

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý Ở TRẺ TỪ 6 ĐẾN 8 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2023 - 2025

Phạm Kiều Anh Thơ, Bùi Minh Trí, Bùi Quang Nghĩa

Phún Duy Long và Trần Quang Khải✉

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Rối loạn tăng động giảm chú ý là một rối loạn hoạt động não bộ với các biểu hiện triệu chứng dai dẳng về giảm tập trung chú ý, tăng các hoạt động hoặc hành vi quá mức gây ảnh hưởng đến học tập và chức năng xã hội của trẻ. Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị 43 trẻ từ 6 - 8 tuổi được chẩn đoán rối loạn tăng động giảm chú ý tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ từ tháng 6/2023 - 5/2025. Kết quả thu được thể giảm chú ý nổi trội phổ biến nhất (44,2%). Tỷ lệ rối loạn tâm thần đi kèm thấp, rối loạn thách thức chống đối (4,7%), chậm phát triển tâm thần (2,3%). Sau 1 tháng điều trị, có 31 trẻ tái khám (72,1%), 12 trẻ bỏ tái khám (27,9%). Trung bình trẻ được cải thiện $9,94 \pm 5,83$ điểm so với trước điều trị. Trung bình điểm số triệu chứng đều giảm ở tất cả các nhóm. Trình độ học vấn của cha và trình độ học vấn của mẹ có liên quan đến cải thiện điểm số thang điểm Vanderbilt trước và sau điều trị ($p < 0,05$). Đây là tiền đề quan trọng gợi ý cho nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn.

Từ khoá: Rối loạn tăng động giảm chú ý, trẻ em, kết quả, điều trị, Cần Thơ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng động giảm chú ý (RLTĐGCY) là một rối loạn biểu hiện bởi các triệu chứng tăng động, bốc đồng và/hoặc mất tập trung. Các triệu chứng này ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng nhận thức, học tập, hành vi, cảm xúc và xã hội.¹ Trẻ mắc RLTĐGCY có điểm số chất lượng cuộc sống thấp hơn đáng kể trong tất cả các lĩnh vực so với nhóm không mắc.² Trên thế giới, số liệu từ các nghiên cứu tổng hợp ghi nhận tỷ lệ lưu hành RLTĐGCY ở trẻ em và thanh thiếu niên dao động khoảng 6 – 8%, đặc biệt cao ở nhóm tuổi học đường từ 6 đến 12 tuổi.^{3,4} Theo một phân tích tổng hợp từ 175 nghiên cứu trong 36 năm, tỷ lệ lưu hành ước tính của RLTĐGCY là 7,2%.⁵ Theo một nghiên

cứu tại Huế năm 2021, tỷ lệ học sinh tiểu học mắc RLTĐGCY chiếm 4,6%.⁶ Do đó, RLTĐGCY đã trở thành một trong những rối loạn tâm thần phổ biến nhất ở trẻ em.

Hiện nay, điều trị RLTĐGCY ở trẻ em chủ yếu dựa vào 2 phương pháp chính: can thiệp giáo dục - hành vi và điều trị bằng thuốc. Mục đích của điều trị là nhằm cải thiện các triệu chứng tăng động, giảm chú ý; nâng cao khả năng nhận thức, học tập, hành vi và chất lượng cuộc sống cho trẻ; giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội. Tại thành phố Cần Thơ, chưa có nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị rối loạn này ở các trẻ trong độ tuổi từ 6 đến 8 tuổi. Đây là nhóm trẻ những năm đầu bậc tiểu học - lứa tuổi thường có biểu hiện rõ rệt do đòi hỏi sự tập trung và tuân thủ nội quy để bắt đầu quá trình học tập, một khi phát hiện bệnh lý mà không được điều trị hoặc điều trị đáp ứng kém sẽ ảnh hưởng không chỉ đến tương lai trẻ, gia đình mà cả xã hội. Chính

