

# 产妇正常分娩第一产程护理最佳证据总结

陈玉祥<sup>1</sup>, 乔建红<sup>2</sup>, 丁凯雯<sup>2</sup>, 马梦飞<sup>1</sup>, 刘梦雪<sup>1</sup>, 刘娟<sup>3</sup>, 代贝贝<sup>2</sup>, 柳韦华<sup>1</sup>

Care during the first stage of normal labor: a best evidence summary Chen Yuxiang, Qiao Jianhong, Ding Kaiwen, Ma Mengfei, Liu Mengxue, Liu Juan, Dai Beibei, Liu Weihua

**摘要:**目的 检索、评价、整合产妇正常分娩第一产程护理的最佳证据,为临床实践提供参考。方法 计算机检索国内外循证资源数据库、指南网站、原始文献数据库等,获得与正常分娩第一产程护理相关的临床决策、证据总结、指南及专家共识。检索时限为2016年1月至2021年11月。结果 共纳入临床决策2篇、证据总结9篇、指南5篇、专家意见2篇;整合形成人文关怀、舒适与安全、药物镇痛、助产技术、医疗干预措施5个方面的33条最佳证据。结论 助产士可根据第一产程护理的最佳证据,根据临床情境及产妇偏好,针对性提供产时护理,改善产妇的分娩体验、促进母婴安全。

**关键词:**产妇; 正常分娩; 第一产程; 助产; 人文关怀; 分娩镇痛; 循证护理

**中图分类号:**R473.71 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.17.098

正常分娩是指分娩自然发动,从分娩开始整个过程都保持低风险(无并发症),胎儿在妊娠37~42周经头位自然娩出,如果没有确凿的理由则勿需干扰这个自然过程,分娩后产妇和胎儿状态良好<sup>[1]</sup>。第一产程在分娩过程中持续时间最长,且潜伏期时限具有不确定性,这种不确定性会导致产妇产生恐惧、焦虑与疲劳等情绪<sup>[2]</sup>,在宫缩作用下,产妇的疼痛体验明显,影响分娩体验水平,甚至可因精神高度紧张、体力过度消耗等引发宫缩乏力,使第一产程延长,影响正常分娩进程。因此,提升第一产程助产服务水平,在确保母婴安全的前提下,促进产妇舒适分娩具有重要意义。本研究通过循证方法,总结产妇正常分娩第一产程护理的最佳证据,以为临床实践提供参考。

## 1 资料与方法

**1.1 文献检索** 根据复旦大学循证护理中心的循证问题确立工具构建本研究循证相关问题。根据证据“6S”证据模型<sup>[3]</sup>进行检索。英文检索词:normal/spontaneous delivery, births/childbirth;中文检索词:正常分娩/自然分娩。检索的指南网、专业学会网站及数据库包括:UpToDate、BMJ Best Practice、Essential Evidence Plus、JBI循证卫生保健中心数据库、国际指南网(GIN)、美国国立临床诊疗指南数据库(NGC)、新西兰指南工作组(NZGG)、加拿大安大略注册护士协会循证护理指南网(RNAO)、苏格兰学院间指南协作网(SIGN)、英国国家卫生与临床优化研究所网站(NICE)、国际妇产科联合会(FIGO)、加拿

大妇产科医师协会(SOGC)、美国妇产科医师学会(ACOG)、澳大利亚皇家和新西兰妇产科学院(RANZCOG)、PubMed、CINAHL、医脉通、中国生物医学文献数据库、中国知网、万方数据、维普等数据库。检索时限为2016年1月至2021年11月。

**1.2 文献纳入与排除标准** 纳入标准:①研究对象为产妇;②研究内容涉及第一产程相关的护理;③研究类型为临床决策、指南、专家共识及证据总结;④语种为中文或英文。排除标准:①重复收录或直接翻译的文献;②无法获取全文的文献;③文献质量评价结果为C级的研究。

**1.3 文献质量评价** 由4名具有循证护理学习背景的人员根据文献评价标准独立评价,当出现意见分歧时,由通信作者介入讨论决定纳入或剔除。质量评价工具:①采用AGREE II<sup>[4]</sup>评价指南质量。②采用JBI循证卫生保健中心对应的评价标准<sup>[5]</sup>对专家共识及证据总结、临床决策中追溯的系统评价、原始研究进行质量评价。

