

椎管内分娩镇痛护理循证实践方案的构建

戚芳¹, 黄绍强², 闵辉¹, 周英凤⁴, 章孟星⁴, 丁焱³

摘要:目的 构建基于循证的椎管内分娩镇痛护理实践方案。方法 以 Stetler 证据应用模式为理论框架,通过典型机构的现场观察,梳理焦点问题,系统检索文献,提取证据及推荐意见,构建方案草案,进行专家论证,确定推荐等级,形成最终方案。结果 方案包括分娩疼痛的评估及初步处理、椎管内分娩镇痛开始时机、镇痛前准备、镇痛期间的监护与管理、镇痛产妇的活动管理、饮食管理、镇痛结束时机 7 个方面共 41 条推荐意见,其中 38 条强推荐,3 条弱推荐。结论 构建椎管内分娩镇痛护理循证实践方案,有利于多学科助产团队在临床实践过程中达成一致,为下一步临床实施奠定基础。

关键词: 产妇; 分娩; 椎管内镇痛; 循证实践方案

中图分类号: R473.71 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.04.021

Development of evidence-based practice protocol for intrathecal labor analgesia Qi Fang, Huang Shaoqiang, Min Hui, Zhou Yingfeng, Zhang Mengxing, Ding Yan. Labor Ward, Obstetrics and Gynecology Hospital of Fudan University, Shanghai 200090, China

Abstract: **Objective** To develop an evidence-based practice protocol for intrathecal labor analgesia. **Methods** Using the Stetler Model of research utilization as theoretical framework, we developed draft protocol based on field observation, identification of focus problems, literature reviewing, and extraction of evidence and recommendations. Then expert consultation was conducted to identify recommendation grade and to formulate the final protocol. **Results** The protocol included seven dimensions and 41 recommendations (38 strong recommendations and 3 weak recommendations): assessment and preliminary management of labor pain, commencement of intrathecal labor analgesia, preparation before intrathecal labor analgesia, monitoring and management during intrathecal labor analgesia, activity management, dietary management, and termination of intrathecal labor analgesia. **Conclusion** The development of evidence-based practice protocol for intrathecal labor analgesia facilitates the achievement of multidisciplinary team agreement, thus to provide foundation for clinical practice.

Key words: puerpera; labor and delivery; intrathecal labor analgesia; evidence-based practice protocol

作为改善孕产妇分娩体验、降低非医学指征剖宫产率的有效手段,椎管内分娩镇痛逐渐被临床所接受^[1-2]。2018 年 WHO 发布的分娩期保健指南推荐:可根据孕产妇意愿选择椎管内药物镇痛^[3]。随着分娩镇痛知识的普及,我国椎管内分娩镇痛率较以往已有大幅提高^[4-5]。但是要做好此项服务,需要助产士、产科医生和麻醉师等学科成员有效合作。因各学科专业人员所处视角不同,常常形成意见不同的指南和推荐意见,从而导致在椎管内分娩镇痛的照护过程中常常存在争议,难以统一。为了更好地落实循证护理,统一实践标准,同质化实践内容,本课题小组于 2016 年 3 月至 2018 年 7 月,以 Stetler 证据应用模式^[6-7]为指导,聚焦椎管内分娩镇痛实践过程中存在的争议、亟待解决的问题,综合全球证据,进行本地决策,构建适用于复旦大学妇产科医疗联合体(包括复旦大学附属妇产科医院等 11 家医疗单位)使用的椎

管内分娩镇痛护理循证实践方案,规范多学科助产团队的临床实践。

1 资料与方法

1.1 一般资料 ①循证实践方案构建小组:小组成员共 10 人,男 3 人,女 7 人;年龄 25~47(38.9±7.9)岁。其中医院 7 人,包括护理部主任、副主任各 1 人,麻醉科主任、副主任各 1 人,产科副主任 1 人、高级实践助产士 2 人;学校 3 人,包括副教授 1 人、护理学硕士 2 人。小组成员分工:1 名护理部主任和 1 名护理学硕士为项目负责人和主要完成人,负责方案的设计、证据的检索、筛选及综合;护理、麻醉科、产科 3 个科室管理者负责给予学科建议、人员调配、资料收集时进行协助;循证方法学专家负责解决整个方案构建中的方法学问题;另外 1 名护理学硕士负责协助指南的筛选和质量评价。②循证实践方案论证专家:10 人中男 2 人,女 8 人;年龄 36~57(44.2±5.8)岁;专业领域从业年限 13~27(20.8±4.5)年;学历:本科 1 人,硕士 5 人,博士 4 人;护理部主任 1 人(主任护师),临床护理 2 人(均为副主任护师),麻醉科医生 3 人(均为主任医师),产科医生 3 人(主任医师 1 人,副主任医师 2 人),学校教师 1 人(副教授)。评价方案初稿在专业人员中的可操作性,对各推荐意见的有效性、科学性、临床意义、可行性进行论证,形成推荐等级。

