

No.	患者		1日投与量 投与期間	副作用	
	性・ 年齢	使用理由 (合併症)		経過及び処置	
1	男 50代	慢性C型肝炎 (味覚異常)	100mg 43日間	敗血症性ショック、くも膜下出血	
				投与前	肝硬変は軽度～中程度を認めるものもあった。
				投与開始日	本剤（100mg/日）、ペグインターフェロン アルファ-2b（100μg/週）、リバビリン（800mg/日）の3剤併用療法を開始。
				投与2日目	全身筋肉痛、つるが発現。
				投与3日目	全身筋肉痛、つるが軽快。
				投与15日目	眠気、下痢、扁桃発赤が発現。
				投与22日目	倦怠感、頭痛、口腔内乾燥が発現。
				投与29日目	口内炎、口腔内発赤、口腔内疼痛、喉の奥の出来物が発現。 口内炎に対してデキサメタゾン、アズレンスルホン酸ナトリウム水和物、デカリニウム塩化物、口内炎疼痛に対してロキソプロフェンナトリウム水和物を投与開始。
				投与31日目	口唇ヘルペスが発現。
				投与35日目	寒気、発熱（38℃）あり。
				投与36日目	ペグインターフェロン アルファ-2b最終投与。インフルエンザチェック陰性。
				投与41日目	全身倦怠感、浮腫、筋肉痛が発現。 同日まで、通常通り仕事をしていた。
				投与42日目	食欲低下、水分摂取低下が発現。 単身勤務地から自宅に戻り会議に出席。その後の食事は疲れがあり、欠席した。筋肉痛を認めたが、通常勤務は可能な状態であった。 深夜に水を飲みに起き、家族と2、3言交わしたが、特別な異常はなかった。
				投与43日目 (投与中止日)	嘔気、筋肉痛、下痢、めまい、腰痛、意識障害、不穏が出現。 朝、本剤とリバビリンを服用後、意識障害、クレアチニン上昇が発現。 朝より全身筋肉痛が続いた。痛みのため意識がもうろうとしている印象もあった。下痢を認めた。 当院受診予定日であったが、筋肉痛が強く、臥床状態のため食事もとれず、受診不能の連絡があった。 夜、疼痛強く、意識状態が悪化。 救急要請。市内受け入れ病院が見つからなかった。 当院に連絡があり、状態を確認。疼痛が強く、尿が出ない、むくみがあり、意識はさほどもうろうとはしていなかった。 当院に搬送。BT: 36.4℃, SaO2: 96%, Bp: 94/43mmHg, Cr: 約3mg/dL, アンモニア値は高くなかった。 本剤、リバビリンを投与中止。ペグインターフェロン アルファ-2bは同日に投与予定であったが、中止した。
中止1日後	Cr: 3.3mg/dL, WBC: 10,100/μL 急性腎不全、細菌感染症、横紋筋融解症疑いのため、他院へ搬送。精査の結果、劇症型肝炎疑い、上部消化管出血疑い、急性腎不全、敗血症疑いにて加療開始。その後、横紋筋融解症は否定された。 血漿交換、CHDF、人工呼吸管理、ドパミン塩酸塩、ノルアドレナリン、バソプレシンで昇圧、血小板輸血を施行。				

				<p>中止 2 日後</p> <p>末梢血塗沫標本からグラム陽性球菌の貪食像を伴う白血球が検出され、血液培養からMSSAが検出されたため、ブドウ球菌性敗血症と診断された。メロペネム水和物 1g/日開始。腎不全に対して腎臓内科と相談し、連日血漿交換及びHDFを行うことを決定。</p> <p>低血糖があり、栄養サポートチーム医師と相談し、中心静脈から高カロリー輸液開始。DIC合併あり、トロンボモデュリン アルファ12,800U投与。血液内科と相談し、血小板10単位輸血（DIC急性期スコア 8点）。</p> <p>午後 呼吸状態悪化し、挿管。人工呼吸管理を開始。昇圧剤併用開始。</p> <p>中止 3 日後</p> <p>敗血症性ショック、肝不全、腎不全、DIC、血小板減少、低血糖、低Ca血症、アシドーシス、意識障害の状態。突然心停止し、CPR開始。VFとなり除細動にて心静止となった。</p> <p>CPR施行するも反応せず、死亡。剖検は希望されず。直接死因は死亡画像診断（AI）より、急性くも膜下出血と診断した。</p>
併用被疑薬：リバビリン、ペグインターフェロン アルファ-2b（遺伝子組換え） 併用薬：セフカペン ピボキシル塩酸塩水和物、デキサメタゾン、アズレンスルホン酸ナトリウム水和物、デカリニウム塩化物、ロキソプロフェンナトリウム水和物				

