·标准·方案·指南·

儿童炎症性肠病内镜诊疗专家共识(2026)

中华医学会儿科学分会消化学组
中华儿科杂志编辑委员会
通信作者:吴捷,国家儿童医学中心 首都医科大学附属北京儿童医院消化科,北京 100045,Email:wujie@bch.com.cn;李小芹,河南省儿童医院消化科,郑州 450018,Email:15890105818@163.com

【摘要】 炎症性肠病(IBD)是一种免疫介导的慢性肠道炎症性疾病,病程迁延、反复发作,可影响患儿生长发育及生活质量,加重家庭的经济负担。消化内镜在其诊断、病情评估、疗效监测及并发症处理中具有关键作用。当前,我国儿童IBD内镜诊疗实践仍存在不规范之处,尚无系统、全面的儿童IBD内镜诊疗专家共识。为此,中华医学会儿科学分会消化学组与中华儿科杂志编辑委员会组织专家制订了"儿童炎症性肠病内镜诊疗专家共识(2026)",旨在为我国儿童IBD的规范化内镜诊疗提供指导。

基金项目:国家重点研发计划(2023YFC2706503)
实践指南注册:国际实践指南注册与透明化平台(PREPARE-2025CN408)

Expert consensus on endoscopic diagnosis and treatment for inflammatory bowel disease in children (2026)

The Subspecialty Group of Gastroenterology, the Society of Pediatrics, Chinese Medical Association; the Editorial Board, Chinese Journal of Pediatrics
Corresponding author: Wu Jie, Department of Gastroenterology, Beijing Children's Hospital, Capital Medical University, National Center for Children's Health, Beijing 100045, China, Email: wujie@bch.com.cn; Li Xiaoqin, Department of Gastroenterology, Henan Children's Hospital, Zhengzhou 450018, China, Email:15890105818@163.com

炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)是诊疗过程复杂的慢性肠道炎症性疾病,主要包括克罗恩病、溃疡性结肠炎(ulcerative colitis,UC)及未定型炎性肠病[1-2]。近年来,全球儿童IBD发病率持续上升,我国病例数亦逐年增多。消化内镜在IBD诊断、病情评估、疗效监测及并发症处理中具有关键作用[3-7]。为规范儿童IBD的内镜诊疗与随访,提升诊疗水平,中华医学会儿科学分会消化学组与中华儿科杂志编辑委员会组织专家制订了"儿童炎症性肠病内镜诊疗专家共识(2026)"(简称本共识)。本共识围绕内镜检查的适应证与禁忌证、诊断与鉴别诊断、内镜治疗及随访等方面为我国儿童IBD的内镜实践提供指导。

一、共识制订过程

1.共识的制订原则:遵循"中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022 版)"和《世界卫生组织指南制订手册》的制订流程及方法学标准,并参考中国临床实践指南评价体系[8-9]。共识的撰写符合医学实践指南报告规范标准。

2.共识制订工作组:2025 年 3 月成立共识工作组,下设共识制订指导委员会、共识制订工作组、方法学专家组、共识秘书组 4 个小组。共识制订指导

DOI:10.3760/cma.j.cn112140-20260401-00259
收稿日期 2026-04-01　　**本文编辑** 孙艺倩
引用本文:中华医学会儿科学分会消化学组, 中华儿科杂志编辑委员会. 儿童炎症性肠病内镜诊疗专家共识(2026)[J]. 中华儿科杂志, 2026, 64(7): 729-738. DOI: 10.3760/cma.j.cn112140-20260401-00259.

中华医学会杂志社 Chinese Medical Association Publishing House 版权所有 违者必究

委员会由4名儿童消化领域临床专家组成，负责审议和批准共识计划书，监督共识制订过程、控制共识质量，审议和批准共识全文，对共识制订过程中有争议的问题进行裁决。共识制订工作组成员53名，由儿童消化、消化内镜专家及病理专家组成，负责确定共识范围和临床问题，形成推荐意见，起草和修改共识全文。方法学专家组由2名临床流行病与循证医学专业成员组成，负责为共识制订、证据检索、评价和分级提供方法学指导。共识秘书组成员3名，负责收集遴选临床问题，收集、合成与评价证据，协调和记录制订过程。

3.使用人群：本共识使用者为儿科消化及相关专业医护人员。

4.证据检索及意见形成：根据每个临床问题制订检索策略与文献纳入及排除标准。临床问题的遴选基于国内外指南共识，并结合儿童IBD内镜诊治过程中的关键或特有问题。以“炎症性肠病”“克罗恩病”“溃疡性结肠炎”“极早发型炎症性肠病”“消化内镜”“儿童”“inflammatory bowel disease”“Crohn's disease”“ulcerative colitis”“endoscopy”“pediatric”为检索词，全面检索PubMed、Web of Science、Embase、Cochrane Library、中华医学期刊全文数据库、中国知网、中国生物医学文献数据库、万方数据及维普数据库。检索时间自建库至2025年2月28日，评估后根据发表时间、发表期刊的质量及内容的相关度纳入77篇文献，经专家组成员多次讨论修改定稿。

5.推荐意见的形成：首先遴选出23个临床问题，专家组成员进行投票、筛选、修订，汇总为15条专家意见，制订采用德尔菲调查法，专家组成员先后完成2轮德尔菲调查，投票分为5个等级：完全赞成、部分赞成、赞成、不赞成、完全不赞成。共识达成的标准为完全赞成、部分赞成及赞成得票比例相加≥80%。共识工作组根据专家反馈意见对未达成共识的条目进行修订和完善，随后开展第2轮德尔菲调查，最终共有15条推荐意见达成共识。

6.共识的推广与更新：将在全国儿科消化专业进行推广，并计划5年左右启动更新修订流程，保持其在专业领域的指导地位和实用价值。

二、推荐意见

推荐意见1：临床疑诊IBD的患儿均应进行胃镜和结肠镜检查，检查前应评估有无内镜检查的禁忌证（共识度100%）。

对于具有腹痛、腹泻、便血、体重下降等症状持续4周以上或6个月内反复发作2次以上等情况的临床高度疑诊IBD患儿，建议常规行胃镜及结肠镜检查（应尽量进入回肠末端）[10]，并在各段分别取活检送组织病理检查，以全面评估疾病类型、累及范围及严重程度[11]。

在消化内镜检查前，应评估患儿全身状况。若有心、脑、肾功能严重异常、血流动力学不稳定或疑有肠穿孔等，是内镜检查禁忌证[12]。此类患儿需要先行器官功能支持、稳定循环状态、处理肠道穿孔问题后，择期行消化道内镜检查。重度UC患儿便血严重，服用泻药可能诱发中毒性巨结肠或肠穿孔等并发症[13]，需谨慎评估行结肠镜检查的风险和获益，确有必要时，建议行限制性结肠镜检查，进镜至直肠或乙状结肠检查并取活检，以明确诊断和评估病情等[4]。

