



图1 疑似克罗恩病患者内镜检查流程图

盲瓣 30 cm 以上的小肠,全结肠镜无法诊断^[4]。CD 内镜下典型特征包括病变呈跳跃式偏侧受累、纵行深溃疡、铺路石样、回盲瓣受累变形狭窄、肛周病变等。

2. 气囊辅助小肠镜:

(1) 临床应用: 疑似小肠型 CD 的诊断与鉴别诊断^[1,4]。

(2) 观察内容: 病变位于近端小肠者, 选择经口小肠内镜; 病变位于远端小肠者, 选择经肛小肠内镜; 如无影像检查提示病变位于近端小肠, 首选经肛小肠镜。小肠型 CD 内镜下表现为病变呈偏侧跳跃、纵行溃疡, 可连续累及数个皱襞、炎性肉芽增生; 早期 CD 可为偏侧且相邻阿弗他溃疡或星状溃疡, 后渐融合为纵行溃疡; 肠腔可因肉芽增生、扭曲而狭窄。小肠内镜检出典型病灶后, 进行病变部位和正常部位活检, 应避免在溃疡底部活检。对于肠腔狭窄、扭曲明显、继续进镜有穿孔风险者, 由操作医师决定是否中止检查。

3. 上消化道内镜:

(1) 临床应用: 建议初诊 CD 患者, 尤其是存在上消化道症状的患者行上消化道内镜检查; 建议确诊 CD 上消化道受累者, 进行上消化道内镜评估^[13]。

(2) 观察内容: 检查方式和范围同常规上消化道内镜。CD 累及上消化道时可有各种非特异性表现, 包括胃内或十二指肠球部黏膜充血、水肿、糜烂和不规则浅溃疡等; 部分存在相对特异性表现, 包括形态不规则溃疡伴周边炎性息肉样增生、胃底部及十二指肠球降部条状竹节样改变、十二指肠球部狭窄等。操作时应在病变部位和正常部位分别取样活检^[14-15]。

(3) 注意事项: 操作前询问病史, 排除幽门梗阻。拟行小肠置管术患者, 可在完成内镜观察后进行。

(二) CD 内镜随访

1. 内镜随访价值: 与间接的实验室和影像学检查相比较, 内镜作为一种直观的检查方法, 在判断炎症改善、评估疗效方面具有独特和不可替代的优势。

2. 内镜随访时间节点: 对于合并上消化道病变者, 建议 3~6 个月后复查胃镜, 或由临床医生根据情况决定。采用

激素-免疫抑制剂治疗者, 12 个月后复查全结肠镜或小肠内镜。采用生物制剂治疗者, 6~9 个月后复查内镜。根据复查结果判断疗效, 并决定后续内镜复查时间^[4,8]。由于 CD 的治疗是一个动态和相对长期的过程, 且 IBD 患者存在一定异质性, 故推荐上述内镜复查时间节点供参考, 具体可根据各个中心和患者个体化情况决定。

3. 内镜随访内容: 全面了解既往内镜检查结果, 需与既往内镜进行仔细对比观察。重点观察病变区域整体炎症情况, 对比溃疡深浅、大小、息肉样增生程度、肠腔狭窄及原因, 内镜检查范围应覆盖既往检查区域。详细记录比较结果和新出现的相关表现。建议采用量化评分系统进行内镜评分。

(三) CD 内镜治疗

1. CD 伴狭窄:

(1) 内镜治疗方法: 柱状球囊扩张术或针状刀切开术。

(2) 适应证与疗效: 主要适用于纤维性狭窄、狭窄长度 < 4 cm、狭窄数量 1~3 处、狭窄附近 (5 cm 以内) 无瘘管开口、排除恶变等, 对原发性狭窄或外科术后吻合口狭窄均适用。柱状球囊扩张术通常为一线选择方案, 成功率可达 45%~97%, 中远期有效率达 43%~62%, 可反复治疗^[15-16]。针状刀切开术常为二线治疗方案, 适用于柱状球囊扩张术后复发等难治性狭窄或短纤维化狭窄, 疗效确切, 安全性良好, 但对操作者技术要求更高。术前超声内镜检查有助于提高操作安全性。

(3) 并发症: 发生率为 2.0%~6.4%, 主要是穿孔、出血^[8,16]; 针状刀切开术出血风险相对增高, 而穿孔风险较低^[17], 术后应严密观察。

(4) 其他内镜治疗方法: 覆膜金属支架置入术、狭窄局部药物注射 (如糖皮质激素、英夫利西单抗克隆抗体等)^[18], 但疗效均未经证实。

2. CD 伴消化道出血:

(1) 内镜治疗方法: 电凝止血、钛夹止血、局部注射药物、局部喷洒药物等。

(2)发生率:多为间歇性黑便和隐血试验阳性,严重消化道出血发生率0.6%~5.0%,复发率高达19%~41%,属于临床重症。临床处理难点在于确定出血部位困难。以检查结合治疗为目的的内镜操作,在循环相对稳定情况下仍为处理首选。酌情决定肠道准备方案。出血部位通常表现为新鲜血痂、附着血凝块病变、溃疡处裸露血管、弥漫性渗血等。

