

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN ĂN UỐNG Ở TRẺ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý

Nguyễn Thị Hồng Nhung¹, Bùi Văn Lợi², Nguyễn Thế Tài³
và Dương Minh Tâm^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 246 trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý từ 6 - 12 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Bạch Mai từ 01/11/2025 đến 30/03/2026 với mục tiêu đánh giá đặc điểm rối loạn ăn uống ở nhóm trẻ này. Kết quả có 17,9% trẻ mắc rối loạn ăn uống. Trong đó, rối loạn tránh né/hạn chế ăn uống (50,0%) và rối loạn cuồng ăn (31,8%) là phổ biến nhất. Rối loạn tăng động giảm chú ý thể kết hợp có tỷ lệ rối loạn ăn uống cao nhất (22,6%). Trong rối loạn tránh né/hạn chế ăn uống, phần lớn trẻ hạn chế ăn do thiếu hứng thú ăn uống (45,5%). Ở trẻ ăn vô độ tâm thần/rối loạn cuồng ăn, 100% trẻ ăn lượng lớn thức ăn trong thời gian ngắn và không hài lòng với cân nặng. Các khó khăn thường được ghi nhận ở trẻ rối loạn ăn uống là thừa cân/béo phì (45,5%), suy giảm kết quả học tập (59,1%) và mâu thuẫn gia đình xung quanh bữa ăn (54,5%).

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) là một rối loạn phát triển thần kinh phổ biến, ước tính ảnh hưởng đến khoảng 7,2% trẻ em trên toàn cầu.¹ ADHD khởi phát sớm từ thời thơ ấu, đặc trưng bởi ba nhóm triệu chứng chính: giảm chú ý và/hoặc tăng động/xung động không phù hợp với lứa tuổi và tồn tại ít nhất ở hai môi trường khác nhau.²

Rối loạn ăn uống (RLAU) là một trong những rối loạn đi kèm phổ biến ở trẻ ADHD. RLAU là rối loạn liên tục trong ăn uống hoặc hành vi liên quan đến ăn uống, dẫn đến thay đổi sự tiêu thụ hoặc hấp thu thực phẩm, gây suy giảm đáng kể sức khỏe thể chất và/hoặc sức khỏe tâm thần.² Cơ chế giải thích mối liên quan giữa ADHD và RLAU được cho là bất thường về cấu trúc,

chức năng tại vỏ não trán và thể vân, đặc biệt là rối loạn điều hòa dopamine trong các mạch thần kinh liên quan.³ Thiếu hụt dopamine trong ADHD dẫn đến rối loạn hệ thống thưởng, gây ra tính xung động và xu hướng tránh né sự trì hoãn, ưu tiên lựa chọn phần thưởng tức thời, từ đó dẫn đến hành vi ăn vô độ trong ADHD. Trẻ ADHD có rối loạn xử lý giác quan cùng với giảm chú ý trong bữa ăn là hai yếu tố góp phần vào sự hình thành rối loạn tránh né/hạn chế ăn uống.⁴ Theo nghiên cứu của Villa (2023), tỷ lệ RLAU ở trẻ ADHD lên tới 20%.⁵ Tình trạng này có thể dẫn đến chỉ số khối cơ thể cao, tình trạng thừa cân/béo phì và tăng đáng kể nguy cơ phát triển các rối loạn chuyển hóa mạn tính như đái tháo đường týp 2, bệnh tim mạch ở giai đoạn sau của cuộc đời.⁶

Như vậy, RLAU là một vấn đề đáng quan tâm ở trẻ ADHD do tần suất mắc tương đối cao và có nhiều ảnh hưởng đối với sức khỏe thể chất cũng như tâm thần của trẻ. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về RLAU ở trẻ em

Tác giả liên hệ: Dương Minh Tâm
Trường Đại học Y Hà Nội
Email: duongminhtam@hmu.edu.vn
Ngày nhận: 18/05/2026
Ngày được chấp nhận: 22/06/2026

