

การใช้มอร์ฟินและกัญชาเพื่อการรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง

The Use of Morphine and Marijuana for Patients in Palliative Care

ชนิตดา ปานทับทิม พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล* สุภาพรณ น้อยพิทักษ์

Chanitda Pantabtim Phongthara Vichitvejpaisal* Supaphan Noipitak

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700

Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok Thailand 10700

บทคัดย่อ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการรักษาพยาบาลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคองมักมีอาการต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและเบื่ออาหาร ซึ่งโดยทั่วไป มอร์ฟินและกัญชาจะถูกใช้เป็นยารักษาอาการดังกล่าวได้ผลดี

มอร์ฟินเป็นยาในกลุ่มฝิ่นที่มีประสิทธิภาพในการรักษาความปวดอย่างรุนแรง โดยจับกับตัวรับโอปิออยด์ในสมองและปิดกั้นการส่งสัญญาณความเจ็บปวด มักนิยมบริหารมอร์ฟินทางปาก ทางหลอดเลือดดำ หรือทางใต้ผิวหนัง แต่ถึงแม้มอร์ฟินจะมีประสิทธิภาพในการจัดการกับความเจ็บปวด แต่ก็มีผลข้างเคียงเช่น กดประสาท กดการหายใจ และทำให้ท้องผูก ในทางกลับกัน กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีสารแคนนาบินอยด์ ได้แก่ เตตราไฮโดรแคนนาบินอล และแคนนาบินโดล โดยทั่วไปจะใช้ในการรักษาอาการต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และอาการคลื่นไส้ สามารถให้กัญชาได้ทางปากหรือโดยการสูดดม มีผลข้างเคียงน้อยกว่ามอร์ฟินและมักทนได้ดี

การใช้มอร์ฟินและกัญชาในการดูแลแบบประคับประคองยังคงเป็นเรื่องถกเถียงกัน บุคลากรทางการแพทย์บางคนกังวลเกี่ยวกับศักยภาพของการเป็นสารเสพติดและการนำไปใช้ในทางที่ผิด ในขณะที่บางคนแย้งว่า ตัวยามีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการทางคลินิก นอกจากนี้ ยังสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลแบบประคับประคอง อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินความต้องการยาของผู้ป่วยแต่ละรายและให้การบริหารจัดการเรื่องยาอย่างรอบคอบ

คำสำคัญ: การรักษาแบบประคับประคอง, มอร์ฟิน, กัญชา, การใช้ยาในทางที่ผิด

Abstract

Palliative care is a specialized medical care aimed at improving the quality of life of patients with life-limiting illnesses. Patients in palliative care often experience various symptoms such as pain, anxiety, depression, and loss of appetite. Morphine and marijuana are commonly used medications for managing these symptoms.

Morphine is a powerful opioid medication that is effective in treating severe pain. It works by binding to opioid receptors in the brain and blocking the transmission of pain signals. Morphine is usually administered orally, intravenously, or subcutaneously. Despite its effectiveness in pain management, morphine has side effects such as sedation, respiratory depression, and constipation.

*Corresponding Author: Email: phongthara@gmail.com

วันที่รับ (received) 27 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 ก.ค. 2566

Marijuana, on the other hand, is a medicinal plant that contains cannabinoids such as tetrahydrocannabinol and cannabidiol. It is commonly used for managing symptoms such as pain, anxiety, and nausea. Marijuana can be administered orally or through inhalation. It has fewer side effects than morphine and is generally well-tolerated.

The use of morphine and marijuana in palliative care has been a subject of debate. Some healthcare professionals are concerned about the potential for addiction and abuse of these medications, while others argue that they are safe and effective for managing clinical symptoms. They can also improve the quality of life of patients in palliative care. However, healthcare professionals should carefully evaluate each patient's needs and use a clinical approach in medication management.

Keywords: Palliative care, Morphine, Marijuana, Drug abuse

บทนำ

แม้การย่างเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 วิวัฒนาการทางการแพทย์จะเป็นไปอย่างก้าวกระโดด และเทคโนโลยีได้ช่วยให้มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น แต่การที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากโรคร้ายไข้เจ็บ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส หรือการลุกลามของเซลล์มะเร็ง ยังคงส่งผลกระทบต่อคนไข้จำนวนมากทั้งทางร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกและจิตวิญญาณ ซึ่งนับเป็นความทุกข์ทรมานที่ยืดเยื้อ ยากจะหลีกเลี่ยงได้จนวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยต้องจากโลกนี้ไปอย่างสงบ¹

