

# Managing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in School-Age Children and Adolescents

พร ไทรรัตน์วรกุล

## บทนำ

ปัญหาพฤติกรรมและการเรียนเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็กวัยเรียน มักพบอาการจน อยู่ไม่นิ่ง มีปัญหาการเรียน คุณครูหรือผู้ปกครองอาจเริ่มเห็นปัญหาจากการไปรบกวนเด็กคนอื่น ขณะที่บางคนมีพฤติกรรมเฉียบ อาการแสดงไม่ชัดเจน ไม่ก่อปัญหารบกวนเพื่อน อาจมีสมาธิสั้นร่วมและมักมาพบแพทย์เมื่ออายุมากกว่ากลุ่มชน อยู่ไม่นิ่ง การวินิจฉัย, ค้นหาโรคร่วม และการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม อาศัยความร่วมมือระหว่างเด็ก, ครอบครัว, คุณครู และแพทย์ เพื่อให้เด็กได้ใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่และเห็นคุณค่าของตนเอง

## ระบาดวิทยา

ความชุกของโรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD) ในเด็กวัยเรียนพบประมาณร้อยละ 5-10<sup>1</sup> และในวัยรุ่นพบประมาณร้อยละ 2-6 พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในเด็กที่มีโรคทางระบบประสาทร่วมด้วย เช่น โรคลมชัก, ท้าวแสนปม (neurofibromatosis) หรือ tuberous sclerosis เป็นต้น

## พยาธิกำเนิด

โรคสมาธิสั้นเกิดขึ้นจากความผิดปกติของระบบประสาท สมอของเด็กกลุ่มนี้จะมีการลดลงหรือสูญเสียความสมมาตรของซีกสมอง (hemispheric asymmetry) ร่วมกับมีมวลสมองกลีบหน้าผากส่วนหน้าลดลง และ basal ganglia มีเลือดไปเลี้ยง striatum น้อย และยังมีความผิดปกติในการประสานงานระหว่างสมองหลายส่วน ได้แก่ striatum, prefrontal regions, parietal lobe, temporal lobe<sup>1</sup> นอกจากนี้ยังพบการทำงานของ dopamine

transporter เพิ่มขึ้น ทำให้มีการย้อนกลับของ dopamine เข้าสู่ presynaptic neuron มากขึ้น ส่งผลให้ปริมาณ dopamine ในบริเวณ synapse ลดลง

### อาการและอาการแสดง

อาการแสดงทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ ขาดสมาธิ, อยู่ไม่นิ่ง, ชน หรือหุนหันพลันแล่น โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 พบปัญหาขาดสมาธิในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า เพศชายมักมีอาการชนหรืออยู่ไม่นิ่ง ทั้งนี้อาการแสดงมักเปลี่ยนไปตามช่วงอายุ เด็กโตหรือวัยรุ่นพบความยากลำบากในการจัดระเบียบ, วอกแวกง่าย และขาดสมาธิได้บ่อย

