

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการทางระบบประสาทเฉียบพลันจากผลข้างเคียงของกัญชา

สถาบันประสาทวิทยา และ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์

ความเป็นมา

หลังจากประเทศไทยเปิดกัญชาเสรี จะทำให้มีผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของกัญชาสามารถจำหน่ายได้อย่างแพร่หลายในท้องตลาด จากเดิมที่มีเฉพาะสารสกัดกัญชาที่ใช้ในทางการแพทย์ สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาคือ ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาเหล่านี้จะเข้าถึงผู้บริโภคได้ง่ายขึ้นในทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กที่จะมีการบริโภคสารสกัดกัญชาได้มากขึ้น ทั้งจากการได้รับโดยไม่ตั้งใจจากผลิตภัณฑ์ต่างๆที่ผสมกัญชาที่ใช้กันในครอบครัว และการใช้เพื่อสันทนาการในกลุ่มวัยรุ่น ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทเฉียบพลันเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย พบในเด็ก และ วัยรุ่น ร้อยละ 69-85¹ของอาการเป็นพิษจากกัญชาทุกระบบการเตรียมความรู้เรื่องของการเป็นพิษทางระบบประสาทและการแก้ไขจึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็น

แนวทางนี้จะกล่าวถึงวิธีการประเมินและการดูแลสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีอาการทางระบบประสาทเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของกัญชาที่สำคัญ โดยมีอุบัติการณ์จากการศึกษาในต่างประเทศ¹เรียงตามลำดับ ดังนี้ อาการซึม(40-50%) อาการอาละวาด(12-40%) อาการเวียนศีรษะ (3-20%) อาการชัก(4-5%)อาการแขนขาอ่อนแรง(พบประมาณ 3-5%) และกล่าวถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเพื่อป้องกันเด็กจากการได้รับพิษจากกัญชาซ้ำอีกในอนาคต (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการทางระบบประสาทเฉียบพลัน
ผลข้างเคียงจากกัญชา



1. การประเมินเบื้องต้นในผู้ป่วยเด็กที่สงสัยได้รับพิษจากกัญชา

1.1 แนวทางการวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่เข้าได้กับเกณฑ์ผู้ป่วยสงสัยอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลัน จากการใช้กัญชาหรือผลิตภัณฑ์กัญชา ในผู้ที่มารับบริการห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พิจารณา ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา

เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา²
มีประวัติการใช้กัญชาหรือผลิตภัณฑ์กัญชาก่อนมาโรงพยาบาล <i>ร่วมกับ</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีอาการหรืออาการแสดงที่เข้าได้กับ <i>ข้อใดข้อหนึ่ง</i> ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) อาการระบบหัวใจ ได้แก่ หน้ามืด วูบหมดสติ ใจสั่น แน่นหน้าอก ซีพจรเต้นผิดจังหวะ เหนื่อย หายใจไม่สะดวก ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ 2) อาการระบบประสาท ได้แก่ เวียนศีรษะ แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ความรู้สึกตัวลดลง สับสน เดินเซ ชักกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก อารมณ์แปรปรวน เห็นภาพหลอน 3) อาการระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง
หรือ
<ol style="list-style-type: none"> 2. มีอาการหรืออาการแสดง อ้างอิงตาม DSM-V criteria for Cannabis Intoxication ² ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) มีพฤติกรรม หรืออาการทางจิตเวชเปลี่ยนแปลง ขณะใช้ หรือหลังจากใช้กัญชา 2) มีอาการอย่างน้อย 2 อย่าง ภายใน 2 ชั่วโมงหลังใช้กัญชา โดยที่ไม่มีสาเหตุอื่น <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) - เยื่อตาขาวแดง (Conjunctival injection) - ปากแห้ง (Dry mouth) - ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น (Increased appetite)

1.2. แนวทางการประเมินอาการและให้รักษาเบื้องต้น ณ ห้องฉุกเฉิน

ตารางที่ 2 การประเมินอาการและให้รักษาเบื้องต้น

การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น ตาม Primary assessment
1. Standard resuscitation ตาม PALS guideline³
2. Airway (A) and Breathing (B)
<ul style="list-style-type: none"> ● Maintain airway จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม ● พิจารณา definitive airway โดยการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube insertion) กรณีผู้ป่วยมีอาการซึม (Comatose) หรือทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ● พิจารณาให้ออกซิเจน หากมีข้อบ่งชี้ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิด non-invasive กรณีผู้ป่วยมีภาวะ hypoxia, respiratory distress
3. Circulation (C)
<ul style="list-style-type: none"> ● พิจารณาให้สารน้ำชนิด crystalloid ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension), ซีพจรเต้นเร็ว (tachycardia) หรือมีภาวะขาดน้ำ (dehydration)

