)を用いて耳石器の3Dモデルを作成し、耳石器の体積および平均CT値を計測した。統計解析はShapiro-wilk検定、Bartlett検定、Kruskal-Wallis検定、Steel検定、Dunnett検定を行った。

【結果】雄と雌を対象にした時、卵形嚢体積において、コントロール群と比較してRKT群、GJG群ともに有意に小さかった(RKT; $p=0.00956$, GJG; $p=0.00197$, dunnett検定)。雄を対象にした時、卵形嚢体積において、コントロール群と比較してRKT群、GJG群ともに有意に小さかった(RKT; $p=0.0277$, GJG; $p=0.00446$, steel検定)。また卵形嚢CT値において、コントロール群と比較してRKT群が有意に高かった(RKT; $p=0.00572$, Dunnett検定)。雌を対象にした時、卵形嚢体積・CT値、球形嚢体積・CT値についていずれも有意な差を認めなかった。

【考察】雄マウスにおいて、RKTの長期内服は加齢性耳石器密度低下を減弱させることが示された。B6Nマウスは雄より雌で平均寿命が長く、また加齢性平衡機能低下が緩やかであることが知られており、今回の結果に関与しているかもしれない。耳石器密度が保たれると、耳石が剥離しないもしくは剥離しにくくなり、BPPV発症が抑制される可能性があるため、RKTはBPPV予防薬として使用できる可能性が示唆された。

N2. 川芎茶調散の鎮痛剤離脱、減量補助目的使用の検討

横浜市立みなと赤十字病院 めまい平衡神経科

○新井 基洋

【はじめに】前庭性片頭痛は片頭痛が本態で、長い病期に伴いめまいと頭痛発作を繰り返すことが知られている。当科では片頭痛予防薬のロメリジン塩酸塩20mg/日(以下、ロメリジン)と頭痛に適応のある漢方薬である呉茱萸湯と五苓散を中心に併用した治療結果を報告している。慢性頭痛では鎮痛剤が処方されるが、副作用として消化管障害や連用による依存や薬物乱用頭痛を引き起こす。鎮痛剤やトリプタンの離脱、減量の補助的にツムラ川芎茶調散を頓服ないし30日以内の内服し、カルテから川芎茶調散(再診1回目以降)の頭痛改善効果を確認し、鎮痛剤やトリプタンの離脱、減量に繋がったかを検討した。本研究は横浜市立みなと赤十字病院医療倫理委員会承認番号2022-28を得て実施した。

【対象と方法】対象は2022年6月～2023年12月に当院めまい外来を受診した前庭性片頭痛確実例18例(男性2例、女性16例、平均年齢は39.9±13.3歳)。全例、初診から外来再診1ヵ月を治療対象期間とした。治療後1ヵ月の頭痛インパクトテスト(以下、HIT-6結果)でスコアが60点以上を日常生活重度影響群(以下、重度群)とし、59点以下を日常生活影響群(以下、中等度群)とした。全例にロメリジン塩酸塩20mg/日と、冷え症状を有する患者には呉茱萸湯、気象病症状を有する患者には五苓散、胃腸症状を訴える場合は半夏白朮天麻湯を選択して併用した。更に川芎茶調散を頓服ないし30日以内の内服し、カルテから川芎茶調散(再診1回目以降)の効果が得られて処方継続の確認と鎮痛剤やトリプタンの離脱、減量に繋がったかを検討した。

【結果】18例の中で重度群は10例で、中等度群は8例であった。重度群は呉茱萸湯3例、五苓散5例、半夏白朮天麻湯2例併用で、中等度群は呉茱萸湯5例、五苓散2例、半夏白朮天麻湯1例であった。重度群と中等度群は治療後1ヵ月のHIT-6が共に改善した($p<0.01$)。また、重度群と中等度群の両群間治療後値に有意差を認めた($p<0.01$)。両群共にHIT-6の治療後値が改善したのはロメリジン塩酸塩と呉茱萸湯又は五苓散等の頭痛漢方薬の併用効果と考えた。重度群は川芎茶調散の継続を希望したのは2例で、鎮痛剤やトリプタンの離脱、減量は1例もできなかった。中等度群は川芎茶調散の継続を希望したのは8例中5例で、鎮痛剤やトリプタンの離脱、減量は5例認めた。

【考察とまとめ】重度群のHIT-6治療後1ヵ月値が統計学的に改善した($p<0.01$)とはいえ、その値は60点を超え日常生活に影響が大きい範疇の値である。そのため鎮痛剤やトリプタンの離脱、減量はできなかったと考えた。川芎茶調散を使うには、治療後HIT-6値を59点以下の中等度群レベルに改善した患者であれば鎮痛剤代用としての可能性があると考えた。

N3. 耳痛に対する漢方治療の検討

福井大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○呉 明美

【はじめに】耳鼻咽喉科日常診療において、中耳炎や外耳炎の感染・炎症所見がなく、また腫瘍などを伴わない耳痛患者に遭遇する場合がある。針で刺したようなチクンとした痛み、ズキッとした痛みなど、痛みは間歇的で、持続時間は数秒以内の短時間であることが多く、三叉神経痛や舌咽神経痛を想起させる。突然起こり、短時間で終了する痛みのため、NSAIDsなどの鎮痛剤も適応とならず、三叉神経痛に準じてカルバマゼピンを処方する選択肢も考えられるが、痛みがそれほど激痛ではない場合は、副作用を考慮するとカルバマゼピン長期内服を躊躇する。このような場合に漢方薬が奏功した症例を経験することがあり、今回は耳痛に対する漢方治療自験例について報告する。

【方法】耳痛の訴えがあり、外耳道～鼓膜に異常所見を認めず、演者が漢方治療を行った症例を対象とし、診療記録を用いて後方視的に検討した。漢方治療を行い耳痛が消失した場合(NRS: 0)を著効、NRS: 1～4に改善した場合を有効、NRS: 5～8に改善した場合をやや有効、NRS: 9～10を無効とした。

