

正常分娩指南



扫一扫下载指南原文

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

通信作者：杨慧霞，北京大学第一医院妇产科 100034，Email: yanghuixia@bjmu.edu.cn，电话：010-83573246；刘兴会，四川大学华西第二医院妇产科，成都 610041，Email: xinghui.liu@163.com，电话：028-88570281

【摘要】 妊娠和分娩过程存在着各种危及母胎健康和安全的风险。随着我国产科的发展，亟需撰写正常分娩的指南，以规范正常分娩的处理，提高阴道分娩率。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，参考相关指南、查阅大量高级别证据文献并结合我国国情，在广泛征求意见的基础上撰写了本指南，旨在更新和规范全国各级医院产科围分娩期处理，强调以母胎为中心的照护，优化孕妇在产程和分娩中的体验，并且维护其尊严与隐私。

【关键词】 正常分娩；诊疗准则

DOI: 10.3760/cma.j.cn113903-20200526-00493

Guideline of normal birth

Obstetric Subgroup, Society of Obstetrics and Gynecology, Chinese Medical Association

Society of Perinatal Medicine, Chinese Medical Association

Corresponding authors: Yang Huixia, Department of Obstetrics and Gynecology, Peking University First Hospital, 100034, Email: yanghuixia@bjmu.edu.cn, Tel: 0086-10-83573246; Liu Xinghui, Department of Obstetrics and Gynecology, West China Second University Hospital of Sichuan University, Chengdu 610041, Email: xinghui.liu@163.com, Tel: 0086-28-88570281

【Abstract】 Balancing a positive and enjoyable pregnancy and childbirth experience whilst ensuring maternal and fetal safety is the goal of obstetric care. To standardize the management of normal birth and improve the rate of vaginal delivery, the Obstetrics Subgroup, Society of Obstetrics and Gynecology, Chinese Medical Association and the Society of Perinatal Medicine, Chinese Medical Association organized an expert group to develop official recommendations on normal birth. The guideline was developed by reviewing relevant guidelines from other countries, evaluating the results from relevant high quality literatures, and considering the medical conditions in China. The guideline aims to update and standardize the intrapartum care of Chinese hospitals of different levels, highlighting the importance of maternal-fetal-centered care whilst optimizing the experience of labor and childbirth and maintaining maternal dignity and privacy.

【Key words】 Normal birth; Practice guidelines

DOI: 10.3760/cma.j.cn113903-20200526-00493

妊娠和分娩是一个自然的生理过程，但在这一生理过程中存在着各种危及母胎健康和安全的风险。循证医学证据显示，经过规范化培训的助产士与产科医师密切合作及产程的恰当管理，能够提高正常分娩率、降低难产率，从而有效降低母婴死亡率、患病率，提高孕产妇生命质量，达到孕产妇健康、

围产儿安全的目标^[1]。

我国尚缺乏正常分娩相应的指南，不同地区和医院正常分娩的临床管理存在一定差异，这也是导致我国剖宫产率偏高的原因之一。随着我国产科的发展，亟需正常分娩的指南，以规范正常分娩的处理，提高阴道分娩率。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, 参考世界卫生组织 (World Health Organization, WHO)、美国妇产科医师协会 (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG)、英国国家卫生与临床优化研究所 (National Institute for Health and Care Excellence, NICE)、澳大利亚昆士兰卫生组织 (Queensland Health) 等的相关指南^[2-5], 查阅大量高级别证据的相关文献并结合我国国情, 在广泛征求意见的基础上撰写了本指南, 旨在更新和规范全国各级医院产科围产期处理, 强调以母胎为中心的照护, 优化孕妇在产程和分娩中的体验, 维护其尊严与隐私, 保障其在围产期的知情权, 即使在医疗条件有限的地区, 也要帮助孕妇在围产期获得信心和尊重。希望通过助产人员的工作和努力, 使得我国孕妇在尊重、知情与人文关怀中, 获得高质量的分娩体验并达到“母亲安全、孩子健康”的目标。

本指南对于有良好和一致的科学证据支持 (有随机对照研究支持) 的证据推荐等级为 A 级, 对于有限的或不一致的文献支持 (缺乏随机对照研究支持) 的证据推荐等级为 B 级, 主要根据专家共识的证据推荐等级为 C 级。

一、正常分娩的定义

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^[6]。

二、分娩前评估及健康教育

(一) 健康教育

健康教育对于孕妇的妊娠和分娩是至关重要的, 应该贯穿妊娠期保健的整个过程。分娩前的健康教育对象不只局限于孕妇, 还应包含其家庭成员。通过健康教育使孕妇能够充分认识到阴道分娩的益处, 主动参与和配合分娩过程, 并得到家属的支持, 从而顺利完成分娩。但是目前尚缺乏高质量研究证明何种健康教育方式最佳^[7], 不同地区的各级医院可以结合其医疗资源状况, 通过孕妇学校 (面授或在线)、助产士门诊等方式对孕妇进行健康教育。

健康教育的内容应涵盖临产发动的征象、就医的时机、分娩的生理过程、分娩的相关风险、如何应对疼痛、分娩镇痛的方法及其利弊、产程中能量补给的方式及重要性、不同分娩方式的利弊、分娩期心理指导、拉玛泽呼吸法 (有

条件者) 等。

(二) 评估和转诊

【推荐条款】

1-1 分娩前对母胎进行全面的评估: 通过病史询问、孕期保健的相关资料及查体进行全面的母胎评估。(推荐等级: C)

1-2 依据评估结果进行风险评级。(推荐等级: C)