nói chung, tuy nhiên các nghiên cứu mô tả đặc điểm RLAU ở trẻ ADHD còn hạn chế. Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Bạch Mai là hai cơ sở tuyến cuối có chuyên ngành tâm thần nhi, tiếp nhận số lượng lớn trẻ ADHD từ nhiều khu vực khác nhau. Việc thu thập dữ liệu về RLAU ở trẻ ADHD tại hai bệnh viện giúp tăng tính đa dạng lâm sàng, hạn chế sai số lựa chọn và đảm bảo đủ cỡ mẫu trong thời gian nghiên cứu. Giai đoạn 6-12 tuổi là giai đoạn các triệu chứng ADHD biểu hiện rõ rệt trong môi trường học đường, đồng thời ít chịu ảnh hưởng của những biến đổi nội tiết tố tuổi dậy thì, giúp việc đánh giá lâm sàng chính xác hơn. Nghiên cứu ở nhóm tuổi này cũng có ý nghĩa dự phòng và hỗ trợ can thiệp sớm nhằm cải thiện kết quả phát triển lâu dài cho trẻ. Do đó, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm rối loạn ăn uống ở trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý 6 - 12 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Trẻ được chẩn đoán rối loạn tăng động giảm chú ý điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Bạch Mai từ 01/11/2025 đến 30/03/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ 6 - 12 tuổi.
- Trẻ được chẩn đoán xác định rối loạn tăng động giảm chú ý (F90) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10.

- Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu và Bố mẹ/Người chăm sóc trẻ hiểu rõ câu hỏi và cung cấp đủ thông tin.

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.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thực hiện tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Bạch Mai từ 01/11/2025 đến 30/03/2026.

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.

Các biến số nghiên cứu

Bao gồm các nhóm:

- Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: giới; tuổi; tuổi khởi phát ADHD; thể lâm sàng ADHD; phân loại trí tuệ theo IQ (dựa trên chỉ số IQ quy đổi từ kết quả trắc nghiệm Raven khai thác trong hồ sơ bệnh án: thấp IQ < 70, ranh giới 70 ≤ IQ < 90, bình thường IQ ≥ 90); tình trạng dinh dưỡng (từ chỉ số nhân trắc (cân nặng, chiều cao) tính điểm Z-score và phân loại tình trạng dinh dưỡng).

Bảng 1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số Z-score BMI theo tuổi⁷

< -3 SD	Suy dinh dưỡng thể gầy còm nặng
< -2 SD	Suy dinh dưỡng thể gầy còm
-2 SD ≤ Z-score ≤ +1 SD	Bình thường
> +1 SD	Thừa cân
> +2 SD	Béo phì

- Đặc điểm rối loạn ăn uống: rối loạn ăn uống (có/không); thể rối loạn ăn uống: chán ăn tâm thần/ăn vô độ tâm thần/rối loạn cuồng ăn/rối loạn tránh né/hạn chế ăn uống/rối loạn nhai lại/ăn bậy/rối loạn ăn uống biệt định khác (có/không) dựa vào phỏng vấn trẻ, người chăm sóc và khám lâm sàng đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán theo Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần, phiên bản thứ năm.²

- Đặc điểm triệu chứng rối loạn ăn uống: dựa vào phỏng vấn trẻ, người chăm sóc và khám lâm sàng:

+ Nhạy cảm giác quan: tránh né hoặc từ chối thức ăn mới (tránh né hoặc từ chối các loại thức ăn chưa từng hoặc hiếm ăn trước đó); hạn chế dựa trên đặc điểm thức ăn (hạn chế hoặc từ chối thức ăn do các đặc điểm của thức ăn như mùi vị, kết cấu, màu sắc hoặc hình thức).

+ Thiếu hứng thú ăn uống: hạn chế ăn do thiếu hứng thú (giảm lượng hoặc tần suất ăn do ít quan tâm hoặc không hứng thú với việc ăn uống); bỏ bữa thường xuyên (thường xuyên không tham gia một hoặc nhiều bữa ăn chính trong ngày); không cảm thấy đói (không hoặc hiếm khi có cảm giác đói).

+ Lo sợ hậu quả khi ăn: lo sợ hậu quả do chế độ ăn (lo ngại việc ăn uống có thể gây ra các hậu quả bất lợi như nghẹn, nôn hoặc đau); tiền sử trải nghiệm hậu quả tiêu cực khi ăn (tiền sử gặp các trải nghiệm bất lợi liên quan đến ăn uống như nghẹn, nôn hoặc đau).

+ Hành vi ăn vô độ: ăn lượng lớn thức ăn trong thời gian ngắn (ăn trong một khoảng thời gian xác định một lượng thức ăn nhiều hơn rõ rệt so với lượng mà đa số trẻ cùng hoàn cảnh có thể ăn); cảm giác mất kiểm soát khi ăn (cảm giác không thể ngừng ăn hoặc không kiểm soát được loại thức ăn hay lượng thức ăn tiêu thụ trong khi ăn); ăn khi không đói hoặc ăn đêm (ăn dù không đói hoặc thức dậy từ giấc ngủ để ăn vào ban đêm); ăn một mình và giấu hành vi ăn

(ăn một mình do không muốn người khác nhìn thấy hoặc che giấu hành vi ăn).