(3)疗效:药物治疗优于内镜治疗,文献报道抗肿瘤坏死因子单克隆抗体治疗CD消化道出血成功率相对较高,可达70%~85%;内镜治疗近期止血成功率30%~60%^[19],其中单病灶出血时金属钛夹夹闭者疗效相对确切。若药物和内镜止血不成功,必要时可考虑数字减影血管造影(digital subtraction angiography, DSA)栓塞止血或手术治疗。

3. CD伴瘘管:

(1)内镜治疗方法:瘘管切开术、瘘管灌注术和瘘管闭合术。

(2)适应证与疗效:对于2~3 cm单道瘘管,如浅表回肠盲肠瘘、肛周瘘或储袋瘘,可行内镜下瘘管切开术。对于复杂性肛瘘,可尝试内镜下引流线置入术,伴腹内脓肿时可行内镜下瘘口切开引流及塑料支架置入术。瘘管灌注术适用于肛周瘘管,灌注药物包括纤维蛋白胶、抗肿瘤坏死因子单克隆抗体、干细胞等^[20]。对于部分难治性肛瘘,可尝试瘘管闭合术治疗,短期效果尚好。

4. CD内镜下置管/造瘘术:

(1)肠内营养管饲方法:主要包括鼻胃管、鼻空肠管、经皮内镜下胃/空肠造瘘(percutaneous endoscopic gastrostomy/jejunostomy, PEG/PEJ)和手术胃造口等。

(2)适应证:CD营养治疗优先采用肠内营养。对于无法耐受口服、胃动力良好、无幽门梗阻者可采用鼻胃管滴注,但对于有幽门管狭窄者,需在内镜下通过辅助方法将营养管超越狭窄段进入降段后才能管饲^[21]。对预估插管时间4周以上者,可考虑行内镜下胃造瘘-空肠置管术(percutaneous endoscopic gastrostomy with jejunal extension, PEG-J)。CD行PEG-J术并不增加胃瘘和其他并发症发生的风险。

(四)CD胶囊内镜诊断与随访

对于疑诊CD且胃肠镜和影像学评估无明确阳性发现者,可考虑胶囊内镜检查。胶囊内镜检查前应通过临床症状和影像学检查充分评估,排除消化道梗阻,以降低胶囊滞留的风险。缓解期CD患者亦需警惕胶囊滞留风险^[22]。

1. 适应证:①疑诊CD,但胃肠镜和影像学检查呈阴性。②确诊CD,但结肠镜及影像学检查无法判断病变数量、范围和特征。③评估小肠病变的疗效,监测术后小肠吻合口复发。

2. CD内镜下表现和鉴别诊断:

(1)CD胶囊内镜下表现:主要包括小肠绒毛缺失、黏膜充血水肿、黏膜糜烂、阿弗他溃疡、纵行或其他形态溃疡、多发假性息肉、肠管狭窄、淋巴管扩张等,病变呈节段性或跳跃性分布。

(2)鉴别诊断:包括肠白塞病、肠结核、药物相关性肠病、

放射性肠炎等。

3. CD胶囊内镜下评分标准与价值:国外推荐采用胶囊内镜下Lewis评分和胶囊内镜下克罗恩病活动指数(capsule endoscopy Crohn's disease activity index, CECDAI)来评估小肠黏膜炎症活动情况。

4. 胶囊内镜检查并发症与处理:胶囊内镜检查并发症主要为胶囊滞留,一般指≥2周胶囊未排出体外。对有肠梗阻风险者,建议先行影像学检查评估,推荐CTE或MRE或探路胶囊检查。对于已发生胶囊滞留者,无症状可予以观察随访;对于诱发急性小肠梗阻或肠穿孔者,应考虑急诊手术治疗。胶囊取出术包括内镜和手术2种方法^[23]。

5. CD治疗后随访中的应用:

(1)目的:对于非梗阻型且以黏膜病变为主的CD患者,胶囊内镜可作为评估黏膜愈合的手段,且具有敏感性高、评估范围广等优势。

(2)随访时间节点:目前国内外尚无统一标准,主要与基线病情严重程度、不同治疗方案和患者的治疗反应等因素有关,多数建议治疗后9~12个月复查。

(3)随访的注意事项:复查胶囊内镜前应复习既往胶囊内镜图片、报告及其他检查结果,前后对比观察,给出相应诊断意见。

三、内镜报告和评分系统

(一)IBD内镜报告系统

IBD患者的内镜(主要是全结肠镜和小肠内镜)操作报告应有别于普通的内镜报告,其观察内容、相关定义、表述用词均有特殊性;全面完善的观察和相对精确的描述,对疾病活动性和转归的判断,以及对未来治疗方案的制定均具有重要意义,也是各个IBD中心保存完整资料、开展学术研究和交流的重要基础。