1-3 风险评估为高风险的孕妇, 应当结合当地医院的孕妇和新生儿救治条件, 在分娩前的合适孕周, 及时转诊至有条件处理母儿情况的医院分娩。(推荐等级: C)

1. 病史和查体: (1) 孕妇: 回顾产前检查病历 (包括产前各项检查的结果), 核对预产期、孕周, 了解本次妊娠的经过; 评估既往妊娠史: 妊娠次数和分娩次数, 分娩方式或其他并发症史 (产后出血等), 有无瘢痕子宫、有无会阴裂伤史; 询问目前宫缩的情况; 了解是否存在阴道流血、流液, 评估流血、流液的时间、量及伴随症状; 血常规、血型、凝血功能、肝肾功能、感染性疾病筛查、B 族链球菌筛查、心电图等检查的结果。进行规范的全身查体和产科查体。对妊娠晚期未行骨盆内测量的孕妇, 入产房时推荐阴道检查的同时了解骨盆情况。(2) 胎儿: 询问孕妇近期胎动情况; 测量宫高、腹围; 触诊胎产式、胎方位、胎先露, 综合估计胎儿体重; 评估胎儿情况。

2. 风险评级及高危因素识别: 参照“孕产妇妊娠风险评估与管理工作规范”^[8]进行妊娠期风险评估分级。分娩前应对孕妇进行全面的评估, 及时识别高危因素。妊娠期无并发症和合并症的孕妇为低危孕妇。高危因素包括: 母亲并发症和合并症、胎儿并发症。(1) 母亲因素, 如心血管系统疾病 (妊娠期高血压疾病等)、内分泌系统疾病 (妊娠期糖尿病、糖尿病合并妊娠等)、免疫系统疾病、神经系统疾病、肾脏疾病、恶性肿瘤等并发症或合并症, 不良孕产史, 手术史等; (2) 胎儿因素, 如胎儿生长受限、胎动减少、脐血流异常等; (3) 胎盘因素, 如前置胎盘、胎盘植入等。

3. 转诊: 对于妊娠期风险评估为高风险的孕妇, 妊娠期间未转诊者, 应依据孕妇当时的情况 (包括孕周、母亲病情、胎儿宫内状态及疾病的进展等) 和当地的医疗条件, 安排合理转诊或就地进行处理。

三、第一产程

(一) 定义

【推荐条款】

2-1 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)。临产的重要标志为有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^[9]。第一产程分为潜伏期和活跃期。(推荐等级: C)

2-2 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。(推荐等级: B)

目前, 国际上的不同指南对于潜伏期与活跃期的界定存在差异。本指南采用 2018 年 WHO 推荐的潜伏期与活跃期的分界, 即以宫口开大 5 cm 作为产程进入活跃期的标志^[2]。

2010 年, Zhang 等^[10]对美国 19 所医院 62 415 例单胎、头位、自然临产并最终经阴道分娩, 且新生儿结局正常的孕妇 (即正常分娩的产程) 的回顾性研究发现, 无论初产妇或经产妇, 宫口扩张速度明显加快均出现在宫口开大 6 cm 以后。基于以上研究, 美国国家儿童保健和人类发育研究所、ACOG、美国母胎医学会推荐以宫口扩张 6 cm 作为活跃期的标志^[3,11]。中华医学会妇产科学分会产科学组在“新产程标准及处理的专家共识 (2014)”也推荐以宫口扩张 6 cm 作为活跃期的标志^[12]。

2018 年, WHO 发表了《产时管理改进分娩体验》的推荐建议^[2], 该建议综合分析了 3 项近年发表的关于低危、自然临产孕妇产程进展情况的系统综述^[13-15], 推荐以宫口扩张 5 cm 作为活跃期的标志。

综合上述证据, 经过多次专家讨论, 本指南决定采纳 2018 年 WHO 的推荐, 以宫口扩张到 5 cm 作为进入活跃期的标志。

(二) 健康教育

【推荐条款】

2-3 推荐助产人员对孕妇进行精神安慰, 耐心讲解分娩是生理过程, 增强孕妇对阴道分娩的信心。(推荐等级: C)

2-4 推荐助产人员为孕妇讲解分娩相关知识 (分娩方式的指导、产程中如何配合)、药物疗效及不良反应、镇痛方法的风险及效果。(推荐等级: C)

(三) 第一产程的评估和监测

1. 观察及记录产程的进展

【推荐条款】

2-5 建议对入院孕妇进行快速评估, 包括孕妇的生命体征、胎心率、宫缩、胎位、胎儿大小、羊水等情况, 评估是否存在产科高危或急症情况以便进行紧急处理。(推荐等级: C)

2-6 建议潜伏期每 4 小时进行 1 次阴道检查, 活跃期每 2 小时进行 1 次阴道检查; 如孕妇出现会阴膨隆、阴道血性分泌物增多、排便感等可疑宫口快速开大的表现时, 应立即行阴道检查。(推荐等级: C)

2-7 对于产程进展顺利者, 不推荐产程中常规行人工破膜术。(推荐等级: A)

2-8 一旦胎膜破裂, 建议立即听诊胎心, 观察羊水颜色、性状和流出量, 必要时行阴道检查, 同时记录。(推荐等级: C)

