

โรคสมาธิสั้นในเด็ก: การรักษาด้วยยา

รองศาสตราจารย์ ดร.ภญ. มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์
ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โรคสมาธิสั้นมีอาการอย่างไร?

โรคสมาธิสั้นหรือ attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็ก โดยในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 8.1 ของเด็กวัยเรียน (ป.1-ป.5) และพบได้บ่อยในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง (1) ทั้งนี้พบว่าสมองส่วนที่มีหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับสมาธิและความยับยั้งชั่งใจของเด็กสมาธิสั้น มักจะมีขนาดเล็กกว่าปกติหรือทำงานได้น้อยกว่าปกติ (2) และมีสารสื่อประสาท เช่น Dopamine และ Epinephrine ที่น้อยกว่าปกติ (3, 4) โดยผู้ปกครองและคุณครูสามารถสังเกตอาการของโรคสมาธิสั้นได้จาก ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมหลักๆ 3 ด้าน (5) ได้แก่ 1) ไม่สามารถควบคุมสมาธิได้นาน มีปัญหาในการจัดระเบียบ (inattention and disorganized): เช่น ไม่สามารถทำงานที่ต้องใช้ความพยายามให้สำเร็จลุล่วงได้ ทำงานไม่เสร็จ วอกแวกง่าย ทำงานไม่เรียบร้อย สะเพว่่า มีปัญหาในการจัดระเบียบการทำงาน มักทำของหาย อย่างไรก็ตามเด็กโรคสมาธิสั้นอาจสามารถทำกิจกรรมที่ตนเองชอบหรือที่สนใจได้เป็นเวลานานๆ เช่น ในการเล่นเกมส์ หรือดูโทรทัศน์ 2) ซุกซนมากกว่าปกติ (hyperactivity): อยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา ปีนป่ายหรือพูดคุยตลอดเวลา และ 3) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsive): ไม่สามารถรอคอย ชอบพูดแทรก โดยอาการสมาธิสั้นสามารถแสดงออกตั้งแต่วัยเด็ก และส่วนใหญ่มักเป็นต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่

ทำไมจึงต้องรักษาโรคสมาธิสั้น?

เด็กสมาธิสั้นมักมีปัญหาในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม โรคสมาธิสั้นมักจะส่งผลต่อการเรียนและการเข้าสังคมกับผู้อื่น (6) ทั้งนี้เด็กสมาธิสั้นมักถูกทำโทษหรือถูกตำหนิบ่อยๆ มีผลการเรียนที่ไม่ดี มีปัญหาในการเข้ากับเพื่อน รู้สึกโดดเดี่ยว/ไร้ค่า ขาดความภูมิใจในตนเอง มีความเสี่ยงที่จะซึมเศร้า ก้าวร้าวรวมถึงมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด (5-7) อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าเด็กสมาธิสั้นจะไม่มีทางเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีชีวิตราบรื่นหรือประสบความสำเร็จ ทั้งนี้มีผู้ที่มีชื่อเสียงและประสบความสำเร็จมากมายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตั้งแต่เด็ก ๆ (8) เช่น Michael Phelps นักกีฬาว่ายน้ำ 23 เหรียญทองโอลิมปิก ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นเมื่ออายุ 9 ขวบ ซึ่ง Michael บอกว่าการว่ายน้ำช่วยให้เขามีสมาธิและมีวินัยมากขึ้น หรือ Adam Levine นักร้อง/นักดนตรี ชื่อดังของวง Maroon 5 ซึ่งออกมาบอกว่าตนเองเป็นโรคสมาธิสั้น โดย Adam ได้กล่าวไว้อย่างน่าสนใจว่า “ADHD isn’t a bad thing, and you shouldn’t feel different from those without ADHD. Remember that you are not alone. There are others going through the same thing.” หรือ “โรคสมาธิสั้นไม่ใช่สิ่งเลวร้าย

และคุณไม่ควรรู้สึกแตกต่างไปจากคนอื่น ๆ ที่ไม่เป็นสมาธิสั้น ที่สำคัญไม่ใช่คุณคนเดียวที่เป็นแบบนี้ มีคนอื่นมากมายที่เป็นเหมือนๆ กับคุณ”⁽⁹⁾

