

doi: 10.7499/j.issn.1008-8830.2019.03.008

论著·临床研究

心理行为干预联合生物反馈对学龄前 注意缺陷多动障碍患儿的疗效分析

黄欣欣¹ 欧萍¹ 钱沁芳² 黄艳² 杨式薇² 王艳霞² 黄姗² 王章琼² 谢燕钦²

(1. 福建省妇幼保健院福建医科大学附属医院保健部, 福建 福州 350001;
2. 福建省妇幼保健院福建医科大学附属医院儿童保健科, 福建 福州 350001)

[摘要] **目的** 探讨心理行为干预联合生物反馈治疗对学龄前注意缺陷多动障碍(ADHD)患儿的疗效。**方法** 选择注意力缺陷型、多动-冲动型及复合型学龄前 ADHD 患儿各 60 例作为研究对象。按照干预措施前瞻性随机分为对照组、心理行为组、生物反馈组和综合组, 治疗 4 个月后评估注意力集中时间及 Conners 父母量表(PSQ 量表)的冲动-多动、多动指数评分。**结果** 治疗后心理行为组、生物反馈组和综合组中, 三种类型患儿注意力集中时间均明显增加($P<0.05$)。对于三种类型的患儿, 采用生物反馈及综合治疗均可降低冲动-多动评分($P<0.05$); 注意力缺陷型及复合型患儿采用心理行为及综合治疗可降低多动指数评分, 多动-冲动型患儿采用心理行为、生物反馈及综合治疗均可降低多动指数评分(均 $P<0.05$)。**结论** 心理行为干预联合生物反馈治疗可提高 ADHD 患儿注意力集中水平, 改善冲动-多动及多动的行为症状, 不同 ADHD 类型患儿治疗效果略有不同。
[中国当代儿科杂志, 2019, 21(3): 229-233]

[关键词] 注意缺陷多动障碍; 心理行为干预; 生物反馈; 学龄前儿童

Clinical effect of psychological and behavioral intervention combined with biofeedback in the treatment of preschool children with attention deficit hyperactivity disorder

HUANG Xin-Xin, OU Ping, QIAN Qin-Fang, HUANG Yan, YANG Shi-Wei, WANG Yan-Xia, HUANG Shan, WANG Zhang-Qiong, XIE Yan-Qin. Department of Health Care, Fujian Provincial Maternity and Children's Hospital, Affiliated Hospital of Fujian Medical University, Fuzhou 350001, China (Ou P, Email: eve1019@126.com)

Abstract: Objective To study the clinical effect of psychological and behavioral intervention combined with biofeedback in the treatment of preschool children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Methods** Sixty children each with inattentive, hyperactive/impulsive or combined type ADHD were enrolled. According to the intervention measure, they were randomly divided into 4 groups: control, psychological and behavioral intervention, biofeedback treatment and comprehensive treatment (psychological and behavioral intervention + biofeedback). Attention concentration time and impulse/hyperactivity and hyperactivity index scores of the Conners Parent Symptom Questionnaire (PSQ) were evaluated after 4 months of treatment. **Results** The attention concentration time increased in all types children with ADHD after psychological and behavioral intervention, biofeedback treatment or comprehensive treatment ($P<0.05$). In children with inattentive ADHD, hyperactive/impulsive ADHD or combined-type ADHD, biofeedback or comprehensive treatment reduced the impulse/hyperactivity index score ($P<0.05$). In children with inattentive or combined-type ADHD, psychological and behavioral intervention or comprehensive treatment reduced the hyperactivity index score ($P<0.05$). In children with hyperactive/impulsive ADHD, biofeedback treatment, psychological and behavioral intervention or comprehensive treatment reduced the hyperactivity index score ($P<0.05$). **Conclusions** In children with ADHD, psychological and behavioral intervention combined with biofeedback treatment can improve the attention concentration and impulsive/hyperactive and hyperactive symptoms. The treatment strategies are slightly different for children with different types of ADHD.
[Chin J Contemp Pediatr, 2019, 21(3): 229-233]