产程中需要通过阴道检查观察并记录宫口扩张及胎先露下降的情况。对于自然临产的孕妇, 建议潜伏期每 4 小时进行 1 次阴道检查, 活跃期每 2 小时进行 1 次阴道检查。阴道检查应在会阴消毒后进行, 不推荐使用醋酸氯己定进行阴道冲洗来预防感染; 应用安慰剂与醋酸氯己定相比, 绒毛膜羊膜炎、产后子宫内膜炎、围产儿死亡率及新生儿败血症的发生率差异均无统计学意义^[16]。阴道检查内容包括子宫颈质地、宫口开大程度、胎先露及其高低。首次阴道检查应了解骨盆情况, 已经破膜者应注意观察羊水性状等。

目前尚无大样本量随机对照研究来评估产程中阴道检查的间隔与母儿感染发生率之间的关系^[17]。阴道检查次数增多会增加感染的发生率, 产程中应避免不必要的阴道检查。在基于上述原则的基础上, 如果孕妇出现会阴膨隆、阴道血性分泌物增多、主诉有排便感等可疑宫口快速开大的表现时, 应立即行阴道检查评估产程进展情况。

观察并记录破膜时间, 一旦发现胎膜自然破裂, 应立即听胎心, 观察羊水性状及羊水量, 并记录。对于产程进展顺利者, 不建议宫口开全之前常规行人工破膜术。

2. 潜伏期的时长和处理

【推荐条款】

2-9 潜伏期延长的定义: 初产妇 > 20 h, 经产妇 > 14 h。在除外头盆不称及可疑胎儿窘迫的前

提下, 缓慢但有进展(宫口扩张和胎先露下降)的潜伏期延长不作为剖宫产术的指征。(推荐等级: C)

目前, 各国的指南对第一产程潜伏期的持续时间无明确的统一标准。由于新产程的研究中对潜伏期的研究较少, 因此我国“新产程标准及处理的专家共识(2014)”^[12]仍将潜伏期延长定义为初产妇 > 20 h, 经产妇 > 14 h, 并且单纯的潜伏期延长不作为剖宫产术的指征。研究显示, 在母胎状况允许的前提下, 潜伏期可以延长到 24 h 或更长^[3]。在除外头盆不称及可疑胎儿窘迫的前提下, 缓慢但有进展(宫口扩张和胎先露下降)的潜伏期延长不作为剖宫产术的指征。

另外, 研究显示, 宫口扩张到 5 cm 之前, 产程一般不会自然进入加速期^[15]。基于上述研究, WHO 建议如果母胎状况良好, 不推荐在宫口开大到 5 cm 前采用医疗干预加速产程进展^[2]。

3. 活跃期的时长和处理

【推荐条款】

2-10 活跃期停滞的诊断标准: 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。活跃期停滞可作为剖宫产术的指征。(推荐等级: C)

初产妇的活跃期一般不超过 12 h, 经产妇不应超过 10 h^[2]。一些孕妇在活跃期宫口扩张速度低于 1 cm/h 仍属于正常, 母胎状况良好时不必干预^[15]。若发现活跃期有延长趋势, 应进行全面评估和处理, 如宫缩欠佳, 应予以加强宫缩处理, 明确为活跃期停滞者行剖宫产术分娩。

在产程中还需要注意个体因素的不同, 如孕妇年龄、心理因素、有无分娩镇痛、孕妇休息和饮食状况及胎儿体重因素的影响。在产程的管理中, 助产人员应该充分考虑到这些因素对产程的可能影响。

4. 胎儿宫内状况的监测和评估

【推荐条款】

2-11 对于低危孕妇推荐产程中采用多普勒间断听诊胎心并结合电子胎心监护的方式对胎儿宫内状况进行评估。常规行电子胎心监护后, 建议第一产程每 30 min 听诊胎心率 1 次, 并记录。根据当地医疗条件, 潜伏期应至少每 60 min 听诊 1 次, 活跃期至少每 30 min 听诊 1 次。(推荐等级: C)

2-12 对于出现异常情况的孕妇, 可适当增加

胎心听诊频率; 是否进行持续电子胎心监护, 应根据医疗机构及孕妇的情况决定。(推荐等级: C)

2-13 当间断听诊发现胎心率异常时, 建议使用电子胎心监护进行监测。(推荐等级: C)

胎儿宫内状况的监测包括间断听诊胎心及电子胎心监护。对于低危孕妇, 并无证据表明产程中持续电子胎心监护优于间断听诊胎心, 因此推荐常规行 1 次电子胎心监护, 之后间断听诊胎心。如果间断听诊异常, 建议持续电子胎心监护。有条件的医疗机构可选用持续电子胎心监护。间断听诊的相关事宜及产时胎心监护的解读和处理可参考中华医学会儿科学分会“电子胎心监护应用专家共识”^[18]。

出现但不限于以下情况者, 推荐持续电子胎心监护: 母亲心率 30 min 出现 2 次超过 120 次/min; 1 h 内母亲体温 2 次超过 37.5 °C; 怀疑绒毛膜羊膜炎或败血症; 孕妇主诉腹痛不同于正常宫缩痛; 羊水有明显的胎粪污染; 产程中阴道有鲜血流出; 宫缩间期血压升高, 收缩压 ≥ 140 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa) 或舒张压 ≥ 90 mmHg; 宫缩持续 ≥ 60 s 或宫缩过频。对于存在胎儿生长受限情况的孕妇, 产程中推荐持续电子胎心监护。

5. 宫缩的监测和评估

【推荐条款】

2-14 建议以宫缩频率评估宫缩情况。(推荐等级: C)

2-15 宫缩过频是指宫缩频率 > 5 次/10 min, 持续至少 20 min。(推荐等级: C)

2-16 当发现宫缩过频时, 建议停止应用缩宫素, 必要时可给予宫缩抑制剂。(推荐等级: C)

