

第 30 回 日本臨床漢方医会
漢方家庭医講習会（2020 年 2 月 16 日）

「冷え症の漢方治療」

東京女子医科大学附属東洋医学研究所
木村 容子

1. はじめに

「冷えは万病のもと」といわれ、冷えの原因が甲状腺機能低下症、貧血、低血圧、膠原病など明らかな場合は、原因に対する治療が優先される。しかしながら、検査で明らかな異常がないにもかかわらず冷えの自覚症状を訴える場合も多くみられる。

冷えは現代社会ならではの問題と捉えがちだが、実は冷えには長い歴史がある。2000 年前の中国古典『傷寒論』や『金匱要略』には、「手足寒・厥寒・厥冷・厥逆、腰中冷、背惡寒」など様々な冷えの症候とそれに対する治療方法の記載あり、漢方医学では古くから冷えは「冷え症」として治療対象となっている。すなわち、冷えは現代人だけでなく、古くから多くの人々を悩ませてきた症状と考えられる。

最近では雑誌やテレビ番組で幅広い年齢層を対象として、冷えのテーマが取り上げられることが多く、その理由として「近代化」と「加齢」が挙げられる。文明の発達によって、冷蔵庫や冷房が普及し、また、氷製品や夏野菜、南国の果物などを一年中楽しむことができる。更に、シャワーの普及によって、湯船につからない生活も広がっている。また、漢方医学では、30 歳前後を境に加齢によってカラダの新陳代謝が活発に行われている「陽」から、カラダの新陳代謝が低下して寒さに弱くなる「陰」の状態に向かうと考える。すなわち、現代生活と加齢によって、昔に比べて誰もが冷えを感じやすい環境になっている。

2. 冷えの疫学

平成 22 年の国民生活基礎調査では、手足が冷える有訴者率（人口千人対）は男性が 16.9、女性が 39.3 と女性が多い。他の報告でも冷えの有訴率は女性が男性よりも多い傾向（約 2.8 倍）が示されている¹⁾。3000 人以上の女性を対象とした調査²⁾で

は、約 50%に冷えの自覚があり、特に 55 歳以上では 50%以上と高率であった。冷えの部位では下肢のみが約 63%と多く、四肢が約 34%であるのに対して、上肢のみが約 4%と少なかった。

冷え症と体温・皮膚温の関係の検討^{3,4)}では、冷えを訴える部位の皮膚温は健常者に比べて低い場合が多く、また、寒冷ストレス負荷後は、冷え症群が非冷え症群に比べて皮膚表面温度の明らかな回復遅延が認められたが、中には、自覚的な冷えと皮膚温などの客観的評価の一致しない場合があり、精神的要因の関与が示唆されている。冷え症と血流動態の関係の検討²⁾では、冷えの原因として交感神経の緊張による末梢の浅部細動脈の灌流低下が報告されている。

冷えによって頭痛、腹痛、便秘などの身体症状が引き起こされるだけでなく、やる気がしないなどの精神面への影響も受ける。また、冷え症の心身医学的検討では、女性の冷えによる不眠など精神的因子への影響や、冷え関連愁訴の程度と身体的愁訴あるいは精神的愁訴の程度との間に正の相関を認める結果が報告された³⁻⁶⁾。このため、冷え症の治療には心身両面からのアプローチが必要であると考えられる。

3. 冷えの治療の実際—冷え治療の臨床的エビデンス構築に向けて—

漢方治療では主訴(疾患)が同じでも、随伴症状や体質によって有効な処方は異なる。冷えの場合は、冷えの部位によって用いる生薬は異なり、例えば、手足の冷え(瘀血・血虚)には当帰や川芎など、腹部の冷え(裏寒)には乾姜は山椒など、体表の冷え(表寒)には桂枝や細辛など、そして全身の冷え(厥陰病)には附子などが使用される。