ภาครัฐได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงเริ่มมีการขยายหน่วยงานเพื่อการดูแลระดับประคับประคองผู้ป่วย (palliative care) เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ อาทิ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ศูนย์บริรักษ์โรงพยาบาลศิริราช ศูนย์รามธิบดีอภิบาลโรงพยาบาลรามธิบดี ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศูนย์ชีวารักษ์โรงพยาบาลเลิดสิน หน่วยพยาบาลคลินิกการแพทย์ผสมผสานผู้ป่วยมะเร็งและญาติ โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งหน่วยในลักษณะเดียวกันที่โรงพยาบาลแพร่ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลสระบุรี และ ฯลฯ เป็นต้น²

เพื่อบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ ยาแก้ปวดในกลุ่ม opioids เช่น มอร์ฟีน และการใช้พืชสมุนไพรพื้นบ้าน เช่น กัญชา ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญ ที่จะช่วยบรรเทาผู้ป่วยจากความปวด ความวิตกกังวล ความท้อแท้สิ้นหวัง พร้อมกลับไปใช้ชีวิตของตนเองในช่วงบั้นปลายได้อย่างมีศักดิ์ศรี แต่ประโยชน์และผลข้างเคียงจากยา ยังคงเป็นศาสตร์ที่ต้องคำนึงถึงควบคู่ไปกับตัวบทกฎหมายบนพื้นฐานที่สอดคล้องกับจริยธรรมจรรยาบรรณทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด³

การรักษาแบบประคับประคอง

เป็นการดูแลรักษาโดยมีการวางแผนร่วมกันในการตัดสินใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ยาที่มีคุณภาพได้มาตรฐานเพื่อรักษาและบรรเทาอาการปวดและอาการรบกวนอื่นๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน คลื่นไส้ อาเจียน มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน อาจรวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านจนวาระสุดท้ายของชีวิต⁴

พยาบาลนับเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด จึงมีบทบาทในการให้ความรู้ ความเข้าใจ การตอบข้อซักถาม การดูแลช่วยเหลือ ให้การพยาบาล ประคับประคองผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจแบบองค์รวม ตลอดจนทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำกับญาติ และครอบครัวผู้ป่วยภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต⁵

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย

แนวทางการวินิจฉัยและการประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองจะพิจารณาจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีเกณฑ์การประเมินแบบองค์รวมที่เฉพาะเจาะจงตามกลุ่มโรคและองค์ประกอบอื่นๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุปัญหา ความวิตกกังวล ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีข้อแนะนำ 3 ขั้นตอน คือ⁴ การวินิจฉัย (identify) โดยมุ่งเน้นไปที่การวินิจฉัยเป็นรายบุคคล ต่อมาคือการประเมิน (assessment) เป็นการประเมินความต้องการของบุคคลทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยสัมภาษณ์ประวัติเชิงลึก การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่นๆ จากนั้นจะมีการวางแผน (plan) และการจัดการอันนำไปสู่ประสิทธิภาพของผลลัพธ์การดูแลต่อไป

การประเมินทั่วไป

สภาวะของร่างกายที่มีการเสื่อมถอย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงมากกว่าร้อยละ 50 มีภาวะโรคร่วมหลายโรคและอยู่ในระยะลุกลาม ไม่ตอบสนองต่อการรักษา น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง และอัลบูมินในเลือดน้อยกว่า 2.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร⁶

การประเมินเฉพาะกลุ่มโรค

กลุ่มโรคที่สำคัญได้แก่ โรคกระดูก โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ โดยผู้ป่วยมีอาการสับสนกระวนกระวาย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนไปเมื่อเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต น้ำหนักตัวลดลงอย่างรุนแรงจนมีภาวะพอมแห้งหรือมีภาวะแคลเซียมในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง

ความปวด¹

ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 64-75 ความปวดของผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง นับเป็นความทุกข์ทรมานที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตอย่างมาก ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ด้วยการใช้และไม่ใช้ยา

การรักษาด้วยยา⁷

แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มแรกคือ non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs) และ acetaminophen สามารถให้ได้ในทุกระดับความปวด หรืออาจใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม opioid เพื่อลดขนาดของยา opioid ได้ กลุ่มที่ 2 เป็น weak opioid พิจารณาใช้ได้ในระดับความปวดน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ tramadol และ codeine กลุ่มที่ 3 คือ strong opioid ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง และสุดท้ายคือยากลับเสริมฤทธิ์การระงับปวด เป็นยาที่รักษาโรคอื่นๆ แต่ถูกนำมาใช้เสริมฤทธิ์การรักษาอาการปวด เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาแก้ปวดตัวใดตัวหนึ่งมากเกินไป เช่น ยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants) ได้แก่ amitriptyline, imipramine ยารักษาอาการชัก (anticonvulsant) ได้แก่ carbamazepine, gabapentin, pregabalin ยากล่อมประสาท (benzodiazepines) ได้แก่ clonazepam, midazolam, diazepam ยาสเตียรอยด์ (steroid) ได้แก่ dexamethasone, prednisolone ยาสมุนไพรพื้นบ้าน ได้แก่ กระเทียม กัญชา

