

Case discussion

1. 56歲女性突發右上腹痛3天
2. 80歲女性，因失代償性心臟衰竭
症狀入院。皮膚出現疹子
3. Constipation and
intussusception.

Cheng-Yi WANG
Nov. 07. 2025

Case1,

- 患者：女性，56歲
- 最終診斷：大網膜梗塞
- 症狀：右上腹部疼痛 • 嘔心 • 嘔吐
- 藥物：-
- 臨床程序：
- 腹腔鏡子宮切除術
 -
- 專業：外科
- 客觀的：

- 一名**56歲**女性患者因右上腹部疼痛**3天**，伴隨噁心嘔吐，無發燒，血流動力學穩定，被送入急診(**ED**)。患者被送入院接受治療，診斷為食物中毒和消化系統疾病。患者無腹部手術史。身體檢查顯示右上腹有腹壁反應。**(abdominal wall reaction)**
- 血液學檢查顯示白血球數**7800/mL**，C反應蛋白**7.4mg/dL**（範圍**0~1mg/L**），其餘血液學檢查結果正常。超音波顯示膽管實質對合度高，膽道內未見腫塊或結石，膽囊壁薄，未見結石。腹部**X光**片顯示氣腹處右半膈下未見新月徵。**CT**顯示腹部無遊離氣體，右上腹僅見浸潤影及增厚大網膜。由於患者疼痛劇烈，腹壁反應強烈，嚴重考慮消化性潰瘍穿孔。

主訴:右上腹部疼痛3 days

- 1. 右上腹部疼痛3 days.
- 疼痛的程度多厲害,位置有沒有改變,疼痛的性質鈍痛還是絞痛. → 絞痛,第一天相當痛,第二天就痛得很厲害, 比生孩子還厲害--- 今天到中午1點都沒有吃東西
- 有沒有放射到右肩膀.-→ 無
- 這3天內有發冷發燒嗎. → 無
- 胃口好嗎, 因為伴隨噁心嘔吐, 不想吃,(這兩天,只吃兩小口稀飯吃一點點青菜)-(今天都沒有吃, 口有點乾 → 昨天起,人覺得有一些疲倦. 今天更累.
- 過去有沒有類似的症狀→沒有
- 家裡的人有沒有類似的情形→沒有-
- 這幾天排便的情形怎樣?→沒有異狀

Clinical history

- 2. 過去病史(指病患過去的醫療紀錄，包含過去罹患的疾病、手術史、藥物過敏史、長期用藥史，以及家族史、預防接種等資訊)
 - 過去病史：28/30 歲生過兩個小孩全都是自然生產懷孕期間也沒有任何的問題.
 - 50歲停經，停經之後沒有使用hormone等藥物
 - 過去沒有手術過.
 - 42歲作過超音波檢查證明沒有膽結石
 - 沒有藥物過敏史
 - 一個月以前打過流感及covid-19 疫苗沒特別反應
 - _____
 - 今天早上差不多沒有吃，到下午1點都沒有吐的現象，但肚子越來越不舒服

從病史上應該怎麼樣寫她的問題

- 請回答.

56歲女性,三天前出現右上腹部疼痛,陣陣強絞痛越來越不舒服,伴隨噁心嘔吐沒有發冷發燒 排便的情形正常

- 56歲女性,有2個小孩,3年前離婚,
- 三天前出現右上腹部疼痛,絞痛,第一天相當痛,第二天就痛得更厲害,比生孩子還厲害
- 沒有放射到右肩部,
- 沒有發冷發燒
- 伴隨噁心嘔吐,不想吃,第三天口有整點乾
- 過去沒有類似的症狀
- 過去沒有手術過,沒有膽結石
- 今天到下午1點都沒有吐,肚子卻越來越不舒服.
- 沒有藥物過敏史,這3天都沒有自己吃藥,也沒去看診

- 1. Problem1, 56歲女性,三天前出現右上腹部疼痛,陣陣強絞痛,越來越不舒服,伴隨噁心嘔吐,沒有發冷發燒,也沒有放射性疼痛排便的情形正常

Physical findings.

- 身體檢查顯示右上腹有**腹壁反應**。
(abdominal wall reaction)
- 這一段敘述很不清楚應該是說
- Abdominal tenderness, with mild rigidity, but no rebound tenderness.
- Bowel sound was still active.
- Otherwise, vital signs were O.K. and no fever was noticed.

請指出異常的地方

Peripheral blood		Blood chemistry		Serological tests	
WBC	7330/ μ L	Ure	3.9 mmol/L	CRP	7.4 mg/dL
RBC	407×10^4 / μ L	Glucose	12.5 mmol/l	HBsAg	(-)
Hb	12.2×10^4 / μ L	Creatinin	38 μ mol/L	HIV	(-)
Hct	37.1%	AST	16 U/L	HCV	(-)
PLT	300/ μ L	ALT	18 U/L		
PT (s)	10.2 s	Amylase	34 U/L		
PT (%)	113%	Lipase	26 U/L		
PT-IRN	0.93	Na	141 mmol/L		
APTT	23.0 s	K	3.8 mmol/L		
Fibrinogen	5.97 g/L	Cl	101 mmol/L		

1.

- Medical images :
- 1.Ultrasound showed high parenchymal antithesis, no masses or stones inside the bile tracts, and a gallbladder with thin walls and no stones within.
- No crescent sign beneath the right hemidiaphragm in the pneumoperitoneum was seen on abdominal X-ray.
- Computed tomography showed no free air in the abdomen, only infiltrates and thickened omentum in the right upper quadrant (**Figure 1**).

