

• 标准 • 方案 • 指南 •

【编者按】 性传播疾病的流行对人类健康和社会发展构成了严重威胁，其有效防治是各个国家共同面临的难题。统一、规范的诊断和治疗指南对性传播疾病的防治起到关键性作用。2015年6月，美国疾病控制中心在《Morbidity and Mortality Weekly Report》上刊登了2015版性传播疾病的诊断和治疗指南，对阴道炎、盆腔炎、淋病、沙眼衣原体感染等多个性传播疾病的诊断和治疗指南进行了更新和完善，这对性传播疾病的进一步防治具有重要意义，同时对我国性传播疾病的诊断和治疗也具有重大参考意义。为此，本刊第一时间邀请北京大学深圳医院樊尚荣教授等对其进行了翻译和解读，本期就盆腔炎的诊断和治疗指南进行报道，其他几种疾病的诊断和治疗指南也将在随后几期陆续报道，敬请关注！

2015年美国疾病控制中心性传播疾病诊断和治疗指南（续） ——盆腔炎的诊断和治疗指南 CDC 2015 Guideline for the Diagnosis and Treatment of Pelvic Inflammatory Disease

樊尚荣，黎婷（编译）

【关键词】 盆腔炎性疾病；诊断；治疗

【Key words】 Pelvic inflammatory disease；Diagnosis；Treatment

【中图分类号】 R 711.33 【文献标识码】 B doi: 10.3969/j.issn.1007-9572.2015.28.010

樊尚荣，黎婷（编译）. 2015年美国疾病控制中心性传播疾病诊断和治疗指南——盆腔炎的诊断和治疗指南

[J]. 中国全科医学, 2015, 18 (28): 3423-3425. [www.chinagp.net]

Fan SR, Li T (compiling translation). CDC 2015 guideline for the diagnosis and treatment of pelvic inflammatory disease

[J]. Chinese General Practice, 2015, 18 (28): 3423-3425.

女性内生殖器及其周围结缔组织和盆腔腹膜发生炎症，称为盆腔炎（PID），属上生殖道感染，包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管-卵巢脓肿、盆腔结缔组织炎及盆腔腹膜炎。盆腔炎最重要的病原体为沙眼衣原体（CT）和/或淋病奈瑟菌（NG），但在PID中所占比例有所下降。其他相关病原体包括阴道细菌（如厌氧菌、阴道加德纳菌、流感嗜血杆菌、革兰阴性肠杆菌和无乳链球菌），另外，巨细胞病毒、人型支原体（MH）、解脲脲原体（UU）和生殖支原体（MG）等也可能与PID有关。生殖支原体可能引起轻度PID症状。对所有PID患者需要使用核酸扩增试验（NAATs）检查沙眼衣原体和/或淋病奈瑟菌。也应筛查HIV感染。筛查和治疗衣原体可减少性活跃期妇女患PID风险。

1 诊断

急性PID的症状和体征千变万化，常难以诊断。许

多PID患者症状轻微，不易被发现。延误诊断和治疗都可能导致上生殖道感染后遗症如输卵管因素不育和异位妊娠。腹腔镜诊断更准确和全面，但不能发现子宫内膜炎和输卵管轻度炎症。没有任一病例根据单一病史、体检或实验室检查可同时灵敏和特异地诊断PID。有些PID无症状或症状轻微，表现为异常出血、性交疼痛和阴道分泌物。这些无症状或轻症PID也可导致不孕。由于PID诊断困难且对女性生育有影响，所以需要使用最低诊断标准。以下PID诊断标准旨在指导医务人员在何种情况下需要怀疑PID及如何提高诊断的准确性。PID最初的抗微生物治疗不影响诊断和治疗其他病因引起的下腹痛如异位妊娠、急性阑尾炎及功能性疼痛。