作者单位:复旦大学附属妇产科医院 1. 产房 2. 麻醉科 3. 护理部(上海, 200090);4. 复旦大学护理学院

戚芳:女,硕士,护师

通信作者:丁焱,ding_yan@fudan.edu.cn

科研项目:复旦大学—复星护理科研基金 2016 年度项目(FNF201608);上海卫生计生系统重要薄弱学科建设项目(2015ZB0303)

收稿:2018-09-04;修回:2018-10-15

1.2 方法

1.2.1 理论依据 采用 Stetler 证据应用模式^[7]为本研究的理论框架。本方案构建过程主要践行 Stetler 证据应用模式 5 个步骤中的前 3 个步骤^[6-7]：①准备(Preparation)，定义并确认焦点问题，回顾临床实践情景，组织相关工作流程，并开始检索相关文献；②确认(Validation)，包括评价证据和综合证据；③比较和决策制定(Comparative evaluation/Decision making)，对各研究提取的证据进行比较，比较证据的差异性和证据可实体化的程度，做出是否应用该研究证据的决策，并做出相应的推荐。

1.2.2 确认实践中的焦点问题 研究者(第 1 作者)在复旦大学附属妇产科医院进行为期 6 个月的现场参与式观察，了解现有临床实践情景，梳理椎管内分娩镇痛的临床护理实践流程，提取亟需解决的焦点问题。包括是否需要/如何进行分娩疼痛评估？何时为椎管内分娩镇痛最佳开始时机？椎管内分娩镇痛操作前应该进行哪些准备？椎管内分娩镇痛操作结束后要进行哪些观察和护理？第二产程是否需要延迟产妇自主用力的时间？接受椎管内分娩镇痛的产妇能否下床活动？接受椎管内分娩镇痛的产妇应该进食何种饮食？何时为椎管内分娩镇痛最佳结束时机？

1.2.3 证据检索 使用英文关键词"labor analgesia/epidural analgesia/neuraxial analgesia/labour pain relief, guideline * / standard * / consensus / practice / recommendation", 中文关键词“分娩镇痛/椎管内镇痛/硬膜外镇痛/区域镇痛/产科镇痛, 指南/共识/标准/规范/建议”, 系统检索相关专业协会网站、国内外临床实践指南网站、部分数据库及资源, 检索日期均从建站(库)至 2017 年 7 月。检索的专业协会网站包括美国麻醉医师协会网站(American Society of Anesthesiologists, ASA)、美国区域麻醉协会网站(American Society of Regional Anesthesia, AS-RA)、美国产科麻醉与围生医学学会(Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology, SOAP)、英国皇家妇产科医师学会(Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG)、英国产科麻醉医师协会(Obstetric Anaesthetists Association, OAA)、妇女健康及产儿护理协会(Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, AWHONN)。检索的国内外临床实践指南库包括: 美国国立指南数据库(National Guideline Clearinghouse, NGC)、英国国家临床优化研究所(National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)、国际指南协作组(Guidelines International Network, GIN)、苏格兰学院间指南网络(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN)、新西兰指南研究组(New Zealand Guidelines Group, NZGG)、加拿大医学会临床实践指南数据库、中国医脉通临床指南库。其他如 Sinomed、中国知

网、万方、维普、PubMed、EMbase。指南的纳入标准：①语言为中文或英文；②指南的范围涉及椎管内分娩镇痛；③指南对临床或健康干预提出指导性意见。排除标准：①直接翻译或重复收录的临床实践指南；②指南解读、指南后效评价等非指南。

