

คำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่มีการใช้ กัญชา

Recommendation of Cannabis treatment and care in Thailand



ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข



คณะทำงาน

ที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการ

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

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

- | | | |
|-------------------|-------------|---|
| 1. นางรภัศพิศา | วรางพงษ์ศรี | ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข |
| 2. นางอุบล | ศรีประเสริฐ | ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข |
| 3. นายเลิศวรฤทธิ์ | คาคสนิท | ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข |

คณะผู้จัดทำ

บทที่ 1 สถานการณ์ นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- | | | |
|------------------------|-----------|--|
| 1. นางสาวพรรณพิไล | ไอยวรรณ | สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม
ยาเสพติด |
| 2. เกษัชกรหญิงมิ่งขวัญ | ธนเศรษฐกร | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |

บทที่ 2 ข้อสั่งใช้ทางการแพทย์(แผนปัจจุบันและแผนไทย)

- | | | |
|---------------------|-------------|---|
| 1. นายแพทย์ปราโมทย์ | เสถียรรัตน์ | รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก |
|---------------------|-------------|---|

- | | | |
|------------------------------|--|---|
| 2. นายแพทย์อังกูร ภัทรากร | | สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี |
| 3. เกสัชกรหญิงสุชา อุ่เจริญ | | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 4. เกสัชกรหญิงวีณา นิตยสุทธิ | | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 5. นางณปภา สิริศุภกฤตกุล | | 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 วชิรติลก | | สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน |

บทที่ 4 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้กัญชาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
(stabilize and maintenance)

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

บทที่ 5 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาฟื้นฟูในสถานบำบัดฟื้นฟูในระยะยาว

- | | | |
|---------------------------|--|---|
| 1. นายแพทย์อังกูร ภัทรากร | | 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. เกสัชกรหญิงนุชน้อย ประภาโส | | กองบริหารการสาธารณสุข |

บทที่ 7 สรุประบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดประเภทกัญชาในประเทศไทย

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ชลอวัฒน์ อินปา | ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข |
| 2. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง | กองบริหารการสาธารณสุข |

คำนำ

ปัจจุบันหลายประเทศมีความเชื่อว่าการเสพกัญชามีพิษและฤทธิ์เสพติดไม่ร้ายแรงเหมือนยาเสพติดชนิดอื่นๆ ทำให้กัญชาเป็นพืชเสพติดที่หลายประเทศถอนชื่อกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดผิดกฎหมาย และอนุญาตให้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ด้านการวิจัยและการแพทย์ หรือใช้เพื่อประโยชน์ส่วนตัว โดยกำหนด ปริมาณ สถานที่ใช้ อายุผู้ใช้ และอื่นๆ แต่ก็ยังมีประเด็นที่ยังมีการถกเถียงกันทางวิชาการว่ากัญชามีโทษเพราะในกัญชา มีสาร Tetrahydrocannabinol หรือ THC มากในส่วนของยอดช่อดอกกัญชาเป็นสารที่สำคัญที่สุดที่มีฤทธิ์ต่อสมองและทำให้ร่างกาย อารมณ์และจิตใจเปลี่ยนแปลงไป และเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 มีประกาศพระราชกฤษฎีกาเบกษาเผยแพร่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 แก้ไขเพิ่มเติมจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่มีบทบัญญัติบางประการที่ไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน เหตุผลเพื่อความจำเป็นในการจำกัดสิทธิ และเสรีภาพของบุคคลตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อกำหนดมาตรการในการควบคุมยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

ดังนั้น การจัดทำคำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้กัญชาจึงเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน สำหรับ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ และหมอพื้นบ้าน

นายแพทย์พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หลักการของคำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชา

แนวทางฉบับนี้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานสำหรับสำหรับ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอฟันบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชาในประเทศไทย เพื่อแนวทางและทางเลือกการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชา คำแนะนำนี้มีใช้ข้อบังคับของการปฏิบัติผู้ใช้สามารถปฏิบัติตามดุลพินิจภายใต้ความสามารถข้อจำกัดความตามภาวะวิสัย พุทธิการณ์ที่มีอยู่

สารบัญ

คำนำ	ก
หลักการของคำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชา	ข
สารบัญ	ค
บทนำ	ง
เนื้อหา	
บทที่ 1 สถานการณ์ นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	1 – 12
บทที่ 2 ข้อบ่งชี้การใช้ทางการแพทย์(แผนปัจจุบันและแผนไทย)	13 – 37
บทที่ 3 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับกัญชา ในกรณีฉุกเฉิน	38 - 42
บทที่ 4 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้กัญชาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (stabilize and maintenance)	43 - 50
บทที่ 5 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาฟื้นฟูในสถานบำบัดฟื้นฟูในระยะยาว	51 – 55
บทที่ 6 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาในโรงพยาบาลชุมชนและระบบนิเวศน์ในชุมชน (ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด)	56 - 64
บทที่ 7 สรุประบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดประเภทกัญชาในประเทศไทย	65 – 73
ภาคผนวก	

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

รายงานของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations Office on Drug and Crime : UNODC) ระบุว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุดและยังคงมีแนวโน้ม เพิ่มมากขึ้น มากกว่ายาเสพติดชนิดใดๆ โดยมีประชากรทั่วโลกจำนวนระหว่าง ๑๑๙ - ๒๒๔ ล้านคน โดยมีผู้ที่เสพอยู่ระหว่างร้อยละ ๒.๘ - ๔.๕ ของประชากรอายุ ๑๕ - ๖๔ ปี พื้นที่ที่มีความชุกสูงที่สุด ได้แก่ โอเชียเนีย อเมริกาเหนือ ยุโรป แอฟริกา และเอเชีย ตามลำดับ และมีการปลูกกัญชาระดับครัวเรือนขยายตัวมากขึ้นในยุโรป

สำหรับประเทศไทยมีพระราชบัญญัติกัญชาห้ามการเสพและมีไว้ในครอบครองมาตั้งแต่ ปี ๒๕๓๗ แต่สถานการณ์และแนวโน้มการแพร่ระบาดของกัญชาในประเทศไทยยังคงมีอย่างต่อเนื่อง พบว่า กัญชา (กัญชาแห้ง กัญชาสด พันธุ์กัญชาและยางกัญชา) ในช่วงปี ๒๕๔๕ - ๒๕๕๔ มีการจับกุมผู้ต้องหาได้ คิดเป็นร้อยละ ๙.๗ ของผู้ต้องหาทั้งหมด โดยในปี ๒๕๕๔ พบว่า มีผู้เคยใช้กัญชาจำนวน ๒,๔๔๐,๗๘๕ คน หรือประมาณ ๕๐.๔๘ : ๑,๐๐๐ คน และมีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องหลังสงครามยาเสพติดในปี ๒๕๔๖ ส่วนใหญ่เป็นผู้เสพและผู้เสพรายใหม่

หลายประเทศมีความเชื่อว่าการเสพกัญชามีพิษและฤทธิ์เสพติดไม่ร้ายแรงเหมือนยาเสพติดชนิดอื่นๆ ทำให้กัญชาเป็นพืชเสพติดที่ในหลายประเทศถอนชื่อกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดผิดกฎหมาย อนุญาตให้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ด้านการวิจัยและการแพทย์ หรือใช้เพื่อประโยชน์ส่วนตัว โดยกำหนด ปริมาณ สถานที่ใช้ อายุผู้ใช้ และอื่นๆ แต่ก็ยังมีประเด็นที่ยังมีการถกเถียงกันทางวิชาการว่ากัญชามีโทษเพราะในกัญชา มีสาร Tetrahydro cannabinol หรือ THC มีมากในส่วนของยอดช่อดอกกัญชาเป็นสารที่สำคัญที่สุดที่มีฤทธิ์ต่อสมองและทำให้ร่างกายอารมณ์ และจิตใจเปลี่ยนแปลงไป และเมื่อวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ มีประกาศพระราชกฤษฎีกาเบกษาเผยแพร่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๖๒ แก้ไขเพิ่มเติมจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ที่มีบทบัญญัติบางประการที่ไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน เหตุผลเพื่อความจำเป็นในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อกำหนดมาตรการในการควบคุมยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๕ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

ดังนั้น การจัดทำคำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้กัญชาจึงเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชา ที่มีอยู่ในประเทศไทย

ขอบเขต

คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชาฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชา สำหรับ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้าน เท่านั้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นคำแนะนำในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชา สำหรับ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้าน

นียมคัพท

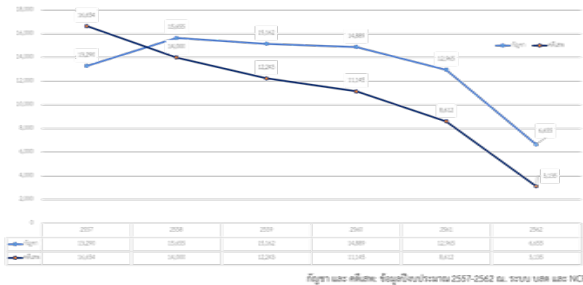
บทที่ 1

สถานการณ์ นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

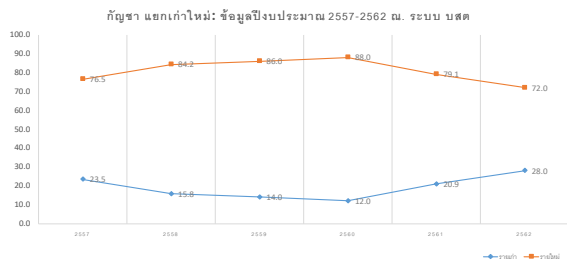
1.1 สถานการณ์กัญชา

สถานการณ์กัญชา ปี 2562 ข้อมูลตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2561 - เดือนมีนาคม 2562 การลักลอบนำเข้ากัญชาส่วนใหญ่เกิดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนการลักลอบค้ากัญชาพบการค้าออนไลน์ควบคู่กับการขนส่งทางพัสดุไปรษณีย์มีแนวโน้มขยายตัวมากขึ้น จากข้อมูล บสต. พบว่า ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่มีผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุด รองลงมาคือ กัญชา และไอซ์ ส่วนใหญ่คนที่เข้าบำบัดอายุ 20- 24 ปี ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา สำหรับอาชีพที่เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่คือ อาชีพรับจ้าง นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุการเข้ารับการบำบัดกัญชาเพราะ

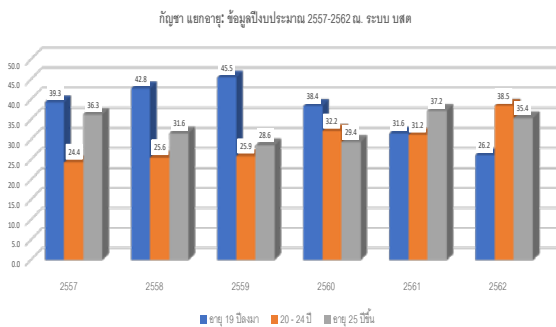
เหตุผลว่าใช้เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา สำหรับของกลางกัญชาที่จับกุมได้เมื่อนำมาตรวจหาสารปนเปื้อนและโลหะหนัก พบว่าส่วนใหญ่ปนเปื้อนยาฆ่าแมลงและโลหะหนัก มีเพียงจำนวนน้อย (7 กิโลกรัม) เท่านั้นที่สามารถนำมาสกัดเป็นน้ำมันกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ จากสถิติการจับกุมกัญชา ตั้งแต่ปี 2556 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยส่วนใหญ่พบการลักลอบนำเข้ามาทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพบการลักลอบค้ากัญชาผ่านสื่อออนไลน์ และขนส่งผ่านพัสดุไปรษณีย์ขยายตัวมากขึ้น ซึ่งจากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด บสต. พบว่า ส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาบ้า (ร้อยละ 77.1) รองลงมาคือกัญชา (ร้อยละ 5.3) และไอซ์ (ร้อยละ 4.4) ตามลำดับ โดยยาเสพติดที่ต้องเฝ้าระวังคือ เฮโรอีน คีตาามีน และการนำยารักษาโรคหรือยาอันตรายภายใต้การควบคุมมาใช้ในทางที่ผิดมากขึ้น เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุการใช้กัญชา พบว่าตั้งแต่ปี 2560 ผู้เข้ารับการบำบัดกัญชาให้เหตุผลในการใช้ว่า เชื่อว่าจะหายป่วยเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย



กัญชา และ คีตาามีน: ข้อมูลปีงบประมาณ 2557-2562 ณ. ระบบ บสต. และ NCR

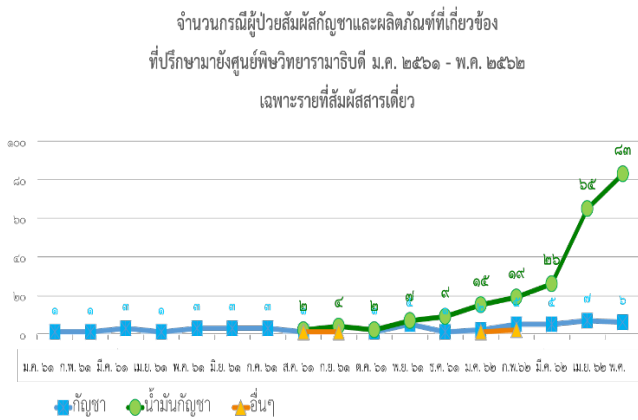


กัญชา แยกค่าใหม่: ข้อมูลปีงบประมาณ 2557-2562 ณ. ระบบ บสต.



กัญชา แยกอายุ: ข้อมูลปีงบประมาณ 2557-2562 ณ. ระบบ บสต.

ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากศูนย์พิษวิทยาโรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่สัมผัสกับกัญชาและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะน้ำมันกัญชามีมากขึ้น และเมื่อพิจารณาถึงช่วงอายุ พบว่าส่วนใหญ่อายุ 40 ปีขึ้นไป (ข้อมูลเดือนมกราคม 2561 ถึง พฤษภาคม 2562)



จากข้อมูลการตรวจปัสสาวะของทหารกองเกิน ปีงบประมาณ 2562 พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรุงเทพฯและปริมณฑล เป็นพื้นที่ที่ตรวจพบทหารกองเกินมีสารกัญชาในปัสสาวะมากที่สุด ในขณะที่พื้นที่กรุงเทพฯ ปริมณฑล ภาคตะวันออก และภาคเหนือตอนบน เป็นพื้นที่ที่ตรวจพบสารกัญชาในปัสสาวะทหารกองเกินมากกว่า ยาบ้า ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพื้นที่ดังกล่าว ต้องได้รับการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

ในปัจจุบัน ซึ่งนับตั้งแต่ที่มีการเสนอ (ร่าง) พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ เข้าสู่ที่ประชุมสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติในเดือนกันยายน ๒๕๖๑ จนมีผลบังคับใช้ในวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ และกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศเกี่ยวกับการนิรโทษผู้ครอบครองกัญชา ๓ ฉบับ ในวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ ซึ่งสิ้นสุดการจดแจ้งในวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ นั้น พบว่า การแพร่ระบาดของกัญชา มีความรุนแรงขึ้น และมีการกล่าวถึงการนำกัญชามาสกัดเป็นน้ำมันกัญชา เพื่อใช้ในการรักษาโรคต่างๆ อย่างกว้างขวางในสังคม สถาบันวิชาการและตรวจพิสูจน์ยาเสพติด (สวพ.) สำนักงาน ป.ป.ส. จึงได้นำกัญชาของกลางมาตรวจพิสูจน์ เพื่อตรวจสอบสารปนเปื้อนในกัญชาของกลาง ว่ามีเกินค่ามาตรฐานหรือไม่ เพื่อเตรียมนำไปให้หน่วยงานที่ได้รับอนุญาตสกัดเป็นน้ำมันกัญชาเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยตามโรคที่ได้รับการรับรองว่าสามารถใช้รักษาได้ต่อไป แต่จากรายการผลการตรวจกลับพบว่าส่วนใหญ่กัญชาของกลางปนเปื้อนยาฆ่าแมลงและโลหะหนัก มีเพียง 7 กิโลกรัมเท่านั้นที่สามารถใช้ได้ นอกจากนี้ สำนักงาน ป.ป.ส. ยังได้สุ่มตรวจน้ำมันกัญชาที่มีการใช้ในตลาด ที่อ้างว่ารักษาโรคได้ แต่ยังไม่ได้รับการรับรองผลจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่าส่วนมีการปนเปื้อนโลหะหนักเช่นกัน ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านสุขภาพได้

สำหรับข้อมูลอาการทางจิต จากระบบ บสต. พบว่าผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาผู้ป่วยมีอาการทางจิตในสัดส่วนคงตัวเมื่อเทียบกับปี 2560 แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยจากสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศกรมสุขภาพจิต กลับพบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้กัญชามีจำนวนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่เมื่อเทียบกับจำนวนผู้มีการทางจิตเวชทั้งหมดแล้วมีสัดส่วนลดลง

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.

รัฐบาลจะกำหนดให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติและวาระแห่งภูมิภาคโดยจะยึดมั่นในพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศไทยมีผูกพันกับรัฐบาลต่างประเทศและกับองค์การระหว่างประเทศในการดำเนินความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งในระดับทวีปภาคีและพหุภาคี ที่สำคัญคือพันธกรณีกับองค์การสหประชาชาติภายใต้กรอบอนุสัญญาควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศและจากผลการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดโลก พ.ศ. 2559 (UNGASS 2016) ซึ่งเป็นการกำหนดทิศทางของการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยประเทศไทยจะร่วมกับนานาชาติโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเทศในภูมิภาคในการร่วมกันสกัดกั้น ปราบปราม และลดปัญหายาเสพติดในภูมิภาคให้ได้มากที่สุด

รัฐบาลจะเร่งดำเนินการลดความเดือดร้อนของประชาชน ชุมชนและสังคมต่อปัญหายาเสพติด โดยถือเป็นความเร่งด่วน เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความมั่นคง ปลอดภัยจากปัญหายาเสพติด ด้วยการระดมสรรพกำลังจากทุกภาคส่วนในลักษณะของการรวมพลังประชารัฐในการป้องกัน เฝ้าระวังและให้การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด เพิ่มมาตรการติดตาม ช่วยเหลือและพัฒนาผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ให้สามารถคืนกลับสู่สังคมได้อย่างปกติ พัฒนาความเข้มแข็งของภาคประชาชนให้เป็นกลไกสำคัญ ในการหยุดยั้งอันตรายของยาเสพติดในระดับพื้นที่และจะมุ่งปราบปรามเครือข่ายการค้ายาเสพติดระดับสำคัญ กลุ่มผู้มีอิทธิพล และกลุ่มที่สร้างความเดือดร้อนให้กับชุมชนและสังคม โดยใช้มาตรการอย่างบูรณาการเพื่อลดทอนโครงสร้างและตัดวงจรทางการเงินของกลุ่มเหล่านั้น

รัฐบาลจะส่งเสริม สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากพืชเสพติดชนิดต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พืชกัญชา พืชกัญชง และพืชกระท่อม เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัยต่อสุขภาพ ตลอดจนนำมาใช้ประโยชน์ ด้านการศึกษาวิจัยทางวิชาการและวิทยาศาสตร์ ทั้งนี้โดยอยู่ภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมายและไม่ขัดต่อพันธกรณีระหว่างประเทศในกรอบขององค์การสหประชาชาติและในกรอบอาเซียน จะสนับสนุน ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับประโยชน์ในด้านต่างๆ ต่อนโยบายดังกล่าวให้มากที่สุด โดยรัฐบาลจะวางระบบอย่างเหมาะสม ทั้งในด้านการกำกับดูแล ส่งเสริม และควบคุมมิให้รั่วไหลไปสู่ช่องทางที่ผิดกฎหมายและตลาดมืดของยาเสพติด รวมทั้งจะสร้างความรับรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องแก่ประชาชนทั้งประเทศ

เพื่อให้การปฏิบัตินโยบายวาระแห่งชาติด้านยาเสพติด รัฐบาลจะเร่งพัฒนาประสิทธิภาพของระบบ กลไกการบริหารจัดการการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยให้มีแผนปฏิบัติการในแต่ละห้วงเวลาอย่างชัดเจน มีผลการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ปัญหายาเสพติดลดระดับจนสามารถสร้างความมั่นคงในชีวิตและความปลอดภัยให้กับประชาชน โดยส่วนรวม

