

Nghiên cứu nguyên bản

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TRÍ TUỆ CỦA TRẺ TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý TUỔI TIỂU HỌC ĐẾN KHÁM LẦN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN ĐÀ NẴNG

Study on the intellectual characteristics of elementary school children with attention deficit hyperactivity disorder at their first evaluation at Da Nang Psychiatric Hospital

Tống Thị Luyến¹, Nguyễn Hữu Liêm^{2,*}

¹Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng, TP. Đà Nẵng, Việt Nam

²Tổ chức phi chính phủ Korea Food for the Hungry International (KFHI), TP. Đà Nẵng, Việt Nam

*Tác giả liên hệ | Corresponding author: liemnguyenytcc97@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm trí tuệ của trẻ tăng động giảm chú ý tuổi tiểu học đến khám lần đầu tại Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 165 trẻ lứa tuổi tiểu học đến khám lần đầu tại Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng, được chẩn đoán rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 9 năm 2022. Công cụ được sử dụng đánh giá là thang đánh giá tăng động giảm chú ý Vanderbilt (Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale) và trắc nghiệm trí tuệ WISC-IV (Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition). **Kết quả:** Trong số 165 trẻ tăng động giảm chú ý, có 83% trẻ nam và 17% trẻ nữ. Độ tuổi 7 tuổi chiếm nhiều nhất 32,7%. Trắc nghiệm WISC-IV: Hầu hết trẻ trong nhóm nghiên cứu có điểm trung bình chỉ số thông minh toàn diện (FSIQ) đạt ở mức thấp (71.10 ± 14.11). Trung bình của chỉ số về tốc độ xử lý (PSI) đạt điểm cao nhất là 94.72 ± 18.35 . Trung bình chỉ số về tư duy tri giác (PRI), trí nhớ công việc (WMI), và tư duy ngôn ngữ (VCI) lần lượt là 79.74 ± 14.00 , 70.54 ± 13.26 và 65.07 ± 11.67 . **Kết luận:** Trong nghiên cứu này, trẻ ADHD có chỉ số năng lực trí tuệ ở các lĩnh vực đạt mức trung bình và dưới trung bình, rất ít trẻ đạt mức độ cao về năng lực trí tuệ, do vậy cần những chương trình học phù hợp với khả năng của trẻ.

Từ khóa: Đặc điểm trí tuệ, tăng động giảm chú ý, Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng.

ABSTRACT

Objectives: To describe the intellectual characteristics of primary school-aged children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) presenting for their first psychiatric evaluation at Da Nang Psychiatric Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 165 primary school-aged children who presented for their first clinical evaluation at Da Nang Psychiatric Hospital and were diagnosed with ADHD between March 2022 and September 2022. ADHD symptoms were assessed using the Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale (VADRS). Intellectual functioning was evaluated using the Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition (WISC-IV). **Results:** Among the 165 children diagnosed with ADHD, 83% were male and 17% were female. The largest age group was 7-year-olds (32.7%). WISC-IV results indicated that the majority of participants demonstrated a low mean Full-Scale Intelligence Quotient (FSIQ) score (71.10 ± 14.11). The Processing Speed Index (PSI) yielded the highest mean score (94.72 ± 18.35). In contrast, the mean scores for the Perceptual Reasoning Index (PRI), Working Memory Index (WMI), and Verbal Comprehension Index (VCI) were 79.74 ± 14.00 , 70.54 ± 13.26 , and 65.07 ± 11.67 , respectively. **Conclusions:** In this study, children with ADHD demonstrated

intellectual functioning predominantly within the average to below-average range across cognitive domains, with only a small proportion achieving high intellectual performance. These findings underscore the need for individualized educational programs tailored to the cognitive profiles of children with ADHD.

Keywords: Intellectual characteristics; ADHD; Da Nang Psychiatric Hospital.

