



# โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา

วิฐารณ บุญสิทธิ พบ.\*

## บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้นหรือ attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองที่มีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง 2) ซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง และ 3) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น โดยเริ่มแสดงอาการตั้งแต่วัยเด็ก และส่วนใหญ่มักเป็นต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่ตีอาการความผิดปกติที่เป็นจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม การรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการช่วยเหลือหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ การช่วยเหลือในด้านการเรียน และการใช้ยา บทความนี้เป็นการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น พร้อมกับเสนอแนวทางการวินิจฉัยและรักษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์

**คำสำคัญ:** โรคสมาธิสั้น แนวทางการรักษา

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(4): 373-386

\* สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



# Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management

---

Vitharon Boon-yasidhi M.D.\*

## ABSTRACT

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a common psychiatric disorder in childhood characterized by three clusters of symptoms: inattention, hyperactivity, and impulsivity. At least half of children with ADHD have impairing symptoms persisting to their adolescence or adulthood. The symptoms, particularly if not adequately treated, can have significant negative impacts on the patients' school, family, and social functioning. Treatment of this condition should include a multi-modal approach, involving parent education, psychological interventions, educational intervention, and appropriate use of medications. This article provides a general overview and evidence based guidelines on the diagnosis and management of ADHD in children and adolescents.

**Keywords:** Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), guidelines

J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(4): 373-386

---

\* Division of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital

โรคสมาธิสั้นหรือ Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองที่มีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) 2) ซนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และ 3) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกันและทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม<sup>1</sup>

ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะหากไม่ได้รับการรักษา มักจะประสบปัญหาในด้านการเรียน ปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และมีภาพพจน์ต่อตนเองที่ไม่ดี<sup>2</sup> และเมื่อโตขึ้นถึงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่จะมีความเสี่ยงมากกว่าบุคคลทั่วไปต่อการเกิดปัญหาการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงอันตราย อุบัติเหตุในการขับขี่ยานพาหนะ ความล้มเหลวในการประกอบอาชีพ และปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ<sup>3, 4</sup> แพทย์ที่ตรวจรักษาเด็กและวัยรุ่นจึงควรให้ความสำคัญในการค้นหาและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นตั้งแต่เบื้องต้นเพื่อป้องกันผลกระทบดังกล่าว บทความนี้เป็นบททบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น

### ระบาดวิทยา

โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมีอัตราความชุกเฉลี่ยจากการศึกษาในประเทศต่างๆ (worldwide-pooled prevalence) เท่ากับ 5.29<sup>5</sup> ในประเทศไทยได้มีการศึกษาในเด็กชั้นประถมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.01<sup>6</sup> ดังนั้นหากคำนวณจากเด็กวัยเรียน 10 ล้านในประเทศไทยจะได้จำนวนเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น 500,000 คน หรือประมาณได้ว่าในแต่ละชั้นเรียนที่มีเด็กนักเรียน 40-50 คน จะมีเด็กสมาธิสั้นรวมอยู่ด้วย 2 คน โรคนี้พบในเพศชายบ่อยกว่าในเพศหญิงในอัตราส่วนประมาณ 3:1<sup>7</sup>

### สาเหตุ

เชื่อว่าโรคสมาธิสั้นมีสาเหตุเป็นได้จากหลายปัจจัย โดยมีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุหลักในส่วนใหญ่ของผู้ป่วย ในปัจจุบันได้มีการค้นพบยีนหลายตัวที่น่าจะเกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคสมาธิสั้น ได้แก่ dopamine 4 and 5 receptor gene, dopamine transporter gene, dopamine beta-hydroxylase gene, และ serotonin transporter gene<sup>8</sup> นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมบางอย่างอาจมีส่วนทำให้เกิดโรคสมาธิสั้น เช่น ภาวะพิษจากสารตะกั่ว การสูบบุหรี่ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของการตั้งครรภ์และการคลอด<sup>9,10</sup> ส่วนปัจจัยด้านการเลี้ยงดู เช่น การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบหรือการปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์มากเกินไป ไม่ได้เป็นสาเหตุ แต่อาจมีส่วนทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นมากขึ้นได้<sup>11</sup>

### พยาธิสรีรวิทยา

จากการศึกษาทางรังสีวิทยาพบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองบริเวณ prefrontal cortex, basal ganglia, และ cerebellum รวมทั้งมีปริมาตรรวมของสมองน้อยกว่าของเด็กปกติ<sup>12</sup> ทั้งนี้เชื่อว่ากลไกความผิดปกติหลักของสมองในโรคสมาธิสั้นได้แก่ความบกพร่องด้าน executive function และ motivation ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของสารนำประสาท dopamine และ noradrenaline ในวงจรที่เชื่อมต่อกันระหว่าง prefrontal cortex และ striatum<sup>13,14</sup>

### ลักษณะทางคลินิก

ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อาการขาดสมาธิ และ/หรือ อาการอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน ดังนี้

1. **อาการขาดสมาธิ (inattention)** ที่แสดงออกด้วยการเหม่อ ไม่ตั้งใจทำงานที่ต้องใช้ความพยายาม ทำงานไม่เสร็จหรือไม่เรียบร้อย ไม่รอบคอบ วอกแวกตามสิ่งเร้าได้ง่าย หลงลืมกิจวัตรที่ควรทำเป็นประจำ หรือทำของหายบ่อย และมีปัญหาในการจัดระเบียบการทำงานและการบริหารเวลา อาการขาดสมาธิมักจะเป็นต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่

