

館存

J00590

63.2054
Y648
C.1

诊断学基础讲义

贈閱
豫北医学专科学校

豫北医学专科学校

44



诊断学基础自次

第一篇	緒論	1
第二篇	病史採集	2
第一章	問診的意義及方法	2
第二章	問診內容	3
第三篇	体格檢查	4
第三章	一般狀況	4
第一節	一般狀況的檢查	4
第二節	皮膚及表淺淋巴結的檢查	8
第四章	頭頸部檢查	14
第一節	頭部檢查	14
第二節	頸部檢查	18
第五章	胸部檢查	19
第一節	呼吸及循環系統的常見症狀	19
第二節	胸部檢查	30
第六章	腹部檢查	58
第一節	消化及泌尿系的常見症狀	58
第二節	腹部檢查	77
第七章	脊柱、四肢和關節檢查	84
第一節	脊柱的檢查	84
第二節	四肢的檢查	85
第三節	關節的檢查	87
第八章	肛門、直腸、生殖器檢查	97
第一節	肛門、直腸的檢查	97
第二節	男性外生殖器的檢查	99
第九章	神經系統檢查	100
第一節	腦神經	100

第二章	运动系统	102
第三章	感觉系统	102
第四章	放射	103
第十章	病历书写及诊断步骤与方法	106
第十一章	编写病历注意事项	106
第十二章	病历内容及病历编写格式	106
第十三章	诊断步骤与方法	112
第十四章	实验诊断	114
第十一章	血液检查	114
第一节	血常规	114
第二节	出血性疾病的实验室检查	123
第三节	网织红细胞计数	129
第十二章	骨髓检查	131
第十三章	尿液检查	133
第一节	标本采集	133
第二节	尿液的一般检查	134
第三节	化学检查	136
第四节	显微镜检查	143
第十四章	粪便检查	149
第十五章	脑脊液检查	156
第十六章	浆膜腔穿刺液检查	160
第十七章	肾功能试验	163
第十八章	肝功能试验	168
第十九章	动脉硬化症的检查	175
第二十章	甲状腺腺功能试验	182
第二十一章	消化道癌肿的检查	184
第二十二章	心电图	185

第一節 緒論

一、診斷的意義。

“診斷”就是通過病史詢問，体格檢查和進行有關的化驗檢查等所獲得的初步資料，加以整理，經過綜合分析，分清主次，找出其內在的聯繫和規律性，以判斷病人所罹患疾病的原因、部位、性質和功能損害程度等的步驟和方法。

二、診斷學的內容：

1、症狀診斷學：病人的主觀感覺稱為症狀，例如上腹疼痛、頭暈、嘔吐等均稱為症狀。而引起上腹疼痛的原因眾多，如早期急性闌尾炎、急性胃炎、潰瘍病急性發作、穿孔或出血、急性胰腺炎、急性膽道感染、膽石症、膽道蛔蟲病，靠近縱膈部位的十指肺炎、心肌梗死、上腹挫傷等均可以出現上腹部疼痛，究竟病人罹患那一種疾病，尚需進一步詳細詢問病史。凡是凭借症狀作分析判斷，求得診斷的即稱為症狀診斷學，其實也包含症狀鑑別診斷學。

2、物理診斷學：利用視、觸、叩、听等物理學方法，以發現疾病的某些客觀現象，稱為物理診斷學。例如腹部觸診，發現上腹肌緊張和局部壓痛。肌肉緊張和局部壓痛，屬客觀檢查表現，稱為體征。

3、實驗診斷學（檢驗診斷學）：利用物理學、生物學、生物化學、免疫學等方法對血液、痰、尿液、糞便、胃液及各種穿刺液的檢查，以協助診斷的稱為實驗診斷學。

4、特殊檢查 如放射學檢查、心電圖、超聲波、內位素檢查以及病理學檢查等。

三、學習診斷學的目的和要求。

目的為掌握基本的診斷方法，並要求基本掌握下列項目：

1、獨立進行系統的問診，了解常見症狀的意義。

2. 初步掌握物理诊断的知识和技能。
3. 了解常规化验检查方法，应用范围和临床意义。
4. 将病史、体格检查、化验检查以及特殊检查所得的结果进行分析、综合并作出初步诊断。
5. 编写完整的病历。
- 四、学习诊断学的方法和态度：
 1. 诊断学的对象是病人，要树立为人民服务的思想，必须严肃认真，诚实细致，态度谦虚和蔼，并主动作思想工作。
 2. 反映真实情况，联系基础学科，重视实践和技术操作，力求准确熟练。
 3. 运用辩证唯物主义观点的思维方式，进行独立思考、分析、综合和判断。

