



ร าย ง า น ผู้ ป ่วย การวินิจฉัยแยก ADHD และ Bipolar Disorder : รายงานผู้ป่วย 2 ราย

ศุภรัตน์ เอกอัครวิน, พ.บ.*

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยเด็ก 2 ราย ที่มีพฤติกรรมเข้าได้กับโรค ADHD รายแรกได้รับการวินิจฉัย attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) หลังให้การรักษาด้วย methylphenidate ยังคงมีพฤติกรรมปัญหาหนักและเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยของ Bipolar Disorder เมื่อปรับขนาดยาในขนาดที่ครอบคลุมได้ทั้งวัน ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาดีขึ้นอย่างชัดเจน การตอบสนองต่อ methylphenidate ที่ครอบคลุมได้ทั้งวันของผู้ป่วยรายนี้ แสดงให้เห็นว่าปัญหาอารมณ์ไม่ดีขึ้นในบางช่วงนั้น เป็นผลที่เกิดจากการ rebound ของ methylphenidate มากกว่าเป็นอาการของ Bipolar Disorder ส่วนในรายที่สอง เป็น Bipolar Disorder ในเด็กเล็กที่แสดงอาการเริ่มต้นคล้าย ADHD การติดตามอาการและคำนึงถึงภาวะความคล้อยคลึงนี้ช่วยในการวินิจฉัย การวินิจฉัยแยกโรคทั้งสองและภาวะrebound ของ methylphenidate ได้มีการทบทวนในประเด็นสำคัญเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

คำสำคัญ : การวินิจฉัย , Bipolar Disorder, ADHD, rebound, methylphenidate

*สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์



Differential diagnosis between Bipolar Disorder and ADHD : 2 case reports

Suparat Ekasawin, M.D.*

Abstract

Two cases of children with behavioral problems corresponding to attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) were reported. The first child diagnosed ADHD was initially treated with methylphenidate. Yet his behaviors were still problems and met Bipolar Disorder criteria. Better response appeared after medications were administered cover through the evening. Emotional out-burst in the evening was resulted from rebound effect of methylphenidate. The second child was diagnosed Bipolar Disorder in prepuberty. Leading manifestation was similar to ADHD. Being cautious and close follow-up were two crucial issues in making valid diagnosis. Review of both conditions and rebound effect of methylphenidate were discussed.

Key words : diagnosis, ADHD, Bipolar Disorder, rebound , methylphenidate

*Institute of Child and Adolescent Mental Health Center

บทนำ

จิตแพทย์เด็กส่วนมากมักพบว่าการวินิจฉัย attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) ให้ได้แม่นยำเป็นเรื่องยาก ทั้งที่เป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อย โดยมีอัตราชุกประมาณ 1-2%¹ เด็กที่มี ADHD จะอยู่ไม่นิ่งและรบกวนผู้อื่น พฤติกรรมก้าวร้าวต่อต้าน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)² ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัย ADHD เน้นอาการหลัก 3 ประการ ได้แก่ inattention impulsivity และ hyperactivity โดยต้องมีอาการ inattention และ/หรือ hyperactivity-impulsivity 6 ข้อขึ้นไป และมีอาการนั้นต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งนี้อาการดังกล่าวต้องส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก และแบ่ง ADHD ออกเป็น 3 subtype กล่าวคือ ADHD, combined type with symptoms of inattention, hyperactivity และ impulsivity; ADHD, predominantly inattentive type, with symptoms of inattention only; ADHD, predominantly hyperactive-impulsive type with symptoms of hyperactivity and impulsivity but not inattention เกณฑ์การวินิจฉัย ADHD และการแบ่ง subtype มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตลอดมา ส่งผลให้การวินิจฉัย ADHD ให้แม่นยำกระทำได้ยาก ยิ่งกว่านั้นอาการของ ADHD ยังคล้ายคลึงกับโรคทางจิตเวชเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมอื่นๆ³ เช่น conduct disorder oppositional defiant disorder anxiety disorder หรือ mood disorder โดยเฉพาะ Bipolar Disorder

