

# CLINICAL CHARACTERISTICS AND PREVALENCE OF COMORBID PSYCHIATRIC DISORDERS IN CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AT THE DEPARTMENT OF PSYCHIATRY, NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Nguyen Thi Nhat Nam<sup>1</sup>, Cao Vu Hung<sup>2</sup>, Thanh Ngoc Minh<sup>2</sup>, Le Thi Kim Dung<sup>1</sup>, Nguyen The Tai<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy - 284 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam

<sup>2</sup>National Children's Hospital - No. 18, Alley 879, La Thanh Street, Lang Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 14/10/2025

Revised: 14/11/2025; Accepted: 23/02/2026

## SUMMARY

**Objective:** To describe clinical characteristics of ADHD in children aged 6 – 12 years treated as outpatients at the Department of Psychiatry, National Children's Hospital in 2024 – 2025.

**Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 110 children who were newly diagnosed with ADHD according to DSM-5 criteria at the Psychiatry Clinic, National Children's Hospital, from 10/2024 – 9/2025.

**Results:** The mean age was  $7,97 \pm 1,4$  years. The male-to-female ratio was approximately 4,8/ 1 (82,7% boys and 17,3% girls). The most common reason for seeking medical attention was poor concentration in learning (50,9%), followed by excessive restlessness (40,9%). The common symptoms included: failure to pay close attention to details or making careless mistakes (92,7%); fidgeting with hands or feet, difficulty remaining seated (92,7%); and being easily distracted by external stimuli (91,8%). The combined presentation was the most common (74,5%), followed by the inattentive presentation (17,3%) and hyperactive-impulsive presentation (8,2%). Comorbid psychiatric disorders were present in 48,2% of cases (53/ 110), most commonly oppositional defiant disorder (35,5%), followed by anxiety disorders and sleep disorders (10%), and conduct disorder (4,5%).

**Conclusion:** ADHD was more common in boys, with the combined presentation being the most frequent type. The most common symptoms were inattention to details and fidgeting behaviors. Associated psychiatric disorders such as oppositional defiant disorder (35,5%), conduct disorder, anxiety, and sleep disturbances.

**Keywords:** ADHD, neurodevelopmental disorders, children, clinical characteristics.

---

\*Corresponding author

**Email:** nguyenthinhatnam@tump.edu.vn **Phone:** (+84) 978762577 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4412**



# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TỈ LỆ RỐI LOẠN TÂM THẦN KÈM THEO Ở TRẺ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý TẠI KHOA TÂM THẦN, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Nhất Nam<sup>1</sup>, Cao Vũ Hùng<sup>2</sup>, Thành Ngọc Minh<sup>2</sup>, Lê Thị Kim Dung<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Tài<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên - 284 Đường Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương - Số 18, ngõ 879, đường La Thành, phường Láng, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 14/10/2025

Ngày sửa: 14/11/2025; Ngày đăng: 23/02/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ từ 6 đến 12 tuổi điều trị ngoại trú tại khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2024 - 2025.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 trẻ tăng động giảm chú ý được khám và chẩn đoán lần đầu theo tiêu chuẩn DSM - 5 tại phòng khám khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2024 - 2025.

**Kết quả:** Tuổi trung bình là  $7,97 \pm 1,4$ , trẻ nam chiếm 82,7%; nữ chiếm 17,3%, tỉ lệ nam/ nữ: 4,8/1. Lý do khiến gia đình đưa trẻ đến khám nhiều nhất là học kém tập trung (50,9%), nghịch nhiều (40,9%). Các triệu chứng thường gặp bao gồm: không chú ý vào chi tiết hoặc mắc lỗi cầu thả với công việc (92,7%); cựa quậy chân tay hoặc vặn vẹo, ngồi không yên (92,7%); dễ bị sao nhãng bởi kích thích bên ngoài (91,8%). Thể phối hợp chiếm tỉ lệ cao nhất (74,5%), sau đó là thể giảm chú ý (17,3%), thể tăng động (8,2%). Có 53/ 110 trẻ (48,2%) mắc ít nhất 1 rối loạn tâm thần khác kèm theo, trong đó kèm theo rối loạn thách thức chống đối chiếm 35,5%, rối loạn lo âu và rối loạn giấc ngủ chiếm 10%, rối loạn hành vi chiếm 4,5%.

