

正常分娩临床实践指南

中国妇幼保健协会助产士分会

中国妇幼保健协会促进自然分娩专业委员会

通信作者: 徐鑫芬, 浙江大学医学院附属妇产科医院海宁分院, 杭州 310006,

Email: xuxinf@zju.edu.cn, 电话: 0571-89991037

【摘要】 分娩是整个妊娠过程中最关键的时期。2020 年, 中华医学会妇产科分会产科学组联合中华医学会围产医学分会编写了“正常分娩指南”, 给出了关于正常分娩新的证据。中国妇幼保健协会助产士分会和促进自然分娩专业委员会组织专家在调查、研究、分析我国正常分娩临床实践的基础上, 结合“正常分娩指南”中提出的关于正常分娩新的证据, 制订了“正常分娩临床实践指南”, 以指导不同医疗机构助产人员在正常分娩临床实践中的规范化操作。

【关键词】 诊疗准则; 正常分娩; 助产学

DOI: 10.3760/cma.j.cn113903-20200526-00492

Clinical practice guideline of normal birth

Chinese Maternal and Child Health Care Association Midwife Branch

Chinese Maternal and Child Health Care Association Natural Childbirth Advocation Committee

Corresponding author: Xu Xinfen, Women's Hospital School of Medicine Zhejiang University Haining Branch, Hangzhou 310006, Email: xuxinf@zju.edu.cn, Tel: 0086-571-89991037

【Abstract】 Labor and childbirth are critical periods of the entire pregnancy. In 2020, the Obstetric Subgroup, Society of Obstetrics and Gynecology, Chinese Medical Association and the Society of Perinatal Medicine, Chinese Medical Association have developed a "Guideline of normal birth" in China, incorporating the latest evidence. Based on a review and analysis of current clinical practice for normal labor and delivery in China, and referring to "Guideline of normal birth", the Chinese Maternal and Child Health Association Midwife Branch and the Natural Childbirth Advocation Committee developed a "Clinical practice guideline of normal birth", aiming to standardize midwifery practice for normal labor and delivery in different medical institutions.

【Key words】 Practice guidelines; Normal birth; Midwifery

DOI: 10.3760/cma.j.cn113903-20200526-00492

我国生育政策调整后, 大众对于分娩有了更理性的思考, 不再盲目选择剖宫产。这些分娩理念的悄然改变, 带动了更多的分娩照护需求, 加剧了我国助产士数量不足、实践能力不足和执业的困惑。而这些“不足”和“困惑”不仅影响分娩照护质量, 也使原本就不足的助产服务资源进一步匮乏, 进而影响母婴的健康和安全^[1]。

2015 年, 世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 制定和发布了“临产、分娩、新生儿保健指南”, 旨在更新和规范各项操作, 涵盖了孕产妇照护和新生儿保健的基本临床技术。2020 年, 中华医

学会妇产科学分会产科学组联合中华医学会围产医学分会组织全国专家进行多次讨论和修改, 编写了“正常分娩指南”^[2], 给出了关于正常分娩新的证据。来自不同收入等级国家的循证研究表明, 受过良好教育、训练有素、积极实践并正规注册的助产士与其他医务人员有效合作, 可以迅速、持久降低母婴死亡率, 提高正常分娩率和产妇生命质量。基于此, 中国妇幼保健协会助产士分会和促进自然分娩专业委员会组织专家在调查、研究、分析我国正常分娩临床实践的基础上, 结合“正常分娩指南”中提出的关于正常分娩新的证据, 制订了“正常分娩临床

实践指南”。

本实践指南的服务对象为不同医疗机构的助产人员，目的是指导其在正常分娩临床实践中相关理念的传播与技术的应用。

本实践指南所指的正常分娩是指妊娠 37~41 周^[6]的孕妇自然临产，产程进展正常，胎儿以头位自然娩出，且分娩后母儿状态良好的分娩^[3]。

一、总产程及产程分期

分娩是整个生育过程中最关键的时期。

总产程即分娩的全过程，是指从临产开始至胎儿胎盘娩出的全部过程。分为 3 个产程阶段。

1. 第一产程：又称子宫颈扩张期，指临产开始直至宫口完全扩张，即宫口开全（10 cm）。临产开始的标志为规律且逐渐增强的子宫收缩，持续 30 s 或以上，间歇 5~6 min，同时伴随进行性子宫颈管消失、宫口扩张和胎先露下降。第一产程分为潜伏期和活跃期。潜伏期是指从规律宫缩至宫口扩张 < 5 cm。活跃期是指从宫口扩张 5 cm 至宫口开全^[4]。

