

Overview of Complex Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders

วิระศิกดิ์ ชลไชย:

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD) เป็นโรคของความผิดปกติทางระบบประสาทและพัฒนาการ (neurodevelopmental disorder) ที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก¹⁻³ เด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีพฤติกรรมสมาธิสั้น (inattention) และ/หรือซน (hyperactivity), หุนหันพลันแล่น (impulsivity) มากกว่าเด็กและวัยรุ่นปกติที่อยู่ในวัยเดียวกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ทั้งที่บ้าน, โรงเรียน และสถานการณ์อื่น ๆ⁴⁻⁶ ความชุกของโรคสมาธิสั้นพบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ในเด็กวัยเรียน, ร้อยละ 2-6 ในวัยรุ่น และประมาณร้อยละ 2 ในผู้ใหญ่^{1,5,7} โดยมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เด็กชายมักมาด้วยอาการสมาธิสั้นและ/หรือซน, หุนหันพลันแล่นตั้งแต่วัยอนุบาล ในขณะที่เด็กหญิงมักมาด้วยอาการสมาธิสั้น หรือปัญหาการเรียนเมื่ออายุมากกว่าเด็กชายโดยเฉพาะที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมหรือมัธยมศึกษา⁸⁻¹⁰ อีกทั้งยังพบโรคหรือภาวะต่าง ๆ ที่มักเกิดร่วมกับโรคสมาธิสั้นหลายอย่าง จึงยังทำให้การวินิจฉัยและการรักษาโรคสมาธิสั้นมีความซับซ้อนมากขึ้น^{2,3} อย่างไรก็ตามแพทย์ควรให้การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อที่เด็กและวัยรุ่นจะได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม มิเช่นนั้นเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีปัญหาการเรียน, ปัญหาด้านอารมณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมต่อต้าน, เกเร, ปัญหาสัมพันธภาพกับผู้เลี้ยงดู, ครู และเพื่อน สำหรับในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ โรคสมาธิสั้นจะทำให้เกิดความบกพร่องทางการศึกษา, การทำงาน, การประกอบอาชีพ, สัมพันธภาพกับผู้อื่น, เศรษฐฐานะต่ำ, ปัญหาสุขภาพจิต, มีความเสี่ยงที่จะทำผิดกฎหมาย, มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ไม่เหมาะสมก่อนวัยอันควร, อุบัติเหตุทางจราจร, สูบบุหรี่ และติดสารเสพติดเพิ่มขึ้น^{1,2,4-8}

โรคสมาธิสั้นที่มีความซับซ้อน (complex ADHD) ถูกนิยามโดยสมาคมกุมารเวชศาสตร์สาขาพัฒนาการและพฤติกรรม (Society for Developmental and Behavioral Pediatrics) ซึ่งครอบคลุมโรคสมาธิสั้นในภาวะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้^{2,3}

1. เริ่มปรากฏอาการหรือความบกพร่องในเด็กอายุน้อยกว่า 4 ปี หรืออายุมากกว่า 12 ปี
2. พบร่วมกับภาวะอื่น ๆ (coexisting conditions) ได้แก่
 - 2.1 โรคทางระบบประสาทและพัฒนาการ เช่น พัฒนาการล่าช้าหลายด้าน (global developmental delay), ความบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability), โรคออทิสติก (autism spectrum disorder), ความผิดปกติของการพูดสื่อสารและพัฒนาการด้านภาษา (speech and language disorders), tic disorders, ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (specific learning disorders)
 - 2.2 โรคทางพันธุกรรม เช่น กลุ่มอาการดาวน์ กลุ่มอาการโครโมโซมเอ็กซ์เปราะ (fragile X syndrome)
 - 2.3 ปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า, โรควิตกกังวล, พฤติกรรมต่อต้าน (oppositional defiant disorder), พฤติกรรมเกร (conduct disorder), ตีตสารเสพติด
 - 2.4 ภาวะการรับประทานอาหารผิดปกติ (eating disorders)
 - 2.5 โรคทางกาย เช่น มีประวัติเกิดก่อนกำหนดมาก (extremely preterm), โรคลมชัก, โรคมะเร็ง, การบาดเจ็บทางสมอง (traumatic brain injury), ความบกพร่องของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว (motor disabilities), กลุ่มอาการ fetal alcohol spectrum disorders
 - 2.6 ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (adverse childhood experiences) ซึ่งรวมถึงการบาดเจ็บ, การถูกทำทารุณกรรม และการทอดทิ้ง เป็นต้น รวมทั้งความยากจน พ่อแม่มีโรคทางสุขภาพจิตที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก
3. มีความบกพร่องของการทำหน้าที่ของเด็กตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน หรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน
4. การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่ชัดเจน
5. ตอบสนองต่อการรักษาได้ไม่ดี รวมถึงมีความไม่ชัดเจนในการวางแผนดูแลรักษา