Figure 1.



Omental infarction (大網膜梗死)
主要透過腹部電腦斷層 (CT) 診斷，
典型影像表現為右下腹脂肪密度灶，
邊界清晰或模糊，伴有周圍炎性改變。

大網膜 (omentum) 因血流中斷而發生局部脂肪壞死。多為特發性，但肥胖、腹部手術、創傷、嵌頓性疝氣等可為誘因。

- 臨床表現類似急性闌尾炎，
但通常白血球正常、無噁心嘔吐。

🔍 如何診斷？(以影像學為主)

💻 腹部 CT (首選)

• 典型表現：

- 右下腹脂肪密度灶 (heterogeneous fatty mass)
- 邊界清晰或模糊，可能有外周高密度環
- 周圍脂肪間隙模糊，炎性改變
- ± 少量腹水

• 特徵性徵象：

- 無「中央點徵」(central dot sign)，見於 epiploic appendagitis
- 有時可見「血管漩渦樣排列」→ 提示網膜血管扭轉

📝 超音波 (輔助)

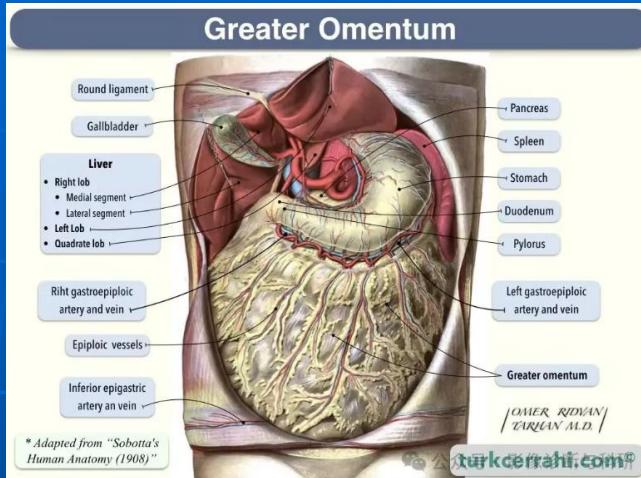
- 高回聲、不可壓縮的固定肿块
- 血流信號減少或消失
- 局部壓痛反應

🔍 臨床判斷要點

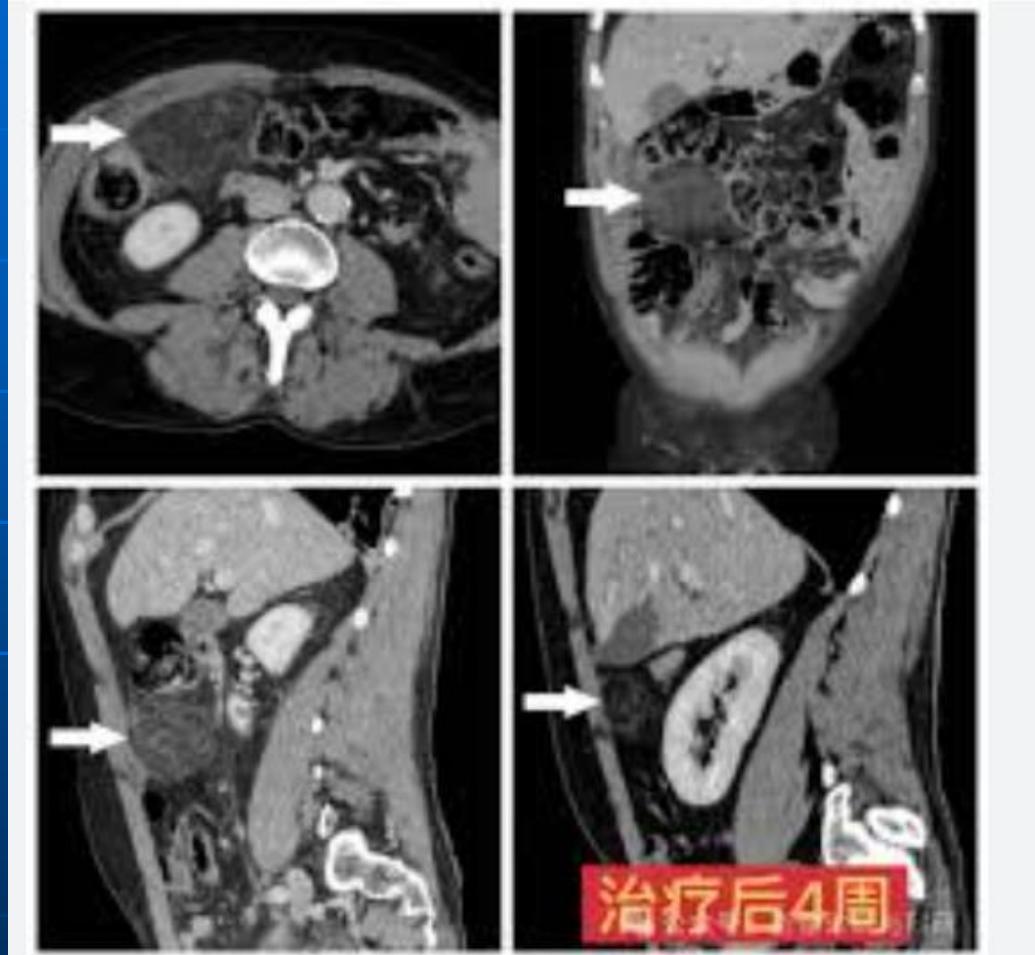
特徵	判斷意義
疼痛位置偏右下腹	易誤診為闌尾炎
白血球正常	區分感染性腹膜炎
無噁心、嘔吐、腹瀉	區分腸胃炎或腸阻塞
CT 顯示脂肪灶	關鍵診斷依據