1. 内镜检查报告内容:包括一般内容和特殊内容两部分。一般内容包含患者的基本信息、简要病史、操作目的、肠道准备方式、肠道准备评分等。特殊部分包括UC和CD分别观察记录的内容。

2. UC结肠镜报告:UC结肠镜报告应按不同节段来描述内镜下特征,包括直肠、乙状结肠、降结肠(含脾曲)、横结肠(含肝曲)、升结肠、盲肠和末端回肠。

(1)每段观察内容基本相同,包括炎症程度(充血、水肿和红斑、黏液等)、上皮形态、血管纹理、溃疡特征(大小、深浅、形态、底部、边缘等)、出血及其程度;包括狭窄(部位、程度、原因)、增生(上皮增生、炎性、息肉样、肿瘤性等)等并发症情况;还应包括进镜检查范围、结肠袋结构、阑尾孔、病变范围(边界线位置)。

(2)使用放大或染色内镜检查需包括染色方法(化学、电子)、表面微结构、微血管结构。

(3)腺瘤性增生灶的Kudo分型。

(4)详细记录活检部位和数量。

(5)内镜诊断:完整的疾病名称、初发或复发、类型、活动性、并发症等。

(6) 内镜评分系统: 推荐采用 Mayo 评分或 UCEIS 评分^[6,24], 详见表 1 和 2。

表 1 Mayo 内镜评分系统

评分	内镜下表现
0 分	正常或缓解期
1 分	轻度活动期: 红斑, 血管纹理模糊, 黏膜轻度易脆性
2 分	中度活动期: 明显红斑, 血管纹理消失, 黏膜易脆, 糜烂
3 分	重度活动期: 溃疡形成, 自发性出血

表 2 溃疡性结肠炎内镜下严重程度指数(UCEIS)评分系统

指标	评分	内镜下表现
血管纹理	正常(0分)	正常血管纹理, 毛细血管清晰
	斑块状消失(1分)	血管纹理模糊或斑块状缺失
	完全消失(2分)	血管纹理完全消失
出血	无(0分)	无血迹
	黏膜渗血(1分)	黏膜表面少量血凝块, 易于清除
	肠腔内轻度出血(2分)	肠腔内少量游离血性液体
糜烂和溃疡	无(0分)	黏膜正常, 无糜烂或溃疡
	糜烂(1分)	≤5 mm 黏膜缺损, 白色或黄色糜烂, 边缘平坦
	浅表溃疡(2分)	>5 mm 黏膜缺损, 表浅溃疡, 纤维蛋白覆盖
	深溃疡(3分)	深溃疡, 边缘微隆起

注: 3 项指标相加总分 0~8 分; 正常 0 分; 轻度活动 1~3 分; 中度活动 4~6 分; 重度活动 7~8 分

(7) 图片采集: 建议每个结肠段至少拍摄 2 张图片, 特殊病灶可根据情况适当增加或录像。

3. CD 结肠镜报告: 包括一般内容和特殊内容两部分。

构架参照 UC 结肠镜报告。

(1) 特殊内容同样按节段分别描述: 直肠、乙状结肠、降结肠(含脾曲)、横结肠(含肝曲)、升结肠、盲肠(含回盲瓣)和末端回肠。

(2) 观察内容包括: 炎症情况(充血、水肿、糜烂等)、病变为连续性或跳跃性、溃疡特征(形态、走向、深浅、数量、范围)、息肉样增生情况(结节样、团簇样、肠壁增厚、铺路石样等)、息肉增生(炎性、腺瘤性)、肠腔狭窄、疤痕形态、瘻管开口、肛周情况、吻合口周围情况等。

(3) 内镜评分系统: 推荐采用克罗恩病内镜下严重程度指数(Crohn's disease endoscopic index of severity, CDEIS)^[25]或克罗恩病简化内镜评分(simple endoscopic score for Crohn's disease, SES-CD)^[26]; 有手术史者可采用 Rutgeert 评分^[27], 见表 3~5。

4. CD 小肠内镜报告: 观察内容和报告参照 CD 结肠镜检查报告。

(1) 基本内容与 CD 相同; 增加部分内容包括进镜方式(经口、经肛)、小肠内镜镜检查范围、息肉增生(假息肉、炎性、腺瘤性等)、疤痕及形态、狭窄及程度(不可通过、勉强通过、无法通过)、手术吻合口情况、肠管是否扭曲及对进镜影响、活检部位与数量等。

