Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 8, 315-319

FACTORS ASSOCIATED WITH EATING DISORDERS IN CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Nguyen Thi Hong Nhung[1*], Duong Minh Tam[1,2]

[1]*Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam*
[2]*Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 05/06/2026
Reviced: 24/07/2026; Accepted: 20/08/2026

ABSTRACT

Objective: To identify factors associated with eating disorders in children with attention deficit hyperactivity disorder.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 246 children aged 6-12 years diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder at Bach Mai Hospital and Vietnam National Children's Hospital from November 1, 2025, to March 30, 2026.

Results: Eating disorders were identified in 17.9% of children with attention deficit hyperactivity disorder. Univariable analysis showed that eating disorders were associated with malnutrition, sensory processing disorders, psychiatric comorbidities, age at onset below 3 years, age at diagnosis of 7 years or older, and the combined clinical presentation. In the multivariable logistic regression model, age at onset below 3 years, age at diagnosis of 7 years or older, malnutrition, and psychiatric comorbidities were independent factors associated with eating disorders. Among these factors, malnutrition and delayed diagnosis showed the strongest associations.

Conclusion: The findings suggest that screening for eating-related problems should be integrated into the comprehensive assessment and management of children with attention deficit hyperactivity disorder to facilitate early detection and timely intervention.

Keywords: Eating disorders, attention deficit hyperactivity disorder.

*Corresponding author
Email: nguyennhung250199@gmail.com **Phone**: (+84) 948425170 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6343

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN ĂN UỐNG Ở TRẺ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý

Nguyễn Thị Hồng Nhung[1*], Dương Minh Tâm[1,2]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam
[2]Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/06/2026
Ngày chỉnh sửa: 24/07/2026; Ngày duyệt đăng: 20/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố liên quan đến rối loạn ăn uống ở trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 246 trẻ từ 6-12 tuổi được chẩn đoán rối loạn tăng động giảm chú ý tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Nhi Trung ương từ ngày 1/11/2025 đến ngày 30/3/2026.

Kết quả: Rối loạn ăn uống được ghi nhận ở 17,9% trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý. Phân tích đơn biến cho thấy rối loạn ăn uống có liên quan với suy dinh dưỡng, rối loạn xử lí giác quan, rối loạn tâm thần đi kèm, tuổi khởi phát dưới 3 tuổi, tuổi chẩn đoán từ 7 tuổi trở lên và thể lâm sàng kết hợp. Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, tuổi khởi phát dưới 3 tuổi, tuổi chẩn đoán từ 7 tuổi trở lên, suy dinh dưỡng và rối loạn tâm thần đi kèm là các yếu tố liên quan độc lập với rối loạn ăn uống, trong đó suy dinh dưỡng và chẩn đoán muộn cho thấy mức độ liên quan mạnh nhất.

Kết luận: Kết quả cho thấy việc sàng lọc các vấn đề về ăn uống cần được lồng ghép trong quá trình đánh giá và quản lý toàn diện trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý nhằm phát hiện sớm và can thiệp kịp thời.

Từ khóa: Rối loạn ăn uống, rối loạn tăng động giảm chú ý.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng động giảm chú ý (attention deficit hyperactivity disorder - ADHD) là một trong những rối loạn phát triển thần kinh phổ biến nhất ở trẻ em, với tỷ lệ hiện mắc toàn cầu dao động từ 5,3-7,2% ở trẻ em và thanh thiếu niên [1]. ADHD đặc trưng bởi 3 nhóm triệu chứng cốt lõi gồm giảm chú ý, tăng động và xung động, khởi phát trước 12 tuổi và gây suy giảm chức năng đáng kể trong học tập, gia đình và các mối quan hệ xã hội [2]. ADHD thường đi kèm với nhiều bệnh lý đồng diễn. Theo ước tính, 60-80% cá nhân mắc ADHD có ít nhất một rối loạn tâm thần kết hợp trong suốt cuộc đời như rối loạn lo âu, rối loạn cảm xúc, rối loạn ăn uống và rối loạn hành vi [3].

