

盆腔炎症性疾病诊治规范(2019 修订版)



扫一扫下载指南全文

中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组

通信作者:刘朝晖,首都医科大学附属北京妇产医院妇科 100026, Email: 13701118639@163.com

【摘要】 盆腔炎症性疾病(PID)是女性上生殖道感染引起的一组疾病,性传播感染的病原体如淋病奈瑟菌、沙眼衣原体是主要的致病微生物。一些需氧菌、厌氧菌、病毒和支原体等也参与PID的发生。引起PID的致病微生物多数是由阴道上行,且多为混合感染。PID可因炎症轻重及范围大小而有不同的临床表现,下腹痛是最常见的症状。临床诊断准确度不高,诊断PID依靠最低的诊断标准、附加诊断标准和特异性诊断标准。治疗以抗菌药物为主,少数需要手术治疗。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2019.07.001

盆腔炎症性疾病(pelvic inflammatory disease, PID)是女性上生殖道感染引起的一组疾病,包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿和盆腔腹膜炎。性传播感染(sexually transmitted infection, STI)的病原体如淋病奈瑟菌、沙眼衣原体是主要的致病微生物。一些需氧菌、厌氧菌、病毒和支原体等也参与PID的发生。引起PID的致病微生物多数是由阴道上行而来的,且多为混合感染。延误对PID的诊断和有效治疗都可能导致PID永久性后遗症(如:输卵管因素不孕症、异位妊娠等)^[1-3]。

临床表现

PID可因炎症轻重及范围大小而有不同的临床表现,下腹痛是最常见的症状,腹痛为持续性,活动或性交后加重。其他的常见症状为发热、阴道分泌物增多。若病情严重可有寒战、高热、头痛、食欲不振。若有腹膜炎,则可出现消化系统症状如恶心、呕吐、腹胀、腹泻等。月经期发病可出现经量增多、经期延长。若有脓肿形成,可有下腹包块及局部压迫刺激症状;包块位于子宫前方可出现膀胱刺激症状,如排尿困难、尿频,若引起膀胱肌炎还可有尿痛等;包块位于子宫后方可有直肠刺激症状;若在腹膜外可致腹泻、里急后重感和排便困难。若有输卵管炎的症状及体征并同时有右上腹痛者,应怀疑有肝周围炎。由于感染的病原体不同,临床表现也有差异。淋病奈瑟菌感染以年轻妇女多见,多于月经期或经后7 d内发病,起病急,可有高热,体

温在38℃以上,常引起输卵管积液,出现腹膜刺激征及脓性阴道分泌物。非淋病奈瑟菌性PID起病较缓慢,高热及腹膜刺激征不如淋病奈瑟菌感染明显。若为厌氧菌感染,患者的年龄偏大,容易有多次复发,常伴有脓肿形成。衣原体感染病程较长,高热不明显,可长期持续低热,主要表现为轻微下腹痛,并久治不愈。

患者的体征差异较大,轻者无明显异常发现。典型体征呈急性病容,体温升高,心率加快,下腹部有压痛、反跳痛及肌紧张,若病情严重可出现腹胀、肠鸣音减弱或消失。

盆腔检查:阴道内可有脓性分泌物。子宫颈充血、水肿,将子宫颈表面的分泌物拭净,若见脓性分泌物从子宫颈口流出,说明子宫颈管黏膜或宫腔有急性炎症。穹隆触痛明显,须注意是否饱满。子宫颈举痛。宫体稍大,有压痛,活动受限;子宫两侧压痛明显,若为单纯输卵管炎,可触及增粗的输卵管,压痛明显;若为输卵管积液或输卵管卵巢脓肿,则可触及包块且压痛明显,不活动;宫旁结缔组织炎时,可扪及宫旁一侧或两侧片状增厚,或两侧宫骶韧带增粗,压痛明显。若有盆腔脓肿形成且位置较低时,可扪及后穹隆或侧穹隆有包块且有波动感,三合诊常能协助进一步了解盆腔情况。

常用的辅助检查

一、必要的辅助检查

必要的辅助检查包括^[4-5]:(1)病原学:阴道微

生态检查观察有无阴道炎症、子宫颈分泌物沙眼衣原体及淋病奈瑟菌检测[核酸扩增试验(nucleic acid amplification testing, NAAT)]等、子宫颈分泌物培养及药敏试验。子宫颈分泌物的取材要特别注意:先用棉签擦去子宫颈口表面的分泌物,再用长拭子插入子宫颈口,停留数秒,并旋转 1 周后取出。(2)感染指标的检查:血常规、C-反应蛋白及红细胞沉降率等。(3)盆腔器官超声检查。