【結果】症例数は20例で、性別は男性6例、女性14例で、年齢は26～88歳(平均67.2±17.7歳)であった。漢方治療の経過は治癒12例、改善6例、不変2例であった。有効であった漢方薬は桂枝加朮附湯13例、呉茱萸湯2例、加味逍遙散2例、加味帰脾湯1例、桂枝茯苓丸1例、当帰芍薬散1例、疎経活血湯1例であった(併用あり)。漢方薬が有効であった18症例のうち、1週間以内で内服終了した症例は5例、2週間から4週間で治療終了した症例は4例、6週間から2か月は3例、4か月は3例、5か月は1例、1年以上内服継続している症例は2例であった。不変であった2症例の詳細は、1例は桂枝加朮附湯、その後は八味地黄丸を併用したが改善しなかった。もう1例は桂枝加朮附湯を処方したが改善なく、その後不診となった。全20例中8例で頭部MRI検査を施行し、1例で下垂体腺腫を認め、7例では異常所見は見られなかった。

【考察】外耳から外耳道を支配する神経は、三叉神経、迷走神経、舌咽神経、顔面神経の枝である中間神経と多数に渡る。視診で外耳、中耳に異常所見が見られず、間歇的な痛みであれば脳神経や頸神経由来の耳痛の可能性が大きい。桂枝加朮附湯は寒湿痺を治療する桂枝湯に散寒温通の附子と祛風湿の蒼朮を加えた処方であり、神経痛、関節痛などの疼痛性疾患に用いられる。本報告でも20例中13例(65%)に桂枝加朮附湯が有効であった。また、それ以外には頭痛で頻用される呉茱萸湯、駆瘀血剤である加味逍遙散、桂枝茯苓丸、補血作用のある当帰芍薬散、疎経活血湯、加味帰脾湯が有効で、20例中18例(90%)で漢方薬が有効であった。

N4. 黄連によるSARS-CoV-2 envelope protein刺激によるCalu-3細胞のIL-6産生抑制機序解明

大阪歯科大学歯科医学教育開発室¹⁾
松本歯科大学薬理学講座²⁾○王 宝禮¹⁾、益野 一哉¹⁾、大草 巨孝¹⁾
今村 泰弘²⁾

【目的】パンデミック新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染経路のひとつは耳鼻咽喉領域の粘膜に原因ウイルスSARS-CoV2のエンベロープタンパク質と細胞膜とウイルス膜との膜融合から開始される。そこで本研究では、SARS-CoV-2 envelope protein刺激によるCalu-3細胞(ヒト気管支上皮腺がん細胞: human lung adenocarcinoma cells)のIL-6産生の実験系から黄連の影響を検討することを目的とした。

【実験材料と方法】Calu-3細胞に黄連10、100、1000mg/mlを加え、24時間培養した。MTTを細胞に加えて4時間培養後、0.04 N HCl-イソプロパノールを加えて溶解した。この結果から指摘濃度を決定した。Calu-3細胞にSARS-CoV-2 envelope protein 1mg/ml、黄連10mg/mlを添加し、24時間培養した。培地中に分泌されたIL-6について、抗IL-6抗体とビオチン化抗IL-6抗体を用いてELISAを行った。次にNF-κB結合配列をルシフェラーゼ遺伝子に連結したプラスミドとプラスミドpRSV-b-galをCalu-3細胞に導入し、24時間培養した。その後、SARS-CoV-2 envelope protein 1mg/ml、黄連を添加し、24時間培養した。これらの細胞から抽出液を調製し、ルシフェラーゼアッセイ、b-ガラクトシダーゼアッセイを行った。ルシフェラーゼ活性値はb-ガラクトシダーゼ活性値で標準化した。さらに、NF-κB結合配列をルシフェラーゼ遺伝子に連結したプラスミド(plgk-Luc)とプラスミドpRSV-b-galを293-TLR2/CD14細胞(HEK293細胞で恒常的にTLR2とCD14が発現)に導入し、24時間培養した。黄連10を添加して24時間培養後、SARS-CoV-2 envelope proteinを添加して6時間培養した。これらの細胞から抽出液を調製し、ルシフェラーゼアッセイ、b-ガラクトシダーゼアッセイを行った。ルシフェラーゼ活性値はb-ガラクトシダーゼ活性値で標準化した。

【結果と考察】Calu-3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。以上から、黄連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。Calu-3細胞において、黄連はSARS-CoV-2 envelope protein刺激によるIL-6の産生を有意に抑制した。黄連がSARS-CoV-2 envelope proteinを介したTLRシグナル伝達系或いはタンパク質合成系を抑制していると考えられる。次に黄連はSARS-CoV-2 envelope protein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。この結果は黄連がSARS-CoV-2 envelope protein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。さらに黄連はSARS-CoV-2 envelope protein刺激によるTLRを介したNF-κBの活性化を抑制した。これは、黄連が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-κB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ある。現在、本実験系を基本としてCOVID-19に処方された有効な漢方薬の可視化を目的として比較検討している。

N5. CPAP療法中の鼻症状に対する漢方治療効果について

名古屋市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾
名古屋市立大学病院 漢方医学センター²⁾

○有馬 菜千枝¹⁾²⁾、江崎 伸一¹⁾
勝見 さち代¹⁾、小島 綾乃¹⁾
佐藤 慎太郎¹⁾

【背景】閉塞性睡眠時無呼吸の標準治療は持続陽圧呼吸(CPAP:continuous positive airway pressure)療法であるが、鼻閉のためCPAP療法の継続が困難となることもある。過去に越婢加朮湯などを用いたのちにCPAP療法の継続が可能となった症例を経験し本研究会で報告をした。今回、同様の症例について追加調査を行い、治療の継続を客観的に評価できるのか検討したので報告する。

【方法】2014年から2020年に名古屋市立大学病院を受診し、鼻閉など鼻症状が原因でCPAP療法の継続が困難な症例で越婢加朮湯を用いた症例についてCPAP使用状況を後方視的に検討した。なお、鼻粘膜に発赤があり、汗かきである症例を対象とした。

【結果】症例は12例で、内服が継続できた9例(内服群)とできなかった3例(中断群)でCPAP使用状況を比較検討した。鼻閉の改善は内服群8例にみられ、残る内服群1例と中断群3例は鼻閉の改善を認めなかった。CPAPに記録されたCPAP使用時間を確認したところ、内服群では治療後に有意に増加していた。症状の改善がCPAP治療レポートを通して客観的にも評価できたと考えられた。

【考察】鼻症状の改善がCPAP使用状況で確認されるかどうか検討をした。越婢加朮湯の清熱利水効果により鼻症状に改善がありCPAPが使用できるようになった可能性を考える。本研究会では文献的考察を加えて報告する。

