

Clinical Guideline

Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A National Clinical Guideline



Mitra Hakim Shooshtari¹, Behnam Shariati¹, *Leila Kamalzadeh², Jafar Bolhari¹, Nadereh Memaryan³, Amir Hossein Jalali Nadoushan¹, Rozita Davari⁴, Katayoun Razjouyan⁴

1. Psychiatrist, Mental Health Research Center, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Psychiatrist, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor of Community Medicine, Department of Mental Health, Spiritual Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Psychiatrist, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, Imam Hossein Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Hakim Shooshtari M, Bolhari J, Shariati B, Kamalzadeh L, Memaryan N, Jalali Nadoushan AH, et al. Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A National Clinical Guideline. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2020; 25(4):472-479. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.4.9>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.4.9>

One of the best approaches for evidence-based care is providing and using the guidelines. Observing these guidelines results in a better quality of health care, decreased unnecessary or harmful interventions, lower health costs, and an increase in patients' satisfaction. Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)-1 in children and adolescents is a guideline published after 6 years of research and review of resources in the domain of treatment of ADHD. A research team formed in Iran University of Medical Sciences provided this guideline by addressing reliable references and observing a scientific approach. This guideline is provided with respect to the present resources for the standard treatment of ADHD in our country. To prepare this guideline, this research team considered the most recent and strict version of the writing method in the treatment section of Health, Treatment, and Education Ministry. Although the present guideline has some shortcomings, it is a turning point in the history of the development of health care. It presents a systematic approach in the treatment of such disorder, one of the most prevalent disorders in child psychiatry. The colleagues and treatment centers can help such an issue by applying this guideline.

*** Corresponding Author:**

Leila Kamalzadeh, PhD.

Address: School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 66551655

E-mail: lkamalzadeh@gmail.com

راهنمای بالینی درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی

میترا حکیم شوشتری^۱، بهنام شریعتی^{۱*}، لیلیا کمالزاده^۲، جعفر بوالهروی^۳، نادره معماریان^۳، امیرحسین جلالی ندوشن^۴، رزیتا داوری^۴، کتایون رازجویان^۴

۱. روانپزشک، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. استاد روانپزشک، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. استادیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، گروه آموزشی سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. روانپزشک، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده روانپزشکی، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

پیشگفتار

بهترین رویکرد برای مراقبت مبتنی بر شواهد، تدوین و اجرای راهنماهای بالینی است. استفاده از راهنماهای بالینی منجر به بهبود کیفیت ارائه خدمات، کاهش مداخلات غیرضروری یا مضر، کاهش هزینه‌های سلامت و ارتقای رضایت‌مندی بیماران می‌شود. راهنمای بالینی درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی پس از بیش از شش سال تلاش و مطالعه منابع موجود در حوزه درمان اختلال نقص توجه بیش‌فعالی توسط تیم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران منتشر می‌شود و نحوه نگارش متن و منابع معتبر ارائه‌شده در آن گویای یک رویکرد علمی است. این راهنما با توجه به امکانات موجود درمانی در کشور ما روشی استاندارد را نشان می‌دهد که برای درمان این اختلال قابل استفاده است. تدوین این کتابچه بر مبنای آخرین روش سخت‌گیرانه تدوین راهنمای بالینی توسط معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده است. متن حاضر ممکن است کاستی‌های بسیاری داشته باشد، اما نقطه عطفی است در تاریخ توسعه مراقبت سلامت با رویکرد نظام‌مند در درمان اختلالی که یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان است. کاربرد این مهم نیز ممکن نیست مگر با استفاده از این راهنما در مراکز درمانی و توسط همکارانی که به درمان این‌گونه از کودکان می‌پردازند.

اعضای هسته مرکزی تهیه و تدوین راهنما

سرپرست تدوین: دکتر میترا حکیم شوشتری، روان‌پزشک کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

دکتر جعفر بوالهروی، استاد روان‌پزشکی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

دکتر بهنام شریعتی: روان‌پزشک، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

دکتر لیلیا کمالزاده: روان‌پزشک، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

دکتر نادره معماریان: استادیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، گروه آموزشی سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

دکتر امیرحسین جلالی ندوشن: مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

* نویسنده مسئول:

دکتر لیلیا کمالزاده

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران).

