

บทความพิเศษ

Target Therapy ความก้าวหน้าในการรักษามะเร็ง

โอกาสที่คนไทยจะเข้าถึงยาได้อย่างไร

ณอมศรี ศรีชัยกุล

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ที่ปรึกษาอาวุโสผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา โรงพยาบาลวิชัยยุทธและศูนย์การแพทย์วิชัยยุทธ

มะเร็งเป็นโรคที่น่าสะพรึงกลัว ผู้ป่วยที่ได้รับคำบอกเล่าว่าเป็นมะเร็งนั้นน้อยคนนักที่จะรับทราบความจริงได้ ส่วนใหญ่จะรู้สึกเหมือนถูกตัดสินประหารชีวิต อย่างไรก็ตาม การรักษามะเร็งนั้นได้พัฒนามาตลอดตั้งแต่มียารักษาเอนไซม์ จนถึงยาเคมีบำบัดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ร่วมกับการใช้รังสีรักษา การผ่าตัด ตลอดจนการปลูกถ่ายไขกระดูก ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวยิ่งขึ้น โดยใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพ สามารถทำงานเลี้ยงดูครอบครัว ใช้ชีวิตเป็นประโยชน์ต่อสังคมได้ในระยะหนึ่ง ในบางรายก็สามารถหายขาดจากโรคนี้ได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะกลับเป็นใหม่ในระยะเวลา 1-5 ปี ตามลักษณะของโรคและการรักษา การกลับเป็นใหม่ของโรคนั้นเป็นสิ่งที่ทำความโศกเศร้าแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ผู้รักษา

Target Therapy

ยุคของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในการรักษามะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งระบบเลือดซึ่งเป็นตัวนำร่อง เริ่มต้นประมาณปี ค.ศ. 1995 เป็นยุคของการรักษาแผนใหม่ซึ่งทำให้ได้ผลดีมากขึ้น โดยการใช้ยาหรือสารสังเคราะห์จำพวก **Target therapy กลไกสำคัญของการออกฤทธิ์ คือการใช้ยาหรือสารดังกล่าวโจมตีเฉพาะที่เซลล์มะเร็ง** ตำแหน่งที่โจมตีนั้นอาจแบ่งเป็น 2 ที่ กล่าวคือ

1. การโจมตีผิวของเซลล์ โดยใช้ monoclonal antibody จับกับ antigen ที่ผิว ทำให้เซลล์มะเร็งถูกทำลายง่ายขึ้น monoclonal antibody ตัวแรกที่นำมาใช้คือ MABTHERA หรือ Rituximab¹ (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 จากการศึกษาเพิ่มเติมเปรียบเทียบผลของการใช้ยาร่วมกับเคมีบำบัด เปรียบเทียบการใช้ยาเคมีบำบัดขนาดสูงแล้วตามด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก (Hematopoietic stem cells transplantation) หลังได้ complete remission

