



# ADHD

Dr mina sefidfard  
psychiatrist at jums

○ اختلال کم توجهی و بیش فعالی یا

Attention-deficit hyperactivity disorder با علائم زیر مشخص می شود:

۱. کاهش توجه

۲. بیش فعالی

۳. رفتار های تکانشی



# اپیدمیولوژی

- ADHD در کودکان شایع تر می باشد، ولی در نوجوانی و بزرگسالی نیز ممکن است دیده شود.
- در پسر ها نسبت به دخترها شیوع بیشتری دارد.

# اتیولوژی

- عوامل ژنتیک نقش مهمی در ایجاد ADHD دارد.
- در بستگان درجه اول کودک مبتلا به ADHD احتمال ابتلا، تا ۸ برابر جمعیت عمومی است.
- اختلال در سیستم های دوپامینرژیک و نورآدرنرژیک در اجاد ADHD نقش دارند.

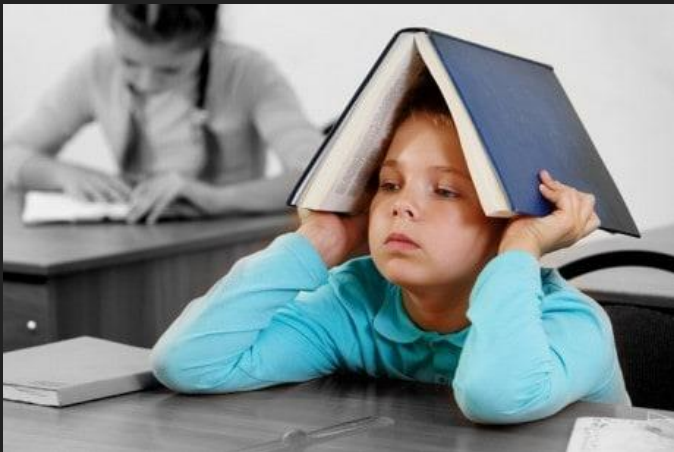
# ویژگی های بالینی

- ممکن است در شیرخوارگی شروع گردد.
- شیرخواران مبتلا، فعال هستند، خواب کمی دارند و زیاد گریه می کنند.
- در مدرسه ممکن است به سوالاتی که از دیگران پرسیده می شود پاسخ دهند.
- نمی توانند منتظر نوبت خود باشند.
- در خانه آرام نیستند و از خواسته های والدین پیروی نمی کنند.
- رفتار تکانشی دارند، تحریک پذیر هستند و بیشتر دچار حادثه می شوند.



# نمونه‌هایی از نقص توجه:

۱. به جزئیات توجه دقیقی ندارند و هنگام انجام کارها اشتباهاتی انجام می‌دهند.
۲. بیمار در حفظ توجه در هنگام فعالیت مشکل دارد.
۳. کارها را نیمه تمام رها می‌کند.
۴. بی‌نظمی در انجام کارها
۵. دوری کردن از تکالیف مدرسه که نیاز به فعالیت ذهنی مداوم دارد.
۶. گم کردن وسایل شخصی
۷. پرت شدن حواس با محرک خارجی
۸. فراموشکاری در انجام کارهای روزمره



# نمونه‌هایی از بیش‌فعالی:

- روی صندلی مرتب تکان می‌خورد یا با دست و پاهایش ور می‌رود.
- نمی‌تواند مدتی روی صندلی بنشیند.
- نمی‌تواند بدون سر و صدا بازی کند.
- از در و دیوار بالا می‌رود.
- مدام در حال حرکت است و نمی‌تواند مدت طولانی آرام باشد.
- زیاد حرف می‌زند.



# نمونه هایی از رفتارهای تکانشی:



- انجام دادن کاری بدون فکر کردن در مورد آن
- رها کردن ناگهانی کاری و شروع فعالیتی جدید
- پاسخ دادن قبل از پایان سوال
- رعایت نکردن نوبت خود
- پریدن وسط حرف دیگران



# تشخیص



- تشخیص بر اساس شرح حال تشخیص داده می شود.
- علائم بیمار حداقل در دو موقعیت یا محل (مانند منزل، مدرسه، محل کار یا در جمع دوستان) وجود داشته باشد.