第二章 病史采集

第一章 问诊的意义及方法

一、意义：问诊是调查发病经过的一项重要内容，只有通过问诊，才能了解疾病的全过程，开始怎样、后来怎样，现在怎样，在发病过程中曾出现过什么变化和曲折，作过那些治疗和护理，这些都要亲自询问，取得全面的资料，这是最可靠的诊断依据。

二、方法：

1. 要树立为人民服务的正确思想，才能有良好的态度，医生要和病人密切合作，共同向疾病作斗争。
2. 说话要通俗易懂，首先听取病人叙述病情经过，必要时一插话、作引导式或启发式的插话询问，要全面了解病情和病人的

• • •

真实思想情况。

2. 对病情危重需要紧急处理的病员，应迅速掌握主要的症状，进行必要的检查，立即进行急救处理。病史可在以后再作补充。

4. 对昏迷病员或小儿，应由最了解病情的人代诉。

5. 对方言俚语，要很好了解其含意，记录原语时应加引号“……”，或用日部记其记录，记录病情时应说明实际情况，而不用诊断术语概括。

6. 对大医、公社医生或其他医疗单位的介绍或诊断证明等，要慎重加以重视。

7. 与病员或家属多加联系，有遗漏随时补充。

第二章 问诊内容

一、一般项目：包括姓名、年龄、性别、籍贯、住址、职业、婚姻、成分、入院日期（急症、重症应注明时刻）病史采取及记录日期、代诉人。

二、主诉：包括主要症状（或体征）、及时间，主诉多于一项时，应分别列出，词句应扼要。

三、现在症（现病史）：即从起病至就诊时为止，疾病的发展经过及诊疗情况，是病史中的主要部分，应详细询问，包括：

1. 起病情况：日期、诱因、突然发生还是缓慢起病。

2. 主要症状的特征：部位、性质、程度、诱因、演变（加重、减轻、相峙）其他症状，主要症状与其他症状之间的关系，病人认为的“关键问题”也许是重要线索。

3. 发展经过：包括所有症状的演变过程。如可能有两种以上疾病存在时，则可分别叙述。

4. 诊疗经过：详细询问诊断、检查、治疗包括药物、剂型、

疗程、用法、打药时间、疗效以及其他药物反应等。

5. 一般情况：饮食、大小便、睡眠、体重等。

6. 如为再次入院，则扼要记录上次（或前几次）住院情况、出院日期、诊断。记在此次起病之前。

四、过去史：

指病员从出生到这次发病前，这一时期内的健康状况，特别是与这次疾病有关的一些情况须详细描述。

1. 平素健康状况，如有疾病，按发病年月顺序记录。

2. 传染病史。

3. 预防接种史及过敏史 药物过敏应用红笔在住院病历的病历作温单上注明。

4. 各系统情况回顾。

5. 外伤及手术史。

五、个人生活史：特别要注意职业及工作情况，如应用农药、工厂劳动接触情况。女病员包括月经、生育史。小儿须加生产、饲养史。

六、家族史：查明有无结核病史，内分泌疾病，先天遗传疾病，肿瘤、癫痫等。

第三篇 体格检查

第三章 一般状况

第一节 一般状况的检查

一般状况包括体温、脉搏、呼吸、血压、发育、营养、意识状态及表情等，这些项目虽都比较普通，但却相当重要，不可遗漏和疏忽。

体温計:

口溫計

腋溫計

肛溫計

一、体温: 人类体温一般保持在 37°C 左右。所谓正常体温就是指一个平均值, 少数人平时正常体温可低于 36.3°C 或高于 37.2°C , 均属正常范围。就测量部位不同, 可分为口温、腋温和肛温, 其中肛温最准确。如腋温高于 37°C , 口温高于 37.3°C , 肛温高于 37.5°C 时, 称为发热。 38°C 以下称为低热, 39°C 以上称为高热。根据热型不同可分为:

