

中华医学会系列杂志

ISSN 1007-5232
CN 32-1463 / R

中华消化内镜杂志®

ZHONGHUA XIAOHUA NEIJING ZAZHI

2025年5月 第42卷 第5期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 42 Number 5
May 2025

ISSN 1007-5232



9 771007 523250



中华消化内镜杂志[®]

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

月刊 1996年8月改刊 第42卷 第5期 2025年5月20日出版



微信: xhnjxw



新浪微博

主 管

中国科学技术协会

主 办

中华医学会

100710,北京市东四西大街42号

编 辑

中华消化内镜杂志编辑委员会

210003,南京市紫竹林3号

电话: (025)83472831, 83478997

传真: (025)83472821

Email: xhnj@xhnj.com

http://www.zhdxhnjzz.com

http://www.medjournals.cn

总编辑

张澍田

编辑部主任

唐涌进

出 版

《中华医学杂志》社有限责任公司

100710,北京市东四西大街42号

电话(传真): (010)51322059

Email: office@cmaph.org

广告发布登记号

广登32010000093号

印 刷

江苏省地质测绘大队

发 行

范围: 公开

国内: 南京报刊发行局

国外: 中国国际图书贸易集团

有限公司

(北京399信箱, 100048)

代号 M4676

订 购

全国各地邮政局

邮发代号 28-105

邮 购

中华消化内镜杂志编辑部

210003,南京市紫竹林3号

电话: (025)83472831

Email: xhnj@xhnj.com

定 价

每期25.00元, 全年300.00元

中国标准连续出版物号

ISSN 1007-5232

CN 32-1463/R

2025年版版权归中华医学会所有

未经授权, 不得转载、摘编本刊文章, 不得使用本刊的版式设计

除非特别声明, 本刊刊出的所有文章不代表中华医学会和本刊编委会的观点

本刊如有印装质量问题, 请向本刊编辑部调换

目 次

共识与指南

结直肠息肉门诊管理专家共识(2025, 成都) 337

中华医学会消化病学分会医工交叉协作组

专家论坛

《中国炎症性肠病内镜诊治专家共识(2024, 广州)》解读 348

赵芯梅 刘思德

浅谈肠道超声在炎症性肠病中的应用 352

柳婧 严冬 曹倩

气囊辅助小肠镜在克罗恩病小肠狭窄诊治中的应用

进展(含视频) 359

李白容 赖文财 宁守斌

干细胞治疗炎症性肠病: 方法、途径与机制 366

邓傲剑 王芬

菁英论坛

图像增强内镜在溃疡性结肠炎诊疗中的作用 372

罗娅 缪应雷 牛俊坤

溃疡性结肠炎内镜下评分的研究进展 379

范轩鸣 孙煜为 贺子轩 王同昌 李兆申 柏愚

论 著

简化激光共聚焦显微内镜愈合评分对溃疡性结肠炎深度愈合的

诊断价值 384

郑悦 张继新 王晋伟 田雨 李俊霞 王化虹

生物制剂联合内镜下球囊扩张术预防克罗恩病肠道狭窄复发的

疗效初探 391

刘逸 苏敏 孙克文 王玫

真实世界无蒂结直肠息肉切除技术选择的单中心回顾性分析 396

邓影南 丁晗玥 张晟瑜 李佳宁 何昆 王强 冯云路 杨爱明

短篇论著

- 内镜黏膜下剥离术治疗老年人结直肠浅表肿物发生穿孔的危险因素分析 404
张晓丽 张澍田

病例报道

- 结肠镜下表现为盲肠黏膜下肿瘤的阑尾粪石 1 例 409
盈梅 周平红 李全林

综 述

- 植物性胃结石的治疗研究进展 411
胡珊 胡晓
- 结肠镜检查质量指标及提升方法的研究进展 414
隋玥 陈星

读者·作者·编者

- 《中华消化内镜杂志》2025 年可直接使用英文缩写的常用词汇 347
- 中华医学会系列杂志论文作者署名规范 365
- 《中华消化内镜杂志》对来稿中统计学处理的有关要求 403
- 更正 408

