

原 著

内因性精神病の発熱

東京女子医科大学 精神医学教室 (主任: 田村敦子教授)

シバ タ ヒロ オ
柴 田 浩 生

(受付 平成8年7月22日)

Endogenous Psychosis with Fever

Hiroo SHIBATA

Department of Psychiatry (Director: Prof. Atsuko TAMURA)
Tokyo Women's Medical College

In order to assess the association between endogenous psychosis and fever, we conducted a case history study in regard to fever during the hospital stay of 1,466 inpatients in our department. There were 237 patients who fulfilled our original fever criteria. Eighty-nine of these patients had fever of unknown origin (FUO) and a diagnosis of endogenous psychosis.

According to diagnostic category, there were 29 patients with depression, 21 with mania, and 22 with schizoaffective disorder, manic-type. When these patients were compared to 1,009 patients with a diagnosis of endogenous psychosis without fever, the proportion of patients with schizoaffective disorder, manic-type, was found to be statistically significantly higher.

Thirty of the FUO patients fulfilled Levenson's diagnostic criteria for malignant syndrome, and 6 of these patients fulfilled Adityanjee's criteria. Multifactorial assessments were also conducted for psychosomatic manifestations in these 89 subjects. There were mutual inter-relationships between the height of the fevers, the extrapyramidal tract manifestations, autonomic nervous system manifestations, degree of consciousness transformation, and the catatonic symptoms. These manifestations, which almost perfectly coincide with Adityanjee's four criteria, were found to possess close symptomatic associations which characterize severe FUO in patients with endogenous psychosis.

緒 言

精神科の日常臨床で発熱に遭遇する機会は多い。私達は原因究明のために検査を行い、それに応じた処置を試みる。しかし十分に探索しても、身体的病変が特定できずに終わる「不明熱」例が少なからず存在することも事実である。このような発熱は、精神科領域では精神疾患の増悪期によくみられるという印象は筆者一人のものではなかろう。内因性精神病圏には、「熱性緊張病」のように、発熱が病像特徴的な症状に含まれている類型も存在する。

一方、向精神薬の登場に伴い、不明熱の原因を

薬剤因性に惹起された悪性症候群としてまず疑ってみる態度が今日では常識となっている。いまの治療の現場では向精神薬がほぼ全例に投与されているため、不明の発熱があれば、この薬剤因性の症候群をまず思い浮かべることが必要になる。しかし、悪性症候群の基準を必ずしも満たしていない不明熱例については、一義的な意味づけはなされぬまま置かれている。

この問題にアプローチするために、まず精神科領域にみられた発熱例を広く集めてみた。さらにそのうちの不明熱例を抽出して、その実態を明らかにすることを試みた。

対象および方法

1. 対象

母対象は1983年から1990年までの8年間に東京女子医大精神神経科入院患者のうち、3日以上入院期間があり、診療録および体温チャートにより調査が可能であった1,466例である。これを母対象として「37.5°C以上の最高体温が連続3日以上」を基準として発熱群を選んだ。原因別に分け、原因が究明できなかった症例を不明熱例とした。

2. 方法

不明熱例について、不明熱の好発期、診断分類上の偏り、悪性症候群の診断基準に妥当する症例の占める割合などを調査した。次に各症例を症状レベルで分析し、発熱、各種身体症状、精神症状および症候群の間の相互関連を調査した。最後に発熱という身体的推移と精神症候群の推移との関連をみるために、特に重症発熱例で発熱前後の精神症候群の動きを検討した。

結 果

1. 不明熱の概観

1) 精神科入院患者に見られる発熱の原因について

母対象1,466例のうち上記の発熱基準を満たした症例は237例で、全体の16.2%であった。発熱原因の内訳を表1に示した。237例中、起炎菌が特定できたり、身体検査所見等から発熱の原因を感染症とほぼ確定できた感染症群は、85例(35.9%)であった。次いで中毒、薬疹等の精神科に特徴的な発熱原因がそれぞれ11例(4.6%)、6例(2.5%)と続いた。このように原因がほぼ確定できる症例を除外すると、99例、発熱群全体の41.8%が不明熱群として残った。