1. 稽留热: 高热持续不退, 白天持续在 39°C 以上, 一昼夜间的体温相差小于 1°C , 如未经治疗的伤寒。

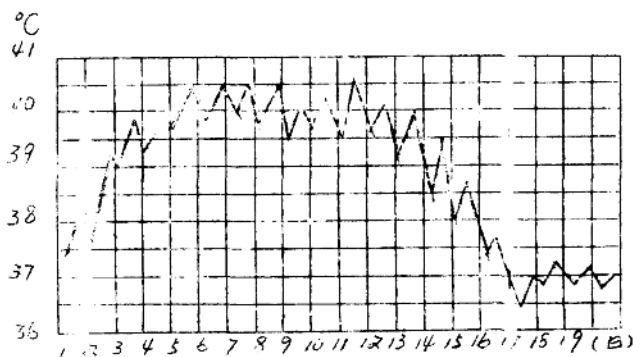


图1 稽留热

2. 弛张热: 持续发热, 一昼夜间体温相差 2°C 以上, 如败血症、肺炎、急性骨髓炎等。

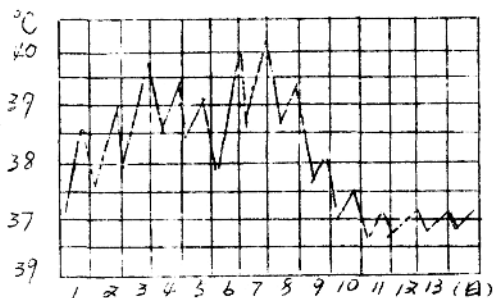


图2 弛张热

3. 间歇热：两次高热之间有一间歇期，间歇期体温正常或低于正常，如疟疾。

4. 不规则发热：发热无一定规律，如急性风湿热。

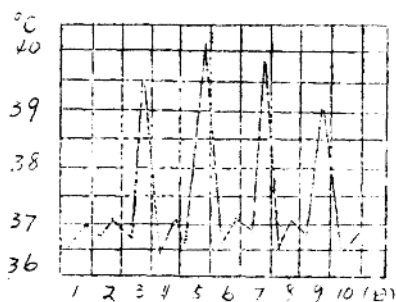


图3 间歇热

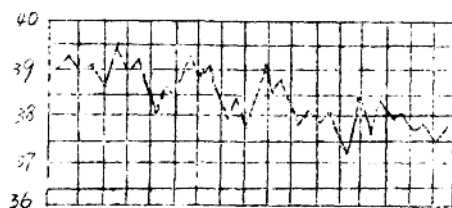


图4 不规则发热

5. 体温过低：低于 36°C 以下，如休克、抵抗力显著低下(如严重败血症)、高度衰弱、人工冬眠、低温麻醉等，但须注意健康人在睡眠后体温也可降至 36°C 以下。

二、脉扑：正常人脉扑与心扑一致，节律规则。平时男子：60—80次/分，女子：70—90次/分。不论男女凡超过100次即称心动过速，低于60次称心动过缓。初生儿约120次左右，三岁以前100次左右。当发热、休克、贫血、酸中毒等情况下，脉扑不仅增快，而且有质的改变。体温升高 1°C ，脉扑增快8—10次，(小儿增快10—15次)。严重休克时可测不到血压和脉扑。

三、呼吸：正常人呼吸节律均匀，每分钟16—20次，检查时须注意节律、频率与呼吸运动强弱的变化。如代谢性酸中毒时，呼吸深度增加，但频率增加不多。

四、血压：血压的正常范围较大。每一个人在一天之内，血压可有一定的波动。凡舒张压持续在90毫米汞柱以上或收缩压在140(有的定为145)毫米汞柱以上，则定为高血压。低于100/60毫米汞柱，定为低血压。正常就在两者之间。但有些人的血压经常为90—100/50—60毫米汞柱，而他康如常，因此并无临床意义。

