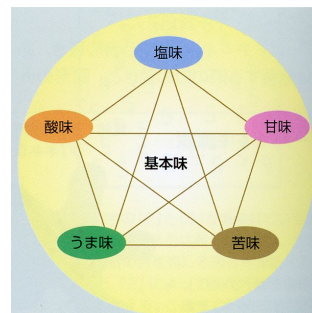


「味覚障害」について

「味覚障害」とは食事をしても味を感じない、何を食べても味が薄く感じる、逆に何も食べていないのに苦味を感じるなど、味覚に異常が起こる病気です。

味覚は5つの基本味(「苦味」「酸味」「甘味」「塩味」「うま味」)からなります。(「うま味」が基本的に認められるまでに時間がかかっています。4味を基本味とする考えが伝統的に堅固でしたが、「味蕾(みらい)」から「うま味」の代表的物質の「グルタミン酸」受容体が発見されたことで「うま味」の特異性が認められるようになりました。)(図右)



舌には味覚受容器としての「味蕾」があり、その表面には、この5つに対応する5種類の受容体が顔を出しています。(図左下)

キムチ、唐辛子 などの「辛味」「渋味」は「痛覚」の刺激によって生じているとされています。

「美味しい」と感じる味覚には、「嗅覚」が関係することがあり、チョコレートなどの味覚には「嗅覚」の関与もあります。

「苦味」と「酸味」は毒物や腐敗物の摂取を避けるためのシグナルとして、また、「甘味」「塩味」「うま味」はそれぞれ糖、ミネラル、アミノ酸摂取のためのシグナルで、味覚は動物が生きていくための重要な基本感覚のひとつです。

「味覚障害」とは、味を感じなくなったり(味覚消失)、感じにくくなったり(味覚減退)、口のなかに何も無いのに特定の味がする(自発性異常味覚)などの状態をいいます。

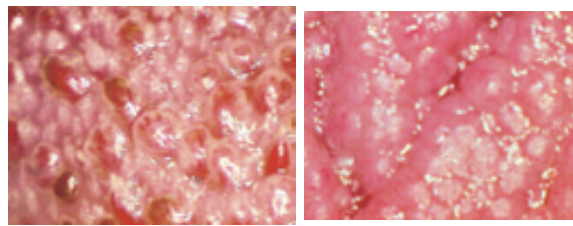
年齢分布は高齢になるほど多く、70歳代をピークとし、男女比は4:6で女性がやや多い様ですが、女性は調理に関わることが多く、味覚に関心を持ちやすいからかもしれません。

味覚障害を訴える患者さんの 16% は「うま味」のみ障害されていて、「うま味」を感じないために食欲がなくなり、体調を崩し、食べる楽しみや気力さえ失う人もいます。味覚障害のなかでも「うま味」の障害は、特に、食欲・体重・全身状態にも関係します。



検査・診断

味覚障害の検査には、<電気味覚計>(図 右上)による計測法と<ろ紙ディスク法>(図 右)があります。<電気味覚計>による計測は味覚検知の有無を捉える定量検査であり、味質の違いは検査できません。一方、<ろ紙ディスク法>は4種の味質認知に対し、5段階評価を行う定性検査です。両者の味覚障害の検出結果には相関性が認められるものの、一部の結果には乖離が見られることがあります。その場合は①中枢性、②心因性、③認知機能障害、④早期受容器障害による味覚障害とに絞ることができます。例えば、頭部外傷(①中枢性)による味覚障害では認知(ろ紙ディスク法)が低下し、検知(電気味覚計)では正常を示すことが多いなどが認められます。このように両検査を行うと、更に味覚障害の原因の特定につなげることができます。



また、<マイクロスコープ>により味覚の受容器が存在する舌乳頭の観察を行うと(図 右)、味覚障害患者では血流が低下し隣接する乳頭どうしの癒合、かつ、乾燥による舌溝などが認められます。しかし、これらは味覚障害特有の所見ではなく、加齢性変化とも捉えられます。

図(上)：マイクロスコープによる舌の表面の拡大像
 左：正常の舌(20歳代 女性)
 血流がよく境界が鮮明できれいな茸状乳頭。
 右：亜鉛欠乏性味覚障害の70歳代の男性、
 舌乳頭の血流は乏しく、萎縮のため、隣接する乳頭と癒合している。

採血により、血清中の**亜鉛**、鉄、銅の値が確認されます。微量元素の血清中濃度測定にあたっては日内変動が認められることから、経時的な変化を見るときは採血時間を統一するなどの注意を要します。

問診では受診契機、罹病期間、経過及び治療中の内服薬の有無と種類を必ず確認する必要があります。また、心因性を考慮しSDS（自己評価式抑うつ尺度）も実施されます。その他、必要に応じて舌菌検査、嗅覚検査、CT、MRI、舌知覚検査及び上部消化管内視鏡などが行われます。

