●指南解读

《中国溃疡性结肠炎外科治疗指南（2025·南京）》解读

崔焌辉　陈峥世

【摘要】 2025年1月，中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组联合外科学分会结直肠外科学组和胃肠外科学组发布了《中国溃疡性结肠炎外科治疗指南（2025·南京）》。该指南基于推荐分级的评估、制订与评价框架和德尔菲法制定，围绕19个临床问题形成了19条推荐意见，是我国溃疡性结肠炎外科治疗领域首部严格意义上的循证指南。本文深度解读该指南相较于2022年《中国溃疡性结肠炎外科治疗指南》和2020年《炎症性肠病外科治疗专家共识》的核心更新点，从手术指征、围手术期管理、手术方式选择及术后并发症处理4个维度进行逐条分析，并与英国胃肠病学会2025年指南、美国结直肠外科医师协会指南等国际权威文献进行横向对比，旨在为临床实践提供精准的决策参考。

【关键词】 溃疡性结肠炎；外科治疗；指南解读

崔焌辉，二级主任医师，教授，留德医学博士。从事结直肠肛门外科工作40余年，先后赴德国基尔大学外科医院、美国克利夫兰医学中心研究访学。现任浙江省立同德医院结直肠肛门外科诊治中心主任，浙江省中西医结合重点学科（结直肠肛门外科学）带头人。连续多届担任浙江省医学会肛肠外科学分会副主任委员、浙江省医师协会肛肠科医师分会副会长等职。兼任浙江省结直肠疾病诊治中心副主任，浙江省中西医结合学会肛肠病专业委员会副主任委员，浙江省抗癌协会肿瘤转移专业委员会副主任委员、大肠癌专业委员会常务委员，浙江省医师协会肛肠医师分会便秘学组组长；世界中医药学会联合会盆底专业委员会常务理事，中国老年保健协会理事、盆底医学专业委员会副主任委员，中国医师协会炎症性肠病专业委员会委员。主持及主要参与多项国家级、省部级科研课题，累计发表SCI及国内外核心期刊学术论文50余篇，获浙江省政府科技进步二等奖。长期从事肛肠科常见病与疑难病诊治工作，在炎症性肠病、严重便秘与盆底相关疾病、复杂性痔与瘘、超低位直肠癌、各期结肠癌的内科治疗与微创外科手术，以及大肠各种病变的内镜下微创治疗等方面具有丰富的临床经验。

溃疡性结肠炎（ulcerative colitis，UC）是一种慢性复发性炎症性肠病（inflammatory bowel disease，IBD），随着生物制剂和小分子靶向药物的广泛应用，其药物治疗格局发生了根本性改变。然而，仍有一定比例患者在远期需接受外科干预。近年来，我国UC外科治疗领域经历了从经验共识到循证指南的重要转变。

2020年，中华医学会消化病学分会发布了《炎症性肠病外科治疗专家共识》[1]，采用德尔菲法形成79条推荐意见，首次系统规范了我国IBD外科治疗实践。2022年，中华医学会外科学分会结直肠外科学组发布《中国溃疡性结肠炎外科治疗指南》，18条推荐意见涵盖了UC外科治疗的主要方面[2]。2025年，基于推荐分级的评估、制定与评价（grading of recommendations assessment，development and evaluation，GRADE）框架和最新循证证据，《中国溃疡性结肠炎外科治疗指南（2025·南京）》（以下简称本指南）正式发布，标志着我国UC外科治疗决策正式迈入循证化、规范化、个体化的新时代[3]。

本指南的核心特色在于：（1）采用牛津循证医学中心证据分级与GRADE推荐强度双轨评价体系；（2）每个推荐意见均基于系统文献检索和证据合成；（3）充分吸纳中国UC储袋联盟等本土研究数据；（4）与国际主流指

DOI：10.12056/j.issn.1006-2785.2026.48.18.2026-1053

基金项目：国家自然科学基金资助项目（81673986）；浙江省中医药科研计划项目（2026ZL0237）

作者单位：310012　杭州，浙江省立同德医院肛肠外科

通信作者：陈峥世，E-mail：1179438517@qq.com

南接轨的同时兼顾中国临床实践特点。本文将从4个维度深度解读本指南的核心更新内容。

1 手术指征的界定:从经验判断到精准决策

相较于2020年共识和2022年指南,本指南在手术指征部分进行了系统性的循证升级,推荐意见更加具体化、量化,强调了“及时手术”的理念。

1.1 急性重症UC的手术时机

1.1.1 指南推荐 本指南推荐意见1(强推荐,证据等级Ⅱ~Ⅲ):对于挽救治疗失败的急性重症UC(acute severe UC,ASUC)患者,推荐及时手术治疗;对于个别病情凶险的患者,建议不经过挽救治疗而直接手术;继发中毒性巨结肠的患者,推荐尽早进行手术干预。