Received: 09/03/2026 |

Accepted: 03/04/2026 |

Published: 02/06/2026 |

©The authors. This **open-access** work is licensed under a [CC BY 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng động giảm chú ý (Attention-deficit hyperactivity disorder - ADHD) là một trong những rối loạn tâm thần hay gặp nhất ở trẻ em và thanh thiếu niên. Tỷ lệ trẻ mắc tăng động giảm chú ý là 3 - 7% trong độ tuổi đi học. Ở Hoa Kỳ, ước tính từ 5% đến 9% trẻ em trong độ tuổi từ 5 đến 12 tuổi mắc rối loạn tăng động giảm chú ý, tỷ lệ này tương tự với tỷ lệ trẻ mắc tăng động giảm chú ý ở nhiều nghiên cứu trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, tỷ lệ trẻ có vấn đề về chú ý khoảng 4% trên 1.320 trẻ được nghiên cứu.¹

Theo ICD10: Bảng phân loại bệnh quốc tế của Tổ chức Y tế Thế giới lần thứ 10 (The International Classification of Diseases World Health Organization 1993), tăng động giảm chú ý (TĐGCY) thuộc mục F90 có đặc điểm là: dấu hiệu khởi phát sớm, sự kết hợp của một hành vi hoạt động quá mức, kém kiểm tra với thiếu chú ý rõ rệt và thiếu kiên trì trong công việc và những đặc điểm hành vi lan tỏa trong một số lớn hoàn cảnh và kéo dài với thời gian.² Theo DSM-V (Sổ tay chẩn đoán và phân loại bệnh tâm thần của Hội tâm thần học Hoa Kỳ lần thứ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) thì TĐGCY được xếp vào nhóm các rối loạn liên quan phát triển thần kinh (Neurodevelopmental Disorders). TĐGCY

có biểu hiện quá mức tình trạng không tập trung chú ý, hoạt động không kiểm soát và tăng hoạt động, làm ảnh hưởng đến việc học tập, phát triển cảm xúc và kĩ năng xã hội của trẻ. Rối loạn TĐGCY với các dạng biểu hiện: Giảm chú ý (ADD: Attention Deficit Disorder), tăng động/bốc đồng (HD: Hyperactivity Disorder) và tăng động giảm chú ý (ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder).⁴

Các hướng dẫn thực hành về rối loạn tăng động giảm chú ý của Hội Nhi khoa Hoa Kỳ và Khoa Tâm thần Vị thành niên khuyến nghị đánh giá trí tuệ trong các mục đánh giá lâm sàng cho trẻ tăng động giảm chú ý.¹⁰ Lý do chính cho điều này là có tới 70% trẻ tăng động giảm chú ý bị rối loạn học tập đi kèm, và kiến thức về trình độ trí tuệ của một cá nhân có thể giúp hiểu rõ hơn về các rối loạn học tập. Đánh giá trí tuệ hữu ích trong việc tìm ra những điểm mạnh và hạn chế về mặt nhận thức, trí tuệ, giúp xây dựng các kế hoạch điều trị, can thiệp, đồng thời là một trong những cơ sở để đánh giá hiệu quả của điều trị cho trẻ.

Việc tìm hiểu các đặc điểm trí tuệ của trẻ tăng động giảm chú ý là vô cùng cần thiết, góp phần hỗ trợ nhà chuyên môn giải thích về những khó khăn về nhận thức của trẻ dựa trên cơ sở khoa học, đặc biệt là trong bối cảnh của Việt Nam. Những nghiên cứu về đặc điểm trí

tuệ của học sinh tiểu học mắc rối loạn tăng động giảm chú ý ở Việt Nam, đặc biệt tại thành phố Đà Nẵng hiện nay còn chưa nhiều. Với những lý do trên, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài “Nghiên cứu đặc điểm trí tuệ của trẻ tăng động giảm chú ý tuổi tiểu học đến khám lần đầu tại Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng” nhằm: Mô tả đặc điểm trí tuệ của trẻ tăng động giảm chú ý tuổi tiểu học đến khám lần đầu tại Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

(1) Trẻ lứa tuổi tiểu học đến khám lần đầu tại Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng được chẩn đoán tăng động giảm chú ý; (2) Trẻ được chẩn đoán có có ADHD (thông qua kết quả từ thang đo ADHD Vanderbilt, phỏng vấn, quan sát lâm sàng từ cán bộ tâm lý và bác sĩ tâm thần) và được đánh giá bằng trắc nghiệm trí tuệ WISC-IV; (3) Trẻ lứa tuổi tiểu học; (4) Trẻ có cha mẹ chấp nhận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp bị loại khỏi nghiên cứu bao gồm: (1) Trẻ chậm phát triển tâm thần; (2) Phụ huynh và trẻ không hợp tác.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 9 năm 2022.