(2) 图片采集以不同解剖区域的典型、特征性表现为主。

(3) 内镜诊断: 完整的疾病名称、临床类型与病变特征、并发症等。

(二) UC 内镜评分系统

UC 内镜评分系统虽有多种, 但临床应用成熟和相对广泛的主要是 Mayo 内镜评分系统和 UCEIS 评分。

1. Mayo 内镜评分系统: 参数相对简单粗略, 临床上简便实用, 但部分定义不够精确, 有一定主观性, 可作为日常临床诊治中病情活动度分级。黏膜愈合定义为 Mayo 评分 0~1 分, 见表 1。

2. UCEIS 评分系统: 观察内容较为明确, 且按不同程度

表 3 克罗恩病内镜严重程度指数(CDEIS)评分系统^[25]

	末段回肠	右半结肠	横结肠	左半和乙状结肠	直肠	总和
深溃疡(0~12分)						总和1
浅表溃疡(0~6分)						总和2
每10 cm 肠段中表面受累肠段平均长度(0~10 cm)						总和3
每10 cm 肠段中溃疡累及肠段平均长度(0~10 cm)						总和4

注: A 为总和 1+总和 2+总和 3+总和 4; n 为受累肠段数(1~5); B 为 A/n, 即总和/受累肠段数(1~5); C 为有溃疡性狭窄记 3 分, 没有为 0; D 为有非溃疡性狭窄记 3 分, 没有为 0; CDEIS 总分=B+C+D

表 4 克罗恩病简化内镜(SES-CD)评分系统^[26]

项目	0分	1分	2分	3分
溃疡大小	无	阿弗他溃疡(直径 0.1~0.5 cm)	较大溃疡(直径 0.5~2.0 cm)	大溃疡(直径 >2.0 cm)
溃疡表面范围	无	<10%	10%~30%	>30%
肠段受累范围	无	<50%	50%~75%	>75%
狭窄	无	单发, 内镜可通过	多发, 内镜可通过	内镜不能通过

表 5 克罗恩病术后内镜复发 Rutgeert 评分系统^[27]

评分	内容
0分	无病变
1分	≤5处阿弗他样溃疡
2分	>5处阿弗他样溃疡,病变间黏膜正常;或跳跃性较大病变;或局限于回结肠吻合口溃疡(<1cm)
3分	广泛的阿弗他样溃疡伴广泛的炎性黏膜
4分	广泛的末段回肠炎症伴较大溃疡、结节和(或)狭窄

评分,定义清晰,能较准确地反映病情程度。内镜评分与疾病活动度之间的相关性得到验证,不同观察者间变异度较小,推荐用于各种临床研究,并可用于疗效监测和中远期预后评估^[6,24],见表2。

(三)CD内镜评分系统

目前获得认可和推荐的CD内镜评分系统包括CDEIS、SES-CD和Rutgeert评分系统,其中Rutgeert评分系统用于CD术后复发的评估^[28]。

1. CDEIS和SES-CD评分系统:依据全结肠镜检查结果,对结肠各节段和回肠部位的溃疡(大小、深浅)、炎症和溃疡占据面积的比例、有无管腔狭窄及程度进行评价。总体而言,SES-CD的临床操作性略优于CDEIS,但均存在判断的主观性问题,且计算过程均相对繁琐。疾病严重性与部分重要特征无法在评分系统中得到真实反映,如瘘管、出血、空肠和上消化道病变等。黏膜愈合作为治疗目标,无法与内镜评分系统间建立起应有的关联性。因此,这2个评分系统临床实用性和推广价值有限,适合作为临床研究的观察指标。

2. Rutgeert评分系统:参数包括溃疡大小、数量、吻合口狭窄程度等。评分基点是术后6个月的结肠镜检查结果。临床实用性良好,内镜评分程度与复发之间关联性得到验证,对调整临床治疗方案具有指导意义。本评分系统仅将吻合口病情变化作为复发指标,并不能完全代表术后整个肠道的炎症活动度。

四、内镜应用的其他相关问题

(一)IBD内镜检查的肠道准备

1. 全结肠镜或气囊辅助式小肠镜:内镜检查前1~2d建议无渣半流质及流质饮食。肠道清洁剂首选聚乙二醇电解质散,同时服用西甲硅油祛泡剂。避免使用可能会引起黏膜炎症或溃疡的盐类清肠剂。经肛小肠镜检查推荐聚乙二醇3L法;经口小肠镜检查可采用禁食12h或口服聚乙二醇1-2L法^[5,29]。鉴于IBD患者的特殊性,尤其伴有消化道出血、不全性幽门或肠梗阻、低蛋白血症、严重贫血、水电解质紊乱等情况或老年患者时,应酌情调整肠道准备用药。评价肠道准备质量可采用波士顿量表或渥太华量表。