1.2.4 指南质量评价及证据提取 由 2 名接受过 AGREE II 评分标准培训的评价员(复旦大学护理学硕士)采用 AGREE II 体系对指南进行独立评价。根据情景分析中确定的焦点问题，采用内容分析法进行证据提取，若出现指南内容相冲突，则分别提取，待专家验证。证据质量级别以美国预防服务工作组(US Preventive Services Task Force, UPSTF)制定的证据分级系统^[8]为准划分：Ⅰ级，证据至少来源于 1 项随机对照试验、或从 RCT 提取得出的 Meta 分析；Ⅱ-1 级，证据来源于设计良好的对照试验，可以没有随机；Ⅱ-2 级，证据来源于设计良好的队列或病例对照分析，最好是一个多中心或小组性调查；Ⅱ-3 级，证据来源于无干预或无对照的研究；Ⅲ级，证据来源于专家意见、临床经验、描述性报告和研究。

1.2.5 拟定方案初稿 由课题组成员对提取的证据进行分析和综合，形成椎管内分娩镇痛护理实践方案初稿。包括分娩疼痛的评估及初步处理、椎管内分娩镇痛开始时机、椎管内分娩镇痛前准备、椎管内分娩镇痛期间的监护与管理、接受椎管内分娩镇痛产妇的活动管理、接受椎管内分娩镇痛产妇的饮食管理、椎管内分娩镇痛的结束时机 7 个方面内容。

1.2.6 专家会议论证 10 名专家对收集的证据进行讨论，根据证据的质量，结合证据的有效性、可行性、临床意义等进行判断，形成正式的推荐。推荐级别采用 GRADE 推荐强度(2004 版)^[9-10]，简化为“强推荐”和“弱推荐”2 项，以“暂不推荐”筛选暂不符合临床情景的推荐条目。同时讨论根据证据是否改进现行流程，论证方案是否可应用于现有的临床实践中等，最后形成椎管内分娩镇痛护理循证实践方案终稿。

2 结果

2.1 纳入的指南及推荐意见 最终纳入指南 7 篇^[11-17]，分别来自美国、英国、中国、爱尔兰、比利时、加拿大。其中 3 篇为循证性指南，3 篇为共识性指南，1 篇指南类型不详，似为多个指南推荐意见的整理。有 4 篇指南强烈推荐^[11-13, 16]，3 篇指南建议修改后推荐^[14-15, 17]。

2.2 椎管内分娩镇痛护理循证实践方案、证据等级及推荐强度 7 篇指南共析出 54 项证据，其中Ⅰ级证据 20 项，Ⅱ-1 级 0 项，Ⅱ-2 级 3 项，Ⅱ-3 级 2 项，Ⅲ级 29 项，形成 44 条推荐意见。经专家论证，最终确定“椎管内分娩镇痛护理循证实践方案”及证据等级，包括 7 个部分共 41 条推荐意见，其中 38 条强推荐，3 条弱推荐；具体见样表 1。