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder; Psychological and behavioral intervention; Biofeedback; Preschool child

[收稿日期] 2018-11-26; [接受日期] 2019-01-14

[基金项目] 福建省自然科学基金(2016J01490); 国家妇幼中心儿童早期发展(2017FYE007); 福建省妇幼保健院院内课题(17-05)。

[作者简介] 黄欣欣, 女, 硕士, 副主任医师。

[通信作者] 欧萍, 女, 主任医师。Email: eve1019@126.com。

注意缺陷多动障碍 (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) 是儿童期最为常见的心理行为障碍之一, 其主要表现为与年龄水平不相符的注意力集中困难、多动、冲动, 对患儿学业生活、社会行为和认知功能等构成一定程度的损害^[1]。ADHD 可分为注意力缺陷型、多动-冲动型及复合型3类^[2]。近年来我国 ADHD 的患病率不断攀升, 2000~2011年总发病率为6.2%, 明显高于1990~1999年的4.3%和1980~1989年的3.7%^[3], 至2016年患病率为4.48%~7.14%^[4]。ADHD 治疗目的是改善核心症状、减少行为问题, 主要治疗手段为药物治疗和非药物治疗。尽管药物治疗证据稍强于非药物治疗^[5], 但有研究显示药物治疗的长期疗效仍需进一步证实, 且对持续用药带来的身高、体重等不良反应也一直备受争议^[6]。尤其是小年龄患儿, 家长对药物不良反应、服药周期等的担忧都是影响药物治疗依从性的重要因素^[7]。因此, 对学龄前患儿, 目前临床上首选非药物治疗。本研究采用前瞻性随机对照研究, 探讨学龄前不同类型 ADHD 患儿非药物治疗效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择福建省妇幼保健院2017年7月至2018年3月符合研究标准的180例学龄前ADHD患儿作为研究对象。其中注意力缺陷型、多动-冲动型及复合型各60例。

1.2 入组及排除标准

所有研究对象符合美国《精神疾病诊断与统计手册》(第5版)(DSM-5)^[2]中ADHD诊断标准, 先由发育行为儿科医师临床初步诊断为ADHD, 后经两位副主任医师及以上级别的发育行为儿科医生复核, 意见一致方确诊为ADHD并进行临床分型。所有病例为首次确诊患儿, 入组前未接受任何治疗。本研究经过院伦理委员会审批。家长知情同意。

排除标准: 儿童精神分裂症、情感障碍、孤独症谱系障碍、抽动障碍、精神发育迟滞、癫痫及其他脑器质性疾病或共患病。

1.3 研究方法

根据患儿的就诊日期及顺序, 利用SPSS随机

数字发生器实现随机抽样。对照组患儿仅由其家长在门诊接受30 min的ADHD相关知识宣教。在对照组基础上, 心理行为组给予心理行为干预, 生物反馈组给予生物反馈治疗, 综合组同时给予心理行为干预及生物反馈治疗, 治疗时间4个月, 具体如下。

1.3.1 生物反馈治疗 采用脑电生物反馈系统, 以抑制4~8 Hz的 θ 波, 强化12~15 Hz的感觉运动节律为治疗方案。通过采集患儿的脑电波并以各种影像的方式进行实时反馈。每次治疗包括五段, 其中第一段为基础状态检测及训练目标制定; 其余四段为反馈治疗阶段。1~2次/日, 一个月治疗35~50次, 持续4个月^[8]。

