



|                  |                                                                                   |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Title            | 様々な対応により改善した特発性味覚障害の1 例                                                           |
| Author(s)        | 三浦, 和仁; 大西, 香織; 新井, 絵理 他                                                          |
| Citation         | 北海道歯学雑誌, 41(1), 46-51                                                             |
| Issue Date       | 2020-09-01                                                                        |
| Doc URL          | <a href="https://hdl.handle.net/2115/79381">https://hdl.handle.net/2115/79381</a> |
| Type             | journal article                                                                   |
| File Information | 41_01_07.pdf                                                                      |



## 症例報告

### 様々な対応により改善した特発性味覚障害の1例

三浦 和仁<sup>1)</sup> 大西 香織<sup>1)</sup> 新井 絵理<sup>1)</sup> 松下 貴恵<sup>1)</sup>  
岡田 和隆<sup>1)</sup> 渡邊 裕<sup>1)</sup> 山崎 裕<sup>1)</sup>

**抄 録：**フランス料理のシェフを引退した後に特発性味覚障害を発症した患者に対して、様々な対応を行い、改善がみられた1例を経験したので報告する。

患者は60代男性で、当科受診10か月前に味覚の低下を自覚し、近医で亜鉛の補充療法を7か月行ったが改善が認められなかったため、当科を紹介受診した。初診時、口腔内に舌乳頭の萎縮などの異常所見は認めず、血清亜鉛値などの各種血液検査やガムテストは正常、カンジダ培養検査も陰性であった。Cornell Medical Index (CMI) はⅢ領域（神経症の疑い）で、味覚機能検査では、濾紙ディスク法、電気味覚検査のいずれも正常範囲より高い閾値を示した。神経症的素因はあり、心因性の味覚障害も疑われたが、発症前後に味覚異常の誘因となりそうな心因性の要因は認められなかったため、特発性疑いの味覚障害と診断した。

漢方薬の補中益気湯、柴胡加竜骨牡蛎湯を投与し、味覚異常のVisual Analogue Scale (VAS) は投与前の77から半分以下になった。しかし、その後は投与を継続しても効果は認めず、四逆散、フルボキサミンと投与したが改善は認められなかった。その後スルピリドに変更してから明らかな効果を認め、VASが10まで低下したため漸減し投与を終了とした。この間、毎日の食事における味覚の評価、モズク酢療法や行動療法を実践してもらった。その後、半年に1回の頻度で経過観察を行っているが、症状の再燃はなく、5年経過した現在も状態は安定している。

**キーワード：**味覚障害、漢方、スルピリド、モズク酢療法、行動療法

## 緒 言

味覚障害は超高齢社会を背景に増加傾向にあるが、亜鉛の補充療法以外の治療法は確立されていない。そのため、誘因が明らかでない特発性味覚障害で長期間亜鉛補充を行っても改善がみられない症例では、治療に難渋することもある。また、高齢者の味覚障害では様々な要因が関与し、病態が複雑化しているため、単一の治療ではなく、患者毎に対応を変えていく必要がある。今回、フランス料理のシェフを引退した後に特発性味覚障害を発症した患者に対して、様々な対応を行い、改善がみられた1例を経験したので報告する。

## 症 例

患 者：60代男性  
初診日：X年1月  
主 訴：味を感じなくなった

既往歴：糖尿病 (HbA1c 7.2)、高脂血症、慢性閉塞性肺疾患 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD)、パニック障害、前立腺肥大

常用薬：シロドシン (前立腺肥大治療薬)、アルプラゾラム (抗不安薬)、メトホルミン (糖尿病治療薬)、ミグリトール (糖尿病治療薬)、ロスバスタチン (高脂血症治療薬)

生活歴：妻と二人暮らし

飲 酒：機会飲酒

喫煙歴：23歳からCOPDの急性増悪で入院するまで20本/日、入院を機に禁煙

現病歴：X-1年3月に肺炎を契機としたCOPDの急性増悪で近医内科に入院し、退院後に味覚の異常を自覚した。同科では処方した気管支拡張薬のチオトロピウムが味覚異常の原因となっている可能性を考慮し、グリコピロニウムに変更したが改善は認めなかった。X-1年6月に同科より近医口腔内科紹介受診し、特発性味覚障害の診断でボラプレ