<ul style="list-style-type: none"> ● monitor ECG และประเมิน point of care ultrasound (POCUS) ● หากผู้ป่วยมีภาวะ Tachy-Brady Arrhythmias ให้ปฏิบัติตาม PALS guideline
<p>4. Decontamination (D)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● พิจารณาหยุดกัญชา หรือ สารประกอบกัญชา ● พิจารณา antidote อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หากมีการใช้ยาหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย <p>การรักษาเบื้องต้น: ไม่แนะนำให้ล้างท้อง*** ไม่มี antidote สำหรับภาวะพิษจากกัญชา</p>
<p>5. Extra-conditions (E) ทางระบบประสาท การประเมินและการรักษา</p> <p>อาการหมดสติ - รายละเอียดในข้อ 0 อาการอาละวาด - รายละเอียดในข้อ 4 อาการเวียนหัวบ้านหมุน-รายละเอียดในข้อ 5 อาการชัก-รายละเอียดในข้อ 6 อาการแขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน รายละเอียดในข้อ 7</p>
<p>การส่งตรวจผลทางห้องปฏิบัติการและการส่งตรวจพิเศษ</p>
<p>ควรทำ ECG 12 leads และ ตรวจ capillary blood glucose bedside ในผู้ป่วยทุกราย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● พิจารณาส่งตรวจผลทางห้องปฏิบัติการดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> – CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Blood glucose, AST/ALT – Urine cannabinoids (กรณีประวัติ ไม่ชัดเจน) – ตรวจสารเสพติดอื่น ๆ ในกรณีที่สงสัยมีสารเสพติดอื่นร่วม ● หากผู้ป่วยที่มี Neurological deficits หรือ new onset focal seizure หรือ Headache with red-flag sign พิจารณาทำ brain imaging (CT brain) ● การพิจารณาส่งตรวจพิเศษ อื่น ๆ ให้พิจารณาตามข้อบ่งชี้ ขึ้นอยู่กับภาวะของผู้ป่วย

2. การรักษา การติดตามอาการ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

การรักษา ปัจจุบันยังไม่มี การรักษาที่จำเพาะเจาะจงรักษาตามอาการขึ้นกับอาการที่นำมาโรงพยาบาล
ข้อแนะนำเบื้องต้นสำหรับการรักษา ดังนี้

- ควร admit เด็กเพื่อสังเกตอาการทุกราย ถ้ามีอาการทางระบบประสาทเฉียบพลัน
- เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลจัดให้อยู่ในที่เงียบสงบ เฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง ป้องกันพลัดตกหกล้ม
- ประเมินชีพจร ตรวจดูระบบหัวใจและทรวงอก การหายใจ รวมทั้งการทำงานของสมอง
- มองหาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการได้สารแคนนาบินอยด์ ทั้งด้านระบบประสาทซึ่งจะกล่าวถึงต่อไปเช่น ซึมหมดสติอาการชักstroke เป็นต้น และภาวะแทรกซ้อนในอวัยวะอื่นๆ เช่น การหายใจผิดปกติ ตับอักเสบ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ เป็นต้น
- หากอาการหนัก เช่น ซึมมาก ชักรุนแรง สัญญาณชีพไม่คงที่ให้การรักษาอย่างรวดเร็ว และ ย้ายเข้า ICU

- เฝ้ารอและสังเกตอาการในโรงพยาบาลจนกว่าอาการจะดีขึ้น ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของสารแคนนาบินอยด์เข้าสู่กระแสเลือด มีระยะเวลาในการออกฤทธิ์ต่างกัน ขึ้นอยู่กับปริมาณของสารที่ได้รับ และวิธีการได้รับกัญชาดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3: ตารางแสดงการออกฤทธิ์ของสารแคนนาบินอยด์ THC โดยวิธีการต่างๆ^{4, 5}

THC	Peak blood level	Time to peak psychoactive	Bio-availability	T1/2 elimination
Smoke	3-10 min	20 min	10-35%	1-3 วัน ใน occasional user 5-13 วัน ใน chronic user
Oral ingestion	60-120 min	120-240 min	4-12%	2-5 วัน

3. การประเมินและการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการซึมหมดสติ

ผู้ป่วยซึมหมดสติที่สงสัยว่าเกิดจากพิษจากกัญชา มักพบในเด็กน้อยกว่าในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ และมักพบเมื่อได้รับกัญชาปริมาณที่เกินขนาดมาก⁶ ภาวะโคม่า ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาท เกิดจากสมองสูญเสียหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น และสิ่งแวดล้อมหากวินิจฉัยและรักษาไม่ทันอาจทำให้เสียชีวิตและเกิดทุพพลภาพได้⁷ แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากอาการพิษจากกัญชาไม่เฉพาะเจาะจง และในผู้ป่วยบางรายอาจจะได้รับสารเสพติดอื่น ๆ รวมถึงควรต้องวินิจฉัยแยกโรคจากโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะโคม่าในเด็กที่พบบ่อยได้แก่^{6,7} ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ เช่น hyponatremia, hypocalcemia การติดเชื้อของระบบประสาท ภาวะเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ (intracranial hemorrhage) สารพิษ และยาเกินขนาด ซึ่งตรวจร่างกายอาจพบลักษณะของกลุ่มอาการที่บ่งบอกว่าได้รับสารพิษ (toxidrome) อาการชัก (seizure) เป็นต้น

การประเมินอาการ: ควรซักประวัติเบื้องต้น และประเมินอาการอย่างรวดเร็วและรีบให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ฟื้นคืนอันตรายก่อน

ตารางที่ 4 การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะโคม่า

การซักประวัติ	
<ul style="list-style-type: none"> ● การดำเนินของอาการก่อนเกิดภาวะโคม่า- แบบทันทีทันใด /ค่อยเป็นค่อยไป/เป็นๆ หายๆ ● การได้รับบาดเจ็บ ● การได้รับยา สารพิษ กัญชา ● โรคประจำตัว ● อาการผิดปกติที่นำมาก่อนที่จะหมดสติ 	
การตรวจร่างกายทั่วไป	การตรวจร่างกายทางระบบประสาท

สัญญาณชีพ	การตรวจ mental status (Glasgow Coma Scales:GCS)
รูปแบบการหายใจ	การตรวจเส้นประสาทสมอง (Cranial nerves), pupil
การตรวจจอประสาทตา	reflex, oculoccephalic/caloric test, corneal reflex,
อาการแสดงของการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มสมอง	gag reflex
ตรวจหลักฐานการบาดเจ็บของร่างกาย	การตรวจการตอบสนองของประสาทสั่งการ (Motor
ตรวจหลักฐานการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะใน	response) decorticate/decerebrate posture
วัยรุ่น เช่น รอยเข็มที่ผิวหนัง หายใจกลืน	ตรวจแยกภาวะคล้ายโคม่า เช่น locked-in syndrome,
แอลกอฮอล์	akinetic mutism

