

中国炎症性肠病诊疗质量控制指标

国家消化内科专业医疗质量控制中心(上海)
通信作者:李兆申,海军军医大学第一附属医院(上海长海医院)消化内科,上海 200433, Email: zhsl@vip.163.com;王洛伟,海军军医大学第一附属医院(上海长海医院)消化内科,上海 200433, Email: wangluoweimd@126.com;吴开春,空军军医大学第一附属医院消化内科,西安 710032, Email: kaicwu@fmmu.edu.cn;缪应雷,昆明医科大学第一附属医院消化内科,昆明 650032, Email: myldu@sina.com

【引用本文】 中文:国家消化内科专业医疗质量控制中心(上海). 中国炎症性肠病诊疗质量控制指标[J]. 中华消化杂志, 2026, 46(1): 21-25. DOI:10. 3760/cma. j. cn311367-20251012-00391. 英文: National Gastroenterology Quality Improvement System (Shanghai). Quality control indicators for the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease in China[J]. Chin J Dig, 2026, 46(1): 21-25. DOI:10. 3760/cma. j. cn311367-20251012-00391.

【摘要】 炎症性肠病(IBD)诊治困难,病程反复持久,并发症发生率高,医疗负担重。高效、规范化诊疗是提高 IBD 疗效并改善患者预后的关键。本研究基于国内外 IBD 最新诊疗指南并结合中国诊疗现状,采用德尔菲专家咨询法,初步确立了 10 项中国最新诊疗质量控制指标。这一举措有助于加强我国 IBD 诊疗质量控制,亦对推动我国 IBD 诊疗同质化发展具有重要意义,并为医疗卫生行政部门制定相关医疗政策提供了科学依据。

【关键词】 炎症性肠病;质量控制;指标;规范化;标准化
DOI:10. 3760/cma. j. cn311367-20251012-00391

Quality control indicators for the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease in China
National Gastroenterology Quality Improvement System (Shanghai)
Corresponding author: Li Zhaoshen, Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Naval Medical University (Shanghai Changhai Hospital), Shanghai 200433, China, Email: zhsl@vip. 163. com; Wang Luwei, Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Naval Medical University (Shanghai Changhai Hospital), Shanghai 200433, China, Email: wangluoweimd @ 126. com; Wu Kaichun, Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Air Force Medical University, Xi'an 710032, China, Email: kaicwu@fmmu. edu. cn; Miao Yinglei, Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming 650032, Email: myldu@sina. com

【Abstract】 Inflammatory bowel disease (IBD) is difficult to be diagnosed and treated, with recurrent and persistent course and high incidence of complications, which is a serious medical burden. Effective standardized diagnosis and treatment is the key to improve the efficacy and prognosis of patients with IBD. Based on the updated guidelines for diagnosis and treatment of IBD at home and abroad, combined with the current situation of diagnosis and treatment of IBD in China, 10 quality indicators for IBD in China were initially established by Delphi expert consultation method. This measure is not only good for increase the quality control indicators for IBD in China, but is of great significance for promoting the homogeneous development of IBD diagnosis and treatment in China, and provides a scientific basis for health administrative departments to formulate relevant medical policies.

【Key words】 Inflammatory bowel disease; Quality control; Indicators; Normalization; Standardization
DOI:10. 3760/cma. j. cn311367-20251012-00391

炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)主要包括溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)和克罗恩病(Crohn's disease)。目前,我国正处于 IBD 发
病率和患病率快速上升阶段^[1-2]。IBD 病情复杂、病程反复持久,其诊疗过程常需要多个学科参与。目前我国各级医疗机构的 IBD 诊疗质量参差不齐,导

