

耳・鼻・のどの プライマリケア

佐藤公則

これまでになかった
新しい耳鼻咽喉科クリニカルガイド

中山書店

はじめに

中山書店から著書『耳・鼻・のどのプライマリケア』を執筆する機会をいただいた。「実地医家および専門医をめざす若い医師向けに、項目の羅列的な教科書ではなく、臨床現場の重要度に応じた、診療に即した、耳鼻咽喉科・頭頸部外科外来診療の本を」との依頼であった。

耳鼻咽喉科・頭頸部外科が専門とする診療領域は「頸から上の脳神経外科、眼科領域などを除いた領域」であり、多岐にわたる。外来診療とはいえすべての耳鼻咽喉科・頭頸部外科疾患を1冊の本の中で述べることはとてもできない。そこで「本書を通して、耳鼻咽喉科・頭頸部外科を研鑽する皆さんに、著者からのメッセージ、philosophyが伝わる書籍にできれば」と考えた。限られたページ数で内容が十分ではないことは御容赦願いたい。

メッセージその1：耳鼻咽喉・口腔顎顔面・頭頸部、気管食道領域を総合的に診療する

耳鼻咽喉科・頭頸部外科が専門とする診療領域は「頸から上の脳神経外科、眼科領域などを除いた領域」である。耳鼻咽喉・口腔顎顔面・頭頸部、気管食道領域を総合的に専門的に診療することが大切である。

専門領域を総合的に診療するためには、境界領域の研鑽も必要である。脳神経外科、呼吸器科、消化器科、形成外科、歯科などの隣接診療科の研鑽も行うことにより、耳鼻咽喉・口腔顎顔面・頭頸部、気管食道領域をより総合的に専門的に診療できる。

メッセージその2：疾病を病態としてとらえ、病態に応じた治療を行う

プライマリケアにおける外来診療は、患者に医療を施す第一歩である。臨床医は来院した患者の診断と治療に全精力を注ぐであろう。診断能力の向上は、臨床医にとって日々研鑽し獲得すべきものである。そのためにはガイドラインも有用である。しかし実際の臨床では、診断名が付けにくい病態は少なくない。また複数の疾患、複数の病態が関与している場合もある。また診断に基づいた治療というよりも、病態に応じた治療が求められる場合もある。診断能力を日々向上させる努力は必要だが、一方で病態を考え、疾病の病態をよく診る診療を行うことも大切である。そのためには臨床組織解剖、病理学、生理学などの基礎医学の研鑽も必要である。

メッセージその3：耳鼻咽喉・頭頸部領域の集学的な治療を行う

手術を治療の一手段としている耳鼻咽喉科・頭頸部外科医は、内科的治療、外科的治療、

処置など耳鼻咽喉・頭頸部疾患の集学的治療が行える。すなわち疾患・病態に対する複数の治療選択肢のひとつあるいは集学的治療の一環として、疾患・病態・患者の希望などに応じてその患者に最適な治療を提供できる。

耳鼻咽喉科専門医が治療の選択肢を内科的・外科的に多く持っていれば、患者の疾患、病態、患者の要望に応じた満足度の高い、より質の高い医療を患者に提供できる。とくに他科との境界領域疾患の診療を行う際には、耳鼻咽喉科・頭頸部外科の専門性を発揮することができる。

メッセージその4：医学と医術を研鑽する

医師になり久留米大学耳鼻咽喉科学教室（現在は耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座）に入局した時の私の初志と夢は、平野 実主任教授をはじめ教室の諸先輩のような「臨床と研究の両面にバランスよく秀でた臨床医」にいつかは自分もなりたいというものであった。医師になり30年が経過した現在でも、私の professional career の中で求め続けている課題の一つである。

近年、臨床研修医の関心は、学位よりも専門医の資格であるとも聞く。臨床医にとって基礎医学は必要ない、研究は必要ないと問われれば、私は強く否定したい。臨床の場において、臨床に100%没頭してしまうのではなく、いつも一段低い基礎的な視点から病態を診る、つまり臨床の重点を fundamental なところにおいておくことが重要である。

