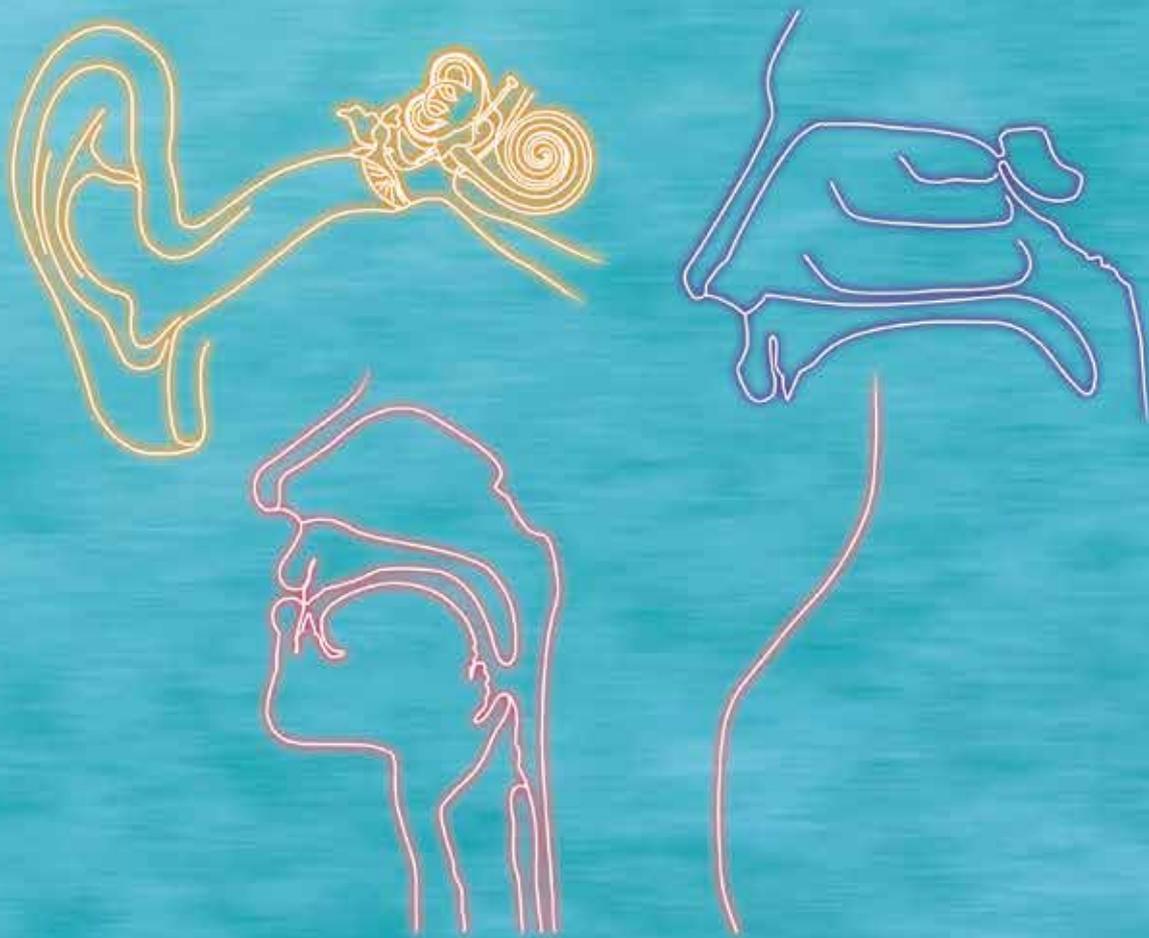


第35回 日本耳鼻咽喉科漢方研究会 学術集会

講演要旨集

漢方に触れる、すそ野を広げる
—導入からエビデンスの創出へ—



日 時

2019年10月26日(土) 東京コンファレンスセンター・品川

9:00 ~ 17:30

場 所

東京都港区港南 1-9-36
TEL: 03-6717-7000

会 長

堤 剛

東京医科歯科大学

日本耳鼻咽喉科漢方研究会世話人会 一覽

代表世話人 小川 郁 (慶應義塾大学)

世話人 池田 勝久 (順天堂大学)
小川 恵子 (金沢大学病院)
齋藤 晶 (和光耳鼻咽喉科医院)
塩谷 彰浩 (防衛医科大学校)
將積日出夫 (富山大学)
竹内 万彦 (三重大学)
武田 憲昭 (徳島大学)
堤 剛 (東京医科歯科大学)
中川 尚志 (九州大学)
中田 誠一 (藤田医科大学ばんだね病院)
三輪 高喜 (金沢医科大学)
山下 拓 (北里大学)
山下 裕司 (山口大学)
吉崎 智一 (金沢大学)

顧問 市村 恵一 (石橋総合病院)
荻野 敏 (大阪大学)
喜多村 健 (東京医科歯科大学)
田口喜一郎 (信州大学)
内藤 健晴 (藤田医科大学)
古川 亙 (金沢大学)
渡辺 行雄 (富山大学)

第35回

日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会

講演要旨集

漢方に触れる、すそ野を広げる
—導入からエビデンスの創出へ—

日時 2019年10月26日(土)9:00~17:30
会場 東京コンファレンスセンター・品川
会長 堤 剛(東京医科歯科大学)

< ご 案 内 >

1. 会場案内

東京コンファレンスセンター・品川

東京都港区港南1-9-36 【第1会場】5階 大ホール 【第2会場】4階 402N

TEL : 03-6717-7000

2. 参加受付

【受付場所】東京コンファレンスセンター・品川 5階に受付を設置しております。

【参加費】

《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)を受付にて徴収させていただきます。

《非会員》当日参加費として5,000円を徴収させていただきます。(当日入会者は上記の通り)

《学部生》無料

※研究会への入会は当日も受け付けております。

※ランチョンセミナー参加者には昼食(お弁当)をご用意致します。

※学術集会終了後にホワイエで情報交換会を予定いたしております。

3. 新専門医制度における単位申請に関して

本学術集会は新専門医制度における 2) 専門医共通講習 ②感染対策講習会1単位、3) 耳鼻咽喉科領域講習 ⑨その他の認定されたセミナー 1単位、4) 学術業績・診療以外の実績 ③認可された学術集会0.5単位が承認されております。

2019年より、学術集会参加登録と日本耳鼻咽喉科学会認定耳鼻咽喉科専門医講習受講登録に会員情報新システムが導入されました。

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



「ICカード」による登録方法

①学術集会参加登録：学術集会会場に来場時。(総合受付付近で行います)

②専門医講習受講登録：専門医共通講習(11:00～12:00)、

耳鼻咽喉科領域講習(16:25～17:25)の受講の入退室時。

ただし、講習開始5分以降の入場者には受付致し兼ねますのでご注意ください。

なお、②に先立ち①の登録が必要です。

「ICカード」の使用法 カードリーダー上にカードを置くと、接続されたコンピュータ上に所有者名が表示されますので、コンピュータ画面を確認してからカードを取ってください。

4. 座長の先生方へ

ご担当のセッション開始予定時刻の15分前までに受付をお済ませください。

演題多数のため時間調整にご配慮いただきながら、活発な討議の誘導をお願いいたします。

5. 演者の先生方へ

発表はすべて口演形式です。

《発表時間》

- 1) 一般 講演：口演7分 質疑2分
- 2) 専門医 共通講習：口演60分(質疑含む)
- 3) ランチョンセミナー：口演40分(質疑含む)
- 4) プレワークショップ：口演8分 質疑2分
- 5) 耳鼻咽喉科領域講習：口演60分(質疑含む)

《発表方法・発表データ》

発表方法について

- ・ご発表はパワーポイントによるデジタルプレゼンテーション(パソコン発表)にてお願い致します。

発表データ及びパソコン持込受付場所

- ・各発表セッション開始の30分前までに『PC受付(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。

持込データについて

- ・お持込み頂く発表データは、『**USBフラッシュメモリーまたはCD-Rのメディアお持込み**』もしくは『**ご自身のパソコンお持込み**』のいずれかをお願いします。
- ・**メディアをお持込みの方は、Windows PowerPoint2007、2010、2013、2016で作成されたデータのみと致します。**

※他のパワーポイントバージョンでご発表される先生は、パソコンのお持込みにご協力ください。

ご発表内容に動画、音声を使用される方、もしくは、Macintoshを使用される方は、必ずご自身のパソコンをお持込みください。

第35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

【第1会場】 5階 大ホール

9:00	開会の辞
9:05	
	一般講演 I (45分) 《5演題》 (7分口演・2分質疑)
9:50	一般講演 II (55分) 《6演題》 (7分口演・2分質疑)
10:45	休憩 (カード登録) (15分)
11:00	専門医共通講習 (60分)
12:00	
12:00	昼休憩 (カード登録) (15分)
12:15	ランチョンセミナー (40分)
12:55	
12:55	昼休憩 (15分)
13:10	プレワークショップ (60分) 《基調講演+pre-WS5演題》 (8分口演・2分質疑)
14:10	
14:20	休憩 (10分)
14:20	一般講演 III (55分) 《6演題》 (7分口演・2分質疑)
15:15	
15:15	一般演題 IV (45分) 《5演題》 (7分口演・2分質疑)
16:00	
16:00	休憩 (カード登録) (15分)
16:15	総会 (10分)
16:25	耳鼻咽喉科領域講習 (60分) (質疑含む)
17:25	
17:25	閉会の辞
17:30	休憩 (カード登録) (15分)
17:45	

【第2会場】 4階 402N

	中継会場	
14:20		
14:20		一般講演 V (45分) 《5演題》 (7分口演・2分質疑)
15:05		
15:05		休憩 (10分)
15:15		一般講演 VI (36分) 《4演題》 (7分口演・2分質疑)
15:50		
15:50		休憩 (25分)
16:15		中継会場

情報交換会 17:45～ @ホワイエ

第35回日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会

2019年10月26日(土) 東京コンファレンスセンター・品川

テーマ「漢方に触れる、すそ野を広げる—導入からエビデンスの創出へ—」

開会の辞 (第1会場)

堤 剛 (東京医科歯科大学)

9:00~9:05

一般講演Ⅰ (第1会場)

座長 齋藤 晶 (和光耳鼻咽喉科医院)

9:05~9:50

1. 半夏厚朴湯処方例における鉄代謝異常の検討 P7

せんだい耳鼻咽喉科
内藪 明裕

2. 上咽頭炎に伴う消化器症状に対する東洋医学的治療 P7

はぎの耳鼻咽喉科¹⁾、東海大学 東洋医学教室²⁾
萩野 仁志

3. 音声障害における漢方製剤の使用経験 P8

秋田大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座
鈴木 真輔

4. 漢方薬と年齢についての考察(特に半夏厚朴湯と麦門冬湯に着目して) P8

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

5. 声門閉鎖不全に対する漢方薬の効果の検討 P9

富山大学 耳鼻咽喉科頭頸部外科
○阿部 秀晴、中西 亮人、高倉 大匡、石田 正幸
將積 日出夫

一般講演Ⅱ (第1会場)

座長 竹内 万彦 (三重大学)

9:50~10:45

6. 副鼻腔真菌症(蓄膿症)に対する辛夷清肺湯の使用経験 P9

いぬかい耳鼻科クリニック
犬飼 賢也

7. 当科における鼻副鼻腔炎の治療について P10

自衛隊福岡病院 耳鼻咽喉科
加藤 志保

8. 急性咽頭炎、扁桃炎における小柴胡湯加桔梗石膏の使用経験 P10

なりた耳鼻咽喉科アレルギー科クリニック
成田 慎一郎

9. 『柴葛解肌湯を再考する』～耳鼻咽喉科領域のAMR対策として～ P11

今井耳鼻咽喉科疾患研究室¹⁾、徳島大学 耳鼻咽喉科²⁾
陣内 自治¹⁾²⁾、武田 憲昭²⁾

10. 急性乳様突起後の遷延する耳漏に対して漢方薬が有効であった症例 P11

山陰労災病院 耳鼻咽喉科
○平 憲吉郎、門脇 敬一

11. 滲出性中耳炎に対する漢方治療(耳管機能) P12

なのはな耳鼻咽喉科
境 修平

休憩

10:45～11:00

専門医共通講習 (第1会場)

座長 ▶ 保富 宗城 (和歌山県立医科大学)

11:00～12:00

「感染症とAMR(薬剤耐性)対策—グラム染色と漢方の活用方法—」 P1

まえだ耳鼻咽喉科クリニック
前田 稔彦

休憩

12:00～12:15

ランチョンセミナー (第1会場)

座長 ▶ 北原 糺 (奈良県立医科大学)

12:15～12:55

「当科味覚外来における漢方治療」 P2

兵庫医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
任 智美

休憩

12:55~13:10

プレワークショップ (第1会場)

座長 池田 勝久 (順天堂大学)

小川 郁 (慶應義塾大学)

『基礎・臨床研究のフロンティアーエビデンスの創出へ』

13:10~14:10

基調講演 座長 池田 勝久 (順天堂大学)

漢方薬エビデンス構築の現状と課題

P4

慶應義塾大学医学部 耳鼻咽喉科

小川 郁

pre-WS1. 麻黄湯の血漿中代謝物への作用と血中移行成分に関する研究

P4

高知大学医学部 外科学講座外科

宗景 匡哉、北川 博之、花崎 和弘

pre-WS2. インフルエンザ発症抑制における漢方薬の作用メカニズム

P5

一般社団法人 生物活性研究機構

団 克昭

pre-WS3. 黄芩成分 (Baicalin) が好酸球性副鼻腔炎の病態に与える影響の検討

P5

福井大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

高林 哲司、吉田 加奈子、呉 明美、成田 憲彦、
藤枝 重治

pre-WS4. 当帰芍薬散が有する神経成長因子産生能に関する研究

P6

金沢医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

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

pre-WS5. アルサニル酸を用いたマウス内耳破壊

P6

奈良県立医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾

奈良県立医科大学 解剖学第二講座²⁾

大阪警察病院 耳鼻咽喉科³⁾ 大阪大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科⁴⁾

○伊藤 妙子¹⁾、辰巳 晃子²⁾、滝本 泰光³⁾、今井 貴夫⁴⁾
西村 忠己¹⁾、森本 千尋¹⁾、山中 敏彰¹⁾、和中 明生²⁾
北原 糺¹⁾

休憩

14:10~14:20

12. 自律神経機能測定 of 耳鼻咽喉科領域 of 漢方治療に対する有用性についての検討 P12

大阪市立大学大学院 耳鼻咽喉病態学

阪本 浩一

13. 耳管開放症に対する漢方薬の效果 P13

真生会富山病院 耳鼻咽喉科

○真鍋 恭弘、徳永 貴広

14. 耳鼻咽喉科領域における加味帰脾湯処方例に関する検討 P13金沢大学附属病院 漢方医学科¹⁾、小森耳鼻咽喉科医院²⁾○白井 明子¹⁾²⁾、小森 貴²⁾、小川 恵子¹⁾**15. うつ・不安を伴う耳鳴に対する薬物治療における漢方薬の使い方の工夫** P14

