

• 母婴护理专栏 •

编者按:母婴健康关系到国家的长远和未来。为了进一步提高优生优育服务水平,巩固强化母婴安全五项制度,维护妇女儿童健康权益,国家卫健委在总结 2018—2020 年母婴安全行动计划实施情况和有效经验做法的基础上,制定并发布了《母婴安全行动提升计划(2021—2025 年)》。为此,本刊特推出母婴护理专栏,聚焦正常产程分娩照护、妊娠期糖代谢异常、袋鼠式护理、体外受精-胚胎移植患者体验以及早产儿肠外营养等热点问题,以期为广大同行提供借鉴。

助产机构正常产程分娩照护循证实践方案构建

王晓娇¹, 顾春怡¹, 李玲玲², 朱文莉¹, 朱春香³, 钟佳钰³

(1.复旦大学附属妇产科医院 护理部,上海 200011;

2.海军军医大学第二附属医院 妇产科,上海 200003; 3.复旦大学附属妇产科医院 产科)

【摘要】 目的 构建基于最佳证据的助产机构正常产程分娩照护实践方案。**方法** 通过典型助产机构内关键知情人访谈,梳理正常产程管理及分娩照护过程的焦点问题,系统检索文献,提取证据,构建正常产程分娩照护循证实践方案草案,通过专家论证确定证据的推荐等级,形成最终方案及标准化实施路径。**结果** 助产机构正常产程分娩照护循证实践方案包括分娩照护准则、第一产程照护、第二产程照护、第三产程照护、新生儿照护及妇女产后早期照护共 6 个方面的 90 条证据推荐意见。**结论** 正常产程分娩照护循证实践方案的构建过程科学严谨,有助于规范国内助产士的正常产程管理及分娩照护实践行为,为后续阶段本方案的临床实施及评价提供指导依据。

【关键词】 正常分娩;产程管理;助产士;循证实践方案

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2023.03.006

【中图分类号】 R473.71;R826 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2023)03-0022-07

Development of An Evidence-Based Practice Protocol for Normal Labor and Childbirth Care in Maternity Settings

WANG Xiaojiao¹, GU Chunyi¹, LI Lingling², ZHU Wenli¹, ZHU Chunxiang³, ZHONG Jianyu³ (1.Department of Nursing, Obstetrics and Gynecology Hospital of Fudan University, Shanghai 200011, China; 2.Department of Obstetrics and Gynecology, The Second Affiliated Hospital of Naval Medical University, Shanghai 200003, China; 3.Department of Obstetrics, Obstetrics and Gynecology Hospital of Fudan University)

Corresponding author: GU Chunyi, Tel: 021-33189900-8409

【Abstract】 Objective To develop an best-evidence-based practice protocol for normal labor and childbirth care in maternity settings. **Methods** The draft of evidence-based practice protocol for normal labor and childbirth care was developed by interviewing with key informants from typical maternity settings, identifying key issues in the process of normal labor management and childbirth care, systematically reviewing literature and extracting evidence. The expert consultation was conducted to identify the recommendation grades of the evidence. The final protocol and standard operating procedures were then formulated. **Results** The evidence-based practice protocol for normal labor and childbirth care in maternity settings contained 6 aspects, including childbirth care principles, the first-stage labor care, the second-stage labor care, the third-stage labor care, newborn care and early postpartum care for women, with a total of 90 pieces of recommendations. **Conclusions** The development of evidence-based practice protocol for normal labor and childbirth care is scientific and rigorous. It can help to standardize midwives' practice of normal labor management and childbirth care in China, so as to provide guidance for subsequent clinical implementation and evaluation of this protocol.

【Key words】 normal labor; labor management; midwife; evidence-based practice protocol

[Mil Nurs, 2023, 40(03): 22-28]

【收稿日期】 2022-07-26 **【修回日期】** 2023-02-06

【基金项目】 国家自然科学基金资助项目(72004029);上海市卫生健康委员会卫生行业临床研究专项(202040097)

【作者简介】 王晓娇, 硕士, 主管护师, 电话: 021-33189900-8270

【通信作者】 顾春怡, 电话: 021-33189900-8409

正常分娩是指妊娠 37~41⁺₆ 周的孕妇自然临产, 产程进展正常, 胎儿以头位经阴道自然娩出, 分

娩后母婴状态良好的过程^[1]。助产士是正常分娩妇女的主要照护者^[2],为其提供安全、信赖及连续性的助产护理服务,以减少不必要医疗干预,改善妇女分娩体验^[2-3]。然而非医学指征剖宫产率居高不下^[4],孕产妇分娩体验不佳,难以满足其对分娩服务的多层次需求。国际有关健康妇女自然分娩或分娩期管理的临床指南^[5-6]、中华医学会和中国妇幼保健协会发布的“正常分娩指南”^[7]及“正常分娩临床实践指南”^[8],对指导国内助产士开展分娩照护实践具有一定借鉴意义;但指南在实际应用时需结合具体情境进行本土转化,以满足助产机构临床可操作性。因此,本研究以高质量指南为基础构建适合我国本土的正常产程分娩照护循证实践方案,并建立标准化实施路径,为进一步规范助产士临床实践行为提供科学指导。

