

## 1. ข้อมูลทางวิชาการทางการแพทย์ (evidence based) ข้อห้ามและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

คณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย มีมติในให้นำเสนอข้อมูล ความคิดเห็นและข้อแนะนำเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ทางด้านวิสัญญีวิทยา ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

### 1. การใช้กัญชากับการระงับความรู้สึก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบบางงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำกัญชา และ/หรือสารสกัดจากกัญชามาร่วมใช้ในการระงับความรู้สึกในมนุษย์บ้าง ซึ่งผลการวิจัยยังไม่เป็นที่แน่ชัด สิ่งสำคัญที่วิสัญญีแพทย์ต้องตระหนักและพึงระวังคือ การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มีประวัติใช้กัญชา หรือสารสกัดจากกัญชา เพื่อทางการแพทย์หรือด้านนันทนาการก็ตาม ผลข้างเคียงของกัญชามีผลต่อหลายระบบของร่างกายมนุษย์ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆอย่าง อาทิเช่น ปริมาณ ระยะเวลา วิธีการ ตลอดจนความเข้มข้น ซึ่งยังต้องทำการศึกษาต่อไป

ปฏิริยาทางเภสัชวิทยาของกัญชากับยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกส่วนใหญ่เป็นการศึกษา preclinical พบว่า สาร THC ทำให้ฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือด เช่น pentobarbital, thiopental, ketamine, propanidid and alfaxolone/alfadolone นานขึ้น<sup>1</sup> แต่ก็มีบางการศึกษารายงานว่า ขนาดของสาร THC มีปฏิริยาขัดกันฤทธิ์การระงับความรู้สึกของ Thiopental และ propofol<sup>1</sup> ผลการศึกษา Fleisberg และคณะ<sup>2</sup> พบว่าปริมาณยา propofol ในระยะนำสลบ ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีประวัติการสูบกัญชาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงปฏิริยาของกัญชา หรือสารสกัดจากกัญชากับยาดมสลบไอระเหย กล่าวคือยาดมสลบ sevoflurane มีผลทำให้ระดับสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoid) ที่ร่างกายสร้าง คือ อะนันดาไมด์ (anandamide) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ<sup>3</sup> Iberac และคณะ<sup>4</sup> ได้ทำการศึกษา ผลกระทบของสารสกัดจากกัญชา Nabiximols (Sativex®) ที่มีต่อค่า bispectral index (BIS) ในระหว่างการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า

ปริมาณของสารสกัดจากกัญชา Nabiximols ที่เพิ่มขึ้น มีผลทำให้ค่า BIS สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยไม่มีผลต่อระดับความลึกของการระงับความรู้สึก นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่ากัญชา หรือสารสกัดจากกัญชาทำให้คลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalogram ; EEG) ผิดปกติ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอื่นพบว่าผู้ป่วยที่ประวัติการใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชามีภาวะทนต่อยาดมสลบไอบระเหย เช่น isoflurane และ desflurane อาจแปลความได้ว่าทำให้สลบยากขึ้น<sup>1</sup>

สำหรับการศึกษาผลกระทบบระหว่างกัญชาหรือสารสกัดจากกัญชากับยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยังเป็นการศึกษาในสัตว์ทดลอง จากผลการศึกษาทำให้ผู้วิจัยบางรายกล่าวว่ากัญชาหรือสารสกัดจากกัญชามีแนวโน้มทำให้ผลของยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด nondepolarizing muscle relaxant นานขึ้น<sup>1</sup>

Dickerson<sup>5</sup> ได้กล่าวถึง กัญชา หรือสารสกัดจากกัญชามีแนวโน้มเสริมฤทธิ์ยา norepinephrine และ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ชนิด nondepolarizing muscle relaxant การเสริมฤทธิ์ของยา norepinephrine นี้ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาดมสลบ ตอบสนองต่อ catecholamines มากขึ้น

