



กรมการแพทย์  
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

# แนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือ ภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา ณ ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน





กรมการแพทย์  
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลัน  
จากการใช้กัญชา ณ ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

โดย

กรมการแพทย์

## แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา ณ ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ประเทศไทยประกาศให้กัญชา (Cannabis) สามารถใช้ได้อย่างเสรี ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2565 ซึ่งมีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน 2565 ที่ผ่านมา ทำให้ทุกส่วนของกัญชา-กัญชง ไม่ถือเป็นยาเสพติดประเภท 5 โดยเน้นใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การดูแลสุขภาพ การสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ สร้างรายได้ให้แก่ประชาชน โดยไม่มีการสนับสนุนให้ใช้กัญชากัญชงในทางที่ไม่เหมาะสม

การใช้กัญชาในปัจจุบันมีหลายรูปแบบ ทั้งการสูบ (Smoking) โดยการม้วนหรือผสมกับบุหรี่ปริมาณน้อย อาศัยควันจากการเผาไหม้กัญชา, การสูดดม (Inhalation) โดยการใช้สารสกัดกัญชามักใช้ร่วมกับบุหรี่ปริมาณน้อย, การรับประทาน มักผสมในอาหาร อาทิ คุกกี้ เค้ก อาหารปรุงสุก, การหยอดใต้ลิ้น เช่น สารสกัดน้ำมันกัญชา หรือวิธีอื่น ๆ เช่น การดูดซึมผ่านผิวหนัง การสอดผ่านทางทวารหนักหรือช่องคลอด ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์หลายระบบ ทั้งระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบสืบพันธุ์ และระบบต่อมไร้ท่อ โดยอาการและอาการแสดงเหล่านี้ ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น ปริมาณ ความเข้มข้น วิธีการใช้ อายุ โรคประจำตัว รวมถึงการใช้ยา หรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย

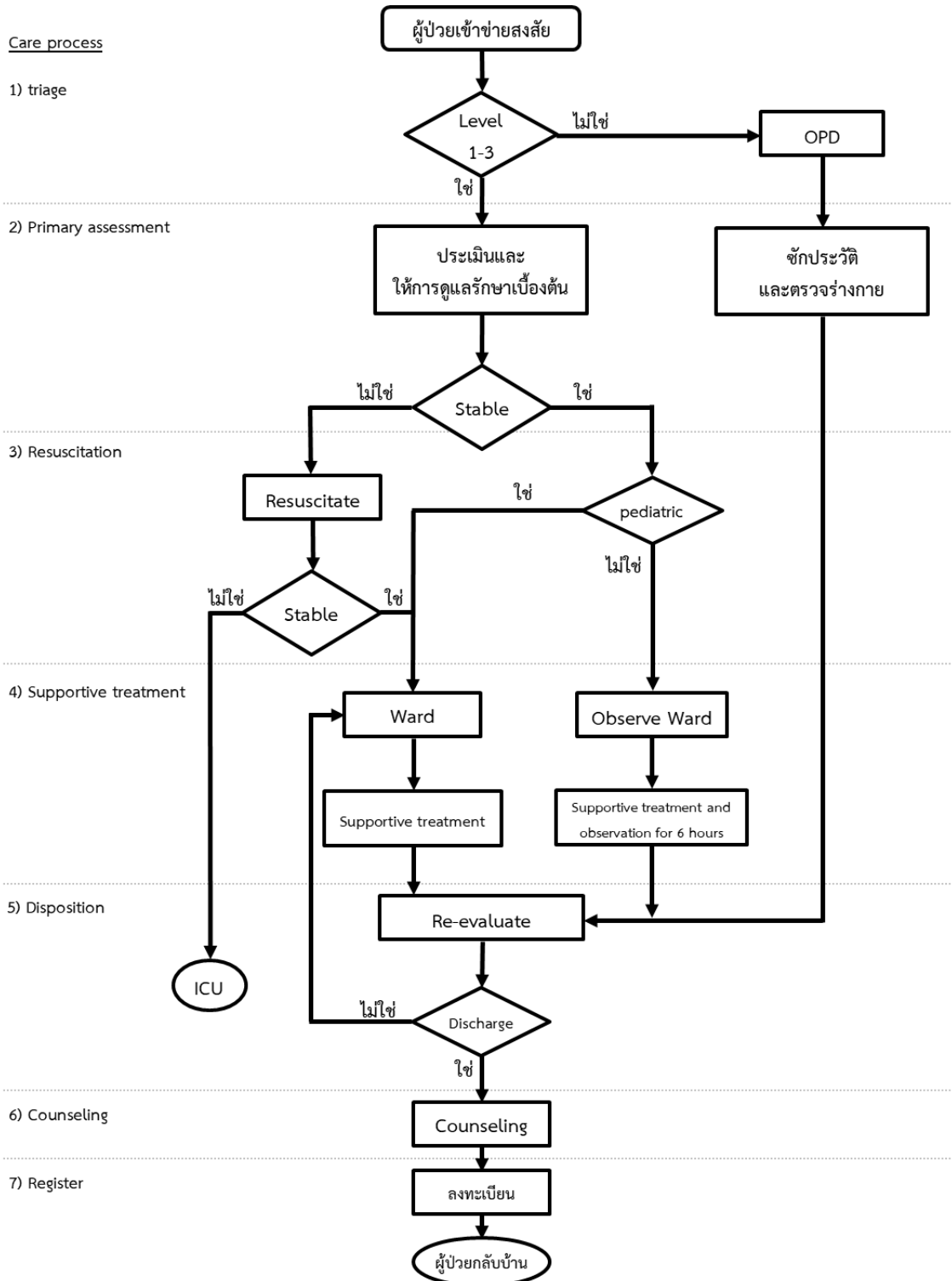
การใช้กัญชาเฉพาะในทางการแพทย์ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและการศึกษาวิจัย ข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่เกี่ยวกับประโยชน์และโทษของการใช้กัญชาในประเทศไทยยังคงค่อนข้างใหม่ และมีการใช้ตามข้อบ่งชี้ในบางภาวะ บางโรค อย่างไรก็ตามยังมีประชาชนส่วนหนึ่งมีการนำไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสม ทั้งการสูบหรือการบริโภคเพื่อความบันเทิงและนันทนาการ ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันภายหลังจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาได้