样表 1 椎管内分娩镇痛护理循证实践方案、证据等级及推荐强度

推荐意见(实践方案)	证据等级	推荐强度
一 分娩疼痛的评估及初步处理		
1 评估产妇的疼痛程度和采用分娩镇痛措施的意愿 ^[13]	Ⅲ	强推荐
2 推荐采用视觉模拟评分法评估产妇的疼痛程度,原则上临产后每小时评估 1 次 ^[13]	I	强推荐
3 推荐当产妇疼痛评分≥4 分时,助产士提供非药物性分娩镇痛方式;当产妇疼痛评分≥7 分时,根据产妇意愿提供椎管内分娩镇痛方式	Ⅲ	强推荐
4 推荐助产士根据产妇的实际需求提供镇痛方案的宣教 ^[11,13,17]	Ⅱ-3	强推荐
二 椎管内分娩镇痛开始时机		
1 椎管内分娩镇痛目前仍以产妇宫口开 2 cm 之后为最佳开始时机	Ⅲ	强推荐
三 椎管内分娩镇痛前准备		
1 评估产妇的血压、脉搏、呼吸、体温 ^[12-14,17]	Ⅲ	强推荐
2 评估产妇的凝血功能,常规提供产妇的血小板计数 ^[12,14]	Ⅲ	强推荐
3 评估产妇经口液体、固体摄入量及时间 ^[13]	Ⅲ	强推荐
4 推荐在椎管内分娩镇痛开始前,获得胎心监护数据 ^[12-13]	Ⅲ	强推荐
5 推荐在椎管内分娩镇痛开始前指导或协助产妇排空膀胱 ^[13]	Ⅲ	强推荐
6 推荐在椎管内镇痛开始前,开通静脉通路,并遵医嘱给予预充液体 ^[11,13-14,16]	Ⅲ	强推荐
7 推荐根据指南和/或麻醉师要求,预备必需的抢救设备和药品 ^[13-17]	Ⅲ	强推荐
8 推荐在椎管内分娩镇痛操作前和镇痛操作结束后 30 min,提供助产士一对一照护 ^[13]	Ⅲ	弱推荐
9 如有需要,推荐助产士鼓励和协助产妇在操作过程中采用呼吸等放松技巧 ^[13]	Ⅲ	强推荐
四 椎管内分娩镇痛期间的监护与管理		
(一)产妇生命体征		
1 评估镇痛是否有效,不良反应是否出现 ^[11,13-14,17]	I	强推荐
2 评估血压。推荐首剂给药或再次给药后(包括 PCEA)测量血压,前 15 min 内每 5 分钟测量 1 次,30 min、1 h 时复测 1 次 ^[13]	I	强推荐
3 推荐脉搏、呼吸的评估与血压评估的频率一致 ^[13]	Ⅲ	强推荐
4 接受椎管内分娩镇痛的产妇,应根据情况,适时评估其血氧饱和度 ^[13]	Ⅲ	强推荐
5 评估应用椎管内分娩镇痛后,产妇应对分娩的能力及信心 ^[13]	Ⅲ	强推荐
6 椎管内分娩镇痛实施后,若 30 min 内镇痛效果不明显,应通知麻醉医生 ^[13]	I	强推荐
7 根据产妇的情绪、认知、行为、心理状态和个性化的需求等,为产妇提供支持和舒适护理 ^[13]	Ⅲ	强推荐
(二)胎儿状态		
1 推荐首剂给药或再次给药后(包括 PCEA)监测胎心,前 15 min 内每 5 分钟听 1 次胎心 ^[13]	Ⅲ	强推荐
2 若胎心异常,应立即启动宫内复苏措施,如改变母体体位、静脉输液、面罩给氧 10 L/min 等 ^[13]	I	强推荐
3 若胎心异常,须根据需要通知麻醉师和产科医生 ^[13]	Ⅲ	强推荐
(三)子宫收缩情况		
1 推荐首剂给药或再次给药后(包括 PCEA)监测宫缩情况,前 15 min 内每 5 分钟记录 1 次 ^[13]	Ⅱ-2	强推荐
2 若子宫收缩过强,则采取缓解措施,如重置母体体位、给予静脉输液、减少或停用缩宫素(如果在滴注过程中)等 ^[13]	I	强推荐
3 若子宫收缩变弱,则考虑根据常规滴注缩宫素	Ⅲ	强推荐
(四)第二产程自主用力的时间		
1 宫口开全后,除非产妇有强烈的用力愿望或胎头已可见,否则推荐延迟用力的时间至少 1 h、或者直至产妇有想用力的愿望,那时可积极鼓励产妇在宫缩期用力 ^[11,13]	I	强推荐
五 接受椎管内分娩镇痛产妇的活动管理		
1 鼓励接受椎管内分娩镇痛的产妇产下床活动,鼓励她们在产程中采用任何觉得舒适的体位,如直立位 ^[11,15]	I	弱推荐
2 接受椎管内分娩镇痛的产妇如果允许活动,其活动区域最好不要离开产房 ^[17]	Ⅲ	强推荐
3 此类产妇活动前,必须由专人评估其是否有行走能力,评估可采用标准化的评估方法,如 Bromage 评分、改良的 Bromage 评分、直腿抬高试验等 ^[13,15]	I	强推荐
4 此类产妇活动时,必须由有能力的成年人陪伴(其伴侣、家人或助产士等) ^[17]	I	强推荐
5 满足下列情况的产妇允许下床活动:①镇痛后 30 min 内胎心正常;②产妇已经过助产士或麻醉师评估,评估方法基于此前麻醉科制定的方案;③助产士和产科医生不反对此产妇走动;④助产士必须定时重新评估产妇的行走能力 ^[17]	I	强推荐
六 接受椎管内分娩镇痛产妇的饮食管理		
(一)液体		
1 允许无并发症的产妇经口摄入适量清亮液体,如水、等渗运动饮料、无渣果汁等 ^[13-14,17]	Ⅲ	强推荐
2 推荐无并发症的产妇的经口液体摄入量由其口渴程度自主决定 ^[13]	Ⅲ	强推荐
3 对有额外误吸风险因素(如糖尿病、病态肥胖、困难气道)或有增加剖宫产可能(如胎心异常)的产妇可能需要因人而异的限制液体摄入 ^[12]	Ⅲ	强推荐
(二)固体		
1 对于低并发症风险的产妇,产程中可以适量摄入固体食物 ^[13]	I	强推荐
2 当产妇处于第一产程活跃期时,不建议摄入固体食品和非清亮液体 ^[17]	I	弱推荐
3 不建议在产程中进食高脂肪固体食物 ^[13]	Ⅲ	强推荐
4 医院应当制定有关椎管内分娩镇痛产妇在产程中饮食的相关制度 ^[13,16]	Ⅲ	强推荐
七 椎管内分娩镇痛的结束时机		
1 椎管内分娩镇痛一旦建立,则可持续到第三产程结束,必要时可持续至会阴缝合期 ^[11]	I	强推荐