插页目次 351

本刊稿约见第 42 卷第 1 期第 82 页

本期责任编辑 钱程

本刊编辑部工作人员联系方式

唐涌进, Email: tang@xhnj.com

周 昊, Email: zhou@xhnj.com

顾文景, Email: gwj@xhnj.com

朱 悦, Email: zhuyue@xhnj.com

钱 程, Email: qian@xhnj.com

许文立, Email: xwl@xhnj.com

本刊投稿方式

登录《中华消化内镜杂志》官方网站 <http://www.zhxnjzz.com> 进行在线投稿。



唐涌进



周 昊



顾文景



朱 悦



钱 程



许文立

(扫码添加编辑企业微信)

·论著·

生物制剂联合内镜下球囊扩张术预防克罗恩病肠道狭窄复发的疗效初探

刘逸 苏敏 孙克文 王玫

常州市第一人民医院消化内科,常州 213003

通信作者:王玫,Email:Maywang2007@hotmail.com

【摘要】 目的 评价生物制剂联合内镜下球囊扩张术(endoscopic balloon dilation, EBD)预防克罗恩病肠道狭窄复发的效果,并探讨EBD术后肠道狭窄复发的高危因素。**方法** 2016年1月至2023年12月,就诊于常州市第一人民医院消化内科,行EBD联合或未联合生物制剂治疗的克罗恩病肠道狭窄病例纳入回顾性队列研究,分成联合组和未联合组,比较2组肠道狭窄实际复发率;同时,使用Kaplan-Meier法对2组肠道狭窄无复发生存率进行估计,组间差异行log-rank检验。并采用Cox比例风险回归模型对纳入研究病例的生存数据进行多因素分析,以探讨EBD术后克罗恩病肠道狭窄复发的独立危险因素。**结果** 按纳排标准最终有47例纳入研究,联合组29例、未联合组18例,2组基线资料具有可比性。联合组有6例(20.7%)复发,未联合组10例(55.6%)复发,联合组肠道狭窄实际复发率低于未联合组。Kaplan-Meier生存曲线分析结果显示,联合组累积肠道狭窄无复发生存率明显高于未联合组($P=0.014$)。Cox比例风险回归模型分析结果显示未联合生物制剂治疗的肠道狭窄复发风险明显高于联合生物制剂治疗($HR=5.360$, 95% CI : 1.340~21.449, $P=0.018$),小肠部位的肠道狭窄复发风险明显高于非小肠部位($HR=7.746$, 95% CI : 1.908~31.446, $P=0.004$)。**结论** 生物制剂联合EBD治疗克罗恩病肠道狭窄能有效预防肠道狭窄复发。对于克罗恩病小肠狭窄,建议联合生物制剂治疗以预防狭窄复发高发。

【关键词】 克罗恩病; 生物制剂; 内镜下球囊扩张术; 肠道狭窄复发

Clinical efficacy of biologics combined with endoscopic balloon dilatation for the prevention of intestinal stenosis in Crohn disease

Liu Yi, Su Min, Sun Kewen, Wang Mei

Department of Gastroenterology, The First People's Hospital of Changzhou, Changzhou 213003, China

Corresponding author: Wang Mei, Email: Maywang2007@hotmail.com

【Abstract】 Objective To assess the effectiveness of the combined biological therapy and endoscopic balloon dilation (EBD) for preventing intestinal stricture recurrence in patients with Crohn disease, and to identify the risk factors for post-EBD stricture recurrence. **Methods** This retrospective cohort study enrolled Crohn disease patients who underwent EBD with or without biological therapy at the Department of Gastroenterology, the First People's Hospital of Changzhou, from January 2016 to December 2023. The patients were divided into the biologics-EBD group and the EBD monotherapy group, and recurrence rates of intestinal stenosis between the groups were compared. The Kaplan-Meier method was employed to estimate the stricture-free survival, with intergroup differences assessed via log-rank test. The Cox proportional hazards regression model was utilized to perform a multivariate analysis of the survival data of the included cases for the independent risk factors for the recurrence of intestinal strictures after EBD in Crohn disease. **Results** In accordance with the inclusion and exclusion criteria, a total of 47 cases were ultimately included in the study, with 29 cases in the biologics-EBD group and 18 cases in the EBD

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20240902-00257

收稿日期 2024-09-02 本文编辑 顾文景

引用本文:刘逸,苏敏,孙克文,等.生物制剂联合内镜下球囊扩张术预防克罗恩病肠道狭窄复发的疗效初探[J].中华消化内镜杂志,2025,42(5):391-395. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20240902-00257.