Bipolar Disorder หรือ manic depressive illness เป็น mood disorder ที่มีลักษณะอาการสลับระหว่าง major depression และ manic state (bipolar I) หรือ hypomanic state (bipolar II)⁴ อาการแสดงของ Bipolar Disorder มักพบในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น⁵ แต่ผู้ป่วยด้วยโรคนี้ร้อยละ 59 รายงานว่าอาการเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก⁶ พบมีรายงานเด็กอายุเจ็ดปีที่มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยของ Bipolar Disorder⁷ อัตราชุกตลอด

ชีวิตของ ในวัยผู้ใหญ่ ที่รายงานจากการศึกษา Epidemiologic Catchment Area (ECA) survey ในอเมริกา ประมาณร้อยละ 0.6 ถึง 1.1⁷ ส่วนในการศึกษาเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นพบอัตราชุกใกล้เคียงกัน ร้อยละ 1-2⁸ ตั้งแต่ปี 1980 เกณฑ์การวินิจฉัย Bipolar Disorder ในเด็กใช้เกณฑ์เดียวกับผู้ใหญ่ โดยต้องมีอาการ mania หรือภาวะซึมเศร้าต่อเนื่องอย่างน้อยหนึ่งสัปดาห์ ทั้งนี้อาการของ mania ในเด็กและวัยรุ่นยังพบความแตกต่างไปจากผู้ใหญ่ในประการต่อไปนี้ กล่าวคือ ในเด็กนั้น จะพบอาการอารมณ์หงุดหงิดง่าย อาละวาด มากกว่าอารมณ์ดีที่พบบนผู้ใหญ่ และเมื่ออยู่ในภาวะซึมเศร้าจะพบอาการแสดงทางกายเช่นปวดหัว ปวดกล้ามเนื้อ ปวดท้อง ทำให้ขาดเรียนบ่อย คะแนนเรียนตกต่ำ แยกตัว ใจน้อย โดยในวัยเด็กเล็กจะพบพฤติกรรมสมาธิสั้น ขุนเฉียว กระสับกระส่ายเอาแต่ใจ อาละวาด เด็กโตจะพบพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง วุ่นวาย เล่น โลก โพนเสียงอันตราย นอนยาก พุดมาก inflated self-esteem หรือ grandiosity และมี inappropriate หรือ precocious sexual behavior มีปัญหาการเรียน flight of ideas วอกแวก มีกิจกรรมมาก กล่าวโดยสรุปกลุ่มอาการที่พบมากถึงร้อยละ 91⁴ ได้แก่ grandiosity suicidal gesture irritability decreased attention span flight of ideas จะเห็นว่าอาการ Bipolar Disorder คล้ายคลึงกับ ADHD โดยเฉพาะลักษณะ distractibility impulsivity และ emotional lability⁹ อีกทั้งยังมีความคล้ายคลึงในแง่ของการสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมด้วย¹⁰

ข้อสังเกตที่จะช่วยแยกโรค¹¹ คือเด็ก ADHD จะอยู่ไม่นิ่งเกือบทั้งวัน ในขณะที่เด็ก Bipolar Disorder นั้นจะมีอาการนำของอารมณ์โกรธพลุ่งพล่าน เปลี่ยนแปลงง่าย thought content มีลักษณะ grandiosity เป็นพักๆ ไม่ต่อเนื่องและเด็ก ADHD นั้นแม้ว่าจะรู้ความควบคุมอารมณ์ไม่ได้ชั่วขณะแต่จะรู้สึกผิด เสียใจหลังเหตุการณ์นั้นๆ ในขณะที่เด็ก Bipolar Disorder ชอบที่จะมีพฤติกรรมเร่าใจด้วยการกระทำ โลก โพนเสียงต่อ

