

một phương pháp rất hiệu quả trong tìm và triệt đốt ổ phát nhịp NTT/T. Đặc biệt trong những trường hợp nhịp xoang là chủ đạo, khi không có đủ NTT/T để tiến hành phương pháp lập bản đồ bằng đo điện thế thất sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ bước đầu nhận thấy sự khác biệt về EAT giữa các vị trí lập bản đồ điện học bằng tạo nhịp. Thực vậy, mức độ tương đồng tại các vị trí tạo nhịp so với phức bộ NTT/T ban đầu có liên quan chặt chẽ với vị trí đích. Hai phức bộ càng tương đồng (tối ưu là giống 100%) thì khoảng cách tới vị trí đích càng gần. Do đó khi đo EAT tại các vị trí này thì có giá trị càng lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại vị trí mapping bằng tạo nhịp giống 12/12 chuyển đạo thì có giá trị EAT trung bình là $22,8 \pm 1,6$ ms, cao hơn tại các vị trí mà tạo nhịp chỉ giống 11/12 hoặc 10/12 chuyển đạo.

KẾT LUẬN

Mapping bằng phương pháp tạo nhịp trong triệt đốt ngoại tâm thất từ đường ra thất phải là một phương pháp hiệu quả, đặc biệt có ưu điểm vượt trội trong hoàn cảnh ít NTT/T trong quá trình làm thủ thuật, khó khăn khi mapping bằng tìm điện thế thất sớm. Mapping bằng tạo nhịp tương đồng 12/12 chuyển đạo dự báo kết quả thành công cao. Bước đầu nhận xét được mối tương quan giữa 2 phương pháp mapping bằng tạo nhịp và mapping bằng tìm điện thế thất sớm. Mapping bằng tạo nhịp càng tương đồng thì giá trị EAT thu được càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yong-Mei Cha, et al.**, *Premature Ventricular Contraction-Induced Cardiomyopathy*. *Circulation Arrhythm Electrophysiology*, 2012. 5: p. 229 - 236.

2. **ACC/AHA/ESC**, *Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death*. *Journal of the American College of Cardiology*, 2006. 48(5): p. e247 - e346.

3. **Masao Takemoto, et al.**, *Radiofrequency Catheter Ablation of Premature Ventricular Complexes From Right Ventricular Outflow Tract Improves Left Ventricular Dilation and Clinical Status in Patients Without Structural Heart Disease*. *Journal of the American College of Cardiology*, 2005. 45: p. 1259 - 65.

4. **JASMINE LAMBA, et al.**, *Radiofrequency Catheter Ablation for the Treatment of Idiopathic Premature Ventricular Contractions Originating from the Right Ventricular Outflow Tract: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *ELECTROPHYSIOLOGY*, 2013. 37: p. 73 - 78.

5. **S Niwano, et al.**, *Prognostic significance of frequent premature ventricular contractions originating from the ventricular outflow tract in patients with normal left ventricular function*. *Heart*, 2009. 95(1230 - 1237).

6. **Yumiko Kanei, et al.**, *Frequent Premature Ventricular Complexes Originating from the Right Ventricular Outflow Tract Are Associated with Left Ventricular Dysfunction*. *A.N.E.*, 2008. 13(1): p. 81 - 85.

7. **Krittayaphong, R., et al.**, *Electrocardiographic predictors of long-term outcomes after radiofrequency ablation in patients with right-ventricular outflow tract tachycardia*. *Europace*, 2006. 8: p. 601 - 606

8. **David J. Wilber, Douglas L. Packer, and William G. Stevenson**, *Ventricular Tachycardia, in Catheter Ablation of Cardiac Arrhythmias: Basic Concepts and Clinical Applications*. 2008, Blackwell. p. 274.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý Ở TRẺ 6 – 14 TUỔI KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

THÀNH NGỌC MINH, TRƯƠNG THỊ MAI HỒNG
Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện nhằm đánh giá đặc điểm rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ 6 – 14 tuổi khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tổng cộng có 105 bệnh nhân được tuyển vào nghiên cứu. Kết quả cho thấy, có 96 trẻ mắc ADHD chiếm 91,43%. Trẻ mắc tăng động giảm chú ý (ADHD) chủ yếu là trẻ nam, độ tuổi 6-9, sống ở vùng nông thôn, là con đầu, ở gia đình ≥ 2 con. Ngoài ra, trẻ có mẹ có thời kỳ mang thai bất thường: 5,21%, đẻ thiếu tháng:

7,29%, đẻ mổ: 27,08%. Tính cách của bố, mẹ nóng nảy/ ưu phiền chiếm 48,96%, thường xuyên xung đột trong dạy trẻ chiếm: 44,79%, đánh trẻ thường xuyên chiếm: 35,42%. Một số rối loạn chức năng ở trẻ mắc ADHD: đái dầm chiếm 15,63%, chậm nói chiếm 28,13%, nói ngọng: 29,17%, diễn đạt sai từ: 23,96%.

Từ khóa: Lâm sàng, rối loạn tăng động giảm chú ý, trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AMONG CHILDREN AGED 6-14 YEARS OLD AT NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRIC

A cross-sectional study was conducted to identify the clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among children aged 6-14 years old at National Hospital of Pediatric. A total of 105 patients were recruited into the study. The study

Chịu trách nhiệm: Trương Thị Mai Hồng

Địa chỉ: Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: maihonghoa98@gmail.com

Ngày nhận: 21/12/2016

Ngày phản biện: 30/12/2016

Ngày duyệt bài: 04/1/2017

Ngày xuất bản: 30/1/2017

shows that, 96% suffered ADHD (91.43%). Most of them were male, aged from 6-9 years old, living in rural area, the first child and their parents had more than 2 children. In addition, they had mothers whom had abnormal period of pregnancy (5.21%); preterm birth (7.29%) and caesareans (27.08%). The proportion of ADHD children having anxious/depressive parents were 48.96%; having conflict in feeding children 44.79%; hitting children regularly 35.42%. Some function disorders in ADHD children: enuresis (15.63%); delayed speak 28.13%; lisp (29.17%) and misstatement (23.96%).

Keywords: Clinical, attention deficit hyperactivity disorder, children.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD - Attentiondeficit hyperactivity disorder) là một rối loạn phổ biến ở trẻ em, theo DSM-IV hiện có 5% số trẻ mắc ADHD [1],[2]. Tỷ lệ ADHD có xu hướng ngày càng tăng, tại Mỹ tỷ lệ mắc ADHD ở trẻ em từ 7,8% năm 2003 đến 9,5% năm 2007 và 11% năm 2011 [1]. Nghiên cứu tại Mỹ năm 2005, chi phí điều trị ADHD ước tính 12.005 – 17.458 Đô la Mỹ cho một người/năm [2].

Trẻ mắc ADHD có các dấu hiệu giảm chú ý, tăng động, xung động và gặp khó khăn trong mối quan hệ xã hội với bố mẹ, với các trẻ khác, giảm trí nhớ và có kết quả học tập kém hơn trẻ thường.

Tại Việt Nam, hiện chưa có nhiều nghiên cứu về ADHD và các rối loạn hành vi kèm theo. Năm 2013 Bệnh viện Nhi Trung ương, Lê Thanh Hải và cộng sự đã có hai bài báo về ADHD với rối loạn nhân cách, chứng trầm cảm, lo âu, tuy nhiên kết quả thực sự vẫn chưa được rõ ràng và cần có thêm các bằng chứng về mối liên quan giữa ADHD với các chứng rối loạn tâm thần khác kèm theo [3].

Nghiên cứu tìm hiểu đặc điểm lâm sàng ở trẻ ADHD và các rối loạn tâm thần kèm theo nhằm hỗ trợ

công tác phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị các chứng rối loạn tâm thần là điều cần thiết, đảm bảo cho trẻ có được cuộc sống khỏe mạnh, hạnh phúc, phòng ngừa nguy cơ tội phạm, các hành vi lạm dụng chất gây nghiện khi trẻ trưởng thành, hòa nhập thành công vào xã hội [2]. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đặc điểm rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ 6-14 tuổi khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương”.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ đến khám tại phòng khám chuyên khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương đảm bảo các tiêu chí: 1) Có các dấu hiệu/biểu hiện của ADHD. 2) Trẻ có độ tuổi từ 6-14. Loại trừ trẻ bị bại não, chậm phát triển tâm thần, trẻ tự kỷ, trẻ bị động kinh và trẻ bị tổn thương hệ thần kinh trung ương,....