monotherapy group. The baseline data of the two groups were comparable. Stricture recurrence occurred in 6/29 (20.7%) biologics-EBD patients versus 10/18 (55.6%) EBD monotherapy patients. Kaplan-Meier curves demonstrated superior cumulative stricture-free survival in the biologics-EBD cohort ($P=0.014$). Cox proportional hazards regression model confirmed elevated recurrence risk with EBD monotherapy ($HR=5.360$, 95% CI : 1.340-21.449, $P=0.018$) and small intestinal strictures ($HR=7.746$, 95% CI : 1.908-31.446, $P=0.004$). **Conclusion** The combination of biologics with EBD for the treatment of intestinal strictures in Crohn disease can effectively prevent the recurrence of intestinal strictures. Regarding small intestinal strictures in Crohn disease, it is suggested to combine biologics for treatment to prevent the high recurrence rate of strictures.

【Key words】 Crohn disease; Biological agents; Endoscopic balloon dilation; Recurrence of intestinal strictures

克罗恩病是一种慢性非特异性肠道炎症,大多数患者最终会出现并发症,如狭窄、瘘管、脓肿及结肠炎相关肿瘤等^[1]。肠道狭窄是克罗恩病的常见并发症,可由疾病本身、手术及药物引起,5%~24%的克罗恩病患者可出现狭窄表型^[2]。内科药物治疗对延缓或预防狭窄的进展有一定作用,但对于造成梗阻的纤维性狭窄,机械治疗是必要保留手段。传统治疗肠道狭窄的方法包括外科肠切除、狭窄成形术等。随着内镜技术的发展,内镜下球囊扩张术(endoscopic balloon dilation, EBD)、肌切开、支架置入等新型微创手段被越来越多地用于肠道狭窄的治疗。研究表明,EBD是治疗肠道狭窄的有效手段,相较于外科手术,更为安全^[3-4]。但部分肠道狭窄患者经EBD治疗后,仍会出现梗阻症状,需要内镜再干预或手术治疗。

生物制剂在过去20年间被广泛应用于克罗恩病的治疗,主要作用是促进黏膜愈合,但存在导致肠道狭窄的可能,因此对狭窄型克罗恩病的治疗尚存争议^[5-7]。本研究对我院过去10年间的克罗恩病肠道狭窄EBD及EBD联合生物制剂治疗病例进行了回顾性分析,旨在评估EBD联合生物制剂预防肠道狭窄复发的价值,同时探讨EBD治疗后肠道再狭窄的危险因素,以期对肠道狭窄复发高危人群制定个体化的随访及治疗方案提供依据。

资料与方法

一、观察对象

本研究获我院伦理委员会审批通过[伦理编号(2024)技第053号,文档号F-IRB-SOP-00712],观察对象为2016年1月至2023年12月就诊于我院消化内科行EBD联合或未联合生物制剂治疗的克罗

恩病肠道狭窄病例。纳入标准:(1)年龄>18岁;(2)出现肠梗阻症状或在小肠镜检查中发现肠道狭窄,并接受EBD治疗的克罗恩病患者。排除标准:(1)接受EBD治疗,但因并发症转入外科行手术治疗或死亡的患者;(2)多节段狭窄;(3)狭窄长度>5 cm;(4)合并腹腔脓肿或瘘管形成。

二、相关说明

复发:指再次因梗阻症状入院接受EBD或手术治疗。生存时间:指第一次入院行EBD治疗至患者复发的时间。生物制剂治疗:指至复发前(第二次EBD或改手术干预前)接受生物制剂治疗,生物制剂包括已批准上市的英夫利昔单抗、阿达木单抗、乌司奴单抗以及维得利珠单抗。协变量的筛选:基于有向无环图的构建,排除中间变量,确定是否为混杂因素,并兼顾本次观察性研究数据的可用性来确定,协变量包括性别、年龄、狭窄部位、EBD前是否接受相关肠道手术、是否合并肛周病变等。狭窄肠腔内径测量:采用Dashnyam等^[8]描述的测量方法。狭窄长度测量:扩张后镜身通过狭窄段的长度。狭窄数量的统计:结合影像学及内镜资料进行判定。生物制剂使用:参照《中国克罗恩病诊治指南(2023年·广州)》^[9]、《生物制剂治疗炎症性肠病专家建议意见》^[10]等,对于接受传统治疗效果不佳、不耐受或有禁忌的中-重度活动性克罗恩病成年患者建议使用生物制剂治疗,对于已经出现肠道狭窄、梗阻等并发症的患者建议使用生物制剂治疗,同时充分考虑患者的年龄、性别、身体、药物耐受性及经济状况,尊重患者的意愿作出最终治疗方案选择。

