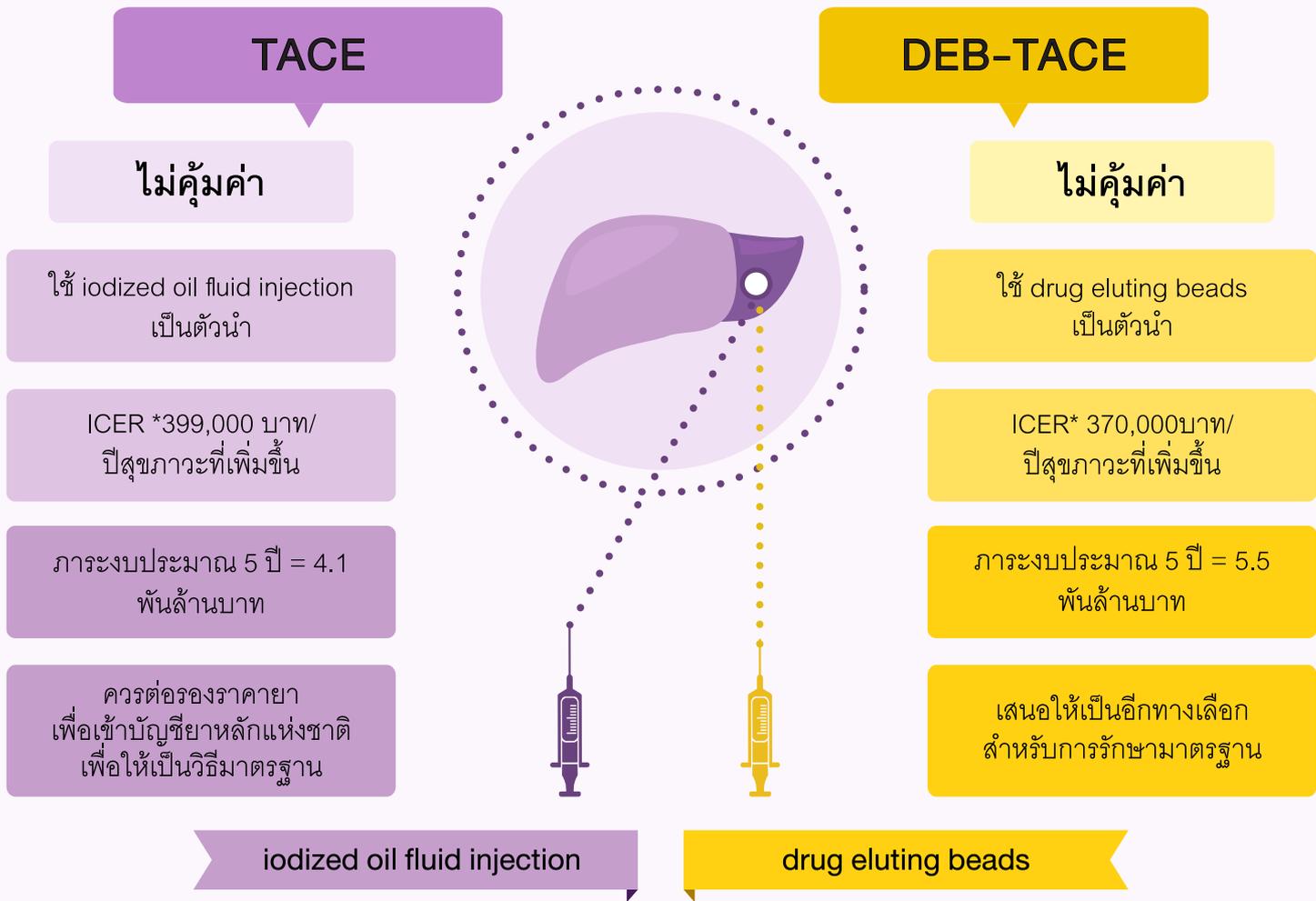




iodized oil fluid injection ตัวนำยาเคมีบำบัดที่ยังแพงเกินไป สำหรับรักษามะเร็งตับชนิดเอชซีซีระยะกลางด้วยวิธี TACE

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

การรักษามะเร็งตับชนิดเอชซีซี ในผู้ป่วยระยะกลาง และระยะต้นที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีผ่าตัดได้ด้วยวิธี TACE และ DEB-TACE ยังไม่คุ้มค่า



