

บทความพิเศษ

ปัญหาการรักษาโรคสมาธิสั้นขาดคราว: แนวทางการจัดการสำหรับกุมารแพทย์ในประเทศไทย

เทอดพงศ์ ทองศรีราช¹, ณัฐพร ทศนกิจพานิชย์², พร ไตรรัตน์วรกุล³, นงลักษณ์ บุญชูดวง⁴,

เจมิกา เชมะกนก สุคนาวา⁵, นันทพร เล็กพิทยา⁶, ภัทรา เฉลียวศักดิ์⁷

¹ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

²สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

³ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁴ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

⁵กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

⁶ฝ่ายเภสัชกรรม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

⁷ศูนย์พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Received March 17, 2026 Revised September 1, 2026 Accepted September 29, 2026

บทคัดย่อ

การขาดคราวของยารักษาโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะกลุ่มยาออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาท (stimulant) เป็นปัญหาสำคัญที่กระทบความต่อเนื่องของการรักษา สมรรถนะการเรียนรู้ และความมั่นคงทางอารมณ์ของเด็ก และครอบครัว บทความนี้ได้อธิบายภาพรวมการขาดคราวและความท้าทายเชิงระบบในบริบทไทย พร้อมสรุปภาพรวมยารักษาโรคสมาธิสั้นที่ใช้จริงในประเทศ ได้แก่ methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้นและออกฤทธิ์นาน (Ritalin[®], Rubifen[®], methylphenidate GPO, Ritalin[®] LA, Concerta[®], methylphenidate Sandoz[®]) ทั้งนี้บริษัทที่เคยนำเข้ายาในกลุ่ม non-stimulant ได้แก่ atomoxetine ได้ยุติการนำเข้ามาประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา จึงทำให้ไม่มียา non-stimulant ที่ผ่านการรับรองโดยองค์การอาหารและยาในประเทศขณะนี้ และการเตรียมพร้อมต่อการมียา lisdexamfetamine ในอนาคต ส่วนท้ายเป็นข้อเสนอเชิงปฏิบัติแบบวางแผนล่วงหน้าสำหรับผู้เขียนเสนอสำหรับคลินิก พัฒนาการที่มี case coordinator หรือ case manager โดยใช้การคัดแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มสีเพื่อกำหนดระดับการติดตาม การสื่อสาร และการเตรียมยาอย่างเป็นระบบ พร้อมตารางประกอบเพื่อช่วยตัดสินใจในคลินิก

คำสำคัญ: สมาธิสั้น, ยารักษาโรคสมาธิสั้น, การขาดคราวของยา, เมทิลเฟนิเดต, รูปแบบการดูแลแบบก้าวหน้า

ADHD medication shortages: A progressive care model for pediatric clinics in Thailand

Therdpong Thongseiratch¹, Nattaporn Tassanakijpanich², Pon Trairatvorakul³, Nonglak Boonchooduang⁴,
Khemika Khemakanok Sudnawa⁵, Nantaporn Lekpittaya⁶, Pattra Charleowsak⁷

¹Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

²Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

³Center of Excellence for Maximizing Children's Developmental Potential, Division of Growth & Development, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

⁴Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

⁵Division of Developmental and Behavioral Pediatrics, Department of Pediatrics, Phramongkutklao Hospital and Phramongkutklao College of Medicine

⁶Clinical Pharmacy Section, Pharmacy Division, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

⁷Child Development Center, Faculty of Medicine, Songklanagarind Hospital, Prince of Songkla University

Abstract

Intermittent shortages of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) medications, particularly stimulant agents, have become an important challenge affecting continuity of care, academic functioning, and the emotional stability of children and their families. This article describes the overall landscape of ADHD medication shortages and related system-level challenges in the Thai context. It also summarizes the ADHD medications currently available in Thailand, including short-acting and long-acting methylphenidate formulations (Ritalin[®], Rubifen[®], methylphenidate GPO, Ritalin[®] LA, Concerta[®], and methylphenidate Sandoz[®]). In addition, the non-stimulant agent atomoxetine, which had previously been imported, has been discontinued for approximately the past year, resulting in the current absence of any non-stimulant ADHD medication approved by the Thai Food and Drug Administration. The article also discusses preparation for the potential future availability of lisdexamfetamine. Finally, it presents a practical, proactive planning model for developmental-behavioral clinics with a case coordinator or case manager, using a color-coded patient stratification system to guide the intensity of follow-up, communication, and medication preparation in a structured manner. Accompanying tables are provided to support clinical decision-making in routine practice.

Keywords: Attention-deficit/hyperactivity disorder, Medication shortages, Stimulant, Methylphenidate, Risk-stratified care

ภาพรวมปัญหาการขาดคราวของยารักษาโรคสมาธิสั้น

การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กประกอบด้วยการรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และอาศัย การดูแลรักษาระยะยาว¹ การขาดคราวของยารักษาโรคสมาธิสั้นเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ในหลายประเทศและ มักเกิดซ้ำเป็นระยะ โดยมีสาเหตุจาก ความจำเป็นในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเข้าถึงบริการที่มากขึ้น การ ผลิตล่าช้า การควบคุมการผลิตและจัดจำหน่ายยาที่ไม่ยืดหยุ่น การส่งมอบ การติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของการกระจายยา ทำให้เกิดสถานการณ์ขาดคราวยาหรือชนิดของยาในบางพื้นที่ แม้ ระบบโดยรวมยังมียาอยู่²⁻⁶ ผลกระทบสำคัญ ไม่ใช่เพียงการบริหารจัดการยาเพื่อให้เพียงพอกับเด็กแต่ละคน แต่ยัง ส่งผลต่อการเรียน การควบคุมตนเอง ความสัมพันธ์ในครอบครัว โรงเรียน และยังเพิ่มภาระของผู้ดูแล และผู้ ให้บริการในการนัดหมายและเดินทางมารับยาอีกครั้ง ในบางรายจำเป็นต้องเปลี่ยนชนิดยาที่มีราคาสูงกว่าเดิม เพื่อให้ได้รับประทานยาต่อเนื่อง ส่งผลต่อภาระทางการเงินของผู้ดูแลและอาจเกิดผลข้างเคียงจากยา⁷ ดังนั้น แนวทางที่คิดจะช่วยให้ทีมรักษาตัดสินใจได้อย่างปลอดภัย ลดการลองผิดลองถูก และช่วยให้การสื่อสารกับ ผู้ปกครองเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ปัญหาการขาดคราวของยารักษาโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย

ในประเทศไทย methylphenidate ถูกกำกับโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ในฐานะ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ทำให้กระบวนการจัดหาและกระจายมีข้อจำกัดมากกว่ายาทั่วไป และเมื่อห่วง โซ่อุปทานสะดุด ผลกระทบจะมาถึงโรงพยาบาลค่อนข้างเร็ว⁸ อย่างไรก็ตาม อย. ได้มีการสื่อสารและระดมความ ร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดการปัญหาขาดคราว พร้อมทั้งมีระบบเผยแพร่ข้อมูลเพื่อช่วยให้หน่วย บริการวางแผนล่วงหน้าได้⁹ โดยแผนบริหารจัดการของไทธระบุนุชต์ว่ามีการสำรองยา methylphenidate ชนิดออก ฤทธิ์สั้น (short-acting) หรือยาที่ปลดปล่อยด้วยยาทันที (immediate release; IR) ได้แก่ Ritalin[®] 10 mg และ Rubifen[®] 10 mg ให้มีคงคลังเพียงพอ ขณะที่บางรายการยาชนิดออกฤทธิ์นาน โดยเฉพาะยา Concerta[®] ยังมี แนวโน้มขาดคราวอยู่บ่อยครั้ง สถานการณ์นี้สอดคล้องกับความจริงในคลินิกที่มักพบว่ายาชนิดออกฤทธิ์สั้นไม่ ค่อยขาดคราว (หรือขาดเพียงระยะสั้น) ขณะที่ยาชนิดออกฤทธิ์นานมักขาดคราวเป็นเวลานาน ทำให้ระบบ บริการต้องพึ่งพาแผนสำรองอยู่เสมอ⁹

ภาพรวมยาที่ใช้จริงในไทยเพื่อเตรียมพร้อมรับมือภาวะยาขาดคราว

การบริหารจัดการภาวะยาขาดคราวอย่างปลอดภัย ควรเริ่มจากการสร้างความเข้าใจให้แก่ทีมรักษาและ ผู้ปกครองว่า แม้ยาหลายรายการเป็น methylphenidate เหมือนกัน แต่ยาชนิดออกฤทธิ์นานมีกลไกการปลดปล่อย ยาและข้อบ่งใช้ที่แตกต่างกัน ผลลัพธ์ทางคลินิกในแต่ละช่วงเวลาของวันจึงอาจไม่เหมือนกัน (ตารางที่ 1)¹⁰⁻¹² เป้าหมายการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมุ่งผลลัพธ์ลดอาการหลัก เช่นการทำกิจวัตรประจำวัน การเรียน และการ ทำงานให้เสร็จและมีประสิทธิภาพ เพิ่มสมรรถนะและคุณภาพชีวิต การปรับยาควรทำอย่างเป็นระบบพร้อม

ติดตามผลและความปลอดภัย โดยใช้ข้อมูลจากบ้านและโรงเรียนประกอบ^{1,12-14} ในอดีตประเทศไทยมียา non-stimulant ที่เข้าถึงได้คือ atomoxetine ซึ่งเป็นทางเลือกสำคัญเมื่อคาดว่าจะยักระหรือเมื่อการสลับรูปแบบ stimulant ส่งผลให้สมาธิและสมรรถนะของเด็กไม่เต็มที่ตลอดวัน แต่อาจต้องปรับความคาดหวังว่าเป็นยาที่ใช้เวลาหลายสัปดาห์จึงเห็นผลเต็มที่ ไม่ทันทีเหมือนการออกฤทธิ์ของ stimulant¹⁵ อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ พ.ศ. 2567 ผู้ประกอบการขอขเกล็ดำรับยา atomoxetine แล้ว ปัจจุบันประเทศไทยกำลังจะมี lisdexamfetamine เข้ามาเป็นอีกตัวเลือก จึงมีส่วนช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของระบบ แต่การเริ่มใช้ควรอยู่บนฐานการติดตามที่ดีตามหลักการของแนวทางมาตรฐาน

ตารางที่ 1 ยารักษาโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยและบทบาทเมื่อเกิดการขาดคราว

กลุ่มยา	รายการยาในไทย	ชนิดการออกฤทธิ์	บทบาทเชิงปฏิบัติเมื่อขาดคราว	ประเด็นที่ควรระวัง
methylphenidate intermediate release	ritalin® 10 mg, rubifen® 10 mg methylphenidate GPO 10 mg	ออกฤทธิ์สั้น 3-4 ชั่วโมง	ทางเลือกเมื่อยาชนิดอื่นไม่เพียงพอเนื่องจากในระบบมียาเพียงพอ โดยอาจให้ทดแทนยาเดิมทั้งหมดหรือคู่กับยาออกฤทธิ์นานที่ยังมีในคลังยา	เป้าหมายคือคุมอาการช่วงเวลาสำคัญก่อนต้องรับประทานยา ในช่วงระหว่างวัน อาจส่งผลให้ ¹²⁻¹⁴ -เกิดผลกระทบทางจิตใจของเด็กที่ต้องรับประทานยาที่โรงเรียน -อาจทำให้มีอาการ rebound ระหว่างมีอียาและเมื่อยาหมดฤทธิ์ -จำเป็นต้องติดตามถึงขึ้นช่วงแรกหลังปรับเปลี่ยนชนิดยา
methylphenidate extended release (capsule)	Ritalin® LA 20 mg	ออกฤทธิ์นาน 8 ชั่วโมง	สับเปลี่ยนกับยาออกฤทธิ์นานชนิดอื่น	แม้ว่าเป็นการปรับยาในกลุ่ม long-acting ด้วยกัน ยาอาจมีผลไม่

กลุ่มยา	รายการยาในไทย	ชนิดการออกฤทธิ์	บทบาทเชิงปฏิบัติเมื่อขาดคราว	ประเด็นที่ควรระวัง
				เท่ากัน ยังต้องติดตามช่วงที่คุมอาการได้จริงและผลข้างเคียง ^{10,11}
methylphenidate modified release	methylphenidate Sandoz [®] 18, 36 mg	ออกฤทธิ์นาน 10-12 ชั่วโมง	สับเปลี่ยนกับยาออกฤทธิ์นานชนิดอื่น	แม้ว่าเป็นการปรับยาในกลุ่ม long-acting ด้วยกัน ยาอาจมีผลไม่เท่ากัน ยังต้องติดตามช่วงที่คุมอาการได้จริงและผลข้างเคียง ^{10,11}
methylphenidate OROS	Concerta [®] 18, 27, 36, 54 mg	ออกฤทธิ์นาน 10-12 ชั่วโมง	สับเปลี่ยนกับยาออกฤทธิ์นานชนิดอื่น	แม้ว่าเป็นการปรับยาในกลุ่ม long-acting ด้วยกัน ยาอาจมีผลไม่เท่ากัน ยังต้องติดตามช่วงที่คุมอาการได้จริงและผลข้างเคียง ¹⁰⁻¹¹
stimulant ที่กำลังจะเข้าประเทศไทย (lisdexamfetamine)	Vyvanse [®] 20, 30, 40 mg	ออกฤทธิ์นาน 12-14 ชั่วโมง	เป็นทางเลือกหากยาขาดคราวในอนาคต	การเริ่มใช้ต้องมีแนวทางติดตามผลและความปลอดภัย ^{1,12-14} ไม่มีขนาดยาที่เทียบเคียงกับยา methylphenidate จำเป็นต้องเริ่มและปรับยาให้เหมาะกับแต่ละคน ^{1,12}

