·健康教育·

医教结合模式对儿童注意缺陷多动障碍干预的研究

刘敏　杨露　史敏　魏晓幸　罗佳美
重庆三峡中心医院江南分院儿童保健科　404000
通信作者：罗佳美，Email：1520515343@qq.com

【摘要】　目的　探讨针对教师和家长的医教结合模式对儿童注意缺陷多动障碍(attention deficit hyperactivity disorder，ADHD)的干预效果。**方法**　采取分层抽样的方法抽取本辖区内 6 所公立普通小学 1~3 年级(6~11 岁)学生随机分为试验组和对照组，对所有学生进行 ADHD 筛查，将诊断为 ADHD 的患儿及其家长、教师作为研究对象。对照组患儿给予口服短效盐酸哌甲酯片并对其家长进行常规健康教育，试验组在此基础上对患儿家长及教师进行系统授课培训。观察培训前后家长和教师对 ADHD 知识的知晓率变化情况，采用《斯诺佩评估量表》(简称 SNAP-IV 量表)比较两组患儿的临床效果。**结果**　对照组纳入 ADHD 患儿 71 例、家长 71 对、教师 31 名，试验组纳入 ADHD 患儿 68 例、家长 68 对、教师 34 名，两组患儿、家长及教师的一般资料差异均无统计学意义(P>0.05)，具有可比性。干预前，两组教师及家长对儿童 ADHD 知识的知晓率差异无统计学意义(P>0.05)。干预后，对照组教师对 ADHD 知识知晓率状况较干预前无明显变化，但对照组的家长与试验组教师和家长对 ADHD 知识知晓率状况较干预前均明显改善；且试验组的改善效果显著优于对照组，差异具有统计学意义(P<0.05)。干预后，两组患儿的 SNAP-IV 量表得分均有明显下降，且试验组的得分显著低于对照组，试验组的显效率和总有效率均显著高于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)。**结论**　针对教师和家长的医教结合模式对儿童 ADHD 具有较好的疗效，值得深入研究。

【关键词】　注意缺陷多动障碍；　儿童；　医教结合；　干预效果
【中图分类号】　R473.74
DOI：10.3760/cma.j.issn.2095-1485.2019.04.023

A study on the intervention of children's attention deficit hyperactivity disorder based on the combination of medicine and education

Liu Min, Yang Lu, Shi Min, Wei Xiaoxing, Luo Jiamei
Department of Child Healthcare, Jiangnan Branch of Three Gorges Central Hospital of Chongqing, Chongqing 404000, China
Corresponding author: Luo Jiamei, Email: 1520515343@qq.com

【Abstract】　Objective　To explore the intervention effect of the combination of medicine and education on teachers and parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Methods**　The students in Grade 1 to 3 of 6 public primary school (6~11 years old) were enrolled by stratified sampling method and randomly divided into the experimental group and the control group. All the students were screened for ADHD, and the children diagnosed with ADHD and their parents and teachers were enrolled into study as the research object. The children in the control group were given oral short-effect methylphenidate hydrochloride tablets and their parents underwent routine health education, while the parents and teachers in the experimental group were given both the routine health education and systematic training. Before and after training, the awareness rates of ADHD knowledge among parents and teachers were observed, and the clinical effects of two groups were compared. **Results**　The control group included 71 children with ADHD, 71 pairs of parents and 31 teachers, while the experimental group included 68 children with ADHD, 68 pairs of parents and 34 teachers. The difference of general data between the two

groups has no statistical significance (P>0.05). Before intervention, there was no significant difference in awareness rate of ADHD knowledge among teachers and parents in the two groups (P>0.05). After the intervention, the awareness rate of ADHD knowledge in teachers of the control group did not change obviously, while which in parents of the control group and the parents and teachers in the experimental group were significantly improved, and the improvement effect in the experimental group was significantly better than that of the control group (P<0.05). The scores of the SNAP-IV scale in both groups were significantly decreased, and the scores of the experimental group were significantly lower than those in the control group. The significant rate and total effective rates of the experimental group were significantly higher than those in the control group (P<0.05). **Conclusion** The intervention effect of combination of medicine and education on teachers and parents of children with ADHD is definite, which is worthy of further research.