*เกณฑ์ความคุ้มค่า 160,000 บาท/ปีสุขภาพะที่เพิ่มขึ้น

มะเร็งตับชนิดเอชซีซี (HCC) ระยะกลางรักษาอย่างไร

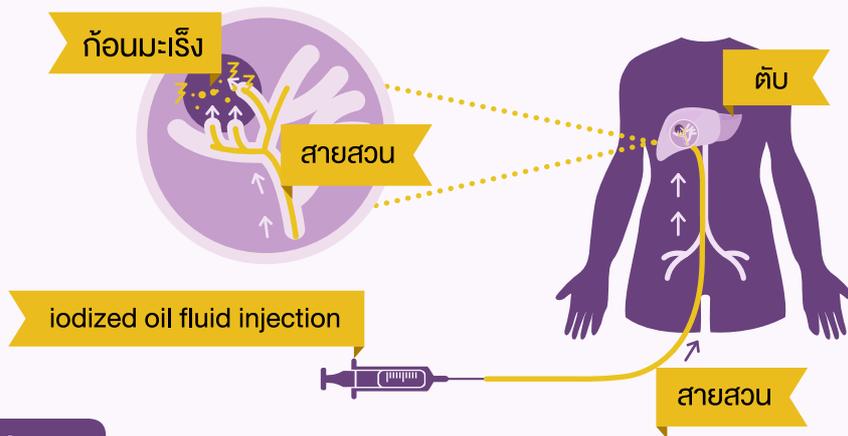
มะเร็งตับชนิดเอชซีซี (Hepatocellular carcinoma - HCC) เป็นมะเร็งตับชนิดปฐมภูมิ เพราะเป็นมะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อตัวเอง แตกต่างจากมะเร็งตับชนิดทุติยภูมิ ซึ่งเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งที่อวัยวะอื่น ๆ ผู้ที่เสี่ยงเป็นมะเร็งตับชนิดเอชซีซีคือ ผู้ป่วยโรคตับแข็ง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคตับแข็ง ซึ่งมีหลากหลายสาเหตุ เช่น การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และโรคพิษสุราเรื้อรัง

การรักษามะเร็งตับชนิดเอชซีซีที่มีหลายวิธีขึ้นอยู่กับระยะของโรค วัตถุประสงค์ของการรักษาคือ ให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค โดยมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี และไม่มีอาการกลับมาเป็นซ้ำ หรือไม่ให้เกิดภาวะลุกลามของโรคเพิ่มขึ้น มะเร็งตับชนิดเอชซีซีแบ่งเป็น

- (1) ระยะเริ่มต้น สามารถรักษาโดยการผ่าตัดและผู้ป่วยสามารถหายขาดจากโรคได้
- (2) ระยะกลาง รักษาโดยวิธีรังสีร่วมรักษา ได้แก่ วิธี Transarterial Chemoembolization (TACE)
- (3) ระยะลุกลาม รักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นการรักษาแบบประคับประคองเพื่อไม่ให้โรคลุกลามมากขึ้น
- (4) ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามอาการของโรค

การรักษาด้วยวิธี TACE เป็นการรักษามาตรฐานของมะเร็งตับชนิดเอชซีซีระยะกลางหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีผ่าตัดได้ 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 จึงควรมีการศึกษาความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการรักษามะเร็งตับชนิดเอชซีซีด้วยวิธีทั้งสองเพื่อเป็นข้อมูลเลือกวิธีการรักษามะเร็งตับชนิดเอชซีซีได้อย่างเหมาะสมและเพื่อพิจารณารายการยาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ

การรักษา:มะเร็งตับชนิด hepatocellular carcinoma ด้วยวิธี TACE



วิธี TACE คุ้มค่าหรือไม่

การศึกษานี้ใช้วิธีประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของการรักษามะเร็งตับชนิดเอชซีซีระยะกลางหรือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งตับระยะต้นที่ไม่สามารถทำการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดได้โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ในมุมมองทางสังคมตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานำมาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัย ทั้งในและต่างประเทศ โดยเปรียบเทียบทางเลือกในการรักษา 3 วิธี คือ