Greater Omental infarction

CT findings



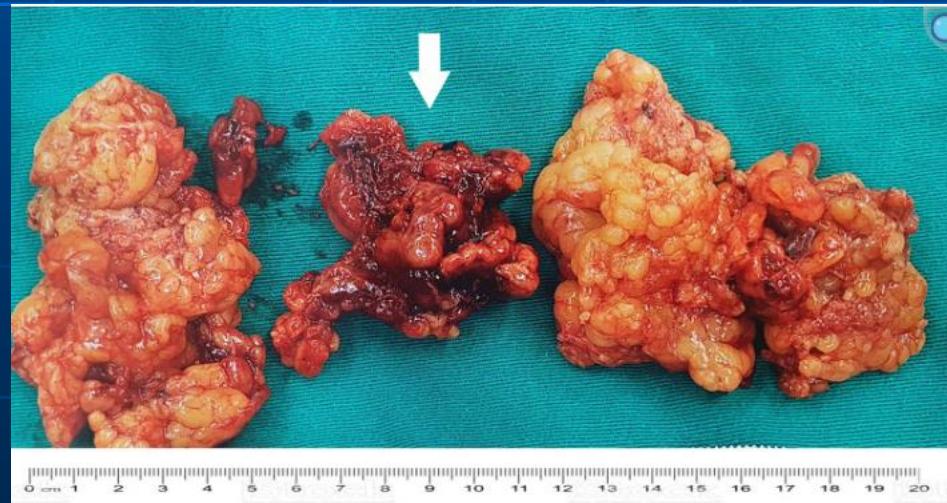
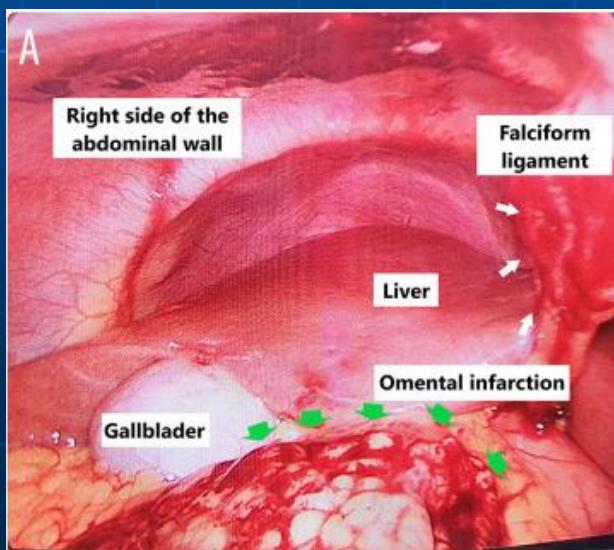
臨床表現 急性腹痛（多固定），90%右側腹痛，輕度發燒，少見噁心、嘔吐、腹瀉。以中、青年男性較多，肥胖者發病機會較多。白血球及紅血球沉降速率正常或輕度增加。



這個急腹症要了解！大網膜梗塞CT表現 | 典型病例『腹部』

- 患者進行腹腔鏡探查，發現肝下腹腔內少量積液等徵象，膽囊無發炎表現，胃十二指腸內未見穿孔（**圖2**），小腸結腸正常。大網膜呈紫黑色，提示附著於腹壁及镰狀韌帶的大網膜壞死面積約 $4\times5\text{ cm}$ ，最後診斷為**大網膜梗塞**。患者行腹腔鏡大網膜切除術，切除部分壞死大網膜。緊急手術後病情好轉。3天追蹤時，症狀完全消失。

腹腔鏡手術所見。腹部探查時，發現大網膜實質缺血部份（綠色箭頭）沾黏於腹壁右側及镰狀韌帶（白色箭頭）



Many cases reported.

