

การศึกษาความชุกและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยจากการใช้กัญชาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการประกาศให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกกฎหมาย พ.ศ. 2562 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ธูปนวงศ์ มิตรสูงเนิน¹, กุลชา โทณานนท์¹, แพรว โคตรจีน¹, สุดา วรรณประสาท²

¹ ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

ธูปนวงศ์ มิตรสูงเนิน

โครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ที่อยู่ 123 ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

อีเมล: Thapanawong@kku.ac.th

โทรศัพท์ที่ทำงาน: 043-366-869

DOI: 10.14456/tjem.2020.7

บทคัดย่อ

■ บทนำ

การใช้กัญชาเพื่อบรรเทาหรือรักษาโรคเริ่มต้นตั้งแต่หลายพันปีก่อน อย่างไรก็ตามในอดีตกัญชาถูกจัดให้เป็นยาเสพติดในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย ต่อมาแนวโน้มการนำกลับมาใช้ทางการแพทย์มากขึ้นในหลายประเทศ เช่น เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ สวิสเซอร์แลนด์และบางรัฐของสหรัฐอเมริกา และในปีพ.ศ. 2562 ประเทศไทยได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษเพื่อให้สามารถใช้กัญชาทางการแพทย์ได้

■ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความชุกของผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้กัญชา รวมถึงศึกษาลักษณะของผลกระทบทางสุขภาพ ช่องทางการสัมผัส อาการแสดง สาเหตุที่ใช้ และอัตราการนอนโรงพยาบาลที่พบในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

■ วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังโดยทำการเก็บข้อมูลด้วยการค้นหาเวชระเบียนและฐานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561 ถึงปีพ.ศ. 2562

ผลการวิจัย

หลังการเปลี่ยนแปลงกฎหมายพบว่าความชุกของผู้ป่วยเนื่องจากการใช้กัญชามากขึ้น โดยมี ความชุกเท่ากับ 2.6 ต่อ 100,000 ประชากร และ 10.6 ต่อ 100,000 ประชากร ในปีพ.ศ. 2561 และ 2562 ตามลำดับ ช่องทางการใช้ที่พบมากที่สุดคือ น้ำมันกัญชาโดยหยดใต้ลิ้น อาการนำที่พบบ่อยที่สุดคือคลื่นไส้ อาเจียนและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง สาเหตุที่ใช้กัญชามากที่สุดคือเพื่อผ่อนคลาย และพบว่าผู้ป่วยที่ต้อง นอนโรงพยาบาลด้วยอาการข้างเคียงของกัญชามากขึ้น จาก 4 คนในปีพ.ศ. 2561 เป็น 15 คนในปีพ.ศ. 2562

สรุป

หลังจากแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษในปี 2562 มีผลกระทบทางสุขภาพและสุขภาพจิต จากการใช้กัญชามากขึ้น อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลกระทบทางสุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ

กัญชา, กัญชาทางการแพทย์, พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ, ผลกระทบทางสุขภาพ

Prevalence and clinical characteristics of cannabis exposing patients between pre- and post-medical cannabis legalization era in 2019

Thapanawong Mitsungnern¹, Kullacha Tonanon¹, Praew Kotruchin¹, Suda Vannaprasaht²

¹ Department of Emergency Medicine, Khon Kaen University

² Khon Kaen University

*corresponding author

Thapanawong Mitsungnern

Department of Emergency Medicine, Khon Kaen University

123 Mittraphap Road., Amphur Maung, Khonkaen ,Thailand 40002

Email: Thapanawong@kku.ac.th

Tel. 043- 366-869

DOI: 10.14456/tjem.2020.7

Abstract

Introduction

Cannabis has been used for therapy in the ancient medicine era several thousand years ago. However, It has been labeled as an addictive substance in many countries including Thailand. There is an increasing tendency of the use of cannabis in modern medicine in many countries such as the Netherlands, New Zealand, Switzerland and many states in the United States of America. In 2019, the Thai narcotic act was amended, which led to the legalized medical cannabis.

Objectives

This study aimed to determine the prevalence of cannabis usage and its adverse clinical effects, as well as to determine routes of administration, presenting symptoms, reasons of cannabis using and hospitalization rate in Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

Methods

This was a retrospective descriptive study. Data was collected from medical records and laboratory database of Srinagarind Hospital during year 2018 to 2019.

Results

There was an increasing prevalence of cannabis exposed patients, from 2.6 per 100,000 patients in year 2018 to 10.6 per 100,000 patients in year 2019. The most common routes of administration were sublingual cannabis oil and smoking. The most common presenting symptoms were nausea and behavioral change. Recreational use was the common reason. There was an increasing rate of hospitalization in cannabis exposed patients from 2 people in 2018 to 15 people in 2019

Conclusion

After the amendment of Thai narcotics act in the year 2019, there was increasing numbers of the side effects of cannabis. However, further research to determine the long-term effects of cannabis may be required to prove its effect on health.

Keywords

medical cannabis, marijuana, the narcotic act, health effect

บทนำ

กัญชา หรือ cannabis หมายถึง สารประกอบทางชีวภาพจากพืชกลุ่ม Genus Cannabis (sativa และ indica species) โดยพืชเหล่านี้ให้สารประกอบที่เรียกว่า cannabinoids ซึ่งประกอบด้วยสารมากกว่า 60 ชนิด สารหลักในกลุ่ม cannabinoids ประกอบด้วย tetrahydrocannabinol (THC), cannabidiol (CBD), และ cannabitol (CBN) โดย THC เป็นสารที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่วน cannabidiol ไม่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท มีการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ตั้งแต่สมัยโบราณมากกว่าหลายพันปี¹

ในการแพทย์แผนปัจจุบันอ้างอิงตามคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขที่ออกมาในปี พุทธศักราช 2562² มีการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อการบรรเทาอาการปวดเรื้อรัง หรือบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการให้การรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด บรรเทาอาการชักจากโรคลมชัก บรรเทาอาการกล้ามเนื้อหดเกร็งจากโรคปลอกประสาทเสื่อม และใช้บรรเทาอาการปวดในกลุ่มคนไข้ระยะสุดท้ายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ในยาแผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตามกัญชาก่อให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ แม้ว่ากัญชาจะมีประโยชน์และเริ่มมีข้อบ่งใช้ทางการแพทย์ โดยผลข้างเคียงที่พบขึ้นกับความเข้มข้นของ THC ซึ่งสามารถทำให้เกิดอาการทั้งทางระบบประสาทและร่างกาย โดยตัวอย่างของอาการทางระบบประสาท เช่น ทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การรับรู้ผิดปกติ มีผลต่อความจำ อารมณ์แปรปรวน มีผลต่อการ

