

第45回DAPA症例検討会

case66

2025年 4月14日

所属 鍼灸治療 楓鈴堂

発表者 菅野幸治

S(subjective) 主観的情報

O(objective) 客観的情報

【患者情報①】 初診時点（X年12月）

患者：70代男性 175 c m 52kg BMI 16.98

主訴：膝下、手掌の痛みとしびれ、及び両下肢の脱力感（歩行困難）

医師の診断名：慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多巣性運動ニューロパチー
特定医療費（指定難病）

介護度、ADL：要介護3 室内は伝え歩き、屋外は車いす

性格：人前では大雑把（外向きにはおおらか・気にしないように見える）だけれど、
内面ではとても人に気をつかわれている。（とても人に気を使うタイプ）

家族歴：特記事項なし

【患者情報②】

既往歴：右大腿骨腫瘍で手術（30代頃）

生活歴：アルコールは発症までは機会飲酒で発症後は飲んでいない。
喫煙は65歳までのんでいた。

職業：気功師

（患者の身体の悪いところに手を当てて邪気を抜いて、その後いい気を補う療法）

※原因は気功治療で邪気を受けすぎた、気を取られたからと本人。

【現病歴】

X-1年～6か月 （主訴発症）

朝起きたら突然脱力感があり、時間が経つにつれて立てなくなった。
A大学病院に検査入院したが**原因不明**。

※発症数日前から鼓動（動悸）を感じる事が有り**100/分**ぐらいと本人

その後、B病院へ転院し**慢性炎症性脱髄性多発神経炎（CIDP）/多巣性運動ニューロパチー（MMN）**と診断され**血漿浄化療法**を実施。

その後リハビリを兼ねて、自宅近くの病院に転院となる。

※入院中に**糖尿病**と診断される。

血糖値：400 A1c：8 （自己申告）

【内服薬】 初診の3か月後の情報

- ブレドニン錠 5mg
- ジャヌビア錠 25mg
- 酸化マグネシウム錠 330mg
- トコフェロールニコチン酸エステルカプセル 200mg
- メトホルミン塩酸塩錠 250mg
- リポトリール錠 0.5mg
- フォリアミン錠
- ビタメジン配合カプセル B25
- ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒
- アミティーザカプセル 12
- タリージェ錠 5mg