三、EBD操作方法

1. 术前准备:完善实验室检查及影像学检查评

估疾病活动度、梗阻部位及数量,并签署相关知情同意书。经口途径患者,术前 8 h 禁食禁饮;经肛途径患者,术前 12 和 4 h 分别口服复方聚乙二醇清洁肠道。

2. 术中操作:术中给予咪达唑仑联合舒芬太尼、盐酸右美托咪定静脉全身麻醉,酌情使用丙泊酚,全程心电图监测仪监测患者呼吸、心率及血氧饱和度。小肠镜采用双人操作方法,滑动外套管,将头端气囊鼓起固定住肠壁,进而将内镜插至小肠深部,再将内镜前端钩住肠壁,推送外套管,外套管气囊鼓起固定肠壁,回拉内镜及外套管,使肠腔缩短,反复操作以上步骤,至狭窄部位。EBD 技术包括顺行 EBD 技术及逆行 EBD 技术^[1],分别适用于内镜不可通过以及可通过的狭窄。顺行 EBD 技术:到达狭窄口,置入扩张导丝,置入球囊后,逐级加压扩张球囊,每次加压维持 1~2 min,分别以 3 和 5 个标准大气压加压。扩张成功后,可见狭窄部位少量渗血,镜身及外套管可通过狭窄段,进入远端肠腔(图 1)。

3. 术后处理:术后禁食 12~24 h,予心电图监护、抑酸、止血、抗感染、补液及对症支持治疗,逐步过渡至肠内营养、开放饮食。

四、分析指标

由于本研究样本量有限,纳入的控制变量为:性别、年龄、克罗恩病活动度、狭窄部位、相关外科手术史、肛周病变。核心变量为:是否使用生物制剂。观察指标包括:(1)患者 EBD 前的基线资料,包括性别、年龄、实验室指标、用药情况等;(2)扩张治疗的相关参数,如球囊直径、狭窄特征等;(3)术后随访至观察终点的时间,术后治疗方案的变更,并发症及不良反应发生率等。

五、统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析。近似正态分布的计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,2 组间比较行独立样本 *t* 检验;计数资料用频数(%)表示,组间比较行卡方检验。生存率估计使用 Kaplan-Meier 法,组间比较使用 log-rank 检验。采用 Cox 比例风险回归模型对生存数据进行多因素分析。 $P < 0.05$ (双侧)为差异有统计学意义。

结 果

一、入组情况

按纳入标准共收集到 50 例病例,其中 1 例在研究期内因克罗恩病相关并发症死亡,2 例于 EBD 术后第 2 天因迟发性穿孔转入外科手术治疗,此 3 例予以排除,最终共 47 例纳入研究,联合组 29 例、未联合组 18 例,2 组基线资料具有可比性,详见表 1。有 2 例 EBD 术后发生迟发性消化道出血,联合组、未联合组各 1 例,均在药物治疗及输血后缓解。3 例使用维得利珠,6 例使用乌司奴单抗,使用抗肿瘤坏死因子- α 单抗 20 例。13 例初始使用英夫利昔单抗,其中 5 例随访期间更换了生物制剂;7 例初始使用阿达木单抗,其中 2 例随访期间更换了生物制剂。

