·临床研究·

健脾燥湿汤联合穴位贴敷治疗幽门螺旋杆菌感染的小儿腹痛脾虚湿阻证疗效观察

西峥[1]，胡锦丽[1*]，白一帆[1]，马迎基[1]，张凡[1]，李牧婵[1]，毛改[2]
（1. 首都医科大学附属北京中医医院儿科，北京 100010；2. 首都儿科研究所附属儿童医院，北京 100020）

摘要　目的：观察健脾燥湿汤联合穴位贴敷治疗幽门螺旋杆菌（Hp）感染的小儿腹痛脾虚湿阻证的临床效果。方法：选取2023年9月—2024年4月首都医科大学附属北京中医医院及首都儿科研究所收治幽门螺旋杆菌感染的小儿腹痛脾虚湿阻证86例患儿，随机分为对照组和观察组，每组43例，最终观察组42例、对照组40例完成疗效评估。对照组采取常规治疗，观察组采取常规治疗＋健脾燥湿汤＋神阙穴穴位贴敷治疗。治疗结束后，比较两组临床疗效、不良反应及治疗前后的中医证候积分、疼痛程度、Hp感染情况、血清指标[C反应蛋白（CRP）、丙二醛（MDA）、超氧化物歧化酶（SOD）、胃泌素（GAS）、血浆胃动素（MOT）及生长抑素（SS）]水平。结果：治疗后，与对照组相比，观察组的总有效率、Hp转阴率及血清SOD、SS水平更高（$P<0.05$，$P<0.01$），中医证候及疼痛程度改善更多（$P<0.01$），血清CRP、MDA、GAS、MOT水平更低（$P<0.01$）。两组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。结论：健脾燥湿汤联合神阙穴穴位贴敷具有较好的治疗效果，可减轻症状及疼痛程度，提高Hp转阴率，升高SOD、SS水平，降低CRP、MDA、GAS、MOT水平，且不会增加不良反应。

关键词　健脾燥湿法；神阙穴；穴位贴敷；脾虚湿阻证；腹痛；幽门螺旋杆菌感染
中图分类号：R245.9　　**文献标识码**：A　　**文章编号**：1002－2392（2025）06－0060－06
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250119

小儿脾虚湿阻型腹痛是指由于脾胃功能虚弱，导致体内湿邪阻滞，进而引发的腹痛；幽门螺旋杆菌（Helicobacter pylori，Hp）是一种螺旋状细菌，属于革兰阴性菌，喜欢微氧环境，可引起消化性溃疡等疾病，同时也是造成腹痛的潜在病因之一[1]。研究[2]表明，当小儿脾虚湿阻型腹痛合并Hp感染时，病情更为严重，脾虚湿阻可加重Hp感染症状，使腹痛更加难以缓解，而Hp感染也会进一步损害脾胃功能，形成恶性循环。在本病的治疗上，多采用饮食调理及儿童Hp感染一线根除方案，虽然具有一定的疗效，但可导致肠道菌群失调、耐药性等问题[3]。中医认为儿童Hp感染属于邪气范畴，已有文献[4]证实中药及其有效成分对幽门螺旋杆菌具有抑菌或杀菌作用，不良反应小，安全性高且中药在治疗Hp相关性胃部疾病时注重机体的整体调节，诸如陈皮中的多种活性成分对Hp有较强的抑制作用，厚朴中的挥发油成分可抑制Hp的生长繁殖，还可促进胃肠蠕动，减轻腹胀、腹泻等症状。一项研究[5]证实，健脾燥湿汤能够改善术后慢性腹泻症状，提高临床治疗效果，降低复发率且安全性较高。课题组前期已明确了健脾燥湿汤治疗儿童Hp感染的有效性。且有研究[6-7]显示，含辛温药物的穴位贴敷，贴于神阙穴有通经活络、补中益气、调和脏腑之效，可用于小儿脾虚湿阻型腹痛的治疗。基于此，本研究分析了健脾燥湿汤联合神阙穴穴位贴敷治疗幽门螺旋杆菌感染的小儿腹痛脾虚湿阻证效果，以便于为本病的治疗提供参考。