致部分患者未能接受规范的 IBD 诊疗,进而直接影响 IBD 患者预后。因此,规范且标准化的诊疗在提高 IBD 疗效并改善患者预后中发挥重要作用。

为建立我国 IBD 诊疗质量控制(以下简称质控)体系,国家消化内科专业医疗质量控制中心(上海)牵头组织相关专家,参考国内外多项 IBD 诊治指南^[3-10],采用改良德尔菲专家咨询法,经过三轮专家论证,初步确定了 10 项 IBD 诊疗质控指标(表 1)。该质控指标体系将进一步实现我国 IBD 诊疗标准化,对提高 IBD 诊疗效果并改善患者预后具有重要推动作用。

一、初次诊断的 IBD 患者消化内镜检查率

初次诊断的 IBD 患者消化内镜检查率指单位时间内完成消化内镜检查的初次诊断 IBD 的患者例次数占同期收治的初次诊断 IBD 的患者总例次数的比例,属于核心质控指标,其对 IBD 患者的诊断与鉴别诊断具有重要临床意义。首先,消化内镜检查是 IBD 诊断的关键基础,国内外指南均强调内镜对于 IBD 诊断的重要性^[3-10]。其次,内镜检查同时又能进行 IBD 与以下疾病的鉴别诊断,如感染性肠炎、肠结核、药物性肠炎、缺血性肠病、放射性肠炎、黏膜脱垂相关综合征、淋巴瘤、自身免疫性肠炎和免疫缺陷性肠炎(普通变异型免疫缺陷病)等。该指标的实施是准确诊断 IBD、实施精准治疗的关键基石。

二、IBD 患者结肠镜检查进入末段回肠率

IBD 患者结肠镜检查进入末段回肠率指单位时间内 IBD 患者行结肠镜检查时进入末段回肠的 IBD 患者例次数占同期接受结肠镜检查的 IBD 患者总

例次数的比例。该指标反映医疗机构 IBD 诊断质量,对 IBD 诊断、疗效评估和疾病监测均具有重要意义。UC 倒灌性回肠炎和克罗恩病小肠受累均是 IBD 患者结肠镜检查过程中必须进入末段回肠的关键原因^[11-12]。国内外指南均推荐,结肠镜为 IBD 诊断、疗效评估和疾病监测的常规检查方法,且检查时结肠镜应尽量进入回肠末段距回盲瓣 ≥ 5 cm 处。

三、疑诊急性重度溃疡性结肠炎(acute severe ulcerative colitis,ASUC)患者及时行直肠镜或限制性直肠乙状结肠镜检查率

疑诊 ASUC 患者及时行直肠镜或限制性直肠乙状结肠镜检查率指单位时间内在疑诊 ASUC 患者生命体征平稳的条件下,入院后 24 ~ 48 h 内行直肠镜或限制性直肠乙状结肠镜检查例次数占同期疑诊 ASUC 患者总例次数的比例。该指标对 ASUC 患者的迅速诊断、评估,以及病原体感染和并发症筛查至关重要^[13]。ASUC 是威胁患者生命的急危重症^[14],由于存在穿孔风险,不推荐 ASUC 患者行全结肠镜检查。权衡检查风险和诊断价值后,在患者生命体征平稳的条件下,建议入院后 48 h 内行结肠镜检查 and 活体组织检查时仅进镜至直肠或乙状结肠。在明确 UC 诊断的基础上,筛查病原体感染(如巨细胞病毒、EB 病毒、艰难梭菌等机会性感染)和并发症对于提高 ASUC 的治疗效果并改善患者预后均至关重要^[15-16]。该指标反映医疗机构对疑似 ASUC 患者诊断与评估的及时性,此指标较高表明医疗机构对疑诊 ASUC 患者高度重视,能更早了解疾病情况并采取针对性治疗,改善患者预后。