1.1.2 具体标准 挽救治疗4~7 d无应答是手术决策的关键时间节点。美国国家外科手术质量改进计划(National Surgical Quality Improvement Program,NSQIP)数据库研究显示,早期手术组(中位1 d)30 d死亡率明显低于延迟手术组(中位6 d)(4.9%比20.3%,$P<0.001$),早期手术可降低82%的死亡风险和35%的并发症风险[4]。英国胃肠病学会(British Society of Gastroenterology,BSG)2025年指南亦建议,对挽救治疗7 d无应答或出现并发症(包括中毒性巨结肠、严重出血或穿孔)的患者,应施行结肠次全切除和回肠造口术[5]。

1.1.3 临床解读与注意事项 本推荐意见的核心更新在于“及时”二字的循证化表述。2020年共识仅笼统建议“激素治疗3~5 d无效可考虑手术”,2022年指南提出“挽救治疗失败应及时手术”,但缺乏量化标准。本指南明确了4~7 d的时间窗,并引用NSQIP大样本数据佐证。临床实践中需注意:医师应在ASUC患者入院早期即参与多学科治疗决策,避免“过度尝试”药物保守治疗而导致手术时机延误。对于中毒性巨结肠这一罕见但危重的并发症(发生率1%~5%,住院死亡率7.9%),本指南特别强调了尽早手术的必要性,无须等待挽救治疗结果。

1.2 药物难治性UC与特殊情况的手术指征

1.2.1 指南推荐 本指南推荐意见2(弱推荐,证据等级Ⅲ~Ⅳ):对于药物治疗无效或产生难以耐受的不良反应,以及糖皮质激素依赖的难治性UC患者,推荐择期手术。推荐意见3(弱推荐):慢性复发性UC合并结直肠狭窄者,推荐手术。推荐意见4(强推荐):确诊UC相关癌变或高级别异型增生者,推荐遵循肿瘤学原则实施全结肠直肠切除术。

1.2.2 具体标准 难治性UC的定义包括:对生物制剂、糖皮质激素或小分子药物诱导缓解无效,或依赖糖皮质激素维持缓解。英国的一项全国性回顾队列研究(11 204例)显示,择期手术组3年死亡率(3.7%)明显低于未手术组(13.6%)和急诊手术组(13.2%),多因素校正后择期手术组死亡风险仍明显低于对照组[6]。对于合并狭窄者,即使术前活检排除癌变,结肠切除标本中仍有3.5%检出恶性肿瘤或异型增生,其中“安静狭窄”发生上述病变的风险更高(OR=4.86)[7]。UC相关CRC的10年、20年、30年累积风险分别为2%、8%、18%[8]。

1.2.3 临床解读与注意事项 相较于2020年共识,本指南对手术指征的界定更为精准。2020年共识列举了手术适应证但未区分推荐强度,2022年指南引入了推荐等级但证据支撑有限。本指南首次在UC外科诊疗体系中明确定义“药物难治性”,并强调择期手术相较于急诊手术的明显生存获益。临床实践中应特别注意“安静狭窄”较高的癌变风险——这类情况常因缺乏活动性炎症表现而放松警惕,本指南对此予以了明确警示。对于合并UC相关结直肠癌的患者,是否同期行回肠储袋肛管吻合术(ileal pouch-anal anastomosis,IPAA)需综合考虑肿瘤分期、肛门功能、是否需要辅助放疗等因素,不可一概而论。

2 围手术期管理:新增三大核心领域

围手术期管理是本指南相较于前两版文献的最大更新亮点。2020年共识对围手术期处理着墨甚少,2022年指南有所涉及但未形成系统推荐,本指南则首次将静脉血栓栓塞症(venous thromboembolism,VTE)预防、加速康复外科(enhanced recovery after surgery,ERAS)路径和生物制剂管理作为独立板块进行循证阐述。

2.1 VTE的预防

2.1.1 指南推荐 本指南推荐意见5(弱推荐,证据等级Ⅱ~Ⅲ):UC患者手术后VTE风险明显增加,如无明确禁忌证,推荐实施预防性抗凝治疗,高风险患者建议延续至术后4周。

2.1.2 具体标准 美国国家住院患者样本库数据库3 430例UC结肠切除数据显示,术后VTE发生率明显高于未手术患者(4.68%比1.24%,$P<0.001$),手术是VTE的独立危险因素(OR=2.44,95%CI:1.80~3.31)[9]。日本多中心前瞻性研究(134例UC手术)显示术后VTE发生率高达17.1%,IPAA手术、手术时长>4 h及术后第1天D-二聚体>5.3 g/L是独立预测因素[10]。值得注意的是,约36%的VTE事件发生在出院30 d后,但仅0.6%的患者在出院7 d内接受VTE预防治疗[11]。