Tác giả liên hệ: Trần Quang Khải

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: tqkhai@ctump.edu.vn

Ngày nhận: 30/09/2025

Ngày được chấp nhận: 15/10/2025

vì lẽ đó, nhóm nghiên cứu tiến hành thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng ở trẻ 6 đến 8 tuổi mắc rối loạn tăng động giảm chú ý tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ năm 2023 - 2025. 2) Đánh giá kết quả điều trị cho trẻ 6 đến 8 tuổi mắc rối loạn tăng động giảm chú ý tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ năm 2023 - 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả trẻ em từ 6 đến 8 tuổi đến khám và điều trị tại Phòng khám Tâm lý thuộc Khoa Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ từ tháng 06/2023 đến tháng 05/2025 và được chẩn đoán xác định RLTDGCY.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Tuổi: trẻ từ 6 – 8 tuổi.
- Trẻ được chẩn đoán xác định RLTDGCY theo tiêu chuẩn DSM-5: khi trẻ thỏa mãn hai yếu tố gồm: Trẻ phải có ít nhất một trong hai nhóm triệu chứng về giảm chú ý và/hoặc tăng động/xung động, đồng thời trẻ phải có ít nhất 6 biểu hiện triệu chứng theo tiêu chuẩn đánh giá và các triệu chứng phải xuất hiện trong vòng 6 tháng gần đây.¹

- Phụ huynh hoặc người giám hộ trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ mắc các bệnh lý não thực thể hoặc rối loạn tâm thần khác đã được chẩn đoán xác định bởi bác sĩ chuyên khoa.
- Trẻ không tuân thủ phác đồ điều trị hoặc buộc phải dùng thuốc do tác dụng phụ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả can thiệp trước – sau, không có nhóm chứng.

Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ các trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ đều được

đưa vào nghiên cứu. Thực tế, nhóm nghiên cứu thu thập được 43 mẫu.

Nội dung nghiên cứu

- Tất cả bệnh nhi thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu được mời tham gia nghiên cứu. Trẻ được thu thập các đặc điểm về nhân khẩu học (nhóm tuổi, giới tính, nơi ở, trình độ học vấn của cha, trình độ học vấn của mẹ, thứ tự con trong gia đình) và đặc điểm lâm sàng.

- Tại Phòng khám Tâm lý thuộc Khoa Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng, trẻ được các bác sĩ chuyên khoa tâm thần nhi tiến hành điều trị theo phác đồ Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ bao gồm:

+ Điều trị bằng thuốc chống loạn thần risperidone (risperdal 1mg): trẻ ≥ 5 tuổi. Cân nặng ≤ 20 kg: 0,25 mg/ngày, cân nặng ≥ 20 kg: 0,5 mg/ngày, tối đa 2,5 mg/ngày; trẻ ≥ 45 kg tổng liều tối đa 3,5 mg/ngày.⁷

+ Can thiệp tâm lý hành vi: do cha mẹ thực hiện theo sự hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa. Các kỹ thuật can thiệp hành vi chính bao gồm: đưa ra lời khen thích hợp, lơ đi hành vi không phù hợp một cách có chọn lọc, cất những vật gây mất tập trung...;liệu pháp trò chơi; liệu pháp củng cố, giúp trẻ nhận diện được sự vật hiện tượng, duy trì và tăng cường các hành vi tốt để giảm các hành vi kém thích nghi; và liệu pháp tâm lý gia đình.

- Kết quả được đánh giá sau một tháng điều trị bằng thang đo Vanderbilt.⁸ Đây là công cụ dùng để đánh giá đáp ứng điều trị bao gồm 26 câu hỏi dạng thang đo Likert do cha mẹ hoặc người chăm sóc trực tiếp của trẻ đánh giá. Chín câu đầu tiên dùng để đánh giá các triệu chứng giảm chú ý; từ câu 10 - 18 dùng để đánh giá các triệu chứng tăng động theo mức độ từ 0 (không bao giờ) đến 3 (rất thường xuyên); câu 19 - 26 được dùng để đánh giá mức độ ảnh hưởng của RLTDGCY đến các biểu hiện hoạt động của trẻ theo các mức độ từ 1 (tốt) đến 5 (kém). Trẻ được so sánh sự khác nhau về trung

bình độ chênh lệch tổng điểm điểm trước và sau điều trị.

Xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý và phân tích bởi phần mềm SPSS 23.0. Biến định tính được mô tả dưới dạng tần suất và tỷ lệ. Biến định lượng được mô tả dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu có phân phối không chuẩn. So sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ dựa vào phép kiểm Chi-squared/Fisher exact test. So sánh sự khác biệt giữa hai giá trị trung bình dựa vào test Student (T-test). Với khoảng tin cậy 95%, giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa

thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 23.101. HV - ĐHYDCT ngày 20/3/2023.

III. KẾT QUẢ

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 06/2023 đến tháng 05/2025, nhóm nghiên cứu thu thập được 43 mẫu thoả tiêu chuẩn, kết quả thu được như sau:

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 43)

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Nhóm tuổi</i>	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn: 6,95 $\pm$ 0,79 tuổi		
	6 tuổi	14	32,6
	7 tuổi	17	39,5
	8 tuổi	12	27,9
<i>Giới tính</i>	Nam	34	79,1
	Nữ	9	20,9
<i>Nơi ở</i>	Nông thôn	28	65,1
	Thành thị	15	34,9
<i>Trình độ học vấn cha</i>	Từ lớp 5 trở xuống	9	20,9
	Từ lớp 6 trở lên	34	79,1
<i>Trình độ học vấn mẹ</i>	Từ lớp 5 trở xuống	10	23,3
	Từ lớp 6 trở lên	33	76,7
<i>Thứ tự con trong gia đình</i>	1	22	51,2
	2	18	41,9
	3	3	6,9

Tuổi trung bình của đối tượng là 6,95 $\pm$ 0,79. Trẻ nam mắc RLTDGCY nhiều hơn so với trẻ nữ, tỷ số nam/nữ là 3,78/1. Trẻ sống tại khu vực nông thôn chiếm đa số (65,1%),

thành thị là (34,9%). Trình độ học vấn của cha và mẹ từ lớp 6 trở lên lần lượt là 79,1% và 76,7%. Trẻ mắc RLTDGCY là con thứ nhất chiếm 51,2%.

2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng (n = 43)

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
<i>Các dạng rối loạn tăng động giảm chú ý được chẩn đoán</i>	Thể kết hợp	18	41,9
	Thể tăng động nổi trội	6	13,9
	Thể giảm chú ý nổi trội	19	44,2
<i>Các rối loạn tâm thần đi kèm</i>	Rối loạn thách thức chống đối	2	4,7
	Chậm phát triển tâm thần	1	2,3
	Các rối loạn tâm thần khác	0	0,0
	Không mắc rối loạn tâm thần đi kèm	40	93,0
<i>Số lượng các triệu chứng: TB ± SD</i>	Giảm chú ý	6,98 ± 1,52	
	Tăng động	5,62 ± 1,87	
<i>Thời gian xuất hiện các triệu chứng (tháng): TB ± SD</i>	Giảm chú ý	9,74 ± 3,11	
	Tăng động	9,68 ± 3,12	
Điểm trung bình các biểu hiện hoạt động*		3,31 ± 0,29	

* 1 điểm = Tốt; 2 điểm = Khá; 3 điểm = Trung bình; 4 điểm = Hơi kém; 5 điểm = Kém

Thể giảm chú ý nổi trội là phổ biến nhất (44,2%). Các rối loạn tâm thần đi kèm như rối loạn thách thức chống đối (4,7%) và chậm phát triển tâm thần (2,3%). Số lượng trung bình các triệu chứng giảm chú ý là $6,98 \pm 1,52$ và tăng động là $5,62 \pm 1,87$. Điểm trung bình các biểu

hiện hoạt động là $3,31 \pm 0,29$, tương ứng với mức trung bình đến hơi kém.