1　资料与方法

1.1　一般资料

选取2023年9月—2024年4月首都医科大学附属北京中医医院及首都儿科研究所收治的86例Hp感

收稿日期：2024－08－04　　**修回日期**：2025－01－09
基金项目：北京市科技计划项目（Z201100005520048）；北京中医医院院级课题暨两院合作课题项目（LYYB202215）
作者简介：西峥（1984－），女，硕士，副主任医师，研究方向：中西医结合治疗儿童消化系统常见病。
*通信作者：胡锦丽（1974－），女，主任医师，研究方向：小儿脾胃病、咳喘病、鼻炎及腺样体肥大、反复呼吸道感染等病的诊疗。

染的小儿腹痛脾虚湿阻证患儿。以随机数字表法将其随机分两组,每组 43 例。对照组男 19 例,女 24 例;平均年龄(11.26 ± 1.73)岁;平均病程(1.13 ± 0.32)年。观察组男 18 例,女 25 例;平均年龄(11.42 ± 1.64)岁;平均病程(1.24 ± 0.41)年。两组患儿性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经首都医科大学附属北京中医医院伦理委员会审批(SL - 2023BL02 - 078)。

1.2 诊断标准

Hp 感染的西医诊断标准,根据 M《第六次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告(非根除治疗部分)》[8] 及《中国儿童幽门螺杆菌感染诊治专家共识》[9] 制定,出现以下任意一种即可确诊:(1)细菌培养阳性;(2)组织病理学检查和快速尿素酶试验(Rapid urease experiment,RUT)均阳性;(3)13 碳 - 尿素呼气试验(^{13}C - urea breath test,^{13}C - UBT)阳性;(4)消化性溃疡出血时,RUT 或胃黏膜组织切片染色中任 1 项阳性。

脾虚湿阻的辨证标准参考《中医临床诊疗术语》[10] 制定。腹痛绵绵,时作时止,喜按,纳呆食少或食后腹胀,嗳气反酸或恶心欲吐,口中黏腻或口气重,或头身困重,肢软乏力,精神懒倦,或大便溏泄或黏滞难解,舌苔白腻,脉细滑或濡。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合 Hp 感染的西医诊断标准且符合小儿腹痛中医诊断标准及脾虚湿阻的证候标准;②满足 Hp 感染根除治疗的适应证;③年龄 5 ~ 17 岁;④患儿依从性良好(试验用药依从率 80% ~ 100%);⑤试验过程中患儿未并发其他疾病;⑥完成随访;⑦临床资料完整。

1.3.2 排除标准

①合并严重消化系统或其他全身性疾病者;②近 1 个月内服用过铋制剂等 Hp 敏感药物者;③近 1 周出现急性上消化道出血者;④参加其他干预性临床研究者。

1.4 脱落与剔除标准

1.4.1 脱落标准

①治疗过程中出现过敏反应、肝肾功能损害等不良反应,无法继续接受治疗者;②随访失联者。

1.4.2 剔除标准

①无法坚持服用汤剂者;②不会服用胶囊的患儿。

1.5 治疗方法

对照组采用常规治疗,饮食调理,以改善脾胃功能,缓解腹痛;并参照儿童 Hp 感染一线根除方案[11]:①克拉霉素 20 mg/(kg · d),最大 0.5 g,2 次/d(早晚餐后);②阿莫西林 50 mg/(kg · d),最大 1 g/次,2 次/d(早晚餐后);若对阿莫西林过敏,则更换为甲硝唑 20 mg/(kg · d),2 次/d(早晚餐后);③奥美拉唑 1.0 mg/(kg · d),2 次/d(餐前口服)。

观察组在对照组基础上加用健脾燥湿汤联合神阙穴穴位贴敷,①健脾燥湿汤加减:茯苓、赤芍各 10 g,苍术、白豆蔻、藿香、厚朴、白头翁、连翘、陈皮各 6 g,法半夏 5 g。用法用量:以上药物由首都医科大学附属北京中医医院中药房提供,由制剂室代为加工浓煎,每剂煎出 400 mL,5 ~ 10 岁,1 剂服 2 d,100 mL /次,2 次/d;11 ~ 17 岁,1 剂服 1 d,每次 200 mL,每日 2 次,早晚温服。②神阙穴穴位贴敷:将儿科止痛贴[铁箍散软膏(批准文号:京药制字 Z20053388)其药物包括生南星、生半夏、生川乌等,制作方法:将铁箍散软膏调制稠状,收纳于密封药盒中,置于阴凉处保存备用,每次取 0.7 ~ 0.8 g(黄豆粒大小),均匀涂布于带有圆形垫环(外环直径 2 cm,内环直径 1.3 cm)的贴剂上],贴敷于患儿神阙穴,2 ~ 4 h 后自行取下,1 次/d。两组均连续用药 14 d 后评估疗效。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 中医证候积分