- 腹腔鏡手術診斷和治療因大網膜梗塞引起的急性右上腹痛：越南一家醫院的罕見病例報告。**
- 引用
Que Son T、Hieu Hoc T、Duc Long V、Thanh Tung T、Van Tuyen P、Toan Thang N、Thu Huong T。
Am J Case Rep. 2021年7月27日;22:e931098。doi:10.12659/AJCR.931098。
PMID:34314403 免費PMC文章。
CT掃描顯示浸潤徵象、大網膜增厚，以及一個直徑2260毫米的右上肋下腫塊。我們進行了緊急腹腔鏡手術，以探查腹腔。.....許多患者僅在手術過程中才被確診。腹腔鏡...
- 機器人輔助腹腔鏡腹股溝疝氣修補術後發生大網膜梗塞。**
- 引用
Hassanesfahani M、Tian J、Keating L、Khan N、Louis MA、Malhotra R.
J Surg Case Rep. 2024年5月22日;2024(5):rjae343. doi: 10.1093/jscr/rjae343. eCollection 2024年5月。
PMID:38784200 免費PMC文章。
大網膜梗塞(OI)是一種罕見疾病，整體發生率不到0.3%。.....治療方案包括保守治療、介入性放射治療或手術切除梗塞的大網膜。我們在此介紹首例...
- 腹腔鏡輔助胃癌根治術致大網膜梗塞的CT表現。**
- 引用
Oh JY、Cho JH、Kang MJ、Lee JH、Kwon HJ、Nam KJ、Kim MC、Choi H.
臨床放射學。2011年10月;66(10):966-73。doi: 10.1016/j.crad.2011.05.006。
PMID:21684534
目的：探討腹腔鏡輔助胃切除術（LAG）治療胃癌患者大網膜梗塞的CT影像學特徵。.....結果：390例患者中，9例（2.3%；6例男性，3例女性）...
- 大網膜梗塞：兒童術前診斷及腹腔鏡治療。**
- 引用
Gosain A、Blakely M、Boulden T、Uffman JK、Seetharamaiah R、Huang E、Langham M、Eubanks JW
第三。
J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2010年11月;20(9):777-80. doi: 10.1089/lap.2010.0204. Epub 2010年8月12日。
PMID:20704515
背景：大網膜梗塞(OI)是一種不常見且特徵不明確的兒童腹痛病因，術前常被誤診為闌尾炎。.....所有患者都接受了梗塞大網膜切除術；2名患者接受了同時...
- 腹腔鏡結腸切除術後潰瘍性結腸炎大網膜梗塞的手術併發症。**
- 引用
路易斯·M，格拉比爾·N，方J，薩米恩託·加爾松·D。
Cureus. 2024年12月24日;16(12):e76304. doi: 10.7759/cureus.76304. eCollection 2024年12月。

Am J Case Rep. 2021 Jul 27;22:e931098-1-e931098-6. doi: 10.12659/AJCR.931098

Laparoscopic Surgery for Diagnosis and Treatment of Acute Right Upper-Quadrant Abdominal Pain Due to Omental Infarction: A Report of a Rare Case in a Single Vietnamese Hospital

Tran Que Son ^{1,2,A,B,C,D,E,F,G}, Tran Hieu Hoc ^{1,A,C,D,F}, Vu Duc Long ^{2,D,E}, Tran Thanh Tung ^{2,D,F}, Pham Van Tuyen ^{3,C,D}, Nguyen Toan Thang ^{4,C,F}, Tran Thu Huong ^{5,E,G}

Case 2,

► Cureus. 2025 Jun 14;17(6):e86026. doi: [10.7759/cureus.86026](https://doi.org/10.7759/cureus.86026) ↗

Eruption of Petechiae in Liver Failure in an 80-Year-Old Patient: A Case Report

[Abiola Z Odeyinka](#)^{1,✉}, [Selene M Kizy](#)², [Liana N Ly](#)³, [Kelly M Frasier](#)⁴

Editors: Alexander Muacevic, John R Adler

▼ Author information

► Article notes ► Copyright and License information

¹ General Internal Medicine, Macclesfield District General Hospital, East Cheshire NHS Trust, Macclesfield, GBR

² Medical School, Oakland University William Beaumont School of Medicine, Rochester, USA

³ Medical School, College of Osteopathic Medicine, Touro University California, Vallejo, USA

⁴ Dermatology, Northwell Health, New Hyde Park, USA

Liver failure in the elderly is a clinically challenging condition with increased prevalence, severity, and potential complications due to age-related changes in liver function and other organs.

- 80歲女性，因失代償性心臟衰竭症狀（靜止時呼吸困難和端坐呼吸）入院。在治療心臟衰竭期間，患者前上胸部出現新的皮疹（圖1）。身體檢查發現皮疹呈現邊界清晰、不褪色、無搔癢感，與瘀點相符。入院前，患者正在接受依度沙班(edoxaban)治療心房顫動。



描述皮膚疹子

- 描述皮膚疹子時，應從「形狀、顏色、分布、排列、演變」五大面向入手，並結合病史與全身症狀進行鑑別診斷。這是臨床判斷與病人溝通的關鍵能力。

一、皮疹的五大描述要素（建議口訣：『形色分排變』）

要素	說明	舉例
形狀 (Morphology)	丘疹、斑疹、水泡、膿庖、結痂、鱗屑、苔癬化等	蕁麻疹為膨疹，濕疹為丘疹伴滲出
顏色 (Color)	紅、紫、膚色、白、黃、黑等	紫斑提示出血，白斑可能為色素脫失
分布 (Distribution)	對稱/非對稱、軀幹/四肢/臉部、暴露部位等	銅幣癬常見於軀幹，脂漏性皮膚炎多見於臉部
排列 (Arrangement)	線狀、環狀、群聚、離散、融合等	帶狀皰疹呈線狀分布，水痘為離散性水泡
演變 (Evolution)	發展速度、是否癢痛、是否結痂、是否留下色素	麻疹先發燒後出疹，玫瑰疹退燒後出疹

鑑別診斷的關鍵問題

1. 有無發燒？（病毒性疹子 vs 過敏）
2. 是否癢？（蕁麻疹、濕疹常癢，病毒疹多不癢）
3. 是否對稱？（對稱常為內因性，非對稱可能為接觸性）
4. 是否有藥物史？（藥疹需高度警覺）
5. 是否有接觸史？（如新衣物、植物、動物、旅遊）
6. 是否反覆發作？（慢性濕疹、脂漏性皮膚炎）



