

(2) 表在リンパ節の触診 (図2)

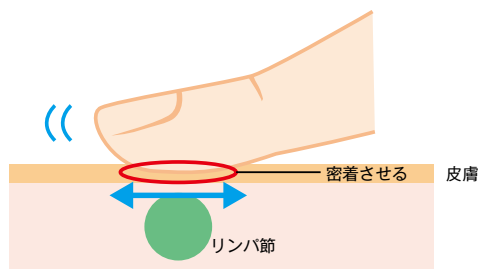


図2 リンパ節触診の方法

表在リンパ節は皮下に存在するため、皮膚を動かしても一緒に動くことはありません。そのため触診の際には、示指から環指の指腹を皮膚に軽く密着させ、皮膚を動かします。このとき、押さえ方が強いとリンパ節によるデコボコ感を触知しにくくなるため、できるだけ軽く皮膚と指が滑らない程度に抑えるのがコツです。皮膚を動かす方向は、たとえば上下方向に皮膚に張力が掛かっている頸部では、主に前後方向に動かします。胸鎖乳突筋の奥にあるリンパ節ではこの方法がとれないため、筋の背面に指を差し入れて触診しなければなりません。感度が下がるため入念に探る必要があります。

<リンパ節触診の評価>

【位置・分布 (図3)】

血管系と同様にリンパ系にもリンパ流の方向があるため、下流は上流の影響を受けます。したがって、リンパ節の触診は常に病変部位との関連を考えながら行います。咽頭炎の場合は後

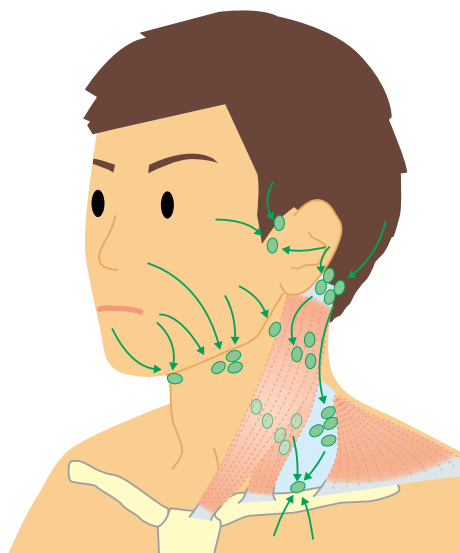


図3 頸部リンパ節とリンパ流

頸部リンパ節群が下流になり、扁桃炎であれば下顎角直下から胸鎖乳突筋周囲のリンパ節群が下流になります。耳介前部

のリンパ節群の上流は眼窩周囲ですので、結膜炎などでは腫脹する可能性があります。鎖骨上部のリンパ節は乳がんでよく認められます。

【サイズ・形態】 サイズは経過をみるうえで重要です。径を記載するときは、形態が不規則な場合は長径と短径を記載します。形態は、通常扁平な円形ですが、大きくなるとともに球形となります。一般に感染症など非悪性疾患のリンパ節腫脹は、どんなに集簇しても一塊になることはありません。複数のリンパ節が癒合し凹凸を持って一塊となっている場合は、悪性腫瘍を疑います。

【圧痛】 リンパ節の圧痛はリンパ節およびその周囲の炎症を意味します。通常、悪性疾患のリンパ節腫脹では強い圧痛は認めにくいのですが、多くの場合、圧痛そのものはあります。

(3) 甲状腺の触診 (図4)

甲状腺の触診は、患者の正面から母指を使って行う方法と、患者の背方に立ち示指から環指を使って行う方法がありますが、視診と同時に行うことができるため一般に前者がよく行われます。まず、母指を使って喉仏といわれる甲状軟骨を

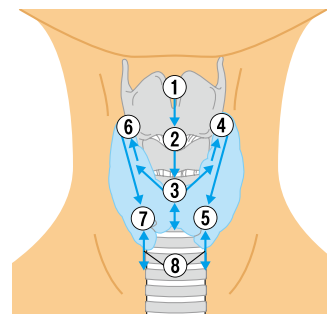


図4 甲状腺触診

探します。徐々に指を下げると甲状軟骨下端、輪状軟骨、気管軟骨が確認できます。甲状腺峡部は気管軟骨の前に張り付く形で存在するので、気管軟骨の上端を親指で確認したら、唾液や水を嚥下して気管を上下に動かしてもらいます。この際、母指の位置は動かさずに保持します。気管軟骨のデコボコした感じから、そのうえに耳朶のような柔らかい構造物が乗った感じに変化するのがわかると思います。これが甲状腺です。甲状腺は両葉が甲状軟骨の側面まで達しているため、そちらに向かって輪郭を片方ずつ確認していきます。さらに気管軟骨の両脇にある両葉の中心部分を触診します。鎖骨と胸鎖乳突筋のために下方に追えなくなったら、その部分に母指を置いて再度嚥下運動をしてもらいます。すると、甲状腺が上方に移動し、甲状腺下極付近まで触診可能となります。

