本文引用:韩文莹,李丽霞,李明巧,等. 新产程标准中产程时限管理对产妇分娩结局的影响[J]. 新乡医学院学报,2021,38(5):418-421,426. DOI:10.7683/xxyxyxb.2021.05.004.

【临床研究】

# 新产程标准中产程时限管理对产妇分娩结局的影响

韩文莹[1], 李丽霞[1], 李明巧[1], 陈 娜[1], 李晓燕[1], 朱晓明[2]
(1.衡水市第二人民医院产一科,河北 衡水 053000;2.空军军医大学唐都医院妇产科,陕西 西安 710038)

**摘要: 目的** 探讨新产程标准中产程时限管理对产妇分娩结局的影响。**方法** 选择2016年2月至2018年8月于衡水市第二人民医院进行分娩的384例产妇为观察对象,采用随机抽签法分为观察组与对照组,每组192例。对照组产妇依据传统的产程时限标准进行产程管理,观察组产妇依据《新产程标准及处理的专家共识》中新的产程时限标准进行产程管理。2组产妇从规律宫缩开始进入产程,有镇痛需求者行分娩镇痛。比较2组产妇的分娩方式、产程时间、分娩疼痛情况、不良妊娠结局及满意度情况。**结果** 对照组产妇行剖宫产、自然分娩、产钳分娩、会阴侧切者分别为58例(30.21%)、97例(50.52%)、5例(2.60%)、32例(16.67%),观察组产妇行剖宫产、自然分娩、产钳分娩、会阴侧切者分别为35例(18.23%)、120例(62.50%)、3例(1.56%)、34例(17.71%)。观察组产妇剖宫产率显著低于对照组,自然分娩率显著高于对照组($\chi^2=7.506$、5.605,$P<0.05$);2组产妇产钳分娩率、会阴侧切率比较差异无统计学意义($\chi^2=0.511$、0.073,$P>0.05$)。观察组产妇第一产程、第二产程、总产程时间均显著长于对照组($P<0.05$)。对照组产妇行分娩镇痛者、未行分娩镇痛者视觉模拟评分(VAS)分别为3.16±0.40、7.10±1.42,观察组产妇行分娩镇痛者、未行分娩镇痛者VAS评分分别为2.32±0.34、6.22±1.23分;观察组行分娩镇痛者、未行分娩镇痛产妇的VAS评分均低于对照组($P<0.05$)。对照组产妇发生产后出血9例(4.69%)、切口感染4例(2.08%)、会阴撕裂14例(7.29%)、胎儿宫内窘迫13例(6.77%)及新生儿窒息7例(3.65%),观察组产妇发生产后出血2例(1.04%)、切口感染2例(1.04%)、会阴撕裂2例(1.04%)、胎儿宫内窘迫2例(1.04%)及新生儿窒息3例(1.56%);观察组产妇产后出血、会阴撕裂、胎儿宫内窘迫及新生儿窒息发生率均显著低于对照组($\chi^2=4.586$、9.391、8.395、3.901,$P<0.05$)。对照组产妇十分满意90例(46.88%)、较满意79例(41.15%)、不满意23例(11.98%),满意度为88.02%(169/192);观察组产妇十分满意102例(53.13%)、较满意79例(41.15%)、不满意11例(5.73%),满意度为94.27%(181/192);观察组产妇满意度显著高于对照组($\chi^2=4.647$,$P<0.05$)。**结论** 新产程标准中的产程时限管理有利于促进产妇的自然分娩,改善产妇的分娩结局,提高产妇的舒适度和满意度,降低不良妊娠结局发生率。

**关键词:** 新产程标准;产程时限;分娩结局
**中图分类号:** R392 **文献标志码:** A **文章编号:** 1004-7239(2021)05-0418-05

## Effect of management of labor duration based on the new labor process standard on the delivery outcome of parturient

HAN Wenyin[1], LI Lixia[1], LI Mingqiao[1], CHEN Na[1], LI Xiaoyan[1], ZHU Xiaoming[2]
(1. *The First Department of Obstetrics, the Second People's Hospital of Hengshui, Hengshui* 053000, *Hebei Province, China*; 2. *Department of Obstetrics and Gynecology, Tangdu Hospital, Air Force Military Medical University, Xi'an* 710038, *Shaanxi Province, China*)