1 资料与方法

1.1 问题确定 项目团队在研究初期采用半结构化深入访谈法向上海市三家助产机构参与产程管理实践的助产人员进行关键知情人访谈^[9],访谈内容围绕目前机构正常产程分娩照护的实践规范或标准、产时干预、支持性分娩服务等。通过半结构化访谈了解目前助产机构正常产程分娩照护的实践现况和焦点问题。以 PIPOST 作为循证护理初始问题^[10],确定 P(目标人群):阴道试产妇女;I(干预措施):正常产程管理和分娩照护的具体内容,如分娩照护准则、入室管理、第一产程界定、母胎监护、评估记录、入量管理、异常产程转介、疼痛管理、体位与运动、第二产程界定、用力方式、分娩体位、会阴保护、产后出血预防、新生儿早期基本保健技术等;P(应用证据的人员):助产士;O(结局):阴道分娩成功率、产时剖宫产率、产后出血发生率、新生儿窒息发生率、产妇分娩体验和满意度;S(证据应用场所):产房及产后病房;T(文献类型):指南、共识。

1.2 证据检索 使用英文关键词[(normal birth OR normal labor) AND (labor management OR intrapartum care OR childbirth care) AND (midwife) AND (guideline OR standard OR consensus OR practice OR recommendation)]。中文关键词[(正常分娩 OR 正常产程) AND (产程管理 OR 产时照护 OR 分娩照护) AND (助产士) AND (指南 OR 共识 OR 标准 OR 规范 OR 建议)]。系统检索英国皇家妇产科医师学会(Royal College of Obstetricians and Gynaecologist, RCOG)、妇女健康及产儿护理协会(Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, AWHONN)、美国妇产科医师学会(American College of Obstetricians

and Gynecologists, ACOG)、国际妇产科联盟(International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO)、世界卫生组织(World Health Organization, WHO)、英国国家临床优化研究所(National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)、加拿大医学会临床实践指南数据库、中国知网、PubMed、EMbase等。检索日期均从建站/库至2021年7月。纳入标准:研究对象为阴道试产妇女;内容为正常产程管理;语言为中文或英文。排除标准:翻译或重复收录的临床实践指南;无法进行质量评价的简要版本;指南解读。

1.3 指南评价及证据提取 纳入的文献由4名具有循证护理背景的人员独立完成质量评价。采用临床指南研究与评估系统II(appraisal of guideline for research & evaluation, AGREE II)^[11]对指南进行评价。根据6个领域标准化百分比数量及研究者判断对指南做出推荐意见。若6个领域得分的标准化百分比均>60%为A级推荐;如≥3个领域得分的标准化百分比在30%~60%为B级推荐;如≥3个领域得分的标准化百分比<30%为C级推荐。

1.4 证据汇总与分级 由2名研究成员对纳入指南逐篇阅读并进行提取与汇总。采用GRADE证据质量分级标准^[12]对证据进行等级划分(极低,低,中,高)。

1.5 方案(草案)拟定及专家论证 由来自围产医学、生理产科、助产、产科护理、妇幼保健及循证领域的22名专家对方案内容进行评议。根据FAME结构对方案草案的可行性、适宜性、有效性及临床意义加以判断,明确推荐意见(强推荐、弱推荐、暂不推荐),根据推荐意见形成最终的正常产程分娩照护循证实践方案。

1.6 统计学处理 采用SPSS 26.0统计软件。指南评价一致性用Kappa系数表示;专家一般情况用频数、百分比表示;专家积极系数用问卷回收率表示,问卷回收率>70%认为专家积极性高;专家权威系数(Cr)用判断系数(Ca)和熟悉程度(Cs)的算术平均数表示,Cr≥0.7即可接受。

2 结果

2.1 纳入文献一般资料及文献质量评价结果 本研究初步检索共获得文献655篇,根据纳入及排除标准剔除相关文献后获得指南9篇,其中5篇来源WHO^[6,13-16]、1篇来源加拿大妇产科医师协会(Society of Obstetrician and Gynaecologists of Canada, SOGC)^[5]、1篇来源临床系统改进研究所(Institute for Clinical Systems Improvement, ICSI)^[17]、2篇来源NICE^[18-19]。4名评价员指南质量评价的Kappa值介于0.780~1之间。纳入指南的一般资料详见表1。

