

○ 味覚障害と治療方法について

食べ物・飲み物の味は舌で感じますが、体調の変化などが原因で、味を感じなくなったり、味がいつもと違って感じられたりすることがあります。味の変化は、食欲の低下にも繋がり、場合によっては健康悪化に繋がる可能性があります。そこで今回、「味覚障害」について以下に紹介いたします。



1. 味覚障害の症状と原因について

味覚障害の症状として、部分的には舌の一部や片側が、また舌全体が味覚を感じないことがあります。味覚障害の程度も、濃い味でないと感じないもの（味覚減退）、全く味を感じないもの（味覚消失）があります。さらに、本来の味を異なった味に感じることもあります。味覚障害の原因には、大きく分けて以下の4つがあります。

① 食事性と薬剤性の味覚障害

1) 食事性：キレート作用（配位子が金属イオンをはさむようにして錯体を形成する）の強いポリリン酸やフィチン酸が繁用されている加工食品（ファーストフードやコンビニの弁当など）の増加、偏食、ダイエットなどによる亜鉛不足。

アルコールの飲み過ぎ。（体内では飲酒後、アルコールを分解するために亜鉛が多く使われる。）

2) 薬剤性：キレート作用を持つ薬剤（降圧薬、脳循環改善薬、抗腫瘍薬、抗うつ薬など（表1））の長期連用・併用。尿からより多くの亜鉛が排出されるために亜鉛不足となる。（多くの場合は服用後2～6週間で症状発現）

② 全身疾患等による味覚障害

糖尿病や腎不全・ネフローゼ・透析、肝不全・その他の肝疾患、鉄欠乏性貧血、甲状腺疾患、膠原病、シェーングレン症候群、腫瘍などの全身疾患。

妊娠や火傷。

頭頸部腫瘍に伴う放射線治療や末梢神経障害（味覚を感じる顔面神経などの障害）あるいは、脳腫瘍、脳血栓などの病変による味覚中枢障害など。

③ 口腔の病気による味覚障害

舌炎・舌苔・口内乾燥（シェーングレン症候群・加齢による唾液分泌低下など）、

風邪でおこった咽頭の炎症、咽頭の病気や嗅覚障害からも味覚障害をおこすといわれる。



④ 心因性味覚障害

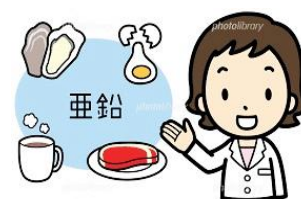
うつ病・精神的ストレスなどが原因で起こることがある。抗不安薬や抗うつ薬の服用が原因となっている場合もあるため注意が必要。

表 1) 味覚障害を起こす可能性がある薬剤の例（当院正規採用薬で処方頻度の高い薬剤）

薬効分類	代表的な薬剤（一般名）
睡眠剤・抗不安薬	ゾルピデム酒石酸塩、フルニトラゼパム、ブロチゾラム
抗てんかん薬	カルバマゼピン、ゾニサミド、トピラマート
解熱鎮痛消炎剤	イブプロフェン、エトドラク、ジクロフェナクナトリウム、セレコキシブ
抗パーキンソン薬	エンタカポン、セレギリン塩酸塩、プラミペキソール塩酸塩水和物、ペルゴリドメシル酸塩、レボドパ、レボドパ・カルビドパ水和物
精神神経用剤	アミトリプチリン塩酸塩、アモキサピン、塩酸セルトラリン、デュロキセチン塩酸塩、トラゾドン塩酸塩、フルボキサミンマレイン酸塩、
不整脈用薬	アミオダロン塩酸塩、メキシレチン塩酸塩
利尿薬	アセタゾラミド、フロセミド
降圧薬	アムロジピンベシル酸塩、イミダプリル塩酸塩、エナラプリルマレイン酸塩、カンデサルタン シレキセチル、グアナベンズ酢酸塩、シルニジピン、テモカプリル塩酸塩、バルサルタン、マニジピン塩酸塩、リシノプリル水和物、ロサルタンカリウム
高脂血症治療薬	アトルバスタチンカルシウム水和物、ニプラジロール、ピタバスタチンカルシウム、プラバスタチンナトリウム、ベザフィブラート
消化性潰瘍薬	オメプラゾール、ファモチジン、ラベプラゾールナトウム、ランソプラゾール、レバミピド
抗甲状腺薬	チアマゾール、プロピルチオウラシル
副腎皮質ホルモン剤	デキサメタゾン
泌尿器用剤	イミダフェナシン、コハク酸ソリフェナシン、シロドシン、タムスロシン塩酸塩、ナフトピジル、プロピペリン塩酸塩
抗血小板薬	サルポグレラート塩酸塩、シロスタゾール、チクロピジン塩酸塩、クロピドグレル硫酸塩、リマプロスト アルファデクス
痛風治療薬	アロプリノール
糖尿病用剤	ボグリボース、メトホルミン塩酸塩
抗アレルギー薬	エバスチン、オロパタジン塩酸塩、ケトチフェンフマル酸塩、プラナルカスト水和物、レボセチリジン塩酸塩
抗生剤	アジスロマイシン水和物、アモキシシリン水和物、クラリスロマイシン、ミノサイクリン塩酸塩