1.3.2 心理行为干预 具有副主任医师及以上级别的儿童心理医师制定个体化的行为干预计划, 具体为: (1) 了解患儿的养育环境, 分析家长的不良教育方法, 指导改进; 鼓励患儿树立克服不良行为的信心。(2) 行为治疗: 包括阳性强化法、消退法和惩罚。与患儿沟通, 明确规定行为规范、强化物或惩罚物相关内容。①阳性强化法: 当患儿出现适宜行为后立即给予口头表扬、适当物质奖赏或活动奖赏; ②消退法: 在患儿出现不当行为时, 取消或延迟对其物质奖励, 立即将患儿带离活动现场; ③惩罚: 有冲动攻击行为的患儿采取暂时隔离法, 待其安静下来时, 再告诉患儿被惩罚的原因, 让患儿明确不良行为的后果。(3) 注意力训练: 制定个体化的注意力训练目标, 每天固定2次训练时间, 根据患儿实际达标情况, 定期调节训练目标。(4) 疏泄疗法: 让患儿把对他人或事物的不满讲出来, 使其负向情绪得到释放; 借助体育运动、趣味活动等方式释放患儿过剩的精力。(5) 对已经在幼儿园学校的患儿, 请学校老师配合, 每日记录患儿的在校表现, 及时反馈家长。(6) 游戏疗法: 设计角色扮演类游戏激发患儿积极性, 锻炼专注能力。

1.4 评价指标

(1) 注意力集中时间: 在治疗前、治疗后分别记录患儿在安静、独立状态下注意力集中时间。

(2) Conners 父母量表 (Conners Parent Symptom Questionnaire, PSQ)^[9]: 该量表是国内常用的反映患儿多动及行为方面的评估量表, 共48个条目, 采用4级评分法, 评分越高表示行为问

题越突出,其信度、效度已得到广泛的检验。PSQ归纳为品行问题、学习问题、身心障碍、冲动-多动、焦虑、多动指数等6个指标,本研究于治疗前后进行评估,评价指标为冲动-多动、多动指数。

1.5 质量控制方法

所有干预方式均在儿童心理医师指导下进行。在实施干预前与家长及患儿充分沟通,制定个体化的干预方案。生物反馈治疗师详细记录患儿治疗期间表现,及时反馈经治医师。家长每周固定时间门诊回访,每次约20 min,了解家庭干预方案执行情况及患儿表现,及时调整不适当交流和训练方式。无法坚持心理行为训练或生物反馈治疗的患儿退出本研究。

1.6 统计学分析

采用SPSS 23.0进行统计学分析。计数资料用构成比(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,治疗前后的比较采用配对 t 检验,多组间比较采用方差分析,组间两两比较采用SNK- q 法。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

本研究共收集样本180例,平均年龄 4.6 ± 0.3 岁;男童129人(71.7%),女童51人(28.3%)。四组患儿年龄、性别分布差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

表1 四组患儿年龄及性别分布

组别	例数	性别 [n(%)]		年龄 ($\bar{x}\pm s$, 岁)
		男	女	
对照组	45	27(60)	18(40)	4.5 ± 0.4
生物反馈组	45	33(73)	12(27)	4.7 ± 0.5
心理行为组	45	34(76)	11(24)	4.5 ± 0.2
综合组	45	35(78)	10(22)	4.5 ± 0.2
χ^2/F 值		4.241		2.275
P 值		0.237		0.082

2.2 注意力集中时间

治疗前不同干预措施分组的患儿注意力集中时间差异均无统计学意义($P>0.05$),治疗后生物

反馈组、心理行为组、综合组的注意力时间均有不同程度提高($P<0.05$)。进一步两两比较发现:注意力缺陷型患儿中,生物反馈组、心理行为组、综合组均高于对照组($P<0.05$),综合组高于生物反馈组($P<0.05$);多动-冲动型患儿中,生物反馈组、心理行为组、综合组均高于对照组($P<0.05$),综合组高于心理行为组($P<0.05$);复合型患儿中,心理行为组、综合组均高于对照组($P<0.05$),心理行为组高于生物反馈组($P<0.05$),综合组高于生物反馈组及心理行为组($P<0.05$)。见表2~4。