2.1.3 临床解读与注意事项 VTE预防是2025年指南

的全新推荐内容。2020年共识和2022年指南均未将VTE预防作为独立推荐意见。本指南参照肿瘤治疗经验，建议对高风险UC患者延长预防性抗凝至术后4周，这在UC外科领域属于前瞻性推荐。临床实践中需关注两个特殊点：一是UC患者术后VTE风险实际上高于结直肠癌患者，这与疾病本身的炎症高凝状态有关；二是出院后VTE预防的依从性极差（处方率＜2%），需要建立出院后随访管理流程。此外，本指南对利伐沙班、阿哌沙班、华法林和低分子肝素的术前停药时间和术后恢复时机给出了详细建议，体现了精准化管理的理念。

2.2 ERAS路径与预康复

2.2.1 指南推荐 本指南推荐意见6（弱推荐，证据等级Ⅱ~Ⅲ）：推荐在UC外科治疗过程中遵循ERAS路径，择期手术患者推荐术前进行充分的预康复，包括营养优化、体力储备、心理支持以及术前停用糖皮质激素至少30 d。

2.2.2 具体标准 一项纳入16项IBD研究共2 347例患者的系统综述显示，ERAS能将住院时间缩短至5.2 d，手术部位感染率（3.1%~23.5%）、吻合口漏发生率（0~3.4%）和总体并发症发生率（5.7%~48%）均明显下降[12]。中国UC储袋联盟216例IPAA手术多中心研究（中位随访8年）证实，与非ERAS组相比，ERAS组术后总体并发症指数评分（10.42分比14.14分，*P*=0.036）、严重并发症发生率（12.9%比27.9%，*P*=0.019）、住院时间（9 d比16 d，*P*=0.046）及长期生活质量改善率（79.0%比53.2%，*P*＜0.001）均具有明显优势[3]。

2.2.3 临床解读与注意事项 ERAS路径是2025年指南的实质性新增内容。虽然2022年指南提及了“预康复”概念，但未形成系统化推荐。本指南不仅推荐了ERAS路径，还提供了中国本土的8年随访数据，这是国际文献中随访时间较长的ERAS研究之一。临床实践中需特别重视“术前停用激素至少30 d”这一预康复要点，连续使用泼尼松≥20 mg/d超过6周会明显增加术后早期并发症及IPAA手术并发症，有荟萃分析显示术前使用激素的患者术后总感染风险（*OR*=1.70）和腹腔感染风险（*OR*=1.53）明显升高[13]。对于无法停用激素的患者，应采取分期手术策略，将确定性手术推迟至完成激素减量后。

2.3 生物制剂的围手术期管理

2.3.1 指南推荐 本指南推荐意见7（弱推荐，证据等级Ⅱ~Ⅲ）：生物制剂等药物不增加UC择期手术后感染或其他并发症风险，但可能增加储袋相关并发症风险。对于计划行IPAA且术前存在抗肿瘤坏死因子（tumor necrosis factor，TNF）制剂暴露的患者，建议将储袋制作推迟至二次手术时进行。

2.3.2 具体标准 一项纳入4 659例IBD患者的荟萃分析显示，术前使用抗TNF-α制剂未明显增加UC术后感染性并发症（*OR*=1.39，95%*CI*：0.56~3.45）、非感染性并发症（*OR*=1.40，95% *CI*：0.68~2.85）及总并发症（*OR*=1.10，95%*CI*：0.81~1.47）的风险[14]。前瞻性UC和克罗恩病手术患者队列研究（PUCCINI研究，旨在识别术后感染风险因素）证实，即使术前12周内接受抗TNF治疗，术后总感染率及手术部位感染率差异亦无统计学意义[15]。然而，研究显示术前使用英夫利昔单抗（infliximab，IFX）明显增加IPAA手术相关并发症（*OR*=4.57，95%*CI*：2.73~7.66），亚组分析发现IFX累计使用≥3次的患者IPAA手术相关并发症风险明显上升（*OR*=9.59，95%*CI*：2.92~31.44，*P*=0.000 2）[16]。

2.3.3 临床解读与注意事项 这一推荐意见体现了近年来该领域循证证据的重要更新。2020年共识建议“不建议因使用生物制剂而推迟手术”，2022年指南持类似观点。本指南的核心更新在于区分了“择期手术”和“IPAA手术”两个不同场景：对于一般的择期手术，抗TNF制剂不增加并发症风险，可按计划手术；但对于计划行IPAA的患者，鉴于IFX累积暴露明显增加储袋相关并发症，推荐分期手术，将储袋制作推迟至二期。临床解读的关键在于“IFX累积剂量”而非“距手术的时间间隔”：使用3次以上的患者风险急剧升高，这提示术前评估应详细询问生物制剂的使用史，而非仅关注末次用药时间。