ผลกระทบทางสรีระวิทยาในผู้ใช้กัญชาในระบบต่างของร่างกาย ดังแสดงในตารางที่ 1

ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจึงมีความสำคัญมาก เพื่อให้ทราบระดับของการใช้กัญชาและสารสกัดจากกัญชา สิ่งสำคัญที่วิสัญญีแพทย์ และหรือบุคลากรทางการแพทย์ต้องทราบ คือ ต้องระบุได้ว่าผู้ป่วยเป็นผู้ใช้รายใหม่ หรือเป็นผู้ที่มีประวัติการใช้มานาน ระยะเวลาที่ใช้ครั้งล่าสุด เนื่องจากระยะเวลาและปริมาณของกัญชามีผลต่อร่างกายต่างกัน หากเป็นการใช้เพื่อนันทนาการวิสัญญีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรสอบถามถึงประเภทของสารที่ใช้ อาทิเช่น เป็นสารสังเคราะห์ เป็นเครื่องเทศ และอื่นๆ เป็นต้น<sup>1</sup>

ตารางที่ 1 ผลกระทบในระบบต่างๆของร่างกายในผู้ที่ใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชา

ระบบของร่างกาย	ผู้ป่วยที่ใช้รายใหม่	ผู้ที่ใช้นาน
ระบบหัวใจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (Tachycardia)</li> <li>● ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติแบบอันตราย (malignant arrhythmias) ได้แก่ atrial fibrillation, Ventricular Fibrillation, Ventricular tachycardia, Brugada pattern</li> <li>● Coronary Spasm ในผู้ป่วยประวัติ coronary artery disease</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ (Bradycardia) ต่อมาเป็น ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (Tachycardia)</li> <li>● Sinus arrest</li> <li>● ภาวะหลอดเลือดหัวใจหดตัว (coronary vasospasm)</li> <li>● กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด</li> </ul>
ระบบหลอดเลือด	ค่าความดันเลือดตัวบนสูง (ภายใน 2 ชั่วโมง หลังการใช้)	ภาวะความดันเลือดต่ำลงจากการเปลี่ยนท่า (Postural / orthostatic hypotension)
การควบคุมอุณหภูมิ กาย		<ul style="list-style-type: none"> <li>● ภาวะอุณหภูมิกายต่ำขณะผ่าตัด</li> <li>● ภาวะหนาวสั่น (Shivering) หลังผ่าตัด.</li> </ul>
ระบบหายใจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● หลอดลมไวผิดปกติต่อสิ่งกระตุ้น (airway hyperreactivity)</li> <li>● ทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน (upper airway obstruction)</li> <li>● ลิ้นไก่อักเสบ (uvulitis)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● หลอดลมมีความไวเพิ่มขึ้น (hyperactive airway)</li> </ul>

หมายเหตุ ดัดแปลงจาก "Perioperative care of cannabis users: A comprehensive review of pharmacological and anesthetic considerations," by Echeverria-Villalobos M, Todeschini AB, Stoicea N, Fiorda-Diaza J, Weaver T, Bergese SD., 2019, J Clin Anesth., p.45.

ตารางที่ 2 ข้อควรพิจารณาก่อนการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มีประวัติใช้กัญชา หรือสารสกัดกัญชา<sup>1</sup>

ประเด็นที่ต้องพิจารณา	คำแนะนำ
ความรุนแรงของการใช้	<ul style="list-style-type: none"> <li>• เป็นผู้ใช้ใหม่ หรือผู้ใช้นาน หรือผู้ใช้ในปริมาณที่สูง</li> <li>• วัตถุประสงค์ของการใช้เพื่อการรักษา หรือเพื่อนันทนาการ</li> <li>• ความถี่ในการใช้</li> <li>• ปริมาณที่ใช้ หรือปริมาณของการสูบ</li> <li>• เวลาที่ใช้ครั้งสุดท้าย</li> </ul>
ผู้ใช้กัญชา หรือสารสกัดจากกัญชามานาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ชนิดที่ใช้</li> <li>• วิธีการในการใช้</li> <li>• ประวัติการเจ็บป่วยที่ผ่านมา โดยเฉพาะ อาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรง (hyperemesis) ภาวะที่หลอดลมมีความไวเพิ่มขึ้น (hyperreactive) และภาวะหนาวสั่นอย่างรุนแรงในการผ่าตัดครั้งก่อน</li> </ul>
กำหนดการผ่าตัด	การผ่าตัดควรหลีกเลี่ยงอย่างน้อย 72 ชั่วโมง หลังการใช้ครั้งล่าสุด

หมายเหตุ ดัดแปลงจาก “Perioperative care of cannabis users: A comprehensive review of pharmacological and anesthetic considerations,” by Echeverria-Villalobos M, Todeschini AB, Stoicea N, Fiorda-Diaza J, Weaver T, Bergese SD., 2019, J Clin Anesth., p.44.