凡血压不足 90/60 毫米汞柱（有的定为 85/55 毫米汞柱），则称为休克。但这只是就一般而论，对于原有高血压病患者，例如平时血压为 170/100 毫米汞柱，突然下降至 100/70 毫米汞柱，即应视为休克。因此，应根据具体病情进行判断和处理。

五、发育及营养状态：发育是指身体各部分的成长，是否按适当比例及有无畸形而言，可分为发育正常及发育不良两种。营养状态则根据体重、皮肤颜色及弹性，皮下脂肪充实度、肌肉是否坚实等而言。分为良好、中等、不良及恶病质四种。

1. 营养良好：皮肤黏膜红润，皮肤弹性良好，皮下脂肪饱满，分布均匀，肌肉坚实。

2. 营养中等：介于良好与不良之间。

3. 营养不良：皮肤干燥而无光泽，缺少皮下脂肪，肌肉松弛，毛发稀疏而易脱落。比较消瘦。见于某些慢性病患者。

4. 恶病质、极度消瘦状态，如肿瘤晚期介段。

六、体位：体位对诊断有参考价值：

1. 自动体位：如常人。

2. 被动体位：因为极度衰竭或意识丧失，以致不能自己活动。

3. 强迫体位：患者为减轻症状，常被迫采取某种体位，如心脏病患者的端坐呼吸。

七、表情：如烦躁不安，痛苦、淡漠，反应迟钝，萎靡不振等。

八、意识状态：

1. 意识模糊（朦胧状态）：表情淡漠，答话迟缓、合理。

2. 嗜睡状态：嗜睡，能够唤醒，醒后答话基本合理，如急性传染病高热时。

3. 昏迷状态：终日昏迷，大声呼唤或强刺激才可以醒来，答话迟钝或不切题，如颅脑外伤、某些传染病。

4. 浅昏迷：意识明显障碍，但未全部消失，对强刺激有轻度反应，不能答问，一般生理反射存在，如重症脑炎、脑膜炎。

5. 深昏迷：意识完全丧失，大小便失禁，各种反射消失。

6. 谵妄状态：为急性暂时性精神错乱，意识不清，定向消失，烦躁不安，呓语（说胡话），偶有幻觉、幻视等，见于高热儿童及某些传染病。

第二章 皮肤及浅淋巴结的检查

一、皮肤及粘膜的视诊

皮肤的颜色可因疾病而改变，因此，我们可凭借变了颜色的皮肤或粘膜，作为诊断疾病的依据。

1. 潮红：正常人在过冷、过热时都可见面部潮红。炎症、烧伤、急性传染病、发热等均可有面部或皮肤潮红，其他如见于一氧化碳中毒、肺结核、风湿性心脏病等。

2. 紫绀：是指皮肤与粘膜呈青紫色，主要由于血液中还原血红蛋白的增加，或血液循环内存在变性血红蛋白或硫化血红蛋白所致。

心脏病和肺部疾病所引起的紫绀，是由于还原血红蛋白量的增加。当100毫升血液内，含有大约5克还原血红蛋白时，即可以发生紫绀。而变性血红蛋白只需要1.5克，硫化血红蛋白只需要0.5克，就可以产生相似的紫绀。

一氧化碳中毒的紫绀是很独特的，一氧化碳血红蛋白是红色的，因此中毒患者的紫绀，具有“樱桃红色”可谓“红里透紫”。患者一旦脱离一氧化碳污染的大气，紫绀及一氧化碳血红蛋白即可在数小时内消失。而变性血红蛋白不易在短时间内消失。

一氧化碳血红蛋白（HbCO）由血红蛋白与CO相结合所形成。其亲和力比氧气与血红蛋白的亲和力大210倍，因此吸入含有0.1%浓度CO的空气时，就可以在血中产生等量的氧化血红蛋白和一氧

化碳血红蛋白。一氧化碳中毒可以给中枢神经和心脏带来持久性的损害。

变性血红蛋白 ($\text{HbFe}^{+++}\text{OH}$) 是由于含低价铁 (Fe^{++}) 的血紫质，被转化为含高价铁 (Fe^{+++}) 的血紫质而失去了携氧能力。但只要血液内有足够的还原物质 (如正常存在的维生素 C，谷胱甘硫 <glutathione>) 就可以使它还原为正常血红蛋白。或采用美兰治疗，使它还原为正常血红蛋白。

