

กัญชาทางการแพทย์เพื่อจัดการความปวด: บทบาทพยาบาล

นุสรุ ประเสริฐศรี MS (Neuroscience), Ph.D.(Nursing)^{1*}

วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์ ศษ.ม.¹

อภิรดี เจริญกุล พย.ม.¹

ชลียา วามะสุน ปร.ด²

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันมีการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อจัดการความปวด ขณะเดียวกันพบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ขัดแย้งกันเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในการจัดการความปวด พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญในการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด อีกทั้งกัญชาทางการแพทย์ยังเป็นเรื่องที่ใหม่สำหรับพยาบาลไทย การพยาบาลจัดการความปวดด้วยกัญชาทางการแพทย์ พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในการจัดการความปวด วัตถุประสงค์ของบทความวิชาการนี้เพื่อทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์เพื่อจัดการความปวด ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยกลไกของระบบกัญชาในร่างกาย เกสชีววิทยาของกัญชา งานวิจัยการใช้กัญชาในการจัดการความปวดและบทบาทพยาบาลในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในการจัดการความปวดและการบูรณาการการวิจัยในการปฏิบัติทางคลินิก เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเปิดเผยการใช้กัญชาได้อย่างมั่นใจและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของผู้ป่วย

คำสำคัญ: กัญชาทางการแพทย์ การจัดการความปวด บทบาทพยาบาล

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

² โรงพยาบาลมะเร็งบูลราชธานี

*Corresponding e-mail: nussara@bcnsp.ac.th

วันที่รับ (received) 19 เม.ย. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 23 เม.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 27 เม.ย. 2564

Medical Cannabis for Pain Management: Nursing Roles

Nusara Prasertsri MS (Neuroscience), Ph.D. (Nursing)^{1*}

Wilailak Teeyapan M.Ed.¹

Apiradee Charoennukul M.N.S.¹

Chaliya Wamalun Ph.D.²

Abstract

Nowadays, medical cannabis is being used for pain management. However, there is conflicting evidence regarding the use of medical cannabis for pain management. Nurses are key health personnel in pain management practices. Moreover, the use of medical cannabis is new for Thai nurses. Nurses working in pain management practices that are using medical cannabis must have a thorough understanding of the use of medical cannabis for pain management. The purpose of this article was to review cannabis for medical purposes, with an emphasis on pain management and focusing on content related to the mechanisms of action of the cannabis on the systems in the body, the pharmacology of cannabis, research on the use of cannabis in pain management, the nurse's role in pain management, and the integration of research into clinical practice. This research will support the patients to be able to confidently disclose cannabis use and engage in shared decisions about its potential effects on their health.

Keywords: medical cannabis, pain management, nursing roles

¹ Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong

² Ubon Rathchathani Cancer Hospital

*Corresponding e-mail: nussara@bcnsp.ac.th

บทนำ

ความก้าวหน้าด้านการศึกษาวิจัยและข้อมูลทางวิชาการในปัจจุบันทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย สนับสนุนว่ากัญชาสามารถใช้รักษาอาการในบางโรคได้ ทำให้กัญชาถูกนำมาใช้เพื่อการแพทย์โดยถูกกฎหมาย ในหลายๆประเทศ กัญชาจัดเป็นสมุนไพรที่มีบันทึกนำกัญชามาใช้เมื่อ 5,000 ปีที่ผ่านมาในยุคโรมัน และนำกัญชามาใช้เพื่อการรักษาอาการต่างๆ เมื่อ 2,600 ปี โดยแพทย์จีน¹ สำหรับทางการแพทย์แผนไทยมีการใช้กัญชานานกว่า 300 ปี แต่เนื่องจากกัญชามีฤทธิ์ทำให้เสพติด จึงถูกจัดอยู่ในสารเสพติดประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ หลังจากมีการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับกัญชาใช้รักษาบรรเทาอาการของโรคต่าง ๆ ออกมาทั่วโลก ประเทศไทยได้ประกาศใช้กัญชาเพื่อการรักษาผู้ป่วยและการศึกษาวิจัยตามประกาศในราชกิจจานุเบกษา 18 กุมภาพันธ์ 2562²

