

# ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN ĐỒNG MẮC VÀ THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC Ở TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ TẠI MỘT SỐ CƠ SỞ GIÁO DỤC ĐẶC BIỆT TẠI PHÚ THỌ NĂM 2026

Nguyễn Thị Khánh Bình<sup>1\*</sup>, Nguyễn Hoài Nam<sup>2</sup>, Phạm Thế Văn<sup>3</sup>,  
Bùi Văn San<sup>4</sup>, Nguyễn Văn Quý<sup>2</sup>, Nguyễn Lan Anh<sup>5</sup>, Đỗ Quang Vinh<sup>3</sup>,  
Đặng Hải Nam<sup>4</sup>, Lê Phương Linh<sup>6</sup>, Lưu Phương Nhi<sup>4</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm rối loạn đồng mắc, sự ảnh hưởng của chúng đến mức độ biểu hiện các hành vi bất thường và thực trạng sử dụng thuốc ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ tại một số cơ sở giáo dục hòa nhập tỉnh Phú Thọ.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 trẻ rối loạn phổ tự kỷ (dưới 18 tuổi) đang can thiệp tại một số cơ sở giáo dục hòa nhập tỉnh Phú Thọ từ tháng 11/2025 đến tháng 02/2026. Công cụ thu thập dữ liệu bao gồm hồ sơ bệnh án, phỏng vấn tiền sử dùng thuốc và các thang đo chuẩn hóa: ABC (đánh giá hành vi bất thường) và CSHQ (thói quen giấc ngủ). Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, sử dụng thống kê mô tả và các kiểm định tương quan.

**Kết quả:** Quần thể nghiên cứu trẻ rối loạn phổ tự kỷ có rối loạn đồng mắc bất kỳ loại nào cao (78,0%), nổi bật là tăng động giảm chú ý (60,0%), rối loạn giấc ngủ (20,0%) và khuyết tật trí tuệ (14,0%). Tỷ lệ có rối loạn đồng mắc tại hai trung tâm ở nhóm tuổi lớn hơn có tỷ lệ đồng mắc cao hơn: 55,0% (nhóm 1-5 tuổi) lên 95,2% (nhóm 6-11 tuổi) và 88,9% (nhóm 12-18 tuổi) ( $p = 0,005$ ). Về điều trị hóa dược, 56,0% trẻ đang sử dụng thuốc, trong đó thuốc an thần kinh chiếm ưu thế (57,1%); các nhóm thuốc khác chưa được ghi nhận báo cáo đầy đủ.

**Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn đồng mắc (đặc biệt là ADHD và giấc ngủ) ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ ở mức cao, rõ rệt ở các trẻ lớn tại hai trung tâm được nghiên cứu. Nghiên cứu nhấn mạnh nhu cầu thiết

lập cơ chế phối hợp đa chuyên khoa giữa y tế và giáo dục để hướng tới can thiệp phân tầng và cá thể hóa.

**Từ khóa:** Rối loạn phổ tự kỷ, rối loạn đồng mắc, thực trạng sử dụng thuốc, giáo dục hòa nhập.

## COMORBIDITY CHARACTERISTICS AND STATUS OF MEDICATION USE AMONG CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER AT SELECTED SPECIAL EDUCATION CENTERS IN PHU THO PROVINCE IN 2026

### ABSTRACT

**Objectives:** To describe the characteristics of comorbidities, their impact on the severity of aberrant behaviors, and the status of medication use among children with autism spectrum disorder (ASD) at selected inclusive education centers in Phu Tho province.

**Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 50 children with ASD (under 18 years old) receiving intervention at selected inclusive education centers in Phu Tho province from November 2025 to February 2026. Data collection tools included medical records, medication history interviews, and standardized scales: the Aberrant Behavior Checklist (ABC) and the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ). Data were analyzed using SPSS 26.0 software, employing descriptive statistics and correlation tests.