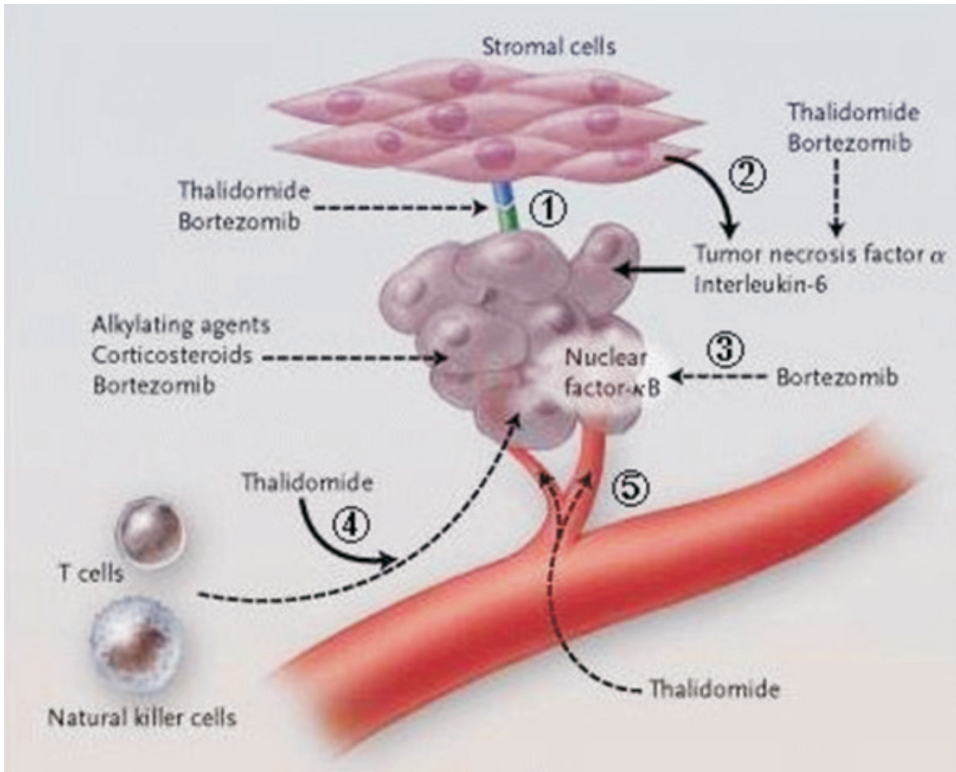
ปรากฏว่าผลจากการใช้ Rituximab ร่วมกับเคมีบำบัดดีกว่า โดยผู้ป่วยหยุดยาได้และมีชีวิตยืนยาวเกิน 5 ปี

2. การใช้ยาปรับ DNA หรือ gene ที่ก่อให้เกิดมะเร็ง ทำให้มะเร็งหยุดยั้งการเจริญเติบโต มียาหลายกลุ่มใช้รักษาหลายโรค กล่าวคือ

- 2.1 ยาที่ใช้รักษา chronic myeloid leukemia (CML) ได้แก่ imatinib (Glivec) กลไกที่ยาออกฤทธิ์คือ ยับยั้งการทำงานของ BCR-ABL ซึ่งเกิดจาก fusion ของ gene BCR และ gene ABL กลายเป็น gene complex ที่ผิดปกติมีฤทธิ์กระตุ้นการแบ่งตัวของยีนตัวของเซลล์ระบบ myeloid จนเกิดเป็น CML ขึ้น ยาตัวนี้เป็นยาตัวแรก ซึ่งได้ผลดีมาก ปรากฏว่าทำให้ผู้ป่วย CML เข้า complete remission อย่างน้อยๆ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีชีวิตยืนยาวนานเกือบ 10 ปี ในระยะโรคสงบ² แต่มีข้อเสียคือ ไม่สามารถหยุดยาได้ เพราะถ้าหยุดยาโรคจะกำเริบทันที

- 2.2 ยารักษา myelodysplastic syndrome (MDS) กลุ่ม high risk ซึ่งใกล้จะกลายเป็น acute leukemia ได้แก่กลุ่ม DNA-targeted hypomethylation³ สามารถหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ในระยะใกล้เป็นมะเร็ง โดยปรับการทำงานของ DNA เพื่อทำให้เกิด cell differentiation หยุดยั้ง proliferation และเกิด apoptosis ปัจจุบันมียา 2 ตัว ตัวแรกคือ azacitidine (5-azacytidine)⁴ และ decitabine (5-aza 2 deoxycytidine)⁵ ซึ่งพัฒนาจากตัวแรก การศึกษาในกลุ่มนี้เปรียบเทียบกับการใช้วิธีเดิมคือเคมีบำบัดและการรักษาประคับประคอง ปรากฏว่ายากลุ่ม Target therapy สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสงบได้มากกว่า โดยมีผลข้างเคียงน้อยกว่า และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่า สำหรับยา azacitidine นั้นจากการศึกษาต่อมาสามารถรักษา acute myeloid leukemia ในคนสูงอายุโดยทำให้โรคเข้าระยะสงบ ประมาณร้อยละ 24 ของผู้ป่วย มี median survival ประมาณ 7.7 เดือน⁶ ข้อดีของยาคือมีผลข้างเคียงน้อยมาก และทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ

- 2.3 ยารักษา multiple myeloma⁷⁻⁹ ออกฤทธิ์หลายตำแหน่ง



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

รูปที่ 1 กลไกการออกฤทธิ์ของยา Target therapy (Bortezomib และ Thalidomide) ในรักษาโรค multiple myeloma (ดัดแปลงจาก Ref. 7)

เช่น ออกฤทธิ์ห้าม proteasome⁷ ปรับระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะ กด cytokine tumor necrotic factor (TNF) α ตัดทอนการเชื่อมโยงระหว่าง stroma cell ที่ไปกระตุ้นเซลล์มะเร็ง และห้าม angiogenesis ปัจจุบันมียาอยู่ 3 ตัว คือ Bortezomib⁷ (Velcade), Thalidomide⁸ และ Lenadomide⁹ สำหรับ Velcade นี้มีฤทธิ์ห้าม proteasome และฤทธิ์อื่นๆ ดังที่กล่าวแล้ว (รูปที่ 1) ปรากฏว่ายาในกลุ่มนี้ได้ผลดีมาก สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้า complete remission และมีชีวิตยืนยาวต่อไปอย่างมีความสุขและมีคุณภาพ แต่ข้อเสียของยากกลุ่มนี้คือเมื่อโรคเข้าระยะสงบแล้วหยุดยากก็มักจะกำเริบ มีผลข้างเคียงคือ neuropathy และ hypercoagulability ได้

เนื่องจากยาทั้งหมดที่กล่าวมานี้มีราคาแพงมาก คนธรรมดาไม่สามารถจะซื้อมาใช้เหล่านี้ไปได้ตลอดชีวิต ดังนั้นจึงมีการศึกษาการปลูกถ่ายไขกระดูกหลังจากโรคสงบลง เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคโดยไม่ต้องใช้ยาที่มีราคาแพงมากเหล่านี้ ปรากฏว่าในผู้ป่วย CML การปลูกถ่ายไขกระดูกได้ผลไม่สู้ดีเท่าการใช้ Glivec จึงแนะนำให้เข้าไปตลอดชีวิต² ถ้าโรคกลับเป็นซ้ำก็ใช้อื่นที่มีประสิทธิภาพดีกว่าแต่ราคาแพงกว่า ส่วนในกลุ่ม MDS และ multiple myeloma นั้นยังอยู่ในระหว่างศึกษา ที่มีผู้ศึกษาไว้มาก

คือ คนไข้ multiple myeloma ซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ผลจากการปลูกถ่ายไขกระดูกจึงอาจไม่ดีนัก ดังนั้นจึงมีแนวโน้มว่าผู้ป่วย multiple myeloma อาจต้องเข้าไปตลอดชีวิต⁹ ส่วน MDS นั้นเนื่องจากเป็นโรคในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกมักจะไม่ได้ผลดีนัก ดังนั้นผู้ป่วยอาจต้องเข้าไปตลอดชีวิตจนกว่าจะโรคจะกลับเป็นซ้ำ

ปัจจุบันมียา target therapy รักษามะเร็งหลายชนิด แต่เนื่องจากผู้เขียนเป็น hematologist จึงมีความรู้หน่อย และไม่ขอกล่าวรายละเอียด นอกจากเท่าที่ได้มีโอกาสขอความรู้จาก oncologist ปรากฏว่าผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ เมื่อใช้ target therapy ถ้าอาการดีขึ้น หรือได้ remission ก็คงต้องใช้อีกต่อไปตลอด