毎日の医療の場で、研究の場で、論文を読む際に遭遇することを鋭く観察し、深く思考し、洞察する努力を根気強く取り組んで行くことが日々の診療、医師としての professional career の中で大切であり、そのことにより良質の医療を患者に提供できる。

最後に長年御指導を賜り、研鑽の場を与えて頂いております、久留米大学平野 実名誉教授、中島 格教授、久留米大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科講座の皆様には感謝申し上げます。また本書の出版に際し大変お世話になりました中山書店編集部の方々に感謝申し上げます。

2013年12月吉日

佐藤公則

1 耳鼻咽喉科外来診療に求められること

標榜診療科としての耳鼻咽喉科・頭頸部外科——患者と医療関係者への啓蒙の必要性	2
患者の主体的な治療参加——アドヒアランスの概念に基づいた外来診療	7
オフィスサージャリーの適応と限界	13
オフィスサージャリーのリスク管理	18

2 耳を診る

耳鳴患者の取り扱い	26
急性低音障害型感音難聴にステロイド療法は必要ないのか	30
どのようなときに心因性難聴（機能性難聴）を疑うか	34
めまいの初期対応	37
補聴器装用をいつ患者に勧めるか	44
外来耳処置の副損傷	49
中耳真珠腫・外耳道真珠腫に対する 5-FU 軟膏療法	55
鼓膜形成術（接着法）	58
耳介，外耳道の外来手術	64

3 鼻・副鼻腔を診る

鼻出血の初期対応	74
易再発性の上顎洞性後鼻孔ポリープを外来でどう治療するか	79
鼻アレルギーの集学的治療	83
歯の臨床組織解剖を理解する——上顎・上顎洞の歯性感染症を診るために	88
上顎洞性・上顎性歯性病変による副鼻腔炎	94
最近の歯性上顎洞炎の病態の特徴	100
最近の歯性上顎洞炎の診断・治療	106
デンタルインプラント治療に伴う上顎洞合併症に耳鼻咽喉科はどう対応するか	112
鼻・副鼻腔の外来手術	118

4 口腔・顎顔面を診る

口腔粘膜疾患の診方・考え方	130
口腔粘膜疹をどう診るか	136
口腔の外来手術	142
顎関節痛にどう対応するか	151
顎関節脱臼新鮮例の徒手整復法	157
習慣性顎関節脱臼の保存的治療	161
いびき症・閉塞性睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置治療の 適応	163
顎・顔面の外来手術	169

5 咽頭・喉頭を診る

かぜ症候群（急性上気道炎）をどう取り扱うか	180
インフルエンザをどう取り扱うか	185
扁桃周囲炎，扁桃周囲膿瘍をどう取り扱うか	188
口蓋扁桃摘出術をいつ患者に勧めるか	192
急性喉頭蓋炎の病態と取り扱い——気道閉塞をどう予知するか	196
慢性喉頭炎の本態は	201
咽喉頭逆流症（LPRD）診療のピットフォール	206
咽頭・喉頭異物——いかに発見し，苦痛なく，短時間で摘出するか	217
声帯白板症をなぜ生検（punch biopsy）してはいけないのか	224
嚥下造影検査——外来診療所でどう行うか	227
嚥下内視鏡検査のピットフォール	230
いびき症・睡眠時無呼吸症候群の内視鏡検査のポイントは	235
CPAP 療法の適正圧の決め方——耳鼻咽喉科は CPAP 療法にも積極的に	244
耳鼻咽喉科診療所における睡眠医療への取り組み	248

6 気管・食道・頸部を診る

慢性咳嗽——長引く咳をどう診断・治療するか，上気道専門医としての 取り扱い.....	256
食道異物——どのような症例を外来で摘出するか.....	261
外来における気道閉塞への備え.....	267
外来における気道閉塞への対応.....	272
鈍的頸部外傷の初期対応.....	277
頭頸部嚢胞性疾患に対する OK-432 注入硬化療法.....	282