1.3 แนวทางการดำเนินการควบคุมและปราบปรามผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5

ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการใช้ประโยชน์จากพืชเสพติดมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานแล้ว โดยกฎหมายที่ออกมาควบคุมกัญชาและกระท่อมในช่วงแรก เป็นการควบคุมเพื่อมิให้นำพืชเสพติดดังกล่าวไปใช้ในทางที่ผิดแต่ยังสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ได้ หากแต่ต่อมาเมื่อได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๑๑ ซึ่งกำหนดให้ “กัญชา” และ “กระท่อม” จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ ซึ่งห้ามมิให้ผู้ใดเสพโดยเด็ดขาด ไม่ว่าจะเป็นการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ก็ตาม ส่งผลให้พัฒนาการและความต่อเนื่องในการใช้กัญชาและกระท่อม เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือการศึกษาวิจัยของประเทศไทยหยุดชะงักมากระยะหนึ่ง พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ บัญญัติขึ้น เพื่อเปิดโอกาสให้สามารถนำกัญชาและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และสามารถ นำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้ โดยหลักการใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ที่กำหนดไว้ในกฎหมายฉบับนี้ แยกเป็น

1.3.1 การใช้กัญชาในทางการแพทย์

ผู้ป่วย : สามารถใช้เพื่อการรักษาโรคได้ โดยผู้ป่วยจะต้องไปเข้ารับการรักษาจากแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพที่กำหนด หากมีความจำเป็นแพทย์ก็ออกไปรับรองและสั่งจ่ายยาจากสถานพยาบาลให้ โดยผู้ป่วยไม่ต้องไปขออนุญาต เว้นแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยจะนำยาที่มีส่วนผสมของกัญชาติดตัว เข้าหรือออกจากราชอาณาจักร ก็จะต้องขออนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก่อน โดยผู้ป่วยที่ใช้และครอบครองยาที่มีส่วนผสมของกัญชา โดยมีใบรับรองตามคำสั่งแพทย์ก็จะได้รับยกเว้นไม่เป็นความผิดฐานเสพ ตามมาตรา ๕๘ วรรคสอง และได้รับยกเว้นไม่เป็นความผิดฐานครอบครองตามมาตรา ๒๖/๔(๑)

แพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้าน : สามารถสั่งใช้ในผู้ป่วยเฉพาะรายของตนที่มีความจำเป็นได้ โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่จะสั่งให้ผู้ป่วยใช้กัญชาได้ตามที่กำหนดในกฎหมายฉบับนี้จะต้องผ่านการฝึกอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และต้องใช้ในสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วก็จะสั่งและจ่ายยาที่มีส่วนผสมของกัญชาให้กับผู้ป่วยได้ภายใต้หลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

เภสัชกร : หากสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาใดมีเภสัชกร เภสัชกรทำหน้าที่ช่วยควบคุมการจัดเก็บ และเภสัชกรจะต้องผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และจ่ายยาตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาที่มีส่วนผสมของกัญชาอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ พร้อมกับมีการจัดทำบัญชีตามที่กฎหมายกำหนด

นักวิจัย : สามารถทำการศึกษาวิจัยในมนุษย์ได้ ก่อนมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ การศึกษาวิจัยในมนุษย์ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากข้อกฎหมายที่ห้ามมิให้ผู้ใดเสพโดยเด็ดขาด ไม่ว่าจะเพื่อวัตถุประสงค์ใดก็ตาม แต่กฎหมายฉบับนี้เปิดช่องให้สามารถทำได้

1.3.2 การเสฟเพื่อความบันเทิง หรือนันทนาการ

ประชาชนทั่วไป : การเสฟเพื่อความบันเทิง หรือนันทนาการ ยังคงต้องห้าม เนื่องจากกฎหมายฉบับนี้ เป็นการผ่อนปรนให้ใช้พืชเสฟติดเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ เท่านั้น ดังนั้น หากเป็นกรณีที่ใช้เพื่อความบันเทิง ในทางที่ผิด กฎหมายฉบับนี้ยังคงควบคุม รับผิดชอบตามฐานความผิดต่อไป

1.3.3 การใช้กัญชาที่ฝ่าฝืนกฎหมายผู้ป่วย

หากผู้ป่วยใช้กัญชาโดยไม่ได้ไปเข้ารับการรักษาจากผู้ประกอบการวิชาชีพที่ผ่านการอบรมใน หลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และไม่มีใบรับรองหรือส่งจ่ายยาจากสถานที่ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา ผู้ป่วยไม่ได้รับอนุญาตในการครอบครองเป็นการฝ่าฝืนต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย หากการ ครอบครองมีปริมาณกัญชาเพียงเล็กน้อยไม่เกินห้าพันมิลลิกรัม (ห้ากรัม) สามารถเข้ารับการรักษาตามประกาศ คณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗๒ เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมาย เกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู หากมีการครอบครองเกินกว่าห้าพัน มิลลิกรัม (ห้ากรัม) ดำเนินการตามกระบวนการยุติธรรมตามฐานความผิดต่อไป

ผู้ประกอบการวิชาชีพ : กรณีส่งจ่ายยาที่มีส่วนผสมของกัญชาให้กับผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรม และ ไม่ได้รับใบอนุญาต เป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย มีโทษตามที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทกำหนดโทษ

ผู้ฝ่าฝืนหรือไม่ได้ขอรับอนุญาตในแต่ละฐานความผิดเกี่ยวกับกัญชา

1. ความผิดฐานผลิต นำเข้า หรือส่งออก (มาตรา ๒๖/๒)

จำคุกไม่เกิน ๕ ปี และปรับไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท(มาตรา ๗๕ วรรคแรก)

ถ้าเป็นการผลิต นำเข้า หรือส่งออกเพื่อจำหน่าย จำคุก ๑-๑๕ ปี และปรับ ๑๐๐,๐๐๐ - ๑,๕๐๐,๐๐๐ บาท (มาตรา ๗๕ วรรคสอง)

2. ความผิดฐานจำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย (มาตรา ๒๖/๓)

ถ้ามีไม่ถึงสิบกิโลกรัม จำคุกไม่เกิน ๕ ปี หรือปรับไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา ๗๖/๑ วรรคแรก)

ถ้ามีตั้งแต่สิบกิโลกรัมขึ้นไป จำคุก ๑-๑๕ ปี และปรับ ๑๐๐,๐๐๐ - ๑,๕๐๐,๐๐๐ บาท (มาตรา ๗๖/๑ วรรคสอง)

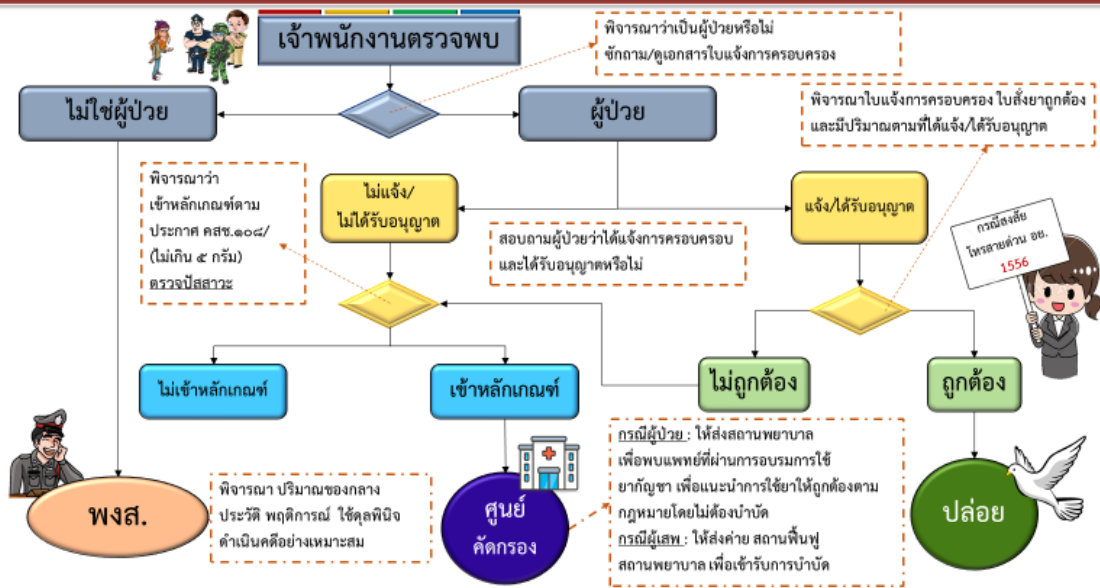
3. ความผิดฐานครอบครอง (มาตรา ๒๖/๓)

จำคุกไม่เกิน ๕ ปี หรือปรับไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา ๗๖)

4. ความผิดฐานเสฟ (มาตรา ๕๘ วรรคสอง)

จำคุกไม่เกิน ๑ ปี หรือปรับไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา ๙๒ 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 เพื่อจำหน่าย	*1 - 15 ปี 100,000 - 1,500,000
		ไม่ใช่ เพื่อจำหน่าย	** ไม่เกิน 5 ปี ไม่เกิน 500,000



อัตราโทษ “จำหน่าย ครอบครองเพื่อจำหน่าย” กัญชา

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. ๒๕๒๒ มีบทบัญญัติบางประการที่ไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งปรากฏข้อมูลว่ามีการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ ซึ่งในหลายประเทศมีการผ่อนปรนอนุญาตให้ประชาชนใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ แต่ประเทศไทยกัญชายังคงเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ กำหนดห้ามการผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะอนุญาต โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติด ให้โทษเป็นรายๆ ไป นอกจากนี้มีการกำหนดบทห้ามเสพหรือใช้ในมนุษย์ และมีการกำหนดโทษทั้งผู้เสพและผู้ครอบครอง ไว้ด้วย

ดังนั้น พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงมีการปรับแก้บทบัญญัติบางประการเพื่อเปิดโอกาสให้สามารถนำกัญชาไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ และศึกษาวิจัย ภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ที่ได้รับอนุญาต และได้รับการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ ที่กระทรวงสาธารณสุขให้การรับรอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับกัญชาที่มีความปลอดภัย เหมาะสม เป็นไปตามหลักวิชาการ อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีข้อมูลปรากฏว่ากัญชามีประโยชน์ในทางการแพทย์ แต่กัญชายังคงเป็นพืชที่มีฤทธิ์ทำให้เสพติด จึงมีความจำเป็นต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง และอยู่ในการดูแลของแพทย์ ในพระราชบัญญัติฉบับนี้ จึงยังคงควบคุมกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ สำคัญของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ สรุปได้ ดังนี้

๑. เพิ่มองค์ประกอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ๘ หน่วยงาน เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ (มาตรา ๓ แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๙ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒)
๒. ปรับลดขั้นตอน กระบวนการอนุญาตต่างๆ ให้สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วขึ้น ได้แก่

๒.๑ การอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก ซึ่งเดิมกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้อนุญาต โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เปลี่ยนเป็นให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เป็นผู้อนุญาต โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ (มาตรา ๙ เพิ่มมาตรา ๒๖/๒ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒)

๒.๒ การอนุญาตจำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง เปลี่ยนเป็น เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้อนุญาตได้เอง (มาตรา ๙ เพิ่มมาตรา ๒๖/๓ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒)

๓. กำหนดวัตถุประสงค์ของการขออนุญาตไว้เฉพาะในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา ทั้งนี้ ให้รวมถึงการเกษตรกรรม พาณิชยกรรม วิทยาศาสตร์ หรืออุตสาหกรรม เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ด้วย (มาตรา ๙ เพิ่มมาตรา ๒๖/๒ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒)

๔. กำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะขออนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ได้ (มาตรา ๙ เพิ่มมาตรา ๒๖/๕ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒) ดังนี้

(๑) หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์ เกษษศาสตร์ วิทยาศาสตร์ หรือเกษตรศาสตร์ หรือมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ เกษษกรรม หรือวิทยาศาสตร์หรือมีหน้าที่ให้บริการทางเกษตรกรรมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือเกษตรกรรม หรือหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ในการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด หรือสภาพาชาดไทย

(๒) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหอพื้นบ้าน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

(๓) สถาบันอุดมศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยและจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับทางการแพทย์หรือเภสัชศาสตร์

(๔) ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่รวมกลุ่มเป็นวิสาหกิจชุมชนซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน วิสาหกิจเพื่อสังคมตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น หรือสหกรณ์การเกษตรซึ่งจดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยสหกรณ์ ซึ่งดำเนินการภายใต้ความร่วมมือและกำกับดูแลของผู้ขออนุญาตตาม

(๑) หรือ (๓) ทั้งนี้ ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมดังกล่าว สามารถร่วมผลิตและพัฒนาสูตรตำรับยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรได้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ภายใต้ความร่วมมือและกำกับดูแลของผู้ขออนุญาตตาม (๑) หรือ (๓) ด้วย

(๕) ผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ

(๖) ผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศที่มีความจำเป็นต้องนยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ติดตัวเข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรเพื่อใช้รักษาโรคเฉพาะตัว

(๗) ผู้ขออนุญาตอื่นตามที่รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกำหนดในกฎกระทรวง

ผู้ขออนุญาตตามวรรคหนึ่ง (๒) (๓) (๔) และ (๗) ในกรณีที่เป็นบุคคลธรรมดาต้องมีสัญชาติไทยและมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย ในกรณีที่เป็นนิติบุคคลต้องจดทะเบียนตามกฎหมายไทย และกรรมการของนิติบุคคลหุ้นส่วนหรือผู้ถือหุ้นอย่างน้อยสองในสามต้องเป็นผู้มีสัญชาติไทยและมีสำนักงานในประเทศไทย

๕. กำหนดหน้าที่ของผู้รับอนุญาต ได้แก่

๕.๑ ห้ามจำหน่ายนอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต (มาตรา ๑๐ แก้ไขมาตรา ๒๗ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒)

๕.๒ จัดทำป้ายสถานที่ตามที่ได้รับอนุญาต จัดให้มีการตรวจวิเคราะห์ ฉลากและเอกสารกำกับ การแยกเก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เป็นสัดส่วนจากยาหรือวัตถุอื่น กรณีที่มีการสูญหายต้องแจ้งเป็นหนังสือ จัดทำบัญชี รับ - จ่าย ยาเสพติดให้โทษ และเสนอรายงานต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เป็นรายเดือน และรายปี (มาตรา ๑๑ เพิ่มมาตรา ๓๔/๑ มาตรา ๓๔/๒ มาตรา ๓๔/๓ และมาตรา ๓๔/๔ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒)

๖. กำหนดให้โฆษณาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ได้ โดยต้องได้รับอนุญาต และต้องเป็นการกระทำ โดยตรงต่อผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพ การสัตวแพทย์ชั้นหนึ่ง ทั้งนี้ ในกรณีที่เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ให้รวมถึง การโฆษณากับผู้ประกอบวิชาชีพ การแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพ การแพทย์แผนไทยด้วย (มาตรา ๑๒ แก้ไขมาตรา ๔๘ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒)

๗. กำหนดให้เสพยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ได้ เฉพาะเพื่อการรักษาโรคตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่ได้รับใบอนุญาต หรือเป็นการเสพ เพื่อการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ ดำรับยาที่เสพได้ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด (มาตรา ๑๓ แก้ไขมาตรา ๕๘ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒)

๘. ปรับปรุงบทกำหนดโทษเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ (มาตรา ๑๗ ๑๘ ๑๙ แก้ไขมาตรา ๗๕ ๗๖ เพิ่มมาตรา ๗๖/๑ ๗๙/๑ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒)

๙. กำหนดภายในสามปี ให้มีการพิจารณาบทลงโทษหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการอนุญาตให้เหมาะสมและสอดคล้อง กับสถานการณ์ และปรับปรุงแก้ไขหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการอนุญาตให้ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่ายหรือมีไว้ใน ครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา ทุกหกเดือน (มาตรา ๒๐)

๑๐. กำหนดภายในห้าปี ให้ผู้ขออนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก ต้องเป็นหน่วยงานของรัฐตามมาตรา ๒๖/๕ (๑) หรือเป็นผู้ขออนุญาตตามมาตรา ๒๖/๕ (๒) (๓) (๔) หรือ (๗) ที่ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานของรัฐ ตามมาตรา ๒๖/๕ (๑) ทั้งนี้ ไม่ใช่บังคับกับการขออนุญาตผลิตปรุงยาสำหรับคนไข้เฉพาะราย ของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและ กรณีการขออนุญาตนำเข้า ส่งออก ของผู้ป่วยที่เดินทางระหว่างประเทศ(มาตรา ๒๑)

๑๑. กำหนดให้บุคคล ๓ กลุ่ม ที่มีไว้ในครอบครองกัญชาอยู่ก่อนวันที่พระราชบัญญัติมีผลใช้บังคับ เมื่อได้ ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดภายในเก้าสิบวัน ให้ไม่ต้องรับโทษ โดยบุคคล ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑. กลุ่มผู้มีคุณสมบัติ

ตามมาตรา ๒๖/๕ ๒. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ๓. บุคคลอื่นนอกเหนือจากกลุ่ม ๑ และ ๒. ให้แจ้งการครอบครองและส่งมอบกัญชา (มาตรา ๒๒)

๑๒. กำหนดบทเฉพาะกาลเพื่อรองรับคำขออนุญาต ใบอนุญาต รวมถึง กฎกระทรวง ระเบียบประกาศที่ยังคงมีผลใช้บังคับ ให้ใช้ต่อไปได้เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับพระราชบัญญัตินี้ (มาตรา ๒๓ ๒๔ ๒๕ และ ๒๖)

1.5 อนุบัญญัติที่ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้แก่

ลำดับ	รายการของอนุบัญญัติ	สาระสำคัญ
๑	(ร่าง) กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบ ครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา พ.ศ. <i>(อยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา)</i>	กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาต และการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา
๒	(ร่าง) กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตเกี่ยวกับโฆษณายาเสพติดให้โทษในประเภท ๔ เฉพาะกัญชา พ.ศ. <i>(อยู่ระหว่างการพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา)</i>	กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาต และการอนุญาตเกี่ยวกับโฆษณายาเสพติดให้โทษในประเภท ๔ เฉพาะกัญชา
๓	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา ๒๖/๕ และบุคคลอื่นที่มีใช้ผู้ป่วยตามมาตรา ๒๒ (๒) ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. ๒๕๖๒ <i>(ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ - ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)</i>	กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชาของผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา ๒๖/๕ บุคคลอื่นที่มีใช้ผู้ป่วยตามมาตรา ๒๒ (๒) และผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ใช้บังคับให้ไม่ต้องรับโทษ
๔	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ใช้บังคับให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. ๒๕๖๒	

ลำดับ	รายการของอนุบัญญัติ	สาระสำคัญ
	(ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ - ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)	
๕	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดให้ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะ กัญชาตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุขหรือให้ทำลายกัญชาที่ได้รับมอบจากบุคคล ซึ่งไม่ต้องรับโทษ ตามมาตรา ๒๒ แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ พ.ศ. ๒๕๖๒ (ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ - ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)	
๖	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. ๒๕๖๒ (ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๒)	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดประเภทของตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ จำนวน ๕ ตำรับ ที่ให้เสพเพื่อการรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ - กำหนดรายชื่อตำรับยาการแพทย์แผนไทยและตำรับยาแผนไทยจำนวน ๑๖ ตำรับ ซึ่งเป็นบัญชีแนบท้ายประกาศกระทรวง สาธารณสุข
๗	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่จะสามารถปรุง หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้ พ.ศ. ๒๕๖๒ (ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๒)	กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และหมอพื้นบ้าน ที่จะสามารถปรุง หรือสั่งจ่ายตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ได้
๘	ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ หรือคำเตือนหรือข้อควรระวังการใช้ที่ภาชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่ผลิต	กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ผู้รับอนุญาตต้องจัดให้มีข้อกำหนดในฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา สำหรับยาแผนปัจจุบัน