治疗前后评估腹痛严重程度、发作频率、不思乳食、脘腹胀满、精神倦怠、恶心呕吐、嗳腐吞酸,无 0 分,轻、中、重分别为 2、4、6 分,最高分 42 分,分数越高,症状越严重。疗效指数 =(治疗前 - 治疗后)/治疗前中医证候总积分 × 100%。

1.6.2 临床疗效

参考^{13}C - UBT 检测、《中医病证诊断疗效标准》[12] 及《中药新药临床研究指导原则》[13] 疗效指数制定,①痊愈为疗效指数降低≥95%,HP 阴性;②显效为 70% ≤疗效指数降低 < 95%,^{13}C - UBT 超基准值(Delta over baseline,DOB)值下降;③有效为 30% ≤疗效指数降低 < 70%,DOB 值下降;④无效为疗效指数降低 < 30%,HP 阳性。总有效率 =(痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数)/总例数 × 100%。

1.6.3 疼痛程度

治疗前后,运用视觉模拟量表(Visual Analog Scale,VAS)评估,0 分为无痛,1 ~ 3 分为轻度疼痛,4 ~ 6 分为中度疼痛,7 ~ 10 分为重度疼痛。

1.6.4 Hp 感染情况

治疗前后,在 2 个气袋(蓝色、绿色)上登记患儿、性别、年龄、条码号及日期等信息,空腹情况下在蓝色气袋中呼气(零时呼气),将^{13}C - 尿素粉剂速溶于 110 mL温开水中,要求患者一次全部喝光,30 min后呼气至绿色气袋(30 min 标本)。利用碳 13 呼气检测仪

检测，记录 DOB 值。Hp 阳性标准[14]：≤6 岁患儿 DOB 值≥6‰；>6 岁患儿 DOB 值≥4‰。

1.6.5　血清指标

于治疗前后，抽取肘静脉血 6 mL，取 4 mL 注入预冷的含 60 μL 抑肽酶、40 μL 10% EDTA 的试管中，4 ℃、3 000 r/min离心 10 min，取血浆；另 2 mL 注入一普通试管静置后取血清。置于 -20 ℃冰箱中保存，用于检测 C 反应蛋白（C-reactive protein，CRP）、丙二醛（Malondialdehyde，MDA）、超氧化物歧化酶（Superoxide dismutase，SOD）及胃泌素（Gastrin，GAS）、血浆胃动素（Motilin，MOT）及生长抑素（Somatostatin，SS）。运用免疫投射比浊法测定 CRP 含量，SOD 底物法测定 SOD 含量，荧光免疫法测定 GAS，酶联免疫法测定 MDA、MOT、SS 含量。

1.6.6　安全性

观察两组患儿服药期间是否出现恶心、纳呆、乏力、头晕、皮疹、嗜睡及血尿便常规、肝肾功能异常等情况。

1.7　统计学方法

所有研究数据均纳入 SPSS 26.0 软件中进行统计学分析，总有效率、Hp 阳性率、不良反应发生率等计数（%）资料运用 χ^2 检验，中医证候程度、疼痛程度、疗效等级资料采用秩和检验；计量资料首先进行 Shapiro-Wilk 正态性检验，符合正态分布者以（$\bar{x} \pm s$）描述，两组血清 CRP、MDA、SOD 水平比较，组间采用独立样本 t 检验，组内采用配对 t 检验。$P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2　结果

观察组有 1 例患儿因不能坚持服用汤剂在第 1 周退出研究；对照组有 3 例患儿因不会服用胶囊而均于第 1 周退出研究，最终观察组 42 例，对照组 40 例完成疗效评估。

