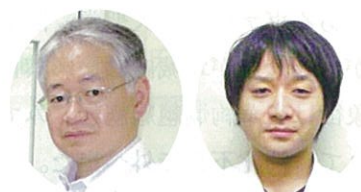


## 味覚障害

大分大学医学部歯科口腔外科学講座  
教授 河野憲司、助教 川村和弘



### 1. はじめに

味覚障害は比較的良好に遭遇する疾患です。味覚障害による食欲低下は、高齢者では摂食活動の減少からオーラルフレイルの誘因となります。オーラルフレイルは最近注目されている概念で、高齢者における口腔機能低下は全身虚弱の初期症状であり、要介護になるリスク因子と考えられています。高齢者でなくても、味覚障害で食べ物が美味しくないとい人生の楽しみが半減してしまいます。今回は味覚異常について解説いたします。

### 2. 味を感じるメカニズムと味覚障害の原因

味覚は甘味、酸味、塩味、苦味の4味に、最近ではうま味を加えて5つが基本味とされています。さらに「カルシウム味」という6番目の味も報告されています。

味の受容器は主に舌と軟口蓋にある味蕾細胞で、舌前方は鼓索神経（顔面神経の枝）、舌後方は舌咽神経、軟口蓋は大錐体神経（顔面神経の枝）が味を感知します（図1）。味蕾受容器からの信号に加えて、嗅覚、視覚、記憶などの要素が味覚に関わっています。とくに嗅覚は大切です。鼻がつまって匂いがなくなると、味も感じにくくなることはよく経験すると思います。

味覚障害には、味覚減退、完全な味覚消失（無味症）、一部の味がわからない（解離性味覚障害）、本来の味と異なる味を感じる（異味症）、味を濃く感じる（味覚過敏）、いつも苦みや渋みを感じる（自発性異常味覚）などがあります。ここでは主に味覚減退・消失について触れたいと思います。

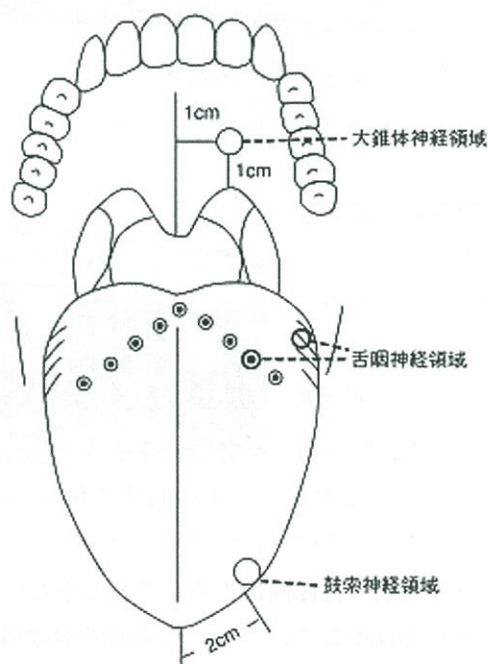


図1 味覚に関与する神経と濾紙ディスク法による味覚検査の部位

ところで味覚障害といえば、その原因としてまず思い浮かぶのは必須微量元素のひとつである亜鉛の欠乏です。亜鉛はDNAやRNAの合成に関与し、生命維持に重要な役割を担っています。味蕾細胞のターンオーバーは非常に早く（ラットでは約10日間で新しい味蕾細胞に入れ換わる）、亜鉛が欠乏すると味蕾細胞の新生・交代が遅くなり、その結果味覚機能が低下すると考えられています。

その他の味覚障害の原因を表1にまとめました。口腔全体の味覚障害には薬剤性のもの、亜鉛欠乏、口腔疾患によるもの、全身疾患によるもの、頭頸部領域の放射線治療、心因性のもの、原因不明の特発性味覚障害などがあります。また特定神経領域の味覚障害として、味覚を司る神経の末梢性・中枢性疾患（神経系腫瘍など）があります。このうち薬剤性味覚障害が最も多く、全体の20～30%を占めます。

表1 味覚障害の原因

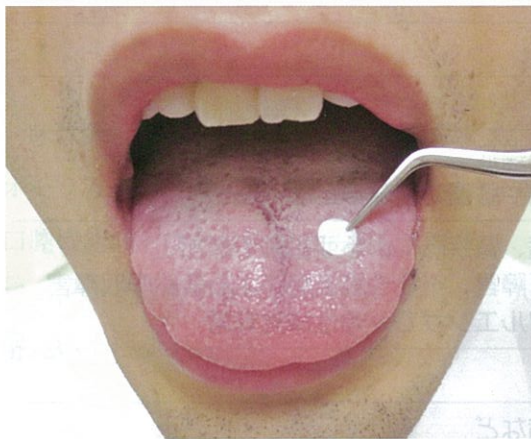
口腔全体の味覚異常	薬剤性味覚障害	
	亜鉛欠乏	
	口腔疾患によるもの	口腔乾燥症 歯周病や膿瘍で苦味など
	全身疾患によるもの	糖尿病、腎疾患による亜鉛排泄増加 慢性肝障害、炎症性腸疾患による亜鉛吸収障害 インフルエンザで一過性味覚異常
	頭頸部領域の放射線治療	
	心因性味覚障害	うつ病など
	特発性味覚障害	
一部の領域の味覚異常	末梢性・中枢性神経疾患	神経系腫瘍など

