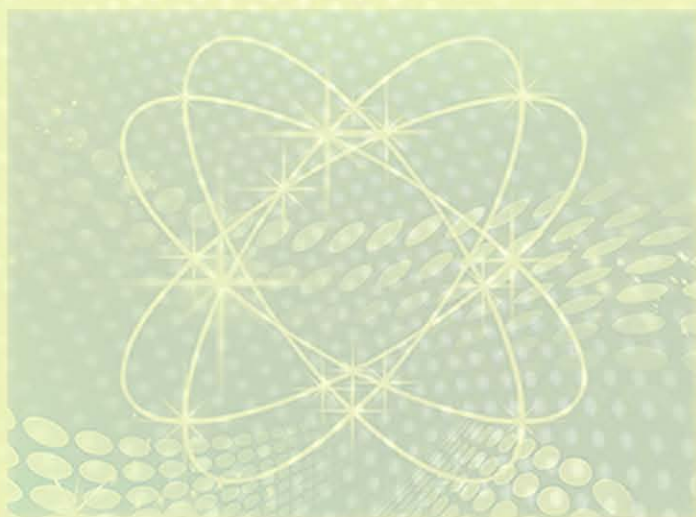


儿科学（中级）模拟 试卷及解析

主 编 程艳蕊 谢 娟



人民军医出版社

儿科学(中级)模拟试卷及解析

ERKEXUE(ZHONGJI) MONISHIJUAN JI JIEXI

主 编 程艳蕊 谢 娟

副主编 王颖林 赵 雪 魏艳苏 郅会卿

编 者 (以姓氏笔画为序)

马静岩	王颖林	张 莉	张 维	张秀敬
苗新芳	范 琳	郅会卿	赵 雪	郝 哲
顾宏波	徐贵芳	崔红玉	康 萌	程艳蕊
谢 娟	魏艳苏			

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

儿科学(中级)模拟试卷及解析/程艳蕊,谢娟主编. —北京:人民军医出版社,2008.12
ISBN 978-7-5091-2253-2

I. 儿… II. ①程…②谢… III. 儿科学—医药卫生人员—资格考核—解题 IV. R72-44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 174051 号

策划编辑:郝文娜 文字编辑:杨丽华 责任审读:周晓洲
出版人:齐学进
出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店
通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036
质量反馈电话:(010)51927278;(010)66882586
邮购电话:(010)51927252
策划编辑电话:(010)51927300—8724
网址:www.pmmp.com.cn

印刷:三河市春园印刷有限公司 装订:春园装订厂
开本:787mm×1092mm 1/16
印张:19.5 字数:451 千字
版、印次:2008 年 12 月第 1 版第 1 次印刷
印数:0001~3000
定价:39.00 元

版权所有 侵权必究
购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

出版说明

全国初、中级卫生专业技术资格考试从 2001 年开始正式实施。考试通过后取得相应的专业技术资格,各用人单位以此作为聘任相应技术职务的必要依据。2003 年,护士执业资格考试与护理学专业初级(士)资格考试并轨。目前,该考试实行全国统一组织、统一考试时间、统一考试大纲、统一考试命题、统一合格标准的考试制度,已经覆盖医、药、护、技 4 个系列的 114 个专业,每年参加考试的人数近百万。各专业考试的通过率略有不同,一般为 50%左右。实际的考试中一般会有 5%左右的超大纲考题,具有一定难度。

为了帮助广大考生做好考前复习,我社近年来组织了权威专家,联合历届考生,对考试的命题规律和考试特点进行了精心分析研究,出版了这套全国初、中级卫生专业技术资格考试辅导用书,共 3 个系列,分别为《应试指导及历年考点串讲》系列、《模拟试卷及解析(纸质版)》系列、《模拟试卷及解析(网上电子版)》系列。共 151 个品种,覆盖 103 个考试专业。根据全国广大军地考生的需求,经国家和军队相关部门认可,作为全国初、中级卫生专业技术资格考试(含部队)的指定辅导用书。

本套丛书紧扣考试大纲,内容的安排既考虑知识点的全面性,又结合考试实际,突出重点,在编写形式上力求便于考生理解和记忆,使考生在有限时间内扎实掌握大纲所要求的知识,顺利通过考试。

《应试指导及历年考点串讲》系列共有 12 本,覆盖 36 个考试专业。这个系列的突出特点,是分析了历年两千道考试题,串讲历年考点,把握考试命题方向,有针对性地对考点知识进行详尽叙述。

《模拟试卷及解析(纸质版)》系列是针对专业人数较多的 36 个专业出版的,共有 35 个品种。每个专业有 5 套卷,2 000 题。这个系列的突出特点,是试题质量非常高,贴近真实考试的出题思路及出题方向。

《模拟试卷及解析(网上电子版)》系列共有 104 个品种,对应 102 个考试专业。每个专业有 4 套卷,1 600 题。其突出的特点,是专业相当齐全。考虑到部分专业每年考生数量太少,无法出版纸质书和纸质试卷的情况,《模拟试卷及解析

(网上电子版)》系列满足了这些专业考生的特殊需求。同时,针对从 2009 年开始临床医学、全科医学、中医类、计划生育等 65 个专业采用人机对话考试形式的新情况,《模拟试卷及解析(网上电子版)》采用了真实考试的人机对话界面,高度仿真,考生可提前感受与适应考试的真实环境,从而有助于提高考试通过率。

同一个专业纸质版与网络电子版试卷中的试题不同,其复习参考价值都非常重要。为了达到互为补充、互为促进的效果,建议两者结合使用。

根据国务院新颁布的《护士条例》的有关精神,2008 年开始,允许在校应届毕业生参加当年的护士执业考试。为此,我们专门为参加护理、助产专业初级(士)与护士执业资格考试的考生准备了一套“护考急救包”。该包由相互关联、配套的 3 部分组成:一本学习指导教材即《护理学(士)与护士执业应试指导及历年考点串讲》,一张 DVD 光盘即《护理学(士)与护士执业视频课程》(内含 147 学时的基础学习视频辅导课件),一张上网学习卡即《护理学(士)与护士执业学习卡》(内含 11 套高仿真模拟试卷及近万道可对学习效果实施进行性、个性化评价的练习题库)。近两年,使用该护考急救包的考生与现场培训相结合,考试通过率达 92%,远高于全国的平均通过率。