ข้อควรระวังเมื่อสลับยา long-acting methylphenidate

ภาวะขาดครวมักทำให้เกิดความจำเป็นต้องสลับยาในกลุ่ม long-acting methylphenidate ด้วยกัน แม้ว่าเป็นยากลุ่มเดียวกัน แต่มีข้อควรระวังที่สำคัญ ความแตกต่างของสัดส่วนและรูปแบบการปลดปล่อยตัวของแต่ละยี่ห้อ ยาในกลุ่มนี้มีการปล่อยยาแบบสองระยะ คือออกฤทธิ์ทันที (immediate-release; IR) และค่อย ๆ ปลดปล่อย (modified release: MR) ยาแต่ละยี่ห้อที่มีสัดส่วนของยาทั้งสองระยะนี้ไม่เท่ากัน รวมถึงมีกลไกการปล่อยยา เกณฑ์จลนศาสตร์ และระดับความเข้มข้นของยาในเลือดที่แตกต่างกัน เช่น Concerta® มี IR/MR 22/78 โดยที่ MR ทำให้ยาขึ้นระดับสูงสุดที่ 6-8 ชั่วโมง และยาออกฤทธิ์นาน 12 ชั่วโมง ในขณะที่ Ritalin® LA มี IR/MR 50/50 โดยที่ MR ทำให้ยาขึ้นระดับสูงสุดที่ 4 ชั่วโมง และยาออกฤทธิ์นาน 8 ชั่วโมง การเปลี่ยนยี่ห้อจึงอาจทำให้ประสิทธิภาพในการควบคุมอาการในแต่ละช่วงเวลาของวันเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงผลข้างเคียงที่แตกต่างกัน^{1,10,16} ยกตัวอย่างเช่น ในเด็กที่รับประทาน Concerta® 18/27/36 mg ในสถานการณ์ที่ยาขาดครว จำเป็นต้องเปลี่ยนเป็น Ritalin® LA 20 mg อาจส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงในช่วง 4 ชั่วโมงแรกหลังรับประทานยา มากขึ้น เนื่องจาก Ritalin® LA มีสัดส่วนของ IR/MR 50/50 และยาไม่ครอบคลุม 12 ชั่วโมง หรือในทางกลับกัน เด็กที่รับประทาน Ritalin® LA 20 mg แล้วสลับเปลี่ยนเป็น Concerta® 18/27/36 mg ในช่วง 4 ชั่วโมงแรกหลังรับประทานยา อาจจะมีสมาธิไม่เต็มที่

นอกจากข้อควรระวังข้างต้น ยังมีข้อควรระวังเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยา การบริหารจัดการยา และความคุ้มค่า เช่น ช่วงที่ Concerta® 36 mg ขาดครว ซึ่งเกิดซ้ำทุกปี จำเป็นต้องเปลี่ยนเป็น Concerta® 18 mg 2 เม็ด ส่งผลกระทบกับคลังยา Concerta® 18 mg เด็กจำเป็นต้องรับประทานเม็ดยาที่มากขึ้น ส่งผลกระทบกับความร่วมมือในการรับประทานยา และยา Concerta® 18 mg 2 เม็ด มีต้นทุนที่มากกว่า Concerta® 36 mg เกือบ 2 เท่า หรือในกรณีที่เด็กรับประทาน Ritalin® LA 20 mg ซึ่งเป็นแคปซูล สามารถแกะโรยเม็ดยาในโยเกิร์ตได้ เมื่อยา Ritalin® LA 20 mg ขาดครว จำเป็นต้องเปลี่ยนเป็น Concerta® ซึ่งต้องกลืนทั้งเม็ดยา ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาได้

Medicines and Healthcare products Regulatory Agency ของสหราชอาณาจักร และ Medsafe ของนิวซีแลนด์ ได้ออกคำเตือนให้ใช้ความระมัดระวังเมื่อจำเป็นต้องสลับผลิตภัณฑ์ methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์นาน โดยเน้นว่าความแตกต่างของสูตรตำรับอาจกระทบต่อการควบคุมอาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย^{10,17} ขณะเดียวกัน แนวทางเชิงปฏิบัติจาก Specialist Pharmacy Service ของระบบสุขภาพสหราชอาณาจักร เสนอให้ใช้กระบวนการสลับยาอย่างมีโครงสร้าง และให้ความสำคัญกับการติดตามผลหลังการสลับ แทนการมองว่าผลิตภัณฑ์ออกฤทธิ์นานทุกชนิดสามารถทดแทนกันได้เสมอ¹⁶ ในประเทศไทย ประเด็นนี้มีความสำคัญเป็นพิเศษ เนื่องจาก Concerta® มีแนวโน้มขาดครวเป็นช่วง และการสลับไปใช้ Ritalin® LA หรือ methylphenidate Sandoz® อาจเกิดขึ้นได้จริงในหน่วยงาน การทำให้ทีมรักษาและผู้ปกครองเข้าใจเหตุผลของการนัดติดตามอาการ

ให้บ่อยขึ้นหลังสลับยา จะช่วยลดความคาดหวังที่คลาดเคลื่อน ลดความกังวล และลดความตึงเครียดในระบบบริการได้^{6,9,16,18}

การสื่อสารกับผู้ปกครองเมื่อเริ่มมีสัญญาณยาขาดคราว

เมื่อผู้ปกครองทราบว่ายาที่เด็กใช้ประจำมีแนวโน้มขาดคราว ความวิตกกังวลมักเพิ่มขึ้นทันทีและอาจนำไปสู่การพยายามหายาจากหลายแหล่งหรือการกักตุนยาเกินความจำเป็น^{4,18} การสื่อสารของคลินิกจึงควรเริ่มต้นจากการสื่อสารอย่างโปร่งใสกับเด็กและผู้ปกครองว่าปัญหานี้เป็นเหตุการณ์เชิงระบบและมีแผนบริหารจัดการระดับประเทศในประเทศไทยเพื่อบรรเทาผลกระทบ^{8,9} จากนั้นจึงอธิบายว่าคลินิกจะเน้นความปลอดภัยและสมรรถนะของเด็กเป็นเป้าหมายหลักตามแนวทางมาตรฐาน และจะปรับแผนอย่างเป็นขั้นตอนแทนการเปลี่ยนยาไปมาโดยไร้ทิศทาง^{1,13,19} ในกรณีที่ต้องสลับยาออกฤทธิ์นานควรอธิบายเหตุผลของการนัดติดตามเร็วขึ้น คือเพื่อประเมินความครอบคลุมของยาโดยเฉพาะในช่วงบ่าย ผลข้างเคียงจากยา วิธีที่ทำให้การติดตามง่ายและเป็นรูปธรรมคือให้ผู้ปกครองช่วยเก็บข้อมูล 1 สัปดาห์หลังปรับเปลี่ยนยา ได้แก่ เวลารับประทานยา เวลาเริ่มเห็นผล จำนวนชั่วโมงที่ยาครอบคลุมอาการผลข้างเคียง โดยเฉพาะ ความอยากอาหาร การนอน และขอความเห็นจากครูในการสังเกตพฤติกรรมที่โรงเรียน ข้อมูลนี้ทำให้แผนในการปรับยามีความชัดเจน ติดตามผลได้ และส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัวให้น้อยที่สุด^{1,4,13}

