

同步,改用氟哌啶醇治疗后好转。1例偏头痛患儿常规脑电图正常,于外院诊断为癫痫服用抗癫痫药物头痛略有减轻,Video-EEG监测中发现头痛发作时脑电图右颞波幅减低,无痫样放电,按偏头痛治疗后好转。另有3例患儿根据检测结果修正了癫痫类型。因此,Video-EEG在排除非癫痫性发作、确定癫痫性发作的类型方面可提供准确可靠的证据,甚至是正确诊断癫痫的最终依据。此外,Video-EEG可做监测24 h或更长时间监测,其阳性率与24 h便携式EEG监测结果接近。与24 h便携式EEG监测相比,能更准确的了解临床与脑电的关系,定位更加准确。但Video-EEG监测期间患儿的活动范围受到一定限制,同时也受到小儿耐受力差,人力、物力等因素的限制,监测时间受到影响,因此,只对于临床频繁发作、诊断困难,发作多样的患儿比较适用。

此外,反复多次常规脑电图检查无助于痫样放电的检出。本组未对此专门研究,但其中5例患儿于外院多次行常规脑电图检查,其中1例3年中共做9次均无明显异常,经过睡眠诱发和长程监测均

发现痫样放电。

[参 考 文 献]

[1] 孙若鹏. 儿童癫痫基础·临床 [M]. 天津:天津科学技术出版社,1996, 88.

[2] 蔡方成. 正确判断和应用脑电图诊断小儿癫痫 [J]. 中华儿科杂志,2000, 38(11): 661.

[3] 吴希如,林庆. 小儿神经系统疾病基础与临床 [M]. 北京:人民卫生出版社,2000, 244.

[4] 谭郁玲. 临床脑电图与脑地形图学 [M]. 北京:人民卫生出版社,1999, 51—52.

[5] Gastaut H, Gomez-Almanzar M, Taury M. The enforced nap: a simple effective method of inducing sleep activation in epileptics [J]. Epilepsy Res, 1991, 2(Suppl): 31—36.

[6] 姜海燕,郭伍英,尹蓉. 2小时脑电图监测对儿童癫痫的诊断价值 [J]. 中国当代儿科杂志,2002, 4(6): 545—546.

[7] Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy [J]. Epilepsia, 1989, 30(4): 389—399.

(本文编辑:吉耕中)

· 病例报告 ·

马尔尼菲青霉菌病合并中枢神经系统
感染致听力下降 1 例报告

吴浪龙,钟建民,毛定安

(江西省儿童医院神经内科,江西 南昌 330006)

[中图分类号] R748 [文献标识码] E

马尔尼菲青霉菌病是由马尔尼菲青霉菌(Penicillium marneffei)引起的一种少见的深部真菌感染性疾病。它被认为是东南亚地区艾滋病患者最常见的机会感染之一。本病合并中枢神经系统感染致听力减退为主要表现的病例国内尚未见报道,现就此病例并复习文献报道如下。

1 临床资料

男性,7岁。因听力进行性下降伴全身乏力 1

月余于2002年12月3日入院。该患儿2年前曾因全身淋巴结肿大伴头昏乏力,经淋巴结病理切片检查诊断为“马尔尼菲青霉菌病”。间断性口服大扶康、伊曲康唑治疗2年。查体:神志清楚,精神萎靡,反应欠佳,颈部可触及多个黄豆大小淋巴结,活动好,无压痛,双眼睑稍有浮肿,口腔粘膜溃破结痂,咽部充血,扁桃体I°肿大。颈项抵抗明显,双肺呼吸音粗,未闻及干、湿性罗音。心率102次/min,心音有力,律齐。腹部平软,肝、脾未触及。全身皮肤粗糙,呈鱼鳞样,右足大片足癣。四肢肌张力正常,右侧巴

[收稿日期] 2003—08—12; [修回日期] 2003—10—26
[作者简介] 吴浪龙(1966—),男,硕士,副主任医师。主攻方向:小儿神经内科。

彬氏征(+)，左侧(-)。

辅助检查：血、尿常规正常，肝肾功能正常，结核抗体阴性，C 反应蛋白<8 mg/L，血电解质：K⁺ 3.08 mmol/L，Na⁺、Cl⁻、Ca²⁺ 均正常。IgA 2.53 g/L，IgG 11.30 g/L，IgM 2.14 g/L，CD₄ 32.3%，CD₈ 34.6%，CD₄/CD₈ 0.9335，NK 细胞 1.1%。脑脊液检查：脑脊液为无色清亮，白细胞 65×10⁶/L，无凝块，潘氏蛋白试验阳性(+++)，单个