การตรวจเพิ่มเติม: ควรพิจารณาหาสาเหตุของภาวะโคม่าในเด็กหากสงสัยพิษจากกัญชาให้ส่งตรวจหาสารสกัดกัญชาในเลือดและปัสสาวะ และตรวจหาสาเหตุอื่นที่รักษาได้ก่อน เช่น ความผิดปกติทางเมตาบอลิก เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด หรือ อิเล็กโทรไลต์ ค่าก๊าซในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งสารพิษและยาเกินขนาด ในกรณีที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด อาจส่งตรวจอื่นๆ เช่น การเจาะตรวจน้ำไขสันหลัง การตรวจคอมพิวเตอร์สมอง ตามความจำเป็นขึ้นกับประวัติและการตรวจร่างกายที่สงสัยว่ามีความผิดปกติเหล่านั้นร่วมด้วย

การรักษา:

1. ให้การรักษากรณีฉุกเฉิน โดยหลักการประเมิน A-B-C(airway-breathing-circulation) ให้ออกซิเจน หรือใส่ท่อช่วยหายใจ แบบ rapid sequence endotracheal intubationเมื่อประเมินว่ามีข้อบ่งชี้ เสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจไปจนกว่าผู้ป่วยจะหายใจได้เอง หรือดีขึ้น
2. ให้สารกลูโคส 25% ขนาด 2-4 มล./กก. ทางหลอดเลือดดำ หากพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ
3. กรณีที่มีอาการร่วมอื่น ให้การรักษาพร้อมด้วย เช่น ควบคุมอาการชัก ในกรณีที่มีอาการชักร่วมด้วยหรือหากสงสัยได้ยาเกินขนาดร่วมด้วย อาจพิจารณาให้ยาแก้พิษ (antidote) ตามที่คิดถึง เช่น ได้รับยากลุ่ม opioid ให้ยา naloxone hydrochloride iv เป็นต้นแต่ในพิษจากกัญชา ไม่มี antidote
4. ควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้เหมาะสม
5. รักษาเฉพาะตามสาเหตุ

*ภาวะโคม่าจากการกดระบบประสาทของกัญชามักดีขึ้นได้ใน 1-2 วัน หลังให้การรักษาแบบ supportive and symptomatic

4. การประเมินและการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการอาละวาด

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่กระทำหรือมีพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างรุนแรง ทั้งทางวาจาหรือทางกาย ซึ่งเกิดจากความคับข้องใจ/ไม่สมหวัง/ความโกรธหรือถูกรุกราน อาจแสดงออกกับบุคคลอื่นกับตนเองหรือสิ่งแวดลอม

ตารางที่ 5 การประเมินความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวและแนวทางการรักษา

ระดับ	ก้าวร้าวรุนแรง ต่อตนเอง	ก้าวร้าวรุนแรงต่อ ผู้อื่น	ความรุนแรงต่อ ทรัพย์สิน	แนวทางการรักษา
-------	----------------------------	------------------------------	----------------------------	----------------

1		หยุดหงิดส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความ โกรธหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย	ใช้กิริยาท่าทางและคำพูดช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงด้วยท่าทางเป็นมิตร และไม่อยู่ตามลำพังกับผู้ป่วย, หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วยที่ก้าวร้าว รุนแรง, อยู่ห่างอย่างน้อย 1 ช่วงแขน
2	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม กรีดตัวเองเป็นรอย ขนาดเล็ก	ดื่มน้ำหรือน้ำผลไม้ ใช้คำสกปรก รุนแรง/ แสดงท่าทางคุกคาม	ขว้างปา/เตะ/ทุบ วัตถุหรือสิ่งของ	ยาากิน (Oral medication) ⁸ <u>Haloperidol</u> 0.5 -2 mg โดยอาจพิจารณาให้เพิ่มได้จนถึง 5 mg ในเด็กวัยรุ่น
3	รอยกรีดลึก เลือดออก หรือมีการบาดเจ็บของอวัยวะหรือหมดสติ ฯลฯ	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน	ทำลายของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟ	<u>Risperidone</u> 0.25-0.5 mg โดยอาจพิจารณาให้เพิ่มได้จนถึง 1 mg ในเด็กวัยรุ่น (0.005-0.01mg/kg/dose) <u>Lorazepam</u> 0.5 mg ยาฉีดยา (Parenteral / Intramuscular medication) ⁸ <u>Haloperidol</u> 2.5-5 mg IM(IM ควรเป็น dose ครึ่งหนึ่งของยาากิน 0.55mg/kg/dose) <u>Dormicum</u> 5-15 mg IM ****หรือยาอื่น ๆ ตามการพิจารณาของแพทย์ โดยแพทย์จะเป็นผู้สั่งการรักษา