- วิธีที่ 1** การรักษาแบบประคับประคองซึ่งเป็นตัวเปรียบเทียบ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยตามอาการของโรค
- วิธีที่ 2** การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธี TACE โดยการใช้ iodized oil fluid injection
- วิธีที่ 3** การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธี DEB -TACE โดยการใช้ drug eluting beads

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

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 บาทต่อปีภาวะสุขภาพะที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ 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	การรักษาแบบประคับประคอง	การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธี TACE	
		ใช้ iodized oil fluid injection	ใช้ drug eluting beads
ความคุ้มค่า ICER*	ตัวเปรียบเทียบ	ไม่คุ้มค่า	
		399,000 บาท/ ต่อปี ภาวะที่เพิ่มขึ้น	370,000 บาท/ต่อปี ภาวะที่เพิ่มขึ้น
ต้นทุนการรักษารวม 1 คน			
 ค่ายา		13,000 บาท	33,500 บาท
 ค่าหัตถการ TACE		39,700 บาท	39,800 บาท
 ค่ารักษา และติดตามโรค ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน การมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย	43,100 บาท	577,000 บาท	641,000 บาท
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 บาทต่อปีภาวะสุขภาพะที่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติควรพิจารณาต่อรองราคา ยา iodized oil fluid injection หากต้องการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ
2. แม้การรักษาด้วยวิธี TACE ทั้งสองแบบจะไม่คุ้มค่า แต่หากต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและมีชีวิตยืนยาวขึ้น ควรมีการกำหนดเกณฑ์การรักษาเฉพาะกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยมะเร็งตับชนิดเอชซีที่ระยะกลางหรือระยะต้นที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีผ่าตัดได้สามารถรักษาด้วยวิธี TACE ที่ใช้ iodized oil fluid injection เป็นการรักษามาตรฐานและให้วิธี DEB -TACE เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. T. Khuhaprema 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.

ผู้เขียน



ภญ.ศตวรรษ มณีอ่อน
ฝ่ายเภสัชกรรม
โรงพยาบาลศิริราช

ติดตามรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้ <http://www.hitap.net/research/24212>

เอกสารนี้เป็นส่วนหนึ่งงานวิจัยเรื่องการประเมินความคุ้มค่าของการใช้ Gadoxetic acid (Primovist) ในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งตับ (Hepatocellular Carcinoma) ด้วยเครื่องแม่เหล็กไฟฟ้า โดย ภญ.ศตวรรษ มณีอ่อน ผศ. ดร. ภญ.อุษา ฉายเกล็ดแก้ว ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

-  หน่วยงานที่สนใจรับ Policy Brief ฉบับพิมพ์ สมักรับได้ที่ comm@hitap.net โดยระบุอีเมลเพื่อจัดส่ง
-  ท่านที่สนใจรับเป็นรายบุคคล สมักรับสำเนาอิเล็กทรอนิกส์ (ไฟล์ PDF) ได้ที่ comm@hitap.net โดยระบุอีเมลเพื่อจัดส่ง
-  ดาวน์โหลดฉบับ PDF และ Policy Brief เล่มอื่น ๆ ได้ที่ www.hitap.net

HITAP เป็นองค์กรวิจัยกึ่งอิสระภายใต้สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและเป็นส่วนหนึ่งของโครงการเมธีวิจัยอาวุโส สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มีพันธกิจหลักคือ ศึกษาผลกระทบทั้งบวกและลบจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านนโยบายของภาครัฐ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ส่วนในระดับชาติโดยเฉพาะในประเทศไทยกำลังพัฒนา HITAP เน้นการพัฒนาศักยภาพให้ประเทศเหล่านั้นสามารถทำประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพด้วยตนเอง

ติดต่อ:
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์: 02-591-8161, 02-590-4375 และ 02-590-4549
โทรสาร: 02-590-4374 และ 02-590-4363
อีเมล: support@hitap.net
เว็บไซต์: www.hitap.net



งานนี้ได้รับอนุญาตภายใต้
ครีเอทีฟคอมมอนส์ แสดงที่มา
ไม่ใช่เพื่อการค้า ไม่ดัดแปลง



HITAP-THAILAND



HITAP_THAI



HITAP THAI



HITAP.NET