由于编写及出版的时间紧、难度大、任务重,书中如有不足,请读者批评指正。

人民军医出版社

2008 年 12 月

儿科学专业中级资格考试

答案与解析

 **人民军医出版社**
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

模拟试卷一答案与解析

基础知识

1. C。6岁左右萌出第一颗恒牙(第一恒磨牙,在第二乳磨牙之后);6~12岁阶段乳牙逐个被同位恒牙替换,其中第1、2双尖牙代替第1、2乳磨牙,此期为混合牙列期;12岁萌出第二恒磨牙;17-18岁萌出第三恒磨牙(智齿),也有终生第三恒磨牙不萌出者。

2. B。

3. B。EB病毒是一种嗜淋巴细胞的DNA病毒,属疱疹病毒属,1964年由 Epstein、Barr等在非洲儿童的恶性淋巴瘤组织培养中发现,1968年由 Henle等确定为传染性单核细胞增多症的病原体。

4. D。伤寒杆菌菌体裂解时释放强烈的内毒素是致病的主要因素。病菌经口入胃,如未被胃酸消灭,则入小肠上部肠壁淋巴组织繁殖后经胸导管及门脉入血,是原发菌血症期,此期无症状称潜伏期,伤寒杆菌随血流进入全身如肝、脾、胆囊、肾、骨髓中继续大量繁殖,再次入血引起第二次菌血症并释放内毒素,产生临床症状。

5. B。感染本病的孕妇可以通过胎盘,产程中及产后血性分泌物或喂奶等方式传播给婴儿。

6. D。常见症状①肝大、脾大,出现黄疸。②鼻炎为早期特征,生后1周出现鼻塞,分泌物早期清,继之呈脓、血性,含大量病原体,极具传染性,当鼻黏膜溃疡累及鼻软骨时形成“鞍鼻”。③掌、跖部还可见梅毒性天疱疮。其分布比形态更具特征性,最常见于口周、鼻翼和肛周。④骨损害。⑤全身淋巴结肿大,无触痛,滑车上淋巴结肿大具有诊断价值。⑥贫血,白细胞减少或增多,血小板减少。

7. A。隐球菌性脑膜炎临床和脑脊液改变与结核性脑膜炎相似,但病情进展可能更缓慢,头痛等颅压增高表现更持续和严重。诊断有赖于脑脊液涂片墨汁染色和培养找到致病菌。

8. D。珠蛋白生成障碍性贫血由于珠蛋白基因的缺陷使血红蛋白中的珠蛋白肽链有一种或几种合成减少或不能合成,导致血红蛋白的组成成分改变。患者红细胞膜的通透性增加,红细胞渗透脆性降低,从而导致红细胞的寿命缩短,患儿在临床上呈慢性溶血性贫血。

9. E。新生儿体温调节中枢功能尚不完善,皮下脂肪薄,体表面积相对较大,皮肤表皮角质层差,易散热,早产儿尤甚。寒冷时无寒战反应而靠棕色脂肪化学产热。

10. A。新生儿窒息时采用国际公认的ABCDE复苏方案。①A清理呼吸道;②B建立呼吸;③C维持正常循环;④D药物治疗;⑤E评估。前三项最重要,其中A是根本,B是关键,评估贯穿于整个复苏过程中。

11. B。是学龄儿童及青年常见的一种肺炎,婴幼儿亦不少见。本病全年均可发生。

12. A。急性呼吸道感染是我国儿童的常见病,其中肺炎是我国5岁以下儿童死亡的第一位原因。我国每年有30万左右5岁以下儿童死于肺炎,占西太平洋地区5岁以下儿童急性呼吸道感染死亡总数的2/3,占世界的7%。与滥用抗生素致耐药菌增加有关。

13. C。婴儿胃略呈水平位,当开始行走时其位置变为垂直。由于贲门和胃底部肌张力低,幽门括约肌发育较好,故易发生幽门痉挛而出现呕吐。小儿肠管相对比成人长,一般为身长的5~7倍。小儿肠黏膜肌层发育

差,肠系膜柔软而长,结肠无明显结肠带与脂肪垂,升结肠与后壁固定差,易发生肠扭转和肠套叠。

14. E。从痰、胃液(婴幼儿可抽取空腹胃液)、脑脊液、浆膜腔液中找到结核杆菌是重要的确诊依据。

15. B。室间隔缺损是法洛三联症的基本病变。

16. E。原始心脏于胚胎第2周开始形成后,约于第4周起有循环作用,至第8周房室间隔已完全长成,即成为四腔心脏。先天性心脏畸形的形成主要就是在这一时期。

17. B。

18. E。学龄儿童每日排尿量少于400ml/m²,学龄前儿童少于300ml/m²,婴幼儿少于200ml/m²时为少尿;每日尿量少于50ml/m²为无尿。

19. B。肾小管酸中毒有原发性和继发性,原发者见于先天性肾小管功能缺陷,多为常染色体显性遗传,也有隐性遗传和特发病例。

20. C。婴儿痉挛以1岁前婴儿期起病(生后4~8月为高峰)、频繁的痉挛发作、特异性高幅失律 EEG 图形及病后精神运动发育倒退为其基本临床特征。

21. A。痉挛型脑瘫最常见,占全部病例的50%~60%。主要因锥体系受累,表现为上肢肘、腕关节屈曲,拇指内收,手紧握拳状。下肢内收交叉呈剪刀腿和尖足。

22. D。其余是反映纤维蛋白形成和纤维蛋白溶解亢进的检查。

23. C。营养性缺铁性贫血时白细胞和血小板基本正常。

24. A。von Willebrand 因子缺乏是血友病甲的病因。

25. A。凡具备下述1项或多项与小儿急淋预后密切相关的危险因素者为 HR-ALL:①<12个月的婴儿白血病;②诊断时已发生中枢神经系统白血病和(或)睾丸白血

病者;③染色体核型为 t(4;11)或 t(9;22)异常者;④少于45条染色体的低二倍体者;⑤诊断时外周血白细胞计数 $> 50 \times 10^9/L$ 者;⑥泼尼松试验不良效应者;⑦标危型急淋经诱导化疗6周不能获完全缓解者。