Thời gian nghiên cứu: 09/2015 – 6/2016

Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám ngoại trú - Khoa Tâm thần - Bệnh viện Nhi Trung ương.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Toàn bộ trẻ đến khám tại phòng khám chuyên khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương. Qua khảo sát có tổng cộng 105 BN.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Công cụ TTSL: Phiếu điều tra được xây dựng dựa vào mục tiêu nghiên cứu gồm 55 câu hỏi chia làm 7 phần.

Phương pháp TTSL: Hướng dẫn bố mẹ trẻ điền phiếu.

Xử lý số liệu: Nhập liệu và xử lý phân tích số liệu bằng SPSS 16.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả chẩn đoán cho thấy, trong số 105 trẻ có biểu hiện của ADHD, trẻ mắc ADHD chiếm 91,43%, trong đó ADHD trội giảm chú ý chiếm tỷ lệ 20%, trội tăng động chiếm tỷ lệ 13,33% và 61 trẻ mắc ADHD dạng kết hợp chiếm tỷ lệ 58,1%.

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học trẻ mắc ADHD

Loại ADHD Đặc điểm	Giảm chú ý		Tăng động		Kết hợp		Mắc ADHD		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Giới tính	Nam	17	80,95	11	78,57	56	91,80	84	87,50
	Nữ	4	19,05	3	21,43	5	8,20	12	12,50
Độ tuổi	6-9 tuổi	15	71,43	13	92,86	51	83,61	79	82,29
	10-14 tuổi	6	28,57	1	7,14	10	16,39	17	17,71
Khu vực sống	Nông thôn	14	66,67	6	42,86	33	54,10	53	55,21
	Thành thị	7	33,33	8	57,14	28	45,90	43	44,79
Nghề của mẹ	Nghề khác	15	71,43	12	85,71	44	72,13	71	73,96
	Nông dân	6	28,57	2	14,29	17	27,87	25	26,04
Học vấn của mẹ	≥PTTH	15	71,43	11	78,57	49	80,33	75	78,13
	<PTTH	6	28,57	3	21,43	12	19,67	21	21,88
Nghề của bố	Nghề khác	14	66,67	12	85,71	41	67,21	67	69,79
	Nông dân	7	33,33	2	14,29	20	32,79	29	30,21
Học vấn của bố	≥ PTTH	15	71,43	11	78,57	49	80,33	75	78,13
	<PTTH	6	28,57	3	21,43	12	19,67	21	21,88
Tổng		21	100	14	100	61	100	96	100

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số trẻ mắc là trẻ nam với 87,5%, độ tuổi chủ yếu từ 6-9 tuổi chiếm 82,29%. Trẻ nông thôn chiếm nhiều hơn thành thị với 55,21%. Trong số các bệnh nhân mắc ADHD, nghề

nhề của các bà mẹ là nông dân chiếm hơn 1/4 số bà mẹ, học vấn của người mẹ dưới PTTH chiếm hơn 1/5 số bà mẹ, nghề của bố là nông dân chiếm hơn 30%, học vấn người bố dưới PTTH chiếm gần 22%.

