

# HOCC-PSU







## สารจากคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ ได้ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หลักของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มาโดยตลอด นับตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง โดยมุ่งเน้นการให้บริการด้านการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัวในภาคใต้และพัฒนางานวิจัยเพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งให้ได้มาตรฐานทัดเทียมกับในต่างประเทศ รวมถึงการให้การสนับสนุนด้านการเรียนการสอนในการผลิตแพทย์และเป็นแหล่งฝึกอบรมของแพทย์ แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดของคณะมาโดยตลอด

ในรอบปีที่ผ่านมาการดำเนินงานของศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์นั้น สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยโปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ลดระยะเวลาการรรอคอยการรักษา และลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้จริง ช่วยเชื่อมโยงทีมผู้ให้การรักษาผู้ป่วยในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิเข้าด้วยกัน มีการประสานการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาล ลดความซ้ำซ้อนในการสั่งการรักษาหรือการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วย นำไปสู่การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่เหมาะสมและมีคุณภาพเท่าเทียมกัน วาระที่ทางศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็งได้จัดทำรายงานประจำปี 2560 แล้วเสร็จอีกปีหนึ่งในครั้งนี้ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอแสดงความยินดีและขอขอบคุณ และเชื่อมั่นว่ารายงานประจำปี 2560 นี้ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งได้ในระดับภูมิภาคและระดับประเทศต่อไป

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์พุฒิสักดิ์ พุทธวิบูลย์)  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



## สารจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะยังผลให้ปัญหาสุขภาพของประชากรเปลี่ยนแปลงไป โดยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อ อาทิ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดชนิดต่างๆ รวมถึงโรคมะเร็งที่สูงขึ้นกว่าในอดีตมาก การยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งของประเทศไทยให้เทียบเท่าระดับนานาชาติ นอกจากต้องอาศัยความมุ่งมั่นในการพัฒนาการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างองค์รวมที่มีความสำคัญแล้วนั้น การดำเนินการพัฒนาวิจัยเพื่อศึกษาเกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็งด้วยแนวทางการรักษาและ/หรือยาใหม่ก็มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดเช่นเดียวกัน ทั้งนี้การดำเนินการต่างๆ ของศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์นั้น สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมาโดยตลอด

กระผมมีความเชื่อมั่นว่า “ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง” จะยังคงพัฒนางานบริการการผลิตผลงานวิจัย และให้การสนับสนุนและเป็นแหล่งฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแก่หน่วยงานทั้งภายในและภายนอก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และในภาคใต้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศักดิ์ สิรินากรณ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

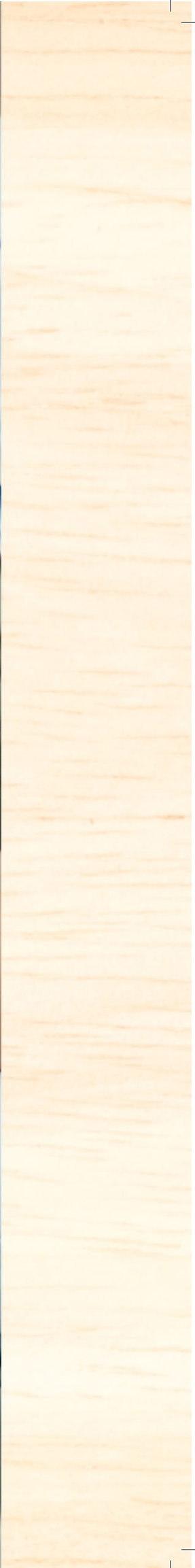


## สารจาก หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ มีหน้าที่หลักในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งควบคู่กับการพัฒนางานวิจัยการรักษามะเร็ง เพื่อยกระดับการรักษาให้เป็นมาตรฐานเช่นเดียวกับในต่างประเทศ และมีหน้าที่รับผิดชอบด้านการเรียนการสอนเพื่อผลิตบัณฑิตแพทย์ที่สามารถให้บริการด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีความรู้ความสามารถ ทักษะและเจตคติอันดีงามในการให้บริการและการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพเมื่อจบการศึกษา และในปีการศึกษาที่ผ่านมาศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็งได้รับการเยี่ยมสำรวจและประเมินหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด และได้รับอนุมัติให้เป็นแหล่งฝึกอบรมในสาขาวิชามะเร็งวิทยา และจะเริ่มเป็นแหล่งฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยาได้ในปีการศึกษา 2561 นี้

นอกจากนี้ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็งยังสามารถผลิตผลงานเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนางานวิจัยและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น และการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนการให้บริการสุขภาพที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพและผลลัพธ์การรักษาให้มากยิ่งขึ้นอีกด้วย ผลการดำเนินงานของศูนย์ฯ จึงเป็นความภาคภูมิใจของภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์อย่างต่อเนื่องสืบไป

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สกิตปีญญา)  
รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์



# คำนำ

ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง (Holistic center for cancer study and care: HOCC-PSU) เป็นหน่วยงานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการวิจัยด้านมะเร็งที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานระดับสากล เนื่องด้วยปัญหาโรคมะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญและมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรไทย การแก้ไขปัญหาระยะโรคมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องทำควบคู่กันไปในทุกด้านตั้งแต่การป้องกัน ตรวจคัดกรองโรคในระยะแรก การรักษาแบบสหสาขาวิชา รวมไปถึงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ใหม่จากการทำวิจัย เพื่อให้การรักษาโรคมะเร็งเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

รายงานประจำปีฉบับนี้ ทางศูนย์องค์รวมฯ ได้จัดทำขึ้นเพื่อสรุปผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานทั้งในด้านงานบริการทางคลินิก การจัดการเรียนการสอนแก่แพทย์ การเผยแพร่ความรู้แก่ประชากรทั่วไป รวมไปถึงงานวิจัยร่วมกับนานาชาติ คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานประจำปีฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการวางแผนและบริหารงาน รวมถึงการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยและบริการวิชาการ เพื่อส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยมะเร็งในอนาคตต่อไป

ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง (HOCC-PSU)  
สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์  
กุมภาพันธ์ 2561





# สารบัญ

	หน้า
สารจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์	03
สารจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	04
สารจากหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์	05
คำนำ	07
สารบัญ	09
รายนามผู้บริหารคสมทบกongทุนหน่วยมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ มุลินธิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	10
โครงสร้างหน่วยงาน ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง	11
Leading indicators and Benchmark	12
ผลการดำเนินงานของศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง	14
ภาระงานด้านการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย - โครงการพัฒนาระบบนัดสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคมะเร็ง	20
ภาระงานด้านการศึกษาวิจัย - Clinical Studies - ผลการดำเนินงานการวิจัยทางคลินิก	26
ประมวลภาพกิจกรรมด้านบริการวิชาการแก่สังคมและกิจกรรมอื่นๆ ในรอบปี - กิจกรรมให้ความรู้ประจำปี 2560 “มะเร็งเต้านมระยะกระจาย รักษาได้แบบองค์รวม”	46
โปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง Solid tumor (E-consult)	56
ภาระงานด้านการเรียนการสอนและบริการความรู้แก่หน่วยงานและบุคลากรทางสาธารณสุข	62
ผลงานทางวิชาการของบุคลากร	64
การศึกษาดูงานจากแพทย์หน่วยงานต่างๆ	67
บทความ “มารู้ มะเร็งกับศูนย์ HOCC”	68
รายงานสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งของศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็งประจำปี 2560	71

รายชื่อผู้ร่วมบริจาคสมทบทุน  
กองทุนหน่วยมะเร็งวิทยาภาควิชาอายุรศาสตร์  
มูลนิธิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์  
(ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 - 31 ธันวาคม 2560)

ลำดับที่	รายชื่อ	จำนวนเงิน (บาท)
1	คุณวรรณณา เอียดสูง	20,000.00
2	คุณสมจิตร บุญเลี้ยง	5,000.00
3	ผู้ไม่ประสงค์ออกนาม	9,100.00
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	34,100.00

หมายเหตุ : สาขาวิชามะเร็งวิทยาได้ให้ความช่วยเหลือในการจัดซื้ออาหารทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง  
ที่มีปัญหาค่าใช้จ่าย 2 ราย จำนวน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 1,950 บาท

โครงสร้างหน่วยงาน ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง (HOCC-PSU) 2560  
 สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



รศ.พญ. ปัทมพิมพ์ สรรพวีรวงศ์  
 หัวหน้าสาขาวิชามะเร็งวิทยา



ผศ.พญ. อรุณี เดชาพินธุกุล  
 อาจารย์แพทย์ประจำสาขาวิชามะเร็งวิทยา



พญ. จีรวดี สติตย์เรืองศักดิ์  
 อาจารย์แพทย์ประจำสาขาวิชามะเร็งวิทยา



นพ.ศิวิช สัตติเดชยนต์  
 อาจารย์แพทย์ประจำสาขาวิชามะเร็งวิทยา



คุณนันทิยา รัตนคช  
 ผู้จัดการศูนย์



คุณอภิญา ปราสุทธ์กุล  
 พยาบาลชำนาญการพิเศษ



คุณจารีย์ ตริ้แก้ว  
 ผู้จัดการโครงการวิจัย



คุณพิชราภรณ์ สังข์ปลอด  
 ผู้จัดการโครงการวิจัย



คุณชูโฮลา สมุซอ  
 ผู้จัดการโครงการวิจัย



คุณอนงนาฎ เรืองคำ  
 ผู้ช่วยวิจัยฝ่ายโครงการวิจัย  
 ทางคลินิก



คุณพิชราภรณ์ ทองวัชระ  
 ผู้ช่วยวิจัยฝ่ายห้องปฏิบัติการ



คุณเมลิวรรณ สุคันธพันธ์  
 นักวิชาการสาธารณสุข



คุณทิพย์วรรณ อรัญต  
 ผู้ช่วยวิจัยศูนย์  
 โรคมะเร็งหลอดอาหาร

# LEADING INDICATORS & BENCHMARK

ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง  
สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปี 2560

- ลักษณะการให้บริการ: 1. การบริการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างองค์รวม (Holistic cancer patient care)  
2. การบริการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งควบคู่ไปกับการศึกษาวิจัย (Cancer research care)

คุณค่าที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ (Leading Indicators)	เกณฑ์ชี้วัดผลลัพธ์ (Benchmark)	ผลลัพธ์ (Results)
<p>Safety</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>การให้ความปลอดภัยในการรักษาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดผ่านโครงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>การให้การดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยในโครงการวิจัยอย่างถูกต้องตาม Protocol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราของการเข้าร่วมกิจกรรม Chemotherapy overview ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก</li> <li>ผู้ป่วยในโครงการวิจัยได้รับการรักษาถูกต้องตาม Protocol</li> <li>การรายงานผลข้างเคียงรุนแรงที่เกิดแก่ผู้ป่วยในโครงการวิจัย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราของการได้เข้าร่วมกิจกรรม Chemotherapy overview ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก เป็นร้อยละ 100</li> <li>ผู้ป่วยในโครงการวิจัยได้รับการรักษาถูกต้องตาม Protocol ร้อยละ 100</li> <li>รายงานผลข้างเคียงรุนแรงต่อ EC และผู้สนับสนุนโครงการวิจัยภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ร้อยละ 100</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>สำเร็จตามเป้าหมาย</li> <li>สำเร็จตามเป้าหมาย</li> <li>สำเร็จตามเป้าหมาย</li> </ul>
<p>Continuity of care</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังโรงพยาบาลใกล้บ้าน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังโรงพยาบาลใกล้บ้านถูกต้องตามแผนการรักษา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดถูกต้องตามแผนการรักษา ร้อยละ 100</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>สำเร็จตามเป้าหมาย</li> </ul>
<p>Patient's need and satisfaction</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>โครงการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งและมีความพึงพอใจต่อการรักษา</li> <li>มีการประชุมหรือเผยแพร่ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาในด้านอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็น บุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราของการได้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรกเป็นร้อยละ 100</li> <li>จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมตามโครงการอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน</li> <li>จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม/การประชุมวิชาการ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</li> <li>จำนวนผู้เข้าร่วมการประชุม/กิจกรรมบรรลุตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ตามโครงการ</li> <li>มีการประเมินและสรุปผลการจัดประชุม/กิจกรรมเผยแพร่สู่สาธารณชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>สำเร็จตามเป้าหมาย</li> <li>สำเร็จตามเป้าหมาย</li> <li>สำเร็จตามเป้าหมายโดยมีกิจกรรม ได้แก่</li> <li>กิจกรรม “มะเร็งต้านมรณะกระจาย รักษาได้แบบองค์รวม” เมื่อวันเสาร์ที่ 25 พฤศจิกายน 2560 ณ ห้องเกษม สิมวงศ์ ศูนย์ประชุมคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</li> <li>สำเร็จตามเป้าหมาย</li> <li>มีการประเมินและสรุปผลการจัดกิจกรรม เผยแพร่ลงข่าวคณะแพทย</li> </ul>



คุณค่าที่สำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ (Leading indicators)	เกณฑ์ชี้วัดผลลัพธ์ (Benchmark)	ผลลัพธ์ (Results)
<p>Excellency in clinical and translational cancer research and holistic care</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ความเป็นเลิศในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวอย่างองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ</li> <li>• ความเป็นเลิศในงานวิจัยสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยาด้วยมาตรฐานสากลและตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ</li> <li>• มีการสร้างงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างองค์รวมที่มีคุณภาพ</li> <li>• มีการสร้างงานวิจัยเกี่ยวกับ Clinical และ Translational cancer research ที่มีคุณภาพ</li> <li>• มี Booklet สรุบบทโครงการวิจัยที่ศูนย์ฯกำลังดำเนินการศึกษาและจัดส่งให้ทีมบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายทุก 4 เดือน</li> <li>• มีรายงานประจำปีของศูนย์ฯ ปีละ 1 เล่ม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณและทบทวนปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยทุก 2 ปี</li> <li>• จำนวนงานวิจัย: ระดับพยาบาล/เจ้าหน้าที่รับบาลทางคลินิก/ผู้จัดการศูนย์ฯ มีงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างองค์รวมอย่างน้อย 1 เรื่อง/คน/ปี</li> <li>• ระดับอาจารย์แพทย์ มีงานวิจัย/บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติ/นานาชาติ อย่างน้อย 1 เรื่อง/คน/ปี</li> <li>• จัดส่ง Booklet สรุบบทโครงการวิจัยได้ตามกำหนดเวลาร้อยละ 100</li> <li>• มีรายงานประจำปี 2560 ของศูนย์ฯ จัดทำแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ongoing ฝ้ายบำบัดองค์รวม ปรับปรุงเนื้อหาแล้วอยู่ในระหว่างการจัดพิมพ์คู่มือ</li> <li>• สำเร็จตามเป้าหมาย</li> <li>• สำเร็จตามเป้าหมาย</li> <li>• สำเร็จตามเป้าหมาย</li> <li>• สำเร็จตามเป้าหมาย</li> </ul>

# ภาพรวมการดำเนินงาน ประจำปี 2560

## ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้มีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2567-2568 ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพประชากรของประเทศจากปัญหากลุ่มโรคติดต่อและอุบัติเหตุเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อแทน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รวมถึงโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยเป็นอันดับหนึ่งเป็นเวลาต่อเนื่องกัน แม้จะมีโครงการรณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันโรคหรือการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งจำนวนมาก แต่กลับพบว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ยังมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี

ปัจจุบันมีการกำหนด 7 ยุทธศาสตร์หลักเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer informatics)

2) ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary prevention) 3) ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary prevention) 4) ยุทธศาสตร์ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary prevention-treatment) 5) ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) 6) ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Research) และ 7) ยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Capacity building) ซึ่งศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง สาขาวิชามะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีทิศทางดำเนินการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ดังกล่าวหลายประการ โดยเฉพาะด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ที่จะช่วยพัฒนาให้การบริการสุขภาพด้านโรคมะเร็งมีความครอบคลุมและทรงประสิทธิภาพมากขึ้น



นับตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมาที่ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็งได้นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งหรือ E-consult มาให้บริการในการขอคำปรึกษาแนวทางการรักษา และส่งต่อผู้ป่วย ในปัจจุบันพบว่า มีโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยผ่านโปรแกรมจำนวนทั้งสิ้น 7 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และโรงพยาบาลปัตตานี และใน พ.ศ. 2560 ที่ผ่านมามีจำนวนผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาผ่านระบบ E-consult มากกว่าปี พ.ศ. 2559 ถึง 3 เท่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้งานโปรแกรม E-consult พบว่าระยะเวลาตอบกลับแผนการรักษาโดยอายุรแพทย์โรคมะเร็งและแพทย์รังสีรักษาเท่ากับ 1.66 วัน และ 2.21 วันตามลำดับ (ประกันระยะเวลาตอบกลับโดยอายุรแพทย์โรคมะเร็งและแพทย์รังสีรักษา เท่ากับ 3 วัน

และ 10 วันทำการตามลำดับ) อีกทั้งยังช่วยให้บรรลุดวงชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งแล้วสามารถได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด คือภายใน 6 สัปดาห์ ทั้งนี้แพทย์พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดคู่มือการใช้งานโปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งและแบบฟอร์มขอหัตถ์ผู้ใช้ได้จาก <http://econsult.medicine.psu.ac.th> หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 074-451469

สืบเนื่องจากโครงการพัฒนาระบบนัดหมายการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งที่ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 อย่างต่อเนื่องนั้น ในปี พ.ศ. 2560 ศูนย์ฯ ได้พัฒนาโครงการนี้ให้อยู่ในรูปแบบของ Routine to research (R2R) เพื่อศึกษาถึงผลของการพัฒนาระบบนัดหมายการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกต่อการให้บริการ

อ่านต่อจากหน้า

## ภาพรวมการดำเนินงาน ประจำปี 2560

ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง  
สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ของผู้ป่วยคลินิกอายุรกรรมโรคมะเร็ง ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย คาดว่าจะดำเนินการแล้วเสร็จภายใน ปี พ.ศ. 2561 นี้

นอกจากนี้ยังได้ทำการศึกษาเรื่อง “ประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการความปวดกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายที่ได้รับยาเคมีบำบัด” เนื่องจากอาการปวดเป็นอาการสำคัญที่พบมากเป็นลำดับหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งและพบได้ในทุกระยะของโรค โดยเฉพาะในระยะลุกลามมักพบอาการปวดได้สูงถึงร้อยละ 64-75 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งอาการปวดนี้เป็นความทุกข์ทรมานของชีวิต มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีแนวปฏิบัติการจัดการอาการปวดมะเร็งเผยแพร่

จากหลายแหล่งแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยยังได้รับยาแก้ปวดในระดับต่ำกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากผู้ให้การดูแลไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้และผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาแก้ปวดตามคำสั่งแพทย์ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ทำให้ความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยลดลง เกิดภาวะฟุ้งฟิง คุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยลดลง และส่งผลให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลรวมถึงครอบครัวอีกด้วย โดยข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์และสามารถนำมาปรับใช้ในการพัฒนาการให้บริการแก่ผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวต่อไป

สาขาวิชามะเร็งวิทยาได้ขอเปิดเป็นแหล่งฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา และได้รับการตรวจประเมินจาก





มะเร็งวิทยาสมาคมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อเดือนมิถุนายน 2560 และต่อมาได้รับการอนุมัติให้เป็นสถาบันฝึกอบรม แพทย์ประจำบ้าน สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยาจาก แพทยสภาแล้วเมื่อวันที่ 14 กันยายน 2560 และจะสามารถ รับแพทย์เข้าศึกษาต่อได้ในปีการศึกษา 2561 นี้

จากการมุ่งมั่นในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และครอบครัวของศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัด โรคมะเร็ง ที่มีการเชื่อมโยงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ให้ต่อเนื่อง (Continuing of care) ทั้งจากระดับปฐมภูมิส่ง ต่อมายังระดับตติยภูมิ/เหนือกว่าตติยภูมิ หรือจากระดับ ตติยภูมิ/เหนือกว่าตติยภูมิส่งกลับยังระดับปฐมภูมิ รวมถึงการผลิตอายุรแพทย์มะเร็งวิทยาเพิ่มเติม จะเพิ่มการ เข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งใน ภาคใต้ให้สูงขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาที่ ถูกต้องเหมาะสม มีผลการรักษาที่ดีขึ้น และมีอัตราการรอด ชีวิตเพิ่มขึ้นได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง:

1. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาโรคมะเร็ง). แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย: 2556. [เข้าถึงเมื่อ 26 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: [http://203.157.181.5/service\\_plan/load/07.pdf](http://203.157.181.5/service_plan/load/07.pdf).



1 MB

1 MB

200

0

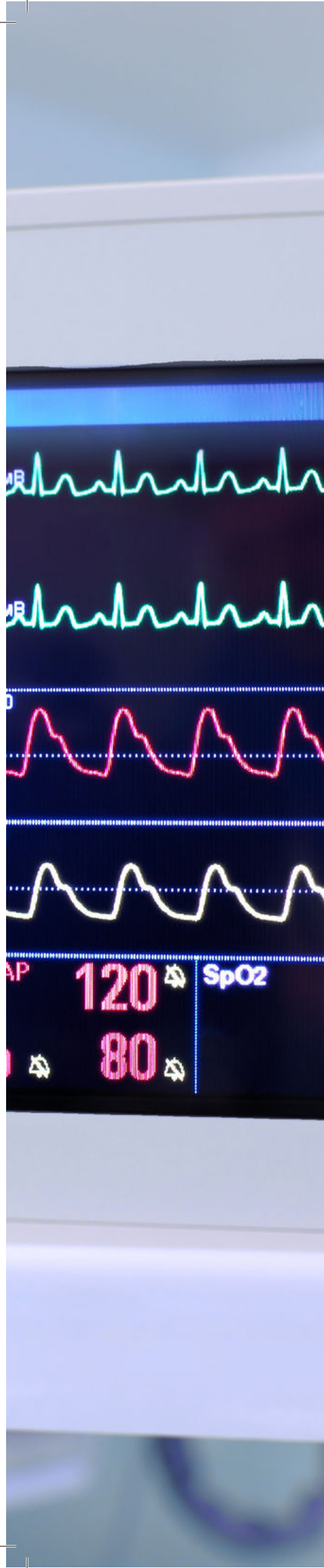
50

0

CNAP

100





# ภาระงาน

ด้านการให้บริการ  
ดูแลรักษาผู้ป่วย



# ผลการดำเนินงานของ ทีมบำบัดองค์รวม

การดำเนินงานของทีมบำบัดองค์รวม ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง สาขาวิชา มะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ยังคงดำเนินการจัด กิจกรรมให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้ ชื่อกิจกรรม “โครงการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเรื่อง โรคมะเร็งและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย” อย่างต่อเนื่อง ที่แผนกอายุรกรรมโรคมะเร็ง โดยผู้ป่วยและครอบครัว จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมี บำบัด ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมี บำบัด คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือบรรเทา อาการที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการได้รับยาเคมีบำบัด การ ดูแลตนเองก่อน-ระหว่าง- หลัง ได้รับยาเคมีบำบัด การให้ ความรู้จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความ เชื่อในการดูแลตนเอง การที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญมากเนื่องจากการเพิ่ม คุณภาพชีวิตให้กับตัวผู้ป่วยเอง ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึง คุณค่าของตนเอง มีกำลังใจ เพราะสามารถลดการพึ่งพา บุคคลอื่นถึงแม้จะเป็นคนในครอบครัวของผู้ป่วยเองก็ตาม การดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็ง ไม่ใช่เรื่องยุ่งยากซับซ้อน ขอเพียงให้มีความรู้ความเข้าใจไปปฏิบัติตัวอย่างต่อ เนื่อง รวมทั้งได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลืออย่าง

เหมาะสมจากครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในการรักษา รวมถึงการดูแลตนเองในระหว่างที่ได้รับการรักษาเพื่อเกิดประโยชน์ สูงสุดในระหว่างการรักษา

ความรวดเร็วของการบริการถือเป็นหัวใจสำคัญ อย่างยิ่งของการให้บริการด้านสุขภาพ ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยที่คลินิกผู้ป่วยนอกเป็นดัชนีสำคัญที่บ่งชี้ถึง ประสิทธิภาพการจัดการบริการของโรงพยาบาล ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ยินดีที่จะให้การรักษาที่ดีที่สุดแก่ ผู้ป่วยแต่ในทางกลับกันการพัฒนาระบบการให้บริการยังเป็น ปัญหา โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ผู้ป่วยมี ปัญหาซับซ้อน ผู้ป่วยจำเป็นต้องพบแพทย์หรือบุคลากร ทางการแพทย์ที่จำเพาะหลากหลายสาขาและการรักษา ที่มีความจำเพาะเจาะจง ทำให้ผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้อง ใช้ระยะเวลาในการรอตรวจนานมากขึ้น รวมถึงการมา โรงพยาบาลหลายครั้งเนื่องจากมีนัดตรวจหลายคลินิก

ระยะเวลารอคอยที่ยาวนานเป็นสาเหตุสำคัญของความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย ส่งผลให้ภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยแย่ลง และมีผลกระทบไปถึงด้านจิตใจ เกิด ความเครียดหรือหงุดหงิดง่ายหากไม่ได้รับบริการที่ สะดวกรวดเร็ว และส่งผลเสียต่อการติดตามการรักษา



และผลการรักษาทางคลินิก อีกทั้งยังอาจทำให้ทั้งผู้ป่วย และญาติมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อบริการในด้านอื่นๆ ของโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าระยะเวลาการรอคอยเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจผู้รับบริการ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพการบริการไปในทางลบ การศึกษาในประเทศไทยหลายฉบับที่รายงานตรงกันว่า คุณภาพการบริการที่ผู้รับบริการในโรงพยาบาลคาดหวัง ได้แก่ ความรวดเร็วในการใช้บริการ รอไม่นาน ตรวจรักษาตรงเวลา ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน บอกระยะเวลาในการรอตรวจ และรอผลการตรวจให้ทราบ

นอกจากนี้ระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนานยังส่งผลเสียต่อบุคลากรทางการแพทย์เอง เนื่องจากระยะเวลาการทำงานในคลินิกนานขึ้น เกิดความอ่อนล้า ความเครียด ผลเสียต่อสภาพจิตใจ และส่งผลต่อการบริการทางการแพทย์อีกด้วย

ในปัจจุบันผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยโรคมะเร็งมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ การรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสหสาขา ได้แก่ ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์โรคมะเร็ง รังสีแพทย์ กทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา รวมไปถึงหน่วย สัตริประโยชน์

อีกด้วย ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลหลายครั้ง และต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการรอคอยพบแพทย์ กระบวนการดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและมีผลเสียต่อผลการรักษา มีการศึกษาหลายฉบับที่รายงานถึงวิธีการลดระยะเวลาการรอคอยตรวจของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลทั้งในกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดภาระงานที่ไม่จำเป็น รวมไปถึงเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญ โดยกระบวนการดังกล่าวมีหลายวิธี ได้แก่ ปรับปรุงระบบนัดผู้ป่วย ปรับระบบขั้นตอนการบริการ (streamlining workflows) เพิ่มจำนวนผู้ให้บริการ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการดังกล่าวต้องปรับให้เข้ากับบริบทการบริการของแต่ละคลินิกเป็นสำคัญ

การพัฒนากระบวนการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์ฯ เป็นอีกหนึ่งงานที่มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา จากรายงานสถิติผู้รับบริการที่มารับการตรวจและรักษาของศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์นั้น มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยในปีพ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 มีจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด 7035, 9506 และ 7965 รายตามลำดับ การที่มีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย

อ่านต่อจากหน้า

## ภาพรวมการดำเนินงาน ทีมบำบัดองค์รวม

ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคเมะเร็ง  
สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เมะเร็งไม่เพียงพอส่งผลให้มีขีดจำกัดของการรองรับจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ของคลินิกอายุรกรรมในระบบนัดของโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยบางรายอาจจะเสียโอกาสในการรักษาเนื่องจากพบแพทย์ช้า ดังนั้นการพัฒนาระบบนัดผู้ป่วยเมะเร็งให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม ลดขั้นตอนและจำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาลทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมไปถึงลดการสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นอีกด้วย จากปัญหาดังกล่าว ทางทีมจึงพัฒนาระบบนัดสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคเมะเร็งขึ้น ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยการตรวจของผู้รับบริการ โดยทางทีมได้นำแนวคิดลีน (Lean) ในการจัดการกับระบบนัด เพื่อเพิ่มคุณภาพให้กับงานบริการในระบบบริการสุขภาพและพัฒนางานประจำสู่การวิจัย Routine to research (R2R) ซึ่งงานวิจัยหลายฉบับแสดงให้เห็นว่าแนวคิดลีนมีหลักการและวิธีการที่ช่วยเพิ่มคุณภาพให้กับงานบริการสุขภาพได้ โดยเน้นการบริหารจัดการกระบวนการทำงานเพื่อลดความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในระบบ จัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการได้รับความสะดวกและสามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างรวดเร็วอย่างสมราคา ลดความสูญเปล่า

ในขั้นตอนการให้บริการ ลดการทำงานซ้ำซ้อนและการทำงานที่มากเกินไป โดยมีเป้าหมายเพื่อนำแนวคิดมาพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการลดระยะเวลาการรอคอย ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการให้มีความทั่วถึงและรวดเร็ว เหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริง เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ และมีการพัฒนายั่งยืนต่อไปในอนาคต พัฒนาระบบนัดดังกล่าวเพื่อทำให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาการรอคอย ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ รวมทั้งผู้ให้บริการ ทำให้ไม่เกิดความเครียดในการทำงาน มีความสุขในการทำงาน เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงพัฒนาระบบการให้บริการ โครงการดังกล่าวอยู่ในระหว่างการดำเนินการวิจัย





# ผลของการดำเนินโครงการ

## (ตั้งแต่ กันยายน 2558 ถึง ธันวาคม 2560)

กระบวนการ	เป้าหมาย	พ.ศ.2558 (ก.ย.-ธ.ค. 58) (ผู้ป่วย 148 ราย)	พ.ศ.2559 (ม.ค.-ธ.ค. 59) (ผู้ป่วย 529 ราย)	พ.ศ.2560 (ม.ค.-ธ.ค. 60) (ผู้ป่วย 563 ราย)
1.การทบทวนประวัติผู้ป่วยใหม่	100%	100%	100%	100%
2.จำนวนผู้ป่วยที่นัดมาผิวดคลินิก	0%	1.35%	0.19%	0.36%
3.จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในคลินิกมะเร็งที่ต้องเลื่อนนัดได้รับการเลื่อนนัด	100%	90.91%	98.63%	97.85%
4.จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในคลินิกมะเร็งที่ต้องเจาะเลือดก่อนพบแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมในการให้ยาเคมีบำบัด	100%	100%	100%	91.24%

จากผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมาในส่วนของผู้ป่วยที่นัดมาผิวดคลินิก ได้แก่ผู้ป่วยโรคเลือด ผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งเมื่อมีการทบทวนประวัติแล้วกราบว่านัดมาผิวดคลินิกทางทีมก็ได้ติดต่อประสานงานกับคลินิกที่ผู้ป่วยต้องตรวจให้ทำการนัดตรวจใหม่และติดต่อประสานงานกับผู้ป่วยในการมาตรวจใหม่สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องได้รับการเลื่อนนัดแต่ไม่สามารถเลื่อนนัดได้ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยเปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์ทำให้ติดต่อเลื่อนนัดไม่ได้ในส่วนของผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องเจาะเลือดก่อนพบแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมในการให้ยาเคมีบำบัดแล้วไม่ได้เจาะเลือดเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ผู้ป่วยบางรายมาด้วยอาการหนักต้องได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วนโดยแพทย์ทันที ผู้ป่วยบางรายเป็นผู้ป่วยเก่าแต่มีชื่อในระบบนัดเป็นผู้ป่วยใหม่เมื่อมาทำการลงทะเบียนก็ลงทะเบียนให้แพทย์เจ้าของไข้ท่านเดิมทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ไปทำการเจาะเลือดตามแผนการรักษาที่วางไว้ ผู้ป่วยบางรายแจ้งความจำนงว่าขอตรวจกับแพทย์ก่อนเพื่อทราบแผนการรักษาเพื่อประกอบการตัดสินใจในการรักษา ก่อนทางทีมจึงได้พูดคุยเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวและแก้ไขระบบงานใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการตามแผนงานที่วางไว้

นอกจากการพัฒนากระบวนการแล้วทางทีมได้ทำการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการความปวดกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายที่ได้รับยาเคมี

บำบัด” เนื่องจากความปวดเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งอาจเกิดจากมะเร็งเองหรือเกิดจากการรักษาซึ่งได้แก่ ยาเคมีบำบัด ยาต้านฮอร์โมน ยารักษาแบบมุ่งเป้า การรักษาด้วยรังสีรักษาและการผ่าตัด เป็นต้น ความปวดเป็นการรับรู้ของบุคคลที่บรรยายถึงประสบการณ์ความไม่สุขสบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งการรับรู้ความปวดขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ความไม่สุขสบาย นอนไม่หลับ อ่อนล้า วิตกกังวล กลัว เศร้า เบื่อ เป็นต้น นอกจากนี้ความปวดที่เกิดขึ้นยังส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์ของผู้ป่วยด้วยผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรงจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบมากขึ้น ทางทีมจึงมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการประเมินและจัดการความปวดต่อระดับความปวดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประเมินและจัดการความปวดตามระบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับการประเมินและจัดการความปวดตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นอาการที่พบบ่อย โดยพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 30-90 โดยที่หนึ่งในสามของผู้ป่วยมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 43 ได้รับยาแก้ปวดต่ำกว่า



ที่ควรจะได้รับ ทั้งๆที่องค์ความรู้และวิธีการจัดการความปวดที่มีอยู่ในปัจจุบันอยู่ในระดับดีมากแล้วก็ตาม

สำหรับประเทศไทยในช่วงระยะ 20 ปีที่ผ่านมา ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง และในจำนวนนี้ร้อยละ 30 ต้องทุกข์ทรมานจากความปวด โดยไม่ได้รับยาบรรเทาปวด ความปวดที่รุนแรง เรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ต่างๆลดลง เป็นการระแ่แก่ผู้ดูแล มีความรู้สึกไม่สงบสบาย ก้อแก่ หดหู่ สูญเสียความหวังในชีวิต และสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่มีโอกาสรอดชีวิต การดูแลมีเป้าหมายสำคัญคือเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุด

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเสมือนหนึ่งเป็นเครื่องเตือนใจให้หมกมุ่นอยู่กับความปวดที่เรื้อรัง และนำความรู้สึกไปเกี่ยวข้องกับความตายที่ทรมาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่แสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของความผาสุกในด้านต่างๆทั้งกาย จิตใจอารมณ์ สังคมเศรษฐกิจ และจิตวิญญาณความปวดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง กลัวและวิตกกังวล ผู้ป่วยคิดว่าโรคที่เป็นอยู่ในระยะที่รักษาไม่หายจึงซึมเศร้า ก้อแก่ สิ้นหวัง ผู้ป่วยกลัวการติดยาลดปวดชนิดเสพติด กลัวผลข้างเคียงของยา มีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับความปวด

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากภาวะโรคและการรักษา ระบบการรักษาผู้ป่วยนอกทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวอย่างมาก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ การระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็งควรสอดคล้องกับหลักปรัชญาของการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) กล่าวคือ คุมอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สงบสบายโดยไม่ทำให้การทำงานของร่างกายลดลง ผู้ป่วย

ยังสามารถประกอบกิจกรรมพื้นฐานต่างๆได้ด้วยตนเอง ดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และจัดเตรียมวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างเหมาะสม ดังนั้น เป้าหมายในการระงับปวด คือ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและเสียชีวิตจากโรคโดยไม่ทรมานจากความปวด จากอุบัติเหตุที่รุนแรงและรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง จึงต้องมีการพัฒนาหาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้สามารถประเมินอาการปวดได้ดีขึ้นนำไปสู่การบรรเทาความปวดที่ดีและเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการบรรเทาปวดที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

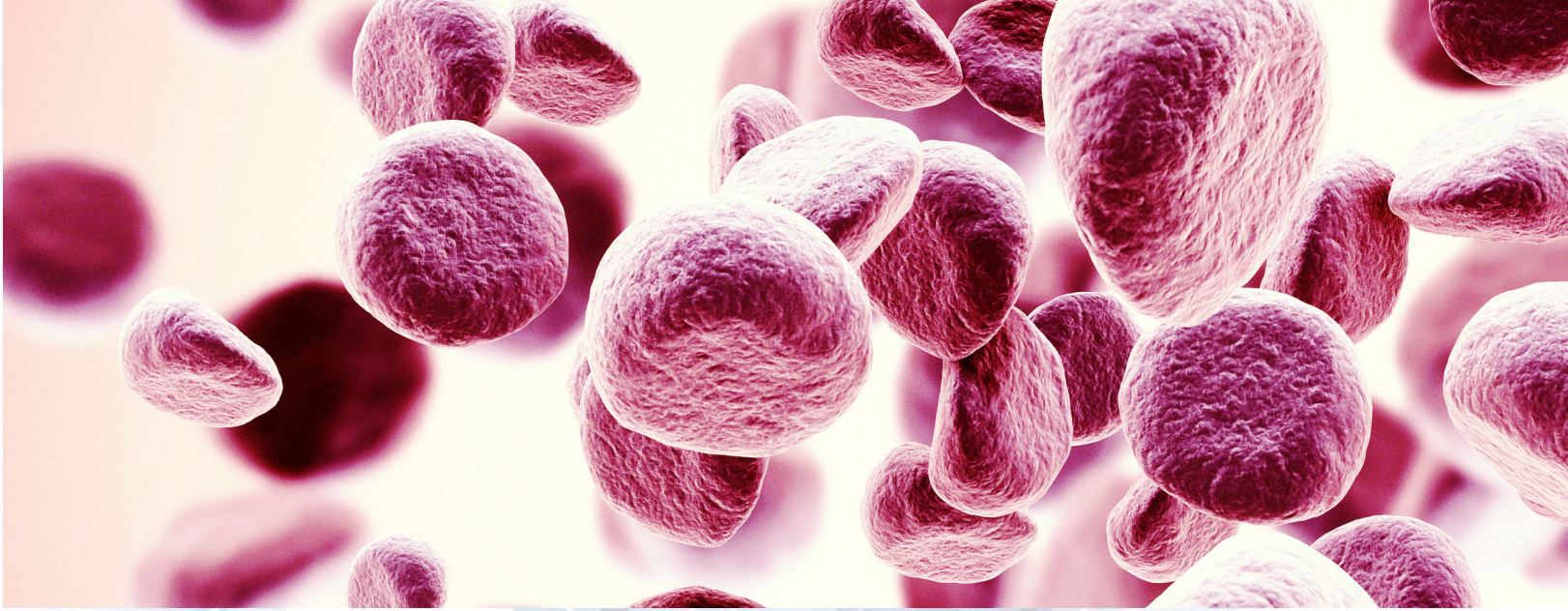
การระงับปวดที่ดีต้องมีการประเมินที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ผู้ป่วยควรมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องการกินยาแก้ปวดตลอดจนการรายงานความปวดซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับช่วยเหลือในการบรรเทาความปวด ผู้ป่วยบางรายยอมทนปวดทรมานแทนที่จะกินยาแก้ปวดหรือบางรายกินยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวดรุนแรงเท่านั้น เพราะมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการกินยาแก้ปวด เข้าใจว่าควรกินยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวดมากเพราะกลัวว่าจะถูกกล่าวหาว่าไม่อดทน กลัวติดยา คือยา ไม่กล้าขอยาเนื่องจากเกรงใจแพทย์ พยาบาลและกั๊ววลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ได้หลายอย่าง ทั้งที่จริงแล้วผู้ป่วยสามารถรับการรักษาอาการปวดไปพร้อมกับการรักษาโรคมะเร็ง นอกจากนี้ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากขึ้นเพราะบทบาทของพยาบาลไม่เกี่ยวข้องเฉพาะการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดและลดผลข้างเคียงของการรักษาเท่านั้น แต่ยังคงคำนึงถึงคุณภาพของการมีชีวิตหรือการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพในช่วงเวลาที่เหลืออยู่สำหรับผลการวิจัยในโครงการ “ประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการความปวดกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายที่ได้รับยาเคมีบำบัด” นี้ขึ้นอยู่กับขั้นตอนการเตรียมต้นฉบับเพื่อส่งตีพิมพ์ในวารสารวิชาการต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Bonica JJ. The management of pain. 2nd ed. Philadelphia,PA: Lea & Febiger; 1990.
2. van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: A systemic review of the past 40 years. *Annals of Oncology* 2008; 19:1985-1991.
3. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Annals of Oncology*. 2008; 19 :1985-1991.
4. Vatanasapt D, Sripun M, Tailerd J, Vatasaksiri D, Sriamporn S, Boonrodchu D. Incidence of cancer pain in Khon-Kaen, Thailand. *J Thai Cancer* 1992; 18 :64-70.

## ภาระงานด้านการศึกษาวิจัย

# Clinical Studies

- 
1. Lung Cancer
    - 1.1 First line, stage IB-III A NSCLC: ADAURA
    - 1.2 First line, stage IIIB-IV NSCLC: REGN2810-1624
    - 1.3 First line, EGFR vaccine, stage IV NSCLC: BV-NSCLC-002
    - 1.4 First line , stage IV squamous NSCLC: MK-3475-407
  2. Advanced or metastatic adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction
    - 2.1 First line, HER1+ve/HER2-ve: ASLAN
    - 2.2 First line, HER2 +ve : IMU-131
  3. Recurrent/metastatic head and neck squamous cell carcinoma
    - 3.1 First line: KESTREL
    - 3.2 Second line: BI1200.161
  4. Second line, locally advanced recurrent/metastatic nasopharyngeal carcinoma: CPDR001X2201
  5. Locally advanced or metastatic breast cancer
    - 5.1 ER -ve, PR -ve, HER2 -ve: IMPASSION (WO29522)
  6. Stage IIIC-IV, unresectable or metastatic melanoma
    - 6.1 BRAF +ve: CPDR001F2301
    - 6.2 BRAF -ve: CPDR001X2101
  7. Advanced hepatocellular carcinoma
    - 7.1 First line: JX594-HEP024
    - 7.2 Second-Line: MK-3475-240

# ผลการดำเนินงานการวิจัยทางคลินิก

## 1. Lung Cancer

### 1.1 First line, stage IB-IIIa NSCLC : ADAURA

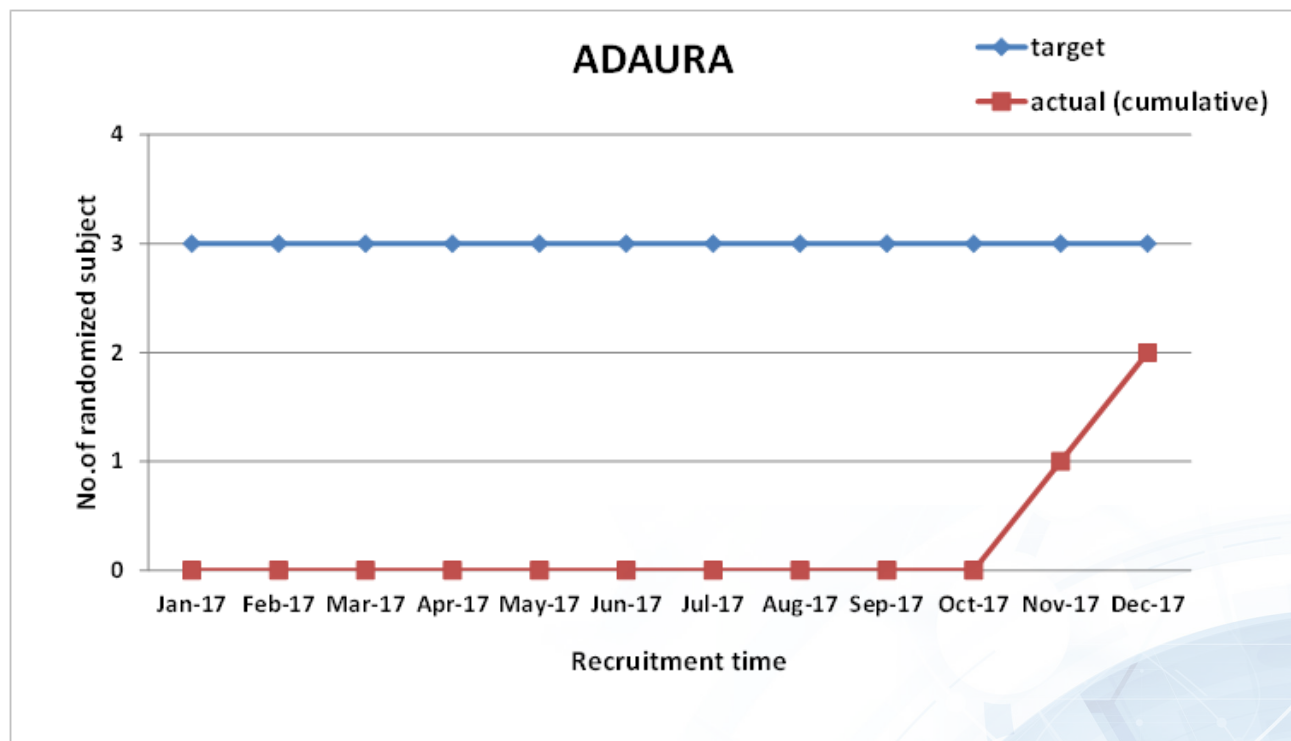
**ชื่อโครงการ(Eng):** A double-blind, randomized, placebo-controlled multicentre study to assess the efficacy and safety of AZD9291 versus placebo in patients with epidermal growth factor receptor mutation positive stage IB-IIIa non-small cell lung carcinoma, following complete tumour resection with or without adjuvant chemotherapy