Trong các rối loạn đồng diễn, rối loạn ăn uống ngày càng được quan tâm do tần suất xuất hiện cao và tác động đáng kể đến sức khỏe thể chất của trẻ mắc ADHD. Nghiên cứu gần đây ước tính khoảng 20% trẻ em mắc ADHD có thể đồng thời phát triển các rối loạn ăn uống [4]. Mối liên quan này được giải thích bởi những cơ chế sinh bệnh học chung như suy giảm chức năng điều hành, rối loạn kiểm soát xung động, bất thường hệ dopaminergic và rối loạn chức năng hệ thống tưởng thưởng [4]. Bên cạnh đó, nhiều đặc điểm lâm sàng cũng được ghi nhận có liên quan đến nguy cơ xuất hiện rối loạn ăn uống ở trẻ ADHD, bao gồm mức độ nặng của triệu chứng ADHD, thể lâm sàng kết hợp, các rối loạn tâm thần đồng diễn và tình trạng dinh dưỡng. Tuy nhiên, các bằng chứng hiện nay chủ yếu tập trung ở đối tượng thanh thiếu niên và người trưởng thành, trong khi dữ liệu ở trẻ em còn hạn chế và kết quả giữa các nghiên cứu chưa hoàn toàn thống nhất.

Tại Việt Nam, ADHD là một trong những chẩn đoán tâm thần trẻ em thường gặp tại các cơ sở chuyên khoa. Tuy nhiên, việc đánh giá và quản lý bệnh chủ yếu tập trung vào các triệu chứng cốt lõi, trong khi các vấn đề ăn uống và các yếu tố nguy cơ liên quan chưa được quan tâm đúng mức. Các nghiên cứu về đặc điểm cũng như các yếu tố liên quan đến rối loạn ăn uống ở trẻ em Việt Nam bị ADHD vẫn còn rất hạn chế. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với mục tiêu xác định các yếu tố liên quan đến rối loạn ăn uống ở trẻ ADHD.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP TỔNG QUAN

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Nhi Trung ương từ ngày 1/11/2025 đến ngày 30/3/2026.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: trẻ 6-12 tuổi, đang điều trị ngoại trú và được chẩn đoán ADHD (F90) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10.

- Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ có bệnh lý cấp tính hoặc bệnh nặng cần nhập viện điều trị; trẻ có các tổn thương tại các cơ quan phát âm, thính giác, ảnh hưởng tới chức năng nghe và nói; trẻ và/hoặc người chăm sóc trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu, không tuân thủ đúng quy trình nghiên cứu hoặc không cung cấp đủ thông tin theo yêu cầu của nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ
Email: nguyennhung250199@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 948425170 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6343

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Tổng số trẻ đã tham gia nghiên cứu và hoàn thiện đầy đủ bộ câu hỏi nghiên cứu là 246.

2.5. Các biến số nghiên cứu

- Các đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, khu vực sống, cấu trúc gia đình, rối loạn xử lí cảm giác, rối loạn tâm thần đi kèm.
- Các đặc điểm ADHD: tuổi khởi phát, tuổi chẩn đoán, thể lâm sàng kết hợp, các đặc điểm giảm chú ý, tăng động và xung động.
- Các yếu tố đặc điểm chung và ADHD liên quan đến rối loạn ăn uống.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 26. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Giá trị p, tỷ suất chênh (odd ratio - OR) và khoảng tin cậy 95% (95% CI) được tính toán cho mỗi biến, p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Bạch Mai theo Quyết định số 213/BM-HĐĐĐ ngày 20/11/2025 và Hội đồng Đạo đức nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nhi Trung ương theo Quyết định số 782/BVNTW-HĐĐĐ ngày 31/10/2025.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 246)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	221	89,8
	Nữ	25	10,2
Tuổi	6-9 tuổi	167	67,9
	10-12 tuổi	79	32,1
	$\overline{X}$ ± SD (tuổi)	8,60 ± 1,93	
Khu vực sống	Thành thị	126	51,2
	Nông thôn	103	41,9
	Miền núi	17	6,9
Cấu trúc gia đình	Sống cùng cha và mẹ	199	80,9
	Không sống cùng cha và mẹ	23	9,3
	Cha mẹ ly hôn, ly thân, đơn thân	24	9,8
Rối loạn tâm thần đi kèm	Có ít nhất 1 rối loạn tâm thần đi kèm	87	35,4
	Không	159	64,6

Nhóm nghiên cứu chủ yếu là trẻ nam (89,8%), độ tuổi 6-9 chiếm đa số (67,9%) với tuổi trung bình 8,60 ± 1,93. Phần lớn trẻ sống cùng cả cha và mẹ (80,9%), hơn một nửa sinh sống tại thành thị (51,2%). Khoảng một phần ba số trẻ có ít nhất một rối loạn tâm thần đi kèm (35,4%).