3. Đánh giá kết quả can thiệp

Sau một tháng điều trị, kết quả thu được như sau:

Bảng 3. Kết quả sau một tháng điều trị trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý (n = 43)

	Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Có tái khám (n = 31)</i>		31	72,1
	Tổng điểm các triệu chứng theo thang Vanderbilt trước điều trị (TB ± SD)	33,42 ± 4,47	
	Tổng điểm các triệu chứng theo thang Vanderbilt sau điều trị (TB ± SD)	23,48 ± 3,86	
	Độ chênh lệch tổng điểm Vanderbilt trước và sau điều trị (TB ± SD)	9,94 ± 5,83	

	Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bỏ tái khám (n = 12)	Phụ huynh phản hồi bệnh cải thiện nhưng không tái khám	5	11,6
	Phụ huynh phản hồi không cải thiện, đưa đến cơ sở y tế khác điều trị	4	9,3
	Không liên lạc được	3	7,0
Tổng		43	100

Sau một tháng điều trị, có 31 trẻ tái khám (72,1%) và 12 trẻ bỏ tái khám (27,9%). Tổng điểm các triệu chứng theo thang điểm Vanderbilt trước điều trị trung bình là $33,42 \pm 4,47$ điểm; sau điều trị là $23,48 \pm 3,86$ điểm. Trung bình trẻ được cải thiện $9,94 \pm 5,83$ điểm so với trước

điều trị. Trong số trẻ bỏ tái khám, có 5 trường hợp phụ huynh phản hồi bệnh cải thiện nhưng không tái khám và 4 trường hợp phụ huynh phản hồi trẻ không cải thiện và đã được đưa đến cơ sở y tế khác điều trị, còn lại 3 trường hợp không liên lạc được.

Bảng 4. Kết quả cải thiện các triệu chứng rối loạn tăng động giảm chú ý qua thang đo Vanderbilt dành cho phụ huynh (n = 31)

Nhóm triệu chứng	Trước điều trị (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	Sau điều trị (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	p*
Số lượng các triệu chứng giảm chú ý	$6,97 \pm 1,58$	$4,32 \pm 1,25$	< 0,001
Số lượng các triệu chứng tăng động	$5,39 \pm 1,69$	$2,90 \pm 1,42$	< 0,001
Tổng điểm các triệu chứng tăng động và giảm chú ý	$33,42 \pm 4,47$	$23,48 \pm 3,86$	< 0,001
Tổng điểm các biểu hiện hoạt động	$3,19 \pm 0,26$	$2,29 \pm 0,46$	< 0,001

*Phép kiểm t test

Tất cả các nhóm triệu chứng đều có sự cải thiện, ở nhóm giảm chú ý và tăng động số triệu chứng trung bình giảm khoảng 2,5. Trung bình tổng điểm các triệu chứng tăng động và giảm chú ý giảm khoảng 10 điểm. Điểm trung bình các biểu hiện hoạt động trước điều trị là $3,19 \pm 0,26$, sau điều trị giảm còn $2,29 \pm 0,46$. Sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các nhóm triệu chứng ($p < 0,001$).

Bỏ tái khám gặp ở trẻ nữ nhiều hơn ($p = 0,046$). Trình độ học vấn của cha và trình độ học vấn của mẹ có liên quan đến cải thiện điểm số thang điểm Vanderbilt trước và sau điều trị với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

Bảng 5. Liên quan giữa một số yếu tố nhân chủng học và kết quả điều trị (n = 31)

Yếu tố		Bỏ tái khám (n = 12) n (%)	Có tái khám (n = 31) n (%)	Độ chênh lệch tổng điểm Vanderbilt trước và sau điều trị (n = 31) TB ± SD	p1	p2
Tuổi	6	4 (33,3%)	10 (32,3%)	10,00 ± 6,48	0,397	0,681
	7	3 (25,0%)	14 (45,2%)	10,71 ± 5,09		
	8	5 (41,7%)	7 (22,5%)	8,29 ± 6,78		
Giới tính	Nam	7 (26,9%)	27 (87,1%)	9,74 ± 5,50	0,046	0,637
	Nữ	5 (71,4%)	4 (12,9%)	11,25 ± 8,62		
Nơi sống	Nông thôn	8 (66,7%)	20 (64,5%)	9,25 ± 6,09	0,894	0,386
	Thành thị	4 (33,3%)	11 (35,5%)	11,18 ± 5,36		
Trình độ học vấn cha	Từ lớp 5 trở xuống	2 (16,7%)	5 (16,1%)	4,00 ± 1,87	0,966	< 0,001
	Từ lớp 6 trở lên	10 (83,3%)	26 (83,9%)	11,08 ± 5,64		
Trình độ học vấn mẹ	Từ lớp 5 trở xuống	2 (16,7%)	4 (12,9%)	6,75 ± 7,54	0,749	< 0,001
	Từ lớp 6 trở lên	10 (83,3%)	27 (87,1%)	10,41 ± 5,55		
Thứ tự con trong gia đình	1	5 (41,7%)	17 (54,8%)	11,35 ± 5,40	0,232	0,138
	≥ 2	7 (58,3%)	14 (45,2%)	8,21 ± 6,05		