表 1 纳入指南的一般资料及文献质量评价结果

编号	指南名称	发布机构	领域(%)						推荐级别
			范围和目的	牵涉人员	指南开发的严格性	指南呈现的清晰性	指南的适用性	指南编撰的独立性	
G1	WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience ^[6]	WHO	100.00	91.67	95.24	100.00	97.92	100.00	A
G2	WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections ^[13]	WHO	100.00	100.00	100.00	100.00	95.83	100.00	A
G3	WHO delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes ^[16]	WHO	94.44	81.25	82.14	100.00	87.50	100.00	A
G4	Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women ^[5]	SOGC	83.33	35.42	50.00	97.22	12.50	8.33	B
G5	WHO recommendations on Newborn Health ^[14]	WHO	100.00	25.00	40.48	100.00	25.00	0.00	B
G6	WHO recommendations on Maternal Health ^[15]	WHO	100.00	25.00	40.48	100.00	25.00	0.00	B
G7	Management of Labor ^[17]	ICSI	94.44	77.08	61.90	100.00	54.17	0.00	B
G8	Antenatal care for uncomplicated pregnancies ^[18]	NICE	100.00	45.83	28.57	91.67	75.00	0.00	B
G9	Intrapartum care for healthy women and babies ^[19]	NICE	83.33	29.17	35.71	100.00	62.50	0.00	B

2.2 方案(草案)构建 9 篇指南推荐意见的焦点问题集中在分娩照护准则、第一产程照护、第二产程照护、第三产程照护、新生儿照护及妇女产后早期照护 6 个方面,在此基础上提取证据形成正常产程分娩照护循证实践方案草案,并对证据进行 GRADE 分级。

2.3 论证专家一般情况 论证专家专业领域平均年限(19.6±6.3)年,硕士及以上学历 13 人(59.1%),副高

及以上职称 17 人(77.3%)。专家熟悉程度为 0.927,判断依据为 0.991,专家权威系数为 0.959,专家权威性高。

2.4 论证结果 最终构建的正常产程分娩照护方案共 6 大主题 90 条推荐意见(强推荐 87 条,弱推荐 3 条),将入选证据转化为助产机构正常产程分娩照护循证实践方案(表 2),并根据方案绘制方案实施路径图(图 1)。

表 2 正常产程分娩照护循证实践方案

项 目	方 案 内 容
1.分娩照护准则	
尊重孕产妇有效沟通	1.维护孕产妇尊严和隐私,使其在分娩过程中充分知情决策,并获得持续支持 ^[6] 。 2.建立融洽关系,询问对分娩的需求和期望,使用符合文化情境、易接受的方法进行沟通,解释低危孕妇产的分娩的安全性 ^[18-19] 。
分娩陪伴	3.鼓励孕产妇在产程中选择陪伴分娩 ^[6] 。
连续性照护	4.由一名助产士或一组熟识的助产士团队提供连续性照护 ^[5-6,15] 。
2.第一产程照护	
入室评估	5.入室评估:(1)孕产妇评估:孕期检查结果;生命体征;宫缩持续时间、强度、频率;评估疼痛及希望镇痛的方式;阴道流血。(2)胎儿评估:24 h 胎动;腹部触诊确定宫高、胎产式、先露入盆情况;胎心率 ^[18] 。 6.入室评估时,采集孕产妇病史,将个人偏好、情绪、心理需求考虑在内 ^[18] 。 7.入室时,采用多普勒超声仪或 Pinard 胎心听筒听诊胎心以评估胎儿状态 ^[6] 。 8.入室评估时不常规对低危孕产妇实施持续电子胎心监护 ^[6] 。 9.间歇性胎心听诊若出现胎心异常,应持续电子胎心监护,并向孕产妇解释必要性。若 20 min 监护显示正常,则移去电子监护 ^[18] 。 10.足月低危孕产妇在第一产程活跃期(宫口扩张≥4 cm)再入产房 ^[5-6] 。 11.已经临产的低危孕产妇在进入产房时不常规骨盆测量 ^[6] 。
界定第一产程	12.第一产程潜伏期界定:伴有规律疼痛的子宫收缩和宫颈不同程度变化,包括宫颈容受和宫口缓慢扩张至 4~9 cm ^[5-6] 。 13.第一产程活跃期界定:频繁规律的宫缩痛、宫颈消退和宫口从 4~6 cm 快速扩张到开全 ^[5-6] 。
评估记录产程进展	14.使用产程图监测第一产程进展 ^[5,14,17] 。 15.每隔 4 h 进行阴道检查以评估产程 ^[6,15] 。 16.在产程中间歇性听诊胎心率,选择超声多普勒仪或 Pinard 胎心听筒。第一产程每 30 min 听诊一次,第二产程每 15 min 听诊一次 ^[17] 。 17.制定分娩管理文书,记录产程进展 ^[5] 。
告知第一产程进展	18.产妇产第一产程潜伏期持续时间个体差异大。通常初产妇活跃期不超过 12 h,经产妇不超过 10 h ^[6] 。 19.第一产程活跃期的低危初产妇宫颈扩张速度≥0.5 cm/h 是正常的 ^[5] 。 20.第一产程持续时间随着母亲年龄和体重指数的增加而延长 ^[5] 。
分娩镇痛管理	21.在分娩发动前向孕产妇提供分娩镇痛的健康教育,并讨论每种方式的利弊 ^[5,13] 。