国立病院機構東京医療センター

和佐野 浩一郎

16. ラット耳鳴モデルを使用した漢方研究 P14奈良県立医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾、神戸市立工業高等専門学校 電子工学科²⁾、奈良県立医科大学 第一生理学³⁾○北野 公一¹⁾、山下 哲範¹⁾、長谷 芳樹²⁾、岡安 唯¹⁾齋藤 康彦³⁾、北原 紘¹⁾**17. 難聴患者の諸症状改善に寄与した漢方処方例** P15

市立旭川病院 耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

18. 耳鼻咽喉科における呉茱萸湯 P15東海大学医学部 耳鼻咽喉科¹⁾、東海大学医学部 漢方医学²⁾○五島 史行¹⁾²⁾、寺邑 堯信¹⁾、斉藤 弘亮¹⁾、村上 知聡¹⁾関根 基樹¹⁾、新井 信²⁾、大上 研二¹⁾、飯田 政弘¹⁾**19. 漢方薬の変更を余儀なくされたメニエール病の1症例** P16

東京医科歯科大学 耳鼻咽喉科

○鈴木 康弘、堤 剛

20. メニエール病における漢方製剤の使用経験 P16
射水市民病院 耳鼻咽喉科
山本 憲

21. イソソルビド早期離脱のための漢方薬活用術 P17
いまなか耳鼻咽喉科
今中 政支

22. 肩こりによる血行動態性椎骨脳底動脈循環不全(肩こり関連めまい)に対する漢方治療 P17
竹越耳鼻咽喉科¹⁾
独立行政法人地域医療機能推進機構 群馬中央病院 和漢診療科²⁾
国立病院機構 霞ヶ浦医療センター³⁾
○竹越 哲男¹⁾、小暮 敏明²⁾、星野 朝文³⁾

一般講演V (第2会場)

座長 小川 恵子 (金沢大学病院)

14:20~15:05

23. 抑肝散使用例における耳鼻精神科的検討 P18
医療法人建悠会吉田病院 耳鼻咽喉科・精神科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⁾、吉田 建世¹⁾、東野 哲也²⁾

24. 夜驚症に対する漢方治療の試み P18
名古屋市立大学病院 睡眠医療センター
○有馬 菜千枝、三原 丈直、佐藤 慎太郎、中山 明峰

25. 反復性耳下腺炎(間欠期)の漢方治療 P19
済生会新潟病院 耳鼻咽喉科
花澤 秀行

26. 人工内耳埋込患者の皮弁腫脹や疼痛に対する漢方治療 P19
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⁾、高野 賢一²⁾、竹田 眞³⁾

27. 咬筋内血管腫に駆瘀血剤が奏効した1症例 P20
福井大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾
金沢大学附属病院 漢方医学科²⁾
○呉 明美¹⁾、高林 哲司¹⁾、小川 恵子²⁾、藤枝 重治¹⁾

28. 化学放射線治療中の頭頸部癌患者に対する半夏瀉心湯の使用経験 P20

山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学¹⁾
山口大学医学部附属病院 看護部²⁾

○竹本 洋介¹⁾、坂本 知美²⁾、堀 健志¹⁾、広瀬 敬信¹⁾
山下 裕司¹⁾

29. 頭頸部癌TPF療法における下痢に対する半夏瀉心湯の有用性の検討 —第2報— P21

恵佑会札幌病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○渡邊 昭仁、谷口 雅信、木村 有貴

30. 頭頸部癌化学療法における消化管副作用に対する半夏瀉心湯の有用性の検討 P21

和歌山県立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○グンデウズ メーメット、河野 正充、泥谷 匡祥
伊豫 巧朗、保富 宗城

31. 脳幹出血後、長期気管切開・臥床状態にあった難治性肺出血～肺膿瘍に対して漢方治療が有効であり、気管切開孔閉鎖、発声・経口摂取を回復できた1症例 P22

東京女子医科大学附属八千代医療センター 耳鼻咽喉科・小児耳鼻咽喉科

○山本 圭介、三枝 英人、門園 修、前田 恭世、岡田 愛弓
伊藤 裕之、山本 昌彦

休憩

16:00~16:15

総会 (第1会場)

16:15~16:25

耳鼻咽喉科領域講習 (第1会場)

座長 堤 剛 (東京医科歯科大学)

16:25~17:25

「顎・口腔領域と漢方」

P3

九州歯科大学 生体機能学講座 老年障害者歯科学
柿木 保明

閉会の辞 (第1会場)

小川 郁 (慶應義塾大学)

17:25~17:30

情報交換会 (ホワイエ)

17:45~

感染症とAMR(薬剤耐性)対策 —グラム染色と漢方の活用方法—

まえだ耳鼻咽喉科クリニック

前田 稔彦

クリニックには抗菌薬の適正使用を推進するにあたって、中小施設ならではの独特なハードルがある。また、特に耳鼻咽喉科領域は、薬剤耐性(AMR)対策の実施が比較的難しいと言われている。その理由として、1) 他科で診断され既に抗菌薬が処方されてから受診する例が多いこと、2) 患者・保護者から抗菌薬の要望が根強いこと、3) 抗菌薬と無関係に治癒した場合でも、あたかも抗菌薬によって治癒したと誤解されやすいことがあげられる。私たちは診療所における感染症治療にまつわる問題点を克服するための新たな取り組みとして、グラム染色を診療に導入した。また、抗菌薬の処方が必要でない患者に対しては東洋医学的な観点を拠り所に漢方薬の処方を試みるようになった。

13年前、私たちは、抗菌薬の判断・選択のためにグラム染色を導入した。一連の行程は、(1)検体採取(医師)、(2)染色と観察(薬剤師)、(3)起因菌推定と抗菌薬の提案(薬剤師から医師へ)からなり、要する時間は5～10分である。また、患者とその家族にも染色結果の画像を示し、推定される起因菌の種類や、抗菌薬処方の根拠(処方しない理由や選択の理由)を説明している。画像でリアルタイムに説明することにより徐々に抗菌薬が処方されない理由を納得される患者が増えていき、症状緩和のために漢方薬が処方されることに抵抗を示される患者は減っていった。これまで、延べ13,000人以上の患者でグラム染色を実施した結果、抗菌薬の処方件数は約6分の1に減少した一方、治療期間は短縮し、医療費の削減にもつながった。また、一定の科学的根拠に基づいて、推定される菌種や抗菌薬選択の根拠を説明したことは、患者や家族の理解を促し、患者からの抗菌薬要望の減少、患者の着実な服薬につながったと考えられる。一方、抗菌薬が不要と判断された患者には必要に応じて漢方薬を処方した。具体的には生来健康な患者の急性鼻副鼻腔炎では、鼻汁検体のグラム染色画像で細菌を認めなければ、その段階ではウイルス性と判断し、積極的に漢方薬を活用した。処方する漢方薬は全身状態、鼻汁の色や粘度から証を判断し、急性鼻副鼻腔炎では辛夷清肺湯や排膿散及湯などを選択した。ほかにも溶連菌以外の急性咽頭炎に対しては小柴胡湯加桔梗石膏や桔梗湯を、慢性中耳炎に対しては呉茱萸湯や十全大補湯を処方するなど、漢方薬が有用な症例は多いと感じている。

当初、グラム染色を取り入れることに大きな不安を抱えていたが、今や、実施前の不安や予想を超え、着実な成果につながっている。グラム染色を活用した外来診療は、風邪には抗菌薬が無効であることを患者が実感し正しい理解に導く手段として有効であると感じている。また必要に応じて処方される漢方薬の根拠や意図を丁寧に説明していくことはAMR対策の一助となるとともに、患者にとっての大きな安心につながると考えている。

略 歴

1985年 3月 愛媛大学工学部海洋工学科中退
 1991年 3月 兵庫医科大学医学部医学科卒業
 1991年 4月 奈良県立医科大学耳鼻咽喉科学教室入局
 1993年 4月 済生会中和病院耳鼻咽喉科
 1995年 4月 徳洲会八尾総合病院耳鼻咽喉科
 1997年 4月 医仁会平井病院耳鼻咽喉科
 2001年 4月 町立大淀病院耳鼻咽喉科医長
 2002年 3月 阪和住吉総合病院耳鼻咽喉科
 2003年 4月 まえだ耳鼻咽喉科クリニック開業 同院長
 現在に至る

資格

- 日本耳鼻咽喉科学会専門医
- 日本耳鼻咽喉科学会補聴器相談医
- 日本東洋医学会漢方専門医・奈良県支部役員
- 日本臨床内科医会認定医
- 日本化学療法学会・抗菌化学療法認定医

受賞

- 第1回薬剤耐性(AMR)対策普及啓発活動表彰
厚生労働大臣賞(クリニック)
- 平成30年度 敵火研究会 敵火賞

当科味覚外来における漢方治療

兵庫医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

任 智美

味覚とは狭義では甘味、塩味、酸味、苦味、うま味を基本5味とする。味覚異常とは味覚減退や消失のほか、解離性味覚障害(特定の味質だけわからない)、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いつも特定の味がする)、悪味症(嫌な味に感じる)などの症状がある。味覚障害の障害部位として受容器、末梢神経、中枢神経、心因性、伝達障害に分けられ、原因として亜鉛などの物質欠乏性、特発性、薬剤性、感冒後、全身疾患性、心因性、医原性、頭部外傷性などが挙げられる。電気味覚検査や濾紙ディスク法などを施行し、病態を検討した上で味覚障害と診断し得る。時に様々な検査値に異常を認めず漠然と食事がおいしくないと受診することもある。「おいしさ」は味覚以外にも嗅覚、食感、外観、温度・湿度、環境、身体・精神状態、文化、経験、嗜好、情動などが複雑に関係し、形成される感覚であり、西洋医学的、東洋医学的に双方からの対応が必要となる。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、口内苦味は少陽病期に生じるとされ、小柴胡湯の適応とされる。また口の中が甘いことは脾胃の湿熱の存在が考えられている。

中国最古の医学書と言われる黄帝内経や傷寒論にも味覚異常の病態が記載されている。治療においても津田玄仙の「療治経験筆記」に補中益気湯を用いる8つの使用目標として第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ならず、不食す。」と記載されている。また「和剤局方」にて人參養栄湯は「飲食味ナク陽陰衰弱・・・ヲ治ス」や平胃散は「脾胃和せず、飲食ヲ思フズ・・・口苦クシテ味ナク・・・ヲ治ス」とある。

代表的な補腎剤である八味地黄丸は加齢性味覚異常に効果をしめすことが経験される。当科で転帰が確定した特発性の高齢者62例を対象に検討したところ、約2/3に有効であった。厳密には評価が難しかった例も多く、亜鉛内服療法を開始してから3か月経過していない例などもあり、曖昧な部分もあるが、有効例と著効例において全例が漢方の効果を感じて継続を希望された。

自発性異常味覚の中には舌痛症と病態が類似するものがあり、舌痛症に準じた治療に効果を示す。舌痛症は肝気鬱結、津液不足が主の病態であり、よく使用されるのは加味逍遙散である。しかし陰虚症状(乾燥)を伴う場合は加味逍遙散より滋陰至宝湯がよいこともある。滋陰至宝湯は加味逍遙散に非常に近く、逍遙散(生姜除く)に肺陰を潤わす麦門冬と潤肺止咳の貝母を加え、さらに清虚熱の知母・地骨皮、気血の鬱滞を改善する陳皮・香附子加わったものである。「衆方規矩」に「婦人ノ虚勞デ悪寒発熱スルモノニ逍遙散デ効果ガナイトキニハ滋陰至宝湯ヲ与エルトヨイ」と記載されている。

略 歴

2002年 3月	兵庫医科大学卒業	所属学会
2003年 4月 - 2007年 3月	兵庫医科大学耳鼻咽喉科大学院(医学博士:甲第479号)	●日本耳鼻咽喉科学会 (渉外委員 平成28年)
2003年 4月 - 2009年 3月	兵庫医科大学耳鼻咽喉科 非常勤医師	●日本口腔咽頭学会 (幹事 平成27年9月)
2007年 5月 - 2009年 3月	神戸百年記念病院耳鼻咽喉科医員	●日本小児耳鼻咽喉科学会 (評議員 平成27年7月)
2007年 9月	日本耳鼻咽喉科学会専門医取得(No 11438)	●日本東洋医学会 専門医
2009年 4月 - 2012年 3月	兵庫医科大学耳鼻咽喉科 助教	●日本耳科学会
2009年 10 - 12月	ドイツ・ドレスデン大学嗅覚・味覚クリニックに留学	●日本味と匂学会
2012年 4月 - 2014年 1月	兵庫医科大学耳鼻咽喉科 学内講師	
2014年 2月	兵庫医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科 講師	
現在に至る		

「顎・口腔領域と漢方」

九州歯科大学 生体機能学講座 老年障害者歯科学
 柿木 保明

高齢社会の到来で、高齢患者の歯科受診が増加しており、それに伴って、口腔機能に問題のある患者も増えている。単に、高齢だから、口腔機能に問題があるのではなく、様々な要因が関連していると思われる症例が多いように感じる。

厚生労働省・長寿科学研究の調査研究では、高齢者では降圧薬の服用が最も多く、自立高齢者の3割以上、要介護高齢者4割近くが服用しており、それ以外でも、循環器病薬、抗精神病薬、睡眠薬など、神経伝達に作用する薬剤の長期連用が多く、口腔乾燥や摂食機能障害や口腔機能低下に関連した口腔症状も多い。すなわち、神経伝達物質の分泌を抑制する作用から、口腔機能の抑制作用や浮腫に影響していると思われる高齢者も多い。

生活習慣では、テレビ放映などの影響もあり、水分摂取過剰の患者も増えており、胖大舌や歯痕のみられる患者も多くなったが、これらの薬剤や水分摂取過剰の影響について、正確に患者に説明されていないことが多い。また、口腔乾燥に対して、安易に水分摂取を指導する医療機関も多く、難治性疾患や不定愁訴とされている舌痛症や口腔違和感、原因のわからない口腔疼痛なども増えている。浮腫は、筋肉の凝りとも関連していることから、口腔機能低下と関連している症例も多い。

顎・口腔領域は、内臓疾患と異なり、歯牙や顎骨、義歯なども混在していることから、これらの物理的な影響が関与している症例が多い。そのため、長期に経過して治りにくい口腔症状は、安易に心身症と判断されやすく、いわゆる安定剤などの薬剤を長期投与されていることも多く、症状がより複雑になっている症例もみられる。