กัญชาเป็นพืชสมุนไพรในตระกูล Cannabaceae family มี 3 สายพันธุ์ ได้แก่ *Cannabis sativa*, *Cannabis indica* และ *Cannabis ruderalis*³ กัญชาที่นำมาใช้ในทางการแพทย์ คือสายพันธุ์ *Cannabis sativa* ซึ่งสายพันธุ์นี้สกัดได้สารออกฤทธิ์ มากกว่า 100 ชนิด แต่พบมากที่สุด ได้แก่ เตตราไฮโดรแคนนาบินอยด์ (Delta-9 tetrahydrocannabinol: THC) และ แคนนาบิไดอัล (Cannabidiol: CBD)⁴ สารดังกล่าวนี้ออกฤทธิ์ ยับยั้ง กระตุ้น ระบบประสาท ฮอร์โมน ภูมิคุ้มกัน ผ่านระบบ Endocannabinoid ของร่างกาย⁵ การวิจัยพบว่าสารสกัดจากกัญชา THC และ CBD สามารถใช้ในการรักษาอาการของโรคพาร์กินสัน มะเร็ง ลมชัก บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน และความปวด⁶⁻⁸ สำหรับการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อจัดการความปวดนั้นพบว่า หลักฐานเชิงประจักษ์ยังมีข้อขัดแย้ง คือ มีทั้งให้ผลลัพธ์ที่เกิดประโยชน์และไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีความปวด ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่มั่นใจในการใช้กัญชาในการจัดการความปวด และพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวด อีกทั้งกัญชาทางการแพทย์ยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับพยาบาลไทย การบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยและให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้รับบริการในการจัดการความปวด เป็นบทบาทที่สำคัญ วัตถุประสงค์ของบทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนเอกสารที่เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์เพื่อจัดการความปวด ประกอบด้วย กลไกของระบบกัญชาในร่างกาย เกสชีววิทยาของกัญชา งานวิจัยการใช้กัญชาในการจัดการความปวดและบทบาทพยาบาลในการใช้กัญชาเพื่อทางการแพทย์ในการจัดการความปวด และการบูรณาการการวิจัยในการปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาล

ระบบเอ็นโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoid system: ECS)

มีการค้นพบ ECS ในต้นปี 1990 ซึ่ง ECS เป็นระบบทางสรีรวิทยาที่พบทั่วไปในร่างกาย ทั้งในระบบประสาทส่วนกลางและระบบส่วนปลายเกี่ยวข้องกับควบคุมกระบวนการทางสรีรวิทยาประกอบด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม ภูมิคุ้มกัน หน้าที่ต่อมไร้ท่อ ความปวด (Antinociception) ความอยากอาหาร และการย่อยอาหาร การอักเสบ และระบบประสาทอัตโนมัติ⁹⁻¹¹ ECS มีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมการรับประทานอาหาร น้ำหนักตัว และกระบวนการเมตาบอลิซึมในร่างกาย ทั้งนี้เพื่อรักษาสสมดุลของพลังงานในร่างกาย ECS เป็นระบบการทำงานของตัวรับสารที่เรียกว่า Cannabinoid receptor และสาร Cannabinoids (แคนนาบินอยด์) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Cannabinoid receptor

ตัวรับสารจะมี 2 ชนิดคือ CB1 และ CB2 โดย cannabinoids เข้าไปจับตัวรับสาร CB1 และ CB2 เมื่อร่างกายหลังสาร cannabinoids หรือได้รับจากกัญชา cannabinoids จะเข้าไปจับกับตัวรับสาร CB1 หรือ CB2 และกระตุ้นให้เกิดการทำงานของตัวรับ ตัวรับสาร CB1 และ CB2 มีอยู่ในเกือบทุกส่วนของร่างกาย โดยตัวรับสาร CB1 จะพบในระบบประสาทส่วนกลาง ประกอบด้วย สมองส่วนต่าง ๆ เช่น Cerebellum (การทำงานของระบบประสาทเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของร่างกาย) Hippocampus (ความจำ) Cerebral cortex (การรับรู้) Basal ganglia (การเคลื่อนไหว) Hypothalamus (ความต้องการ พื้นฐาน เช่น ความหิว การสืบพันธุ์ และการพักผ่อน) Amygdala (อารมณ์) และพบในไขสันหลังและตัวรับสาร CB2 พบในระบบประสาทส่วนปลายและระบบภูมิคุ้มกัน กระเพาะ ม้าม ตับ หัวใจ ไต กระดูก เส้นเลือด เซลล์น้ำเหลือง ต่อมไร้ท่อต่าง ๆ และอวัยวะสืบพันธุ์¹²