【生活の様子】 初診時（X年12月）

住居： 知人の家（2階建）の1階に独居

※知人は本人の患者の母親で普段は自宅（他のところ）にいる。

※2階は知人の治療室（テルミー）であり治療の時にくる。

体重： 52kg BMI 16.98 低体重

歩行： 屋内は伝い歩きや歩行器、屋外は車いすを介助者に押してもらう

食事： 自立（スプーン、フォーク使用）

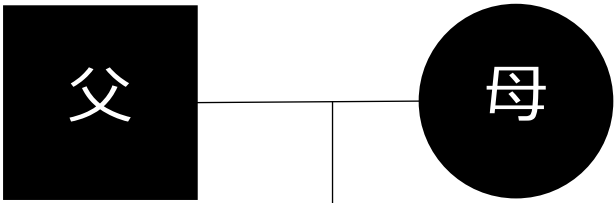
排泄： 自立（失敗はないが念のため紙パンツ使用）

買物： 知人、長女（車で20分ぐらいの所に住んでいる）

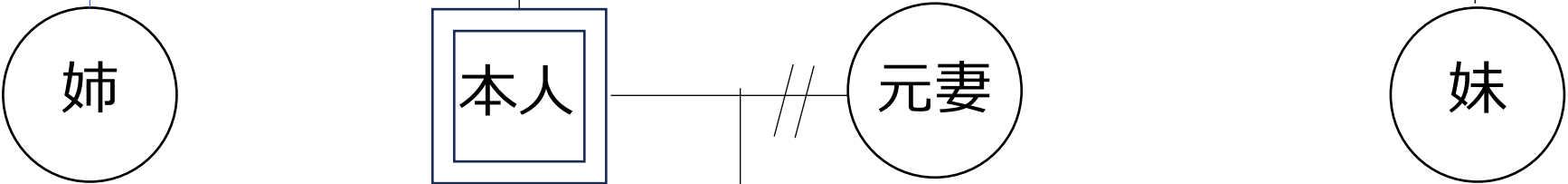
洗身： ヘルパー

金銭管理： 自立

【ジェノグラム】



※ 黒塗りは他界。

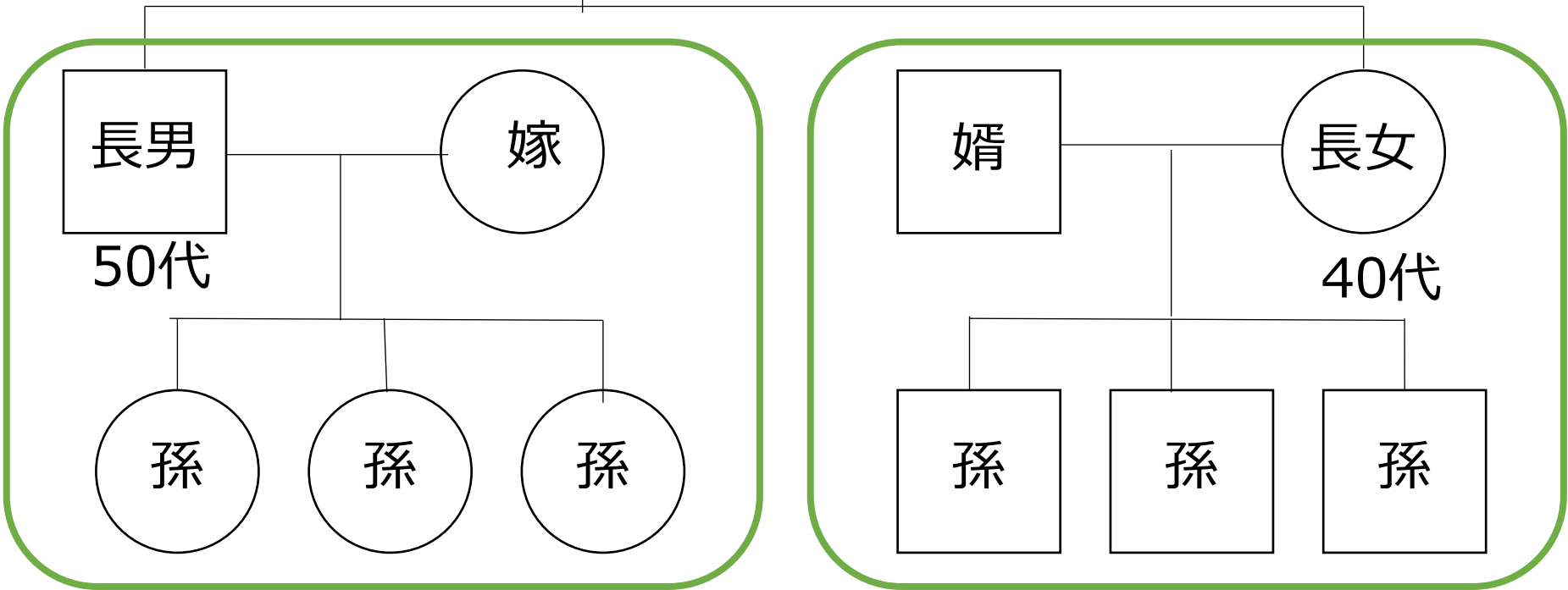


※ □ は、同居を示す。

76歳

※ 両親、子、孫、に同様の症状はなかった。

※ 長女家族は同市内に住んでいる。



【介護サービス導入】初診時（X年12月）

ケアプラン 要介護3

訪問診療 2/月（居宅療養管理）

訪問看護 2/月

デイケア 週2回

鍼灸施術 週1回（3診までは1日おき）

訪問介護 週4回

福祉用具 住宅改修 手すり 歩行器 車いす

【初診前に考えていたこと】

慢性炎症性脱髄性多発神経炎（CIDP）/多巣性運動ニューロパチー（MMN）

分類	説明
西洋医学	自己免疫性疾患であり、末梢神経の脱髄によって運動障害や感覚障害が引き起こされます。
東洋医学	四肢のしびれや脱力は中医学において「痺証」または「痿証」の範疇に属します。これらは、気血の流れの停滞、経絡の阻滞、または陰陽気血の不足によって生じると考えました。

「病名にとらわれずにいってみよう！」

【初診】

問診

寒熱：足の冷えやおなかの冷えを強く感じる。

飲食：お湯を多くとるようにしている。甘いものを食べてしまう。

二便：この病気になってから**便秘**になることが多い。

睡眠：寝つきはいいが途中で起きてしまう。（2～3回、ついでに排尿）

メンタル：この病気であることがストレス。それ以外の精神的な浮き沈みはない