二、肠道狭窄复发情况

在随访期间,联合组 6 例[20.7%(6/29)]复发肠道狭窄,未联合组 10 例[55.6%(10/18)]复发。

1. Kaplan-Meier 生存曲线分析:结果显示,联合组累积肠道狭窄无复发生存率明显高于未联合组($P = 0.014$),见图 2。

2. Cox 比例风险回归模型分析结果:结果显示,未联合生物制剂治疗($P = 0.018$)、狭窄部位为小肠

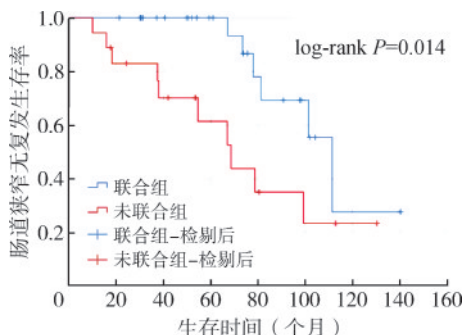


图 1 顺行内镜下球囊扩张术治疗克罗恩病回肠狭窄 1A:治疗前,内镜不可通过;1B:内镜下球囊扩张狭窄段;1C:扩张后,狭窄部位稍渗血,内镜可通过

表1 克罗恩病肠道狭窄内镜下球囊扩张联合及未联合生物制剂治疗组的基线资料比较

特征	联合组 (n=29)	未联合组 (n=18)	χ^2/t 值	P 值
性别[例(%)]			0.865	0.533
男	20(69.0)	10(55.6)		
女	9(31.0)	8(44.4)		
年龄[例(%)]			0.027	0.869
18~40岁	20(69.0)	12(66.7)		
>40岁	9(31.0)	6(33.3)		
狭窄部位[例(%)]			0.013	0.908
非小肠	15(51.7)	9(50.0)		
小肠	14(48.3)	9(50.0)		
狭窄数量(处, $\bar{x} \pm s$)	1.31 $\pm$ 0.41	1.33 $\pm$ 0.49	-0.161	0.873
狭窄直径(mm, $\bar{x} \pm s$)	8.59 $\pm$ 2.34	9.17 $\pm$ 2.60	-0.793	0.432
狭窄长度(mm, $\bar{x} \pm s$)	17.59 $\pm$ 4.69	16.33 $\pm$ 4.31	0.917	0.364
是否合并溃疡 [例(%)]			0.160	0.689
是	16(55.2)	11(61.1)		
否	13(44.8)	7(38.9)		
球囊直径(mm, $\bar{x} \pm s$)	14.97 $\pm$ 1.89	14.89 $\pm$ 1.41	0.193	0.848
克罗恩病活动度 [例(%)] ^a			0.072	0.789
非重度	25(86.2)	16(88.9)		
重度	4(13.8)	2(11.1)		
肛周病变[例(%)]			1.014	0.314
无	15(51.7)	12(66.7)		
有	14(48.3)	6(33.3)		
相关手术史[例(%)] ^b			2.532	0.112
无	25(86.2)	12(66.7)		
有	4(13.8)	6(33.3)		
随访时间(个月, $\bar{x} \pm s$)	67.97 $\pm$ 29.52	55.67 $\pm$ 34.80	1.297	0.201

注：^a 克罗恩病活动度中，克罗恩病活动指数>450分为重度，≤450分为非重度；^b 相关手术史指克罗恩病相关并发症(肠梗阻、肠痿、肠穿孔)所导致的相关腹部外科手术史

**图2** 克罗恩病肠道狭窄内镜下球囊扩张联合生物制剂治疗组及未联合生物制剂治疗组的Kaplan-Meier生存曲线

($P=0.004$)是克罗恩病肠道狭窄EBD术后肠道狭窄复发的独立危险因素，而患者性别、年龄、克罗恩病活动度、肛周病变、相关手术史不是术后肠道狭窄复发的独立危险因素($P>0.05$)，见表2。

表2 克罗恩病肠道狭窄内镜下球囊扩张术后肠道狭窄复发危险因素的Cox比例风险回归模型分析结果

变量	HR值(95%CI)	P值
性别(男/女)	1.417(0.248~8.093)	0.695
年龄(18~40岁/>40岁)	0.966(0.903~1.035)	0.326
克罗恩病活动度(重度/非重度)	1.338(0.230~7.781)	0.746
狭窄部位(小肠/非小肠) ^a	7.746(1.908~31.446)	0.004
生物制剂治疗(未联合/联合)	5.360(1.340~21.449)	0.018
相关手术史(有/无) ^b	3.684(0.884~15.356)	0.073
肛周病变(有/无)	0.746(0.182~3.063)	0.684

注：^a 克罗恩病活动度中，克罗恩病活动指数>450分为重度，≤450分为非重度；^b 相关手术史指克罗恩病相关并发症(肠梗阻、肠痿、肠穿孔)所导致的相关腹部外科手术史

讨 论

本研究旨在评价生物制剂联合EBD治疗在预防克罗恩病患者肠道狭窄复发中的潜在作用，并进行相关危险因素分析。研究结果显示，EBD联合生物制剂在预防克罗恩病肠道狭窄复发上起到了积极作用。Cox比例风险回归模型分析结果显示，联合生物制剂治疗的克罗恩病肠道狭窄患者预后较好，同时结果还显示，小肠是狭窄复发的高危部位。

