



แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็ก

ที่มีอาการทางระบบประสาทเฉียบพลัน
จากผลข้างเคียงของกัญชา





แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการทางระบบประสาทเฉียบพลัน จากผลข้างเคียงของกัญชา

โดย

สถาบันประสาทวิทยา และ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กรมการแพทย์

วันที่ 7 กรกฎาคม 2565

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการทางระบบประสาทเฉียบพลันจากผลข้างเคียงของกัญชา

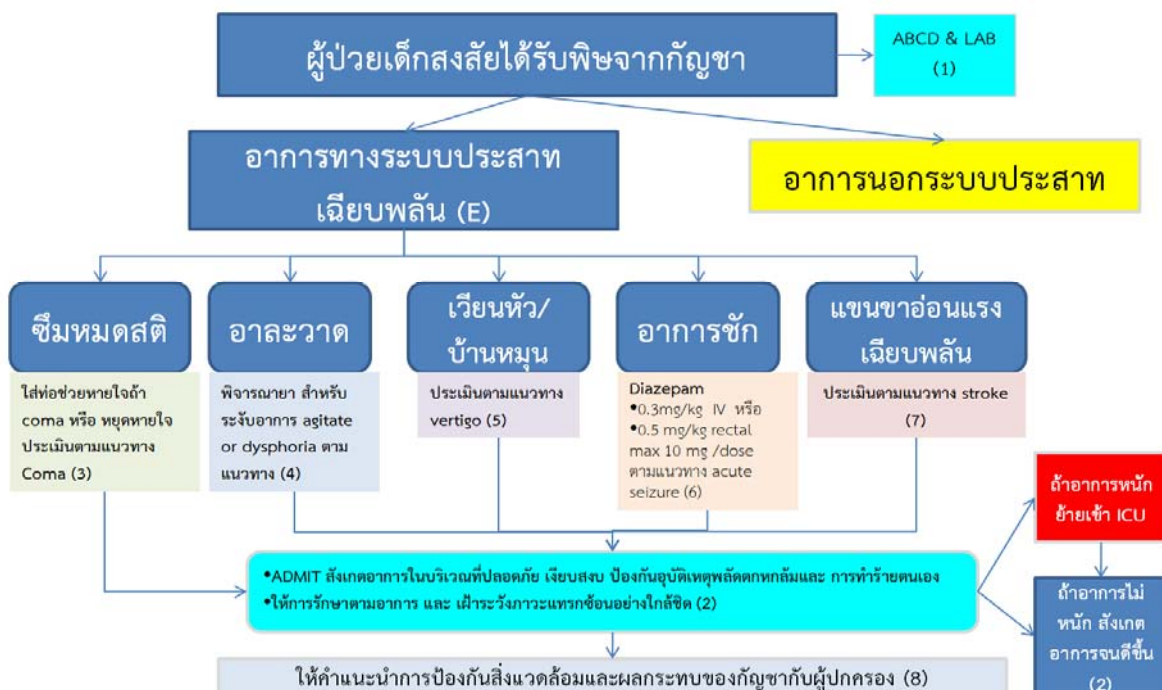
สถาบันประสาทวิทยา และ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์

ความเป็นมา

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

แนวทางนี้จะกล่าวถึงวิธีการประเมินและการดูแลสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีอาการทางระบบประสาทเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของกัญชาที่สำคัญ โดยมีอุบัติการณ์จากการศึกษาในต่างประเทศ¹ เรียงตามลำดับดังนี้ 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>
1. มีอาการหรืออาการแสดงที่เข้าได้กับ <i>ข้อใดข้อหนึ่ง</i> ดังนี้ 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
2. มีอาการหรืออาการแสดง อ้างอิงตาม DSM-V criteria for Cannabis Intoxication ² ดังนี้ 1) มีพฤติกรรม หรืออาการทางจิตเวชเปลี่ยนแปลง ขณะใช้ หรือหลังจากใช้กัญชา 2) มีอาการอย่างน้อย 2 อย่าง ภายใน 2 ชั่วโมงหลังใช้กัญชา โดยที่ไม่มีสาเหตุอื่น - ภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) - เยื่อบุตาขาวแดง (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)● monitor ECG และประเมิน point of care ultrasound (POCUS)● หากผู้ป่วยมีภาวะ Tachy-Brady Arrhythmias ให้ปฏิบัติตาม PALS guideline