26. E。川崎病病理变化为全身性血管炎,好发于冠状动脉。于疾病1~6周可出现心包炎、心肌炎、心内膜炎、心律失常,发生冠状动脉瘤或狭窄者,可无临床表现,少数可有心肌梗死的症状。冠状动脉损害多发生于病程2~4周,但也可于疾病恢复期。心肌梗死和冠状动脉瘤破裂可致心源性休克甚至猝死。

27. D。DiGeorge 综合征是由于胚胎早期第Ⅲ、Ⅳ咽囊发育障碍而使来源于它的器官,如胸腺、甲状旁腺和大血管(如主动脉弓)等发育不全。其主要临床特征为:抗感染能力低下,出生后即有反复感染,新生儿低钙血症和手足抽搐,伴有先天性心血管畸形,外周血 T 细胞数量明显减少或缺如,接种麻疹疫苗、卡介苗等减毒活疫苗时可引起全身感染,甚至死亡。

28. D。正常幼儿在2~3岁时已能控制排尿,如在5岁后仍发生不随意排尿即为遗尿症。

29. D。原发性遗尿症较多见,多半有家族史,男多于女(2~3:1),无器质性病变,多因控制排尿的能力迟滞所致;继发性遗尿症大多由于全身性或泌尿系疾病,如糖尿病、尿崩症等引起,其他如智力低下、神经精神创伤、泌尿道畸形、感染,尤其是膀胱炎、尿道炎、会阴部炎症等也可引起继发性遗尿现象。

30. C。1994年Friedman 研究组定位克隆了肥胖基因表达产物——瘦素,发现瘦素作用于下丘脑,可减少摄食、降低体重,开启了脂肪组织内分泌功能研究的新时代。次年,Scherer 等发现新的脂肪细胞特异性蛋白-脂联素,此后各种脂源性激素陆续被发现,脂肪组织作为内分泌器官的观点逐渐被

接受。

31. A。

32. C。

33. D。肥胖性心肺功能不全综合征亦称为皮克威克综合征或肥胖-换气不良综合征。多发于极度肥胖的患者,是肥胖症患者中一种常见、严重的并发症。发生的主要原因与患者胸腔、腹腔内脂肪组织增多,导致主持呼吸功能的胸腔容积缩小,膈肌运动受限,患者肺部通、换气功能受限所致。

34. D。中度脱水:患儿精神萎靡或烦躁不安;皮肤苍白、干燥、弹性较差,眼窝和前囟明显凹陷,哭时泪少,口唇黏膜干燥;四肢稍凉,尿量明显减少。唇樱红,呼吸深快提示酸中毒。

35. A。急性腹泻病考虑为等渗性脱水,等渗脱水补 $1/2$ 张含钠液。中度脱水累积损失量为 $50\sim 100\text{ml/kg}$ 。

36. C。患儿为 6 个月内小婴儿,有颅骨软化现象,考虑为佝偻病激期,此期血生化除血清钙稍低外,血清 25-(OH)D_3 下降、PTH 升高、血磷降低、碱性磷酸酶升高更明显。X 线显示长骨钙化带消失,干骺端呈毛刷样、杯口状改变;骨骺软骨盘增宽($>2\text{mm}$);骨质稀疏,骨皮质变薄;可有骨干弯曲畸形或青枝骨折,骨折可无临床症状。

37. B。治疗后临时钙化带才会重新出现。

38. B。

39. A。血尿的诊断首先要区分是真性血尿还是假性血尿,以镜检为准。

40. E。血尿确定后,首先判断血尿的来源,然后确定原发病因。目前常用方法有①尿沉渣红细胞形态学检查:若以异形红细胞为主($>60\%$)则提示为肾小球性血尿;②尿中红细胞平均体积测定:若 $\text{MCV}<72\text{fl}$ 且呈小细胞分布,则说明血尿来源于肾小球,此法敏感性为 95% ,特异性为 96% ,且可克服检测者主观的误差;③尿沉渣检查见到红

细胞管型和肾小管上皮细胞,表明血尿为肾实质性。

41. C。IgA 肾病单纯性血尿和轻度蛋白尿无特殊治疗,表现为大量蛋白尿或肾病综合征用糖皮质激素和细胞毒药物治疗,表现为急进性肾小球肾炎用甲强龙或环磷酰胺冲击治疗。

42. D。吉兰-巴雷综合征(GBS)又称急性感染性多发性神经根炎,是当前我国和多数国家小儿最常见的急性周围神经病。该病以肢体对称性弛缓性瘫痪为主要临床特征。病程自限,大多会在数周内完全恢复,但严重者急性期可死于呼吸肌麻痹。

43. E。

44. D。GBS 的病因虽不完全明了,但近年的相关研究取得很大进展,多数学者强调本病是一种急性免疫性周围神经病,多种因素均能诱发病,但以空肠弯曲菌等前驱感染为主要诱因。该菌感染后,血清中同时被激发抗 GM_1 和抗 GD_{1a} 等抗神经节苷脂自身抗体,导致周围神经免疫性损伤。