Bảng 2: Đặc điểm tiền sử trẻ mắc ADHD

	Loại ADHD Đặc điểm	Giảm chú ý		Tăng động		Kết hợp		Mắc ADHD	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Thứ tự con	Con thứ	9	42,86	5	35,71	14	22,95	28	29,17
	Con đầu	12	57,14	9	64,29	47	77,05	68	70,83
Số con trong gia đình	≥ 2	20	95,24	8	57,14	44	72,13	72	75,00
	1	1	4,76	6	42,86	17	27,87	24	25,00
Thời kỳ mang thai	Bình thường	20	95,24	13	92,86	58	95,08	91	94,79
	Bất thường	1	4,76	1	7,14	3	4,92	5	5,21
	Đẻ thiếu tháng	3	14,29	2	14,29	2	3,28	7	7,29
	Đẻ mổ	6	28,57	2	14,29	18	29,51	26	27,08
	Ngạt sau sinh	0	0,00	1	7,14	1	1,64	2	2,08
	Nhẹ cân khi sinh	1	4,76	1	7,14	3	4,92	5	5,21
Tuổi của mẹ	<35	16	76,19	11	78,57	59	96,72	86	89,58
	≥35	5	23,81	3	21,43	2	3,28	10	10,42
Tuổi của bố	<35	16	76,19	10	71,43	48	78,69	74	77,08
	≥35	5	23,81	4	28,57	13	21,31	22	22,92
	Bố nghiện ma túy	1	4,76	0	0	4	6,56	5	5,21
	Bố nghiện rượu	3	14,29	3	21,43	17	27,87	23	23,96
	Bố nghiện thuốc lá	6	28,57	8	57,14	28	45,90	42	43,75
	Tính cách của bố nóng nảy/ ưu phiền	8	38,10	7	50,00	32	52,46	47	48,96
	Tính cách của mẹ nóng nảy/ ưu phiền	7	33,33	7	50,00	33	54,10	47	48,96
	Thường xuyên xung đột trong dạy trẻ	3	14,29	5	35,71	35	57,38	43	44,79
	Cha mẹ áp đặt trẻ	1	4,76	1	7,14	5	8,20	7	7,29
	Cha mẹ chiều chuộng trẻ quá mức	2	9,52	2	14,29	7	11,48	11	11,46
	Đánh trẻ thường xuyên	3	14,29	5	35,71	26	42,62	34	35,42
	Tổng	21	100	14	100	61	100	96	100

Hơn 70% số trẻ mắc ADHD là con đầu trong gia đình. Tuổi của mẹ khi sinh con trên 35 chiếm hơn 10%, tuổi bố trên 35 chiếm gần 23%, gần một nửa bố và mẹ có tính cách nóng nảy hoặc ưu phiền, hơn 55% xung đột trong cách dạy trẻ, cha mẹ áp đặt trẻ chiếm hơn

7%, cha mẹ chiều trẻ quá mức chiếm hơn 11%, đánh trẻ thường xuyên có hơn 35%.

Bảng 3: Một số rối loạn chức năng ở trẻ mắc ADHD

Đặc điểm	Giảm chú ý		Tăng động		Kết hợp		Mắc ADHD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đái dầm	0	0,00	4	28,57	11	18,03	15	15,63
Ỉa đùn	1	4,76	0	0,00	1	1,64	2	2,08
Cắn móng tay	3	14,29	3	21,43	18	29,51	24	25,00
Nháy mắt	1	4,76	3	21,43	4	6,56	8	8,33
Nhún vai	1	4,76	0	0,00	1	1,64	2	2,08
Hắng giọng	1	4,76	1	7,14	2	3,28	4	4,17
Khịt mũi	2	9,52	3	21,43	4	6,56	9	9,38
Chậm nói	5	23,81	5	35,71	17	27,87	27	28,13
Nói ngọng	5	23,81	3	21,43	20	32,79	28	29,17
Nói lắp	2	9,52	0	0,00	8	13,11	10	10,42
Nói nhại lời	1	4,76	0	0,00	3	4,92	4	4,17
Sắp xếp từ lộn xộn	9	42,86	6	42,86	21	34,43	36	37,50
Diễn đạt từ sai	3	14,29	4	28,57	16	26,23	23	23,96
Nói khó	4	19,05	0	0	7	11,48	11	11,46
Các bệnh tật khác	3	14,29	2	14,29	8	13,11	13	13,54
Đang sử dụng thuốc	2	9,52	4	28,57	18	29,51	24	25,00
Chấn thương sọ não	0	0,00	0	0,00	2	3,28	2	2,08
Tổng	21	100	14	100	61	100	96	100

Nghiên cứu cho thấy trẻ mắc ADHD có tỷ lệ đái dầm là 15,63%, tỷ lệ ỉa đùn là 2,08%, tỷ lệ cắn móng tay là 25%. Các biểu hiện rối loạn TIC ở trẻ mắc ADHD bao gồm nháy mắt chiếm 8,33%, nhún vai chiếm 2,08%, háng giọng chiếm 4,17%, khịt mũi chiếm 9,38%. Tỷ lệ chậm nói chiếm 28,13%, nói khó chiếm 11,46%.