このうち、内因性精神病圏は89例、残り10例は器質性精神病、神経症、人格障害、てんかんなどであった(表2)。

2) 不明熱のおこり方

内因性精神病例の不明熱群における発熱の最高体温の分布を図1に、入院時から発熱開始に至るまでの日数の分布を図2に示した。

最高体温の上昇に反比例する形で症例数は減少した。すなわち不明熱は、40°C以上を狭い頂点と

表1 発熱の原因

原因	例(%)
感染症	85(35.9)
呼吸器系感染症	46
腎尿路系感染症	19
脳炎	5
イレウス	4
その他の感染症	11
中毒	11(4.6)
服薬自殺企図に伴う急性薬物中毒	6
急性アルコール性中毒	3
リチウム中毒	1
水中毒	1
薬疹	6(2.5)
骨折、外傷、手術等	20(8.4)
悪性腫瘍、膠原病、その他	16(6.8)
不明熱	99(41.8)
計	237(100.0)

発熱の基準：37.5°C以上の発熱を連続3日以上。

母対象：入院患者1,466例。

表2 不明熱例の精神科診断別内訳

精神科診断	例
内因性精神病	89
内因性精神病以外	10
器質性精神病	2
人格障害	2
神経症	1
摂食障害	2
てんかん、その他	3
計	99

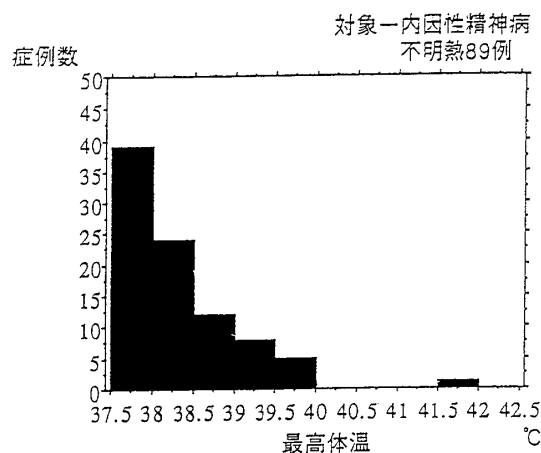


図1 最高体温の分布

内因性精神病診断の不明熱89例について発熱時の最高体温の分布を示した。

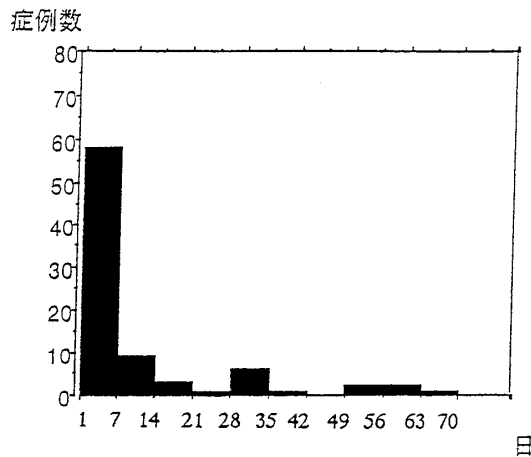


図2 発熱に至るまでの入院日数
入院後、不明熱が起こるまでの日数を示した。

表3 不明熱例と非発熱例との比較

精神科診断 カテゴリー	不明熱例 n=89(%)	非発熱例 n=1,009(%)	p
うつ病	29(32.6)	527(52.2)	p<0.01
躁病	21(23.6)	217(21.5)	n.s.
分裂感情病躁型	22(24.7)	79(7.8)	p<0.01
分裂病	14(15.7)	166(16.5)	n.s.
その他	3(3.4)	20(2.0)	n.s.
男/女	43/46	455/554	n.s.
年齢(歳)	33.3±15.3	37.2±14.7	p<0.05

年齢は t-test, その他は χ^2 -test による。

して広い裾野をもっていることがわかる。また発熱の時期を見ると、65.2%が入院1週間以内に発熱しており、不明熱は圧倒的に入院直後に集中している。

3) 不明熱例の診断カテゴリー別の頻度と非発熱例との比較

内因性精神病の不明熱89例を RDC 診断¹⁾に基づいて分類した(表3)。うつ病は29例で対象の32.6%を占めている。また躁病は21例で、次に挙げた分裂感情病躁型22例を合わせると計43例となる。病像に躁病的特徴を呈するものが全体の半数近くを占めている。