อันตรายและไม่คำนึงถึงความเดือดร้อนของผู้อื่น และเกณฑ์การวินิจฉัย ADHD นั้นอาการจะต้องเกิดก่อนอายุ 7 ปี² โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมี psychotic symptoms จะช่วยแยกโรคได้โดยพบใน acute bipolar episode¹² ในส่วนของอาการ rebound จาก methylphenidate นั้น¹³ มักพบ excitability, moodiness, hyperactivity, talkativeness, irritability และ insomnia ซึ่งคล้ายคลึงมากกับอาการ ADHD หรือ Bipolar Disorder แต่ภาวะ rebound มักแสดงอาการหลังได้รับยาขนาดสูงสุดท้ายไปแล้วประมาณ 5-15 ชั่วโมง เมื่อยา stimulant ใกล้เคียงหมดฤทธิ์และมักเกิดในเวลาเดิมทุกวัน

จิตแพทย์ที่พบเด็กและวัยรุ่นมาด้วยอาการคล้าย ADHD และมีปัญหาอารมณ์รุนแรงร่วมด้วย ควรคำนึงถึงโรค Bipolar Disorder โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยกลุ่มโรคเดียวกันและประวัติการตอบสนองต่อยาที่รักษา³ ความสำคัญที่จิตแพทย์จำเป็นต้องให้การวินิจฉัย แยกโรคให้ได้แต่เนิ่นๆ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาพฤติกรรมของเด็กก็ได้รับการช่วยเหลือล่าช้า โดยทั่วไปเด็ก ADHD ส่วนใหญ่ตอบสนองต่อยา stimulant ดีแต่คงมีเด็ก ADHD 10-15% ที่ไม่เป็นเช่นนั้น¹³ ฉะนั้นในการดูแลเด็กที่มีอาการทางคลินิกแยกได้ยาก ต้องคำนึงถึงกรณีต่อไปนี้ได้แก่ อาจเป็น ADHD ที่ไม่ตอบสนองต่อยา stimulant หรือการได้รับยาต่ำกว่าระดับการรักษาหรือได้รับยาไม่สม่ำเสมอหรือ rebound effect จาก methylphenidate หรือ ขาด psychosocial intervention หรือจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยหรือ Bipolar Disorder การวินิจฉัยได้ถูกต้องจำเป็นต้องประเมินปัจจัยของเด็กอย่างรอบด้าน

รายงานผู้ป่วยรายที่ 1

เด็กหญิงอายุ 9 ปีมีปัญหาพฤติกรรมตั้งแต่อายุ 3 ปี ก้าวร้าว คือ รื่น วอกแวกง่าย อยู่ไม่นิ่ง รอคอยลำบาก ใจร้อนมาก ของหายเป็นประจำ รังแกสัตว์ ทะเลาะวิวาททั้งที่บ้านและโรงเรียน ไม่เคารพพ่อแม่หรือครู ไม่

