

# 腕踝针联合镇痛分娩在产妇产娩镇痛中的应用效果研究

辛杰 钟薇

成都中医药大学附属医院 四川 成都 610000

**【摘要】**目的：探究腕踝针联合镇痛分娩在产妇产娩镇痛中的应用效果。方法：选取2024年1月—2024年12月成都中医药大学附属医院收治的110例产妇为研究对象，使用数字随机表法分为对照组和实验组，每组各55例，对照组采取镇痛分娩措施，实验组采取腕踝针联合镇痛分娩措施，比较产程时间、疼痛评分、镇痛药物剂量以及镇痛相关并发症。结果：两组第一、三产程时间比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），实验组第二产程时间短于对照组（ $P<0.05$ ）。两组第一、三产程VAS评分比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），实验组第二产程VAS评分低于对照组（ $P<0.05$ ）。实验组麻醉总剂量和平均每小时消耗剂量均低于对照组（ $P<0.05$ ）。实验组低血压、发热、尿潴留及运动阻滞等并发症发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：腕踝针联合镇痛分娩在产妇产娩镇痛中的应用，可以减少产妇镇痛药物使用量，降低第二产程疼痛评分，缩短第二产程时间，减少镇痛相关并发症发生风险。

**【关键词】**腕踝针；镇痛分娩；产妇产娩

DOI:10.12417/2982-3676.26.01.007

顺产作为一种自然分娩方法，可以保障母婴健康，但会给产妇带来剧烈的疼痛。在顺产过程中，产妇子宫持续收缩、宫颈口逐步扩张、胎儿对产道产生压迫等过程会使产妇出现剧烈的阵发性疼痛，给其带来了巨大的生理和心理压力，可能导致其出现焦虑、恐惧以及抑郁等情绪，引起其体内应激激素水平升高、子宫血流减少，进而增加器械助产、剖宫产率以及新生儿不良结局等风险<sup>[1]</sup>。针对分娩痛，临床一般采用镇痛分娩进行缓解，即通过椎管内麻醉阻断疼痛信号向中枢神经传递实现镇痛，虽然这种方法可以降低产妇的疼痛感，但也多伴随诸多不良反应，如低血压、发热、尿潴留以及过敏等，导致产妇自主活动受限、医疗干预增多、分娩体验下降等，从而影响产妇产后康复<sup>[2]</sup>。腕踝针作为一种基于中医经络理论的特殊针刺疗法，通过刺激皮下经络，激发内源性镇痛物质释放，从而实现镇痛，将其与镇痛分娩联合应用，有望在维持有效镇痛效果的同时减少药物用量，防止药物相关副作用发生，为优化分娩镇痛提供一种安全互补的新途径。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

方法选取2024年1月—2024年12月成都中医药大学附属医院收治的110例产妇为研究对象，使用数字随机表法分为对照组和实验组，每组各55例。对照组年龄22~35岁，均龄（ $26.52 \pm 2.27$ ）岁；初产34例，经产21例；孕周37~41周，平均（ $39.21 \pm 0.35$ ）周。实验组年龄23~36岁，均龄（ $26.47 \pm 2.24$ ）岁；初产32例，经产23例；孕周37~41周，平均（ $39.16 \pm 0.31$ ）周。

纳入指标：①选择顺产产妇；②孕周 $\geq 37$ 周；③年龄 $\geq 20$ 周岁；④签署知情同意告知书。

排除指标：①存在椎管内麻醉禁忌症；②合并妊娠期严重

并发症；③有长期镇痛药物使用史；④存在精神障碍。本研究已通过成都中医药大学附属医院医学伦理委员会审核。

### 1.2 方法

对照组采取镇痛分娩措施，当产妇宫口扩张至2cm、疼痛视觉模拟评分（VAS） $\geq 4$ 分时，由麻醉医师实施椎管内麻醉，先由护士协助产妇取侧卧位，于腰L3-4间隙进行常规皮肤消毒与局部浸润麻醉，随后麻醉医师采用硬膜外穿刺针进行穿刺，成功到达硬膜外腔后，置入导管并固定，经导管注入试验剂量以排除误入血管或蛛网膜下腔，确认安全后，给予0.1%盐酸罗哌卡因[齐鲁制药有限公司国药准字H20052716]复合0.5 $\mu$ g/ml的枸橼酸舒芬太尼注射液[宜昌人福药业有限责任公司国药准字H20054171]混合液10ml，后连接电子镇痛泵进行持续背景输注，输注速率为6~8ml/h，并设定患者自控镇痛单次追加剂量为5ml，锁定时间为15min，整个产程严密监测产妇生命体征及胎儿情况，并根据镇痛需要和产程进展调整麻醉药物剂量，直至分娩结束。