推荐意见2：对于临床疑诊克罗恩病的患儿，应进行胶囊内镜或小肠镜检查，胶囊内镜检查前需评估有无肠道狭窄、穿孔等检查禁忌证（共识度100%）。

克罗恩病可累及从口腔到肛门的全消化道，与成人患者相比，儿童克罗恩病可表现为更广泛的病变[14-15]。临床疑诊克罗恩病的患儿，应接受全消化道内镜检查[4]，胶囊内镜或气囊辅助式小肠镜（balloon-assisted enteroscopy，BAE）检查有助于评估疾病类型、累及范围及严重程度等。值得注意的是，克罗恩病患儿行胶囊内镜检查时胶囊滞留发生率约为1.64%[16]，部分需要外科手术介入，因此，为降低胶囊滞留风险，建议胶囊内镜检查前行CT肠道成像（CT enterography，CTE）或磁共振肠道成像（magnetic resonance enterography，MRE），以评估是否存在肠道狭窄[17]。IBD患儿胶囊内镜滞留后无临床症状，建议随访观察；若出现梗阻症状，可考虑选择内镜或外科手术干预。若CTE、MRE或胶囊内镜检查疑诊克罗恩病而结肠镜检查无法确诊者，可行气囊辅助式小肠镜并行黏膜活检以协助诊断。

儿童IBD内镜检查流程见图1。

推荐意见3：规范的IBD消化内镜报告内容应包括病变范围、肠道黏膜炎症、血管纹理、溃疡特征、出血程度及有无狭窄、肠腔扩张等（共识度100%）。

IBD患儿的消化内镜报告内容应完整详细，其对疾病活动性和转归的判断以及对治疗方案的制订与调整均有重要意义，也是各个IBD中心保存完整资料和开展学术研究的重要基础。内镜报告应

中华医学会杂志社 Chinese Medical Association Publishing House 版权所有 违者必究

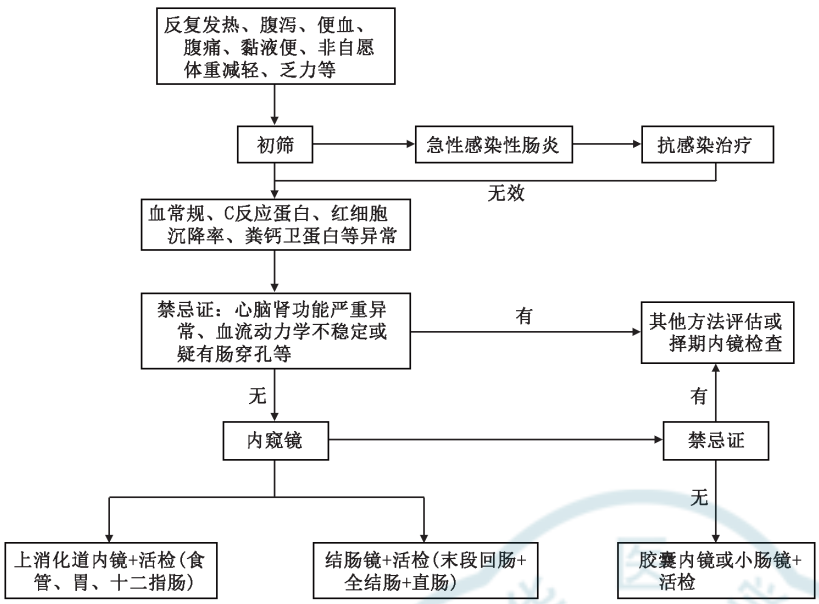


图1　儿童炎症性肠病内镜检查流程图

包括进镜检查范围，各个肠段观察内容包括病变累及范围、肠道炎症程度（充血、水肿、红斑、糜烂、黏液等）、血管纹理、溃疡特征（大小、形态、深浅、底部、边缘等）、出血及有无狭窄或增生等情况。建议采用标准化的内镜系统评分进行量化评估，如用于UC的Mayo内镜评分（Mayo endoscopic score，MES）和UC内镜严重程度指数（ulcerative colitis endoscopic index of severity，UCEIS）评分[18-19]，用于克罗恩病的简化内镜下克罗恩病活动性（simplified endoscopic activity score for Crohn's disease，SES-CD）评分[20]。客观的内镜评分可为疾病活动程度判断、治疗方案选择及疗效判定提供客观依据。

推荐意见4：儿童UC的典型内镜表现为结肠和直肠弥漫性、连续性糜烂及溃疡性病变，以直肠最重，近端渐轻（共识度100%）。

临床疑诊UC的患儿通常可在结肠镜检查后得到初步诊断，结肠镜检查对于确定疾病的诊断、病变范围和严重程度至关重要，可用于鉴别诊断[21]。结肠镜检查并取活检是UC诊断的主要依据。常规要求结肠镜检查应达回盲部并进入末端回肠10~15 cm的全面观察[22-23]。活动期UC的典型内镜表现为从邻近肛门的直肠开始逐渐向近端直肠及结肠蔓延的连续性、弥漫性溃疡性病变，病变以直肠最重，近端渐轻。轻度炎症的内镜特征为红斑、黏膜充血和血管纹理消失；中度炎症的内镜特征为血管形态消失、出血黏附在黏膜表面、糜烂，常伴有粗糙呈颗粒状的外观及黏膜脆性增加（接触性出血）；重度炎症内镜下则表现为黏膜自发性出血及溃疡[14]。在UC缓解期，内镜下可见正常黏膜，部分患儿可见炎性息肉及黏膜桥形成，同时结肠在反复溃疡愈合与瘢痕形成过程中变形缩短，结肠袋变浅、变钝或消失。

推荐意见5：应关注IBD患儿UC内镜下不典型表现，如直肠豁免、盲肠斑片和上消化道累及等（共识度100%）。

在儿童UC中，除典型的连续性、弥漫性黏膜炎症表现外，应关注不典型表现：（1）直肠豁免时内镜下直肠黏膜无典型UC表现，但组织学检查符合典型UC改变；（2）盲肠斑片表现为左侧结肠炎合并盲肠炎症（常为阑尾周围炎症），盲肠炎症部位活检可表现为非特异性炎症病变；（3）上消化道累及可表现为胃内糜烂或小溃疡，但非匍匐形或纵形，组织学表现为散在的或局灶性炎症，无非干酪样肉芽肿（隐窝周围肉芽肿除外）；（4）短病程患儿在起病不久（病程≤2周）就接受结肠镜检查并活检，活检组织提示片状炎性病变或缺少典型的隐窝结构异常，多见于10岁以内的UC患儿。初次评估UC诊断后不迟于6周内重复活检可提高诊断准确性；（5）急性重度UC内镜表现可与病理不符，即病理表现为黏膜全层炎或深溃疡，其他特征不典型[24]，无淋巴细胞浸润及裂隙样溃疡。

推荐意见6：UC患儿在内镜检查时建议进行内镜评分，评分方法可采用MES或UCEIS评分（共识度100%）。

Schroeder等[25]提出了一种评估肠道炎症活动度的方法，包括排便频率、便血情况、结肠镜下表现以及全身情况评估。MES为与内镜下黏膜表现相关的指标，经常在临床实践中被独立应用。MES简便实用，可用于日常临床诊治中病情活动度分级。UC的MES标准为：0分为正常或缓解期，内镜下表现正常；1分为轻度活动期，内镜下表现为红斑、血管纹理模糊、黏膜轻度易脆性（图2A）；2分为中度活动期，内镜下表现为明显红斑、血管纹理消失、黏膜易脆或糜烂（图2B）；3分为重度活动期，内镜下表现为溃疡形成、自发性出血（图2C）。