Bảng 2. Đặc điểm ADHD ở nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 246)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi khởi phát	< 3 tuổi	161	65,4
	≥ 3 tuổi	85	34,6
	$\overline{X}$ ± SD (tuổi)	2,46 ± 2,31	
Tuổi chẩn đoán	< 7 tuổi	97	39,4
	≥ 7 tuổi	149	60,6
	$\overline{X}$ ± SD (tuổi)	7,58 ± 2,05	
Thể lâm sàng	Thể chủ yếu giảm chú ý	80	32,5
	Thể chủ yếu tăng động	33	13,4
	Thể kết hợp	133	54,1
Đặc điểm giảm chú ý	Bất thường di chuyển chú ý	212	86,2
	Giảm duy trì chú ý	224	91,1
	Giảm phân tán chú ý	193	78,5
	Giảm tập trung chú ý	222	90,2
Đặc điểm tăng động	Vận động tăng	193	78,5
	Lời nói tăng	109	42,7
Đặc điểm xung động	Xung động cảm xúc	38	15,4
	Xung động hành động	56	22,8
	Xung động lời nói suy nghĩ	41	16,7

Đa số trẻ khởi phát triệu chứng trước 3 tuổi (65,4%) nhưng được chẩn đoán từ 7 tuổi trở lên (60,6%). Thể kết hợp là thể lâm sàng phổ biến nhất (54,1%). Các biểu hiện xung động xuất hiện với tần suất 15,4-22,8%, nổi bật là xung động hành động.

3.2. Các yếu tố liên quan đến rối loạn ăn uống ở nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu với rối loạn ăn uống

Biến số		Có rối loạn ăn uống		Không rối loạn ăn uống		OR (95% CI)	p
		n	%	n	%		
Giới	Nam (n = 221)	39	17,6	182	82,4	0,857 (0,303-2,423)	0,784
	Nữ (n = 25)	5	20,0	20	80,0		
Tuổi hiện tại	10-12 tuổi (n = 79)	16	20,3	63	79,7	1,261 (0,637-2,495)	0,505
	6-9 tuổi (n = 167)	28	16,8	139	83,2		
Nơi sống	Thành thị (n = 126)	24	19,0	102	81,0	1,176 (0,611-2,263)	0,626
	Nông thôn, miền núi (n = 120)	20	16,7	100	83,3		
Chỉ số IQ	< 70 (n = 8)	1	12,5	7	87,5	0,648 (0,078-5,403)	1,000
	≥ 70 (n = 238)	43	18,1	195	81,9		
Suy dinh dưỡng	Có (n = 26)	9	34,6	17	65,4	2,798 (1,155-6,781)	0,028
	Không (n = 220)	35	15,9	185	84,1		
Thừa cân, béo phì	Có (n = 104)	20	19,2	84	80,8	1,171 (0,607-2,256)	0,638
	Không (n = 142)	24	16,9	118	83,1		
Rối loạn xử lí giác quan	Có (n = 25)	9	36,0	16	64,0	2,989 (1,224-7,301)	0,024
	Không (n = 221)	35	15,8	186	84,2		

Biến số		Có rối loạn ăn uống		Không rối loạn ăn uống		OR (95% CI)	p
		n	%	n	%		
Rối loạn tâm thần đi kèm	Có ít nhất 1 rối loạn tâm thần đi kèm (n = 87)	24	27,6	63	72,4	2,648 (1,363-5,143)	0,003
	Không (n = 159)	20	12,6	139	87,4		
Tiền sử gia đình có rối loạn tâm thần	Có (n = 12)	3	25,0	9	75,0	1,569 (0,407-6,049)	0,454
	Không (n = 234)	41	17,5	193	82,5		

Rối loạn ăn uống có liên quan có ý nghĩa thống kê với suy dinh dưỡng (OR = 2,798; p = 0,028), rối loạn xử lí giác quan (OR = 2,989; p = 0,024) và sự hiện diện của ít nhất một rối loạn tâm thần đi kèm (OR = 2,648; p = 0,003). Các yếu tố nhân khẩu học khác như giới tính, tuổi, nơi sống, IQ và tiền sử gia đình không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm ADHD của nhóm đối tượng nghiên cứu với rối loạn ăn uống