**Kết luận:** Tăng động giảm chú ý thường gặp ở trẻ nam, chủ yếu là thể phối hợp, triệu chứng thường gặp nhất là trẻ không chú ý vào chi tiết, cựa quậy chân tay, kèm theo các rối loạn tâm thần khác như rối loạn thách thức chống đối (35,5%), rối loạn hành vi, rối loạn lo âu, rối loạn giấc ngủ.

**Từ khoá:** Tăng động, giảm chú ý, rối loạn phát triển thần kinh, trẻ em, đặc điểm lâm sàng

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder) là một trong những rối loạn phát triển thần kinh thường gặp nhất ở thời thơ ấu và thanh thiếu niên với tỉ lệ khoảng 7,6%<sup>1</sup>. Các triệu chứng của rối loạn tăng động giảm chú ý có thể xuất hiện ở tuổi lên 3 nhưng thường không được chẩn đoán, cho đến khi trẻ đi học ở trường mầm non, mẫu giáo, khi giáo viên có thể so sánh sự giảm chú ý và tăng động của trẻ với những bạn cùng trang lứa<sup>2</sup>. Đặc biệt từ khi trẻ 6 tuổi, bắt đầu đi học tiểu học, trẻ chuyển từ giai đoạn vui chơi là chủ đạo sang giai đoạn học tập nghiêm túc, với nhiều yêu cầu, nội quy, đây chính là điều kiện để phát hiện, chẩn đoán ADHD. Chẩn đoán tăng động giảm chú ý căn cứ vào 3 nhóm triệu chứng là: giảm chú ý, tăng động hoặc kết hợp và phải được quan sát ở ít nhất 2 môi trường khác nhau. Bản thân trẻ thường có những vấn đề khó khăn trong mối quan hệ gia đình và xã hội, khó kết bạn, không vâng lời, khó tuân theo các quy tắc và kỷ luật trên lớp. Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng ADHD có thể kết hợp với những rối loạn khác như rối loạn lo âu, trầm cảm, rối loạn hành vi

hoặc rối loạn thách thức chống đối, rối loạn giấc ngủ...<sup>3,4</sup>. Việc nghiên cứu về các đặc điểm lâm sàng giúp phát hiện, chẩn đoán sớm ADHD cũng như can thiệp điều trị sớm cho trẻ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: “Mô tả một số đặc điểm rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ từ 6 đến 12 tuổi điều trị ngoại trú tại khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2024 - 2025”.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 110 trẻ từ 6 – 12 tuổi lần đầu chẩn đoán ADHD theo tiêu chuẩn DSM – 5 tại phòng khám khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

Trẻ từ 6 – 12 tuổi

Lần đầu được chẩn đoán ADHD theo tiêu chuẩn DSM – 5:

\* Theo DSM – 5, các tiêu chuẩn chẩn đoán gồm:

A. Biến biến kéo dài của sự mất tập trung và (hoặc) tăng động cản trở chức năng hoặc phát triển như được đặc trưng bởi (1) và (hoặc) (2):

\*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthinhhatnam@tump.edu.vn Điện thoại: (+84) 978762577 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4412>

(1): Giảm chú ý: 6 (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng về giảm chú ý đã tồn tại ít nhất 6 tháng đến một mức độ không đồng nhất với mức độ phát triển và tác động trực tiếp khía cạnh xã hội và hoạt động nghề nghiệp

(2): Tăng động và xung động: 6 (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng tăng động/ xung động đã tồn tại ít nhất 6 tháng đến một mức độ không đồng nhất với mức độ phát triển và tác động trực tiếp khía cạnh xã hội và hoạt động nghề nghiệp

B. Một số triệu chứng không chú ý hoặc tăng động – xung động đã xuất hiện trước 12 tuổi.

C. Một số triệu chứng không chú ý hoặc tăng động – xung động có mặt ở hai hoặc trong nhiều bối cảnh, môi trường (ví dụ: như ở nhà, trường học hoặc nơi làm việc; với bạn bè hoặc người thân; trong những hoạt động khác).