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)<sup>2</sup>

A. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 6 ข้อขึ้นไป เป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยเทียบกับระดับพัฒนาการของบุคคลนั้น ดังนี้	
กลุ่มอาการขาดสมาธิ	กลุ่มอาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น
(1) ไม่สามารถจดจ่อรายละเอียดของงานที่ทำ หรือมักทำผิดเนื่องจากขาดความรอบคอบ	(1) ไม่อยู่นิ่ง, กระสับกระส่าย, ขยับมือหรือเท้าไปมา, นั่งไม่ติดที่
(2) ไม่สามารถมีสมาธิจดจ่อกับงานที่ทำหรือการเล่น เช่น การเรียน, บทสนทนา หรือการอ่านหนังสือ	(2) หลุกจากที่นั่งในสถานการณ์ที่คาดว่าจะต้องนั่งเฉย ๆ เช่น หลุกจากที่นั่งขณะเรียนหนังสือ
(3) ไม่ตั้งใจฟังเวลาพูดสื่อสาร	(3) ขอบว้างหรือป็นปายอย่างไม่เหมาะสม
(4) ไม่ทำตามคำสั่งและทำงานไม่เสร็จ (โดยไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมต่อต้านหรือไม่เข้าใจคำสั่ง)	(4) ไม่สามารถเล่น หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างเงียบ ๆ ได้
(5) มีความยากลำบากในการจัดระเบียบการทำงาน และกิจกรรมต่าง ๆ เช่น งานที่ต้องทำเป็นลำดับขั้นตอน, การเก็บของเป็นหมวดหมู่ หรืองานที่มีกำหนดเวลา	(5) มักเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา
(6) หลีกเลียง, ไม่ชอบ หรือลี้แล ในการทำงานที่ต้องใช้ความคิดอย่างต่อเนื่อง	(6) มักพูดมากเกินไป
(7) ทำของที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันหายเป็นประจำ (เช่น ดินสอ หนังสือ)	(7) พูดแทรก, พูดโพล่ง, ตอบก่อนที่จะถามคำถาม จบหรือไม่สามารถรอจังหวะในการสนทนาได้
(8) วอกแวกง่ายต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ภายนอก	(8) มีความยากลำบากในการรอคอย
(9) มักลืมกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำเป็นประจำ	(9) มักขัดจังหวะหรือรบกวนผู้อื่น เช่น บทสนทนา หรือกิจกรรมอื่น ๆ โดยไม่ขออนุญาต
B. อาการความบกพร่องในบางข้อเริ่มปรากฏก่อนอายุ 12 ปี	
C. พบอาการเหล่านี้ในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น โรงเรียน, ที่ทำงาน หรือที่บ้าน	
D. อาการส่งผลกระทบต่อการใช้สังคม, การเรียน หรือการทำงานอย่างชัดเจน	
E. ไม่ได้เป็นจากโรคทางจิตเวชอื่น ๆ	

## การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น อาศัยการซักประวัติ, ตรวจร่างกาย และการสังเกตพฤติกรรมของเด็กโดยผู้ใหญ่ เช่น ผู้ปกครอง, คุณครู และแพทย์ ในหลาย ๆ บริบท ได้แก่ บ้าน, โรงเรียน หรือโรงพยาบาล กุมารแพทย์สามารถให้ ผู้ปกครองและคุณครูประเมินพฤติกรรมของเด็กโดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ ได้แก่ ADHD rating scale, Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent/Teacher Rating Scale, Swanson, Nolan, and Pelham Checklist (SNAP-IV) และ Teacher and Parent Rating Scale เป็นต้น<sup>3,4</sup> การวินิจฉัยจำเป็นต้องมีหลักฐานของพฤติกรรมชนหรือขาดสมาธิ ในอย่างน้อย 2 บริบทหรือสถานที่ แพทย์สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมหากสงสัยสาเหตุอื่นร่วมด้วย เช่น โรคไทรอยด์ สารตะกั่วเป็นพิษ เป็นต้น

กุมารแพทย์ควรซักประวัติเกี่ยวกับอาการ, สุขภาพทั่วไป, โรคประจำตัว, ปัญหาด้านสายตาและการได้ยิน, พัฒนาการ, ประวัติครอบครัว โดยเฉพาะ first-degree relatives ที่มีโรคสมาธิสั้น, ปัญหาทางด้านอารมณ์, ภาวะวิตกกังวล, การเรียนรู้บกพร่อง และการใช้สารเสพติด เป็นต้น ประวัติด้านสังคม เช่น ปัญหาภายในครอบครัว, ปัญหาการเรียน, การถูกล้อยปลละเลยหรือทารุณกรรม การตรวจร่างกายอาจพบการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเล็กที่ผิดปกติ, ความยากลำบากในการประสานตาและมือ, ปัญหาทางด้านสายตาหรือการได้ยิน

กุมารแพทย์ควรแยกโรคสมาธิสั้นจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ migraine, absence seizure, โรคหืด, โรคภูมิแพ้, โรคเลือด, โรคเบาหวาน หรือโรคมะเร็ง เป็นต้น ยาที่ใช้ประจำ เช่น corticosteroid, ยาแก้แพ้ และ anti-histamine อาจมีผลข้างเคียงซึ่งทำให้มีลักษณะคล้ายอาการสมาธิสั้น ในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นควรคำนึงถึงการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ควรค้นหาปัญหาเพิ่มเติม ได้แก่ ปัญหาการนอน, ภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล, ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก, การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม เช่น การปล่อยปละละเลย หรือการดูแลปกป้องเกินไป (over-protection)

