

# การรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยา และจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุพร อภินันท์เวช

สาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700

## บทนำ

โรคสมาธิสั้น เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา ความชุกของโรคนี้ทั่วโลกในเด็กและวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 18 ปี เท่ากับร้อยละ 5.29<sup>1</sup> เด็กที่เป็นโรคนี้นักประสบปัญหาทางด้านจิตสังคมหลายอย่าง ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม ปัญหาอารมณ์ และปัญหาการเล่าเรียน เด็กมักมีปัญหาเกี่ยวกับโรงเรียน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการคงสมาธิให้ยาวนานในการเรียนหนังสือ การหุนหันพลันแล่นในการทำงานหรือการเล่นกับเพื่อน ๆ การพูดมาก พูดโพล่ง หรือพูดแทรกขณะครูสอนหรือในการสนทนา แม้กระทั่งการพยายามควบคุมอารมณ์ตนเองเมื่อเกิดการกระทบกระทั่งเล็ก ๆ น้อย ๆ ระหว่างเพื่อนนักเรียนด้วยกัน จนบางครั้งอาจทำให้เด็กต้องแยกตัวไปอยู่คนเดียวเพราะรู้สึกปรับตัวกับเพื่อน ๆ ไม่ได้ หรือถูกเพื่อนรังเกียจไม่เล่นด้วย ไม่ให้เข้าร่วมกลุ่มเวลามีงานกลุ่ม ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพและทักษะทางสังคมของเด็กต่อการเจริญเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีความภาคภูมิใจในตนเอง

ในประเทศไทย มีการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 ทั่วประเทศซึ่งเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุดในประเทศเมื่อปีพ.ศ. 2555 โดย สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีความชุกร้อยละ 8.1 ด้วยอัตราส่วนเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 3 เท่า และเป็นโรคสมาธิสั้นที่มีภาวะโรคร่วมสูงถึงร้อยละ

39 โดยเฉพาะภาวะดื้อต่อต้าน (Oppositional defiant disorder) และโรคการเรียนรู้บกพร่อง (Learning disabilities)<sup>2</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบภาวะดื้อต่อต้านเป็นโรคร่วมร้อยละ 35 และภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้ ร้อยละ 12-60<sup>3</sup> ภาวะโรคร่วมนี้จึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กนักเรียน มีความลำบากในการปรับตัวกับสังคมและมีปัญหาในการเล่าเรียน

## อาการของโรคสมาธิสั้น

อาการแสดงออกโดยทั่วไปของเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น จะมีกลุ่มอาการหลัก 3 กลุ่มคือ

1. อาการซน ไม่นิ่ง (hyperactivity) เช่น หยุกหยิก ไม่นิ่งเฉย ชัยับตัวไปมา หรือลุกเดิน ชอบจับโน่นนี่ หรือเล่น โลดโผน พูดมาก พูดไม่หยุด
2. อาการขาดสมาธิ (inattention) เช่น เหม่อ ใจลอย วอกแวกง่าย ไม่สามารถจดจ่อกับงานที่ไม่เ้าความสนใจ ซี้ลิม ทำงานไม่เสร็จหรือทำครึ่ง ๆ กลาง ๆ มักไปทำอย่างอื่นต่อ
3. อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) เช่น การรอคอยไม่ค่อยได้ ใจร้อน วู่วาม ทำอะไรไม่ทันยั้งคิด พูดโพล่ง หรือพูดแทรกคนอื่นหรือเมื่อยังถามไม่จบคำถาม

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นนั้น ใช้หลักเกณฑ์ตาม DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> edition)<sup>4</sup> อาการเหล่านี้ต้องเกิดก่อนอายุ 12 ปี มีอาการแสดงในสถานการณ์ต่างกันอย่างน้อย 2 สถานที่ เช่น ที่โรงเรียนและที่บ้าน และความบกพร่องนี้รบกวนชีวิตประจำวัน การเรียน หรือการอยู่ในสังคมของเด็กอย่างมาก หลักเกณฑ์ตาม DSM 5 มีดังนี้