ลำดับ	รายการของอนุบัญญัติ	สาระสำคัญ
	<p>นำเข้า หรือส่งออก สำหรับยาแผนปัจจุบันซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p>(ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2562)</p>	
๙	<p>ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง การแสดงความจำนงและการตรวจสอบผู้แสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตตั้งแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p>(ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2562)</p>	<p>กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการแสดงความจำนงและการตรวจสอบผู้แสดงความจำนงขอเป็นผู้รับอนุญาตเพื่อประกอบกิจการของผู้รับอนุญาตที่ตาย เพื่อให้การควบคุมยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา</p>
๑๐	<p>(ร่าง) ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดแบบการจัดทำบัญชีรับจ่ายและรายงานเกี่ยวกับการผลิต การนำเข้า การส่งออก การจำหน่าย การมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p>(ประกาศราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2562)</p>	<p>กำหนดแบบการจัดทำบัญชีรับจ่ายและรายงานเกี่ยวกับการผลิต การนำเข้า การส่งออก การจำหน่าย การมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา</p>
๑๑	<p>(ร่าง) ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ หรือคำเตือนหรือข้อควรระวังการใช้ที่ภาชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่ผลิตนำเข้า หรือส่งออก สำหรับยาแผนไทยซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ.</p> <p>(อยู่ระหว่างดำเนินการ)</p>	<p>กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ผู้รับอนุญาตต้องจัดให้มีข้อกำหนดในฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษ ในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา สำหรับยาแผนไทย</p>

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 ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ลดอาการปวด ลดภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง เพิ่มความอยากอาหาร และช่วยให้นอนหลับ สารสำคัญอีกชนิด คือ cannabidiol (CBD) ซึ่งไม่มีฤทธิ์ต่อจิตและประสาท แต่มีประโยชน์ทางการแพทย์ เช่น ควบคุมอาการชัก อาการปวด และอาจมีฤทธิ์ต้านวิตกกังวล ทั้งนี้ กัญชาแต่ละสายพันธุ์มีปริมาณสัดส่วนของ THC และ CBD หลากหลายอย่างมาก การพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์จำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อพัฒนาสูตรและอัตราส่วนความแรงของสารออกฤทธิ์ที่ต้องการ นอกจากนี้ยังมีสารประกอบกลุ่ม cannabinoid และ terpenes อีกหลายชนิด ซึ่งอาจมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต ได้แก่ cannabigerol (CBG), tetrahydrocannabivarin (THCV), cannabiol (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 รบกวนความจำ 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 ผลต้านการอาเจียนส่วนมากเกิดจากการฤทธิ์ของ delta-9-THC ในการเป็น antagonist ที่ 5-HT₃ receptors และฤทธิ์ต้านการชักเกิดจากการฤทธิ์ของ 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 เกณฑ์จลนศาสตร์ของสารประกอบ THC

- **การสูบบุหรี่ (Smoking)** มีระยะเวลาการเริ่มออกฤทธิ์เร็ว ทำให้พบระดับ THC ในเลือดสูงแต่ระยะเวลาออกฤทธิ์สั้น พบระดับยาสูงสุดภายใน 30 นาที และมีฤทธิ์อยู่นาน 2-4 ชั่วโมง แต่เนื่องจากการสูบบุหรี่มีการสูญเสียปริมาณ THC ในระหว่างกระบวนการสูบบุหรี่ได้ถึง 40% ทำให้ไม่ทราบปริมาณ THC ที่เข้าสู่ร่างกายอย่างแน่นอน

- **การสูดไอ (Vaporising)** ให้ผลการดูดซึมที่เร็วและพบระดับ THC ในเลือดสูงเช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ กัญชาจะได้รับความร้อนที่อุณหภูมิต่ำกว่าการสูบบุหรี่ 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 จึงมีแนวโน้มที่จะใช้ประโยชน์โดยให้ยาเฉพาะที่ เช่น แผ่นแปะและเจล เป็นต้น เวลาที่เริ่มออกฤทธิ์และระยะเวลาการออกฤทธิ์ของรูปแบบนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด

- 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 ไม่ว่าจะในรูปแบบดูดซึมทางกระพุ้งแก้ม 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 ส่วนการศึกษาที่ให้รับประทาน 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) วิธีนี้ใช้ความดันสูงและความร้อนในการเปลี่ยนคาร์บอนไดออกไซด์เป็น supercritical fluid วิธีนี้มีค่าใช้จ่ายของอุปกรณ์และเครื่องมือที่สูงกว่าการสกัดด้วยแอลกอฮอล์ แต่มีข้อดีคือได้ผลผลิตสูงกว่าและมีการสูญเสียวัตถุดิบต่ำกว่า โดยรวมแล้วจึงเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมในการสกัดเพื่อนำสารสกัดมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

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

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 รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีได้คุมกำเนิด หรือสตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์
- (3) อาจทำให้ง่วงซึม จึงไม่ควรขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หรือทำงานที่เสี่ยงอันตราย
- (4) ไม่ควรใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) เด่น (higher levels of THC with little if any CBD) ในบุคคลที่อายุต่ำกว่า 25 ปี ยกเว้นในกรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์มากกว่าเสี่ยง
- (5) ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองที่รุนแรง เนื่องจากอาจทำให้ความดันเลือดต่ำ บางครั้งอาจทำให้ความดันเลือดสูง เป็นลมหมดสติ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหลอดเลือดสมอง
- (6) ไม่ควรใช้กัญชาในผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับหรือไตบกพร่องรุนแรง
- (7) ไม่ควรใช้กัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) เด่น (higher levels of THC with little if any CBD) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกัญชาที่มีสาร THC ความเข้มข้นสูงในผู้ป่วยที่มีประวัติ

ความผิดปกติทางจิตเวช (เช่น โรควิตกกังวล โรควิตกกังวลและโรควิตกกังวลและความผิดปกติทางอารมณ์) หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรควิตกกังวล

(8) ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานเพราะอาจเกิดการติดยาได้ นอกจากนี้แพทย์สั่ง หากใช้เป็นประจำ ควรประเมินผลการรักษาเป็นระยะ และควรปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดใช้ยา เพราะจำเป็นต้องปรับลดขนาดยา ลงทีละน้อยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการถอนยา

(9) ควรใช้กัญชาด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาร่วมกับยากล่อมประสาทหรือยาที่ออกฤทธิ์ทางจิตอื่น ๆ เนื่องจากเสริมฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางหรือเพิ่มผลกระทบทางจิตประสาท

(10) ควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติของการใช้สารเสพติดรวมถึงผู้มีประวัติติดสุรา

(11) หากมีอาการแพ้ยา เช่น มีผื่น ปากบวม ตาบวม หน้าบวม ให้หยุดใช้ยาและปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร

(12) ควรเก็บยาให้พ้นมือเด็ก

2.5 ข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ และ คำเตือน/ข้อควรระวัง ทางแพทย์แผนปัจจุบัน

ข้อตกลงเบื้องต้น

- แนวทางนี้ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในการรักษา และหรือควบคุมอาการของผู้ป่วยเป็นการรักษาลำดับแรก (first-line therapy) ในทุกกรณี โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการรับรองตำรับ (unapproved products)(1) ยกเว้นในกรณีที่ได้รับข้อมูลทางการแพทย์ และเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย และครอบครัวตามสิทธิขั้นพื้นฐาน
- unapproved products ต้องปลอดภัยจากสารปนเปื้อนต่างๆ อาทิ สารโลหะหนัก ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าเชื้อรา และสารอันตรายอื่นๆ ในกรณีที่ไม่ทราบอัตราส่วนของ THC และ CBD ในแต่ละผลิตภัณฑ์ การใช้อาจทำได้โดยใช้ปริมาณที่น้อยที่สุด และเพิ่มขนาดทีละน้อยโดยสังเกตการตอบสนองและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น
- การใช้ unapproved products ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและประสิทธิผลก่อนนำมาใช้(3) รวมถึงให้การดูแล ติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
- การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ควรจำกัดเฉพาะกรณีที่การรักษาด้วยวิธีมาตรฐานต่างๆ ไม่ได้ผลหรืออาจเกิดผลข้างเคียงที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนได้
- การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาควรใช้เพื่อเป็นส่วนเสริมหรือควบรวมกับการรักษาตามมาตรฐาน
- ผู้สั่งใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ควรเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม และหรือเฉพาะโรค, ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ให้การรักษานั้นๆ หากไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ผู้สั่งใช้ควรอยู่ภายใต้การกำกับดูแล หรือได้รับคำแนะนำในการรักษาผู้ป่วยจากบุคคลดังกล่าวข้างต้น
- ผู้สั่งใช้/ผู้จ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง และได้รับอนุญาตการเป็นผู้สั่งใช้ ผู้จ่ายผลิตภัณฑ์กัญชา

คำจำกัดความ

- **กัญชาทางการแพทย์** หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัย 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(4) ได้แก่

1. ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (chemotherapy induced nausea and vomiting)

แพทย์สามารถใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัดภายใต้ข้อพิจารณาต่อไปนี้ไม่แนะนำใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเริ่มต้น

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

2. โรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษา (intractable epilepsy)

ผู้สั่งใช้ควรเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท และได้รับการอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาเพื่อการรักษาผู้ป่วย

- ใช้ในโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก ได้แก่ Dravet และ Lennox-Gastaut Syndrome
- โรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษาตั้งแต่ 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)

แพทย์สามารถใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในกรณีที่รักษาภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งที่ดื้อต่อการรักษาภายใต้ข้อพิจารณาต่อไปนี้

- ไม่แนะนำให้ใช้เป็นผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเริ่มต้น
- แนะนำให้ปรึกษากับผู้ป่วยถึงประโยชน์และความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์กัญชาก่อนใช้
- แนะนำให้ใช้ในกรณีที่รักษาด้วยวิธีมาตรฐานอย่างเหมาะสม (รวมถึงวิธีที่ไม่ใช่ยา) แล้วไม่ได้ผล

4. ภาวะปวดประสาท (neuropathic pain)

แพทย์สามารถใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในกรณีที่รักษาภาวะปวดประสาทที่ดื้อต่อการรักษาภายใต้ข้อพิจารณาต่อไปนี้

- ไม่แนะนำให้ใช้เป็นผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเริ่มต้น
- แนะนำให้ปรึกษากับผู้ป่วยถึงประโยชน์และความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้
- แนะนำให้ใช้ในกรณีที่ทดลองใช้ยาบรรเทาอาการปวดอย่างสมเหตุสมผลแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวด
- แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเสริมหรือควบรวมกับวิธีมาตรฐาน

ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์น่าจะได้ประโยชน์ (ในการควบคุมอาการ)

ผลิตภัณฑ์กัญชาประเภทนี้มีหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพสนับสนุนมีจำนวนจำกัดซึ่งต้องการข้อมูลการศึกษาวิจัยเพื่อสนับสนุนต่อไป

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

การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อรักษาผู้ป่วยเฉพาะรายและดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยควบคู่กันไป ซึ่งอาจมีรูปแบบการวิจัยในลักษณะการวิจัยเชิงสังเกต (observational study) และ/ หรือ การวิจัยจากสถานการณ์ที่ใช้รักษาผู้ป่วยจริง (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
- ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดอย่างสมเหตุสมผลแล้วยังมีอาการปวดมาก ทั้งที่ยาแก้ปวดที่ได้รับอยู่ในปริมาณที่เหมาะสมแล้ว
- แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นการรักษาเสริมหรือควบรวมกับวิธีการรักษาตามมาตรฐาน

ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์อาจได้ประโยชน์ (ในอนาคต)

การใช้กัญชารักษาโรคมะเร็ง มีความจำเป็นต้องศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลของกัญชาในหลอดทดลอง ความปลอดภัยและประสิทธิผลในสัตว์ทดลอง ก่อนการศึกษาวิจัยในคนเป็นลำดับต่อไป เนื่องจากในปัจจุบันข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนว่ากัญชามีประโยชน์ในการรักษาโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ยังมีไม่เพียงพอ แต่สมควรได้รับการศึกษาวิเคราะห์อย่างละเอียด ดังนั้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงควรได้รับการรักษาตามวิธีมาตรฐานทางการแพทย์ในปัจจุบัน หากเลือกใช้เฉพาะผลิตภัณฑ์กัญชาในการรักษาโรคมะเร็งแล้ว อาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาที่มีประสิทธิผลด้วยวิธีมาตรฐานได้

ข้อแนะนำก่อนตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

1. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (physician-patient relationship) เป็นพื้นฐานในการให้การยอมรับการรักษาพยาบาล แพทย์ควรมั่นใจว่ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีเพียงพอก่อนการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจทางการแพทย์และบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย รวมถึงการประเมินผู้ป่วยว่ามีความเหมาะสมที่จะใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาหรือไม่

2. การประเมินผู้ป่วย (patient evaluation) ควรบันทึกข้อมูลการตรวจทางการแพทย์ และรวบรวมข้อมูลประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วย

3. การแจ้งให้ทราบและตัดสินใจร่วมกัน (informed and shared decision making) โดยให้ข้อมูลรายละเอียดของการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบันด้านประสิทธิผล ผลข้างเคียงและคุณภาพชีวิต การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา กับผู้ป่วยควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วย แพทย์ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของผลิตภัณฑ์กัญชา ความหลากหลายและมาตรฐานการเตรียมผลิตภัณฑ์กัญชา อาจทำให้เกิดกับผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง แพทย์ควรแจ้งให้ญาติหรือผู้ดูแลทราบถึงความเสี่ยงและผลที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาซึ่งส่งผลต่อการวางแผนการรักษาและการยินยอมรักษา

4. ข้อตกลงการรักษาร่วมกัน (treatment agreement) วัตถุประสงค์และแผนการรักษาควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบตั้งแต่แรกและทบทวนอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงความเหมาะสมในการเลือกวิธีการรักษาของแต่ละบุคคล

5. เงื่อนไขที่เหมาะสม (qualifying condition) ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการด้านประสิทธิภาพของการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในทางการแพทย์เพียงพอ การตัดสินใจสั่งใช้ขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของแพทย์ในประเด็นข้อบ่งใช้ ความเหมาะสม และความปลอดภัยของผู้ป่วยแต่ละคน

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

7. การให้คำปรึกษาและการส่งต่อ (consultation and referral) ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติด และปัญหาโรคทางจิต จำเป็นต้องได้รับการประเมินและให้การรักษาเป็นกรณีพิเศษ แพทย์ผู้รักษาควรขอคำปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยไปพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

8. การบันทึกเวชระเบียน (medical records) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจะสนับสนุนการตัดสินใจในการแนะนำการใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ การบันทึกในเวชระเบียนควรครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งอาจมีผลทางกฎหมาย ควรลงวันที่และลายเซ็นกำกับไว้ในการบันทึกแต่ละครั้ง

ข้อมูลที่ต้องปรากฏในเวชระเบียน

- ประวัติผู้ป่วย การทบทวนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ
- ผลการรักษาที่ได้รับมาก่อน การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย และการให้การรักษา รวมถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การให้คำแนะนำผู้ป่วย รวมถึงการทำความเข้าใจกับความเสี่ยง ประโยชน์ที่ได้รับ ผลข้างเคียง และผลการรักษาที่อาจพบได้หลากหลาย
- ผลการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการกำกับติดตามผลที่เกิดกับผู้ป่วย
- สำเนาการลงนามในข้อตกลงรักษา รวมถึงคำแนะนำในการดูแลความปลอดภัย และไม่นำผลิตภัณฑ์กัญชาไปให้ผู้อื่น

9. การมีผลประโยชน์ทับซ้อนของแพทย์ (physician conflicts of interest) แพทย์ผู้สั่งใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนทั้งทางตรง และทางอ้อม

การวางแผนการรักษาด้วยผลิตภัณฑ์กัญชา

แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในการทดลองรักษาระยะสั้น เพื่อประเมินประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วย แผนการรักษาควรมีความชัดเจน ในประเด็น ต่อไปนี้

1. วางเป้าหมายการรักษา การเริ่มและการหยุดใช้ และหารือร่วมกับผู้ป่วยให้ชัดเจน ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชา อาทิ หยุดเมื่ออาการคลีนไส้/อาเจียนลดลง อาการปวดดีขึ้นในกรณีที่สาเหตุสามารถกำจัดได้ เป็นต้น

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

3. มีกระบวนการจัดการความเสี่ยง เช่น การบริหารยาและความถี่ของการจ่ายยา โดยการจ่ายยาเป็นรายสัปดาห์หากมีข้อสงสัยว่าผู้ป่วยอาจเพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง

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

5. ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอม โดยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้ในการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และเป้าหมายของการรักษา รวมถึงการหยุดเมื่อการรักษาไม่ได้ประโยชน์

6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยว่า ไม่ควรขับขี่ยานพาหนะ และทำงานกับเครื่องจักรกลเมื่อใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

การเริ่มใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในทางการแพทย์

เมื่อพิจารณาแล้วว่าจำเป็นต้องใช้ผลิตภัณฑ์กัญชากับผู้ป่วย ผู้สั่งใช้ควรซักประวัติอย่างละเอียด ก่อนเริ่มการสั่งใช้ 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
 - การติดนิโคตินในบุหรี่
 - 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 โดยเริ่มต้นขนาดต่ำและปรับเพิ่มขนาดซ้ำๆ จนได้ขนาดยาเหมาะสมที่ให้ผลการรักษาสูงสุดและเกิดผลข้างเคียงต่ำสุด 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)
- โรควิต (psychosis)

3. การให้สารสกัดจากกัญชาในครั้งแรกควรให้เวลาก่อนนอนและมีผู้ดูแลใกล้ชิด เนื่องจากอาจเกิดผลข้างเคียงได้

4. เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการใช้สารสกัดกัญชาในรูปแบบน้ำมัน 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 สัปดาห์ ภายหลังเพิ่มปริมาณที่ใช้ในแต่ละครั้ง(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. ผู้ที่เป็นโรคจิตมาก่อน หรือ มีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวน (concurrent active mood disorder) หรือ โรควิตกกังวล (anxiety disorder)
4. หลีกเลี่ยงการใช้ในสตรีมีครรภ์ สตรีที่ให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้คุมกำเนิดหรือสตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์เนื่องจากมีรายงานการศึกษาพบว่ามีการคลอดก่อนกำหนด 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. ผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุ เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลทางวิชาการมากเพียงพอในสองกลุ่มนี้ กระบวนการ metabolism ของผู้สูงอายุจะช้ากว่า จึงดูเหมือนจะมีการตอบสนองต่อกัญชาได้สูงกว่า ดังนั้นการใช้จึงควรเริ่มต้นในปริมาณที่น้อยและปรับเพิ่มขึ้นช้าๆ

หมายเหตุ ข้อ 3 และ 4 อาจพิจารณาใช้ non-psychoactive cannabis preparation

ปฏิกริยาระหว่างยาของสารสำคัญในกัญชา

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 2D6ดังนั้น 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 inducers 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), ยาในกลุ่ม fluoroquinolones (ถูก metabolized ด้วย CYP 1A2), ยาในกลุ่ม dihydropyridines (ถูก metabolized ด้วย CYP 3A4) จะมีระดับยาสูงขึ้น ซึ่งอาจเกิดอาการข้างเคียงได้

ดังนั้น การใช้กัญชาทางการแพทย์ ต้องระวังปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อนด้วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

2.7 บัญชีรายชื่อตำรับยาแผนไทย

บัญชีรายชื่อตำรับ ขอบ่งใช้ ขนาดและวิธีใช้ ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวัง และข้อมูลเพิ่มเติมของตำรับยาการแพทย์แผนไทยและตำรายาแผนไทย แบบทำยาระเบียบคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่องกำหนดฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษที่ภาชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่ผลิต นำเข้า หรือส่งออกสำหรับยาแผนไทยซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ.

