



คำแนะนํารักษาผู้ป่วยที่ใช้กัญชาในประเทศไทย

คำแนะนำ การดูแลรักษาผู้ป่วย ที่มีการใช้ กัญชาในประเทศไทย

Recommendation of Cannabis treatment and care in Thailand

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

Recommendation of Cannabis treatment and care in Thailand



คลินิกกัญชา
(Cannabis Clinic)





คำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่มีการใช้กัญชาในประเทศไทย

Recommendation of Cannabis treatment and care in Thailand



คำนำ

จากนโยบายตั้งแต่ยุทธศาสตร์ชาติ ลงมาถึงระดับกระทรวงสาธารณสุข และปัจจัยทางสังคมที่เกิดจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างเสรี การพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมจากกระแสโลกาภิวัตน์ ส่งผลให้เกิดการปฏิรูปประชาคมโลกในทุกมิติ ทั้งหมดเป็นแรงผลักดัน และเป็นโอกาสของประเทศไทยในการนำความเชี่ยวชาญของบุคลากรที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนพัฒนาการใช้พืชท้องถิ่น ที่มีสรรพคุณทางยารักษาโรคทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย โดยเฉพาะพืชกัญชาซึ่งเป็นพืชถิ่นของภูมิภาค ในขณะที่ปัจจุบันแม้ว่าพืชกัญชาจะมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนว่าสารสกัดบางชนิดมีประโยชน์ในทางการแพทย์ แต่สถานะตามกฎหมายของพืชกัญชายังคงเป็นยาเสพติดอยู่ตามอนุสัญญาสากลและกฎหมายไทย เนื่องจากสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีในพืชกัญชา มีโอกาสก่อให้เกิดการใช้ในทางที่ผิดหรือเกิดผลกระทบทางกายและทางจิตตามมาได้ ความเห็นที่แตกต่างเกิดจากประสบการณ์ ความคาดหวัง และหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มีความชัดเจนไม่มากเพียงพอ

รัฐบาลมีนโยบายนำกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคและทางการแพทย์ โดยได้มีการแก้ไขกฎหมายพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 มีผลบังคับใช้หลังประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 โดยมีสาระสำคัญคือ เห็นสมควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เพื่อเปิดโอกาสให้สามารถนำกัญชาและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัย และพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และสามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้

การจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการนำพืชกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ กำหนดประเด็นที่สะท้อนมาตรการแนวทางการดูแลกำกับติดตามที่เหมาะสม โดยการศึกษาแบบบทเรียนจากต่างประเทศ การทบทวนวรรณกรรมที่มีอยู่ควบคู่ไปกับการวิจัยที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องเหมาะสม มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มีทิศทางการดำเนินงานที่มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการ รองรับตั้งแต่การรักษาในสถาบันเฉพาะทางสถานพยาบาลทุกระดับ มหาวิทยาลัย ไปจนถึงการใช้ชุมชนมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพ และสิ่งสำคัญคือ ความรอบรู้ ทางสุขภาพของประชาชนที่นำไปสู่แผนปฏิบัติการระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เพื่อให้การนำกัญชาไปใช้มีประสิทธิภาพ ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างแท้จริง มีความปลอดภัย ได้รับการรักษาที่มีมาตรฐานและเข้าถึงการรักษาอย่างสมเหตุสมผลได้ในที่สุด

ดังนั้น การจัดทำคำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชา จึงเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสำหรับ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้าน

นายแพทย์พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข





หลักการของคำแนะนำ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชา



คำแนะนำฉบับนี้มีได้มีเจตนาให้มีการบังคับใช้ปฏิบัติ หรือเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่จะใช้อำนาจทางกฎหมาย เนื่องจากมาตรฐานดังกล่าว ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการนำหลักฐานทางเวชปฏิบัติมาใช้กับผู้ป่วยรายนั้นๆ และอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และแบบแผนการวิจัยที่พัฒนาไป ดังนั้นประเด็นต่างๆ ที่แสดงในเอกสารนี้ จึงเป็นเพียงคำแนะนำการรักษา การยึดถือไปปฏิบัติ มิได้เป็นการประกันว่า การรักษาจะได้ผลสำเร็จในทุกราย หรือเป็นการสร้างขอบเขตว่า เอกสารนี้ได้รวบรวมการรักษาทุกวิธีที่ได้ผล หรือเอกสารได้ตัดวิธีการรักษาอื่นที่อาจได้ผลออกไป ดังนั้นผู้ปฏิบัติหรือผู้สนใจจะเป็นผู้เลือกวิธีการรักษาโดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยที่ใช้ ครอบครัว และอื่นๆ ร่วมกับกระบวนการวินิจฉัยและวิธีการรักษาที่เป็นไปได้ตามกรณี



สารบัญ

คำนำ	2
หลักการของคำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชา	
บทนำ	
บทที่ 1 สถานการณ์ นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	7
บทที่ 2 ข้อบ่งชี้การใช้ทางการแพทย์ (แผนปัจจุบันและแผนไทย)	20
บทที่ 3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาในกรณีฉุกเฉิน	51
บทที่ 4 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้กัญชาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (stabilize and maintenance)	55
บทที่ 5 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาฟื้นฟูในสถานบำบัดฟื้นฟูในระยะยาว	63
บทที่ 6 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาในโรงพยาบาลชุมชนและระบบนิเวศน์ในชุมชน (ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด)	69
บทที่ 7 สรุบบบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดประเภทกัญชาในประเทศไทย	78
ภาคผนวก	85



บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

รายงานของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations Office on Drug and Crime : UNODC) ระบุว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุดและยังคงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มากกว่ายาเสพติดชนิดใดๆ โดยมีประชากรทั่วโลกจำนวนระหว่าง 119 - 224 ล้านคน มีผู้ที่เสพยาอยู่ระหว่างร้อยละ 2.8 - 4.5 ของประชากรอายุ 15 - 64 ปี พื้นที่ที่มีความชุกสูงที่สุด ได้แก่ โอเชียเนีย อเมริกาเหนือ ยุโรป แอฟริกา และเอเชีย ตามลำดับ และมีการปลูกกัญชาระดับครัวเรือนขยายตัวมากขึ้นในยุโรป

สำหรับประเทศไทยมีพระราชบัญญัติกัญชาห้ามการเสพและมีไว้ในครอบครองมาตั้งแต่ ปี 2477 แต่สถานการณ์และแนวโน้มการแพร่ระบาดของกัญชาในประเทศไทยยังคงมีอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า กัญชา (กัญชาแห้ง กัญชาสด พันธุ์กัญชาและยางกัญชา) และในช่วงปี 2545 - 2554 มีการจับกุมผู้ต้องหาได้ คิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผู้ต้องหาทั้งหมด ในปี 2554 พบว่า มีผู้เคยใช้กัญชาจำนวน 2,440,785 คน หรือประมาณ 50.48 : 1,000 คน และมีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องหลังสงครามยาเสพติดในปี 2546 ส่วนใหญ่เป็นผู้เสพและเป็นผู้เสพรายใหม่

หลายประเทศมีความเชื่อว่าการเสพกัญชามีพิษและฤทธิ์เสพติดไม่ร้ายแรงเหมือนยาเสพติดชนิดอื่นๆ ทำให้กัญชาเป็นพืชเสพติดที่ในหลายประเทศถอนชื่อกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดผิดกฎหมาย อนุญาตให้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ด้านการวิจัยและการแพทย์ หรือใช้เพื่อประโยชน์ส่วนตัว โดยกำหนด ปริมาณ สถานที่ใช้ อายุผู้ใช้ และอื่นๆ แต่ก็ยังมีประเด็นที่ยังมีความคิดเห็นแตกต่างกันทางวิชาการว่ากัญชามีโทษเพราะในกัญชา มีสาร Tetrahydrocannabinol หรือ THC มีมากในส่วนของยอดช่อดอกกัญชาซึ่งเป็นสารที่สำคัญที่สุดที่มีฤทธิ์ต่อสมองและทำให้ร่างกาย อารมณ์และจิตใจเปลี่ยนแปลงไป และเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 มีประกาศพระราชกฤษฎีกาเบกษาเผยแพร่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 แก้ไขเพิ่มเติมจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่มีบทบัญญัติบางประการที่ไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน เหตุผลเพื่อความจำเป็นในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อกำหนดมาตรการในการควบคุมยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

ดังนั้น การจัดทำคำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชาจึงเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาที่มีอยู่ในประเทศไทย



ขอบเขต

คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชาฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชา สำหรับ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้าน เท่านั้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นคำแนะนำในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชา สำหรับ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้าน

นิยามศัพท์

กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์ และการวิจัย ไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆของพืชกัญชา อาทิ ยอดดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

ผลิตภัณฑ์กัญชา หมายถึง รูปแบบ หรือลักษณะของสารสกัดจากกัญชาที่ผ่านการเตรียมเพื่อนำมาใช้ทางการแพทย์กับผู้ป่วย อาทิ เม็ด สเปรย์พ่นในช่องปาก น้ำมันหยดใต้ลิ้น แท่งเหน็บทวารหนัก และอื่นๆ

Unapproved products หมายถึง ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการรับรองตำรับจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



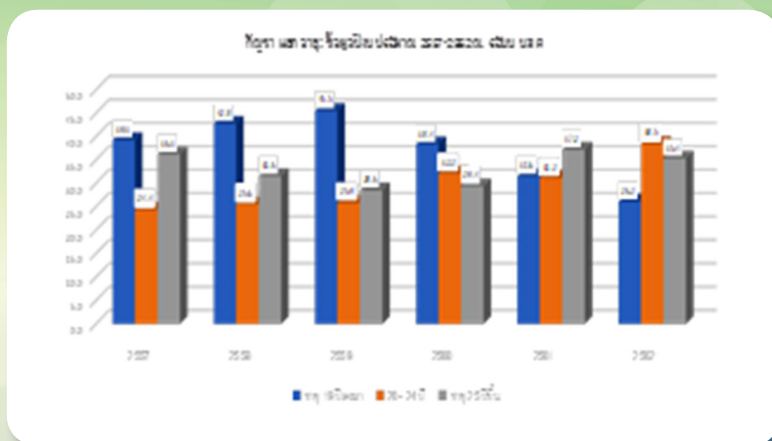
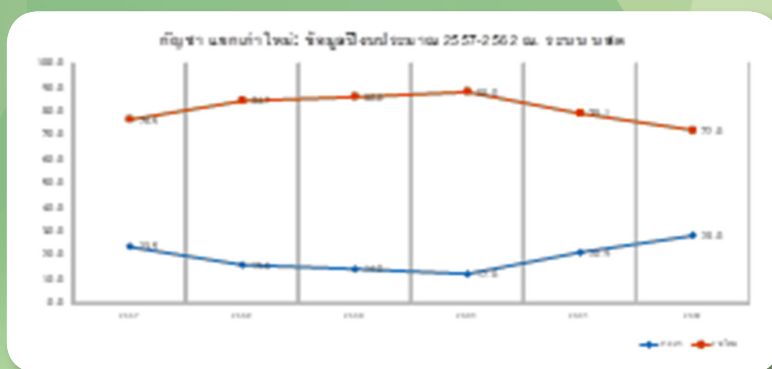
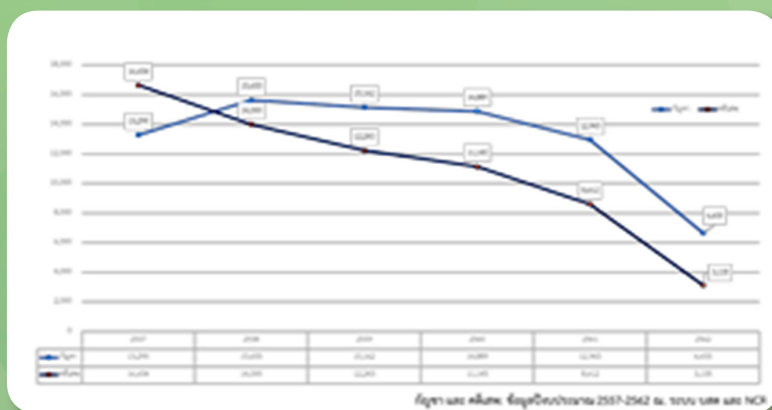
บทที่ 1

สถานการณ์ นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

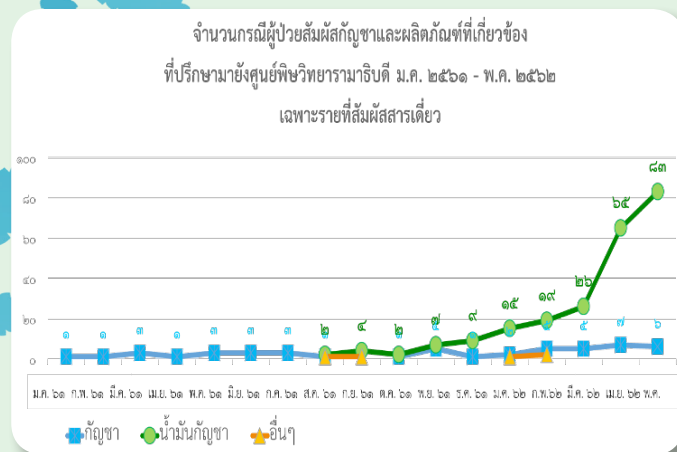
1.1 สถานการณ์กัญชา

สถานการณ์กัญชา ปี 2562 ข้อมูลตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2561 - เดือนมีนาคม 2562 การลักลอบนำเข้า กัญชาส่วนใหญ่เกิดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนการลักลอบค้ากัญชาพบการค้าออนไลน์ควบคู่กับการขนส่ง ทางพัสดุไปรษณีย์มีแนวโน้มขยายตัวมากขึ้น จากข้อมูล บสต. พบว่า ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่มีผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุด รองลงมาคือ กัญชา และไอซ์ ส่วนใหญ่คนที่เข้าบำบัดอายุ 20- 24 ปี ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา สำหรับอาชีพที่เข้ารับ

การบำบัดส่วนใหญ่คือ อาชีพรับจ้าง นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุการเข้ารับการบำบัดกัญชา เพราะเหตุผลว่าใช้เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย เพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ ปี 2561 เป็นต้นมา สำหรับ ของกลางกัญชาที่จับกุมได้เมื่อนำมาตรวจหา สารปนเปื้อนและโลหะหนัก พบว่า ส่วนใหญ่ ปนเปื้อนยาฆ่าแมลงและโลหะหนัก มีเพียง จำนวนน้อย (7 กิโลกรัม) เท่านั้นที่สามารถนำ มาสกัดเป็นน้ำมันกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ ทางการแพทย์ได้ จากสถิติการจับกุมกัญชา ตั้งแต่ปี 2556 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดย ส่วนใหญ่พบการลักลอบนำเข้าทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพบการลักลอบค้ากัญชา ผ่านสื่อออนไลน์ และขนส่งผ่านพัสดุไปรษณีย์ ขยายตัวมากขึ้น ซึ่งจากข้อมูลผู้เข้ารับการ บำบัดรักษายาเสพติด บสต. พบว่า ส่วนใหญ่ เข้ารับการบำบัดรักษายาบ้า (ร้อยละ 77.1) รองลงมาคือกัญชา (ร้อยละ 5.3) และไอซ์ (ร้อยละ 4.4) ตามลำดับ โดยยาเสพติดที่ ต้องเฝ้าระวังคือ เฮโรอีน คีตาามีน และการนำ ยารักษาโรคหรือยาอันตรายภายใต้การ ควบคุมมาใช้ในทางที่ผิดมากขึ้น เมื่อพิจารณา ถึงสาเหตุการใช้กัญชา พบว่าตั้งแต่ปี 2560 ผู้เข้ารับการบำบัดกัญชาให้เหตุผลในการ ใช้ว่า เชื่อว่าจะหายป่วยเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย



ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากศูนย์พิษวิทยาโรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่สัมผัสกัญชา และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะน้ำมันกัญชามีมากขึ้น และเมื่อพิจารณาถึงช่วงอายุ พบว่าส่วนใหญ่อายุ 40 ปี ขึ้นไป (ข้อมูลเดือนมกราคม 2561 ถึง พฤษภาคม 2562)



จากข้อมูลการตรวจปัสสาวะของทหารกองเกิน ปีงบประมาณ 2562 พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรุงเทพฯ และปริมณฑล เป็นพื้นที่ที่ตรวจพบทหารกองเกินมีสารกัญชาในปัสสาวะมากที่สุด ในขณะที่พื้นที่กรุงเทพฯ ปริมณฑล ภาคตะวันออก และภาคเหนือตอนบน เป็นพื้นที่ที่ตรวจพบสารกัญชาในปัสสาวะทหารกองเกินมากกว่ายาบ้า ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพื้นที่ดังกล่าวต้องได้รับการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

ในปัจจุบัน ซึ่งนับตั้งแต่ที่มีการเสนอ (ร่าง) พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 เข้าสู่ที่ประชุมสมาชิกสภาิติบัญญัติแห่งชาติในเดือนกันยายน 2561 จนมีผลบังคับใช้ในวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2562 และกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศเกี่ยวกับการนิรโทษผู้ครอบครองกัญชา 3 ฉบับ ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2562 ซึ่งสิ้นสุดการจดแจ้งในวันที่ 21 พฤษภาคม 2562 นั้น พบว่า การแพร่ระบาดของกัญชา มีความรุนแรงขึ้น และมีการกล่าวถึงการนำกัญชามาสกัดเป็นน้ำมันกัญชา เพื่อใช้ในรักษาโรคต่างๆ อย่างกว้างขวางในสังคม สถาบันวิชาการและตรวจพิสูจน์ยาเสพติด (สวพ.) สำนักงาน ป.ป.ส. จึงได้นำกัญชาของกลางมาตรวจพิสูจน์ เพื่อตรวจสอบสารปนเปื้อนในกัญชาของกลางว่ามีเกินค่ามาตรฐานหรือไม่ เพื่อเตรียมนำไปให้หน่วยงานที่ได้รับอนุญาตสกัดเป็นน้ำมันกัญชาเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยตามโรคที่ได้รับการรับรองว่าสามารถใช้รักษาได้ต่อไป แต่จากรายการผลการตรวจกลับพบว่าส่วนใหญ่กัญชาของกลางปนเปื้อนยาฆ่าแมลงและโลหะหนัก มีเพียง 7 กิโลกรัมเท่านั้นที่สามารถใช้ได้ นอกจากนี้ สำนักงาน ป.ป.ส. ยังได้สุ่มตรวจน้ำมันกัญชาที่มีการใช้ในตลาด ที่อ้างว่ารักษาโรคได้ แต่ยังไม่ได้รับการรับรองผลจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีส่วนการปนเปื้อนโลหะหนักเช่นกัน ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้

สำหรับข้อมูลอาการทางจิตจากระบบ บสต. พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษากัญชามีอาการทางจิตในสัดส่วนคงตัวเมื่อเทียบกับปี 2560 แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยจากสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กลับพบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้กัญชามีจำนวนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่เมื่อเทียบกับจำนวนผู้มีอาการทางจิตเวชทั้งหมดแล้วมีสัดส่วนลดลง

ปีงบประมาณ	จำนวนคนบำบัด	จำนวนคนมีอาการทางจิต	ร้อยละ
2560	14,889	1,192	8.01
2561	12,950	948	7.32
2562	6,655	523	7.86

รายละเอียด	2559	2560	2561
(%) ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้กัญชา Datacenter (กรมสุขภาพจิต)	1,776	2,127	2,612
จำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด Datacenter (กรมสุขภาพจิต)	18,621	24,196	28,364
(%) Datacenter (กรมสุขภาพจิต)	10%	9%	9%

1.2 นโยบายยาเสพติด

กองกฎหมาย สำนักงาน ป.ป.ส.

รัฐบาลจะกำหนดให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติและวาระแห่งภูมิภาค โดยจะยึดมั่นในพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศไทยมีข้อผูกพันกับรัฐบาลต่างประเทศและกับองค์การระหว่างประเทศในการดำเนินความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งในระดับทวิภาคีและพหุภาคี ที่สำคัญคือพันธกรณีกับองค์การสหประชาชาติภายใต้กรอบอนุสัญญาควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศและจากผลการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดโลก พ.ศ. 2559 (UNGASS 2016) ซึ่งเป็นการกำหนดทิศทางของการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยประเทศไทยจะร่วมกับนานาชาติโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในภูมิภาคในการร่วมกันสกัดกั้น ปราบปราม และลดปัญหายาเสพติดในภูมิภาคให้ได้มากที่สุด

รัฐบาลจะเร่งดำเนินการลดความเดือดร้อนของประชาชน ชุมชนและสังคมต่อปัญหายาเสพติด โดยถือเป็นความเร่งด่วน เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความมั่นคง ปลอดภัยจากปัญหายาเสพติด ด้วยการระดมสรรพกำลังจากทุกภาคส่วนในลักษณะของการรวมพลังประชารัฐในการป้องกัน เฝ้าระวังและให้การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด เพิ่มมาตรการติดตาม ช่วยเหลือและพัฒนาผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ให้สามารถคืนกลับสู่สังคมได้อย่างปกติ พัฒนาความเข้มแข็งของภาคประชาชนให้เป็นกลไกสำคัญในการหยุดยั้งอันตรายของยาเสพติดในระดับพื้นที่ และจะมุ่งปราบปรามเครือข่ายการค้ายาเสพติดระดับสำคัญ กลุ่มผู้มีอิทธิพล และกลุ่มที่สร้างความเดือดร้อนให้กับชุมชนและสังคม โดยใช้มาตรการอย่างบูรณาการเพื่อลดทอนโครงสร้างและตัดวงจรทางการเงินของกลุ่มเหล่านั้น

รัฐบาลจะส่งเสริม สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากพืชเสพติดชนิดต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พืชกัญชา พืชกัญชง และพืชกระท่อม เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัยต่อสุขภาพ ตลอดจนนำมาใช้ประโยชน์ด้านการศึกษาวิจัยทางวิชาการและวิทยาศาสตร์ ทั้งนี้โดยอยู่ภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมายและไม่ขัดต่อพันธกรณีระหว่างประเทศในกรอบขององค์การสหประชาชาติและในกรอบอาเซียน จะสนับสนุน ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับประโยชน์ในด้านต่างๆ ต่อนโยบายดังกล่าวให้มากที่สุด โดยรัฐบาลจะวางระบบอย่างเหมาะสม ทั้งในด้านการกำกับดูแล ส่งเสริม และควบคุมมิให้รั่วไหลไปสู่ช่องทางที่ผิดกฎหมายและตลาดมืดของยาเสพติด รวมทั้งจะสร้างความรับรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนทั่วประเทศ

เพื่อให้การปฏิบัตินโยบายวาระแห่งชาติด้านยาเสพติด รัฐบาลจะเร่งพัฒนาประสิทธิภาพของระบบ กลไกการบริหารจัดการการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยให้มีแผนปฏิบัติการในแต่ละช่วงเวลาอย่างชัดเจน มีผลการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ปัญหายาเสพติดลดระดับจนสามารถสร้างความมั่นคงในชีวิตและความปลอดภัยให้กับประชาชนโดยรวม

1.3 แนวทางการดำเนินการควบคุมและปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5

ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการใช้ประโยชน์จากพืชเสพติดมาเป็นระยะเวลานานแล้ว โดยกฎหมายที่ออกมาควบคุมกัญชาและกระท่อมในช่วงแรก เป็นการควบคุมเพื่อมิให้นำพืชเสพติดดังกล่าว ไปใช้ในทางที่ผิด แต่ยังสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ได้ หากแต่ต่อมาเมื่อได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2511 ซึ่งกำหนดให้ “กัญชา” และ “กระท่อม” จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ซึ่งห้ามมิให้ผู้ใดเสพโดยเด็ดขาด ไม่ว่าจะเป็นการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ก็ตาม ส่งผลให้พัฒนาการและความต่อเนื่องในการใช้กัญชาและกระท่อม เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ หรือการศึกษาวิจัยของประเทศไทยหยุดชะงักมาระยะหนึ่ง พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 บัญญัติขึ้นเพื่อเปิดโอกาสให้สามารถนำกัญชาและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และสามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้ โดยหลักการใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ที่กำหนดไว้ในกฎหมายฉบับนี้ แยกเป็น

1.3.1 การใช้กัญชาในทางการแพทย์

ผู้ป่วย : สามารถใช้เพื่อการรักษาโรคได้ โดยผู้ป่วยจะต้องไปเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพที่กำหนด หากมีความจำเป็นแพทย์ก็ออกใบรับรองและส่งจ่ายยาจากสถานพยาบาลให้ โดยผู้ป่วยไม่ต้องไปขออนุญาต เว้นแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยจะนำยาที่มีส่วนผสมของกัญชาติดตัว เข้าหรือออกจากราชอาณาจักร ก็จะต้องขออนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาก่อน โดยผู้ป่วยที่ใช้และครอบครองยาที่มีส่วนผสมของกัญชา โดยมีใบรับรองตามคำสั่งแพทย์ก็จะได้รับยกเว้นไม่เป็นความผิดฐานเสพ ตามมาตรา 58 วรรคสอง และได้รับยกเว้นไม่เป็นความผิดฐานครอบครองตามมาตรา 26/4(1)

แพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้าน : สามารถสั่งใช้ให้ผู้ป่วยเฉพาะรายของตนที่มีความจำเป็นได้ โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่จะสั่งให้ผู้ป่วยใช้กัญชาได้ตามที่กำหนดในกฎหมายฉบับนี้จะต้องผ่านการฝึกอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และต้องใช้ในสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วก็จะสั่งและจ่ายยาที่มีส่วนผสมของกัญชาให้กับผู้ป่วยได้ภายใต้หลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

เภสัชกร : หากสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาใดมีเภสัชกร เภสัชกรทำหน้าที่ช่วยควบคุมการจัดเก็บ และเภสัชกรจะต้องผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และจ่ายยาตามการสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาที่มีส่วนผสมของกัญชาอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ พร้อมกับมีการจัดทำบัญชีตามที่กฎหมายกำหนด

นักวิจัย : สามารถทำการศึกษาวิจัยในมนุษย์ได้ ก่อนมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 การศึกษาวิจัยในมนุษย์ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากข้อกฎหมายที่ห้ามมิให้ผู้ใดเสพโดยเด็ดขาด ไม่ว่าจะเป็นเพื่อวัตถุประสงค์ใดก็ตาม แต่กฎหมายฉบับนี้เปิดช่องให้สามารถทำได้

1.3.2 การเสพเพื่อความบันเทิง หรือนันทนาการ

ประชาชนทั่วไป : การเสพเพื่อความบันเทิง หรือนันทนาการ ยังคงต้องห้าม เนื่องจากกฎหมายฉบับนี้เป็นการผ่อนปรนให้ใช้พืชเสพติดเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์เท่านั้น ดังนั้น หากเป็นกรณีที่ใช้เพื่อความบันเทิงในทางที่ผิด กฎหมายฉบับนี้ยังคงควบคุมรับผิดชอบตามฐานความผิดต่อไป

1.3.3 การใช้กัญชาที่ฝ่าฝืนกฎหมายผู้ป่วย

หากผู้ป่วยใช้กัญชาโดยไม่ได้ไปเข้ารับการตรวจรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และไม่มีใบรับรองหรือส่งจ่ายยาจากสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้ป่วยไม่ได้รับอนุญาตในการครอบครองเป็นการฝ่าฝืนต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย หากการครอบครองมีปริมาณกัญชาเพียงเล็กน้อยไม่เกินห้าพันมิลลิกรัม (ห้ากรัม) สามารถเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามประกาศคณะกรรมการสงฆ์แห่งชาติ ฉบับที่ 108/25572 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู หากมีการครอบครองเกินกว่าห้าพันมิลลิกรัม (ห้ากรัม) ดำเนินการตามกระบวนการยุติธรรมตามฐานความผิดต่อไป

