

## <診療録>

診察日：20XX年X月X日

記載者：〇〇 ××

### <患者情報>

患者名：厚労 太郎（こうろう たろう） 年齢：50歳 性別：男性

### <病歴>

主訴：食欲不振

現病歴：1か月前から食欲不振が出現し、市販の栄養剤を飲んで様子を見ていた。その後も同症状は改善せず、職場の同僚より病院受診を促され、本日受診した。腹痛、嘔気、呼吸苦について症状の自覚はない。職場の健康診断は毎年受診しており、特に異常を指摘されたことはない。食欲不振を自覚しはじめた頃から、持続する抑うつ気分、興味の喪失を認めている。

既往歴：特記事項なし。アレルギーはない。

生活歴：喫煙：なし、飲酒：なし。社会歴：会社勤務（管理職）

家族歴：母、55歳、高血圧。父、60歳、胃がん。

解釈モデル：「父が胃がんと診断されたため、自分も何か悪い病気ではないかと心配している。」

### <現症・検査所見>

現症：身長155cm、体重50kg。体温36.2℃。脈拍62/分、整。血圧112/72mmHg。SpO<sub>2</sub>99%（room air）。

身体所見：眼瞼結膜・眼球結膜に異常はない。頸部リンパ節は触知しない。甲状腺の腫大および圧痛は認めない。心音と呼吸音に異常はない。腹部は平坦、軟、圧痛なし、肝と脾を触知しない。下腿に浮腫はない。

検査所見：血液所見：白血球6,000、赤血球436万、Hb12.9g/dL、Ht38%、血小板20万。血液生化学所見：総蛋白6.8g/dL、アルブミン4.0g/dL、AST20U/L、ALT22U/L、LD150U/L（基準120~245）、ALP100U/L（基準38~117）、 $\gamma$ -GT20U/L（基準8~50）、CK80U/L（基準60~196）、BUN12mg/dL、Cr0.6mg/dL、血糖88mg/dL、HbA1c5.2%、総コレステロール180mg/dL、トリグリセリド90mg/dL、Na140mEq/L、K4.5mEq/L、Cl102mEq/L、Ca9.4mg/dL、TSH0.8 $\mu$ U/mL（基準0.2~4.0）、FT41.2ng/dL（基準0.8~2.2）。CRP0.2mg/dL。

上部消化管内視鏡検査：特記すべき異常所見なし

便潜血検査：陰性

### <プロブレムリスト>

#1. 食欲不振 #2. 抑うつ気分・興味の喪失

### <臨床経過>

#1. #2.

特に既往のない50歳男性の1か月前から続く食欲不振であり、特記すべき随伴症状は認めていない。バイタルサインは安定しており、身体所見および検査所見上でも特記すべき異常は認められなかった。以上の経過より、消化性潰瘍、悪性腫瘍、甲状腺機能低下症等の器質的疾患の可能性は否定的と判断した。一方で、食欲不振を自覚しはじめた頃から、持続する抑うつ気分、興味の喪失を認めており、うつ病の可能性が考えられることから、大うつ病性エピソードについての確認を行う必要があり、問診を追加する必要が考えられる。

### <考察・診療計画>

大うつ病性エピソードと診断するため、抑うつ気分、興味の低下、食欲不振以外のエピソードとして、不眠（睡眠過多）、焦燥（制止）、易疲労感、集中力低下、無価値観（罪責感）、自殺念慮の有無を確認する必要がある。また、自殺リスク（希死念慮）が高い場合、双極性障害や統合失調症の可能性がある場合は精神科専門医に紹介することが望ましいと考えられており、気分の高揚や幻覚妄想の有無についても問診で確認を行う必要がある。本事例を通じて、器質的疾患と精神疾患の両方の側面から、診断のために必要な問診や検査を行う必要があると考えられた。