2. 小肠胶囊内镜:胶囊内镜检查的肠道准备,参照经肛小肠镜检查法。目前国内外尚无统一的评估量表评价小肠准备质量,比较常用的有Park量表和Brotz量表。

(二)内镜操作医师

IBD是一个专业性很强的亚专科,普通内镜医师在诊断

和随访IBD患者时,其相关的专业知识、内镜观察的重点和相关描述、活检技能以及对各种评分标准的理解和应用,与IBD亚专科临床要求存在一定差距。

IBD初诊时的内镜操作多数由普通内镜医师完成,IBD专科医师在诊断时应参考图像清晰的内镜报告原件或录像资料。IBD患者内镜复查、随访应尽量由IBD专科医师(或经治医师)亲自完成,或者由熟悉或了解IBD内镜操作要求的专职内镜医师完成。对于IBD患者数量达到一定规模的内镜中心,建议由相对固定的内镜医师负责IBD患者的内镜操作。IBD内镜医师应是IBD-MDT的成员,并主动参与各种IBD临床和学术活动。

(三)IBD上消化道内镜检查

1. CD上消化道内镜检查:CD以累及回肠下段和结肠为主,但上消化道内镜及相关病理检查提示异常者约占30%以上。相对特异的内镜改变包括:胃十二指肠球降部结节样增生、部分呈竹节样改变;球部可有团簇样肉芽增生,伴凹陷性溃疡和不规则小溃疡;幽门管和球部狭窄或伴不全梗阻等。非特异改变可有斑片样充血、水肿和糜烂,散在不规则溃疡等。目前尚无上消化道CD的诊断标准。对于已确诊或疑似CD患者,尤其是合并上消化道症状者,建议常规行上消化道内镜检查,并多处活检行病理检查。关于上消化道克罗恩病内镜评分系统(UGI-SESCD)的实用性和价值尚待临床验证。

2. UC上消化道内镜检查:UC患者可有上消化道症状,内镜检查可发现部分患者胃内存在炎症改变(充血、糜烂和浅小溃疡等),但多数病理上不具特异性,临床价值尚待评估。

(四)储袋内镜检查

储袋内镜是指在全结肠直肠切除及回肠储袋手术后患者中进行的肛管-直肠(若有)-储袋-末段回肠的内镜检查。储袋目前以J型和W型最常见。内镜检查时需看清储袋结构和类型。

1. 内镜选择:由于储袋内镜检查范围和长度相对受限,但构造相对特异,故可根据具体情况选用操作内镜,包括普通全结肠镜、乙状结肠镜、儿童结肠镜、储袋专用的上消化道内镜等。

2. 观察内容:肛管、黏膜封套、储袋、黏膜分隔、储袋大小类型、盲襟及长度、输入襟及近段肠管、各种开口大小、吻合口等基本结构,同时应观察并记录不同部位的炎症、溃疡、增生或增殖、狭窄及性质、有无窦道和瘘管及其走向、分泌物等^[30]。

3. 内镜操作医师:储袋内镜诊治专业性更强,建议由IBD专科医师或有丰富经验的内镜医师操作。操作前需学习和了解相关知识,如储袋手术原理、储袋结构、观察内容、专业术语、操作技能与活检原则、操作并发症处理、内镜处理原则等。

(五)造口内镜检查

对于IBD造口患者,可根据造口位置酌情服用导泻药物行肠道准备,推荐使用上消化道内镜或儿童结肠镜,经造口

行内镜检查。

(六)特殊内镜检查

1. 内镜选择:包括各种白光放大或高分辨内镜、电子或化学染色内镜,以及其他特殊内镜(共聚焦内镜、细胞内镜、全光谱内镜和荧光内镜等)。

2. 观察内容:通过放大和染色内镜,能够直接观察黏膜表面腺管开口、上皮细胞特征和血管结构形态变化,初步判断病变特征,并能行靶向活检,最终提高病变诊断的准确性。目前放大和染色内镜已在临床开展应用,其价值及优势尚待确认,操作流程有待规范后推广。

3. 局限性:尽管各种特殊内镜在放大倍数、观察视野、成像技术方面做了很大改进,在临床对比和前期研究中亦取得较好效果,但在临床实用性、其与病理结果一致性等方面尚待验证。

(七)IBD 内镜的鉴别诊断

熟悉并识别内镜下各种肠道疾病的特征对诊断及鉴别诊断至关重要。熟悉或了解 IBD 及相关疾病的基本内镜特征,如感染性、血管性、炎症性、药物性、上皮增殖性、结构异常性、黏膜下来源等,是鉴别诊断的基础。

CD 需要鉴别的疾病包括肠结核、肠道淋巴瘤、肠白塞病、缺血性肠病、隐源性多灶性溃疡狭窄性小肠炎、Meckel 憩室溃疡、末端回肠孤立性溃疡、药物性消化道损伤、自身免疫或其他原因导致的血管炎、各种肠道感染性疾病,以及其他少见疾病等。