ผู้ประกอบวิชาชีพ : กรณีส่งจ่ายยาที่มีส่วนผสมของกัญชาให้กับผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรม และไม่มีใบรับรอง ใบอนุญาต เป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย มีโทษตามที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทกำหนดโทษ

ผู้ฝ่าฝืนหรือไม่ได้ขอรับอนุญาตในแต่ละฐานความผิดเกี่ยวกับกัญชา

1. ความผิดฐานผลิต นำเข้า หรือส่งออก (มาตรา 26/2)

จำคุกไม่เกิน 5 ปี และปรับไม่เกิน 500,000 บาท(มาตรา 75 วรรคแรก)

ถ้าเป็นการผลิต นำเข้า หรือส่งออกเพื่อจำหน่าย จำคุก 1 - 15 ปี และปรับ 100,000 - 1,500,000 บาท (มาตรา 75 วรรคสอง)

2. ความผิดฐานจำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย (มาตรา 26/3)

ถ้ามีไม่ถึงสิบกิโลกรัม จำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 76/1 วรรคแรก)

ถ้ามีตั้งแต่สิบกิโลกรัมขึ้นไป จำคุก 1 - 15 ปี และปรับ 100,000 - 1,500,000 บาท (มาตรา 76/1 วรรคสอง)

3. ความผิดฐานครอบครอง (มาตรา 26/3)

จำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 76)

4. ความผิดฐานเสพ (มาตรา 58 วรรคสอง)

จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 92 วรรคแรก)

แนวทางการดำเนินการ กรณีตรวจพบน้ำมันกัญชา



อัตราโทษ “ผลิต นำเข้า ส่งออก” กัญชา

กฎหมายเดิม		กฎหมายใหม่	
ฐานความผิด	อัตราโทษ	ฐานความผิด	อัตราโทษ
ผลิต นำเข้า ส่งออก	2 - 15 ปี 200,000 - 1,500,000	ผลิต นำเข้า ส่งออก	เพื่อจำหน่าย *1 - 15 ปี 100,000 - 1,500,000
		ไม่ใช่ เพื่อจำหน่าย	** ไม่เกิน 5 ปี ไม่เกิน 500,000

(ม. 75 ๖.1, ๖.2)

อัตราโทษ “จำหน่าย ครอบครองเพื่อจำหน่าย” กัญชาฯ

ฐานความผิด	ปริมาณ	กฎหมายเดิม	กฎหมายใหม่
		อัตราโทษ	อัตราโทษ
จำหน่าย/ ครอบครอง เพื่อจำหน่าย	ตั้งแต่ 10 KG ขึ้นไป	2 - 15 ปี 200,000 - 1,500,000	*1 - 15 ปี 100,000 - 1,500,000
	น้อยกว่า 10 KG	2 - 10 ปี 40,000 - 200,000	**ไม่เกิน 5 ปี ไม่เกิน 100,000



(ม. 76/1)

1.4 สรุปการดำเนินการกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาในประเทศไทยและวิวัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของกฎหมายจนถึงปัจจุบัน

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มีบทบัญญัติบางประการที่ไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งปรากฏข้อมูลว่ามีการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ ซึ่งในหลายประเทศมีการผ่อนปรนอนุญาตให้ประชาชนใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ แต่ประเทศไทยกัญชายังคงเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 กำหนดห้ามการผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะอนุญาต โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นรายๆ ไป นอกจากนี้มีการกำหนดบทห้ามเสพหรือใช้ในมนุษย์ และมีการกำหนดโทษทั้งผู้เสพและผู้ครอบครองไว้ด้วย

ดังนั้น พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 จึงมีการปรับแก้บทบัญญัติบางประการเพื่อเปิดโอกาสให้สามารถนำกัญชาไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ และศึกษาวิจัย ภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ที่ได้รับอนุญาต และได้รับการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขให้การรับรอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับกัญชาที่มีความปลอดภัย เหมาะสม เป็นไปตามหลักวิชาการ อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีข้อมูลปรากฏว่ากัญชามีประโยชน์ในทางการแพทย์ แต่กัญชายังคงเป็นพืชที่มีฤทธิ์ทำให้เสพติด จึงมีความจำเป็นต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง และอยู่ในการดูแลของแพทย์ ในพระราชบัญญัติฉบับนี้ จึงยังคงควบคุมกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 สำคัญของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 สรุปได้ ดังนี้

1. เพิ่มองค์ประกอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ 8 หน่วยงาน เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (มาตรา 3 แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 9 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522)

2. ปรับลดขั้นตอน กระบวนการอนุญาตต่างๆ ให้สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วขึ้น ได้แก่

2.1 การอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก ซึ่งเดิมกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้อนุญาต โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ปรับเปลี่ยนเป็นให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เป็นผู้อนุญาต โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ (มาตรา 9 เพิ่มมาตรา 26/2 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522)

2.2 การอนุญาตจำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง ปรับเปลี่ยนเป็น เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้อนุญาตได้เอง (มาตรา 9 เพิ่มมาตรา 26/3 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522)

3. กำหนดวัตถุประสงค์ของการขออนุญาตไว้เฉพาะในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา ทั้งนี้ ให้รวมถึงการเกษตรกรรม พาณิชยกรรม วิทยาศาสตร์ หรืออุตสาหกรรม เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ด้วย (มาตรา 9 เพิ่มมาตรา 26/2 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522)

4. กำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะขออนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ได้ (มาตรา 9 เพิ่มมาตรา 26/5 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522) ดังนี้

(1) หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์ เกษษศาสตร์ วิทยาศาสตร์ หรือเกษตรศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ เกษษกรรม หรือวิทยาศาสตร์หรือมีหน้าที่ให้บริการทางเกษตรกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือเกษตรกรรม หรือหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ในการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด หรือสภากาชาดไทย

(2) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

(3) สถาบันอุดมศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยและจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับทางการแพทย์หรือเภสัชศาสตร์

(4) ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่รวมกลุ่มเป็นวิสาหกิจชุมชนซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน วิสาหกิจเพื่อสังคมตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น หรือสหกรณ์การเกษตรซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยสหกรณ์ ซึ่งดำเนินการภายใต้ความร่วมมือและกำกับดูแลของผู้ขออนุญาตตาม (1) หรือ (3) ทั้งนี้ ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมดังกล่าว สามารถร่วมผลิตและพัฒนาสูตรตำรับยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรได้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ภายใต้ความร่วมมือและกำกับดูแลของผู้ขออนุญาตตาม (1) หรือ (3) ด้วย

(5) ผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ

(6) ผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศที่มีความจำเป็นต้องนํายาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ติดตัวเข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรเพื่อใช้รักษาโรคเฉพาะตัว

(7) ผู้ขออนุญาตอื่นตามที่รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดในกฎกระทรวง ผู้ขออนุญาตตามวรรคหนึ่ง (2) (3) (4) และ (7) ในกรณีที่เพื่อบุคคลธรรมดาต้องมีสัญชาติไทยและมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย ในกรณีที่เพื่อบุคคลต้องจดทะเบียนตามกฎหมายไทย และกรรมการของนิติบุคคล หุ่นส่วน หรือผู้ถือหุ้นอย่างน้อยสองในสามต้องเป็นผู้มีสัญชาติไทยและมีสำนักงานในประเทศไทย



5. กำหนดหน้าที่ของผู้รับอนุญาต ได้แก่

5.1 ห้ามจำหน่ายนอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต (มาตรา 10 แก้ไขมาตรา 27 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522)

5.2 จัดทำป้ายสถานที่ตามที่ได้รับอนุญาต จัดให้มีการตรวจวิเคราะห์ ผลิตและเอกสารกำกับ การแยกเก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เป็นสัดส่วนจากยาหรือวัตถุอื่น กรณีที่มีการสูญหายต้องแจ้งเป็นหนังสือ จัดทำบัญชีรับ - จ่าย ยาเสพติดให้โทษ และเสนอรายงานต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เป็นรายเดือนและรายปี (มาตรา 11 เพิ่มมาตรา 34/1 มาตรา 34/2 มาตรา 34/3 และมาตรา 34/4 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522)

6. กำหนดให้โฆษณาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ได้ โดยต้องได้รับอนุญาต และต้องเป็นการกระทำโดยตรงต่อผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ ชั้นหนึ่ง ทั้งนี้ ในกรณีที่เป็นการโฆษณาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ให้รวมถึง การโฆษณากับผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้วย (มาตรา 12 แก้ไขมาตรา 48 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522)

7. กำหนดให้เสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ได้ เฉพาะเพื่อการรักษาโรคตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่ได้รับใบอนุญาต หรือเป็นการเสพเพื่อการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ ดำรับยาที่เสพได้ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด (มาตรา 13 แก้ไขมาตรา 58 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522)

8. ปรับปรุงบทกำหนดโทษเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (มาตรา 17 18 19 แก้ไขมาตรา 75 76 เพิ่มมาตรา 76/1 79/1 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522)

9. กำหนดภายในสามปี ให้มีการพิจารณาทบทวนหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการอนุญาตให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ และปรับปรุงแก้ไขหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการอนุญาตให้ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา ทุกหกเดือน (มาตรา 20)

10. กำหนดภายในห้าปี ให้ผู้ขออนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก ต้องเป็นหน่วยงานของรัฐตามมาตรา 26/5 (1) หรือเป็นผู้ขออนุญาตตามมาตรา 26/5 (2) (3) (4) หรือ (7) ที่ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานของรัฐ ตามมาตรา 26/5 (1) ทั้งนี้ ไม่ใช่บังคับกับการขออนุญาตผลิตปรุงยาสำหรับคนไข้เฉพาะรายของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและกรณีการขออนุญาตนำเข้า ส่งออก ของผู้ป่วยที่เดินทางระหว่างประเทศ (มาตรา 21)

11. กำหนดให้บุคคล 3 กลุ่ม ที่มีไว้ในครอบครองกัญชาอยู่ก่อนวันที่พระราชบัญญัติมีผลใช้บังคับ เมื่อได้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดภายในเก้าสิบวัน ให้ไม่ต้องรับโทษ โดยบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 2. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว 3. บุคคลอื่นนอกเหนือจาก กลุ่ม 1 และ 2. ให้แจ้งการครอบครองและส่งมอบกัญชา (มาตรา 22)

12. กำหนดบทเฉพาะกาลเพื่อรองรับคำขออนุญาต ใบอนุญาต รวมถึง กฎกระทรวง ระเบียบประกาศที่ยังคงมีผลใช้บังคับให้ใช้ต่อไปได้เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับพระราชบัญญัตินี้ (มาตรา 23 24 25 และ 26)

1.5 อนุบัญญัติที่ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ได้แก่

ลำดับ	รายการของอนุบัญญัติ	สาระสำคัญ
1	(ร่าง) กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือ รมิไว้ในครอบ ครองซึ่งยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 เฉพาะกัญชา พ.ศ. (อยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา)	กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการ ขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือรมิไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้ โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา
2	(ร่าง) กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบ อนุญาตเกี่ยวกับโฆษณายาเสพติดให้โทษในประเภท 4 เฉพาะกัญชา พ.ศ. (อยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา)	กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการ ขออนุญาตและการอนุญาตเกี่ยวกับโฆษณา ยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 เฉพาะกัญชา
3	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 และบุคคลอื่นที่มีใช้ผู้ป่วยตามมาตรา 22 (2) ก่อน พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562 (ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2562 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ – 21 พฤษภาคม 2562)	กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยว กับการแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชาของผู้ มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 บุคคลอื่นที่มีใช้ ผู้ป่วยตามมาตรา 22 (2) และผู้ป่วยที่มี ความ จำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาโรค เฉพาะตัว ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับให้ไม่ต้องรับโทษ
4	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การครอบครอง ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา สำหรับ ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562 (ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2562 มีผล ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ – 21 พฤษภาคม 2562)	
5	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดให้ยา เสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาตกเป็นของ กระทรวงสาธารณสุขหรือให้ทำลายกัญชาที่ได้รับมอบ จากบุคคล ซึ่งไม่ต้องรับโทษ ตามมาตรา 22 แห่งพระ ราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2562 (ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2562 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ – 21 พฤษภาคม 2562)	



ลำดับ	รายการของอนุบัญญัติ	สาระสำคัญ
6	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562 (ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2562)	- กำหนดประเภทของตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อการรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ - กำหนดรายชื่อตำรับยาการแพทย์แผนไทยและตำรับยาแผนไทย ซึ่งเป็นบัญชีแนบท้ายประกาศกระทรวง สาธารณสุข
7	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 (ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2562)	
8	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562 (ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2562)	
9	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปรุง หรือส่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ. 2562 (ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2562)	กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้านที่สามารถปรุง หรือส่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้
10	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปรุง หรือส่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 (ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2562)	



ลำดับ	รายการของอนุบัญญัติ	สาระสำคัญ
11	ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดคนลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษใน ประเภท 5 หรือ คำเตือนหรือข้อควรระวังการใช้ที่ภาชนะบรรจุหรือ หีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ผลิต นำ เข้า หรือส่งออก สำหรับยาแผนปัจจุบันซึ่งมีกัญชา ประชุมอยู่ พ.ศ. 2562 (ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2562)	กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ผู้รับ อนุญาตต้องจัดให้มีข้อกำหนดในฉลากและ เอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา สำหรับยาแผนปัจจุบัน
12	ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง การแสดงความจำนงและการตรวจสอบผู้แสดงความ จำนงเป็นผู้รับอนุญาตตั้งแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย พ.ศ. 2562 (ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2562)	กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการ แสดงความจำนงและการตรวจสอบผู้แสดงความ จำนงขอเป็นผู้รับอนุญาตเพื่อประกอบกิจการของ ผู้รับอนุญาตที่ตายเพื่อให้การควบคุม ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา
13	ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดแบบการจัดทำบัญชีรับจ่ายและรายงานเกี่ยว กับการผลิต การนำเข้า การส่งออก การจำหน่าย การ มีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา พ.ศ. 2562 (ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2562)	กำหนดแบบการจัดทำบัญชีรับจ่ายและรายงาน เกี่ยวกับการผลิต การนำเข้า การส่งออก การ จำหน่าย การมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้ โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา



เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522. [2562]. [อินเทอร์เน็ต]. [15 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก :<http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%C207/%C207-20-9999-update.pdf>
- 2.“พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562” (2562, 18 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 19 ก. หน้า 1 - 16
- 3.“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5และบุคคลอื่นที่มีผู้ป่วยตามมาตรา 22 (2) ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562” (2562, 26 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 49 ง. หน้า 2 - 4
- 4.“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562” (2562, ๒๖ กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 49 ง.หน้า5-6
- 5.“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดให้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุขหรือให้ทำลายกัญชาที่ได้รับมอบจากบุคคล ซึ่งไม่ต้องรับโทษ ตามมาตรา ๒๒ แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2562” (2562, 26 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 49 ง. หน้า 7-8
- 6.“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562” 2562, 8 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 199 ง. หน้า 11
- 7.“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปรุง หรือส่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ. 2562” (2562, 11 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 94 ง. หน้า 28 - 29
- 8.“ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดตลาดและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 หรือคำเตือนหรือข้อควรระวังการใช้ที่ภาชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ผลิต นำเข้า หรือส่งออก สำหรับยาแผนปัจจุบันซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ. 2562” (2562, 4 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 167 ง. หน้า 28-33
- 9.“ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง การแสดงความจำนงและการตรวจสอบผู้แสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตตั้งแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย พ.ศ. 2562” (2562, 4 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 169 ง. หน้า 22-23
- 10.“ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดแบบการจัดทำบัญชีรับจ่ายและรายงานเกี่ยวกับการผลิต การนำเข้า การส่งออก การจำหน่าย การมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา พ.ศ. 2562” (2562, 4 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 169 ง. หน้า 24 - 27

บทที่ 2

ข้อบ่งชี้การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ (แผนปัจจุบัน และ แผนไทย palliative care)



2.1 สารสำคัญ (Active ingredient)

กัญชาประกอบด้วยสารประกอบทางธรรมชาติอยู่มากถึงประมาณ 500 ชนิด ซึ่งมีประมาณ 100 ชนิด ที่จัดเป็นสารประกอบในกลุ่ม cannabinoids ซึ่งพบเฉพาะในกัญชา โดยพบมากในดอกตัวเมียที่ยังไม่ผสมพันธุ์ ซึ่งส่วนนี้จัดเป็นส่วนสำคัญที่นำมาพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อใช้ทางการแพทย์ โดยสารสำคัญที่เป็นสารออกฤทธิ์หลัก คือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ซึ่งมีฤทธิ์ต่อจิตและประสาท อย่างไรก็ตาม พบว่าสารนี้มีการนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ เช่น ลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ลดอาการปวด ลดภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง เพิ่มความอยากอาหาร และช่วยให้นอนหลับ สารสำคัญอีกชนิด คือ cannabidiol (CBD) ซึ่งไม่มีฤทธิ์ต่อจิตและประสาท แต่มีประโยชน์ทางการแพทย์ เช่น ควบคุมอาการชัก อาการปวด และอาจมีฤทธิ์ต้านวิตกกังวล ทั้งนี้ กัญชาแต่ละสายพันธุ์มีปริมาณสัดส่วนของ THC และ CBD หลากหลายอย่างมาก การพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์จำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อพัฒนาสูตรและอัตราส่วน ความแรงของสารออกฤทธิ์ที่ต้องการ นอกจากนี้ยังมีสารประกอบกลุ่ม cannabinoid และ terpenes อีกหลายชนิด ซึ่งอาจมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต ได้แก่ cannabigerol (CBG), tetrahydrocannabivarin (THCV), cannabinol (CBN), cannabichromene (CBC), Myrcene, Linalool และ Humulene เป็นต้น

2.2 เกล็ดชีววิทยา

สารประกอบกลุ่ม cannabinoids ออกฤทธิ์ผ่าน Cannabinoid receptors หลักในร่างกาย 2 ชนิด ได้แก่

CB1 receptor พบมากในสมอง นอกจากนี้ยังพบที่ lymphoid organ, vascular smooth muscle cells, duodenum, ileum, myenteric plexus, lung smooth muscle cells และ eye ciliary body การออกฤทธิ์ที่ CB1 receptor ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้ อารมณ์ ควบคุมความจำ และการเรียนรู้ ความสามารถในการตัดสินใจ การควบคุมการเคลื่อนไหว ควบคุมความดันเลือด ควบคุมการอาเจียน ระบบภูมิคุ้มกัน ความดันภายในลูกตา

CB2 receptor พบมากใน lymphoid tissue, peripheral nerve terminals retina และ cerebellar granule cells mRNA การออกฤทธิ์ที่ CB2 receptor ส่งผลกับระบบภูมิคุ้มกัน ความดันภายในลูกตา ระบบภูมิคุ้มกัน การควบคุมการเคลื่อนไหว โดยทั้งสอง receptors มีผลต่อการปรับเปลี่ยนการปลดปล่อยสารสื่อประสาท นอกจากนี้ยังออกฤทธิ์ผ่าน non cannabinoid receptors เช่น ผลด้านการอาเจียนส่วนมากเกิดจากการฤทธิ์ของ delta-9-THC ในการเป็น antagonist ที่ 5-HT3 receptors และฤทธิ์ด้านการชักเกิดจากการฤทธิ์ของ CBD ผ่าน Glycine receptor alpha3 และ GABA A receptor

Table I. Location of cannabinoid receptors

Location	Structure	Function
CB₁ receptors		
CNS	Hippocampus	Memory storage
	Cerebellum	Coordination of motor function, posture, balance
	Basal ganglia	Movement control
	Hypothalamus	Thermal regulation, neuroendocrine release, appetite
	Spinal cord	Nociception
	Cerebral cortex	Emesis
Periphery	Lymphoid organs	Cell-mediated and innate immunity
	Vascular smooth muscle cells	Control of blood pressure
	Duodenum, ileum, myenteric plexus	Control of emesis
	Lung smooth muscle cells	Bronchodilation
	Eye ciliary body	Intraocular pressure
CB₂ receptors		
Periphery	Lymphoid tissue	Cell-mediated and innate immunity
	Peripheral nerve terminals	Peripheral nervous system
	Retina	Intraocular pressure
CNS	Cerebellar granule cells mRNA	Coordination of motor function

2.2.1 เกสัชจลนศาสตร์ของสารประกอบ THC

● **การสูบ (Smoking)** มีระยะเวลาการเริ่มออกฤทธิ์เร็ว ทำให้พบระดับ THC ในเลือดสูงแต่ระยะเวลาออกฤทธิ์สั้น พบระดับยาสูงสุดภายใน 30 นาที และมีฤทธิ์อยู่นาน 2-4 ชั่วโมง แต่เนื่องจากการสูบมีการสูญเสียปริมาณ THC ในระหว่างกระบวนการสูบได้ถึง 40% ทำให้ไม่ทราบปริมาณ THC ที่เข้าสู่ร่างกายอย่างแน่นอน

● **การสูดไอ (Vaporising)** ให้ผลการดูดซึมที่เร็วและพบระดับ THC ในเลือดสูงเช่นเดียวกับการสูบกัญชา จะได้รับความร้อนที่อุณหภูมิต่ำกว่าการสูบ ทำให้เกิดสารพิษน้อยกว่า การออกฤทธิ์เกิดขึ้นภายใน 90 วินาที และถึงระดับสูงสุดภายใน 15 - 30 นาที และมีฤทธิ์อยู่นาน 2 - 4 ชั่วโมง

● **การรับประทาน (Oral route)** เช่น รูปแบบน้ำมัน แคปซูล จะถูกดูดซึมได้ช้ากว่า ระยะเวลาในการเริ่มออกฤทธิ์อย่างน้อย 30 - 90 นาที ชีวประสิทธิผล (bioavailability) ของสารประกอบ cannabinoids รูปแบบรับประทานมีค่าต่ำ (10 - 20%) เนื่องจากเกิด first pass metabolism ผ่านตับ ระดับยาสูงสุดเกิดขึ้นใน 2 - 4 ชั่วโมง หลังรับประทาน และมีฤทธิ์อยู่นาน 8 - 24 ชั่วโมง

● **สเปรย์ฉีดพ่นในช่องปาก (Oro-mucosal sprays)** โดยทั่วไปจะออกฤทธิ์หลัง 90 นาทีหลังจากฉีดพ่น และมีฤทธิ์อยู่นานพอๆกับรูปแบบรับประทาน การปรับขนาดยาอาจง่ายกว่ารูปแบบรับประทาน

● **การให้ยาเฉพาะที่ (Topical)** เนื่องจาก THC เป็นสารประกอบที่ไม่ชอบน้ำ (hydrophobic) จึงไม่สามารถดูดซึมผ่านผิวหนัง ส่วน CBD และ CBN สามารถซึมผ่านผิวหนังได้มากกว่า THC 10 เท่า จึงมีแนวโน้มที่จะใช้ประโยชน์ โดยให้ยาเฉพาะที่ เช่น แผ่นแปะและเจล เป็นต้น เวลาที่เริ่มออกฤทธิ์และระยะเวลาการออกฤทธิ์ของรูปแบบนี้ ยังไม่ทราบแน่ชัด

● การเมตาบอลิซึมสารประกอบกลุ่ม cannabinoids ส่วนมากเกิดผ่านตับโดย Cytochrome P450 (CYP450) และพบว่า THC มีการสะสมในเนื้อเยื่อไขมันและถูกปลดปล่อยออกมาอย่างช้าๆ

● การขับถ่าย THC และเมตาบอไลต์ถูกกำจัดออกทางอุจจาระและปัสสาวะ ซึ่งอาจใช้เวลานานถึง 5 วัน ในการกำจัด 80-90% ของขนาดยาทั้งหมดที่ได้รับออกจากร่างกาย ดังนั้นจึงสามารถตรวจพบ THC ในปัสสาวะ อีกหลายวันหลังหยุดยา

2.2.2 เภสัชจลนศาสตร์ของสารประกอบ CBD

● การสูบ พบว่าชีวปริมาณออกฤทธิ์ (bioavailability) ของสารประกอบ CBD มีค่าเฉลี่ย 31% (อยู่ในช่วง 11 - 45%) นอกจากนี้พบว่าค่าครึ่งชีวิตของยาอยู่ที่ 31 ชั่วโมง และเวลาที่ระดับยาสูงสุดในเลือดเร็วกว่าแบบรับประทาน

● การให้ยาดูดซึมทางช่องปาก (Oromucosal route) เช่น สเปรย์ฉีดพ่นในช่องปากหรือหยดใต้ลิ้น (Oromucosal drop/sprays) การให้ CBD ขนาด 10 และ 20 mg โดยวิธีการใช้สเปรย์ฉีดพ่นให้ดูดซึมในช่องปาก ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบดูดซึมทางกระพุ้งแก้ม หรือใต้ลิ้น จะมีระดับยาในเลือดสูงสุด (Cmax) เฉลี่ย คือ 2.5 ng/ml และ 3.3 ng/ml (สำหรับขนาดยา 10 และ 20 mg ตามลำดับ) ระยะเวลาที่ระดับยาในเลือดสูงสุด (Tmax) 1.64 - 4.2 ชั่วโมง

สำหรับ CBD ขนาด 10 และ 20 mg รูปแบบน้ำมันหยดใต้ลิ้นจะมีระดับยาในเลือดสูงสุดเฉลี่ยใกล้เคียงกันกับรูปแบบสเปรย์ คือ 2.05 ng/ml และ 2.58 ng/ml ตามลำดับ ระยะเวลาที่ระดับยาในเลือดสูงสุด (Tmax) 2.17 และ 1.67 ชั่วโมง

สเปรย์ฉีดพ่นในช่องปาก พบว่าค่าครึ่งชีวิตของยาอยู่ระหว่าง 1.44 - 10.86 ชั่วโมง เมื่อให้ยาในขนาด 5 - 20 มิลลิกรัม

● การให้ยารูปแบบรับประทาน พบว่ามีค่าแตกต่างภายในและระหว่างบุคคลสูงและพบว่าค่าครึ่งชีวิตของการรับประทานอย่างต่อเนื่องอยู่ที่ 2 - 5 วัน ส่วนการศึกษาที่ให้ยารับประทาน CBD ขนาด 10 และ 20 มิลลิกรัม ครั้งเดียวพบว่าค่าครึ่งชีวิตของยาอยู่ที่ 1.09 และ 1.97 ชั่วโมง ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของเวลาที่ระดับยาในเลือดสูงสุด (Tmax) อยู่ที่ 1.64 - 4.2 ชั่วโมง

การให้ยาทางหลอดเลือดดำ พบว่าค่าครึ่งชีวิตของยาอยู่ที่ 24 ชั่วโมง

- เมื่อได้รับ THC : CBD ในอัตราส่วน 1:1 พบว่าความเข้มข้นของ CBD ที่พบในพลาสมาต่ำกว่า THC
 - การเมตาบอลิซึม คล้ายกับสารประกอบ THC กล่าวคือ เกิด first pass metabolism ผ่านตับ
 - จากการศึกษาในหลอดทดลองหลายการศึกษา พบว่า CBD ไม่มีผลเปลี่ยนแปลงเภสัชจลนศาสตร์ของ THC ได้แก่ total clearance, volume of distribution และ terminal elimination half-lives ของ THC metabolites
- การขับถ่าย CBD ออกจากร่างกายพบว่า ส่วนใหญ่ขับออกทางอุจจาระในรูปแบบที่ไม่เปลี่ยนแปลง

2.3 วิธีการสกัด

เทคนิคการสกัดสารจากกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์ ได้แก่

