

บทปริทัศน์

Review Article

โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่งในเด็ก

จิรนนท์ วีรกุล, พ.บ. *



Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children

Jiranun Weerakul, M.D. *

Abstract Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the common neurobehavioral problem in school-aged children. ADHD is characterized by inattention, hyperactive including increased distractibility. It makes problem at school and home. The ADHD children have academic underachievement and disturb classroom. The prevalence in Thai children is 6.5%. This article states about etiology, differential diagnosis, criteria for diagnosis, treatment, follow-up and prognosis. The early diagnosis and proper management can lead to significant improvements in school-aged children. Family-school-physician cooperation is the most important for successful treatment.

Keywords: attention deficit, hyperactivity, children

Buddhachinaraj Med J 2014;31(1):65-75.

บทคัดย่อ โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่ง (attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) เป็นโรคเกี่ยวกับพฤติกรรมที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียน มีลักษณะที่สำคัญ คือ สมาธิสั้น ชน อยู่ไม่นิ่ง และวอกแวกง่าย ทำให้เกิดปัญหาทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน มีผลการเรียนไม่ดีและรบกวนชั้นเรียน พบอุบัติการณ์ในประเทศไทยประมาณร้อยละ 6.5 ในบทความนี้นำเสนอเกี่ยวกับสาเหตุ การวินิจฉัยแยกโรคและโรคอื่นที่พบร่วม เกณฑ์การวินิจฉัย การรักษา การติดตามการรักษาและการพยากรณ์โรค ทั้งนี้โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่งในเด็กหากได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษา รวมถึงสร้างความเข้าใจแก่โรงเรียนและครอบครัวจะทำให้เด็กสามารถประสบความสำเร็จในการเรียนตามศักยภาพได้

คำสำคัญ: สมาธิสั้น ภาวะอยู่ไม่นิ่ง เด็ก

พุทธชินราชเวชสาร 2557;31(1):65-75.



บทนำ

โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่นิ่ง (attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) เป็นความผิดปกติด้านพฤติกรรม เกิดจากสมองทำงานไม่เหมาะสม โดยเฉพาะสมองส่วนที่ทำงานเกี่ยวกับสมาธิทำให้ทำงานไม่สัมพันธ์กับระบบสั่งงานอื่น ๆ ผู้ที่มีภาวะสมาธิสั้นคือผู้ที่มีความบกพร่องในเรื่องสมาธิและการควบคุมการกระทำของตนเองในการเคลื่อนไหวต่าง ๆ โรคนี้อาจมีอาการตั้งแต่วัยอนุบาล ได้แก่ อาการซน อยู่นิ่ง โดยผู้ปกครองหรือครูอาจเข้าใจว่าเป็นลักษณะการซนตามวัยของเด็ก แต่จะมีอาการชัดเจนขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยเรียนในชั้นประถมซึ่งจำเป็นต้องใช้สมาธิในการเรียนรู้มากขึ้น อาการแสดงจึงชัดเจนขึ้นทำให้วินิจฉัยได้ง่าย¹

ทั่วโลกพบอุบัติการณ์โรคนี้ในเด็กวัยเรียนร้อยละ 5-10¹ ในสหรัฐอเมริกาและสเปนพบอุบัติการณ์โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่นิ่งในเด็กร้อยละ 6.8-8.1²⁻³ ส่วนประเทศไทยจากการศึกษาในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ในกรุงเทพมหานครพบอุบัติการณ์ร้อยละ 6.5 โดยมีสัดส่วนชาย: หญิง 1: 1.09⁴ ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนของโรคนี้ แต่พบว่าประมาณร้อยละ 20-25 มีความเจ็บป่วยที่ชัดเจนร่วมด้วย เช่น มารดาดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่หรือได้รับสารตะกั่วขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะมารดาที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นและได้รับสารดังกล่าวทำให้เด็กเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นและมีภาวะอยู่นิ่งมากกว่าคนอื่นถึง 7 เท่า⁵ นอกจากนี้พบว่าเด็กที่มีต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ (adenoid) โตจนมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea: OSA) มีอาการสมาธิสั้นและอยู่นิ่งร่วมด้วยบ่อย⁶

ส่วนอีกประมาณร้อยละ 75-80 ไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน อาจมีประวัติคลอดก่อนกำหนด มีพี่น้องเป็นสมาธิสั้น หรือมีปัญหาเรื่องการเลี้ยงดู⁷ จากการศึกษามองด้วยเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging of brain: MRI brain) พบว่าเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นมีปริมาตรสมองส่วน prefrontal cortex, basal ganglia และ

cerebellum น้อยกว่ากลุ่มเด็กปกติ⁸⁻⁹ ทั้งยังพบว่าในเด็กสมาธิสั้นนั้นสมองส่วน habenula ทำงานผิดปกติซึ่งสมองส่วนดังกล่าวเป็นตัวส่งกระแสประสาทและสารสื่อประสาทในกลุ่ม monoamine จากสมองส่วน limbic ไปยังสมองส่วนกลาง (midbrain)¹⁰ นอกจากนี้พบว่ายีน dopamine transporter (DAT1) และยีน dopamine receptor D4 (DRD4) อาจเป็นสาเหตุของโรคสมาธิสั้น แต่ยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน¹¹ อนึ่งยังมียีน DRD5, DBH, 5-HTT, HTR1B และ SNAP-25 ที่อยู่ในระหว่างการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น¹²

