



iodized oil fluid injection ตัวนำยาเคมีบำบัดที่ยังแพงเกินไป สำหรับรักษามะเร็งตับชนิดเอชซีซีระยะกลางด้วยวิธี TACE

การรักษามะเร็งตับชนิดเอชซีซีในผู้ป่วยระยะกลางและระยะต้นที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีผ่าตัดได้คือ การใช้รังสีร่วมรักษากับยาเคมีบำบัดที่เรียกว่าวิธี Transarterial Chemoembolization (TACE) โดยใช้สาร iodized oil fluid injection เป็นตัวนำยาเคมีบำบัดไปทำลายก้อนมะเร็งในเนื้อเยื่อตับ แต่ที่ผ่านมาสาร iodized oil fluid injection มีราคาสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันมีการใช้ตัวนำยาเคมีบำบัดชนิดใหม่ คือการใช้สาร drug eluting beads เรียกว่าวิธี DEB-TACE จึงควรมีการประเมินความคุ้มค่าของวิธีการทั้งสองเพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับพิจารณาการรักษาที่เหมาะสมและพิจารณาสาร iodized oil fluid injection เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ ผลการประเมินพบว่ารักษามะเร็งตับชนิดเอชซีซีด้วยวิธีรังสีร่วมรักษาโดยใช้ iodized oil fluid injection เป็นตัวนำยาเคมีบำบัดยังไม่คุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย จึงเสนอให้มีการต่อรองราคาสารดังกล่าว เพื่อให้บรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติได้นอกจากนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเลือก จึงเสนอให้เพิ่มวิธี DEB-TACE เป็นการรักษามาตรฐานอีกวิธีหนึ่งด้วย

การรักษามะเร็งตับชนิดเอชซีซี ในผู้ป่วยระยะกลาง และระยะต้นที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีผ่าตัดได้ด้วยวิธี TACE และ DEB-TACE ยังไม่คุ้มค่า

TACE

ไม่คุ้มค่า

ใช้ iodized oil fluid injection
เป็นตัวนำ

ICER *399,000 บาท/
ปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้น

ภาระงบประมาณ 5 ปี = 4.1
พันล้านบาท

ควรต่อรองราคา
เพื่อเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ
เพื่อให้เป็นวิธีมาตรฐาน

iodized oil fluid injection

DEB-TACE

ไม่คุ้มค่า

ใช้ drug eluting beads
เป็นตัวนำ

ICER* 370,000บาท/
ปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้น

ภาระงบประมาณ 5 ปี = 5.5
พันล้านบาท

เสนอให้เป็นอีกทางเลือก
สำหรับการรักษามาตรฐาน

drug eluting beads

*เกณฑ์ความคุ้มค่า 160,000 บาท/ ปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้น

มะเร็งตับชนิดเฮซซี (HCC) ระยะกลางรักษาอย่างไร

มะเร็งตับชนิดเฮซซี (Hepatocellular carcinoma - HCC) เป็นมะเร็งชนิดปฐมภูมิ เพราะเป็นมะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อตัวเอง แตกต่างจากมะเร็งชนิดทุติยภูมิ ซึ่งเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งที่อวัยวะอื่น ๆ ผู้ที่เสี่ยงเป็นมะเร็งตับชนิดเฮซซีคือ ผู้ป่วยโรคตับแข็ง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคตับแข็ง ซึ่งมีหลากหลายสาเหตุ เช่น การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี และโรคพิษสุราเรื้อรัง

การรักษามะเร็งตับชนิดเฮซซีที่มีหลายวิธีขึ้นอยู่กับระยะของโรค วัตถุประสงค์ของการรักษาคือ ให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค โดยมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี และไม่มีการกลับมาเป็นซ้ำ หรือไม่ให้เกิดภาวะลุกลามของโรคเพิ่มขึ้น มะเร็งตับชนิดเฮซซีแบ่งเป็น (1) ระยะเริ่มต้น สามารถรักษาโดยการผ่าตัดและผู้ป่วยสามารถหายขาดจากโรคได้