味覚障害の障害部位は、①味覚受容器、②末梢神経、③中枢神経、④心因性に大きく分けられます。

味覚受容器障害は、味細胞の新生サイクルが障害されている状態であり、新しい味細胞が少なくなるために味覚を感じ取れなくなります。主に**亜鉛不足**が原因であることが多く、低亜鉛血症による味覚障害の場合、亜鉛補充療法による、血清亜鉛値の正常値への回復とともに味覚障害の改善が得られます。

味覚の神経支配（図 右）は、顔面神経の舌の前2/3を支配する鼓索神経（顔面神経の枝）、舌の後1/3を支配する舌咽神経があり、これらの末梢神経障害により味覚障害が起こることがあります。中耳手術や親知らずの抜歯などの医原性要因や、いわゆる「ベル麻痺（特発性片側性末梢性顔面神経麻痺）」などが要因として挙げられます。

味覚障害において、障害部位と原因との両視点から分類・診断を進めていくことにより、様々な要因ごとに治療方針が変わってきます。

注意すべき視点の一つに**薬剤性味覚障害**があります。

薬剤性味覚障害には、①唾液分泌能の低下、②口内炎による粘膜障害、③神経毒性、④味細胞障害、⑤薬物及び代謝物による唾液分泌への作用、⑥薬剤の亜鉛キレート作用による亜鉛排泄亢進などが挙げられます。キレート作用による亜鉛排泄亢進は、特に薬剤の多剤併用例に注意が必要です。高齢化社会となった今、味覚障害の診断と治療においても既往疾患や服用薬剤の種類・数は必ず確認が必要です。

治療：「亜鉛補充療法」

「亜鉛」は、必須微量元素のひとつで、ヒトでは全身に約2g存在し、筋組織に63%、骨組織に29%分布しています。日本人の食生活において、必須微量元素の摂取量は減少傾向にあり、「亜鉛」についても同様です。亜鉛は銅や鉄などの微量元素間で相互作用を示し、動物性蛋白やビタミンC、クエン酸により吸収が促進されます。

「亜鉛」は体内で、生体内の300種類以上の酵素活性や免疫機能、皮膚創傷の治癒、細胞分裂などに関連し、不足した際の臨床症状や関連する疾病は多岐にわたります。味覚障害はその一つの表現型です。

「亜鉛補充療法」は味覚障害で実施されていることが多いのですが、その他に慢性腎疾患並びに慢性肝疾患等においても潜在ニーズは高いと考えられています。

臨床症状があり血清「亜鉛」値が60 μ g/dL未満で「亜鉛欠乏症」、60~80 μ g/dLで「潜在性亜鉛欠乏症」と判定されます。一般血液検査の中でも測定される血清アルカリフォスファターゼの低値は診断基準の一つの項目であり、亜鉛欠乏症を疑う指標となります。味覚障害があり、血清亜鉛値が亜鉛欠乏症または「潜在性亜鉛欠乏症」と判定される80 μ g/dL未満であれば、亜鉛補充療法を開始し、症状の改善が確認されます。

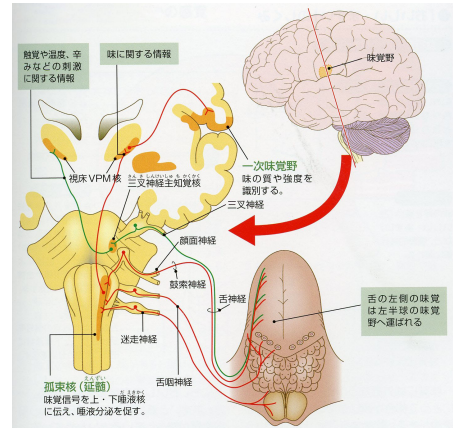
治療：「亜鉛補充療法」以外

「亜鉛補充療法」以外の治療としては、主に「八味地黄丸」などの漢方薬などがあります。「亜鉛補充療法」が無効なケースなどに漢方処方が有効な例があります。

さらに、うつ病・ヒステリー・ストレスなどの心因性による味覚障害もあります。しかし、うつ病は抗不安薬や抗うつ剤を常用していることから薬物による影響も見逃せないという意見もあります。

その他に、非常にまれな疾患に由来する味覚障害もありますので注意が必要です。（例えば、Hunter舌炎、特発性肥厚性硬膜炎や、Cronkheit-Canada症候群、ベーチェット病など）

図は、ランチョンセミナー<講演録>「味覚障害の診断と治療」第30回日本口腔・咽頭科学会 総会ならびに学術講演会：2017年9月7日<ノーベルファーマ（株）、「プロが教える 脳のすべてがわかる本」（監修）岩田 誠<ナツメ社>から引用しました。



この「診療所だより」や診療についての御意見・御要望などをお気軽にお寄せ下さい。
これからの参考にさせていただきます。

編集・発行： 勝山諄亮

勝山診療所

〒639-2216 奈良県御所市343番地の4（御国通り2丁目）
電話：0745-65-2631