対照群として、非発熱例の内因性精神病診断例1,009例についても RDC 診断に基づいて精神疾患別に分類し比較した。その結果、不明熱群では分裂感情病躁型の比率が統計的に有意に高いことが認められた。一方うつ病は有意に低い。性別で

表4 悪性症候群の診断基準(八木ら¹²⁾より引用)

Levenson の診断基準

病歴から(たとえば悪性高熱症でないことが示唆されて)NMS(neuroleptic malignant syndrome)が疑われ、以下の大症状のすべて、または大症状2つと小症状4つが存在すれば、NMSの可能性が強い。

大症状	小症状
発熱	頻脈
筋強剛	血圧異常
CPK 上昇	呼吸促進
	意識変化
	発汗
	白血球増多

Adityanjee らの診断基準

1. 下記の4徴候全て

1) 意識の変化

錯乱、意識混濁、失見当識、無言症、昏迷、昏睡が少なくとも2人の独立した観察者によって、少なくとも2日連続して証明されること。不隠、激越などの非特異的な所見は含まれない。

2) 筋強剛

3) 発熱

口内体温で39°C以上、24時間未満の軽度で一過性の発熱は非特異的な所見である。高熱を説明できるような合併身体疾患があってはならない。

4) 自律神経症状

以下のうち2つ以上が必要である。頻脈(90/分以上)、呼吸促進(25/分以上)、血圧変動(収縮期で30mmHg、拡張期で15mmHg以上の変動)、過剰の発汗、失禁。

2. CPKの上昇と白血球増多は単に補助所見と見做す。

上記の4徴候の1つでもかける場合には、この補助的所見に基づいてNMSと診断してはならない。

は有意差は認めなかった。しかし年齢層をみると、不明熱例は有意に若いことが認められた。

4) 悪性症候群の診断基準に照らした不明熱例診断カテゴリー別に高熱度や治療処置、そして不明熱で常に論議になる悪性症候群の診断基準(表4)を満たしている比率を調査した。対象89例中、Levensonの診断基準²⁾を満たす例は30例(34%)、Adityanjeeの診断基準³⁾を満たす例は6例(7%)であった。

カテゴリー別にみると(表5)、うつ病群では、発熱は概して低く、重症発熱例は極く一部に留まった。またAdityanjee基準を満たす例はなく、Levenson基準を満たす例も2例に留まり、自律神経症状あるいは錐体外路症状などの身体合併症

表5 診断カテゴリー別の症状と治療処置

	うつ病 29例(%)	躁病 21例(%)	分裂躁病 22例(%)	分裂病 14例(%)	その他 3例(%)	合計 89例(%)
症状						
高熱(38.5°C↑)	6(21.7)	9(42.9)	6(27.3)	3(21.4)	2(66.7)	26(29.2)
高熱(39.0°C↑)	3(10.3)	6(28.6)	0(0.0)	3(21.4)	2(66.7)	14(15.7)
Levensonの 基準 ²⁾ を満たす者	2(6.9)	14(66.7)	8(36.4)	5(35.7)	1(33.3)	30(33.7)
Adityanjeeの 基準 ³⁾ を満たす者	0(0.0)	3(14.3)	0(0.0)	3(21.4)	0(0.0)	6(6.7)
治療処置						
拘束	2(6.9)	11(52.4)	10(45.5)	3(21.4)	0(0.0)	26(29.2)
筋注	1(3.4)	12(57.1)	10(45.5)	5(35.7)	0(0.0)	28(31.4)
拘束+非経口的神経 遮断剤	0(0.0)	8(38.1)	6(27.3)	2(14.3)	0(0.0)	16(18.0)
Clomipramin点滴	13(44.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	13(14.6)

状を伴う例は少なかった。また半数近くで発熱時、抗うつ剤の経静脈的投与が行われていた。一方躁病群では、重症発熱例が目立ち、同時に自律神経症状、錐体外路症状などを伴うものが多く、結果として半数以上の例がLevensonの悪性症候群基準を満たし、Adityanjeeの悪性症候群例も3例認められた。