+ Ăn theo cảm xúc: ăn khi buồn chán và lo lắng (tăng lượng thức ăn tiêu thụ khi buồn chán hoặc lo lắng); giảm ăn khi buồn chán và lo lắng (giảm lượng thức ăn tiêu thụ khi buồn chán hoặc lo lắng).

+ Nhận thức về hình ảnh cơ thể: không hài lòng với cân nặng (không hài lòng hoặc có đánh giá tiêu cực về cân nặng của bản thân); không hài lòng với hình dáng cơ thể (không hài lòng hoặc có đánh giá tiêu cực về hình dáng cơ thể của bản thân).

+ Hành vi bù trừ: tự gây nôn (chủ động gây nôn nhằm loại bỏ thức ăn đã ăn); nhịn ăn (cố ý không ăn hoặc hạn chế đáng kể lượng thức ăn nhằm kiểm soát cân nặng hoặc hình thể); tập thể dục cưỡng bức (tập luyện quá mức hoặc mang tính bắt buộc nhằm kiểm soát cân nặng/hình thể hoặc bù trừ lượng thức ăn đã ăn).

+ Loại vật ăn bậy: ăn vật vô cơ (ăn các vật không có nguồn gốc sinh học như đất, cát, sỏi, phấn, giấy...); ăn vật hữu cơ không phải thức ăn (ăn các vật có nguồn gốc sinh học nhưng không được sử dụng làm thực phẩm như tóc, lá cây, quần áo...).

+ Đặc điểm ăn bậy: công khai (hành vi ăn bậy diễn ra trước sự chứng kiến của người khác); bí mật (hành vi ăn bậy được thực hiện kín đáo, tránh sự phát hiện của người khác).

- Biểu hiện lâm sàng thường gặp ở trẻ rối loạn ăn uống: dựa vào phỏng vấn, khám lâm sàng và tra cứu hồ sơ bệnh án kết hợp tham khảo ý kiến của các bác sĩ nhi khoa tại phòng khám nhằm đảm bảo việc đánh giá phù hợp nhất:

+ Tăng trưởng và dinh dưỡng: chậm tăng trưởng chiều cao (chiều cao theo tuổi dưới -2SD trên biểu đồ chiều cao theo tuổi cho trẻ 5 - 19 tuổi của WHO);⁷ sụt cân/không tăng cân theo kì vọng tuổi (phỏng vấn, khai thác tiền sử và/hoặc hồ sơ bệnh án về tình trạng sụt cân

hoặc không tăng cân).

+ Các triệu chứng thực thể biểu hiện tại da, tóc, móng phản ánh tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng kéo dài: da khô, bong vảy; vàng da; lông tơ mọc trên mặt và thân; rụng tóc, tóc mọc chậm; bàn tay, bàn chân lạnh, tím tái.

+ Các biểu hiện tại tiêu hóa: mòn men răng, sâu răng (biểu hiện thường gặp ở trẻ nôn kéo dài) và táo bón; đau bụng; viêm dạ dày - tá tràng (trẻ được bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa chẩn đoán).

+ Các biểu hiện liên quan đến xã hội, học tập: mệt mỏi, chậm chạp tâm thần vận động (giảm năng lượng hoạt động hoặc chậm chạp trong vận động và đáp ứng tâm thần); lòng tự trọng thấp (đánh giá tiêu cực về giá trị hoặc năng lực của bản thân); mâu thuẫn gia đình xung quanh bữa ăn (xuất hiện xung đột hoặc tranh cãi giữa trẻ, các thành viên trong gia đình liên quan đến việc ăn uống); suy giảm kết quả học tập (kết quả học tập giảm sút so với trước đó theo ghi

nhận của trẻ, gia đình hoặc nhà trường).

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.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng đạo đức Nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Nhi Trung ương quyết định số 782/BVNTW-HĐĐĐ ngày 31/10/2025 và Hội đồng đạo đức Nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Bạch Mai quyết định số 213/BM-HĐĐĐ ngày 20/11/2025.