2.3.1 การสกัดด้วยตัวทำละลายแอลกอฮอล์ (Alcohol extraction) โดยส่วนมากใช้ เอทานอล (ethanol) เป็นตัวทำละลาย เพื่อสกัดสารประกอบในกัญชาออกมาและกำจัดตัวทำละลายแอลกอฮอล์โดยการระเหย โดยการเลือกชนิดของตัวทำละลายแอลกอฮอล์ต้องคำนึงถึงความเป็นพิษ เช่น เมทานอล จัดอยู่ใน class 2 solvent และต้องมีการควบคุมปริมาณที่หลงเหลืออยู่ในสารสกัดให้น้อยกว่า 3000 ppm และปริมาณที่ได้รับต่อวันต้องไม่เกิน 30 มิลลิกรัม เป็นต้น โดยกระบวนการสกัดสามารถทำในความดันบรรยากาศหรือภาวะสุญญากาศ

2.3.2 การสกัดด้วยคาร์บอนไดออกไซด์ (Carbon dioxide extraction) วิธีนี้ใช้ความดันสูง และความร้อนในการเปลี่ยนคาร์บอนไดออกไซด์เป็น supercritical fluid วิธีนี้มีค่าใช้จ่ายของอุปกรณ์และเครื่องมือ ที่สูงกว่าการสกัดด้วยแอลกอฮอล์ แต่มีข้อดีคือได้ผลผลิตสูงกว่าและมีการสูญเสียวัตถุดิบต่ำกว่า โดยรวมแล้วจึงเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมในการสกัดเพื่อนำสารสกัดมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

2.3.3 การสกัดด้วยไฮโดรคาร์บอน (Hydrocarbon extraction) วิธีนี้มักใช้บิวเทน (butane) เป็นตัวทำละลายในการสกัด โดยให้ความร้อนและเพิ่มความดัน ทำให้ butane เปลี่ยนสถานะจากของเหลวเป็นไอ ซึ่งง่ายต่อการกำจัดออก สารสกัดที่ได้ประกอบด้วย THC, CBD และสารประกอบอื่นๆ รวมถึง Terpenes อย่างไรก็ตาม วิธีนี้มีข้อเสียคือ กระบวนการกำจัดบิวเทน (butane) ออกต้องมีระบบไหลเวียนและนำกลับมาใช้ใหม่ที่ดีพอ ทั้งนี้เนื่องจาก butane มีความเป็นพิษต่อมนุษย์สูง ต้องมีการตรวจวิเคราะห์และควบคุมปริมาณที่เข้มงวด จึงอาจไม่ใช่วิธี ที่เลือกใช้ในการสกัดสารเพื่อนำมาใช้ทางการแพทย์

2.3.4 การสกัดโดยไม่ใช้ตัวทำละลาย (Solvent-free extraction) ใช้การบดและแรงทำให้ได้ส่วนโครงสร้างผลึกออกมา เรียกว่า Trichomes ซึ่งกัญชาจะพบ Trichomes ในดอกเพศเมีย เมื่อแยกออกมาจากช่อดอกจะมีลักษณะคล้ายผงหรือละอองเกสรดอกไม้ และใน Trichomes จะมี cannabinoids และ terpenoid ในปริมาณสูง

2.4 ข้อห้ามใช้ คำเตือน หรือข้อควรระวัง

- (1) ห้ามใช้ในผู้ที่เคยแพ้กัญชา
- (2) หลีกเลี่ยงการใช้กัญชาในสตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีได้คุมกำเนิดหรือสตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์
- (3) อาจทำให้ง่วงซึม จึงไม่ควรขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หรือทำงานที่เสี่ยงอันตราย
- (4) ไม่ควรใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) เติ่น (higher levels of THC with little if any CBD) ในบุคคลที่อายุต่ำกว่า 25 ปี ยกเว้นในกรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากกว่าเสี่ยง
- (5) ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองที่รุนแรง เนื่องจากอาจทำให้ความดันเลือดต่ำ บางครั้งอาจทำให้ความดันเลือดสูง เป็นลมหมดสติ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคหลอดเลือดสมอง
- (6) ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับหรือไตบกพร่องรุนแรง

(7) ไม่ควรใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) เด่น (higher levels of THC with little if any CBD) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกัญชาที่มีสาร THC ความเข้มข้นสูงในผู้ป่วยที่มีประวัติ ความผิดปกติทางจิตเวช (เช่น โรควิตกกังวล โรควิตกกังวล ภาวะวิตกกังวลและความผิดปกติทางอารมณ์) หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรควิตกกังวล

(8) ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานเพราะอาจเกิดการติดยาได้ นอกจากแพทย์สั่ง หากใช้เป็นประจำควรประเมินผลการรักษาเป็นระยะ และควรปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดใช้ยา เพราะจำเป็นต้องปรับลดขนาดยา ลงทีละน้อยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการถอนยา

(9) ควรใช้กัญชาด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาร่วมกับยาก่อประสาทรหรือยาที่ออกฤทธิ์ทางจิตอื่น ๆ เนื่องจากเสริมฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางหรือเพิ่มผลกระทบทางจิตประสาท

(10) ควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติของการใช้สารเสพติดรวมถึงผู้มีประวัติติดสุรา

(11) หากมีอาการแพ้ยา เช่น มีผื่น ปากบวม ตาบวม หน้าบวม ให้หยุดใช้ยาและปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร

(12) ควรเก็บยาให้พ้นมือเด็ก

2.5 ข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ และ คำเตือน/ข้อควรระวัง ทางแพทย์แผนปัจจุบัน

ข้อตกลงเบื้องต้น

- แนวทางนี้ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในการรักษา และ/หรือควบคุมอาการของผู้ป่วยเป็นการรักษาลำดับแรก (first-line therapy) ในทุกกรณี โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการรับรองตำรับ (unapproved products) ยกเว้นในกรณีที่ได้รับข้อมูลทางการแพทย์ และเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย และครอบครัวตามสิทธิขั้นพื้นฐาน

- unapproved products ต้องปลอดภัยจากสารปนเปื้อนต่างๆ อาทิ สารโลหะหนัก ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าเชื้อรา และสารอันตรายอื่นๆ ในกรณีที่ไม่มีทราบอัตราส่วนของ THC และ CBD ในแต่ละผลิตภัณฑ์ การใช้อาจทำได้โดยใช้ปริมาณที่น้อยที่สุด และเพิ่มขนาดทีละน้อยโดยสังเกตการตอบสนองและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น

- การใช้ unapproved products ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพก่อนนำมาใช้ รวมถึงให้การดูแล ติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

- การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ควรจำกัดเฉพาะกรณีที่การรักษาด้วยวิธีมาตรฐานต่างๆ ไม่ได้ผลหรืออาจเกิดผลข้างเคียงที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนได้

- การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาควรใช้เพื่อเป็นส่วนเสริมหรือควบรวมกับการรักษาตามมาตรฐาน

- ผู้สั่งใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ควรเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม และหรือเฉพาะโรค, ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ให้การรักษานั้นๆ หากไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ผู้สั่งใช้ควรอยู่ภายใต้การกำกับ ดูแล หรือได้รับคำแนะนำในการรักษาผู้ป่วยจากบุคคลดังกล่าวข้างต้น

- ผู้สั่งใช้/ผู้จ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง และได้รับอนุญาตการเป็นผู้สั่งใช้ ผู้จ่ายผลิตภัณฑ์กัญชา



คำจำกัดความ

- **กัญชาทางการแพทย์** หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์ และการวิจัย ไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอดดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น
- **ผลิตภัณฑ์กัญชา** หมายถึง รูปแบบ หรือลักษณะของสารสกัดจากกัญชาที่ผ่านการเตรียมเพื่อนำมาใช้ทางการแพทย์กับผู้ป่วย อาทิ เม็ด สเปรย์พ่นในช่องปาก น้ำมันหยดใต้ลิ้น แท่งเหน็บทวารหนัก และอื่นๆ
- **Unapproved products** หมายถึง ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการรับรองตำรับจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

2.6 โรคและภาวะที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ได้ประโยชน์

เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพสนับสนุนชัดเจน ได้แก่

1. ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (chemotherapy induced nausea and vomiting) แพทย์สามารถใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัดภายใต้ข้อพิจารณาต่อไปนี้

- ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเริ่มต้น
- แนะนำให้ปรึกษากับผู้ป่วยถึงประโยชน์และความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์กัญชาก่อนใช้
- ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อรักษาอาการคลื่นไส้จากเคมีบำบัดที่รักษาด้วยวิธีต่างๆ แล้วไม่ได้ผล
- ไม่แนะนำให้ใช้ในกรณีของภาวะคลื่นไส้อาเจียนทั่วไป
- ไม่แนะนำให้ใช้ในกรณีของภาวะคลื่นไส้อาเจียนในหญิงตั้งครรภ์ หรือมีอาการแพ้ท้องรุนแรง
- แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเสริมหรือควบรวมกับการรักษาตามมาตรฐาน

2. โรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อการรักษา (intractable epilepsy)

ผู้สั่งใช้ควรเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท และได้รับการอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชา เพื่อการรักษาผู้ป่วย

- ใช้ในโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก ได้แก่ Dravet และ Lennox-Gastaut Syndrome
- โรคลมชักที่ดื้อต่อการรักษาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป หากคาดว่าจะเกิด drugs interaction อาจพิจารณาใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่มี cannabidiol (CBD) สูง

● แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่เข้าเกณฑ์โรคลมชักที่รักษายาก ควรส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิเพื่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางระบบประสาท เพื่อประเมินและให้การรักษาต่อไป ในกรณี

- ลมชักที่ยังควบคุมด้วยยาไม่ได้
- ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี
- ผู้ป่วยลมชักที่มีความเสี่ยงหรือไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของการรักษาลมชักได้
- มีความผิดปกติทางจิต หรือมีโรคจิตร่วมด้วย
- มีข้อสงสัยในการวินิจฉัยลักษณะลมชัก หรือกลุ่มอาการลมชัก

3. ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis)

แพทย์สามารถใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในกรณีการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งที่ดื้อต่อการรักษาภายใต้ข้อพิจารณาต่อไปนี้

- ไม่แนะนำให้ใช้เป็นผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเริ่มต้น
- แนะนำให้ปรึกษากับผู้ป่วยถึงประโยชน์และความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์กัญชาก่อนใช้
- แนะนำให้ใช้ในกรณีที่รักษาด้วยวิธีมาตรฐานอย่างเหมาะสม (รวมถึงวิธีที่ไม่ใช่ยา) แล้วไม่ได้ผล

4. ภาวะปวดประสาท (neuropathic pain)

แพทย์สามารถใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในกรณีการรักษาภาวะปวดประสาทที่ดื้อต่อการรักษาภายใต้ข้อพิจารณาต่อไปนี้

- ไม่แนะนำให้ใช้เป็นผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเริ่มต้น
- แนะนำให้ปรึกษากับผู้ป่วยถึงประโยชน์และความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้
- แนะนำให้ใช้ในกรณีที่ทดลองใช้ยาบรรเทาอาการปวดอย่างสมเหตุสมผลแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวด
- แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเสริมหรือควบรวมกับวิธีมาตรฐาน

ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์น่าจะได้ประโยชน์ (ในการควบคุมอาการ)

ผลิตภัณฑ์กัญชาประเภทนี้มีหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพสนับสนุนมีจำนวนจำกัดซึ่งต้องการข้อมูลการศึกษาวิจัยเพื่อสนับสนุนต่อไป

อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานแล้วไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ หากจะนำผลิตภัณฑ์กัญชามาใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ปัญญาเฮลซิงกิของแพทยสมาคมโลก (ค.ศ.2013) ข้อ 37 ระบุว่ามีความเป็นไปได้หากไม่มีวิธีการรักษาอื่นๆ หรือมีวิธีการรักษาแต่ไม่เกิดประสิทธิผลหลังจากได้ปรึกษาหารือผู้เชี่ยวชาญและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติโดยชอบธรรมแล้ว แพทย์อาจเลือกวิธีการที่ยังไม่ได้พิสูจน์ หากมีดุลยพินิจว่าวิธีการนั้นๆ อาจช่วยชีวิตผู้ป่วย พื้นฟูสุขภาพ หรือลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ วิธีการดังกล่าวควรนำไปเป็นวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยออกแบบให้ประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผลควบคู่กันไป รวมถึงต้องบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกราย และหากเหมาะสมควรเผยแพร่ให้สาธารณะได้ทราบ

การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อรักษาผู้ป่วยเฉพาะรายและดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยควบคู่กันไป ซึ่งอาจมีรูปแบบการวิจัยในลักษณะการวิจัยเชิงสังเกต (observational study) และ/ หรือ การวิจัยจากสถานการณ์ ที่ใช้รักษาผู้ป่วยจริง (actual used research) โรคและภาวะของโรคในกลุ่มนี้ อาทิ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)
2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (end-state cancer)
3. โรคพาร์กินสัน
4. โรคอัลไซเมอร์
5. โรควิตกกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorders)
6. โรคปลอกประสาทอักเสบ (demyelinating diseases) อื่นๆ อาทิ neuromyelitis optica และ autoimmune encephalitis

การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) ซึ่งเป็นการตัดสินใจของผู้รักษา มีข้อแนะนำดังนี้

- ไม่แนะนำให้ใช้เป็นผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเริ่มต้น
- ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดอย่างสมเหตุผลแล้วยังมีอาการปวดมาก ทั้งที่ยาแก้ปวดที่ได้รับอยู่ในปริมาณที่เหมาะสมแล้ว
- แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเสริมหรือควบรวมกับวิธีการรักษาตามมาตรฐาน

ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์อาจได้ประโยชน์ (ในอนาคต)

การใช้กัญชารักษารอคอยแรง มีความจำเป็นต้องศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลของกัญชาในหลอดทดลอง ความปลอดภัยและประสิทธิผลในสัตว์ทดลอง ก่อนการศึกษาวิจัยในคนเป็นลำดับต่อไป เนื่องจากในปัจจุบันข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนว่ากัญชาได้ประโยชน์ในการรักษารอคอยแรงชนิดต่างๆ ยังไม่เพียงพอ แต่สมควรได้รับการศึกษาวิเคราะห์อย่างละเอียด ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงควรได้รับการรักษาตามวิธีมาตรฐานทางการแพทย์ในปัจจุบัน หากเลือกใช้เฉพาะผลิตภัณฑ์กัญชาในการรักษารอคอยแรงแล้ว อาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษารอคอยแรง ที่มีประสิทธิผลด้วยวิธีมาตรฐานได้

ข้อแนะนำก่อนตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

1. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (physician-patient relationship) เป็นพื้นฐานในการให้การยอมรับการรักษาพยาบาล แพทย์ควรมั่นใจว่ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีเพียงพอก่อนการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจทางการแพทย์และบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย รวมถึงการประเมินผู้ป่วยว่ามีความเหมาะสม ที่จะใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาหรือไม่
2. การประเมินผู้ป่วย (patient evaluation) ควรบันทึกข้อมูลการตรวจทางการแพทย์ และรวบรวมข้อมูลประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วย
3. การแจ้งให้ทราบและตัดสินใจร่วมกัน (informed and shared decision making) โดยให้ข้อมูลรายละเอียดของการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบันด้านประสิทธิผล ผลข้างเคียงและคุณภาพชีวิต การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา กับผู้ป่วยควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วย แพทย์ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของผลิตภัณฑ์กัญชา ความหลากหลายและมาตรฐานการเตรียมผลิตภัณฑ์กัญชา อาจทำให้ผลที่เกิดกับผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง แพทย์ควรแจ้งให้ญาติหรือผู้ดูแลทราบถึงความเสี่ยงและผลที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาซึ่งส่งผลต่อการวางแผนการรักษาและการยินยอมรักษา
4. ข้อตกลงการรักษาร่วมกัน (treatment agreement) วัตถุประสงค์และแผนการรักษาควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบตั้งแต่แรกและทบทวนอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงความเหมาะสมในการเลือกวิธีการรักษาของแต่ละบุคคล
5. เงื่อนไขที่เหมาะสม (qualifying condition) ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการด้านประสิทธิผลของการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในทางการแพทย์เพียงพอ การตัดสินใจสั่งใช้ขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ ของแพทย์ในประเด็นข้อบ่งใช้ ความเหมาะสม และความปลอดภัยของผู้ป่วยแต่ละคน

6. การติดตามอย่างต่อเนื่องและปรับแผนการรักษา (ongoing monitoring and adapting the treatment plan) แพทย์ควรประเมินการตอบสนองของการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทั้งสุขภาพในภาพรวมและผลลัพธ์เฉพาะด้าน รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

7. การให้คำปรึกษาและการส่งต่อ (consultation and referral) ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติดและปัญหาโรคทางจิต จำเป็นต้องได้รับการประเมินและให้การรักษาเป็นกรณีพิเศษ แพทย์ผู้รักษาควรขอคำปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยไปพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

8. การบันทึกเวชระเบียน (medical records) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการแนะนำการใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ การบันทึกในเวชระเบียนควรครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งอาจมีผลทางกฎหมาย ควรลงวันที่และลายเซ็นกำกับไว้ในกรบันทึกแต่ละครั้ง

ข้อมูลควรปรากฏในเวชระเบียน

- ประวัติผู้ป่วย การทบทวนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ
- ผลการรักษาที่ได้รับมาก่อน การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย และการให้การรักษา รวมถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การให้คำแนะนำผู้ป่วย รวมถึงการทำความเข้าใจกับความเสี่ยง ประโยชน์ที่ได้รับ ผลข้างเคียง และผลการรักษาที่อาจพบได้หลากหลาย

- ผลการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการกำกับติดตามผลที่เกิดกับผู้ป่วย
- สำเนาการลงนามในข้อตกลงรักษา รวมถึงคำแนะนำในการดูแลความปลอดภัย และไม่นำผลิตภัณฑ์กัญชาไปให้ผู้อื่น

9. การมีผลประโยชน์ทับซ้อนของแพทย์ (physician conflicts of interest) แพทย์ผู้สั่งใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา ต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนทั้งทางตรง และทางอ้อม

การวางแผนการรักษาด้วยผลิตภัณฑ์กัญชา

แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในการทดลองรักษาระยะสั้น เพื่อประเมินประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วย แผนการรักษาควรมีความชัดเจน ในประเด็น ต่อไปนี้

1. วางเป้าหมายการรักษา การเริ่มและการหยุดใช้ และหารือร่วมกับผู้ป่วยให้ชัดเจน ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยกัญชา อาทิ หยุดเมื่ออาการคลื่นไส้/อาเจียนลดลง อาการปวดดีขึ้นในกรณีที่สาเหตุสามารถกำจัดได้ เป็นต้น

2. การบริหารจัดการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioner; GP) ควรมีเอกสารจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางรับรองการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา รักษาอาการของผู้ป่วยเฉพาะราย อาทิ การรักษาแบบประคับประคอง เป็นต้น

3. มีกระบวนการจัดการความเสี่ยง เช่น การบริหารยาและความถี่ของการจ่ายยา โดยการจ่ายยาเป็นรายสัปดาห์ หากมีข้อสงสัยว่าผู้ป่วยอาจเพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง

4. กำกับติดตาม โดยการทบทวนทุกสัปดาห์/ 2 สัปดาห์/ ทุกเดือน รวมถึง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญ การตรวจอื่นๆ ตามความจำเป็นโดยเฉพาะด้านการรักษา



5. ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอม โดยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้ในการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และเป้าหมายของการรักษา รวมถึงการหยุดเมื่อการรักษาไม่ได้ประโยชน์

6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยว่า ไม่ควรขับขี่ยานพาหนะ และทำงานกับเครื่องจักรกลเมื่อใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

การเริ่มใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในทางการแพทย์

เมื่อพิจารณาแล้วว่าจำเป็นต้องใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาผู้ป่วย ผู้สั่งใช้ควรซักประวัติอย่างละเอียดก่อนเริ่มการสั่งใช้ ดังนี้



การซักประวัติ

1. อาการสำคัญปัจจุบันที่จะใช้ผลิตภัณฑ์กัญชามาใช้ในรักษา/ บรรเทาอาการ
2. ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน โดยเฉพาะ
 - โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคตับ และโรคไต
 - การรักษาที่ได้รับมาก่อนแล้วไม่ได้ผล (รวมถึงระยะเวลาที่รักษา และเหตุผลที่หยุด)
3. ประวัติเจ็บป่วยในอดีต
4. ประวัติเจ็บป่วยทางจิต และโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท (schizophrenia) และอาการทางจิตจากการได้รับยารักษาพาร์กินสัน ยารักษาสมองเสื่อม (cholinesterase inhibitor)
5. พฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดสารเสพติด ผู้ที่เคยใช้หรือใช้กัญชาในปัจจุบันอาจไม่เป็นข้อห้าม แต่ควรระมัดระวังและจัดการความเสี่ยงของการเสพติด
 - การติดยาโคเคนในบุหรื
 - การติดแอลกอฮอล์
 - การใช้ยาที่ผิดกฎหมายมาก่อน
6. ประวัติด้านสุขภาพของครอบครัว รวมสุขภาพจิต โดยเฉพาะโรคจิตเภท (schizophrenia)
7. ประวัติทางสังคม (การสนับสนุนจากสังคมและครอบครัวในการใช้กัญชาในการรักษาโรคของผู้ป่วย)
8. ตรวจร่างกายตามความเหมาะสม
9. ตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ ตามความจำเป็น
10. ทบทวนการใช้ยา
 - ยาบางชนิดที่ผู้ป่วยใช้อาจมีปฏิกิริยากับผลิตภัณฑ์กัญชา
 - ความเสี่ยงของผลข้างเคียงต่างๆ จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

หมายเหตุ ข้อ 4, 5 และ 6 อาจพิจารณาใช้ non-psychoactive cannabis preparation



ขนาดยา และการบริหารยา

1. ไม่มีขนาดยาเริ่มต้นที่แน่นอนในผลิตภัณฑ์กัญชาแต่ละชนิด ขนาดยาที่เหมาะสมขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคนและปรับตามแต่ละผลิตภัณฑ์ โดยเริ่มต้นขนาดต่ำและปรับเพิ่มขนาดช้าๆ จนได้ขนาดยาเหมาะสม ที่ให้ผลการรักษาสูงสุดและเกิดผลข้างเคียงต่ำสุด ขนาดยาในระดับต่ำมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงน้อย



2. ผู้ที่เริ่มต้นรักษา และได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นครั้งแรกควรเริ่มต้นที่ขนาดต่ำมากๆ หากเกิดผลข้างเคียง

2.1 ปรับลดขนาดยา เมื่อพบอาการ

- มึนเวียนศีรษะ (dizziness)
- เสียความสมดุล (loss of coordination)
- หัวใจเต้นช้า (bradycardia)
- ความดันโลหิตผิดปกติ (abnormal blood pressure)

2.2 หยุดใช้ทันที เมื่อพบอาการ

- สับสน (disorientation)
- กระวนกระวาย (agitation)
- วิตกกังวล (anxiety)
- ประสาทหลอน (hallucination)
- โรควิตกกังวล (psychosis)

3. การให้สารสกัดจากกัญชาในครั้งแรกควรให้เวลาก่อนนอนและมีผู้ดูแลใกล้ชิด เนื่องจากอาจเกิดผลข้างเคียงได้

4. เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการใช้สารสกัดกัญชาในรูปน้ำมัน หากเทียบเคียงกับการใช้

● สารสกัดกัญชาที่มี cannabidiol (CBD) สูง ข้อมูลของการวิจัยคลินิกของ epidiolex® (CBD ในลักษณะน้ำมัน) แนะนำให้ใช้ CBD ขนาด 5-20 mg ต่อ kg ซึ่งเป็นขนาดยาสำหรับเด็ก ก่อนเริ่มรักษาควรตรวจการทำงานของตับ (liver function test) เป็นข้อมูลเบื้องต้น ภายหลังเริ่มต้นให้การรักษา 2 สัปดาห์ และทุก 2 สัปดาห์ภายหลังเพิ่มปริมาณที่ใช้ในแต่ละครั้ง(3) เนื่องจาก CBD จะเพิ่มระดับของยาหลายชนิดรวมถึงยากันชักเมื่อใช้ร่วมกับ CBD ซึ่งพบอุบัติการณ์ของตับอักเสบสูงขึ้น ดังนั้น เมื่อเริ่มคุมอาการชักของผู้ป่วยได้แล้ว ควรลดขนาดยาอื่นๆที่ใช้ลง

● สารสกัดกัญชาที่ขึ้นทะเบียน Sativex® (nabiximol) ในรูปสเปรย์ ซึ่งมีสัดส่วนโดยประมาณของ THC: CBD = 1:1 แนะนำให้ใช้ 1 สเปรย์ (THC 2.7 mg และ CBD 2.5 mg) ต่อวัน และเพิ่มปริมาณการใช้ได้สูงสุด 12 สเปรย์ต่อวัน (THC 32.4 mg และ CBD 30 mg)

5. ผู้สั่งใช้ต้องเฝ้าระวังและติดตามความปลอดภัยของการใช้สารสกัดกัญชา และเก็บรวบรวมข้อมูลของขนาดยาที่ใช้โดยเฉพาะเมื่อใช้ในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีอายุน้อย

ข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี THC เป็นส่วนประกอบ (1)

1. ผู้ที่มีประวัติแพ้ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการสกัดกัญชา ซึ่งอาจเกิดจากส่วนประกอบอื่นๆ และ/หรือ สารที่เป็นตัวทำละลาย (solvent) ที่ใช้ในการสกัด

2. ผู้ที่มีอาการรุนแรงของ unstable cardio-pulmonary disease (angina, peripheral vascular disease, cerebrovascular disease และ arrhythmia) หรือ มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. ผู้ที่เป็นโรควิตกกังวลมาก่อน หรือ มีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวน (concurrent active mood disorder) หรือ โรควิตกกังวล (anxiety disorder)

4. หลีกเลี่ยงการใช้ในสตรีมีครรภ์ สตรีที่ให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้คุมกำเนิดหรือสตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์เนื่องจากมีรายงานการศึกษาพบว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย รวมถึงพบ cannabinoids ในน้ำนมแม่ได้



ข้อควรระวังอื่นๆ

1. การสั่งใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่มี THC เป็นส่วนประกอบในผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี เนื่องจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นส่งผลต่อสมองที่กำลังพัฒนาได้ ดังนั้น ผู้สั่งใช้ควรวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนการสั่งใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชา

2. ผู้ที่เป็นโรคตับ

3. ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด รวมถึงนิโคติน หรือเป็นผู้ดื่มสุราอย่างหนัก

4. ผู้ใช้ยาอื่นๆ โดยเฉพาะยากลุ่ม opioids และยากลุ่มประสาท อาทิ benzodiazepines

5. ผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลทางวิชาการมากเพียงพอในสองกลุ่มนี้ กระบวนการ metabolism ของผู้สูงอายุจะช้ากว่า จึงดูเหมือนว่ามีการตอบสนองต่อกัญชาได้สูงกว่า ดังนั้นการใช้จึงควรเริ่มต้นในปริมาณที่น้อยและปรับเพิ่มขึ้นช้าๆ

หมายเหตุ ข้อ 3 และ 4 อาจพิจารณาใช้ non-psychoactive cannabis preparation

ปฏิกิริยาระหว่างยาของสารสำคัญในกัญชา

1. ยาอื่นที่ส่งผลให้ระดับยาในเลือดของ THC และ CBD เปลี่ยนแปลงเนื่องจากสาร THC และ CBD ถูก metabolized โดย cytochrome P450 (cyp) หลายชนิดดังนี้

- THC ถูก metabolized โดย CYP 2C9, CYP 2C19 และ CYP 3A4

- CBD ถูก metabolized โดย CYP 2C19 และ CYP 3A4 เป็นส่วนใหญ่ และถูก metabolized ส่วนน้อยโดย CYP 1A1, CYP 1A2, CYP 2C9 และ CYP 2D6

ดังนั้น การใช้ THC และ CBD ร่วมกับยาอื่นที่มีผลยับยั้ง CYP P450 โดยเฉพาะ CYP 2C19 และ CYP 3A4 เช่น fluoxetine อาจมีผลทำให้ระดับ THC และ CBD ในเลือดสูงขึ้นจนเกิดอาการข้างเคียงได้

ในทางตรงกันข้าม ถ้าใช้ THC และ CBD ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์เป็น enzyme inducer เช่น rifampicin, carbamazepine จะทำให้ระดับ THC และ CBD ในเลือดลดลง

2. THC และ CBD มีฤทธิ์เปลี่ยนแปลงระดับยาอื่น เนื่องจาก THC และ CBD มีผลเป็นทั้ง enzyme inducer และ enzyme inhibitor ดังนี้

- THC มีผลเหนี่ยวนำ CYP 1A2

- THC มีผลยับยั้ง CYP 2C9, CYP 2D6 และ CYP 3A4 ซึ่งอาจส่งผลให้ยาอื่นที่ถูก metabolized ด้วย CYP เหล่านี้ จะมีระดับยาสูงขึ้น เช่น warfarin (ถูก metabolized ด้วย CYP 2C9) มีผลให้ INR สูงขึ้นได้

- มีผลยับยั้ง CYP 1A1, CYP1A2, CYP 1B1, CYP 2B6, CYP 2C19, CYP 3A4 และ CYP2C9 อย่างแรง ดังนั้น การใช้ CBD ร่วมกับยาอื่นที่ถูก metabolized ด้วย CYP เหล่านี้ warfarin, clobazam (ถูก metabolized ด้วย CYP 3A4 และ CYP 2C19), ยากลุ่ม fluoroquinolones (ถูก metabolized ด้วย CYP 1A2), ยากลุ่ม dihydropyridines (ถูก metabolized ด้วย CYP 3A4) จะมีระดับยาสูงขึ้น ซึ่งอาจเกิดอาการข้างเคียงได้

ดังนั้น การใช้กัญชาทางการแพทย์ ต้องระวังปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อนด้วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.7 บัญชีรายชื่อตำรับยาแผนไทย

บัญชีรายชื่อตำรับ ขอบ่งใช้ ขนาดและวิธีใช้ ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวัง และข้อมูลเพิ่มเติมของตำรับยาการแพทย์แผนไทยและตำรายาแผนไทย เน้นทำยาประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษที่ภาชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ผลิต นำเข้า หรือส่งออกสำหรับยาแผนไทยซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ.

