

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	女 70代	心室性期外 収縮 (高血圧) (自己免疫性 甲状腺疾患) (シェーグレ ン症候群) (高脂血症) (不眠症)	300mg/日 約2年間	薬剤過敏症症候群, および薬疹に伴う劇症1型糖尿病, 自己免疫性甲状腺疾患 (橋本病の悪化, バセドウ病)			
				投与開始日	本剤の投与開始。		
				投与開始約2年 (発現日)	発熱, 体幹の発赤が出現。		
				発現約2週間後 (投与中止日)	軽快しないため, 入院。 前駆症状および随伴症状: 上気道症状:無, 発熱38°C 消化器症状:悪心 リンパ節腫脹:頸部, 腋窩, 鼠径 ケトアシドーシス:無 意識障害:無 本剤投与中止。 血糖値 310 mg/dLで高血糖を認め, インスリン皮下注を開始。プレドニゾロン (60 mg/日) の投与を開始。 HHV-6 IgGの上昇あり, DIHSと診断。		
				中止8日後	自己インスリン分泌は枯渇。劇症1型糖尿病と診断。 入院1週間後, ゆっくりと発熱, 発疹は軽快。 HbA1c (NGSP) : 6.4%, アミラーゼ : 29 IU/L, 血清CPR : <0.05 ng/mL, 尿中CPR : 0.1µg/日, 抗GAD抗体・抗IA-2抗体・ICA : 陰性, HLA : DRB1* 0405, DQB1* 0401, DRB1* 0901, DQB1* 0303。		
				中止後時期不明	FT4 : 1.06 ng/mL, TSH : 0.6 µ U/mL, TgAb : 5.1 U/mL, TPOAb : 44.3 U/mL, TRAb : 5.8 %。 橋本病を合併。		
				中止約30日後	甲状腺機能低下を認めた。 シェーグレン症候群の合併疑い (抗核抗体陽性, SS-A抗体陽性)。		
				中止約37日後	プレドニゾロン投与中止したが, 発疹の再燃なし。 インスリン投与は継続。		
				中止39日後	退院。		
				中止60日後	TgAb・TPOAbが一過性に低下。 その後 TgAb : >100 U/mL, TPOAb : >60 U/mLに上昇。		
中止約220日後	発疹の再発はないが, インスリン分泌は回復せず, インスリンの投与を継続。						
中止450日後	TRAb : 24.2% (陽性化)。						
中止540日後	バセドウ病を発症。 FT4 : 3.53 ng/mL, FT3 : 10.9 pg/mL, TSH : <0.01µU/mL, TRAb : 56.9%, Tc-99m摂取率 : 2.40%。 I-131 370MBqでの治療開始。						
臨床検査値							
	投与 中止日	中止 5日後	中止 15日後	中止 21日後	中止 28日後	中止 35日後	中止 54日後
白血球数 (/mm ³)	4200	—	6500	—	4500	—	5600
好酸球 (%)	17	—	1	—	0	—	3
血糖値 (mg/dL)	310	—	150	—	242	—	121
HHV-6 (IgG)	—	20	—	10	—	10	160
併用薬 : アトルバスタチンカルシウム水和物, アテノロール, オルメサルタン メドキシミル, アムロジピ ンベシル酸塩, ロフラゼプ酸エチル							

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	女 60代	糖尿病性ニューロパチー (2型糖尿病)	不明 24日間	糖尿病性ケトアシドーシス，好酸球増加と全身症状を伴う薬疹，1型糖尿病 2000年から2型糖尿病を指摘され，近医で経口血糖降下剤（ミチグリニド）内服で血糖コントロール良好であった（HbA1c：5.8%）。HbA1c 5%後半で推移した。	
				投与開始日	糖尿病神経障害に対し本剤の投与を開始。
				投与22日目	39°Cの発熱とともに両下腿を中心に紅斑が出現し，全身に拡大。
				投与24日目 (投与中止日)	本剤の投与を中止。
				中止後時期不明	口渇，倦怠感，意識レベルの低下を認めた。
				中止17日後	内分泌内科を受診。 高血糖（824 mg/dL）を伴う意識レベルの低下。 入院時の症状や血液検査により糖尿病性ケトアシドーシスと診断し，インスリン持続注入を開始。 皮疹の性状からメキシレチンによるDIHSを疑い，プレドニゾロン点滴を30mg/日で開始。 <入院時> 意識レベルJCS：10，血圧：100/60 mmHg，心拍数：126/min，SpO ₂ ：94%（O ₂ ，3L），体温36.3°C。 眼球結膜：充血なし，眼瞼結膜：軽度充血。 顔面：全体的に著明な浮腫。径5ミリ以下の紅斑を密に認めた。 大腿部：5ミリ以下の淡紅色の紅斑と紅色丘疹が混在し，一部紅斑は融合。 全身：直径数ミリ以下の境界不明僚な播種状の紅斑。 両側頸部リンパ節腫脹なし。 <病理組織学的所見> 左大腿紅斑部角層，表皮：著変なし。 真皮：浮腫を伴う軽度血管周囲性にリンパ球が浸潤（一部に好酸球の浸潤あり）。 <診断および薬剤に関する検査> ヒトヘルペスウイルス6型（HHV 6）IgG抗体価：160倍。 血中インスリン：0.5μU/mL（基準値1.5～17.1），血中Cペプチド：0.2ng/mL（基準値0.94～2.8），尿中Cペプチド：1.6 ng/mL未満（基準値29.2～167）とインスリン分泌能枯渇状態と考えられる。 抗GAD抗体：0.4U/mL未満（基準値1.5未満），抗IA 2抗体：1.6 U/mL（基準値0.4未満），HbA1c：9.3%（基準値4.3～5.8） 総ケトン体：14600 μmol/L。 動脈血液ガス：pH7.143。 DLST（メキシレチン）：陽性率は115%（判定基準 陰性：179%以下，偽陽性：180～199%，陽性：200%以上）。 血中メキシレチン濃度：0.10 μg/mL未満（正常値）。
				中止後時期不明	インスリン治療開始後ケトアシドーシスは速やかに改善。
				中止30日後	プレドニゾロン点滴後，徐々に白血球数の低下，皮疹の改善を認め25mg/日に漸減。
中止32日後	入院16日目に退院（インスリン自己注射）。 HHV6 IgG 抗体価：2560倍と再活性化。				
中止72日後	プレドニゾロン投与量を10mg/日に漸減。				
中止78日後	Cペプチド：グルカゴン負荷試験ではまったく無反応。				

中止163日後

HHV6 IgG 抗体価：160倍に改善。
1型糖尿病に対してインスリン療法を継続。
皮疹，発熱，腎機能障害などの再燃なし。

併用薬：ベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩，ベタメタゾン