2.3 椎管内分娩镇痛护理最佳实践流程 在样表 1 的基础上,专家进一步论证,制订出椎管内分娩镇痛护理最佳实践流程,见图 1。

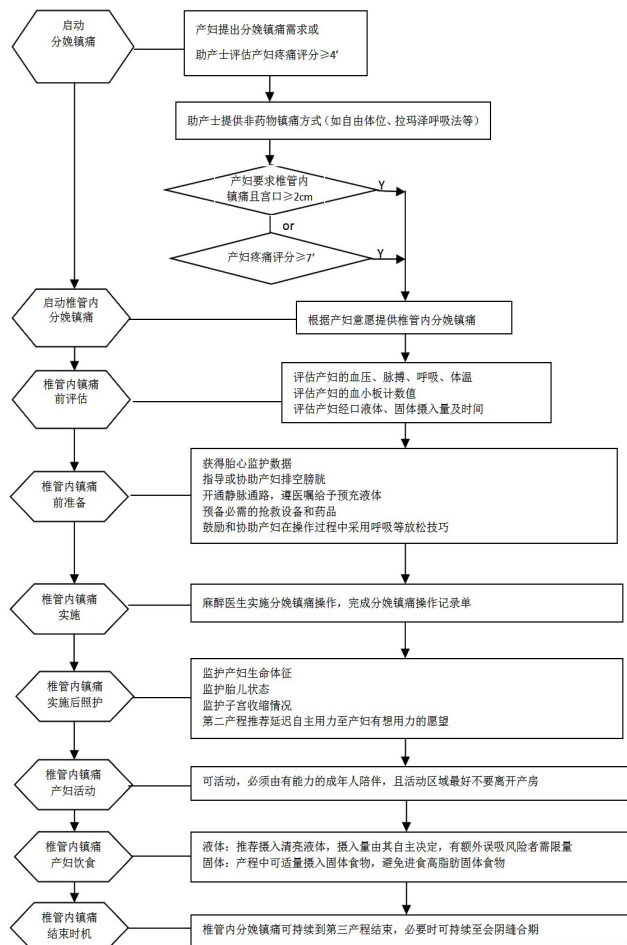


图 1 椎管内分娩镇痛护理最佳实践流程

3 讨论

3.1 以解决临床问题为驱动和导向的方案构建具有现实意义 随着椎管内分娩镇痛率逐年提高,如何规范地对椎管内分娩镇痛进行照护管理已成为产房助产人员面临的重要问题,但因地域不同、各学科助产人员所处视角不同,对产妇照护管理的意见也不尽一致,临床上仍有相当数量的问题亟待解决。如接受椎管内分娩镇痛的产妇第二产程能否延迟用力的问题,笔者曾对国内 59 所三级甲等医院进行调查发现,回答“是”、“否”、“看情况”的医院几乎各占 1/3,地区间差异较大;国内外不同文献对此问题也有讨论^[18-19]。而本方案检索出了最佳证据,推荐接受椎管内镇痛的产妇第二产程可延迟屏气用力至有想用力的愿望(I 级证据,强推荐)。又如,椎管内分娩镇痛的终止时机。早期研究认为,为了避免对第二产程产生干扰,椎管内镇痛一般于宫口开至 7~8 cm 或宫口开全时停药^[20-22],国内目前暂无明确统一可执行的标准,大多凭助产人员的经验决定。产科

