

• 综述 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2025.01.026

## 幽门螺杆菌胃炎合并小肠细菌过度生长的临床诊治进展\*

杨吉香,马颖才 综述,周思思<sup>△</sup> 审校

青海省人民医院消化内科,青海西宁 810007

**摘要:**胃肠道微生物群与宿主的健康密不可分,近年研究发现幽门螺杆菌(Hp)胃炎和小肠细菌过度生长(SIBO)均存在肠道生态失衡,且二者的临床症状有一定的重叠,因此有观点认为 Hp 胃炎与 SIBO 存在一定的关系,目前关于这方面的临床诊治研究较少,该文阐述了 Hp 胃炎合并 SIBO 的发生情况及病理生理机制,重点讨论了小肠内容物细菌培养法、呼气试验及新型检测技术诊断 Hp 胃炎合并 SIBO 的优缺点,以及 Hp 根除治疗和益生菌疗法对 SIBO 的疗效。对于 Hp 胃炎合并 SIBO 的临床诊治仍然存在一定的困难,未来需要更多高质量的临床研究来指导用药方案。

**关键词:**幽门螺杆菌; 慢性胃炎; 小肠细菌过度生长; 呼气试验; 治疗

**中图分类号:**R573.3;R442.1 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2025)01-0137-05

**Progress in the clinical diagnosis and treatment of Helicobacter pylori  
gastritis complicated with small intestinal bacterial overgrowth\***

YANG Jixiang, MA Yingcai, ZHOU Sisi<sup>△</sup>

Department of Gastroenterology, Qinghai Provincial People's Hospital,  
Xining, Qinghai 810007, China

**Abstract:** Gastrointestinal microbiota is inseparable from the health of the host, in recent years, studies have found that both Helicobacter pylori (Hp) gastritis and intestinal bacterial overgrowth (SIBO), and their clinical symptoms overlap to a certain extent. Therefore, it is believed that there is a certain relationship between Hp gastritis and SIBO, which is rarely studied in clinical diagnosis and treatment at present. This paper describes the occurrence and pathophysiological mechanism of Hp gastritis complicated with SIBO. The advantages and disadvantages of bacterial culture, breath test and novel detection techniques in diagnosing Hp gastritis with SIBO are discussed, and the efficacy of Hp eradication therapy and probiotic therapy in SIBO are also discussed. The clinical diagnosis and treatment of Hp gastritis with SIBO remain difficult, and more high-quality clinical studies are needed to guide medication regimens in the future.

**Key words:** Helicobacter pylori; chronic gastritis; bacterial overgrowth syndrome; breath test; treatment

近年来幽门螺杆菌(Hp)胃炎的发病率不断上升,在慢性活动性胃炎患者胃黏膜中 Hp 感染率超过 80%<sup>[1]</sup>。Hp 是一种螺旋形的革兰阴性菌,是导致慢性萎缩性胃炎、胃十二指肠溃疡、胃癌及其他类型的胃病和胃外疾病的主要因素。其致病机理复杂,至今尚未完全明确, Hp 通过损害胃黏膜形成的 Hp 胃炎是我国慢性活动性胃炎的主要病因<sup>[2]</sup>。Hp 胃炎临床主要表现为上腹部胀痛、嗝气、反酸、恶心及食欲减退等,临床治疗多采用三联或四联杀菌法, Hp 早期根除率高,但会导致肠道菌群失调。小肠细菌过度生长(SIBO)是一种肠道菌群失调,指小肠内有过多和/或

异常类型的需氧菌及厌氧菌定植,临床上可表现为营养吸收不良、腹泻、腹胀等症状。近年来研究发现, Hp 胃炎和 SIBO 均存在肠道生态失衡<sup>[3]</sup>,且二者的临床症状有一定的重叠, Hp 感染与 SIBO 存在一定的相关性,而且根除 Hp 治疗也可能对 SIBO 产生影响。本文综述了 Hp 胃炎合并 SIBO 的临床诊治研究进展,现报道如下。

### 1 SIBO 在 Hp 胃炎中的发生情况

Hp 感染并在胃内长期定植会导致慢性萎缩性胃炎的发生,胃酸分泌减少,从而可能升高 SIBO 检出率。黄汉麟等<sup>[4]</sup>研究纳入 102 例患者, Hp 感染者 SI-