## ภาวะโรคร่วม

- ภาวะการเรียนรู้บกพร่อง (learning disorder หรือ learning disability, LD) ทั้งด้านการอ่าน, การเขียน และการคำนวณ สามารถพบร่วมได้ร้อยละ 15-25<sup>1</sup> หรืออาจเป็นการวินิจฉัยเมื่อเด็กมาด้วยปัญหาทางด้านสมาธิและการเรียน กุมารแพทย์จำเป็นต้องแยกภาวะการเรียนรู้บกพร่องออกจากโรคสมาธิสั้น เนื่องจากแนวทางการรักษาแตกต่างกัน หากพบทั้ง 2 ภาวะ การรักษาโรคสมาธิสั้นอย่างเต็มที่ จะสามารถช่วยเพิ่มศักยภาพในการเรียนรู้ของเด็กที่มีภาวะการเรียนรู้บกพร่องร่วมด้วย นอกจากนี้เด็กที่มีโรคสมาธิสั้นอาจมีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าร่วมด้วยร้อยละ 30-35<sup>1</sup>
- ภาวะดื้อต่อต้าน (oppositional defiant disorder, ODD) เป็นภาวะที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้นร้อยละ 52.2<sup>5</sup>
- ภาวะซึมเศร้า (depression) พบร่วมได้ร้อยละ 15-20 และภาวะวิตกกังวล (anxiety) พบร่วมได้ร้อยละ 20-25<sup>1</sup> ซึ่งอาจเป็นปัญหาเรื้อรังต่อไป ภาวะนี้อาจเกิดจากการรักษาโรคสมาธิสั้นอย่างไม่เหมาะสมหรือไม่ได้รับการรักษา

ส่งผลให้สภาพจิตใจของเด็กและวัยรุ่นแย่ลงอย่างต่อเนื่อง, ไม่ประสบความสำเร็จในการทำงาน, รู้สึกตนเองด้อยค่า, มีปัญหาในเชิงปฏิสัมพันธ์กับผู้ปกครอง คุณครู พี่น้อง และเพื่อน, โดนเพื่อนแกล้งหรือล้อ (peer victimization) หรือเป็นฝ่ายที่แกล้งหรือล้อผู้อื่น (bullying) ดังนั้นกุมารแพทย์ควรคัดกรองอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น เพื่อให้ความช่วยเหลือได้อย่างทันที่

## การดูแลรักษา

การดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นคล้ายกับการดูแลรักษาโรคเรื้อรังทั่วไป การรักษาไม่สามารถทำให้โรคหายขาดได้ จึงต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากอาการไม่ซับซ้อนมากสามารถดูแลรักษาโดยกุมารแพทย์ใกล้บ้านได้ (medical home model)<sup>3,6</sup> เพื่อเพิ่มความสะดวกและความต่อเนื่องของการรักษา โดยไม่จำเป็นต้องเข้าไปรักษาที่โรงพยาบาล ทุกติยภูมิที่อยู่ไกล

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นกับเด็กและครอบครัวเป็นกุญแจหลักในการรักษา ทำให้ผู้ปกครองเข้าใจผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในด้านต่าง ๆ เช่น การเรียน, พฤติกรรม, การเห็นคุณค่าของตนเอง, การเข้าสังคม และความสัมพันธ์ในครอบครัว นอกจากนี้กุมารแพทย์สามารถช่วยเด็กและครอบครัวในการตั้งเป้าหมายในการรักษา เช่น จะพัฒนาความสัมพันธ์อย่างไร, พัฒนาทักษะการเรียนรู้อย่างไร หรือลดพฤติกรรมรบกวนผู้อื่นอย่างไร อีกทั้งสามารถแนะนำผู้ปกครองให้รู้จักกับกลุ่มผู้ปกครองของเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น เพื่อให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

การดูแลแบบองค์รวมที่เหมาะสม ควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างเด็ก, ผู้ปกครอง และแพทย์ (shared decision-making, SDM) โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล, อภิปรายถึงสิ่งที่ครอบครัวเห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญ<sup>7</sup> และวางแผนการรักษาร่วมกัน<sup>8</sup> กุมารแพทย์ควรสอบถามบริบทและปัจจัยต่าง ๆ ที่ครอบครัวมีความกังวลใจ เช่น ผลข้างเคียง ราคาของยา เป็นต้น<sup>9</sup> การศึกษาพบว่า การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน ควรปรับพฤติกรรมควบคู่ไปกับการใช้ยา<sup>10,11</sup> ทั้งนี้กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการและจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นยังมีจำนวนไม่มากเพียงพอ จึงมีความจำเป็นที่กุมารแพทย์ทั่วไปควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลรักษา รวมถึงการใช้ยาเบื้องต้น เพื่อเด็กและครอบครัวจะได้รับความช่วยเหลือได้อย่างทันที่