จำนวน ๑๖ ตำรับ

ชื่อตำรับยา	ที่มาของตำรับยา
๑. ยาอัคคินิวคณะ	คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์
๒. ยาสุขไสยาสน์	คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์
๓. ยาแก้ลมเนาวนารีวาโย	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
๔. ยาน้ำมันสนันไตรภพ	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม, จารึกตำรายา วัดราชโอรสารามวรวิหาร
๕. ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง	ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
๖. ยาไฟอาวุธ	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๑ พระยาพิศณุประสาทเวช
๗. ยาแก่นอนไม่หลับ /ยาแก้ไข้ผอมเหลือง	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๑ พระยาพิศณุประสาทเวช
๘. ยาแก้สันทฆาต กล่อนแห้ง	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๒ พระยาพิศณุประสาทเวช
๙. ยาอัมฤตโอสถ	แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๒ พระยาพิศณุประสาทเวช
๑๐. ยาอภัยสาลี	เวชศึกษา พระยาพิศณุประสาทเวช
๑๑. ยาแก้ลมแก้เส้น	เวชศาสตร์วิวัฒนาการ
๑๒. ยาแก้โรคจิต	อายุรเวชศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม ๒
๑๓. ยาไฟสาลี	อายุรเวชศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม ๒
๑๔. ยาหาริตสีดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง	อายุรเวชศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม ๒
๑๕. ยาทำลายพระสุเมรุ	คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม ๒ ขุนโสภิตบรรณลักษณ์
๑๖. ยาทัพยาคูณ	คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม ๒ ขุนโสภิตบรรณลักษณ์

๑. ยาอัคคีนิวคณะ (คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์)

ข้อบ่งชี้	แก้คลื่นเหียนอาเจียน ที่เกิดจากไฟย่อยอาหารผิดปกติ
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหารเช้า น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำผึ้งรวง - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก โรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน
ข้อมูลเพิ่มเติม	๑. ดิกกะชาคินี หมายถึง ไฟย่อยอาหารหรือไฟในช่องท้องที่เพิ่มมากผิดปกติ (กำเริบ) ซึ่งมักสัมพันธ์หรือเกิดจากปิตตะกำเริบ ๒. วิสมามันทาคินี อันทุพล หมายถึงไฟย่อยอาหารที่มีลักษณะที่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่คงที่ เช่น บางมื้อกินอาหารได้มากเนื่องจากไฟย่อยอาหารมีกำลังแรง แต่พอถึงมื้อต่อไปมีอาการเบื่อหรือไม่อยากรับประทานอาหารเนื่องจากไฟย่อยอาหารหรืออัคนีอ่อนกำลังลง ลักษณะ หรืออาการขึ้นๆ ลงๆ หรือไม่แน่นอน หรือไม่สม่ำเสมอของไฟย่อยอาหารเป็นผลจากความ ผิดปกติของ “วาตะ” หรืออาจกล่าวอีกอย่างว่า “วาตะทำให้ไฟย่อยอาหารมีลักษณะที่ไม่แน่นอน” ๓. ยามิรสร้อน ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกระเพาะอาหารควรรับประทานหลังอาหาร ๔. ชื่ออื่นในตำรายาเกร็ด อัคคีวัชณะ, ยาชื่ออัคคีวัชณะ, ยาชื่ออัคนี

๒. ยาคุขไสยาสน์ (คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์)

ข้อบ่งใช้	ช่วยให้นอนหลับ เจริญอาหาร
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๑ ครั้ง ก่อนนอน น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำผึ้ง - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี - ห้ามใช้ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยานอนหลับ และยาต้านการชัก รวมทั้งแอลกอฮอล์ หรือสิ่งที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพรานอลอล (propranolol), ทيوفิลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้ - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยาร้อน - ยานี้อาจทำให้ง่วงซึมได้ ควรหลีกเลี่ยงการขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล

๓. ยาแก้ลมเนาวนารีวาโย (ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม)

ข้อบ่งใช้	แก้ลมเนาวนารีวาโย
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำผึ้ง - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพรานอลอล (propranolol), ทيوفิลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง
ข้อมูลเพิ่มเติม	ลมเนาวนารีวาโย เป็นลมที่ทำให้มีอาการเจ็บแปล็บที่ปลายมือปลายเท้าคล้ายปลาตุก ยก ตันคอตั้งแข็งเกร็ง หันคอไม่ได้

๔. ยาน้ำมันสนันไตรภพ (ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม,
จารึกตำรายา วัดราชโอรสารามวรวิหาร)

ข้อบ่งใช้	แก้กษัยเหล็ก
ขนาดและวิธีใช้	- ใช้น้ำมันทาร์ดิททอง นวดคลึงบริเวณรอบสะดือถึงชายโครง ทิศตามเข็มนาฬิกา ๓ วันก่อน แล้วจึงรับประทานน้ำมัน - การรับประทานครั้งละ ๑ ซ้อนชา วันละ ๑ ครั้ง ก่อนอาหารเช้า เป็นเวลา ๓ วัน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพรานอลอล (propranolol), ทีออฟิลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคไทรอยด์ - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการอาหารไม่ย่อย (กรณีการรับประทานยา) - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
ข้อมูลเพิ่มเติม	- กษัยเหล็ก เป็นกษัยอันเกิดจากอุปาทิตกะโรคชนิดหนึ่ง เกิดจากลมอัดแน่น แข็งเป็นดาน อยู่ในท้องน้อย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดท้องแข็งลามขึ้นไปถึงยอดอก กินอาหารไม่ได้ เป็นต้น

๕. ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง (ตำรายาศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม)

ข้อบ่งใช้	แก้ลมขึ้นเบื้องสูง
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำผึ้งรวง - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพรานอลอล (propranolol), ทีออฟิลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน

ข้อมูลเพิ่มเติม	<p>๑.ลมขึ้นเบื้องสูง เป็นโรคลมที่ทำให้มีอาการปวดศีรษะ ตาแดง หูตาฝ้าฟาง หูอื้อ อ่อนเพลีย สวิงสวย เป็นต้น</p> <p>๒.ต้องดื่งจะต้องฆ่าฤทธิ์ก่อนนำไปปรุงยา</p>
-----------------	---

๖. ยาไฟอวูธ (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๑ พระยาพิศณุประสาทเวช)

ข้อบ่งใช้	แก้ลมจุกเสียด ปวดมวนท้อง แก้กานเสมหะ
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำมะนาว - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> - ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพราโนลอล (propranolol), ทีออฟิลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน
ข้อมูลเพิ่มเติม	- ดานเสมหะ หมายถึง เสมหะที่คั่งค้างในลำไส้ทำให้ท้องแข็งปวดมวน

๗. ยาแก้นอนไม่หลับ / ยาแก้ไอผสมเกลือ (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๑ พระยาพิศณุประสาทเวช)

ข้อบ่งใช้	๑. แก้นอนไม่หลับ ๒. แก้ไอผสมเกลือ มีอาการตัวสั่น เสียงสั่น อ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำมะพร้าว น้ำผึ้ง น้ำส้มซ่า น้ำตาลทราย กระทือสด น้ำเบญจกัณฑ์ต้ม - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี - ห้ามใช้ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยานอนหลับ และยาต้านการชัก รวมทั้งแอลกอฮอล์ หรือสิ่งที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพรานอลอล (propranolol), ทيوفิลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ยานี้อาจทำให้วงซีมได้ ควรหลีกเลี่ยงการขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล - ควรระวังในผู้ที่ประกอบอาชีพทางน้ำหรือผู้ที่ร่างกายต้องสัมผัสความเย็นเป็นเวลานาน เพราะจะทำให้เป็นตะคริวตรงบริเวณท้องได้
ข้อมูลเพิ่มเติม	๑. ใช้ผสมเกลือ เกิดจากธาตุลมกำเริบส่งผลให้นอนไม่คอยหลับ เบื่ออาหาร เมื่อเป็นเรื้อรัง ร่างกายผ่ายผอม ซีด เหนื่อย อ่อนเพลีย และไม่มีกำลังซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น โรคริตสีดวง ๒. ริตสีดวง เป็นโรครวมหนึ่ง เกิดได้กับอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น ตา จมูก ลำไส้ ทวารหนัก ตำราการแพทย์แผนไทยว่า มี ๑๘ ชนิด แต่ละชนิดมีอาการและชื่อเรียกแตกต่างกันไป บางชนิดอาจมีติ่งหรือก้อนเนื้อเกิดขึ้นที่อวัยวะนั้น เช่น ริตสีดวงตา ริตสีดวงทวารหนัก (ข้อมูลจากพจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสภา พ.ศ. ๒๕๕๙ หน้า ๔๕๗)

๘. ยาแก้สั่นท้อขาต กล่อนแห้ง (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๒ พระยาพิศณุประสาทเวช)

ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการท้องผูกเป็นปรกติ อาการปวดเมื่อยทั่วร่างกาย มือชาเท้าชา ปวดศีรษะ หน้ามืดวิงเวียน จุกเสียดท้องแน่นหน้าอก ที่เกิดจากโทษสั่นท้อขาตและกล่อนแห้ง
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำผึ้ง - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพรานอลอล (propranolol), ทีออฟิลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน - ควรระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยสูงอายุ
ข้อมูลเพิ่มเติม	- ต้องฆ่าฤทธิ์ต้องดื่อก่อนนำไปปรุงยา

๙. ยาอัมฤตโอสถ (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๒ พระยาพิศณุประสาทเวช)

ข้อบ่งใช้	แก้ลมกษัย
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพรานอลอล (propranolol), ทีออฟิลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน - ควรระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยสูงอายุ
ข้อมูลเพิ่มเติม	- ลมกษัย เป็นลมที่ทำให้ผอมแห้งแรงน้อย ทำให้มีนติง มือเท้าอ่อนแรง เป็นต้น

๑๐. ยาไภยสาลี (เวชศึกษา พระยาพิศณุประสาทเวช)

ข้อบ่งใช้	แก้โรคทางลม บรรเทาอาการจุกเสียดแน่น
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพรานอลอล (propranolol), ทีโอฟีลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน
ข้อมูลเพิ่มเติม	- ยาไภยสาลีเป็นสูตรตำรับเดียวกันกับยาอภัยสาลี ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี ๒๕๖๑ เพียงแต่ในบัญชียาหลักแห่งชาติไม่ได้ใส่กัญชาในสูตรตำรับ เนื่องจากเสนอตำรับยา ก่อนที่พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกาศใช้

๑๑. ยาแก้ลมแก้เส้น (เวชศาสตร์วิวัฒนาการ)

ข้อบ่งใช้	แก้ลมในเส้น บรรเทาอาการมือเท้าชา อ่อนแรง
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำผึ้ง น้ำส้มซ่า - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพรานอลอล (propranolol), ทีโอฟีลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน - ควรระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยสูงอายุ
ข้อมูลเพิ่มเติม	- ลมในเส้น เป็นลมที่พัดประจำอยู่ตามเส้นต่างๆ ในร่างกาย เช่น ลมจันทกระลา พัดอยู่ในเส้นนิทา ลมสุญทกลา พัดอยู่ในเส้นปิงคลา เมื่อลมเหล่านี้พัดปกติ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหรือชาตามแนวเส้นที่ลมนั้นพัดประจำหรือบริเวณใกล้เคียง เป็นต้น (ข้อมูลจากพจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสภา พ.ศ. ๒๕๕๙ หน้า ๔๗๐)

๑๒. ยาแก้โรคจิต (อายุรเวทศึกษา (ขุนนิทเทสสุขกิจ) เล่ม ๒)

ข้อบ่งใช้	แก้โรคลมที่ทำให้กังวล เครียด นอนไม่หลับ
ขนาดและวิธีใช้	- รับประทานครั้งแรก ครั้งละ ๐.๔๖๘ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหาร เช้าและเย็น - ถ้านอนไม่หลับ รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหาร เช้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำร้อนแทรกพิมเสน - ถ้าน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี - ห้ามใช้ในผู้ที่ใช้ยาลดความดันโลหิต
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการใช้ยาดำรับที่มีระย่อมเป็นส่วนประกอบ เนื่องจากสารสำคัญซึ่งมีฤทธิ์ในการลดความดัน คือ สาร reserpine และอัลคาลอยด์อื่น ๆ หากได้รับในขนาดที่สูงเกินไปจะเป็นพิษต่อระบบประสาท มีผลกีดการทำงานของประสาท ทำให้เกิดอาการวิงเวียนศีรษะ ปากแห้ง คัดจมูก ท้องร่วง มึนงง หน้ามืด ใจสั่น ซึม มือแขนสั่น หรือถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นได้
ข้อมูลเพิ่มเติม	๑. ยาแก้โรคจิตตำรับนี้ เป็นตำรับยาตามหนังสืออายุรเวทศึกษา (ขุนนิทเทสสุขกิจ) เล่ม ๒. ทั้งนี้ไม่ได้หมายถึงโรคจิตในความหมายของการแพทย์แผนปัจจุบัน (โรคทางจิตเวชและไบโพล่า) ๒. ระย่อมจะต้องฆ่าฤทธิ์ก่อนนำไปปรุงยา

๑๓. ยาไพสาลี (อายุรเวทศึกษา (ขุนนิทเทสสุขกิจ) เล่ม ๒)

ข้อบ่งใช้	แก้โรคลม แก้หืดไอ มีเสมหะ
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหาร เช้าและเย็นน้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำผึ้ง น้ำอ้อยแดง น้ำนมโค - ถ้าน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพรานอลอล (propranolol), ทีออฟิลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้ - ควรระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยสูงอายุ

๑๔. ยาทาริตีตวงทวารหนักและโรคผิวหนัง (อายุรเวทศึกษา (ขุนนิทเทศสุขกิจ) เล่ม ๒)

ข้อบ่งใช้	ทาแก้อริตตีตวงทวารหนัก และทาแก้อริตตีตวงผิวหนัง(เช่น เรื้อนกวาง เรื้อนมูลนก)
ขนาดและวิธีใช้	ทาบริเวณรอบริดสีตวงทวารหนัก หรือทาบริเวณผิวหนังที่มีอาการ
ข้อควรระวัง	ควรระวังการใช้กับผู้ที่แพ้ส่วนประกอบของตำรับ
ข้อมูลเพิ่มเติม	- เรื้อนกวาง เมื่อจะบังเกิดนั้น เกิดขึ้นตามข้อมือและข้อเท้า และกำดั้นต้นคอ กระทำให้ เป็นน้ำเหลืองลามออกไป ครั้นต้องยาเข้าก็แห้งเข้า บางทีก็หายขาด บางทีก็ไม่หาย แต่ไม่ตายเป็น แต่ลำบาก - เรื้อนมูลนก เมื่อจะบังเกิดนั้นผุดขึ้นมาเป็นแวน เป็นวงขึ้นตามผิวหนัง เล็กก็มี ใหญ่ก็มี มีสีขาวนูนๆ ขอบนูนนูน ดุสัณฐานดั่งกลาก พรรณนี้ ทำให้คัน ถ้าแก่ เข้าลามไปทั้งตัว พยาธิอันนี้หายบ้างมิหายบ้าง

๑๕. ยาทำลายพระสุเมรุ (คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม ๒ ขุนโสภิตบรรณลักษณะ)

ข้อบ่งใช้	แก้ลมจุกเสียด ลมปะทะอก ลมตามีตหูหนวก ปวดหัวมึนตึ๊ง ลมเมื่อยขบในร่างกาย ลมสะดุ้ง และสันไปทั้งตัว ลมเปลี่ยวดำ ลมอัมพฤกษ์อัมพาต ลมปัตฆาต
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหาร เช้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำอ้อยแดง น้ำนมโค - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรปราโนลอล (propranolol), ทีออฟิลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจ โรคแผลเปื่อยเพปติก โรคกระเพาะอาหารและโรครดไตไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน - ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
ข้อมูลเพิ่มเติม	- ลมเปลี่ยวดำ เป็นโรคลมชนิดหนึ่ง เกิดจากการกระทบกับความเย็นมากจนเป็น ตะคริว ผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งอย่างรุนแรง กระตุก ทำให้เจ็บปวดบริเวณที่เป็นมาก มักแก้โดย การนวดจุดบริเวณตามัด้านในหรืออาจรักษาด้วยยาสังขวิไชย หรือยาทำลายพระสุเมรุ (ข้อมูลจากพจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสภา พ.ศ. ๒๕๕๙ หน้า ๔๗๒)

๑๖. ยาทัพยาธิคุณ (คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม ๒ ขุนโสภิตบรรณลักษณะ)

ข้อบ่งใช้	แก้กล่อน ๕ ประการ ที่ทำให้จุกเสียดเป็นพรรตึกเป็นก้อนในท้อง เจ็บเมื่อยขบตามร่างกาย ปากเปรี๊ยะ กินอาหารไม่รู้รส นอนไม่หลับ
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ ๒ กรัม วันละ ๒ ครั้ง ก่อนอาหาร เข้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ - น้ำผึ้ง - ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้ที่มีไข้ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการแข็งตัวของเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาเฟนิโทอิน (phenytoin), โพรพราโนลอล (propranolol), ทีโอฟิลลีน (theophylline) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคแผลเปื่อย เพปติก โรคกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน - ควรระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยสูงอายุ
ข้อมูลเพิ่มเติม	๑. กล่อน ๕ ประการ ได้แก่ กล่อนดิน กล่อนน้ำ กล่อนลม และกษัยกล่อน ๒. ดองดีงจะต้องฆ่าฤทธิ์ก่อนนำมาปรุงยา

ເອກສາກຂ້າງອື່ນ

໑. Queensland Health. Clinical guidance: for the use of medicinal cannabis products in Queensland ໒໐໑໔ [cited ໑໒ March ໒໐໑໕]. Available from: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0028/684668/med-cannabis-clinical-guide.pdf.
໒. Department of Health. Clinical guidance on cannabis for medical use [cited ໑໔ March ໒໐໑໕]. Available from: <https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2015/08/Clinical-guidance-on-cannabis-for-medical-use.pdf>.
໓. British Paediatric Neurology Association. Guidance on the use of cannabis-based products for medicinal use in children and young people with epilepsy ໒໐໑໔ [cited ໓໑ March ໒໐໑໕]. Available from: https://www.bpna.org.uk/userfiles/BPNA_CBPM_Guidance_Oct2014.pdf.
໔. MacCallum CA, Rosso EB. Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. Eur J Intern Med ໒໐໑໕; ໔໕:໑໒-໕.
໕. 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 ໒໐໑໕; ໓໑໓(໒໔):໒໔໕໖-໖໓.
໖. 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 ໒໐໑໕; ໑໒(໑໑):CD00໕໔໖໔.
໗. 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 ໒໐໑໕; ໖໔(໒):໑໑໑-໒໐.
໘. Toward Optimized Practice. PEER simplified guideline: medical cannabis clinical practice guideline ໒໐໑໕ [cited ໑໕ March ໒໐໑໕]. Available from: http://www.topalbertadoctors.org/download/2015/Medical%20Cannabinoid%20CPG.pdf?_20150820154444.
໙. 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 ໒໐໑໓; ໓໖(໒໑):໒໐໑໑-໒໐.
໑໐. 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 ໒໐໑໖; ໑໕(໓):໒໗໐-໘. 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 ໒໐໐໓; ໓໖໒(໙໓໕):໑໕໑໗-໒໖.
໑໑. 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 ໒໐໑໓; ໑໖໗(໕):໓໑໕-໓໑.
໑໒. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA ໒໐໐໓; ໒໘໙(໒໐):໒໑໕໑-໕.