Địa điểm nghiên cứu

Tại Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng.

3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu cho xác định/ước lượng một tỷ lệ (cỡ quần thể không xác định):

$$N = Z^2_{1-\alpha/2}P(1-P)/d^2$$

P: tỷ lệ ước tính

d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn (confident limit around the point estimate), thường lấy = 0,05 (5%)

Z: Z score tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn, thường lấy 95% CI, two-side test Z = 1,96

P = 0,122 là tỷ lệ trẻ đạt điểm số tư duy tri giác. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Quý (2019), tỷ lệ trẻ đạt điểm số cao ở năng lực tư duy ngôn ngữ; trí nhớ làm việc và tốc độ xử lý chỉ là 1,1%, riêng tư duy tri giác đạt 12,2%.⁵

Thay các chỉ số vào công thức trên được cỡ mẫu là 165 trẻ.

Cách chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ.

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Trước khi tiến hành thu thập số liệu, các điều tra viên đã được tập huấn thống nhất về quy trình và cách sử dụng các bảng phỏng vấn nhằm đảm bảo tính chuẩn hóa trong quá trình đánh giá. Chẩn đoán rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa tâm thần dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê các Rối loạn Tâm thần, phiên bản thứ năm (DSM-5). Mức độ triệu chứng ADHD được đánh giá bằng thang sàng lọc Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale dành cho phụ huynh, được thực hiện tại phòng trắc nghiệm tâm lý theo quy trình chuẩn. Phần đánh giá năng lực trí tuệ của trẻ được tiến hành bằng trắc nghiệm Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition

(WISC-IV), thực hiện cá nhân trong điều kiện tiêu chuẩn tại phòng trắc nghiệm tâm lý.

Phương pháp xử lý số liệu

Tất cả các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

1. Mô tả đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

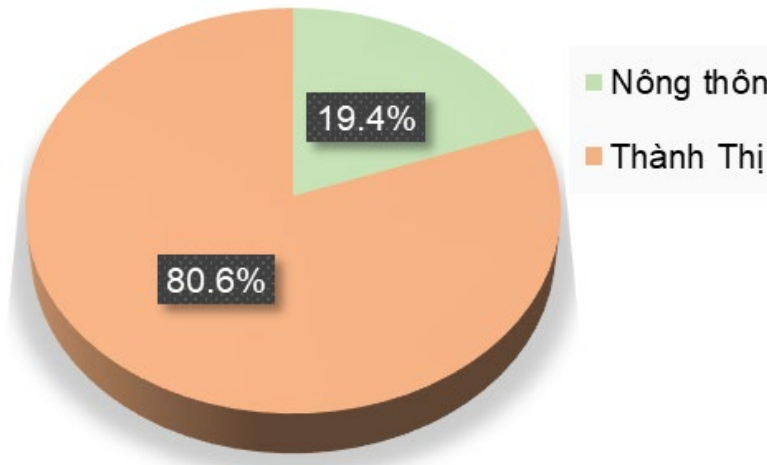
Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới

Tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu là 165 trẻ. Trong đó, trẻ nam chiếm đa số với 137 trường hợp (83%), trong khi trẻ nữ chiếm 28 trường hợp (17%). Phân bố theo nhóm tuổi cho thấy trẻ 7 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 54 trường hợp (32,7%), tiếp theo là nhóm 10 tuổi với 44 trường hợp (26,7%), nhóm 9 tuổi với 30 trường

hợp (18,2%), nhóm 8 tuổi với 20 trường hợp (12,1%) và thấp nhất là nhóm 6 tuổi với 17 trường hợp (10,3%). Xét theo giới tính trong từng nhóm tuổi, ở nhóm trẻ nam, tỷ lệ cao nhất tập trung ở độ tuổi 7 (29,1%), tiếp đến là 10 tuổi (20,0%). Ở nhóm trẻ nữ, tỷ lệ cao nhất ghi nhận ở độ tuổi 10 (6,7%), sau đó là 7 và 9 tuổi (đều 3,6%) (Bảng 1).

Nơi ở của đối tượng nghiên cứu

Kết quả phân tích cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu sinh sống tại khu vực thành thị. Cụ thể, 80,6% trẻ thuộc nhóm cư trú ở thành thị, trong khi chỉ 19,4% trẻ sinh sống tại khu vực nông thôn. Sự phân bố này cho thấy tỷ lệ trẻ đến khám và được chẩn đoán ADHD tại cơ sở nghiên cứu chủ yếu tập trung ở khu vực đô thị (Hình 1).



