

第26回 日本耳鼻咽喉科漢方研究会 学術集会

講演要旨集

— めまい —



日 時

平成22年10月2日(土)
12:30~18:04

会 場

UDXカンファレンス
秋葉原UDX南ウイング6F「type350」
東京都千代田区外神田4-14-1

会 長

齋藤 晶
埼玉社会保険病院

日本耳鼻咽喉科漢方研究会 世話人会

代表世話人 **神崎 仁**（国際医療福祉大学）

世話人 **池田 勝久**（順天堂大学）
市村 恵一（自治医科大学）
小川 郁（慶應義塾大学）
荻野 敏（大阪大学）
喜多村 健（東京医科歯科大学）
齋藤 晶（埼玉社会保険病院）
塩谷 彰浩（防衛医科大学校）
竹内 万彦（三重大学）
武田 憲昭（徳島大学）
内藤 健晴（藤田保健衛生大学）
古川 仩（金沢大学）
山際 幹和（介護老人保健施設みずほの里）
山下 裕司（山口大学）
渡辺 行雄（富山大学）

名誉会員 **曾田 豊二**（福岡大学）
高坂 知節（東北大学）
田口喜一郎（信州大学）
馬場 駿吉（名古屋市立大学）
原田 康夫（広島大学）
日野原 正（獨協医科大学）
本庄 巖（京都大学）
間島 雄一（市立伊勢総合病院）

（五十音順敬称略）

第26回 日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会

講演要旨集

日 時：平成22年10月2日(土) 12:30～18:04
会 場：UDXカンファレンス
（秋葉原UDX南ウィング6F「type350」）
会 長：齋藤 晶（埼玉社会保険病院）

第26回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会

テーマ：「めまい」

開会の辞

齋藤 晶（埼玉社会保険病院）

（12:30～12:35）

一般講演Ⅰ「めまい」

座長：喜多村 健（東京医科歯科大学）

（12:35～13:07）

1. 起立性調節障害の治療は昇圧剤でよいのか？－漢方を用いてよりよい治療を考える－…3

社会保険群馬中央総合病院

塚田 晴代、○竹越 哲男

2. メニエール病（内リンパ水腫）は果たして水滯か？－気の異常、殊に気滯を考える－…4

社会保険群馬中央総合病院 竹越 哲男

3. 補中益気湯が有効であったメニエール病の一症例 ……5

東京医科歯科大学 耳鼻咽喉科

○中村 裕之、角田 篤信、喜多村 健

4. めまいに対する苓桂朮甘湯活用術 ……6

どれみ耳鼻咽喉科¹⁾、峯クリニック²⁾

○今中 政支¹⁾、峯 尚志²⁾

特別講演Ⅰ

座長：神崎 仁（国際医療福祉大学）

（13:07～13:57）

「漢方薬の利水作用とアクアポリン」……1

熊本大学大学院生命科学研究部 薬物活性学分野 磯濱 洋一郎

— — — — — 《休 憩》 — — — — — （13:57～14:02）

総 会

（14:02～14:10）

ワークショップ「めまい」

座長：小川 郁（慶應義塾大学）

（14:10～15:25）

① 更年期障害の一症状としての「めまい」……19

牧田産婦人科医院 牧田 和也

② 良性発作性頭位めまい症、恐怖性姿勢めまい症と漢方治療 ……20

日野市立病院 耳鼻咽喉科 五島 史行

③ 神経内科領域におけるめまい ……21

平塚共済病院 神経内科 中江 啓晴

④ 起立性調節障害によるめまい ……22

つるのぼるクリニック 津留 徳

⑤ めまい疾患分類による漢方投与 ……23

名古屋市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学 中山 明峰

一般講演Ⅱ「小児耳鼻咽喉科」

座長：市村 恵一（自治医科大学）

（15:25～15:57）

5. 小児アレルギー性鼻炎患者の鼻閉塞に対する麻黄湯の即時的効果

－VASとacoustic rhinometryによる自他覚的評価－ ……7

介護老人保健施設 みずほの里 山際 幹和

6. 黄耆建中湯が有効であった小児滲出性中耳炎の5症例 ……8

医療法人社団 幹友会 小野耳鼻咽喉科 正木 稔子

7. 当科における乳幼児反復性中耳炎に対する十全大補湯投与の効果 ……9

糸魚川総合病院 耳鼻咽喉科¹⁾、富山大学 耳鼻咽喉科²⁾

○安村 佐都紀¹⁾、渡辺 行雄²⁾

8. 乳児期発症の反復性中耳炎に対して補中益気湯による早期介入が有効であった一例…10

東浦和耳鼻咽喉科¹⁾、日本大学医学部 内科学系統合和漢医薬学分野²⁾、医療法人山口病院(川越)³⁾

○芝 恵美子^{1) 2) 3)}、矢久保 修嗣²⁾、上田 ゆき子²⁾、奥平 智之^{2) 3)}

— — — — — 《休 憩》 — — — — — (15:57~16:05)

一般講演III「咽喉頭①」 座長：内藤 健晴（藤田保健衛生大学） (16:05~16:37)

9. 難治性喉頭疾患における小柴胡湯の効果 ……………11

独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター 耳鼻咽喉科 境 修平

10. 喉頭肉芽腫に対する六君子湯の効果 ……………12

大阪回生病院 大阪ボイスセンター

○望月 隆一、牟田 弘

11. 呼吸困難を呈する咽喉頭ミオクローヌスに対して芍薬甘草湯の効果を認めた一例 ……13

日本医科大学 耳鼻咽喉科学教室

○門園 修、三枝 英人、山口 智

小町 太郎、中村 毅、大久保 公裕

12. 反復する咽頭痛を漢方で改善できるか? ……………14

足利赤十字病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾、木崎クリニック²⁾

○佐々木 俊一¹⁾、山田 浩之¹⁾、此枝 生恵¹⁾、河邊 啓二²⁾

一般講演IV「咽喉頭②他」 座長：塩谷 彰浩（防衛医科大学校） (16:37~17:09)

13. 柴苓湯が著効したメニエール病の一例 ……………15

瀬戸口耳鼻咽喉科医院 瀬戸口 壽一

14. 嚥下障害症例に対する新規内視鏡判定 半夏厚朴湯の効果 ……………16

阿南共栄病院¹⁾、徳島大学 耳鼻咽喉科頭頸部外科²⁾

○陣内 自治^{1) 2)}、近藤 英司¹⁾、川田 育二¹⁾、武田 憲昭²⁾

15. 舌炎に対する清熱補気湯の使用経験 ……………17

祐愛会 織田病院 耳鼻咽喉科¹⁾、栗山医院²⁾

○柿添 亜矢¹⁾、栗山 一道²⁾

16. 排膿散及湯による歯周病治療の実際 ……………18

大阪歯科大学 歯科医学教育開発室¹⁾、松本歯科大学大学院 硬組織疾患制御再建学講座²⁾

○王 宝禮¹⁾、瀧沢 努²⁾

特別講演II 座長：齋藤 晶（埼玉社会保険病院） (17:09~17:59)

「漢方の大きなつかみといくつかの耳鼻科領域への処方」……………2

医療法人素心庵 栗山医院 栗山 一道

閉会の辞 塩谷 彰浩（防衛医科大学校） (17:59~ 18:04)

情報交換会 (18:15~)

参加者の皆様へ

1. 本学術集会は、日本耳鼻咽喉科学会専門医制度（5 単位）による学術集会に認定されておりますので、学術集会参加報告書を受付にご提出下さい。
2. 参加費として 2,000 円を受付にて徴収させていただきます。
3. 研究会終了後に情報交換会を予定しておりますのでご参加下さい。

特別講演 I

漢方薬の利水作用とアクアポリン

熊本大学大学院生命科学研究部 薬物活性学分野

磯濱 洋一郎

体内の水分代謝調節すなわち利水作用は、漢方薬の最も特長的な作用の一つである。様々な浮腫の治療に用いられる利水薬には、水分排出促進作用すなわち尿量増加作用があり、このことは実験科学的にも示されている。しかし、この五苓散を始めとする利水薬による尿量増加作用は血中の電解質濃度への影響が少ないなど、西洋医学的な利尿薬とは明らかにその特性が異なる。また、東洋医学的な利水には水分排出だけでなく、滋潤作用すなわち水分保持作用の両面があり、これは利尿作用では説明がつかない。一方、近年、aquaporin (AQP) と呼ばれる細胞膜の水透過性を促進する水チャネルが知られるようになってきた。ほ乳類の AQP 類には 13 種類のアイソフォームが存在し、ほぼ全身に分布しているが、最近では各 AQP 類の欠損マウスも作られ、多尿、皮膚乾燥あるいは外分泌機能の低下など、その局在とよく関連した表現型が生じることも分かってきた。すなわち、AQP 類は体内の水分代謝を考える上で、電解質の動態とは異なる新たな調節機構となると考えられる。我々は、漢方薬によるこの AQP 類の機能および発現に対する作用を薬理学的に調べている。