45. C。21 羟化酶缺乏症是先天性肾上腺皮质增生症中最常见的一种,占典型病例的 $90\%\sim 95\%$ 。

46. D。17-OHP 基础值升高是 21 羟化酶缺乏症的特异性指标,它还可用于监测药物剂量和疗效。

47. C。先天性肾上腺皮质增生症者醛固酮合成减少,使远端肾小管排钠过多,排钾过少,出现低血钠、高血钾、代谢性酸中毒等。

48. A。根据临床表现、血象和骨髓象可诊断为巨幼红细胞性贫血。

49. A。孕 9~11 周取绒毛膜活检进行胎儿 DNA 分析。

50. E。湿疹、血小板减少伴免疫缺陷(WAS)发病于婴幼儿期,临床表现为湿疹、反复感染和血小板减少。

51. A。免疫缺陷。

52. A。WAS 患者膜蛋白糖苷化障碍,

故 CD43 等表达障碍。随年龄增长,病情加重,淋巴瘤发病率增加。胸腺移植和胸腺因子治疗可达到完全或部分免疫重建。

53. C。风湿热的诊断有赖于临床表现和实验室检查的综合分析;1992 年修改的 Jones 诊断标准包括 3 个部分:①主要指标;②次要指标;③链球菌感染的证据。在确定链球菌感染证据的前提下,有两项主要表现或一项主要表现伴两项次要表现即可诊断。

54. A。风湿热的诊断标准

主要表现	次要表现	链球菌感染证据
心脏炎	发热	咽拭培养阳性或
多关节炎	关节痛	快速链球菌抗原 试验阳性
舞蹈病	血沉增高	抗链球菌抗体滴 度升高
环形红斑	CRP 阳性	近期猩红热病史
皮下小结	P-R 间期延长	

55. E。风湿热治疗:青霉素 80 万单位肌注,每日 2 次,持续 2 周,以彻底清除链球菌感染。心脏炎时宜早期使用糖皮质激素。无心脏炎的患儿可用阿司匹林,每日 100mg/kg,最大量≤3g/d,分次服用,2 周后逐渐减量,疗程 4~8 周。

56. A。新生儿呼吸窘迫综合征(RDS)又称肺透明膜病由于缺乏肺表面活性物质(PS),呼气末肺泡萎陷,致使生后不久出现进行性加重的呼吸窘迫和呼吸衰竭。主要见于早产儿,胎龄愈小,发病率愈高。

57. A。

58. A。PS 替代疗法,可明显降低 RDS 病死率及气胸发生率,同时可改善肺顺应性和通换气功能,降低呼吸机参数。PS 目前已常规用于预防或治疗 RDS。

59. A。人体各器官系统的发育顺序遵循一定规律。如神经系统发育较早,脑在生后 2 年发育较快;淋巴系统在儿童期迅速生长,于青春前期达高峰,以后逐渐下降;生殖系统发育较晚。

60. C。

61. E。侵袭性细菌性肠炎,全年均可发病,多见于夏季。常引起志贺杆菌性痢疾样病变。起病急,大便呈黏液状,带脓血,有腥臭味。常伴恶心、呕吐、腹痛和里急后重,可出现严重的中毒症状如高热、意识改变,甚至感染性休克。大便镜检有大量白细胞及数量不等的红细胞。

62. C。产毒性细菌引起的肠炎,多发生在夏季。潜伏期 1~2 天,起病较急。轻症仅大便次数稍增,大便性状轻微改变。重症腹泻频繁,量多,呈水样或蛋花样,混有黏液,镜检无白细胞。伴呕吐,常发生脱水,电解质和酸碱平衡紊乱。病原体侵入肠道后,一般仅在肠腔内繁殖,黏附在肠上皮细胞刷状缘,不侵入肠黏膜。细菌在肠腔释放 2 种肠毒素,即不耐热肠毒素(LT)和耐热肠毒素(ST),LT 与小肠上皮细胞膜上的受体结合后激活腺苷酸环化酶,致使三磷酸苷(ATP)转变为环磷酸腺苷(cAMP),cAMP 增多后即抑制小肠绒毛上皮细胞吸收 Na^+ 、 Cl^- 和水,并促进肠腺分泌 Cl^- ;ST 则通过激活鸟苷酸环化酶,使三磷鸟苷(GTP)转变为环磷酸鸟苷(cGMP),cGMP 增多后亦使肠上皮细胞减少 Na^+ 和水的吸收,促进 Cl^- 分泌。两者均使小肠液总量增多,超过结肠的吸收限度而发生腹泻,排出大量水样便,导致患儿脱水和电解质紊乱。

63. B。轮状病毒是秋、冬季小儿腹泻最常见的病原,大便次数多、量多、水分多,黄色水样或蛋花样便带少量黏液,无腥臭味,大便镜检偶有少量白细胞。病毒在小肠绒毛顶端的柱状上皮细胞上复制,使细胞发生空泡变性和坏死,受累肠黏膜上皮细胞脱落,遗留不规则裸露病变,小肠黏膜回吸收水分和电解质能力受损,肠液在肠腔内大量积聚而引起腹泻。