このような症例に対して、効果的な漢方診療をすすめるためには、関連している薬剤の問題や口腔機能の問題を解決することが重要となる。生活環境も変化してきていることから、教科書的な咬合調整や義歯調整だけでなく、100分の1mm程度の研磨でも十分な場合が多い。

そこで今回は、現代の患者にみられる顎・口腔領域の漢方診療について、口腔領域の疾患の特徴や病態および留意点について、お話ししたい。

略 歴

1980年 九州歯科大学歯学部 卒業
 1980年 産業医科大学病院 歯科口腔外科 専修医
 1981年 国立療養所南福岡病院 歯科
 (1988年から、歯科医長)
 2005年 九州歯科大学 教授 (現 老年障害者歯科学分野)
 2010年 同大学 口腔保健学科長
 2013年 同大学 附属病院長、副学長 (~2016年)
 2016年 九州歯科大学 老年障害者歯科学分野 教授
 現在に至る

学会活動

- アジア障害者歯科学会 理事長
- 日本歯科東洋医学会 副会長
- 日本障害者歯科学会 理事
- その他

著書

- 歯科漢方医学、永末書店、2018
- 臨床に一滴 デンタルアロマセラピー、医歯薬、2017
- 口から食べるストラテジー、デンタルダイヤモンド、2014
- 歯科医師・歯科衛生士ができる 舌診のすすめ、ヒョーロン、2010
- 口腔乾燥症の臨床、医歯薬、2008
- 歯科漢方ポケットブック、永末書店、2005
- 看護で役立つ口腔乾燥と口腔ケア、医歯薬、2005
- その他

受賞歴その他

- 日本障害者歯科学会・国際学会奨励賞
- 日本老年歯科医学会・最優秀ポスター賞
- 社会保険診療報酬支払基金関係功績者・厚生労働大臣表彰

基調講演 漢方薬エビデンス構築の
現状と課題

慶應義塾大学医学部 耳鼻咽喉科

小川 郁

漢方薬の薬効エビデンスを示すことは思いのほか難しい。多くの漢方薬が生薬の合剤であることがエビデンスの創出を困難にしている一因であるが、近年、日本東洋医学会EBM委員会の「漢方治療エビデンスレポート(EKAT)」や「漢方製剤の記載を含む診療ガイドライン(KCPG)」など、エビデンスレベルの高い報告も集約されてきている。また、臨床医の経験も広義のエビデンスとしてどのように評価すべきかも今後の課題となっている。ある漢方薬がどういうときに有効であるかを知り、実際の患者に有効ではないかと考えれば積極的に投与するというスタンスも臨床医にとっては重要である。

今回はプレワークショップ「基礎・臨床研究のフロンティアエビデンスの創出へ」をテーマとしていただいた。耳鼻咽喉科領域の漢方治療のエキスパートの先生方がどのように漢方治療のエビデンスを創出し、臨床応用しているのか、本プレワークショップでまとめてみたい。

pre-WS1 麻黄湯の血漿中代謝物への
作用と血中移行成分に
関する研究

高知大学医学部 外科学講座外科

宗景 匡哉、北川 博之、花崎 和弘

漢方薬は生物活性を有する多くの成分が体内の様々なターゲットに作用することによって効果を発揮する、多成分・多標的の薬剤である。このような複雑な分子メカニズムを有する漢方薬をより深く理解するには、漢方薬が生体に与える影響と関与し得る成分を網羅的に調べる必要がある。そこで我々は網羅的な代謝物分析手法であるメタボロミクスにより、漢方薬含有成分の血中移行性や漢方薬が血漿中代謝物に与える影響について評価を行った。本発表では麻黄湯を題材とし、健康人による臨床研究にてメタボロミクスを実施した成果について紹介する。

麻黄湯は4生薬(麻黄、甘草、桂皮および杏仁)からなる漢方薬で、感冒やインフルエンザに対する有効性が基礎及び臨床研究で報告されている。本研究では健康人4名より麻黄湯服用前後7時点(服用前、服用後15、30分、1、2、4、8時間)で採血を行い、得られた血漿サンプルを用いたメタボローム解析を実施した。その結果、麻黄湯の服用による分岐鎖アミノ酸を含む必須アミノ酸の低下や、広範囲の脂質メディエーターへの影響が明らかとなった。脂質メディエーターに関してはDHAやEPA、アラキドン酸といったメディエーターの元となる代謝物の上昇が観察され、これらが麻黄湯の抗炎症作用に関与している可能性が示唆された。

続いて、同一検体を用いて麻黄湯主要成分の血漿中濃度を測定した。エフェドリン、ケイ皮酸、プルナシンやグリチルレチン酸といった各構成生薬の主要成分を含む15の成分について麻黄湯服用後の血漿中濃度推移が明らかとなった。ケイ皮酸は服用後最も早く血漿に現れるが、グリチルレチン酸は服用後4時間以降に出現するというように、麻黄湯成分は多様な血中動態を示した。このように服用後の血漿中プロファイル変化が麻黄湯の複合的な作用と関連しているのかもしれない。

最後に、血漿中の成分濃度とアミノ酸やメディエーター量の関連を調べるために相関解析を実施した。その結果、エフェドリン類の血漿中濃度推移と分岐鎖アミノ酸の推移が強く相関することが明らかとなった。これは、麻黄湯服用による血漿中分岐鎖アミノ酸の減少がエフェドリン類不意によるものであることを示唆している。

本発表では、以上のように漢方薬の成分動態に加えて幅広く表現型を解析した事例を紹介し、その意義と展望について議論したい。

pre-
WS2インフルエンザ発症抑制に
おける漢方薬の作用メカニズム一般社団法人 生物活性研究機構
団 克昭

【背景】漢方薬及び生薬成分を用いて、感染症やアレルギー疾患における発症抑制効果の検証を行ってきた。インフルエンザウイルス (Inf) 感染症においてはマウス経鼻感染モデルに対して、補中益気湯 (Hochu) の感染前経口投与によって生存率の上昇、肺組織内Inf感染価の抑制効果などを見出している。

【目的】HochuのInf発症抑制効果の作用メカニズムについて、培養細胞への感染系を用いて解明することを目的とした。特に今回は感染防御機構の一つであるオートファジーを中心に解析を行った。

【実験方法】Inf (A/PR/8/34; H1N1; 国立感染症研究所より分与) を、イヌ腎臓尿細管上皮細胞 (MDCK) に感染した。その感染前24時間、あるいは感染直後からHochuを作用させた。また対照薬としてマウス感染系では予防効果を認めなかった十全大補湯 (Jyuzen) を用いた (漢方薬は慶應義塾大学漢方医学センターより供与)。ウイルス感染価をPlaque assay法で、細胞生存率は培養上精中の乳酸脱水素酵素 (LDH) 測定法により、またオートファジーの誘導については、LC3-IIの発現をWestern Blottingにより解析した。さらにLC3の蛍光プローブ (RFP-GFP-LC3B) を形質導入した細胞を用いて、autophagosomeとlysosomeが膜融合してautolysosomeの形成に至る過程におけるInf感染による動態変化とHochu, Jyuzenの作用を検討した。

【結果&考察】感染単独に比べて、Hochuの感染前処理及びJyuzenの感染後処理で、細胞生存率の有意な上昇が認められた。しかしHochuを感染前または感染3時間後から作用させてもInf増殖抑制効果は認めなかった。それは細胞内viral nucleic protein量の検出によっても同様の結果を示したことから、Hochuは正常細胞に対して変化を及ぼすのではなく、感染直後の早期感染過程 (吸着、侵入) に作用するものと考えられた。Inf感染によってLC3-IIの発現が高値を示したことから、オートファジーの誘導を確認した。HochuおよびJyuzenの感染前処理によって感染6時間後のLC3-IIの発現がInf感染群より増強され、その後は両者ともに抑制傾向を示したが、Jyuzenは48時間で増強した。感染後処理では両者ともInf感染と比較して抑制傾向を示した。Inf感染細胞内では膜融合阻害が生じた結果、autophagosomeの蓄積が観察されたが、唯一Hochuの感染前処置によってautolysosome顆粒が確認された。

【総括】Hochuは感染前に作用させることにより感染早期のオートファジーを増強し、autophagosomeとlysosomeの膜融合阻害を改善する。また感染初期に存在することで、Inf増殖を抑制する。

pre-
WS3黄芩成分 (Baicalin) が
好酸球性副鼻腔炎の病態に
与える影響の検討

福井大学 医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

高林 哲司、吉田 加奈子、呉 明美
成田 憲彦、藤枝 重治

好酸球性副鼻腔炎は鼻副鼻腔粘膜に好酸球が浸潤し、粘膜の過度な浮腫による鼻茸形成を特徴とした難治性の疾患である。高率に喘息や中耳炎を合併することが知られており並行してこれらの治療も行う必要がある。現在治療の中心は副鼻腔の単洞化を基本とした鼻内内視鏡手術、およびステロイド投与である。しかし手術後の再発も多く、ステロイドの長期投与を極力避けるためにも病態に応じた他の治療オプションの開発は非常に重要である。慢性副鼻腔炎に対する漢方治療は古くから行われており、好酸球性副鼻腔炎に対する漢方治療の効果もいくつか報告されている。効果発現のメカニズムを解明する事が出来れば治療効果の向上も期待できる。

今回は好酸球性副鼻腔炎に対して治療効果があると言われている、辛夷清肺湯、荊芥連翹湯、柴苓湯に共通して含まれている黄芩の成分であるbaicalinと、その代謝物であるbaicalienの抗炎症作用について鼻粘膜構成細胞に対する直接の作用を検討した。実験方法として、ヒト気管支上皮細胞 (NHBE: Normal human bronchial epithelial cell)、培養ヒト肥満細胞 (ヒト末梢血血液幹細胞由来)、鼻粘膜由来線維芽細胞を各種炎症性サイトカインで刺激し、これらに対してbaicalin、およびbaicalienの抗炎症作用を検討した。

黄芩の成分であるbaicalinと、その代謝物であるbaicalienが上皮系サイトカインの産生を抑制し、肥満細胞の脱顆粒およびプロテアーゼ発現を抑制する効果があった。

本検討によって黄芩の成分が鼻粘膜の構成細胞に作用してTh2炎症を抑制することによって好酸球性副鼻腔炎に対する治療効果を発揮できる可能性が示唆された。

pre-
WS4

当帰芍薬散が有する 神経成長因子産生能に 関する研究

金沢医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

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

【はじめに】感冒後嗅覚障害に対して当帰芍薬散が有効であることが、後見的な臨床研究で報告されているが、その作用機序は明らかにされていなかった。われわれは、嗅神経が成熟後も再生し、再生に当帰芍薬散が何らかの影響を及ぼす可能性に着目した。そして、嗅神経を傷害したマウスに当帰芍薬散を服用させることにより、嗅細胞の再生が促進されることを本研究会で報告した。今回は、当帰芍薬散による神経成長因子 (NGF) 産生の関与を研究したので報告する。

【方法】

1) マウス嗅球におけるNGF産生

メチゾール腹腔内投与により、嗅上皮の変性を起こした後、再生過程における嗅球NGF量をELISA法にて測定した。

2) 培養アストロサイトにおけるNGF産生

培養アストロサイトに当帰芍薬散ならびにその構成生薬、構成成分を添加し、NGFの産生を測定した。

【結果】

1) マウス嗅球におけるNGFの発現は、傷害後4週の時点で対照と比較して有意に亢進した。

2) 培養アストロサイトに当帰芍薬散を添加24時間後、48時間後に、NGF mRNA、タンパクともに発現が増加し、それらは容量依存的に増加した。当帰芍薬散の構成生薬ごとにNGF発現量を定量したところ、蒼朮と当帰においてNGF産生が増加し、その構成成分であるAtractylodinとLevistolide A添加により増加した。NGFの各産生経路阻害薬投与による検討では、MEK 1/2阻害薬であるU0126を加えることによりNGF産生が抑制された。

【まとめ】今回の研究により、当帰芍薬散が嗅神経の再生を促進する機序として、嗅球におけるNGFが関与していることが示唆された。また、当帰芍薬散は培養アストロサイトにおいてもNGF産生亢進作用を有し、NGF産生経路としてERK経路を介しての産生に影響を及ぼしている可能性が示唆された。

pre-
WS5

アルサニル酸を用いた マウス内耳破壊

奈良県立医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾奈良県立医科大学 解剖学第二講座²⁾大阪警察病院 耳鼻咽喉科³⁾大阪大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科⁴⁾

○伊藤 妙子¹⁾、辰巳 晃子²⁾、滝本 泰光³⁾
今井 貴夫⁴⁾、西村 忠己¹⁾、森本 千尋¹⁾
山中 敏彰¹⁾、和中 明生²⁾、北原 紘¹⁾

【はじめに】前庭代償の研究ではラットやモルモットを使用しためまい平衡障害モデル動物が多用されてきた。しかし研究の将来性を考慮すると、遺伝工学的アプローチが容易であるマウスで簡便かつ再現性の良いめまい平衡障害モデルの確立が重要となる。

今回我々は研究に必要な個体数を最小限にしつつ十分な検体量を得ることを目的とし、ラットで報告されているアルサニル酸を用いた内耳破壊法をマウスに施行し、この方法がめまい平衡障害モデル作成法として有用であるかを動物行動学的、組織化学的に検討した。

【方法】C57BL/6Nマウス(10週齢)を使用した。

(1) 実験方法

イソフルラン吸入麻酔下ですべての外科的処置を施行した。右耳後部切開後、外耳道を開放し鼓膜を確認、切開した。0.4M p-アルサニル酸ナトリウム溶液50 μ lを鼓膜切開部から鼓室内に投与し5分置後吸引除去、耳後部を縫合し終了した。コントロールに対しては0.1M PB 50 μ lを鼓室内に5分間投与した。

(2) 観察項目

1) 動物行動学的指標

① 頭部偏倚角

頭部正面から写真撮影し、冠状断で頭部の正中と観察台との角度を計測した。計測は内耳破壊後1日目から7日目まで毎日1回ずつ行った。

② 眼振

頭部固定装置を備えた赤外線CCDビデオカメラを使用し頭部を固定、眼振を撮影した。

2) 組織化学的指標

左心室経路で4%パラホルムアルデヒド、0.1%グルタルアルデヒドを用いて灌流固定を行った。

① 側頭骨HE染色

灌流後摘出した側頭骨から7 μ mずつの切片を作成し、HE染色し前庭を観察した。

② 神経活動マーカー (IEGs) を用いた免疫染色

脳幹を凍結後30 μ mの切片を作成した。第一抗体 (1 : 20000, anti-cFos)、第二抗体 (1 : 1, Histofine simple stain PO Kit) と反応させ発色にはDABを用いた。