宫缩的评估方法主要包括内监护和外监护 2 种。内监护由于具有侵入性, 同时先决条件是已经破膜, 故不建议对低危孕妇实施。外监护方法包括观察法、腹部触诊法和电子监护法。观察法和腹部触诊法能评估宫缩频率和持续时间, 但无法准确量化宫缩强度。电子监护法是通过外部宫缩探头间接测量宫缩压力变化, 但其监测结果会受多种因素的影响, 如压力探头的放置位置、腹部皮下脂肪厚度、胎动、孕妇呼吸、探头绑缚的松紧程度以及孕妇体重指数等, 也不能准确反映宫缩的强度。目前推荐以宫缩的频率评估宫缩情况。宫缩过频是指宫缩频率 > 5 次/10 min, 持续至少 20 min。当发现宫缩过频时, 建议停止使用缩宫素, 必要时可给予宫缩抑制剂。

6. 分娩镇痛

【推荐条款】

2-17 根据孕妇的疼痛情况，鼓励采用非药物方法减轻分娩疼痛，必要时根据其意愿使用椎管内镇痛或其他药物镇痛。（推荐等级：C）

在分娩发动之前医务人员应当向所有孕妇提供基于循证医学的分娩镇痛选择的信息，并且与孕妇讨论其所在的分娩机构提供的每种镇痛方式的风险和益处。根据分娩机构的条件，对于产程中要求镇痛的健康孕妇，应根据其意愿使用椎管内镇痛或使用阿片类药物，如芬太尼、吗啡、哌替啶（杜冷丁），或非药物镇痛方法^[2]。

非药物镇痛方法包括：导乐陪伴、芳香疗法、催眠、音乐疗法、按摩、呼吸调节、会阴热敷、自由体位等。非药物镇痛方法能缓解分娩不适，减轻疼痛，提高孕妇对分娩过程的体验，但是其有效性尚缺乏高质量的证据^[19]。

椎管内镇痛既不会增加剖宫产率，也不会延长第一产程时间，但有可能引起产妇发热，须与宫内感染相鉴别。另外，在无医疗禁忌的情况下，分娩镇痛应在孕妇要求下才可实施。对于使用椎管内镇痛者，医疗机构应具备实时监测孕妇生命体征、胎心和宫缩的监护条件，并由麻醉医师动态评估孕妇疼痛评分及下肢肌力，发现异常及时处理。

（四）第一产程的处理和照护

【推荐条款】

2-18 全身麻醉低风险的孕妇分娩过程中可根据自己的意愿进食和饮水。（推荐等级：A）

2-19 饮用碳水化合物饮品并不能改善母儿结局，可根据孕妇需求选择产程中的饮品。（推荐等级：A）

2-20 不建议阴道分娩前常规进行会阴部备皮。（推荐等级：A）

2-21 产程中建议根据孕妇意愿选择其舒适的体位。（推荐等级：C）

2-22 推荐低危孕妇在产程中适当活动。（推荐等级：C）

1. 推荐孕妇在产程中按意愿进食和饮水，除非其存在全身麻醉的风险^[2,20-21]，重视产程中能量的供给。系统综述显示，严格限制进食和饮水组与对照组比较，产程时间、剖宫产率、产程干预、新生儿 Apgar 评分、新生儿重症监护病房入住率并无显著差异；产程中饮用碳水化合物与饮用水比较，孕

妇和新生儿的结局无显著差异^[21-22]。

2. 保持孕妇会阴部清洁，目前尚无证据支持阴道分娩前应常规备皮，而且备皮会增加孕妇的不舒适感^[23]，所以不推荐阴道分娩前常规备皮。

3. 推荐孕妇定期排尿，及时排空膀胱。

4. 每 4 小时监测 1 次生命体征。若发现血压升高或体温升高，应通知产科医师进行评估和处理。

5. 产程中不必限制孕妇的体位，应根据孕妇意愿选择其舒适的体位。由于仰卧位可导致仰卧位低血压，故不推荐^[24]。如破膜后胎儿头浮或臀位，孕妇应卧床，禁止下地活动，警惕脐带脱垂。

6. 不推荐常规肠道准备。

7. 分娩过程中尽量为孕妇提供舒适的环境，并给予精神鼓励^[25]。

四、第二产程

（一）定义

【推荐条款】

3-1 第二产程，又称胎儿娩出期，是指从宫口开全至胎儿娩出的全过程。（推荐等级：C）

（二）健康教育

【推荐条款】

3-2 助产人员应告知孕妇第二产程时长因人而异。（推荐等级：C）

3-3 助产人员应充分告知孕妇第二产程各种分娩体位的益处及风险，协助孕妇根据自己的意愿选择分娩体位。（推荐等级：C）

助产士应及时给予孕妇健康教育，内容包括：

（1）告知孕妇第二产程时长因人而异。（2）告知孕妇第二产程自由体位的作用及风险：直立位可降低会阴侧切及阴道助产的风险，但可能增加产后出血及会阴Ⅱ度以上裂伤的风险；尽量避免仰卧位；对于椎管内镇痛的孕妇，目前的研究并未发现直立位（站立、坐位、有支撑的跪位）、左右侧卧位、半卧位，哪种体位最佳，应当根据孕妇的当时情况及喜好选择^[26]。（3）告知孕妇第二产程中减少会阴损伤的措施及风险。（4）告知孕妇新生儿出生后即刻母婴皮肤接触（skin-to-skin contact）、早哺乳、早吸吮的益处^[27]。