【結語】CPAP使用困難に対して漢方治療を行った症例について治療効果を調査した。鼻症状によるCPAP使用困難が改善したことが確認された。

N6. 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・認知症疾患医療センター¹⁾
宮崎大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室²⁾

○清水 謙祐¹⁾²⁾、中村 雄²⁾、高橋 邦行²⁾

【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-2024年5月に当院を受診した患者のうち抑肝散を使用した154例(男62例、女92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112例(男44例、女68例)であった。その内訳はアルツハイマー型66例、血管型6例、レビー小体型13例、前頭側頭型16例、混合型11例であった。認知症以外42例では、軽度認知障害10例、不安障害8例、気分障害16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例であった。著効23例、有効122例、無効9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包眠前に減量したが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)を受ける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。

01. 顔面外傷による疼痛、しびれに漢方治療が有用であった症例

とも耳鼻科クリニック¹⁾、札幌医科大学耳鼻咽喉科²⁾
竹田眼科³⁾

○新谷 朋子¹⁾²⁾、吉田 瑞生²⁾、高野 賢一²⁾
竹田 眞³⁾

症例は50代女性、自転車に乗っていて顔面より転倒、脳外科、整形外科、口腔外科を受診してCTで上顎骨の骨折はあるが咬合異常はないため保存治療となりNSAIDs内服していた。左頬部の圧痛が続くため受傷+2日で当院受診となった。顔面発赤はないが左頬骨の圧痛があり治打撲一方と桂枝茯苓丸処方、痛みは軽減したがしびれ感、鼻閉が続くため治打撲一方と桂枝加芍朮附湯を処方するも著変なく、上咽頭擦過療法(EAT)を併用して鼻閉と頬の重い感じは軽減された。冷え性で外出時に悪化することから柴胡桂枝乾姜湯処方症状軽減していた。1か月後、左耳痛が増悪したため受診、腹診で胸脇苦満、葛根湯の圧痛があり葛根加芍朮附湯、抑肝散加陳皮半夏処方、痛みは消失、しびれている部位は縮小、軽減した。治打撲一方は骨に影響する打撲に効果あるが、寒冷や顔面の痛みやしびれなど長引く症状に対する不安感には柴胡桂枝乾姜湯、抑肝散加陳皮半夏が有用であった。

02. 漢方薬服用後に消失した大きな喉頭ポリープの一例

真栄城耳鼻咽喉科

○真栄城 徳秀

【はじめに】喉頭内の大きなポリープは通常手術適応であるが、漢方薬服用後に消失した症例を経験したので報告する。

【症例】48歳、女性

主訴：2週間前からの嚔声

既往歴：嚔声出現3ヶ月前にくも膜下出血の緊急手術。声の酷使や喫煙歴はなかった。

内視鏡所見：左声帯後方に大きなポリープを認め、声帯ポリープの診断。

舌診：歯痕舌、舌下静脈の怒張を認めた。

経過：手術を勧めたが、すぐには入院出来ない事情があったため漢方薬による保存的治療を試みた。桂枝茯苓丸加薏苡仁1日7.5gを分3で処方した。17日目頃から急に声が良くなり3週間後の内視鏡検査でポリープは完全に消失していた。その時の所見で、後連合左外側の喉頭粘膜に白い癒痕が見られたためポリープは声帯からではなく、そこから発生したと判断。診断名を声帯ポリープから喉頭ポリープとした。

【考察】ポリープ発生機序：くも膜下出血緊急手術の際、挿管チューブ先端で粘膜損傷が起き、徐々に肉芽が発生、何らかの微小循環障害が加わって肉芽の上にポリープが形成されたと推測した。生薬効能効果：薏苡仁はハトムギの種皮を取り除いた種子を乾燥させた生薬で、民間的には疣取りの特効薬として知られている。薬理的には抗疣贅作用(ヒト)の他に関節水腫改善作用(ヒト)、抗炎症作用(in vitro)が報告されている。微小循環障害に対応する代表的方剤、桂枝茯苓丸に、薏苡仁のこれらの作用が加わってポリープ消失に繋がったと考えた。また、桂枝茯苓丸加薏苡仁には桂枝茯苓丸の生薬がいずれも1gずつ多く含まれており利尿効果をより高めたと言える。

【結語】喉頭内の大きなポリープに対して、時間が許すのであれば漢方薬で少し経過を診てから手術適応を決めるのも選択肢の一つと思われた。

03. 喉頭痙攣疑い例の対応

竹越耳鼻咽喉科

○竹越 哲男

【はじめに】喉頭痙攣は声門が痙攣をおこして閉鎖してしまい、呼吸困難を生じる疾患である。日常診療で頻繁に遭遇するわけではないが、問題点は3点ある。まず①内科医受診して喘息と診断され、改善せずに耳鼻科を受診する例が多いこと。②発作時受診するわけではないので問診から喉頭痙攣を疑うしかなく、確定診断は困難なこと③喉頭痙攣の対応は西洋医学では困難なことである。漢方での対応が奏功するので追試を願って発表する。

【喉頭痙攣の病態】喉頭痙攣に遭遇しやすいのは麻酔科医で挿管・抜管時に喉頭を刺激して生ずる。声門開大筋よりも閉鎖筋が優位なため閉鎖が生じて、呼吸はかろうじてできるが吸気は困難になる。外来を受診する喉頭痙攣疑い例は「睡眠中に急に息ができなくなって飛び起きた。呼吸ができず喋れない。苦しかったがしばらくしたら息が出来るようになった。その後も時々起こる。内科受診したら喘息と診断された。でも薬飲んででも全く良くならない。」という。喉頭ファイバーは正常。突然起こる呼吸困難で、発声できなくなり、しばらくすると呼吸が出来ることから喉頭痙攣を疑う。睡眠時が多い。

原因ははっきりしないが、むせこんだのちなどに同様な呼吸苦を経験する例もあり、咳や咳払いなどが誘因になっている可能性があると思われる。喉頭反射が強い患者さんに喉頭ファイバーを声帯に近づけて喉頭痙攣様反応が生じ、焦ったことは無いだろうか。