**Results:** The study population of children with ASD showed a high prevalence of any comorbidity (78.0%), predominantly attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (60.0%), sleep disorders (20.0%), and intellectual disability (14.0%). The comorbidity rate at the two centers was higher in older age groups, rising from 55.0% in the 1–5 age group to 95.2% in the 6–11 age group and 88.9% in the 12–18 age group ( $p = 0.005$ ). Regarding pharmacotherapy, 56.0% of the children were using medication, with antipsychotics being the predominant class (57.1%); other drug groups were not fully recorded or reported.

1. Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Phú Thọ
  2. Bệnh viện Tâm thần Vĩnh Phúc
  3. Bệnh viện Tâm thần Hà Nội
  4. Trường Đại học Y Hà Nội
  5. Trung tâm Nghiên cứu phát triển Giáo dục hoà nhập Kazuo
  6. Trường Đại học VinUniversity
- \*Tác giả liên hệ: Bùi Văn San  
Email: Buivansan@hmu.edu.vn  
Ngày nhận bài: 13/4/2026  
Ngày phản biện: 10/6/2026  
Ngày duyệt bài: 12/6/2026

**Conclusions:** The rate of comorbidities (particularly ADHD and sleep disturbances) among children with ASD is high, especially in older children at the two surveyed centers. The study emphasizes the need for a multidisciplinary, collaborative framework between the healthcare and education sectors to facilitate stratified, individualized intervention strategies.

**Keywords:** Autism spectrum disorder, comorbidity, medication use, inclusive education

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (Autism spectrum disorder - ASD) là một rối loạn phát triển thần kinh khởi phát sớm, thường có những biểu hiện lâm sàng rõ rệt trong 3 năm đầu đời [1]. Thống kê của Mutluer T và cộng sự cho thấy có tới 70% trẻ ASD mắc ít nhất một rối loạn đồng mắc [2]. Cũng trong phân tích gộp lớn này đã chỉ ra tỉ lệ đồng mắc rối loạn tăng động giảm chú ý (Attention-deficit/hyperactivity disorder - ADHD) ở mức 28% [2]. Trong khi cơ sở dữ liệu SPARK (Hoa Kỳ) ghi nhận tỉ lệ ADHD lên tới 35,3%, kèm theo khuyết tật học tập (23,5%) và khuyết tật trí tuệ (Intellectual Disability - ID) (21,7%) [3]. Theo báo cáo của Volpe (2025), nghiên cứu về rối loạn phổ tự kỷ toàn cầu thay vì nhìn nhận ASD như một nhóm chung, các nhà khoa học tập trung vào việc phân tầng nhóm bệnh để giải quyết tính dị thể của hội chứng này [4]. Sự xuất hiện của các rối loạn đồng mắc không chỉ khiến biểu hiện của tự kỷ trở nên nặng nề hơn mà còn gây suy giảm nghiêm trọng chức năng thích ứng và xã hội [5, 6].

Tại Việt Nam, trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng và cộng sự (2025) về thực trạng tỉ lệ bệnh đồng mắc cao ở trẻ tự kỷ. Tỉ lệ trẻ ASD kèm theo ADHD dao động ở mức cao (52,4%) [7], đi kèm với rối loạn giấc ngủ, rối loạn hành vi và rối loạn xử lý giác quan [7, 8, 9]. Trước thực trạng này, hệ thống giáo dục Việt Nam cũng đã được bổ sung vào các chương trình quốc gia hiện hành như chương trình Giáo dục phổ thông (2018) và Giáo dục mầm non (2021) và bắt đầu tích hợp nội dung hỗ trợ trẻ có nhu cầu giáo dục đặc biệt nhằm thúc đẩy môi trường học tập hòa nhập [10]. Tuy nhiên, hiệu quả của các biện pháp giáo dục đơn thuần thường bị thách thức bởi gánh nặng của các rối loạn đồng mắc hay các rối loạn hành vi đi kèm. Khi các biện pháp giáo dục không đủ để kiểm soát triệu chứng, nhu cầu sử dụng hóa dược được đặt ra để trẻ có thể hợp tác trong học tập, nhưng thực tế này lại

vấp phải nỗi lo ngại của phụ huynh về tác dụng phụ của thuốc hướng thần.