ความสำเร็จในการรักษามะเร็ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพและอาจหายขาดได้เป็นจุดก้าวหน้าอันสูงสุดในวงการแพทย์ เป็นความปลื้มปิติสำหรับแพทย์ที่ทำการรักษา เป็นความสุขอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว นับว่าเป็นกุศลง่ายยิ่งต่อเพื่อนมนุษย์ได้ อย่างไรก็ตามในโลกนี้มีได้มีสิ่งใดที่ได้มาง่าย ๆ อุปสรรคต่างๆ ย่อมมีอยู่ ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาแก้ไข ให้เข้าภาวะสมดุลย์

อุปสรรคในการใช้ยา Target therapy ในคนไทย

1. ราคายาที่ใช้แพงมาก ตั้งแต่ MABTHERA ที่รักษา NHL แต่ก็ยังโชคดีที่สามารถหยุดยาได้ในระยะอันสมควร แม้กระนั้นยานี้ก็ได้เข้าถึงคนไทยทุกคน เพราะรัฐบาลไม่สามารถแบกรับภาระดังกล่าวได้ คงสามารถให้ความคุ้มครอง ภายใต้เงื่อนไขทางการแพทย์และประเภทของบุคลากรที่รัฐพิจารณาให้ได้รับความคุ้มครองเท่านั้น

มาถึงยา Glivec ซึ่งใช้อย่างต่ำๆ วันละ 4 เม็ด (เม็ดละประมาณ 1,000 บาท) และใช้ตลอดชีวิต รัฐจะเอาเงินที่ไหนมาจ่ายได้? ปัจจุบันผู้ป่วยบัตรทองได้รับความเอื้อเฟื้อจากมูลนิธิแมกซ์ซึ่งมีโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งนานาชาติให้ใช้ยา Glivec ได้ โดยอาจมีการตกลงกับบริษัทเจ้าของยาให้เหมาะสม สำหรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ อาจรวมทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐด้วยจะได้รับความคุ้มครองจากรัฐภายใต้เงื่อนไขการพิจารณาของกรรมการแพทย์ ประชาชนซึ่งอยู่ในระบบประกันสังคม ซึ่งจ่ายเงินไว้ล่วงหน้าด้วยความหวังว่าเมื่อป่วยจะได้รับการดูแลที่ดี แต่เมื่อป่วยเป็น CML ก็ไม่ได้รับยา Glivec เพราะทางประกันสังคมจะเกี่ยงให้โรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งทางโรงพยาบาลแบกรับภาระไม่ไหว ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ได้รับยารักษาพิเศษนี้ซึ่งได้ยาเคมีบำบัด คือ hydroxyurea ซึ่งรักษากันมานานและสามารถทำให้เข้า remission ได้ในระยะเวลาหนึ่งโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควร ถ้ามีโอกาสปลูกถ่ายไขกระดูกก็อาจหายได้ในบางราย ซึ่งอันนี้เป็นวิธีที่แพทย์ใช้รักษา CML ในสมัยก่อนมียา Glivec ใช้และเป็นวิธีที่มีประโยชน์เพราะผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเข้าระยะโรคสงบและเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกได้สำเร็จทำให้โรคอยู่ในระยะสงบไปได้นาน จนอาจหายขาดได้

ยากลุ่มที่รักษา MDS คือ azacitidine และ decitabine และยากลุ่มที่ใช้รักษา myeloma คือ Velcade และ Thalidomide ปัจจุบันผู้ป่วยที่ได้รับการคุ้มครองคือเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งรัฐต้องดูแลทั้งนี้โดยการพิจารณาของกรรมการแพทย์ในการใช้ยาผู้ป่วยกลุ่มอื่นไม่ได้รับการรักษา เพราะยาราคาแพงมาก นอกจากจะเป็นมหาเศรษฐีเท่านั้น

