

SỰ THAY ĐỔI CỦA CÁC RỐI LOẠN GIẤC NGỦ SAU HAI THÁNG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Phương Mai¹, Nguyễn Thị Thanh Mai¹, Dương Quý Sỹ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi rối loạn giấc ngủ (RLGN) sau hai tháng điều trị rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) cho trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thuần tập tiến cứu trên 629 trẻ ADHD từ 6 – 12 tuổi, tại Bệnh viện Nhi Trung ương (01/10/2022 – 30/09/2024). Những trẻ này được điều trị ADHD và RLGN (nếu có) theo khuyến cáo của Viện Hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ. Các RLGN được khảo sát bằng CSHQ, chẩn đoán và phân loại theo ICSD-3 trước, sau 1 tháng và 2 tháng điều trị. **Kết quả:** Trước điều trị, 70% trẻ ADHD có ít nhất một RLGN, tỷ lệ này giảm còn 47,7% sau 1 tháng và 27,7% sau 2 tháng điều trị ($p < 0,001$). Các RLGN phổ biến ở trẻ ADHD như mất ngủ, hội chứng chân không yên, rối loạn cận giấc ngủ đều cải thiện rõ rệt. Điểm CSHQ giảm đồng thời với mức độ cải thiện triệu chứng ADHD. **Kết luận:** Điều trị ADHD và quản lý RLGN giúp cải thiện đáng kể triệu chứng lâm sàng. Do đó khảo sát và quản lý RLGN trong quá trình điều trị ADHD là cần thiết. **Từ khóa:** ADHD, trẻ em, rối loạn giấc ngủ, CSHQ, điều trị.

SUMMARY

CHANGES IN SLEEP DISORDERS AFTER TWO MONTHS OF TREATMENT FOR ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDREN

Objective: To evaluate changes in sleep disorders after two months of treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children. **Subjects and Methods:** A prospective cohort study was conducted on 629 children with ADHD aged 6 to 12 years at the National Children's Hospital (October 1, 2022 – September 30, 2024). Children were treated for ADHD and sleep disorders according to the American Academy of Pediatrics (AAP) guidelines. Sleep disorders were assessed using the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) and diagnosed/classified according to ICSD-3 before treatment, and at one and two months after treatment. **Results:** Before treatment, 70% of children with ADHD had at least one sleep disorder; this rate decreased to 47.7% after one month and 27.7% after two months of treatment ($p < 0.001$). Common sleep disorders in children with ADHD, such as insomnia, restless legs syndrome, and parasomnias, showed marked improvement. CSHQ

scores decreased in parallel with improvements in ADHD symptoms. **Conclusion:** Managing both ADHD and associated sleep disorders yields substantial clinical benefits, emphasizing the value of an individualized and integrative treatment strategy.

Keywords: ADHD, children, sleep disorders, CSHQ, treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng động giảm chú ý (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD) là một rối loạn phát triển thần kinh thường gặp nhất ở trẻ em, ảnh hưởng đến khoảng 5,9 – 7,1% trẻ em trên toàn thế giới, với xu hướng ngày càng gia tăng.¹ Rối loạn giấc ngủ (RLGN) là một trong những rối loạn đi kèm phổ biến nhất ở trẻ mắc ADHD. Các nghiên cứu ghi nhận có đến 55 – 95% trẻ ADHD gặp ít nhất một RLGN, như mất ngủ, ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, hội chứng chân không yên, mộng du, cơn hoảng sợ khi ngủ...² Mỗi liên quan giữa ADHD và RLGN thường rất phức tạp và mang tính chất hai chiều, ADHD và các rối loạn tâm thần đi kèm có thể gây ra hoặc làm trầm trọng thêm các RLGN, ngược lại các RLGN kéo dài có thể làm gia tăng mức độ mất tập trung, hành vi tăng động và khó kiểm soát cảm xúc ở nhóm trẻ này. Đặc biệt, mối liên quan này còn trở nên phức tạp hơn khi sử dụng các nhóm thuốc điều trị ADHD. Nhóm thuốc kích thần (methylphenidate và amphetamine) là lựa chọn ưu tiên hàng đầu để cải thiện triệu chứng ADHD, tuy nhiên, nhóm thuốc này thường gây khó vào giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ và giảm thời lượng ngủ. Ngược lại, nhóm không kích thần (atomoxetine, clonidine, guanfacine) và an thần kinh (risperidone) có thể cải thiện giấc ngủ nhưng lại tiềm ẩn nguy cơ gây buồn ngủ quá mức vào ban ngày.³ Vì vậy, việc theo dõi giấc ngủ trong quá trình điều trị ADHD là cần thiết để điều chỉnh phác đồ phù hợp với từng bệnh nhi. Do đó, khuyến cáo điều trị RLGN ở trẻ ADHD của Cortese và cộng sự (CS) theo chuẩn SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) – đã nhấn mạnh vai trò của sàng lọc và quản lý các rối loạn giấc ngủ trong toàn bộ quá trình chẩn đoán và điều trị ADHD.⁴ Việc sử dụng các công cụ chuẩn hoá như CSHQ (Children's Sleep Habits Questionnaire), ICSD-3 (The International Classification of Sleep Disorders, Third Edition) để phân loại RLGN, kết hợp với tư vấn hành vi và giáo dục giấc ngủ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Cao đẳng Y tế Lâm Đồng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Mai

