คำแนะนำสำหรับการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการเสพกัญชา Cannabis Use Disorder (CUD)

ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

กัญชาได้ถูกปลดออกจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 เพื่อให้สามารถนำพืชกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้อย่างแพร่หลายมากขึ้นทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย แต่ในขณะเดียวกันก็อาจจะทำให้ประชาชนมีการเข้าถึงกัญชาและนำมาใช้ในทางที่ผิดจนเกิดปัญหาจากการเสพกัญชาขึ้นได้ คำแนะนำฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้นักบำบัดดูแลผู้ที่มีปัญหาจากการเสพกัญชา ทั้งการวินิจฉัย การบำบัดรักษา ตลอดจนการดูแลปัญหาทางจิตเวชจากกัญชา โดยใช้คำแนะนำนี้เป็นตัวช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการเสพติดกัญชา

ผู้เขียนหวังว่าคำแนะนำฉบับนี้จะมีประโยชน์สำหรับนักบำบัดและผู้สนใจในการนำความรู้ไปใช้ในการบำบัดดูแลผู้มีปัญหาจากการเสพกัญชาถ่ายทอด และให้คำแนะนำแก่ประชาชนต่อไป

ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช

คำแนะนำสำหรับการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการเสพกัญชา Cannabis Use Disorder (CUD)

คำแนะนำฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้นักบำบัดดูแลผู้ที่มีปัญหาจากการเสพกัญชา ทั้งการวินิจฉัย การบำบัดรักษา ตลอดจนการดูแลปัญหาทางจิตเวชจากกัญชา นักบำบัดสามารถใช้คำแนะนำนี้เป็นตัวช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่ปัญหาการเสพติดกัญชา โดยต้องมีแนวทางการดูแลอื่นที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาประกอบด้วยเสมอ

การวินิจฉัยผู้ที่มีปัญหาจากการเสพกัญชานิยมใช้เกณฑ์ของ DSM-V CUD เป็นภาวะที่เสพกัญชาจนเกิดปัญหาโดยต้องเข้าได้กับเกณฑ์อย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไปภายใน 12 เดือน

1.มีการเสพกัญชาในปริมาณที่มากหรือระยะเวลานานเกินกว่าที่ตั้งใจ

2.มีความต้องการที่จะลดหรือหยุดการเสพกัญชานั้นแต่ไม่สามารถทำได้

3.ใช้เวลามากในการหากัญชาการเสพกัญชา และการฟื้นตัวจากฤทธิ์กัญชา

4.มีอาการอยากหรือความต้องการรุนแรงที่จะเสพกัญชา

5.มีการเสพกัญชาบ่อยๆจนไม่สามารถจัดการกับกิจวัตรประจำวัน ทั้งที่ทำงาน บ้านหรือโรงเรียน

6.ยังคงมีการเสพกัญชาอย่างต่อเนื่อง แม้จะเกิดปัญหาทางด้านสังคมหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เกิดจากการเสพกัญชาอยู่บ่อยครั้ง

7.ต้องยกเลิกกิจกรรมที่สำคัญในด้านสังคม งานอาชีพ หรือกิจกรรมสันทนาการเพราะการเสพกัญชา

8.มีการเสพกัญชาในภาวะที่อาจเกิดอันตรายทางร่างกายอยู่บ่อยครั้ง

9.มีการเสพกัญชาต่อเนื่อง แม้จะทราบว่าการเสพกัญชาจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตหรือทำให้ปัญหานั้นรุนแรงขึ้น

10.มีอาการดื้อยาตามคำจัดความดังนี้

a.ต้องเสพกัญชาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นมากเพื่อให้ได้ผลที่ต้องการ

b.เสพกัญชาเท่าเดิมแต่ฤทธิ์น้อยลงชัดเจน

11.อาการถอนพิษยา ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

a. มีอาการถอนพิษยาจากกัญชา

b. การเสพกัญชา (หรือสารที่ออกฤทธิ์คล้ายคลึง) สามารถบรรเทาหรือทำให้อาการถอนพิษยาจากกัญชาให้หายไป