三、常見皮疹鑑別診斷（可設計為配對練習）

疹子類型	特徵	常見病因
丘疹 + 搔癢	紅色小疹，癢感明顯	濕疹、蕁麻疹、過敏
水泡 + 群聚	小水泡成群，沿神經分布	帶狀皰疹
紫斑 + 不癢	不退色紅斑，壓不退	血小板低下、血管炎
鱗屑 + 增厚	乾燥脫屑，皮膚變厚	慢性濕疹、乾癬
斑塊 + 色素改變	色素沉著或脫失	白斑、汗斑、癩類



蕁麻疹



異位性皮膚炎



■ 從形狀、顏色、分布、排列、演變五個面向，結合病史與症狀，形成系統性描述

描述要「具體、客觀、可重現」

避免使用模糊詞（如「看起來怪怪的」、「有點紅」）

- 儘量使用標準皮膚科術語（如「紅色丘疹，直徑約 3 mm，分布於雙側前臂，排列離散」）
- 若能拍照記錄，應搭配文字描述，並註明時間與部位

Erythema and ecchymosis

邊界清晰、不褪色、無搔癢感，與瘀點相符→ **ecchymosis**

Erythema：皮膚紅斑是指皮膚或黏膜因表層微血管擴張而引起的發紅現象。紅斑是皮膚上面發紅的現象與一般出血或是紫斑病不相同.,一壓顏色變淡

- 入院第一天，國際標準化比值 (INR) 為 2.9；停用依度沙班(edoxaban,)後，檢測結果顯示降至 1.6。凝血酶原時間 (PT) 和活化部分凝血活酶時間 (APTT) 結果未升高至參考範圍以上。
- 全血球計數（包括血小板）結果正常。AAT (AAT (Alpha-1-antitrypsin) 水準升高至 2.57 g/L (參考範圍：0.864-1.92 g/L)。同樣，血清銅濃度升高至 39.9 μmol/L (參考範圍：11-25.1 μmol/L)。N 端 B 型利鈉肽 (Pro-BNP) 顯著升高至 7842 pg/mL (參考範圍< 400 pg/ml)，這突顯了心臟衰竭的重要發現。
- 鹼性磷酸酶 (ALP) 在分流時升高至 282 U/L，住院四周後略有下降，約 18.4% (表1)。γ-谷氨酰轉氨酶 (GGT) 在分診時升高至 333 U/L，住院四週後下降約 24%。天門冬胺酸轉氨酶 (AST) 在分診時升高至 438 U/L，住院四週後下降約 88%。

Table 1. Key laboratory findings .

Parameter	Patient Value at Admission	Patient Value After Four Weeks	Reference Range
Alkaline phosphate	282	230	30-130 U/L
Aspartate transaminase	438	54	0-40 U/L
Gamma-glutamyl transaminase	333	254	<38 U/L
Total bilirubin	106	103	<21 micromol/L (μmol/L)

Laboratory data

- 檢測出EB病毒（EBV）免疫球蛋白G（IgG）。EBV感染，尤其是EBV誘發的肝炎，可出現膽紅素升高或高膽紅素血症（實驗室檢查結果為 $106 \mu\text{mol/L}$ ，參考範圍： $< 21 \text{ U/L}$ ）。肝酵素異常對於多種病因（例如酒精性肝病和病毒感染）導致的慢加急 性肝衰竭具有重要意義。

- 患者每日兩次靜脈注射利尿劑，用於治療失代償性心臟衰竭，緩解肺部充血症狀。從臨床角度來看，治療肝衰竭的根本病因是可行的，但該患者存在多種病因，這帶來了巨大的臨床挑戰。我們建議並實施了支持性措施，例如冷敷皮膚緩解皮疹和休息。患者被轉診至醫院的安寧療護團隊，不久後過世。患者一直接受專門的安寧療護，直至去世當天。

- 1 瘡點性皮疹是由出血區域滲入真皮（表皮下層）引起的。止血障礙可導致瘡點和其他顯著的臨床表現。瘡點和紫斑的潛在病理生理機轉是血小板減少或血小板減少、血小板功能障礙、凝血功能障礙、血管完整性受損。對於某些患者來說，這些機制的共同作用會導致瘡點性病變。

2 與該皮疹最相關的鑑別診斷包括：

依度沙班引起的藥物性出血

AAT (Alpha-1-antitrypsin) 水平升高與慢性肝病（包括肝硬化）有關 [9]。肝硬化常伴隨凝血功能異常，也被發現與血管炎有關，這兩者都可能導致皮膚缺損 [9,10]。其中，據報道，有一部分肝硬化患者患有免疫球蛋白 A (IgA) 血管炎，常表現為可觸及的紫斑 [11,12]。與此病例更相關的是，一些報告描述了伴隨肝硬化的白血球破碎性血管炎，

威爾遜氏症

血小板減少症

結論(病例報告作者的結論)

- 本案例強調，對於疑似慢加急性肝衰竭的患者，早期識別瘀點作為病情惡化的潛在標誌至關重要。在處理臨床疑難雜症時，應全面了解患者及其照顧者的病史及用藥史。然而，這也取決於病情的嚴重程度；通常，治療的目的是立即穩定失代償性心臟衰竭患者的病情。當血小板聚集受到多重損傷，真皮內皮細胞（主要位於血管和淋巴管內壁）釋放一氧化二氮時，凝血級聯通常會迅速惡化。
- 本例患者的病情進展反映了管理多重系統衰竭的挑戰。在處理臨床疑難雜症患者時，臨床醫師應強調及時識別死亡標記、危險因素，並儘早讓多學科團隊參與。應優化臨終患者的疼痛控制，並仔細檢查病歷上的用藥。