การวินิจฉัยแยกโรคและโรคอื่นที่พบร่วม

การวินิจฉัยแยกโรคจำเป็นเพื่อหาสาเหตุโรคทางกาย โรคทางจิต และสภาวะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม^{1,13} ก่อนที่จะวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่นิ่งนั้นโรคทางกายที่จำเป็นต้องแยกให้ได้ก่อนคือ ผลข้างเคียงจากยาต่าง ๆ เช่น bronchodilators, corticosteroid, isoniazid, anticonvulsants ภาวะฮอร์โมนไทรอยด์พร่องหรือไทรอยด์เป็นพิษ พิษจากสารตะกั่ว ภาวะบกพร่องด้านการได้ยินและการมองเห็นบกพร่อง ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะแทรกซ้อนจากระบบประสาทผิดปกติ ภาวะปัญญาอ่อน โรคลมชัก ความบกพร่องทางการเรียนรู้ ส่วนโรคทางจิตที่ต้องแยกคือ ภาวะเครียด โรคซึมเศร้า ภาวะก้าวร้าว โรคย้ำคิดย้ำทำ และควรประเมินสภาพแวดล้อม เช่น ปัญหาในครอบครัว บิดามารดามีปัญหาด้านจิตหรือใช้สารเสพติด สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมแก่การเรียนรู้ เช่น มีเสียงรบกวน¹³

การวินิจฉัย

โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่นิ่งวินิจฉัยได้จากอาการทางคลินิก คือ การซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย โดยไม่จำเป็นต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับการทดสอบด้านพัฒนาการอื่น ๆ เช่น ทดสอบเชาว์ปัญญา ทดสอบความสามารถในการเรียน ทำเพียงเพื่อวินิจฉัยแยกโรคเท่านั้น ปัจจุบันมีเทคโนโลยีการสืบค้นที่ดีจึงทำให้ผู้ปกครอง

พาเด็กมาพบแพทย์มากขึ้น ทั้งนี้ครูประจำชั้นหรือครูผู้สอนเด็กสามารถให้ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยได้ดี เดิมการวินิจฉัยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV ต่อมาสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (American Psychiatric Association) ได้จำแนกโรคสมาธิสั้นและภาวะไม่อยู่นิ่งเป็น 3 ประเภท จัดเป็น DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision) ดังนั้น

ประเทศไทยจึงวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นและภาวะไม่อยู่นิ่งตามเกณฑ์ DSM-IV-TR รายละเอียดตามตารางที่ 1¹⁴ โดยเด็กต้องมีพฤติกรรมที่เข้าได้กับอาการสมาธิสั้นหรืออาการซนและหุนหันพลันแล่นอย่างน้อยอย่างหนึ่งอย่างน้อย 6 ข้อ และเป็นมาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยอาการดังกล่าวมีลักษณะไม่เหมาะสมตามวัยและรุนแรงจนกระทบต่อการดำเนินชีวิต¹³⁻¹⁴

ตารางที่ 1 อาการสมาธิสั้นกับอาการซนและหุนหันพลันแล่น¹⁴

อาการ	ลักษณะ
สมาธิสั้น	1. บกพร่องเรื่องความสนใจในรายละเอียดหรือขาดความระมัดระวังจนเกิดความผิดพลาดในการเรียนการงาน หรือกิจกรรมอื่น ๆ 2. มักยุ่งยากต่อการมีสมาธิจดจ่ออย่างต่อเนื่องในการทำสิ่งต่าง ๆ แม้แต่การเล่น 3. ทำท่าเหมือนไม่ได้ยินเมื่อมีคนพูดด้วย มักทำหาค่าไม่ได้ยินบ่อย ๆ 4. มักไม่ทำตามคำสั่งที่มีขั้นตอนต่าง ๆ และทำสิ่งต่าง ๆ ไม่เสร็จบ่อย ๆ ได้แก่ งานบ้านหรือการปฏิบัติงานในที่ทำงาน แต่ต้องไม่เป็นผลจากพฤติกรรมต่อต้านหรือเข้าใจคำสั่งบกพร่อง 5. มักยุ่งยากในการจัดการสิ่งต่าง ๆ หรือการทำกิจกรรมใด ๆ อย่างเป็นระบบ 6. มักหลีกเลี่ยง ไม่ชอบ หรือลังเลต่อการมีส่วนร่วมทำสิ่งต่าง ๆ ที่ต้องใช้สมาธิหรือต้องตั้งใจอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การทำแบบฝึกหัดที่โรงเรียนหรือการบ้าน 7. มักทำสิ่งของที่เป็นต้องใช้ในการชีวิตประจำวันหายบ่อย ๆ ได้แก่ ของเล่น งานที่ครูมอบหมาย ดินสอ หนังสือ หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ 8. มักถูกเบี่ยงเบนจากสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย 9. มักลืมเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันบ่อย ๆ
อาการซนและหุนหันพลันแล่น*	1) แสดงอาการยุกยิกโดยขยับมือและเท้าบ่อย ๆ หรือนั่งไม่นิ่ง 2) มักลุกออกจากที่นั่งในชั้นเรียนหรือที่อื่น ๆ ที่จำเป็นต้องนั่งนาน 3) มักวิ่งชนไปมาหรือปีนป่ายในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม 4) มักเล่นหรือมีส่วนร่วมทำกิจกรรมสันตนาการอย่างยากลำบาก 5) มักแสดงท่าทางคล้ายพร้อมจะเคลื่อนที่ หรือคล้ายกับมีเครื่องยนต์ขับเคลื่อนอยู่ในตัว 6) มักพูดมาก 7) มักรีบเร่งตอบคำถามก่อนฟังคำถามครบถ้วน 8) ยากลำบากในการรอคอย 9) มักแสดงพฤติกรรมขัดจังหวะหรือรบกวนผู้อื่น เช่น แทรกระหว่างการสนทนาหรือการเล่นของผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสม

*ข้อ 1)-6) คืออาการซน ข้อ 7)-9) คืออาการหุนหันพลันแล่น

ทั้งนี้เด็กต้องเริ่มแสดงพฤติกรรมซนและหุนหันพลันแล่นหรืออาการสมาธิสั้นบางอย่างที่ทำให้เกิดผลเสียหายนก่อนอายุ 7 ปี ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นต้องเกิดขึ้นในสถานการณ์แตกต่างกันอย่างน้อย 2 แห่ง เช่น ที่โรงเรียน หรือที่ทำงาน และที่บ้าน ต้องมีหลักฐานแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กมีผลเสียต่อการดำเนินชีวิตในสังคม การเรียน หรือการทำงาน อาการต่าง ๆ ต้องไม่เกิดขึ้นเพราะเป็นส่วนหนึ่งของโรคกลุ่มอาการ autism โรคจิตเภท หรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ¹⁴