【治療】西洋医学では対応困難。カルシウム拮抗薬や気管切開するとの成書もあった。カルシウム拮抗薬の効果は不明。睡眠中に起こる突然の痙攣なので、「喉頭のかむら返り」と考えられる。かむら返りも睡眠中おこりやすく、誘因は伸びなどの体動である。咳・咳払いなどの喉頭の刺激が一因と考えた。また患者さんは再発への強い不安がある。そのため、①咳や咳払いへの対応と不安への対応として柴朴湯を通常量で、②痙攣抑制としてかむら返りに有効な芍薬甘草湯を眠前に投与した。20例以上診察しているが、幸い全例再診時よくなったとのことであった。

【結語】「寝ていて急に呼吸困難になった。声も出ない。数分で治った。内科では喘息と言われたがちっとも良くならない」という典型例をご記憶いただきたい。喘息と誤診されることと西洋医学では治療法がないことが問題である。漢方で対応ができて患者さんに感謝されます。

04. 茯苓飲合半夏厚朴湯と滋陰至宝湯で改善した咽喉頭違和感の1例

広島大学病院 漢方診療センター

○田村 義博、河原 章浩、小川 恵子

【背景】COVID-19後遺症による息切れ・息苦しさは3か月後も8割が持続することが報告されている。COVID-19の罹患後に増悪した上咽頭擦過療法が無効の咽喉頭異和感を訴える患者に対して、茯苓飲合半夏厚朴湯と滋陰至宝湯が著効した1例を経験したため報告する。

【症例】60歳女性(主訴)喉に喀痰が引っ付くような咽喉頭異和感(既往歴)気管支喘息、逆流性食道炎、便秘症、不眠症(職業)幼稚園教諭(現病歴)X-3年12月、喉に痰がからむような違和感が持続していることを主訴に近医耳鼻咽喉科を受診した。喉頭内視鏡検査では発声時声帯間にわずかにスリットがあり、右声帯開大はやや不良を認めるのみであり、慢性上咽頭炎として上咽頭擦過療法(EAT療法)が開始された。3回目のEAT療法で自覚症状は半減し、右声帯の可動性は改善したが、X-2年2月にCOVID-19患者と濃厚接触したことを契機に喉の閉塞感が増悪し、PM2.5、花粉、煙草による咳喘息を呈するようになった。4月からは大声を出す息漏れを伴う嘔声が出現した。その後もEAT療法を合計44回施行されたが症状が改善しないため、X年5月に当科紹介となった。(初診時所見)脈候は按じて細澁、腹診では心下はやや硬く、中脘に圧痛を認めた。(診断・治療)心下の痰飲と陰虚と診断し、茯苓飲合半夏厚朴湯と麦門冬湯での加療を開始した。

【経過】第2診時には短時間歌えるようになり、細脈は改善した。麦門冬湯を滋陰至宝湯に変更し、第3診では喉の症状はさらに改善した。

【考察】本例は、風寒の侵襲によって肺気不足が増悪したことで水液が氾濫して、無形の痰飲を生じたものと考えられた。茯苓飲合半夏厚朴湯によって胃の痰飲に加えて気道の痰飲にしても働きかけ、滋陰至宝湯によって解鬱と補脾・補陰することで心下の痰飲を祛邪し著効したものと考えられた。

【結語】心下の痰飲による咽喉頭異和感と発声困難に対して茯苓飲合半夏厚朴湯と滋陰至宝湯が著効した1例を経験した。

05. 舌診から見た漢方治療、半夏厚朴湯を中心として

真崎耳鼻咽喉科医院

○真崎 雅和

一般臨床医の漢方治療においては随証治療が主体となっており、忙しい臨床現場で十分な弁証のもとでの治療(弁証論治)が行われているとは言い難い。我々耳鼻咽喉科医にとって容易に観察できる望診の一つである舌診は、八綱や気血水弁証の手掛かりとなるとされており、これをもとにした弁証が有用であれば、漢方治療の幅が広がると考えられる。しかし多くの成書では参考程度に記述されているだけで、実臨床での報告も舌診を主体としたものは多くない。

今回、当院を受診した「咽喉頭異常感」を訴えた患者に、無条件に「半夏厚朴湯」を処方し、効果と舌診の関係を検討し、舌診の有用性を検討した。

【結果】投与した30名中、18名が経過を追うことができた。18名中効果があったのは12名。効果なしが5名、服用したが胃腸障害があり中止したのが1名であった。

① 効果あり典型例を示す。

症例 76歳女性 冷え症、やせ型

舌は湿潤し、やや胖、厚い白苔がみられた。14日後、症状は軽減し、苔はなくなり、湿潤も改善した。

同様の証に合致したもので効果ありと答えたのは他5名であった。

② 証に合致しないが効果ありの舌診6名の例を提示効果があったと答えた舌診は様々で、特徴を分別することはできなかった。

③ 効果なかった例の舌診を示す

ア) 無苔、正常舌 イ) 歯痕あるが胖なし、苔なし、瘀点 ウ) 乾燥、裂紋

④ 胃腸障害があり服用拒否した1例の舌診

舌は湿潤し、やや胖、白苔で、半夏厚朴湯の証だった。

【考察】半夏厚朴湯の舌症は、湿潤し、やや胖、白苔で、典型例では拒否した1例を除きすべて効果が見られ、舌診は有用であるといえる。気の鬱結により、胃に水が停滞する例では、舌に典型的な所見が出やすいと考えられる。舌診が典型的でなく、効果があった例は、舌診以外の弁証から理気剤が有効であったと考えられた。効果がなかった例は、苔が無く表証であったり、瘀血や、傷津例と考えられる。

さらに症例を積み重ねることにより「効果の出にくい例」を舌診で、ある程度判別できることが期待される。

06. 頸部非特異的リンパ節炎に対する葛根湯の使用経験

山口大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○松浦 貴文、菅原 一真

【はじめに】非特異的リンパ節炎は炎症性の刺激が原因でリンパ節が腫大した状態であり、良性かつ可逆性のリンパ節腫大である。原因となる疾患は多彩であり、上気道炎などのウイルス感染症に伴う非特異的リンパ節炎は細菌感染に比べて圧痛は軽度とされる。今回圧痛を伴う頸部非特異的リンパ節炎に対し、葛根湯が有効であった1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

