

投稿日：2025年8月14日

投稿者：倉澤

件名：最低限間違いの『基準値の削除』の表明を勧めたい。

【亜鉛欠乏症の診療指針2024】がReservedとなり、何が主要な問題点なのか不明なまま時間が経過しています。日本臨床栄養学会の【亜鉛欠乏症の診療指針2016】が公表されて以来、日本では、亜鉛欠乏症の診断方式に、『日本臨床栄養学会』系と『亜鉛欠乏症のホームページ』系の、似て非なる二つの『亜鉛欠乏症の診断方式』が約十年余もの長期間に渡り併存し、臨床は勿論のこと、基礎や保健、予防医療等などにも影響を及ぼす基本的な問題も含まれており、少なくとも臨床の現場では大きな混乱と迷惑が生じていること、亜鉛欠乏症の診断・診療に関心を持たれている方々に、関係者の一人として大変申し訳なく、且つ恥ずかしく思っています。

細かなこと述べたくないが、学会の機能不全とデジタル情報社会のSNSの波に乗り、日本の亜鉛欠乏症の診療・診断に大きな影響を及ぼしつつある【診療指針****】の執筆(特に臨床系)の諸先生は、ご自身の亜鉛欠乏症の診断上に、何の問題もないのか?! 振り返っていただきいと思う。2010年代初期の“群盲象を撫す”の時代はいざ知らず。多くの批判と知見も加わりつつある現在、是非、是非、問題点を反省し、修正した診断学を社会に提示していただきたいと思う。この間、筆者は大小数々の問題点に気付いているが、最低限『基準値』のことは基本的な間違いで、何を意図したのか不明であるが、(株)SRLの本来の基準値を文献値として変更させる原因となったこと、ハッキリ間違いと表明していただきたいと思う。参考までに、筆者の著書「現代日本の国民病 亜鉛欠乏症」の第6章に、やむなくまとめさせてもらっています。

ISO15189の【基準値】が何故に? 大切か。生物であるヒトと生命に必須である元素亜鉛との関係の実態を示す自然科学的指標だからである。幸いにも、この間に多くの人々や諸学会も【基準値】とは何か? に関心を持ち、正常値、基準値、臨床判断値の初歩的混乱も治まりつつある。ただ、一般社会に対する誤情報・偽情報の定着はいかんともし難く、例えば、SNS上ではAIが加わったと言え、誤りを流し続けており、その影響は長期に及ぶと思う。まだまだ判らないことだらけであるが、血清亜鉛値の不適切なデジタル化による評価区分に、個々の症例の、これまた不確定で多彩な症状・疾患を組み合わせるデジタル的診断・診療の

マニュアル手法と思考で、且つ重要な指標抜きでは、アナログである亜鉛欠乏症の実態を可なり歪めたものとならざるをえないと思う。

筆者は現在、多くの舌痛症の患者さんの治療から貴重な経験を積んでいるが、【診療指針** **】の診断方式ではそもそも舌痛症の症状・疾患はその名すらない。何年も悩み苦しんでいる多数の患者さんがいる。亜鉛欠乏症は、まだまだ、多くの種々のレベルの未知の症状・疾患を含む幅広い実態の欠乏症であると筆者は考えている。さらに、血清亜鉛値が容易に測定出来るようになって、併用薬剤等(特に、連用、多剤服用例)との相互作用が無視できないこと、状況により予想外の低値にも高値にもなること判りつつある。亜鉛欠乏症のホームページの『掲示板』参照いただきたいと思うが、いずれ、本欄及びトピックス欄に、稿を改めたいと考えている。

投稿日：2025年7月13日

投稿者：倉澤

件名：血清亜鉛の基準(範囲)値の早期の再確認完了が第一

血清亜鉛の基準(範囲)値の「再確認」を出来るだけ早期に完了すること! 今、一番重要なこと!! と考える。

『生物であるヒトと生命に必須な元素・亜鉛との自然な関係を示す重要な指標』に作為は不要である。

現在、日本臨床栄養学会の論文【亜鉛欠乏症の診療指針2024】はReservedとされ、SNS上で論文の修正が求められている。しかし、主に責任のある臨床系の執筆者が、「論文のどこに問題があったのか?」、ハッキリとは、述べられていない。この論文の冒頭に、「前回2018年版からの改変点：八項目」が記載されてはいる。しかし、問題はこんなに小さな問題点ではないはずと筆者は考える。細かことは置いて、問題は、不適切なデジタル化による血清亜鉛値『60 μ g/dL未満：亜鉛欠乏症 60~80 μ g/dL未満：潜在性亜鉛欠乏』のデジタル表示の評価、及び『血清亜鉛の基準値は80~130 μ g/dLが適切である』との、失礼ながら、無茶苦茶なデジタル思考である。

2016年、【亜鉛欠乏症の診療指針2016】としてSNS上に公表され、2018年、【同診療指針2018】と改訂され、2024年、【同診療指針2024】にも改訂され、直ぐにReservedとなり、2025年も、もう07月となりました。

これ等の一連の論文に対し、筆者はこの間、特に、2018年の低亜鉛血症?の治療薬ノベルジン発売に同期?した(株)SRLの血清亜鉛基準値の突然の変更や変更理由の文献値と称する『基準値は80~130 μ g/dlが適切』との同論文の記述等などと、あまりにも問題だらけであり、単純な学会・学界内の学術論文の問題としてではなく、社会(学界、医療界、一般社会)への影響が大きい問題であると、新論文の公表や批判に責任論を展開して来た。

だがしかし、ここで問題としていることの殆どは、本来「学会」が、特に、亜鉛欠乏症の様な幅広い問題は、「学界」が、先ず、真っ先に解決すべき役割を担うことであると思う。学会・学界も、SNSも、AIさえも、「忖度あり!」では、科学はお先真っ暗である。臨床検査の「基準値」は? 最低限、血清亜鉛の基準値の「再確認」から始めたい。

最も基本の指標と思考過程に問題があつては、他にも多くの問題があつて当然ですが、本日はここまでに。

必ずしも多くの参考文献が必要とは思わないが、以下の資料を中心にご検討いただければと思う。

【亜鉛欠乏に関する研究会報告書2006】 Microsoft Word - ...q...e.doc

【亜鉛欠乏症のホームページ】 亜鉛欠乏症ホームページ => トピックス欄

【亜鉛欠乏症のホームページ 掲示板】 掲示板 - 亜鉛欠乏症のホームページ

【血清亜鉛と基準値】 血清亜鉛と基準値 - 東御市立みまき温泉診療所

【比色法による血清亜鉛基準値】 06_Original_Professor_Miyata.pdf

【亜鉛欠乏症の診療基準2024】

【亜鉛欠乏症の診療基準2018】

投稿日：2025年5月18日

投稿者：倉澤

件名：【亜鉛欠乏症の診療指針2024】は、最近、Reservedとなりました。

【亜鉛欠乏症の診療指針2024】は、最近、Reservedとなり、SNS上で明示されています。

【亜鉛欠乏症の診療指針2018】も以前に、何が問題であったのか？同様にReservedとなり、暫くは、SNS上に表示されていましたが、特に、主要な改変もなく、何時の間にか？復帰して、今日に至り、【同2024】に改訂されて、直ぐにまた、Reservedとなった様です。執筆者の一人が改訂点について解説されている様もありますが、その様な小さな問題点でなく、臨床診断には最も大切な①アナログである血清亜鉛濃度の不適切なデジタル化と、何故か？強引に臨床検査値の定義を外した②血清亜鉛の基準値変更の問題を放置したままでは、【亜鉛欠乏症の診断】として、社会に通用する筈がないと筆者（倉澤）は考える。基本的なことが狂っているのは、臨床の現場で多くの矛盾が生じていても不思議はない。