สาร Cannabinoids

สาร Cannabinoids ถูกค้นพบในพืชกัญชาเป็นอันดับแรก ต่อมาค้นพบในร่างกายมนุษย์ ในปัจจุบันจึงแบ่ง Cannabinoid ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ได้แก่

1. Endogenous cannabinoids หรือ endocannabinoid คือ cannabinoids ที่ผลิตขึ้นในร่างกายของสิ่งมีชีวิต พบได้ทั้งในร่างกายมนุษย์และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมเกือบทุกชนิด ประกอบด้วยสารสำคัญ 2 ชนิด คือ Anandamine และ 2-arachidonoylglycerol (2-AG) โดย Anandamine ตอบสนองต่อการบาดเจ็บและการอักเสบของเส้นประสาท และจับได้ดีมากกับตัวรับสาร CB1 และมีความสำคัญต่อระบบการรับความปวด (Nociceptive information)¹³ ส่วน 2-AG มีมากในระบบประสาทส่วนกลางตอบสนองกับตัวรับสาร CB1ตอบสนองเมื่อมีการบาดเจ็บที่เนื้อเยื่อและมีบทบาทสำคัญในการปรับสัญญาณความปวด¹⁴

2. Exogenous cannabinoid หรือ Phytocannabinoids คือ Cannabinoids จากภายนอกร่างกายที่ได้จากการผลิตจากห้องทดลองและ Cannabinoids ที่พบได้ในกัญชาตัวที่สำคัญคือ Delta-9-tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC) หรือ THC และ Cannabidiol (CBD) ซึ่งจะจับกับ Cannabinoid receptor และ THC ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้รู้สึกเคลิบเคลิ้ม ผ่อนคลายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจิตประสาท¹⁵ เนื่องจากทำให้ Neuron เปลี่ยนแปลงเพิ่มระดับของdopamine ในสมองส่วน Nucleus accumbens และ Prefrontal cortex ดังนั้นการใช้ THC สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น (Hyperphagic behaviors) สามารถเกิดการติ้อและอาการไม่พึงประสงค์ รู้สึกหงุดหงิดง่าย เวลาไม่ได้ใช้ ซึ่งจะมีความแตกต่างและตรงกันข้ามกับ CBD ที่ไม่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและ CBD อาจจะเป็นตัวยับยั้ง THC ช่วยลดผลข้างเคียงทางจิตประสาทจาก THC¹⁶ ความเข้าใจเกี่ยวกับเภสัชวิทยาของสารสกัดของกัญชาทั้ง CBD และ THC ประสิทธิภาพของสารสกัดกัญชา ปฏิกริยากับยาตัวอื่นและความปลอดภัยอื่น เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องรู้เพื่อให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และผู้รับบริการที่ต้องการการใช้กัญชาทางการแพทย์

การใช้กัญชาทางการแพทย์

การนำฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาจากสารในกัญชาไปใช้ทางยาจำเป็นต้องมีหลักฐานงานวิจัยสนับสนุน ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนาเป็นยาใช้ในคน มีดังต่อไปนี้

1. สารสกัดจากกัญชาหรือสารสังเคราะห์ที่มีโครงสร้างของ THC ในปัจจุบันที่ผ่านอนุมัติจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาและใช้ในสหรัฐอเมริกา โดรนาบินอล (Dronabinol) ชื่อการค้าคือ มารินอล (Marinol) นาบิโลน (Nabilone) ชื่อการค้าคือ ซีซาเมท (Cesamet) ข้อบ่งชี้ในการใช้คือ

