

1. 診療科目標

耳鼻咽喉科と耳鼻咽喉科の連携・協力体制を維持し、診療体制の充実に努める。近隣クリニックや高次医療機関と連携し、地域に根差した病院づくりを目指す。

2. 診療体制

A. 入院診療に関する役割と責任

常勤医師 1 名（医長）と非常勤医師で診療を担当する。

（1）医師の責任体制

病棟および外来ともに各医師が患者に責任を持って診療にあたる。最終責任者は常勤医師である。

（2）病棟診療に関する役割と責任体制

常勤医師が診療にあたる。主治医とは患者の診療に主たる責任を有する医師を指す。主治医は検査・診療等の診療行為を直接行うことができ、各検査および治療の指示、患者への説明、インフォームドコンセントの取得ができる。患者の入退院は主治医の責任で決定する。オーダーリング画面・入院診療計画書・入院指示簿に主治医が明記される。

（3）治療方針の決定

治療方針は常勤医師の責任のもとで決定される。主治医は担当患者を診察し、病状を把握し所見を速やかに診療録に記載する。治療方針については外部医療機関から出向する非常勤医師に相談し、処置等の補助、紹介転院依頼することもある。

（4）退院の決定

患者の退院は、主治医の責任で決定し、円滑な病棟運営のため病棟師長と相談の上、日程を決定する。

B. 外来診療の主治医および外来診療体制

（1）外来診療に関する役割と責任体制

外来担当医は原則として一人の診療医が主治医として決定され、診察、検査、治療を行う。判断に迷う場合は、常勤医師、非常勤医師間で相談して治療方針を決定する。

（2）治療方針の決定

主な疾患の治療はガイドラインに沿って行う。判断に迷う場合は、常勤医師、非常勤医師間で相談して治療方針を決定する。

（3）入院の決定

各外来担当医の判断で入院の適応を決定し、常勤医師に報告する。決定に迷う場合は、常勤医師に相談する。入院後の検査・治療方針の説明は原則として入院前に本人および家族によく説明し承諾を得る。全患者に入院診療計画書を渡し入院の目的、計画を伝え、署名して頂く。

（4）セカンドオピニオン

診療にあたっては患者の権利としてセカンドオピニオンをきく権利があることが保障されている。治療に内容についてのインフォームドコンセントに際し、セカンドオピニオンを聞く権利についても説明し、セカンドオピ

ニオンを希望する患者には速やかにセカンドオピニオンのための紹介状、検査資料を用意する。

(5) 時間外・緊急時の対応

常勤1名体制であり手術対応は行っておらず原則、時間内の対応となる。

C. 検査・処置・治療の説明と同意

侵襲を伴う処置・検査を行う場合や癌緩和医療の際は、それらの内容・必要性・安全性・代替治療等について説明書を用いて事前に患者・家族によく理解できるように十分説明する。治療方針の決定・計画には患者・家族の意見を尊重し、理解・同意が得られたことは同意書により確認して電子カルテに綴じる。また疑問点が解決できない場合や納得できない場合など、セカンドオピニオンという方法があることを説明し、患者の自己決定権を尊重する。

D. 耳鼻咽喉科における代表的疾患の治療ガイドライン

代表的疾患として3疾患を下記に挙げる。原則的には各学会より出版されている治療ガイドラインに従う。

<末梢性顔面神経麻痺 Bell 麻痺と Ramsay Hunt 症候群>

Bell 麻痺…全体の7割を占め、現在では単純ヘルペスウイルス（HSV）の再活性化が原因といわれる。

Ramsay Hunt 症候群…全体の15%を占め、水痘-帯状疱疹ウイルス（VZV）の再活性化による発症し、顔面神経麻痺に耳介帯状疱疹、難聴、めまいなどの症状を特徴とする（すべて揃うわけではない）。

・ステロイド治療

投与開始は発症2週間以内とする。柳原法で20点以上の軽度麻痺にはプレドニン®（プレドニゾロン）0.5～1mg/kg/日を投与し、18点以下の中等度麻痺には、抗ウイルス薬とプレドニン®（プレドニゾロン）1mg/kg/日、10点以下の高度麻痺では120～200mg/日（点滴）を8日間程度で漸減投与する。但し、年齢、合併症、希望などにより適宜調整が行われる。

・抗ヘルペスウイルス薬

Bell 麻痺：中等度以上の Bell 麻痺に対し併用が推奨される。ウイルスの増殖を抑制することはできても、殺傷することはできないため、麻痺発症3日以内の投与開始が重要である。通常は HSV 用量で計5日間経口投与を行う。しかしながら Bell 麻痺のなかに、めまいや耳性帯状疱疹を呈さない VZV 症例があり、重症例や耳介発赤、耳後部痛などを伴う Bell 麻痺症例では、抗ヘルペス薬を VZV 用量に増量し、計1週間投与する。

Ramsay Hunt 症候群：麻痺発症3日以内に治療開始し、VZV に必要量の抗ヘルペス薬を7日間投与する。

・その他の薬剤

神経再生補助目的でビタミン B12 製剤や循環改善薬が投与される。

・眼のケア

軽症では涙分泌は保たれるが、高度麻痺では眼瞼の閉鎖不全と流涙減少により、角膜の感想や充血、びらんが生じることがある。中等症では角膜保護点眼薬（ヒアレイン酸点眼薬®）を1日5回程度点眼する。重症例には眼軟膏（タリビット眼軟膏®など）や眼帯を装用する。