【亜鉛欠乏症の診断指針2016】が2016年にSNS上にポツと出てきた時は、正直言って、ビックリした。

私共の論文【亜鉛欠乏に関する研究会報告書2006 pdf】は、既に10年前に、長野県国保直診医師会の研究部会のそれまでの研究成果を長野県国保連合会より刊行したものである。当時、地域住民集団の血清亜鉛値の疫学調査も、四年余にわたる臨床例の血清亜鉛値の追跡も、皆、(株)SRLの原子吸光法で測定したものである。

当然、多数の臨床症例で筆者自身が研究会で組み立てた【亜鉛欠乏症の診断】方式も、明確に記述してある。

基準値も(ISO)15189の定義に従ったもので、25年前の米国のNHANESIIとの歴史的な比較も可能であるし、現在の亜鉛自動分析装置用試薬(アキュラスオートZn)による測定になっても、データの連続性に問題ない。

【亜鉛欠乏症の診断指針2016】は【研究会報告書】の診断のどこに問題があり！として、執筆されたものか？

筆者等は、2002年に多数で多彩な亜鉛欠乏症の存在に気が付き、2003年には、地域住民の血清亜鉛濃度の疫学調査、続いて長野県下での同調査を施行。芋づる式に次々と集積された臨床例をも加えてまとめ、2004年に、第15回日本微量元素学会で発表。2006年には全国の研究の状況も踏まえ、筆者の、及び長野県下の亜鉛欠乏症の診療状況から、新知見で、社会

に周知すべきことを【亜鉛欠乏に関する研究会報告書】にまとめ、刊行した。また、同年07月の第17回の微量元素学会では教育講演を、09月の第2回日本臨床内科医学会でのセミナーと全国での医師会・学会等々での周知活動を開始し、2007年03月、【亜鉛欠乏症のホームページ】も開設した。

丁度その頃、学会では、富田 寛先生等を中心に、味覚障害の『欠乏症状の発症と血清亜鉛値の乖離』のことが大きな問題となっていた。筆者も、亜鉛と生物であるヒトとその血清濃度の不思議な関係の議論に巻き込まれ、学会の口ビーや懇親会では、臨床、基礎の先人達から多くの知識・問題点を知り、また、自己の多くの臨床例の個々の症状と血清亜鉛値の動きとを注意して、観察し・追跡を続けると、未知の新しい事実に次々と気づき、『バラバラで乖離している』ことが、どうも『真実の実態である』とすることが正しい、と判ってきた。

血清亜鉛値は、身長や体重等と同様の個々人に固有の凡その値があり、それを中心に増減する生体値である。

故に、血清亜鉛値の絶対値で個々人の健常・欠乏の判断は正確には出来ないが、血清亜鉛の生物学的基準範囲 = 【基準値】の正規分布状況から、その可能性の強弱を推測することは出来る。症状・疾患等の内容・経過等と合わせて、亜鉛欠乏症の疑いの可能性が高ければ、理論的亜鉛補充療法を試行して、確定診断をするよりない。

<猶、最近、多くの薬剤が血清亜鉛値の高値や低値に関与しているらしいことが判明。詳細は稿を改める。>

上記のごとき歴史的経過より、【亜鉛欠乏症の診療指針2016】の公表には、学会とは不思議な社会と思いつつ、2017年02月、【亜鉛欠乏症のホームページ】トピックス欄上に“論理的亜鉛補充療法の実践 (I) ~ (VII) のシリーズ”で診断と診療の実症例を示し、2018年04月には“【亜鉛欠乏症の診療指針2016】のデジタル思考を批判する (1) ”を、2019年06月に“血清亜鉛と基準値”の論文や2020年09月には“血清亜鉛値と基準値の見える化の試み”等々の多くの論文で、生物学的・科学的観点・論点等から批判や学会での討論を呼びかけた。

しかし、日本臨床栄養学会からも、論文執筆者からも、何故か？殆ど反応なく、【診療指針2018】【同2024】となって、今日に至った。学会は、当然、学問に対して厳しくなければならぬ。また、本指針のごとく、直接医療や社会に関係する事象は、学会内だけでなく、社会に対しても、大きな責任を負っていると言わねばならない。

本件は、デジタル情報社会での学会・学界の機能不全に、SNS上の検索数や種々の圧力の影響もある不透明なアルゴリズムの元、適切なファクトチェックを受けることなく、似て非なる二種の【亜鉛欠乏症の診断】方式が10年近くの長年にわたり存在し続けたこと、まだまだ発育不全のAI技術含め、こころして置くべきこと！

幸い、最近、<亜鉛欠乏症の診断 亜鉛欠乏に関する研究会報告書2006>での検索で論文の内容が読めます。

日本臨床栄養学会には、最低限、上記の誤情報の主要二点①②の訂正はしていただきたいものと考えています。

投稿日：2025年2月5日

投稿者：倉澤

件名：【亜鉛欠乏に関する研究報告書 2006.03】 是非、一読を

亜鉛欠乏症の二つの『似て非なる診断方式』のことは、十分に時間を掛けてでも、検討されるべきです。

見玉 浩子先生は、第29回日本亜鉛栄養治療研究会で、【改定！亜鉛欠乏症の診療指針2024の概要】と題して、講演することとなり、やっと、関係学会の場で公開されることとなり、大変よいことと筆者は考えています。

【亜鉛欠乏症の診断】につき、ここ7～8年間、社会に二つの『似て非なる診断方式』が併存。関係学会の場で明確な批判や議論・討論をされることもなく、放置されて、臨床医療の現場に困惑と混乱をもたらしています。

細かなことは省き、診断に主要な「血清亜鉛値と基準値」や「診断の思考過程」も、全く似て非なるものです。

今、流行のAIの初期の頃ですが、二つの診断方式について、「その違いは？」と質問を出し、初めは、何故か？【亜鉛欠乏症の診療指針2018】のみがヒットして、他に資料はなしとのこと。【亜鉛欠乏症のホームページ】のトピック欄のURLを提示すると、同じものとの回答で、再度内容の違いを問うと、うやむやに終わりました。

見玉先生には、過日、今回の【亜鉛欠乏症の診療指針】に関するご講演につき、これまでも本研究会や論文、

あまり気は進まなかったが筆者の著書などでも、率直に種々の批判をさせていただいて来たが、ご返事はなく、

同じ、一医学徒として、研究会で初公開の講演に、大歓迎の意とお願いとを付けた葉書を出して置きました。

【亜鉛欠乏に関する研究会報告書2006】に既発表の診断法に触れること無く、【亜鉛欠乏症の診療指針2018】と「何故？10年余も後の突然の公表か？」との疑問点を含め、二説を比較・検討し【診療指針2024】の必然性を教えていただけるものをお願いして置きました。

た。初期のAIであるとは言え、「亜鉛欠乏症のアナログの実態は単純なデジタル化ではその微妙な実態を表示することは全く不可能である」ことなどは理解できる筈はなく、少なくとも現時点では、不適切なデジタル化やその結果としてのマニュアル的診療指針を筆者は認めることが出来ません。キッと将来も、この欠乏症は【診療指針2018】の様なマニュアル化は出来ないと考えています。このことは今回のご講演だけでは、当然社会は勿論、多くの人の理解と納得を得ることは無理と考えています。

ただ、

改定の【診療指針2024】の全体を通覧すると、基礎的な部分を除いて、亜鉛欠乏症の診断・診療指針として、本論文の主要な臨床的多くの問題点は置き、亜鉛欠乏症の診断の部に、引用文献なしは、大変異様なことです。

ところで、間違ったら全く失礼なことですが、今回改定の【診療指針2024】の全体を通覧させていただきつつ、ふと思ったのですが、『もしかすると？【亜鉛欠乏症の診療指針2018】を執筆された時に、日本臨床栄養学会のミネラル栄養部会の委員会の何方も、【亜鉛欠乏に関する研究会報告書2006】の存在に気が付かなかったのではないかとこのことです。それですと、2016年から今日2024年までの経過を追って、充分、理解できます。

もしそうだとすると、今からでも遅くはありません。

まずは、【亜鉛欠乏に関する研究会報告書2006】と【亜鉛欠乏症の診療指針2024】との著書を当事者は勿論、出来るだけ多くの人にそれぞれを比較し・批判的に読んでもらい、今後じっくり討論を重ねる必要がある程、亜鉛欠乏症は重要課題と筆者は考えています。本当の学会はこうゆうものでないかと思うが、如何??