续表 2

项 目	方 案 内 容
	22.动态评估孕妇的情绪和心理需求,包括对镇痛的要求 ^[18] 。 23.支持孕妇选择药物性和非药物性分娩镇痛措施 ^[5] 。 24.对产程中要求药物性镇痛的产妇,根据其意愿使用硬膜外麻醉镇痛 ^[6] 。 25.机构内确保哌替啶、吗啡或其他阿片类药品的可获得性;告知孕妇这些药品在分娩期间提供有限镇痛作用,且可能对孕妇和婴儿产生不良作用 ^[18] 。 26.对产程中要求非药物性镇痛的低危产妇,根据其意愿实施渐进式肌肉放松法、呼吸调解、音乐和正念、按摩或热敷、水浴等 ^[13,18] 。
入量管理	27.鼓励低危孕妇在产程中摄入液体和进食;且等渗液体优于水 ^[18] 。 28.告知孕妇在产程中可清淡饮食(使用阿片类药物或出现可能全身麻醉的风险因素时除外) ^[18] 。
促进产程的支持措施	29.鼓励并协助低危孕妇在产程中自由活动,告知直立位位的益处,协助孕妇选择最舒适的体位 ^[6,18] 。
异常转介	30.若孕妇出现以下任一异常应立即通知产科医生:30 min 内出现 2 次脉搏超过 120 次/分;单次舒张压 ≥ 110 mmHg (1 mmHg=0.1333 kPa)或收缩压 ≥ 160 mmHg;30 min 内出现 2 次舒张压 ≥ 90 mmHg 或者收缩压 ≥ 140 mmHg;尿蛋白 2 ⁺ ,且舒张压 ≥ 90 mmHg 或收缩压 ≥ 140 mmHg;单次体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$,或者间隔 1 h 连续 2 次测得体温 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$;阴道流血;胎膜早破 >24 h;严重粪染;第一产程 4 h 内宫颈扩张 <2 cm;胎头下降缓慢或胎方位异常;宫缩强度、持续时间和频率异常;孕妇主诉出现与宫缩不相关的疼痛 ^[18] 。 31.若胎儿出现以下任一异常应立即通知产科医生:异常先露;疑似胎儿生长受限或巨大儿;疑似羊水过多或过少;胎心率 <110 次/min 或 >160 次/min;间歇性听诊发现胎心率减慢;孕妇主诉 24 h 内胎动减少 ^[18] 。
3.第二产程照护	
界定第二产程	32.第二产程界定:宫口开全到胎儿娩出的阶段 ^[5-6,18] 。
告知第二产程进展	33.告知产妇第二产程持续时间因人而异。初产妇 ≤ 3 h,经产妇 ≤ 2 h ^[5] 。
用力方式	34.鼓励和支持产妇在出现向下用力感觉时再自主用力,或根据产妇意愿选择自主或屏气用力 ^[5] 。 35.根据是否使用硬膜外镇痛判断第二产程延迟用力的时长 ^[5] 。 36.支持硬膜外镇痛的产妇延长第二产程观察时间、并在能及时评估处理产程中胎儿缺氧的前提下,推荐宫口开全后延迟 1~2 h 或产妇有向下用力的感觉时再开始用力 ^[5] 。 37.对未使用硬膜外镇痛的产妇,若宫口开全后尚未出现自主用力的感觉,可等待 1 h 后再次评估 ^[5] 。 38.若产妇用力无效,可提供改变体位、排空膀胱及鼓励支持产妇等方法来帮助分娩 ^[18] 。 39.若产妇无自主用力感觉,尤其当胎先露在坐骨棘+2 以上或胎方位为非枕前位时,在确保母胎状况良好的前提下可鼓励延迟用力 ^[5] 。 40.若母胎状况良好,用力少于 2 h 时不常规实施手术助产 ^[5] 。
分娩体位	41.在胎头娩出的最后阶段,嘱产妇采用直接用力来帮助分娩 ^[5] 。 42.对于未采用硬膜外镇痛者,鼓励自由选择分娩体位,包括直立位 ^[6] 。 43.对于有硬膜外镇痛者,鼓励自由选择分娩体位,包括直立位 ^[6] 。
会阴保护	44.鼓励第二产程根据产妇意愿和实际条件,采取会阴按摩、热敷和会阴保护等措施减少会阴损伤 ^[6] 。 45.经阴道自然分娩者不常规使用会阴切开术 ^[5-6] 。
宫底加压	46.第二产程中不常规进行宫底加压加速胎儿娩出 ^[6] 。
鼓励支持	47.若出现第二产程延长或产妇出现过度焦虑,应及时提供有效的鼓励支持,满足产妇对分娩镇痛的需求 ^[18] 。
异常转介	48.对会阴伤口性质和损伤程度不确定时,需向有经验的助产士或产科医生寻求建议;如需进一步修复或麻醉则应转介至产科医生 ^[18] 。
4.第三产程照护	
预防产后出血	49.第三产程使用宫缩剂药物预防产妇产后出血 ^[6] 。 50.对已预防性使用缩宫素的产妇,不鼓励为预防产后出血而进行持续性子宫按摩 ^[6] 。 51.对于有熟练助产人员的机构,可实施控制性脐带牵引以减少阴道出血量和缩短第三产程 ^[6,15] 。 52.在没有熟练助产人员的情况下,不推荐使用控制性脐带牵引 ^[15] 。
延迟断脐	53.推荐足月儿和早产儿采用延迟断脐以改善母儿健康和营养状态(不早于出生后 1 min)(出现新生儿窒息需立即行新生儿复苏的情况除外) ^[15] 。 54.若足月或早产新生儿需正压通气,应立即断脐,实施有效通气 ^[15] 。 55.在延迟断脐的同时实施新生儿基本保健措施 ^[16] 。
新生儿复苏	56.对于出生时羊水清亮且已建立自主呼吸的新生儿,不实施常规口鼻吸引 ^[6] 。 57.对于羊水粪染的新生儿,在头部娩出时不常规实施产时口鼻吸引 ^[14] 。 58.对于羊水粪染但已建立自主呼吸的新生儿,不常规进行口鼻吸引及气管吸引 ^[15] 。 59.若新生儿在完全擦干后无法建立自主呼吸,应在实施断脐及正压通气前进行背部刺激 2~3 次 ^[14,16] 。
异常转介	60.若出现产后出血、胎盘粘连、产妇衰竭,应立即通知产科医生 ^[18] 。 61.若需子宫探查,应立即通知产科医生 ^[18] 。
5.新生儿照护	
肌肤接触和母乳喂养	62.对于无并发症的新生儿,鼓励母亲在分娩后 1 h 内进行肌肤接触 ^[18] 。 63.肌肤接触时,用温暖、干燥的织物擦干并覆盖新生儿 ^[14,18] 。 64.在母儿状况稳定且准备充分时,新生儿(包括能够母乳喂养的低出生体重儿)出生后均应尽早放到母亲胸前早吸吮 ^[6] 。