D. Có bằng chứng rõ ràng các triệu chứng đã tác động vào hoặc làm giảm chất lượng các chức năng xã hội, học tập hoặc nghề nghiệp.

E. Các triệu chứng không chỉ xảy ra trong giai đoạn của tâm thần phân liệt hoặc nhóm bệnh loạn thần và không được giải thích tốt hơn bởi bất cứ rối loạn tâm thần nào (ví dụ: rối loạn cảm xúc, rối loạn lo âu, rối loạn phân ly, rối loạn nhân cách, ngộ độc hoặc cai nghiện)

Cha, mẹ, người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

Loại trừ các trẻ có bệnh nội khoa nặng, tổn thương thực thể hệ thần kinh trung ương, bại não, động kinh, tự kỷ,...

Gia đình và hoặc người chăm sóc trẻ chính không cung cấp đủ thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2024 đến tháng 9/2025

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Nhi Trung ương.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu**

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang

Cỡ mẫu: 110 trẻ đến khám tại bệnh viện Nhi Trung ương

Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Chỉ số nghiên cứu: tỉ lệ trẻ mắc ADHD theo tuổi, giới tính; đặc điểm triệu chứng tăng động, triệu chứng giảm chú ý của trẻ mắc ADHD; tỉ lệ các thể bệnh theo giới tính; tỉ lệ các rối loạn tâm thần kèm theo ở trẻ mắc ADHD.

**2.4. Phương pháp thu thập số liệu:** Phỏng vấn người chăm sóc trẻ bằng mẫu bệnh án nghiên cứu và thang sàng lọc Vanderbilt. Khám, chẩn đoán xác định ADHD và các rối loạn kèm theo do bác sĩ chuyên khoa tâm thần và học viên thực hiện theo tiêu chuẩn DSM - 5.

**2.5. Phân tích và xử lý số liệu:** Các số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học dựa trên phần mềm SPSS 25.0.

**2.6. Đạo đức trong nghiên cứu:** Đề tài tiến hành khi được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nhi Trung ương, số 3525/BVNTW-HĐĐĐ

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1: Đặc điểm tuổi và giới tính ở trẻ mắc ADHD**

Giới tính \ Tuổi	Nam (n=91)		Nữ (n=19)		Tổng (n=110)	
	n	%	n	%	n	%
6	6	5,5	1	0,9	7	6,4
7	43	39,1	9	8,2	52	47,3
8	15	13,6	1	0,9	16	14,5
9	12	10,9	6	5,5	18	16,4
10	8	7,3	1	0,9	9	8,2
11	4	3,6	1	0,9	5	4,5
12	3	2,7	0	0,0	3	2,7
<b>Tổng</b>	91	82,7	19	17,3	110	100,0
<b>Tuổi trung bình</b>	7,97 ± 1,4 tuổi					

Nhóm trẻ 7 tuổi được chẩn đoán lần đầu chiếm tỉ lệ cao nhất (47,3%), nhóm trẻ 12 tuổi chiếm tỉ lệ ít nhất (2,7%). Tuổi trung bình chẩn đoán là 7,97 ± 1,4 tuổi.

**Bảng 2. Đặc điểm các triệu chứng tăng động/ xung động theo giới tính**

Các biểu hiện tăng động/xung động	Nam n=91		Nữ n=19		Tổng n=110		p
	n	%	n	%	n	%	
Cựa quậy chân tay hoặc vặn vẹo, ngồi không yên	85	77,3	17	15,5	102	92,7	0,625
Ra khỏi chỗ ngồi ở lớp học/ những nơi đòi hỏi ngồi yên	73	66,4	12	10,9	85	77,3	0,133
Chạy hoặc leo trèo quá mức ở những nơi đòi hỏi ngồi yên	63	57,3	10	9,1	73	66,4	0,164
Khó khăn khi chơi hoặc tham gia các hoạt động tĩnh	68	61,8	13	11,8	81	73,6	0,571
Hoạt động luôn tay chân hoặc hành động như “gắn động cơ”	73	66,4	11	10,0	84	76,4	0,070
Khó khăn khi chờ đến lượt mình	64	58,2	12	10,9	76	69,1	0,589