Xuất phát từ câu hỏi về thực trạng của rối loạn đồng mắc, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm rối loạn đồng mắc, sự ảnh hưởng của chúng đến hành vi bất thường và thực trạng sử dụng thuốc tại các cơ sở giáo dục hòa nhập, từ đó đưa thêm một góc nhìn về việc phối hợp giữa giáo dục trị liệu và y khoa.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng, địa điểm và thời gian: Nghiên cứu được tiến hành trên 50 trẻ (dưới 18 tuổi) được sự đồng ý của gia đình và người giám hộ tham gia; trẻ đã được chẩn đoán xác định ASD theo tiêu chuẩn ICD-10 hoặc DSM-V, không có bệnh lý thực thể nội khoa hay thần kinh nặng. Toàn bộ dữ liệu được thu thập trực tiếp tại các trung tâm giáo dục hòa nhập (Trung tâm hỗ trợ giáo dục hòa nhập An Tuệ và Phúc Yên) ở Phú Thọ từ tháng 11/2025 đến tháng 02/2026.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Lấy mẫu thuận tiện, tất cả trẻ ASD tại trung tâm. Trong đó, trung tâm hỗ trợ giáo dục hòa nhập An Tuệ đang can thiệp bán trú cho 35 trẻ ASD; trung tâm hỗ trợ giáo dục hòa nhập Phúc Yên là trung tâm nội trú có 15 trẻ ASD.

**Công cụ thu thập số liệu:** Hồ sơ bệnh án và phỏng vấn: Thu thập thông tin nhân khẩu học, chẩn đoán bệnh đồng mắc (đã được xác định bởi bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc bác sĩ chuyên khoa nhi có chứng chỉ chuyên khoa tâm thần theo tiêu chuẩn DSM-V) và tiền sử sử dụng thuốc trong 3 tháng gần nhất. Các thang đánh giá sử dụng: Thang ABC (Aberrant Behavior Checklist): Đánh giá mức độ nghiêm trọng của các hành vi bất thường thông qua 5 tiểu thang; thang CSHQ (Children's Sleep Habits Questionnaire): Lượng giá các rối loạn và thói quen giấc ngủ.

### 2.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả được sử dụng để tính toán tần số, tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng tương quan Kruskal-Wallis test để so sánh sự khác biệt về điểm số các tiểu thang ABC, CSHQ; Fisher's exact test để đánh giá mối liên quan giữa nhóm tuổi và tỉ lệ bệnh đồng mắc, với mức ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### 2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số 9628/QĐ-ĐHYHN. Nghiên cứu chỉ mô tả lâm sàng, không can thiệp và không gây hại cho người bệnh. Trẻ và

người nhà được giải thích rõ mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu mà không cần giải thích. Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được cung cấp được đảm bảo giữ bí mật.

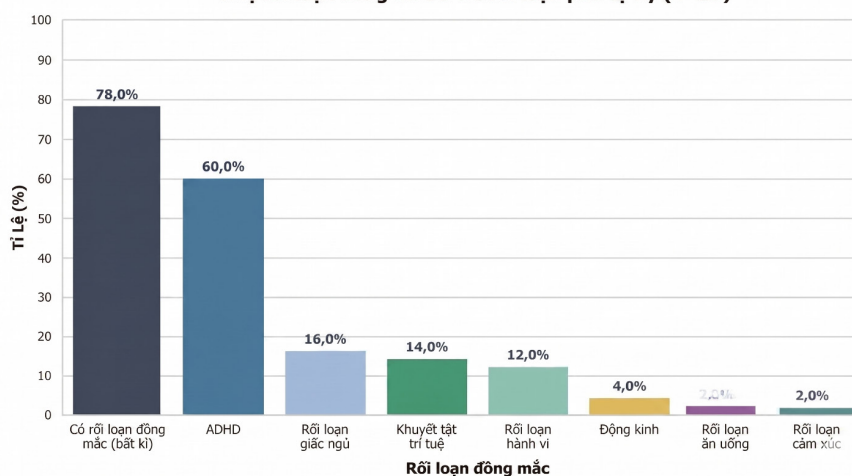
### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=50)**