III. KẾT QUẢ

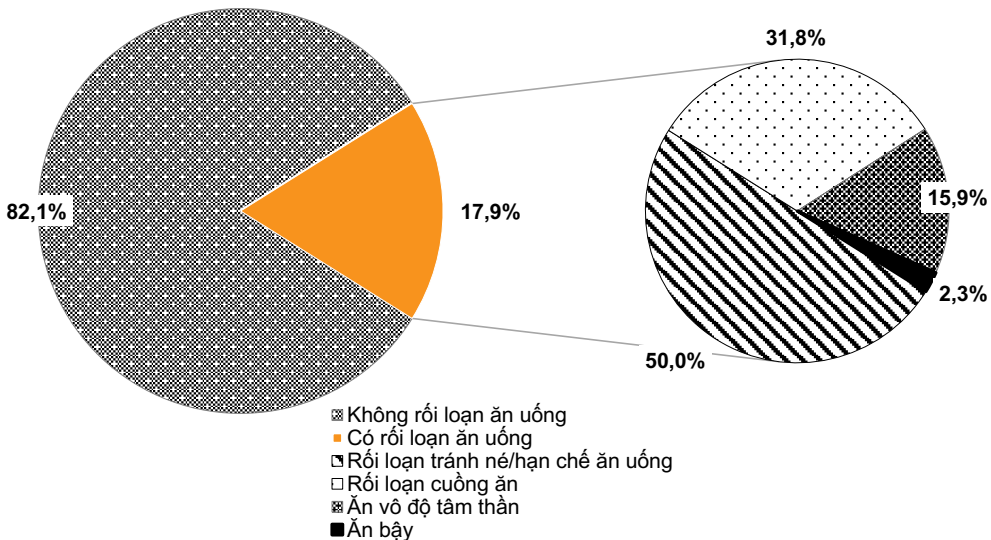
Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Bạch Mai trên 246 trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý từ 6 đến 12 tuổi, thu được kết quả như sau:

Bảng 2. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 246)

	Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
<i>Giới tính</i>	Nam	221	89,8
	Nữ	25	10,2
<i>Tuổi</i>	6 - 9	167	67,9
	10 - 12	79	32,1
	Trung bình $\pm$ SD	8,60 $\pm$ 1,93	
<i>Tình trạng dinh dưỡng (chỉ số Z-score BMI theo tuổi)</i>	Suy dinh dưỡng thể gầy còm nặng	13	5,3
	Suy dinh dưỡng thể gầy còm	13	5,3
	Bình thường	116	47,2
	Thừa cân	56	22,8
	Béo phì	48	19,5
<i>Phân loại trí tuệ theo IQ</i>	Trí tuệ thấp	8	3,3
	Trí tuệ mức ranh giới	23	9,3
	Trí tuệ bình thường	215	87,4

	Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Tuổi khởi phát ADHD	Dưới 3	161	65,4
	Từ 3 trở lên	85	34,6
	Trung bình $\pm$ SD	2,46 $\pm$ 2,31	
Thể lâm sàng ADHD	Thể chủ yếu giảm chú ý	80	32,5
	Thể chủ yếu tăng động	33	13,4
	Thể kết hợp	133	54,1

Nhóm nghiên cứu có tỷ lệ nam:nữ là 8,8:1, phần lớn nằm trong nhóm 6-9 tuổi. Thừa cân/béo phì chiếm tỷ lệ cao trong nhóm nghiên cứu. Thể lâm sàng phổ biến nhất là thể kết hợp.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc và các loại rối loạn ăn uống ở nhóm đối tượng nghiên cứu

RLAU được ghi nhận ở 17,9% trẻ ADHD. Trong nhóm trẻ mắc RLAU, rối loạn tránh né/hạn chế ăn uống là phổ biến nhất, tiếp theo là rối loạn cuồng ăn và ăn vô độ tâm thần.

Bảng 3. Phân bố tỷ lệ rối loạn ăn uống theo thể lâm sàng rối loạn tăng động giảm chú ý (n = 246)

Các loại rối loạn ăn uống n (%)		Thể lâm sàng		
		Thể giảm chú ý n = 80	Thể tăng động n = 33	Thể kết hợp n = 133
Rối loạn ăn uống	n = 44	8 (10,0%)	6 (18,2%)	30 (22,6%)
Phân loại các rối loạn ăn uống				
Ăn vô độ tâm thần	n = 7	0 (0,0%)	1 (3,0%)	6 (4,5%)

Các loại rối loạn ăn uống n (%)		Thể lâm sàng		
		Thể giảm chú ý n = 80	Thể tăng động n = 33	Thể kết hợp n = 133
Rối loạn cuồng ăn	n = 14	1 (1,3%)	3 (9,1%)	10 (3,3%)
Rối loạn tránh né/hạn chế ăn uống	n = 22	7 (8,8%)	2 (6,1%)	13 (9,8%)
Ăn bậy	n = 1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)

