信州医誌，30(3)：342～346，1982

心因性嗅覚，味覚脱失の1例

平林千春　河原田和夫
信州大学医学部耳鼻咽喉科学教室
（主任：田口喜一郎教授）

A Case of Psychogenic Anosmia and Ageusia

Chiharu HIRABAYASHI and Kazuo KAWARADA
Department of Otolaryngology, Shinshu University School of Medicine
(*Director : Prof. Kiichiro TAGUCHI*)

A case of anosmia and ageusia followed by common cold is reported. A 57-year-old woman suffered from allergic rhinitis a few years ago. From February 1980, when she caught a cold, her gustatory and olfactory sensations had been progressively disturbed. In the middle of March she got complete anosmia and ageusia. In May, when she visited Shinshu University Hosptial, examination of her sense of smell was performed by using the T and T olfacto-meter and intravenous Alinamin test, while her sense of taste was tested with an electrogusto-meter. She showed no sensation in these examinations. Other tests were negative. She was treated conservatively, but the anosmia and ageusia persisted. Although we felt fairly sure that the problem was psychogenic, in order to exclude organic change in tongue and nasal tissues a biopsy of tongue and nasal mucosa was performed under general anesthesia. The day afer the biopsy, she recovered her lost senses. We concluded that her disease might be a kind of psychogenic reaction for the following reasons : 1) no organic disorder, 2) an introverted and neurotic, 3) its sudden and bilateral occurance, 4) postoperative recovery, 5) no abnormal finding in histological examination. *Shinshu Med. J., 30 : 342—346, 1982*

(Received for publication December 14, 1981)

Key word : psychogenic anosmia and ageusia
心因性嗅覚味覚脱失症

I　はじめに

嗅覚，味覚脱失を訴えて来院した患者についての臨床的診断法，治療法は今日なお未解決，不明な問題が多く，必ずしも明確な診断が可能とは限らない。

中でも心理的な因子が関与している場合は治療的診断の意義が大きく，多少とも心身医学的な治療を加えないと診断のつかないことが多いとされている[1]。

最近，著者らは感冒症状にひきつづいておこった嗅覚，味覚脱失例を広義の心因性反応に基づく機能的な疾患[2]として暗示療法，全身麻酔をその治療に用い効果を上げたので，若干の考察を加え報告する。

II　症　例

患者：57才，女性。

初診：昭和55年5月15日。

主訴：嗅覚および味覚脱失。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：46才のとき不正子宮出血をきたし，子宮筋腫と診断されたが放置した。52才のとき腰痛が出現したが産婦人科では特に異常が認められず放置した。54才のとき感冒罹患後それまで高い方だった声が急に低

くなり，嗄声を生じ，以後持続した。さらに55才の冬には咽喉頭異和感を訴えるようになり，当院内科を受診したが異常は指摘されなかった。次いで当科を受診したが軽度声帯の浮腫以外は著変は認められなかった。この間，食欲は低下し体重も減少し以前からの不眠傾向もますます増強した。

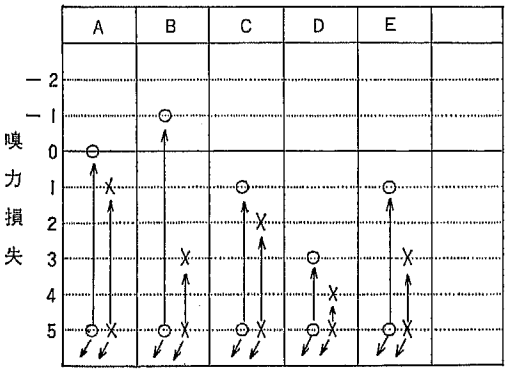
閉経は50才である。喫煙歴は1日7～8本，15年間続けたが半年前より禁煙している。味，匂いの好き嫌いは特になく，料理が得意である。夫は会社の重役であり，本人も，3年前より外交性を促そうとする夫の配慮で，喫茶店の経営を任され順調に運営されていた。性格的には几帳面で必要以上に気をまわしやすく，潔癖症，完全主義で，家族によれば自分の決めた生活の枠の通りにしないと気がすまない性格でいらいら感のため不眠傾向が生じ，気分転換，遊びができない，とのことであった。