**ชื่อโครงการ(ไทย):** การศึกษาทางคลินิกระยะที่ 3 แบบสุ่ม ปกปิดข้อมูลทั้งสองด้าน ควบคุมด้วยยาหลอกที่ดำเนินการในศูนย์วิจัยหลายแห่ง เพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการรักษาด้วยยาเอแซดตี 9291 เปรียบเทียบกับยาหลอก ในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิดที่ไม่ใช่เซลล์ขนาดเล็ก ระยะ IB-IIIa และมีผลการกลายพันธุ์ของ Epidermal Growth Factor เป็นบวก หลังจากได้รับการผ่าตัดมะเร็งอย่างสมบูรณ์ โดยได้รับหรือไม่ได้รับเคมีบำบัดเป็นการรักษาร่วม

**Status:** กำลังเปิดรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

Target	Total screened	Randomized subject (%)	Screening failure (%)
3	6	2 (33.3)	4 (66.7)

### สรุป Recruitment rate ประจำปี 2560 โครงการ ADAURA



ที่มา: [www.clinicaltrial.gov](http://www.clinicaltrial.gov)

**1.2 First line, stage IIIB-IV NSCLC: REGN2810-1624**

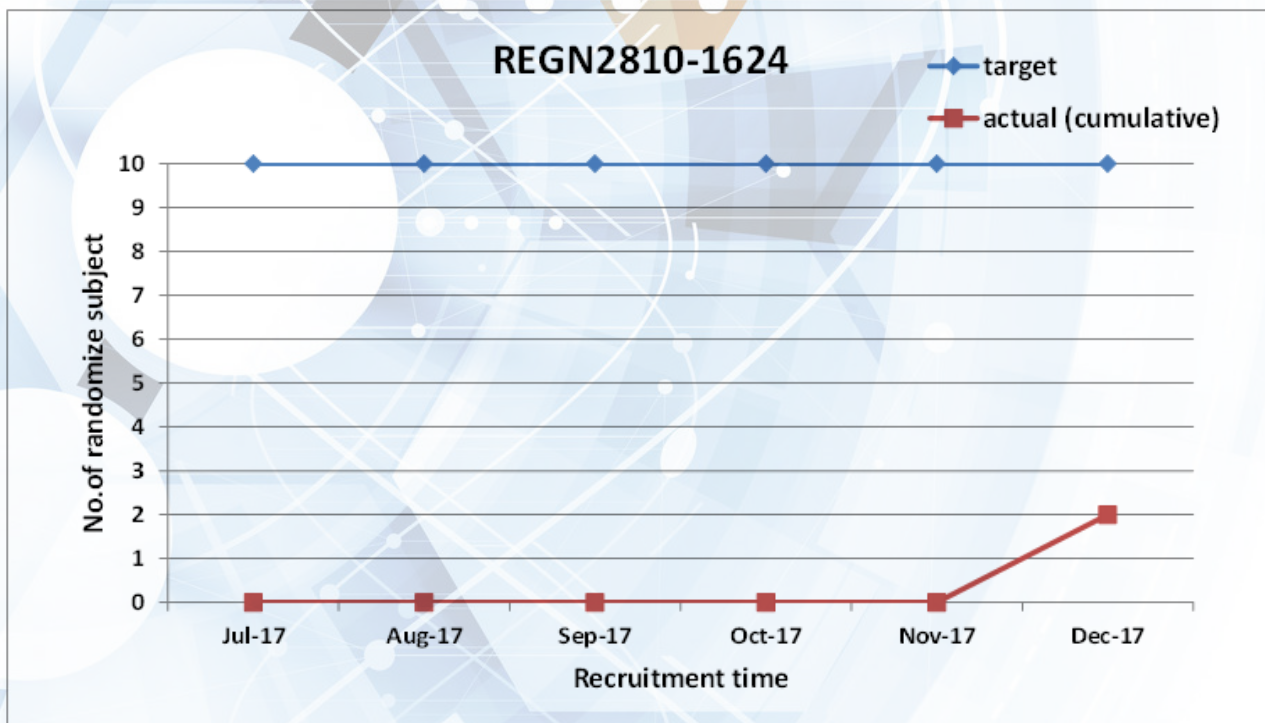
**ชื่อโครงการ(Eng):** A global, randomized, phase 3, open-label study of REGN2810 (anti- PD-1 antibody) versus platinum based chemotherapy in first line treatment of patients with advanced or metastatic PD-1 + non-small cell lung cancer

**ชื่อโครงการ(ไทย):** การศึกษาวิจัยระยะที่ 3 แบบสุ่มที่ดำเนินการทั่วโลกและเปิดเผยการรักษาของยา REGN2810 (แอนติบอดีต่อต้าน PD-1 ) เปรียบเทียบกับเคมีบำบัดด้วยยากุ่มแพลทินัมในการรักษาอันดับแรกของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กซึ่งมีการแสดงออกของ PD-L1 ในระยะลุกลามหรือระยะแพร่กระจาย

**Status:** กำลังเปิดรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

Target	Total screened	Randomized subject (%)	Screening failure (%)
10	5	2 (40.0)	3 (60.0)

**สรุป Recruitment rate ประจำปี 2560 โครงการ REGN2810-1624**



ที่มา: [www.clinicaltrial.gov](http://www.clinicaltrial.gov)

### 1.3 First line, EGFR vaccine, stage IV NSCLC: BV-NSCLC-002

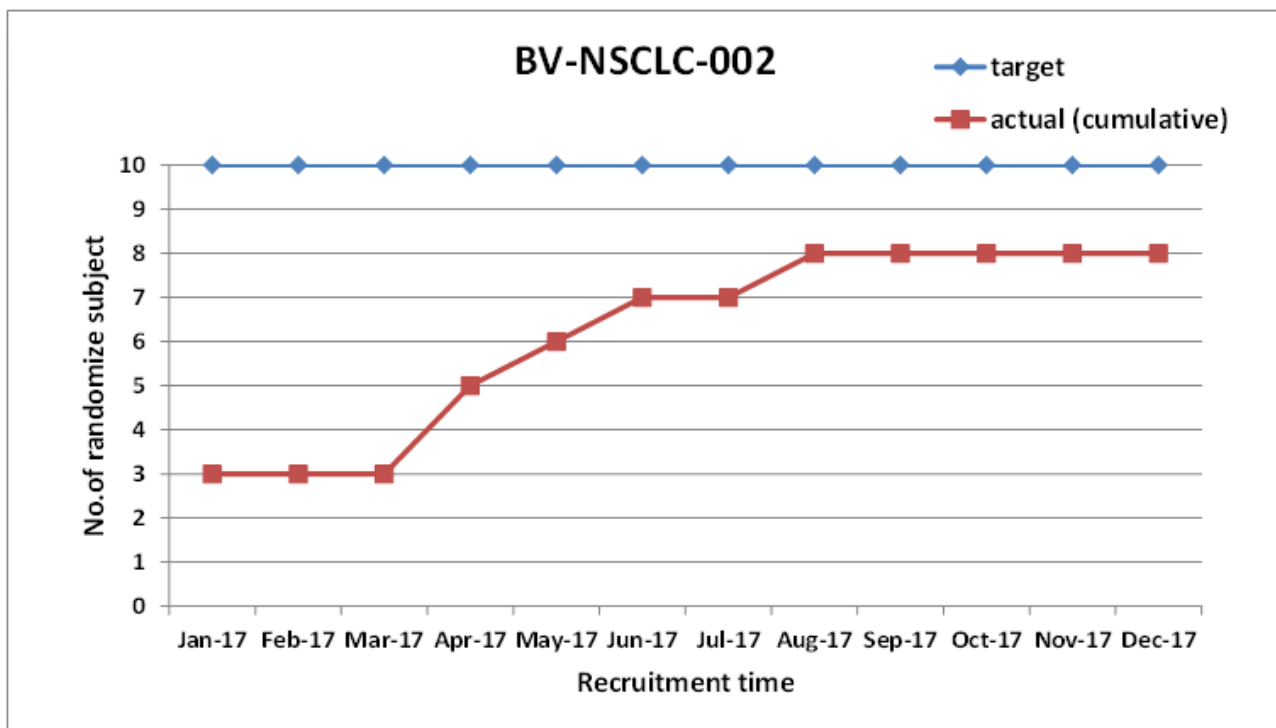
**ชื่อโครงการ(Eng):** A phase III, open-label, multicenter, randomized trial to establish safety and efficacy of an EGFR cancer vaccine in inoperable, stage IV biomarker positive, wild type EGFR NSCLC patient eligible to receive standard treatment and supportive care

**ชื่อโครงการ(ไทย):** การวิจัยในระยะที่ 3 แบบสุ่มที่เปิดเผยข้อมูลการรักษา ดำเนินการในศูนย์วิจัยหลายแห่ง เพื่อพิจารณาความปลอดภัยและประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันมะเร็งที่เป็น EGFR ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์ขนาดเล็ก (NSCLC) ใน EGFR สายพันธุ์ดั้งเดิมที่มีผลบวกต่อตัวบ่งชี้ชีวภาพระยะที่ 4 ซึ่งไม่สามารถผ่าตัดได้ และมีคุณสมบัติเหมาะสม ในการรับการรักษามาตรฐานและการดูแลแบบประคับประคอง

**Status:** กำลังเปิดรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

Target	Total screened	Randomized subject (%)	Screening failure (%)
10	36	8 (22.2)	16 (77.8)

#### สรุป Recruitment rate ประจำปี 2560 โครงการ BV-NSCLC-002



ที่มา: [www.clinicaltrial.gov](http://www.clinicaltrial.gov)

#### 1.4 First line, stage IV squamous NSCLC: MK-3475-407

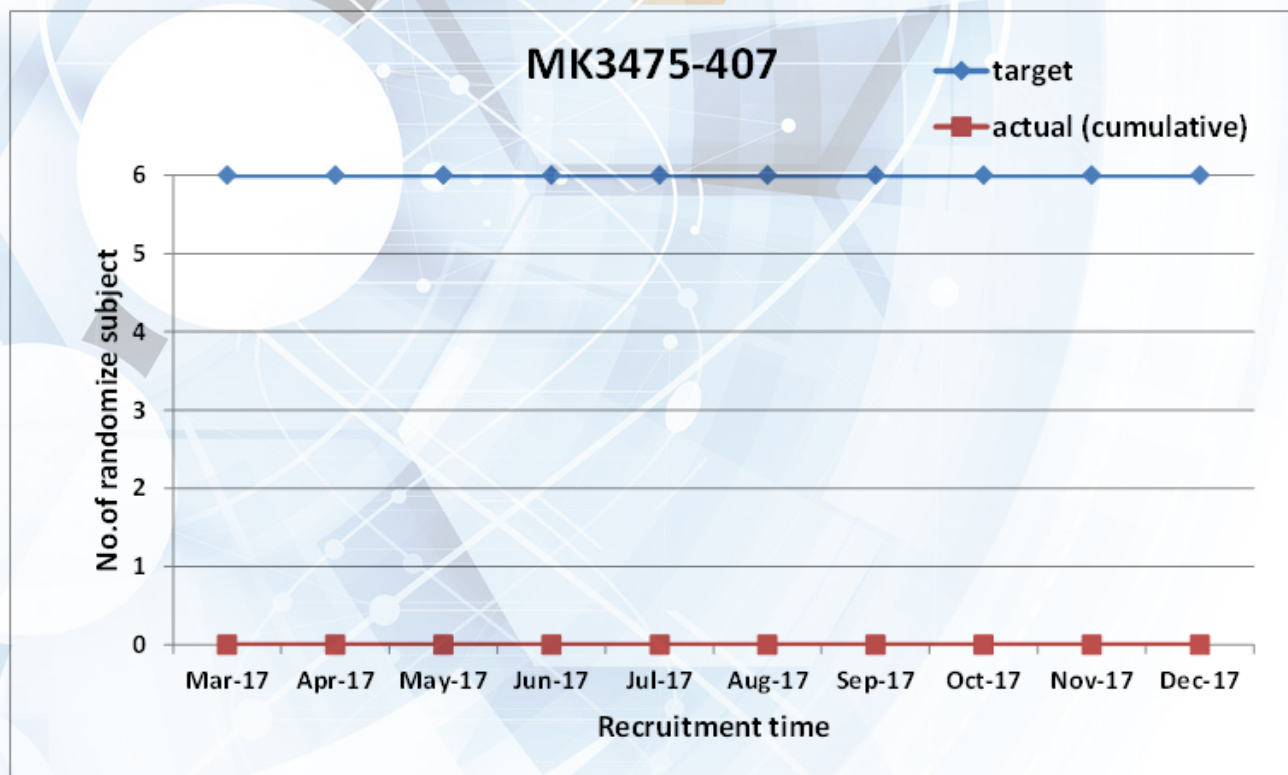
**ชื่อโครงการ(Eng):** A Randomized, Double-Blind, Phase III Study of Carboplatin-Paclitaxel/Nab-Paclitaxel Chemotherapy with or without Pembrolizumab (MK-3475) in First Line Metastatic Squamous Non-small Cell Lung Cancer Subjects (KEYNOTE-407).

**ชื่อโครงการ(ไทย):** การศึกษาวิจัยระยะที่ 3 แบบสุ่ม ปกปิดข้อมูลการรักษาทิ้งสองฝ่ายของการ ให้ยาเคมีบำบัด คาร์โบพลาติน-พาคลิแทกเซล/แนบ-พาคลิแทกเซล ร่วมกับยาเพมโบรลิซูแมบ (ยาเอ็มเค-3475) หรือไม่มียาเพมโบรลิซูแมบร่วมด้วย เป็นการรักษาลำดับแรกในอาสาสมัคร โรคมะเร็งปอดที่ไม่ใช่เซลล์ขนาดเล็กชนิดสความัสเซลล์ ระยะแพร่กระจาย (KEYNOTE-407)

**Status:** ปิดรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเดือน ธันวาคม 2560

Target	Total screened	Randomized subject (%)	Screening failure (%)
6	3	0 (0)	3 (100)

#### สรุป Recruitment rate ประจำปี 2560 โครงการ MK-3475-407



ที่มา: [www.clinicaltrial.gov](http://www.clinicaltrial.gov)

## 2. Advanced or metastatic adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction

### 2.1 First line, HER1+ve/HER2-ve: ASLAN

**ชื่อโครงการ(Eng):** A Two-Part Phase 2/3 Multicenter, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study Of Varlitinib Plus mFOLFOX6 Versus Placebo Plus mFOLFOX6 in Subjects with HER1/ HER2 Co-Expressing Advanced or Metastatic Gastric Cancer Without Prior Exposure to Systemic Therapy

**ชื่อโครงการ(ไทย):** การศึกษาวิจัยระยะที่ 2/3 ที่แบ่งเป็นสองส่วน แบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุมด้วยยาหลอก ปกปิดข้อมูล ทั้งสองด้าน ดำเนินการในหลายศูนย์วิจัย เพื่อศึกษาการให้ยาอวาร์ลิตินิบ (Varlitinib) ร่วมกับ mFOLFOX6 เปรียบเทียบกับการให้ยาหลอกร่วมกับ mFOLFOX6 ในอาสาสมัครที่เป็นมะเร็งกระเพาะอาหารระยะลุกลามหรือแพร่กระจายที่มีการแสดงออกร่วมกันของ HER1/HER2 โดยไม่เคยได้รับการบำบัดรักษาแบบทั่วร่างกายมาก่อน

**Status:** กำลังเปิดรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

Target	Total screened	Randomized subject (%)	Screening failure (%)
6	0	0 (0)	0 (0)

### สรุป Recruitment rate ประจำปี 2560 โครงการ ASLAN



ที่มา: [www.clinicaltrial.gov](http://www.clinicaltrial.gov)