これまでの検討によって、代表的利水薬である五苓散が AQP 類を介した水透過性を阻害することを *in vitro* の実験系により明らかにし、また本作用には構成生薬の蒼朮等に含まれる金属イオンが重要であることを示してきた。一方、炎症部位で多量に産生される一酸化窒素 (NO) は、外分泌腺型の AQP5 分子中のシステイン残基を S- ニトロシル化し、その水透過性を抑制することも明らかにした。興味深いことに、滋潤作用をもつ麦門冬湯はこの NO による AQP5 機能の阻害を著明に回復させることも分かった。さらに、皮膚のケラチノサイトに存在する AQP3 では、炎症性サイトカイン TNF- α がその mRNA 発現を減少させたが、皮膚科領域で用いられる漢方方剤に含まれる荊芥が AQP3 の発現を増加させることも分かって来た。

本講演では、これらの成績を示し、AQP 類の機能および発現量の変化が種々の病態に伴う水分代謝異常に関わるとともに、漢方薬の利水作用の機序となっている可能性について述べたい。

特別講演Ⅱ

漢方の大きなつかみといくつかの耳鼻科領域への処方

医療法人素心庵 栗山医院

栗山 一道

今回、第26回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会にてお話しする機会を頂きました。そこで、何をお伝えしようかと考え、分をわきまえず、果たせるかどうか定かではありませんが、少し大きく「漢方の大きな掴みといくつかの耳鼻科領域への処方」という題でお話をさせて頂くことに致しました。

本年5月の日経メディカルでは、86.3%の医師に漢方薬の処方経験があり、70%ほどの医師が「漢方を処方して良かった」という感覚を持っていると伝えられました。これほど多くの医師が何らかの形で漢方に関わっておられるわけです。2001年の文部科学省の医学教育におけるコアカリキュラムに「和漢薬を概説できる」という項目が入れられ、全国のほとんどの医学部で漢方医学の講義が始まったとはいえ、まだ日は浅く、内容にしても臨床技術の習得に充分であるはずはなく、医師は西洋医学を十二分に習得した後、教育システムの無い中、基本的には個々人の努力で漢方医学を習得しなければなりません。

漢方薬を西洋医学主体の臨床に導入するにあたり、二つの方法があります。一つは、単に薬が一つ増えたとの思いで、西洋医学的疾患を手がかりに使い始めるもので、これはこれで、それなりに有効な場合があります。もう一つは、本来望まれる、漢方医学の考え方と同時に導入するものです。この方法は、やはりより有効な医療を構築することができると思われます。そこで問題になるのは、その「漢方医学の考え方」です。このハードルが高ければ、これほど多くの医師が漢方薬を使い始めているにも関わらず、医師にしても患者にしても、その受ける恩恵は限定的なものとなります。

演者は漢方の考え方は決してハードルの高いものではないと考えています。科学を土台にする西洋医学を学んだ者にとっては馴染み難いだけのものだと考えています。何故馴染み難いか、それは用語や考え方の違いもあるでしょうが、最も大きく横たわっているものは、多成分系の薬の運用法を学んでいないというところにあると感じています。つまり「漢方医学の考え方」の一面を誤解を恐れずに言えば、多成分の薬剤をいかに人という多様な生き物に用いて効果を出すかの考え方と読み替えることが出ると考えています。論理性と再現性を保つことを至上命題とする余り、人を均一なモノとして扱い、原則単一成分の薬剤で関わる科学の上に構築されている医学を学んだ者にとって、元々人は各々異なるものとし、膨大な成分を含む多成分系薬剤で関わる漢方医学に簡単に馴染めるとは到底思えません。そこで、このことを理解することは、馴染み難さの解消の大きな一助なると考えています。

今回、これらのことの端緒を中国医学と漢方との違いや現代医学における漢方の位置などを交えながらお伝えできればと思っております。また、最期に今回のテーマである「めまい」について私的な運用法をお知らせできればと考えております。

一般講演 I 「めまい」

1. 起立性調節障害の治療は昇圧剤でよいか？ － 漢方を用いてよりよい治療を考える －

社会保険群馬中央総合病院
塚田 晴代、○竹越 哲男

「ふらふらするんです」というふらつき感を主訴に受診する症例によく出会う。聴力検査は異常なし、眼振もないが、シェロングテストをしてみると血圧・脈拍の異常が認められ、起立性調節障害であるとわかる。昇圧剤を使用すれば改善してくるが、なかには動悸がしてしまう、症状が取りきれない、昇圧剤をやめるとだめなどの症例もある。

OD（一部高齢者の降圧剤の効き過ぎ例は除く）の多くは、痩せ形の若い女性で、肩凝り・頸こり、頭痛、冷え症、いらいらなどを伴い、動悸しやすく、ストレス多く、パソコン・携帯メールの多用者である。いらいらが交感神経の過緊張を生じ、血管を収縮させ、さらに肩凝り・頸こりも血流を悪くする。またパソコン・携帯メール多用により、頸部に負担がかかることも、血流を悪化させる。さらに殆ど体動なく長時間パソコンを使用するために、下半身に血液が鬱滞して脳虚血傾向となる。機能的椎骨脳底動脈循環不全症も伴っている症例が多い印象である。注意深く観察すると、低音部の聴力が軽度ながら低下している例が多く、両側低下例も少なからずある。ただし耳閉感などの自覚症状はないか、もしくは軽度である。固有蝸牛動脈は終末動脈であるため、循環不全の影響を受けやすいと考えられ、殊に末梢となる蝸牛頂の低音部にまず症状がでるのではないかと思われる。

最近 OD 症例が増えてきている印象があり、また低音障害型感音性難聴が以前より難治化してきているのは、パソコン・携帯電話の普及に関連が有るのではないかと考えている。

以上より OD は低血圧の治療のみならず、ストレスの緩和、肩凝り・頸こりの改善、血流改善、冷え症改善なども考えることでさらに治療効果が上がると考えられるが、西洋医学での対応は困難である。

このような点から、OD に対して加味逍遙散、補中益気湯、苓桂朮甘湯、桂枝加朮附湯、抑肝散加陳皮半夏などを用いている。さらに、「養生」を含めた生活指導も重要と考えている。

一般講演Ⅰ「めまい」

2. メニエール病(内リンパ水腫)は果たして水滯か？ — 気の異常、殊に気滯を考える —

社会保険群馬中央総合病院
竹越 哲男

メニエール病は内リンパ水腫である。漢方には水滯という概念があり、水腫も含まれる。そこでメニエールの治療として、水滯に対応する利尿剤を使う。文献にも、五苓散、柴苓湯、苓桂朮甘湯、半夏白朮天麻湯などの利尿剤の使用が勧められている。が、期待したほどの効果はない印象である。繰り返す発作にはインバイドさえ歯が立たないことをしばしば経験する。

果たしてメニエール病は漢方的に、水滯と考えるのが適切なのであろうか？

メニエール病の診断基準は「難聴、耳鳴、耳閉塞感などの聴覚症状を伴うめまい発作を反復する」ことである。言い換えれば「変動する蝸牛・前庭症状」である。症状の特徴として「家庭、職場環境の変化、ストレスなどが、発作回数に影響することが多い」ことが知られている。すなわちメニエール病は、「ストレスが関与して症状が変動する病気」で、まさに「気滯」であり、「(気滯は) 程度の差こそあれ抑鬱傾向を伴い、訴えが執拗である(寺澤)」症例が多い印象とも一致する。

実際は気滯のみではなく、程度の差こそあれ気虚・気逆も伴うとおもわれ、「気滯を主とした気の異常」と考えた方がよいように思われる。そして「水滯は気の異常によっても生じる」事から水腫の成り立ちは説明できる。

また高橋正紘は「メニエール病患者にみられる行動習慣の特徴」として

1) 周囲の目を意識して 2) 事前にいろいろ気遣いし 3) 時間を惜しんで仕事その他に励み 4) 環境の不满を訴えず 5) 気分発散が苦手、を挙げ、すなわち几帳面で真面目、遊び下手であるとしている。これらは五臓の「肝気」の異常の関与を想起させ、気滯にもつながると思われる。

石井正則はストレスや不安も主因と考え、通常の投薬ではコントロールが不良な症例に対し、抗不安剤を投与することを勧めている。しかし一部には抗不安剤の内服に抵抗を感じる患者さんもある。悪化要因の不眠に対する睡眠導入剤の投与に関しても同様である。しかし漢方処方、偏見がなく受け入れてもらいやすい。