<sup>1)</sup> 〒060-8586 札幌市北区13条西7丁目

北海道大学大学院歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室 (主任：山崎 裕 教授)

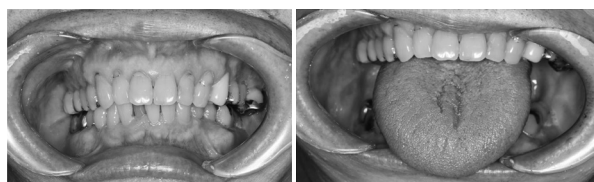


図1 初診時口腔内写真

ジンを7か月投与されたが改善は認めず、X年1月当科紹介受診となった。

現 症：

口腔外所見：167.5 cm, 65 kg, BMI 23.2

口腔内所見：舌に発赤，びらん，潰瘍，舌乳頭の萎縮は認めなかった（図1）。触診時も異常は認めなかった。その他の口腔粘膜にも異常は認めなかった。

検査結果：

・味覚機能検査<sup>1)</sup>

①濾紙ディスク法（テストディスク®三和化学研究所）  
鼓索神経領域で甘味 6, 塩味 6, 酸味 6, 苦味 6であり、味覚減退を認めた。

②電気味覚検査（リオンTR-06型電気味覚計®リオン株）  
右側：鼓索神経領域 26 dB, 舌咽神経領域 18 dB,  
左側：鼓索神経領域 28 dB, 舌咽神経領域 20 dBであり、いずれも正常よりも高い閾値を示した。  
（正常範囲：鼓索神経領域で≤8 dB, 舌咽神経領域で≤14 dB）

・カンジダ培養検査：陰性

・血液検査：亜鉛82 μg/dl（正常値：64～111 μg/dl），  
銅104 μg/dl（正常値：80～140 μg/dl），鉄85 μg/dl（正常値：54～200 μg/dl），  
ビタミンB<sub>12</sub> 335 pg/ml（正常値：233～914 pg/ml）。

・唾液分泌検査（ガムテスト）：14 ml/10 min（正常値：10 ml/10 min以上）

・Cornell Medical Index（CMI）：Ⅲ領域（特記事項：易怒性）

臨床診断：味覚障害（特発性疑い）

処置及び経過：糖尿病の既往があり，退院前後でコントロールの不良はなく，当科初診時も状態は安定していたため，全身疾患性の味覚障害とは考えにくかった。また，CMIの結果はⅢ領域であり，パニック障害の既往があることから神経症的素因はあり，心因性の味覚障害が疑われたが，発症前後に味覚異常の誘因となりそうな心因性の要因は認められなかった。加えて，薬剤などの誘因や血清亜鉛値の低下を認めなかったため，上記の所見から特発性の味覚障害が疑われた。まず，患者の希望もあり，ポラブレジンをさらに2か月継続することにした。それに加えて，体力や食欲の低下がみられたことから補中益気湯を5.0 g, 分2/日で処方した。また，毎日の食事の正常な味覚

X年2月（当科受診から半月後）  
2/○ タ食のシャブシャブの牛肉の味は40%位。  
2/△ あまり変化はない。鶏のパンバンジーは20%、サラダや茸は美味しい。



X年5月（当科受診から4か月後）  
5/◆ トースト50%、炒飯60%、鶏腿ソテー60%、冷奴60%。  
5/▽ バゲット60%、うどん60%、牛ロースステーキ60%



X+1年1月（当科受診から12か月後）  
1/□ モズク酢90%、納豆飯90%、回鍋肉90%、親子丼100%。  
1/× モズク酢90%、目玉焼き&ウィンナー90%、焼きそば90%、  
パンバンジー90%。  
1/● モズク酢90%、ヨーグルト90%、牡蠣ペーコン95%、鶏レバー95%。