64. B。病毒性肺炎和支原体肺炎均为间质性肺炎。

65. B。

66. E。

67. B。年龄越小,心率越快,新生儿为120~140次/分,婴儿110~130次/分,2~3岁100~120次/分,4~7岁80~100次/分,8~14岁70~90次/分。

68. C。

69. D。

70. E。IgA肾病以血尿为主要症状,表现为反复发作性肉眼血尿,多在上呼吸道感染后24~48小时出现血尿,多无水肿、高血压,血C3正常。确诊靠肾活检免疫病理诊断。

71. A。24小时尿蛋白定量检查超过40mg/(h·m²)或>50mg/(kg·d)为肾病范围的蛋白尿。

72. C。尿路感染若不及时治疗,反复感染可导致瘢痕形成,静脉肾盂造影加断层摄片可检查肾瘢痕形成。

73. A。新生儿已有视觉感应功能,瞳孔有对光反应,在安静清醒状态下可短暂注视物体,但只能看清15~20cm内的事物。

74. B。细动作发育过程:3~4个月时握持反射消失;6~7个月时出现换手与捏、敲等探索性动作;9~10个月时可用拇、示指拾物,喜撕纸;12~15个月时学会用钥匙,乱涂画;18个月时能叠2~3块方积木;2岁时可叠6~7块方积木,会翻书。

75. C。浅反射:腹壁反射要到1岁后才比较容易引出,最初的反应呈弥散性。提睾反射要到出生4~6个月后才明显。

76. E。

77. A。

78. A。胰岛是胰腺的内分泌组织,由散布在胰腺各处的数10万~200万个具有内分泌功能的细胞团块组成。已知至少有5种胰岛细胞。其中α(A)细胞约占20%,分泌胰高血糖素;β(B)细胞占50%以上,分泌胰岛素;δ(D)细胞分泌生长抑素。此外,还

有少量分泌胰多肽的PP细胞和功能尚不明的δ1(D1)细胞。

79. C。

80. E。

81. C。胸腺发育不全:染色体22q11-pter持续基因缺失,引起心脏畸形、面部异常、胸腺发育不良,腭裂和低钙血症。部分缺失者上述表现仅部分出现,称为不全性胸腺发育不全。约20%的病例出现T细胞功能异常;存活的婴儿随年龄增长,受损的T细胞功能可自然恢复。

82. A。X连锁无丙种球蛋白血症:IgM、IgG和IgA均明显下降或缺如,外周血B细胞极少或缺如。淋巴器官生发中心缺如,T细胞数量和功能正常。B细胞浆内Bruton酪氨酸激酶基因突变为其病因。感染症状轻重不一,易发生化脓性和肠道病毒感染。

83. E。T和B细胞均缺如(T⁻B⁻SCID):均为常染色体隐性遗传。①RAG-1/-2缺陷,RAG-1或RAG-2基因突变,外周血T和B细胞计数均明显下降,于婴儿期发病;②腺苷脱氢酶(ADA)缺陷,ADA基因突变使ADA的毒性中间代谢产物累积,抑制T、B细胞增殖和分化。多数病例早年发生感染,极少数轻症在年长儿或成人发病;③网状发育不良:为淋巴干细胞和髓前体细胞发育成熟障碍,外周血淋巴细胞、中性粒细胞和血小板均严重减少,常死于婴儿期。

84. A。6个月龄以内婴儿的佝偻病以颅骨改变为主,前囟边较软,颅骨薄,检查者用双手固定婴儿头部,指尖稍用力压迫枕骨或顶骨的后部,可有压乒乓球样的感觉。

85. E。小儿开始站立与行走后双下肢负重,可出现股骨、胫骨、腓骨弯曲,形成严重膝内翻("O"形)或膝外翻("X"形)。

86. D。患儿会坐与站立后,因韧带松弛可致脊柱畸形。

87. B。

88. A。ARDS 时因肺水肿使肺顺应性由正常量 500 ~ 1 250ml/kPa 降至 90 ~ 130ml/kPa, Q_s/Q_T (肺内分流占心排量)%由正常<0.5%增至 10%以上。

89. D。

90. ABCD。WHO 推荐的 ORS 为 NaCl 3.5g, NaHCO_3 2.5g, 枸橼酸钾 1.5g, 葡萄糖 20.0g, 加水到 1 000ml 配成。其电解质的渗透压为 220mmol/L(2/3 张), 总渗透压为 310mmol/L。此液中葡萄糖浓度为 2%, 有利于 Na^+ 和水的吸收; Na^+ 的浓度为 90mmol/L, 适用于纠正累积损失量和粪便中的电解质丢失量; 含有一定量的钾和碳酸氢根, 可补充钾和纠正酸中毒。ORS 一般适用于轻度或中度脱水无严重呕吐者, 在用于补充继续损失量和生理需要量时需适当稀释。

91. BCDE。假月经是新生儿期常见的几种特殊生理状态之一。部分女婴出生后 5~7 天阴道流出少许血性分泌物, 或大量非脓性分泌物, 可持续 1 周。上述现象均由于来自母体的雌激素中断所致。

92. ABCDE。LES 压力降低是引起 GER 的主要原因; 当食管蠕动减弱或消失、或出现病理性蠕动时, 食管清除反流物的能力下降, 这样就延长了有害的反流物质在食管内停留时间, 增加了对黏膜的损伤; 小婴儿食管角(由食管和胃贲门形成的夹角, 即 His 角)较大; 胃排空能力低下, 使胃内容物及其压力增加, 当胃内压增高超过 LES 压力时可使 LES 开放; GER 常常发生于睡眠、仰卧位及空腹时。

93. BCDE。支气管哮喘是由多种细胞特别是肥大细胞、嗜酸性粒细胞和 T 淋巴细胞参与的气道慢性炎症, 引起气道高反应, 导致可逆性气道阻塞性疾病。临床表现为反复发作性喘息, 呼吸困难、胸闷或咳嗽。诱发因素①呼吸道感染; ②非特异性刺激物(如灰尘、冷空气), 气候变化, 剧烈运动, 食物(蛋、

鱼、虾等)和药物(如阿司匹林等)。多数患儿可自行或经治疗缓解。

94. ABCD。小儿时期心衰以 1 岁以内发病率最高, 其中尤以先天性心脏病引起者最多见。心力衰竭也可继发于病毒性、川崎病、心肌病、心内膜弹力纤维增生症等。儿童时期以风湿性心脏病和急性肾炎所致的心衰最为多见。另外, 贫血、营养不良、电解质紊乱、严重感染、心律失常和心脏负荷过重等都是儿童心衰发生的诱因。

