

กัญชาทางการแพทย์ที่เป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

แพทยสภา

แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

คณะอนุกรรมการพิจารณามาตรฐานการใช้กัญชาทางการแพทย์ แพทยสภา

วันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

สารบัญ

หน้า

1. กัญชาทางการแพทย์ควรรองหลักฐานเชิงประจักษ์	1
2. ผลิตรัณฑ์กัญชาต้องมีคุณภาพและอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติยา.....	4
3. กลุ่มผู้ให้การรักษา เช่น แพทย์ เภสัชกร ควรได้รับการอบรมก่อนใช้ผลิตรัณฑ์กัญชา รักษาผู้ป่วย.....	6
4. ผู้ป่วยต้องได้รับการคัดกรองและประเมินก่อน ระหว่าง และหลังการรักษา.....	6
5. รัฐควรกำหนดกัญชาเป็นสารเสพติดให้โทษโดยมีหน่วยงานรัฐเป็นผู้กำกับดูแลผลิตรัณฑ์กัญชา.....	6
ตารางสรุป: ทุกภาคส่วนที่จะได้รับประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์เมื่อใช้หลักการทั้ง 5 ข้อ.....	9
เอกสารอ้างอิง	10
ภาคผนวก 1 คำแนะนำและข้อบ่งใช้ของผลิตรัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศ.....	12
ภาคผนวก 2 กระบวนการพัฒนาแนวเวชปฏิบัติและระดับความถูกต้องน่าเชื่อถือของหลักฐานทางวิชาการ.....	13
ภาคผนวก 3 ตัวอย่างของสื่อสังคมที่อ้างประโยชน์ของกัญชาและผลิตรัณฑ์กัญชาทางการแพทย์.....	15
ภาคผนวก 4 ผลการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาวิเคราะห์การกล่าวอ้างประโยชน์ของน้ำมันกัญชา (บางโรค).....	18
ภาคผนวก 5 ตัวอย่างยาและการรักษาในอดีตที่มีใช้อย่างแพร่หลายและต่อมาพบว่าเป็นอันตรายร้ายแรง: 10 เวชปฏิบัติแปลกประหลาดในประวัติศาสตร์.....	25
ภาคผนวก 6 ตัวอย่างมาตรฐานและการตรวจวิเคราะห์ที่สำคัญสำหรับกัญชาทางการแพทย์.....	26
ภาคผนวก 7 การประเมินและตรวจสอบผู้ป่วย ข้อควรระวังในการใช้กัญชาทางการแพทย์ และข้อห้ามใช้	29
ภาคผนวก 8 ผลเสียจากการเสพติดกัญชาและตัวอย่างยาเสพติดให้โทษของอนุสัญญา ค.ศ. 1961.....	32
ภาคผนวก 9 ถอดบทเรียนจากการ“ปลดล็อกกัญชา”ในประเทศแคนาดา: เเคราะห์กรรมตกที่เด็กด้วย.....	33

ตามที่แพทยสภา, แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ, ราชวิทยาลัยฯ ต่างๆ ได้เสนอความคิดเห็นร่วมกันเกี่ยวกับนโยบาย กัญชาของประเทศไทยเมื่อวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2565 แล้วนั้น เพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้ เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ในข้อเสนอดังกล่าว และสามารถพิจารณาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาและกัญชาทางการแพทย์ในสื่อสังคมที่มีอยู่ใน ปัจจุบันได้อย่างมีวิจารณญาณว่า ข้อมูลที่อ่านพบมีความเหมาะสม ถูกต้อง และน่าเชื่อถือเพียงใด จึงเห็นสมควรเสนอ เอกสารชุดนี้เพิ่มเติมเพื่อให้ประชาชนเข้าใจถึงหลักการ, ข้อมูล และหลักฐานต่าง ๆ ที่นำมาใช้เกี่ยวกับข้อเสนอและความคิดเห็นขององค์กรต่าง ๆ เกี่ยวกับกัญชาในเอกสารชุดที่ได้เผยแพร่มาก่อนแล้ว รวมทั้งเสนอให้ใช้หลักการ 5 ข้อดังกล่าว ต่อไปนี้ เพื่อทำให้กัญชาทางการแพทย์เป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย ดังนี้

1. กัญชาทางการแพทย์ควรอิงหลักฐานเชิงประจักษ์

1.1 การแพทย์อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based medicine)

การแพทย์อิงหลักฐานเชิงประจักษ์คือ การใช้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานที่ดีที่สุดในปัจจุบันอย่างมีเหตุผล, ชัดเจน และรอบคอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย แพทย์แผนปัจจุบันทั่วโลกใช้วิธีการนี้เป็นหลักสำคัญในการ พิจารณาประโยชน์และโทษของยาและการบำบัดต่างๆ ในการรักษาหรือการป้องกันโรค หลักฐานที่ใช้ต้องมาจาก ผลงานวิจัยที่ทำอย่างเป็นขั้นตอนตามระบบ เริ่มจากการศึกษาในหลอดทดลองและสัตว์ แล้วตามด้วยการศึกษาในคน, ต้อง ดำเนินการด้วยระเบียบวิธีที่ถูกต้องตามหลักวิชาและเคร่งครัดในหลักจริยธรรมวิจัย, มีจำนวนอาสาสมัครที่มากพอใน งานวิจัยที่จะให้คำตอบที่มั่นใจในประสิทธิผลและความปลอดภัยของยา, มีการติดตามประโยชน์และผลไม่พึงประสงค์ที่ ยาวนานเหมาะสมกับลักษณะโรค เช่น โรคเรื้อรังบางชนิดอาจต้องมีการติดตามอาสาสมัครนานหลายเดือนหรือเป็นปี, เปิดเผยแพร่ระเบียบวิธีวิจัยที่มีรายละเอียดมากพอที่ทำความเข้าใจได้, สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้ และมีความโปร่งใส ในการเปิดเผยผลงานวิจัยต่อสาธารณะ (เช่น การตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ที่มีตรวจทานผลงานก่อนตีพิมพ์) ด้วย ความรับผิดชอบในวิชาชีพ ความถูกต้องของวิชาการ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และสังคม แพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถ รักษาผู้ป่วยโดยอาศัยคำกล่าวอ้างลอยๆ (เช่น “คนนั้นกินยานานนี้แล้วสุขภาพดีขึ้น หรือผู้ป่วยคนนั้นใช้ยานานนี้แล้ว หาย”) หรือจากข้อมูลที่อ้างว่า ได้ผลดีมาแต่โบราณแต่ไม่พบว่า ได้ผ่านการศึกษาวินิจฉัยอย่างเป็นขั้นตอนตามระบบมาแล้ว

การศึกษาย่างเป็นขั้นตอนตามระบบ จะทำได้ดีที่สุดเมื่อทราบชนิดและปริมาณที่ใช้ของสารที่ออกฤทธิ์ เป็นสารออก ฤทธิ์ที่บริสุทธิ์ปราศจากสิ่งปนเปื้อน ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ (ผลิตภัณฑ์กัญชา) หรือ medicinal cannabis products ก็เช่นกัน จะถูกศึกษาอย่างเป็นขั้นตอนตามระบบได้ ต้องเป็นผลิตภัณฑ์กัญชาฯ ที่สามารถระบุชนิดของสารออก ฤทธิ์และปริมาณของสารชนิดนั้นได้ชัดเจน ผลิตภัณฑ์กัญชาฯ ที่ไม่สามารถระบุชนิดและปริมาณของสารออกฤทธิ์ โดยเฉพาะ การใช้ทั้งพืชกัญชาไม่แปรรูป จะให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันไปในแต่ละครั้งที่ใช้ เป็นผลิตภัณฑ์กัญชาฯ ที่ไม่สามารถนำมา ศึกษาวิจัยได้ผลซ้ำหรือเหมือนเดิมได้ และจะไม่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้กับผู้ป่วยได้ เพราะการใช้พืชกัญชาแต่ละครั้ง จะมีชนิดและขนาดสารออกฤทธิ์ (รวมทั้งสารปนเปื้อนและโลหะหนัก) ซึ่งมีหลายชนิด แตกต่างกันในการศึกษาแต่ละครั้ง ด้วยเหตุผลนี้ องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาจึงแจ้งว่า “จนถึงปัจจุบัน หน่วยงานยังไม่อนุมัติคำขอทาง การตลาดสำหรับ (พืช) กัญชาเพื่อรักษาโรคหรืออาการใดๆ ...” ยิ่งเป็นการสูบพืชกัญชาจะไม่ใช่เป็นการรักษาทางการแพทย์ อย่างแน่นอน แต่เป็นการเสพยาเสพติดให้โทษเพื่อนันทนาการเท่านั้น

ในบรรดาหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์กัญชาฯ เป็นหนึ่งในหัวข้อที่แพทย์ให้ความสำคัญ เป็นอันดับแรกด้วย โทษที่เกิดจากการรักษาที่พบในการศึกษาแบบสังเกตการณ์ (observational study) อาจมีผลต่อเวช ปฏิบัติ แพทย์จะนำมาพิจารณาควบคู่กับประโยชน์จากการรักษาเสมอ หากไม่มีข้อมูลด้านประโยชน์ที่ชัดเจนจากการ

รักษา เช่น ผลดีจากการวิจัยในมนุษย์แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม แพทย์จะไม่นำวิธีการรักษานั้นมาใช้กับผู้ป่วย ด้วยเหตุดังกล่าว แพทย์จึงต้องเข้าใจเรื่องความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์รักษาฯ อย่างดีก่อนที่จะใช้กับผู้ป่วย คำปฏิญาณของแพทย์ที่ว่า “First, do no harm” และข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 ข้อ 22 “ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย” เป็นแนวคิดหลักของจริยธรรมแพทย์ การใช้รักษาโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหนึ่งในกรกระทำที่ขัดต่อจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์

การใช้รักษาทางการแพทย์จึงต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบอกประโยชน์ที่ชัดเจน และเป็นกลไกหนึ่งที่จะทำให้สังคมใช้ตรวจสอบค่ากล่าวอ้างใดๆ ว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุนประโยชน์ดังที่เป็นข่าวแพร่หลายอยู่ในสื่อสังคมต่าง ๆ ขณะนี้ เช่น

ก. “คนใช้กัญชาแล้วพักผ่อน ไม่เป็นอันตรายต่อใคร” แต่ผลการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า THC ทำให้กลไกที่ควบคุมพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsive behavior) ลดลง¹, ผลในระยะเฉียบพลันของกัญชาทำให้การรู้คิดลดลง โดยเฉพาะการยับยั้งชั่งใจ², ผู้ที่ใช้กัญชามีพฤติกรรมรุนแรงมากกว่าผู้ไม่ใช้กัญชา³ (อ่านในภาคผนวก 9 ข่าวออนไลน์จากคม ชัด ลึก และ เนชั่น)

ข. “กัญชาสามารถรักษาโรคเบาหวานได้” แม้ว่าการศึกษาในรายงานบางฉบับจะพบว่า ผู้ใช้กัญชาป่วยเป็นเบาหวานน้อยกว่าผู้ไม่ใช้กัญชา แต่การศึกษาอื่น ๆ ทำนองเดียวกันก็ไม่พบผลดังกล่าวเมื่อนำปัจจัยด้านอายุเข้ามาพิจารณา⁴ (เนื่องจากคนใช้กัญชามักมีอายุน้อยกว่า ตามธรรมชาติจึงป่วยเป็นเบาหวานน้อยกว่า การป่วยเป็นเบาหวานน้อยเป็นผลจากอายุน้อย ไม่ได้เป็นผลจากการใช้กัญชา) หรือ “กัญชาสามารถรักษาการติดยาบ้า (แอมเฟตามีน) ได้” ก็เป็นค่ากล่าวอ้างที่อิงเพียงหลักฐานเชิงประจักษ์ขั้นต่ำคือ เป็นข้อมูลจากการศึกษาวิจัยแบบสังเกตการณ์ (observational study) ซึ่งมีตัวแปรจำนวนมากทั้งที่รู้และไม่รู้ที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ดังกล่าว การจะพิสูจน์ว่ากัญชาสามารถรักษาโรคเบาหวานหรือโรคเสพติดแอมเฟตามีนได้ในด้านการแพทย์ ต้องอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ต้องเป็นผลจากการศึกษาวิจัยในมนุษย์แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่เคร่งครัดและยาวนานพอที่จะประเมินทั้งประโยชน์และโทษได้อย่างชัดเจน ซึ่งจัดว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกต้องน่าเชื่อถือมากเท่านั้น เมื่อยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน จึงยังไม่มีองค์กรแพทย์หรือองค์การอาหารและยาของประเทศใดแนะนำให้ใช้หรืออนุญาตให้ขึ้นทะเบียนสารสกัดจากกัญชา เพื่อใช้รักษาโรคเบาหวานหรือโรคเสพติดแอมเฟตามีน

1.2 การดำเนินการและการบำบัดรักษาโรค/ภาวะใดต้องอิงหลักฐานเชิงประจักษ์แบบปัจจุบัน

องค์กรแพทย์ที่สำคัญในประเทศสหราชอาณาจักรและแคนาดาได้ให้คำแนะนำว่า สามารถใช้ผลิตภัณฑ์รักษาฯ รักษาเพียง 2-4 โรคเท่านั้น (ดูภาคผนวก 1) เมื่อรวมคำแนะนำดังกล่าวเข้าด้วยกัน ผลิตภัณฑ์รักษาฯ อาจนำมาใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคหรืออาการที่ต่อการรักษาเหล่านี้

1. อาการปวดเส้นประสาทที่ต่อการรักษา (refractory neuropathic pain)
2. อาการปวดที่ต่อการรักษาขณะที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (refractory pain in palliative care)
3. อาการคลื่นไส้และอาเจียนที่เกิดจากเคมีบำบัด (chemotherapy-induced nausea and vomiting)
4. อาการเกร็งในโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งและอาการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (spasticity in multiple sclerosis and spinal cord injury)
5. โรคลมชักระดับรุนแรงที่ต่อการรักษา (severe treatment-resistant epilepsy)

ข้อสังเกตที่สำคัญ

1. แม้แต่ประเทศแคนาดาที่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาฯ มากที่สุด ก็แนะนำเพียง 4 โรคหรืออาการที่ต่อการรักษาเท่านั้น
2. โรคหรืออาการบางชนิดไม่ต้องใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาฯ ที่ผสมสาร THC ซึ่งมีฤทธิ์เสพติดและส่งผลเสียร้ายแรงต่อสุขภาพ เช่น โรคลมชักที่ต่อการรักษาด้วยยาอื่นแล้ว อาจทดลองรักษาด้วยสาร CBD บริสุทธิ์เท่านั้น แต่ไม่ใช่สาร CBD เป็นยาตั้งต้นในการรักษาโรคนี้
3. แม้ว่าองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาจะรับรองให้ใช้ dronabinol (สารสังเคราะห์คล้าย THC) ในการรักษาภาวะเบื่ออาหารที่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงในผู้ป่วยโรคเอดส์ แต่แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ของหลายประเทศในปัจจุบัน เช่น สหราชอาณาจักร, แคนาดา รวมทั้งประเทศไทยไม่ได้แนะนำให้ใช้ dronabinol สำหรับผู้ป่วยประเภทนี้ (การรักษาโรคนี้ที่ถูกต้องคือการให้ยาต้านไวรัส HIV ส่วนคำแนะนำดังกล่าวเป็นอดีตเกิดขึ้นในสมัยที่ยังไม่มียาต้านไวรัส HIV ปัจจุบัน แพทย์ที่สั่งใช้ยารักษาและไม่ให้ยาต้านไวรัสถือว่า เป็นการรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ผิดจริยธรรม)
4. ไม่มีองค์กรทางการแพทย์ของประเทศใดให้คำแนะนำหรือรับรองว่า พืชกัญชาหรือผลิตภัณฑ์กัญชาฯ ใด สามารถสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคได้

คำแนะนำและข้อบ่งใช้ขององค์กรดังกล่าวเป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์, ผ่านกระบวนการตรวจสอบที่เข้มงวดทางวิชาการ, โปร่งใส และตรวจซ้ำได้ (ดูภาคผนวก 2.1) หลักฐานทางวิชาการสำคัญที่ใช้สนับสนุนคำแนะนำและข้อบ่งใช้ คือ ผลการศึกษาวิจัยในมนุษย์แบบสุ่ม, มีกลุ่มควบคุม และมีช่วงความเชื่อมั่นแคบ (randomized controlled trials with narrow confidence interval) (ดูภาคผนวก 2.2)