จำนวน 16 ตำรับ

ชื่อตำรับยา	ที่มาของตำรับยา
1. ยาอัคคินิวคณะ	คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์
2. ยาสุขไสยาสน์	คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์
3. ยาแก้ลมเนาวนารีวาโย	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
4. ยาน้ำมันสนั่นไตรภพ	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม, จารึกตำรายา วัดราชโอรสารามวรวิหาร
5. ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
6. ยาไฟอาวุธ	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1 พระยาพิศณุประสาทเวช
7. ยาแก้นอนไม่หลับ /ยาแก้ไข้ผอมเหลือง	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1 พระยาพิศณุประสาทเวช
8. ยาแก้สั่นทมาต กล่อนแห้ง	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2 พระยาพิศณุประสาทเวช
9. ยาอัมฤตโอสถ	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2 พระยาพิศณุประสาทเวช
10. ยาโกลยสาลี	เวชศึกษา พระยาพิศณุประสาทเวช
11. ยาแก้ลมแก้เส้น	เวชศาสตร์วิวัฒนาการ
12. ยาแก้โรคจิต	อายุรเวชศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2
13. ยาไฟสาลี	อายุรเวชศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2
14. ยาหาริตสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง	อายุรเวชศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2
15. ยาทำลายพระสุเมรุ	คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 2 ขุนโสภิตบรรณลักษณ์
16. ยาทัพยาคูณ	คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 2 ขุนโสภิตบรรณลักษณ์



1. ยาอัคคินิวคณะ (คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์)

ข้อบ่งใช้	แก้คลื่นเหียนอาเจียน ที่เกิดจากไฟย่อยอาหารผิดปกติ
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำผึ้งรวง - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก โรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน
ข้อมูลเพิ่มเติม	1. ดิกกะขาคินี หมายถึง ไฟย่อยอาหารหรือไฟในช่องท้องที่เพิ่มมากผิดปกติ(กำเริบ) ซึ่งมักสัมพันธ์หรือเกิดจากปิตตะกำเริบ 2. วิสมามันทาคินี อันทุพล หมายถึงไฟย่อยอาหารที่มีลักษณะที่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่คงที่ เช่น บางมื้อกินอาหารได้มากเนื่องจากไฟย่อยอาหารมีกำลังแรง แต่พอถึงมื้อต่อไปมีอาการเบื่อหรือไม่อยากรับประทานอาหารเนื่องจากไฟย่อยอาหารหรืออคินีอ่อนกำลังลง ลักษณะ หรืออาการขึ้นๆ ลงๆ หรือไม่แน่นอนหรือไม่สม่ำเสมอของไฟย่อยอาหารเป็นผลจากความ ผิดปกติของ “วาตะ” หรืออาจกล่าวอีกอย่างว่า “วาตะทำให้ไฟย่อยอาหารมีลักษณะที่ไม่แน่นอน” 3. ยามีสรร้อน ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกระเพาะอาหารควรรับประทานหลังอาหาร 4. ชื่ออื่นในตำรายาเกร็ด อัคคิวิฆณะ, ยาชื่ออัคคิวิฆณะ, ยาชื่ออัคคินี

2. ยาสุขไสยาสน์ (คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์)

ข้อบ่งใช้	ช่วยให้นอนหลับ เจริญอาหาร
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำผึ้ง - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี - ห้ามใช้ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยานอนหลับ และยาต้านการชัก รวมทั้งแอลกอฮอล์ หรือสิ่งที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่

ข้อควรระวัง

- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets)
- ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพราโนลอล (propranolol), ทีโอฟีลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง
- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
- ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน
- ยานี้อาจทำให้่วงซึมได้ ควรหลีกเลี่ยงการขับชียานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล

3. ยาแก้ลมเนาวนาริวาย (ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม)

ข้อบ่งใช้

แก้ลมเนาวนาริวาย

ขนาดและวิธีใช้

รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น
น้ำกระสายยาที่ใช้

- น้ำผึ้ง
 - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี
- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets)
 - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพราโนลอล (propranolol), ทีโอฟีลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง

ข้อห้ามใช้

ข้อควรระวัง

ข้อมูลเพิ่มเติม

ลมเนาวนาริวาย เป็นลมที่ทำให้มีอาการเจ็บแปลบที่ปลายมือปลายเท้า คล้ายปลาชุก ยก ต้นคอตึงแข็งเกร็ง หันคอไม่ได้



4. ยาน้ำมันสนันไตรภพ

(ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม, จารึกตำรายา วัดราชโอรสารามวรวิหาร)

ข้อบ่งใช้	แก้กษัยเหล็ก
ขนาดและวิธีใช้	- ใช้น้ำมันทาทัดท้อง นวดคลึงบริเวณรอบสะดือถึงชายโครง ทิศตามเข็มนาฬิกา 3 วันก่อน แล้วจึงรับประทานน้ำมัน - การรับประทานครั้งละ 1 ช้อนชา วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าเป็นเวลา 3 วัน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพราโนลอล (propranolol), ทีโอฟีลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการอาหารไม่ย่อย (กรณีการรับประทานยา) - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
ข้อมูลเพิ่มเติม	- กษัยเหล็ก เป็นกษัยอันเกิดจากอุปาทิกระโรคชนิดหนึ่ง เกิดจากลมอัดแน่นแข็งเป็นดาน อยู่ในท้องน้อย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดท้องแข็งลามขึ้นไปถึง ยอดอก กินอาหารไม่ได้ เป็นต้น

5. ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง

(ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม)

ข้อบ่งใช้	แก้ลมขึ้นเบื้องสูง
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำผึ้งรวง - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี



ข้อควรระวัง

- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets)
- ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพรานอลอล (propranolol), ทีโอฟีลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง
- ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน

ข้อมูลเพิ่มเติม

1. ลมขึ้นเบื้องสูง เป็นโรคลมที่ทำให้มีอาการปวดศีรษะ ตาแดง หูตาฝ้าฟาง หูอื้อ อ่อนเพลีย สิวสวาย เป็นต้น
2. ดองดื่มจะต้องฆ่าฤทธิ์ก่อนนำไปปรุงยา

6. ยาไฟอาวุธ

(แพทย์ศาสตร์สงคราม เล่ม 1 พระยาพิศณุประสาทเวช)

ข้อบ่งใช้

ขนาดและวิธีใช้

แก้ลมจุกเสียด ปวดมวนท้อง แก้กานเสมหะ
รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น
น้ำกระสายยาที่ใช้

- น้ำมะนาว
- ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน

ข้อห้ามใช้

ข้อควรระวัง

- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี
- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets)
 - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพรานอลอล (propranolol), ทีโอฟีลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง
 - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน

ข้อมูลเพิ่มเติม

- ดานเสมหะ หมายถึง เสมหะที่คั่งค้างในลำไส้ทำให้ท้องแข็งปวดมวน





7. ยาแก้นอนไม่หลับ /ยาแก้ไอพอมเหลือง (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1 พระยาพิศณุประสาทเวช)

ข้อบ่งใช้	1. แก้นอนไม่หลับ
ขนาดและวิธีใช้	2. แก้ไอพอมเหลือง มีอาการตัวสั่น เสียงสั่น อ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำมะพร้าว น้ำผึ้ง น้ำส้มซ่า น้ำตาลทราย กระเทียมสด น้ำเบญจกัปทิมคัม - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี - ห้ามใช้ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยานอนหลับ และยาด้านการชัก รวมทั้งแอลกอฮอล์ หรือสิ่งที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพรานอลอล (propranolol), ทيوفิลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ยานี้อาจทำให้วงซึมได้ ควรหลีกเลี่ยงการขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงาน เกี่ยวกับเครื่องจักรกล - ควรระวังในผู้ที่ประกอบอาชีพทางน้ำหรือผู้ที่ร่างกายต้องสัมผัสความเย็น เป็นเวลานาน เพราะจะทำให้เป็นตะคริวตรงบริเวณท้องได้
ข้อมูลเพิ่มเติม	1. ไอพอมเหลือง เกิดจากธาตุลมกำเริบส่งผลให้นอนไม่ค่อยหลับ เบื่ออาหาร เมื่อเป็นเรื้อรัง ร่างกายผ่ายผอม ชีต เหลือง อ่อนเพลีย และไม่มีกำลัง ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น โรคริดสีดวง 2. ริดสีดวง เป็นโรคกลุ่มหนึ่ง เกิดได้กับอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น ตา จมูก ลำไส้ ทวารหนัก ตำราการแพทย์แผนไทยว่า มี 18 ชนิด แต่ละชนิดมีอาการและชื่อเรียกแตกต่างกันไป บางชนิดอาจมีตั้งหรือ ก่อนเนื้อเกิดขึ้นที่อวัยวะนั้น เช่น ริดสีดวงตา ริดสีดวงทวารหนัก (ข้อมูลจากพจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสภา พ.ศ. 2559 หน้า 457)



8. ยาแก้สันทมาต กล่อนแห้ง (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2 พระยาพิศณุประสาทเวช)

ข้อบ่งใช้

บรรเทาอาการท้องผูกเป็นพรรตึก อาการปวดเมื่อยทั่วร่างกาย มือชาเท้าชา
ปวดศีรษะ หน้ามืดวิงเวียน จุกเสียดท้องแน่นหน้าอก ที่เกิดจากโทสันทมาต
และกล่อนแห้ง

ขนาดและวิธีใช้

รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น
น้ำกระสายยาที่ใช้

- น้ำผึ้ง

- ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน

ข้อห้ามใช้

ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี

ข้อควรระวัง

- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant)
และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets)

- ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพราโนลอล (propranolol),
ทีโอฟีลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มี
พริกไทยในปริมาณสูง

- ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย
เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน

- ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ

- ต้องฆ่าฤทธิ์ต้องดื่มน้ำไปปรงยา

ข้อมูลเพิ่มเติม

9. ยาอัมฤตโอสถ (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2 พระยาพิศณุประสาทเวช)

ข้อบ่งใช้

แก้ลมกษัย

ขนาดและวิธีใช้

รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น

ข้อห้ามใช้

ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี

ข้อควรระวัง

- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant)
และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets)

- ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพราโนลอล (propranolol),
ทีโอฟีลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มี
พริกไทยในปริมาณสูง

- ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย
เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน

- ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อมูลเพิ่มเติม

- ลมกษัย เป็นลมที่ทำให้ผอมแห้งแรงน้อย ทำให้มีนติง มือเท้าอ่อนแรง เป็นต้น





10. ยาไฮยาสาลิ

(เวชศึกษา พระยาพิศณุประสาทเวช)

ข้อบ่งใช้	แก้โรคทางลม บรรเทาอาการจุกเสียดแน่น
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพราโนลอล (propranolol), ทีโออฟิลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน
ข้อมูลเพิ่มเติม	- ยาไฮยาสาลิเป็นสูตรตำรับเดียวกันกับยาอภัยสาลิ ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี 2561 เพียงแต่ในบัญชียาหลักแห่งชาติไม่ได้ใส่กัญชาในสูตรตำรับ เนื่องจากเสนอตำรับยา ก่อนที่พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ประกาศใช้

11. ยาแก้ลมแก้เส้น

(เวชศาสตร์วิญญณา)

ข้อบ่งใช้	แก้ลมในเส้น บรรเทาอาการมือเท้าชา อ่อนแรง
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำผึ้ง น้ำส้มซ่า - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพราโนลอล (propranolol), ทีโออฟิลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน - ควรระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อมูลเพิ่มเติม

- ลมในเส้น เป็นลมที่พัดประจำอยู่ตามเส้นต่างๆ ในร่างกาย เช่น ลมจันทระลา พัดอยู่ในเส้นอิทา ลมสุญทกลา พัดอยู่ในเส้นปิงคลา เมื่อลมเหล่านี้ผิดปกติ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหรือชาตามแนวเส้นที่ลมนั้นพัดประจำหรือบริเวณใกล้เคียง เป็นต้น (ข้อมูลจากพจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสภา พ.ศ. 2559 หน้า 470)

12. ยาแก้โรคจิต

(อายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2)

ข้อบ่งใช้

ขนาดและวิธีใช้

ข้อห้ามใช้

ข้อควรระวัง

ข้อมูลเพิ่มเติม

- แก้โรคลมที่ทำให้กังวล เครียด นอนไม่หลับ
- รับประทานครั้งแรก ครั้งละ 0.468 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้าและเย็น
- ถ้านอนไม่หลับ รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้
- น้ำร้อนแทรกพิมเสน
- ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี
- ห้ามใช้ในผู้ที่ใช้ยาลดความดันโลหิต
- ควรระวังการใช้ยาดำรับที่มีระย่อมเป็นส่วนประกอบ เนื่องจากสารสำคัญซึ่งมีฤทธิ์ในการลดความดัน คือ สาร reserpine และอัลคาลอยด์อื่น ๆ หากได้รับในขนาดที่สูงเกินไปจะเป็นพิษต่อระบบประสาท มีผลลดการทำงานของประสาท ทำให้เกิดอาการวิงเวียนศีรษะ ปากแห้ง คัดจมูก ท้องร่วง มึนงง หน้ามืด ใจสั่น ซึม มือแขนสั่น หรือถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นได้
- 1. ยาแก้โรคจิตดำรับนี้ เป็นตำรับยาตามหนังสืออายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2. ทั้งนี้ไม่ได้หมายถึงโรคจิตในความหมายของการแพทย์แผนปัจจุบัน (โรคทางจิตเวชและไบโพล่า)
- 2. ระย่อมจะต้องฆ่าฤทธิ์ก่อนนำไปปรุงยา

13. ยาไฟสาลี

(อายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 3)

ข้อบ่งใช้

ขนาดและวิธีใช้

- แก้โรคลม แก้หืดไอ มีเสมหะ
- รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้าและเย็น
- น้ำกระสายยาที่ใช้
- น้ำผึ้ง น้ำอ้อยแดง น้ำนมโค
- ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน



ข้อห้ามใช้

ข้อควรระวัง

- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี
- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets)
 - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพราโนลอล (propranolol), ทีโอฟีลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง
 - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน
 - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
 - ควรระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยสูงอายุ

14. ยาทาริตสิดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง (อายุรเวทศึกษา (ขุนนิทเทสสุขกิจ) เล่ม 2)

ข้อบ่งใช้

ขนาดและวิธีใช้

ข้อควรระวัง

ข้อมูลเพิ่มเติม

- ทาแก้ริดสีดวงทวารหนัก และทาแก้โรคผิวหนัง(เช่น ฝี รื่นกวาง รื่นมูลนก) ทาบริเวณรอบริดสีดวงทวารหนัก หรือทาบริเวณผิวหนังที่มีอาการ
- ควรระวังการใช้กับผู้ที่แพ้ส่วนประกอบของตำรับ
- รื่นกวาง เมื่อจะบังเกิดนั้น เกิดขึ้นตามข้อมือและข้อเท้า และกำดั้นตันคอกระทำให้ เป็นน้ำเหลืองลามาออกไป ครั้นต้องยาเข้าก็แห้งเข้า บางทีก็หายขาด บางทีก็ไม่หาย แต่ไม่ตายเป็น แต่ลำบาก
 - รื่นมูลนก เมื่อจะบังเกิดนั้นผุดขึ้นมาเป็นแวน เป็นวงขึ้นตามผิวหนัง เล็กก็มี ใหญ่ก็มี มีสีขาวนูนๆ ขอบนูนนูน ดูฐานดังกลาก พรณัย ทำให้คัน ถ้าแก้เข้าลามาไปทั้งตัว พยาธิอันนี้หายบ้างมิหายบ้าง

15. ยาทำลายพระสุเมรุ (คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 2 ขุนโสภิตบรรณลักษณะ)

ข้อบ่งใช้

ขนาดและวิธีใช้

ข้อห้ามใช้

- แก้ลมจุกเสียด ลมปะทะอก ลมตามีตหูหนวก ปวดหัวมีนตึง ลมเมื่อยขบในร่างกาย ลมสะดุ้ง และสั่นไปทั้งตัว ลมเปลี่ยนดำ ลมอัมพฤกษ์อัมพาต ลมปัตฆาต
- รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น
- น้ำกระสายยาที่ใช้
- น้ำอ้อยแดง น้ำนมโค
 - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี



ข้อควรระวัง

- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets)
- ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพราโนลอล (propranolol), ทีโอฟีลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง
- ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจ โรคแผลเปื่อยเพปติก โรคกระเพาะอาหารและโรคกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน
- ควรระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยสูงอายุ
- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้

ข้อมูลเพิ่มเติม

- ลมเปลี่ยนดำ เป็นโรคลมชนิดหนึ่ง เกิดจากการกระทบกับความเย็นมากจนเป็นตะคริว ผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งอย่างรุนแรง กระตุก ทำให้เจ็บปวดบริเวณที่เป็นมาก มักแก้โดย การนวดจุดบริเวณตามัด้านในหรืออาจรักษาด้วยยาสังขวิไชย หรือยาทำลายพระสุเมรุ (ข้อมูลจากพจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสภา พ.ศ. 2559 หน้า 472)

16. ยาทัพยาธิคุณ

(คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 2 ขุนโสภิตบรรณลักษณะ)

ข้อบ่งใช้

แก้กล่อน 5 ประการ ที่ทำให้จุกเสียดเป็นพรรตักเป็นก้อนในท้อง เจ็บเมื่อยขบตามร่างกาย ปากเปรี้ยว กินอาหารไม่รู้รส นอนไม่หลับ

ขนาดและวิธีใช้

รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้

- น้ำผึ้ง
- ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน

ข้อห้ามใช้

ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี

ข้อควรระวัง

- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาด้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets)
- ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพราโนลอล (propranolol), ทีโอฟีลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง
- ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อยเพปติก โรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน
- ควรระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อมูลเพิ่มเติม

1. กล่อน 5 ประการ ได้แก่ กล่อนดิน กล่อนน้ำ กล่อนลม และกษัยกล่อน
2. ดองดื่มจะต้องฆ่าฤทธิ์ก่อนนำมาปรุงยา





เอกสารอ้างอิง

1. Queensland Health. Clinical guidance: for the use of medicinal cannabis products in Queensland 2018 [cited 12 March 2019]. Available from: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0023/634163/med-cannabis-clinical-guide.pdf.
2. Department of Health. Clinical guidance on cannabis for medical use [cited 19 March 2019]. Available from: <https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2018/07/Clinical-guidance-on-cannabis-for-medical-use.pdf>.
3. British Paediatric Neurology Association. Guidance on the use of cannabis-based products for medicinal use in children and young people with epilepsy 2018 [cited 31 March 2019]. Available from: https://www.bpna.org.uk/userfiles/BPNA_CBPM_Guidance_Oct2018.pdf.
4. MacCallum CA, Rosso EB. Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. Eur J Intern Med 2018; 49:12-9.
5. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez AV, et al. Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA 2015;313(24):2456-73.
6. Smith LA, Azariah F, Lavender VT, Stoner NS, Bettiol S. Cannabinoids for nausea and vomiting in adults with cancer receiving chemotherapy. The Cochrane database of systematic reviews 2015;12(11):CD009464.
7. Allan GM, Ramji J, Perry D, Ton J, Beahm NP, Crisp N, et al. Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care. Can Fam Physician 2018;64(2):111-20.
8. Toward Optimized Practice. PEER simplified guideline: medical cannabis clinical practice guideline 2018 [cited 15 March 2019]. Available from: http://www.topalbertadoctors.org/download/2238/Medical%20Cannabinoid%20CPG.pdf?_20180320184543.
9. Devinsky O, Cross JH, Laux L, Marsh E, Miller I, Nabbout R, et al. Trial of cannabidiol for drug-resistant seizures in the Dravet Syndrome. New Engl J Med 2017;376(21):2011-20.
10. Devinsky O, Marsh E, Friedman D, Thiele E, Laux L, Sullivan J, et al. Cannabidiol in patients with treatment-resistant epilepsy: an open-label interventional trial. Lancet Neurol 2016;15(3):270-8. Zajicek J, Fox P, Sanders H, Wright D, Vickery J, Nunn A, et al. Cannabinoids for treatment of spasticity and other symptoms related to multiple sclerosis (CAMS study): multicentre randomised placebo-controlled trial. Lancet 2003;362(9395):1517-26.
11. Nugent SM, Morasco BJ, O'Neil ME, Freeman M, Low A, Kondo K, et al. The effects of cannabis among adults with chronic pain and an overview of general harms: a systematic review. Ann Intern Med 2017;167(5):319-31.
12. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA 2013;310(20):2191-4.
13. Department of Consumer Affairs. Guideline for the recommendation of cannabis for medical purposes 2018 [cited 13 April 2019]. Available from: https://www.mbc.ca.gov/Publications/guidelines_cannabis_recommendation.pdf.
14. Lucas CJ, Galea P, Schneider J. The pharmacokinetics and the pharmacodynamics of cannabinoids. Br J Clin Pharmacol 2018; 84:2477-82.

15. Alsherbiny MA, Li CG. Medicinal Cannabis-Potential drug interactions. Medicines 2019; 6:3;doi: 10.3390/medicines6010003.
16. Clinical Guidance: for the use of medicinal cannabis products in Queensland
17. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0023/634163/med-cannabis-clinical-guide.pdf
18. <https://www.pharmout.net/medicinal-cannabis-consultants/extraction-winterization-filtration/>
19. <https://www.analyticalcannabis.com/articles/the-best-cannabis-extraction-methods-for-marijuana-concentrates-300434>
20. Pharmacology of Marijuana, Journal of Addiction Research & Therapy, Thersilla Oberbarnscheidt and Norman S Miller
21. <https://www.omicsonline.org/open-access/pharmacology-of-marijuana-2155-6105-S11-012.php?aid=84733>
22. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 หรือคำเตือนหรือข้อควรระวังการใช้ที่ภาชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ผลิต นำเข้า หรือส่งออก สำหรับยาแผนปัจจุบันซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ. 2562
23. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562
24. คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ (ฉบับโบราณ). กรมหลวงวงศาฯ กรมหมื่นไชนนาท ประทาน พ.ศ.2459.
25. ชยันต์ พิเชียรสุนทร, แม้นมาส ขวลิต, วิเชียร จีรวงส์. คำอธิบายตำราพระโอสถพระนารายณ์ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษามหาราชา 5 ธันวาคม พุทธศักราช 2542. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อมรินทร์และมูลนิธิภูมิปัญญา. 2548.
26. โรงเรียนแพทย์แผนโบราณ. ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) พระนคร, พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณา โปรดเกล้าให้ จารึกไว้เมื่อ พ.ศ.2375 ฉบับสมบูรณ์, 2505.
27. จารึกตำรายาวัตราชโอรสอารามวรวิหาร. กรุงเทพฯ:กรมศิลปากร,2545.หน้า 128.
28. พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสภา พ.ศ. 2559.
29. พิศณุประสาทเวช, พระยา. แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทย สพานยศเส; ร.ศ. 128.
30. นิเทศ (ถมรัตน์) พุ่มชูศรี. อายุรเวชศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2. กรุงเทพฯ ฯ: พร้อมจักรการพิมพ์; 2561.
31. สุ่ม วรกิจ พิศาล. เวชศาสตร์วิวัฒนาการ ตำราแพทย์แบบเก่า เล่ม 5 เรียบเรียงตามตำราของท่านพระยาประเสริฐสารทดำรง (หนู) บิดา. กรุงเทพฯ : พิศาลบรรณินดี; 2460 หน้า 974.
32. ขุนโสภิตบรรณลักษณ์ (อำพัน กิตติขจร). คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อุตสาหกรรมการพิมพ์; 2504.