โรคสมาธิสั้นเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของสารส่งผ่านประสาท dopamine จึงเป็นที่มาของการใช้ยากลุ่มต่าง ๆ เพื่อช่วยรักษาสมดุลของสารส่งผ่านประสาท ทำให้การสื่อสารภายในเซลล์สมองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การใช้ยาควรเน้นหลักการตัดสินใจร่วมกัน<sup>7,12,13</sup> โดยแพทย์ให้ความรู้เกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ของยาและวิธีการบริหารยา เนื่องจากยาแต่ละชนิดใช้ระยะเวลาออกฤทธิ์แตกต่างกัน บางชนิดไม่สามารถบดหรือละลายในน้ำได้ ประโยชน์และผลข้างเคียง รวมทั้งค่าใช้จ่าย โดยที่เด็กและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่า ต้องการเริ่มใช้ยาตัวใดเป็นลำดับแรก เช่น หากยังไม่สามารถกลืนยาชนิดเม็ดได้ ควรใช้ยาที่สามารถบดหรือละลายในน้ำได้ ทั้งนี้ยาในกลุ่มกระตุ้น (stimulant) มักถูกเลือกใช้เป็นลำดับแรก เนื่องจากมีประสิทธิภาพดีในการลดอาการสมาธิ ในประเทศไทยมียากกระตุ้นกลุ่ม methylphenidate เพียงกลุ่มเดียว โดยแนะนำให้เริ่มจากขนาดยาที่ต่ำก่อนแล้วค่อย ๆ ปรับขึ้น หากมี

ผลข้างเคียงเล็กน้อย แนะนำติดตามใกล้ชิด 1-2 สัปดาห์ เนื่องจากผลข้างเคียงอาจลดลงและร่างกายปรับสมดุลได้ แต่หากมีผลข้างเคียงมากหรือรุนแรง ให้หยุดยา และพิจารณาใช้ยากลุ่ม non-stimulant เช่น atomoxetine หรือ alpha-2 agonist (clonidine) เป็นต้น โดยยากลุ่ม alpha-2 agonist ที่ได้รับการอนุมัติในการรักษาโรคสมาธิสั้น เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาว ซึ่งยังไม่มีกานำเข้ายาชนิดนี้ในประเทศไทย การใช้ยา clonidine ที่ออกฤทธิ์สั้น เป็นการใชยานอกข้อบ่งใช้ (off-label use) แต่หากจำเป็น การใช้นี้้อาจช่วยเสริมประสิทธิภาพของ methylphenidate ทำให้ไม่ต้องใช้ methylphenidate ในปริมาณที่สูงจนเกินไป รายละเอียดเกี่ยวกับยารักษา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นที่มีในประเทศไทย