【Key words】 Attention deficit hyperactivity disorder; Children; Combination of medicine and education; Intervention effect

DOI:10.3760/cma.j.issn.2095-1485.2019.04.023

注意缺陷多动障碍(attention deficit hyperactivity disorder,ADHD)也称多动症,是儿童最常见的神经行为障碍之一。临床上以持续存在且与年龄不相称的注意力不集中、多动、冲动为核心症状,可对儿童的学习、情感、认知、社交等多方面造成不同程度的影响[1]。目前研究尚不明确 ADHD 的发病机制,在临床治疗上也缺乏特别有效的方法,对 ADHD 儿童给予“共同关注、协同合作、综合干预”,构建家庭、学校及医院相互对接、互通有无的管理网络,即构建“医教结合”的模式,是目前防治儿童 ADHD 的主要工作原则。近年来的一些研究指出教养方式对预防和矫正儿童 ADHD 具有一定的效果,但相关的研究报道较少,仍需要更多研究证实其应用价值[2-3]。本研究采用针对教师和家长进行 ADHD 相关知识教育与培训的医教结合模式,对儿童 ADHD 进行干预,现总结报道如下。

1　对象与方法

1.1　研究对象

从重庆市万州区城区辖区内选取 6 所师资规模基本相近的公立普通小学,按照随机数字表法将这 6 所学校分为试验组和对照组,对两组学校 1~3 年级学生进行 ADHD 筛查,将筛查出并经我院儿童保健科诊断为 ADHD 的患儿及其家长、教师作为研究对象。排除发育障碍、情绪障碍及严重躯体疾患的患儿,排除单亲家庭、重组家庭及留守儿童患儿。其中对照组共筛查 958 名,分别是 1 年级 318 名、2 年级 329 名、3 年级 311 名;试验组共筛查 955 名,分别是 1 年级 323 名、2 年级 317 名、3 年级 315 名。纳入本研究的所有教师、学生本人及其家长对本研究知情同意并愿意配合。

1.2　研究方法

1.2.1　ADHD 儿童初筛及诊断

采用《斯诺佩评估量表》(简称 SNAP-IV 量表)分别由儿童家长和各班班主任根据问卷调查表对入选的儿童进行初筛。筛查过程中,家长和班主任老师独立进行,根据儿童在最近 1 周内的行为情况进行评分;问卷中每个选项均在 0~3 分,0 分代表完全没有,1 分代表有一点点,2 分代表还算不少,3 分代表非常多;总分除以问题总数即为该儿童的最后得分,家长和教师任一评分>1 分者即为疑似 ADHD儿童。问卷调查表共 18 项内容,分为注意力不足和多动/冲动两方面,各 9 项。反映注意力不足的 9 项为:①在做学校作业或其他活动时,无法专注于细节的部分或出现粗心的错误。②很难持续专注于工作或游戏活动。③看起来好像没有听到别人对他(她)说话的内容。④没有办法遵循指示,也无法完成学校作业或家事(并不是由于对立性行为或无法了解指示的内容)。⑤很难组织规划工作及活动。⑥逃避,或不愿意表达,或很难从事于需要持续性动脑的工作(如学校作业或是家庭作业)。⑦会弄丢作业或活动所需的东西(如学校作业、铅笔、书、工具或玩具)。⑧很容易受外在刺激影响而分心。⑨日常生活中忘东忘西。反映多动/冲动特征的 9 项为:①在座位上

玩弄手脚或不好好坐着。②在教室或其他必须持续坐着的场合,会任意离开座位。③在不适当的场合,乱跑或爬高爬低。④很难安静地玩或参与休闲活动;⑤总是在动或是像装了马达似的动个不停。⑥话很多。⑦在问题还没问完前就急着回答。⑧在游戏或团体活动中,无法排队或等待轮流。⑨打断或干扰别人(如插嘴或打断别人的游戏)[4-5]。

经初筛为疑似 ADHD 的患儿,由其家长带领至我院儿童保健科由专业儿童保健医生进行评估诊断。ADHD 诊断标准依据美国精神病协会精神诊断统计手册第 4 版(DSM-IV)[6]中的相关标准。

1.2.2 治疗方法

按照研究分组,对照组给予常规的临床治疗及相关的健康教育,即患儿由家长带至我院儿童保健科进行就诊。由接诊医师按照患儿的病情需要进行药物和(或)指导家长对患儿进行行为干预治疗,并将患儿的发病情况通报给患儿所在班级的班主任及所有科任教师,对照组的家长及教师均不进行针对性的培训。