ระบบการดูแลแบบวางแผนล่วงหน้า

ระบบนี้เป็นข้อเสนอของผู้เขียนที่ดัดแปลงให้เหมาะกับคลินิกพัฒนาการเด็กในประเทศไทยที่มีผู้ประสานงานหรือผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (case coordinator/manager) ชัดเจน โดยอาศัยหลักฐานเชิงระบบและหลักการจากแนวทางมาตรฐานสากลเป็นฐาน แล้วจัดรูปแบบการตอบสนองต่อภาวะยารักษาโรคสมาธิสั้นชนิดออกฤทธิ์ยาวขาดคราวให้เป็นขั้นตอนและเป็นธรรม¹⁸⁻²⁰ จุดตั้งต้นคือจากข้อมูลไทยว่ากลุ่มยาออกฤทธิ์สั้นมักเพียงพอและยาออกฤทธิ์นานบางรายการอาจขาดเป็นช่วง จึงควรวางระบบให้รับมือได้โดยลดการสลับยาที่ไม่จำเป็น ผู้เขียนเสนอการคัดแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มสี่เพื่อกำหนดระดับของการเตรียมพร้อมและติดตามเมื่อมีสัญญาณว่ายาคงคลังต่ำ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปรับเปลี่ยนการรักษาจะได้รับการดูแลเชิงรุก ส่วนกลุ่มที่ยืดหยุ่นได้จะเน้นการดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา วางแผนการดูแลที่โรงเรียน การคัดแยกเช่นนี้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดสรรทรัพยากรตามความเสี่ยง และช่วยลดความเหลื่อมล้ำจากพฤติกรรมการสำรองยาเกินจำเป็น²⁰ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระบบการดูแลแบบวางแผนล่วงหน้ารายบุคคลสำหรับการจัดการยารักษาโรคสมาธิสั้นขาดคราว^{4-6,16,18-20}

กลุ่ม	ลักษณะผู้ป่วยโดยรวม	การทำงานของ case coordinator เมื่อ ยามีผลข้างเคียงหรือมีสัญญาณขาดคราว	เป้าหมายเชิงคลินิก
แดง	-การหยุดยาแม่ชั่วคราว หรือการหยุดยาในช่วงเวลาสำคัญ เช่น ช่วงสอบ เป็นต้น อาจส่งผลกระทบต่อสมรรถนะชัดเจน เช่น ผลกระทบกับการเรียน สัมพันธภาพ ความปลอดภัย เป็นต้น และ -เคยปรับยาเป็นยาออกฤทธิ์สั้นแล้วควบคุมอาการไม่ได้ มีผลกระทบกับสมรรถนะ หรือมีผลข้างเคียงชัดเจน หรือประสบภาวะขาดคราวครั้งแรก	-ติดต่อเชิงรุกก่อนยาผู้ป่วยหมด 1 เดือน -นัดเร็วขึ้นเพื่อทบทวนแผน และปรับเปลี่ยนยาเป็นยาออกฤทธิ์นานชนิดอื่นตามความเหมาะสม แต่หากยาออกฤทธิ์นานชนิดอื่นมีแนวโน้มขาดคราวหรือขาดคราวแล้ว พิจารณาให้ยากลุ่มออกฤทธิ์สั้น -จ่ายยาหลังปรับยา จำนวนยาไม่ควรเกิน 1 เดือน เพื่อป้องกันการขาดคราวยาที่ใช้ทดแทน เพราะโดยปกติยามักเต็มในคลังภายหลัง 1 เดือนแล้ว ซึ่งจะได้กลับไปใช้ยาเดิมที่เหมาะสมกับเด็ก -ผู้ปกครองติดต่อกลับเมื่อพบปัญหาหลังปรับเปลี่ยนแผนการรักษา -นัดติดตามเร็วขึ้นหลังปรับยา	-ลดโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา -ลดผลกระทบกับสมรรถนะของเด็ก
เหลือง	-การหยุดยาแม่ชั่วคราว ส่งผลกระทบต่อสมรรถนะเล็กน้อย/ปานกลาง และ -เคยปรับยาเป็นยาออกฤทธิ์สั้นแล้วควบคุมอาการได้ใกล้เคียงยาออกฤทธิ์นาน มีผลกระทบกับสมรรถนะ หรือมีผลข้างเคียงเล็กน้อย หรือประสบภาวะขาดคราวครั้งแรก	-มาพบตามนัด ไม่จำเป็นต้องเรียกล่วงหน้า ปรับยาตามความเหมาะสม โดยเป็นยาที่มีเพียงพอในคลัง -เน้นการติดตาม 1-2 สัปดาห์หลังปรับแผน -จ่ายยาครั้งแรกหลังปรับยา จำนวนยาไม่เกิน 1 เดือน ยกเว้นว่าเด็กเคยรับประทานยาที่ทดแทนมาก่อนแล้วไม่มีปัญหา สามารถสั่งยาได้ไม่ควรเกิน 3 เดือน/ครั้ง เพื่อให้เด็กได้กลับไปใช้ยาเดิมได้เร็วที่สุดเมื่อมียาเต็มในคลัง	ลดการลองผิดลองถูก ทำให้การปรับเปลี่ยนยาทดแทนเป็นขั้นตอนและปลอดภัย

กลุ่ม	ลักษณะผู้ป่วยโดยรวม	การทำงานของ case coordinator เมื่อ ยามีคลังต่ำหรือมีสัญญาณขาดคราว	เป้าหมายเชิงคลินิก
		-ผู้ปกครองติดต่อกลับเมื่อพบปัญหาหลังปรับเปลี่ยนแผนการรักษา -นัดติดตามเร็วขึ้นหลังปรับยา	
เขียว	-อาการไม่มาก - และ -การหยุดยาชั่วคราวไม่มีผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน	-เน้นกลยุทธ์ในการดูแลและส่งเสริมสมรรถนะของเด็กทั้งที่โรงเรียนและบ้าน -สื่อสารกับคุณครูเพื่อเข้าใจสถานการณ์และร่วมมือในการดูแล -ในช่วงวันที่ไม่ได้ไปโรงเรียน พิจารณาหยุดยาหรือเปลี่ยนเป็นยาออกฤทธิ์สั้นทดแทน -การจ่ายยา จำนวนยาไม่ควรเกิน 1 เดือน -ผู้ปกครองติดต่อกลับเมื่อพบปัญหาหลังปรับเปลี่ยนแผนการรักษา -นัดเร็วขึ้นหลังปรับแผนการรักษา	คงคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่โดยลดการพึ่งพาในสถานการณ์ขาดคราว

