

TỶ LỆ VÀ ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý Ở TRẺ MẮC ĐỘNG KINH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Đông^{1,2}, Nguyễn Thị Phương Mai¹

Cao Vũ Hùng³ và Đỗ Thanh Hương^{1,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Rối loạn tăng động giảm chú ý (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) là rối loạn phát triển thần kinh thường gặp ở trẻ em, đặc biệt phổ biến ở trẻ mắc động kinh. Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ khảo sát đặc điểm ADHD ở 201 trẻ từ 6 - 12 tuổi mắc động kinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Kết quả cho thấy tỷ lệ ADHD là 25,4%, trong đó thể hỗn hợp chiếm ưu thế (47,1%). Các triệu chứng giảm chú ý như hay quên, dễ sao nhãng và khó duy trì sự tập trung xuất hiện phổ biến, bên cạnh các hành vi tăng động/xung động như không ngồi yên và nói nhiều. Đáng chú ý, trẻ có chỉ số IQ dưới 70 có nguy cơ mắc ADHD cao hơn gấp 6 lần so với nhóm IQ bình thường ($p < 0,001$). Nghiên cứu khẳng định ADHD là rối loạn đồng mắc hay gặp ở trẻ động kinh, làm phức tạp thêm việc chăm sóc và điều trị. Việc sàng lọc định kỳ ADHD nên được tích hợp vào quy trình quản lý trẻ động kinh nhằm phát hiện sớm và can thiệp hiệu quả.

Từ khoá: Rối loạn tăng động giảm chú ý, động kinh, trẻ em.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một bệnh lý mạn tính phức tạp của hệ thần kinh trung ương, đặc trưng bởi các cơn co giật hoặc những biểu hiện lâm sàng khác như rối loạn cảm giác, hành vi hoặc nhận thức, xảy ra do sự phóng điện đồng thời bất thường và quá mức ở một quần thể neuron trong não bộ.¹ Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tỷ lệ hiện mắc động kinh trong cộng đồng dao động từ 4 - 10/1000 người, với khoảng 50 triệu người mắc trên toàn thế giới. Tỷ lệ mắc động kinh ở trẻ em khác nhau tùy theo khu vực, khoảng 6,3 - 7,7/1000 tại các nước có thu nhập thấp và trung bình, so với 3,6/1000 ở các quốc gia có thu nhập cao.² Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc động

kinh là 4,4/1000 người, trong đó động kinh trẻ em chiếm 64,5%.³ Các nghiên cứu gần đây đã chứng minh khoảng 50% trẻ động kinh có ít nhất một rối loạn tâm thần đi kèm và nguy cơ mắc các rối loạn này ở trẻ động kinh có thể cao gấp 8 lần so với nhóm chứng.⁴ Các rối loạn đi kèm phổ biến nhất là rối loạn phát triển thần kinh, đặc biệt là ADHD. ADHD được đặc trưng bởi giảm chú ý và/hoặc tăng động/xung động diễn ra thường xuyên liên tục, xuất hiện ở nhiều môi trường khác nhau, gây ảnh hưởng hoặc làm giảm chất lượng của hoạt động xã hội, học tập hoặc nghề nghiệp.⁵ Nguy cơ mắc ADHD ở trẻ động kinh cao hơn trẻ bình thường từ 2,7 - 4 lần. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc ADHD ở trẻ động kinh dao động từ 12 - 70%.⁶ Thêm vào đó, tác động của ADHD đi kèm với bệnh động kinh ở trẻ em thường gây ra những ảnh hưởng nghiêm trọng đến hoạt động chức năng của trẻ. Quản lý động kinh ở nhóm trẻ này phức tạp

Tác giả liên hệ: Đỗ Thanh Hương

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dothanhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 18/06/2025

Ngày được chấp nhận: 01/07/2025

hơn bao gồm vừa điều trị động kinh vừa điều trị ADHD. Chẩn đoán và can thiệp sớm có vai trò quan trọng để tối ưu hoá kết quả điều trị ADHD ở trẻ động kinh, từ đó giúp giảm chi phí và tối ưu nguồn lực chăm sóc trẻ.