ตัดสินใจ ส่วนอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ หายใจเร็ว มือสั่น เดินเซ ปัสสาวะไม่ออก เพิ่มความอยากอาหาร เยื่อบุตาแดง หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดปกติหวน ความดันโลหิตสูง^{1,3}

ในประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ปีพ.ศ. 2522 กัญชา จัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 การผลิต จำหน่าย ครอบครอง และเสพมีโทษทั้งจำคุกและปรับ⁴ ภายหลังในปี พ.ศ. 2562 ได้มีการเพิ่มข้อความอนุญาตให้มีการครอบครองสารเสพติดประเภท 5 เพื่อการแพทย์ เมื่อมีใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นผู้ให้การรักษาได้ไม่เกินสิบกิโลกรัม โดยการผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 มีปริมาณตั้งแต่สิบกิโลกรัมขึ้นไป ให้สันนิษฐานว่าเป็นการผลิต นำเข้า หรือส่งออกเพื่อจำหน่าย การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง⁵ ทำให้ประเทศไทยเป็นชาติแรกในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ได้อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกกฎหมาย หลังจากนั้น 15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีการประกาศให้กัญชาพืชในสกุล Cannabis วัตถุหรือสารต่าง ๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชา และกากหรือสารสกัดจากกัญชาที่มี THC ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก ไม่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ยกเว้นดอกกัญชา⁶

วัตถุประสงค์

จากการเปลี่ยนแปลงกฎหมายที่กล่าวข้างต้น ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้มากขึ้น การศึกษาชิ้นนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความชุกของผลกระทบทางสุขภาพ เทียบระหว่างก่อนและหลัง การประกาศให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่าง ถูกกฎหมาย ในปีพ.ศ. 2562 โดยการศึกษาจะ เทียบอุบัติการณ์ผลกระทบทางสุขภาพจากกัญชา ช่วงก่อนประกาศ และหลังประกาศ เทียบระหว่าง ปี 2561 ถึง 2562 ด้วยสมมติฐานความชุกของ ผลกระทบทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา น่าจะมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นหลังจากการเปลี่ยนแปลง กฎหมายเกี่ยวกับการใช้กัญชา และผลกระทบต่อ สุขภาพในด้านต่างๆ มากขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบ ย้อนหลัง (retrospective observation study) โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยการค้นหาเวชระเบียน ของผู้ป่วยที่มาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทั้งผู้ป่วย ในและผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยค้นผ่าน ทางฐานข้อมูล ICD-10 F12 (cannabis related disorders) ที่อยู่ใน principle diagnosis และ comorbid diagnosis ร่วมกับค้นหาผู้ป่วยจาก ฐานข้อมูลห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจ urine marijuana ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ทำการรวบรวมข้อมูลและประมวลผล

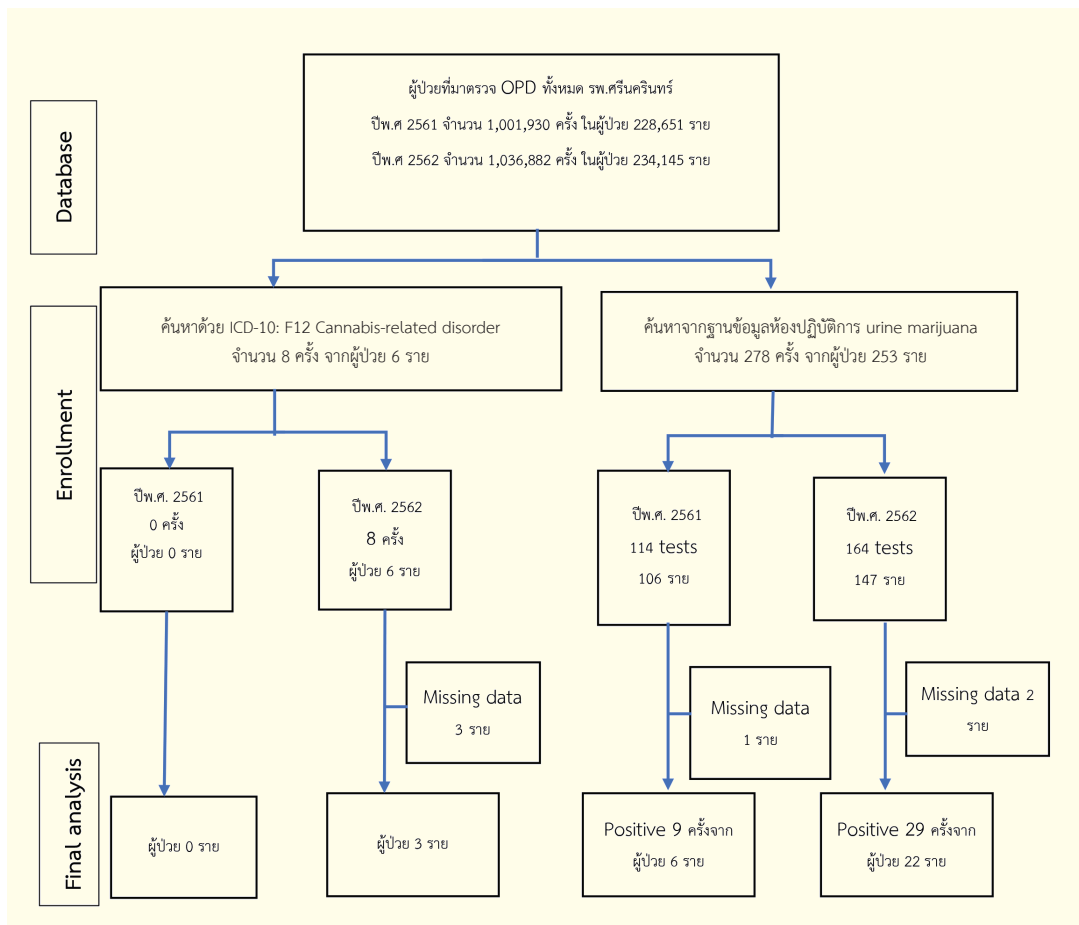
ด้วย REDCap (Research Electronic Data Capture)