ทางหน่วยงานห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้แนวทางการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา ที่มารับบริการห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
2. เพื่อรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้กัญชาต่อผู้มารับบริการห้องฉุกเฉิน นำไปพัฒนาปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติ งานวิจัย และสะท้อนผลลัพธ์ดังกล่าวในระดับหน่วยงานภายในรวมถึงการส่งต่อข้อมูลในระดับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อการพัฒนาในระดับนโยบายอย่างต่อเนื่อง

แผนผังแสดงแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลัน  
จากการใช้กัญชา ณ ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน



## ผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา

กลุ่มสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoid) ในกัญชาที่มีข้อมูลทางการแพทย์ มี 2 ชนิด คือ Tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) การใช้กัญชาที่มีขนาดสูงทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย โดยเฉพาะ THC ซึ่งมีฤทธิ์ต้านอาการปวดและลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้ที่ใช้กัญชาที่มี THC ในขนาดสูงต่อเนื่องกันเป็นเวลานานอาจทำให้ร่างกายเกิดความทนต่อสาร (tolerance) ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณการใช้มากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสพติดได้ ในที่สุด ส่วน CBD ไม่มีฤทธิ์เสพติดและต้านฤทธิ์เมาเคลิ้มของ THC อย่างไรก็ตาม CBD สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ใช้สาร THC เพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน หากได้รับสารสกัดกัญชาชนิดที่มี CBD สูงจะทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเพิ่มขึ้นได้

อาการไม่พึงประสงค์และภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ อาทิ ปริมาณที่ได้รับต่อครั้ง (unit dose) ความทน (tolerance) ของผู้ใช้ วิธีการนำเข้าสู่ร่างกาย (การใช้กัญชาที่ไม่ถูกวิธีอาจทำให้เกิด overdose) วิธีการใช้กัญชาเข้าสู่ร่างกาย เช่น

- ชนิดสูด (inhalation) ระยะเวลาออกฤทธิ์เร็ว ถึงระดับสูงสุดภายในเวลา 15-30 นาที มีระยะเวลาคงอยู่ประมาณ 3-4 ชั่วโมง
- ชนิดรับประทาน เริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 30 นาที เนื่องจากมี first pass metabolism ที่ตับ
- ชนิดหยดใต้ลิ้น (sublingual drop) สารสกัดกัญชาออกฤทธิ์เร็วประมาณ 15 นาที (ไม่ผ่าน first pass metabolism)

เมื่อร่างกายได้รับ THC ในปริมาณมาก THC จะไปจับกับ CB1 receptor ที่ basal ganglion ทำให้ dopamine ที่ synapse ลดลงและ GABA เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงท่าทาง และเสียการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (impair movement) ในขณะเดียวกัน brain reward system ที่ mesolimbic จะมีปริมาณของ dopamine เพิ่มขึ้นและ GABA ลดลง ส่งผลทำให้เกิดอาการเคลิ้ม (euphoria) ประสาทหลอน (hallucination) และติดยา (addiction)

THC มี dose response และความเสี่ยงในการเกิดอาการทางสมอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสติ (Alteration of conscious), ความสนใจ (attention), สมาธิ (concentration), ความจำระยะสั้น (short-term memory), การทำงานของสมอง (executive functioning)