การกล่าวถึงประโยชน์ของกัญชาที่นอกเหนือจาก 5 ภาวะทางการแพทย์ดังกล่าวมาแล้ว เป็นการกล่าวอ้างที่ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์ ไม่มีผลการศึกษาวิจัยในมนุษย์แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมและได้ค่าที่วัดได้จากผลงานวิจัยที่มีช่วงความเชื่อมั่นแคบ (ดูภาคผนวก 3 และ 4) มาแสดงเพื่อสนับสนุนประโยชน์จากการกล่าวอ้างดังกล่าว ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แนะนำประชาชนว่า อย่าเพิ่งเชื่อถือคำกล่าวอ้างดังกล่าว

1.3 ความเชื่อหรือความรู้ดั้งเดิมเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ควรได้รับการพิสูจน์ด้วยกระบวนการวิจัยที่มีมาตรฐาน จนทราบถึงประโยชน์และโทษอย่างถ่องแท้ก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วย

การวิจัยทางการแพทย์ทำให้เกิดองค์ความรู้ทางการแพทย์เพิ่มขึ้นมากมายตลอดเวลา ประวัติศาสตร์ได้แสดงให้เห็นแล้วว่า ยาและการบำบัดรักษาจำนวนมากที่ถูกนำมาใช้ในช่วงเวลาหนึ่ง จะถูกแทนที่ด้วยยาและการบำบัดรักษาใหม่ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้น มีประสิทธิผลสูงขึ้น มีผลข้างเคียงน้อยลง ใช้สะดวกมากขึ้น หรือมีความคุ้มค่ามากขึ้น นอกจากนี้ ยังมียาหรือการบำบัดรักษาจำนวนมากที่ถูกค้นพบในภายหลังว่า ไม่เพียงแต่ไม่มีประโยชน์แต่ยังทำให้เกิดโทษร้ายแรงอีกด้วย เช่น การทำให้เป็นไข้เพื่อรักษาอัมพาตตามคำกล่าวอ้างของศาสตราจารย์ Julius Wagner-Jauregg ซึ่งได้รับรางวัลโนเบล ในปี ค.ศ. 1927, การใช้บูหรี่หรือโคเคนรักษาโรคหวัดจากภูมิแพ้ (hay fever) โรคหอบหืด (asthma) และไข้ออกผื่น (ไข้กุหลาบ หรือ rose fever) ที่มักพบบ่อยในเด็ก เป็นต้น (ดูภาคผนวก 5)

ความรู้ที่เป็นปัจจุบันจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการแพทย์อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ แพทย์ไม่สามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามแนวทางเวชปฏิบัติ (medical practice guideline) ที่ล้าสมัยได้ ดังคำแนะนำของวิทยาลัยแพทย์ของอเมริกา (American College of Physicians) ที่แจ้งให้ทุกคนหยุดใช้หรือหยุดเชื่อถือถ้อยแถลงแนวทางเวชปฏิบัติของวิทยาลัยที่มีอายุมากกว่า 5 ปี⁵ เป็นต้น การรักษาทางการแพทย์ต้องไม่ถูกปล่อยให้อยู่กับความรู้ดั้งเดิม เพราะการ

รักษาที่ล่าช้าจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน, ไม่มีประสิทธิผลหรือประสิทธิผลต่ำ, เกิดอาการไม่พึงประสงค์มากเกินไปจนจำเป็น, ไม่คุ้มค่า และเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่มีมาตรฐานและได้ผลดีกว่า เป็นต้น

เพื่อประโยชน์ต่อทุกฝ่าย การนำกัญชาทางการแพทย์มาใช้ นอกเหนือจาก 5 โรคดังกล่าวมาแล้ว ต้องอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน ผลงานวิจัยที่ใช้สนับสนุนต้องเชื่อถือได้ตามมาตรฐานสากล โดยเฉพาะ ผลการศึกษาวิจัยในมนุษย์แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ หน่วยงานรัฐ เช่น องค์การอาหารและยา ควรคุ้มครองสวัสดิภาพของประชาชนด้วยการเตือนผู้กล่าวอ้างประโยชน์ของกัญชาโดยขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ และชี้แจงความจริงให้ประชาชนได้รับทราบ

2. ผลลัพธ์กัญชาต้องมีคุณภาพและอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติยา

2.1 ผลลัพธ์กัญชาต้องมีคุณภาพ, ปริมาณสาร THC และ CBD ต้องคงที่ในทุกผลิตภัณฑ์และปราศจากสารปนเปื้อน

ผลลัพธ์กัญชาที่ใช้ทางการแพทย์ต้องมีความเข้มข้นของสารออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ THC และ CBD ที่คงที่ในทุกผลิตภัณฑ์ที่จำหน่าย เนื่องจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต้องปรับปริมาณของ THC และ CBD ในผลิตภัณฑ์ด้วยความแม่นยำทุกครั้งที่สั่งยารักษาผู้ป่วย

ตัวอย่างการปรับขนาดยาของผลลัพธ์กัญชา ในการรักษาอาการปวดหรือโรคลมชัก

1. ในการรักษาอาการปวดรุนแรงที่ต้องการรักษา แพทย์อาจให้ผลลัพธ์กัญชาที่เน้น CBD โดยเริ่มที่ 5 มก. ของ CBD วันละ 2 ครั้ง หากยังไม่ได้ผลก็ค่อย ๆ ปรับขนาดยาของ CBD ขึ้นจนถึง 40 มก. ต่อวัน และหากยังไม่ได้ผลอีกจึงควรเริ่มให้ THC 2.5 มก. ต่อวัน⁶

2. ในการรักษาโรคลมชักที่ดื้อยารักษาอื่น แพทย์อาจเริ่มให้ CBD ขนาด 5 มก.ต่อ กก. ต่อวัน, ค่อย ๆ ปรับขนาดเพิ่มขึ้นหากผู้ป่วยยังทนผลข้างเคียงของ CBD ได้และยังคุมอาการชักไม่ได้ ให้เพิ่มขนาดขึ้นทุกสัปดาห์จนถึง 50 มก.ต่อ กก. ต่อวัน รวมทั้งแพทย์อาจลดขนาดยากันชักชนิดอื่นเพื่อลดผลข้างเคียงของยารักษาอื่นด้วย⁷ แม้ว่าจะปรับขนาด CBD อย่างเต็มที่แล้ว ผู้ป่วยหลายรายก็ไม่หายสนิทจากโรคลมชัก มีการศึกษาหลายครั้งที่พบว่าสาร THC ไม่มีประโยชน์ต่อการรักษาโรคลมชักที่ต้องการรักษา ผลลัพธ์กัญชาที่ใช้รักษาโรคลมชักจึงไม่มี THC หรือน้อยที่สุด เพราะ THC มีผลเสียต่อการเจริญเติบโตของสมองเด็กและทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงได้ เช่น ประสาทหลอน, หลงผิด, การเสพติด เป็นต้น

กัญชาและผลลัพธ์กัญชาที่มีปริมาณของ THC และ CBD ไม่คงที่หรือไม่ทราบปริมาณ จึงไม่สามารถนำมาใช้ทางการแพทย์ได้ (สามารถอ่านบทความเพิ่มเติมให้เข้าใจในเรื่องนี้ได้ใน การใช้สารสกัดในกัญชาทางการแพทย์สำหรับบรรเทาอาการ ในคอลัมน์ หมอชวนรู้ แพทย์สภา)

ทุกภาคส่วนควรตระหนักว่า กัญชาเป็นพืชที่ดูดซับสารโลหะหนักได้ดีมากและปนเปื้อนได้ง่าย หน่วยงานด้านกัญชาทางการแพทย์ (Medicinal Cannabis Agency) ประเทศนิวซีแลนด์ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำด้านคุณภาพของผลลัพธ์กัญชา ๆ ว่าต้องไม่มีสารโลหะหนักและสิ่งปนเปื้อนเกินค่ามาตรฐาน (ดูภาคผนวก 6.1) ประเทศไทยมีกฎกระทรวงสาธารณสุขประกาศ ณ วันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2564 หมวด 11 ข้อ 45 (9) ที่ระบุว่า “ก่อนนำกัญชาออกจากสถานที่ปลูกทุกครั้ง ต้องจัดให้มีการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบปริมาณสารแคนนาบินิไดโอด (Cannabidiol, CBD) สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) หรือสารสำคัญอื่นและสิ่งปนเปื้อน ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาและให้จัดเก็บหลักฐานแสดงรายละเอียดการวิเคราะห์นั้นไม่น้อยกว่าสามปีนับแต่วันวิเคราะห์...” จากกฎกระทรวงดังกล่าว คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศ ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ซึ่งมีรายละเอียดชัดเจนของวิธีตรวจหรือวิเคราะห์เพื่อหาปริมาณสาร CBD, THC, โลหะหนัก และสารหรือสิ่งปนเปื้อนในกัญชา (ดู ภาคผนวก 6.2) ข้อกำหนดเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า กัญชาทางการแพทย์ต้องถูก

ปลูกภายใต้ระบบที่มีมาตรฐานสูง เช่น การจัดการคุณภาพการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับพืชสมุนไพร (Good Agricultural Practices For Herbs) หรือมาตรฐานเกษตรอินทรีย์ และต้องผ่านกระบวนการแปรรูปหรือตรวจวิเคราะห์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา ที่มีคุณภาพตามกำหนด จึงเป็นที่น่าสงสัยว่าการปล่อยให้ปลูกเองตามบ้านและใช้เอง จะได้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่มีคุณภาพจริงหรือไม่?

ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์จึงต้องเป็นเกรดทางการแพทย์ (medical grade) เท่านั้น ปริมาณของสารออกฤทธิ์ที่สำคัญ เช่น THC และ CBD ต้องคงที่ในทุกผลิตภัณฑ์ ไม่มีการปนเปื้อนของโลหะหนักและสิ่งปนเปื้อนอื่นเกินมาตรฐาน ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ไม่เข้าลักษณะเหล่านี้ไม่ใช่กัญชาทางการแพทย์ นอกจากไม่มีประโยชน์แล้ว ยังเป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพอีกด้วย เนื่องจากสารหนู, แคดเมียม, ตะกั่ว และปรอทที่ปนเปื้อนในกัญชาสามารถทำให้เกิดเป็นพิษต่อระบบและอวัยวะภายในของร่างกายอย่างถาวรได้

2.2 ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ควรอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติยา

ประเทศทั่วโลกมีระบบคุ้มครองประชาชนจากอาหารและยา องค์การหลักของประเทศไทยที่ทำหน้าที่นี้ คือ องค์การอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ยาที่นำมาใช้รักษาผู้ป่วยต้องผ่านการขึ้นทะเบียนจากองค์การอาหารและยา ผู้ได้รับใบอนุญาตผลิตหรือจำหน่ายสามารถขอขึ้นทะเบียนยาได้ โดยจัดส่งเอกสารที่สำคัญให้องค์การอาหารและยาพิจารณา โดยเฉพาะรายละเอียดของยา, หลักฐานเชิงประจักษ์ของประโยชน์และอาการไม่พึงประสงค์จากการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ข้อบ่งใช้ของยาที่ผ่านการรับรองเป็นข้อกำหนดสำคัญว่า ยาแต่ละขนานสามารถใช้กับโรคใดได้บ้าง รวมทั้งการระบุข้อมูลสำคัญต่างๆ ในเอกสารกำกับยา

เพื่อคุ้มครองผู้ป่วย ประเทศต่าง ๆ ได้กำหนดให้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่จะใช้รักษาผู้ป่วยต้องขึ้นทะเบียนเช่นเดียวกับยา เช่น หน่วยงานด้านกัญชาทางการแพทย์ (Medicinal Cannabis Agency) ของประเทศนิวซีแลนด์ได้กำหนดแนวทางการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์อย่างชัดเจน โดยให้ความสำคัญกับ ผู้ได้รับใบอนุญาต, องค์ประกอบของสารที่ออกฤทธิ์ทุกตัว, ความเข้มข้นของสารที่ออกฤทธิ์ทุกตัว, รูปแบบผลิตภัณฑ์, วิธีใช้, บรรจุภัณฑ์, การเก็บรักษา, หลักฐานรับรองการปฏิบัติที่ดีในการผลิต (good manufacturing practice หรือ GMP)⁸ ด้วยความเข้มงวดที่คล้ายกัน องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาได้รับรองผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ (ซึ่งเป็นสารสังเคราะห์ที่บริสุทธิ์) เพียง 3 ขนาน คือ (1) Nabilone (ยาสังเคราะห์ที่มีออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ THC) เพื่อลดอาการอาเจียนที่เกิดจากเคมีบำบัดและอาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยมะเร็ง, (2) Dronabinol (THC สังเคราะห์) เพื่อลดอาเจียนและคลื่นไส้ที่เกิดจากเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งและเพิ่มความอยากอาหารในผู้ป่วย HIV/AIDS และ (3) Epidiolex (CBD บริสุทธิ์) เพื่อรักษาโรคลมชักรุนแรงที่ดื้อต่อการรักษา⁹

การมีเอกสารกำกับยาทำให้องค์การอาหารและยา ผู้ได้รับใบอนุญาตผลิตหรือจำหน่าย ผู้รักษา และผู้ป่วย เข้าใจตรงกันเกี่ยวกับยาแต่ละขนาน โดยเฉพาะข้อบ่งใช้และการบริหารยา หากผลิตภัณฑ์กัญชา ในประเทศไทยมีการขึ้นทะเบียนยา และมีเอกสารกำกับยา เมื่อเกิดความเสียหายจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา จะสามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นความผิดพลาดของภาคส่วนใด และภาคส่วนใดต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น ผู้ได้รับใบอนุญาตผลิตหรือจำหน่ายต้องรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดจากการยื่นเอกสารเท็จหรือความผิดพลาดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์, แพทย์ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดจากไม่บริหารยาตามเอกสารกำกับยา (เช่น การใช้ยานอกเหนือจากข้อบ่งใช้), องค์การอาหารและยาต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากความหละหลวมในการขึ้นทะเบียนยา เป็นต้น นอกจากนี้ พระราชบัญญัติยายังช่วยคุ้มครองผู้ป่วยในด้านอื่นๆ ด้วย เช่น การกำหนดช่องทางจำหน่าย, การไม่สามารถโฆษณาเกินจริง เป็นต้น

ในภาวะปัจจุบัน หลายภาคส่วนในประเทศไทยมีความเห็นขัดแย้งกันเกี่ยวกับประสิทธิผลและความปลอดภัยของกัญชา และผลิตภัณฑ์กัญชา การขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์กัญชา แต่ละขนานที่มีคุณภาพเป็นวิธีแก้ไขข้อขัดแย้งวิธีหนึ่ง ผู้ที่มีผลิตภัณฑ์กัญชา และมีผลงานวิจัยที่เชื่อถือได้แบบหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถนำเสนอข้อมูลสำคัญของผลิตภัณฑ์ต่อองค์การอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอขึ้นทะเบียนโดยเฉพาะเมื่อมีข้อมูลด้านประสิทธิผลและความปลอดภัยที่ได้จากการศึกษาวิจัยในมนุษย์แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่ได้มาตรฐานสากล เมื่อผลิตภัณฑ์ผ่านการขึ้นทะเบียนและมีเอกสารกำกับยาแล้ว ผู้ป่วยที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา นั้นจะได้รับความคุ้มครองเช่นเดียวกับยาขนานอื่นที่มีใช้ในประเทศไทย นอกจากนี้ หากผลิตภัณฑ์กัญชา ดังกล่าวมีประสิทธิผลและคุณภาพตามมาตรฐานสากลจริง ผู้ผลิตยังสามารถนำไปขึ้นทะเบียนยาในต่างประเทศ ส่งออกเป็นสินค้ามูลค่าสูง สร้างรายได้ให้ประเทศ และก่อให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจอย่างแท้จริง

3. กลุ่มผู้ให้การรักษา เช่น แพทย์ เภสัชกร ควรได้รับการอบรมก่อนใช้ผลิตภัณฑ์กัญชารักษาผู้ป่วย

กัญชาทางการแพทย์เป็นศาสตร์ที่ซับซ้อนและมีหลักฐานทางวิชาการเพิ่มขึ้นมาอย่างรวดเร็ว ต้องใช้ผู้ที่รู้จริงในการแปลผลการวิจัย การแพทย์ที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์จึงต้องถูกนำมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ประเทศที่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์จึงจัดให้มีการอบรมผู้รักษาและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์ ในประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้การอบรมและเคยขึ้นทะเบียนผู้สั่งใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ปัจจุบันยังมีการอบรมเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย แต่ไม่มีการขึ้นทะเบียนผู้รับการอบรมแล้ว ทุกภาคส่วนควรสนับสนุนให้มีการอบรมในลักษณะนี้