ด้านการอาเจียน การกระตุ้นความอยากอาหาร ทั้ง 2 ตัวนี้ไม่ได้รับการรับรองจาก FDA ให้ใช้สำหรับการจัดการความปวด การบริหารให้ THC ทางปากทำให้การดูดซึมช้าลง เนื่องจากเมตาบอลิซึมรอบแรก หรือ First pass metabolism เคลื่อนที่ผ่านเส้นเลือดจากลำไส้เล็กจะเข้าสู่ตับ (Portal vein) ทำให้สัดส่วนของ THC ที่เข้าสู่ Systemic circulation ลดลง จะออกฤทธิ์ภายใน 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง และฤทธิ์สูงสุดใน 2-4 ชั่วโมง ระยะเวลาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเกิดอาการเคลิบเคลิ้ม 4-6 ชั่วโมง และกระตุ้นความอยากอาหารได้นานกว่า 24 ชั่วโมง¹⁷

การให้ THC โดยการสูดดม (Inhalation) พบว่าร้อยละ 50 ของ THC ดูดซึมผ่านปอด และเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็วส่งผลต่อสมอง ความเข้มข้นในพลาสมาสูงสุดภายใน 3-10 นาที ร้อยละ 90 ของ THC กระจายไปยังพลาสมา ความสามารถในการละลายของ THC ในไขมัน ทำให้อาสาสมัครซึมผ่านเนื้อเยื่อไขมันและเนื้อเยื่อที่มีหลอดเลือดได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งจะพบ THC ในเนื้อเยื่อในปริมาณมากกว่าที่ไหลเวียนอยู่ในพลาสมา¹⁸ THC ถูกเมตาบอลิซึมในตับผ่าน CYP450 complex โดยใช้ Isoenzymes 2C9 และ 3A4 ครึ่งชีวิตของ THC คือ 25 - 36 ชั่วโมงทั้งนี้ขึ้นกับขนาดที่ได้รับ ตัวอย่างเช่นคนที่ไม่เคยใช้กัญชาเลยได้รับ THC ครั้งเดียว สามารถตรวจพบในปัสสาวะโดยเฉลี่ย 3 - 5 วัน แต่สามารถพบได้นานถึง 12 วัน การทดสอบในปัสสาวะจะให้ผลลบโดยเฉลี่ย 8.5 วัน สำหรับคนที่ไม่เคยได้รับและผลลบ 19.1 วัน สำหรับคนที่ได้รับ THC ประจำ ความล่าช้าในการขับออกของ THC นี้เกิดเนื่องจากการหมุนเวียนของการเมตาบอลิซึมในตับและลำไส้ ซึ่งเป็นสาเหตุส่งผลกระทบต่อทางจิตประสาท¹⁸

2. สารสกัดจากกัญชาหรือสารสังเคราะห์ที่มีโครงสร้างของ CBD ที่ใช้ และผ่านการอนุมัติขององค์การอาหารและยา คือ อีพิดิโอะเล็กซ์ (Epidiolex) เกสซังชันศาสตร์และเกสซังชันศาสตร์ของ CBD ระดับสูงสุด ความเข้มข้นในพลาสมาขึ้นกับทางที่ให้ เช่นการให้ทางหลอดเลือดดำโดยเฉลี่ย 24 ชั่วโมง การขับออกจากร่างกายมีความคล้ายคลึงกับ THC แต่ที่แตกต่างกับ THC คือเปอร์เซ็นต์ที่สูงกว่าของ CBD ที่ไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อขับออกทางอุจจาระ ขนาด (Dose) ที่ใช้ CBD เพื่อใช้ทางการแพทย์ยังไม่มีกำหนดที่เป็นมาตรฐาน หลักการให้ CBD คือเริ่มต้นขนาดที่ต่ำก่อน เป็นไปอย่างช้าเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย¹⁹