以上の点から、抑肝散加陳皮半夏、加味逍遙散、女神散、補中益気湯、通導散、桂枝茯苓丸などを頻用処方として、アデホスと併用している。発作の回数・程度が改善し、コントロールしやすくなる印象であるが、患者は性格上「休むことをよしとしない」ので「養生」を意識させないと実があがらない場合がある。

3. 補中益気湯が有効であったメニエール病の一症例

東京医科歯科大学 耳鼻咽喉科

○中村 裕之、角田 篤信、喜多村 健

メニエール病の治療は薬物療法、生活指導（ストレス回避、塩分制限、水分摂取）などの保存的治療が選択されるが、ときにめまい発作の制御が困難な症例を経験する。その場合、手術（内リンパ嚢手術や前庭神経切断術）、アミノグリコシド鼓室内投与などの治療が検討される。しかし、前者には各種の手術合併症、後者には蝸牛障害による難聴増悪や急な前庭機能低下による平衡障害の増悪などのリスクがある。

今回我々は、ゲンタマイシン鼓室内投与後に生じた持続性のふらつきに対して補中益気湯を長期投与し、ふらつきの改善が見られたメニエール病症例を経験したので報告する。

症例は49歳男性。2000年9月頃より左耳鳴出現、その後3ヶ月に1回程度の頻度で回転性めまい発作を反復し、他院で左メニエール病と診断されていた。その後めまい発作が頻回となったため、2003年に別の大学病院にてゲンタマイシンの左鼓室内投与療法を受けた。治療後は発作性めまいの頻度は改善したが歩行時のふらつきと動体視時の不快感、左耳閉感が持続し仕事も休職していた。

2004年7月当科受診。左感音難聴、右向きの自発眼振と左への偏倚傾向、カロリック検査で左半規管麻痺を認めた。ゲンタマイシン鼓室内投与による左前庭機能の廃絶と、それに対する代償機転が働いていないことによる症状と診断した。

同年8月より、それまでの処方（メシル酸ベタヒスチン、ATP、イソソルビド）に加えて補中益気湯を開始した。投与開始後は、症状の変動を繰り返しながらも徐々にふらつきの程度および頻度が軽減し職場復帰可能となった。また、左感音難聴も改善傾向となり、調子が良い時には健側とほぼ同程度まで回復するようになった。現在は内服の漸減を試みている。

メニエール病に対する保存的治療として循環改善薬、ビタミンB12、浸透圧利尿薬などに加えてしばしば漢方薬が併用されており、これまで五苓散や柴苓湯など利尿作用のある漢方薬で有効性が多く報告されている。補中益気湯に関する報告は当方で検索した限りでは見当たらなかったが、本症例の症状は一側前庭機能低下に対する代償不全が主要因と考えられる。この病態改善に対する補中益気湯の寄与について検討する。

4. めまいに対する苓桂朮甘湯活用術

どれみ耳鼻咽喉科¹⁾、峯クリニック²⁾

○今中 政支¹⁾、峯 尚志²⁾

「傷寒、若しくは吐し、若しくは下したのち、心下逆満し、気、胸に上衝し、起てば即ち頭眩し、脉沈緊、身、振振として動揺する者は茯苓桂枝白朮甘草湯（苓桂朮甘湯）之を主る（主治する）。」と傷寒論に記載されている苓桂朮甘湯（茯苓 6g、桂枝 4g、朮 3g、甘草 2g）が、立ちくらみに効くことはあまりに有名である。耳鼻咽喉科臨床の現場では、良性発作性頭位めまい症（BPPV）に著効することを経験済みの先生方も多いであろう。演者は、西洋薬の抗めまい薬をあえて併用せず、苓桂朮甘湯の実力を評価して来た。治療として、半規管の浮遊物をもとの位置に戻す Epley 法などの頭位治療がもてはやされているが、クプラに耳石由来の沈着物が生じたり、半規管内部に浮遊物が生じた原因は解明されていない。従って、浮遊耳石置換法などで一時的に治癒したとして、再発を防げるとは言い難い。むしろ、病態の解明には、苓桂朮甘湯がよく効くことがヒントになるのではないだろうか。

さて、このように BPPV に大変有効である苓桂朮甘湯だが、患者が、冷え症に悩んでいる若い女性であっても、腰痛に悩んでいる高齢の女性であっても、がっちりとした体格のストレスに悩んでいるサラリーマンであっても、等しく効くのであろうか。単に病名投与として苓桂朮甘湯のみを処方しておけば良いのであろうか。答えはノーである。めまいに対する苓桂朮甘湯活用術を実際の症例を呈示しながら説明したいと思う。

また、回転性めまいに著効する五苓散（茯苓 3g、桂枝 1.5g、朮 3g、沢瀉 4g、猪苓 3g）との使い分けも気になるところであろう。時間の許す限り概説を予定するが、その一例を挙げると、五苓散の主治には水逆と霍乱がある。つまり嘔吐・下痢により対応しやすい。従って、回転性めまいで救急外来を受診した患者の嘔気・嘔吐を治めるのには、五苓散を頓服的に用い、苓桂朮甘湯で治癒へ導くと良いということになる。

5. 小児アレルギー性鼻炎患者の鼻閉塞に対する麻黄湯の即時的効果 —VASとacoustic rhinometryによる自他覚的評価—

介護老人保健施設 みずほの里

山際 幹和

【はじめに】麻黄湯は、かぜの初期症状である鼻閉、くしゃみ、鼻水、咳、寒気、発熱、頭痛、関節の痛みなどを訴える患者の治療に用いられてきた漢方薬である。なかでも、小児の鼻閉塞に対しては速やかに奏効することが知られているが^{1, 2)}、それを客観的に証明した成績は提示されていない。

演者は、種々の感覚の主観的測定に應用され、小児にも應用できるvisual analogue scale (VAS)³⁾と被検者の協力をほとんど必要とすることなく、極めて短時間内に、高精度で非侵襲的に鼻腔の幾何学的形態を計測できるacoustic rhinometry (AR)⁴⁾を用いて小児患者の鼻閉塞感と鼻腔形態に対する麻黄湯の即時的効果を検討した。

その結果、麻黄湯が主観的にも客観的にも鼻閉塞に対して速やかな効果を発揮することが示されたので、その成績を報告する。

【研究対象ならびに方法】松阪中央総合病院あるいは大台厚生病院耳鼻咽喉科を鼻の症状を訴えて受診し、2005年版鼻アレルギー診療ガイドライン—通年性鼻炎と花粉症—⁵⁾に則った問診、鼻鏡検査、鼻汁好酸球検査、血清の総IgEや特異的IgE抗体検査法で、通年性あるいは季節性アレルギー性鼻炎と診断された小児患者で、研究対象者としての同意が得られた25名（男児14名、女児11名、年齢分布5.6—14.9歳、平均±標準偏差9.6±2.8歳、発症後0.7—108ヶ月、平均±標準偏差45.3±31.6ヶ月）を対象として、常用量の麻黄湯エキス顆粒（TJ-27）を単回投与し、28分から60分後にその即時的効果をVASとARを用いて評価した。Wilcoxon signed rank testで群間を比較し、Spearman rank correlationで相関関係を検定し、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とした。

【結果】主観的鼻閉塞感は有意に減弱し（ $p=0.0021$ ）、鼻閉塞の客観的パラメータである右+左鼻腔容積（NCV）は有意に増加した（ $p=0.0002$ ）。NCVの増加率が15%以上の客観的に麻黄湯の抗鼻閉塞効果が得られたと考えられた例は40%（10/25）であった。今回の臨床的研究では、有害事象は発生しなかった。

【考察】漢方医学の場では、麻黄湯は、かぜの初期の諸症状、なかでも、小児の鼻閉塞に極めて効果的であることが口伝として広まっていた。それを支持する耳鼻咽喉科専門医^{1, 2)}も少なくないと思われる。演者は、今回の西洋医学的手法を用いた検討で、それが事実であることを客観的に証明しえた。このことから、現代医学の場でも、麻黄湯は小児患者の鼻閉塞に対して極めて重要な役割を荷った薬剤であると考ええる。

参考文献

- 1) 市村恵一：症状からみた感染症の診断と治療. JOHNS 21 (2) :188, 2005.
- 2) 今中政支：インフルエンザの漢方治療症例報告. 漢方の臨床 54 (6) :933, 2007.
- 3) Hilberg O, et al: Acoustic rhinometry: evaluation of nasal cavity geometry by acoustic reflection. J Appl Physiol 66: 295, 1989.
- 4) Freyd M: The graphic rating scale. Journal of Educational Psychology 14: 83, 1923.
- 5) 鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会：鼻アレルギー診療ガイドライン —通年性鼻炎と花粉症—. 18-30 頁、ライフサイエンス、東京、2005.