## 2.2 First line, HER2 +ve : IMU-131

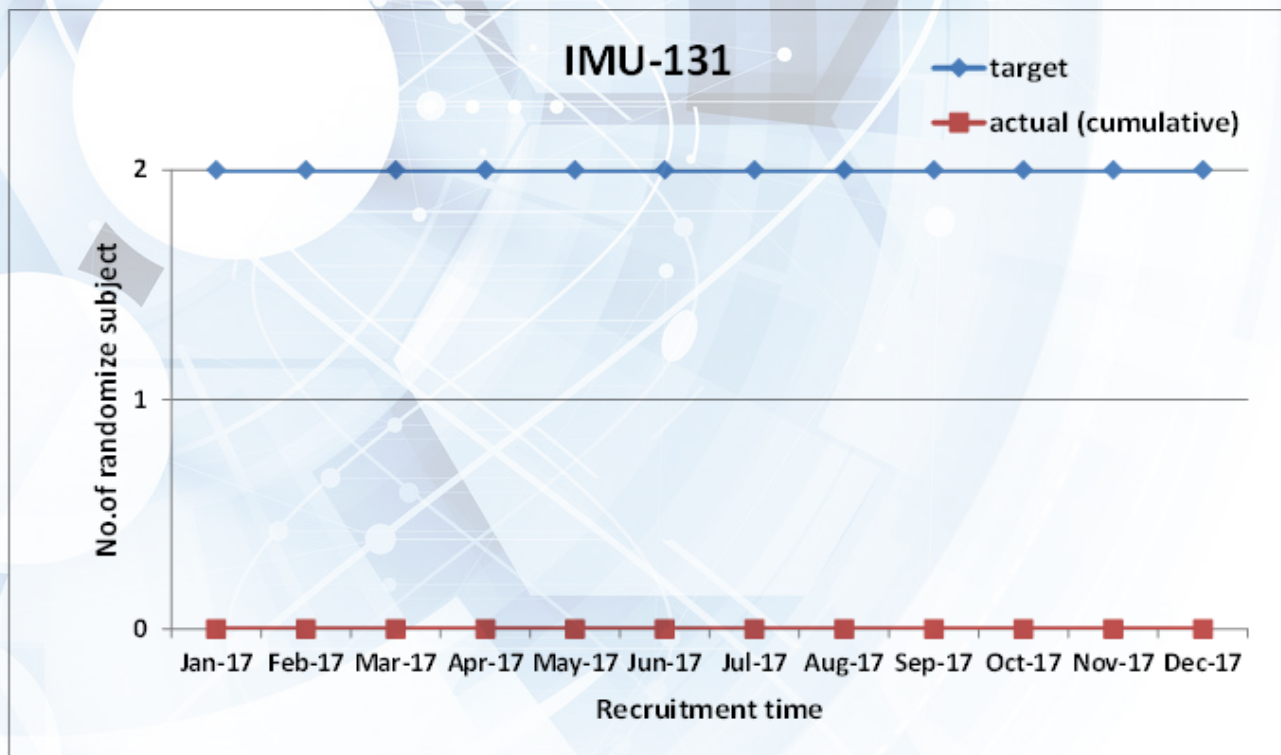
**ชื่อโครงการ(Eng):** A phase 1b/2 open-label study of Imu-131 Her2/Neu peptide vaccine plus cisplatin and either 5-fluorouracil or capecitabine chemotherapy in patients with Her2/Neu overexpressing metastatic or advanced adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction

**ชื่อโครงการ(ไทย):** การศึกษาวิจัยระยะที่ 1b/2 แบบเปิดเผยข้อมูลการรักษาของการให้วัคซีนเปปไทด์ IMU-131 ของตัวรับเฮอรัทร่วมกับยาซิสพลาตินและการให้ยาเคมีบำบัดด้วยยา 5-ฟลูออโรยูราซิลหรือยาเคพโซตาบินอย่างใดอย่างหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารหรือมะเร็งบริเวณรอยต่อระหว่างหลอดอาหารกับกระเพาะอาหารระยะแพร่กระจายหรือระยะลุกลามที่มีระดับการแสดงออกของตัวรับเฮอรัท (HER2/NEU) มากกว่าปกติ

**Status:** กำลังเปิดรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

Target	Total screened	Randomized subject (%)	Screening failure (%)
2	22	0 (0)	22 (100)

### สรุป Recruitment rate ประจำปี 2560 โครงการ IMU-131



ที่มา: [www.clinicaltrial.gov](http://www.clinicaltrial.gov)



### 3. Recurrent/metastatic head and neck squamous cell carcinoma

#### 3.1 First line: KESTREL

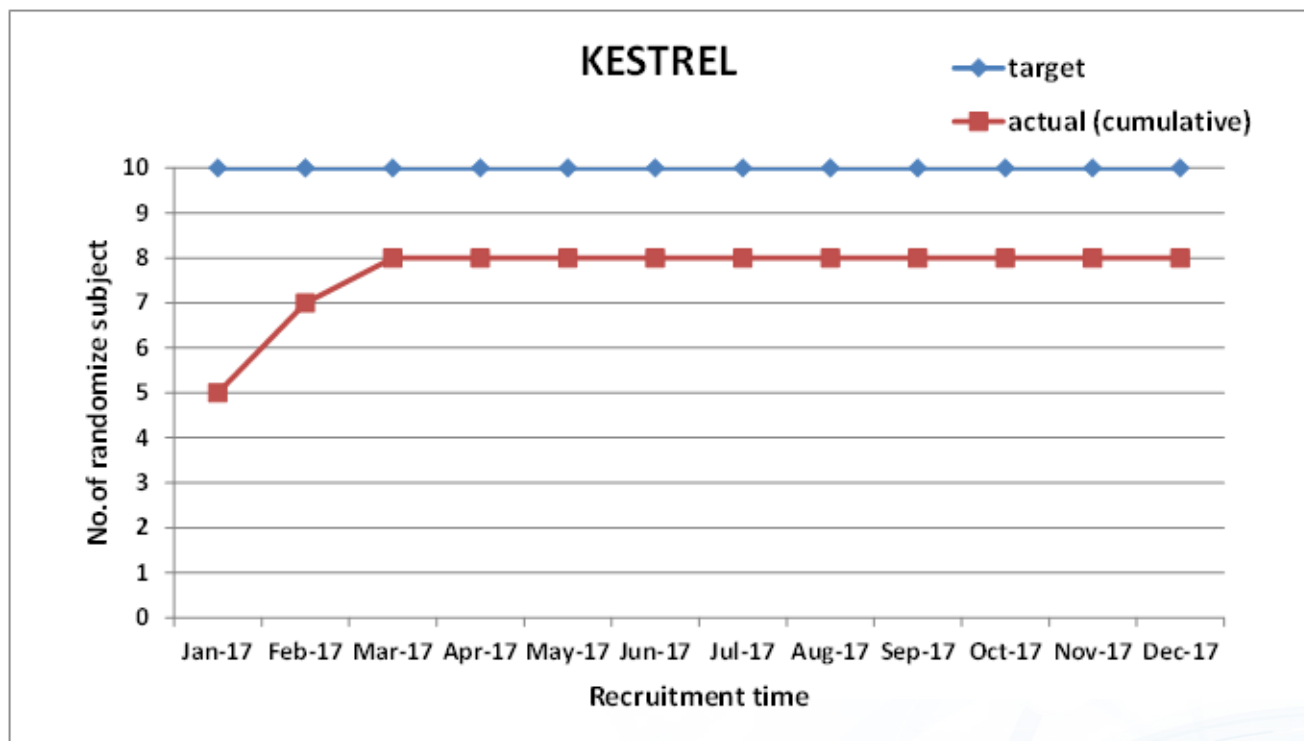
**ชื่อโครงการ(Eng):** A phase III randomized, open-label, multi-center, global study of MEDI4736 alone or in combination with tremelimumab versus standard of care in the treatment of first-line recurrent or metastatic squamous cell head and neck cancer patients.

**ชื่อโครงการ(ไทย):** การศึกษาแบบสุ่มระยะที่ 3 แบบไม่ปกปิดการรักษาทำในหลายศูนย์วิจัยทั่วโลกของยามะดิดิ (MEDI) 4736 ร่วมกับยาทรีมีลิมูแม็บ (Tremelimumab) หรือยามะดิดิ (MEDI) 4736 ชนิดเดี่ยวเปรียบเทียบกับ การรักษามาตรฐานในการรักษาเป็นลำดับแรกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอชนิดสควอโมสเซลล์ที่เป็นซ้ำหรือมีการแพร่กระจายของโรค

**Status:** ปิดรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเดือน มีนาคม 2560

Target	Total screened	Randomized subject (%)	Screening failure (%)
10	8	8 (100)	0 (0)

#### สรุป Recruitment rate ประจำปี 2560 โครงการ KESTREL



ที่มา: [www.clinicaltrial.gov](http://www.clinicaltrial.gov)

### 3.1 Second line: BI1200.161

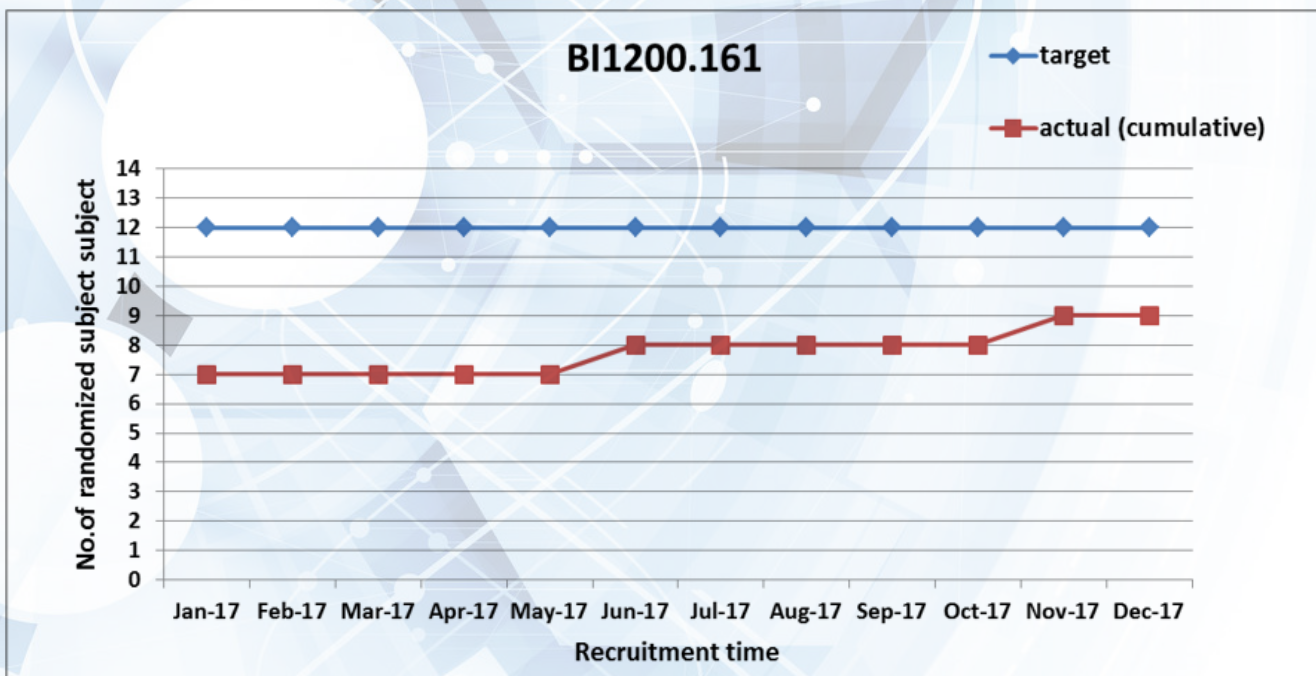
**ชื่อโครงการ(Eng):** A randomized, open-label phase III study to evaluate the efficacy and safety of oral afatinib (BIBW 2992) versus intravenous methotrexate in patients with recurrent and/or metastatic head and neck squamous cell carcinoma who have progressed after platinum-based therapy

**ชื่อโครงการ(ไทย):** การศึกษาวิจัยระยะที่ 3 แบบสุ่ม เปิดเผยข้อมูล เพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของ ยาอะฟาทินิบชนิดรับประทาน (BIBW 2992) เปรียบเทียบกับยาเมโทเทรกเซทที่ให้ทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่เป็น มะเร็งศีรษะและลำคอชนิดสควอโมสเซลล์ที่กลับเป็นซ้ำและ/หรือแพร่กระจายซึ่งมีการดำเนินไปของโรคหลังจากได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาที่มีแพลตินัมเป็นพื้นฐาน

**Status:** มีแผนปิดรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเดือน มกราคม 2561

Target	Total screened	Randomized subject (%)	Screening failure (%)
12	11	9 (81.8)	2 (18.2)

### สรุป Recruitment rate ประจำปี 2560 โครงการ BI1200.161



ที่มา: [www.clinicaltrial.gov](http://www.clinicaltrial.gov)

#### 4. Second line, locally advanced recurrent/metastatic nasopharyngeal carcinoma : CPDR001X2201

**ชื่อโครงการ(Eng):** A phase II, open-label, randomized controlled study of PDR001 in patients with moderately differentiated/undifferentiated locally advanced recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma who progressed on standard treatment

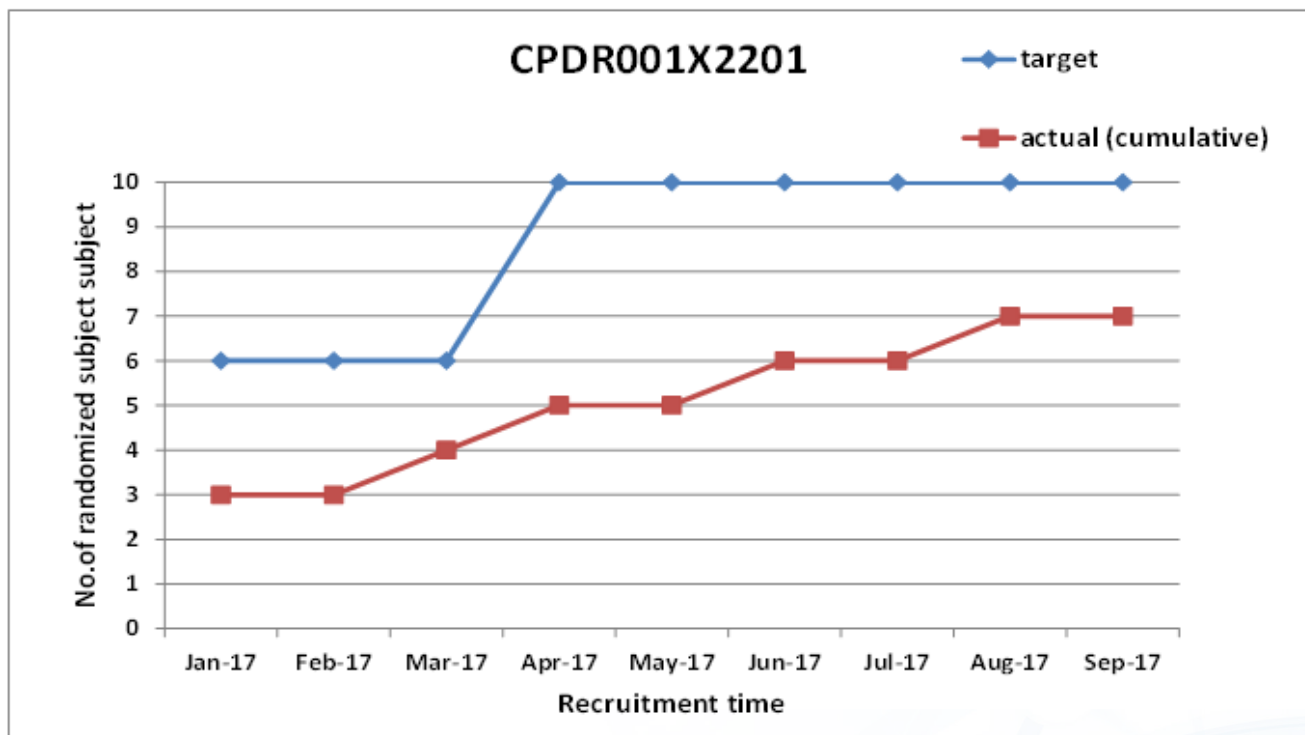
**ชื่อโครงการ(ไทย):** การวิจัยทางคลินิกระยะที่ 2 แบบสุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุม และไม่ปกปิดการรักษา เพื่อศึกษา ยาพีดีอาร์001 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ที่มีลักษณะเซลล์เป็นแบบมอดเออเรทสตีฟเฟอเรนซิเอกตเทก หรือ อินดิฟเฟอเรนซิเอกตเทกที่กลับเป็นซ้ำแบบระยะลุกลามเฉพาะที่หรืออยู่ในระยะแพร่กระจาย ซึ่งมีการกำเริบของโรคจากการรักษามาตรฐาน