【結果】

1) 動物行動学的指標

① 頭部偏倚角

頭部偏倚角は48時間後に15 \pm 3.5度 (平均 \pm 標準偏差) と最小となり最も斜頸となった。その後徐々に斜頸は改善し96時間後では78.4 \pm 4.3度となったが、それ以上の改善はみられなかった。

② 眼振

内耳破壊48時間後の観察では左への水平性眼振が観察できた。

2) 組織化学的指標

① 側頭骨HE染色

アルサニル酸による内耳破壊を施行した場合、前庭における耳石の消失、炎症細胞の浸潤、細胞質の脱落を認めた。

② IEGs

内耳破壊48時間後の脳幹では、破壊側前庭神経核において健側前庭神経核と比較してcFosの発現が多くみられた。

【考察】アルサニル酸を用いた内耳破壊がマウスのめまい平衡障害モデル作成に有用かを検討した。頭部傾斜、眼振、側頭骨HE染色標本、前庭神経核でのIEGsの発現から、内耳破壊法として多用されているエタノール内耳灌流法と同様に、本方法でも内耳破壊が可能であることが確認できた。今後は本方法で内耳破壊を行ったマウスに当帰芍薬散などを投与し内耳、神経機能の回復が促進されるかを検討していきたい。

1. 半夏厚朴湯処方例における鉄代謝異常の検討

せんだい耳鼻咽喉科
内菌 明裕

【目的】いわゆる咽喉頭異常感症は、漢方では咽中炙癆と相同視され、半夏厚朴湯が頻用される。しかしながら、和田東郭は、その著書の中で「半夏厚朴湯、唯咽中炙癆アルノ言バカリヲ標的トシ、咽喉不利ノ症ニ遭エバスグニ此ノ方ヲ用ユ妄投ト云フベシ」と記しており、むしろ心下の痞を目標にした方が良いと記している。Plummer-Vinson症候群のような極度の鉄欠乏においては咽喉頭部の異常感が出現することが知られ、咽喉頭異常感症と鉄欠乏の関連に関する報告も多々見られる。咽喉頭異常感症が閉経期前後の女性に多いのもよく知られており、鉄代謝との関連が示唆される。今回、当院で半夏厚朴湯を処方した症例と鉄代謝に関連があるかを後方視的に検討することを目的とした。

【方法と仮説】過去5年間に当院で半夏厚朴湯を処方した患者を対象に、血液検査の結果を基に鉄の代謝状態を検討した。血液検査項目は、ヘモグロビン、血清鉄、UIBC、フェリチン、MCV、MCHCである。半夏厚朴湯投与群との比較対照群として、同じように軽い心下痞を根拠に処方される補気剤の六君子湯処方群を選んだ。半夏厚朴湯を処方した症例群での鉄代謝異常が認められれば、咽喉頭異常感症における半夏厚朴湯の処方根拠に寄与できると仮説を立てた。

【結果及び推論】半夏厚朴湯投与群では、フェリチンが高値を示す群と低値を示す群とに分けて理解しなければならぬことが示唆された。フェリチンは実際の鉄欠乏を反映する場合と、炎症が存在する場合とではその評価が大きく違うため、貯蔵鉄としての評価のみで、鉄欠乏と判断できず、その点を考慮すれば、漢方薬選択時の指標となる可能性がある。

2. 上咽頭炎に伴う消化器症状に対する東洋医学的治療

はぎの耳鼻咽喉科¹⁾、東海大学 東洋医学教室²⁾
萩野 仁志

上咽頭炎を伴う患者にはしばしば消化器症状を伴う。症状の原因として考えられる病態はGERD(胃食道逆流症) NERD(非びらん性胃食道逆流症) LPRD(咽喉頭酸逆流症) FD 機能性胃腸症(機能性ディスペプシア)などが挙げられる。

例えばLPRDの状態では上咽頭まで胃酸逆流が及び中耳炎を起こす症例も認められる。胃酸の逆流が上咽頭に直接影響して上咽頭炎を起こす場合がある。その一方で上咽頭炎はしばしば自律神経失調症状を伴い、頭痛や肩こり、耳鳴、めまい、体調不良など症状は多彩となるがその症状の一つとして消化器症状も起こす。つまりLPRDにおいて上咽頭炎はその結果とも考えられるし原因とも考えられる訳である。酸逆流症が上咽頭炎の原因となっている場合は六君子湯等を使用してGERDをコントロールすることにより上咽頭炎の治療に応用できる可能性がある。また上咽頭炎に伴う消化器症状への対応としてはしばしば併存する咽喉頭異常感に留意して半夏厚朴湯を使用するとしばしば良い結果を得る。上咽頭炎に併発する消化器症状にはH2-BlockerやPPI(プロトンポンプインヒビター)、モサプリド等が無効なのに漫然と投与されているケースも多い。このような症例には上咽頭炎への塩化亜鉛治療(EAT: Epipharyngeal Abraseve Therapy)を行った上での漢方薬での治療がしばしば奏功する。上咽頭炎の治療中に認められた消化器症状に使用して効果のあった六君子湯、茯苓飲合半夏厚朴湯、半夏厚朴湯、加味帰脾湯などの漢方薬について症例を交えて解説する。

3. 音声障害における漢方製剤の使用経験

秋田大学大学院医学系研究科
耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

鈴木 真輔

音声障害は様々な原因で生じ、その病態に応じた治療が必要である。多くの場合、声帯の炎症や萎縮、腫瘍性病変などの他覚的な所見が認められ、それぞれの原因に応じた治療法が選択される。しかし、自覚的な音声障害を訴えるにも関わらず、他覚的な異常所見の指摘が困難である症例をしばしば経験することがある。我々は、このような症例のうち、加齢や炎症、乾燥などを背景とする喉頭粘液の性状変化が原因と推測される場合に麦門冬湯の投与を行っている。今回、音声障害の訴えに対して麦門冬湯を投与した症例について検討を行った。

対象は音声障害を主訴に当科を受診し、喉頭ファイバースコープで声帯に明らかな異常所見を認めないものの、病歴や咽喉頭の粘液所見から音声障害の原因として喉頭粘液の性状変化が原因と推測された症例で、麦門冬湯投与後の経過を確認できた12例である。内訳は男性5例、女性7例。平均年齢は49.8歳。12例中6例は上気道炎をきっかけとしており、消炎剤等による治療歴があった。また平均病期期間は9.9ヶ月であった。12例中10例で自覚的な音声症状の改善を得られ、症状改善が確認されるまでの平均期間は22.8日であった。

音声はコミュニケーションの重要な手段であるが、患者の職業や生活環境によって音声の使用頻度や方法は大きく異なる。このため、音声障害は他覚的な評価のみでなく、患者自身の自覚的な満足度も重要である。声帯粘膜は音声に関わる非常に繊細な部位であり、乾燥や炎症などによるわずかな変化が音声に影響を与える。今回の症例は麦門冬湯の投与により声帯を含む喉頭所見に明らかな肉眼的な変化はないものの自覚的な音声の改善を得た。麦門冬湯にはNO阻害による水チャンネル修復で漿液分泌を促進し、粘液分泌を抑制するなどの作用があり、気道に対する潤性作用が知られている。これが炎症などのために生じた喉頭粘液の性状変化を改善して音声症状の改善につながった可能性が推測される。

4. 漢方薬と年齢についての考察 (特に半夏厚朴湯と麦門冬湯に着目して)

国立病院機構 霞ヶ浦医療センター¹⁾
野木病院²⁾
筑波大学附属病院³⁾

○星野 朝文¹⁾³⁾、加藤 士郎²⁾³⁾

【はじめに】昨年の第34回日本耳鼻咽喉科漢方研究会で「漢方薬と年齢についての考察」を行った。その結論として、半夏厚朴湯と麦門冬湯の処方時年齢を比較すると、明らかに麦門冬湯の方で平均年齢が高かった。ただし、その比較検討ではあくまで処方パターンの検討でしかなく、各処方の有効症例のみの検討は行っていない。そこで、今回は有効症例のみのデータを集積して検討を行った。

【方法】2017年4月1日から2019年3月12日の2年間における、当科で漢方薬を処方した際の処方情報を、院内オーダリングシステムから抽出した。そのうち、半夏厚朴湯と麦門冬湯の処方回数と、処方時の年齢をレトロスペクティブに検討した。

【結果】上記期間に半夏厚朴湯を153回、56人に、麦門冬湯を461回、215人にそれぞれ処方した。そのうち、一人に対し3回以上の処方を行ったのは、半夏厚朴湯で14人、麦門冬湯で52人であった。半夏厚朴湯群は14人すべてが有効例であり、麦門冬湯群では有効例46人、無効例6人であった。半夏厚朴湯有効例14人、麦門冬湯有効例46人の処方時年齢の平均値は54歳、72歳であり、統計学的に有意差($p < 0.01$)を認めた。この二群でのしきい値を求めるためにROI解析を行ったが、そのしきい値は68歳であった。

【考察・まとめ】麦門冬湯と半夏厚朴湯の処方時年齢を比較すると、有効症例の条件に絞っても、明らかに麦門冬湯の方で平均年齢が高かった。

5. 声門閉鎖不全に対する漢方薬の効果の検討

富山大学 耳鼻咽喉科頭頸部外科

○阿部 秀晴、中西 亮人、高倉 大匡
石田 正幸、將積 日出夫

【はじめに】声帯麻痺や溝症・萎縮等の声門閉鎖不全に対する治療として、声帯内注入術や枠組み手術などの外科的治療があるが、保存的加療としてはPulling法・Pushing法などのリハビリが一般的に行われている。標準的な薬物療法は確立されていない。

今回我々は麻痺を含む声門閉鎖不全例に対し補中益気湯を使用し効果を検討した。

【対象】2014年4月から2019年4月までの間で、当科を受診し、声門閉鎖不全を認め、保存的加療を希望し、補中益気湯を3週以上処方された20例。Pulling法による自宅でのリハビリを指導した。原疾患の内訳は溝症7例：萎縮6例：中枢性声帯運動障害1例：声帯麻痺6例。

【方法】カルテを元に後方視的に最長発声持続時間(MPT)、聴覚心理的評価(GRBAS尺度)、Voice Handicap Index (VHI)を投与前後で比較した。内服開始から評価までの期間21-70日で中央値31日であった。

【結果】MPTは投与前平均8.8秒から投与後平均10.0秒(n=20, 改善：不変：悪化例=11：3：6例で、符号付Wilcoxon検定でP=0.042)と有意な延長を認めた。GRBAS尺度のG評価では投与前平均2.2から投与後平均1.9(n=12, 改善：不変：悪化例=3：8：1例、SIGN検定有意差なし)で変化は認められなかった。

VHIは総合で投与前平均41.2から投与後平均26.5(n=10, 改善：不変：悪化=8：0：2例、符号付Wilcoxon検定P=0.030)と有意な改善を認めた。

自覚症状もしくは他覚所見のいずれか一つでも改善を認め、有効と判断した症例は17例であった一方、効果を認めなかった症例は3例であり、それらは全例声帯麻痺の症例であった。

【考察】補中益気湯は子宮下垂や、脱肛に対しても適応症があり、筋肉のトーンスが低下している病態が使用され、「言語に力がない事」というのも使用目標の一つである。これまで声帯萎縮や声帯溝症に対する有効性について諸家の報告があり、今回の検討でもこれらの原疾患による声門閉鎖不全に対して補中益気湯は有効であることが統計学的に明らかとなった。一方、声帯麻痺に対しては効果が不十分な場合が多く、外科的治療を積極的に考慮すべきと考えられた。

【結論】声門閉鎖不全の保存的加療として、補中益気湯をリハビリに併用する事でMPT延長及びVHIの改善に有効である可能性が示唆された。今後症例を増やして検討したい。

6. 副鼻腔真菌症(蓄膿症)に対する辛夷清肺湯の使用経験

いぬかい耳鼻科クリニック
犬飼 賢也

【緒言】副鼻腔真菌症に対する治療は副鼻腔の洗浄、手術が一般的である。今回は洗浄のみでは改善しなかったが、辛夷清肺湯を使用したところ、急激に真菌塊が排泄された症例を経験したので報告する。

【症例】57歳男性。X年5月17日、某病院歯科で右上顎智歯を抜歯した。その後、右頬が重く、CTを撮影したところ、右上顎洞真菌症が疑われ、同年6月19日、同院耳鼻科に紹介された。右上顎洞は大きく開放されており、洞内に真菌塊があり、外来で生理食塩水にて適宜洗浄を行っていた。自宅でも生理食塩水で洗浄をしていた。紹介状を持参し、10月19日当院を受診した。

現症：右上顎洞が開放されており、洞内に真菌塊が認められた。

漢方医学的所見：身長171cm、体重68kg、BMI 23.3、血圧150/91mmHg、脈拍65回/分。

望診：前かがみ、皮膚は乾燥。

舌診：歯痕舌、舌苔は白、地図状舌。

聞診：声が大きい。

問診：不眠、大便秘結、腰痛、胸痛あり、イライラする。ストレスあり。

脈診：虚、沈

腹診：腹力3/5。特記すべき腹診所見なし。

10月19日、ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒(医療用)®7.5g分3を3週分処方した。11月10日、再診した。あまり良くないとのことであったが、同漢方薬を4週分処方した。11月11日、自宅で鼻洗浄をしていたら、真菌塊が排出された。

11月12日、真菌塊を持って当院を受診した。そのまま漢方薬を継続内服してもらった。12月1日、当院を再診した。

内視鏡でも上顎洞内の真菌塊はなくなっていた。鼻レントゲンでも上顎洞の陰影はなかった。同日終診とした。

【考察】副鼻腔真菌症の寄生型は手術あるいは洗浄での真菌塊の完全除去である。本症例は、右上顎洞が十分に開放されており、前医で、手術適応なしと判断されていた。洗浄だけで治療する方針となっていた。当院に紹介されてから、辛夷清肺湯を処方し、内服24日目で、急激に真菌塊が排出された。

辛夷清肺湯の出典は外科正宗で、肺熱のため、鼻閉、膿性の鼻汁、頭痛、口渇などの症状を呈する時に用いられる。

構成生薬は黄芩、山梔子、石膏、知母、麦門冬、百合、辛夷、升麻、枇杷葉で、9種の生薬からなる。総じて、冷やして、排膿させる作用がある。また、粘液線毛輸送機能の改善作用が報告されている。

