原 著

冷え症に対する鍼灸治療の臨床的研究(第1報)

根 本 宏 三* 水 上 守 丹 沢 章 八

要旨 われわれは、何らかの基礎疾患をもち、かつ“手足の冷え”を主訴とする21例の冷え症患者を対象に鍼灸治療を行い、初診時と10回目の治療時とで自覚所見を比較検討した。

その結果、①自覚的には、手足の冷えに対し有効率は55.9%で、冷えの改善とともに随伴症状も緩解した。②一般的に冷え症は健常者に比し、下腿部から足部にかけて皮膚温が低く、しかも主訴に合致した身体部位に皮膚温の低下が認められた。③鍼灸刺激は、末梢循環動態に強い影響を及ぼすことから、鍼灸治療は自覚的な冷えの改善に対し有効な治療手段の一つと言える。

I はじめに

冷え症に対する病名としての定義には明確なものはない。しかし症候(自覚症状)として、その改善を期待して鍼灸外来を訪れる人は意外に多い。したがって鍼灸臨床の現場では、古くから日常しばしば遭遇する症候の一つとして扱われてきたし、また数多くの治験報告が見られる¹⁻⁵⁾。今回われわれは、何らかの基礎疾患をもち、そのうえに“手足の冷え”を強く訴える冷え症患者に鍼灸治療を行ない、初診時と10回目の治療時とで自覚症状と他覚症状(主として血圧、皮膚血管反射から見た自律神経系機能)を比較検討した結果、興味ある知見を得たので報告する。

II 対象と方法

対象は、表1に示す七沢リハビリテーション病院・東洋医学科(以下当科と略す。)に昭和62年9月

から12月までの期間中に来診した“手足の冷え”を主訴とする21例である。男性は9名(42.9%)、女性12名(57.1%)、平均年齢は58.0歳、罹患年数はほとんどが1~2年前後で、冷え症患者には、肩凝り・便秘・倦怠感・不眠・腰痛など多彩な随伴症状が認められた。当院は、脳血管障害後遺症のリハビリテーション専門病院であるので、基礎疾患としては対象患者の中の13名(61.9%)が脳卒中後遺症患者であることが特徴であり、また脳卒中以外の8名の対象患者は、動脈閉塞を伴う血管炎による循環障害患者1名(4.8%)、骨の変形や椎間板に起因する神経圧迫所見を有するもの3名(14.3%)、更年期障害者4名(19.0%)で対象患者のすべてに何らかの基礎疾患が認められた。

治療方法は循環機能の活性化と全身的な変調効果を目的とした本治・標治を交えた鍼灸治療を週2回行なった。鍼治療は、膻中・中脘・育兪・関元・天枢・大巨・天柱・身柱・厥陰兪・心兪・脾兪・腎兪・志室・大腸兪・次髎・胞育・曲池・神門、陰陵泉、太谿などの経穴に対し、ステンレス鍼40ミリメートル20号鍼を用い単刺術・雀啄術・置鍼術を中心とした普通鍼を行ない、併せて郄門と内関、足三里と三陰交を結びパルス通電刺激を1 Hz、30分間行なった。また、灸治療は、腎兪・