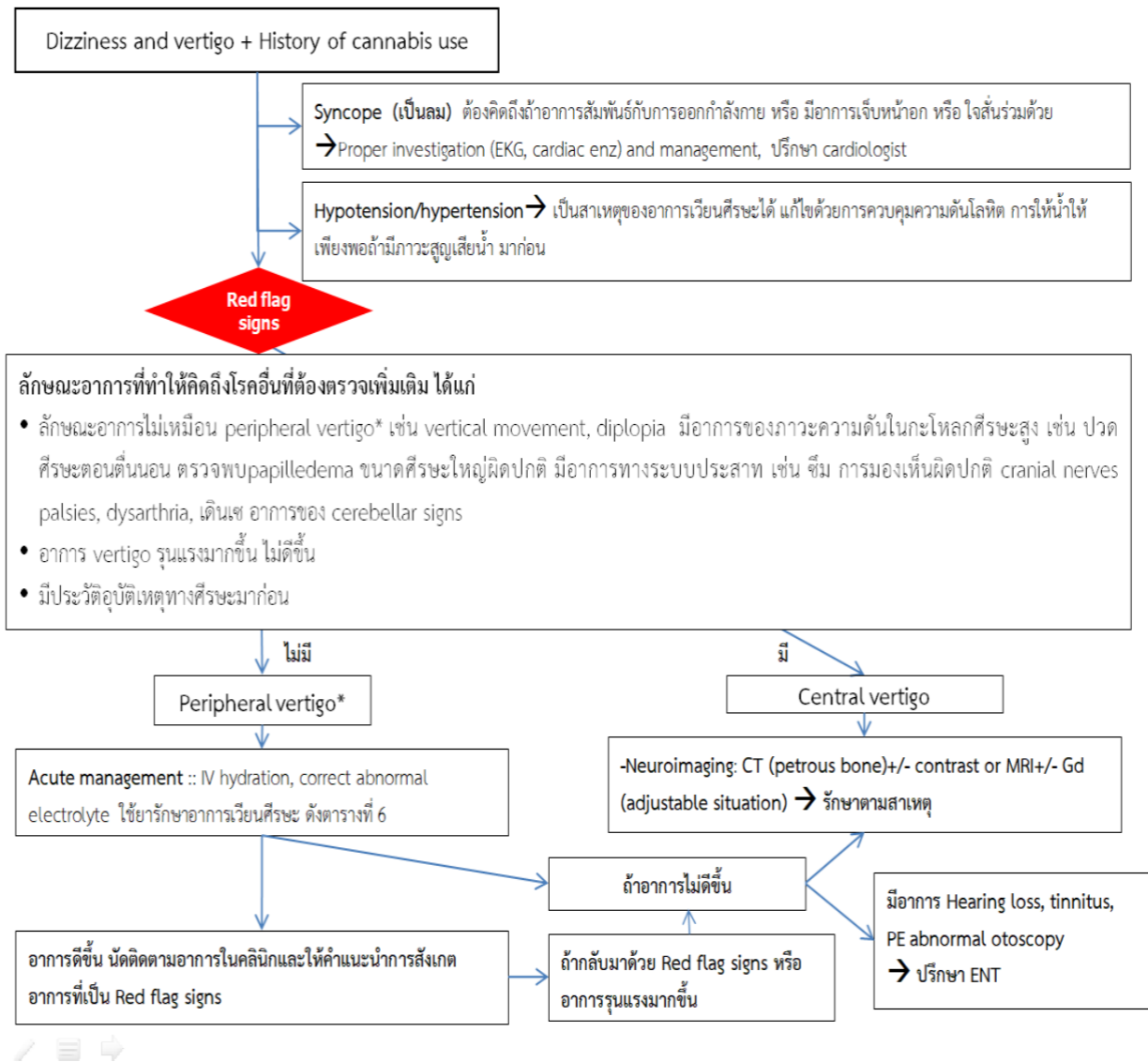
การประเมินผล เมื่อประเมินครบทั้ง 3 ด้านแล้ว ให้ลงระดับความรุนแรงสูงสุดที่ประเมินได้ใน ด้านใดด้านหนึ่งของพฤติกรรมและให้การรักษาดังแนวทางรักษา ดังตารางที่ 5

5. การประเมินและการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการ เวียนศีรษะ บ้านหมุน ^{9,10,11,12}

อาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน (lightheadedness , dizziness, vertigo) เป็นผลข้างเคียงด้านระบบประสาทเฉียบพลันจากภาวะพบค่อนข้างบ่อย ประมาณ 2.8-19% ในเด็กและวัยรุ่น¹ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากกัญชามีฤทธิ์ต่อCB1receptor ใน vestibular nucleus complex (VNC) and granular cell layer of cerebellum ทำให้เกิดอาการ peripheral vertigo การประเมินภาวะเวียนศีรษะ บ้านหมุน ในเด็ก อาจจะยากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากเด็กเล็กไม่สามารถบรรยายอาการได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามการประเมินภาวะนี้ในผู้ป่วย

เด็กที่ได้รับรักษา ก็ต้องคิดถึงโรคอื่นๆ ที่มีความรุนแรงและต้องการการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมไว้ด้วย โดยประเมินตามแนวทางดังภาพที่ 2 และยาที่ใช้รักษาอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุนในเด็ก ดังตารางที่ 6

ภาพที่ 2 แนวทางการประเมินและการรักษาผู้ป่วย dizziness, vertigo จากกัญชา



*Peripheral vertigo: คือ อาการเวียนศีรษะและบ้านหมุนสาเหตุจาก ความผิดปกติของ vestibular apparatus complex ในหูชั้นใน โดยจะมีลักษณะสำคัญ คือ อาการเวียนศีรษะมักจะเป็นมากขึ้นตามการเคลื่อนไหวของศีรษะ (Positional/movement aggravated) และมักมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย การตรวจร่างกายพบ horizontal, rotatory nystagmus, Hallpike-Dix maneuver positive

ตารางที่ 6 ยาที่ใช้รักษาอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุนในเด็ก (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)
Dimenhydrinate
2–6 years: 25–75 mg (Oral).
7–12 years: 25–150 mg (Oral)