Tỷ lệ rối loạn ăn uống xuất hiện cao nhất ở trẻ ADHD thể kết hợp. Trong thể chủ yếu giảm chú ý và thể kết hợp, rối loạn tránh né/hạn chế ăn

uống chiếm tỷ lệ cao nhất. Bên cạnh đó, thể tăng động có rối loạn cuồng ăn chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 4. Đặc điểm triệu chứng rối loạn ăn uống ở nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 44)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rối loạn tránh né/hạn chế ăn uống		n = 22	
<i>Nhạy cảm giác quan</i>	Tránh né/từ chối thức ăn mới	7	31,8
	Hạn chế dựa trên đặc điểm thức ăn	6	27,3
<i>Thiếu hứng thú ăn uống</i>	Hạn chế ăn do thiếu hứng thú	10	45,5
	Bỏ bữa thường xuyên	8	36,4
	Không cảm thấy đói	8	36,4
<i>Lo sợ hậu quả khi ăn</i>	Lo sợ hậu quả do chế độ ăn	4	18,2
	Tiền sử trải nghiệm hậu quả tiêu cực khi ăn	1	4,5
Ăn vô độ tâm thần/Rối loạn cuồng ăn		n = 21	
<i>Hành vi ăn vô độ</i>	Ăn lượng lớn thức ăn trong thời gian ngắn	21	100
	Cảm giác mất kiểm soát khi ăn	15	71,4
	Ăn khi không đói/ăn đêm	8	38,1
	Ăn một mình, giấu hành vi ăn	4	19,0
<i>Ăn theo cảm xúc</i>	Ăn khi buồn chán, lo lắng	7	33,3
	Giảm ăn khi buồn chán, lo lắng	5	23,8
<i>Nhận thức về hình ảnh cơ thể</i>	Không hài lòng với cân nặng	21	100
	Không hài lòng với hình dáng cơ thể	19	90,5
<i>Hành vi bù trừ</i>	Tự gây nôn	3	14,3
	Nhịn ăn	7	33,3
	Tập thể dục cường bức	3	14,3

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ăn bậy		n = 1	
<i>Loại vật ăn</i>	Ăn vật vô cơ	0	0
	Ăn vật hữu cơ không phải thức ăn	1	1/1
<i>Đặc điểm ăn</i>	Công khai	1	1/1
	Bí mật	0	0

Trong rối loạn tránh né/hạn chế ăn uống, phần lớn trẻ hạn chế ăn do thiếu hứng thú ăn uống. Ở nhóm trẻ ăn vô độ tâm thần/rối loạn cuồng ăn, tất cả trẻ ăn lượng lớn thức ăn trong

thời gian ngắn và không hài lòng với cân nặng. Nhóm rối loạn ăn bậy có 1 trường hợp trẻ ăn vật hữu cơ (quần áo, vải vụn) công khai.

Bảng 5. Biểu hiện lâm sàng thường gặp ở nhóm trẻ rối loạn ăn uống (n = 44)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
<i>Tăng trưởng và dinh dưỡng</i>	Chậm tăng trưởng chiều cao	13	29,5
	Sụt cân/không tăng cân theo kì vọng tuổi	15	34,1
	Thừa cân/béo phì	20	45,5
	Suy dinh dưỡng	9	20,5
<i>Da, tóc, móng</i>	Da khô, bong vảy	6	13,6
	Vàng da	3	6,8
	Lông tơ mọc trên mặt và thân	2	4,5
	Rụng tóc, tóc mọc chậm	9	20,5
	Bàn tay, bàn chân lạnh, tím tái	2	4,5
<i>Tiêu hóa</i>	Mòn men răng, sâu răng	1	2,3
	Táo bón	11	25,0
	Đau bụng	3	6,8
	Viêm dạ dày - tá tràng	5	11,4
<i>Xã hội, học tập</i>	Mệt mỏi, chậm chạp tâm thần vận động	12	27,3
	Lòng tự trọng thấp	9	20,5
	Mâu thuẫn gia đình xung quanh bữa ăn	24	54,5
	Suy giảm kết quả học tập	26	59,1