ทั้งนี้ในปัจจุบันมีหลักฐานทางวิชาการระบุชัดเจนว่าโรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ทั้งด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรักษาด้วยยา^(10, 11) โดยยาที่ใช้ในการรักษาเด็กสมาธิสั้นเป็นยาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย⁽¹¹⁾ ดังนั้นหากผู้ปกครองสงสัยว่าบุตรหลานมีอาการเข้าข่ายเป็นโรคสมาธิสั้น ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัย/รักษาอย่างเหมาะสมต่อไป

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ได้แก่

1. กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นสมองและประสาทส่วนกลาง เช่น Methylphenidate
2. กลุ่มยาที่ไม่ออกฤทธิ์กระตุ้นสมองหรือประสาทส่วนกลาง เช่น Atomoxetine, Clonidine, และ ยารักษาอาการซึมเศร้า

ยาที่ใช้เป็นทางเลือกแรกของการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก คือ Methylphenidate⁽¹²⁾ ซึ่งจัดเป็นยาในกลุ่มกระตุ้นสมองและประสาทส่วนกลาง ทั้งนี้ผู้ปกครองมักคิดว่ายาจะไปกดการทำงานของสมอง บีบสมองให้เด็กอยู่หนึ่ง เชื่องซึม จึงไม่ยากให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาเพราะสงสารเด็ก จริงๆ แล้วเป็นความเข้าใจผิดเนื่องจากยาดังกล่าวไม่ได้ออกฤทธิ์ในการกดสมองแต่อย่างใดแต่ออกฤทธิ์กระตุ้นสมองโดยการเพิ่มระดับสารสื่อประสาทที่เด็กสมาธิสั้นมีน้อย จึงช่วยทำให้เด็กสมาธิสั้นสามารถควบคุมสมาธิ และมีความยับยั้งชั่งใจมากขึ้น สำหรับในประเทศไทยยา Methylphenidate จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภทที่ 2 ซึ่งต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์เท่านั้น ไม่สามารถหาซื้อใช้เองได้ที่ร้านขายยา ทั้งนี้ยา Methylphenidate มี 2 รูปแบบ คือ 1) Methylphenidate รูปแบบปกติ หรือรู้จักกันในชื่อการค้าว่า Ritalin[®] ซึ่งจะออกฤทธิ์ประมาณ 3-5 ชั่วโมง จึงมักจะต้องรับประทาน 2-3 ครั้งต่อวัน และไม่ควรกินยาหลัง 4 โมงเย็นเพราะจะทำให้นอนไม่หลับ และ 2) Methylphenidate รูปแบบออกฤทธิ์นาน หรือรู้จักกันในชื่อการค้าว่า Concerta[®] ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาว ทำให้สามารถรับประทานเพียงวันละ 1 ครั้งในตอนเช้า โดยการรับประทานยานชนิดนี้ต้องกลืนยาทั้งเม็ด ห้ามหัก บด หรือ เคี้ยวเม็ดยา และไม่ควรให้รับประทานเวลาอื่นเพราะยาออกฤทธิ์ยาวถึง 12 ชั่วโมง ซึ่งจะมีอาการข้างเคียงทำให้นอนไม่หลับ โดยยาทั้งสองตัวได้รับการอนุมัติโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาสำหรับใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุมากกว่าเท่ากับ 6 ปี ทั้งนี้การใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีจะต้องอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันแนวทางการรักษาในประเทศสหราชอาณาจักรได้ระบุว่าสามารถใช้ยาดังกล่าวได้ในเด็กตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป⁽¹²⁾ สำหรับในประเทศไทย Ritalin[®] เป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยทั้งสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเข้าถึงยาได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มกระตุ้นสมองหรือประสาทส่วนกลางที่ใช้รักษาสมาธิสั้นในเด็กอีกตัวที่เป็นที่นิยม คือ ยา Atomoxetine หรือชื่อการค้าว่า Strattera[®] ยาตัวนี้จัดเป็นยาที่มีประสิทธิภาพดี และได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปเช่นกัน โดยเป็นยาที่มักจะถูกใช้ในกรณีที่ใช้ยา Methylphenidate แล้วไม่ได้ผล หรือ ไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยา Methylphenidate ได้⁽¹²⁾