2.1　中医证候及疼痛程度比较

治疗后，两组中医证候及疼痛程度均显著改善（$P<0.01$），且观察组改善更为显著（$P<0.01$），见表 1、表 2。

2.2　临床疗效

经比较，观察组临床疗效更高（$P<0.05$），见表 3。

表 1　两组 Hp 感染的小儿腹痛脾虚湿阻证患儿治疗前后中医证候程度比较[例(%)]

组别	例数	治疗前				治疗后				Z 值	P 值
		无	轻	中	重	无	轻	中	重		
对照组	40	0(0)	3(7.50)	29(72.50)	8(20.00)	4(10.00)	18(45.00)	16(40.00)	2(5.00)	4.524	0.000
观察组	42	0(0)	2(4.76)	30(71.43)	10(23.81)	9(21.43)	25(59.52)	8(19.05)	0(0)	6.910	0.000
Z 值			0.567				2.622				
P 值			0.571				0.009				

表 2　两组 Hp 感染的小儿腹痛脾虚湿阻证患儿治疗前后疼痛程度比较[例(%)]

组别	例数	治疗前				治疗后				Z 值	P 值
		无	轻	中	重	无	轻	中	重		
对照组	40	0(0)	0(0)	28(70.00)	12(30.00)	5(12.50)	27(67.50)	8(20.00)	0(0)	7.110	0.000
观察组	42	0(0)	0(0)	29(69.05)	13(30.95)	12(28.57)	28(66.67)	2(4.76)	0(0)	8.016	0.000
Z 值			0.093				2.461				
P 值			0.926				0.014				

表 3　两组 Hp 感染的小儿腹痛脾虚湿阻证患儿临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	40	9(22.50)	11(27.50)	12(30.00)	8(20.00)	32(80.00)
观察组	42	15(35.71)	14(33.33)	12(28.57)	1(2.38)	41(97.62)
Z/χ^2 值			2.142			6.509
P 值			0.032			0.011

2.3　Hp 感染情况比较

治疗后，观察组的 Hp 阳性率更低，转阴率更高（$P<0.05$），见表 4。

表 4　两组 Hp 感染的小儿腹痛脾虚湿阻证患儿治疗前后的 Hp 阳性率比较[例(%)]

组别	例数	治疗前	治疗后	转阴率
对照组	40	40(100.00)	16(40.00)	24(60.00)
观察组	42	42(100.00)	8(19.05)	34(80.95)
χ^2 值				4.345
P 值				0.037

2.4　血清指标比较

治疗后，两组 CRP、MDA、GAS、MOT 水平降低（$P<0.01$），SOD、SS 水平升高（$P<0.01$），且观察组变化更为明显（$P<0.01$），见表 5。

表 5 两组 Hp 感染的小儿腹痛脾虚湿阻证患儿治疗前后的 CRP、MDA、SOD 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP/(mg/L)		t 值	P 值	MDA/(nmol/mL)		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
对照组	40	11.62 ± 1.31	8.24 ± 1.12	12.403	0.000	5.69 ± 1.13	4.29 ± 0.86	6.235	0.000
观察组	42	12.04 ± 1.54	6.42 ± 1.25	18.363	0.000	6.06 ± 1.08	3.61 ± 0.58	12.952	0.000
t 值		1.327	6.932			1.516	4.216		
P 值		0.188	0.000			0.133	0.000		

组别	例数	SOD/(U/L)		t 值	P 值	GAS/(ng/L)		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
对照组	40	150.67 ± 26.48	206.28 ± 28.43	9.053	0.000	176.25 ± 53.41	131.28 ± 45.28	4.062	0.000
观察组	42	142.48 ± 25.37	261.55 ± 29.16	19.965	0.000	160.76 ± 51.68	84.35 ± 22.69	8.774	0.000
t 值		1.430	8.685			1.335	5.976		
P 值		0.157	0.000			0.186	0.000		

组别	例数	MOT/(ng/L)		t 值	P 值	SS/(ng/L)		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
对照组	40	598.67 ± 86.42	506.49 ± 73.52	5.138	0.000	28.57 ± 6.63	41.26 ± 10.74	6.359	0.000
观察组	42	567.64 ± 84.36	416.85 ± 67.48	9.046	0.000	30.64 ± 6.58	48.62 ± 9.62	9.998	0.000
t 值		1.645	5.756			1.419	3.272		
P 值		0.104	0.000			0.160	0.002		