Ở nhóm trẻ rối loạn ăn uống, các biểu hiện lâm sàng thường gặp tập trung ở lĩnh vực xã hội, học tập và tăng trưởng, dinh dưỡng. Trong khi đó, các biểu hiện ở da, tóc, móng và tiêu hóa ít gặp hơn.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này được thực hiện trên 246 trẻ 6 - 12 tuổi được chẩn đoán ADHD cho thấy tỷ lệ trẻ trai cao gấp 8,8 lần so với trẻ gái. Tỷ lệ này có sự tương đồng với nghiên cứu của Đào Thị Thùy Trang (2023) thực hiện tại Bệnh viện Nhi Trung ương (9,7:1).⁸ Về tình trạng dinh dưỡng, có tới 42,3% trẻ ADHD thừa cân/béo phì. Nghiên cứu của Li (2020) cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ thừa cân/béo phì ở ADHD là 35,6%.⁹ Tình trạng này có thể được giải thích bởi đặc điểm xung động, rối loạn hệ thống thường và khó khăn điều hòa hành vi ăn uống trong ADHD. Tuy nhiên, tỷ lệ đồng mắc cao giữa ADHD và thừa cân/béo phì còn có thể chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác như sử dụng thuốc điều trị ADHD và môi trường, lối sống.¹⁰ Kết quả ghi nhận thể lâm sàng ADHD phổ biến nhất trong nhóm nghiên cứu là thể kết hợp (54,1%). Phân bố này phù hợp với đặc điểm của ADHD trong các mẫu lâm sàng trước đây. Nguyễn Thị Nhất Nam (2026) đã ghi nhận kết quả tương đồng, trong đó thể kết hợp chiếm ưu thế ở trẻ ADHD.¹¹

Về tỷ lệ rối loạn ăn uống, kết quả nghiên cứu ghi nhận có 17,9% trẻ ADHD có RLAU. Tỷ lệ này phù hợp nghiên cứu của Villa (2023), ước tính khoảng 20% trẻ ADHD đồng mắc ít nhất một RLAU.⁵ Về phân bố loại RLAU, 50% số trẻ RLAU mắc rối loạn tránh né/hạn chế ăn uống, chiếm 8,9% mẫu nghiên cứu. Trong khi đó, nghiên cứu của Kasak (2025) ghi nhận có tới 17% trẻ ADHD được báo cáo có các triệu chứng của rối loạn tránh né/hạn chế ăn uống.⁴ Sự khác biệt này có thể đến từ việc nghiên cứu của Kasak chẩn đoán thông qua Thang sàng lọc rối loạn tránh né/hạn chế ăn uống 9 mục, trong khi nghiên cứu của chúng tôi dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-5. Tỷ lệ rối loạn cuồng ăn (31,8%) và ăn vô độ tâm thần (15,9%) cao trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với

các báo cáo trước đây. Nazar (2016) cũng cho thấy trẻ ADHD có nguy cơ mắc rối loạn cuồng ăn cao gấp 4 lần so với nhóm chứng.¹² Mối liên hệ này có thể liên quan đến các đặc điểm chung về giảm kiểm soát ức chế và xu hướng tìm kiếm phần thưởng tức thì giữa ADHD và RLAU, trong đó thức ăn là một nguồn phần thưởng quan trọng.¹⁰

Về phân bố tỷ lệ rối loạn ăn uống, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ RLAU cao nhất ở thể kết hợp với tỷ lệ 22,6%. Xu hướng này phù hợp với nghiên cứu của Yilmaz (2017), trong đó sự kết hợp đồng thời các triệu chứng giảm chú ý và tăng động/xung động ở trẻ em là yếu tố dự báo mức độ RLAU cao hơn ở giai đoạn cuối vị thành niên.¹³ Đáng chú ý, nghiên cứu cũng ghi nhận có sự khác biệt về phân bố loại RLAU giữa các thể lâm sàng ADHD, với rối loạn tránh né/hạn chế ăn uống xuất hiện nhiều hơn ở thể giảm chú ý (8,8%), trong khi rối loạn cuồng ăn gặp nhiều hơn ở thể tăng động (9,1%). Xu hướng này tương đồng với số liệu được báo cáo bởi Svedlund (2017), trong đó tỷ lệ triệu chứng ADHD đạt 35 - 37% ở nhóm ăn vô độ tâm thần.¹⁴ Kết quả nghiên cứu cũng gợi ý rằng tính xung động có thể là một đặc điểm cần được lưu ý khi đánh giá các biểu hiện RLAU ở trẻ ADHD.