การกำหนดสัญญาณเตือนเมื่อระดับยาในคลังต่ำ โดยทีมเภสัชกรแต่ละโรงพยาบาลตรวจสอบจำนวนยาคลังทุกวัน หากยาในคลังเหลือเพียงพอน้อยกว่า 3 เดือน จะมีระบบแจ้งเตือนให้สั่งซื้อยาเพื่อเติมเต็ม หากในขณะนั้น ยาในคลังของ อย. ไม่เพียงพอด้วย จะมีระบบแจ้งเตือน case coordinator หรือ case manager โดยข้อมูลจะประกอบด้วยจำนวนยาที่คงเหลือในโรงพยาบาล และวันที่คาดว่าจะยาจะเข้า เพื่อประกอบการจัดสรรยาให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มความเร่งด่วน และให้เด็กได้กลับมารับประทานยาตามปกติเมื่อมียาในคลังโดยอาจทำเป็นแนวปฏิบัติในระดับโรงพยาบาลดังตัวอย่างตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวอย่างแนวทางการจัดการปัญหาการรักษาโรคสมาธิสั้นขาดความในระดั๑โรงพยาบาล

หน้วยงาน/ ผู้รับผิ๑ชอบ	บ๑บาทเมื่อมีสั๑ญญา๑ ยา๑งค๑งค๑งต่ำหรือ ยา๑ขาดความ	การก๑จสำคัญ๑งปฏิบัติ	เป้าหมายหลัก
ฝั๑ยเก๑สั๑กรรม/ เก๑สั๑กรค๑งยา	ฝั๑ระว้๑งค๑งค๑งยาและ แ๑ง๑เด๑นล้๑งหน้า	- ๑ร๑ว๑สอบค๑งค๑งยารักษา ADHD ๑นประ๑จำ โดยเฉพาะ long-acting methylphenidate - แ๑ง๑เด๑นเมื่อค๑งค๑งต่ำ ๑ว้๑ระดั๑ที่๑ำหนด ๑่น น้๑ย๑ว้๑ 3 เด๑น - ๑ระ๑านการ๑ั้ง๑ื้อ ๑ำร๑ง และ๑ิ๑ตามวัน๑า๑ ๑ว้๑า๑จะ๑้า - ร๑ายงานร๑ายการยาที่๑งมี ๑เ๑ย๑พอและร๑ายการที่๑มี แ๑วโน้๑ม๑า๑ให้๑ิมรักษา ๑ร๑า๑เป็นระ๑ะ๑ะ - ๑นั๑๑น๑น๑ม๑ูล๑้าน ร๑ู๑แบบ๑า ๑นา๑ยา และ๑ื้อ ๑ว้๑ระว้๑งในการ๑่าย ๑๑๑แทน	ให้๑ม๑ูลค๑งค๑งที่๑นเวลา ๑๑การ ๑า๑ความที่๑า๑การ๑นได้ และ ๑นั๑๑น๑นการวาง๑นรักษา๑ง ๑นระบบ

หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบ	บทบาทเมื่อมีสัญญาณ ยาคงคลังต่ำหรือ ยาขาดคราว	ภารกิจสำคัญเชิงปฏิบัติ	เป้าหมายหลัก
กุมารแพทย์พัฒนาการและ พฤติกรรม/กุมารแพทย์/ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น	ประเมินผลกระทบทาง คลินิกและกำหนดแผน สลับยาอย่างปลอดภัย	- ทบทวนความจำเป็นของ ยาและจัดกลุ่มผู้ป่วยตาม ระดับความเร่งด่วน (แดง/ เหลือง/เขียว) - ตัดสินใจเลือกแผนรักษา ทดแทน เช่น คงยาเดิม เปลี่ยนเป็น long-acting ตัว อื่น เปลี่ยนเป็น IR หรือเน้น มาตรการไม่ใช้ยา - อธิบายเหตุผลของการ สลับยาแก่ผู้ปกครองและ เด็ก โดยเน้นความแตกต่าง ของ long-acting แต่ละ ชนิด - กำหนดแผนติดตาม อาการและผลข้างเคียงหลัง ปรับยาให้เหมาะสมกับความ เสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย - ปรับขนาดยาแบบเป็น ขั้นตอนโดยอาศัยข้อมูล จากบ้านและโรงเรียน	ให้การปรับยาปลอดภัย ลดผลกระทบต่อการ สมรรถนะ และคุณภาพ ชีวิต

หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบ	บทบาทเมื่อมีสัญญาณ ยาคงคลังต่ำหรือ ยาขาดคราว	ภารกิจสำคัญเชิงปฏิบัติ	เป้าหมายหลัก
พยาบาลคลินิก พัฒนาการ/พยาบาลจิต เวชเด็ก	คัดกรองเบื้องต้นและ ติดตามอาการหลังปรับ แผน	- ทบทวนการใช้ยาเดิม เวลาที่ยาครอบคลุมอาการ และปัญหาหลังปรับยา - ประเมินน้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ชีพจร และอาการไม่พึงประสงค์ตามแนวทางคลินิก - ให้คำแนะนำผู้ปกครอง เรื่องการสังเกตอาการสำคัญ เช่น ความอยากอาหาร การนอน อารมณ์ rebound และช่วงเวลาที่ยาหมดฤทธิ์ - ประสานส่งต่อข้อมูลให้แพทย์เมื่อพบสัญญาณปัญหาที่ต้องปรับแผนเร็วขึ้น	ทำให้การติดตามหลังสลับยา มีข้อมูลครบและตรวจพบปัญหาได้เร็ว

หน่วยงาน/ ผู้รับผิดชอบ	บทบาทเมื่อมีสัญญาณ ยาคงคลังต่ำหรือ ยาขาดคราว	ภารกิจสำคัญเชิงปฏิบัติ	เป้าหมายหลัก
case coordinator / case manager	เป็นแกนกลางของ ระบบ anticipatory care และการสื่อสาร กับครอบครัว	- รับข้อมูลแจ้งเตือนจาก เภสัชกรเมื่อคงคลังต่ำหรือ มีสัญญาณขาดคราว - ทบทวนรายชื่อผู้ป่วยที่ ได้รับผลกระทบและ จัดลำดับความเร่งด่วนตาม กลุ่มสี - ติดต่อเชิงรุกในกลุ่มสีแดง ก่อนขาด และประสาน วันนัด/การปรับยา - จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่ ได้รับผลกระทบจากการ ขาดคราวและแผนทดแทน รายบุคคล - ติดตามผลหลังปรับยา 1 สัปดาห์หรือตามความ เหมาะสม - เป็นจุดติดต่อหลักเมื่อ ผู้ปกครองพบปัญหาหลัง เปลี่ยนยา	ลดความสับสนในระบบบริการ ทำให้การดูแลต่อเนื่องและเป็น ธรรมชาติมากขึ้น

หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบ	บทบาทเมื่อมีสัญญาณ ยาคงคลังต่ำหรือ ยาขาดคราว	ภารกิจสำคัญเชิงปฏิบัติ	เป้าหมายหลัก
พยาบาล OPD เด็ก/OPD จิตเวช	สนับสนุนการไหลของ ผู้ป่วยและลดความ ล่าช้าในบริการ	- คัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบตั้งแต่จุดรับบริการ - ช่วยจัดลำดับคิวสำหรับผู้ป่วยที่ต้องประเมินเรื่องยาขาดคราว - ตรวจสอบเอกสาร ใบนัด และความพร้อมของใบสั่งยา/ใบควบคุมยาตามระบบโรงพยาบาล - ให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับวันนัด การรับยา และช่องทางติดต่อกลับ	ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการปรับแผน ได้รวดเร็วและลดภาระงาน ซ้ำซ้อน
หน่วยเวชระเบียน/ระบบ สารสนเทศโรงพยาบาล	สนับสนุนข้อมูลรายชื่อ ผู้ป่วยและระบบแจ้ง เตือน	- ช่วยดึงรายชื่อผู้ป่วยที่ใช้ยารายการที่ได้รับผลกระทบ - พัฒนาระบบ flag หรือ dashboard เพื่อแจ้งทีมรักษาเมื่อมียาขาดคราว - บันทึกแผนทดแทนและผลการติดตามในระบบให้ตรวจสอบย้อนหลังได้	ทำให้การบริหารจัดการเป็น ระบบและตรวจสอบได้

หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบ	บทบาทเมื่อมีสัญญาณ ยาคงคลังต่ำหรือ ยาขาดคราว	ภารกิจสำคัญเชิงปฏิบัติ	เป้าหมายหลัก
ผู้บริหารหน่วย/หัวหน้า คลินิก/คณะกรรมการยา โรงพยาบาล	กำหนดนโยบายระดับ หน่วยงานและ สนับสนุนทรัพยากร	- กำหนดแนวปฏิบัติภายใน โรงพยาบาลเมื่อเกิดภาวะ ยาขาดคราว - สนับสนุนช่องทางสื่อสาร ระหว่างคลินิก เกสซักร และ OPD - ทบทวนปัญหาซ้ำซ้อน และปรับระบบให้ ตอบสนองเร็วขึ้น - ติดตามตัวชี้วัด เช่น จำนวนผู้ป่วยได้รับ ผลกระทบ ระยะเวลาขาด คราว จำนวนผู้ป่วยที่ ควบคุมอาการไม่ได้หลัง สลับยา	ทำให้การจัดการปัญหา ขาดคราวเป็นระบบ โรงพยาบาล ไม่พึ่งเฉพาะ บุคคล

การหยุดยาเป็นช่วง (drug holiday) ในกลุ่มที่เหมาะสมเพื่อลดความต้องการยาโดยไม่เพิ่มความเสี่ยง

ในผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว (ตารางที่ 2) การหยุดยาในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ วันหยุดยาว หรือช่วงปิดภาคเรียนอาจช่วยลดความต้องการยาในระบบในช่วงวิกฤตคงคลัง แต่ต้องทำภายใต้แผนที่ชัดเจนและการตัดสินใจร่วมกันกับผู้ปกครอง หลักฐานจากการทดลองแบบสุ่มรายงานว่าการหยุดยาในวันหยุดสุดสัปดาห์อาจลดผลข้างเคียงบางด้าน โดยไม่เพิ่มอาการสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อติดตามไป 4 สัปดาห์²¹ อย่างไรก็ตาม แนวทางปฏิบัติของประเทศแคนาดาดังข้อสังเกตว่า สำหรับผู้ป่วยบางราย การหยุดยา psychostimulants ไปในช่วงสุดสัปดาห์ แล้วกลับมาเริ่มรับประทานใหม่ในวันจันทร์ อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของการเริ่มยาใหม่ซ้ำ ๆ และอาจทำให้ความทนทานต่อผลข้างเคียงแย่ลงกว่าการรับประทานต่อเนื่อง¹² แนวทางปฏิบัติในการหยุดยาเป็นบางช่วงของ NICE ช่วยให้การรอบการสนทนาร่วมกันระหว่างครอบครัวและผู้รักษาชัดเจน และเน้นความสำคัญของการประเมินผลต่อการทำหน้าที่และความปลอดภัยเป็นราย บุคคล²² ในทางปฏิบัติ คลินิก

ควรกำหนดเกณฑ์ชัดเจนว่าเมื่อใดควรกลับมาใช้ยาต่อเนื่อง เช่น หากหยุดแล้วเกิดผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ในบ้านแย่ลง หรือมีผลข้างเคียงเมื่อเริ่มยาภายหลังการหยุดยาเป็นช่วง และควรให้ case coordinator มีบทบาทติดตามอาการในช่วงแรกเพื่อไม่ให้เกิดการหยุดยาจนกลายเป็นการระงับการรักษาโดยไม่ได้ตั้งใจ

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติในคลินิก

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยเด็กชั้น ป.6 รับประทาน Concerta® 36 mg ทุกวัน คุณอาการได้ดีทั้งวัน ช่วงนี้กำลังสอบปลายภาค คุณครูรายงานว่าถ้าวันไหนลืมรับประทานยาจะส่งผลกระทบต่อสมาธิ ความรอบคอบมาก

การจัดกลุ่ม: จัดเป็น กลุ่มแดง เพราะมีความเสี่ยงต่อผลกระทบสูงหากไม่รับประทานยา โดยเฉพาะในช่วงเวลาสำคัญ และมีโอกาสแหว่งมากหากสลับยาแบบไม่เป็นระบบ

ขั้นตอนที่คลินิกทำ (เชิงรุก)

1. Case coordinator โทรประเมินล่วงหน้า ทันท่วงทีที่ระบบบ่งชี้แสดงสัญญาณว่ามีแนวโน้มขาดการรับประทานยาที่เหลือน้อยกว่ามีเพียงพอสำหรับทั้งวัน และช่วงเวลาที่ต้องคุมอาการมากที่สุดคือช่วงสอบเข้า ช่วงเรียนบ่าย หรือช่วงทำการบ้านเย็น
2. นัดเข้ามา เพื่อวางแผนก่อนยาหมด 1 เดือนโดยสรุปให้ผู้ปกครองเข้าใจว่าการสลับ long-acting ไม่ใช่การเปลี่ยนชื่อยา แต่ต้องติดตามผลจริงหลังสลับ
3. เลือกแผนสำรองแบบขึ้นบันได
 - ถ้าในคลินิกมี Ritalin® LA 20 mg หรือ methylphenidate Sandoz® 18/36 mg หรือ Concerta® 18/27 mg อยู่ ให้เลือกหนึ่งรายการเป็น long-acting สำรอง อาจรับประทานร่วมกับยาออกฤทธิ์สั้น เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ครอบคลุมเพียงพอตลอดในช่วงเวลาสอบหรือช่วงเรียน
 - ถ้า long-acting สำรองมีจำกัด หรือจะขาดต่อเนื่อง ให้ใช้ยากลุ่มออกฤทธิ์สั้น โดยเน้นคุมช่วงเวลาสอบหรือช่วงเรียนเป็นหลัก ไม่จำเป็นต้องครอบคลุมทั้งวันตั้งแต่วันแรก
4. กำหนดแผนติดตามเร็วขึ้น โดย case coordinator นัดติดตามภายใน 7-14 วันหลังเปลี่ยนแผน โดยประเมินเวลาเริ่มเห็นผล ช่วงเวลาที่ยาครอบคลุมอาการหลัก ผลข้างเคียง ทั้งที่บ้านและโรงเรียน
5. เกณฑ์การปรับแผนระหว่างสอบ
 - ถ้าพบว่าอาการสมาธิสั้นช่วงบ่ายชัดเจน ให้เพิ่มมาตรการการดูแลที่โรงเรียนช่วงบ่ายก่อน และพิจารณาออกฤทธิ์สั้นเป็นยาช่วยเฉพาะบางวันตามความจำเป็น
 - ถ้าพบว่านอนหลับหรือมีอาการแหว่งขาด ให้ทบทวนเวลารับประทานและลดความผันผวนของแผน ไม่ปรับถี่เกินไปในช่วงสอบ