4. ผู้ป่วยต้องได้รับการคัดกรองและประเมินก่อน ระหว่าง และหลังการรักษา

ในการรักษาผู้ป่วยด้วยกัญชาทางการแพทย์ แพทย์ไม่อาจปฏิเสธความรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการบำบัดรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐานหรือเลินเล่อได้ และต้องพร้อมที่จะแก้ไขผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา การคัดกรองและประเมินผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาจึงต้องทำด้วยความละเอียดรอบคอบ โดยเฉพาะ ช่วงก่อนเริ่ม ช่วงเริ่ม และช่วงปรับขนาดยาของสารสกัดกัญชา (ดูภาคผนวก 7.1.1) แพทย์ต้องให้ความสำคัญกับข้อควรระวัง ข้อห้าม และยาต่างๆ ที่อาจมีปฏิกิริยากับสารสกัดกัญชา (ดูภาคผนวก 7.1.2) การประเมินเรื่องเหล่านี้ซับซ้อนมาก ดังจะเห็นได้จากการที่ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ของประเทศสหราชอาณาจักรแนะนำการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์ครั้งแรกต้องเป็นการสั่งใช้โดยแพทย์เฉพาะทาง¹⁰ หรือ Canadian Consortium for the Investigation of Cannabinoids ของประเทศแคนาดาได้พัฒนารายการตรวจสอบขึ้น เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะถูกคัดกรองและประเมินอย่างละเอียดและครบถ้วน (ดูภาคผนวก 7.2)

5. รัฐควรกำหนดกัญชาเป็นสารเสพติดให้โทษ โดยมีหน่วยงานรัฐเป็นผู้กำกับดูแลผลิตภัณฑ์กัญชา

5.1 รัฐควรกำหนดให้กัญชาเป็นสารเสพติดให้โทษ

THC ในกัญชาและสารสกัดกัญชาเป็นสารเสพติด หลายๆ ประเทศจึงจัดให้กัญชาและสารสกัดกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ เพราะจะถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดได้ โดยเฉพาะการเสพติดกัญชาเพื่อนันทนาการ ซึ่งส่งผลเสียร้ายแรงต่อสุขภาพ รัฐควรกำหนดให้กัญชาและสารสกัดกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ เป็นสารผิดกฎหมายและมีกฎหมายควบคุมอย่างเข้มงวดเนื่องจาก

1. ภัยคุกคามทำให้รู้สึกเมา เคลิบเคลิ้ม และเสพติดได้ง่าย งานวิจัยบางฉบับพบว่า 3 ใน 10 คนที่ใช้กัญชาเป็นผู้เสพติดกัญชา¹¹ ตำราของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) ที่ถูกใช้อ้างอิงทั่วโลกได้ระบุว่า กัญชาทำให้เกิดโรคเสพติดกัญชา (cannabis use disorder), การเมากัญชา (cannabis intoxication), การถอนกัญชา (cannabis withdrawal), โรคจิต (psychotic disorders), โรควิตกกังวล (anxiety disorders), โรคของการนอนผิดปกติ (sleep disorders) และโรคเพ้อคลั่ง (delirium) โรคเสพติดกัญชาทำให้เกิดผลเสียมากมายด้านจิตสังคม การรู้คิด (cognition) และสุขภาพ เช่น การเสื่อมของการรู้คิด (โดยเฉพาะ เซวาร์ปัญญา), กลุ่มอาการหมดแรงใจ (amotivation syndrome), ปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น, การเกิดอุบัติเหตุ, การป่วยเป็นโรคจิตและโรคจิตเภท (psychotic disorders and schizophrenia)¹² (ดูภาคผนวก 8.1) ปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะร้ายแรงมากขึ้นในเด็กและเยาวชนที่เสพกัญชา รวมทั้งเด็กและทารกที่ได้รับควันกัญชาจากผู้ใหญ่ที่เสพกัญชาในครัวเรือน, มารดาตั้งครรภ์ และมารดาที่ให้นมบุตร ผลเสียบางอย่าง เช่น การทำลายสมอง, การทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภท, การเสื่อมของการรู้คิด เป็นผลเสียร้ายแรงแบบถาวร

2. ทุกภาคส่วนสามารถแยกผู้เสพและผู้เสพติดกัญชาเพื่อนันทนาการที่ต้องได้รับการรักษาโรคเสพติดกัญชา (cannabis use disorder) ออกจากผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ ความหลากหลายของนโยบายกัญชาไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยต้องรับสาร THC เกินความจำเป็น แต่ยังทำให้ผู้เสพและผู้เสพติดกัญชาไม่ตระหนักถึงปัญหาการเสพติดของตนและละเอียดละคายที่จะขอรับการรักษา นอกจากนี้ ภาครัฐก็จะไม่ให้ความสำคัญกับโรคเสพติดกัญชาและละเอียดละคายที่จะให้การรักษาสู่ผู้เสพติดกัญชาอีกด้วย ท้ายที่สุดผู้เสพติดกัญชาจำนวนมากจะไม่ได้รับการรักษา ก่อให้เกิดปัญหาร้ายแรงต่อสุขภาพของผู้เสพติด ครอบครัว และสังคมในระยะยาว

3. คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษสากล (International Narcotics Control Board, INCB) ซึ่งเป็นองค์กรในกำกับขององค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้กำหนดให้กัญชาและสารสกัดกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษตามข้อกำหนดที่ 1 ของอนุสัญญาปี พ.ศ. 2504 (ค.ศ. 1961) (Narcotic Drugs Included in Schedule I of the 1961 Convention) ยาเสพติดให้โทษตามข้อกำหนดที่ 1 นี้มีลักษณะสำคัญ คือ “เป็นสารที่มีฤทธิ์เสพติดสูงและมีแนวโน้มสูงที่จะถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด หรือสารที่สามารถแปรสภาพเป็นยา (เสพติด) ที่มีฤทธิ์เสพติดหรือใช้ในทางที่ผิดในลักษณะที่คล้ายกัน (Substances that are highly addictive and highly liable to abuse, or that are convertible into drugs that are similarly addictive and liable to abuse)” การที่กัญชาถูกกำหนดให้อยู่ในข้อกำหนดที่ 1 ของอนุสัญญาเช่นเดียวกับยาเสพติดให้โทษร้ายแรงอื่น เช่น โคเคน, เฟนทานิล, เฮโรอีน, เมธาโดน, มอร์ฟิน, ฝิ่น, เพทิดีน แสดงให้เห็นว่า กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษที่มีฤทธิ์เสพติดสูง, มีแนวโน้มสูงที่จะถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด และเป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพด้วยเช่นกัน (ดูภาคผนวก 8.2) อนุสัญญาปี พ.ศ. 2504 นี้เกิดจากการร่วมมือกันในการแก้ปัญหายาเสพติดเนื่องจากยาเสพติดไม่ใช่ปัญหาของประเทศใดประเทศหนึ่ง ปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศหนึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อประเทศอื่น โดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้าน นโยบายเรื่องกัญชาของประเทศไทยจะส่งผลกระทบต่อประเทศเพื่อนบ้านด้วย เช่น ความกังวลว่ากัญชาในประเทศไทยจะแพร่ระบาดเข้าไปในประเทศมาเลเซียและสิงคโปร์¹³, นักวิชาการได้เตือนชาวมาเลเซียให้ระวังการบริโภคอาหารที่อาจผสมกัญชาในประเทศไทย ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพและถูกดำเนินคดีหากถูกตรวจพบสารกัญชาในปัสสาวะเมื่อกลับประเทศมาเลเซีย¹⁴

4. ถ้ากัญชาและสารสกัดกัญชาถูกกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายแล้ว หน่วยงานรัฐจะสามารถนำกฎหมายและข้อบังคับเกี่ยวกับยาเสพติดมาควบคุมการใช้กัญชาในทางที่ผิดได้ ไม่มีผู้ค้ากัญชาเพื่อนันทนาการหรือใส่กัญชาในอาหารโดยไม่มีการแจ้งหรือควบคุม เป็นต้น การมุ่งให้ความรู้โดยไม่มีความหมายควบคุม ไม่สามารถจัดการปัญหายาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 หน่วยงานรัฐเป็นผู้กำกับดูแลผลิตภัณฑ์กัญชา

เป็นเวลาหลายทศวรรษแล้วที่ประเทศไทยสามารถนำยาเสพติดให้โทษมาใช้ให้เกิดประโยชน์ทางการแพทย์และควบคุมมิให้มีการใช้ในทางที่ผิด องค์การอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุขมีระบบบริหารจัดการยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 และ 3 (ซึ่งใกล้เคียงกับข้อกำหนดที่ 1 ของอนุสัญญาปี พ.ศ. 2504) โดยเฉพาะยาและส่วนประกอบของยาเมธาโดน, มอร์ฟิน, ฝิ่น และเพทิดีน ที่ได้อยู่แล้ว องค์การอาหารและยาสามารถจัดหาที่มีคุณภาพและควบคุมราคา, บริหารคลังยา, ทำบัญชีรับจ่ายยา, ซื้อขายและจัดส่งได้เป็นอย่างดี อัตราการใช้ยาหรือส่วนประกอบของยาเมธาโดน, มอร์ฟิน, ฝิ่น, เพทิดีน ในทางที่ผิดจึงค่อนข้างต่ำในประเทศไทย หากประเทศไทยจัดให้ผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 หรือ 3 องค์การอาหารและยาจะสามารถใช้ระบบบริหารจัดการดังกล่าวมาแล้วกับผลิตภัณฑ์กัญชาฯ ได้ทันที ประเทศไทยจะมีผลิตภัณฑ์กัญชาฯ ที่มีคุณภาพและราคาที่เหมาะสม และมีระบบควบคุมการหลุดลอดของผลิตภัณฑ์กัญชาฯ ที่จะถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด

แต่ถ้าประเทศไทยยังคง“ปลดล็อกกัญชา”อย่างที่เป็นอยู่ และเมื่อมีการให้ข่าวทางวิทยุตอนเช้าของวันที่ 7 พฤศจิกายน ว่า “การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) เดินหน้ากระตุ้นการท่องเที่ยวและส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนภายใต้โครงการ Gastronomy Amazing ยิ่งกว่าเดิมกับเทรนด์ “กัญชา-กัญชง” ในเทศกาลอาหารสุขภาพเพื่อการท่องเที่ยวสายเขียว “มา กินกัญ”ชิมอาหารและเครื่องดื่มจากกัญชา ในทุกภูมิภาคที่มีสถานท่องเที่ยว เพื่อพบกับผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพความงามในตลาดกัญชา-กัญชงมาร์เก็ต รวมถึงจัดเสวนาเรื่องกัญชา..... ภายในงานกิจกรรม “มากินกัญ”สัมผัสประสบการณ์ Modern Tasting Omakase ...มาสาธิตและให้ความรู้ในแต่ละเมนูอาหารที่มีส่วนผสมจากกัญชา พร้อมเสิร์ฟให้นักท่องเที่ยวในกลุ่ม Premium Trendy ได้ชิมแบบสดใหม่ทุกวันวันละ 2 รอบ.....” แสดงว่า กำลังเสนอให้คนไทยใช้กัญชาผสมในอาหารเพื่อนันทนาการในผู้ใหญ่ เหมือนกับการเปิดระยะที่ 2 ของกัญชาเสรีในประเทศแคนาดา ซึ่งมีการถอดบทเรียนจากประเทศแคนาดาให้มาคิดว่า เคารห์กรรมของการผสมกัญชาในอาหารทำให้เกิดพิษแบบไม่ตั้งใจแก่เด็กในประเทศอย่างไรบ้าง (ดูภาคผนวก 9) กล่าวโดยย่อคือว่า การศึกษาในประเทศแคนาดาพบว่า เกิดเหตุการณ์ที่เด็กได้รับพิษกัญชาโดยไม่ตั้งใจ จนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นหลังรัฐบาลปลดล็อกกัญชาเพื่อนันทนาการในผู้ใหญ่ และการได้รับพิษในลักษณะนี้เพิ่มมากขึ้นไปอีกเมื่อมีการอนุญาตให้ผสมกัญชาในอาหารสำหรับผู้ใหญ่ นอกจากผลร้ายแรงที่มีการรายงานแล้ว ผลกระทบร้ายแรงที่ไม่ได้รายงานและส่งผลกระทบยาวยังมีอีกมาก แม้แต่ประเทศที่มีกฎหมายเข้มงวดในการปกป้องเด็กจากกัญชาก็ยังพบผลกระทบร้ายแรงต่อเด็ก การที่ประเทศไทยปลดล็อกกัญชาตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน 2565 โดยไม่มีมาตรการปกป้องเด็กที่เข้มงวดให้พ้นพิษภัยจากกัญชา จึงทำให้ประเทศไทยเสี่ยงที่จะมีเด็กอีกมากได้รับผลกระทบจากกัญชาเนื่องจากการขายและโฆษณา กัญชาหรืออาหาร ขนม หรือน้ำดื่มที่ผสมกัญชากันอย่างแพร่หลายในสื่อสังคมต่างๆ ตลอดมาในปี

ตารางสรุป: ทุกภาคส่วนที่จะได้รับประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์เมื่อใช้หลักการทั้ง 5 ข้อ

	ผู้ป่วยที่ต้องใช้กัญชาทางการแพทย์ (ก)	ทุกคนในประเทศไทย (ข)	ระบบสาธารณสุข (ค)	ผู้รักษากฎหมายด้านยาและยาเสพติด (ง)	ภาพลักษณ์ของประเทศ (จ)
1. กัญชาทางการแพทย์ควรอิงหลักฐานเชิงประจักษ์	✓	✓	✓		✓
2. ผลิตภัณฑ์กัญชาต้องมีคุณภาพและอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติยา	✓	✓	✓	✓	✓
3. กลุ่มผู้ให้การรักษา เช่น แพทย์ เภสัชกร ได้รับการอบรมก่อนใช้ผลิตภัณฑ์กัญชารักษาผู้ป่วย	✓		✓		✓
4. ผู้ป่วยต้องได้รับการคัดกรองและประเมินก่อน ระหว่าง และหลังการรักษา	✓				✓
5. เสนอให้รัฐกำหนดกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ โดยมีหน่วยงานรัฐเป็นผู้กำกับดูแลผลิตภัณฑ์กัญชา	✓	✓	✓	✓	✓

คำอธิบายในแต่ละข้อ

(ก) ผู้ป่วยที่ต้องใช้กัญชาทางการแพทย์ได้รับ: 1) การรักษามาตรฐานตามการแพทย์อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 2) การดูแลรักษาและผลิตภัณฑ์กัญชา ที่มีคุณภาพตามข้อกำหนดของรัฐ

(ข) ทุกคนในประเทศไทย: 1) ใช้กัญชาทางการแพทย์โดยเฉพาะ THC เท่าที่จำเป็นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน, 2) ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์, เลิกเชื่อข้อมูลที่ไม่มีความหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุนข้อบ่งใช้กัญชาและผลิตภัณฑ์กัญชา โดยเฉพาะการอ้างประโยชน์เกินจริง และการปกปิดโทษร้ายแรงของกัญชา, 3) ห่างไกลจากยาเสพติดให้โทษประเภทกัญชา ทำให้ปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาลดลง (เช่น ความรุนแรงในสังคม) และ 4) สามารถควบคุมการใส่กัญชาในอาหารที่อาจเป็นอันตรายต่อเด็ก เยาวชน คนไทยและนักท่องเที่ยว

(ค) ระบบสาธารณสุขไทยสามารถ: 1) ให้การดูแลรักษาและจัดหาผลิตภัณฑ์กัญชา ที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้กัญชาทางการแพทย์, 2) แยกผู้เสพยาเพื่อเน้นหนทางการจากผู้ป่วยที่ต้องใช้กัญชาทางการแพทย์ ทำให้ผู้ใช้กัญชาในทางที่ผิดและผู้ป่วยโรคเสพติดกัญชาได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็ว และ 3) สามารถประหยังบประมาณแผ่นดินและทรัพยากรที่ต้องใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพมากมายที่ตามมาจากการใช้กัญชาในทางที่ผิด

(ง) องค์การอาหารและยาและผู้รักษากฎหมายฝ่ายต่างๆ สามารถใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาและยาเสพติดให้โทษได้อย่างเที่ยงตรงและชัดเจน ไม่เกิดความคลุมเครือในการดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและผลิตภัณฑ์กัญชา เช่น การขายกัญชาเพื่อนันทนาการ, การขายกัญชาหรือผลิตภัณฑ์กัญชาด้วยข้อมูลเท็จ

(จ) ชาวไทยและต่างประเทศเชื่อมั่นในภาพลักษณ์ที่ดีของประเทศไทยว่า: 1) ประเทศไทยสามารถจัดหาผลิตภัณฑ์กัญชา ที่มีคุณภาพให้ผู้ป่วยและสามารถป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิดได้ในเวลาเดียวกัน, 2) ประเทศไทยมีระบบยา, ระบบสาธารณสุข และกฎหมายของประเทศตามมาตรฐานสากล ตามความมุ่งมั่นที่จะเป็น medical hub ของโลก. 3) ประเทศไทยเห็นแก่ประโยชน์ร่วมกันของนานาชาติด้วยการปฏิบัติตามข้อตกลงสากลที่กำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ และ 4) ประเทศเพื่อนบ้านเชื่อมั่นว่า ประเทศไทยจะไม่เป็นแหล่งแพร่ระบาดของยาเสพติดให้โทษประเภทกัญชาในภูมิภาคเอเชียและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