二、其他辅助检查

还可以行以下辅助检查:尿常规、尿或血 hCG 检测、降钙素原、盆腔 CT 或 MRI 检查、子宫内膜活检、盆腔感染部位和(或)子宫内膜培养、性伴尿沙眼衣原体及淋病奈瑟菌检测^[6]。

诊 断

一、PID 的诊断^[1,3]

PID 的临床诊断准确度不高^[2],然而延迟诊治又可能增加一系列后遗症的风险。因此,诊断 PID 仍然依靠最低的诊断标准^[1],且需同时考虑以下因素。

1. PID 诊断的最低标准:在性活跃妇女及其他患 STI 的高危妇女,如排除其他病因且满足以下条件之一者,应诊断 PID 并给予 PID 经验性治疗。

- (1)子宫压痛;或
- (2)附件压痛;或
- (3)子宫颈举痛。

下腹疼痛同时伴有下生殖道感染征象,诊断 PID 的准确性增加。

2. PID 诊断的附加标准:

- (1)口腔温度 $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$;
- (2)子宫颈或阴道黏液脓性分泌物;
- (3)阴道分泌物显微镜检查白细胞增多;
- (4)红细胞沉降率升高;
- (5)C-反应蛋白水平升高;

(6)实验室检查证实有子宫颈淋病奈瑟菌或沙眼衣原体感染。

多数 PID 患者有子宫颈黏液脓性分泌物或阴道分泌物镜检白细胞增多。如果子宫颈分泌物外观正常并且阴道分泌物镜检无白细胞,则诊断 PID 的可能性不大,需要考虑其他可能引起下腹痛的病因。如 STI 高危人群(既往有性传播疾病的病史、现患性传播疾病或性伴患性传播疾病、静脉吸毒或药瘾、患者或性伴卖淫或嫖娼、曾使用过不规范的血制品、近 3 个月内有新的性伴以及多性伴者)、产

褥期或流产后、近期宫腔操作及阴道流血等一些因素存在时 PID 的可能性增加。

如有条件,应积极寻找致病微生物,尤其是 STI 相关的病原微生物。

3. PID 诊断的特异性标准:

(1)子宫内膜活检显示有子宫内膜炎的组织病理学证据;

(2)经阴道超声检查或 MRI 检查显示输卵管管壁增厚、管腔积液,可伴有盆腔游离液体或输卵管卵巢包块;

(3)腹腔镜检查见输卵管表面明显充血、输卵管水肿、输卵管伞端或浆膜层有脓性渗出物等。

二、PID 的鉴别诊断

PID 需与异位妊娠、卵巢囊肿扭转或破裂、急性阑尾炎、子宫内膜异位症及炎症性肠病等相鉴别。值得注意的是,这些疾病有可能合并 PID。

治 疗

一、治疗原则

以抗菌药物治疗为主,正确、规范使用抗菌药物可使 90% 以上的 PID 患者治愈,必要时行手术治疗。

1. 治疗时应注意:根据经验选择广谱抗菌药物覆盖可能的病原体,包括淋病奈瑟菌、沙眼衣原体、支原体、厌氧菌和需氧菌等。

2. 诊断后立即开始治疗,及时、合理地应用抗菌药物与远期预后直接相关。

3. 选择治疗方案时,应综合考虑安全、有效、经济以及患者依从性等因素。

4. 给药方法:根据 PID 的严重程度决定静脉给药或非静脉给药以及是否需要住院治疗。以下情况可以考虑住院治疗:不除外需急诊手术者,输卵管卵巢脓肿者,妊娠者,眩晕、呕吐、高热者,依从性差、药物耐受性差者。

抗菌药物治疗至少持续 14 d(以下方案中无特别注明者,均为 14 d 的疗程)。

二、抗菌药物治疗

以下推荐的给药方案是有循证医学证据的用药方案。

(一)静脉给药

1. 静脉给药 A 方案:以 β -内酰胺类抗菌药物为主。

(1) β -内酰胺类抗菌药物:二代头孢菌素或三代头孢菌素类、头霉素类、氧头孢烯类抗菌药物,静脉滴注,根据具体药物的半衰期决定给药间隔时

间;如头孢替坦 2 g, 静脉滴注, 1 次/12 h; 或头孢西丁 2 g, 静脉滴注, 1 次/6 h; 或头孢曲松 1 g, 静脉滴注, 1 次/24 h。