医生出于对第二产程产力的考虑,一般选择在产妇宫口开全时停药;而助产士在关注产力的同时也非常重视产痛的护理,在产程进展顺利时推荐继续使用,因此意见不一致。本方案推荐椎管内分娩镇痛可持续使用到第三产程结束,必要时可持续至会阴缝合期(I 级证据,强推荐)。

3.2 本方案依据本地情形构建,过程严谨,有较好的适用性 本方案的构建过程严格遵循 Stetler 证据应用模式,因检索到的指南提取的证据已经能全部覆盖所提的焦点问题,且指南较新,最新出版的指南为 2017 年 5 月,因此不再进行系统评价的检索。本研究的证据将主要来源于临床实践指南,纳入的指南均来自权威机构,证据提取后经课题组审阅及调整,方案论证尽可能纳入循证实践的各利益相关人群,代表性好,保证方案构建的科学性。

但在循证实践的决策中,对于循证证据,尤其是来源于国外指南的证据,不宜生硬照搬,还需考虑不同国家/地区/机构人群的基线特征、医疗资源、文化价值观等,并结合证据应用的潜在风险、适宜性,从而做出适用于本地情景的决策^[6]。如椎管内分娩镇痛的开始时机,尽管国外指南认为椎管内分娩镇痛的开始时机不应以宫口扩张大小为标准,产妇提出需求即实施^[11-15,17]。但从我国产房管理的角度来说,会存在风险,过早行椎管内镇痛可能会干扰产程进展,目前仍以产妇宫口开≥2 cm 后为最佳开始时机。本方案在回顾本地临床现况的基础上,由来自医联体内部的专家对方案的适用性进行了客观的评价及调整,保证本方案在结合本地情境的基础上,进行本地决策,过程严谨,有较好的适用性。

3.3 多学科成员参与方案的构建,有利于方案的执行 椎管内分娩镇痛服务的良好开展,与产科、麻醉科、护理等多学科团队的有效合作密切相关。本方案的构建是在多学科的共同参与下完成的,国内外多项研究均证实,多学科团队合作能充分发挥各专业在患者治疗及照护过程中的优势,促进相关学科的沟通与交流,有效规范各学科专业人员对患者的处理意见,提高各学科合作的默契程度和患者满意度^[23-26],因此,本研究邀请各学科专家加入。这些专家既为椎管内分娩镇痛的管理者也为实践者,对实践方案的构建及后期推行都起到极为重要的作用。方案论证阶段,采用专家会议法,对形成的方案初稿进行补充、修改、论证,从而使方案在多学科合作背景下趋于完善,最终使方案能被椎管内分娩镇痛实施团队的各学科成员所接受,从而易于落地,更具可行性^[27]。

4 小结

本研究形成的椎管内分娩镇痛护理循证实践方案,解决了临床实践决策不统一的问题,规范了助产镇痛流程,不仅适用于复旦大学妇产科医联体,其他医疗单位也可应用,为产妇分娩提供了规范统一的镇

痛干预计划与措施。本研究还未结束,后期将进行临床试点和适用性调整,并评价方案的应用效果,以使本方案更加完善。

参考文献:

[1] 黄达元,杨琼,孙莉. 2003~2012 年梁平县剖宫产率升高原因及对策分析[J]. 中国妇幼保健,2014,29(36):5967-5969.

[2] 徐惠芳,王丽娟. 分娩镇痛降低会阴切口疼痛指数效果观察[J]. 中国乡村医药,2012,19(18):26-27.

[3] WHO. WHO recommendations—intrapartum care for a positive childbirth experience[R]. Geneva: World Health Organization,2018.

[4] 徐铭军,吴新民. 分娩镇痛的现状和临床应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2006,22(7):548-550.

[5] 费菲. 无痛分娩时代真的来了? ——中华医学会麻醉学分会产科麻醉学组组长姚尚龙一席谈[J]. 中国医药科学,2016,6(16):1-6.

[6] 成磊,胡雁. 证据应用在循证护理实践的研究现状[J]. 护理学杂志,2016,31(3):101-105.