**Abstract: Objective** To explore the effect of the management of labor duration based on the new labor process standard on the delivery outcome of parturient. **Methods** A total of 384 parturients who gave birth at the Second People's Hospital of Hengshui from February 2016 to August 2018 were selected as the observation objects, and they were divided into the observation group and the control group by random drawing method, with 192 cases in each group. The parturients in the control group carried out labor management according to the traditional labor time limit standard; the parturients in the observation group carried out labor management according to the new labor time limit standard. The parturients in the two groups entered the labor process from regular contractions, and those who needed labor analgesia received labor analgesia. The delivery methods, time of each delivery process, pain of delivery, occurrence of adverse pregnancy outcomes and satisfaction of parturients in the two

**DOI**:10.7683/xxyxyxb.2021.05.004
**收稿日期**:2020-12-17
**基金项目**:国家自然科学基金面上项目(编号:81471474);衡水市科学技术研究与发展计划项目(编号:2018014020Z)。
**作者简介**:韩文莹(1974-),女,河北衡水人,学士,副主任医师,研究方向:产科临床。
**通信作者**:朱晓明(1981-),女,河北衡水人,博士,副主任医师,副教授,研究方向:妇产科临床;E-mail:rao_yu_zx@163.com。

groups were compared. **Results** The parturients in the control group underwent cesarean section, natural delivery, forceps delivery and lateral perineal resection were 58 cases (30.21%), 97 cases (50.52%), 5 cases (2.60%) and 32 cases (16.67%) respectively. The parturients in the observation group underwent cesarean section, natural delivery, forceps delivery and lateral perineal resection were 35 cases (18.23%), 120 cases (62.50%), 3 cases (1.56%) and 34 cases (17.71%) respectively. The cesarean section rate of parturients in the observation group was significantly lower than that in the control group, and the natural delivery rate of parturients in the observation group was significantly higher than that in the control group ($\chi^2$ = 7.506, 5.605; $P$ < 0.05); there was no significant difference in the maternal forceps delivery rate and perineal lateral resection rate between the two groups ($\chi^2$ = 0.511, 0.073; $P$ > 0.05). The first stage, the second stage and total labor time of parturients in the observation group were significantly longer than those in the control group ($P$ < 0.05). The visual analogue scale(VAS) scores of parturients who received labor analgesia and those who did not receive labor analgesia in the control group were (3.16 ± 0.40) and (7.10 ± 1.42), respectively. The VAS scores of parturients who received labor analgesia and those who did not receive labor analgesia in the observation group were (2.32 ± 0.34) and (6.22 ± 1.23), respectively. The VAS scores of parturients who underwent labor analgesia and those who did not receive labor analgesia in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P$ < 0.05). There were 9 cases (4.69%) of postpartum hemorrhage, 4 cases (2.08%) of incision infection, 14 cases (7.29%) of perineal tear, 13 cases (6.77%) of fetal distress and 7 cases (3.65%) of neonatal asphyxia occurred in the control group; there were 2 cases (1.04%) of postpartum hemorrhage, 2 cases (1.04%) of incision infection, 2 cases (1.04%) of perineal tear, 2 cases (1.04%) of fetal distress and 3 cases (1.56%) of neonatal asphyxia occurred in the observation group; the incidence of postpartum hemorrhage, perineal tear, fetal distress and neonatal asphyxia of parturients in the observation group were significantly lower than those in the control group ($\chi^2$ = 4.586, 9.391, 8.395, 3.901; $P$ < 0.05). In the control group, 90 cases were very satisfied (46.88%), 79 cases were relatively satisfied (41.15%), 23 cases (11.98%) were dissatisfied, and the satisfaction rate was 88.02% (169/192); in the observation group, 102 cases (53.13%) were very satisfied, 79 cases were (41.15%) relatively satisfied and 11 cases (5.73%) were dissatisfied, and the satisfaction rate was 94.27% (181/192); the maternal satisfaction of parturients in the observation group was significantly higher than that in the control group ($\chi^2$ = 4.647, $P$ < 0.05). **Conclusion** The management of labor duration based on the new labor process standard is beneficial to promote the natural delivery of the parturients, improve the delivery outcome of the parturient, improve the comfort and satisfaction of the parturients, and reduce the probability of adverse pregnancy outcome.

