

医院就诊肠易激综合征患者精神障碍共病的临床观察

郝靖欣 韩麦 段丽萍 葛颖 黄悦勤

【摘要】 目的 通过人格及精神障碍评估问卷了解医院就诊肠易激综合征(IBS) 患者精神障碍的共病状况。**方法** 顺序纳入 2008 年 11 月至 2010 年 3 月北京大学第三医院消化科门诊就诊、符合罗马Ⅲ标准的 IBS 患者 83 例, 由经过培训的人员通过人格诊断问卷 4(PDQ-4)、复合性国际诊断访谈(CIDI) 表进行人格障碍、躯体形式障碍及其他精神障碍诊断。**结果** 83 例 IBS 患者中男 43 例, 女 40 例, 年龄(38 ± 14) 岁。其中便秘型 20 例(24.1%)、腹泻型 31 例(37.3%)、混合型 15 例(18.1%)、未分型 17 例(20.5%)。(1) 62 例(74.7%) 患者被检出 1 型或多型人格障碍, 性别差异无统计学意义, 其中以强迫和回避为特征的焦虑-抑制类(C 组) 人格障碍最多(58 例, 69.9%)。存在人格障碍者躯体形式障碍检出率为 46.8%(29/62), 高于无人格障碍者[19.0%(4/21), $P=0.025$]。(2) IBS 患者的 CIDI-3.0 精神障碍终生患病率 44.6%(37 例), 显著高于对照组, 性别差异无统计学意义。焦虑与心境障碍是最多见的精神障碍共病类型, 分别为 21 例(25.3%) 和 19 例(22.9%)。物质滥用和依赖、间歇性暴发障碍分别检出 9 例(10.8%) 和 7 例(8.4%)。腹泻型 IBS 患者精神障碍共病率最高(58.1%, 18/31), 但不同 IBS 亚组之间精神障碍检出率差异无统计学意义。(3) IBS 患者中 33 例(39.8%) 存在躯体形式障碍, 性别差异无统计学意义。各亚组间躯体形式障碍检出率差异无统计学意义。焦虑障碍同时合并躯体形式障碍者为 61.9%(13/21), 显著高于无焦虑障碍者[32.3%(20/62), $P=0.016$]。**结论** 综合医院消化科就诊的 IBS 患者精神障碍共病较为常见, 尤其是焦虑障碍和心境障碍。存在人格偏离及焦虑障碍的 IBS 患者更容易出现躯体形式障碍, 消化专业医师应对此有充分认识并予以恰当治疗建议。

【关键词】 肠易激综合征; 精神障碍; 共病现象; 人格诊断问卷 4(PDQ-4); 复合性国际诊断访谈表(CIDI)

Psychiatric comorbidities in patients referred for irritable bowel syndrome HAO Jing-xin*, HAN Mai, DUAN Li-ping, GE Ying, HUANG Yue-qin. * Department of Gastroenterology, Peking University Third Hospital, Beijing 100191, China

Corresponding author: DUAN Li-ping, Department of Gastroenterology, Peking University Third Hospital, Beijing 100191, China, Email: duanlp@bjmu.edu.cn

【Abstract】 Objective To assess the prevalence of psychiatric comorbidities in patients referred for irritable bowel syndrome (IBS) with questionnaires for mental disorders. **Methods** A total of 83 IBS patients at our hospital were enrolled and assessed with the Personality Diagnostic Questionnaire for DSM-IV, version 4 (PDQ-4) and Composite International Diagnostic Interview, version 3.0 and 2.1 (CIDI-3.0 & CIDI-2.1) by trained interviewers. Such items as personality dysfunction, mental disorder and somatization disorder were examined. **Results** The male-female ratio was 1.08/1. Their mean age was (38 ± 14) years old. Among them, 20 patients (24.1%) were constipation-predominant, 31 (37.3%) diarrhea-predominant, 15 (18.1%) mixed and 17 (20.5%) unclassified type. (1) Sixty-two (74.7%) patients scored positive for any personality dysfunction. There was no significant gender difference. The cluster C (anxious-fearful) personality disorder was most commonly found in IBS patients ($n=58$, 69.9%). The prevalence of somatoform disorders plus personality dysfunction was 46.8% (29/62). It was significantly