๑๓. Department of Consumer Affair. Guideline for the recommendation of cannabis for medical purposes ๒๐๑๘ [cited ๑๓ April ๒๐๑๙]. Available from:
https://www.mbc.ca.gov/Publications/guidelines_cannabis_recommendation.pdf.
๑๔. Lucas CJ, Gale His P, Schneider J. The pharmacokinetics and the pharmacodynamics of cannabinoids. Br. J Clin Pharmacol ๒๐๑๘; ๘๔:๒๔๗๗-๘๒.
๑๕. Alsherbiny MA, Li CG. Medicinal Cannabis-Potential drug interactions. Medicines ๒๐๑๙; ๖:๓; doi: ๑๐.๓๓๙๐/medicines๖๐๑๐๐๓.
๑๖. Clinical Guidance: for the use of medicinal cannabis products in Queensland
๑๗. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/๐๐๒๓/๖๓๔๑๖๓/med-cannabis-clinical-guide.pdf
๑๘. <https://www.pharmout.net/medicinal-cannabis-consultants/extraction-winterization-filtration/>
๑๙. <https://www.analyticalcannabis.com/articles/the-best-cannabis-extraction-methods-for-marijuana-concentrates-๓๐๐๔๓๔>
๒๐. Pharmacology of Marijuana, Journal of Addiction Research & Therapy, Thersilla Oberbarnscheidt and Norman S Miller
๒๑. <https://www.omicsonline.org/open-access/pharmacology-of-marijuana-๒๑๕๕-๖๑๐๕-5๑๑-๐๑๒.php?aid=๘๔๗๓๓>
๒๒. ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ เรื่อง กำหนดฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ หรือคำเตือนหรือข้อควรระวังการใช้ที่ภาชนะบรรจุหรือหีบห่อบรรจุยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่ผลิต นำเข้า หรือส่งออก สำหรับยาแผนปัจจุบันซึ่งมีกัญชาปรุงผสมอยู่ พ.ศ. ๒๕๖๒
๒๓. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. ๒๕๖๒
๒๔. คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ (ฉบับโบราณ). กรมหลวงวงษา กรมหมื่นไชนนาท ประทาน พ.ศ.๒๕๕๙.
๒๕. ชยันต์ พิเชียรสุนทร, แม้นมาส ชวลิต, วิเชียร จีรวงส์. คำอธิบายตำราพระโอสถพระนารายณ์ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ๗๒ พรรษา มหาราช ๕ ธันวาคม พุทธศักราช ๒๕๕๒. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อมรินทร์และมูลนิธิภูมิปัญญา. ๒๕๕๘.
๒๖. โรงเรียนแพทย์แผนโบราณ. ตำรายาติลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) พระนคร, พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณา โปรดเกล้าให้ จารึกไว้เมื่อ พ.ศ.๒๓๗๕ ฉบับสมบูรณ์, ๒๕๐๕.
๒๗. จารึกตำรายาตำราขีโอรสารามวรวิหาร. กรุงเทพฯ:กรมศิลปากร,๒๕๔๕.หน้า ๑๒๘.
๒๘. พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสภา พ.ศ. ๒๕๕๙.
๒๙. พิศณุประสาธเวช, พระยา. แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๑. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทย สพานยศเส; ร.ศ. ๑๒๘.
๓๐. นิทเทศ (ถนอมรัตน์) พุ่มชูศรี. อายุรเวชศึกษา (ขุนนิทเทศสุขกิจ) เล่ม ๒. กรุงเทพฯ : พร้อมจักรการพิมพ์; ๒๕๑๖.
๓๑. สุ่ม วรกิจ พิศาล. เวชศาสตร์วินิจฉัย ตำราแพทย์แบบเก่า เล่ม ๕ เรียบเรียงตามตำราของท่านพระยาประเสริฐรัฐสารทดำรง (หนู) บิดา. กรุงเทพฯ : พิศาลบรรณินดี; ๒๕๖๐ หน้า ๘๗๔.
๓๒. ขุนโสภิตบรรณลักษณ์ (อำพัน กิตติขจร). คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม ๒. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อุตสาหกรรมการพิมพ์; ๒๕๐๔.

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) และการไม่รู้สึกรู้สิดำ (Prolonged coma) ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

3.2 ระดับความรุนแรงของภาวะพิษจากกัญชา

1. ระดับเล็กน้อย ถึงปานกลาง ได้แก่ อาการง่วงซึม ผ่อนคลาย เวียนศีรษะ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก และ อารมณ์ อาการกล้ามเนื้อกระตุกและการเดินเซ นอกจากนี้ยังพบว่า หากได้รับกัญชาโดยการสูดดม/สูบ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บคอ ไอ หลอดลมอักเสบ มีน้ำมูก หรือเยื่อจมูกอักเสบได้

2. ระดับรุนแรง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก รุนานตาขยาย โคมา 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
การประเมินความเสี่ยงการเกิดอันตรายและความรุนแรงดังนี้

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. A (Alert) : ความรู้สึกตัวดี พูดคุย ทำตามคำสั่งได้
 - b. V (Verbal stimuli) : การตอบสนองต่อเสียง เช่น เรียกลืมตา หันหน้าตามเสียง
 - c. P (Painful stimuli) : การตอบสนองต่อความเจ็บปวด เช่น การปัดมือถูกตำแหน่งที่เจ็บ
 - d. U (Unresponsive) : การไม่ตอบสนองหรือไม่รู้สึกตัว
5. รายงานข้อมูลกลับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อขอคำปรึกษา หากประเมินแล้วความเสี่ยงเกินความสามารถชุดปฏิบัติการให้ร้องขอการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ทักษะการสื่อสาร ณ จุดเกิดเหตุ

กรณีผู้ป่วยไม่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตและมีความจำเป็นต้องสื่อสารกับผู้ป่วยระหว่างรอทีมสนับสนุน ให้ใช้หลักการสื่อสาร ดังนี้

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

การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ และประเมินว่ามีความจำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรม สามารถดำเนินการ ดังนี้

1. แจ้งญาติให้ทราบถึงความจำเป็นในการผูกยึดผู้ป่วย
2. เตรียมบุคลากรในพื้นที่อย่างน้อย 4-5 คนก่อนเข้าหาผู้ป่วย
3. เตรียมอุปกรณ์ในการผูกยึดผู้ป่วย ซึ่งควรเป็นผ้าที่มีความแข็งแรง เหนียวแต่นุ่ม เช่น ผ้าห่ม ผ้าปู แห/ อวนขนาดใหญ่ ผ้าขาวม้า เป็นต้น

4. ให้นำบุคคลที่ผู้ป่วยไว้ใจหรือรู้จักพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจด้านหน้า โดยบุคลากร 4 คนให้เข้าจากด้านหลังพร้อมกัน โดย 2 คนจับแขน ซ้าย/ขวา และ 2 คนจับขา ซ้าย/ขวา แล้วใช้ผ้ามัดแขนผู้ป่วยแนบกับลำตัว

การนำส่งผู้ป่วย

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

3.4.2 แนวทางการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน

ข้อแนะนำการคัดกรองผู้ป่วย

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

การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน

กรณีผู้ป่วยภาวะวิกฤต แพทย์สามารถให้การรักษาตามหลักการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินได้แก่การประเมินและดูแล Airway, Breathing, Circulation และ Disabilities โดยภาวะพิษกัญชาไม่มีมาตรฐานพิชจำเพาะ

ข้อเสนอแนะหากผู้ป่วยมีภาวะหรืออาการต่างๆดังนี้

1. ภาวะ coma หรือ respiratory depression ให้ดูแลทางเดินหายใจ โดยการใส่ท่อช่วยหายใจ
2. ภาวะ hypotension นอกจากการให้สารน้ำแล้วยังพบว่า การจัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าท่า Trendelenburg position อาจมีประโยชน์
3. ภาวะ tachycardia สามารถให้ยา Diazepam IV ร่วมกับการจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดสิ่งเร้าหรือกระตุ้นของผู้ป่วย หากภาวะ tachycardia ไม่ดีขึ้นสามารถให้การรักษาตาม Guideline ของ ACLS (Advanced Cardiac Life Support)
4. ภาวะ hypertension โดยมากผู้ป่วยอาการจะดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาตามอาการ
5. ภาวะ hyperemesis syndrome แนะนำให้การดูแลรักษา ดังนี้

- a. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เช่น 0.9% Normal saline ในปริมาณที่เพียงพอเพื่อชดเชยภาวะขาดสารน้ำในร่างกาย
- b. 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
- c. สามารถพิจารณา ยาในกลุ่ม Proton pump inhibitor
- d. การอาบน้ำร้อน หรือเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นร้อน สามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนได้
- e. การใช้ capsaicin cream(ครีมพริก) ความเข้มข้นมากกว่า ร้อยละ 0.25% ทา ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง 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
- การใช้ยากลุ่ม Antipsychotic จะเลือกเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองกับยากลุ่ม Benzodiazepine โดยอาจให้ Haloperidol 2-5 mg IM พร้อมผูกมัด และจัดบรรยากาศลดสิ่งกระตุ้น
- ควรส่งตรวจทางปฏิบัติการอื่นๆ เพื่อวินิจฉัยแยกโรค และหาสาเหตุอื่นร่วมด้วย เช่นระดับน้ำตาลในกระแสเลือด
- หากมีภาวะชัก เลือกใช้ ยากลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam 5-10 mg IV หากชักไม่หยุด สามารถพิจารณาการให้ยากันชักตัวถัดไปในกลุ่มของ Barbiturate
- การทำ hemodialysis ไม่มีประโยชน์ในภาวะพิษจากกัญชา
- การพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเรื่องอาการเป็นพิษ ให้เป็นไปตามอาการของผู้ป่วย
- หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษา สามารถปรึกษาศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี (Hotline 1367) และศูนย์พิษวิทยาศิริราช (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

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้กัญชาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (stabilize and maintenance)

4.1 ข้อมูลทั่วไป

สารสกัดจากกัญชาเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่สำคัญชนิดหนึ่งซึ่งมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ประมาณการว่าทั่วโลกมีผู้ใช้สารกัญชาประมาณ 166 – 234 ล้านคน โดยสาเหตุของการใช้มีทั้งเหตุผลทางการแพทย์ (medical use) และเหตุผลเพื่อการผ่อนคลาย (recreational use) และเมื่อความเข้มงวดของกฎหมายต่อสารสกัดกัญชาลดลง จึงทำให้ผู้ใช้สามารถเข้าถึงได้มากขึ้น ความแพร่หลายของการใช้สารสกัดกัญชาก็เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ใช้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ด้วยสาเหตุจากปัญหาจากการใช้สารสกัดกัญชาเพิ่มมากขึ้นไปด้วยเช่นกัน

จากการสำรวจพบว่ารูปแบบการใช้สารสกัดกัญชาตลอดช่วงชีวิตนั้นมีหลายรูปแบบ ทั้งแบบที่ผู้ใช้มีการใช้เป็นประจำโดยไม่มีการเพิ่มปริมาณ ผู้ที่ใช้เฉพาะในช่วงวัยรุ่น ผู้ที่ใช้ตั้งแต่อายุยังน้อย และผู้ใช้อย่างหนักและต่อเนื่อง มีผู้ใช้สารสกัดกัญชาประมาณร้อยละ 10 ที่จะเกิดปัญหาการติดกัญชา (cannabis dependence) มีความบกพร่องของการรู้คิด การเรียนรู้และความสามารถในการทำงาน เกิดโรคทางจิตเวชต่างๆ

ฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่สำคัญที่พบในกัญชา คือฤทธิ์กดประสาท (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 ซึ่งเป็นสารที่ไม่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทและมีผลต่อการเสพติดน้อย 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 ในผู้ใช้กัญชาบ่อย ความบกพร่องนี้อาจกลับสู่ปกติได้ถ้าหยุดใช้ได้อย่างต่อเนื่อง (abstinence)
-

4.2 อาการแสดง การตรวจร่างกาย

ผู้ที่เข้ารับบริการในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งในกรณีฉุกเฉิน หรือแผนกผู้ป่วยนอกทุกรายที่มีความเสี่ยงควรได้รับการคัดกรองและประเมินปัญหาการติดกัญชาเบื้องต้น ประวัติและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ควรสงสัยปัญหาจากกัญชา ได้แก่

- มีความบกพร่องทางสังคม การเรียน การทำงาน ซึ่งไม่ทราบสาเหตุ

- มีอาการทางจิตที่สัมพันธ์กับกัญชา เช่น ภาวะซีมเศร้า ภาวะวิตกกังวล การรู้คิดผิดปกติ และหากผู้ป่วยมีอาการทางจิตซึ่งได้รับการรักษาเดิมอยู่ อาจมีอาการกำเริบหรือกลับไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- มีอาการตาแดงเรื่อรัง
- มีกลิ่นกัญชาติดตามเสื้อผ้าและร่างกาย
- มีอาการเหลืองบริเวณปลายนิ้ว
- ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงอย่างมาก อาจอยากกินอาหารบางชนิดอย่างมากหรือเบื่อโดยไม่ทราบสาเหตุ แพทย์สามารถประเมินความเสี่ยงในการติดกัญชาของผู้ป่วยเบื้องต้นได้ โดยการถามคำถามว่า “ในปีที่ผ่านมา คุณใช้กัญชาบ่อยแค่ไหน” จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่แผนกฉุกเฉิน พบว่า หากผู้ป่วยตอบว่า มีการใช้อย่างน้อยสองครั้ง จะมีโอกาสสูงที่ผู้ป่วยรายนั้นจะมีการติดกัญชา ซึ่งแพทย์ควรให้การประเมินอย่างละเอียดต่อไป

การวินิจฉัยภาวะติดกัญชา (cannabis dependence หรือ cannabis use disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 หรือ DSM-5 ซึ่งได้ระบุเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคติดกัญชาไว้ว่า เป็นลักษณะรูปแบบของการใช้กัญชาซึ่งเป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อให้เกิดความบกพร่อง 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. มีการใช้กัญชาซ้ำๆแม้ในสถานการณ์ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงหรืออาจเป็นอันตราย
9. ยังคงมีการเสพกัญชาอย่างต่อเนื่องทั้งๆที่ได้ทราบถึงปัญหาสุขภาพกาย หรือสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นผลมากจากการใช้กัญชา
10. มีภาวะดื้อยา (tolerance) ซึ่งหมายถึงลักษณะอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - a. จำเป็นต้องเพิ่มปริมาณที่เสพเพื่อให้ได้ฤทธิ์ของกัญชาที่พึงประสงค์
 - b. ฤทธิ์ที่พึงประสงค์ของกัญชาลดลงแม้ว่าจะใช้กัญชาในปริมาณเท่าเดิม
11. มีภาวะถอน (withdrawal) ซึ่งหมายถึงลักษณะอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - a. มีอาการผิดปกติซึ่งมีลักษณะเฉพาะเกิดขึ้น เมื่อหยุดหรือลดปริมาณการใช้กัญชา
 - b. ต้องใช้กัญชาเพื่อลดอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

4.3 วินิจฉัยแยกโรค

ผู้ป่วยติดกัญชาที่มีอาการแสดงของโรคทางจิตเวช เช่น มีอาการใจสั่น กระวนกระวาย วิดกกังวล จำเป็นที่จะต้องแยกโรคหรือภาวะทางกายที่อาจเป็นสาเหตุและเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคปอด และหากอาการทางจิตนั้นเกิดร่วมกับการที่ผู้ป่วยมีภาวะสมาธิบกพร่อง (impaired attention) ความสามารถในการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลเสียไป (disorientation) และอาการเป็นแบบขึ้นๆลงๆ (fluctuation) แพทย์ควรนึกถึงภาวะเพื่อ (delirium) เนื่องจากผู้ป่วยกัญชามีความเสี่ยงที่จะมีโรคประจำตัวทางกายที่รุนแรง หรือมีการใช้สารเสพติดอื่นร่วม ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะ delirium ได้ แพทย์จึงควรค้นหาปัจจัยอื่นๆที่อาจเป็นสาเหตุและรักษาให้ดีกว่าก่อน แล้วจึงค่อยพิจารณาว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตจากกัญชา (cannabis-induced mental disorders) หรือโรคทางจิตเวชอื่น จากผลการศึกษาบ่งชี้ว่ากัญชามีความสัมพันธ์กับอาการและโรคทางจิตเวชรวมถึงพฤติกรรมติดสารเสพติดอื่นๆอย่างมาก โรคจิตเวชที่พบร่วมบ่อยในผู้เสพกัญชา ได้แก่ ปัญหาการติดสารเสพติดชนิดอื่นร่วม เช่น สุรา บุหรี่ สารกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น สารกระตุ้น และสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นๆ โรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorders) โรคจิตเภท (schizophrenia) โรควิดกกังวล (anxiety disorders) โรคเครียดภายหลังภัยอันตราย (posttraumatic stress disorders) โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder) โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder) บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders) ที่พบบ่อย ได้แก่ antisocial, borderline และ schizotypal

ในปัจจุบันเชื่อว่าลักษณะความสัมพันธ์ของอาการทางจิตและกัญชานั้นเป็นความสัมพันธ์แบบสองทางมากกว่าที่จะเป็นความสัมพันธ์แบบทางเดียว (การเสพยาทำให้เกิดอาการทางจิต) ซึ่งความสัมพันธ์แบบสองทางอาจเป็นได้ทั้ง

1. การเสพยาส่งผลให้ผู้เสพยามีความเสี่ยงในการเกิดโรคทางจิตเวชหรือติดสารเสพติดชนิดอื่นตามมา เนื่องจากกัญชาส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาท
2. การที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือติดสารเสพติดชนิดอื่นอยู่เดิมเป็นความเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเสพยาได้ง่ายขึ้น อาจเพราะฤทธิ์ของกัญชาอาจช่วยลดอาการทางจิตของผู้เสพยาได้บ้างในบางครั้ง
3. ปัจจัยเสี่ยงของการเสพยาและการป่วยด้วยโรคจิตเวชหรือติดสารเสพติดชนิดอื่นนั้นมีความทับซ้อนกัน เช่น ความเสี่ยงทางด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จึงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดทั้ง 2 โรคร่วมกัน

ผู้ป่วยที่เสพยาส่วนหนึ่งมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชเดิมอยู่ ไม่ว่าจะเป็น โรคจิตเภท โรควิดกกังวล โรคอารมณ์แปรปรวน การเสพยาอาจกระตุ้นให้ความเจ็บป่วยเดิมนั้นกำเริบได้ (exacerbation) ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างกัญชากับโรคจิตเวชที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ เช่น

- การใช้กัญชาอาจส่งผลให้ผู้เสพยาเกิดอาการทางจิตแบบชั่วคราวและเฉียบพลันได้ (cannabis-induced psychosis) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้เสพยาที่เริ่มมีอาการเสพมายาวนาน จะมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทมากกว่าผู้ที่ไม่เสพ และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้กัญชา พบว่ามีโอกาสการกลับเป็นซ้ำ และการนอนโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ อีกทั้งยังพบว่ามีอาการ positive symptom เช่น หลงผิด หูแว่ว และระดับความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่องไปมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้กัญชา

- การใช้กัญชาอาจส่งผลให้ผู้เสพมีความเสี่ยงในการเกิดช่วงที่มีอารมณ์ผิดปกติ (mood episode) สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้ ทั้งช่วงที่เป็น manic และ depression นอกจากนี้กัญชาก็อาจสัมพันธ์กับการเกิดช่วงอารมณ์ manic ที่เร็วขึ้น และมีจำนวนครั้งของช่วงอารมณ์ผิดปกติที่บ่อยขึ้น
- การใช้กัญชาทำให้ผู้เสพเกิดอาการวิตกกังวลเฉียบพลันได้ แต่ในระยะยาวยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์นั้นได้อย่างชัดเจน

ในการดูแลรักษาผู้ป่วย แพทย์จึงควรพิจารณาว่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้น เป็นผลจากกัญชาหรือเป็นอาการของโรคทางจิตเวชเดิมของผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย (primary psychiatric disorders) ซึ่งลักษณะที่บ่งชี้ว่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้นน่าจะเป็นผลกระทบจากการใช้กัญชา ได้แก่

- ผู้ป่วยไม่เคยมีอาการทางจิตเช่นนั้นเลยก่อนหน้าที่จะใช้กัญชา
- อาการทางจิตดีขึ้นอย่างชัดเจน หรือหายไปในระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน หลังจากที่ผู้ป่วยหยุดใช้กัญชา
- ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยหยุดกัญชาได้อย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการทางจิตในลักษณะนั้นเกิดขึ้นอีก

4.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กัญชาสามารถถูกตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองในห้องปฏิบัติการ โดยส่วนใหญ่เป็นการตรวจหาสาร delta-9 tetrahydrocannabinol และ/หรือ carboxy-THC ซึ่งสิ่งส่งตรวจที่สามารถตรวจพบได้ เช่น ปัสสาวะ น้ำลาย เลือด และ เส้นผม และเนื่องจากเป็นการตรวจคัดกรอง 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 จากกัญชานั้นเป็นการใช้เพื่อรักษาตามอาการเป็นหลัก และในปัจจุบันยังไม่มีคำแนะนำให้ใช้ยาชนิดใดที่จะสามารถใช้เป็น antidote ของกัญชาได้