7 音声・言語を診る

耳鼻咽喉科外来における音声治療（voice therapy）への 取り組み.....	288
所見に乏しい声帯の音声障害はどう診断するのか.....	293
痙攣性発声障害に対するボツリヌス療法.....	298
職業歌手の音声障害と音声外科.....	303

索引.....	308
---------	-----

咽頭・喉頭異物

—いかに発見し，苦痛なく，短時間で摘出するか—

ポイント

- ①咽喉頭異物の部位を的確に診断し，適切な手技で，患者に苦痛を与えることなく摘出しなければならない。
- ②肉眼的に発見できない咽喉頭異物は，経鼻的ビデオエンドスコープ（電子内視鏡）で診断する。
- ③ビデオエンドスコープによる咽喉頭異物摘出術をとくに経鼻的に行う利点は，外来で表面麻酔や鎮静の必要がなく，咽頭反射が少なく，患者の苦痛が少なく，短時間で，人手をかけずに，正確で微細で安全な異物摘出が行える。解剖学的に見えにくい部位にある微細な異物も観察が可能である。また咽頭腔が狭く，患者の協力が得にくく，経口的に異物を摘出することが難しい小児でも異物摘出が容易である。高齢者でも安全に異物摘出術が行える。

- 咽頭・喉頭異物は耳鼻咽喉科外来で診察する機会が少ない疾患である。異物の部位を的確に診断し，適切な手技で，患者に苦痛を与えることなく摘出しなければならない。来院した咽頭・喉頭異物の患者に開口させて口蓋扁桃に刺さった異物（①）を肉眼的に発見できれば，摘出は容易である。しかし，「そうは問屋がよろさない」。肉眼で咽喉頭異物が発見できないときはどうするか，経鼻的ビデオエンドスコープ（電子内視鏡）による診断が有用である。
- ファイバースコープの発達に伴って，ファイバースコープによる異物摘出術の適応が拡大されてきた。とくにビデオエンドスコープ（電子内視鏡）は，より精細な画像が得られる，より細径の内視鏡が市販されており，異物の診断と治療に貢献している¹⁻⁹⁾。
- 下咽頭輪状後部（食道入口部）の異物は手技的に食道異物と同様であるので，本項では上咽頭から下咽頭梨状陥凹・後壁までの異物（②）摘出について述べる。

異物の部位を的確に診断するには，経鼻的ビデオエンドスコープが有用

1 ビデオエンドスコープと鉗子（③）

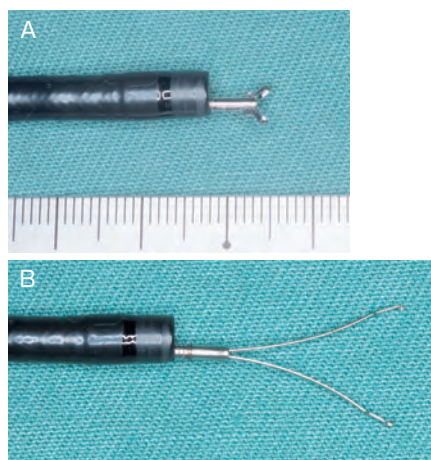
- 咽喉頭異物の診断と治療に用いているビデオエンドスコープは，観察用細径（外径 3.7 mm，PENTAX）と処置用（外径 5.1 mm，鉗子チャンネル付，PENTAX）である。
- 種々の内視鏡用の鉗子があるが，小さな異物に対しては生検鉗子（③ A）を，比較的大きい異物に対しては W 字型異物把持鉗子（OLYMPUS FG-4L）（③ B）を主に



