

การประชุมผู้เชี่ยวชาญเรื่อง การประเมินความคุ้มค่าของการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม

วันอังคารที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2553 เวลา 9.00-12.00 น.

ณ ห้องประชุม HITAP ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. ศ.ดร.นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ดร.นลินี ศรีพิวง | สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค |
| 3. ผศ.ไกรชาติ ตันตระการอาภา | ภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. ดร.ศุภพร แสงกระจ่าง | กลุ่มงานวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |
| 5. นพ.ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 6. นายสมเกียรติ ท้วมแสง | ศูนย์อ้างอิงทางห้องปฏิบัติการและพิษวิทยา กรมควบคุมโรค |
| 7. ดร.นพ. ยศ ตีระวัฒนานนท์ | หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 8. ญ.จรพร สิริวีโรจน์ | ผู้ช่วยวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 9. ญ.วรัญญา รัตนวิภาพงษ์ | ผู้ช่วยวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

เริ่มประชุมเวลา 09.00 น.

ดร.นพ. ยศ ตีระวัฒนานนท์ หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) นำเสนอที่มาของการประชุมผู้เชี่ยวชาญในครั้งนี้ กล่าวคือ หัวข้อการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรมนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมินเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยให้ประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลกระทบต่องบประมาณ (budget impact) ซึ่ง HITAP และ IHPP เป็นผู้รับผิดชอบเพื่อนำผลการประเมินเสนอคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในเดือนกรกฎาคม สำหรับวัตถุประสงค์ของการประชุมครั้งนี้ เพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของมาตรการและเทคโนโลยีที่ใช้ในประเทศไทยเพื่อแก้ไขปัญหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม และความชัดเจนครบถ้วนของคำถามงานวิจัย รวมทั้งหาแนวทางในการดำเนินการวิจัย

หลังจากนั้น ผศ.ไกรชาติ ตัวแทนกลุ่มผู้เสนอให้นำมาตรการการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรมเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้นำเสนอเหตุผลของการนำเสนอหัวข้อดังกล่าว ซึ่งมีใจความสำคัญโดยสรุปดังนี้ จากการที่คณะทำงานของ ผศ.ไกรชาติได้เข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (HIA) ตามมาตรา 67 วรรค 2 ซึ่งได้ลงพื้นที่สำรวจและพูดคุยกับชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม พบว่าสารอินทรีย์ระเหยง่ายซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพนั้น

มีค่าการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมที่สูงมาก ทางคณะทำงานจึงมีมติร่วมกันว่าควรนำเสนอหัวข้อนี้เพื่อให้ชาวบ้านในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรมได้รับโอกาสและได้รับประโยชน์สูงสุด

ดร.นพ.ยศ นำเสนอประเด็นที่ต้องการระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีใจความสรุปดังนี้

1. นิคมอุตสาหกรรมใดบ้างที่มีผลต่อโรคมะเร็งเลือดขาว นอกจากนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด

ความคิดเห็นของที่ประชุม: นิคมอุตสาหกรรมที่มีโรงงานทำสี ทำเฟอร์นิเจอร์ ouchoomรถ อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ อุตสาหกรรมปิโตรเคมี เช่น นิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง จ.ชลบุรี, นิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จ.ลำพูน, นิคมอุตสาหกรรมนวนคร จ.ปทุมธานี, นิคมอุตสาหกรรมลาดกระบัง, นิคมอุตสาหกรรม จ.สมุทรปราการ และจ.อยุธยา สำหรับจังหวัดระยองมีนิคมอุตสาหกรรมหลายที่และมีเขตประกอบการซึ่งขึ้นกับโรงงานด้วย