อาการไม่พึงประสงค์และภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชาส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ดังนี้

### 1) พิษของกัญชาต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System)

ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆ ได้แก่ เคลิ้ม (euphoria), ตระหนก (panic), กระสับกระส่าย (agitation), อารมณ์แปรปรวน (mood alterations), การรับรู้ผิดปรกติ (alterations of perception), ขาดการยับยั้งทางสังคม (loss of social inhibition), ความสามารถของสมองและการตัดสินใจเสียไป (impairment of cognition and judgment), กดระบบประสาทส่วนกลาง (CNS depression) และกดการหายใจ (respiratory depression) ในเด็ก, กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (muscle incoordination), การเคลื่อนไหวแบบกระตุก (myoclonic jerking), เดินเซ (ataxia), พูดไม่ชัด (slurred speech)

นอกจากนี้ยังส่งผลให้ มีความเสี่ยงในการเกิดบาดเจ็บ ทำร้ายตนเอง และอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอุบัติเหตุจราจร (traffic accident), กระโดดตึก (jump from height), ฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ (suicidal hanging) ผู้เสพหรือใช้สารสกัดกัญชาบางรายอาจมีภาวะทางจิตซ่อนอยู่ THC ทำให้เกิดภาวะขาดการยับยั้ง (disinhibition) ส่งผลให้เกิด psychotic break และเป็นโรคจิต (psychosis) หรือ โรคจิตเภท (schizophrenia) ได้ ซึ่งในคนทั่วไป อาจเกิดเพียงภาวะเคลิ้ม (euphoria) เท่านั้น

## 2) พิษของกัญชาต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

### 2.1 ผลเฉียบพลันต่อหัวใจและหลอดเลือด (Acute Cardiovascular Effect) ได้แก่

- Vasodilation โดย THC และ CBD จะไปกระตุ้นที่ TRPA-1 (transient receptor potential ankyrin type-1) และ TRPV-1 (transient receptor potential vanilloid type-1) ซึ่งเป็น calcium channel receptors ทำให้เกิด vasodilation
- Tachycardia กัญชาชนิดสูบ (smoke cannabis) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นได้ร้อยละ 20-100 เป็นเวลา 2-3 ชั่วโมง มี sympathetic outflow เพิ่มขึ้นเนื่องจาก sympathetic tone เพิ่มขึ้นและ parasympathetic tone ลดลง เกิดภาวะ reflex tachycardia หากมี tachycardia มากอาจทำให้เกิด เส้นเลือดหัวใจตีบได้
- อาการหน้ามืด / หมดสติเมื่อลุกยืน (orthostatic syncope)

### 2.2 ผลเรื้อรังต่อหัวใจและหลอดเลือด (Chronic Cardiovascular Effect)

- Vasospasm การใช้กัญชาเป็นเวลานานจะทำให้เกิด tolerance ของ vasodilation เป็นเวลานาน vessel tone จะเปลี่ยนเป็น vasospasm ตามมาเนื่องจาก blood vessel มีการลดลงของ receptor (downregulation) TRPA-1 และ TRPV-1 ทำให้เสี่ยงที่จะเกิด vascular insufficiency ส่งผลให้เส้นเลือดปลายมือ-เท้าไม่ตี เส้นเลือดหัวใจตีบได้
- หัวใจเต้นช้าลง (slower heart rate) มีรายงานการเกิด heart block ในกรณีที่ใช้กัญชาขนาดสูงและเกิด tolerance เป็นเวลานาน ๆ ทำให้หัวใจเต้นช้าลงได้ รวมถึงการทำงานของ sympathetic จะลดลง และ parasympathetic ทำงานเพิ่มขึ้น

2.3 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Ischemia) ซึ่งรายงานพบความเสี่ยงในการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) 4.8 เท่าภายใน 60 นาที ภายหลังจากเสพกัญชา

- การได้รับพิษจากกัญชาเฉียบพลัน (acute exposure) อัตราการเต้นของหัวใจ และการทำงานของ sympathetic เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเพิ่ม cardiac workload และ Oxygen demand
- การได้รับพิษจากกัญชาเรื้อรัง (chronic exposure) ส่งผลให้เกิด vasospasm ของ coronary artery เนื่องจาก down regulation ของ TRPA-1 และ TRPV-1
- กระตุ้นการทำงานของเกร็ดเลือด (activate platelet) ทำให้เกิด clot ได้

## 2.4 ผลอื่น ๆ ต่อหัวใจและหลอดเลือด

- หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) พบ atrial fibrillation (AF), ventricular tachycardia (VF) ได้
- ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) เนื่องจาก cardiac workload เพิ่มขึ้นทำให้เกิด high output heart failure
- โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral artery disease)