เป็นต้น

การรักษาโดยไม่ใช้ยา⁸

เทคนิคที่สามารถช่วยลดอาการปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การนวด (massage) เพิ่มการไหลเวียนเลือดทั่วร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและลดความเครียด การใช้ความร้อน (heat) และความเย็น (cold) โดยขึ้นอยู่กับระยะเวลาของรอยโรค การบาดเจ็บแบบเฉียบพลันร่วมกับอาการบวม ควรเลือกใช้การประคบเย็น เพื่อช่วยลดอาการบวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าเป็นการปวดแบบเรื้อรังหรือมีอาการกล้ามเนื้อตึง ควรใช้ความร้อนประคบ การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (transcutaneous electrical nerve stimulation; TENS) เป็นการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นผ่านแผ่นที่ติดไว้บริเวณผิวหนังของผู้ป่วย นอกจากนี้ อาจใช้เทคนิคการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน (regional anesthesia) และการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) ภายใต้การควบคุมดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญทางวิสัญญี

มอร์ฟิน

มอร์ฟินเป็นสารสกัดที่ได้จากฝิ่น ถูกค้นพบในปี พ.ศ.2346 ปัจจุบันสามารถสังเคราะห์ขึ้นได้ด้วยกรรมวิธีทางเคมี จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษปี พ.ศ. 2522 มีประสิทธิภาพออกฤทธิ์ระงับปวดได้แรงที่สุด

ข้อบ่งใช้

ใช้บรรเทาอาการปวดได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ในระดับปานกลางถึงรุนแรง

เมตาบอลิซึมของยา

มอร์ฟินเป็นยาที่ละลายได้ดีในน้ำ ละลายได้น้อยในไขมัน จึงออกฤทธิ์ค่อนข้างช้าและคงฤทธิ์อยู่นานเนื่องจากผ่านเข้า-ออกสมองได้ช้า ถูกทำลายที่ตับด้วยเอนไซม์ Uridine 5'-diphospho-glucuronosyl transferase, UDP-GT ได้สาร 2 ชนิด ก่อนถูกขับออกทางไต คือ morphine-3-glucoronide (M3G) ไม่มีฤทธิ์แก้ปวด และ morphine-6-glucoronide (M6G) ซึ่งเป็น active metabolite มีฤทธิ์แก้ปวดอีกประมาณร้อยละ 50 อาจสะสมและทำให้เกิดพิษได้ในผู้ป่วยโรคไต⁹

การออกฤทธิ์⁹

มอร์ฟินออกฤทธิ์โดยจับกับ mu (μ) receptors ที่บริเวณสมองและไขสันหลัง ออกฤทธิ์ต่อระบบต่างๆ ของร่างกายดังนี้

1. สมองและระบบประสาท ทำให้มีอาการง่วงซึม มึนงงสับสน รูปแบบความคิดเปลี่ยนแปลงไป เวียนศีรษะ

อ่อนเพลีย กระวนกระวาย เสียความทรงจำ เคลิ้ม อาจเห็นภาพหลอน ชัก หรือโคม่า

2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัว ปริมาณเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจลดลง ความดันโลหิตตก อ่อนเพลีย อาจมีอาการแน่นหน้าอกได้

3. ระบบการหายใจ กดศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหายใจช้าลง หรือหยุดหายใจ หายใจลำบาก กล้องเสียงหดร่ง หรือสะอึก

4. ระบบทางเดินอาหาร ลดการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องผูก เกิดการเกร็งตัวของลำไส้เพิ่มขึ้น ลำไส้อุดตัน (pseudo-obstruction) ท่อน้ำดีหดเกร็ง คลื่นไส้อาเจียนเบื่ออาหาร ปากแห้ง กระหายน้ำ การทำงานของตับผิดปกติ

5. ระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้หยุดกระเพาะปัสสาวะหดเกร็ง ถ่ายปัสสาวะลำบาก ท่อไตหดเกร็ง

6. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้กล้ามเนื้อของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายหดเกร็งและกระดูก กล้ามเนื้อบางส่วนทำงานไม่ประสานกัน การเคลื่อนไหวผิดปกติ

7. ระบบประสาทสัมผัสพิเศษ ทำให้นัยน์ตาระดุก รุ่มนตาหุด เห็นภาพซ้อน

8. ระบบภูมิคุ้มกัน กระตุ้นการหลั่ง histamine อาจก่อให้เกิดผื่นคัน ลมพิษ ตาแดง

ผลข้างเคียง³

อาจพบอาการคลื่นไส้ ง่วงซึม หายใจช้าลง โดยมีความสัมพันธ์กับปริมาณยาที่ได้รับ เมื่อบริหารยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องหรือทางไซส์นหลังมักพบอาการคัน ส่วนในผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ อาจมีอาการประสาทหลอน ปัสสาวะลำบาก ท้องผูก เมื่อมีการหยุดยาทันที ผู้ป่วยที่มีอาการติดยาทั้งทางกายและจิตใจ (physical/psychological dependence) อาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

เปรียบเทียบกับยาในกลุ่มเดียวกัน⁷

Pethidine มีฤทธิ์ระงับปวดอ่อนกว่ามอร์ฟีน 10 เท่า active metabolite ที่สำคัญคือ normeperidine มีผลกระตุ้นระบบประสาท ก่อนถูกขับออกทางไต

Fentanyl มีฤทธิ์ระงับปวดแรงกว่ามอร์ฟีน 100 เท่า ออกฤทธิ์เร็วและไม่มี active metabolite การหยุดเข้าหลอดเลือดดำเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดการสะสมของยา

Methadone มีฤทธิ์ระงับปวดเทียบเท่ามอร์ฟีน นิยม

ใช้เป็นยาทดแทนสำหรับผู้ติดมอร์ฟีน แต่ต้องระวังในการใช้ร่วมกับยาอื่น โดยเฉพาะกลุ่ม tricyclic antidepressant ซึ่งอาจส่งผลให้หัวใจเต้นผิดปกติได้

กัญชา

เป็นพืชล้มลุกจัดอยู่ในตระกูล Cannabaceae มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis sativa forma indica ประกอบด้วย 3 สายพันธุ์ได้แก่ Indica พบในทวีปเอเชีย Sativa พบในทวีปอเมริกาและ Ruderalis พบในประเทศรัสเซีย^{10,12}

เมตะบอลิซึมของยา

กัญชาเป็นสารแคนนาบินอยด์ (cannabinoids, CB) ซึ่งเมื่อถูกเมตะบอลิซึมโดยเอนไซม์ไซโตโครมพี-450 (Cytochrome P-450) ที่ตับ จะได้สารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) และแคนนาบิไดโอล (cannabidiol, CBD) ซึ่งจะไปออกฤทธิ์ต่อระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoid system, ECS) ที่มีอยู่ทั่วร่างกาย¹¹

การออกฤทธิ์¹¹

1. ระบบประสาทส่วนกลาง กัญชามีฤทธิ์ทั้งกระตุ้น และหลอนประสาท ทำให้มีความสุข เคลิบเคลิ้ม สบาย สิ้น ความจำช่วงสั้นเสื่อม การรับรู้สับสน หากผู้ใช้กัญชาเป็นผู้ที่มีอาการของโรคจิตเภทหรือโรคซึมเศร้าอยู่ก่อน จะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น อาจทำลายสมอง กระทั่งต่อเชาวน์ปัญญาขั้นสูง เช่น การคิดเลข เป็นต้น หากมีการใช้กัญชาเกินขนาดเป็นเวลานานๆ จะมีอาการก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ โดยเฉพาะการใช้ความคิด การตัดสินใจ ความรู้สึกหมดอาลัยตายอยาก อยู่แบบนิ่งเฉยไร้จุดหมาย

2. ระบบทางเดินหายใจ เกิดการระคายเคืองของหลอดลมทำให้มีอาการไอเรื้อรัง หลอดลมอักเสบ เสียงแหบ มีเสมหะมาก หายใจลำบาก และยังสามารถทำให้เกิด pneumonia, pneumomediastinum หรือ pneumothorax ได้

3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด หลังจากสูดดมกัญชาภายใน 15-20 นาที จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 20-50 จากการที่ THC จับกับตัวรับ CB1 ออกฤทธิ์กระตุ้นต่อระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system, SNS) และการยับยั้งระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nervous system, PNS) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น ในกรณีที่ผู้ใช้กัญชาขนาดสูงเป็นเวลานานจนเกิด tolerance มีรายงานการเกิด heart block เนื่องจากการทำงานของ SNS ลดลง แต่ PNS เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการลดลงของแรงต้านทาน