95. CD。异形红细胞为主(>60%)提示为肾小球性血尿。非肾小球性血尿①伴有尿频、尿急、尿痛, 应考虑泌尿道感染, 其次为肾结核; ②伴有低热、盗汗、消瘦应考虑肾结核; ③伴有皮肤黏膜出血应考虑出血性疾病; ④伴有出血、溶血、循环障碍及血栓症状, 应考虑 DIC 或溶血尿毒综合征; ⑤伴有肾绞痛或活动后腰痛应考虑肾结石; ⑥伴有外伤史应考虑泌尿系统外伤; ⑦伴有肾区肿块应考虑肾肿瘤或肾静脉栓塞; ⑧近期使用肾毒性药物, 应考虑急性间质性肾炎; ⑨无明显伴随症状时, 应考虑肾静脉受压综合征、特发性高钙尿症、肾微结石、肾盏乳头炎、肾小血管病及肾盂、尿路息肉、憩室。

96. BCE。临床上, 上运动神经元损伤引起的随意运动麻痹, 伴有肌张力增高, 呈痉挛性瘫痪; 深反射亢进; 浅反射(如腹壁反射、提睾反射等)减弱或消失; 可出现病理反射。

97. AC。右心衰时, 右心室射血量减少, 心舒期右心室压力较高, 血液淤积在右心房和大静脉内, 中心静脉压升高, 回心血量减少; 人在高温环境中, 皮肤血管扩张, 容纳的血液量增多, 回心血量减少。

98. AD。网织红细胞计数可反映骨髓造血红细胞的功能。增多提示骨髓造血功能活跃, 可见于急慢性溶血或失血性贫血; 减少提示造血功能低下, 可见于再生障碍性贫血、营养性贫血等。网织红细胞数在初生 3 天内为 0.04~0.06, 于生后第 7 天迅速下降至 0.02

以下,并维持在较低水平,约 0.003,以后随生理性贫血恢复而短暂上升,婴儿期以后约与成人相同。

99. ABC。

100. ABCD。霍乱病人在发病期间可连续排菌,病人粪便和排泄物均带菌;伤寒患者在潜伏期末就有传染性,在整个病程中自粪便中排菌;甲型病毒性肝炎和脊髓灰质炎主要通过粪-口传播;乙型病毒性肝炎主要通过母婴和血液、体液途径传播。

相关专业知 识

1. E。自头顶至耻骨联合上缘为上部量,代表扁骨的生长;自耻骨联合上缘至脚底为下部量,代表长骨的生长。新生儿的上部量占身长的 60%,下部量占身长的 40%,12 岁时,上、下部量基本相等。

2. C。

3. C。支气管肺炎 X 线检查早期肺纹理增强,以后两肺下野、中内带出现大小不等的点状或小片絮状影,或融合成片状阴影甚至波及节段。可伴肺气肿、肺不张。伴发脓胸时,早期患侧肋膈角变钝,积液多时患侧呈一片致密阴影。脓气胸或肺大疱者则有相应的 X 线改变。

4. D。

5. B。HIV 是单链 RNA 病毒。

6. E。血象改变是传染性单核细胞增多症的重要特征。早期白细胞总数多在正常范围或稍低,发病 1 周后,白细胞总数增高,一般为 $(10 \sim 20) \times 10^9/L$,高者可达 $60 \times 10^9/L$ 。单核细胞增多为主,占 60% 以上。异常淋巴细胞增多 10% 以上或其绝对值超过 $1.0 \times 10^9/L$ 时具有诊断意义。

7. A。鼠伤寒沙门菌感染是侵袭性细菌感染,可引起渗出性腹泻,可直接侵袭小肠或结肠肠壁,使黏膜充血、水肿,炎症细胞浸润引起渗出和溃疡等病变。患儿排出含有大量白细胞和红细胞的菌痢样粪便。

8. A。急性会厌炎常见的病毒为副流感病毒、流感病毒和腺病毒,常见的细菌为金黄色葡萄球菌、链球菌和肺炎链球菌。

9. E。急性细菌性痢疾中毒型按临床表现分 3 型:休克型、脑型、肺型。

10. E。营养性巨幼细胞贫血精神神经症状明显。其余几项无特异性。

11. A。后囟 6~8 周闭合,体重 4kg,提示生后 1 个月左右。

12. D。羊乳的营养价值与牛乳大致相同,蛋白质凝块较牛奶细而软,脂肪颗粒大小与人乳相仿。但羊乳中叶酸含量很少,长期喂羊乳易致巨幼细胞贫血。

13. D。弥散性血管内凝血是由多种病因所引起、发生于许多疾病过程中的一种获得性出血综合征。其主要特征是在某些致病因素作用下,血液凝固机制被激活,凝血功能亢进,在毛细血管和(或)小动、静脉内有大量纤维蛋白沉积和血小板凝集,形成广泛的微血栓。由于凝血过程加速,消耗了大量的血浆凝血因子和血小板,同时激活了纤维蛋白溶解系统,引起继发性纤维蛋白溶解亢进,从而导致广泛性出血、循环障碍、栓塞和溶血等一系列临床表现。当肝素过量引起出血时可用鱼精蛋白锌中和。

14. A。维生素 D 缺乏性手足搐搦症主要表现为惊厥、喉痉挛和手足搐搦,并有程度不等的活动期佝偻病的表现。

15. B。佝偻病是由于儿童体内维生素 D 不足使钙、磷代谢紊乱,产生的一种以骨骼病变为特征的全身慢性营养性疾病。

16. C。溃疡性结肠炎结肠镜检查特征性病变有:黏膜上多发性浅溃疡、黏膜粗糙、血管模糊、假息肉。特征性改变中的至少一项结合黏膜活检可确诊。

17. A。对伴有循环不良和休克的重度脱水患儿,开始应快速输入等渗含钠液(生理盐水或 2:1 液)按 20ml/kg 于 30min~1h 输入。

18. B。三度房室传导阻滞时,房室传导组织有效不应期极度延长,使 P 波全部落在了有效不应期内,完全不能下传到心室,心房与心室各自独立活动,彼此无关。心室率较心房率慢。

19. B。继发孔型房间隔缺损时右心房、右心室增大,心电图电轴右偏平均额面电轴为 $+95^{\circ} \sim +170^{\circ}$ 。P-R 间期延长, V_1 及 V_3R 导联呈 rSr' 或 rsR' 等不完全性右束支传导阻滞的图形。