①右口蓋扁桃の魚骨（さんま）異物（→）（46歳，男性）

② 異物の部位と前投薬、鎮静、表面麻酔

	前投薬 鎮静薬	鼻腔粘膜 表面麻酔	咽喉頭粘膜 表面麻酔
上咽頭	—	—	—
中咽頭	—	—	—
梨状陥凹 後壁	—	— +	— +
輪状後部	—	— +	— +
下咽頭			
食道			



③ ビデオエンドスコープと異物鉗子

A：生検鉗子。
B：W字型異物把持鉗子。

用いている。

2 表面麻酔，鎮静

- 上咽頭，中咽頭，下咽頭梨状陥凹・後壁の異物摘出術には，前投薬，鎮静薬による鎮静，表面麻酔は必要ない (2)。
- 喉頭異物には必要に応じて咽喉頭の表面麻酔を行うとともに，喉頭・気管に4%リドカインを注入して，喉頭気管粘膜の表面麻酔も行う。
- 咽頭反射が強い患者では経鼻的電子内視鏡挿入による異物摘出術が有用である。中咽頭の小さな異物を経鼻的に摘出する際には，鼻腔粘膜の表面麻酔は必ずしも必要ない。
- しかし喉頭，下咽頭梨状陥凹・後壁の比較的大きい異物を経鼻的に摘出する際には，鼻腔粘膜の表面麻酔と粘膜の収縮を行っておく。この場合はボスミン®・キシロカイン®ガーゼ (4%リドカイン, 5,000倍アドレナリン) を15分間鼻腔に挿入する。

3 患者の体位と内視鏡挿入法

- 上咽頭，中咽頭，喉頭，下咽頭梨状陥凹・後壁の異物摘出術は坐位 (4)で行う。
- 内視鏡の挿入は経鼻，経口のどちらでもよい。咽頭反射が強い患者では経鼻挿入がよい。
- 経鼻挿入では口蓋扁桃の前面が，経口挿入では上咽頭 (軟口蓋裏面など)，口蓋扁桃の後面が死角になる。

咽頭反射が強いときは経鼻挿入を行う



4 咽喉頭異物摘出時の鉗子の使い方とコツ

- あらかじめ内視鏡の先端近くまで鉗子チャンネルに鉗子を挿入した後に、内視鏡を経鼻的あるいは経口的に挿入する。術者と鉗子の開閉を行う助手（看護師）は、モニターに拡大された異物を供覧しながら異物摘出術を行う（4）。
- 異物を確認したら鉗子をさらに挿入し、鉗子を内視鏡の先端から出す。術者は内視鏡を操作することで内視鏡の先から出した鉗子を異物に誘導する。助手が行う操作は、術者の指示に従って鉗子を開閉させるだけである（4）。
- 助手に鉗子の開閉を指示し異物を把持したら鉗子を少し引き、鉗子で把持された異物を内視鏡の先端に固定する。
- 異物の落下がないことを確認しながら、異物、鉗子、内視鏡を一体として咽頭・鼻腔あるいは咽頭・口腔よりゆっくり引き抜く。



