みんなでつくる！

岐大式 獣医内科診断学

吐出

定義

食物や液体が咽頭や食道から受動的に排出されること

病態生理

吐出のメカニズム

正常な嚥下では、上部食道括約筋が弛緩することで、食物や液体が食道内へと移動します。その後、食道の蠕動運動によって胃側へと輸送され、下部食道括約筋が弛緩することで胃内へと送り込まれます。しかし、食道の炎症や閉塞、蠕動運動の低下などによって食道内の輸送機能が障害されると、食物や液体が胃に到達せず、口腔内へ逆流する吐出が生じます。

吐出による影響

吐出が慢性的に発生しており、十分な食物摂取ができていないと体重減少やそれに伴う過食が生じることがあります。

また、吐出物が誤って気管に入ってしまった場合は誤嚥性肺炎を引き起こす可能性があります。。

犬と猫における吐出の鑑別診断リスト

疾患名		シグナルメント・ヒストリー	臨床検査所見
巨大食道症	特発性		食道拡張
	重症筋無力症	運動不耐性 易疲労性	食道拡張 抗 AChR 抗体の存在
	多発性筋炎	運動不耐性	食道拡張 CPK 上昇
	多発性ニューロパチー	ふらつき、運動失調、筋萎縮	食道拡張
	自律神経障害	散瞳、涙量低下、徐脈	食道拡張
	鉛中毒	神経症状、食欲低下	食道拡張 貧血、赤血球異常
	甲状腺機能低下症	皮膚病変、活動性低下	食道拡張 高脂血症
	副腎皮質機能低下症	食欲不振、活動性低下、徐脈	低 Na、高 K、低血糖 高窒素血症
縦隔腫瘍		嚥下困難 頸部頭側、前肢の浮腫	胸水貯留 縦隔の拡張 気管の挙上
血管輪異常（右第 4 大動脈弓遺残）		離乳期からの吐出 発育不良	心基底部の食道狭窄（X 線）
食道内異物		突然の吐出 流涎	食道内不透過性陰影（X 線）
食道腫瘍		慢性吐出	腫瘤病変（X 線）
食道裂孔ヘルニア		慢性吐出 嘔吐 化学薬品の摂取	横隔膜付近の腫瘤病変（X 線）
食道炎		嚥下痛 食欲廃絶	
瘢痕形成（食道狭窄）		食道炎の罹患歴 薬剤の使用（猫：テトラサイクリン、ドキシサイクリン）	

鑑別の進め方

吐出の鑑別診断では、まず問診や身体検査によって吐出と嘔吐を区別し、発症時期、吐出の頻度、吐出物の性状、食道疾患や全身性疾患を示唆する所見の有無を確認します。次に、胸部 X 線検査を中心とした画像検査によって、食道内異物、食道狭窄、巨大食道症、血管輪異常、食道裂孔ヘルニア、腫瘍性疾患などの食道疾患を評価します。

巨大食道症が認められた場合には、重症筋無力症、多発性筋炎、多発性ニューロパチー、甲状腺機能低下症などの基礎疾患を探索します。単純 X 線検査や造影 X 線検査で原因が特定できない場合には、超音波検査、CT 検査、内視鏡検査などを追加します。これらの検査を通じて吐出の原因となる疾患を特定し、適切な治療につなげます。

問診

問診では、吐出と嘔吐を区別することが重要です。嘔吐では、悪心や流涎、腹筋の収縮を伴うことが多いですが、吐出ではこれらを伴わず、食物や液体が受動的に排出されます。

そして吐出の原因を推定するためには、発症時期や吐出の性状に加え、食道炎、食道内異物、食道狭窄、巨大食道症などを示唆する病歴を確認することが重要です。

○ いつから吐出がみられるか

離乳時から吐出がみられる場合には、血管輪異常などの先天性食道疾患が疑われます。血管輪異常では、食道が血管によって圧迫され、食物の通過障害が生じることがあります。併せて、体重減少や発育不良がみられないか確認します。

○ 嘔吐、食道炎の履歴

吐出に先行して嘔吐がみられていた場合には、胃食道逆流による食道炎が疑われます。食道炎では、食道粘膜の炎症によって嚥下障害や吐出が生じることがあります。

○ 誤食の有無

異物や化学物質を摂取していた可能性がないか確認します。食道内異物は、食道の閉塞や粘膜損傷を引き起こすことがあります。また、化学物質の摂取によって食道粘膜が損傷し、食道炎が生じることがあります。

鉛を摂取した場合には、中毒性の神経筋障害が生じ、巨大食道症を引き起こす可能性があります。

○ 吐出物の内容

吐出物の性状や内容物を確認することで、食道疾患の原因を推定できる場合があります。例えば、食道内異物が鋭利なものであった場合には、食道粘膜が損傷し、吐出物に血液が混じることがあります。吐出物に血液が認められる場合には、食道粘膜の損傷や炎症のほか、腫瘍性疾患なども鑑別に挙げます。