化学工业的某些原料如苯胺 (安尼林) 和某些药品如非那西丁，乙酰苯胺 (退热水)，某些磺胺药 (氯苯磺胺，磺胺吡啶，磺胺噻唑)，油漆用的硝基苯。各种药品，如亚硝酸盐 (亚硝酸钠，亚硝酸戊脂)，硝基甘油，次硝酸铍和硝酸铍等。以上物质进入人体内的量如超过正常还原能力时，即可形成变性血红蛋白或硫血红蛋白而发生紫绀。小儿比成人敏感，可能与小儿暂时性缺乏变性血红蛋白还原酶系统有关。

“肠源性紫绀”可能由于肠道吸收了硫化物和亚硝酸盐，如腌渍不良的青菜，剩下的熟菠菜等。此外，细菌可把井水中的硝酸盐转变为亚硝酸盐，这种紫绀类似“石灰青兰色”。变性血红蛋白极易消失，而硫血红蛋白往往延续 3—4 个月之久。

有时服抗疟药 (如磷酸伯氨喹啉) 可引起紫绀，也可用美兰治疗。

紫绀也可见于寒冷、休克、检查时以口唇、鼻尖或指甲等末梢体温较低部位最明显。

输氧导管和气管切开时的气管套管，如发生堵塞时，也可以因缺氧而引起紫绀。因此，凡是上呼吸道放置气导管者，一旦发生紫绀，应首先检查管道是否通畅。

3. 黄染：由于血液内胆红素浓度增高，沉积于巩膜、黏膜及皮肤的结果。正常血液胆红素浓度为 $0.1-0.8 \text{ mg\%}$ 。如血液内胆红素已增高而临床检查未能发现黄疸，这种情况称为隐性黄疸。

当胆红素超过 $2\text{mg}\%$ 时，临床检查即可见黄疸。轻度的黄疸，只能在巩膜上隐约可见。血液内胆红素显著增高时，巩膜及皮肤都有明显黄染。见于胆道梗阻、肝脏疾病及溶血性疾病等。结膜上的脂肪块应与巩膜黄染相区别。

4. 苍白：贫血时体表多很苍白，虽然多见于皮肤，但也见于颊粘膜与咽部粘膜，眼结膜、口唇、耳廓、手掌和甲床，苍白的指征，检查指甲比皮肤可靠。而对于苍白程度的估计，手掌常较其他区域的皮肤帮助大，因粘膜可能有着色或色素沉着，而眼结膜可能有炎症存在。

严重的急性失血病例，皮肤呈蜡黄色。慢性间断性失血者则呈淡黄色。慢性贫血的妇女，如兼有胃酸缺乏者，除明显苍白外，其浅黄色中尚带一点隐约绿色，恶性贫血的苍白常带一点柠檬黄色，但这只是当病情明显进展时才能见到。白血病患者苍白往往很显著，但多带一点淡灰色。

在各个系统的疾病当中，皮肤苍白也可有其独特表现。急性肾炎，因全身水肿，即使没有贫血，皮肤却呈浆糊色。而没有水肿的慢性肾炎，即使有相当程度的贫血，可能仅略见苍白。

在恶性的疾病当中，尤为患胃癌者，其皮肤苍白与恶性贫血相近似，略带有一点独特的泥土色，但不尽然。风湿性心脏病二尖瓣闭锁不全、尤为二尖瓣狭窄，其贫血色为双颊和口唇的暗红色所掩盖。反之，主动脉瓣闭锁不全患者，虽无贫血，却有苍白的外观。

但须牢记，皮肤的外表受末梢血管收缩和舒张的影响，色素沉着的性质和程度以及受皮下组织体液容量性质的影响。晨脱时，末梢血管收缩，面色苍白，但并无贫血。肾炎（已如上述）和粘液水肿虽无贫血均可有苍白。有些长期在室内工作的人员，也有皮肤苍白。其他如黄疸、紫绀、皮肤色素沉着均可能掩盖贫血。