4 坐位で行う異物摘出術

術者は内視鏡を操作することで内視鏡の先から出した鉗子を異物に誘導する。助手が行う操作は術者の指示に従って鉗子を開閉させるだけである。

コツ

鉗子操作

「医師1人で鉗子の操作はできるのか」とよく問われる。医師が内視鏡の先端を操作することで、内視鏡の先端から一定距離出した鉗子を異物に誘導することがコツである。

5 上咽頭異物摘出術

上咽頭異物診断のコツ

- 咽頭異物のなかで上咽頭異物の頻度は低い。しかし、必ず左右の鼻腔から内視鏡を挿入して確認しておかなければならない。

上咽頭異物摘出術のコツ

- 内視鏡を経鼻的に挿入して、鉗子で異物を把持し摘出する（5）。

6 中咽頭異物摘出術

中咽頭異物診断のコツ

- 異物を嚥下した病歴と嚥下痛があれば異物の存在を強く疑う。異物の位置と患者が咽頭痛や違和感を訴える部位は、左右側に関してはほぼ一致する場合が多いが、高さに関してはあてにならない場合がある。
- 中咽頭の異物は小さな魚骨が多く、X線検査による画像では診断できない場合が多い。患者に口を開けさせ、肉眼的に中咽頭に異物が見つからない場合は、細径の観察用電子内視鏡を経鼻的に挿入し、中咽頭異物の診断を行う。透明で微細な魚骨異物を診断するために色素液を用いる報告¹⁰⁾があるが、ビデオエンドスコープを用いると微細な異物でも診断できる（6）。
- 解剖学的に見えにくい中咽頭の異物を電子内視鏡下に見つけるコツは、まず舌を突出させることで、口蓋扁桃の後面が観察しやすくなる（7）。
- また下顎を挙上（頸を後屈・伸展）し、舌を突出させることで舌根の深い部（喉頭蓋谷）の視野が得られ、異物を観察しやすくなる（8）。

コツ

嚥下痛と咽頭異物

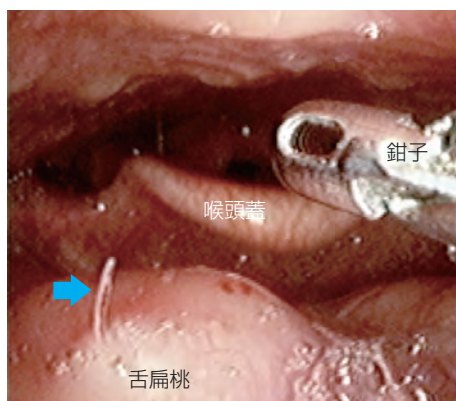
患者が咽頭異常感を訴える場合は、異物がない場合もある。しかし患者が嚥下するたびに嚥下痛を訴えるときは、咽頭異物が必ずあると考え精査すべきである。

舌突出、下顎挙上で解剖学的に見えにくい中咽頭異物が観察しやすくなる



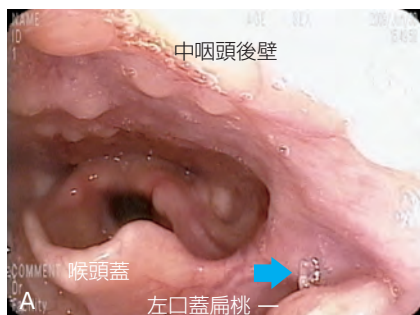
⑤ 上咽頭の魚骨異物 (8 歳, 女児)

表面麻酔は行わず経鼻的にビデオエンドスコープを挿入し、生検鉗子で上咽頭後壁に刺さった魚骨異物 (→) を摘出した。



⑥ 舌扁桃の微細な魚骨(ひらあじ)異物(30 歳, 女性)

表面麻酔は行わず経鼻的にビデオエンドスコープを挿入し、生検鉗子で異物を摘出した。魚骨異物の直径は 0.11 mm であった。



⑦ 左口蓋扁桃後面の魚骨(あじ)異物 (9 歳, 女児)

舌を突出させることで、口蓋扁桃の後面の視野が得られ異物 (→) を観察しやすくなり (A)、摘出できる (B)。



⑧ 舌根の魚骨(いさき)異物 (82 歳, 男性)