Biến số		Có rối loạn ăn uống		Không có rối loạn ăn uống		OR (95% CI)	p
Tuổi khởi phát	< 3 tuổi (n = 161)	35	21,7	126	78,3	2,346 (1,069-5,147)	0,030
	≥ 3 tuổi (n = 85)	9	10,6	76	89,4		
Tuổi chẩn đoán	≥ 7 tuổi (n = 149)	33	22,1	116	77,9	2,224 (1,064-4,648)	0,031
	< 7 tuổi (n = 97)	11	11,3	86	88,7		
Thể kết hợp	Có (n = 133)	30	22,6	103	77,4	2,060 (1,031-4,114)	0,038
	Không (n = 113)	14	12,4	99	87,6		
Điều trị	Không tuân thủ/ không điều trị (n = 142)	20	14,1	122	85,9	0,546 (0,283-1,054)	0,069
	Tuân thủ điều trị (n = 104)	24	23,1	80	76,9		

Rối loạn ăn uống liên quan có ý nghĩa thống kê với tuổi khởi phát < 3 tuổi (OR = 2,346; p = 0,030), tuổi chẩn đoán ≥ 7 tuổi (OR = 2,224; p = 0,031) và thể kết hợp (OR = 2,060; p = 0,038). Không tuân thủ/không điều trị không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa.

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đa biến giữa đặc điểm chung và đặc điểm ADHD với rối loạn ăn uống của đối tượng nghiên cứu

Biến số		Mô hình hồi quy logistic đa biến		
		OR	95% CI	p
Tuổi khởi phát	< 3 tuổi	2,341	1,016-5,394	0,046
	≥ 3 tuổi	Nhóm so sánh		
Tuổi chẩn đoán	≥ 7 tuổi	2,870	1,301-6,334	0,009
	< 7 tuổi	Nhóm so sánh		
Suy dinh dưỡng	Có	3,050	1,138-8,174	0,027
	Không	Nhóm so sánh		
Rối loạn xử lí giác quan	Có	2,382	0,910-6,236	0,077
	Không	Nhóm so sánh		
Rối loạn tâm thần đi kèm	Có ít nhất 1 rối loạn tâm thần đi kèm	2,303	1,132-4,687	0,021
	Không	Nhóm so sánh		
Thể kết hợp	Có	2,085	0,989-4,396	0,053
	Không	Nhóm so sánh		

Phân tích đa biến ghi nhận 4 yếu tố liên quan độc lập với rối loạn ăn uống gồm: tuổi khởi phát < 3 tuổi (OR = 2,341; p = 0,046), tuổi chẩn đoán ≥ 7 tuổi (OR = 2,870; p = 0,009), suy dinh dưỡng (OR = 3,050; p = 0,027) và có rối loạn tâm thần đi kèm (OR = 2,303; p = 0,021). Trong các yếu tố trên, suy dinh dưỡng và chẩn đoán muộn có mức độ liên quan mạnh nhất.

4. BÀN LUẬN

Về nhân khẩu học, kết quả nghiên cứu trên 246 trẻ ADHD cho thấy trẻ nam chiếm 89,8%, phù hợp với đặc điểm dịch tễ học đã được ghi nhận rộng rãi, với tỷ lệ nam/nữ trong các mẫu nghiên cứu lâm sàng từ 3/1 đến 5/1 do các triệu chứng tăng động và xung động ở trẻ trai dễ được nhận diện hơn [1]. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 8,60 ± 1,93 tuổi, trong đó nhóm 6-9 tuổi chiếm tỷ lệ cao (67,9%), là giai đoạn các yêu cầu học tập và thích nghi xã hội gia tăng, khiến các khó khăn về chú ý và hành vi trở nên rõ rệt hơn. Ngoài ra, 35,4% trẻ có ít nhất một rối loạn tâm thần đi kèm, phản ánh đặc điểm đồng diễn thường gặp của ADHD, vốn được xem là yếu tố làm gia tăng mức độ suy giảm chức năng và gánh nặng bệnh tật.

