

文章编号: 1003-6946(2024)08-0625-05

NICE《产时管理》指南(2023)解读

魏琳娜, 庞婉颖, 漆洪波

(重庆医科大学附属妇女儿童医院妇产科, 重庆 401147)

中图分类号: R714.3; R714.4

文献标志码: B

妇女儿童健康是人类持续发展的前提和基础,其相关指标反映一个国家卫生健康事业发展水平,也是衡量经济发展水平的重要评价指标。近年来,我国母婴健康水平不断提高,但生育率呈断崖式下降,虽然生育率受到一系列复杂社会经济等因素影响,但在国家三孩政策和积极生育支持措施逐步完善落实的背景下,产科医务人员应着力于持续提高母婴健康服务质量,改善分娩体验,积极营造生育友好氛围。2023年9月英国国家卫生与临床优化研究所(National Institute for Health and Care Excellence, NICE)发布了《产时管理》指南(以下简称“NICE指南”)^[1],内容涵盖了分娩期间和产后母婴管理,它主要针对妊娠37~42周期间分娩的无并发症妇女,旨在规范产时管理行为,改善母婴结局。本文就NICE指南要点内容进行解读。

1 贯穿于整个分娩过程的人性化照护

推荐1: 医务人员应尽早与孕妇及家属讨论分娩时的偏好和照护选择,并建立分娩计划书。

解读: 信息缺乏是妨碍妇女正确接受或寻求孕产期保健的主要因素之一。由于孕产妇及家属接受信息的途径较多,在专业性和正确性上无法保证,使得对产前、产时及产后的自我照护、治疗决策常怀有不恰当的预期,因此NICE指南指出孕妇应在分娩前被告知临产征象、产程中可能出现的情况、如何应对宫缩痛以及在紧急情况下该怎么做、怎么联系到医务人员等分娩相关知识,并建议医务人员应在产前尽早与孕妇及家属讨论她们在分娩期间的偏好和照护选择,共同完成分娩计划书。分娩计划书作为孕妇表达对分娩期望和需求的工具,是孕产妇与照护者之间双向沟通的有效手段,世界卫生组织(WHO)也将其作为促进孕妇寻求围产期适宜照护服务的干预策略^[2]。

推荐2: 赋予孕产妇知情决策的权利,提供连续性照护模式与分娩陪伴,营造被尊重、倾听的分娩氛围。

解读: 确保孕产妇被赋予知情权并参与到分娩照护决策中,同时鼓励孕产妇提出问题,给予她时间考虑并协助她做出决定。只有当孕产妇得到足够尊重

及重视,她才会给予充分的信任并表达自己的想法,因此建议与孕产妇及其家属建立融洽关系,初次见面应自我介绍并询问她对分娩的需求和期望,保持冷静、自信和专业的态度,以孕产妇为核心,不能只关注于操作及文书记录,应时刻尊重女性个人空间、隐私和尊严,询问孕产妇的感受并对分娩计划书上的内容保持沟通交流,且操作前知情同意,操作后交待下次回访时间。照护的连续性和一致性,以及医、护、患之间相互信任的关系,是患者获得有效、合适照护的关键。研究表明由助产士主导的从妊娠、分娩到产后连续性管理模式是更高质量的围产期照护模式,该模式下由于孕产妇知情决策能力及参与感更强,干预措施更少,因此围产结局更优^[3]。故建议根据人员配备情况,尽可能实现一对一照护并确保连续性。

2 个性化分娩镇痛

推荐3: 非药物镇痛具有安全性更高、更方便可行的优点,可贯穿全产程,提高总体效益,且费用较低。

解读: 由于每个孕产妇的社会背景、宗教信仰及身体情况等不同,其对疼痛的感受、表达以及对疼痛缓解的需求均不同。医务人员应该意识到这一点,并采用不同的疼痛缓解策略。非药物镇痛主要包括心理支持治疗、物理按摩放松、穴位针刺镇痛、经皮电神经刺激、水中分娩等。非药物性镇痛效果不够完善确切,医疗机构可根据自身情况及孕产妇情况个性化进行开展,NICE指南给出了以下建议^[1]: ①产程中可以支持孕妇使用呼吸放松、按摩、播放音乐等非药物方式缓解疼痛,但不建议针灸、穴位按摩或催眠。第一产程还可使用淋浴和盆浴的方式来缓解疼痛。②关于经皮神经电刺激,目前没有研究确切表明其在分娩镇痛中的有效性,但也没表明其有害性,对于强烈要求使用者,可与镇痛药物联合使用。③NICE指南表示可以提供水中分娩以缓解孕妇疼痛,然而,水中分娩相关文献较局限,目前掌握水中分娩利弊相关信息不充分,国内也未建立一套规范、符合我国国情的安全性标准和指南。因此美国妇产科医师学会(The American College of Obstetricians and Gynecologists,