**1.4 证据提取、整合与评价** 本研究由产房2名有循证护理学习背景的护理研究生和1名双语临床护理教师对纳入的所有文献进行通读,提取与本研究相关的证据。整合遵循以下原则:不同来源的证据存在冲突时,遵循循证证据优先、高质量证据优先、最新发布权威文献优先原则;不符合我国临床实践情况的证据予以删除。

**1.5 证据分级** 采用澳大利亚JBI循证卫生保健中心证据预分级及证据推荐级别系统(2014版)<sup>[6]</sup>,根据研究设计类型,将证据等级划分为1~5级。

## 2 结果

**2.1 纳入文献的一般情况** 共检索到2663篇文献,去除重复文献59篇;经阅读标题及摘要剔除不符合文献2566篇,经阅读全文剔除不符合文献18篇,最后经质量评价后剔除2篇质量评价等级为C级的指南,最终纳入18篇文献<sup>[7-24]</sup>。其中临床决策2篇<sup>[7-8]</sup>,证据总结9篇<sup>[9-17]</sup>,指南5篇<sup>[18-22]</sup>,专家意见2

作者单位:1. 山东第一医科大学(山东省医学科学院)护理学院(山东 济南,250117);2. 山东第一医科大学第一附属医院门诊部;3. 山东中医药大学

陈玉祥;女,硕士在读,护师

通信作者:柳韦华,979415076@qq.com

科研项目:山东省医药卫生科技发展计划项目(202014031209);山东省人文社会科学课题(2021-ZXJK-22);山东省医药卫生科技发展计划项目(2019WS503)

收稿:2022-04-05;修回:2022-06-10

篇<sup>[23-24]</sup>。纳入文献的一般特征见表 1。

表 1 纳入文献的一般特征

| 作者                        | 文献内容                   | 文献性质 | 时间   | 参考文献 |
|---------------------------|------------------------|------|------|------|
| Funai 等 <sup>[7]</sup>    | 正常分娩的管理                | 临床决策 | 2021 | 156  |
| Heinrich 等 <sup>[8]</sup> | 分娩管理                   | 临床决策 | 2021 | 74   |
| Minooe <sup>[9]</sup>     | 自然分娩:助产士连续护理           | 证据总结 | 2020 | 6    |
| Moola <sup>[10]</sup>     | 产程图用于产程监测:对健康结局的影响     | 证据总结 | 2021 | 6    |
| Magtoto <sup>[11]</sup>   | 胎心率监测                  | 证据总结 | 2020 | 11   |
| Minooe <sup>[12]</sup>    | 区域麻醉:硬膜外麻醉             | 证据总结 | 2019 | 15   |
| Minooe <sup>[13]</sup>    | 产时阴道检查:分娩体验            | 证据总结 | 2020 | 9    |
| Minooe <sup>[14]</sup>    | 局部镇痛:活动与体位             | 证据总结 | 2020 | 4    |
| Ombech <sup>[15]</sup>    | 产时:区域镇痛和不良反应           | 证据总结 | 2021 | 6    |
| Podder <sup>[16]</sup>    | 分娩:硬膜外镇痛(间歇与持续麻醉输注方案)  | 证据总结 | 2021 | 4    |
| Minooe <sup>[17]</sup>    | 分娩:自我控制镇痛              | 证据总结 | 2020 | 12   |
| WHO <sup>[18]</sup>       | 积极分娩体验的产时护理            | 指南   | 2018 | 201  |
| 中华医学会 <sup>[19]</sup>     | 正常分娩指南                 | 指南   | 2020 | 42   |
| NICE <sup>[20]</sup>      | 健康妇女和婴儿的产时护理临床指南       | 指南   | 2019 | 7    |
| RCM <sup>[21]</sup>       | 为所有环境中的所有妇女提供分娩指导的助产护理 | 指南   | 2018 | 41   |
| Kiely <sup>[22]</sup>     | 健康女性足月自然分娩的管理          | 指南   | 2016 | 131  |
| ACOG <sup>[23]</sup>      | 在分娩和分娩期间限制干预的方法        | 专家意见 | 2021 | 61   |
| RANZCOG <sup>[24]</sup>   | 在没有妊娠并发症的情况下提供常规产时护理   | 专家意见 | 2017 | 2    |

