

Target Therapy ความก้าวหน้าในการรักษามะเร็ง โอกาสที่คนไทยจะเข้าถึงยาได้อย่างไร?

ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงกนกนอมศรี ศรีชัยกุล พ.บ M.Sc.Med (Penn)

พ.บ กิตติมศักดิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2547, นักวิจัยดีเด่นแห่งชาติ 2544, รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล ปีบวชนว 2548

มะเร็งเป็นโรคที่น่าสะพรึงกลัว ผู้ป่วยที่ได้รับคำบอกเล่าว่าเป็นมะเร็งนั้นน้อยคนนักที่จะรับทราบความจริงได้ส่วนใหญ่ว่ารู้สึกเหมือนถูกตัดลีนประหารชีวิต อย่างไรก็ตาม การรักษาโรคมะเร็งนั้นได้พัฒนามาตลอดตั้งแต่มีการรักษาน้อยมากจนถึงยาเคมีบำบัดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ร่วมกับการใช้รังสีรักษา การผ่าตัด ตลอดจนการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาวยิ่งขึ้น โดยใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพสามารถทำงานเลี้ยงดูครอบครัว ใช้ชีวิตเป็นประโยชน์ต่อสังคมได้ในระยะหนึ่ง ในบางรายก็สามารถหายขาดจากโรคนี้ได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะกลับเป็นใหม่ในระยะเวลา 1-5 ปี ตามลักษณะของโรคและการรักษา การกลับเป็นใหม่ของโรคนี้เป็นสิ่งที่ทำความโศกเศร้าแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ผู้รักษา

Target Therapy

ยุคของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในการรักษามะเร็งโดยเฉพาะมะเร็งระบบเลือดซึ่งเป็นตัวนำร่อง เริ่มต้นประมาณปี ค.ศ. 1995 เป็นยุคของการรักษาแบบใหม่ซึ่งทำให้ได้ผลดีมากขึ้น โดยการใช้ยาหรือสารสังเคราะห์จำพวก Target therapy กลไกสำคัญของการออกฤทธิ์ คือการใช้ยาหรือสารดังกล่าวจับเฉพาะที่เซลล์มะเร็ง ตำแหน่งที่จับนั้นอาจแบ่งเป็น 2 ที่ กล่าวคือ

1. การจับของยาคือของเซลล์ โดยใช้ monoclonal antibody จับกับ antigen ที่ผิว ทำให้เซลล์มะเร็งถูกทำลายง่าย

ขึ้น monoclonal antibody ตัวแรกที่ใช้คือ MABTHERA หรือ Rituximab⁽¹⁾ (anti CD20) รักษา มะเร็งระบบน้ำเหลืองได้ผลดีมาก โดยเฉพาะ Diffuse large cell non-Hodgkin's lymphoma (NHL) และ low grade NHL เนื่องจากมะเร็ง NHL ทั้ง 2 ชนิดนี้พบในปัจจุบันมากที่สุดกว่าร้อยละ 50 ของ NHL ทั้งหมด ทำให้อัตราการหายขาดจากโรคนี้นั้นมีไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จากการศึกษาเพิ่มเติมเปรียบเทียบผลของการใช้ยานี้ร่วมกับเคมีบำบัด เปรียบเทียบการใช้ยาเคมีบำบัดขนาดสูงแล้วตามด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก (Hematopoietic stem cells transplantation) หลังได้ complete remission ปรากฏว่าผลจากการใช้ Rituximab ร่วมกับเคมีบำบัดดีกว่า โดยผู้ป่วยหยุดยาได้และมีชีวิตยืนยาวเกิน 5 ปี

2. การใช้ยาปรับ DNA หรือ gene ที่ก่อให้เกิดมะเร็ง ทำให้มะเร็งหยุดยั้งการเจริญเติบโต มียาหลายกลุ่มใช้รักษาหลายโรค กล่าวคือ