3. สารสกัดจากกัญชาหรือสารสังเคราะห์ที่มีโครงสร้างผสมของ THC และ CBD ที่มีใช้ในปัจจุบันคือ นาบิกซิมอล (Nabiximol) ชื่อการค้าคือ ซาติเวกซ์ (Sativex) โดยมีสัดส่วน THC:CBD = 1.08:1 ในแต่ละขวดประกอบด้วย THC 27 mg/ml และ CBD 25 mg/ml ให้โดยสเปรย์พ่นในช่องปาก ได้ลิ้นถูกใช้เพื่อบรรเทาอาการ Multiple sclerosis และอาการปวดจากมะเร็ง ชนิดปวดระบบประสาท (Neuropathic pain) การใช้ร่วมกันของ THC และ CBD อาจให้ประโยชน์ที่ดีสำหรับการจัดการความปวด²⁰ ส่วนประกอบของ THC ใน Nabiximol ให้โดยสเปรย์พ่นในช่องปากทำให้การดูดซึมเป็นไปอย่างช้า ทำให้อยู่ในพลาสมาคงที่ สาร CBD ใน Nabiximol เป็นนวัตกรรมที่สำคัญคือเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาตัวรับ CBD1 มากกว่า CBD ในตัวอื่น ๆ เช่น Dronabinol และ Nabilone ทำให้ Endogenous cannabinoids เพิ่มขึ้น การใช้ Nabiximol อย่างต่อเนื่องอาจจะทำให้ติดได้ เนื่องจากส่วนประกอบของ THC²¹

กัญชาทางการแพทย์เพื่อจัดการความปวด

กัญชาถูกนำมาใช้เพื่อจัดการความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากในอเมริกาและแคนาดามีปัญหา Overuse กลุ่ม Opioid ซึ่งเกิดอันตรายถึงชีวิตในผู้ป่วยที่ใช้ Opioid เป็นจำนวนมากและต่อเนื่อง²² กลไกของกัญชาที่ใช้เพื่อจัดการความปวดพบว่า กัญชาทำให้ระดับของสารเซโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น ซึ่งเซโรโทนินมีฤทธิ์กระตุ้นระบบยับยั้งความรู้สึกปวดที่ส่งสัญญาณกลับมาจากสมองในกลไกที่เรียกว่าปรับสัญญาณ (Modulation) ซึ่งเกิดผลดีในการบรรเทา

ความปวด Neuropathic pain²³ ทำให้มีการใช้กัญชามากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง และมะเร็ง และกัญชาได้รับการแนะนำให้ใช้เพื่อลดอันตรายแทนการใช้ Opioid เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งลดการติดยากลุ่ม Opioid²²

หลังจากที่มีการใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมายในหลายประเทศ และมีงานวิจัยในคนมากขึ้นเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อจัดการความปวด สถาบันวิทยาศาสตร์แห่งชาติของสหรัฐอเมริกา รายงานหลักฐานเชิงประจักษ์การใช้กัญชาสำหรับการจัดการความปวด จากงานวิจัย Meta-analysis วิเคราะห์จากงานวิจัย 28 เรื่องพบว่า การใช้กัญชาในการจัดการความปวดให้ผลที่มีความขัดแย้งกัน มีทั้งให้ผลลัพธ์ที่เกิดประโยชน์ และไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีความปวด²⁴ งานวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัย 104 เรื่อง ให้ผลสรุปว่ากัญชาเกิดประโยชน์น้อยในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง และอาจทำให้เกิดอันตราย เช่น อาการสับสน เวียนศีรษะ และความผิดปกติของการรับรู้²⁵ แต่การทดลองทางคลินิกส่วนใหญ่เกี่ยวกับประสิทธิภาพของกัญชาสำหรับการจัดการความปวดมีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก การศึกษาในระยะสั้น ความแตกต่างของสารกัญชาและทางที่ให้ความแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย การประเมินผลลัพธ์ของงานวิจัยส่วนใหญ่ เป็นคะแนนความปวดมากกว่าการวัดผลความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional outcome) ซึ่งทั้งหมดส่งผลทำให้ผลการวิจัยมีความแตกต่างกันดังกล่าว จึงมีความจำเป็นในการให้คำแนะนำให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล เพื่อการการตัดสินใจในการใช้กัญชาเพื่อจัดการความปวด