**Status:** ปิดรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเดือน กันยายน 2560

หมายเหตุ: เพิ่มจำนวนผู้ป่วยจาก 6 เป็น 10 คน เดือน เมษายน 2560

Target	Total screened	Randomized subject (%)	Screening failure (%)
10	11	7 (63.6)	4 (36.4)

#### สรุป Recruitment rate ประจำปี 2560 โครงการ CPDR001X2201



ที่มา: [www.clinicaltrial.gov](http://www.clinicaltrial.gov)

## 5. Locally advanced or metastatic breast cancer

### 5.1 ER -ve, PR -ve, HER2 -ve: IMPASSION (WO29522)

**ชื่อโครงการ(Eng):** A phase III, multicenter, randomized, placebo-controlled study of atezolizumab (anti-PD-L1 antibody) in combination with nab-paclitaxel compared with placebo with nab-paclitaxel for patients with previously untreated metastatic triple-negative breast cancer

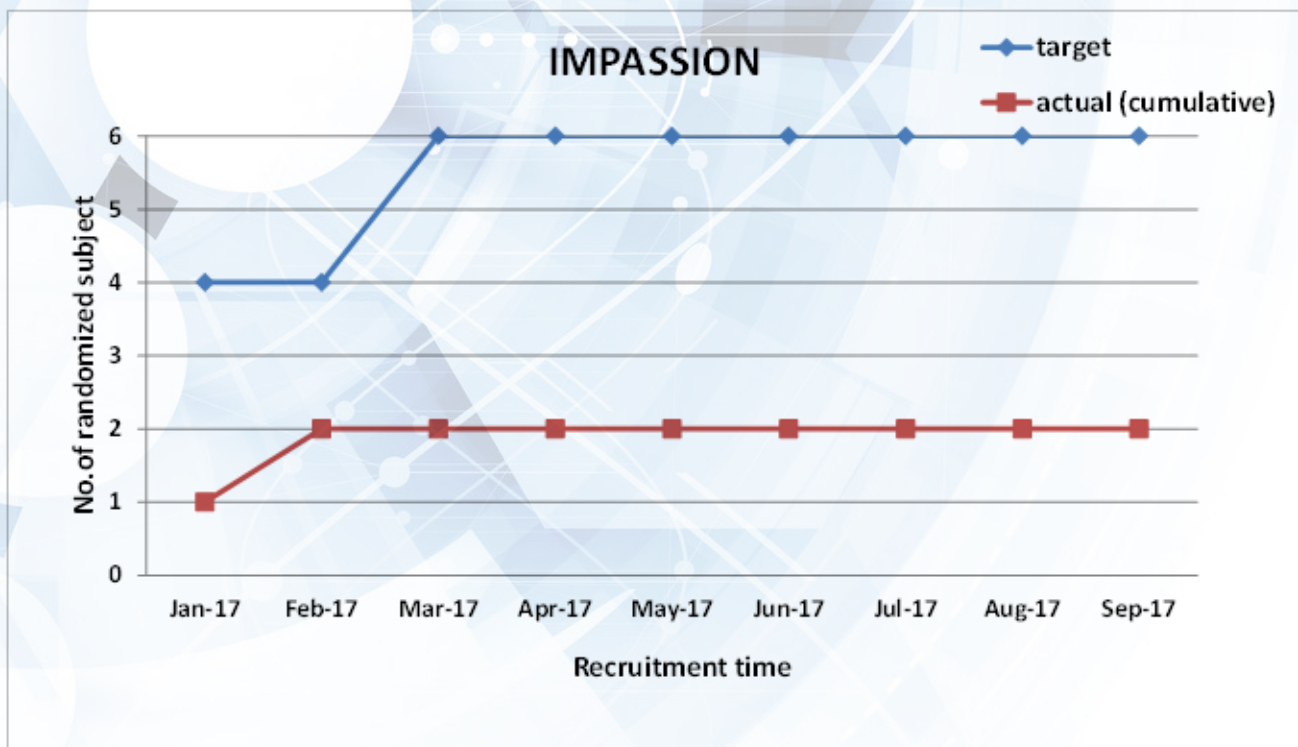
**ชื่อโครงการ(ไทย):** การศึกษาวิจัยแบบสุ่มระยะที่ 3 พหุสถาบัน ควบคุมด้วยยาหลอกของการรักษาด้วยยาอะทีโซลิซูแมบ (แอนติ-พีดี-แอล1 แอนติบอดี) เมื่อให้ร่วมกับยาเอ็นเอบี-แพคลิแทกเซล เปรียบเทียบกับการให้ยาหลอกร่วมกับยาเอ็นเอบี-แพคลิแทกเซลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมชนิดทริเปิลเนกาทีฟระยะแพร่กระจายที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน

**Status:** ปิดรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเดือน กันยายน 2560

หมายเหตุ: เพิ่มจำนวนอาสาสมัครจาก 4 เป็น 6 คน เดือน มีนาคม 2560

Target	Total screened	Randomized subject (%)	Screening failure (%)
4	2	2 (100)	0 (0)

### สรุป Recruitment rate ประจำปี 2560 โครงการ IMPASSION



ที่มา: [www.clinicaltrial.gov](http://www.clinicaltrial.gov)

## 6. Stage IIIC-IV, unresectable or metastatic melanoma

### 6.1 BRAF +ve: CPDR001F2301

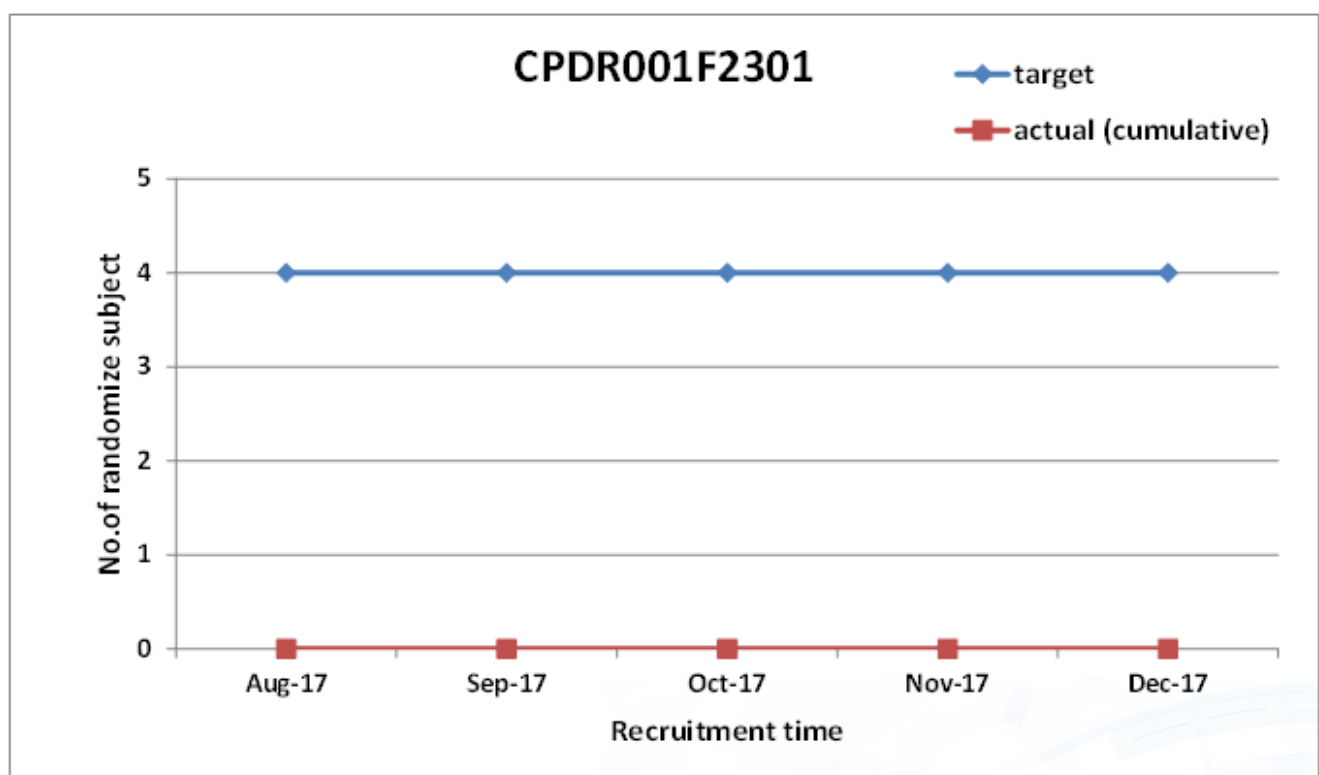
**ชื่อโครงการ(Eng):** A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III study comparing the combination of PDR001, dabrafenib and trametinib versus placebo, dabrafenib and trametinib in previously untreated patients with unresectable or metastatic BRAF V600 mutant melanoma

**ชื่อโครงการ(ไทย):** การศึกษาวิจัยระยะที่ 3 แบบสุ่ม ปกปิดการรักษาทั้งสองฝ่าย โดยมีกลุ่มควบคุมในการใช้ยาพิคิอาร์001 ร่วมกับยา dabrafenib และยา trametinib เปรียบเทียบกับการใช้ยาหลอก ร่วมกับยา dabrafenib และยา trametinib ในผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนังที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการผ่าตัดมาก่อน หรือในระยะแพร่กระจายที่มีการกลายพันธุ์ของมีราฟ V600

**Status:** กำลังเปิดรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ

Target	Total screened	Randomized subject (%)	Screening failure (%)
4	1	0(0)	1 (100)

### สรุป Recruitment rate ประจำปี 2560 โครงการ CPDR001F2301



ที่มา: [www.clinicaltrial.gov](http://www.clinicaltrial.gov)

## 6.2 BRAF -ve: CPDR001X2101

**ชื่อโครงการ(Eng):** Open label multicenter Phase I/II study of the safety and efficacy of PDR001 administered to patients with advanced malignancies.

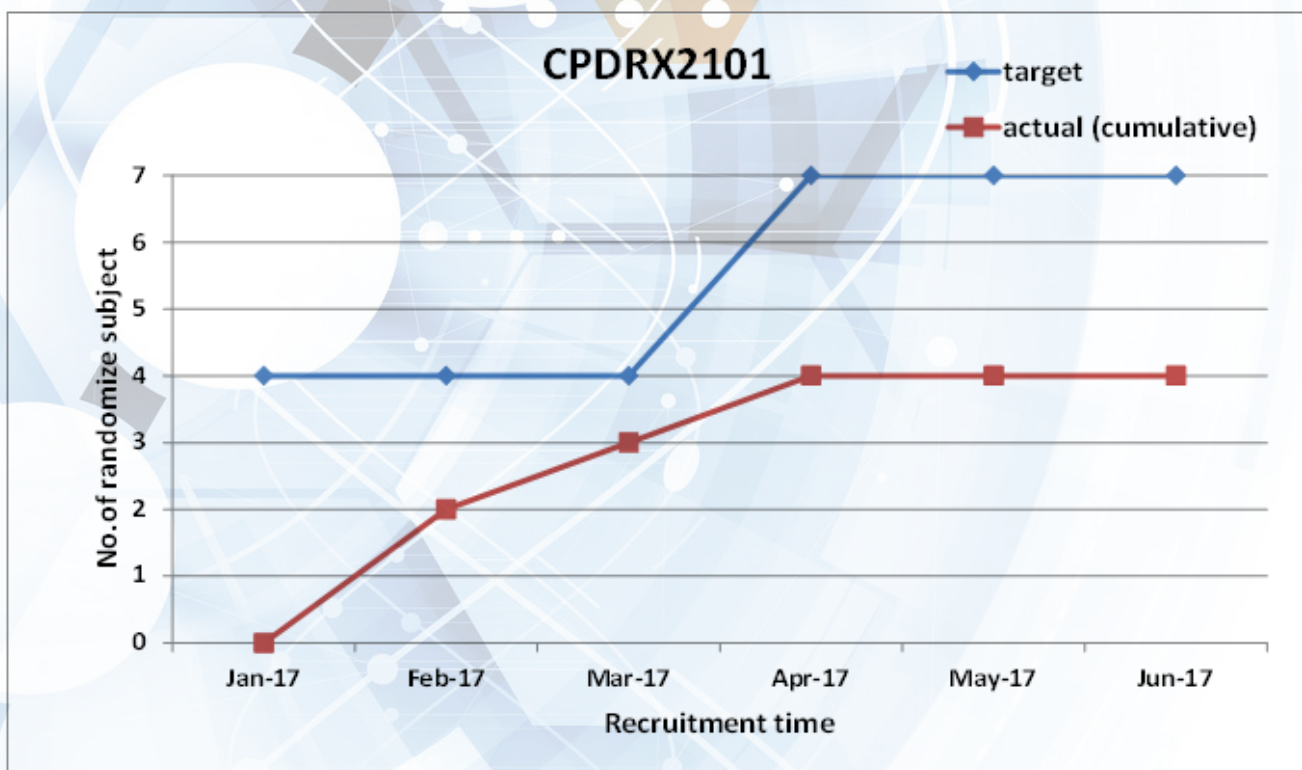
**ชื่อโครงการ(ไทย):** การวิจัยทางคลินิกระยะที่ 1/2 แบบไม่ปกปิดการรักษา ในหลายสถาบันเพื่อศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาพีดีอาร์001 โดยให้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม

**Status:** ปิดรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเดือน มิถุนายน 2560

หมายเหตุ: เพิ่มจำนวนผู้ป่วยจาก 4 เป็น 7 คน เดือน เมษายน 2560

Target	Total screened	Randomized subject (%)	Screening failure (%)
7	7	4 (57)	3 (43)

### สรุป Recruitment rate ประจำปี 2560 โครงการ CPDR001X2101



ที่มา: [www.clinicaltrial.gov](http://www.clinicaltrial.gov)