DOI:10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2011.27.005

基金项目: 国家高技术研究发展计划“863”计划专题(2007AA02Z4Z3)

作者单位: 100191 北京大学第三医院消化科(郝靖欣、韩麦、段丽萍、葛颖); 北京大学第六医院社会精神病学与行为医学研究室(黄悦勤)

通信作者: 段丽萍, Email: duanlp@bjmu.edu.cn

higher than those without personality dysfunction [19.0% (4/21), $P=0.025$]. (2) Thirty-seven patients (44.6%) had a lifetime CIDI-3.0 diagnosis. It was significantly higher than that in the general population. There was no gender difference. Anxiety and mood disorders were the most common types of psychiatric comorbidities [$n=21$ (25.3%) and $n=19$ (22.9%) respectively]. The lifetime prevalence of alcohol or nicotine abuse and (or) dependence and intermittent explosive disorder were 10.8% ($n=9$) and 8.4% ($n=7$). Psychiatric comorbidities were most commonly found in diarrhea-predominant patients (58.1%). But there was no significant difference among the subgroups. (3) Thirty-three patients (39.8%) had somatoform disorders. Neither gender nor subgroup difference was observed. The IBS patients with anxiety disorders presented significantly more somatoform disorders than the remainders [61.9% (13/21) vs 32.3% (20/62), $P=0.016$]. **Conclusion** Such psychiatric comorbidities as anxiety disorders and mood disorders are common in patients referred for IBS. The patients with personality dysfunction and (or) anxiety were more likely to suffer somatoform disorders. A gastroenterologist should grasp a thorough knowledge and make appropriate therapeutic recommendations for those patients.

[Key words] Irritable bowel syndrome; Mental disorders; Comorbidity; Personality diagnostic questionnaire for DSM-IV, PDQ-4; Composite international diagnostic interview, CIDI

肠易激综合征 (irritable bowel syndrome, IBS) 以腹痛或腹部不适伴随排便习惯或大便性状改变为主要表现。越来越多的研究发现, IBS 患者中焦虑和 (或) 抑郁评分明显高于健康对照组, 对于难治性 IBS 患者应用认知治疗及抗抑郁药物治疗, 症状可明显改善^[1-2], 提示精神心理因素在 IBS 发病机制中的作用。研究认为精神障碍共病的存在影响个体胃肠道生理, 参与个体对症状的体验, 影响个体的疾病行为, 并对预后产生影响^[3]。本研究在综合医院消化专科使用精神障碍诊断工具, 对就诊的 IBS 患者进行精神状况评估, 了解 IBS 与精神障碍共病的发生状况。

对象与方法

一、对象

2008 年 11 月至 2010 年 3 月就诊于北京大学第三医院消化科门诊的符合罗马Ⅲ诊断标准的 IBS 患者共 83 例 (男 43 例, 女 40 例; 男女比 1.08:1), 年龄 18~65 岁。根据罗马Ⅲ标准将 IBS 患者分为①便秘型 (20 例, 24.1%); ②腹泻型 (31 例, 37.3%); ③混合型 (15 例, 18.1%); ④未分型 (17 例, 20.5%)。研究通过北京大学医学伦理委员会审查 (No. IRB 00001052-09014), 入组患者均签署知情同意书。

二、方法

所有 83 例 IBS 患者接受如下评估和访谈。所有访谈员均经过为期 1 周的世界卫生组织 (WHO)-复合性国际诊断访谈 (CIDI) 培训并获得资格认证。访谈数据的合并导出程序、诊断代码等由 WHO 授权北京大学第六医院提供。

1. 人格诊断问卷 4 (personality diagnostic questionnaire for DSM-IV, PDQ-4): 作为人格障碍筛查工具, 该工具诊断的人格障碍包括: 偏执型、分裂

