突発性難聴の治療効果の評価における問題点

慶応義塾大学医学部耳鼻咽喉科学教室（主任：神崎 仁教授）

泰 地 秀 信，神 崎 仁

PROBLEMS IN EVALUATING THE EFFICACY OF TREATMENT FOR SUDDEN DEAFNESS

HIDENOBU TAIJI, M.D. and JIN KANZAKI, M.D.

Department of Otolaryngology, Keio University School of Medicine, Tokyo

1) The indices of hearing recovery for sudden deafness was examined. Because it did not reflect the severity of the initial hearing loss, the standard of the Japanese Ministry of Welfare was thought to be inadequate.

2) Since the prognosis of sudden deafness was known to be influenced by several factors, it seemed to be necessary for evaluating the efficacy of treatment to exclude various modifying factors. For this purpose predicting hearing recovery based on multiple regression analysis is appropriate.

3) The predicting recovery rate with the actual recovery rate for 4 kinds of treatment was compared. No significant difference was found between the expected values and the observed values.

4) The scatter diagram indicated 2 groups of patients. This might be due to different pathophysiology of sudden deafness. In the good recovery group, the recovery rate for prostaglandin E₁ therapy was significantly better than the expected one.

Key words: 突発性難聴，治療効果判定，改善率，多変量解析

A 94—1288—23585

I はじめに

突発性難聴は年間に人口10万対10人程度の発生が見込まれており¹⁾，わが国においても年間1万人以上の発生がみられている²⁾。しかし突発性難聴の病態はなお不明であり，さまざまな治療が試みられているがどのような治療法が最も効果的かについては明らかではない。特に突発性難聴は50—70%が自然治癒するとされているため³⁾，これを有意に上回った改善がみられない限りその治療が有効であったとは言い難い。一方，突発性難聴の予後はさまざまな因子に影響されるため，これらがさらに治療効果の評価を困難にしているが，我々は改善率という指標を用い回帰分析を行うことによって，これらの因子の影響を除去することが可能なことを示した⁴⁾。今回は突発性難聴において客観的に治療効果の判定を行うには，どのような方法が望ましいかについて検討し，また実際に薬効差の検定を

行ってみたので報告する。

II. 対象と方法

突発性難聴の聴力改善の評価法について検討を行うにあたり，前回に報告した⁴⁾一側性の突発性難聴患者183例を解析の対象とした。検討を行った因子は，年齢，発症から来院までの日数，めまいの有無，治療法，患側の初診時および固定時の平均聴力レベル（5周波数平均：250—4000Hz），また対側の平均聴力レベルである。聴力レベルについては以下各々初診時聴力，固定時聴力，対側聴力と略する。固定時および対側聴力は前回と同様に発症後2カ月の測定値をとった。さらに高一低音差として初診時の4000Hzと8000Hzの聴力レベルの平均値から250Hzと500Hzの聴力レベルの平均値をさし引いた値を求めた。

聴力回復の指標としては，厚生省研究班の予後判定

基準(表1)と、前回報告した⁴⁾改善率という評価法について主に検討を行った。改善率の定義は $\{(\text{初診時聴力}-\text{固定時聴力})/(\text{初診時聴力}-\text{対側聴力})\} \times 100(\%)$ である。これは発症前の患側聴力が対側聴力とほぼ等しいものと考えて、考察に示した図3でいえば(b/a)×100%を求めたもので、聴力が悪化した分のどれだけの割合が回復したかを示している。

III. 結 果

1. 薬効差の検定

ここで現行の判定基準および改善率を用いて突発性難聴の治療効果判定を試みる。治療法はプロスタグランジン E₁ 60μg/日静注を中心とした群(PGE₁群)、ハイドロコチゾン静注(200mg/日より漸減)を中心とした群(HC群)、プレドニゾロン内服(30mg/日より漸減)を中心とした群(PSL群)、およびウロキナーゼ6万u/日静注を中心とした群(UK群)の4群に分けた。なおPSL群以外では低分子デキストランL

表1 聴力回復の判定基準(厚生省研究班)

治 癒

- (1) 250, 500, 1000, 2000, 4000Hzが20dB以内にもどったもの。
- (2) 健側聴力が安定と考えられれば患側がそれと同程度まで改善したとき。