過去の文献を渉猟した限りでは副鼻腔真菌症に対する辛夷清肺湯の報告はない。洗浄のみでは改善しない副鼻腔真菌症症例に対して、試してみる価値があると思われた。

7. 当科における鼻副鼻腔炎の治療について

自衛隊福岡病院 耳鼻咽喉科
加藤 志保

鼻副鼻腔炎は、抗菌薬なしでもすぐに軽快することがある一方、ガイドラインにも、耐性菌や難治の場合の抗生剤のスイッチ方法がきめ細かに記載してある通り、治療に難渋することもある疾患である。また、症状緩和という意味では、去痰薬や鎮痛薬以外に処方すべき薬がないといえる。

葛根湯加桔梗石膏には、去痰・排膿効果、抗炎症作用があり、扁桃炎、中耳炎、鼻副鼻腔炎など、上半身の炎症に奏功し、早期の症状緩和が得られるとされる。そこで当科では、鼻副鼻腔炎の治療に、初回治療に全例葛根湯(加川芎辛夷)、桔梗石膏を処方している。今回われわれは、副鼻腔炎に対する当科での治療状況について報告する。

対象は平成30年4月1日から平成31年3月31日までの期間に、当科で鼻副鼻腔炎に対して治療を行い、経過の確認できた53名である。年齢は7歳から69歳。男性36名、女性17名。急性副鼻腔炎35名、慢性副鼻腔炎9名、好酸球性副鼻腔炎4名、歯性上顎洞炎5名であった。症状については、治療前の鼻閉、鼻汁、頬部痛などの自覚症状を10とした時のNumerical Rating Scale (NRS) で評価した。

急性副鼻腔炎のうち、発症から1週間以上かつ自覚症状の強い18例で抗生剤を使用した。全例アモキシシリンであり、一部を除き1週間投与後に自覚症状がスコア5以下となり、追加投与3~10日で軽快した。

抗生剤を使用しなかった17例は、殆どが発症から1週間以内で、軽症であった。1~2週間で軽快し、抗生剤を追加したものはなかった。

慢性副鼻腔炎、歯性上顎洞炎については、1例を除きアモキシシリンを使用した。病脳期間が数年のものもいたが、一部の難治性の例を除き、最初の1週間でスコアは5以下となり、2週間でほぼ軽快した。このうち2名で上顎洞洗浄を行った。

好酸球性副鼻腔炎については、他の副鼻腔炎と比べ、症状緩和が得られにくかった。このうち前医での標準的治療で効果がなく、ドクターショッピングを繰り返していた1例に対し、葛根湯加桔梗石膏を使用したところ、治療1週間で症状が緩和し、継続治療ができた例があった。

当科での経験では、鼻副鼻腔炎の治療に葛根湯加桔梗石膏を用いると、効果が早く表れ、難治例に悩まされることが少なくなった。また、アモキシシリン以外の抗生剤を使用することが無く、抗生剤の濫用を防止できるなど様々な利点が考えられた。エビデンスレベルではないが、当科の治療には漢方薬の利点が活かされていると思われ、今後も継続する予定である。

8. 急性咽頭炎、扁桃炎における小柴胡湯加桔梗石膏の使用経験

なりた耳鼻咽喉科アレルギー科クリニック
成田 慎一郎

最近抗生剤適正使用のために、耳鼻科関係の感染症では抗生剤を安易に使用しにくくなっています。さらに、咽頭・扁桃炎に適応のあるトラネキサム酸がありますが、高齢者では抗凝固剤を服用中の患者さんも多いために使いにくい時があります。

一方、小柴胡湯加桔梗石膏は柴胡、桔梗、石膏等を含み、咽頭、扁桃炎に適応があります。今回、初診時の体温が38℃未満の比較的軽症な急性咽頭、扁桃炎に対する使用経験を報告します。症例は平成30年11月1日から平成31年3月31日までに64例(男性29例、女性35例、平均年齢54.3才)に小柴胡湯加桔梗石膏を使用しました。初診時の体温は平均36.5℃で、小柴胡湯加桔梗石膏の投与期間は平均で5.7日間であった。初診時に咽頭細菌培養を行った症例では多くは正常細菌叢であったが、それ以外ではA群β溶連菌1例、酵母様真菌4例、および緑膿菌1例であった。初診時に血液検査を行った12例では白血球数は7,481個/μL、CRPは2.8mg/dLであった。投与方法は1日7.5gを3回に分割し食前に平均で5.6日間、経口投与した。胃腸虚弱者やインターフェロン使用中の患者には投与していない。主な副作用としては文献では過敏症、発疹、胃部不快感、下痢等が報告されているが、今回の症例では特に認めなかった。注意すべき副作用として偽アルドステロン症、低カリウム血症、血圧上昇、浮腫等が報告されているが、今回の投与例では認めなかった。高齢者(65才以上)は全64例中21例であったが、小柴胡湯加桔梗石膏投与により特にはっきりした副作用は認めなかった。

さらにこれらの症例のうち15例において咽頭炎、扁桃炎の重症度スコア(扁桃炎研究会の急性咽頭炎、扁桃炎診療ガイドライン(案))を症状スコア3項目(日常生活の困難度、咽頭痛・嚥下痛、発熱)および咽頭・扁桃スコア3項目(咽頭粘膜の発赤・腫脹、扁桃の発赤・腫脹、扁桃の膿栓)(各0~2点、合計スコア0~12点))にて小柴胡湯加桔梗石膏投与前後で評価した。抗生剤の併用は行っていない。投与前は重症度スコアの平均は4.2点で、平均投与期間5.1日後のスコアは0.9点であった。

9. 『柴葛解肌湯を再考する』 ～耳鼻咽喉科領域の AMR対策として～

今井耳鼻咽喉科疾患研究室¹⁾
徳島大学 耳鼻咽喉科²⁾

陣内 自治¹⁾²⁾、武田 憲昭²⁾

2016年伊勢湾サミットでWHOから、日本は抗生剤の使用量が多いため抗生剤の使用量を減らすよう勧告をうけた。日本における耐性菌を抑えるために、抗菌薬の使用を減らすことは喫緊の課題である。しかし、厚生労働省は抗生物質使用量減少のキャンペーンを行っているが、種々の対策も功を奏していない現状である。我々耳鼻咽喉科医は風邪に対する投薬に抗生物質処方を行うことがあり、耐性菌助長の一端を担っている。この上気道炎に対し、本来抗生剤が無用なケースに、柴葛解肌湯を処方することによってウィルス感染の段階で十分治癒しうることを本会で報告したい。

柴葛解肌湯は1918年のスペイン風邪の世界的流行時、浅田宗伯先生の門下である木村博昭先生が一人の死亡例も出さずに治療に頻用されたことで有名な合方である。柴葛解肌湯は現代方で代用するなら葛根湯合小柴胡湯加桔梗石膏がもっとも近い。本方はインフルエンザ初期のような無汗、悪寒の太陽病期から適応可能で、麻黄により強力に温め発汗(解表)作用がある。また病期が進み、「半表半裏」、往来寒熱の少陽病期になっても桂皮(桂枝)・柴胡による解肌(じわりと汗をかくこと)作用により和解除し清熱する。咽頭の腫れ・熱感には桔梗石膏が適応する。

柴葛解肌湯は急性熱性上気道炎に対して病期を選ばず処方できる優れた合方である。インフルエンザ定性検査で陰性のケースであっても、症状を的確に押さえることのできる処方であり臨床医の判断が難しい症例に対しても方意が明快な処方である。演者はウィルス感染の段階の上気道炎患者に柴葛解肌湯を処方し、抗菌薬を同時に処方するのは半数以下で、抗菌薬投薬日数も感染が疑われた時2、3日にとどめている。明らかな細菌感染であっても柴葛解肌湯処方は症状緩和に有効であり、抗菌薬の投薬期間を短縮する効果が期待できる。

柴葛解肌湯はAMR対策として、上気道炎に対する抗生剤処方を大幅に減少させる効果が期待できる処方であり、本会では柴葛解肌湯の変法についても口演予定である。

10. 急性乳様突起後の 遷延する耳漏に対して漢方薬が 有効であった症例

山陰労災病院 耳鼻咽喉科

○平 憲吉郎、門脇 敬一

【はじめに】近年は抗菌薬の発達により、重症化する急性乳突洞炎の発症は減少傾向である。一方で耐性菌による遷延化する症例が問題となっている。特に多剤耐性菌の症例は使用できる抗菌薬の種類も制限され、治療までに長期間を要することもある。

症例は23歳男性、2018年9月某日に発熱と右耳痛で近医耳鼻科を受診し、急性中耳炎と診断され鼓膜切開、セフトレキシム300mg/日の内服が行われた。その後も耳漏と右耳痛症状が改善せず、めまいや難聴症状も伴うため7日後に当科を受診。38度台の発熱と鼓膜の著明な腫脹、右耳後部の圧痛があり、CTで乳突洞に炎症による軟部影を認めた。耳漏検査からはMRSAが検出された、右鼓膜チューブ留置とバンコマイシン(VCM)の5日間投与による保存的加療で解熱して右耳後部の圧痛の改善を認めた。急性炎症初見は改善し入院7日目に退院となった。しかし、持続する耳漏からペニシリンやセフェム系抗菌薬に耐性のあるstreptococcus olalisを検出した。さらなる耐性菌発現を避けるため、抗菌薬は使用せずカルボシステイン内服と鼓室内洗浄を定期的に行ったがその後も半透明の耳漏が持続した。このため、退院後60日目の時点から十全大補湯7.5g/日を開始した。内服開始後7日目には耳漏停止、CTで右乳突洞の陰影も改善しており、退院後67日目に鼓膜チューブを抜去、切開孔は自然閉鎖した。

本症例では抗菌薬によって急性乳突洞炎の重症化を避けることはできたが、耐性菌による感染が遷延化した。本症例で十全大補湯は耐性菌の感染制御に有効であった可能性がある。また、十全大補湯は起炎菌が耐性化しやすい小児の反復性中耳炎において有効性が報告され、免疫賦活作用や抗炎症作用を有すると考えられている。東洋医学的には中耳や乳突洞内の粘膜の状態は慢性炎症による微小循環障害により引き起こされる組織の障害は局所の血虚とも考えられ、十全大補湯に含まれる四物湯の補血作用が有効であった可能性が考えられた。

11. 滲出性中耳炎に対する漢方治療 (耳管機能)

なのはな耳鼻咽喉科
境 修平

滲出性中耳炎は「鼓膜に穿孔がなく中耳腔に貯留液をもたらす難聴の原因となるが、急性炎症症状すなわち耳痛や発熱のない中耳炎」と定義される。薬物療法としては鼻副鼻腔炎を合併している小児滲出性中耳炎に対してはマクロライド療法が推奨度B、カルボシステインの投与が推奨度Aとされているが、実臨床においてはそれだけでは治療に難渋するケースも多く経験する。

小児滲出性中耳炎の病因は、一次的には急性中耳炎と同様に感染であることが分かっているが、あくまでも主となるものは耳管機能障害である。その中には滲出性中耳炎とは無縁にみえる「耳管が緩い状態(耳管閉鎖障害)」を呈する症例が少なからず存在し、難治例での関与が示唆されている。

一方で成人における耳管開放症(耳管閉鎖障害)に対しては補中益気湯、加味帰脾湯などが用いられ、効果を挙げている。

今回われわれは乳幼児の難治性滲出性中耳炎に対し補中益気湯を投与に良好な結果を得たため報告する。

症例は1歳5ヶ月の男児。1歳頃より膿性鼻汁を伴う滲出性中耳炎を繰り返し、近医耳鼻科で多種多様な抗生剤、カルボシステインの投与を受けるも再燃を繰り返すため平成31年4月に当クリニックを受診した。治療経過を見る限り、通常のマクロライド療法、カルボシステインの投与では治療困難と判断し補中益気湯2.5g/日を開始。服薬コンプライアンスは良好であり、投与2週目頃より膿性鼻汁、中耳滲出液も減少し、受診時の機嫌もよくなり内服継続中である。

滲出性中耳炎に対する漢方治療としては石山らが柴苓湯の有用性を報告しており、小柴胡湯の抗炎症効果・抗アレルギー効果と、五苓散の利尿効果を期待して投与したと記載されている。

一方、補中益気湯は中気下陷に対する代表処方であり、脾胃気虚に骨筋筋、平滑筋、支持組織などの緊張低下が明らかになったものと考えられる。難治性滲出性中耳炎の場合、前述のごとく「耳管が緩い状態」での関与が示唆されており、これはまさに中気下陷の状態であると考えられ、特に乳幼児の難治性滲出性中耳炎においては、補中益気湯がより有用ではないかと考えられた。

12. 自律神経機能測定 耳鼻咽喉科領域の漢方治療 に対する有用性についての検討

大阪市立大学大学院 耳鼻咽喉病態学
阪本 浩一

自律神経機能は、生体の恒常性の維持に必要な3大機能の一つであり、その不調は、耳管開放症、めまい、咽頭喉頭異常感などと関連することがわかっている。耳鼻咽喉科領域において、このような症状は、漢方薬の適応とされ、様々な処方が行われている。しかし、その効果判定は、自覚症状の改善などに頼っており、他覚的な評価は難しいのが現状であった。自律神経機能の測定を治療前後に施行することで、漢方薬の効果と自律神経機能の評価が比較検討でき、より客観的な評価が可能になり、さらに、漢方薬の効果のある症例を選択できる可能性も考えられる。今回、われわれは、耳管開放症、咽頭喉頭異常感を中心に、加味帰脾湯を投与し、その前後の自律神経機能を評価した。自律神経機能の測定は、ユメディカ社製APG測定システムアルテットを用い反射型赤外線センサーで2分間脈波(PPG)・心電図(ECG)測定し周波数解析によりLF、HF、自律神経系の全体的な活動(LF+HF)、自律神経バランスLF/HFを測定した。加速度脈波のa-a間隔による自律神経機能解析は心電図によるR-R間隔による自律神経機能解析と生理学的にはおおむね同様の意義を有している。R-R間隔の周波数解析から0.15Hzまでの低周波成分(low frequency : LF)は主に交感神経機能を反映し、0.15Hz以上の高周波成分(high frequency : HF)は副交感神経機能を反映していることが明らかにされており、低周波数/高周波数の比(LF/HF)が自律神経機能を示している。今回、耳管開放症に多い耳閉塞感、違和感を示す症例に対し有効とされる加味帰脾湯を投与しその前後の自律神経機能を評価した。LF/HFが交感神経優位の症例で、治療効果と共にLF/HFが低下し副交感神経優位に変化する例が認められた。症例を紹介し、自律神経機能の評価が、漢方治療の治療効果の判定と予測に有用であるか検証したい。

13. 耳管開放症に対する漢方薬の効果

真生会富山病院 耳鼻咽喉科

○真鍋 恭弘、徳永 貴広

耳管開放症に対する内服治療で報告があるのは、西洋医学の薬剤ではアデノシン三リン酸のみであり、その他はすべて漢方製剤による報告である。耳管開放症に対する漢方治療の端緒を開いたのは石川による加味帰脾湯である。しかし、加味帰脾湯ですべて治療できるものではなく、その後の報告としては、齋藤、竹越による補中益気湯の報告がよく知られている。補中益気湯導入の画期的なところは、耳管開放症の背景に虚証があると見て、それを改善する補中益気湯を採用したところにある。つまり耳管開放症の代表的病因である脱水、体重減少、低血圧を「虚している状態(虚証)」ととらえた。虚証の治療剤である補剤は補中益気湯だけでなく、加味帰脾湯も補剤の一つである。石川は加味帰脾湯を採用したきっかけを血流増加作用と考えたが、血流増加作用を有する漢方製剤は他にもたくさん存在する。その中で加味帰脾湯が効果を発するのは、補中益気湯と同様、耳管開放症患者の背景にある虚を改善する可能性が考えられる。

そこで、耳管開放症診断基準案2016で確実例と診断した耳管開放症症例に対する加味帰脾湯と補中益気湯の効果を比較検証することとした。患者の背景因子としての虚証、実証の判定を実虚スコアで判定すると共に、加味帰脾湯の方意の一つである精神症状をHADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)質問票を用いて分析し、各方剤の有効率と症例の虚実、精神症状の有無などとの関係を検討したので報告する。

参考文献)

石川 滋 : 耳管開放症に対する薬物療法の試みー加味帰脾湯の使用経験ー. 耳鼻臨床 87: 1337-1347, 1994.