図2 患者の味覚の自己評価の記録の一部（毎日の食事の正常な味覚を100%とした場合の感じられる割合を記録）

を100%とした場合の感じられる味覚の割合を記録してもらったことになった（図2）ところ，開始当初は20～40%程度の味覚しか感じていなかった。次の受診時に，CMIの特記事項に易怒性を認め，BMIが23.2で体質的にも実証傾向であり，味覚異常による気分の落ち込みを認めたことから，処方柴胡加竜骨牡蛎湯を5.0 g, 分2/日で追加し，服用開始から3日後に明らかな効果を実感し，味覚異常のVisual Analogue Scale（VAS, 100mmのスケール上に，0を症状なし，100を患者自身が想像しうる最悪の症状として，現在感じている味覚異常の程度に印をつけてもらう）は，初診時の77から48に低下した（図3）。さらに1か月投与を継続したところVASは34まで低下した。しかし，それ以降は明らかな改善はみられなかったため，難治性の味覚障害に有効であった報告のあるモズク酢療法を開始した。具体的には毎食時に1パック140 gのモズク酢を摂取するよう指導した。その後，味覚に変化はなく，X年5月の受診時には患者に症状がこれ以上良くならないのではないかという焦りがみられたため，行動療法を開始した。また，薬剤を四逆散やフルボキサミンへと変更したが，症状に大きな変化を認めなかったため，X年8月にスルピリドの投与を100 mg, 分2/日で開始した。服用開始6日後から味覚の明らかな改善を認め，1か月後の受診時には朝食がおいしくなったとの訴えがあった。そのため，スルピリドを150 mg, 分3/日に増量し継続したところ，X年12月頃から食事の自己評価は90%まで改善するようになり，VASも10まで低下した。その後，徐々にスルピリドを減量し，服用を中止してからも味覚障害の再燃はなかった。投薬終了時点で再度施行した濾紙ディスク法の結果は初診時と著変なかったが，電気味覚検査では右側：鼓索神経領域 20 dB, 舌咽神経領域 8 dB, 左側：鼓索神経領域 20 dB, 舌咽神経領域 10 dBと両側の鼓

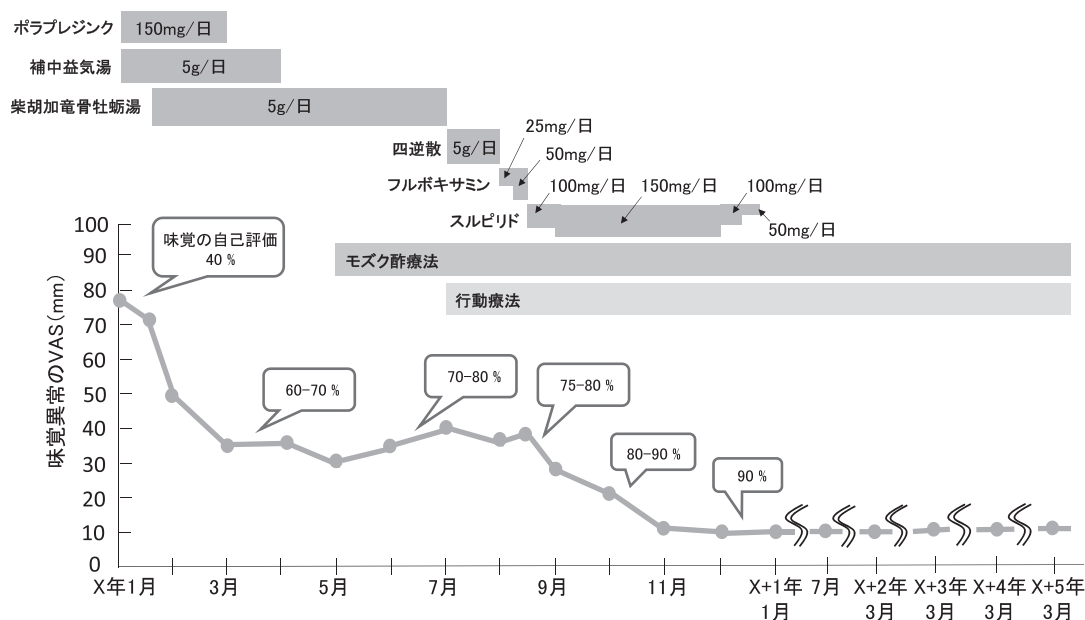


図3 本症例の治療経過

索神経領域では軽度の改善しか認めなかったが、舌咽神経領域では正常範囲まで回復した。その後、半年に1回の頻度で経過観察を行っているが、症状の再燃はなく、5年経過した現在も状態は安定している。