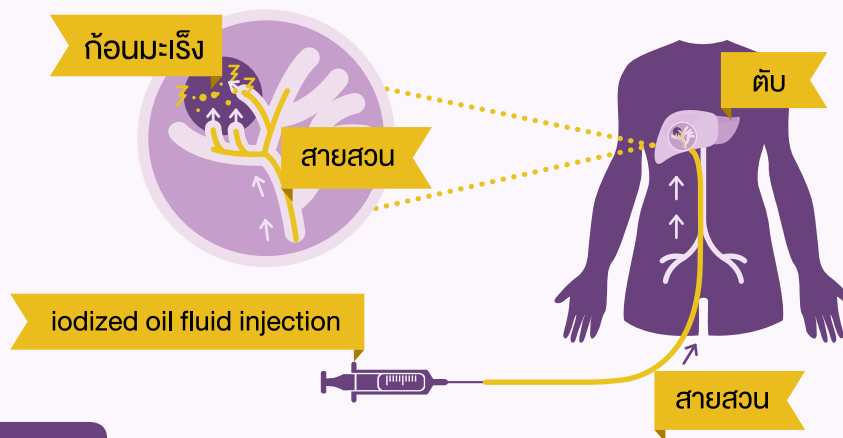
(2) ระยะกลาง รักษาโดยวิธีรังสีร่วมรักษา ได้แก่ วิธี Transarterial Chemoembolization (TACE)

(3) ระยะลุกลาม รักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นการรักษาแบบประคับประคองเพื่อไม่ให้โรคลุกลามมากขึ้น

(4) ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามอาการของโรค

การรักษาด้วยวิธี TACE เป็นการรักษามาตรฐานของมะเร็งตับชนิดเฮซซีระยะกลางหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีผ่าตัดได้ โดยเป็นการฉีดยาเคมีบำบัดที่ผสมกับตัวนำยาเคมีบำบัดผ่านสายสวนไปยังแขนงของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งที่ตับและอุดกั้นหลอดเลือดส่วนนั้นเพื่อให้ยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์ได้เฉพาะที่ iodized oil fluid injection (มีชื่อทางการค้าว่า Lipiodol® Ultra Fluid) ที่ทำหน้าที่เป็นตัวนำยาเคมีบำบัดดังกล่าว ปัจจุบัน iodized oil fluid injection มีราคาสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้วิธี TACE มีราคาสูงขึ้นตามไปด้วย อย่างไรก็ตามยังมีการรักษาวิธีใหม่โดยใช้ drug eluting beads แทน iodized oil fluid injection เรียกว่าวิธี DEB - TACE จึงควรมีการศึกษาความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการรักษามะเร็งตับชนิดเฮซซีด้วยวิธีทั้งสองเพื่อเป็นข้อมูลเลือกวิธีการรักษามะเร็งตับชนิดเฮซซีได้อย่างเหมาะสมและเพื่อพิจารณารายการยาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ

การรักษามะเร็งตับชนิด hepatocellular carcinoma ด้วยวิธี TACE



วิธี TACE คุ้มค่าหรือไม่

การศึกษานี้ใช้วิธีประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของการรักษามะเร็งตับชนิดเฮซซีระยะกลางหรือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งตับระยะต้นที่ไม่สามารถทำการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดได้โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ในมุมมองทางสังคมตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานำมาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัย ทั้งในและต่างประเทศ โดยเปรียบเทียบทางเลือกในการรักษา 3 วิธี คือ

วิธีที่ 1 การรักษาแบบประคับประคองซึ่งเป็นตัวเปรียบเทียบ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยตามอาการของโรค

วิธีที่ 2 การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธี TACE โดยใช้ iodized oil fluid injection

วิธีที่ 3 การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธี DEB -TACE โดยใช้ drug eluting beads