ระยะถอนสาร (withdrawal) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยลดปริมาณหรือหยุดการใช้สารผู้ป่วยจะเกิดอาการถอนกัญชาที่ไม่รุนแรง โดยส่วนใหญ่มักจะมีอาการทางจิตใจ เช่น มีอาการกลัว วิดกกังวล dissociation กระสับกระส่าย (restlessness) หงุดหงิด (irritability) เบื่ออาหาร นอนหลับไม่สนิท มีความฝันที่ชัดเจนเหมือนจริง รู้สึกปั่นป่วนในท้อง เหงื่อออกกลางคืน มีอาการสั่น อาการอาจมีความรุนแรงที่ต่างกันตามระดับของการติดสาร ซึ่งโดยทั่วไปแล้วอาการถอนจะรุนแรงที่สุดในสัปดาห์แรกของการหยุดสารและอาจจะคงอยู่ต่อเนื่องได้นานกว่า 4 สัปดาห์ หลักของการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการถอนสาร คือ เพื่อลดความไม่สบายที่เกิดขึ้นในช่วงที่ลดหรือหยุดใช้สาร การรักษาจึงเป็นการดูแลตามอาการ ให้ยาเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นนั้น เนื่องจากไม่มียาเฉพาะที่แนะนำให้ใช้รักษาอาการถอนกัญชา นอกจากนั้นควรจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ มีความปลอดภัย และมีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์คอยเฝ้าระวัง ให้การประเมิน และดูแลรักษาโรคร่วมทั้งโรคทางกายและโรคทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีอาการถอนไม่รุนแรงอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย ยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันและทำงานได้ตามปกติ ไม่จำเป็นต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล การดูแลรักษาด้วยการใช้ยาเกินเพื่อลดอาการปวด เช่น ยาในกลุ่ม NSAIDs หากมีอาการคลื่นไส้อาเจียนก็สามารถใช้ยากกลุ่ม prokinetic drugs เช่น domperidone ได้ หากมีปัญหาการนอนอาจใช้ยาที่มีฤทธิ์ช่วยหลับแต่มีฤทธิ์เสพติดต่ำ อย่างเช่นกลุ่ม sedating antidepressants ได้แก่ amitriptyline, mianserin และ trazodone เป็นต้น ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) ซึ่งมีหลักฐานว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้ แต่ในรายที่มีอาการถอนรุนแรง ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และมีโอกาสสูงที่จะกลับไปใช้ซ้ำ นอกจากนี้แพทย์ควรพิจารณาว่าผู้ป่วยมีลักษณะที่บ่งชี้ว่าอาจล้มเหลวในการบำบัด หรือมีภาวะที่อาจเป็นอันตรายด้วยหรือไม่ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจได้รับประโยชน์จากการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

เกณฑ์ในการพิจารณามีดังนี้

1. มีการเสพยาเกินขนาด ซึ่งอาจไม่ปลอดภัย หากทำการรักษาแบบผู้ป่วยนอก
2. มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม
3. มีโรคร่วมทางกายสำคัญที่อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงหากรักษาแบบผู้ป่วยนอก
4. เคยมีประวัติล้มเหลวต่อการรักษาแบบที่ไม่ได้รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล
5. มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ส่งผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือโรคทางจิตเวชที่เกิดร่วมกันมีความรุนแรงมากจนต้องรับไว้ในโรงพยาบาล

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 ไม่มียาดำรงใดที่มีประสิทธิผลมากพอจนถูกแนะนำให้ใช้เพื่อรักษาการติดกัญชาได้

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

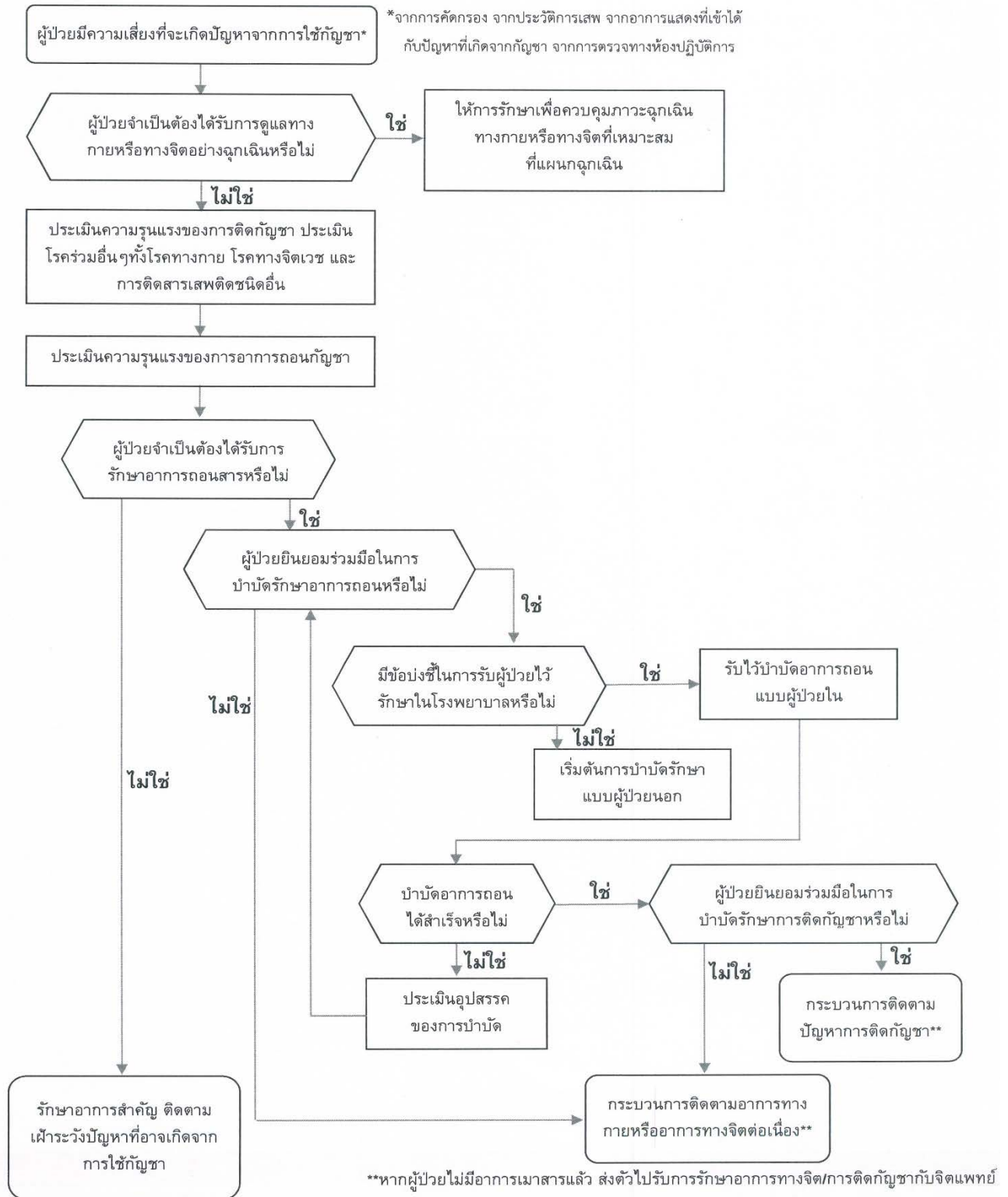
4.5.2 การรักษาแบบไม่ใช้ยา

Cognitive behavioral therapy (CBT) เป็นการบำบัดโดยใช้หลักการวิเคราะห์ความคิด ความเชื่อ ตัวกระตุ้นที่ทำให้เสพยา เพื่อให้ผู้ติดสามารถควบคุมพฤติกรรมเสพติดของตนเองได้ โดยอาศัยการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บำบัด การร่วมมือ การมีเป้าหมายและประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขชัดเจน

Motivational enhancement therapy (MET) เป็นการบำบัดที่ยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การบำบัดจะเน้นการจูงใจเพื่อให้แรงจูงใจของผู้ป่วยเคลื่อนจากขั้นไม่สนใจปัญหาไปสู่ขั้นตัดสินใจและลงมือแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง

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

4.6 แนวทางการดูแลผู้ป่วยกัญชาในช่วง stabilization



**หากผู้ป่วยไม่มีอาการเมสสารแล้ว ส่งตัวไปรับการรักษาอาการทางจิต/การติดกัญชาที่จิตแพทย์

ເອກສາກຂ້າງອື່ນ

໑. 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; ໒໐໑໗. [updated ໒໐໑໘ Aug ໑໗; cited ໒໐໑໙ Jul ໕]. 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=໑~໑&usage_type=default&display_rank=໑#H໒໙໔໕໕໔໑໙໑໒໑
໒. Jafari S, Tang T. Diagnosis and treatment of marijuana dependence. BCMJ ໒໐໑໒: ໕໕: ໓໑໕-໗.
໓. Gorelick DA. Treatment of Cannabis Withdrawal. In: Saxon AJ, Hermann R, editors. UpToDate. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; ໒໐໑໗. [updated ໒໐໑໘ Aug ໑໗; cited ໒໐໑໙ Jul ໕]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-cannabis-withdrawal>
໔. The Management of Substance Use Disorders Work Group. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders. [Internet]. [assessed ໒໐໑໙ Jul ໕]. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPGRevised121219.pdf>.
໕. Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF, Massachusetts General H. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. ໒໐໑໒.

บทที่ 5

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาฟื้นฟูในสถานบำบัดฟื้นฟูระยะยาว

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดรวมทั้งผู้ติดกัญชาที่มีการดำเนินการในประเทศไทยและมีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพ คือ การบำบัดฟื้นฟูตามแนวคิด “ชุมชนบำบัด” ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดรักษาที่สำคัญในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดที่ให้ผู้มาชิกฝึกการพัฒนาตนเอง โดยการมาอยู่ร่วมกันเหมือนเป็นสมาชิกในครอบครัวขนาดใหญ่ครอบครัวหนึ่งที่กำลังขึ้นมาใหม่ เพื่อให้สมาชิกสามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเองมีการเรียนรู้และมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังอยู่ในสถานที่ปลอดภัย ปลอดภัยเสพติด และมีสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความอบอุ่นที่ดี ทำให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตที่สมบูรณ์ ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

5.1 หลักการของชุมชนบำบัด (Therapeutic)

ชุมชนบำบัดเป็นรูปแบบการรักษาตามแบบครอบครัวและชุมชน เป็นพื้นฐานในการช่วยเหลือตนเอง ลักษณะการเพิ่มประสบการณ์ชีวิตที่ช่วยให้แต่ละคนเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง การเพิ่มคุณค่าในตนเอง การพัฒนาการเคารพตนเอง การเรียนรู้เรื่องต่างๆ รวมทั้งการอยู่ร่วมกัน การเคารพกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพื่อให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพัฒนาไปในทางที่ดี สมาชิกและเจ้าหน้าที่ในชุมชนบำบัดต้องร่วมมือในการจัดการและดำเนินการให้เป็นประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจ เรียนรู้ในการดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ชุมชนบำบัดเน้นมิติด้านสังคม จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ติดยาและสารเสพติด ใช้ชุมชนจำลองเสมือนบ้านในการเยียวยาสมาชิกในแต่ละบุคคล สนับสนุนการพัฒนาทางด้านพฤติกรรม ทักษะและคุณค่าสุขภาพชีวิต

5.2 องค์ประกอบสำคัญที่จำเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัด มีองค์ประกอบคือ

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนสมาชิกแต่ละคนจะได้รับการมอบหมายให้มีกิจกรรมต่างๆกันในแต่ละวัน ซึ่งเป็นการสร้างโอกาสให้สมาชิกได้ทำบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันออกไป ทั้งการเป็นเพื่อนร่วมกลุ่ม การสร้างความเป็นเพื่อน การเป็นผู้ประสานงาน และการเป็นคนคอยชี้แนะคนอื่น ซึ่งการทำสิ่งเหล่านี้ถือเป็นกิจกรรมที่อยู่ในกระบวนการที่จะช่วยในการเปลี่ยนแปลงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

1. ปฏิบัติการสะท้อนกลับของสมาชิก (Membership Feedback) สมาชิกในกลุ่มด้วยกันเองจะเป็นจุดกำเนิดเบื้องต้นของการชี้แนะและการให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคล จัดให้มีการสังเกตปฏิบัติการของสมาชิกแต่ละคน มีปฏิบัติการสะท้อนกลับ(Feedback)ต่อคนอื่นถึงสิ่งที่ควรมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อการแก้ไขปัญหารายบุคคล และเพื่อร่วมกันรับผิดชอบสมาชิกภายในกลุ่มด้วยกันทั้งหมด

2. การเป็นแบบอย่างที่ดี (Role Model) สมาชิกแต่ละคนต้องมีความตั้งใจเต็มที่ที่จะเป็นตัวอย่างที่ดีในกระบวนการเปลี่ยนแปลงให้กับตนเองและกลุ่ม การเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นการสร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจ

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

หน้าที่ในการทำงาน และการจัดกิจกรรมสันตนาการ โดยประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้สำคัญอย่างยิ่งต่อการ บำบัดรักษาและการพัฒนาบุคลิกภาพที่จะปรากฏออกมาให้เห็นผ่านกิจกรรมทางสังคมที่ทำร่วมกันในชุมชน

4. การใช้กฎกติการ่วมกัน (Shared Norms and Values) บรรทัดฐานและค่านิยมทางสังคมจะช่วยให้ ทุกคนมีความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับการที่สมาชิกเข้ามาอยู่ร่วมกันในชุมชน บรรทัดฐานและ ค่านิยมจะช่วยชี้แนะให้สมาชิก ช่วยเหลือตนเองในการบำบัดรักษา และการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่อย่างเหมาะสม

5. โครงสร้างและระบบ (Structure and Systems) การทำงานในชุมชนนั้นมีความหลากหลาย “ การ จัดการ ” เป็นสิ่งที่จำเป็นในการอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน เพราะการทำงานจะเป็นแรง ขับเคลื่อนเบื้องต้นในการสอนเกี่ยวกับเรื่องการพัฒนาตนเอง การเรียนรู้ไม่ได้เกิดจากทักษะในการฝึกฝนอย่างเดียว เท่านั้น แต่รวมถึงการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ การให้การยอมรับนับถือคนที่เป็นผู้ดูแล และการปฏิบัติตนเป็นสมาชิก ที่มีความรับผิดชอบต่อชุมชน

6. การสื่อสารแบบเปิด (Open Communication) ในชุมชนบำบัดมีวัตถุประสงค์หลักคือ เป็น ประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสาธารณะ ความรู้สึกนึกคิดและการแสดงออกของสมาชิกในศูนย์ ชุมชนถือเป็นสิ่งจำเป็นมากต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงในการบำบัด ไม่เฉพาะการแสดงออกของตนเองเท่านั้น แต่ หมายถึงการมีส่วนร่วมต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชน ดังนั้น สิ่งจำเป็นคือการเปิดตัวเองเข้าสู่สังคม

7. การสร้างสัมพันธ์ภาพ (Individual and group relationships) มิตรภาพระหว่างบุคคล เพื่อนร่วม กลุ่ม และนักบำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะกระตุ้นให้เกิดข้อผูกพันร่วมกันที่จะช่วยกันทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลง อย่างต่อเนื่อง การพัฒนาความสัมพันธ์ในการบำบัดนี้เป็นพื้นฐานการสร้างควมไว้วางใจและการสร้างเครือข่ายทาง สังคมที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการช่วยให้การบำบัดประสบความสำเร็จ

8. มีลักษณะเป็นหนึ่งเดียวกัน (Unique terminology) สมาชิกร่วมมือกัน มีความสามัคคีเป็นพลังมุ่ง ไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน

5.3 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)

5.4 หลักการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูแบบชุมชนบำบัด

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

2. กฎระเบียบ ปรัชญาและอุดมการณ์เป็นเป้าหมายหลักที่เป็นศูนย์รวมความคิดของบ้าน แนวทางในการอยู่ร่วมกันและความเป็นหนึ่งเดียวกันของสมาชิก

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

4. การช่วยเหลือเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอิทธิพลกลุ่มเพื่อน (Peer pressure) ในการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในชุมชนบำบัด สมาชิกจะมีความผูกพันใกล้ชิดกัน มีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อมีสมาชิกกระทำผิดหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อนสมาชิกต้องมีการแนะนำตักเตือนกันทั้งเป็นการส่วนตัว การใช้เครื่องมือบ้านหรือกระบวนการ ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปแนวทางที่ดีสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆได้ อย่างปกติสุข

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

6. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เป็นสิ่งสำคัญที่สมาชิกได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองในหลากหลายมุมมองใหม่ที่แตกต่าง ทำให้สามารถเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาหรือสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวางขึ้น การดำเนินชีวิตในชุมชนบำบัดสมาชิกมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อการเรียนรู้และช่วยเหลือกันเพราะเมื่อปัญหาจะได้นำไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม

การอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากเหมือนเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันนั้น สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บ้านมีระเบียบวินัย จำเป็นต้องมีกฎเกณฑ์ อุดมการณ์ และปรัชญาเดียวกัน เพื่อให้การอยู่ร่วมกันนั้นดำเนินไปด้วยดีปราศจากปัญหาอุปสรรค และนำไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกัน ดังนี้

กฎ 4 ข้อ ของศูนย์ชุมชนบำบัด

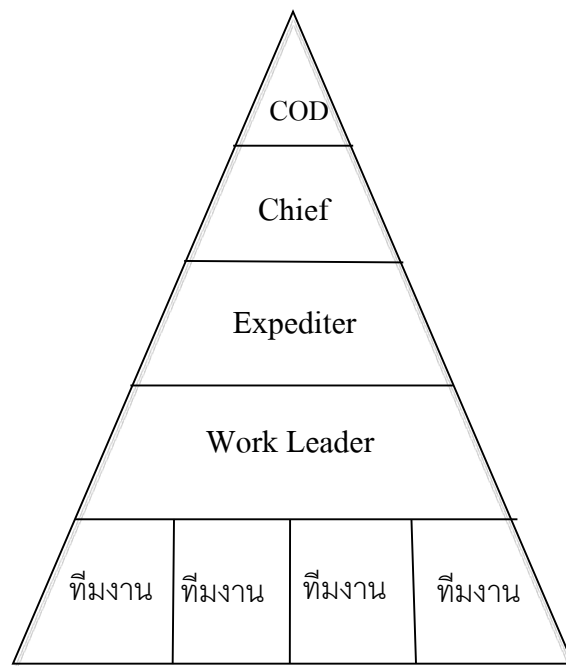
1. ไม่ใช้ยาเสพติด (No drug)
2. ไม่ก่อเรื่องทะเลาะวิวาท (No violence)
3. ไม่มีเพศสัมพันธ์ (No sex)
4. ไม่ลักขโมย (No stealing)

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)

5.5 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 ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ภายในศูนย์ชุมชนบำบัด
Co-Ordinator	คือ ผู้ควบคุมดูแลและประสานกิจกรรม ให้ถูกหลักการบำบัดรักษารับคำสั่งจากคณะกรรมการของศูนย์ชุมชนบำบัดนำไปปฏิบัติและเสนอกิจกรรมทั้งหมดพร้อมรายงานให้คณะกรรมการทราบทุกกระยะทุกวัน

5.6 กระบวนการบำบัดฟื้นฟู แบ่งระยะเวลาการฟื้นฟูเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. **ระยะจูงใจ (Motivation phase)** ใช้ระยะเวลา 1 เดือนแรกหรือนานกว่าในกรณีที่สมาชิกได้รับการประเมินพฤติกรรมไม่ผ่านระยะจูงใจประกอบกับรับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (long term) ระยะนี้เป็นระยะที่เตรียมความพร้อมของสมาชิกและจูงใจให้สมาชิกรับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดปัญหาอันอาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างอยู่ร่วมกิจกรรมหรือพักอาศัยร่วมกันตามระยะเวลาที่ชุมชนบำบัดกำหนดไว้

2. ระเบียบำบัดฟื้นฟู (Treatment phase) ใช้เวลา 2 เดือน อาจถึง 1 ปี ในกรณีที่สมาชิกได้รับการประเมินพฤติกรรมไม่ผ่านระยะนี้และได้รับการบำบัดฟื้นฟูระยะยาว (long term) การรักษาในระยะนี้เป็นขั้นตอนสำคัญมาก เพราะเป็นระยะที่สมาชิกจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความพร้อมที่จะออกไปประกอบอาชีพ หรือใช้ชีวิตเข้ากับสังคมภายนอกได้ การพัฒนาสมาชิกให้เปลี่ยนทัศนคติพฤติกรรม ไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