Từ thực tiễn lâm sàng và khoảng trống nghiên cứu nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ và đặc điểm rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ động kinh từ 6 - 12 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Trẻ từ 6 - 12 tuổi được chẩn đoán xác định mắc động kinh theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Liên đoàn Quốc tế Chống Động kinh năm 2014, đang điều trị tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ tháng 10/2024 đến 05/2025 được chọn vào nghiên cứu.⁷ Những trẻ không có khả năng giao tiếp, mắc bệnh lý nội khoa mạn tính nặng khác ngoài động kinh như bệnh chuyển hóa, bệnh lý hệ thống... và cha mẹ/người chăm sóc không đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Công cụ nghiên cứu

Thang đánh giá chẩn đoán tăng động giảm chú ý Vanderbilt (Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale - VADRS) được phát triển bởi Mark L. Wolraich và cộng sự (CS), được sử dụng để khảo sát các biểu hiện ADHD cho trẻ từ 6 - 12 tuổi. Bộ công cụ được thiết kế dành cho 2 đối tượng là cha mẹ và giáo viên với 2 mục đích: (1) đánh giá mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng ADHD và (2) theo dõi quá trình điều trị/can thiệp cho trẻ. Thang đo này đã được sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới với độ nhạy là 80% và độ đặc hiệu là 75%, độ tin cậy

Cronbach's Alpha > 0,9.⁸

Trắc nghiệm Raven là một công cụ đánh giá trí tuệ phi ngôn ngữ (IQ - Intelligence Quotient), được phát triển bởi John C Raven, năm 1936, với mục tiêu đo lường khả năng suy luận trừu tượng, một thành phần cốt lõi của trí thông minh "tổng quát" (General intelligence - G).⁹ Bài kiểm tra được thiết kế dưới dạng các ma trận hình học với một phần bị khuyết, yêu cầu người làm chọn hình phù hợp để hoàn thiện dựa trên quy luật logic.

Chỉ số và biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu bao gồm tuổi, giới tính, nơi ở, chỉ số IQ, tuổi khởi phát động kinh, phân loại cơn động kinh theo Liên đoàn Quốc tế Chống Động kinh năm 2017.¹⁰ Tỷ lệ và đặc điểm ADHD ở trẻ động kinh khảo sát bằng thang VADRS.

Xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thống kê mô tả để trình bày các đặc điểm của mẫu nghiên cứu (tần suất, tỷ lệ %, trung bình, độ lệch chuẩn). Các kiểm định thống kê được áp dụng tùy theo loại biến (Kiểm định Chi-square, t-test, ANOVA...) với mức ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức của Bệnh viện Nhi Trung ương số 3244/BVNTW-HĐĐĐ ngày 17 tháng 10 năm 2024.

III. KẾT QUẢ

Khảo sát 201 trẻ mắc động kinh có tuổi trung bình là $8,70 \pm 1,6$, đáp ứng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, đang điều trị tại Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Nhi Trung ương trong khoảng thời gian từ 06/2024 - 05/2025.

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ nam/nữ trong nhóm nghiên cứu là 1,3:1. Tỷ lệ động kinh cục bộ chiếm ưu thế

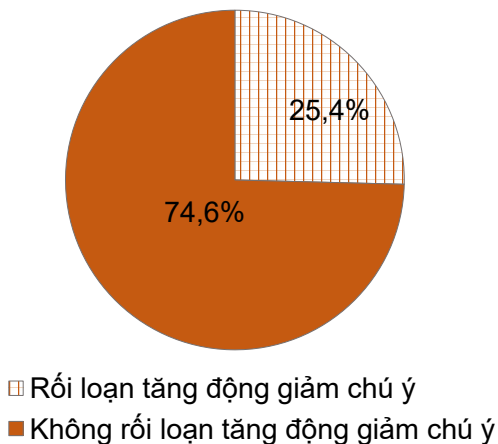
(68,2%), phần lớn trẻ khởi phát cơn động kinh từ 6 tuổi trở lên, đa số sống ở vùng nông thôn.

Gần 70% trẻ có chỉ số IQ trong giới hạn bình thường.