著明回復

上記5周波数の算術平均値が30dB以上改善したとき。

回 復

上記5周波数の算術平均値が10～29dB改善したとき。

不 変

同じく上記の値が±9dB以内の変化。

250mlおよびATP 80mg/日の点滴をあわせ行い、PSL群ではATP 120mgとメコバラミン 1500μg/日の内服を加えて行った。

1) 現行の判定基準による方法

厚生省研究班の判定基準による治療法別にみた結果を表2に示す。ここでKruskal-WallisのHテスト(付録1)参照)により順位検定を行ってみると、 $H_c = 6.7178 < \chi^2_{(0.05)} = 7.81$ で、有意水準5%で薬効差は認められなかった。

2) 改善率による方法

我々の集計した症例はランダム化試験によるものではなく、治療群間に偏りがある可能性がある。よって多変量解析法を用い、統計学的に偏りの影響を除いて治療効果を比較してみることにする。

前回に我々は、改善率と年齢、発症からの期間、聴力障害の程度、および聴力型との関係を示す重回帰式を求め報告した⁴⁾。結果は $\langle \text{改善率} \rangle = 66.12 - 0.261(\langle \text{年齢} \rangle - 42.04) - 2.238(\langle \text{日数} \rangle - 5.21) - 0.354(\langle \text{初診時聴力} \rangle - 71.71) - 0.510(\langle \text{高一低音差} \rangle + 1.21)$ である。この式を用いて各々の症例について改善率の予測値を求めた。表3に治療法別にみた改善率の実際の値と予測値の平均および標準偏差を示す。これで見ると、PGE₁群とHC群は推定された値より実際の改善率の方が高く、PSL群とUK群は逆に実際の値の方が低い。このような予測値との比較で検定が意味があるかどうかは問題があるが、t検定を行ってみると、どの治療群においても有意水準5%で観測値と予測値との間に有意差は認められなかった(表3)。

2. 良好群と不良群

我々は前回⁴⁾高一低音差と改善率との相関図(図1)において、改善率60%を境にして2つのクラスターがみられることを示した。これらについては違った要因

表2 治療法別にみた予後と薬効差の検定

結果 治療法	治 癒	著明回復	回 復	不 変	計	各群の 順位之和
PGE ₁	13	32	22	7	74	6650.0
ソルコテフ	9	24	10	2	45	3534.5
PSL	4	13	11	8	36	3846.5
ウロキナーゼ	4	11	8	3	26	2440.0
計	30	80	51	20	181	16471
平均順位	15.5	70.5	136	171.5		

表3 改善率による治療効果の検討

治 療 法	観測値 (%)		予測値 (%)		例数	t テスト
	平 均	標準偏差	平 均	標準偏差		
PGE ₁	69.4	29.6	64.3	17.3	74	t 値=1.723 t _{0.05} =1.993
ハイドロコチゾン	71.1	26.7	66.6	13.6	45	t 値=1.207 t _{0.05} =2.015
PSL	54.6	37.4	65.3	16.7	36	t 値=1.993 t _{0.05} =2.030
ウロキナーゼ	65.5	31.2	71.7	14.3	26	t 値=1.219 t _{0.05} =2.060

図1 高一低音差と改善率の相関図

が関与している可能性もあり、その場合治療効果の判定などは別々に行うことが望まれる。図2に治療法別にみた改善率の観測値と予測値の相関図を示すが、これでも観測値の60%付近を境に2群に分かれ、60%以下では観測値が予測値より小さく、60%以上では観測値が予測値より大きいようにみえる。そこで改善率60%以上の良好群と、60%未満の不良群に分け比較を行ってみた。極端にこの両群から離れた値の5例(図1の◎)は除外した。表4に主な特徴を示すが、不良群は良好群に比べ高音障害がやや強く、初診時の聴力障害がやや高度で、めまいを認めるものが多かった。

この2群について別々に改善率の実際の値と、先程の重回帰式から求めた予測値を比較してみた。良好群

における改善率の観測値と予測値の平均および標準偏差を表5に示す。2群に分けたために症例数が少ないという問題はあるが、これでt検定を行うと有意水準5%でPGE₁群に有意差が認められた。つまりPGE₁群では実際の改善率は予測値を有意に上回っており、薬効があるものと推定された。さらに表6に不良群における結果を示す。t検定では有意水準5%でPGE₁群に有意差が認められた。これでは逆にPGE₁群において実際の改善率は予測値を有意に下回っており、PGE₁は他の治療に比しこの群では効果がないものと思われた。PGE₁以外の治療群では良好群および不良群とも、改善率の観測値と予測値の間に有意差は認められなかった。