1. อาการขาดสมาธิ คือ มีอาการเหล่านี้มากกว่า 6 ข้อขึ้นไป ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน และไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมดื้อ ต่อต้านหรือไม่เข้าใจคำสั่ง
  1. ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียด หรือไม่รอบคอบเวลาทำงาน
  2. มีความลำบากในการคงสมาธิในการทำกิจกรรมหรือการเล่น
  3. ดูเหมือนไม่ได้ฟังคนที่กำลังพูดกับตนอยู่
  4. ทำงานไม่ครบ ทำงานไม่เสร็จ
  5. มีปัญหาในการจัดระเบียบ ระบบการทำงาน หรือการเล่น
  6. หลีกเลี่ยง ไม่ชอบทำงานที่ต้องใช้ความใส่ใจพยายามมาก
  7. ทำของที่จำเป็นในการเรียนหรือการทำกิจกรรมหาย
  8. วอกแวก สนใจสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย ในวัยรุ่น คือ เผลอใจลอยคิดไปเรื่องอื่น
  9. หลงลืมกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำเป็นประจำ
2. อาการซน ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น คือ มีอาการเหล่านี้มากกว่า 6 ข้อขึ้นไป ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน และไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมดื้อ ต่อต้านหรือไม่เข้าใจคำสั่ง
  1. หยุกหยิก อยู่ไม่สุข เคาะมือ แกว่ง-เตะเท้า หรือนั่งนิ่ง ๆ ไม่ได้
  2. ถ้าให้นั่งอยู่กับที่นาน ๆ มักลุกออกไปจากที่นั่ง
  3. วิ่งไปมา ปีนป่าย ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ
  4. ไม่สามารถเล่นหรือทำกิจกรรมที่เงียบ ๆ ได้
  5. พร้อมทั้งจะไปหรือมีลักษณะที่เหมือนเครื่องยนต์ติดเครื่องตลอดเวลา
  6. พูดมากเกินควร
  7. ซิงตอบคำถามก่อนที่จะผู้ถามจะถามจบ ไม่สามารถรอให้ถึงจังหวะของตนเอง
  8. มีปัญหาเวลาเข้าคิว รอคอย (แซงคิว ยุกยึกใน

แถว)

9. ชัดจังหวะหรือแทรกผู้อื่น อาจหยิบของใช้ของผู้อื่นโดยไม่ได้ขออนุญาต

## โรคร่วม หรือ ภาวะแทรกซ้อน

ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมักมีโรคร่วม ซึ่งหากไม่ทำการค้นหาและให้การรักษาก็จะทำให้การรักษาโรคสมาธิสั้นไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร โรคร่วมที่พบได้บ่อยมีจำนวนร้อยละดังต่อไปนี้

Oppositional defiant disorder	ร้อยละ 40
Anxiety disorders	ร้อยละ 25-30
Learning disorders	ร้อยละ 20-25
Mood disorders	ร้อยละ 20-30
Conduct disorder	ร้อยละ 20-30
Substance use disorders	ร้อยละ 10-20
Tic disorders	ร้อยละ 5-10

เด็กที่ป่วยทั้งโรคสมาธิสั้นและโรคดื้อ (Oppositional defiant disorder) มีความก้าวร้าว หุนหันพลันแล่นและมักนำไปสู่การใช้สารเสพติดมากกว่าเด็กที่ป่วยเป็นสมาธิสั้นเพียงอย่างเดียว<sup>5</sup>

## การดูแลรักษา

การดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้ผลดีคือ การรักษาแบบบูรณาการด้วยการใช้ยาและการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะการเลี้ยงดู ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจและวิธีปฏิบัติต่อเด็กอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาเมื่อเด็กเติบโตขึ้นเป็นวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่

ในประเทศไทยมีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นระดับโรงพยาบาลจังหวัดสำหรับกุมารแพทย์โดยคณะอนุกรรมการจัดทำซึ่งประกอบไปด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น กุมารแพทย์ ด้านพัฒนาการและกุมารแพทย์ด้านประสาทวิทยา เสนอแนวทางในการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปตามแนวทางเวชปฏิบัติ ในปีพ.ศ.2553 ดังนี้คือ<sup>6</sup>

1. ขั้นตอนที่ 1 เด็กที่มาพบแพทย์ด้วยปัญหาการเรียน ปัญหาพฤติกรรม ร่วมกับซน อยู่ไม่นิ่ง ขาดสมาธิ เหม่อใจลอย ใจร้อน วู่วาม หุนหันพลันแล่น



หรือจิตแพทย์ต่อเนื่องกันทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1-3 ชั่วโมง เป็นจำนวน 6-8 ครั้ง

