

สรุปรายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดข้อกำหนดและขอบเขตประเมินเทคโนโลยีและ
นโยบายด้านสุขภาพ

เรื่อง การประเมินความคุ้มค่าการปลูกถ่ายไขกระดูกในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตกลุ่ม

Acute myeloid leukemia – AML เพื่อเปรียบเทียบกับการรักษาโดยยา

ครั้งที่ 1/2551 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2551

ณ ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

1. รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมประชุม

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. ศ.พญ. แสงสุรีย์ จูชา | หน่วยโลหิตวิทยา โรงพยาบาลรามาริบัติ |
| 2. ผศ. พญ. กวิวัฒน์ วีระกุล | สาขาวิชาโลหิตวิทยาและอองโคโลยี
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล |
| 3. รศ.พอ.นพ. วิเชียร มงคลศรีตระกูล | หน่วยโลหิตวิทยา กองอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 4. นพ. วิโรจน์ เหล่าสุนทร | สถาบันมะเร็ง |
| 5. ผศ.นพ. อุดมศักดิ์ บุญวาทศรี | หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 6. ผศ.นพ. สนั่น วิสุทติกิติ | สาขาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล |
| 7. นพ. ชูชัย ศรีธานี | ตัวแทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 8. คุณ วราภรณ์ ศิริเมธา | ตัวแทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |

2. รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้เนื่องจากติดภารกิจ

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. ศ.นพ. ธานินทร์ อินทรกำธรชัย | หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. รศ.นพ. สุภร จันท์จารุณี | หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ |
| 3. นายวิริยา พูนคำ | กลุ่มสวัสดิการข้าราชการกรมบัญชีกลาง |
| 4. นายทวีศรี กิ่งทอง | ตัวแทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |

3. ทีมวิจัยจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 1. ดร.ภญ. อุษมา ฉายเกตุแก้ว | นักวิจัย |
| 2. ภญ. พิศพรณ วิระยั้งยง | นักวิจัย |
| 3. ภญ. ปุณณัฐพร กิ่งแก้ว | นักวิจัย |
| 4. ภญ. พัชรรา ลีพหรรค์ | ผู้ช่วยนักวิจัย |

ตัวแทนโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) กล่าวแนะนำองค์กรและนำเสนอที่มาของการศึกษาวิจัยและขอให้คณะผู้เชี่ยวชาญนำเสนอ (1) สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตกลุ่ม Acute Myeloid Leukemia-AML (2) ข้อดีและข้อเสียของการปลูกถ่ายไขกระดูกเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาโดยยา(3) ประสิทธิภาพการปลูกถ่ายไขกระดูก ของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตกลุ่ม Acute Myeloid Leukemia-AML ในประเทศไทย (4) ปัญหาและอุปสรรคของการปลูกถ่ายไขกระดูกในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตกลุ่ม Acute Myeloid Leukemia-AML ในประเทศไทย

กล่าวโดยสรุปสถานการณ์ปัจจุบันของการปลูกถ่ายไขกระดูก ของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตกลุ่ม Acute Myeloid Leukemia-AML ในประเทศไทย มีดังนี้ คือ

1. ในปัจจุบันโรคมะเร็งโลหิตกลุ่ม Acute Myeloid Leukemia-AML มีค่ารักษาพยาบาลที่สูงมาก ในผู้ป่วยที่รักษาโดยยาเคมีบำบัดค่ารักษาที่มีสัดส่วนสูงมากเป็นค่าของการรักษาแบบประคับประคอง (supportive care) ในขณะที่ค่ายาเคมีบำบัดมีสัดส่วนที่น้อยกว่ามาก นอกจากนี้ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีอัตราการครองเตียงนานในการรักษา ระยะ Induction โดยยาเคมีบำบัดซึ่งผู้ป่วยรายใหม่ทุกคนต้องได้รับการรักษาในระยะนี้
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีโครงการที่เกี่ยวข้องกับการรักษา Lymphoma และ Leukemia บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์แต่ครอบคลุมเฉพาะการรักษาโดยยาเคมีบำบัดเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมถึงการปลูกถ่ายไขกระดูกหรือการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด
3. เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (Clinical research collaboration research : CRCN) ได้มีการวิจัยที่เปรียบเทียบประสิทธิผลการให้ยาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วย AML ในผู้ใหญ่ รวมถึงต้นทุนในการรักษา ผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่าในการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วย AML ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดและการปลูกถ่ายไขกระดูก ข้อมูลของจำนวนผู้ป่วยและต้นทุน ประสิทธิภาพ (Survival rate และ DFS) จาก CRCN สามารถนำไปประกอบการวิจัยได้ แต่ในการศึกษาของ CRCN ไม่ได้รวมผู้ป่วย AML ที่เป็นเด็ก ซึ่งการรักษาแตกต่างผู้ใหญ่ ข้อมูลนี้จำเป็นต้องหาจากแหล่งอื่น และหากจะทำการศึกษาคควรมี Subgroup analysis แยกตามอายุที่น้อยกว่า 15 ปีและมากกว่า 15 ปี
4. ในโรคอื่น ๆ ที่สามารถรักษาได้ด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกและควรนำมาศึกษาเพื่อประเมินความคุ้มค่าควรจะเป็นโรคที่มีคำถามว่าการรักษาแบบใดที่ให้ผลการรักษาที่ดีกว่าระหว่างการปลูกถ่ายไขกระดูกหรือการรักษาแบบอื่นที่นำมาเปรียบเทียบ ผู้เชี่ยวชาญส่วนมากเห็นด้วยกับการศึกษาที่ประเมินความคุ้มค่าของการปลูกถ่ายไขกระดูกในผู้ป่วย AML เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่ยังไม่ทราบว่าการรักษาแบบใดที่ดีทั้งในด้านต้นทุนและประสิทธิผล ต่างจากโรค Aplastic anemia ที่การรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูกเป็นการรักษาที่ให้ผลในการรักษาที่ดีที่สุดและเป็นทางเลือกแรกในการรักษาผู้ป่วยในโรคลักษณะนี้ไม่จำเป็นต้องมีการประเมินความคุ้มค่าในส่วนของโรค Thalassemia ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า เป็นปัญหาที่ใหญ่เกินไป เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีเป็นจำนวนมาก สปสช.อาจจะไม่สามารถครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยได้ทั่วถึงทุกราย
5. การนำเสนอของผู้เชี่ยวชาญเป็นข้อมูลของผู้ป่วยในหน่วยโลหิตวิทยาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและการปลูกถ่ายไขกระดูก โรคที่พบมาก คือ Non Hodgkin's Lymphoma และ AML ประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย AML ทั้งหมด 82 รายซึ่งไม่แยกตามความเสี่ยง พบว่า การให้ยาเคมีบำบัด (Ara-C + Idarubicin: 7+3 regimen) 5-year-survival 23% ในส่วนของประสิทธิผลของการปลูกถ่ายไขกระดูก