【亜鉛欠乏に関する研究会報告書2006】は、

亜鉛欠乏症のホームページ => 亜鉛欠乏症とは => 【PDF】亜鉛欠乏症について (冊子) をクリック。

亜鉛欠乏症に関する研究会報告書より50ページ程の小冊子ダウンロード可能です。

医療人、研究者はもとより一般の方にも理解していただける内容となっています。

亜鉛欠乏症について [0] - 亜鉛欠乏症の臨床および住民の微量元素亜鉛の不足傾向について -

長野県国保直診医師会の研究部会報告書で、2006年3月に長野県国保連合会より発刊されました。

投稿日：2024年12月19日

投稿者：倉澤

件名：【亜鉛欠乏に関する研究報告書 2006.03】 是非、一読を

【亜鉛欠乏に関する研究会報告書2006.03】に目を通して欲しい。

【研究報告書】は [こちら](#)↓

(<https://www.ryu-kurasawa.com/wp-content/uploads/2016/01/ZnDeficiency2.pdf>) をクリックすると亜鉛欠乏症のホームページの<亜鉛欠乏症とは>の欄の”【PDF】亜鉛欠乏症について(冊子)”として開くことができます。

亜鉛欠乏症に関する研究会報告書より50ページ程の小冊子ダウンロード可能です。

医療人、研究者はもとより一般の方にも理解していただける内容となっています。

2002年、筆者がフトしたことから『多くの医師が考えているよりも、遥かに多くの亜鉛欠乏症患者さんがいることに気づき、その患者さんの発見の状況より、地域住民に亜鉛不足の傾向が存在するのでないかと村民の血清亜鉛濃度の調査をしました。』との書き出しで、多くの症例と血清亜鉛濃度疫学調査の結果から、現代日本の国民病 亜鉛欠乏症と言っても良い亜鉛欠乏症の研究がスタートし、多くの患者さんはじめ仲間たち、多くの人々、多くの組織に支えられ、その臨床と疫学の初期の研究が急速に進んだ、約四年弱の一区切りの結果の報告書です。長野県国民健康保険団体連合会、長野県国保直診医師会(亜鉛欠乏に関する研究会)により、見事にまとめられました。

住民の亜鉛不足傾向と亜鉛欠乏症の臨床につき”亜鉛欠乏症のバイブル”(筆者が言うのもどうかと思うが、本人自身が2024年12月の時点で読み返して見ても、医師はじめ専門家にも、一般人にも)と言っても過言でないと思っている。多くの研究者や全国を巡った講演会でも、医師たち等などにも資料として贈呈したが、現時点で公的には、東京大学医学図書館に1冊所蔵されているのみです。簡単には読めない。亜鉛欠乏症全体について、知識を得ること可能と考え、是非、一読を勧めたい。

投稿日：2024年1月31日

投稿者：倉澤

件名：アナログ世界およびデジタル社会と偽情報

今、日本ではデジタル庁を作ったりして、国が社会のデジタル化を推進しようとしている。デジタル化が情報の明確な表示、間違いのない複製に、適切な保存、劣化の防止、迅速な伝達、より広い拡散、明確な時刻の付随した情報の収集・集積や容易な検索と整理等などにより、情報社会に大きなメリットがあることは、何方も否定出来ない事実である。

例えば、小生の亜鉛欠乏症の研究とその知見の社会への周知活動において、そのデジタル技術がどれ程大きな力となったかは申すまでもない。

また、デジタル化の大きなメリットとして、アナログ的事象・アナログ的なものを適切にデジタル化すると、複雑で定かでないことを明確・簡潔に示してくれることもある。例えば、私共の褥瘡の亜鉛補充療法の経過を追った日時と検査データをも含めた一連の写真である。

一方で、地球上の殆どの事象・殆どのものはアナログ又はアナログ的存在と言える。我々はアナログからデジタル化の時代への移行を20歳前後の青年期に実体験した世代で、その典型的な変化は、スムーズに連続して動く秒針の時計からカチ、カチと秒を刻む動きのデジタル時計になり、更には、全く文字板の時計さえも出現したこと、またその頃から、音楽の音源がレコードからCDのディスクへと徐々に、徐々に変わっていったことである。小生にとり、医学部専門課程1年(1959年)のホームルームで『デジタル音楽は音楽か?』の議論があり、『あんなものはゲロイシユ(雑音)だよ!』と耳の肥えた誰かが吐き捨てたこと、今でも鮮明に覚えている。あまり耳の肥えているとは言えない小生には『雑音か?音楽か?』の差は定かには不明で、何とも言えなかったが、時刻の進みが、デジタルか?アナログか?については、当分の間、大きな違和感があった。

今でも、表示はデジタルでしか表現ができない、例えば、臨床検査の生体値の様な数値は、特別な注釈がなければ、当然アナログ的に判断・評価し、診断や診療の思考過程に組み入れている。それは、世界の物事の実態はアナログ又はアナログ的であると意識下に沁み込んでいるからである。

しかし、時代が変わり、現在はアナログか?デジタルか?を意識しない人、出来ない人が増えてきている様に思われる。ヒト・人や生態系等という、最もアナログ的なことを扱う医師

にも、一見表現が明快でマニュアル化した、単純なデジタル思考、デジタル診療で、ウツカリ済まして、気が付かない者も増加してきている様に思われ、老医は心配している。

勿論、表現が明快であること、思考が複雑でなく、単純・簡明で済めばそれは素晴らしいことで、確かに医療の現場では、殆どどの医療行為はこのマニュアル化したデジタル的な診療で済んでいることは事実である。

それは人のアナログ的実態の中の幅の存在により、マニュアル化が可能となったもので、境界領域では、特にアナログ的思考が必要である。アナログである医療には、デジタル判断・評価・思考を持ち込むことは不可能な領域が存在することは事実で、その最もデジタル的に済ませてはならない場合の例が、日本臨床栄養学会の【亜鉛欠乏症の診療指針2018】であると私は考えている。もう既に五年以上も前から批判を展開しているが、興味を持たれた方は是非その観点から検討して見ていただきたいと思う。

低亜鉛血症という病態が存在するかは置き、今、社会では、亜鉛欠乏症という同一疾患にアナログとデジタルの異なる思考過程の似て非なる二つの診断・診療指針が存在する異様な状態となっており、臨床医療の現場に混乱を招いている。デジタル社会では既述のごとく多くのメリット・デメリットがあるが、デジタル化による広範に拡大する迅速な伝達機能は大きなメリットであると共に、しばしば情報、特に、アナログ的情報の真贋・正誤の実証に要する時間に不足が生じ、世界的に偽情報・誤情報拡散の主要な原因の一つで、デジタル社会の特徴的なデメリットである。このことは、偶々医学・医療界の一例として紹介したが、現在のデジタル社会のITや発展中のAI技術の諸情報への大きな影響と考え、特に、故意に流される偽情報・フェイク・ニュースに対し、敏感に対処し、見抜く必要がある時代になったと、警告を発して置きたいと思う。

【亜鉛欠乏症の診療指針2018】:日本臨床栄養学会の件については、亜鉛欠乏症のホームページのトピックス欄：<https://www.ryu-kurasawa.com/20190628-2/> 【血清亜鉛と基準値】