p1: giá trị p trong so sánh các đặc điểm nhân chủng học giữa hai nhóm bỏ và có tái khám; phép kiểm Chi-square test/Fisher exact test

p2: giá trị p trong so sánh trung bình độ chênh lệch tổng điểm trước và sau điều trị giữa các nhóm yếu tố nhân chủng học; phép kiểm t-test

IV. BÀN LUẬN

Tổng số trẻ RLTDGCY tham gia nghiên cứu là 43 trẻ, chúng tôi ghi nhận nhóm tuổi phổ biến nhất là nhóm 7 tuổi (39,5%). Tuổi trung bình của đối tượng là $6,95 \pm 0,79$. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Nguyễn Ngọc và cộng sự thực hiện trên 67 trẻ được chẩn đoán RLTDGCY tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, với tỷ lệ trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $7,3 \pm 1,3$ tuổi.⁹ Tuy nhiên, độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Đình Dương, ghi nhận độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $9,15 \pm 1,47$ tuổi.¹⁰ Về giới tính, chúng tôi ghi nhận trẻ nam mắc RLTDGCY nhiều hơn so với trẻ nữ, tần số và tỷ lệ lần lượt là 34 trẻ nam (79,1%) và 9 trẻ nữ (20,9%). Điều này tương đồng với hầu hết các nghiên cứu khác khi ghi nhận tỷ lệ trẻ nam mắc RLTDGCY khá cao so với trẻ nữ.^{9,10} Nghiên cứu này cũng nhận thấy đa số trẻ RLTDGCY sống tại khu vực nông thôn (65,1%), đối với thành thị là 34,1%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Đông và cộng sự cũng ghi nhận tỷ lệ trẻ RLTDGCY ở nông thôn chiếm 72,5%.¹¹ Về trình độ học vấn của cha và mẹ, từ lớp 6 trở lên chiếm đa số lần lượt là 79,1% và 76,7%. Về thứ tự con trong gia đình, con thứ nhất và con thứ 2 lần lượt chiếm 51,2% và 41,9%, con thứ 3 chỉ chiếm 6,9%.

Trong tổng số 43 trẻ được chẩn đoán và can thiệp điều trị RLTDGCY tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ, thể giảm chú ý nổi trội là phổ biến nhất (44,2%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Đình Dương và cộng sự khi ghi nhận thể giảm chú ý nổi trội (34,3%).¹⁰ Về các rối loạn tâm thần đi kèm, có 2 trường hợp mắc rối loạn thách thức chống đối (4,7%) và 1 trường hợp chậm phát triển tâm thần (2,3%). Kết quả này khác với tác giả Trần Nguyễn Ngọc khi tác giả này ghi nhận tỷ lệ rối loạn thách thức chống đối trong số trẻ RLTDGCY là rất cao (chiếm 38,8%), trong khi chậm phát triển trí tuệ chiếm tỷ lệ thấp hơn (13,4%).⁹ Số lượng trung

bình các triệu chứng giảm chú ý được ghi nhận là $6,98 \pm 1,52$ và $5,62 \pm 1,87$ đối với triệu chứng tăng động. Thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đến thời điểm đánh giá là khoảng 9,7 tháng cho cả hai nhóm triệu chứng. Điểm trung bình các biểu hiện hoạt động là $3,31 \pm 0,29$, tương ứng với mức độ trung bình đến hơi kém.

