

第44回症例検討会 case65

2025年3月10日

めまい症状に対する鍼灸治療

～コミュニケーションの重要性と医療費削減の可能性～

田無北口鍼灸院・白石健二郎

今回の発表でお伝えしたい論点

- めまい診療上のレッドフラグ理解
→どこまで鍼灸師が鑑別できる？
- どんな状況なら鍼灸や漢方を勧められるか？
- 患者が病院を転々としてしまうことの予防は可能か？
- 鍼灸の介入は医療費を減らせるか？ など

40歳女性主訴:めまい・頭痛・肩こり

医師診断名：前庭性偏頭痛疑い・メニエール病疑い

家族歴：叔母　メニエール病　叔父　前庭性頭痛

既往症:パニック障害・過敏性腸症候群（X-24年）

医療機関:脳神経外科・耳鼻科・内科・鍼灸院

サプリメント：なし

内服薬:

A耳鼻科

- ・プレドニゾン5mg1日6錠食後（ブレドニン ステロイド 抗炎症・抗アレルギー）、
- ・ボノプラザンフマル酸塩20mg1日1回朝食後（タケキャブ 胃の不調もあったため）

A耳鼻科＊投薬内容が変わる

- ・ アデノシン三リン酸二ナトリウム水和物10%
(アデホスコーワ めまい改善薬 1日3g)
- ・ メコバラミン0.5mg (メチコバル 神経促通 1日3回)
- ・ ベタヘスチンメチル酸塩6mg (めまい改善薬)
- ・ 酪酸菌 (ミヤBM錠 整腸剤 1日3錠)
- ・ イソゾルビド70%30mg
(イソバイドシロップ めまい改善薬 1日3包)
- ・ 柴苓湯 (ツムラ 1日9g)
- ・ フラジオマイシン硫酸塩 (ネオメドロールEE軟膏)

総合病院入院中

- ・ アデノシン三リン酸二ナトリウム水和物10%
(アデホスコワ めまい改善薬)
- ・ ベタヒスチンメシル酸塩6mg (メニエール病改善薬)
- ・ ジフェンヒドラミンサリチル酸塩ジプロフィリン
(トラベルミン めまい改善薬)
- ・ メトクロプラミド5mg (吐き気止め)
- ・ ロキソプロフェンNa50mg (テープ)
- ・ ベルソムラ (15mg 1回1錠 頓服で2回服用した。睡眠薬)
- ・ エチゾラム (0.5mg 抗不安薬 頓服で2回服用)

総合病院入院中 注射

入院当日

- ・ラクテック (500ml)
- ・プリンペラン (0.5% 2ml)
- ・メイロン (8.4% 20ml めまいの薬)
- ・YDソリタ (500ml 輸液用電解質液)

入院当日以降

- ・YDソリタ (500ml)
- ・メイロン (8.4% 20ml めまいの薬)

B内科

- ・五苓散（ツムラ 一日7.5g）
- ・ロキソプロフェンNa50mg（テープ）

C耳鼻科

- ・ロメリジン塩酸塩（5mg 1日2錠 頭痛改善薬）

D内科

- ・ベタヒスチンメシル酸塩（メリスロン6mg 頓服）

生活歴:アルコールあり 缶ビール1本程度 週2回

食事:一日三回 普通の家庭料理を作って食べている
ラーメンが好き

アレルギー:スギ花粉症

検査:総合病院入院中 脳CT・MRI検査実施 異常なし

現病歴

X年3月 昼頃 めまい（浮遊感）と頭痛を感じ**A耳鼻科**へ
症状から**前庭性片頭痛疑い**との診断を受けた。**脳CT検査**を行う。
その後4か月ほど2週に一度のペースで通院。
頭痛、めまいともにあまり改善が見られない。
胃の痛みや不調も出ることがあった。
なかなか診断がつかず、あまり症状も改善せず、入院もした。
不安感が強くあり、病院を転々とした。
最終的に鍼灸院へ来所。頭痛はかなり改善。めまい症状も
ある程度落ち着いた。現在も継続通院中。

