

การบำบัดรักษาผู้ติดกัญชา



ชาญชัย ธงพานิช, พ.อ.
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

จากรายงานของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations Office on Drug and Crime: UNODC) ระบุว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นมากกว่ายาเสพติดชนิดใดๆ² โดยมีประชากรทั่วโลกจำนวนระหว่าง 119-224 ล้านคน โดยมีผู้ที่เสพยาอยู่ระหว่างร้อยละ 2.8-4.5 ของประชากรอายุ 15-64 ปี พื้นที่ที่มีความชุกสูงสุดได้แก่ โอเชียเนีย อเมริกาเหนือ ยุโรป แอฟริกา และเอเชีย ตามลำดับ

เป็นยาด่านแรก (gateway drug) ที่นำไปสู่การเสพยาเสพติดตัวอื่น โดยสารสำคัญที่พบมากในกัญชาคือ Tetra-Hydro-Cannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) THC เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และมีฤทธิ์เสพติด พบมากที่ช่อดอก ในปัจจุบัน ในทางการแพทย์ยอมรับว่า THC เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการอยากยาถอนยา และเสพติด

ปัจจุบันมียาหลายกลุ่มที่นำมาศึกษาเพื่อช่วยในการหยุดใช้กัญชา โดยมีการใช้ยาเพื่อวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย เช่น ลดอาการขาดกัญชา ลดผลที่ทำให้เกิดความพึงพอใจการใช้สาร รวมถึงป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ การศึกษาที่ใช้รักษาการติดกัญชาส่วนมากเป็นการศึกษาในสัตว์ทดลอง ส่วนการทดลองในมนุษย์ยังมีงานวิจัยที่จำกัดและส่วนมากยังไม่สามารถบอกประสิทธิผลได้อย่างชัดเจน

กระบวนการรักษา

General principle กระบวนการรักษาหลักจะเป็นรูปแบบการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ส่วนการรักษาเป็นผู้ป่วยในจะมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ ผู้ป่วยยังมีการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่องหลังการรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดหลายประเภทร่วมกัน ข้อบ่งชี้อื่นๆ ในการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เช่น มีอาการทางจิต มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะ agitation อย่างรุนแรง

การรักษาที่เป็นแนวทางแรก (first line) ควรจะเป็นการรักษาในรูปแบบการรักษาทางจิตสังคมมากกว่าการรักษาด้วยยา ถึงแม้ว่ายังไม่มี clinical trials ที่มีการเปรียบเทียบการรักษาทางจิตสังคมในรูปแบบต่างๆ แต่ก็พบว่าการรักษาทางจิตสังคมเป็นการรักษาที่มีประสิทธิผล ส่วนการรักษาโดยการให้ยายังมีผลการทดลองที่ยังไม่เป็นที่แน่ชัดและข้อมูลหลักฐานยังไม่เพียงพอในการรองรับถึงประสิทธิผลในการรักษาที่เพียงพอ

Psychosocial intervention

จากการศึกษาวิจัยแบบ Randomized clinical trials พบว่าวิธีการรักษาที่มีข้อมูลหลักฐานแข็งแรงที่สุด ได้แก่ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ระยะสั้น (4-6 เดือน) Motivational Enhancement Therapy (MET) หรือการทำร่วมกันทั้ง CBT และ MET และ Contingency Management (CM) จะมีประสิทธิผลในกรณีที่มีการทำร่วมกับ CBT หรือ MET อย่างใดอย่างหนึ่ง

การรักษาโดยการใช้ยา

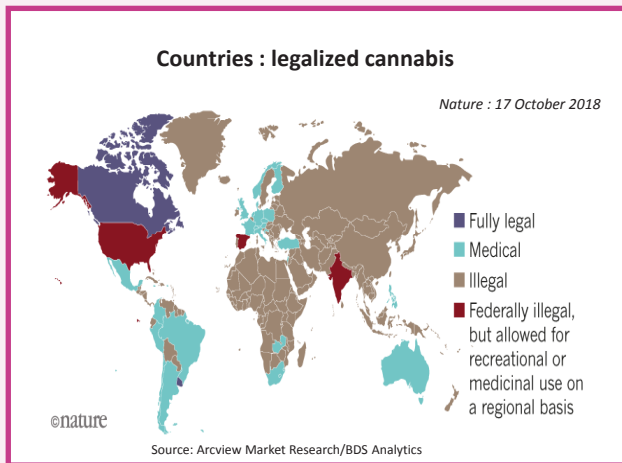
1. N-acetylcystein : ได้มีการใช้ยาดังกล่าวในการรักษา cannabis use disorder ซึ่งยาดังกล่าวได้ใช้ในการรักษา paracetamol overdose และ cystic fibrosis

