

332 儿科学

专业实践能力

1.ABCE。

2.ABCFG。患儿有蚕豆病家族史,发病前进食蚕豆,目前有精神萎靡、小便量少、烦躁、四肢稍凉提示急性溶血性贫血合并休克,立即需完善血气分析、肾功能、血液分析+网织红细胞、尿隐血试验血清胆红素检查。

3.A。患儿Hb显著低于正常,血清总胆红素升高,以未结合胆红素为主,Ret升高,支持急性溶血性贫血诊断。

4.AE。红细胞G-6-PD缺乏(蚕豆病)的筛选试验为高铁血红蛋白还原试验,特异性直接诊断方法为红细胞G-6-PD活性测定,为排除自身免疫性溶血性贫血需行Coombs试验。

5.AE。高铁血红蛋白还原率15%,G-6-PD活性0.5U/L(正常值1.0~1.67),支持红细胞G-6-PD缺乏,即蚕豆病。

6.ABCD。红细胞G-6-PD缺乏治疗原则为去除诱因及针对急性溶血的治疗,该患儿已出现休克症状,应立即给氧、快速补液、纠正酸中毒患儿为重度贫血,需输注红细胞悬液。

7.E。乙酰胺是氟乙酰胺中毒的特效解毒剂,对已明确诊断和疑似氟乙酰胺中毒者都应尽早应用。

8.A。

9.C。

10.B。

11.CDE。虽然大多数口服毒物中毒早期进行催吐、洗胃是治疗常规,但是氟乙酰胺中毒的重症病例,即全身频繁惊厥发作或者呈惊厥持续状态,缺氧症状严重,意识不清时不宜首先进行催吐、洗胃。因此时进行插管洗胃可能影响呼吸道通畅,加重缺氧,更危险的是胃液反流及呕吐可导致误吸甚至窒息,因而继发吸入性肺炎严重将导致呼吸骤停。有效的生命支持和对症治疗是首要。

12.C。

13.D。

14.D。

15.C。急性小脑共济失调是多种原因引起的以急性小脑功能异常为主要特征的综合征,1~3岁幼儿多见,病毒感染为最常见原因。主要临床表现为共济失调,常见头不能竖立、坐不稳、宽基底步态;肌力正常,可爬行;还可见眼震、指鼻不准确、Romberg征阳性等体征。此病为感染后一种免疫反应参与,治疗上可给予甲泼尼龙、地塞米松等,病程为自限性,一般预后良好,个别可遗留后遗症。

16.D。

17.B。

18.D。

19.E。

20.A。患儿有明确难产史,出生后窒息抢救史,出生后有神经系统症状,加之脑电图及核磁结果,诊断明确。

21.B。ABC缺氧缺血性脑病需与电解质紊乱、颅内出血和产伤等原因引起的抽搐以及宫内感染、遗传代谢性疾病和其他先天性疾病所引起的脑损伤相鉴别。

22.C。患儿出生后窒息,反复出现抽搐,为惊厥持续状态,重度患儿在9~10天明显好转且新生儿神经评估(NBNA)22分,脑电图显示各导联脑电背景活动呈低电压头颅MRIT2显示各脑区广泛白质呈长T1长T2信号。

23.D。头部MRI及EEG检查对判断预后具有重要意义。当影像学发现严重异常(广泛的缺氧缺血性脑损伤,大面积梗死灶;Ⅲ~Ⅳ级脑室不可逆出血;基底节明显病变;28天时有脑软化灶、脑室扩张、基底节病变或脑室周围白质软滑)、脑电图严重脑异常(电静息、低电压、暴发后抑制)、1周后神经症状未消除、出生后2周新生儿神经评估(NBNA)评分低于35分,则提示预后不良。本病属于中度HIE,在新生儿期后神经系统症状明显,结合头部MRI和EEG检查,本病例预后不良。

24.A。

25.ACD。

26.B.

27.ABF. 婴儿暂时性低丙种球蛋白血症,正常婴儿通过胎盘传递而来的母体Ig,约90%在生后3个月左右被分解代谢,而自身合成和分泌Ig的能力不断增强。患儿开始合成Ig的年龄常推迟到9~15个月,至2~4岁达到正常的Ig水平。恢复后,不再复发,也无持久的免疫系统异常。患儿临床表现为生后2~3岁内反复感染,血清IgG少于2.5g/L (250mg/dl),IgA和IgM正常或减少。血液循环中B淋巴细胞数量正常。细胞免疫功能也正常。注射丙种球蛋白有利于控制症状。治疗要持续到病儿的免疫功能正常。有人认为本病是自限性疾病,感染不严重时无需注射丙种球蛋白。有细菌感染时需要适当的抗生素治疗。