## 2. การใช้กัญชาในการระงับปวด

งานวิจัยแบบการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มควบคุมและควบคุม ( randomized, controlled, clinical trials; RCTs) เกี่ยวกับการใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชาในการระงับปวดมีจำกัด จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ<sup>6</sup> พบว่าการศึกษาแตกต่างกันไปในประเภทของกัญชา(พืช สารสกัด หรือสังเคราะห์) วิธีการใช้ (การสูบ การทาน หรือการดูดซึมของเยื่อเมือก) และการปริมาณหรือขนาดในการใช้ รูปแบบการศึกษาในมนุษย์เป็นการศึกษาแบบทดลองในอาสาสมัครที่สุขภาพแข็งแรง ผลที่ได้จากงานวิจัยมีทั้งที่เพิ่มระดับความทนต่ออาการปวด บางงานวิจัยพบว่าไม่มีผลต่อระดับความทนต่อความปวด

หรือบางวิจัยพบว่ากระตุ้นให้เกิดความปวด เช่น การศึกษาของ Wallace M, และคณะ<sup>7</sup> ทำการศึกษาการกระตุ้นความปวด (capsaicin-induced pain and hyperalgesia) ในกลุ่มที่สูบบุหรี่กัญชา ที่มีความเข้มข้นของสาร Tetrahydrocannabinol (THC) แตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับบุหรี่ที่มีสาร THC เข้มข้น ร้อยละ 2 ไม่มีผลต่อระดับความปวด แต่ในกลุ่มที่มีความเข้มข้นของสาร ร้อยละ 4 ทำให้ระดับความปวดลดลง และ ความเข้มข้น ร้อยละ 8 ทำให้ระดับความปวดเพิ่มมากขึ้น

ประเภทของความปวดแบ่งได้เป็น

### ความปวดแบบเฉียบพลัน (Acute Pain)

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสาร cannabinoids กับการบำบัดความปวดแบบเฉียบพลันทางคลินิก ในสัตว์ทดลอง พบว่า สามารถช่วยลดความปวดแบบเฉียบพลันได้<sup>8</sup> สาร THC มีประสิทธิภาพลดความปวดได้มากกว่ามอร์ฟีนเกือบ 10 เท่า<sup>1</sup> โดยที่สาร THC จะส่งสัญญาณไปยัง delta และ kappa opioid-receptors แต่ก็ทำให้อุบัติการณ์การเกิดผลข้างเคียงของยากลุ่ม opioids สูงขึ้นด้วย<sup>1</sup> ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Bakshi C และคณะ<sup>9</sup> กล่าวคือ ในสัตว์ทดลองกลุ่มที่ได้รับสาร THC สามารถลดความต้องการ ยา มอร์ฟีนลดลงได้ 3.6 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

แต่จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ในการศึกษาในมนุษย์<sup>8,10</sup> พบว่าสาร cannabinoids ไม่มีผลในการระงับปวดแบบเฉียบพลันเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้ยาหลอก (placebo) ในการศึกษาแบบทดลองด้วยการกระตุ้นให้เกิดความปวดแบบเฉียบพลันในกลุ่มคนที่สุขภาพแข็งแรง พบว่าประสิทธิภาพการลดความปวดขึ้นกับปริมาณของสาร THC ที่ได้รับ ในกลุ่มที่ได้รับในปริมาณที่ต่ำจะมีประสิทธิภาพในการลดความปวด แต่ในขณะเดียวกันถ้าได้รับในปริมาณที่สูงมีผลทำให้ปวดมากกว่าปกติ<sup>8</sup> นอกจากนี้ยังพบการศึกษการใช้สารสังเคราะห์ cannabinoids (dronabinol and nabilone) มาใช้ในการระงับปวดหลังผ่าตัด พบว่าสารทั้งสองไม่มีผลช่วยลดความปวดหลังผ่าตัด<sup>6</sup>