1.25 mg/kg/dose IMx 4 times/day maximum 300 mg
Cyproheptadine 2–6 years: 2 mg oral twice daily (max12mg), 7–14 years: 4 mg oral twice daily (max 16 mg)
Promethazine contraindicated in <2year 2–5yrs: 5–7.5 mg.IM 5–10yrs: 7.5–12.5 mg.IM >10 yrs:12.5-25mgIM 2-5yrs: 5mg oral; 5–10 yrs: 10 mg oral; >10 yrs25mg oral q6-8h
Ondansetron 0.1–0.15 mg/kg every 4 h (IV), maxdose 4–8 mg) BW≤10 kg: 2 mg oral twice daily, BW>10 kg: 4 mg oral twice daily (max daily dose 32 mg)

6. การประเมินและการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชัก

คำจำกัดความ อาการชัก (seizure): อาการที่เกิดจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันของการทำงานของเซลล์สมองโดยมีการปลดปล่อยคลื่นไฟฟ้าที่ผิดปกติ (epileptiform activity) ออกมาจากเซลล์สมองจำนวนมากพร้อมๆ กันจากสมองจุดใดจุดหนึ่งหรือทั้งหมดทำให้ผู้ป่วยเกิดการทำงานของร่างกายผิดปกติ โดยการชักที่มีสาเหตุกระตุ้นหรือเกี่ยวเนื่อง มักจะเรียกว่า Acute symptomatic seizure เช่น ยา หรือ สารพิษ ภาวะเมตาบอลิก เป็นต้น^(13,14,15)

แนวทางการรักษา

การดูแลผู้ป่วยขณะชักแบบ generalized tonic clonic, tonic, clonic

- ตรวจทางเดินหายใจว่ามีเศษอาหาร เสมหะ น้ำลายมาอุดตัน ถ้ามีใช้เครื่องดูดเสมหะหรือ syringe ball ตูดออก เปิดทางหายใจให้โล่ง จับตะแคงตัวระวังการสำลัก และสังเกตการหายใจ ถ้ามีปัญหาการหายใจหรือเกิด cyanosis ต้องช่วยกระตุ้นด้วย mask with ambubag
- หลังจากนั้นให้ตรวจชีพจรและความดันโลหิต ถ้ามีภาวะ shock ให้รักษาภาวะ shock ตามสาเหตุ
- ถ้ายังไม่ทราบสาเหตุของการชักให้สารน้ำทางเส้นเลือดโดยใช้ 5% D/NSS/2หรือ 5%NSS rate maintenance และเก็บเลือดเพื่อส่ง blood sugar, electrolyte, calcium ถ้ามีประวัติโรคลมชัก และได้รับยากันชักให้เก็บเลือดเพื่อส่งตรวจหาระดับยากันชักที่ได้รับอยู่ ถ้าพบมีภาวะน้ำตาลต่ำให้ 25% glucose 2 cc/kg IV push โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะหยุดชักได้เองภายใน 5 นาทีนับจาก

seizure onset ถ้าหยุดชักให้ชักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยหาสาเหตุของการชักและรักษาอาการชักตามสาเหตุ

- แต่ถ้าผู้ป่วยยังไม่หยุดชักพิจารณาให้ diazepam 0.2-0.4 mg/kg/dose (max 10 mg/dose) IV หรือ 0.5 mg/kg/dose rectal suppo (กรณีเปิดเส้นไม่ได้และให้ผ่าน extension tube และให้ยาผ่าน extension tube หรือ insulin syring แบบ plastic ลึก 1-2 นิ้ว หลังให้แล้วยกกันและให้بيبรูทวารผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ยาไหล) ประเมินอาการชักหลังให้ยา ประมาณ 5 นาทีหากยังมีอาการชักอยู่ให้ยาซ้ำได้อีก 1 ครั้งและให้ยากันชักชนิดอื่น และให้ observe การหายใจรวมทั้งให้การรักษาแบบ status epilepticus
- ถ้ายังไม่หยุดชักพิจารณาให้ Phenytoin 18-20 mg/kg ผสมใน 0.9% NSS drip (ความเข้มข้นสูงสุดไม่เกิน 10 mg/ml)(อัตราไม่เร็วกว่า 1mg/kg/min) หากประเมินแล้วยังไม่หยุดชักภายใน 20-30นาที พิจารณาให้ Phenytoin 10 mg/kgผสมใน 0.9% NSS drip(total loading dose สูงสุด = 30mg/kg)หรือ phenobarbital 20 mg/kg IVpushซ้ำๆใน 5 นาที สามารถให้ซ้ำได้หากยังไม่หยุดชักในเวลา 20นาที (total loading dose สูงสุด 40mg/kg) หรือ levetiracetam 60 mg/kg over 15 minute หรือ Valproic acid 40 mg/kg over 10-60 minutes (อัตราเร็วไม่เกิน 20 mg/kg/min) หากหยุดชักพิจารณาให้ยามaintenance dose หรือปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ^(16,17)

7. การประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน

การใช้กัญชาสามารถทำให้เกิด stroke ทั้ง intracranial hemorrhage (เลือดออกในสมอง) และ ischemic stroke (สมองขาดเลือดจากเส้นเลือดตีบตัน) โดยพบว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นประมาณ 6.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้

อาการแสดง ได้แก่ แขนขาอ่อนแรง หน้าเขียว พูดไม่ชัด การมองเห็นผิดปกติ เดินเซ ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะ มีอาการชักที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน

กลไกในการเกิด (Pathophysiology)¹⁸

- 1.เกิดจากภาวะ reversible cerebral vasoconstriction¹⁹ ซึ่งเป็นภาวะที่มีการหดตัวของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองอย่างผิดปกติ ทำให้มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงอาจเกิดอาการเหมือน stroke
2. การใช้กัญชาเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดการทำงานของระบบหลอดเลือดสมองที่ผิดปกติได้
3. พบภาวะ Cannabis-related angiopathy ในรายที่มีการใช้กัญชาในปริมาณมาก
4. การใช้กัญชาจะเพิ่ม pro-coagulant effect เช่น THC จะเพิ่ม expression of glycoprotein IIb-IIIa และ P-selectin บนตัวเกล็ดเลือด ส่งผลให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดรวมตัวเป็นกลุ่ม ซึ่งทำให้เกิด arterial ischemic stroke ได้มากขึ้น ซึ่งกลไกนี้พบมากในคนอายุน้อยมากกว่าผู้สูงอายุ

การประเมิน และ การรักษาตามแนวทางการประเมินและการรักษาStroke²⁰

- 1.ประเมินว่าเป็นภาวะเลือดออก หรือ อุดตัน โดยใช้ CT scan สมอง
- 2.พิจารณาหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆในการเกิด stroke

3. ถ้าเป็นจากการอุดตันโดย อาการเกิดภายใน 4.5 ชม. - ประเมินตามข้อบ่งชี้ และไม่มีข้อห้ามของการให้ยา หรือการผ่าตัดพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด rTPA and/or การผ่าตัดเอา clot ออกด้วยการใช้สายสวน endovascular thrombectomy ถ้าอาการเกิดใน 4.5-6 ชม. - พิจารณา endovascular thrombectomy

4. ถ้าอายุน้อยกว่า 2 ปี พิจารณา supportive care และอายุมากกว่า 2 ปี จัดเป็น possibly candidate ในการรักษาด้วยการใช้ละลายลิ่มเลือด (rTPA) หรือการผ่าตัดเอา clot ออกด้วยการใช้สายสวน (Endovascular thrombectomy) หากไม่มีข้อห้ามของการให้ยาหรือการผ่าตัด

ข้อบ่งชี้ในการให้ยา rTPA: อาการเป็นฉับพลัน และเกิดใน 4.5 ชม. มี pedNIHSS >=6 ถึง <=24 และไม่มีข้อห้ามในการให้ยา

ข้อบ่งชี้ทาง imaging: ไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง (intracranial hemorrhage:ICH), sign of ischemia, large vessel occlusion (anterior and posterior circulation)

8. การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันเด็กจากการได้รับพิษจากกัญชาซ้ำ ด้านสิ่งแวดล้อมและผลกระทบของกัญชาแก่ผู้ปกครอง

เนื่องจากผู้ป่วยเด็กได้รับกัญชาได้จากการกินและการสูดดมเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในกรณีเด็กเล็กมักเกิดจากการกินโดยไม่ตั้งใจ เพราะเกิดจากอาหารหรือขนมที่มีส่วนผสมของกัญชาวางไว้ในบ้าน ดังนั้น หากผู้ปกครองนำอาหารที่มีส่วนผสมเข้ามาในบ้าน ควรเก็บให้พ้นมือเด็ก หรือ ไม่ควรปรุงอาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา เนื่องจากอาจเกิดอาการเป็นพิษต่อเด็กได้ โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ทั้งนี้ไม่ควรทำการเสพ สูดดม หรือกินกัญชาให้เด็กเห็นเป็นตัวอย่าง เนื่องจากเด็กยังไม่สามารถแยกแยะได้ว่าสิ่งใดควรใช้หรือไม่ควรใช้ การทำให้เด็กเห็นเป็นเรื่องเคยชิน อาจทำให้เด็กมีพฤติกรรมเลียนแบบได้ ควรให้การเลี้ยงดูด้วยความรัก ความอบอุ่นและเข้าใจ พร้อมทั้งสอนสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมแก่เด็กและเยาวชน

แนวทางการสื่อสารและรับมือหากเด็กอยากลอง/แอบไปลองใช้กัญชา (ภาพที่ 3)

จัดทำโดย 1. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2. ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย

3. ชมรมจิตเวชศาสตร์การเสพติดแห่งประเทศไทย 4. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

1. ฟังเด็กอย่างตั้งใจ
2. ชมความซื่อสัตย์ ตรงไปตรงมา
3. ให้ข้อมูลสั้น กระชับ ครบถ้วน
4. แสดงความหนักแน่น ชัดเจน
5. ถามเด็กว่า เมื่อไม่ได้ลองใช้จะเกิดความรู้สึกอย่างไรและมีผลอะไรตามมา
6. เชื่อมั่นและไวใจในตัวเขา
7. ให้ความมั่นใจและให้เด็กรู้สึกปลอดภัย

ผลกระทบของกัญชาต่อสมองในเด็กทั้งระยะสั้นและระยะยาว^{1,21} (ภาพที่ 4)

ระยะสั้น เช่น ซึม สับสน วุ่นวาย พุดผิดปกติ เดินไม่ตรง ประสาทหลอน อารมณ์หรือพฤติกรรมรุนแรง
อาการทางจิตเวช ชัก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นต้น

ระยะยาว เช่น การเรียนตกลง ความจำไม่ดี ความคิดแย่ง การตัดสินใจควบคุมตัวเองเปลี่ยนไป โรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมเปลี่ยน มีโอกาสติดสารเสพติดชนิดอื่นๆ เป็นต้น

