

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHỈ SỐ TRÍ TUỆ TRẺ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Hồ Đăng Mươi, Trần Anh Sơn

Trường Đại học Y khoa Vinh

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và tìm hiểu mối liên quan giữa chỉ số trí tuệ (IQ) với một số đặc điểm bệnh học ở trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện trên 63 trẻ từ 6 đến 15 tuổi được chẩn đoán ADHD theo tiêu chuẩn DSM - 5, đến khám lần đầu tại Phòng khám ngoại trú Khoa Thần kinh từ tháng 01/2025 đến tháng 03/2026. Chỉ số trí tuệ được đánh giá bằng thang đo Raven Colored Progressive Matrices. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 27.0. Kết quả cho thấy nhóm tuổi 6 - 10 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (82,5%). Nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ nam/nữ là 3,5/1. Triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là tăng động (72,1%). Tỷ lệ trẻ có IQ < 90 là 57,1%, cao hơn ở thể giảm chú ý và thể hỗn hợp. Thời gian mắc bệnh từ 2 năm trở lên có liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ IQ < 90 cao hơn ($p = 0,043$). ADHD gặp chủ yếu ở trẻ nam độ tuổi tiểu học; đánh giá chức năng nhận thức sớm có ý nghĩa quan trọng trong xây dựng kế hoạch can thiệp toàn diện.

Từ khóa: rối loạn tăng động giảm chú ý; ADHD; chỉ số trí tuệ; Raven CPM; trẻ em.

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 ở trẻ em, đặc trưng bởi các biểu hiện giảm chú ý, tăng hoạt động và xung động không phù hợp với lứa tuổi. Theo DSM - 5, các triệu chứng ADHD cần xuất hiện trước 12 tuổi, hiện diện ở ít nhất hai môi trường và gây ảnh hưởng rõ đến hoạt động học tập, giao tiếp xã hội hoặc sinh hoạt hằng ngày của trẻ [1].

Các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy ADHD là một vấn đề sức khỏe tâm thần quan trọng ở lứa tuổi học đường, với tỷ lệ mắc dao động khoảng 5-7% tùy theo phương pháp nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán [2], [3]. Tại Việt Nam, số trẻ được phát hiện, chẩn đoán và can thiệp ADHD ngày càng gia tăng. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng của bệnh khá đa dạng; triệu chứng

tăng động thường dễ nhận biết hơn, trong khi biểu hiện giảm chú ý có thể kín đáo, dễ bị bỏ sót và làm chậm thời điểm chẩn đoán [4].

Bên cạnh các triệu chứng hành vi, ADHD còn liên quan đến nhiều khó khăn về chức năng nhận thức như duy trì chú ý, trí nhớ làm việc, chức năng điều hành, tốc độ xử lý thông tin và khả năng tổ chức hoạt động học tập [5], [6]. Việc đánh giá chỉ số trí tuệ giúp nhận diện sớm các hạn chế về nhận thức, từ đó hỗ trợ xây dựng kế hoạch giáo dục, can thiệp tâm lý - hành vi và phục hồi chức năng phù hợp cho từng trẻ.

Tại Việt Nam đã có nghiên cứu ghi nhận thực trạng rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ em tại cơ sở chuyên khoa nhi [7]. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá đồng thời đặc điểm lâm sàng và chức năng nhận thức, đặc biệt tại khu vực Bắc Trung Bộ, còn tương đối hạn chế. Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An là cơ sở chuyên khoa tuyến cuối của khu vực, tiếp nhận nhiều trẻ mắc ADHD hằng năm. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và chỉ số trí tuệ ở nhóm trẻ này có ý nghĩa thực tiễn trong chẩn đoán, tư vấn, theo dõi và can thiệp.

Tác giả chính: Hồ Đăng Mươi
Email: dr.dangmuoi@gmail.com

Vi vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng ở trẻ từ 6 đến 15 tuổi mắc ADHD tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và tìm hiểu mối liên quan giữa chỉ số trí tuệ với một số đặc điểm bệnh học ở nhóm trẻ nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 63 trẻ từ 6 đến 15 tuổi được chẩn đoán ADHD, đến khám lần đầu tại Phòng khám ngoại trú Khoa Thần kinh, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 03/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: trẻ từ 6 đến 15 tuổi; được chẩn đoán ADHD theo tiêu chuẩn DSM - 5; đến khám lần đầu tại Phòng khám ngoại trú Khoa Thần kinh, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An; người chăm sóc đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu và cung cấp đầy đủ thông tin liên quan.

Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ có tổn thương thực thể hệ thần kinh trung ương hoặc bệnh lý thần kinh ảnh hưởng đến khả năng đánh giá nhận thức; có khiếm khuyết nặng về thị giác, thính giác hoặc ngôn ngữ; mắc rối loạn vận động không chủ ý; người chăm sóc không hợp tác hoặc cung cấp thông tin không đầy đủ; trẻ hoặc người giám hộ từ chối tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Tất cả trẻ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu đều được đưa vào nghiên cứu. Tổng số đối tượng nghiên cứu là 63 trẻ.

Nội dung và biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu gồm: đặc điểm chung của đối tượng (tuổi, giới, tuổi được chẩn đoán

ADHD); đặc điểm lâm sàng (triệu chứng khởi phát, hoàn cảnh xuất hiện triệu chứng, môi trường biểu hiện triệu chứng ưu thế, diễn biến triệu chứng theo thời gian, thể lâm sàng theo DSM - 5); và đặc điểm chỉ số trí tuệ.

Chỉ số trí tuệ được đánh giá bằng thang đo Raven Colored Progressive Matrices (Raven CPM). Kết quả được phân loại thành các mức: rất thông minh (IQ \geq 130), thông minh (IQ 120 - 129), trung bình trên (IQ 110 - 119), trung bình (IQ 90 - 109), trung bình dưới (IQ 80 - 89), ranh giới (IQ 70 - 79) và chậm phát triển trí tuệ (IQ < 70) [8].

Phương pháp thu thập số liệu

Các đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng, khai thác bệnh sử và đánh giá theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Chẩn đoán ADHD được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa Thần kinh Nhi dựa trên tiêu chuẩn DSM - 5. Chỉ số trí tuệ được đánh giá bằng Raven CPM, là công cụ đánh giá năng lực tư duy phi ngôn ngữ được sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu và thực hành lâm sàng trẻ em [8].

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được mã hóa, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 27.0. Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn. So sánh tỷ lệ giữa các nhóm bằng kiểm định Chi - square hoặc Fisher exact test khi thích hợp. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trước khi triển khai. Người giám hộ của trẻ được giải thích đầy đủ mục tiêu, nội dung nghiên cứu và tự nguyện đồng ý tham gia. Mọi thông tin thu thập được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu không làm thay đổi quy trình chẩn đoán, điều trị và không ảnh hưởng đến quyền lợi của người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	6 - 10 tuổi	52	82,5
	11 - 15 tuổi	11	17,5
Giới tính	Nam	49	77,8
	Nữ	14	22,2

Trong số 63 trẻ tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi 6-10 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (82,5%). Nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ nam/nữ là 3,5/1 (49 nam, 14 nữ).

Bảng 2. Triệu chứng khởi phát, hoàn cảnh xuất hiện, môi trường biểu hiện và tiến triển lâm sàng

Chỉ số nghiên cứu	Phân loại	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng khởi phát	Tăng động	72,1
	Giảm chú ý	26,9
Hoàn cảnh xuất hiện triệu chứng	Đang học	46,0
	Đang chơi	36,5
	Cả hai	17,5
Môi trường biểu hiện ưu thế	Ở nhà	57,1
	Ở trường	38,1
	Cả hai	4,8
Tiến triển triệu chứng	Tăng lên	47,6
	Giảm đi	17,5
	Không thay đổi	34,9

Triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là tăng động (72,1%), cao hơn nhóm khởi phát bằng giảm chú ý (26,9%). Các biểu hiện bất thường thường được phát hiện khi trẻ đang học chiếm 46,0%, tiếp đến là đang chơi (36,5%). Đa số trường hợp biểu hiện ưu thế ở môi trường gia đình (57,1%). Gần một nửa số trường hợp (47,6%) có xu hướng tăng triệu chứng theo thời gian.