3 手术方式的选择与优化：技术细节的循证升级

本指南在手术方式部分延续前两版指南，依旧将IPAA列为首选术式，并在微创手术、储袋技术要点和分期策略方面作出重要的循证更新。

3.1 微创手术的应用

3.1.1 指南推荐 本指南推荐意见8（强推荐，证据等级Ⅱ~Ⅳ）：推荐择期UC手术采用微创技术，包括腹腔镜或机器人辅助手术。

3.1.2 具体标准 LapConPouch研究（单中心随机对照试验）显示，腹腔镜IPAA手术虽然时间更长，但总体安全性与开腹手术无明显差异；亚组分析显示腹腔镜手术住院时间更短[17]。有病例匹配研究（各404例）显示两者在长期功能结局、生活质量及储袋保留率方面等效，但腹腔镜组术后1年内夜间排便更少（2.0 ± 1.4次比2.5 ± 1.7次，*P*=0.006），夜间采用防渗漏护理措施比例更低（20.8%比32.4%，*P*=0.04）[18]。一项系统评价与荟萃分析（11项观察性研究，5 566例IBD患者）比较机器人辅助与腹腔镜手术，结果显示两者在中转开腹率、吻合口漏、腹腔脓肿发生

率等方面差异无统计学意义；尽管腹腔镜组手术时间更短，但机器人辅助手术组术后并发症发生率更低（30.3%比43.1%，*P*=0.03），住院时间更短（*P*=0.03）[19]。

3.1.3 临床解读与注意事项 相较于2020年共识（推荐腹腔镜）和2022年指南（首选腹腔镜辅助经肛全直肠系膜切除术），本指南首次将机器人辅助手术纳入推荐范围。这一更新反映了机器人手术在IBD领域的快速发展。此外，一项基于加拿大安大略省人群的研究（1 094例女性IPAA患者）显示，腹腔镜IPAA并未明显改善术后生育率（13%比10%，*RR*=1.41，95%*CI*：0.75~2.65），提示微创技术虽能改善部分功能指标，但并不能完全消除IPAA对生育功能的不利影响[20]。

3.2 IPAA手术的技术要点

3.2.1 指南推荐 本指南推荐意见12（强推荐，证据等级Ⅱ~Ⅲ）：推荐采用J型储袋，选择管状吻合器行储袋肛管吻合术，储袋长度推荐15~22 cm。

3.2.2 具体标准 中国UC储袋联盟的多中心研究（208例，中位随访6年）结果显示，长储袋（22.0 cm）较短储袋（14.0 cm）能明显改善患者长期生活质量，并降低储袋相关并发症风险，短储袋是储袋并发症（*OR*=3.1，95%*CI*：1.519~6.329，*P*=0.002）和长期生活质量受损（*OR*=2.221，95%*CI*：1.218~4.050，*P*=0.009）的独立危险因素[21]。另一项中国UC储袋中心联盟的研究（216例，中位随访8年）进一步证实，储袋容积≥120 mL的患者术后长期克利夫兰总体生活质量评分（0.773比0.731，*P*=0.015）、当前生活质量（7.657比7.145，*P*=0.018）和健康质量（7.600比7.188，*P*=0.043）均明显优于储袋容积＜120 mL者[22]。管状吻合器行储袋肛管吻合术后盆腔感染率（16.9%比21.3%）、小肠梗阻率（18.6%比23.0%）、吻合口狭窄率（16.0%比21.7%）和储袋失败率（4.0%比11.4%）均明显低于手工吻合（均*P*＜0.05）[3]。

3.2.3 临床解读与注意事项 储袋长度推荐是本指南相较于2022年指南的重要技术更新。本指南将2022年指南推荐J型储袋长度上限扩展至22 cm，并提供了中国UC储袋联盟的高质量本土证据支持。这一更新基于“储袋容积-功能”关系的深入理解：更大的储袋容积意味着更好的储便能力和更低的排便频率，从而减少排便次数和夜间渗漏，最终改善长期生活质量。但需注意储袋长度受限于末端回肠系膜的长度和血管分布，不可忽视血供保护。管状吻合器吻合优于手工缝合的证据已经充分确立，齿状线上方2 cm切断直肠，既能去除病变，又能保留部分排便感受器，这一技术要点在三版文献中保持了高度一致性。

3.3 分期手术策略

3.3.1 指南推荐 本指南推荐意见10（强推荐）：推荐根据患者术前状态个体化选择IPAA分期手术策略。推荐意见11（强推荐）：急诊UC/ASUC推荐遵循损伤控制理念，首次手术采用结肠次全切除。