Email: phuongmaihmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025

đúng cách là yếu tố then chốt để cá thể hóa điều trị ADHD một cách toàn diện và hiệu quả.

Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu theo dõi đánh giá giấc ngủ trong quá trình điều trị ADHD còn hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá sự thay đổi rối loạn giấc ngủ ở trẻ em mắc ADHD trong giai đoạn đầu điều trị, với kỳ vọng cung cấp bằng chứng thực tiễn cho hướng tiếp cận tích hợp trong điều trị ADHD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế thuần tập tiến cứu tại Khoa Tâm Thần, Bệnh viện Nhi Trung ương, trong thời gian từ 01/10/2022 đến 30/09/2024.

Đối tượng nghiên cứu. Tổng số có 629 trẻ 6 – 12 tuổi, lần đầu được chẩn đoán mắc ADHD theo tiêu chuẩn DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) và chưa từng được điều trị bằng thuốc hoặc can thiệp hành vi đặc hiệu trước đó. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm những trẻ mắc bệnh lý cấp tính cần vào viện điều trị, bệnh lý mạn tính, ác tính...; hoặc đang sử dụng thuốc an thần hay thuốc có ảnh hưởng đến giấc ngủ. Những trẻ và/hoặc người chăm sóc trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu, không tuân thủ đúng quy trình nghiên cứu hoặc không cung cấp đủ thông tin theo yêu cầu của nghiên cứu cũng được loại khỏi nghiên cứu.

Công cụ nghiên cứu. Bộ câu hỏi CSHQ là bộ câu hỏi được thiết kế để sàng lọc các vấn đề về giấc ngủ phổ biến nhất ở trẻ 4 – 12 tuổi. Bộ câu hỏi do Owens và CS biên soạn lại từ bảng đánh giá của Ronal Seifer. Điểm cut-off 41 có ý nghĩa bất thường, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 0,80 và 0,72, ngày nay CSHQ được sử dụng phổ biến trên toàn thế giới, trong đó có Việt Nam.⁵

Chẩn đoán và phân loại các rối loạn giấc ngủ theo tiêu chuẩn ICSD-3, RLGN được phân loại thành: mất ngủ; ngủ nhiều; rối loạn hô hấp liên quan đến giấc ngủ; rối loạn chu kỳ thức ngủ; rối loạn vận động liên quan đến giấc ngủ; rối loạn cận giấc ngủ; các rối loạn giấc ngủ khác. Phân loại này đã được sử dụng rộng rãi để nghiên cứu và điều trị về giấc ngủ trên toàn thế giới.

Thang đo đánh giá tăng động, giảm chú ý

Vanderbilt (VADRS - Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale) là một công cụ đánh giá tâm lý đối với hành vi/triệu chứng tăng động, giảm chú ý cho trẻ từ 6 – 12 tuổi. Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ tin cậy (Cronch 'back alpha) của phiên bản dành cho cha mẹ lần lượt là 80%, 75%, > 0,9.⁶ Điểm số của thang đo này càng cao cho thấy mức độ nghiêm trọng của triệu chứng ADHD càng nhiều.

Quy trình nghiên cứu: - Thời điểm T0 (Trước điều trị): Trẻ tham gia nghiên cứu được đánh giá triệu chứng ADHD bằng VADRS, khảo sát giấc ngủ bằng CSHQ, chẩn đoán và phân loại RLGN theo ICSD-3; Trẻ được điều trị ADHD và RLGN (nếu có) theo khuyến cáo của Viện Hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ (AAP).

- Thời điểm T1 (sau 1 tháng) và T2 (sau 2 tháng): đối tượng nghiên cứu được đánh giá lại các triệu chứng ADHD và rối loạn giấc ngủ.