- 2.1 ยาที่ใช้รักษา chronic myeloid leukemia (CML) ได้แก่ imatinib (Gleevec) กลไกที่ยาออกฤทธิ์คือ ทำลาย fusion ของ gene BCR-ABL ซึ่งทำให้เกิดเป็น gene complex ที่ผิดปกติมีฤทธิ์กระตุ้นการแบ่งตัวขยายตัวของเซลล์ระบบ myeloid จนเกิดเป็น CML ขึ้น ยาตัวนี้เป็นยาตัวแรก ซึ่งได้ผลดีมาก ปรากฏว่าทำให้ผู้ป่วย CML เข้า complete remission อย่างน้อยๆ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมดและมีชีวิตยืนยาวนานเกือบ 10 ปี ในระยะโรคสงบ⁽²⁾



แต่มีข้อเสียคือ ไม่สามารถหยุดยาได้ เพราะถ้าหยุดยาโรคจะกำเริบทันที

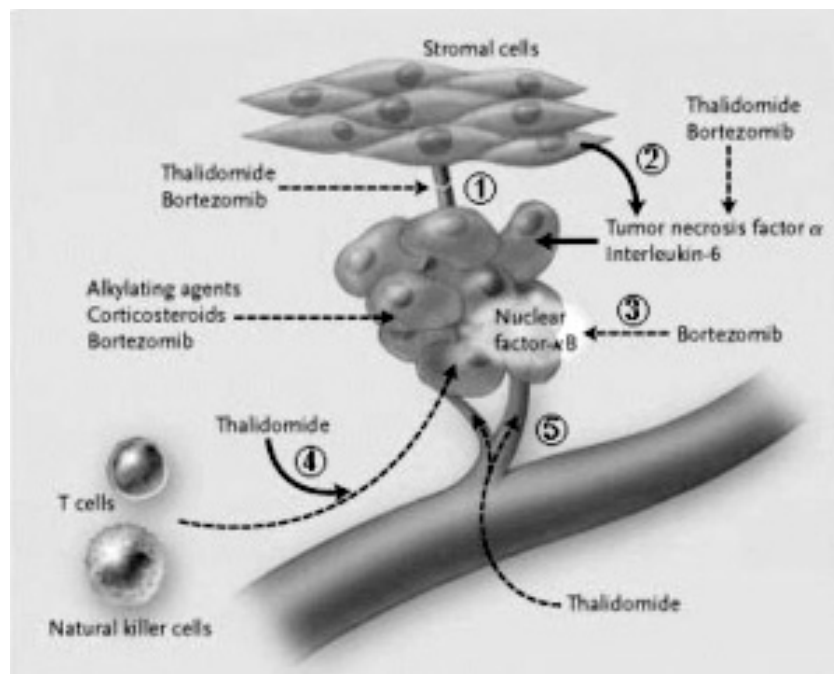
2.2 ยารักษา myelodysplastic syndrome (MDS)

กลุ่ม high risk ซึ่งใกล้จะกลายเป็น acute leukemia ได้แก่ กลุ่ม DNA-targeted hypomethylation⁽³⁾ สามารถหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ในระยะใกล้เป็นมะเร็ง โดยปรับการทำงานของ DNA เพื่อทำให้เกิด cell differentiation หยุดยั้ง proliferation และเกิด apoptosis ปัจจุบันมียา 2 ตัว ตัวแรกคือ azacitidine (5-aza-cytidine)⁽⁴⁾ และ decitabine (5-aza 2 deoxycytidine)⁽⁵⁾ ซึ่งพัฒนามาจากตัวแรกและได้ผลดีกว่า azacitidine หรือการใช้วิธีเดิมคือเคมีบำบัดและการรักษาประคับประคอง ปรากฏว่ายาในกลุ่ม Target therapy สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสงบได้มากกว่า โดยมีผลข้างเคียงน้อยกว่า และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่า สำหรับยา cytidine นั้นจากการศึกษาต่อมาสามารถรักษา acute myeloid leukemia ในคนแก่โดยทำให้โรคเข้าระยะสงบ ประมาณร้อยละ 24 ของผู้ป่วย มี median survival ประมาณ 7.7 เดือน⁽⁶⁾ ข้อดีของยานี้คือมีผลข้างเคียงน้อยมาก และทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอย่างมีคุณภาพ