*Kouzou NEMOTO 七沢リハビリテーション病院 東洋医学科

共同研究者：Mamoru MIZUKAMI, Shohhachi TANZAWA
七沢リハビリテーション病院 東洋医学科

Key Words：冷え症、鍼灸治療、皮膚温、サーモグラフィ

表 1 患者リスト

No	患者名	性別	年齢	診 断 名	罹患年数	主 訴	随 伴 症 状
1	T. Y.	男	53	脳 血 栓	1y 10m	手足冷 腰痛	肩こり 左上下肢のしびれ
2	K. K.	男	46	脳 出 血	2y 9m	足冷 耳鳴	肩こり 左上下肢のしびれ 倦怠感 めまい
3	K. Y.	男	67	脳 梗 塞	12y	手足冷	右上下肢のしびれ 下肢痛
4	T. S.	男	67	バージャー病	2y	手足冷	下肢痛 腰痛
5	O. Y.	女	72	スモン病	18y	足冷 下痢	下肢のしびれ 肩こり 腰痛 倦怠感 不眠
6	K. T.	女	68	変形性脊椎症	30y	足冷	肩こり 腰痛 膝痛
7	i. k.	男	38	椎間板ヘルニア	1m	足冷 腰痛	倦怠感 左下肢痛
8	Y. S.	女	42	自律神経失調症	15y	足冷	肩こり 腰痛 倦怠感 便秘
9	S. M.	女	25	自律神経失調症	2y	足冷	肩こり 腰痛 倦怠感 便秘
10	K. Y.	女	54	自律神経失調症	9y	足冷 便秘	肩こり 腰痛 肩痛
11	T. M.	女	71	自律神経失調症	3y 3m	手足冷	肩こり 倦怠感 不眠 便秘
12	S. Y.	男	51	脳 梗 塞	1y 6m	足冷	肩こり 上下肢のしびれ 不眠 頭痛 背痛
13	A. M.	女	49	脳 出 血	1y 8m	足冷	肩こり 腰痛 便秘 下肢のしびれ 背痛
14	S. Y.	女	64	脳 梗 塞	1y 4m	足冷 肩痛	肩こり 便秘 不眠 頭痛
15	S. K.	女	82	脳 梗 塞	2y 9m	手足冷 肩痛	倦怠感 便秘
16	O. S.	男	58	脳 出 血	2y	手足冷 肩痛	肩こり 便秘 倦怠感 頭痛
17	N. S.	女	67	脳 出 血	1y 5m	手足冷 肩痛	腰痛 便秘 不眠
18	I. M.	男	69	脳 出 血	3y	手足冷 肩痛	肩こり 倦怠感 便秘 不眠
19	T. T.	女	51	脳 出 血	2y 8m	手足冷 肩痛	肩こり 倦怠感 便秘 不眠
20	K. N.	男	65	脳 梗 塞	4m	足冷 肩痛	倦怠感 腰痛 不眠
21	S. H.	女	59	脳 出 血	9m	足冷 肩痛	肩こり 上肢のしびれ 不眠

足三里・復溜・湧泉の経穴に対してカマヤミニ灸を2壮施灸した。効果の判定は、当科で作成した自他覚症状の評価表を用い自覚症状は、とても気になってがまんできない(3+), 気になるががまんできる(2+), あるがさほど気にならない(+), よくわからない(±), ない(-)の5段階評価を、他覚所見は、かなり認める(2+), 認める(+), やや認める(±), なし(-)の4段階評価を行ない、ほかに血圧変動係数、サーモグラム、臨床心理テストを指標とした。なお治療成績は、自他覚所見の症状消去率80%以上を著効、80%未満60%以上を有効、60%未満40%以上をやや有効、40%未満を不変として評価した。

III 結果と考察

著効+有効を鍼灸治療有効群、やや有効+不変を鍼灸治療無効群とすると、表2のごとく自覚的には、手足の冷えに対し鍼灸治療の有効率は55.9%で、冷えの改善とともに、肩凝り・全身倦怠感・便秘などの随伴症状が改善し、腹証にも顕著な

変化が認められた。

図1は臥位時最高血圧と立位時最高血圧より求めた血圧変動係数(係数値0.12以上を自律神経機能不安定値とするため点線で挟まれた領域は自律神経機能安定域を示し、それ以外の領域は不安定域を示す。)を現わしたものである。図1から自・他覚所見の症状消去率60%以上にあたる鍼灸治療有効群の血圧変動係数は、鍼灸治療無効群と異なり、10回目の治療時には、ほとんど自律神経機能安定域に入るという結果が得られた。また、臨床心理テスト(C.M.I. 深町変法・阿部変法・M.A.S. テスト)の成績を初診時と治療10回目とで比較した結果、鍼灸治療有効群は、治療10回目には正常領域に入り、心理面での改善も認められた。以上の成績から、自覚症状改善群は他覚的にも指標全般に改善が認められることがわかった。なおサーモグラムで改善の経過を追跡した結果は以下のとおりである⁶⁻⁹⁾。