（三）第二产程的评估和监测

【推荐条款】

3-4 第二产程中注意监测胎儿宫内状态，并对产力、胎先露下降程度进行评估，特别是当胎先露下降缓慢时，要注意除外宫缩乏力，必要时予缩

宫素加强宫缩，同时还需对胎方位进行评估，必要时手转胎头至合适的胎方位。（推荐等级：C）

3-5 鼓励对医护人员进行阴道手术助产培训，由经验丰富的医师和助产士进行阴道手术助产是安全的。（推荐等级：B）

3-6 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。（推荐等级：B）

3-7 不推荐在第二产程采用宫底加压的方式协助胎儿娩出。（推荐等级：C）

3-8 经阴道分娩的孕妇不推荐常规行会阴切开术，但应采取会阴保护以减少损伤。（推荐等级：C）

3-9 推荐采用椎管内镇痛的初产妇在第二产程开始时即在指导下用力。（推荐等级：A）

1. 对胎儿宫内状态的评估：主要是对胎心率的评估，并注意羊水的性状。至少每 10 分钟听诊 1 次胎心或持续电子胎心监护，并应用三级评价系统进行评估。如可疑胎儿窘迫，应在实施宫内复苏措施的同时尽快结束分娩。

2. 分娩姿势的推荐及指导用力的时机：鼓励孕妇采用最舒适的姿势进行分娩。目前，关于第二产程延迟用力尚存在争议。WHO 推荐，在胎儿监护正常、孕妇状态良好的情况下，如果胎儿先露部位位于 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^[2]。但近年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显示，第二产程立即用力组与延迟用力组的阴道分娩率无显著差异，但立即用力组孕妇发生绒毛膜羊膜炎、产后出血及新生儿酸中毒的风险均显著低于延迟用力组^[28]。故 2019 年 ACOG 建议对于接受椎管内镇痛的初产妇在第二产程开始时应立即指导孕妇用力^[29]。另外，对椎管内镇痛孕妇的系统综述也显示，虽然第二产程延迟用力对于自然分娩、阴道助产及剖宫产等分娩方式没有影响，但会显著延长第二产程时间，并显著增加绒毛膜羊膜炎及低脐血 pH 值的风险^[30]。因此，本指南推荐，使用椎管内镇痛的初产妇在第二产程开始时即应在指导下用力。

3. 对第二产程进展的评估：宫口开全后，胎膜多已自然破裂。若仍未破膜，会影响胎头下降，应在宫缩间歇期行人工破膜术。行阴道检查时应注意胎先露的位置、胎方位、产瘤大小及宫缩时先露下

降的程度。当胎头下降异常时，应对胎方位进行评估，必要时可以使用超声检查协助判断胎方位以及手转胎头至合适的胎方位。

4. 第二产程延长：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。对于第二产程延长者根据具体的评估情况决定剖宫产或阴道助产分娩。

5. 第二产程中推荐根据孕妇意愿和实际条件，采用一些减少会阴损伤和利于自然分娩的措施（包括会阴按摩、热敷和会阴保护）。不推荐在第二产程阶段应用人工宫底加压加速分娩。对于阴道自然分娩的孕妇不推荐常规使用会阴切开术。

（四）第二产程的照护

第二产程的照护对于整个产程的进展非常重要，助产人员应结合孕妇的实际情况进行。

1. 会阴护理：第二产程热敷和按摩会阴可以降低严重会阴损伤的风险^[31]，采用会阴按摩可以减少会阴裂伤，同时可以降低Ⅲ、Ⅳ度会阴裂伤的发生率。应结合孕妇的具体情况酌情使用。

2. 体位：鼓励孕妇采用最舒适的体位用力。

3. 根据当地的医疗条件，为孕妇提供家庭化的分娩环境，低危孕妇在家庭化的分娩环境中分娩，可以减少镇痛药的使用，降低会阴侧切率，提高对分娩过程的满意度^[32]。

4. 鼓励家属陪产，给予孕妇精神支持。

五、第三产程

（一）定义

【推荐条款】

4-1 第三产程，又称胎盘娩出期，是指从胎儿娩出后至胎盘胎膜娩出，即胎盘剥离和娩出的全过程，需 5~15 min，不应超过 30 min。（推荐等级：C）

（二）健康教育

助产人员应对孕妇讲解第三产程过程，宣教母乳喂养、早期皮肤接触的益处，并讲解如何完成母乳喂养和如何识别新生儿的觅乳信号。告知产后会阴伤口的护理方法。

（三）第三产程的评估和监测

【推荐条款】

4-2 第三产程应注意监测产妇的生命体征、评估子宫收缩情况、检查胎盘和软产道，准确估计

出血量、及早识别产后出血等情况。(推荐等级: C)

4-3 第三产程超过 30 min, 或未超过 30 min 胎盘未完全剥离而出血多时, 在做好预防产后出血的准备下, 建议行手取胎盘术。(推荐等级: C)

4-4 建议对不需要复苏的正常足月儿延迟脐带结扎。延迟脐带结扎是指在新生儿出生后至少 60 s 后, 或等待脐带血管搏动停止后再结扎脐带。(推荐等级: A)

4-5 对于有条件的医疗机构建议常规行脐动脉血气分析。(推荐等级: C)

1. 应用缩宫素预防产后出血: 建议对所有产妇在第三产程使用宫缩剂以减少产后出血^[33]。首选缩宫素, 在胎儿前肩娩出后静脉滴注稀释后的缩宫素 10~20 U, 或在胎儿前肩娩出后立即肌内注射缩宫素 10 U。