观察组采用"医教结合"的模式进行综合干预,即由我院儿童保健科医师对患儿家长(父母双方)及其老师进行 ADHD 相关知识培训和指导, 同时按照患儿的病情需要给予药物治疗。本组研究所用的药物为短效盐酸哌甲酯片,初始剂量 5 mg/次,每日 3 次定时服用, 按医嘱复诊调整剂量至 0.3 mg/kg 至 0.7 mg/kg。

本研究为了获得切实有效的培训效果,根据前期对部分教师和家长对 ADHD 知识知晓情况进行的初步调查结果,制定针对性强的培训计划。按照理论与实践操作相结合的方法,循序渐进地展开培训,共设计了 8 次集中培训课程,每周 1 次。授课人员为我院儿童保健科医师,要求具备中职以上职称且具备心理咨询师资格。第 1 次课程:ADHD 的基本知识,包括主要临床表现、特征、危害及治疗方法等,主要指导家长如何获悉其孩子出现不良行为的原因。第 2 次课程:如何正确地关注孩子,主要内容是从教师和家长不同角度应该如何正确地给予孩子恰当的关注,哪些教养方式是错误的等。第 3 次课程:如何正确处理与孩子的矛盾,主要培训教师和家长如何应对孩子犯错误且不听从管教的情况,纠正教师和家长可能存在的错误管教方式,从而提高对孩子的管教效果。第 4 次课程:如何正确地表扬孩子,以及当表扬无效时应该采用怎样的应对方式。第 5 次课程:如何正确地处罚孩子,内容主要包括指导教师和家长如何掌握处罚孩子的门槛、处罚的程度、常用的方法手段及处罚后的安抚措施等。第 6 次课程:在公共场所如何管教过度活跃的孩子。第 7 次课程:如何与孩子构建更科学正确的沟通方式和平等和谐的亲子关系。第 8 次课程:如何面对"顽固性"ADHD 患儿。

对于因故未能参加集中授课培训的家长或教师,课后另择时间将课程内容以电话的形式进行讲解,并发放讲义资料等。建立网络微信群,方便参与培训的人员进行沟通。

1.3 观察指标及评价方法

干预 3 个月后,分别对患儿、家长及教师进行问卷调查。采用自制的问卷对家长及教师在干预前后对 ADHD 知识的知晓情况进行调查。问卷表共设计了 50 个问题,内容主要包括 ADHD 的主要表现、病因、该病的发展趋势、诊断方法、治疗措施、常用药物及其用法、预后情况等。问卷编写完成后经专家审核指导,并根据预调查情况对部分问题条目及表述方法进行修订。根据答对题目数量分为基本了解(答对题数≥40)、部分了解(答对题数 20~39)及不了解(答对题数<20)。

采用 SNAP-IV 量表评估患儿在干预前后的得分情况,用于衡量干预措施对患儿病情的临床效果。SNAP-IV 量表得分下降幅度≥60%表示显效,SNAP-IV 量表得分下降幅度 30%~59%或患儿的临床表现不再符合 DSM-IV 的相关标准表示治疗有效,不符合上述两种情况的则说明治疗无效。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 19.0 软件对数据进行统计分析,计量资料采用(均数 ± 标准差)表示,组间比较采用 t 检验,同组治疗前后比较采用重复测量方差分析;计数资料采用百分率表示,组间比较采用卡方检验,等级资料采用非参数统计两独立样本 Mann-Whitney U 秩和检验。检验水准 α=0.05。

2 结果

2.1 研究对象一般情况

对照组共有 71 名学生被诊断为儿童 ADHD,患病率为 7.41%(71/958),其中男性 52 例、女性 19例,年龄(8.1 ± 0.4)岁;试验组共有 68 名学生被诊断为

儿童 ADHD，患病率为 7.12%(65/955)，其中男性 47 例、女性 21 例，年龄(8.2 ± 0.5)岁。两组患儿的性别构成、年龄及年级分布等一般情况差异均无统计学意义(P>0.05)，具有可比性。

对照组共纳入教师 31 名、家长 71 对，试验组共纳入教师 34 名、家长 68 对；经统计学分析比较，两组教师的性别、年龄、教龄及资质，以及两组家长的年龄、职业分布、文化程度、家庭经济收入及居住状况等情况基本相当，差异均无统计学意义(P>0.05)，具有可比性。