No.	患者		1日投与量 投与期間	副作用	
	性・ 年齢	使用理由 (合併症)		経過及び処置	
2	男 50代	慢性C型肝炎 (血小板数減少, 肥満)	100mg 43日間	脳出血	
				投与前	2剤(ペグインターフェロン アルファ-2a, リバビリン)併用療法後, 軽い頭痛, 立ちくらみあり。前治療時から血小板低値の傾向があり, 慢性C型肝炎の再治療のため本剤含む3剤併用療法を導入するに当たり, 脳血管系のリスクも考慮し頭部MRI, MRA実施。動脈瘤, 狭窄などの異常所見なし。
				投与開始日	本剤(100mg/日), ペグインターフェロン アルファ-2a(90 μ g/週), リバビリン(800mg/日)の3剤併用療法を開始。 本剤投与開始前の血小板: 50,000台/ μ L
				投与8日目	アルブミン: 3.4g/dL ペグインターフェロン アルファ-2aは2回目投与から45 μ g/週に減量。
				投与18日目	来院。感冒様症状がみられた。 CRP: 3.5mg/dL
				投与22日目	来院。感冒様症状回復。
				投与29日目	発熱あり。血小板: 68,000/ μ L, CRP: 0.7mg/dL
				投与30日目	発熱あり。
				投与32日目	発熱続くため患者判断でリバビリン400mg/日へ減量。
				投与36日目	ペグインターフェロン アルファ-2a最終投与。
				投与39日目	リバビリン休薬。
				投与43日目 (投与中止日)	外来受診。ALT増加, AST増加, 血小板数減少発現。血小板: 39,000/ μ L, CRP: 6.3mg/dL, ALT: 75IU/L, AST: 208IU/L ペグインターフェロン アルファ-2a休薬。 PT時間: 68%。肝不全の徴候はなし。 胸部X線所見: 異常なし
				中止1日後	患者が倒れているのを家族が確認し救急要請。 遠方の患者のため, 他院(患者の家の近隣病院)へ搬送され, その後集中治療室で対応。 JCS100。頭部CTにて左皮質下出血を認めた(血腫の大きさ等は不明)。FFP・血小板輸血し, 開頭血腫除去術施行。
中止5日後	誤嚥性肺炎を合併。 抜管するも再度呼吸状態悪化し, 胸部XP上ARDS(急性呼吸窮迫症候群)様だったため再挿管検討するも家族が希望しなかった。				
中止7日後	術後誤嚥性肺炎, 呼吸不全にて死亡。 剖検未実施。 脳出血は皮質下出血で外傷性とは考えられなかった。 血小板数減少, アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ増加の転帰不明。				
併用被疑薬: リバビリン, ペグインターフェロン アルファ-2a(遺伝子組換え) 併用薬: ロキソプロフェンナトリウム水和物, ラベプラゾールナトリウム, デキストロメトルファン臭化水素酸塩水和物					

No.	患者		1日投与量 投与期間	副作用	
	性・ 年齢	使用理由 (合併症)		経過及び処置	
3	男 70代	慢性C型肝炎 (心房細動, 高 血圧, 糖尿病)	100mg 36日間	壊死性筋膜炎, 劇症型溶血性レンサ球菌感染症, 敗血症	
				投与開始日	本剤 (100mg/日), ペグインターフェロン アルファ-2a (180 μ g/週), リバビリン (600mg/日) 3剤併用療法開始。
				投与 36 日目 (投与中止日)	診察した際はまったく問題はなかった。
				中止 3 日後	左手掌の腫脹, 発熱あり。 左上肢劇症型溶連菌感染が発現。 病原体: G群溶連菌, 病原体同定方法: 培養, 病変の範囲: 左上肢, 臨床症状: 意識障害
				中止 4 日後	意識障害により救急搬送。精密検査の結果左上肢の壊死性筋膜炎と診断。また壊死性筋膜炎に伴うDIC, 敗血症も併発しておりICUへ入院。 同日, 急変し炎症の範囲が広がったため左上肢の切断を行い集中治療を行った。 単純X線: 所見なし CTスキャン: 左前腕の腫脹
				日付不明	上肢切断後も予断を許さない状態。
				日付不明	多臓器不全が発現。
				中止 23 日後	ALT 増加, AST 増加, アミラーゼ高値, 高ビリルビン血症発現。
中止 24 日後	多臓器不全, 敗血症, 左上肢劇症型溶連菌感染, DIC, 壊死性筋膜炎のため死亡。 感染のリスクファクター: 免疫抑制療法歴 (慢性 C 型肝炎に対する 3 剤併用療法) 感染の治療内容: 抗生剤, ステロイド, 侵襲的処置 (左上肢切断), 補助治療 (人工呼吸, 透析, カテコラミン) ALT 増加, AST 増加, アミラーゼ高値, 高ビリルビン血症: 転帰不明				
併用被疑薬: リバビリン, ペグインターフェロン アルファ-2a (遺伝子組換え) 併用薬: リバーロキサバン, ピルシカイニド塩酸塩水和物, テルミサルタン・ヒドロクロロチアジド配合, アムロジピンベシル酸塩, ロキソプロフェンナトリウム水和物, レバミピド					