表2 注意力缺陷型患儿治疗前后注意力集中时间比较
($\bar{x}\pm s$, min)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	15	6.5 ± 1.0	6.5 ± 1.1	0.211	0.836
生物反馈组	15	6.3 ± 1.6	8.9 ± 2.2^a	4.801	<0.001
心理行为组	15	7.3 ± 2.5	10.9 ± 3.1^a	4.495	0.001
综合组	15	6.4 ± 1.4	12.5 ± 2.1^{ab}	10.156	<0.001
F 值		1.193	19.260		
P 值		0.321	<0.001		

注: a 示与对照组相比, $P<0.05$; b 示与生物反馈组相比, $P<0.05$ 。

表3 多动-冲动型患儿治疗前后注意力集中时间比较
($\bar{x}\pm s$, min)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	15	6.7 ± 1.4	6.8 ± 1.5	0.435	0.670
生物反馈组	15	7.4 ± 1.5	8.9 ± 1.0^a	5.602	<0.001
心理行为组	15	6.9 ± 1.8	8.7 ± 1.0^a	4.447	0.001
综合组	15	6.6 ± 1.4	10.7 ± 2.2^{ab}	8.792	<0.001
F 值		0.762	16.216		
P 值		0.520	<0.001		

注: a 示与对照组相比, $P<0.05$; b 示与心理行为组相比, $P<0.05$ 。

表4 复合型患儿治疗前后注意力集中时间比较

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	15	6.7 ± 1.0	6.9 ± 1.1	1.871	0.082
生物反馈组	15	6.5 ± 1.5	7.4 ± 1.4	4.090	0.001
心理行为组	15	7.1 ± 1.8	9.2 ± 1.7^{ab}	5.067	<0.001
综合组	15	7.3 ± 1.6	12.9 ± 2.1^{abc}	9.095	<0.001
F 值		1.093	41.353		
P 值		0.360	<0.001		

注: a 示与对照组相比, $P<0.05$; b 示与生物反馈组相比, $P<0.05$; c 示与心理行为组相比, $P<0.05$ 。

2.3 PSQ 量表的冲动 - 多动与多动指数评分

治疗前三种类型患儿不同干预措施分组的冲动 - 多动与多动指数评分差异均无统计学意义 ($P>0.05$)，治疗后生物反馈组及综合组的冲动 - 多动评分均降低 ($P<0.05$)。注意力缺陷型及复合型患儿中，心理行为组和综合组的多动指数评分

明显降低 ($P<0.05$)；多动 - 冲动型患儿中，生物反馈组、心理行为组及综合组后多动指数评分均明显降低 ($P<0.05$)。进一步两两比较发现：复合型患儿中，综合组的冲动 - 多动及多动指数评分均低于生物反馈组 ($P<0.05$)，综合组的多动指数评分低于对照组 ($P<0.05$)。见表 5~7。

表 5 注意力缺陷型患儿治疗前后冲动 - 多动与多动指数评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	冲动 - 多动				多动指数			
		治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	15	1.4 ± 0.4	1.4 ± 0.4	-1.762	0.100	1.5 ± 0.4	1.5 ± 0.4	-1.852	0.085
生物反馈组	15	1.5 ± 0.3	1.5 ± 0.4	-2.241	0.042	1.6 ± 0.3	1.6 ± 0.3	-0.469	0.646
心理行为组	15	1.7 ± 0.4	1.7 ± 0.4	-0.196	0.847	1.7 ± 0.3	1.6 ± 0.3	-2.843	0.013
综合组	15	1.5 ± 0.1	1.4 ± 0.1	-3.944	0.001	1.5 ± 0.2	1.4 ± 0.2	-5.860	<0.001
<i>F</i> 值		1.361	1.725			0.618	1.702		
<i>P</i> 值		0.264	0.172			0.606	0.177		