\* 基金项目:青海省卫生健康委员会重点项目[青卫医(2020)198号];青海省科技厅创新平台建设项目(2019-SF-L5)。

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: 879745915@qq.com。

BO 发生率高于非感染者 (60.4% vs. 30.6%,  $P=0.003$ ), 根除 Hp 后, SIBO 的发生率降至 20.8%。SIBO 的缓解率为 66.7%, 提示 Hp 感染增加 SIBO 的发生风险。同样一项奥地利的研究纳入 109 例门诊接受<sup>13</sup>C 尿素呼气试验和葡萄糖氢甲烷呼气测试的患者, 发现 Hp 感染者与非感染者的 SIBO 发生率分别为 53.0% 和 22.0%<sup>[5]</sup>。WANG 等<sup>[6]</sup>研究表明, Hp 感染患者的 SIBO 发生率 (49.1%) 高于未感染患者, 成功根除 Hp 的 50 例患者中, SIBO 的缓解率为 66.7%。然而一项纳入 136 例受试者的回顾性研究发现, Hp 阴性和阳性患者在症状和 SIBO 发生率方面没有明显差异, 但在 Hp 胃炎患者中观察到更多的甲烷产生 (47.2% vs. 26.0%,  $P=0.02$ )<sup>[7]</sup>。近年来越来越多的研究表明, Hp 感染与 SIBO 发生率升高相关, 二者均导致腹部不适症状更明显<sup>[4,8]</sup>。

## 2 Hp 胃炎合并 SIBO 相关的可能病理生理机制

正常情况下小肠是相对无菌的, 偶尔可以在管腔内发现低浓度的细菌群。胃酸分泌、胃肠道动力、解剖结构等限制了小肠细菌的过度生长, 当这些防止细菌过度生长的保护机制失效时, SIBO 就会显现出来, 且与慢性腹泻、便秘、腹部胀气等症状有关。细菌会对肠道壁产生直接的毒性影响, 从而可能导致肠壁静脉萎缩和肠黏膜炎症。有研究表明, 在 Hp 胃炎患者肠镜下观察到小肠黏膜破损<sup>[9]</sup>, 这些结构变化可以减少肠黏膜吸附表面积, 提示黏膜局部微环境防御功能受损, 细菌容易定植, 导致吸收不良。Hp 感染还可能通过干扰壁细胞质子泵表达直接抑制酸分泌, 并产生白细胞介素等细胞因子间接抑制酸分泌。此外, 细菌的尿素酶将尿素水解为  $\text{NH}_3$  和  $\text{CO}_2$ <sup>[10]</sup>, 可能使胃内 pH 值升高。Hp 慢性感染对胃酸的影响取决于胃炎发生的部位, 比如以胃窦为主的胃炎导致胃窦生长抑素水平降低, 从而胃泌素分泌增加, 胃酸分泌增多, 而随着病程进展出现全胃炎, 导致胃酸分泌减少<sup>[11]</sup>。Hp 感染也可能导致胃肠蠕动减慢, 消化酶减少或活性减弱, 导致食物不能充分消化吸收, 胃肠道内残留的食物为细菌提供了充足的养分, 这些都可能增加 SIBO 的发生风险。

## 3 Hp 胃炎中 SIBO 的临床诊断

### 3.1 小肠内容物细菌培养

小肠内容物细菌培养是临床诊断 SIBO 最直接方法, 目前专家一致认为评估 SIBO 的标准是十二指肠/空肠抽吸物中的细菌菌落计数为  $\geq 10^3$  CFU/mL<sup>[12]</sup>。在以培养为基础的检测中, 由于小肠的中段和远段超出了常规内窥镜的触及范围, 近端小肠抽吸物可能呈假阴性。无菌技术对于减少来自十二指肠外的交叉污染至关重要, 因此需要标准化的培养检测方法, 包括: (1) 双腔导管的效

果优于单腔导管, 可避免口咽菌群污染; (2) 定量聚合酶链反应 (PCR) 已被用于诊断 SIBO, 并取得了一定成果<sup>[13]</sup>, 但这两项技术并不适用于临床实践。