2.2　家长和教师对儿童 ADHD 知识知晓率变化情况

纳入研究的教师及家长在干预前、后均填写了问卷，且问卷均有效。干预前，两组教师及家长对儿童 ADHD 知识的知晓率状况均不高，差异无统计学意义(P>0.05)。干预后，对照组教师对 ADHD 知识知晓率状况较干预前无明显变化，但对照组的家长与试验组教师和家长对 ADHD 知识知晓率状况较干预前均明显改善；且试验组的改善效果显著优于对照组，差异具有统计学意义(P<0.05)(表 1、表 2)。

2.3　两组患儿的干预效果比较

干预前，两组患儿的 SNAP-IV 量表得分差异无统计学意义。干预后，两组患儿的 SNAP-IV 量表得分均明显下降，且试验组在干预后 3 个月与 6 个月的得分均显著低于对照组，差异均有统计学意义(P<0.05)(表 3)。按照疗效判定标准，试验组的显效率和总有效率均高于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)(表 4)。

表 1　培训前后教师对儿童 ADHD 知识知晓率情况[n(%)]

组别	时间	基本了解	部分了解	不了解
对照组(n=31)	干预前	4(12.90)	10(32.26)	17(54.84)
	干预后	5(16.13)	9(29.03)	17(54.84)
Z 值[a]		−0.110		
P 值[a]		0.912		
试验组(n=34)	干预前	5(14.71)	12(32.35)	17(52.94)
	干预后	24(70.59)	4(11.76)	6(17.65)
Z 值[a]		−4.219		
P 值[a]		0.000		
Z 值[b]		−4.166		
P 值[b]		0.000		

注：采用非参数秩和检验，a 表示与同组培训前比较，b 表示与对照组培训后比较

表 2　培训前后家长对儿童 ADHD 知识知晓率情况[n(%)]

组别	时间	基本了解	部分了解	不了解
对照组(n=142)	干预前	17(11.97)	45(31.69)	80(56.34)
	干预后	38(26.76)	57(40.14)	47(33.10)
Z 值[a]		−4.236		
P 值[a]		0.000		
试验组(n=136)	干预前	15(11.03)	45(33.01)	76(55.88)
	干预后	99(72.79)	22(16.18)	15(11.03)
Z 值[a]		−10.241		
P 值[a]		0.000		
Z 值[b]		−7.356		
P 值[b]		0.000		

注：采用非参数秩和检验，a 表示与同组培训前比较，b 表示与对照组培训后比较

表 3　干预前后两组患儿 SNAP-IV 量表测评分值情况比较($\bar{x} \pm s$，分)

组别	干预前	干预后 3 个月	干预后 6 个月	t 值[a]	t 值[b]	P 值[a]	P 值[b]
对照组(n=71)	1.47 ± 0.19	1.14 ± 0.16	0.88 ± 0.15	6.413	6.574	0.032	0.029
试验组(n=68)	1.54 ± 0.12	0.79 ± 0.13	0.42 ± 0.14	10.905	11.542	0.008	0.006
t 值	1.082	6.445	7.097				
P 值	0.744	0.031	0.021				

注：a 表示干预后 3 个月与同组干预前比较，b 表示干预后 6 个月与同组干预前比较

表 4　两组患儿的临床效果比较[n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组(n=71)	11(15.49)	25(35.21)	35(49.30)	50.70%
试验组(n=68)	52(76.47)	11(16.18)	5(7.35)	92.65%
Z/χ^2 值	−7.255[a]			29.813[b]
P 值	0.000			0.000

注：a 为非参数秩和检验，b 为卡方检验

3　讨论

除了遗传、病理性因素和自然环境因素外，家庭教养方式也是儿童 ADHD 的重要病因。由于我国长期实施计划生育政策，普遍形成“4+2+1”结构式家庭，即 4 个老人+父母+孩子，孩子受到了过多的关注，加上电子产品的广泛普及，我国儿童 ADHD 的发病率呈上升趋势[7-8]。ADHD 未经及时治疗，其症状可持续至成年期，引发一系列问题，给患儿家庭乃至整个社会都造成危害，现已成为一项全球性的公共卫生健康问题[9]。因此，加强对 ADHD 的研究，探寻有效的干预措施具有重要意义。