# الف: ملاک های تشخیصی (وجود مورد ۱ یا ۲)

## مورد ۱

○ شش مورد یا بیشتر از علائم بی توجهی زیر که حداقل ۶ ماه طول کشیده و شدت آنها به حدی ست که با سطح رشد ناهماهنگ است:

۱. اغلب فعالیت تحصیلی، کار یا سایر فعالیت ها را با بی دقتی انجام می دهد و از توجه به جزئیات باز می ماند.
۲. اغلب وقتی مستقیماً با او صحبت می شود گوش نمی دهد.
۳. غالباً دستور العمل ها را کامل اجرا نمی کند (وظایف یا تکالیف درسی)
۴. غالباً در سازماندهی تکالیف و فعالیت ها ناتوان است.
۵. اغلب از تکالیفی که نیازمند فعالیت ذهنی مستمر است اجتناب می کند.
۶. غالباً اشیاء را گم می کند.
۷. محرک های بیرون حواسش را به آسانی پرت می کند.
۸. در فعالیت های روزمره غالباً فراموش کار است.

## مورد ۲

○ شش مورد یا بیشتر از علائم بیش فعالی-تکانشی زیر که حداقل به مدت ۶ ماه طول کشیده و شدت در حدی ست که غیر هماهنگ با رشد است:

۱. غالباً دست ها و پاهایش بی قرار است و روی صندلی تکان می خورد.
۲. غالباً در کلاس درس یا جاهای دیگری که انتظار می رود شخص نشسته باقی بماند صندلی را ترک می کند.
۳. غالباً در جاهایی که مناسبی ندارد می دود و از در و دیوار بالا می رود. در نوجوانی با بی قراری ذهنی همراه است.
۴. غالباً در اشتغال بی سر و صدا به بازی ناتوان است.
۵. غالباً در حال حرکت است.
۶. غالباً زیاد حرف می زند.
۷. قبل از پایان سوال، جواب می دهد.
۸. در انتظار کشیدن برای نوبت ناتوان است.

- ب) برخی علائم بیش‌فعالی-تکانشی یا بی‌توجهی که منجر به اختلال شده و قبل از ۱۲ سالگی وجود داشته باشد.
- پ) بر اساس علائم در دو یا چند زمینه مثل مدرسه یا خانه پسرقت‌هایی ایجاد شده باشد.
- ت) باید شواهد آشکاری از تخریب قابل توجه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا تحصیلی وجود داشته باشد.
- ث) علائم مربوط به اختلال روانی دیگری نباشد.

اختلال کم توجهی / بیش فعالی، نوع مرکب:

اگر در ۶ ماهه گذشته هم ملاک الف - ۱ و هم الف - ۲ وجود داشته است.

اختلال کم توجهی / بیش فعالی، نوع عمدتاً بی توجه:

اگر در ۶ ماهه گذشته ملاک الف - ۱ وجود داشته اما ملاک الف - ۲ وجود نداشته است.

اختلال کم توجهی / بیش فعالی، نوع عمدتاً بیش فعال - تکانشگر:

اگر در ۶ ماهه گذشته ملاک الف - ۲ وجود داشته ولی ملاک الف - ۱ وجود نداشته است.

یادآوری کدگذاری:

برای افرادی که علایم آنها فعلاً شامل ملاکهای کامل اختلال نیست (بخصوص نوجوانان و بزرگسالان) عبارت بهبود موقت نسبی باید ذکر شود.

# تشخیص افتراقی

- اضطراب ممکن است موجب بیش‌فعالی و حواس‌پرتی شود.
- مانیا و ADHD علائم مشترکی مانند مرحرفی، بیش‌فعالی و حواس‌مرتی دارند. در مانیا در کودکی، تحریک‌پذیری شایع‌تر از سرخوشی است.
- گاهی مبتلایان به ADHD دچار افسردگی می‌شوند.

# سیر و پیش آگهی:

- علائم در ۶۰-۸۵٪ موارد تا نوجوانی و در ۶۰٪ موارد تا بزرگسالی باقی می ماند.
- معمولا بیش فعالی نخستین علامتی ست که بهبود می یابد و حواس پرتی آخرین علامتی ست که برطرف می شود.
- بهبود معمولا بین ۲۰-۱۲ سالگی روی می دهد.
- رفتار ضداجتماعی، سوء مصرف مواد و اختلالات خلقی در این بیماران شایع می باشد.

# درمان

- ADHD با تجویز دارو و مداخلات روانی اجتماعی مانند آموزش والدین و تعدیل رفتار در منزل و کلاس درمان می شود.
- درمان دارویی خط اول درمان ADHD است و محرک های CNS انتخاب اول هستند.
- درمان دارویی شامل دو دسته داروهای محرک و داروهای غیر محرک می باشد.