4. Decontamination (D)

- พิจารณาหยุดกัญชา หรือ สารประกอบกัญชา
- พิจารณา antidote อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หากมีการใช้ยาหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย

การรักษาเบื้องต้น: ไม่แนะนำให้ล้างท้อง***

ไม่มี antidote สำหรับภาวะพิษจากกัญชา

5. Extra-conditions (E) ทางระบบประสาท การประเมินและการรักษา

อาการหมดสติ - รายละเอียดในข้อ 3

อาการอาละวาด - รายละเอียดในข้อ 4

อาการเวียนหัวบ้านหมุน-รายละเอียดในข้อ 5

อาการชัก-รายละเอียดในข้อ 6

อาการแขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน รายละเอียดในข้อ 7

การส่งตรวจผลทางห้องปฏิบัติการและการส่งตรวจพิเศษ

ควรทำ ECG 12 leads และ ตรวจ capillary blood glucose bedside ในผู้ป่วยทุกราย

- พิจารณาส่งตรวจผลทางห้องปฏิบัติการดังนี้
 - 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
- มองหาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากการได้สารแคนนาบินอยด์ ทั้งด้านระบบประสาทซึ่งจะกล่าวถึงต่อไปเช่น ซึมหมดสติ อาการชัก stroke เป็นต้น และภาวะแทรกซ้อนในอวัยวะอื่นๆ เช่น การหายใจผิดปกติ ตับอักเสบ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ เป็นต้น
- หากอาการหนัก เช่น ซึมมาก ชักรุนแรง สัญญาณชีพไม่คงที่ ให้การรักษาอย่างรวดเร็ว และ ย้ายเข้า ICU
- เฝ้าระวังและสังเกตอาการในโรงพยาบาลจนกว่าอาการจะดีขึ้น 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 ร่วมด้วยควรต้องวินิจฉัยแยกโรคจากโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะโคม่าในเด็กที่พบบ่อยได้แก่^{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 รูปแบบการหายใจ การตรวจจอประสาทตา อาการแสดงของการกระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มสมอง ตรวจหลักฐานการบาดเจ็บของร่างกาย ตรวจหลักฐานการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะในวัยรุ่น เช่น รอยเข็มที่ผิวหนัง หายใจกลิ่นแอลกอฮอล์	การตรวจ mental status (Glasgow Coma Scales:GCS) การตรวจเส้นประสาทสมอง (Cranial nerves), pupil reflex, oculoccephalic/caloric test, corneal reflex, gag reflex การตรวจการตอบสนองของประสาทสั่งการ (Motor response) decorticate/decerebrate posture ตรวจแยกภาวะคล้ายโคม่า เช่น locked-in syndrome, akinetic mutism

การตรวจเพิ่มเติม: ควรพิจารณาหาสาเหตุของภาวะโคม่าในเด็ก หากสงสัยพิษจากกัญชาให้ส่งตรวจหาสารสกัดกัญชาในเลือดและปัสสาวะ และตรวจหาสาเหตุอื่นที่รักษาได้ก่อน เช่น ความผิดปกติทางเมตาบอลิก เช่น

ระดับน้ำตาลในเลือด หรือ อิเล็กโทรไลต์ ค่าก๊าซในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งสารพิษและยาเกินขนาด ในกรณีที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด อาจส่งตรวจอื่นๆ เช่น การเจาะตรวจน้ำไขสันหลัง การตรวจคอมพิวเตอร์สมอง ตามความจำเป็น ขึ้นกับประวัติและการตรวจร่างกายที่สงสัยว่ามีความผิดปกติเหล่านั้นร่วมด้วย

การรักษา:

1. ให้การรักษากรณีฉุกเฉิน โดยหลักการประเมิน A-B-C (airway-breathing-circulation) ให้ออกซิเจน หรือใส่ท่อช่วยหายใจ แบบ rapid sequence endotracheal intubation เมื่อประเมินว่ามีข้อบ่งชี้ เสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจไปจนกว่าผู้ป่วยจะหายใจได้เอง หรือดีขึ้น
2. ให้สารกลูโคส 25% ขนาด 2-4 มล./กก. ทางหลอดเลือดดำ หากพบว่ามึ่ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ
3. กรณีที่มีอาการร่วมอื่น ให้การรักษาไปด้วย เช่น ควบคุมอาการชักในกรณีที่มีอาการชักร่วมด้วย หรือหากสงสัยได้ยาเกินขนาดร่วมด้วย อาจพิจารณาให้ยาแก้พิษ (antidote) ตามที่คิดถึง เช่น ได้รับยากลุ่ม opioid ให้ยา naloxone hydrochloride iv เป็นต้น แต่ในพิษจากกัญชา ไม่มี antidote
4. ควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้เหมาะสม
5. รักษาเฉพาะตามสาเหตุ

*ภาวะโคม่าจากการกดระบบประสาทของกัญชามักดีขึ้นได้ใน 1-2 วัน หลังให้การรักษาแบบ supportive and symptomatic

4. การประเมินและการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการอาละวาด
แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่กระทำหรือมีพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างรุนแรง ทั้งทางวาจาหรือทางกาย ซึ่งเกิดจากความคับข้องใจ/ไม่สมหวัง/ความโกรธหรือถูกระราน อาจแสดงออกกับบุคคลอื่นกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 5 การประเมินความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวและแนวทางการรักษา

ระดับ	ก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง	ก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่น	ความรุนแรงต่อทรัพย์สิน	แนวทางการรักษา
1		หยุดหงิดส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย	ใช้กิริยาท่าทางและคำพูดช่วยทำให้ผู้ป่วยสงบลงด้วยท่าทางเป็นมิตร และไม่อยู่ตามลำพังกับผู้ป่วย, หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วยที่ก้าวร้าวรุนแรง, อยู่ห่างอย่างน้อย 1 ช่วงแขน
2	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม กัดตัวเองเป็นรอย ขนาดเล็ก	ด่าคำหยาบคาย ใช้คำสกปรก รุนแรง/แสดงท่าทางคุกคาม	ขว้างปา/เตะ/ทุบวัตถุหรือสิ่งของ	ยาเกิน (Oral medication) ⁸ Haloperidol 0.5 -2 mg โดยอาจพิจารณาให้เพิ่มได้จนถึง 5 mg ในเด็กวัยรุ่น
3	รอยกัดลึก เลือดออก หรือมีการบาดเจ็บของอวัยวะ	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน	ทำลายของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก หรือสิ่งของที่เป็น	Risperidone 0.25-0.5 mg โดยอาจพิจารณาให้เพิ่มได้จนถึง 1 mg ในเด็กวัยรุ่น (0.005-0.01mg/kg/dose)

หรือหมดสติ ฯลฯ		อันตราย หรือจุดไฟ	Lorazepam 0.5 mg ยาฉีด (Parenteral / Intramuscular medication) ⁸ Haloperidol 2.5-5 mg IM (IM ควรเป็น dose ครั้งหนึ่งของยาเกิน 0.55mg/kg/dose) Dormicum 5-15 mg IM ****หรือ ยาอื่นๆตามการพิจารณาของแพทย์ โดยแพทย์จะเป็นผู้สั่งการรักษา
-------------------	--	-------------------	--

การประเมินผล เมื่อประเมินครบทั้ง 3 ด้านแล้ว ให้ลงระดับความรุนแรงสูงสุดที่ประเมินได้ใน ด้านใดด้าน
หนึ่งของพฤติกรรมและให้การรักษาดังแนวทางรักษา ดังตารางที่ 5