で、既に2019年06月28日に、アナログとしての生体値の見方、正しい基準値の在り方を投稿している。訪問して、ご検討いただければ幸いである。

偽情報・誤情報がどの様に作られ、どの様に拡散し、社会に定着するかがお判りと思う。

亜鉛欠乏症のことは、まだまだ未知のことばかりで、これまで、私自身も誤情報を流さぬ様にと自分自身の目で確認し、実証したものを中心に、確かさの表現も出来るだけ明確にして公表して来た。幸いあまり誤情報を流さずに済んできたと考えているが、最近、亜鉛不足の

発症への常用・連用薬剤の関与が無視できないことが次第に明らかになって来て、高血清亜鉛値の亜鉛欠乏症例に薬剤が絡んでいる症例が多くみられること、特に、多剤服用例に多いことが判り、近日中に見直して報告しようと考えている。

2024/02/01 倉澤 隆平

投稿日：2023年12月16日

投稿者：倉澤

件名：NHKのあさイチと亜鉛欠乏症

NHKの“あさイチ”で爪の問題を取り上げていた。NHK TVの影響は大きいのでつぶやいて置きたい。

先日12/11(月)の朝、NHK総合 8:15からのあさイチで、『あさイチ 年末年始気分をアゲる “美爪” SP』の番組が目飛び込んで来た。

「爪の欠け 縦スジ 二枚爪の悩み 意外の原因明らかに」の見出しに、これはもしかすると、『私共が2002年秋に、多数で、多彩な亜鉛欠乏症の存在に気が付いて以来、その知見の周知に努力して来た、一般の診療所や病院でもしばしば出合う五大主要亜鉛欠乏症<①褥瘡②味覚障害③食欲不振④舌痛症⑤多彩な皮膚症状・皮膚疾患>の中の⑤皮膚症状の一つ【爪の変形・脆弱性は亜鉛欠乏症である】ことをやっとNHKでも理解出来て、この放映になったのか！と番組に引き込まれ、見続けてしまった。

爪の縦スジや横スジ・ポコポコの段、爪の割れや欠け、二枚爪化、爪のフニャフニャや変形 etc、爪の脆弱性に悩む人が98%余？とか？流石に、98%は筆者の聞き間違いかとも思うが、確かに、多彩な亜鉛欠乏症の中の舌痛症(特殊)外来での診察でも、“爪の硬度チェック”などを手軽な亜鉛欠乏症鑑別情報の一つとして重宝している。その経験ではそれ程多数を占めるとの実感はないが、女性のコメンテーター達の反応をみると可成り悩んでいる人多そうにも見えた。もしかすると、姿形に拘る女性群には多い可能性もあり、まんざら間違いではないのかも知れない。今回の放送で提示された爪変化の殆んどは老化と亜鉛欠乏症の皮膚の状態と共に見る爪の症状であるから、NHKもやっと常識から抜けて本質に迫るのかと放送の跡を興味津々で追った。

しかし結果は、爪基部の血管の血行不全・循環不全による血液供給不足が原因で、爪蛋白の生成異常となり、縦スジや横スジ、爪の脆さ、三層の爪組織の接着の悪さも生ずるものと、常識の範囲を出るものでなかった。爪に限らず、健全な皮膚の生成・維持に血流をよく保つことは良いことで、そのことを否定する者ではない。爪基部の微小血管の血流減少の様子を生体顕微鏡の見事な映像で示し、物理的刺激等による血流増加時との比較の映像はそれなりに

説得力があったが、問題は一般の普通のヒト(人)の多くに、本当に寒冷や自律神経系などの影響で、爪の慢性的変形や異常を生ずる程の微小循環不全が生じているのかということである。

番組内でも触れられていた“鉄”はじめ微量な、また未知のもの等など、勿論、全く否定する者でもない。

話は少し変わるが、現在でも日本褥瘡学会は無視を続けているが【褥瘡は亜鉛欠乏症である】と言ってよいと筆者は考え、主張して来た。一部の例外を除き、褥瘡の主要因は亜鉛欠乏による皮膚の脆弱性にあると言える。亜鉛不足による諸酵素の活性低下等などによる代謝異常から健常の皮膚の生成・維持が障害され、その脆弱性が褥瘡の発症・難治の主要因である。ただ、発症の血行障害については、仮説であるが、糖尿病の壊疽の発症等と同じく、代謝障害による血管内皮細胞の機能不全によるのではないかと考えている。勿論、さらなる研究による立証が必要であるが、もしかして、イヤもうやられているのかも知れないが、生体顕微鏡を駆使した研究が、血管内皮細胞の機能不全の検証に、爪の生成・維持と微小循環障害の検証にも応用されるのかも知れない。

2002年、多彩な亜鉛欠乏症の存在に気が付いて以来20年余、その知見の重要さの周知に努力して来ました。

当初は当時の常識と余りにもかけ離れていたからでしょうか？学会では正面からは批判なく、拒絶反応とその後の無視も続き、多彩な亜鉛欠乏症のことなかなか受け入れられ難かったが、時代は変わりつつある様に思う。

マスコミ、特に大新聞・大放送のマスメディアは、意外といわゆる常識と権威に弱く、亜鉛欠乏症についても興味は持ちながらも、なかなか真正面から取り上げることなく、今日に至ってしまったと言って良いと思う。

亜鉛欠乏症の様な国民病や文明病でもある多くの国民に影響する疾患に関与するにはマスメディアのことが重要で、稿を改めたい。爪の脆弱性のこと間違いなく主に皮膚科で扱われるべきことであるが、是非とも皮膚科医には亜鉛欠乏症の視点も持って対応して欲しいと思う。また98%はきっと9.8%でないかと思うが、稿を改めます。

投稿日：2023年12月4日

投稿者：倉澤

件名：何故？今、舌痛症の外来なのか？(III)

【何故？今、舌痛症の外来なのか？(I)】で、2002年多彩で、多数の亜鉛欠乏症の存在に気が付いて、20年間の知見の周知活動とその結果の現状をザッとまとめて見ました。

一般社会や学会・医療界の常識に反することの多い新知見が、PCやデジカメに、ExcelやPPT、統計や計算その他の諸ソフトなどのデジタル技術に支えられて、その内容を次々と効率的に充実・整理・保存され、さらに、SNSやIT技術の進歩によりその知見が社会に容易に周知され、拡散して、現在があることは否定し得ない事実です。一方、フェイク・ニュースや意図的な誤情報等などのネガティブな事柄でさえも、十分な判断・批判・評価に晒される時間もなく、恣意的に拡散され易いことも事実と、お判りいただけると思います。

例えば、日本では、亜鉛欠乏症の診断・医療に関する①日本臨床栄養学会の【亜鉛欠乏症の診療指針2018】と②亜鉛欠乏症のホームページの【亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)】の全く似て非なる二つの説が、社会にそれぞれ流布され、現在でも存在し続けて、亜鉛欠乏症の臨床の現場に混乱を生じていること、大変に残念で、申し訳なく思ってます。

この二説は、亜鉛欠乏症の診断は『症状のみでは診断できない』と『血清亜鉛値の絶対値のみでも診断できない』とのこれまでの医学・医療の経験と事実に基づいて、一見似た、イヤほぼ同じ語句を前提としてスタートしていますが、基本的には、【デジタル思考】と【アナログ思考】の異なりの差とでも表現すれば良いのでしょうか？？血清亜鉛値とその基準値そのものについての認識も異なり、診断に至る思考過程も、全く異なっています。

勿論まだまだ判らないことの多い亜鉛欠乏症のことですから、その診断・診療についての余りに大きな違いを、一方的に、この掲示板上で述べることは公平性を欠くものと考え、SNS上のそれぞれの論文を、上記の思考法のこと以外の先入観はなしに、先ず、検討をいただきたいと思う。2018年の論争からも、もう五年も経つ現在です。これまでの仮説や新知見も加えて、再度、具体的に事実を加えて、批判を展開させていただこうと思います。