客観的情報

身長: 158cm **体重:** 46 kg **BMI:** 18.43 やせ型

主訴: めまい 頭痛

入院: X年8月 めまいがひどくなり救急車を呼んだところ
総合病院に搬送された。脳の検査を目的にそのまま
1週間入院。脳CT、MRI検査を行う。異常なし。

東洋医学的情報

証:肝鬱気滞、脾虚、瘀血 寒熱:熱 燥湿:湿

食事:一日三食 濃い味好き **二便:**尿正常 8回/日 便正常 1回/日

睡眠:良好 **嗜好品:**お酒（週2度缶ビール1本程度）

精神:気にするタイプ イライラする

硬結:頸肩部（風池、天柱、完骨）

圧痛:足三里 神堂 心兪 天柱 風池

脈診:弦細脈

舌診:淡白舌 舌中央に裂紋

腹診:実施せず

その他の愁訴:首肩コリ、足の冷え、イライラ、不安、胃の痛み

治療

舌の中央に軽い裂紋や淡白舌、やせ型・冷え性・首肩コリ・胃の不快感・不安イライラ、弦細脈、圧痛などから、

「肝鬱気滞」や「脾虚」が疑われた。

肝鬱、冷え、緊張の解消、脾胃を強くする目的で以下のツボを選択した。頭痛症状や不安感、足の冷えの解消を目指して施術を行った。お腹冷やさないよう指導。

（関元温めセルフケア、冷えの解消）

経穴:三里・太衝・心兪もしくは神堂（圧痛の強い方）台座灸

天柱・風池鍼 単刺 刺鍼法:経穴5～10mm 得気:あり

通電:なし **頻度:**週1回（全4回）→週3 から4回（全45回）

全体の経過

X年3月 強いめまい発生 A耳鼻科へ
継続通院「前庭性偏頭痛」**疑い** 2週間毎通院

X年6月 投薬内容が変わる「メニエール病」**疑い**

X年8月 夕方に強いめまいを感じる お盆期間中のため病院が
やっていないため不安になり救急車を呼ぶ 救急車で総合病院へ
脳神経外科の医師診察 入院を勧められる
1週間**入院** **脳MRI検査** **耳鼻科医師診察** 「メニエール病」**疑い**

X年8月 退院後再び **A耳鼻科**へ「メニエール症候群」と告げられた。不安になり「どんな症状も見てくれる」といううわさを聞き同時に**B内科**へ漢方薬（五苓散）など処方される