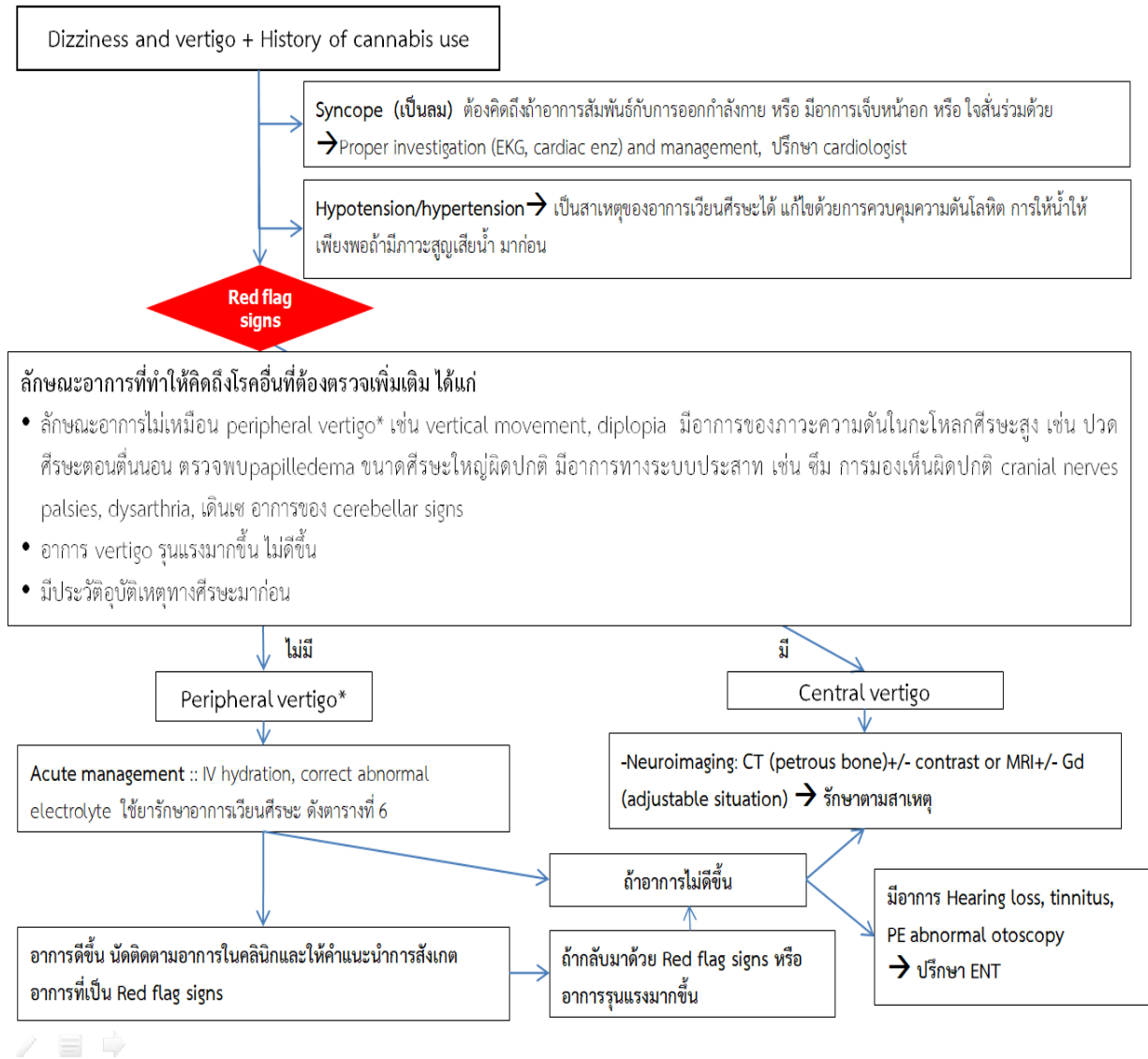
5. การประเมินและการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการ เวียนศีรษะ บ้านหมุน ^{9,10,11,12}

อาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน (lightheadedness , dizziness, vertigo) เป็นผลข้างเคียงด้านระบบ
ประสาทเฉียบพลันจากกัญชาพบค่อนข้างบ่อย ประมาณ 2.8-19% ในเด็กและวัยรุ่น¹ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจาก
กัญชามีฤทธิ์ต่อ CB1 receptor ใน vestibular nucleus complex (VNC) and granular cell layer of
cerebellum ทำให้เกิดอาการ **peripheral vertigo** การประเมินภาวะเวียนศีรษะ บ้านหมุน ในเด็ก อาจจะ
ยากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากเด็กเล็กไม่สามารถบรรยายอาการได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามการประเมินภาวะนี้ในผู้ป่วย
เด็กที่ได้รับกัญชา ก็ต้องคิดถึงโรคอื่นๆ ที่มีความรุนแรงและต้องการการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมไว้ด้วย โดย
ประเมินตามแนวทางดังภาพที่ 2 และยาที่ใช้รักษาอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุนในเด็ก ดังตารางที่ 6

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 (max 12mg), 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 yrs 25mg 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)

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

6. การประเมินและการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการชัก

คำจำกัดความ อาการชัก (seizure): อาการที่เกิดจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันของการทำงานของเซลล์สมองโดยมีการปลดปล่อยคลื่นไฟฟ้าที่ผิดปกติ (epileptiform activity) ออกมาจากเซลล์สมองจำนวนมากพร้อมๆ กันจากสมองจุดใดจุดหนึ่งหรือทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยเกิดการทำงานของร่างกายผิดปกติโดยการชักที่มีสาเหตุกระตุ้นหรือเกี่ยวเนื่อง มักจะเรียกว่า Acute symptomatic seizure เช่น ยาหรือ สารพิษ ภาวะเมตาบอลิก เป็นต้น^(13,14,15)

แนวทางการรักษา

การดูแลผู้ป่วยขณะชักแบบ generalized tonic clonic, tonic, clonic

- ตรวจทางเดินหายใจว่ามีเศษอาหาร เสมหะ น้ำลายมาอุดต้น ถ้ามีใช้เครื่องดูดเสมหะหรือ syringe ball ดูดออก เปิดทางหายใจให้โล่ง จับตะแคงตัวระวังการสำลัก และสังเกตการหายใจ ถ้ามีปัญหาการหายใจหรือเกิด cyanosis ต้องช่วยกระตุ้นด้วย mask with ambu bag
- หลังจากนั้นให้ตรวจชีพจรและความดันโลหิต ถ้ามีภาวะ shock ให้รักษาภาวะ shock ตามสาเหตุ
- ถ้ายังไม่ทราบสาเหตุของการชักให้สารน้ำทางเส้นเลือดโดยใช้ 5% D/NSS/2 หรือ 5%NSS rate maintenance และเก็บเลือดเพื่อส่ง blood sugar, electrolyte, calcium ถ้ามีประวัติโรคลมชักและได้รับยากันชักให้เก็บเลือดเพื่อส่งตรวจหาระดับยากันชักที่ได้รับอยู่ 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 (กรณีเปิดเส้นไม่ได้ โดยให้ยาผ่าน extension tube หรือ insulin syring แบบ plastic ลีท 1-2 นิ้ว หลังให้แล้วยกก้นและให้บิรูทวารผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ยาไหล) 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 20-30 นาที พิจารณาให้ Phenytoin 10 mg/kg ผสมใน 0.9% NSS drip (total loading dose สูงสุด = 30mg/kg) หรือ phenobarbital 20 mg/kg IV push ซ้ำๆ ใน 5 นาที สามารถให้ซ้ำได้หากยังไม่หยุดชักในเวลา 20 นาที (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 หน้าเบี้ยว พูดไม่ชัด การมองเห็นผิดปกติ เดินเซ ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะ มีอาการชักที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน

กลไกในการเกิด (Pathophysiology)¹⁸

1. เกิดจากภาวะ reversible cerebral vasoconstriction¹⁹ ซึ่งเป็นภาวะที่มีการหดตัวของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองอย่างผิดปกติ ทำให้มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง อาจเกิดอาการเหมือน 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 และการรักษาตามแนวทางการประเมินและการรักษา Stroke²⁰