治療状況をみると拘束、向精神薬の筋肉内注射などの侵襲的治療が目立った。分裂病群では不明熱14例のうち5例がLevensonの基準を満たし、

そのうち3例がAdityanjeeの基準を満たした。

以上のように、診断カテゴリー別にみると、悪性症候群の2つの診断基準を満たす比率にはカテゴリーに特徴的な相違がみられる。

2. 不明熱の精神症状学的分析

不明熱を呈している際の病像全体を症状学的に分析してみた。症例ごとに、悪性症候群の中心的症状にあたる錐体外路症状、自律神経症状をはじめ、意識変容度、緊張病症状、躁症状、抑うつ症状、情動不安定性、妄想気分ないし妄想知覚、そ

表6 症状スケール (1)

錐体外路症状	3 強度の筋強剛 2 中等度のもの 1 軽度のもの 0 筋強剛を認めないもの
自律神経症状	3 Adityanjeeの診断基準 ³⁾ を満たす重度の自律神経症状 2 1ととの中間のもの 1 頻脈、血圧変動、発汗等における軽度の自律神経症状 0 自律神経症状を認めないもの
意識変容度	3 錯乱、意識混濁、昏迷などAdityanjeeの診断基準 ³⁾ を満たす重度の意識変容 2 1と3との中間のもの 1 何らかの意識変容を認めるもの 0 認めないもの
情動不安定性	3 強度の不安、緊張、困惑を認めるもの 2 1と2の中間のもの 1 軽度の不安、緊張、困惑を認めるもの 0 認めないもの
妄想気分あるいは妄想知覚の有無	1 有り 0 無し
妄想知覚を除いた分裂病一級症状の有無	1 有り 0 無し

して妄想知覚を除いた分裂病一級症状を評価し、それに基づいて症状相互の関連を検討した。統計的に解析するために、各症状には以下に述べるように独自のスケールを設定した。なお、研究の主眼である発熱の度数は他の自律神経症状から独立させて検討した。

1) 症状相互の相関関係

個別症状に設定した基準を表6に示した。錐体外路症状、自律神経症状、意識変容度、情動不安定性は重症度に応じて4段階の点数化、妄想気分ないし妄想知覚、また妄想知覚以外のK. Schneiderの分裂病一級症状(以下一級症状と略す)は有無の2段階で点数化した。躁症状、抑うつ症状はAMDPに基づき症候群化されている項

表6 症状スケール (2)

躁症状 (ADMP) 7項目	観念奔逸
	多幸症
	自己価値感情高揚
	発動性高揚
	運動性不隠
	言葉洩れ
	社会的活動性
抑うつ症状 (AMDP) 13項目	詮索
	無感情感
	生氣感情の障害
	意気阻喪
	絶望
	不全感
	罪責感
	発動性制止
	日内変動(午前悪化)
	睡眠継続障害
	睡眠時間短縮
	早朝覚醒
	食欲減退
緊張病症状 (Huber) 13項目	精神運動興奮
	常同行為および常同言語
	衝奇症
	命令自動
	常同運動
	自動症
	しかめっつら
	昏迷
	途絶
	緘黙
	拒絶
	カタレプシー
	常同姿勢

目々の観察度数を点数とした。

AMDPで症候群化されていない緊張病症状はHuberが挙げた臨床症状⁵⁾に準拠して項目化した。相関関係はSpearmanの順位相関と連関係数で求めた。この結果(表7)、高熱度、錐体外路症状、自律神経症状、意識変容度、緊張病症状との間には、それぞれの重篤度に相関および連関が認められた。一方、高熱度は躁症状、抑うつ症状、情動不安定性、一級症状との間に有意な相関および連関は認められなかった。緊張病症状は抑うつ症状を除いて他の臨床症状と広く相関および連関を有することが認められた。情動不安定性は自律神経症状、意識変容度、緊張病症状と相関および連関することが認められた。妄想気分ないし妄想