การวินิจฉัย CUD

- 1 ข้อหรือน้อยกว่าถือว่าไม่มีปัญหาการเสพติด
- 2-3 ข้อ ถือว่ามีปัญหาการเสพติดแบบรุนแรงต่ำ
- 4-5 ข้อถือว่ามีปัญหาการเสพติดแบบรุนแรงปานกลาง
- ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไปถือว่ามีปัญหาการเสพติดแบบรุนแรงสูง

การดูแลรักษาผู้ที่ปัญหาการเสพกัญชา

ในปัจจุบันใช้ Psychotherapy และกระบวนการอื่น เช่น Contingency Management, TC สำหรับสถานพยาบาลทั่วไปแนะนำให้ใช้กระบวนการ SBIRT **The Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)** สามารถใช้กับผู้ที่มีปัญหาการเสพกัญชาเช่นเดียวกับสารเสพติดอื่นๆ

การรักษาแบบอื่นที่สามารถช่วยผู้ป่วย CUD ได้แก่ Motivational Enhancement Therapy, Brief Advice ตลอดจนกลุ่มช่วยเหลือกันเอง ซึ่งกลุ่มนี้สามารถช่วยผู้ป่วยได้ดีโดยเฉพาะระยะฟื้นตัว จากการเสพติดและทำให้กลับเข้าสู่สังคมได้ดีขึ้น นักบำบัดสามารถหากลุ่มนี้ได้จาก กลุ่ม NA หรือกลุ่มบำบัดยาเสพติดในพื้นที่

ปัจจุบันการบำบัดที่ได้ผลดีมากคือวิธีการแบบผสมผสานเช่น MET/CBT/CM และสามารถใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ แอพพลิเคชันมาช่วยในการรักษาได้ด้วย ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดอันตรายจากการเสพกัญชาไปจนถึงการเลิกเสพ

กระบวนการจิตสังคมบำบัดที่ได้ผล: Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Motivational Interviewing (MI), Mindfulness Based Relapse Prevention (MBRP), Motivational Enhancement Therapy (MET), Contingency Management (CM)

ปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถใช้รักษาอาการถอนกัญชาและการเสพติดกัญชาที่มีความปลอดภัยและประสิทธิภาพที่ดีพอ อย่างไรก็ตามมียาบางตัวที่มีการศึกษาว่าอาจจะมีประโยชน์ในผู้ที่มีปัญหาการเสพติดกัญชา

Gabapentin เป็นยาที่มีการศึกษาพบว่าช่วยลดอาการถอนกัญชาได้ ขณะที่ N-acetylcysteine (NAC) สามารถช่วยอาการอยากเสพกัญชาได้บางส่วน อย่างไรก็ดีถ้าหากจะนำ Gabapentin มารักษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาจะพบอาการข้างเคียงได้บ่อยคือ มึนงง วิงเวียน อ่อนล้า จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงประโยชน์เมื่อเทียบกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากยา ประกอบกับประสิทธิภาพในลดการเสพกัญชาซ้ำยังไม่ชัดเจน จึงแนะนำให้รอข้อมูลที่สนับสนุนมากขึ้นหากจะนำยานี้มาใช้

การรักษาการเสพติดกัญชาด้วยสารทดแทนกัญชาก็มีการศึกษา (Cannabinoid Replacement Therapy) ด้วยยากัญชา Nabilone หรือ Dronabinol ว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยเสพติดกัญชา แต่ยังจำเป็นที่ต้องมีการวิจัยที่ยืนยันที่มากขึ้นหากจะนำมาใช้รักษาจริง

หากจะนำยาที่กล่าวถึงข้างต้นมาใช้งานยังถือว่าเป็นยานอกข้อบ่งใช้ (Off Label) ซึ่งอาจจะพิจารณามาใช้เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อวิธีการรักษาแบบอื่นๆแล้ว โดยต้องชั่งน้ำหนักความเสี่ยงกับประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับภายใต้ความเข้าใจและยินยอมของผู้ป่วย

ในกรณีที่ผู้ป่วยเสพติดกัญชามีอาการนอนหลับไม่ต่อเนื่องจากอาการถอน จากการหยุดเสพอาจจะสามารถใช้ยา Trazodone ช่วยลดอาการนอนไม่หลับโดยเฉพาะผู้ป่วยอายุไม่มาก อย่างไรก็ดียังไม่มีการวิจัยการรักษาอาการนอนไม่หลับจากการถอนกัญชาในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่สามารถลดหรือเลิกการเสพกัญชาได้ ให้พิจารณาการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของสถานบำบัดเฉพาะทางยาเสพติด