核细胞 80%，多个核细胞 20%；脑脊液生化：Cl⁻ 110 mmol/L，葡萄糖 0.7 mmol/L，蛋白 3 369 mg/L；涂片：革兰染色未找到细菌；脑脊液培养：无细菌生长，无霉菌生长，无真菌生长，隐球菌乳胶凝集试验(-)。

胸片、心电图检查正常；头颅 CT 示双侧侧脑室增大，提示脑积水；视觉诱发电位正常，听觉诱发电位提示异常(右耳 I、II 波、左耳 I 波均消失)。

病理切片检查结果，见图 1~3。

- 图 1 淋巴结内见多量多核细胞，部分胞质呈空泡状 HE×100
- 图 2 马尔尼菲青霉菌，可见横隔及腊肠状 Grocott 染色×100
- 图 3 淋巴结内大片坏死，周围见多核巨细胞分布 HE×100

本例患儿开始给予青霉素钠、头孢氨噻肟治疗 8 d 后，症状未见好转，后改用两性霉素 B 静脉滴注，同时予胸腺肽增加免疫力，口服 10%氯化钾，定期查肝、肾功能、血电解质、脑脊液。半月后患儿精神反应好转，神经系统阳性体征消失，脑脊液检查好转，治疗 3 月后再次复查脑脊液完全正常出院。

2 讨论

马尔尼菲青霉菌是迄今所发现的极少数能使人类致病的青霉菌之一^[1,2]，也是青霉菌中唯一的双相菌，即组织中是酵母型，室温培养时是菌丝型。其病理特点为：①肉芽肿反应；②化脓性反应；③无反应性坏死。巨噬细胞不能将入侵的真菌杀灭，使之大量繁殖，导致细胞坏死而崩解，真菌由此向各处扩散而致病^[3]。其常见的临床表现有不规则发热，体重减轻、贫血、皮肤损害，肝、脾淋巴结肿大等^[4,5]。但其合并中枢神经系统感染致听力下降为主要表现的病例尚未见报道。由于其临床表现无特异性，易与其他 HIV 相关机会性感染如组织胞浆菌病、隐球菌感染、结核等相混淆而引起误诊，因此想到该病是诊断的关键，确诊需做真菌培养。其阳性率较高的检查依次是骨髓、组织活检(淋巴结)、脓液、血液、脑脊液等。本例患儿虽然 3 次脑脊液培养阴性，但由于

其经淋巴结活检诊断为“马尔尼菲青霉菌病”，且经两性霉素 B 治疗 3 个月后，症状明显改善，脑脊液检查完全正常，听觉诱发电位较第 1 次好转，故可诊断为马尔尼菲青霉菌病合并中枢神经系统感染。治疗过程中应定期检查肝、肾功能。由于应用两性霉素 B 易诱发低钾血症，故应注意钾的补充。

[参 考 文 献]

- [1] Duong TA. Infection due to *Penicillium marneffei*, an emerging pathogen: review of 155 reported cases. *Clin Infect Dis*, 1996, 23(1): 125—130.
- [2] DiSalvo AF, Fickling AM, Ajello L. Infection caused by *Penicillium marneffei*; description of first natural infection in man. *Am J Clin Pathol*, 1973, 60(8): 259—263.
- [3] Deng ZL, Connor DH. Progressive disseminated penicilliosis caused by *Penicillium marneffei*: report of eight cases and differentiation of the causative organism from *Histoplasma capsulatum*. *Am J Clin Pathol*, 1985, 84(5): 323—327.
- [4] Sirisanthana T, Supparatpinyo K. Epidemiology and management of penicilliosis in human immunodeficiency virus-infected patients *Int J Infect Dis*, 1998, 3(2): 48—53.
- [5] Supparatpinyo K, Khamwan C, Baosoung V, Nelson KE, Sirisanthana T. Disseminated *Penicillium marneffei* infection in Southeast Asia. *Lancet*, 1994, 344(8915): 110—113.

(本文编辑：吉耕中)