แนวทางการสื่อสารและรับมือเมื่อเด็กอยากลอง/แอบไปลองใช้กัญชา

- 1. ฝึกเด็กเล่น อย่างดีใจ** เมื่อให้เข้าใจว่าเพราะอะไรถึงอยากลอง/กินไปลองไม่พูดมากกว่าๆ ถ้ากลัวหรือดัดจริต และควรให้เด็กเล่นจน
- 2. แสดงความซื่อสัตย์ต่อโปรดมา** ที่บอกความรู้สึกที่แท้จริง 5/บอกเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้น
- 3. ให้อบอุ่น กระทบ ครบถ้วน และหม่า** กับวัยของเด็กกับผลเสียและอันตรายของกัญชาควรมีตัวอย่างเป็นปรตรม เช่น จากข่าว เพื่อให้เด็กเข้าใจ
- 4. แสดงความหนักแน่นชัดเจน** มีที่ด้วย/ไม่พูด/ไม่ต้องการให้เด็กคิดโดยไม่มีอารมณ์และไม่แสดงท่าทีตำหนิหรือ อธิบายว่าทำไมเพราะเป็นอันตรายต่อสมองและสุขภาพจิต สมองยังไม่เจริญเต็มที่ หากเด็กแอบกินว่า ซึ่และเข้าใจว่าทำไมถึงอยากลอง แต่ทำไมเพราะ รักและเป็นห่วง หากเด็กไปลองก็รีบบอกแล้ว ควรให้ได้รับผลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เช่น วงศ์ญาติ/ฝึกทำขนม สักราว เกี่ยวการอภัยด้วยความรุนแรง
- 5. ถามเด็กว่า เมื่อไม่ได้ลองใช้เกิดความรู้สึกและคิดว่าจะมีปัญหาอะไรตามมา** (เช่น เมื่อเป็นไข้กลุ่ม) แล้วช่วยเด็กจัดการความรู้สึกรวมทั้งวางแผนรับมือ/แก้ปัญหาที่คิดว่าน่าจะเกิดขึ้น
- 6. เสริมและใช้ใจในตัวเขา** โดยบอกว่าเราเคยเรียนในวิชาว่าส่วนในสถานการณ์ไหนบ้างและอาจเป็นกรรมธรรม์ด้วยการบอกที่ว่าถ้าเขาทำสิ่งนี้จะได้ใช้โอกาสที่ได้รับจากความรักเรื่องอื่นๆ เช่น เล่นดนตรี กีฬา
- 7. ให้ความยินดีและให้เด็กรู้สึกปลอดภัย** วางใจได้ว่าสุดท้ายไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น...อย่าหนีบอกเราเพราะเราจะช่วยแก้ปัญหา (บอกเล่าว่าถ้าเด็กไม่ลองด้วยความปลอดภัย ไม่ลองเลย หรือ ดัดจริตไปเรื่อยๆ)

*** กรณีคุยกับเด็กและวัยรุ่นบางคนที่เคยลองใช้กัญชามาแล้วแต่ไม่มีอาการที่เป็นผลเสียหรืออันตรายที่เห็นได้ชัด**
ในขณะที่พูดคุย ผู้ใหญ่ควรรับฟังเหตุผลของเขาด้วยท่าทีที่สงบเพื่อแสดงความรู้สึกและประสบการณ์ของวัยรุ่นและหลังจากนั้นให้สอบถามเพิ่มเติมว่าการใช้ที่ไม่เกิดผลเสียที่เห็นในขณะที่ใช้เพราะสมอง ยังไม่เจริญเต็มที่ที่กำลังเจริญเติบโตอยู่ๆ อาจจะ: แรกๆ เหล็กในอาหารจะดูดซึมยากและกินแล้วได้แต่ถ้ากินวันต่อมา ในที่สุดก็อาจจะดูดซึมได้เหมือนของกินทั่วไป และไม่มีอาการอื่นมาเหมือนคนอื่นได้ก็เลย (ทั้งนี้อาจใช้ตัวอย่างหรืออุปมาอุปไมยก็ได้เพื่อทำให้วัยรุ่นเห็นภาพเข้าใจ เช่น โยโย่ซึ่งใช้กัญชา กับผลเสียต่อสมองและสุขภาพ)

*** กรณีวัยรุ่นบางคนอาจใช้ข้ออ้างตัวอย่างขอ โอดอลที่ใช่ กัญชา/สารเสพติดว่า ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ช่วยในการทำงานได้..**
ผู้ใหญ่ควรตอบสนองท่าทีเช่นนี้ ด้วยการชวนคุยชวนคิดและวิเคราะห์รวมทั้งให้หาหลักฐานเมื่ออยู่ในระยะยาวโอดอลเหล่านี้มีชีวิตดำเนินไปอย่างไรยังคงใช้สารเสพติดหรือไม่ และกัญชาและสารเสพติดอื่นทำให้ผลิตผลงานสร้างสรรค์ต่อเมื่อในระยะยาวจริงหรือไม่ อย่างไร-การดื่มทำตามชวนคิดสวนคนในวัยรุ่นเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ได้ด้วยตัวเองผ่านการจัดการข้อหรือข้ออ้างจากผู้ใหญ่เพียงฝ่ายเดียว ซึ่งมีต่อธรรมชาติของพัฒนาการตามวัย และทำให้วัยรุ่นเกิดการต่อต้านได้

ภาพที่ 3 แนวทางการสื่อสารและรับมือหากเด็กอยากลอง/แอบไปลองใช้กัญชา

กัญชา กับ สมุนไพร



สารประกอบในพืชกัญชา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
ที เอช ซี (THC: tetrahydrocannabinol)
มีผลกระทบต่อสมองเด็ก

สามารถเกิดพิษเฉียบพลัน และส่งผลกระทบยาว ทำให้เกิดการเสพติดได้
ห้ามใช้ ในเด็กและวัยรุ่นช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี
ยกเว้น เป็นการใช้ที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิดเท่านั้น