续表 2

项 目	方 案 内 容
袋鼠护理	65.帮助产妇建立母乳喂养,并解决常见的母乳喂养困难 ^[14] 。 66.推荐将袋鼠护理用于出生体重 ≤ 2000 g的新生儿常规护理中,并在新生儿临床稳定后立即进行 ^[14] 。 67.若连续性袋鼠护理难以实现,推荐对出生体重 ≤ 2000 g的新生儿实施间歇性袋鼠护理 ^[14] 。
新生儿早期护理	68.所有新生儿出生后应肌肉注射 1 mg 维生素 K ^[6] 。 69.新生儿沐浴应推迟至出生 24 h 后进行。若因文化习俗不能推迟至 24 h 后,至少推迟至 6 h 后 ^[6] 。 70.根据环境温度给新生儿穿着适宜的衣服(应比成年人多 1~2 层衣服)并戴上帽子。24 h 母婴同室 ^[6] 。
异常转介	71.分娩后 12 h 内(1、2、6、12 h)观察胎膜早破者的新生儿体温、心率、呼吸频率、肌张力、全身情况、喂养状况等。若出现异常呼吸音、鼻翼煽动、中心性紫绀、肌力松软等情况,立即通知新生儿科医生 ^[18] 。
6.妇女产后早期照护	
抗生素使用	72.正常阴道分娩的产妇不常规预防性使用抗生素 ^[6] 。 73.行会阴切开术的产妇不常规预防性使用抗生素 ^[6] 。
产后早期评估及异常转介	74.评估产妇宫缩情况,以尽早发现宫缩乏力 ^[6] 。 75.胎儿娩出后立即测量血压。若血压正常,应在 6 h 内复测 ^[6,18] 。 76.检查评估胎盘胎膜、脐带及完整性。若胎盘不完整,通知产科医生 ^[6,18] 。 77.分娩后 6 h 内评估记录排尿情况。若产后 6 h 未排尿,通知产科医生 ^[6,18] 。 78.产后 24 h 内,定时评估产妇的恶露、宫缩、宫底高度、子宫压痛、体温和心率 ^[18] 。 79.产后 24 h 之后,评估产妇的排尿或尿失禁、肠功能、会阴伤口、头痛、疲劳、腰痛、会阴疼痛及会阴卫生、乳房胀痛、子宫压痛及恶露等情况 ^[18] 。
出院时机	80.早期评估产妇对分娩的情绪和心理状态,鼓励在产后住院期间表达自身分娩经历 ^[18] 。 81.正常阴道分娩者,若母婴状况良好,应观察至少 24 h 后出院 ^[6] 。
产后访视信息告知	82.分娩后第 3 天(48~72 h)、分娩后 7~14 d 和分娩后 6 周内提供至少 3 次访视接触 ^[15] 。 83.评估母乳喂养情况 ^[15] 。 84.评估产妇情绪状态、家庭和社会支持情况、处理日常事务的能力。鼓励所有产妇及其家庭/配偶表达产妇非正常的情绪和行为变化 ^[15] 。 85.告知产妇获取信息、建议或帮助的渠道 ^[15] 。
健康教育咨询指导	86.鼓励产妇分娩后尽早活动,选择适宜锻炼方式,保证充足休息 ^[15] 。 87.为产妇提供产后营养的信息咨询,不建议将补充维生素 A 作为预防母婴发病率和死亡率的公共卫生干预措施 ^[15] 。 88.推荐由受过培训的专业人员为产妇提供心理社会支持,以预防高危产妇的产后抑郁 ^[15] 。 89.为产妇提供生育间隔和计划生育咨询服务,讨论包括使用避孕套在内的安全性行为等避孕方法 ^[15] 。 90.为产妇提供预防产后感染的咨询信息,尤其是手卫生 ^[15] 。