表 6 多动 - 冲动型患儿治疗前后冲动 - 多动与多动指数评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	冲动 - 多动				多动指数			
		治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	15	1.7 ± 0.2	1.7 ± 0.2	-1.435	0.173	1.8 ± 0.2	1.8 ± 0.1	-2.045	0.060
生物反馈组	15	1.8 ± 0.3	1.7 ± 0.3	-3.045	0.009	1.9 ± 0.3	1.8 ± 0.3	-3.466	0.004
心理行为组	15	1.8 ± 0.4	1.7 ± 0.3	-1.544	0.145	1.8 ± 0.4	1.7 ± 0.4	-3.648	0.003
综合组	15	1.6 ± 0.5	1.4 ± 0.4	-3.041	0.009	1.7 ± 0.5	1.5 ± 0.4	-4.677	<0.001
<i>F</i> 值		0.656	3.755			0.309	2.874		
<i>P</i> 值		0.582	0.016			0.819	0.044		

表 7 复合型患儿治疗前后冲动 - 多动与多动指数评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	冲动 - 多动				多动指数			
		治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	15	1.7 ± 0.4	1.7 ± 0.4	-1.468	0.164	1.7 ± 0.3	1.7 ± 0.3	-1.408	0.181
生物反馈组	15	2.1 ± 0.5	2.0 ± 0.5	-2.449	0.028	2.0 ± 0.3	1.9 ± 0.5	-0.817	0.427
心理行为组	15	1.9 ± 0.4	1.7 ± 0.3	-1.884	0.081	1.9 ± 0.4	1.7 ± 0.3	-2.544	0.023
综合组	15	1.8 ± 0.3	1.5 ± 0.3 ^b	-5.504	<0.001	1.9 ± 0.3	1.4 ± 0.3 ^{a,b}	-10.491	<0.001
<i>F</i> 值		2.615	5.132			1.799	5.669		
<i>P</i> 值		0.060	0.003			0.158	0.002		

注：a 示与对照组相比， $P<0.05$ ；b 示与生物反馈组相比， $P<0.05$ 。

3 讨论

ADHD 的非药物治疗由于其副作用少、经济负担小，日益受到低年龄儿童家长及国内外学者的广泛关注。美国儿科学会推荐对学龄前儿童进行行为干预^[10]，我国最新的 ADHD 诊疗指南也特别强调使用行为干预，尤其在 12 岁前^[11]。

国内研究发现心理行为干预可明显改善 ADHD 的行为问题^[12-13]。Moreno-Garcia 等^[14]通过随机对照研究，探讨神经反馈、行为疗法和药理学三种方法都可以改善 ADHD 患儿视听整合连续测试的结果，其中行为疗法在反应控制和注意的改善效果较全面。Daley 等^[15]通过多个随机对照试验的 Meta 分析证实行为干预对 ADHD 患儿有积极

作用。本研究发现,心理行为治疗可提高所有类型患儿的注意力集中时间,并改善其PSQ量表的多动指数评分。

ADHD患者存在神经发育学上的缺陷,其 θ 波及 δ 波活动性较强,而 α 波及 β 波活动性降低, θ/β 比值增高^[16]。脑电生物反馈治疗应用操作性条件反射原理,依据ADHD患儿不同年龄段选择难易程度不同的动画,训练过程中使患儿认识到动画片的持续播放,是受其脑电波频率控制,只有注意力高度集中时动画才能持续播放。因此通过训练选择性改善某个或某几个频段的生理波,从而改善ADHD患儿的注意力不集中和多动行为,疗效显著^[16-18]。本研究发现生物反馈治疗4个月后,可提高所有类型患儿的注意力集中时间,并改善其PSQ量表的冲动-多动评分。对多动-冲动型患儿,亦可改善其PSQ量表的多动指数评分。

赵红伟等^[19]研究6~12岁ADHD患儿治疗效果发现,在生物反馈基础上加用行为矫正法,其整合试听连续执行测试的综合控制商数、综合注意商数等的改善程度均高于生物反馈组。本研究发现,在生物反馈治疗期间,同时给予心理行为干预,可协同改善患儿的ADHD相关症状。综合干预方式能提高所有类型ADHD患儿的注意力时间,并同时改善PSQ量表的冲动-多动和多动指数评分,且综合干预效果优于单独生物反馈治疗或心理行为干预,但不同类型ADHD患儿的症状及PSQ评分改善的程度略有不同。因此,应针对不同类型,制定个体化的干预方案,同时在门诊随访过程中加强宣教,提高患儿及家长的依从性。