体幹部における健常者と冷え症との皮膚温分布を比較した結果、図2のように冷え症の下腹部は

表2 治療効果

評価 所見	鍼灸治療有効群		鍼灸治療無効群	
	著 効 (人)	有 効 (人)	やや有効 (人)	不 変 (人)
主 訴	55.9%		44.1%	
手の冷え (13)	23.1% (3)	38.4% (5)	23.1% (3)	15.4% (2)
足の冷え (21)	14.3 (3)	38.1 (8)	28.6 (6)	19.0 (4)
不定愁訴	55.8%		47.5%	
倦怠感 (14)	7.1% (1)	50.9% (1)	35.8% (5)	7.1% (1)
不 眠 (12)	16.7 (2)	41.7 (5)	33.3 (4)	8.3 (1)
肩凝り (17)	11.8 (2)	41.1 (7)	17.7 (3)	29.4 (5)
腰 痛 (11)	18.2 (2)	36.4 (4)	18.2 (2)	27.2 (3)
便 秘 (14)	14.3 (2)	42.9 (6)	28.5 (4)	14.3 (2)
腹 証	52.5%		47.5%	
心下痞硬 (20)	25.0% (5)	25.9% (5)	25.0% (5)	25.0% (5)
胸脇苦満 (20)	20.0 (4)	30.0 (6)	35.0 (7)	15.0 (3)
瘀 血 (20)	25.0 (5)	30.0 (6)	30.0 (6)	15.0 (3)
小腹急結 (20)	20.0 (4)	35.0 (7)	20.0 (4)	15.0 (5)
腹皮拘急 (21)	19.0 (4)	33.4 (7)	33.4 (7)	14.2 (3)

(症候別出現率50%以上)

著 効; 症状消去率80%以上
やや有効; 症状消去率40%以上

有 効; 症状消去率60%以上
不 変; 症状消去率40%未満

図1 血圧変動係数

図2 健常者と冷え症との皮膚温の比較(体幹部)

健常者に比べ若干皮膚温が低いことが認められた。同じく上下肢における健常者と冷え症との皮膚温分布を比較した結果は、図3のように冷え症は健常者に比べ下腿部から足部にかけて皮膚温が低く、また上下肢末端になるほど皮膚温のバラツキも大きくなり健常者のような安定した皮膚温が認められず、しかも主訴に合致した部位に皮膚温の低下が見られた。

図3 健常者と冷え症との皮膚温の比較(上下肢)

体幹部(胸腹部)における皮膚温の変化を鍼灸治療有効群と無効群とで比較した結果、図4のごとく鍼灸治療有効群は無効群と異なり、治療回数を重ねるに従い全身的に皮膚温が上昇して行くことが観察された。同じく下肢における皮膚温の変化を鍼灸治療有効群と無効群とで比較した結果、図5のように、下肢では体幹部と同じく全身的に皮膚温が上昇して行くという結果がさらに著明に認められた。なおこれらの結果は、背腰殿部と上肢においても同様の成績が観察できた。以上の結果から鍼灸治療有効群は治療回数を重ねるに従い、全身的に皮膚温が上昇し、その上昇傾向は四肢末端ほど強くなる傾向があることがわかった。

図4 鍼灸治療有効群と鍼灸治療無効群の皮膚温の比較(体幹部)

図5 鍼灸治療有効群と鍼灸治療無効群の皮膚温の比較(下肢)

図6は冷え症の代表例の初診時と治療開始1カ月後(治療10回目)における体位変換時の体幹部・下肢のサーモグラムである。初診時は、体幹部・下肢の皮膚温はともに全体的に低下し、立位負荷を与えた時に血管反射が悪いためか、臥位と立位の全身的な皮膚温に差があるのに対し、1カ月後には全体的に皮膚温は上昇し、立位負荷による血管反射の改善を思わせる結果が得られ、鍼灸治療有効群は、治療回数を重ねるに従い、体位変換に際して起こる血管反射も並行して改善して行くことが確認された。これらの現象は、鍼灸刺激により全身的な自律神経機能が安定化に向かって改善傾向を示したことを示唆するものと考ええる。

ところで著者の一人丹沢は、脳卒中後遺症(片麻痺))に対する鍼灸治療の一連の臨床研究を通じ^{10,11)}、鍼灸治療は片麻痺患者の麻痺そのものの改善効果を期待するというよりは、片麻痺のリハビリテーションの阻害因子となる各種の症候や合併証の改善に主目的を置き、片麻痺のリハビリテーションの効果的な補助手段の一つとして活用すべきであることを強調してきた。その途次で近年、片麻痺患者と、中枢神経系の障害以外の患者との主として鍼灸治療による和痛効果について対比した報告では¹²⁾、明らかに片麻痺患者の治効率は低いという成績が得られたことから、中枢神経系の障害者は、それ以外の病態に比べると鍼灸刺激に対する応答

症例F.Y. 42歳 女 (自律神経失調症)

初 診 時

臥 位

立 位

1 カ月後(治療10回目)

臥 位

立 位

図6 体位変換時における初診時と1カ月後の
皮膚温の比較(冷え症)