**Key words**: new labor process standard; labor duration; delivery outcome

分娩全过程又称总产程,即从产妇开始出现规律宫缩至胎儿、胎盘娩出的过程,其分为第一产程(宫颈扩张期,即从开始出现规律宫缩至宫口开全;又分为潜伏期和活跃期)、第二产程(胎儿娩出期,即从宫口开全到胎儿娩出)、第三产程(胎盘娩出期,即从胎儿娩出至胎盘娩出)3 个部分。Friedman 产程图描绘了初产妇产程时限、宫颈扩张规律、胎头下降规律,作为正确判断和及时处理头位难产的重要依据,使得产程处理更加标准化、规范化。Friedman 产程图自 1954 年创建以来,一直被临床用于识别异常分娩,其对早期采取干预措施,降低母婴死亡率有着重要指导意义,在妇产科领域的发展过程中起着里程碑性的作用[1-2]。随着时代的发展,产妇的年龄、体质量及胎儿体质量普遍增加,另外,产程干预措施也越来越多元化,使得当代产妇的分娩特点较过去发生显著变化。越来越多的学者认为,Friedman 产程标准在当代临床应用的适应性降低[3-4]。2012 年,美国妇产科领域权威协会联合推荐采用新产程标准进行分娩管理;结合临床实际情况,中华医学会妇产科学会于 2014 年颁布了“新产程标准及处理的专家共识”[5],推动了新产程标准在我国的应用。新产程标准将活跃期宫口的大小界定为 6 cm,并将初产妇第二产程持续时间由 2 h 延长至 3 h;对于接受硬膜外分娩镇痛的初产妇,第二产程则可延长至 4 h。但新产程标准中有关产程时限的界定是否适用于我国产妇的产程管理尚需进一步研究证实。本研究通过观察新产程标准中产程时限管理对产妇分娩结局的影响,旨在为我国分娩人群的产程管理提供一种科学、合理的方案,以期改善妊娠结局及分娩结局。

## 1　资料与方法

**1.1　一般资料**　选择 2016 年 2 月至 2018 年 8 月于衡水市第二人民医院进行分娩的 384 例产妇为观察对象。纳入标准:(1)符合阴道分娩条件,且无头盆不称或胎位不正;(2)足月单胎头位妊娠;(3)年龄 >18 岁;(4)初产妇。排除标准:(1)存在麻醉禁忌证者;(2)无法进行正常交流沟通或伴有精神疾病者;(3)心、肝、肾等重要脏器存在病变者;(4)正参与其他研究者。采用随机抽签法将 384 例产妇分

为观察组与对照组,每组 192 例。观察组产妇年龄 21 ~ 38 (28.42 ± 3.25) 岁,孕周 38 ~ 42 (40.42 ± 0.32) 周,体质量 57.2 ~ 78.4 (63.04 ± 4.42) kg;受教育程度:初中及以下 90 例,高中及以上 102 例。对照组产妇年龄 22 ~ 38 (28.45 ± 3.27) 岁,孕周 38 ~ 42 (40.39 ± 0.33) 周,体质量 57.4 ~ 78.7 (63.08 ± 4.43) kg;受教育程度:初中及以下 92 例,高中及以上 100 例。2 组产妇的年龄、孕周、体质量、受教育程度比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。所有受试者知情同意并签署知情同意书。本研究获得医院伦理委员会审核批准。

**1.2 产程管理方法**

**1.2.1 对照组** 对照组产妇的产程管理依据传统的产程时限标准[5]进行相应处理:(1)第一产程潜伏期(从开始出现规律宫缩至宫口开大 3 cm) >8 h,即潜伏期有延长倾向者,给予人工破膜、催产素引产等人工干预,有进展者继续阴道分娩;无进展、潜伏期超过 16 h 者为潜伏期延长,实施剖宫产。(2)第一产程活跃期(宫口开大 3 cm 至宫口开全) >8 h,即活跃期延长者,或活跃期停滞、宫口停止扩张 >4 h 者,实施剖宫产。(3)第二产程延长 2 h 者实施剖宫产。