Hình 1. Nơi ở đối tượng nghiên cứu (n=165)

Hoàn cảnh gia đình

Nghiên cứu cho thấy phần lớn trẻ trong mẫu nghiên cứu sống trong gia đình có cha mẹ đang chung sống. Cụ thể, có 120/165 trẻ (72,7%) thuộc nhóm gia đình có cha mẹ sống chung. Trong khi đó, 45 trẻ (27,3%) sống trong hoàn cảnh cha mẹ ly thân hoặc ly hôn. Như vậy, mặc dù đa số trẻ ADHD trong nghiên cứu được nuôi

dưỡng trong môi trường gia đình đầy đủ cha mẹ, vẫn có một tỷ lệ đáng kể trẻ sống trong bối cảnh gia đình không toàn vẹn (Bảng 2).

Tiền sử sản khoa

Đối với yếu tố tiền sử sản khoa của mẹ trong suốt quá trình mang thai, phần lớn bà mẹ có quá trình mang thai bình thường, với 148/165 trường hợp (89,7%). Các yếu tố bất thường

trong thai kỳ chiếm tỷ lệ thấp hơn, bao gồm: mẹ có sang chấn tâm lý trong thời gian mang thai (7,9%), mẹ nghén nặng (3,0%), mẹ bị dọa sảy thai (1,8%) và mẹ có bệnh lý thực thể kèm theo (0,6%). Về quá trình sinh, đa số trẻ được sinh bằng phương pháp sinh mổ với 112 trường hợp

(67,9%), trong khi sinh thường chiếm 31,5% (52 trường hợp). Các trường hợp can thiệp thủ thuật khi sinh và nhẹ cân lúc sinh đều chiếm tỷ lệ thấp (0,6%). Tỷ lệ trẻ sinh thiếu tháng là 3,0% (Bảng 3).

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới (n=165)

Tuổi	Giới	Nam		Nữ		Tổng	
		N	%	N	%	N	%
6 tuổi		15	9,1	2	1,2	17	10,3
7 tuổi		48	29,1	6	3,6	54	32,7
8 tuổi		17	10,3	3	1,8	20	12,1
9 tuổi		24	14,5	6	3,6	30	18,2
10 tuổi		33	20,0	11	6,7	44	26,7
Tổng		137	83	28	17	165	100

Bảng 2. Hoàn cảnh gia đình (n=165)

Hoàn cảnh gia đình	Đối tượng nghiên cứu	
	N	%
Cha mẹ sống chung	120	72,7
Cha mẹ ly thân hay ly hôn	45	27,3
Tổng	165	100

Bảng 3. Tiền sử sản khoa (n=165)

Tiền sử sản khoa	Đối tượng nghiên cứu		
	N	%	
Quá trình mẹ mang thai	Bình thường	148	89,7
	Mẹ nghén nặng	5	3,0
	Mẹ bị dọa sảy thai	3	1,8
	Mẹ có bệnh lý thực thể kèm theo	1	0,6
	Mẹ có sang chấn tâm lý	13	7,9
Quá trình sinh	Sinh thường	52	31,5
	Sinh mổ	112	67,9
	Can thiệp thủ thuật	1	0,6
	Sinh thiếu tháng	5	3,0
	Nhẹ cân lúc sinh	1	0,6

2. Mô tả đặc điểm trí tuệ của trẻ tăng động giảm chú ý tuổi tiểu học đến khám lần đầu tại bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng

Đặc điểm chung về trí tuệ của trẻ ADHD

Kết quả đánh giá bằng thang đo WISC-IV cho thấy chỉ số tốc độ xử lý (PSI) có giá trị trung bình cao nhất ($94,72 \pm 18,35$). Trung bình các chỉ số tư duy tri giác (PRI), trí nhớ công việc (WMI) và tư duy ngôn ngữ (VCI) lần lượt là $79,74 \pm 14,00$; $70,54 \pm 13,26$ và $65,07 \pm 11,67$. Trung bình tổng điểm trí tuệ (FSIQ) của nhóm đối tượng nghiên cứu là $71,10 \pm 14,11$. Điểm tối thiểu và tối đa của FSIQ lần lượt có giá trị là 40 và 111 (Bảng 4).