2.5 安全性比较

两组患儿治疗后的血、尿、便常规及肝肾功能检查未见异常，此外，观察组发生恶心、嗜睡各 2 例，乏力 1 例，皮疹 3 例，总发生率为 19.05%(8/42)；对照组发生恶心、嗜睡各 1 例，皮疹 2 例，总发生率为 10.00%(4/40)。两组患儿的不良反应总发生率比较，差异无统计学意义($\chi^2 = 1.342$，$P = 0.247$)。

3 讨论

Hp 感染在全球感染率高低不等，发展中国家感染率尤高，我国感染率在自然人群中高达 54.76%[15]。国内一项涉及更多地区的研究显示，Hp 总感染率为 29%，<1 岁、1 ~ 5 岁、6 ~ 10 岁、11 ~ 15 岁、16 ~ 18 岁的 Hp 感染率分别为 17%、8%、19%、26%、45%，且随年龄增长，Hp 感染率有上升趋势[16]。以往多采用 Hp 根除法治疗，但其根治率不高，且不良反应、复发率高。中医认为，儿童 Hp 感染属于“邪气”范畴，且小儿脏腑娇嫩，形气未充，肺脾肾三脏常不足，脾主运化，脾气不足，运化失常，易产生湿邪，同时湿易困脾，若外感 Hp 之邪侵袭机体，更易导致胃失和降、脾失健运、肝失疏泄等多脏腑功能失常，导致本病的发生；脾虚湿阻可加重 Hp 感染症状，使腹痛更加难以缓解，而 Hp 感染也会进一步损害脾胃功能，形成恶性循环。因此，扶正祛邪是 Hp 感染相关病症的基本治则[17]。腹痛是儿科常见疾病，西医仅可采取对症治疗、解痉止痛，但易复发，其在中医属于“腹痛”范畴，加上小儿脾气虚弱，运化功能减弱，不能很好地运化水谷精微，导致水湿在体内积聚，形成湿阻，而湿阻进一步阻碍气机的畅达，使得气机不通，形成腹痛；此外，湿邪内生还会影响脾胃的升降功能，导致脘闷、腹胀、大便稀溏等症状的出现，因此，针对脾虚湿阻的腹痛患儿可采用健脾利湿、行气止痛的方法，以恢复脾胃的运化功能，促进湿邪的排出，从而缓解腹痛症状。

健脾燥湿汤是董子亮老师治疗幽门螺旋杆菌感染的经验方，董子亮老师是中国著名的中医专家，长期从事中医临床工作和教学研究，尤其在消化系统疾病的治疗领域具有深厚的造诣，他结合传统中医理论与现代医学成果，注重个体化治疗，强调通过调理脾胃、疏通经络、调节气血等方法来治疗各种疾病，尤其在幽门螺旋杆菌感染、胃肠功能失调等疾病的中医辨证施治方面，取得了显著的临床效果。神阙穴位于人体肚脐，是任脉要穴，与十二经络、五脏六腑相联通，本研究中应用的止痛贴，是以铁箍散软膏调制而成，患儿湿阻气滞，气滞血瘀，气血凝滞，不通则痛，通过铁箍散结消肿，燥湿化痰、祛风止痉、降逆止呕、解毒止痛之效，使其湿邪得化，调和脏腑气血，增进气血运行，促进胃肠的蠕动，缓解腹痛，将其敷于神阙穴，可借助经络联合和药物自身的渗透作用，从根本上改善患儿的湿阻脾虚问题，并减轻患儿的相关症状，达到标本兼治的目