2.3 ยารักษา multiple myeloma⁽⁷⁻⁹⁾ ออกฤทธิ์หลาย

ตำแหน่ง เช่น ออกฤทธิ์ห้าม protease⁽⁷⁾, ปรับ immune system โดยเฉพาะกด cytokine TNF α , ตัดทอนการเชื่อมโยงระหว่าง stroma cell ที่ไปกระตุ้นเซลล์มะเร็ง และห้าม angiogenesis ปัจจุบันมียาอยู่ 3 ตัว คือ Bortezomib⁽⁷⁾ (Velcade), Thalidomide⁽⁸⁾ และ Lenalidomide⁽⁹⁾ สำหรับ Velcade นี้มีฤทธิ์ห้าม protease และฤทธิ์อื่นๆ ดังที่กล่าวแล้ว (รูปที่ 1) ปรากฏว่ายากลุ่มนี้ได้ผลดีมาก สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ complete remission และมีชีวิตยืนยาวต่อไปอย่างมีความสุขและมีคุณภาพ แต่ข้อเสียของยากลุ่มนี้คือเมื่อโรคเข้าระยะสงบแล้วหยุดยาก็มักจะกำเริบ มีผลข้างเคียงคือ neuropathy, hypercoagulability ได้

เนื่องจากยาทั้งหมดที่กล่าวมานี้มีราคาแพงมาก คนธรรมดาไม่สามารถจะใช้จ่ายเหล่านี้ไปได้ตลอดชีวิต ดังนั้นจึงมีการศึกษาการปลูกถ่ายไขกระดูกหลังจากโรคสงบลง เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคโดยไม่ต้องใช้ยาที่มีราคาแพงเหล่านี้ ปรากฏว่าในผู้ป่วย CML ที่ใช้ Gleevec แล้วเข้าสู่ภาวะ remission การปลูกถ่ายไขกระดูกได้ผลไม่สู้ดี จึงแนะนำให้ใช้ยาไปตลอดชีวิต⁽²⁾ ถ้า relapse ก็ใช้ยาอื่นที่มี



รูปที่ 1 กลไกการออกฤทธิ์ของยา Target therapy (Bortezomib และ Thalidomide) รักษาโรค multiple myeloma (ดัดแปลงจาก Kyle RA, et al)

- 1) ตำแหน่งที่ขัดขวางการกระตุ้นของ stromal cells และเซลล์มะเร็ง
- 2) การกด cytokine (TNF α , IL6 ถูกกดทำให้เซลล์มะเร็งไม่เจริญเติบโต)
- 3) Nuclear factor B ถูกกดโดย Bortezomib
- 4) Thalidomide ขัดขวาง T cells และ NK cell ไม่ให้กระตุ้นเซลล์มะเร็ง
- 5) ลด angiogenesis

ประสิทธิภาพดีกว่าแต่ราคาแพงกว่า ส่วนในกลุ่ม MDS และ multiple myeloma นั้นยังอยู่ในระหว่างศึกษา ที่มีผู้ศึกษาไว้มากคือ ผู้ป่วย multiple myeloma ซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ผลจากการปลูกถ่ายไขกระดูกจึงอาจไม่ด้นัก ดังนั้นจึงมีแนวโน้มว่าผู้ป่วย multiple myeloma อาจต้องใช้ยาไปตลอดชีวิต⁽⁹⁾ ส่วน MDS นั้นเนื่องจากเป็นโรคในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกมักจะไม่ได้ผลด้นัก ดังนั้นผู้ป่วยอาจต้องใช้ยาไปตลอดชีวิตจนกว่าจะ relapse

ปัจจุบันมียา Target therapy รักษามะเร็งหลายชนิด แต่เนื่องจากผู้เขียนเป็น hematologist จึงมีความรู้ร้น้อย และไม่ขอกล่าวรายละเอียด นอกจากเท่าที่ได้มีโอกาสขอความรู้จาก oncologist ปรากฏว่าผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ เมื่อใช้ target therapy ถ้าอาการดีขึ้น หรือได้ remission ก็คงต้องใช้ยาดังกล่าวต่อเนื่องไปตลอด

ความสำเร็จในการรักษามะเร็ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพและอาจหายขาดได้เป็นจุดก้าวหน้าอันสูงสุดในการแพทย์ เป็นความปลาบปลื้มสำหรับแพทย์ที่ทำการรักษา เป็นความสุขอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว นับว่าเป็นกุศโลบายยิ่งต่อเพื่อนมนุษย์ได้ อย่างไรก็ตามในโลกนี้มีได้มีสิ่งใดที่ได้มาง่ายๆ อุปสรรคต่างๆ ย่อมมีอยู่ ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาแก้ไข ให้เข้าภาวะสมดุลย์