样、分裂型、表演型、自恋型、边缘型、反社会型、回避型、依赖型、强迫型等 10 种人格障碍。美国精神障碍诊断统计手册第 4 版 (DSM-IV) 将人格障碍分为 3 组。A 组: 奇特-怪癖类 (包括偏执型、分裂样、分裂型人格); B 组: 戏剧性-多变类 (包括边缘型、反社会型、自恋型、表演型人格); C 组: 焦虑-抑制类 (包括依赖型、回避型、强迫型人格)。

2. CIDI 访谈: CIDI 表内容全面、标准化的定式访谈调查表, 按照 DSM-IV 诊断分类标准做出精神障碍诊断。本研究使用单元包括: CIDI-2.1 躯体形式障碍 (SFD) 单元; CIDI-3.0 抑郁、躁狂、惊恐障碍、特殊恐怖障碍、社交恐怖障碍、广场恐怖障碍、广泛性焦虑障碍、间歇性暴发障碍 (IED)、酒精和药物滥用或依赖、烟草依赖、进食障碍、月经前期综合征 (PMS)、强迫症以及创伤后应激障碍。根据 DSM-IV 分类标准, 上述精神障碍分为以下 4 组: (1) 心境障碍 (躁狂障碍和抑郁障碍); (2) 焦虑障碍 (广泛性焦虑障碍、强迫症、惊恐障碍、恐怖障碍、创伤后应激障碍); (3) 物质滥用和依赖 (酒精、药物滥用和依赖、烟草依赖); (4) 其他类型精神障碍 (本研究中为 IED 和 PMS)。

三、统计学方法

PDQ 原始数据使用 epi DATA 软件录入, 结果导出至 SAS 软件。所有 CIDI 访谈资料均输入动态数据交换 (dynamic data exchange, DDE) 软件, 之后转入 SAS 系统。每一种疾病的诊断程序按照 DSM-IV 诊断标准写入 SAS 程序并给出诊断。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 独立样本 t 检验比较各组 PDQ-4 得分和检出种类差异; χ^2 检验比较检出率的差异。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、一般资料

纳入的 83 例患者平均年龄 (38 ± 14) 岁,男 (33 ± 11) 岁,女 (43 ± 14) 岁。18~35 岁患者 42 例占 50.6%,35~50 岁者 20 例为 24.1%, ≥ 50 岁者 21 例占 25.3%。已婚或同居者 49 例,未婚 29 例,离异 5 例。

二、IBS 患者精神障碍状况

1. 总体检出状况:83 例患者中有 71 例 (85.5%) 存在人格障碍、精神障碍和躯体形式障碍 1 种或 1 种以上的阳性结果,其中 28 例 (33.7%) 为单一 1 组阳性,25 例 (30.1%) 有 2 组阳性,18 例 (21.7%) 有 3 组阳性。62 例 (74.7%) 患者检出人格障碍,37 例 (44.6%) 存在精神障碍,33 例 (39.8%) 存在躯体形式障碍 (表 1)。人格障碍、精神障碍及躯体形式障碍检出率性别差异均无统计学意义。

2. 人格障碍状况:62 例 (74.7%) 患者被检出 1 型或多型人格障碍,以 C 组人格检出率最高 (58 例,69.9%);其次为 A 组人格 (33 例,39.8%),B 组人格检出 24 例 (28.9%)。检出率最高的是强迫型人格 (54 例,65.1%),其次是回避型人格 (32 例,38.6%) 和偏执型人格 (22 例,26.5%) (表 2)。

3. CIDI-3.0 精神障碍状况:83 例 IBS 患者中 37 例 (44.6%) 符合 1 种或 1 种以上 DSM-IV 诊断标准。焦虑障碍检出 21 例 (25.3%),其中惊恐发作最多 (11 例,13.3%),其次为广泛性焦虑障碍 (6 例,7.2%)。心境障碍检出 19 例 (22.9%),其中抑郁症 12 例 (14.5%),轻型抑郁 5 例 (6.0%),轻躁狂 4 例 (4.8%),恶劣心境 1 例 (1.2%)。腹泻型 IBS 患者心境障碍共病率最高 (11 例),混合型最低