### 3) พิษของกัญชาต่อระบบทางเดินอาหาร

ทำให้เกิดอาการอาเจียนรุนแรงจากกัญชา (Cannabinoid Hyperemesis Syndrome; CHS) CHS เป็นอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงในผู้ใช้ THC มาเป็นเวลานาน (ร้อยละ 68 ของรายงานผู้ป่วยใช้มากกว่า 2 ปี) และใช้ถี่มากกว่า 20 ครั้งต่อเดือน อาการนี้ไม่ค่อยตอบสนองต่อยาแก้คลื่นไส้อาเจียน จะทุเลาลงเมื่อได้อาบน้ำอุ่น เมื่อเป็นแล้วหายช้า ใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ กลไกการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด คาดว่าน่าจะเกิดจาก down regulation ของ CB1 receptor ทำให้เกิดคลื่นไส้อาเจียน (ปรกติ THC จะกระตุ้น CB1 receptor ทำให้หายคลื่นไส้) หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลง CB1 receptor downstream effect หาก THC ได้รับมากเกินไปจะไปกระตุ้น CB1 receptor ที่ GI tract ทำให้เกิด bowel movement และ dilate splanchnic vasculature ส่งผลให้เกิด epigastric pain, colicky pain หรืออาจเกิดจาก upregulation ของ TRPV-1 หรือ สารอื่น ๆ ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน THC ที่รับเข้าไปในร่างกายจำนวนมากจะไปจับกับ CB1 receptor ที่ระบบทางเดินอาหาร ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยอาบน้ำอุ่นจะทำให้เส้นเลือดบริเวณผิวหนังขยายตัว THC จะเคลื่อนไปอยู่บริเวณผิวหนัง ทำให้อาการปวดท้องคลื่นไส้อาเจียนลดลง

### ภาวะแทรกซ้อนจาก Cannabinoid Hyperemesis Syndrome

- Dehydration
- Electrolyte imbalance
- Esophageal rupture
- Cardiac arrhythmia
- Precipitate diabetic ketoacidosis

### 4) พิษต่อระบบหลอดเลือดสมอง

กลุ่มอาการหลอดเลือดสมองหดชั่วคราว (Reversible Cerebral Vasoconstrictive Syndrome; RCVS) เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) ร้อยละ 40 จากกัญชาเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดร้อยละ 32 จากสารที่ทำให้หลอดเลือดตีบอื่นๆ (cocaine, ergots, nicotine) การวินิจฉัยยืนยันด้วยการตรวจ CTA หรือ MRI

- การใช้กัญชาที่มี THC เป็นเวลานาน มีโอกาสเกิด transient cerebral vasospasm ของเส้นเลือดสมองส่งผลให้เกิด cerebral ischemia ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดศีรษะรุนแรงมาก (thunderclap headache) ในลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ มีรายงานพบ seizure, TIA, stroke, neurological deficit, คลื่นไส้อาเจียนได้
- ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ subarachnoid hemorrhage (SAH), intracranial hemorrhage และเสียชีวิต

## แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา ณ ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

### 1. ผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย

ผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา ในผู้ที่มารับบริการห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ มีเกณฑ์พิจารณา ดังตารางที่ 1

#### ตารางที่ 1 เกณฑ์เข้าข่ายสงสัยอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา

เกณฑ์เข้าข่ายสงสัยอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา
<p>1) มีประวัติการใช้กัญชาก่อนมาโรงพยาบาล <i>ร่วมกับ</i> มีอาการหรืออาการแสดงที่เข้าได้กับ <i>ข้อใดข้อหนึ่ง</i> ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) อาการระบบหัวใจ ได้แก่ หน้ามืด วูบหมดสติ ใจสั่น แน่นหน้าอก ซีพจรเต้นผิดจังหวะ เหนื่อย หายใจไม่สะดวก ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ</li> <li>2) อาการระบบประสาท ได้แก่ เวียนศีรษะ แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ความรู้สึกตัวลดลง สับสน เดินเซ ชัก กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก อารมณ์แปรปรวน เมาเคลิ้ม</li> <li>3) อาการระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง</li> <li>4) อาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไอ หอบเหนื่อย หายใจช้า การหายใจล้มเหลว</li> </ol>
<p>2) มีประวัติการใช้กัญชาก่อนมาโรงพยาบาล <i>ร่วมกับ</i> มีอาการหรืออาการแสดง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) มีพฤติกรรม หรืออาการทางจิตเวชเปลี่ยนแปลง ขณะใช้ หรือหลังจากใช้กัญชา</li> <li>2) มีอาการอย่างน้อย 2 อย่าง ภายใน 2 ชั่วโมงหลังใช้กัญชา โดยที่ไม่มีสาเหตุอื่น <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia)</li> <li>- เยื่อบุตาขาวแดง (Conjunctival injection)</li> <li>- ปากแห้ง (Dry mouth)</li> <li>- ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น (Increased appetite)</li> </ul> </li> </ol>
<p>3) ประวัติไม่ชัดเจนหรือไม่สามารถให้ประวัติการใช้กัญชาก่อนมาโรงพยาบาล <i>ร่วมกับ</i> ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) อาการนำมาด้วยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุร่วมกับมีพฤติกรรมหรือระดับความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งไม่สามารถหาสาเหตุอื่นอธิบายได้</li> <li>2) มีอาการนำด้วยระบบหัวใจ ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร ระบบหายใจ อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถหาสาเหตุอื่นอธิบายได้</li> </ol>