表 1 中国 IBD 诊疗质量控制指标

序号	指标	计算公式
1	初次诊断的 IBD 患者消化内镜检查率(核心指标)	完成消化内镜检查的初次诊断 IBD 的患者例次数/同期收治的初次诊断 IBD 的患者总例次数 $\times 100\%$
2	结肠镜检查进入末段回肠率	结肠镜检查时进入末段回肠的 IBD 患者例次数/同期接受结肠镜检查的 IBD 患者总例次数 $\times 100\%$
3	疑诊 ASUC 患者入院后 24 ~ 48 h 内完成直肠镜或限制性直肠乙状结肠镜检查率	按时完成直肠镜或限制性直肠乙状结肠镜检查的疑诊 ASUC 患者例次数/同期收治的疑诊 ASUC 患者总例次数 $\times 100\%$
4	IBD 完整诊断率	完成完整诊断的 IBD 患者例次数/同期收治的 IBD 患者总例次数 $\times 100\%$
5	免疫调节药物使用前病原体感染筛查率	使用免疫调节药物前完成病原体感染筛查的 IBD 患者例次数/同期收治的使用免疫调节药物的 IBD 患者总例次数 $\times 100\%$
6	使用免疫调节药物的 HBsAg 阳性 IBD 患者规范抗病毒治疗率	接受抗病毒治疗的 HBsAg 阳性 IBD 患者例次数/同期收治的使用免疫调节药物的 HBsAg 阳性的 IBD 患者总例次数 $\times 100\%$
7	使用免疫调节药物治疗的 IBD 患者定期接受血常规和肝功能监测率	定期监测血常规和肝功能的 IBD 患者例次数/同期收治的使用免疫调节药物治疗的 IBD 患者总例次数 $\times 100\%$
8	ASUC 患者病死率	因 ASUC 死亡的患者例数/同期收治的 ASUC 患者总例数 $\times 100\%$
9	有复发危险因素的克罗恩病患者肠切除术后维持治疗率	肠切除术后进行维持治疗的克罗恩病患者例次数/同期收治的有复发危险因素的肠切除术后克罗恩病患者总例次数 $\times 100\%$
10	克罗恩病患者肠切除术后限期进行复发评估率	肠切除术后后的克罗恩病患者限期接受复发评估的例次数/同期收治的肠切除术后后的克罗恩病患者总例次数 $\times 100\%$

注:IBD 为炎症性肠病;ASUC 为急性重度溃疡性结肠炎;HBsAg 为乙型肝炎病毒表面抗原

四、IBD 完整诊断率

IBD 完整诊断率指单位时间内 IBD 患者完成完整诊断的例次数占同期收治的 IBD 患者总例次数的比例,IBD 完整诊断指对 IBD 进行分型、分期、严重程度分级、疾病范围的诊断,能够全面综合评估疾病的病情程度和患者状态,有利于规范化制定 IBD 治疗方案。国内外相关指南均提出,IBD 诊断成立后,需全面评估疾病,以利于制定治疗方案并改善患者预后^[3-4,7-10]。该指标反映医疗机构在 IBD 诊断成立后对疾病的全面评估程度。此指标较高表明医疗机构重视全面评估 IBD 疾病情况,利于规范化治疗方案的制定,从而改善患者预后。

五、IBD 患者使用免疫调节药物前病原体感染筛查率

IBD 患者使用免疫调节药物前病原体感染筛查率指单位时间内,IBD 患者使用免疫调节药物前完成病原体感染筛查的 IBD 患者例次数占同期使用免疫调节药物的 IBD 患者总例次数的比例,是反映使用免疫调节药物的 IBD 患者发生各类病原体感染概率的重要指标。其中,免疫调节药物包括生物制剂、小分子药物、免疫抑制剂、糖皮质激素。病原体感染筛查包括结核分枝杆菌、肝炎病毒、艰难梭菌、巨细胞病毒、EB 病毒等。国内外指南指出,IBD 患者使用各类免疫调节药物过程中,结核病、病毒性肝炎、艰难梭菌感染、病毒感染等发生率均可升高^[15-17]。因此,IBD 患者在使用免疫调节药物前筛查上述潜在的感染病原体有助于降低 IBD 患者使用免疫调节药物过程中的感染发生率,改善患者预后。此指标反映医疗机构 IBD 诊疗质量和规范程度。此指标较高有利于提高 IBD 患者治疗的安全性。