2. 评估子宫收缩情况: 胎盘胎膜娩出后, 检查并确定胎盘胎膜完整性, 推荐对所有产妇进行产子宫收缩情况的评估, 尽早发现宫缩乏力。应注意观察、测量并记录出血量, 同时监测生命体征。如发生产后出血, 按照“产后出血预防与处理指南(2014)”^[33]进行处理。对于已预防性使用缩宫素的产妇, 不推荐为预防产后出血而采取持续子宫按摩^[2]。

3. 需要行手取胎盘术的情况: (1) 若胎盘娩出前出血多时, 应由医师行手取胎盘术。(2) 第三产程超过 30 min, 胎盘仍未排出但出血不多时, 应排空膀胱后, 轻轻按压子宫并使用宫缩剂, 如胎盘仍不能排出, 应行手取胎盘术。

4. 检查软产道裂伤: 应仔细检查会阴、小阴唇内侧、尿道口周围、阴道、阴道穹隆及子宫颈有无裂伤。若有裂伤, 应立即缝合。修复 I 和 II 度裂伤时不需要常规使用抗生素。出现 III 和 IV 度裂伤者推荐应用广谱抗生素预防感染^[34]。若经处理仍有活动性出血应警惕子宫下段裂伤。

5. 延迟脐带结扎: 对于不需要复苏的正常足月儿和早产儿推荐延迟脐带结扎(delayed cord clamping)。延迟脐带结扎是指在新生儿出生后至少 60 s 后, 或等待脐带血管搏动停止后(出生后 1~3 min)再结扎脐带^[2]。近年的关于延迟脐带结扎的随机对照研究显示了脐带延迟结扎的益处: 增加新生儿的血容量, 减少新生儿输血量, 减少早产儿脑室内出血的发生, 减少因铁缺乏引起的贫血, 可以提供免疫因子和干细胞, 并且可以提高早产儿脑

组织氧浓度。另外, 延迟脐带结扎并不会增加产后出血的风险^[35]。但对于窒息需要复苏的新生儿则应立即断脐。

(四) 第三产程的处理

【推荐条款】

4-6 推荐无合并症的新生儿应在出生后尽早与母亲进行母婴皮肤接触, 以预防新生儿低体温并促进母乳喂养。(推荐等级: A)

4-7 对于出生时羊水清亮且出生后已建立自主呼吸的新生儿, 或虽存在羊水污染但有活力的新生儿, 不推荐采用口鼻吸引的方式常规清理呼吸道。(推荐等级: C)

4-8 建议在新生儿基本生命体征稳定后对其进行全身体格检查, 包括检查外观有无畸形, 测量身长、体重等, 并准确记录。(推荐等级: C)

1. 产妇方面: (1) 密切关注产妇的生命体征, 观察并记录心率及血压的变化; (2) 观察子宫收缩情况: 每 15~30 分钟观察 1 次子宫收缩情况; (3) 评估阴道流血情况, 详见“产后出血预防与处理指南(2014)”^[33]; (4) 观察产妇软产道裂伤情况: 根据具体伤口情况选择缝合方式; (5) 关注产后膀胱充盈和排尿情况。

2. 新生儿方面: (1) 擦干及保暖: 新生儿娩出后, 立即将新生儿置于母亲腹部的干毛巾上, 彻底擦干, 并注意保暖。(2) 目前并无证据支持使用洗耳球或导管对健康足月新生儿进行口鼻咽吸引有益处^[36]。必要时(分泌物量多或有气道梗阻)可用洗耳球或吸管(12 或 14 F)清理口鼻腔分泌物, 但是避免过度用力吸引。(3) 当羊水胎粪污染时, 应评估新生儿有无活力, 新生儿有活力时, 继续初步复苏; 新生儿无活力时, 应在 20 s 内完成气管插管, 并用胎粪吸引管吸引胎粪^[37]。(4) 母婴皮肤接触^[38-39]: 将新生儿以俯卧位(腹部向下, 头偏向一侧)与母亲开始皮肤接触, 皮肤接触的同时处理脐带, 皮肤接触时间至少 90 min。出现以下情况不进行母婴皮肤接触: 新生儿严重胸廓凹陷、喘息或呼吸暂停、严重畸形, 以及产妇出现医疗状况需紧急处理。(5) 观察新生儿: 评估和记录新生儿 1、5、10 min Apgar 评分, 每 15 分钟监测新生儿体温和呼吸^[39]。(6) 观察新生儿觅乳征象, 指导母乳喂养: 当新生儿出现流口水、张大嘴、舔舌或嘴唇、寻找或爬行动作、咬手指动作时, 指导母亲开始母乳喂养, 并密切观察, 保证新生儿面部无遮挡且气道无

堵塞。

六、产后的评估及照护

(一) 健康教育

在产后阶段对产妇进行健康教育具有非常重要的意义^[40]。产后健康教育的内容主要包括：(1) 母乳喂养宣教：实施个性化的母乳喂养自我效能干预措施以增强母乳喂养的信心；出院之前应向产妇及家属讲解并示范挤奶的方法^[41]；提供持续、主动的母乳喂养服务以满足母婴个性化的需求；家庭成员如伴侣纳入母乳喂养宣教对象。(2) 产褥期如出现伤口愈合不良、阴道流血多等异常情况应随时就诊；如无异常，推荐产后 6 周后复诊，评估会阴及子宫等的恢复情况、母乳喂养情况以及避孕需求并提供相应的咨询服务。

(二) 评估和监测

【推荐条款】

5-1 产后的评估包括产妇的生命体征、阴道流血、宫缩等情况，注意产妇的不适主诉，早期识别和发现产后高危或急症情况以便及时处理。(推荐等级：C)