注:RCM 为 Royal College of Midwives。

## 2.2 纳入文献质量评价结果

评价,ICC 值均>0.75(均  $P < 0.001$ ),一致性较高。

### 2.2.1 指南 4 名指南评价员应用 AGREE II 独立

纳入指南的质量评价结果,见表 2。

表 2 纳入指南的方法学质量评价

| 指南                    | 各领域标准化得分百分比(%) |        |       |        |       |        | 组内相关系数 | 推荐级别 |
|-----------------------|----------------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|------|
|                       | 范围和目的          | 利益相关者  | 制定严谨性 | 清晰性    | 应用性   | 编辑独立性  |        |      |
| WHO <sup>[18]</sup>   | 100.00         | 100.00 | 75.00 | 100.00 | 83.33 | 100.00 | 0.892  | A    |
| 中华医学会 <sup>[19]</sup> | 94.44          | 72.22  | 43.75 | 100.00 | 58.33 | 50.00  | 0.996  | B    |
| NICE <sup>[20]</sup>  | 100.00         | 77.78  | 60.42 | 61.11  | 66.67 | 100.00 | 0.991  | A    |
| RCM <sup>[21]</sup>   | 100.00         | 66.67  | 58.33 | 44.44  | 25.00 | 100.00 | 0.994  | B    |
| Kiely <sup>[22]</sup> | 88.88          | 66.67  | 85.42 | 100.00 | 50.00 | 100.00 | 0.915  | A    |

### 2.2.2 临床决策和证据总结 通过临床决策追溯 2

篇系统评价<sup>[25-26]</sup>、2 篇随机对照<sup>[27-28]</sup>和 1 篇指南<sup>[20]</sup>。2 篇系统评价均来自 Cochrane Library,11 个条目评价均为“是”,质量较高,均予以纳入。Morau 等<sup>[27]</sup>的 13 个条目均为“是”,Tolba 等<sup>[28]</sup>除条目 5“研究者是否设盲?”和条目 9“实验组和对照组是否按照随机时的数量进行分析?”评价为“否”,条目 6“结局指标的测量者是否设盲?”评价为“不清楚”,其余条目评价均为“是”,予以纳入。

### 2.2.3 专家意见 2 篇专家意见在条目 6“所提出的观点是否与以往文献有不一致的地方?”评价为“否”,RANZCOG<sup>[24]</sup>在条目 1“是否明确标注了观点的来源?”评价为“否”,其他条目均评价为“是”,评价质量较高,予以纳入。

## 2.3 证据汇总 提取 82 条证据,整合后形成 33 条最佳证据,见表 3。

## 3 讨论

产妇从进入产程至分娩共 3 个产程,产程持续时间过长,会造成产妇不适,对其心理及体力造成严重影响。而第一产程在 3 个产程中持续时间最长,因此,在第一产程中应确保产妇舒适度,保障产妇心情平稳、体力充沛,为后续分娩作准备。本研究通过检索近 5 年的相关文献,总结了第一产程护理的最佳证据,包括人文关怀、舒适与安全、药物镇痛、助产技术和医疗干预措施 5 个方面,为助产士提供此领域的一些新进展,以提高第一产程护理服务质量。在第一产程中,开展人文关怀对产妇分娩预后具有明显的促进作用。陈倩等<sup>[29]</sup>研究显示,产妇在不同时间的关怀需求呈现阶段性变化,如宫缩间歇期,产妇生理需求容易满足,爱与归属、自尊需求可能占支配地位,进入宫缩期,分娩镇痛的生理需求就占据了支配地位。了解和满足产妇的个性化需求是助产护理的原则和难