เอกสารอ้างอิง

1. McDonald J, Schleifer L, Richards JB, de Wit H. Effects of THC on behavioral measures of impulsivity in humans. *Neuropsychopharmacology* 2003;28(7):1356-1365. doi:10.1038/sj.npp.1300176
2. Zhornitsky S, Pelletier J, Assaf R, Giroux S, Li CSR, Potvin S. Acute effects of partial CB1 receptor agonists on cognition - A meta-analysis of human studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2021;104:110063. doi:10.1016/j.pnpbp.2020.110063
3. Dellazizzo L, Potvin S, Dou BY, et al. Association between the use of cannabis and physical violence in youths: A meta-analytical investigation. *Am J Psychiatry* 2020;177(7):619-626. doi:10.1176/appi.ajp.2020.19101008
4. Danielsson AK, Lundin A, Yaregal A, Östenson CG, Allebeck P, Agardh EE. Cannabis use as risk or protection for type 2 diabetes: a longitudinal study of 18,000 swedish men and women. *J Diabetes Res* 2016;2016:6278709. doi:10.1155/2016/6278709
5. Qaseem A, Kansagara D, Lin JS, et al. The development of clinical guidelines and guidance statements by the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians: update of methods. *Ann Intern Med* 2019;170(12):863-870. doi:10.7326/M18-3290
6. Bhaskar A, Bell A, Boivin M, et al. Consensus recommendations on dosing and administration of medical cannabis to treat chronic pain: results of a modified Delphi process. *J Cannabis Res* 2021;3(1):22. doi:10.1186/s42238-021-00073-1
7. Silva GD, Del Guerra FB, de Oliveira Lelis M, Pinto LF. Cannabidiol in the treatment of epilepsy: a focused review of evidence and gaps. *Front Neurol* 2020;11:531939. doi:10.3389/fneur.2020.531939
8. Ministry of Health. Guideline on the regulation of medicinal cannabis in New Zealand: Part 3 guidance for a new medicinal cannabis product application. Ministry of Health; 2020.
9. Perlman AI, McLeod HM, Ventresca EC, et al. Medical Cannabis State and Federal Regulations: Implications for United States Health Care Entities. *Mayo Clin Proc* 2021;96(10):2671-2681. doi:10.1016/j.mayocp.2021.05.005
10. Chang-Douglass S, Mulvihill C, Pilling S, Guideline Committee. Cannabis-based medicinal products: summary of NICE guidance. *BMJ* 2020;369:m1108. doi:10.1136/bmj.m1108
11. Hasin DS, Saha TD, Kerridge BT, et al. Prevalence of marijuana use disorders in the United States between 2001-2002 and 2012-2013. *JAMA Psychiatry* 2015;72(12):1235-1242. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1858
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.

13. Ang M. Thailand's legalisation of cannabis will make it harder for S'pore to be drug free: Shanmugam. published September 2, 2022. <https://mothership.sg/2022/09/shanmugam-weed-thailand-singapore-drug-free/>
14. Gemino G. That cannabis trip may cost you. That cannabis trip may cost you. published August 8, 2022. Accessed March 11, 2022. <https://www.thestar.com.my/news/nation/2022/08/08/that-cannabis-trip-may-cost-you>

ภาคผนวก 1 คำแนะนำและข้อบ่งใช้ของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศ

1.1 ประเทศสหราชอาณาจักร

สรุปคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่กล่าวถึงในแนวเวชปฏิบัติ (Guidance) ของสถาบันเพื่อสุขภาพและความเป็นเลิศในการดูแลรักษา (National Institute for Health and Care Excellence, NICE)

1. ภาวะคลื่นไส้อาเจียนที่ต่อการรักษา (intractable nausea and vomiting): พิจารณาให้นาบิโลน (nabilone) เป็นยาเสริมแก่ผู้ใหญ่ (อายุ 18 ปีขึ้นไป)
2. อาการเกร็ง (Spasticity): ทดลองใช้สเปรย์ THC:CBD เป็นเวลา 4 สัปดาห์เพื่อรักษาอาการเกร็งในระดับปานกลางถึงรุนแรงในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) ซึ่งไม่ตอบสนองต่อยาบรรเทาอาการกล้ามเนื้อเกร็งอื่นๆ ให้ใช้ต่อเฉพาะรายที่ภาวะกล้ามเนื้อเกร็งลดลงได้อย่างน้อยร้อยละ 20
3. โรคลมชักระดับรุนแรงที่ต่อการรักษา (severe treatment-resistant epilepsy): อาจทดลองใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา
4. โรคปวดเรื้อรัง (chronic pain):
 - a. ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ nabilone, dronabinol, delta-9-tetrahydrocannabinol และผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของ cannabidiol (CBD) กับ delta-9-tetrahydrocannabinol
 - b. ไม่แนะนำให้ใช้ CBD ในการบรรเทาอาการปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่ ยกเว้นจะเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองทางคลินิก
5. การส่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์
 - a. ให้แพทย์เฉพาะทางในสาขานั้นเป็นผู้เริ่มส่งจ่าย สำหรับเด็กและเยาวชนควรเริ่มส่งจ่ายโดยกุมารแพทย์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หลังจากนั้นแพทย์ท่านอื่นอาจส่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ได้
 - b. ต้องมีการติดตามและประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัย

ที่มา: Cannabis-based medicinal products. NICE guideline [NG144]. Published: 11 November 2019.

Last updated: 22 March 2021

<<https://www.nice.org.uk/guidance/ng144/chapter/Recommendations>>

1.2 ประเทศแคนาดา

ในแนวเวชปฏิบัติระดับปฐมภูมิ ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามมาตรฐานที่ให้อย่างสมเหตุสมผลแล้ว เหล่านี้ อาจให้การรักษาด้วย cannabinoids ทางแพทย์ (CBD, THC, CBD+THC และสารสังเคราะห์ที่คล้ายกัน) ได้

1. อาการปวดเส้นประสาทที่ต่อการรักษา (refractory neuropathic pain)
2. อาการปวดขณะดูแลรักษาแบบประคับประคองที่ต่อการรักษา (refractory pain in palliative care)
3. อาการคลื่นไส้และอาเจียนที่เกิดจากเคมีบำบัด (chemotherapy-induced nausea and vomiting)

4. อาการกล้ามเนื้อเกร็งในโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งและอาการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (spasticity in multiple sclerosis and spinal cord injury)

ที่มา: Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care. Canadian Family Physician 2018;64:111-120. <https://www.cfp.ca/content/cfp/64/2/111.full.pdf>

ภาคผนวก 2 กระบวนการพัฒนาแนวเวชปฏิบัติและระดับความถูกต้องน่าเชื่อถือของหลักฐานทางวิชาการ

2.1 กระบวนการพัฒนาแนวเวชปฏิบัติของ National Institute for Health and Care Excellence ของประเทศสหราชอาณาจักร

National Institute for Health and Care Excellence ของประเทศสหราชอาณาจักร พัฒนาแนวปฏิบัติด้วยกระบวนการเหล่านี้

1. กำหนดคำถามที่จะทบทวน (review questions)
2. นำคำถามที่จะทบทวนไปใช้ในการค้นหาค้นหาบทความ และให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแสดงหลักฐานเพิ่มเติม
3. จัดเตรียมบทสรุปของหลักฐาน (ตรวจสอบหลักฐาน)
 - a. การระบุและเลือกหลักฐานที่เกี่ยวข้อง
 - b. การประเมินคุณภาพของหลักฐาน: การประเมินเชิงวิพากษ์ การวิเคราะห์ และความแน่นอนในผลการวิจัย
 - c. การพิจารณาความเสมอภาคและความหลากหลาย
 - d. ความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ
 - e. สรุปหลักฐาน
4. พิจารณาความคุ้มค่าคุ้มค่าของการรักษาและป้องกันโรค
5. ส่งหลักฐานให้คณะกรรมการพิจารณา คณะกรรมการประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้การดูแลรักษา กรรมการ ผู้ที่ใช้บริการ และสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล

ที่มา: National Institutes for Health and Excellence Care. How we develop NICE guidelines. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/how-we-develop-nice-guidelines>

2.2 ระดับความถูกต้องน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการสำหรับการรักษาหรือป้องกันโรค

Level*	Therapy / Prevention
1a	SR (with homogeneity) of RCTs
1b	Individual RCT (with narrow Confidence Interval")
1c	All or none
2a	SR (with homogeneity) of cohort studies
2b	Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., <80% follow-up)
2c	"Outcomes" Research; Ecological studies
3a	SR (with homogeneity) of case-control studies
3b	Individual Case-Control Study
4	Case-series (and poor quality cohort and case-control studies)
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"

SR: systematic review; RCT: randomised controlled trial

* ระดับความถูกต้องน่าเชื่อถือของหลักฐาน: 1a, 1b, 1c มีความถูกต้องน่าเชื่อถือมากที่สุด ระดับ 5 มีระดับความถูกต้องน่าเชื่อถือน้อยที่สุดจนไม่ถือเป็นหลักฐานทางวิชาการที่นำวิธีการรักษานั้นมาใช้กับคนหรือผู้ป่วยทั่วไปได้

ที่มา: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (March 2009)

<https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>

ภาคผนวก 3 ตัวอย่างของสื่อสังคมที่อ้างประโยชน์ของกัญชาและผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์



ขยายให้อ่านได้ชัดเจนและครบถ้วนตามที่แสดงบน website



39 โรคภัยหายได้ด้วยน้ำมันกัญชา

- 1 กัญชาสามารถหยุดการแพร่กระจายของมะเร็งไม่ให้ลุกลามและกำจัดเซลล์มะเร็งได้ โดยไม่ทำร้ายหรือสร้างความเสียหายให้กับเซลล์ปกติ
- 2 กัญชาสามารถรักษาต่อหีน
- 3 กัญชาสามารถป้องกันโรคอัลไซเมอร์ได้ (THC สามารถยับยั้งเซลล์เอเบตาโปรตีนไม่ให้ผลิตสารพิษที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคอัลไซเมอร์)
- 4 กัญชาสามารถช่วยลดอาการอักเสบ
- 5 กัญชาสามารถควบคุมและรักษาโรคลมชัก
- 6 กัญชาสามารถลดความเจ็บปวดจากโรคระบบประสาทส่วนกลางเสื่อม
- 7 กัญชาสามารถรักษาโรคโครห์น (Crohn's Disease) ความผิดปกติเรื้อรังของลำไส้ใหญ่ได้
- 8 กัญชาสามารถช่วยควบคุมและรักษาโรคพากินสัน
- 9 กัญชาสามารถลดความวิตกกังวล
- 10 กัญชาสามารถช่วยในการยับยั้งการสร้างสารก่อมะเร็งและปรับปรุงสุขภาพปอดได้
- 11 กัญชาสามารถลดความเจ็บปวดจากเคมีบำบัด
- 12 กัญชาสามารถปรับปรุงอาการของโรค lupus หรือโรคเอสแอลอี (โรคพุ่มพวง)
- 13 กัญชาสามารถช่วยปกป้องสมองจากความเสียหายของโรคหลอดเลือดสมอง
- 14 กัญชาสามารถควบคุมกล้ามเนื้อกระตุก
- 15 กัญชาสามารถรักษาโรคลำไส้อักเสบ
- 16 กัญชาสามารถช่วยขจัดฝิ่นร้าย
- 17 กัญชาสามารถปกป้องสมองจากการถูกกระทบกระแทกและการบาดเจ็บ
- 18 กัญชาสามารถช่วยให้เจริญอาหาร
- 19 กัญชาสามารถช่วยขยายหลอดเลือดและลดการหดตัวของหลอดเลือด
- 20 กัญชาสามารถแก้โรคบิด แก้ปวดท้อง และโรคท้องร่วง
- 21 กัญชาสามารถช่วยแก้อาการประจำเดือนไม่ปกติของสตรี
- 22 กัญชาสามารถแก้โรคผิวหนังกลากเกลื้อน
- 23 กัญชาสามารถแก้ปวดหัวไมเกรน
- 24 กัญชาช่วยรักษาการอุดตันของเส้นเลือดในสมอง
- 25 กัญชาสามารถช่วยบำบัดผู้ติดยาเสพติดชนิดรุนแรงเช่นเฮโรอีน
- 26 กัญชาสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงได้ (รักษาเบาหวาน)
- 27 กัญชาสามารถช่วยรักษาแผลสด แผลหายยากจากเบาหวาน ให้แห้งและหายได้
- 28 กัญชาช่วยทำให้มีอารมณ์เบิกบานแจ่มใสมีสมาธิและจิตใจสงบ
- 29 กัญชาสามารถช่วยผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV หรือเอดส์ให้สามารถใช้ชีวิตได้ดีขึ้น
- 30 กัญชาสามารถช่วยป้องกันโรคตับแข็ง
- 31 กัญชาสามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น
- 32 กัญชาสามารถช่วยรักษาอาการกระดูกหักให้หายไวขึ้น และยังทำให้กระดูกแข็งแรงขึ้นด้วย

- 33 กัญชาสามารถช่วยลดความเสี่ยงจากความเสียหายของระบบประสาททั้งร่างกายและระบบเชื่อมต่อในสมอง
- 34 กัญชาสามารถรักษาโรคมะเร็งได้
- 35 กัญชาสามารถช่วยรักษาอาการโรคปลอกประสาทอักเสบหรือโรคเอ็มเอส (MS)
- 36 กัญชาช่วยแก้อาการแข็งเกร็งจากอัมพฤกษ์อัมพาตได้
- 37 กัญชาสามารถแก้ไขหมอนเหลือง ไม่มีกำลัง ตัวสั้นได้
- 38 กัญชาสามารถรักษาแผลในเซลล์ลำไส้ที่เกิดจากการอักเสบของโรค crohn's disease ได้ (จากการทดสอบในตาจึงอาจนำไปสู่การใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่กำลังจะสูญเสียตาได้อีกด้วย)
- 39 กัญชาสามารถช่วยต่อสู้กับโรคโลหิตจางได้

ที่มา: 39 โรคหายได้ด้วยกัญชาประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ <<https://www.mtoday.co.th/34592>>

สื่อสังคมบางสื่อยังอ้างว่าและโปรดจำไว้ว่า กัญชาเป็นมากกว่ายา...แต่ในฐานะยา..... “กัญชาคือยาที่ปลอดภัยที่สุดในโลก”เท่าที่มนุษย์จะหาได้....ในเวลานี้....

ภาคผนวก 4 ผลการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาวิเคราะห์การกล่าวอ้างประโยชน์ของน้ำมันกัญชา (บางโรค)

การที่โรคร้ายจะหายได้จากการใช้กัญชาทางการแพทย์ ต้องผ่านการพิสูจน์ประโยชน์และโทษตามขั้นตอนของหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวข้างต้น(ดูในหน้าที่ 1)ให้ครบตลอดตามขั้นตอนของการศึกษาเพื่อให้สืบค้นขั้นตอนของข้อมูลได้ หากไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ไม่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ หรือมีการศึกษาทดลองให้เห็นข้อมูลชัดเจนตลอดการรักษาในผู้ป่วยและมีกลุ่มเปรียบเทียบ(กลุ่มควบคุม) จะถือว่า เป็นการกล่าวอ้างที่ไม่สามารถนำมายืนยันได้ว่า **โรคร้ายหายได้ด้วย....**

ตามหลักการของแพทย์แผนปัจจุบันของการใช้กัญชาทางการแพทย์ เมื่อตรวจหาหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวพบว่า โรคต่างๆ ดังกล่าวทั้ง 39 โรค บางโรคไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ครบถ้วนมายืนยันผลการรักษา หรือใช้คำกล่าวอ้างในอดีตแต่ไม่มีการวิจัยอย่างเป็นระบบหรือหาหลักฐานการวิจัยอย่างเป็นระบบมาตรวจสอบไม่ได้ บางโรคใช้กัญชาเพียงแค่บรรเทาอาการของโรค(ไม่ได้รักษาตัวโรค)แต่การใช้กัญชายังไม่ปลอดภัยเพราะยังไม่ได้ใช้สารสกัดกัญชาที่ทราบความเข้มข้นของ CBD/THC ที่แน่นอน และยังมียาขนานอื่นที่ใช้แทนได้ผลดีและปลอดภัยกว่าอยู่แล้ว จึงไม่ควรเสี่ยงที่จะใช้น้ำมันกัญชา เพราะเสี่ยงต่อการเกิดผลร้ายจากสารปนเปื้อน เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ติดสารเสพติด และไม่ถือว่าเป็นการใช้กัญชาทางการแพทย์ตามแบบฉบับปัจจุบัน

ขอยกตัวอย่างโรคใน 2 ข้อแรกจากสื่อสังคมในภาคผนวก 3 ซึ่งเป็นโรคร้ายจากสื่อสังคมดังกล่าว มาตรวจหาข้อมูลและนำหลักฐานเชิงประจักษ์จนถึงในปัจจุบัน เพื่อตรวจสอบว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่ากัญชาสามารถรักษาโรคร้าย 2 โรคแรกตามที่แสดงในสื่อสังคม ให้หายและปลอดภัยจริงหรือไม่?