تلفن: ۶۶۵۵۱۶۵۵ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: lkamalzadeh@gmail.com

مختلف ایرانی تفاوت قابل توجهی داشته و در مطالعات مروری اخیر، بین ۱۲ تا ۱۷ درصد گزارش شده است [۱، ۳]. حدود دوسوم موارد ADHD تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و میانگین شیوع جهانی ADHD بزرگسالان حدود ۲/۵ درصد تخمین زده شده است. برخی بر این اعتقادند ADHD بزرگسالان ممکن است شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی مزمن تشخیص داده‌نشده باشد [۴]. بزرگسالان مبتلا به ADHD از ناتوانی در توجه و تمرکز رنج می‌برند. آن‌ها بیش‌فعالی، بی‌قراری، تحریک‌پذیری و رفتارهای تکانشی را تجربه می‌کنند. ADHD موجب اختلال عملکردی قابل توجه در طول زندگی می‌شود. مشکلات توجه می‌تواند سبب مشکلات تحصیلی و اختلال در روابط اجتماعی شود. بزرگسالان مبتلا به ADHD، کاهش اعتمادبه‌نفس، موفقیت تحصیلی کمتر، سابقه شغلی ضعیف‌تر و مشکلات زناشویی بیشتری را نسبت به افراد غیرمبتلا تجربه می‌کنند. آن‌ها در تداوم رابطه بین‌فردی طولانی‌مدت ناتوانی بیشتری از خود نشان می‌دهند [۵]. ADHD یک عامل خطر جدی برای اختلالات روان‌پزشکی همبود مانند اختلال شخصیت ضداجتماعی، سوءمصرف مواد و اختلالات خلقی است [۶].

اهمیت موضوع و دلایل انتخاب این بیماری جهت تدوین راهنما

با توجه به میزان بالای شیوع اختلال نقص توجه بیش‌فعالی و باری که این اختلال برای خانواده و جامعه ایجاد می‌کند و با ذکر این نکته که این اختلال قابل کنترل است و می‌توان با اقدامات مناسب و به‌موقع از عدم حضور یک فرد با استعدادهای بالقوه در اجتماع جلوگیری کرد، لازم است در این خصوص تدبیری اندیشیده شود. همچنین به دلیل وجود گزینه‌های متفاوت درمانی و اختلاف نظرات موجود در انتخاب این گزینه‌ها و اهمیت درمان مناسب، وجود یک استراتژی واحد درمانی ضروری به نظر می‌رسد.

سؤالات بالینی مصوب که راهنما به آن‌ها پاسخ خواهد داد:
 ۱. درمان استاندارد در این اختلال چیست؟ ۲. ایمنی درمان چگونه است؟ ۳. اثربخشی بالینی درمان چگونه است؟ ۴. پذیرش درمانی چگونه است؟

روش کار

کاربران راهنما

پزشکان متخصص و پزشکان عمومی

بازه زمانی جست‌وجو

شهریورماه ۱۳۹۲ تا خرداد ۱۳۹۸

دکتر رزیتا داوری: روان‌پزشک کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دپارتمان روان‌پزشکی، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم‌پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری.

دکتر کتایون رازجویان: روان‌پزشک کودک و نوجوان، دپارتمان روان‌پزشکی، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم‌پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری.

اعضای نشست تخصصی برای اجماع

دکتر جواد علاقبند راد، دکتر مهدی تهرانی‌دوست، دکتر زهرا شهریور،^۱ دکتر الهام شیرازی،^۲ دکتر رزیتا داوری، دکتر کتایون رازجویان، دکتر مژگان خادمی،^۳ دکتر مرضیه عصاره،^۴ دکتر فاطمه محرری،^۵ دکتر فاطمه عساریان،^۶ دکتر نسرین دودانگه،^۷ دکتر ایوب مالک و دکتر شاهرخ امیری.^۸ سایر همکاران: عیسی کریمی.^۹

مقدمه

تعریف بیماری

اختلال نقص توجه بیش‌فعالی^{۱۰}، یک اختلال عصبی تکاملی است که با افزایش سطح بی‌توجهی و رفتارهای تکانه‌ای و یا ترکیبی از این علائم شناسایی می‌شود. این علائم خود را قبل از سن هفت‌سالگی نشان می‌دهند و در بیشتر موقعیت‌ها متناقض با سطح تکاملی کودک دیده می‌شوند و سبب اختلال در حوزه اجتماعی و تحصیلی می‌شوند [۱]. این اختلال در ویرایش دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی^{۱۱} دارای کد F90.0 است و برای تشخیص لازم است علائم، خارج از محدوده طبیعی سن و تکامل کودک باشد [۲].

