

# การใช้ยารักษาสมาธิสั้น

## ADHD PHARMACOTHERAPY

นายแพทย์ทวีศักดิ์ ลีรัตนเรขา ... จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

### บทนำ

สมาธิสั้น (Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder – ADHD) เป็นความบกพร่องทางพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองในการควบคุมสมาธิและการจัดการพฤติกรรม ผู้ป่วยมักมีอาการไม่สามารถโฟกัสหรือมีสมาธิกับการทำกิจกรรมได้นาน รวมถึงความซุกซนมากกว่าปกติ และมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น

การรักษาสมาธิสั้นนั้นแบ่งออกเป็นหลายวิธี ซึ่งการใช้ยารักษาเป็นวิธีการหลักที่มีความสำคัญ สามารถช่วยลดอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยต่าง ๆ สนับสนุนถึงประสิทธิผลของยาในกลุ่มต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาโรคนี้

บทความนี้จะกล่าวถึงประเภทของยาที่ใช้ในการรักษาสมาธิสั้น ผลการวิจัยที่สนับสนุน ผลข้างเคียงและข้อจำกัดของการใช้ยา การพิจารณาผลหรือหยุดยา รวมถึงคำแนะนำในการใช้ยา

### ประเภทของยา

ยาที่ใช้ในการรักษาสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ตามกลไกการออกฤทธิ์ของยา ดังนี้

#### 1. ยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (Stimulants)

เป็นกลุ่มยารักษาสมาธิสั้นที่ได้รับการยอมรับ และใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก ยาที่นิยมใช้ในกลุ่มนี้ได้แก่ Methylphenidate (เช่น Ritalin) และ Amphetamine (เช่น Adderall) สำหรับในประเทศไทย มีการใช้เฉพาะยา Methylphenidate เท่านั้น ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อถัดไป

กลไกการทำงานของยาในกลุ่มนี้คือการเพิ่มระดับสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ นอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) และโดปามีน (dopamine) ซึ่งมีบทบาทในการควบคุมความสนใจและการทำงานของสมองส่วนหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมพฤติกรรม

งานวิจัยทางคลินิกพบว่า ยาในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพสูงในการลดอาการของสมาธิสั้น ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดย Faraone และคณะ (2002) ได้ทำการศึกษาพบว่ายากระตุ้นสามารถลดอาการได้ถึง ร้อยละ 70 ในผู้ป่วยเด็ก และร้อยละ 50 ในผู้ใหญ่ นอกจากนี้ ยังพบว่ายาในกลุ่มนี้สามารถช่วยเพิ่มสมาธิ การควบคุมตนเอง และลดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นได้อย่างชัดเจน

#### 2. ยาที่ไม่ใช่ยากระตุ้น (Non-stimulants)

ยาที่ไม่ใช่ยากระตุ้นเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาสมาธิสั้น โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง หรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา ยามีกลไกการทำงานที่แตกต่างออกไปจากยาในกลุ่มกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ยาที่นิยมใช้ในกลุ่มนี้ได้แก่ Atomoxetine (Strattera) และ Guanfacine (Intuniv)

ยา Atomoxetine ทำงานโดยการเพิ่มระดับนอร์เอพิเนฟรินในสมอง งานวิจัยของ Michelson และคณะ (2001) พบว่ายานี้มีประสิทธิภาพในการลดอาการของสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการร่วม เช่น ความวิตกกังวล หรือปัญหาการนอนหลับ นอกจากนี้ ยากลุ่มนี้ยังมีข้อดีที่ไม่ส่งผลกระทบต่ออาการนอนหลับ และความอยากอาหารเท่ากับยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ยา Strattera เป็นยาที่เคยนำมาใช้ในประเทศไทย แต่ปัจจุบันยกเลิกการจำหน่ายไปแล้ว ส่วนยา Guanfacine ยา Intuniv เป็นยาที่อยู่ในกระบวนการเพื่อนำมาใช้ในประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม การใช้ยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ช่วยลดอาการของสมาธิสั้นในระยะยาวเท่าที่ควร งานวิจัยหลายชิ้น เช่น The MTA Cooperative Group (1999) พบว่า การทำพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) ควบคู่กับการใช้ยารักษาสมาธิสั้นสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาได้ดียิ่งขึ้น พฤติกรรมบำบัดช่วยเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการของตนเองได้ดีขึ้น ในขณะที่ยาช่วยลดความรุนแรงของอาการได้