潜伏期延长：初产妇 > 20 h，经产妇 > 14 h^[5]。

活跃期停滞：活跃期以宫口扩张 5 cm 为标志，当破膜且宫口扩张 ≥ 5 cm 后，如果宫缩正常，宫口停止扩张 ≥ 4 h 可诊断活跃期停滞；如宫缩欠佳，宫口停止扩张 ≥ 6 h 可诊断为活跃期停滞。

2. 第二产程：又称胎儿娩出期，指从宫口开全至胎儿娩出的全过程。对于初产妇，如未行椎管内镇痛，第二产程超过 3 h 可诊断第二产程延长；如行椎管内镇痛，超过 4 h 可诊断。对于经产妇，如未行椎管内镇痛，超过 2 h 可诊断第二产程延长；如行椎管内镇痛，超过 3 h 可诊断。

3. 第三产程：又称胎盘娩出期，从胎儿娩出后开始至胎盘胎膜娩出，即胎盘剥离和娩出的全过程，需 5~15 min，不应超过 30 min。

二、第一产程的评估及照护

（一）评估^[6]

1. 快速评估：生命体征、胎心、宫缩、胎位、阴道流血等情况。

2. 基本情况评估：（1）评估孕妇一般情况，包括年龄、身高、体重、步态、营养状况及皮肤弹性等。（2）对此次分娩进行评估：包括宫缩开始的时间、频率和强度；胎膜是否破裂，若已破膜，则询问并记录破膜的时间、羊水量、性状、颜色和气味；有无阴道流血，若有流血，则询问并记录流血的时间、量、颜色、性状及伴随症状，同时，要注

意评估胎动情况和孕妇的其他不适主诉。（3）检查病历记录：评估预产期、孕周和本次妊娠的经过。重温分娩计划或与孕妇讨论分娩的相关事宜，如陪产、延迟脐带结扎、母婴皮肤接触及母乳喂养等。

（4）评估既往妊娠分娩史：妊娠次数和分娩次数；既往剖宫产史、产钳或胎吸史，或其他并发症，如产后出血；既往会阴Ⅲ度裂伤史。（5）评估妊娠期有关检查的结果：如梅毒快速血浆反应素（rapid plasma reagin, RPR）检测情况、血红蛋白检查结果、破伤风免疫状况、人类免疫缺陷病毒（human immunodeficiency virus, HIV）检查情况。

3. 专科情况评估：（1）监测胎心：正常胎心率为 110~160 次/min。潜伏期每 60 min 听诊 1 次，活跃期每 30 min 听诊 1 次。在宫缩后听诊胎心并计数 1 min，及时发现晚期减速。也可进行电子胎心监护，其能连续评估胎心率变化及其与宫缩和胎动的关系，但不主张在产程中持续监护^[7]。（2）监测宫缩：观察宫缩时孕妇的面部表情、呼吸、呻吟、紧张、屏气用力等。进行腹部触诊，了解宫缩持续时间、间隔时间和强度。间断听诊胎心有异常时进行持续电子胎心监护，了解胎儿宫内储备能力。（3）监测产程进展：观察会阴膨隆、阴道血性分泌物、流血或流液的量及性状。进行阴道检查^[8]，判断子宫颈管位置、长度、软硬度、容受度，宫口扩张程度以及子宫颈是否水肿等，胎头下降程度及胎方位，胎头与骨盆的适应度，是否存在脐带先露或脱垂，胎膜完整性。（4）监测疼痛：观察孕妇面部表情及其他应对行为。选用合适的测评工具，如数字评分法、文字描述评定法、面部表情疼痛评定法等判断疼痛程度。（5）心理社会支持：与孕妇交流，观察有无焦虑不安、恐惧等情绪，并给予心理社会支持。

（二）照护

1. 一般照护：每 4 小时监测 1 次生命体征。不限制饮食^[9]，鼓励适量摄入易消化食物。保持孕妇会阴部清洁。每 2 小时提醒排尿 1 次，确保及时排空膀胱。不限制孕妇姿势^[10]，提高其舒适度。保持环境安静、暗光、温暖及私密，确保孕妇得到充分的休息和睡眠。鼓励孕妇离床活动，不要长时间仰卧在床上。鼓励家属陪伴，不能让孕妇独处一室。