現病歴：2～3年前より，春，特に外出時鼻閉，くしゃみなどアレルギー様症状を呈するようになった。本年2月下旬，2日間上京し妹の引っ越しを手伝い，世話になった人へのあいさつで20～30軒も訪問した。帰宅後，感冒に罹患し，嗅覚，味覚も徐々に減退したが感冒のためと思い気に止めずに過した。しかし自分の料理の味つけが悪いのではないかと心配するようになり，不気嫌なことが多くなった。感冒は10日間位で治癒したが，匂いと味は，3月中旬すなわち発症後2週目にはまったく感じなくなっていた。3月末，内科医を受診し，「もう治らない。」と言われたが，その後耳鼻科の治療を受けていた。5月に入り改善傾向のみられないまま当科受診となった。なお3月中旬に禁煙してからは食欲は亢進し体重は2kg増加した。

初診時所見：心配そうな家族に付き添われて来院した中肉中背の初老婦人であり，一見した所，顔貌，態度に異常なく，人格の障害も認められず，また全身の理学的所見にも異常はなかった。局所所見も鼻粘膜の軽度浮腫状腫脹が見られるほか，鼻腔，舌，口腔粘膜にも特に所見が認められなかった。

臨床検査成績：レ線所見では頭部単純撮影に著変なく，嗅裂部断層写真でも嗅裂部の閉鎖等は認められなかった。血液一般，尿，血液化学検査所見も正常値を示し，また血清亜鉛値も147μg/dl とむしろ正常域を上回っていた。

神経耳鼻科学的検査：嗅覚に関しては，ABCDEの5嗅素を用いたT&Tオルファクトメーター，アリナミン静注試験を行い，いずれも無反応であった（図1）。



○：検知域値
×：認知域値

図1　オルファクトグラム上の変化
（初診時→回復時）

味覚に関しても，電気味覚計（Rion TR-03型）を用いて，舌前半，舌後半，軟口蓋をそれぞれ左右別々に測定したが，反応はまったくみられなかった（表1）。

聴力検査では両側軽度の老人性難聴の所見が認められたが，平衡機能，顔面の知覚，顔面神経，角膜反射，絞扼反射等は正常であった。

表1　電気味覚検査上の変化

味覚領域		測定域値（dB）	
		初診時	回復時
舌前半	右	スケールアウト	14
	左	〃	15
舌後半	右	〃	21
	左	〃	18
軟口蓋	右	〃	16
	左	〃	18

臨床経過：当科受診後ただちに外来にて，ビタミン剤の経口投与，ステロイド入りネブライザー療法を含む保存的治療を開始した。家族，患者本人とも積極的に治療をうける態度がみられ5月29日になって，電気味覚計にて舌後半部で26dBの反応域値が得られ，7月10日のアリナミン試験では，潜時10秒，持続40秒と，一時的にわずかながら反応が認められたが，それ以外は期待に反して無反応の状態が続いた。

発症様式が比較的急性で，すべての領域にわたる完全な嗅覚，味覚の同時脱失であり，症状に比し器質的

障害を示す所見に乏しいこと，発症時より不眠を訴え，食欲の低下，体重減少のあったことから，心因的色彩の濃い病態として，本人の性格，精神状態，周囲の環境などの再検討も含めて発病の誘因となった原因の解明をはかるとともに抗不安薬の投与，本人のみならず家族にも病態の理解を促すなど，心身両面からの対策を試みた。しかし依然として改善傾向はみられず臨床診断もはっきりしないまま経過した。そこで矢田部，ギルフォード性格検査の成績から，情緒不安定，内向型[3]で暗示にかかりやすい精神状態である点に注目し，本年9月1日，舌および鼻腔粘膜の組織検査に際し，あえて全身麻酔を用いることとし，その1週間前より，「手術すれば治る」と強く暗示をかけてみた。患者は容易に納得し，手術的療法による回復に期待をもつようになった。

組織所見：嗅部（上鼻甲介側）鼻粘膜，左舌尖，右舌側縁後部より採取した組織は光学顕微鏡においてすべて正常像を示した。

手術翌日には昼食時，醤油の味，アイスクリームの甘い味が分かると言い，次いで病室の消毒薬様の匂いが分かるようになった。T&Tオルファクトグラムでは検知域値の著明な改善が認められたが嗅素によりその域値に差がみられた。一方認知域値の回復は不十分で検知域値との解離が認められた（図1）。アリナミン試験では潜時10秒，持続20秒，であった。電気味覚計による味覚検査では舌および軟口蓋において10～20 dBの域値で反応が認められた（表1）。

