

- 22 16. นศภ.วัจนี อมรัชรพงศ์ นักศึกษาฝึกงาน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 23 17. นศภ.รัฐยา รัตนาพันธ์ณรงค์ นักศึกษาฝึกงาน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 24

25 เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

26 คณะวิจัยนำเสนอร่างโครงการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการยา Temozolomide ในผู้ป่วยมะเร็งกัลลีย
27 โอบลาสโตมา (The economic evaluation of Temozolomide for Glioblastoma multiforme) โดยได้รับหัวข้อวิจัย
28 มาจากคณะกรรมการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ข้อมูลที่ได้จาก
29 การศึกษาจะนำเสนอเข้ากับคณะกรรมการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ดังกล่าว เพื่อพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการนำยา
30 temozolomide เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติต่อไป

31 โดยการประชุมวันนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอโครงการศึกษาและปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำข้อคิดเห็นที่ได้ไป
32 ปรับปรุงโครงการศึกษาต่อไป โดยรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการศึกษาดังเอกสารแนบ 1 และ 2
33 จากการประชุม สรุปประเด็นอภิปรายดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

34 **อุบัติการณ์ของโรค**

35 ตัวเลขอุบัติการณ์ของโรคที่นักวิจัยเสนอซึ่งนำมาจากสถาบันมะเร็งแห่งชาตินั้นต่ำกว่าความเป็นจริง อ้างอิงตาม WHO
36 อุตการณ์โรคมะเร็งกลีโอบมา คือ 3 ต่อ 100,000 ประชากร โดยประมาณครึ่งหนึ่งของอุบัติการณ์ดังกล่าว นั่นคือ 1.5 ต่อ
37 100,000 ประชากรในคือโรคมะเร็ง GBM โดยที่ รพ.ศิริราช พบผู้ป่วยมะเร็ง GBM รายใหม่ปีละ 40-50 ราย โดยที่ รพ.
38 จุฬาลงกรณ์ พบน้อยกว่าที่ รพ.ศิริราช ประมาณ 2 ใน 3 โดยประมาณการผู้ป่วยมะเร็ง GBM แต่ละปีจะเท่ากับ 1,000 กว่า
39 ราย และมะเร็งกลีโอบมา จะเท่ากับ 2,000 รายต่อปี

40 โดยปัจจุบัน มุมมองของแพทย์ไทยต่อการรักษาโรคนี้นั้นคือมองว่าไม่สามารถรักษาได้ นอกจากนี้ แพทย์จำนวนไม่น้อยที่ไม่รู้
41 ว่ามีการรักษาด้วยการฉายรังสีและเคมีบำบัด โดยแพทย์เหล่านั้นอาจจะชี้แจงต่อผู้ป่วยว่าไม่ต้องรักษาเพราะว่าอีกไม่นาน
42 อาการก็จะแยกลงอยู่แล้วซึ่งไม่มีประโยชน์ที่จะรักษา ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ก็จะไม่เข้าไปสู่ระบบกระบวนการการรักษา

43 มาตรฐานสำหรับโรค GBM ซึ่งการคำนวณสถิติหากคิดจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่งการรักษาน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีจริง

44 มาก

45 เทคโนโลยีการผ่าตัดและฉายรังสี

46 การผ่าตัดมะเร็ง GBM สามารถทำได้โดยประสาทศัลยแพทย์ (Neurosurgeon) ซึ่งในต่างจังหวัดก็สามารถทำได้ ในกรณีนี้

47 มะเร็งมีขนาดใหญ่หรือเกิดขึ้นในส่วนที่สำคัญของสมอง จำเป็นต้องใช้การผ่าตัดที่ใช้เทคนิคขั้นสูงอาทิ ทำ awake surgery

48 การผ่าตัดดังกล่าวนี้สามารถทำได้เฉพาะที่โรงเรียนแพทย์ สำหรับการฉายรังสีมาตรฐานคือ 60 Gy ใน 30 fraction นั้น

49 โรงพยาบาลในต่างจังหวัดส่วนใหญ่สามารถทำได้

50 กลุ่มประชากร

51 ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้รวมผู้ป่วยมะเร็ง Anaplastic Astrocytoma (AA) ซึ่งเป็นเกรด 3 ของ High grade glioma

52 (HGG) ไว้ด้วยเนื่องจากถือว่าเป็นโรค โดยโรคกลุ่ม HGG ถือเป็นโรคเดียวกันกับ โดยยังไม่พบว่าโรคกลุ่มดังกล่าวมี

53 การตอบสนองต่อการรักษาที่แตกต่างกัน โดยการรักษาโรคมะเร็ง AA มีลักษณะเดียวกับการรักษาโรคมะเร็ง GBM

54 (ทั้งนี้ไม่รวม Anaplastic Oligodendroglioma (AO) เนื่องจากมีแนวทางการรักษาที่แตกต่างไป) และเสนอให้

55 เปลี่ยนชื่อการศึกษาเป็น โครงร่างการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการยา Temozolomide ในผู้ป่วย

56 มะเร็ง High Grade Astrocytoma

57 โดยกลุ่มประชากรสำหรับการศึกษาคือผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-70 ปี ที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการรักษาด้วย

58 ยาเคมีบำบัดอื่นมาก่อน ผู้ป่วยไม่มีการแพร่กระจายของโรค อย่างไรก็ตามไม่จำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องถูกผ่าตัดเนื้องอก

59 ออกไปทั้งหมด ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุให้พิจารณาจากคะแนน performance status

60 เทคโนโลยีทางการแพทย์ทางเลือก

61 การศึกษาให้พิจารณาความคุ้มค่าของการให้ยา temozolomide ร่วมกับการฉายรังสี (concomitant) และ ภายหลังการ
62 ฉายรังสี (adjuvant) เทียบกับการฉายรังสีเพียงอย่างเดียว โดยการให้ยาคือ