当研究所では 2001 年より診療情報をデータベース化(東洋医学研究支援システム: Tokyo Women's Medical University Oriental Medicine Research Active Support System: TOMRASS)し、主訴や随伴する要因と治療効果の関係をデータマイニングなどの統計法で解析してきた。後ろ向き観察研究から、治療効果を予測する最適モデル(判別予測式)を作成し、そのモデルの外的妥当性を前向き研究で検証した。主症状だけでなく、体質や随伴症状と効果との間に一定のパターンを見つけ、抽出された現代の口訣を、さらに、古典的記述と比較・検討することにより、漢方医学的エビデンスの構築に努めてきた。当帰四逆加呉茱萸生姜湯、当帰芍薬散、加味逍遙散などが各々どのような症状や徴候を伴う冷えに有効であるかを検討したので紹介する。

(1) 当帰四逆加呉茱萸生姜湯が有効な冷えについて⁸⁾

当帰四逆加呉茱萸生姜湯の構成生薬は、当帰、桂枝、芍薬、木通、細辛、甘草、大棗、呉茱萸、生姜であり、「当帰四逆湯」に呉茱萸と生姜が加わった処方である。原典の『傷寒論』厥陰病篇には、「手足厥寒、脈細欲絶者、当帰四逆湯主之。若其人内有久寒者、宜当帰四逆加呉茱萸生姜湯」と記載されている。

当院で当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキスを投与の 181 例（男性 9 例・女性 172 例）を対象として、TOMRASS を用いて冷えの改善の有無と随伴症状・体質・診察所見との関連を調べた。効果判定は、1 か月服用の時点で冷えの頻度と程度が改善した症例を「有効」、それ以外を「無効」とした。有効が 134 例（年齢中央値 43 歳 [17-79 歳]）、無効が 47 例（年齢中央値 45 歳 [20-75 歳]）であり、両者間の相違を「予測モデル」として数式化した。新たな患者を対象に、予測モデルの外的妥当性を検証するために、モデルに合致した患者に当帰四逆加呉茱萸生姜湯を処方したところ、82.1%の患者で冷え症状の改善が確認された。この解析結果と漢方の古典の記述との比較では、『傷寒論』の「手足厥寒」（自覚的な手足の寒冷）、「内有久寒」（身体内部に及ぶ慢性の冷え）が重要であることが裏付けられた。解析結果から、当帰四逆加呉茱萸生姜湯が有効な冷えのタイプは、手足の冷えを訴え、胃もたれや憂うつ感がみられず、腹診にて下腹部圧痛が認められる患者であることが示唆された。

(2) 当帰芍薬散と加味逍遙散が有効な冷えについて⁹⁾

当帰芍薬散の構成生薬は、当帰、川芎、芍薬、茯苓、朮、沢瀉であり、効能・効果は、比較的体力が乏しく、冷え症で貧血の傾向があり疲労しやすく、ときに下腹部痛、頭重、めまい、肩こり、耳鳴り、動悸などを訴える次の諸症：月経不順、月経異常、月経痛、更年期障害、産前産後あるいは流産による障害（貧血、疲労倦怠、めまい、むくみ）、めまい、頭重、肩こり、腰痛、足腰の冷え症、しもやけ、むくみ、しみと記載されている。

加味逍遙散の構成生薬は、当帰、芍薬、朮、茯苓、柴胡、牡丹皮、山梔子、甘草、生姜、薄荷葉であり、効能・効果は、体質虚弱な婦人で、肩がこり、疲れやすく、精神不安などの精神神経症状、ときに便秘の傾向のある次の諸症：冷え症、

虚弱体質、月経不順、月経困難、更年期障害、血の道症である。

冷えを訴える初診患者 188 名（男性 3 名、女性 185 名、平均年齢 39 歳）を対象として、当帰芍薬散を 92 名（体質は虚証から虚実中間証で、血虚や瘀血、水毒による症状）、加味逍遙散を 96 名（体質は虚証から虚実中間証で、血虚や瘀血、精神神経症状などの気逆による症状）に処方した。

当帰芍薬散の有効が 66 例、無効が 26 例であり、有効例と無効例の相違を解析した結果、当帰芍薬散が有効な冷えのタイプは、冷えが腹部にあり、めまい、目のかすみ、のぼせを訴えるが、怒りっぽさや耳鳴はみられない患者に有効である可能性が示唆された。この解析結果と古典の記述との比較では、『金匱要略』の「腹中きゅう痛」「腹中の諸疾痛」などから、主に婦人の腹痛などに用いられるが、これは腹部の冷えによる痛みであると推測された。