6. 黄耆建中湯が有効であった小児滲出性中耳炎の5症例

医療法人社団 幹友会 小野耳鼻咽喉科

正木 稔子

滲出性中耳炎は、中耳腔内に粘液性もしくは漿液性の貯留液を認め、難聴・耳閉感・自声強調を呈する疾患である。小児と老人に多く、特に小児においては難聴によりことばの習得に影響を及ぼす可能性がある。内服だけでは難治性・反復性であり、ときに鼓膜切開・鼓膜チューブ留置術など外科的手技を必要とする場合も少なくない。小児副鼻腔炎・アレルギー性鼻炎との関連もあるため、通常マクロライド系薬・気道粘液修復薬・抗アレルギー薬を使用するが、薬剤の長期投与を懸念する母親も多い。

東洋医学では、滲出性中耳炎は水毒と考えられ柴苓湯を処方することが多いが、奏効しない症例も多く見られる。

今回、黄耆建中湯（TJ-98）で滲出性中耳炎が改善した小児5例を経験したので報告する。

症例は1歳から8歳の5児で、全例副鼻腔炎に罹患し滲出性中耳炎を併発していた。腹診を行ったところ腹皮拘急を認めたため、マクロライド系薬・気道粘液修復薬等の薬剤に加え黄耆建中湯を処方したところ、滲出性中耳炎が改善された。7日間から14日間の投与で改善傾向を示している。5児中2児は、黄耆建中湯を内服開始後、手掌の膿瘍・赤切れ、便秘、アトピー性皮膚炎も改善しているため、滲出性中耳炎は完治しているが内服を継続している。1児は1週間で完治したため内服終了とした。他の2児は、滲出液は消失したものの、依然ティンパノグラムでC型を呈しているため内服を継続している。

黄耆建中湯については『金匱要略』に「虚劳裏急，諸不足，黄耆建中湯が之を主る」とある。黄耆は補気昇陽・固表止汗・托瘡生肌・利水消腫の作用があり、脾・肺の虚に用いる。臨床的には、痔瘻・膿瘍・消化性潰瘍・皮膚潰瘍・アレルギー性鼻炎・慢性中耳炎などに用いることができる。黄耆建中湯は小建中湯に黄耆を加えたもので、小建中湯よりさらに虚弱な者に使用する。小児においては、元気に走り回っているが腹診をすると腹皮拘急を認めることがあり、副鼻腔炎を繰り返している小児に関しては、その時点で虚弱と判断してよいと考える。黄耆建中湯は味が甘く飲みやすいため子供には最適であるとともに、外科的処置による副損傷や長期通院などを軽減できるため、母親の心理状態にも良い方向に働くと思われる。

7. 当科における乳幼児反復性中耳炎に対する十全大補湯投与の効果

糸魚川総合病院 耳鼻咽喉科¹⁾、富山大学 耳鼻咽喉科²⁾

○安村 佐都紀^{1) 2)}、渡辺 行雄²⁾

乳幼児の難治性の急性中耳炎増加が問題となり急性中耳炎診療のガイドラインが作成されている。しかし、依然標準的治療に抵抗する反復性の中耳炎症例の対応に苦渋する。丸山らは難治性の乳幼児反復性中耳炎に対して、補剤である十全大補湯を投与し発症頻度の低下、抗菌薬使用や受診回数の低下について有効であると報告した。

当院において経験した難治性反復性の乳幼児急性中耳炎症例に対し、丸山らの報告に従い十全大補湯を投与した。その有用性について検討した。

【対象】 症例は生後8ヶ月から43ヶ月の乳幼児5例である。

【方法】 投与法は一日体重1Kgあたり十全大補湯0.1g分2とした。

【結果】 著効例が2例。無効例が1例。内服できない例が2例。

【考察】 著効例については、丸山らの報告と同様に発症頻度の低下を認めた。しかし内服できない例を2例認めた。丸山らの報告では投与法の工夫などについても報告されており、保護者への説明に大変役に立った。しかし、内服できない例もあり、課題の一つと考えた。

十全大補湯は補剤として使用されるが、なんらかの免疫系への賦活作用が関与したと考えられた。反復する中耳炎については患児だけでなく、保護者にも精神的身体的経済的に大変負担となっており、十全大補湯を内服できる患児であれば、選択肢の一つとして非常に有用な薬剤と考えた。今後、難治性の乳幼児反復性中耳炎に対する十全大補湯の有用性が確立されることになれば治療効果的にも医療経済的にも非常に有益と考える。

8. 乳児期発症の反復性中耳炎に対して補中益気湯による早期介入が有効であった一例

東浦和耳鼻咽喉科¹⁾、日本大学医学部 内科学系統合和漢医薬学分野²⁾、医療法人山口病院(川越)³⁾

○芝 恵美子^{1) 2) 3)}、矢久保 修嗣²⁾、上田 ゆき子²⁾、奥平 智之^{2) 3)}

【緒言】一般に1歳未満で急性中耳炎を反復する患児は乳突蜂巣の発育が悪く、予後不良であるとされる。今回、生後6ヶ月で急性中耳炎を発症し、その後3歳に至るまで反復し滲出性中耳炎に移行した患児が、補中益気湯エキス2.5gの内服継続により軽快した例を経験したので報告する。

【症例】2歳3ヶ月/男児。

【現病歴】生後6ヶ月時に急性中耳炎の罹患を認め、その後1歳までに5回、2歳時までに10回、2歳3ヶ月までに4回反復。鼓膜切開は計6回。その後、滲出性中耳炎に移行したため、2歳3ヶ月より本剤の内服を開始。

【所見】11kg、83cm。痩せ型。腹候：触るとくすぐったがり、腹直筋緊張。舌候：舌質は淡紅色、薄白色の舌苔を被る。脈候：細、小、数。

【経過】内服開始までは鼓膜切開を要するほどの重症化が多かった。しかし、本剤開始以降は急性中耳炎の反復は続いたものの、2歳5ヶ月時に一度鼓膜切開をしたのみで、軽症化の傾向を認めた。滲出性中耳炎に移行後、2歳11ヶ月時に側頭骨CTを施行し右乳突蜂巣の含気がやや悪かったが、3歳時には劇的に滲出性中耳炎の改善を認めた。その後も状態は安定。

【考察】本剤は免疫バランスの改善作用すなわちTh1/Th2のバランスを整え、また、NK細胞を活性化させる作用があることが報告されており、本例においても免疫が強化され、易感染性が改善した可能性が考えられた。本剤の味はわずかに甘く、小児でも比較的飲みやすいため、服薬コンプライアンスの維持にも貢献したと思われる。今後も症例を増やしてその有効性を更に検討していく予定である。

【結語】乳児期発症の中耳炎の遷延化防止に対して補中益気湯が有効である可能性があり、本剤による早期介入を積極的に考慮されてよいと考えられた。

9. 難治性喉頭疾患における小柴胡湯の効果

独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター 耳鼻咽喉科
境 修平

日常診療において悪性所見はないが、難治性であり治療に苦慮する喉頭疾患に遭遇することがある。今回、喉頭肉芽腫と診断され外科的切除されたが再発し、小柴胡湯投与にて軽快した症例および重度の声帯炎となったが同じく小柴胡湯投与にて軽快した症例を経験したので報告する。喉頭肉芽腫の症例は74歳男性、平成21年6月より嗄声が出現。近医内科にて上部消化管内視鏡検査を行い、喉頭腫瘍指摘され当科紹介となった。喉頭ファイバー所見により喉頭肉芽腫と診断し入院。喉頭顕微鏡手術を行った。病理結果は肉芽腫であり悪性所見は認めなかった。退院後もPPI内服していたが、再発を認めた。小柴胡湯投与4ヶ月目で肉芽腫は消失しその後再発も認めなかった。声帯炎の症例は63歳男性、平成21年7月より咽頭痛が出現。近医にて抗生剤投与されるも軽快せず当科受診。受診当初は喉頭粘膜の発赤のみであり、抗生剤、NSAIDs投与するも軽快せず。徐々に発声困難となった。ファイバー上、両側声帯が肉芽様となり慢性炎症と考えられた。プレドニゾロン開始したが奏功しなかった。臨床経過からは腫瘍の可能性は否定的であった。こちらの症例も小柴胡湯2ヶ月投与にて軽快し再発を認めていない。小柴胡湯は小陽病期の代表的薬剤であり、広く慢性炎症に用いられる。喉頭肉芽腫も今回の声帯炎も病態としては慢性炎症であり、小柴胡湯の適応と考え投与し、いずれも奏功した。喉頭肉芽腫は再発を繰り返す疾患であり、外科的治療を繰り返した場合患者への入院が必要になるなど社会的負担は大きい。病理学的に喉頭肉芽腫と診断された場合は、小柴胡湯の投与の検討も必要だと考えられた。しかしながら、同じ喉頭肉芽腫でも小柴胡湯では軽快せず麦門冬湯で軽快した症例も経験しており、証を考慮したさらなる検討が必要と考えられた。