บทที่ 3

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับกัญชา ในกรณีฉุกเฉิน



3.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชา ในกรณีฉุกเฉิน

อาการของภาวะพิษจากกัญชามีระดับความรุนแรงและอาการแสดงแตกต่างกันไปตามช่วงอายุและปริมาณที่ได้รับ โดยในผู้ป่วยเด็กจะแสดงอาการทางระบบประสาทเด่นกว่า เช่น การเดินเซ(Ataxia), การวุ่นวายและเคลื่อนไหวอย่างไม่มีจุดประสงค์(Hyperkinesia, Excessive and purposeless motor activity of the extremities), อาการง่วงซึม (Lethargy) และการไม่รู้สึกรู้สตัว (Prolonged coma) ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

3.2 ระดับความรุนแรงของภาวะพิษจากกัญชา

1. ระดับเล็กน้อย ถึงปานกลาง ได้แก่ อาการง่วงซึม ผ่อนคลาย เวียนศีรษะ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก และ อารมณ์ อาการกลัมน้ำอกระตักและการเดินเซ นอกจากนี้ยังพบว่า หากได้รับกัญชาโดยการสูดดม/สูบผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บคอ ไอ หลอดลมอักเสบ มีน้ำมูก หรือเยื่อโพรงจมูกอักเสบได้

2. ระดับรุนแรง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก รุนแรงตาขยาย โคม่า รวมถึงอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบหายใจร่วมด้วย

3.3 อาการแสดงของภาวะพิษจากกัญชาตามระบบ โดยภาวะพิษจากกัญชาไม่มีกลุ่มอาการจำเพาะ

1. Vital signs	: Hypothermia/Hyperthermia , Tachycardia/Bradycardia, Hypotension/Hypertension
2. General appearance	: Conjunctivitis, Chemosis, Mydriasis, Nystagmus
3. Cardiovascular	: Brugada syndrome, Acute coronary syndrome, Atrial fibrillation
4. Respiratory	: Acute exacerbation, Bronchitis, Pneumonitis, Pneumothorax
5. Neurological	: Stroke, Seizure, Coma, Drowsiness, Stupor, Dizziness, Euphoria, Mood swing, Alteration of consciousness, Ataxia
6. Gastrointestinal	: Nausea, vomiting (Cannabinoid Hyperemesis Syndrome โดยเฉพาะผู้ใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง), Pancreatitis
7. Urological	: Acute urinary retention
8. Psychological	: psychosis, agitation



3.4 แนวทางการรักษาพิษจากกัญชาในภาวะฉุกเฉินสามารถจำแนกได้ดังนี้

3.4.1 แนวทางปฏิบัติสำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

กรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตประสาท เช่น เห็นภาพหลอน หูแว่ว ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

การประเมินความเสี่ยงการเกิดอันตรายและความรุนแรง ดังนี้

1. มีแกนนำชุมชนหรือตำรวจ ณ ที่เกิดเหตุหรือไม่
2. ประเมินอันตราย ณ ที่เกิดเหตุได้แก่ อาวุธ เช่น ไม้ มีด ปืน และให้ตำรวจปลดอาวุธก่อนเข้าปฏิบัติการ
3. หากผู้ป่วยมีอาวุธให้รักษาระยะห่างจากผู้ป่วยประมาณ 8-10 เมตร
4. หากสภาพแวดล้อมปลอดภัย ให้ประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นอย่างรวดเร็วโดยค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิต

ใช้หลักการประเมิน AVPU :

A (Alert) : ความรู้สึกตัวดี พูดคุย ทำตามคำสั่งได้

V (Verbal stimuli) : การตอบสนองต่อเสียง เช่น เรียกกลั้มตา หันหน้าตามเสียง

P (Painful stimuli) : การตอบสนองต่อความเจ็บปวด เช่น การปิดมือถูกตำแหน่งที่เจ็บ

U (Unresponsive) : การไม่ตอบสนองหรือไม่รู้สึกตัว

5. รายงานข้อมูลกลับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อขอคำปรึกษา หากประเมินแล้วความเสี่ยงเกินความสามารถชุดปฏิบัติการให้ร้องขอการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ทักษะการสื่อสาร ณ จุดเกิดเหตุ

กรณีผู้ป่วยไม่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตและมีความจำเป็นต้องสื่อสารกับผู้ป่วยระหว่างรอทีมสนับสนุนให้ใช้หลักการสื่อสาร ดังนี้

1. เรียกชื่อผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงเป็นมิตร นุ่มนวล พูดช้าๆ
2. ไม่โต้เถียง ช่มชู้หรือกระตุ้นอารมณ์ผู้ป่วย
3. พยายามให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกโดยการพูด แม้จะเป็นทางลบ
4. ไม่ตอบรับหรือปฏิเสธเงื่อนไขหรือข้อต่อรองของผู้ป่วย
5. สร้างความไว้วางใจและเบี่ยงเบนความสนใจ

การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ และประเมินว่ามีความจำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรม สามารถดำเนินการ ดังนี้

1. แจ้งญาติให้ทราบถึงความจำเป็นในการผูกมัดผู้ป่วย
2. เตรียมบุคลากรในพื้นที่อย่างน้อย 4-5 คนก่อนเข้าหาผู้ป่วย
3. เตรียมอุปกรณ์ในการผูกมัดผู้ป่วย ซึ่งควรเป็นผ้าที่มีความแข็งแรง เหนียวแต่นุ่ม เช่น ผ้าห่ม ผ้าปู แห/อวนขนาดใหญ่ ผ้าขาวม้า เป็นต้น
4. ให้บุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจหรือรู้จักพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจด้านหน้า โดยบุคลากร 4 คน ให้เข้าจากด้านหลังพร้อมกัน โดย 2 คนจับแขน ซ้าย/ขวา และ 2 คนจับขา ซ้าย/ขวา แล้วใช้ผ้ามัดแขนผู้ป่วยแนบกับลำตัว



การนำส่งผู้ป่วย

1. ควรผูกยึดผู้ป่วยให้ติดกับ stretcher บนรถพยาบาลตลอดระยะทาง
2. นำญาติหรือผู้ที่รู้ประวัติการรักษาของผู้ป่วยโดยสามารถมาด้วยอย่างน้อย 1 คน
3. ประสานศูนย์รับแจ้งเหตุเพื่อให้ข้อมูลสำคัญแก่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลปลายทางเพื่อการเตรียมการ

3.4.2 แนวทางการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน

ข้อแนะนำการคัดกรองผู้ป่วย

1. การคัดกรองผู้ป่วยภาวะพิษจากกัญชาสามารถใช้ระบบการคัดกรองมาตรฐานได้
2. กรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตประสาท ควรเฝ้าระวังความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นต่อบุคลากรและผู้รับบริการอื่นๆ ณ ห้องฉุกเฉิน เช่น พฤติกรรมรุนแรงทางกายและวาจา การพกอาวุธ ภาวะหลอนหรือควบคุมพฤติกรรมตนเองไม่ได้ ประวัติทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่น ประวัติการใช้สารเสพติด โดยใช้มาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety : 2P Safety)

การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน

กรณีผู้ป่วยภาวะวิกฤต แพทย์สามารถให้การรักษาตามหลักการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินได้แก่ การประเมินและดูแล Airway, Breathing, Circulation และ Disabilities โดยภาวะพิษกัญชาไม่มีมาตรฐานพิชจำเพาะ

ข้อเสนอแนะหากผู้ป่วยมีภาวะหรืออาการต่างๆ ดังนี้

1. ภาวะ coma หรือ respiratory depression ให้ดูแลทางเดินหายใจ โดยการใส่ท่อช่วยหายใจ
2. ภาวะ hypotension นอกจากการให้สารน้ำแล้วยังพบว่า การจัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่า Trendelenburg position อาจมีประโยชน์
3. ภาวะ tachycardia สามารถให้ยา Diazepam IV ร่วมกับการจัดสภาพแวดล้อมให้เย็นสงบ เพื่อลดสิ่งเร้าหรือกระตุ้นของผู้ป่วย หากภาวะ tachycardia ไม่ดีขึ้นสามารถให้การรักษาดตาม Guideline ของ ACLS (Advanced Cardiac Life Support)
4. ภาวะ hypertension โดยมากผู้ป่วยอาการจะดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาตามอาการ
5. ภาวะ hyperemesis syndrome แนะนำให้การดูแลรักษา ดังนี้
 - ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เช่น 0.9% Normal saline ในปริมาณที่เพียงพอ เพื่อชดเชยภาวะขาดสารน้ำในร่างกาย
 - ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน เช่น Metoclopramide IV, Ondansetron IV, Dimenhydrinate IV และ Diphenhydramine IV/IM นอกจากนี้การใช้ยาอื่นๆ ทั้งกลุ่ม Benzodiazepine IV หรือ Dopamine antagonist ได้แก่ Antipsychotic drugs เช่น haloperidol IM มีรายงานว่าสามารถลดการคลื่นไส้อาเจียนได้
 - สามารถพิจารณา ยาในกลุ่ม Proton pump inhibitor
 - การอาบน้ำร้อน หรือแช่ตัวด้วยน้ำอุ่นร้อน สามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนได้
 - การใช้ capsaicin cream (ครีมพริก) ความเข้มข้นมากกว่า ร้อยละ 0.๒๕% ทาผิวหนึ่งบริเวณหน้าท้อง สามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้



ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- หากผู้ป่วยได้รับกัญชาโดยการรับประทาน ไม่แนะนำให้ทำการล้างท้อง หรือ การให้ activated charcoal เนื่องจาก หากผู้ป่วยมีอาการซึมจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลัก
- หากมีอาการสับสน วุ่นวาย (agitation, panic) แพทย์สามารถเลือกใช้ Diazepam 5-10 mg IV หรือ Midazolam 5-10 mg IM เพื่อบรรเทาอาการได้
- การใช้ยาในกลุ่ม Antipsychotic จะเลือกเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองกับยาในกลุ่ม Benzodiazepine โดยอาจให้ Haloperidol 2-5 mg IM พร้อมผูกมัด และจัดบรรยากาศลดสิ่งกระตุ้น
- ควรส่งตรวจทางปฏิบัติการอื่นๆ เพื่อวินิจฉัยแยกโรค และหาสาเหตุอื่นร่วมด้วย เช่นระดับน้ำตาลในกระแสเลือด
- หากมีอาการชัก เลือกใช้ ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam 5-10 mg IV หากชักไม่หยุด สามารถพิจารณาการให้ยากันชักตัวถัดไปในกลุ่มของ Barbiturate
- การทำ hemodialysis ไม่มีประโยชน์ในภาวะพิษจากกัญชา
- การพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเรื่องอาการเป็นพิษ ให้เป็นไปตามอาการของผู้ป่วย
- หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษา สามารถปรึกษาศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี (Hotline 1367) และ ศูนย์พิษวิทยาศิริราช (หมายเลขโทรศัพท์ 02-4197007) ตลอด 24 ชั่วโมง

หนังสืออ้างอิง

1. Jeff M. Lapoint Canabinoid. In: Goldfrank's toxicological emergencies, 11th ed, Hoffman RS, Howland MA, Lewin NA, Nelson LS, Goldfrank LR (Eds), McGraw-Hill Education, New York, 2015:1737-1752.
2. Plant-Marijuana. In: In Poisindex managements [database on the Internet]. Greenwood Village (CO): Truven Health Analytics; 2019 [cited 2019 July 6]. Available from: www.micromedexsolutions.com. Subscription required to view.



บทที่ 4

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้กัญชา แบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (stabilize and maintenance)

4.1 ข้อมูลทั่วไป

สารสกัดจากกัญชาเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่สำคัญชนิดหนึ่งซึ่งมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ประมาณการว่าทั่วโลกมีผู้ใช้สารกัญชาประมาณ 166 – 234 ล้านคน โดยสาเหตุของการใช้มีทั้งเหตุผลทางการแพทย์ (medical use) และเหตุผลเพื่อการผ่อนคลาย (recreational use) และเมื่อความเข้มงวดของกฎหมายต่อสารสกัดกัญชาลดลง จึงทำให้มีผู้ที่สามารถเข้าถึงได้มากขึ้น ความแพร่หลายของการใช้สารสกัดกัญชาก็ยิ่งเพิ่มขึ้น ทำให้มีผู้ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ด้วยสาเหตุจากปัญหาจากการใช้สารสกัดกัญชาเพิ่มมากขึ้นไปด้วยเช่นกัน

จากการสำรวจพบว่ารูปแบบการใช้สารสกัดกัญชาตลอดช่วงชีวิตนั้นมีหลายรูปแบบ ทั้งแบบที่ผู้ใช้มีการใช้เป็นประจำโดยไม่มีการเพิ่มปริมาณ ผู้ที่ใช้เฉพาะในช่วงวัยรุ่น ผู้ที่ใช้ตั้งแต่อายุน้อย และผู้ที่ใช้อย่างหนัก และต่อเนื่อง มีผู้ใช้สารสกัดกัญชาประมาณร้อยละ 10 ที่จะเกิดปัญหาการติดกัญชา (cannabis dependence) มีความบกพร่องของการรู้คิด การเรียนรู้และความสามารถในการทำงาน เกิดโรคทางจิตเวชต่างๆ

ฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่สำคัญที่พบในกัญชา คือ ฤทธิ์กดประสาท (depressant effect) และฤทธิ์หลอนประสาท (hallucinogenic effect) โดยสารหลักที่ทำให้เกิดอาการทางจิตคือ สาร cannabinoid ที่มีชื่อว่า delta-9-tetrahydrocannabinol หรือ THC ซึ่งมีฤทธิ์ partial agonist ต่อ cannabinoid-1 receptor (CB1R) ระดับความเข้มข้นของ THC นี้ถูกใช้เป็นตัวบ่งชี้ความแรง (potency) ของกัญชา ในขณะที่สารสกัดกัญชาที่มีฤทธิ์ด้านการรักษา (therapeutic effect) คือ cannabidiol หรือ CBD ซึ่งเป็นสาร ที่ไม่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทและมีผลต่อการเสพติดน้อย ดังนั้นในบทความนี้เมื่อกล่าวถึงฤทธิ์ของกัญชาจะหมายถึงฤทธิ์ของกัญชาที่แสดงผ่านการออกฤทธิ์ของ THC เป็นหลัก

จากการศึกษาได้ยืนยันว่าสารกัญชานั้นส่งผลต่อสมองและระบบประสาทในหลายด้าน เช่น

- gray matter volume and density ของสมองส่วน hippocampus ลดลง
- Neuronal activity บริเวณ anterior cingulate cortex และ right dorsolateral prefrontal cortex ลดลง
- พบความบกพร่องของความสามารถด้าน learning, speed of information processing, delayed memory, attention และ executive function ในผู้ที่ใช้กัญชาบ่อย ความบกพร่องนี้อาจกลับสู่ปกติได้ถ้าหยุดใช้ได้อย่างต่อเนื่อง (abstinence)

4.2 อาการแสดง การตรวจร่างกาย

ผู้ที่เข้ารับบริการในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งในกรณีฉุกเฉิน หรือแผนกผู้ป่วยนอกทุกรายที่มีความเสี่ยงควรได้รับการคัดกรองและประเมินปัญหาการติดกัญชาเบื้องต้น ประวัติและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ควรสงสัยปัญหาจากกัญชา ได้แก่

- มีความบกพร่องทางสังคม การเรียน การทำงาน ซึ่งไม่ทราบสาเหตุ
 - มีอาการทางจิตที่สัมพันธ์กับกัญชา เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล การรู้คิดผิดปกติ และหากผู้ป่วยมีอาการทางจิตซึ่งได้รับการรักษาเดิมอยู่ อาจมีอาการกำเริบหรือกลับไม่ตอบสนองต่อการรักษา
 - มีอาการตาแดงเรื่อรัง
 - มีกลิ่นกัญชาติดตามเสื้อผ้าและร่างกาย
 - มีอาการเหลือบบริเวณปลายนิ้ว
 - ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงอย่างมาก อาจอยากกินอาหารบางชนิดอย่างมากหรือเบื่อโดยไม่ทราบสาเหตุ
- แพทย์สามารถประเมินความเสี่ยงในการติดกัญชาของผู้ป่วยเบื้องต้นได้ โดยการถามคำถามว่า “ในปีที่ผ่านมา คุณใช้กัญชาบ่อยแค่ไหน” จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจที่แผนกฉุกเฉิน พบว่า หากผู้ป่วยตอบว่า มีการใช้อย่างน้อยสองครั้ง จะมีโอกาสสูงที่ผู้ป่วยรายนั้นจะมีการติดกัญชา ซึ่งแพทย์ควรให้การประเมินอย่างละเอียดต่อไป

การวินิจฉัยภาวะติดกัญชา (cannabis dependence หรือ cannabis use disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 หรือ DSM-5 ซึ่งได้ระบุเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคติดกัญชาไว้ว่าเป็นลักษณะรูปแบบของการใช้กัญชาซึ่งเป็นปัญหาและส่งผลกระทบให้เกิดความบกพร่อง โดยมีลักษณะที่แสดงให้เห็นดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. มีการใช้กัญชาในปริมาณที่มาก หรือใช้นานกว่าที่ตั้งใจไว้
2. มีความต้องการที่จะใช้อย่างต่อเนื่อง หรือล้มเหลวในการหยุดหรือควบคุมการใช้ของตนเอง
3. สูญเสียเวลาไปกับการหากัญชา เสพกัญชา หรือฟื้นตัวจากฤทธิ์ของกัญชา
4. มีความอยากเสพกัญชาอย่างมาก
5. มีการใช้กัญชาซ้ำๆ จนสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ เช่น การเรียน การทำงาน หรือ ทำหน้าที่ในครอบครัว
6. ยังคงมีการเสพกัญชาทั้งๆที่กัญชาทำให้เกิดผลกระทบต่อปัญหาทางด้านสังคม สัมพันธภาพซ้ำแล้วซ้ำอีก
7. กิจกรรมทางสังคม อาชีพ การใช้เวลาพักผ่อนหย่อนใจที่สำคัญต้องยกเลิกไปเนื่องจากการใช้กัญชา
8. มีการใช้กัญชาซ้ำๆ แม้ในสถานการณ์ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงหรืออาจเป็นอันตราย
9. ยังคงมีการเสพกัญชาอย่างต่อเนื่องทั้งๆที่ได้ทราบถึงปัญหาสุขภาพกาย หรือสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นผลมาจากการใช้กัญชา
10. มีภาวะดื้อยา (tolerance) ซึ่งหมายถึงลักษณะอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - a. จำเป็นต้องเพิ่มปริมาณที่เสพเพื่อให้ได้ฤทธิ์ของกัญชาที่พึงประสงค์
 - b. ฤทธิ์ที่พึงประสงค์ของกัญชาลดลงแม้ว่าจะใช้กัญชาในปริมาณเท่าเดิม



11. มีภาวะถอน (withdrawal) ซึ่งหมายถึงลักษณะอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- มีอาการผิปรกติซึ่งมีลักษณะเฉพาะเกิดขึ้น เมื่อหยุดหรือลดปริมาณการใช้กัญชา
- ต้องใช้กัญชาเพื่อลดอาการผิปรกติที่เกิดขึ้น

4.3 วินิจฉัยแยกโรค

ผู้ป่วยติดกัญชาที่มีอาการแสดงของโรคทางจิตเวช เช่น มีอาการใจสั่น กระวนกระวาย วิตกกังวล จำเป็นที่จะต้องแยกโรคหรือภาวะทางกายที่อาจเป็นสาเหตุและเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคปอด และหากอาการทางจิตนั้นเกิดร่วมกับการที่ผู้ป่วยมีภาวะสมาธิบกพร่อง (impaired attention) ความสามารถในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลเสียไป (disorientation) และอาการเป็นแบบขึ้นๆลงๆ (fluctuation) แพทย์ควรนึกถึงภาวะเพ้อ (delirium) เนื่องจากผู้ป่วยกัญชามีความเสี่ยงที่จะมีโรคประจำตัวทางกายที่รุนแรง หรือมีการใช้สารเสพติดอื่นร่วม ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะ delirium ได้ แพทย์จึงควรค้นหาปัจจัยอื่นๆที่อาจเป็นสาเหตุและรักษาให้ดีขึ้นแล้วจึงค่อยพิจารณาว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตจากกัญชา (cannabis-induced mental disorders) หรือโรคทางจิตเวชอื่น จากผลการศึกษาบางส่วนชี้ว่า กัญชามีความสัมพันธ์กับอาการและโรคทางจิตเวชรวมถึงพฤติกรรมติสารเสพติดอื่นๆอย่างมาก โรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้เสพกัญชา ได้แก่ ปัญหาการติสารเสพติดชนิดอื่นร่วม เช่น สุรา บุหรี่ สารกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น สารกระตุ้น และสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นๆ โรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorders) โรคจิตเภท (schizophrenia) โรควิตกกังวล (anxiety disorders) โรคเครียดภายหลังภัยอันตราย (posttraumatic stress disorders) โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder) โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder) บุคลิกภาพผิปรกติ (personality disorders) ที่พบบ่อย ได้แก่ antisocial, borderline และ schizotypal

ในปัจจุบันเชื่อว่าลักษณะความสัมพันธ์ของอาการทางจิตและกัญชานั้นเป็นความสัมพันธ์แบบสองทางมากกว่าที่จะเป็นความสัมพันธ์แบบทางเดียว (การเสพยาทำให้เกิดอาการทางจิต) ซึ่งความสัมพันธ์แบบสองทางอาจเป็นได้ทั้ง

- การเสพยาส่งผลให้ผู้เสพมีความเสี่ยงในการเกิดโรคทางจิตเวชหรือติสารเสพติดชนิดอื่นตามมา เนื่องจากกัญชาส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาท
- การที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือติสารเสพติดชนิดอื่นอยู่เดิมเป็นความเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเสพยาติดกัญชาได้ง่ายขึ้น อาจเพราะฤทธิ์ของกัญชาอาจช่วยลดอาการทางจิตของผู้เสพได้บ้างในบางครั้ง
- ปัจจัยเสี่ยงของการเสพยาและการป่วยด้วยโรคจิตเวชหรือติสารเสพติดชนิดอื่นนั้นมีความทับซ้อนกัน เช่น ความเสี่ยงทางด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จึงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดทั้ง 2 โรคร่วมกัน

ผู้ป่วยที่เสพยาส่วนหนึ่งมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชเดิมอยู่ไม่ว่าจะเป็น โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคอารมณ์แปรปรวน การเสพยาอาจกระตุ้นให้ความเจ็บป่วยเดิมนั้นกำเริบได้ (exacerbation) ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างกัญชากับโรคจิตเวชที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ เช่น

- การใช้กัญชาอาจส่งผลให้ผู้เสพเกิดอาการทางจิตแบบชั่วคราวและเฉียบพลันได้ (cannabis-induced psychosis) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้เสพวัยรุ่นที่มีการเสพมายาวนาน จะมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทมากกว่าผู้ที่ไม่เสพ และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้กัญชา พบว่ามีโอกาสการกลับเป็นซ้ำ และการนอนโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ อีกทั้งยังพบว่า

มีอาการ positive symptom เช่น หลงผิด หูแว่ว และระดับความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่องไปมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้กัญชา

- การใช้กัญชาอาจส่งผลให้ผู้เสพมีความเสี่ยงในการเกิดช่วงที่มีอารมณ์ผิดปกติ (mood episode) สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้ ทั้งช่วงที่เป็น manic และ depression นอกจากนี้กัญชาอาจสัมพันธ์กับการเกิดช่วงอารมณ์ manic ที่เร็วขึ้น และมีจำนวนครั้งของช่วงอารมณ์ผิดปกติที่บ่อยขึ้น

- การใช้กัญชาทำให้ผู้เสพเกิดอาการวิตกกังวลเฉียบพลันได้ แต่ในระยะยาวยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์นั้นได้อย่างชัดเจน

ในการดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์จึงควรพิจารณาว่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้น เป็นผลจากกัญชาหรือเป็นอาการของโรคทางจิตเวชเดิมของผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย (primary psychiatric disorders) ซึ่งลักษณะที่บ่งชี้ว่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้นน่าจะเป็นผลกระทบจากการใช้กัญชา ได้แก่

- ผู้ป่วยไม่เคยมีอาการทางจิตเช่นนั้นเลยก่อนหน้าที่จะใช้กัญชา
- อาการทางจิตดีขึ้นอย่างชัดเจน หรือหายไปในระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยหยุดใช้กัญชา
- ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยหยุดกัญชาได้อย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการทางจิตในลักษณะนั้นเกิดขึ้นอีก

4.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กัญชาสามารถถูกตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองในห้องปฏิบัติการ โดยส่วนใหญ่เป็นการตรวจหาสาร delta-9 tetrahydrocannabinol และ/หรือ carboxy-THC ซึ่งสิ่งส่งตรวจที่สามารถตรวจพบได้ เช่น ปัสสาวะ น้ำลาย เลือด และ เส้นผม และเนื่องจากการตรวจคัดกรอง ดังนั้นจึงอาจเกิดผลบวกหลงได้ ดังนั้นในกรณีที่ต้องการยืนยันความถูกต้อง จำเป็นต้องส่งตรวจเพื่อยืนยันอีกครั้ง ด้วยวิธีการตรวจที่ซับซ้อนและแม่นยำมากขึ้น เช่น ใช้เทคนิค liquid หรือ gas chromatography และ mass spectrometry เป็นต้น

Tetrahydrocannabinol (THC) เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะสามารถตรวจพบได้ใน ปัสสาวะ น้ำลาย เลือด และเส้นผม การตรวจคัดกรองเบื้องต้นนิยมตรวจในปัสสาวะเพื่อตรวจหาเมตาโบไลต์ของ THC ได้แก่ 11-nor-delta-9-tetrahydrocannabinol-9-carboxylic acid (9-carboxy-THC) ข้อดีของการใช้ตัวอย่างปัสสาวะ คือ เป็นตัวอย่างที่เก็บได้ง่าย สามารถเก็บตัวอย่างในปริมาณมากเพียงพอที่จะใช้ในการตรวจ และระยะเวลาที่สามารถตรวจพบเมตาโบไลต์ในปัสสาวะได้นานหลายวัน แต่อาจเกิดผลบวกหลงได้เมื่อใช้ยาอื่นร่วมด้วย เช่น efavirenz, ibuprofen, naproxen เป็นต้น กรณีให้ผลบวกหรือให้ผลไม่ชัดเจนสามารถนำปัสสาวะนั้นส่งตรวจเพื่อยืนยันผลโดยใช้เครื่องมือและวิธีการในห้องปฏิบัติการด้วยเทคนิคโครมาโตกราฟี

การตรวจพบสารกัญชาในปัสสาวะ อาจไม่ได้สะท้อนถึงปัญหาความรุนแรงของการใช้กัญชา ผลกระทบทางสมองหรือความบกพร่องทางจิตสังคมของผู้เสพ โดยส่วนมากแล้วระยะเวลาที่สามารถตรวจพบกัญชาในปัสสาวะสำหรับผู้ที่ใช้เป็นครั้งคราวจะประมาณ 3 – 7 วัน แต่เนื่องจากลักษณะพิเศษทางเภสัชวิทยาของกัญชา ในผู้เสพกัญชาแบบต่อเนื่องเรื้อรัง อาจตรวจพบสารกัญชาในปัสสาวะได้แม้ว่าจะหยุดเสพแล้วเป็นเวลานานกว่า 30 วัน และการตรวจพบสารกัญชาในปัสสาวะ อาจไม่ได้สะท้อนถึงปัญหาความรุนแรงของการใช้กัญชา หรือผลกระทบทางสมองหรือความบกพร่องทางจิตสังคมของผู้เสพ

4.5 การบำบัดรักษา

4.5.1 การรักษาด้วยยา

โดยทั่วไปการใช้ยาเพื่อรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดในช่วงแรกของการบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาภาวะ intoxication และลดอาการ withdrawal ของผู้ป่วยเป็นหลัก ยาที่ใช้เพื่อรักษาภาวะ intoxication จากกัญชา นั้นเป็นการใช้เพื่อรักษาตามอาการเป็นหลัก และในปัจจุบันยังไม่มีคำแนะนำให้ใช้ยาชนิดใดที่จะสามารถใช้เป็น antidote ของกัญชาได้