	ชื่อยา (ชื่อการค้า)	ระยะเวลาออกฤทธิ์ (ชั่วโมง)	ขนาดยาและวิธีรับประทาน	ปริมาณยาในเด็ก
Short-acting stimulant	MPH (Ritalin)	3-5	- 10 มก. - แบ่งเม็ดยาได้	- ตั้งแต่อายุ 6 ปี ขึ้นไป - 5 มก. หลังอาหารเช้าและเที่ยง - ขนาดสูงสุด 60 มก./วัน
Intermediate-acting stimulant	MPH (Ritalin LA)	8	- รูปแบบแคปซูล - ขนาด 20, 40 มก. - กลืนทั้งแคปซูล หรือเปิดแคปซูล เทยาผสมอาหาร	- ตั้งแต่อายุ 6 ปี ขึ้นไป - 20 มก./วัน หลังอาหาร ขนาดสูงสุด 60 มก./วัน
Long-acting stimulant	MPH (Concerta, MPH Sandoz)	10-12	- รูปแบบแคปซูล - ขนาด 18, 27, 36 มก. - กลืนทั้งแคปซูล	- ตั้งแต่อายุ 6 ปี ขึ้นไป - 18 มก./วัน หลังอาหาร - ขนาดสูงสุด 54 มก./วัน (ในวัยรุ่น 72 มก./วัน)
Nonstimulant (ได้รับการอนุมัติโดย FDA สำหรับรักษาภาวะ ADHD)	Atomoxetine (Strattera)	10-12	- รูปแบบแคปซูล - ขนาด 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 มิลลิกรัม - กลืนทั้งแคปซูล	- น้ำหนัก < 70 กก. เริ่ม 0.5 มก./กก./วัน - น้ำหนัก >70 กก. ให้ยาขนาด 40 มก./วัน - ขนาดสูงสุด 1.4 มก./กก./วัน หรือ 100 มก./วัน
Nonstimulant (ไม่ได้รับการอนุมัติโดย FDA สำหรับรักษาภาวะ ADHD)	Clonidine (Catapres, Hypodine)	ดูตามเอกสารกำกับยา	- 0.15 มิลลิกรัม - แบ่งเม็ดยาได้	- น้ำหนัก <45 กก. เริ่ม 0.05 มก./วัน - น้ำหนัก >45 กก. ให้ยาขนาด 0.1 มก./วัน - ขนาดสูงสุด 0.4 มก./วัน

ผลข้างเคียงของยากลุ่มกระตุ้นที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ, ปวดท้อง, หัวใจเต้นเร็ว, ความดันเลือดสูงขึ้นเล็กน้อย, ความอยากอาหารลดลง, และปัญหาการนอน อย่างไรก็ตามอาการปวดศีรษะและปวดท้องมักหายหลังจากร่างกายปรับตัวเข้ากับยา หรือการให้รับประทานยาพร้อมอาหารจะช่วยลดอาการปวดท้องได้ ปัญหาการนอนมักไม่หายเองจึงมีความจำเป็นในการใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้นลง เด็กอาจมีอาการหงุดหงิดและมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ช่วงที่ยากำลังหมดฤทธิ์ กุมารแพทย์ต้องช่วยครอบครัวในการพิจารณาหาว่าประโยชน์กับผลข้างเคียงของยา หรือปรับลดปริมาณยาเพื่อจะทำให้ผลข้างเคียงลดน้อยที่สุด ผลข้างเคียงที่พบไม่บ่อย ได้แก่ ประสาทหลอน, มีอาการก้าวร้าวรุนแรง, สูญเสียการควบคุมพฤติกรรม หรืออาการฟุ้งฟล่า (mania) ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เมื่อได้รับยาขนาดสูง หรือในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นจิตเภทหรือโรค bipolar ในบางครั้งอาจพบลักษณะนี้มากในรายที่ได้รับยาปริมาณสูงเกินไป<sup>13</sup>

ผลข้างเคียงของยา atomoxetine ได้แก่ ปัญหาการนอน, ความอยากอาหารลดลง, ง่วงซึม, หงุดหงิด, ปวดท้อง, คลื่นไส้ และพฤติกรรมทางเพศบกพร่อง (sexual dysfunction) การแบ่งเวลาบริหารยาออกเป็นเช้าและเย็นสามารถช่วยลดผลข้างเคียงได้บ้าง อาจพบอัตราการเต้นของหัวใจและความดันเลือดสูงขึ้นเล็กน้อยแต่มีกลับมามากติเมื่อทานยาต่อเนื่อง นอกจากนั้นยาอาจส่งผลต่อความสูงของเด็ก กุมารแพทย์ควรแนะนำผู้ปกครองและเด็กให้สังเกตอาการตัวอึกเสบ เช่น ปวดท้อง, ตัวหรือตาเหลือง, คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น รวมทั้งให้เฝ้าระวังความคิดฆ่าตัวตาย ถึงแม้จะพบไม่บ่อยแต่เป็นความเสี่ยงที่รุนแรง