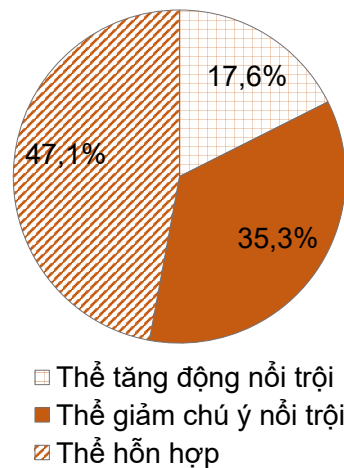
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	n = 201	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	113	56,2
	Nữ	88	43,8
Khu vực sống	Thành thị	52	25,9
	Nông thôn	149	74,1
Phân loại trí tuệ IQ	≥ 90	139	69,2
	70 - 89	41	20,3
	< 70	21	10,5
Tuổi khởi phát động kinh	Dưới 1 tuổi	17	8,5
	Từ 1 đến dưới 3 tuổi	27	13,4
	Từ 3 đến dưới 6 tuổi	68	33,8
	Từ 6 tuổi trở lên	89	44,3
Phân loại động kinh	Khởi phát toàn thể	64	31,8
	Khởi phát cục bộ	137	68,2
	Không rõ khởi phát	0	0

2. Tỷ lệ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ động kinh



A. Tỷ lệ mắc ADHD



B. Các thể lâm sàng của ADHD

Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc và các thể lâm sàng của ADHD ở trẻ động kinh qua khảo sát bằng thang VADRS

Khoảng 25,4% số trẻ động kinh trong nghiên cứu mắc ADHD qua khảo sát bằng thang VADRS, trong số đó biểu hiện lâm sàng chính

của ADHD ở nhóm trẻ này là thể hỗn hợp.

3. Điểm rối loạn tăng động giảm chú ý ở nhóm trẻ động kinh

Bảng 2. Đặc điểm nhóm triệu chứng giảm chú ý của nhóm trẻ động kinh

Nhóm triệu chứng giảm chú ý	n = 201	Tỷ lệ (%)
Thường xuyên không thể chú ý vào chi tiết hoặc mắc lỗi cầu thả trong các nhiệm vụ hoặc hoạt động	57	28,4
Thường xuyên bị sao nhãng bởi các kích thích bên ngoài	58	28,9
Thường xuyên dường như không lắng nghe khi được nói chuyện trực tiếp	31	15,4
Thường xuyên gặp khó khăn trong việc duy trì sự chú ý trong các nhiệm vụ hoặc hoạt động	56	27,9
Thường xuyên không làm theo hướng dẫn và không hoàn thành nhiệm vụ hoặc hoạt động	44	21,9
Thường xuyên gặp khó khăn trong việc tổ chức các nhiệm vụ và hoạt động	41	20,4
Thường xuyên né tránh, không muốn tham gia vào các nhiệm vụ đòi hỏi phải duy trì nỗ lực tinh thần	51	25,4
Thường xuyên mất những thứ cần thiết cho các nhiệm vụ hoặc hoạt động	40	19,9
Thường xuyên quên các hoạt động hàng ngày	58	28,9

Các biểu hiện giảm chú ý thường gặp nhất ở trẻ động kinh là thường xuyên bị sao nhãng bởi các kích thích bên ngoài (28,9%) và thường quên các hoạt động hàng ngày (28,9%). Tỷ lệ

trẻ thường xuyên không thể chú ý vào chi tiết hoặc mắc lỗi cầu thả trong các nhiệm vụ hoặc hoạt động là 28,4%.

Bảng 3. Đặc điểm nhóm triệu chứng tăng động/xung động của nhóm trẻ động kinh

Nhóm triệu chứng tăng động/ xung động	n = 201	Tỷ lệ (%)
Thường xuyên cựa quậy chân tay, vặn vẹo, ngồi không yên	68	33,8
Thường rời khỏi chỗ ngồi ở những nơi cần phải ngồi yên	38	19,4
Thường xuyên chạy, leo trèo quá mức ở những nơi cần phải ngồi yên	30	15
Thường xuyên khó tham gia trong các hoạt động tĩnh hoặc trò chơi tĩnh	35	17,5
Thường xuyên hoạt động luôn chân tay hoặc hành động như thể được “gắn động cơ”	34	16,9
Thường xuyên nói quá nhiều	40	19,9

Nhóm triệu chứng tăng động/ xung động	n = 201	Tỷ lệ (%)
Thường bột phát trả lời khi người khác chưa hỏi xong	28	13,9
Thường xuyên khó khăn khi chờ đợi đến lượt	35	17,4
Thường xuyên ngắt quãng hoặc chen ngang vào công việc/hội thoại của người khác	29	14,5

Biểu hiện tăng động/xung động phổ biến nhất ở trẻ động kinh là thường xuyên cựa quậy tay chân, vặn vẹo, ngồi không yên (33,8%) và thường xuyên nói quá nhiều (19,9%). Các hành

vi xung động như thường bột phát trả lời khi người khác chưa hỏi xong, thường xuyên ngắt quãng hoặc chen ngang vào công việc/hội thoại của người khác chiếm tỷ lệ từ 13,9% đến 14,5%.