ขณะเดียวกันบุคลากรทางการแพทย์มีมุมมองที่ขัดแย้งกันเกี่ยวกับคุณค่าของกัญชาทางการแพทย์ ช่องว่างของความรู้ เนื่องจากงานวิจัยการใช้กัญชาในการจัดการความปวดยังมีจำนวนน้อย และยังไม่มีมาตรฐานของขนาดกัญชาในการรักษา ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นและการใช้กัญชาอย่างปลอดภัย วิธีที่เหมาะสมในการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาและปฏิกิริยาระหว่างยาตัวอื่น ความไม่สอดคล้องกันในแนวทางระหว่างบุคลากรทางการแพทย์แต่ละรายและหน่วยงานด้านสุขภาพ ทำให้เกิดความสับสนและไม่ไว้วางใจระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย²⁶ พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดผู้ป่วย กัญชาทางการแพทย์ยังเป็นเรื่องที่ใหม่สำหรับพยาบาลไทย และมีผลการวิจัยที่ขัดแย้งกัน พยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยใช้กัญชาควรทบทวนงานวิจัยการใช้กัญชาเพื่อจัดการความปวดที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลที่เ็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยในแต่ละราย อาจจะมีมีความแตกต่างกันไป เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดในการจัดการความปวดด้วยกัญชาทางการแพทย์

บทบาทพยาบาลในการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อจัดการความปวด

สำหรับประเทศไทยกัญชาทางการแพทย์เริ่มใช้กันเพิ่มมากขึ้นในหลายโรงพยาบาล แต่ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ ในปัจจุบันระบบกัญชาในประเทศไทยมี 3 ระบบ ประกอบด้วย ระบบกัญชาทางการแพทย์ ระบบกัญชาแพทย์แผนไทย และระบบกัญชาแผนโบราณ² และพบว่ามีปัญหาสำคัญ 3 ประการ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเป็นฝ่ายเริ่มต้นเข้าพบแพทย์แต่ละระบบและแจ้งความประสงค์ที่ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ด้วยตนเอง ไม่ใช่แพทย์เป็นผู้แสดงเจตจำนงต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์เอง 2) แพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทยจะจ่ายกัญชาทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยก็ต่อเมื่อชัดเจนว่าวิธีการรักษาปกติจะไม่ได้ผล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้กัญชาทางการแพทย์ แม้จะแสดงความประสงค์ก็ตาม และ 3) ยังขาดการแนะนำส่งต่อระหว่างระบบ ทำให้ผู้ป่วยต้องปิดบังกรณีไปใช้กัญชาทางการแพทย์จากอีกระบบหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยรักษาโรคมะเร็งกับแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใช้กัญชา และผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางยังเป็นหลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่เปิดเผยการใช้กัญชาเนื่องจากความกลัวผลทางกฎหมายหรือการประกอบอาชีพ ดังนั้น การให้ข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ หัวใจหลักของการสนทนาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือการทำความเข้าใจความสำคัญสูงสุดของผู้ป่วยในแต่ละราย ประสานงานการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อจัดการความปวด กำกับ ติดตาม ประเมินผล โดยอยู่บนพื้นฐานของหลักวิชาการทางคลินิกและความต้องการของผู้ป่วย²⁷ นอกจากนี้ Wilson และคณะ²⁸ ได้นำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจสำหรับการใช้กัญชาเพื่อจัดการความปวด ผู้เขียนได้ประยุกต์เพื่อให้เหมาะสมกับบทบาทของพยาบาลไทย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้ป่วยหรือแพทย์อาจเสนอการใช้กัญชา พยาบาลซักประวัติเกี่ยวกับการใช้กัญชาบันทึกประวัติการใช้ในปัจจุบันและในอดีต การประเมินสุขภาพร่างกายจิตใจและการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยควรระบุแหล่งที่มาของกัญชา ปริมาณความถี่การใช้ ผลบวกและลบที่ใช้ แรงจูงใจในการใช้กัญชา
2. ลำดับความสำคัญ ร่วมกันวางแผนเกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการอาการ กฎหมายกัญชา นโยบายการปฏิบัติและความรับผิดชอบผู้ป่วย (การจ้างงาน ครอบครัว การขับรถ) การใช้กัญชารบกวนการทำงานหรือไม่ ผู้ป่วยใช้แอลกอฮอล์กับกัญชาหรือไม่ ผู้ป่วยขับรถหรือดูแลเด็ก ๆ หรือไม่ เป็นต้น
3. ทบทวนข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับกัญชาและแหล่งข้อมูลสำหรับอาการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบของกัญชา ประสพการณ์ส่วนตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลการใช้กัญชา ยาที่ใช้ในปัจจุบัน ขั้นตอนนี้อาจจะต้องปรึกษาเภสัชกรเพื่อตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างยาผู้ป่วยและกัญชาที่วางแผนใช้
4. พยาบาลให้ข้อมูลผู้ป่วยโดยอยู่บนพื้นฐานของหลักวิชา (วิจัย) ร่วมกัน ตามกฎหมายและใบอนุญาตสื่อสารความรู้ทางเทคนิคเกี่ยวกับประโยชน์ในการรักษาหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นให้กับผู้ป่วย โดยใช้คำศัพท์ที่เข้าใจได้ง่าย ให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาเฉพาะอาการกับผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติของ CBD และ TCH อาการของผู้ป่วยและแหล่งที่มาของความปวดของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงออกอย่างมีคุณค่าในข้อคำถาม
5. วางแผนกับผู้ป่วยในการติดตามการใช้และรายงานความก้าวหน้า การบันทึกอาการตามเป้าหมายช่วงเวลาของวัน ผลกระทบกัญชาที่ใช้ การใช้ (รับประทาน สูดดม) ขนาดที่ใช้ อาการที่เกิดก่อนและหลังการใช้กัญชา รวมถึงผลบวกและผลข้างเคียง พยาบาลอาจจะทำสมุดบันทึกให้ผู้ป่วยบันทึก หรือพัฒนาเทคโนโลยีโมบายแอปพลิเคชัน ซึ่งสามารถติดตามการใช้กัญชาของผู้ป่วยได้
6. การกำกับติดตามและประเมินผลลัพธ์การใช้กัญชา ให้เวลาสำหรับผู้ป่วยในการรายงานกลับและการแปลผลลัพธ์ของการใช้กัญชา ประเมินความปวด ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional outcome) โดยการฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย ทบทวนการวิจัย หลักฐานทางคลินิกที่เป็นปัจจุบันล่าสุด รวมถึงประสพการณ์ของผู้ป่วย การวางแผนใหม่ร่วมกันกับผู้ป่วยเมื่อจำเป็น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพและอันตรายน้อยที่สุดสำหรับผู้ป่วย