齋藤 晶、他: 耳管開放症が疑われた症例に対する漢方治療. 日東医誌 63: 336-339, 2012.

竹越哲男、他: 耳管の検査と処置ー私の方法 (Ⅲ) 漢方治療医 (耳鼻咽喉科漢方医) として. MB ENTONI 201: 47-52, 2017.

14. 耳鼻咽喉科領域における加味帰脾湯処方例に関する検討

金沢大学附属病院 漢方医学科¹⁾

小森耳鼻咽喉科医院²⁾

○白井 明子¹⁾²⁾、小森 貴²⁾、小川 恵子¹⁾

【緒言】加味帰脾湯は、『敵氏済生方』等が出典とされ、帰脾湯に柴胡・山梔子を加味した処方である。心身過労の結果、種々の出血や神経症状を生じ、さらに虚熱により精神不安が強い病態に用いられる。耳鼻咽喉科領域では耳管開放症への応用で有名であり、ストレス等の心理的要因に関連する頭頸部領域の諸症状に応用が期待される方剤である。

【目的】漢方医学的診断による加味帰脾湯処方例について検討し、その特徴を明らかにする。

【対象と方法】平成25年9月から平成31年3月の間に当医院にて加味帰脾湯を処方し、追跡可能であった19症例を対象とし、臨床像と経過について後向きに検討した。

【結果】年齢は16-81歳(平均47歳)、男性5名、女性14名。疾患の内訳は、耳管開放症8例(治癒1例、改善6例、不変1例)、耳鳴症7例(改善5例、不変2例)、めまい症3例(治癒1例、改善2例)慢性咽喉頭炎・虚弱1例(改善)であった。

【考察・総括】加味帰脾湯は、心脾両虚に肝鬱化火が加わった病態に使用される。また酸棗仁・遠志・竜眼肉等の安神作用がある生薬を含み、不眠・不安・易驚・健忘・決断力低下といった胆気不足症状にも適応となる。今回の治癒・改善症例においても、ほぼ全例に脾気虚による倦怠感や食欲不振、心神不寧による驚悸・不眠等の精神症状、のぼせ・イライラ等の熱状、そして胆気不足症状、並びに脈証として胆気不足を示す短脈を認めた。

耳鼻咽喉科領域において、耳鳴・めまい・咽喉頭異常感症等の病因に、ストレスのような心理的要因が関与することがよく知られている。また同要因は疾患の遷延や反復の原因にも成り得るため、同要因への有効なアプローチが治療の鍵となる。今回の検討において、加味帰脾湯は心理的要因との関連が深い耳管開放症・耳鳴症・めまい症といった耳疾患に応用する頻度が高い結果であった。心脾両虚・肝鬱化火・胆気不足を適応病態とする加味帰脾湯は、心理的要因に関連する耳疾患の治療の選択肢と成り得る。また加味帰脾湯有効例では、胆気不足症状並びに短脈の陽性率が高く、使用目標としては特に胆気不足が重要であることが示唆される。今後は鼻・咽喉頭疾患への応用について検討を重ねたい。

15. うつ・不安を伴う耳鳴に対する薬物治療における漢方薬の使い方の工夫

国立病院機構東京医療センター
和佐野 浩一郎

生活のなかにおける耳鳴による障害の増悪に、不安やうつが強く関連していることは広く知られている。耳鳴に関する治療として基本となる指示的カウンセリングに加え、補聴器を用いた音響療法および抗うつ薬や抗不安薬を用いた薬物療法を提示し、患者の聴力や気分障害の状態により相談しながら治療方針を決定している。

演者である和佐野は以前より指示的カウンセリングの効果を抗うつ薬により加速、増強できることを報告してきた。治療においては毎回の診察時にTHI、THI-12、HADSにより評価を行い、治療効果が十分な状態が3か月程度プラトーに達した場合に薬剤の減量を開始している。

抗うつ薬は内服終了時に離脱症状や症状の再発が心配されるため、時間をかけた漸減を行うとともに、終了時に加味帰脾湯や半夏厚朴湯などの漢方薬への切り替えを行っている。多くの症例で1~3か月ほどで漢方の投与も終了し、終了後も3か月から1年程経過観察を継続し、症状の再発がないことを確認している。

経過の詳細につき報告を行う。

16. ラット耳鳴モデルを使用した漢方研究

奈良県立医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾
神戸市立工業高等専門学校 電子工学科²⁾
奈良県立医科大学 第一生理学³⁾

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

耳鳴は患者の主観的な訴えに基づく症状であるため、客観的に評価することは難しい。耳鳴を客観的に評価するために、動物を用いた行動実験が1980年代から行われるようになり、1986年Jastreboffらの飲水逃避実験、2003年Guittonらの登り棒逃避実験など、種々な動物行動実験が提唱されてきた。最近では2006年TurnerらのGap detection testや、2010年Kizawaらの電気刺激を用いた逃避行動による動物行動実験が提唱されている。漢方薬投与による耳鳴への影響を検討するため、今回我々は、2010年Kizawaらの動物行動実験の再現を試みた。

具体的な方法は、20×48×20cmのアクリル板で囲まれた箱を作成し、床面正中に高さ3cmの板で区切り、20×24×20cmの部屋を2つ作成した。天井面正中の仕切り直上に音刺激を流すスピーカーを、床面に4mm間隔で通電可能な金属グリッドを設置した。この装置を防音ボックス内に入れ、外部の音を完全に遮断した。実験動物は雄のWistar系ラットを用いた。まず、純音を5秒間呈示し1秒以内にラットのいる側の床面に電気刺激をおこない、ラットが音呈示で部屋移動するように条件付けを行う。1セッションを10回として音呈示を繰り返し、10回中8回以上、音刺激で反対側へ移動するようにする。3セッション連続で8回以上移動するようになれば条件付け完了とし、次にテストにうつる。その当日もしくは翌日から連続3日間、1日1回同時刻にサリチル酸を腹腔内投与し、2時間後に1セッションおこないラットの行動を記録する。10回の音呈示で何回正確に逃避行動を行うか(score: %)と、音呈示が無いにも関わらず何回間違っ部屋移動を行うか(false positives: 回)を記録する。4日目は腹腔内投与を行わず、どのように行動するかを記録した。scoreが保たれていれば聴力が温存できていることを示し、false positivesが耳鳴を反映した行動増加ととらえた。周波数と音圧レベルとを変化させてどの値でfalse positivesが多くなるか調べた。

先行研究では周波数(4kHz, 10kHz, 16kHz, 40kHz)と音圧レベル(20dB, 60dB, 80dB)を変化させたところ、16kHz, 60dBで有意差をもってfalse positives数が増加していたことからサリチル酸耳鳴はこの呈示音に類似するとされた。今回我々は、44匹のラットに対して条件付けを行った。そのうちテストを1回以上行うことができたのは17匹で、1kHzが3匹、4kHzが6匹、12kHzが4匹、16kHzが4匹であった。条件付けできたラットに対して同じ周波数で毎週繰り返しデータを取り、延べ数で1kHzが4回、4kHzが36回、12kHzが10回、16kHzが21回のデータを得た。いずれも音圧レベルは60dBで固定した。周波数によりfalse positives数に有意差がでるかBonferroni法を用いて検定したが、有意差は認めなかったものの16kHzのfalse positives数は増加傾向であった。

今後はさらに安定した結果を得られるように条件付けを行うことでラット耳鳴モデルを確立し、さまざまな漢方薬を投与することによる行動変化を検討する予定である。

17. 難聴患者の諸症状改善に寄与した漢方処方例

市立旭川病院 耳鼻咽喉科
佐藤 公輝

第30回の本会で、初診より9ヶ月を経過し難聴の固定が懸念されたものの苓桂朮甘湯の内服を試みて聴力の著明改善をみた1症例を紹介した。呈示症例の聴力改善には顕著なものがあり、以後、主に低音部の急性難聴症例を中心に苓桂朮甘湯を試用しており、今回、いくつかの難聴改善例を紹介する。

以前の呈示症例。24歳 女性

X年8月めまいにて初診。何度かのめまい歴があり、イソソルビドで一時的改善したが、9月に再燃して以降、種々処方を試すも改善なく経過したが(125~1000Hzで65~30dB)、X+1年5月に苓桂朮甘湯を処方すると、諸症状は短時間で改善し、聴力も左右差の無い正常域に回復した。

【症例1】41歳 女性

2/13 難聴の自覚あり受診(125,250Hzで20dB, 25dB)。当院医療事務員。

まずはメチコパール®のみで開始。メチコパール® 4日処方。

2/17 聴力あまり変わらず(125,250Hzで25dB)。苓桂朮甘湯 3T処方。

2/20 聴力正常化し、終了とした。

7/31 再度聴力低下あり受診(125~500Hzで25~30dB)。苓桂朮甘湯14日処方。

8/4 自覚症状はだいぶよくなったが(各音域で5dBの改善)、散剤は飲みにくい、とのことでメチコパール®も加えた。メチコパール® 7日処方。

8/9 聴力正常化、自覚症状消失。

【症例2】41歳 女性

2/6 昨日起床時より右耳難聴。耳閉感を伴うが、めまいや耳鳴はない。125,250Hzが40dBという低音障害型感音難聴であった。苓桂朮甘湯+メチコパール® 4日処方。

2/10 125,250Hzいずれも20dBとほぼ健側同等に改善し、自覚症状も消失。

【症例3】76歳 女性

7/22 1W前から耳鳴(ゴー)あり、聴力も低下している(125Hz~500Hzが35dB)。めまいはない。苓桂朮甘湯+メチコパール® 3日処方。

7/25 聴力はほぼ左右差なく改善。耳鳴もかなり小さくなっている、と。

内服継続の希望あり、苓桂朮甘湯+メチコパール®を1W処方。

【症例4】39歳 女性

5/23 仕事中に右耳違和感あり受診。耳閉感強く、やや難聴感あり。1kHz~8kHzでそれぞれ10dBの左右差がある。苓桂朮甘湯+メチコパール®処方。

5/26 中高音部での左右差消失。耳閉感も改善した。

【症例5】38歳男性

3/3頃から耳閉感を伴う難聴を自覚。

3/11 今朝は非回転性めまいもあった。耳鳴もある。以前にも同様の難聴があった。

125Hz~2kHzで40dB~15dBの聴力。アデホス®, メチコパール®, 苓桂朮甘湯処方。

3/15 ほぼ左右差なく改善。耳閉感無し、耳鳴無し。多少のふらつき感あるとのことで、苓桂朮甘湯のみ継続。

3/25 聴力安定、めまい無し。

低音部難聴に限らず、中高音部難聴の改善例がみられ、比較的短時間で有効であることから、急性難聴症例には考慮されてよい方剤と思われた。

18. 耳鼻咽喉科における呉茱萸湯

東海大学医学部 耳鼻咽喉科¹⁾

東海大学医学部 漢方医学²⁾

○五島 史行¹⁾²⁾、寺邑 堯信¹⁾、斉藤 弘亮¹⁾
村上 知聡¹⁾、関根 基樹¹⁾、新井 信²⁾
大上 研二¹⁾、飯田 政弘¹⁾

片頭痛は国民の約8%が罹患する一般的疾患である。めまいと共存することが多い。頭痛を治療することでめまい症状が改善することも多い。そのため耳鼻咽喉科医も頭痛に対する漢方治療を行うことは有用である。今回、前庭性片頭痛症例および遅発性内リンパ水腫に片頭痛を合併した症例に対して呉茱萸湯が有効であったので報告する。症例1は40歳女性。主訴はめまいと頭痛である。3年前から毎日、歩行中に振動を感じるのとことX年8月初診となった。これまではメリスロン®, アデホス®の内服が有効とのことであった。めまいと頭痛が同時に来ることもある。月経前に調子が悪いことが多く、冷えも強く肩こりから頭痛になることがあった。頭痛が激しい時には吐き気を伴った。既往に片頭痛があった。聴力検査、重心動揺検査は正常であり、反復するめまいと片頭痛の病歴より前庭性片頭痛と診断した。薬物治療として片頭痛予防薬のデパケン®, リボトリール®, 不安に対してジェイゾロフト®を処方し、ダイアリを渡した。しかし、内服薬は眠気などの副作用で継続できなかった。外来にてめまいリハビリを指導し、その後は自宅で継続することでめまい症状は改善した。しかし、もともとあった片頭痛が持続した。西洋薬で副作用が出現したため、ツムラ呉茱萸湯®7.5gを処方したところ頭痛は改善し、めまいの再燃もなかった。症例2は19歳女性。主訴は頭痛とめまい。身体障害2級の高度難聴で3歳から両側補聴器を使用していた。12歳から片頭痛がある。X年8月からめまい発作を頻発し、紹介初診となった。来院時まで10回のめまい発作を認めていた。幼少時からの高度難聴と反復するめまい発作より遅発性内リンパ水腫と診断した。温度刺激検査では両側の半規管機能低下を認めた。またフロセミド試験では患側の決定は困難であった。イソソルビドの内服にてめまい症状は改善したが頭痛が残存した。冷え、胃腸虚弱の所見よりツムラ呉茱萸湯®7.5gを投与したところ、頭痛症状も改善した。呉茱萸湯は繰り返し起こる片頭痛(嘔気を伴う頭痛)に有効な漢方薬であり体力が低下して、手足が冷えるような症例に有効である。耳鼻咽喉科を受診した患者で片頭痛を合併した冷えのある症例には有効な処方でありめまいの共存症としての片頭痛に着目する必要がある。