2.1.2 Academic Skills Training จากการศึกษาที่เด็กไม่มีสมาธิในการเรียน ขาดการเชื่อมโยงทางความคิด หรือการจดจ่อต่อเนื่องในเนื้อหาวิชาการ อีกทั้งเด็กมักมีโรคร่วมคือ โรคการเรียนรู้บกพร่อง ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการเรียนเท่าที่ควร การฝึกทักษะทางด้าน การเรียนจึงเป็นอีกหนทางหนึ่งในการช่วยเด็กให้มีความภาคภูมิใจในตนเอง

2.1.3 Individual Psychotherapy เด็กบางคนที่ถูกตำหนิ มีความรู้สึกตนเองด้อยกว่าเพื่อน ไม่ได้ได้รับการยอมรับจนอาจทำให้เกิดความวิตกกังวล และซึมเศร้าได้ การทำจิตบำบัดรายบุคคลสำหรับเด็กจึงเป็นอีกหนทางหนึ่งที่ช่วยให้การรักษาโรคสมาธิได้ผลดีขึ้น จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจะใช้เวลาในการพูดคุยกับเด็กในเรื่องที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับจิตใจหรือการปรับตัวของเด็ก รวมทั้งสร้างความภาคภูมิใจให้เด็กกลับมารู้สึกว่าตนก็มีคุณค่าได้ในที่สุด

2.1.4 Cognitive Behavior Modification การปรับความคิดและความประพฤติ เป็นเทคนิคทางด้านจิตวิทยาเช่นกัน ช่วยให้เด็กเรียนรู้เหตุผล ที่มาที่ไปของปัญหา อารมณ์ และความคิดที่อาจขัดแย้งกัน การฝึกนี้ใช้สำหรับเด็กที่มีระดับสติปัญญาค่อนข้างดี จะได้ผลเร็วยิ่งขึ้น

2.2 การปรับพฤติกรรมในผู้ปกครอง เนื่องจากผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลและอยู่ร่วมกับเด็กเป็นส่วนใหญ่ การฝึกฝนเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จึงทำให้การปรับพฤติกรรมเด็กดีขึ้นได้รวดเร็ว

2.2.1 Parent management training (PMT) ผู้ปกครองควรได้รับการฝึกอบรมเรื่องวิธีการจัดการหรือการปรับพฤติกรรมเด็ก โดยมีหลักการทางจิตวิทยาเป็นพื้นฐานจำนวน 6-8 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง เนื้อหาที่อบรมได้แก่ องค์

ประกอบของการปรับพฤติกรรมเด็ก พัฒนาการเด็กแต่ละช่วงวัย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การให้คำชม/รางวัล การลงโทษ การบันทึกกิจกรรมที่เด็กทำได้เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นต้น ซึ่งเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อีกด้วย ตัวอย่างการปรับพฤติกรรมเด็กอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้ -จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เป็นระเบียบ กำหนดเวลาในการทำกิจกรรมประจำวัน ให้ชัดเจน

- จัดสถานที่สงบ ไม่มีสิ่งรบกวนสมาธิเด็ก ในเวลาทำการบ้านหรืออ่านหนังสือ
- แบ่งงานให้เด็กทำ ที่ละน้อย และกำกับให้เด็กทำงานเสร็จ

- ควรพูดหรือสั่งงานในขณะที่เด็กตั้งใจฟัง และให้เด็กมองเห็นผู้พูดด้วย

- หากเด็กมีพฤติกรรมก่อกวน ควรใช้วิธีพูดเตือนให้เด็กรู้ตัว หรือเบนความสนใจเด็กไปทำอย่างอื่น

- ใช้ทำที่เอาจริงและสงบในการจัดการเมื่อเด็กทำผิด ลงโทษด้วยวิธีที่ไม่รุนแรง

- พ่อแม่ควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการอดทน รอคอย ใจเย็น ไม่วุ่นวาย มีวินัย และบริหารเวลาอย่างเป็นระบบระเบียบ
- ติดต่อกับครูอย่างสม่ำเสมอ ในการช่วยเหลือเด็กด้านการเรียนและพฤติกรรม