3 讨论

3.1 正常产程分娩照护循证实践方案构建的现实意义 正确实施分娩照护并减少不必要产时干预是促进正常分娩和优化母儿结局的重要基础。助产机构分娩服务机制的缺陷易导致忽略女性分娩自然发动、生育本能及其感受体验。以助产士为主导、以孕产妇为中心的分娩照护通过关注妇女体验、促进非药物镇痛措施的实施,可满足孕产妇分娩需求并降低产时医疗干预及分娩服务成本^[3,20]。现有文献^[21-22]表明,国内关于如何正确开展产程管理尚存诸多争议,尤其在产程入室时机、入量管理的执行标准、产程转介、产时支持性服务等方面,并且助产人员对现有指南或指南配套手册的临床应用尚存在转化困难。本研究通过构建正常产程分娩照护循证实践方案,并将方案转化为临床实施的标准路径,协助助产士在既往产程管理内容的基础上,关注支持性服务、健康教育、异常产程识别与处理等实践措施,以帮助孕产妇获得更佳的分娩体验并保障母婴分娩安全。

3.2 正常产程分娩照护循证实践方案的内容特点 本研究分娩照护准则部分强调了“以孕产妇为中

心”的服务理念,通过指导助产士在产程中采用符合文化情境、易接受的沟通方式、帮助孕产妇在分娩过程中知情决策、维护孕产妇尊严及隐私等方式,建立持续稳定的伙伴信任关系。在第一产程照护中规范了入室时机及评估内容,以解决既往产程管理入室时机不明确、评估内容不全面等问题^[9]。同时,在三个产程照护部分以项目团队前期研制的助产士服务职能优化任务清单为依据^[23],在强调助产士产程观察、医疗处理、接产、新生儿基本保健护理等常规工作的基础上,增加并具化了连续性支持服务、母胎全面评估、异常产程识别与转介以及健康教育等内容,进一步丰富了正常产程管理服务的实践内涵。助产士作为专业教育者,介入对孕产妇产程管理信息支持的全过程,有助于提高孕产妇的正确分娩认知,促进分娩决策参与度,改善其分娩体验^[2,24]。此外,本研究构建方案所纳入的分娩支持性服务内容与国际助产士联盟(international confederation of midwives, ICM)界定的助产实践范畴及其促进正常分娩的理念^[2]相符,强调助产士应具备能够支持妊娠分娩的生理性及提供以孕产妇为中心的连续性照护