六、使用免疫调节药物治疗的乙型肝炎病毒表面抗原(HBV surface antigen,HBsAg)阳性 IBD 患者规范抗病毒治疗率

使用免疫调节药物治疗的 HBsAg 阳性 IBD 患者规范抗病毒治疗率指单位时间内使用免疫调节药物的 HBsAg 阳性 IBD 患者规范接受抗病毒治疗的例次数占同期收治的使用免疫调节药物的 HBsAg 阳性 IBD 患者总例次数的比例,是反映此类 IBD 患者乙型肝炎病毒激活、诱发肝损伤或肝衰竭风险的重要指标。HBsAg 阳性 IBD 患者应用免疫调节药物治疗时,易诱发乙型肝炎病毒再激活,导致严重肝炎甚至肝功能衰竭^[18-19]。建议此类患者在引入免疫调节药物前 2 周开始预防性治疗,并在停用免疫调节药物后继续治疗至少 12 个月,以降低病毒再激

活风险。该指标反映医疗机构在对 HBsAg 阳性 IBD 患者实施免疫调节药物治疗时安全防措施的落实情况。此指标较高有利于提高 IBD 患者治疗的安全性。

七、使用免疫调节药物治疗的 IBD 患者定期接受血常规和肝功能监测率

使用免疫调节药物治疗的 IBD 患者定期接受血常规和肝功能监测完成率指单位时间内正在使用免疫调节药物治疗的 IBD 患者中,定期复查血常规和肝功能的患者例次数占同期使用免疫调节药物治疗的 IBD 患者总例次数的比例,对保障 IBD 患者治疗安全性具有重要意义。IBD 患者长期使用免疫调节药物可能会增加肝毒性、骨髓抑制和淋巴瘤等疾病发病风险。对于使用免疫调节药物的 IBD 患者,应定期监测血常规和肝功能,及时发现异常^[20-21]。此指标反映医疗机构对 IBD 患者药物治疗安全性的监控水平。通过定期监测可以早期发现药物相关不良反应并及时干预。此指标较高有利于提高 IBD 患者治疗的安全性。

八、ASUC 患者病死率

ASUC 患者病死率指单位时间内因 ASUC 死亡的患者例数占同期收治的 ASUC 患者总例数的比例,是反映 IBD 亚专业内的护理有效性、转诊路径质量和多学科团队协作的关键结果指标。ASUC 是危及生命的医疗紧急情况,发病率高(30% ~ 40%)。研究显示,ASUC 的死亡率约 1%,而年龄 ≥ 50 岁人群 12 个月死亡率升高至 4.17%^[22]。此指标反映医疗机构 IBD 诊疗、转诊和多学科团队协作质量。此指标较低提示医疗机构对 ASUC 的综合治疗能力强。

九、有复发危险因素的克罗恩病患者肠切除术后维持治疗率

有复发危险因素的克罗恩病患者肠切除术后维持治疗率指单位时间内克罗恩病患者行外科肠切除术后进行维持治疗以预防复发的例次数占同期行外科肠切除手术治疗的克罗恩病患者总例次数的比例,是维持克罗恩病患者术后长期缓解、降低复发率的重要指标。国内外指南提出,对于有复发危险因素的克罗恩病患者,建议在肠切除术后进行积极预防性治疗^[18]。克罗恩病肠切除术后复发的危险因素包括吸烟、诊断时年龄较轻、既往肠道手术史、穿透性病变、肛周病变、小肠广泛病变(累及肠道长度 ≥ 50 cm)。预防性治疗通常在肠切除术后 2 ~ 4 周开始。复发高危患者可选择生物制剂或免疫抑制剂预防复发。此指标反映医疗机构对有复发危险