جمعیت‌شناسی

اختلال نقص توجه بیش‌فعالی اختلال شایعی در میان کودکان و نوجوانان است. شیوع این اختلال در پژوهش‌های

۱. روان‌پزشک کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی تهران.
۲. روان‌پزشک کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی ایران.
۳. روان‌پزشک کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی شهید بهشتی.
۴. روان‌پزشک کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی البرز.
۵. روان‌پزشک کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد.
۶. روان‌پزشک کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی کاشان.
۷. روان‌پزشک کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی.
۸. روان‌پزشک کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی تبریز.
۹. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم‌پزشکی ایران.

10. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

11. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- 10th revision (ICD-10)

line Published by The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists

Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). Canadian ADHD Practice Guidelines, Third Edition. Toronto: CADDRA, 2011

معیارهای غربالگری

معیارهای غربالگری عبارت بودند از در دسترس بودن نسخه کامل راهنما، مشخص بودن پرسش‌های بالینی در راهنما، وجود ارتباط آشکار بین هر توصیه و شواهد حمایت‌کننده آن در راهنما و اولویت راهنما برای پزشکان متخصص یا پزشکان عمومی. با توجه به اینکه هدف اصلی این پروژه بومی‌سازی توصیه‌های انجام‌شده در راهنماهای معتبر بین‌المللی بود، تمامی راهنماهای بالینی که شرایط مذکور را داشتند، در بررسی و تدوین توصیه‌ها به کار گرفته شدند. در مواردی که بیش از نیمی از راهنماها توصیه خاصی را ارائه کرده باشند، آن توصیه به عنوان توصیه اصلی پذیرفته می‌شود و در مواردی که درصد توافق هر توصیه کمتر از ۵۰ درصد باشد، نظر یک گروه از روان‌پزشکان فوق‌تخصص اطفال پانل بومی مورد بررسی قرار خواهد گرفت و نظر اکثریت اعضا پذیرفته می‌شود.

تعریف سطح شواهد و توصیه‌ها

توصیه‌های این راهنما بر اساس معیارهای زیر دسته‌بندی شده‌اند.

سطح شواهد

شواهد حاصل از متاآنالیز مطالعات تصادفی کنترل‌شده Ia یا حداقل از یک مطالعه تصادفی کنترل‌شده b؛ شواهد حاصل از حداقل یک مطالعه تصادفی غیر تصادفی IIa یا مستندات حاصل از حداقل یک مطالعه با طراحی خوب نیمه‌تجربی IIb؛ شواهد حاصل از مطالعات با طراحی خوب غیرتجربی مانند مطالعات مقایسه‌ای، مطالعات رابطه‌ای و موارد نادر III؛ شواهد حاصل از کمیته‌های صاحب‌نظران و یا نظرات و تجارب افراد صاحب نظر IV.

درجه‌بندی توصیه‌ها

توصیه‌های مبتنی بر شواهد سطح I (مطالعات کنترل‌شده تصادفی و مطالعات با کیفیت و انسجام خوب)؛ توصیه‌های مبتنی بر شواهد سطح II (مطالعات با طراحی منسجم و خوب ولی غیرتصادفی)؛ توصیه‌های مبتنی بر شواهد سطح III (مطالعات با طراحی خوب غیرتجربی)؛ توصیه‌های مبتنی بر شواهد سطح IV (کمیته‌های صاحب‌نظران و یا نظرات و تجارب افراد صاحب‌نظر).

سؤالات بالینی

روش استناد به شواهد

کلمات کلیدی - Attention Deficit Disorder with Hyperactivity، Pediatrics، Guideline، Psychotherapy، behavioral therapy، medication، Disease Management در پایگاه‌های اطلاعاتی پابمد، وب آو ساینس، گوگل اسکالر و اسکوپوس جست‌وجو شد و گایدلاین‌هایی که به زبان‌های انگلیسی چاپ شده و نسخه کامل آن‌ها در دسترس بود جمع‌آوری شد.