その他：足がよくつる。（ふくらはぎ）

切診

脈象：沈細、尺弱

経穴診：太谿、合谷、気海→凹

望診

舌象：淡紅舌、薄白苔 ※足くびから下の**浮腫**あり

【弁証】

急な発症：表？→**1年経った：裏**

脱力：気虚、血虚、精の不足、血瘀、気滞、痰湿

しびれ：血虚、阻滞（気、血、痰湿）

糖尿病：消渴→下渴→腎陰虚？虚熱無さそう→腎精不足

おなかや足の冷え：陽虚、脾陽虚（ベースに脾気虚）、腎気虚→腎陽虚

中途覚醒：虚証 ←夢はあまり見ない又は覚えていない

足がつる：血症（血虚？血瘀？）

足首から下の浮腫み：痰湿

？？怪病多痰

腰から右大腿部の痛み（右大腿部の手術後から）：経絡の阻滞

弁証：気血両虚、阻滞（気、血、痰湿）、脾気虚、腎気虚、腎精不足、陽虚

【論治】

治則・治法

まず、流そうと考え→行気活血、疏肝去痰、補腎利水
その後補う→健脾益気、捕益気血、捕益精血、補腎利水

取穴

（1～3診）

行気活血：太衝、血海、膈俞

疏肝去痰：太衝、豊隆、

補腎利水：中極、太谿

（4診～）

健脾益気：足三里、陰陵泉、気海（台座灸）

捕益気血：足三里、三陰交、合谷

捕益精血：復溜、三陰交、膈俞

補腎：復溜、関元（台座灸）、両腎俞（凹側灸頭鍼）、湧泉（台座灸）

【経過①】

・X年12月1日（第1診）：担当者会議直後

- ・筋力低下が著しく、日常生活動作（ADL）が大幅に制限。
- ・医療機関での治療が中心だったが、在宅での自立した生活を目指す。
- ・デイケアのPTよりリハビリ的な観点から筋力維持・疼痛管理・自律神経調整を協働していくことになった。**鍼灸は主に疼痛管理**ということに。

・X年1月5日（第5診）：

- ・鍼灸施術後、**冷えや痺れの軽減**が見られ、体感的な快適さが向上。
- ・**睡眠の質が改善**し、夜間の中途覚醒が減少。

【経過②】

・X年2月9日（第10診）～：

- ・筋力低下の進行が緩やかになり、少しずつ**自己動作の範囲が広がる**。
- ・四肢のしびれが軽減し、リハビリとの併用でQOLが向上。（波はある）
- ・**医療チームとの情報共有**により、疼痛管理の統合アプローチが確立。
- ・途中、**華陀夾脊穴・醒腦開竅法**を試みるようになる。