○ 麻酔歴

麻酔中は下部食道括約筋の機能が低下し、胃食道逆流が生じることがあります。胃食道逆流によって食道粘膜が損傷すると、食道炎を引き起こす可能性があります。麻酔後に吐出がみられる場合には、麻酔中の胃食道逆流や食道炎の可能性を考慮します。

○ 投薬歴

テトラサイクリン系抗菌薬であるドキシサイクリンなどは、食道内に停滞することで粘膜障害を引き起こし、食道炎や食道狭窄の原因となることがあります。

○ 旅行歴

血色食道虫（*Spirocerca lupi*）の発生地域からの輸入や渡航歴がある場合には、血色食道虫感染による食道病変を考慮します。血色食道虫は食道壁

に結節性病変を形成し、食道腫瘍に類似した所見を呈することがあります。ただし日本国内での発生報告はほとんどありません。

身体検査

身体検査では、吐出による全身状態への影響を評価するとともに、巨大食道症の基礎疾患を示唆する所見や、吐出に伴う合併症の有無を確認します。

○ 体重

慢性的に吐出が発生している場合には、食物の摂取量や消化管への食物の移送が不十分となり、体重減少がみられることがあります。特に、離乳時から吐出がみられる動物では、発育不良の有無を確認します。

○ 呼吸

吐出によって食物や液体が気道内に誤嚥された場合、誤嚥性肺炎を併発することがあります。誤嚥性肺炎では、呼吸数の増加、呼吸困難、発熱などがみられることがあります。

○ 骨格筋

多発性筋炎では、骨格筋の炎症によって筋力低下が生じます。慢性化した場合には、筋萎縮が認められることがあります。多発性ニューロパチーでは、末梢神経の障害によって筋肉への神経刺激が十分に伝わらなくなり、筋力低下や筋萎縮が生じることがあります。

○ 脱毛

甲状腺機能低下症から食道拡張を続発する可能性があります。体幹部の対称性脱毛や尾部の脱毛（ラットテール）が認められる場合には、甲状腺機能低下症を鑑別に挙げます。

○ 神経学的検査

重症筋無力症では、神経筋接合部における神経から筋肉への刺激伝達が障害され、筋力低下が生じます。運動前には正常にみえることがありますが、運動を繰り返すことで筋力低下が顕在化する場合があります。脊髄反射や眼瞼反射を繰り返し評価することで、筋力低下が認められる場合もあります。ただし、反射の低下は必ずしも認められるわけではありません。また、限局型の重症筋無力症では、四肢の筋力低下を伴わず、食道の運動機能障害による吐出のみが認められることがあります。

多発性筋炎では、初期の段階では姿勢反応や脊髄反射に異常が生じないことが多いです。しかし、重症例では筋力低下や筋萎縮が進行し、脊髄反射が低下することがあります。神経学的検査で異常が認められない場合でも、多発性筋炎を否定することはできません。

多発性ニューロパチーでは、四肢の姿勢反応や脊髄反射の低下、筋緊張の低下、筋萎縮などがみられることがあります。ただし、四肢の神経学的異常が明らかでない場合もあり、正常な検査所見のみで除外することはできません。

臨床検査

○ X 線検査

吐出の鑑別診断では、胸部 X 線検査が重要です。胸部 X 線検査によって、食道の拡張や狭窄、食道内異物、食道周囲の腫瘤性病変などを評価できます。また、吐出に伴う誤嚥性肺炎や、食道穿孔による胸腔内病変の有無も確認します。

単純 X 線検査：はじめに単純 X 線検査を実施します。食道を含む胸腔内臓器の位置や大きさ、X 線不透過性などに注意して観察します。

特に、以下の所見に注目します。

- 食道内のガスや液体の貯留、食道の拡張
- 食道内異物の有無
- 食道の狭窄や食道周囲の腫瘤性病変
- 血管輪異常を疑う食道の拡張や狭窄
- 食道裂孔ヘルニアを疑う胃の胸腔内への変位
- 食道穿孔を疑う縦隔気腫、気胸、胸水など

● 誤嚥性肺炎を疑う肺野の異常陰影

胸水が認められる場合には、食道穿孔による縦隔炎や胸膜炎、腫瘍性疾患などを鑑別に挙げます。特に食道穿孔が疑われる場合には、胸腔内の気体や液体貯留の有無に注意して評価します。胸水によって胸腔内臓器の評価が困難になることがあります。必要に応じて胸腔穿刺による胸水の抜去を行い、再度撮影します。