1.1 最低诊断标准 在性活跃女性及其他患性传播疾病（STD）危险患者，如满足以下条件又无其他病因，应开始PID经验治疗：子宫触痛；或附件触痛；或宫颈举痛。满足所有最低标准可能会降低高危患者的敏感性。是否开始经验性治疗可根据患者患STD的风险确定。

译者单位：518036 广东省深圳市，北京大学深圳医院妇产科（樊尚荣）；汕头大学医学院（黎婷）

1.2 附加诊断标准 不正确诊断与处理可能导致并发症增加,需要更准确地诊断。以下附加诊断标准可提高上述最低诊断标准的特异度:发热($>38.3\text{ }^{\circ}\text{C}$);阴道或宫颈黏液脓性分泌物;阴道分泌物盐水湿片镜检发现白细胞;红细胞沉降率增快;C反应蛋白升高;特异性病原体,如淋病奈瑟菌或沙眼衣原体阳性。多数PID患者宫颈黏液脓性分泌物或阴道分泌物盐水湿片镜检发现白细胞。如果宫颈分泌物正常且阴道分泌物湿片未发现白细胞,通常可排除PID,考虑其他原因引起的疼痛。阴道分泌物湿片可检测到并发的感染如细菌性阴道病和滴虫病。

1.3 最特异的标准 包括:子宫内膜活检发现子宫内膜炎的组织学证据;经阴道超声检查或磁共振显像显示输卵管壁增厚、管腔积液、合并或不合并盆腔积液或输卵管卵巢脓肿;腹腔镜检查有符合PID的异常发现。

2 处理

治疗盆腔炎所选择的抗生素必需同时对淋球菌及沙眼衣原体感染有效。必须根据经验选择广谱抗生素。宫颈管筛查淋病奈瑟菌和沙眼衣原体并不能排除上生殖道淋病奈瑟菌和沙眼衣原体感染的可能,故所有治疗方案均应对这两种病原体感染有效。无症状PID或非典型PID的理想治疗方案和早期治疗的价值尚未确定。一旦拟诊PID即应开始治疗,预防远期并发症与治疗是否及时和合适应用抗生素有关。在选择抗生素时还应考虑药物的可获得性、费用、患者能否接受及抗生素的敏感性等。应告知患者治疗期间禁止性生活。有无必要住院,应由医务人员判断。

2.1 住院治疗指征 包括:(1)外科急症表现,例如阑尾炎和异位妊娠不能排除者。(2)患者为孕妇。(3)口服抗生素治疗无效的患者。(4)不能遵循或不能耐受门诊口服抗生素治疗的患者。(5)病情严重,恶心、呕吐或高热。(6)输卵管卵巢脓肿。尚无资料确定住院治疗对青少年PID患者有益。青少年PID急性患者的住院治疗标准和成年患者相同。急性轻中度PID青少年患者无论是门诊或住院治疗,其疗效预后都跟成年患者相似。

2.2 注射抗生素治疗 注射抗生素治疗后24~48h症状改善需考虑转为口服药治疗。输卵管卵巢脓肿患者最少住院观察24h。推荐方案A:头孢替坦2g,静脉滴注,1次/12h,或头孢西丁2g,静脉滴注,1次/6h;均加强力霉素100mg,口服或静脉注射,1次/12h;治疗应持续到临床病情改善24h以上,之后继用强力霉素,100mg,口服,2次/d,至14d。推荐方案B:氯洁霉素900mg,静脉滴注,1次/8h;加庆大霉素2mg/kg(负荷量),静脉滴注或肌肉注射,之后以

1.5mg/kg,静脉滴注或肌肉注射,1次/8h,或每日应用3~5mg/kg单次剂量庆大霉素;治疗应持续到临床病情改善24h以上,之后继用强力霉素100mg,口服,2次/d,至14d,或氯洁霉素450mg,口服,4次/d,至14d。