UC 需要鉴别的疾病包括各种感染性结肠炎、缺血性肠病、肠道淋巴瘤、结肠型 CD、静脉硬化性结肠炎、结肠憩室炎、孤立性直肠溃疡,以及其他少见疾病等。

充分清洁肠道,拍摄能反映病变特征的优质内镜照片或动态录像。当内镜下缺乏特征性表现时,应在不同病灶处多点取活检。内镜表现需与临床、实验室、影像及病理相结合,综合分析可提高诊断准确性和可靠性。对诊断无法确定者,提倡多学科联合会诊,讨论病情和提出诊治意见。定期回顾、比较分析诊断明确者的内镜与影像学特征,提高内镜辨别分析能力。

(八)内镜下活检与标本处理、送检

1. IBD 活检部位与数量:

(1) 疑诊 UC:推荐在病变与正常黏膜交界处和外观正常黏膜处活检,每个病变节段取 ≥ 2 块活检。UC 监测时建议每个节段 2 块及可疑部位取活检。对于各种增生性病灶,推荐放大或染色内镜观察,对可疑病灶进行靶向活检。

(2) 疑诊 CD:推荐在典型溃疡边缘、肉芽增生处、炎症改变明显、肠腔狭窄和外观正常黏膜处取活检,每处 2 块,必要时适当增加^[14]。

(3) 需要与 IBD 鉴别的疾病:以多部位多块活检为原则,并在正常部位取对照活检。

(4) 操作前后注意事项:检查前了解患者血浆白蛋白水平、凝血功能和用药史;选择瓣口大小合适的活检钳,活检时切忌过多充气和深压活检钳,以免穿孔。活检后应观察活检

处出血情况,必要时对症处理。

2. 活检标本处理与送检:不同部位的活检标本按临床常规分别放置和标注。相关特殊检查应事先做好准备,如各种微生物培养、特殊染色、电镜检查等,按相应要求装瓶送检。

病理申请单中应填写基本病史、治疗经过与用药、内镜所见、活检部位、临床诊断和内镜下倾向意见、特殊染色与观察要求、送检者与联络方式等信息。

(九)IBD 内镜与影像学检查的安排和协调

1. 内镜联合影像学检查的意义:IBD 是累及黏膜和肠壁的疾病,尤其是 CD 可能存在小肠和肠壁外、腹腔内病变,影像学检查(主要是 CTE 和 MRE)可清晰反映这些病变的特征、范围和严重程度。影像学与内镜检查相结合能更全面、准确地反映疾病特征,对治疗方案选择有指导性意义。

2. 内镜联合影像学检查的适应证:UC 患者出现肠壁水肿、肠腔狭窄内镜无法通过、中毒性巨结肠、癌变、穿孔等情况时,腹部 CT 检查对判断病情很有帮助;CD 患者 CTE 或 MRE 可清晰显示有无小肠受累、肠腔狭窄、瘘管形成、腹腔感染及炎症程度^[11,31];尤其是存在肠腔狭窄、内镜无法了解狭窄段口侧情况时,影像学检查不可或缺。

3. CD 疾病不同阶段的检查选择:诊断 CD 时,尤其是对小肠型和小肠-结肠型患者,推荐同时行内镜和影像学检查,以全面评估疾病特征和严重程度,并可作为未来随访对比的基础。对 CD 缓解期患者,可采用内镜、影像学检查隔年交替的方式随访^[31]。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

指导意见撰写者(排序不分先后):

钟捷、顾于蓓(上海交通大学医学院附属瑞金医院);

张宁、陈旻湖(广州中山大学附属第一医院);

梁树辉、吴开春(空军军医大学西京医院);

谭蓓、杨红(中国医学科学院北京协和医院);

温忠慧、王玉芳(四川大学华西医院);

张冰凌(浙江大学医学院附属第一医院)

参与本专家指导意见讨论与制定单位及人员(按姓名汉语拼音顺序排列):

陈焰(浙江大学医学院附属第二医院),何瑶(中山大学附属

第一医院),江学良(山东中医药大学第二附属医院),王玉芳

(四川大学华西医院),杨红(中国医学科学院北京协和医院),

叶梅(武汉大学中南医院),张红杰(江苏省人民医院),

郑长青(中国医科大学附属盛京医院),钟捷(上海交通大学

医学院附属瑞金医院)

志谢 武汉大学中南医院叶梅、北京协和医院谭蓓在本指导意见的文本修饰方面投入相当的时间和精力,在此深表感谢

参 考 文 献

- [1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018 年·北京)[J]. 中华炎症肠病杂志(中英文), 2018, 2(3): 173-190. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2096-367x.2018.03.005.