【症例】32歳女性。これまでも上気道炎を発症した際にしばしば顎下部の腫脹、圧痛を自覚しており、圧痛が消退するまでは7-10日程度を要していた。受診当日より軽度の咽頭痛、右顎下部腫脹、圧痛を自覚し、当科を受診した。咽頭は軽度発赤を認め、右顎下部は腫瘤触知し、圧痛を認めるが皮膚に異常を認めなかった。エコー検査では腫瘤触知した部位と一致して腫大したリンパ節を認め、リンパ門は明瞭で明らかな膿瘍形成を認めなかった。その他複数の扁平でリンパ門明瞭な軽度腫大リンパ節を複数認めた。含嗽剤、葛根湯を処方し、3日程度で症状は消退した。その後も上気道炎発症時に折同様の症状が見られているが、発症早期に葛根湯内服すれば3日程度で症状改善し、発症後3日以上経過してから内服した場合は発症～消退まで7-10日程度を要している。

【考察】葛根湯は7種類の生薬からなり、葛根を主薬とする。原典である傷寒論において、「太陽病、項背強ばること凡凡、汗無く悪風するは、葛根湯之を主る」、「太陽と陽明の合方は、必ず自下利す、葛根湯之を主る」と記載されており、太陽病または太陽病と陽明病の合病に用いられる漢方である。通常の体力の人であれば、皮膚、筋肉、関節といった体表に近い部分で感冒の原因と戦い、発熱、悪寒、後頭部痛、筋肉痛、関節痛などの症状が出現するが、この時期が太陽病と呼ばれる。比較的体力のある人で、感冒などの熱性疾患では初期で悪寒、発熱、頭痛、項背部のこわばりなどがあって、自然発汗を伴わない場合、疼痛性疾患では局所の疼痛、腫脹、発赤などを訴える場合がよい適応となる。本症例におけるリンパ節炎は上気道炎に伴う非特異的リンパ節炎と考えられ、太陽病の時期に適切に葛根湯を内服することで早期に改善が認められた。一方で発症後数日経過してからの内服では目立った効果が認められず、証を意識した早期の内服が重要であると考えられた。

07. 頭頸部癌化学放射線治療における口内炎に対する半夏瀉心湯の使用経験

東北医科薬科大学 耳鼻咽喉科

○太田 伸男、河上 和、鈴木 貴博
野口 直哉、佐藤 輝幸、佐藤 克海
館田 豊、山崎 宗治、東海林 史

進行頭頸部癌に対して化学放射線治療を施行する機会が増えてきたが、粘膜炎をはじめとする治療中の有害事象はほぼ必発であり、その対策が治療を予定通り完遂する上で重要である。大腸癌における5-FUを含む化学療法(FOLFOX療法やFOLFIRI療法)でも口内炎が問題となるが、半夏瀉心湯が粘膜炎に対して効果的であるとの先行研究が報告されている。しかし進行頭頸部癌治療における半夏瀉心湯の有効性に関する報告はまだ少ない。

そこで今回われわれは進行頭頸部癌に対する化学放射線治療における半夏瀉心湯の使用経験を報告する。当科で化学放射線治療を施行した進行頭頸部癌の症例に半夏瀉心湯溶解液を治療開始前から含嗽を開始した。治療中の口腔粘膜炎グレード(CTCAE v4.0)、鎮痛薬の使用状況、痛みの自己評価などについて紹介すると共に半夏瀉心湯の口内炎に対する効果に関する文献的な考察を加えて報告する。

08. 頭頸部癌症TPF症例の下痢に対する柴苓湯の治療効果

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、出町 拓也

【はじめに】タキソテール・シスプラチン・5-FU併用療法(以下TPF)は頭頸部扁平上皮癌に有用な化学療法として用いられている。TPFによる種々の副作用の中で下痢に注目し、五苓散を用いた治療効果を本学会で報告した。今回、五苓散の成分を含み、さらに消炎作用もある成分を有している柴苓湯が下痢に対して有効なのではないかと考え、柴苓湯の投与を行なった。

【症例】2023年5月より、頭頸部扁平上皮癌でTPF療法を行なった患者さんで1クール目にGrade 3以上の下痢を発症した症例に柴苓湯による治療を試みた。下痢を発症した症例は9例で、6例が柴苓湯による治療を受け、3例は内服を拒否された。

【結果】柴苓湯にて治療を行なった6例中5例で下痢のGradeが軽減した。また、柴苓湯を拒否した3例とも1クール目と2クール目で同等の下痢を生じていた。

【結語】頭頸部癌TPFによって引き起こされる下痢に対して柴苓湯は有用な可能性があり、今後症例を積み重ね検討していきたい。

09. 漢方薬が症状緩和の一助となった 多発血管炎性肉芽腫症疑い例

友愛医療センター¹⁾
琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座²⁾

○真喜志 康孝¹⁾²⁾、上原 貴行¹⁾
真栄田 裕行²⁾、鈴木 幹男²⁾

【緒言】限局型の多発血管炎性肉芽腫症(GPA)の中には、現行の診断基準を満たさないため確定診断がつかず、治療介入が困難となる例がある。今回われわれは、GPAが疑われる一方で寛解導入療法の適応がない症例に対して、柴苓湯が症状緩和に効果的であったと思われる一例を経験したので報告する。

【症例】52歳の女性

【主訴】眼痛および鼻痛

【現病歴】約2週間前より右眼から鼻にかけての疼痛があった。近医眼科では眼球に異常を認められず、近医耳鼻科では膿性鼻汁や頭痛などの症状から急性鼻副鼻腔炎と診断され、抗菌薬治療が行われたが、症状が増悪したため精査加療目的に当科へ紹介となった。

【臨床経過】初診時所見では、鼻中隔の著明な肥厚・膿性鼻汁・痂皮や点状出血を認めた。右眼は疼痛および眼球・眼瞼結膜の軽度充血があり、羞明を訴えていた。造影CTでは鼻中隔粘膜の肥厚濃染がみられた。血液検査ではWBC 22500/μL、CRP 20.63 mg/dLと、炎症反応の異常高値を認めたほか、PR3-ANCAが上昇(4.9U/mL)していた。抗菌薬抵抗性の鼻中隔炎として病変の組織生検を計画した。