输卵管卵巢脓肿患者应加用氯洁霉素或甲硝唑。尽管每日应用单次剂量庆大霉素尚未在PID治疗中评价,但在相类似情况的研究中,每日应用单次剂量庆大霉素更有优势。头孢二、三代的使用证据缺少,不推荐使用头孢克肟、头孢噻肟、头孢曲松,这些头孢类较头孢西丁、头孢替坦抗厌氧菌效果差。替代方案:阿莫西林/舒巴坦3g静脉滴注,1次/6h;加强力霉素100mg,口服或静脉滴注,2次/d。治疗应持续到临床病情改善24h以上,之后完成强力霉素,100mg,口服,2次/d,至14d。输卵管卵巢脓肿患者,氨苄霉素/舒巴坦联合强力霉素对沙眼衣原体、淋病奈瑟菌和厌氧菌有明显作用。一项试验表明,阿奇霉素单一治疗一周(静脉滴注500mg/d,共1~2d,之后口服阿奇霉素250mg/d,共5~6d)或联合甲硝唑12d,其临床短期治愈率高。

2.3 肌肉注射/口服抗生素治疗 对轻中度PID,注射抗生素治疗和口服抗生素治疗的效果相似。对口服或肌肉注射用药72h后无症状改善患者需改为静脉注射或重新考虑诊断。推荐方案:头孢曲松250mg,单次肌肉注射;加强力霉素100mg,口服,2次/d,共14d;加或不加甲硝唑500mg,口服,2次/d,共14d。或头孢西丁2g,单次肌肉注射;加丙磺舒1g,单次口服;加强力霉素100mg,口服,2次/d,共14d;加或不加甲硝唑500mg,口服,2次/d,共14d。或其他三代头孢如头孢噻肟或头孢唑肟加强力霉素100mg,口服,2次/d,共14d;加或不加甲硝唑500mg,口服,2次/d,共14d。以上治疗方案均能很好地覆盖PID的病原体,头孢西丁抗厌氧菌效果较头孢曲松好,与丙磺舒和强力霉素合用短期有效性好。头孢曲松对淋病奈瑟菌效果好。

替代方案:目前应用其他口服抗生素治疗PID的资料有限。可选择的抗生素包括:阿莫西林/克拉维酸联合强力霉素;阿奇霉素或与甲硝唑联合;单剂量头孢曲松肌肉注射联合阿奇霉素口服。上述治疗方案均需要联合甲硝唑抗厌氧菌。由于淋病奈瑟菌对喹诺酮类药物出现耐药,含有喹诺酮类药物的方案不再推荐用于PID的治疗。淋病流行率低的人群在头孢菌素治疗不适合的情况下,可选择氟喹诺酮类如左氧氟沙星或联合甲硝唑,在开始治疗之前,必须先进行淋病奈瑟菌检测。如果淋病奈瑟菌检查阳性,选择敏感抗生素治疗。若淋病奈瑟菌对喹诺酮类耐药或其抗药性难以评估(如只进行

NAATs 检测), 推荐注射头孢菌素如头孢曲松肌内注射, 联合阿奇霉素或强力霉素加甲硝唑。如无条件使用头孢菌素, 则可在 PID 喹诺酮类治疗方案的基础上加阿奇霉素单剂量口服。

2.4 随诊 患者在治疗开始后 3 d 内会出现临床症状改善, 如退热、腹部压痛减轻、子宫及其附件触痛及宫颈举痛减轻。在这段时间患者如无改善, 常需要住院或外科处理。如果在门诊给予患者口服或注射抗生素治疗, 应该在 72 h 内复查, 如无好转, 建议住院予注射抗生素治疗, 并进一步评估治疗方案, 考虑其他的诊断方法。不管患者的性伴是否接受治疗, 所有沙眼衣原体或淋病奈瑟菌阳性患者在治疗后 3 个月内必须复查沙眼衣原体或淋病奈瑟菌。如果随访不可靠, 在治疗后的 1~12 个月内无论患者何时就诊均应复查沙眼衣原体或淋病奈瑟菌。所有诊断为 PID 的患者均应检查 HIV。