人们近来关注的焦点在于EBD本身或生物制剂本身对克罗恩病肠道狭窄的疗效，而我们的研究回顾性分析了接受EBD治疗，并接受生物制剂治疗的克罗恩病肠道狭窄病例，旨在调查二者联合对预防肠道狭窄复发的有效性。生物制剂目前被广泛应用于克罗恩病的治疗，它具有快速促进黏膜愈合的治疗效果，这使人们担心快速愈合是否会导致狭窄的出现及加重。以往研究显示，生物制剂尤其是抗肿瘤坏死因子- α 单抗促进了溃疡面的愈合，但也使肠道狭窄有加重趋势^[4]。但最近的数据并不支持这一观点，并显示抗肿瘤坏死因子- α 单抗安全有效^[11-13]。近年来有日本学者对其国家行政数据库的炎症性肠病患者数据进行了回顾性分析，比较了生物制剂联合EBD对预防肠道狭窄的作用，结果显示抗肿瘤坏死因子- α 单抗暴露是肠道狭窄复发的保护因素，且早期使用效果更佳^[14]。而意大利学者的一项样本量52例的单中心回顾性分析显示，生物制剂联合EBD能有效降低肠道狭窄复发手术的风险^[15]。这些进一步支持了我们的观点。

在研究局限性方面，我们存在以下不足。(1)样本量相对较小，可能限制了结果的普遍性和可靠性，部分结果置信区间较大；(2)由于样本量有限，

这次研究以生物制剂整体为研究对象,并未进一步区分抗肿瘤坏死因子- α 及其他生物制剂;(3)由于回顾性研究的局限性,有些数据不可获得,混杂变量的控制是有限的。

尽管存在局限性,但我们认为本研究仍然具有一定的临床意义。本研究的临床意义在于为克罗恩病肠道狭窄的治疗及预防复发提供了新思路,在治疗及预防狭窄方面,不应局限于单一的物理机械治疗,对于存在高危因素的克罗恩病肠道狭窄患者,生物制剂的早期足量应用是合理的。此外,我们的研究结果为未来的研究提供了以下方向:未来的研究应进一步扩大样本量,更合理地纳入协变量和控制混杂因素,深入研究生物制剂亚类、生物制剂使用时间窗,如早期使用、围手术期及晚期使用等分别对肠道狭窄复发预后的作用,同时进一步分析控制狭窄的异质性,以更好地指导临床实践。此外,我们期待多中心随机对照试验评估联合疗法对控制克罗恩病肠道狭窄的可靠性。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明 刘逸:酝酿和设计试验,实施研究,分析解释数据,文章撰写及修改;苏敏:数据采集与核对;孙克文:参与研究,行政支持;王玫:对文章的知识性内容作批评性审阅,技术指导