สรุปแล้วคนไทยที่มีโอกาสเข้าถึงการรักษาด้วยยา Target therapy มีจำนวนน้อยมาก

2. รัฐจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยดังกล่าว (แม้จะเป็นกลุ่มน้อย) เป็นจำนวนมิใช่น้อยในแต่ละปี นอกจากนั้นยังมียาประเภทอื่นๆ ซึ่งมีราคาแพงมากมิใช่น้อย เช่นยาทางหัวใจ ยากันลิ่มเลือด ประเทศไทยมีไข้ประเทศร่ำรวย ดังนั้นในระยะหลังเมื่ออยู่ในสภาพใกล้ล้มละลาย เพราะต้องใช้ยาราคาแพงมาก ร่วมกับการเบิกจ่ายเงินไม่รัดกุมมีทางรั่วไหลมาก รัฐจึงพยายามตัดทอนยาที่จ่ายให้ในบัญชียาหลักให้น้อยลง จนผู้ที่อาศัยใบบุญของรัฐเกิดความเดือดร้อน สุภาวิชิตไทยนั้นมีว่า “ยามดีใช้ ยามใช้รักษา” แต่ปัจจุบัน

สุภาวิชิตนี้ใช้ไม่ได้สำหรับบุคลากรของรัฐซึ่งใช้ชีวิตในการรับใช้รัฐมาตลอด ทั้งนี้เพราะรัฐบาลขาดแคลนงบประมาณ และคงจะล้มละลายลงสักวันหนึ่งเนื่องจากการใช้เงินอย่างขาดระบบ ฟุ่มเฟือย มีการรั่วไหลตลอดเวลาโดยรัฐแก้ไขไม่ถูกจุด การใช้จ่ายของรัฐบาลอย่างฟุ่มเฟือยนี้พิจารณาแล้วส่วนใหญ่มาจากฝ่ายการเมืองซึ่งเป็นฝ่ายริเริ่มซึ่งไม่เกี่ยวกับการแพทย์ แต่ก็มีผลกระทบต่อการใช้งบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาล - การสาธารณสุขอย่างมาก โครงการใหญ่ซึ่งริเริ่มนี้ราษฎรก็มีได้มีส่วนรู้เห็นด้วย

ดังนั้นการดูแลสุขภาพของคนไทยจึงอยู่ในสภาพล้มเหลว ยุ่งเหยิง ประชาชนได้รับประโยชน์ไม่สมกับเจตจำนงที่วางไว้

การแก้ไข

เราจะแก้ไขอย่างไร เพื่อให้คนไทยได้รับการรักษาโดยเข้าถึงยาที่ดีที่สุด โดยเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจของประเทศ? ก่อนอื่นเราควรจะต้องทราบความจริงต่างๆ ต่อไปนี้ และพยายามแก้ไขโดยการร่วมมือกันจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

1. ยาต่าง ๆ ที่ได้กล่าวข้างต้น ราคาแพงมาก เพราะเป็นค่าลิขสิทธิ์ในการค้นคว้า และเป็นระบบผูกขาด ความจริงบริษัทขายข้ามชาติเหล่านี้ควรจะรู้จักพอในการค้ากำไรกับความเจ็บไขของผู้คนมนุษย์ แต่สำนักดังกล่าวถูกปิดบังด้วยความโลภที่เกินพอ ราคายาที่ตั้งไว้จึงสูงมากเกินกว่าความเป็นจริง ถ้าเมื่อไรระบบ monopoly หหมดไป ราคายาก็จะถูกลง ระยะเวลาที่มีลิขสิทธิ์คุ้มครองยาคควรลดลง ราคาคควรคิดให้เหมาะสมเพื่อประเทศที่กำลังพัฒนาจะได้มีโอกาสใช้ยาเหล่านี้ได้