4.1 กัญชาสามารถหยุดการแพร่กระจายของมะเร็งไม่ให้ลุกลามและกำจัดเซลล์มะเร็งได้ โดยไม่ทำร้ายหรือสร้างความเสียหายให้กับเซลล์ปกติ จริงหรือไม่?

การที่กล่าวอ้างว่า กัญชาสามารถหยุดการแพร่กระจายของมะเร็งไม่ให้ลุกลามและกำจัดเซลล์มะเร็งได้ โดยไม่ทำร้ายหรือสร้างความเสียหายให้กับเซลล์ปกตินั้น เป็นการอ้างว่า สมุนไพรกัญชาเข้าไปหยุดการเติบโตของเซลล์มะเร็งโดยสาร THC ในห้องปฏิบัติการ มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 อ้างว่า THC สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งปอดชนิด adenocarcinoma ในระดับหลอดทดลองและในหนูทดลองที่ได้รับ THC ทางปาก จากการทดลองพบว่าสาร cannabinoids มีความสามารถในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง (proliferation, metastasis และ angiogenesis) ในโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งเต้านม มะเร็งตับอ่อน มะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งปอดบางชนิด มะเร็งรังไข่ เป็นต้น บางครั้งก็อ้างว่า เป็นผลจากการทำงานที่เสริมฤทธิ์ซึ่งกันและกัน (entourage effect) จาก cannabinoids, terpenes และ flavonoids ในกัญชา ซึ่งยังเป็นการศึกษาในขั้นหลอดทดลองทั้งนั้น ยังไม่ได้นำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จึงไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์จนถึงปัจจุบันมายืนยันประโยชน์จากคำกล่าวอ้างดังกล่าว

ข้อมูลที่ตรวจสอบได้จนถึงปีนี้(ล่าสุด) สรุปว่า กัญชารักษารโรคร้ายมะเร็งได้จริงหรือไม่? มีบทสรุปจากบทความข้างล่างนี้ ได้แปลเป็นภาษาไทยให้ด้วยและใส่เอกสารอ้างอิง (Abrams DI.) ต่อท้ายมาด้วย ดังนี้

.... Oncologists, so dependent on evidence-based data to guide their treatment plans, are dismayed by the lack of published literature on the benefits of medical cannabis. Despite preclinical evidence and social media claims, the utility of cannabis, cannabinoids or cannabis-based medicines in the treatment of cancer remains to be convincingly demonstrated. With an acceptable safety profile, cannabis and its congeners may be useful in managing symptoms related to cancer or its treatment. Further clinical trials should be conducted to evaluate whether the preclinical antitumor effects translate into benefit for cancer patients.

.... ผู้เชี่ยวชาญรักษาโรคมะเร็งผู้ซึ่งใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการแนะนำวิธีการรักษาโรคมะเร็ง รู้สึกท้อแท้มากที่ยังขาดผลงานตีพิมพ์ที่แสดงถึงประโยชน์ของการนำกัญชามาใช้รักษาโรคมะเร็งได้ (เพราะยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะทำให้เชื่อได้ว่า กัญชาสามารถนำมาใช้ได้ประโยชน์จริงกับผู้ป่วย) ... แม้จะมีการอ้างถึงผลการศึกษาในหลอดทดลองหรือการกล่าวอ้างในสื่อสังคมว่า นำกัญชามาใช้รักษามะเร็งได้ แต่ยังขาดหลักฐานที่จะนำมาแสดงให้เห็นชัดเจนและน่าเชื่อถือได้ว่า นำมาใช้ได้ประโยชน์จริงในผู้ป่วย และถ้ากัญชามีความปลอดภัยเพียงพอด้วยกัญชาและผลิตภัณฑ์กัญชาอาจจะนำมาใช้บรรเทาอาการของโรคมะเร็งหรือรักษามะเร็ง จึงควรมีการศึกษาทางคลินิกต่อไปเพื่อแสดงว่า ผลต้านเซลล์มะเร็งในหลอดทดลองจะสามารถนำมาแสดงต่อว่านำมาใช้รักษาโรคมะเร็งในผู้ป่วยได้ด้วย....

ที่มา: Abrams DI. Cannabis, cannabinoids and cannabis-based medicines in cancer care. Integr Cancer Ther 2022;21:15347354221081772. doi:10.1177/15347354221081772.

< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35225051/> >

4.2 ข้อมูลและความเห็นจากสมาคมโรคมะเร็งแห่งอเมริกัน(American Cancer Society) และจากหน่วยงานวิจัยโรคมะเร็งแห่งสหราชอาณาจักรโดย Cancer Research UK

ได้แนบบทความ Marijuana and cancer ล่าสุดวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ของสมาคมโรคมะเร็งแห่งอเมริกันที่เสนอความเห็นพร้อมสรุปมาให้ ได้แปลบทสรุปเป็นภาษาไทยมาให้ด้วย

ได้แนบบทความจากหน่วยงานวิจัยโรคมะเร็งแห่งสหราชอาณาจักร ล่าสุดในเดือนพฤษภาคม 2565 ได้เขียนสรุปเกี่ยวกับ Cannabis, cannabinoids and cancer – the evidence so far และได้แปลเป็นภาษาไทยมาให้ด้วย

ได้แนบบทความงานวิจัย 2 ฉบับเกี่ยวกับการทดลองใช้สาร THC รักษาโรคมะเร็งสมองที่ร้ายแรงชนิดหนึ่งเรียกว่า glioblastoma multiforme(GBM) มาให้อ่านด้วย

[Download this topic \[PDF\]](#)

[Home](#) > [Treatment & Survivorship](#) > [Treatments and Side Effects](#) > [Treatment Types](#) > [Complementary and Integrative Medicine](#)

Marijuana and Cancer

Marijuana is the name given to the dried buds and leaves of varieties of the Cannabis sativa plant, which can grow wild in warm and tropical climates throughout the world and be cultivated commercially. It goes by many names, including pot, grass, cannabis, weed, hemp, hash, marihuana, ganja, and dozens of others.

Marijuana has been used in herbal remedies for centuries. Scientists have identified many biologically active components in marijuana. These are called *cannabinoids*. The two best studied components are the chemicals *delta-9-tetrahydrocannabinol* (often referred to as THC), and *cannabidiol* (CBD). Other cannabinoids are being studied.

At this time, the US Drug Enforcement Administration (DEA) lists marijuana and its cannabinoids as Schedule I controlled substances. This means that they cannot legally be prescribed, possessed, or sold under federal law. Whole or crude marijuana (including marijuana oil or hemp oil) is not approved by the US Food and Drug Administration (FDA) for any medical use. But the use of marijuana to treat some medical conditions is legal under state laws in many states.



More recently, scientists reported that THC and other cannabinoids such as CBD slow growth and/or cause death in certain types of cancer cells growing in lab dishes. Some animal studies also suggest certain cannabinoids may slow growth and reduce spread of some forms of cancer.

There have been some early clinical trials of cannabinoids in treating cancer in humans and more studies are planned. While the studies so far have shown that cannabinoids can be safe in treating cancer, they do not show that they help control or cure the disease.

Relying on marijuana alone as treatment while avoiding or delaying conventional medical care for cancer may have serious health consequences.

Medical decisions about pain and symptom management should be made between the patient and their doctor, balancing evidence of benefit and harm to the patient, the patient's preferences and values, and any laws and regulations that may apply.

The American Cancer Society Cancer Action Network (ACS CAN), the Society's advocacy affiliate, has not taken a position on legalization of marijuana for medical purposes because of the need for more scientific research on marijuana's potential benefits and harms. However, ACS CAN opposes the smoking or vaping of marijuana and other cannabinoids in public places because the carcinogens in marijuana smoke pose numerous health hazards to the patient and others in the patient's presence.

Written by [References](#)



[The American Cancer Society medical and editorial content team](#)

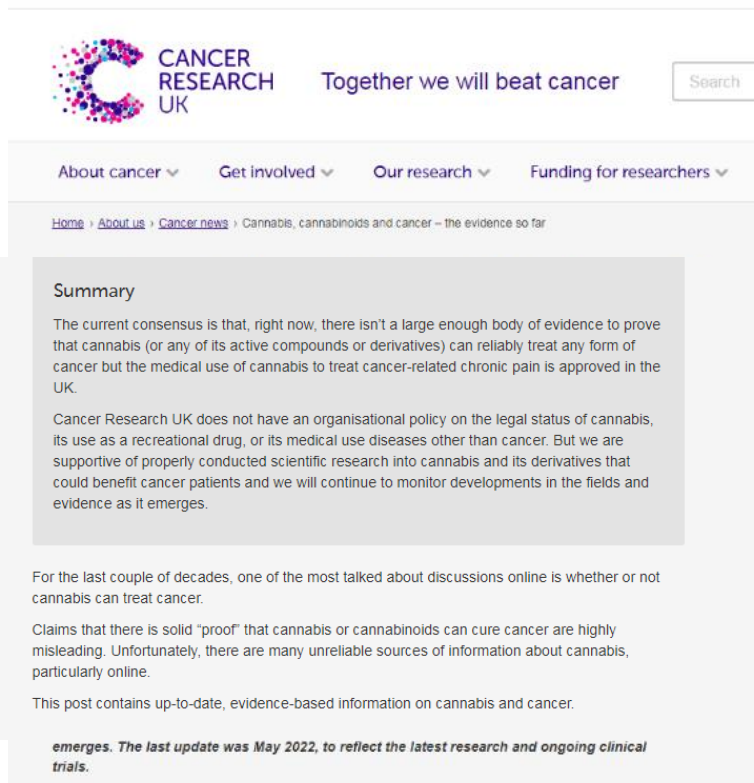
Our team is made up of doctors and oncology certified nurses with deep knowledge of cancer care as well as journalists, editors, and translators with extensive experience in medical writing.

Last Revised: August 3, 2022

American Cancer Society medical information is copyrighted material. For reprint requests, please see our [Content Usage Policy](#).



สมาคมโรคมะเร็งแห่งอเมริกันเขียนบทความเรื่อง กัญชาและมะเร็ง ปรับแก้บทความล่าสุดในวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2565 แจ้งว่า นักวิทยาศาสตร์พบว่า THC และสารอื่นเช่น CBD ทำให้เซลล์มะเร็งในหลอดทดลองโตช้าหรือตายได้ การทดลองในสัตว์บางชนิดพบว่า สารเหล่านี้อาจจะทำให้มะเร็งบางชนิดโตช้าลงหรือกระจายช้า แต่จนถึงปัจจุบันยังไม่การศึกษาแบบมีหลักฐานเชิงประจักษ์ครบถ้วนทุกขั้นตอนในผู้ป่วยที่แสดงว่า กัญชาสามารถควบคุมเซลล์มะเร็งหรือรักษาโรคมะเร็งในผู้ป่วยได้



The screenshot shows the Cancer Research UK website. The header includes the logo and the slogan "Together we will beat cancer". The main navigation bar has links for "About cancer", "Get involved", "Our research", and "Funding for researchers". The breadcrumb trail reads: "Home > About us > Cancer news > Cannabis, cannabinoids and cancer – the evidence so far". The "Summary" section states: "The current consensus is that, right now, there isn't a large enough body of evidence to prove that cannabis (or any of its active compounds or derivatives) can reliably treat any form of cancer but the medical use of cannabis to treat cancer-related chronic pain is approved in the UK. Cancer Research UK does not have an organisational policy on the legal status of cannabis, its use as a recreational drug, or its medical use in diseases other than cancer. But we are supportive of properly conducted scientific research into cannabis and its derivatives that could benefit cancer patients and we will continue to monitor developments in the fields and evidence as it emerges." Below this, a paragraph notes: "For the last couple of decades, one of the most talked about discussions online is whether or not cannabis can treat cancer. Claims that there is solid 'proof' that cannabis or cannabinoids can cure cancer are highly misleading. Unfortunately, there are many unreliable sources of information about cannabis, particularly online. This post contains up-to-date, evidence-based information on cannabis and cancer. emerges. The last update was May 2022, to reflect the latest research and ongoing clinical trials."

ส่วนหน่วยงานวิจัยโรคมะเร็งแห่งสหราชอาณาจักร เขียนบทความสรุปว่า Cannabis, cannabinoids and cancer – the evidence so far ปรับข้อความล่าสุดในวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 กล่าวว่า ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเพียงพอที่จะยืนยันได้ว่า กัญชาและผลิตภัณฑ์กัญชาสามารถรักษารโรคมะเร็งได้ มีแต่การใช้กัญชาบรรเทาอาการปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งได้

ในหลายสิบปีที่เพิ่งผ่านมานี้ การกล่าวอ้างที่แจ้งว่ามีหลักฐานชัดเจนว่า กัญชารักษารโรคมะเร็งได้เป็นการกล่าวอ้างที่ทำให้ประชาชนเข้าใจผิดอย่างมากว่ากัญชารักษามะเร็งได้ โชคร้ายที่ว่ามีแหล่งแพร่ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับกัญชาและผลิตภัณฑ์กัญชา หลายแห่งที่ปล่อยข่าวไม่น่าเชื่อถือให้ประชาชน

(Claims that there is solid “proof” that cannabis or cannabinoids can cure cancer are highly misleading. Unfortunately, there are many unreliable sources of information about cannabis)

และคำถามที่ว่า กัญชารักษารโรคมะเร็งได้ไหม? ก็มีคำตอบว่า จนถึงปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีบทความวิชาการจำนวนน้อยกว่าฉบับที่ศึกษากัญชาและผลิตภัณฑ์กัญชาในการรักษารโรคมะเร็ง ข้อสรุปคือว่า การศึกษาเหล่านี้ยังไม่พบข้อมูลที่หนักแน่นจริงจึงทางวิชาการว่า สามารถนำมาใช้รักษารโรคมะเร็งอย่างได้ผลและปลอดภัยจริง ทั้งนี้เพราะงานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาเซลล์มะเร็งในหลอดทดลองหรือสัตว์ทดลอง ยังไม่ได้ศึกษาต่อจนถึงผู้ป่วยว่า รักษาโรคมะเร็งได้จริง

Can cannabinoids treat cancer?

As of 2022, several hundreds of scientific papers looking at cannabinoids, the endocannabinoid system, and the relation to cancer have been published. So far these studies simply haven't

found enough robust scientific evidence to prove that these can safely and effectively treat cancer. This is because the majority of the scientific research investigating whether cannabinoids can treat cancer has been done using cancer cells grown in the lab or animals. While these studies are a vital part of research, providing early indications of the benefits of particular treatments, they don't necessarily hold true for people.