3.2. Đặc điểm chỉ số trí tuệ và một số yếu tố liên quan

Bảng 3. Phân bố chỉ số trí tuệ của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số trí tuệ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rất thông minh (IQ \geq 130)	0	0
Thông minh (IQ: 120 - 129)	3	4,8
Trung bình trên (IQ: 110 - 119)	4	6,3
Trung bình (IQ: 90 - 109)	20	31,8
Trung bình dưới (IQ: 80 - 89)	12	19,0
Ranh giới (IQ: 70 - 79)	9	14,3
Chậm phát triển trí tuệ (IQ: $<$ 70)	15	23,8
Tổng	63	100

Nhóm trẻ có chỉ số trí tuệ ở mức trung bình (IQ 90-109) chiếm tỷ lệ cao nhất (31,8%). Tỷ lệ trẻ có IQ $<$ 90 chiếm 57,1% (36/63 trẻ), trong đó nhóm chậm phát triển trí tuệ (IQ $<$ 70) chiếm 23,8%. Không có trẻ nào có chỉ số trí tuệ ở mức rất thông minh (IQ \geq 130).

Bảng 4. Chỉ số trí tuệ theo thể lâm sàng ADHD

Thể lâm sàng ADHD	n	IQ < 90 n (%)	IQ ≥ 90 n (%)	IQ trung bình ± SD	p
Thể tăng động	7	1 (14,3)	6 (85,7)	101,4 ± 8,6	0,021*; 0,018†
Thể giảm chú ý	23	16 (69,6)	7 (30,4)	82,7 ± 13,4	
Thể hỗn hợp	33	19 (57,6)	14 (42,4)	86,9 ± 14,1	

(*) Chi - square test; (†) ANOVA một chiều.

Chỉ số trí tuệ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thể lâm sàng ADHD ($p < 0,05$). Tỷ lệ IQ < 90 cao nhất ở thể giảm chú ý (69,6%), tiếp theo là thể hỗn hợp (57,6%) và thấp nhất ở thể tăng động (14,3%). IQ trung bình của thể giảm chú ý ($82,7 \pm 13,4$) thấp hơn so với thể hỗn hợp ($86,9 \pm 14,1$) và thể tăng động ($101,4 \pm 8,6$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa chỉ số trí tuệ và thời gian mắc bệnh

Chỉ số trí tuệ	≥ 2 năm n (%)	< 2 năm n (%)	p
IQ < 90	36 (64,3)	1 (14,3)	0,043
IQ ≥ 90	20 (35,7)	6 (85,7)	
Tổng	56 (100)	7 (100)	

Ở nhóm trẻ có thời gian mắc bệnh từ 2 năm trở lên, tỷ lệ IQ < 90 là 64,3%, cao hơn rõ rệt so với nhóm mắc bệnh dưới 2 năm (14,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,043$ (Fisher exact test).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn trẻ được chẩn đoán ADHD ở độ tuổi tiểu học, với tuổi chẩn đoán trung bình là $8,38 \pm 1,84$ tuổi. Đây là giai đoạn trẻ bắt đầu tham gia học tập có hệ thống, khi các yêu cầu về khả năng tập trung chú ý, tuân thủ nội quy và hoàn thành nhiệm vụ học tập ngày càng cao, khiến các triệu chứng ADHD trở nên rõ rệt hơn. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 3,5/1, phù hợp với xu hướng ADHD gặp ở trẻ nam nhiều hơn được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu dịch tễ học [2], [3]. Trẻ nam thường có biểu hiện tăng động và xung động nổi bật nên dễ được phát hiện và đưa đến cơ sở y tế, trong

khi trẻ nữ có thể biểu hiện chủ yếu bằng giảm chú ý và dễ bị chẩn đoán muộn hơn.

Triệu chứng khởi phát chủ yếu trong nghiên cứu là tăng động. Các biểu hiện như chạy nhảy quá mức, khó ngồi yên, nói nhiều hoặc khó kiểm soát hành vi thường khiến phụ huynh lo lắng và đưa trẻ đi khám sớm hơn so với các biểu hiện giảm chú ý đơn thuần. Nghiên cứu trong nước cũng ghi nhận biểu hiện giảm chú ý có thể bị nhận diện muộn hơn do ít gây chú ý trong môi trường lớp học [7].