通讯作者: 漆洪波, E-mail: qihongbo728@163.com

ACOG)^[4] 暂建议水中待产,而不推荐水中分娩。

推荐 4: 全身麻醉药物镇痛有呼吸及反射抑制的风险,需密切监测母儿反应;椎管内分娩镇痛被认为是最安全有效且普遍使用的镇痛方法,但仍需告知孕妇相应的益处风险,并进行额外监护。

解读: 可供选择用于分娩镇痛药物包括各种局部麻醉药物及全身麻醉药物,给药途径包括全身给药及局部注射,目前最广泛使用的是硬膜外镇痛。全身麻醉药物镇痛包括哌替啶、瑞芬太尼等阿片类药物,可用于产程早期或椎管内阻滞禁忌的孕妇,该类物质有增加呼吸及反射抑制的风险,常规剂量副作用包括恶心、呕吐、瘙痒、肠蠕动减慢等,使用前应告知在分娩期间缓解疼痛有限,还可能会产生嗜睡、恶心和呕吐等副作用,婴儿产生短期呼吸抑制和嗜睡副作用。因此,使用后要实施严密监测、必要时给予止吐药。硬膜外分娩镇痛被认为是最安全有效且普遍使用的镇痛方法,需充分告知相应益处风险及对分娩的影响,NICE 指南建议告知内容^[1]: ①硬膜外麻醉比阿片类药物缓解疼痛有效,但需要调整或更换药物剂量与种类以达到更好效果;②硬膜外麻醉过程中并发症包括严重产后头痛,但与产后长期背痛无关;③硬膜外麻醉不会延长第一产程、提高计划外剖宫产率,但可能会延长第二产程、提高阴道助产率;④镇痛前需要建立静脉通道且医务人员会进行更加密切的监测,因此孕妇的活动度可能会降低。NICE 指南建议实施硬膜外镇痛的孕妇,医务人员需要额外监护及注意以下内容^[1]: ①在建立硬膜外麻醉期间或进一步推注低剂量药物后,测量血压 1 次/5 min,持续 15 min,并进行连续胎心监护至少 30 min;②如果孕妇接受硬膜外麻醉后 30 min 仍未感到疼痛缓解,请麻醉医师复查;③接受过硬膜外麻醉的孕妇,在其自身感到双腿力量足够,且经专业助产士检查确认后,方可在辅助下进行活动;④一旦麻醉建立,确保效果持续到软产道损伤缝合术后。

3 产程管理

推荐 5: 临产后首先建立全面的母胎初步评估,动态严密监测产程进展,及时发现并处理异常征象。

解读: 初步评估内容包括: ①母体评估: a、回顾包括产前筛查结果在内的所有产检记录并查看分娩计划; b、评估是否存在胎儿缺氧的产前或产时危险因素; c、测量并记录孕妇生命体征,询问其宫缩的持续时间、强度及频率并讨论疼痛缓解方案; d、核查孕妇是否有 B 族链球菌感染而需要使用抗生素。②胎儿评估: a、询问孕妇过去 24 h 内胎动情况; b、触诊孕妇腹部,以确定子宫底高度、胎产式、胎先露是否衔接以及宫缩频率和持续时间; c、宫缩后立即听诊胎心至少