หนึ่งการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM IV-TR แบ่งโรคสมาธิสั้นเป็น 3 กลุ่มย่อย¹⁴ ได้แก่

กลุ่มที่ 1 บกพร่องทั้งเรื่องสมาธิสั้นและซุกซน ผิดปกติ เด็กต้องมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับเกณฑ์ทั้งอาการสมาธิสั้นกับอาการซนและหุนหันพลันแล่นมากกว่า 6 ข้อ โดยมีพฤติกรรมดังกล่าวอย่างน้อย 6 เดือน

กลุ่มที่ 2 บกพร่องทั้งเรื่องสมาธิสั้นและซุกซน ผิดปกติ แต่อาการเด่นคืออาการสมาธิสั้น นั่นคือมีอาการเข้าได้กับเกณฑ์อาการสมาธิสั้นมากกว่า 6 ข้อ แต่มีอาการซนและหุนหันพลันแล่นน้อยกว่า 6 ข้อ โดยมีพฤติกรรมดังกล่าวอย่างน้อย 6 เดือน

กลุ่มที่ 3 บกพร่องทั้งเรื่องของสมาธิสั้นและซุกซน ผิดปกติ แต่อาการเด่นคืออาการซุกซนและหุนหันพลันแล่น นั่นคือมีอาการเข้าได้กับเกณฑ์อาการซนและหุนหันพลันแล่นมากกว่า 6 ข้อ แต่อาการสมาธิสั้นน้อยกว่า 6 ข้อ โดยมีพฤติกรรมดังกล่าวอย่างน้อย 6 เดือน

การรักษา

โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่งรักษาไม่หาย แต่เมื่อเด็กมีวุฒิภาวะมากขึ้นร่วมกับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะมีอาการดีขึ้น สามารถควบคุมตัวเองได้มากขึ้น ผู้ปกครอง ครอบครัว และครูต้องเข้าใจลักษณะเด็กทั้งนี้เด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่งจะมีปัญหาอย่างมากในช่วงวัยเรียน เนื่องจากไม่สามารถคงความสนใจในชั่วโมงเรียนได้จนเป็นปัญหาของตัวเอง คือ เรียนไม่ได้ ผลการเรียนไม่ดีเท่าที่ควร หรือสร้างปัญหา

ให้เพื่อนและครู คือ ชวนเพื่อนคุย ลุกออกจากที่นั่งบ่อย ๆ การรักษาประกอบด้วยการรักษาโดยไม่ใช้ยา และการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการ^{1,13-14}

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

ประกอบด้วย การปรับพฤติกรรม การเสริมพลังครอบครัว การส่งเสริมคุณค่าในตัวเอง การประสานงานระหว่างโรงเรียน แพทย์ และผู้ปกครอง และการรักษาโรคอื่นที่พบร่วม¹⁴ ตามรายละเอียดดังนี้

การปรับพฤติกรรม (Behaviorally Oriented Treatment)

เด็กกลุ่มนี้มีปัญหาต่อการฟังคำสั่ง ดังนั้นควรกำหนดเป้าหมายเบื้องต้นโดยแบ่งการฝึกออกเป็น 8-12 คาบต่อการฝึกแต่ละกิจกรรม¹ การแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ทำงาน/ทำการบ้านไม่เสร็จแก้ไขโดยแบ่งงานเป็นหลายส่วนแล้วกำหนดให้ทำจนเสร็จทีละส่วนร่วมกับการให้รางวัล¹⁵ เช่น คำชมเชยหรือแตรัมสะสม จะทำให้ทำงานชิ้นนั้นสำเร็จดีขึ้น

การเสริมพลังครอบครัว (Family Empowerment)

การให้ความรู้แก่บิดามารดาและผู้เลี้ยงดูทำให้ครอบครัวเข้าใจเด็กดีขึ้น เนื่องจากพบว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับการฝึกแบบ incredible years parent training (IYPT) ทำให้พฤติกรรมของเด็กดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ปกครองที่ไม่ได้รับการฝึก¹⁶ ดังนั้นครอบครัวควรมีแบบแผนการเลี้ยงดูที่เป็นเวลาและชัดเจน นอกจากนี้มีคำแนะนำในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับบิดามารดา (ตารางที่ 2) และสำหรับครู (ตารางที่ 3)¹⁷



ตารางที่ 2 คำแนะนำในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับบิดามารดา¹⁷

คำแนะนำในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับบิดามารดา

1. จัดสถานที่สงบไม่มีสิ่งรบกวนหรือทำให้เสียสมาธิ เช่น โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ สำหรับให้เด็กทำการบ้าน/อ่านหนังสือ
2. จัดตารางทำกิจวัตรประจำวันให้ชัดเจน เช่น กำหนดเวลาทำการบ้านที่แน่นอน
3. ควรอยู่ควบคุมงานให้เสร็จถ้าเด็กสมาธิสั้นมาก ๆ
4. จัดกฎระเบียบในบ้านให้ชัดเจนและทำเป็นแบบอย่าง เช่น ห้ามดูโทรทัศน์ขณะทำการบ้าน เล่นเกมสัปดาห์ 30 นาทีต่อวัน
5. ให้รางวัลเมื่อทำพฤติกรรมที่ต้องการ เช่น คำชม แด้มสะสม ลงโทษโดยจำกัดสิทธิ์ต่าง ๆ หากมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น งดดูโทรทัศน์ 1 วัน หรือให้ทำงานเพิ่ม เช่น ล้างรถ
6. ฝึกควบคุมอารมณ์และให้กำลังใจเป็นระยะ งดการดูว่า
7. เปิดโอกาสให้เด็กเปลี่ยนอิริยาบถหรือหยุดพักช่วงสั้น ๆ เมื่อเห็นว่าเด็กหมดสมาธิแล้ว
8. เพิ่มเวลาออกกำลังกายเพื่อเพิ่มทักษะการสังคม รู้จักทำงานเป็นทีม รู้จักแพ้-ชนะ รู้จักรอคิว
9. ฝึกให้เด็กเรียนรู้ที่จะ “หยุด-คิดวางแผน-ทำตามขั้นตอนของแผน” และฝึกแก้ปัญหา
10. อย่าไว้วางใจ พูดสั้น ๆ ใช้อารมณ์ขัน และหาเวลาพักผ่อนสนทนาร่วมกัน