อุปสรรคในการใช้ยา Target therapy ในคนไทย

1. ราคายาที่ใช้แพงมาก ตั้งแต่ MABTHERA ที่รักษา NHL แต่ถึงยี่ห้อดีที่สามารถหยุดยาดได้ในระยะอันสมควร แม้กระนั้นยานี้ก็ได้เข้าถึงคนไทยทุกคน เพราะรัฐบาลไม่สามารถแบกรับภาระดังกล่าวได้ คงสามารถให้ความคุ้มครองภายใต้เงื่อนไขทางการแพทย์และประเภทของบุคลากรที่รัฐพิจารณาให้ได้รับความคุ้มครองเท่านั้น

มาถึยา Glivec ซึ่งใช้อย่างต่ำๆ วันละ 6 เม็ด (เม็ดละ 1,000 บาท) และใช้ตลอดชีวิต รัฐจะเอาเงินที่ไหนมาจ่ายได้? ปัจจุบันผู้ป่วยบัตรทองได้รับความเอื้อเฟื้อจากมูลนิธิแมกซ์ ซึ่งมีโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งนานาชาติให้ใช้ยา Glivec ได้โดยอาจมีการตกลงกับบริษัทเจ้าของยาให้เหมาะสม สำหรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ อาจรวมทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐด้วยจะได้รับความคุ้มครองจากรัฐภายใต้เงื่อนไขการพิจารณาของกรรมการแพทย์ ประชาชนซึ่งอยู่ในระบบประกันสังคม ซึ่งจ่ายเงินไว้ล่วงหน้าด้วยความหวังว่าเมื่อป่วยจะได้รับการดูแลที่ดี แต่เมื่อป่วยเป็น CML ก็ไม่ได้รับยา Glivec เพราะทางประกันสังคมจะเก็ยให้โรงพยาบาลเป็น

ผู้รับผิดชอบ ซึ่งทางโรงพยาบาลแบกรับภาระไม่ไหว ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ได้รับยารักษาพิเศษนี้ คงได้ยาเคมีบำบัด คือ hydroxyurea ซึ่งรักษากันมานานและสามารถทำให้เข้า remission ได้ในระยะเวลาหนึ่งโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควร ถ้ามีโอกาสปลูกถ่ายไขกระดูกก็อาจหายได้ในบางราย ซึ่งอันนี้เป็นวิธีที่แพทย์ใช้รักษา CML ในสมัยก่อนมียา Glivec ใช้และเป็นวิธีที่มีประโยชน์เพราะผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเข้าระยะโรคสงบและเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกได้สำเร็จ ทำให้โรคอยู่ในระยะสงบไปได้นาน จนอาจหายขาดได้

ยากลุ่มที่รักษา MDS คือ azacitidine และ cytidine, และยากลุ่มที่ใช้รักษา myeloma คือ Velcade และ Talidomide ผู้ป่วยที่ได้รับการคุ้มครองคือเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งรัฐต้องดูแลทั้งนี้โดยการพิจารณาของกรรมการแพทย์ในการใช้ยา ผู้ป่วยกลุ่มอื่นไม่ได้รับการรักษา เพราะยาราคาแพงมาก นอกจากจะเป็นมหาเศรษฐี หรือได้รับความช่วยเหลือจากมูลนิธิแมกซ์ในระดับหนึ่งเท่านั้น