实验组在对照组基础上使用腕踝针，选取双侧下1区（位于内踝最高点三横指、靠跟腱内缘处）和下6区（位于外踝最高点三横指、跟腱外缘处）作为进针点，局部皮肤常规消毒后，使用0.30 $\times$ 25mm无菌针灸针，以15~30°快速刺入皮下，进针深度0.7寸，要求无酸、麻、胀、痛等针感。所有针柄均以专用胶贴妥善固定，留针直至分娩结束。

### 1.3 观察指标

产程时间：记录两组产妇第一、第二、第三产程时间，第一产程从规律宫缩（宫缩间隔 $\leq 5$ min，持续 $\geq 30$ s）开始至宫口开全（10cm）；第二产程从宫口开全至胎儿娩出；第三产程从胎儿娩出至胎盘娩出。

疼痛评分：采用VAS量表于第一、第二、第三产程结束

前测评分。

镇痛药物剂量：记录分娩过程镇痛药物使用总量，以毫升为单位，并计算平均每小时药物消耗速率。

镇痛相关并发症：记录两组产妇在镇痛期间及产后2小时内出现与麻醉或镇痛相关的并发症情况，包括低血压、发热、尿潴留及运动阻滞。

### 1.4 统计学分析

应用 SPSS29.0 软件对临床资料进行统计分析，计数资料用 (%) 表示，行  $\chi^2$  检验，计量资料用  $(\bar{x} \pm s)$  表示，行 t 检验， $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 产程时间比较

两组第一、三产程时间比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，实验组第二产程时间短于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 产程时间比较 $[\bar{x} \pm s, h]$

组别	对照组	实验组	t	P
例数	55	55		
第一产程	7.25±0.33	7.22±0.29	0.506	0.614
第二产程	1.52±0.27	0.79±0.33	12.697	<0.001
第三产程	0.32±0.08	0.28±0.06	1.483	0.141

### 2.2 VAS 评分比较

两组第一、三产程 VAS 评分比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，实验组第二产程 VAS 评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 疼痛评分比较 $[\bar{x} \pm s, 分]$

组别	对照组	实验组	t	P
例数	55	55		
第一产程	3.15±0.21	3.13±0.24	0.465	0.643
第二产程	8.79±0.32	7.41±0.29	23.669	<0.001
第三产程	2.89±0.20	2.91±0.18	0.511	0.583

### 2.3 镇痛药物剂量比较

实验组镇痛药物总剂量和平均每小时消耗剂量均低于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3 麻醉剂量比较 $[\bar{x} \pm s]$

组别	对照组	实验组	t	P
例数	55	55		

总剂量(ml)	86.89±6.78	73.27±5.53	11.545	<0.001
平均每小时消耗剂量 (ml/h)	9.76±1.22	8.10±1.37	6.711	<0.001

### 2.4 镇痛相关并发症比较

实验组低血压、发热、尿潴留及运动阻滞等并发症发生率低于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 3 麻醉并发症比较[n, %]

组别	对照组	实验组	$\chi^2$	P
例数	55	55		
低血压	5	1		
发热	11	4		
尿潴留	2	1		
运动阻滞	3	2		
发生率	40.00	14.55	8.983	0.011

## 3 讨论

产妇在自然分娩过程中，第二产程会出现剧烈的疼痛，VAS 评分往往可以达到 8~10 分，为重度疼痛范围<sup>[3]</sup>。这种持续且剧烈的疼痛会导致产妇产生强烈的应激反应，引发焦虑与恐惧情绪，促使体内儿茶酚胺类物质分泌，严重可能引起子宫胎盘血流减少、宫缩协调性下降以及产妇体力过度消耗等问题，导致第二产程延长及增加胎儿窘迫风险<sup>[4-5]</sup>。椎管内镇痛作为一种成熟的镇痛分娩措施，通过将低浓度罗哌卡因与舒芬太尼混合注入硬膜外腔，可以选择性阻断疼痛信号在脊髓中的传导，进而降低产妇的痛觉感受。但这种方法高度依赖药物剂量，容易带来低血压、发热、尿潴留及运动阻滞等并发症，从而干扰产妇自主排尿、限制其自由体位活动以及增加医疗干预等，并可能因运动神经抑制而影响产妇在第二产程中的用力<sup>[6-7]</sup>。针对这种情况，寻找一种既能够获得同等镇痛效果，又能减少镇痛药物使用剂量的方法成为临床研究的关注点。中医中的腕踝针是一种基于经络皮部理论的微痛方法，该方法通过将细针水平刺入腕踝部特定区域皮下，产生柔和的物理刺激，以此激发机体内源性镇痛物质，如内啡肽、脑啡肽等释放，从而实现镇痛与镇静目标，该方法已被临床研究证实有效，如缪缙<sup>[8]</sup>陈世云<sup>[9]</sup>等的研究成果均证明腕踝针可以降低自然分娩过程中产妇的 VAS 评分，且降低幅度基本一致。因此，在椎管内镇痛过程中联合腕踝针有望形成一种中西医结合的镇痛模式：一方面，腕踝针可增强整体镇痛效果，从而弥补药物镇痛在应对宫缩痛动态变化时的某些不足，并帮助稳定产妇的自主神经功能，减轻应激反应；另一方面，在维持同等舒适度的前提下，腕踝针的引入可减少椎管内镇痛药物的用量，从而降低因药物