Về đặc điểm ADHD, đa số trẻ khởi phát ADHD trước 3 tuổi nhưng thường chẩn đoán muộn (từ 7 tuổi trở lên) do biểu hiện ban đầu dễ nhầm lẫn với hành vi phát triển bình thường và chỉ trở nên rõ rệt khi trẻ phải đáp ứng các yêu cầu học tập và xã hội ngày càng cao [1]. Thể kết hợp chiếm tỷ lệ cao nhất (54,1%), tương đồng với các nghiên cứu quốc tế do nhóm này có gánh nặng triệu chứng và mức độ suy giảm chức năng lớn nhất [3]. Ngoài ra, các biểu hiện xung động (hành động, lời nói, cảm xúc) được ghi nhận ở 15,4-22,8% trường hợp. Dù ít phổ biến hơn các triệu chứng giảm chú ý và tăng động nhưng đây vẫn được xem là một thành phần bệnh lý cốt lõi của ADHD.

Về mối liên quan giữa đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu với rối loạn ăn uống, kết quả cho thấy suy dinh dưỡng, rối loạn xử lý giác quan và rối loạn tâm thần đi kèm là các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với rối loạn ăn uống ở trẻ ADHD. Trẻ suy dinh dưỡng có nguy cơ rối loạn ăn uống cao gần gấp 3 lần so với nhóm không suy dinh dưỡng. Nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ cũng phát hiện tỷ lệ suy dinh dưỡng theo cân nặng/chiều cao cao hơn có ý nghĩa ở nhóm ADHD so với nhóm chứng [5]. Mối liên quan này phù hợp với các phát hiện cho thấy hành vi ăn uống hạn chế, chọn lọc thức ăn và bỏ bữa có thể dẫn đến giảm lượng thức ăn đưa vào, mất cân bằng dinh dưỡng kéo dài và ảnh hưởng đến tăng trưởng thể chất. Ngược lại, suy dinh dưỡng làm trầm trọng thêm các rối loạn điều hòa thần kinh, củng cố vòng xoáy bệnh lý [6]. Đáng chú ý, trẻ có rối loạn xử lý giác quan có nguy cơ rối

loạn ăn uống cao gấp khoảng 3 lần so với nhóm không có rối loạn này. Nghiên cứu gần đây của Kasak M và cộng sự trên trẻ ADHD cho thấy các bất thường trong xử lí xúc giác, vị giác, khứu giác hoặc cảm nhận kết cấu thức ăn có thể làm gia tăng tính chọn lọc thực phẩm, từ chối thức ăn mới và các hành vi né tránh ăn uống [7]. Bên cạnh đó, trẻ có ít nhất một rối loạn tâm thần đi kèm có nguy cơ rối loạn ăn uống cao gấp 2,6 lần. Sự đồng xuất hiện này có thể được giải thích bởi các cơ chế bệnh sinh chung liên quan đến rối loạn điều hòa cảm xúc, suy giảm chức năng điều hành và bất thường hệ thống tưởng thưởng, vốn được ghi nhận ở cả ADHD và các rối loạn ăn uống [4]. Ngoài ra, tỷ lệ đồng diễn ADHD và rối loạn ăn uống cao hơn ở chán ăn tâm thần thể ăn vô độ/nôn ói và ăn vô độ tâm thần so với chán ăn tâm thần thể hạn chế. Điều này gợi ý rằng rối loạn đồng diễn và tính xung động là yếu tố trung gian quan trọng trong mối liên hệ này [8].

Về mối liên quan giữa đặc điểm ADHD với rối loạn ăn uống, kết quả cho thấy rối loạn ăn uống gặp nhiều hơn ở trẻ khởi phát ADHD trước 3 tuổi. Kết quả này cho thấy thời gian tồn tại triệu chứng kéo dài và mức độ biểu hiện bệnh nặng hơn có thể làm gia tăng nguy cơ xuất hiện rối loạn ăn uống. Villa F.M và cộng sự (2023) nhận định rằng khởi phát ADHD sớm liên quan đến suy giảm chức năng điều hành nặng nề hơn, đặc biệt là khả năng kiểm soát xung động và cảm xúc, ảnh hưởng đến điều hòa hành vi ăn uống [4]. Tuổi chẩn đoán muộn (sau 7 tuổi) cũng làm tăng nguy cơ xuất hiện rối loạn ăn uống ở trẻ ADHD gấp hơn 2 lần. Nghiên cứu của Yilmaz Z và cộng sự (2017) cũng chỉ ra rằng chẩn đoán muộn và không kịp thời can thiệp ở trẻ có triệu chứng ADHD làm tăng nguy cơ rối loạn ăn uống cao hơn đáng kể [9]. Về vai trò thể lâm sàng của ADHD, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thể kết hợp là yếu tố nguy cơ của rối loạn ăn uống. Kết quả của nghiên cứu này cũng tương đồng với nghiên cứu của Jahrami H và cộng sự, trong đó thể kết hợp chiếm 59% nhóm ADHD và có liên quan với nguy cơ rối loạn ăn uống cao hơn hai thể còn lại [10]. Việc thể kết hợp liên quan với rối loạn ăn uống cũng phù hợp với giả thuyết cho rằng sự cộng gộp của các triệu chứng giảm chú ý, tăng động và xung động làm tăng nguy cơ xuất hiện các rối loạn hành vi thứ phát.