### 3.2 呼气测试

近年来由于考虑到侵入性、成本及口咽菌群污染的风险, 呼气测试开始取代基于小肠内容物细菌培养的诊断<sup>[14]</sup>。呼气测试的原理是碳水化合物底物 (如乳糖、果糖或葡萄糖) 进入肠道, 细菌在肠道发酵产生氢气、甲烷、硫化氢和  $\text{CO}_2$  等气体, 这些气体通过肺部呼出。由于人体细胞无法产生这些气体, 因此检测这些气体可以推断肠道微生物群落的状态。然而大量研究发现, 呼气测试的灵敏度和特异度都低于小肠内容物细菌培养。葡萄糖在近端小肠中被完全吸收, 可能造成漏诊, 另一方面, 乳果糖是不可吸收的二糖。一项纳入 331 例受试者的回顾性研究发现, 68.1% 的患者 SIBO 检测呈阳性<sup>[15]</sup>。MICAMILLERI 等<sup>[16]</sup>研究表明, 呼气测试在使用葡萄糖作为底物时的阳性率为 23.0%, 而乳果糖的阳性率为 34.0%。75 g 葡萄糖负荷会导致急性高血糖和肠道动力障碍, 从而影响呼气试验结果。北美共识<sup>[17]</sup>推荐 10 g 乳果糖作为实验底物最为恰当, 且氢气在 90 min 内增加  $\geq 20$  ppm 被认为是阳性, 甲烷  $\geq 10$  ppm 被认为是甲烷阳性。呼气试验是一种间接测试的方法, 许多因素会影响试验结果的准确性。根据上述共识内容, 建议患者在呼气试验前 4 周避免使用抗菌药物, 至少 1 周内避免使用促进剂和泻药。此外, 建议在进行呼气试验前 1 d 严格控制清淡的饮食, 包括避免食用发酵性食物 (如复合碳水化合物)。患者还应在呼气测试前 8~12 h 内禁食, 呼气测试当天避免吸烟, 呼气测试期间尽量减少体力消耗。

### 3.3 新型检测技术

随着呼气试验的大量使用, 人们认识到其灵敏度和特异度较低, 所以正在研发一种独特的口服胶囊技术, 该技术可以在摄入碳水化合物后测量体内氢气和  $\text{CO}_2$ , 并可能为当前的呼吸氢气测量技术提供更好的替代方案。其他可以对小肠细菌进行采样的胶囊技术 (小肠胶囊检测系统) 也正在研发中<sup>[18-19]</sup>, 这些技术可以更直接、准确地诊断 SIBO<sup>[20-21]</sup>。

## 4 Hp 胃炎合并 SIBO 的治疗

治疗 Hp 胃炎合并 SIBO 的最终目标是根除细菌及缓解症状。最主要治疗是通过根除 Hp 联合其他药物治疗来实现的。然而, 一些患者在治疗后仍有症状, 这表明其他潜在条件 [如运动障碍和质子泵抑制剂 (PPI) 使用] 可能是症状的潜在原因和/或细菌可能具有抗菌药物耐药性。因此, 有效的治疗手段包括消灭细菌、治疗易感疾病和预防 SIBO。到目前为止, 全球还没有专门用于治疗 SIBO 的药物获得监管部门

的批准。然而以下治疗方法已在 SIBO 患者中进行了研究。

**4.1 Hp 根除治疗** 目前含阿莫西林、甲硝唑的铋剂四联方案是我国 Hp 根除的一线方案, KONRAD 等<sup>[22]</sup>研究表明, 阿莫西林、甲硝唑和泮托拉唑治疗 Hp 感染伴 SIBO 的患者中, 60.0% (18/30) 的患者 SIBO 转为阴性。同样, 有研究发现一些益生菌混合物与三联疗法联合使用时, Hp 根除率 >90.0%, 同时副作用的风险降低范围为 0.44~0.47<sup>[23]</sup>。有趣的是, 研究表明, PPI 长期使用可能导致菌群失调而增加 SIBO 的发生风险<sup>[24-25]</sup>。每天服用奥美拉唑连续服用 2 周的健康个体胃中的细菌浓度增加, 停用奥美拉唑后, 细菌浓度的增加有所减少<sup>[26]</sup>。也有研究表明, 超过 90% 接受 PPI 治疗 1 周的受试者没有发生 SIBO, 因此, PPI 短期给药的优点似乎大于缺点<sup>[27]</sup>。