Đặc điểm		n = 50	Trung vị	Tỉ lệ (%)
Tuổi theo giới	Nam	42	7,3 (4,92 – 11,42)	84%
	Nữ	8	5,8 (4,5 – 9,55)	16%
	Toàn bộ		7,1 (4,8 – 10,83)	
Nhóm tuổi	1-5 tuổi	20	4,25 (3,4 – 5)	40%
	6-11 tuổi	21	8,8 (7,2 – 10,2)	42%
	12-18 tuổi	9	13,4 (13 – 14,6)	8%
Tiền sử dùng thuốc	Có	28		56,0
	Không	22		44,0

**Nhận xét:** Mẫu nghiên cứu gồm 50 trẻ, trong đó nam giới chiếm ưu thế (84,0%), độ tuổi trung vị là 7,1 tuổi. Nhóm tuổi từ 1 đến 5 tuổi chiếm 40% với trung vị là 4,25 tuổi; từ 6 đến 11 tuổi chiếm 42% với trung vị là 8,8 tuổi; từ 12 đến 18 tuổi chiếm 8% với trung vị là 13,4 tuổi. Có 56,0 % trẻ có tiền sử dùng thuốc để điều trị các bệnh lý đồng mắc liên quan.

**Tỉ lệ rối loạn đồng mắc ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ (n=50)**



**Biểu đồ 1. Tỉ lệ bệnh đồng mắc ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ**

**Nhận xét:** Quần thể nghiên cứu có 78% trẻ rối loạn phổ tự kỷ đi kèm với rối loạn đồng mắc bất kỳ; tỉ lệ ADHD: 60,0%; tỉ lệ rối loạn giấc ngủ: 20,0%; tỉ lệ ID: 14,0%; tỉ lệ động kinh/rối loạn cơ giât: 6,0%.

**Bảng 2. Tỉ lệ các nhóm thuốc quần thể nghiên cứu sử dụng (n=28)**

STT	Nhóm thuốc	n = 28	%
1	An thần kinh	16	57,1
2	Chỉnh khí sắc/Chống động kinh	3	10,7
3	Chống trầm cảm	0	0,0
4	Giải lo âu	0	0,0
5	Thuốc khác	10	33,2

**Nhận xét:** Dữ liệu thu thập từ hồ sơ y tế phản ánh tỉ lệ tiếp cận các liệu pháp hóa dược trong quần thể nghiên cứu đạt 56,0% (n = 28). Phân tích trong nhóm cho thấy: Thuốc an thần kinh chiếm tỉ lệ cao nhất với 57,1%; nhóm thuốc khác (thực phẩm chức năng/chế phẩm bổ trợ thần kinh) ghi nhận ở mức 33,2%; thuốc chỉnh khí sắc/Chống động kinh chiếm 10,7%.

**Bảng 3. Mối liên quan giữa rối loạn đồng mắc và sử dụng thuốc (n=50)**

Rối loạn đồng mắc	Có sử dụng thuốc	Không sử dụng thuốc	Tổng	tỉ lệ dùng thuốc (%)	OR (95% CI)	p
Có	23	16	39	59,0	1,71 (0,36 – 8,42)	0,503
Không	5	6	11	45,5		

**Nhận xét:** Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc có rối loạn đồng mắc và việc sử dụng thuốc (Fisher's exact test,  $p = 0,503 > 0,05$ ). OR = 1,71 (95% CI: 0,36 – 8,42), khoảng tin cậy 95% chứa giá trị 1, cho thấy không đủ bằng chứng để kết luận rằng trẻ có rối loạn đồng mắc có khả năng sử dụng thuốc khác biệt so với trẻ không có rối loạn đồng mắc.