## ความปวดแบบเรื้อรัง (Chronic Pain)

การศึกษาในสัตว์ทดลอง พบว่า endocannabinoids, THC, CBD, nabilone และ สาร cannabinoids สังเคราะห์บางชนิด มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ และระงับปวดในความปวดแบบเรื้อรัง<sup>5</sup> ใน ทบทวนวรรณกรรมการศึกษาแบบ RCTs<sup>6</sup> จำนวนทั้งหมด 29 งานวิจัย มี 22 งานวิจัย พบว่ากัญชา หรือ สารสกัดจากกัญชาช่วยลดอาการปวดเล็กน้อยใน non cancer pain โดยไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงเพิ่มมากขึ้น แต่ได้ผลดีในการรักษาความปวดจาก Multiple Sclerosis และ spasticity นอกจากนี้ช่วยบรรเทา ความปวดได้ดีพอสมควร ใน neuropathic และ cancer-related pain<sup>6</sup>

### *Chronic Noncancer Pain*

มีหลักฐานที่สอดคล้องกันถึงประสิทธิภาพของกัญชา (ด้วยวิธี การสูบ / ไร่ระเหย , nabiximols, dronabinol) ช่วยบำบัดความปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่ความปวดมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ การรักษาด้วยวิธีแบบดั้งเดิมล้มเหลว<sup>8</sup> ยา Nabiximols ให้ผลในการลดความปวดทั้งขณะพักและ เคลื่อนไหวได้ดี และช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนดีขึ้น<sup>6</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมของ Stockings E และ คณะ<sup>11</sup> มีความเห็นว่ากัญชาไม่น่าเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสำหรับอาการปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่ความปวด มะเร็ง

### *Chronic Neuropathic Pain*

Häuser W และคณะ<sup>12</sup> ทำการทบทวนวรรณกรรม พบว่ากัญชา หรือสารสกัดจากกัญชาทำให้ ความปวดลดลง  $\geq 30$  ( NNT 6, NNH 25) ด้วยการระงับปวดที่ได้ผลไม่ด้อยไปกว่าการขังเคียงที่สูง การศึกษาของ Allan GM และคณะ<sup>10</sup> ทำการศึกษาและติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ใน การบำบัด neurophatic pain กลุ่มที่ได้รับ cannabinoids พบระดับความปวดลดลง ร้อยละ 38 ในขณะที่

ที่กลุ่มควบคุม ระดับความปวดลดลงร้อยละ 30 (NNT 14) The Canadian Pain Society<sup>6</sup> จึงแนะนำให้ใช้กัญชา หรือสารสกัดจากกัญชาเป็นทางเลือกที่สามในการรักษา *Chronic Neuropathic Pain* โดยให้เลือกใช้ serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), methadone และ topical lidocaine ก่อน ทั้งนี้ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง

#### *Cancer Pain และ Palliative (end of life) cancer pain*

หลักฐานทางคลินิกในการใช้ cannabinoids (dronabinol, nabiximols) ในการบำบัดความปวดมีค่อนข้างจำกัด<sup>8,12</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมโดย Häuser W และคณะ<sup>12</sup> พบว่า สาร cannabinoids ทำให้ระดับความปวดลดลงมากกว่าร้อยละ 30 ซึ่งดีกว่ากลุ่มทดลองเพียงเล็กน้อยเท่านั้น การศึกษาของ Allan GM และคณะ<sup>10</sup> ทำการศึกษาและติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าลดระดับความปวดลงร้อยละ 30 ในขณะที่กลุ่มควบคุมระดับความปวดลดลง ร้อยละ 23 (NNT approximately 15) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่ม chronic pain ค่า pain scale (0-10) ในกลุ่มที่ได้รับ cannabinoids คะแนนระดับความปวดเฉลี่ยอยู่ที่ 6 และคะแนนระดับความปวดลดลง 1.2 ถึง 1.8 ในขณะที่กลุ่มควบคุมระดับความปวดเฉลี่ยอยู่ที่ 6 และคะแนนระดับความปวดลดลง 0.8