ตัวอย่างที่ 2 ผู้ป่วยเด็กชั้น ป.3 อาการไม่รุนแรงมาก ใช้ long-acting เพื่อช่วยเรื่องเรียนในวันธรรมดา แต่วันหยุดอยู่บ้านอาการไม่กระทบมากและผู้ปกครองดูแลโครงสร้างกิจวัตรได้ดี

การจัดกลุ่ม: จัดเป็น กลุ่มเขียว เพราะปรับได้ดีและรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงต่ำ

ขั้นตอนที่คลินิกทำ (เน้นลดความจำเป็นในการใช้ยา long-acting)

1. สื่อสารตั้งเป้าหมายชัด ว่าช่วงรอยต่อไม่จำเป็นต้องคุมอาการทั้งวันเหมือนเดิมเสมอไป เป้าหมายคือคุมช่วงที่จำเป็นที่สุด เช่น ช่วงเรียนวิชาหลักหรือช่วงทำการบ้าน
2. ใช้ IR เป็นแผนหลักชั่วคราว โดยกำหนดให้คุมช่วงเช้าในโรงเรียนก่อนเป็นลำดับแรก และหลีกเลี่ยงการปรับหลายครั้งในสัปดาห์เดียว
3. เพิ่มมาตรการโรงเรียนควบคู่ทันที เช่น แบ่งงานเป็นขั้น เพิ่มตัวช่วยเตือน จัดที่นั่งให้ลดสิ่งรบกวน และให้พักสั้น ๆ ระหว่างงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่เน้นผลลัพธ์เชิงหน้าที่
4. พิจารณาหยุดยาเสาร์อาทิตย์หรือหยุดเป็นช่วง หากผู้ปกครองรายงานว่าเด็กอยู่ได้โดยไม่เกิดปัญหาความปลอดภัยหรือความขัดแย้งในบ้าน เพื่อช่วยลดการใช้ยาของระบบในช่วงที่ long-acting ขาด
5. การติดตามแบบไม่เข้มข้นไป case coordinator โทรเช็กสั้น ๆ หลังเริ่มแผน 1-2 สัปดาห์ เพื่อยืนยันว่าเด็กยังทำหน้าที่ได้ดี และนัดตามปกติหากไม่มีสัญญาณปัญหา

ตัวอย่างที่ 3 เด็กชั้น ม.1 ใช้ Concerta® 36 mg ในวันจันทร์-ศุกร์ วันเสาร์อาทิตย์ ไม่ได้รับประทานยา ไม่มีผลกับสมรรถนะ ในสถานการณ์ยาขาดคราว ปรับมาใช้ยาออกฤทธิ์สั้นแล้ว คุมอาการได้ไม่สม่ำเสมอ เพราะตารางเรียนยาวและกิจกรรมบ่ายเยอะเริ่มมีผลการเรียนตกและความเครียดในบ้านเพิ่ม

การจัดกลุ่ม: ช่วงแรกจัดเป็นกลุ่มเหลือง ยังพอประคองได้ด้วยแผนเป็นขั้น แต่ภายหลังเริ่มมีความเสี่ยงสูงหรืออาการแกว่งมากจนกระทบชัด จึงยกระดับเป็น กลุ่มแดง

ขั้นตอนที่คลินิกทำ

1. อธิบายว่าจากข้อมูลคงคลังและแนวโน้มการขาดคราว ยังไม่ทราบกำหนดที่ยาจะมีในคลังชัดเจน เพื่อหลีกเลี่ยงการสลับยาถี่ ๆ แบบระยะสั้น
2. ทบทวนสิ่งที่ลองไปแล้ว เช่น ยาออกฤทธิ์สั้น ครอบคลุมอาการได้ช่วงใด ไม่ได้ช่วงใด และปัญหาอยู่ที่ความครอบคลุมทั้งวัน หรือ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
3. เสนอ methylphenidate Sandoz® เป็นแผนระยะกลาง โดยสื่อสารตั้งแต่ต้นว่าต้องมีมาตรการโรงเรียนในช่วงปรับยา และควรมีการสื่อสารอย่างใกล้ชิดระหว่างครอบครัว โรงเรียน และทีมแพทย์ที่รักษา เพื่อดูแลผลลัพธ์ของยา

4. กำหนดแผนรอยต่อที่จับต้องได้ เช่น ใน 2–4 สัปดาห์แรกให้ใช้การปรับโรงเรียนและโครงสร้างที่บ้านเป็นแกนหลัก และใช้ IR เฉพาะช่วงเวลาที่จำเป็นจริง เพื่อป้องกันความเสียหายด้านการเรียนระหว่างรอผลยา
5. นัดติดตามเป็นช่วงถี่กว่าปกติ โดยอาจจะใช้การโทรศัพท์หรือการให้บริการทางการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ติดตามผลกับครอบครัวเบื้องต้นหลังจากสลับยาไป 1-2 สัปดาห์ เพื่อประเมินแนวโน้มการทำหน้าที่จริงในโรงเรียนและความทนต่อยา พร้อมปรับมาตรการโรงเรียนตามข้อมูลจากครูและผู้ปกครอง

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

นอกจากแผนในระดับโรงพยาบาลดังที่ได้นำเสนอไป ในเชิงนโยบายกุมารแพทย์สามารถนำเสนอและพิจารณาพร้อมกับ อย. กล่าวโดยสังเขปได้ดังนี้

1. เนื่องจากยากลุ่ม stimulant มีแนวโน้มที่จะขาดคราวอย่างต่อเนื่อง ควรมีการพิจารณาว่า ประเทศไทยควรต้องนำ non-stimulant เช่น atomoxetine กลับเข้ามาในประเทศเพื่อเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยเพิ่มเติม มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ตอบสนองและได้ผลลัพธ์ที่ดีขณะรับประทานยา atomoxetine
2. อย. สามารถลดเวลาในกระบวนการนำเข้ายา stimulant ยี่ห้ออื่น ๆ รวมถึงยาสามัญ (generic stimulants) ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รับรองถึงชีวสมมูล (bioequivalence) ต่อยา stimulant ที่ประเทศไทยใช้มายาวนานเพื่อเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วย
3. ในเชิงระบบ ควรมีระบบติดตามผู้ป่วยส่วนกลาง (central registry) ซึ่งทำให้สามารถรับยา stimulant จากโรงพยาบาลอื่นเมื่อยา stimulant ที่โรงพยาบาลต้นสังกัดขาดคราว ทั้งนี้ระบบส่วนกลางจะช่วยควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยไปขอยาซ้ำซ้อนจากหลายโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อ drug diversion และทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ง่ายขึ้น
4. ควรมีการจัดทำคำแนะนำที่ชัดเจนในการสลับยา stimulant ทั้งในกลุ่มเดียวกันแต่ออกฤทธิ์ต่างกันและระหว่างกลุ่มเพื่อเอื้อต่อการใช้งานของกุมารแพทย์
5. สุดท้ายแล้ว ผู้นำในประเทศไทยจะต้องพิจารณาว่า การผลิตยา stimulant เองในประเทศไทยจะเป็นประโยชน์ในระยะยาวหรือไม่ อย่างไร โดยให้ความสำคัญกับยา stimulant ที่ออกฤทธิ์ยาวเพื่อช่วยในการเข้าถึงยาได้อย่างทั่วถึงและคุ้มค่ามากยิ่งขึ้น