## 考 察

患者は、現役のフランス料理のシェフとして働いていた時代に「同僚から神の舌と呼ばれるほど味覚には自信があった。」と述べられるように、味覚に人一倍のこだわりを持っていた。毎回の受診時には新たに食してみた料理の味に関して事細かに報告され、現在まで5年間、毎日の料理の味覚採点評を書き続けられた。このように非常に律儀で真面目な性格を有し、味覚異常に対して前向きに対応された症例であった。

味覚障害は原因により治療が異なるため、原因の探索が必要となるが、その確定は困難な場合が多い<sup>2)</sup>。本症例では、当初パニック障害の既往があり現在も抗不安薬を服用し、CMIで神経症的傾向を認めたことから心因性の味覚障害も疑われた。心因性の味覚障害にはうつ病などの精神疾患の一症状として味覚障害を呈する場合と、精神疾患の既往のない人が発症時期に心理的ストレスを受けることで味覚障害を発症する場合があるとされている<sup>3)</sup>。本症例では、パニック障害に関しては長期間状態が安定し、抗不安薬の量は変化なく、また発症前後に明らかな契機は認めなかった。そのため、心因性の素因は認めるものの、特発性味覚障害が疑われた。

当科では特発性や心因性の味覚障害に対する第一選択薬としてベンゾジアゼピン (benzodiazepine; BZ) 系抗不安

薬のロフラゼパ酸エチルを用いており、一定の効果を挙げている<sup>4,5)</sup>。最近では耳鼻科からもその有効性が報じられた<sup>6)</sup>。この効果は抗不安作用の二次的効果ではなく、おいしさを認知する過程を特異的に増強することが関係していると報告されている<sup>7,8)</sup>。しかし、本症例ではすでにパニック障害に対しBZ系抗不安薬のアルプラゾラムが10年間に亘って投与されていたため、近年BZ系薬剤の適正使用が課題となっていること<sup>9)</sup>を考慮し、投与は断念した。そのため、別の選択肢として漢方を選択することにした。

味覚障害に特異的な効果のある漢方はないが、患者の自覚症状と所見から方剤を選択し、原因不明でも投与が行えるため、特発性の味覚障害は漢方の良い適応であるとされ<sup>10)</sup>、本症例では柴胡加竜骨牡蛎湯を投与した。柴胡加竜骨牡蛎湯は柴胡、黄芩、半夏、人參、生姜、大棗、桂皮、茯苓、竜骨、牡蛎の生薬から構成されている。漢方を処方する際、患者の「証」というものを目安とするが、柴胡加竜骨牡蛎湯の投与目標としては実証で、抑うつ、不眠、精神不安、易怒性などがあり、腹診（腹部の触診）では臍上悸（腹部大動脈の拍動亢進）や胸脇苦満（肋骨弓の下縁に指を入れた際の圧痛）が挙げられる<sup>11)</sup>。現在当科では、漢方を投与する際に腹診を行っているが、この頃はまだ施行しておらず、腹診に関する情報は得られていない。なお、現在当科で腹診を行う際は、歯科用ユニットを水平にし、仰臥位で両足を伸ばさせ、上腹部のみ触診するため服の上から行っている。この薬剤の主な薬効は鎮静であり、向精神作用を有する<sup>12)</sup>。伊藤ら<sup>13)</sup>は、多愁訴および不眠症でBZ系抗不安薬を服用している神経症的側面を持つ特発性味覚障害患者に対して、柴胡加竜骨牡蛎湯が奏功した症例を報告している。本症例ではCMIがⅢ領域と神経症傾向を有し、BZ系抗不安

安薬を長期服用しており、同様の機序で症状が改善した可能性がある。

味覚異常は柴胡加竜骨牡蛎湯で一定の改善が認められたが、X年5月にVASが32に低下して以降の改善は認めなかった。そのため、ミネラルを多く含み、唾液分泌促進作用があるモズク酢に着目したモズク酢療法を追加で開始した。梅本ら<sup>14)</sup>は、味覚障害の治療を6か月以上施行し、改善を認めなかった難治性の味覚障害患者18名に対し、モズク酢を毎食時に140 gずつ摂取させ、これを6週間継続したところ、ほぼ全症例がモズク酢による治療に満足を示し、VASによる問診で56%の自覚症状の改善が見られたことを報告している。本症例ではモズク酢療法開始から数か月間はVASの値に明らかな低下は見られなかったが、患者自身は「これが一番味覚に刺激を与えている気がする。」と述べ、現在まで毎日継続している。