退院後，外来での嗅覚・味覚検査成績は術直後とほぼ同様であったが，時として食事中周囲が騒がしい時など，ふっと匂いが消えると訴えることがあった。しかし術前に比し表情は明るく多弁になり，たとえ嗅・味覚が不安定に変動しても，患者は自分の心理状態によるものであろうと自ら洞察するようになった。それとともに気持ちのいらだちも少なくなり，周囲との接触も円滑となった。さらに以前から訴えていた嗄声が正常に回復した。

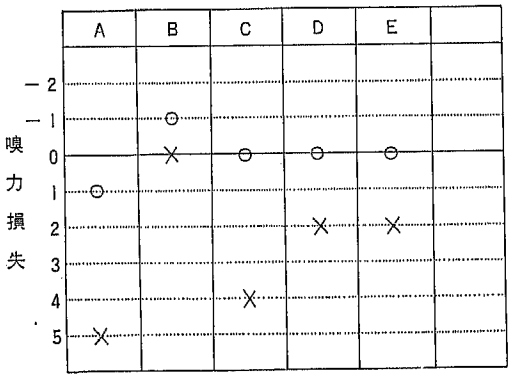


図2　回復して1年後のオルファクトグラム

なお術後の血清亜鉛値は 92μg/dl と正常であった。

さらに1年2カ月後の昭和56年11月のオルファクトグラムは図2に示すように，検知―認知域値の解離が認められ，どのような嗅いかを表現することに困難を有した。心理状態は自覚的には不安，いらだちが少なくなったが矢田部・ギルフォード性格検査上，やはり情緒不安定，内向型を示した。

Ⅲ 考　　察

耳鼻咽喉科領域において，ことに老年期に心身医学的立場からの考慮が必要とされる疾患は，難聴，耳鳴，めまい，味覚・嗅覚異常，嗄声，咽喉頭異常感症などがあげられる[4]。その中で嗅覚・味覚障害は，他人に気付かれることが少なく，やむを得ないということで自分ひとりで悩むことが多い。一方これらは心因性なるが故に安易に精神科医にその治療を委ねられがちであるが，精神病者以外の患者の心身の問題は，そこでは積極的に取り扱われていないのが現状である[1]。また高齢者の場合，一見健康そうな日常生活を送っている正常者であっても，わずかな精神的ならびに肉体的ストレス負荷によって容易に症状が顕現化することがあり，精神的，肉体的予備能力が減退していることは十分注意されなければならない[4]。しかし耳鼻咽喉科を受診する患者は何らかの器質的疾患の存在と治療を期待していることが多いので，たとえ心身症と思われるケースでも，耳鼻咽喉科学的検査，一般理学検査など，器質的疾患の除外診断を慎重に行い，訴えと所見が一致しない時初めて心理テストを行うのがよいとされている[5]。

本症例においても，嗅覚・味覚の同時脱失という強い訴えに比し器質的障害を示す所見に乏しく，各種の検査成績も異常が認められず，Henkin ら[6]の指摘するような血清亜鉛値の低下も認められなかった。また耳鼻咽喉科的治療効果もないまま経過したため心因の関与を疑ったのは当然であろう。石井[7]は器質的変化の有無にかかわらず，訴えと器質的変化の程度の不調和が著明なものはその発生や経過の上で心理的要因が大きな役割を演じているとして，感情→自律神経→内分泌→機能異常の系を示唆し，また安藤と広瀬[2]は心

因性の要因を持つ11例の経験から，全例において味蕾には何の病変もなく，また味神経のみ選択的に侵すウィルスのようなものの存在も考えられない点から，たとえその発生機序を明確に把握できなくても，広義の心因性反応に基づく機能的疾患と考えてよいのではないかと述べている。