2. มีข้อมูลเกี่ยวกับการกำหนดเขตชุมชนรอบอุตสาหกรรมหรือไม่ อย่างไร

ความคิดเห็นของที่ประชุม: โดยทั่วไปกำหนดเขตรอบอุตสาหกรรมที่ 5 กิโลเมตร แต่ในบางพื้นที่ เช่น พื้นที่ที่มีโรงกลั่นน้ำมันที่สูงกว่า 100 เมตร การกระจายของสารพิษอาจไปไกลกว่า 5 กิโลเมตรได้ กรณีของมาบตาพุดปัจจุบันตีกรอบอยู่ที่ 15 กิโลเมตร ซึ่งวิธีการประมาณเกี่ยวกับทิศทางลมนั้นใช้แบบจำลองของประเทศสหรัฐอเมริกาเข้ามาช่วย แต่มีข้อจำกัดของข้อมูลของพารามิเตอร์ในแบบจำลองบางตัวไม่สามารถวัดได้ในประเทศไทย ทำให้ผลลัพธ์ที่ออกมาอาจมีข้อผิดพลาด ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของแบบจำลองซึ่งเรื่องนี้เป็นที่ถกเถียงกันในปัจจุบัน

3. มาตรการหรือเทคโนโลยีที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม

3.1 มาตรการหรือเทคโนโลยีอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ความคิดเห็นของที่ประชุม: ตรวจ CD_4 , CD_8 ซึ่งมีการศึกษาที่รายงานว่า CD_8 มีความไวมากที่สุดในการทำนายว่าจะมีการพัฒนาเป็นโรคมะเร็ง

3.2 หากตรวจพบที่มีการเปลี่ยนแปลงของ CD_8 มีวิธีการอย่างไรในการป้องกันและแก้ไขก่อนที่จะพัฒนาเป็นโรคมะเร็ง

ความคิดเห็นของที่ประชุม:

- 1) ลดขนาดการสัมผัสสาร โดยวิธีที่ดีที่สุด คือ นำบุคคลที่มีความเสี่ยงออกจากสิ่งแวดล้อมเพื่อไม่ให้สัมผัสสารนั้นอีกและถ้าพบว่าสารเหล่านั้นอยู่ในตัวบุคคล (internal source) ต้องไม่ให้สารเหล่านั้นดูดซึมเข้ากระแสเลือด
- 2) ใช้ chemoprotection ซึ่งในปัจจุบันเท่าที่ทราบมี oltipraz[®] โดยกำลังอยู่ในระหว่างการศึกษาวินิจฉัยผลทางคลินิก
- 3) การเฝ้าระวัง (surveillance) เช่น มีการตรวจตัวชี้วัดชีวภาพที่แสดงผลอย่างต่อเนื่อง (serial biomarker of outcome) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก

3.3 ตัวชี้วัดใดที่สามารถตรวจได้ก่อนการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ความคิดเห็นของที่ประชุม: เนื่องจากมีความแตกต่างในการเลือกชนิดของตัวชี้วัด กล่าวคือ ถ้าพิจารณาที่สารเบนซีนจะต้องเน้นที่ตัวชี้วัดชีวภาพของการสัมผัส (biomarker of exposure) แต่หากพิจารณาที่โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะเน้นที่ตัวชี้วัดชีวภาพที่แสดงผล (biomarker of outcome)

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงว่าจะพิจารณาปัญหาของสารเบนซีนหรือเฉพาะโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว แต่ให้สำคัญว่าสิ่งที่จะนำมาศึกษาจะต้องมีมาตรการหรือวิธีการรองรับเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างง่ายที่สุด คุ่มค่าที่สุด และเป็นไปได้จริง

ตัวชี้วัดชีวภาพการสัมผัสในต่างประเทศใช้การตรวจสอบสารเบนซีนในเลือด (blood benzene) ในผู้ที่ทำงานในนิคมอุตสาหกรรม และตรวจสอบสารเบนซีนในปัสสาวะ (urine benzene) ในประชาชนทั่วไป ขณะนี้ประเทศไทยยังไม่มีที่ใดตรวจได้ สามารถทำได้เพียงตรวจหาสารเมตาบอลิท์ของสารเบนซีน คือ *t,t*-MA