3.3.2 具体标准 Zittan等[23]回顾性分析比较改良二期与传统二期或三期IPAA手术，发现三者总体并发症发生率相当，但改良二期较传统二期吻合口漏风险更低（*OR*=0.33，95%*CI*：0.19~0.56）。该研究还证实，尽管改良二期患者术前激素使用率更高且中重度患者比例更高，其吻合口漏发生率仍明显低于传统二期（4.6%比15.7%，*P*＜0.01）[23]。首次手术时结肠残端的处理推荐乙状结肠外置造口，其总并发症发生率（12.5%）明显低于留置于盆腔（25%）或皮下（27%）的处理方式[3]。

3.3.3 临床解读与注意事项 分期策略是IPAA手术决策中的核心环节。2020年共识较为详细地描述了各期手术的适应证，2022年指南增加了改良二期的概念，本指南则进一步明确了分期选择的循证依据。改良二期手术（首次结肠次全切除+外置造口，二期无回肠造口IPAA）的吻合口漏发生率仅为4.6%，这是一个极具临床价值的发现。临床实践中需正确理解“改良”的含义：它省略了传统的回肠造口还纳步骤，减少了手术次数，但前提是首次手术时直肠残端的正确处理（外置造口优于盆腔残端保留）和患者营养状态的充分优化。

4 术后并发症的处理与长期随访

本指南在术后并发症管理方面的更新主要体现在内镜监测策略的细化、储袋炎分级治疗方案的完善以及储袋失败挽救性手术的循证指导。

4.1 内镜监测策略

4.1.1 指南推荐 本指南推荐意见14（弱推荐，证据等级Ⅱ~Ⅲ）：保留直肠的患者推荐术后每年进行内镜监测和定期随访以降低直肠癌发生风险，但不推荐IPAA术后患者常规进行储袋癌变监测。

4.1.2 具体标准 系统评价显示，回肠直肠吻合术术后10年直肠癌发生率为2.8%，20年时上升到7.3%[24]。IPAA术后储袋相关癌较为罕见（累计发生率＜0.4%），但结直肠切除标本中存在癌变或异型增生是储袋相关癌变的主要危险因素（*OR*=8.8，95%*CI*：4.61~16.80，*P*＜0.001）[25]。

4.1.3 临床解读与注意事项 这一推荐体现了风险分层监测的理念。保留直肠患者的癌变风险随时间呈指数级增长，20年风险接近10%，因此年度监测至关重要。相比之下，IPAA术后储袋癌变极为罕见，常规监测

的获益有限，但不排除对高危患者[术前有异型增生病史、病程＞20年、合并原发性硬化性胆管炎（primary sclerosing cholangitis，PSC）]进行选择性监测。这一策略与美国结直肠外科医师协会（American Society of Colon and Rectal Surgeons，ASCRS）指南和BSG指南的推荐基本一致[5,26]。

4.2 储袋炎与储袋失败

4.2.1 指南推荐 本指南推荐意见17（强推荐，证据等级Ⅱ）：急性储袋炎推荐一线使用环丙沙星和（或）甲硝唑治疗。推荐意见18（弱推荐，证据等级Ⅱ~Ⅲ）：慢性储袋炎推荐联合使用抗生素、益生菌等治疗。推荐意见19（弱推荐，证据等级Ⅲ）：储袋失败应根据病因、严重程度和患者意愿选择挽救性手术。

4.2.2 具体标准 IPAA手术远期并发症中，慢性储袋炎发生率23.0%，排便失禁18.6%，肛门狭窄10.8%[3]。值得关注的是，UC合并PSC的患者IPAA术后储袋并发症风险明显升高：慢性储袋炎（68.1%比34.1%，$P<0.001$）及中重度储袋炎（54.9%比32.4%，$P<0.001$）的发生率均明显高于非PSC患者[27]。生物制剂治疗储袋相关慢性炎性疾病的荟萃分析（24项研究，682例患者）显示总体缓解率为60%，其中乌司奴单抗疗效最优（75%，95%*CI*：64~85，$P=0.007$），其次为IFX（59%，$P<0.01$）、维得利珠单抗（60%）和阿达木单抗（51%）[28]。

4.2.3 临床解读与注意事项 储袋炎的治疗推荐在2020年共识和2022年指南中均有涉及，但本指南首次引入了生物制剂治疗慢性储袋炎的循证数据。临床实践中需注意以下几点：第一，急性储袋炎的一线抗生素治疗有效率约80%，但15%~20%的患者会进展为慢性储袋炎，需要升级治疗；第二，PSC合并UC是储袋失败的高危因素，术前应充分告知患者这一风险；第三，对于储袋失败的挽救性手术（储袋重建或转为永久性回肠造口），需根据失败原因（技术性、疾病性）、患者意愿和术者经验综合决策，建议在年手术量＞50例的高容量中心进行。