治療効果が見られないと患者は悲観的になり、味覚異常の訴えが強まることがある。本症例でも、患者から「もうこれ以上は治りませんと言われたらどうしよう。」という焦りがみられたため、行動療法を開始した。具体的には味覚障害に関して悲観的にならず、少しでも良くなっていることを意識し、運動など他の日常行動に気持ちを向けるように指導した。近藤ら<sup>15)</sup>は、亜鉛の補充療法や薬物療法が奏功しなかった特発性味覚障害患者が、患者自ら自発的に実践した行動療法により軽快した症例を報告している。本症例でも次第に「味覚障害は視覚や聴覚の障害に比べれば軽いものだ。」など、物事の良い側面をとらえられるようになり、有効であったと思われる。

その後、味覚異常のVASに大きな変化はなく、処方薬を四逆散やSSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) のフルボキサミンに変更したが効果は認められなかった。そこで、SSRIとは別の系統の抗うつ薬であるスルピリドに変更し順次増量していく過程で徐々に味覚の改善が見られ、最終的にはVASは10程度まで低下した。スルピリドは中枢性ドパミンD2受容体を遮断し、低用量で抗うつ作用を示す<sup>16)</sup>。スルピリドが味覚障害に奏功した症例は、筆者が文献を渉猟した範囲では認められなかったが、鴨井ら<sup>17)</sup>は、スルピリドが中枢性ドパミンD2受容体を遮断することで感覚神経の正常な情報伝達が促される可能性について言及しており、本症例についても同様の機序で味覚異常が軽快した可能性がある。

本症例では、漢方、西洋薬、モズク酢療法、行動療法といった様々な対応を行い、味覚障害が軽快した。我が国では高齢者の味覚障害患者が増加している<sup>18)</sup>が、それぞれの患者の背景因子は異なるため、症例ごとに応じた全人的対応が必要となる。本症例でも様々な対応を行ったが、最も重要であったのは、長い経過のなかで治療が奏功しない時期も患者を精神的に支え、経過観察し続けた点にあると考える。高齢者の味覚障害は食欲低下、低栄養を引き起こし、

さらにはサルコペニアなどのフレイルサイクルの悪循環につながるおそれがある<sup>19)</sup>。上記のことを防ぐためにも、本症例のように患者に合わせて様々な治療を行い、経過が長期におよんでも患者を支援し、寄り添っていくことが重要と思われる。

## 結 語

フランス料理のシェフを引退した後に特発性味覚障害を発症した患者に対して、様々な対応を行い、改善がみられた1例を経験したので報告した。

## 参 考 文 献

- 1) 池田稔：味覚障害の診断。池田稔編，味覚障害診療の手引き，26-36，金原出版，東京，2006
- 2) 愛場庸雅：味覚障害患者の動向。口咽科，24：135-140，2011.
- 3) 山崎裕，坂田健一郎，佐藤淳，大内学，秦浩信，水谷篤，北川善政：北海道大学病院口腔内科における味覚障害患者210例の臨床的検討。口科誌，62：247-253，2013.
- 4) 坂田健一郎，山崎裕，大賀則孝，浅香卓哉，近藤美弥子，中澤誠多朗，村井知佳，北川善政：心因性と特発性の味覚障害患者に対するロフラゼパ酸エチルの効果。日歯心身，29：60-64，2014
- 5) 近藤美弥子，中澤誠多朗，岡田和隆，阿部貴恵，山崎裕：ロフラゼパ酸エチルが奏功した高齢者味覚障害の2例。日歯心身，29：24-27，2014
- 6) 田中真琴：味覚障害の基本とその実践。日耳鼻 122：1279-1284，2019
- 7) Shimura T, Kamada Y, Yamamoto T: Ventral tegmental lesions reduce overconsumption of normally preferred taste fluid in rats. Behavioural Brain Research 134：123-130，2002
- 8) 山本隆：おいしさのメカニズム。総合臨牀 53：2719-2725，2004
- 9) 稲田健：ベンゾジアゼピン系薬物の適正使用のために薬剤師の方へお伝えしたいこと。薬誌 136：73-77，2016
- 10) 山崎裕：高齢者味覚障害における新たな対応。日耳鼻 121：1345-1346，2018
- 11) 寺澤捷年：絵で見る和漢診療学。107，医学書院，東京，1996
- 12) 伊藤忠信：漢方薬の薬理学的アプローチー特に柴胡加竜骨牡蛎湯を中心にー。日東洋医誌 44：307-315，1994
- 13) 伊藤隆，佐藤伸彦，喜多敏明，柴原直利，嶋田豊，寺