Travis等[26]通过观察和比较UC的内镜特征与

中华医学会杂志社 Chinese Medical Association Publishing House 版权所有 违者必究

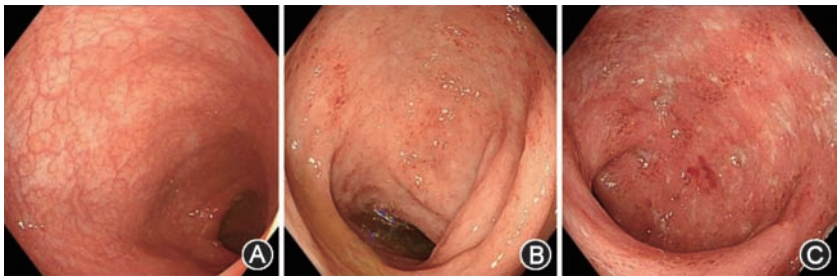


图2　不同Mayo内镜评分的溃疡性结肠炎内镜下表现　A:可见结肠红斑、血管纹理模糊(1分);B:可见结肠血管纹理消失,黏膜易脆,可见糜烂(2分);C:结肠溃疡形成,可见自发性出血(3分)

疾病活动程度的关系,提出了UCEIS评分(表1),并在独立的队列研究中进行了可靠性验证[27]。UCEIS评分可降低观察者间的差异性,相较于MES,UCEIS评分分层更为详细,更能准确地反映内镜下炎症和症状的变化。UCEIS评分标准为:0分提示内镜下缓解,1~3分提示轻度活动,4~6分提示中度活动,7~8分提示重度活动[28]。UCEIS观察内容较为明确,按不同程度评分,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。

表1　溃疡性结肠炎内镜严重程度指数评分

内镜下表现	评分(分)
血管纹理	
清晰、正常	0
模糊或斑块状缺失	1
完全消失	2
出血	
无血迹	0
黏膜表面少量血凝块,易于清除	1
肠腔内少量游离血性液体	2
肠腔内血性液体,直接或冲洗后可见黏膜出血	3
糜烂、溃疡	
无糜烂或溃疡	0
黏膜缺损≤5 mm,白色或黄色糜烂,边缘平坦	1
黏膜缺损>5 mm,表浅溃疡,纤维蛋白覆盖	2
深溃疡,边缘隆起	3

推荐意见7:儿童克罗恩病内镜下典型表现为纵行溃疡和铺路石样外观,病变呈节段性分布,可合并狭窄、瘘管及肛周病变(共识度100%)。

克罗恩病可累及全消化道,病变呈节段性分布[29]。末端回肠是克罗恩病的好发部位之一,但该部位也是淋巴瘤、肠结核、肠白塞病等疾病的常见受累部位,因此,结肠镜检查到达回肠末端观察病变形态及黏膜组织活检有助于克罗恩病的诊断与鉴别诊断[30-31]。(1)儿童结肠型克罗恩病的典型内镜下表现为节段性、跳跃性分布的纵行溃疡及铺路石样改变(图3A),可合并肠腔狭窄、瘘管形成、肛周病变,病变早期可表现为阿弗他溃疡。(2)与成人相比,儿童克罗恩病上消化道受累更常见(30%~50%)[32],内镜下可表现为胃窦部阿弗他溃疡、蛇皮样颗粒状胃黏膜或竹节样外观等[33-34](图3B)。(3)小肠克罗恩病溃疡形态较结肠更为多样化,除典型的纵行溃疡外,也可表现为环形或跳跃性线性排列溃疡[35-36](图3C)。

推荐意见8:儿童克罗恩病可使用简化的SES-CD评分评估内镜严重度(共识度100%)。

SES-CD评分可用于量化儿童克罗恩病的内镜下黏膜炎症严重程度[37]。SES-CD需评估5个肠段(含末端回肠、右半结肠、横结肠、左半结肠及直肠)的溃疡大小、溃疡面积、非溃疡面积累及范围及狭窄情况(表2)[38-39]。

推荐意见9:儿童IBD应进行内镜下规范化活检,即多部位、多点取材,有助于提高病理诊断的准确性(共识度100%)。

部分IBD患儿仅在上消化道活检中发现特征性病理(如非干酪样肉芽肿),而下消化道活检可能为阴性,因此仅依赖回肠和结肠活检,可能漏诊仅上消化道受累的病例,影响分型和诊断的准确性[40-41]。此外,由于儿童IBD常有显微镜下病变,单靠肉眼判断易漏诊,故即使黏膜外观正常,也推荐多部位活检[40, 42]。

儿童IBD内镜规范化活检应系统覆盖上、下消化道所有标准部位(食管、胃体、胃窦、十二指肠球部及降部;末端回肠、回盲部、升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠和直肠),每部位建议至少活检2块组织,以提高病理诊断的敏感性和特异性且有助于鉴别诊断和疾病分型[22, 40, 42]。

推荐意见10:儿童UC的典型消化道黏膜病理是呈连续、弥漫、浅层的慢性炎症,隐窝基底部浆细胞增多是UC最早的光学显微镜下特征;隐窝脓肿是UC活动期的经典特征(共识度100%)。

典型的UC特征是结肠黏膜的连续、弥漫、浅层的慢性炎症,主要累及黏膜和黏膜下层,可表现为弥漫性炎细胞浸润(浆细胞、淋巴细胞、嗜酸粒细

中华医学会杂志社 Chinese Medical Association Publishing House　版权所有　违者必究

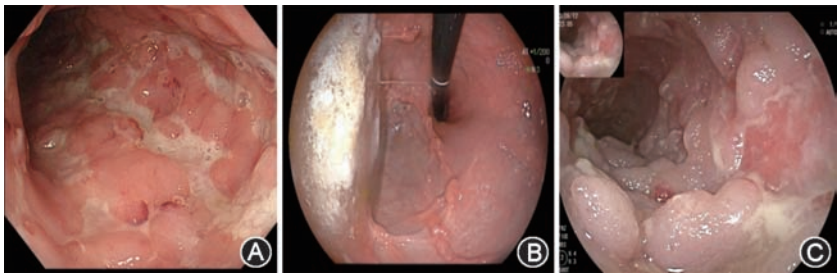


图 3　克罗恩病不同部位内镜下表现　A：升结肠黏膜见纵行溃疡，被覆白苔，溃疡间呈铺路石样改变；B：胃底黏膜见竹节样改变；C：小肠黏膜见纵形溃疡及铺路石样改变

表 2　简化内镜下克罗恩病活动性评分标准

评分（分）	溃疡大小	溃疡累及范围	肠段受累范围	肠段狭窄
0	无	无	无	无
1	直径<0.5 cm，阿弗他溃疡	<10%	<50%	单个，内镜可通过
2	直径 0.5~2.0 cm，大溃疡	10%~30%	50%~75%	多个，内镜可通过
3	直径 >2.0 cm，巨大溃疡	>30%	>75%	内镜无法通过