63 • ช่วงที่ 1 ให้ยาร่วมกับการฉายรังสี (Concomitant therapy) ให้เท่ากับ 75 มก./m²/วัน เป็นเวลา 42
64 วัน

65 • ช่วงที่ 2 ให้ยาภายหลังการฉายรังสี (Adjuvant therapy) ให้เท่ากับ 150-200 มก./m²/วัน เป็นเวลา 6
66 รอบ (1 รอบ = 28 วัน) และให้ยา 5 วันต่อ 1 รอบ โดยรอบที่ 1 ให้ยาขนาด 150 มก./m²/วัน รอบที่ 2
67 ให้ยาขนาด 200 มก./m²/วัน

68 มีเทคโนโลยีทางการแพทย์อื่นที่ใช้รักษามะเร็งกลุ่มกลิโอมาได้อย่างไรก็ตามที่ประชุมได้อภิปรายแล้วเห็นควรว่าเทคโนโลยี
69 ทางการแพทย์นั้นไม่ใช่ทางเลือกที่เหมาะสมในการนำมาเปรียบเทียบกับยา temozolomide ด้วยเหตุผลดังนี้ 1) ยา
70 Carmustine ซึ่งเป็นยาฉีดมีราคาแพงมาก 2) Carmustine wafer ไม่สามารถทำได้กับผู้ป่วยทุกราย ทำได้กับผู้ป่วยที่ผ่า
71 เนื้อออกออกไปหมดหรือเกือบหมด แล้วเนื้ออกต้องไม่อยู่ในส่วนสำคัญ 3) Lomustine ซึ่งเป็นยากินไม่มีใช้ในประเศ
72 ไทย

73 **เวชปฏิบัติ NCCN**

74 ให้แก้ไขรูปภาพในเอกสารนำเสนอหน้าที่ 17 จาก ไม่ได้ตรวจ เป็น indeterminate (ตรวจแล้วผลไม่ชัดเจน)

75 **ยีนส์ MGMT**

76 ยีนส์ MGMT เป็นทั้ง positive predictive factor สำหรับการรักษา และ positive prognostic โดยจะส่งผู้ป่วยGMB ตรวจ

77 ยีนส์ MGMT ใน 1-5% ของผู้ป่วยมะเร็ง GBM ทั้งหมด ปัจจุบันสามารถตรวจยีนส์นี้ได้ที่ รพ.จุฬาลงกรณ์ฯ โดยมีต้นทุน

78 การตรวจที่ 8,000 บาทต่อหนึ่งการตรวจ การที่ผู้ป่วยมียีนส์ดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคที่ดีและสามารถ

79 ตอบสนองต่อการรักษาได้ดี ทั้งนี้ให้ทีมวิจัยพิจารณาการคำนวณค่าตรวจยีนส์ดังกล่าวลงไปในการศึกษา โดยเปรียบเทียบ

80 ระหว่างให้มีการรักษาผู้ป่วยหลังจากตรวจแล้วพบยีนส์และให้การรักษาผู้ป่วยทุกรายโดยไม่มีการตรวจยีนส์

81 ระยะเวลาการฉายรังสี

82 ปัจจุบันสามารถทำการรักษาโดยฉายรังสีด้วยระยะเวลา 3 สัปดาห์ หรือ 30 Gy (15 fraction) จากแต่เดิม 6 สัปดาห์ หรือ

83 60 Gy (30 fraction) ซึ่งทำให้ต้นทุนการรักษาด้วยการฉายรังสีลดลง เช่นเดียวกับการให้ยาแบบ concomitant ซึ่งจะ

84 ลดลงเช่นเดียวกัน

85 คะแนน Performance status

86 ปัจจุบันในประเทศไทยมีการใช้คะแนน Performance status ทั้ง WHO และ KPS โดยคะแนนระหว่าง WHO และ KPS

87 สามารถคำนวณสลับกันได้

88 Second line treatment

89 ผู้ป่วย recurrent GBM จะมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่แย่มาก โดยปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับ second line

90 ทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย สำหรับในประเทศไทยแนวทางการรักษา second line ที่ใช้กันอยู่ประกอบไปด้วย การ

91 ผ่าตัดซ้ำ การฉายรังสีซ้ำ (re-radiation) การให้เคมีบำบัด TMZ เพิ่ม โดยอาจให้ยาที่ dose สูงขึ้น สำหรับต่างประเทศ

92 second line treatment ที่นิยมกันมากคือยากลุ่ม Nitrosourea โดยตัวที่นิยมมากที่สุดคือ Lomustine นอกจากนี้ ยา

93 Avastin ยังได้รับการรับรองจาก FDA ของสหรัฐฯให้เป็นยา second line โดยในไทยคือ Bevacixumab ที่ได้รับการรับรอง

94 จากคณะกรรมการอาหารและยา

95 การดำเนินงานวิจัยในลำดับต่อไป

- 96 ผู้วิจัยจะนำข้อเสนอที่ได้จากการประชุมนี้ไปปรับปรุงร่างโครงการศึกษาฯ และจะนำร่างโครงการศึกษาฯ เสนอต่อ
- 97 คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2560 และคณะผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญจาก
- 98 รพ.ศิริราช รพ. จุฬาลงกรณ์ และ รพ.รามามา ในการเก็บข้อมูลต้นทุนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ต่อไป
- 99
- 100 ปิดการประชุม เวลา 15.00 น.
- 101
- 102 กิตติพงษ์ ธิบุรณ์บุญญ
- 103
- 104 ผู้บันทึกรายงานการประชุม