既往对儿童 ADHD 的临床治疗主要采用精神类药物。盐酸哌甲酯作为首选药物，具有一定的临床效果，能够在短期内改善患儿的主要症状，但由于包括该药在内的药物治疗存在一些不良反应，患儿服药的依从性受到影响[10]。因此，探寻其他干预手段，构建“共同关注、协同合作、综合干预”系统是当前的热点研究方向。近年来的一些研究显示，行为疗法对 ADHD 也具有较好的效果，已成为儿童 ADHD 的重要治疗方法之一。而行为疗法有赖于患儿家长及教师对 ADHD 的认知程度和调控能力，需要对患儿所处的家庭环境与学校环境进行一系列更为有序的改变，让患儿在更为温馨的氛围中逐渐调整其行为[11-12]。但一些调查数据显示当前我国多数家长和教师对 ADHD 的相关知识了解状况均不理想，通过系统培训提高家长和教师对 ADHD 的认识对确保行为疗法极其关键，而且还有助于提高患儿服药的依从性。华丽等[13]研究指出在对 ADHD 患儿给予药物治疗的基础上，对父母进行系统培训使其提高指导患儿行为的能力，对缓解患儿的病情具有较好的效果。其他类似研究[14]虽然报道的数据不一，但均肯定了对患儿家长进行培训的重要性。

另一方面，由于患儿多为学龄期儿童，在学校的时间较多，且在集体环境中更容易表现出行为异常，因此“医教结合”模式是目前防治儿童 ADHD 的主要工作原则[4,15]。其中“教”既包括教师也包括家长，而如上所述对家长在 ADHD 干预中的方法及作用已有一些研究，但针对教师的相关研究目前还少见报道。本课题组前期研究[16]发现，与单纯的药物治疗或家长行为干预联合药物治疗相比，采用教师-家长行为干预联合药物治疗对儿童 ADHD 的疗效更佳，有效率达到 94.1%。鉴于目前国内尚无对家长及教师进行培训的统一方案或经公认的行之有效的培训办法，本课题组对此进行了深入研究。在充分了解了家长及教师对 ADHD 知识的知晓情况下，制定内容丰富的系统化培训计划，并进行了周密的研究设计。在给 ADHD 患儿药物治疗的基础上，对其家长及教师进行系统培训，以辅助患儿行为的矫正。研究结果显示，与常规的药物治疗和简易的健康教育干预组相比，试验组家长和教师对 ADHD 知识的知晓率显著升高，患儿的症状评分下降更为显著，临床显效率和总有效率均更高。但由于本研究属于初探性研究，仍存在许多不足。主要是系统培训时间较短，选用的观察指标偏少，且尚未获得长期的追踪观察效果，这也是今后研究中需要解决的问题。

利益冲突　所有作者均声明不存在利益冲突

作者贡献声明　刘敏：提出研究思路、实施项目、撰写论文及审定论文；史敏、杨露、魏晓幸：审订论文；罗佳美：收集数据

参考文献

[1] 范琼丽, 陈立. 注意缺陷多动障碍患儿共患睡眠问题和睡眠障碍研究进展[J]. 中国实用儿科杂志, 2016, 31(5):391-395.
Fan QL, Chen L. Research progress on the sleep problems and sleep disorders in children with attention-deficit/hyperactivity disorder [J]. Chinese Journal of Practical Pediatrics, 2016, 31(5): 391-395.

[2] Biederman J, Wilens T, Mick E, et al. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder [J]. Pediatrics, 1999, 104(2): e20.

[3] 杨友, 钟向阳, 张力, 等. 注意缺陷多动障碍儿童筛查中的医教结合初探[J]. 教育生物学杂志, 2016, 4(2): 74-78. DOI: 10.3969/j.issn.2095-4301.2016.02.005.
Yang Y, Zhong XY, Zhang L, et al. Pilot study on screening for ADHD by partnership between medicine and education [J]. Journal of Bio-Education, 2016(2): 74-78. DOI: 10.3969/j.issn.2095-4301.2016.02.005.

[4] 夏经炜, 周婷婷, 曹丽娟, 等. 儿童注意缺陷多动障碍医教结合干预研究初探[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(14): 2181-2184. DOI: 10.7620/zgfybj.j.issn.1001-4411.2013.28.01.
Xia JW, Zhou TT, Cao LJ, et al. Primary research of the intervention combining medicine and education on child attention deficit hyperactivity disorder [J]. Maternal & Child Health Care of China, 2013, 28(14): 2181-2184. DOI: 10.7620/zgfybj.j.issn.1001-4411.2013.28.01.