สรุปแล้วคนไทยที่มีโอกาสเข้าถึงการรักษาด้วยยา Target therapy มีจำนวนน้อยมาก

2. รัฐจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยดังกล่าว (แม้จะเป็นกลุ่มน้อย) เป็นจำนวนมิใช่น้อยในแต่ละปี นอกจากนั้นยังมียาประเภทอื่นๆ ซึ่งมีราคาแพงมากมิใช่น้อย เช่น ยาทางหัวใจ, ยากันลิ่มเลือด ประเทศไทยมิใช่ประเทศร่ำรวย ดังนั้นในระยะหลังเมื่ออยู่ในสภาพใกล้ล้มละลาย เพราะต้องใช้ยาราคาแพงมาก ร่วมกับการเบิกจ่ายเงินไม่รัดกุมมีทางรั่วไหลมาก รัฐจึงพยายามตัดทอนยาที่จ่ายให้ในบัญชียาหลักให้น้อยลง จนผู้ที่อาศัยใบบุญของรัฐเกิดความเดือดร้อน สุภษิต โไทยนั้นมิว่า “ยามดีใช้ ยามไข้รักษา” แต่ปัจจุบันสุภษิตนี้ใช้ไม่ได้สำหรับบุคลากรของรัฐซึ่งใช้ชีวิตในการรับใช้รัฐมาตลอดทั้งนี้เพราะรัฐบาลขาดแคลนงบประมาณ และคงจะล้มละลายลงสักวันหนึ่งเนื่องจากการใช้เงินอย่างขาดระบบ ฟุ่มเฟือย มีการรั่วไหลตลอดเวลาโดยรัฐแก้ไขไม่ถูกจุด การใช้เงินของรัฐอย่างฟุ่มเฟือยนี้พิจารณาแล้วส่วนใหญ่มาจากฝ่ายการเมือง ซึ่งเป็นฝ่ายริเริ่มซึ่งไม่เกี่ยวกับการแพทย์ แต่ก็มีผลกระทบต่อการใช้งบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาล - การสาธารณสุขอย่างมากโครงการใหญ่ซึ่งริเริ่มนี้ราษฎรก็ได้มีส่วนรู้เห็นด้วย

ดังนั้นการดูแลสุขภาพของคนไทยจึงอยู่ในสภาพล้มเหลว ยุ่งเหยิง ประชาชนได้รับประโยชน์ไม่สมกับเจตจำนงที่วางไว้



การแก้ไข

เราจะแก้ไขอย่างไร เพื่อให้คนไทยได้รับการรักษาโดยเข้าถึงยาที่ดีที่สุด โดยเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจของประเทศ? ก่อนอื่นเราควรจะต้องทราบความจริงต่างๆ ต่อไปนี้ และพยายามแก้ไขโดยการร่วมมือกันจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

1. ยาต่าง ๆ ที่ได้กล่าวข้างต้น ราคาแพงมาก เพราะเป็นค่าลิขสิทธิ์ในการค้นคว้า และเป็นระบบ monopoly ความจริงบริษัทยาข้ามชาติเหล่านี้ควรจรรู้จักพอในการค้ากำไรกับความเจ็บไข้ของเพื่อนมนุษย์ แต่นานี้ดังกล่าวถูกปิดบังด้วยความโลภที่เกินพอ ราคาขายที่ตั้งไว้จึงสูงมากเกินกว่าความเป็นจริง ถ้าเมื่อไรระบบ monopoly หดไป ราคาขายก็จะถูกลง ระยะเวลาที่มีลิขสิทธิ์คุ้มครองยาควรลดลง ราคาควรคิดให้เหมาะสมเพื่อประเทศที่กำลังพัฒนาจะได้มีโอกาสใช้ยาเหล่านี้ได้

2. ประเทศอินเดียและประเทศจีน ผลิตยาราคาแพงใช้เองมานานแล้ว และได้ผลดีด้วย รวมทั้งยา Talidomide ผลิตขายเม็ดละ 100 มก. ราคาเม็ดละ 50 บาท (ยา original ซึ่ง อย.รับมาใช้ในประเทศไทยเวลานี้ราคาแพงมาก กล่าวคือ ยาหนึ่งเม็ด (50 มก.) ราคาเท่ากับ 800+ บาท สำหรับยา Glivec ผู้เขียนไม่มีรายละเอียด แต่เชื่อว่าราคาถูกกว่ายาจากบริษัทข้ามชาติไม่ต่ำกว่า 10 เท่า ประชากรของประเทศดังกล่าวจึงเข้าถึงยารักษาโรคได้ ผู้เขียนเคยใช้ Talidomide ผลิตจากประเทศอินเดียซึ่งผู้ป่วยขนขวายหามาเอง ในขณะที่เมืองไทยยังไม่มียานี้รักษาโรค MM ปัจจุบันผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่หลังได้รับการรักษา และอยู่ในภาวะโรคสงบเต็มที่ เป็นเวลานานถึง 6 ปี และเท่าที่ทราบยาดังนี้ไม่มีลิขสิทธิ์ ทางอย.น่าจะศึกษาข้อมูลเพื่อพิจารณาใช้ทดแทนยาชนิดเดียวกันซึ่งมีราคาแพงมหาศาล