หลอดเลือดส่วนปลายและส่งผลต่อหลอดเลือดในสมอง การทำงานของเกร็ดเลือดที่ผิดปกติ ทำให้มีโอกาสเกิดการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมองจนสมองขาดเลือดได้ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 48-53

4. ระบบสืบพันธุ์ เกิดความผิดปกติของโครโมโซมเซลล์ประสาทในสมองและความผิดปกติของฮอร์โมนเพศและพันธุ์กรรมของทารกในครรภ์ ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) ในเพศชายลดลง ปริมาณอสุจิน้อยลง สมรรถภาพทางเพศลดลง

5. ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายถูกทำลาย เกิดการติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่าย

6. ระบบควบคุมอุณหภูมิร่างกาย พบภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำมีอาการหนาวสั่นได้บ่อย

ผลข้างเคียง

เกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจและเชาวน์ปัญญา ระบบทางเดินหายใจมีความไวต่อการกระตุ้น การกระตุ้น SNS ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและกล้ามเนื้อหัวใจต้องการปริมาณออกซิเจนมากขึ้น เกิดการตีบของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง อาจมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทำให้หนาวสั่น ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องเกิดการติดเชื้อได้ง่าย^{11,12}

เปรียบเทียบกับยาในกลุ่มเดียวกัน

กัญชาและกัญชงเป็นพืชในตระกูลเดียวกัน วงศ์ Cannabaceae แต่พืชทั้งสองมีความแตกต่างกัน โดยกัญชงมีสารที่ออกฤทธิ์ในปริมาณมากคือ CBD ซึ่งเป็นสาร non-psychoactive มีฤทธิ์ทำให้สงบ ลดอาการวิงเวียน และต้านฤทธิ์ประสาทหลอน แต่ในกัญชามีสารที่ออกฤทธิ์ในปริมาณมากคือ THC ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นและกดระบบประสาทส่วนกลาง

กัญชาทางการแพทย์

ปัจจุบันประเทศที่อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ ได้อย่างถูกกฎหมายมีจำนวนทั้งหมด 33 ประเทศและจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายประเทศที่นำกัญชามาใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างกว้างขวาง ทั้งการรักษาอาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานชัดเจนในแง่ของประสิทธิภาพการรักษา เนื่องจากการศึกษาวิจัยยังมีข้อจำกัดหลายประการ

สำหรับประเทศไทยได้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ในพระราช

บัญญัติยาเสพติดให้โทษ อนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชาและกระท่อมบนพื้นฐานตามหลักวิชาการด้านการแพทย์ที่เหมาะสม เพื่อการรักษาผู้ป่วย การศึกษาวิจัยและการพัฒนาการศึกษาวิจัย ภายใต้การควบคุมของผู้เชี่ยวชาญตามมาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพตามที่ได้ระบุไว้ในกฎหมาย¹⁰

ต่อมาวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ยกเว้นไม่จัดกัญชา กัญชงเป็นยาเสพติดในส่วนเปลือก ลำต้น เส้นใย กิ่งก้าน และราก ใบซึ่งไม่มียอดหรือช่อดอกติดมาด้วย สารสกัดที่มี CB เป็นส่วนประกอบและมี THC ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักกากหรือเศษที่เหลือจากการสกัดกัญชาและต้องมี THC ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก¹⁰

ข้อบ่งชี้

รักษาอาการปวดเส้นประสาทที่ต่อการรักษา (refractory neuropathic pain) อาการปวดในการดูแลแบบประคับประคองที่ต่อการรักษา (refractory pain in palliative care) บรรเทาอาการคลื่นไส้และอาเจียนที่เกิดจากเคมีบำบัด (chemotherapy-induced nausea and vomiting) และรักษาอาการกล้ามเนื้อเกร็งในโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งและอาการบาดเจ็บไขสันหลัง (spasticity in multiple sclerosis and spinal cord injury)

ผลิตภัณฑ์จากกัญชา

น้ำมันกัญชา (Hashish oil) ได้จากกระบวนการสกัดหลายครั้ง จนได้ CBD oil และ THC oil มีปริมาณสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสูงถึงร้อยละ 20-60 ซึ่งองค์การเภสัชกรรมแห่งประเทศไทยสามารถผลิตได้ภายใต้คำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