ตารางที่ 3 ประโยชน์ของ cannabinoids ต่อการระงับปวด

ประเภทของความปวด	ประโยชน์ที่ได้รับ
ความปวดแบบเฉียบพลัน	การศึกษายังมีจำกัด ช่วยลดระดับความปวดยังไม่ชัดเจน มีทั้งสามารถลดระดับความปวดและไม่ให้ประโยชน์ในการบำบัดความปวด
ความปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่ความปวดจากมะเร็ง	ลดระดับความปวดได้เล็กน้อย โดยส่วนใหญ่จะอยู่ใน neuropathic pain
ความปวดจากมะเร็ง	ลดระดับความปวดได้เล็กน้อย แต่ยังมีบางการศึกษาที่พบว่าไม่ช่วยลดระดับความปวด

## ข้อเสนอแนะในการใช้กัญชา และหรือสารสกัดจากกัญชาเพื่อการบำบัดความปวด

ก่อนการนำกัญชา และหรือสารสกัดจากกัญชามาใช้ในทางการแพทย์ วิสัญญีแพทย์

หรือบุคลากรทางการแพทย์ ต้องคำนึงถึงประเด็นดังต่อไปนี้<sup>6,10</sup>

- ระมัดระวังในเรื่องของกฎหมาย
- ทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และวินิจฉัยประเภทของความปวด
- ประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีประวัติการใช้สารเสพติดหรือยาที่มีผลต่อจิตประสาท ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยซึมเศร้าหรือมีอารมณ์แปรปรวน ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดในสมอง
- ประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาหรือสารสกัดจากกัญชาในทางการแพทย์
- ต้องให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนควรมีการลงบันทึกข้อมูล และลงนามหนังสือรับทราบและยินยอมรับการรักษา
- ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านกัญชาทางการแพทย์สำหรับคำแนะนำเกี่ยวกับสายพันธุ์กัญชา (CBD สูง, THC ต่ำ) วิธีการบริหารยา, การกำหนดปริมาณยาที่เหมาะสม (ตระหนักถึงการขาดการกำกับดูแลและความสม่ำเสมอของสมุนไพร)
- ต้องมีระบบการติดตามประเมินการใช้ที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่
  - ชนิด/สายพันธุ์
  - ความถี่ของการใช้
  - ระยะเวลาที่ใช้
  - อาการเป้าหมาย
  - ยาหรือ สารอื่นที่ใช้ร่วม
  - ติดตามประเมินระดับยาในปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอ
- ติดตามประเมินผลการบรรลุปเป้าหมายของการรักษาอย่างสม่ำเสมอ
- ทำการทบทวนวิธีการรักษาซ้ำ ในกรณีที่พบว่ามีความเสี่ยง แม้เพียงเล็กน้อย