# درمان دارویی با داروهای محرک CNS

داروهای محرک مورد استفاده در درمان ADHD			
دارو	اشکال دارویی (میلی‌گرم)	مدت اثر تقریبی (ساعت)	مقادیر توصیه شده
فرآورده‌های متیل‌فنیدیت			
ریتالین	۲۰، ۱۵، ۱۰، ۵	۳-۴	۱ mg/kg-۰/۳ سه بار در روز، حداکثر ۶۰ میلی‌گرم در روز
Ritalin-SR	۲۰	۸	حداکثر ۶۰ میلی‌گرم در روز
Concerta	۱۸، ۳۶، ۵۴	۱۲	حداکثر ۵۴ میلی‌گرم هر روز صبح
Metadate ER	۲۰، ۱۰	۸	حداکثر ۶۰ میلی‌گرم در روز
Metadate CD	۲۰	۱۲	حداکثر ۶۰ mg/qAM
Ritalin LA	۲۰، ۱۵، ۱۰، ۵	۸	حداکثر ۶۰ میلی‌گرم هر روز صبح
فرآورده‌های دکستمتیل‌فنیدیت			
Focalin	۱۰، ۵، ۲/۵	۳-۴	حداکثر ۱۰ میلی‌گرم
Focalin XR	۲۰، ۱۰، ۵	۸ تا ۶	حداکثر ۲۰ میلی‌گرم
فرآورده‌های دکستروآمفتامین			
Dexedrine	۱۰، ۵	۳-۴	۰/۱۵-۰/۵ mg/kg دو بار در روز؛ حداکثر ۴۰ میلی‌گرم در روز
Dexedrine spansule	۱۵، ۱۰، ۵	۸	حداکثر ۴۰ میلی‌گرم در روز
فرآورده‌های حاوی ملح آمفتامین و دکستروآمفتامین			
Adderall	۳۰، ۲۰، ۱۰، ۵	۴-۶	۰/۱۵-۰/۵ mg/kg دو بار در روز؛ حداکثر ۴۰ میلی‌گرم در روز
Adderall XR	۳۰، ۲۰، ۱۰	۱۲	حداکثر ۴۰ میلی‌گرم صبح‌ها



# داروهای محرک

- موثرترین داروها برای درمان ADHD می باشند.
- عوارض خفیف و قابل تحملی دارند.
- آگونیست دوپامین هستند.
- استفاده از داروهای sustained-release ترجیح داده می شوند و یک بار در روز صبح ها مصرف می گردد و کمتر موجب rebound side effect می گردند.
- نمونه هایی از این داروها:  
Methylphenidate (داروی انتخابی)  
Dextroamphetamine (استفاده در موارد مقاوم به متیل فنیدیت)

# عوارض داروهای محرک:

- متیل فنیدیت دارویی کوتاه اثر است که عموماً در ساعات مدرسه استفاده می شود و عوارض آن شامل، سردرد، دل درد، تهوع و بی خوابی است.
- جهت درمان بی خوابی ناشی از داروهای محرک، تجویز دیفن هیدرامین یا دور اندک ترازدون مفید می باشد.
- متیل فنیدیت در بعضی کودکان اثر بازگشتی ایجاد می کند **rebound effect** که کمی بعد از قطع دارو بیش فعالی و تحریک پذیری مختصری پدید می آید.
- در کودکانی که دارای سابقه تیک هستند متیل فنیدیت باید با احتیاط مصرف شود چرا که در بعضی موارد باعث افزایش تیک می شود.
- در طول دوره های مصرف متیل فنیدیت با سرکوب رشد همراه بوده است که با در نظر گرفتن دوران تعطیلات تابستان یا آخر هفته این کودکان معمولاً به رشد طبیعی می رسند.
- دکستروآمفتامین و ترکیبات ملح آمفتامین/دکستروآمفتامین در مواردی که فرآورده های متیل فنیدیت موثر نبوده است به کار می روند.

# پایش درمان با داروهای محرک

○ قبل از شروع درمان با داروهای محرک بررسی های زیر باید انجام شود:

۱. معاینه جسمی

۲. فشار خون

۳. اندازه گیری نبض

۴. اندازه گیری وزن

۵. اندازه گیری قد

○ سنجش قد، وزن، فشار خون و نبض هر ۳ ماه یک بار و معاینه جسمی سالی یک بار باید انجام گردد.