### 3. 味覚検査

濾紙ディスク法、電気検査法などの方法があります。前者は甘味、塩味、酸味、苦味それぞれの味溶液を用いる方法、後者は微弱な電流を流すと金属を舐めたような味がすることを利用した方法です。

当科では濾紙ディスク法を行っています。甘味はショ糖溶液、塩味は食塩溶液、酸味は酒石酸溶液、苦味は塩酸キニーネ溶液を用い、それぞれ5段階の濃度を作成します(図2上段)。それぞれの溶液を濾紙ディスクに浸して粘膜面に置いて(図2下段)、味を感じるか、どんな味を感じるかを調べます。測定部位は図1に示す3か所です。4味の5段階濃度(計20溶液)を、両側3か所(計6か所)で測定します。

味覚検査で大切なことは、口腔全体の味覚障害か、特定神経領域の味覚障害かの判断です。後者の場合は神経系腫瘍の可能性がありますので、MRIやCTなどの画像検査、神経内科や脳神経外科への対診が必要になります。



味覚検査 濾紙ディスク法

検査日時 年 月 日 ( ) 氏名 ( )

濾紙ディスク法検査溶液の濃度 (%)

濃度番号	1	2	3	4	5
ショ糖(甘味)	0.3	2.5	10	20	80
食塩(塩味)	0.3	1.25	5	10	20
酒石酸(酸味)	0.02	0.2	2	4	8
塩酸キニーネ	0.001	0.02	0.1	0.5	4

- ・濃度2が正常者の若い人の中央値、濃度3が正常者の上限。
- ・被検者の年齢と問診で得た味覚障害の程度で濃度3か4から測定を始める。
- ・直径5mmの円形濾紙に薬液を浸す。
- ・被検者は軽く舌を出させ、既で固定させる。

図2 濾紙ディスク法による味覚検査

上段：5段階濃度の4味の検査試薬。下段左：濾紙に溶液を浸して粘膜面に置いて、味覚を感じるかを応えさせる。下段右：味覚検査結果用紙。被験者が味覚を感じた濃度をチェックする。

#### 4. 味覚障害患者の診察と診断

味覚検査により味覚障害があきらかであれば、再度、問診内容を確認しながら表1の原因をひとつずつ除外していきます。大まかな診察手順は以下のとおりです。

##### 1) 既往症の問診

亜鉛排泄増加の原因として糖尿病、腎疾患はないか？

亜鉛吸収障害の原因として慢性肝疾患（慢性肝炎、肝硬変）、炎症性腸疾患は？

心因性味覚障害の原因としてうつ病など精神疾患はないか？

##### 2) 内服薬の確認、味覚障害出現時期と内服開始時期の関連

##### 3) 血液検査（血清亜鉛、血清鉄、血清銅、ビタミンB12）

血清亜鉛基準値：80 ~ 130  $\mu\text{g} / \text{dL}$

潜在性亜鉛欠乏：60~80  $\mu\text{g} / \text{dL}$

亜鉛欠乏症：60  $\mu\text{g} / \text{dL}$ 未滿

亜鉛以外に鉄、銅、ビタミンB12の欠乏も味覚障害と関係する。

#### 4) 口腔疾患の診察

口腔乾燥症：唾液減少は味覚低下の原因になる

歯周病や歯槽膿瘍からの排膿で苦みを感じる

#### 5) 嗅覚異常があれば耳鼻科への対診

薬剤性味覚障害の原因薬には、喘息患者の副腎皮質ホルモン吸入薬、降圧剤、利尿薬など多数が報告されています。「重篤副作用疾患別対応マニュアル 薬物性味覚障害 厚生労働省」(<https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1s01.pdf>) に味覚障害を生じる可能性がある薬剤の一覧が掲載されています。

## 5. 味覚障害の治療

歯科医師としての対応として、以下が挙げられます。

#### 1) 原因薬剤の中止・減量を医科主治医へ依頼

#### 2) 血清亜鉛値が低い場合は亜鉛剤補給と食事指導

処方薬) プロマック錠 1回75mg 朝夕2回 (保険適用外)

ノベルジン錠 1回25mg~50mg 朝夕2回 (低亜鉛血症の適応症あり)

亜鉛を多く含む食べ物：牡蠣、豚レバー、赤身の牛肉

#### 3) 歯周病、口腔乾燥症などの口腔疾患に対する治療

#### 4) 口腔衛生管理

## 6. さいごに

味覚障害患者の多くでは口腔内に器質的変化がないので、問診が原因特定の決め手になります。丁寧に問診を行い、治療の効果をみながら原因を究明してゆくことが大切です。