2. 专科照护：当胎心率 < 110 次/min 或 > 160 次/min 时，指导孕妇左侧卧位或变换体位、吸氧，动态监测胎心变化，同时通知医生；发现宫缩乏力

或过强,分析原因并对症处理。减少环境干扰;让孕妇变换体位、休息。若出现病理缩复环,应及时通知医生处理。潜伏期每 4 小时、活跃期每 2 小时阴道检查 1 次;若母胎状态良好,可适当延长检查的间隔时间和减少检查次数。鼓励采用非药物镇痛方法减轻分娩疼痛,包括:(1)对孕妇身体的干预,如分娩球、自由体位、按摩、热敷、冷敷、水疗、经皮电神经刺激、针刺镇痛等;(2)对孕妇进行心理支持^[11],如呼吸减痛、导乐陪伴、家庭化分娩、催眠分娩等;(3)营造温馨环境^[12],如柔和的灯光、音乐、芳香疗法等。非药物镇痛方法能缓解分娩不适,减轻分娩疼痛,提高孕妇对分娩过程的积极体验^[13]。必要时,根据情况采用药物分娩镇痛。鼓励孕妇采取自觉舒适的任何体位,提供必要的支持工具,如床栏、分娩椅或凳、分娩球、软垫等。不主张产程中常规行人工破膜术。一旦胎膜破裂,应立即听诊胎心,并观察羊水性状和流出量,同时记录。

三、第二产程的评估及照护

(一) 评估

1. 快速评估:生命体征、胎心、宫缩、阴道流血、急危征象。

2. 专科情况评估:(1)监测胎心。(2)监测宫缩持续时间、间隔时间和强度及孕妇自主用力情况。(3)监测产程进展:观察会阴膨隆程度及胎头拨露情况;阴道流血的量及性状,适时进行阴道检查,确定胎头下降程度及胎方位,胎头与骨盆的适应度。(4)观察会阴情况:观察会阴体长度、弹性、有无瘢痕或疣,是否有水肿、炎症。(5)心理评估:通过交谈,了解孕妇有无强烈的无助和恐惧感。

(二) 照护

1. 一般照护:必要时监测生命体征;不限制孕妇饮食,鼓励适量摄入流质和半流质食物或液体;指导孕妇及时排空膀胱,必要时可进行导尿;不限制其体位,可提供支持工具,提高舒适度;在孕妇需要休息时,保持环境安静、温暖及私密;不主张第二产程一直躺在产床上;鼓励持续陪伴,不能让孕妇独处一室。

2. 专科照护:每 5~10 分钟听诊胎心 1 次,在宫缩后听诊,胎心率 < 110 次/min 或 > 160 次/min,指导孕妇左侧卧位或变换体位、吸氧,动态监测胎心变化,必要时寻求帮助;密切观察宫缩情况,发现宫缩乏力或过强,及时处理;若宫口开全后 2 h 仍未分娩,寻找原因,对症处理;给予鼓励性的语

言,避免使用负性词汇;握住孕妇的手,让其感受到强有力的支持和关爱。(1)指导孕妇用力:宫缩时允许孕妇自主向下用力。如果自发用力 30 min,会阴仍未开始变薄,应行阴道检查,评估宫口是否开全;若未开全则等待,指导孕妇呼吸,勿向下用力。当孕妇用力不当、胎头下降缓慢时,要积极寻找可能的原因,鼓励孕妇改变体位,切不可操之过急,滥用腹部加压。(2)接产:按正常产接产技术操作。①接产前准备:a.环境:调节并保持产房温度在 25~28℃。b.物品:产包、带有秒针的时钟。c.复苏区域:新生儿辐射台提前预热,调节温度至 32~34℃;检查复苏气囊、面罩、吸引及吸氧装置,均处于功能状态。气囊和面罩应放置在距离分娩床 2 m 之内。复苏区域和复苏气囊等设备与产床 1:1 配备,多胎分娩按多胎数目准备复苏区域和复苏人员。d.人员:助产人员:保证所有分娩均由熟练的助产人员完成。孕妇:鼓励孕妇选择自己感觉舒适的体位分娩,如侧卧、俯卧、半坐卧位、站位、蹲位、坐位等,鼓励家属陪伴分娩。e.上产床时间:不主张过早上产床,建议胎头拨露时比较安全。f.清洁会阴部:用消毒棉球蘸温水清洗会阴部,顺序是小阴唇、大阴唇、阴阜、大腿内上 1/3、会阴及肛门周围。g.消毒会阴部:用消毒棉球蘸聚维酮碘溶液消毒会阴部,顺序同上。WHO 建议正常分娩只需要清洁,不必常规进行消毒。h.铺无菌巾:WHO 建议正常分娩只需要清洁,不必常规铺无菌巾,会破坏正常菌群,且铺无菌巾会影响母婴裸露肌肤接触。②接产:a.打开产包,穿手术衣,戴手套,按照方便使用的顺序摆放断脐的器械。b.协助胎头娩出,胎头双顶径娩出后,额、鼻、口、颏顺次娩出。不要急于娩肩,协助胎头复位和外旋转,等待下次宫缩时,协助娩出前肩或后肩,顺势娩出胎儿,注射缩宫素(由助手完成)。c.立即将新生儿置于母亲腹部,用提前预热的干毛巾,彻底、全面、有力擦干新生儿全身(5 s 内启动,30 s 内完成),移去湿毛巾,新生儿俯卧位,头偏向一侧,盖上干毛巾,戴上小帽,行母婴皮肤接触。d.在新生儿出生至少 60 s 后或待脐带血管搏动停止后(出生后 1~3 min)^[14],更换手套,在距脐带根部 2~5 cm 的位置一次断脐并结扎脐带(避免二次断脐),注意无菌操作。e.协助胎盘娩出。f.检查胎盘、胎膜及软产道。③接产后处理:a.用物按医院感染控制要求进行分类处理。b.洗手,记录。c.指导产妇完成第 1 次母乳喂养,