服务能力。同时,由于妊娠和分娩的不确定性,无合并症的正常孕产妇也可能后续出现高危因素或经历产科急重症情况,因而本方案将异常产程的评估识

别及转介相关证据作为正常产程分娩照护实践的重要内容之一,强调了助产士在产程中对异常问题的及时识别和转介的重要作用。

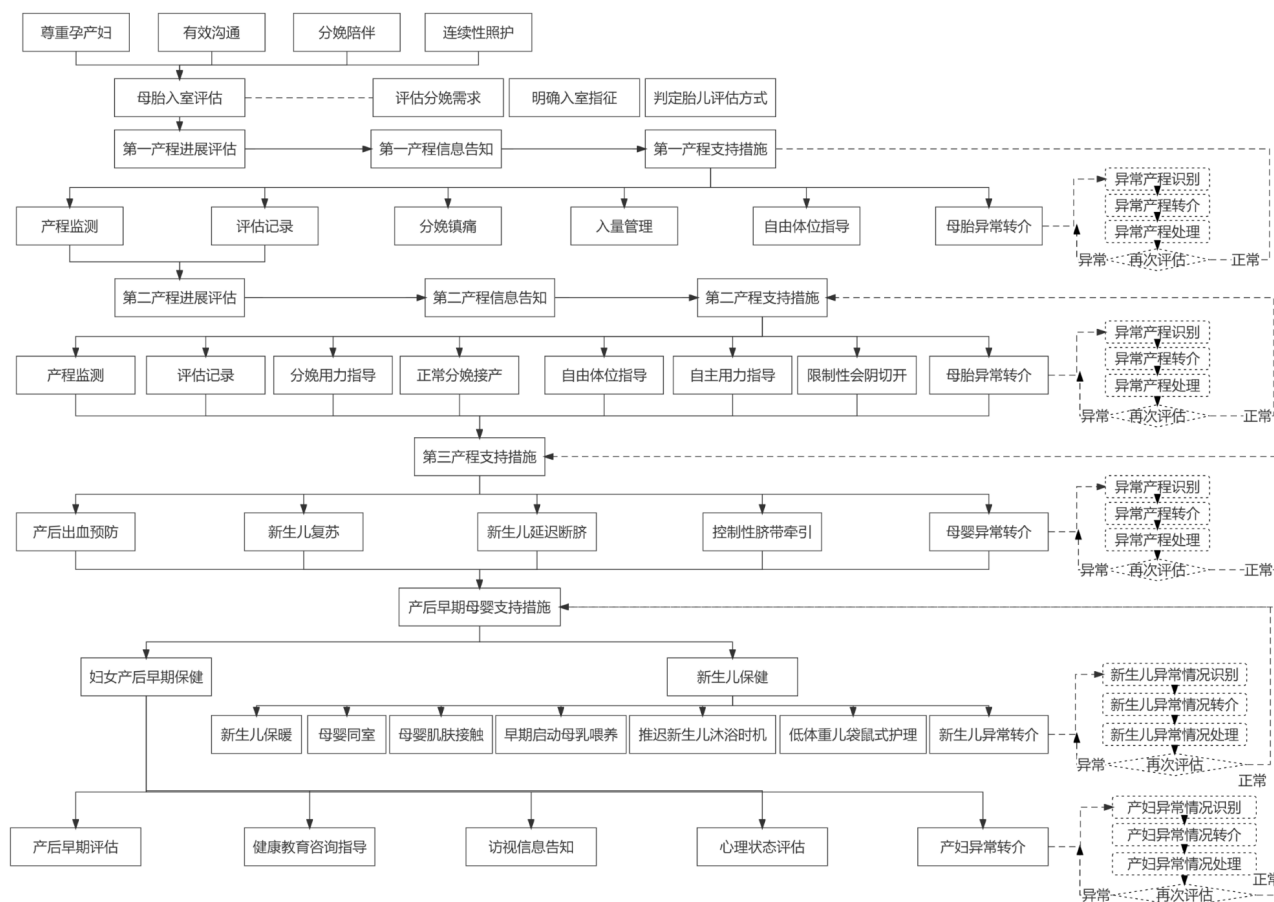


图1 正常产程分娩照护循证实践方案实施路径

3.3 正常产程分娩照护循证实践方案的科学性和适用性 本研究实施过程严格遵守循证方法学步骤,证据检索、筛选、综合及论证过程清晰明确,通过关键知情人访谈及专家论证过程保证了证据综合的临床适用性,在证据本土化过程中结合利益相关价值取向,确保了整个方案的科学性和合理性。专家论证过程中根据 FAME 属性,动态考虑证据、影响因素及临床情景或组织环境之间的联系和变化,使所构建的循证实践方案更具有临床适用性。部分指南^[6,18]推荐助产士在产程中使用芳香疗法、瑜伽、穴位刺激或催眠疗法作为非药物性镇痛措施以缓解分娩疼痛。考虑上述镇痛技术在国内助产机构的普及性有限、镇痛作用机制及其效果尚存在争议,故暂不列入本实践方案。

4 小结

本研究总结了目前正常产程分娩照护的最佳证据,构建了助产机构正常产程分娩照护循证实践方

案及实施路径,旨在指导国内助产士注重正常产程分娩照护准则、母胎评估、支持性服务、异常产程识别及转介,提升产时保健服务质量,改善孕产妇分娩体验。但本研究方案最终论证阶段尚未采集孕产妇的意愿取向,因此下一步的应用需要充分考虑所有利益相关者态度的变化,识别可能出现的障碍因素,进一步完善修订方案。

【参考文献】

- [1] QUEENSLAND CLINICAL HEALTH. Queensland clinical guidelines: normal birth [EB/OL]. [2021-11-08]. <https://www.health.qld.gov.au/qcg/publications>.
- [2] INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. International definition of the midwife [EB/OL]. [2021-11-08]. <https://www.internationalmidwives.org/>.
- [3] SANDALL J, SOLTANIOL H, GATES S, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women [J/OL]. [2021-11-08]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27121907/>. DOI:10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- [4] BETRANA A P, TORLONI M R, ZHANG J J, et al. WHO state-