参 考 文 献

- [1] 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.
- [2] Aniwan S, Park SH, Loftus EV. Epidemiology, natural history, and risk stratification of Crohn's disease[J]. *Gastroenterol Clin North Am*, 2017, 46(3): 463-480. DOI: 10.1016/j.gtc.2017.05.003.
- [3] Lee KE, Lim F, Faye AS, et al. Endoscopic balloon dilation is cost-effective for Crohn's disease strictures[J]. *Dig Dis Sci*, 2022, 67(12):5462-5471. DOI: 10.1007/s10620-022-07420-z.
- [4] Bharadwaj S, Fleshner P, Shen B. Therapeutic armamentarium for stricturing Crohn's disease: medical versus endoscopic versus surgical approaches[J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2015, 21(9): 2194-2213. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000403.
- [5] Sandborn WJ, Feagan BG, Rutgeerts P, et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for Crohn's disease[J]. *N Engl J Med*, 2013, 369(8): 711-721. DOI: 10.1056/NEJMoa1215739.
- [6] Schoepfer AM, Vavricka SR, Binek J, et al. Efficacy and safety of certolizumab pegol induction therapy in an unselected Crohn's disease population: results of the FACTS survey[J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2010, 16(6): 933-938. DOI: 10.1002/ibd.21127.
- [7] Toy LS, Scherl EJ, Kornbluth A, et al. Complete bowel obstruction following initial response to infliximab therapy for Crohn's disease: a series of a newly described complication[J]. *Gastroenterology*, 2000, 118(4 Part 1): A569.
- [8] Dashnyam U, Nagayama M, Yano T, et al. Maintenance of complete mucosal healing is associated with avoiding restenosis after endoscopic balloon dilation of Crohn's disease-related small intestinal strictures[J]. *DEN Open*, 2023, 3(1):e239. DOI: 10.1002/deo2.239.
- [9] 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]. *中华炎症肠病杂志(中英文)*, 2024, 8(1): 2-32. DOI: 10.3760/cma.j.cn101480-20240108-00006.
- [10] 中国炎症性肠病诊疗质控评估中心, 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 生物制剂治疗炎症性肠病专家建议意见[J]. *中华炎症肠病杂志*, 2021, 5(3): 193-206. DOI: 10.3760/cma.j.cn101480-20210702-00052.
- [11] Pallotta N, Barberani F, Hassan NA, et al. Effect of infliximab on small bowel stenoses in patients with Crohn's disease[J]. *World J Gastroenterol*, 2008, 14(12): 1885-1890. DOI: 10.3748/wjg.14.1885.
- [12] Lichtenstein GR, Olson A, Travers S, et al. Factors associated with the development of intestinal strictures or obstructions in patients with Crohn's disease[J]. *Am J Gastroenterol*, 2006, 101(5):1030-1038. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2006.00463.x.
- [13] Pelletier AL, Kaliszan B, Wienckiewicz J, et al. Infliximab treatment for symptomatic Crohn's disease strictures[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2009, 29(3):279-285. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2008.03887.x.
- [14] Uda A, Kuwabara H, Shimizu S, et al. Optimal use of biologics with endoscopic balloon dilatation for repeated intestinal strictures in Crohn's disease[J]. *JGH Open*, 2020, 4(3): 532-540. DOI: 10.1002/jgh3.12329.
- [15] Lopetuso LR, Coppola G, Alfieri N, et al. P750 endoscopic balloon dilation associated with biological therapy in Crohn's disease strictures: a single center experience[J]. *J Crohns Colitis*, 2024, 18(Suppl 1):i1401-1402.

一次性使用胆胰管成像导管

电子内窥镜图像处理器

观入微，术无限，应于手

开启胆胰疾病诊治的直视操作时代

江苏唯德康医疗科技有限公司
Jiangsu Vedkang Medical Science and Technology Co., Ltd.

- A** 地址：江苏省武进经济开发区果香路52号
- T** 电话：0519-69877755, 69877756
- F** 传真：0519-69877753
- E** 邮箱：sales@vedkang.com

生产企业：江苏图云医疗科技有限公司

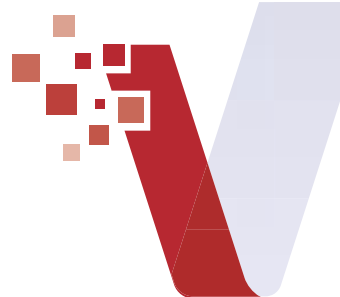
产品注册证及名称：

苏械注准 20222061594（电子内窥镜图像处理器）

苏械注准 20222061739（一次性使用胆胰管成像导管）

苏械广审（文）第 270803-07238 号

▲ 禁忌内容或注意事项详见说明书
以上仅指本公司产品



健可诺®

国药准字H20213838

磷酸钠盐散

Sodium Phosphates Powder

广告

清肠品质卓越 舒适又方便

独特包装
控制用药风险



适应症 用于患者结肠X-光线及肠道内窥镜检查前或手术前清理肠道。

用法用量 本品用于肠道准备时服药一般分两次，每次服药1袋。

第一次服药时间在手术或检查前一天晚上7点，用法为用800ml以上温凉水溶解后服用。

第二次服药时间在手术或检查当天早上7点(或在操作或检查前至少3个小时)，或遵医嘱，用法同第一次。

为获得良好肠道准备效果，建议患者在可承受范围内多饮水。

不良反应 常见的不良反应为腹胀、恶心、腹痛、呕吐，还可能会出现用药期间和用药后的短暂的电解质紊乱、乏力、眩晕、过敏反应、肝功能检查ALT、AST升高、肛门刺激症状。其他详见说明书。

禁忌 1.本品禁用于先天性巨结肠、肠梗阻、腹水、充血性心脏病或肾功能衰竭患者。2.使用本品禁止联合使用其他缓泻药物。3.对本品中任何成份过敏者禁用。



川药广审(文)第251011-01618号 生产企业:四川健能制药有限公司 本广告仅供医学药学专业人士阅读