做好健康教育。

3. 防止会阴严重撕裂伤：(1) 适时适度保护会阴：在充分评估孕妇会阴情况、胎儿大小及胎头下降速度后，决定开始保护会阴的时间和力度；(2) 控制胎头娩出速度：在宫缩间歇期轻轻用力，缓慢娩出胎头；(3) 不要急于娩肩，等待下次宫缩时自然娩出；(4) 避免外力腹部加压。

4. 预防产后出血：于胎儿前肩娩出后给孕妇肌肉注射 10 U 缩宫素。

四、第三产程评估及照护

(一) 评估

1. 快速评估：生命体征、阴道流血、宫缩、心理和情感状态、急危征象。

2. 专科情况评估：(1) 监测宫缩：触诊子宫收缩强度。(2) 监测出血：正确评估出血量、速度及有无阴道凝血块。(3) 计时：第三产程从新生儿娩出开始计算。(4) 观察胎盘剥离征象：宫体变硬呈球形，下段被扩张，宫体呈狭长形并被推向上，宫底升高达脐上；剥离的胎盘降至子宫下段，阴道口外露的一段脐带自行延长，接产者用手掌尺侧在产妇耻骨联合上方轻压子宫下段时，宫体上升而外露的脐带不再回缩；阴道少量流血。

(二) 照护

1. 协助胎盘娩出：正确处理胎盘娩出，控制下牵拉脐带，若发现胎膜部分断裂，用血管钳夹住断裂上端的胎膜，再继续向原方向旋转，直至胎膜完全排出，检查胎盘胎膜完整性。胎儿娩出 30 min 后胎盘未娩出，或未超过 30 min 胎盘未完全剥离而出血多时，应人工剥离胎盘。

2. 促进子宫收缩：胎盘胎膜排出后，按摩子宫以促进子宫收缩，减少产后出血。当出血量 > 250 ml 时，参照“产后出血预防与处理指南(2014)”^[14]处理。

3. 观察子宫收缩及阴道流血：胎盘娩出前后，了解子宫收缩的强度、频率。胎盘娩出后，子宫迅速收缩，宫底下降至平脐，经短暂间歇后，子宫再次收缩成球形，宫底上升。准确评估阴道流血量，注意流血的时间、颜色和有无凝血块。常用的评估出血量方法有称重法、容积法、面积法和休克指数法。

4. 检查软产道：检查有无会阴阴道裂伤及裂伤程度，必要时检查有无子宫颈裂伤，按组织解剖关系进行缝合修复。

五、分娩后 2 h 内产妇的照护

(一) 评估^[15-16]

1. 快速评估：生命体征、阴道流血、子宫收缩情况、急危征象。

2. 专科情况评估：子宫收缩情况、阴道流血、膀胱充盈度。

(二) 照护

1. 一般照护：每 15 分钟测量呼吸、脉搏、血压 1 次，注意保暖，维持体温；给予产妇清淡、易消化食物；保持清洁，提高产妇舒适度，调暗产房灯光，尽量让产妇休息；持续陪伴，不能让产妇和新生儿独处一室。

2. 专科照护：每 15~30 分钟观察子宫收缩和阴道流血，观察有无会阴及阴道血肿，及时排空膀胱，必要时导尿，防止尿潴留；母婴皮肤接触至少 90 min，完成第 1 次母乳喂养。同时时刻关注产妇情绪。