胞、中性粒细胞均可见）[43]。隐窝内聚集大量中性粒细胞形成隐窝脓肿，是UC活动期的典型病理标志，在儿童UC中的发生率为25%~55%，10岁以下儿童的检出率略低[44]。隐窝脓肿的出现提示炎症活跃，需积极治疗和密切随访，对UC的诊断、评估和管理具有重要意义[44]。

广泛的隐窝结构紊乱、局灶性或弥漫性基底浆细胞浸润、缺乏肉芽肿是UC的经典病理特征[45-46]。基底浆细胞浸润定义为浆细胞在腺体基底部和黏膜肌层之间的聚集病变。隐窝结构紊乱包括隐窝分支、萎缩、排列紊乱。传统观点认为上述特征是UC诊断中高度特异的组织学标志，并且与疾病复发风险增加相关[47-48]。

推荐意见 11：儿童克罗恩病典型的消化道黏膜病理以节段性分布的多灶性、全层慢性炎症为主，伴随局限的隐窝结构异常，出现非干酪性肉芽肿和肉芽肿性淋巴管炎为较特异的诊断标志（共识度100%）。

儿童克罗恩病消化道黏膜常可见慢性炎症，炎症可呈节段性分布（即跳跃性病变），累及肠壁全层，见大量中性粒细胞、淋巴细胞、浆细胞、嗜酸粒细胞、组织细胞等混合性炎性细胞浸润，主要累及回肠或结肠，但也可波及全消化道[49-50]。克罗恩病在末端回肠表现为严重的慢性小肠炎，包括小肠绒毛萎缩、幽门腺化生伴大量淋巴细胞和浆细胞浸润。

非干酪性肉芽肿由上皮样细胞和多核巨噬细胞组成，是克罗恩病较为特异的病理标志，主要见于小肠和结肠活检。需要注意的是，非干酪样肉芽肿在儿童克罗恩病的内镜活检中敏感性有限[51-52]。进行多部位、多点活检及充分切片可在一定程度上提高敏感性。此外，肉芽肿性淋巴管炎主要表现为小肠黏膜淋巴管内见巨噬细胞及上皮样细胞散在分布或黏附成团，该特征对克罗恩病诊断也具有较高特异性，检出率高于肉芽肿[53]。

推荐意见 12：儿童UC与克罗恩病的内镜和组织病理鉴别需结合病变分布特征、黏膜表现、炎症深度、肉芽肿、隐窝脓肿等多项指标[54]（表3）。UC以连续性浅层炎症、隐窝脓肿为主；克罗恩病以节段性全层炎症、纵行溃疡和肉芽肿为特征（共识度100%）。

推荐意见 13：儿童IBD需与感染性肠炎、肠结核、肠白塞病、消化道淋巴瘤等疾病相鉴别（共识度100%）。

儿童IBD与感染性肠炎在临床症状、内镜特征和病理形态上有部分表现重叠，IBD以慢性炎症和腺体结构损伤为主，感染性肠炎以急性炎症为主。此外，IBD患儿也可同时合并感染性肠炎，如艰难梭菌、巨细胞病毒（cytomegalovirus，CMV）及EB病毒（Epstein-Barr virus，EBV）感染，可导致疾病复发或难治性。临床实践中，单凭内镜形态，活动期IBD与IBD合并CMV、EBV、艰难梭菌等机会性感染往往难以区分，必须结合活检组织病理和病原学检测结果。

在非IBD人群中，艰难梭菌感染性肠炎内镜下

表 3　儿童溃疡性结肠炎与克罗恩病鉴别要点对比

疾病	分布	黏膜表现	肠壁受累层次	肉芽肿	隐窝脓肿	纤维化、狭窄
溃疡性结肠炎	连续性，始于直肠，远端重于近端，小肠通常不受累，肛周病变罕见	弥漫充血、糜烂、浅溃疡	黏膜层和黏膜下层	罕见	常见	罕见
克罗恩病	节段性，跳跃性，常累及回肠，小肠和上消化道可受累，常见肛周病变	裂隙状或纵行溃疡、周围黏膜呈鹅卵石样	全层	非干酪性肉芽肿和肉芽肿性淋巴管炎（特异性高）	少见	常见

中华医学会杂志社 Chinese Medical Association Publishing House 版权所有 违者必究

表现为假膜性结肠炎，但在IBD患者中，内镜往往与IBD活动期“无法区分”，假膜反而少见，因此，不能依赖内镜诊断艰难梭菌感染（*Clostridium difficile* infection，CDI）[55]。即使是活检组织病理检查，多数IBD+CDI均呈“慢性活动性结肠炎”，难以区分两者，仅部分病例显示以急性中性粒细胞浸润为主而缺乏浆细胞炎等特征[56]（图4A）。

EBV及CMV相关肠炎常为机会性感染，发生于重度或激素难治性IBD或使用免疫抑制剂、生物制剂者。尚无稳定的特异性内镜征象能可靠地区分活动期IBD与IBD合并CMV或EBV肠道感染。若原有IBD，临床表现突然加重，内镜表现在原有病变基础上出现更深、更广泛溃疡或“深凿样”溃疡，应高度怀疑合并CMV或EBV感染。此时，应该黏膜活检进行EBV编码的小mRNA（Epstein-Barr virus-encoded small RNA，EBER）原位杂交、寻找巨细胞变和核内包涵体、CMV抗原免疫组织化学或组织PCR等相关病原检查予以鉴别[21]（图4B、4C）。

因此，在最初诊断和疾病活动或加重时，IBD诊断必须结合病原学检测[粪艰难梭菌毒素和（或）毒素基因；肠黏膜免疫组织化学和（或）PCR等]、疾病病程、临床表现及多部位活检来综合判断[57]。

儿童克罗恩病与肠结核、肠白塞病在内镜上可通过溃疡形态、分布及慢性结构损伤等特征予以鉴别，病理上以肉芽肿类型、是否存在干酪样坏死、血管炎表现、结核杆菌抗酸染色为关键[58-60]（图4D和图4E）。综合临床表现、内镜、病理、病原学检查等有助于提高诊断的准确性（表4）。

儿童IBD与消化道淋巴瘤在内镜上主要通过病变分布和形态进行鉴别，病理上以炎症细胞类型、细胞异型性、免疫组织化学结果及细胞单克隆性为关键[61]（图4F）。多部位活检和免疫组织化学检查对于鉴别诊断至关重要（表5）。

推荐意见14：IBD合并消化道出血、狭窄、穿孔等并发症时可充分评估后酌情考虑行内镜下治疗（共识度100%）。

IBD合并消化道大出血时，生命体征稳定者优先内镜检查，不稳定者需纠正血红蛋白>70 g/L再行内镜检查。首先，积极内科药物治疗以控制IBD的病情活动，从根本上减少出血的发生[10]。其次，选择内镜下止血治疗，包括机械止血、药物喷洒、药物注射、氩离子凝固术等，行单一或联合治疗[62-65]。如果上述治疗仍不能控制消化道出血或出血危及生命或存在其他严重并发症（如肠穿孔、肠梗阻

