

332 儿科学

专业知识

- 1.E. 抗核抗体对SLE有重要的诊断意义, 其中周边型对SLE诊断价值最大。
- 2.A.
- 3.B. 多发性大动脉炎时需积极控制高血压, 但在双侧肾动脉狭窄及肾衰竭时需慎用卡托普利。
- 4.D. 单纯性热性惊厥可有家族史, 多发生于6个月至3岁小儿, 发生于病初体温骤升时, 一个热程中抽搐1次, 全面性发作, 持续时间不超过10分钟。
- 5.A.
- 6.D. 肾上腺皮质激素适用于各型重症肌无力的治疗, 尤其眼肌型应作为首选, 可选用甲泼尼龙冲击治疗, 激素总疗程1-2年, 对于难治型重症肌无力可应用血浆置换、丙种球蛋白冲击治疗。
- 7.D. 目前对21-三体综合征产前诊断所用的方法包括母血甲胎蛋白、人绒毛膜促性腺激素和雌=醇筛查等数种方法, 但最终确诊仍须进行羊水细胞染色体检查, 其他方法只能作为初筛。
- 8.E. 中枢性尿崩症是由于抗利尿激素分泌不足所致, 原发性尿崩症是肾小管上皮细胞对ADH无反应所致, 尿渗透压、尿比重血钠水平。血渗透压及禁水试验在两种疾病中无明显差异; 通过加压素试验可鉴别两者, 可使中枢性尿崩症的患儿尿渗透压升高。
- 9.D.
- 10.D.
- 11.A.
- 12.D.
- 13.A.
- 14.C. 皮疹是流脑败血症期重要体征。
- 15.B.
- 16.A.
- 17.E.
- 18.C.
- 19.C.
- 20.B.
- 21.C. KD冠状动脉并发症的发生率约为20%~25%, 最早在发病第3天即可出现, 多数于3~6个月内消退; 第2~3周检出率最高; 第8周后很少出现新的病变
- 22.D.
- 23.D. 急性链球菌感染后肾炎实验室检查相对特异性指标为ASO升高、C3降低。
- 24.B. 风湿热是最常见的危害学龄期儿童生命和健康的主要疾病之一, 病变主要累及心脏和关节、皮肤浆膜血管等均可受累, 以心脏损害最为严重且多见。因此, 在抗感染彻底清除感染灶的同时, 应重点观察心脏受损的情况。
- 25.D. 此病考虑为过敏性紫癜, 约半数患者在急性期时其血清IgA、IgM升高。
- 26.D. 降落伞反射托住小儿腹部呈俯卧悬空位, 将小儿突然向前下方冲一下, 此时小儿上肢立即伸展, 稍外展, 手指张开, 好像下跌的动作。此反射生后8~9个月出现终生存在。
- 27.A. 此患儿符合儿童失神癫痫的表现。发病年龄为3~12岁; 4~8岁更多见, 典型失神发作为突然意识丧失, 两眼凝视前方, 停止原来活动, 可伴自动症, 持续数秒, 每天数次至数百次, 过度换气可诱发。
- 28.D. 进行性肌营养不良中最常见的为假肥大性肌营养不良, 属于×连锁隐性遗传, 男孩发病; 多在3岁后有症状, 下肢无力较上肢明显, 走路呈鸭步, 腓肠肌假性肥大, 腱反射减弱, Gowers阳性。
- 29.C. 此患儿为学龄期儿童, 急性发病, 有疱疹病毒感染史, 临床表现为发热伴行为异常, 脑脊液白细胞数稍高, 分类以淋巴为主, 蛋白稍高; 糖和氯化物正常, 考虑病毒性脑炎。