2. **อาการอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity)** โดยมีพฤติกรรมซุกซนมากกว่าปกติ ชอบปีนป่าย เล่นแรง เล่นส่งเสียงดัง หยุกหยิก นิ่งอยู่กับที่ไม่ได้นาน ซวนเพื่อนคุยหรือก่อกวนเพื่อนในห้องเรียน อาการอยู่ไม่นิ่งมักจะลดลงเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วัยรุ่น โดยอาจเหลือเพียงอาการหยุกหยิก ขยับตัวหรือแขนขาบ่อยๆ หรือเป็นแค่ความรู้สึกกระวนกระวายอยู่ภายในใจ

3. **อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity)** ได้แก่ อาการใจร้อน ใจความ ขาดการยั้งคิด อดทนรอคอยไม่ค่อยได้ พุดแทรกในขณะที่ผู้อื่นกำลังสนทนากันอยู่ หรือแทรกแซงการเล่นของผู้อื่น ในห้องเรียนผู้ป่วยอาจโผล่ตอบโดยไม่ทันฟังคำถามจนจบ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจกับการกระทำที่ไม่สามารถหยุดตนเองได้ทัน อาการหุนหันพลันแล่นมักเป็นต่อเนื่องจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่<sup>15</sup>

อาการของโรคลสมาธิสั้นจะเป็นมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องทำกิจกรรมที่ไม่ชอบหรือเมื่อมีสิ่งกระตุ้นให้เสียสมาธิ แต่จะน้อยลงเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่สงบหรือในขณะที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่แบบตัวต่อตัว ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคลสมาธิสั้นอาจสามารถทำกิจกรรมที่ชอบหรือที่เราใจได้เป็นเวลานานๆ เช่น ในการเล่นเกมหรือดูโทรทัศน์

ผู้ป่วยโรคลสมาธิสั้นอาจจะมีเฉพาะอาการขาดสมาธิ หรือมีเฉพาะอาการอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น แต่ที่พบบ่อยที่สุดคือมีอาการทั้ง 3 ด้านร่วมกัน ผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่นมักแสดงอาการทางพฤติกรรมให้เห็นได้ชัดเจนตั้งแต่ในวัยอนุบาล ส่วนผู้ป่วยที่มีเฉพาะอาการขาดสมาธิมักไม่ได้ถูกสังเกต

เห็นว่าเป็นปัญหาในวัยเด็กเล็กเนื่องจากไม่มีพฤติกรรมก่อกวน แต่จะมีอาการจะเด่นชัดในด้านปัญหาการเรียนเมื่อเรียนในชั้นที่สูงขึ้น

โรคลสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคเรื้อรังเป็นเวลาหลายปี แม้ว่าส่วนหนึ่งของผู้ป่วยอาการจะดีขึ้นหรือหายไปได้ แต่มีถึงร้อยละ 60-85 ของผู้ป่วยที่ยังมีอาการอยู่จนเข้าวัยรุ่น และร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยที่มีอาการต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่<sup>16</sup>

### ปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้องและโรคที่พบร่วม

นอกจากอาการหลักของโรคแล้ว ผู้ป่วยอาจมีปัญหาคืออื่น ๆ ที่เป็นผลจากโรคลสมาธิสั้น เช่น ผลการเรียนไม่ดี ขาดแรงจูงใจในการเรียน มีพฤติกรรมต่อต้านหรือก้าวร้าว มีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ หรือมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคลสมาธิสั้นจำนวนหนึ่งจะมีโรคร่วมทางจิตเวชที่อาจเป็นผลจากการมีโรคลสมาธิสั้น หรือเป็นภาวะความบกพร่องของสมองที่พบร่วมกัน ได้แก่ oppositional defiant disorder, conduct disorder, anxiety disorder และ depressive disorder learning disorder และ tic disorder<sup>17</sup>

### การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคลสมาธิสั้นเป็นการวินิจฉัยทางคลินิก โดยอาศัยเพียงจากประวัติและการประเมินอาการของผู้ป่วย ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Text Revised (DSM-IV-TR)<sup>1</sup> กล่าวคือผู้ป่วยต้องมีอาการขาดสมาธิ และ/หรือ อาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน เกิดขึ้นในอย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไป จนทำให้เกิดปัญหาในด้านสังคม การเรียน หรืออาชีพการงานของผู้ป่วย โดยอาการดังกล่าวเริ่มปรากฏตั้งแต่อ่อนอายุ 7 ปี และไม่ได้เป็นจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ (ตารางที่ 1)

## ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

### เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, 4<sup>th</sup> Edition (DSM IV-TR)

A. มีอาการที่ทำให้เกิดปัญหาและเป็นมากกว่าที่ควรจะพบได้ในระดับพัฒนาการของผู้ป่วยต่อไปนี้อย่างน้อย 6 ข้อ เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ในกลุ่มอาการขาดสมาธิ (inattention) และ/หรือ อาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsivity)