2. ประเทศอินเดียและประเทศจีน ผลิตยาราคาแพงใช้เองมานานแล้ว และได้ผลดีด้วย เช่น ยา Thalidomide ผลิตขายเม็ดละ 100 มก. ราคาเม็ดละ 50 บาท (ยา original ซึ่ง องค์การอาหารและยารับมาใช้ในประเทศไทยเวลานี้ราคาแพงมาก กล่าวคือ ยาหนึ่งเม็ด (50 มก.) ราคาประมาณ 800 บาท สำหรับยา Glivec ผู้เขียนไม่มีรายละเอียด แต่เชื่อว่าราคาถูกกว่ายาจากบริษัทข้ามชาติไม่ต่ำกว่า 10 เท่า ประชากรของประเทศดังกล่าวจึงเข้าถึงยารักษาโรคได้ ผู้เขียนเคยใช้ Thalidomide ผลิตจากประเทศอินเดียซึ่งผู้ป่วยชวนชวนยามาเอง ในขณะที่เมืองไทยยังไม่มียานี้รักษาโรค MM ปัจจุบันผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่หลังได้รับการรักษา และอยู่ในภาวะโรคสงบเต็มที่ เป็นเวลานานถึง 6 ปี และเท่าที่ทราบยาดังกล่าวไม่มีลิขสิทธิ์ ทาง อย.น่าจะศึกษาข้อมูลเพื่อพิจารณาใช้ทดแทนยาชนิดเดียวกันซึ่งมีราคาแพงมหาศาล

3. องค์การอาหารและยา (อย.) ของกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่พิจารณาจัดหาที่มีประสิทธิภาพ ราคาเหมาะสมกับฐานะของประเทศไทย เพื่อให้คนไทยส่วนใหญ่ได้เข้าถึงยา การทำงานขององค์การอาหารและยาคควรประสานกับแพทย์ สมาคม

วิชาชีพ เพื่อให้ได้ประโยชน์เต็มที่ คือได้ยาคุณภาพดี ราคาไม่แพง เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้รับผิดชอบ อย. ของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ส่วนใหญ่เป็นแพทย์หรือเภสัชกร ซึ่งควรคำนึงถึงความรับผิดชอบ ทำหน้าที่ของตนเองให้ดีที่สุด โดยคิดถึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง ความสุขสบายของตนเป็นรองลงมา รวมทั้งแพทย์ซึ่งมีความภาคภูมิใจในการใช้ยาทันสมัยที่มีประสิทธิภาพดีมาก ก็ควรมีวิจารณญาณรอบด้าน มิใช่ใช้แต่ยาอย่างเดียว ถ้าเรารู้จักคิดถึงประโยชน์ส่วนรวมและผู้รับผิดชอบทุกฝ่ายทำหน้าที่ให้ดีที่สุด ประชาชนไทยจะเข้าถึงยาได้มากขึ้น สงวนเงินของรัฐบาลไว้ใช้ในสิ่งที่จำเป็นต่อไป

4. องค์การเภสัชกรรมไทย ซึ่งเป็นหน่วยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการผลิตยาที่มีคุณภาพสำหรับประชาชนชาวไทย แต่เป็นที่น่าเสียดายมาก ที่การทำงานขององค์การเภสัชกรรมมีประสิทธิภาพน้อยมาก เพราะขาดความสนใจ แก้ไข ปรับปรุง ค้นคว้า วิจัยในการผลิตยาให้มีประสิทธิภาพที่ใช้ได้ เภสัชกรซึ่งศึกษาด้วยหลักสูตรรวมเวลาเท่ากับแพทย์ ควรมีโอกาสใช้ความรู้ ความสามารถ ทำงานที่มีคุณค่าดังกล่าวถ้ารัฐสนับสนุนเต็มที่ **ประเทศไทยควรจะมีผู้วิจัยบนลำแข้งของตนเอง** สามารถผลิตยาที่จำเป็นได้อย่างมีคุณภาพ ควรจะซื้อยาจากต่างประเทศโดยควรพิจารณาถึงราคาและคุณภาพที่ที่เหมาะสมให้หน่อยลงเท่าที่จะทำได้

