

แถลงการณ์ จุดยืน (Position Statement) ของสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย  
เรื่อง “การใช้กัญชาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาอนอนไม่หลับ”

1. คุณสมบัติของกัญชาต่อปัญหาอนอนไม่หลับ

สารสกัดกัญชาที่นำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์มี 2 ชนิด คือ สาร delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และสาร cannabidiol (CBD)<sup>1</sup> โดย THC เมื่อเข้าสู่สมองจะจับกับ cannabinoid receptor (CB) ทั้งชนิด CB1 และ CB2 ส่งผลให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และทำให้เกิดความรู้สึกเคลิ้ม<sup>2,3</sup> ซึ่งเป็นฤทธิ์อันพึงประสงค์ในหมู่ผู้เสพกัญชา สาร THC นอกจากทำให้เกิดความผ่อนคลาย ยังส่งผลทำให้การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมเสียไป เกิดอาการประสาทหลอน หรืออาการหลงผิดได้<sup>4</sup> ส่วนสาร CBD มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทน้อยกว่า ออกฤทธิ์จับ cannabinoid receptor ชนิด CB2 มากกว่า ซึ่ง CB2 พบมากในระบบภูมิคุ้มกัน (immune system) และที่ปลายประสาท (peripheral nerve) ทำหน้าที่ antinociception ควบคุมการตอบสนองของภูมิคุ้มกัน และปฏิกิริยาการอักเสบ (cytokines)<sup>5</sup>

ผลต่อการนอนหลับของสารสกัด THC และ CBD พบว่า สาร THC ที่ใช้ในระยสั้น ส่งผลทำให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น เนื่องจากมีฤทธิ์ลดความวิตกกังวล<sup>2,3</sup> แต่ผลในระยะยาว พบว่า THC ทำให้ระยะการนอนหลับได้ในแต่ละคืนลดลง เนื่องจากเกิดภาวะคือยา (tolerance effect) ในส่วนของสาร CBD มีประสิทธิภาพดีกว่า THC โดยพบว่าสาร CBD ช่วยให้ระยะเวลาในการเข้าสู่การนอนหลับ (sleep latency) เร็วขึ้น แต่ถ้าใช้ระยะยาวกลับทำให้คุณภาพของการหลับแย่ลง<sup>6-11</sup> นอกจากนี้การออกฤทธิ์ยังขึ้นกับขนาดของสารที่ใช้ โดยสาร CBD ในขนาดต่ำจะส่งผลกระตุ้นการนอนหลับ ส่วนในขนาดสูงจะช่วยทำให้วงหลับได้ง่ายขึ้น ลดการตื่นตัวขณะหลับ และเพิ่มระยะเวลาในการหลับ<sup>12-14</sup>

ในปัจจุบันงานวิจัยผลของกัญชาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับยังไม่ได้มีการรับรองอย่างเป็นทางการ เนื่องจากผลการวิจัยยังไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน หลายงานวิจัยพบว่า ช่วยส่งเสริมให้การนอนหลับดีขึ้น โดยช่วยให้เข้าสู่การนอนหลับ (sleep latency) ได้เร็วขึ้น ระยะเวลาการนอนหลับ (total sleep time) เพิ่มขึ้น<sup>15</sup> ในขณะที่หลายงานวิจัยพบว่า ทำให้คุณภาพการนอนหลับแย่ลง (poor sleep quality) และไม่สามารถหยุดใช้ได้ เนื่องจากเมื่อหยุดใช้จะเกิดภาวะขาดกัญชา (cannabis withdrawal) ซึ่งจะทำให้การนอนหลับยากขึ้น ประสิทธิภาพการนอนหลับแย่ลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน ส่งผลทำให้ต้องกลับไปใช้กัญชาต่อเนื่อง<sup>6-11</sup> นอกจากนี้งานวิจัยเรื่องกัญชากับการนอนหลับที่มีในปัจจุบัน ยังเป็นงานวิจัยระดับคุณภาพต่ำจนถึงปานกลาง เนื่องจากจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยมีจำนวนน้อย และหลายงานวิจัยยังขาดกลุ่มควบคุม<sup>16</sup>