ระยะถอนสาร (withdrawal) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยลดปริมาณหรือหยุดการใช้สารผู้ป่วยจะเกิดอาการถอนกัญชาที่ไม่รุนแรง โดยส่วนใหญ่จะมีอาการทางจิตใจ เช่น มีอาการกลัว วิดกกังวล dissociation กระสับกระส่าย (restlessness) หงุดหงิด (irritability) เบื่ออาหาร นอนหลับไม่สนิท มีความผันผวนที่ชัดเจนเหมือนจริง รู้สึกปั่นป่วนในท้อง เหงื่อออกกลางคืน มีอาการสั่น อาการอาจมีความรุนแรงที่ต่างกันตามระดับของการติดสาร ซึ่งโดยทั่วไปแล้วอาการถอนจะรุนแรงที่สุดในสัปดาห์แรกของการหยุดสารและอาจจะคงอยู่ต่อเนื่องได้นานกว่า 4 สัปดาห์ หลักของการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการถอนสาร คือ เพื่อลดความไม่สบายที่เกิดขึ้นในช่วงที่ลดหรือหยุดใช้สาร การรักษาจึงเป็นการดูแลตามอาการ ให้ยาเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นนั้น เนื่องจากไม่มียาเฉพาะที่แนะนำให้ใช้รักษาอาการถอนกัญชา นอกจากนั้น ควรจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ มีความปลอดภัย และมีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์คอยเฝ้าระวัง ให้การประเมิน และดูแลรักษาโรคร่วมทั้งโรคทางกายและโรคทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีอาการถอนไม่รุนแรงอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย ยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันและทำงานได้ตามปกติ ไม่จำเป็นต้องรับตัวไว้รักษา ในโรงพยาบาล การดูแลรักษาด้วยการใช้ยาเกินเพื่อลดอาการปวด เช่น ยากลุ่ม NSAIDs หากมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ก็สามารถใช้ยาในกลุ่ม prokinetic drugs เช่น domperidone ได้ หากมีปัญหาการนอนอาจใช้ยาที่มีฤทธิ์ช่วยหลับ แต่ มีฤทธิ์เสพติดต่ำ อย่างเช่นกลุ่ม sedating antidepressants ได้แก่ amitriptyline, mianserin และ trazodone เป็นต้น ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) ซึ่งมีหลักฐานว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้ แต่ในรายที่มีอาการถอนรุนแรง ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และมีโอกาสสูงที่จะกลับไปใช้ซ้ำ นอกจากนี้แพทย์ควรพิจารณาว่าผู้ป่วยมีลักษณะที่บ่งชี้ว่าอาจล้มเหลวในการบำบัดหรือมีภาวะที่อาจเป็นอันตรายด้วยหรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจได้รับประโยชน์จากการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

1. มีการเสพสารเกินขนาด ซึ่งอาจไม่ปลอดภัย หากทำการรักษาแบบผู้ป่วยนอก
2. มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม
3. มีโรคร่วมทางกายสำคัญที่อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงหากรักษาแบบผู้ป่วยนอก
4. เคยมีประวัติล้มเหลวต่อการรักษาแบบที่ไม่ได้รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล
5. มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ส่งผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงมากจนต้องรับไว้ในโรงพยาบาล
6. มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง เช่น จากอาการซึมเศร้าที่รุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตายชัดเจน หรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เช่น มีอาการหวาดระแวง



นอกจากการใช้ยาเพื่อบำบัดรักษาในระยะ intoxication หรือ withdrawal แล้ว ยังมียาอีกหลายชนิดที่ได้ถูกนำมาศึกษาประโยชน์ในการนำมารักษาในช่วงฟื้นฟู เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพการเลิกเสพยาได้อย่างต่อเนื่อง เช่น N-acetylcysteine, naltrexone, entacapone, atomoxetine, baclofen, bupropion และ mirtazapine แต่จากหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบัน ไม่มียาตัวใดที่มีประสิทธิผลมากพอจนถูกแนะนำให้ใช้เพื่อรักษาการติดกัญชาได้

การรักษาผู้ป่วยติดกัญชาที่มีอาการทางจิตเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นผลโดยตรงจากกัญชาหรือกัญชากระตุ้นให้อาการที่มีอยู่เดิมกำเริบขึ้น คือการหยุดใช้กัญชาอย่างเด็ดขาด ร่วมกับการใช้ยาทางจิตเวชรักษาตามลักษณะของอาการที่เกิดขึ้น เช่น หากมีอาการของโรคจิต หูแว่ว หวาดระแวง หลงผิด ให้เลือกใช้ยารักษาโรคจิต (antipsychotics) หากมีอาการซึมเศร้าอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งคงอยู่นานกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการอื่นที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า เช่น คิดหมกมุ่นเรื่องการฆ่าตัวตาย ให้เลือกใช้ยาแก้ซึมเศร้า (antidepressants) และหากมีอาการที่เข้าได้กับอาการของโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorders) แบบฟุ้งพล่าน (manic episode) ให้เลือกใช้ยาปรับอารมณ์ (mood stabilizers) เป็นหลัก

4.5.2 การรักษาแบบไม่ใช้ยา

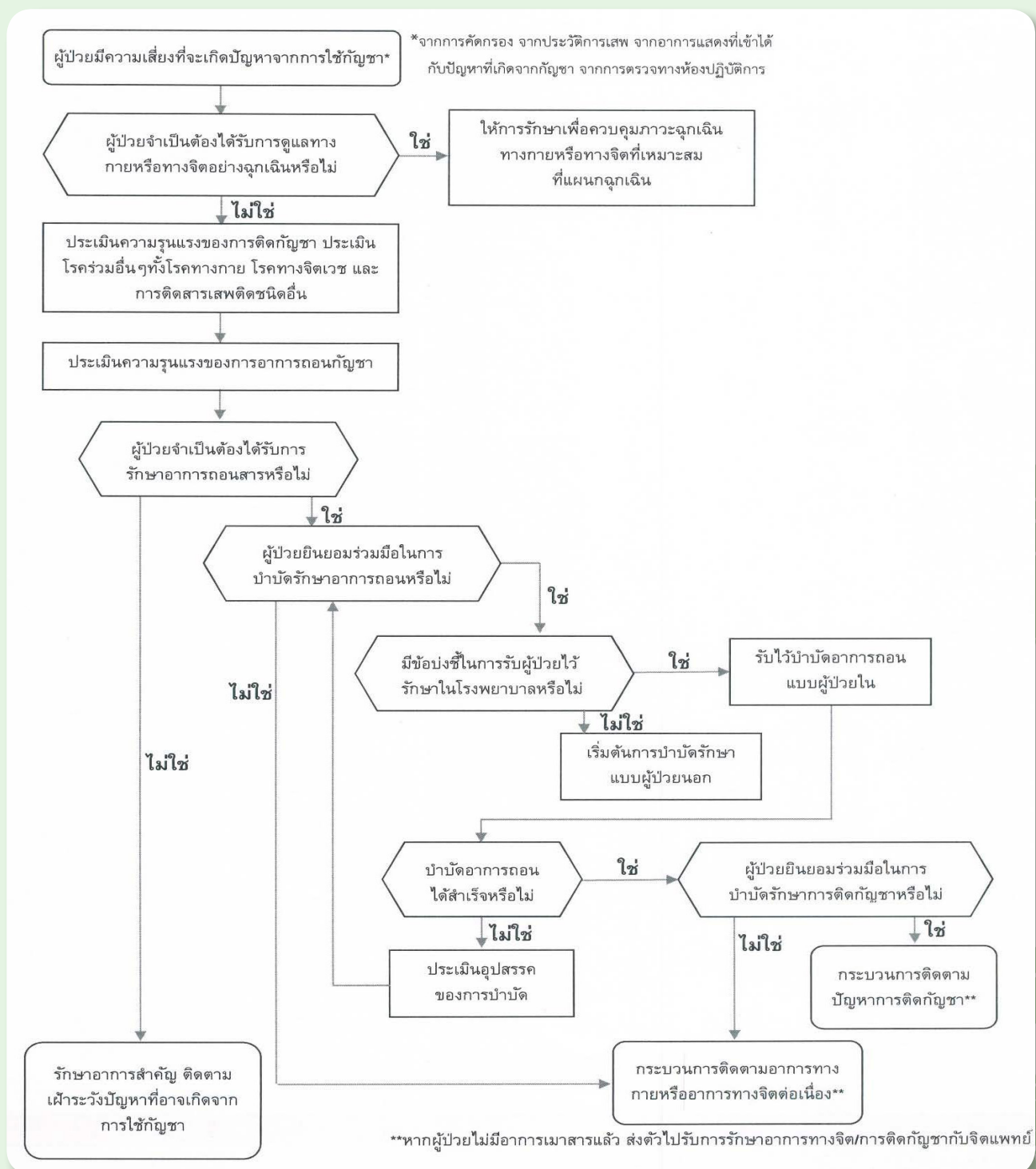
Cognitive behavioral therapy (CBT) เป็นการบำบัดโดยใช้หลักการวิเคราะห์ความคิด ความเชื่อ ตัวกระตุ้นที่ทำให้เสพยาเพื่อให้ผู้ติดสามารถควบคุมพฤติกรรมเสพติดของตนเองได้ โดยอาศัยการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บำบัด การร่วมมือ การมีเป้าหมายและประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขชัดเจน

Motivational enhancement therapy (MET) เป็นการบำบัดที่ยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การบำบัดจะเน้นการจูงใจเพื่อให้แรงจูงใจของผู้ป่วยเคลื่อนจากขั้นไม่สนใจปัญหาไปสู่ขั้นตัดสินใจและลงมือแก้ไขปัญหากำหนด ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง

Combined cognitive behavioral therapy/motivational enhancement therapy เป็นการบำบัดที่ผสมผสานลักษณะสำคัญของการบำบัดแบบ CBT และ MET



4.6 แนวทางการดูแลผู้ป่วยกัญชาในช่วง stabilization



เอกสารอ้างอิง

1. Gorelick DA. Cannabis use and disorder: Epidemiology, comorbidity, health consequences, and medico-legal status. In: Saxon AJ, Hermann R, editors. UpToDate. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2017. [updated 2018 Aug 17; cited 2019 Jul 5]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/cannabis-use-and-disorder-epidemiology-comorbidity-health-consequences-and-medico-legal-status?search=medical%20cannabis&source=search_result&selectedTitle=1~34&usage_type=default&display_rank=1#H2945413326
2. Jafari S, Tang T. Diagnosis and treatment of marijuana dependence. BCMJ 2016; 58: 315-7.
3. Gorelick DA. Treatment of Cannabis Withdrawal. In: Saxon AJ, Hermann R, editors. UpToDate. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2017. [updated 2018 Aug 17; cited 2019 Jul 5]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-cannabis-withdrawal>
4. The Management of Substance Use Disorders Work Group. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders. [Internet]. [assessed 2019 Jul 5]. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPGRevised22216.pdf>.
5. Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF, Massachusetts General H. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. 2016.



บทที่ 5

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาฟื้นฟู ในสถานบำบัดฟื้นฟูระยะยาว (longer term inpatient rehabilitation)



บทนำ

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดรวมทั้งผู้ติดกัญชาที่มีการดำเนินการในประเทศไทยและมีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพ คือ การบำบัดฟื้นฟูตามแนวคิด “ชุมชนบำบัด” (therapeutic community : TC) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดรักษาที่สำคัญในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดที่ให้ผู้สมาชิกฝึกการพัฒนาตนเอง โดยการมาอยู่ร่วมกันเหมือนเป็นสมาชิกในครอบครัวขนาดใหญ่ครอบครัวหนึ่งที่สร้างขึ้นใหม่ เพื่อให้สมาชิกสามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเองมีการเรียนรู้และมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังอยู่ในสถานที่ปลอดภัยปลอดยาเสพติด และมีสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความอบอุ่นที่ดี ทำให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

หลักการของชุมชนบำบัด

ชุมชนบำบัดเป็นรูปแบบการรักษาตามแบบครอบครัวและชุมชน เป็นพื้นฐานในการช่วยเหลือตนเองลักษณะการเพิ่มประสบการณ์ชีวิตที่ช่วยให้แต่ละคนเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง การเพิ่มคุณค่าในตนเอง การพัฒนาการเคารพตนเอง การเรียนรู้เรื่องต่างๆ รวมทั้งการอยู่ร่วมกัน การเคารพกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพื่อให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพัฒนาไปในทางที่ดี สมาชิกและเจ้าหน้าที่ในชุมชนบำบัดต้องร่วมมือในการจัดการและดำเนินการให้เป็นประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจ เรียนรู้ในการดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ชุมชนบำบัดเน้นมิติด้านสังคม จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ติดยาและสารเสพติด ใช้ชุมชนจำลองเสมือนบ้านในการเยียวยาสมาชิกในแต่ละบุคคล สนับสนุนการพัฒนาทางด้านพฤติกรรม ทศนคติและคุณค่าสุขภาพชีวิต

องค์ประกอบสำคัญที่จำเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัด มีองค์ประกอบคือ

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนสมาชิกแต่ละคนจะได้รับการมอบหมายให้มีกิจกรรมต่างๆ กันในแต่ละวัน ซึ่งเป็นการสร้างโอกาสให้สมาชิกได้ทำบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันออกไป ทั้งการเป็นเพื่อนร่วมกลุ่ม การสร้างความ เป็นเพื่อน การเป็นผู้ประสานงาน และการเป็นคนคอยชี้แนะคนอื่น ซึ่งการทำสิ่งเหล่านี้ถือเป็นกิจกรรมที่อยู่ในกระบวนการที่จะช่วยในการเปลี่ยนแปลงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น





1. ปฏิบัติการสะท้อนกลับของสมาชิก (Membership Feedback) สมาชิกในกลุ่มด้วยกันเองจะเป็นจุดกำเนิดเบื้องต้นของการชี้แนะและการให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคล จัดให้มีการสังเกตปฏิบัติการของสมาชิกแต่ละคน มีปฏิบัติการสะท้อนกลับ(Feedback)ต่อกันถึงสิ่งที่ควรมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อการแก้ไขปัญหารายบุคคลและเพื่อร่วมกันรับผิดชอบสมาชิกภายในกลุ่มด้วยกันทั้งหมด

2. การเป็นแบบอย่างที่ดี (Role Model) สมาชิกแต่ละคนต้องมีความตั้งใจเต็มที่ที่จะเป็นตัวอย่างที่ดีในกระบวนการเปลี่ยนแปลงให้กับตนเองและกลุ่ม การเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นการสร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจ

3. วิธีที่ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลง (Collective Formats for Guiding Individual Change) สมาชิกในกลุ่มทุกคนจะมีข้อตกลงร่วมกันว่าจะต้องเป็นผู้ช่วยให้เพื่อนร่วมกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยใช้วิธีการต่างๆ ทั้งการให้ความรู้ การฝึกอบรม และกิจกรรมบำบัดที่จัดขึ้น เช่น การเข้าร่วมกลุ่ม การประชุม สัมมนา การมอบหมายหน้าที่ในการทำงาน และการจัดกิจกรรมสันทนาการ โดยประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้สำคัญอย่างยิ่งต่อการบำบัดรักษาและการพัฒนาบุคลิกภาพที่จะปรากฏออกมาให้เห็นผ่านกิจกรรมทางสังคมที่ทำร่วมกันในชุมชน

4. การใช้กฎกติการ่วมกัน (Shared Norms and Values) บรรทัดฐานและค่านิยมทางสังคมจะช่วยให้ทุกคนมีความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับการที่สมาชิกเข้ามาอยู่ร่วมกันในชุมชน บรรทัดฐานและค่านิยมจะช่วยชี้แนะให้สมาชิก ช่วยเหลือตนเองในการบำบัดรักษา และการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตรอยู่อย่างเหมาะสม

5. โครงสร้างและระบบ (Structure and Systems) การทำงานในชุมชนนั้นมีความหลากหลาย “การจัดการ” เป็นสิ่งที่จำเป็นในการอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน เพราะการทำงานจะเป็นแรงขับเคลื่อนเบื้องต้นในการสอนเกี่ยวกับเรื่องการพัฒนาตนเอง การเรียนรู้ไม่ได้เกิดจากทักษะในการฝึกฝนอย่างเดียวเท่านั้น แต่รวมถึงการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ การให้การยอมรับนับถือคนที่เป็นผู้ดูแล และการปฏิบัติตนเป็นสมาชิกที่มีความรับผิดชอบต่อชุมชน

6. การสื่อสารแบบเปิด (Open Communication) ในชุมชนบำบัดมีวัตถุประสงค์หลักคือ เป็นประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสาธารณะ ความรู้สึกนึกคิดและการแสดงออกของสมาชิกในศูนย์ชุมชนถือเป็นสิ่งจำเป็นมากต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงในการบำบัด โดยเฉพาะการแสดงออกของตนเองเท่านั้น แต่หมายถึงการมีส่วนร่วมต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชน ดังนั้น สิ่งจำเป็นคือการเปิดตัวเองเข้าสู่สังคม

7. การสร้างสัมพันธภาพ (Individual and group relationships) มิตรภาพระหว่างบุคคล เพื่อนร่วมกลุ่ม และนักบำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะกระตุ้นให้เกิดข้อผูกพันร่วมกันที่จะช่วยกันทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาความสัมพันธ์ในการบำบัดนี้เป็นพื้นฐานการสร้างควมไว้วางใจและการสร้างเครือข่ายทางสังคมที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการช่วยให้การบำบัดประสบความสำเร็จ

8. มีลักษณะเป็นหนึ่งเดียวกัน (Unique terminology) สมาชิกร่วมมือกัน มีความสามัคคีเป็นพลังมุ่งไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน

หลักการทำงานที่สำคัญทำให้ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัด คือ

1. ทักษะในการรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้เป็นเครื่องมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
(skill in data gathering tools and instrument)
2. การส่งเสริมให้ขึ้นตำแหน่งที่สูงขึ้นตามความสามารถ
(Promotion upward mobility and privilege system)





3. การสนับสนุนการช่วยตนเองและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
(Promoting self-help and mutual help)
4. การสนับสนุนแนวคิดของการไม่แบ่งแยก พวกเรา พวกเขา
(Promoting concept of no we-they dichotomy)
5. แนวคิดการแสดงบทบาทตามที่เป็น (Concept of Act as if)
6. การสนับสนุนการดำเนินการของกลุ่ม (Facilitating the group process)
7. การสนับสนุนให้มีการเรียนรู้สังคมด้วยรูปแบบแบบอย่าง แรงเสริมจากกลุ่มเพื่อน และการเรียนรู้โดยประสบการณ์ (Promoting social learning by role modeling ,peer pressure, and learning by experience)
8. เป็นแบบอย่างของการปฏิบัติตนตามบทบาทหน้าที่ด้านเชิงบวก (Practicing positive role model)
9. ขจัดอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงของการจัดการ (Removing barriers to organization change)
10. ความรู้และทักษะในการป้องกันการเสพติดซ้ำ (Knowledge and skill in relapse prevention strategies)
11. มีความรู้และความสามารถในการดำเนินชีวิตให้มีสุขภาพที่ดีและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
(Knowledge and competency in promoting healthy lifestyle and the prevention of HIV/AIDS)
12. มีความรู้และความสามารถในการจัดการผู้ป่วยเฉพาะราย (Knowledge and competency in case management)

หลักการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูแบบชุมชนบำบัด

1. สถานที่อยู่อาศัยในการบำบัด เป็นสิ่งแรกที่ต้องให้ความสำคัญ สิ่งแวดล้อมที่น่าอยู่ อบอุ่นและปลอดภัยในชุมชนบำบัดต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากยาและสารเสพติด มีความสะอาด เป็นระเบียบ เรียบร้อย การจัดสถานบำบัดควรเหมือนบ้าน สงบ สวยงามและเป็นธรรมชาติ และช่วยลดความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายกับสมาชิก เยียวยาจิตใจให้มีความสุข ผ่อนคลาย ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาการ

2. กฎระเบียบ ปรัชญาและอุดมการณ์เป็นเป้าหมายหลักที่เป็นศูนย์รวมความคิดของบ้านแนวทางในการอยู่ร่วมกันและความเป็นหนึ่งเดียวกันของสมาชิก

3. การช่วยเพื่อช่วยตนเอง (Help to self help) ในศูนย์ชุมชนบำบัด การนำสมาชิกที่มีความหลากหลายแตกต่างกัน ทั้งที่มาและความเป็นอยู่มาดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกัน หลักการนี้ส่งเสริมให้สมาชิกได้ช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อย่างมีพลัง และมีความเข้าใจว่าการช่วยเหลือผู้อื่นโดยการบอกสิ่งที่ควรแก้ไข / พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ จะส่งผลดีที่เป็นประโยชน์ทั้งผู้ให้และผู้รับ เพื่อนสมาชิกได้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลและช่วยเหลือตนเอง และพัฒนาไปในทางที่ดี ซึ่งตัวสมาชิกเองจะได้ตระหนักและย้ำเตือนตนเองถึงสิ่งที่ได้ช่วยเหลือ แนะนำ บอกกล่าวสมาชิกอื่นก็จะดูแลพัฒนาตนเองไปในทางที่ดีขึ้นเช่นกัน จะช่วยลดปัญหาที่จะเกิดจากการอยู่ร่วมกัน ทำให้สถานที่อยู่อาศัยปลอดภัย อบอุ่นอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

4. การช่วยเหลือเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอิทธิพลกลุ่มเพื่อน (Peer pressure) ในการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในชุมชนบำบัด สมาชิกจะมีความผูกพันใกล้ชิดกัน มีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อมีสมาชิกกระทำความผิดหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อนสมาชิกต้องมีการแนะนำตักเตือนกันทั้งเป็นการส่วนตัว การใช้เครื่องมือบ้านหรือกระบวนการ ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปแนวทางที่ดีสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆ ได้ อย่างปกติสุข



5. บทบาทชุมชนบำบัดเปรียบเสมือนบ้านที่สมาชิกในบ้านต้องมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบทำให้ครอบครัวสามารถดำเนินไปได้และสมาชิกในบ้านมีความสุข เช่นเดียวกันสมาชิกทุกคนในศูนย์ชุมชนบำบัด ต้องมีบทบาทหน้าที่ที่ความรับผิดชอบตามขั้นตอนที่กำหนดขึ้นเพื่อฝึกให้สมาชิกได้เรียนรู้และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเมื่อสมาชิกเข้าสู่ชุมชนบำบัดจะได้รับมอบบทบาทหน้าที่ต่างๆ จากง่ายไปหายาก เช่น เป็นสมาชิกใหม่ เมื่อประเมินผ่านได้เป็นสมาชิกในทีมงาน พี่เลี้ยงสมาชิกใหม่ หัวหน้าทีมงาน หัวหน้าแผนกตามลำดับ เป็นต้น ดังนั้นในบทบาทหน้าที่เหล่านี้จะฝึกให้สมาชิกได้เผชิญและเรียนรู้การทำงานและการบริหารจัดการที่ยุ่งยาก ซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ ตามตำแหน่งเป็นการบำบัดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของสมาชิกอย่างหนึ่ง

6. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เป็นสิ่งสำคัญที่สมาชิกได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองในหลากหลายมุมมองใหม่ที่แตกต่าง ทำให้สามารถเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาหรือสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวางขึ้น การดำเนินชีวิตในชุมชนบำบัดสมาชิกมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อการเรียนรู้และช่วยเหลือกันเพราะเมื่อปัญหาจะได้นำไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม

การอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากเหมือนเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันนั้น สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บ้านมีระเบียบวินัย จำเป็นต้องมีกฎเกณฑ์ อดมการณ์ และปรัชญาเดียวกัน เพื่อให้การอยู่ร่วมกันนั้นดำเนินไปด้วยดีปราศจากปัญหาอุปสรรค และนำไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกัน ดังนี้

กฎ 4 ข้อ ของศูนย์ชุมชนบำบัด

1. ไม่ใช้ยาเสพติด (No drug)
2. ไม่ก่อเรื่องทะเลาะวิวาท (No violence)
3. ไม่มีเพศสัมพันธ์ (No sex)
4. ไม่ลักขโมย (No stealing)

อุดมการณ์ของสมาชิก

1. ความซื่อสัตย์ (Honesty)
2. ความรับผิดชอบ (Responsibility)
3. รับผิดชอบในความรักและความห่วงใย (Responsible love and concern)
4. การแสดงบทบาทตามที่เป็น (Act as if)
5. ไม่มีอาหารกลางวันฟรี (No free lunch)
6. ปฏิบัติต่อคนอื่นอย่างไรก็ได้ผลกลับอย่างนั้น (What goes on around shall come around)
7. ต้องมีความเชื่อมั่นต่อสิ่งแวดล้อม (Trust your environment)
8. เข้าใจคนอื่นดีกว่าให้คนอื่นเข้าใจเรา (Understand rather than be understood)
9. เป็นผู้ให้ดีกว่าเป็นผู้รับ (It's better to give than receive)
10. ไม่ควรเก็บความรู้สึกไว้คนเดียว (You can't keep it unless you give it away)



การจัดระบบการบำบัดฟื้นฟูตามรูปแบบชุมชนบำบัด
ด้านการบริหารจัดการและด้านการบริการการบำบัดฟื้นฟู



Residents	คือ สมาชิกที่เป็นลูกทีม ในทีมงานในการบำบัดรักษา
Work Leader	คือ หัวหน้าทีมงาน เป็นผู้ประสานกิจกรรม ระหว่างลูกทีม กับ Expediter
Expediter	คือ หัวหน้าแผนกเป็นผู้ประสานกิจกรรม ระหว่าง Work Leader กับ Chief Expediter
Chief Expediter	คือ ผู้ช่วยควบคุมดูแลและประสานกิจกรรม ช่วยเหลือ Co-Ordinator ดำเนินกิจกรรม ต่าง ๆ ภายในศูนย์ชุมชนบำบัด
Coordinator	คือ ผู้ควบคุมดูแลและประสานกิจกรรม ให้ถูกหลักการบำบัดรักษา รับคำสั่งจากคณะกรรมการ ของศูนย์ชุมชนบำบัดนำไปปฏิบัติและเสนอกิจกรรมทั้งหมดพร้อมรายงานให้คณะกรรมการ ทราบทุกระยะ ทุกวัน

กระบวนการบำบัดฟื้นฟู แบ่งระยะเวลาการฟื้นฟูเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ผังการดำเนินการบำบัดฟื้นฟู



1. **ระยะจูงใจ (Motivation phase)** ใช้ระยะเวลา 1 เดือนแรกหรือนานกว่าในกรณีที่สมาชิกได้รับการประเมินพฤติกรรมไม่ผ่านระยะจูงใจประกอบกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (long term) ระยะนี้เป็นระยะที่เตรียมความพร้อมของสมาชิกและจูงใจให้สมาชิกรับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดปัญหาอันอาจจะเกิดขึ้นได้ในระหว่างอยู่ร่วมกิจกรรมหรือพักอาศัยร่วมกันตามระยะเวลาที่ชุมชนบำบัดกำหนดไว้

2. **ระยะบำบัดฟื้นฟู (Treatment phase)** ใช้เวลา 2 เดือน อาจถึง 1 ปีในกรณีที่สมาชิกได้รับการประเมินพฤติกรรมไม่ผ่านระยะนี้และได้รับการบำบัดฟื้นฟูระยะยาว (long term) การรักษาในระยะนี้เป็นขั้นตอนสำคัญมาก เพราะเป็นระยะที่สมาชิกจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความพร้อมที่จะออกไปประกอบอาชีพ หรือใช้ชีวิตเข้ากับสังคมภายนอกได้ การพัฒนาสมาชิกให้เปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรม ไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในระยะนี้เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาสุขภาพร่างกายและจิตใจ มีดังนี้

1. กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มประชุมเช้า กลุ่ม Here & Now กลุ่มสัมมนา กลุ่มปรับความเข้าใจ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ฯลฯ

2. งานบำบัด (Work Therapy) จัดแบ่งสมาชิกออกไปฝึกอาชีพที่งานอาชีพะบำบัด เช่น ช่างไม้ ช่างโลหะ เกษตร เลี้ยงสัตว์ ช่างฝีมือ

3. วิธีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม : การลงโทษและการให้รางวัลเป็นเครื่องมือในการพัฒนาสมาชิกอีกวิธีหนึ่ง