Quản lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định tính được trình bày bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm, so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher exact test khi cần thiết. Biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, so sánh bằng t-test hoặc ANOVA một chiều. Mức ý nghĩa thống kê được xác định tại $p < 0,05$.

Biên số nghiên cứu: Tuổi, giới, loại thuốc sử dụng, liều thuốc trung bình, điểm CSHQ, VADRS, RLGN và phân loại RLGN theo ICSD-3.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức Nghiên cứu Y sinh học – Trường Đại học Y Hà Nội số 794/GCN-HĐĐNCYSH-ĐHYHN, ngày 16/11/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 629 trẻ ADHD đáp ứng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là $7,8 \pm 1,5$ tuổi. Tỷ lệ trẻ trai cao gấp 6,7 so với trẻ gái. Phần lớn trẻ tham gia nghiên cứu biểu hiện lâm sàng là thể hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất (62,2%), tiếp theo là thể giảm chú ý nổi trội (21,5%) và thể tăng động nổi trội (16,3%).

Các loại thuốc chính được sử dụng điều trị ADHD cho nhóm trẻ nghiên cứu bao gồm Methylphenidate, Clonidine và Risperidone. Trong đó, Methylphenidate là thuốc được lựa chọn hàng đầu trong điều trị ADHD tại thời điểm nghiên cứu. Liều thuốc của cả 3 nhóm đều được điều chỉnh tăng nhẹ theo thời gian điều trị (Bảng 1).

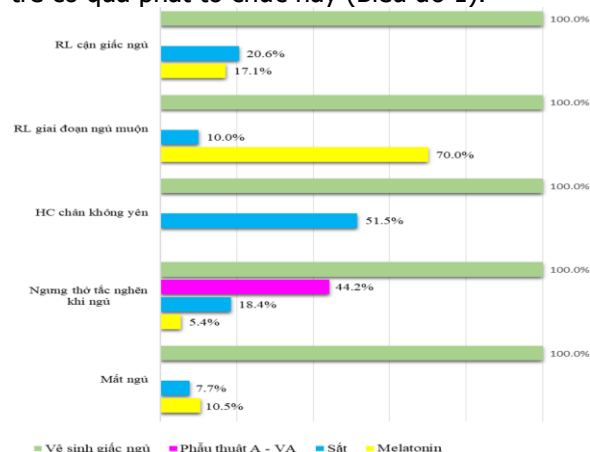
Bảng 1. Loại thuốc và liều thuốc điều trị rối loạn tăng động giảm chú ý

	T0 (n=629)	T1 (n=629)	T2 (n=620)
Risperidone			
Số trẻ được điều trị	142 (22,6)	141 (22,4)	137 (22,1)
Liều trung bình $\pm$ SD (Min – max)	0,46 $\pm$ 0,08	0,48 $\pm$ 0,11	0,50 $\pm$ 0,11

	(0,25 – 0,67)	(0,25 – 0,67)	(0,25 – 1,00)
Methylphenidate			
Số trẻ được điều trị	289 (45,9)	276 (43,9)	272 (43,9)
Liều trung bình $\pm$ SD (Min – max)	18,03 $\pm$ 0,53 (18,00 – 27,00)	19,86 $\pm$ 3,73 (18,00 – 36,00)	20,21 $\pm$ 4,71 (18,00 – 36,00)
Clonidine			
Số trẻ được điều trị	198 (31,5)	212 (33,7)	211 (34,0)
Liều trung bình $\pm$ SD (Min – max)	0,077 $\pm$ 0,010 (0,038 – 0,100)	0,086 $\pm$ 0,022 (0,038 – 0,15)	0,090 $\pm$ 0,027 (0,038 – 0,225)

T0: Trước điều trị, T1: Sau điều trị 1 tháng, T2: Sau điều trị 2 tháng

Ở trẻ ADHD, Melatonin là lựa chọn chính để điều trị rối loạn giai đoạn ngủ muộn, bổ sung sắt là lựa chọn chủ yếu trong điều trị hội chứng chân không yên, phẫu thuật cắt bỏ VA – A thường được lựa chọn để điều trị OSA ở những trẻ có quá phát tổ chức này (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sử dụng các phương pháp điều trị theo từng loại RLGN ở trẻ ADHD

Bảng 2. Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ trước và sau điều trị ADHD