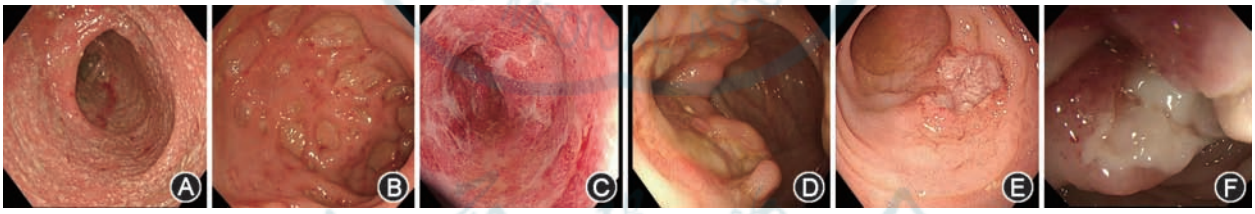


图4　感染性肠炎、肠结核、肠白塞病、消化道淋巴瘤内镜下表现　A：艰难梭菌感染性肠炎内镜下表现为结肠黏膜充血水肿，可见多发黄白色黏液及假膜形成；B：EB病毒感染性肠炎的内镜下表现为结肠可见多发类圆形及不规则形深凿样溃疡；C：巨细胞病毒感染性肠炎的内镜下表现为结肠黏膜可见多发不规则形及地图样溃疡；D：肠结核内镜下表现为回盲瓣变形，可见环状深大溃疡；E：肠白塞病内镜下表现为末段回肠可见类圆形溃疡，边界较清晰；F：消化道淋巴瘤内镜下表现为回盲部变形，结构紊乱呈结节样隆起，表面可见大片状溃疡

表4　克罗恩病、肠结核与肠白塞鉴别要点

疾病	溃疡形态	分布	肉芽肿	抗酸染色	血管炎	慢性结构损伤
克罗恩病	纵行、裂隙状、深溃疡	节段性、跳跃性，累及多肠段	微小、离散、无干酪样坏死	阴性	罕见	内镜下黏膜桥、假息肉，组织病理可见腺体结构紊乱
肠结核	横行、环形、鼠咬状溃疡	回盲部多见，少于4段，直肠罕见	融合性、大、有干酪样坏死	可阳性	罕见	腺体结构多完整，慢性损伤少
肠白塞病	孤立性、大、圆或椭圆、边界清楚	局限，常见于回盲部，≤5个溃疡	罕见	阴性	可见	少见

表5　炎症性肠病和消化道淋巴瘤鉴别要点

疾病	内镜形态	分布	细胞学特征	免疫组织化学
炎症性肠病	弥漫或节段性溃疡、假息肉	多发、片状或线状溃疡	炎症细胞为主，无异型性	单克隆淋巴细胞，异型性明显
消化道淋巴瘤	肿块、结节、隆起	局限、孤立、边界清楚	单克隆淋巴细胞，异型性明显	单克隆B或T细胞标志物

中华医学会杂志社 Chinese Medical Association Publishing House　版权所有　违者必究

等),可能需要进行手术治疗[66]。

肠道狭窄是克罗恩病常见并发症,可分为炎性狭窄和纤维性狭窄。炎性狭窄是由于肠壁充血水肿和肠壁增厚所致,应用内科药物保守治疗多可缓解;而纤维性狭窄是慢性炎症反应长期反复刺激导致肠壁纤维化形成[67]。IBD肠狭窄的内镜介入适应证:纤维性狭窄;狭窄肠段<4 cm;良性狭窄;呈直线的腔内单个或多个肠段狭窄;狭窄肠段远离近端肠道的瘘口[68]。对于药物治疗无效的短段(<4 cm)纤维性狭窄,首选内镜下球囊扩张术[69-70],原发性纤维性狭窄或吻合口狭窄也可选用内镜下狭窄切开术[71]。

推荐意见15:IBD患儿应进行消化内镜的长期随访评估,随访时间节点应根据临床症状、疾病活动度及治疗方案等决定(共识度100%)。

评估IBD疗效时,依据既往病变部位选择检查方式。但IBD疾病复发时,应进行全消化道内镜检查[5]。启动治疗后,一般情况下,建议诱导期第3个月内镜复查,维持早期每6~12个月进行内镜复查,长期维持稳定期每12~24个月行内镜复查(表6)。具体需结合患儿情况,采用生物制剂治疗者,可根据生物制剂治疗节点进行内镜复查,对于已实现内镜下黏膜愈合的患儿,此后每6~12个月复查1次内镜;对于尚未实现内镜下黏膜愈合的患儿或有内镜复发迹象者,应积极寻找原因并适当调整治疗方案,此后复查间隔可酌情缩短,具体由临床医师根据实际情况决定。行手术治疗的患儿,建议于术后半年内进行首次消化内镜复查,如无内镜下复发迹象,此后每12个月复查消化内镜[5]。

IBD患儿因发病早、病程长、炎症重、病变范围广,以及可能长期使用免疫抑制剂、生物制剂等,导致慢性炎症持续存在,使其异型增生和结直肠癌风险显著升高[72-73],总体癌症风险约为普通人群的3倍[74]。癌变风险与病变范围、病程、是否合并原发性硬化性胆管炎、性别及家族史等因素相关[75-77]。癌变过程通常遵循"慢性炎症-异型增生-癌变"的进展规律。因此,长期管理关键在于早期有效控制炎症,并通过规律内镜监测尽早发现和处理异型增生,以改善远期预后。

本共识旨在为我国儿童IBD的内镜规范化诊疗提供系统性指导与参考,切实提升我国儿童IBD的诊疗水平,改善患儿的生活质量与远期预后。未来随着儿童IBD内镜领域高质量临床研究的不断涌现、新型内镜技术的发展以及多中心真实世界数据的积累,本共识将定期修订更新,以持续推动儿童IBD内镜诊疗体系的完善与优化。

(于飞鸿　肖园　王跃生　滕旭
吴捷　李小芹　执笔)

共识制订指导委员会(按单位和姓名拼音排序):广州医科大学附属妇女儿童医疗中心(龚四堂);空军军医大学唐都医院(王宝西);首都医科大学附属北京儿童医院(吴捷);浙江大学医学院附属儿童医院(江米足)