# داروهای غیر محرک:

داروهای غیر محرک مورد استفاده در درمان ADHD		
دارو	اشکال دارویی (میلی گرم)	مقادیر توصیه شده
Atomoxetine HCL استراترا (strattera) ۱۰، ۱۸، ۲۵، ۴۰	۰/۵ تا ۱/۸ mg/kg (۴۰ تا ۸۰ میلی گرم در روز)	می توان آن را به صورت دوبرار در روز تجویز نمود
فرآورده های بوپروپیون Wellbutrin	۱۰۰، ۷۵	۳-۶ mg/kg (۱۵۰ تا ۳۰۰ میلی گرم در روز؛ حداکثر ۱۵۰ میلی گرم در هر وعده دو بار در روز)
Wellbutrin SR	۱۵۰، ۱۰۰	۳-۶ mg/kg (۱۵۰ تا ۳۰۰ میلی گرم در روز؛ حداکثر ۱۵۰ میلی گرم صبح ها؛ مقادیر بالاتر از ۱۵۰ میلی گرم در روز در دو دوز منقسم مصرف شوند.
ونلافاکسین effexor	۱۰۰، ۷۵، ۵۰، ۳۷/۵، ۲۵	۲۵ تا ۱۵۰ میلی گرم در روز؛ روزی دو بار مصرف شود.
effexor XR	۱۵۰، ۷۵، ۳۷/۵	۳۷/۵ تا ۱۵۰ میلی گرم صبح ها
آگونستهای آلفا۱ در نرژیک کلونیدین (Catapres)	۰/۳، ۰/۱۲، ۰/۱	۱-۳ μg/kg در روز در سه دوز منقسم؛ حداکثر ۰/۱ میلی گرم سه بار در روز
گوانفیسین (tenex)	۱/۲	۰/۵ تا ۱/۵ میلی گرم در روز

# داروهای غیر محرک:

۱. Atomoxetine
۲. Bupropion
۳. Clonidine
۴. Guanfacine
۵. Venlafaxin

- Atomoxetine مهارکننده انتخابی بازجذب نور اپی نفرین می باشد، جهت درمان ADHD در کودکان ۶ ساله یا بزرگتر تایید شده است؛ معمولا به صورت دوبر در روز مصرف می شود، و شایع ترین عوارض جانبی آن: از بین رفتن اشتها، درد شکمی، dizziness و تحریک پذیری است.
- فلوکستین و پاروکستین با مهار متابولیسم اتوموکستین موجب افزایش سطح سرمی این دارو می شوند.
- Atomoxetine در بهبود آفسردگی و اضطراب نیز موثر است.

# داروهای غیر محرک:

- بوپروپیون هم به عنوان داروی ضد افسردگی و هم در درمان این اختلال بکار رفته است و با دوز کمتر از ۴۵۰ میلی گرم در روز، خطر تشنج کاهش می یابد.
- ونلافاکسین به خصوص در کودکان و نوجوانانی که به طور همزمان دچار ADHD و اضطراب یا افسردگی بوده اند به کار می رود.
- کلونیدین، وقتی بیمار همزمان با ADHD دچار اختلالات تیک نیز هست مفید می باشد.

## ADHD در بزرگسالان

- شیوع ADHD در بزرگسالان حدود ۴٪ است.
- عمدتاً به صورت زنتیکی منتقل می شود.
- افزایش فعالیت دوپامین در این اختلال مشاهده شده است.
- درمان مشابه درمان کودکان مبتلا می باشد.
- ممکن است لازم شود درمان دارویی با صورت نامحدود و تا اهر عمر ادامه یابد.

### ملاک‌های یوتا برای اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی بزرگسالان

- I. تشخیص ADHD کودکی به صورت گذشته‌نگر
- الف) ملاک روایتی: در مصاحبه با والد فرد در کودکی واجد ملاک‌های DSM-IV باشد.<sup>a</sup>
- ب) ملاک گسترده: موارد (۱) و (۲) از سوی بیمار گزارش شوند.<sup>b</sup>
۱. بیش‌فعالی کودکی
۲. کم‌توجهی در دوران کودکی
- II. خصوصیات بزرگسالی: از میان علائم زیر ۵ علامت موجود باشد که دوتای آنها شامل مشکلات مستمر در مورد بی‌توجهی و بیش‌فعالی بوده و دستکم با سه علامت از علائم زیر همراه باشند:
- (A) بی‌توجهی
- (B) بیش‌فعالی
- (C) بی‌ثباتی خلق
- (D) تحریک‌پذیری و زودجوش آمدن
- (E) عدم تحمل استرس
- (F) آشفتگی و بی‌نظمی
- (G) تکانشگری
- III. در صورت وجود افسردگی شدید، روانپزیشی یا اختلال شخصیت شدید این تشخیص گذاشته نمی‌شود.

(a) گزارش والد به کمک مقیاس درجه‌بندی والد در مورد رفتار کودکی

(b) خودگزارشی گذشته‌نگر بیمار در مورد علائم کودکی به کمک مقیاس درجه‌بندی وندر اوتا

*The end*