Các triệu chứng thường được phát hiện trong quá trình học tập và biểu hiện nhiều ở môi trường gia đình. Điều này cho thấy ADHD không chỉ ảnh hưởng đến hoạt động học đường mà còn tác động đến sinh hoạt và mối quan hệ trong gia đình.

Gần một nửa số trường hợp có xu hướng tăng triệu chứng theo thời gian, nhấn mạnh nhu cầu phát hiện sớm, theo dõi liên tục và can thiệp phối hợp giữa gia đình, nhà trường và nhân viên y tế.

4.2. Chỉ số trí tuệ và mối liên quan với đặc điểm bệnh học ở trẻ ADHD

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ trẻ có IQ < 90 chiếm 57,1%, trong đó 23,8% thuộc nhóm chậm phát triển trí tuệ. Kết quả cho thấy bên cạnh các khó khăn về hành vi và khả năng tập trung chú ý, một bộ phận đáng kể trẻ ADHD có hạn chế về chức năng nhận thức. Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng thiết kế cắt ngang không cho phép khẳng định quan hệ nhân quả trực tiếp giữa ADHD và giảm chỉ số trí tuệ. Chỉ số IQ có thể chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như rối loạn đồng mắc, môi trường giáo dục, điều kiện kinh tế - xã hội và khả năng tiếp cận can thiệp sớm.

Kết quả của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu được công bố trước đây, trong đó phần lớn trẻ ADHD có chỉ số trí tuệ trong giới hạn bình thường. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm mẫu nghiên cứu tại bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối, nơi tiếp nhận nhiều trường hợp có biểu hiện phức tạp hoặc được phát hiện muộn sau thời gian dài chưa can thiệp. Bên cạnh đó, khác biệt về công cụ đánh giá trí tuệ, tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng và đặc điểm quần thể nghiên cứu cũng có thể góp phần tạo nên sự khác biệt giữa các nghiên cứu.

Tỷ lệ IQ < 90 cao nhất ở thể giảm chú ý (69,6%), tiếp theo là thể hỗn hợp (57,6%) và thấp nhất ở thể tăng động (14,3%). IQ trung bình của nhóm thể giảm chú ý thấp hơn so với các thể còn lại. Kết quả này phù hợp với nhận định rằng các triệu chứng giảm chú ý có mối liên quan chặt chẽ hơn với hiệu quả học tập và hoạt động nhận thức so với biểu hiện tăng động đơn thuần [5,6,9]. Về mặt thần kinh nhận thức, chú ý là chức năng nền tảng của quá trình tiếp nhận, xử lý và lưu giữ thông tin. Khi khả năng duy trì chú ý bị suy giảm, trẻ gặp khó khăn trong tiếp nhận bài học, ghi nhớ thông tin mới và tổ chức hoạt động tư duy.

Nghiên cứu cũng ghi nhận mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và chỉ số trí tuệ. Trẻ có thời gian mắc bệnh từ 2 năm trở lên có tỷ lệ IQ < 90 cao hơn nhóm mắc bệnh dưới 2 năm ($p = 0,043$). Kết quả này gợi ý rằng việc phát hiện và can thiệp muộn có thể đi kèm với nhiều khó khăn kéo dài trong học tập và phát triển nhận thức. Tuy nhiên, do thiết kế cắt ngang, kết quả chỉ phản ánh mối liên quan tại thời điểm khảo sát, chưa thể khẳng định quan hệ nhân quả.