1. ประเมินว่าเป็นภาวะเลือดออก หรือ อุดตัน โดยใช้ CT scan สมอง
 2. พิจารณาหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆในการเกิด stroke
 3. ถ้าเป็นจากการอุดตันโดย อาการเกิดภายใน 4.5 ชม. - ประเมินตามข้อบ่งชี้ และไม่มีข้อห้ามของการใช้ยา หรือการผ่าตัด พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด tPA และ/หรือ การผ่าตัดเอา clot ออกด้วยการใช้สายสวน endovascular thrombectomy ถ้าอาการเกิดใน 4.5-6 ชม. - พิจารณา endovascular thrombectomy
 4. ถ้าอายุน้อยกว่า 2 ปี พิจารณา supportive care และอายุมากกว่า 2 ปี จัดเป็น possible candidate ในการรักษาด้วยการใช้ละลายลิ่มเลือด (tPA) หรือการผ่าตัดเอา clot ออกด้วยการใช้สายสวน (Endovascular thrombectomy) หากไม่มีข้อห้ามของการใช้ยาหรือการผ่าตัด
- ข้อบ่งชี้ในการให้ยา tPA: 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 ควรให้การเลี้ยงดูด้วยความรักความอบอุ่นและเข้าใจ พร้อมทั้งสอนสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมแก่เด็กและเยาวชน

แนวทางการสื่อสารและรับมือหากเด็กอยากลอง/แอบไปลองใช้กัญชา (ภาพที่ 3)

- จัดทำโดย 1. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2. ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย 3. ชมรมจิตเวชศาสตร์การเสพติดแห่งประเทศไทย 4. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์



ภาพที่ 4 กัญชา กับ สมุนไพร

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(16suppl2):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”, ในเวชปฏิบัติ

- กุมารประสาทวิทยา (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. *West J Emerg Med.* 2019 Mar; 20(2): 409–418.
 - 9 Viola, P., Marcianò, 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 Devaraja K. Vertigo in children; a narrative review of the various causes and their management. *Int.J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2018;111:32–38
 - 11 Phulka, J.S., Howlett, J.W. & Hu, A. Cannabis related side effects in otolaryngology: a scoping review. *J of Otolaryngol - Head & Neck Surg.* 2021;50: 56.
 - 12 Spector M. Acute vestibular effect of marijuana. *J. Clin. Pharmacol.* 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. *Semin Pediatr Neurol.* 2021;40:100936
 - 20 Mastrangelo M., Giordo L., Ricciardi GL., et al. Acute ischemic stroke in childhood : a comprehensive review. *Eur J Pediatr.* 2022;181 :45-58
 - 21 Dharmapuri S, Miller K, Klein JD. Marijuana and the Pediatric Population. *Pediatrics.* 2020;146(2):e20192629.

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

ผศ.พิเศษ นพ. ธนินทร์ เวชชาภินันท์
นพ. อติศัย ภัตตาตั้ง
ผศ.พิเศษ พญ.นัยนา ณีชนะนันท์

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

บรรณาธิการ

พญ.อาภาศรี ลุสวัสต์
พญ.ศิโรรัตน์ สุวรรณโชติ

สถาบันประสาทวิทยา
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

คณะผู้เขียน

สถาบันประสาทวิทยา

พญ.อาภาศรี ลุสวัสต์
พญ.ปาณิสรา สุตาจันทร์
พญ.ชนิกานต์ ศรีทธาพร
นพ. อภิมิตร โรจนวัฒน์ศิริเวช

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กุมารประสาทวิทยา
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กุมารประสาทวิทยา
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กุมารประสาทวิทยา
นายแพทย์ชำนาญการ กุมารประสาทวิทยา

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

นพ.สมจิต ศรีอุดมขจร
นพ.กุลเสฏฐ คักดิ์พิชัยสกุล
พญ.ศิโรรัตน์ สุวรรณโชติ
พญ.รชต บุญกรองคักดิ์
พญ. ถิรพร ตั้งจิตติพร
พว.ปรีภาดา สร้างนอก

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กุมารเวชศาสตร์ ประสาทวิทยา
นายแพทย์เชี่ยวชาญ กุมารเวชศาสตร์ ประสาทวิทยา
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กุมารเวชศาสตร์ ประสาทวิทยา
นายแพทย์ชำนาญการ กุมารเวชศาสตร์ ประสาทวิทยา
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานจิตเวช
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล



กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

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