ปัญหาของการตรวจวิเคราะห์ที่พบในปัจจุบัน สรุปได้ดังนี้

○ ปัญหาที่พบในขั้นตอนการเตรียมก่อนการตรวจวิเคราะห์ (pre-analytical phase)

- การปนเปื้อนในระหว่างการส่งตรวจ
- การเสื่อมสลายของสารระหว่างส่งตรวจ
- วิธีการเก็บตัวอย่างระหว่างส่งตรวจไม่เหมาะสม
- ระยะเวลาในการเก็บในแต่ละตัวอย่างไม่เท่ากัน
- ความผิดพลาดจากการเขียนฉลากกำกับ

○ ปัญหาที่พบในขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ (analytical phase)

- มาตรฐานการทำตรวจวิเคราะห์ของห้องปฏิบัติการ
 - 1) ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลรัฐบาลส่วนใหญ่ไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการขาดงบประมาณสนับสนุนในการพัฒนาห้องปฏิบัติการให้มีมาตรฐาน และไม่สามารถเรียกเก็บค่าตรวจเพิ่มจากผู้ป่วยได้ ทำให้ผลการตรวจที่ได้ในแต่ละห้องปฏิบัติการได้ค่าที่ต่างกัน
 - 2) โรงพยาบาลรัฐบาลขนาดใหญ่หลายแห่งไม่สามารถตรวจวิเคราะห์สารตัวอย่างที่มีวิธีการตรวจที่ซับซ้อนได้ เนื่องจากไม่ได้ตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีเหล่านี้เป็นเวลานาน เกิดความไม่มั่นใจในความถูกต้อง
 - 3) ปริมาณต่ำสุดที่สามารถตรวจวิเคราะห์ได้ ซึ่งขึ้นกับเทคโนโลยี น้ำยาที่ใช้ตรวจ และความชำนาญของผู้ตรวจวิเคราะห์ ปัญหาคือเทคโนโลยีทุกอย่างเข้ามา ผู้ทำการตรวจวิเคราะห์หากไม่คอยได้ใช้เทคโนโลยีเหล่านั้นจึงไม่มั่นใจในตัวเอง และหากน้ำยาเก่าผลที่ได้จะต่างกับการวิเคราะห์โดยใช้น้ำยาใหม่ ประเด็นที่สำคัญคือถ้ามีการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ที่มีความไวมาก เช่น นาโนเทคโนโลยี หากขั้นตอนการเตรียมก่อนการวิเคราะห์ไม่มีคุณภาพ มีการปนเปื้อนแม้เพียงนิดเดียวก็สามารถทำให้ผลการวิเคราะห์ผิดพลาดได้มาก

- ปัญหาสิ่งรบกวนในการตรวจวิเคราะห์ เช่น sorbic acid ที่เมตาบอลิท์ได้ *t,t*-MA เช่นกัน ซึ่งการตรวจวิเคราะห์จะบอกได้เพียงว่ามีสารสัมผัสสารเบนซีน แต่ไม่สามารถบอกเชิงปริมาณของแหล่งที่มาได้
- ความจำเพาะในวิธีการตรวจตัวชี้วัดชีวภาพที่แสดงผลมีน้อยมาก

○ ปัญหาที่พบในขั้นตอนหลังการตรวจวิเคราะห์ (post-analytical phase)

- เป็นขั้นที่พบปัญหาน้อยที่สุด แต่พบว่าเคยมีปัญหาความเข้าใจผิดจากการที่ผู้ป่วยมีชื่อและนามสกุลที่ซ้ำกัน แต่เป็นคนละเพศ ทำให้แจ้งผลการตรวจผิดคน หรือบางครั้งหากไม่ระมัดระวังอาจเกิดปัญหาผลการตรวจไม่ตรงกับชื่อที่เขียนหน้าของ

3.4 แนวทางแก้ไขปัญหา

ความคิดเห็นของที่ประชุม : ให้ข้อเสนอแนะว่าเพื่อลดระยะเวลาในการส่งตัวอย่างตรวจ ควรจัดให้มีห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานในจังหวัดระยอง อย่างไรก็ตามสำนักจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค มีห้องปฏิบัติการ