- 癥狀量化是一個非常重要的臨床程序就是在詢問病情時好好的問個大概
- 一方面知道病情是不是嚴重,病人的感受
一方面可以作為therapeutic parameters 知道臨床是不是有改善
- 1. 症狀嚴重嗎,你敘述一下大概多厲害
 2. 今天狀況怎麼樣有比昨天輕一點嗎好一點嗎

Case 3,

- 40歲男性，過去有便秘及內痔病史，因瀰漫性腹痛2天就診於急診科，疼痛程度為8/10，疼痛不放射。患者症狀包括14次清亮、無血、無膽汁的嘔吐。

在病史方面你還想知道哪一些事？

40歲男性，過去有便秘及內痔病史，因瀰漫性腹痛2天就診於急診科，疼痛程度為8/10，疼痛不放射。患者症狀包括14次清亮、無血、無膽汁的嘔吐。

在病史方面你還想知道哪一些事？

我去有便秘已經有多久便秘的詳細情形,--幾天才排一次大便是不是 都很硬
最近這個兩相年是不是越來越嚴重現在是幾天解一次或者是說是不是更需要
用力呃啊.

有沒有常用用瀉藥

瀰漫性腹痛總是哪一天什麼時候開始的. 最初疼痛的位置在哪裡
開始就是瀰漫性的腹痛嗎還是隔一段時間以後才變成瀰漫性腹痛 ·
嘔吐是什麼時候發生的最近的一次偶吐是什么時候

PH：過去有接受過腹部的手術嗎

- 他否認近期接觸過病人、旅遊史或住院史。他否認既往有大腸鏡檢查或內視鏡檢查史。過去歷史顯示，他每天吸食一支香菸和大麻，每週飲用四小杯酒，並有高脂飲食習慣。他否認有顯著的胃腸道癌症或發炎性疾病家族史

Abdominal CT

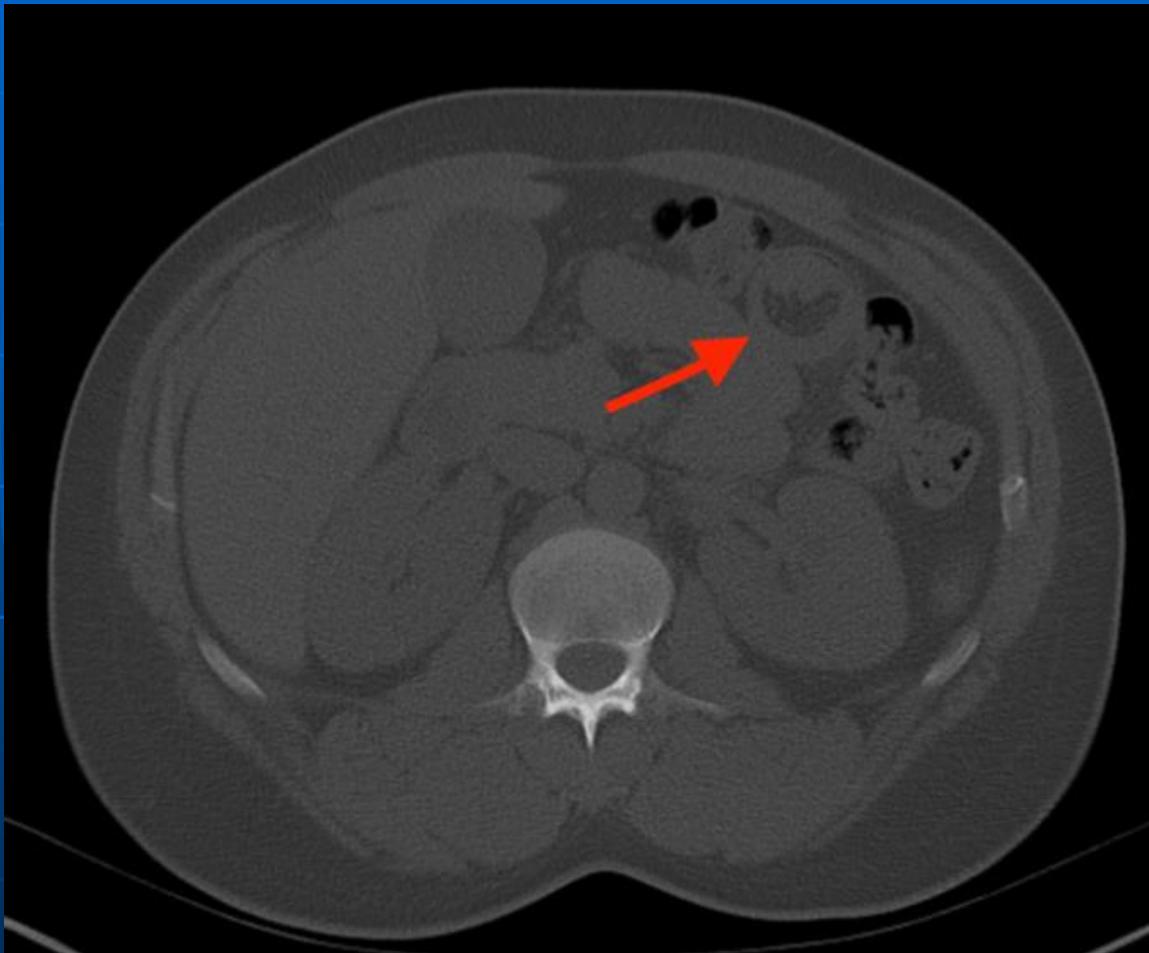


Figure 1. Axial CT scan of the abdomen without contrast demonstrating a 'target' appearance consistent with enteroenteric intussusception (red arrow).