**Bảng 4. Thống kê nhóm tuổi với rối loạn đồng mắc, sử dụng thuốc và thang điểm ABC, CSHQ (n =50)**

Đặc điểm	1-5 tuổi n (%)	6-11 tuổi n (%)	12-18 tuổi n (%)	p
Thang điểm (Mean ± SD)				
Điểm ABC tổng	47,8 ± 25,1	71,1 ± 25,3	62,5 ± 24,5	0,024
Điểm CSHQ tổng	38,4 ± 5,3	37,1 ± 3,9	34,3 ± 2,6	0,078
<b>n</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	
Có RLDM (bất kì)	11 (55)	20 (95,2)	8 (88,9)	<b>0,005</b>
ADHD	9 (45)	13 (61,9)	8 (88,9)	0,082
Khuyết tật trí tuệ	2 (10)	3 (14,3)	2 (22,2)	0,669
Rối loạn giấc ngủ	2 (10)	5 (23,8)	1 (11,1)	0,531
Rối loạn hành vi	0 (0)	5 (23,8)	1 (11,1)	0,057
Động kinh	0 (0)	2 (9,5)	0 (0)	0,657
Rối loạn ăn uống	0 (0)	1 (4,8)	0 (0)	1
Rối loạn cảm xúc	0 (0)	0 (0)	1 (11,1)	0,18
Sử dụng thuốc	8 (40)	15 (71,4)	5 (55,6)	0,138
Thang điểm (Mean ± SD)				
Điểm ABC tổng	47,8 ± 25,1	71,1 ± 25,3	62,5 ± 24,5	0,024
Điểm CSHQ tổng	38,4 ± 5,3	37,1 ± 3,9	34,3 ± 2,6	0,078

**Nhận xét:** Mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và có rối loạn đồng mắc ( $p = 0,005$ ). Tỉ lệ có rối loạn đồng mắc có xu hướng tăng theo nhóm tuổi: nhóm 1-5 tuổi (55%), nhóm 6-11 tuổi (95,2%) và nhóm 12-18 tuổi (88,9%). Tỉ lệ ADHD có xu hướng tăng theo tuổi (1-5 tuổi: 45%, 6-11 tuổi: 61,9%, 12-18 tuổi: 88,9%); tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,082$ ). Nhóm 6-11 tuổi có tỉ lệ sử dụng thuốc cao nhất (71,4%). Mối liên quan giữa nhóm tuổi với thang điểm ABC có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi (Kruskal-Wallis,  $p = 0,024$ ).

**Bảng 5. Mối liên quan giữa tiểu thang ABC với nhóm tuổi (n=50)**

Tiểu thang ABC	1-5 tuổi Mean ± SD	6-11 tuổi Mean ± SD	12-18 tuổi Mean ± SD	Tổng Mean ± SD	p
I. Cấu gât/Kích động (Irritability)	11,2 ± 7,2	16,1 ± 8,1	12,4 ± 7	13,5 ± 7,8	0,172
II. Thu mình/Lờ đờ (Lethargy)	11,6 ± 7,5	15,9 ± 7,2	17,1 ± 10,1	14,4 ± 8	0,178
III. Hành vi rập khuôn (Stereotypy)	8,1 ± 4,7	10,8 ± 4,2	10,4 ± 4,1	9,6 ± 4,5	0,123

Tiểu thang ABC	1-5 tuổi Mean ± SD	6-11 tuổi Mean ± SD	12-18 tuổi Mean ± SD	Tổng Mean ± SD	p
IV. Tăng động (Hyperactivity)	14,8 ± 9	24,6 ± 9,6	18,6 ± 11,2	19,6 ± 10,5	<b>0,012</b>
V. Ngôn ngữ không phù hợp (Inappropriate Speech)	2,2 ± 1,6	3,8 ± 2	3,9 ± 1,5	3,2 ± 1,9	<b>0,011</b>
Tổng điểm ABC	47,8 ± 25,1	71,1 ± 25,3	62,5 ± 24,5	60,2 ± 26,8	0,024