3. **ระยะเตรียมกลับสู่สังคม (Re – entry phase)** ใช้ระยะเวลา 1 เดือน อาจถึง 6 เดือนในกรณีที่สมาชิกได้รับการประเมินพฤติกรรมไม่ผ่านระยะนี้และได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (long term) ระยะนี้จะมี การประเมินความพร้อมสมาชิกจาก ตัวสมาชิก นักบำบัด คณะกรรมการศูนย์ฯและครอบครัวในด้านอารมณ์ สังคม จิตใจ ความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนความซื่อสัตย์ รับผิดชอบต่อตนเอง ผู้อื่น ศูนย์ฯและสิ่งแวดล้อม เพื่อเข้ารับการฝึกภาค ปฏิบัติกลับสู่สังคม ให้เกิดความรู้ ความชำนาญ มีประสบการณ์ที่ดี เพียงพอที่จะกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่าง ปกติสุขต่อไป

4. **ระยะติดตามหลังรักษา (After – care phase)** ใช้เวลา 1 ปี เป็นระยะสุดท้ายของการบำบัดฟื้นฟู สมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัด ซึ่งต้องผ่าน phase ที่ 1, 2 และ 3 และมีความพร้อมในทุกด้านทั้งทางสังคม อารมณ์ จิตใจ และความรู้สึกนึกคิดในด้านอื่น ๆ และสามารถแก้ไขปัญหาอยู่ในสังคมได้โดยไม่พึ่งยาเสพติด จึงจำหน่ายสมาชิก ให้กลับไปอยู่บ้าน กับครอบครัว มีงานทำ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

เอกสารอ้างอิง

- บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์, และคณะ. (2546). คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.สถาบันธัญญารักษ์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วิโรจน์ วีระชัย, และคณะ. (2558). มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัดและ FAST Model.
- ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

บทที่ 6

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาในโรงพยาบาลชุมชน และระบบนิเวศในชุมชน (ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด)

6.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติด

เนื่องจากธรรมชาติของการเสพติดต่างๆ มีปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว เพื่อน สภาพแวดล้อม รวมถึงสภาพทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ เมื่อการเสพติดในช่วงแรก ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ที่พึงพอใจ/ประทับใจ จะชักนำให้มีการเสพติดซ้ำได้เมื่อมีโอกาส การเสพติดอย่างต่อเนื่อง จะเกิดการพัฒนาวงจรการรับรู้ อารมณ์และการตอบสนองเชิงพฤติกรรมในสมอง จนเกิดภาวะติดสารเสพติด ถือเป็นโรคเชิงพฤติกรรมที่ต้องอาศัยการดูแลระยะยาว ทั้งด้านการแพทย์และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ไม่แตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แนวทางการดูแลที่ได้ผลเชิงประจักษ์ จึงต้องอาศัยแนวทางของการดูแลโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เสพติดและระบบนิเวศในพื้นที่ องค์การสหประชาชาติ ได้แนะนำให้ประเทศต่างๆพัฒนารูปแบบบริการด้านสารเสพติดในระดับปฐมภูมิ ที่เน้นการแก้ไขปัญหาทั้งทางด้านสาธารณสุขและสังคมไปพร้อมๆกัน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคที่เกี่ยวข้อง (Community-based treatment and care for substance use disorders)

6.2 การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน

การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง รูปแบบการรักษาในเชิงบูรณาการโดยเฉพาะต่อผู้ใช้ยาเสพติดติดสารเสพติดในชุมชนเพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ การรักษาในระยะเริ่มต้น ถึงการรักษาแบบการถอนพิษยาและสร้างความเสถียรภาพ จนถึงติดตามผลการรักษาและการคืนผู้ป่วยสู่สังคม รวมถึงการบำบัดด้วยยาอย่างต่อเนื่อง โดยเกี่ยวข้องถึงการประสานงานร่วมกับหลายหน่วยงานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ สังคมและการบริการอื่นๆจากบุคคลที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เข้าใจถึงความ ต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนสนับสนุน ครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยอย่างเข้มแข็งในการแก้ปัญหาเสพติดและเครื่องตีแอลกอฮอล์ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว มีลักษณะ ดังนี้

- มีการดำเนินการในชุมชน
- มีการระดมทรัพยากรและการมีส่วนร่วมของชุมชน
- เป็นเสมือนแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล
- มีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
- มีการบูรณาการ การรักษาฟื้นฟูเข้ากับบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน
- การเข้ารับการรักษาด้วยความสมัครใจและชุมชนรองรับค่าใช้จ่ายได้

ทั้งนี้การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้เกิดกระบวนการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ด้วยการดำเนินการของชุมชนเองภายใต้แนวคิด การวางแผน การออกแบบ การกำหนดวิธีการดำเนินงานตาม

[illegible]



เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ คณะกรรมการฯ ชุดนี้มีอำนาจและหน้าที่สำคัญ คือ การกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ โดยมุ่งหมายให้มีการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากรและการกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น และส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนชุมชนในพื้นที่ เพื่อให้มีเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่ โดยให้ยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ

รัฐบาลได้กำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พขอ.” ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา มีนายอำเภอเป็นประธานกรรมการ สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ และมีกรรมการอื่นอีกจำนวนไม่เกินยี่สิบคน โดยให้นายอำเภอแต่งตั้งจากบุคคลที่เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจากกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบกิจการอื่น ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ กลุ่มเครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือเครือข่ายอาสาสมัครในอำเภอเป็นกรรมการ

ในกรุงเทพมหานครให้แต่ละเขตมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตคณะหนึ่งเรียกโดยย่อว่า “พขข.” โดยมีปลัดกรุงเทพมหานครและสมาชิกสภากรุงเทพมหานครในเขตนั้นเป็นที่ปรึกษา ให้ พขข. ประกอบด้วย ผู้อำนวยการเขตเป็นประธานกรรมการ ให้หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นกรรมการและเลขานุการ จากโครงสร้างและหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ข้างต้น พขอ./พขข. จึงเป็นกลไกที่เป็นความหวังของการพัฒนา การบูรณาการงานเพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญในระดับพื้นที่ชุมชน ดังเช่นปัญหาสารเสพติด ที่เป็นปัญหาที่สำคัญในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชุมชน สังคม ไปจนถึงระดับประเทศ

ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ได้มีการรับรองมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10 เรื่อง “ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด” โดยมีรายละเอียดของบทบาทหน้าที่ของ พขอ./พขข. และหน่วยงานต่างๆ ในการสนับสนุนให้ชุมชนเป็นผู้นำในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้ได้ผลอย่างต่อเนื่อง คณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบในมติดังกล่าวเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 เป็นการยืนยันนโยบายที่เน้นการบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับพื้นที่ให้เกิดผลอย่างยั่งยืน

ปัจจุบัน ได้มีเริ่มมี พขอ. ในพื้นที่ต่างๆ สามารถร่วมกันดำเนินงานดูแลแก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างได้สอดคล้องกับระบบนิเวศในพื้นที่ตนเอง เกิดผลดีเชิงประจักษ์และต่อเนื่อง แม้ยังไม่มากนัก เมื่อมีการออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2522 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ซึ่งเปิดโอกาสให้สามารถนำกฎหมายและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และสามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้ ระบบนิเวศในชุมชนต่างๆย่อมมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ตามสถานการณ์ในระดับประเทศและบริบทของแต่ละพื้นที่ อันอาจนำไปสู่การขยายตัวของการใช้กฎหมาย (และกระท่อม) ในรูปแบบต่างๆ ทั้งเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และวิจัยที่กฎหมายได้เริ่มอนุญาตให้ทำได้และเพื่อประโยชน์ด้านอื่นๆในรูปแบบต่างๆตามระบบนิเวศในแต่ละพื้นที่ ทั่วประเทศ

6.4 แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (กัญชา) ในโรงพยาบาลชุมชนและระบบนิเวศน์ในชุมชน

แนวทางต่อไปนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางให้แก่ผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพและทีมหมอครอบครัว รวมถึงครอบครัว เพื่อน และผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆตามระบบนิเวศน์ในพื้นที่ ในการจัดบริการคัดกรองและดูแลบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุขภาพ ที่สามารถเข้าถึงผู้ที่ต้องการได้สะดวก และต่อเนื่องโดยใช้หลักการให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

- ผู้นำชุมชน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
- บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ที่มีความเข้าใจและคุ้นเคยกับบริบทของพื้นที่
- บุคลากรมหาดไทยและบุคลากรภาครัฐอื่นๆที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
- กระบวนการเรียนรู้/พัฒนาการแก้ปัญหาาร่วมกัน ตั้งแต่
 1. การวางแผนโครงสร้างคณะกรรมการร่วมในการแก้ไขปัญหา
 2. การประเมินสภาพปัญหาในพื้นที่ร่วมกัน
 3. การวางแผนการแก้ปัญหาตามข้อมูลสถานการณ์ที่เป็นข้อเท็จจริงในพื้นที่
 4. การแบ่งงานกันดูแลแก้ปัญหาในพื้นที่ร่วมกัน โดยเน้นการใช้ทรัพยากรต่างๆในพื้นที่
 5. การร่วมกันติดตามดูแลและสื่อสารต่อประชาคมภาคีเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ
 6. การวิเคราะห์ประเมินผลและทบทวนแผนงานร่วมกัน

อาจพิจารณาใช้โครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการตามแนวทางของ พ.ชอ.ในพื้นที่ โดยคณะกรรมการ อาจพิจารณา

แนวทาง/กระบวนการข้างล่างนี้ในการวางแผนดำเนินงาน

1. จัดตั้งผู้นำและทีมคณะทำงานรับผิดชอบการพัฒนาบริการบำบัดดูแลผู้ใช้กัญชาในชุมชน
2. ทำความเข้าใจกับสภาพการใช้กัญชาและระบบนิเวศน์ในพื้นที่
3. ทำความเข้าใจเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 และกฎหมาย/คำสั่งอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
4. แสวงหาความรู้ความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์กับยาเสพติด (กัญชา) ผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งด้านบวกและลบ โดยอาจใช้วิทยากรจากโรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่
5. รวบรวมประสบการณ์ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในพื้นที่ในด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์และการใช้ในลักษณะอื่นๆ
6. ร่วมกันวางแผนการค้นหา และประเมินสถานการณ์การใช้กัญชาในพื้นที่ ทั้งการปลูก การใช้ สภาพาสภาพของผู้ใช้ รวมถึงสภาพทางสังคมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาใช้แบบคัดกรอง/ประเมินความเสี่ยงของการใช้กัญชาของทางกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับการประเมินสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องตามบริบทของพื้นที่
7. เปิดรับฟังปัญหาของผู้ใช้กัญชา และเปิดโอกาสให้ผู้ใช้อีกุญชามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ของตนเอง ครอบครัวและชุมชน
8. ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ลดการตีตราผู้ใช้กัญชา

9. นำผลการประเมินทั้งหมดเสนอต่อ พชอ./พชช./ประชาคม/ภาคีเครือข่ายในพื้นที่และร่วมกันวางวัตถุประสงค์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์และการควบคุมการใช้กัญชาในทางที่ผิดของพื้นที่

10. วางแผนการพัฒนาการใช้ประโยชน์และควบคุมการใช้ในทางที่ผิด อาจพิจารณาให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ใช้กัญชาตามวัตถุประสงค์ที่ตกลงไว้

11. ร่วมกันติดตามดูแลผู้ใช้กัญชาทั้งที่เป็นการใช้ประโยชน์และการใช้โดยวัตถุประสงค์อื่น เพื่อให้เกิดประโยชน์และไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ใช้ ครอบครัวและชุมชนในพื้นที่ โดยใช้ทรัพยากรที่มีในพื้นที่และการประสานการทำงานกับหน่วยงาน/ภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลจิตเวช/เภสัชกร/แพทย์ จากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลรัฐราษฎร์/จิตเวชในพื้นที่ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ใช้กัญชา ตามผลการประเมินและการติดตามดูแลหน่วยงานมหาดไทยและ/หรือหน่วยงานยุติธรรม เพื่อแก้ปัญหาสังคมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

12. วางแนวทางของพื้นที่ร่วมกันในการบริหารจัดการการปลูกกัญชาในพื้นที่(ถ้ามี)ให้สอดคล้องกับกฎหมายและข้อตกลงในพื้นที่

13. นำผลการค้นหา ติดตามดูแล ทั้งต้นกัญชาที่มีการปลูกและผู้ใช้กัญชาในพื้นที่ เสนอต่อเวทีประชาคม/ภาคีเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อร่วมกันทำความเข้าใจสถานการณ์ต่างๆให้ตรงกันและพัฒนาแนวทางการปลูก/ใช้กัญชาในพื้นที่ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

14. นำบทเรียนที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน มาพัฒนาเป็นธรรมนูญชุมชน โดยใช้กระบวนการและแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

15. สื่อสารผลลัพธ์ของการดูแลฟื้นฟู ต่อผู้เสียเสพติด (กัญชา) ครอบครัวและชุมชน อย่างสม่ำเสมอ พร้อมร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

6.5 แนวทางการพัฒนาระบบการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาอย่างปลอดภัยในชุมชน

กรอบแนวคิดและทิศทาง



6.6 แนวทางการพัฒนาระบบการใช้กัญชาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในชุมชน

เพื่อให้เกิดการใช้กัญชาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในชุมชนอย่างเป็นระบบ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังประชาชนหรือผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาลและในระดับชุมชน โดยในระดับโรงพยาบาลการสั่งใช้และจ่ายยาเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และมีระบบรายงานการใช้ตามที่กำหนดไว้ แต่ในส่วนของการใช้กัญชาในระดับชุมชนเป็นประเด็นที่จะต้องมีการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันผลิตภัณฑ์กัญชาที่ได้จากท้องตลาดหรือโซเชียล เป็นผลิตภัณฑ์ไม่ถูกต้องตามกฎหมายหรือการผลิตที่ไม่ได้มาตรฐาน

แนวทางการพัฒนาระบบการใช้กัญชาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในชุมชน มีแนวทางการดำเนินการ 4 แนวทาง ดังนี้

- 1) แนวทางการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์กัญชาเชิงรับ (Passive surveillance) ในระดับโรงพยาบาล
- 2) แนวทางการเฝ้าระวังปัญหาผลิตภัณฑ์กัญชาและผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสมเชิงรุก (Active surveillance) ในระดับชุมชน
- 3) องค์ความรู้และการสร้างความตระหนักรู้ของกัญชาทางการแพทย์
- 4) แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (Community Participation)

6.6.1 แนวทางการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์กัญชาเชิงรับ (Passive surveillance) ในระดับโรงพยาบาล

การเฝ้าระวัง Passive surveillance คือ การเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่ปลอดภัยในเชิงรับ โดยการนำฐานข้อมูลผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล ไปใช้ในการวางแผนการเฝ้าระวัง ในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาการกระจายผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนต่อไป

กระบวนการในการสืบค้นหาปัญหาและเฝ้าระวังจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์และผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่เหมาะสม

การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จะพบปัญหาจากกรณีที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล หรือได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่เหมาะสมรวมถึงการได้รับกัญชาจากแหล่งกระจายยาที่ไม่เหมาะสม

รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. แพทย์/พยาบาล ประเมินภาวะโรคของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา
2. ส่งต่อผู้ป่วยเข้าพบเภสัชกร เพื่อจัดทำข้อมูลและประเมินอาการไม่พึงประสงค์ ตามระบบ ADR บันทึกในระบบของโรงพยาบาลและรายงาน HPVC
3. หากพบว่ามีความเสี่ยงจากการใช้กัญชาที่ไม่ปลอดภัยหรือการได้รับจากแหล่งกระจายที่ไม่เหมาะสม สอบถามถึงแหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวส่งต่อข้อมูลให้เภสัชกรปฐมภูมิ เพื่อจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน
4. เภสัชกรรวบรวมข้อมูล เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงในพื้นที่ในด้านผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่ปลอดภัยและส่งผลกระทบทางสุขภาพ บูรณาการการจัดการความเสี่ยงในบริบทการทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือคณะกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง



6.6.2 การเฝ้าระวังปัญหาด้านผลิตภัณฑ์กัญชาเชิงรุก (Active surveillance) ในชุมชน คือ การเฝ้าระวังความเสี่ยงของประชาชน/ผู้ป่วยจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาอย่างไม่เหมาะสมในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

สามารถพิจารณาความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์ ได้แก่

1. ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่ได้รับอนุญาตและการผลิตไม่ได้มาตรฐาน
2. ไม่มีข้อมูลแหล่งที่มา หรือระบุชื่อ – ที่อยู่ผู้ผลิตที่ชัดเจน เพื่อตรวจสอบย้อนหลังได้เมื่อเกิดปัญหา
3. โฆษณาเกินจริง อวดอ้างสรรพคุณว่าได้ผลดีอย่างน่าอัศจรรย์

การดำเนินการเฝ้าระวังปัญหาผลิตภัณฑ์กัญชาเชิงรุก สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ

1. การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับเภสัชกร เพื่อค้นหาปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์กัญชาเชิงรุก เพื่อทราบปัญหา ค้นหาสาเหตุ และการส่งผลกระทบต่อภาวะโรคของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ด้านความรู้และพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง และสามารถจัดการยาและผลิตภัณฑ์กัญชาร่วมกันอย่างปลอดภัยในชุมชนได้

2. การคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เกิดจากผลิตภัณฑ์กัญชา ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม

ระบบการค้นหา คัดกรอง ส่งต่อ ประชาชนหรือผู้ป่วยที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และทีมสหวิชาชีพ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1.1 จัดอบรมเพื่อชี้แจงการเก็บข้อมูลแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และทีมสหวิชาชีพ รวมถึง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.1.2 อสม. ในแต่ละหมู่บ้าน ถ้าพบอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา แนะนำให้ไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย

2.1.3 เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ทำการตรวจประเมินเพิ่มเติม และส่งตัวคนไข้พร้อมแบบส่งต่อผู้ป่วย ให้คนไข้ไปโรงพยาบาลแม่ข่าย

2.1.4 เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายให้ผู้ป่วยยื่นใบส่งตัว เพื่อเข้าระบบการรักษาตามปกติ แพทย์ตรวจร่างกายและส่งตรวจทางห้องชันสูตรประกอบการวินิจฉัยต่อไป

2.1.5 ส่งข้อมูลผู้ป่วยพบเภสัชกร เพื่อซักประวัติและบันทึกในระบบรายงาน ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลผลิตภัณฑ์ไปตรวจสอบเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา/ยา และผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสม ต่อไป

6.6.3 องค์ความรู้และการสร้างความตระหนักรู้ด้านผลิตภัณฑ์กัญชา

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูล ความรู้ที่สำคัญและจำเป็นได้ด้วยตนเอง สามารถประเมิน กลั่นกรอง ตอบโต้ ซักถาม และตัดสินใจจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยแบ่งทักษะเป็น 3 ทักษะ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ทักษะขั้นต้นหรือการใช้งานทั่วไป

ประชาชนมีความรู้ข้อมูลทั่วไปของกัญชา ประโยชน์และโทษของกัญชา ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง เป็นต้น



ขั้นที่ 2 ทักษะการสื่อสารและทักษะปฏิสัมพันธ์

ประชาชนสามารถถกเถียงและทำความเข้าใจข้อมูลผลิตภัณฑ์กัญชา จากหลายแหล่งทั้งจากที่ได้รับโดยตรง จากบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือข้อมูลอื่นๆที่ได้รับ เช่น การบอกต่อ การค้นจากอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ทักษะในระดับที่สูงขึ้น

ประชาชนสามารถวิเคราะห์ มีการนำข้อมูลมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม การสร้างทักษะความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์กัญชา ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนหลายอย่าง จากครอบครัว ชุมชน คนในชุมชน สามารถช่วยหนุนเสริมกัน และกัน

6.6.4) แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (Community Participation)

แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชนหรือภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และเกิดประโยชน์ต่อชุมชน สามารถดำเนินการได้ ดังนี้

เตรียมข้อมูล ประเด็นปัญหา/สถานการณ์

- ศึกษาข้อมูล ทำความเข้าใจปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผลกระทบเชื่อมโยงทั้งในระดับประเทศ จังหวัดและชุมชน
- ศึกษาบริบทชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนในชุมชน (พฤติกรรม , สภาพแวดล้อม , กลไกหรือระบบที่เกี่ยวข้อง)
- ศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหา เพื่อออกแบบระบบการดำเนินงานร่วมกับชุมชน

การสร้างความรู้ ความเข้าใจ ประเด็นปัญหาแก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

- ให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประเด็นปัญหาร่วมกับผู้เกี่ยวข้องผ่านการประชุมผู้บริหารและคณะกรรมการ ที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน
- ให้ความรู้แก่แกนนำชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครประจำตำบล ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา สื่อสาร ประเด็น ปัญหา เพื่อร่วมวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหในชุมชน
- ร่วมกำหนดเป้าหมาย Road Map การดำเนินงานกับแกนนำชุมชน เพื่อให้เห็นทิศทางการดำเนินงานร่วมกัน
- เสริมพลังให้แกนนำชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถสื่อสารต่อกับคนในชุมชนได้
- สร้างเครือข่ายเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้น เพื่อเสริมพลังให้เกิดการมีส่วนร่วมสามารถผลักดันให้เกิดกิจกรรมต่อเนื่องในชุมชนได้

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเด็นปัญหาร่วมกับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

- ประชุมคืนข้อมูล กิจกรรม ผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคเสนอเครือข่ายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างเครือข่าย เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็นนำมาสู่แนวทางแก้ไขใหม่ๆได้
- เสริมพลังให้เครือข่ายสามารถวางแผนแก้ไขปัญห ใ้เ้าระวังรวมถึงกำหนดกติกาชุมชนได้





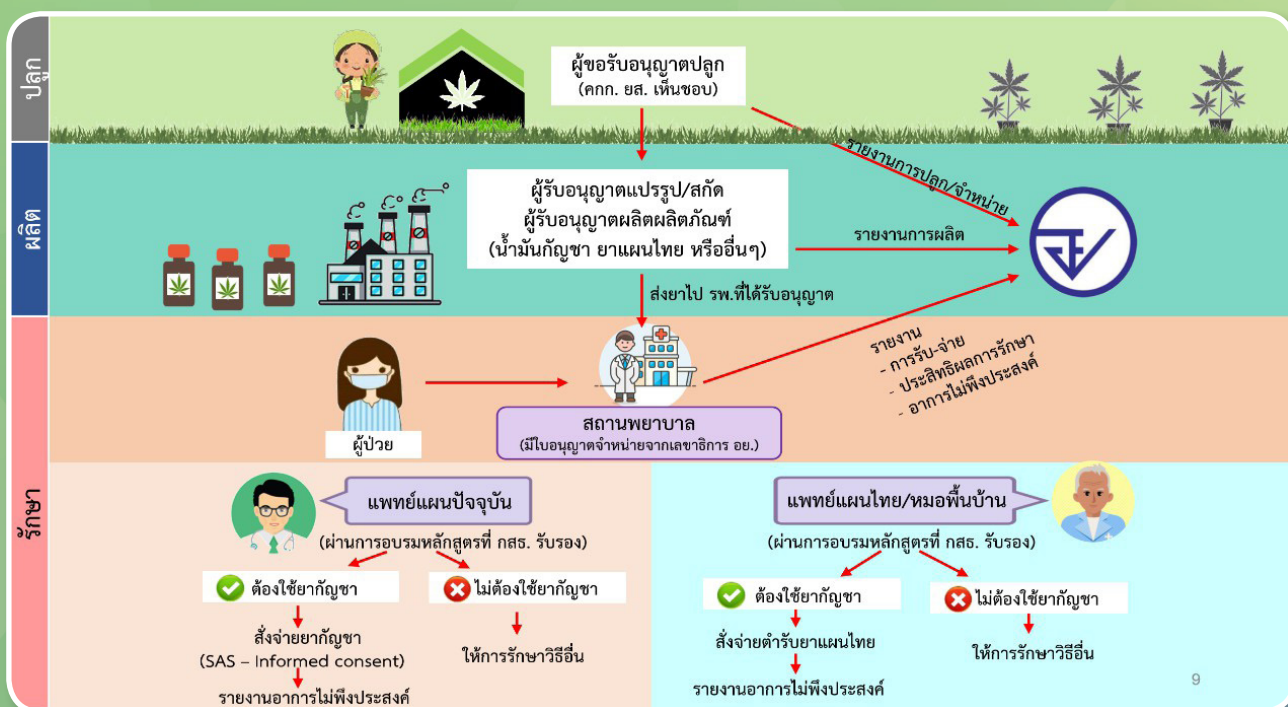
เอกสารอ้างอิง

1. UNODC (2008) TREATNET - Drug Dependence Treatment: Community-Based Treatment. Good Practice Document. Retrieved from http://www.unodc.org/docs/treatment/CBTS_A-B_24_01_09_accepted.pdf
2. UNODC(2014). Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia. Bangkok : United Nations Office on Drugs and Crime Regional Office for Southeast Asia and the Pacific.
3. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (2561). แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง.
4. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (2562). แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และแนวปฏิบัติที่ดี [Community based treatment and rehabilitation (CBTx) and Best Practices]
5. ศยามล เจริญรัตน์ วัชรพงษ์ พุ่มชื่น อังคณา ชินเดช อภินันท์ อร่ามรัตน์ (2560). โครงการสำรวจและติดตามสถานการณ์พืชกระท่อมในบริบทสังคมไทย เพื่อสร้างแนวทางการควบคุมพืชเสพติดอย่างบูรณาการจากชุมชน. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ และสถาบันสำรวจและติดตามการปลูกพืชเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.
6. คณะกรรมการควบคุมและป้องกันพืชกระท่อม ตำบลน้ำพุ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี (2561). ธรรมนูญตำบลเพื่อการควบคุมพืชกระท่อมและสร้างชุมชนเข้มแข็งปลอดยาเสพติดพืชกระท่อม พื้นที่ตำบลน้ำพุ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
7. ผศ.ดร.นพ.อภินันท์ อร่ามรัตน์ ประธาน ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

บทที่ 7

สรุประบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดประเภทกัญชาในประเทศไทย

7.1 การวางแผนระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชา



การวางระบบอุปทาน (Supply) ของกัญชาทางการแพทย์ โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้ควบคุมกำกับระบบการผลิต การปลูก และการกระจายไปสู่สถานบริการทางการแพทย์ ที่มีบริการกัญชาทางการแพทย์ (ทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้าน)

7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์



ข้อมูลอาการ / โรคและจังหวัด จากการรับแจ้งการครอบครองของผู้ป่วย (ต่อ)

อาการ / โรค จากการรับแจ้ง	จำนวนผู้มาแจ้ง (ราย)	จำนวนจังหวัด	จังหวัดที่มีผู้มาแจ้งมากที่สุด (3 ลำดับแรก)
ข้อบ่งใช้ที่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งน่าจะได้ประโยชน์จากการใช้ (อาจได้ประโยชน์) ลำดับ 1 ปวดศีรษะ	7,591 15.4 %	73	กรุงเทพฯ 4,293 ราย สุราษฎร์ 297 ราย ชลบุรี 296 ราย
ลำดับ 2 นอนไม่หลับ	6,225 12.4 %	70	กรุงเทพฯ 3,512 ราย เชียงใหม่ 444 ราย สุราษฎร์ 201 ราย
ลำดับ 4 โรคหัวใจ/ความดันสูง	5,149 9.1 %	71	กรุงเทพฯ 1,011 ราย เชียงใหม่ 554 ราย เชียงราย 366 ราย
ลำดับ 5 เบาหวาน	3,673 6.7 %	72	กรุงเทพฯ 528 ราย เชียงราย 313 ราย เชียงใหม่ 296 ราย
กฎหมายและการกำกับดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์		5 ก.ค. 2562	

จากข้อมูลการลงทะเบียนเพื่อขอใช้กัญชาทางการแพทย์ของ ออย.(ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้มาแจ้งในโรคที่อาจใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับข้อบ่งใช้ที่น่าจะได้ประโยชน์ หรือ ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพบโรคที่ประสงค์จะขอใช้ ลำดับ คือ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ โรคหัวใจ และ เบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยส่วนใหญ่กระจายตัวอยู่ในจังหวัด กรุงเทพฯ เชียงใหม่ เชียงราย ชลบุรี สุราษฎร์ธานี