2.5 性伴处理 由淋病或沙眼衣原体感染引起 PID 患者的男性性伴常无症状。不管 PID 患者检测出的病原体如何, 均应对患者出现症状前 60 d 内接触过的性伴进行检查和治疗。如果 PID 患者性行为发生在症状出现或诊断前的 60 d 以上, 最后接触的性伴也应治疗。无论 PID 患者分离的病原体如何, 均应对患者的性伴至少按无并发症淋病及沙眼衣原体感染进行经验治疗。即使在仅给女性患者治疗的机构, 也应安排对 PID 患者性伴诊治或将 PID 患者性伴转诊治疗。治疗期间禁性生活。

3 特别考虑

3.1 药物过敏、不耐受和不良反应 有青霉素过敏史患者头孢类与青霉素交叉变态反应的发生率小于 2.5%。青霉素与大多数二代(头孢西丁)或三代头孢(头孢曲松)的交叉变态反应的发生可忽略不计。

3.2 妊娠 妊娠期 PID 增加早产、流产和妊娠相关疾

病风险, 宜住院和应用注射抗生素治疗。

3.3 HIV 感染 HIV 患者 PID 症状与非 HIV 感染者相似, 但更容易发生输卵管卵巢脓肿。HIV 感染者与非 HIV 感染者对标准治疗方案的效果相似。

3.4 应用宫内节育器 在放置宫内节育器(IUD) 避孕最初 3 周内容易发生急性 PID。带 IUD 患者出现 PID 时无需取出 IUD。如果治疗 48~72 h 症状无改善, 应考虑取出 IUD。

(原文见:《中国全科医学》杂志官网: <http://www.chinagp.net>)

译者点评

2015 年版指南有以下更新: (1) 现代的研究表明沙眼衣原体和淋病奈瑟菌所致的盆腔炎(PID) 有所下降, 生殖支原体是 PID 的重要病因, 常引起轻症 PID。(2) 新指南删除以下推荐: 对亚临床 PID, 应用注射抗生素治疗的时间至少为 48 h。在存在输卵管卵巢脓肿的病例, 氟喹诺酮类相对强力霉素, 其对厌氧菌的抑制程度更高, 应持续使用氟喹诺酮类。应用强力霉素加甲硝唑或强力霉素加氟喹诺酮类比单纯应用强力霉素对治疗厌氧菌感染更优越。(3) 所有沙眼衣原体或淋病奈瑟菌阳性患者在治疗后 3 个月必须复查沙眼衣原体或淋病奈瑟菌。如果随访不可靠, 在治疗后的 1~12 个月内无论患者何时就诊均应复查沙眼衣原体或淋病奈瑟菌。(4) 带宫内节育器(IUD) 患者出现 PID 时无需取出 IUD, 如果治疗 48~72 h 症状无改善, 应考虑取出 IUD。

(收稿日期: 2015-08-11)

(本文编辑: 崔沙沙)

• 全科医生知识窗 •

全科医生小词典 ——全民健康覆盖

全民健康覆盖指所有人都获得所需要的卫生服务, 而在付费时不会陷入经济困境。它应涵盖全面的高质量基本卫生服务, 包括健康促进、预防、治疗、康复和姑息治疗。

全民健康覆盖不只涉及卫生筹资问题, 它应涵盖完善的卫生系统的所有要素: 卫生服务供应系统, 卫生人力, 卫生设施或交流网络, 卫生技术, 信息系统, 质量保障机制, 管理制度, 法规。

全民健康覆盖不仅是确保提供最低限度的一整套卫生服务, 而且还需确保随着获得更多资源, 逐渐扩大卫生服务和财务风险保障范围。

全民健康覆盖并不是不惜成本免费提供一切可能的卫生干预措施, 因为没有任何国家可以长期免费提供所有服务。

全民健康覆盖远远不止解决健康问题; 为向全民健康覆盖的目标迈进, 必须促进公正, 推动发展重点, 并增强社会包容与和谐。

(来源: 世界卫生组织网站)