

สรุปรายการประชุมผู้เชี่ยวชาญ  
การวิเคราะห์ต้นทุนหรือผลประโยชน์ของการรักษามะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1B  
วันพฤหัสบดีที่ ๒๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.  
ณ ห้องประชุม HITAP ๑ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ  
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ผู้มาประชุม

๑. รศ. นพ.วิชาญ หล่อวิทยา	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒. รศ. นพ.ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย	นายกสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา
๓. ผศ.นพ. อภิชัย วสุรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๔. พญ.ถนอมศิริ สุนทรธรรม	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
๕. พญ. กัญรัตน์ กตัญญู	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖. พญ. ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๗. พญ. สุนนมาลย์ มนัสศิริวิทยา	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๘. น.ส. บุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๙. ดร.นพ. ยศ ตีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๑๐.ดร. ภาณุ นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๑๑.ภญ. คัดนางค์ ไตสงวน	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

พญ. กัญรัตน์ กตัญญู ได้เสนอผลของงานวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์ต้นทุนหรือผลประโยชน์ของการรักษามะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1B” โดยกล่าวถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินงานวิจัย สมมติฐานของงานวิจัย (Assumption) ผลลัพธ์ที่ได้ ข้อจำกัดของงานวิจัย และข้อเสนอแนะ

ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นและผู้วิจัยได้ตอบข้อคิดเห็นดังต่อไปนี้

1. นักวิจัยควรเพิ่มข้อมูลของสัดส่วนมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1B ต่อจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด รวมถึงข้อมูลเบื้องต้นของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลเกี่ยวกับสัดส่วน (proportion) ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ 1B หลังได้รับการผ่าตัดว่าเป็นกลุ่ม aborted RH/LR/IR/HR อย่างไร เนื่องจากสัดส่วนหรือตัวเลขที่ได้จากการทำ literature review นั้นหลังผ่าตัดแล้ว มีผู้ป่วยจำนวนประมาณร้อยละ 60 ที่ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมด้วยรังสีรักษาหรือรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้เชี่ยวชาญคิดว่าในสถานการณ์จริงของผู้ป่วยไทยน่าจะมีจำนวนไม่มากนักที่ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมดังกล่าว นอกจากนี้ตัวเลขที่ได้จากการทำ literature review นั้นเป็นข้อมูลที่ผ่านมาประมาณ 20 ปีแล้ว คิดว่าในปัจจุบันสัดส่วนของผู้ป่วยที่แยกเป็น

1 LR/IR/HR น่าจะเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากมีการ screening เพิ่ม จึงน่าจะทำให้พบผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาด  
2 เล็กลงเพิ่ม

3 • ตรวจสอบหาข้อมูลเพิ่มเติม โดยเฉพาะที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เกี่ยวกับสัดส่วนของผู้ป่วย  
4 มะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1B ต่อจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด รวมถึงสัดส่วนของผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่ม *aborted*  
5 *RH/LR/IR/HR* ว่าเป็นอย่างไร และจะเพิ่มไว้ในส่วนของ *Introduction*

6  
7 2. ผลการศึกษาไม่ได้แยกมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1B เป็น 1B1 และ 1B2 จึงอาจทำให้ผลการศึกษาที่  
8 ออกมาได้เป็นภาพรวม ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะ IB1 การให้รังสีรักษาเพียงอย่างเดียว (RT alone) ก็น่าจะ  
9 เพียงพอ ดังนั้นต้นทุนของรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด (concurrent chemoradiation; CCRT) จึงอาจจะมาก  
10 เกินไปสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ซึ่งรวมถึงผลข้างเคียงที่น่าจะน้อยกว่าด้วย ส่วนในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ IB2  
11 ผู้เชี่ยวชาญคิดว่าน่าจะศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วย CCRT เทียบกับการให้ยาเคมีบำบัดก่อนแล้ว  
12 จึงผ่าตัด (Neoadjuvant Chemotherapy → RH) ซึ่งขณะนี้เป็นที่นิยมทำอยู่ที่คณะแพทยศาสตร์  
13 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลภูมิพล

14 • เนื่องจากข้อมูลทั้งสัดส่วนของผู้ป่วยในกลุ่มต่าง ๆ หลังได้รับ RH รวมถึง *Clinical outcome* ซึ่ง  
15 งานวิจัยนี้ได้เลือกใช้ *5-year disease free survival* นั้นมาจากการศึกษาที่รวมผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ IB  
16 ทั้งหมด นั่นคือไม่ได้มีข้อมูลที่แบ่งสัดส่วนหรือผลการรักษาระหว่างระยะที่ IB1 และ IB2 อย่างชัดเจน ดังนั้น  
17 งานวิจัยนี้จึงไม่สามารถแยกข้อมูลระหว่างมะเร็งปากมดลูกระยะที่ IB1 และ IB2 ออกมาได้ นอกจากนั้นในแง่  
18 ของการให้การรักษาด้วย Neoadjuvant Chemotherapy → RH นั้น ปัจจุบันนี้ในประเทศไทย ยังไม่มีสูตรยา  
19 เคมีบำบัดที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งยาแต่ละชนิดมีความแตกต่างกันมากทั้งการตอบสนอง ต้นทุนของยา รวมถึง  
20 ผลข้างเคียง นอกจากนี้ในปัจจุบันที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลไม่ได้ให้การรักษาด้วยวิธีดังกล่าว จึงไม่  
21 สามารถได้ข้อมูลทั้งต้นทุนและ *Utility* ของผู้ป่วยได้ ซึ่งจะได้เพิ่มเติมไว้ในส่วนของ *discussion*

22  
23 3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเริ่มด้วย CCRT และมีโรคกลับมา และยังคงสามารถรักษาให้หายขาดได้อยู่  
24 อาจเกิดการเป็นโรคกลับคืนมาอีก จึงน่าจะเพิ่มรายละเอียดดังกล่าว

25 • ผู้วิจัยตระหนักว่ามีโอกาสเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวได้ แต่เนื่องจากสัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมี  
26 จำนวนเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ซึ่งสัดส่วนนี้ได้มาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ประชุมเมื่อ 16 มกราคม 2555  
27 นอกจากนี้ได้มีการระบุในสมมติฐาน (*assumption*) ไว้แล้วว่าการศึกษานี้ครอบคลุมเฉพาะผู้ป่วยสามารถรักษา  
28 ให้หายขาดได้เมื่อมีโรคกลับคืนมาและมีชีวิตอยู่โดยไม่มีโรคจนถึงอายุคาดเฉลี่ย

29  
30 4. ผลการวิจัยนี้สะท้อนถึงต้นทุนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาที่แตกต่างกัน 2 อย่าง  
31 สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้เชี่ยวชาญคาดไว้ กล่าวคือถึงแม้การรักษาด้วยการผ่าตัดจะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าแต่ก็ให้ค่าปี  
32 สุขภาพที่มากกว่า ซึ่งการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดนั้นในระยะยาวผู้ป่วยจะยังคงมีผลข้างเคียง  
33 ต่าง ๆ คงอยู่จึงทำให้ค่าปีสุขภาพต่ำกว่า อย่างไรก็ตามการเลือกวิธีการรักษาใดให้ผู้ป่วยนั้นยังขึ้นอยู่กับ  
34 แพทย์มะเร็งนรีเวชเป็นหลักเนื่องจากเป็นผู้วินิจฉัยในเบื้องต้น จึงมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจผ่าตัดมากกว่า

- 1       • ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นได้นแนะนำว่าควรได้มีการประชุมหรือเลือกวิธีการรักษาให้แก่ผู้ป่วยร่วมกันเพื่อให้  
2       ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมมากที่สุด

3

4

5       ปิดประชุมเวลา ๑๐.๓๐ น.

6

7

8

.....

9

พญ. กัญรัตน์ กัตัญญ

10

สรุปการประชุม

11

12

.....

13

ดร. ภาณุ นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร

14

ผู้ตรวจสรุปการประชุม

15

16