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong số 105 trẻ đến khám tại Bệnh viện Nhi Trung ương với các biểu hiện nghi ngờ thì tỷ lệ trẻ mắc triệu chứng chú ý chiếm tỷ lệ 21,9%, triệu chứng tăng động chiếm tỷ lệ 14,5% và dạng kết hợp chiếm tỷ lệ 63,6%. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Xiao HZ và

cộng sự (2013) [4].

Trẻ nam mắc ADHD chiếm 87,5%, kết quả này tương tự với một số nghiên cứu khác [6], [7]. Độ tuổi mắc ADHD đa số ở lứa tuổi 6-9 tuổi với 82,29%, trong đó nhóm ADHD trội về giảm chú ý độ tuổi từ 6-9 chiếm 71,43%, nhóm ADHD trội về tăng động có độ tuổi 6-9 chiếm 92,86%, nhóm ADHD dạng kết hợp có độ tuổi 6-9 chiếm 83,61%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Becker SP và cộng sự (2012) [6] tuy nhiên cao hơn kết quả khảo sát của CDC (2008) ngoài cộng đồng từ 2004-2006 cho thấy tỷ lệ nhóm tuổi 6-11 tuổi chiếm 7,1% [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm trẻ mắc ADHD, mẹ có học vấn từ PTTH trở lên chiếm 78,13%, bố có học vấn từ PTTH trở lên chiếm 78,13%. Nghiên cứu của CDC (2008) cho thấy học vấn của bà mẹ có sự khác biệt về tỷ lệ ADHD ở trẻ, tuy vậy học vấn của bà mẹ dưới PTTH thì tỷ lệ có con mắc ADHD lại thấp nhất với 6,4%, bà mẹ tốt nghiệp PTTH có con mắc ADHD chiếm 9,2%, bà mẹ tốt nghiệp cao đẳng có con mắc ADHD chiếm 9,5%, bà mẹ tốt nghiệp cử nhân và trên cử nhân có con mắc ADHD chiếm 6,5% [7]. Thực tế nghề nghiệp có ảnh hưởng đến cuộc sống sinh hoạt giữa trẻ với cha, mẹ. Theo nghiên cứu của Jamal H. Al Hamed và cộng sự (2008) ở Saudi Arabia vai trò cha mẹ rất quan trọng đối với tỷ lệ mắc ADHD, trong đó trẻ sống cùng cha mẹ mắc ADHD thấp hơn trẻ sống chỉ với cha hoặc mẹ [5].

Trong nhóm trẻ mắc ADHD, tỷ lệ con đầu lòng trong nghiên cứu của chúng tôi là 70,83%, con thứ chiếm 29,17%. Trẻ mắc ADHD thời kỳ người mẹ mang thai bất thường chiếm tỷ lệ 5,21. Trong số những trẻ mắc ADHD, tỷ lệ trẻ đẻ thiếu tháng là 7,29 trong đó trẻ mắc ADHD trội giảm chú ý có tiền sử đẻ thiếu tháng là 14,29%, ADHD trội tăng động có tỷ lệ tiền sử đẻ thiếu tháng là 14,29%, ADHD dạng kết hợp có tỷ lệ tiền sử đẻ thiếu tháng là 3,28%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt nếu so sánh tỷ lệ giữa các nhóm ADHD so với Jamal H. Al Hamed và cộng sự (2008) [5].

Trẻ mắc ADHD, tỷ lệ có tiền sử đẻ mổ là 27,08%. So sánh với nghiên cứu Jamal H. Al Hamed và cộng sự (2008) cho thấy tiền sử đẻ thường xấp xỉ so với đẻ mổ ở trẻ mắc ADHD [5]. Tỷ lệ nhẹ cân khi sinh là 5,21%, trong đó ADHD trội về giảm chú ý có tiền sử nhẹ cân khi sinh chiếm 4,76%, ADHD trội tăng động có tiền sử nhẹ cân khi sinh chiếm 7,14%, ADHD dạng kết hợp có tiền sử nhẹ cân khi sinh là 4,92%. Tỷ lệ nhẹ cân khi sinh trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Jamal H. Al Hamed và cộng sự (2008) trong đó trẻ mắc ADHD dạng kết hợp có tỷ lệ nhẹ cân khi sinh là 25% [5].