【亜鉛欠乏症の診療指針2018】は現在どのWeb検索でもこのままの字句で検出されます。この指針の話は【亜鉛欠乏症の診断基準2016】の論文より始まりましたが、その後の内容は殆んど同じものでした。

【亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)】は亜鉛欠乏症のホームページのトピックス欄にあります。URL : <https://www.ryu-kurasawa.com/20180701/> 現在は左記のURLにて、どこの検索エンジンでも検索可能です。URLより予測される様に2018/07/01に投稿したもの、何故か？この字句では検出困難な状態が最近まで続きました。亜鉛欠乏症のホームページでさえも、昔一時、検出困難になった事態もあり、現代では考えられない不思議なこと？何故か？と考えさせられました。

[【亜鉛欠乏症の診断基準2016】のデジ外思考を批判する\(1\)](#)も、2018/04/20のほぼ同時期に、亜鉛欠乏症のHPのトピックス欄へ投稿しています。

多彩な亜鉛欠乏症の一症状・疾患である舌痛症に主に対象を絞って、①『医学的には治療可能な舌痛症ですが、種々の事情によりまだ現在は医療的には難病である』と言える現状を少しでも変え、医療難民を減らすこと。②新たに判って来た亜鉛と薬剤の相互作用を含めて、亜鉛欠乏症の診断・診療の問題点を、現場での実証を経て、何故か？恣意的な現状から、何とかより医学的な知見への修正を目指して、もう暫く、舌痛症の外来を続けことにしました。

まずは、この掲示板上で、血清亜鉛値とその基準値の問題の訂正から、はじめましょう。

投稿日：2023年11月19日

投稿者：倉澤

件名：何故？今、舌痛症の外来なのか？(II)

『殆どどのいわゆる舌痛症は亜鉛欠乏症である。欠乏症であるから論理的亜鉛補充療法で、亜鉛を補充することで治癒せしめ得る。』と言ってもよい、と筆者は主張して来ました。

舌痛を訴え続けるが肉眼的に異常所見を認めない、殆どどのいわゆる舌痛症は亜鉛欠乏症であり、特に、薬剤(くすり)の絡まない単純な症例は、欠乏症であるから適切な亜鉛補充により、比較的短期間に軽快・治癒すると言って良い。一方まだ充分には判ってはいないが、特殊連用薬剤が絡む症例でも、それ等の大部分は論理的亜鉛補充療法にて、軽快、またはコントロールすることが可能の様である。ただ、亜鉛を補充することで、舌痛症を軽快・コントロールするだけで良いのか？の新しい問題が生じていること、忘れてはならない。また中には、少数ではあるが、原因となる薬剤を除去しない限り、コントロールも不可能な症例が存在することも事実であり、単剤のこともあるが、多剤服用症例、特に、多医療機関・多科受診症例に、治療困難な症例が存在することは容易に理解されることと思う。

つまり医学的には治療可能であるが、現在【医療的に、舌痛症は難病である】と言えます。

『いわゆる舌痛症は、医学的には治療可能である』ことは、もう、縷々述べるまでもなく、多くの患者さんを治療し、その経験を積み重ね。その成果を本ホームページや診療所のHPに公開し、学会や諸講演会でも、その周知に努力して来ました。20年余の歳月を経て、舌痛症の治療にも新たな知見が加わり、特に最近、血清亜鉛値が容易に測定されるようになり、舌痛症のみではなく、亜鉛欠乏症の発症にも多くの薬剤が関与しているらしいことが明らかになりつつあります。その舌痛症治療の過程で、亜鉛と薬剤との相互作用の結果の血清亜鉛値の動きが、多剤服用の褥瘡の高血清亜鉛値症例の疑問への回答ともなりました。

『舌痛症は、医学的には治療可能であるが、医療的には難病である』ことは、舌痛症のみならず、食欲不振にも、多彩な皮膚症状・皮膚疾患でも、褥瘡でさえも言える現在の日本の医療構造と思います。しかし、86歳の老医には、多彩で、多数の亜鉛欠乏症の全面的対応は当然全く無理であるが、焦点を出来るだけ絞り、且つこれまでの様に、他の方々の論文などからではなく、現場で己の目で頭で確認した事実に基づいて、出来るだけ事実は事実、仮説

は仮説、推測は推測など表現を明確にして、この掲示板またはトピックス欄で、知見の周知を続けられればと思っている。そして、この様な医療的難病の一部ににでも、小さなフックが着けられれば、時代が進んで次世代の何方か？が、社会が、真偽を正しく整理してくれる時が来ると思う。

近年、IT社会でフェイクニュースが問題となっているが、過日、名だたるITメディアが現在のアルゴリズムでは、フェイクニュースを除去は出来ない、と自己責任を回避するがごとき表明をした。人手を掛けずには、確かに、事実に違いないが、何処かおかしな表明であると思う。しかし、現在の学会・学界や医療界、社会も、残念ながら他人事とは言えないのが事実。問題のあるIT技術、急伸する可能性を秘めるAIチャットも含め、すすむデジタル社会で、最低限、学会よ、かかわる人間よ、シッカリしてくれと老医は思う。

そんな思いで、今、舌痛症の外来を週一回開設し、出来るだけ続けて行こうと思っている。そして当面は筆者の周辺から、①医療的難病の解消として舌痛症の知見の周知の輪を医師及び地域住民に広げつつ、『舌痛症は、褥瘡と同じく、亜鉛欠乏症である』ことが事実のこ
と、実証したいと思う。

②常用・連用薬剤(化学物質)の絡む舌痛症の診断・診療について、新知見の周知を進めたいと思う。

投稿日：2023年11月17日

投稿者：倉澤

件名：何故？今、舌痛症の外来なのか？(I)

2002年秋。多数で、多彩な亜鉛欠乏症の存在に気が付いて、今年で20年間、その知見の周知に努力して参りました。その症状は、私共の一般の診療所や病院の外来等でしばしば遭遇する、①味覚障害はもちろん②拒食にも至る食欲不振、③舌痛症をはじめ、舌・口腔咽頭症状に、④褥瘡の発症・難治化と⑤老人性皮膚掻痒症等などの多彩な皮膚症状・皮膚疾患などの主要な五大症状群です。さらに、種々の多彩な不定愁訴とも言われる一般的なものも、また、多くの臨床科の固有の症状・疾患や多くの未知の症状もあり得ると予測される実に多彩なもので、当時の医学・医療界の一般的な常識には反するものでしたから、当初は、『微量な元素・亜鉛の欠乏などある筈がない』とか、『たった一元素の欠乏で、そんな多彩な症状が発症する筈がない』、『そんな馬鹿なことある筈がない』等と学会や医療の現場では拒絶反応すらあり、その認知・周知活動には多くの壁にも出合いました。

でも、流石に20年。拒絶反応は影を潜めて、生命に必須な元素亜鉛の欠乏症の存在は、一般社会・SNS上でさえも広く認められる様になったと言えます。しかし、亜鉛生物学の急速な進歩・発展のことはさて置いて、亜鉛欠乏症の臨床に限れば、最も肝心の医師の二割程にも、その知見が十分に周知されているとは言えません。また、何が理由なのか？知ってはいても、無視を続ける主要な臨床の大学会さえもあり、血清亜鉛値やその基準値を意図的に事実反してPRする一派も有り、まだまだ努力不足と言わざるを得ません。筆者はこの10月で満86歳となり、伝え得る時間にも限りが出てきました。もう次世代の若者に任せるべき時ですが、現在明らかな問題点は事実を提示し、指摘して置きましょう。