ข้อมูล 4 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยประมาณ 100 ราย (รวมทุกโรคแต่ AML มีจำนวนมากที่สุด) ซึ่งสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ พบว่า 5-year-survival ของผู้ป่วย AML 65%

6. ในส่วนข้อมูลของสำนักงานประกันสังคมที่มีการเหมาจ่ายให้แก่ผู้ประกันตนที่เข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูก จำนวน 750,000 บาท ซึ่งทางผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเป็นค่าที่แท้จริง แต่ทางสำนักงานประกันสังคมมีตัวเลขที่ทางโรงพยาบาลรายงานถึงจำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับการรักษาและมีชีวิตรอดหรือเสียชีวิต
7. ชนิดของการปลูกถ่ายไขกระดูกมีหลากหลายทั้ง Autologous หากไม่มีผู้บริจาค Allogeneic หากมีผู้บริจาคที่มี HLA ที่เข้ากันได้กับผู้ป่วย แหล่งของเซลล์ต้นกำเนิด ในผู้ใหญ่นิยมใช้จากกระแสเลือดมากกว่าไขกระดูก ในเด็กใช้จากทั้ง 3 แหล่ง คือ ไขกระดูก กระแสเลือด และจากสายสะดือเด็ก

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. จำนวนของผู้ป่วย AML ทั้งหมดในประเทศไทยยังไม่มีตัวเลขที่แน่นอน ยิ่งไปกว่านั้นตัวเลขแสดงจำนวนผู้ป่วย AML ที่ควรเข้ารับการปลูกถ่ายไขกระดูกยังไม่มีกรรวบรวม และผลแทรกซ้อนที่เกิดหลังการรักษา ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จำเป็นต้องเก็บรวบรวมจากทั้ง 4 สถาบันที่ทำการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก แม้ว่าจะมีผู้ป่วยบางส่วนที่ทำการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแต่เป็นส่วนน้อยเท่านั้น 95% ของผู้ป่วยทั้งหมดมีข้อมูลอยู่ในทั้ง 4 สถาบันของรัฐดังกล่าวข้างต้น และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีข้อมูลจำนวนของผู้ป่วย AML ที่เข้ารับการรักษาโดยยาเคมีบำบัดในระยะ Induction
2. ในการศึกษาที่ทำการเปรียบเทียบควรมีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยและระยะเวลาในการศึกษาให้ชัดเจน รวมถึงการรักษาที่เป็นมาตรฐานในการเปรียบเทียบเนื่องจากการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีทางเลือกในการรักษาที่หลากหลาย
3. การศึกษาต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่การให้ยาเคมีบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะสงบของโรค (Induction therapy) จนกระทั่งการติดตามผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไขกระดูก ยังไม่มีตัวเลขใดที่ใกล้เคียงความเป็นจริง ในส่วนนี้จำเป็นต้องเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลใหม่
4. ในประเทศไทยประสิทธิผลที่ศึกษามีเพียงทางด้านคลินิกแต่ยังขาดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังไม่มีการศึกษาถึงผลระยะยาวของการรักษาผู้ป่วย AML

ทั้งนี้ในขั้นตอนต่อไป ทางนักวิจัย HITAP จะร่างโครงการวิจัย ส่งให้คณะผู้เชี่ยวชาญพิจารณาให้ข้อเสนอแนะอีกครั้ง และสอบถามความต้องการเข้าร่วมในงานวิจัยหรือเสนอชื่อบุคคลที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าเหมาะสมในโครงการดังกล่าว โดยจะส่งโครงการวิจัยให้แก่ผู้เชี่ยวชาญภายในวันที่.....มีนาคม 2551 นี้