表3 产妇正常分娩第一产程护理的最佳证据

| 主题     | 证据内容  | 证据等级 |
|--------|---|------|
| 人文关怀   | 1. 建议采用尊重产妇护理,即以维护产妇尊严、隐私和保密的方式提供护理,确保免受伤害,并在分娩期间提供知情选择和持续支持 <sup>[18,20,23]</sup> 。  | 1    |
|        | 2. 建议护理提供者与产妇之间采用简单和文化上可接受的方式进行有效沟通 <sup>[18,20]</sup> 。  | 1    |
|        | 3. 建议所有产妇在待产和分娩期间选择伴侣陪伴 <sup>[16,18,20]</sup> 。   | 1    |
|        | 4. 为了改善分娩结局,在可能的情况下应向产妇提供由助产士主导的连续护理服务,以促进无重大医疗或产科并发症的产妇自发阴道分娩 <sup>[9,18,22-23]</sup> 。                                      | 1    |
|        | 5. 应向所有产妇提供有关分娩的信息 <sup>[19-20,22]</sup> 。  | 5    |
| 舒适与安全  | 6. 分娩前应讨论不同体位可能带来的好处和风险,以便产妇作出明智的选择 <sup>[14,24]</sup> 。  | 1    |
|        | 7. 应告知产妇,潜伏期第一产程的标准持续时间尚未确定,不同产妇之间可能存在很大差异。然而,活跃期(从宫颈扩张5 cm到完全扩张)的持续时间在初产妇中通常不超过12 h,经产妇通常不超过10 h <sup>[18-19]</sup> 。        | 1    |
|        | 8. 助产士与产妇讨论如何调整产房环境以满足她们的需求 <sup>[21]</sup> 。   | 5    |
|        | 9. 对低风险产妇,建议在分娩期间口服液体和食物 <sup>[18-20,22]</sup> 。  | 1    |
|        | 10. 应告知产妇直立分娩体位的好处,并鼓励和帮助她们采取她们认为最舒服的任何体位 <sup>[7,18,20,22]</sup> 。   | 1    |
| 药物镇痛   | 11. 根据产妇的喜好,建议低风险产妇采用放松的方法(如渐进式肌肉放松、呼吸、音乐、正念、按摩、浸水或其他方法)来缓解疼痛。不建议芳香疗法、瑜伽或穴位按摩来缓解疼痛,如果产妇想使用这些技巧,尊重她的意愿 <sup>[18,20,23]</sup> 。 | 1    |
|        | 12. 对自然分娩的健康产妇,建议产妇确定为有效分娩(即宫口扩张≥4 cm)时进入产房 <sup>[18,20,23]</sup> 。   | 3    |
|        | 13. 必须向产妇提供所有镇痛信息,以便就镇痛的风险(即器械性阴道助产和医疗干预的发生率增加)和益处(有效缓解疼痛)做出明智的决定 <sup>[12,15,18,22]</sup> 。                                  | 1    |
|        | 14. 推荐硬膜外镇痛用于要求缓解分娩期间疼痛的健康产妇,具体取决于产妇的偏好 <sup>[8,16,18-19]</sup> 。   | 1    |
|        | 15. 在开始硬膜外镇痛过程中,以及每次给药后,建议连续进行30 min胎儿电子监护,并在15 min内每5分钟测量1次血压 <sup>[15,20]</sup> 。   | 1    |
| 助产技术   | 16. 如果在给药30 min后,产妇疼痛无减轻,建议通知麻醉师 <sup>[7,12]</sup> 。  | 3    |
|        | 17. 建议使用自控硬膜外镇痛,以减少麻醉剂量和麻醉干预 <sup>[12,17]</sup> 。   | 1    |
|        | 18. 一旦建立硬膜外麻醉,应继续输注,直到第三产程结束 <sup>[22]</sup> 。  | 1    |
|        | 19. 低剂量硬膜外麻醉优于高剂量硬膜外麻醉用于分娩镇痛和促进分娩时的活动度 <sup>[12,22]</sup> 。   | 1    |
|        | 20. 在适当情况下,护理提供者应支持健康产妇在分娩时选择镇痛药(如阿片类药物)来缓解疼痛,具体取决于产妇的偏好 <sup>[18,22]</sup> 。   | 1    |
| 医疗干预措施 | 21. 建议每隔4 h进行1次阴道指检,助产士应体会到阴道检查可能会让产妇感到痛苦,并根据产妇的生理及情绪情况,调整检查的频率及持续时间 <sup>[13,18-20]</sup> 。                                  | 4    |
|        | 22. 一旦产妇确定分娩,建议低风险产妇在宫缩后间歇性听诊胎儿心率。宫缩后每15分钟间歇性听诊胎儿心率1次,每次至少持续1 min <sup>[8,11,18,23]</sup> 。                                   | 1    |
|        | 23. 缺乏证据支持使用产程图可改善产妇与新生儿结局或识别有不良分娩结局风险。因此,第一产程不建议常规使用产程图 <sup>[10]</sup> 。  | 1    |
|        | 24. 直到宫口扩张达到5 cm,分娩可能不会自然加速。因此,如果胎儿和产妇的情况令人放心,则不建议在该阈值之前使用医疗干预措施来加速分娩(如使用缩宫素或剖宫产) <sup>[8,18]</sup> 。                         | 1    |
|        | 25. 接受硬膜外镇痛的产妇,不建议使用缩宫素加速分娩 <sup>[18]</sup> 。   | 4    |
|        | 26. 不建议提供“积极分娩管理”(严格一对一持续支持、严格定义已启动的分娩、早期常规人工破膜术、常规2 h阴道检查、如果分娩缓慢就使用缩宫素)来加速分娩 <sup>[18,20]</sup> 。                            | 3    |
|        | 27. 不建议单独使用人工破膜术来加速分娩 <sup>[7,18-19,23]</sup> 。   | 4    |
|        | 28. 不推荐使用早期人工破膜术和早期使用缩宫素来加速分娩 <sup>[18]</sup> 。   | 4    |
|        | 29. 不建议使用旨在缩短产程的静脉输液 <sup>[18]</sup> 。  | 4    |
|        | 30. 不建议使用解痉药来加速分娩 <sup>[18]</sup> 。   | 4    |
|        | 31. 避免在自然阴道分娩中使用常规会阴切开术 <sup>[7-8,19-20]</sup> 。  | 1    |
|        | 32. 在第一产程或第二产程中诊断难产后,应考虑行人工破膜术和使用缩宫素 <sup>[22]</sup> 。  | 1    |
|        | 33. 不建议在分娩期间使用消毒液进行常规阴道清洁 <sup>[18]</sup> 。   | 1    |