- ment on caesarean section rates[J].BJOG,2016,123(5):667-670.
- [5] LEE L,DY J,AZZAM H.Management of spontaneous labour at term in healthy women[J].J Obstet Gynaecol Can,2016,38(9):843-865.
- [6] WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience[EB/OL].[2023-02-03].http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf.
- [7] 中华医学会妇产科学分会产科学组,中华医学会围产医学分会.正常分娩指南[J].中华围产医学杂志,2020,23(6):361-370.
- [8] 中国妇幼保健协会助产士分会,中国妇幼保健协会自然分娩专业委员会.正常分娩临床实践指南[J].中华围产医学杂志,2020,23(6):371-375.
- [9] 王晓娇,张铮,闵辉,等.助产人员正常产程管理实践的质性研究[J].护理学杂志,2021,36(2):48-50,63.
- [10] 朱政,胡雁,邢唯杰,等.不同类型循证问题的构成[J].护士进修杂志,2017,32(21):1991-1994.
- [11] BROUWERS M C,KERKVLIEET K,SPITHOFF K.The A-GREE reporting checklist:a tool to improve reporting of clinical practice guidelines[J/OL].[2022-11-08].https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26957104/.DOI:10.1136/bmj.i1152.
- [12] GUYATT G H,OXMAN A D,VIST G E,et al.GRADE:an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations[J].BMJ,2008,336(7650):924-926.
- [13] WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections[EB/OL].[2021-09-15].http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1.
- [14] WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO recommendations on newborn health[EB/OL].[2023-02-03].https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.07.
- [15] WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO recommendations on maternal health[EB/OL].[2023-02-03].https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.10.
- [16] WORLD HEALTH ORGANIZATION.Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes[EB/OL].[2021-09-15].https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209_eng.pdf?ua=1.
- [17] INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT.Management of Labor[EB/OL].[2021-09-15].http://www.spog.org.pe/web/phocadownloadpap/GUAMANEJODELPARTO.pdf.
- [18] NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE.Intrapartum care for healthy women and babies[EB/OL].[2021-09-15].https://www.nice.org.uk/guidance/cg190.
- [19] NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE.Antenatal care for uncomplicated pregnancies[EB/OL].[2021-09-15].https://www.nice.org.uk/guidance/cg62?UNLID=91207100120183120111.
- [20] 窦姗姗,白桦,顾晓乐,等.河南省助产工作现状及助产适宜技术应用情况的调查研究[J].中华护理杂志,2018,53(2):158-161.
- [21] 李倩,王建波,陈叙.产程中产妇的饮食管理研究进展[J].中华妇产科杂志,2019,54(7):490-492.
- [22] 臧瑜,黄静,陈海英,等.第二产程不同分娩体位应用现状及效果的研究进展[J].中国护理管理,2019,19(6):946-951.
- [23] GU C Y,LINDGREN H,WANG X,et al.Developing a midwifery service task list for Chinese midwives in the taskshifting context:a delphi study[J/OL].[2022-11-08].https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34266838/.DOI:10.1136/bmjopen-2020-044792.
- [24] Murphy P A,King T L.Effective communication is essential to being with woman:midwifery strategies to strengthen health education and promotion[J].J Midwifery Womens Health.2013,58(3):247-248.

(本文编辑:沈圆圆 刘于晶)

本刊常用词汇缩写

乙型肝炎病毒 e 抗原(HBeAg)	白细胞(WBC)	艾滋病(AIDS)
乙型肝炎病毒核心抗体(抗-HBc)	血红蛋白(Hb)	多器官功能衰竭(MOSF、MOF)
乙型肝炎病毒表面抗体(抗-HBs)	血小板(PLT)	慢性阻塞性肺疾病(COPD)
乙型肝炎病毒 e 抗体(抗-HBe)	一氧化氮(NO)	丙氨酸转氨酶(ALT)
乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)	动脉血氧分压(PaO ₂)	天冬氨酸转氨酶(AST)
乙型肝炎病毒(HBV)	动脉血二氧化碳分压(PaCO ₂)	精制结核菌素试验(PPD)
甲型肝炎病毒(HAV)	血氧饱和度(SaO ₂)	白细胞介素(IL)
丙型肝炎病毒(HCV)	体质指数(BMI)	干扰素(IFN)
人类免疫缺陷病毒(HIV)	心肺复苏(CPR)	全肠道外营养(TPN)
辅助性 T 淋巴细胞(Th)	自控镇痛(PCA)	变异系数(CV)
自然杀伤细胞(NK 细胞)	心电图(ECG)	肿瘤坏死因子(TNF)
呼吸(R)	磁共振成像(MRI)	葡萄糖(GS)
脉搏(P)	心脏监护病房(CCU)	中心静脉导管(PICC)
体温(T)	重症监护病房(ICU)	生理盐水(NS)
血压(BP)	严重急性呼吸综合征(SARS)	磷酸盐缓冲液(PBS)
心率(HR)	急性呼吸窘迫综合征(ARDS)	世界卫生组织(WHO)