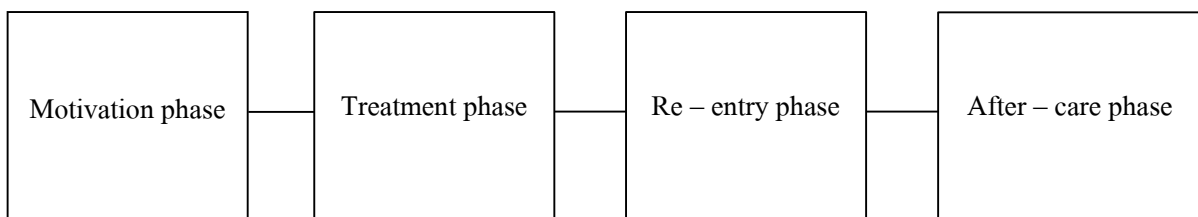
ในระยะนี้เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาสุขภาพร่างกายและจิตใจ มีดังนี้

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 : การลงโทษและการให้รางวัลเป็นเครื่องมือในการพัฒนาสมาชิก อีกวิธีหนึ่ง

3. ระยะเตรียมกลับสู่สังคม (Re – entry phase) ใช้ระยะเวลา 1 เดือน อาจถึง 6 เดือนในกรณีที่สมาชิกได้รับการประเมินพฤติกรรมไม่ผ่านระยะนี้และได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (long term) ระยะนี้จะมี การประเมินความพร้อมสมาชิกจาก ตัวสมาชิก นักบำบัด คณะกรรมการศูนย์ฯและครอบครัวในด้านอารมณ์ สังคม จิตใจ ความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนความซื่อสัตย์ รับผิดชอบต่อนเอง ผู้อื่น ศูนย์ฯและสิ่งแวดล้อม เพื่อเข้ารับการฝึก ภาคปฏิบัติกลับสู่สังคม 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 และความรู้สึกนึกคิดในด้านอื่นๆ และสามารถแก้ไขปัญหาอยู่ในสังคมได้ โดยไม่พึ่งยาเสพติด จึงจำหน่ายสมาชิก ให้กลับไปอยู่บ้าน กับครอบครัว มีงานทำ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

ผังการดำเนินการบำบัดฟื้นฟู



บทที่ 6

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชาในโรงพยาบาลชุมชนและระบบนิเวศน์ในชุมชน

(ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด)

6.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติด

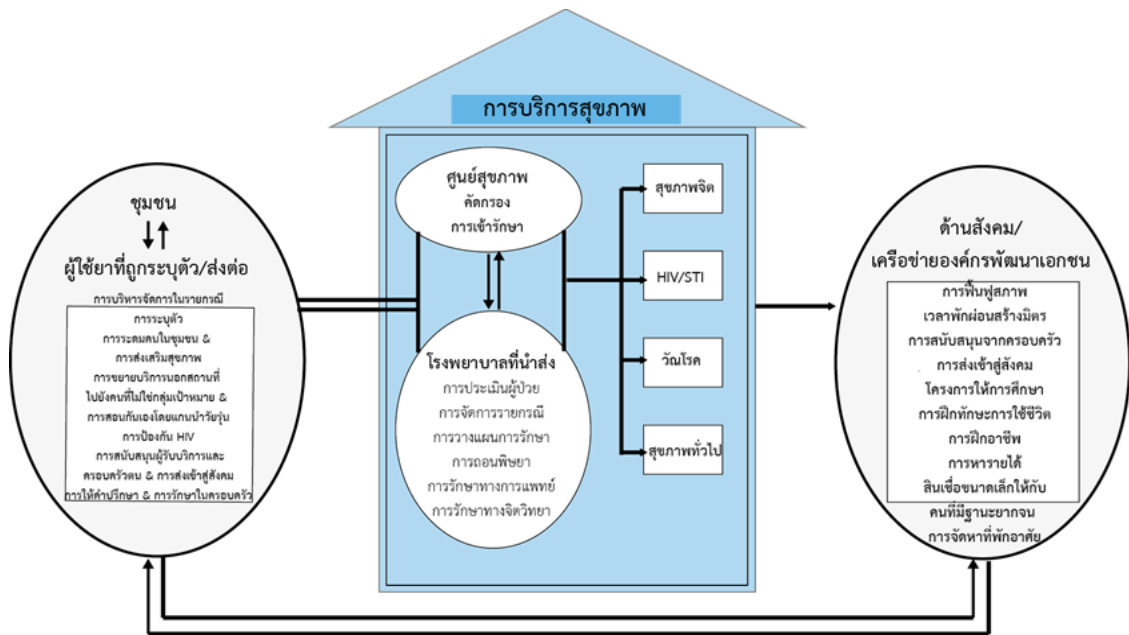
เนื่องจากธรรมชาติของการเสพยาเสพติดต่างๆ มีปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว เพื่อน สภาพแวดล้อม รวมถึงสภาพทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ เมื่อการเสพในช่วงแรก ช่วยให้ผู้เสพได้รับประโยชน์ที่พึงพอใจ/ประทับใจ จะชักนำให้มีการเสพยาซ้ำได้เมื่อมีโอกาส การเสพยาอย่างต่อเนื่องจะเกิดการพัฒนางจรการรับรู้ อารมณ์และการตอบสนองเชิงพฤติกรรมในสมอง จนเกิดภาวะติดสารเสพติด ถือเป็นโรคเชิงพฤติกรรมที่ต้องอาศัยการดูแลระยะยาว ทั้งด้านการแพทย์และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ไม่แตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แนวทางการดูแลที่ได้ผลเชิงประจักษ์ จึงต้องอาศัยแนวทางของการดูแลโรคเรื้อรัง ที่จำเป็นต้องจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เสพและระบบนิเวศน์ในพื้นที่องค์กรสหประชาชาติ ได้แนะนำให้ประเทศต่างๆพัฒนารูปแบบบริการด้านสารเสพติดในระดับปฐมภูมิที่เน้นการแก้ไขปัญหาทั้งทางด้านสาธารณสุขและสังคมไปพร้อมๆกัน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้อง (Community-based treatment and care for substance use disorders)

6.2 การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน

การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง รูปแบบการรักษาในเชิงบูรณาการโดยเฉพาะต่อผู้ติดยาเสพติดสารเสพติดในชุมชนเพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ การรักษาในระยะเริ่มต้น ถึงการรักษาแบบการถอนพิษยาและสร้างความเสถียรภาพ จนถึงการติดตามผลการรักษาและการคืนผู้ป่วยสู่สังคม รวมถึงการบำบัดด้วยยาอย่าง ต่อเนื่อง โดยเกี่ยวข้องถึงการประสานงานร่วมกับหลายหน่วยงานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ สังคมและการบริการอื่นๆ จากบุคคลที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เข้าใจถึงความ ต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนสนับสนุนครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยอย่างเข้มแข็งในการแก้ปัญหา ยาเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว มีลักษณะ ดังนี้

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

ทั้งนี้การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้เกิดกระบวนการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ด้วยการดำเนินการของชุมชนเองภายใต้แนวคิด การวางแผน การออกแบบ การกำหนดวิธีการดำเนินงานตามศักยภาพและบริบทของชุมชนนั้นๆ โดยการสนับสนุนด้านวิชาการในการดำเนินกิจกรรมจากหน่วยงานภาครัฐที่สำคัญคือ หน่วยงาน ของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ที่ใกล้ชิดชุมชน เช่น รพ.สต. รพช. และมีการบูรณาการให้เกิด การดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะ กรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ รวมถึงต้องมีความร่วมแรงร่วมใจให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ทางด้านสังคมจากพหุภาคีทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีเป้าหมายสำคัญร่วมกัน คือ ความร่วมมือ ในการแก้ไขปัญหาและสารเสพติดในชุมชน (รูปที่ 1)



6.3 ระบบนิเวศในชุมชน

ระบบนิเวศ คือ ระบบความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่มีชีวิตที่อยู่ร่วมกัน และความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่มีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม ระบบนิเวศในชุมชน คือ ระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้คนที่อยู่ร่วมกันในชุมชน และความสัมพันธ์ระหว่างผู้คนกับสิ่งแวดล้อมต่างๆของชุมชน ในกรณีของการบำบัดรักษายาเสพติดในชุมชน ระบบนิเวศ อาจประกอบไปด้วย ผู้มีปัญหาสารเสพติด ครอบครัว เพื่อน ผู้นำชุมชน กลุ่มพลังต่างๆ เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน ฯลฯ หน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งมีรูปแบบของความสัมพันธ์ ทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่มีพัฒนาการมาอย่างเป็นเอกลักษณ์เฉพาะพื้นที่ ผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้คนเหล่านั้นกับสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน

รัฐบาลไทย ได้วางแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ไว้บนโครงสร้างของระบบนิเวศในชุมชนตามพื้นที่ต่างๆ โดยการประกาศระเบียบของสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ในราชกิจจานุเบกษา ลงวันที่ 9 มีนาคม 2561 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้ง “คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาประกอบด้วย (1) ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ (2) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ (3) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ คณะกรรมการฯ ชุดนี้มีอำนาจและหน้าที่สำคัญ คือ การกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ โดยมุ่งหมายให้มีการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากรและภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น 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 “พขช.” โดยมีปลัดกรุงเทพมหานครและสมาชิกสภากรุงเทพมหานครในเขตนั้นเป็นที่ปรึกษา ให้ พขช. ประกอบด้วย ผู้อำนวยการเขตเป็นประธานกรรมการ ให้หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตเป็นกรรมการและเลขานุการ จากโครงสร้างและหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ข้างต้น พขอ./พขช. จึงเป็นกลไกที่เป็นความหวังของการพัฒนา การบูรณาการงานเพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญในระดับพื้นที่ชุมชน ดังเช่นปัญหาสารเสพติด ที่เป็นปัญหาที่สำคัญในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชุมชน สังคม ไปจนถึงระดับประเทศ

ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ได้มีการรับรองมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10 เรื่อง “ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด” โดยมีรายละเอียดของบทบาทหน้าที่ของ พขอ./พขช. และหน่วยงานต่างๆ ในการสนับสนุนให้ชุมชนเป็นผู้นำในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดให้ได้ผลอย่างต่อเนื่อง คณะรัฐมนตรี ได้ให้ความเห็นชอบในมติดังกล่าวเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 เป็นการยืนยันนโยบายที่เน้นการบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดในระดับพื้นที่ให้เกิดผลอย่างยั่งยืน

ปัจจุบัน ได้มีเริ่มมี พขอ. ในพื้นที่ต่าง ๆ สามารถร่วมกันดำเนินงานดูแลแก้ไขปัญหาสุราและยาเสพติดได้อย่างสอดคล้องกับระบบนิเวศในพื้นที่ตนเอง เกิดผลดีเชิงประจักษ์และต่อเนื่อง แม้อย่างไม่มากนัก เมื่อมีการออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งเปิดโอกาสให้สามารถนำกัญชาและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และสามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้ ระบบนิเวศในชุมชนต่างๆย่อมมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ตามสถานการณ์ในระดับประเทศและบริบทของแต่ละพื้นที่ อันอาจจะนำไปสู่การ

ขยายตัวของการใช้กัญชา(และกระท่อม)ในรูปแบบต่างๆ ทั้งเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และวิจัยที่กฎหมายได้เริ่มอนุญาตให้ทำได้และเพื่อประโยชน์ด้านอื่นๆในรูปแบบต่างๆตามระบบนิเวศในแต่ละพื้นที่ ทั่วประเทศ

6.4 แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (กัญชา) ในโรงพยาบาลชุมชนและระบบนิเวศในชุมชน

แนวทางต่อไปนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางให้แก่ผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพและทีมหมอครอบครัว รวมถึงครอบครัว เพื่อน และผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆตามระบบนิเวศในพื้นที่ ในการจัดบริการคัดกรองและดูแลบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุขภาพ ที่สามารถเข้าถึงผู้ที่ต้องการได้สะดวก และต่อเนื่องโดยใช้หลักการให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

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

อาจพิจารณาใช้โครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการตามแนวทางของ พชอ.ในพื้นที่ โดยคณะกรรมการ อาจพิจารณา

แนวทาง/กระบวนการข้างล่างนี้ในการวางแผนดำเนินงาน

1. จัดตั้งผู้นำและทีมคณะทำงานรับผิดชอบการพัฒนาบริการบำบัดดูแลผู้ใช้กัญชาในชุมชน
2. ทำความเข้าใจกับสภาพการใช้กัญชาและระบบนิเวศในพื้นที่
3. ทำความเข้าใจเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 และกฎหมาย/คำสั่งอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
4. แสวงหาความรู้ความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์กับยาเสพติด (กัญชา) ผลต่อร่างกาย จิตใจและสังคม ทั้งด้านบวกและลบ โดยอาจใช้วิทยากรจากโรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่
5. รวบรวมประสบการณ์ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในพื้นที่ในด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์และการใช้ในลักษณะอื่นๆ
6. ร่วมกันวางแผนทางการค้นหา และประเมินสถานการณ์การใช้กัญชาในพื้นที่ ทั้งการปลูก การใช้ สภาวะสุขภาพของผู้ใช้ รวมถึงสภาพทางสังคมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาใช้แบบคัดกรอง/ประเมินความเสี่ยงของการใช้กัญชาของทางกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับการประเมินสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องตามบริบทของพื้นที่
7. เปิดรับฟังปัญหาของผู้ใช้กัญชา และเปิดโอกาสให้ผู้ใช้กัญชามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

8. ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ลดการตีตราผู้ใช้กัญชา
9. นำผลการประเมินทั้งหมดเสนอต่อ พชอ./พชช./ประชาคม/ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และร่วมกันวางวัตถุประสงค์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์และการควบคุมการใช้กัญชาในทางที่ผิดของพื้นที่
10. วางแผนการพัฒนาการใช้ประโยชน์และควบคุมการใช้ในทางที่ผิด อาจพิจารณาให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ใช้กัญชาตามวัตถุประสงค์ที่ตกลงไว้
11. ร่วมกันติดตามดูแลผู้ใช้กัญชาทั้งที่เป็นการใช้ประโยชน์และการใช้โดยวัตถุประสงค์อื่น เพื่อให้เกิดประโยชน์และไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ใช้ ครอบครัวและชุมชนในพื้นที่ โดยใช้ทรัพยากรที่มีในพื้นที่และการประสานการทำงานกับหน่วยงาน/ภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลจิตเวช/เภสัชกร/แพทย์ จากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลธัญญารักษ์/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 ต่อผู้เสพยาเสพติด (กัญชา) ครอบครัวและชุมชน อย่างสม่ำเสมอ พร้อมร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

6.5 แนวทางการพัฒนาระบบการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาอย่างปลอดภัยในชุมชน

กรอบแนวคิดและทิศทาง



6.6 แนวทางการพัฒนาระบบการใช้กัญชาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในชุมชน

เพื่อให้เกิดการใช้กัญชาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในชุมชนอย่างเป็นระบบ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังประชาชนหรือผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาลและในระดับชุมชน โดยในระดับโรงพยาบาลการสั่งใช้และจ่ายยาเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และมีระบบรายงานการใช้ตามที่กำหนดไว้ แต่ในส่วนของการใช้กัญชาในระดับชุมชนเป็นประเด็นที่จะต้องมีการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันผลิตภัณฑ์กัญชาที่ได้จากท้องตลาดหรือโซเชียล เป็นผลิตภัณฑ์ไม่ถูกต้องตามกฎหมายหรือการผลิตที่ไม่ได้มาตรฐาน

แนวทางการพัฒนาระบบการใช้กัญชาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในชุมชน มีแนวทางการดำเนินการ 4 แนวทาง ดังนี้

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

6.6.1 แนวทางการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์กัญชาเชิงรับ (Passive surveillance) ในระดับโรงพยาบาล การเฝ้าระวัง Passive surveillance คือ การเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่ปลอดภัยในเชิงรับ โดยการนำฐานข้อมูลผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล ไปใช้ในการวางแผนการเฝ้าระวัง ในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาการกระจายผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่เหมาะสมในชุมชนต่อไป

กระบวนการในการสืบค้นหาปัญหาและเฝ้าระวังจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์และผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่เหมาะสม

การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จะพบปัญหาจากกรณีผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล หรือได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่เหมาะสมรวมถึงการได้รับกัญชาจากแหล่งกระจายยาที่ไม่เหมาะสม

รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. แพทย์/พยาบาล ประเมินภาวะโรคของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา
2. ส่งต่อผู้ป่วยเข้าพบเภสัชกร เพื่อจัดทำข้อมูลและประเมินอาการไม่พึงประสงค์ ตามระบบ ADR บันทึกในระบบของโรงพยาบาลและรายงาน HPVC
3. หากพบว่ามีสาเหตุจากการใช้กัญชาที่ไม่ปลอดภัยหรือการได้รับจากแหล่งกระจายที่ไม่เหมาะสม สอบถามถึงแหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวส่งต่อข้อมูลให้เภสัชกรปฐมภูมิ เพื่อจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน

4. เกสซ์กรรวบรวมข้อมูล เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงในพื้นที่ในด้านผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่ปลอดภัยและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ บูรณาการการจัดการความเสี่ยงในบริบทการทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือคณะกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง

2) การเฝ้าระวังปัญหาด้านผลิตภัณฑ์กัญชาเชิงรุก (Active surveillance) ในชุมชน

6.6.2 การเฝ้าระวังปัญหาด้านผลิตภัณฑ์กัญชาเชิงรุก (Active surveillance) ในชุมชน คือการเฝ้าระวังความเสี่ยงของประชาชน/ผู้ป่วยจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาอย่างไม่เหมาะสมในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

สามารถพิจารณาความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์ ได้แก่

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

การดำเนินการเฝ้าระวังปัญหาด้านผลิตภัณฑ์กัญชาเชิงรุก สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ

1. การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับเกสซ์กร เพื่อค้นหาปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์กัญชาเชิงรุก เพื่อทราบปัญหา ค้นหาสาเหตุ และการส่งผลกระทบต่อภาวะโรคของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาด้านความรู้และพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง 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 เจ้าหน้าที่ทำการตรวจประเมินเพิ่มเติมและส่งตัวคนไข้พร้อมแบบส่งต่อผู้ป่วย ให้คนไข้ไปโรงพยาบาลแม่ข่าย

2.1.4 เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายให้ผู้ป่วยยื่นใบส่งตัว เพื่อเข้าระบบการรักษาตามปกติ แพทย์ตรวจร่างกายและส่งตรวจทางห้องชันสูตรประกอบการวินิจฉัยต่อไป

2.1.5 ส่งข้อมูลผู้ป่วยพบเกสซ์กร เพื่อช้กประวัติและบันทึกในระบบรายงาน ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลผลิตภัณฑ์ไปตรวจสอบเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา/ยา และผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสม ต่อไป

6.6.3 องค์ความรู้และการสร้างความตระหนักรู้ด้านผลิตภัณฑ์กัญชา

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจข้อมูล ความรู้ที่สำคัญและจำเป็นได้ด้วยตนเอง สามารถประเมิน กลั่นกรอง ตอบโต้ ชักถาม และตัดสินใจจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยแบ่งทักษะเป็น 3 ทักษะ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ทักษะขั้นต้นหรือการใช้งานทั่วไป

ประชาชนมีความรู้ข้อมูลทั่วไปของกัญชา ประโยชน์และโทษของกัญชา ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง เป็นต้น

ขั้นที่ 2 ทักษะการสื่อสารและทักษะปฏิสัมพันธ์

ประชาชนสามารถกลั่นกรองและทำความเข้าใจข้อมูลผลิตภัณฑ์กัญชา จากหลายแหล่งทั้งจากที่ได้รับโดยตรงจากบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือข้อมูลอื่น ๆ ที่ได้รับ เช่น การบอกต่อ การค้นจากอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ทักษะในระดับที่สูงขึ้น

ประชาชนสามารถวิเคราะห์ มีการนำข้อมูลมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม การสร้างทักษะความรู้ด้านผลิตภัณฑ์กัญชา ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนหลายอย่าง จากครอบครัว ชุมชน คนในชุมชน สามารถช่วยหนุนเสริมกันและกัน

6.6.4) แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (Community Participation)

แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชนหรือภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเกิดประโยชน์ต่อชุมชน สามารถดำเนินการได้ ดังนี้