1. 产后 2 h 内：第 1 小时，每 15 分钟检查 1 次生命体征、宫缩和阴道流血情况并记录；第 2 小时，每 30 分钟检查并记录 1 次。注意产妇的疼痛情况和其他不适主诉。及时发现产后出血、会阴血肿等异常情况，并给予相应处理；对于高危产妇需延长观察时间至产后 4 h 或病情平稳后方可转出产房。

2. 产后 24 h 内：仍为发生产后出血的高危时段。在这段时间内，需关注产妇的生命体征、阴道流血、子宫收缩情况、宫底高度、排尿情况以及其他不适主诉，及时发现异常并处理。在医疗保健机构正常阴道分娩的产妇，如果母婴健康，推荐观察至少 24 h 后再出院。

(三) 产后处理

【推荐条款】

5-2 根据产妇情况选择减轻会阴不适感的方法，如应用局部治疗（如冷敷或热敷）、局部麻醉剂或口服止痛药物等。(推荐等级：C)

1. 产后会阴阴道血肿通常出现在分娩后 24 h 内，小血肿可能无症状，但大多数血肿会引起疼痛和占位效应。应注意产妇的主诉，并对腹部、外阴、阴道和直肠进行彻底检查（包括观察外生殖器、阴道和子宫颈），以确定血肿位置和大小。

2. 饮食：产褥期膳食应注意多样化，以满足营

养需求，无特殊禁忌。

3. 排尿和排便：鼓励产妇尽早自行排尿，并观察尿量。鼓励产妇高膳食纤维饮食和多喝水，预防产后便秘。

4. 观察子宫复旧和恶露情况：观察子宫复旧、恶露性质和量的情况，同时指导产妇如何观察恶露。

5. 会阴护理：保持会阴伤口的清洁、干燥。应告知产妇保持会阴伤口清洁和舒适的方法，以及如何识别异常征象（如感染）。受伤口类型、季节、产妇自身因素等的影响，会阴伤口的恢复速度存在个体差异。

6. 减轻会阴不适感的方法包括局部治疗（如冷敷或热敷）、局部麻醉剂和口服止痛药物。具体治疗方案的选择需个体化^[42]。

执笔专家：李博雅（北京大学第一医院）、时春艳（北京大学第一医院）、杨慧霞（北京大学第一医院）

撰写专家组：李博雅（北京大学第一医院）、时春艳（北京大学第一医院）、杨慧霞（北京大学第一医院）、刘喆（北京大学第一医院）、刘军（北京大学第一医院）、徐鑫芬（浙江大学医学院附属妇产科医院海宁分院）、漆洪波（重庆医科大学附属第一医院）、刘兴会（四川大学华西第二医院）

参与本指南制定及讨论的专家（按姓氏拼音排序）：陈叙（天津市中心妇产科医院）、陈敦金（广州医科大学附属第三医院）、程蔚蔚（上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院）、崔世红（郑州大学第三附属医院）、丁依玲（中南大学湘雅二医院）、范玲（首都医科大学附属北京妇产医院）、樊尚荣（北京大学深圳医院）、冯玲（华中科技大学同济医学院附属同济医院）、冯嘉蕾（北京大学第一医院）、高劲松（中国医学科学院北京协和医院）、古航（海军军医大学附属上海长海医院）、贺晶（浙江大学医学院附属妇产科医院）、胡娅莉（南京大学医学院附属鼓楼医院）、黄引平（温州医科大学附属第一医院）、隽娟（北京大学第一医院）、雷后康（贵州医学院附属医院）、李力（陆军军医大学附属大坪医院）、李婷（上海市第一妇婴保健院）、李博雅（北京大学第一医院）、李笑天（复旦大学附属妇产科医院）、梁梅英（北京大学人民医院）、蔺莉（北京大学国际医院）、林建华（上海交通大学医学院附属仁济医院）、刘淮（江西省妇幼保健院）、刘军（北京大学第一医院）、刘喆（北京大学第一医院）、刘彩霞（中国医科大学附属盛京医院）、刘兴会（四川大学华西第二医院）、马润玫（昆明理工大学附属安琪儿妇产医院）、马玉燕（山东大学齐鲁医院）、庞汝彦（中国妇幼保健协会）、漆洪波（重庆医科大学附属第一医院）、时春艳（北京大学第一医院）、王谢桐（山东省立医院）、王子莲（中山大学附属第一医院）、肖梅（湖北省妇幼保健院）、辛虹（河北医科大学第二医院）、徐先明（上海交通大学附属第一人民医院）、徐鑫芬（浙江大学医学院附属妇产科医院海宁分院）、杨孜（北京大学第三医院）、杨慧霞（北京大学第一医院）、杨祖菁（上海交通大学医学院附属新华医院）、虞晴（上海交通大学医学院附属苏州九龙医院）、张卫社（中南大学湘雅医院）、张小松（北京大学第一医院）、赵先兰（郑州大学第一附属医院）、郑勤田（广州市妇女儿童医疗中

心)、邹丽(华中科技大学同济医学院附属协和医院)