Bảng 4. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm trẻ động kinh có và không ADHD

Đặc điểm		ADHD, n (%)		p	OR 95%CI
		Có (n = 51)	Không (n = 150)		
Giới tính	Nam	33 (64,7)	80 (53,3)	0,157	0,623 (0,323 - 1,203)
	Nữ	18 (35,3)	70 (46,7)		
Nơi sống	Thành thị	14 (27,5)	38 (25,3)	0,765	0,897 (0,438 - 1,836)
	Nông thôn	37 (72,5)	112 (74,7)		
Chỉ số IQ	≥ 70	38 (74,5)	142 (94,7)	0,001	6,072 (2,347 - 15,712)
	< 70	13 (25,5)	8 (5,3)		
Tuổi khởi phát động kinh	< 6 tuổi	30 (58,8)	82 (54,7)	0,660	0,844 (0,443 - 1,607)
	≥ 6 tuổi	21 (41,2)	68 (45,3)		
Phân loại động kinh	Khởi phát toàn thể	16 (31,4)	48 (32,0)	0,934	1,029 (0,520 - 2,040)
	Khởi phát cục bộ	35 (68,6)	102 (68,0)		

Trẻ có IQ < 70 có nguy cơ mắc ADHD cao gấp hơn 6 lần so với trẻ có IQ ≥ 70 (với $p < 0,001$). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ADHD và các yếu tố như giới tính, nơi sống, tuổi khởi phát hoặc loại cơn động kinh ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát tỷ lệ mắc ADHD và đặc điểm ADHD ở trẻ mắc

động kinh trong độ tuổi 6 - 12, sử dụng thang VADRS. Kết quả cho thấy tỷ lệ mắc ADHD trong nhóm nghiên cứu là 25,4%, cao hơn đáng kể so với tỷ lệ mắc ADHD ở trẻ em (5 - 10%), phản ánh mối liên hệ đáng tin cậy giữa động kinh và ADHD.⁶ Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Choudhary và cộng sự (CS) tại Ấn Độ (23%).¹¹ Nhưng thấp hơn kết quả của Ahmed và CS, ghi nhận tỷ lệ 31,3%.¹² Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do khác biệt

về dân số, tiêu chí chẩn đoán và công cụ sàng lọc được sử dụng. Mặc dù vậy, tỷ lệ 25,4% trẻ động kinh có biểu hiện ADHD nhấn mạnh sự cần thiết của việc tăng cường sàng lọc rối loạn này trong thực hành lâm sàng khi khám trẻ động kinh. ADHD có thể bị che lấp bởi các triệu chứng điển hình của động kinh, đặc biệt là ở thể động kinh cục bộ - dạng được ghi nhận phổ biến nhất trong nghiên cứu hiện tại. Điều này dẫn đến nguy cơ bỏ sót chẩn đoán và bỏ lỡ thời điểm can thiệp hiệu quả. Phân tích thể lâm sàng cho thấy thể hỗn hợp chiếm ưu thế với tỷ lệ 47,1%, tiếp đến là thể giảm chú ý nổi trội (35,3%) và thể tăng động-xung động nổi trội (17,6%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Pratibha và CS.¹³ Tuy nhiên, không trùng khớp hoàn toàn với nghiên cứu của Ahmed và CS, trong đó thể giảm chú ý chiếm tỷ lệ cao nhất.¹² Điều này gợi ý rằng biểu hiện lâm sàng của ADHD ở trẻ động kinh có thể thay đổi tùy theo đặc điểm bệnh động kinh, độ tuổi khảo sát; do vậy cần đánh giá kỹ lưỡng từng trường hợp để có chiến lược can thiệp phù hợp.