راهنماهای بالینی یافت‌شده

NICE, Attention deficit hyperactivity disorder overview, <http://pathways.nice.org.uk/pathways/attention-deficithyperactivity-disorder>. Pathway last updated, 2018

National Health and Medical Research Council (NHMRC). Clinical Practice Points on the diagnosis, assessment and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and adolescents. Commonwealth of Australia, 2012

American academy of pediatrics (AAP) guidelines

(AACAP)

ECHO Access ADHD Management Guideline, Attention Deficit Hyperactivity Disorder Management Guideline, Version Last Modified: 04.15.14

UPMC, Health plan clinical practice Guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in the primary care setting for children and adolescents, QIC Approval: 04/2013

ADHD Documentation Guidelines. <http://www.umaryland.edu/counseling>

University of Michigan Health System. UMHS Attention Deficit Disorder Guideline, April 2013

The Pennsylvania State University's Guidelines for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (AD/HD)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Attention Deficit and Hyperkinetic Disorders in Children and Young People: A National Clinical Guideline. Edinburgh: SIGN, 2009

Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in children young people and adults, National Clinical Practice Guide-

سؤال ۱. در کودکان زیر پنج سال مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی، نخستین خط درمان چیست؟

نخستین خط درمان در کودکان زیر ۵ سال برنامه آموزش گروهی والدین و تعدیل عوامل محیطی همچنان علائم کودک در شرایط مختلف در صورتی که پس از برنامه آموزش گروهی والدین و تعدیل عوامل محیطی همچنان علائم کودک در شرایط مختلف منجر به اختلال قابل توجه شود، توصیه می‌شود از یک مرکز تخصصی درمان اختلال نقص توجه بیش‌فعالی، مشورت گرفته شود (ترجیحاً مرکز ارائه‌دهنده سطح سوم مراقبت‌های بهداشتی). توصیه می‌شود پیش از مشورت با یک متخصص دیگر که تجربه و تخصص کافی در درمان اختلال نقص توجه بیش‌فعالی دارد، برای کودکان زیر پنج سال دارو تجویز نشود [۷، ۸].

سطح شواهد: Ia، درجه‌بندی توصیه: A

سؤال ۲. در کودکان پنج سال به بالا و نوجوانان در چه صورت درمان دارویی تجویز می‌شود؟

در کودکان پنج سال به بالا و نوجوانان درمان دارویی تنها زمانی آغاز می‌شود که [۷]:
علی‌رغم تعدیل عوامل محیطی، همچنان علائم اختلال نقص توجه بیش‌فعالی حداقل در یک حیطة (به عنوان مثال روابط بین‌فردی، دستاوردهای تحصیلی و شغلی و غیره) منجر به اختلال پایدار و قابل توجه شده است.
کودک، والدین و سایر مراقبین درباره اختلال نقص توجه بیش‌فعالی آموزش کافی دیده باشند.
ارزیابی‌های پایه پیش از شروع دارو انجام شده باشد.
داروها تنها بخشی از درمان چندجانبه و جامع اختلال نقص توجه بیش‌فعالی هستند. سایر وجوه درمان این اختلال شامل مداخلات آموزشی و روانی اجتماعی است. تمام داروهای مربوط به درمان اختلال نقص توجه بیش‌فعالی تنها باید توسط متخصصانی که تجربه و مهارت کافی در زمینه درمان این اختلال دارند تجویز شود [۹، ۱۰].

سطح شواهد: Ia، درجه بندی توصیه: A

سؤال ۳. در کودکان با درمان اختلال نقص توجه بیش‌فعالی چه اقدامات دارویی توصیه می‌شود؟

در کودکان پنج سال به بالا و نوجوانان، داروهای محرک به عنوان اولین خط درمان دارویی اختلال نقص توجه بیش‌فعالی توصیه می‌شوند [۷، ۸، ۱۰].