五大亜鉛欠乏症の内、日本では、富田寛先生等日大耳鼻科グループらの長年の努力により①の味覚障害については『味覚障害は亜鉛欠乏症。亜鉛欠乏症と言え、味覚障害。』と広く医師と社会にも知られており、もちろんやるべきことは、まだまだ山程ありますが、もう放置しておいても、社会からも医療者からも忘れられることはないでしょう。一方、④の褥瘡についても、日本褥瘡学会が、正式には、未だに無視を続けていますが、褥瘡の発症・難治化の主要な要因は『亜鉛欠乏症による皮膚の脆弱性にある』こと、褥瘡治療の亜鉛補充療法による全身療法の治療経過写真のエビデンスより、もう否定しえない事実と言えると考えます。筆者は、2017年に盛岡で開催された第19回日本褥瘡学会に参加して、

本HPのトピックス欄に、[<局所療法に偏重する日本褥瘡学会を批判する\(I\)~\(V\)>](#)、と題

して投稿してあり、学会も改めて検討し、ご批判があれば是非頂きたいものと思っております。

⑤の皮膚症状・皮膚疾患と亜鉛の関係も、細かな個々の症状・疾患の成り立ち、仕組みはさて置いて、『微量元素・亜鉛は健常な皮膚の生成・維持に必須である』との生理的意義をしっかりと意識することで、皮膚科学の発想の転換が生ずるのでは！と思っておりますが？如何でしょう。

さて、本題の【何故？今、舌痛症の外来なのか？】です。食欲不振や舌痛症を褥瘡や皮膚科疾患の様な組織学的に明らかな異常を呈する疾患と同じ亜鉛欠乏症の一つと主張すると益々常識に反することと、奇異の目で見られて来ました。(II)と稿を改めて述べましょう。

投稿日：2023年7月12日

投稿者：ルー

件名：なし

すみません、追加で補足です。

原因究明は、当然ながら

舌痛ではなく、亜鉛欠乏の原因を探ります。

舌痛は、おおよそ痛みの軽減の対策も成功し

私にとっては再現性もあるので、ひとまず一段落と考えています。

最も難しいのは、なぜ亜鉛欠乏状態となるのか？

です。

ここを解決出来れば、薬で補充せず

本当の意味で、解決となると思いますので

その第一歩として、食事制限を考えています。

現代人は、運動量に比べ食べすぎなのではないか？

と、仮説を立て

これが原因で、体に負荷がかかり、欠乏症を起こす可能性を

自分で検証しようと考えています。

私はよく、腹がなる前に時間だからと食べています。

あきらかに、膨満感があります。

体型は正常ですが。

アイデアのきっかけは
数日に及ぶ胃腸風邪をしのいだ後は
食事量や消化能力から考えて、栄養不足状態にも関わらず
体は極めて爽快なのが、前々から不思議でした。

栄養不足による欠乏症もあれば
過食による負荷により、欠乏症も有りうるのかもしれないと
仮説を立ててみました。

実際問題として、これ以上に栄養を取るとなると
自分で土壌改良をして、家庭菜園をやるくらいしか方法がないのです。

上手くいくか分かりませんが
亜鉛を補充しつつ、慎重に実行に移したいと考えています。

投稿日：2023年7月11日

投稿者：ルー

件名：なし

先生、ご指導ありがとうございます。

おっしゃる通りで、異論ございません。

サプリメント大国に住む米国人が

特別に健康か？と考えると

やはりサプリメントも、むやみに利用すべきではないと思います。

私も家族も、サプリメントに無縁でしたが

世界的感染症の拡大により、初めて亜鉛の錠剤を飲みはじめました。

それでも、用心して毎日は飲まないよう、気をつけました。

幸いにも2019年以前から、先生のHPを読ませて頂いて

素人ながら、亜鉛の必要性について知り

また、世界中の人たちが、2020年以降、インターネット上で

亜鉛の重要性を話題にし始めました。

これが亜鉛サプリメントを自己責任で使うきっかけとなり

その過程で、舌の痛みが和らいでいくことを、リアルタイムで確認できました。

サプリメントであれば、辞めるのも簡単であろう

と安易に考えて、薬ではないかのようなコメントしてしまいました。

多くの方が見ておられる掲示板で、不適切なコメントをお詫びいたします。

じつのところ、我が家の一人は

PPIから離脱出来ずに、長年飲みつづけており

問題なのは、当の本人すらリスクに無関心な事です。

そのような経験から、まだサプリメントのほうが、、

という本音が出てしまいました。

それでも、我が家は

この3年、感染症の症状も一切無く、とにかく普通に暮らせました。

理由は分かりませんが、幸運だったと思っています。

薬に関しては、薬を出してもらえないと

怒り出す患者もおられるようなので、医師だけの責任とも思えません。

患者側も、知識を得る必要があるのではないかと

身内を見ていて、思います。

それでも家族全員、感染症の新薬のたぐいは無縁に乗り切ったので

なんとも不思議な気分ではあります。

現在の当方の舌痛は、亜鉛摂取3日目となり

痛みは消えつつあります。表面もツルツルしてきました。

自分のベストの状態はヌルヌル感が出る頃ですので

もうあと、5日ほどは、亜鉛を取り

舌を内に巻いて、独自の方法を試したいと考えています。

それから、やはり先生のおっしゃる通り

原因を見つけなければならぬと、決意しましたので

リスク要因を除外していこうと考えました。

いつから始まった舌痛か

全くわからないので、原因も不明なのですが（いずれ治ると考え放置した間に痛みが増した、そして痛みに慣れました）

もしかすると、亜鉛欠乏状態で、熱い飲み物がリスクの一つ

ではないか？と考え

これから数ヶ月、熱い飲み物を絶つ、ことを試します。

それ以外は、過度ではない糖質制限と

できれば、短い断食も試したいとおもいます。

これは、個人的に調子が良いのがわかっており

取り入れる予定です。

亜鉛欠乏の検査については、どの医師なら亜鉛に精通しているのか

全く情報がないので、探すところからとなりそうです。

しかし、倉澤先生以上の知識経験の方はおられない

と考えると、先生のサイトでもっと知識を得て

自分でためしながら、というのが当面の予定です。

舌の痛みも、あきらかに反応があるので

これを生かして、変化を観察し、原因を突き止めようと思っております。

2年前に、亜鉛に関する世界の論文をかなりの数、流し読みレベルですが読みました。

倉澤先生のレベルの考察の深い研究は見当たりませんでした。

特に、個人に特有の血清の亜鉛値、の説について
海外ではどのような考えなのか？と知りたかったのですが
私の探し方がまずかったのか、見つかりませんでした。
先生のご助言のおかげで
原因を探求することに決意できました。
今後、変化を経験しましたら
掲示板に書き込ませて頂くかもしれません。
>疑問のことはどんどん質問を投稿してください。
世界レベルの研究を、専門家以外にも公開共有して頂き
本当にありがとうございます。

投稿日：2023年7月9日

投稿者：倉澤

件名：ルーさん。薬もサプリも化学物質で同じことです。

老婆心ながら、【薬】と言う名詞の内容につき、もしかするとやや食い違いがある様ですので、確認させてください。

『身近な人たちは、薬をサプリメントのように飲んでいますが、ルーさんが使われているサプリメントと言う語は化学物質と言う意味では【サプリメントは”立派に”薬です】。

失礼ながら、サプリメントを補足するもの、補充するものから栄養補助剤は薬でないとウツカリ考えている方が大勢います。薬はその患者さんにとって適切であればクスリですが、不適切であれば毒物です。いわゆるサプリメントも栄養の不足を補充するときはサプリメントですが、不足していないときに投与されれば毒物と言ってよいでしょう。

舌の表面がツルツルしていないとか、不眠の後舌痛を感じていることから、ルーさんの場合、亜鉛の補充がまだ不十分のように思われます。

亜鉛が不足しているのか？充足しているのか？過剰に投与しない様にするには、血清亜鉛値の測定をして、ルーさんの現在の状態をキチッと診断することを勧めます。

ただ、申し訳ないことですが2002年に亜鉛欠乏症のことに気が付いて、その知見の周知に努力して来ましたが、まだ多くの医師もその知識を持ち合わせていません。一般の方がよく知らないのは当然と言うよりないとも思います。疑問のことはどんどん質問を投稿してください。