#### อาการขาดสมาธิ (inattention)

1. ขาดความละเอียดรอบคอบ หรือทำงานผิดจากความสะเพร่า
2. ขาดความตั้งใจที่ต่อเนื่องในการทำงานหรือการเล่น
3. ดูเหมือนไม่ฟังเมื่อมีคนพูดด้วย
4. ไม่ทำตามคำสั่งหรืองานที่ได้รับมอบหมายไม่เสร็จ (โดยไม่ใช่เพราะดื้อหรือไม่เข้าใจ)
5. ขาดการจัดระเบียบในการทำงานหรือในกิจกรรมต่างๆ
6. มักหลีกเลี่ยงหรือไม่อยากทำงานที่ต้องตั้งใจพยายาม (เช่น การทำการบ้าน)
7. ทำของที่จำเป็นต้องใช้หายบ่อยๆ (เช่น อุปกรณ์การเรียน)
8. วอกแวกตามสิ่งเร้าได้ง่าย
9. ขี้ลืมเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

#### อาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsivity)

1. มักยุกยิกหรือนิ่งไม่นิ่ง
2. มักนั่งไม่ติดที่ เช่น ลุกจากที่นั่งในห้องเรียนหรือในที่ที่ควรนั่งอยู่กับที่
3. มักวิ่งไปมาหรือปีนป่ายมากเกินควร (หรือมีแค่อาการกระวนกระวายสำหรับผู้ที่เป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่)
4. เล่นหรือใช้เวลาว่างอย่างเงียบๆ ไม่ค่อยได้
5. มักไม่อยู่เฉยหรือแสดงออกราวกับติดเครื่องยนต์ไว้ตลอดเวลา
6. พูดมากเกินไป
7. มักพูดโพล่งตอบโดยไม่ทันฟังคำถามจนจบ
8. มักไม่ค่อยรอจนถึงคิวของตน
9. ขัดจังหวะผู้อื่น เช่น พูดแทรก หรือสอดแทรกการเล่นของผู้อื่น

B. อาการความบกพร่องในบางข้อเริ่มปรากฏตั้งแต่อ่อนอายุ 7 ปี

C. อาการความบกพร่องเกิดขึ้นอย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไป เช่น เป็นทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน

D. อาการที่เป็นทำให้เกิดความบกพร่องที่ชัดเจนในด้านสังคม การเรียน หรืออาชีพการงานของผู้ป่วย

E. ไม่ได้เป็นจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น pervasive developmental disorder, psychotic disorder, mood disorder, anxiety disorder, dissociative disorder หรือ personality disorder

ปรับปรุงจาก American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed (text rev)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000

## ตารางที่ 2 การวินิจฉัยแยกโรค

## ภาวะอื่นๆ ที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากโรคสมาธิสั้น

1. พฤติกรรมชนปกติตามวัย
2. ปัญหาจากการเลี้ยงดูที่ขาดการฝึกอบรมวินัย
3. ปัญหาเกี่ยวกับสายตาหรือการได้ยิน
4. โรคทางกายบางอย่าง เช่น พิษจากสารตะกั่ว ลมชัก หรืออัยรอยด์เป็นพิษ
5. ผลข้างเคียงจากยา เช่น phenobarbital หรือ theophylline
6. โรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น mental retardation, learning disorder, autistic disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, adjustment disorder, anxiety disorder, และ mood disorder

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV-TR กำหนดให้แบ่งโรคสมาธิสั้นเป็น 3 ชนิดตามอาการเด่นที่ผู้ป่วยมีดังนี้

1. **inattentive subtype** เมื่อผู้ป่วยมีอาการในกลุ่มขาดสมาธิตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป แต่มีอาการในกลุ่มอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นไม่ถึง 6 ข้อ

2. **hyperactive-impulsive subtype** เมื่อผู้ป่วยมีอาการในกลุ่มอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป แต่มีอาการในกลุ่มขาดสมาธิไม่ถึง 6 ข้อ

3. **combined subtype** เมื่อผู้ป่วยมีอาการในกลุ่มขาดสมาธิตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป ร่วมกับมีอาการในกลุ่มอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป

ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น จะต้องวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่นๆ ที่อาจทำให้เด็กมีอาการคล้ายกัน ดังแสดงในตารางที่ 2<sup>17,18</sup>

## แนวทางการประเมินผู้ป่วย

เด็กที่อาจถูกนำมาพบแพทย์ด้วยอาการที่บ่งชี้ว่าน่าจะเป็นโรคสมาธิสั้น เช่น ซุกซนมากกว่าปกติ อยู่นิ่งใจร้อนวู่วาม ไม่มีสมาธิในการเรียน หรือด้วยปัญหาอื่น

ที่อาจเป็นผลกระทบของโรคสมาธิสั้น เช่น ปัญหาการเรียน ปัญหาพฤติกรรม หรือปัญหาอารมณ์ ควรได้รับการประเมินเพื่อวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น วินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่น และวินิจฉัยโรคที่พบร่วม โดยการประเมินดังต่อไปนี้

**การซักประวัติ** ควรมีการซักประวัติจากผู้ปกครองเพื่อประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นและความรุนแรงของอาการที่มีในสถานการณ์ต่างๆ และควรมีการประเมินปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมอื่นๆ ปัญหาด้านการเรียน การปรับตัว รวมทั้งปัจจัยความเครียดและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อเด็ก นอกจากนี้ควรซักประวัติพัฒนาการ ประวัติการเลี้ยงดู ประวัติครอบครัว และประวัติความเจ็บป่วยทางร่างกายที่อาจเกี่ยวข้องเป็นสาเหตุหรือทำให้เกิดอาการคล้ายโรคสมาธิสั้น