六、分娩后 2 h 内新生儿的照护

(一) 评估

1. 快速评估：胎龄、羊水、哭声或呼吸、肌张力。

2. 专科情况评估：(1) 进行 Apgar 评分。(2) 进行体格检查，观察外观是否足月，有无畸形；测量身长、体重。

(二) 照护

1. 一般照护：快速、全面擦干新生儿全身，给予刺激，不主张处理胎脂和出生 24 h 之内沐浴；在母婴接触过程中应注意保暖，以温暖的大毛巾覆盖新生儿身体并戴上帽子；信息确认及记录，包括与产妇共同确认新生儿性别及是否存在外观畸形，佩戴手、脚双腕带，建立新生儿病历及登记其他信息；每 15 分钟评估 1 次生命体征。

2. 专科照护：出生 2 h 内，尽量保持母婴皮肤接触^[17]，接触期间推迟任何常规性操作，如测量体重和身长、常规查体等；关注新生儿觅乳行为，如流口水、张大嘴、舔舌或嘴唇、寻找或爬行动作、咬手指动作等，协助产妇开始完成第 1 次母乳喂养；进行新生儿眼部护理；肌肉注射维生素 K₁；免疫接种。

撰写专家(按姓氏拼音排序)：安力彬(大连大学护理学院)、陈改婷(河北省邯郸市第三人民医院)、罗碧如(四川大学华西第二医院)、马冬梅(浙江大学医学院附属妇产科医院)、庞汝彦(中国妇幼保健协会)、熊永芳(湖北省妇幼保健院)、徐鑫芬(浙江大学医学院附属妇产科医院海宁分院)、杨慧霞(北京大学第一医院)

讨论专家(按姓氏拼音排序)：蔡文智(南方医科大学深圳医院)、

陈小荷（深圳市人民医院）、宫露霞（中国妇幼保健协会）、黄群（上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院）、姜梅（首都医科大学附属北京妇产医院）、江秀敏（福建省妇幼保健院）、李博雅（北京大学第一医院）、刘军（北京大学第一医院）、陆虹（北京大学护理学院）、马彦彦（清华大学第二附属医院）、牛建民（深圳市妇幼保健院）、田瑞华（北京佑安医院）、王芳（浙江大学医学院附属妇产科医院）、温弘（浙江大学医学院附属妇产科医院）、徐韬（中国疾病预防控制中心妇幼保健中心）、薛小玲（苏州大学附属第一医院）、杨海澜（山西医科大学第一医院）、张宏玉（海南医学院）

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 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. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- [2] 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. DOI: 10.3760/cma.j.cn113903-20200526-00493.
- [3] Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization[J]. Birth, 1997,24(2):121-123.
- [4] World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience[M]. Geneva: World Health Organization, 2018:39.
- [5] 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. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2014.07.002.
- [6] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth[M]. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014:55-59.
- [7] Queensland Health. Maternity and Neonatal Clinical Guideline: normal birth[M]. Queensland: Queensland Health, 2018:22.
- [8] World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections[M]. Geneva: World Health Organization, 2015:13-14.
- [9] Malin GL, Bugg GJ, Thornton J, et al. Does oral carbohydrate supplementation improve labour outcome? A systematic review and individual patient data meta-analysis[J]. BJOG, 2016, 123(4):510-517. DOI: 10.1111/1471-0528.13728.
- [10] Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, et al. Maternal positions and mobility during first stage labour[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2013, 8:CD003934. DOI:10.1002/14651858.CD003934.pub3.
- [11] Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, et al. Continuous support for women during childbirth[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017,7:CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- [12] Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2012,8:CD000012. DOI: 10.1002/14651858.CD000012.pub4.
- [13] Jones L, Othman M, Dowswell T, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2012,3:CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.
- [14] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 产后出血预防与处理指南 (2014)[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(9):641-646. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2014.09.001.
- [15] 中华医学会围产医学分会, 中华护理学会妇产科专业委员会, 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心. 新生儿早期基本保健技术的临床实施建议 (2017 年, 北京)[J]. 中华围产医学杂志, 2017, 20(9):625-629. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-9408.2017.09.001.
- [16] 徐鑫芬, 姜梅. 母婴护理专科实践 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019:97.
- [17] World Health Organization. Recommendations for management of common childhood conditions: newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care[M]. Geneva: World Health Organization, 2012:24-26.

(收稿日期: 2020-04-28)

(本文编辑: 沈平虎 夏乐)

欢迎投稿
欢迎关注

欢迎订阅
欢迎引用