10. 喉頭肉芽腫に対する六君子湯の効果

大阪回生病院 大阪ボイスセンター

○望月 隆一、牟田 弘

喉頭肉芽腫は良性疾患であるが難治性であることが多く、その治療に苦慮することが少なくない。外科的切除は再発率が高く、第1選択とはならないことが多いが、悪性の可能性が否定できない場合などは、手術も必要となることがある。治療の基本は保存的治療とされ、従来より薬物療法の1つとしてステロイド吸入薬が有効とされていたが、咽喉頭酸逆流（LPRD）との関連性が注目されるようになってからは、プロトンポンプ阻害剤（PPI）による治療の報告が多く見られるようになった。しかしながらPPIに抵抗するものも少なくなく、LPRDにはnon acid refluxの可能性も高いことから、喉頭肉芽腫の治療には消化管運動改善薬が効果的であることも多い。

漢方製剤の六君子湯は消化管運動改善作用があり、明らかな器質的疾患を認めない機能性上腹部症状（functional dyspepsia：FD）に対し高い効果があり、またLPRDの治療薬としても有効であり、注目されている漢方製剤の1つである。

大阪ボイスセンターでも、喉頭肉芽腫の治療薬の1つとして、以前より六君子湯を使用している。初期治療としてPPIとの併用投与やPPI無効例に対する六君子湯単独投与、術後の再発防止としてのPPIとの併用投与など様々な投与方法において、良好な結果を得られた症例を経験したので、その具体例を提示して報告する。

11. 呼吸困難を呈する咽喉頭ミオクローススに対して芍薬甘草湯の効果を認めた一例

日本医科大学 耳鼻咽喉科学教室

○門園 修、三枝 英人、山口 智
小町 太郎、中村 毅、大久保 公裕

咽喉頭ミオクローススは、咽頭壁、声帯、軟口蓋などに2～3Hzの持続性の律動性反復運動を認める不随意運動であり、Guillain-Mollaret 三角を含む錐体外路系の機能異常が原因と考えられている。通常、発声時や嚥下時にはミオクロースス運動は消退し、呼吸にも問題を生じないことが多い。症状は、耳管の律動的開閉に伴う他覚的耳鳴や咽喉頭異常感などが多いが、無症状で健診時などに偶然発見される事もあるという。治療は一般に、本態性振戦症やジストニアなどの錐体外路系の機能異常が原因として考えられている他の疾患と同様、抗癲癇薬や精神安定剤、β遮断薬などが処方されるが、多くの場合無効であり、咽喉頭ミオクロースス自体を完全に止める薬物治療法は未だに報告されていない。一方、最近、漢方製剤である芍薬甘草湯が、眼瞼痙攣、顔面痙攣、本態性振戦症などの錐体外路系の機能異常による疾患に対して有効であったという報告がある。私達自身も芍薬甘草湯の投与により、(内転型・外転型)痙攣性発声障害や本態性音声振戦症の症状が軽減した症例を報告してきた(三枝ら,2002;小町ら,2010)。今回、私達は、咽喉頭ミオクローススにおいて声帯の律動運動の振幅が強いために、呼吸困難を呈するまでに至った症例を経験し、芍薬甘草湯の投与を行ったところ、呼吸困難の軽減した一例を経験したので報告する。

【症例】68歳男性。

【既往歴】高血圧、高血圧性腎機能障害、脳梗塞にて右片麻痺(3年前)。

【現病歴】半年前から呼吸困難感、細かい発声音の連続の如く喘鳴(?)を自覚するようになった。その後、徐々に増悪し、二階の自室から一階まで階段を降りてくるのも辛い程になり、また、常に上を向き、下顎を突出したような頭位でないと呼吸困難が増悪してしまうようになった。このため、近医内科を受診したが、胸部レントゲン、血液ガス分析等では異常を指摘されず、当科を紹介受診した。初診時、安静時に両側の軟口蓋、咽頭壁、声帯に2Hz.の反復性律動運動を認めたが、特に、声帯の内方への運動時には声門が狭窄し、発声音が伴っていた。発声や嚥下には異常を認めなかった。他に神経学的異常を認めず、頭部MRIでは病変を説明するような有意な異常が指摘されなかったため、特発性咽喉頭ミオクローススの一亜型と考えた。呼吸困難が強いため、芍薬甘草湯の投与を行ったところ、2週間後には、呼吸困難、喘鳴の軽減が得られた。その後、内服を継続し、呼吸困難の増悪は認めていない。経過の詳細を含め報告する。

12. 反復する咽頭痛を漢方で改善できるか？

足利赤十字病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾、木崎クリニック²⁾
○佐々木 俊一¹⁾、山田 浩之¹⁾、此枝 生恵¹⁾、河邊 啓二²⁾

【はじめに】扁桃炎は耳鼻咽喉科領域における感染症としては日常診療において遭遇する頻度の高い感染症の1つであり、また重度の炎症は入院治療を要することもしばしばあり、周辺組織にまで炎症が波及すれば扁桃周囲膿瘍を引き起こし、切開排膿という外科的処置が行われることもある。一般的な治療法としては抗菌剤の投与、前述の必要に応じた摘出術を含む外科的処置ということになるが、炎症反応の強い急性炎症に対してはともかく、いわゆる習慣性化を来とし、何度も外来を訪れる症例も珍しくはない。近年反復する難治性中耳炎のコントロールとして十全大補湯などの漢方投与により、また小児の習慣性扁桃炎に対して小建中湯の投与で、その炎症の回数が減少する報告がなされているが、下記の症例に急性炎症期に対する一次治療終了後から漢方薬を投与して、その後の習慣性化防止がなされたかを検討したので報告する。

【対象】平成22年1月より4月までに足利赤十字病院耳鼻咽喉・頭頸部外来、および木崎クリニックを受診した反復する急性扁桃炎（男性15名：18～58歳、女性12名：22～55歳、小児9名：3～9歳）・扁桃周囲膿瘍（男性6名：23～63歳）患者で、おのおの外来・入院を問わず、急性炎症に対して抗菌剤投与を初めとする治療を受け、急性炎症が消退してから、荊芥連翹湯・十全大補湯・小建中湯のいずれかを少なくとも3ヶ月投与して経過観察できた42症例。荊芥連翹湯・十全大補湯は成人症例に、十全大補湯・小建中湯は小児症例に投与した。

【結果】いずれの症例も、その後の再燃はなく、風邪などのほかの急性炎症に罹患することもなく経過している。

【考察】荊芥連翹湯は陽証、虚実中間証に用いられ、薄荷・荊芥・連翹・防風などの強い発表剤を含む17種類の生薬からなる方剤である。十全大補湯は陰虚証に用いられ、四物湯と四君子湯の合方に、黄耆と桂皮を加え、生姜と大棗を除いたもので、気血がともに衰えた場合に用いられる方剤である。小建中湯は陰虚証に用いられ、桂枝加芍薬湯に滋養強壮効果のある膠飴を加えた方剤で、胃腸が弱く虚弱で神経質な小児の体質改善薬として用いられることが多い。今回方剤を決める際に、基本的には証をみているが、全く証にとらわれずに投薬された例もあるが、後に診療録から類推した場合、基本的陰陽・虚実には大きく外れた症例はなかった。観察期間が十分ではないため、これだけでは結論はだせないものの、内服継続している患者さん（小児では母親）からは、『いつもならこの季節に風邪を何回も引いていたのに、今年は全然引かない』『今回までとはいわないまでも、よく喉が痛くなっていたのに、以来全く痛くならない』という声をよく聞くことより、患者満足度は高いものと思われる。実際の症例を提示して報告する。

13. 柴苓湯が著効したメニエール病の一例

瀬戸口耳鼻咽喉科医院

瀬戸口 壽一

メニエール病に対し、柴苓湯が有効であるという論文は枚挙にいとまが無い。柴苓湯は小柴胡湯と五苓散との合方で、小柴胡湯の証に浮腫、嘔吐、口渴、発汗などの水腫、水毒を伴う例に有効である。一方メニエール病はその原因の80%が内耳水腫と考えられていることから、柴苓湯のメニエール病への効果が期待されている。

