

SS1-7 味覚障害の臨床：5基本味診断に向けて

○井之口 昭¹

¹佐賀大医

味覚障害は50歳代、60歳代の高齢者に多く、男女比は2:3で女性に多い。最近ではQOLの観点から重要度が増しつつある。原因別にみると①薬剤性味覚障害、②全身疾患による味覚障害、③感冒後味覚障害、④口腔内感染症による味覚障害、⑤味覚神経障害による味覚障害⑥亜鉛欠乏性味覚障害、⑦心因性味覚障害、⑧放射線誘発性味覚障害、⑨特発性味覚障害などに分けられる。診察ではまず問診で既往歴、全身疾患・感冒罹患の有無、薬剤の服用状況について聴取する。次に味覚機能を検査するが、スクリーニング検査として電気味覚検査を行う。味覚異常が存在すれば味溶液を用いた濾紙ディスク法や全口腔法検査を行う。最近はこれらに加えてうま味診断を行っている。血液・尿一般・肝腎機能検査および亜鉛・鉄・銅の微量元素の測定を行う。味覚障害を訴えても嗅覚障害が原因の風味障害であることもあるので、静脈性嗅覚検査を行う。治療は原因別に行われるが、薬剤性味覚障害では原因となっている可能性のある薬剤を中止、変更、減量する。薬剤による亜鉛キレート作用や味細胞のターンオーバーを妨げる作用（抗がん剤、坑甲状腺剤）が考えられている。全身疾患による味覚障害ではまず原疾患の治療を行う。鉄欠乏性貧血による味覚障害は鉄剤投与によって速やかに回復する。腎障害による味覚障害には透析ならびに亜鉛投与を行う。特発性および亜鉛欠乏性味覚障害・腎障害による味覚障害に対しては亜鉛内服療法を行うとともに亜鉛が豊富に含まれる食品日常生活で摂取させるよう指導する。