・手術（急性期）

麻痺が重症（柳原法で10点以下）で神経変性が高度な症例（ENoG 10%以下）には、顔面神経減荷術を麻痺発症1か月以内に実施できるよう、横浜市立大学附属病院耳鼻咽喉科等に紹介を検討する。

・リハビリテーション（回復期）

急性期には徒手による筋伸長マッサージやストレッチ、上眼瞼挙筋を用いた開瞼運動などを、リハビリテーション科に依頼し、行う。低周波や針による電気刺激は、拘縮や病的共同運動を助長することから現状では推奨さ

れていない。

・後遺症の治療

麻痺発症 1 年以上経過すると、病的共同運動や拘縮などの後遺症はほぼ固定される。内服薬やリハビリテーションの効果は期待できない。眼瞼下垂に対しては横浜市立大学附属市民医療センター形成外科等に手術紹介をすることもある。

<突発性難聴>

突然発症、高度感音難聴（純音聴力検査で隣り合う 3 周波数で各 30dB 以上の難聴が 72 時間以内に生じた）、原因不明を主症状とする。難聴の発症と前後して、めまい、および吐気・嘔吐を伴うことがあるが、めまい発作を繰り返すことはない。純音聴力は発症後約 1・1.5 か月の間に固定し、約 1/3 は治癒、約 1/3 は部分回復、約 1/3 は不変である。めまい合併例、脂質異常症や心疾患の既往、65 歳以上の高齢、治療開始の遅れを有する症例の予後は不良である。部分回復以下の症例には希望すれば補聴器などによるリハビリテーションを要する。

・ステロイド治療

エビデンスは得られていないものの、初期治療としてステロイドの全身投与が標準治療となっている。治療は発症 2 週間以内に行うべきである。聴力低下の程度や、合併症、ご希望なども加味し、外来で内服か、入院で点滴かを決定する。内服の場合はプレドニン®（プレドニゾロン）30mg より 10・14 日間かけて漸減、点滴の場合は、120～200mg を 8 日間かけて漸減する。

ステロイド鼓室内投与は、初期治療として用いる場合、入院のうえ、ステロイド全身投与との併用で当科では行っている。点滴ではプロスタグランディン E1(PGE1)製剤、ビタミン B12 と併用する。

・治療後

左右差が残存した場合、聴神経腫瘍による難聴でもステロイド治療で一時的に奏功することがあることから、聴力が改善した後、MRI 検査を説明、推奨する。

<睡眠時無呼吸症候群 sleep apnea syndrome: SAS>

成人においては、AHI: apnea hypopnea index（無呼吸低呼吸指数、1 時間あたりの無呼吸低呼吸の回数）が 5 以上 15 未満を軽症、15 以上 30 未満を中等症、30 以上を重症としている。

成人においては中等症から重症の約 60%は肥満によるものと推定される。体重が正常か正常以下の場合は、上下顎の形成異常や口蓋扁桃肥大などの局所形態異常のために上気道閉塞となりやすい。

当科では成人を精査加療対象としている。初回はファイバーにて上気道（口腔、鼻腔、咽喉頭）評価し、鼻炎症状がある場合は投薬、さらに簡易 PSG 検査や終夜睡眠ポリグラフ検査を行う。

・簡易 PSG 検査：自宅で検査可能。脳波計測は通常ないため正確な睡眠段階を記録できず、正確な睡眠時間は測定できない。総記録時間を分母とする。あくまでスクリーニング検査の位置づけである。同検査で測定した AHI は、PSG での AHI と区別して REI: respiratory event index（呼吸イベント指数）と表記される。

・終夜睡眠ポリグラフ検査（PSG 検査）：入院し実施する PSG 検査が SAS 診断のゴールドスタンダードである。

脳波、眼電図、頤筋電図、心電図、気流、呼吸努力、酸素飽和度を含む、睡眠段階、覚醒反応などから睡眠の分断化の程度を把握することが可能であり、AHI も正確に算出できる。

・CAPP 治療

鼻、もしくは鼻と口に装着したマスクから空気を送り込むことである一定の圧力を気道にかけて気道を拡張する治療である。CPAP 導入基準は、簡易 PSG 検査では REI 40 以上、PSG 検査では AHI 20 以上である。

・口腔内歯科装具（oral appliance: OA）

軽症～中等症向け（CPAP 適応とならない）の治療で、就寝前に装着し、就寝中はずっと着ける治療である。

希望する場合は、医科から歯科への併診（紹介）と睡眠検査の結果が必要となる。当院歯科口腔外科で作成可能である。

- ・減量療法

体重の 10%減量が成功すると、AHI 26%改善するというエビデンスがある。減量入院は当院糖尿病内科で可能である。

- ・外科療法

睡眠時無呼吸症候群の診療ガイドライン 2020 によれば、手術治療における無呼吸への改善度はエビデンスレベル C であり、心血管障害関連のパラメータへの改善度はエビデンスレベル D である。

ただ慢性副鼻腔炎、鼻中隔湾曲症、肥厚性鼻炎等で、保存的療法を行っても自覚症状や画像所見等改善しない場合は手術紹介も検討する。軟口蓋の位置が高く、舌根部の空間が広い場合、鼻手術単独で改善する可能性がある。

参考文献：最新ガイドラインに基づく耳鼻咽喉科頭頸部疾患診療指針 2024-25、村上信五、総合医学社