## 2. แนวทางการประเมินระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน

โดยพิจารณา ตามแนวทาง MOPH ED triage ดังนี้

1. ประเมินอาการ ว่าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องทำการช่วยชีวิตทันที ใช่หรือไม่ ถ้า ใช่ -> ระดับ 1
2. มีภาวะเสี่ยง อาการซีม หรือปวดมาก อาการไม่สามารถรอได้ หากรอจะเป็นความเสี่ยง หรือมีสัญญาณชีพเข้าข่ายอันตราย ใช่หรือไม่ ถ้า ใช่ -> ระดับ 2
3. ประเมินแนวโน้มการใช้ทรัพยากร จำนวนการทำกิจกรรม
 

มากกว่า 1 อย่าง	-> ระดับ 3
1 อย่าง	-> ระดับ 4
ไม่ต้องการ	-> ระดับ 5

ประเมินอาการและรักษาผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หากระดับความฉุกเฉิน ระดับ 1-3 ยกตัวอย่างเช่น

- 1) ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ
- 2) กลุ่ม fast track STEMI , Stroke
- 3) อาการระบบหัวใจ เช่น หน้ามืด วูบหมดสติ ใจสั่น แน่นหน้าอก ซีพจรเต้นผิดจังหวะ เหนื่อย หายใจไม่สะดวก ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ
- 4) อาการระบบประสาท เช่น ความรู้สึกตัวลดลง สับสน ชัก กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ปวดหัว
- 5) อาการสุขภาพจิต เช่น psychosis, violence, suicide
- 6) อาการทางเดินหายใจ เช่น หายใจเข้า การหายใจล้มเหลว หอบเหนื่อย
- 7) กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง เช่น เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ โรคประจำตัวร่วมที่สำคัญ (หัวใจ ไต สมอ)

ประเมินอาการและรักษาผู้ป่วยที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หากระดับความฉุกเฉิน ระดับ 4-5 ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพปกติ และมีอาการร่วมเล็กน้อย เช่น คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ปากคอแห้ง

### 3. แนวทางการประเมินอาการและให้รักษาเบื้องต้น ณ ห้องฉุกเฉิน

#### ตารางที่ 2 การประเมินอาการและให้รักษาเบื้องต้น

การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น ตาม Primary assessment
1. Standard resuscitation ตาม ACLS guideline
2. Airway (A) and Breathing (B)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintain airway จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม</li> <li>- พิจารณา definitive airway โดยการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube insertion) กรณีผู้ป่วยมีอาการซึม (Comatose) หรือทางเดินหายใจล้มเหลว (respiratory failure)</li> <li>- พิจารณาให้ออกซิเจน หากมีข้อบ่งชี้ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิด non-invasive กรณีผู้ป่วยมีภาวะ hypoxia, respiratory distress</li> </ul>
3. Circulation (C)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- พิจารณาให้สารน้ำชนิด crystalloid ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ชีพจรเต้นเร็ว (tachycardia) หรือมีภาวะขาดน้ำ (dehydration)</li> <li>- monitor ECG และประเมิน point of care ultrasound (POCUS)</li> <li>- หากผู้ป่วยมีภาวะ Tachy-Brady Arrhythmias ให้ปฏิบัติตาม ACLS guideline</li> </ul>
4. Decontamination (D)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- พิจารณาหยุดกัญชา หรือ สารประกอบกัญชา</li> <li>- พิจารณา antidote อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หากมีการใช้ยาหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย</li> </ul> <p><u>ไม่แนะนำให้ล้างท้อง</u> <u>ไม่มี antidote สำหรับภาวะพิษจากกัญชา</u></p>
5. Extra-conditions (E)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ภาวะชัก <ul style="list-style-type: none"> <li>- พิจารณาให้ยากกลุ่ม Benzodiazepines โดยให้ diazepam เพื่อระงับอาการชัก <ul style="list-style-type: none"> <li>- เด็ก: ขนาด 0.3 mg/kg IV หรือ 0.5 mg/kg ทางทวารหนัก (ไม่เกิน 10 mg ต่อครั้ง)</li> <li>- ผู้ใหญ่: ให้ 5-10 mg IV</li> </ul> </li> </ul> <p>หากยังเปิดหลอดเลือดดำไม่ได้ สามารถพิจารณาให้ฉีดทาง IM ก่อนได้ เมื่อเปิดหลอดเลือดดำได้ จึงประเมินอีกครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หากยังมีอาการชักภายหลังให้ diazepam หรือภาวะชักต่อเนื่อง (status epilepticus) พิจารณาให้ยาในกลุ่มของ barbiturate</li> <li>- ในกรณี status epilepticus และไม่สามารถหยุดอาการชักได้ ให้พิจารณาปรึกษาอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์สำหรับกรณีผู้ป่วยเด็ก</li> </ul> </li> <li>• อาการแพ้ (Anaphylaxis/allergy) <ul style="list-style-type: none"> <li>- พิจารณาหยุดกัญชา</li> </ul> </li> </ul>