**1.2.2 观察组** 观察组产妇的产程管理采用《新产程标准及处理的专家共识》[5]中的新产程时限指导标准,活跃期定义为宫口开大 6 cm 至宫口开全。(1)在排除了宫内胎儿窘迫、头盆不称情况下,不再将进展缓慢的第一产程作为剖宫产指征[6],即潜伏期延长不作为剖宫产指征,潜伏期延长要给予破膜以后静脉滴注缩宫素时间至少 18 h 才可以诊断为引产失败,实施剖宫产。(2)活跃期如果宫缩无异常,但子宫口扩张停止≥4 h 为活跃期停滞;如果宫缩乏力,则子宫口扩张停止≥6 h 才可诊断为活跃期停滞。可将活跃期停滞作为剖宫产的指征。(3)第二产程延长:第二产程时间≥3 h(分娩镇痛者超过 4 h),产程没有进展,诊断为第二产程延长,产妇实施剖宫产手术。

**1.2.3 分娩镇痛实施** 2 组产妇从规律宫缩开始进入产程,有分娩镇痛需求者行分娩镇痛(椎管内麻醉)。

**1.3 评价指标** 比较 2 组产妇的分娩方式、各产程时间、产妇分娩疼痛情况、不良妊娠结局及产妇满意度情况。分娩方式包括剖宫产、自然分娩、产钳分娩、会阴侧切。产妇从进入产程开始采用视觉模拟评分法(visual analogue scale,VAS)进行疼痛评估,总分 0 ~ 10 分,得分越高,表明产妇疼痛越剧烈[7]。不良妊娠结局包括产后出血、切口感染、会阴撕裂、胎儿宫内窘迫、新生儿窒息等。采用本院自制住院患者满意度评估量表评估患者的满意度[8],总分 0 ~ 100 分,>90 分为十分满意、60 ~ 90 分为较满意、<60 分为不满意;患者满意度 = (十分满意人数 + 较满意人数)/总人数 ×100%。

**1.4 统计学处理** 应用 SPSS22.0 软件进行统计分析。计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 $t$ 检验;计数资料以例数和百分率表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验;$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2 组产妇分娩方式比较** 对照组产妇行剖宫产、自然分娩、产钳分娩、会阴侧切者分别为 58 例(30.21%)、97 例(50.52%)、5 例(2.60%)、32 例(16.67%),观察组产妇行剖宫产、自然分娩、产钳分娩、会阴侧切者分别为 35 例(18.23%)、120 例(62.50%)、3 例(1.56%)、34 例(17.71%)。观察组产妇剖宫产率显著低于对照组,自然分娩率显著高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 7.506$、5.605,$P < 0.05$);2 组产妇产钳分娩率、会阴侧切率比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.511$、0.073,$P > 0.05$)。

**2.2 2 组产妇产程时间比较** 对照组产妇第一产程、第二产程、总产程时间分别为(7.81 ± 3.24)、(0.54 ± 0.31)、(8.09 ± 3.25) h,观察组产妇第一产程、第二产程、总产程时间分别为(10.12 ± 3.22)、(0.74 ± 0.34)、(10.82 ± 4.72) h。观察组产妇第一产程、第二产程、总产程时间均显著长于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

**2.3 2 组产妇 VAS 评分比较** 对照组产妇行分娩镇痛 84 例(43.75 %),未行分娩镇痛 108 例(56.25 %);观察组产妇行分娩镇痛 87 例(45.31%),未行分娩镇痛 105 例(54.69%)。对照组产妇行分娩镇痛者、未行分娩镇痛者 VAS 评分分别为 3.16 ± 0.40、7.10 ± 1.42,观察组产妇行分娩镇痛者、未行分娩镇痛者 VAS 评分分别为 2.32 ± 0.34、6.22 ± 1.23。观察组行分娩镇痛、未行分娩镇痛产妇的 VAS 评分均显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