- Inflammatory Bowel Disease Group, Chinese Society of Gastroenterology, Chinese Medical Association. Chinese consensus on diagnosis and treatment in inflammatory bowel disease (2018, Beijing) [J]. *Chin J Inflamm Bowel Dis*, 2018, 2 (3):173-190. DOI:10.3760/cma.j.issn.2096-367x.2018.03.005.
- [2] Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, et al. Corrigendum: third European evidence - based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 2: current management [J]. *J Crohns Colitis*, 2017, 11 (12): 1512. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjx105.
- [3] Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, et al. ACG clinical guideline: ulcerative colitis in adults [J]. *Am J Gastroenterol*, 2019, 114(3):384-413. DOI:10.14309/ajg.000000000000152.
- [4] Annese V, Daperno M, Rutter MD, et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease [J]. *J Crohns Colitis*, 2013, 7(12):982-1018. DOI:10.1016/j.crohns.2013.09.016.
- [5] 中国医师协会内镜医师分会消化内镜专业委员会, 中国抗癌协会肿瘤内镜学专业委员会. 中国消化内镜诊疗相关肠道准备指南 (2019, 上海) [J]. *中华内科杂志*, 2019, 58(7):485-495. DOI:10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2019.07.002.
- Digestive Endoscopy Special Committee of Endoscopic Physicians Branch of Chinese Medical Association, Cancer Endoscopy Committee of China Anti-Cancer Association. Chinese guideline for bowel preparation for colonoscopy (2019, Shanghai) [J]. *Chin J Intern Med*, 2019, 58(7):485-495. DOI:10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2019.07.002.
- [6] Travis SP, Schnell D, Krzeski P, et al. Developing an instrument to assess the endoscopic severity of ulcerative colitis: the Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS) [J]. *Gut*, 2012, 61(4):535-542. DOI:10.1136/gutjnl-2011-300486.
- [7] Xu W, Ding W, Gu Y, et al. Risk factors of colorectal stricture associated with developing high - grade dysplasia or cancer in ulcerative colitis: a multicenter long-term follow-up study [J]. *Gut Liver*, 2019. DOI:10.5009/gnl19229.
- [8] Shen B, Kochhar G, Navaneethan U, et al. Role of interventional inflammatory bowel disease in the era of biologic therapy: a position statement from the Global Interventional IBD Group [J]. *Gastrointest Endosc*, 2019, 89(2):215-237. DOI:10.1016/j.gie.2018.09.045.
- [9] Laine L, Kaltenbach T, Barkun A, et al. SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease [J]. *Gastrointest Endosc*, 2015, 81(3):489-501. DOI:10.1016/j.gie.2014.12.009.
- [10] Suzuki N, Toyonaga T, East JE. Endoscopic submucosal dissection of colitis-related dysplasia [J]. *Endoscopy*, 2017, 49 (12):1237-1242. DOI:10.1055/s-0043-114410.
- [11] Naymagon S, Marion JF. Surveillance in inflammatory bowel disease: chromoendoscopy and digital mucosal enhancement [J]. *Gastrointest Endosc Clin N Am*, 2013, 23 (6): 679-694. DOI: 10.1016/j.giec.2013.03.008.
- [12] Iacucci M, Furfaro F, Matsumoto T, et al. Advanced endoscopic techniques in the assessment of inflammatory bowel disease: new technology, new era [J]. *Gut*, 2019, 68 (3): 562-572. DOI: 10.1136/gutjnl-2017-315235.
- [13] Nomura Y, Moriichi K, Fujiya M, et al. The endoscopic findings of the upper gastrointestinal tract in patients with Crohn's disease [J]. *Clin J Gastroenterol*, 2017, 10(4):289-296. DOI:10.1007/s12328-017-0759-7.
- [14] Sakuraba A, Iwao Y, Matsuoka K, et al. Endoscopic and pathologic changes of the upper gastrointestinal tract in Crohn's disease [J]. *Biomed Res Int*, 2014;610767. DOI:10.1155/2014/610767.
- [15] Greuter T, Piller A, Fournier N, et al. Upper gastrointestinal tract involvement in Crohn's disease: frequency, risk factors, and disease course [J]. *J Crohns Colitis*, 2018, 12(12):1399-1409. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjy121.
- [16] Chen M, Shen B. Endoscopic therapy in Crohn's disease: principle, preparation, and technique [J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2015, 21 (9): 2222-2240. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000433.
- [17] Shen B, Kochhar G, Navaneethan U, et al. Practical guidelines on endoscopic treatment for Crohn's disease strictures: a consensus statement from the Global Interventional Inflammatory Bowel Disease Group [J]. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2020, 5 (4): 393-405. DOI:10.1016/S2468-1253(19)30366-8.
- [18] Bettenworth D, Gustavsson A, Atreja A, et al. A pooled analysis of efficacy, safety, and long-term outcome of endoscopic balloon dilation therapy for patients with stricturing Crohn's disease [J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2017, 23(1):133-142. DOI:10.1097/MIB.0000000000000988.
- [19] Podugu A, Tandon K, Castro FJ. Crohn's disease presenting as acute gastrointestinal hemorrhage [J]. *World J Gastroenterol*, 2016, 22(16):4073-4078. DOI:10.3748/wjg.v22.i16.4073.
- [20] Adegbola SO, Sahnan K, Tozer PJ, et al. Review of local injection of anti-TNF for perianal fistulising Crohn's disease [J]. *Int J Colorectal Dis*, 2017, 32(11):1539-1544. DOI:10.1007/s00384-017-2899-0.
- [21] Ledder O, Church P, Cytter-Kuint R, et al. A simple endoscopic score modified for the upper gastrointestinal tract in Crohn's disease [UGI-SES-CD]: a report from the imagekids study [J]. *J Crohns Colitis*, 2018, 12(9):1073-1078. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjy072.
- [22] Rondonotti E. Capsule retention: prevention, diagnosis and management [J]. *Ann Transl Med*, 2017, 5 (9): 198. DOI:10.21037/atm.2017.03.15.
- [23] Enns RA, Hookey L, Armstrong D, et al. Clinical practice guidelines for the use of video capsule endoscopy [J]. *Gastroenterology*, 2017, 152 (3): 497 - 514. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.12.032.
- [24] Travis SP, Schnell D, Feagan BG, et al. The impact of clinical information on the assessment of endoscopic activity: characteristics of the ulcerative colitis endoscopic index of severity [UCEIS] [J]. *J Crohns Colitis*, 2015, 9 (8): 607 - 616.