4.1 เตรียมข้อมูล ประเด็นปัญหา/สถานการณ์

- ศึกษาข้อมูล ทำความเข้าใจปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผลกระทบเชื่อมโยงทั้งในระดับประเทศ จังหวัดและชุมชน

- ศึกษาบริบทชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนในชุมชน (พฤติกรรม , สภาพแวดล้อม , กลไกหรือระบบที่เกี่ยวข้อง)

- ศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหา เพื่อออกแบบระบบการดำเนินงานร่วมกับชุมชน

4.2 การสร้างความรู้ ความเข้าใจ ประเด็นปัญหาแก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและใน

ชุมชน

- ให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประเด็นปัญหาร่วมกับผู้เกี่ยวข้องผ่านการประชุมผู้บริหารและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

- ให้ความรู้แก่แกนนำชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครประจำตำบล ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา สื่อสาร ประเด็นปัญหา เพื่อร่วมวางแผนทางแก้ไขปัญหาในชุมชน

- ร่วมกำหนดเป้าหมาย Road Map การดำเนินงานกับแกนนำชุมชน เพื่อให้เห็นทิศทางการทำงานร่วมกัน

- เสริมพลังให้แกนนำชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถสื่อสารต่อกับคนในชุมชนได้

- สร้างเครือข่ายเข้ามาร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้น เพื่อเสริมพลังให้เกิดการมีส่วนร่วม สามารถผลักดันให้เกิดกิจกรรมต่อเนื่องในชุมชนได้

4.3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเด็นปัญหาร่วมกับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

- ประชุมคืนข้อมูล กิจกรรม ผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคเสนอเครือข่าย เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างเครือข่าย เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็นนำมาสู่แนวทางแก้ไขใหม่ๆ ได้

- เสริมพลังให้เครือข่ายสามารถวางแผนแก้ไขปัญหา เฝ้าระวังรวมถึงกำหนดกติกาชุมชนได้

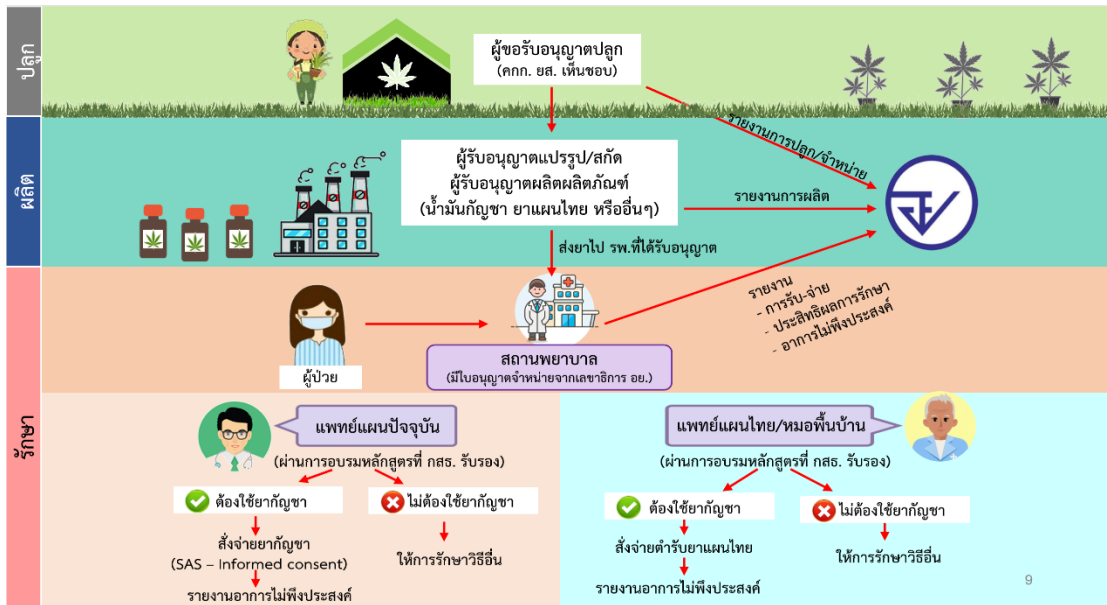
เอกสารอ้างอิง

- i. 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). แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง.
4. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (2562). แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟู โดย การมีส่วนร่วม ของชุมชน และ แนวปฏิบัติที่ดี [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 ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

บทที่ 7

สรุประบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดประเภทกัญชาในประเทศไทย

7.1 การวางแผนระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กัญชา



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

7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณความต้องการการใช้กัญชาทางการแพทย์

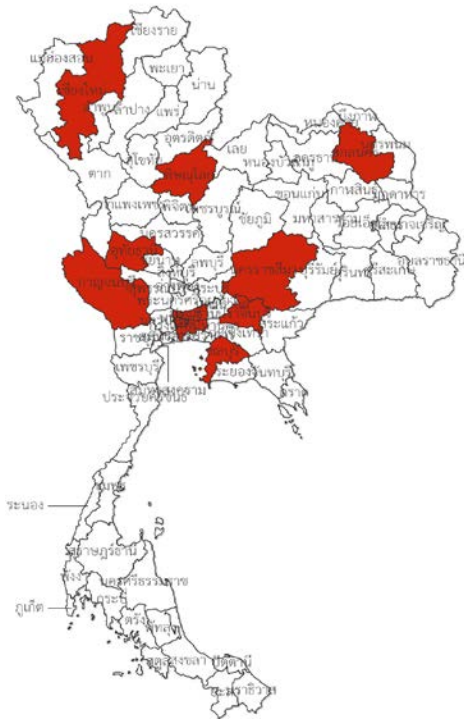
ข้อมูลอาการ / โรคและจังหวัด จากการรับแจ้งการครอบครองของผู้ป่วย (ต่อ)			
อาการ / โรค จากการรับแจ้ง	จำนวนผู้มาแจ้ง (ราย)	จำนวนจังหวัด	จังหวัดที่มีผู้มาแจ้งมากที่สุด (3 ลำดับแรก)
<p>ข้อป่งใช้ที่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งน่าจะได้ประโยชน์จากการใช้ (อาจได้ประโยชน์)</p> <p>- ข้อป่งใช้อื่นๆ ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนยืนยันประสิทธิผลของการใช้ ให้พิจารณาสั่งจ่ายเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้การรักษาตามวิธีมาตรฐานแล้วไม่ได้ผล</p>	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) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้มาแจ้งในโรคที่อาจใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับข้อบ่งชี้ที่น่าจะได้ประโยชน์ หรือ ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพบโรคที่ประสงค์จะขอใช้ ลำดับ คือ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ โรคหัวใจ และ เบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยส่วนใหญ่กระจายตัวอยู่ใน จังหวัด กรุงเทพ เชียงใหม่ เชียงราย ชลบุรี สุราษฎร์ธานี

7.3 การวิเคราะห์ข้อมูลทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ และแพทย์แผนไทย/พื้นบ้านทั่วประเทศ ที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์



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

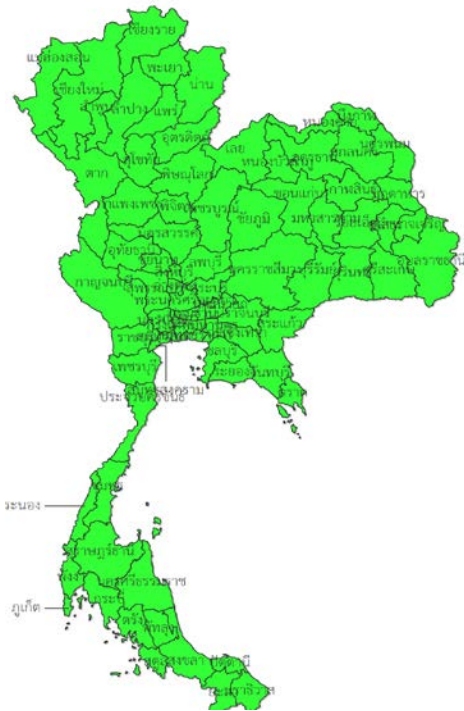


สถานที่ที่ขึ้นทะเบียนและได้รับอนุญาต ผลิต หรือ จำหน่าย
ทั้งหมด 21 แห่ง ทั่วประเทศ

แผนภูมิแสดงการกระจายตัวของแหล่งสถานที่ที่ขึ้นทะเบียนและ
ได้รับอนุญาต ผลิต หรือ จำหน่ายทั้งหมด

-ข้อมูล ณ วันที่ 14 กค 2562

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



จำนวนบุคลากร ที่ผ่านการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์

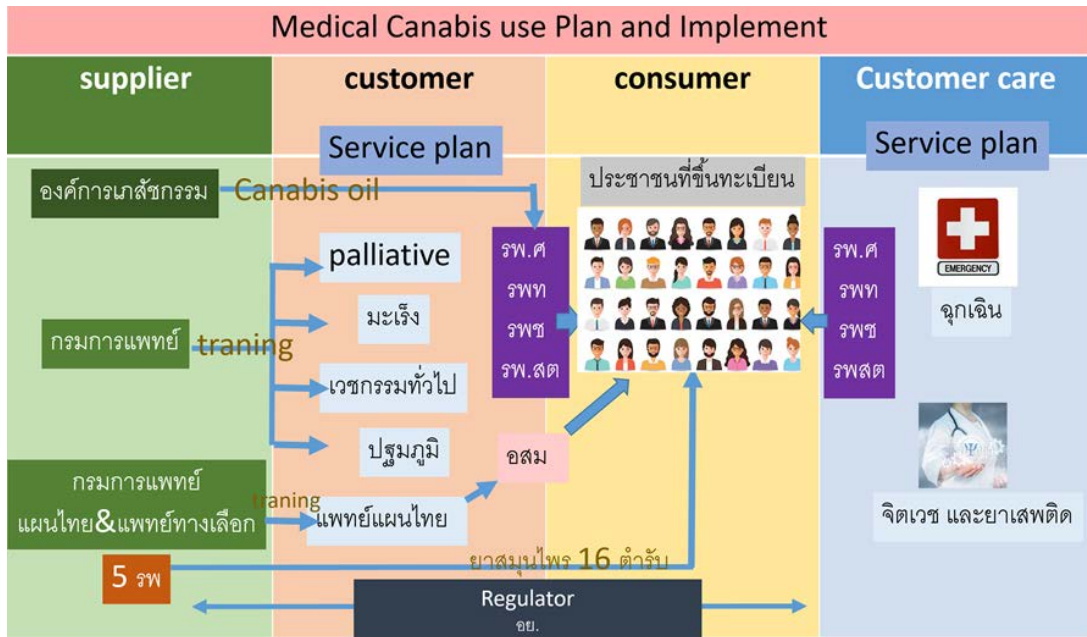
จากแผนภูมิแสดงการกระจายตัวของบุคลากรที่สามารถส่งใช้กัญชา
ทางการแพทย์ พบว่ามีครบทั้ง 76 จังหวัด รวมทั้งกรุงเทพมหานคร
ข้อมูล ณ วันที่ 14 กค 2562

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

จำนวนแพทย์ทั้งหมด 3992 คน

- มีผู้ผ่านการอบรมจากแพทย์แผนไทยทั่วประเทศ
- มีผู้ผ่านการอบรมจากกรมแพทย์ทั่วประเทศ
- มีผู้ผ่านการอบรมจากสถานพยาบาลทั่วประเทศ
- ไม่มีผู้ผ่านการอบรมจากสถานพยาบาลทั่วประเทศ

7.4 แนวทางการบำบัด ดูแล ส่งต่อ และเชื่อมโยงในระบบservice planฉุกเฉิน สุขภาพจิต และ ยาเสพติด



การวางแผนระบบการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยใช้โมเดลห่วงโซ่อุปทาน (supply chain)

ระบบอุปทาน (supply) จัดหาผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์

ในหมวดหมู่ยากัญชาทางการแพทย์ การผลิตอยู่ในความรับผิดชอบขององค์การเภสัช โรงพยาบาล สมเด็จพระยาอภัยภูเบศร รวมทั้งมหาวิทยาลัยและรัฐวิสาหกิจที่ลงทะเบียนที่เข้าร่วมในการปลูก

ในหมวดหมู่ น้ำมันกัญชา มีกรมการแพทย์แผนไทยฯ เป็นหน่วยงานหลักในการผลิต

ในหมวดหมู่กัญชาตามตำรับแพทย์แผนไทย มีการผลิตหลักอยู่ในความรับผิดชอบของกรมการแพทย์ แผนไทยฯ โรงพยาบาลสมเด็จพระยาอภัยภูเบศร รพ.อุทอง รพ.เด่นชัย รพ.ป่าซาง รพ.ท่าฉาง รพ.พระอาจารย์ฝั้น

ด้านบุคลากรมีหลักสูตรที่พัฒนาโดย กรมการแพทย์ และ กรมการแพทย์แผนไทยฯเป็นผู้ควบคุมและผลิตบุคลากรใช้กัญชาทางการแพทย์

ระบบบริการ

ขับเคลื่อนผ่านกลไก service plan สาขากัญชาทางการแพทย์แผนบูรณาการร่วมกับ สาขา palliative care มะเร็ง เวชกรรมทั่วไป ปฐมนุฎมิ แพทย์แผนไทยโดยจัดให้มีบริการกัญชาทางการแพทย์(แผนปัจจุบัน) ใน โรงพยาบาลศูนย์ ตามเขตสุขภาพ 13 แห่งทั่วประเทศ และจัดให้มีโรงพยาบาลที่จัดบริการทางการแพทย์แผนไทย นำร่อง 7 แห่งคือ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลหนองฉาง โรงพยาบาลดอนตูม โรงพยาบาลเด่นชัย โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น โรงพยาบาลคูเมือง โรงพยาบาลท่าฉาง

ผู้เข้ายากัญชาทางการแพทย์ (consumer)

โดยแบ่งผู้เข้ายากัญชาทางการแพทย์ เป็น 4 กลุ่ม คือ

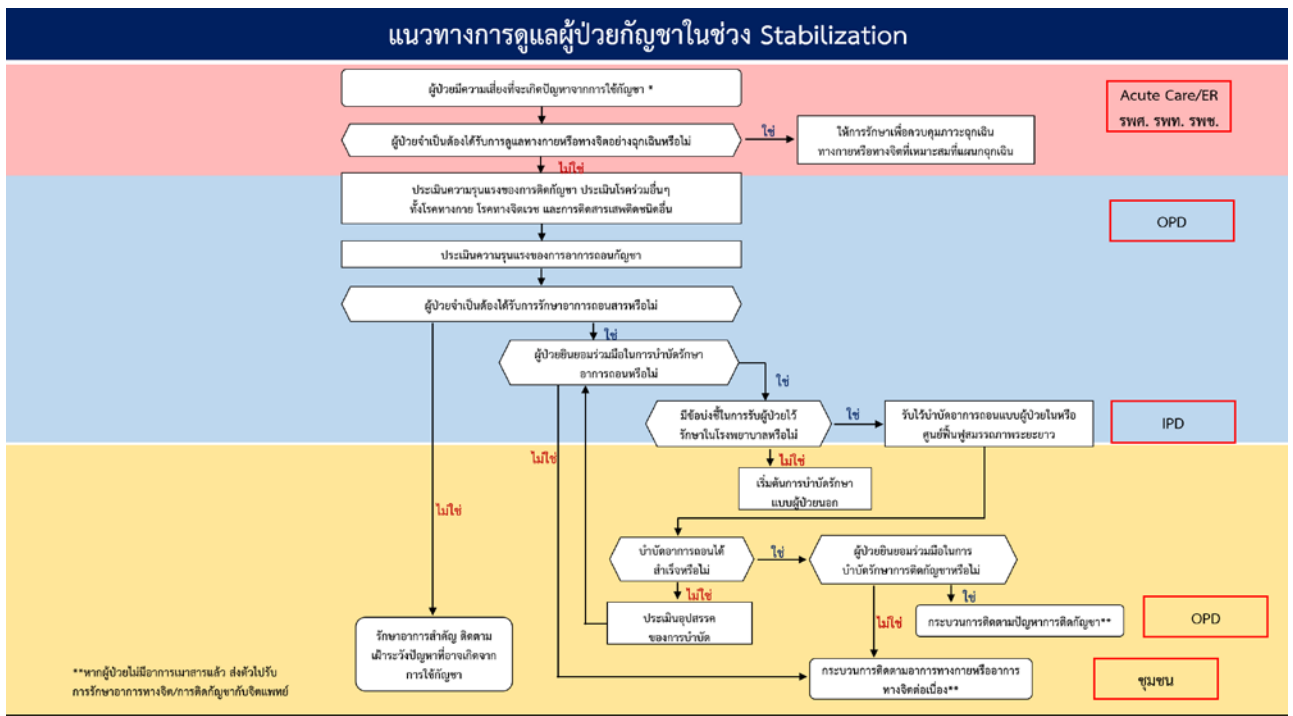
1. กลุ่มที่ได้ประโยชน์(มีหลักฐานเชิงประจักษ์)
2. กลุ่มที่น่าจะได้ประโยชน์(มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยังไม่เพียงพอ)
3. กลุ่มที่อาจได้ประโยชน์(ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์)
4. กลุ่มที่ใช้ตามตำรับแพทย์แผนไทย 16 ตำรับ

ระบบเฝ้าระวังการใช้ยาทางจิตเวช (customer care)

การเฝ้าระวังการใช้ยาทางจิตเวชที่อาจเกิดปัญหาฉุกเฉินทั้งภาวะเกินขนาด (intoxication) หรือ มีภาวะถอนพิษ (withdrawal) ผ่านการดูแลในกลไกการขับเคลื่อนของ service plan สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือ การใช้ยาทางจิตเวช ผิดวัตถุประสงค์ (abuse) ภาวะติด (dependence) หรืออาการทางจิตเฉียบพลันจากยา (induce psychosis)

ระบบเฝ้าระวัง (Regulator)

โดยมีสำนักงานเลขาธิการอาหารและยา เป็นผู้เฝ้าระวัง โดยอาศัยฐานข้อมูล HPVC





การให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดเชื้อเฉียบพลัน
แบบ Acute Care
ในสถานพยาบาล จำนวน 76 จังหวัด
ทั่วประเทศ



สถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยเฉียบพลัน แบบผู้ป่วยใน

★ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		★ กรมการแพทย์		★ กรมสุขภาพจิต	
เขต	จังหวัด	เขต	รพ.	เขต	รพ.
1	ฉะเชิงเทรา	1	ร.เชียงใหม่ ร.แม่ฮ่องสอน	1	รพ.สวนปรุง
2	สุพรรณบุรี	2	-	2	รพจ.พิษณุโลก
3	-	3	-	3	รพจ.นครสวรรค์
4	-	4	-	4	รพ.ศรีวิบูลย์
5	ราชบุรี	5	-	5	ร.วัดยานนาวา
6	จันทบุรี	6	-	6	รพจ.สระแก้ว
7	ร้อยเอ็ด	7	ร.ขอนแก่น	7	รพจ.ขอนแก่น
8	อุดรธานี	8	ร.อุดรธานี	8	รพจ.เสนา + รพจ.นครพนม
9	สุรินทร์	9	-	9	รพจ.นครราชสีมา
10	นุกุลราช	10	-	10	รพ.พระสิริมหาโพธิ์
11	ภูเก็ต	11	ร.สงขลา	11	รพ.สวนหลวงพระยา
12	ยะลา	12	ร.ปัตตานี	12	รพจ.สงขลา
		ส่วนกลาง	สพช.	13	ส.สนมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ

การดำเนินงาน	ระบบข้อมูล	แหล่งงบประมาณ
การใช้กัญชา แพทย์แผนปัจจุบัน	HPVC	UC
การใช้กัญชาทางแพทย์แผน ไทย/พื้นบ้าน	HPVC	UC
Acute Care	HPVC	สปสช.
บำบัดยาเสพติด	บสต.	แผนงานบูรณาการฯ

การวางแผนการใช้กัญชาทางการแพทย์ อาศัยการลงข้อมูล HPVC สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมถึงอาการข้างเคียง และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชา และ ข้อมูล บสต. (ศอ.ปส.สธ) ในกรณีเป็นผู้ใช้ผิด วัตถุประสงค์

แหล่งงบประมาณ ในการสนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์(อยู่ในขั้นตอนกระบวนการพิจารณา)