มีการศึกษาประสิทธิผลในการใช้ยาดังกล่าวในการรักษาโดยการทบทวน phase II RCT 2 งานวิจัย ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอายุที่หลากหลาย ซึ่งให้ผลการรักษาที่มีความหลากหลาย โดยพบว่ามีงานวิจัย 1 ชิ้นที่แสดงถึงผลในการลดการลดการใช้ cannabis และงานวิจัยอื่นไม่พบความแตกต่างระหว่างการรักษาด้วย N-acetylcystein และยาหลอก

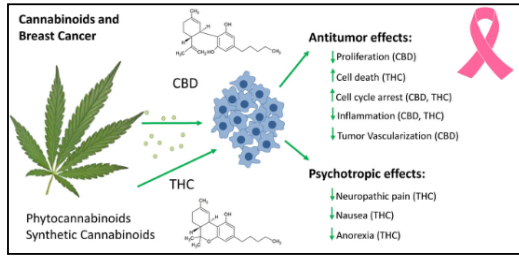
ผลข้างเคียง ไม่พบความแตกต่างของ retention rate ของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ที่ได้รับ N-acetylcystein ในการรักษา ผลข้างเคียงที่เกิดในการทดลอง 1 trials ได้แก่การติดเชื้ในระบบทางเดินหายใจส่วนบน vivid dream ภาวะนอนไม่หลับ (ยังไม่มีรายงานใน second trial)

2. Gabapentin : ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม GABAergic ที่ใช้ในการรักษาโรคลมชักและอาการปวดแบบ neuropathic pain

ในการศึกษาวิจัยแบบ clinical trial พบว่าสามารถลดการเข้าถึงกัญชา ในระยะสั้นเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้จากการทดลองในการให้ยาแบบสุ่มระหว่างการได้รับยา gabapentin 1,200 มิลลิกรัมกับยาหลอกทุกวัน โดยกลุ่มที่ได้ยาทั้ง 2 กลุ่มได้รับการรักษา



Potential use of Cannabis in Cancer



โดยการเสริมทางจิตสังคมร่วมด้วยโดยการได้รับ Abstinence-oriented counseling ซึ่งการวัดการลดลงของการใช้กัญชา ทดสอบโดยการตรวจสาร cannabinoid ในปัสสาวะแล้วผลเป็นลบ การให้ข้อมูลการใช้กัญชาของผู้ป่วยเอง การลดลงของอาการถอนกัญชา (ประเมินโดยใช้ marijuana withdrawal checklist) และการดีขึ้นของ executive function ซึ่งประเมินโดยใช้ cognitive test

ผลข้างเคียง ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ และซึมเศร้า

วิธีการให้ยา ในการทดลอง ให้ยา gabapentin โดยการค่อยๆ ปรับเพิ่มขนาดยาจนถึงขนาดเป้าหมาย (ขนาด 300 มิลลิกรัมตอนเช้า กลางวัน ขนาด 600 มิลลิกรัมตอนเย็น) และให้ยาในขนาดดังกล่าว 10.5 สัปดาห์ และหลังจากนั้นให้เริ่มทำการลดขนาดดังกล่าว

3. Cannabinoid agonists : การให้ยาในประเภท agonist เป็นการรักษามีประสิทธิผลสูงในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดประเภท opioid และบุหรี่

มี 2 small trails โดยการให้ THC สังเคราะห์ผสมกับ ยากลุ่ม alpha-2-adrenergic agonist (lofexidine) พบว่าไม่มีประสิทธิผล ในการลดการใช้กัญชา แต่พบว่ามีผลในการลดอาการถอนกัญชา และการติดตามการรักษา (retention) ดีขึ้น

มี small trial ให้ยา nabilone ในผู้ป่วยติดกัญชา พบว่าไม่มีประสิทธิผลในการลดปริมาณการใช้กัญชา

Delta 9 tetrahydrocannabinol ในปัจจุบันนี้ยังไม่มีการได้รับการ approve ในการรักษาอาการ cannabis withdrawal ตัวอย่างเช่น การได้รับยา Delta 9 tetrahydrocannabinol พบเพียง 1 การทดลอง ที่พบว่าทำให้มีการหยุดใช้กัญชาในผู้เสพได้