Xét riêng từng nhóm triệu chứng, các biểu hiện giảm chú ý xuất hiện với tần suất cao. Trẻ thường xuyên bị sao nhãng bởi các kích thích bên ngoài (28,9%) và thường quên các hoạt động hàng ngày (28,9%), thường xuyên không thể chú ý vào chi tiết hoặc mắc lỗi cầu thả trong các nhiệm vụ hoặc hoạt động là 28,4%. Những biểu hiện này có thể liên quan đến tổn thương hoặc rối loạn chức năng ở các vùng não như thùy trán và thùy đỉnh - các vùng có vai trò trung tâm trong kiểm soát sự chú ý và tổ chức hành vi.⁴ Các biểu hiện tăng động/xung động tuy ít phổ biến hơn nhưng vẫn hiện diện rõ ràng. Triệu chứng chủ yếu là thường xuyên cựa quậy tay chân, vặn vẹo, ngồi không yên (33,8%) và thường xuyên nói quá nhiều (19,9%), các hành vi xung động như thường bột phát trả lời khi người khác chưa hỏi xong, thường xuyên

ngắt quãng hoặc chen ngang vào công việc/hội thoại của người khác chiếm tỷ lệ từ 13,9% đến 14,5%. Những biểu hiện này phản ánh sự suy giảm kiểm soát hành vi và rối loạn ức chế hành vi, vốn là hậu quả của rối loạn chức năng vùng vỏ não trước trán. Nếu không được can thiệp kịp thời, tình trạng tăng động-xung động có thể làm gia tăng mâu thuẫn trong giao tiếp xã hội, cản trở học tập và làm giảm khả năng tuân thủ điều trị động kinh.⁶

Phân tích sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm trẻ động kinh có và không có ADHD cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về giới tính, nơi sống, tuổi khởi phát động kinh và phân loại động kinh ($p > 0,05$). Điều này cho thấy các yếu tố nhân khẩu học và đặc điểm cơ giết có thể không phải là yếu tố dự báo mạnh đối với nguy cơ mắc ADHD ở trẻ động kinh. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trước đó cho rằng ADHD ở trẻ động kinh có thể chịu ảnh hưởng nhiều hơn từ các yếu tố thần kinh - nhận thức hơn là yếu tố nhân khẩu học đơn thuần.⁶ Tuy nhiên, một phát hiện đáng chú ý là chỉ số IQ < 70 có liên quan chặt chẽ với nguy cơ mắc ADHD, với $p < 0,001$ và $OR = 6,072$, 95% CI: 2,347 - 15,712. Điều này cho thấy trẻ động kinh có chỉ số IQ thấp có nguy cơ mắc ADHD cao gấp hơn 6 lần so với nhóm có IQ ≥ 70 . Đây là một mối liên quan mạnh mẽ và có ý nghĩa lâm sàng, nhấn mạnh vai trò của chức năng nhận thức tổng thể trong cơ chế bệnh sinh của ADHD ở trẻ động kinh. Các nghiên cứu quốc tế cũng ghi nhận mối liên hệ tương tự. Nghiên cứu của Hermann và cộng sự cho thấy trẻ động kinh có kèm ADHD có xu hướng có chỉ số IQ thấp hơn đáng kể so với nhóm chỉ có động kinh đơn thuần.¹⁴ Tình trạng suy giảm nhận thức này có thể phản ánh hậu quả của hoạt động động kinh kéo dài, ảnh hưởng đến vùng vỏ não trước trán và các cấu trúc liên quan đến điều hành

hành vi và chú ý. Do đó, việc sàng lọc chỉ số IQ và chức năng nhận thức cần được xem là bước quan trọng trong quá trình đánh giá toàn diện trẻ động kinh, giúp phát hiện sớm các nguy cơ kèm theo như ADHD để xây dựng kế hoạch can thiệp phù hợp.

Nghiên cứu có ưu điểm là sử dụng thang VADRS đã được chuẩn hóa, với sự kết hợp thông tin từ cả cha mẹ và giáo viên, giúp phản ánh hành vi của trẻ bị động kinh một cách toàn diện trong hai môi trường khác nhau. Cỡ mẫu đủ lớn và thực hiện tại trung tâm chuyên khoa uy tín cũng làm tăng giá trị thực tiễn của kết quả. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế như thiết kế cắt ngang không đánh giá được quan hệ nhân quả, phương pháp chọn mẫu thuận tiện có thể gây sai số và việc đánh giá chủ yếu dựa trên ý kiến chủ quan của người chăm sóc.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ động kinh từ 6 - 12 tuổi có biểu hiện ADHD theo thang VADRS là 25,4%, trong đó thể hỗn hợp là phổ biến nhất. Các biểu hiện giảm chú ý và tăng động/xung động xuất hiện với tần suất đáng kể, đi kèm tỷ lệ cao các rối loạn nhận thức. Chỉ số IQ thấp là yếu tố liên quan rõ rệt đến nguy cơ mắc ADHD ở trẻ động kinh.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Việc sàng lọc và can thiệp sớm ADHD nên được tích hợp vào quy trình điều trị tổng thể cho bệnh nhân động kinh nhằm phát hiện sớm và quản lý phù hợp theo từng bối cảnh lâm sàng. Thang VADRS là công cụ có giá trị trong hỗ trợ phát hiện sớm và định hướng quản lý lâm sàng phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pati S, Alexopoulos A. Pharmacoresistant epilepsy: From pathogenesis to current and