**2.4 2 组不良妊娠结局比较** 对照组发生产妇产后出血 9 例(4.69%)、切口感染 4 例(2.08%)、会阴撕裂 14 例(7.29%)、胎儿宫内窘迫 13 例(6.77%)及新生儿窒息 7 例(3.65%);观察组发生产妇产后出血 2 例(1.04%)、切口感染 2 例(1.04%)、会阴撕裂 2 例(1.04%)、胎儿宫内窘迫 2 例(1.04%)及新生儿窒息 3 例(1.56%)。观察组产妇发生产后出血、会阴撕裂、胎儿宫内窘迫及新生

儿窒息发生率均显著低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2$ =4.586、9.391、8.395、3.901,$P$ <0.05)。

**2.5　2 组产妇满意度比较**　对照组产妇十分满意 90 例(46.88%)、较满意 79 例(41.15%)、不满意 23 例(11.98%),满意度为 88.02%(169/192);观察组产妇十分满意 102 例(53.13%)、较满意 79 例(41.15%)、不满意 11 例(5.73%),满意度为 94.27%(181/192);观察组产妇满意度显著高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2$ =4.647,$P$ <0.05)。

## 3　讨论

产程进展缓慢以及停滞是导致剖宫产的危险因素,准确评估产程并进行及时干预是降低剖宫产率和改善母婴结局的主要途径[9-10]。近年来,随着医学技术的发展,被临床上使用了半个世纪之久的 Friedman 产程图开始受到越来越多学者的质疑[11-12]。由于国内外初产妇的分娩年龄日益升高,加之产妇营养状况改善引起的体质量指数显著增高,为了促进产程进展而应用的缩宫素,以及为了缓解产妇疼痛实施的以椎管内麻醉为主的分娩镇痛等因素,均导致了传统的 Friedman 产程图难以适用于当今的分娩人群[13-15]。因此,中华医学会妇产科学会 2014 年颁布了“新产程标准及处理的专家共识”,该共识提出了新的产程管理标准,但该新的产程标准的临床应用价值尚需进行研究。基于此,本研究对衡水市第二人民医院收治的 192 例观察组产妇根据新产程标准进行产程干预,并与同期依据传统产程时限标准进行产程干预的 192 例对照组产妇进行比较,以观察新产程标准中产程时限对产妇分娩结局的影响。

余丽珍等[16]研究显示,新产程时限标准的实施可显著降低剖宫产率。在本研究中,观察组产妇剖宫产率显著低于对照组,而自然分娩率显著高于对照组,与余丽珍等[16]的研究结果一致。分析其原因,可能是基于新产程标准的产程时限管理可有效减少在第一产程中对产妇的人为干预,给予产妇充分的试产时间,从而有效地促进了自然分娩,降低了剖宫产率。此外,观察组产妇第一产程、第二产程及总产程时间均显著长于对照组,VAS 评分显著低于对照组,在满意度方面观察组显著优于对照组。究其原因,作者认为,基于新产程标准的产程时限管理可予以产妇更加充足的试产时间,从而有助于其充分完善心理准备和身体准备,有效避免了因紧张、恐惧等负性情绪引起的机体不适感。另外,观察组产后出血、会阴撕裂、胎儿宫内窘迫、新生儿窒息发生率均显著低于对照组,表明基于新产程标准的产程时限管理有利于降低不良妊娠结局发生概率。分析原因,可能是因为第二产程时限的合理延长有助于自由体位分娩以及无创接产,而自由体位分娩相对于长时间的卧位分娩而言可有效缓解子宫对于下腔静脉和髂内动脉的压迫,进一步增加回心血量及胎盘灌注量,从而降低了胎儿窘迫以及会阴撕裂等不良妊娠结局的发生。金栩冰等[17]的研究同样显示,新产程标准可有效降低剖宫产率,但其与本研究不同之处是新生儿窒息率升高;导致该结果的主要原因可能与其纳入的研究对象是否采用分娩镇痛有关。李红雨等[18]的研究与本研究相同之处是新产程标准的实施可有效降低产妇剖宫产率,不同之处在于其胎儿宫内窘迫发生率为 46.6%,明显高于本研究结果;而导致该差异的原因可能与样本量不足或(和)发生统计学偏倚有关。此外,本研究结果显示,观察组产妇满意度显著高于对照组,提示基于新产程标准的产程时限管理,无论是否采用分娩镇痛,均有利于提高产妇的满意度;其主要原因可能是该处理方案有效提高了产妇的舒适度,同时降低了不良妊娠结局发生风险。