(2) 如所选药物不覆盖厌氧菌, 需加用硝基咪唑类药物, 如甲硝唑 0.5 g, 静脉滴注, 1 次/12 h。

(3) 为覆盖非典型病原微生物, 需加用多西环素 0.1 g, 口服, 1 次/12 h; 或米诺环素 0.1 g, 口服, 1 次/12 h; 或阿奇霉素 0.5 g, 静脉滴注或口服, 1 次/d, 静脉滴注 1~2 d 后改为口服 0.25 g, 1 次/d, 5~7 d。

2. 静脉给药 B 方案: 以喹诺酮类抗菌药物为主。

(1) 喹诺酮类抗菌药物: 氧氟沙星 0.4 g, 静脉滴注, 1 次/12 h; 或左氧氟沙星 0.5 g, 静脉滴注, 1 次/d。

(2) 为覆盖厌氧菌, 需加用硝基咪唑类药物, 如甲硝唑 0.5 g, 静脉滴注, 1 次/12 h。

3. 静脉给药 C 方案: 以 β -内酰胺类+酶抑制剂类联合抗菌药物为主。

(1) β -内酰胺类+酶抑制剂类联合抗菌药物: 氨苄西林-舒巴坦 3 g, 静脉滴注, 1 次/6 h; 或阿莫西林-克拉维酸 1.2 g, 静脉滴注, 1 次/(6~8) h; 哌拉西林-他唑巴坦 4.5 g, 静脉滴注, 1 次/8 h。

(2) 为覆盖厌氧菌, 需加用硝基咪唑类药物, 如甲硝唑 0.5 g, 静脉滴注, 1 次/12 h。

(3) 为覆盖非典型病原微生物, 需加用多西环素 0.1 g, 口服, 1 次/12 h, 至少 14 d; 或米诺环素 0.1 g, 口服, 1 次/12 h, 至少 14 d; 或阿奇霉素 0.5 g, 静脉滴注或口服, 1 次/d, 1~2 d 后改为口服 0.25 g, 1 次/d, 5~7 d。

4. 静脉给药 D 方案: 克林霉素 0.9 g, 静脉滴注, 1 次/8 h, 加用: 庆大霉素, 首次负荷剂量 2 mg/kg, 静脉滴注或肌内注射, 维持剂量 1.5 mg/kg, 1 次/8 h。

(二) 非静脉药物治疗

1. 非静脉给药 A 方案:

(1) β -内酰胺类抗菌药物: 头孢曲松 250 mg, 肌内注射, 单次给药; 或头孢西丁 2 g, 肌内注射, 单次给药。之后, 改为其他二代或三代头孢菌素类药物, 例如头孢唑肟、头孢噻肟等, 口服给药, 至少 14 d。

(2) 如所选药物不覆盖厌氧菌, 需加用硝基咪唑类药物, 如甲硝唑 0.4 g, 口服, 1 次/12 h。

(3) 为治疗非典型病原微生物, 需加用多西环素 0.1 g, 口服, 1 次/12 h (或米诺环素 0.1 g, 口服, 1 次/12 h), 至少 14 d; 或阿奇霉素 0.5 g, 口服, 1 次/d, 1~2 d 后改为 0.25 g, 1 次/d, 共 5~7 d。

2. 非静脉给药 B 方案:

(1) 氧氟沙星 0.4 g, 口服, 2 次/d, 或左氧氟沙星

0.5 g, 口服, 1 次/d; 加用甲硝唑 0.4 g, 口服, 2 次/d。

(2) 莫西沙星 0.4 g, 口服, 1 次/d。

(三) 给药注意事项

1. 静脉给药治疗者应在临床症状改善后继续静脉给药至少 24 h, 然后转为口服药物治疗, 总治疗时间至少持续 14 d。

2. 如确诊为淋病奈瑟菌感染, 首选静脉给药 A 方案或非静脉给药 A 方案, 对于选择非三代头孢菌素类药物者应加用针对淋病奈瑟菌的药物。

3. 选择静脉给药 D 方案者, 应密切注意药物的耳、肾毒性。此外, 有报告克林霉素和庆大霉素联用偶出现严重神经系统不良事件。

4. 药物治疗持续 72 h 无明显改善者应重新评估, 确认诊断并调整治疗方案。

三、手术治疗

1. 紧急手术^[1]: (1) 药物治疗无效: 输卵管卵巢脓肿或盆腔脓肿经药物治疗 48~72 h, 体温持续不降、感染中毒症状未改善或包块增大者, 应及时手术。(2) 脓肿破裂: 腹痛突然加剧, 寒战、高热、恶心、呕吐、腹胀, 检查腹部拒按或有感染中毒性休克表现, 应怀疑脓肿破裂。若脓肿破裂未及时诊治, 死亡率高。因此, 一旦怀疑脓肿破裂, 需立即在抗菌药物治疗的同时行手术探查。