5 与国际指南的横向对比分析

5.1 与BSG 2025年指南的对比 BSG 2025年指南（Moran等[5]，发表于*Gut*）是英国IBD领域具有较高权威性的指南。在手术时机方面，两者均强调ASUC的及时手术原则，但BSG指南建议“至少在第7天”考虑手术，本指南则将时间节点提前至4~7 d，更强调早期干预。在IPAA分期方面，BSG指南建议初始次全结肠切除后至少等待3个月（优选6个月）再行IPAA；本指南未明确具体等待时间，但强调预康复和激素停用至少30 d的要求。在微创手术方面，两者均给予强推荐，但BSG指南更强调高容量中心的重要性。

5.2 与ASCRS指南的对比 2021年ASCRS发布的指南[26]是目前北美地区具有较高权威性的UC外科指南。在手术指征方面，ASCRS指南更强调“优化药物治疗后的慢性活动性UC”这一概念，本指南则详细列举了难治性UC的具体定义标准。在储袋技术方面，ASCRS指南与本指南在J型储袋（15~20 cm比15~22 cm）、管状吻合器吻合、保留肛管移行区（anal transition zone，ATZ）等技术要点上高度一致。在特殊人群管理方面，ASCRS指南针对育龄期女性患者的咨询和分娩方式给出了更为详细的建议，这也是本指南未来可以进一步完善的方向。

5.3 本指南的独特贡献 相较于国际指南，本指南的独特贡献主要体现在3个方面：第一，充分纳入中国本土高质量研究数据，尤其是中国UC储袋联盟的多中心研究结果（储袋长度22 cm优于14 cm、ERAS 8年随访数据等），有效填补了亚洲人群IPAA手术领域的循证医学证据空白。第二，围手术期VTE预防方面，本指南结合亚洲人群VTE发生率较低的临床特点，提出了个体化的分层预防策略。第三，生物制剂围手术期管理方面，本指南基于最新的IFX累积剂量数据，提出区别于国际指南的分期手术诊疗建议。

6 小结与展望

《中国溃疡性结肠炎外科治疗指南（2025·南京）》的发布标志着我国UC外科治疗决策正式迈入循证化时代。本指南相较于2020年共识和2022年指南，实现了从“经验推荐”到“循证推荐”的方法学跨越，从“概括描述”到“量化标准”的精细度提升，从“国内共识”到“国际对话”的视野拓展。

本指南的核心更新可归纳为4个关键词：“及时”，明确了ASUC手术的时间窗；“预防”，新增了VTE、ERAS、生物制剂三大围手术期管理领域；“精准”，细化了IPAA手术的技术参数；“分层”，建立了术后随访的风险分层策略。这些更新不仅反映了近年来UC外科领域的循证进展，更体现了以患者为中心、以质量为导向的现代外科理念。值得关注的是，本指南制定过程中特别强调了多学科协作模式的重要性，推荐由消化内科、结直肠外科、影像科、营养科和护理团队共同参与UC患者的全程管理决策。期待本指南的推广能够有效提升我国UC外科治疗的整体水平，缩小地区间诊疗差异，确保患者在不同地区、不同医疗机构均能获得同质化高质量的医疗服务，最终改善我国UC患者的整体预后和生活质量。

7 参考文献

[1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病外科治疗专家共识[J]. 中华炎性肠病杂志, 2020, 4(3):180-199. DOI:10.3760/cma.j.cn101480-20200617-00067.

[2] 中华医学会外科学分会结直肠外科学组, 中国医师协会肛肠医师分会炎症性肠病专业委员会. 中国溃疡性结肠炎外科治疗指南[J]. 中华炎性肠病杂志(中英文), 2022, 6(1):7-16. DOI:10.3760/cma.j.cn101480-20211207-00100.

[3] 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结直肠外科学组, 中华医学会外科学分会胃肠外科学组. 中国溃疡性结肠炎外科治疗指南(2025·南京)[J]. 中华炎性肠病杂志(中英文), 2026, 10(1):23-39. DOI:10.3760/cma.j.cn101480-20251119-00165.

[4] Leeds IL, Sundel MH, Gabre-Kidan A, et al. Outcomes for ulcerative colitis with delayed emergency colectomy are worse when controlling for preoperative risk factors[J]. Dis Colon Rectum, 2019, 62(5):600-607. DOI:10.1097/DCR.0000000000001276.

[5] Moran GW, Gordon M, Sinopolou V, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on inflammatory bowel disease in adults: 2025[J]. Gut, 2025, 74(Suppl 2):s1-s101. DOI:10.1136/GUTJNL-2024-334395.

[6] Höie O, Wolters F, Riis L, et al. Ulcerative colitis: patient characteristics may predict 10-yr disease recurrence in a European-wide population-based cohort[J]. Am J Gastroenterol, 2007, 102(8):1692-1701. DOI:10.1111/j.1572-0241.2007. 01265.x.