การตรวจ urine marijuana ของโรง พยาบาลศรีนครินทร์ ใช้ one step drug screen device ของบริษัท ABON รายงานผลแบบ qual- itative โดยใช้หลักการ competitive binding immunoassay เพื่อตรวจหา drug metabolites จากปัสสาวะ ปัสสาวะที่นำมาตรวจต้องถูกเก็บ ในอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส เก็บไว้ไม่เกิน 48 ชั่วโมงก่อนการตรวจ วิธีการทำคือใช้ Dropper หยดปัสสาวะจำนวน 3 หยดหรือประมาณ 100 ไมโครลิตรลงบนอุปกรณ์ใช้ตรวจและอ่านผลที่ 5 นาทีแต่ไม่เกิน 10 นาที โดย drug screen test นี้ใช้ตรวจหา metabolite ของสารประกอบกัญชา คือ 11-nor-9-carboxy THC ซึ่งมี cut point ที่ 50 ng/L โดยค่า positive predictive value (PPV) ร้อยละ 97 และ negative predictive value (NPV) ร้อยละ 96 ส่วนค่า sensitivity อยู่ ที่ร้อยละ 97 นอกจากนี้ยังสามารถตรวจหาสาร Cannabinol ที่มากกว่า 20,000 ng/L สาร Del- ta-8-tetrahydrocannabinol ที่มากกว่า 15,000 ng/L และสาร Delta-9-tetrahydrocannabinol ที่มากกว่า 15,000 ng/L อ้างอิงจากเอกสารที่มา กับอุปกรณ์การตรวจจากบริษัท โดยผลการตรวจ จะถูกเก็บไว้ที่ฐานข้อมูลของห้องปฏิบัติการ

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลพบว่าในปี พ.ศ. 2561-2562 มีผู้ป่วยที่มาด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ทั้งหมดรวม 31 ราย ในปีพ.ศ.2562 มีผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ได้รับวินิจฉัย F12 (Cannabis related disorders) ไม่ได้ทำการตรวจ urine marijuana แต่ให้ประวัติสัมผัสสารประกอบจากกัญชาที่ได้จากผู้ป่วยหรือญาติ แล้วมีอาการผิดปกติจึงมาโรงพยาบาล ดังแสดงในรูปที่ 1

ในปี พ.ศ.2561 แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ให้บริการรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวน 1,001,930 ครั้ง (ผู้ป่วย 228,651 ราย) และในปี พ.ศ.2562 จำนวน 1,036,882 ครั้ง (ผู้ป่วย 234,154 ราย) ผู้วิจัยทำการค้นหาด้วยระบบ ICD-10 (F12) และผลบวก (positive) ของ urine marijuana เมื่อรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากทั้งสองวิธีการค้นหาพบว่าผู้ป่วยทั้งหมด 31 ราย (รูปที่ 1) โดยสาเหตุที่มีการส่งตรวจ urine marijuana มากที่สุดในปี พ.ศ. 2561 การตรวจ



รูปที่ 1 Flow of studied patients

คัดกรองไปต่างประเทศ (21.9%) อันดับที่ 2 คือมีประวัติใช้ยาเสพติด (12%) และอันดับที่ 3 โรค bipolar disorder (11.4%) แตกต่างจาก ในปีพ.ศ. 2562 ที่สาเหตุของการส่งตรวจ urine

marijuana มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ รับรู้สติผิดปกติ/ก้าวร้าว ซึ่งมีจำนวนการตรวจ เพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยเมื่อนำเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ

ตารางที่ 1 สาเหตุของการส่งตรวจ urine marijuana

สาเหตุการส่งตรวจ	ปี 2561 จำนวน 114 ราย (ร้อยละ)	ปี 2562 จำนวน 164 ราย (ร้อยละ)
1. มีประวัติการใช้สารเสพติด		
- ตรวจพบสารเสพติดชนิดอื่น	9 (7.8)	5 (3.0)
- ตรวจพบสารประกอบกัญชา	3 (2.6)	1 (0.6)
- ตรวจไม่พบสารเสพติดใด	2 (1.7)	10 (6.1)
รวม	14 (12)	16 (9.8)
2. โรคจิตเภท (schizophrenia)	12 (7.8)	9 (5.5)
3. โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder)	13 (11.4)	3 (1.8)
4. ภาวะซึมเศร้า (depression)	7 (6.1)	14 (8.5)
5. ภาวะหลอนประสาท (psychosis)	4 (3.5)	7 (4.3)
6. ภาวะทางจิตเวชชนิดอื่นๆ	7 (6.1)	9 (5.5)
7. การรับรู้สติผิดปกติ ก้าวร้าว	6 (5.2)	24 (14.6)
8. ภาวะติดสุรา	7 (6.1)	5 (3.0)
9. ใช้เพื่อรักษาโรค	1 (0.8)	3 (1.8)
10. ตรวจคัดกรองไปต่างประเทศ	25 (21.9)	19 (11.6)
11. ส่งตรวจในผู้ป่วยมีพฤติกรรมน่าสงสัย*	3 (2.6)	2 (1.2)
12. มีอาการใจสั่น เป็นลม	4 (3.5)	9 (5.5)
13. ชัก	0 (0)	4 (2.4)
14. กินยาไม่ทราบชนิดหลายตัว	0 (0)	4 (2.4)
15. ภาวะสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง	0 (0)	3 (1.8)
16. คลื่นไส้ อาเจียน	0 (0)	7 (4.3)
17. ปวดศีรษะ	0 (0)	1 (0.6)
อื่นๆ	8 (4.8)	3 (2.6)
ส่งตรวจซ้ำ	17 (10.4)	8 (7)
รวมทั้งหมด	164	114

*พฤติกรรมน่าสงสัย เช่น ในรายที่มีการบาดเจ็บ เช่น แขนงคอก มีประวัติทำร้ายร่างกายตัวเอง ทั้งจากแผนกศัลยกรรม อุบัติเหตุและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

urine marijuana มาจำแนกตามสถานที่ส่งตรวจพบว่าสถานที่ที่ส่งตรวจมากที่สุดคือ หน่วยจิตเวช ห้องฉุกเฉิน และหน่วยตรวจสุขภาพก่อนไปต่างประเทศ นอกจากนั้นยังพบว่าห้องตรวจอื่น ๆ และหอผู้ป่วยในมีจำนวนการส่งตรวจ urine marijuana เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และมีร้อยละของการตรวจพบสารประกอบกัญชาในปัสสาวะสูงขึ้นที่หอผู้ป่วยในและหน่วยจิตเวช ในส่วนของห้องฉุกเฉินที่พบว่าใกล้เคียงกันทั้งสองปีพ.ศ. ดังตารางที่ 2

เมื่อดูแนวโน้มการตรวจสารประกอบกัญชาในปัสสาวะเทียบระหว่างก่อนและหลังการประกาศราชกิจจานุเบกษา พระราชบัญญัติยา

เสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 พบว่า มีแนวโน้มการส่งตรวจมากขึ้นใน 5 เดือนแรก (มี.ค.-ก.ค. 2562) หลังประกาศใช้ ส่วนผลตรวจพบผลบวกของ urine marijuana เพิ่มขึ้นตั้งแต่ มี.ค.-ก.ค. 2562 เช่นกัน ดังตารางที่ 3 และรูปที่ 2

ประชากรเฉพาะกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทั้งหมด 31 ราย มีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในปีพ.ศ. 2562 มากกว่าปีพ.ศ. 2561 (40 ปี เทียบกับ 35 ปี ตามลำดับ) ผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่าทั้งสองปี ระดับการศึกษาเป็นกลุ่มที่จบปริญญาตรีมากที่สุด ภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด โดยเป็นคนใช้

ตารางที่ 2 แผนกที่ส่งตรวจ urine marijuana และเปรียบเทียบจำนวนผลตรวจเป็นบวกต่อการตรวจทั้งหมดในปีพ.ศ. 2561-2562

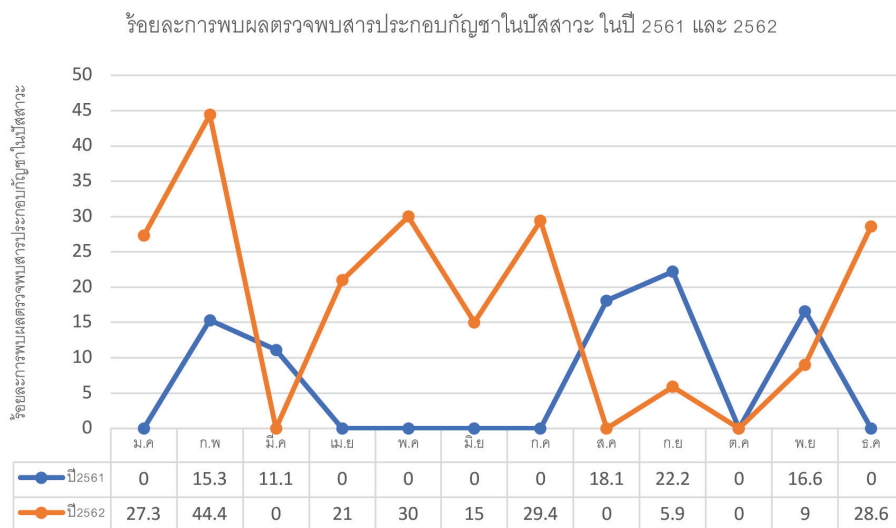
แผนกที่ส่งตรวจ URINE MARIJUANA	จำนวนผลตรวจเป็นบวกต่อการตรวจทั้งหมดในปีพ.ศ. 2561 (ร้อยละ)	จำนวนผลตรวจเป็นบวกต่อการตรวจทั้งหมดในปีพ.ศ. 2562 (ร้อยละ)
ตรวจสุขภาพก่อนไปต่างประเทศ	1/25 (4)	0/19 (0)
ผู้ป่วยนอกยกเว้นแผนกจิตเวชและฉุกเฉิน	2/5 (40)	1/6 (16.6)
หอผู้ป่วยในยกเว้นแผนกจิตเวชและฉุกเฉิน	0/10 (0)	4/24 (16.6)
ฉุกเฉิน (ผู้ป่วยในและนอก)	4/18 (22.2)	13/56 (23.2)
จิตเวช (ผู้ป่วยในและนอก)	2/56 (3.5)	11/59 (18.6)

ตารางที่ 3 ลักษณะประชากรศาสตร์และอาการทางคลินิกของผู้ป่วยในการศึกษานี้

หัวข้อ	ปีพ.ศ.2561 จำนวน 6 ราย	ปี พ.ศ 2562 จำนวน 25 ราย
อายุ		
Minimum-Maximum (ปี)	21-57	22-78
Mean±SD (ปี)	35±17	40±18
เพศ		
สัดส่วนชายต่อหญิง	4:2	16:9
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา, จำนวน (ร้อยละ)	0 (0)	3 (12)
มัธยมศึกษา, จำนวน (ร้อยละ)	2 (33.3)	2 (8)
ปวส./ปวช, จำนวน (ร้อยละ)	0 (0)	8 (32)
ปริญญาตรี, จำนวน (ร้อยละ)	3 (50)	11 (44)
สูงกว่าปริญญาตรี, จำนวน (ร้อยละ)	0 (0)	0 (0)
ไม่ระบุ, จำนวน (ร้อยละ)	1 (16.6)	1 (4)
ภูมิสำเนา		
ภาพสินธุ์, จำนวน (ร้อยละ)	0 (0)	1 (4)
ขอนแก่น, จำนวน (ร้อยละ)	3 (50)	18 (72)
ชัยภูมิ, จำนวน (ร้อยละ)	0 (0)	1 (4)
มหาสารคาม, จำนวน (ร้อยละ)	0 (0)	1 (4)
ยโสธร, จำนวน (ร้อยละ)	1 (16.6)	0 (0)
ร้อยเอ็ด, จำนวน (ร้อยละ)	0 (0)	1 (4)
เลย, จำนวน (ร้อยละ)	0 (0)	1 (4)
อุดรธานี, จำนวน (ร้อยละ)	2 (33.3)	2 (8)
กลุ่มอาการที่พบ		
พิษจากกัญชา, จำนวน (ร้อยละ)	3 (50)	13 (52)
อาการทางจิตเวช, จำนวน (ร้อยละ)	2 (33.3)	11 (44)
ไม่มีข้อมูล, จำนวน (ร้อยละ)	1 (16.6)	1 (4)
สัญญาณชีพ, mean		
Body temperature (°C)	36.8	36.9
Systolic blood pressure (มม.ปรอท)	139	139
Diastolic blood pressure (มม.ปรอท)	82	85
Heart rate (bpm)	99	102
Respiratory rate (bpm)	23	21
Oxygen Saturation (%)	99	99

หัวข้อ	ปีพ.ศ.2561 จำนวน 6 ราย	ปี พ.ศ 2562 จำนวน 25 ราย
อาการนำมารักษา*	จำนวน=7(ร้อยละ)	จำนวน=29(ร้อยละ)
คลื่นไส้อาเจียน	1 (14)	9 (31)
ปวดไม่ชัด	0 (0)	2 (6.9)
พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง/การรับรู้ตัวผิดปกติ	1 (14)	8 (27.5)
ใจสั่น	2 (28)	2 (6.9)
เป็นลม	1 (14)	1 (3.4)
อื่น ๆ	2 (28)	7 (24.1)
Glasgow Coma Score แรกรับ, จำนวน (ร้อยละ)		
13-15	6 (100)	23 (92)
ไม่มีข้อมูล	0 (0)	2 (8)
การรักษาที่ได้รับ*	N=7	N=29
น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ	2 (28)	10 (34.5)
ยาแก้อาการคลื่นไส้	0 (0)	5 (17.2)
ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน	1 (14)	7 (24.1)
ไม่ได้รับการรักษา	3 (42.8)	7 (24.1)
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง, จำนวน (ร้อยละ)		
ได้ทำ	0 (0)	1 (4)
ไม่ได้ทำ	6 (100)	24 (96)
เจาะตรวจน้ำจากไขสันหลัง, จำนวน (ร้อยละ)		
ได้ทำ	0 (0)	1 (4)
ไม่ได้ทำ	6 (100)	24 (96)
ตรวจ urine marijuana positive, จำนวน (ร้อยละ)		
ตรวจพบ	6 (100)	22 (88)
ตรวจไม่พบ	0 (0)	0 (0)
ไม่ได้ตรวจ	0 (0)	3 (12)
ประเภทของการมาโรงพยาบาล, จำนวน (ร้อยละ)		
ผู้ป่วยนอก	4 (83.3)	15 (60)
ผู้ป่วยใน	2 (16.7)	10 (40)
ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล, จำนวน (ร้อยละ)		
น้อยกว่า 24 ชม.	5 (83.6)	16 (64)
24-48 ชม.	0 (0)	2 (8)
>72 ชม.	1 (16.6)	7 (28)