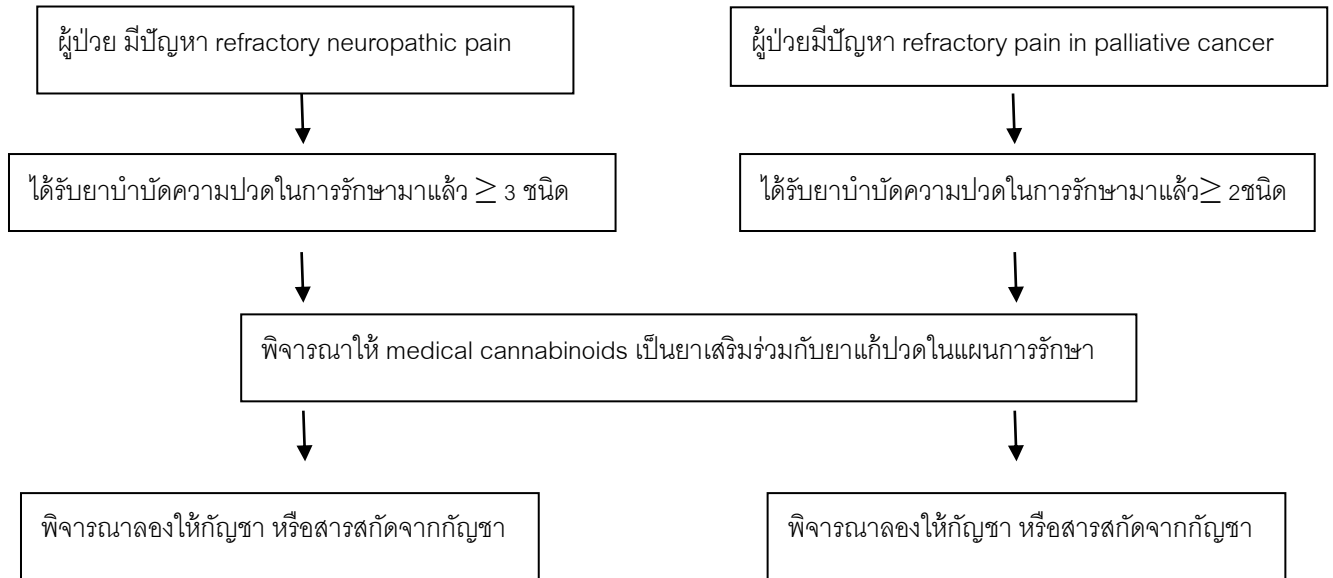


- ยกเลิกแผนการรักษา ในกรณีที่พบว่าไม่ช่วยให้เกิดประโยชน์ในการรักษา หรือพบความผิดปกติต่อสารหรือสารที่ใช้ไม่มีความปลอดภัย

ตารางที่ 4 ข้อแนะนำในการใช้โดยแบ่งตามประเภทของความปวด<sup>6,10,12-13</sup>

ชนิดของความปวด	คำแนะนำ
Acute Pain	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ไม่แนะนำให้ใช้ cannabinoids มาใช้</li> <li>● ไม่พบประโยชน์ในการนำมาใช้ และมีผลข้างเคียง</li> </ul>
Chronic Neuropathic Pain	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ไม่แนะนำให้ใช้เป็นทางเลือกแรก หรือทางเลือกที่สองในการรักษา ก่อนการนำ cannabinoids มาร่วมใช้ในการรักษา refractory neuropathic pain ควร (weak recommendation):</li> <li>● ให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น</li> <li>● ผู้ป่วยที่ควรพิจารณาในการใช้ ควรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาในการรักษามาแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชนิด แล้วอาการปวดยังไม่ทุเลาลง</li> <li>● การให้ medical cannabinoids เป็นเพียงแค่ยาเสริมร่วมกับยาแก้ปวดในแผนการรักษา</li> </ul>
Cancer Pain และ Palliative (end of life) cancer pain	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ไม่แนะนำให้ใช้เป็นทางเลือกแรก หรือทางเลือกที่สองในการรักษา ก่อนการนำ cannabinoids มาร่วมใช้ในการรักษา refractory pain in palliative cancer patients ควร (weak recommendation):</li> <li>● ให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น</li> <li>● ผู้ป่วยที่ควรพิจารณาในการใช้ ควรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาในการรักษามาแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ชนิด แล้วอาการปวดยังไม่ทุเลาลง</li> <li>● การให้ medical cannabinoids เป็นเพียงแค่ยาเสริมร่วมกับยาแก้ปวดในแผนการรักษา</li> </ul>

แผนภูมิที่ 1 แนวทางในการพิจารณาใช้ medical cannabinoids ในการรักษา Neurophatic และ Cancer Pain



หมายเหตุ ดัดแปลงจาก Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care by Allan

GM, Ramji J, Perry D, Ton J, Beahm NP, Crisp N, et al. Can Fam Physician. 2018. p.115