因素的克罗恩病患者肠切除术后的高度重视程度与管理效果。此指标较高提示医疗机构对有复发危险因素的克罗恩病患者肠切除术后具有良好的治疗、随访与管理能力。

十、克罗恩病患者肠切除术后限期进行复发评估率

克罗恩病患者肠切除术后限期进行复发评估率指单位时间内克罗恩病肠切除术后限期接受复发评估(包括内镜检查、粪便钙卫蛋白检测联合小肠 CT 造影、磁共振小肠成像和肠道超声等)的例次数占同期收治的行肠切除手术的克罗恩病患者总例次数的比例,是及时发现克罗恩病术后复发并给予相应治疗的关键指标。克罗恩病患者术后 1 年内镜检查的复发率为 72%^[23]。克罗恩病术后内镜下复发通常先于临床症状,内镜检查是诊断克罗恩病术后复发的金标准。克罗恩病患者应在术后 6 个月内复查内镜以评估疾病是否复发,利于预防克罗恩病的术后复发^[24-25]。患者不能耐受内镜检查时,可结合临床症状,并进行粪便钙卫蛋白检测、小肠 CT 造影、磁共振小肠成像、肠道超声等替代性检查综合评估复发情况。此指标反映医疗机构对克罗恩病患者肠切除术后复发评估的重视程度。此指标较高提示医疗机构对肠切除术后克罗恩病患者具有良好的随访与管理能力,是提升肠切除术后克罗恩病诊疗效果并改善患者预后的基础。

综上所述,10 项 IBD 诊疗质控指标整合了 IBD 诊疗全过程的关键质控影响因素,将逐步成为临床实践过程中的重要评价标准。多中心临床研究将进一步验证该质控指标的科学性和普适性。另外,继续优化新型临床信息管理系统并建立严密监测机制,将确保上述质控指标在临床实践中扎实落地与持续改进。通过不断完善 IBD 诊疗质控体系,最终实现我国 IBD 诊疗的规范化与标准化。

利益冲突 专家组所有成员声明不存在利益冲突

执笔者:宋逸菲[海军军医大学第一附属医院(上海长海医院)消化内科],张峰睿[昆明医科大学第一附属医院消化内科]

参与讨论和定稿的专家(按姓氏汉语拼音排序):柴进(陆军军医大学西南医院消化内科),陈平(内蒙古医科大学附属医院消化内科),陈琳琳(遂宁市中心医院消化内科),陈旻湖(中山大学附属第一医院消化内科),陈卫刚(石河子大学医学院第一附属医院消化内科),陈幼祥(南昌大学第一附属医院消化内科),党彤(包头医学院第二附属医院消化内科),杜奕奇[海军军医大学第一附属医院(上海长海医院)消化内科],房静远(上海交通大学医学院附属仁济医院消化内科),冯志杰(河北医科大学第二医院消化内科),郭强(云南省第一人民医院消化内科),郝建宇(首都医科大学附属北京朝阳医院消化内科),和水祥(西安交通大学第一附属医院消化内科),胡兵(四川大学华西医院消化内科),黄晓俊(兰州大学第二医院消化内科),姜海行(广西医科大学第一附属医院消化内科),金震东[海军