1 min。持续观察及记录内容包括: ①每 30 min 记录宫缩频率和脉搏,每 4 h 监测并记录体温、血压和呼吸频率; ②每 4 h 进行阴道检查; ③每 4 h 评估膀胱充盈度; ④每 1 h 对孕妇及胎儿进行风险评估。临产后出现以下情况应立即报告并处理: ①母体: a、脉搏超过 120 次/min,间隔 15~30 min,出现 2 次; b、舒张压 ≥ 110 mmHg,收缩压 ≥ 160 mmHg 单次; 舒张压 ≥ 90 mmHg,收缩压 ≥ 140 mmHg,间隔 15~30 min,连续数次; c、呼吸频率低于 9 次/min 或超过 21 次/min,间隔 15~30 min,出现 2 次; d、尿液分析中蛋白质含量为(++) ,且舒张压升高 ≥ 90 mmHg 或收缩压 ≥ 140 mmHg 单次; e、单次读数温度为 38 °C 或以上,或间隔 1 h 连续读数为 37.5 °C 或以上; f、阴道流血; g、羊水粪染; h、胎膜破裂时间 ≥ 24 h; i、孕妇出现与宫缩痛无关的疼痛; j、产检记录中存在任何高风险因素; k、第一产程延长; l、产科急症: 产前出血、脐带脱垂、子痫等。②胎儿: a、非头位; b、初产妇胎头高浮,腹部触诊可扪及 4/5 或全部胎头; c、疑似胎儿生长受限或巨大儿; d、超声诊断羊水过少或羊水过多; e、异常胎心监护; f、孕妇自述过去 24 h 胎动减少; g、脐带异常。

推荐 6: 规范管理活跃期,发现延长趋势应全面评估,并给予足够的生理及心理支持;若明确诊断活跃期延长,推荐人工破膜联合缩宫素促产程进展,即使宫缩乏力证据不足,也可对产程进展缓慢的孕妇酌情使用缩宫素。

解读: 目前不同指南对活跃期标志定义有所差异。基于 2010 年 Zhang 等^[5] 的回顾性研究,ACOG 推荐以宫口扩张 6 cm 作为活跃期标志。2018 年,WHO^[6] 综合分析了 3 项相关系统综述,推荐以宫口扩张 5 cm 作为活跃期标志,我国采纳了 WHO 的推荐^[7]。NICE 指南则将宫口扩张 4 cm 作为活跃期标志。NICE 指南指出应告知孕妇活跃期时长因人而异,初产妇活跃期平均时长为 8 h,一般不超过 18 h;经产妇平均时长为 5 h,一般不超过 12 h。比 WHO 界定的初产妇活跃期不超过 12 h,经产妇不超过 10 h 时间更长,提供了更充分的时间进行阴道试产,因此 NICE 指南同样也指出一旦发现活跃期有延长趋势,应全面评估其宫缩、胎方位等情况,并确保给予其足够的生理及心理支持。在明确活跃期延长诊断前要再次全面评估,如宫缩、胎先露下降、胎方位的情况以及确认 4 h 内宫口扩张是否小于 2 cm,若 2 h 后宫口扩张进展仍小于 1 cm 则诊断为活跃期延长。若明确诊断活跃期延长,推荐人工破膜联合缩宫素促产程进展,即使宫缩乏力证据不足,也可对产程进展缓慢的孕妇酌情使用缩宫素^[8]。①人工破膜: 对胎膜完整的孕妇实施人工破膜术 2 h 后再次进行阴道检查,若无

进展则考虑使用缩宫素。②缩宫素静脉滴注: a、使用缩宫素静脉滴注前产科医生要进行腹部触诊和阴道检查在内的全面评估,排除头盆不称,静脉滴注时应持续胎心监护; b、确保每次上调滴数的间隔时间不少于 30 min,增加滴数直到 10 min 内出现 3~4 次宫缩; c、如果孕妇在 10 min 内宫缩超过 4 次,应减少或停止使用缩宫素; e、如果胎心监护出现异常,必须立即停用缩宫素,并通知医生查看。当胎心监护恢复正常排除胎儿窘迫且孕妇知情同意的情况下可再次静脉滴注缩宫素; f、缩宫素作为一种抗利尿剂,在分娩中使用,特别是与静脉输液一起使用,可导致水潴留、液体过量和低钠血症,因此 NICE 指南建议监测液体平衡; g、规律宫缩 4 h 后进行阴道检查,如果子宫颈扩张增加不到 2 cm,则需要进一步进行产科检查,以评估是否剖宫产,如果子宫颈扩张增加 ≥ 2 cm,建议再每 4 h 进行评估。