局所麻酔下に鼻中隔粘膜を切開すると、粘膜の著明な肥厚を認めたが排膿はなかった。肥厚粘膜および軟骨を採取した。組織診断の結果は、鼻中隔粘膜・軟骨共に非特異的炎症を認めるのみで、悪性所見や血管炎の所見は得られなかった。また病変部から得られた滲出液の細菌培養検査では細菌は検出されなかった。一方、眼痛に対する眼科的診察の結果、強膜炎の指摘があり、造影MRIでは肥厚性硬膜炎を疑わせる所見を認めた。

鼻病変および血管炎様所見とPR3-ANCA陽性の結果からGPAを疑い、膠原病内科へ紹介した。しかし組織学的所見が陰性で診断基準を満たしていないことから、現時点でGPAとして治療介入することは難しいとのことであった。しかしながら疼痛や鼻中隔炎様の所見は持続していたため、対症療法としてNSAIDsの内服、および局所治療としてステロイド鼻噴霧薬を開始した。さらに内因性コルチゾールの誘導を想定して、柴苓湯の内服を併用したところ、炎症反応および自覚症状の著明な改善をみとめ、それ以後現在まで症状の再燃なく経過している。

【考察】GPAが疑われた症例に対して、ステロイド製剤の代替役として使用した柴苓湯が症状コントロールの一助を担ったと考えられた。

010. 高齢者の耳鳴に対し 漢方薬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¹⁾
名古屋市立大学 漢方医学センター²⁾
勝見耳鼻咽喉科こどもクリニック³⁾

○勝見 さち代¹⁾³⁾、有馬 菜千枝¹⁾²⁾

【緒言】メニエール病に対し薬物療法、中耳加圧療法を施行後も耳鳴やめまいに対する不安感が改善しない症例に対し、水滯、腎虚に対する漢方治療が有効であった症例を経験したので報告する。

【症例】70歳男性

【主訴】めまい(浮遊感)、耳鳴(高音キーン)

【既往歴】高尿酸血症、アレルギー性鼻炎

【現病歴】X-5年に右急性低音障害型難聴と診断され、半年後から右難聴に回転性めまいを繰り返すようになりメニエール病と診断された。生活指導、薬物療法にてもめまい発作が週1回以上と頻回に繰り返すため、X-1年より中耳加圧療法を導入された。めまい発作は改善するも耳鳴症状は不変で、まためまい発作への不安感も残存するため、漢方治療を希望されX年9月漢方外来を受診した。

【一般症候】身長173cm 体重64kg(BMI21.1)とやや痩せ型、血圧129/80、脈拍72。

【血液検査】Hb12.4g/dlと軽度低下あるも、Fe78ng/ml、フェリチン414.3ng/mlと正常範囲内、その他生化学検査は正常範囲内であった。

【漢方医学的所見】持続的耳鳴と天気の悪い日に感じる浮遊感とめまいへの不安感、その他、易疲労感、夜間頻尿(3回以上/日)、下肢の冷え、こむら返り、皮膚が乾燥し痒くなりやすいとの訴えもあった。一日一行。脈候：沈、舌候：歯痕あり、舌下静脈怒張軽度あり、腹候：腹力軟、小腹不仁、臍上悸あり、その他、振水音、臍傍部圧痛、胸脇苦満、心下痞鞭は明らかでなかった。

【経過】メニエール病の既往と水滯所見を参考に、苓桂朮甘湯エキス顆粒5.0g/日(朝・夕食前)を開始したところ症状はやや軽快するも残存。腎虚の所見に着目し八味地黄丸エキス顆粒5.0g/日(朝・夕食前)を組み合わせたと、耳鳴はあるものの日常生活に支障がないほどに軽快し、以後治療を継続中である。耳鳴による苦痛やめまい発作への不安感を各種質問紙法(VAS、THI(Tinnitus Handicap Index)、HADs(Hospital Anxiety and Depression Scale))により可視化し治療前後で比較したところ改善を認めた。

【考察】高齢のメニエール病症例で水滯に加え腎虚を呈する症例に対し、初期は水滯に着目して苓桂朮甘湯を処方したが、効果不十分で八味地黄丸を組み合わせたと、有効であった症例を経験した。高齢者では腎虚を呈する症例も多く、めまい症例の処方において注視すべき漢方医学的所見である。

011. 腎は耳に開竅する ～耳科領域における 八味地黄丸の使い方～

なのはな耳鼻咽喉科

○境 修平

「腎は耳開竅する」というのは、漢方医学における考え方で、「腎」の機能が低下すると、耳の機能にも影響が出るというものである。

腎は、生命エネルギー(精)を貯蔵・管理する臓器と考えられており、成長・発育・生殖などに関わる重要な役割を担っている。一方、耳は五感の一つであり、外界からの音を受信する役割を担っている。漢方医学では、腎と耳は密接な関係にあると考えられており、腎の機能が低下すると、耳への血流が悪くなったり、神経の働きが鈍くなったりすることによって、聴力低下や耳鳴り、めまいなどの症状が現れると考えられている。「腎虚」とは、腎の機能が低下した状態を指し、加齢やストレス、生活習慣の乱れなどが原因で起こると考えられている。

八味地黄丸は、地黄、山茱萸、牡丹皮、茯苓、桂皮、附子、肉桂、陳皮の8種類の生薬から作られています。これらの生薬は、腎を温め、気の生成を促進する効果があるとされている。

竹越は第34回の当研究会において糖尿病合併の急性感音難聴に対して八味地黄丸を投与し治癒率81.8%、有効率90.9%という高い治療成績を報告しており、追試を行いその治療効果を実感された先生方も多いのではないだろうか。糖尿病は漢方的には「消渴」ととらえられ、病因の存在する部位によって上焦・中焦・下焦の3つに分類されるのが一般的である。「丹溪心法・消渴」よれば「上焦なる者は肺なり、水飲むこと多くして食少なく、大小便常の如し中焦なる者は胃なり、水飲むこと多くして小便赤黄なり。下焦なる者は腎なり、小便濁淋すること膏の状の如し、面黒くして痩す。」とされている。下焦は腎に属し小便頻数多を主症とする。腎陰虚の状態で「多尿」の状態となり六味丸の適応となるが、それに腎陽虚が加わってくると耳鳴や難聴といった症状が加わり八味地黄丸の適応となる。