Sau một tháng điều trị, có 31 trẻ tái khám (72,1%) và 12 trẻ bỏ tái khám (27,9%). Trong số trẻ bỏ tái khám, có 5 trường hợp phụ huynh phản hồi bệnh cải thiện nhưng không tái khám và 4 trường hợp phụ huynh phản hồi trẻ không cải thiện và đã được đưa đến cơ sở y tế khác điều trị, còn lại 3 trường hợp không liên lạc được. Bỏ tái khám thường gặp ở trẻ nữ nhiều hơn ($p = 0,046$). Đối với 31 trẻ tái khám, tổng điểm các triệu chứng theo thang điểm Vanderbilt trước điều trị trung bình là $33,42 \pm 4,47$ điểm; sau điều trị là $23,48 \pm 3,86$ điểm. Trung bình trẻ được cải thiện $9,94 \pm 5,83$ điểm so với trước điều trị. Sự thay đổi điểm trung bình của các triệu chứng RLTDGCY trước và sau 1 tháng điều trị cho thấy có sự cải thiện rõ rệt ở tất cả các nhóm triệu chứng. Điểm trung bình của nhóm triệu chứng giảm chú ý từ $6,97 \pm 1,58$ giảm xuống còn $4,32 \pm 1,25$ sau 1 tháng điều trị, mức chênh lệch trung bình là $2,65 \pm 1,72$ điểm. Tương tự, nhóm triệu chứng tăng động giảm từ $5,39 \pm 1,69$ xuống còn $2,90 \pm 1,42$, chênh lệch trung bình $2,48 \pm 1,63$ điểm. Trung bình tổng điểm các triệu chứng tăng động và giảm chú ý giảm từ $33,42 \pm 4,47$ điểm còn $23,48 \pm 3,86$ điểm. Tất cả các sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Theo một tổng quan từ 312 nghiên cứu được báo cáo, trong nhóm các bằng chứng về thuốc men, can thiệp tâm lý xã hội, hỗ trợ phụ huynh, dinh dưỡng và thực phẩm bổ sung, phản hồi thần kinh, kích thích thần kinh, tập thể dục, y học bổ sung, can thiệp tại trường học và phương pháp tiếp cận của nhà cung cấp, thuốc men có cơ sở bằng chứng mạnh nhất về việc cải thiện kết quả,

bao gồm các hành vi gây rối và các biện pháp kiểm soát hành vi, nhưng lại liên quan đến các tác dụng phụ.¹² Về sự thay đổi các biểu hiện hoạt động của trẻ RLTDGCY, thời điểm trước điều trị từ $3,19 \pm 0,26$ điểm giảm xuống còn $2,29 \pm 0,46$ điểm sau 1 tháng điều trị (tương ứng mức trung bình – hơi kém cải thiện đến mức khá). Theo nghiên cứu của tác giả Fariba Arabgol cũng ghi nhận điều trị bằng thuốc có cải thiện triệu chứng rõ rệt sau 6 tuần điều trị đối với trẻ RLTDGCY, qua đánh giá bằng thang đo ADHD dành cho cha mẹ.¹³ Về đánh giá mối liên quan giữa các biến dân số với kết quả can thiệp trẻ RLTDGCY, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trình độ học vấn của cha và trình độ học vấn của mẹ có liên quan đến cải thiện điểm số thang điểm Vanderbilt trước và sau điều trị (mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$). Điều này cho thấy khả năng tiếp cận thông tin của phụ huynh và sự hỗ trợ học tập – hành vi tại nhà cho trẻ sẽ gặp nhiều hạn chế khi cha hoặc mẹ có trình độ thấp. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nhỏ nên chủ yếu mang tính gợi ý cho nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn.

Điểm hạn chế trong nghiên cứu này là cỡ mẫu nghiên cứu tương đối nhỏ, chỉ có 43 trẻ được thu thập trong 2 năm. Nghiên cứu chưa tách riêng từng phương pháp điều trị cho bệnh nhân (hoá dược hay trị liệu tâm lý) nên kết quả khó đưa ra phương pháp nào có hiệu quả hơn. Ngoài ra, thời gian đánh giá kết quả điều trị ngắn dẫn đến không thể theo dõi kết quả điều trị dài hạn của chương trình can thiệp; các tác dụng phụ của thuốc risperidone có thể bị bỏ sót. Thêm vào đó, cần có các nghiên cứu quy mô lớn và có nhóm đối chứng góp phần làm cho kết quả nghiên cứu chính xác, tin cậy và dễ áp dụng hơn.