- กรณี Anaphylaxis ให้ Epinephrine 1:1000 (1 mg/1 ml)
  - เด็ก: ขนาด 0.01 mg/kg IM (สูงสุดไม่เกิน 0.3 ml)
  - ผู้ใหญ่: ขนาด 0.5 mg IM
- ให้ Anti-histamines
  - เด็ก: Chlorpheniramine(CPM) 0.25 mg/kg/dose IV
  - ผู้ใหญ่: Chlorpheniramine(CPM) 10 mg IV
- พิจารณาให้ corticosteroid ในรายที่ Severe anaphylaxis หรือ previous systemic steroid use
- กรณีผู้ป่วยมาด้วยกลุ่มอาการ 3 กลุ่มโรค fast track ได้แก่ fast track stroke, fast track STEMI และ fast track multiple trauma ให้ปฏิบัติตามแนวทางตามกลุ่มโรคนั้น ๆ

#### การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการส่งตรวจพิเศษ

- ECG 12 leads และ ตรวจ capillary blood glucose bedside
- พิจารณาส่งตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้
  - CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Blood glucose, AST/ALT
  - Urine cannabinoids\* พิจารณาส่งตรวจเมื่อประวัติการได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาไม่ชัดเจน
  - ตรวจสารเสพติดอื่น ๆ ในกรณีที่สงสัยมีสารเสพติดอื่นร่วม
 ทั้งนี้การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้พิจารณาตามความเหมาะสมตามดุลยพินิจของแพทย์และศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล
- กรณีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท หรือ ภาวะชัก หรือ red-flag sign ให้พิจารณา ส่ง brain imaging (CT brain)
- การพิจารณาส่งตรวจพิเศษ อื่น ๆ ให้พิจารณาตามข้อบ่งชี้ ขึ้นอยู่กับภาวะของผู้ป่วย

\*Urine cannabinoid เป็นการ screening เบื้องต้น ในการตรวจหา metabolite ของสารประกอบกัญชา คือ 11-nor-delta-9-tetrahydrocannabinol-9-carboxylic acid (9-carboxy-THC) ในปัสสาวะ ผล positive รายงานเมื่อตรวจพบสารอนุพันธ์ดังกล่าว มากกว่า 50 ng/ml สามารถตรวจพบ ภายใน 1 ชั่วโมงภายหลังได้รับสาร โดยมีรายงานในผู้ป่วยที่ใช้แบบสูบ จะยังสามารถตรวจพบสารประกอบดังกล่าวได้ 1-2 วัน และอาจยังตรวจพบได้หลายสัปดาห์ในกลุ่มที่มีการใช้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการแปลผล positive จึงไม่ได้เป็นตัวบ่งบอกว่าได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาภายในระยะเวลาเท่าใด ทั้งนี้ อาจพบผลบวกปลอม (false positive) ได้จากยาบางกลุ่ม เช่น proton pump inhibitors, promethazine, dronabinol, NSAIDs, และ efavirenz

ในกรณีนี้อาจเป็นคดีความให้เก็บ ปัสสาวะและเลือดในหลอด NaF 1 tube, EDTA 1 tube และ clotted blood 1 tube ไว้เพื่อการส่งตรวจยืนยัน พิสูจน์เวรนิติเวชและปฏิบัติตาม chain custody

#### 4. การรักษาภาวะอื่น ๆ

##### 1) ภาวะทางจิตเวช

ภาวะทางจิตเวชที่สามารถเกิดได้ในช่วง cannabis intoxication ได้แก่ psychotic symptoms, panic attacks, anxiety symptoms