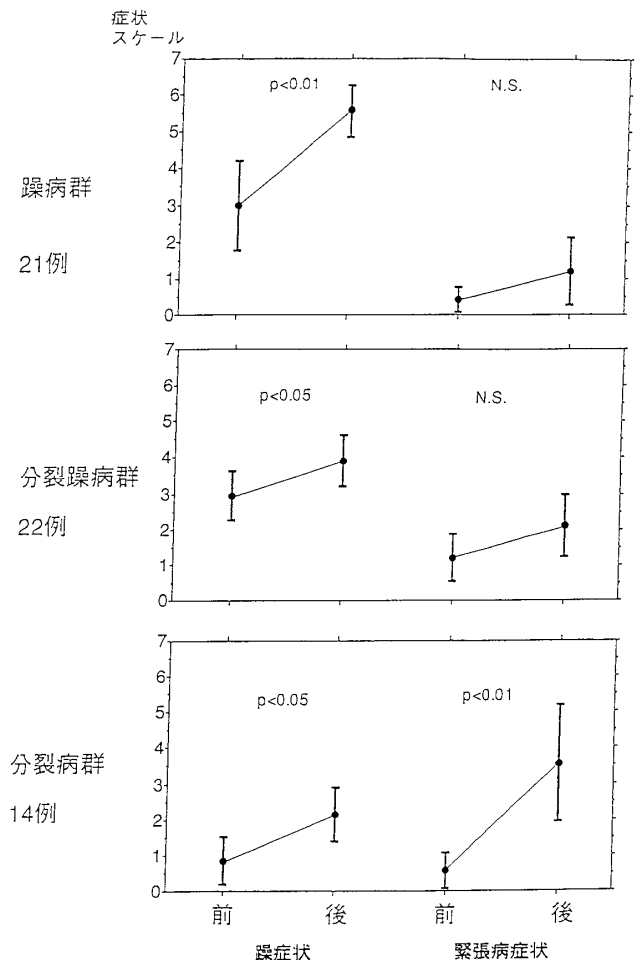


図3 診断カテゴリー別にみた発熱前後の躁症状および緊張病症状の変化

躁病群、分裂躁病群、分裂病群の診断カテゴリー別に発熱を境とした躁症状および緊張病症状の変化を示した。

表7 症状相互の関係

	高熱度	錐体外路 症状	自律神経 症状	意識変容度	緊張病 症状
高熱度					
錐体外路症状	p<0.001 p<0.01				
自律神経症状	p<0.001 p<0.001	p<0.001 p<0.001			
意識変容度	p<0.01 p<0.001	p<0.001 p<0.001	p<0.001 p<0.001		
緊張病症状	p<0.1 p<0.01	p<0.01 p<0.01	p<0.001 p<0.001	p<0.001 p<0.001	
躁症状	n.s. n.s.	p<0.01 p<0.1	p<0.05 n.s.	p<0.1 p<0.1	p<0.05 p<0.001
抑うつ症状	n.s. n.s.	p<0.01 n.s.	p<0.01 n.s.	p<0.05 n.s.	p<0.001 n.s.
情動不安定性	n.s. n.s.	p<0.001 n.s.	p<0.001 p<0.01	p<0.001 p<0.001	p<0.001 p<0.01
妄想気分, 妄想知覚	n.s. n.s.	n.s. n.s.	n.s. n.s.	p<0.05 p<0.05	p<0.001 p<0.001
分裂病一級症状 (除-妄想知覚)	n.s. n.s.	n.s. n.s.	n.s. n.s.	n.s. n.s.	p<0.01 p<0.05

上段は Spearman の順位相関における有意差確率，下段は連関係数における有意差確率。

知覚として表現される分裂病的体験野の変化は意識変容度，緊張病症状のみと相関および連関が認められた。一級症状は緊張病症状のみと相関および連関を認めたが，錐体外路症状，自律神経症状，意識変容度との間には有意な連関は認められなかった。また抑うつ症状は他のいずれの症状群とも有意な連関を認めなかった。

2) 発熱前後の精神症状（躁症状と緊張病症状）の変化

診断カテゴリー別（図3）

躁病群（n=21）では，発熱を境に躁症状の有意な増悪（ $p<0.01$ ）を認めたが，緊張病症状は発熱前後ともスケールは低く，統計的にも有意な変化を認めなかった。分裂感情病躁型群（n=22）では躁症状に有意な増悪（ $p<0.05$ ）を認めたが緊張病症状には有意な変化を認めなかった。分裂病群（n=14）では躁症状，緊張病症状ともに有意な増悪を認め，特に緊張病症状の急峻な増悪が目立った（躁症状 $p<0.05$ ，緊張病症状 $p<0.01$ ）。