- 澤捷年：漢方治療が奏功した味覚低下の三症例. 日東洋医誌 50：43-48, 1999
- 14) 梅本匡則, 根来篤, 任智美, 阪上雅史：難治性味覚障害におけるモズク酢の有用性について. 日味と匂会誌 10：601-604, 2003
- 15) 近藤美弥子, 中澤誠多朗, 岡田和隆, 松下貴恵, 山崎裕：行動療法により良好な経過をたどった高齢者味覚障害の1例. 北海道歯誌 39：17-21, 2018
- 16) 小林愛, 土橋洋史：精神科領域に用いられるスルピリドと内科領域に用いられるスルピリドの比較検討. 医と薬学 62：243-246, 2009
- 17) 鴨井美帆, 今村武浩, 山本健, 岡本真理子, 高橋実里, 園田華子, 西岡千賀子, 門松伸一, 山近重生, 斎藤一郎, 中川洋一：スルピリドの効果からみた口腔乾燥症の病態—Burning Mouth Syndromeと抑うつとの関与について—. 歯薬療法 30：85-91, 2011
- 18) 佐藤しづ子：高齢者味覚障害に対する口腔内科学的診断および治療の重要性. 日味と匂会誌 20：97-109, 2013
- 19) 山崎裕：味覚障害：日本臨牀 76：592-596, 2018

## CASE REPORT

## A case of an idiopathic taste disorder improved through various treatments

Kazuhito Miura<sup>1)</sup>, Kaori Onishi<sup>1)</sup>, Eri Arai<sup>1)</sup>, Takae Matsushita<sup>1)</sup>, Kazutaka Okada<sup>1)</sup>  
Yutaka Watanabe<sup>1)</sup> and Yutaka Yamazaki<sup>1)</sup>

**ABSTRACT :** We report a case of a male patient in his sixties, who developed an idiopathic taste disorder after retiring from his job as a French chef and improved after various treatments.

The patient was aware of his hypogeusia 10 months prior to his first visit to our clinic. He was referred to our department because his symptom had not improved after zinc supplementation for 7 months at his local hospital. At the first examination, there were no abnormal findings such as atrophy of the lingual papillae in the oral cavity. Blood tests such as serum zinc and gum tests were normal, and the candida culture test was also negative. The Cornell Medical Index showed III regions (suspicion of neurosis), and gustometry showed higher thresholds than normal. Although he had a neurotic predisposition, we diagnosed him with suspected idiopathic taste disorder because there were no psychogenic factors before or after the onset that might have triggered the taste disorder.

We prescribed Hochuekkito and Saikokaryukotsuboreito (Japanese herbal medicines), and the Visual Analogue Scale (VAS) score of taste disorder was reduced to less than half of 77. However, there was no further improvement. Therefore, we administered Shigyakusan (Japanese herbal medicine) and fluvoxamine, but they were not effective. After changing to sulpiride, a clear effect was observed, and the VAS score reduced to 10. At this point, the medication was tapered off. During the treatment, we had him undergo taste evaluations in his daily diet, vinegared mozuku seaweed therapy, and behavioral therapy. Since then, he has been followed up every 6 months. There has been no resurgence of symptoms, and his condition is still stable.

**Key Words :** taste disorder, Japanese herbal medicine, sulpiride, vinegared mozuku seaweed therapy, behavioral therapy

---

<sup>1)</sup> Gerodontology, Department of Oral Health Science, Faculty of Dental Medicine, Hokkaido University (Chief: Prof. Yutaka Yamazaki), North 13, West 7, Kita-ku, Sapporo, 060-8586, Japan.