سطح شواهد: Ia، درجه‌بندی توصیه: A

دو گروه اصلی داروهای محرک در درمان اختلال نقص توجه بیش‌فعالی به کار می‌روند؛ متیل‌فنیدیت و آمفتامین‌ها [۹، ۱۱].
در سطح جمعیت هر دو گروه، داروهای محرک دارای اثربخشی (Efficacy) و تحمل‌پذیری (Tolerability) مشابه هستند، اما هر فرد ممکن است به یکی از این دو دسته دارویی پاسخ بهتری دهد یا بهتر آن را تحمل کند [۱۲، ۱۳].
با توجه به اثربخشی و تحمل‌پذیری بالای داروهای محرک، توصیه می‌شود در صورت عدم پاسخ به یک گروه از محرک‌ها با دُز و مدت کافی (شش هفته)، پیش از به کار بردن داروهای خط دوم، دسته دیگری از محرک‌ها تجویز شود [۷، ۸، ۱۴].

سؤال ۴. در کودکانی که به داروهای محرک پاسخ نمی‌دهند یا با آن عوارض پیدا می‌کنند، برای درمان چه توصیه‌ای می‌شود؟

در کودکانی که به دُز و مدت کافی (شش هفته) درمان جداگانه با متیل‌فنیدیت و آمفتامین‌ها پاسخ ندادند یا با داروهای محرک دچار عارضه شده‌اند، توصیه می‌شود اتوموکستین یا گوانفاسین به عنوان داروهای خط دوم تجویز شود [۷، ۸].
همچنین در صورت پاسخ نسبی به داروهای خط اول، می‌توان داروهای خط دوم را به منظور تقویت درمان همراه با داروهای خط اول تجویز کرد [۳].

سطح شواهد: Ia، درجه‌بندی توصیه: A

سؤال ۵. در کودکانی که به داروهای خط اول (محرک‌ها) و دوم (اتوموکستین یا گوانفاسین) پاسخ ندهند یا عوارض پیدا کنند، برای درمان چه توصیه‌ای می‌شود؟

توصیه می‌شود کودکان و نوجوانانی که به داروهای خط اول و دوم پاسخ نمی‌دهند یا عوارض پیدا می‌کنند جهت درمان به مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های سطح سوم ارجاع داده شوند [۷].

سطح شواهد: Ia، درجه‌بندی توصیه: A

بوپروپیون، کلونیدین، ایمی‌پرامین و مدافینیل از جمله داروهای خط سوم هستند که در موارد عدم پاسخ به داروهای خط اول و دوم به کار می‌روند [۹، ۱۱].

سطح شواهد: Ib، درجه‌بندی توصیه: A

سؤال ۶. برای درمان کودکانی که مبتلا به بیماری های شناخته شده قلبی هستند یا سابقه خانوادگی ناهنجاری های قلبی دارند، چه توصیه ای می شود؟

در کودکان و نوجوانان مبتلا به بیماری های قلبی یا دارای سابقه خانوادگی ناهنجاری های قلبی لازم است پیش از شروع سطح شواهد: Ia ، درجه بندی توصیه: A درمان دارویی اختلال نقص توجه بیش فعالی مشاوره با متخصص قلب و عروق انجام شود.

آنتی سایکوتیک های آتیپیک در کودکان مبتلا به اختلالات همراه با اختلال نقص توجه بیش فعالی به کار می روند. این داروها برای درمان اختلال نقص توجه بیش فعالی تأییدیه ADF ندارند و نسبت به داروهای خط اول و دوم عوارض بیشتر و اثربخشی کمتری دارند [۹، ۱۵]. با توجه به فقدان شواهد کافی برای اثربخشی بچه های نیکوتین، ربوکستین و سلزبلین در درمان اختلال نقص توجه بیش فعالی استفاده از این داروها توصیه نمی شود. تمام داروهای اختلال نقص توجه بیش فعالی در افراد مبتلا به بیماری های قلبی باید با احتیاط مصرف شوند [۹]. به صورت کلی داروهای محرک نباید به عنوان خط اول در کودکان و نوجوانان مبتلا به ناهنجاری های ساختاری قلب مورد استفاده قرار بگیرند. داروهای محرک و اتوموکستین در موارد پرفشاری متوسط تا شدید خون و بیماری قلبی عروقی علامت دار منع مصرف دارند [۵۱، ۶۱].

سؤال ۷. در نوجوانان (۱۲ تا ۱۸ سال) با اختلال نقص توجه بیش فعالی (بدون همبودی) چه اقدامات دارویی توصیه می شود؟

پزشک باید داروهای دارای تأییدیه FDA را با موافقت نوجوان تجویز کند و ترجیحاً درمان همزمان دارویی و غیردارویی را تجویز کند [۱۰]. سطح شواهد: Ia ، درجه بندی توصیه: A در مورد رفتار درمانی به تنهایی شواهد اندکی وجود دارد.