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, 4 yếu tố vẫn duy trì mối liên quan độc lập với rối loạn ăn uống gồm tuổi khởi phát dưới 3 tuổi, tuổi chẩn đoán từ 7 tuổi trở lên, suy dinh dưỡng và có rối loạn tâm thần đi kèm. Trong các yếu tố trên, suy dinh dưỡng và chẩn đoán muộn là 2 yếu tố có mức độ liên quan mạnh nhất. Các tổng quan gần đây cho thấy ADHD và rối loạn ăn uống có sự chồng lấp về cơ chế bệnh sinh, bao gồm bất thường chức năng điều hành, kiểm soát xung động, điều hòa cảm xúc và hệ thống tưởng thưởng. Tính xung động làm giảm khả năng kiểm soát hành vi, trong khi các bất thường về hệ dopaminergic và cơ chế tưởng thưởng có thể thúc đẩy các hành vi ăn uống mất kiểm soát [4]. Kết quả này cho thấy nguy cơ rối loạn ăn uống ở trẻ ADHD không chỉ phụ thuộc vào các hành vi ăn uống đơn thuần mà còn phản ánh mức độ phức tạp của rối loạn phát triển thần kinh nền cũng như gánh nặng bệnh lý đồng diễn.

5. KẾT LUẬN

Rối loạn ăn uống có tỷ lệ đáng kể ở trẻ ADHD và liên quan đến nhiều đặc điểm của bệnh. Nhóm trẻ có biểu hiện sớm, chẩn đoán muộn hoặc có bệnh lý đồng diễn, suy dinh dưỡng có nguy cơ đáng kể mắc rối loạn ăn uống. Các kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc đánh giá toàn diện các vấn đề ăn uống trong thực hành lâm sàng ADHD.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Posner J, Polanczyk G.V, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet, 2020, 395 (10222): 450-462. doi: 10.1016/s0140-6736(19)33004-1

[2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5, 5th edition. APA, Washington, 2013.

[3] Faraone S.V, Banaschewski T, Coghill D et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. Neurosci Biobehav Rev, 2021, 128: 789-818. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

[4] Villa F.M, Crippa A, Rosi E, Nobile M, Brambilla P, Delvecchio G. ADHD and eating disorders in childhood and adolescence: an updated minireview. J Affect Disord, 2023, 321: 265-271. doi: 10.1016/j.jad.2022.10.016

[5] Güngör S, Celiloğlu Ö.S, Raif S.G, Özcan Ö.Ö, Selimoğlu M.A. Malnutrition and obesity in children with ADHD. J Atten Disord, 2016, 20 (8): 647-652. doi: 10.1177/1087054713478465

[6] Varela C, Hoyo Á, Tapia-Sanz M.E et al. An update on the underlying risk factors of eating disorders onset during adolescence: a systematic review. Front Psychol, 2023, 14: 1221679. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1221679

[7] Kaşak M, Okumuş H.G, Çelik Y.S et al. Selective eating and sensory sensitivity in children with ADHD: a comparative study of ARFID symptom profiles. Int J Eat Disord, 2025, 58 (10): 1991-2002. doi: 10.1002/eat.24512

[8] Nickel K, Maier S, Endres D et al. Systematic review: overlap between eating, autism spectrum, and attention-deficit/hyperactivity disorder. Front Psychiatry, 2019, 10. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00708/pdf

[9] Yilmaz Z, Javaras K.N, Baker J.H et al. Association between childhood to adolescent ADHD symptom trajectories and late adolescent disordered eating. J Adolesc Health, 2017, 61 (2): 140. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.04.001

[10] Jahrami H, AlAnsari A.M, Janahi A.I, Janahi A.K, Darraj L.R, Faris MAIE. The risk of eating disorders among children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: results of a matched cohort study. Int J Pediatr Adolesc Med, 2021, 8 (2): 102-106. doi: 10.1016/j.ijpam.2020.06.002