No evidence of obstruction, mass lesion, or ischemic changes was observed.

Target signs

- The "target sign" on an abdominal CT scan appears as a bull's-eye or target shape, caused by a thickened bowel wall with concentric layers of different attenuation. It is most commonly associated with intestinal intussusception or inflammatory bowel disease (like Crohn's), but it can also be seen in conditions such as ischemia, hemorrhage, vasculitis, infection, or lupus enteritis.



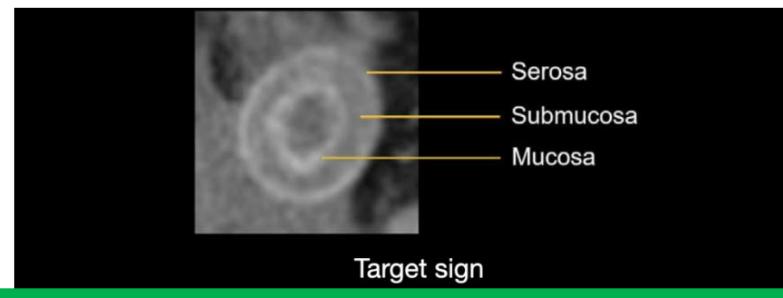
Learning Radiology

LearningRadiology - Target Si...



Axial CT scan showing characteristic target sign of bowel intussusception. |

Often you will see increased enhancement of the inner mucosal lining, edema in the middle layers, and even increased enhancement of the serosa. This pattern of enhancement of the bowel wall resembles a target.



小腸X光

- A small bowel series with oral contrast revealed spontaneous reduction of the intussusception (Figure 2). The patient tolerated the diet well and was instructed to follow up as an outpatient with a gastroenterologist for further evaluation.

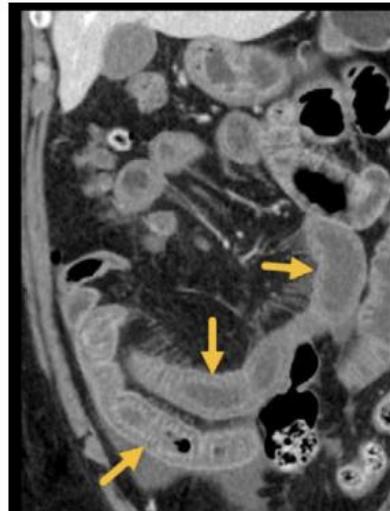
Figure 2. Small bowel series demonstrating that the intussusception has cleared.



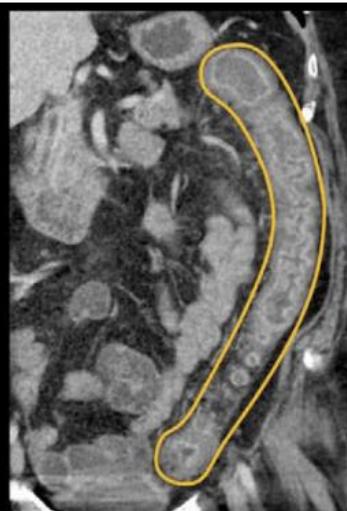
Diagnosing GI tract inflammation

When the gastrointestinal tract becomes inflamed, there are three primary indicators to look for:

1. **Increased thickness of the bowel wall**
2. **Areas of increased or decreased enhancement**
3. **Surrounding fluid or stranding in the mesenteric fat**