[7] Rutter DM, Saunders PB, Wilkinson HK, et al. Thirty-year analysis of a colonoscopic surveillance program for neoplasia in ulcerative colitis[J]. Gastroenterology, 2006, 130(4):1030-1038. DOI:10.1053/j.gastro.2005.12.035.

[8] Eaden JA, Abrams KR, Mayberry JF. The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a Meta-analysis[J]. Gut, 2001, 48(4):526-535.

[9] McKenna NP, Bews KA, Behm KT, et al. Do patients with inflammatory bowel disease have a higher postoperative risk of venous thromboembolism or do they undergo more high-risk operations?[J]. Ann Surg, 2020, 271(2):325-331. DOI:10.1097/SLA.0000000000003017.

[10] Itabashi M, Ikeuchi H, Kimura H, et al. Perioperative venous thromboembolism in ulcerative colitis: a multicenter prospective study in Japan[J]. Crohns Colitis 360, 2021, 3(3):otab024. DOI:10.1093/CROCOL/OTAB024.

[11] Kulaylat AS, Kulaylat AN, Schaefer EW, et al. Association of preoperative anti-tumor necrosis factor therapy with adverse postoperative outcomes in patients undergoing abdominal surgery for ulcerative colitis[J]. JAMA Surgery, 2017, 152(8):e171538. DOI:10.1001/jamasurg.2017.1538.

[12] Peng D, Cheng YX, Tao W, et al. Effect of enhanced recovery after surgery on inflammatory bowel disease surgery: a Meta-analysis[J]. World J Clin Cases, 2022, 10(11):3426-3435. DOI:10.12998/WJCC.V10.I11.3426.

[13] Subramanian V, Saxena S, Kang JY, et al. Preoperative steroid use and risk of postoperative complications in patients with inflammatory bowel disease undergoing abdominal surgery[J]. Am J Gastroenterol, 2008, 103(9):2373-2381. DOI:10.1111/j.1572-0241.2008.01942.x.

[14] Yang Z, Wu Q, Wu K, et al. Meta-analysis: pre-operative infliximab treatment and short-term post-operative complications in patients with ulcerative colitis[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2010, 31(4):486-492. DOI:10.1111/j.1365-2036.2009.04204.x.

[15] Lightner AL, Mathis KL, Dozois EJ, et al. Results at up to 30 years after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis[J]. Inflamm Bowel Dis, 2017, 23(5):781-790. DOI:10.1097/MIB.0000000000001061.

[16] Zittan E, Muir J, Milgrom R, et al. Preoperative exposure to anti-tumor necrosis factor therapy in ulcerative colitis patients undergoing ileal pouch-anal anastomosis (IPAA) is not associated with histological fibrosis: a case control study[J]. Int J Surg, 2019, 65:80-85. DOI:10.1016/j.ijsu.2019.03.016.

[17] Herman K, Nemeth S, Shen B, et al. Laparoscopic ileal pouch-anal anastomosis reduces the risk of surgical site infections: an ACS-NSQIP study[J]. Surg Pract Sci, 2022, 10:100114. DOI:10.1016/j.sipas.2022.100114.

[18] Fichera A, Silvestri MT, Hurst RD, et al. Laparoscopic restorative proctocolectomy with ileal pouch anal anastomosis: a comparative observational study on long-term functional results[J]. J Gastrointest Surg, 2009, 13(3):526-532. DOI:10.1007/s11605-008-0755-9.

[19] Park SSW, Feng D, Smith S. A systematic review and Meta-analysis comparing intracorporeal anastomosis and extracorporeal anastomosis in minimally invasive colectomies[J]. Mini-invasive Surgery, 2020, 4(1):87. DOI:10.20517/2574-1225.2020.87.

[20] Brar MS, Park JJ, De Buck Van Overstraeten A. Fertility and mode of delivery after ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis: a population-based study[J]. Colorectal Dis, 2026, 28(4):e70437. DOI:10.1111/CODI.70437.

[21] Xu W, Tang W, Ding W, et al. Surgical options for appropriate length of j-pouch construction for better outcomes and long-term quality of life in patients with ulcerative colitis after ileal pouch-anal anastomosis[J]. Gut and liver, 2023, 18(1):85-96. DOI:10.5009/GNL220471.

[22] Ding W, Dai Z, Cui L, et al. Perioperative enhanced recovery program implementation improves clinical outcomes in patients with ulcerative colitis after total proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis[J]. Int J Colorectal Dis, 2025, 40(1):38. DOI:10.1007/S00384-025-04824-X.