2.2.2 Family therapy นอกจากเด็กจะเป็นผู้ที่ทำให้ผู้ปกครองรู้สึกเหนื่อยล้าหรือเครียดกับการดูแลแล้ว บุคคลอื่นในครอบครัวก็อาจมีส่วนทำให้การดูแลรักษาไม่ประสบความสำเร็จ เช่น พี่หรือน้องของเด็ก ปู่ย่าตายาย ญาติที่เกี่ยวข้อง การรักษาด้วยวิธีครอบครัวบำบัดจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับครอบครัวที่ไม่สามารถปรับพฤติกรรมเด็กไปได้พร้อมกันซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ไม่เข้าใจในเรื่องการดูแลรักษา มีความคิดเห็นต่างกัน หรือมีทัศนคติไม่ดีต่อเด็ก เช่นคิดว่าเด็ก

แกล้งทำ นิสัยไม่ดี เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีเรื่องความเจ็บป่วยของสมาชิกแต่ละคน หรือความขัดแย้งระหว่างบุคคลในครอบครัว ที่เป็นเหตุให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร ครอบครัวบำบัดคือการเชิญสมาชิกที่เกี่ยวข้องกับเด็กมาร่วมนั่งพูดคุยกันเป็นวงสนทนา โดยมีจิตแพทย์เป็นผู้นำสนทนา ซึ่งอาจมีสมาชิกมากถึง 6-7 คน เพื่อแสดงความคิดเห็นและปรับมุมมองต่อกันในปัญหาต่างๆที่แต่ละคนรู้สึกต่อเด็ก เพื่อร่วมกันปรับพฤติกรรมเด็กให้เหมาะสม

### 3. การประสานงานกับครูและโรงเรียน

การประสานงานกับครูและโรงเรียน จำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กและครอบครัว หากครูเข้าใจเด็กเช่นเดียวกัน และคอยเป็นผู้ช่วยปรับพฤติกรรมเด็กตามความเหมาะสมตลอดเวลาและโอกาสที่มีในโรงเรียน จะสามารถช่วยให้เด็กปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียนได้ เช่น การปรับตัวอยู่กับเพื่อนหรือการรื้อฟื้น แต่มีผู้ปกครองบางรายไม่อยากจะเปิดเผยข้อมูลแก่ครูเพราะกังวลใจว่าครูจะไม่เข้าใจและเพื่อนจะล้อเลียนเด็ก ซึ่งในแนวทางการดูแลนั้น ไม่สามารถบังคับผู้ปกครองได้ จึงต้องขออนุญาตผู้ปกครองก่อนว่าจะให้ดำเนินการประสานกับครูหรือโรงเรียนหรือไม่ หากผู้ปกครองยินยอม แพทย์จึงมอบเอกสารแนะนำครูเรื่องโรคสมาธิสั้นและการดูแลช่วยเหลือเด็กอย่างเหมาะสม รวมทั้งอาจมีการได้พูดคุยกับครูโดยตรงหรือเข้าไปพบครูที่โรงเรียนหากมีความจำเป็น นอกจากนี้ ครูจะช่วยประเมินอาการของเด็กได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นช่วงเวลาเด็กอยู่โรงเรียนทั้งวันและได้รับประทานยาเพิ่มสมาธิ ตัวอย่างคำแนะนำครูเรื่องดูแลเด็ก

- จัดที่นั่งให้เด็กนั่งหน้าชั้นเรียน ใกล้ ๆ ครูเพื่อคอยกำกับเด็กให้มีความตั้งใจ
- ชื่นชมทันทีที่เด็กตั้งใจทำงานหรือทำสิ่งที่ เป็นประโยชน์
- เมื่อเด็กเบื่อหรือเริ่มหมดสมาธิ ควรหาวิธีเตือนหรือเรียกให้เด็กกลับมาสนใจเรียนแทนการดุ ต่ำหนิ
- ช่วยดูแล ตรวจสอบดูว่า เด็กทำงานเสร็จ
- มองหาจุดดีของเด็ก ให้ได้แสดงความสามารถ

เพื่อเป็นที่ยอมรับของเพื่อน

- อาจต้องจัดให้มีการเรียนศึกษาพิเศษเฉพาะตัว (special education) เนื่องจากเด็กอาจมีโรคร่วมคือ โรคการเรียนรู้บกพร่อง (L.D.)