军医大学第一附属医院(上海长海医院)消化内科],李维勤(东部战区总医院重症医学科),李修岭(河南省人民医院消化内科),李汛(兰州大学第一医院普外科),李延青(山东大学齐鲁医院消化内科),李兆申[海军军医大学第一附属医院(上海长海医院)消化内科],梁玮(福建省立医院消化内科),廖专[海军军医大学第一附属医院(上海长海医院)消化内科],蔺蓉(华中科技大学同济医学院附属协和医院消化内科),刘冰熔(郑州大学第一附属医院消化内科),刘小伟(中南大学湘雅医院消化内科),吕农华(南昌大学第一附属医院消化内科),马红晶(玉溪市第三人民医院消化内科),梅浙川(重庆医科大学附属第二医院消化内科),孟宪梅(包头医学院第二附属医院消化内科),缪林(南京医科大学第二附属医院消化内科),缪应雷(昆明医科大学第一附属医院消化内科),覃山羽(广西医科大学第一附属医院消化内科),孙思予(中国医科大学附属盛京医院消化内科),唐秀芬(黑龙江省医院消化内科),唐源(云南省曲靖中心医院消化内科),庾必光(遵义医科大学附属医院消化内科),宛新建(上海市第六人民医院消化内科),汪嵘(山西省人民医院消化内科),王邦茂(天津医科大学总医院消化内科),王斌[陆军特色医学中心(大坪医院)消化内科],王洛伟[海军军医大学第一附属医院(上海长海医院)消化内科],王玉芳(四川大学华西医院消化内科),吴开春(空军军医大学第一附属医院消化内科),谢渭芬(海军军医大学第二附属医院(上海长征医院)消化内科),辛磊[海军军医大学第一附属医院(上海长海医院)消化内科],徐红(吉林大学白求恩第一医院胃肠内科),许国强(浙江大学医学院附属第一医院消化内科),杨莉(楚雄彝族自治州人民医院消化内科),杨维忠(海南医学院第二附属医院消化内科),于红刚(武汉大学人民医院消化内科),张红杰(江苏省人民医院消化内科),张澍田(首都医科大学附属北京友谊医院消化内科),张筱凤(杭州市第一人民医院消化内科),赵秋(武汉大学中南医院消化内科),祝蔚(南昌大学第一附属医院消化内科),邹晓平(南京鼓楼医院消化内科)

参考文献

- [1] Hraacs L, Windsor JW, Gorospe J, et al. Global evolution of inflammatory bowel disease across epidemiologic stages [J]. *Nature*, 2025, 642 (8067): 458-466. DOI: 10. 1038/s41586-025-08940-0.
- [2] Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies [J]. *Lancet*, 2017, 390 (10114): 2769-2778. DOI: 10. 1016/S0140-6736 (17) 32448-0.
- [3] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组, 中国炎症性肠病诊疗质量控制评估中心. 中国溃疡性结肠炎诊治指南(2023 年·西安) [J]. *中华消化杂志*, 2024, 44 (2): 73-99. DOI: 10. 3760/cma. j. cn311367-20240125-00036.
- [4] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组, 中国炎症性肠病诊疗质量控制评估中心. 中国克罗恩病诊治指南(2023 年·广州) [J]. *中华消化杂志*, 2024, 44 (2): 100-132. DOI: 10. 3760/cma. j. cn311367-20240109-00010.
- [5] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 建立全国通用的炎症性肠病诊治过程的关键性质量控制指标的共识意见 [J]. *中华炎症性肠病杂志(中英文)*, 2017, 1 (1): 12-19. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 2096-367X. 2017. 01. 005.
- [6] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 建立我国炎症性肠病诊治中心质量控制指标的共识 [J]. *中华内科杂志*, 2016, 55 (7):