Trong nghiên cứu này trẻ mắc ADHD có tỷ lệ chậm nói là 28,13%, nói ngọng là 29,17%, nói lắp, nói nhại lời chiếm 4,17% diễn đạt sai từ ở trẻ mắc ADHD là 23,96%, khó nói: 11,46%. Các bệnh tật khác trẻ đang mắc phải chiếm tỷ lệ 13,53%, tiền sử chấn thương sọ não chiếm 2,08% với tất cả các trường hợp đều ở

nhóm ADHD dạng kết hợp.

KẾT LUẬN

Trong số 105 trẻ có biểu hiện của ADHD, có 96 trẻ mắc ADHD chiếm 91,43%.

Đặc điểm nhân khẩu học của trẻ mắc ADHD: Trẻ mắc ADHD ở nam là 87,5%; độ tuổi 6-9: 82,29%, sống ở vùng nông thôn: 55,21%. Mẹ là nông dân: 26,04%, bố là nông dân: 30,21%, mẹ dưới: PTTH 21,88%, bố dưới PTTH: 21,88%.

Đặc điểm tiền sử của trẻ mắc ADHD: Tiền sử trẻ là con đầu chiếm 70,83%, gia đình ≥ 2 con: 75%, thời kỳ mang thai có bất thường: 5,21%, đẻ thiếu tháng: 7,29%, đẻ mổ: 27,08%, tiền sử ngạt khi sinh: 2,08%, nhẹ cân khi sinh: 5,21%.

Đặc điểm của bố, mẹ: Tuổi mẹ sinh con ≥ 35 là 10,42%, tuổi của bố khi sinh con ≥ 35 là 22,92%, bố nghiện ma túy: 5,21%, bố nghiện rượu: 23,96%, bố nghiện thuốc lá: 43,75%.

Môi trường nuôi dạy và tính cách của bố/mẹ: Tính cách của bố, mẹ nóng nảy/luu phiến chiếm 48,96%, thường xuyên xung đột trong dạy trẻ chiếm: 44,79%, cha mẹ áp đặt: 7,29%, cha mẹ chiều chuộng quá mức: 11,46%, đánh trẻ thường xuyên chiếm: 35,42%.

Một số rối loạn chức năng ở trẻ mắc ADHD: Đái dầm chiếm 15,63%, ỉa đùn: 2,08%, cắn móng tay: 25%. Rối loạn TIC: nhún vai: 2,08%, khịt mũi: 9,38%. Chậm nói chiếm 28,13%, sắp xếp từ lộn xộn: 37,50%, diễn đạt sai từ: 23,96%, nói khó: 11,46%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Psychiatric Association** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition: DSM-5*, (Washington: American Psychiatric Association).
2. **Gisli H. Gudjonsson, Jon Fridrik Sigurdsson, et al.** (2014). A National Epidemiological Study of Offending and Its Relationship With ADHD Symptoms and Associated Risk Factors. *Journal of Attention Disorders*, 18 (1), 3-13.
3. **Lê Thanh Hải, Thành Ngọc Minh, et al.** (2013). Mối liên quan giữa điểm tăng động, giảm chú ý theo thang đo K-SADS-PL và lo âu, trầm cảm ở trẻ tự kỷ tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học thực hành*, 926. số 7, Tr 40-42.
4. **XIAO Zhao-Hua, WANG Qing-Hong, et al.** (2013). Comorbidities and functional impairments in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Chin J Contemp Pediatr*, 15 (9), 728-732.
5. **Stephen P. Becker, Joshua M. Langberg, et al.** (2012). Clinical Utility of the Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale Comorbidity Screening Scales. *J Dev Behav Pediatr*, 33 (3), 221-228.
6. **CDC** (2008). Diagnosed Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Learning Disability: United States, 2004-2006. *Vital and Health Statistics*, 10, 1-22.
7. **Nguyễn Thế Mạnh** (2010) *Đặc điểm lâm sàng tăng động giảm chú ý ở trẻ em*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.