20. C。

21. D。24 小时尿蛋白定量检查超过 $40\text{mg}/(\text{h} \cdot \text{m}^2)$ 或 $>50\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 为肾病范围的蛋白尿。

22. D。尿细菌培养及菌落计数是诊断尿路感染的主要依据。通常认为中段尿培养菌落数 $\geq 10^5/\text{ml}$ 可确诊。 $10^4 \sim 10^5/\text{ml}$ 为可疑, $<10^4/\text{ml}$ 系污染。

23. D。脑脊液检查正常值:压力 $0.69 \sim 1.9 \text{ kPa}$,外观清亮,白细胞数 $(0 \sim 10) \times 10^6/\text{L}$,蛋白质 $0.2 \sim 0.4 \text{ g/L}$,糖 $2.8 \sim 4.5 \text{ mmol/L}$,氯化物 $117 \sim 127 \text{ mmol/L}$ 。

24. D。

25. B。80%~90%的 GBS 患者脑脊液中蛋白增高,但白细胞计数和其他均正常,乃本病特征。然而,这种蛋白-细胞分离现象一般要到起病后第 2 周才出现。

26. E。

27. D。 PaCO_2 降低是继发性改变,由代谢性酸中毒深大呼吸所致。

28. D。

29. D。

30. D。

31. E。

32. B。高 IgM 综合征 70% 为 X-连锁遗传,病因为 T 细胞 CD40 配体基因突变,其余为常染色体隐性遗传。

33. A。

34. C。

35. A。

36. A。

37. D。营养性缺铁性贫血血红蛋白降低比红细胞数减少明显,呈小细胞低色素性贫血。网织红细胞数正常或轻度减少,白细胞、血小板一般无改变。营养性巨幼细胞贫血呈大细胞性贫血,网织红细胞、白细胞、血小板计数常减少。

38. D。血清铁(SI)、总铁结合力(TIBC)和转铁蛋白饱和度(TS)这三项检查是反映血浆中铁含量,缺铁性贫血时 SI 和 TS 降低,TIBC 升高。

39. D。

40. C。毛细支气管炎仅发生于 2 岁以下小儿,多数在 6 个月以内。喘憋和肺部哮鸣音为其突出表现。主要表现为下呼吸道梗阻症状,出现呼气性呼吸困难,呼气相延长伴喘鸣。呼吸困难可呈阵发性,间歇期呼气性喘鸣消失。严重发作者,面色苍白、烦躁不安,口周和口唇发绀。

41. E。毛细支气管炎主要由呼吸道合胞病毒引起,副流感病毒、某些腺病毒及肺炎支原体也可引起本病。最近发现人类偏肺病毒也是引起毛细支气管炎的病原体。

42. E。

43. D。溃疡性结肠炎和克罗恩病均有腹痛、腹泻、胃肠道症状和结节性红斑等肠外表现,前者以腹泻、黏液血便为主要表现;后者以腹痛为主要表现,粪便多为糊状,一般无脓血或黏液。

44. D。

45. B。

46. D。葡萄糖耐量试验用于空腹血糖正常或正常高限,餐后血糖高于正常而尿糖偶尔阳性的患儿。试验方法:试验当日自 0 时起禁食;清晨口服葡萄糖($1.75\text{g}/\text{kg}$),最大量不超过 75g,每克加水 2.5ml,于 3~5 分钟内服完;口服前(0 分)及口服后 60,120 和 180 分钟,分别测血糖。

47. D。口服前(0分)及口服后60,120和180分钟,分别测血糖。结果:正常人0分钟血糖 $<6.7\text{mmol/L}$,口服葡萄糖后60和120分钟后血糖分别低于10.0和7.8mmol/L;糖尿病患儿120分钟血糖值 $>11\text{mmol/L}$ 。试验前应避免剧烈运动、精神紧张,停药双氢克尿噻、水杨酸等影响糖代谢的药物。

48. C。血红蛋白在红细胞内与血中葡萄糖或磷酸化葡萄糖呈非酶化结合,形成糖化血红蛋白(HbA1c),可反映红细胞半寿期近60天内的血糖平均水平,其量与血糖浓度呈正相关。正常人HbA1c $<7\%$,治疗良好的糖尿病患儿应 $<9\%$,如 $>12\%$ 时则表示血糖控制不理想。因此,HbA1c可作为患儿近期病情是否得到满意控制的指标。

49. B。 $(21-19.5)/21=7\%$,体重减少7%,属于中度脱水;病程2天考虑急性病变,结合临床表现四肢凉、尿少,提示等渗性脱水。故答案选择中度等渗性脱水。

50. B。

51. D。

52. D。

53. C。

54. B。

55. D。

56. D。移动性浊音阳性,听诊肠鸣音消失提示穿孔性腹膜炎。

57. E。

58. D。

59. E。诊断智能迟缓应该符合以下三点:①在小儿时期起病;②智商一般在70以下;③社会适应能力的缺陷。

60. D。智力低下的诊断和分级必须结合适应性行为的评定结果。

61. B。胎粪吸入综合征两肺透亮度增强伴有节段性或小叶肺不张,也可仅有弥漫性浸润影或并发纵隔气肿、气胸等。

62. D。RDS胸片表现较特异①毛玻璃

样改变;两肺呈普遍性透过度降低,可见弥漫性均匀一致的细颗粒(肺泡不张)网状影。见于RDS初期或轻型病例;②支气管充气征:在普遍性肺泡不张(白色)的背景下,呈树枝状充气的支气管(黑色)清晰显示,RDS中、晚期或较重病例多见;③白肺:整个肺野呈白色,肺肝界及肺心界均消失。见于严重RDS。动态拍摄X线胸片有助于诊断及治疗效果的评估。