## Reference

1. Echeverria-Villalobos M, Todeschini AB, Stoicea N, Fiorda-Diaza J, Weaver T, Bergese SD. Perioperative care of cannabis users: A comprehensive review of pharmacological and anesthetic considerations. *J Clin Anesth.* 2019; 7;57:41-49. doi: 10.1016/j.jclinane.2019.03.011.
2. Flisberg P, Paech M, Shah T, Ledowski T, Kurowski I, Parsons R. Induction dose of propofol in patients using cannabis. *Eur J Anaesthesiol* 2009;26(3):192–5.
3. Schelling G, Hauer D, Azad SC, Schmoelz M, Chouker A, Schmidt M, et al. Effects of general anesthesia on anandamide blood levels in humans. *Anesthesiology* 2006;104:273–7.
4. Ibera C, Shalom B, Saifi F, Shruder J, Davidson E. Effects of cannabis extract premedication on anesthetic depth. *Harefuah* 2018;157(3):162–6.
5. Dickerson SJ. Cannabis and its effect on anesthesia. *AANA J.*1980; 48:526-8.
6. Halawa OI, Furnish TJ, Wallace MS. Role of cannabinoids in pain management. In: Benzon HT, Raja SN, Liu SS, Fishman SM, Cohen SP, editors. *Essentials of pain medicine.* 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 509-20.
7. Wallace M, Schulteis G, Atkinson JH, Wolfson T, Lazzaretto D, Bently H, et al: Dose-dependent effects of smoked cannabis on capsaicin-induced pain and hyperalgesia in healthy volunteers. *Anesthesiology* 107(5):785–796, 2007.
8. Ministry of Health. Information for health care professionals : Cannabis (marihuana, marijuana) and the cannabinoids. Canada; 2018

9. Bakshi C, Barrett AM. Impact of recreational and medicinal marijuana on surgical patients: A review. *An J Surg.* 2019; 217: 783-786. doi: 10.1016/j.amjsurg.2018.10.053.
10. Allan GM, Ramji J, Perry D, Ton J, Beahm NP, Crisp N, et al. Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care. *Can Fam Physician.* 2018; 64: 111-120
11. Stockings E, Campbell G, Hall WD, Nielsen S, Zagic D, Rahman R, et al. Cannabis and cannabinoids for the treatment of people with chronic noncancer pain conditions: a systematic review and meta-analysis of controlled and observational studies. *Pain.* 2018 ;159(10):1932-1954. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001293.
12. Häuser W, Fitzcharles MA, Radbruch L, Petzke F. Cannabinoids in Pain Management and Palliative Medicine. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114(38):627-634. doi: 10.3238/arztebl.2017.0627.
13. Toward Optimized Practice. PEER Simplified guideline : Medical Cannabinoids clinical practice guideline [Internet]. 2018 [cited 2019 july 12]. Available from: [http://www.topalbertadoctors.org/download/2238/Medical%20Cannabinoid%20CPG.pdf?\\_20180320184543](http://www.topalbertadoctors.org/download/2238/Medical%20Cannabinoid%20CPG.pdf?_20180320184543).

## 2. ความเห็นเพิ่มเติมในการใช้กัญชาทางการแพทย์ รวมถึงข้อห้าม ข้อกังวล และข้อควรระมัดระวัง

1. จากหลักฐานงานวิจัย พบว่าการใช้ cannabinoids มีผลเสริม และ/หรือต้านกับการใช้ยาระงับความรู้สึกและเสริมฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ซึ่งมีผลทำให้ระดับความลึกของการระงับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดภาวะฟื้นจากยาระงับความรู้สึกช้า (delay emergence)
2. ควรระวังปฏิกิริยาระหว่างยาที่ใช้ร่วม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง เนื่องจาก cannabinoids ใช้เอ็นไซม์ ร่วมกับยาหลายชนิด และถูกทำลายที่ตับ อาจเป็นสาเหตุทำให้ยาอื่นมีการออกฤทธิ์เพิ่มขึ้นหรือลดลง และอาจทำให้ระดับ cannabinoids ในร่างกายเพิ่มสูงขึ้นจนเกิดผลข้างเคียงได้
3. ไม่แนะนำให้ใช้ cannabinoids ในการเริ่มรักษา (first line drug) อาการปวดทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง neuropathic pain เนื่องจากไม่มีหลักฐานสนับสนุน

ก. neuropathic pain แนะนำให้ใช้ในกรณีที่รักษาด้วยยาบรรเทาปวดอย่างสมเหตุสมผลแล้ว แต่ยังมีอาการปวด และอธิบายถึงประโยชน์และความเสี่ยงก่อนใช้

## 3. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบายการใช้กัญชา

- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย เห็นด้วยกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ร่วมรักษาใน 4 โรค (ที่กรมการแพทย์กำหนด)
- ด้วยหลักฐานที่จำกัด ควรมีการศึกษา วิจัย ถึงประโยชน์ ข้อบ่งชี้การใช้ และอาการแทรกซ้อนและผลข้างเคียง ก่อนนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์