มีเพื่อน มีวิธีการเล่นต่างๆที่ทำให้คนอื่นเดือดร้อน เช่น หยอคน้ำแข็งก้อนใส่หน้าต่างรถครูที่เปิดไว้ระบายอากาศ ประวัติการคลอดปกติ แม่ให้ประวัติคืนแรง ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ คลานได้ตั้งแต่อายุ 6 เดือน เดินได้เมื่ออายุ 11 เดือน เคลื่อนไหวเร็วมากจนเกิดอุบัติเหตุบ่อย ตั้งแต่เด็ก แพทย์ให้การวินิจฉัย ADHD เมื่อเด็กอายุ 3 ปี ให้การรักษาด้วย parental skill training เพื่อควบคุมพฤติกรรมของเด็กซึ่งมักรบกวนเพื่อนและพี่น้อง เมื่อเด็กอายุ 5 ปี แพทย์เริ่มให้ methylphenidate 5 mg เช้าและกลางวันพบว่าเด็กมีอาการดีขึ้นช่วงเช้าและกลางวัน แต่พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง หงุดหงิด ใช้คำหยาบเมื่อถูกขัดใจ ก้าวร้าว ไม่สามารถทำการบ้านให้เสร็จปรากฏในเวลาเย็น พ่อแม่ให้ยาเด็กอยู่ 4 เดือน จึงหยุดยาเองเข้าใจว่ายาไม่ได้ช่วยให้พฤติกรรมดีขึ้น กลับใช้ชีวิตลงโทษด้วยการตีแทน เมื่อเด็กอายุ 6 ปี ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น เริ่มแสดงอาการฮึดฮัดเมื่อพ่อแม่หรือครูจะลงโทษ พ่อแม่จึงพาไปพบจิตแพทย์คนที่สองแพทย์เปลี่ยนการรักษาให้ methylphenidate 5 mg เช้าและกลางวัน ร่วมกับ clonidine 0.15 mg ตอนเช้าพบว่าพฤติกรรมปัญหาต่างๆลดลงมาก แต่ปัญหาอารมณ์หงุดหงิด โกรธ ซึม รู้สึกผิดเมื่อตำว่าพ่อแม่แล้วถูกตำหนิว่า "อกตัญญู" แพทย์คิดถึง Bipolar Disorder จึงได้งดยาทุกตัว ให้ lithium 150 mg/d ผู้ปกครองรายงานว่ายังคงเล่นแกล้งๆ มีรอยข้าเขียวบ่อยๆ โดยเด็กเองไม่รู้ว่าเกิดจากอะไร เล่นแรง ทะเลาะกับพี่น้อง จนถูกลงโทษเป็นประจำ ช่วงนี้ครูรายงานว่าเด็กร่วมมือในการเรียนน้อย งานค้างมาก ไม่อยากไปโรงเรียน มักหนีออกจากโรงเรียนไปเล่นเกมจนได้เวลาโรงเรียนเลิกก็จะกลับบ้าน รับประทานยา lithium ในขนาดเดิมนาน 2 เดือน พฤติกรรมปัญหายังรุนแรงจนทางโรงเรียนเชิญให้ออก แพทย์จึงได้ขอปรึกษามายังสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเพื่อขอให้ช่วยประเมินและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

จากการประเมินพบว่าเป็นเด็กชาย น้าหนัก 30 กก. สุขภาพร่างกายปกติ แต่งกายในชุดนักเรียน มีรอยแผลเป็นที่แขนขาหลายแห่ง พบร่องรอยการกัดเล็บ ทั้งมือและเท้า ตรวจสภาพจิต เด็กนั่งขยับตัวไปมา ลูกเดินขณะพูดคุยกับแพทย์และสื่อสารตรงประเด็น แต่เปลี่ยนหัวข้อสนทนาไปยังสิ่งของในห้องตรวจบ่อย สบตาบ่อย ไม่พบ grandiosity หรือ euphoria มี attention ลื่น เด็กเล่าว่า “เวลาเรียน อยากยกเก้าอี้เคาะโต๊ะ” หยุดตัวเองไม่ได้ รู้ว่าครูไม่ชอบ ทำให้เพื่อนชอบล้อว่า “ไอ้ไฮเปอร์” ยอมรับว่าหงุดหงิด มักอดทนต่อการล้อเลียน ไม่ได้ หลังชกต่อยหรือหลังจากถูกครูตำหนิจะเสียใจ คิดว่าตนเองเป็นเด็กไม่ดี ยังคงรับประทานอาหารปกติ นอนหลับปกติ วัด IQ เท่ากับ 121 EEG ปกติ จากการซักประวัติผู้ปกครองและครูที่โรงเรียนพบว่าพฤติกรรม ปัญหาที่กล่าวแล้วข้างต้นตั้งแต่เด็กนั้นพบตลอดทั้งวัน โดยอาการลดน้อยลงช่วงที่ให้ยา methylphenidate แต่ปัญหาชกต่อยกับเพื่อน ในช่วงนั้นมักเกิดขณะรอ ผู้ปกครองมารับ หลังจากเปลี่ยนยาเป็น lithium การวอกแวกง่ายกลับมาอีกประกอบกับเด็กไม่ร่วมมือในการกินยา อ้างว่าคลื่นไส้ อาเจียน แพทย์ผู้รายงานให้การวินิจฉัย ADHD with rebound effect จึงหยุด lithium และเริ่มให้ methylphenidate 10 mg เช้า- กลางวัน และ 5 mg เย็นเพื่อป้องกันภาวะ rebound นอกจากการรักษา ด้วยยาแล้ว ได้กระตุ้นให้พ่อแม่และพี่เลี้ยงเข้ารับการอบรมและฝึกทักษะในกลุ่ม parental skill training เป็นเวลาต่อเนื่องประมาณ 6 สัปดาห์ โดยเน้นที่การควบคุม เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมให้เด็ก ประกอบกับเน้นให้พ่อแม่ตั้งกฎวินัยที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม พบว่าพฤติกรรมเริ่มเปลี่ยนแปลงในสัปดาห์ที่สอง โดยทั้งที่บ้านและโรงเรียน ในการประชุมร่วมของครอบครัว โรงเรียน และแพทย์เมื่อทานยาได้ 4 สัปดาห์ พบว่าทุกฝ่ายให้ผลการสังเกตที่ตรงกันถึงอาการที่ดีขึ้นของเด็ก ทั้งเรื่องอารมณ์ขึ้นลง โกรธง่าย อยู่ไม่นิ่งและความรับผิดชอบในการเรียน

รายงานผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 10 ปี น้าหนัก 38 กก. มาด้วยปัญหาพฤติกรรมคล้ายเด็กคนแรก โดยพ่อแม่เริ่มสังเกตได้ตั้งแต่อายุ 7 ปี เด็กได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กว่าเป็น ADHD และให้ methylphenidate 15 mg/d แบ่งให้เช้าและเที่ยง ครูรายงานว่าพฤติกรรมในชั้นเรียนดีขึ้นเล็กน้อย 6 เดือน ต่อมาเด็กหงุดหงิดง่าย แสดงอาการโกรธรุนแรงเช่น ขว้างกระเป๋านักเรียนใส่เพื่อนที่แข่งกินอาหาร หรือกำหมัดจะต่อยครูเมื่อถูกตำหนิไม่ส่งงาน พบแผ่น VCD หนึ่งใบและพกมีดทำกรัมาโรงเรียน อ้างว่าเพื่อนรุ่นพี่จะทำร้าย จึงพาเด็กมาสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ตรวจเพิ่มเติม ไม่พบว่ามีเสียงแว่ว ประวัติดูรอบคร้วมีพ่อติดสุราเปลี่ยนงานบ่อยแม่เล่าว่าพ่อกับพุดถึงความตั้งใจที่จะดำเนินธุรกิจร้อยล้านต่างๆที่ไม่เคยทำธุรกิจเล็กๆสำเร็จ ทุกวันนี้ยังต้องจุนเจือเงินให้เลี้ยงดูครอบครัว ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยใหม่ว่าเป็น Bipolar Disorder โดยให้การักษาแบบ acute phase of mania เริ่มให้ perphenazine 1 mg/d และ benztropine 2 mg/d เพื่อลดอาการ agitate และก้าวร้าวควบคุมตัวเองไม่ได้ เมื่อจิตใจเป็นเวลา 1 สัปดาห์ พบว่าอาการหวาดระแวงหายไป ความก้าวร้าวเมื่อถูกขัดใจน้อยลงมาก จึงเริ่มให้ lithium 150 mg/d เพิ่มเป็น 300 mg/d ในวันที่สาม และเพิ่มเป็น 450 mg/d ในวันที่ห้า ระหว่างนี้ขอเจาะหาระดับ lithium level ในเลือดแต่เด็กไม่ร่วมมือ จึงอาศัยการสังเกตผลข้างเคียงเกี่ยวกับ neurotoxicity เช่น muscular irritability และ hyperreflexia และ ataxia และ dysarthria ไม่พบผลข้างเคียงดังกล่าว เมื่อครบ 12 สัปดาห์ พบว่าพฤติกรรมปัญหา โดยเฉพาะเรื่องของอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วดีขึ้นมาก ไม่ปรากฏพฤติกรรมชกต่อยที่โรงเรียนเลย ไปโรงเรียนสม่ำเสมอ คงเหลือปัญหาผลการเรียนที่ยังต้องซ่อมบางวิชา