- 30.C. 脑性瘫痪为孕期至婴儿期多种因素导致的非进行性脑损伤,以运动障碍为主,肌张力异常,姿势、反射异常,可伴随智能障碍、癫痫、视听障碍等。
- 31.D.
- 32.E.
- 33.B.
- 34.C. 初步诊断室间隔缺损合并肺炎,应积极控制感染, 使用利尿药减少循环血量减轻肺充血心, 强心、利尿药物控制心衰。
- 35.A.
- 36.C.
- 37.A.
- 38.D.
- 39.A. 季节变应性鼻炎发作呈季节性,多于花粉播散季节发病,可表现为打喷嚏、流清涕、鼻塞、鼻痒等部检查鼻腔黏膜水肿常呈苍白或紫色,上有薄层清水样黏液,变应原皮试阳性,特异性IgE抗体检测阳性,该患儿考虑该病可能。选项C、D变应原皮试、特异性IgE抗体检测均阴性,常年性变应性鼻炎常年发病。
- 40.C. 过敏症的上呼吸道表现, 口腔、舌、咽或喉头水肿,其中喉水肿从声音嘶哑、失语导致窒息轻重不等。
- 41.C. 激素有抗炎症、抗过敏、抗病毒和抗纤维性变的作用,可使中毒症状及脑膜激症状迅速消失, 降低颅压及减轻和防治脑积水的发生, 与有效的抗结核药物同时应用, 在需要应用的病例越早用越好。
- 42.D. 小儿消化道溃疡早期诊断比较困难, 缺乏特异性的症状和体征, 对于反复腹痛,夜间明显、恶心、呕吐,应警惕消化道溃疡。
- 43.A. 过敏性紫癜是儿童时期最常见的血管炎之一, 以非血小板减少性紫癜、关节炎或关节痛、腹痛、胃肠道出血及肾炎为主要临床表现。
- 44.E. 生理性腹泻多见于6个月以下的婴儿,其外观虚胖,常有湿疹,出生后不久即腹泻,每天大便次数多甚至十几次,每次大便量不一定很多,其中含少量水分,一般没有特殊腥臭味。生理性腹泻的婴儿除大便次数增多外,多无其他症状,食欲好,无呕吐,生长发育不受影响,添加辅食后,大便即逐渐转为正常。
- 45.E. 溃疡性结肠炎是指病因不明的慢性非特异性结肠炎症,病变主要累及结肠黏膜及黏膜下层, 临床主要表现为腹泻、黏液血便、腹痛。其余各项均呕吐常见。
- 46.E. 口服法是最常用的给药途径,注射法包括肌肉、皮下、静脉注射等方法,此法比口服法奏效快,多用于重症急症、呕吐者有些药物口服疗效低,使用目的不同,均需注射法。外敷法以软膏为多,也采用水剂、粉剂。其他有雾化吸入常用、栓剂、灌肠采用不多,含漱很少使用于小龄儿。
- 47.C. 生鲜牛奶由于蛋白质含量过高,叶酸及维生素B含量偏低,不主张喂养3个月以下的婴儿。为保证婴儿健康成长还应给该儿添加维生素B12及叶酸。
- 48.B.
- 49.D.
- 50.C.
- 51.D.
- 52.D.
- 53.A.
- 54.A.
- 55.C. 先天性甲状腺功能减退症新生儿期典型症状包括特殊面容和体态、神经系症状、生理功能低下,可表现为过期产、囟门大、胎便排出延迟、腹胀、便秘、脐疝、黄疸延长、反应低下、肌张力低等等表现, 其中脐疝是最易发现的临床表现。
- 56.E. 以神经系统症状为主的地方生先天性甲状腺功能减退症包括: 共济失调, 痉挛性瘫痪、聋哑、智力低下、甲状腺功能正常或轻度减低。
- 57.C.

58.E.

59.E. 苯丙酮尿症一旦确诊,立即积极治疗,治疗开始年龄愈小,效果愈好,低苯丙氨酸饮食是治疗经典型PKU的主要方法可使苯丙氨酸不致过高,又要保证患儿生长发育所需。低苯丙氨酸饮食至少至青春期后,终身治疗对患者更有益。维持苯丙氨酸浓度为0.12~0.6mmol/l。

60.D. 遗传性球形红细胞增多症首选治疗手段是脾切除,90%患者有效。贫血严重时输注红细胞,注意补充叶酸,以防叶酸缺乏而加重贫血或诱发危象。脾切除指征: ①Hb \leq 80g/L, 网织红细胞 \geq 10%的重型HS; ②具有严重贫血影响脏器功能、生活治疗或发生髓外造血性肿块者; ③年龄限制: 主张10岁以上,对于婴幼儿重型HS,尽可能延至5岁以上。

61.E.

62.E.

63.A.

64.B. 支原体肺炎常见于学龄期儿童,可以有发热、咳嗽、厌食、畏寒、头痛、咽痛、胸骨下疼痛等症状。听诊有呼吸音减低,冷凝集试验阳性×线检查多表现为单侧病变,多数在下叶,有时为肺门阴影增重,多数呈不整齐云雾状肺浸润,从肺门向外延至肺野,尤以两肺下叶为常见,少数为大叶性实变影;可见肺不张体征轻微而胸片阴影显著,是本病特征之一。部分患儿可有皮疹、血管栓塞、溶血性贫血、脑膜炎、心肌炎、肾炎、吉兰-巴雷综合征等肺外表现,荧光抗体试验可检测到特异性肺炎支原体IgM抗体,治疗主要给予大环内酯类药物。

65.A.

66.C.

67.B.

68.B. 金黄色葡萄球菌所致的原发性支气管肺炎,以广泛的出血性坏死、多发性小脓肿为特点。肺脏的胸膜表面覆盖着一层较厚的纤维素性脓性分泌物。脓肿中有金黄色葡萄球菌、白细胞、红细胞及坏死的组织碎片。胸膜下小脓肿破裂,则形成脓胸或脓气胸。有时可侵蚀支气管形成支气管胸膜瘘。易形成脓胸及脓气胸是本病的特点,需要胸腔闭式引流。甲氧西林敏感者首选苯唑西林或氯唑西林,耐药者选用万古霉素或联用利福平。

69.E.