[5] 夏经炜, 周婷婷, 曹丽娟, 等. 医教结合筛查儿童注意缺陷多动障碍研究初探[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(29): 4534-4536.
Xia JW, Zhou TT, Cao LJ, et al. Primary exploration of medicine combined with education in screening of children with attention

deficit hyperactivity disorder [J]. Maternal & Child Health Care of China, 2011, 26(29): 4534-4536.

[6] Woo BSC, Rey JM. The validity of the DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder [J]. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2015, 39(5): 344-353.

[7] Thomas R, Sanders S, Doust J, et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis [J]. Pediatrics, 2015, 135(4): e994-1001. DOI: 10.1542/peds.2014-3482.

[8] Kim EY, Miklowitz DJ. Childhood mania, attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: a critical review of diagnostic dilemmas [J]. Bipolar Disorders, 2015, 4(4): 215-225.

[9] 金星明. 注意缺陷多动障碍的医教结合干预——2014 年美国儿科年会医教结合会场发言[J]. 教育生物学杂志, 2015(1): 1-3. DOI: 10.3969/j.issn.2095-4301.2015.01.001.
Jin XM. Medical service and education partnership intervention for attention-deficit hyperactivity disorder: presentation at health and education partnership meeting of American Pediatrics Annual Conference, 2014 [J]. Journal of Bio-Education, 2015(1): 1-3. DOI: 10.3969/j.issn.2095-4301.2015.01.001.

[10] 方拴锋, 朱晓华, 叶蓓, 等. 盐酸托莫西汀治疗儿童多动症合并短暂性抽动障碍的临床疗效及安全性评价[J]. 中国临床药理学杂志, 2016, 32(8): 678-680. DOI: 10.13699/j.cnki.1001-6821.2016.08.002.
Fang SF, Zhu XH, Ye B, et al. Clinical efficacy and safety of atomoxetine hydrochloride in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder with transient tic disorder [J]. The Chinese Journal of Clinical Pharmacology, 2016, 32(8): 678-680. DOI: 10.13699/j.cnki.1001-6821.2016.08.002.

[11] Dovis S, Van der Oord S, Huizenga HM, et al. Prevalence and diagnostic validity of motivational impairments and deficits in visuospatial short-term memory and working memory in ADHD subtypes [J]. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2015, 24(5): 575-590. DOI: 10.1007/s00787-014-0612-1.

[12] Polanczyk G, Lima MD, Horta B, et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis [J]. the American Journal of Psychiatry, 2007, 164(6): 942-948. DOI: 10.1176/appi.ajp.164.6.942.

[13] 华丽, 陈敏, 易琴, 等. 父母系统培训联合药物治疗儿童注意缺陷多动障碍的疗效评估[J]. 中国儿童保健杂志, 2015, 23(12): 1325-1328. DOI: 10.11852/zgetbjzz2015-23-12-29.
Hua L, Chen M, Yi Q, et al. Evaluation of parent training combined with drug therapy in children with attention deficit hyperactivity disorder [J]. Chinese Journal of Child Health Care, 2015, 23(12): 1325-1328. DOI: 10.11852/zgetbjzz2015-23-12-29.

[14] 蒋婷婷, 朱萍. 生物反馈治疗结合家长培训对于注意缺陷多动障碍儿童的疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2017, 9(2): 130-133. DOI: 10.3969/j.issn.1674-3865.2017.02.012.
Jiang TT, Zhu P. Effect of biofeedback treatment in combination with parents training on children with attention deficit hyperactivity disorder [J]. Chinese Pediatrics of Integrated Traditional and Western Medicine, 2017, 9(2): 130-133. DOI: 10.3969/j.issn.1674-3865.2017.02.012.

[15] Reale L, Bartoli B, Cartabia M, et al. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD [J]. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2017, 26(12): 1443-1457. DOI: 10.1007/s00787-017-1005-z.

[16] 罗佳美, 王丽. 教师-家长共同行为干预联合药物治疗在注意缺陷多动障碍中的应用[J]. 内蒙古中医药, 2011, 30(7): 159-160. DOI: 10.3969/j.issn.1006-0979.2011.07.159.
Luo JM, Wang L. Analysis of the behavior intervention of the teacher-parents aiding pharmacotherapy for attention deficit hyperactivity disorder [J]. Inner Mongol Journal of Traditional Chinese Medicine, 2011, 30(7): 159-160. DOI: 10.3969/j.issn.1006-0979.2011.07.159.

（收稿日期：2018-10-26）
（本文编辑：唐宗顺）

欢迎订阅，敬请赐稿！