## 7. Advanced hepatocellular carcinoma

### 7.1 First line: JX594-HEP024

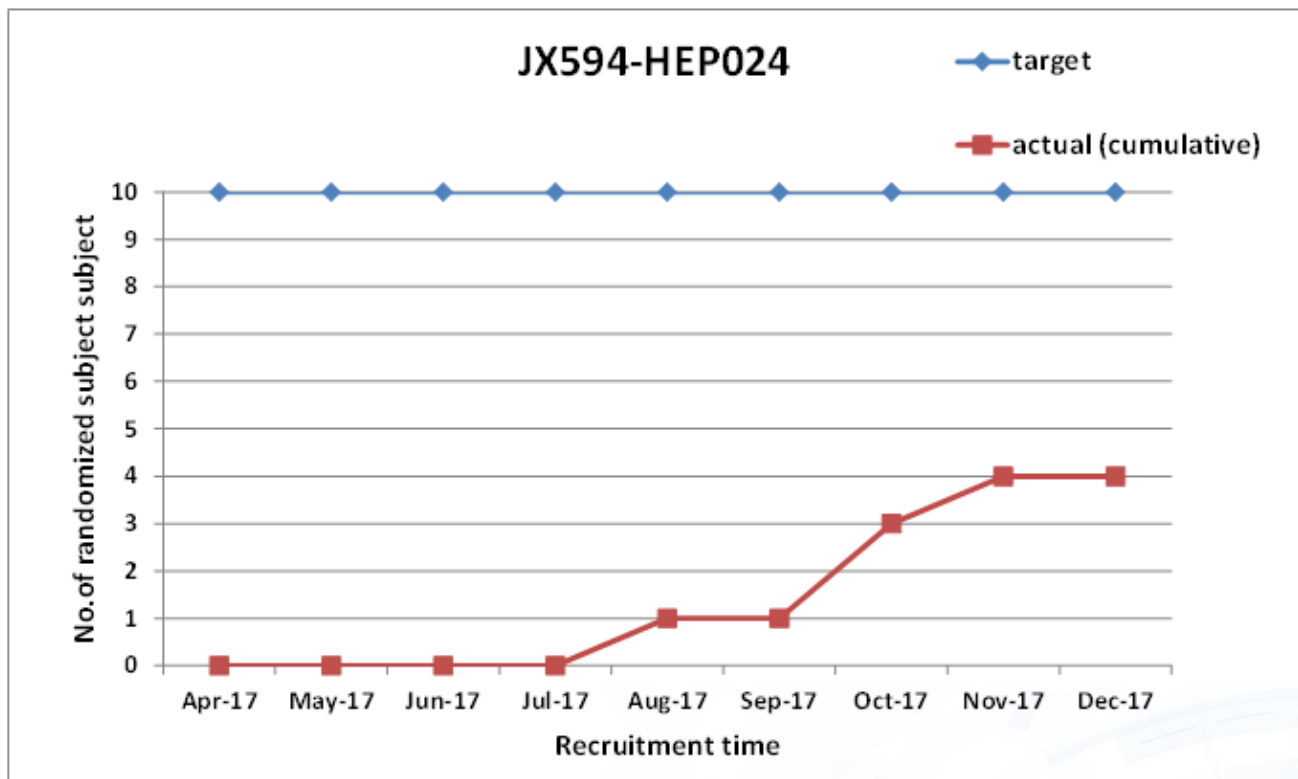
**ชื่อโครงการ(Eng):** A Phase 3 Randomized, Open-Label Study Comparing Pexa-Vec (Vaccinia GM-CSF/Thymidine Kinase-Deactivated Virus) Followed by Sorafenib Versus Sorafenib in Patient with Advanced Hepatocellular Carcinoma (HCC) Without Prior Systemic Therapy.

**ชื่อโครงการ(ไทย):** การศึกษาวิจัยระยะที่ 3 แบบสุ่มที่เปิดเผยข้อมูลการรักษา เพื่อเปรียบเทียบการให้เพคซา-เวค (Pexa-Vec) (วัคซีนแทรนซูโลไซด์ โมโนไซด์ โคโลนิสตีมูลเตดตั้งแฟคเตอร์ (GM-CSF) / ไวรัสที่ถูกทำให้เอนไซม์โทมิดีนโคเนสหมดฤทธิ์) ตามด้วยการให้ยาโซราฟีนิบ (Sorafenib) กับการให้ยาโซราฟีนิบเพียงชนิดเดียว ในผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับระยะลุกลาม (HCC) ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาแบบทั่วร่างกายมาก่อน

**Status:** ปิดรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเดือน พฤศจิกายน 2560

Target	Total screened	Randomized subject (%)	Screening failure (%)
10	12	4 (33.3)	8 (66.7)

### สรุป Recruitment rate ประจำปี 2560 โครงการ JX594-HEP024



ที่มา: [www.clinicaltrial.gov](http://www.clinicaltrial.gov)

## 7.2 Second-Line: MK-3475-240

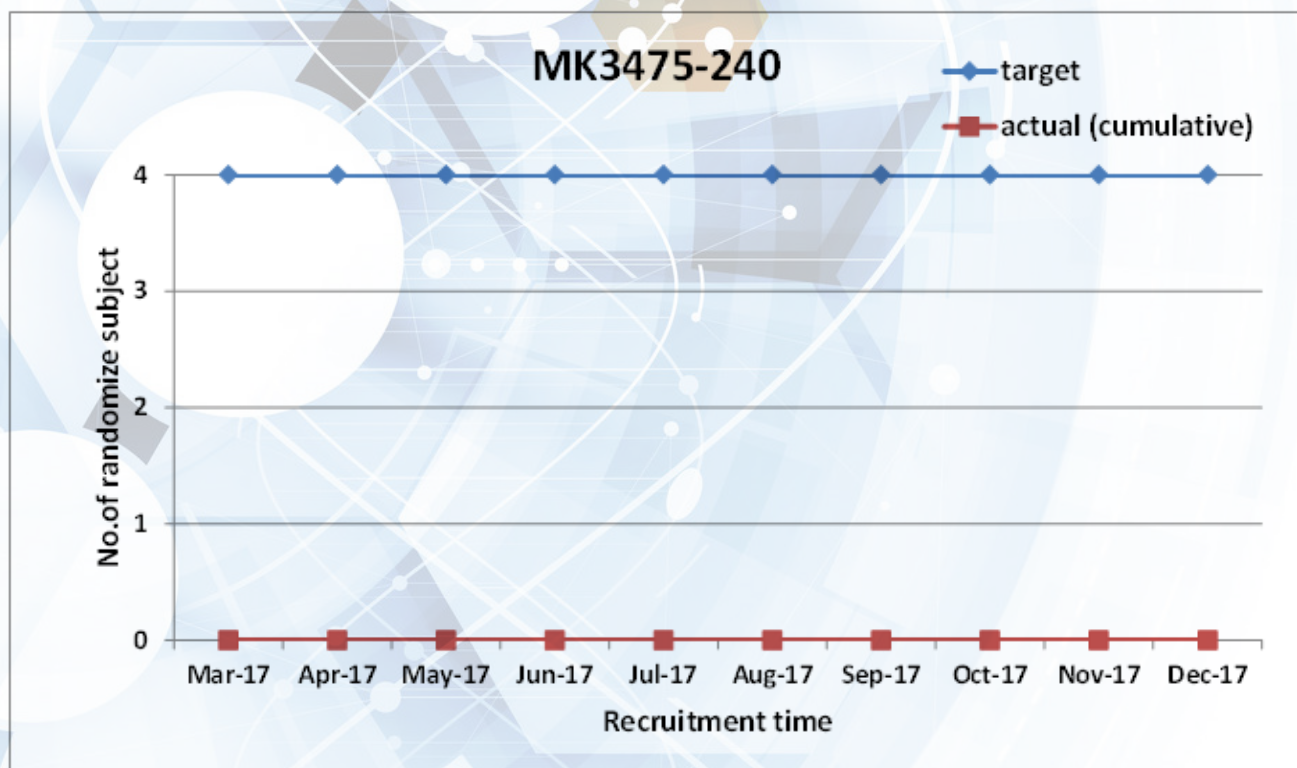
**ชื่อโครงการ(Eng):** A Phase III Study of Pembrolizumab (MK-3475) vs. Best Supportive Care as Second-Line Therapy in Subjects with Previously Systemically Treated Advanced Hepatocellular Carcinoma (KEYNOTE-240).

**ชื่อโครงการ(ไทย):** การศึกษาทางคลินิกระยะที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบยาเพมโบรลิซูแมบ (MK-3475) กับการดูแลแบบประคับประคองที่ดีที่สุด เมื่อใช้เป็นการรักษาลำดับที่สอง ในอาสาสมัครโรคมะเร็งเซลล์ตับระยะลุกลามที่เคยได้รับการรักษาแบบออกฤทธิ์ที่ร่างกายมาก่อน (KEYNOTE-240)

Status: ปิดรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเดือน ธันวาคม 2560

Target	Total screened	Randomized subject (%)	Screening failure (%)
4	0	0 (0)	0 (0)

### สรุป Recruitment rate ประจำปี 2560 โครงการ MK3475-240



ที่มา: [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)



# บทความตีพิมพ์ข้อมูลของผู้ป่วยซึ่งทางศูนย์ได้ร่วมในการทำวิจัย



Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.elsevier.com/locate/locate)

## Lung Cancer

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/lungcan](http://www.elsevier.com/locate/lungcan)



### Efficacy according to blind independent central review: Post-hoc analyses from the phase III, randomized, multicenter, IPASS study of first-line gefitinib versus carboplatin/paclitaxel in Asian patients with *EGFR* mutation-positive advanced NSCLC



Yi-Long Wu<sup>a,\*</sup>, Nagahiro Saijo<sup>b</sup>, Sumitra Thongprasert<sup>c</sup>, J. C.-H. Yang<sup>d</sup>, Baohui Han<sup>e</sup>, Benjamin Margono<sup>f</sup>, Busayamas Chewaskulyong<sup>c</sup>, Patrapim Sunpaweravong<sup>g</sup>, Yuichiro Ohe<sup>h</sup>, Yukito Ichinose<sup>i</sup>, Jin-Ji Yang<sup>a</sup>, Tony S.K. Mok<sup>j</sup>, Helen Young<sup>k</sup>, Vincent Haddad<sup>l</sup>, Yuri Rukazenkov<sup>m</sup>, Masahiro Fukuoka<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Guangdong Lung Cancer Institute, Guangdong General Hospital, Guangdong Academy of Medical Sciences, 106 Zhongshan Er Road, Guangzhou 510080, China

<sup>b</sup> Medical Oncology Division, Kinki University School of Medicine, 377-2 Ohno-Higashi, Osaka-Sayama City, Osaka 589 8511, Japan

<sup>c</sup> Medical Oncology Unit, Department of Medicine, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, 110 Intavaroros Road, Muang, Chiang Mai 50200, Thailand

<sup>d</sup> Department of Oncology, National Taiwan University Hospital and National Taiwan University Cancer Center, No. 7, Chung-Shan South Road, Taipei 100, Taiwan

<sup>e</sup> Department of Respiratory Disease, Shanghai Chest Hospital, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200030, China

<sup>f</sup> Jl. Mayjend Prof. Dr. Moestopo No. 6-8 Surabaya, Jawa Timur 60285, Indonesia

<sup>g</sup> Songklanagarind Hospital, Prince of Songkla University, 15 Karnjanavanich Road, Hat Yai, Songkhla 90110, Thailand

<sup>h</sup> Division of Thoracic Oncology, National Cancer Center Hospital, 5-1-1 Tsukiji, Chou-ku, Tokyo 104-0045, Japan

<sup>i</sup> National Hospital Organization Kyushu Cancer Center, 3-1-1, Notame, Minami-ku, Fukuoka 811-1395, Japan

<sup>j</sup> Department of Clinical Oncology, The Chinese University of Hong Kong, Prince of Wales Hospital, 30-32 Ngan Shing Street, Sha Tin, New Territories, Hong Kong, China

<sup>k</sup> (Formerly of) AstraZeneca, 310 Cambridge Science Park, Milton Road, Cambridge, Cambridgeshire, CB4 0FZ, United Kingdom

<sup>l</sup> AstraZeneca, Da Vinci Building, Melbourn Science Park, Cambridge Road, Melbourn, Royston, Hertfordshire, SG8 6HB, United Kingdom

<sup>m</sup> AstraZeneca, Mereside, Alderley Park, Macclesfield, SK10 4TG, United Kingdom

#### ARTICLE INFO

##### Article history:

Received 31 October 2016

Accepted 29 November 2016

##### Keywords:

Epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor

Epidermal growth factor receptor-mutation positive

IPASS study

Non-small-cell lung cancer

#### ABSTRACT

**Objective:** The Phase III, randomized, open-label IPASS study (NCT00322452) of first-line epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor (EGFR TKI) gefitinib versus carboplatin/paclitaxel for Asian patients with advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC) showed that investigator-assessed progression-free survival (PFS) and objective response rate (ORR) were significantly prolonged in patients with *EGFR* mutation-positive NSCLC who received gefitinib versus patients with *EGFR* mutation-negative NSCLC. We report post-hoc analyses of IPASS data by blind independent central review (BICR), performed at the request of the US FDA, in a subset of patients with *EGFR* mutation-positive NSCLC.

**Patients and methods:** Eligible patients (aged  $\geq 18$  years; histologically/cytologically confirmed Stage IIB/IV adenocarcinoma NSCLC; non- or former light-smokers; treatment-naïve) were randomly assigned 1:1 to gefitinib (250 mg/day) or carboplatin. (dose calculated to produce an area under the curve of 5 or 6 mg/ml/minute)/paclitaxel (200 mg/m<sup>2</sup>). Primary endpoint: PFS. BICR analyses included PFS, ORR, and duration of response (DoR)

**Abbreviations:** ADC, adenocarcinoma; ALK, anaplastic lymphoma kinase; ASR, age-standardized rate; BICR, blind independent central review; CI, confidence interval; CNS, central nervous system; CONSORT, Consolidated Standards of Reporting Trials; CT, computed tomography; DoR, duration of response; EGFR, epidermal growth factor receptor; FDA, Food and Drug Administration; HR, hazard ratio; IPASS, Iressa Pan-Asia Study; ITT, intent-to-treat; NA, not available; NPV, negative predictive value; NSCLC, non-small-cell lung cancer; OR, odds ratio; ORR, objective response rate; OS, overall survival; PFS, progression-free survival; PPV, positive predictive value; PS, performance status; RECIST, Response Evaluation Criteria in Solid Tumors; TKI, tyrosine kinase inhibitor; US, United States; WHO, World Health Organization.

\* Corresponding author.