[23] Zittan E, Wong-Chong N, Ma GW, et al. Modified two-stage ileal pouch-anal anastomosis results in lower rate of anasto-

（下转第1932页）

[15] Orrico F, Laurance S, Lopez AC, et al. Oxidative stress in healthy and pathological red blood cells[J]. Biomolecules, 2023, 13(8):1262. DOI:10.3390/biom13081262.
[16] Bateman RM, Sharpe MD, Singer M, et al. The effect of sepsis on the erythrocyte[J]. Int J Mol Sci, 2017, 18(9):1932. DOI:10.3390/ijms18091932.
[17] Buonacera A, Stancanelli B, Colaci M, et al. Neutrophil to lymphocyte ratio: an emerging marker of the relationships between the immune system and diseases[J]. Int J Mol Sci, 2022, 23(7):3636. DOI:10.3390/ijms23073636.
[18] Zhu S, Zhou Q, Hu Z, et al. Assessment of neutrophil to lymphocyte ratio, platelet to lymphocyte ratio and systemic immune-inflammatory index, as diagnostic markers for neonatal sepsis[J]. J Int Med Res, 2024, 52(8):645635672. DOI:10.1177/03000605241270696.
[19] Chen X, Liu Y, Gao Y, et al. The roles of macrophage polarization in the host immune response to sepsis[J]. Int Immunopharmacol, 2021, 96:107791. DOI:10.1016/j.intimp.2021.107791.
[20] Lei W, Ren Z, Su J, et al. Immunological risk factors for sepsis-associated delirium and mortality in ICU patients[J]. Front Immunol, 2022, 13:940779. DOI:10.3389/fimmu.2022.940779.
[21] Min C, Shakya AK, Lee B, et al. The differentiation of human cytomegalovirus infected-monocytes is required for viral replication[J]. Front Cell Infect Microbiol, 2020, 10:368. DOI:10.3389/fcimb.2020.00368.
[22] Zdziarski P, Gamian A. High monocyte count associated with human cytomegalovirus replication in vivo and glucocorticoid therapy may be a hallmark of disease[J]. Int J Mol Sci, 2022, 23(17):9595. DOI:10.3390/ijms23179595.
[23] Kerchberger VE, Ware LB. The role of circulating cell-free hemoglobin in sepsis-associated acute kidney injury[J]. Semin Nephrol, 2020, 40(2):148-159. DOI:10.1016/j.semnephrol.2020.01.006.
[24] Scherger SJ, Kalil AC. Sepsis phenotypes, subphenotypes, and endotypes: are they ready for bedside care?[J]. Curr Opin Crit Care, 2024, 30(5):406-413. DOI:10.1097/MCC.0000000000001178.
[25] van Amstel RBE, Kennedy JN, Scicluna BP, et al. Uncovering heterogeneity in sepsis: a comparative analysis of subphenotypes[J]. Intensive Care Med, 2023, 49(11):1360-1369. DOI:10.1007/s00134-023-07239-w.
[26] Guan C, Gong A, Zhao Y, et al. Interpretable machine learning model for new-onset atrial fibrillation prediction in critically ill patients: a multi-center study[J]. Crit Care, 2024, 28(1):349. DOI:10.1186/s13054-024-05138-0.

（收稿日期：2025-10-11）
（本文编辑：聂超颖）

（上接第1910页）

motic leak compared with traditional two-stage surgery for ulcerative colitis[J]. J Crohns Colitis, 2016, 10(7):766-772. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjw069.
[24] Orchard MR, Saracino A, Hooper J, et al. Ileorectal anastomosis in ulcerative colitis: what do surgeons and patients need to know? A systematic literature review[J]. Ann R Coll Surg Engl, 2025, 107(3):174-179. DOI:10.1308/RCSANN.2024.0012.
[25] Selvaggi F, Pellino G, Canonico S, et al. Systematic review of cuff and pouch cancer in patients with ileal pelvic pouch for ulcerative colitis[J]. Inflamm Bowel Dis, 2014, 20(7):1296-1308. DOI:10.1097/MIB.0000000000000026.
[26] Holubar SD, Lightner AL, Poylin V, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the surgical management of ulcerative colitis[J]. Dis Colon Rectum, 2021, 64(7):783-804. DOI:10.1097/DCR.0000000000002037.
[27] Quinn KP, Urquhart SA, Janssens LP, et al. Primary sclerosing cholangitis-associated pouchitis: a distinct clinical phenotype[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2022, 20(5):e964-e973. DOI:10.1016/J.CGH.2021.02.006.
[28] Shehab M, Alrashed F, Charabaty A, et al. Biologic therapies for the treatment of post ileal pouch anal anastomosis surgery chronic inflammatory disorders: systematic review and Meta-analysis[J]. J Can Assoc Gastroenterol, 2022, 5(6):287-296. DOI:10.1093/jcag/gwac026.

（本文由浙江省医学会推荐）
（收稿日期：2026-06-02）
（本文编辑：聂超颖）