また加齢とともに、腎陽の機能が低下することが腎陽虚の原因となる。老人性の難聴や耳鳴も腎陽虚に起因することが多いと考えられるが、高齢者でも腎陽の不足により急性の感音難聴を呈することがある。通常西洋医学ではステロイドパルスの適応となるような病態ではあるが、年齢は合併症を考慮すると逡巡せざるを得ない状態となるが、八味地黄丸を用いることによって良好な治療結果を得られることがある。

今回は糖尿病および加齢による腎陽虚によって引き起こされた蝸牛症状に対して八味地黄丸を投与し有効だった症例を提示し、その有用性について検討した。

012. 市中病院での 慢性耳鳴患者への漢方薬と アデノシン三リン酸二ナトリウム 投与の比較検討

奈良県立医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾
市立奈良病院 耳鼻いんこう科²⁾

○北野 公一¹⁾²⁾、山下 哲範¹⁾、岡安 唯¹⁾
執行 雅之²⁾、岡本 英之²⁾、北原 紘¹⁾

【背景】2019年、2021年、2022年の本研究会で我々は耳鳴動物モデルを用いた動物行動実験および免疫組織化学実験の結果を報告し、牛車腎気丸の耳鳴への効果を基礎研究として初めて報告した。今回我々は牛車腎気丸もしくはアデノシン三リン酸二ナトリウム(ATP)を8週間内服した慢性耳鳴患者の耳鳴の経過を耳鳴質問票(THI)とVAS(大きさ)と苦痛度で評価し、聴力の経過を含め両者を後ろ向きに比較検討した。

【対象】3か月以上の慢性耳鳴を持つ患者でATPもしくは牛車腎気丸の内服を新たに開始した12人を後ろ向きに集めた。ATP 3g/日を内服開始した7人、牛車腎気丸7.5g/日を内服開始した5人が対象となった。

【方法】慢性耳鳴を持つ患者に対して、まずは耳鳴の教育的カウンセリングをおこなったうえで、内服を希望がある場合にATPもしくは牛車腎気丸の内服を患者の病態にあわせて提案した。内服は強制せず、起こりうる有害事象や見込まれる効果について説明したうえで処方した。初診時、4週目、8週目にTHIとVASを測定し、初診時と8週後に標準純音聴力検査を行った。初診時から8週目までのTHI、VAS、4分法平均聴力レベルについて、両群間の差を比較した。

【結果】対象は、ATP群で7人(男性3人、女性4人)、そのうち原疾患は急性感音難聴後1人、疾患無しが6人であった。牛車腎気丸群で5人(男性3人、女性2人)、そのうち原疾患は急性感音難聴後1人、頭部外傷後1人、耳硬化症疑い1人、メニエール病2人であった。初診時の年齢、病期期間、THI、VAS(苦痛度)、4分法平均聴力レベルは両群間で有意差を認めなかったが、VAS(大きさ)は牛車腎気丸群で有意に大きかった($p=0.04$)。8週間の内服でATP群と牛車腎気丸群ともにTHI、VAS、4分法平均聴力レベルに有意な改善は認めなかった。一方、8週目と初診時のVAS(大きさ)の差が、ATP群と比較して牛車腎気丸群で小さい傾向にあった($p=0.07$)。

【考察】今回は検討を行った人数が少なかったこと、原疾患や患者背景がさまざま条件を均一にできていなかったことから有意差を得られなかった可能性がある。過去に牛車腎気丸の耳鳴への効果を示唆する報告を複数認めている[1]。今回の検討からは牛車腎気丸が特に耳鳴の大きさの改善に寄与する可能性がある。今後は検討数を増やして検討を進めたい。

[1] 大西信治郎, 澤木修二, 土屋幸造, 他: TJ-107(ツムラ牛車腎気丸)の多施設共同臨床試験による耳鳴に対する効果. 耳展 37: 371-379, 1994

013. 低音障害型感音難聴に対する漢方治療の有用性

たなか耳鼻咽喉科医院

○田中 正浩

令和5年中に、イソソルビドまたはツムラ苓桂朮甘湯を単独で投与した低音障害型感音難聴症例について、それぞれの有効性を検討した。

診断基準に合致した症例では、イソソルビド群30例(治癒20例、改善4例、不変3例、悪化3例)。苓桂朮甘湯群8例(治癒5例、改善0例、不変3例、増悪0例)。治癒率が、イソソルビド群66.7%、苓桂朮甘湯群62.5%。改善例まで含めると、それぞれ80%、62.5%となった。

症例数を増やす目的で、診断基準の高音域3周波数の聴力レベルの合計60dB以下を除外した場合、イソソルビド群53例(治癒26例、改善8例、不変16例、増悪3例)。苓桂朮甘湯群24例(治癒9例、改善4例、不変10例、増悪1例)。治癒率は、イソソルビド群49.1%、苓桂朮甘湯群37.5%。改善例まで含めると、それぞれ64.2%、54.2%となった。

苓桂朮甘湯は、低音障害型感音難聴の治療に有用と考える。

014. 苓桂朮甘湯が無効であっためまい症例に関する考察

Mクリニック耳鼻咽喉科

○渡辺 英彦

めまいに対して漢方薬を併用し良好な結果を得てきたが、令和5年夏に苓桂朮甘湯が無効であっためまい3例を経験した。いずれも十全大補湯に変更して改善した。十全大補湯は連珠飲を含む方剤とも考えることが可能で、連珠飲は苓桂朮甘湯+四物湯と考えられることから、連珠飲または十全大補湯は椎骨動脈や内耳に対する循環強化型の苓桂朮甘湯と捉えることができるのではないかと考えられた。十全大補湯がめまいに有効であったとの報告はあまり見られず、今後の適応を考える参考となればと思ひ、その3例について報告する。

【症例1】42歳女性

6/15炎天下の中を旅行、2日連続で浮動感、頭痛あり、熱中症かも思っていた。動かなくても浮動感が収まらないので来院。旅行の際、3-4時間の睡眠時間だった。6/20初診時、赤外線フレンチェル下に明らかな眼振なし、難聴耳鳴なし。OD診断基準陰性(大症状0、小症状0)。内耳循環不全を考え苓桂朮甘湯などを処方。