- ติดต่อกับผู้ปกครองสม่ำเสมอเพื่อวางแผนร่วมกันในการช่วยเหลือเด็ก

### 4. การรักษาด้วยยา

ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในปัจจุบัน มีประสิทธิภาพในการเพิ่มสมาธิให้เด็กและสามารถลดปัญหาจากการขาดสมาธิ และอยู่นิ่งได้ ช่วยให้เด็กสามารถควบคุมตนเองได้ดี มีความตั้งใจในการเรียน การทำงาน ทำงานเสร็จ และพร้อมรับการปรับพฤติกรรมซึ่งทำให้การฝึกทักษะทางสังคม เป็นไป ได้ง่ายขึ้นกว่าเมื่อไม่ได้รับประทานยา

#### 4.1 Psychostimulants<sup>๑</sup>

methylphenidate เป็นยาตัวแรกที่ควรพิจารณาเมื่อเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ยานี้จะเพิ่มระดับโดปามีนในสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ทำให้การทำงาน เรื่องการควบคุมตนเอง อยู่นิ่ง ไม่หุนหันพลันแล่นดีขึ้น ซึ่งได้ผลดีประมาณร้อยละ 80<sup>๑</sup> จัดเป็นยาที่ปลอดภัยและได้ถูกนำมารักษาเป็น เวลานานกว่า 60 ปีในต่างประเทศ<sup>๑</sup> มีจำหน่าย ในประเทศไทยเพียง 2 ชนิด คือ ชนิดออกฤทธิ์ สั้น (Ritalin) และ ออกฤทธิ์ยาว (Concerta) ยา ที่ออกฤทธิ์สั้นมีระยะเวลาออกฤทธิ์ 3-4 ชั่วโมง ขนาดเริ่มต้นคือ 0.3 ม.ก/กก./ครั้ง วันละ 3 ครั้งคือ หลังอาหารเช้า กลางวัน และเวลา 16.00 น. เนื่องจากอาการข้างเคียงของยาที่ พบบ่อยคืออาการเบื่ออาหารและนอนไม่ค่อยหลับ จึงควรทานยาหลังจากได้รับประทาน อาหารเพื่อให้เด็กได้รับประทานอาหารได้บ้าง และไม่ควรถานยาเกิน 16.00 น. เพราะอาจจะ ทำให้นอนไม่หลับ ค่อย ๆ ปรับยาขึ้นเป็นขนาด 0.7-1.0 ม.ก/กก./วัน สูงสุดไม่ควรเกิน 60 ม.ก./วัน และหากไม่มีอาการข้างเคียงอย่าง มากเช่น เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลงอย่างมาก หรือมีอาการปวดท้อง ก็ควรทานยาต่อเนื่อง ไม่ต้องหยุดวันเสาร์หรืออาทิตย์เพื่อให้เด็กได้ ฝึกฝนปรับพฤติกรรมต่อเนื่อง ส่วนยาชนิดออก ฤทธิ์ยาว ออกฤทธิ์ 12 ชั่วโมง จึงรับประทาน

ยาเพียงวันละครั้งหลังอาหารเช้า เป็นยาเม็ด แคปซูลที่ค่อย ๆ ออกฤทธิ์ทีละน้อย ห้ามหักหรือ ทำให้เม็ดแตก ต้องดื่มน้ำตามด้วยเพราะใช้น้ำ ในการทำให้เริ่มออกฤทธิ์ (เด็กบางคนกินยา โดยไม่ดื่มน้ำหรือของเหลวใด ๆ ก็จะทำให้ยา ไม่ได้ประสิทธิภาพ) ขนาดเริ่มต้นคือ 18 ม.ก./วัน ค่อย ๆ ปรับยาขึ้นเมื่อยังไม่ได้ผลการรักษาที่ดีพอ ในประเทศไทยขณะนี้ มีขนาดยาเพียง 3 ขนาดคือ 18, 27 และ 36 ม.ก. โดยขนาดสูงสุดในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีคือไม่เกิน 54 ม.ก./วัน ส่วนในวัยรุ่น ไม่เกิน 72 ม.ก./วัน อาการข้างเคียงเหมือนกับยาที่ออกฤทธิ์สั้น