バセドウ病や橋本病などで高度に腫大した甲状腺ではより容易になります。

<甲状腺触診の評価>

**【サイズ】** 甲状腺は正常では厚さ3～5mm程度の薄っぺらな臓器です。腫大とともにまず、厚みが増してきます。さらに拡大すると、胸鎖乳突筋の前方まで飛び出てきます。明らかな腫大を認めるときは、横径と縦径を測定しておきます。

**【硬さ】** 正常では耳朶より少し柔らかい程度です。バセドウ病では濾胞が緊満してくることにより硬くなります。治療により柔らかくなりますが、腫大が高度の場合はサイズは正常化しません。橋本病ではリンパ球浸潤により硬くなります。腺腫がある場合は結節性となり、結節部は弾性硬（消しゴムの硬さ）となります。

**【結節の有無】** 甲状腺の結節の多くは良性腺腫ですが、まれに悪性のものがあります。多結節性の場合にはまれですがPlummer病の可能性もあり、その場合は悪性であることも少なくありません。甲状腺両葉を上下極を含めくまなく検索します。しかし、触診による検索は感度が低い傾向にあるため、甲状腺腫があるときや結節が疑われるときは超音波検査の併用を心がけます。

(4) 腹壁の圧迫と引きずりによる触診 (図5・図6)

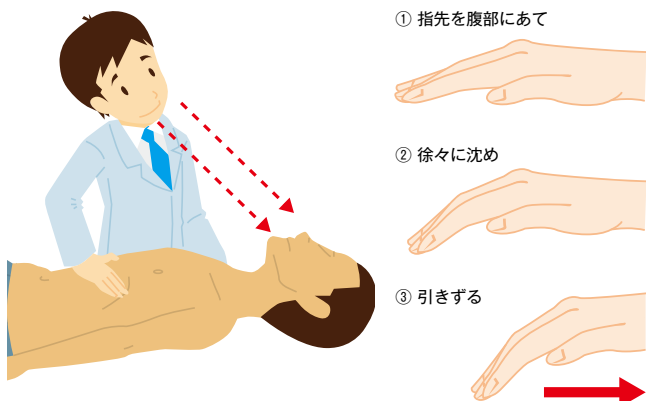


図5 患者の表情を見ながら触診

図6 触診手の動かし方

腹部診察の基本は腹壁の圧迫と引きずりによる触診です。圧迫による腹部触診は、可能なかぎりゆっくりと行います。腹部をみながらでなく、患者の表情をみながら触診してください。腹壁に手掌全体を置き、徐々に指先を腹部に沈めてい

きます。指先で腹筋の緊張が少しでも変化したことを感じたら、そこで一度止まってください。腹膜炎ではその緊張が緩むことはなく、いわゆる「筋性防御」となります。止まることで緊張が緩むようなら、再びゆっくりと指先を沈めていってください。後腹壁に達するくらい十分に深くなったり、腹部大動脈や臓器、腫瘤に達したら、それ以上強く圧迫することなくそこで止めます。そこで、触診指を後腹壁に沿わせるように数cmほど引きずります。腹壁の圧迫による痛みは、腹膜炎や緊満した腸管、粘膜の炎症などで認められます。通常、腹膜炎以外では筋性防御を伴いません。引きずりによる痛みの増悪は、胃炎や腸炎など消化管粘膜の炎症などで認められます。下肢の屈曲は腹直筋の緊張緩和のために行いますが、老人など下肢筋力の低下した患者では屈曲を保持するために腹筋を緊張させるため、適切ではありません。

腹部腫瘤の診断のためには正常な腹部の触診を常に行い、触診上の構造の理解をしておく必要があります。悪性リンパ腫では大動脈周囲のリンパ節が腫大することが多いため、正常な構造を理解していないと見逃しやすくなります。また、便塊などの消化管内容物と腹部腫瘤の鑑別も多くは困難ですが、拍動性、可動性、圧迫による変形消失、経時的な位置の変化などが所見の評価のため重要です。また、うつ病では左下腹部にS状結腸の索条腫瘤として便塊が触れることもよくみられます。

(5) 肝臓の触診 (図7)

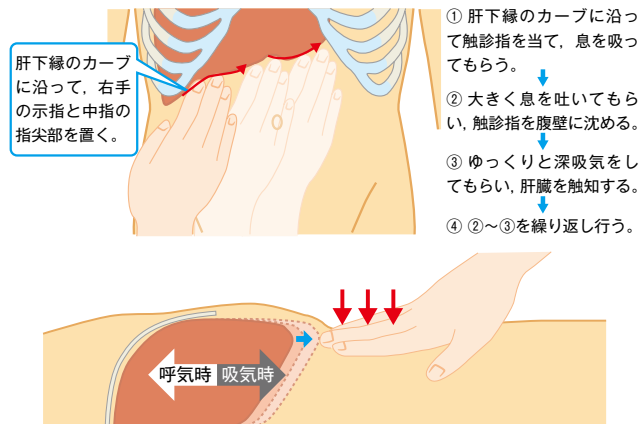


図7 肝の触診法