การใช้ยา Methylphenidate

ข้อดีของการใช้ยา Methylphenidate

ยา Methylphenidate เป็นยาที่ใช้กันมาเป็นเวลานานกว่า 60 ปีแล้วและมีข้อมูลการศึกษายืนยันว่ามีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก โดยเป็นยาตัวแรกที่ควรใช้^(11, 12) นอกจากนี้ยังพบว่ายารักษาสมาธิสั้นช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดในอนาคต⁽¹³⁻¹⁵⁾ โดยยายังสามารถช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการเรียนได้เล็กน้อย⁽¹⁶⁾ ดังนั้นหากผู้ปกครองหวังผลเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการเรียนจากการใช้ยาจะต้องทำควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายๆ ด้าน รวมถึง การสนับสนุนทางด้านการเรียนทั้งโดยผู้ปกครองและคุณครู

อาการข้างเคียงจากการใช้ยา Methylphenidate⁽¹⁷⁾

อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ วิดกกังวล น้ำหนักลด ปวดท้อง ทั้งนี้พบว่าร้อยละ 7.3 ของผู้ป่วยที่ใช้ยา Methylphenidate หยุดยาเนื่องจากอาการข้างเคียง⁽¹⁸⁾ ดังนั้นในการใช้ยาแพทย์จึงต้องทำการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงติดตามความสูงและน้ำหนักเป็นระยะระยะ อย่างไรก็ตามการติดตามจากการศึกษาพบว่าการเป็นโรคสมาธิสั้น หรือยาที่ใช้ในการรักษาสมาธิสั้น ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อความสูงสุดท้ายตอนเป็นผู้ใหญ่ กล่าวคือไม่ได้ทำให้เตี้ยกว่าปกติ⁽¹⁹⁾

ข้อห้ามใช้ และ ข้อควรระวังจากการใช้ยา Methylphenidate⁽¹⁷⁾

1. ห้ามใช้ร่วมกับยารักษาอาการซึมเศร้าในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitor
2. ห้ามใช้ในผู้ที่ เป็นโรคหัวใจ
3. ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติครอบครัวของการเสียชีวิตเฉียบพลันไม่ทราบสาเหตุ
4. ควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้ที่มีอาการชัก
5. ห้ามร่วมรับประทานร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สิ่งที่ควรรู้เมื่อตัดสินใจในการรักษาด้วยยา Methylphenidate

การรักษาด้วยยาควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันของแพทย์ ผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น โดยมีการพิจารณาถึง ข้อดี ข้อเสีย อาการข้างเคียง อย่างรอบด้าน โดยแพทย์จะมีการนัดติดตามประเมินผลการรักษาผลข้างเคียง ตลอดจนติดตามน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กเป็นระยะๆ⁽⁵⁾

ในการรักษาด้วยยาควรอธิบายให้เด็กเข้าใจถึงความสำคัญของยา และมีทัศนคติที่ดีในการรับประทานยา โดยไม่ควรขู่เด็ก หรือหลอกเด็กว่าเป็นยาแก้ไอ/ยาแก้ปวด รวมถึงไม่ควรหลอกว่าเป็นวิตามิน

หรือยารักษาโรคอื่นๆ แต่ควรพูดคุยกับเด็กให้รับรู้และเข้าใจว่ายาจะช่วยให้เค้ามีสมาธิได้ดีขึ้น ทำงานได้ดีขึ้น

ถ้าลืมนับประทานยาในมือใดไม่ต้องรับประทานชดเชย ให้ผ่านไปและรับประทานตามปกติในครั้งต่อไป (17)

จะต้องรับประทานยารักษาสมาธิสั้นไปถึงเมื่อไหร่ (5)

เด็กสมาธิสั้นควรได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องติดต่อกันจนสามารถควบคุมตนเองได้ดีพอ การหยุดยาควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันของแพทย์ ผู้ปกครองและ เด็ก โดยการหยุดยาควรทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ว่ายาไม่มีความจำเป็นแล้ว เช่น เด็กสามารถควบคุมตนเองได้ไม่แตกต่างกันระหว่างช่วงที่ได้รับยาและไม่ได้รับยา รวมถึงเมื่อชั่งน้ำหนักถึงข้อดีข้อเสียของการใช้ยาแล้วพบว่าการหยุดยาจะมีผลดีกว่าการใช้ยาต่อไป

การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวเพียงพอแล้วหรือไม่

หลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันพบว่าการรักษาสมาธิสั้นที่ได้ผลดีควรทำแบบผสมผสานทั้งการปรับพฤติกรรม รวมถึงการช่วยเหลือด้านการเรียน การช่วยเหลือด้านจิตใจ และการใช้ยา ซึ่งจะให้ผลดีมากกว่าการใช้ยาอย่างเดียวหรือการปรับพฤติกรรมอย่างเดียว อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาอย่างเดียวหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเดียวก็ให้ผลที่ดีกว่าการไม่รักษาใดๆ เลย (10)

สิ่งที่พ่อแม่ควรรู้ (5)

นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว พ่อแม่ต้องพยายามทำความเข้าใจว่า อาการของโรคสมาธิสั้นเกิดจากความบกพร่องของสมองไม่ได้เกิดจากความตั้งใจที่จะแกล้งหรือก่อกวนผู้อื่น หรือ ไม่ได้เกิดจากความเกียจคร้านของเด็ก ทั้งนี้พ่อแม่ควรยอมรับในตัวตนของลูก ไม่มีใครชอบโดนตำหนิ หรือถูกทำโทษเป็นประจำ พ่อแม่ควรให้ความเมตตา ให้กำลังใจ ให้โอกาส ชื่นชมเมื่อลูกทำได้ดี และ ช่วยปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยให้เด็กสมาธิสั้นสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น เช่น กำหนดกิจวัตรประจำวันให้เป็นระเบียบแบบแผน จัดหาที่สงบไม่รบกวนสมาธิ ลดสิ่งเร้า ให้เด็กขณะทำการบ้าน แบ่งงานให้ทำที่ละน้อยและคอยกำกับให้ทำจนสำเร็จ รวมถึงประสานงานกับทางโรงเรียนเพื่อให้การช่วยเหลือเด็กทั้งในด้าน การเรียนและการปรับตัวที่โรงเรียน มองหาจุดเด่นของลูกและสนับสนุนให้ลูกได้แสดงความสามารถเพื่อจะได้มีความภูมิใจในตนเอง สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยประคับประคองให้เด็กสมาธิสั้นเติบโตขึ้นมาอย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิลก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, ชันวรจันท์ บุรณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2013;21(2):66-75.
2. 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.
3. Barkley RA. International consensus statement on AD/HD, January 2002, signed by over 70 leading scientists. *Clinical Child Family Psychology Review*. 2002;5:89-111.
4. Krain AL, Castellanos FX. Brain development and ADHD. *Clin Psychol Rev* 2006;26:433-44.
5. วิฐารณ บุญสิทธิ. โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและการรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2555;57(4):373-86.
6. 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(2):188-210.
7. Nigg J. Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(2):215-28.
8. Celebrity with ADD/ADHD [Available from: <https://www.webmd.com/add-adhd/ss/slideshow-celebrities-add-adhd>.
9. Maroon 5's Adam Levine: "ADHD Isn't a Bad Thing" [Available from: <https://www.additudemag.com/adam-levine-adhd-is-not-a-bad-thing-and-you-are-not-alone/>.
10. Catalá-López F, Hutton B, Núñez-Beltrán A, Page MJ, Ridao M, Macías Saint-Gerons D, et al. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials *PLoS One*. 2017;12(7):e0180355.
11. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):727-38.
12. National Institute for Health and care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management 2019 [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/chapter/Recommendations#information-and-support>.

13. Harstad E, Levy S. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Pediatrics*. 2014;134(1):e293-301.
14. Humphreys KL, Eng T, Lee SS. Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(7):740-9.
15. 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.
16. Kortekaas-Rijlaarsdam AF, Luman M, Sonuga-Barke E, Oosterlaan J. Does methylphenidate improve academic performance? A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2019;28(2):155-64.
17. Package leaflet: Information for the patient [Available from: <https://www.medicines.org.uk/emc/files/pil.8726.pdf>.
18. Storebø OJ, Pedersen N, Ramstad E, Kielsholm ML, Nielsen SS, Krogh HB, et al. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents – assessment of adverse events in non-randomised studies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5:CD012069.
19. Harstad EB, Weaver AL, Katusic S, Colligan RC, Kumar S, Chan E, et al. ADHD, Stimulant Treatment, and Growth: A Longitudinal Study. *Pediatrics*. 2014;134(4):e935-44.