#### 4.2. Antidepressant

4.2.1 Atomoxetine (Strattera) เพิ่มระดับ นอร์อะดรีนาลีนที่บริเวณสมองส่วน หน้าเช่นกัน ทำให้การควบคุมตนเอง การอยู่ไม่นิ่ง ดีขึ้น แต่ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพยังต่ำกว่ากลุ่ม psychostimulants เล็กน้อย จึงมักเลือกใช้ เมื่อไม่สามารถใช้ยา methylphenidate ได้ เนื่องจากมีอาการข้างเคียงมากเกินไปหรือไม่ได้ผลตามที่ต้องการ ขนาดยา เริ่มต้นคือ 0.5 ม.ก./กก./วัน และปรับขึ้น เป็น 1.2 ม.ก./กก./วันในสัปดาห์ที่ 2 อาการข้างเคียง ได้แก่ เบื่ออาหารแต่น้อยกว่า methylphenidate และง่วงนอน อีกทั้งต้องใช้เวลาราว 2 สัปดาห์ขึ้นไป จึงเริ่มเห็นผลการรักษาซึ่งต่างจาก methylphenidate ที่ได้ผลทันที

4.2.2 Imipramine เป็นยากลุ่ม tricyclic antidepressants ซึ่งใช้รักษาโรคซึมเศร้าในอดีตและไม่นิยมในปัจจุบัน เนื่องจากมีอาการข้างเคียงมากและเป็นอันตรายถึงชีวิตหากผู้ป่วยใช้เกินขนาด ในทางปฏิบัติไม่นิยมใช้แล้ว แต่ในอดีตพบว่าสามารถรักษาเด็กสมาธิสั้นได้ผลดีกว่ายาหลอก ขนาดยาคือ 2-5 ม.ก./กก./วัน เริ่มที่ 25 ม.ก./วัน ค่อย ๆ ปรับยาขึ้นทุก 4-5 วัน ครั้งละ 25-30% ของขนาดเดิม เมื่อขนาดยาประมาณ 3 ม.ก./กก./วัน ควรทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

4.2.3 Bupropion เป็นยาที่ดูดซึมได้ดีและออกฤทธิ์เร็วภายใน 2 ชั่วโมง ขนาดยา คือ 4-6 ม.ก./กก./วัน แบ่ง 2 มื้อ อาการข้างเคียงคือหงุดหงิด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ในขนาดยาที่สูงถึง 6 ม.ก./กก./วัน ต้องระวังอาการชัก

4.3 ยาในกลุ่ม alpha adrenergic agonist คือ clonidine เพิ่มนอร์อะดรีนาลีน ใช้รักษาเด็กสมาธิสั้นได้ผลเช่นกันโดยเฉพาะในเด็กที่มีโรค Tics หรือ Tourette's ร่วมด้วย ขนาดที่ให้คือ 0.25 ม.ก./วัน แบ่งให้วันละ 3-4 ครั้ง ขนาดเริ่มต้นในเด็กเล็ก 0.025 ม.ก. ก่อนนอน ส่วนเด็กโตและวัยรุ่นเริ่มที่ 0.05 ม.ก. ก่อนนอน ค่อย ๆ เพิ่มขนาดทุก 3-4 วันโดยเพิ่มมื้อเช้า ต่อมามื้อกลางวัน และเย็น หรือก่อนนอน ผลการรักษาจะได้ผลดีที่สัปดาห์ที่ 3-4 และอาการข้างเคียงที่สำคัญคือ ง่วงซึมโดยเฉพาะในช่วงแรก ๆ ของการรักษา และระมัดระวังไม่ให้เกิดหยุดยาทันทีเพื่อป้องกันปัญหาความดันโลหิตสูง (rebound hypertension)<sup>9</sup>

5. การรักษาอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามอาการเป็นระยะ เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดต่อเนื่องจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ จึงควรมีการติดตามอาการและปรับขนาดยาไปตามน้ำหนักตัวของเด็กด้วย อีกทั้งเป็นการป้องกันอาการแทรกซ้อนจากโรคร่วมอื่น ๆ ระยะแรกควรติดตามทุก 1-2 สัปดาห์ ต่อมาจึงเป็นทุก 1 เดือน และเมื่อเห็นว่าอาการคงที่จึงยืดเวลาในการติดตามเป็นทุก 2-3 เดือนเนื่องจากเด็กแต่ละวัยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการด้านอารมณ์ สังคม ผู้ปกครองและเด็กจึงควรมารับคำปรึกษาเพื่อปรับตัวและเข้าใจพัฒนาการและการเลี้ยงดูในแต่ละวัยด้วย