Increased
wall thickness



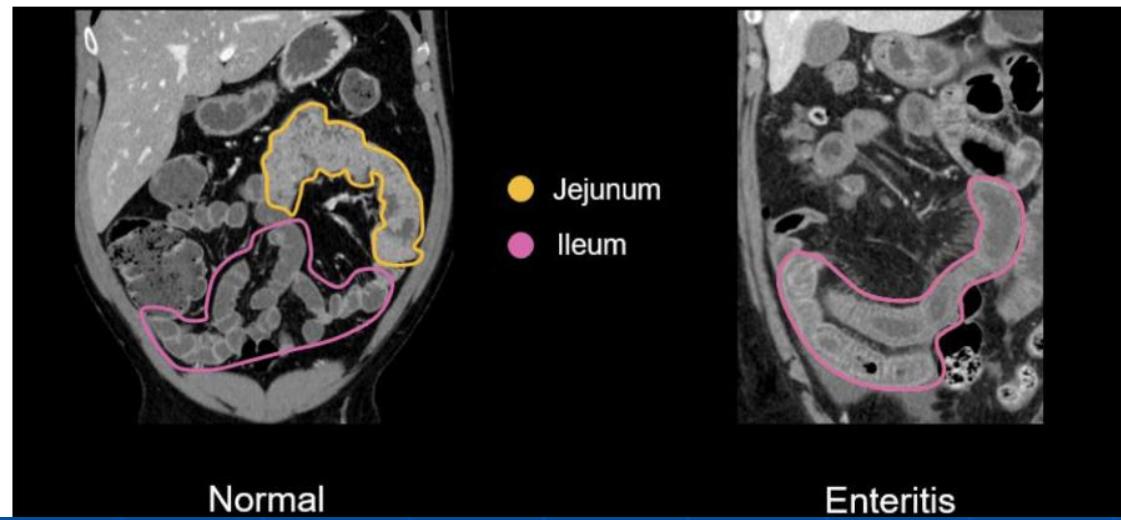
Mucosal
enhancement



Fluid or fat
stranding

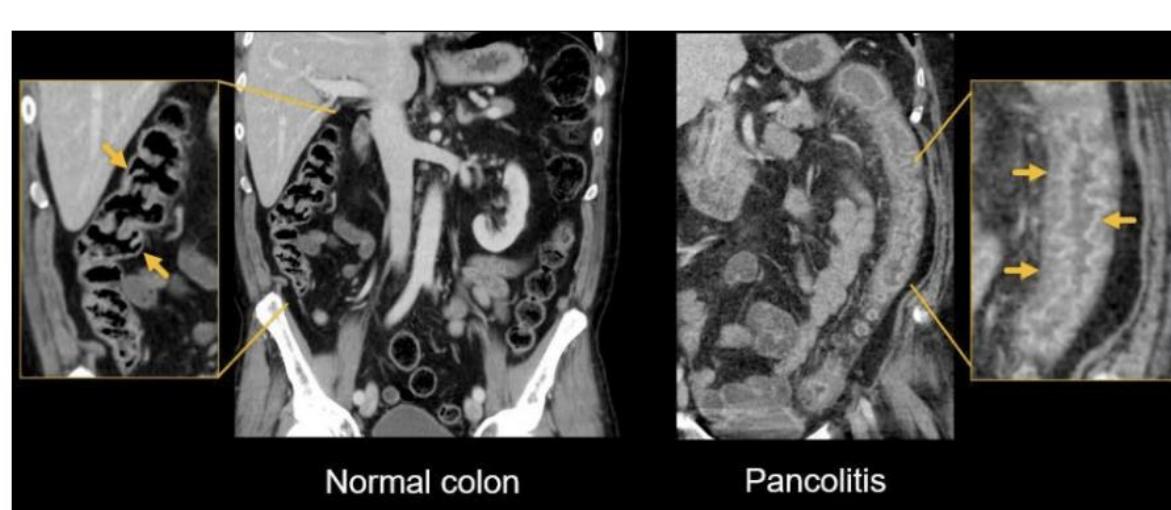
Enteritis

If we look at the jejunum of a normal small bowel, it has a characteristic feathery fold pattern, whereas the ileum has a thin and relatively featureless wall that looks like a single enhancing line. Notice in the case of enteritis we can differentiate the layers of the wall due to abnormal thickening and enhancement.



Pancolitis

The normal colon wall appears as a relatively thin line. With pancolitis, however, you can see differentiation of the bowel wall layers within the thickened wall.



成人腸套疊是一種罕見疾病

- 僅佔所有腸套疊病例的1%至5%，約佔所有住院病例的0.003%至0.02%[1 , 3]。兒童腸套疊最常見的部位是回結腸，表現為急性絞痛性腹痛、果凍樣大便和可觸及的腫塊。成人腸套疊則以腸腸或結腸套疊為主，症狀多為非特異性的亞急性症狀，如腹痛、噁心和嘔吐。

成人腸套疊在70%至90%的病例中繼發於潛在疾病[1]。常見原因包括惡性腫瘤（良性和惡性腫瘤）、術後沾黏、發炎性腸道疾病、梅克爾憩室以及術後改變[2]。在沒有明確病因的情況下，曾有報告出現短暫性且可自行緩解特發性病因有關

- 成人腸套疊的治療取決於其病因、嚴重程度和位置[4 , 6]。若有引導點，通常需要手術切除，因為惡性腫瘤風險較高，尤其是在結腸套疊中，高達65%的病例可發現惡性腫瘤[2 , 3]。然而，對於無導點的腸腸套疊，保守治療可能是一種選擇，如本病例所示[5]。
- 短段腸套疊（**<3.5-3.8 cm**）更易自行緩解。長段腸套疊，尤其是引起腸阻塞或腸缺血的腸套疊，通常需要手術介入

Case 3, 結論

結論

成人腸套疊的預後主要取決於其潛在原因。若無明確引導點，保守治療通常效果良好。然而，復發的可能性仍然存在，因此需要密切追蹤和進一步檢查，特別是內視鏡檢查，以排除潛在病變。若症狀復發或持續懷疑惡性腫瘤，則可能需要進行大腸鏡檢查或小腸鏡檢查。

本案例強調了在腹痛和嘔吐的鑑別診斷中識別成人腸套疊的重要性。該患者的自發性緩解凸顯了保守治療在特定病例中的作用。需要進一步研究以更好地明確成人特發性腸套疊的危險因素，並優化此類患者的治療策略。



► Cureus. 2025 Sep 1;17(9):e91419. doi: [10.7759/cureus.91419](https://doi.org/10.7759/cureus.91419) ↗

A Rare Presentation of Adult Intussusception

Talha Wahid ^{1,✉}, Monica Paneru ², Andrea Escalante ², Kira B Fenton ²