Từ các kết quả trên, đánh giá chức năng nhận thức nên được cân nhắc thực hiện thường quy ở trẻ ADHD, đặc biệt ở nhóm có biểu hiện giảm chú ý nổi bật hoặc thời gian mắc bệnh kéo dài. Phát hiện sớm các hạn chế về nhận thức sẽ giúp xây dựng kế hoạch can thiệp cá thể hóa, phối hợp giữa điều trị y khoa, hỗ trợ tâm lý, can thiệp hành vi và hỗ trợ giáo dục nhằm tối ưu hóa khả năng học tập và hòa nhập xã hội của trẻ.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế. Cỡ mẫu còn nhỏ và được chọn theo phương pháp thuận tiện tại một bệnh viện chuyên khoa nên khả năng khái quát cho cộng đồng còn hạn chế. Thiết kế cắt ngang chỉ cho phép xác định mối liên quan, chưa chứng minh được quan hệ nhân quả. Nghiên cứu chưa phân tích đầy đủ các yếu tố ảnh hưởng đến IQ như điều kiện kinh tế - xã hội, trình độ học vấn của cha mẹ, rối loạn đồng mắc và mức độ can thiệp trước đó. Các nghiên cứu tiếp theo nên có cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế theo dõi dọc và đánh giá thêm các chức năng nhận thức chuyên biệt.

V. KẾT LUẬN

ADHD trong nghiên cứu gặp chủ yếu ở trẻ nam trong độ tuổi tiểu học. Triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là tăng động; các biểu hiện bệnh thường được phát hiện trong quá trình học tập và có xu hướng tăng lên theo thời gian. Tỷ lệ trẻ có IQ dưới trung bình chiếm khá cao, đặc biệt ở thể giảm chú ý và thể hỗn hợp. Thời gian mắc bệnh từ 2 năm trở lên có liên quan với tỷ lệ IQ dưới trung bình cao hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy cần phối hợp đánh giá lâm sàng và chức

năng nhận thức trong tiếp cận trẻ ADHD nhằm phát hiện sớm các khó khăn nhận thức và xây dựng kế hoạch can thiệp phù hợp.

Lời cảm ơn

Nhóm tác giả chân thành cảm ơn Ban lãnh đạo Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, các bác sĩ và điều dưỡng Khoa Thần kinh đã tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện nghiên cứu. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM - 5. 5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- [2] **Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA.** *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis.* Am J Psychiatry. 2007;164(6):942 - 948.
- [3] **Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P.** *Prevalence of attention - deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta - analysis.* Pediatrics. 2015;135(4):e994 - e1001.
- [4] **Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA et al.** *The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence - based conclusions about the disorder.* Neurosci Biobehav Rev. 2021; 128:789 - 818.
- [5] **Martinussen R, Hayden J, Hogg - Johnson S, Tannock R.** *A meta - analysis of working memory impairments in children with attention - deficit/hyperactivity disorder.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44(4):377 - 384.
- [6] **Barkley RA.** *Attention - Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment.* 4th ed. New York: Guilford Press; 2015.
- [7] **Trần Nguyễn Ngọc, Dương Minh Tâm.** *Thực trạng rối loạn tăng động giảm chú ý tại Khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương.* Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;510(2):153 - 158.
- [8] **Raven J.** *The Raven's Progressive Matrices: change and stability over culture and time.* Cogn Psychol. 2000;41(1):1 - 48.
- [9] **Biederman J, Faraone SV.** *Attention - deficit hyperactivity disorder.* Lancet. 2005;366(9481):237 - 248.

SUMMARY

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND
INTELLIGENCE QUOTIENT IN CHILDREN WITH
ATTENTION - DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER**

This study aimed to describe the clinical characteristics and investigate the association between intelligence quotient (IQ) and selected disease - related factors among children with attention - deficit/hyperactivity disorder (ADHD) at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. An analytical cross - sectional study was conducted among 63 children aged 6-15 years newly diagnosed with ADHD according to DSM - 5 criteria, attending the Neurology Outpatient Clinic from January 2025 to March 2026. IQ was assessed using Raven's Colored Progressive Matrices, and data were analyzed using SPSS version 27.0. Children aged 6-10 years accounted for the highest proportion (82.5%). Males predominated, with a male - to - female ratio of 3.5:1. Hyperactivity was the most common initial symptom (72.1%). The proportion of children with IQ < 90 was 57.1%, and this was higher among those with inattentive and combined presentations. A disease duration of at least two years was significantly associated with IQ < 90 ($p = 0.043$). ADHD occurred predominantly in school - aged boys; early cognitive assessment is important for developing comprehensive intervention plans.

Keywords: attention - deficit/hyperactivity disorder; ADHD; intelligence quotient; Raven CPM; children.