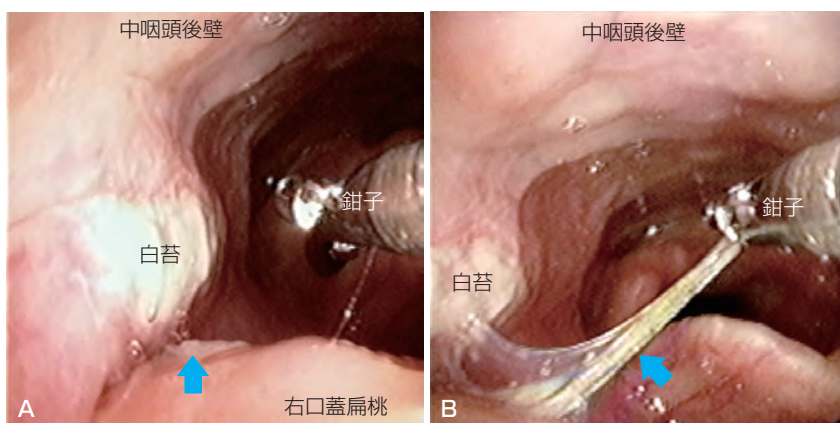
舌根の深い部(喉頭蓋谷)の視野が得られない(A)場合は、下顎を挙上(顎を後屈・伸展)し、舌を突出させることで、舌根の深い部(喉頭蓋谷)の視野が得られ (B)、異物 (→) を観察しやすくなる。



相対する粘膜に形成される粘膜の白苔が埋伏異物発見のコツ

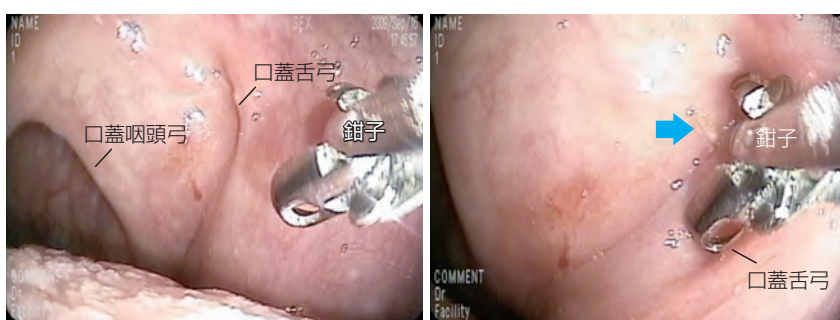


- 唾液などの分泌液が多いときは、水を飲ませると粘膜の表面が観察しやすくなる。
- 埋伏した異物を見つけることはビデオエンドスコープを用いても難しい。診断のコツは、中咽頭が嚥下時に収縮する際に、埋伏した異物の粘膜表面にわずかに現れた部分が、相対する粘膜に接触して形成される粘膜の白苔 (⑨ A) が参考になる。内視鏡下では、埋伏した異物を発見するために粘膜の表面を鉗子で触診したり、視野を得るために鉗子で組織を寄せたりする (⑩) 微細な鉗子操作が可能である。



⑨ 右口蓋扁桃の後部に埋伏した魚骨(あじ)異物(32歳, 女性)

埋伏した異物(→)により形成された粘膜の白苔が中咽頭後壁の粘膜に認められ(A), 異物の存在が示唆される。表面麻酔は行わず経鼻的にビデオエンドスコープを挿入し, 生検鉗子で埋伏した魚骨異物(→)を摘出した(B)。



⑩ 左扁桃窩の魚骨(さんま)異物(51歳, 女性)

経口的内視鏡下で鉗子で口蓋舌弓を外側に寄せると異物(→)を発見でき, 引き続き摘出した。

中咽頭異物摘出術のコツ

- 異物が確認できれば, 処置用内視鏡を経鼻的に挿入し, 坐位で異物摘出術を行う。異物の大きさによっては, 経口的に内視鏡を挿入して異物摘出術を行う場合もある。経鼻挿入のほうが咽頭反射は少なく, 内視鏡が鼻腔で固定されるため摘出操作が行いやすい。表面麻酔を行わなくても患者の苦痛はない。
- ビデオエンドスコープによる中咽頭異物摘出術をとくに経鼻的に行うと, 外来で表面麻酔や鎮静は必要なく, 咽頭反射が少なく, 患者の苦痛が少なく, 短時間(通常は2~3分)で, 人手をかけずに, 正確で微細で安全な中咽頭異物摘出術が行える。解剖学的に見えにくい部位にある微細な異物も観察が可能である。また咽頭腔が狭く, 患者の協力が得にくく, 経口的に異物を摘出することが難しい小児(⑦)でも異物摘出術が容易である。高齢者でも安全に異物摘出術が行える。