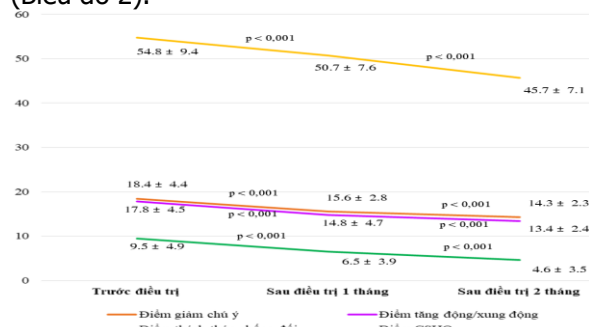
Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ	T0 (n=629)	T1 (n=629)	p ₁	T2 (n=620)	p ₂
Rối loạn giấc ngủ (n = 440)	440 (70,0)	300 (47,7)	0,000	172 (27,7)	0,000
Phân loại rối loạn giấc ngủ					
Mất ngủ (n = 253)	253 (40,2)	160 (25,4)	0,000	56 (9,0)	0,000
Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (n = 147)	147 (23,4)	107 (17,0)	0,000	99 (16,0)	0,000
Hội chứng chân không yên (n = 66)	66 (10,5)	15 (2,4)	0,000	3 (0,5)	0,000
Rối loạn giai đoạn ngủ muộn (n = 30)	30 (4,8)	3 (0,5)	0,000	1 (0,2)	0,000
Rối loạn cận giấc ngủ (n = 175)	175 (27,8)	70 (11,1)	0,000	41 (6,6)	0,000
Phân loại rối loạn cận giấc ngủ					
Cơ hoảng sợ khi ngủ (n = 65)	65 (10,3)	7 (1,1)	0,000	1 (0,2)	0,000
Lú lẫn khi thức giấc ban đêm (n = 125)	125 (19,9)	60 (9,5)	0,000	35 (5,6)	0,000
Mộng du (n = 39)	39 (6,2)	5 (0,8)	0,000	1 (0,2)	0,000
Ac mộng (n = 52)	52 (8,3)	17 (2,7)	0,000	6 (1,0)	0,000

T0: Trước điều trị, T1: Sau điều trị 1 tháng, T2: Sau điều trị 2 tháng; p₁: so sánh trước và sau điều trị 1 tháng; p₂: so sánh sau điều trị 2 tháng và sau điều trị 1 tháng

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 629 trẻ

ADHD, đánh giá theo dõi trong 2 tháng đầu điều trị tại 3 thời điểm trước điều trị (T0), sau 1 tháng (T1) và sau 2 tháng điều trị (T2). Tỷ lệ trẻ mắc ít nhất một rối loạn giấc ngủ (RLGN) tại thời điểm T0 là 70%, phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy RLGN xuất hiện ở 55 – 95% trẻ



Biểu đồ 2. Sự thay đổi của các vấn đề giấc ngủ theo CSHQ và biểu hiện triệu chứng ADHD theo Vanderbilt trước và sau điều trị

Hầu hết các rối loạn giấc ngủ đều giảm có ý nghĩa thống kê sau điều trị, mức độ cải thiện rõ nhất sau 2 tháng điều trị, đặc biệt là hội chứng chân không yên, rối loạn giai đoạn ngủ muộn, cơn hoảng sợ khi ngủ, mộng du (Bảng 2).

ADHD tùy phương pháp đánh giá.² Kết quả này khẳng định rằng RLGN là biểu hiện thường gặp, có ảnh hưởng rõ rệt đến chức năng thần kinh, hành vi và cần được sàng lọc trong quá trình chẩn đoán ADHD.

Điểm khác biệt nổi bật trong nghiên cứu này là trẻ ADHD có RLGN được khảo sát, chẩn đoán và điều trị RLGN theo khuyến cáo của AAP, thực hiện đồng thời trong quá trình điều trị ADHD. Việc kết hợp điều trị ADHD và quản lý giấc ngủ đã góp phần làm giảm đáng kể tỷ lệ RLGN xuống 47,7% sau 1 tháng và 27,7% sau 2 tháng ($p < 0,001$). Các rối loạn phổ biến như mất ngủ, hội chứng chân không yên, rối loạn giai đoạn ngủ muộn và rối loạn cận giấc ngủ đều có xu hướng cải thiện. Thêm nữa, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự song hành giữa cải thiện chất lượng giấc ngủ (giảm điểm CSHQ) và kiểm soát triệu chứng ADHD (giảm điểm Vanderbilt). Mỗi tương quan thuận này đã được Becker và CS ghi nhận trong nghiên cứu trên trẻ vị thành niên, cho thấy giấc ngủ chất lượng hơn giúp cải thiện khả năng kiểm soát cảm xúc và hành vi.⁷ Ngược lại, Kidwell và CS cũng cho thấy nếu chỉ điều trị bằng thuốc kích thần như methylphenidate mà không quản lý giấc ngủ, nguy cơ mất ngủ hoặc ngủ nông có thể lên tới 65%.⁸