หากลองเจาะลึกถึงการทดลองใช้กัญชาในผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดหนึ่งพบว่า มีการทดลองใช้สารสกัดจากกัญชาในการรักษาโรคมะเร็งในเนื้อสมอง มีการรายงานในปี พ.ศ. 2549 จากการศึกษาในผู้ป่วยในประเทศสเปน ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง glioblastoma multiforme (GBM) ในสมองที่กลับเป็นซ้ำจำนวน 9 ราย โดยฉีดสาร THC เข้าไปในเนื้อสมองโดยตรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้รักษาด้วยยาต้านมะเร็งและฉายรังสีมาแล้ว แต่มะเร็งชนิดนี้ในสมองยังกำเริบอีก วิธีการฉีดสาร THC แบบนี้พบว่าปลอดภัย แต่ไม่พบว่าทำลายเซลล์มะเร็งได้ หลังจากนั้นจนถึงปัจจุบันก็ไม่พบว่า มีผู้สนใจศึกษาต่ออย่างจริงจัง ต่อมาเมื่อมีการศึกษาฤทธิ์ต้านมะเร็งของกัญชากับโรคมะเร็งชนิดนี้อีกในผู้ป่วยโรคเดียวกัน แต่ใช้ THC และ CBD ร่วมกับยาเคมีบำบัด (dose-intense temozolomide) ในการรักษาโรคนี้นี้พบว่า อาจจะได้ผลในโรคมะเร็งนี้ แต่ผลที่ได้อาจจะเกิดจากยาต้านมะเร็ง temozolomide โดยตรงมากกว่า มีการศึกษาที่ประเทศออสเตรเลียอีกครั้งในโรคมะเร็งชนิดนี้ในผู้ป่วย 88 รายและให้กินสารสกัดกัญชา ก่อนนอน จากการติดตามผู้ป่วยไปนาน 12 สัปดาห์พบว่า โรคทุเลาร้อยละ 11 จาก 61 รายที่ติดตามได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ร้อยละ 34 มีระยะโรคคงที่ ร้อยละ 16 มีการกำเริบเล็กน้อยจากเอกซเรย์ และร้อยละ 10 มีโรคที่กำเริบมากขึ้น ผู้วิจัยรายงานว่า ผู้ป่วยบางรายรู้สึกสบายขึ้น แต่ไม่ได้รายงานว่าสามารถรักษาโรคมะเร็งได้หรือทำให้ขนาดมะเร็งลดลง การใช้กัญชาในผู้ป่วยโรคมะเร็งในรายงานฉบับนี้เหมือนเป็นการรักษาแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของโรคมะเร็งร้ายแรง ทำให้ผู้ป่วยบางรายนอนหลับง่ายขึ้นแต่รักษาโรคมะเร็งไม่ได้

โดยสรุป จากข้อมูลทั้งหมดยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีพอที่จะยืนยันว่า กัญชาหรือผลิตภัณฑ์กัญชา รักษาโรคร้าย โรคมะเร็งในข้อที่ 1 ของ “39 โรคร้ายหายได้ด้วยน้ำมันกัญชา” ได้ เท่าที่ตรวจสอบจากข้อมูลตามหลักฐานเชิงประจักษ์จนถึงปัจจุบันเท่าที่มี **ไม่พบว่า** กัญชามีผลในการหยุดการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไม่ให้ลุกลามและกำจัดเซลล์มะเร็งในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้

เอกสารอ้างอิง

1. Guzmán M, Duarte MJ, Blázquez C, et al. A pilot clinical study of Delta9-tetrahydrocannabinol in patients with recurrent glioblastoma multiforme. Br J Cancer. 2006;95(2):197-203.
< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16804518/> >
2. Schloss J, Lacey J, Sinclair J, Steel A, Sughrue M, Sibbritt D, Teo C. A phase 2 randomised clinical trial assessing the tolerability of two different ratios of medicinal cannabis in patients with high grade gliomas. Front Oncol 2021 May 21;11:649555. doi: 10.3389/fonc.2021.649555. PMID: 34094937; PMCID: PMC8176855.

4.3 กัญชาสามารถรักษาต้อหิน (ทางจักษุ) จริงหรือไม่?

ได้นำบทความของ นพ. Nick Andrew ผู้เชี่ยวชาญจักษุแพทย์ชาวออสเตรเลีย ได้เขียนสรุปเรื่องกัญชากับโรคต้อหินมาให้อ่าน (โรคต้อหินเป็นโรคจากการกลั่นแองในภาคผนวกที่ 3) บทความนี้มีชื่อเรื่องว่า Is Cannabis a Treatment for Glaucoma? บทความนี้ตีพิมพ์ในเดือน มกราคม พ.ศ. 2564

In 1971 it was discovered that smoking cannabis can lower intraocular pressure. To investigate the effect of cannabis on the human visual system, eleven healthy subjects underwent comprehensive ophthalmic exams before and after smoking 2 grams of cannabis.

Unexpectedly, the subjects were found to have a change in intraocular pressure ranging from +4% to -45%. Subsequent studies have demonstrated that approximately 65% of glaucomatous eyes will experience a 30% pressure reduction after cannabis inhalation. The pressure-lowering effect lasts three to four hours and is dose-dependent.

THC is the main cannabinoid that lowers intraocular pressure. It is thought to bind to CB1 receptors on the eye to reduce aqueous production and increase aqueous outflow.

The pressure-lowering effect of THC is not mediated through the central nervous system but is a local eye effect. This makes eyedrops a plausible route of administration. THC is also claimed to have a neuroprotectant effect on the optic nerve. However, evidence for this role appears weak.

It has been shown that CBD partially blocks the pressure-lowering effect of THC. This is important, as cannabis plants contain a mixture of cannabinoids including both THC and CBD.

There are several problems with using cannabis to treat glaucoma. Firstly, the pressure-lowering effect is brief (three to four hours), which necessitates frequent dosing. This is impractical for a chronic disease that requires continuous, lifelong control.

It is estimated that 24hr IOP control would require eight to 10 marijuana cigarettes. This dose would have significant psychoactive and cardio-pulmonary side effects and would also be more expensive than conventional glaucoma treatments.

Tachyphylaxis is another limiting factor. One study treated nine end-stage glaucoma patients with inhaled THC capsules every four hours. All had a reduction in IOP but seven of nine patients lost the beneficial effect due to tolerance. All patients elected to discontinue treatment by one to nine months due to loss of benefit or systemic side effects.

Systemic side effects of cannabis could be reduced by manufacturing synthetic cannabinoids without psychoactive properties or administering the cannabinoids as an eye drop.

Both possibilities are being pursued. A synthetic analogue of THC known as HU211 has minimal psychoactive effects but still achieves IOP-lowering. Intraocular penetration of cannabinoid eyedrops has been unsuccessful so far due to their hydrophobic nature, however this could be overcome by using a microemulsion or cyclodextrin to help penetrate the tear film.

The cannabinoids hold promise as a new glaucoma pharmacotherapy. Since they act via a different family of receptors, they could work synergistically with existing glaucoma treatments. However, inhaling or ingesting cannabis as a glaucoma treatment makes little sense due to systemic side effects, short duration of action, and likelihood of tachyphylaxis.

Future studies need to focus on individual chemicals rather than non-standardised plant material. In my opinion, **if cannabinoids have a role in glaucoma care it will be a synthetic analogue of THC delivered topically to the eye.**

ขอสรุปสั้น ๆ ว่า ถ้าจะใช้กัญชารักษาโรคต้อหินได้ จะต้องใช้เป็นสารสังเคราะห์คล้าย THC และหยอดตาโดยตรง (แม้จะต้องหยอดต่าบ่อยกว่ายามาตรฐานขนาดอื่นที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน) และต้องใช้สารสกัดที่บริสุทธิ์เท่านั้น

เอกสารอ้างอิง: Andrew N. Is Cannabis a Treatment for Glaucoma? (January, 2021)

< <https://glaucoma.org.au/news-details/treatment/is-cannabis-a-treatment-for-glaucoma> >

ปัจจุบัน ทั้งชมรมต้อหินอเมริกัน (American Glaucoma Society), จักษุแพทย์อเมริกัน (American Academy of Ophthalmology), ชมรมต้อหินแคนาดา (Canadian Glaucoma Society) ยังไม่ยอมรับให้ใช้กัญชารักษาต้อหิน ด้วยเหตุผลว่าฤทธิ์ของกัญชาสั้นเกินไป เทียบกับปัจจุบันมียาลดความดันตาที่หยอดวันละครั้งเท่านั้นและออกฤทธิ์นานถึง 24 ชั่วโมง ส่วนกัญชายังทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น ง่วงนอน อารมณ์แปรปรวน ขับรถหรือทำภารกิจประจำวันไม่ได้ หากนำกัญชามาใช้ น่าจะเพิ่มอุบัติเหตุทางรถยนต์มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ของกัญชาที่ต้องระวังดังนี้

- ทางตา- ตาแดง, ตาแห้ง, สู้แสงไม่ได้, หนังตาตก, กล้ามเนื้อรอบตาเกร็ง (blepharospasm nystagmus), ความสามารถในการเพ่งลดลง
- ทางกาย- หัวใจเต้นเร็ว, ลดความดันโลหิต, กระชุกกระชวย, ความจำเสื่อม, ขาดสมาธิ, ลด testosterone, ลดภูมิคุ้มกันของร่างกาย
- กัญชามีฤทธิ์ลดความดันโลหิต ทำให้เลือดไปเลี้ยงขั้วประสาทตาน้อยลง ยิ่งทำให้ต้อหินเลวลง อีกทั้งอาจทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะจอตาเสื่อม (AMD) มีอาการแย่ลง

บทความข้างต้นเขียนโดย ศ.พญ. สกาวรัตน์ คุณาวิศรุต จักษุแพทย์ รพ. ตา หู คอ จมูก

และจากบทความวิชาการที่ให้ความเห็นสอดคล้องกัน ในวารสารของ **ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย** และ **สมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย** ISSN 0875-5118 (Print) โดย อภิพล อินโสภาส, สุณี จันทร์แสงเพ็ชร. กัญชากับการรักษาผู้ป่วยโรคต้อหิน Cannabis in the Treatment of Patients with Glaucoma. Thai J Ophthalmol 2563;34(1):50-56.

โดยสรุป ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะยืนยันว่า กัญชาหรือผลิตภัณฑ์กัญชารักษาโรคต้อหินได้ (นอกจากไม่มีหลักฐานว่าใช้ได้ดีแล้ว ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยออกมาปฏิเสธการใช้และให้ระวังผลร้ายจากการใช้กัญชาในการรักษาโรคเกี่ยวกับตาด้วย)

ภาคผนวก 5 ตัวอย่างยาและการรักษาในอดีตที่มีใช้อย่างแพร่หลายและ ต่อมาพบว่าอันตรายร้ายแรง:

10 เวชปฏิบัติแปลกประหลาดในประวัติศาสตร์

1. การฉีดน้ำนมเข้าเส้นเลือด (milk transfusion): การรักษาที่ถูกนำมาใช้เมื่อร้อยกว่าปีก่อนเพราะเชื่อว่าน้ำนมสามารถทดแทนเลือดได้เป็นอย่างดี
2. บุหรี่ (cigarettes): ผู้ผลิตบุหรี่เคยโฆษณาว่าบุหรี่สามารถบรรเทาอาการโรคหัดจากภูมิแพ้ (hay fever) โรคหอบหืด (asthma) และไข้ออกผื่นที่พบบ่อยในเด็ก (rose fever)
3. Mrs. Winslow's Soothing Syrup: ยาน้ำสูตรลับเพื่อให้เด็กผ่อนคลาย ซึ่งสามารถรักษาโรคต่างๆ ในทารกตั้งแต่ปวดฟันไปจนถึงท้องร่วง ซึ่งในภายหลังพบว่ามียาแอสทอลและมอร์ฟินผสมอยู่
4. คลอโรฟอร์ม (chloroform): สารระเหยที่สามารถรักษาโรคหอบหืด แต่ต่อมาพบว่า เป็นสารพิษต่อระบบประสาทส่วนกลาง ตับ และไต
5. โคเคน (cocaine): โคเคนถูกนำมาใช้รักษาโรคหัดจากภูมิแพ้ (hay fever)
6. การถ่ายโอนต่อมไร้ท่อในอวัยวะจากลิงสู่คน (xenotransplantation): หัตถการเพื่อถ่ายโอนต่อมไร้ท่อในอวัยวะที่ชื่อ interstitial glands จากลิงชิมแปนซีให้ชายสูงอายุโดยหวังจะทำให้ผู้ที่ได้รับกลับมามีร่างกายแข็งแรงอีกครั้ง
7. ยาเม็ดมาลาเรีย (malaria pills): ศาสตราจารย์ Julius Wagner-Jauregg ซึ่งได้รับรางวัลโนเบลสาขาการแพทย์ในปี ค.ศ. 1927 จากการค้นพบว่า อาการไข้สูงช่วยให้ผู้ป่วยอัมพาตเคลื่อนไหวดีขึ้น และพัฒนายาเม็ดมาลาเรียในเวลาต่อมาเพื่อทำให้เกิดไข้สูงในผู้ป่วยอัมพาต
8. การอาศัยอยู่ในปลาวาฬ (whale hotel): เมื่อพบปลาวาฬตายให้ผ่าจนเกิดเป็นโพรงแล้วให้ผู้ป่วยโรคข้อรูมาตอยด์เข้าไปอยู่ในซากปลาวาฬเพื่อให้หายปวดและหายอักเสบ
9. เปียโนแมว (Katzenklavier): การนำแมวมาขึงไว้หน้าคีย์บอร์ดของเปียโน โดยดึงหางแมวให้ตรงและอยู่ใต้ปลายแหลมของตะปู การกดคีย์บอร์ดจะทำให้ปลายแหลมของตะปูแทงลงไปที่หางแมวจนแมวร้องโหยหวนเสียงดังเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้สติกลับมา
10. การสวนทวารด้วยใบยาสูบ (tobacco or smoke enemas): วิธีการนี้ใช้รักษาหิวาตกโรค แทนการสวนทวารด้วยฝิ่น

ที่มา: 10 Strange Medical Practices from History. Library of Congress. April 27, 2022 by Thomas Beheler

<https://blogs.loc.gov/headlinesandheroes/2022/04/10-strange-medical-practices-from-history/>

ภาคผนวก 6 ตัวอย่างมาตรฐานและการตรวจวิเคราะห์ที่สำคัญสำหรับกัญชาทางการแพทย์

6.1 มาตรฐานขั้นต่ำด้านคุณภาพ (minimum quality standard) ของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่กำหนดโดยหน่วยงานด้านกัญชาทางการแพทย์ของเทศนิวยอร์ก

- สิ่งต่างๆ เหล่านี้ต้องไม่เกิดปริมาณสูงสุดที่กำหนดไว้: microbial contamination, heavy metals, pesticides, absence of aflatoxins, ochratoxin A, foreign matter, loss on drying, total ash, residual solvents

- ต้องมีรายละเอียดของข้อกำหนดอื่นที่สำคัญ เช่น ปริมาณสารที่ออกฤทธิ์ โดยเฉพาะ THC และ CBD, อายุของผลิตภัณฑ์, การเก็บรักษา, ฉลากยา

- การทดสอบและความเชื่อถือได้ของการทดสอบ

ที่มา: Medicinal Cannabis Agency - Minimum quality standard

< <https://www.health.govt.nz/our-work/regulation-health-and-disability-system/medicinal-cannabis-agency/medicinal-cannabis-agency-information-industry/medicinal-cannabis-agency-working-medicinal-cannabis/medicinal-cannabis-agency-minimum-quality-standard>>

6.2 การตรวจวิเคราะห์ที่สำคัญที่กำหนดโดยคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ

หน้า ๑๕

เล่ม ๑๓๘ ตอนพิเศษ ๒๔๙ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๗ ธันวาคม ๒๕๖๔

ประกาศคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ

เรื่อง การตรวจหรือการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบปริมาณสารแคนนาบิไดโอด (Cannabidiol, CBD)

สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) หรือสารสำคัญอื่น

และปริมาณสารปนเปื้อน โลหะหนัก หรือสารอื่น หรือสิ่งปนเปื้อน

ที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายในกัญชาที่ได้จากการผลิตโดยการปลูก

พ.ศ. ๒๕๖๔

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔๕ (๘) และ (๙) แห่งกฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ เฉพาะกัญชา พ.ศ. ๒๕๖๔ ประกอบมติคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ในการประชุม ครั้งที่ ๔๓๓-๙/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔ คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในระหว่างการปลูก ผู้รับอนุญาตผลิตกัญชาโดยการปลูกหรือผู้รับอนุญาตซึ่งเป็นผู้รับผลผลิตจากผู้รับอนุญาตผลิตโดยการปลูกอาจจัดให้มีการตรวจสอบสารปนเปื้อน โลหะหนัก หรือสารอื่นที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกาย

ข้อ ๓ สารปนเปื้อน โลหะหนัก หรือสารอื่นที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายตามข้อ ๒ ต้องไม่เกินปริมาณ ดังต่อไปนี้

(๑) สารกำจัดศัตรูพืชตกค้าง (Pesticide residues) ไม่เกินปริมาณตามที่ระบุในตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia) ฉบับ ค.ศ. ๒๐๒๐ หรือฉบับที่ตีพิมพ์ใหม่กว่า

(๒) โลหะหนัก (Heavy metal)

(ก) สารหนู (Arsenic) ไม่เกิน ๔ ส่วนในล้านส่วน

(ข) แคดเมียม (Cadmium) ไม่เกิน ๐.๓ ส่วนในล้านส่วน

(ค) ตะกั่ว (Lead) ไม่เกิน ๑๐ ส่วนในล้านส่วน

(ง)ปรอท (Mercury) ไม่เกิน ๐.๕ ส่วนในล้านส่วน

ข้อ ๔ ก่อนนำกัญชาออกจากสถานที่ปลูกทุกครั้ง ผู้รับอนุญาตผลิตกัญชาโดยการปลูกต้องจัดให้มีการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบปริมาณสารแคนนาบิไดโอด (Cannabidiol, CBD) สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol, THC) หรือสารสำคัญอื่น และสิ่งปนเปื้อน

ข้อ ๕ สิ่งปนเปื้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายตามข้อ ๔ ต้องไม่เกินปริมาณ ดังต่อไปนี้