7.3 การวิเคราะห์ข้อมูลทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ และแพทย์แผนไทย/พื้นบ้านทั่วประเทศ ที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์



ข้อมูลการอบรมผู้ประกอบการวิชาชีพ / แผนไทย ทั่วประเทศ ข้อมูล ณ 2 กค.62

จังหวัดที่มีผู้ประกอบการวิชาชีพ
ผ่านการอบรม

• ครบ 77 จังหวัด



ผู้ประกอบการวิชาชีพแผนปัจจุบัน

• 1,677 คน



ผู้ประกอบการวิชาชีพแผนไทยฯ

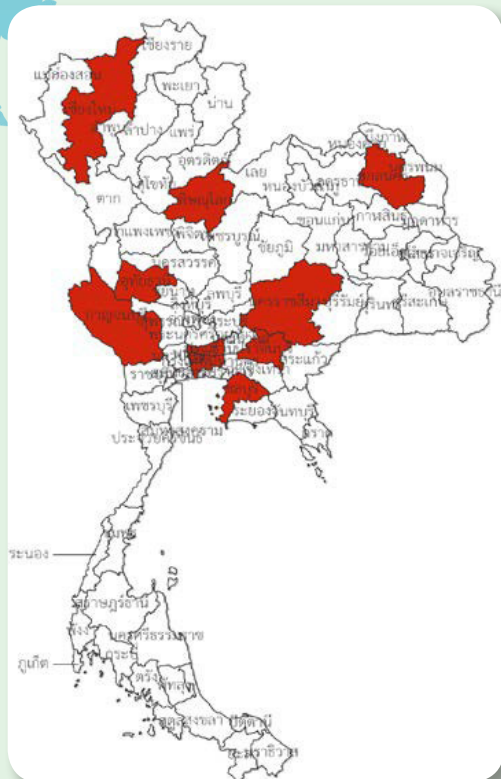
• 2,945 คน



สถานพยาบาลที่ได้รับใบอนุญาต
จำหน่าย ยส 5

• 5 แห่ง (สถานพยาบาลของรัฐทั้ง

บุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ประกอบด้วย ผู้ประกอบการวิชาชีพแผนปัจจุบัน(ผ่านการอบรมจากหลักสูตรที่กรมการแพทย์รับรองแล้ว 5 รุ่นเป็นจำนวน 1,677คน) แพทย์แผนไทย ผ่านการอบรมหลักสูตรตามกรมแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกรับรองแล้ว เป็นจำนวน 2,945 คน กระจายตัวอยู่ครบทุกจังหวัดของประเทศไทย



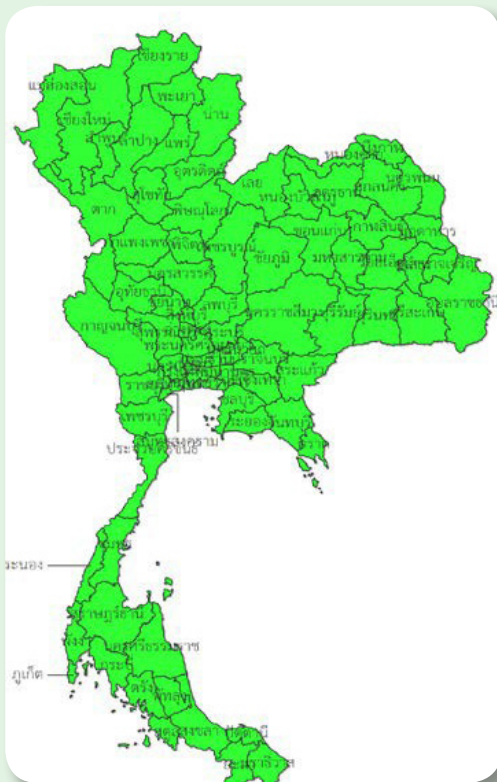
สถานที่ที่ขึ้นทะเบียนและได้รับอนุญาต ผลิต หรือ
จำหน่ายทั้งหมด 21 แห่ง ทั่วประเทศ

แผนภูมิแสดงการกระจายตัวของแหล่งสถานที่ที่ขึ้นทะเบียน
และได้รับอนุญาต ผลิต หรือ จำหน่ายทั้งหมด

- ข้อมูล ณ วันที่ 14 กค 2562

http://hemp.fda.moph.go.th/FDA_MARIJUANA/staff/marijuana_report_public





จำนวนบุคลากร

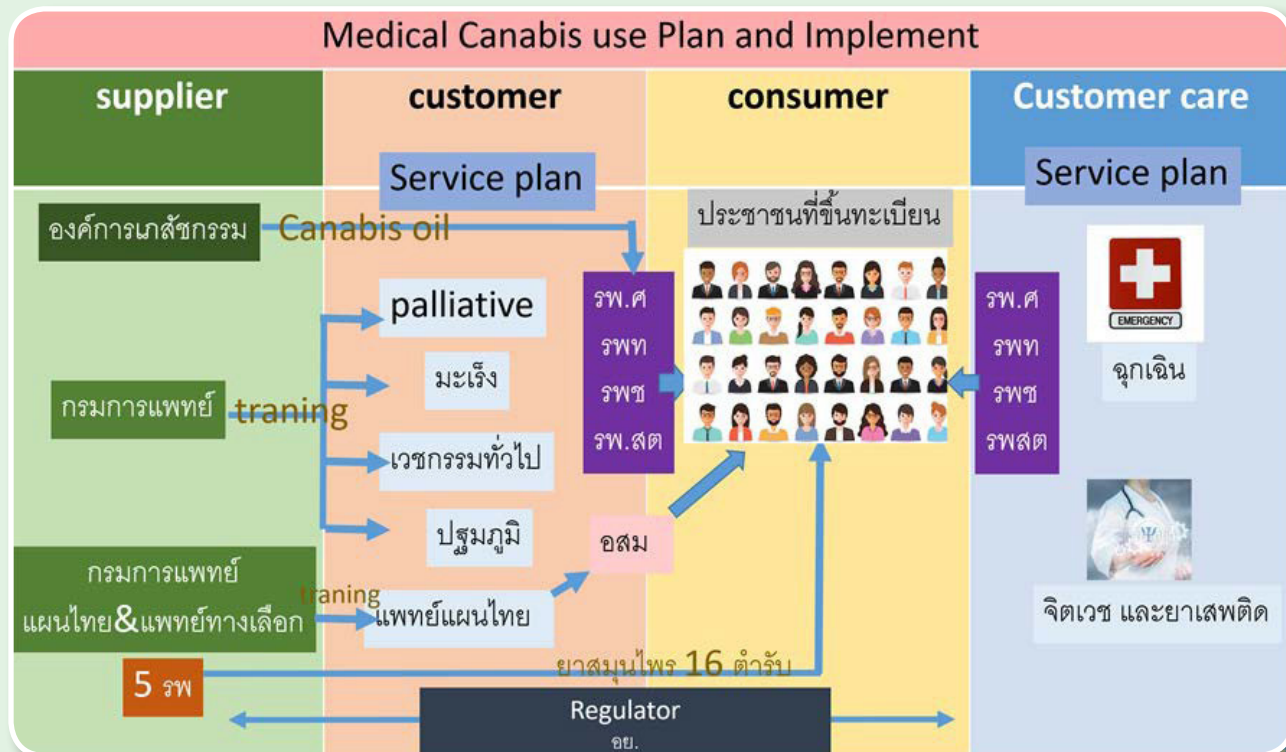
ที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์

จากแผนภูมิแสดงการกระจายตัวของบุคลากรที่สามารถสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่ามีครบทั้ง 76 จังหวัด รวมทั้งกรุงเทพมหานคร

ข้อมูล ณ วันที่ 14 กค 2562

http://hemp.fda.moph.go.th/FDA_MARIJUANA/staff/marijuana_report_public

7.4 แนวทางการบำบัด ดูแล ส่งต่อ และเชื่อมโยงในระบบservice planฉุกเฉิน สุขภาพจิต และ ยาเสพติด



การวางแผนระบบการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยใช้โมเดล ห่วงโซ่อุปทาน (supply chain)



ระบบอุปทาน (supply) จัดหาผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

ในหมวดหมู่ยา กัญชาทางการแพทย์ การผลิตอยู่ในความรับผิดชอบขององค์การเภสัชกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร รวมทั้งมหาวิทยาลัยและรัฐวิสาหกิจที่ลงทะเบียนที่เข้าร่วมในการปลูก

ในหมวดหมู่ น้ำมันกัญชา มีกรมการแพทย์แผนไทยฯ เป็นหน่วยงานหลักในการผลิต

ในหมวดหมู่กัญชาตามตำรับแพทย์แผนไทย มีการผลิตหลักอยู่ในความรับผิดชอบของกรมการแพทย์แผนไทยฯ โรงพยาบาลสมเด็จพระอภัยภูเบศร รพ.อุทอง รพ.เด่นชัย รพ.ป่าซาง รพ.ท่าฉาง รพ.พระอาจารย์ฝั้น

ด้านบุคลากรมีหลักสูตรที่พัฒนาโดย กรมการแพทย์ และ กรมการแพทย์แผนไทยฯเป็นผู้ควบคุมและผลิตบุคลากรใช้กัญชาทางการแพทย์

ระบบการบริการ

ขับเคลื่อนผ่านกลไก service plan สาขากัญชาทางการแพทย์แผนบูรณาการร่วมกับ สาขา palliative care มะเร็ง เภสัชกรรมทั่วไป ปฐมภูมิ แพทย์แผนไทยโดยจัดให้มีบริการกัญชาทางการแพทย์(แผนปัจจุบัน)ในโรงพยาบาลศูนย์ ตามเขตสุขภาพ 13 แห่งทั่วประเทศ และจัดให้มีโรงพยาบาลที่จัดบริการทางการแพทย์แผนไทยนำร่อง 7 แห่งคือ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลหนองฉาง โรงพยาบาลดอนตูม โรงพยาบาลเด่นชัย โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น โรงพยาบาลคูเมือง โรงพยาบาลท่าฉาง

ผู้ใช้อีกัญชาทางการแพทย์ (consumer)

โดยแบ่งผู้ใช้อีกัญชาทางการแพทย์ เป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่ได้ประโยชน์(มีหลักฐานเชิงประจักษ์)
2. กลุ่มที่น่าจะได้ประโยชน์(มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยังไม่เพียงพอ)
3. กลุ่มที่อาจได้ประโยชน์(ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์)
4. กลุ่มที่ใช้ตามตำรับแพทย์แผนไทย 16 ตำรับ

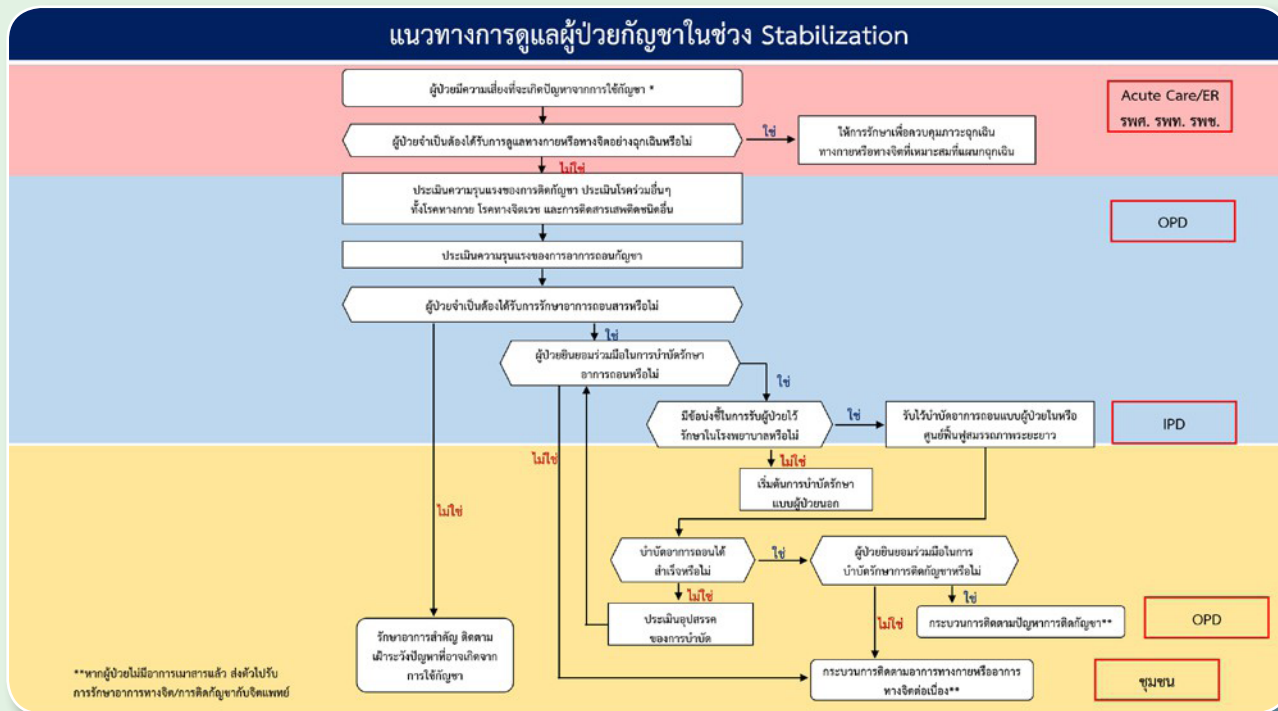
ระบบเฝ้าระวังการใช้อีกัญชาทางการแพทย์(customer care)

การเฝ้าระวังการใช้อีกัญชาทางการแพทย์ที่อาจเกิดปัญหาฉุกเฉินทั้งภาวะเกินขนาด (intoxication) หรือ มีภาวะถอนพิษ(withdrawal) ผ่านการดูแลในกลไกการขับเคลื่อนของ service plan สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือ การใช้อีกัญชาทางการแพทย์ ผิดวัตถุประสงค์(abuse) ภาวะติด (dependence) หรืออาการทางจิตเฉียบพลันจากกัญชา(induce psychosis)

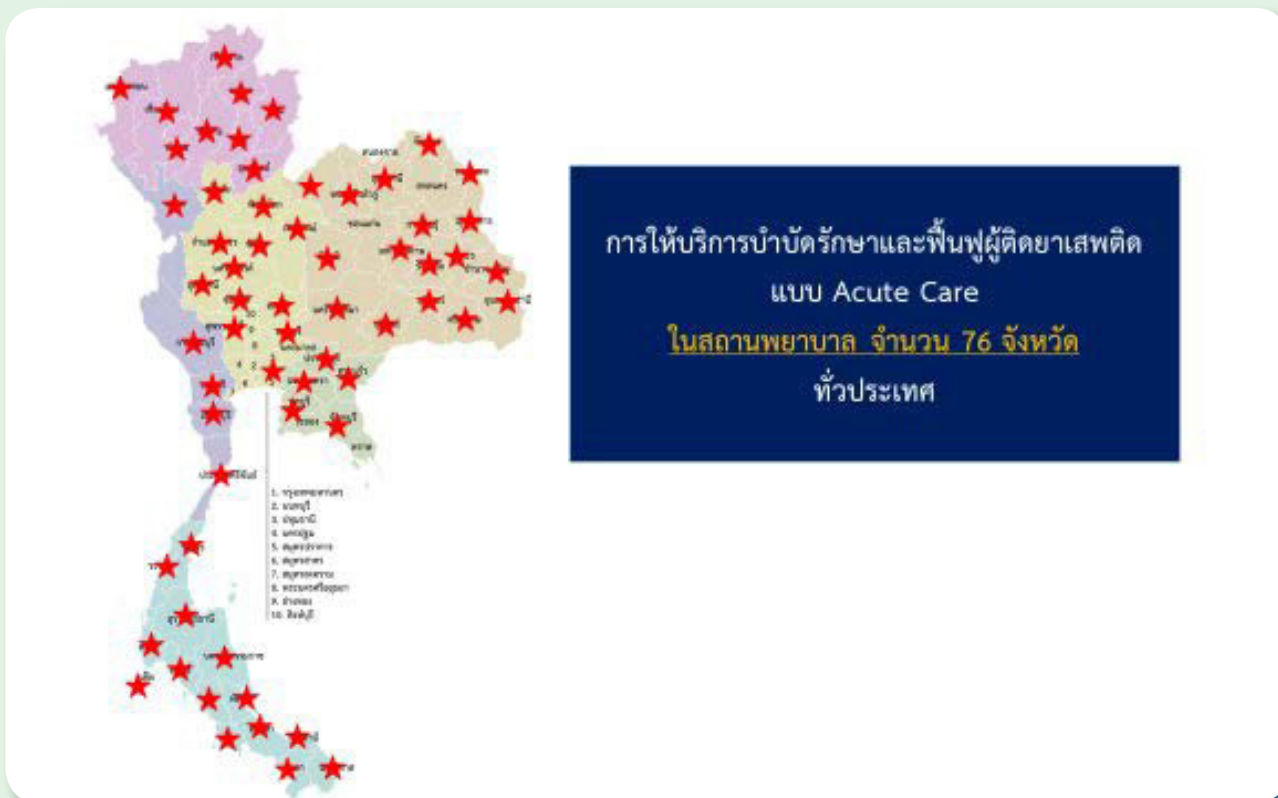


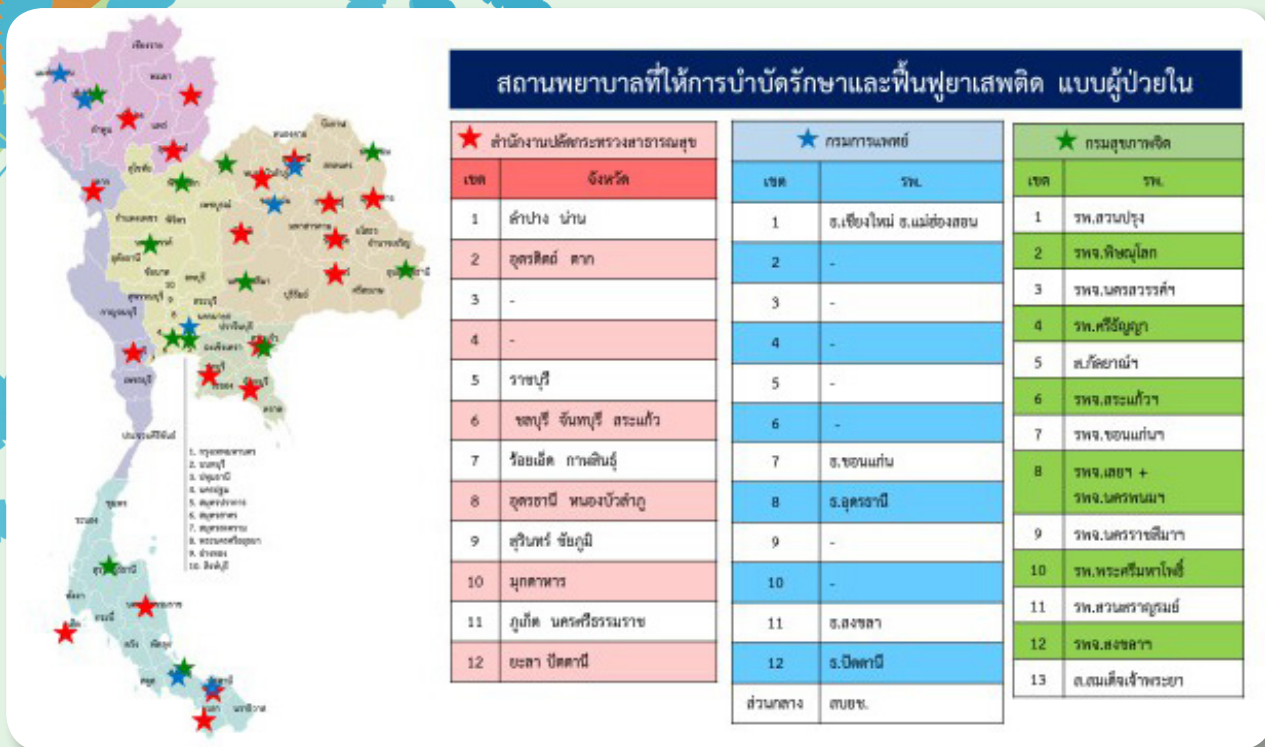
ระบบเฝ้าระวัง (Regulator)

โดยมีสำนักงานเลขาธิการอาหารและยา เป็นผู้เฝ้าระวัง โดยอาศัยฐานข้อมูล HPVC



ข้อเสนอแนะแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชา





การดำเนินงาน	ระบบข้อมูล	แหล่งงบประมาณ
การใช้กัญชา แพทย์แผนปัจจุบัน	HPVC	UC
การใช้กัญชาทางการแพทย์ แผนไทย/พื้นบ้าน	HPVC	UC
Acute Care	HPVC	สปสช.
บำบัดยาเสพติด	บสต.	แผนงานบูรณาการ

การวางแผนการใช้กัญชาทางการแพทย์ อาศัยการลงข้อมูล HPVC สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมถึงอาการข้างเคียง และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชา และ ข้อมูล บสต. (ศอ.ปส.สธ) ในกรณีเป็นผู้ใช้ผิดวัตถุประสงค์ แหล่งงบประมาณ ในการสนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์ (อยู่ในขั้นตอนกระบวนการพิจารณา)

ภาคผนวก



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๗๖๙ / ๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการการจัดระบบบริการกัญชาทางการแพทย์ในสถานพยาบาล

เพื่อให้การจัดระบบบริการกัญชาทั้งยาแผนไทยและยาแผนปัจจุบันที่ใช้ในทางการแพทย์ในสถานพยาบาลทั่วประเทศ มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสม รัดกุม เกิดประโยชน์สูงสุด เป็นไปตามหลักวิชาการและกฎหมาย ป้องกันมิให้มีการรั่วไหลไปใช้ในทางที่ผิดจากวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับบริบทของประเทศ และแก้ไขปัญหาการสาธารณสุขได้อย่างเป็นรูปธรรม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงออกคำสั่งไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้มีคณะกรรมการการจัดระบบบริการกัญชาทางการแพทย์ในสถานพยาบาล โดยมีองค์ประกอบดังนี้

- | | |
|---|---------------------|
| ๑.๑ นายโสภณ เมฆธน | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑.๒ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ประธานกรรมการ |
| ๑.๓ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย | |
| ๑.๔ ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม | กรรมการ |
| ๑.๕ อธิบดีกรมการแพทย์ | กรรมการ |
| ๑.๖ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑.๗ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | กรรมการ |
| ๑.๘ อธิบดีกรมสุขภาพจิต | กรรมการ |
| ๑.๙ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา | กรรมการ |
| ๑.๑๐ ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี | กรรมการ |
| กรมการแพทย์ | |
| ๑.๑๑ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา | กรรมการ |
| ที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยามอบหมาย | และเลขานุการ |
| ๑.๑๒ ผู้อำนวยการกองควบคุมวัตถุเสพติด | กรรมการ |
| สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑.๑๓ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข | กรรมการ |
| สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑.๑๔ ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด | กรรมการ |
| กระทรวงสาธารณสุข | และผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๒ ...





-๒-

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีอำนาจและหน้าที่ ดังนี้

๒.๑ วางระบบและพัฒนาการบริการ การติดตาม และการรายงานกัญชาในสถานพยาบาล เพื่อให้สถานพยาบาลทั่วประเทศมีกัญชาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และมีความปลอดภัย ใช้ในทางการแพทย์ได้อย่างเพียงพอ มีการกระจายยาอย่างทั่วถึง และเป็นระบบ รวมทั้งป้องกันมิให้รั่วไหลไปใช้ผิดวัตถุประสงค์

๒.๒ แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณา ศึกษา หรือดำเนินการในเรื่องที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ ของคณะกรรมการ

๒.๓ ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

นายปิยะสกล สกลสัตยาทร

(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข





คณะทำงาน

ที่ปรึกษา

- | | | |
|--------------------|-------------------|--|
| 1. นายแพทย์สุขุม | กาญจนพิมาย | ปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 2. นายแพทย์ประพนธ์ | ตั้งศรีเกียรติกุล | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 3. นายแพทย์พิศิษฐ์ | ศรีประเสริฐ | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. นายแพทย์ธงชัย | เลิศวิไลรัตนพงศ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 |
| 5. นายแพทย์สวัสดิ์ | อภิวัจน์วงศ์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8 |
| 6. นายแพทย์ธีรพงษ์ | ตุนาค | ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข |

บรรณาธิการ

- | | | |
|----------------------|------------------|---|
| 1. นายแพทย์ชลอวัฒน์ | อินปา | ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข |
| 2. นายแพทย์ชรินทร์ | ดีปินตา | ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข |
| 3. นายแพทย์อภิศักดิ์ | วิทยานุกุลลักษณ์ | ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข |

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

- | | | |
|-------------------|---------------|---|
| 1. นางรภัศพิศา | ธนสิทธิ์จำริญ | ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข |
| 2. นางอุบล | ศรีประเสริฐ | ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข |
| 3. นายเลิศวรฤทธิ์ | คาดสนิท | ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข |

คณะผู้จัดทำ

- บทที่ 1** สถานการณ์ นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- | | | |
|------------------------|-----------|--|
| 1. เกษฑ์หญิงศรีณยา | ชวนิชย์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 2. นางสาวพรรณพีไล | ไวยวรรณ | สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด |
| 3. เกษฑ์กรหญิงมิ่งขวัญ | ธนเศรษฐกร | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |



บทที่ 2 ข้อบ่งชี้การใช้กัญชาทางการแพทย์(แผนปัจจุบันและแผนไทย)

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ | รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 2. นายแพทย์อังกูร ภัทรการ | สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี |
| 3. เกศักรหญิงศิริพร ฉนวนนท์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 4. เกศักรหญิงสุชา อุเจริญ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 5. เกศักรหญิงวิณา นิตยสุทธิ์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 6. นางณปภา สิริสุภกฤตกุล | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |

บทที่ 3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับกัญชา ในกรณีฉุกเฉิน

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. พล.อ.ต.นพ.เฉลิมพร บุญศิริ | ประธานวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย |
| 2. นายแพทย์สัญญาชัย ชาสมบัติ | รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน |
| 3. แพทย์หญิงอลิสา ยานะสาร | กองสาธารณสุขฉุกเฉิน |
| 4. แพทย์หญิงพลอยไพลิน รัตนสัญญา | โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร |
| 5. นางพรทิพย์ วชิรดิolk | สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน |

บทที่ 4 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้กัญชาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (stabilize and maintenance)

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1. นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ | กรมสุขภาพจิต |
| 2. นายแพทย์ณัฐพล โชคไมตรี | ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 3. นางกฤษณา จันทร์ตรี | กรมสุขภาพจิต |

บทที่ 5 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาฟื้นฟูในสถานบำบัดฟื้นฟูในระยะยาว

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. นายแพทย์อังกูร ภัทรการ | สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี |
| 2. นายกัจกร สอนลา | สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี |

บทที่ 6 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาในโรงพยาบาลชุมชนและระบบนิเวศน์ในชุมชน (ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด)

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. ผศ.ดร.นพ. อภินันท์ อร่ามรัตน์ | ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
แห่งประเทศไทย |
| 2. นายแพทย์โกเมนทร์ ทิวทอง | สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ |
| 3. เกศักรหญิงนุชน้อย ประภาโส | กองบริหารการสาธารณสุข |





บทที่ 7 สรุบบระบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดประเภทกัญชาในประเทศไทย

1. นายแพทย์ชลอวัฒน์ อินปา ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข
2. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง กองบริหารการสาธารณสุข