X年9月 めまい外来をうたう **C耳鼻科**へ 自己判断でA耳鼻科通院中止 リハビリ指導を受ける

X年10月 あまり改善せずC耳鼻科通院中止 **鍼灸院**へ

X年11月 療養費希望の申し出あり。**鍼灸院**通院＋**D内科**へ

X＋1年3月 **交通事故**にあい施術一度中止 頸椎・腰椎捻挫

X＋1年8月 （自転車と車に接触した際のケガ）治療終了

X＋1年9月 鍼灸治療再開

鍼灸治療の経過

X年10月 施術開始

X年11月 頭痛NRS7→6 10回目で痛み改善傾向

X年12月 頭痛NRS7→4 20回目で痛みさらに改善

X+1年2月 頭痛NRS7→3 35回目でさらに痛み改善

気にならなくなる 冷え性改善 めまいや胃の痛み
もあまり気にならなくなった

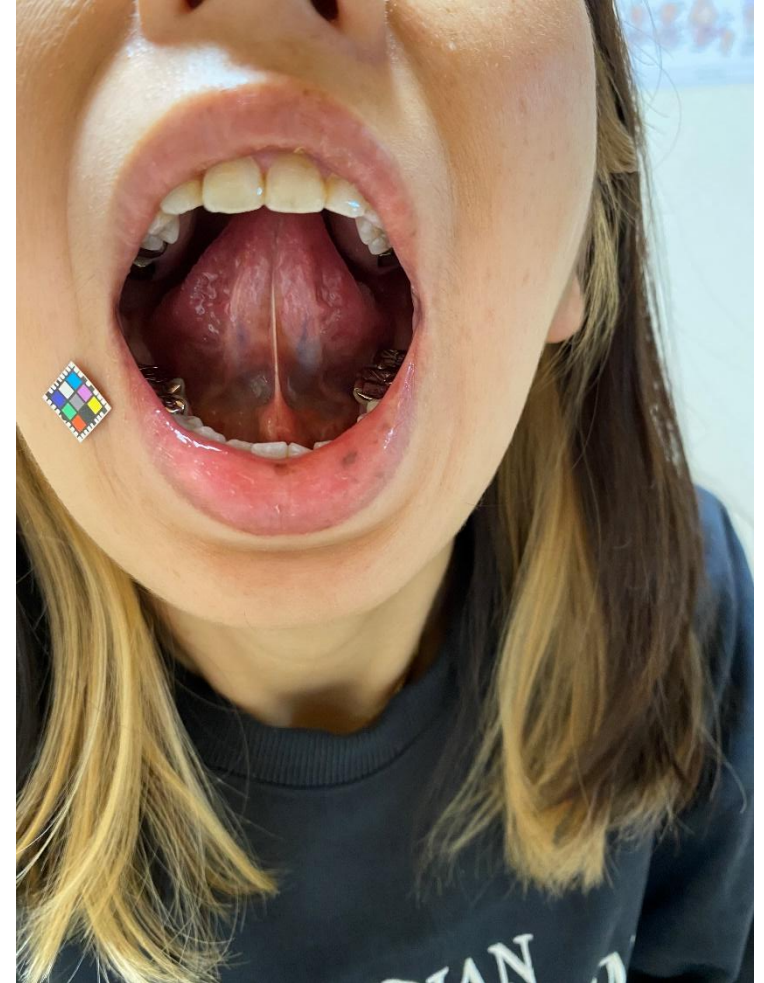
X+1年3月 頭痛NRS7→1か2 45回目で痛みはかなり軽減も

交通事故にあってしまい施術中止

X+1年9月 施術再開 * X+2年2月現在も継続中現在は

メンテナンス目的での施術を週3回程度行っている

X+2年 2月撮影



考察

👉めまいのレッドフラグについて。（現代医学）

鍼灸院へ来所する患者はすでに病院やクリニックで検査を受けていることが多いが、今一度確認。

末梢性か？中枢性か？

中枢性めまいでは随伴症状として神経症候（意識障害・四肢/顔面の麻痺や感覚障害・構音障害・運動障害・運動失調・眼球運動障害等）があるかないかが鑑別の要点となる。中枢性めまいが疑われる場合はすぐに受診を勧める。（参考1）

◆めまい疾患の分類 * 太字は中でも頻度が高いもの

1, 前庭障害 (1) 末梢病変 (30~40%) **良性発作性頭位めまい症**
(BPPV 一番多い)、メニエール病、前庭神経炎、第8神経障害薬
剤 (ゲンタマイシンなどの薬で神経障害が起こる) (2) 中枢病変 (5
~10%) **小脳梗塞・出血**、脳幹梗塞、椎骨脳底動脈循環不全、**薬剤性**、
多発性硬化症、頸性めまい (Powers症候群：椎骨動脈の間欠的な圧迫
で起こる症候群のこと)

2, 心血管疾患 (5~10%) 高度大動脈弁狭窄症、**不整脈**、脱水、重度
貧血

3, 複合型感覚障害または代謝性障害 (10~25%) **高熱**、低血糖・高
血糖、低酸素血症、甲状腺機能障害

4, 精神的疾患 (10~20%) うつ、過換気症候群、パニック障害

* 岸田直樹 総合診療医が教えるよくある気になるその症状より引用

◆めまいの性質からの分類（参考2）

回転性めまい　ぐるぐる回る（景色が流れる）

→中枢性（脳血管障害、脳腫瘍など）

末梢性（BPPV、メニエール病など）

動揺性めまい　ふらふら、ふわふわ、身体がふらつく、
頭がふらふら

→どれもある

失神性めまい　気が遠くなる、意識を失いそうになる、
風呂上りに気が遠くなる

→出血、心血管障害、血管迷走神経反射など

◆めまいのレッドフラグサイン（参考2）

- ・ 失神性めまい
- ・ 耳鳴り・難聴を伴う
- ・ 脳血管障害の危険因子が複数ある
（高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙など）
- ・ 頭痛、頸部痛、後頭部痛がある
- ・ 構音障害、嚥下障害、複視、半身のしびれ、脱力がある
- ・ 顔、口の周りのしびれ（過換気症候群との違いに注意）
- ・ （片側だけにめまいがあり）倒れそうになる
- ・ 動悸、胸部不快感、胸痛を伴う

👉 鍼灸師の西洋医学的臨床推論・思考法について

鑑別できる？ **疑わしきは病院が原則では？** 鍼灸師の臨床推論は再考すべき。医学的検査ができないので**仮説演繹法中心は無理**。
ただ理解する努力はする（参考1）

• 仮説演繹法（Hypothetico-deductive method）

仮説演繹法は、論理的かつ体系的な思考が可能であり、仮説の検証を繰り返すことで診断の精度を向上させる。また、現代医学で広く用いられる方法であり、EBM（根拠に基づく医療）との相性が良い。
一方で、仮説の検証にはデータ（血液検査・画像検査など）が必要なため、日本の鍼灸臨床では活用が難しい。また、検証に時間がかかるため、即時の診断が求められる場面には向かない。

• アブダクション（Abduction / 仮説生成的推論）

アブダクションは、限られた情報から最も妥当な仮説を立てることができ、中医学の弁証論治と相性が良い。また、直感的診断と仮説演繹法の中間的な立場として柔軟に使える。しかし、厳密な実証が難しく、「**最も妥当そうな仮説**」を立てるに留まることが多い。また、経験の少ない者が使用すると精度が低くなる可能性がある。