**Nhận xét:** Các tiểu thang ABC có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi: Tăng động ( $p = 0,012$ ), Ngôn ngữ không phù hợp ( $p = 0,011$ ). Tổng điểm ABC: Kruskal-Wallis test cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm tuổi ( $p = 0,024$ ) và có xu hướng cao nhất ở nhóm 12-18 tuổi.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra tỉ lệ ADHD lên tới 60,0% , rối loạn giấc ngủ chiếm 20,0% và ID là 14,0% trong quần thể trẻ ASD tại cơ sở giáo dục hòa nhập. Con số này tương đồng với nhận định của Tetyemez S và cộng sự (2022) về việc sự hiện diện của ID không chỉ là một chẩn đoán kèm theo mà còn là yếu tố làm gia tăng mức độ nghiêm trọng của các bệnh lý đồng mắc [5]. Tỉ lệ này cũng hoàn toàn tương đồng với số liệu từ nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng và cộng sự (2025) tại Đà Nẵng (ADHD: 52,4%; rối loạn giấc ngủ: 45,7%) [7], cho thấy ADHD và rối loạn giấc ngủ là gánh nặng lớn nhất ở trẻ ASD tại Việt Nam, cao hơn đáng kể so với mức trung bình 28%-35% được báo cáo trong các phân tích gộp và dữ liệu dân số toàn cầu [2, 3]. Gánh nặng lâm sàng này có xu hướng tích tụ theo độ tuổi, với tỉ lệ đồng mắc bất kỳ tăng từ 55% ở nhóm trẻ nhỏ (1-5 tuổi) lên trên 95% ở nhóm lứa tuổi học đường (6-11 tuổi). Điều này cho thấy các rối loạn đồng mắc ở nhóm trẻ càng lớn sẽ tăng cao do sự phát triển và thay đổi của trẻ, và cũng đồng thời là gánh nặng chăm sóc của các trung tâm và gia đình. Xu hướng gia tăng các bệnh đồng mắc ở nhóm tuổi học đường này cần được theo dõi thêm ở các cỡ mẫu lớn hơn.

Các rối loạn đồng mắc không chỉ tồn tại song hành mà còn chỉ ra ở các trẻ này nổi bật lên các biểu hiện tự kỷ cốt lõi. Sự hiện diện của các rối loạn đồng mắc, đặc biệt là tỉ lệ ADHD (60,0%) tạo ra nhiều thách thức lâm sàng hơn so với trẻ chỉ mắc tự kỷ đơn thuần. Gánh nặng này được phản ánh rõ qua điểm số tiểu thang Tăng động (thuộc thang ABC) ở mức cao và có sự gia tăng ở lứa tuổi học đường ( $p = 0,012$ ). Trên thực tế lâm sàng, sự chồng lấp giữa các khiếm khuyết cốt lõi của tự

kỷ và các triệu chứng xung động, bùng nổ hành vi do ADHD gây khó khăn trong việc đánh giá và lựa chọn chiến lược can thiệp giáo dục hay điều trị bằng thuốc. Việc sử dụng thang ABC trong nghiên cứu này là phù hợp, vì theo Schmidt và cộng sự (2013), đây là công cụ có độ nhạy và giá trị cao trong việc lượng giá các hành vi bất thường ngay cả ở trẻ dưới 5 tuổi, giúp bác sĩ phân tách rõ ràng giữa hành vi tự kỷ và các bùng nổ do đồng mắc [11]. Nghiên cứu của Liu và cộng sự (2021) cũng chỉ ra rằng các triệu chứng ADHD làm suy giảm nghiêm trọng chức năng thích ứng và tương tác xã hội ở trẻ ASD [6].