(๑) สารปนเปื้อน โลหะหนัก หรือสารอื่นที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกาย ไม่เกินปริมาณที่กำหนดไว้ในข้อ ๓

(๒) สิ่งแปลกปลอม ที่เป็นชิ้นส่วนอื่นของพืชหรือชิ้นส่วนของอวัยวะ หรือวัตถุอื่น ไม่เกินร้อยละ ๒ โดยน้ำหนัก

ข้อ ๖ การตรวจตามข้อ ๒ และการวิเคราะห์ตามข้อ ๔ ให้ใช้วิธีการทดสอบตามที่ระบุ ในตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia) ฉบับ ค.ศ. ๒๐๒๐ หรือฉบับ ที่ตีพิมพ์ใหม่กว่า หรือวิธีการทดสอบตามตำรายาอื่น หรือวิธีการทดสอบอื่นที่มีความเหมาะสม ถูกต้อง แม่นยำ และเชื่อถือได้ (validation)

ในกรณีที่มีข้อสงสัยในผลการตรวจหรือการวิเคราะห์ตามวรรคหนึ่ง ต้องยืนยันผลการตรวจ หรือการวิเคราะห์โดยใช้ตัวอย่างเดิมหรือตัวอย่างในรุ่นการผลิตเดิมส่งตรวจวิเคราะห์ที่ห้องปฏิบัติการ ตรวจวิเคราะห์

ข้อ ๗ ความในข้อ ๒ และข้อ ๔ ไม่ใช่บังคับแก่ผู้รับอนุญาตผลิตกัญชาโดยการปลูก ซึ่งได้รับการรับรองระบบการจัดการคุณภาพการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับพืชสมุนไพร (Good Agricultural Practices For Herbs) หรือได้รับรองมาตรฐานเกษตรอินทรีย์ตามกฎหมายว่าด้วย มาตรฐานสินค้าเกษตร โดยต้องแสดงหลักฐานใบรับรองดังกล่าวให้ผู้อนุญาตพิจารณาให้ความเห็นชอบ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ธงชัย กิริติหัตถยากร

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

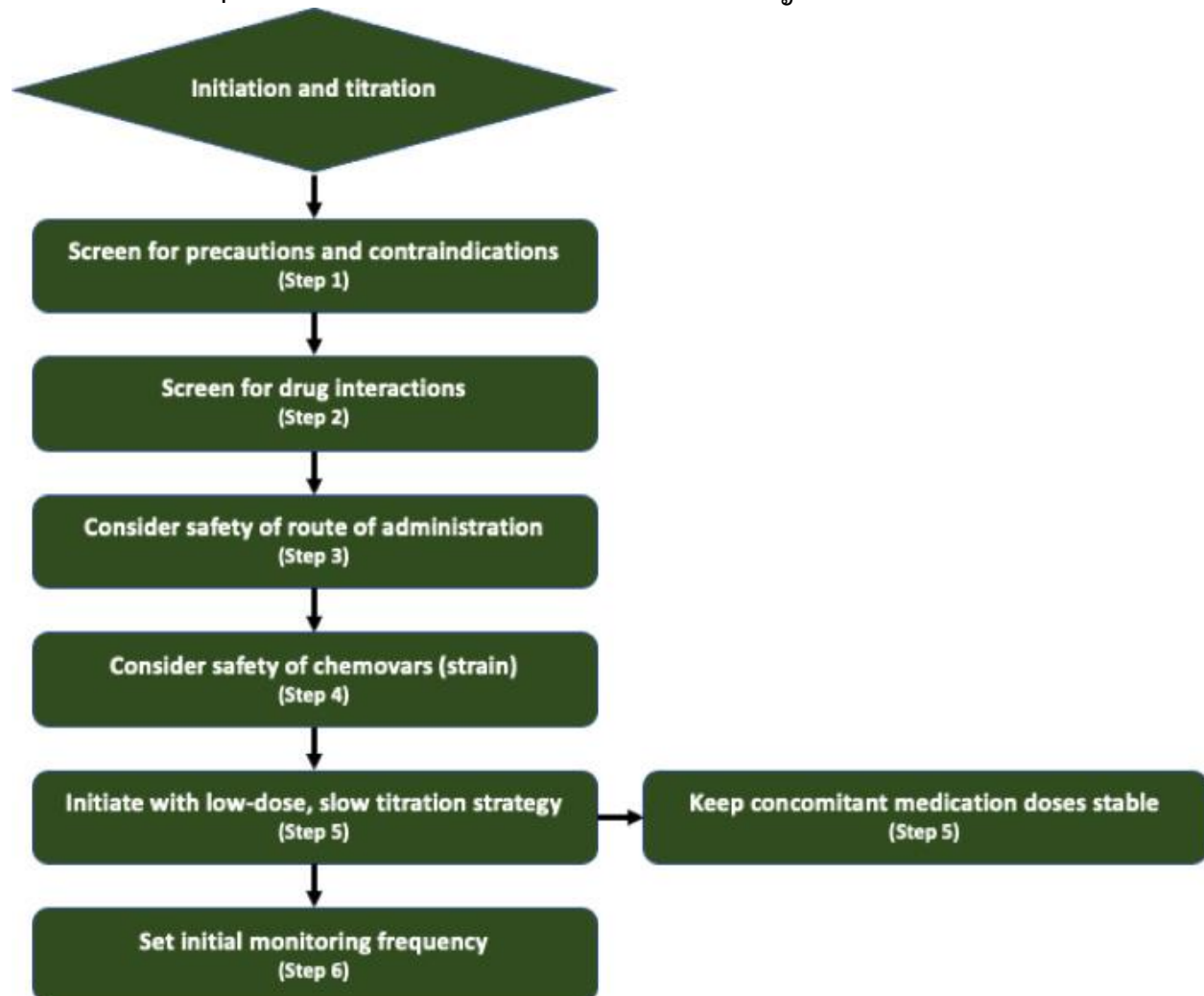
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ

ภาคผนวก 7 การประเมินและตรวจสอบผู้ป่วย ข้อควรระวังในการใช้กัญชาทางการแพทย์ และข้อห้ามใช้

7.1 การประเมินและข้อควรระวังต่างๆ ในการใช้กัญชาทางการแพทย์

7.1.1 ขั้นตอนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินก่อนและระหว่างปรับกัญชาทางการแพทย์



7.1.2 ตัวอย่างข้อควรระวังและข้อห้ามใช้รักษาทางการแพทย์

Table 1
Precautions and Contraindications.

Considerations ^A	Precautions ^B	Relative Contraindications ^C	Contraindications ^{D*}
Immunocompromised	Concurrent mood or anxiety disorder	Under 25 years of age	Unstable cardiovascular disease
Chronic Kidney Disease	Have risk factors for cardiovascular disease	Current or past cannabis use disorder	Respiratory disease (if smoking cannabis)
Older adults	Tobacco use		Personal or strong family history of psychosis/ bipolar
Patients with concurrent medical conditions	E-cigarette use	Current or past substance use disorder	Pregnant, planning on becoming pregnant, or breastfeeding
Polypharmacy	Severe liver dysfunction /disease		
Potential drug interactions	Medications associated with sedation or cognitive impairment		
	Driving or safety sensitive occupations		

* If it is deemed there may be a benefit, clinicians should consider referral to a specialty, and experienced clinician recommending cannabis, to ensure the appropriateness of this therapy. © Caroline MacCallum, MD, 2021; used with permission. Information gathered from [34,49,75].

Table 2
Potential Cannabinoid Drug Interactions^{*}

Enzyme	Interaction and effect	Drugs
CYP 3A4	Inducers: may decrease THC and/or CBD Inhibitors: may increase THC and/or CBD Substrates: CBD is potential inhibitor of CYP3A4 and could increase 3A4 substrates. Caution with medications with smaller therapeutic index (e.g. tacrolimus). Unlikely to have effect on THC	Carbamazepine, phenobarbital, phenytoin, rifampin, St. John's wort Azole antifungals, clarithromycin, diltiazem, erythromycin, grapefruit, HIV protease inhibitors, macrolides, mifepristone, verapamil Alprazolam, atorvastatin, carbamazepine, clobazam, cyclosporine, diltiazem, HIV protease inhibitors, buprenorphine, tacrolimus, cyclosporine, phenytoin, sildenafil, simvastatin, sirolimus, verapamil, zopiclone
CYP 2C9	Inducers: may decrease THC concentration. Unlikely to have effect on CBD Inhibitors: may increase THC concentration. Unlikely to have effect on CBD Substrates: THC and/or CBD may increase drug levels, should monitor for toxicity	Amiodarone, fluconazole, fluoxetine, metronidazole, valproic acid, sulfamethoxazole Carbamazepine, rifampin Warfarin, rosuvastatin, phenytoin
CYP 2C19	Inducers: may decrease CBD and THC Inhibitors: may increase CBD and THC Substrates: CBD may increase the level of medications metabolized by 2C19 such as norelobazam (active metabolite in clobazam). CBD may also prevent clopidogrel from being activated. Unlikely to have effect on THC	Carbamazepine, rifampin, St. John's wort cimetidine, omeprazole, esomeprazole, ticlopidine, fluconazole, fluoxetine, isoniazid aripiprazole, citalopram, clopidogrel, diazepam, escitalopram, moclobemide, norelobazam, omeprazole, pantoprazole, sertraline
CYP 1A1 and 1A2	Substrates: Smoking cannabis can stimulate these isoenzymes and increase the metabolism of these medications.	Amitriptyline, caffeine, clozapine, duloxetine, estrogens, fluvoxamine, imipramine, melatonin, mirtazapine, olanzapine, theophylline
p-glycoprotein	Substrates: CBD may inhibit p-glycoprotein drug transport. Should monitor for toxicity. No effect from use of THC	Dabigatran, digoxin, loperamide

* Formal drug interaction studies with cannabinoids have not been conducted. Other drug interactions are possible as more individuals use cannabinoids with other medications. © Caroline MacCallum, MD, 2021; used with permission. Information gathered from [3,4,14,16,26,34,44,53,74].

ที่มา: MacCallum CA, et al.. “Is medical cannabis safe for my patients?” A practical review of cannabis safety considerations. Eur J Intern Med. 2021;89:10–18.

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0953620521001527>>

7.2 หัวข้อที่ Canadian Consortium for the Investigation of Cannabinoids แนะนำให้ตรวจสอบและบันทึก

1. วันเวลาที่พบผู้ป่วย
2. ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของผู้ป่วย
3. อาการหลักที่ทำให้ต้องใช้กัญชาทางการแพทย์ รวมทั้ง ตำแหน่ง การเริ่มมีอาการ ความรุนแรง ความยาวนาน ความถี่ ปัจจัยกระตุ้น และอาการอื่นๆ
4. การรักษาที่ได้รับก่อนหน้านี้ (ทั้งยาและไม่ใช่นยา) และรายละเอียด
5. ยาที่ใช้รักษาในปัจจุบัน (ทั้งยาและไม่ใช่นยา) และรายละเอียด
6. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โดยเฉพาะ โรคจิตของผู้ป่วย โรคจิตของญาติ โรคจิตเภท โรคหัวใจที่ยังไม่คงที่ และข้อห้ามใช้กัญชาอื่น
7. การใช้ยาเสพติดและรายละเอียด รวมทั้งการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการและทางการแพทย์
8. ประวัติทางสังคม เช่น การกระทำผิดกฎหมาย การมีคู่สมรสเสพติดกัญชา
9. ผลการตรวจร่างกาย
10. การวินิจฉัยโรคต่างๆ รวมทั้งโรคเสพติดกัญชา
11. ความคาดหวังของผู้ป่วย
12. รายละเอียดของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ให้ในครั้งนี้
13. แผนการติดตามและผู้ติดตาม
14. แผนการติดตามผลไม่พึงประสงค์ของการรักษา
15. ผลของการรักษา และการเปลี่ยนแปลงของอาการอื่น
16. การตัดสินใจว่าจะให้การรักษาในระยะยาว

ที่มา: Checklist for the Medical Assessment of the Patient Asking about Medical Cannabis
< https://machealth.ca/programs/opioids_clinical_primer/m/clinical_tools/2493>

ภาคผนวก 8 ผลเสียจากการเสพติดกัญชาและตัวอย่างยาเสพติดให้โทษของอนุสัญญา ค.ศ. 1961

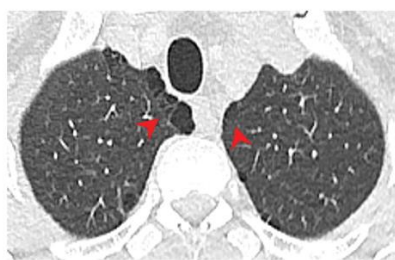
8.1 ผลเสียจากการเสพติดกัญชา

ผลกระทบที่ตามมาจากการเสพติดกัญชาเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (เสพติดกัญชา) การทำหน้าที่ด้านจิตสังคม การรู้คิด และสุขภาพหลายด้านอาจแย่ลงจากการเสพติดกัญชา การทำหน้าที่ (ของสมอง) ด้านการรู้คิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำหน้าที่ด้านบริหารจัดการระดับสูง อาจแย่ลงในผู้ใช้กัญชา ซึ่งการแย่งนี้อาจขึ้นอยู่กับปริมาณกัญชาที่ใช้ (ทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง) การแย่งนี้อาจทำให้เกิดความยากลำบากในด้านการเรียนและการทำงาน การใช้กัญชาเกี่ยวข้องกับการลดกิจกรรมที่มุ่งเป้าหมายทางสังคม หรือเรียกอีกนัยหนึ่งว่า “กลุ่มอาการขาดแรงจูงใจ” ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการเรียนที่แย่งและมีปัญหาในการทำงาน ปัญหาเหล่านี้อาจเกี่ยวข้องกับการมีเมามาหรือการฟื้นจากการมีเมามาที่เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ในทำนองเดียวกัน มีรายงานว่า ผู้เสพติดกัญชามีปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคมอันเนื่องมาจากกัญชาด้วย อุบัติเหตุจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงอันตรายขณะที่กัญชาออกฤทธิ์ (เช่น การขับรถ กีฬา กิจกรรมนันทนาการ หรือการทำงาน) ก็เป็นเรื่องที่น่ากังวลเช่นกัน คว้นกัญชามีสารก่อมะเร็งในระดับสูงทำให้ผู้ใช้ (กัญชา) เรื้อรัง เสี่ยงต่อโรคระบบทางเดินหายใจเช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่เรื้อรัง การใช้กัญชาเรื้อรังอาจนำไปสู่การเกิดอาการหรือการกำเริบของอาการของโรคจิตเวชมากมาย ข้อกังวลที่มีการกล่าวถึงมาเป็นเวลานานแล้ว คือ การใช้กัญชาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ การใช้กัญชาสามารถทำให้เกิดอาการโรคจิตเฉียบพลัน ทำให้อาการโรคจิต รุนแรงขึ้น และส่งผลเสียต่อการรักษาโรคจิตที่รุนแรง

เอกสารอ้างอิง: American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. American Psychiatric Association, Arlington, VA (pp. 514-515).

นอกจากเกิดโรคทางจิตประสาทแล้ว ผู้ที่เสพติดกัญชาโดยวิธีการสูบกัญชายังทำให้เกิดโรคหลอดลมและปอดอักเสบได้ดังรายงานในวารสารรังสีวิทยา Chest CT Finding in Marijuana Smokers.

Chest CT Findings in Marijuana Smokers



Paraseptal emphysema in bilateral upper lobes of a marijuana smoker.

- Retrospective case-control study of chest CT findings in 56 marijuana smokers, 57 nonsmokers, and 33 tobacco-only smokers.
- Marijuana smokers had higher rates of airway changes ($P < .001$ to $P = .04$), and emphysema was more common than in nonsmokers (75% vs 5%, $P < .001$).
- Age- and sex-matched marijuana smokers had higher rates of emphysema (93% vs 67%, $P = .009$) compared to tobacco-only smokers; the paraseptal subtype was predominant in marijuana smokers.