Về đặc điểm lâm sàng, nhóm trẻ ADHD mắc rối loạn tránh né/hạn chế ăn uống có các triệu chứng liên quan đến nhạy cảm giác quan chiếm tỷ lệ hơn 25%. Các triệu chứng này có thể phản ánh sự bất thường trong quá trình tiếp nhận và tích hợp thông tin cảm giác, khiến trẻ đáp ứng quá mức với các kích thích liên quan đến ăn uống và làm gia tăng hành vi tránh né thực phẩm. Giả thuyết này cũng được hỗ trợ bởi nghiên cứu của Kasak (2025), trong đó trẻ ADHD có mức độ khó khăn xử lý giác quan cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng.⁴

Ngoài ra, tỷ lệ thiếu hứng thú ăn uống (45,5%) nổi trội trong mẫu nghiên cứu gợi ý rằng ngoài yếu tố giác quan, sự giảm chú ý và giảm nhận thức tín hiệu cơ thể cũng có thể tham gia vào cơ chế bệnh sinh của RLAU ở trẻ ADHD. Trẻ có thể bị phân tán chú ý trong bữa ăn hoặc khó nhận biết cảm giác đói và no, dẫn đến giảm hứng thú với việc ăn uống và bỏ bữa thường xuyên. Ở nhóm ăn vô độ tâm thần và rối loạn cuồng ăn, toàn bộ trẻ đều biểu hiện ăn lượng lớn thức ăn trong thời gian ngắn, đồng thời ghi nhận tỷ lệ rất cao không hài lòng về cân nặng (100%) cũng như hình dáng cơ thể (90,5%). Kết quả này cho thấy nhận thức tiêu cực về hình ảnh cơ thể có thể là một cơ chế quan trọng liên quan đến sự hình thành và duy trì các hành vi ăn uống bất thường ở trẻ ADHD. Cách giải thích này phù hợp với nghiên cứu của Bisset, cho thấy trẻ ADHD có nguy cơ không hài lòng về cơ thể cao hơn so với trẻ không mắc ADHD.¹⁵ Chỉ có một trường hợp ăn bậy được ghi nhận (ăn vật hữu cơ không phải thức ăn, biểu hiện công khai), không đủ để rút ra kết luận nhưng phù hợp với đặc điểm ăn bậy là rối loạn ăn uống ít gặp ở trẻ tuổi học đường so với trẻ nhỏ tuổi hơn hoặc trẻ có khuyết tật trí tuệ kèm theo.

Về các vấn đề dinh dưỡng, kết quả cho thấy trong nhóm trẻ RLAU có đến 45,5% trường hợp thừa cân/béo phì. Tình trạng thừa cân/béo phì chiếm ưu thế có thể liên quan đến tính xung động của ADHD và suy giảm dopamine trong hệ tưởng thưởng, từ đó thúc đẩy trẻ tìm kiếm các thực phẩm giàu năng lượng để bù trừ. Về các triệu chứng thực thể, táo bón là triệu chứng tiêu hóa phổ biến nhất (25,0%). Kết quả này phù hợp với báo cáo của Riedlinger (2020), trong đó táo bón là triệu chứng tiêu hóa thường gặp nhất trong nhóm rối loạn ăn uống hạn chế (35,8%) và nằm trong nhóm triệu chứng chủ quan phổ biến nhất khi xét chung các loại rối loạn ăn uống.¹⁶ Về đặc điểm xã hội, học tập, tỷ lệ suy giảm kết quả học tập (59,1%) và mâu

thuẫn gia đình xung quanh bữa ăn (54,5%) tương đối cao ở nhóm trẻ RLAU. Điều này có thể được giải thích bởi mô hình chức năng điều hành, theo đó những khó khăn trong tự điều chỉnh hành vi ở trẻ ADHD ảnh hưởng đến cả hành vi ăn uống và khả năng học tập của trẻ. Đồng thời, theo mô hình hệ thống gia đình, các vấn đề ăn uống kéo dài có thể trở thành nguồn căng thẳng trong tương tác giữa trẻ và người chăm sóc, làm gia tăng các mâu thuẫn xung quanh bữa ăn. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Wu (2019), cho thấy RLAU liên quan có ý nghĩa thống kê với tương tác xã hội kém và chất lượng cuộc sống thấp hơn ở trẻ em và vị thành niên.¹⁷ Tương tự, Chen (2025) cũng ghi nhận những mâu thuẫn gia đình và căng thẳng tâm lý có liên quan đến việc quản lý các vấn đề ăn uống của trẻ ADHD.¹⁸

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy rối loạn ăn uống là vấn đề thường gặp ở trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý, trong đó phổ biến nhất là rối loạn tránh né/hạn chế ăn uống và rối loạn cuồng ăn. Trẻ kết hợp có tỷ lệ rối loạn ăn uống cao hơn các thể lâm sàng khác. Biểu hiện lâm sàng của rối loạn ăn uống rất đa dạng và khác nhau theo từng loại rối loạn. Nghiên cứu cũng ghi nhận trẻ có rối loạn ăn uống thường gặp các khó khăn như thừa cân/béo phì, suy giảm kết quả học tập và mâu thuẫn gia đình xung quanh bữa ăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thomas R, Sanders S, Doust J, et al. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*. 2015; 135(4): e994-e1001. doi:10.1542/peds.2014-3482.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Fifth Edition. Arlington, VA,

American Psychiatric Association; 2013.