Các triệu chứng phổ biến nhất là “cựa quậy chân tay hoặc vặn vẹo, ngồi không yên” (92,7%); “ra khỏi chỗ ngồi ở lớp học/ những nơi đòi hỏi ngồi yên” (77,3%); “hoạt động luôn tay chân hoặc hành động như gắn động cơ” (76,4%). Hầu hết tỉ lệ các triệu chứng tăng động/ xung động có xu hướng cao hơn ở trẻ nam, tuy nhiên không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các triệu chứng tăng động/ xung động theo giới tính (p > 0,05).

**Bảng 3. Đặc điểm các triệu chứng giảm chú ý của trẻ mắc ADHD theo giới tính**

Các biểu hiện giảm chú ý	Nam n=91		Nữ n=19		Tổng N=110		p
	n	%	n	%	n	%	
Không chú ý vào chi tiết / mắc lỗi cấu thả với công việc	85	77,3	17	15,5	102	92,7	0,625

Các biểu hiện giảm chú ý	Nam n=91		Nữ n=19		Tổng N=110		p
	n	%	n	%	n	%	
Khó khăn khi phải chú ý duy trì vào nhiệm vụ/hoạt động	80	72,7	17	15,5	97	88,2	1,000
Không tuân theo hướng dẫn và không hoàn thành bài vở	72	65,5	14	12,7	86	78,2	0,558
Khó khăn trong tổ chức nhiệm vụ/hoạt động	61	67,0	8	42,1	69	62,7	0,041
Dễ bị sao nhãng bởi kích thích bên ngoài	83	75,5	18	16,4	101	91,8	1,000
Đãng trí trong các hoạt động hàng ngày	73	66,4	13	11,8	86	78,2	0,358

Các triệu chứng giảm chú ý thường gặp nhất là: “không chú ý vào chi tiết hoặc mắc lỗi cấu thả với công việc” (92,7%), “dễ bị sao nhãng bởi kích thích bên ngoài” (91,8%). Tỷ lệ triệu chứng “khó khăn trong tổ chức nhiệm vụ/hoạt động” ở trẻ nam (67%) cao hơn có ý nghĩa so với ở trẻ nữ (42,1%),  $p < 0,05$ . Không nhận sự khác biệt giữa các triệu chứng còn lại theo giới tính.

**Bảng 4. Đặc điểm các thể bệnh ADHD theo giới tính**

Thế bệnh	Giới		Nam n=91		Nữ n=19		Tổng N=110		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Thế tăng động	7	7,7	2	10,5	9	8,2	0,065		
Thế giảm chú ý	15	16,5	4	21,1	19	17,3			
Thế phối hợp	69	75,8	13	68,4	82	74,5			

Thế phối hợp chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm đối tượng nghiên cứu (74,5%). Tỷ lệ trẻ nam mắc ADHD thể phối hợp cao hơn so với trẻ nữ (75,8% so với 68,4%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ) về tỷ lệ mắc các thể bệnh ADHD giữa nam và nữ.

**Bảng 5. Đặc điểm rối loạn tâm thần kèm theo ở trẻ mắc ADHD**

Các rối loạn kèm theo	Nam n=91		Nữ n=19		Tổng n=110		p	
	n	%	n	%	n	%		
Không có rối loạn tâm thần kèm theo	46	41,8	11	10,0	57	51,8	0,560	
Có rối loạn tâm thần kèm theo	1 rối loạn kèm theo	36	32,7	6	5,5	42	38,2	0,515
	2 rối loạn kèm theo	7	6,4	2	1,8	9	8,2	0,652
	3 rối loạn kèm theo	2	1,8	0	0,0	2	1,8	1,000
	Tổng số	45	40,9	8	7,3	53	48,2	

Có 53/110 trẻ ADHD (trong đó 45 trẻ nam, 8 trẻ nữ), đồng mắc ít nhất 1 rối loạn tâm thần (chiếm 48,2%). Trong đó, 38,2% trẻ đồng mắc 1 rối loạn tâm thần, 8,2% trẻ đồng mắc 2 rối loạn tâm thần và 1,8% trẻ đồng mắc 3 rối loạn tâm thần.