点,既要考虑产妇的群体性,又要兼顾产妇的特异性。助产士应与产妇建立良好的关系,尊重产妇的个性化需求,以充分的耐心回应其感受并肯定其积极行为,加强分娩知识、镇痛时机、分娩体位、配合方式等的指导,及时反馈产程进展情况等。

近几年医学界对潜伏期与活跃期的界定标准存在争议。中华医学会先后在《新产程标准及处理的专家共识(2014)》<sup>[30]</sup>与《正常分娩指南》<sup>[19]</sup>中分别推荐宫口扩张6 cm与5 cm作为活跃期的标志。无论以6 cm还是5 cm作为活跃期的标准,最重要的理念是在产程管理中有更多的耐心,密切观察产程进展,改善产妇分娩体验,帮助产妇树立阴道分娩的信心,在保障母婴安全的前提下,促进正常分娩。本研究总结的证据显示,在第一产程中可以通过自由体位、放松技术或根据产妇意愿采取药物镇痛等措施缓解分娩疼痛;通过改善待产环境及休息、适量进食等促进舒适,

为后续产程储备体力和精力;通过合理阴道指检、胎心监测以保证母婴安全并减轻产妇痛苦;以及减少不必要的医疗干预措施。在临床实践过程中,助产士可参考此最佳证据总结,结合产妇意愿和医院实际情境,提供针对性护理,改善分娩体验,促进正常分娩。

参考文献:

[1] 赵阳,任利华,陆虹. 正常分娩概念及范畴的发展与辨析[J]. 护理学杂志,2020,35(1):87-88,110.  
 [2] 胡晓辉,张贤,辛玉洁,等. 产妇分娩体验及影响因素的研究进展[J]. 护理学杂志,2021,36(3):107-110.  
 [3] Dicenso A, Bayley L, Haynes R B. Accessing preappraised evidence; fine-tuning the 5S model into a 6S model[J]. Evid Based Nurs,2009,12(4):99-101.  
 [4] 北京中医药大学循证护理研究中心. 指南的评价工具[EB/OL]. (2019-03-20) [2022-01-25]. <https://ebn.bucm.edu.cn/wzxfzy/wzxlpgj/54196.htm>.  
 [5] Joanna Briggs Institute. Critical appraisal tools[EB/OL].