除苍白外，失去正常皮肤的弹性，皮肤常干燥触痛，细薄而无光泽。皮肤和黏膜可有紫斑或瘀斑。慢性低色素性贫血者的指甲，常无光泽，脆而易碎，並失去原有的瓦状形态而变成匙状。当营养缺乏时可有对称性神经炎，手、腕部、颈部及肘部可有红斑性皮肤损害，口角裂纹及舌炎。至于下肢常生溃疡，以溶血性贫血患者居多。

二、皮肤损害、可分为原发性及继发性损害两种。

(一) 原发性损害。

1. 斑疹：常见为红色斑疹，由于真皮层内尤其是乳头层内血管的扩张充血，充血透过表皮，表现为大小及形状不等的红斑。一般不隆起，可分为 (1) 局限性红斑：如日晒红斑，接触性皮炎，荨麻疹（部分患者，除典型的丘疹外，有水肿性红斑）、丹毒（链球菌感染，略隆起）、多形红斑，放射性皮炎等。(2) 全身性者如麻疹、猩红热、风疹、婴儿剥脱性皮炎，药物皮炎（第九日红斑、剥脱性皮炎、局限性皮炎、固定性红斑）。

2. 丘疹：高出皮肤表面的小隆起。如痱子（汗腺病）。由变态反应所致如接触性皮炎及药物皮炎，除红斑外，有红色丘疹，重者则起疱疹。湿疹、荨麻疹、丘疹性荨麻疹。原因未明者如多形红斑、牛皮癬、扁平苔藓，及神经性皮炎等。

3. 疱疹：水珠状的皮肤隆起，内含浆液。小疱型者如单纯疱疹、带状疱疹、水痘、牛痘样湿疹、婴儿脓疱疮、痱子、白痱（汗疹，见于高热患者）。大疱型者如烧伤、冻伤、晒伤、紫外光照射过度，重症丹毒、接触性皮炎、药物皮炎等。

4. 脓疱：形状如小疱疹，内含脓液，如脓疱疮。

5. 结节：为较小的硬节，常位于皮肤深处或皮下。

6. 肿瘤：良性肿瘤如皮脂腺囊肿，皮脂腺瘤。恶性肿瘤如上皮癌（基层细胞癌、棘层细胞癌、基棘层细胞癌），淋巴肉瘤。

(二) 继发性损害。

1. 鳞屑：表皮脱屑，即脱皮碎片。
2. 结痂：浆液、脓液或血性分泌物，干燥凝固后即为止。
3. 表皮剥脱：皮肤表层较大片的脱落。
4. 裂伤：皮肤受伤裂开，有时可深达真皮。
5. 溃疡：深达真皮的局限性皮肤缺损。
6. 瘢痕：皮肤损伤后结缔组织的修复，常达皮下组织。

至于出疹性传染病，有不同的皮疹，观察皮疹时应询问以下几方面，起病第几天出疹，从何处开始，分布情况，蔓延速度，出疹与消退的顺序，皮疹大小、形态、颜色等特征，加压时能否退色，散在性或融合性，疹退后有无色素沉着，皮疹有无疼痛，以及与其他症状的关系等。

蜘蛛痣是皮肤毛细血管呈局限性扩张，多呈紫红色，多发生在面部、上肢、上胸部，见于肝病。少数孕妇及正常人也可见小的蜘蛛痣。

三、皮下出血：

除生理性的月经出血外，人体任何部位的出血，包括皮下出血，严格地说都是病理现象。临床上所见的皮肤或粘膜的出血原因，大部分是由于感染所致的毛细血管中毒性损害，血管栓塞，血小板减少等。真正由原发性血液病所致者，比例数较少。出血的特点是加压不退色。直径小于2毫米的出血点称瘀点，较大的称紫斑或瘀斑，大而高出皮肤者称血肿。

四、水肿：皮下组织有过多的水分潴留的结果称为水肿，多发生于皮下组织疏松处或下垂部位如眼睑、踝部等处。检查时以手指压迫胫骨内踝皮肤（时间不超过15秒），如有凹陷且一时不易恢复，称凹陷性水肿。

小儿水肿多先表现在手背和足背，患百日咳的小儿，因严重阵发咳嗽，面部往往浮肿。血管神经性水肿，可以局限在舌、口唇、喉、耳或眼等处，形成富有紧张性的非凹陷性水肿。过敏性