การพยากรณ์โรคที่ดี ขึ้นกับปัจจัยต่อไปนี้ คือ ระดับสติปัญญาสูง ความรุนแรงของโรคน้อย การร่วมมือกันระหว่างเด็กและครอบครัว และสภาพแวดล้อมของครอบครัวและโรงเรียน<sup>10</sup>

การหยุดยาได้ สังเกตจากอาการอยู่ไม่นิ่งขาดสมาธิดีขึ้นจนกระทั่งไม่จำเป็นต้องใช้ยาเพิ่มสมาธิช่วย วัยรุ่นมักไม่ค่อยยอมรับประทานยาและพยายามควบคุมตนเอง ซึ่งมีหลายรายที่สามารถควบคุมตนเองให้ประสบความสำเร็จในการเรียน

หรือการทำงานได้โดยไม่ต้องใช้ยา แต่ก็มีหลายรายที่กลับมาใช้ยาต่อเพราะมีปัญหาการเรียนหรือความไม่มีสมาธิมารบกวน มีการศึกษาเรื่องการศึกษาขาดจากโรคสมาธิสั้นในต่างประเทศอยู่ 4 การศึกษาพบว่ามีความแตกต่างกันตั้งแต่ 5% ไปถึง 66% ทั้งนี้ขึ้นกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เช่น การตอบแบบสอบถามที่มาจากผู้ปกครองหรือตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่โดยใช้เกณฑ์ DSM ซึ่งเป็นอาการแสดงในเด็กจึงอาจทำให้ไม่พบอาการตามเกณฑ์<sup>10</sup> ในทางปฏิบัติ การที่ผู้ป่วยและผู้ปกครองรู้สึกว่าการรักษาประสบความสำเร็จคือปราศจากโรค คือ การที่ผู้ป่วยสามารถทำงานหรือทำหน้าที่ได้โดยคงสมาธิอย่างเหมาะสม มีการวางแผน จัดระบบระเบียบงานหรือชีวิตได้ ควบคุมความหุนหันพลันแล่น ยับยั้งชั่งใจได้ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขแม้จะไม่ได้รับประทานยาเพิ่มสมาธิ

## สรุป

โรคสมาธิสั้นในประเทศไทยนั้น เป็นโรคที่ได้รับความสนใจมากขึ้นในผู้ปกครองหรือครูที่พบว่าเด็กมีปัญหาด้านการเรียนหรือพฤติกรรม อย่างไรก็ตามทัศนคติที่ถูกต้องต่อเด็กที่เป็นโรคนี้นี้ยังคงต้องมีการประชาสัมพันธ์ถึงกระบวนการรักษา ภาวะแทรกซ้อนและโอกาสการหายขาด เพื่อช่วยให้ผู้ใหญ่ที่เกี่ยวข้องเข้าใจและหันมาให้การช่วยเหลือเด็กตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อให้เด็กได้รับโอกาสในการช่วยเหลือ และแก้ไขพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่ผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและไม่เป็นภาระสังคมได้ในที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

1. Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The

Worldwide Prevalence of ADHD: A systematic review and meta regression Analysis. *Am J Psychiat* 2007;164(6):942-8.

2. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิโพธิ์, พรทิพย์ วชิรดิถก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2556;21(2):66-75.
3. Green M, Wong M, Atkins D, et al. Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Technical Review No.3 (Prepared by Technical Resources International, Inc. under Contract No. 290-94-2024.) AHCPR Publication No. 99-0050. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research. August 1999.
4. Arlington VA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. American Psychiatric Association, 2013.p.59-60.
5. Pliszka SR. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Dulcan MK, editor. *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Second Edition. American Psychiatric Publishing, Inc. Arlington. 2016.p.173-194.
6. วินัดดา ปิยะศิลป์ และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นระดับโรงพยาบาลจังหวัดสำหรับกุมารแพทย์. 2553. [Cited 2015 Oct 6]. Available from: [http://www.thaipediatrics.org/html/detail\\_cpg.php](http://www.thaipediatrics.org/html/detail_cpg.php).
7. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD*. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Dec;56(12):1073-86.
8. Harpin VA. Medication options when treating children and adolescents with ADHD: interpreting the NICE guidance 2006. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2008 Apr;93(2):58-65.
9. Spencer TJ, Biederman J, Wilens TE. Medications Used for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Dulcan MK, editor. *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Second Edition. American Psychiatric Publishing, Inc. Arlington. 2016.p.709-736.
10. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. 3rd edition. The Guilford Press. New York, 2006.\