ยางกัญชา (Hashish) ยางกัญชาเป็นยางแห้งที่นำมาจากใบและยอดช่อดอกหรือเกสรตัวเมียของต้นกัญชา มีฤทธิ์แรงกว่ากัญชาสดเนื่องจากมีความเข้มข้นของ THC ร้อยละ 2-20 ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมากถึง 4-8 เท่า ใช้ผ่านเครื่องพ่นไอระเหยทางการแพทย์หรือการสูบลายบุหรี่

นอกจากนี้ ยังมีผลิตภัณฑ์จากกัญชาที่นำมาใช้ในรูปแบบของแคปซูล สเปรย์พ่นในช่องปาก ซึ่งจะคาดเดาปริมาณที่ออกฤทธิ์ได้ยาก เนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ รบกวน ชนิดหาผิวหนังหรือในรูปแบบแผ่นแปะมีการดูดซึมช้า ความเข้มข้นสูงสุดในเลือดอยู่นาน 1.30-48 ชั่วโมง ชนิดสูบหรือสูดดมไอระเหยเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง ออกฤทธิ์ที่สมองภายใน 15-30 นาทีหมดฤทธิ์ภายใน 2-4 ชั่วโมง การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ มีรายงาน

การเกิดกลุ่มอาการ intravenous marijuana syndrome เช่น อาการไข้ ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้อาเจียน แต่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ^{14,15} อย่างไรก็ตามการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ผู้สั่งใช้ต้องเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ หรือเภสัชกร ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองโดยกระทรวงสาธารณสุขและได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

อาการผิดปกติที่ควรระวังพบแพทย์

ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วและรบกวนผิดปกติ เป็นลมหมดสติ เจ็บหน้าอกกร้าวไปที่แขน เหงื่อแตกตัวสั่น หายใจไม่สะดวก เดินเซ พูดไม่ชัด สับสน หูแว่ว เห็นภาพหลอน เป็นต้น

แนวโน้มของกัญชาในอนาคต

ในขณะที่หลายประเทศมีความพยายามในการเปิดเสรีการใช้กัญชาทั้งทางด้านการแพทย์และสันทนาการ ซึ่งมีขอบเขตที่แตกต่างกันไป ในประเทศไทยก็มีทั้งกลุ่มที่สนับสนุนและคัดค้าน โดยประเด็นที่ถกเถียงเน้นไปที่ความพร้อมในการควบคุมและขอบเขตของกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบัน

การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาเพื่อการรักษา¹³

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาเพื่อการรักษา พยาบาลในฐานะผู้มีความรู้สำคัญ ผู้ปฏิบัติงานเป็นด่านหน้าในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พึงตระหนักว่ากัญชายังคงเป็นยาที่มีความซับซ้อนทางเภสัชวิทยา ส่งผลทางร่างกายและจิตใจและความละเอียดอ่อนในด้านแง่มุมของกฎหมาย ได้แก่

1) การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาอย่างละเอียดเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ และสถานะสุขภาพในปัจจุบัน

2) ให้การศึกษารายละเอียดแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับกัญชา การใช้เป็นยาอย่างเหมาะสม ประโยชน์ที่และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และปฏิกิริยาต่อกันของยาที่อาจเกิดขึ้น ที่สำคัญ ผู้ป่วยควรได้รับแจ้งเกี่ยวกับแง่มุมทางกฎหมายและจริยธรรมของการใช้กัญชาทางการแพทย์

3) พยาบาลอาจต้องมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการบริหารยาอย่างเหมาะสม ซึ่งอาจรวมถึงการแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับขนาดยาที่ถูกต้อง แนวทางการบริหาร (เช่น ทางปาก การสูดดม เฉพาะที่) โดยปฏิบัติตามข้อกำหนดอย่างเคร่งครัด

4) พยาบาลควรติดตามผู้ป่วยที่ใช้กัญชาอย่างใกล้ชิด การประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาอย่าง

สม่ำเสมอ สัญญาณชีพ และการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในเวชปฏิบัติ เพื่อให้แน่ใจว่าการบำบัดนั้นมีประสิทธิภาพสูงสุด

5) พยาบาลพึงระลึกเสมอว่า กัญชาอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงต่างๆ รวมถึงอาการวิงเวียนศีรษะ ปากแห้ง อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และความบกพร่องทางสติปัญญา จึงควรเตรียมพร้อมรับมือกับผลข้างเคียงเหล่านี้้อย่างเหมาะสมและให้การดูแลแบบประคับประคองตามความจำเป็น

6) พยาบาลต้องเป็นผู้รอบรู้เกี่ยวกับกัญชา ที่สามารถส่งเสริมหรือยับยั้งฤทธิ์กับยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยกำลังรับประทานอยู่ พยาบาลต้องตระหนักถึงปฏิกิริยาต่อกันของยาที่อาจเกิดขึ้นและสื่อสารกับทีมแพทย์อย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์