6/23再診：前回処方服用後に浮動感悪化した。苓桂朮甘湯中止、十全大補湯開始。

6/27再診：変更後改善あり。前回受診翌々日から軽快。

【症例2】46歳男性

7/1一日中外の仕事。夕方歩いていると突然回転性めまい出現。耳鳴難聴なし。横になると治まるが起き上がると回転始まる。嘔吐を繰り返し胃液を吐いて、トイレにも跛って行くほどであった。翌日も自宅安静にしていた。7/3内科を受診したところ、問診のみで耳鼻咽喉科に行くように指示された。同日当院初診、赤外線フレンチェル下；正面視にて右向き水平性眼振(++)、難聴耳鳴なし。OD診断基準陰性(大症状0、小症状0)。内耳循環不全または前庭型メニエルを疑い苓桂朮甘湯など処方。

7/5再診：めまい眼振ともに改善みられず。苓桂朮甘湯中止、十全大補湯開始。

7/7再診：めまい改善あり、眼振あり。

【症例3】24歳女性

7/18初診：2日前から回転性めまいあり、これまでも浮動感はあったが回転性めまいは初めて。立っても座っても回るのは今まではなかった。頭痛あり、悪心あり。昨日救急外来を受診して点滴してもらい回転性めまい止まった。今朝は立っていると浮動感あり、悪心あり。赤外線フレンチェル下に明らかな眼振なし。難聴耳鳴なし。OD診断基準陰性(大症状2小症状0)。内耳循環不全を疑い苓桂朮甘湯ほか処方。

7/20再診：浮動性めまいまだあり、回転性めまい(一)、起立時眼前暗黒感たまにあり。十全大補湯に変更。

7/24再診：めまいしなくなった、浮動感・回転性めまいなし、以後服薬中止した。

O15. めまい症と熱の関係性の検討

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

○白井 明子¹⁾、吉崎 智一²⁾

【目的】前年度の当研究会において、耳鼻咽喉科疾患と冷えの関係性を検討する目的で寒熱症状の割合を比較したところ、めまい症例において熱症状の割合が高い結果を得た。めまいは、『丹溪心法』の「痰なくば眩をなさず」の文言通り痰飲が原因である症例が多く、治療には利尿剤が頻用されるが、利尿のみでは改善が得られない場合がある。利尿剤が有効ではない症例では熱が関与する場合があることが予想される。そこで今回、めまい症に関与する熱の病態について検討する。

【方法】2016年から2020年の当院漢方外来におけるめまい症改善例において、その頻用処方から清熱薬を含む方剤を調査し、熱が関与する病態について古典の条文を参考に検討を加える。

【結果】めまい症改善例6例の全処方の処方日数を算出し、上位20処方について清熱薬を含む方剤を検討したところ、メニエール病や耳鳴症と比較して清熱薬を含む方剤の処方頻度が高い傾向を認めた。また清熱薬を含む方剤の漢方医学的病態に複数共通する項目として、湿熱ならびに肝陽化風、肝火上炎や心肝火旺を認めた。

重要古典の条文からめまいに関与する熱の病態の記載を抜粋したところ、『金匱要略』では黄疸病の項目に食事をすると頭眩する場合に茵陳蒿湯を勧めていた。茵陳蒿湯は構成生薬の茵陳蒿・山梔子・大黄が湿熱を清利することから、このめまいの病態は湿熱であるといえる。また『黄帝内経 素問』には「諸風掉眩は、皆肝に属す」すなわち、あらゆる風により生じたふらつき・めまいは、その病因は皆肝に属しているとの記載があり、肝の病態の重要性を確認した。

【考察】肝の病態において熱が関与する場合、大きく実熱と虚熱の2つのタイプが挙げられる。実熱には感情の調節を司る肝にストレスなどが影響することによって生じる肝火上炎や心肝火旺があり、虚熱には、肝血虚や腎陰虚が原因による肝陽化風がある。いずれも肝の陽気が上方に異常変動を来し、頭頸部領域にめまいや耳鳴などの多様な病理現象を引き起こす。多忙なストレス社会の中で疲労する現代人に生じやすい病態と考える。また、湿熱は体質による内因として存在する場合に加えて、温暖化が進む気象条件から夏季に外因として湿邪や暑邪が加わりやすく、湿熱の病態を生じる傾向があると考えられる。

【結論】めまい症に関与する熱の病態として、湿熱、肝陽化風、そして肝火上炎や心肝火旺を認めた。利尿剤にて改善が得られない症例では、暑がり・のぼせ・冷たいものを好むなど熱が関わる症状を確認し、熱を認めるめまい症例では清熱作用を有する方剤が選択肢となり得ると考える。

O16. 発作性めまいに対する漢方合方療法

東海大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾
 和光耳鼻咽喉科²⁾、埼玉医科大学東洋医学科³⁾
 東海大学 漢方医学⁴⁾

○五島 史行¹⁾、齋藤 晶²⁾³⁾、野上 達也⁴⁾
 大上 研二¹⁾

めまい治療に用いられる漢方としては五苓散、苓桂朮甘湯、呉茱萸湯、半夏白朮天麻湯などがある。単剤で効果が十分得られない場合には病態に応じて併用が有効なことがある。今回は特に反復性めまいの代表的疾患であるメニエール病、前庭性片頭痛(片頭痛めまい)の治療について報告する。メニエール病は内リンパ水腫がその原因であり、五苓散が頻用されているが難治例では五苓散に加えて苓桂朮甘湯を用いることでその利尿作用を増強させることが可能である(苓桂五苓散)。また前庭性片頭痛(片頭痛めまい)は片頭痛予防治療によって治療することが可能であり呉茱萸湯が有効である。しかし、呉茱萸湯のみで効果が不十分な場合には五苓散の併用が有効である(呉茱萸五苓散)。また、不安が強い場合には呉茱萸湯と苓桂朮甘湯の併用も有効である(苓桂呉茱萸湯)。この組み合わせは古くから奔豚に対する奔豚湯(肘后方)として知られている。苓桂五苓散、呉茱萸五苓散、苓桂呉茱萸湯が有効であった症例を呈示し若干の考察を加える。なお苓桂五苓散、呉茱萸五苓散、苓桂呉茱萸湯は、二剤の漢方薬による合方を表した本発表独自の処方名である。

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39回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会 共催事務局
株式会社ツムラ 企画推進部内

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)

共催事務局ではテレワークを実施しております。
大変お手数ではございますが、ご連絡頂きます際には、
E-mailにてお問合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。