- DOI:10.1093/ecco-jcc/jjv077.
- [25] Mary JY, Modigliani R. Development and validation of an endoscopic index of the severity for Crohn's disease: a prospective multicenter study. Groupe d' Etudes Therapeutiques des Affections Inflammatoires du Tube Digestif (GETAID) [J]. Gut, 1989,30(7):983-989. DOI:10.1136/gut.30.7.983.
- [26] Daperno M, D' Haens G, van Assche G, et al. Development and validation of a new, simplified endoscopic activity score for Crohn's disease: the SES-CD[J]. Gastrointest Endosc, 2004, 60(4):505-512. DOI:10.1016/s0016-5107(04)01878-4.
- [27] Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G, et al. Natural history of recurrent Crohn's disease at ileocolonic anastomosis after curative surgery[J]. Gut, 1984, 25(6):665-672. DOI:10.1136/gut.25.6.665.
- [28] Fortinsky KJ, Kevans D, Qiang J, et al. Rates and predictors of endoscopic and clinical recurrence after primary ileocolic resection for Crohn's disease[J]. Dig Dis Sci, 2017, 62(1):188-196. DOI:10.1007/s10620-016-4351-7.
- [29] Restellini S, Kherad O, Bessissow T, et al. Systematic review and meta-analysis of colon cleansing preparations in patients with inflammatory bowel disease[J]. World J Gastroenterol, 2017, 23(32):5994-6002. DOI:10.3748/wjg.v23.i32.5994.
- [30] Shen B. Endoscopy in Crohn's disease of the pouch [M/OL]// Kozarek R, Chiorean M, Wallace M. Endoscopy in inflammatory bowel disease. Cham: Springer International Publishing Switzerland 2015, 2015: 227-234. [2020-8-28]. <http://www.springerimages.com/videos/978-3-319-11076-9>. DOI: 10.1007/978-3-319-11077-6.
- [31] Regueiro M, Velayos F, Greer JB, et al. American gastroenterological association institute technical review on the management of Crohn's disease after surgical resection [J]. Gastroenterology, 2017, 152(1):277-295.e3. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.10.039.

(收稿日期:2020-09-14)

(本文编辑:张敏 周静)

·读者·作者·编者·

关于中华医学会系列杂志指南共识类文章撰写与发表的推荐规范

制定和推广临床指南是当前规范医疗卫生服务的重要举措,为保证临床指南制定的科学、公正和权威,以及使临床指南适应于我国国情,从而更好地发挥指导作用,中华医学会杂志社对指南共识类文章的撰写与发表推荐规范如下。

一、指南共识类文章的撰写

指南共识类文章指具有学术权威性的指导类文章,包括指南、标准、共识、专家建议、草案等。

拟在中华医学会系列杂志发表的指南共识类文章,需具备以下条件:(1)有明确的应用范围和目的;(2)制定方为该学科学术代表群体,权益相关各方均有合理参与;(3)有科学的前期研究铺垫,有循证医学证据支持,制定过程严谨规范,文字表述明确,选题有代表性;(4)内容经过充分的专家论证与临床检验,应用性强;(5)制定者与出版者具有独立性,必要时明确告知读者利益冲突情况;(6)制定者提供内容和文字经过审核的终稿。

二、指南共识类文章的发表

1. 指南共识类文章宜在符合其报道范围和读者定位的相关学术期刊上发表。
2. 不同期刊可共同决定同时或联合发表某篇指南,版式可有所不同,但内容必须一致。
3. 指南类文章的二次发表应遵循《关于中华医学会系列杂志论文二次发表的推荐规范》。

中华医学会杂志社