อยู่ที่จังหวัดระยอง คือ ศูนย์ชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม จ.ระยอง เนื่องจากความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ประชาชนร้องเรียน การพัฒนาห้องปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพจึงไม่ทันกับสถานการณ์ ซึ่งสามารถตรวจได้เพียง *t,t*-MA ถึงแม้ว่าโรงงานเอกชนจะไม่ยอมรับผลการตรวจนี้ก็ตาม อย่างไรก็ตามในปัจจุบันอยู่ระหว่างการพัฒนาให้สามารถตรวจ S-PMA ซึ่งเป็นสารเมตาบอไลต์ของสารเบนซีนที่มีความแม่นยำมากกว่า *t,t*-MA แต่ข้อจำกัดที่สำคัญคือราคาแพง

3.5 มาตรการหรือวิธีการหลังจากตรวจพบว่ามีสารสัมผัสสาร

ขณะนี้มีการเฝ้าระวังทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยสำนักจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค มีภาคีคือ รพ.ระยองและ รพ.มาบตาพุด จึงจัดทำโครงการตรวจสุขภาพประชาชนประจำปี ในบางครั้งพบว่ามีกรณีงานที่ซ้ำซ้อนกัน ประชาชนหนึ่งคนอาจได้รับการตรวจสุขภาพจากสถานที่มากกว่า 1 แห่ง

อย่างไรก็ตาม การระบุว่าผู้ใดเป็นโรคหรือเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนมาก ผู้วินิจฉัยหรือผู้ให้การรักษาจึงมีความกังวลท่ามกลางความขัดแย้งของคนในชุมชนกับโรงงาน ซึ่งที่ประชุมเห็นว่าที่มิวิจัยจะมองข้ามเรื่องนี้ไม่ได้ หากตรวจพบว่าการสัมผัสสาร ควรระบุให้ชัดว่ามีบุคคลนั้นมีการสัมผัสสารในขนาดต่ำ/สูง ไม่ใช่เป็นบุคคลที่เป็นโรค มิฉะนั้นจะเกิดปัญหาต่างๆตามมาได้ เพราะแต่ละฝ่ายอาจไม่พอใจ กล่าวคือ ถ้าผู้ทำการตรวจระบุว่าไม่ได้มีการสัมผัสสารที่เกิดจากโรงงาน ฝ่ายประชาชนจะไม่พอใจ เนื่องจากฟ้องร้องไม่ได้ ในทางกลับกันหากผู้ทำการตรวจระบุว่าเกิดจากการสัมผัสสารที่เกิดจากโรงงาน ฝ่ายโรงงานจะไม่พอใจได้ ดังนั้น แนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวคือห้องปฏิบัติการต้องได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ จึงจะเกิดความน่าเชื่อถือของผลตรวจ

บทสรุป

ดร. นพ. ยศ ได้กล่าวขอบคุณผู้เชี่ยวชาญและผู้ร่วมประชุมทุกท่าน พร้อมทั้งเสนอแนวทางของของงานวิจัยครั้งนี้ กล่าวคือ จะจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อให้ สปสข. เล็งเห็นต้นทุนทางสุขภาพและต้นทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม ซึ่งในอนาคต สปสข. จะต้องเป็นฝ่ายแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นมากมายมหาศาล รวมถึงเสนอแนวทางแก้ปัญหา เช่น การเฝ้าระวัง หรือการเรียกเก็บค่าสินไหมทดแทนจากโรงงานหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แจ้งที่ประชุมทราบว่าจะมีการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อรายงานผลอีกครั้ง ในวันที่ 2 กรกฎาคม 2553 9.00-12.00 น.

เลิกประชุมเวลา 11.00 น.

ภญ.จรรยา สิริวีโรจน์
ผู้รายงานการประชุม

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์
ผู้ตรวจรายงานการประชุม