**4.2 全身抗菌药物治疗** 阿莫西林、克拉霉素、左氧氟沙星、四环素和甲硝唑等最常用于治疗 Hp 感染合并 SIBO。有研究表明, 利福昔明、诺氟沙星、阿莫西林和甲硝唑对 SIBO 可能有一定的治疗作用, 且利福昔明比甲硝唑更有效<sup>[28]</sup>。然而, 另一项研究表明, 利福昔明治疗后的甲烷氢呼气试验 (LBT) 结果与临床反应无关, 但利福昔明治疗后 LBT 结果较正常患者反应率高 (76.5%)<sup>[29]</sup>。美国胃肠病学会 (ACG) 指南推荐经验性使用某些广谱抗菌药物治疗 SIBO, 例如利福昔明、环丙沙星等<sup>[17]</sup>, 因为这两种药物的有效率和安全系数较高, 且利福昔明既往被证明对治疗 Hp 感染有效。这些证据均表明, 利福昔明可能是治疗 SIBO 较有效的药物, 然而抗菌药物通常用于去除或防止细菌在人体内定植, 而不针对特定类型的细菌。因此, 不同的抗菌药物会导致人类和动物肠道微生物群的短期和/或长期变化, 更严重的是随着抗菌药物的滥用导致抗菌药物耐药菌 (如艰难梭菌) 的发展、不良反应和机会性感染的发生率增加<sup>[30]</sup>。许多研究发现, SIBO 在以抗菌药物治疗 1 个疗程后经常复发。一项已发表的研究评估了 80 例成人在抗菌药物治疗标准疗程后 SIBO 的复发率, 发现治疗 3 个月后复发率为 12.6%, 6 个月后复发率为 27.5%, 9 个月后复发率为 43.7%<sup>[31]</sup>。尽管目前尚未发表关于使用重复抗菌药物治疗复发性 SIBO 的临床试验, 但有一项研究评估了 51 例有显著 SIBO 复发风险的系统性硬化症患者通过使用重复抗菌药物治疗 SIBO 并预防复发, 在这项研究中, 诺氟沙星 (400 mg, 每天 2 次) 与甲硝唑 (250 mg, 每天 3 次) 每周交替, 连续治疗 3 个月, 通过葡萄糖呼气试验评估 SIBO 的存在和临床症状的消退, 52% 的受试者表现出 SIBO 根除和治疗后肠道症状显著改善<sup>[32]</sup>。

**4.3 益生菌治疗** 目前对于益生菌治疗的效果存在很大的争议, 大多数研究表明, 益生菌通过促进胃肠动力而改善 SIBO 的症状。有研究发现, 双歧杆菌可以抑制宿主的炎症反应, 益生菌干预后 SIBO 患者的临床症状改善超过 70.0%, 而没有进行益生菌干预的 SIBO 患者的临床症状仅改善了 10.6%<sup>[33]</sup>。一项荟萃分析发现, 益生菌可以减少氢气的产生, 改善腹痛等症状, 但对大便频率没有明显的改善<sup>[34]</sup>。在一项非对照研究中发现, 双歧杆菌的给药对呼气测试期间氢气的产生并没有影响, 却导致甲烷排泄受试者数量增加<sup>[35]</sup>, 此外益生菌可能导致 SIBO 和 D-乳酸酸中毒, 导致胀气和腹胀, 然而停用益生菌并联合 1 个疗程的抗菌药物治疗后症状消退<sup>[36]</sup>。对于在 SIBO 治疗中添加益生菌似乎并不能改善呼出气曲线的结果, 但是它可能带来显著的临床改善<sup>[37]</sup>。目前对于益生菌的使用褒贬不一, 专家建议谨慎使用益生菌, 尤其是对于没有明确医学指征、胃肠道动力障碍和/或长期使用 PPI 和阿片类药物的患者。