[7] Stetler C B. Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice[J]. Nurs Outlook,2001,49(6):272-279.

[8] Hadorn D C,Baker D,Hodges J S,et al. Rating the quality of evidence for clinical practice guidelines[J]. J Clin Epidemiol,1996,49(7):749-754.

[9] 王子君,姚亮,刘练,等. 推荐分级的评估、制订与评价(GRADE)方法学家的培训与认证[J]. 中国循证儿科杂志,2017,12(5):388-391.

[10] Schünemann H,Broek J,Guyatt G. The GRADE handbook[EB/OL]. (2013-10-04)[2016-09-06]. <https://training.cochrane.org/resource/grade-handbook>.

[11] National Institute For Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies[EB/OL]. (2014-12-03)[2016-09-10]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.

[12] Hawkins J,Arens J,Bucklin B. Practice guidelines for obstetric anesthesia[J]. Anesthesiology,2016,124(2):270-300.

[13] Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Nursing care of the woman receiving regional analgesia/anesthesia in labor. Second edition. Evidence-based clinical practice guideline[M]. Washington DC: Stryker Medical,2011:19-43.

[14] 中华医学会麻醉学分会产科学组. 分娩镇痛专家共识

(2016 版)[J]. 临床麻醉学杂志,2016,32(8):816-818.

[15] Association of Anaesthetists of Great Britain,Ireland Obstetric Anaesthetists' Association. Guidelines for Obstetric Anaesthetic Services[M]. London: AAGBI,2013:2-28.

[16] Dobson G,Chong M,Chow L,et al. Guidelines to the practice of anesthesia—revised edition 2017[J]. Can J Anesth,2017,64(1):65-91.

[17] Van De Velde M, Vercauteren M, Stockman W, et al. Recommendations and guidelines for obstetric anesthesia in Belgium[J]. Acta Anaesthesiol Belg,2013,64(3):97-104.

[18] 李一美,邵慧静,方晓红,等. 第二产程延迟屏气对硬膜外分娩镇痛初产妇分娩结局的影响[J]. 中国护理管理,2016,16(3):319-322.

[19] Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 687: approaches to limit intervention during labor and birth[J]. Obstet Gynecol,2017,129(2):e20-e28.

[20] 连庆泉,姚尚龙,胡品明. Chestnut 产科麻醉学:理论与实践[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2013:417-419.

[21] 黄绍强. 椎管内阻滞分娩镇痛的研究进展[J]. 复旦学报(医学版),2007,34(4):630-633.

[22] Torvaldsen S, Roberts C L, Bell J C, et al. Discontinuation of epidural analgesia late in labour for reducing the adverse delivery outcomes associated with epidural analgesia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2004 (4): CD004457.

[23] 张新春,王义海,葛玉红,等. 多学科合作延续护理对乳腺癌患者心理状态和生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志,2018,24(2):199-202.

[24] 陈春英,刘冬梅,汤鸿鹰. 多学科团队合作式自我管理教育对初诊冠心病患者情绪障碍的影响[J]. 心脑血管病防治,2018,18(1):69-71.

[25] Landry A, Erwin C. Perspectives on multidisciplinary team processes among healthcare executives: processes that facilitate team effectiveness[J]. J Health Hum Serv Adm,2015,38(3):350-380.

[26] 张伟,朱宁宁,雷婷婷,等. 胃癌患者术后肠内营养喂养不足循证预防护理方案构建[J]. 护理学杂志,2018,33(11):1-4.

[27] 王树欣,韩文军,张丽君. 基于循证的气管插管全麻导管拔除管理方案的构建与应用[J]. 护理学杂志,2017,32(10):41-44.

(本文编辑 王菊香)

电子文献著录格式

[序号] 主要责任者. 题名[文献类型标志/文献载体标志]. 出版地: 出版者, 出版年(更新或修改日期)[引用日期]. 获取或访问路径. 举例如下:

[1] 王明亮. 关于中国学术期刊标准化数据库系统工程的进展[EB/OL]. (1998-01-04)[1998-08-16]. <http://www.cajcd.edu.cn/pub/wml.txt/980810-2.html>.

附:文献类型标志/文献载体标志:[DB/OL]——联机网上数据库:[DB/MT]——磁带数据库:[M/CD]——光盘图书:[CP/DK]磁盘软件:[J/OL]——网上期刊:[EB/OL]——网上电子公告。