投稿日：2023年7月8日

投稿者：ルー

件名：なし

> 何が原因かを考えて、その対応をすることが大切です。

先生、ありがとうございます。

生涯肝に銘じます！

当方は薬は一切服用しておりませんが

(ワクチンも子供のころに打って以来、無縁です)

自分の身近な人たちは、薬をサプリメントのように飲んでおります。。

そして何故か生活改善をせず

自分で薬のリスク情報を探さずに、多様な意見を聞く耳を持たない傾向があります。

残念なことに薬の長期服用のリスクに詳しい医師が、我が家の近くには見当たりません。

私の身内にも、病院で亜鉛欠乏について聞いてみたら？、と促しても

医師が言うには、亜鉛はとりすぎのリスクがあると言うらしく

どうやら医師に亜鉛の知識があまりない模様です。

そういう事情もあり、我が家はサプリにて亜鉛を取るのですが

市販サプリも成分的に安全性はどうか？(添加物など)

と思い、しばらくは辞めております。

私の例で恐縮ですが

前回、初めて投稿させて頂いた翌日に

急な予定が入り、睡眠が取れず、24時間起きていて活動してしまい

その後、睡眠をとり目覚めたら、久しぶりの強い舌痛に見舞われました。

睡眠不足下でのノルマに近い作業により

ストレスが、かかったのかもしれませんが。

これが、楽しいことをして睡眠不足だったら、どうなっていたかな？

等と考えながら、試行錯誤しております。

食事は、我が家は家庭調理で、食べるのが好きな家族ですが

食材の栄養素の変化、というのは確かに心配です。

最近では、世界的なテーマになりつつあるようです。

倉澤先生の先見に、世の中が大幅に遅れつつも、

議論だけは方向性は定まって来ているように思います。

実行と改善方法は未知数ですが。。

今は私の舌痛は落ち着きましたが

舌の表面はツルツルには、すこし遠い状態です。

近日中に、4ヶ月ぶりくらいに亜鉛を摂取する予定です。

変化を経験しましたら、こちらに報告させて下さいませ。

長文失礼しました

ありがとうございました。

投稿日：2023年7月7日

投稿者：倉澤

件名：ルーさまへ

舌痛についてのご自身の治療法につき、紹介ありがとうございます。

舌痛症の発症と治療法については、2002年の【群盲象を撫す】の当時から比較すれば、随分色々なことが判って来ましたが、まだ判らないことが沢山ありますから、色々な経験を紹介いただくこと、大変有難いことです。まだ判らないことの多い舌痛症の治療に携わっている者にとって、患者さんの訴えは、色んな意味で参考になることが沢山あります。

さて、あまり強い痛みではないが5年も続いていた舌の痛みが現在は殆んど良いようで、本当に良かったですね。ただ、まだ亜鉛を飲まないで舌の表面がツルツルにならないとかの症状もあるようですので、今日はこの飽食の時代に『何故？亜鉛不足になるのか？』について、私の説を述べておきましょう。

欠乏症ですから孤食、小食、少食、偏食など種々の説があるようですが、細かいことは省き食に問題があるのは当然です。多くの国民に亜鉛不足の傾向が認められたこと、また、近年急速に進行しているらしいことから、食品加工の方法や添加物の影響も勿論あるが、私は農業畜産業の変化による主食の穀物・肉類の亜鉛含有量の不足に主要な原因があると考えています。しかし、それを基礎として、日頃、常用の薬剤服用のある方々には、亜鉛の化学物質(薬)とのキレート作用等の反応の生じやすさから、亜鉛欠乏症が発症しやすく、特に、多剤服用者ではその発症、難治化の傾向が強いことが次第に判ってきました。

舌痛症もその殆んどは亜鉛欠乏症と言ってよく、私の多くの経験例からは、主に、食のみでの欠乏症例では、不足量を補充すれば容易に治癒して、再発にも時間がかかりますが、薬剤が関わった舌痛症では、補充しても、なかなか症状が改善しないこともあるのです。また、治癒したようでも、直ぐ再発することも、燻り続けることもあるようです。

欠乏症ですから不足を補うこと大切ですが、何が原因かを考えて、その対応をすることが大切です。最初から難しい話に話をしてしまいました。睡眠なども大切でしょうね。 倉澤 隆平

投稿日：2023年6月29日

投稿者：ルー

件名：なし

この、個人的な経験には
補足がございます。

亜鉛を摂取し、舌を内側に巻いて(だいたい一回につき10分から20分くらいを、一日数回)
舌の表面同士をくっつけるのですが
その後、その状態を解除した直後は、舌はヒリヒリした痛みになり、
より痛みの悪化がありました。

恐らくは摩擦や刺激であろうと
推測しましたが、なにかしらそれ以外の原因があるかもしれない
とも考えています。

不思議なのは、その状態で
一晩寝ると、翌朝には舌の表面が、ツルツル、ヌルヌルとなっており
痛みが和らぎました。
それを一週間続けて、5年間の舌の痛みは治まりました。

もう大丈夫という感覚を得たのは、一ヶ月から二ヶ月目あたりだったと
記憶しております。

亜鉛摂取 → 舌を内側に巻く → 良質な睡眠

という流れで克服しました。
睡眠がどのように影響を与えるか、は不明ですが
最も舌の状態が良いときは、目覚めたとき
というのが、個人的体感でした。

不思議なのは、亜鉛無しでは
舌の表面がツルツルにはならないことです。

投稿日：2023年6月27日

投稿日：：ルー

件名：なし

倉澤先生

はじめまして。新掲示板の開設有難うございます。

先生の2002年の奇跡的な発見の記事を検索エンジンで偶然に知り感銘を受け、真剣に取り組み続ける事の大切さを学びました。

私は普通の市民ですが

先生の掲示板で

舌痛症という存在を初めて知りました。

その時、私も舌のピリピリが5年は続いていました。

痛いのですが、私は全く気にならず無視していました。

あるとき、アイデアがひらめきました。

それは、舌を内側に巻いて、舌の表面同士をピタリとくっつけるというものでした。

その後、私に起きたことは

亜鉛をサプリで連日摂取しながら、舌をくっけると痛みが消滅しました。

気が向いたときに、くつろぎながら、舌の表面をくっつけることを繰り返しました。

5年は続いた痛みが、一週間程で消えました。

先生の掲示板からヒントを得て閃きました。湿潤療法も参考にしました。

試しに亜鉛を全く飲まずに同じことをすると

効果は、全く無いとは言えないものの、イマイチでした。

亜鉛の有る無しで何が違うかと考えたところ

分かったことは

亜鉛を飲み、痛みが無いときは

舌を内側に丸めたとき、舌の表面が、ツルツル、ヌルヌルしていることでした。

亜鉛を摂取せずに舌がピリピリしているときに
舌を内に丸めると、舌の表面は、ザラザラしていました。
表面が荒れている感じです。

私は舌のピリピリが気にならないので
今は亜鉛サプリを毎日飲んでいませんが
今は、ほんの少しのピリピリ痛で安定しており
それ以上の悪化は有りません。

この状態で亜鉛を飲み、舌の表面をピタリと接触させると
速やかに舌の表面が、ツルツルヌルヌルとなり
調子が戻ります。

以上が私の経験でした。

リスク情報については
まずは、油断すると舌の怪我の可能性が有るということです。

それから、これは解決が難しいのですが
舌の痛みは消えるものの
口腔の上あご側が、舌の圧力のせいで
痛くなってしまいます。。
今後の課題となっております。

これらは、当方の個人的経験ですので
ご覧の方は、安易に真似はなさないで下さいませ。
先生にお伝えしたく、書き込みをさせて頂きました。

倉澤先生、この投稿が閲覧の方々にリスクがあり
不適切でしたら、削除のほどお願い申し上げます。

投稿日：2023年5月9日

投稿者：倉澤

件名：亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)の削除の②

2023/04/27、<2023/04/23 頃から【亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)】は国内の主要な検索エンジンでは検索されなくなりました。大変、不思議な現象と思いますが、事実として、報告します。>の投稿記事の数日後に、microsoft系の検索エンジンに寄っても、【亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)】は検索・検出されなくなりました。