สมาคมกุมารเวชศาสตร์สาขาพัฒนาการและพฤติกรรมสรุปสาระสำคัญของแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการประเมินและการรักษาเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่มีความซับซ้อนดังต่อไปนี้^{2,3}

1. แพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมพิเศษหรือมีความเชี่ยวชาญ ควรเริ่มประเมินเด็กหรือวัยรุ่นจนถึงอายุ 18 ปี ที่สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นที่มีความซับซ้อนตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ข้างต้นจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอย่างครอบคลุม รวมถึงวางแผนการดูแลรักษาด้วยทีมสหวิชาชีพและการรักษาหลายรูปแบบ
2. ในการประเมินเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่มีความซับซ้อน แพทย์ควรตรวจสอบการวินิจฉัยก่อนหน้านั้นว่า มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือเพียงใด รวมทั้งประเมินหาภาวะต่าง ๆ ที่พบร่วมด้วยโดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับ

ระดับพัฒนาการของเด็ก รวมทั้งให้สอดคล้องกับขนบธรรมเนียมของสังคมที่เด็กอาศัยอยู่ และรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งทั้งที่บ้าน, โรงเรียน หรือชุมชน ซึ่งการประเมินควรครอบคลุมการชั่งปรัดและตรวจร่างกายอย่างละเอียด ร่วมกับการประเมินทางจิตวิทยาตามความรุนแรงของปัญหาหลักของเด็ก, ความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่าง ๆ, ระดับสติปัญญาหรือพัฒนาการของเด็ก และดุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษา

3. การให้ความรู้ (psychoeducation) เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นที่มีความซับซ้อน และภาวะต่าง ๆ ที่พบร่วมด้วย รวมทั้งให้การรักษาพื้นฐานที่สำคัญ คือ การปรับพฤติกรรมและการช่วยเหลือทางการศึกษา ได้แก่ การฝึกอบรมพ่อแม่ เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็ก (behavioral parent training), การจัดการพฤติกรรมเด็กในชั้นเรียน (behavioral classroom management) หรือการฝึกอบรมทักษะการบริหารจัดการ (organizational skills training) โดยเฉพาะในเด็กโต ซึ่งการดูแลรักษาเด็กข้างต้นจำเป็นต้องจัดการปัญหาของการทำหน้าที่ของเด็กในมิติด้านต่าง ๆ เช่น ด้านพฤติกรรม, ด้านการเรียน, ด้านสังคมทั้งที่บ้านและโรงเรียน รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกัผลลัพธ์ของเด็กในระยะยาว

4. แพทย์ควรรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีความซับซ้อนและภาวะต่าง ๆ ที่พบร่วมด้วย โดยคำนึงถึงพื้นฐานและความสมัครใจของครอบครัว ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการตัดสินใจร่วมกัน (shared decision-making) ระหว่างเด็ก, วัยรุ่น, พ่อแม่หรือผู้ปกครอง, แพทย์ และทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้การรักษาอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับพฤติกรรม และให้การช่วยเหลือทางการศึกษาร่วมด้วย ควรมุ่งเน้นการแก้ไขความบกพร่องของการทำหน้าที่ของเด็กมากกว่าการลดอาการของเด็กเท่านั้น โดยการผนวกกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของเด็กในการฝึกให้เด็กสามารถดูแลจัดการตนเองได้ตามวัย (self-management), พัฒนาทักษะที่จำเป็นต่าง ๆ (skill building) รวมถึงการป้องกันผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ติดสารเสพติด, เกเร, ซึมเศร้า, วิตกกังวล, มีความคิดฆ่าตัวตาย และล้มเหลวทางการศึกษา ทั้งนี้ การตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และครอบครัวโดยพิจารณาว่าภาวะใดของเด็กที่มีความบกพร่องและเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด ก็ควรให้การรักษาก่อนนั้นก่อน จนกระทั่งภาวะดังกล่าวดีขึ้นก็สามารถกลับมาเน้นความบกพร่องที่เป็นปัญหา มากที่สุดในลำดับถัดไป

5. โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะเรื้อรังที่มักคงอยู่จนถึงวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีความซับซ้อน แพทย์ควรเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต โดยให้สอดคล้องกับความต้องการและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งแพทย์จำเป็นต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษและเตรียมพร้อมสำหรับช่วงชีวิตของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ เช่น ช่วงเตรียมอนุบาลที่จะเข้าเรียนในระดับประถมศึกษา, มัธยมศึกษาตอนต้น, ตอนปลาย, จนถึงระดับวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย หรือการทำงาน

เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่มักเข้าข่ายเป็นโรคสมาธิสั้นที่มีความซับซ้อน ซึ่งการรักษาเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่มีความซับซ้อน แพทย์ควรมุ่งเน้นให้เด็กสามารถมีพัฒนาการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมตามวัย โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาว ไม่ใช่เพียงแต่รักษาอาการหลักของโรคสมาธิสั้นเท่านั้น^{2,3} ทั้งนี้เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมักมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่าง ๆ เช่น มีปัญหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้เลี้ยงดู,

การทำหน้าที่ที่โรงเรียน และความสัมพันธ์กับเพื่อน ซึ่งความบกพร่องของการทำหน้าที่เหล่านี้ในวัยเด็กเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนาย และเป็นสื่อกลาง (mediators) ของความบกพร่องของการทำหน้าที่ในวัยผู้ใหญ่ต่อไป เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อน และผู้ร่วมงาน, ไม่สำเร็จการศึกษา, มีความยากลำบากในการประกอบอาชีพ, มีปัญหาทางเศรษฐกิจ, ไม่สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระได้ และติดสารเสพติด^{1,2,4-8} ดังนั้นการดูแลรักษาเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่มีความซับซ้อนจึงจำเป็นต้องค้นหาความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น รวมทั้งควรเฝ้าติดตามการทำหน้าที่ของเด็กเมื่อเวลาผ่านไป และให้การรักษาที่จำเพาะต่อความบกพร่องของการทำหน้าที่เหล่านั้น^{2,3}

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและกุมารแพทย์มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและตรวจคัดกรองทางพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กที่คลินิกเด็กสุขภาพดีหรือคลินิกเด็กทั่วไป เพื่อสามารถค้นหาเด็กและวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้น^{9,10} รวมทั้งสามารถให้การวินิจฉัยโรคนี้ และค้นหาภาวะต่าง ๆ ที่พบร่วมด้วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อที่กุมารแพทย์จะสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และภาวะที่พบร่วมด้วยต่าง ๆ ตลอดจนให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม, การช่วยเหลือทางการศึกษา และการให้ยารักษาตามข้อบ่งชี้ต่อไป^{1,2,5-7,9,10}

เอกสารอ้างอิง

1. Urion DK. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. Philadelphia: Elsevier Press; 2020. p. 262-6.
2. Barbaresi WJ, Campbell L, Diekroger EA, et al. Society for Developmental and Behavioral Pediatrics clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with complex attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr* 2020; 41 Suppl 2: 35-57.
3. Barbaresi WJ, Campbell L, Diekroger EA, et al. The Society for Developmental and Behavioral Pediatrics clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with complex attention-deficit/hyperactivity disorder: P rocess of care algorithms. *J Dev Behav Pediatr* 2020; 41 Suppl 2: 58-74.
4. Parker S, Hironaka LK. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Augustyn M, Zuckerman B, Caronna EB, editors. *The Zuckerman Parker Handbook of Developmental and Behavioral Pediatrics for Primary Care*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Press; 2011. p. 124-33.
5. Reiff MI, Stein MT. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Voigt RG, Macias MM, Myers SM, Tapia CD, editors. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2nd ed. Itasca; American Academy of Pediatrics; 2018. p. 383-405.
6. Prock LA, Rappaport L. Attention and deficits of attention. In: Carey WB, Crocker AC, Coleman WL, Elias ER, Feldman HM, editors. *Developmental-Behavioral Pediatrics*. 4th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier Press; 2009. p. 524-34.
7. Feldman HM, Reiff MI. Clinical practice. Attention deficit-hyperactivity disorder in children and adolescents. *N Engl J Med* 2014; 370: 838-46.
8. Wolraich M, Brown L, Brown RT, et al. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 2011; 128: 1007-22.

9. วิฐารณ บุญสิทธิ, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นระดับโรงพยาบาลจังหวัดสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย; 2553.
10. วีระศักดิ์ ชลไชย, เบญจพร ตันตสูติ, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์. ผลของสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอต่อเด็กและวัยรุ่น Effects of electronic screen media on children and adolescents. กรุงเทพฯ: ป๊ายอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2561.