的，且本方法还不会破坏消化道的正常功能，也不会出现“首过效应”，因此可减少药物使用量及不良反应，提高疗效及安全性。本研究中对健脾燥湿汤进行辨证加减，方中茯苓为君药，能够健脾、利水、渗湿，有助于改善脾虚湿阻的状态，帮助排除湿气，缓解脾胃虚弱引起的腹胀、食欲不振等症状；苍术、藿香、陈皮为臣药，苍术可燥湿健脾，可增强茯苓的效果，还能够调理脾胃，促进胃肠蠕动，减轻湿气对脾胃的负担；藿香可化解湿气、调和脾胃，舒缓胃肠道；陈皮可疏通气机，调节胃肠蠕动，减轻胃部胀气、腹痛等症状；厚朴、法半夏、连翘、赤芍、白豆蔻、白头翁为佐药，厚朴有很强的理气作用，可以疏通脾胃的气机，解除胃肠道的气滞和胀满感，改善胃部不适症状；法半夏具有化湿化痰、理气的作用，有助于缓解由湿痰所致的消化不良、呕吐等症状；连翘可清热解毒，有助于抵抗幽门螺旋杆菌的感染；赤芍可活血散瘀；白豆蔻可健胃消食、行气温中、化湿；白头翁有抗菌抗病毒、增强免疫力的作用。诸药合用可发挥健脾燥湿、化气行滞、调理胃肠功能，可以有效缓解腹痛、胃肠胀满等症状，同时增强免疫力，帮助清除体内湿气，达到治疗和预防的效果。同时结合神阙穴穴位贴敷，通过内服外用的方式共同发挥扶正祛邪的作用，从而更好地减轻患儿的症状，提高 Hp 转阴率及疗效，更加适用于腹痛患儿。

CRP 是一种非特异性炎性反应标志物，MDA 是一种代谢产物，由氧自由基的脂质过氧化而引起，极易与细胞膜中的磷脂等物质发生反应，导致细胞膜进一步损伤；超氧化物歧化酶是人体重要的清除氧化自由基的酶，通常情况下，在胃壁细胞中 SOD 的活性较高，可对抗胃黏膜上皮的过氧化反应，使氧自由基维持较低水平，从而保护胃黏膜不受氧化损伤，而病理状态下其水平会相对减少。本次研究结果提示健脾燥湿汤联合神阙穴穴位贴敷可更好地减轻炎症反应，保护胃黏膜，这与其扶正祛邪的作用密切相关。GAS 是一种由胃 G 细胞分泌的激素，过度分泌可能导致胃酸分泌过多，引发胃黏膜损伤，产生胃痛、腹痛症状；MOT 是一种由十二指肠和空肠分泌的胃肠激素，可促进胃肠蠕动，增加胃排空速度，维持肠道的正常运动功能；SS 是一种由胃肠道和胰腺分泌的激素，具有抑制胃酸分泌、胃肠蠕动、胰液分泌以及胃排空的作用。本研究结果提示健脾燥湿汤联合神阙穴穴位贴敷可减轻 GAS、MOT 水平，升高 SS 水平，这是由于健脾燥湿汤中的茯苓、苍术、藿香有助于健脾燥湿，改善脾胃功能，减少湿气的积聚，调节胃肠环境；厚朴、陈皮可理气行滞，帮助调节胃肠蠕动，调节胃肠动力，调理胃肠道功能，降低 GAS、MOT 分泌，提升 SS 的分泌。此外，在安全性方面，两组差异无统计学意义（$P>0.05$），提示健脾燥湿汤联合神阙穴穴位贴敷的应用，不会增加不良反应的发生。

综上所述，健脾燥湿汤联合神阙穴穴位贴敷治疗幽门螺旋杆菌感染的小儿腹痛脾虚湿阻证效果显著，可减轻症状及疼痛程度，提高 Hp 转阴率，且安全性较高，这为本病的中西医联合治疗提供方向。

参考文献：

[1] FISCHBACH W, MALFERTHEINER P. *Helicobacter pylori* infection[J]. Dtsch Arztebl Int, 2018, 115(25): 429 – 436.

[2] 张惠霖，袁雪晶. 儿童再发性腹痛的中医证候特点及与 Hp 感染的相关性分析[J]. 世界最新医学信息文摘（连续型电子期刊），2020, 20(34): 46 – 48.

[3] 窦晓宾，蔡振荡. 四联疗法治疗小儿伴 HP 感染消化性溃疡的效果分析[J]. 中国急救医学，2018, 38(S2): 81.

[4] 黄雯，黄干荣，廖丽娟，等. 中药对幽门螺杆菌抑制的作用机制研究[J]. 中华中医药学刊，2023, 41(7): 187 – 191.

[5] 王勇. 健脾燥湿汤治疗胆囊术后脾虚湿盛证慢性腹泻的临床效果[J]. 临床合理用药杂志，2024, 17(4): 83 – 85.

[6] 黄蕾，李阳. 中药膏神阙穴贴敷联合射频治疗脾虚湿阻型肥胖症患者的临床效果[J]. 临床医学研究与实践，2022, 7(11): 125 – 129.