**การตรวจเด็ก** ควรมีการตรวจเด็กเพื่อประเมินสภาพจิตโดยรวม และตรวจหาอาการแสดงของโรคสมาธิสั้น รวมทั้งความผิดปกติทางจิตเวชอื่นๆ ที่อาจพบร่วม อย่างไรก็ตามการตรวจเด็กในบรรยากาศที่สงบในครั้งแรกๆ อาจไม่พบอาการที่ชัดเจนของโรคสมาธิสั้น<sup>19</sup>

จึงอาจต้องมีการสังเกตพฤติกรรมเด็กในสถานการณ์อื่นๆ หรือนัดตรวจเพิ่มเติม นอกจากนี้ควรมีการตรวจร่างกายเด็กในทุกกระบวนเพื่อการวินิจฉัยแยกโรคและค้นหาโรคทางกายที่อาจพบร่วม

**การใช้แบบสอบถามประเมินอาการของโรคสมาธิสั้น** ควรมีการใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจอาการของโรคสมาธิสั้นกับทั้งผู้ปกครองและครู ทั้งนี้แบบสอบถามที่เฉพาะเจาะจงกับอาการของโรคสมาธิสั้นจะให้ประโยชน์ในการวินิจฉัยได้ดีกว่าแบบสอบถามที่ประเมินพฤติกรรมในทุกด้าน แบบสอบถามดังกล่าวนี้ นอกจากจะใช้เพื่อช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยแล้ว ยังมีประโยชน์ในการใช้เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างไรก็ตามข้อมูลจากแบบสอบถามเพียงอย่างเดียวไม่สามารถนำมาใช้วินิจฉัยโรคสมาธิสั้นได้<sup>20</sup>

**การทดสอบทางจิตวิทยา** มีความจำเป็นเฉพาะในกรณีที่สงสัยว่าเด็กมีภาวะสติปัญญาบกพร่อง หรือ learning disorder ทั้งนี้ควรส่งตรวจหลังจากที่ได้รักษาให้อาการสมาธิสั้นดีขึ้นก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ในการทำแบบทดสอบ ส่วนการประเมินสมาธิโดยใช้แบบทดสอบต่างๆ เช่น continuous performance test (CPT) ไม่สามารถนำมาใช้ในการยืนยันการวินิจฉัยได้<sup>18</sup>

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจคลื่นสมอง และการตรวจทางรังสีวิทยาของระบบประสาท ไม่มีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น และควรทำเฉพาะในกรณีที่มีข้อสงสัยโรคทางกายจากการซักประวัติและการตรวจร่างกายเท่านั้น<sup>20</sup>

### การรักษา

การรักษาโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกัน (multimodal management)<sup>21</sup> โดยประกอบด้วยการให้ความรู้และ

คำแนะนำวิธีการช่วยเหลือแก่ผู้ปกครองและผู้ป่วย การประสานงานกับครูเพื่อให้มีการช่วยเหลือที่โรงเรียน การให้ยา และการรักษาภาวะที่พบร่วมรวมทั้งแก้ไขผลกระทบของโรคสมาธิสั้นที่เกิดขึ้น

### การวางแผนการรักษาและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค

หลังจากการวินิจฉัย ควรมีการให้การปรึกษาผู้ปกครองเพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและวางแผนการรักษาตามแนวทางของโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีการติดตามต่อเนื่อง<sup>21</sup> นอกจากนี้ควรให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ปกครอง แก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง และให้ความรู้ที่ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

- อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นจากความบกพร่องของสมองโดยไม่ได้เป็นจากความตั้งใจของผู้ป่วยที่จะเกียจคร้านหรือก่อกวนผู้อื่น

- ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องอื่นที่พบร่วมด้วยต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ โดยเฉพาะหากไม่ได้รับการ

- การพยากรณ์โรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการเรื้อรังและต้องการการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน

สำหรับตัวผู้ป่วย ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของผู้ป่วย<sup>22</sup>

### การแนะนำการปฏิบัติของผู้ปกครองและการปรับสภาพแวดล้อม

เนื่องจากผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ทำให้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและมักถูกผู้ปกครองดุว่าหรือลงโทษ ดังนั้นจึงควรมีการแนะนำการปฏิบัติแก่ผู้ปกครองและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น<sup>23</sup> ตามแนวทางที่สรุปในตารางที่ 3

### ตารางที่ 3 คำแนะนำสำหรับผู้ปกครองในการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรคมาริสัน

#### คำแนะนำสำหรับผู้ปกครอง

1. จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านและกำหนดกิจวัตรประจำวันให้เป็นระเบียบแบบแผน
2. จัดหาบริเวณที่สงบและไม่มีสิ่งรบกวนสมาธิสำหรับเด็กทำการบ้าน
3. แบ่งงานที่มากให้เด็กทำทีละน้อย และคอยกำกับให้ทำจนเสร็จ
4. ควรพูดหรือสั่งงานในขณะที่เด็กพร้อมที่จะฟัง เช่น อาจรอจังหวะที่เหมาะสมหรือบอกให้เด็กตั้งใจฟัง
5. บอกเด็กล่วงหน้าถึงสิ่งที่ต้องการให้ปฏิบัติและชื่นชมทันทีเมื่อเด็กทำได้ หากเด็กยังทำไม่ได้อาจวางเฉยโดยไม่ตำหนิหรือประคับประคองช่วยเด็กให้ทำได้สำเร็จถ้าเป็นเรื่องที่สำคัญ
6. เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก่อนทวนที่เป็นจากอาการของโรคมาริสัน ควรใช้วิธีที่นุ่มนวลหยุดพฤติกรรมนั้นหรือเบนความสนใจให้เด็กได้ทำกิจกรรมอื่นแทน
7. หากเด็กทำผิด ควรใช้ท่าทีที่เอาจริงและสงบในการจัดการ เช่น อาจใช้การแยกเด็กให้อยู่ในมุมสงบตามลำพังชั่วคราว หรือลงโทษด้วยวิธีที่นุ่มนวลและเป็นไปตามข้อตกลง เช่น ลดเวลาดูโทรทัศน์ เป็นต้น
8. ให้เด็กมีโอกาสใช้พลังงานและการไม่ชอบอยู่นิ่งให้เป็นประโยชน์ เช่น ให้ช่วยงานบ้านที่สามารถทำได้
9. ผู้ปกครองควรเป็นตัวอย่งที่ดีและช่วยฝึกเด็กให้มีวินัย อดทนรอคอย บริหารเวลาและจัดระเบียบในการทำกิจกรรมต่างๆ
10. ติดต่อและประสานงานกับครูอย่างสม่ำเสมอในการช่วยเหลือเด็กด้านการเรียนและการปรับตัวในโรงเรียน