共识制订工作组名单(按单位和姓名拼音排序):安徽省儿童医院(李传应);重庆医科大学附属儿童医院(詹学);电子科技大学医学院附属成都市妇女儿童中心医院(谢晓丽);复旦大学附属儿科医院(冯佳燕、黄瑛);福建省儿童医院(叶红);甘肃省妇幼保健院甘肃省中心医院(徐晓红);广西医科大学第一附属医院(单庆文);广州医科大学附属妇女儿童医疗中心(耿岚岚、龚四堂);贵阳市妇幼保健院(朱莉);河南省儿童医院(李小芹、王跃生);湖南省儿童医院(赵红梅);华中科技大学同济医学院附属同济医院(舒赛男);吉林大学第一医院(王丽波);江西省儿童医院(万盛华);空军军医大学唐都医院(王宝西、江逊);南京医科大学附属儿童医院(刘志峰);内蒙古自治区妇幼保健院(李瑞凤);清华大学附属北京清华长庚医院(徐樨巍);山东大学附属儿童医院(魏绪霞);山东第一医科大学附属省立医院(山东省立医院)(孙立锋);山西省儿童医院(胡海燕);上海交通大学医学院附属儿童医院(刘海峰);上海交通大学医学院附属瑞金医院(王婷、肖园、袁菲);上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心(邓朝晖);上海交通大学医学院附属新华医院(王莹);深圳市儿童医院(王朝霞);首都医科大学附属北京儿童医院(秦秀敏、吴捷、于飞鸿);首都医科大学附属首都儿童医学中心(钟雪梅);四川大学华西第二医院(汪志凌);苏州大学附属儿童医院(金忠芹);天津市儿童医院(赵煜);温州医科大学附属第二医院(闫秀梅);武汉儿童医院(王宝香);无锡市儿童医院(林琼);西安交通大学附属儿童医院(任晓侠);厦门市儿童医院

表6　炎症性肠病不同治疗阶段内镜复查建议

治疗分类	适用情况	首次内镜复查时间	后续内镜复查时间
诱导治疗	启动治疗后	诱导期第3个月内	维持期每6~12个月1次;长期维持稳定每12~24个月1次
生物制剂	英夫利昔单抗、维得利珠单抗	首次给药后第14周	缓解期每6~12个月1次,病情反复时根据疾病活动程度调整内镜复查时间
	阿达木单抗、乌帕替尼	首次给药后第12周	
	乌司奴单抗	首次静脉给药后第16周	
维持期评估	内镜下黏膜愈合	不涉及首次内镜复查	每6~12个月复查1次
	内镜下黏膜未愈合或有内镜复发迹象	不涉及首次内镜复查	积极寻找原因并调整治疗方案,酌情缩短复查间隔
术后随访	行手术治疗后	术后半年内	若无内镜下复发迹象,此后每12个月复查1次

中华医学会杂志社 Chinese Medical Association Publishing House 版权所有 违者必究

（陈兢芳）；新疆维吾尔自治区儿童医院（李涛）；浙江大学医学院附属第四医院（李中跃）；浙江大学医学院附属儿童医院（江米足、楼金玕）；中国医科大学附属盛京医院（舒红、滕旭、许玲芬）
方法学专家：首都医科大学附属北京儿童医院（彭晓霞、聂晓璐）
秘书组成员：首都医科大学附属北京儿童医院（房永利、李婧）；中国医科大学附属盛京医院（王洋）
利益冲突　所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

[1] Yu Z, Ruan G, Bai X, et al. Growing burden of inflammatory bowel disease in China: findings from the Global Burden of Disease Study 2021 and predictions to 2035[J]. Chin Med J (Engl), 2024, 137(23): 2851-2859. DOI: 10.1097/CM9.0000000000003345.

[2] Ouahed J, Spencer E, Kotlarz D, et al. Very early onset inflammatory bowel disease: a clinical approach with a focus on the role of genetics and underlying immune deficiencies[J]. Inflamm Bowel Dis, 2020, 26(6): 820-842. DOI: 10.1093/ibd/izz259.

[3] Maaser C, Sturm A, Vavricka SR, et al. ECCO-ESGAR guideline for diagnostic assessment in IBD part 1: initial diagnosis, monitoring of known IBD, detection of complications[J]. J Crohns Colitis, 2019, 13(2): 144-164. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjy113.

[4] 中华医学会消化内镜学分会结直肠学组. 中国炎症性肠病内镜诊治专家共识(2024,广州)[J]. 中华消化内镜杂志, 2024, 41(12): 925-940. DOI: 10.3760/cma. j. cn321463-20241017-00432.

[5] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 中国消化内镜技术诊断与治疗炎症性肠病的专家指导意见[J]. 中华炎性肠病杂志, 2020, 4(4): 283-291. DOI: 10.3760/cma. j. cn101480-20200914-00103.

[6] 中国医药教育协会炎症性肠病专业委员会. 中国炎症性肠病消化内镜诊疗共识[J]. 中华消化病与影像杂志(电子版), 2021, 11(1):1-7. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-2015.2021.01.001.

[7] Shen B, Abreu MT, Cohen ER, et al. Endoscopic diagnosis and management of adult inflammatory bowel disease: a consensus document from the American Society for Gastrointestinal Endoscopy IBD Endoscopy Consensus Panel[J]. Gastrointest Endosc, 2025, 101(2):295-314. DOI: 10.1016/j.gie.2024.08.034.

[8] 陈耀龙, 杨克虎, 王小钦, 等. 中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022版)[J]. 中华医学杂志, 2022, 102(10):697-703. DOI: 10.3760/cma.j.cn112137-20211228-02911.

[9] World Health Organization. WHO handbook for guideline development[M]. 2nd ed. Vienna: World Health Organization, 2014.

[10] 中华医学会儿科学分会消化学组, 中华医学会儿科学分会临床营养学组. 儿童炎症性肠病诊断和治疗专家共识[J]. 中华儿科杂志, 2019, 57(7):501-507. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2019.07.002.

[11] Thomson M, Tringali A, Dumonceau JM, et al. Paediatric gastrointestinal endoscopy: European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition and European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guidelines[J]. J Pediatr Gastroenterol. Nutr, 2017, 64(1): 133-153. DOI: 10.1097/MPG.0000000000001408.

[12] 中华医学会消化内镜学分会儿科协作组. 中国儿童胃镜结肠镜检查规范操作专家共识[J]. 中华消化内镜杂志, 2019, 36(1): 6-9. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2019.01.003.

[13] Kim SY, Kim HS, Park HJ. Adverse events related to colonoscopy: global trends and future challenges[J]. World J Gastroenterol, 2019, 25(2): 190-204. DOI: 10.3748/wjg.v25.i2.190.

[14] Levine A, Griffiths A, Markowitz J, et al. Pediatric modification of the Montreal classification for inflammatory bowel disease: the Paris classification[J]. Inflamm Bowel Dis, 2011, 17(6): 1314-1321. DOI: 10.1002/ibd.21493.

[15] Ruemmele FM, Veres G, Kolho KL, et al. Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease[J]. J Crohns Colitis, 2014, 8(10): 1179-1207. DOI: 10.1016/j.crohns.2014.04.005.

[16] Pasha SF, Pennazio M, Rondonotti E, et al. Capsule retention in Crohn's disease: a meta-analysis[J]. Inflamm Bowel Dis, 2020, 26(1):33-42. DOI: 10.1093/ibd/izz083.

[17] Argüelles-Arias F, Donat E, Fernández-Urien I, et al. Guideline for wireless capsule endoscopy in children and adolescents: a consensus document by the SEGHNP (Spanish Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition) and the SEPD (Spanish Society for Digestive Diseases) [J]. Rev Esp Enferm Dig, 2015, 107(12):714-731. DOI: 10.17235/reed.2015.3921/2015.

[18] Shah J, Dutta U, Das A, et al. Relationship between Mayo endoscopic score and histological scores in ulcerative colitis: a prospective study[J]. JGH Open, 2020, 4(3): 382-386. DOI: 10.1002/jgh3.12260.