ข้อมูลจากวารสารดังกล่าวพบว่า โรคถุงลมโป่งพองเกิดในผู้ที่เสพยาเสพติดสุบักัญชาในอัตราที่สูงกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ อัตราการเกิดโรคถุงลมโป่งพองในผู้เสพยาเสพติดสุบักัญชาพบร้อยละ 93 ในขณะที่ผู้สูบบุหรี่พบร้อยละ 67 แสดงว่า การเกิดโรคถุงลมโป่งพองพบบ่อยกว่าในผู้เสพยาเสพติดสุบักัญชาเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่สูบบุหรี่

8.2 ตัวอย่างยาเสพติดให้โทษในข้อกำหนดที่ 1 ของอนุสัญญา ค.ศ. 1961

IDS CODE	NARCOTIC DRUG	CHEMICAL NAME / DESCRIPTION
NC 001	CANNABIS	the flowering or fruiting tops of the cannabis plant (resin not extracted)
NC 008	CANNABIS RESIN, EXTRACTS and TINCTURES	the separated resin, crude or purified, obtained from the cannabis plant
NC 004	COCAINE	methyl ester of benzoylecgonine (an alkaloid found in coca leaves or prepared by synthesis from ecgonine)
NF 001	FENTANYL	1-phenethyl-4-N-propionylanilinopiperidine
NH 001	HEROIN	diacetylmorphine (derivative of morphine)
NM 002	METHADONE	6-dimethylamino-4,4-diphenyl-3-heptanone
NM 009	MORPHINE	the principal alkaloid of opium and of opium poppy
NO 001	OPIUM	the coagulated juice of the opium poppy (plant species <i>Papaver somniferum</i> L.)
NP 001	PETHIDINE	1-methyl-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester

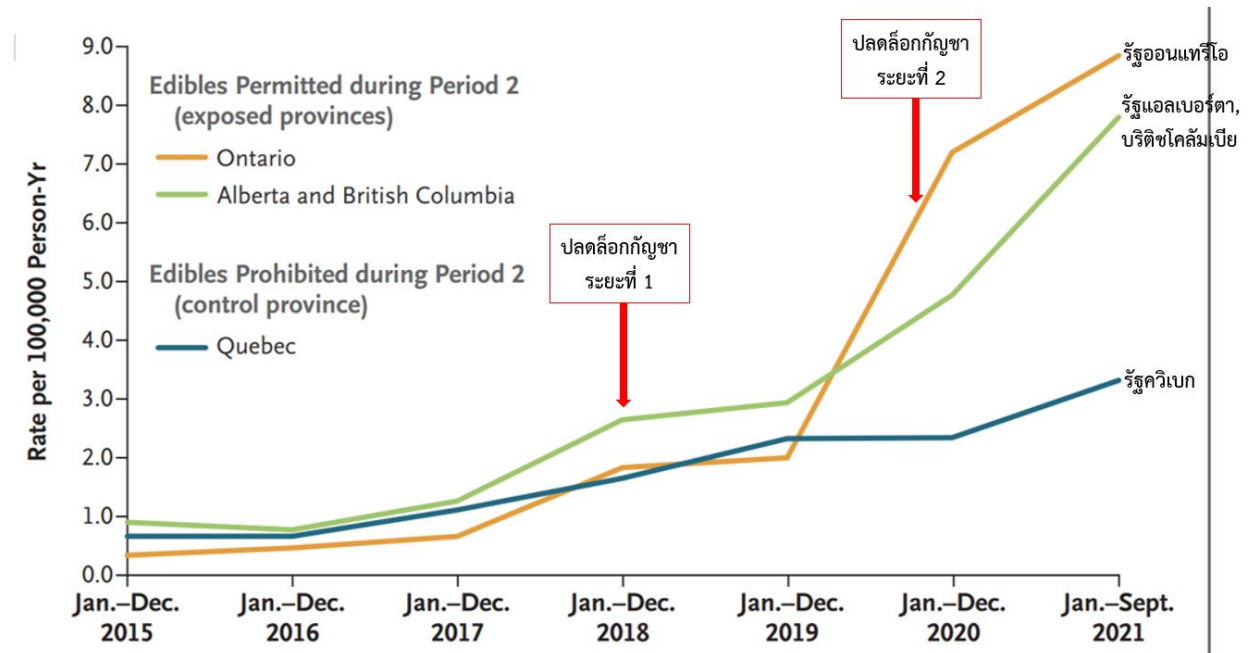
เอกสารอ้างอิง: International Narcotics Control Board. List of Narcotic Drugs Under International Control (July 2022).

https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Yellow_List/61st_edition/YL_61st_edition_2022_EN.pdf

ภาคผนวก 9 ถอดบทเรียนจากการ“ปลดล็อกกัญชา”ในประเทศแคนาดา: เคราะห์กรรมตกที่เด็กด้วย

ประเทศแคนาดาเป็นประเทศหนึ่งที่“ปลดล็อกกัญชา”ก่อนประเทศไทยอย่างน้อย 4 ปี โดยปลดล็อกระยะที่ 1 คือยอมให้ใช้ดอกกัญชาในผู้ใหญ่อายุเกิน 18 ปีได้ทั่วประเทศในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 แต่ยังห้ามใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีเหมือนเดิม ต่อมารัฐบาลแห่งได้แก่ รัฐออนแทรีโอ, แอลเบอร์ต้า, บริติชโคลัมเบีย ได้“ปลดล็อกกัญชา” ระยะที่ 2 คือ ให้ขายขนม/อาหารที่ผสมสาร tetrahydrocannabinol (THC) ได้ ในขณะที่บางรัฐยังไม่อนุญาต เช่น รัฐควิเบก จึงเป็นโอกาสที่จะได้นำข้อมูลด้านการควบคุมการเกิดพิษจากกัญชาจากการ“ปลดล็อกกัญชา”มาพิจารณาถึงประโยชน์และโทษจากการปลดล็อกดังกล่าว พิษที่ไม่พึงประสงค์จากการ“ปลดล็อกกัญชา”

ในการศึกษานี้ คือการเกิดพิษจากการกินกัญชาแบบไม่ตั้งใจในเด็ก ทั้งๆ ที่มีกฎหมายห้ามการใช้ในเด็กแต่ก็ยังเกิดพิษขึ้นจนได้ ผู้วิจัยในประเทศแคนาดาได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเกิดพิษในเด็ก (อายุ 1-9 ปี) จากการเฝ้าระวังกัญชาในขนมหรืออาหารและรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยเด็กในรัฐ 4 แห่งในประเทศแคนาดา รัฐ 4 แห่งนี้มีประชากรรวมแล้วคิดเป็นร้อยละ 86 ของประชากรแคนาดาทั้งประเทศ ได้ทำการศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึง 2564 ซึ่งมีทั้งรัฐที่ปลดล็อกกัญชาทั้ง 2 ระยะ(รัฐออนแทรีโอ, แอลเบอร์ตา, บริติชโคลัมเบีย) และรัฐที่ปลดล็อกกัญชาเพียงระยะที่ 1 (รัฐควิเบก) ผลการศึกษาปรากฏว่า เกิดพิษจากการกินกัญชาแบบไม่ตั้งใจในเด็กเพิ่มขึ้นตามลำดับของระยะการ“ปลดล็อกกัญชา”ดังในรูปและตารางที่แสดงข้างล่าง



เปรียบเทียบอัตราการเกิดพิษจากกัญชาในเด็กต่อประชากรหนึ่งแสนคนในรัฐ 4 แห่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2564*

*ที่มาของข้อมูล Myran DT, และคณะ: Edible cannabis legalization and unintentional poisonings in children. N Engl J Med 2022;387:757-759. (August 25, 2022)

ตารางเปรียบเทียบอัตราการเกิดพิษจากกัญชาในเด็กต่อประชากรหนึ่งแสนคนในรัฐ 4 แห่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2564 โดยแสดงให้เห็นเป็นตัวเลขทั้งจำนวน อัตราและช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 ของอัตราดังกล่าว

จำนวน อัตรา และช่วงค่าความเชื่อมั่น ของเด็กที่เกิดพิษจากการกินกัญชาโดยไม่ตั้งใจ	ก่อนปลดล็อกกัญชา มกราคม 2558 ถึง กันยายน 2561	ปลดล็อกกัญชาระยะที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง ธันวาคม 2562	ปลดล็อกกัญชาระยะที่ 2 (ผสม THC ในขนม/อาหารและขายได้) มกราคม 2563 ถึง กันยายน 2564
ทั้ง 4 รัฐ			
1. จำนวนเด็กที่รับไว้ใน รพ.	120	105	356
2. อัตราการรับเด็กไว้ใน รพ. ต่อ ประชากร 100,000 คน-ปี	0.95	2.47	6.01

2.1 ช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 ของค่าในข้อ 2.	เป็นค่าตั้งต้นให้เปรียบเทียบ	2.31 (2.00-3.39)	6.34(5.16-7.80)
รัฐออนแทรีโอ, แอลเบอร์ตา, บริติชโคลัมเบีย			
1. จำนวนเด็กที่รับไว้ใน รพ.	89	78	312
2. อัตราการรับเด็กไว้ใน รพ. ต่อประชากร 100,000 คน-ปี	0.95	2.49	7.15
2.1 ช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 ของค่าในข้อ 2.	เป็นค่าตั้งต้นให้เปรียบเทียบ	2.61(1.93-3.54)	7.49(5.92-9.48)
รัฐควิเบก			
1. จำนวนเด็กที่รับไว้ใน รพ.	31	27	44
2. อัตราการรับเด็กไว้ใน รพ. ต่อประชากร 100,000 คน-ปี	0.93	2.40	2.82
2.1 ช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 ของค่าในข้อ 2.	เป็นค่าตั้งต้นให้เปรียบเทียบ	2.58(1.54-4.32)	3.04(1.92-4.81)

ข้อมูลในตารางข้างต้นชี้ชัดว่า อัตราการเกิดพิษจากการกินกัญชาแบบไม่ตั้งใจในเด็กในประเทศแคนาดาจะต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 6.34 เท่าตั้งแต่ประเทศแคนาดา “ปลดล็อกกัญชา” โดยให้ใช้แบบนันทนาการได้ และรัฐที่มีการปลดล็อกเพิ่มในระยะที่ 2 ให้ผสมกัญชาในอาหารและขนมได้ มีอัตราการเกิดพิษในเด็กเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 เท่า (7.49 เทียบกับ 3.04) ของรัฐที่ปลดล็อกเฉพาะระยะที่ 1 เท่านั้น

เอกสารอ้างอิง: Myran DT, et al.: Edible cannabis legalization and unintentional poisonings in children. N Engl J Med 2022;387:757-759.

สำหรับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยหลัง “ปลดล็อกกัญชา” จากยาเสพติด มีข่าวเด็กและเยาวชนเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการเสพกัญชาในสื่อ และเห็นชัดว่าเป็นการใช้กัญชาในทางนันทนาการ แล้วเสพติดหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เกิดเรื่องสะเทือนใจจนพาดหัวข่าวบ่อยๆ เช่น วันที่ 14 เดือนพฤศจิกายน 2565 เพียงวันเดียว ก็มีข่าวเยาวชนหรือวัยรุ่นเป็นทาสหรือเมากัญชาถึง 2 ข่าว

1. เกาะติดข่าวสาร; คมชัดลึก ออนไลน์

สลด ลูกชายวัย 16 มีดจีแม่บังเกิดเกล้าชู่เอาเงิน 400 จ่ายหนี้กัญชา

14 พ.ย. 2565 เวลา 13:10 น.

สลดใจ เยาวชนชาย วัย 16 ตกเป็นทาสกัญชา ก้าวร้าวมีดจีทำร้ายแม่ ชู่บังคับเอาเงิน 400 บาท ใช้หนี้ค่ากัญชา แม่สุดทรวงอนตำรวจส่งตัวไปบำบัดตามกฎหมาย

14 พ.ย.2565 ศูนย์วิทยุ สภ.สัตหีบ รับแจ้งเหตุมีหญิงสาวถูกทำร้ายร่างกาย ริมถนนสุขุมวิทจ.ชลบุรีที่เกิดเหตุพบผู้หญิงอายุประมาณ 50 ปี เป็นพนักงานห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งกำลังยืนอยู่ในอาการเสียใจ หลังถูกลูกชายชื่อวัย 16 ปี อดกระชากลากดึงพยายามทำร้ายร่างกาย เพราะต้องการเงิน 400 บาท นำไปใช้หนี้ค่ากัญชาที่ซื้อมาเสพ เจ้าหน้าที่ตำรวจได้เข้าระงับเหตุ.....แต่ชายวัยรุ่นคนดังกล่าว มีอาการก้าวร้าว พุดจารุนแรงหยาบคาย ไม่เกรงกลัวต่อเจ้าหน้าที่ รวมถึงพุดจาไม่เคารพผู้เป็นบุพการี โดยต้องการเพียงแต่เงิน 400 บาทเท่านั้น และพยายามจะวิ่งให้รถชนหากไม่ได้เงินตามที่ต้องการ ขณะที่ผู้เป็นแม่มีเงินติดตัวเพียง 100

บาทเท่านั้น....นับเป็นภาพที่น่าเวทนาต่อผู้พบเห็นอย่างมาก ผู้เป็นแม่เปิดเผยว่าหลังจากเปิดให้มีการเสพ
กัญชาเสรี ลูกชายตกเป็นทาสกัญชา ทุกครั้งที่เสพกัญชาเข้าไปก็จะมีอาการคลุ้มคลั่งก้าวร้าวหนักกว่าที่เคย
เป็นอยู่.....ก่อนเกิดเหตุเมื่อคืนนี้ ได้ใช้มีดจี่พยายามจะเอาโทรศัพท์มือถือและเงินไปใช้หนี้ค่ากัญชา 400 บาท
นับเป็นความเจ็บปวดหัวใจมากที่สุด เวลานี้สุดจะทนต่อพฤติกรรมของผู้เป็นลูกได้แล้ว

2. เกาะติดข่าวสาร; Nation Online 14 พ.ย. 2565

ตำรวจ 80 ถูกหลานชายเมากัญชาทุบตี หายไป 3 วัน ไม่รู้ชะตา ร้อง เพจสายไหมฯ ช่วย

14 พฤศจิกายน 2565 นายเอกภพ เหลืองประเสริฐ ผู้
ก่อตั้งเพจสายไหมต้องรอด.....เดินทางไปยังบ้านแห่ง
หนึ่ง.... เมื่อช่วงค่ำวานนี้ (13 พ.ย.) เพื่อช่วยเหลือคุณตา
...อายุ 80 ปี ซึ่งถูกนาย...อายุ 29 ปี หลานชาย เมากัญชา
ทุบตีทำร้ายร่างกายจนได้รับบาดเจ็บ มีบาดแผลและ
รอยเขียวช้ำทั่วร่างกาย นอนเป็นลม หายใจรวริน
เจ้าหน้าที่เรียกชื่อไม่สามารถโต้ตอบได้...นอนอยู่บนชั้น 2
ของบ้านหลังดังกล่าว เมื่อไปถึงบ้านหลังดังกล่าวพบว่า
ชั้นล่างเปิดไฟทิ้งไว้เจ้าหน้าที่จึงตัดสินใจเข้าไป
ตรวจสอบภายในบ้าน.....จึงได้เดินขึ้นบันไดไปที่ชั้น 2
ระหว่างเดินขึ้นบันได พบว่ามีคราบเลือดหยดเป็นทาง
ยาว เห็นได้ชัด เมื่อขึ้นไปถึงชั้น 2 พบว่า คุณตา.... นอน
หายใจรวริน เรียกไม่สามารถโต้ตอบได้ ตามร่างกาย
พบว่ามีบาดแผลและรอยเขียวช้ำทั่วตัวตนเชื่อว่าหากมาช้าไปกว่านี้ คุณตาอาจจะเสียชีวิตได้...หลังจากนี้ตน
จะประสานไปยัง...รองปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์..



ซองใส่กัญชา ตกอยู่ในบ้าน ยี่งมเมื่อกัญชาเหลืออยู่

กล่าวโดยสรุป เอกสารหน้า 1-36 ได้เสนอหลักการ 5 ข้อที่จะทำให้ทุกภาคส่วนได้รับประโยชน์จากกัญชา
ทางการแพทย์ (สรุปในหน้า 9) ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำและข้อบ่งใช้ของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ใน
ต่างประเทศและกระบวนการพัฒนาแนวเวชปฏิบัติและระดับความถูกต้องน่าเชื่อถือของหลักฐานทางวิชาการ ได้
นำเสนอการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาวิเคราะห์การกล่าวอ้างประโยชน์ของน้ำมันกัญชา(บางโรค)ในสื่อสังคม
เสนอวิธีการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ต้องการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ในต่างประเทศ ได้นำผลเสียจากการเสพ
ติดกัญชา ถอดบทเรียนการเกิดพิษในเด็กจากการ “ปลดล็อกกัญชา” ในประเทศแคนาดาและตัวอย่างข่าวร้าย
เกี่ยวกับการเสพติดกัญชาในเยาวชนไทยเพื่อให้ประชาชนได้รับทราบและเข้าใจเรื่องกัญชาทางการแพทย์ ให้มาก
ขึ้น และช่วยกันทำให้ทุกภาคส่วนในประเทศได้รับประโยชน์ล้วนๆ จากการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างแท้จริง

เอกสารฉบับนี้ ได้รับการรับรองเห็นชอบจากแพทยสภา แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยและ
ราชวิทยาลัยต่างๆ ในวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 และเผยแพร่ในคอลัมน์ หมอชวนรู้
แพทยสภา เพื่อให้ความรู้และประโยชน์แก่ประชาชนทั่วไป