7 喉頭異物摘出術

喉頭異物診断のコツ

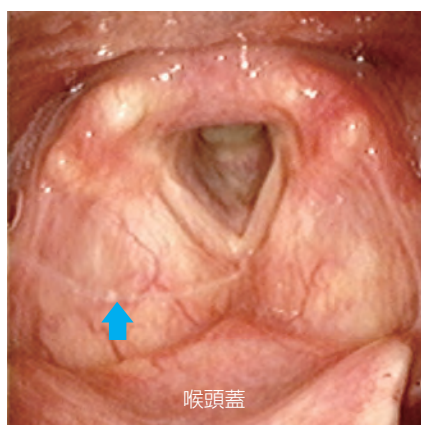
- 異物を嚥下した病歴と嚥下痛があれば異物の存在を強く疑う。喉頭異物は比較的大きいのでほとんどの場合はビデオエンドスコープで容易に診断できる(⑪)。下顎を挙上(頸を後屈・伸展)することで, 喉頭前庭の視野

メモ

咽頭異物とご飯の丸のみ

なぜか咽頭に異物がひっかかると, ご飯を丸のみして異物を取ろうとする患者が多い。私はうがいをすることを勧めている。

下顎を挙上すると異物が観察しやすくなる



⑪ 喉頭前庭の魚骨（さば）異物（72歳，女性）

経鼻的にビデオエンドスコープを挿入し，異物把持鉗子で異物（→）を摘出した。



⑫ 下咽頭（右梨状陷凹）の魚骨（さば）異物（80歳，男性）

下顎を挙上し頸部を左に回旋させ発声をさせると下咽頭の右梨状陷凹の異物（→）が観察しやすくなる。

が得られ異物を観察しやすくなる（⑪）。埋伏した異物にはCTが有用である。

喉頭異物摘出術のコツ

- 異物が観察できれば，処置用内視鏡を経鼻的あるいは経口的に挿入し異物摘出術を行う。患者の体位は坐位で行う。大きい異物に対しては経鼻的内視鏡で異物を観察しながら，経口的に異物鉗子で異物を摘出してよい。

8 下咽頭（梨状陷凹・後壁）異物摘出術

下咽頭（梨状陷凹・後壁）異物診断のコツ

- 異物を嚥下した病歴と嚥下痛，前頸部痛があれば異物の存在を強く疑う。頸部単純X線撮影，CTでも異物の診断はできるが，下咽頭の梨状陷凹・後壁に異物があれば内視鏡でも診断できる。
- 下咽頭の梨状陷凹・後壁の視野を得るコツは，下顎を挙上し頸部を反対側へ回旋させて発声をさせる（⑫）ことであり，それにより同部は観察しやすくなる。分泌液が多いときには，水を飲ませると粘膜の表面が見やすくなる。

下咽頭（梨状陷凹・後壁）異物摘出術のコツ

- 下咽頭の梨状陷凹・後壁に異物があれば，処置用内視鏡を経鼻的あるいは経口的に挿入し坐位で異物摘出術を行う。粘膜の表面麻酔は必ずしも必要でない。同部の異物は比較的大きいので異物把持鉗子を用いる。
- 大きい異物に対しては，経鼻挿入した処置用内視鏡下に鉗子で把持した異物を咽頭まで引き上げ経口的に摘出してよい。あるいは経鼻的内視鏡で異物を観察しながら，経口的に異物鉗子で異物を摘出してよい。