Một yếu tố góp phần vào hiệu quả điều trị là can thiệp hành vi và tư vấn thực hành giấc ngủ – được thực hiện đồng bộ cho tất cả trẻ có RLGN trong nghiên cứu. Đây là điểm mạnh giúp cá thể hóa điều trị và làm giảm tác dụng phụ của thuốc. Cách tiếp cận đa phương thức này đã được Cortese và CS khuyến cáo là giải pháp lý tưởng trong điều trị ADHD có kèm RLGN.⁴

Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của quản lý giấc ngủ trong quá trình điều trị ADHD. Việc sử dụng CSHQ để sàng lọc các vấn đề về giấc ngủ và phân loại các RLGN theo ICSD-3 nhằm phát hiện sớm các RLGN, cho phép áp dụng các biện pháp quản lý giấc ngủ như giáo dục cha mẹ về thực hành giấc ngủ tốt và chọn lựa, điều chỉnh các thuốc thích hợp trong quá trình điều trị ADHD, đưa đến hiệu quả đồng thời cho ADHD và RLGN.

Điểm mạnh của nghiên cứu này là cỡ mẫu lớn, thiết kế tiến cứu, theo dõi nhiều thời điểm và áp dụng đồng thời điều trị ADHD kết hợp quản lý RLGN theo hướng dẫn chuyên khoa. Nghiên cứu sử dụng các công cụ chuẩn hóa như CSHQ, Vanderbilt và phân loại ICSD-3, cho phép đánh giá định lượng và khách quan. Tuy nhiên, thời gian theo dõi ngắn (2 tháng) cũng là một

hạn chế trong đánh giá hiệu quả dài hạn. Do đó, trong tương lai, cần thực hiện các nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng, theo dõi dài hạn để làm rõ cơ chế mối liên hệ giữa ADHD và RLGN, để tối ưu hóa kết quả điều trị ADHD.

V. KẾT LUẬN

Điều trị ADHD theo phác đồ kết hợp với quản lý rối loạn giấc ngủ giúp cải thiện rõ rệt các rối loạn giấc ngủ ở trẻ em. Sau 2 tháng điều trị, tỷ lệ trẻ có rối loạn giấc ngủ giảm rõ rệt, song song với sự cải thiện triệu chứng ADHD. Kết quả này khẳng định thêm mối liên quan giữa ADHD và rối loạn giấc ngủ, đồng thời nhấn mạnh tiếp cận điều trị toàn diện, bao gồm RLGN là cần thiết để nâng cao hiệu quả điều trị ADHD ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, et al.** Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2019; 144(4):e20192528. doi:10.1542/peds.2019-2528
2. **Sung V, Hiscock H, Sciberras E, Efron D.** Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and family. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;162(4):336-342. doi:10.1001/archpedi.162.4.336
3. **Stein MA, Weiss M, Hlavaty L.** ADHD treatments, sleep, and sleep problems: complex associations. *Neurother J Am Soc Exp Neurother*. 2012; 9(3): 509-517. doi:10.1007/s13311-012-0130-0
4. **Cortese S, Brown TE, Corkum P, et al.** Assessment and management of sleep problems in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 52(8): 784-796. doi:10.1016/j.jaac.2013. 06.001
5. **Owens JA, Spirito A, McGuinn M.** The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric Properties of A Survey Instrument for School-Aged Children. *Sleep*. 2000;23(8):1-9. doi:10.1093/sleep/23.8.1d
6. **Bard DE, Wolraich ML, Neas B, Doffing M, Beck L.** The psychometric properties of the Vanderbilt attention-deficit hyperactivity disorder diagnostic parent rating scale in a community population. *J Dev Behav Pediatr JDBP*. 2013; 34(2): 72-82. doi:10.1097/DBP. 0b013e31827a3a22
7. **Becker SP, Langberg JM, Evans SW.** Sleep Problems Predict Comorbid Externalizing Behaviors and Depression in Young Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(8):897-907. doi:10.1007/s00787-014-0636-6
8. **Kidwell KM, Van Dyk TR, Lundahl A, Nelson TD.** Stimulant Medications and Sleep for Youth With ADHD: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2015; 136(6):1144-1153. doi:10.1542/peds.2015-1708