推荐 7: 进入第二产程后的用力时机及分娩体位,应在严密监测母胎状况的基础上,采取孕妇最能接受且感觉舒适的方式。

解读: NICE 指南将第二产程分为被动阶段和主动阶段,宫口开全但孕妇无自主用力感阶段称为被动阶段,此时间段可能长达 2 h,当孕妇有自主用力感或阴道口可见胎头则进入第二产程主动阶段。无论是否行椎管内镇痛,平躺可能会导致孕妇体位性低血压和减少胎盘循环血量,因此鼓励孕妇采用最舒适非平躺的姿势进行分娩。目前,关于第二产程延迟用力尚存在争议。WHO 推荐在胎心监护正常、孕妇状态良好的情况下,如果胎儿先露部位于 S+2 以上和(或)非枕前位时,孕妇没有迫切的用力意愿时可密切观察^[6]。但近年来对接受了硬膜外镇痛的初产妇进行的多中心随机对照研究及系统综述显示,接受硬膜外镇痛的初产妇,延迟用力对分娩方式不会有影响,但会增加绒毛膜羊膜炎及脐血低 pH 值的风险^[9,10],因此 2019 年 ACOG 及 2020 年中国正常分娩指南建议对于接受椎管内镇痛的初产妇在第二产程开始时应指导孕妇用力。

推荐 8: 积极评估、诊断及处理第二产程延长。

解读: NICE 指南建议无论是否行硬膜外镇痛,初产妇和经产妇在第二产程的主动阶段分别用力 1 h 和 30 min 后应重新评估临床情况,包括进展、宫缩以及母胎健康状况,若有进展则继续鼓励孕妇用力,若无进展,羊膜完整者考虑人工破膜,若仍无进展或初产妇用力 2 h、经产妇用力 1 h 后仍未分娩则诊断为第二产程延长。这与目前国内采用的新产程定义第二产程延长时限有所差异,NICE 指南虽然允许宫口开全后存在被动阶段可能长达 2 h,但更加强调主动阶段

开始用力后的产程进展评估,允许在更短的时间内诊断为产程延长,并积极处理。当发现第二产程有延长趋势时,应持续给予孕妇情感支持,关注其对于疼痛缓解的需求。当考虑使用缩宫素前,医生应该全面评估胎心、产力、胎方位以及是否存在难产迹象的情况。缩宫素使用方法同第一产程。当产程仍无进展、发生胎儿窘迫或者孕妇体力无法支撑继续用力时,可以考虑使用产钳或者胎吸阴道助产,医生应根据临床情况及自身经验选择合适的助产方法,在阴道助产前要充分做好镇痛准备。当无法经阴道分娩时,建议孕妇进行剖宫产。

推荐 9: 采用宫缩剂加强宫缩、延迟钳夹脐带、控制性脐带牵引的方法积极处理第三产程。

解读: 第三产程应注意监测产妇生命体征、评估子宫收缩情况、检查胎盘和软产道,并且综合评估产妇面色、呼吸以及关注她的主诉,准确估计出血量。NICE 指南建议积极处理第三产程,其对 5 篇随机对照试验进行综述分析^[11-15]发现,该方式相较于等待胎盘自然娩出的处理方式可降低产后出血或输血的风险。积极处理第三产程的具体措施包括: ①使用宫缩剂加强宫缩: NICE 指南回顾了一篇随机对照试验^[16]和一篇 Cochrane 数据库的系统评价^[17],得出的建议是在胎儿出生后和钳夹脐带之前立即给予 10 U 缩宫素肌肉注射,若产前使用过缩宫素,则 5 U 缩宫素 3~5 min 缓慢静脉注射,对有出血高危因素的产妇则可采用 5 U 缩宫素加 500 μ g 麦角新碱肌肉注射,缩宫素加麦角新碱在降低产后出血风险方面可能比单独使用缩宫素更有效,但禁用于患有严重高血压、子痫前期、子痫或严重心脏、肝脏或肾脏疾病的女性,另外缩宫素加麦角新碱可能会导致更多的恶心和呕吐,因此建议必要时向该类产妇提供止吐药。②延迟钳夹脐带: 胎儿娩出后 1~5 min 钳夹脐带,仅在新生儿窒息需要马上复苏的情况下才考虑立即断脐。近年延迟断脐相关研究增加,越来越多的随机对照实验证实延迟断脐并不增加产后出血风险。③控制性脐带牵引,即在胎盘出现剥离征象后再配合宫缩进行牵引,过早牵拉脐带存在脐带撕裂、胎盘部分脱离、子宫内翻等风险^[18]。产后积极处理第三产程 30 min 后,胎盘仍未娩出则诊断为第三产程延长。此时,医生应在静脉通道通畅且镇痛充分的情况下行人工剥离胎盘术,建议在超声引导下进行。