- อาการโรคจิต (Psychotic symptoms) ได้แก่ อาการประสาทหลอน สับสน วุ่นวาย
  - พิจารณาให้ ยาด้านโรคจิต (antipsychotics) เช่น haloperidol 2-5 mg หรือ risperidone 2-4 mg ชนิดกิน หรือถ้าอาการรุนแรง พิจารณาให้ haloperidol 5 mg IM
  - ในกรณีที่วุ่นวายพิจารณาให้ sedation ด้วย benzodiazepine เช่น diazepam 5-10 mg IV หรือ IM
  - ผูกมัด (physical restrained) เมื่อผู้ป่วยมีท่าทีควบคุมตนเองไม่ได้ หรือก้าวร้าว
  - จัดบรรยากาศลดสิ่งกระตุ้น เช่น ย้ายไปมุมที่เงียบหรือคนไม่พลุกพล่าน
  - ฝึการะวังการทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น
  - หากควบคุมอาการไม่ได้ ให้พิจารณาปรึกษาจิตแพทย์
- อาการตื่นตระหนก วิตกกังวล (Panic attacks, anxiety symptoms)
  - พิจารณาให้ lorazepam 2 mg, diazepam 5 mg ชนิดกิน ให้ช่วงสั้นๆ
  - ให้ข้อมูลอาการที่เป็นเพื่อลดความตื่นตระหนก (reassure)
  - จัดบรรยากาศลดสิ่งกระตุ้น
  - ถ้ามีอาการเหนื่อยง่าย ให้ตรวจแยกสาเหตุระบบหัวใจและการหายใจด้วย

##### 2) ภาวะอาเจียน

- พิจารณาให้สารน้ำให้เพียงพอ และแก้ไขภาวะ Electrolyte imbalance
- สามารถพิจารณาให้ยา antiemetics เช่น metoclopramide, domperidone, ondansetron ได้
- อาจพิจารณาให้ยาในกลุ่ม Proton pump inhibitor (PPI) ได้
- อาจพิจารณาให้ยา Benzodiazepine เช่น Diazepam 5-10 mg IV หรือให้ Haloperidol 5-10 mg IM เพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน

กรณีอาเจียนมากและไม่ตอบสนองต่อการรักษา คิดถึงภาวะ Cannabinoid hyperemesis syndrome ซึ่งมักเกิดในกลุ่มที่ใช้กัญชาในปริมาณมากเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนรุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หลอดอาหารฉีกขาด ขาดน้ำและเกลือแร่ผิดปกติรุนแรง ไตวาย จนมีโอกาเสียชีวิตได้

##### การรักษา Cannabinoid Hyperemesis Syndrome (CHS)

1. หยุดใช้ THC ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นในอีก 2-3 สัปดาห์
2. รักษาภาวะขาดน้ำ (dehydration) และเกลือแร่ที่ไม่สมดุล (electrolyte imbalance)

3. ให้อาบน้ำอุ่นตามความร้อนที่ผู้ป่วยสามารถทนได้ แต่ไม่ควรร้อนจนเกินไป ระวังการได้รับบาดเจ็บบริเวณผิวหนังที่เกิดจากความร้อน และต้องให้สารน้ำทางเลือดดำ (IV fluid) ก่อนเพื่อ ป้องกัน syncope หรือภาวะ dehydrate
4. ให้ benzodiazepine ทางหลอดเลือดดำ เพื่อทำให้ผู้ป่วยหลับและลดคลื่นไส้
5. ให้อาตามาอาการทางจิต เช่น haloperidol เพิ่มเติมจากการให้ benzodiazepine ในกรณีที่ผู้ป่วยมี EKG ปกติ
6. ให้ทาผิวหนังด้วย capsaicin cream (0.025-0.1%) ทำให้เส้นเลือดบริเวณผิวหนังขยายตัว (vasodilate) ทำให้ THC มาอยู่ที่บริเวณผิวหนัง (มักมีการใช้ในประเทศที่มีภูมิอากาศหนาว) หากมีอาการปวดท้อง การทาบริเวณหน้าท้องจะลดอาการปวดท้องลงได้

### 3) กลุ่มอาการหลอดเลือดสองหลอดเลือด Reversible Cerebral Vasoconstrictive Syndrome (RCVS)

- หยุดใช้ THC และตัวกระตุ้นให้เกิดอาการ ได้แก่ เลิกบุหรี่ หยุดใช้ยา ergots เป็นต้น
- ให้อาแก้ปวดที่เหมาะสม หากมีอาการปวดศีรษะเป็น ๆ หาย ๆ
- ให้อา calcium channel blocker ชนิดกิน (nimodipine, nifedipine, verapamil) เพื่อให้ vessel tone มี dilate ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการปวดศีรษะได้
- กรณีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง อาจต้องพิจารณาทำ intra-arterial vasodilators และ balloon angioplasty ซึ่งผลสำเร็จของการรักษาไม่แน่นอน
- ให้คำแนะนำ หากมีอาการของ TIA (transient ischemic attack), subarachnoid hemorrhage, หรือ stroke ให้นำส่งเข้าโรงพยาบาลทันที