## ยาเมทิลเฟนิเดต (Methylphenidate)

ยา “เมทิลเฟนิเดต” (Methylphenidate) เป็นยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นได้ประสิทธิภาพดี จัดเป็นยากลุ่มกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง หรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งมีบทบาทในการเพิ่มระดับของสารสื่อประสาทในสมอง ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นสามารถมีสมาธิที่ดีขึ้น และควบคุมพฤติกรรมได้มากขึ้น

ยา Methylphenidate มีหลายรูปแบบ ซึ่งสามารถแบ่งตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ได้เป็น 3 ประเภทหลัก ดังนี้

### 1. ยา Methylphenidate แบบออกฤทธิ์สั้น (Immediate Release – IR)

ยาในกลุ่มนี้มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 3-4 ชั่วโมง โดยยามักออกฤทธิ์ภายใน 30-60 นาที ผู้ป่วยที่ใช้ยานี้ต้องรับประทาน 2-3 ครั้งต่อวัน เพื่อให้ได้ผลการรักษาตลอดทั้งวัน เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการควบคุมอาการในระยะเวลานั้น ๆ เช่น ระหว่างการเรียนหรือการทำงาน

ยาในกลุ่มนี้ที่นำมาใช้ในประเทศไทย คือ Ritalin, Rubifen และ Methylphenidate GPO ซึ่งทั้งหมดมีขนาดความแรงเดี่ยว คือ 10 มิลลิกรัม

### 2. ยา Methylphenidate แบบออกฤทธิ์ยาว (Extended Release – ER)

ยาในกลุ่มนี้มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 8-12 ชั่วโมง โดยได้รับการออกแบบให้ปล่อยตัวยาวอย่างช้า ๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาเพียงครั้งเดียวในตอนเช้าและมีผลการรักษาตลอดทั้งวัน เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการควบคุมอาการตลอดทั้งวัน เช่น ในกรณีที่ม่กิจกรรมทั้งในช่วงเช้าและบ่าย

ยาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ตามวิธีการกระจายยา คือ Methylphenidate-SODAS (spheroidal oral drug absorption) และ Methylphenidate-OROS (osmotic-release oral system)

ยาในกลุ่ม Methylphenidate-SODAS มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 8 ชั่วโมง ที่นำมาใช้ในประเทศไทย คือ Ritalin LA ซึ่งมีขนาดความแรงเดี่ยว คือ 20 มิลลิกรัม

ยาในกลุ่ม Methylphenidate-OROS มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 12 ชั่วโมง ที่นำมาใช้ในประเทศไทย คือ Concerta ซึ่งมีหลายขนาดความแรง คือ 18, 27, 36, 54 มิลลิกรัม และยา Methylphenidate-Sandoz ซึ่งมี 2 ขนาดความแรง คือ 18, 36 มิลลิกรัม

### 3. ยา Methylphenidate แบบออกฤทธิ์ระยะกลาง (Intermediate Release)

ยาในกลุ่มนี้มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 6-8 ชั่วโมง เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการควบคุมอาการมากกว่าครึ่งวัน แต่ไม่สะดวกในการรับประทานยาเพิ่มเติมช่วงกลางวัน เช่น ผู้ป่วยที่มีกิจกรรมหนักในช่วงเช้าหรือบ่าย ยาในกลุ่มนี้ เช่น Ritalin SR แต่ไม่ได้นำมาใช้ในประเทศไทย

ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างประเภทของ ยา Methylphenidate คือ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ และความถี่ในการรับประทานยา ยาแบบออกฤทธิ์สั้นจะให้ผลเร็วแต่ต้องรับประทานบ่อยครั้ง ส่วนยาแบบออกฤทธิ์ยาวจะให้ผลยาวนานและสะดวกกว่าเนื่องจากสามารถรับประทานเพียงครั้งเดียวต่อวัน

นอกจากนี้ การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยแต่ละคนอาจแตกต่างกัน บางคนอาจตอบสนองดีต่อยาแบบออกฤทธิ์สั้น แต่บางคนอาจต้องใช้ยาแบบออกฤทธิ์ยาวเพื่อควบคุมอาการตลอดทั้งวัน ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้ทำการประเมินเพื่อเลือกยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

### ผลข้างเคียงและข้อจำกัดของการใช้ยา

แม้ว่ายาโรคสมาธิสั้นจะมีประสิทธิผลดี แต่ก็ยังมีผลข้างเคียงที่ควรระมัดระวังเช่นเดียวกัน ยากลุ่มกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางมีผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และใจสั่น ในขณะที่ยากลุ่มที่ไม่ใช่ยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ความง่วงนอน ปากแห้ง และความดันโลหิตสูง