Bên cạnh đó, nghiên cứu của Phạm Thu Thủy và cộng sự (2023) chỉ ra có 53,3% trẻ rối loạn phổ tự kỷ có các rối loạn xử lý vận động, dẫn đến các hành vi bồn chồn, lảng tránh hoặc kích thích.[9]. Điều này lý giải tại sao trẻ ASD trong nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Hài và cộng sự (2023) có tỉ lệ chống đối, lờ đi chỉ dẫn và đòi hỏi đáp ứng ngay lập tức ở mức báo động (trên 90%). Sự hiện diện của rối loạn giấc ngủ cũng là một trục bệnh lý độc lập nhưng lại làm tăng nguy cơ mắc tự kỷ mức độ nặng lên gấp 3,53 lần [8]. Về căn nguyên sâu xa, nghiên cứu của Khachadourian và cộng sự (2023) gợi ý rằng các rối loạn đồng mắc này có thể chia sẻ các yếu tố nguy cơ từ phơi nhiễm chu sinh như sinh non hoặc ngạt khi sinh [3]. Tuy nhiên, cần diễn giải thận trọng do nghiên cứu hiện tại chưa thu thập biến số về tiền sử thai sản để có thể khẳng định chắc chắn cơ chế này trong mẫu khảo sát. Trong môi trường giáo dục hòa nhập, quản lý rối loạn đồng mắc là “chìa khóa” quyết định hiệu quả của can thiệp.

Dữ liệu của chúng tôi cho thấy 56,0% trẻ em đang phải dùng thuốc. Các đơn thuốc có xu hướng thiên về nhóm an thần kinh (chiếm 57,1% số trẻ dùng thuốc, chủ yếu là risperidone). Nhóm thuốc này chủ yếu có tác dụng an dịu hành vi, chưa can thiệp được vào các khiếm khuyết thần kinh nền tảng như chức năng điều hành hay khả năng chú ý. Về mặt lâm sàng, tỉ lệ sử dụng thuốc ở nhóm có rối loạn đồng mắc (59%) có xu hướng cao hơn nhóm không có (45,5%); sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu nhỏ. Trong nghiên cứu không ghi nhận các nhóm thuốc điều hòa chú ý (như nhóm thuốc kích thần) và các lựa chọn sinh lý an toàn cho giấc ngủ như melatonin. Điều này cho thấy thực tế lâm sàng khác với khuyến cáo cập nhật của Petruzzelli và cộng sự (2026) về việc ưu tiên sử dụng thuốc điều hòa chú ý cho phân nhóm ASD đồng mắc ADHD [12]. Trong quá trình nghiên cứu, ghi nhận những ý kiến thể hiện sự e ngại đối với việc điều trị bằng thuốc do lo ngại về tác dụng không mong muốn của nhóm thuốc hướng thần và nguy cơ lệ thuộc thuốc. Tâm lý này có thể dẫn đến những rào cản đáng kể trong việc tuân thủ phác đồ điều trị.

Mặc dù đã ghi nhận các thực trạng rối loạn đồng mắc ảnh hưởng đến hành vi và tỷ lệ sử dụng thuốc ở trẻ ASD, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế nhất định cần được xem xét một cách cẩn trọng. Trước hết, với thiết kế mô tả cắt ngang trên cỡ mẫu nhỏ (n=50) được thu thập tại một số trung tâm giáo dục hòa nhập, nghiên cứu chỉ phản ánh thực trạng tại một thời điểm, giới hạn khả năng đại diện cho toàn bộ quần thể trẻ ASD và chưa đủ độ lớn thống kê để áp dụng các mô hình hồi quy đa biến nhằm loại trừ các yếu tố nhiễu. Thiết kế này cũng không cho phép xác định mối quan hệ nhân quả giữa các rối loạn đồng mắc và biểu hiện tự kỷ, hay theo dõi được hiệu quả lâu dài của các can thiệp giáo dục và hóa dược. Bên cạnh đó, quá trình thu thập thông tin về tiền sử sử dụng thuốc và các chẩn đoán đồng mắc chủ yếu dựa vào hồ sơ bệnh án và phỏng vấn có thể tiềm ẩn sai số thông tin. Nhóm nghiên cứu hiện chưa thu thập được các dữ liệu về tiền sử phơi nhiễm chu sinh, mức độ tình trạng tự kỷ hiện tại, đồng thời việc mã hóa biến số được lý dưới dạng nhị phân (Có/Không dùng thuốc) là đơn giản, chưa phản ánh được chi tiết về liều lượng,