### 5. การพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน

- ในกรณีอาการผู้ป่วยดีขึ้นและสัญญาณชีพคงที่ ควรสังเกตอาการ ณ ห้องฉุกเฉิน โดยพิจารณาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ทั้งนี้อาจพิจารณาตามอาการของผู้ป่วยหรือดุลยพินิจของแพทย์
- พิจารณา Admit ผู้ป่วยใน ดังนี้
  - ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาการไม่ดีขึ้น และจำเป็นต้องติดตามอาการต่อ
  - มีข้อบ่งชี้ของภาวะหรือโรคร่วมอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

### 6. การให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย

- บุคลากรทางการแพทย์ร่วมประเมินปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา และให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
- กรณีพบผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้สำหรับการใช้กัญชาเพื่อรักษาทางการแพทย์ พิจารณานัดติดตามอาการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์
- ประเมินปัญหาการเสพติดโดยใช้ “แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2” เพื่อส่งต่อสถานพยาบาลบำบัดยาเสพติด

## 7. แนวทางการรายงานข้อมูล

บันทึกข้อมูลผู้ป่วยและรายงานผล ลงในแบบฟอร์มข้อมูลผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชาในช่องทางที่แต่ละโรงพยาบาลกำหนด หรือ [แบบลงข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา](#) จัดทำโดย สำนักดิจิทัลทางการแพทย์ กรมการแพทย์ และ/หรือ [แบบรวบรวมข้อมูลเรื่อง "ผลต่อสุขภาพของกัญชา"](#) จัดทำโดย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมพิษวิทยาคลินิก

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (มกราคม 2564) Guidance on Cannabis for Medical Use. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. MOPH ED Triage. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. Lapoint JM. Cannabinoids. In: Hoffman RS, Howland MA, Lewin NA, Nelson LS, Goldfrank LR, editors. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 10e, New York, NY:McGraw-Hill Education; 2015. P.1042-53.
4. Noble MJ, Hedberg K, Hendrickson RG. Acute cannabis toxicity. Clin Toxicol(Phila).2019 Aug;735-742.
5. Kelly BF, Nappe TM. Cannabinoid Toxicity. [Updated 2021 Jul 17]. In: StatPerls [Internet]. Treasure Island(FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482175/>
6. Turner AR, Spurling BC, Agrawal S. Marijuana Toxicity. [Updated 2022 May 15]. In: StatPerls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;2022 Jan-. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430823/>
7. Takakuwa, K.M., Schears, R.M. The emergency department care of the cannabis and synthetic cannabinoid patient: a narrative review. Int J Emerg Med 14, 10 (2021).
8. Richards JR. Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: Pathophysiology and Treatment in the Emergency Department. J Emerg Med. 2018 Mar;54(3):354-63.
9. Sorensen CJ, DeSanto K, Borgelt L, Phillips KT, Monte AA. Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment-a Systematic Review. J Med Toxicol. 2017 Mar;13(1):71-87
10. Moon AM, Buckley SA, Mark NM. Successful Treatment of Cannabinoid Hyperemesis Syndrome with Topical Capsaicin. ACG Case Rep J. 2018 Jan 3;5:e3.
11. การบรรยายในหัวข้อเรื่อง “ข้อมูลทางการแพทย์ของกัญชาและกระท่อม” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สท ภูมิ ศรีสุขมะ ศูนย์พิษวิทยา และภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
12. Moeller KE, Lee KC, Kissack JC. Urine drug screening: practical guide for clinicians. Mayo Clin Proc. 2008;83(1):66–76. <https://doi.org/10.4065/83.1.66>.
13. Urine testing for detection of marijuana: An advisory. MMWR. 1983;32(36):469–71 Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000138.htm>. Accessed 30 june 2022.

## ภาคผนวก

## คณะผู้จัดทำ

1	นายแพทย์สทภูมิ ศรีสุมะ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์	ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์	โรงพยาบาลรามาธิบดี
2	นายแพทย์เฉลิมพล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
3	แพทย์หญิงณิศา สุเมธโชติเมธา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลราชวิถี
4	แพทย์หญิงสุภัทรา อินทร์อยู่	นายแพทย์ชำนาญการ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
5	แพทย์หญิงณิชนกานต์ เกกนิชะ	นายแพทย์ชำนาญการ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
6	แพทย์หญิงรุจาพร โคตรนรินทร์	นายแพทย์ชำนาญการ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลราชวิถี
7	แพทย์หญิงพัลลภชภา ชัยสุข	นายแพทย์ชำนาญการ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลเลิดสิน
8	นางสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลราชวิถี
9	นายอำนาจ กาศสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กลุ่มงานเวชศาสตร์ ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลเลิดสิน
10	นายสุทธิเกียรติ สำเภา	เภสัชกรปฏิบัติการ	กลุ่มงานเภสัชกรรม	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี





**กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**

**<https://www.dms.moph.go.th>**