4 产后出血管理

推荐 10: 动态评估产前及产时高危因素。

解读: 产后出血的危险因素: ①产前因素: 既往产后出血超过 1000 ml 或需要输血; 胎盘植入; 子痫前

期; 产前孕妇血红蛋白水平 < 85 g/L; 体质量指数 (BMI) > 35 kg/m²; 多产 (≥ 4 次); 产前出血或胎盘早剥; 子宫过度膨胀 (如多胎妊娠、羊水过多); 子宫异常 (如子宫肌瘤); 前置胎盘。②产时因素: 用缩宫素或前列腺素催引产; 第一产程或第二产程延长; 败血症; 阴道助产; 肩难产; 胎盘滞留。需要注意的是, NICE 指南增加的新建议是在分娩前 1 个月服用选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRI) 或 5-羟色胺-去甲肾上腺素再摄取抑制剂 (SNRI) 抗抑郁药可能会导致产后出血风险增加, 应在出血和血栓风险评估中考虑这一点。

推荐 11: 给予以下 1 种药物, 见表 1, 作为产后出血的一线治疗, 同时需考虑已在第三产程积极管理时使用过的部分药物而调整后续用药, 必要时提供产后

出血进一步治疗。

解读: 当产后出血时立即呼救团队, 并留置尿管、按压子宫、使用强效宫缩剂及静脉补液等急救处理。持续评估失血量和产妇生命体征, 及时发现出血原因。给予以下 1 种药物作为产后出血的一线治疗, 见表 1, 同时考虑到哪些宫缩剂已经作为第三产程积极管理的一部分。如有需要, 为产后出血提供进一步治疗。除宫缩剂外, 氨甲环酸 (1 g 静脉滴注) 可减少失血量、子宫切除率和孕产妇死亡率^[19-21], 必要时 30 min 后可重复使用。当出血未得到及时控制时, 应检查胎盘胎膜完整性和软产道裂伤并有效处理, 同时考虑监测凝血功能以及输注血液制品, 当药物及宫腔球囊压迫均不能止血, 应及时进行手术治疗。

表 1 产后宫缩剂的选择

第三产程缩宫剂使用方案	产后出血的一线用药	产后出血的二线用药	根据临床需要可以提供的额外治疗
不使用缩宫素	缩宫素联合麦角新碱肌内注射 (如有禁忌, 给予卡前列素), 或一旦建立静脉通道, 立即输注缩宫素	卡前列素肌内注射	卡前列素肌内注射 (可间隔不少于 15 min 重复, 最多 8 剂), 或米索前列醇 800 μg, 舌下或直肠给药 (如果静脉途径不可用, 可更早使用), 或卡贝缩宫素缓慢静脉注射
单用缩宫素	麦角新碱肌内注射 (如有禁忌, 给予卡前列素), 或一旦建立静脉通道, 立即输注缩宫素	卡前列素肌内注射	卡前列素肌内注射 (可间隔不少于 15 min 重复, 最多 8 剂), 或米索前列醇 800 μg, 舌下或直肠给药 (如果静脉途径不可用, 可更早使用), 或卡贝缩宫素缓慢静脉注射
缩宫素联合麦角新碱	卡前列素肌内注射, 或一旦建立静脉通道, 立即输注缩宫素	15 min 后卡前列素重复肌内注射	卡前列素肌内注射 (可间隔不少于 15 min 重复, 最多 8 剂), 或米索前列醇 800 μg, 舌下或直肠给药 (如果静脉途径不可用, 可更早使用), 或卡贝缩宫素缓慢静脉注射
卡贝缩宫素	麦角新碱肌内注射	卡前列素肌内注射	卡前列素肌内注射 (可间隔不少于 15 min 重复, 最多 8 剂), 或米索前列醇 800 μg, 舌下或直肠给药

5 产后管理

推荐 12: 新生儿娩出后立即评估呼吸、心率等情况, 并根据新生儿复苏指南确定是否需要及如何复苏。若新生儿状况稳定且无并发症, 鼓励产妇在分娩后尽快与其进行皮肤接触, 并在 1 h 内开始母乳喂养, 避免母婴分离。