สำหรับผู้ที่เสพติดกัญชาในระดับรุนแรงหรือผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนจะได้ประโยชน์ควรได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพด้านการรักษายาเสพติด หรือถ้ามีรูปแบบผู้ป่วยในที่เหมาะสมก็สามารถให้ผู้ป่วยเข้ารับการดูแลที่ครบถ้วนทั้ง กาย จิต สังคม

การรักษาผู้ป่วยจิตเวชจากกัญชา (CID)

ผู้ป่วยที่เสพกัญชา อาจมีโรคทางจิตเวชเกิดขึ้นได้ เรียกว่า Cannabis Induced Disorders (CID) นอกเหนือจาก Cannabis Used Disorders (CUD) ซึ่งมีทั้ง อาการเมายา อาการถอนยา โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคอื่นๆ ซึ่งสามารถให้การรักษาตามอาการ และมักดีขึ้นภายใน 1- 2 สัปดาห์ และมักไม่เกิน 1 เดือน แต่โรคที่เป็นประเด็นซึ่งต้องให้ความสำคัญ คือ โรคจิตจากการเสพกัญชา (Cannabis Induced Psychosis) ยิ่งผู้ป่วยหากมีโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคจิตเภท (Schizophrenia)เดิมอยู่แล้ว จะยิ่งทำให้อาการทางจิตรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีอาการหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) บางรายมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว เป็นอันตราย ที่เรียกว่า SMIV (Severe Mental Illness With High Risk To Violence) แนวทางการรักษา คือ การให้ยากลุ่มต้านโรคจิตออกฤทธิ์สูง (High Potency Antipsychotics) ได้แก่ Haloperidol 2-5 mg 1-3 เวลา หลังอาหาร หากเกรงว่า จะมีอาการ EPS (Extrapyramidal Symptoms) อาจให้ยา กลุ่ม Anticholinergic เช่น Trihexyphenidyl 2-5 mg 1-3 เวลาหลังอาหาร และให้กลุ่มต้านโรคจิตออกฤทธิ์ต่ำ (Low Potency Antipsychotics) เช่น Chlorpromazine 50-100 mg ก่อนนอนในรายที่มีอาการอาละวาด วุ่นวาย อาจให้ยาฉีด ได้แก่ Haloperidol 5-10 mg เข้ากล้าม และ/หรือ Diazepam 10-20 mg เข้าเส้นเลือดทันที ในบางรายที่อาการรุนแรงแต่กินยาไม่สม่ำเสมอ จำเป็นต้องให้ยาต้านโรคจิตระยะยาว (Long Acting Antipsychotics) ได้แก่ Haloperidol Decanoate 50-100 mg ฉีดเข้ากล้ามต่อเนื่องทุก 2-4 สัปดาห์ และปรับยาตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้อาการรุนแรงกำเริบขึ้นมาอีก

แหล่งข้อมูล

- Copeland, J., et al. (2017). Comparison of brief versus extended personalised feedback in an online intervention for cannabis users:Short-term findings of a randomised trial. J Subst Abuse Treat, 76,43-48. doi:10.1016/j.jsat.2017.01.009
- Danovitch, I., & Gorelick, D. A. (2012). State of the art treatments for cannabis dependence. Psychiatr Clin North Am, 35(2), 309-326.doi:10.1016/j.psc.2012.03.003
- Degenhardt, L., et al. (2013). The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. Addiction, 108(1), 124-133. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04015.x
- DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: fifth edition. Released May 2013.
- Karila, L., et al. (2014). Acute and long-term effects of cannabis use:a review. Curr Pharm Des, 20(25), 4112-4118.
- Marshall, K., et al. (2014). Pharmacotherapies for cannabis dependence. Cochrane Database Syst Rev(12), Cd008940. doi:10.1002/14651858.CD008940.pub2
- Sherman, B. J., & McRae-Clark, A. L. (2016). Treatment of Cannabis Use Disorder: Current Science and Future Outlook. Pharmacotherapy, 36(5), 511-535. doi:10.1002/phar.1747
- Tracy, K., & Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. Subst