図2 治療法別にみた改善率の観測値と予測値

IV. 考 察

1. 予後判定基準について

突発性難聴の予後の評価は大まかに分けて3つの方法で行われてきた。まず初診時と固定時の聴力差で判定するいわゆる量的判定と呼ばれる方法と、固定時聴力レベルで判定するいわゆる質的判定と呼ばれる方法、そして厚生省研究班の判定基準(表1)のようにこの両者を混合した方法である。図3上段に突発性難聴の聴力の悪化と回復過程をシェーマで示すが、最初

●の聴力であったものが初診時に○まで悪化し、そのあと×まで回復してきたものとする。図3上段のbつまり何dB良くなったかで評価するのが量的判定であり、図3上段のcつまり固定時聴力を基準とするのが質的判定である。

これらの評価法の問題は、図3上段のaつまり聴力の悪化度をいずれも全く反映していない点にある。そのため図3下段左に示すように最初聴力がかなり悪くなってから少しだけ良くなったものと、聴力の悪化が

軽度でその後ほぼ発症前のレベルに回復したものが、質的判定では同一に扱われてしまう。また初診時聴力レベルが悪いほど改善しうる聴力の幅が大きくなるといった問題もある。質的判定では図3下段右に示すよ

表4 良好群と不良群の特徴

	良 好 群 (改善率 $\geq 60\%$)	不 良 群 (改善率 $< 60\%$)
例 数	113	65
改善率 (%)	88.2 ± 11.1	31.3 ± 16.8
高一低音差 (dB)	-7.9 ± 19.1	5.5 ± 16.0
初診時聴力 (dB)	67.8 ± 18.5	80.5 ± 21.6
年 齢	41.5 ± 14.4	42.8 ± 14.0
めまい (+) (%)	2.7	35.4

(平均 $\pm$ S.D.)

うに、聴力がかかなり回復してきたものと全く改善しなかったものが同じに扱われることがあり、改善度が示されないという点で治療効果の評価には不適當である。これらの解決策として一定の初診時聴力レベルのものについてのみある決まった判定基準を適用することが考えられているが、この方法では症例が制限され例数が少なくなる。

さて先に定義した改善率という聴力改善の指標は、聴力の悪化度および改善度を共に反映しており、また数量であるので統計解析には適している。改善率は% recovery⁵⁾⁶⁾⁷⁾あるいは% improvement⁸⁾⁹⁾として報告されている評価法とほぼ同一であり、今後も広く用いられていくものと思われる。この利点については前回報告したが⁴⁾¹⁰⁾、これには健側聴力をコントロールとしているため、健側聴力が低下している症例は対象か

表5 良好群（改善率 $\geq 60\%$ ）における治療効果

治 療 法	観測値 (%)		予測値 (%)		例数	t テスト
	平 均	標準偏差	平 均	標準偏差		
PGE ₁ *	90.4	10.7	87.4	3.9	50	t 値=2.089 t _{0.05} =2.010
ハイドロコチゾン	88.0	12.2	87.9	3.2	29	t 値=0.023 t _{0.05} =2.048
PSL	84.3	10.1	89.3	3.3	17	t 値=1.807 t _{0.05} =2.120
ウロキナーゼ	87.3	9.2	89.5	2.7	16	t 値=1.056 t _{0.05} =2.132

*: 5%危険率で有意

表6 不良群（改善率 $< 60\%$ ）における治療効果

治 療 法	観測値 (%)		予測値 (%)		例数	t テスト
	平 均	標準偏差	平 均	標準偏差		
PGE ₁ *	27.7	11.7	31.7	5.2	23	t 値=2.111 t _{0.05} =2.074
ハイドロコチゾン	39.0	16.4	31.8	4.9	15	t 値=1.571 t _{0.05} =2.145
PSL	29.9	18.3	29.9	4.6	17	t 値=0.010 t _{0.05} =2.120
ウロキナーゼ	30.7	20.7	32.2	5.9	10	t 値=0.242 t _{0.05} =2.262