ผลข้างเคียงของยา clonidine ที่พบบ่อย ได้แก่ เหนื่อยง่าย, ง่วงนอน และปัญหาการนอนหลับ ผลข้างเคียงเหล่านี้มักขึ้นอยู่กับปริมาณยาที่รับประทาน และจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไปเนื่องจากร่างกายปรับตัวต่อยา หากผลข้างเคียงไม่ลดลงภายในสัปดาห์แรก ก็อาจมีแนวโน้มสูงที่ผลข้างเคียงจะไม่หายเอง ผลข้างเคียงอื่น ๆ ได้แก่ ปากและตาแห้ง, ท้องผูก, ความดันเลือดต่ำลงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้หยุดยาอย่างกะทันหันเนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการ withdrawal syndrome คือ ความดันเลือดสูง, อาการสั่น (tremor), ภาวะวอร์วอร์ และคลื่นไส้ แพทย์ควรแนะนำให้ค่อย ๆ ลดยา โดยปรับปริมาณลงทุก 3-7 วัน

วินัยในการรับประทานยา (adherence) เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการรักษา มาตรการการเพิ่มวินัยในการรับประทานยา ประกอบด้วยการให้ความรู้ทั้งเด็กและผู้ปกครองเกี่ยวกับโรค, พยากรณ์โรค, ยาที่ได้รับ, เหตุผลหรือข้อบ่งชี้ในการรับประทานยา, ลักษณะหรือชนิดยา, เวลาที่รับประทานยา, ผลข้างเคียงที่อาจพบได้และแนวทางการติดตาม<sup>14</sup> กุมารแพทย์ควรมีระบบติดต่อครอบครัวทางโทรศัพท์ หรือนัดมาพบแพทย์อย่างทันที่ เพื่อปรับยาให้ได้ระดับที่เหมาะสม ในรายที่มีปัญหาลืมรับประทานยาตอนกลางวันและครอบครัวสามารถจ่ายค่ายาที่สูงขึ้นได้ แนะนำให้เปลี่ยนเป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาว รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น กล่องยาเตือนการรับประทานยา ตั้งเวลารับประทานยาในโทรศัพท์ เพื่อสามารถช่วยเตือนทั้งเด็กและผู้ปกครอง โดยเฉพาะสำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคนเป็นโรคสมาธิสั้น นอกจากนั้นควรแนะนำให้ผู้ปกครองชมเชย หรือให้รางวัลเวลาเด็กรับประทานยาตามข้อตกลงร่วมกับผลของการไม่ทำตามข้อตกลง เช่น การลดเวลาเล่นเกมในเย็นวันนั้น เป็นต้น

กุมารแพทย์ควรพิจารณาส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเมื่อพบโรคสมาธิสั้นแบบซับซ้อน หรือ complex ADHD ในปี พ.ศ.2563 ได้มีการนิยามภาวะนี้ว่า เด็กอายุน้อยกว่า 4 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมาธิสั้น หรือมาพบแพทย์ครั้งแรก และพบว่าโรคสมาธิสั้นเมื่ออายุมากกว่า 12 ปี, มีโรคร่วม, ส่งผลกระทบต่อการศึกษา การเรียน หรือการทำงานในระดับปานกลางถึงรุนแรง, มีความไม่แน่ชัดในการวินิจฉัย หรือการตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร<sup>15</sup> หากกุมารแพทย์พบลักษณะดังกล่าวแนะนำให้ปรึกษากุมารแพทย์ด้านพัฒนาการและพฤติกรรม หรือจิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่น เพื่อช่วยในการดูแลรักษา

## การพยากรณ์โรค

โรคสมาธิสั้นสามารถคงอยู่ตลอดชีวิต อาการอยู่ไม่นิ่งมักลดลงเมื่อเด็กอายุมากขึ้น อาการขาดสมาธิ, หุนหันพลันแล่น และความยากลำบากในการจัดระเบียบชีวิตจะเพิ่มขึ้น โรคสมาธิสั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมเสี่ยง และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน, การทำผิดกฎหมาย, การใช้สารเสพติด, ปัญหาการเรียน, ทำให้เรียนไม่ดี, เรียนไม่จบ, เปลี่ยนงานบ่อย, ตกงาน และปัญหาด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (low self-esteem)<sup>1</sup>

## คำแนะนำสำหรับกุมารแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ

1. กุมารแพทย์เป็นด่านหน้าที่สามารถให้การดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นได้เบื้องต้นโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ให้ผู้ปกครองและคุณครูทำแบบประเมินพฤติกรรมเพื่อช่วยในการประเมินเด็กแบบองค์รวม
2. กุมารแพทย์ควรประเมินว่า เด็กมีโรคสมาธิสั้นแบบซับซ้อนและหรือมีโรคร่วมหรือไม่ เพื่อพิจารณาส่งต่อกุมารแพทย์ด้านพัฒนาการและพฤติกรรม หรือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
3. โรคสมาธิสั้นเป็นโรคเรื้อรัง ควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อจะได้รับความสะดวกในการตรวจติดตาม และสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์ผู้รักษากับครอบครัวได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว
4. การวางแผนการรักษาควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างเด็ก ครอบครัว และแพทย์ โดยแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและทางเลือกต่าง ๆ ในการรักษา ยึดครอบครัวและเด็กเป็นศูนย์กลาง
5. การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพ อาศัยทั้งการปรับพฤติกรรมควบคู่ไปกับการรับประทานยา
6. กุมารแพทย์สามารถเริ่มยาในปริมาณน้อยและค่อย ๆ เพิ่มขนาดยา นัดประเมินอาการเพื่อประเมินประสิทธิภาพการรักษาและผลข้างเคียง เพื่อการปรับขนาดยาได้อย่างเหมาะสม
7. การให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้รักษา และการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยเตือนในการกินยา สามารถเพิ่มวินัยในการรับประทานยาของเด็กได้

## สรุป

โรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นเป็นภาวะทางพฤติกรรมที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของสมองที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก และนำมาซึ่งปัญหาการเรียน, การเข้าสังคม, พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ, การใช้ยาเสพติด, ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และการเปลี่ยนงานบ่อย ตลอดจนการตกงานในอนาคต เด็กอาจมีอาการแสดงหลายแบบ และมักมาร่วมกับปัญหาการเรียน กุมารแพทย์ทั่วไปเป็นด่านหน้าที่สำคัญ หากเพิ่มพูนความรู้และฝึกทักษะการดูแลรักษาเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นผ่านทางการปรับพฤติกรรม ประสานงานกับโรงเรียน และใช้ยารักษาอย่างเหมาะสม จะสามารถช่วยให้เด็กและครอบครัวใช้ชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพมากขึ้น รวมทั้งเปิดโอกาสให้เด็กมีมุมมองที่ดีขึ้นเกี่ยวกับตนเอง ผ่านการวางแผนการรักษาร่วมกับเด็กและครอบครัว

## เอกสารอ้างอิง

1. Urion DK. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Kliegman RM, St Geme III JW, Blum NJ, Tasker RC, Shah SS, Wilson KM, editors. Nelson textbook of pediatrics. 21st ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019. p.262-6.
2. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013. p.947
3. Wolraich ML, Hagan JF, Jr., 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: e20192528.
4. Reiff MI, Stein MT. Attention-deficit/hyperactivity disorder evaluation and diagnosis: A practical approach in office practice. Pediatr Clin North Am 2003; 50: 1019-48.
5. Ersan EE, Dogan O, Dogan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004; 13: 354-61.
6. Wolraich ML, Chan E, Froehlich T, et al. ADHD diagnosis and treatment guidelines: A historical perspective. Pediatrics 2019; 144: e20191682.
7. Davis CC, Claudius M, Palinkas LA, Wong JB, Leslie LK. Putting families in the center: Family perspectives on decision making and ADHD and implications for ADHD care. J Atten Disord 2012; 16: 675-84.
8. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 1997; 44: 681-92.
9. Fiks AG, Hughes CC, Gafen A, Guevara JP, Barg FK. Contrasting parents' and pediatricians' perspectives on shared decision-making in ADHD. Pediatrics 2011; 127: 188-96.
10. Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. J Dev Behav Pediatr 2001; 22: 60-73.
11. Pelham WE, Gnagy EM, Greiner AR, et al. Behavioral versus behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. J Abnorm Child Psychol 2000; 28: 507-25.



12. Mechler K, Banaschewski T, Hohmann S, Häge A. Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. *Pharmacol Ther* 2022; 230: 107940.
13. Chan E, Trier KA, Chung PJ. Basics of Psychopharmacological Management. In: Voigt RG, Macias MM, Myers SM, Tapia CD, editors. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2nd ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2018. p.545-74.
14. Kamimura-Nishimura KI, Brinkman WB, Froehlich TE. Strategies for improving ADHD medication adherence. *Curr Psychiatr* 2019; 18: 25-38.
15. Barbaresi WJ, Campbell L, Diekroger EA, Froehlich TE, Liu YH, O'Malley E, 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 2S: S35-S57.