ตารางที่ 3 คำแนะนำในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับครู¹⁷

คำแนะนำในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับครู

1. จัดเด็กให้นั่งหน้าชั้นเรียนหรือใกล้ครูมากที่สุด
2. จัดให้นั่งกลางห้องหรือไกลจากประตูหน้าต่าง
3. เมื่อหมดสมาธิควรจัดกิจกรรมให้เปลี่ยนอิริยาบถ
4. ให้คำชมเชยหรือรางวัลเมื่อปฏิบัติตัวดี
5. คิดวิธีเตือนที่ไม่ทำให้เด็กเสียหน้า
6. เขียนการบ้านหรืองานที่เด็กต้องทำบนกระดาน
7. ถ้าต้องสั่งงานด้วยวาจาควรสั่งตามขั้นตอนและตรวจสอบความเข้าใจ
8. ตรวจสอบงานสม่ำเสมอ
9. ควรลดเวลางานให้สั้นลงถ้าสมาธิสั้นมาก
10. หลีกเลี่ยงการตำหนิ ประจาน ประณาม
11. ใช้การตัดคะแนน งดเวลาพัก ทำเวร หรืออยู่ต่อหลังเลิกเรียนเมื่อเด็กทำความผิด
12. มองหาจุดดีของเด็กและสนับสนุนให้เด็กได้แสดงข้อดีของตนเอง
13. พยายามสร้างบรรยากาศที่เข้าใจและเป็นกำลังใจให้เด็ก
14. ให้ความช่วยเหลือด้านการเรียนเป็นพิเศษถ้ามีความบกพร่องด้านการเรียน (learning disability)
15. สอนแบบตัวต่อตัว
16. ควรให้เวลาสอบนานกว่าเด็กปกติ

การส่งเสริมคุณค่าในตัวเอง

เด็กกลุ่มนี้มักมีปมด้อยเรื่องการเรียนเนื่องจากผลการเรียนไม่ดีเพราะไม่สามารถคงความสนใจในชั้นเรียน หรือมีปัญหาในการทำข้อสอบ ดังนั้นควรส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมที่เด็กชอบและทำได้ดีแล้ว ชมเชยเมื่อเด็กทำได้ดีเพื่อให้เด็กภาคภูมิใจในตนเอง^{15,17}

การประสานงานระหว่างโรงเรียน แพทย์ และผู้ปกครอง

ปัญหาส่วนใหญ่ของเด็กกลุ่มนี้คือไม่สามารถคงสมาธิในการเรียนได้ ผลการเรียนไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นหลังจากรักษาแล้วควรสื่อสารระหว่างโรงเรียนและแพทย์ทุกภาคการศึกษา โดยแพทย์อาจดูข้อมูล

จากคะแนนผลการเรียนและให้โรงเรียนประเมินเด็กด้วยแบบประเมิน เช่น Conners' Teacher Rating Scale¹⁸ เพื่อเป็นช่องทางสื่อสารระหว่างครูและแพทย์ นอกจากนี้ครูและผู้ปกครองต้องเข้าใจลักษณะของโรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่ง รวมทั้งปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสำหรับบิดามารดาและครูตามตารางที่ 2 และ 3¹⁷ ด้วย

การรักษาโรคอื่นที่พบร่วม

ทั้งนี้พบว่าในเด็กที่มีต่อมทอนซิลและอะดีโนออยด์จนมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับมักมีอาการสมาธิสั้นและอยู่ไม่นิ่งร่วมด้วย เมื่อตัดต่อมทอนซิลและอะดีโนออยด์ทำให้ภาวะหยุดหายใจขณะหลับและสมาธิสั้นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶

การรักษาด้วยยา

การใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้นและปัญหาอยู่ไม่นิ่งต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยก่อนว่าไม่ได้ทำให้โรคหาย เป็นเพียงควบคุมอาการให้หนึ่งในช่วงที่ยาออกฤทธิ์เท่านั้น เมื่อหมดฤทธิ์ยาหรือวันที่ไม่ได้กินยาจะมีอาการเหมือนเดิม ดังนั้นหากต้องการให้อาการดีขึ้นในระยะยาวควรรักษาโดยไม่ใช้ยาควบคุมไปด้วย ยาที่ใช้รักษามีหลายกลุ่ม ได้แก่ stimulants, norepinephrine reuptake inhibitors, alpha adrenergic agonist, ยาอื่น ๆ เป็นยาใหม่ เช่น bupropion, modafinil^{1,13-14}

Stimulants เป็นยากลุ่มแรกที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นและปัญหาอยู่ไม่นิ่ง เช่น dextroamphetamine, methylphenidate กลไกการออกฤทธิ์ของยากลุ่มนี้คือยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ dopamine ที่บริเวณ presynaptic neuron และเพิ่มการหลั่ง neurotransmitter ใน extraneuronal space ยากลุ่มแรกที่ใช้เป็นประเภทออกฤทธิ์สั้น (methylphenidate immediate-release: MPH-IR) ทำให้ต้องกินยาวันละหลายครั้ง ปัจจุบันมียาที่ออกฤทธิ์ยาวทั้งในรูปยาเม็ด (methylphenidate extended-release: MPH-ER) ยาน้ำ (methylphenidate hydrochloride for extended-release oral suspension: MEROS) และแผ่นแปะผิวหนัง¹⁹ ซึ่งผลการรักษาดีใกล้เคียงกัน ขึ้นกับเด็กว่ายอมรับยาชนิดใด แต่ในประเทศไทยมีเพียงยาเม็ดที่ออกฤทธิ์สั้นและออกฤทธิ์ยาวเท่านั้น