[19] Pabla BS, Schwartz DA. Assessing severity of disease in patients with ulcerative colitis[J]. Gastroenterol Clin North Am, 2020, 49(4): 671-688. DOI: 10.1016/j.gtc.2020.08.003.

[20] 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(4)01878-4.

[21] Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults[J]. Gut, 2019, 68(Suppl 3): s1-s106. DOI: 10.1136/gutjnl-2019-318484.

[22] Oliva S, Thomson M, de Ridder L, et al. Endoscopy in pediatric inflammatory bowel disease: a position paper on behalf of the porto IBD group of the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition [J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2018, 67(3): 414-430. DOI: 10.1097/MPG.0000000000002092.

[23] 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.

[24] Kudo T, Arai K, Iwama I, et al. Expert consensus on diagnostic guidelines for pediatric inflammatory bowel disease in Japan[J]. J Gastroenterol, 2025, 60(9): 1118-1144. DOI: 10.1007/s00535-025-02271-7.

[25] Schroeder KW, Tremaine WJ, Ilstrup DM. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study[J]. N Engl J

中华医学会杂志社 Chinese Medical Association Publishing House　版权所有　违者必究

Med, 1987, 317(26): 1625-1629. DOI: 10.1056/NEJM198712243172603.
[26] 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.
[27] Travis SP, Schnell D, Krzeski P, et al. Reliability and initial validation of the ulcerative colitis endoscopic index of severity[J]. Gastroenterology, 2013, 145(5):987-995. DOI: 10.1053/j.gastro.2013.07.024.
[28] Turner D, Ricciuto A, Lewis A, et al. STRIDE-Ⅱ: an update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): determining therapeutic goals for treat-to-target strategies in IBD[J]. Gastroenterology, 2021, 160(5):1570-1583.DOI: 10.1053/j.gastro.2020.12.031.
[29] Pimentel AM, Rocha R, Santana GO. Crohn's disease of esophagus, stomach and duodenum[J]. World J Gastrointest Pharmacol Ther, 2019, 10(2): 35-49. DOI: 10.4292/wjgpt.v10.i2.35.
[30] Mansuri I, Fletcher JG, Bruining DH, et al. Endoscopic skipping of the terminal ileum in pediatric crohn disease [J]. AJR Am J Roentgenol, 2017, 208(6):W216-W224. DOI: 10.2214/AJR.16.16575.
[31] Dolinger M, Torres J, Vermeire S. Crohn's disease[J]. Lancet, 2024, 403(10432): 1177-1191. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)02586-2.
[32] Abuquteish D, Putra J. Upper gastrointestinal tract involvement of pediatric inflammatory bowel disease: a pathological review[J]. World J Gastroenterol, 2019, 25(16):1928-1935. DOI: 10.3748/wjg.v25.i16.1928.
[33] Matsuura H, Yasuhara H. Crohn's disease: bamboo joint-like appearance[J]. QJM, 2017, 110(12): 845. DOI: 10.1093/qjmed/hcx169.
[34] Graca-Pakulska K, Błogowski W, Zawada I, et al. Endoscopic findings in the upper gastrointestinal tract in patients with Crohn's disease are common, highly specific, and associated with chronic gastritis[J]. Sci Rep, 2023, 13(1):703. DOI: 10.1038/s41598-022-21630-5.
[35] Carman N, Picoraro JA. Advances in endoscopy for pediatric inflammatory bowel disease[J]. Gastrointest Endosc Clin N Am, 2023, 33(2):447-461. DOI: 10.1016/j.giec.2022.10.002.
[36] Esaki M, Matsumoto T, Ohmiya N, et al. Capsule endoscopy findings for the diagnosis of Crohn's disease: a nationwide case-control study[J]. J Gastroenterol, 2019, 54(3):249-260. DOI: 10.1007/s00535-018-1507-6.
[37] 苏雯, 肖园. 儿童克罗恩病的治疗监测与预后评估[J]. 中国实用儿科杂志, 2023, 38(4): 266-270. DOI: 10.19538/j.ek2023040606.
[38] 邓文, 李中跃, 刘波. 不同内镜评分法评估儿童克罗恩病疾病活动度的价值[J]. 中国当代儿科杂志, 2024, 26(6): 584-591. DOI: 10.7499/j.issn.1008-8830.2311103.
[39] Peraza J, Kaper ME, Bargas A, et al. A simple endoscopic score for Crohn's disease (SES-CD) ⩾ 7 predicts disease progression[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2025, 61(6): 1011-1018. DOI: 10.1111/apt.18492.
[40] Scomparin RC, Lourencao P, Comes GT, et al. Are biopsies always necessary in upper and lower gastrointestinal endoscopy in children? A retrospective 10-year analysis [J]. Eur J Pediatr, 2021, 180(4):1089-1098. DOI: 10.1007/s00431-020-03838-7.
[41] Chen BB, Hamilton Z, Hasosah M, et al. The role of upper gastrointestinal endoscopy in the diagnosis of pediatric inflammatory bowel disease[J]. Am J Clin Pathol, 2024, 162(6):597-603. DOI: 10.1093/ajcp/aqae074.
[42] Anafy A, Amir AZ, Brazowski E, et al. The yield of routine tissue sampling in pediatric gastrointestinal endoscopy[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2023, 76(4): 489-493. DOI: 10.1097/MPG.0000000000003710.
[43] Dyadyk OO, Snisarevskyi PP, Snisarevska TP. Morphological features of cellular infiltration in the mucosa of large intestine in ulcerative colitis and irritable bowel syndrome[J]. Wiad Lek, 2021, 74(1):57-63.
[44] Boyle B, Collins MH, Wang Z, et al. Histologic correlates of clinical and endoscopic severity in children newly diagnosed with ulcerative colitis[J]. Am J Surg Pathol, 2017, 41(11): 1491-1498. DOI: 10.1097/PAS.0000000000000939.
[45] Ma C, Sedano R, Almradi A, et al. An international consensus to standardize integration of histopathology in ulcerative colitis clinical trials[J]. Gastroenterology, 2021, 160(7):2291-2302. DOI: 10.1053/j.gastro.2021.02.035.
[46] Rubio CA, Vieth M, Lang-Schwarz C. Novel histological repertoire of crypt-associated anomalies in inflamed colon mucosa[J]. J Clin Pathol, 2023, 76(8):531-535. DOI: 10.1136/jclinpath-2022-208152.
[47] Mitsuishi T. Correlation between histological findings and endoscopic findings in patients with ulcerative colitis: basal plasmacytosis is an important finding suggesting active inflammation[J]. JGH Open, 2018, 3(2): 100-104. DOI: 10.1002/jgh3.12111.
[48] Kevans D, Kirsch R, Dargavel C, et al. Histological markers of clinical relapse in endoscopically quiescent ulcerative colitis[J]. Inflamm Bowel Dis, 2020, 26(11): 1722-1729. DOI: 10.1093/ibd/izz308.
[49] Jin L, Macoritto M, Wang J, et al. Multi-omics characterization of colon mucosa and submucosa/wall from Crohn's disease patients[J]. Int J Mol Sci, 2024, 25(10):5108. DOI: 10.3390/ijms25105108.
[50] Cui Y, Lu SY, Xu J, et al. Microscopic features of small bowel mucosa of patients with Crohn's disease[J]. BMC Gastroenterol, 2019, 19(1): 232. DOI: 10.1186/s12876-019-1138-2.
[51] Endo K, Kawakami Y, Yoshino Y, et al. Detection rates of non-cavitary epithelioid cell granuloma by gastrointestinal biopsy in patients with treatment-naïve Crohn's disease[J]. Inflamm Intest Dis, 2023, 8(3): 105-114. DOI: 10.1159/000533479.
[52] Assa A, Amitai M, Greer ML, et al. Perianal pediatric Crohn disease is associated with a distinct phenotype and greater inflammatory burden[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2017, 65(3):293-298. DOI: 10.1097/MPG.0000000000001484.
[53] Qian Y, He W, Zheng CY, et al. Significance of granuloma and granulomatous lymphangitis in the differential diagnosis of Crohn's disease[J]. J Dig Dis, 2020, 21(8): 454-461. DOI: 10.1111/1751-2980.12919.
[54] Levine A, Koletzko S, Turner D, et al. ESPGHAN revised porto criteria for the diagnosis of inflammatory bowel disease in children and adolescents[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2014, 58(6):795-806. DOI: 10.1097/