### ตารางที่ 4 แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรคมาริสันสำหรับครู

#### คำแนะนำสำหรับครู

1. ให้เด็กนั่งหน้าชั้นหรือใกล้ครู เพื่อจะได้คอยกำกับให้เด็กมีความตั้งใจในการทำงานที่ดีขึ้น ไม่ควรให้เด็กนั่งหลังห้องหรือใกล้ประตูหน้าต่าง ซึ่งจะมีโอกาสถูกรบกวนให้เสียสมาธิได้ง่าย
2. วางกฎระเบียบ และตารางกิจกรรมต่างๆ ของห้องเรียนให้ชัดเจน
3. ช่วยดูแลให้เด็กทำงานเสร็จ และคอยตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าเด็กทำงานได้ครบถ้วน
4. ฝึกการจัดระเบียบ วางแผน แบ่งเวลาในการทำงาน และตรวจทบทวนผลงาน
5. ให้การชื่นชมทันทีที่เด็กตั้งใจทำงาน หรือทำสิ่งที่เป็นประโยชน์
6. เมื่อเด็กเบื่อหน่ายหรือเริ่มหมดสมาธิ ควรหาวิธีเตือนหรือเรียกให้เด็กกลับมาสนใจบทเรียนโดยไม่ทำให้เด็กเสียหน้า
7. เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก่อนทวน อาจใช้วิธีพูดเตือน เบนความสนใจให้ทำกิจกรรมอื่น หรือแยกให้อยู่สงบตามลำพังประมาณ 5 นาที ควรหลีกเลี่ยงการตำหนิ ดุว่า หรือลงโทษรุนแรง ซึ่งจะเป็นการทำให้เด็กเสียการควบคุมตัวเองมากขึ้น
8. ช่วยเหลือเป็นพิเศษทางการเรียน เช่น การสอนเสริมแบบตัวต่อตัวกลุ่มเล็กๆ ในรายที่มีความบกพร่องในทักษะด้านการเรียน
9. มองหาจุดดีของเด็ก สนับสนุนให้เด็กได้แสดงความสามารถ และช่วยให้เพื่อนยอมรับ
10. ติดต่อกับผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอเพื่อวางแผนร่วมกันในการช่วยเหลือเด็ก

#### การประสานงานกับโรงเรียนและแนะนำครูในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่โรงเรียน

ควรมีการประสานงานกับทางโรงเรียนและให้คำแนะนำแก่ครูเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านการเรียนและการปรับตัวที่โรงเรียน<sup>23</sup> ตามแนวทางในตารางที่ 4

#### การใช้ยารักษา

ได้มีหลักฐานการศึกษาวิจัยที่แสดงว่าการใช้ยาตามแนวทางที่ถูกต้องได้ผลดีกว่าวิธีการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา<sup>24</sup> โดยยาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเอง มีความตั้งใจในการเรียนและการทำงานได้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสฝึก



ระเบียบวินัย ความรับผิดชอบ และทักษะทางสังคมต่างๆ ดังนั้นเมื่อมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยา กล่าวคือเมื่อมีการวินิจฉัยที่แน่ชัดว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นและอาการเป็นมากจนมีผลกระทบต่อการเรียนหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน<sup>25</sup> จึงควรแนะนำทางเลือกในการรักษาด้วยยาแก่ผู้ปกครอง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของทางเลือกที่จะใช้ยาหรือไม่ใช้ยาเพื่อให้ผู้ปกครองการตัดสินใจ ในกรณีผู้ป่วยเด็กโตและวัยรุ่น ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจด้วย ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นมีดังนี้

#### CNS stimulant

เป็นยาที่ควรใช้เป็นทางเลือกแรก (first-line) ออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับของ dopamine ในสมองส่วน prefrontal cortex ทำให้การทำหน้าที่ในด้าน executive function ของสมองดีขึ้นและลดอาการของผู้ป่วยทั้งในด้านสมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น โดยได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วย<sup>24</sup> ยาในกลุ่มนี้ได้ถูกนำมาใช้รักษาโรคสมาธิสั้นเป็นเวลานานมากกว่า 60 ปีและมีข้อมูลการศึกษาวิจัยมากมายที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัย<sup>26</sup> ที่มีใช้ในประเทศไทยมีเพียงตัวเดียวคือ methylphenidate โดยมีจำหน่าย 2 ชนิด ได้แก่ชนิดออกฤทธิ์สั้น ขนาดเม็ดละ 10 ม.ก. และชนิดออกฤทธิ์ยาว ขนาดเม็ดละ 18 ม.ก. และ 36 ม.ก. ยาทั้ง 2 ชนิดได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป

Methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้นมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 3-5 ชั่วโมง จึงต้องให้วันละ 2-3 ครั้ง โดยอาจเริ่มต้นให้ครั้งละ 0.3 ม.ก./ก.ก. หรือ 5 มก. (ครึ่งเม็ด) สำหรับเด็กน้ำหนักน้อยกว่า 25 ก.ก. หรือครั้งละ 10 ม.ก. (1 เม็ด) สำหรับเด็กน้ำหนักมากกว่า 25 ก.ก. ในตอนเช้าและเที่ยง แล้วค่อยๆ ปรับเพิ่มขนาด และ/หรือให้เพิ่มอีกครั้งในช่วงบ่ายหรือเย็น ทั้งนี้ไม่ควรให้หลัง

18 นาฬิกาเพื่อหลีกเลี่ยงผลของยาที่ทำให้นอนไม่หลับ ขนาดรักษาโดยทั่วไปอยู่ที่ 0.7-1.0 ม.ก./ก.ก./วัน สูงสุดไม่เกิน 60 ม.ก./วัน<sup>27</sup> แม้ว่ายานี้ได้รับการรับรองให้ใช้ในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป แต่ในปัจจุบันได้มีข้อมูลการศึกษาวิจัยในเด็กอายุ 3-5 ปีที่แสดงถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยเช่นกัน เพียงแต่มีโอกาสพบผลข้างเคียงได้บ่อยกว่าในเด็กโต ดังนั้นหากมีความจำเป็นต้องใช้ยานี้ในเด็กเล็ก จึงควรเริ่มต้นในขนาดต่ำ เช่น ครั้งละ 2.5 ม.ก. (1/4 เม็ด) และปรับเพิ่มได้สูงสุดไม่เกิน 30 ม.ก./วัน<sup>28</sup>

Methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์ยาวมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 12 ชั่วโมง จึงให้ได้เพียงวันละ 1 ครั้งเฉพาะในตอนเช้า เนื่องจากเป็นยาที่ผลิตในรูปแบบแคปซูลชนิดที่มีการปล่อยตัวยาคออกมาทีละน้อยด้วยกลไก reverse osmosis การรับประทานยานี้จึงต้องกลืนยาทั้งเม็ด โดยห้ามบด เคี้ยว หรือแบ่งเม็ดยา โดยทั่วไปให้เริ่มที่ขนาด 18 ม.ก./วัน แล้วเพิ่มขนาดจนได้ผลดี โดยให้ได้สูงสุดที่ 54 ม.ก./วัน ในเด็กต่ำกว่า 12 ปี หรือที่ 72 ม.ก./วัน ในวัยรุ่น

Methylphenidate สามารถให้ได้ทั้งก่อนและหลังอาหาร แต่โดยทั่วไปนิยมให้หลังอาหารเพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงทางระบบอาหารโดยเฉพาะการเบื่ออาหาร ผลข้างเคียงของ methylphenidate ที่พบได้บ่อยได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ปวดศีรษะ และนอนไม่หลับ ที่พบได้น้อยได้แก่ อาการแพ้ปรวน ปวดท้อง ชีพ แยกตัว แกะเกาผิวหนังหรือกัดเล็บ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่มักไม่รุนแรงและลดลงหรือหายไปได้หลังจากใช้ยาไประยะหนึ่ง<sup>29</sup> การใช้ methylphenidate ในระยะยาวอาจมีผลทำให้อัตราการเพิ่มของส่วนสูงในช่วงวัยรุ่นช้าลงเพียงเล็กน้อย แต่จะไม่มีผลกระทบต่อความสูงสุดท้ายเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่<sup>30</sup>

ห้ามใช้ methylphenidate ร่วมกับยาในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitor และในผู้ป่วยที่มีภาวะ

ต้อหิน มีอาการกระวนกระวายหรือวิตกกังวลอย่างมาก หรือมีความผิดปกติทางโครงสร้างของหัวใจหรือโรคหัวใจรุนแรง ดังนั้นจึงควรมีการซักประวัติความเจ็บป่วยและตรวจร่างกายผู้ป่วยก่อนเริ่มใช้ยานี้ ส่วนการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหรือตรวจพิเศษอื่นๆ นั้นไม่มีความจำเป็นต้องทำในผู้ป่วยทุกราย นอกจากในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ เช่น มีประวัติเจ็บหน้าอก เป็นลมโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือมีประวัติครอบครัวของการเสียชีวิตเฉียบพลันโดยไม่ทราบสาเหตุ<sup>31</sup> และควรใช้ยานี้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีอาการชัก แต่สามารถใช้ในผู้ป่วยที่ควบคุมการชักด้วยยากันชักได้แล้วโดยไม่ทำให้มีอาการชักเป็นมากขึ้น<sup>32</sup>