28.C. 蛋白质-热能营养不良是由于缺乏能量和(或)蛋白质所致的一种营养缺乏症,主要见于3岁以下婴幼儿。该患儿自幼母乳喂养不足,没有及时添加辅食符合病因诊断。正常2岁小儿体重应为12kg,身高85cm,该小儿体重下降,身高低于正常,并有皮下脂肪减少,皮肤干燥、苍白,肌张力明显减低,肌肉松弛,脉细无力、心音较钝的表现,根据发病年龄、病因和临床表现该小儿患有营养不良,并发症自发性低血糖。

29.ACDEF. 营养不良时会出现新陈代谢异常,蛋白质代谢处于负平衡,出现低蛋白血症;糖代谢失常、糖原不足或消耗过多,易发生低血糖;水盐代谢失常。消化液及酶分泌不足,消化吸收功能差;心肌细胞萎缩,收缩力减弱,心搏出量减少;肾功能减退,肾浓缩功能降低;免疫功能低下,易患各种感染性疾病;伴发维生素A缺乏症。

30.E. 根据发病年龄、病因和临床表现,该患儿营养不良,并有面色苍白、大汗淋漓,考虑并发症自发性低血糖。

31.C.

32.ABDEF. 营养不良患儿的治疗措施包括调整饮食,改进喂养方法,尽可能选择高蛋白高热量的食物,开始供给热量每日210kJ/kg。药物治疗,给予口服B族维生素和胃蛋白酶、胰酶口服以助消化。使用蛋白同化类固醇制剂苯丙酸诺龙促进蛋白质合成。补充锌制剂,增进食欲。

33.C. 该患儿查体心脏杂音为典型室间隔缺损杂音,室缺存在情况下,双肺充血严重,肺血管渗出,易感染发生肺炎,心内左向右分流,无效循环加重心室负担,造成心功能降低,重症肺炎时,肺部功能严重减低,出现呼吸衰竭加重病情,出现心衰。

34.D. 室缺合并肺炎情况下应使用地高辛等强心药物+有效的利尿治疗,控制心衰,吸氧减轻缺氧,积极抗感染治疗。

35.C. 此次缺氧为呼吸衰竭所致。

36.B. 左向右分流型先心病未及时手术,长期持续肺充血会造成,进行性肺动脉高压发展至器质性肺动脉阻塞性病变,出现右向左分流,皮肤黏膜从无青紫发展至有青紫。

37.ABCDEF. 患儿发热时间长,伴低热、盗汗、食欲不佳、体重下降,不能除外肺结核,另发热时间长,可进一步完善支原体抗体检查除外支原体感染,以上选项均必要。

38.A. 原发性肺结核又称儿童型肺结核,包括原发综合征、支气管淋巴结结核、支气管结核、干酪性肺结核、结核性胸膜炎,该病例依据临床表现、实验室检查、细菌学检查、影像学检查等综合分析,可选A。

39.B. 该病例可诊断为原发性肺结核,采取短疗程化疗方案,异烟肼十利福平6个月;或者异烟肼十利福平9个月,严重时加用链霉素2个月或者吡嗪酰胺3个月。

40.B. 患儿急性起病,芭蕾舞学员平素穿紧身裤,发热、腰痛、终末血尿、尿频、尿痛,考虑最可能的疾病为泌尿道感染,故选择B。

41.BCF. 行血常规、尿常规、尿培养可确诊泌尿道感染;泌尿系超声是为了初步了解患儿泌尿道是否存在畸形的情况,故选择BCF。

42.CE. 患儿诊断“泌尿道感染”明确,治疗上给予抗感染治疗,临床有发热,给予退热对症处理。可明确为泌尿系感染,无需膀胱镜探查。血尿为泌尿道感染所致,无需止血治疗,非肾结核、高钙尿症,无需抗结核、降尿钙治疗,故选择CE。

43.AEF. 患儿诊断“泌尿道感染”明确,护理卧床休息,注意外阴部的清洁卫生,需多饮水冲洗尿道,衣裤宽松,饮食供给足够的热能、丰富的蛋白质及维生素,以增强机体抵抗力,故选择AEF。

44.A. 患儿有上尿路感染的表现,抗生素疗程应该为10~14天。因患儿为初次感染故不需要长期小剂量睡

前顿服。故选择A。

45.ABC。

46.A。患儿生后24小时内出现黄疸，上升速度快，伴有贫血，虽无髓外造血及水肿等表现，结合患儿母亲为O型；考虑ABO溶血，需行改良直接抗球蛋白实验及血型、抗体筛查实验明确诊断。

47.B。患儿为足月顺产，24小时内黄疸值达205umol/L，治疗的指标是光疗失败后换血。

48.CEF。患儿出现抽搐，考虑已发生胆红素脑病，需直接换血治疗，并给予镇静，纠正电解质紊乱。
49.A。换血的血源是O型悬浮红，AB型血浆。

50.C。换血量为150-180ml/kg。

51.ACDEF。换血后2-4小时可发生胆红素反弹现象。

52.C。

53.D。

54.A。