ยาชนิดออกฤทธิ์สั้นนั้นออกฤทธิ์เร็วภายใน 30 นาทีและมีฤทธิ์อยู่ประมาณ 3-4 ชั่วโมง ขนาดยาที่ใช้รักษาคือ 0.3-2.0 มก./กก./วัน ขนาดสูงสุดไม่เกิน 90 มก./วัน เนื่องจากยาออกฤทธิ์สั้นจึงต้องให้ 2-3 ครั้งต่อวันอย่างไรก็ตามนิยมปรับยาตามการตอบสนองของเด็กมากกว่าการคำนวณตามน้ำหนักตัว¹⁴ ยาชนิดออกฤทธิ์ยาวมีค่าครึ่งชีวิต 2-7 ชั่วโมง (เฉลี่ย 3 ชั่วโมง) ออกฤทธิ์ประมาณ 12 ชั่วโมง ขนาดที่มีจำหน่ายในประเทศไทย คือ 18, 27, 36 มก./เม็ด ขนาดยาเริ่มที่ 18 มก. ในตอนเช้าและปรับขนาดยาทุก 1 สัปดาห์ ขนาดสูงสุดที่ใช้ได้คือ 54 มก./วัน^{14,20} ทั้งนี้หลายการศึกษารับรองว่ายานในกลุ่ม methylphenidate สามารถใช้ในเด็กวัยเรียนและได้ผลดีในกลุ่มที่มีอาการซนและหุนหันพลันแล่น²⁰ แต่ยาอาจให้ผลการรักษาประมาณร้อยละ 70-80 นั่นคืออีกร้อยละ 20-30 ไม่ได้ผลต้องเปลี่ยนกลุ่มยารักษา²¹ ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ นอนไม่หลับ ไม่อยากกินอาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะ อาเจียน¹³⁻¹⁴ ผลข้างเคียงดังกล่าวลดลงหากกินยาพร้อมอาหารและค่อย ๆ เพิ่มขนาดยา สำหรับผลข้างเคียงในระยะยาวหากกินยาเกิน 2 ปีอาจพบว่าส่วนสูงเพิ่มช้าลงเมื่อเปรียบเทียบกับพี่น้องที่ไม่ได้กินยา²²

Norepinephrine reuptake inhibitors ได้แก่ atomoxetine (Strattera®) พบว่ายา atomoxetine ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการซนและสมาธิสั้นดีขึ้น รวมถึงผลการรักษาและผลข้างเคียงไม่แตกต่างจากยาหลัก²³ ยาชนิดนี้มีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 24 ชั่วโมง ขนาดที่ใช้รักษาเริ่มด้วย 0.3 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 1-2 ครั้ง ระยะเวลาออกฤทธิ์ประมาณ 2-3 สัปดาห์จึงเห็นผล จากนั้นค่อย ๆ ปรับขนาดยา ขนาดสูงสุดที่ใช้ได้ คือ 1.2-1.8 มก./กก./วัน ดังนั้นไม่สามารถปรับยาวันต่อวันได้ แต่ยาชนิดนี้ยังไม่ได้รับอนุมัติให้ใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปวดท้อง กินอาหารได้น้อย และน้ำหนักลด ที่สำคัญมีรายงานผลข้างเคียงที่รุนแรงในผู้ป่วยเด็กชายอายุ 12 ปีในประเทศญี่ปุ่น คือ prolong QT ดังนั้นควรติดตามตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นประจำหากใช้ยาดังกล่าว²⁴

Alpha adrenergic agonist ได้แก่ clonidine, guanfacine เป็นยาในกลุ่ม sympatholytic ซึ่งเพิ่มการหลั่ง norepinephrine จากสมอง สำนักงานอาหารและยาในสหรัฐอเมริกา (Food and Drug Administration: FDA) อนุมัติให้ใช้ extended-release clonidine และ extended-release guanfacine เป็นยาตัวเดียว (monotherapy) หรือใช้ร่วมกับยาหลัก (adjunctive therapy) ในเด็กอายุ 6-17 ปีที่มีอาการซึมเศร้า²⁵ สำหรับยา extended-release clonidine ขนาดเริ่มต้นคือ 0.1 มก./วัน ก่อนนอน สามารถปรับเพิ่มขนาดยาครั้งละ 0.1 มก./สัปดาห์ ขนาดสูงสุดคือ 0.4 มก./วัน ผลข้างเคียง คือ ง่วงนอน เหนื่อย ปากแห้ง และอารมณ์เปลี่ยนแปลง ที่สำคัญควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ ปัจจุบันยากกลุ่ม extended-release ทั้ง 2 ชนิดยังไม่มียาจำหน่ายในประเทศไทย¹⁴

ยาอื่น ๆ เป็นยาใหม่ เช่น bupropion, modafinil

Bupropion เป็นกลุ่มยาต้านเศร้า (antidepressant medication) กลไกการออกฤทธิ์สำหรับรักษาซึมเศร้ายังไม่ชัดเจน แต่ยานี้กระตุ้น dopamine เล็กน้อย (weak dopamine agonist) และลดระดับ norepinephrine ในร่างกาย ผลข้างเคียง คือ อาจมีอาการไม่อยากอาหาร และคลื่นไส้ อาเจียน แต่ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ ง่วงนอน จึงมักใช้ในกรณีที่ใช้ยาหลัก เช่น methylphenidate หรือ atomoxetine แล้วไม่ได้ผล หรือมีผลข้างเคียงเรื่องนอนไม่หลับ ขนาดยาเริ่มต้น 50 มก. วันละ 3 เวลา ขนาดสูงสุด คือ 100 มก. วันละ 3 เวลา bupropion มีค่าครึ่งชีวิตยาวประมาณ 4 สัปดาห์จึงประเมินผลการรักษาได้ ในประเทศสหรัฐอเมริกา bupropion ในรูปแบบ sustained release (SR) และ extended release (XL) ได้รับการรับรองประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า สำหรับในประเทศไทย bupropion SR (Quamen®) ได้ขึ้นทะเบียนและได้รับการรับรองเพื่อรักษาการติดบุหรี่ ส่วน bupropion XL (Wellbutrin®) ได้ขึ้นทะเบียนและได้รับการรับรองสำหรับรักษาโรคซึมเศร้า แต่ยาทั้งสองชนิดยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อรักษาโรคซึมเศร้าในประเทศไทย²⁶