ควรหลีกเลี่ยงการใช้ methylphenidate ในผู้ที่มีประวัติติดสารเสพติด อย่างไรก็ตามพบว่าการใช้ยาไม่ได้เพิ่ม แต่กลับลดโอกาสที่ผู้ป่วยเด็กโรคลมบ้าหมูจะติดสารเสพติดเมื่อโตขึ้น<sup>33</sup> แม้ว่าในเอกสารกำกับยาได้กำหนดข้อห้ามใช้ methylphenidate ในผู้ที่มีอาการ tic เนื่องจากมีโอกาสทำให้ tic เป็นมากขึ้น แต่พบว่าการใช้ยานี้ในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมูร่วมกับโรค tic กลับช่วยลดอาการ tic ลงในส่วนใหญ่ของผู้ป่วย<sup>34</sup> อย่างไรก็ตามหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการ tic รุนแรงขึ้นหลังได้รับยานี้ ควรมีการลดขนาดยา เปลี่ยนเป็นยากลุ่มอื่น หรือให้ยารักษาอาการ tic ร่วมด้วย

#### Atomoxetine

เป็นยาที่ไม่ใช่ CNS stimulant ออกฤทธิ์เพิ่มระดับ noradrenaline ที่บริเวณ prefrontal cortex ซึ่งมีผลช่วยให้ executive function ของสมองดีขึ้นเช่นกัน ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาให้ใช้รักษาผู้ป่วยโรคลมบ้าหมูตั้งแต่อายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป ในประเทศไทยมีจำหน่ายในขนาดเม็ดละ 10, 18, 25, 40, และ 60 ม.ก. ยานี้มีประสิทธิภาพในการรักษาต่ำกว่าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับ CNS stimulant แต่มีข้อดีกว่าที่ไม่ได้ผลทำให้ tic เป็นมากขึ้นและสามารถให้ตอนเย็น

ได้โดยไม่มีผลทำให้นอนไม่หลับ จึงอาจเลือกใช้ยานี้เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองหรือไม่สามารถทนผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วย CNS stimulant หรือในผู้ป่วยที่มีอาการ tic ที่รุนแรง ขนาดที่เริ่มที่ 0.5 ม.ก./ก.ก./วัน 1-2 สัปดาห์แล้วเพิ่มเป็น 1.2 ม.ก./ก.ก./วัน สูงสุดไม่เกิน 1.8 ม.ก./ก.ก./วัน โดยทั่วไปให้เฉพาะในตอนเช้า หลังอาหาร แต่สามารถแบ่งให้ได้ทั้งในตอนเช้าและเย็นในกรณีที่ต้องการควบคุมอาการทั้งในช่วงกลางวันและกลางคืน<sup>35</sup>

ผลข้างเคียงของ atomoxetine ส่วนใหญ่ไม่รุนแรงและคล้ายกับของ methylphenidate แต่ต่างกันตรงที่ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหารได้น้อยกว่า ในขณะที่อาการปวดท้อง อาเจียน และง่วงนอนได้บ่อยกว่า

ห้ามใช้ atomoxetine ในผู้ป่วยที่มีภาวะต้อหินหรือกำลังได้รับยาในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitor และควรระวังการใช้ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งเอ็นไซม์ CYP2D6 เนื่องจากถูกทำลายด้วยเอ็นไซม์นี้

ได้มีรายงานการเกิดภาวะตับอักเสบรุนแรงในผู้ป่วย 2 รายที่ได้รับ atomoxetine ภายหลังที่ยาออกสู่ท้องตลาดและมีการใช้ในผู้ป่วยประมาณ 2 ล้านคน โดยอาการตับอักเสบในผู้ป่วยทั้ง 2 รายหายเป็นปกติหลังจากหยุดยา<sup>36</sup> ในปัจจุบันมีข้อแนะนำว่าไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดเพื่อตรวจการทำงานของตับในผู้ที่ได้รับยานี้ แต่ควรเฝ้าระวังและหยุดยาทันทีหากผู้ป่วยมีอาการดีซ่านหรืออาการอื่นที่บ่งชี้ว่ามีภาวะตับอักเสบ

#### ยาอื่น ๆ

นอกจากยาที่ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคลมบ้าหมู 2 ชนิดดังกล่าว ยาอื่นที่ออกฤทธิ์เพิ่มระดับของ dopamine หรือ noradrenaline ของสมองก็อาจได้ผลในการรักษาเช่นกัน เช่น ยาในกลุ่ม alpha adrenergic agonist ได้แก่ clonidine และยา antidepressant บางตัว ได้แก่ imipramine และ bupropion แต่

เนื่องจากยาเหล่านี้มีประสิทธิภพน้อยกว่าและมีข้อมูลการศึกษาที่จำกัด จึงไม่ควรใช้เป็นทางเลือกแรกในการรักษา

### การติดตามผู้ป่วย

เนื่องจากโรคสมาธิสั้นเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการของจนถึงวัยรุ่น จึงควรมีการรักษาและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยและผลกระทบทางด้านจิตสังคมต่างๆ รวมทั้งควรติดตามการเรียนและการปรับตัวที่โรงเรียน เช่น โดยการให้ครูตอบแบบประเมิน ADHD rating scale อย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง

ในกรณีที่เข้ารักษา ควรมีการติดตามประเมินผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งติดตามน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเป็นระยะ โดยทั่วไปผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นมักไม่รุนแรงและสามารถปรับแก้ไขได้ เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด ก็อาจปรับโดยให้ผู้ป่วยกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงเพิ่มขึ้นในช่วงที่ยาหมดฤทธิ์ แต่ถ้าผลข้างเคียงนั้นรุนแรงจนผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ อาจต้องพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นหรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ

ผู้ป่วยที่ได้ผลดีจากการรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้คำแนะนำตามแนวทางข้างต้น ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมด้วยวิธีอื่น แต่ควรได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องติดต่อกันนานหลายปี จนกว่าจะมีวุฒิภาวะและสามารถควบคุมตนเองได้ดีพอ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องเข้ารักษาจนถึงวัยรุ่นหรือนานกว่า การพิจารณาหยุดยาควรทำเมื่อผู้ป่วยมีการเรียนและการปรับตัวที่ดีและมีโอกาสสังเกตว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างช่วงที่ได้รับและไม่ได้รับยา โดยอาจลองหยุดยาในช่วงกลางภาคเรียนเพื่อดูการตอบสนอง ไม่ควรลองหยุดยาในช่วงเปิดเทอมใหม่ๆ หรือในช่วงใกล้สอบ<sup>20</sup>

หากผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองด้วยดีจากการรักษา ควรมีการประเมินผู้ป่วยซ้ำและพิจารณาให้การรักษาเพิ่มเติม เช่นรักษาโรคที่พบร่วม รักษาด้วยพฤติกรรมบำบัดหรือครอบครัวบำบัด หรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสม

### สรุป

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองที่ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการควบคุมสมาธิและการแสดงออกทางพฤติกรรม โดยเริ่มแสดงอาการตั้งแต่วัยเด็ก และส่วนใหญ่มักเป็นต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ อาการของโรคสมาธิสั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย โดยอาการพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งจะลดลงเมื่อผู้ป่วยโตขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่ดีอาการความผิดปกติที่เป็น จะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม การรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการช่วยเหลือหลายวิธีร่วมกัน ที่สำคัญได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ปกครอง การให้คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย การประสานงานกับทางโรงเรียนเพื่อให้การช่วยเหลือในชั้นเรียน และการใช้ยาเพื่อลดอาการด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองและปรับตัวได้ดีขึ้น

### References:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition Text rev. (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. Szymanski ML, Zolotor A. Attention-deficit/hyperactivity disorder: management. Am Fam Physician 2001; 64:1355-62.

3. Barkley RA, Murphy KR, Kwasnik D. Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics* 1996; 98:1089-95.
4. Brassett-Harknett A, Butler N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for men and women. *Clin Psychol Rev* 2007; 27:188-210.
5. 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; 164:942-8.
6. Wacharasindhu A, Panyyayong B. Psychiatric disorders in Thai school-aged children: I Prevalence. *J Med Assoc Thai* 2002; 85 Suppl 1:S125-36.
7. Schweitzer JB, Cummins TK, Kant CA. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Med Clin North Am* 2001; 85:757-77.
8. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1313-23.
9. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:378-85.
10. Mick E, Biederman J, Prince J, Fischer MJ, Faraone SV. Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr* 2002; 23:16-22.
11. Schonwald A. Update: attention deficit/hyperactivity disorder in the primary care office. *Curr Opin Pediatr* 2005; 17:265-74.
12. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA* 2002; 288:1740-8.
13. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1215-20.
14. Krain AL, Castellanos FX. Brain development and ADHD. *Clin Psychol Rev* 2006; 26:433-44.
15. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:192-202.
16. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol* 2002; 111:279-89.
17. Pliszka SR. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; 9:525-40.

18. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:978-87.
19. Leung AK, Lemay JF. Attention deficit hyperactivity disorder: an update. *Adv Ther* 2003; 20:305-18.
20. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:894-921.
21. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108:1033-44.
22. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Diagnosis and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary Care for School-Age Children and Adolescents. Available from: [http://www.icsi.org/adhd/adhd\\_2300.html](http://www.icsi.org/adhd/adhd_2300.html). [cited March 5, 2012].
23. Boon-yasidhi, V. Diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Krisanaprakornkrit T, Siungtrong P, Cholaprai C, eds. *Srinagarind psychiatric update 2008*. Khon Kaen: Anna Offset; 2008:65-74.
24. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:1073-86.
25. Taylor E, Dopfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -- first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13 Suppl 1:17-30.
26. Harpin VA. Medication options when treating children and adolescents with ADHD: interpreting the NICE guidance 2006. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2008; 93:58-65.
27. Greenhill LL, Pliszka S, Dulcan MK, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, et al. Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:26S-49S.
28. McGough J, McCracken J, Swanson J, Riddle M, Kollins S, Greenhill L, et al. Pharmacogenetics of methylphenidate response in preschoolers with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:1314-22.
29. National Institute of Health. Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *NIH Consens Statement* 1998; 16:1-37.
30. Kramer JR, Loney J, Ponto LB, Roberts MA, Grossman S. Predictors of adult height and weight in boys treated with methylphenidate for childhood behavior problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:517-24.
31. Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Comers CK, Emslie GJ, Jensen PS, et al. The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:642-57.

- 
32. Hemmer SA, Pasternak JF, Zecker SG, Trommer BL. Stimulant therapy and seizure risk in children with ADHD. *Pediatr Neurol* 2001; 24:99-102.
33. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003; 111:179-85.
34. Gadow KD, Sverd J. Stimulants for ADHD in child patients with Tourette's syndrome: the issue of relative risk. *J Dev Behav Pediatr* 1990; 11:269-71.
35. Barton J. Atomoxetine: a new pharmacotherapeutic approach in the management of attention deficit/hyperactivity disorder. *Arch Dis Child* 2005; 90 Suppl 1:i26-9.
36. Lim JR, Faught PR, Chalasani NP, Molleston JP. Severe liver injury after initiating therapy with atomoxetine in two children. *J Pediatr* 2006; 148:831-4.