3. Levin RL, Rawana JS. Attention-deficit/hyperactivity disorder and eating disorders across the lifespan: A systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2016; 50: 22-36. doi:10.1016/j.cpr.2016.09.010.

4. Kaşak M, Okumuş HG, Çelik YS, 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.

5. Villa FM, Crippa A, Rosi E, et al. 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.

6. Ptacek R, Kuzelova H, Stefano GB, et al. Disruptive patterns of eating behaviors and associated lifestyles in males with ADHD. *Med Sci Monit*. 2014; 20: 608. doi:10.12659/msm.890495.

7. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007; 85(9): 660. doi:10.2471/blt.07.043497.

8. Đào Thị Thùy Trang, Nguyễn Thị Phương Mai, Nguyễn Thị Thanh Mai. Đặc điểm giấc ngủ ở trẻ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 528(2). doi:10.51298/vmj.v528i2.6078.

9. Li YJ, Xie XN, Lei X, et al. Global prevalence of obesity, overweight and underweight in children, adolescents and adults with autism spectrum disorder, attention-deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2020; 21(12). doi:10.1111/obr.13123.

10. Hanć T, Cortese S. Attention deficit/hyperactivity-disorder and obesity: A review and model of current hypotheses explaining their comorbidity. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018; 92:

16-28. doi:10.1016/j.neubiorev.2018.05.017.

11. Nguyễn Thị Nhất Nam, Cao Vũ Hùng, Thành Ngọc Minh và cộng sự. 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. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2026; 67(CĐ2-NCKH). doi:10.52163/yhc.v67iCD2.4412.

12. Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, et al. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2016; 49(12): 1045-1057. doi:10.1002/eat.22643.

13. Yilmaz Z, Javaras KN, Baker JH, et al. Association Between Childhood to Adolescent Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptom Trajectories and Late Adolescent Disordered Eating. *Journal of Adolescent Health*. 2017; 61(2): 140-146. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.04.001.

14. Svedlund NE, Norring C, Ginsberg Y, et al. Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among adult eating disorder patients. *BMC Psychiatry*. 2017; 17(1): 19. doi:10.1186/S12888-016-1093-1.

15. Bisset M, Rinehart N, Sciberras E. Body dissatisfaction and weight control behaviour in children with ADHD: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 28(11): 1507-1516. doi:10.1007/S00787-019-01314-8.

16. Riedlinger C, Schmidt G, Weiland A, et al. Which Symptoms, Complaints and Complications of the Gastrointestinal Tract Occur in Patients With Eating Disorders? A Systematic Review and Quantitative Analysis. *Front Psychiatry*. 2020; 11. doi:10.3389/fpsyt.2020.00195.

17. Wu XY, Yin WQ, Sun HW, et al. The association between disordered eating and health-related quality of life among children and

adolescents: A systematic review of population-based studies. *PLoS One*. 2019; 14(10): e0222777. doi:10.1371/journal.pone.0222777.

18. Chen SC, Wu TMS, Li H, et al. Parental

Perspectives on Eating Disorders of Their School-Age Children with ADHD in Hong Kong: A Qualitative Study. *Nutrients*. 2025; 17(3). doi:10.3390/nu17030513.

Summary

CHARACTERISTICS OF EATING DISORDERS IN CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Across-sectional descriptive study was conducted on 246 children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) aged 6 - 12 years old at the National Children's Hospital and Bach Mai Hospital from November 1, 2025, to March 30, 2026 to investigate their eating disorders. The results showed that 17,9% of children had eating disorders. Avoidant/restrictive food intake disorder (50,0%) and binge eating disorder (31,8%) were the most common. ADHD combined type had the highest prevalence of eating disorders (22,6%). In avoidant/restrictive food intake disorder, most children restricted eating due to a lack of interest in eating (45,5%). In the group of children with bulimia nervosa/binge eating disorder, 100% consumed large amounts of food in a short period of time and were dissatisfied with their weight. The most commonly reported difficulties of eating disorders were overweight/obesity (45.5%), impaired academic performance (59,1%) and family conflicts surrounding meals (54,5%).

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, childhood, eating disorders.