Phân loại mức độ trí tuệ của đối tượng nghiên cứu theo từng thể ADHD

Phân loại mức độ trí tuệ theo tổng điểm FSIQ cho thấy nhóm cực thấp (dưới 69) chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,6% (72 trường hợp), tiếp theo là mức thấp (70 – 79) chiếm 29,7% (49 trường hợp) và mức trung bình thấp (80 – 89) chiếm 16,4% (27 trường hợp). Mức trung bình (90 – 109) chiếm 9,7% (16 trường hợp), trong khi mức trung bình cao (110 – 119) chỉ ghi nhận 0,6% (1 trường hợp). Theo từng thể ADHD, nhóm giảm chú ý chiếm tỷ lệ cao nhất (53,9%), tiếp đến là thể kết hợp (30,3%) và thể tăng động chiếm ưu thế (15,8%). Ở mức trung bình cao không ghi nhận trường hợp nào thuộc thể kết hợp và thể tăng động chiếm ưu thế; chỉ có 1 trường hợp thuộc thể giảm chú ý (Bảng 5).

Đặc điểm về trí tuệ theo từng thể ADHD

Ở nhóm ADHD thể kết hợp ($n = 50$), chỉ số tốc độ xử lý (PSI) có giá trị trung bình cao nhất ($91,22 \pm 16,88$). Trung bình các chỉ số tư duy tri giác (PRI), trí nhớ công việc (WMI) và tư duy ngôn ngữ (VCI) lần lượt là $76,74 \pm 13,68$; $68,64 \pm 13,94$ và $63,88 \pm 12,09$. Trung bình tổng điểm trí tuệ (FSIQ) của nhóm là $68,02 \pm 14,37$. Giá trị tối thiểu và tối đa của FSIQ lần lượt là 40 và 104 (Bảng 6).

Trong khi đó, đối với nhóm ADHD thể tăng động chiếm ưu thế ($n = 26$), chỉ số tốc độ xử lý (PSI) có giá trị trung bình cao nhất ($98,08 \pm 19,15$), ngược lại chỉ số tư duy ngôn ngữ (VCI) có giá trị trung bình thấp nhất ($65,15 \pm 10,29$). Trung bình các chỉ số trí nhớ công việc (WMI) và tư duy tri giác (PRI) lần lượt là $74,00 \pm 12,55$ và $81,46 \pm 12,95$. Trung bình tổng điểm trí tuệ (FSIQ) của nhóm là $73,62 \pm 13,75$. Giá trị tối thiểu và tối đa của FSIQ lần lượt là 53 và 108 (Bảng 7).

Ở nhóm ADHD thể giảm chú ý chiếm ưu thế ($n = 89$), điểm trung bình cao nhất được ghi nhận ở chỉ số tốc độ xử lý (PSI) với $95,71 \pm 18,79$. Một đặc điểm đáng chú ý là chỉ số tư duy ngôn ngữ (VCI) có giá trị trung bình thấp hơn so với các chỉ số còn lại ($65,72 \pm 11,88$). Các chỉ số trí nhớ công việc (WMI) và tư duy tri giác (PRI) đạt giá trị trung bình tương ứng là $70,60 \pm 13,01$ và $80,92 \pm 14,37$. Tổng điểm trí tuệ (FSIQ) của nhóm đạt trung bình $72,10 \pm 13,93$, với khoảng điểm dao động từ 48 đến 111 (Bảng 8).

Bảng 4. Đặc điểm chung về trí tuệ của trẻ ADHD (n=165)
(các chỉ số trắc nghiệm WISC-IV)

Chỉ số	N	Min	Max	ĐTB	ĐLC
IQ về tư duy ngôn ngữ (VCI)	165	45	97	65,07	11,67
IQ về trí nhớ công việc (WMI)	165	50	113	70,54	13,26
IQ về tốc độ xử lý (PSI)	165	56	150	94,72	18,35
IQ về tư duy tri giác (PRI)	165	49	123	79,74	14,00
IQ tổng thể (FSIQ)	165	40	111	71,10	14,11

Bảng 5. Phân loại mức độ trí tuệ theo từng thể ADHD (n=165)