*ในผู้ป่วย 1 ราย ทำได้มากกว่า 1 ครั้ง



รูปที่ 2 ร้อยละการพบผลตรวจพบสารประกอบกัญชาในปัสสาวะ ในปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562

จากจังหวัดขอนแก่นมากที่สุดกลุ่มอาการที่มารักษาของโรงพยาบาลของผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่มพิษจากกัญชา มากที่สุด รองลงมาเป็นอาการทางจิตเวช ซึ่งมีแนวโน้มไปในทางเดียวกันทั้ง 2 ปี (ตารางที่ 3 และ รูปที่ 2) โดยกลุ่มอาการพิษจากกัญชาอ้างอิงจาก นิยามของ DSM 5 ประกอบด้วย มีการใช้กัญชา การใช้กัญชามีผลทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมหรือทางสังคมจิตวิทยา เช่น มีผลต่อ coordination รับรู้เกี่ยวกับเวลาผิดปกติ มีผลต่อการตัดสินใจ วิดกกังวล ภายหลังจากการใช้กัญชา และมีอาการมากกว่า 2 ข้อดังต่อไปนี้คือ ตาแดง มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ปากแห้ง ใจสั่น หลังจากใช้กัญชาภายใน 2 ชั่วโมงโดยอาการ ทั้งหมดไม่ได้มีสาเหตุจากโรคทางกายและทางจิต อื่นๆ รวมถึงการใช้สารชนิดอื่น¹² ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ เข้าได้กับกลุ่มอาการพิษดังกล่าว

สัญญาณชีพแรกพบพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย แต่ไม่มีไข้ อาการหลักที่นำมาโรงพยาบาลแตกต่างกัน ระหว่าง 2 ปี พ.ศ. โดยปี พ.ศ. 2561 อาการ ที่พบมากที่สุดคืออาการใจสั่น ต่างจากปี พ.ศ. 2562 อาการนำมาที่พบมากที่สุดคือคลื่นไส้อาเจียน รองลงมาคือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การรับรู้ ผิดปกติ การรักษาที่ได้รับจากโรงพยาบาลมากที่สุด คือ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการให้ยา กลุ่มเบนโซไดอะซีปีน ในปี 2562 ผู้ป่วยที่มีประวัติ ใช้กัญชามีอัตราการนอนโรงพยาบาลสูงขึ้นกว่า ปี 2561 เพิ่มจากร้อยละ 33.3 เป็นร้อยละ 40 ซึ่งร้อยละ 72 ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลสัมพันธ์ กับการใช้กัญชาโดยตรงและสามารถจำหน่าย กลับบ้านได้ภายใน 72 ชั่วโมง ขณะที่ผู้ป่วยที่ ต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่า 72 ชั่วโมง เป็นผล

โดยอ้อม เช่น อุบัติเหตุ และโรคซึมเศร้าที่ตรวจพบว่ามีการใช้กัญชาร่วมด้วย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

พบว่าความชุกของผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีพ.ศ. 2562 โดยในปีพ.ศ. 2561 มีความชุกเท่ากับ 2.62 ต่อ 100,000 ประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น 10.6 ต่อ 100,000 ประชากร ในปีพ.ศ. 2561 และ 2562 ตามลำดับ

ในปีพ.ศ. 2562 พบว่าการใช้กัญชาเป็นรูปแบบน้ำมันกัญชามากที่สุดโดยผู้ป่วยใช้จากช่องทางการหยดใต้ลิ้น ร้อยละ 44.0 ของช่องทางการใช้ทั้งหมด สาเหตุที่ใช้เป็นการเสพเพื่อผ่อนคลายมากที่สุด ร้อยละ 42 รองลงมาคือใช้ทางการแพทย์ ร้อยละ 20 ขนาดที่ใช้แสดงในตารางที่ 4 เมื่อแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มตามอายุพบว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าค่าเฉลี่ย (40 ปี) ใช้การหยดใต้ลิ้นมากกว่าการสูบ นอกเหนือจากนั้น หากแบ่งผู้ป่วยตามเพศ พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงใช้กัญชาช่องทางน้ำมันกัญชาหยดใต้ลิ้นทั้งหมด (ตารางที่ 5)

เมื่อแยกเฉพาะคนไข้ที่มาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาพบว่ามีจำนวนทั้งหมด 17 คนจากทั้งหมด 31 คน คิดเป็น 19.9 ต่อ 100,000 ประชากร ลักษณะอายุประชากรคล้ายคลึงกันกับผู้ป่วยทั้งหมดของการศึกษา กลุ่มอาการที่มาโรงพยาบาลมากที่สุดคือพิษจากการใช้กัญชา โดยอาการนำอันดับ 1 คือคลื่นไส้อาเจียน รองลงมาคือการรับรู้ตัวผิดปกติ/พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การรักษาที่ได้รับมากที่สุด

คือการให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ และการให้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

อภิปรายผล

การศึกษานี้ได้กำหนดจุดเปลี่ยนแปลงเป็นปี พ.ศ.2562 เพื่อทำการเปรียบเทียบช่วงก่อนและหลังของการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกกฎหมาย จากการเก็บข้อมูลพบว่า เมื่อเทียบกันระหว่างปี พ.ศ. 2561 และ 2562 มีการส่งตรวจ urine marijuana มากขึ้น จากเดิม 114 ครั้งเป็น 164 ครั้งโดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สาเหตุที่ส่งตรวจมากที่สุดในปี พ.ศ. 2561 คือการตรวจสุขภาพก่อนไปต่างประเทศ แต่ในปีพ.ศ. 2562 แนวโน้มเปลี่ยนไป มีการส่งตรวจ urine marijuana ในผู้ป่วยที่มีอาการการรับรู้ผิดปกติ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ก้าวร้าว และมีการส่งตรวจเพิ่มเติมในผู้ป่วยสงสัยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยในการศึกษานี้พบว่ามิชอบช่องทางการใช้กัญชาแบบน้ำมันกัญชาหยดใต้ลิ้นมากที่สุด รองลงมาคือสูบ สาเหตุที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่ใช้เพื่อความสะดวกสบาย

การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่ใช้กัญชาที่มาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์หลังจากการแก้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ สอดคล้องกับรายงานจากศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล⁷ ที่เก็บข้อมูลการให้คำปรึกษาผู้ที่ใช้กัญชาซึ่งรายงานว่ามีผู้มาขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และสอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นใน

ตารางที่ 4 ช่องทาง ขนาด ความถี่ และสาเหตุในการใช้กัญชาเทียบระหว่างปีพ.ศ. 2561 และ 2562

หัวข้อ	ปี พ.ศ 2561 จำนวน = 6 (ร้อยละ)	ปีพ.ศ. 2562 จำนวน = 25 (ร้อยละ)
ช่องทางการสัมผัสกัญชา		
สูบ	1 (16.6)	7 (28)
บ้วน	0 (0)	4 (16)
น้ำมันกัญชาหยดใต้ลิ้น	2 (33.3)	11 (44)
ไม่ทราบช่องทาง	3 (50)	3 (12)
ขนาดที่ใช้ต่อครั้ง		
สูบ	1	7
1 มวน/ครั้ง	0 (0)	1 (4)
2 มวน/ครั้ง	1 (16.6)	4 (16)
5 มวน/ครั้ง	0 (0)	1 (4)
ไม่ทราบปริมาณ	0 (0)	1 (4)
บ้วน	0	4
1 หลุม/ครั้ง	0 (0)	1 (4)
2 หลุม/ครั้ง	0 (0)	2 (8)
ไม่ทราบปริมาณ	0 (0)	1 (4)
น้ำมันกัญชา	2	11
1 หยด/ครั้ง	1 (16.6)	0 (0)
2 หยด/ครั้ง	1 (16.6)	4 (16)
3 หยด/ครั้ง	0 (0)	1 (4)
5 หยด/ครั้ง	0 (0)	1 (4)
ไม่ทราบปริมาณ	0 (0)	5 (20)
ความถี่ในการใช้		
ครั้งเดียว	2 (33.3)	12 (48)
นานๆ ครั้ง	1 (16.6)	4 (16)
ทุก 2-3 วัน	0 (0)	5 (20)
ทุกวัน	2 (33.3)	2 (8)
ไม่มีข้อมูล	1 (16.6)	2 (8)
สาเหตุในการใช้		
เพื่อรักษาโรค	0 (0)	5 (20)
เพื่อความผ่อนคลาย	1 (16.6)	13 (42)
ไม่ระบุ	5 (83.3)	6 (24)
ไม่มีข้อมูล	0 (0)	1 (4)

ตารางที่ 5 ลักษณะประชากรศาสตร์ อาการทางคลินิก ช่องทางที่ใช้ และการรักษาที่ได้รับของผู้ป่วยในการศึกษาที่มาที่ห้องฉุกเฉิน

หัวข้อ	จำนวน= 16 (ร้อยละ)
อายุ	
Minimum-maximum (ปี)	21-73
Mean±SD (ปี)	42.75±18.05
เพศ	
ชายต่อหญิง	9:7
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษา	1 (6.3)
ปวส./ปวช	2 (12.5)
ปริญญาตรี	6 (37.5)
ไม่ระบุ	7 (43.8)
ภูมิลำเนา	
กาฬสินธุ์	1 (6.3)
ขอนแก่น	12 (75.0)
อุดรธานี	3 (18.8)
กลุ่มอาการที่พบ	
พิษจากกัญชา	11 (68.7)
อาการทางจิตเวช	5 (31.2)
อาการนำมาโรงพยาบาล*	จำนวน=19*
คลื่นไส้อาเจียน	8 (42.1)
พูดไม่ชัด	2 (10.5)
พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง/การรับรู้ตัวผิดปกติ	6 (31.6)
ใจสั่น	2 (10.5)
เป็นลม	1 (5.3)
Glasgow Coma Scale score แรกรับ	
13-15	16 (100)
การรักษาที่ได้รับ*	จำนวน=19*
น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ	8 (42.1)
ยาแก้อาการคลื่นไส้	4 (21)
ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน	5 (26.3)
ไม่ได้รับการรักษา	2 (10.5)

หัวข้อ	จำนวน= 16 (ร้อยละ)
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง	
ได้ทำ	1 (6.3)
ไม่ได้ทำ	15 (93.7)
เจาะกรวดน้ำจากไขสันหลัง	
ได้ทำ	1 (6.3)
ไม่ได้ทำ	15 (93.7)
ตรวจ urine marijuana positive	
ตรวจพบ	15 (93.7)
ตรวจไม่พบ	1 (6.3)
ประเภทของการมาโรงพยาบาล	
ผู้ป่วยนอก	11 (68.7)
ผู้ป่วยใน	5 (31.3)
ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล	
น้อยกว่า 24 ชม.	13 (81.3)
24-48 ชม.	1 (6.3)
>72 ชม.	2 (12.5)

*ในผู้ป่วย 1 ราย ทำได้มากกว่า 1 ครั้ง

รัฐโคโลราโด ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นรัฐที่อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกกฎหมาย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543 และในเวลาต่อมาในปีพ.ศ. 2557 ได้มีการอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการผ่อนคลาย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเดียวกับที่เกิดขึ้นในประเทศไทย อ้างอิงจากงานวิจัยของ Kim และคณะ ปี 2559⁸ และงานวิจัยของ Davis และคณะ⁹ การศึกษานี้พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการป่วยจากการใช้กัญชาและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ของศูนย์พิษในรัฐโคโลราโดหลังจากมีการเปลี่ยนกฎหมาย

ให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ และเพิ่มสูงขึ้นไปอีกหลังจากให้ใช้กัญชาเพื่อความผ่อนคลายได้ จากงานวิจัยของ Cerda และคณะ ในปีพ.ศ. 2555¹⁰ ที่ทำการศึกษารวมใน 50 รัฐของสหรัฐอเมริกา พบว่ารัฐที่มีกฎหมายให้ใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมาย มีผู้ใช้กัญชา และผู้ติดกัญชามากกว่ารัฐที่กัญชายังผิดกฎหมาย อาการนำมาก็คืออาการคลื่นไส้ อาเจียน รองลงมาคือการรับรู้ผิดปกติ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง แต่อาการที่นำไปสู่ส่งสัยและส่งตรวจ urine marijuana มากที่สุดคือ การรับรู้ตัวผิดปกติ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาการนำไปสู่ส่งตรวจ

สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Noble และคณะ ในปี 2562¹¹ อาการข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุดของการใช้ กัญชาอาการทางระบบประสาทเช่น กดประสาท หรือกระตุ้นประสาท รองลงมาคืออาการทางระบบ ทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้อาเจียน แตกต่างจาก การเก็บข้อมูลของศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี ที่อาการ ที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการใจสั่น ใจเต้นเร็ว

สาเหตุที่ทำให้จำนวนการส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการในกลุ่มอาการดังกล่าวเพิ่มขึ้น เนื่องจากหลังจากมีกระแสข่าวการเปลี่ยนแปลง กฎหมาย ทำให้แพทย์ผู้ให้การรักษาคิดถึงกัญชา เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว และต้องการ ส่งตรวจยืนยันผล ทำให้ในปีพ.ศ. 2563 มีการ ส่งตรวจ urine marijuana ในผู้ป่วยที่มีอาการ เช่น พุดไม่ชัด สงสัยอาการของโรคหลอดเลือด สมอง กลุ่มอาการส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ในการศึกษานี้เป็นกลุ่มอาการพิษจากการใช้กัญชา มากที่สุด ไม่พบรายงานของผู้ป่วยในกลุ่มอาการ ถอนกัญชา หรือโรคข้างเคียงจากการใช้กัญชา อาจมีสาเหตุเนื่องจากอาการถอนกัญชาต้องมี อาการพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึมเศร้า กังวล นอนไม่หลับ ร่วมกับอาการทาง ร่างกาย เช่น ปวดท้อง มือสั่น มีไข้ เหงื่อออก¹² ภายหลังจากการหยุดใช้กัญชา ซึ่งอาการเหล่านี้ เมื่อมาที่ห้องฉุกเฉินอาจไม่ได้คิดถึงอาการถอน กัญชาเป็นอันดับแรก และไม่ได้รับการตรวจ urine marijuana ในการศึกษาี้ โดยผู้ป่วยทั้ง 31 ราย มีเพียง 3 รายที่วินิจฉัยโรคที่ระบุใน ICD10 F12 ขณะที่ผู้ป่วยรายอื่นที่มี urine marijuana

positive แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย โดยผู้ป่วย กลุ่มหลังมีจำนวน 28 ราย โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มา ตรวจที่ห้องฉุกเฉิน เป็นกลุ่มที่มีภาวะพิษเฉียบพลัน จากกัญชา ส่วนกลุ่มห้องตรวจอื่น ๆ เช่น แผนก ตรวจสุขภาพก่อนไปต่างประเทศและหอผู้ป่วย ในมักเป็นเพียงการสัมผัส ส่วนแผนกจิตเวชมักใช้ ตรวจในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่ต้องตรวจหา การใช้สารเสพติด จากการสังเกตการปฏิบัติงาน ที่ห้องฉุกเฉินพบว่าแพทย์และผู้ลงรหัสโรคตาม ระบบ ICD-10 ยังไม่เล็งเห็นถึงความสำคัญของการลงสาเหตุของการเจ็บป่วยหรืออาจไม่มั่นใจว่าเป็นพิษจากกัญชาเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ ในการวินิจฉัย จึงเลือกลงการวินิจฉัยตามอาการ ซึ่งไม่จำเพาะเจาะจง เช่น อาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน คลื่นไส้อาเจียน คล้ายโรคกระเพาะอาหาร และลำไส้อักเสบ หรือ อาการพุดไม่ชัดแขนขา ไม่มีแรงเฉียบพลันคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง แต่เมื่อซักประวัติได้ หรือมีการปรึกษาแพทย์ พิษวิทยา ทำให้มีการส่งตรวจ urine marijuana ในภายหลัง แต่อาจไม่ได้เปลี่ยนคำวินิจฉัยในระบบ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยด้วย ICD-10: F12 น้อยกว่าที่ส่งตรวจจริง

ช่องทางการใช้กัญชามากที่สุดที่พบในการ ศึกษาครั้งนี้คือ น้ำมันกัญชาหยดใต้ลิ้นมากที่สุด รองลงมาคือ การสูบ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Russells และคณะในปี 2560¹³ ซึ่งเป็นการวิจัย จากแหล่งข้อมูลในประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย สวีเดน และบราซิล พบว่าช่องทางที่ใช้มากที่สุดคือ ทางการสูบ รองลงมาคือ บ้อง ช่องทางน้ำมันกัญชา

ไม่เป็นที่นิยมในประเทศกลุ่มนี้ ต่างจากการศึกษาที่ใช้กัญชาในรูปแบบของน้ำมันหยดได้ลื่นมากกว่า รองลงมาคือการสูบและบ้อง รูปแบบน้ำมันหยดได้ลื่นที่ใช้ในประเทศไทย เป็นน้ำมันที่ผลิตขึ้นอย่างผิดกฎหมาย มีการแนะนำผ่านเพื่อน หรือซื้อหาทางช่องทางออนไลน์ ไม่มีการระบุระดับของ THC, CBD ต่อปริมาตรของผลิตภัณฑ์ ไม่มีฉลากคำอธิบายวิธีและขนาดที่ใช้ต่อครั้ง ซึ่งการหยอดน้ำมันกัญชาได้ลื่นออกฤทธิ์ช้ากว่าแบบสูบ เมื่อผู้ใช้ไม่ได้ฤทธิ์ตามที่ต้องการ จึงมีการเพิ่มปริมาณด้วยตนเอง เนื่องจากมีความเข้าใจผิดว่ากัญชาเป็นสารที่ไม่มีพิษไม่เป็นอันตราย นอกจากนี้การออกฤทธิ์ของรูปแบบน้ำมันหยดได้ลื่นคงอยู่นานกว่าแบบสูบ จึงให้เกิดอาการพิษเฉียบพลันจากกัญชาเป็นระยะเวลานานจนต้องมาโรงพยาบาล เป็นเหตุให้พบผู้ป่วยที่มารักษาโรงพยาบาลใช้ทางหยดได้ลื่นมากกว่าช่องทางอื่น

กลุ่มอายุที่ใช้กัญชาจากการศึกษานี้ในปี 2561 อายุเฉลี่ย 35 ปีและ 40 ปีในปี 2562 ซึ่งแตกต่างจากในต่างประเทศ อ้างอิงจากรายงานของ WHO ในปี 2559¹⁴ อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากการใช้กัญชาในกลุ่มไมใช่ทางการแพทย์ กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 15-19 ปี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ อย่างไรก็ตามก็มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจากการใช้กัญชาที่มีอายุน้อยลง หลังจากประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกกฎหมาย อ้างอิงจากงานวิจัยของ Stolzenberg และคณะ¹⁵ ในปี 2558 ที่พบว่าภายหลังจากที่มีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกกฎหมาย ในสหรัฐอเมริกา มีการเพิ่มขึ้นของการใช้กัญชาเพื่อ