سؤال ۸. در نوجوانان با اختلال نقص توجه بیش فعالی با سوء مصرف مواد چه اقدامات دارویی توصیه می شود؟

پزشک باید علائم و درخواست های تجویز بیمار را به دقت پیگیری کند و نشانه های سوء مصرف یا استفاده های دیگر از داروها را در نظر داشته باشد. بهتر است پزشک داروایی که فاقد پتانسیل سوء مصرف هستند مانند اتوموکستین و داروهای پیوسته رهش گوانفاسین و کلونیدین که محرک نیستند یا داروهای محرک با پتانسیل کمتر سوء مصرف مثل لیس دکس آمفتامین ۱ یا متیل فنیدیت پوستی یا اوروس متیل فنیدات ۲ را تجویز کند [۱۰]. سطح شواهد: Ia ، درجه بندی توصیه: A

سؤال ۹. برای والدین کودکان پیش دبستانی چه نوع درمان های غیر دارویی توصیه می شود؟

برنامه های آموزش / تربیت والدین اولین خط درمان اختلال نقص توجه بیش فعالی در کودکان پیش دبستانی است. برنامه های آموزشی گروهی مشابه با آنچه برای درمان اختلال سلوک تدوین شده است باید در دسترس والدین بیماران مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی قرار گیرد. برنامه های آموزشی انفرادی تنها زمانی که اجرای برنامه به صورت گروهی امکان پذیر نباشد توصیه می شود. در صورت امکان باید هر دو والد بیمار در برنامه آموزشی وارد شوند [۱۵، ۱۰]. سطح شواهد: Ia ، درجه بندی توصیه: A

سؤال ۱۰. برای کودکان دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی که هم ابتلایی با اختلال رفتاری مقابله ای یا پرخاشگری دارند چه درمان های غیر دارویی توصیه می شود؟

در کودکان دبستانی، علاوه بر درمان دارویی علائم اختلال نقص توجه بیش فعالی، استفاده از رفتار درمانی کودک، آموزش مهارت ها به والدین و همچنین مداخلات مبتنی بر مدرسه مفید است [۱۷، ۱۵]. پیشنهاد می شود برنامه های آموزشی والدین به صورت گروهی انجام شود و برنامه های آموزشی فردی والدین تنها در صورتی توصیه می شود که مشکل خاصی در ارتباط با والدین و خانواده وجود دارد که درمان گروهی برای پوشش این مشکل کافی نیست [۷]. سطح شواهد: Ia ، درجه بندی توصیه: A

سؤال ۱۱. برای کودکان اختلال نقص توجه بیش فعالی در محیط مدرسه چه نوع مداخلات غیر دارویی توصیه می شود؟

این کودکان نیاز به برنامه های رفتاری و آموزشی اختصاصی در محیط مدرسه دارند. برنامه هایی برای منطبق کردن محیط مدرسه مثل جایگاه نشستن کودک و تکالیف تعدیل شده و آزمون های تعدیل شده (در صورت امکان) و برنامه های رفتاری باید قسمتی از تمام درمان های اختلال نقص توجه بیش فعالی باشد [۱۵، ۱۰، ۷]. در مورد توصیه های اختصاصی به معلمان شواهد کمتری وجود دارد، ولی اگر هم زمان با برنامه رفتاری والدین برای کاهش علائم اصلی باشد مؤثر است. سطح شواهد: Ib ، درجه بندی توصیه: A

سؤال ۱۲. چه مداخلات روان‌شناختی برای والدین نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی توصیه می‌شود؟

شواهد برای مداخلات روان‌شناختی والدین نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی نسبت به کودکان ضعیف‌تر است. می‌توان گفت آموزش والدین برای کودکان در اواخر دوران کودکی و نوجوانان در اوایل دوران نوجوانی ممکن است مؤثر باشد [۷، ۱۵].