สรุป

แนวโน้มการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นเนื่องจากรัฐบาลประกาศถูกต้องตามกฎหมายและนโยบาย สำหรับการใช้ในการแพทย์ในประเทศไทย หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประโยชน์การใช้กัญชาเพื่อจัดการความปวด

เรื้อรัง แม้ว่าจะมีงานวิจัยที่มีข้อสรุปไม่เป็นไปในทางเดียวกัน คำถามของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้กัญชาในทางการแพทย์เพื่อจัดการความปวดจะเป็นเรื่องปกติและจะเพิ่มขึ้นตามการยอมรับทางสังคมและกฎหมาย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแล ทบทวนงานวิจัยที่ทันสมัยเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการจัดการความปวด สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเปิดเผยการใช้กัญชาได้อย่างมั่นใจ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย กำกับ ติดตามการใช้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใช้ รวมถึงอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ที่อาจจะกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Bridgeman MB, Abazia DT. Medicinal cannabis: history, pharmacology, and implications for the acute care setting. *Pharmacy and Therapeutics* 2017;42:180.
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองควบคุมวัตถุเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://mnfda.fda.moph.go.th/narcotic/?p=3914>
3. McPartland JM. Cannabis systematics at the levels of family, genus, and species. *Cannabis and cannabinoid research* 2018;3:203-12.
4. Appendino G, Gibbons S, Giana A, Pagani A, Grassi G, Stavri M, et al. Antibacterial cannabinoids from *Cannabis sativa*: a structure– activity study. *Journal of natural products* 2008;71:1427-30.
5. Abuhasira R, Shbiro L, Landschaft Y. Medical use of cannabis and cannabinoids containing products–Regulations in Europe and North America. *European journal of internal medicine* 2018;49:2-6.
6. Iseger TA, Bossong MG. A systematic review of the antipsychotic properties of cannabidiol in humans. *Schizophrenia research* 2015;162:153-61.
7. Chagas MHN, Zuardi AW, Tumas V, Pena-Pereira MA, Sobreira ET, Bergamaschi MM, et al. Effects of cannabidiol in the treatment of patients with Parkinson’s disease: an exploratory double-blind trial. *Journal of Psychopharmacology* 2014;28:1088-98.
8. Pisanti S, Malfitano AM, Ciaglia E, Lamberti A, Ranieri R, Cuomo G, et al. Cannabidiol: State of the art and new challenges for therapeutic applications. *Pharmacology & therapeutics* 2017;175:133-50.
9. Janero DR, Makriyannis A. Cannabinoid receptor antagonists: pharmacological opportunities, clinical experience, and translational prognosis. *Expert opinion on emerging drugs* 2009;14:43-65.
10. Di Marzo V. The endocannabinoid system: its general strategy of action, tools for its pharmacological manipulation and potential therapeutic exploitation. *Pharmacological Research* 2009;60:77-84.