**Bảng 6. Một số rối loạn tâm thần kèm theo thường gặp ở trẻ mắc ADHD**

Một số bệnh tâm thần	Nam n=91		Nữ n=19		Tổng N=110		p
	n	%	n	%	n	%	
Rối loạn thách thức chống đối	34	30,9	5	4,5	39	35,5	0,360
Rối loạn hành vi	5	4,5	0	0,0	5	4,5	0,585
Rối loạn lo âu	8	7,3	3	2,7	11	10,0	0,399
Rối loạn giấc ngủ	9	8,2	2	1,8	11	10,0	1,000

Rối loạn thách thức chống đối là rối loạn tâm thần kèm theo có tỷ lệ gặp cao nhất (35,5%), rối loạn lo âu và rối loạn giấc ngủ đều chiếm 10%. Tỷ lệ trẻ nam gặp rối loạn thách thức chống đối, rối loạn hành vi nhiều hơn trẻ nữ, sự khác biệt giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ nam mắc ADHD chiếm ưu thế (82,7%), tỷ lệ nam/ nữ là 4,8/ 1, kết quả này tương tự với một số nghiên cứu trên thế giới cũng như trong nước. Theo Urdur Njardvik (2025), tỷ lệ trẻ nam trong 121 nghiên cứu có giá trị tỷ lệ trung bình là 76,7% (độ lệch chuẩn 12,4)<sup>[5]</sup>. Tương tự, tỷ lệ trẻ mắc ADHD trong 525 học sinh tiểu học theo nghiên cứu của Hai Huu Hoang (2021) là 6,5% trẻ nam và 2,1% trẻ nữ<sup>[6]</sup>, và theo Trần Nguyễn Ngọc (2022), tỷ lệ trẻ nam mắc ADHD chiếm 86,6% và tỷ lệ nam: nữ là 6,5: 13. Tuổi trung bình chẩn đoán theo nghiên cứu là  $7,97 \pm 1,4$  tuổi, tương đương với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Rachael Knott và cộng sự là 7,52 tuổi<sup>[7]</sup>.

Các triệu chứng thường gặp bao gồm: không chú ý vào chi tiết hoặc cựa quậy chân tay đều chiếm tỷ lệ rất cao (92,7%); dễ sao nhãng bởi kích thích bên ngoài (91,8%); khó khăn khi phải chú ý duy trì vào nhiệm vụ/hoạt động (88,2%). Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Xuân Ngọc (2019) tại phường Võ Cường, Thành phố Bắc Ninh, theo nghiên cứu này, tỷ lệ các triệu chứng lần lượt là 72,22%; 74,07%; 62,96%; 69,44%<sup>[8]</sup>. Sự khác biệt này được lý giải do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại phòng khám khoa Tâm thần, khi các trẻ đến khám đã có các triệu chứng nghi ngờ ADHD, các triệu chứng đã được quan sát rõ ràng hơn tại cộng đồng.