ただ、幸いなことに、<亜鉛欠乏症のホームページ>から<トピックス>へ、そして、トピックス内の諸論文の中から、容易に、【亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)】は見つかりますので、興味を持たれた方は是非ご訪問いただければと思います。

2018年頃、【亜鉛欠乏症のホームページ】が、丁度同じ様に、<亜鉛欠乏症>では検索されなくなる事象が発生して居ります。大変確率的にも珍しい事象が繰り返されました。言論統制の進んだ某国のことではなく、まさかと思いますが、事実として、記載します。興味を持たれた方は追跡・検索いただければ、多くの興味ある論文にも出会えましょう。

投稿日：2023年4月27日

投稿者：倉澤

件名：亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)は削除された

2023/04/23 頃から【亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)】は国内の主要な検索エンジンでは検索されなくなりました。大変に、不思議な現象と思いますが、事実として報告します。

尚、2023/04/27 現在、Microsoft系の検索エンジンでは、<亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)>では勿論のこと、<亜鉛欠乏症の診断・診療指針>からでも容易に検索されますので、興味を持たれた方々は、事実として検索・検討して見ていただければ幸いです。

2018年7月頃、同じ様に【亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)】は当時の国内の主要な同検索エンジンでは検索されなくなり、最近1~2ヶ月前より、やっと、同検索エンジンでも検索・検出される様になったのですが、上記の様に、また、急に、検索しても検出されなくなりました。

投稿日：2023年3月17日

投稿者：倉澤

件名：何故？亜鉛不足が生ずるのか？！

【何故？亜鉛不足が生ずるのか？！】

2022年10月、医学部同窓会の月刊機関紙の学生編集委員より、“鉄門いまむかし”欄に、私の医師人生について、1500字程度にまとめて投稿するようにとの依頼があった。丁度、多数で多彩な亜鉛欠乏症の存在に気が付いて20年。元素亜鉛の重要性について、その周知に努力してきたが、肝心要の医師たちに、なかなかその知見が拡がっているとは言えぬ現実から、同門の医師はじめ学者、医学生たちに知ってもらうには、丁度良い機会と考えて、“文明病で書きたかった【亜鉛欠乏症】”の題で投稿し、12月号に掲載された。1500字で医師の人生どころか、亜鉛欠乏症の何が書けるのか？とウンウン唸りながら書いた割には、亜鉛欠乏症の現在の諸問題の糸口に一応触れて、特に、仮説ではあるが、【何故？亜鉛不足が生ずるのか？】の現時点までに到達した、私の考え方を示している。この亜鉛欠乏症の掲示板で議論・討論し、理解を深める諸話題の源として、お読みいただければと思う。多くの方のご意見をお寄せいただければ幸いである。

文明病で書きたかった【亜鉛欠乏症】

大学闘争が收拾され、キツと真っ先に大学の壁を出た医局員のひとり。約60年間の、正に、万事塞翁が馬の医師人生であった。幸い、多くの人々に支えられ、『長野県国保の地域医療の種』と『亜鉛欠乏症の臨床の芽』とが残ったとも言え、その一部を紹介する。

2002年秋。フトしたことから、多くの医師が考えているよりも、遥かに多くの多彩な亜鉛欠乏症患者の存在に気付いた。その症状は経験したものだけでも味覚障害、拒食にも至る食欲不振、舌痛症を含む舌・口腔咽頭症状、褥瘡はじめ多くの皮膚疾患・皮膚症状や慢性下痢、貧血、元気度や精神症状等などにも及ぶ、実に多彩なもので、さらに、亜鉛の生体内機能からも、まだまだ、未知の疾病・症状があるものと考えられる。

臨床上の亜鉛欠乏症患者多発の傾向から、(旧)北御牧村の地域住民1,431名の血清亜鉛濃度調査をはじめ長野県下の総計4,000名を超える一般地域住民や県下各地の診療所受診患者の疫学調査をした結果、北御牧村住民は勿論、『長野県民はじめ日本国民は亜鉛不足の傾向にある』ことを証明した。それは、1980年頃制定の(株)SRLの血清亜鉛の基準値やほぼ同時期の米国市民対象のNHANESIIと比較しても、明らかな低下があり、この間に社会に何が生じたのか？が問題である。

亜鉛欠乏症は欠乏症であるから、安価で安全な亜鉛含有医薬品による亜鉛補充療法で、その多くは容易に治癒し、再発予防が可能である。国民の健康維持に大切で、生命に必須な亜鉛は、また最も毒性の少ないミネラルであるにも関わらず、その微量さ故に、生体内機能の多彩さ多様さ、重要さが医師のいわゆる常識を遥かに超えて、その欠乏症の周知と理解を得ることは困難を極め、現在医師の二割程度しかその知識を持っているとは言えず、常識を覆すことは本当に大変なことであった。一方、近年の分子生物学的手法を駆使した亜鉛トランスポートなどの亜鉛生物学研究の急速な進歩から、たった一亜鉛元素の欠乏で、実に多彩な症状・疾患が発症することが徐々に証明されつつある。勿論、亜鉛欠乏症の臨床はまだまだ判らないことだらけではあるが、例えば日本褥瘡学会のごとく、亜鉛補充による全身療法の褥瘡治癒経過を示す写真や諸データを理解せずに無視を続け、従来 of 局所療法に固執するなど、肝心の臨床系諸学会は各専門領域内に亜鉛不足の多くの影響が存在することに、まだ気が付いていないのが現実と言える。

1961年、Prasadのヒト亜鉛欠乏症の存在を示唆する論文以来、日本では、『亜鉛欠乏症は味覚障害』として知られ、偏食や孤食など個の特殊な状況によるもので、珍しい疾患とされて来た。しかし、患者多発の状況や血清亜鉛の疫学調査(KITAMIMAKI Study)等から国民に亜鉛不足の傾向があり、個々の特殊な習慣や疾病はあろうとも、近年の国民全体に拘る食の質と量の変化を考えざるを得ない。何故、亜鉛不足が生ずるのか？仮説であるが、化学肥料の施肥に加えて、殺虫剤・除草剤の農業の変化は穀物の生産量増加を齎したが、自然界や土壌の生態系を乱し、微量な亜鉛等の可吸性の変化や含有量減を生じ、さらに、1950年代、米国での食のエネルギー革命とのコーン大量生産と飼料化により、肉類にもミネラル等、質の劣化を生じたものと推測され、加えて、日本では米、味噌の消費量減、食品添加物や加工法の影響も無視できない。また、元もとキレート形成作用の強い亜鉛は薬剤との相互作用が多いものと推測されるが、現実の亜鉛欠乏症発症と難治化に、多くの医師や薬学者が予想だにできなかった多数の薬剤が関与するらしいこと、特に連用の薬剤や多剤服用例が大きな問題のことが判明。単なる医や個の問題ではないことが判ってきた。

2002年以来、学会は勿論、【亜鉛欠乏症のホームページ】や同掲示板などで、21年には【現代日本の国民病 亜鉛欠乏症】の単行本も刊行、その重要性の周知に努力してきた。

出来れば医学・医療を超え「国民病・文明病」で書きたかったが、85歳の現在、まだ資料が不十分で、後人に託すこととし、断念！鉄門会員の一人でも気付けば、幸いと思う。