(1 例)。创伤后应激障碍未检出。同样,腹泻型 IBS 的焦虑障碍共病率最高 (32.3%,10/31),便秘型和混合型分别为 4 例和 3 例。物质滥用和依赖共病率为 10.8% (9/83),烟草依赖患者略多于酒精依赖 [6.0% (5 例) 比 4.8% (4 例)]。IED 患者共 7 例 (8.4%),仅见于腹泻型 (5 例) 及混合型 (2 例) IBS 患者。IBS 患者中最常见的特定精神障碍分别为抑郁症、惊恐发作和 IED。IBS 患者中上述 3 种精神障碍共病率最高的均为腹泻型,分别为 6 例、8 例和 5 例。

4. 躯体形式障碍状况:83 例患者中,躯体形式障碍 33 例 (39.8%),其中躯体化障碍 (SD) 14 例 (16.9%),未分化躯体形式障碍 (USD) 19 例 (22.9%)。仍以腹泻型和混合型 IBS 共病率最高,分别为 45.2% 和 46.7% (表 3)。

表 3 肠易激综合征患者 CIDI-2.1 躯体形式障碍 [例数 (%)]

类型	例数	躯体化障碍	未分化躯体形式障碍	合计
便秘型	20	3 (15.0)	5 (25.0)	8 (40.0)
腹泻型	31	7 (22.6)	7 (22.6)	14 (45.2)
混合型	15	3 (20.0)	4 (26.7)	7 (46.7)
未分型	17	1 (5.9)	3 (17.6)	4 (23.5)
合计	83	14 (16.9)	19 (22.9)	33 (39.8)

注:CIDI:复合型国际诊断交流

三、IBS 患者精神障碍共病之间的关系

1. 人格障碍与 CIDI-3.0 精神障碍和 CIDI-2.1 躯体形式障碍的关系:在 A 组人格 (偏执型、分裂样、分裂型人格) 和 C 组人格 (依赖型、回避型、强迫型人格) 的患者中,焦虑障碍的共病率均显著高于无相应人格障碍的患者 ($P = 0.016, 0.017$)。存在人格障碍的 IBS 患者其躯体形式障碍的检出率为

表 1 肠易激综合征患者的精神障碍共病状况 [例数 (%)]

疾病分型	例数	人格障碍 (PDQ-4)	精神障碍 (CIDI-3.0)	躯体形式障碍 (CIDI-2.1)	任意阳性结果
便秘型	20	17 (85.0)	7 (35.0)	8 (40.0)	18 (90.0)
腹泻型	31	24 (77.4)	18 (58.1)	14 (45.2)	28 (90.3)
混合型	15	8 (53.3)	5 (33.3)	7 (46.7)	11 (73.3)
未分型	17	13 (76.5)	7 (41.2)	4 (23.5)	14 (82.4)
合计	83	62 (74.7)	37 (44.6)	33 (39.8)	71 (85.5)

表 2 肠易激综合征患者人格障碍状况 [例数 (%)]

类型	例数	A 组人格				B 组人格				C 组人格				任意人格障碍
		总检出	偏执型	分裂样	分裂型	总检出	表演型	自恋型	边缘型	总检出	强迫型	回避型	依赖型	
便秘型	20	7 (35.0)	5 (25.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	5 (25.0)	2 (10.0)	2 (10.0)	3 (15.0)	17 (85.0)	16 (80.0)	11 (55.0)	2 (10.0)	17 (85.0)
腹泻型	31	13 (41.9)	7 (22.6)	8 (25.8)	5 (16.1)	10 (32.3)	6 (19.4)	4 (12.9)	3 (9.7)	22 (71.0)	20 (64.5)	14 (45.2)	2 (6.5)	24 (77.4)
混合型	15	6 (40.0)	4 (26.7)	3 (20.0)	1 (6.7)	3 (20.0)	2 (13.3)	2 (13.3)	0 (0)	7 (46.7)	7 (46.7)	2 (13.3)	0 (0)	8 (53.3)
未分型	17	7 (41.2)	6 (35.3)	3 (17.6)	1 (5.9)	6 (35.3)	4 (23.5)	1 (5.9)	3 (17.6)	12 (70.6)	11 (64.7)	5 (29.4)	3 (17.6)	13 (76.5)
合计	83	33 (39.8)	22 (26.5)	17 (20.5)	8 (9.6)	24 (28.9)	14 (16.9)	9 (10.8)	9 (10.8)	58 (69.9)	54 (65.1)	32 (38.6)	7 (8.4)	62 (74.7)