中华医学会杂志社 Chinese Medical Association Publishing House 版权所有 违者必究

MPG.0000000000000239.
[55] Goodhand JR, Alazawi W, Rampton DS. Systematic review: clostridium difficile and inflammatory bowel disease[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2011, 33(4): 428-441. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2010.04548.x.
[56] Sweeney JR, Crawford CV, Yantiss RK. Histological features of Clostridioides difficile colitis in patients with inflammatory bowel disease[J]. Histopathology, 2022, 81(3):312-318. DOI: 10.1111/his.14702.
[57] Panarelli NC. Infectious mimics of inflammatory bowel disease[J]. Mod Pathol, 2023, 36(7): 100210. DOI: 10.1016/j.modpat.2023.100210.
[58] Singh SK, Srivastava A, Kumari N, et al. Differentiation between Crohn disease and intestinal tuberculosis in children[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2018, 66(1): e6-e11. DOI: 10.1097/MPG.0000000000001625.
[59] Kedia S, Das P, Madhusudhan KS, et al. Differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis[J]. World J Gastroenterol, 2019, 25(4): 418-432. DOI: 10.3748/wjg.v25.i4.418.
[60] Wu YC, Fu YJ, Xia HJ, et al. Ileocecal involvement in intestinal Behçet's disease and Crohn's disease: comparison of clinicopathological and immunophenotypic features[J]. J Dig Dis, 2023, 24(11): 594-602. DOI: 10.1111/1751-2980.13236.
[61] Shirwaikar Thomas A, Schwartz M, Quigley E. Gastrointestinal lymphoma: the new mimic[J]. BMJ Open Gastroenterol, 2019, 6(1): e000320. DOI: 10.1136/bmjgast-2019-000320.
[62] Ghassemi KA, Jensen DM. Evolving techniques for gastrointestinal endoscopic hemostasis treatment[J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol, 2016, 10(5): 615-623. DOI: 10.1586/17474124.2016.1130623.
[63] Elimeleh Y, Gralnek IM. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding[J]. Curr Opin Gastroenterol, 2024, 40(1): 34-42. DOI: 10.1097/MOG.0000000000000984.
[64] Li XJ, Fung BM. Advancements in endoscopic hemostasis for non-variceal upper gastrointestinal bleeding[J]. World J Gastrointest Endosc, 2024, 16(7): 376-384. DOI: 10.4253/wjge.v16.i7.376.
[65] Yang E, Chang MA, Savides TJ. New techniques to control gastrointestinal bleeding[J]. Gastroenterol Hepatol (N Y), 2019, 15(9):471-479.
[66] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组, 中华医学会外科学分会胃肠外科学组, 中华医学会外科学分会结直肠外科学组. 中国克罗恩病外科治疗指南(2025·南京)[J]. 中华炎性肠病杂志(中英文), 2026, 10(1): 2-22. DOI: 10.3760/cma.j.cn101480-20251119-00164.
[67] 邵宇培, 钱家鸣, 吕红. 炎症性肠病肠道狭窄的治疗进展[J]. 中华炎性肠病杂志(中英文), 2024, 8(3): 246-249. DOI: 10.3760/cma.j.cn101480-20231115-00062.
[68] 吴现瑞, 郑晓彬, 沈博. 炎症性肠病合并肠腔狭窄的内镜治疗[J]. 中华炎性肠病杂志(中英文), 2018, 2(1):19-22. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2096-367X.2018.01.007.
[69] 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.
[70] Boscarelli A, Bramuzzo M. Pediatric stricturing Crohn's disease[J]. World J Gastroenterol, 2024, 30(12): 1651-1654. DOI: 10.3748/wjg.v30.i12.1651.
[71] 于飞鸿. 克罗恩病的内镜下治疗[J]. 中国实用儿科杂志, 2023, 38(4):282-284.DOI:10.19538/j.ek2023040609.
[72] Zheng JJ, Wu ZF, Hu YB. Pediatric inflammatory bowel disease and cancer[J]. Front Immunol, 2025, 16:1624177. DOI: 10.3389/fimmu.2025.1624177.
[73] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组病理分组. 炎症性肠病相关异型增生病理诊断问题与建议[J]. 中华消化杂志, 2022, 42(4): 217-223. DOI: 10.3760/cma.j.cn311367-20211129-00647.
[74] Olén O, Askling J, Sachs MC, et al. Childhood onset inflammatory bowel disease and risk of cancer: a Swedish nationwide cohort study 1964-2014[J]. BMJ, 2017, 358: j3951. DOI: 10.1136/bmj.j3951.
[75] 吴开春, 张玉洁, 万健. 炎症性肠病相关癌变的临床评估[J]. 中华消化杂志, 2022, 42(8):531-536. DOI: 10.3760/cma.j.cn311367-20220601-00263.
[76] Li W, Zhao T, Wu D, et al. Colorectal cancer in ulcerative colitis: mechanisms, surveillance and chemoprevention [J]. Curr Oncol, 2022, 29(9): 6091-6114. DOI: 10.3390/curroncol29090479.
[77] Shah SC, Itzkowitz SH. Colorectal cancer in inflammatory bowel disease: mechanisms and management[J]. Gastroenterology, 2022, 162(3): 715-730. e3. DOI: 10.1053/j.gastro.2021.10.035.

·作者须知·

关于提供伦理委员会批准文件及受试对象知情同意书的通知

根据中华医学会杂志社的相关规定，当论文的主体是以人为研究对象的试验时，作者应该说明其遵循的程序是否符合负责人体试验的委员会（单位性的、地区性的或国家性的）所制定的伦理学标准，请提供该委员会的批准文件复印件，并在正文中说明受试对象（或其监护人）是否知情同意。

本刊编辑部

中华医学会杂志社 Chinese Medical Association Publishing House 版权所有 违者必究