単純 X 線検査で異常が認められない場合でも、食道疾患を否定することはできません。必要に応じて造影 X 線検査を実施し、食道の形態や通過性を評価します。

造影 X 線検査：単純 X 線検査で原因が特定できない場合や、食道の狭窄、血管輪異常、食道裂孔ヘルニアなどが疑われる場合には、造影 X 線検査を実施します。

造影剤を用いることで、食道の形態や食物の通過障害をより明瞭に評価できる場合があります。造影剤は、疑われる疾患や食道穿孔の可能性などを考慮して適切なものを選択します。

血管輪異常では、食道の局所的な狭窄と、その口側の食道拡張を認めることがあります。食道狭窄では、狭窄部位とその口側の食道拡張を確認します。

また、食道裂孔ヘルニアでは、胃食道接合部や胃の一部が胸腔内へ移動するため、病変が一時的にしか認められない場合があります。問診から食道裂孔ヘルニアが疑われる場合には、複数回撮影することで病変を検出できる可能性があります。

巨大食道症が認められる場合には、食道の拡張の程度や分布を評価するとともに、基礎疾患を特定するための検査を実施します。

縦隔腫瘍や食道腫瘍が疑われる場合には、超音波検査や CT 検査などによる精査を検討します。

なお、単純 X 線検査や造影 X 線検査で原因が特定できない場合にも、超音波検査や内視鏡検査などの追加検査を検討します。

○ 血液検査

血液検査は、後天性巨大食道症の基礎疾患の探索や、吐出に伴う合併症の評価に有用です。

重症筋無力症：重症筋無力症が疑われる場合には、抗アセチルコリン受容体抗体を測定します。重症筋無力症では抗アセチルコリン受容体抗体が陽性となります。

多発性筋炎：多発性筋炎では、CK（CPK）の上昇が認められることがあります。ただし、CK の上昇のみで確定診断することはできません。確定診断には、筋電図検査や筋生検などを追加検討します。

甲状腺機能低下症：甲状腺機能低下症が疑われる場合には、FT4、TSH を測定します。これらの検査結果を総合的に評価し、甲状腺機能低下症の診断を行います。

副腎皮質機能低下症：副腎皮質機能低下症では低 Na、高 K 血症、低血糖、高窒素血症などがみられることがあります。確定診断のためには ACTH 刺激試験を実施します。

誤嚥性肺炎：CRP 値の上昇や白血球数の増加が認められる場合には、誤嚥性肺炎などの炎症性疾患が併発している可能性があります。胸部 X 線検査の所見と併せて評価します。

○ 超音波検査

胸部 X 線検査で前縦隔などに X 線不透過性の構造物が認められた場合には、超音波検査を実施し、腫瘤性病変の有無や性状を評価します。

ただし、胸腔内の病変は超音波検査で十分に観察できない場合もあるため、病変の位置や性状に応じて CT 検査などの追加検査を検討します。

○ CT 検査

食道腫瘍や縦隔腫瘍が疑われる場合には、CT 検査を実施します。

CT 検査では、病変の大きさや位置、周囲組織との関係を詳細に評価できます。また、リンパ節腫大や遠隔転移の有無を確認することで、腫瘍の進展

範囲を評価できます。

特に、外科手術が適応となる症例では、病変の位置や周囲組織との関係を把握することで、手術計画を立てる際に役立ちます。

○ 内視鏡検査

単純 X 線検査や造影 X 線検査などで原因が特定できない場合や、食道疾患が疑われる場合には、内視鏡検査を検討します。内視鏡検査では、食道粘膜を直接観察し、粘膜の不整、紅斑、出血などの粘膜病変に加え、腫瘤、狭窄、異物などの異常の有無を確認します。

食道炎では、粘膜の発赤やびらん、潰瘍などが認められることがあります。ただし、軽度の食道炎では内視鏡検査でも明瞭な異常が認められない場合があります。

また、胃食道接合部の位置や裂孔部の形態から、食道裂孔ヘルニアを疑う所見が得られる場合もあります。

食道内異物が確認された場合には、診断と同時に内視鏡下で摘出できることがあります。ただし、異物の大きさや形状、食道壁の損傷の程度によっては、内視鏡による摘出が困難な場合もあります。

食道狭窄が認められる場合には、狭窄部位や程度を評価します。食道炎の既往がある症例では、瘢痕形成による食道狭窄を考慮します。

○ 生検

内視鏡検査で腫瘍性疾患を疑う所見が認められた場合には、生検を検討します。

食道腫瘍が疑われる場合には、内視鏡下で組織を採取し、病理組織学的に評価することで、腫瘍性病変の確定診断につなげます。

また、縦隔腫瘍が疑われる場合には、超音波ガイド下針吸引生検による細胞学的評価を検討します。細胞学的評価で診断が困難な場合には、コア生検または切除生検を検討します。

ただし、生検の実施にあたっては、病変の位置や周囲組織との関係、出血や穿孔などの合併症のリスクを考慮し、適切な採取方法を選択します。

最終改訂日：2026 年 11 月 2 日

執筆者



監修者