加味逍遙散の有効が 67 例、無効が 29 例であり、有効例と無効例の相違を解析した結果、加味逍遙散が有効な冷えのタイプは、全身に冷えはなく、発作性の発汗がみられるが、立ちくらみを訴えない患者であることが示唆された。上半身に熱候がありながら下肢が冷える病態であると推測された。この解析結果と古典の記述との比較からは、『太平惠民和剂局方』記載の「五心煩熱」（四肢および胸中に煩わしい熱感・ほてり）、「寒熱如瘧」（発作性発汗の病態）が重要な情報であることが裏付けられた。

4. 更年期の冷えー冷えのぼせー

更年期の冷えでは、のぼせと一緒に訴える上熱下寒の病態がしばしば認められる。更年期女性の冷えのぼせが柴胡桂枝乾姜湯で軽快した 53 歳女性の症例を提示する¹⁰⁾。冷えのぼせ、不眠、喉のイガイガ、空咳がしやすいを主訴に来院した。51 歳で閉経し、その頃より寝つきが悪くなった。52 歳から冷えのぼせを感じるが多くなり、婦人科を受診したところ、更年期障害と診断された。市販の更年期に良いといわれている漢方薬を購入して 4 ヶ月くらい服用したが、効果がみられないために来院した。疲れやすく、胃もたれなどの症状や、腹力がやや軟弱で腹壁は薄いことから虚証であると考えた。喉のイガイガや空咳がしやすい症状のほか、腹診上、右胸脇苦満と臍上悸がみられたため、柴胡桂枝乾姜湯エキス 5g 分 2 を処方した。2 週間後には「食欲が増えてきて調子が良い」、1 ヶ月後には「冷えのぼせが楽になった。喉がイガイガして乾

きやすいのも気にならなくなった。最近、咳もでなくなった」と言うため、同処方
を継続した。3ヶ月後には胸脇苦満および臍上悸は消失し、寒い冬の季節にも関わらず、
足が冷えなくなり、「寝つきが良くなった」と不眠も改善した。来院1年後以降、柴
胡桂枝乾姜湯エキス2.5g/日に減量しても体調は落ち着いている。

柴胡桂枝乾姜湯の構成生薬は、柴胡、桂皮、栝楼根、黄芩、牡蛎、乾姜、甘草であ
り、効能・効果は、体力が弱く、冷え症、貧血気味で動悸、息切れがあり、神経過敏
のものの次の諸症：更年期障害、血の道症、不眠症、神経症である。本症例では、柴
胡桂枝乾姜湯によって、ホットフラッシュなどの血管運動神経症状やイライラ、抑う
つ、不眠などの精神神経症状に加えて、喉のイガイガ・つまり感、空咳がしやすいな
ど比較的軽微な呼吸器症状にも効果が認められた。呼吸器症状は、冷え、気虚、気う
つを背景とした症状と考えられた。

また、柴胡加竜骨牡蛎湯には生姜が用いられているのに対して、柴胡桂枝乾姜湯に
は乾姜が使用されている。乾姜が使用されている理由として、和久田叔虎は『腹証奇
覧翼』の中で、「温散の意あり。則ち上焦の熱邪を解くことを主とすといえども、亦
た、兼ねて以て下焦の寒に及ぶものとす。其の意寒瘡を治するに於いてみつべし」と
述べ、すなわち乾姜は上半身の熱および下半身の寒の共存している状態を温めて改善
することを目的として用いられていると解説している。