ผู้ปกครองและเด็ก ควรหลีกเลี่ยงการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมกัญชา
เช่น ขนม อาหาร อิมอาจจะส่งผลต่อการเจริญเติบโต
และให้สงสัย ถ้าพบว่ามีอาการดังต่อไปนี้

พิษระยะเฉียบพลัน	ผลกระทบยาวต่อสมองเด็ก
<p>ระบบประสาท</p> <p>เวียนศีรษะ แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ความรู้สึกตัวลดลง สับสน เต้นเซ ชัก กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก อารมณ์แปรปรวน เห็นภาพหลอน</p>	<p>ความคิด ความจำ แย่ลง</p>
<p>ระบบหัวใจ</p> <p>หน้ามืด วูบหมดสติ ใจสั่น แขนขาออก ชีพจรเต้นผิดจังหวะ เหนื่อย หายใจไม่สะดวก ความดันโลหิตสูง</p>	<p>มีเมฆ ปวดหัว สมาธิสั้น</p>
<p>ระบบทางเดินอาหาร</p> <p>คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง</p>	<p>อ่อนล้า เพลียง่าย ง่วงบ่อย</p>
	<p>โรคหลอดเลือดสมอง</p>
	<p>ประสาทหลอน หูแว่ว</p>
	<p>ซึมเศร้า พฤติกรรมเปลี่ยน</p>
	<p>การตัดสินใจควบคุมลดลง</p>

ใช้กัญชาทางการแพทย์ เท่านั้น

ควรใช้กัญชา ประโยชน์เพื่อการรักษาทางการแพทย์และ
เป็นการรักษาทางเลือก ไม่สนับสนุนใช้กัญชา
เพื่อวัตถุประสงค์อื่น ๆ ในเด็กและวัยรุ่น

หนึ่งครอบครัวหนึ่งใจ
One Family One

ประกาศ ณ วันที่ 9 มิถุนายน 2565

ภาพที่ 4 กัญชากับสมองเด็ก

เอกสารอ้างอิง

- 1 Noble MJ, Hedberg K, Hendrickson RG. Acute cannabis toxicity. *Clin Toxicol (Phila)*. 2019;57(8):735-42.
- 2 Association AP. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition: Substance-Related and Addictive Disorders 2013 [cited 2022. 5th [Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 3 Topjian AA, Raymond TT, Atkins D, Chan M, Duff JP, Joyner BL, et al. Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020;142(16_suppl_2):S469-S523
- 4 CJ Lucas, P Galettis, J Schneider The pharmacokinetics and the pharmacodynamics of cannabinoids. *Br J Clin Pharmacol*. 2018 ; 84(11): 2477–2482.
- 5 Chayasirisobhon S. Mechanisms of Action and Pharmacokinetics of Cannabis *Perm J* 2020;25:1-4
- 6 George Sam Wang, Cannabis (marijuana): Acute intoxication (UpToDate, 2022), Retrieved June 24, 2022, from <https://www.uptodate.com/contents/cannabis-marijuana-acute-intoxication/print>
- 7 ภริณี สุวรรณภักดีและชาครินทร์ ณ บางช้าง, “การเปลี่ยนแปลงการรับรู้สติและภาวะโคม่า”, ในเวชปฏิบัติกุมารประสาทวิทยา (กรุงเทพมหานคร: สมาคมกุมารประสาทวิทยา (ประเทศไทย), 2565). หน้า 1-22.
- 8 Gerson R, Malas N, Feuer V, Silver GH, Prasad R, Mroczkowski MM. Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and Adolescents (BETA) in the Emergency
- 9 Viola, P., Marciànò, G., Casarella, A., Pisani, D., Astorina, A., Scarpa, A., Siccardi, E., Basile, E., De Sarro, G., Gallelli, L., et al Pharmacological Treatment of Pediatric Vertigo. *Children* 2022, 9,584.
- 10 K. Devaraja. et al. Vertigo in children; a narrative review of the various causes and their management. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol*. 2018;111:32–38
- 11 Phulka et al. Cannabis related side effects in otolaryngology: a scoping review. *J of Otolaryngol - Head & Neck Surg* 2021;50:56
- 12 M Spector. Acute vestibular effect of marijuana. *Journal of clinical pharmacology*. 1973;13:5-6

- 13 Beghi E, Carpio A, Forsgren L, Hesdorffer DC, Malmgren K, Sander JW, et al. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure. *Epilepsia*. 2010;51(4):671-5
- 14 Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, Rossetti AO, Scheffer IE, Shinnar S, et al. A definition and classification of status epilepticus--Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*. 2015;56(10):1515-23
- 15 Beghi E, Carpio A, Forsgren L, Hesdorffer DC, Malmgren K, Sander JW, et al. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure. *Epilepsia*. 2010;51(4):671-5
- 16 Crawshaw AA, Cock HR. Medical management of status epilepticus: Emergency room to intensive care unit. *Seizure*. 2020;75:145-52
- 17 Trinka E, Leitinger M. Management of Status Epilepticus, Refractory Status Epilepticus, and Super-refractory Status Epilepticus. *Continuum (MinneapMinn)*. 2022;28(2):559-602
- 18 Sang-Ho Choi, et al. Cannabis and cannabinoid biology in stroke. *Stroke* 2019;50(9):2640-2645
- 19 Angel R., Maldonado-Soto, Robert H. Fryer. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome in children : an update. *Seminars in Pediatric Neurology* 2021;40:100936
- 20 Mario Mastrangelo, et al. Acute ischemic stroke in childhood : a comprehensive review. *European Journal of Pediatrics*. 2022;181 :45-58
- 21 Dharmapuri S, Miller K, Klein JD. Marijuana and the Pediatric Population. *Pediatrics*. 2020;146(2):e20192629.