Modafinil เชื่อว่ามีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากยากกลุ่มอื่น ๆ คือ กระตุ้นเฉพาะสมองส่วนนอก

(cortex) เท่านั้น และพบว่าการรักษาได้ผลประมาณร้อยละ 60-70 แต่ยังไม่ได้รับการรับรองจากสำนักงานอาหารและยาในสหรัฐอเมริกาให้ใช้ในเด็ก หนึ่งบริษัทได้หยุดพัฒนายานี้แล้วเนื่องจากในขั้นตอนการวิจัยมีผู้ป่วยบางรายกินยาแล้วเกิดอาการแพ้รุนแรงคือเกิด Stevens-Johnson syndrome⁷

การติดตามการรักษาและการพยากรณ์โรค

เมื่อเด็กได้รับการวินิจฉัยและเริ่มรักษาแล้วควรติดตามอาการภายใน 1 เดือนเพื่อดูผลการรักษาผลข้างเคียงจากการใช้ยา หากผลการรักษาดีสามารถนัดติดตามอาการทุก 2-3 เดือนร่วมกับขอข้อมูลจากโรงเรียนทุกภาคการศึกษา เมื่อติดตามเด็กในระยะยาวพบว่าอาการซึมเศร้า หงุดหงิด หุนหันพลันแล่นมักดีขึ้น แต่อาการซึมเศร้า อยู่ไม่นิ่ง ไม่อดทนยังคงอยู่¹⁴ หากพบว่าเด็กที่เคยได้รับการรักษาและสามารถควบคุมอาการได้มีอาการมากขึ้นอาจเกิดจากชั้นเรียนที่สูงขึ้น มีกิจกรรมวิชาการมากขึ้นจึงต้องปรับขนาดยาเพิ่ม หรือเพิ่มยาในช่วงเย็นในกรณีที่ใช้ยาชนิดออกฤทธิ์สั้น อย่างไรก็ตามการปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นควรพิจารณาให้มีผลข้างเคียงน้อยที่สุด¹³⁻¹⁴ หากผลการรักษาไม่ดีและมีผลข้างเคียงมากจำเป็นต้องพิจารณาเปลี่ยนเป็นยากกลุ่มที่สอง (second line drug)^{13,21}

โรคซึมเศร้าและภาวะอยู่ไม่นิ่งรักษาไม่หาย เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและภาวะอยู่ไม่นิ่งจะยังคงมีอาการจนถึงวัยรุ่นถึงร้อยละ 60-80 เด็กวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าและภาวะอยู่ไม่นิ่งจะมีอาการคงอยู่จนถึงวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 40-60 ในระยะยาวอาการซึมเศร้า หงุดหงิด หุนหันพลันแล่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ ปัญหาที่มักพบร่วม คือ ผลการเรียนต่ำ ดิฉันเสพติด พฤติกรรมก้าวร้าว วิดกกังวล ซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนทั่วไป²⁶⁻²⁷ แต่หากเด็กกลุ่มนี้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมสามารถลดความปัญหาดังกล่าวได้^{1,14}

วิจารณ์

โรคซึมเศร้าและภาวะอยู่ไม่นิ่งพบได้บ่อยในเด็กวัยรุ่น¹⁻⁴ สามารถวินิจฉัยจากการซักประวัติและตรวจ

ร่างกาย เกณฑ์ DSM-IV-TR¹ สำหรับการวินิจฉัย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มที่มีอาการชนและภาวะอยู่ไม่นิ่งเป็นลักษณะเด่นจะวินิจฉัยได้ง่ายเนื่องจากอาการแสดงชัดเจน แต่กลุ่มที่มีอาการสมาธิสั้นเป็นลักษณะเด่นจะวินิจฉัยได้ยากกว่าเนื่องจากเด็กกลุ่มนี้จะนั่งนิ่ง ไม่รบกวนเพื่อนและชั้นเรียน ปัญหาหลักคือไม่ส่งงาน ทำงานไม่เสร็จ และผลการเรียนไม่ดี

การรักษาโรคสมาธิสั้นและภาวะไม่อยู่นิ่งประกอบด้วยการรักษาที่ไม่ใช้ยาซึ่งวิธีนี้แพทย์ต้องอธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจว่าจะเห็นผลการรักษาในระยะยาว²⁸ โดยพ่อแม่และครูต้องช่วยกันฝึกทักษะด้านความมีระเบียบวินัย ทำกิจกรรมเป็นเวลา และฝึกความรับผิดชอบ อีกวิธีหนึ่งคือการรักษาด้วยยา ยากลุ่มแรกที่ใช้รักษาคือ methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้นซึ่งอาจจำเป็นต้องกินวันละ 2-3 ครั้งเพื่อให้สามารถควบคุมอาการได้ทั้งวัน ในเด็กเล็กอาจมีปัญหาในการกินยามื้อกลางวันเนื่องจากยังไม่สามารถรับผิดชอบกินยาด้วยตนเอง ดังนั้นครูอาจมีส่วนช่วยเหลือเรื่องการกินยาของเด็กขณะอยู่ที่โรงเรียน ในเด็กโตอาจมีปัญหาในการกินยาที่โรงเรียนคือ อายเพื่อน หรือรู้สึกว่าคุณเองไม่เหมือนเพื่อน จึงปฏิเสธการกินยา หากพบปัญหาดังกล่าวแพทย์ควรเปลี่ยนเป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาวเด็กกลุ่มนี้หากรักษาด้วยยากลุ่ม stimulants มักมีผลข้างเคียงเรื่องกินน้อย น้ำหนักไม่ขึ้น การมีวันปลอดยา (drug holiday) คือไม่ต้องกินยาในวันเสาร์-อาทิตย์ และช่วงปิดเทอมซึ่งเป็นวันที่ไม่มีกิจกรรมวิชาการจะทำให้ไม่ได้รับผลข้างเคียงจากยาและเด็กจะเจริญเติบโตตามปกติ²⁹⁻³⁰ แต่หากรักษาด้วยยากลุ่ม non-stimulants เช่น atomoxetine ซึ่งใช้เวลาออกฤทธิ์ 2-3 สัปดาห์กว่าจะเห็นผลการรักษาจึงไม่ควรหยุดยาในวันหยุด