46.8% (29/62), 高于无人格障碍者 [19.0% (4/21), $P=0.025$]。其中, A 组和 C 组人格特征的 IBS 患者的总体躯体形式障碍检出率均高于无相应人格障碍患者 [A 组: 27.3% (9/33) 比 10.0% (5/50), $P=0.040$; C 组: 29.3% (17/58) 比 8.0% (2/25), $P=0.034$]。B 组人格特征对躯体形式障碍似无关系。

2. CIDI-3.0 精神障碍与 CIDI-2.1 躯体形式障碍的关系: 任意 CIDI-3.0 精神障碍阳性的患者, 躯体形式障碍检出率高于无精神障碍者 [51.4% (19/37) 比 30.4% (14/46)], 但差异无统计学意义。有焦虑障碍者的 IBS 患者其躯体形式障碍合并率显著高于无焦虑障碍者 [61.9% (13/21) 比 32.3% (20/62), $P=0.016$]。共病心境障碍, 物质滥用和依赖及 IED 患者的躯体形式障碍检出率均高于无相应精神障碍者, 但差异无统计学意义。

讨 论

IBS 发病率高, 亚洲人群可达 2.0% ~ 21.8%^[4,5], 由于症状反复, 而且临床尚无有效的治疗方法, 造成了因检查和用药所带来的医疗资源巨大消耗^[4]。已有研究发现 IBS 患者中存在焦虑和 (或) 抑郁等精神障碍表现, 但由于精神障碍评价方法和手段的限制, 使得综合医院医师对精神障碍和躯体形式障碍的识别率偏低^[6]。现有的 IBS 精神障碍共病研究多使用精神障碍筛查自评量表, 其结果难以认为是精神障碍的最终诊断。本研究在综合医院使用国际公认、WHO 推荐的适用于非精神卫生专业人员使用的精神障碍流行病学调查工具 CIDI 对消化专科就诊 IBS 患者进行访谈, 了解其精神障碍共病状况及特点; 同时, 通过 PDQ-4 了解患者的人格特征并进行相关性分析, 从人格特征角度解释和说明精神障碍对患者就医行为的影响。使用的新版 CIDI-3.0 在 CIDI-2.1 的基础上拓宽了评估领域并且增加了疾病种类, 具有良好的信度及效度^[7]。CIDI 的访谈原始数据由计算机编码和导出诊断, 在一定程度上避免了由于观察者偏倚造成的结果失实。

人格障碍的研究主要集中在高中生和大学生, 检出率 6% ~ 30%^[8-9]。本研究显示就诊的 IBS 患者中存在任意人格障碍者高达 74.7% (62/83), 显著高于社区学生人群。韩麦等^[10]针对功能性胃肠病中的功能性消化不良 (FD) 的人格特征研究发现, 医院就诊的 FD 患者人格障碍检出率为 65%。本研

究中以 C 组人格 (回避型、依赖型和强迫型) 最为常见, 具有这种人格特征的患者也是焦虑、抑郁障碍的好发人群。强迫型人格障碍达 65.1%, 此种人格者常伴有不安全感, 更为关注自己的身体 (包括胃肠道的感觉), 导致就医行为。同时, 此类型患者常不能接受医生的解释, 需要更多的检查才能打消顾虑, 甚至经过反复检查无阳性发现仍无法打消顾虑。