2. 择期手术^[1]: 经药物治疗 2 周以上, 包块持续存在或增大, 可择期手术治疗。

手术可根据情况选择开腹手术或腹腔镜手术。若盆腔脓肿位置低、突向阴道后穹隆时, 可经阴道切开引流^[7-8]。超声引导下脓肿穿刺引流术也在临床开展应用^[9]。

手术范围应根据病变范围、患者年龄、一般状况等全面考虑。原则以切除病灶为主。年轻妇女应尽量保留卵巢功能; 年龄大、双侧附件受累或附件脓肿屡次发作者, 行子宫全切除术及双附件切除术; 对极度衰弱的危重患者须按具体情况决定手术范围。

四、中医中药及物理治疗

一些研究显示, 在抗菌药物治疗的基础上, 一些中医中药和物理治疗在 PID 的治疗中发挥一定的作用, 特别是在减少慢性盆腔痛后遗症发生等方面。中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组多中心临床实验显示, 在抗菌药物的基础上辅以康妇消炎栓、桂枝茯苓胶囊、红花如意丸可以减少慢性盆腔痛后遗症的发生^[10-12]。

五、特殊 PID 的诊治建议

1. 输卵管卵巢脓肿:合并输卵管卵巢脓肿的PID不应仅仅局限于抗生素治疗,需考虑脓肿引流或腹腔镜探查。可疑脓肿破裂、腹膜炎及感染中毒性休克时,首选腹腔镜探查。穿刺引流可以作为病情复杂、手术难度高等不宜手术的PID脓肿患者首选的治疗方法^[5,9]。

2. 宫内节育器相关的PID^[13-14]:宫内节育器(intrauterine device, IUD)相关的PID风险主要发生在放置后3周内。轻中度PID患者的治疗结局与是否取出IUD关系不密切。反复PID者,PID治疗的平稳期可再考虑是否取出IUD。

3. 妊娠期或哺乳期PID^[5,15]:妊娠期PID可能增加孕产妇死亡及早产等的风险,建议住院静脉抗生素治疗,禁用喹诺酮类及四环素类药物。产褥期PID多为子宫内膜炎,常表现为高热、腹痛及异常恶露,易诊断。如无需哺乳,首选克林霉素及庆大霉素静脉给药方案;如需要哺乳,可考虑三代头孢菌素联合甲硝唑,但应用甲硝唑后3 d内禁止哺乳。如发热超过5 d,需行盆腔增强CT或MRI检查以除外血栓性静脉炎及深部脓肿。

4. Fitz-Hugh-Curtis 综合征^[16]:指与PID相关的肝脏包膜的炎症,在PID患者中发生率约为4%,常以急性或慢性右上腹疼痛或不适就诊,确诊需依靠腹腔镜探查。

5. 盆腔放线菌病^[17]:盆腔放线菌病(pelvic actinomycosis)指由放线菌属感染引发的慢性脓性肉芽肿性PID,可发生于任何年龄,发病率较低。细菌性阴道病、口交、肿瘤及IUD可能增加放线菌感染风险。确诊盆腔放线菌病较困难,一旦诊断需应用大剂量长疗程抗菌药物治疗,目前推荐的治疗包括青霉素G 2 000万U/d或阿莫西林4~6周,随后青霉素V 4 g/d口服6~12个月。克林霉素、四环素及红霉素可作为备选,此外,放线菌还可能对三代头孢菌素、环丙沙星、磺胺类及利福平敏感。必要时辅助手术治疗,术后辅助抗菌药物治疗可缩短至3个月。