性と反応性が劣るのではないかと推論している。

さて、本報告の対象は、約62%の片麻痺患者を含む何らかの基礎疾患をもつ対象群であった。そして治療成績は、主訴としての“手足の冷え”の改善率が約56%という結果であった。この数字は前述したとおり、“やや有効”を算入していない数値であるので、従来みられる報告に比し決して低いものではない。とすると、本報告の結果にみられる鍼灸刺激の自律神経系機能に働く調整・安定化作用は、ある程度の病態の相違を越えて普遍性をもった作用であるのか、それとも和痛効果とは作用機序が異質であるのか、現段階ではその間に答える資料をわれわれはもっていない。その意味では、本研究の結果は新たな問題を投げかけるとともに、われわれにその解答を導き出すよう命題を与えたことになる。今後はさらにいろいろな基礎疾患をもつ症例について、臨床実践例を殖やし、そこから得られる細かい生体情報を集積することで解答の糸口を掴むことが必要であろう。

IV 結 論

何らかの基礎疾患をもつ冷え症21例を対象として鍼灸治療を行った結果、①有効率は55.9%で、冷えの改善とともに随伴症状も緩解した。②冷え症は、愁訴と一致した身体部位に皮膚温の低下が認められた。③鍼灸刺激は、末梢循環動態に強い影響を及ぼすことから、鍼灸治療は自覚的な冷えの改善に対し有効な治療手段の一つと言える。なお今後は手足の冷えに対する鍼灸治療の臨床的效果について、症例を集めながら、基礎疾患ごとの比較検討を行なっていくつもりである。

参考文献

- 1) 国分忠雄ほか：冷え症，主婦と生活社，(1977)．
- 2) 筒井末春ほか：冷え症と不定愁訴症候群，日本医事新報 2925;131, (1980)
- 3) 田中昭三ほか：冷え症，医道の日本 432;33～54, (1980)
- 4) 川名律子ほか：冷え症に対する鍼灸治療，全日本鍼灸学会誌 36(3);203, (1986)
- 5) 川名律子ほか：冷え症に対する鍼灸治療(Ⅱ)，全日本鍼灸学会誌 37(3);198, (1987)
- 6) 富家宗雄：皮膚温分布の季節変動に関する研究，日温気物医誌 18(3);175～200, (1954)
- 7) 渡辺ミチほか：Thermographyによる皮膚温測定，文化女子大紀要 7;157～164, (1976)
- 8) 松田光司：健康成人男性の赤外サーモグラフィ所見，日皮会誌 94(3);245～259, (1984)
- 9) 鈴木正夫ほか：サーモグラフィによる健康成人女性皮膚温の研究，日温気物医誌 48(2);86～98, (1985)
- 10) 丹沢章八：片麻痺のリハビリテーションにおける鍼治療，総合リハビリテーション 6(11);823～829, (1978)
- 11) 丹沢章八：片麻痺の鍼治療，自律神経雑誌 26(3・4);128～135, (1980)
- 12) Shohhachi Tanzawa: Acupuncture therapy in hemiplegic patients, Proceedings of the joint Japan-China Stroke Conference held in October of 1986 in Hirosaki and Tokyo, 137～153: 1986.
(〒243-01 神奈川県厚木市七沢1304 七沢リハビリテーション病院東洋医学科)

A Clinical Study of Acupuncture and Moxibustion for the Hypersensitivity to Cold

Kouzou Nemoto, Mamoru Mizukami and Shohhachi Tanzawa

Department of Oriental Medicine, Nanasawa Rehabilitation Hospital-Comprehensive Stroke Center

We conducted acupuncture and moxibustion treatment to 21 patients with cold sensitiveness. They also had some sort of basal disorder and mainly claimed of coldness in the hands and feet. We compared the subjective and objective findings of the first visit and the tenth treatment.

Following were the results: 1) Along with 55.9% effectiveness of improvement in hand and feet coldness on a subjective basis, concomitant symptoms were also reduced. 2) Generally, those with cold sensitiveness have a lower skin temperature from the crus to the podalgia compared to the healthy, and we have also found that the parts of the body where the patient claimed had coldness indicated lower temperature. 3) Acupuncture and moxibustion stimulus has a strong impact on the peripheral circulation flow.

Thus the acupuncture and moxibustion treatment can be considered as one of the effective methods in relieving the subjective symptoms of cold sensitiveness.