63. E。湿肺多见于足月儿。系肺淋巴和(或)静脉吸收肺液功能暂时低下,使其积留于淋巴管、静脉、间质、叶间胸膜和肺泡等处,影响气体交换。生后数小时内出现呼吸增快(>60 次/分),但吃奶佳、哭声响亮及反应好,重者也可有发绀和呻吟等。听诊呼吸音减低,可有湿啰音。X线胸片显示肺气肿、肺门纹理增粗和斑点状云雾影,常见毛发线(叶间积液),对症治疗即可。一般2~3天症状缓解消失。

64. A。洛赛克是质子泵抑制剂,作用于胃黏膜壁细胞,降低壁细胞中的 $\text{H}^+-\text{K}^+-\text{ATP}$ 酶活性,阻抑 H^+ 从细胞浆内转移到胃腔而抑制胃酸分泌。

65. D。

66. E。麦滋林-S颗粒剂,有保护胃黏膜、促进溃疡愈合的作用。

67. E。法洛四联症心脏大小一般正常或稍增大,典型者前后位心影呈“靴形”,即心尖圆钝上翘,肺动脉段凹陷,上纵隔较宽,肺门血管影缩小,两侧肺纹理减少,透亮度增加,年长儿可因侧支循环形成,肺野呈网状纹理,25%的患儿可见到右位主动脉弓阴影。

68. D。动脉导管未闭分流量大者心胸比率增大,左心室增大,心尖向下扩张,左心房亦轻度增大。肺血增多,肺动脉段突出,肺门血管影增粗。肺动脉高压时,肺门处肺动脉总干及其分支扩大,而远端肺野肺小动脉狭小,左心室有扩大肥厚征象。主动脉结正常或凸出。

69. C。X线表现对分流较大的房间隔缺损具有诊断价值,心脏外形轻至中度增大,以右心房及右心室为主,心胸比大于0.5。

70. D。远端肾小管酸中毒是由于远端肾小管排泄 H^+ 障碍,尿 NH_4^+ 及可滴定酸排出减少所致。病人由于长期处于酸中毒状态,致使骨质脱钙、骨骼软化而变形,骨质游离出的钙可导致肾钙化或尿路结石。

71. E。溶血性尿毒症综合征时血红蛋白下降明显,可低至 $30\sim 50g/L$,末梢血网织红细胞明显增高,血涂片可见红细胞形态异常,呈三角形、芒刺形、盔形及红细胞碎片等。白细胞(WBC)数大多增高,可达 $(20\sim 30)\times 10^9/L$,血小板减少见于90%的病人,可低至 $10\times 10^9/L$,持续1~2周后逐渐升高。骨髓检查见巨核细胞数目增多、形态正常,未能测出血小板抗体,Coomb试验阴性。

72. B。单纯性肾病最主要的病理变化是微小病变型。

73. B。典型屈曲性痉挛发作时,婴儿呈点头哈腰屈(或伸)腿状,伸展性发作时婴儿呈角弓反张样。痉挛多成串地发作,每串连续数次或数十次,动作急速,可伴有婴儿哭叫。常于思睡和甦醒期加重。高幅失律EEG图形对本病诊断有价值。

74. D。失神发作:发作时突然停止正在进行的活动,意识丧失但不摔倒,手中物品不落地,两眼凝视前方,持续数秒钟后意识恢复,对刚才的发作不能回忆,过度换气往往可以诱发其发作。EEG有典型的全脑同步3Hz棘慢复合波。

75. A。复杂局灶性发作:见于颞叶和部分额叶癫痫发作。

76. C。患儿牛乳及米糊喂养,未加辅食,面色苍白,呆滞,肝脾大。血涂片可见红细胞大小不等,以大细胞为多,易见嗜多色性和嗜碱点彩红细胞,可见巨幼变的有核红细胞,中性粒细胞呈分叶过多现象,为营养性混合性贫血。

77. A。Hb80g/L, RBC $3.2\times 10^{12}/L$, RBC大小不均,以小者为主,中空现象明显,结果示血红蛋白降低比红细胞数减少明显,呈小细胞低色素性贫血。患儿人工喂养,表现为营养性缺铁性贫血。

78. C。高IgM综合征70%为X-连锁遗传,病因为T细胞CD40配体基因突变,其余为常染色体隐性遗传。特点为B细胞内Ig转换障碍,不能从IgM向下游Ig类别转化,使IgM正常或增高,而IgG、IgA和IgE均减少或缺如。外周血IgM⁺IgD⁺B细胞正常或增多,IgG⁺和IgA⁺B细胞缺如。

79. D。慢性肉芽肿病,吞噬细胞胞色素(NADPH氧化酶成分)基因突变,致使不能产生超氧根、单态氧和 H_2O_2 ,其杀伤功能减弱,导致慢性化脓性感染,形成肉芽肿,尤见于淋巴结、肝、肺和胃肠道。病原菌为葡萄球菌、大肠杆菌、沙雷菌、奴卡菌和曲霉菌。

80. A。

81. C。

82. A。PAH缺乏的患儿尿中蝶呤总排出量增高,新蝶呤与生物蝶呤比值正常;DHPR缺乏的患儿蝶呤总排出量增加,四氢生物蝶呤减少;6-PTS缺乏的患儿则新蝶呤排出量增加,其与生物蝶呤的比值增高;GTP-CH缺乏的患儿其蝶呤总排出量减少。

83. D。

84. C。

85. A。

86. C。

87. D。

88. A。

89. B。

90. C。

91. ACD。生长激素缺乏症的诊断依靠GH测定。正常人血清GH值很低,且呈脉冲式分泌,受各种因素影响,随意取血测GH无意义,但若任意血GH水平明显高于正常,可排除GHD。因此,怀疑GHD儿童必