ความผ่อนคลายในกลุ่มเด็กและเยาวชนสูงขึ้นทำให้ในอนาคตอาจต้องเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้นในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาที่มาที่โรงพยาบาลด้วยอาการกลุ่มพิษจากการใช้กัญชา

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าสาเหตุของการใช้กัญชาพบว่าการใช้กัญชาเพื่อความผ่อนคลายมีอัตราส่วนมากที่สุด ซึ่งไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการแก้กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์และอ้างอิงตามคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ออกมาในปีพุทธศักราช 2562² ซึ่งแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อการบรรเทาอาการปวดเรื้อรัง หรือบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการให้การรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด บรรเทาอาการชักจากโรคลมชัก บรรเทาอาการกล้ามเนื้อหดเกร็งจากโรคปลอกประสาทเสื่อม และใช้บรรเทาอาการปวดในกลุ่มคนใช้ระยะสุดท้าย

ภาวะพิษจากกัญชาอาจไม่รุนแรงแต่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตโดยอ้อมจากอุบัติเหตุจราจร โดยอ้างอิงจากการรวบรวมข้อมูลของ WHO ภายหลังจากการให้ใช้กัญชาเพื่อการผ่อนคลายได้ในรัฐโคโลราโด⁹ ซึ่งพบอุบัติเหตุจราจรที่ผู้ขับขี่ใช้กัญชาเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากอาการข้างเคียงจากการใช้กัญชามีผลกระทบต่อการตัดสินใจและการประสานงานของระบบประสาทสั่งการและกล้ามเนื้อ (motor coordination) หากในอนาคตพบว่าสถิติการเกิดอุบัติเหตุจากการใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้นอาจนำมาสู่การตรวจคัดกรองว่ามีการใช้กัญชาในขณะขับขี่เช่นเดียวกันกับการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

ข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลบางส่วนขาดหายและไม่ได้ถูกซักถามผู้ป่วยโดยตรง การเก็บข้อมูลของการศึกษาในนี้มาจากโรงพยาบาลเดียวทำให้ไม่สามารถแสดงแนวโน้มที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยที่มาที่โรงพยาบาลของทั้งประเทศได้อย่างชัดเจนจึงควรทำการเก็บข้อมูลจากหลายสถาบันในอนาคต เพื่อให้เห็นแนวโน้มที่ชัดเจนมากขึ้น การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่ทำการเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ในปี พ.ศ. 2562 ภายหลังการเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงกฎหมายพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษอีกครั้ง โดยยกเลิกกัญชา ส่วนประกอบของกัญชา และสารสกัดจากกัญชา ยกเว้นส่วนดอก ออกจากยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ทำให้สามารถค้าขายกัญชาได้อย่างเสรีส่งผลให้คนสามารถเข้าถึงกัญชาได้ง่ายขึ้น จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลกระทบทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นต่อไปภายหลังจากการเปลี่ยนแปลงกฎหมายในปี พ.ศ. 2563

บทสรุป

จากการศึกษานี้พบว่า มีผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้กัญชามากขึ้นภายหลังจากการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษในปี 2562 อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และโครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และขอขอบพระคุณรศ.นพ.วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์ ประธานหลักสูตรเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่เป็นผู้แนะนำให้ทำงานวิจัยชิ้นนี้

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มี

ทุนวิจัย

ไม่มี

เอกสารอ้างอิง

1. Nelson LS, Lewin NA, Howland MA, Hoffman RS, Goldfrank LR. Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 10th ed. New York, NY: McGraw-Hill Professional; 2014.
2. อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, จุฑามณี สุทธิสีสังค์, สหภูมิ ศรีสมะ, วีรวัต อุครานันท์, อาภาศรี ลุสวัสต์, อังกูร ภัทธกร และคณะ. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 24 มี.ค. 2564] เข้าถึงได้จาก: http://cannabis.fda.moph.go.th/wp-content/uploads/PDF/manual/February_2020/Guidance-Updated-v-4_update-20200120-cover.pdf
3. Cooper ZD, Williams AR. Cannabis and Cannabinoid Intoxication and Toxicity. In: Cannabis Use Disorders. Cham: Springer International Publishing; 2019.p.103–11.
4. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ: Krisdika.go.th.; 2522 [เข้าถึงเมื่อ 24 มี.ค. 2564] เข้าถึงได้จาก: <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%C207/%C207-20-9999-update.htm>
5. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ [อินเทอร์เน็ต] สงขลา: Psu.ac.th.; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 24 มี.ค. 2564] เข้าถึงได้จาก: <https://rdo.psu.ac.th/th/images/D3/PR-news/2562/Activity/kancha-goverment.pdf>
6. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ พ.ศ. ๒๕๖๓ [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ: Krisdika.go.th.; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 24 มี.ค. 2564] เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/290/T_0033.PDF
7. ระวังการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ: ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 24 มี.ค. 2564] เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/poisoncenter/sites/default/files/public/%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%B9%E0%B8%A5%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%8D%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%A8%E0%B8%B9%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B8%9E%E0%B8%B4%E0%B8%A9%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%B2%20edit.pdf>
8. Kim HS, Monte AA. Colorado cannabis legalization and its effect on emergency care. Ann Emerg Med 2016;68(1):71–5.
9. Davis JM, Mendelson B, Berkes JJ, Suleta K, Corsi KF, Booth RE. Public health effects of medical marijuana legalization in Colorado. Am J Prev Med 2016;50(3):373–9.
10. Cerdá M, Wall M, Keyes KM, Galea S, Hasin D. Medical marijuana laws in 50 states: investigating the relationship between state legalization of medical marijuana and marijuana use, abuse and dependence. Drug Alcohol Depend 2012;120(1–3):22–7.
11. Noble MJ, Hedberg K, Hendrickson RG. Acute cannabis toxicity. Clin Toxicol (Phila) 2019;57(8):735–42.
12. Miller NS, Oberbarnscheidt T, Gold MS. Marijuana addictive disorders and DSM-5 substance-related disorders. J Addict Res Ther [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 24]. Available from: <http://dx.doi.org/10.4172/2155-6105.s11-013>
13. Russell C, Rueda S, Room R, Tyndall M, Fischer B. Routes of administration for cannabis use - basic prevalence and related health outcomes: A scoping review and synthesis. Int J Drug Policy 2018;52:87–96.
14. WHO. The health and social effects of non-medical cannabis use [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 24]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/publications/msbcannabis.pdf
15. Stolzenberg L, D'Alessio SJ, Dariano D. The effect of medical cannabis laws on juvenile cannabis use. Int J Drug Policy 2016;27:82–8.