[7] 谭丽珍，连凤枝，刘德新，等. 中药穴位贴敷配合耳穴压豆治疗儿童功能性腹痛疗效观察[J]. 广西中医药，2015, 38(3): 37 – 38.

[8] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组. 第六次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告（非根除治疗部分）[J]. 中华消化杂志，2022, 42(5): 289 – 303.

[9] 中华医学会儿科学分会消化学组，国家儿童医学中心消化专科联盟，中华儿科杂志编辑委员会. 中国儿童幽门螺杆菌感染诊治专家共识（2022）[J]. 中华儿科杂志，2023, 61(7): 580 – 587.

[10] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语 证候部分：GB/T 16751.2—1997[S]. 北京：中国标准出版社，2004.

[11] 中华医学会儿科学分会消化学组，《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童幽门螺杆菌感染诊治专家共识[J]. 中华儿科杂志，2015, 53(7): 496 – 498.

[12] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京：南京大学出版社，1994: 10 – 11.

[13] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则（试行）[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002: 361 – 362.

[14] 耿甜，李中跃. ^{13}C – 尿素呼气试验诊断儿童幽门螺杆菌感染相关影响因素[J]. 中华实用儿科临床杂志，2022, 37(7): 552 – 555.

[15] 张万岱，胡伏莲，萧树东，等. 中国自然人群幽门螺杆菌感染的流行病学调查[J]. 现代消化及介入诊疗，2010, 15(5): 265 – 270.

[16] 孙静，谢庆芝. 儿童幽门螺杆菌感染的现状、表现及治疗进展[J]. 国际医药卫生导报，2021, 27(19): 3109 – 3112.

[17] 胡伏莲，张声生. 全国中西医整合治疗幽门螺杆菌相关“病 – 证”共识[J]. 中国中西医结合消化杂志，2018, 26(9): 715 – 723.

Clinical Observation of Jianpi Zaoshi Decoction Combined with Acupoint Application in Treating Children with Abdominal Pain of Spleen Deficiency and Dampness Obstruction Syndrome Type Infected by Helicobacter pylori

XI Zheng[1], HU Jinli[1], BAI Yifan[1], MA Yingji[1], ZHANG Fan[1], LI Muchan[1], MAO Gai[2]

(1. *Department of Pediatrics, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing* 100010, *China*; 2. *Children's Hospital, Capital Institute of Pediatrics, Beijing* 100020, *China*)

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy of Jianpi Zaoshi Decoction combined with acupoint application in treating children with abdominal pain of spleen deficiency and dampness obstruction syndrome type infected by Helicobacter pylori (Hp). Methods: A total of 86 children with abdominal pain of spleen deficiency and dampness obstruction syndrome type due to Hp infection, admitted to the Department of Gastroenterology of Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, and Capital Institute of Pediatrics from September 2023 to April 2024, were selected and randomly divided into a control group and an observation group, with 43 cases in each group. Ultimately, 42 cases in the observation group and 40 cases in the control group completed the efficacy evaluation. The control group received conventional treatment, while the observation group received the same plus Jianpi Zaoshi Decoction and Shenque (CV8) acupoint application. The clinical efficacy, adverse reactions, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, pain severity, Hp infection status, and serum indicators [C-reactive protein (CRP), malondialdehyde (MDA), superoxide dismutase (SOD), gastrin (GAS), motilin (MOT), and somatostatin (SS)] were compared between the two groups before and after treatment. Results: After treatment, compared with the control group, the observation group showed higher total effective rate, Hp-negative conversion rate, and serum levels of SOD and SS ($P<0.05$), greater improvement in TCM syndrome scores and pain severity, and lower serum levels of CRP, MDA, GAS, and MOT ($P<0.05$). There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). Conclusion: Jianpi Zaoshi Decoction combined with Shenque acupoint application has a good therapeutic effect, alleviating symptoms and pain severity, improving the Hp-negative conversion rate, increasing SOD and SS levels, reducing CRP, MDA, GAS, and MOT levels, and not increasing adverse reactions.

Key words Jianpi Zaoshi method; Shenque acupoint; Acupoint application; Spleen deficiency and dampness obstruction syndrome; Abdominal pain; Helicobacter pylori infection