应用 DSM-IV 作为诊断标准对我国社区人群抽样调查所获得的精神障碍发生率为 17.3% ~ 17.5%, 其中最常见的是心境障碍、焦虑障碍和物质滥用。最常见的特定精神疾病为抑郁症、酒精滥用、心境恶劣障碍和特殊恐怖症^[11-12]。Jones 等^[13]认为在功能性胃肠病中精神障碍共病率为 42% ~ 61%, 常见的为焦虑、抑郁及躯体形式障碍。本研究中任意 CIDI-3.0 精神障碍共病率可达 44.6%, 2 倍于社区人群, 其中以焦虑障碍、心境障碍最为常见, 分别达 25.3%, 22.9%。常见特定的精神疾病种类依次为抑郁障碍、惊恐发作、IED、广泛性焦虑障碍、强迫症、特殊恐怖等。此类患者因心里痛苦、焦虑或抑郁状态容易导致社会功能受损, 甚至出现负性应对方式。在随访过程中发现部分患者通过更换环境, 做自己喜欢的事情, 精神压力缓解以后, 躯体症状明显好转, 甚至消失。

躯体形式障碍是一组表现为躯体症状的精神障碍。患者诉说各种躯体不适, 但是客观检查却未能发现器质性疾病的证据; 即使存在某些躯体异常也不能解释患者的临床症状。中国人群中躯体形式障碍检出率约 6.92%, 女性多于男性^[14], 在综合医院门诊及住院患者中躯体形式障碍检出率为 4.15% ~ 18.20%^[15-16], 随诊断工具不同, 检出率差异较大。本研究使用 CIDI-2.1 躯体形式障碍单元问卷发现, 就诊的 IBS 患者躯体形式障碍共病率达 39.8%, 显著高于社区人群, 男女性别无明显差异。研究也发现, IBS 患者因为消化道外症状就诊的比例是正常人群的 2 ~ 3 倍^[17]。躯体形式障碍患者具有较高的躯体先占观念和疑病观念, 往往强调甚至夸大其躯体症状, 到医院反复寻求治疗。这可能也是导致就诊的 IBS 患者具有较高的躯体形式障碍共病率的原因。同时也提示医生对那些反复就诊而难以找到器质性疾病的患者应关注其精神心理状况, 提出合理的诊疗建议, 减少不必要的医学检查及治疗。

结合分析 IBS 患者的人格特征和精神障碍发现, 有人格障碍的患者, 其焦虑障碍及躯体形式障碍的共病率明显高于无人格障碍者, 提示人格特征有

可能是 IBS 精神障碍共病的基础。有焦虑障碍的 IBS 患者躯体形式障碍合并率显著高于无焦虑障碍者,提示焦虑障碍患者更容易出现躯体症状而导致就医行为,与 Hu 等^[18]研究认为焦虑是 IBS 患者就医的独立危险因素一致。就诊和未就诊的 IBS 患者中躯体症状无明显差异,不同的是精神障碍、疾病行为及应对方式^[19]。Jones 等^[13]认为人格特质和应对模式会显著影响患者的求医行为和抑郁障碍程度。Johansson 等^[20]对 164 例 IBS 患者随访研究发现 IBS 患者中因共病就诊次数及花费显著高于因消化道症状产生的费用。共病的存在影响患者对疾病的体验、就医行为及预后。

鉴于 IBS 患者较高的精神障碍共病率,小剂量抗抑郁药及心理疗法已成为缓解难治性 IBS 患者症状的有效办法^[21]。增强医患沟通技巧,增加患者对医生的信任;及时识别患者的精神心理疾病并给予进一步的诊疗建议,必要时请精神专科医生协助诊治,是处理 IBS 精神障碍共病不可或缺的方面。