ค่าที่ได้จากการศึกษาคือ ต้นทุนรวมและประสิทธิภาพรวมของผู้ป่วยในแต่ละทางเลือก จากนั้นนำมาคำนวณค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ซึ่งเป็นเกณฑ์วัดความคุ้มค่าในการคัดเลือกยาเพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยในประเทศไทยมีเพดานความคุ้มค่าที่ 160,000 บาท ต่อปีสุขภาพะที่เพิ่มขึ้น

วิธี TACE ที่ใช้ iodized oil fluid injection ยังไม่คุ้มค่า

การศึกษาพบว่าวิธี TACE ที่ใช้ iodized oil fluid injection และ drug eluting beads ยังไม่คุ้มค่าตามเกณฑ์ความคุ้มค่าในบริบทประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบประคับประคอง โดยมีค่า ICER เท่ากับ 399,000 และ 370,000 บาทต่อปีภาวะสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ และมีงบประมาณใน 5 ปีแรกเป็นต้นทุนค่าหัตถการ เท่ากับ 4.1 พันล้านบาท และ 5.5 พันล้านบาท ตามลำดับ อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยวิธี DEB - TACE อาจเป็นทางเลือกในการรักษาได้ในกรณีที่ราคา ยา iodized oil fluid injection มีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต แต่การรักษาด้วยวิธี DEB - TACE ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากจำนวนบุคลากรทางการแพทย์มีความชำนาญในการรักษาด้วยวิธีนี้ยังมีน้อย

เปรียบเทียบค่า ICER ในมุมมองทางสังคม และงบประมาณ 5 ปี ในมุมมองของผู้ให้บริการ

การรักษาแบบต่าง ๆ / งบประมาณ	การรักษาแบบ ประคับประคอง	การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธี TACE	
		ใช้ iodized oil fluid injection	ใช้ drug eluting beads
ความคุ้มค่า ICER*	ตัวเปรียบเทียบ	ไม่คุ้มค่า	
		399,000 บาท/ ต่อปี สูงกว่าที่เพิ่มขึ้น	370,000 บาท/ต่อปี สูงกว่าที่เพิ่มขึ้น
ต้นทุนการรักษาผู้ป่วย 1 คน			
 ค่ายา		13,000 บาท	33,500 บาท
 ค่าหัตถการ TACE		39,700 บาท	39,800 บาท
ค่ารักษา และติดตามโรค	43,100 บาท	577,000 บาท	641,000 บาท
 ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน การมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย			
ต้นทุนตลอดชีพ	43,100 บาท	629,500 บาท	714,600 บาท
งบประมาณ 5 ปีแรก ในมุมมองของผู้ให้บริการในการรักษาผู้ป่วยทั่วประเทศ			
 งบประมาณ 5 ปี	760 ล้านบาท	10,200 ล้านบาท	11,700 ล้านบาท
 งบประมาณค่าหัตถการ TACE ใน 5 ปีแรกของการรักษาคนไข้ ทั่วประเทศ	-	4,100 ล้านบาท	5,500 ล้านบาท

*เพดานความคุ้มค่าอยู่ที่ค่า ICER ไม่เกิน 160,000 บาทต่อปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้น

1. T. Kluhuprema Pa, H. Sriplung, S Wiangnon, S. Sangrajrang Cancer in Thailand Volume VII 2007-2009. 2013.
2. Venook AP, Papandreou C, Furuse J, de Guevara LL. The incidence and epidemiology of hepatocellular carcinoma: a global and regional perspective. *The oncologist*. 2010;15 Suppl 4:5-13.
3. Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology (Baltimore, Md)*. 2011;53(3):1020-2.
4. Llovet JM, Real MI, Montana X, Planas R, Coll S, Aponte J, et al. Arterial embolisation or chemoembolisation versus symptomatic treatment in patients with unresectable hepatocellular carcinoma: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2002;359(9319):1734-9.
5. Lo CM, Ngan H, Tso WK, Liu CL, Lam CM, Poon RT, et al. Randomized controlled trial of transarterial lipiodol chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma. *Hepatology (Baltimore, Md)*. 2002;35(5):1164-71.