## 2. ความคิดเห็นต่อการใช้กัญชาต่อปัญหาอนอนไม่หลับ

กัญชามีฤทธิ์ทำให้เสพติดได้ซึ่งเกิดจากฤทธิ์ของสาร THC กัญชาไม่ว่าในรูปแบบใดก็ตาม ยังไม่มีการรับรองว่าสามารถใช้ในการรักษาปัญหาอนอนไม่หลับได้ และยังไม่มียานวิจัยทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานอย่างเพียงพอ ที่สำคัญกัญชามีฤทธิ์รบกวนการทำงานของสมอง อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวชได้

การใช้กัญชาเพื่อช่วยเรื่องการนอนหลับ จึงมีความเสี่ยงที่จะได้รับผลด้านลบมากกว่าผลด้านบวก

### เอกสารอ้างอิง

1. Pacher P, Batkai S, Kunos G. The endocannabinoid system as an emerging target of pharmacotherapy. *Pharmacol Rev.* 2006;58(3):389–462.
2. Feingold D, Weiser M, Rehm J, Lev-Ran S. The association between cannabis use and anxiety disorders: Results from a population-based representative sample. *Eur Neuropsychopharmacol* 2016;26(3):493-505.
3. Crippa JA, Zuardi AW, Martin-Santos R, Bhattacharyya S, Atakan Z, McGuire P, et al. Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Hum Psychopharmacol* 2009;24(7):515-23.
4. Grotenhermen F, Russo E. Cannabis and cannabinoids: pharmacology, toxicology, and therapeutic potential. New York: Haworth Press Inc; 2002.
5. Lynch ME, Ware MA. Cannabinoids for the treatment of chronic non-cancer pain: an updated systematic review of randomized controlled trials. *J NeuroImmune Pharmacol.* 2015;10(2):293–301. This article provided a literature review of research investigating the use of cannabinoids in treating chronic pain.
6. Barratt ES, Beaver W, White R. The effects of marijuana on human sleep patterns. *Biol Psychiatry.* 1974;8(1):47–54.
7. Feinberg I, Jones R, Walker J, Cavness C, Floyd T. Effects of marijuana extract and tetrahydrocannabinol on electroencephalographic sleep patterns. *Clin Pharmacol Ther.* 1976;19(6):782–94.
8. Chait LD. Subjective and behavioral effects of marijuana the morning after smoking. *Psychopharmacology.* 1990;100(3):328–33.
9. Freemon FR. The effect of chronically administered delta-9-tetrahydrocannabinol upon the polygraphically monitored sleep of normal volunteers. *Drug Alcohol Depend.* 1982;10(4):345–53.

10. Karacan I, Fernandez-Salas A, Coggins WJ, Carter WE, Williams RL, Thornby JI, et al. Sleep electroencephalographic-electrooculographic characteristics of chronic marijuana users: part I *Ann N Y Acad Sci.* 1976;282:348–74.
11. Prankoff K, Karacan I, Larson EA, Williams RL, Thornby JI, Hirsch CJ. Effects of marijuana smoking on the sleep EEG. Preliminary studies *JFMA.* 1973;60(3):28–31.
12. Nicholson AN, Turner C, Stone BM, Robson PJ. Effect of Delta-9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol on nocturnal sleep and early morning behavior in young adults. *J Clin Psychopharmacol.* 2004;24(3):305–13.
13. Carlini EA, Cunha JM. Hypnotic and antiepileptic effects of cannabidiol. *J Clin Pharmacol.* 1981;21(8–9 Suppl):417S–27S.
14. Zuardi AW. Cannabidiol: from an inactive cannabinoid to a drug with wide spectrum of action. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(3):271–80.
15. Tringale R, Jensen C. Cannabis and insomnia. *Depression.* 2011;4(12):0–68.
16. Babson KA, Sottile J, Morabito D. Cannabis, Cannabinoids, and Sleep: a Review of the Literature. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(23):1-12