今回、メニエール病の患者に柴苓湯を使用し有効であった症例を経験したので報告する。

症例は49歳、男性、バスの運転手。

以前より、激しいめまい発作を繰り返す。めまい発作の少し前に、左耳鳴、耳閉感が強くなる。発作時には、悪心、嘔吐を伴い、回転性のめまい感は一時間余に及ぶ。しかし手足、顔のしびれ感、嚥下障害、言語障害、失神、複視などの神経症状はない。

某大学でメニエール病と診断され、治療していた。

平成20年1月11日、左耳鳴、難聴、悪心、嘔吐を伴っためまい発作があり、翌日入院する。来院時、自発眼振なし、左向回転性頭位眼振、左感音難聴、左耳鳴あり、神経症状なしでトラベルミン、マイナートランキライザー、血行改善剤、自律神経安定剤を一日3回投薬する。めまい感はなくなったが、左耳鳴は続いていた。

平成20年3月8日、再び回転性のめまい発作あり。イソバイド70%90mlを2週間投薬した。めまい感はなくなったが、それでも頭位眼振、頭位変換眼振は続いていた。

平成20年3月21日より、軽度の胸脇苦満もみられることから、上記の自律神経安定剤と共にツムラ柴苓湯を投薬する。以後、時々フラフラ感、左耳鳴は続いたが、5月以降はフラフラ感もなくなり次第に症状が改善していった。

平成20年7月よりツムラ柴苓湯のみ投薬し、以後めまい発作はみられなくなったので平成20年12月に廃薬した。

このように、柴苓湯がメニエール病に著効したにも関わらず、半年後診療報酬支払基金よりメニエール病に対して柴苓湯の使用は認められないとの通知を受けた。

14. 嚥下障害症例に対する新規内視鏡判定 半夏厚朴湯の効果

阿南共栄病院¹⁾、徳島大学 耳鼻咽喉科頭頸部外科²⁾

○陣内 自治¹⁾²⁾、近藤 英司¹⁾、川田 育二¹⁾、武田 憲昭²⁾

近年我が国では超高齢化がすすみ、すべての高齢者が介護施設や病院で療養することができず、「経口摂取の可否」が自宅療養できるかどうかの大きな問題となっている。一方、嚥下障害患者の嚥下機能をルーティンの内視鏡検査で診断できるのは我々耳鼻咽喉科医であり、老人医療における我々の役割は非常に重要になりつつある。そこで副反応の少ない漢方治療を老人医療にどう生かすかが、解決手段の一つとなりうると考えられる。

嚥下障害患者に対する治療は一般的に薬物治療よりリハビリを中心とした理学療法が優先されているが、これは嚥下障害の機能的な検査診断法が確立されていないためである。嚥下障害というだけで無闇に薬物治療を行わない様にするためにも、ある程度の基準を設定し、適切なリハビリ指示、漢方治療を行う必要がある。

半夏厚朴湯は代表的理気剤として位置付けられ咽中炙癰のよい適応とされ痰飲を散ずるとされている（金匱要略）。また最近の報告では半夏厚朴湯は組織中 Substance P を増加させ、喉頭知覚を改善したり嚥下運動そのものを改善させる。東北大学の岩崎らによると半夏厚朴湯には脳血管障害の既往がある高齢者における嚥下反射、咳反射を改善し誤嚥性肺炎発生を予防する効果がある。

我々は嚥下外来を設け、嚥下内視鏡検査を行い嚥下障害の程度と検査・治療方針を決めている。リハビリが必要なケースには言語聴覚士の介入を指示しているが、咳反射の弱いケースに対しては有効なリハビリがないため、薬物療法として半夏厚朴湯を投与した。不顕性肺炎患者に対して半夏厚朴湯投与を行ったところ早期より食事時の咳嗽が促され、4週間後には肺炎が完治していた例を経験した。

今回我々はどのような嚥下障害パターンに半夏厚朴湯が有効か検討するために、嚥下内視鏡検査による判定基準を新規に設定し（SMRC システム）、半夏厚朴湯投与、リハビリ指示、またはその両方を実施し効果判定したので本研究会で紹介する。

【SMRC システム】阿南共栄病院・徳島大学方式

嚥下内視鏡検査の評価項目として、食塊に対する知覚を S（sensory）、嚥下運動を M（motion）、咳反射を R（reflex）、食塊のクリアランスを C（clearance）と設定した。

それぞれの評価項目について治療要否の視点で正常または軽度障害を介入不要：2点、要介入：1点、経口摂取不可：0点とスケール化した。評価ポイントの詳細、半夏厚朴湯の効果については、口演で紹介する予定である。

15. 舌炎に対する清熱補気湯の使用経験

祐愛会 織田病院 耳鼻咽喉科¹⁾、栗山医院²⁾

○柿添 亜矢¹⁾、栗山 一道²⁾

耳鼻咽喉科外来において、口腔内の異状を訴え受診する患者は多く、ほとんどの耳鼻科ではうがい薬、グリセリン混合の塗布剤などの外用薬処方のみで、治療に難渋するようである。

最近当院において、難治性の放射線治療後や高齢者の舌炎の治療に「補中益気湯+麦門冬湯」の組合せが奏効する例を数例認めた。以前より、エキス剤にない「清熱補気湯」が口内炎に有効という記載を目にしていたが、上記エキス剤の併用が、この方剤に近いと知り、他の方剤の組み合わせも検討しつつ、今回臨床経験として報告することにした。

症例1は76歳女性で、数カ月前からの舌の痛みを訴え来院。特に熱いものや味の濃いものが沁みて食べれない、食欲不振も続いており、十分に食べられず疲れやすい、という。近医内科より降圧剤、抗不整脈薬、入眠剤など10種類ほど投薬されている。体格は痩せ形で、皮膚は乾燥。舌も乾燥し全体に赤く、舌乳頭は萎縮し舌溝を認めた。

治療として、ツムラ41 補中益気湯5g+ツムラ29 麦門冬湯6g/日の服用とアズノールうがい液の使用を開始したところ、2週間後には局所所見および自覚症状も著明に改善した。その他、放射線治療後の舌炎患者などに有効であった。

清熱補気湯は明代の証治準繩の口舌門に「この処方舌の荒れるに用いる薬なり、あれるも舌を一皮はぎし如く赤うなるに用いるものなり、主治に無皮状の如し有る」と記載され、食欲がなく、熱いもの、冷たいもの、辛いものなど、ほとんど沁みて痛みのあるもの、また痛みがなくとも味覚障害のあるものを目標に使用する。構成は当帰3.0、芍薬3.0、朮3.5、茯苓3.5、人参3.0、麦門冬3.0、玄参1.0、升麻1.0、五味子1.0、甘草1.0で、花輪壽彦著「漢方診療のレッスン」によると①補中益気湯+麦門冬湯、②四君子湯+麦門冬湯、③清暑益気湯+升麻葛根湯、④補中益気湯+清暑益気湯で代替できるとされている。今回演者は①で治療効果を実感したが、患者の状態を診て組み合わせを選択すれば良いと考える。高齢者の萎縮性舌炎や放射線治療後舌炎などの患者には、口腔内の熱感と共に、気虚、脾虚がみられ燥熱を呈する。補中益気湯の中の健脾益気する四君子湯加減の部分と升麻、柴胡という清熱剤（消炎、解熱、解毒）の効果、麦門冬湯の滋潤、清熱作用が有効であったのであろうと考えられた。今後も症例を増やし、経験を深めていきたいと考えている。

16. 排膿散及湯による歯周病治療の実際

大阪歯科大学 歯科医学教育開発室¹⁾、松本歯科大学大学院 硬組織疾患制御再建学講座²⁾

○王 宝禮¹⁾、瀧沢 努²⁾

歯周病と齲蝕は口腔内の2大疾患であり、発症率は極めて高くまさに国民病である。歯周病は細菌感染症であり、急性発作は急性歯周膿瘍と診断される。歯周病の急性発作期にその炎症を早急に消炎することは、患者のQOLを高め、またその歯周組織保護の意味からも重要と考えられる。その治療法は十分な排膿路が確保されない場合、あるいは広範な放散性の腫脹、強度の疼痛、発熱を有する場合には抗菌薬の内服が基本であり、ペニシリン系およびセフェム系抗菌薬が第一選択として投薬される。

今回、急性歯周膿瘍の患者がペニシリンアレルギーの既往があり、排膿散及湯を投与した1症例を報告する。

患者は38歳女性で、歯肉患部は疼痛、腫脹部に明らかな波動を触れず切開排膿処置が必要でなく、全身疾患はあまり著名でなく、虚実中間証から虚証気味であった。急性発作時に、ツムラ排膿散及湯エキス顆粒（医療用）7.5g/日分3の投与を開始した。