参 考 文 献

- [1] 王伟岸,潘国宗,钱家鸣. 难治性肠易激综合征的认知治疗. 中华内科杂志,2002,41:156-159.
- [2] 王伟岸,钱家鸣,潘国宗. 小剂量抗抑郁药治疗难治性肠易激综合征. 中国医学科学院学报,2003,25:74-78.
- [3] 韩麦,段丽萍. 功能性胃肠病与精神障碍共病的研究进展. 中华医学杂志,2010,90:1580-1582.
- [4] Maxion-Bergemann S, Thielecke F, Abel F, et al. Costs of irritable bowel syndrome in the UK and US. Pharmacoeconomics, 2006,24:21-37.
- [5] Gwee KA, Lu CL, Ghoshal UC. Epidemiology of irritable bowel syndrome in Asia: something old, something new, something borrowed. J Gastroenterol Hepatol,2009,24:1601-1607.
- [6] 梅力,肖泽萍,何燕玲,等. 综合医院内科门诊患者焦虑障碍的患病现状调查. 中华医学杂志,2010,90:3172-3175.
- [7] 黄悦勤,谢守付,卢瑾,等. 复合性国际诊断访谈表 3.0 中文版在社区应用的信效度评价. 中国心理卫生杂志,2010,24:21-24,28.
- [8] 李江雪,项锦晶. 人格诊断问卷(PDQ-4+)在研究生群体中的应用研究. 中国临床心理学杂志,2006,114:580-582.
- [9] 刘宝花,黄悦勤,刘肇瑞,等. 高一学生人格偏离的病例对照研究. 中国心理卫生杂志,2003,7:462-464.
- [10] 韩麦,段丽萍,黄悦勤,等. 功能性消化不良就诊患者的人格特征研究. 中华内科杂志,2010,49:997-1001.
- [11] 石其昌,章健民,徐方忠,等. 浙江省 15 岁及以上人群精神疾病流行病学调查. 中华预防医学杂志,2005,39:229-236.
- [12] Phillips MR, Zhang J, Shi Q, et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey. Lancet,2009,373:2041-2053.
- [13] Jones MP, Crowell MD, Olden KW, et al. Functional gastrointestinal disorders: an update for the psychiatrist. Psychosomatics,2007,48:93-102.
- [14] 崔利军,栗克清,江琴普,等. 河北省躯体形式障碍的流行病学调查. 中国健康心理学杂志,2008,16:121-123.
- [15] 位照国,王希林,孙旭坤,等. 综合医院住院病人躯体形式障碍的临床特点. 中国心理卫生杂志,2006,20:183-185.
- [16] 孟凡强,崔玉华,沈渔村,等. 综合医院躯体形式障碍临床特点的初步研究. 中国心理卫生杂志,1999,13:67-69.
- [17] Hillila MT, Siivola MT, Farkkila MA. Comorbidity and use of health-care services among irritable bowel syndrome sufferers. Scand J Gastroenterol,2007,42:799-806.
- [18] Hu WH, Wong WM, Lam CL, et al. Anxiety but not depression determines health care-seeking behaviour in Chinese patients with dyspepsia and irritable bowel syndrome: a population-based study. Aliment Pharmacol Ther,2002,16:2081-2088.
- [19] Creed F. The relationship between psychosocial parameters and outcome in irritable bowel syndrome. Am J Med,1999,107:74S-80S.
- [20] Johansson PA, Farup PG, Bracco A, et al. How does comorbidity affect cost of health care in patients with irritable bowel syndrome? A cohort study in general practice. BMC Gastroenterol,2010,10:31.
- [21] Budavari AI, Olden, KW. Psychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders. Gastroenterol Clin North Am,2003,32:477-506.

(收稿日期:2011-02-01)

(本文编辑:李伟)

中华医学会第十一次全国超声医学学术会议征文通知

中华医学会超声医学分会定于 2011 年 9 月在北京召开第十一次全国超声医学学术会议。会议内容将涵盖超声专业基础和临床研究的国内外最新进展和发展趋势,对于介入超声、超声造影、实时三维超声显像、腔内超声、参数成像等新技术的临床应用将作重点专题研讨,欢迎大家踊跃投稿参会。

大会继续开设“中青年英语论坛”,为中青年医师展示英语水平和学术风采提供舞台。由中外专家组成的评委会将现场评出优秀论文予以表彰,欢迎广大中青年医师参加此次论坛。征文内容:具有创新意义的实验研究、临床研究、技

术交流、临床应用经验介绍、疑难病例报告等。

征文要求:(1)未公开发表的论文摘要 1 份,每篇 800 ~ 1000 字,请务必以目的、方法、结果、结论格式书写摘要内容。(2)参加中青年英语论坛者,只需附格式相同的英文摘要 1 份(摘要前请注明参加青年英语论坛,并附中文题目,单位,邮编,姓名,以便发通知)。(3)投稿方式:本次论文一律通过网络方式,请登录大会网站 www.nccsum.org 按照大会提示进行网上投稿。