V. KẾT LUẬN

Thể giảm chú ý nổi trội là phổ biến nhất ở trẻ RLTDGCY tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ. Tất cả nhóm triệu chứng đều có sự

cải thiện rõ rệt sau một tháng điều trị. Trình độ học vấn của cha và trình độ học vấn của mẹ có liên quan đến cải thiện điểm số thang điểm Vanderbilt trước và sau điều trị. Tuy nhiên, vì cỡ mẫu nhỏ nên đây là tiền đề quan trọng gợi ý cho nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn đến Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ, cùng các bệnh nhi RLTDGCY và phụ huynh đã đồng ý tham gia nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)* American Psychiatric Publishing, Inc; 2013.
2. Le HND, Keily C, Coghill D, et al. The Long-Term Impact of ADHD on Children and Adolescents' Health-Related Quality of Life: Results From a Longitudinal Population-Based Australian Study. *J Atten Disord.* 2025;doi:10.1177/10870547251353366.
3. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, et al. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *J Affect Disord.* Oct 15 2023;339:860-866. doi:10.1016/j.jad.2023.07.071
4. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr.* Apr 20 2023;49(1):48. doi:10.1186/s13052-023-01456-1
5. Thomas R, Sanders S, Doust J, et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics.* Apr 2015;135(4):e994-1001. doi:10.1542/peds.2014-3482
6. Hoang HH, Tran ATN, Nguyen VH, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Associated Factors Among First-

Year Elementary School Students. *J Multidiscip Healthc.* 2021;14:997-1005. doi:10.2147/jmdh.S301091

7. Bộ Y tế. Risperidone. *Dược thư Quốc gia Việt Nam*. Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật; 2022:1428-1430.

8. Anderson NP, Feldman JA, Kolko DJ, et al. National Norms for the Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale in Children. *J Pediatr Psychol.* Jun 7 2022;47(6):652-661. doi:10.1093/jpepsy/jsab132

9. 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*. 03/13 2022;510(2) doi:10.51298/vmj.v510i2.1993

10. Lê Đình Dương, Võ Văn Thắng, Nguyễn Thị Mai. Nhận biết sớm trẻ có nguy cơ rối loạn tăng động giảm chú ý dựa trên thang đo

Vanderbilt giành cho giáo viên và bố mẹ. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 2019;9(4):85-91.

11. Nguyễn Thị Đông, Nguyễn Thị Phương Mai, Cao Vũ Hùng, và cs. Tỷ lệ và đặc điểm rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ mắc động kinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 08/29 2025;193(8):1-8. doi:10.52852/tcncyh.v193i8.3807

12. Peterson BS, Trampush J, Maglione M, et al. Treatments for ADHD in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Pediatrics*. Apr 1 2024;153(4)doi:10.1542/peds.2024-065787

13. Arabgol F, Panaghi L, Nikzad V. Risperidone Versus Methylphenidate in Treatment of Preschool Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Iran J Pediatr*. Feb 2015;25(1):e265. doi:10.5812/ijp.265

Summary

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDREN AGED 6 TO 8 YEARS OLD AT CAN THO CHILDREN HOSPITAL IN 2023 - 2025

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder characterized by persistent symptoms of inattention and excessive activity or impulsive behaviors that impair children's academic performance and social functioning. This study aimed to describe the clinical characteristics and evaluate intervention outcomes in 43 children aged 6 – 8 years old diagnosed with ADHD at Can Tho Children's Hospital between June 2023 to May 2025. Inattentive presentation was predominant (44.2%). The prevalence of comorbid psychiatric disorders was relatively low, including oppositional defiant disorder (4.7%) and intellectual disability (2.3%). After one month of treatment with Risperidone and behavior modification, 31 children returned for follow-up (72.1%), while 12 children were lost to follow-up (27.9%). On average, the children showed an improvement of 9.94 ± 5.83 points compared to their pre-treatment scores. The mean symptom scores decreased across all groups. Parental educational attainment is associated with the improvement in Vanderbilt Scale scores pre- and post-treatment ($p < 0.05$). This is an important preliminary finding that suggests the need for further research with a larger sample size.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, children, outcomes, treatment, Can Tho.