翌日の来院時には、自発痛、圧痛、発赤、腫脹が軽減し、その後2日間処方し、投薬は終了した。

「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。構成生薬は鎮咳作用、抗炎症作用、抗アレルギー作用、ステロイドホルモン様作用、抗菌作用、抗ストレス作用、プロスタグランジン作用、生合性阻害作用など多彩な作用を有している。またその適応患部が発赤、腫脹して疼痛を伴った化膿症とされており、急性歯周膿瘍の症状と一致する。

今回は排膿散及湯の単独投与で急性歯周膿瘍の治療への有効性を確認できたが、今後は、急性歯周膿瘍に対する抗菌薬の併用療法や、抗菌薬の単独投与との比較研究は必要であると思われる。一方、抗菌薬のアレルギーのリスクがある場合などは、漢方薬の選択は有効であると示唆される。また、排膿散及湯は元来皮膚の細菌感染症、例えば癰や癰腫に対して排膿を促進する保存的治療の薬物として盛んに用いられていた漢方薬であり、標治療法として位置づけられることから、歯周病治療に用いられやすいことが考えられる。

ワークショップ「めまい」

① 更年期障害の一症状としての「めまい」

牧田産婦人科医院

牧田 和也

「更年期障害」とは、女性の一生の中で、妊娠・出産が可能な性成熟期と老年期の間にある「更年期」と呼ばれる時期に現れる多種多様な器質的变化に起因しない諸症状（更年期症状）が、日常生活に支障をきたした病態と定義されている。その主たる要因は、卵巣から分泌される女性ホルモンの1つであるエストロゲンの低下にあると考えられている。更年期障害の代表的な症状としては、のぼせないしほてり、発汗過多、寝汗などで、これらは血管運動神経症状と呼ばれている。それ以外にも、イライラ感・不安感・睡眠障害・抑うつ感などといった精神神経症状、頭痛・めまい・耳鳴りなどの頭部症状、動悸・息切れ・頻脈などの呼吸循環器系症状、手足のしびれや手のこわばりなどの末梢神経症状、肩こり・腰背部痛・関節痛などの運動器系症状、易疲労感など様々な症状が認められる。

しかしながら、更年期障害についての明確な診断基準はわが国のみならず世界的にも存在しないのが現状であり、そのため更年期障害と診断するためには、1. 「更年期」に相当する年代であるか？ 2. 月経の状況が、既に閉経しているかあるいはその前段階としての月経不順が認められているか？ もしくは性ホルモンに関する血液検査により血清エストロゲン（エストラジオール：E₂）の低値とそのnegative feedbackによる卵胞刺激ホルモン（FSH）や黄体形成ホルモン（LH）値の月経周期に見られるレベル以上の上昇が認められるか？ 3. 他の器質的な疾患の除外診断が十分に成されているか？ 4. 認められている症状は時事刻々と変化し、進行性に悪化していないか？ こういったことを参考にして診断に至る。

本ワークショップのテーマである「めまい」もまた、古くから更年期障害の一症状として考えられてきた経緯があるが、実際のところどれ位の割合で認められるものなのか？

慶應義塾大学病院産婦人科外来に併設されている「更年期外来」において調査した結果からは、40歳から60歳までの初診患者1069症例で、初診時に（程度の差を問わず）めまいを認めていたと回答した者の割合（有症率）が全体の49.6%、特にその中で治療を検討すべき高度なめまいを認めた者の割合（重症率）は8.6%であった。それは、調査した40症状の中では29位であり、更年期障害の代表的な症状であるのぼせの有症率が70.9%、重症率が18.3%（40項目中9位）であったことと比べれば、その発現頻度は低いと言える。しかしながら、他科の疾患が同定出来ず更年期障害の一症状として診療対象とするめまいについて、特に画期的な治療がある訳ではなく、対応に苦慮するケースも少なくない。

本ワークショップでは、更年期外来からみた「めまい」の現状について、産婦人科医の立場から述べさせていただくが、個人的にも耳鼻咽喉科の諸先生方と色々と意見交換が出来ることを楽しみにしている。

② 良性発作性頭位めまい症、恐怖性姿勢めまい症と漢方治療

日野市立病院 耳鼻咽喉科

五島 史行

良性発作性頭位めまい症（BPPV；Benign paroxysmal positional vertigo）は外来めまい患者でもっとも多く遭遇する疾患で頭位変換によって誘発される特徴的な眼振によって診断する。一方、恐怖性姿勢めまい症（PPV；Phobic postural vertigo）はドイツのブラントらによって提唱された疾患概念であり、BPPVの次に多く見られる疾患であると報告されている。しかし本邦ではあまり広まっていない^{1) 2)}。本疾患は平衡機能検査では異常がないにもかかわらず、たっているときや歩行時にめまいや自覚的平衡障害があるといったものであり、心因性めまいの1つである。めまい患者の多くが該当する可能性のあるものである。本疾患はBPPVなど器質性なめまいの後に続発的に生じることが知られている。検査で検出できないような耳石障害などの関与の可能性も否定できないが心因性めまいの一つとして治療されることが多い。いずれの疾患でもこれまで漢方薬の有効性は明らかにされていない。今回はこれらの疾患に対する苓桂朮甘湯の治療成績を報告する。対象は平成21年12月から22年5月までにBPPVと診断した症例のうち漢方薬の内服に同意が得られ、内服が継続可能であった症例14例。これらの苓桂朮甘湯を投与し理学療法であるBD法（Brandt Daroff法）を指導し朝夕に自宅で反復させた。2例で血圧上昇があり内服を中断した（11例の内服期間34.8±40.6日）。2週間ごとに再来させ眼振の有無を確認した。8例でBD法が可能であり3例では不可能であった。BPPVの眼振が消失した後に頭位変換時のめまい感を訴える患者で前庭機能に異常を認めない症例を二次性PPVと診断したところ3例が二次性のPPVとなった。

方法

- (1) 内服の効果を自覚的に評価した。眼振消失後の内服継続希望について調査した。
- (2) 眼振消失までの期間を比較した。
 - A 8例理学療法のみ
 - B 8例理学療法+漢方併用
 - C 29例理学療法とベタヒスチン
- (3) BD法が可能であった8例と不可能であった3例について眼振持続期間、内服期間を比較した。
- (4) BPPVと二次性PPVに移行した症例について内服期間を比較した。

これらの結果について報告する予定である。

文献

- 1) 五島史行、矢部はる奈、中井貴美子、國弘幸伸、小川郁、本邦におけるPhobic postural vertigo（恐怖性姿勢めまい）症例について Equirilibrium Res. 66（3）123-129, 2007
- 2) Goto F, Nakai K, Kunihiro T, Ogawa K. Phobic postural vertigo treated with autogenic training: a case report. Cases J. 2008 Sep 30;1（1）:189.

ワークショップ「めまい」

③ 神経内科領域におけるめまい

平塚共済病院 神経内科

中江 啓晴

めまいとは目が暗み、目がまわり、物の輪郭がぼけ、不安定感、もうろう感を呈することを指す。本邦では vertigo は回転性めまい、dizziness は浮動性めまいとされているが、回転性めまいと浮動性めまいの鑑別は容易ではないことが多い。

めまいの原因となる疾患は多数あり、末梢前庭障害によるもの、脳幹または小脳の障害によるもの、全般性の脳循環障害を反映した失神様発作などがある。脳幹または小脳の障害によるめまいは、患者の訴えが曖昧な場合がしばしばあるため、診察を十分に行う必要がある。回転性めまい、浮動性めまいのいずれのこともあり、問診だけで診断することは不可能である。歩行障害をめまいとして訴えることもしばしばある。症状がめまいのみの症例は極めてまれであり、神経学的診察を行うことで診断し、病変部位を推定できる。

急性発症のめまいで鑑別すべき疾患は脳卒中である。神経内科外来では、めまいを主訴とする患者は約 10% とされるが、これらのめまいの原因は末梢性めまいが最も多い。めまいのみを主訴に来院した患者のうち、脳卒中は 1.7% のみであったとの報告がある。

脳梗塞では急性期だけでなく、慢性期にもめまいが生じうる。脳梗塞後遺症により広義のめまいをきたす患者は 30-40% と推測されており、急性期にめまいを生じる脳幹、小脳以外の部位の梗塞でも後遺症としてめまいが起こることがしばしばある。