19. 漢方薬の変更を余儀なくされた メニエール病の1症例

東京医科歯科大学 耳鼻咽喉科

○鈴木 康弘、堤 剛

左メニエール病に対して、六君子湯が有効であった1症例を経験したので報告する。

症例は61歳女性。2009年に左メニエール病の診断となった。

季節の変わり目を中心に、軽い回転性めまい、左耳の違和感を自覚していたが、聴力検査はほぼ正常範囲内であり、頓用で内服を行い経過観察していた。

2014年頃より、めまいの頻度が増加し、頓用を使用する回数が増えてきたため、頓用の内服に加えて苓桂朮甘湯 5g分2を処方した。

内服を追加してしばらくすると症状の頻度は減少し、頓用の内服をしなくても経過観察できるようになった。苓桂朮甘湯が有効であったと考えられ、また患者自身も内服している方が安心という事で、処方継続とした。

内服開始1年後には1日1回に減量としたが、症状が再燃することはなかった。

しかし2016年に他疾患で腹部の手術を行い、その後癒着性イレウスを生じて再手術を行った頃から症状の増悪を認めるようになった。

イレウスの再燃予防のため、大建中湯の内服が開始されたため、苓桂朮甘湯から五苓散 5g分2に変更し経過観察を行った。

幸い五苓散も有効であり、内服開始1年後まで症状は安定していた。

しかし2017年10月頃から症状が頻回に生じるようになり、イソソルビドの内服が必要な状況になった。

この時点での東洋医学的所見は、脈は沈、舌は発赤しており乾燥傾向であった。

処方の変更を検討するために腹診を行ったところ、軽い胸脇苦満と心下痞鞭の所見が認められ、五苓散を2.5g分1に減量の上、六君子湯 7.5g分3を追加した。その後しばらくすると症状の程度・頻度ともに改善傾向が認められた。現在の東洋医学的所見は、心下痞鞭は軽度認められるものの、脈は中間脈で、また舌の乾燥も改善傾向を認めた。このため六君子湯 5.0g分2に減量し経過観察中である。

当初は水毒に伴った症状が中心であったものと考えられ、苓桂朮甘湯や五苓散が有効であった。しかし消化管の手術を行ったことで消化管機能の低下が生じてしまい、利尿剤だけでは効果が認められなくなったものと考えられた。

合併症がある症例で、当初有効であった生薬が効きにくくなった場合、生薬の変更を選択するうえで、腹診を行ってみるのは有効であると考えられた。

20. メニエール病における 漢方製剤の使用経験

射水市民病院 耳鼻咽喉科

山本 憲

めまいにて、当科に紹介、または直接受診され、富山大学でメニエール病の診断を受けた患者さん、当科で厚生労働省特定疾病(メニエール病)調査研究班のメニエール病の診断の手引きにて、メニエール病の確実例の15名で、五苓散、ステロイドと抗めまい薬、イソソルビドを投与した症例の検討を行った。メニエール病は回転性めまい、難聴、耳鳴の症状を軽快、再発を反復する病気で、内耳の内リンパ水腫が成因と考えられ、治療として、内リンパ水腫の軽減が目的で浸透圧利尿剤の内服治療が行われ、めまいについては有効とされていますが、耳鳴、聴力の長期成績については有効性が低いとする報告が多く、ステロイドや浸透圧利尿剤の効果は一過性で弊害もあるので長期の投与は控えられています。メニエール病は内耳の内リンパ水腫が成因で水毒が病因のため、漢方治療として、半夏白朮天麻湯、柴苓湯、苓桂朮甘湯などが用いられます。今回は五苓散を使用しました。年齢は37才～87才、男性3名、女性12名、五苓散使用5名、ステロイド、抗めまい剤2名、イソソルビド®(イソソルビド®、メニレットゼリー®)8名、合併症は生活習慣病の高血圧、高コレステロール血症、糖尿病などでした。めまい発作、難聴、耳鳴りについて、内服継続期間で検討した結果、軽度～中等度難聴の患者さんでは、五苓散が効果的で、高度難聴の患者さんはステロイドが効果的でした。五苓散は長期投与が出来、結果、耳鳴、聴力の改善例が多くみられた。

21. イソソルビド早期離脱のための漢方薬活用術

いまなか耳鼻咽喉科
今中 政支

【緒言】メニエール病はその病態が内リンパ水腫とされ、第一選択薬を浸透圧利尿薬としている医師は多い。具体的にはイソソルビドがしばしば長期に亘って処方されるが、副作用に困っている患者も少なくない。漢方薬によりその救済に成功したので報告する。

【症例1】39歳女性。メニエール病の既往。回転性めまいと耳鳴を自覚し、受診した。ストレス、イライラ、睡眠不足と雨天による体調の悪化を認める。舌は胖大、腹力は弱で右胸脇苦満を認めた。柴苓湯との併用で開始し、苓桂朮甘湯+加味逍遙散に変更、イソソルビドを減量した。倦怠感のみが続くため、思い切ってイソソルビドを中止したところ劇的に改善した。10週間後、聴力改善とめまいと耳鳴の消失を確認し、廃薬した。

【症例2】57歳女性。2カ月前から右難聴と自声強聴を来し、大学病院耳鼻咽喉科で蝸牛型メニエール病と診断された。イソソルビドの消化器症状に困り、受診した。右低音部の聴力低下を認めた。胃腸虚弱、冷え、肩こり、ストレスがある。舌は紅舌で紅点と白苔を認めた。腹力は弱で軽度の胸脇苦満と小腹不仁を認めた。すぐにイソソルビドを中止させ、五苓散+加味逍遙散を処方、半夏白朮天麻湯+当帰芍薬散への変更を経て、11週間後、加療終了となった。

【症例3】47歳女性。2カ月前から右耳鳴を来し、近医耳鼻咽喉科を受診し、蝸牛型メニエール病と診断され、柴苓湯とイソソルビドとアデホス®、メチコパール®を処方された。軽快しないため、当院を受診した。夫に対するストレスとイライラ、夜間尿1~2回がある。貧血に対して、レディースクリニックで当帰芍薬散をもらっている。舌は胖大で白苔が附着、腹力はやや弱で軽度の胸脇苦満がある。イソソルビドと柴苓湯を中止させたが、当帰芍薬散は継続させ、五苓散+加味逍遙散を処方した。4週間後、右耳鳴は消失し、難聴も改善した。イライラ感も軽減を認め、6週間後、加療終了となった。

【考察】内リンパ水腫の発症の是正の薬剤となる特効薬は存在しないが、一過性にイソソルビドによって効果がみられることは多く、医師は依存的となる。一方、イソソルビドには消化器症状や電解質異常といった副作用があるため、早期離脱を図るべきと考える。メニエール病の大家とされる高橋はストレス対策と有酸素運動に、長沼は水分摂取療法に、新井はリハビリに、五島は中耳加圧療法に、入野は首の3点もみに、石井はヨガと落語鑑賞と温泉などによる自律神経の調整に活路を見いだそうとして来た(敬称略)。ここに集いし我が同志達は「漢方薬には優れた自律神経調整作用がある」ことをよく知っている。そのことも踏まえ、今回は、利尿剤で水滯を捌きだけでなく、水滯を生じた背景となっている体質の欠陥を矯正する視点を持って漢方医学的にアプローチすることは有用であったことを報告した。

22. 肩こりによる血行動態性椎骨脳底動脈循環不全(肩こり関連めまい)に対する漢方治療

竹越耳鼻咽喉科¹⁾
独立行政法人地域医療機能推進機構 群馬中央病院 和漢診療科²⁾
国立病院機構 霞ヶ浦医療センター³⁾

○竹越 哲男¹⁾、小暮 敏明²⁾、星野 朝文³⁾

【緒言】肩こり関連めまいは、肩こり・首こり・頭痛を伴う「めまい症」で反復性眩暈の約半数を占める。病態は血行動態性椎骨脳底動脈循環不全が主であり、肩こりによる交感神経過緊張の血管収縮・低血圧・過労・ストレスに影響される多病因性疾患である。西洋薬ではいずれの病因にも対応ができないため西洋医学では難治である。今回、関節痛や神経痛に用いる方剤と認識されている桂枝加苓朮附湯の本症に対する有効性を報告する。

【対象と方法】まず、桂枝加苓朮附湯の肩こり関連めまいへの臨床応用の可能性と適応病態を明らかにすることを目的として症例蓄積研究を実施した。めまいを主訴に受診したが、メニエール病等のはっきりとした診断がつかないいわゆる「めまい症」のうち、肩こりを主とする頸部の異常を訴えた患者に本方を投与して有効であった43例(17例は他院で西洋医学的に加療されたが無効の症例)につき臨床的(漢方及び耳鼻咽喉科的)検討を加えた。次いで有効率を検討した。

【結果】男女比は7対36と女性が多く、年齢は20代から70代まで均等に分布していた。併用薬剤はATP26名、抗眩暈剤7名であった。めまいが改善するまでの期間は平均15日であった。来院時測定の上昇期血圧は平均112mmHgで、起立性調節障害(OD)診断基準を満たす者は77.8%(ODをチェックした27名中21名)であった。耳鳴、耳閉感などの聴覚症状は16名が訴えた。純音聴力検査にて、両側同程度低音部軽度低下を認めたのは26名であった(60.5%)。眼振は7名に認められた。次いで有効率(14日以内の改善例を有効とした)を後ろ向きに検討したところ、有効47例、無効7例で87.0%であった。なお併用薬剤は補中益気湯22名、釣藤散37名、抗眩暈剤4名、ATP17名であった。

【考察】肩こり関連めまいに対する桂枝加苓朮附湯奏功例の6割に両側低音部低下が認められ、蝸牛症状を伴う例は37%であった。本方の目標に吉益東洞は「耳聾」を、尾台榕堂は「心悸、目眩」と記載しており、過去にめまい等に投与されていたと推察される。今回の解析から「めまい症」で肩こりがある症例は、本方の新たな適応病態の一つであり、特に女性で低血圧傾向・軽度聴覚症状を伴う例に用いて有効である可能性が示唆された。

本方は桂枝・芍薬・生姜・大棗・甘草・茯苓・白朮・附子からなり、葛根湯同様「水を捌いて温める」機序により、神経痛・関節痛のみならず肩こりにも有効である(自験例で約7割に有効)。また苓桂朮甘湯・真武湯・苓桂甘朮湯の方意も含まれる。すなわち肩こりの改善・めまいの改善・昇圧作用・脳血流改善・体の賦活化作用・精神安定作用が期待され、本疾患の西洋医学的病因に対応していた。

23. 抑肝散使用例における 耳鼻精神科的検討

医療法人建悠会吉田病院 耳鼻咽喉科・精神科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⁾、吉田 建世¹⁾、東野 哲也²⁾

【はじめに】抑肝散は7種の生薬（ソウジュツ、ブクリョウ、センキュウ、トウキ、サイコ、カンゾウとチョウトウコウ）の抽出物であり、神経症、不眠症、小児夜なき、小児疳症に対する治療薬として承認されている。岡原ら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のBPSDに対しても有効性が示された。当院における抑肝散投与例の検討を行ったので報告する。

【対象と方法】2005年4月－2019年4月に当院を受診した患者のうち抑肝散を使用した85例（男28例、女57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64例であった。その内訳はアルツハイマー型35例、血管型5例、混合型7例、レビー小体型10例、前頭側頭型7例であった。認知症以外21例では、軽度認知障害2例、不安障害6例、双極性障害8例、身体化障害1例、解離性障害1例、統合失調症2例、人格障害1例であった。代表的な症例を呈示する。

【症例1】83歳女性。双極性障害。抗うつ薬による躁転。

【症例2】80歳男性。アルツハイマー型認知症。不穏、興奮。

【症例3】76歳女性。鼻腔悪性腫瘍治療後、前頭葉放射線治療後。前頭側頭型認知症。

【症例4】88歳男性。前頭側頭型認知症。不穏。

【症例5】53歳女性。双極性障害。症例4の娘

【症例6】84歳男性。身体化障害。

【考察】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、2グラマリール®、3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。

24. 夜驚症に対する漢方治療の試み

名古屋市立大学病院 睡眠医療センター

○有馬 菜干枝、三原 丈直、佐藤 慎太郎
中山 明峰

【はじめに】夜驚症は、主に小児期にみられる睡眠中の異常行動であるが、ほとんどが成長とともに自然軽快するため、経過観察となることが多い。本症例は夜間の異常行動のためベッドから転落し外傷性顔面神経麻痺となった。再発防止目的で漢方薬を試みたところ比較的速やかに異常行動が減少し、治療前後で睡眠検査を行い得たので睡眠検査の結果も加えて報告をする。

【症例】10歳男児。夜間の転倒により起きた外傷性顔面神経麻痺の治療中、睡眠検査を行い夜驚症と診断された。再度受傷する可能性があり薬物治療が望ましいと判断するもベンゾジアゼピン系薬剤などの中枢神経抑制剤に抵抗があったため漢方治療を試みた。

【漢方医学的所見と診断】声が小さく体格はやせ型。診察時落ち着きのなさは認めなかった。2便に異常はないが時に腹痛を訴えるとのことであった。腹力やや軟、腹直筋攣急を認めた。以上より太陰病・脾虚と判断し、小建中湯の内服を開始した。

【経過】異常行動の頻度は週に1、2回から月に1回と減少し、程度も軽くなった。睡眠検査では、睡眠深度が深くなり、覚醒回数も減少した。

【考察】夜驚症は10歳にピークがあり約14%にみられ、身体的、情動的ストレスが発症の誘因といわれている。漢方医学的にはストレスは肝の不調を生じやすい。肝の不調を治すために肝の力を抑えるまたは肝と相克関係にある脾の力を上げる必要があると考えた。今回は脾虚に有効とされる小建中湯で脾と肝のバランスがとれたのではないかと推察する。

【結語】夜驚症に対して漢方治療を試み有効であったと思われる症例を経験した。

多くは自然軽快する夜驚症に対して薬物治療を行う場合、従来の低用量ベンゾジアゼピン系薬剤や三環系抗うつ薬は小児に使用しやすい薬剤とは言い難く、漢方治療の可能性に期待したい。尚、本研究は書面で同意を得たうえで倫理的配慮を行って実施されている。

