

## 马尔尼菲青霉病误诊为结核病 1 例

桂庆军<sup>1</sup>, 张赛丹<sup>1</sup>, 廖 旺<sup>1</sup>, 陈代娣<sup>2</sup>

患者,男,58岁。咳嗽,气促,全身皮下多发包块1.5年。2002年2月1日出现咳嗽,咳白痰,痰中带血丝,伴气促,当地诊断为肺结核,予三联抗结核治疗,疗效不佳。2月27日转入我院,检查发现颈静脉充盈,静脉压升高, WBC  $15 \times 10^9/L$ , ESR 89 mm/h, LFT、HIV 阴性, CT 示心包炎,行心包剥离术,术后症状无改善。住院过程中出现双髂部,右肩背硬性疼痛包块,约 1cm × 1cm 大小,无畏寒、发热,包块逐渐增大,予局部切开引流并行引流液培养,未发现病原菌,伤口不愈合。继而胸部、头顶、眼眶出现上述性质包块, CT 发现胸壁有“肿块”,胸腔积液,行右胸清创引流,病理检查提示“肉芽肿性炎症,结核可能性大”,继续抗结核治疗,皮下包块未消失。8月5日起无明显诱因出现发热,最高体温 39℃,无畏寒、寒战。转入北京某医院,胸腹部 CT 示心包术后改变,左肺片状高密度阴影,右胸腔切开引流术后,包裹性病变,胸壁、腹部皮下多发结节影,右背部软组织肿物侵及肋骨,局部肋骨骨质破坏,包块穿刺液培养发现马尔尼菲青霉菌,诊断为马尔尼菲多发青霉菌感染。予二性霉素 B 及伊曲康唑治疗,第 3 d 体温正常,未见新包块出现,病情好转出院。2003年7月7日又因复发入我院,经纤支镜取痰标本作真菌培养有马尔尼菲青霉菌生长,予伊曲康唑、二性霉素 B 治疗,症状缓解。

讨论:本病例为我院收治的第 1 例马尔尼菲青霉菌感染患者,病初以呼吸系统及心包炎表现为主,先后误诊为肺结核、结核性心包炎、胸壁及皮肤结核而忽视了真菌检查。

马尔尼菲青霉病(PSM)系马尔尼菲青霉菌(PM)感染引起的一种少见的深部真菌病。1973年

美国 Disalvo AF 等报道首例人类自然感染 PSM。国内 1985 年李菊棠等最先报道首例 PSM。目前全世界约 10 多个国家和地区发现 PSM 患者。PM 是青霉属中唯一温度双向型真菌,能在 25℃ 及 37℃ 两种温度条件下生长,竹鼠是 PM 的自然宿主。PM 为条件致病菌,多在机体免疫力低下时致病。艾滋病、糖尿病、血液病患者易患 PSM。泰国 Supparatpinyo K 等报道 92 例 PSM,其中 86 例为艾滋病患者并发 PM 感染。PM 可通过呼吸道进入体内引起肺部感染,后经血液循环侵及心包、皮肤、肝、脾等。PM 感染人体后引起三种主要病理改变:肉芽肿、化脓性炎症、无反应性坏死性炎症。临床表现为局灶性和播散性感染两种类型,可累及全身多个系统:呼吸系统可出现咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、气促,肺部干、湿性罗音, X 线肺部炎性病变、浸润性病灶、肺脓肿、胸腔积液等;心血管系统有心包炎、心包积液等;消化系统可出现腹痛、腹泻、便血、肝脾肿大、转氨酶升高等;血液系统可有贫血、白细胞与中性粒细胞增加、红细胞沉降率加快等;皮肤可表现深部脓疮、炎性丘疹、皮下结节、脓疱等;骨关节 X 线表现为骨质破坏或骨质增生。本病易误诊为组织胞浆菌病,肺部感染,败血症,肝硬化,伤寒,白血病,缺铁性或再障性贫血,淋巴瘤,胆囊炎,骨肿瘤等,需进行鉴别。具上述临床表现而其他病因不能解释者应想到该病可能,确诊则需取皮肤病损组织、脓液、脓血便、痰液等标本送真菌培养。治疗上主要抗真菌,常用药物为伊曲康唑、酮康唑、氟康唑、二性霉素 B、5-氟胞嘧啶。一般主张二联抗菌,可先用二性霉素 B 与 5-氟胞嘧啶联合治疗,症状控制,真菌检查转阴后,改口服伊曲康唑,巩固 6~12 月。(参考文献略)