2. 味覚障害の治療方法について

味覚障害の治療は、大きく亜鉛内補充療法と原疾患の治療を含めた亜鉛以外の治療に分類されます。



【亜鉛補充療法】

亜鉛は、必須微量元素のひとつでは全身に約 2 g 存在し、筋組織に 63%、骨組織に 29% 分布し、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ています。不足した際の臨床症状や関連する疾患は多岐にわたり、味覚障害はその一つの表現型です。

亜鉛欠乏症は診断基準が日本臨床栄養学会ミネラル部会から 2016 年に制定されており(表 2)、臨床症状があり血清亜鉛値が $60 \mu\text{g/dL}$ 未満で「亜鉛欠乏症」、 $60\sim 80 \mu\text{g/dL}$ で「潜在性亜鉛欠乏症」と判定します。一般血液検査の中でも測定される血清アルカリホスファターゼの低値は診断基準の一つの項目であり、亜鉛欠乏を疑う指標となります。味覚障害があり、血清亜鉛値が $80 \mu\text{g/dL}$ 未満であれば亜鉛補充療法を開始し、症状の改善を確認することが必要です。

食事療法のみで亜鉛の補充は困難であるため、薬物療法(ノベルジン錠の投与)が基本となりますが、治療効果に即効性はなく、血清亜鉛値の改善は、4~8 週ほどで認められています。味覚障害に対する治療期間の目安は 3~6 ヶ月とし、血清亜鉛値の評価と味覚への自覚症状の両症状で効果判定をする必要があります。

薬物療法を行う上で注意すべき副作用症状は、嘔気、腹痛、便秘などの消化器症状があり、また薬物療法の継続にて銅欠乏や鉄欠乏が起こることがあるため、3 か月に 1 度は血液検査による確認が必要です。

表 2) 亜鉛欠乏症の診断基準

1. 下記の症状/検査所見のうち 1 項目以上を満たす

1) 臨床症状・所見

皮膚炎、口内炎、脱毛症、褥瘡(難治性)、食欲低下、易感染性、味覚障害
発育障害(小児で体重増加不良、低身長)、性腺機能不全、貧血、不妊症

2) 検査所見

血清アルカリホスファターゼ(ALP)低値

2. 上記症状の原因となる他の疾患が否定される

3. 血清亜鉛値

3-1: $60 \mu\text{g/dL}$ 未満: 亜鉛欠乏症

3-2: $60\sim 80 \mu\text{g/dL}$ 未満: 潜在性亜鉛欠乏症

血清亜鉛は、**早朝空腹時に測定**することが望ましい

4. 亜鉛を補充することにより症状が改善する

Definite(確定診断) :

- 上記の 1.2.3-1.4 をすべて満たす場合を亜鉛欠乏症と診断する
- 上記の 1.2.3-2.4 をすべて満たす場合を潜在性亜鉛欠乏症と診断する

Probable : 亜鉛補充前に 1.2.3 を満たすもの。亜鉛補充の適応になる

【亜鉛以外の治療方法】

- ・ 原疾患の治療
- ・ 原因薬剤の中止・減量
- ・ 口腔乾燥の治療・唾液流出の促進（口腔の湿潤を保ち、唾液分泌を促進する）
- ・ 口腔内清掃とケア（含漱、衛生不良な不適合な義歯などの修理または再製作）
- ・ 味覚症状の適応に合わせた漢方薬の選択
（主に補中益気湯、十全大補湯、八味地紀黄丸、五苓散など）
- ・ ビタミン剤の投与
などの方法があります。

味覚障害は人の感覚による判断であるため症状の経緯が分かりにくく、また急激な改善も期待できません。そのため、治療当初から改善には時間がかかることを説明しておく必要があります。

参考文献 第 30 回日本口腔・咽頭科学会総会ならびに学術講演会ランチョンセミナー講演録
厚生労働省の重篤副作用疾患別対応マニュアル(薬剤性味覚障害)
日本臨床栄養学会雑誌,2016;38:104-148

より加筆・抜粋