Phân loại trí tuệ	Thể kết hợp		Thể tăng động chiếm ưu thế		Thể giảm chú ý chiếm ưu thế		Tổng	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rất cao (Từ 130 trở lên)	0	0	0	0	0	0	0	0
Cao (120-129)	0	0	0	0	0	0	0	0
Trung bình cao (110-119)	0	0	0	0	1	0,6	1	0,6
Trung bình (90-109)	5	3,0	4	2,4	7	4,2	16	9,7
Trung bình thấp (80-89)	6	3,6	3	1,8	18	10,9	27	16,4
Thấp (70-79)	13	7,9	7	4,2	29	17,6	49	29,7
Cực thấp (Dưới 69)	26	15,8	12	7,3	34	20,6	72	43,6
Tổng	50	30,3	26	15,8	89	53,9	165	100

Bảng 6. Đặc điểm về trí tuệ của ADHD thể kết hợp (n=50)

Chỉ số	N	Min	Max	ĐTB	ĐLC
IQ về tư duy ngôn ngữ (VCI)	50	45	89	63,88	12,09
IQ về trí nhớ công việc (WMI)	50	50	102	68,64	13,94
IQ về tốc độ xử lý (PSI)	50	56	135	91,22	16,88
IQ về tư duy tri giác (PRI)	50	49	117	76,74	13,68
IQ tổng thể (FSIQ)	50	40	104	68,02	14,37

Bảng 7. Đặc điểm về trí tuệ của ADHD thể tăng động ưu thế (n=26)

Chỉ số	N	Min	Max	ĐTB	ĐLC
IQ về tư duy ngôn ngữ (VCI)	26	51	91	65,15	10,29
IQ về trí nhớ công việc (WMI)	26	56	113	74,00	12,55
IQ về tốc độ xử lý (PSI)	26	73	150	98,08	19,15
IQ về tư duy tri giác (PRI)	26	59	104	81,46	12,95
IQ tổng thể (FSIQ)	26	53	108	73,62	13,75

Bảng 8. Đặc điểm về trí tuệ của ADHD thể giảm chú ý ưu thế (n=89)

Chỉ số	N	Min	Max	ĐTB	ĐLC
IQ về tư duy ngôn ngữ (VCI)	89	45	97	65,72	11,88
IQ về trí nhớ công việc (WMI)	89	50	110	70,60	13,01
IQ về tốc độ xử lý (PSI)	89	59	150	95,71	18,79
IQ về tư duy tri giác (PRI)	89	51	123	80,92	14,37
IQ tổng thể (FSIQ)	89	48	111	72,10	13,93

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu bảng 1 cho thấy tuổi mắc ADHD tập trung nhiều hơn vào độ tuổi 7 tuổi với tỷ lệ 32,7%, thấp nhất ở nhóm 6 tuổi là 10,3%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quý và cộng sự (2019), độ tuổi trung bình là 7,69.⁵ Nghiên cứu của Wang LJ, Lee SY và cộng sự năm 2016 đã báo cáo lứa tuổi 6 đến 12 tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất so với nhóm tuổi dưới 6 tuổi và 13 đến 18 tuổi.⁶ Kết quả của nghiên cứu trên nhóm đối tượng trẻ tuổi tiểu học tại bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng tương đồng với kết quả các nghiên cứu trên.

Trong 165 đối tượng tham gia nghiên cứu tỷ lệ trẻ nam/nữ là 4,8/1, các trẻ gặp vấn đề về ADHD thường gặp nhiều ở trẻ nam hơn trẻ nữ. Kết quả này cũng được tìm thấy ở nghiên cứu của Nguyễn Thế Mạnh (2009) tỷ lệ nam mắc ADHD là 70,3%,² nghiên cứu của Nguyễn Thị

Quý và cộng sự (2019) có 78,9% trẻ nam và 21,1% trẻ nữ.⁵

Kết quả nghiên cứu trên nhóm đối tượng nghiên cứu cũng thể hiện yếu tố hoàn cảnh gia đình của trẻ ADHD có bố mẹ ly hôn chiếm tỷ lệ 32,3%, điều này cho thấy các trẻ sống trong môi trường bố mẹ bất hòa có ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ. Điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu cho rằng bất cứ một trục trặc nào trong quan hệ hôn nhân của cha mẹ (ly thân, ly hôn) đều tác động lớn đến trẻ, có thể làm gia tăng tình trạng ADHD của trẻ và làm tình trạng này kéo dài hơn.³