## 5 结语与展望

**5.1 总结** Hp 胃炎和 SIBO 的关系存在一定争议, 但 Hp 感染会导致胃肠蠕动加快, 产生肠黏膜炎症反应使肠道的有益菌减少, 从而增加 SIBO 发生风险。由于 SIBO 可引起非特异性消化道症状, 并与其他消化道和非消化道疾病相关, 因此不能仅凭临床症状来确定 SIBO 的诊断, 需要进行相关检测诊断。尽管存在不一致的观点, 小肠内容物细菌培养依旧被普遍认为是诊断 SIBO 的金标准, 其无菌预处理和正确的技术是关键。虽然呼气试验的最佳实施和解释方法方面仍存在争议, 但呼气试验被认为是一种安全、无创的 SIBO 诊断工具。目前已证明阿莫西林+甲硝唑的铋剂四联方案不仅能获得满意的 Hp 根除效果, 而且对 SIBO 有一定的治疗作用, 这或许能解释部分 Hp 感染根除后胃肠道症状得到改善的现象。

**5.2 展望** Hp 感染合并 SIBO 是一种比较特殊和个性化的疾病, 目前社会对其认知程度十分不足。就根除 Hp 而言, 部分患者可能因为长时间应用抗菌药物而引起胃肠道菌群失调, 并且方案越复杂, 使用的越多, 对 SIBO 的影响越大。尽管菌群在短期内可以恢复到治疗前水平, 但始终属于“易激惹”的状态, 对于 SIBO 治疗的长期影响需要大量的研究才能阐明。对于 Hp 胃炎合并 SIBO 的治疗仍然存在一定的困难, 未来需要更多高质量的临床研究来指导用药方案。