Dronabinol ยังไม่ได้รับการ approve ในการรักษา cannabis withdrawal ผลข้างเคียงจากยาที่พบได้แก่ drowsiness ความดันโลหิตสูงขึ้น มีผลต่อการนอนหลับ ปวดศีรษะ

Nabiximol ซึ่งเป็นสารสกัดจาก THC ซึ่งไม่มีการใช้ในสหรัฐอเมริกา แต่ได้รับการรับรองให้ใช้ในแคนาดาและหลายประเทศในยุโรปในการรักษา cannabis withdrawal

วิจารณ์

กัญชาเป็นพืชที่สร้างประเด็นถกเถียงมากที่สุดสายพันธุ์หนึ่งของโลก แม้จะมีการให้ถูกกฎหมายในบางประเทศ แต่อีกหลายประเทศก็ยังไม่สามารถ ใช้ได้อย่างถูกต้อง เพราะกัญชาเป็นพืชที่ให้ผลได้ทั้ง 2 ด้าน กล่าวคือ สารสกัดกัญชามีประโยชน์ในการรักษาซึ่งมีข้อมูลทางวิชาการที่สนับสนุนชัดเจน ใช้รักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด โรคลมชักที่รักษายาก โรคลมชักที่ต่อต่อรักษา ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อมแข็ง และภาวะปวดประสาทที่ใช้วิธีการรักษาอื่นๆ แล้วไม่ได้ผล แต่กัญชาสามารถใช้สูบเพื่อความบันเทิงจนถึงขั้นมีเมามา เสพติด เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายและจิต

จากการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชา ที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษายาเสพติด กรมการแพทย์ ประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยเสพติดกัญชาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 22 ปี โสด ไม่ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ใช้กัญชาแห้งด้วยวิธีการสูบ ผู้ป่วยเสพติดกัญชามีความชุกในการเกิดโรคจิตเวชสูงถึงร้อยละ 72.3 ในจำนวนนี้พบโรคจิต โรคอารมณ์แปรปรวน และโรควิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 63.4, 39.7 และ 37.1 ตามลำดับ

สรุป

การรักษาผู้เสพติดกัญชา ยังไม่มียาตัวใดที่มีหลักฐานทางวิชาการรับรองให้ใช้ในการรักษาภาวะเสพติดกัญชา แต่มีประสิทธิผลในการรักษา ตามอาการที่เกิดขึ้น ควรเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช ซึ่งพบได้บ่อยในผู้เสพติดกัญชา นอกจากนี้การบำบัดทางจิตสังคมได้แก่ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Motivational Enhancement Therapy (MET) อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทำร่วมกันทั้ง CBT หรือ MET ร่วมกับ Contingency Management มีประสิทธิผลในการบำบัดรักษา ภาวะเสพติดกัญชาได้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. World drug report 2013. Geneva: UNODC; 2013.
2. Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, et al. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. Cochrane Database Syst Rev 2016; :CD005336.
3. Marshall K, Gowing L, Ali R, Le Foll B. Pharmacotherapies for cannabis dependence. Cochrane Database Syst Rev 2014; :CD008940.
4. Haney M, Hart CL, Vosburg SK, et al. Marijuana withdrawal in humans: effects of oral THC or divalproex. Neuropsychopharmacology 2004; 29:158.
5. Haney M, Hart CL, Vosburg SK, et al. Effects of THC and lofexidine in a human laboratory model of marijuana withdrawal and relapse. Psychopharmacology (Berl) 2008; 197:157.
6. Hill KP, Palastro MD, Gruber SA, et al. Nabilone pharmacotherapy for cannabis dependence: A randomized, controlled pilot study. Am J Addict 2017; 26:795.
7. Allsop DJ, Copeland J, Lintzeris N, et al. Nabiximols as an agonist replacement therapy during cannabis withdrawal: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2014; 71:281.
8. Gorelick DA. Pharmacological Treatment of Cannabis-Related Disorders: A Narrative Review. Curr Pharm Des 2016; 22:6409.
9. Levin FR, Mariani JJ, Brooks DJ, et al. Dronabinol for the treatment of cannabis dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Drug Alcohol Depend 2011; 116:142.
10. นันทา ชัยพิชิตพันธ์ และคณะ. (2562) ความชุกของโรคทางจิตเวช ในผู้ป่วยเสพติดกัญชา: สถานบำบัดรักษายาเสพติด กรมการแพทย์ ประเทศไทย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.