บทสรุป

ข้อมูลจากบริบทในประเทศไทยชี้ว่าการรับมือกับภาวะขาดครวสามารถวางแผนได้ดีขึ้น หากเรามีความเข้าใจรูปแบบที่พบจริง โดยเฉพาะการที่ยารักษาโรคสมาธิสั้นชนิดออกฤทธิ์สั้นมักเพียงพอ ขณะที่ยาชนิดออกฤทธิ์นานบางรายการอาจขาดเป็นช่วง แนวทางป้องกันขาดครวที่สำคัญที่คลินิกทำได้เบื้องต้นคือ การทบทวนแผนการรักษา ความจำเป็นในการใช้ยา การประเมินจำนวนยาที่ยังเหลืออยู่ ร่วมกับจัดแนวทางการรักษาโดยไม่ใช้ยา ด้วยการปรับพฤติกรรม ส่งเสริมศักยภาพเด็กทั้งที่บ้านและโรงเรียน เมื่อมีภาวะขาดครว การจัดการในคลินิกควรเริ่มจากการสื่อสารระหว่างทีม และผู้ปกครอง ทำความเข้าใจและความเสี่ยงของการสลับยาชนิดออกฤทธิ์ยาว ตามคำแนะนำของหน่วยงานกำกับและคำแนะนำเชิงปฏิบัติ ส่วนแนวทางการจัดการที่ผู้เขียนเสนอมีเป้าหมายทำให้คลินิกเด็กหรือคลินิกพัฒนาการเด็กที่มี case coordinator/manager สามารถตอบสนองเชิงรุกอย่างเป็นธรรมชาติ ลดความตื่นตระหนก ลดการกักตุน และรักษาการทำหน้าที่ของเด็กในชีวิตจริงตามหลักการของแนวทางมาตรฐานเมื่อระบบติดตามและการสื่อสารทำได้ดี การมียาใหม่ในอนาคต เช่น lisdexamfetamine จะยิ่งเพิ่มความยืดหยุ่นของระบบได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2019;144:e20192528.
2. Research C for DE and. FDA [Internet]. FDA; 2026 [cited 2026 Mar 5]. Drug Shortages. Available from: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/drug-shortages>
3. Drug shortage detail: Methylphenidate extended release oral presentations [Internet]. [cited 2026 Mar 10]. Available from: <https://www.ashp.org/Drug-Shortages/Current-Shortages/Drug-Shortage-Detail.aspx?id=896>
4. Keeton VF. Pharmaceutical supply chains: A structural determinant of health for children with ADHD. *Journal of Pediatric Health Care*. 2025;39:297–302.
5. Dantuluri NV. Restricted supply, rising demand: Reimagining prescription stimulant regulation amid a national shortage. *J Law Med Ethics*. 2025;1–7.
6. Romba C. An update on the stimulant shortage and practical guidance for the pediatric prescriber. *Clin Pediatr (Phila)*. 2025;64:1057–60.

7. Johnson B, Stjepanovic D, Leung J, Chan GCK. “Everything’s a challenge”: An interview study of ADHD individuals in the midst of the prescription stimulant shortage. *J Atten Disord*. 2025;29:120–7.
8. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา [Internet]. [cited 2026 Mar 5]. อช. เร่งระดมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดการปัญหาขาดแคลนยารักษาโรคสมาธิสั้น. Available from: <https://www.fda.moph.go.th/news/fda602689>
9. เว็บไซต์กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด [Internet]. [cited 2026 Mar 10]. แผนบริหารจัดการยารักษาโรคสมาธิสั้น (Methylphenidate). Available from: https://nrf.fda.moph.go.th/new_manage/methy
10. GOV.UK [Internet]. [cited 2026 Mar 5]. Methylphenidate long-acting (modified-release) preparations: Caution if switching between products due to differences in formulations. Available from: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/methylphenidate-long-acting-modified-release-preparations-caution-if-switching-between-products-due-to-differences-in-formulations>
11. SPS - Specialist pharmacy service [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 5]. Prescribing and switching between modified-release methylphenidate. Available from: <https://www.sps.nhs.uk/articles/prescribing-and-switching-between-modified-release-methylphenidate/>
12. Canadian-ADHD-practice-guidelines-4.1-January-6-2021.pdf [Internet]. [cited 2026 Mar 10]. Available from: <https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/Canadian-ADHD-Practice-Guidelines-4.1-January-6-2021.pdf>
13. Overview | Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2018 [cited 2026 Mar 10]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
14. May T, Birch E, Chaves K, Cranswick N, Culnane E, Delaney J, et al. The Australian evidence-based clinical practice guideline for attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2023;57:1101–16.
15. Prasad S, Steer C. Switching from neurostimulant therapy to atomoxetine in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: Clinical approaches and review of current available evidence. *Paediatr Drugs*. 2008;10:39–47.

16. SPS - Specialist pharmacy service [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 10]. Prescribing and switching between modified-release methylphenidate. Available from: <https://www.sps.nhs.uk/articles/prescribing-and-switching-between-modified-release-methylphenidate/>
17. Medsafe (New Zealand). Use caution if switching between long-acting methylphenidate products [Internet]. [cited 2026 Mar 5]. Available from: <https://www.medsafe.govt.nz/profs/PUArticles/March2023/Use-caution-if-switching-between-long-acting-methylphenidate-products.html>
18. ADHD medication shortage: Important information for parents [Internet]. [cited 2026 Mar 11]. Available from: <https://bedslutonchildrenshealth.nhs.uk/news/2024/adhd-medication-shortage-important-information-for-parents/>
19. SPS - Specialist pharmacy service [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 10]. Supporting system response to the ADHD medicine shortage. Available from: <https://www.sps.nhs.uk/articles/supporting-system-response-to-the-adhd-medicine-shortage/>
20. SPS - Specialist pharmacy service [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 10]. Continuing management of the ADHD medicines shortage. Available from: <https://www.sps.nhs.uk/articles/continuing-management-of-the-adhd-medicines-shortage/>
21. Ibrahim K, Donyai P. Drug holidays from ADHD medication: International experience over the past four decades. *J Atten Disord*. 2015;19:551–68.
22. National guideline centre (UK). Withdrawal from pharmacological treatment and drug holidays: Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management: Evidence review I [Internet]. London: National institute for health and care excellence (NICE); 2018 [cited 2026 Mar 10]. (NICE Evidence Reviews Collection). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578102/> PubMed PMID: 35192265.