考 察

1. 不明熱の概観

一般に，不明熱（fever of unknown origin）の概念には Petersdorf らの定義⁶⁾，すなわち「 38.3°C 以上の発熱が，持続的あるいは間歇的に3週間以上続き，1週間の入院検査で診断不明なもの」という基準が用いられている。しかし今回は，この基準は採用しなかった。この基準に沿えば，対象はごく狭く限られ，広く発熱と精神症状との関係を検討することを困難にする。一方，routin の原因検索が施行される段階に至らぬ軽症発熱例まで含めてしまえば，「不明熱」を安易に断定したことになる。試みに，いくつかの発熱水準を設定し，対象を抽出した結果，routin の検査が適切に施行されるリミットとして，今回の「 37.5°C 以上の最高体温が連続3日間以上続く」という設定で本調査にふさわしい対象選択ができると判断した。

症例全体（1,466例）の6.8%に，この基準を満たす不明熱例を認め，有意な発熱水準の不明熱が精神科の治療場面で比較的多いことを指摘できると思われる。対象群が入院した東京女子医大神経

精神科は117床の精神科病床を有し、そのうち80床が急性病棟として機能する閉鎖病棟となっている。このような事情から、入院患者のなかで急性期精神病状態の占める比率は高い。今回、不明熱は入院後、短期間に集中して観察されたが、このことは発熱が精神病の初期急性状態下に発現し易いことを表している。

次に性別と年齢層分布に関して述べると、対象群には男女の有意差は認められなかった。しかし年齢層では有意に若年層に多発する傾向が認められた。参考として、悪性症候群に関する1986年の厚生省研究班の報告⁷⁾に言及すると、悪性症候群の対象では男女比に際だった差はなく、また発症年齢も特に若年例への偏りは認められていない。もっとも、悪性症候群の好発年齢に関しては若年例への偏りを指摘する報告もある。

2. 不明熱の視点から見た悪性症候群について

1950年代後半の近代的抗精神病薬の急速な普及と符合して高度の発熱、発汗、筋強剛を呈しながら重篤な状態に至る病態の報告が相次いだ。これを1960年、Deleyら⁸⁾がHaloperidol投与により起こる致命的な合併症として悪性症候群を報告した。その後、本邦においても1974年の大塚らによる悪性症候群の紹介⁹⁾以来、今日まで多数の症例報告および検討がなされてきた。この間“軽症”悪性症候群とも言える病態の報告が増加している¹⁰⁾¹¹⁾。この背景には、①悪性症候群の知識の普及により、早期に症状の発現を捉えることが可能となり、適切な処置が講じられて重症化が未然に阻止されるようになったこと、②Dantrolene, Bromocriptine等の治療に有効な薬剤が開発されてきたこと、等が挙げられよう。

しかし当初の致死性という雛型が乏しくなったため、周囲に広がった親縁な病像を概念的にどう扱うかについて混乱が生ずるようになった。

1985年Levensonはスペクトル概念に沿った悪性症候群の診断基準を提唱した²⁾。悪性症候群の概念の無制限な拡大に一定の歯止めをかける意味を持つが、一方では軽症群をもかなり広範に含むこととなる。かたやAdityanjeeは従来の重篤な病態性を踏襲した厳格な基準の診断基準を提唱し

た³⁾。Adityanjee基準を満たす症例は重篤であり、本来の悪性症候群の特異な病態を呈する症例にあたる。

今回の結果ではLevensonの基準を満たす症例は本調査の対象である不明熱群の3分の1にもおぼり、不明熱は総じて、他の自律神経症状および錐体外路症状、CPK上昇等を伴い易いことが認められた。一方でAdityanjee基準を満たす症例は極く一部に限られた。八木らは治療の見地から悪性症候群の診断基準として不全型、劇症型（前者はLevensonの基準に準じたもの、後者はAdityanjeeの基準に準じたもの）の2種を提唱している¹²⁾。同時に八木らは、不全型群を幅広く軽症例として悪性症候群に包含することは、悪性症候群の病態特異性に関する議論を曖昧にしてしまう恐れがあることを指摘している。