6. 盆腔结核^[18]:近年来盆腔结核的发生率有所上升,若考虑盆腔结核建议转入专门的结核病诊治医疗机构。

PID患者性伴的处理

PID患者出现症状前60 d内接触过的性伴很可能感染淋病奈瑟菌或沙眼衣原体,应对性伴进行

检查及相应治疗。如PID患者检测出STI相关的病原微生物,性伴需要同时接受治疗^[1,3]。

PID患者治疗期间须避免无保护性交。

随 访

对于药物治疗的PID患者,应在72 h内随诊,明确有无临床情况的改善,如退热、腹部压痛或反跳痛减轻、子宫及附件压痛减轻、子宫颈举痛减轻等。如果未见好转则建议进一步检查并调整治疗方案^[1,3,5]。

对于沙眼衣原体和淋病奈瑟菌感染的PID患者,还应在治疗结束后4~6周重新检查上述病原体。

预 防

加强公共卫生教育,提高公众对PID及STI的发生、并发症及预防重要性的认识;注意女性卫生及性生活卫生;对高危女性的子宫颈分泌物进行沙眼衣原体感染筛查和治疗能有效降低PID的发生率。

执笔专家:刘朝晖(首都医科大学附属北京妇产医院)

中华医学会妇产科学分会感染协作组参与讨论的专家(按姓氏笔画排序):安瑞芳(西安交通大学医学院第一附属医院)、狄文(上海交通大学医学院附属仁济医院)、丁岩(新疆医科大学第一附属医院)、崔满华(吉林大学第二医院)、樊尚荣(北京大学深圳医院)、耿力(北京大学第三医院)、胡丽娜(重庆医科大学附属第二医院)、郝敏(山西医科大学第二医院)、洪颖(南京大学医学院附属鼓楼医院)、刘宏伟(四川大学华西第二医院)、刘建华(上海交通大学医学院附属第九人民医院)、李萍(南京医科大学附属南京妇幼保健院)、廖秦平(北京清华长庚医院)、李淑霞(天津市中心妇产科医院)、梁旭东(北京大学人民医院)、罗新(暨南大学附属第一医院)、刘朝晖(首都医科大学附属北京妇产医院)、隋龙(复旦大学附属妇产科医院)、宋静慧(内蒙古医科大学附属医院)、王惠兰(河北医科大学第二医院)、薛凤霞(天津医科大学总医院)、薛敏(中南大学湘雅三医院)、熊正爱(重庆医科大学附属第二医院)、杨毅(北京协和医院)、杨兴升(山东大学齐鲁医院)、张岱(北京大学第一医院)、张帝开(深圳市罗湖区人民医院)、郑建华(哈尔滨医科大学附属第一医院)、周坚红(浙江大学医学院附属妇产科医院)、张淑兰(中国医科大学附属盛京医院)、刘宏图(中国疾病预防控制中心病毒病预防控制所)、郑波(北京大学第一医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 中华医学会妇产科学分会感染性疾病协作组. 盆腔炎症性疾病诊治规范(修订版)[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(6): 401-403. DOI: 10.3760/ema.j.issn.0529-567x.2014.06.001.
- [2] Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory

- disease[J]. N Engl J Med, 2015, 372(21): 2039-2048. DOI: 10.1056/NEJMra1411426.
- [3] 刘晓娟, 范爱萍, 薛凤霞. 《2015 年美国疾病控制和预防中心关于盆腔炎性疾病的诊治规范》解读[J]. 国际妇产科学杂志, 2015, 42(6): 674-675, 684.
- [4] Yudin MH, Hillier SL, Wiesenfeld HC, et al. Vaginal polymorphonuclear leukocytes and bacterial vaginosis as markers for histologic endometritis among women without symptoms of pelvic inflammatory disease[J]. Am J Obstet Gynecol, 2003, 188(2): 318-323. DOI: 10.1067/mob.2003.105.
- [5] Brun JL, Graesslin O, Fauconnier A, et al. Updated French guidelines for diagnosis and management of pelvic inflammatory disease[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2016, 134(2): 121-125. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.11.028.
- [6] Ross J, Guaschino S, Cusini M, et al. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease [J]. Int J STD AIDS, 2018, 29(2): 108-114. DOI: 10.1177 / 0956462417744099.
- [7] Duarte R, Fuhrich D, Ross JD. A review of antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease[J]. Int J Antimicrob Agents, 2015, 46(3): 272-277. DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2015.05.004.
- [8] Savaris RF, Fuhrich DG, Duarte RV, et al. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017(4): CD010285. DOI: 10.1002/14651858.CD010285.pub2.
- [9] 张瑞, 陈施, 刘朝晖. 化脓性盆腔炎(盆腔脓肿)25 例临床分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2018, 19(3): 226-228. DOI: 10.13390/j.issn.1672-1861.2018.03.012.
- [10] 刘朝晖, 廖秦平. 康妇消炎栓联合莫西沙星治疗盆腔炎临床试验[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2010, 26(10): 787-789.
- [11] Dai Zhang, Zhaohui Liu, Huaixian Lin, et al. Effectiveness of Honghua Ruyi Wan combined with antibiotics for relief of pelvic inflammatory disease pain in women[J]. Biomed Res, 2017, 28(10): 4665-4670.
- [12] 米兰, 刘朝晖. 盆腔炎性疾病后遗症[J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(10): 731-733.
- [13] Altunyurt S, Demir N, Posaci C. A randomized controlled trial of coil removal prior to treatment of pelvic inflammatory disease[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2003, 107(1): 81-84.
- [14] Tepper NK, Steenland MW, Gaffield ME, et al. Retention of intrauterine devices in women who acquire pelvic inflammatory disease: a systematic review[J]. Contraception, 2013, 87(5): 655-660. DOI: 10.1016/j.contraception.2012.08.011.
- [15] Mackeen AD, Packard RE, Ota E, et al. Antibiotic regimens for postpartum endometritis[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2015(2): CD001067. DOI: 10.1002 / 14651858. CD001067.pub3.
- [16] Jia W, Fadhlillah F. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: a diagnostic challenge[J]. Clin Case Rep, 2018, 6(7): 1396-1397. DOI: 10.1002/ccr3.1553.
- [17] García-García A, Ramírez-Durán N, Sandoval-Trujillo H, et al. Pelvic actinomycosis[J]. Can J Infect Dis Med Microbiol, 2017, 2017: 9428650. DOI: 10.1155/2017/9428650.
- [18] Yates JA, Collis OA, Sueblinvong T, et al. Red Snappers and Red Herrings: pelvic tuberculosis causing elevated CA 125 and mimicking advanced ovarian cancer. A case report and literature review[J]. Hawaii J Med Public Health, 2017, 76(8): 220-224.

(收稿日期: 2019-05-15)

(本文编辑: 沈平虎)

·启事·

本刊启用新远程稿件管理系统

为顺应当今期刊网络化、数字化的发展趋势,更好地为广大作者、读者提供高质量的服务,中华医学会杂志社开发了远程稿件管理系统。该系统根据中华医学会系列杂志稿件处理流程、编辑加工规范、审稿制度、管理规范等业务需求设计,采用先进的数据库及网络技术,具有强大的数据处理和分析能力。远程稿件管理系统将协助作者、编辑、审稿专家、编委、定稿会专家、总编等相关人员多位一体地进行稿件业务处理,解决编辑部对稿件网络化流程管理的需要,并实现各类查询功能。本刊已于 2019 年 1 月 7 日开始启用新远程稿件管理系统(登录网址为: <http://www.cma.org.cn>)。

该系统包括作者在线投稿、在线查稿、专家在线审稿、编委在线定稿、总编办公、远程编辑等功能,通过网上投稿、网上查稿、网上审稿,实现作者、编辑、审稿专家的一体化在线协作处理,从而构建成为一个协作化、网络化、角色化的编辑稿件业务处理平台。对于广大作者而言,该系统最大的优点是支持在线投稿、方便作者及时了解稿件进程、缩短稿件处理时滞。使用过程中具体注意事项如下: (1) 第 1 次

使用本系统进行投稿的作者,必须先注册,才能投稿。作者必须实名制注册,注册时各项信息请填写完整。(2) 已注册过的作者,请不要重复注册,否则将导致查询稿件时信息不完整。如果遗忘密码,可以从系统自动获取,系统将自动把您的账号信息发送到您注册时填写的邮箱中。向中华医学会系列杂志中不同杂志投稿时无须重复注册,进入系统后即可实现中华医学会系列杂志间的切换。本刊的审稿专家使用同一个用户名作为审稿人进行稿件审理和作为作者进行投稿。(3) 作者投稿请直接登录中华医学会在线服务下的新远程稿件管理系统,点击“作者在线投稿”。投稿成功后,系统自动发送回执邮件。作者可随时在线查稿,获知该稿件的审稿情况、处理进展、审稿意见、终审结论等;有关稿件处理的相关结果编辑部不再另行纸质通知。

新系统启用后,原远程稿件系统仍将并行一段时间,但不再接受新的投稿,稿件处理流程不受系统切换的影响。如有任何问题请与编辑部联系,联系电话: 010-51322427; Email: cjog@cma.org.cn。