25. 反復性耳下腺炎(間欠期)の漢方治療

済生会新潟病院 耳鼻咽喉科
花澤 秀行

小児反復性耳下腺炎は経過とともに自然軽快する予後良好の病態です。しかし、稀に10年以上も腫脹を繰り返すことがあります。今回、3年以上の病脳期間を有する反復性小児耳下腺炎の間欠期に漢方治療を行うことで良好な経過をとった症例を経験したので症例を提示し、文献学的考察を加え報告します。

症例は6歳2ヶ月の女児で、主訴は両耳下腺腫脹です。3歳2ヶ月から繰り返す両側の耳下腺炎で腫脹と疼痛から開口障害と食事の困難を呈していました。初診の2ヶ月前に月に2度の腫脹と更に疼痛腫脹の期間も数日間から5日間以上へと延長傾向があり治療法について紹介受診されました。発症当初は感冒罹患などの体調不良に伴い続発していたが、最近は誘因なく出現し特に起床時に腫脹していました。唾液分泌量の減少する夜間に逆行性感染を引き起こしているものと推測し、朝に口が乾くことがあるのを指標にして眠前に麦門冬湯を内服することで夜間の唾液量を増やし感染機会の減少を期待し治療を開始しました。初診後8日目に再診し、「薬を飲むとワーッと唾液が出てくるのがわかる」と本人の唾液量の増加の自覚と母親から内服継続が可能と確認できたので継続内服を行いました。4ヶ月を経過した時点で一度腫脹がありましたが腫脹も軽度で2日間で済んだと母親から話がありました。その後は一度も腫脹することなく良好に経過しています。

反復性耳下腺炎は唾液管末端拡張症とも呼ばれており、シアログラフィーではシェーグレン症候群様の所見を呈します。間欠期の治療報告はなく、急性増悪時の対症療法として抗菌薬の内服や最近ではステロイドによる耳下腺洗浄の報告がありますが小児での協力を得ることが困難とされています。

耳下腺の腺房細胞の腺腔面細胞膜と細胞間分泌細管にアクアポリン(以下、AQP)5の局在が知られています。麦門冬湯のAQP5への作用については2017年の本研究会で報告しています。麦門冬湯が耳下腺内AQP5に作用し、夜間の唾液分泌を生じさせ感染機会の減少に寄与し反復性耳下腺炎の間欠期の治療に有効であったと思われました。

26. 人工内耳埋込患者の皮弁腫脹や疼痛に対する漢方治療

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⁾、高野 賢一²⁾、竹田 眞³⁾

人工内耳は1歳から80歳代でも比較的安全に行える手術であるが埋め込んだ機器の周囲の皮弁の腫脹や痛みなどのトラブルが4-8%程度に起こり、中には皮膚の感染で電極抜去、再手術が必要な場合がある。難治な埋込部の周囲の感染や痛みに対して漢方治療が有効であった症例を報告する。

【症例1】14歳女性 手術後10年経過して皮弁の腫脹、感染をくりかえし抗菌薬やステロイド内服をおこなっていた。定期試験や修学旅行などのストレスが要因と考えられ、十全大補湯処方改善がみられた。その後は腫脹時に十全大補湯内服することにより高校進学後は再発していない。

【症例2】48歳女性 手術後半年経過しても皮弁周囲の痛み、耳鳴りがあり不安を訴えて人工内耳装用を中断していた。柴胡加竜骨牡蠣湯内服で痛みや不安が消失、人工内耳が継続して使用できるようになった

【症例3】62歳女性 人工内耳装用10年経過して 両側耳介腫脹を繰り返し補聴器や人工内耳の装用が困難になっていた。多発性耳介軟骨膜炎などを疑うが改善がみられなかった。多忙や睡眠不足、疲労が要因と考え、補中益気湯処方改善がみられた。

人工内耳装用患者では術後長年に安定して外傷などの既往がなくとも皮弁の発赤、感染などのトラブルがおこることがある。抗菌薬等では改善がみられない皮弁の感染に漢方治療が有効な場合があった。

27. 咬筋内血管腫に駆瘀血剤が奏効した1症例

福井大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾
金沢大学附属病院 漢方医学科²⁾

○呉明美¹⁾、高林哲司¹⁾、小川恵子²⁾
藤枝重治¹⁾

血管腫は頭頸部領域にしばしば認められる疾患であるが、筋肉内に発生するのは比較的稀である。今回、我々は左咬筋内血管腫を認め、漢方薬が奏効した症例を経験したので報告する。

【症例】22歳、女性

【現病歴】X年9月初めから左耳前部疼痛を自覚し、その後左頬部腫脹を認めたので当科受診した。造影CTやFNAを施行されたが診断がつかず、12/21造影MRIにて左咬筋内血管腫を指摘された。若年女性であり、手術加療は侵襲とリスクを伴うので、保存的加療を希望され、漢方治療目的に2018/1/17初診となった。

【現症・経過】高校生のころから毎日頭痛がある。手足は冷えるが、手掌・足底に汗をかく。むくみがあり、心下痞鞭、胸脇苦満を認め、肝気鬱血、瘀血・水滯として加味逍遙散と呉茱萸湯を3週間分処方したところ、むくみと頭痛が改善しているとのことさらに3週間処方した。3/22左耳前部腫脹・疼痛に改善が見られなかったため、瘀血を主体に考え、桂枝茯苓丸加薏苡仁と当帰四逆加呉茱萸生姜湯を4週間処方した。胃痛の訴えがあり、桂枝茯苓丸加薏苡仁と六君子湯を4週間処方したところ、左耳前部腫脹は縮小し、同部位の疼痛が消失した。全身の浮腫みの訴えがあり、桂枝茯苓丸加薏苡仁と五苓散処方した。2018/7/4造影MRIにて左咬筋内血管腫は著明な縮小を認めた。

【考察】耳鼻咽喉科領域では血管腫と称することが多いが、ISSVA分類によると今回の症例は静脈奇形と診断され、血管奇形の中では最も頻度が高い。過去に報告されている咬筋内血管腫症例の治療はほぼ外科的切除であるが、これは耳下腺腫瘍手術に準じて顔面神経を露出して温存する必要があり、若年女性には侵襲が大きく、リスクが高い。また、硬化療法という選択肢もあるが、無効であった場合に外科的切除に切り替える際に不利になる可能性がある。

一方、漢方的視点では静脈奇形は血の滞りとして瘀血と捉えることができる。そこで駆瘀血剤として、当初は胸脇苦満も考慮し加味逍遙散を選択したが効果が乏しく、桂枝茯苓丸加薏苡仁に変更し、2か月以内に静脈奇形の著明な縮小を認め、腫瘤による疼痛が消失した。

28. 化学放射線治療中の頭頸部癌患者に対する半夏瀉心湯の使用経験

山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学¹⁾
山口大学医学部附属病院 看護部²⁾

○竹本洋介¹⁾、坂本知美²⁾、堀健志¹⁾
広瀬敬信¹⁾、山下裕司¹⁾

頭頸部癌に対する化学放射線療法(CRT)は多くの施設で施行されている治療であるが、様々な有害事象が生じ、治療中断や患者のQOL低下につながる場合がある。近年、様々な支持療法が提案されているが、完全に有害事象を予防することは不可能である。その中でも口腔咽頭領域の粘膜炎は必発で、その疼痛により経口摂取が困難になる患者は多い。その結果、経管栄養を余儀なくされ、嚥下障害と相まって入院期間が長期化することも少なくない。そのため、粘膜炎やそれに伴う疼痛を可能な限り制御し、経管栄養に依存する期間を短くすることが非常に重要である。現在当科では、歯科口腔外科と協力し頻回の含嗽と口腔ケアを指導している。また疼痛コントロールについては、積極的にオピオイド製剤を使用している。

近年、CRTによる粘膜炎の治療薬として、半夏瀉心湯が注目されている。半夏瀉心湯は粘膜炎の改善に必要な、フリーラジカル消去作用、抗炎症作用、抗菌作用、鎮痛作用を有す薬剤である。大腸癌や胃癌に対する化学療法、また頭頸部癌に対するCRTにおける粘膜炎を有意に改善させた、という報告が散見されている。

今回我々は、化学放射線治療中の頭頸部癌患者に対して半夏瀉心湯を投与した患者について、若干の文献的考察を含め報告する。

29. 頭頸部癌TPF療法における 下痢に対する半夏瀉心湯の 有用性の検討 一第2報一

恵佑会札幌病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○渡邊 昭仁、谷口 雅信、木村 有貴

抗がん剤治療において種々の副作用が治療完遂率に大きく影響することは周知の事実である。このことから抗がん剤治療における支持療法が大切になっている。昨年、研究会にてTPF療法にて起こる下痢に対して半夏瀉心湯を予防的に使用することで、Grade 2以上の下痢の発症率を有意に低下させ、下痢による病悩期間短縮においても有意に予防効果を認めたことを報告した。今回は、症例数を増やし、同様の検討を行った。さらに、入院期間についても検討を加えた。

対象は1コース目にGrade 2以上の下痢を起こし、2コース目に半夏瀉心湯が予防投与されていた22症例を検討対象とした。2コース目もGrade 2以上の下痢を認めた症例は10例で統計学的有意に発症率が低下していた。さらに病悩期間は1コース目に平均3.3日であったが、予防投与後の2コース目では1.1日とこれも有意に低下していた。次に、入院期間は1コース目が14.1日であったのに対して予防投与後に下痢を認めた症例群では12.1日であった。これも統計学的有意に短縮していた。

以上より、頭頸部癌TPF療法における下痢に対する半夏瀉心湯は有用な薬剤であると思われた。

なお、発表では半夏瀉心湯を使用する以前の症例群で1コース目に同様にGrade 2以上の下痢を認めた症例の2コース目の下痢の状況と今回の検討内容を比較したものも示したい。

30. 頭頸部癌化学療法における 消化管副作用に対する 半夏瀉心湯の有用性の検討

和歌山県立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○グンデゥズ メーメット、河野 正充
泥谷 匡祥、伊豫 巧朗、保富 宗城

頭頸部癌の基本治療は、外科手術、化学療法、放射線療法とされる。なかでも、化学療法は、術前あるいは術後の化学療法として、また放射線療法との併用療法として行われることが多い。化学療法の最も高頻度な副作用としては、消化管および口腔・咽頭の粘膜障害が挙げられる。とりわけ、放射線治療は下痢などの消化管症状が出現した場合においても、一定期間を継続することが重要である。そのため、化学療法における粘膜障害の予防は非常に重要な臨床課題である。

半夏瀉心湯はハンゲ、オウゴン、カンキョウ、カンゾウ、タイソウ、ニンジン、オウレンの7つの成分を有し、胃腸炎、下痢、口内炎などに有効であることが報告されている。今回我々は、上咽頭癌と診断された46歳男性に、化学療法(レジメン：TPF)中また放射線治療時に半夏瀉心湯を用いることで、消化管副作用の軽減が得られた症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

31. 脳幹出血後、長期気管切開・臥床状態にあった難治性肺出血～肺膿瘍に対して漢方治療が有効であり、気管切開孔閉鎖、発声・経口摂取を回復できた1症例

東京女子医科大学附属八千代医療センター
耳鼻咽喉科・小児耳鼻咽喉科

○山本 圭介、三枝 英人、門園 修、前田 恭世
岡田 愛弓、伊藤 裕之、山本 昌彦

【症例】45歳男性

既往歴：糖尿病、高血圧を指摘されるも未治療であった。
現病歴：7年前、脳幹(中脳)出血発症した。急性期の呼吸管理のために気管切開が行われた上、脳出血に対しては保存的治療が行われ、療養型病院へ転院となった。その後、意識障害が改善するも左側片麻痺、重度の体幹失調が残存した。更に既往の糖尿病による腎不全が悪化し人工透析導入となったが、リハビリテーションにより一時は車椅子座位保持が可能となり、経口摂取も行えるようになった。しかし次第に誤嚥性肺炎を繰り返すようになり、3年前には経口摂取中止、経鼻経管栄養となり、カフ付きカニューレを装着したまま、ほぼ臥床状態の生活となった。1ヶ月前から気管内より突発的に出血するようになり、徐々にその量が増加、血性気道分泌液が350mlにまで至ったため、当院救急科へ転送となった。救急科で気管内視鏡観察を行うも明らかな出血点が不明であり、気管カニューレ先端付近で気管壁に肉芽・潰瘍形成を認めため、同部よりの出血が疑われ、当科へ転科となった。当科転科後も連日激しい気管内よりの出血を繰り返したが、出血後に内視鏡観察を行うもやはり明らかな出血点は不明であった。そこで、気管壁に肉芽・潰瘍形成のある部分が腕頭動脈に近接していたため、気管切開孔を気管皮膚瘻とし、カニューレフリーの状態にした。しかし、その後も窒息に至るほどの出血を繰り返した。気管出血の瞬間の気管内視鏡検査の出来るタイミングを待っていたところ、右側気管下葉気管支よりの出血と判明したため、緊急で血管造影を行った。血管造影の結果、気管支動脈は極めて細くしか造影されず、むしろ肺動脈よりの造影で肺胞への造影剤漏出を認めた。同部は長期臥床に伴う無気肺・肺膿瘍を形成している部分であり、気管支動脈・肺動脈瘻を来し出血していると考えられた。通常、肺出血に対して行うのは気管支動脈の塞栓であるが、気管支動脈は極細にしか造影されず、明らかな出血を認めたのは肺動脈であったことと、致死的な肺出血を繰り返していたため、右側肺動脈A9, A10領域のコイル塞栓術を行った。その結果、出血は一時制御されたかに思われたが、翌日以降も出血を繰り返した。更に、気管支動脈の塞栓を追加して行うことは肺末梢の壊死が進行する懸念があり、気管支動脈・肺動脈瘻の原因が右側下葉の肺膿瘍であると考えられたため、右側下葉切除を検討したが、ADLも不良であることと、喀痰から多剤耐性緑膿菌が検出されているため、手術は危険と考えられた。このため、漢方製剤である黄連解毒湯を処方したところ、2日目以降、気管出血が軽減し始め、1ヶ月後には出血を認めなくなった。この経過中、誤嚥性肺炎を繰り返すのは嚥下運動の問題ではなく、長期臥床による胃腸運動障害が原因で胃食道逆流を呈していることが主原因であると判明したので経鼻空腸栄養の上、栄養管理を進めつつ、座位保持のリハビリテーションを進めた。その結果、2ヶ月後には座位保持も安定したので、気管切開孔を閉鎖、発声可能となり、経口摂取も行えるようになった。肺膿瘍も器質化したと考えられた。

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

「第35回 日本耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会」事務局

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

緊急連絡先

TEL:03-5418-7773 (10/25(金)17:00~10/26(土)9:00)
当日9:00以降は、直接会場にご連絡ください。