سطح شواهد: III، درجه‌بندی توصیه: C

سؤال ۱۳. برای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی چه توصیه‌های تغذیه‌ای می‌شود؟

حذف رنگ‌های مصنوعی و چاشنی‌ها به صورت کلی برای درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی توصیه نمی‌شود. باید ابتدا از کودکان و نوجوانان مبتلا در مورد غذاها و نوشیدنی‌هایی که باعث پرفعالیتی می‌شود سؤال کرد. اگر رابطهای وجود داشت باید به مراقب گفته شود که دفتری برای ثبت غذای روزانه و میزان پرفعالیتی تهیه کند و اگر ارتباط خاصی به دست آمد به متخصص تغذیه ارجاع بشود و حذف هر نوع غذای خاص باید زیر نظر متخصص تغذیه و اطفال یا روان‌پزشک باشد.

سطح شواهد: Ia، درجه‌بندی توصیه: A

ملاحظات اخلاقی

حامی مالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان نهاد حامی مالی پژوهش این پروژه را حمایت کرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، تحقیق و بررسی: همه‌ی نویسندگان؛ نگارش پیش‌نویس: میترا حکیم شوشتری، بهنام شریعتی، لیلا کمال‌زاده؛ ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته: لیلا کمال‌زاده؛ نظارت و مدیریت پروژه: میترا حکیم شوشتری.

تعارض منافع

این پژوهش تعارض منافع نداشته است.

تشکر و قدردانی

این راهنمای بالینی با حمایت اداره استانداردسازی و تدوین راهنماهای بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شده است. از آقای دکتر آرمین شیروانی برای یاری در تحلیل و جمع‌بندی نتایج مطالعه و همچنین از همکاری ارزشمند آقای عیسی کریمی صمیمانه قدردانی می‌شود.

References

- [1] Hakim Shoostary M, Chimeh N, Najafi M, Mohamadi MR, Yousefi-Nouraei R, Rahimi-Mvaghar A. The prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Iran: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2010; 5(3):88-92. [PMID] [PMCID]
- [2] World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 2009.
- [3] Yadegari N, Sayehmiri K, Zamanian Azodi M, Sayehmiri F, Modara F. The prevalence of attention deficient hyperactivity disorder among Iranian children: A meta-analysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2018; 12(4):e8990. [DOI:10.5812/ijpbs.8990]
- [4] Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros Á, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2009; 194(3):204-11. [DOI:10.1192/bjp.bp.107.048827] [PMID]
- [5] Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*. 2017; 17:302. [DOI:10.1186/s12888-017-1463-3] [PMID] [PMCID]
- [6] Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2002; 111(2):279-89. [DOI:10.1037/0021-843X.111.2.279] [PMID]
- [7] National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management [Internet]. 2018 [Updated 2019 Sept 13]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG87>
- [8] National Health and Medical Research Council. Clinical practice points on the diagnosis, assessment and management of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents [Internet]. 2012 [Updated 2012 Sept 3]. Available from: <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/clinical-practice-points-adhd-children-and-adolescents#block-views-block-file-attachments-content-block-1>
- [9] Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Canadian ADHD Practice Guidelines, Fourth Edition. Toronto ON: CADDRA; 2018.
- [10] 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* [Internet]. 2019 Oct 1;144(4):e20192528. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/144/4/e20192528.abstract>
- [11] O'Brien JM, Vandenberg AM, Rew KT, Harrison R Van. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder [Internet]. 2019 [Cited 2020 Jun 6]. Available from: <http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/adhd/adhd.pdf>
- [12] Faraone SV. The pharmacology of amphetamine and methylphenidate: Relevance to the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric comorbidities. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2018; 87:255-70. [DOI:10.1016/j.neubiorev.2018.02.001] [PMID]
- [13] 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. *The Lancet Psychiatry*. 2018; 5(9):727-38. [DOI:10.1016/S2215-0366(18)30269-4]
- [14] Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*. 2019; 56(1):14-34. [DOI:10.1016/j.eurpsy.2018.11.001] [PMID]
- [15] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people; a national clinical guideline [Internet]. 2009 [Cited 2020 Jun 6]. Available from: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign112.pdf>.
- [16] Food and Drug Administration. FDA drug safety communication: Safety review update of medications used to treat Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in children and young adults [Internet]. 2011 [Updated 2018 September 9]. Available from: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-safety-review-update-medications-used-treat-attention>
- [17] The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. United State: The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2009.
- [18] Walkup J. Practice parameter on the use of psychotropic medication in children and adolescents. *J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48(9):961-73.