thời gian sử dụng cũng như mức độ tuân thủ điều trị thực tế của gia đình.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 50 trẻ ASD tại các cơ sở giáo dục chuyên biệt ghi nhận gánh nặng rối loạn đồng mắc nổi bật, gồm ADHD (60,0%) và rối loạn giấc ngủ (20,0%) làm gia tăng các bất thường về hành vi. Dù có tới 56,0% trẻ đang sử dụng thuốc, thực tiễn chủ yếu là nhóm an thần kinh (57,1% số trẻ dùng thuốc); các nhóm thuốc khác chưa được ghi nhận đầy đủ. Tỷ lệ rối loạn đồng mắc (đặc biệt là ADHD và rối loạn giấc ngủ) ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ ở mức cao, tồn tại ở các trẻ lớn tại hai trung tâm nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý tâm thần (Ban hành kèm theo Quyết định số 2058/QĐ-BYT ngày 14 tháng 5 năm 2020). Hà Nội; 2020: 159-164.
- Mutluer T, et al.** Population-Based Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2022 May;13:856208. doi: 10.3389/fpsy.2022.856208.
- Khachadourian V, Mahjani B, Sandin S, Kolevzon A, Buxbaum JD, Reichenberg A, Janecka M.** Comorbidities in autism spectrum disorder and their etiologies. *Transl Psychiatry*. 2023 Feb 25;13(1):71. doi: 10.1038/s41398-023-02374-w
- Volpe CJ.** 2025 Autism Research Year in Review. *Autism Science Foundation Report*; 2025 . Available from: <https://autismsciencefoundation.org/2025-year-in-review/>.
- etyemez S, Esler A, Kini A, Tsai PC, DiRienzo M, Maenner M, et al.** The role of intellectual disability with autism spectrum disorder and the documented co-occurring conditions: A population-based study. *Autism Res*. 2022 Dec;15(12):2399–412. doi:10.1002/aur.2831.
- Liu Y, Wang L, Xie S, Pan S, Zhao J, Zou M, Sun C.** Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Impair Adaptive and Social Function in Children With Autism Spectrum Disorder. *Front Psychiatry*. 2021 Dec 22;12:654485. doi: 10.3389/fpsy.2021.654485.
- Nguyễn Văn Dũng, Trần Danh Tiến Thịnh,**

- Cao Bích Thủy, và cs.** Thực trạng rối loạn đồng mắc và mối liên quan với mức độ nặng ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2025;66(Đặc san 16):351-357. doi:10.52163/yhc.v66iCD16.3369.
- 8. Trần Thị Ngọc Hồi, Nguyễn Thị Phương Mai, Nguyễn Trọng Tiến.** Rối loạn hành vi thường gặp ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ. Tạp chí Nhi khoa. 2023;16(5):75-79.
- 9. Phạm Thu Thủy, Nguyễn Hoài Nam, Vũ Thị Bích Hạnh.** Đặc điểm lâm sàng rối loạn xử lý giác quan ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ dưới 15 tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;533(Tháng 12-Số 1):22-26.
- 10. Nguyễn Thị Hoài Thương, Trần Quốc Hùng.** Tự kỷ ở trẻ em Việt Nam: Thực trạng và giải pháp. Tạp chí Khoa học Trường Đại học Trung Ương. 2025 Mar 30;1(1):79–86. doi:10.64223/tvj.e2025.v1.i1.a8..
- 11. Schmidt JD, Huete JM, Fodstad JC, Chin MD, Kurtz PF.** An evaluation of the Aberrant Behavior Checklist for children under age 5. Res Dev Disabil. 2013 Apr;34(4):1190–7. doi:10.1016/j.ridd.2013.01.002.
- 12. Petruzzelli MG, Matera E, Margari L, Marzulli L, Gabellone A, Cotugno C, et al.** An update on the comorbidity of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and autism spectrum disorder (ASD) and its clinical management. Expert Rev Neurother. 2026 Jan 2;26(1):75–89. doi:10.1080/14737175.2025.2599856.