11. Bermudez-Silva FJ, Cardinal P, Cota D. The role of the endocannabinoid system in the neuroendocrine regulation of energy balance. *Journal of psychopharmacology*. 2012;26:114-24.
12. Hua T, Vemuri K, Pu M, Qu L, Han GW, Wu Y, et al. Crystal structure of the human cannabinoid receptor CB1. *Cell*. 2016;167:750-62. e14.
13. Fonseca B, Costa M, Almada M, Correia-da-Silva G, Teixeira N. Endogenous cannabinoids revisited: a biochemistry perspective. *Prostaglandins & other lipid mediators* 2013;102:13-30.
14. Zogopoulos P, Vasileiou I, Patsouris E, Theocharis SE. The role of endocannabinoids in pain modulation. *Fundamental & clinical pharmacology* 2013;27:64-80.
15. Martin JH, Schneider J, Lucas CJ, Galettis P. Exogenous cannabinoid efficacy: merely a pharmacokinetic interaction? *Clinical pharmacokinetics* 2018;57:539-45.
16. Stout SM, Cimino NM. Exogenous cannabinoids as substrates, inhibitors, and inducers of human drug metabolizing enzymes: a systematic review. *Drug metabolism reviews* 2014;46:86-95.
17. Hazekamp A, Ware MA, Muller-Vahl KR, Abrams D, Grotenhermen F. The medicinal use of cannabis and cannabinoids—an international cross-sectional survey on administration forms. *Journal of psychoactive drugs* 2013;45:199-210.
18. Sharma P, Murthy P, Bharath MS. Chemistry, metabolism, and toxicology of cannabis: clinical implications. *Iranian Journal of Psychiatry* 2012;7:149.
19. Loflin MJ, Kiluk BD, Huestis MA, Aklin WM, Budney AJ, Carroll KM, et al. The state of clinical outcome assessments for cannabis use disorder clinical trials: A review and research agenda. *Drug and alcohol dependence* 2020:107993.
20. Mücke M, Phillips T, Radbruch L, Petzke F, Häuser W. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;3:CD012182. doi: 10.1002/14651858.CD012182.pub2.
21. Ablin J, Ste-Marie P, Schäfer M, Häuser W, Fitzcharles M-A. Medical use of cannabis products. *Der Schmerz* 2016;30:3-13.
22. Clem SN, Bigand TL, Wilson M. Cannabis use motivations among adults prescribed opioids for pain versus opioid addiction. *Pain Management Nursing* 2020;21:43-7.
23. De Gregorio D, McLaughlin RJ, Posa L, Ochoa-Sanchez R, Enns J, Lopez-Canul M, et al. Cannabidiol modulates serotonergic transmission and reverses both allodynia and anxiety-like behavior in a model of neuropathic pain. *Pain* 2019;160:136.
24. Hill KP. Medical use of cannabis in 2019. *Jama* 2019;322:974-5.
25. 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;159:1932-54.

26. Hordowicz M, Klimkiewicz A, Jarosz J, Wysocka M, Jastrzebska M. Knowledge, attitudes, and prescribing patterns of cannabis and cannabinoid-containing medicines among European healthcare workers: a systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence* 2021;222:108652. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108652>.
27. Palace ZJ, Reingold DA. Medical cannabis in the skilled nursing facility: A novel approach to improving symptom management and quality of life. *Journal of the American Medical Directors Association* 2019;20:94-8.
28. Wilson M, Klein T, Bindler RJ, Kaplan L. Shared Decision-Making for Patients Using Cannabis for Pain Symptom Management in the United States. *Pain Management Nursing* 2020;22:15-20. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.09.009>.