今回の調査から、広い不明熱の中のLevensonの基準の症例群、更にその中のAdityanjeeの基準を満たす症例群という位置づけが確認できる。

不明熱群を診断カテゴリー別に概観すると、うつ病での高熱度は比較的低く、また抗うつ剤の経静脈的投与例に発熱が多発することが認められた。宮永らは37°C前後で規則的な日内変動を伴う微熱を主症状としたうつ病例を報告している¹³⁾。本研究の検索過程でもうつ病例で同様の熱型の症例が認められたが、微熱に留まったものは、選択基準によって対象から除外された。一方、躁病群ではLevenson基準を満たす症例が3分の2を占めている。しかしAdityanjeeの基準を満たす症例は少数に留まった。分裂病群ではLevenson基準を満たす症例は3分の1に留まるものの、そのなかではAdityanjeeの基準を満たす比率は比較的高く、対照的な結果となった。

治療的な観点から見ると、躁病と分裂感情病躁型では拘束や抗精神病薬の筋肉注射をうけているものが多いが、このような侵襲的治療の実施比率とLevenson基準を満たす症例の比率には一定の関連が認められた。なるほど躁状態下に施行される侵襲的治療処置は、Levenson基準を満たす程度の自律神経症状、錐体外路症状を惹起する可能性があろう。しかし不明熱全体を、侵襲的治療に

よるものと捉えることは早計に思われる。

厚生省研究班報告では悪性症候群例で発症前に精神状態の増悪をみたものが8割にのぼっている。周知のように悪性症候群と同様の病態は現代的向精神薬の出現以前に遡って、Stauderによってまとめられた致死性緊張病¹⁴⁾に既に認められている。本邦でも特に緊張病像の症例についてその身体的側面に着目した幾つかの報告がなされている¹⁵⁾。杉本らは分裂病性の昏迷状態について身体症状の見地から報告¹⁶⁾を行い、頻脈、発熱、血圧、発汗等の身体症状が昏迷状態の経過と一致するとし、さらにこれらの身体症状が中枢性に条件づけられていると考察している。三好らは発熱、重篤な身体症状、緊張病症状の組み合わせに着目し、このような症例6例を詳細に報告¹⁷⁾、広範に考察している。また1963年、工藤が急性致死性緊張病を報告¹⁸⁾しているが、その中で精神症状と身体症状の経過的關係において、精神症状の発現が身体症状の発現に先行することを臨床病像の特徴の1つとしてあげている。牧原らは発熱を伴った興奮を繰り返した周期性緊張病の1例を報告¹⁹⁾し、近年、発熱を伴った緊張病状態全てを薬剤因性の悪性症候群と考える傾向すらあることに危惧を表明している。

このように、重症不明熱では「悪性症候群か熱性ないし致死性緊張病か」がいつも論議になるが、解決のつかぬまま終わっていることも多い。

3. 悪性症候群の診断基準について

不明熱例に合併してみられた精神身体症状の症状相互の重篤度の連関を調査した結果、高熱度は錐体外路症状、自律神経症状、意識変容度、緊張病症状の重篤度との間に相関および連関があった。高熱度を含めてこれら5症状は相互に相俟って重篤化していることから、1つのまとまりを形成しているとみることができる。Adityanjee基準の中の意識の変化は、今回検討した意識変容度と緊張病症状を併せたものであることを考え合わせると、5症状はAdityanjee基準の4徴候と合致する。すなわち、この4徴候は緊密な症状連関をもつ1症候群とみなしうることが明らかになった。

4. 不明熱と躁病像および緊張病像

発熱前後の精神症状の変化を縦断的にみた結果、躁病群では主として躁症状の増悪、分裂病群では主として緊張病症状の増悪が認められた。このことは、内因性精神病の不明熱では、悪性症候群の症状的枠組みだけでは捉えきれない精神症状の変化が伴っていることを表している。躁病、分裂感情病躁型、分裂病のいずれの診断カテゴリーにおいても、発熱に伴って躁症状ないし緊張病症状という精神病症状が増悪していたことから、対象群の発熱には本態性の精神病生起に連関した基盤を考えざるをえない。