ผลข้างเคียงของยาชนิดเดียวกัน ก็อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และขึ้นอยู่กับปริมาณยาที่ใช้ เช่น เมื่อใช้ยาขนาดสูงขึ้นอาจทำให้เบื่ออาหารมากขึ้น ในขณะที่บางคนไม่มีอาการเบื่ออาหารเลย

นอกจากนี้ การตอบสนองต่อยาก็มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้แต่ละรายมีการใช้ชนิดยาที่แตกต่างกัน ขนาดยาและวิธีการใช้ยาก็แตกต่างกันด้วย แพทย์จึงต้องประเมินและปรับเปลี่ยนยาเพื่อหาการรักษาที่เหมาะสมที่สุด มีประสิทธิภาพสูงสุด

### การพิจารณาลดหรือหยุดยา

แพทย์จะติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินผลการตอบสนองต่อยา และจะเริ่มพิจารณาลดหรือหยุดยาในกรณีดังต่อไปนี้

1. เมื่อพบว่าไม่มีอาการใด ๆ มานานกว่าหนึ่งปี ขณะใช้ยา
2. มีอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ แต่ขนาดยาที่ใช้ยังคงเท่าเดิม แม้ว่าน้ำหนักตัวจะขึ้นมากมาก็ตาม
3. ยังคงมีพฤติกรรมที่เหมาะสม แม้ว่าจะพลาดยาไปหนึ่งหรือสองมื้อ
4. พัฒนาความสามารถในการคงสมาธิได้ด้วยวิธีการอื่น ๆ เพิ่มเติม

### คำแนะนำในการใช้ยา

1. ใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ ห้ามปรับเปลี่ยนปริมาณยาเอง เนื่องจากการใช้ยาเกินขนาดอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง ในขณะที่การใช้ยานานเกินไปก็ไม่เห็นผลในการรักษา

2. ควรรับประทานยาตอนเช้า เพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงที่ทำให้นอนไม่หลับ ไม่ควรรับประทานยาในช่วงที่เหลือระยะเวลาการออกฤทธิ์ยาวกว่าเวลาที่จะเข้านอนปกติ
3. ติดตามผลการรักษา โดยพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินผลการตอบสนองต่อยา ปรับขนาดยา และตรวจสอบผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
4. หลีกเลี่ยงการหยุดยาเอง การหยุดยาอย่างฉับพลันอาจทำให้เกิดอาการถอนยา เช่น หงุดหงิดหรืออ่อนเพลีย ดังนั้นการปรับหยุดยาควรทำภายใต้การดูแลของแพทย์
5. ไม่ควรหยุดยาในช่วงวันหยุดหรือปิดเทอม (Drug Holidays) ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนหรือแนะนำให้ใช้ยาในลักษณะเช่นนี้ ควรเลือกใช้เฉพาะเป็นรายกรณีตามความจำเป็น โดยพิจารณาจากประโยชน์และความเสี่ยง

## บทสรุป

การรักษาสมาธิสั้นด้วยยามีบทบาทสำคัญในการรักษาอาการของโรคโดยตรง โดยเฉพาะการใช้ยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีผลการศึกษานับพันประสิทธิภาพของยาอย่างชัดเจน โดยมียาหลายรูปแบบที่สามารถเลือกใช้ตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากมีผลข้างเคียงที่ต้องระมัดระวัง และความแตกต่างของการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยแต่ละคน หากผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และได้รับการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

การทำพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) ร่วมกับการรักษาด้วยยา เป็นทางเลือกที่ช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและส่งผลดีในระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2565). **คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มปัญหาการเรียน.** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

Faraone, s. v., Biederman, j., Spencer, t., & Mick, e. (2002). efficacy of stimulants in adult ADHD: a meta-analysis of controlled trials. **J Clin Psychiatry**, 63(12), 1094-102.

Greenhill, L. L., et al. (2002). Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, 41(2), 26S-49S.

Michelson, D., Faries, D., Wernicke, J., et al. (2001). Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with ADHD: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. **Pediatrics**, 108(5), e83.

Swanson, J. M., et al. (2001). Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, 40(2), 168-79.

The MTA cooperative group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. **Arch Gen Psychiatry**, 56(12), 1073-86.

บทความทั้งหมดยินดีให้นำไป เผยแพร่เพื่อความรู้ได้ โดยกรุณาอ้างอิงแหล่งที่มา



ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2567). การใช้ยารักษาสมาธิสั้น. จาก

<https://www.happyhomeclinic.com/adhd03-pharmacotherapy.html>

(บทความต้นฉบับ กันยายน 2567)