・X年+3年12月9日（第158診）～：

- ・途中でギランバレー症候群（GBS）の自己免疫介在性末梢神経障害を鍼灸治療で行った文献を発見、ほぼ同じ配穴ということを知り継続を決意。

【経過③】

・X+4年10月25日（第256診）：

- ・ 浮腫や糖尿病の悪化があったが主治医が対応と報告あり

【追加薬・注射】

- ・インスリン グラルギンBS注ミリオペン
- ・インスリン リスプロBS注ソロスターHU
- ・マンジェロ皮下注射2.5m g アテオス



【経過④】

・X+5年2月7日（第271診）～：

- ・ 2/1頃から夕食後に嘔吐するようになった。ほぼ毎日

他の症状：疲労感・倦怠感・食欲低下

脈象：沈遅・無力

舌象：淡白舌、白膩苔、軽度の歯痕舌

弁証

脾胃虚寒：食後の嘔吐、白膩苔、倦怠感

気血両虚：舌質淡白、舌が痩せている

胃気上逆：食後の吐き気、舌の中央の白膩苔

治療方針：温中健脾、和胃降逆、補気養血

追加取穴：内関、公孫、中脘、脾兪、胃兪、足三里に温灸

【経過⑤】

・X+5年3月1日（第275診）：

- ・嘔吐は消失。胃の不快感が
- ・軽くなり、食事量も回復。



・X+5年3月8日（第276診）：

- ・介護サービスと併用しながら、**生活動作の改善**が見られ、患者の自立度が向上。

S(subjective) 主観的情報

O(objective) 客観的情報

【患者情報現在】

患者：70代男性 175 c m 72kg BMI 23.51

主訴：膝下、手掌の痛みとしびれ

医師の診断名：慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多巣性運動ニューロパチー

糖尿病：モニターして食後血糖値が100～150mg/dL A1c 6.4

介護度、ADL：要介護1 室内は伝え歩き、屋外は杖を使用（現在）

排泄：自立（失敗の不安は無くなり布の下着）

洗身：自立

【介護サービス現在】 X+3年6月に変更

ケアプラン 要介護1 (3→1)

デイケア 週2回

鍼灸施術 週1回

訪問介護 週3回

福祉用具 手すり 歩行器

現在、介護度も軽減し介護支給限度基準額の関係もあり、訪問看護は行っておらず、同医療法人のデイケアから訪問医等に情報提供および共有。

【考察・まとめ】

・考察:

- ・ 鍼灸治療が難病患者の二一ス達成のお役に立てるのではないか。
- ・ 介護サービスと組み合わせることで、患者の「**できること**」を維持し、自立した生活の時間を延ばすことが可能ではないか。
- ・ 医療機関との多職種連携を通じて、患者支援の幅を広げられるのではないか。

・まとめ:

- ・ 症状の進行を止めることは困難だが、QOL向上の観点からの鍼灸の有用性を再確認。
- ・ 多職種連携の実践例として、医師：同意書、理学療法士：リハビリ時の運動痛の共有、看護師と情報を共有しながら鍼灸を取り入れることで、患者の生活に寄り添う形での支援が可能となった。
- ・ 介護制度やケアプランの中で鍼灸が多職種と協働できる事例やエビデンスを集めていくことが必要。

【文献】

慢性炎症性脱髄性多発神経炎に伴う神経障害性疼痛に対する鍼治療

<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/acu.2014.1054>

免疫チェックポイント阻害剤使用後のギランバレー症候群に対する鍼治療：症例報告

<https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2022.908282/full>

慢性炎症性脱髄性多発根ニューロパチー、多巣性運動ニューロパチー診療ガイドライン2024

https://www.neurology-jp.org/guidelinem/pdf/cidp_2024_01.pdf

臨床経穴学 著：李世珍 訳：兵頭 明

鍼灸学臨床編 東洋学術出版社