ผู้ปกครองและครูของเด็กโรคสมาธิสั้นและภาวะไม่อยู่นิ่งจำเป็นต้องเรียนรู้หลักในการปรับพฤติกรรม การลงโทษโดยการตีหรือดุด่าว่ากล่าวไม่ทำให้พฤติกรรมดีขึ้น ในทางตรงข้ามเด็กจะแสดงพฤติกรรมต่อต้านและก้าวร้าวมากขึ้น ดังนั้นวิธีที่ได้ผลดีคือเมื่อมีพฤติกรรมที่เหมาะสมให้ชมเชย

หรือให้รางวัล (positive reinforcement) เมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้ดักจิกหรือตดลิ้นต่าง ๆ เช่น ดุด่าตี เล่นเกมส์

จากข้อมูลที่ได้นำเสนอสรุปได้ว่าโรคสมาธิสั้นและภาวะไม่อยู่นิ่งในเด็กพบได้บ่อย สามารถวินิจฉัยได้โดยอาศัยข้อมูลจากผู้ปกครอง ครู และการตรวจจากแพทย์ การรักษาจะได้ผลดีมากหากครอบคลุมโรงเรียน และแพทย์ร่วมมือกัน โรคนี้มักมีปัญหาและวินิจฉัยได้อย่างชัดเจนเมื่อเด็กอยู่ในชั้นประถมต้น ดังนั้นหากให้การรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมจะทำให้เด็กมีผลการเรียนเต็มตามศักยภาพ อย่างไรก็ตามต้องทำความเข้าใจกับผู้ปกครองของเด็กมิให้คาดหวังเกินความสามารถของเด็ก ควรมองหาจุดเด่นและส่งเสริมเพื่อให้เด็กภาคภูมิใจในตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham NR, Jensen P. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Kliegman RM, Stanton BF, Shor NF, St. Geme III JW, Behrman RE, editors. Nelson textbook of pediatrics. 19th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p.108-12.
2. Catalá-López F, Peiro S, Ridao M, Sanfeliu-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. BMC Psychiatry 2012;12:168-81.
3. Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN, Barbaresi WJ, Katusic SK, Kahn RS. Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. Arch Pediatr Adolesc Med 2007;161(9):857-64.
4. Benjasuwantep B, Ruangdaraganon N, Visudhiphan P. Prevalence and clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder among primary school students in Bangkok. J Med Assoc Thai 2002;85(Suppl 4):S1232-40.
5. Yule AM, Wilens TE, Martelon MK, Simon A, Biederman J. Does exposure to parental substance use disorders increase substance use disorder

- risk in offspring? A 5-year follow-up study. *Am J Addict* 2013;22(5):460-5.
6. Passali D, Passali FM, Cambi J, Bellussi L. Role of adenotonsillectomy in OSAS children and behavioural disturbance. *Otolaryngologia Polska* 2013;67(4):187-91.
 7. Lock TM, Worley KA, Wolraich ML. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Wolraich ML, Drotar DD, Dworkin PH, Perrin EC, editors. *Developmental-behavioral pediatrics evidence and practice*. Philadelphia: Mosby, Elsevier; 2008. p.579-601.
 8. Mahone EM, Crocetti D, Ranta ME, Gaddis A, Cataldo M, Slifer KJ, et al. A preliminary neuroimaging study of preschool children with ADHD. *Clin Neuropsychol* 2011;25(6):1009-28.
 9. Curatolo P, D'Agati E, Moavero R. The neurobiological basis of ADHD. *Ital J Pediatr* 2010;36(1):79-86.
 10. Lee YA, Goto Y. Habenula and ADHD: convergence on time. *Neurosci Biobehav Rev* 2013;37(8):1801-9.
 11. Kim YS, Leventhal BL, Kim SJ, Kim BN, Cheon KA, Yoo HJ, et al. Family-based association study of DAT1 and DRD4 polymorphism in Korean children with ADHD. *Neurosci Lett* 2005;390(3):176-81.
 12. 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(11):1313-23.
 13. Rader R, McCauley L, Callen EC. Current strategies in the diagnosis and treatment of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am Fam Physician* 2009;79(8):657-65.
 14. Somboonthom T. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Hansakunachai T, Rungpaiwan R, Fuengfoo A, Sujaritpong S, Noipayak P, editors. *Textbook of child development and behavior for general practitioner*. Bangkok: Beyond Enterprise; 2011. p.392-405. [ทัศนิต สมบุญธรรม. โรคสมาธิสั้น. ใน: ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, วิวิรรณ รุ่งไพบูลย์, ชาศรียา ธีรเนตร, อติศรีสุดา เฟื่องฟู, สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, บรรณาริการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์; 2554. หน้า 392-405.]
 15. Becker SP, Fite PJ, Garner AA, Greening L, Stoppelbein L, Luebke AM. Reward and punishment sensitivity are differentially associated with ADHD and sluggish cognitive tempo symptoms in children. *J Res Pers* 2013;47(6):719-27.
 16. Menting AT, Orobio de Castro B, Matthys W. Effectiveness of the incredible years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2013;33(8):901-13.
 17. Piyasin W. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Piyasin W, Kateman P, editors. *Textbook of child and adolescence psychiatry 2*. Bangkok: Thanaplace; 2007. p.118-29. [วินัดดา ปิยะศิลป์. Attention deficit hyperactivity disorder. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, บรรณาริการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2550. หน้า 118-29.]
 18. Werry JS, Sprague RL, Cohen MN. Conners' teacher rating scale for use in drug studies with children—An empirical study. *J Abnorm Child Psychol* 1975;3(3):217-29.
 19. Childress A, Sallee FR. The use of methylphenidate hydrochloride extended-release oral suspension for the treatment of ADHD. *Expert Rev Neurother* 2013;13(9):979-88.
 20. Boon-yasidhi V. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012;57(4):373-86. [วิจิตรณ บุญสิทธิ. โรคสมาธิสั้น : การวินิจฉัยและรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555;57(4):373-86.]
 21. Santosh PJ, Taylor E. Stimulant drugs. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000;9(Suppl 1):127-43.
 22. Wilens TE, Spencer TJ. The stimulants revisited. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000;9(3):573-603.
 23. Lisska MC, Rivkees SA. Daily methylphenidate use slows the growth of children: a community based study. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2003;16(5):711-8.