*: 5%危険率で有意

図3 量的判定と質的判定

改善率が0～100%まで均一に分布すると仮定したとき

図4 理論的に求めた判定結果

ら除外する必要があるという問題点もある。ただし健側が伝音性難聴の場合には骨導値を用いるという方法がある⁸⁾。なお発症前の患側聴力が測定されていれば、健側聴力の代わりに用いるべきとも考えられる。

2. 現行の判定基準の問題点

図5 初診時聴力別にみた改善率の分布

次に現在広く用いられている厚生省研究班の予後判定基準(表1)について検討を加えてみる。まず聴力回復の度合いが均等つまり改善率が0から100%まで均一に分布するものとすれば、現行の基準による判定結果はどのような分布をとるかを数値積分を行って理論的に求めてみた。結果を聴力レベル別に図4に示す。なお対側聴力としては我々のデータの平均値である16dBをとり、また平均聴力レベル20dB以下は便宜的に治癒と判定した。このように改善率が聴力障害の程度と無関係に均一な分布をとるとすれば、初診時聴力が悪くなるほど治癒・回復・不変の割合は減り、著明回復が増えてくることになる。

ただし実際には改善率は均一に分布しているわけではなく、我々の183例について調べてみると、図5に示すようにおよそ90%付近にピークをもつ分布となる。またこれで見ると、ろうに近い症例は改善率が低く予後が悪いことがわかる。図6に我々の症例における初診時聴力別にみた現行の基準による判定結果を示す。改善率の実際の分布は先の仮定と異なるのであるから、理論的な予測値とは違った結果になっているが、同様に初診時聴力が悪くなるほど治癒は減り、著明回復が増えていることがわかる。回復および不変の割合は、90dBまでは初診時聴力が悪くなるほど減ってく

図6 初診時聴力と予後

るが、90dB をこえると逆に増えてくるようであった。このように現行の判定基準による結果は聴力障害の程度により理論的にも実際にもかなり分布に違いがあり、初診時聴力と無関係に現行の判定基準で一律に集計を行うことは問題があるものと考えられる。

他にも現行の判定基準にはいくつかの問題点があることが過去に指摘されている¹¹⁾¹²⁾。Wilkins ら⁸⁾は我々と同じ改善率と、初診時と固定時の聴力差、および独自の判定基準（5つのカテゴリー）の3つについて比較し、初診時と固定時の聴力差は初診時聴力の程度を反映しないため最も有用でない予後判定基準であると述べている。また研究班の判定基準に従うと、カテゴリーデータとなるため統計学的処理は困難となり、比較性の検定では第2種の過誤（付録2）参照）の可能性が高く多数例が必要となる。

3. 突発性難聴の原因と治療

図1および図2に示したように我々の症例は改善率60%を境にして2つのクラスターに分かれ、改善率60%以上の良好群と60%未満の不良群とでは治療群によりやや異なった反応がみられた(表5, 表6)。このことだけから病態について言及はできないが、この2群には何らかの違いがある可能性があるため、ここで考察を加えてみる。

突発性難聴の原因としては、循環障害・外リンパ瘻・ウイルス感染などさまざまなものが考えられている。しかし実験的に蝸牛動脈を閉塞すると短時間に不可逆

性の内耳障害が生じること¹³⁾、蝸牛動脈の循環障害であれば高齢者に多く、また主に低音域が障害され前庭障害を伴うと思われることから、循環障害は突発性難聴の主な原因ではないものとされている¹⁾。またアブミ骨手術などにおいて生じる小瘻孔がすみやかに自然治癒することから、外リンパ瘻も突発性難聴患者のごく一部を占めるにすぎないと考えられる。現在突発性難聴の8割はウイルス感染が原因であるものと推定されており¹⁾、内耳の組織学的所見¹⁴⁾や1回限りの発症であることなどがウイルス説を支持している。実際にウイルス抗体価の上昇も報告されているが¹⁵⁾、Wilson¹⁶⁾は突発性難聴患者の70%においてヘルペスウイルス属の感染が他のウイルス感染に伴ってみられると述べ、複数のウイルス感染により免疫能が低下し潜在ヘルペスウイルスの再活性化が起きたものと推測している。