3. องค์การอาหารและยา (อย.) ของกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่พิจารณาจัดหายาที่มีประสิทธิภาพ ราคาเหมาะสมกับฐานะของประเทศไทย เพื่อให้คนไทยส่วนใหญ่ได้เข้าถึงยา การทำงานขององค์การอาหารและยาควรประสานกับแพทย์ สมาคมวิชาชีพ เพื่อให้ได้ประโยชน์เต็มที่ คือได้ยาคุณภาพดี ราคาไม่แพงเป็นที่ทราบกันดีว่าผู้รับผิดชอบอย. ของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ส่วนใหญ่เป็นแพทย์หรือเภสัชกร ซึ่งควรคำนึงถึงความรับผิดชอบ ทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด โดยคิดถึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง ความสุขสบายของตนเป็นสิ่งรองลงมา รวมทั้งแพทย์ซึ่งมีความภาคภูมิใจในการใช้ยาทันสมัยที่มีประสิทธิภาพดีมาก ก็ควรมีวิจารณ์

รอบด้าน มิใช่ใช้แต่ยาอย่างเดียว ถ้าเรารู้จักคิดถึงประโยชน์ส่วนรวมและผู้ได้รับผิดชอบทุกฝ่ายทำหน้าที่ให้ดีที่สุด ประชาชนไทยจะเข้าถึงยาได้มากขึ้น สงวนเงินของรัฐบาลไว้ใช้ในสิ่งที่จำเป็นต่อไป

4. องค์การเภสัชกรรมไทย ซึ่งเป็นหน่วยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการผลิตยาที่มีคุณภาพสำหรับประชาชนชาวไทย แต่เป็นที่น่าเสียดายมาก ที่การทำงานขององค์กรเภสัชกรรมมีประสิทธิภาพน้อยมาก เพราะขาดความสนใจแก้ไข ปรับปรุง ค้นคว้า วิจัยในการผลิตยาให้มีประสิทธิภาพที่ใช้ได้ เภสัชกรซึ่งศึกษาด้วยหลักสูตรรวมเวลาเท่ากับแพทย์ ควรมีโอกาสใช้ความรู้ ความสามารถ ทำงานที่มีคุณค่าดังกล่าวถ้ารัฐสนับสนุนเต็มที่ **ประเทศไทยควรจรรู้จักยีนบนลำแข้งของตนเอง** สามารถผลิตยาที่จำเป็นได้อย่างมีคุณภาพ ควรจะซื้อยาจากต่างประเทศโดยควรพิจารณาถึงราคาและคุณภาพที่ดีเหมาะสมให้น้อยลงเท่าที่จะทำได้

บทบาทของอาจารย์แพทย์ และสมาคมวิชาชีพ

ในระหว่างที่ประชากรยังไม่มีโอกาสเข้าถึงยา Target therapy ขอให้อาจารย์แพทย์ได้สอนให้ศิษย์แพทย์สามารถรักษาผู้ป่วยด้วยยาเคมีบำบัดหรือยาอื่นๆ ที่ทำให้โรคทุเลาจนสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุขและมีคุณภาพเป็นหน้าที่ของ อาจารย์แพทย์, สมาคมวิชาชีพ จะให้คำแนะนำวิธีการรักษาที่เหมาะสมให้แก่แพทย์รุ่นน้อง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่น่าสงสารเหล่านี้ให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ควรจำกัดความคิดตนเองไว้กับยาที่มีคุณภาพสูง ราคาแพง ให้ผลเลิศเท่านั้น ควรนึกถึงผู้ป่วยทั่วๆ ไปด้วยว่าถ้าไม่มีโอกาสเข้าถึงยาแพงคุณภาพดีแล้วจะมี option อะไรที่เอื้อเพื่อเขาได้บ้าง ความคิดอย่างนี้เป็นจริยธรรมเกี่ยวกับน้ำใจของแพทย์ที่ควรมีต่อผู้ป่วยของเราทั่วไป และควรปลูกฝังให้แพทย์รุ่นหลังมีจิตสำนึกดังกล่าวด้วย