下顎を挙上し頸部を反対側へ回旋させ，発声させる

9 経鼻的ビデオエンドスコープによる 咽頭・喉頭異物摘出術の利点

- ①経鼻的に細径の内視鏡を挿入することで、外来で表面麻酔や鎮静の必要はなく、咽頭反射の強い患者にも、患者に苦痛を与えることなく、短時間で異物摘出が行える。
- ②咽頭腔が狭く、患者の協力が得にくく、経口的に異物を摘出することが難しい小児でも異物摘出術が行える。
- ③術者と鉗子を開閉する助手（看護師）の2人で人手をかけずに異物摘出術が行える。
- ④モニターに大きく写し出された高精細画像を観察しながら、細径の内視鏡を明視下に挿入でき、正確で微細で安全な操作が可能である。
- ⑤解剖学的に見えにくい部位にある微細な異物も観察が可能である。
- ⑥摘出術中の呼吸・循環動態は安定しており、高齢者でも安全に異物摘出術が行える。

文献

- 1) 佐藤公則. 咽頭・喉頭異物に対する内視鏡の使い方とコツ. JOHNS 2010 ; 26 : 99-103.
- 2) 佐藤公則. 電子内視鏡による咽頭・喉頭・頸部食道異物摘出術. 口咽科 2008 ; 20 : 269-77.
- 3) 佐藤公則. 経鼻ビデオエンドスコープによる頸部食道異物摘出術例. 日気食会報 2007 ; 58 : 545-51.
- 4) 佐藤公則. 経鼻上部消化管ビデオエンドスコープによる食道異物摘出術. 日気食会報 2007 ; 58 : 345-50.
- 5) Sato K, Nakashima T. Office-based foreign-body management using videoendoscope. Am J Otolaryngol 2004 ; 25 : 167-72.
- 6) 佐藤公則. 食道異物・咽頭食道異物. MB ENT 2004 ; 44 : 61-6.
- 7) Sato K. Extraction of minute pharyngeal foreign bodies with the videoendoscope. Ann Otol Rhinol Laryngol 2003 ; 112 : 693-6.
- 8) Sato K, Nakashima T. Office-based videoendoscopy for the hypopharynx and cervical esophagus. Am J Otolaryngol 2002 ; 23 : 341-4.
- 9) 佐藤公則, 中島 格. 下咽頭ビデオエンドスコープによる外来日帰り下咽頭・頸部食道異物摘出術. 日気食会報 2001 ; 52 : 270-4.
- 10) 丘村 照. 咽頭異物・喉頭異物. JOHNS 1991 ; 7 : 1292-6.



佐藤公則 SATO Kiminori

1983 年久留米大学医学部医学科卒業，1987 年久留米大学大学院医学研究科博士課程修了，医学博士，佐藤クリニック耳鼻咽喉科・頭頸部外科・睡眠呼吸障害センター院長，久留米大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座客員教授。

主要研究領域は，喉頭の機能形態学，分子生物学，再生医療，声帯の細胞と細胞外マトリックス。

趣味は，ヴァイオリン，テニス，心を動かされる物・事を観たり，聴いたり，読んだりすること。

日本耳鼻咽喉科学会専門医，日本気管食道科学会専門医，日本睡眠学会認定医，死体解剖資格認定（病理解剖）。

主な受賞

- Young Faculty Research Award（1998 年）：American Laryngological Association（米国喉頭科学会）より
- Poster Presentation First Place Award（2005 年）：American Broncho-Esophagological Association（米国気管食道科学会）より
- Poster Presentation First Place Award（2005 年）：American Laryngological Association（米国喉頭科学会）より
- Casselberry Award（2006 年）：American Laryngological Association（米国喉頭科学会）より
- Broyles-Maloney Thesis Award Honorable Mention（2008 年）：American Broncho-Esophagological Association（米国気管食道科学会）より
- Seymour Cohen Award（2009 年）：American Broncho-Esophagological Association（米国気管食道科学会）より
- Honorary Fellowship（2009 年）：The Philippine Society of Otolaryngology-Head and Neck Surgery（フィリピン耳鼻咽喉科・頭頸部外科学会）より
- Guest of Honor Award（2012 年）：American Broncho-Esophagological Association（米国気管食道科学会）より
- Presidential Citation Award（2013 年）：American Laryngological Association（米国喉頭科学会）より