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายแรกนี้แม้ว่าอาการในช่วงแรก อาจเข้าได้กับอาการของโรคทางจิตเวชเด็กหลายโรคแต่การที่เริ่มมีพฤติกรรมปัญหาตั้งแต่อายุน้อย ทำให้คิดถึง ADHD และจิตแพทย์คนแรกเริ่มให้การรักษาด้วย psychosocial intervention โดยยังไม่เริ่มยา psychostimulant ซึ่งในเด็กอายุน้อยนั้นเป็นการดูแลที่เหมาะสม ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาใดๆแต่เน้นช่วยเหลือผู้ปกครองให้เกิดทักษะในการดูแลและควบคุมเด็ก (parental skill training)¹³ ช่วงที่เด็กโตขึ้นอาการของ ADHD ยิ่งชัดเจนและสร้างปัญหาทั้งที่บ้านและโรงเรียน การได้รับ methylphenidate ในระยะแรกช่วยลดอาการได้ดี เมื่อชกประวัติช่วงเวลาที่เกิดพฤติกรรมวุ่นวายให้ละเอียดแล้วพบว่าอาการจะมากเฉพาะในช่วงเย็น ในขั้นตอนนี้แพทย์เพียงแค่เพิ่มยาช่วงเย็นเพื่อคุมอาการก็เพียงพอแล้ว แต่ด้วยอาการซึมจากความรู้สึกลึกซึ้งและพฤติกรรมหงุดหงิด ก้าวร้าว ทำให้แยกได้ยากจาก Bipolar Disorder ซึ่งกรณีศึกษาของผู้ป่วยรายนี้ยังชี้ให้เห็นถึงความจำกัดของระบบการวินิจฉัยในปัจจุบันที่อิงอาการแสดงเป็นสำคัญ เมื่ออาการเข้าได้กับโรคใดก็ให้การวินิจฉัยโรคนั้น และแนวทางการรักษาจึงต้องสอดคล้องกับโรคที่ให้การวินิจฉัย ทั้งที่ควรให้การวินิจฉัยโดยอิง pathophysiology หรือสาเหตุของโรค การใช้ระบบการวินิจฉัยที่อิงอาการแสดงเช่น DSM ส่งผลกระทบต่อความเชื่อถือได้ของการวินิจฉัย จึงควรชกประวัติอาการที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงวันและข้อมูลจากหลายแหล่งเช่นการตรวจพิเศษทางจิตวิทยา การร่วมประเมินจากทางโรงเรียนและครอบครัว

การรักษาด้วย methylphenidate ควรเริ่มที่ขนาดต่ำสุดแล้วจึงเพิ่มขนาดยาขึ้นเรื่อยๆ ในขนาด 0.5-1 mg/kg/d และไม่ควรปรับเปลี่ยนยาเร็วเพื่อให้ระดับยาในเลือดขึ้นถึงระดับการรักษาและครอบคลุมได้ทั้งวัน ปกติ methylphenidate จะออกฤทธิ์นานประมาณ 3-5 ชั่วโมง¹³ ในผู้ป่วยรายนี้หลังได้ methylphenidate

กระจายคลุมทั้งวัน ไม่พบอาการ rebound effect จากยาอีกและยาสามารถควบคุมพฤติกรรมปัญหาได้ดีตลอดทั้งวัน จิตแพทย์เด็กควรต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมปัญหาที่พบ ว่าเกิดจากผลโดยตรงของยาหรือขนาดยาไม่เพียงพอ หรือเป็นผลจากการหมดฤทธิ์ของยาและติดตามอาการในแต่ละช่วงเวลาตลอดวัน จะช่วยวินิจฉัยแยก rebound effect ออกจากสาเหตุอื่น