神経内科領域のめまいに対する漢方治療は、まず前提として、西洋医学的に正しい診断をしたうえで行うべきである。脳卒中の急性期の場合、主たる治療が漢方治療となることはない。神経内科領域では脳卒中の慢性期や、めまいをきたす疾患の一部（起立性低血圧、緊張型頭痛、片頭痛など）、あるいは精査を行ったが診断のつかないめまい（原因不明のめまい）に対しては、漢方治療が主たる治療としての適応がある。漢方治療を併用として用いる場合は全てのめまいに対して適応がある。

神経内科領域では、急性発症のめまいはまず救急疾患である脳卒中を鑑別する事が重要であり、そのためには神経学的診察が重要である。めまいの漢方治療は西洋医学的に正しい診断をしてから行うべきである。

④ 起立性調節障害によるめまい

つるのぼるクリニック

津留 徳

起立性調節障害（orthostatic dysregulation：OD）は、思春期前の小児に多発する自律神経失調症の一つである。その訴えは多彩であり、日常生活に支障をきたすことも少なくない。

OD 患児を、めまい・立ちくらみを主訴とする循環虚弱型と、腹痛・倦怠感を主訴とする胃腸虚弱型の二つの「証」に分類した。前者には半夏白朮天麻湯を、後者には小建中湯を投与し、平行して説得療法、鍛錬療法を行った。OD の診断は、診断基準に基づいて確定した。大・小の症状が2ヶ月以内に認めるものを陽性とし、患児および保護者から各項目ごとに具体的に問診した。

【対象と方法】患者背景は、循環虚弱型の証は19例（男児10例、女児9例）、胃腸虚弱型の証は8例（男児1例、女児7例）であった。年齢は6～15歳、平均11.6歳であった。発症より治療開始までの期間は1ヶ月～3年3ヶ月、平均5.6ヶ月であった。

【治療成績】2009年日本小児心身医学会はODの診断・治療ガイドラインを発表した。「新起立試験」による四つのサブタイプには分類しなかった。

症状の評価は、大國らの方法に準じて、大症状と小症状をスコア化し、その推移を経時的に観察した。効果の判定も同じく大國らの基準を参考にして行った。めまい、立ちくらみを主訴とした循環虚弱型19例につき検討した。

総合判定の結果は、半夏白朮天麻湯の使用例19例中、著効10例（53%）、有効5例（26%）合わせて有効以上は79%であった。やや有効と無効はそれぞれ2例であった。明らかな症状改善はみられなかったものの、ODの判定基準で陰性化しなかったやや有効の2例を加えると89%であった。無効とした2例はODの判定基準では陰性化しなかったものの症状は軽減した。3例に塩酸ミドドリンを1回1錠（2mg）1日2回（起床時・夕食後）併用した。

【考察】OD児は虚弱傾向があり高頻度に、めまいや低血圧がみられることから、昇圧薬や自律神経安定薬が使用されている。これらの西洋薬は長期の投与を余儀なくされることや、十分な改善がみられない症例も少なくない。これらの症例には西洋薬との併用あるいは漢方薬単独の治療を行う。漢方薬の効果発現は遅いと考えられがちであるが、約2週間の服用で効果がみられた。

OD症状は登校前の午前中に多く、登校できても午前中の活動性が低下して学習に身がはいらない。さらに学校を休みがちで不登校の予備軍ともいえる患児もみられ、学校保健の面からも大きな問題となっている。

「なまけている」と誤解しないように、正しく診断し漢方薬で治療することで大部分のこどもたちの症状は改善する。

ワークショップ「めまい」

⑤ めまい疾患分類による漢方投与

名古屋市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学

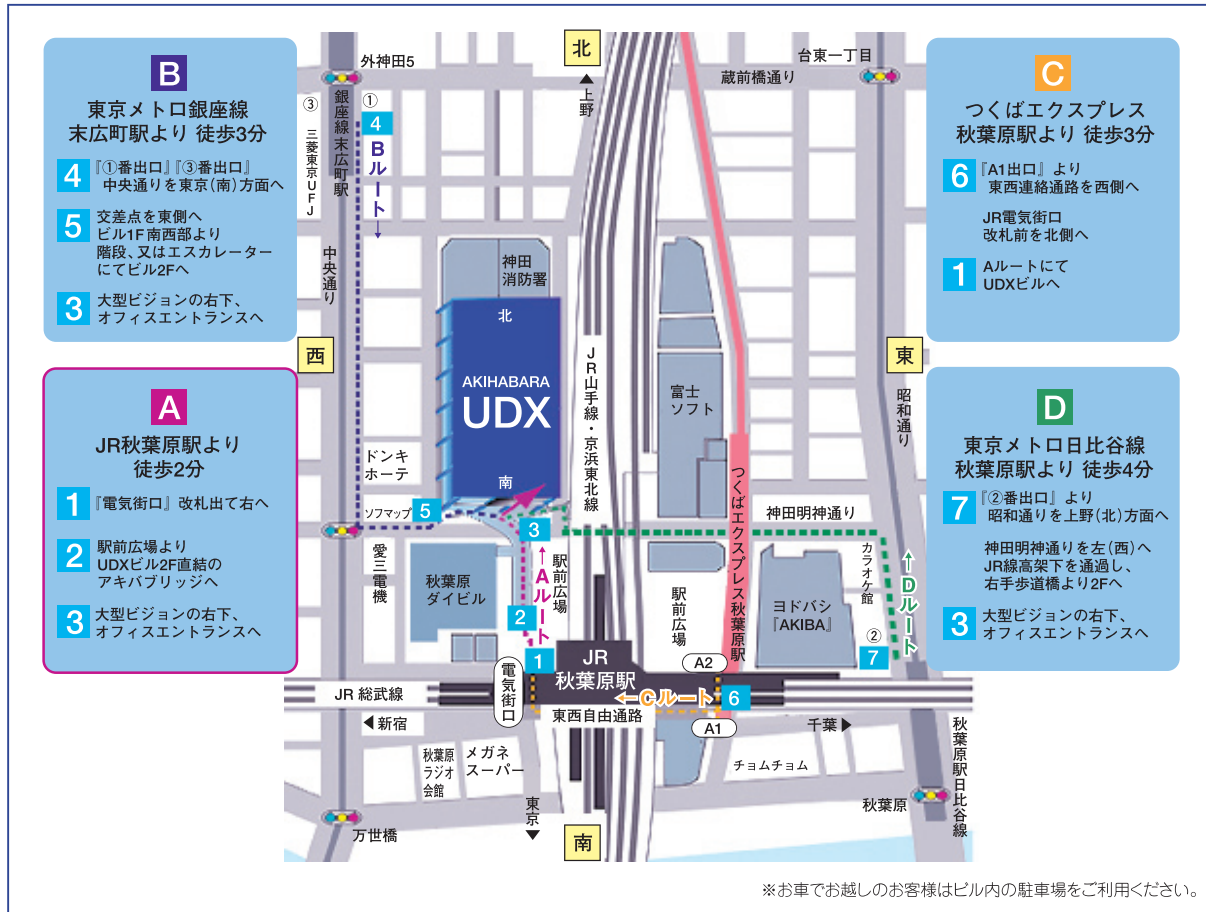
中山 明峰

これまでのめまい疾患に対する文献を拝読すると、疾患についても様々、またその漢方投与についても様々である。漢方薬的考えからの投与方法として、基本的にめまいは水毒の疾患であること、利水効果のある薬物を使用することが基礎となっている。しかしながら文献的に必ずしもその規則に従っている傾向でもなく、また、この考えは西洋医学と相反する場合が多い。例えば西洋医学における循環障害によるめまいは、東洋医学の水毒と矛盾する。そのため、東洋医学的観点から西洋医学が分類しためまい疾患をさらに分類し、それぞれに応じた漢方投与法を検討した。

日本めまい平衡医学会が分類しためまい疾患より、腫瘍性、外傷性などの疾患、また、良性発作性頭位めまい症のように理学療法が確立されている疾患を除き、東洋医学的観点から4つに分類した。つまり、1. 内耳性疾患（慢性期）、2. 内耳性疾患（急性期）、3. 循環障害・筋障害による疾患、4. 心因性疾患、に分け、それぞれに準じた漢方投与を考案した。

これまでの漢方診療、治療は様々であり、これから漢方を始めたい医師にとっては大変困惑する場面を見受け、報告者自身もその経験をしてきた。漢方については初心者であるが、日本めまい平衡医学会めまい専門医としてこのような提案をさせて頂き、漢方医療専門の先生方よりご指導、ご鞭撻頂けたら幸いと考えている。

会場案内図



「第26回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会」事務局

〒107-8521 東京都港区赤坂2-17-11

株式会社ツムラ 学術企画部内

TEL:03-6361-7187 (直通) FAX: 03-5574-6668