## 参考文献

[1] JESSURUN J. *Helicobacter pylori*: an evolutionary perspec-



- tive[J]. *Histopathology*, 2021, 78(1): 39-47.
- [2] PIAZUELO M B, BRAVO L E, MERA R M, et al. The colombian chemoprevention trial: 20-year follow-up of a cohort of patients with gastric precancerous lesions[J]. *Gastroenterology*, 2021, 160(4): 1106-1117.
- [3] LIAO L, SU B B, XU S P. Helicobacter pylori infection and small intestinal bacterial overgrowth: a systematic review and Meta-analysis[J]. *BMC Microbiol*, 2023, 23(1): 386.
- [4] 黄汉麟, 郑镇森, 黄凯涛. 幽门螺杆菌感染治疗对小肠细菌过度生长的影响研究[J]. *中国处方药*, 2021, 19(03): 149-150.
- [5] ENKO D, KRIEGSHÄUSER G. Functional <sup>13</sup>C-urea and glucose hydrogen/methane breath tests reveal significant association of small intestinal bacterial overgrowth in individuals with active helicobacter pylori infection[J]. *Clin Biochem*, 2017, 50(1/2): 46-49.
- [6] WANG X, ZHU D, LI S, et al. Influence of helicobacter pylori infection and eradication on small intestinal bacterial overgrowth and abdominal symptoms[J]. *Digest Dis Sci*, 2024, 69(4): 1293-301.
- [7] WANG X L, ZHU D, LI S Y, et al. Influence of helicobacter pylori infection and eradication on small intestinal bacterial overgrowth and abdominal symptoms[J]. *Dig Dis Sci*, 2024, 69(4): 1293-1301.
- [8] DEL ZOMPO F, OJETTI V, FELICIANI D, et al. Helicobacter pylori infection is associated with high methane production during lactulose breath test[J]. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2016, 20(16): 3452-3456.
- [9] OMORI J, FUJIMORI S, KOSUGI Y, et al. Pilot study indicates helicobacter pylori infection may induce small intestinal mucosal injury[J]. *Digestion*, 2019, 99(1): 66-71.
- [10] KOLOPAKING M S. Urease, gastric bacteria and gastritis[J]. *Acta Med Indones*, 2022, 54(1): 1-2.
- [11] BAKHTI S Z, LATIFI-NAVID S. Interplay and cooperation of helicobacter pylori and gut microbiota in gastric carcinogenesis[J]. *BMC Microbiol*, 2021, 21(1): 258.
- [12] QUIGLEY E M M. Exploring the small intestinal microbiome: relationships to symptoms and small intestinal bacterial overgrowth [J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2024, 22(2): 241-242.
- [13] GHOSHAL U C, GHOSHAL U. Small intestinal bacterial overgrowth and other intestinal disorders[J]. *Gastroenterol Clin North Am*, 2017, 46(1): 103-120.
- [14] TANG S, LI J, MA J, et al. Comparison of jejunal aspirate culture and methane and hydrogen breath test in the diagnosis of small intestinal bacterial overgrowth[J]. *Ir J Med Sci*, 2024, 193(2): 699-703.
- [15] PLAUZOLLES A, URAS S, PÉNARANDA G, et al. Small intestinal bacterial overgrowths and intestinal methanogen overgrowths breath testing in a real-life French cohort[J]. *Clin Transl Gastroenterol*, 2023, 14(4): e00556.
- [16] CAMILLERI M, SZARKA L A. Every breath test you take: practical advice on breath testing used to detect small intestinal bacterial overgrowth [J]. *Dig Dis Sci*, 2021, 66(2): 331-333.
- [17] PIMENTEL M, SAAD R J, LONG M D, et al. ACG clinical guideline: small intestinal bacterial overgrowth [J]. *Am J Gastroenterol*, 2020, 115(2): 165-178.
- [18] SON D, GILBERT H, SITTI M. Magnetically actuated soft capsule endoscope for fine-needle biopsy [J]. *Soft Robot*, 2020, 7(1): 10-21.
- [19] YAMAMOTO H, DESPOTT E J, GONZÁLEZ-SUÁREZ B, et al. The evolving role of device-assisted enteroscopy: the state of the art as of August 2023 [J]. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2023, 64-65: 101858.
- [20] LIU W Q, CHOI S J, GEORGE D, et al. Untethered shape-changing devices in the gastrointestinal tract [J]. *Expert Opin Drug Deliv*, 2023, 20(12): 1801-1822.
- [21] SHAH A, GHOSHAL U C, HOLTMANN G J. Unraveling the controversy with small intestinal bacterial overgrowth [J]. *Curr Opin Gastroenterol*, 2023, 39(3): 211-218.
- [22] KONRAD P, CHOJNACKI J, GASIOROWSKA A, et al. Therapeutic efficacy of amoxicillin and rifaximin in patients with small intestinal bacterial overgrowth and Helicobacter pylori infection [J]. *Prz Gastroenterol*, 2018, 13(3): 213-217.
- [23] ZHANG M Y, ZHANG C C, ZHAO J X, et al. Meta-analysis of the efficacy of probiotic-supplemented therapy on the eradication of H. pylori and incidence of therapy-associated side effects [J]. *Microb Pathog*, 2020, 147: 104403.
- [24] MCDONNELL L, GILKES A, ASHWORTH M, et al. Association between antibiotics and gut microbiome dysbiosis in children: systematic review and Meta-analysis [J]. *Gut Microbes*, 2021, 13(1): 1-18.
- [25] DE BASTIANI R, LOPETUSO L R, DE BASTIANI M, et al. Assessment of small intestinal bacterial overgrowth and methane production in patients on chronic proton-pump inhibitor treatment: prevalence and role of rifaximin in its management in primary care [J]. *Minerva Gastroenterol (Torino)*, 2023, 69(4): 523-528.
- [26] KIECKA A, SZCZEPANIK M. Proton pump inhibitor-induced gut dysbiosis and immunomodulation: current knowledge and potential restoration by probiotics [J]. *Pharmacol Rep*, 2023, 75(4): 791-804.
- [27] DURÁN-ROSAS C, PRIEGO-PARRA B A, MOREL-CERDA E, et al. Incidence of small intestinal bacterial overgrowth and symptoms after 7 days of proton pump inhibitor use: a study on healthy volunteers [J]. *Dig Dis Sci*, 2024, 69(1): 209-215.
- [28] LUO L, JI Y, YU L, et al. 14-day high- (下转第 144 页)