ในผู้ป่วยรายที่สองนั้นเป็นตัวอย่างของโรค Bipolar Disorder ที่เริ่มต้นในวัยเด็กแม้จะมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย ADHD ของ DSM-IV ยกเว้นเพียงข้อเดียวคืออายุที่เริ่มมีอาการ² เมื่อให้การรักษาด้วย methylphenidate ในขนาดที่เหมาะสมก็ไม่ตอบสนองต่อยาอย่างที่ควรจะเป็น (ทั้งนี้ควรมีการชกประวัติย้อนขึ้นถึง drug compliance ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็ก) ประวัติสมาชิกในครอบครัวที่เข้าได้กับโรค mood disorder หรือ อาการของความคิด การรับรู้ที่ผิดปกติได้แก่ หวาดระแวง¹¹ จากความคล้อยคลึงของอาการแสดงดังกล่าว อาจทำให้การวินิจฉัยทำได้ล่าช้าโดยเฉลี่ยประมาณ 10 ปีนับแต่เด็กเริ่มแสดงอาการ¹⁴ การวินิจฉัยที่ล่าช้านี้ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างถาวรและเพิ่มความยากลำบากในการรักษาในแง่ของ self-esteem ที่ตกต่ำซึ่งมีผลต่อสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน การใช้สารเสพติดและสุรา ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งสูงกว่าเด็กที่มีโรคทางจิตเวชอื่นๆ¹⁵ การวินิจฉัยถูกต้องแต่เนิ่นๆจึงช่วยลดผลกระทบดังกล่าว

สรุป

แม้ว่า ADHD จะเป็นความผิดปกติที่พบบ่อยในเด็ก แต่การวินิจฉัยที่แยกยากจาก Bipolar Disorder ทำให้เกิดผลเสียทั้งต่อตัวเด็กเองและครอบครัว การช่วยเหลือให้เด็กสามารถปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม เริ่มต้นด้วยการวินิจฉัยอย่างถูกต้องของจิตแพทย์เด็ก ผลของการรักษานอกจากจะขึ้นกับการวินิจฉัยที่แม่นยำ การเลือกใช้ยาที่เหมาะสม มีผลข้างเคียงต่อเด็กต่ำแล้ว

การสร้างและรักษาความสัมพันธ์ให้เด็กไว้วางใจในขั้นตอนการรักษาก็เป็นสิ่งสำคัญอันจะนำไปสู่การรักษาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Barkley R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.1999.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association. 1994.
3. Weller EB, Weller RA, Fristad MA. Bipolar diagnosis in children: misdiagnosis, underdiagnosis, and future directions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34(6):709-14.
4. Bipolar Disorder in Children and Adolescents[online]. Available from: <http://www.stlouischildrens.org/articles/professional.asp?ID=329>. Accessed Jan 23, 2003.
5. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PCI. The National Depressive and Manic-Depressive Association survey of bipolar members. J Affect Disord 1994;31(4):281-94.
6. Geller B. Bipolar Disorder in Children [online]. Available from: <http://www.additudemag.com/medical.asp?DEP> Accessed Jan 2, 2003.
7. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 1984;41:949-58.
8. Papolos DF, Papolos JD. The bipolar child. New York: Broadway Books. 1999.
9. Carlson GA. Identifying prepubertal mania. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995;34 (6):750-3.
10. Akiskal HS. Developmental pathways to bipolarity: Are juvenile-onset depressions pre-bipolar? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34(6):754-63.
11. Levin M. Clinical consult: how can we differentiate between ADHD, Bipolar Disorder in children? The Brown University Child and Adolescent Psychopharmacology Update 1999; 12 (3): 1-5.
12. Bowring MA, Kovacs M. Difficulties in diagnosing manic disorders among children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992;31(4): 611-4.
13. Kutcher SP. Psychopharmacological treatment of Bipolar and Attention deficit hyperactivity disorder. Child and Adolescent psychopharmacology. Philadelphia: W.B. Saunders company. 2000.
14. Geller B, Luby J. Child and adolescent Bipolar Disorder: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:1168-76.
15. Brent DA. Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. Arch Gen Psychiatry 1988;45:581-8.