解读: 分娩前要确保在场的医务人员每年都参加了新生儿复苏课程, 分娩环境中要有相应的复苏设备及包括转运途径在内的应急预案。新生儿娩出后, 记录 1 min 和 5 min 的 Apgar 评分, 对于呼吸、心率等异常的新生儿立即行新生儿复苏并抽取脐动、静脉血进行血气分析, 持续评估新生儿状况, 直到病情好转和稳定。此后进行初步检查, 若发现任何重大身体异常, 及时转诊。若新生儿状况稳定且无并发症, 鼓励母婴尽快进行皮肤接触, 如果产妇身体状况不佳, 鼓励其分娩伴侣进行皮肤接触, 皮肤接触时要用温暖、干燥的毯子或毛巾盖住新生儿, 确保新生儿呼吸通畅, 并告知产妇及家属如何保持其气道通畅。鼓励分娩后 1 h 内开始母乳喂养, 避免母婴分离。以上新生儿早期基本保健技术能有效预防和处理引起新生儿患病和死亡的主要因素^[22]。此外, 对于在妊娠期间服

用 SSRI 或 SNRI 抗抑郁药的妇女, 应对其新生儿进行额外监测, 这些药物可能导致新生儿持续性肺动脉高压, 且新生儿戒断症状风险会增加。

推荐 13: 产后对产妇生命体征、宫缩、恶露、膀胱充盈及麻醉阻滞情况进行观察与记录, 并持续评估产妇心理状况。

解读: 产后产妇评估内容^[1]: ①观察并记录产妇生命体征; ②检查子宫收缩和恶露情况; ③关注排尿是否成功, 产后 6 h 后, 若扪及产妇膀胱充盈且经诱导后无法自主排尿, 则建议导尿; ④与产妇的每一次接触都应对其情绪及心理状况进行评估; ⑤检查接受过硬膜外麻醉的产妇是否可以在最后一次加麻醉剂量后 4 h 内进行直腿抬高。如果无法做到, 则请联系产科麻醉师进行紧急复查。

推荐 14: 在灯光照明良好, 产妇得到充分镇痛并位于舒适体位下, 迅速且轻柔地全面检查产道裂伤情况, 并在遵循缝合原则的基础上尽快修复伤口, 以尽量减少感染和出血的风险。

解读: 会阴伤口的评估与处理: 在灯光照明良好, 产妇得到充分镇痛并位于舒适体位下, 迅速且轻柔地全面检查阴道、会阴及直肠情况, 评估伤口顶点的位

置、受损结构及出血情况,尽快修复伤口,以尽量减少感染和出血风险。会阴修复时应遵循的基本原则^[1]: ①无菌原则; ②手术前后清点纱布及缝针; ③确保照明及暴露良好; ④确保在适当麻醉下进行修复; ⑤恢复解剖结构; ⑥修复后直肠指检,确保缝线没有穿透直肠黏膜; ⑦修复完成后,准确并详细纪录裂伤程度、修复方法及材料等信息; ⑧向产妇宣教有关疼痛缓解、清洁、饮食和学习进行盆底锻炼重要性的相关知识,并告知康复过程以及出现何种情况时如何寻求帮助和心理支持的相关信息。

6 小结

依据宗教文化、人种及卫生经济条件的差异,对正常分娩时管理的措施略有不同,指南给出了几个综合性的推荐^[1]: ①医务人员应赋予孕妇知情与决策的权利,并尽早与孕妇及家属在建立信任的基础上,充分了解分娩需求及时完成分娩计划的制定; ②规范管理第一产程,给予充分的身心支持,一旦发现活跃期延长趋势,需全面评估后予以积极处理; ③根据孕妇需求制定个性化分娩镇痛,第二产程运用自由体位,采用会阴热敷、按摩、限制性会阴侧切等方式降低盆底损伤; ④积极处理第三产程,通过产后宫缩剂、延迟断脐、控制性牵引脐带预防产后出血; ⑤产后落实新生儿早期基本保健技术,特别是欠发达地区,可实现最低成本有效预防和处理引起新生儿患病和死亡的主要因素。

参 考 文 献

[1] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NICE guideline [NG235] Intrapartum care: care of women and their babies during labour and birth [DB/OL]. (2023-09-29) [2024-02-29]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ug235>.