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] World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience[M]. Geneva: World Health Organization, 2018:1-165.
- [3] American College of Obstetricians and Gynecologists (College), Society for Maternal-Fetal Medicine, Caughey AB, et al. Safe prevention of the primary cesarean delivery[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2014,210(3):179-193. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.01.026.
- [4] 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, 2014:6-82.
- [5] Queensland Health. Maternity and Neonatal Clinical Guideline: normal birth[M]. Queensland: Queensland Health, 2018:3-33.
- [6] Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization[J]. *Birth*, 1997,24(2):121-123.
- [7] Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007,3:CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.pub2.
- [8] 国家卫生计生委. 孕产妇妊娠风险评估与管理工作规范[A/OL]. (2017-09-22)[2020-04-26]. <http://www.nhc.gov.cn/fys/s3581/201711/9c3dc9b4a8494d9a94c02f890e5085b1.shtml>.
- [9] 谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学[M]. 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018:170.
- [10] Zhang J, Landy HJ, Branch DW, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes[J]. *Obstet Gynecol*, 2010,116(6):1281-1287. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e.
- [11] Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, et al. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop[J]. *Obstet Gynecol*, 2012,120(5):1181-1193. DOI: 10.1097/aog.0b013e3182704880.
- [12] 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.
- [13] Hanley GE, Munro S, Greyson D, et al. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature[J]. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2016,16:71. DOI: 10.1186/s12884-016-0857-4.
- [14] Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, et al. Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: a systematic review[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2018,223:123-132. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2018.02.026.
- [15] Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, et al. Cervical dilatation patterns of 'low-risk' women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review[J]. *BJOG*, 2018,125(8):944-954. DOI: 10.1111/1471-0528.14930.
- [16] Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B, et al. Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Streptococcal and HIV)[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014,9:CD004070. DOI: 10.1002/14651858.CD004070.pub3.
- [17] World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections[M]. Geneva: World Health Organization, 2015:14.
- [18] 中华医学会围产医学分会. 电子胎心监护应用专家共识[J]. *中华围产医学杂志*, 2015,18(7):486-490. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-9408.2015.07.002.
- [19] 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.
- [20] World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour[M]. Geneva: World Health Organization, 2014:28.
- [21] Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013,8:CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3.
- [22] 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.
- [23] Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014,11:CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236.pub2.
- [24] 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.
- [25] 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.
- [26] Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, et al. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018,11:CD008070. DOI: 10.1002/14651858.CD008070.pub4.
- [27] Khan J, Vesel L, Bahl R, et al. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: effects on neonatal mortality and morbidity—a systematic review and meta-analysis[J]. *Matern Child Health J*, 2015, 19(3):468-479. DOI: 10.1007/s10995-014-1526-8.
- [28] Cahill AG, Srinivas SK, Tita A, 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. DOI: 10.1001/jama.2018.13986.
- [29] ACOG Committee Opinion No. 766: approaches to limit intervention during labor and birth[J]. Obstet Gynecol, 2019,133(2):e164-e173. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003074.
- [30] 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. S0002-9378(20)30140-X. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.02.002.
- [31] Aasheim V, Nilsen A, Reinar LM, et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017,6:CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.
- [32] 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.
- [33] 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.
- [34] Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 199: use of prophylactic antibiotics in labor and delivery[J]. Obstet Gynecol, 2018,132(3):e103-e119. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002833.
- [35] World Health Organization. Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes[M]. Geneva: World Health Organization, 2014:7.
- [36] World Health Organization. Guidelines on basic newborn resuscitation[M]. Geneva: World Health Organization, 2012:21.
- [37] 中国新生儿复苏项目专家组. 中国新生儿复苏指南(2016年北京修订)[J]. 中华围产医学杂志, 2016, 19(7):481-486. DOI:10.3760/cma.j.issn.1007-9408.2016.07.001.
- [38] 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, 2012:13.
- [39] 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.
- [40] McKinney J, Keyser L, Clinton S, et al. ACOG Committee Opinion No. 736: optimizing postpartum care[J]. Obstet Gynecol, 2018,132(3):784-785. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002849.
- [41] Registered Nurses Association of Ontario. Breastfeeding-promoting and supporting the initiation, exclusivity, and continuation of breastfeeding for newborns, infants, and young children[M]. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario, 2018:19.
- [42] ACOG Committee Opinion No. 742 Summary: postpartum pain management[J]. Obstet Gynecol, 2018,132(1):252-253. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002711.

(收稿日期: 2020-04-26)

(本文编辑: 沈平虎 夏乐)

• 消息 •

欢迎参加“第十二届围产医学新进展高峰论坛”

由《中华医学杂志》社有限责任公司、《中华围产医学杂志》编委会及编辑部主办, 山西省妇幼保健院、山西医科大学第一医院、山西省太原市妇幼保健院、北京大学第一医院协办的“第十二届围产医学新进展高峰论坛”定于2020年8月21~23日在山西省太原市召开。

已经连续举办了11届的“围产医学新进展高峰论坛”一直坚持实用、创新的理念, 多年来, 一直是国内围产医学领域的品牌会议。“第十二届围产医学新进展高峰论坛”有您关注的产科、胎儿医学和新生儿专业及相关交叉领域的新观点和热点问题, 还有国内外知名专家授课、面对面讨论、多项实操培训等形式的参会体验。同时还将举办全国围产医

学优秀论文演讲比赛等多项活动; 也将继续保障对西部地区代表参会的支持。

本次会议公开征集围产医学领域的论文, 要求征集的论文会前尚未在公开刊物上发表。论文形式不限。

请访问会议官网 www.cjpm.org.cn, 注册并投稿。投稿截止日期为2020年7月10日。

本次会议的详细通知及日程等有关会务安排, 将在本刊微信公众平台“中华围产医学杂志”(请扫描中文目录页的二维码, 并点击“关注公众号”, 建议将本公众号设置星标)和大会官方网站 www.cjpm.org.cn 发布。敬请持续关注。

本刊编辑部