Đối với các yếu tố tiền sử sản khoa, có sự tương đồng trong các kết quả nghiên cứu đã tìm được so với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Mackie S, Shaw P (2007) cho rằng những trường hợp thiếu oxy

cấp tính cũng như mạn tính ở người mang thai, trường hợp sinh non, hay bất thường dây rốn khi sinh đều liên quan với nguy cơ gia tăng ADHD sau này.⁷ Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Mạnh, trẻ sinh thiếu tháng 10,7%, mẹ nghén nặng 2,99%, trẻ phải can thiệp khi sinh 2,74%, trẻ ngạt khi sinh 2,24%. mẹ có vấn đề tâm lý 2,24%, mẹ uống rượu 1,74%, mẹ hút thuốc lá khi mang thai 0,25%.² Đối chiếu về tiền sử sản khoa của người mẹ của trẻ mắc ADHD thuộc nghiên cứu tại bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng thấy rằng: Mẹ có sang chấn tâm lý khi mang thai chiếm 7,9%, mẹ nghén nặng 3,0%, mẹ bị dọa sảy thai 1,8 %. Trẻ sinh thiếu tháng và nhẹ cân chiếm 3,06%.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Quý và cộng sự (2019) tìm thấy: tỷ lệ trẻ đạt điểm số thấp ở năng lực tư duy ngôn ngữ (VCI): 57,8%, trí nhớ công việc (WMI): 68,9% và tư duy tri giác (PRI): 21,1%. Nhóm trẻ ADHD sẽ gặp khó khăn khi thực hiện các bài tập dưới áp lực thời gian, đòi hỏi sự tập trung chú ý cao. Năng lực ghi nhớ tức thời và ngôn ngữ cũng đòi hỏi sự tập trung và xử lý tốt. Chính vì vậy điểm số năng lực của trẻ ADHD trong các khía cạnh WMI và VCI kém hơn.⁵ Một phân tích tổng hợp về trí nhớ làm việc bằng lời nói ở trẻ em và thanh thiếu niên mắc ADHD của Ari Alex Ramos và cộng sự (2020), 49 nghiên cứu so sánh trẻ em và thanh thiếu niên mắc ADHD (n = 4956) so với nhóm chứng khỏe mạnh (n = 3249), kết quả cho thấy hiệu suất trí nhớ công việc (WMI) và (VCI) bằng lời nói kém hơn ở những người bị ADHD.⁸ Theo kết quả nghiên cứu của Hai-Bo Fang và cộng sự (2021), nhóm ADHD giảm đáng kể điểm số của chỉ số tư duy ngôn ngữ (VCI), suy luận tri giác (PRI), chỉ số trí nhớ công việc (WMI), chỉ

số thông minh toàn quy mô (FSIQ).⁹ Các kết quả tìm được trên nhóm đối tượng nghiên cứu tại Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng cũng phù hợp với các nghiên cứu nêu trên, trẻ ADHD có chỉ số tư duy ngôn ngữ (VCI) và trí nhớ công việc (WMI) đạt mức điểm thấp và cực thấp. Trẻ thuộc thể kết hợp có chỉ số VCI thấp nhất ($63,88 \pm 12,09$). Tốc độ xử lý (PSI) và tư duy tri giác (PRI) đạt ở mức trung bình thấp và trung bình.

Đối với kết quả nghiên cứu về chỉ số FSIQ, tỷ lệ cao đối tượng nghiên cứu chỉ ở mức thấp và trung bình; không có trường hợp nào ở mức cao. Trong các thể ADHD thì thể giảm chú ý chiếm ưu thế, trẻ có tổng điểm FSIQ cao hơn các thể khác. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Quý (2009) cho thấy hầu hết trẻ trong nhóm nghiên cứu có chỉ số IQ đạt ở mức thấp. Đồng thời, các trẻ ADHD thường không đạt điểm số cao về các năng lực trí tuệ. Trong nghiên cứu này, IQ về tư duy ngôn ngữ, tốc độ xử lý, trí nhớ công việc của trẻ tăng động giảm chú ý đều ở mức chậm phát triển ranh giới (chỉ số IQ từ 74,96 - 76,20), riêng tư duy tri giác của trẻ đạt mức trung bình (IQ = 92,49), điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu đã được thực hiện trên thế giới.⁵

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận trẻ nam chiếm ưu thế trong nhóm ADHD, với độ tuổi 7 là nhóm gặp nhiều nhất. Phần lớn trẻ sinh sống tại khu vực thành thị và khoảng một phần tư có cha mẹ không chung sống. Đa số bà mẹ có thai kỳ bình thường, tuy nhiên tỷ lệ sinh mổ tương đối cao. Những kết quả này phản ánh đặc điểm nhân khẩu học và tiền sử sản khoa chủ yếu của nhóm trẻ trong nghiên cứu.