さて我々の分析結果では突発性難聴患者は2群に分かれ、良好群では低音障害が強く、また血流改善剤であるPGE₁が有効のようにみえた。このことは良好群には可逆性の（微小）循環障害が強く関与している可能性を示唆している。PGE₁は不良群においては逆に平均に比べて予後が悪いという結果が得られたが、表5・表6の結果はステロイド・ウロキナーゼは全体的にある一定の有効性をもち、PGE₁は一部の群には強い薬効をもつが他の群には無効であったものとも解釈される。ただし今回の検定法にはいくつか問題があり、この結果はその点を考慮した上で評価すべきであろう。我々の症例を全体でみたときと2群に分けて考えたときとでは薬効にわずかに違いがあり、突発性難聴は単一の病態であるとは限らないのでこのようにクラスターに分けて検討することも有用と思われた。Wilkins ら⁸⁾は8kHzの聴力が4kHzより良い場合は有意に予後が良好であると述べているが、これも異なった病態が存在する可能性を示唆している。

突発性難聴にはさまざまな治療が試みられているが、我々は近年いくつかの有効とされている治療法を組み合わせ用いている。突発性難聴にいくつかの異なる病態があったとしても、それを初診時に鑑別することは不可能であり、その場合病態により薬効も異なってくる可能性があるため、多剤併用療法が現在のところは最善と思われる。ただしこの有効性については今後客観的な評価が必要である。なお自然治癒率が高くかつ致死的でない本症に対する治療は、危険性が低いことが第一であり、重篤な副作用を起こす可能性の

図7 治療方法を変更した後に聴力回復がみられた症例

ある薬剤は投与すべきではない。

4. 治療効果の判定法について

突発性難聴は高率に自然治癒がみられる³⁾ため治療効果の評価は困難であるが、図7のように治療方法を変更して聴力の改善がみられた場合などでは治療の有効性が示唆される。ただしこれは主観的な判定であり、科学的に有効性を示すには多数例の統計解析による効果判定が必要である。

さて、無計画的に集められたデータにはさまざまなバイアスが入るため、統計解析を行っても得られる情報には限界がある。ここで突発性難聴において治療効果判定を行う場合、どのような臨床試験が望ましいかについて述べてみる。

二重盲検法で対象患者を対照治療群と新治療群に無作為に割り付け、比較検討を行うことが臨床試験の理想である。実際にこの方法でステロイドの有効性を立証した報告がある⁴⁾。ランダム化試験であれば予後を左右するさまざまな要因についての偏りが少なくなり、補正も不要なことが多い。ここで対照群は無治療(プラセボ投与)である必要はなく、その時点ですぐれているとされる標準的な治療法を対照として新治療法

症例：37歳 男性。左突発性難聴。

発症後2日目に来院。入院の上ステロイド等の投与を1週間行ったが、聴力の改善がみられないため、プロスタグランジンE₁ 60 μg/日の投与に変更。聴力は著明に改善した。

の評価を行えばよい。あとは十分なサンプル数が得られればよいわけだが、必要な標本数については先に考慮しておくべきである。例数設定には検討するデータも問題となり、研究班の判定基準ではカテゴリーデータとなるため多数例が必要となる。必要例数を減らし、また第2種の過誤を少なくするには、今回述べた改善率のような量的な指標を用いる方がよい。なお突発性難聴のように高率に自然治癒がみられる疾患の場合には、比較対照を行わない薬効の評価は無意味である。また、自然治癒する可能性が大きい低音障害型感音難聴は対象から除くべきである。

さて実際には二重盲検法は繁雑であり臨床上行いにくい。最近ではランダム化試験を行わずに、基準となる治療法の結果を対照として新しい方法の治療効果を評価するという考え方があり、この方が倫理的にも行いやすい。この場合治療群間に偏りが生じることがあるが、これは今回述べたような多変量解析などの方法で統計学的に補正を行うことができる。たとえば基準となる結果から重回帰式を求め、これから計算した予測値と新治療法の結果を比較する方法などが考えられる。なお治療群間の偏りはMantel-Haenszel法など

による補正も可能であるが¹⁷⁾、突発性難聴の予後には多数の因子が関与するとされており、これらの因子を同時に考慮して治療効果を比較しようとする、非常に多くの小グループに分かれてしまう。そのため各グループにおいて十分な症例数が得られないという問題が生じる。