- 568-571. DOI:10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2016.07.021.
- [7] Torres J, Bonovas S, Doherty G, et al. ECCO guidelines on therapeutics in Crohn's disease: medical treatment[J]. J Crohns Colitis, 2020,14(1):4-22. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjz180.
- [8] Raine T, Bonovas S, Burisch J, et al. ECCO guidelines on therapeutics in ulcerative colitis: medical treatment[J]. J Crohns Colitis, 2022,16(1):2-17. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjab178.
- [9] Singh S, Loftus EV Jr, Limketkai BN, et al. AGA living clinical practice guideline on pharmacological management of moderate-to-severe ulcerative colitis[J]. Gastroenterology, 2024,167(7):1307-1343. DOI:10.1053/j.gastro.2024.10.001.
- [10] Feuerstein JD, Ho EY, Schmidt E, et al. AGA clinical practice guidelines on the medical management of moderate to severe luminal and perianal fistulizing Crohn's disease[J]. Gastroenterology, 2021,160(7):2496-2508. DOI:10.1053/j.gastro.2021.04.022.
- [11] Abdelrazeq AS, Wilson TR, Leitch DL, et al. Ileitis in ulcerative colitis: is it a backwash? [J]. Dis Colon Rectum, 2005, 48(11):2038-2046. DOI:10.1007/s10350-005-0160-3.
- [12] Jang HJ, Choi MH, Eun CS, et al. Clinical usefulness of double balloon enteroscopy in suspected Crohn's disease: the KASID multi-center trial[J]. Hepatogastroenterology, 2014,61(133):1292-1296.
- [13] Schoepfer AM, Beglinger C, Straumann A, et al. Ulcerative colitis: correlation of the Rachmilewitz endoscopic activity index with fecal calprotectin, clinical activity, C-reactive protein, and blood leukocytes[J]. Inflamm Bowel Dis, 2009,15(12):1851-1858. DOI:10.1002/ibd.20986.
- [14] Molnár T, Farkas K, Nyári T, et al. Response to first intravenous steroid therapy determines the subsequent risk of colectomy in ulcerative colitis patients[J]. J Gastrointest Liver Dis, 2011, 20(4):359-363.
- [15] Kucharzik T, Ellul P, Greuter T, et al. ECCO guidelines on the prevention, diagnosis, and management of infections in inflammatory bowel disease[J]. J Crohns Colitis, 2021,15(6):879-913. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjab052.
- [16] Singh H, Nugent Z, Yu BN, et al. Higher incidence of *Clostridium difficile* infection among individuals with inflammatory bowel disease[J]. Gastroenterology, 2017,153(2):430-438. e2. DOI:10.1053/j.gastro.2017.04.044.
- [17] He Y, Zhu Z, Chen Y, et al. Development and validation of a novel diagnostic nomogram to differentiate between intestinal tuberculosis and Crohn's disease: a 6-year prospective multicenter study[J]. Am J Gastroenterol, 2019,114(3):490-499. DOI:10.14309/ajg.0000000000000064.
- [18] Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, et al. Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 1: definitions, diagnosis, extra-intestinal manifestations, pregnancy, cancer surveillance, surgery, and ileo-anal pouch disorders[J]. J Crohns Colitis, 2017,11(6):649-670. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjx008.
- [19] Feuerstein JD, Isaacs KL, Schneider Y, et al. AGA clinical practice guidelines on the management of moderate to severe ulcerative colitis[J]. Gastroenterology, 2020,158(5):1450-1461. DOI:10.1053/j.gastro.2020.01.006.
- [20] 刘占举. 炎症性肠病药物治疗优化策略[J]. 中华消化杂志, 2024,44(1):3-7. DOI:10.3760/cma.j.cn311367-20231115-00163.
- [21] Lau G, Yu ML, Wong G, et al. APASL clinical practice guideline on hepatitis B reactivation related to the use of immunosuppressive therapy[J]. Hepatol Int, 2021,15(5):1031-1048. DOI:10.1007/s12072-021-10239-x.
- [22] Lynch RW, Lowe D, Protheroe A, et al. Outcomes of rescue therapy in acute severe ulcerative colitis: data from the United Kingdom inflammatory bowel disease audit[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2013,38(8):935-945. DOI:10.1111/apt.12473.
- [23] Burr NE, Hall B, Hamlin PJ, et al. Systematic review and network meta-analysis of medical therapies to prevent recurrence of post-operative Crohn's disease[J]. J Crohns Colitis, 2019,13(6):693-701. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjy216.
- [24] Allocca M, Landi R, Bonovas S, et al. Effectiveness of mesalazine, thiopurines and tumour necrosis factor antagonists in preventing post-operative Crohn's disease recurrence in a real-life setting[J]. Digestion, 2017,96(3):166-172. DOI:10.1159/000480231.
- [25] Valibouze C, Desreumaux P, Zerbib P. Post-surgical recurrence of Crohn's disease: situational analysis and future prospects[J]. J Visc Surg, 2021,158(5):401-410. DOI:10.1016/j.jvisurg.2021.03.012.

(收稿日期:2025-10-12)

(本文编辑:张晶)