- (2017-07-15)[2021-11-30]. <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>.
- [6] 北京中医药大学循证护理研究中心. JBI 证据等级分级方法 [EB/OL]. (2019-03-21)[2022-01-25]. <https://ebn.bucm.edu.cn/xzffzy/zjfxt/54221.htm>.
- [7] Funai E, Norwitz E. Management of normal labor and delivery [EB/OL]. (2021-11-03)[2021-11-30]. [http://uptodate.0005.a.isus.top/contents/management-of-normal-labor-and-delivery?source=history\\_widgetEdmund](http://uptodate.0005.a.isus.top/contents/management-of-normal-labor-and-delivery?source=history_widgetEdmund).
- [8] Heinrich L, Ursu A, Greenberg G. Management of labor [EB/OL]. (2021-03-01)[2021-11-30]. <https://www-essentialevidenceplus-com.proxy.campbell.edu/content/eee/471>.
- [9] Minoee S. Spontaneous vaginal birth; midwifery continuity of care [EB/OL]. (2020-10-05)[2021-11-30]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&An=JBI9035>.
- [10] Moola S. Partograph in labor monitoring; impact on health outcomes [EB/OL]. (2021-05-23)[2021-11-30]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&An=JBI855>.
- [11] Magtoto L S. Fetal heart rate monitoring [EB/OL]. (2020-11-16)[2021-11-30]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&An=JBI474>.
- [12] Minoee S. Regional analgesia; epidurals [EB/OL]. (2019-10-29)[2021-11-30]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&An=JBI1015>.
- [13] Minoee S. Intrapartum vaginal examinations; patient experiences [EB/OL]. (2020-07-19)[2021-11-30]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&An=JBI20248>.
- [14] Minoee S. Intrapartum; regional analgesia; mobility and positioning [EB/OL]. (2020-07-23)[2021-11-30]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&An=JBI480>.
- [15] Ombach E. Intrapartum; regional analgesia and adverse reactions [EB/OL]. (2021-05-17)[2021-11-30]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&An=JBI482>.
- [16] Podder V. Labor; epidural analgesia (intermittent versus continuous) [EB/OL]. (2021-04-29)[2021-11-30]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&An=JBI481>.
- [17] Minoee S. Labor; patient-controlled analgesia [EB/OL]. (2020-08-20)[2021-11-30]. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=jbi&NEWS=N&An=JBI8889>.
- [18] World Health Organization. WHO recommendations; intrapartum care for a positive childbirth experience [EB/OL]. (2018-02-07)[2021-11-30]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.
- [19] 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]. 中华妇产科杂志, 2020, 55(6): 361-370.
- [20] The National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies [EB/OL]. (2019-02-27)[2021-11-30]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.
- [21] Royal College of Midwives. Midwifery care in labour guidance for all women in all settings [EB/OL]. (2018-11-01)[2021-11-30]. <https://www.rcm.org.uk/media/2539/professionals-blue-top-guidance.pdf>.
- [22] Kiely D J. Management of spontaneous labour at term in healthy women [J]. J Obstet Gynaecol Can, 2016, 39(4): 220-221.
- [23] American College of Obstetricians and Gynecologists. Approaches to limit intervention during labor and birth [J]. Obstet Gynecol, 2019, 133(2): e164-173.
- [24] The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Provision of routine intrapartum care in the absence of pregnancy complications [EB/OL]. (2017-06-01)[2021-11-30]. [https://rancog.edu.au/RANZCOG\\_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Provision-of-routine-intrapartum-care-in-the-absence-of-pregnancy-complications-\(C-Obst-31\)review-July-2017.pdf?ext=.pdf](https://rancog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Provision-of-routine-intrapartum-care-in-the-absence-of-pregnancy-complications-(C-Obst-31)review-July-2017.pdf?ext=.pdf).
- [25] 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(4): CD004667.
- [26] Simmons S W, Cyna A M, Dennis AT, et al. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2012, 10(10): CD003401.
- [27] Morau E, Jaillet M, Storme B, et al. Does programmed intermittent epidural bolus improve childbirth conditions of nulliparous women compared with patient-controlled epidural analgesia?: a multicentre, randomised, controlled, triple-blind study [J]. Eur J Anaesthesiol, 2019, 36(10): 755-762.
- [28] Tolba S M, Ali S S, Mohammed A M, et al. Management of spontaneous labor in primigravidae labor scale versus WHO partograph (SLIP Trial) randomized controlled trial [J]. Am J Perinatol, 2018, 35(1): 48-54.
- [29] 陈倩, 刘义兰, 王培红, 等. 基于 Q 方法分析自然分娩孕产妇产人文关怀需求情况 [J]. 护理研究, 2019, 33(4): 560-563.
- [30] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 新产程标准及处理的专家共识 (2014) [J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(7): 486.