7) พยาบาลควรให้การดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผนการรักษา เน้นย้ำถึงความสำคัญของการใช้กัญชาตามคำแนะนำและข้อควรระวังในเรื่องความปลอดภัยต่างๆ

8) พยาบาลควรเคารพในสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วยตามเกณฑ์ข้อบังคับ รวมถึงการสื่อสารประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ เพื่อการบริหารจัดการเหตุการณ์เฉพาะเบื้องต้น การกลั่นกรองตรวจสอบ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับกัญชาเพื่อการรักษาอย่างถูกต้อง

การใช้มอร์ฟินร่วมกับกัญชา¹⁶

ปัจจุบันมีการใช้มอร์ฟินและกัญชาในการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น เนื่องจากยาทั้งสองชนิด มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาคล้ายกันและทำหน้าที่เสริมฤทธิ์กัน ประกอบกับการใช้กัญชาช่วยในการรักษาโรคบางชนิด ทำให้ลดปริมาณการใช้มอร์ฟินลงได้ อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องคำนึงถึงปฏิกิริยาต่อกันของยา วิธีการใช้ ปริมาณ ความเข้มข้น และระยะเวลาในการออกฤทธิ์ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับยานอนหลับหรือยากล่อมประสาท ด้วยเหตุนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำเป็นต้องตระหนักในการใช้มอร์ฟินและกัญชาด้วยความระมัดระวัง เพราะอาจเข้าข่ายการกระทำความผิดตามกฎหมายที่ถือเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

การการุณยฆาต (Euthanasia)

การการุณยฆาต คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดและหมดความรู้สึกก่อนการเสียชีวิต ในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับเรื่องการการุณยฆาต มีเพียงมาตรา 12 ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ซึ่งอนุญาตให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายปฏิเสธการรักษาที่ไม่ได้ประโยชน์เท่านั้น ส่วนการกระทำที่ถือเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จะเข้าข่ายมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 288 ที่บัญญัติไว้ว่า ผู้ใดฆ่าผู้อื่นต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี และหากเป็นการกระทำที่มีการไตร่ตรองไว้ก่อน ก็จะได้รับโทษตามมาตรา 289 ดังนั้น หากแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยเจตนาไม่ว่าจะทำไปเพราะความสงสาร หรือเหตุผลอื่นใด ก็ถือว่ามีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา²

แพทยสมาคมโลกได้ระบุในปฏิญญาของสมาคมว่าด้วยการการุณยฆาต (World Medical Association Declaration on Euthanasia) มีใจความว่า การกระทำโดยตั้งใจที่จะทำลายชีวิตของผู้ป่วย ถึงแม้การกระทำนั้นจะเป็นการทำตามคำร้องขอของผู้ป่วยหรือญาติสนิทก็ตาม ถือว่าผิดหลักจริยธรรม ยกเว้นเป็นการดูแลของแพทย์ที่เคารพต่อความปรารถนาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่ประสงค์จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด โดยจำเป็นต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีความชำนาญหรือเทคนิคพิเศษ ในการบริหารยาระงับปวดหรือยาสงบประสาท¹

การการุณยฆาตจะเน้นการบริหารยาทางหลอดเลือดดำเพื่อให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึก และการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายล้มเหลว ทั้งระบบการหายใจและระบบการไหลเวียนโลหิต โดยมีจุดประสงค์ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบภายในระยะเวลาอันสั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดทรมานน้อยที่สุด

ประเภทของการการุณยฆาต

ก. แบ่งตามลักษณะความจำนง¹

1. Voluntary euthanasia เป็นการการุณยฆาตที่ผู้ป่วยแสดงความต้องการไว้ ตั้งแต่ขณะที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์ เช่น ผู้ป่วยร้องขอให้แพทย์ช่วยฉีดยาเพื่อให้ตนเองเสียชีวิต

2. Involuntary euthanasia เป็นการการุณยฆาตโดยการตัดสินใจของผู้อื่น โดยขัดกับความต้องการของผู้ป่วย เช่น การฉีดยาเพื่อประหารชีวิตนักโทษ

3. Non-voluntary euthanasia เป็นการการุณยฆาตโดยความต้องการของผู้มีอำนาจโดยชอบธรรม ซึ่งผู้ป่วยมิได้แสดงความประสงค์ในเรื่องดังกล่าวไว้ เช่น ญาติขอให้แพทย์

ฉีดยาเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เนื่องจากไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน

ข. แบ่งตามลักษณะการกระทำ¹

1. Active euthanasia เป็นการการุณยฆาต โดยการกระทำการบางอย่างต่อร่างกายผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ เช่น การประหารชีวิตนักโทษ

2. Passive euthanasia เป็นการการุณยฆาต โดยงดเว้นการกระทำบางอย่างต่อร่างกายผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ เช่น งดการช่วยปั๊มหัวใจ หรืองดการให้อาหารในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

สรุป

การใช้มอร์ฟินและกัญชาเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดลงได้ โดยมีมอร์ฟินเป็นยาแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพระงับความปวดได้อย่างรุนแรงและมีประสิทธิภาพ ในขณะที่กัญชาสามารถลดความปวด อาการคลื่นไส้ และคลายความวิตกกังวล

อย่างไรก็ตาม การใช้ยาเหล่านี้ควรอยู่ในความดูแลของแพทย์ทางเวชปฏิบัติอย่างใกล้ชิด ด้วยการอธิบายให้ผู้ป่วยญาติและคนในครอบครัว ได้เข้าใจถึงรูปแบบในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง การเลือกใช้ยาที่ตอบสนองต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วย บนพื้นฐานของความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการรักษา โดยมีผลข้างเคียงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

References

1. Thongdech V, Klaimuk B, Vichitvejpaisal P. Anesthesia and euthanasia: congruence but difference. Thai journal of anesthesiology. 2020;46(3):181-5. (in Thai)
2. Phokhwang W. Palliative care: a case study of Albert ludwigs university hospital, Freiburg, Germany. The southern college network journal of nursing and public health. 2017;4(1): 345-60. (in Thai)
3. Molek R, Thanapapothiawat T, Kongchaiphom K, Sombutboon M, Preechakoon B. Is morphine for euthanasia?. The journal of Chulabhorn royal academy. 2020;2(1):14-24. (in Thai)

4. Charoenwipada C. Case study: continuing end-stage cancer patients nursing care from hospital to home and community, in the context of palliative care center, counseling clinic of nursing department, Klongtom hospital. *Krabi medical journal*.2018;1(1):11-21 (in Thai)
5. Subwongcharoen N, Chintapanyakun T. Role of palliative care nurse in tertiary hospitals. *Journal of the royal thai army nurse*. 2020; 21(1):26-34. (in Thai)
6. Pairojkul S, Limratana N, editors. Training of the trainers in palliative care. Khonkaen. Klungnana vitthaya press;2017. (in Thai)
7. Pichayapanich P, Chayangsu C. Management of cancer pain for internist. *Medical journal of Srisaket Surin Buriram hospitals*. 2021;36(2): 475-84. (in Thai)
8. Pianbanyat K, Choowattanapakorn T. Pain and nursing care in older persons with cancer. *Thai red cross nursing journal*.2014;7(1):10-25. (in Thai)
9. Gregori S, Gregori M, Ranzani G, Allegri M, Minella C, Regazz M. Morphine metabolism, transport and brain disposition. *Metabolic brain disease journal*.2012;27(1):1-5.
10. Noipitak S, Sombood P, Noitasaeng P, Laotaweewuk N, Vichitvejpaisal P. Cannabis: essential information in anesthesia. *Thai journal anesthesiology*.2022;48(1):75-80. (in Thai)
11. Teitel A, Bozimowski G. A review of the pharmacology and anesthetic implications of cannabis. *American association of nurse anesthesiology journal*.2020;88(3):237-44.
12. Suphanchaimat R, Pavasuthipaisit C. Potential benefits and risks from medicalization and legalization of cannabis. *Journal of health system research*.2018;12(1):71-94. (in Thai)
13. Maneewat K, Nimmaanrat S, Puttawibul P, Kantabanlang Y, Siripituphum S, Sawasdinarnue-nart S, et al. Integrative guideline for the nursing care of patient using cannabis for medicinal purposes. *Princess of Naradhiwas university journal*. 2023;15(1):250-65. (in Thai)
14. Abrams D, Guzman M. Cannabis in cancer care. *Clinical pharmacy and therapeutic journal*. 2015;97(1):575-86.
15. Nahtigal I, Blake A, Hand A, Florentinus-Mefailoski A, Hashemi H, Friedberg JN. The pharmacological properties of cannabis. *Journal of pain management*.2016;9(1):481- 91.
16. Abrams DI, Couey P, Shade SB, Kelly Me, Benowitz NL. Cannabinoid-opioid interaction in chronic pain: American society for clinical pharmacology and therapeutics journal. 2011;90(6):844-50.