5. 高齢者の冷えー陽から陰へ、腎虚と冷えー

漢方医学的には、加齢とともに「陽から陰」へ変化するだけでなく、「実から虚」、
すなわち体全体を温める「腎」の働きも「虚」（腎虚）となることで、加齢とともに体
全体の冷えを感じやすくなる。右膝関節痛、腰痛、寒がり、冷えを訴えて来院した87
歳女性に人参養栄湯が有効であった症例を提示する。寒がり、足、腰、腹部に冷え
の訴えがあり、体が重い（足）、力が入らない（膝・足）、足のもつれ、つまずきやす
い、忘れっぽい、腰痛、膝痛などの腎虚による症状、空咳や息切れ、皮膚の乾燥・か
ゆみなど肺気虚による症状があるため、人参養栄湯5g分2で処方した。1ヶ月後
には「元気になってきた、咳も減ってきた」といい、4ヶ月後には「毎年湯たんぽを
使用していたが、今年は低温注意報が出ているほど寒いのに、湯たんぽなしでよく眠
れるので、元気にしている。風邪も引かなかった」と喜んで来院した。

人参養栄湯は、人参、当帰、芍薬、地黄、朮、茯苓、桂皮、黄耆、陳皮、遠志、五

味子、甘草で構成され、十全大補湯から川芎を除き、陳皮、遠志、五味子を追加した処方である。効能・効果は、病後の体力低下、疲労倦怠、食欲不振、寝汗、手足の冷え、貧血である。先天の気（腎）と後天の気（脾と肺）の両方を補う処方であり、遠志と五味子は「腎」と「肺」だけでなく、血液循環・意識水準などの精神活動を主る「心」の働きも整える効果があるため、高齢者の冷えに活用される処方の一つであると考えられる。

6. 冷えの頻用処方の鑑別について

冷えに用いられる処方の使用目標を表1にまとめた。

表1 冷えの処方鑑別

処 方	自覚的冷えの部位	随伴症状・所見	陰性所見
桂枝茯苓丸	下肢 (上熱下寒)	のぼせ (骨盤内うっ血改善)	—
当帰芍薬散	腹部	めまい 目のかすみ	怒りっぽい 耳鳴
当帰四逆加呉茱萸生姜湯	四肢	下腹部圧痛	胃もたれ 抑うつ感
加味逍遙散	四肢（足） (全身なし)	自律神経の乱れ (発作性発汗,不眠)	立ちくらみ
柴胡桂枝乾姜湯	下肢 (上熱下寒)	ホットフラッシュ, 肩こり 冷え・気虚(疲れやすい)・気うつ(不眠・不安)による呼吸器症状(甘草乾姜湯)	—
人參養榮湯	下半身	倦怠感, 腰痛, 空咳, 息切れ, 健忘 皮膚の乾燥 (腎・脾・肺)	—

7. おわりに

冷えは日常臨床で多くみられる症状であり、冷え症の治療は漢方の醍醐味の一つである。冷えは主観的な感覚であり、その原因は血管などの機能や筋肉量のみならず、自律神経のバランスや精神的要因なども複雑に関与する。冷えによって頭痛や腰痛などの身体症状だけでなく、精神的にも影響を受けるため、使用される漢方処方幅は

く、時には治療に難渋することもある。

このため、冷え症の治療では、冷えの部位や随伴症状を適切に把握し、かつ年齢、季節、環境による影響を考慮した随証治療が重要あると考えられる。

【参考文献】

- 1) 寺澤捷年. 生薬誌. 1987, 41 (2) , p.85-96.
- 2) Ushiroyama, T. et al. Bull. Osaka Med. Coll. 2005, 51 (2) , p.76-84.
- 3) 山田典子ほか. 日神精薬理誌. 2007, 27 (5) , p.191-199.
- 4) 近藤真彦ほか. 日本産婦人科学会雑誌. 1987, 39 (11) , p.2000-2004.
- 5) 宮寄潤二ほか. 全日鍼灸会誌. 2011, 61 (2) , p.174-181.
- 6) 三浦友美ほか. 母性衛生. 2001, 42 (4) , p.784-789.
- 7) Yoshimura, K. et al. Urology. 2007,69, p.864-870.
- 8) Kimura, Y. et al. Kampo Med. 2012, 63 (5) , p.299-304.
- 9) 木村容子ほか. 日東医誌. 2013, 64 (4) , p.205-211.
- 10) 木村容子ほか. 日東医誌. 2013, 64 (3) , p. 166-172.