剂量引发的低血压、运动阻滞及尿潴留等并发症风险，有助于产妇产后更快地康复<sup>[10]</sup>。

本研究结果显示，两组第一、三产程时间比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )，可能是因为第一产程主要依赖于宫缩与宫颈的生理机制影响，镇痛干预对其直接影响相对有限，而第三产程主要与胎盘剥离及娩出相关，在此过程中，腕踝针刺刺激能够使产妇维持稳定的镇痛水平，由此减轻焦虑与应激，使其在宫口开全后能更好地保存体力。而且在引入腕踝针后，药物剂量减少，会降低运动神经阻滞程度，使产妇在第二产程中能更早、更有效、更协调地运用腹压和盆底肌力量配合宫缩进行用力<sup>[11]</sup>，故实验组第二产程时间短于对照组 ( $P<0.05$ )。在疼痛评分方面，两组在第一、三产程的 VAS 评分无显著差异，而在第二产程中实验组的疼痛评分显著低于对照组，原因在于第一、三产程疼痛并不明显，单一方法即可以起到镇痛效果。而第二产程疼痛达到峰值，两种方法叠加效应更明显，除了药物

镇痛之外，腕踝针疗法还通过激发内源性镇痛系统，影响盆底及骶神经区域神经传递，从而对这类躯体性压迫痛与牵拉痛产生抑制作用，成为椎管内麻醉的有效补充。实验组麻醉总剂量和平均每小时消耗剂量均低于对照组 ( $P<0.05$ )，这是因为在同等镇痛水平下，腕踝针的引入分担了部分药物镇痛作用，因此实验组在麻醉总剂量和平均每小时消耗剂量方面低于对照组。实验组低血压、发热、尿潴留及运动阻滞等并发症发生率低于对照组 ( $P<0.05$ )，这是因为腕踝针为非药物镇痛，实验组在维持同等镇痛效果的基础上，减少了罗哌卡因与舒芬太尼混合液的应用，而药物用量减少自然能够降低因药物因素引起的相关并发症风险，从而提高镇痛方案的安全性。

综上所述，腕踝针联合镇痛分娩在产妇分娩镇痛中的应用，可以减少产妇镇痛药物使用量，降低第二产程疼痛评分，缩短第二产程时间，减少镇痛相关并发症发生风险。

### 参考文献:

- [1] 郭贵文.小剂量盐酸罗哌卡因复合枸橼酸舒芬太尼椎管内麻醉对镇痛分娩产妇疼痛程度及自我效能的影响[J].临床医学研究与实践,2025,10(22):90-93.
- [2] 郑玉文,卢美丹.自由体位联合硬膜外镇痛分娩对初产妇产程的影响[J].中国卫生标准管理,2025,16(08):40-43.
- [3] 曾子代,张思明,张福民.罗哌卡因联合舒芬太尼在分娩镇痛中的应用效果[J].中国卫生标准管理,2025,16(07):158-161.
- [4] 王爱梅.不同浓度盐酸罗哌卡因联合舒芬太尼硬膜外麻醉在镇痛分娩中的应用效果及对疼痛程度和产后并发症的影响[J].中国药物与临床,2024,24(23):1549-1554.
- [5] 敖晓兰,付玉芳,张新楠.椎管内镇痛分娩联合导乐陪伴对产妇镇痛效果及妊娠结局的影响[J].基层医学论坛,2024,28(18):67-69.
- [6] 陈蒙蒙,邓智连,彭永保.腕踝针对产妇分娩镇痛中爆发痛的影响[J].光明中医,2024,39(15):3082-3085.
- [7] 邢方芳,光建忠,戚翠敏.腕踝针联合罗哌卡因及舒芬太尼在分娩镇痛中的效果观察[J].医学临床研究,2024,41(8):1205-1208.
- [8] 缪缙,赖雪梅,蒋学风,胡静.腕踝针疗法的分娩镇痛效果[J].暨南大学学报(自然科学与医学版),2012,33(2):198-201.
- [9] 陈世云,周鹏,庄婷婷,陈小波.腕踝针分娩镇痛的临床研究[J].上海针灸杂志,2019,38(10):1154-1158.
- [10] 沈红,岑莉,李明先.腕踝针缓解阴道分娩产妇产后子宫缩痛的效果分析[J].时珍国医国药,2019,30(8):1918-1919.
- [11] 王金芳,吴秋英,戴顺姿,孙盛林.腕踝针疗法对二次分娩产妇宫缩痛的疗效[J].实用临床医学(江西),2022,23(6):76-78.