另外,本研究显示,新产程时限中产程时间增加,而不良妊娠结局发生率降低。考虑其原因可能在于,基于新产程标准的产程时限可在第一产程中充分试产,减少镇静剂、人工破膜以及缩宫素的使用,更适合当下分娩人群的特点,从而减少了不良妊娠结局发生的可能性。但产程的延长会导致产妇子宫持续性压迫膀胱和盆腔神经丛,极易出现膀胱肌麻痹,导致产时及产后尿潴留,影响产程进展及产妇预后。因此,在新产程时限标准下应鼓励产妇积极排尿。关于尿潴留问题,本研究未做分析,有待今后进一步研究。

综上所述,基于新产程标准的产程时限管理有利于促进产妇的自然分娩,改善产妇的分娩结局,提高产妇的舒适度和满意度,降低不良妊娠结局发生概率,具有较高的临床推广应用价值。

**参考文献:**

[1] LIU C Z,HO N,NGUYEN A D,*et al*. The risk of preterm delivery and pregnancy outcomes in women with asymptomatic short cervix: a retrospective cohort study[J]. *J Mater Fetal Neonatal Med*,2021,34(11):1747-1753.

[2] BAALBAKI S H,KUPER S G,WANG M J,*et al*. Impact of intended mode of delivery on outcomes in preterm growth-restricted fetuses[J]. *Am J Perinatol*,2017,35(7):605-610.

[3] 程珂,何全中,潘莹. 妊娠晚期孕妇血清 25-羟维生素 D 水平与妊娠结局的相关性[J]. 新乡医学院学报,2021,38(2):161-165.

(下转第 426 页)

互动中得到有效的心理慰藉,进而体验到较少的负性情绪和照顾者负担体验。负性情绪体验较高的照顾者,有更高的负担体验,原因可能为负性情绪的长期累积及照顾者的身心压力得不到有效的缓解,进而体验到更多的负担。因此,本研究提示应关注 CHF 患者主要照顾者的心理健康,并通过针对主要照顾者精力和负性情绪的有效干预来降低其负担体验。

综上所述,CHF 患者主要照顾者的精力、负性情绪是照顾者负担的主要影响因素;精力不仅直接影响照顾者负担,还可以通过负性情绪间接影响照顾者负担。本研究仅探讨了负性情绪在精力和照顾者负担之间的中介效应,并不能全面揭示 CHF 患者主要照顾者照顾负担的影响因素模型,今后的研究中会进一步纳入更多的相关变量,构建更为全面、系统的模型。另一方面,本研究为横断面研究,未来会通过纵向研究进一步揭示变量间的因果联系。

**参考文献:**


[1] 韩亚军,张荣怀,王晓明. 左西孟旦注射液和托拉塞米注射液联合治疗老年慢性心力衰竭疗效观察[J]. 新乡医学院学报,2021,38(1):57-61.

[2] 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告 2019 概要[J]. 中国循环杂志,2020,35(9):833-854.

[3] 申文佳,杨巧芳,田焕,等. 慢性心力衰竭患者症状管理自我效能感及对生活质量的影响[J]. 中国慢性病预防与控制,2019,27(10):772-775.

[4] GRANT J S,GRAVEN L J,ABBOTT L,*et al*. Predictors of depressive symptoms in heart failure caregivers[J]. *Home Health Now*,2020,38(1):40-47.

[5] 董爱淑,郭文坚,吴敏敏,等. 慢性心力衰竭患者主要家庭照顾者负荷水平及其影响因素[J]. 解放军护理杂志,2012,29(22):7-11.

[6] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J]. 中华心血管病杂志,2018,46(10):760-789.

[7] 李鲁,王红妹,沈毅. SF-36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J]. 中华预防医学杂志,2002,36(2):109-113.

[8] 黄丽,杨廷忠,季忠民. 正性负性情绪量表的中国人群适用性研究[J]. 中国心理卫生杂志,2003,17(1):54-56.

[9] 王烈 杨小湜,侯哲,等. 护理者负担量表中文版的应用与评价[J]. 中国公共卫生,2006,22(8):97-972.