Có sự khác nhau giữa tỷ lệ các thể bệnh, thể phối hợp chiếm tỷ lệ cao nhất (74,5%), thể giảm chú ý (17,3%), thể tăng động (8,2%), tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Thủy Dung (2019), thể phối hợp 84,6%, thể tăng động 9,6%, thể giảm chú ý 5,8%<sup>9</sup>, hay một nghiên cứu trước đó được thực hiện tại Bệnh viện Nhi Trung ương, trẻ mắc ADHD dạng kết hợp chiếm 63,%, dạng tăng động chiếm 14,5% và dạng giảm chú ý chiếm 21,9%<sup>[4]</sup>. Từ bảng 3, cho thấy không sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) về tỷ lệ mắc các thể bệnh ADHD giữa nam và nữ.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 48,2% trẻ ADHD có mắc ít nhất một rối loạn tâm thần kèm theo, trong đó tỷ lệ mắc ADHD kèm theo rối loạn thách thức chống đối chiếm tỷ lệ cao nhất 35,5%, kèm theo rối loạn lo âu và giấc ngủ chiếm 10%, kèm theo rối loạn hành vi là 4,5%. Theo

nghiên cứu của Thành Ngọc Minh (2017), tỉ lệ mắc ADHD kèm theo ODD là 38,54%, ADHD kèm rối loạn hành vi là 9,52%, ADHD kèm theo lo âu, trầm cảm chiếm 10,48%4. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Thành Ngọc Minh, điểm khác nhau do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chỉ từ 6 - 12 tuổi, và chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán DSM - 5 trong khi đó, nghiên cứu của Thành Ngọc Minh sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM – IV ở nhóm trẻ 6 - 14 tuổi.

## 5. KẾT LUẬN

Rối loạn tăng động giảm chú ý thường gặp ở trẻ nam, tuổi trung bình là  $7,97 \pm 1,4$ . Triệu chứng thường gặp gồm không chú ý vào chi tiết; cựa quậy chân tay; dễ sao nhãng bởi kích thích bên ngoài,...Thể thường gặp là thể phối hợp chiếm ưu thế (74,5%), và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự phân bố thể bệnh giữa nam và nữ. Rối loạn tâm thần hay gặp là rối loạn thách thức chống đối (35,5%); rối loạn lo âu, rối loạn giấc ngủ, rối loạn hành vi. Có tới 48,2% trẻ ADHD có ít nhất 1 rối loạn tâm thần kèm theo.

## 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nader Salari, Hooman Ghasemi, Nasrin Abdoli & at, E. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Italian journal of pediatrics* 49, 48, doi:10.1186/s13052-023-01456-1 (2023).
- [2] Bùi Quang Huy. in Rối loạn tâm thần ở trẻ em C h . Rối loạn tăng động giảm chú ý, 73-87 (Nhà xuất bản Y học, 2022).
- [3] Trần Nguyễn Ngọc, Dương Minh Tâm & Thực trạng rối loạn tăng động giảm chú ý tại khoa Tâm thần bệnh viện Nhi Trung ương Tạp chí y học Việt Nam 510, 153 - 158, doi:10.51298/vmj.v510i2.1993 (2022).
- [4] Thành Ngọc Minh. Đặc điểm rối loạn tăng động giảm chú ý và một số rối loạn tâm thần phối hợp ở trẻ 6-14 tuổi khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi trung ương Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II thesis, Trường Đại học Y Hà Nội, (2016).
- [5] Njardvik U, Wergeland GJ, Riise EN, Hannesdottir DK & Öst LG. Psychiatric comorbidity in children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review* 118, 102571, doi:10.1016/j.cpr.2025.102571 (2025).
- [6] Hai Huu Hoang et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Associated Factors Among First-Year Elementary School Students. *Journal of multidisciplinary healthcare* 14, 997-1005, doi:10.2147/jmdh.S301091 (2021).
- [7] Rachael Knott et al. Age at diagnosis and diagnostic delay across attention-deficit hyperactivity and autism spectrums. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 58, 142-151, doi:10.1177/00048674231206997 (2024).
- [8] Trần Xuân Ngọc. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tăng động giảm chú ý ở trẻ em từ 6 - 11 tuổi tại phường Võ Cường, thành phố Bắc Ninh Chuyên khoa cấp II thesis, Đại học Y Hà Nội, (2019).
- [9] Đỗ Thuỳ Dung. Đặc điểm lâm sàng tăng động ở trẻ tăng động giảm chú ý Luận văn Thạc sĩ y học thesis, Trường Đại học Y Hà Nội, (2019).