本症例の心理的背景を推察するに，几帳面不適応，内向型の性格の上に加齢による生理機能の低下，それに伴う心理的動揺が加わり，腰痛，嗄声，咽喉頭異和感，不眠など，ヒポコンドリー性基調[8]の存在をうかがわせるような症状を訴えるようになったと思われる。さらにアレルギー性鼻炎の時期に旅行，引っ越しのあいさつなどの生活様式の変化，人間関係の軋轢による心労が重なり，心身ともに適応しきれず，感冒による鼻粘膜の器質的変化として純粋に身体的であった嗅覚，味覚障害の中に心の底でくすぶっていた感情のエネルギーが注ぎこまれていわゆる転換反応[8]が働き，完全な嗅覚，味覚脱失に至ったものと思われる。しかしこの間食欲の低下，体重の減少が認められなかったことは興味深い点である。この点に関しては，病気に対する家族の配慮により，実生活の波風を避けていられるという第2次疾病利得[8]が多少とも加味され，症状が慢性化したためと思われる。一方このような暗示にかかりやすい不安定な精神状態の時に，「もう治らない」と言われることにより医師による強い条件づけ[8]がなされて，一層これらの症状が固定することになったものと考えられる。鼻症状を呈する心因性の機能障害は他人の教示によるものが大部分であり，その中でも医師によるものが最も多いという報告もある[9]。

心身症の治療にあたっては，発病の誘因となった心因の処理によりすべてが解決することはほとんどなく，もっと現実的な観点から患者の苦痛を和らげ，症状を軽快せしめる心理療法的技法を用いることにより，心身医学を実地診療に直結させることができるとされている[1]。しかし今日では，まだ経験的技法が中心となっている段階であり，本症例も半年間症状の改善が認められずにいたが，たまたま手術による治癒を暗示し，全身麻酔をかけただけで回復した心因性失声症例[10]を身近に知り得たことが幸運な結果をもたらした。

術後の症状の改善は一見"奇蹟的"とさえ思われるほど急速なものであったが，嗅覚に関しては検値域値に比し認知域値の改善が不十分であり，アリナミン試験でも毎回反応を呈するようになったが，潜時，持続時間は正常域に至っていない。

興味深いのは，嗅覚，味覚のみでなく，不安愁訴をはじめとする精神症状の改善がなされたことであり，こういった事実は心因性反応に基づく機能的疾患に対する治療的診断の意義の裏づけとなり得るであろう。

病理組織検査では光顕上すべて正常像を示したが，Henkin らの報告した特発性嗅覚味覚減退症[6]では，たとえ光学顕微鏡で正常像でも電子顕微鏡で味蕾構造の大部分の破壊を伴った細孔部の著しい解体が認められているので，光顕像のみならず電顕上の検討も重要と考えられる。

また1年後の矢田部・ギルフォード性格検査の成績は，術前と変わりなく，情緒不安定，内向型であったが，自覚的に患者の苦痛がやわらげられた点は，嗅覚，味覚障害が心因性であることを理解した家族の患者に対する配慮があったためと思われた。

Ⅳ 結　　語

心因性反応に基づく機能的疾患と思われる嗅覚，味覚脱失の興味ある1例を経験し，その治療的診断の意義について考察した。

稿を終えるに臨み，ご指導，ご校閲を賜った恩師田口喜一郎教授に感謝致します。

本論文の1部は日本耳鼻咽喉科学会長野県地方部会第93回例会（昭和55年6月15日，松本市）で発表した。

文　　献

1) 池見西次郎：心身症の診断と治療．pp.5-40，中外製薬，東京，1969
2) 安藤一也，広瀬和彦：味覚脱失のみを呈する症例．日医事新報，2022：14-18，1963
3) 出村恒郎：臨床心理検査法．第1版，pp.34-45，医学書院，東京，1963
4) 日野原正：老人の耳鼻科疾患と精神身体症．老年医学，13：161-164，1975
5) 日野原正：耳鼻咽喉科における心身症．耳鼻展望，18：217-225，1975
6) Henkin, R.I., Schechter, P.J., Hoye, R.C. and Mattern, C.F.T.：Idiopathic hypogeusia with dysgeusia, hyposmia and dysosmia —A new syndome. JAMA, 217：434-440, 1971
7) 石井末之助：鼻疾患の神経症的解釈について．治療，36：1195，1954

8) 池見酉次郎：ノイローゼ，心身症発生のからくり．高梨　茂（編），心療内科，pp. 107–155，中央公論社，東京，1963
9) 蔡　陽輝：鼻疾患における神経症の研究．耳鼻咽喉，24：377–380，1954
10) 高木範男：心因性失声症に対する新治療法—遷延例に対する全身麻酔の応用．耳鼻咽喉，53：249–252，1981

（56.12.14　受稿）