[10] 高业兰,杨玉佩. 失能老人主要照顾者负担及影响因素[J]. 中国老年学杂志,2020,40(22):4913-4917.

[11] STOCKDILL M L,PATRICIAN P A,BAKITAS M. Understanding and measuring symptom burden in heart failure:a concept analysis[J]. *West J Nurs Res*,2019,41(10):1423-1447.

[12] 李茹,陈玲玲,段晓侠,等. 老年慢性病照顾者负担与社会支持的关系[J]. 中国老年学杂志,2019,39(7):1753-1755.

[13] 韩晓燕,王卫亮,侯芳,等. 脑卒中家庭肠内营养患者主要照顾者负担现状及影响因素[J]. 重庆医学,2018,47(3):377-380.

[14] 姚文秀. 维持血液透析病人主要照顾者照顾负担及负性情绪与社会支持的相关性研究[J]. 全科护理,2017,15(17):2058-2060.

[15] 汤娟娟,王俊杰. 老年患者家庭照顾者照顾负担的研究进展[J]. 中国护理管理,2015,15(5):626-629.

[16] 刘秀静,纪鑫,高俊芳,等. 慢性病患儿照顾者照顾负担及影响因素的研究进展[J]. 全科护理,2017,15(22):2713-2715.


(本文编辑:孟 月)

(上接第 421 页)


[4] 刘文霞,杜明泽,刘曼曼. 新鲜周期卵裂胚和囊胚移植单胎分娩的新生儿结局及影响因素[J]. 新乡医学院学报,2019,36(9):868-871.

[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.

[6] 何镭,刘兴会. 正常分娩指南(2020)要点解读:产程的观察及处理[J]. 实用妇产科杂志,2021,37(2):95-96.

[7] 薛丽丽,张坚贞,沈华祥,等. 多学科合作快速康复模式在剖宫产中的应用及卫生经济学评价[J]. 中华医学杂志,2019,99(42):3335-3339.

[8] 徐建平,王晓鸣,顾水琴,等. 晚期早产剖宫产术中袋鼠式护理对新生儿出生"黄金小时"健康指标的影响[J]. 中华围产医学杂志,2019,22(8):560-564.

[9] GOOSSENS S M,ENSING S,ROUMEN F J,*et al*. Neonatal outcomes according to actual delivery mode after planned vaginal delivery in women with a twin pregnancy[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*,2021,256:17-24.

[10] MARTEL-SANTIAGO C R,ARENCIBIA-DÍAZ R D,ROMERO-REQUEJO A,*et al*. Delivery in breech presentation:perinatal outcome and neurodevelopmental evaluation at 18 months of life[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*,2020,255:147-153.

[11] 李励,刘胜楠,和儒林,等. 新产程标准指导下剖宫产率及阴道试产成功率分析[J]. 第二军医大学学报,2018,39(6):610-614.

[12] 周友,郭雅,邓艳华,等. 新产程图产程管理在初产妇中的应用效果[J]. 中国妇幼保健,2018,33(5):994-996.

[13] 孟璐璐,苏秀娟,花静,等. 产程图的研究历程[J]. 中华围产医学杂志,2018,21(11):780-782.

[14] 沈丽霞,陈海天,李珠玉,等. 新产程标准管理下 1 089 例自然分娩初产妇的产程特点分析[J]. 中华妇产科杂志,2019,54(2):93-96.

[15] 范林霄. 新第二产程时限对母儿结局的影响[J]. 中国药物与临床,2019,19(1):127-129.

[16] 余丽珍,翁小芳. 新产程时限标准对产妇分娩结局的影响[J]. 中国全科医学,2019,22(S1):57-60.

[17] 金栩冰,金佳希,黄贤苹,等. 新产程标准在温州地区临床应用的可行性[J]. 温州医科大学学报,2017,47(4):290-292.

[18] 李红雨,常青,郑春明,等. 新产程标准实施对低危产妇妊娠结局的影响[J]. 中华妇幼临床医学杂志:电子版,2019,15(2):180-185. DOI:10.3877/cma.j.issn.1673-5250.2019.02.009.


(本文编辑:李胜利)