鍼灸師はアブダクション推論中心の思考（つまり伝統医学的な思考）

仮説演繹法はあくまで調整や補助的思考にとどめる。その上でレッドフラッグや器質疾患が疑われる場合は**仮説演繹法**を採用。

👉 メニエール病とメニエール症候群の違い (コミュニケーション)

メニエール病のようだけど診断基準に当てはまらない場合、メニエール症候群と説明されることがあるようだが、患者さんが理解できてない事がある。

→ **このような病気の確認や説明も鍼灸師の仕事では??**

👉 鍼灸や漢方を勧めたほうがいいのはどんなケース？（中医学）

器質的な疾患が除外され、その上で現代医学的にこれといった決め手がないケース。これがあれば積極的に介入できるのでは？

例えば本症例のように「**緊張**」「**ストレス**」が大きく関係するケース。中医学で言う「**肝鬱気滞**」と捉えられる。めまい外来をうたってるクリニックは結局漢方を処方していることも多い

（なにか特別な薬があるわけでない？検査や診断に時間かける？）

→しっかりとコミュニケーションしたうえで鍼灸治療、専門家である漢方内科の医師を勧めることは患者のためになるのでは？何かまた問題が生じれば漢方内科医師から総合病院等受診を勧めてもらうこともできる。

👉 **治療方針決定の力になれたか？（コミュニケーション）**

なかなか診断が出ない事例であった。

前庭性頭痛疑い→メニエール病疑い→メニエール症候群
そのため患者の不安があった（**参考3**）

SDM （shared decision making）とdecision aid
（**参考4**）

方針を決めていくためのシート

体調をよくするため患者さんと医療者、ご家族が価値観や目標を共有しながら治療を進めていくことが大切です。協力して治療に臨みましょう。

Q1. お気持ちはどれに一番近いですか？お一つ選んでマルをしてください。

- ・ 情報を十分得て自分で決めたい
- ・ 医療者や家族と相談しながら決めたい
- ・ 医療者や家族などに決めてもらいたい

Q2. 治療についてご家族やキーパーソン（友人やパートナー）と話し合っていますか？またその方から一緒に説明を聞きたい等のご要望があれば書いてください。

はい ・ いいえ

()

Q3. ご自身のお悩みに関してネットや雑誌等から十分な医療情報をとれていますか？お一つ選んでください。

はい ・ いいえ ・ 調べ方がわからない

Q4. これから鍼灸治療を始めるにあたり、心配なことがありますか？（複数回答可能）

- ・ 本当に良くなるか？
- ・ 金銭的な負担
- ・ 忙しいため通えるかどうか？
- ・ 治療は痛くないか？

その他（

Q6. 症状が改善したらどんなことをしたいという目標や希望はありますか？ご自由にお書きください

Q7. 治療に関してご希望はありますか？複数回答可能です。

- ・ 症状の改善 ・ 病院等の関連情報提供 ・ 東洋医学的（専門的）な治療
- ・ 自宅でのセルフケア指導 ・ 食養生指導 ・ 全体的なメンテナンス
- ・ その他（

Q8、最後になにかお話ししたい事があればご自由にお書きください。

ご回答ありがとうございました。一緒に体調を良くしていきましょう。口頭やLINE等でもなんでもお気軽にご相談ください。

👉療養費について 医療費削減になるのか？どのような評価があるか (公衆衛生)

◆例えば生活保護受給者の例

- ・生活保護受給者には、高齢者や障害者が多く含まれており、慢性的な健康問題（糖尿病、高血圧、心疾患など）を抱える割合が一般の人々に比べて高い。（参考5）
- ・医療扶助にかかる費用は生活保護費全体の約半分を占めており、健康問題が生活保護において大きな課題であることが示されたデータもある。（参考6）
- ・鍼灸治療は医療費を減らせる可能性があるというデータがある（参考7）

鍼灸療養費の必要性はどのように社会へアピールすべき？

評価は？症例報告？QOL評価？知恵を出し合いたい！

参考・および文献

(1) 丹沢章八 臨床推論 錦房

(2) 岸田直樹 総合診療医が教えるよくある気になるその症状 じほう

(3) 患者および家族の不確かさに関する研究内容の分析
→不確かさ、は患者のストレスになる

https://www.jstage.jst.go.jp/article/kmj/62/2/62_175/pdf

(4) 石川ひろの ヘルスコミュニケーション学入門

(5) 厚生労働省「生活保護受給者への健康支援実態調査」、
「データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援について」

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/sankoushiryou1.pdf>

(6) 厚生労働省「生活保護制度の現状について」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12002000/000977977.pdf>

(7) BMJ Cost-effectiveness of acupuncture for persistent low back pain

<https://www.bmj.com/content/333/7569/626>