emerging therapies. *Cleveland Clinic journal of medicine*. 2010;77:457-467. doi:10.3949/ccjm.77a.09061

2. Beghi E, Giussani G, Nichols E, et al. Global, regional, and national burden of epilepsy, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2019;18(4):357-375. doi:10.1016/S1474-4422(18)30454-X.

3. Tuan NA, Cuong LQ, Allebeck P, et al. The prevalence of epilepsy in a rural district of Vietnam: a population-based study from the EPIBAVI project. *Epilepsia*. 2008;49(9):1634-1637. doi:10.1111/j.1528-1167.2008.01663.x

4. Keezer MR, Sisodiya SM, Sander JW. Comorbidities of epilepsy: current concepts and future perspectives. *Lancet Neurol*. 2016;15(1):106-115. doi:10.1016/S1474-4422(15)00225-2

5. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian J Psychiatry*. 2013;55(3):220-223. doi:10.4103/0019-5545.117131

6. Dunn DW, Austin JK, Harezlak J, et al. ADHD and epilepsy in childhood. *Dev Med Child Neurol*. 2003;45(1):50-54.

7. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-482. doi:10.1111/epi.12550

8. Anderson NP, Feldman JA, Kolko DJ, et al. National Norms for the Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale in Children. *J Pediatr Psychol*. 2022;47(6):652-661. doi:10.1093/jpepsy/jsab132

9. Raven J. Raven Progressive Matrices. In: McCallum RS, ed. *Handbook of Nonverbal Assessment*. Springer US; 2003:223-237. doi:10.1007/978-1-4615-0153-4_11

10. Fisher RS, Cross JH, D'Souza C, et al. Instruction manual for the ILAE 2017

operational classification of seizure types. *Epilepsia*. 2017;58(4):531-542. doi:10.1111/epi.13671

11. Choudhary A, Gulati S, Sagar R, et al. Childhood epilepsy and ADHD comorbidity in an Indian tertiary medical center outpatient population. *Sci Rep*. 2018;8(1):2670. doi:10.1038/s41598-018-20676-8

12. Ahmed NSE din, Nada MA, Amin RM, et al. Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children with Epilepsy, Egyptian Study. *Neuroscience and*

Medicine. 2020;11(4):119-129. doi:10.4236/nm.2020.114014

13. Pratibha S, Subhas GT, Chandrashekar H. Association of attention deficit hyperkinetic disorder and epilepsy: Further explored. *Indian Journal of Psychiatry*. 2014;56(4):405. doi:10.4103/0019-5545.146515

14. Hermann B, Jones J, Dabbs K, et al. The frequency, complications and aetiology of ADHD in new onset paediatric epilepsy. *Brain*. 2007;130(Pt 12):3135-3148. doi:10.1093/brain/awm227

Summary

PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDREN WITH EPILEPSY AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) is a common neurodevelopmental disorder in children, particularly prevalent among those with epilepsy. This cross-sectional descriptive study aimed to determine the prevalence and clinical characteristics of ADHD in 201 children aged 6 to 12 years old with epilepsy treated at the Vietnam National Children Hospital. The findings showed that the prevalence of ADHD was 25.4%, with the combined presentation being the most common subtype (47.1%). Inattention symptoms such as forgetfulness, distractibility, and difficulty maintaining focus were frequently observed, along with hyperactive/impulsive behaviors including restlessness and excessive talking. Notably, children with an IQ below 70 had a six fold higher risk of ADHD compared to those with normal IQ levels ($p < 0.001$). The study confirmed that ADHD is a common comorbidity in children with epilepsy, further complicating clinical care and management. Routine screening for ADHD should be integrated into the management protocols of children with epilepsy for early detection and effective intervention.

Keywords: ADHD, epilepsy, children.