

# 马尔尼菲青霉病二例报告

罗春梅 徐德兴 刘刃

马尔尼菲青霉病是由马尔尼菲青霉感染所引起的一种深部真菌病,自 1999 年以来,我院发现二例马尔尼菲青霉病。现报道如下:

**1 病例资料** 病例一,患者男,3y,因持续高热入院,入院前曾在一家医院治疗,血培养检出真菌,鉴定为丛生丝孢子菌,因高热不退,转入我院治疗。体温 39℃以上,并伴有肝、脾肿大,肺部感染,血常规 WBC:20.9×10<sup>9</sup>/L, N:0.42, L:0.56, M:0.02,血培养检出真菌,鉴定为马尔尼菲青霉。经临床用斯皮仁诺、氟康唑治疗,体温恢复正常。血液及骨髓三次培养均阴性。

病例二,患者男性,28y,广东英德人,患者于起病前 3mo到 2y前左右与妓女有性交史,1999 年 12 月开始出现畏寒、高热、T39℃;全身淋巴结肿大 3 月余;全身皮肤疱疹,头面部可见广泛密集分布的 0.3cm~0.5cm 皮肤丘疹,局部皮肤红肿,有干酪样坏死物;颈部皮肤溃疡 3w,口腔粘膜广泛性溃疡伴真菌感染,牙龈肿胀,持续性咽喉部疼痛及吞咽困难,大便异常;双下肢浮肿,明显消瘦,2mo内体重减轻约 10kg。实验室检查:Hb 46g/L, WBC3.0×10<sup>9</sup>/L, N 0.82, L 0.16, LY 0.02, 肝肾功能除总蛋白和白蛋白低下(TP45.30g/L, ALB17.90g/L),其余均正常,康华氏反应阴性,肥达氏和外斐氏反应 1:40 阴性,梅毒确认试验阴性。HIV 抗体检测为 HIV-I 抗体阳性(广东省艾滋病监测检验中心确认),确诊为获得性免疫缺陷综合症(AIDS)IV 期。胸片显示两肺感染及肺大泡,心脏无异常。3 次血培养均培养出真菌,鉴定确证为马尔尼菲青霉。

**2 讨论** 据文献报告<sup>[1]</sup>认为马尔尼菲青霉菌是 AIDS 常感染的一种机会致病菌,其流行病学特点是主要发生于东南亚,据 Helen 报道<sup>[2]</sup>,马尔尼菲青霉菌最近已成为泰国北部 HIV 阳性患者一种重要的条件致病菌,该菌所引起的感染被认为是 HIV 人群中第三大机会性感染。常见的症状为:发热、咳嗽、贫血、体重下降,皮肤溃疡以及淋巴结肿大,早期病变局限在皮肤粘膜和肺部,如不及时治疗,该菌可通

过血循环向全身播散,使全身脏器出现损害以及出现相应的症状,而往往播散型预后差。

马尔尼菲青霉病的诊断主要依靠真菌形态学特征和病理学鉴别,由于该菌在不同温度条件下形态有很大差别,而很多实验室常规细菌学培养检验只有 35℃ 一种条件,故很难发现霉菌相的特征,极易造成误诊。本文二例中其中有一例患者,曾在一家医院血培养检出真菌,鉴定为丛生丝孢子菌,我院培养用 Vitek 全自动微生物鉴定仪鉴定也检出为丛生丝孢子菌,但随着该菌在沙保琼脂培养基上生长时间延长,该菌开始产生可溶性红色色素,弥散整个培养基中,而丛生丝孢子菌是不可能产生红色色素,然后选择 25℃ 和 35℃ 两种不同温度对该菌进行培养观察,就可观察到该菌的特征:25℃ 时该菌为霉菌相,起初为灰白蜡样膜状平坦菌落,直径 4-5mm,不久逐渐变成淡黄色,培养基背面呈红色,2-3d 后,表面呈红色绒毛状,整个培养基被染成玫瑰红色。35℃ 时为酵母相,在沙保琼脂上,35℃ 培养该菌生长比 25℃ 为慢,菌落呈淡灰褐色,直径 4-5mm,产生可溶性红色色素。25℃ 培养物镜检可见分枝分隔菌丝,帚状分枝、呈单轮生或双轮生、分生孢子呈椭圆形;而 35℃ 培养物镜检只见卵圆形的酵母样孢子及短菌丝。

由于该菌在不同温度条件下,形态有很大差别,而多数实验室常注意 35℃ 一种条件或只有这一种条件,故很难发现该霉菌相的特征而造成误诊,所以正确的培养方法对于检出该菌有着十分重要的意义。早期病变局限在皮肤粘膜和肺部,早期发现诊断该菌是十分重要的。早期发现马尔尼菲青霉菌病可为治疗争取时间,尤其在迅速播散之前。文献报道该菌播散性病例 23 例,仅治愈 5 例,国内已报告 13 例播散性病例均于死后才确诊,故早期诊断该致病菌是必要的。

## 参 考 文 献

- 1 王露霞,徐德兴,刘海英,等.艾滋病患者感染马尔尼菲青霉菌 1 例报告.第一军医大学学报,2001,5:371.
- 1 Mcshane H, Tang CM, Conlon CP. Disseminated *Penicillium mameffeii* infection presenting as a right upper lobe mass in an HIV positive patient [J].Thorax ,1998,53(10):905-6.