24. Fuentes J, Danckaerts M, Cardo E, Puvaendran K, Berquin P, De Bruyckere K, et al. Long-term quality-of-life and functioning comparison of atomoxetine versus other standard treatment in pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2013;33(6):766-74.
25. Yamaguchi H, Nagumo K, Nakashima T, Kinugawa Y, Kumaki S. Life-threatening QT prolongation in a boy with attention-deficit/hyperactivity disorder on atomoxetine. *Eur J Pediatr* [online]. 2013 [cited 2014 Febuary 24];DOI 10.1007/s00431-013-2206-1. Available from: URL: http://download.springer.com/static/pdf/332/art%253A10.1007%252Fs00431-013-2206-1.pdf?auth66=1393386823_58bb73231dd6fb1e6bb92f9227243350&ext=.pdf
26. May DE, Kratochvil CJ. Attention-deficit hyperactivity disorder: recent advances in paediatric pharmacotherapy. *Drugs* 2010;70(1):15-40.
27. Leelahanaj T. Bupropion in the treatment of major depressive disorder. *J Psychiatr Assoc Thai* 2001;56(2):201-12. [ธวัชชัย ลีพพานาจ. Bupropion สำหรับการรักษาโรคซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554;56(2):201-12.]
28. Yang HN, Tai YM, Yang LK, Gau SS. Prediction of childhood ADHD symptoms to quality of life in young adults: Adult ADHD and anxiety/depression as mediators. *Res Deve Disabil* 2013;34(10):3168-81.
29. Biederman J, MICHAEL C. Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, et al. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med* 2006;36(2):167-79.
30. Trout AL, Lienemann TO, Reid R, EpsteinMH. A review of non-medication interventions to improve the academic performance of children and youth with ADHD. *Rem Spec Educ* [online]. 2007 [cited 2014 Febuary 13];28(4):207-26. Available from: URL: <http://rse.sagepub.com/content/28/4/207.full.pdf>
31. Klein RG, Landa B, Mattes JA, Klein DF. Methylphenidate and growth in hyperactive children. A controlled withdrawal study. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(12):1127-30.
32. Martins S, Tramontina S, Polanczyk G, Eizirik M, Swanson JM, Rohde LA. Weekend holidays during methylphenidate use in ADHD children: a randomized clinical trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2004;14(2):195-206.



แบบทดสอบการศึกษาต่อเนื่อง

CME Quiz

รหัส 3-3220-411-0411/140101

จำนวน 1 หน่วยกิตการศึกษา

1. เด็กชายอายุ 8 ปี เรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 มีปัญหาในการเรียน คือ ทำงานช้า เขียนหนังสือช้า ทำการบ้านไม่เสร็จ ทำดินสอยางลบหายทุกวัน มารดาเรียกไม่ค่อยหัน เล่นของเล่นได้ไม่นาน ต้องเปลี่ยนของเล่นบ่อย ๆ เล่นแล้วไม่เก็บ มีอาการเช่นนี้ตั้งแต่อายุ 2 พัฒนาการอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

จงให้การวินิจฉัย

- ก. Autism
 - ข. Conduct disorder
 - ค. Asperger syndrome
 - ง. Hyperactive disorder
 - จ. Attention deficit disorder
2. โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่งสัมพันธ์กับสารสื่อประสาทตัวใด
- ก. Serotonin
 - ข. Monoamine
 - ค. Acetylcholine
 - ง. Neuropeptide
 - จ. Gamma-aminobutyric acid
3. ข้อใดถูกต้องในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่งขณะอยู่ในชั้นเรียน
- ก. เรียกชื่อบ่อยๆ
 - ข. ให้นั่งหลังห้องเรียน
 - ค. จัดให้เรียนเป็นกลุ่มใหญ่
 - ง. ให้เวลาในการสอบสั้นกว่าคนอื่น
 - จ. เขียนการบ้านบนกระดานดำให้ชัดเจน
4. ปัจจุบันพบว่าโรคในข้อใดที่รักษาแล้วทำให้อาการชนและสมาธิสั้นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
- ก. Atopic dermatitis
 - ข. Obstructive sleep apnea
 - ค. Congenital heart disease
 - ง. Intestinal neuronal dysplasia
 - จ. Emphysematous lung disease
5. ผู้ป่วยอายุ 7 ปีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่ง ท่านจะเลือกใช้ยาชนิดใดเป็นลำดับแรก
- ก. Clonidine
 - ข. Adrenaline
 - ค. Atomoxetine
 - ง. Methylphenidate
 - จ. Dextroamphetamine