[2] Ghahremani T, Bailey K, Whittington J, et al. Birth plans: definitions, content, effects, and best practices [J]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2023, 228(suppl55) : s977-s982.

[3] Sandall J, Soltani H, Gates S, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women [J]. *Cochrane Database Syst Rev* 2016(4) : CD004667.

[4] American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Committee opinion No. 679: immersion in water during labor and delivery [J]. *Obstet Gynecol* 2016, 128(5) : e231-e236.

[5] Zhang J, Landy HJ, Branch DW, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes [J]. *Obstet Gynecol*, 2010, 116(6) : 1281-1290.

[6] World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [M]. Geneva: World Health Organization 2018, 125(8) : 918-922.

[7] 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] 周 玮, 漆洪波. 2019 年 ACOG 剖宫产后阴道分娩指南解读 [J].

中国实用妇科与产科杂志 2019, 35(12) : 1340-1344.

[9] Di Mascio D, Saccone G, Bellussi F, et al. Delayed versus immediate pushing in the second stage of labor in women with neuraxial analgesia: a systematic review and Meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *Am J Obstet Gynecol* 2020, 223(2) : 224-235.

[10] Chen M, Cheng A, Tan D, et al. Effect of immediate vs delayed pushing on rates of spontaneous vaginal delivery among nulliparous women receiving neuraxial analgesia: a randomized clinical trial [J]. *JAMA*, 2018, 320(14) : 1444-1454.

[11] Prendiville WJ, Harding JE, Elbourne DR, et al. The bristol third stage trial: active versus physiological management of third stage of labour [J]. *BMJ*, 1988, 297(6659) : 1295-1300.

[12] Rogers J, Wood J, Mccandlish R, et al. Active versus expectant management of third stage of labour: the hinchingsbrooke randomised controlled trial [J]. *Lancet*, 1998, 352(9135) : 1427-1432.

[13] Kashanian M, Fekrat M, Masoomi Z, et al. Comparison of active and expectant management on the duration of the third stage of labour and the amount of blood loss during the third and fourth stages of labour: a randomised controlled trial [J]. *Midwifery* 2010, 26(2) : 241-245.

[14] Thilaganathan B, Cutner A, Latimer J, et al. Management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage [J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1993, 48(1) : 19-22.

[15] Yildirim D, Ozyurek SE, Ekiz A, et al. Comparison of active vs. expectant management of the third stage of labor in women with low risk of postpartum hemorrhage: a randomized controlled trial [J]. *Ginekol Pol* 2016, 87(5) : 399-404.

[16] Biradar AM, Yaliwal RG, Kori SS, et al. Randomised control trial of 3 IU intravenous oxytocin bolus with 7 IU oxytocin infusion versus 10 IU intramuscular oxytocin in the third stage of labour in the prevention of postpartum hemorrhage [J]. *Int J Womens Health* 2021, 9(3) : 171-175.

[17] Oladapo OT, Okusanya BO, Abalos E, et al. Intravenous versus intramuscular prophylactic oxytocin for reducing blood loss in the third stage of labour [J/CD]. *Cochrane Database Syst Rev* 2020, 11(11) : CD009332.

[18] Gulmezoglu MA, Lumbiganon P, Landoulsi S, et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial [J]. *Lancet*, 2012, 379(9827) : 1721-1727.

[19] Brenner A, Shakur-Still H, Chaudhri R, et al. The impact of early outcome events on the effect of tranexamic acid in post-partum haemorrhage: an exploratory subgroup analysis of the woman trial [J]. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018, 18(1) : 215.

[20] Sentilhes L, Sénat MV, Le Lous M, et al. Tranexamic acid for the prevention of blood loss after cesarean delivery [J]. *Obstet Anesth Dig*, 2021, 76(9) : 524-526.

[21] Xia Y, Griffiths BB, Xue QS. Tranexamic acid for postpartum hemorrhage prevention in vaginal delivery: a Meta-analysis [J]. *Medicine*, 2020, 99(3) : e18792.

[22] World Health Organization. Action plan for healthy newborn infants in the Western Pacific Region (2014-2020) [M/OL]. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific. [2014-10-27]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789290616856>.

(收稿日期: 2024-05-13; 修回日期: 2024-07-22)