Tổng điểm trí tuệ (FSIQ) của trẻ ADHD trong nghiên cứu chủ yếu tập trung ở mức thấp và trung bình, không ghi nhận trường hợp nào đạt mức cao. Ở cả ba thể lâm sàng, FSIQ phân bố chủ yếu ở mức cực thấp và thấp; thể giảm chú ý chiếm ưu thế có xu hướng ghi nhận tỷ lệ trẻ đạt mức trung bình cao hơn so với hai thể còn lại. Nhìn chung, năng lực trí tuệ của trẻ ADHD trong nghiên cứu dao động chủ yếu từ mức thấp đến trung bình.

TUYÊN BỐ CỦA TÁC GIẢ

Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức. Tên hội đồng: Hội đồng Khoa học kỹ thuật (Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng); Hội đồng Khoa học và công nghệ (Sở Y tế Đà Nẵng). Số quyết định: 51/QĐ-SYT

Nguồn tài trợ:

Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng

Xung đột lợi ích:

Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích.

Công bố trước đó:

Đã được trình bày oral tại hội nghị Tâm thần toàn quốc, báo cáo poster tại hội nghị khoa học kỷ niệm 10 năm thành lập khoa Y tế công cộng trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng, “Y tế công cộng: Thành tựu và thách thức”.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Sức khỏe Tâm thần. *Thông tin báo chí: Hợp báo về rối loạn tăng động giảm chú ý*. Bệnh viện Bạch Mai; 2019. Missing: place of publication.
2. Tổ chức Y tế Thế giới. Rối loạn tăng động. In: *ICD-10: Phân loại các rối loạn tâm thần và hành vi: Tiêu chuẩn chẩn đoán dành cho nghiên*

cứu. Geneva, Switzerland: Tổ chức Y tế Thế giới; 1993:175-199.

3. Mayes SD, Calhoun SL, Crowell EW. Learning disabilities and ADHD: overlapping spectrum disorders. *J Learn Disabil.* 2000;33(5):417-424.

[DOI:10.1177/002221940003300502](https://doi.org/10.1177/002221940003300502)

4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

5. Nguyễn Thị Quý, Thành Ngọc Minh, Nguyễn Thị Hồng Thúy. Đặc điểm trí tuệ của trẻ có rối loạn tăng động giảm chú ý. *Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa*. 2019;3(1):16-22.

6. Yu ZZ, Yang BR, Zhang SH, et al. Intellectual characteristics of children with attention deficit hyperactivity disorder and developmental dyslexia. *Chin J Contemp Pediatr.* 2021;23(2):148-152. [DOI:10.7499/j.issn.1008-8830.2009095](https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2009095)

7. Fried R, Chan J, Feinberg L, et al. Clinical correlates of working memory deficits in youth with and without ADHD: a controlled study. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2016;38(5):487-496. [DOI:10.1080/13803395.2015.1127896](https://doi.org/10.1080/13803395.2015.1127896)

8. Simone AN, Marks DJ, Bédard AC, et al. Low working memory rather than ADHD symptoms predicts poor academic achievement in school-aged children. *J Abnorm Child Psychol.* 2018;46:277-290. [DOI:10.1007/s10802-017-0288-3](https://doi.org/10.1007/s10802-017-0288-3)

9. Fang HB, Wang R, Chu LN, et al. Cognitive impairment in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes and attention deficit hyperactivity disorder: a prospective study. *Chin J Contemp Pediatr.*

2021;23(8):791-796. [DOI:10.7499/j.issn.1008-8830.2105011](https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2105011)

10. Gomez R, Vance A, Watson SD. Structure of the Wechsler Intelligence Scale for

Children–Fourth Edition in a group of children with ADHD. *Front Psychol.* 2016;7:737.

[DOI:10.3389/fpsyg.2016.00737](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00737).