70.C.

71.D.

72.B. 血钙2mmol/L稍低于正常,钙磷乘积低于30,是佝偻病激期血生化特点;X线检查干骺端临时钙化带消失,呈毛刷状、杯口样改变,骺软骨明显增宽,是佝偻病激期X线片特点。

73.D.

74.B.

75.D. 10个月小儿,8kg,精神萎靡,皮肤弹性差,前卤及眼窝凹陷,四肢冷。口唇樱红。诊断:婴儿腹泻伴中度等渗性脱水、酸中毒。补液方案(第1天补液): (1)补液总量: 120~150ml/kg; (2)补液种类: 等渗性脱水补充累积损失量用1/2~2/3张含钠液(2:1液或2:3:1液),有酸中毒用2:3:1液,生理需要量用1/4~1/5张含钠液,继续损失量用1/2~1/3张含钠液; (3)补液步骤及速度: 以补充累积损失量为主阶段: 速度为8~10ml/(kg.h),时间8~12h; 维持补液阶段速度为5ml/kg.h,将余量12~16h滴完。

76.B.

77.A.

78.C.

79.E. 热性惊厥是小儿期最常见的惊厥性疾病,发作与发热性疾病中体温骤然升高有关。患儿3岁,于热惊厥高发年龄,反复发热抽搐,发作前后一般情况好,有热惊厥家族史,神经系统查体未见异常,考虑为热性惊厥,但患儿一次热程中抽搐2次,考虑为复杂性热性惊厥。

80.B. 对于正在惊厥患儿,立即静脉注射有效足量抗惊厥药物,迅速止惊首选地西洋(安定)静推,起效迅速,可于1~2分钟内止惊,剂量0.3~0.5mg/kg,婴幼儿不超过5mg;儿童不超过10mg,速度1~2mg/min,

必要时1/2-1小时后可重复。

81.D. 对于复杂性热性惊厥患儿，若脑电图出现癫痫波发放，可能提示癫痫发作的危险。

82.D. 此患儿发病年龄及临床表现均符合热性惊厥诊断，为复杂性。患儿正处于惊厥发作时，首要处理需立即止惊，地西洋起效最快，作为首选，如果持续时间长可考虑给予甘露醇、地塞米松等减轻脑水肿。脑电图检查对于判断有无大脑异常放电，选择预防方法很重要；一般热退后2周行脑电图检查。患儿为复杂型热惊厥，有复发倾向，间歇短程法适用于此患儿的预防，发热开始时口服地西洋1mg/(kg.d)，分3次服用。

83.A.

84.A.

85.B. 乙肝(HBV)属嗜肝DNA病毒科正嗜肝DNA病毒属。乙肝标志物的意义：①表面抗原(HBsAg)和抗体(抗-HBs)：HBsAg阳性说明机体过去或近期感染HBV，可能具有传染性，但其本身无传染性。是HBV现症感染的标志之一，可见于潜伏期患者，急慢性乙肝患者和慢性HBsAg携带者，抗-HBs阳性说明机体过去感染过HBV，现在已恢复或正在恢复。抗HBs是HBV感染后所产生的所有抗体中唯一的保护抗体，对以后的再感染有一定的免疫力。一般在HBsAg消失后隔一段时间才出现，这段时间称为空窗期，此时HBsAg及抗HBS均为阴性。②核心抗原(HBcAg)和抗体(抗-HBc)：血液中不能检出HBcAg，只能检测抗HBc。抗-HBcIgM高滴度时，可作为HBV：近期(急性)感染的标志，抗-HBcIgG阳性是HBV过去感染的标志。③e抗原(HBeAg)和抗体(抗HBe)HBeAg阳性是病毒复制活跃，传染性强的标志。急性肝炎患者若HBeAg持续阳性10周以上，可能转为慢性感染。抗-HBe阳性往往表示病毒复制减少或终止，机体正在恢复，传染性减低。④HBV-DNA和DNA多聚酶：HBV-DNA阳性或DNA多聚酶活性增高，提示病毒复制，机体传染性大。

86.E.

87.C.

88.A.

89.C.

90.C.

91.B.

92.A.

93.C.

94.C.

95.B.

96.D.

97.A.

98.B. Bacter综合征是肾小管对钠、钾的疾病主要表现为低钾性代谢性碱中毒，高醛固酮血症，对血管紧张素II的加压反应减弱，血压正常及肾小球旁器增生等。该病根据分子遗传学及临床特征分为VI型。患儿为正常阴离子间隙的高血氯性代谢性酸中毒，低血钾、尿钙增高及双肾钙化均为远端肾小管酸中毒的临床表现。故考虑选项B。

99.A.

100.A.