บทบาทของอาจารย์แพทย์ และสมาคมวิชาชีพ

ในระหว่างที่ประชากรยังไม่มีโอกาสเข้าถึงยา Target therapy ขอให้อาจารย์แพทย์ได้สอนให้ศิษย์แพทย์สามารถรักษาผู้ป่วยด้วยยาเคมีบำบัดหรือยาอื่นๆ ที่ทำให้โรคทุเลาลง จนสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุขและมีคุณภาพ เป็นหน้าที่ของ อาจารย์แพทย์ สมาคมวิชาชีพ จะให้คำแนะนำวิธีการรักษาที่เหมาะสมให้แก่แพทย์รุ่นน้อง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่น่าสงสารเหล่านี้ให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ควรจำกัดความคิดตนเองไว้กับยาที่มีคุณภาพสูง ราคาแพง ให้ผลเลิศเท่านั้น ควรนึกถึงผู้ป่วยทั่วๆ ไปด้วยว่าถ้าไม่มีโอกาสเข้าถึงยาแพงคุณภาพดีแล้วจะมีทางเลือกอะไรที่เอื้อเพื่อเขาได้บ้าง ความคิดอย่างนี้เป็นจริยธรรมเกี่ยวกับน้ำใจของแพทย์ที่ควรมีต่อผู้ป่วยของเราทั่วไป และควรปลุกฝังให้แพทย์รุ่นหลังมีจิตสำนึกดังกล่าวด้วย

อย่าลืมว่าการรักษาเมเร็งนั้นมียุทธศาสตร์อยู่ 3 ขั้นตอน คือ

1. Palliative treatment ในระยะสุดท้าย โดยการให้กำลังใจผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับความสบายที่สุด ไม่ทนทุกข์ทรมานจากโรคร้ายด้วยความเจ็บปวด

2. รักษาให้เข้า remission ให้นานที่สุด โดยให้มีชีวิตที่มีความสุขและคุณภาพเท่าที่จะทำได้

3. รักษาให้หายขาดได้

แพทย์ทุกคนสามารถทำได้ทุกข้อ และเป็นหน้าที่ที่แพทย์ทุกคนควรพยายามทำด้วย

ผู้เขียนขอฝากความหวังไว้กับผู้รับผิดชอบแต่ละหน่วยงาน ตั้งแต่องค์การอาหารและยาของกระทรวงสาธารณสุข องค์การเภสัชกรรมของประเทศไทย อาจารย์แพทย์ และสมาคมวิชาชีพ ได้โปรดทบทวนปรึกษาหารือกันโดยพยายามทำหน้าที่ของท่านให้ดีที่สุด เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยไทย และเพื่อปรับฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศให้เหมาะสมและอยู่รอดต่อไปได้อย่างดีที่สุด

5 พฤษภาคม 2554

เอกสารอ้างอิง

1. ถนอมศรี ศรีชัยกุล, ลัดดา สรคุณพิพิธกุล. วิวัฒนาการของมะเร็งระบบน้ำเหลืองชนิด NHL. เขียนมอบให้ในวาระเกษียณอายุราชการของศาสตราจารย์นายแพทย์วรชัย รัตนธรราร กันยายน พ.ศ. 2552 ต่อมาได้แก้ไขและเรียบเรียงพิมพ์แจกเป็นวิทยาทานแก่แพทย์ผู้สนใจทุกท่าน.
2. แสงสุรีย์ จูทา. Three decades of evolution in CML, management in Thailand : a path towards cure ปฐกฐาเกียรติยศ สุภา ณ นคร ครั้งที่ 17 บรรยายในที่ประชุมใหญ่สมาคมโลหิตวิทยา 8 มีนาคม 2554.
3. Duffy MJ, Napieralski R, Martens JWM, et al. Methylated genes as new cancer biomarkers. *European Journal of Cancer* 2009;45:335-46.
4. Silverman LR, Demakos EP, Peterson BL, et al. Randomized controlled Trial of azacitidine in patients with the myelodysplastic syndrome: a study of the cancer and leukemia group B. *Journal of clinical oncology* 2002;20:2429-40.
5. Steensma DP, Baer MR, Slack JL, 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. *Journal of Clinical Oncology* 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. *Journal of Clinical Oncology* 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, 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, 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. *European J Hemato* 2009;82:426-32.