紫斑患者，在未出現皮疹以前，可以有游走性的才面積的水腫。藥物過敏，如青霉素過敏常有水腫。急性腎炎時，水腫多先始于上、下眼瞼。急性骨髓炎時，局部可有明顯的水腫。其他如髓靜脈血栓形成，下肢淋巴管炎及靜脈曲張等，均可有不均程度的下肢水腫。

全身性水腫見于心衰，急性腎炎、腎病綜合征，早产兒、貧血，營養不良、肝病等。

五、皮膚彈性、溫度、濕度的改變：脫水、營養不良彈性減低。皮膚寒冷而潮濕。為末稍循環衰竭——休克的早期指征。

六、表淺淋巴結：正常人一般觸不到，有些人可在頰下及腋腋窩等處觸到個別較軟的淋巴結。檢查部位與順序為頰下、頰下耳前、頸部、鎖骨上窩、腋窩、腋窩、腋窩等處。檢查時使該部皮膚肌肉放鬆，并注意數目、大小、硬度、壓痛、波動、活動度，粘連、瘻管、局部皮膚有無紅腫等。

淋巴結腫大的原因：炎症感染占大多數，其次為結核、腫瘤、轉移瘤、血液病等。

局限性淋巴結腫大常見于附近組織的炎症，如牙齒、扁桃腺、中耳等炎症病灶常引起頰下、頰下或耳后、頸部淋巴結腫大。上肢感染引起腋窩淋巴結腫大。下肢炎症引起腋窩淋巴結腫大。頸淋巴結結核，常侵犯頸部胸鎖乳突肌前緣及頰下部位的淋巴結。癌轉移性淋巴結腫大，如鼻咽部癌轉移至耳下、頸部淋巴結。腹腔內器官癌（如胃、肝、膽、胰、結腸、卵巢、腎上腺等處）的癌腫轉移常引起左鎖骨上窩內側（胸導管進入頸靜脈處）淋巴結腫大；胸腔內癌腫（食管癌、支氣管癌）常轉移到右鎖骨上窩淋巴結；乳腺癌及少數支氣管癌常轉移到腋窩淋巴結。

全身性淋巴結腫大見于傳染性單核細胞增多症，淋巴瘤及少數血行播散性結核。

第四章 头 颈 部 检 查

第一节 头部检查

甲：头颅。

一、头颅的大小与形状：才脑发育不全的小儿，头颅较小，脑积水者头颅较大。前囟门在一岁以后逐渐缩小，至一岁半可完全闭合，后囟门在出生后方寸月即可闭合，脱水时前囟凹陷；颅内压增高时前囟膨隆（如啼哭、发热、脑膜炎等）。佝偻病患者，头呈方形，顶平而前额及两颞侧凸出，半岁以下患佝偻病的小儿，可有颅骨软化症，颅骨薄而软，触诊颅骨有乒乓球感。

二、头皮：须注意有无红肿、外伤、出血、结痂、肿块等。

1. 头皮外伤：创口张开者，表示已损伤腱膜。

2. 血肿或脓肿：位于腱膜下者可蔓延至整个额枕部，而且有明显波动，在骨膜下者只局限在该颅骨区域内。

乙：眼：

一、眼睑：

1. 眼睑瘀斑：见于外伤。直接由外伤引起出血者，初起时呈鲜红色，边缘无一定界限。由于颅底颅前凹骨折，瘀斑因眶上缘腱膜的限制而不超出眼眶，初起即呈青紫色。

2. 眼睑水肿：水肿见于正常人睡眠不足，急性肾盂肾炎，药物过敏，重症贫血、面部炎症、麻疹、百日咳。单侧水肿可见于静脉回流障碍。血管神经性水肿，海绵窦血栓形成时眼睑肿胀，同时眼球突出。

3. 睑内翻常见于沙眼。外翻常见于慢性结膜炎。

4. 眼睑闭合不全，见于面神经麻痹。

二、眼球：须注意眼球有无突出、凹陷、运动障碍、震颤、斜视等。

1. 眼球突出：双侧突眼可见于某些正常人或近视，甲状腺