อย่าลืมว่าการรักษามะเร็งนั้นมีจุดประสงค์อยู่ 3 ขั้นตอน คือ

1. Palliative treatment ในระยะสุดท้าย โดยการให้กำลังใจผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับความสบายที่สุด ไม่ทนทุกข์ทรมานจากโรคร้ายด้วยความเจ็บปวด

2. รักษาให้เข้า remission ให้นานที่สุด โดยให้มีชีวิตที่มีความสุขและคุณภาพเท่าที่จะทำได้

3. รักษาให้หายขาดได้

แพทย์ทุกคนสามารถทำได้ทุกข้อและเป็นหน้าที่ที่แพทย์ทุกคนควรพยายามทำด้วย

ผู้เขียนขอฝากความหวังไว้กับผู้ที่ได้รับผิดชอบแต่ละหน่วยงาน ตั้งแต่องค์การอาหารและยาของกระทรวงสาธารณสุข องค์การเภสัชกรรมของประเทศไทย อาจารย์แพทย์ และสมาคมวิชาชีพ ได้โปรดทบทวนปรึกษาหารือกัน

โดยพยายามทำหน้าที่ของท่านให้ดีที่สุด เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยไทย และเพื่อปรับฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศให้เหมาะสมและอยู่รอดต่อไปได้อย่างดีที่สุด

References

1. ถนอมศรี ศรีชัยกุล, ลัดดา สรคุณพิพิธกุล. วิวัฒนาการของมะเร็งระบบน้ำเหลืองชนิด NHL เขียนมอบให้ในวาระเกษียณอายุราชการของศาสตราจารย์นายแพทย์วรชัย รัตนธรรารักษ์ กันยายน พ.ศ. 2552 ต่อมาได้แก้ไขและเรียบเรียงพิมพ์แจกเป็นวิทยาทานแก่แพทย์ผู้สนใจทุกท่าน.
2. แสงสุริย์ จูฑา. Three decades of evolution in CML, management in Thailand : a path towards cure ปาฐกถาเกียรติยศ สุภา ณ นคร ครั้งที่ 17 บรรยายในที่ประชุมใหญ่สมาคมโลหิตวิทยา 8 มีนาคม 2554.
3. Duffy MJ, Napieralski R, Martens JWM, Span PN, Spyrtos F, Sweep FCGJ, et al. Methylated genes as new cancer biomarkers. Eur J Cancer 2009;45:335-46.
4. Silverman LR, Demakos EP, Peterson BL, Kornblith AB, Holland JC, Odchimar-Reissig R, et al. Randomized controlled Trial of azacitidine in patients with the myelodysplastic syndrome: a study of the cancer and leukemia group B. J Clin Oncol 2002;20:2429-40.
5. Steensma DP, Baer MR, Slack JL, Buckstein R, Godley LA, Garcia-Manero G, et al. Multicenter study of decitabine administered daily for 5 days every 4 weeks to adults with myelodysplastic syndromes: the alternative dosing for outpatient treatment (ADOPT) trial. J Clin Oncol 2009;27:3842-8.
6. Cashen AF, Schiller GJ, O'Donnell MR, DiPersio JF. Multicenter, Phase II Study of Decitabine for the First-Line Treatment of Older Patients With Acute Myeloid Leukemia. J Clin Oncol 2010;28:556-61.
7. Kyle RA, Rajkumar SV. Drug therapy multiple myeloma. N Engl J Med 2004;351:1860-73.
8. Kumar SK, Rajkumar SV, Dispenzieri A, Lacy MQ, Hayman SR, Buadi FK, et al. Improved survival in multiple myeloma and the impact of novel therapies. Blood 2008;111:2516-20.
9. Stadtman E, Weber D, Niesvizky R, Beled A, Prince M, Miguel F, et al. Lenalidomide in combination with dexamethasone at first relapse in comparison with its use as later salvage therapy in relapsed or refractory multiple myeloma. Eur J Hematol 2009;82:426-32.