然而ADHD心理行为干预是长期的过程,如有报道显示^[13],给予学龄前ADHD患儿12个月的宣教及行为干预后,总有效率达88.9%,高于对照组且差异具有统计学意义。本研究发现干预4个月后虽然患儿注意力集中时间、PSQ量表评分均得到一定程度改善,但是要系统评价综合治疗的远期疗效,还需要持续干预并随访验证。

[参 考 文 献]

- [1] Catalá-López F, Hutton B, Núñez-Beltrán A, et al. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: protocol for a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Syst Rev*, 2015, 4:19.
- [2] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 第5版. 张道龙,译. 北京:北京大学出版社,2014: 25-29.
- [3] 童连,史慧静,臧嘉捷. 中国儿童ADHD流行状况Meta分析[J]. *中国公共卫生*, 2013, 29(9): 1279-1283.
- [4] Wang T, Liu K, Li Z, et al. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic review and meta-analysis[J]. *BMC Psychiatry*, 2017, 17(1): 32.
- [5] Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments[J]. *Am J Psychiatry*, 2013, 170(3): 275-289.
- [6] Khajehpiri Z, Mahmoudi-Gharaei J, Faghihi T, et al. Adverse reactions of methylphenidate in children with attention deficit-hyperactivity disorder: report from a referral center[J]. *J Res Pharm Pract*, 2014, 3(4): 130-136.
- [7] 刘靖,郑毅. 中国注意缺陷多动障碍防治指南第2版解读[J]. *中华精神科杂志*, 2016, 49(3): 132-135.
- [8] 靳彦琴,姚梅玲,段桂琴,等. 脑电生物反馈治疗注意缺陷多动障碍患儿疗效分析[J]. *兰州大学学报(医学版)*, 2015, 41(1): 68-70, 74.
- [9] 张慧凤,张劲松,帅澜,等. 学龄前儿童中文版SNAP-IV评定量表父母版的信效度检验[J]. *中国儿童保健杂志*, 2016, 24(12): 1253-1256.
- [10] American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder[J]. *Pediatrics*, 2001, 108(4): 1033-1044.
- [11] 郑毅,刘靖. 中国注意缺陷多动障碍防治指南[M]. 第2版. 北京:中华医学电子音像出版社,2015.
- [12] 王亚. 不同气质类型儿童多动症的相关因素和心理行为干预评估[D]. 安徽:安徽医科大学,2015.
- [13] 陈静. 学龄前儿童注意缺陷多动障碍的行为干预效果观察[J]. *保健医学研究与实践*, 2017, 14(5): 93-95.
- [14] Moreno-García I, Meneres-Sancho S, Camacho-Vara de Rey C, et al. A randomized controlled trial to examine the posttreatment efficacy of neurofeedback, behavior therapy, and pharmacology on ADHD measures[J]. *J Atten Disord*, 2019, 23(4): 374-383.
- [15] Daley D, van der Oord S, Ferrin M, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2014, 53(8): 835-847.
- [16] 高霞,石元洪,童萍,等. 结构式心理行为干预对ADHD学龄儿注意力和多动行为的影响[J]. *齐鲁护理杂志*, 2018, 24(9): 18-20.
- [17] 朱莎,钟燕,陈宇,等. 脑电生物反馈治疗儿童注意缺陷多动障碍87例临床研究[J]. *中国医师杂志*, 2016, 18(4): 609-611.
- [18] 郭洁. 不同治疗方法对儿童注意力缺陷多动障碍疗效的循证评价[J]. *吉林医学*, 2015, 36(8): 1574.
- [19] 赵红伟,李洁. 行为矫正八步法护理干预在注意缺陷多动障碍患儿中的应用效果[J]. *中国当代医药*, 2018, 25(25): 189-191, 195.

(本文编辑: 王颖)