V ま と め

1. 突発性難聴の聴力改善の評価法について検討を行った。厚生省研究班の予後判定基準は聴力障害の程度が反映されていないためいろいろな矛盾が生じ、また初診時聴力によって予後の分布にかなりの違いがあるという問題がある。我々は欧米でも広く用いられている改善率という指標の方が有用と考える。

2. 突発性難聴患者を4つの治療群に分け、各群の薬効差を調べた。研究班の判定基準でも改善率でも4群の治療効果に有意差はみられなかった。ただし改善率60%を境にして良好群と不良群の2群に分け検討すると、PGE₁群のみに有意差が認められた。

3. 今後突発性難聴に対する新治療法の効果を評価するには、対照となる標準的治療法の結果を集計しておくことが望まれる。

VI. 付 録

1) Kruskal-Wallis test

Wilcoxon 検定の2処理以上の場合への拡張。k 個の母集団の代表値の差をみるもので、修正された H (Hc) は自由度 (k-1) の χ^2 分布に従う。なおこのような多割間の薬効差の比較には、Dunnett 法、Scheffé 法などの多重比較法も適応となる¹⁷⁾。

2) 第2種の過誤

実際には差(効果)があるのに差(効果)がないという結論を下す危険率。

文 献

- Wilson WR: Sudden sensorineural hearing loss. in English GM (ed) Otolaryngology. Harper & Row, Philadelphia, 1984, pp 1-8.
- 柳田則之, 中島 務, 設楽哲也, 神崎 仁: 突発性難聴 全国疫学調査成績. *Audiology Japan* 33: 327-328, 1990.
- Mattox DE, Simmons FB: Natural history of sudden sensorineural hearing loss. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 86: 463-480, 1977.
- 泰地秀信, 神崎 仁: 突発性難聴の予後の回帰分析. *日耳鼻* 91: 1023-1030, 1988.
- Laird N, Wilson WR: Predicting recovery from idiopathic sudden hearing loss. *Am J Otolaryngol* 4: 161-164, 1983.
- Wilson WR, Byl FM, Laird N: The efficacy of steroids in the treatment of idiopathic sudden hearing loss. *Arch Otolaryngol* 106: 772-776, 1980.
- Mattox DE, Lyles A: Idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Am J Otol* 10: 242-247, 1989.
- Wilkins SA, Mattox DE, Lyles A: Evaluation of a "shotgun" regimen for sudden hearing loss. *Otolaryngol Head Neck Surg* 97: 474-480, 1987.
- Nakashima T, Kuno K, Yanagita N: Evaluation of Prostaglandin E₁ therapy for sudden deafness. *Laryngoscope* 99: 542-546, 1989.
- Kanzaki J, Taiji H, Ogawa K: Evaluation of hearing recovery and efficacy of steroid treatment in sudden deafness. *Acta Otolaryngol (Stockh) suppl* 456: 31-36, 1988.
- 岡本牧人, 設楽哲也: 突発性難聴予後判定基準に関する矛盾について一質的判定方法と量的判定方法について. *耳鼻* 33: 684-689, 1987.
- 大橋正實, 寺山吉彦, 佐藤信清, 土田伸子, 小成祐子 他: 突発性難聴の予後判定基準の再検討. *日耳鼻* 89: 1848-1854, 1986.
- Kimura RR, Perlman H: Arterial obstruction of the labyrinth: I. cochlear changes. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 67: 5-24, 1958.
- Schuknecht HF, Donovan ED: The pathology of idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Arch Otorhinolaryngol* 243: 1-15, 1986.
- Wilson WR, Veltri RW, Laird N et al: Viral and epidemiologic studies of idiopathic sudden hearing loss. *Otolaryngol Head Neck Surg* 91: 653-658, 1983.
- Wilson WR: The relationship of the herpesvirus family to sudden hearing loss: a prospective clinical study and literature review. *Laryngoscope* 96: 870-877, 1986.
- 藤田利治, 椿 広計: 薬効評価解析システムの試作. *臨床評価* 16: 3-23, 1988.

(1991年2月8日受稿 1991年5月9日受理)

別刷請求先 〒240 神奈川県横浜市保土ヶ谷区岡沢町56

横浜市立市民病院耳鼻咽喉科 泰地秀信