教学·管理 DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2025.01.027

## 跨省域医联体建设助推成渝双城经济圈高质量发展的探索

陈涛,王玉廷<sup>△</sup>,王蔚

重庆医科大学附属第二医院医务处,重庆 400010

**摘要:**目的 分析西部地区跨省域医联体建设及高质量发展路径,探索一套适合成渝双城经济圈背景下的医联体管理模式。方法 该院复制推广十余年来医联体建设的有效经验,在成渝双城经济圈建设背景下,率先与四川省邻水县人民医院组建跨省域医联体,以此为例进行深入剖析,从而探讨重庆医科大学附属第二医院医联体工作模式在西部地区,特别是在成渝双城经济圈范围内进行复制推广的可行性和可持续性。结果 十余年来,重庆医科大学附属第二医院医联体各成员单位综合服务能力得到跨越式发展,门急诊、住院人次及手术台次均位于川渝地区所在县域的县级医院前列,患者满意度达 98%,县域内就诊率提高至 90% 以上。结论 该院医联体建设不仅帮助重庆市内渝东南、渝东北偏远地区的县级医院提高了综合服务能力,同时在成渝双城经济圈跨省域医联体建设过程中也取得了显著成效,切实缓解了川渝偏远地区老百姓的看病难题,分级诊疗目标落地见效。

**关键词:**成渝双城经济圈; 跨省域; 城市医联体; 分级诊疗; 高质量发展**中图法分类号:**R197.3**文献标志码:**B**文章编号:**1672-9455(2025)01-0141-04

重庆医科大学附属第二医院(以下简称“重医附二院”)把医联体建设作为深化医药卫生体制改革,全面推进健康中国战略的重要举措,自 2013 年 5 月开始,至今已建成“公立+民营,省内+省外”“1+8”医联体集团(紧密型 5 家,松散型 3 家),覆盖川渝两地社区卫生服务中心及区县乡镇卫生院 208 家,康复及护理机构 1 家,辐射人口 600 余万。2021 年 4 月,在成渝地区双城经济圈建设卫生健康一体化发展背景下,重医附二院率先与四川省邻水县人民医院组建了跨省域医联体,开创了川渝医疗卫生合作先行示范点,包括 217 家医院,其中紧密型单位 5 家(奉节县人民医院、秀山县人民医院、彭水县人民医院、邻水县人民医院、巫山县人民医院),松散型单位 3 家(巫溪县人民医院、石柱县人民医院、黔江区民族医院),卫生服务中心、乡镇卫生院 208 家(川渝两地社区及区县医院),康复及护理机构 1 家。

## 1 探索成渝地区跨省域医联体建设的必要性

成渝双城经济圈是国家战略级建设项目,在成渝双城经济圈建成以来,成渝两地之间的沟通交流内容变得更加全面,速度变得更快,质量也变得更高<sup>[1]</sup>。“十四五”期间,成渝双城经济圈建设发展规划纲要,明确提出要求构建紧密型城市医联体,以此提高医院的医疗技术与医疗服务水平,为此,成渝两地相关部门已经在医联体建设领域展开了深入研究<sup>[2]</sup>。在推动成渝双城经济圈建设过程中,构建紧密型城市医联

体,并以此为基础促进医院高质量发展,是时代发展的必然结果,更是医院提高自身核心竞争力、实现可持续发展的必经之路。尽管成渝两地各级医院的整体医疗水平比较高,但紧密型城市医联体建设道路仍较为漫长,医院的高质量发展道路依旧“任重而道远”<sup>[3-4]</sup>。

## 2 重医附二院跨省域医联体建设的具体举措

**2.1 党建引领,强化顶层设计为合作“创保障”** 在重医附二院党委的统一领导下,开展了一系列精准化、个性化的创新举措,探索出一条新时代背景下党建引领、融合创新、多元发展的新模式,推动医联体成员单位高质量发展。具体做法是通过当地县委、县政府、县医院“三方参与”,深化府院合作,建立牢固的契约关系。以资产归属不变、独立法人不变、医院性质和功能不变、财政拨款渠道和标准不变、职工身份及待遇不变,即“五不变”原则签订合作协议,在软件建设方面提供指导帮助<sup>[5]</sup>。以“四个输出”,即输出理念、输出管理、输出人才、输出技术,通过移植大型三甲综合医院先进管理理念,使成员单位快速建立健全现代医院管理制度。派驻专家团队因地制宜制订个性化实施方案,最终实现同质化管理。细化“十项帮扶举措”,从管理同质、技术指导、人才培养、轮训机制、学科培育、科研共享、专家门诊、学术讲座、双向转诊、远程协同方面,全方位、多层次推进成员单位高质量发展<sup>[6-7]</sup>。

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: yutingwang@cqmu.edu.cn.