結 論

精神科入院患者では発熱例の40%以上に不明熱を認めること、また、不明熱は若年層に多く、入院初期に精神症状の増悪に伴っておこることを指摘した。発熱は、内因性精神病の単なる合併症や偶発症ばかりではなく、精神病急性期の本態性の事態としても言われてきた。本調査で見出された、発熱が緊張病症状や躁症状の増悪と足並みを揃えているという所見は、この可能性を裏づけるものである。

一方、不明熱例の精神身体症状を横断面的ないし症状学的にとらえると、悪性症候群のAdityanjee基準の4徴候は、高熱度をはじめとして、症状の重篤度に緊密な相関がみられたことから、この4徴候を不明熱の中の、とりわけ重篤な一症候群として位置づけることができる。

本研究をご指導、ご校閲くださった、東京女子医科大学神経精神科田村敦子教授、岩井一正助教授に感謝いたします。この研究を行うに当たって協力くださった、川嶋新二、北川聖子、田中 祐の諸先生に心から感謝いたします。

文 献

- 1) Spitzer RL, Endicotti J, Robins E: Research Diagnostic Criteria (RDC). 「精神医学研究用診断マニュアル」(本多 裕, 岡崎祐士 監訳), 国際医書出版, 東京 (1981)
- 2) Levenson JL: Neuroleptic malignant syndrome. Am J Psychiat 142: 1137-1145, 1985
- 3) Adityanjee SS, Singh G, Ong S: Spectrum concept of neuroleptic malignant syndrome. Br

- J Psychiat 153 : 101-111, 1988
- 4) **Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie** 編 : Das AMDP-System, 「精神医学における症状評価と記録の手引き—AMDP System」(伊藤 斉, 浅井昌弘 訳), 国際医書出版, 東京 (1983)
 - 5) **Huber G** : Psychiatrie Lehrtext 4 Aufl. p209, Schattauer, Stuttgart · New York (1987)
 - 6) **Petersdorf RG, Beeson PB** : Fever of unexplained origin—report on 100 cases—. Medicine 40 : 1, 1961
 - 7) **山脇成人, 矢野栄一, 小林亮三**ほか : わが国における悪性症候群の実態について—厚生省悪性症候群研究班調査結果から—. 臨精神医 18 : 107-121, 1989
 - 8) **Deley J, Pichot P, Lempriere T et al** : Un neuroleptique majuer non phénothiazinique et non réserpinique, l'halopéridol, dans le traitement des psychoses. Ann Med Psychol 118 : 145-152, 1960
 - 9) **大塚宣夫, 古賀良彦, 齊藤昌治**ほか : Neuroleptica による syndrome malin について. 臨精神医 3 : 961-973, 1974
 - 10) **宮原誠一, 山田堅一, 篠田 毅**ほか : 抗精神病薬服用時において発熱・自律神経症状・意識障害を呈する“軽症群”について. 精神薬療基金研年報 14 : 280-285, 1983
 - 11) **洲脇 寛, 石野博志, 西井保行**ほか : 向精神薬治療中に生じた“発熱・錐体外路・自律神経症状群”についての検討. 臨精神医 7 : 955-961, 1978
 - 12) **八木剛平, 黄野博勝** : 悪性症候群—その歴史と症候学—. 臨精神医 18 : 453-464, 1989
 - 13) **宮永和夫, 米村公江** : 微熱を主症状とした鬱病の2例. 精神医 30 : 592-595, 1988
 - 14) **Stauder KH** : Die tödliche Katatonie. Arch Psychiat Nervenkr 102 : 614-634, 1934
 - 15) **浅尾之彦, 有岡 巖, 稲森次郎**ほか : 仮称「発熱—緊張症候群」の2例. 精神医 9 : 207-211, 1967
 - 16) **杉本直人, 下条和俊, 江口和夫** : 精神分裂症性昏迷状態—その身体的側面—. 精神経誌 63 : 322-329, 1961
 - 17) **三好功峰, 出口武夫, 本多 進**ほか : 「熱発と緊張病」, 所謂致死性緊張病及びその近縁疾患について. 精神経誌 70 : 52-65, 1968
 - 18) **工藤義雄** : 急性致死性緊張病. 精神経誌 65 : 1029-1044, 1963
 - 19) **牧原寛之, 中川明彦** : 発熱を伴った興奮を繰り返した周期性緊張病の1例. 臨精神医 18 : 525-531, 1989