E-mail addresses: [syylwu@live.cn](mailto:syylwu@live.cn) (Y.-L. Wu), [saijo@jsmo.or.jp](mailto:saijo@jsmo.or.jp) (N. Saijo), [sumitra95@gmail.com](mailto:sumitra95@gmail.com) (S. Thongprasert), [chihyang@ntu.edu.tw](mailto:chihyang@ntu.edu.tw) (J.C.-H. Yang), [xkyyhan@gmail.com](mailto:xkyyhan@gmail.com) (B. Han), [bmargono@yahoo.com](mailto:bmargono@yahoo.com) (B. Margono), [bchewask@gmail.com](mailto:bchewask@gmail.com) (B. Chewaskulyong), [sunpawep@myumanitoba.ca](mailto:sunpawep@myumanitoba.ca) (P. Sunpaweravong), [yohe@ncc.go.jp](mailto:yohe@ncc.go.jp) (Y. Ohe), [ichinose.yukito@gmail.com](mailto:ichinose.yukito@gmail.com) (Y. Ichinose), [yangjinji2003@163.com](mailto:yangjinji2003@163.com) (J.-J. Yang), [tony@clo.cuhk.edu.hk](mailto:tony@clo.cuhk.edu.hk) (T.S.K. Mok), [hhyoung@btinternet.com](mailto:hhyoung@btinternet.com) (H. Young), [vincent.haddad@astrazeneca.com](mailto:vincent.haddad@astrazeneca.com) (V. Haddad), [yuri.rukazenkov@astrazeneca.com](mailto:yuri.rukazenkov@astrazeneca.com) (Y. Rukazenkov), [fukuoka@izumi-hp.com](mailto:fukuoka@izumi-hp.com) (M. Fukuoka).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.lungcan.2016.11.022>

0169-5002/© 2016 The Authors. Published by Elsevier Ireland Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

# Rindopepimut with temozolomide for patients with newly diagnosed, EGFRvIII-expressing glioblastoma (ACT IV): a randomised, double-blind, international phase 3 trial

Michael Weller, Nicholas Butowski, David D Tran, Lawrence D Recht, Michael Lim, Hal Hirte, Lynn Ashby, Laszlo Mechtler, Samuel A Goldlust, Fabio Iwamoto, Jan Drappatz, Donald M O'Rourke, Mark Wong, Mark G Hamilton, Gaetano Finocchiaro, James Perry, Wolfgang Wick, Jennifer Green, Yi He, Christopher D Turner, Michael J Yellin, Tibor Keler, Thomas A Davis, Roger Stupp, and John H Sampson, for the ACT IV trial investigators\*

## Summary

**Background** Rindopepimut (also known as CDX-110), a vaccine targeting the *EGFR* deletion mutation EGFRvIII, consists of an EGFRvIII-specific peptide conjugated to keyhole limpet haemocyanin. In the ACT IV study, we aimed to assess whether or not the addition of rindopepimut to standard chemotherapy is able to improve survival in patients with EGFRvIII-positive glioblastoma.

**Methods** In this randomised, double-blind, phase 3 trial, we recruited patients aged 18 years and older with glioblastoma from 165 hospitals in 22 countries. Eligible patients had newly diagnosed glioblastoma confirmed to express EGFRvIII by central analysis, and had undergone maximal surgical resection and completion of standard chemoradiation without progression. Patients were stratified by European Organisation for Research and Treatment of Cancer recursive partitioning analysis class, *MGMT* promoter methylation, and geographical region, and randomly assigned (1:1) with a prespecified randomisation sequence (block size of four) to receive rindopepimut (500 µg admixed with 150 µg GM-CSF) or control (100 µg keyhole limpet haemocyanin) via monthly intradermal injection until progression or intolerance, concurrent with standard oral temozolomide (150–200 mg/m<sup>2</sup> for 5 of 28 days) for 6–12 cycles or longer. Patients, investigators, and the trial funder were masked to treatment allocation. The primary endpoint was overall survival in patients with minimal residual disease (MRD; enhancing tumour <2 cm<sup>2</sup> post-chemoradiation by central review), analysed by modified intention to treat. This trial is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT01480479.

**Findings** Between April 12, 2012, and Dec 15, 2014, 745 patients were enrolled (405 with MRD, 338 with significant residual disease [SRD], and two unevaluable) and randomly assigned to rindopepimut and temozolomide (n=371) or control and temozolomide (n=374). The study was terminated for futility after a preplanned interim analysis. At final analysis, there was no significant difference in overall survival for patients with MRD: median overall survival was 20·1 months (95% CI 18·5–22·1) in the rindopepimut group versus 20·0 months (18·1–21·9) in the control group (HR 1·01, 95% CI 0·79–1·30; p=0·93). The most common grade 3–4 adverse events for all 369 treated patients in the rindopepimut group versus 372 treated patients in the control group were: thrombocytopenia (32 [9%] vs 23 [6%]), fatigue (six [2%] vs 19 [5%]), brain oedema (eight [2%] vs 11 [3%]), seizure (nine [2%] vs eight [2%]), and headache (six [2%] vs ten [3%]). Serious adverse events included seizure (18 [5%] vs 22 [6%]) and brain oedema (seven [2%] vs 12 [3%]). 16 deaths in the study were caused by adverse events (nine [4%] in the rindopepimut group and seven [3%] in the control group), of which one—a pulmonary embolism in a 64-year-old male patient after 11 months of treatment—was assessed as potentially related to rindopepimut.

**Interpretation** Rindopepimut did not increase survival in patients with newly diagnosed glioblastoma. Combination approaches potentially including rindopepimut might be required to show efficacy of immunotherapy in glioblastoma.

**Funding** Celldex Therapeutics, Inc.

## Introduction

Glioblastoma is the most common malignant primary brain tumour in adults. Its annual incidence is more than three per 100 000 people worldwide without major regional variation, and men are affected more frequently than women.<sup>1</sup> The standard of care—maximum feasible surgical resection followed by radiotherapy with concomitant and maintenance temozolomide chemotherapy—generally leads to a median overall survival of about 15 months.<sup>2,3</sup>

The tumour-treating fields device, recently reported to extend survival to 20·5 months, represents an additional treatment option for glioblastoma.<sup>4</sup> Treatment at recurrence, which might include second surgery, re-irradiation, alkylating chemotherapy using nitrosoureas such as lomustine or temozolomide rechallenge, or antiangiogenic therapy using bevacizumab, is less well standardised and has not shown a significant improvement in survival in a randomised trial. Poor prognostic factors include poor performance status, older age, incomplete

## ORIGINAL ARTICLE

# A randomized phase III study evaluating the efficacy of single-dose NEPA, a fixed antiemetic combination of netupitant and palonosetron, versus an aprepitant regimen for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) in patients receiving highly emetogenic chemotherapy (HEC)

L. Zhang<sup>1,2,3\*</sup>, S. Lu<sup>4</sup>, J. Feng<sup>5</sup>, A. Dechaphunkul<sup>6</sup>, J. Chang<sup>7</sup>, D. Wang<sup>8</sup>, S. Chessari<sup>9</sup>, C. Lanzarotti<sup>10</sup>, K. Jordan<sup>11</sup> & M. Aapro<sup>12</sup>

<sup>1</sup>State Key Laboratory of Oncology in South China, Guangzhou; <sup>2</sup>Collaborative Innovation Center for Cancer Medicine, Guangzhou; <sup>3</sup>Medical Oncology Department, Sun Yat-Sen University Cancer Center, Guangzhou; <sup>4</sup>Shanghai Lung Cancer Center, Shanghai Chest Hospital, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai; <sup>5</sup>Medical Oncology, Jiangsu Cancer Hospital, Nanjing, China; <sup>6</sup>Division of Medical Oncology, Internal Medicine, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand; <sup>7</sup>Department of Medical Oncology, Fudan University Shanghai Cancer Center, Shanghai; <sup>8</sup>Cancer Center, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, China; <sup>9</sup>Corporate Clinical Development, Helsinn Healthcare, Lugano; <sup>10</sup>Statistics and Data Management, Helsinn Healthcare, Lugano, Switzerland; <sup>11</sup>Department of Medicine V, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany; <sup>12</sup>Cancer Center, Clinique de Genolier, Genolier, Switzerland

\*Correspondence to: Prof. Li Zhang, State Key Laboratory of Oncology in South China; Collaborative Innovation Center for Cancer Medicine; Medical Oncology Department, Sun Yat-Sen University Cancer Center, 651 Dongfeng East Road, Guangzhou 510060, China. Tel: +86-20-87-34-22-88; E-mail: zhangli@sysucc.org.cn

**Background:** Co-administration of multiple antiemetics that inhibit several molecular pathways involved in emesis is required to optimize chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) control in patients receiving highly emetogenic chemotherapy (HEC). NEPA, a fixed combination of a highly selective NK<sub>1</sub> receptor antagonist, netupitant (300 mg), and the pharmacologically distinct 5-HT<sub>3</sub>RA, palonosetron (PALO 0.50 mg), has shown superior CINV prevention compared with PALO in cisplatin and anthracycline/cyclophosphamide-based settings. This study is the first head-to-head comparison of NEPA versus an aprepitant (APR)/granisetron (GRAN) regimen.

**Patients and methods:** This randomized, double-blind phase III study conducted in Asia was designed with the primary objective to demonstrate non-inferiority of a single oral dose of NEPA compared with a 3-day oral APR/GRAN regimen in chemotherapy-naïve patients receiving cisplatin-based HEC. All patients also received oral dexamethasone (DEX) on days 1–4. The primary efficacy endpoint was complete response (CR: no emesis/no rescue medication) during the overall (0–120 h) phase. Non-inferiority was defined as a lower 95% CI greater than the non-inferiority margin set at –10%. Secondary efficacy endpoints included no emesis, no rescue medication, and no significant nausea (NSN).

**Results:** Treatment groups were comparable for the 828 patients analyzed: predominantly male (71%); mean age 54.5 years; ECOG 0–1 (98%); lung cancer (58%). NEPA demonstrated non-inferiority to APR/GRAN for overall CR [NEPA 73.8% versus APR/GRAN 72.4%, 95% CI (–4.5%, 7.5%)]. No emesis [NEPA 75.0% versus APR/GRAN 74.0%, 95% CI (–4.8%, 6.9%)] and NSN rates [NEPA 75.7% versus APR/GRAN 70.4%, 95% CI (–0.6%, 11.4%)] were similar between groups, but significantly more NEPA patients did not take rescue medication [NEPA 96.6% versus APR/GRAN 93.5%, 95% CI (0.2%, 6.1%)]. NEPA was well tolerated with a similar safety profile to APR/GRAN.

# Buparlisib and paclitaxel in patients with platinum-pretreated recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck (BERIL-1): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2 trial

Denis Soulières, Sandrine Faivre, Ricard Mesía, Éva Remenár, Shau-Hsuan Li, Andrey Karpenko, Arunee Dechaphunkul, Sebastian Ochsenreither, Laura Anna Kiss, Jin-Ching Lin, Raj Nagarkar, László Tamás, Sung-Bae Kim, Jozsef Erfán, Anna Alyasova, Stefan Kasper, Carlo Barone, Sabine Turri, Arunava Chakravartty, Marie Chol, Paola Aimone, Samit Hirawat, Lisa Licitra

## Summary

**Background** Phosphatidylinositol 3-kinase (PI3K) pathway activation in squamous cell carcinoma of the head and neck contributes to treatment resistance and disease progression. Buparlisib, a pan-PI3K inhibitor, has shown preclinical antitumour activity and objective responses in patients with epithelial malignancies. We assessed whether the addition of buparlisib to paclitaxel improves clinical outcomes compared with paclitaxel and placebo in patients with recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck.

**Methods** In this multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2 study (BERIL-1), we recruited patients aged 18 years and older with histologically or cytologically confirmed recurrent and metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck after disease progression on or after one previous platinum-based chemotherapy regimen in the metastatic setting. Eligible patients were enrolled from 58 centres across 18 countries and randomly assigned (1:1) to receive second-line oral buparlisib (100 mg once daily) or placebo, plus intravenous paclitaxel (80 mg/m<sup>2</sup> on days 1, 8, 15, and 22) in 28 day treatment cycles. Randomisation was done via a central patient screening and randomisation system with an interactive (voice and web) response system and stratification by number of previous lines of therapy in the recurrent and metastatic setting and study site. Patients and investigators (including local radiologists) were masked to treatment assignment from randomisation until the final overall survival analysis. The primary endpoint was progression-free survival by local investigator assessment per Response Evaluation Criteria In Solid Tumors (version 1.1) in all randomly assigned patients. Efficacy analyses were done on the intention-to-treat population, whereas safety was analysed in all patients who received at least one dose of study drug and had at least one post-baseline safety assessment according to the treatment they received. This trial is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT01852292, and is ongoing but no longer enrolling patients.

**Findings** Between Nov 5, 2013, and May 5, 2015, 158 patients were enrolled and randomly assigned to receive either buparlisib plus paclitaxel (n=79) or placebo plus paclitaxel (n=79). Median progression-free survival was 4·6 months (95% CI 3·5–5·3) in the buparlisib group and 3·5 months (2·2–3·7) in the placebo group (hazard ratio 0·65 [95% CI 0·45–0·95], nominal one-sided p=0·011). Grade 3–4 adverse events were reported in 62 (82%) of 76 patients in the buparlisib group and 56 (72%) of 78 patients in the placebo group. The most common grade 3–4 adverse events (occurring in ≥10% of patients in the buparlisib group vs the placebo group) were hyperglycaemia (17 [22%] of 76 vs two [3%] of 78), anaemia (14 [18%] vs nine [12%]), neutropenia (13 [17%] vs four [5%]), and fatigue (six [8%] vs eight [10%]). Serious adverse events (regardless of relation to study treatment) were reported for 43 (57%) of 76 patients in the buparlisib group and 37 (47%) of 78 in the placebo group. On-treatment deaths occurred in 15 (20%) of 76 patients in the buparlisib group and 17 (22%) of 78 patients in the placebo group; most were caused by disease progression and none were judged to be related to study treatment.

**Interpretation** On the basis of the improved clinical efficacy with a manageable safety profile, the results of this randomised phase 2 study suggest that buparlisib in combination with paclitaxel could be an effective second-line treatment for patients with platinum-pretreated recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck. Further phase 3 studies are warranted to confirm this phase 2 finding.

**Funding** Novartis Pharmaceuticals Corporation.

## Introduction

Squamous cell carcinoma of the head and neck is the fifth most frequent cancer and the sixth most common cause of cancer deaths globally.<sup>1</sup> Most patients with this

type of cancer present with locally advanced disease, which might recur locally or as distant metastatic disease after treatment.<sup>2</sup> Platinum-based chemotherapy is the standard first-line treatment option, with paclitaxel as a

# ประมวลภาพกิจกรรม

ด้านบริการวิชาการแก่สังคม  
และกิจกรรมอื่นๆในรอบปี

# “มะเร็งต้านมะเร็ง กระจาย รักษาได้ แบบองค์รวม”

เรื่อง : คุณอนงนาฏ เรืองคำ และคุณอภิญา ปรีสุภธิกุล  
ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง



ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็งสาขาวิชา มะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ ร่วมกับศูนย์ถันยเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และองค์กรเอกชนภายนอก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมจัดกิจกรรมให้ความรู้ สำหรับผู้ป่วยและผู้สนใจเรื่อง “มะเร็งต้านมะเร็งกระจาย รักษาได้แบบองค์รวม” ณ ห้องเกษมสัมพันธ์ ศูนย์ประชุมคณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่เสาร์ที่ 25 พฤศจิกายน 2560 ที่ผ่านมา โดยมีวัตถุประสงค์ในการ จัดงานคือ

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งต้านมะเร็งแพร่กระจายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้จากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยมะเร็งต้านมะเร็งเพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคมะเร็งต้านมะเร็งแพร่กระจาย

โดยได้รับเกียรติจากรองศาสตราจารย์นายแพทย์วุฒิศักดิ์ พุทธวิบูลย์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มาเป็นประธานในการเปิดงาน และผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาได้มาร่วมในกิจกรรมดังกล่าวด้วย โดยมีผู้สนใจลงทะเบียนเข้าร่วมงานทั้งสิ้น 172 ท่าน กิจกรรมภายในงานมุ่งเน้นให้ความรู้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งต้านมะเร็งกระจายแบบสหสาขาวิชา โดยวิทยากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากสหสาขาวิชาได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอรุณี เดชาพันธุ์กุล อาจารย์ประจำสาขาวิชา มะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ ให้ความรู้ในหัวข้อ “การรักษา มะเร็งต้านมะเร็งกระจายด้วยยา” แพทย์หญิงรุ่งอรุณ จิระตราฐ อาจารย์ประจำหน่วยรังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา ให้ความรู้ในเรื่อง การรักษามะเร็งต้านมะเร็งกระจายด้วยการฉายแสง และดอกเตอร์นายแพทย์สกล สิงห์ อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ และหัวหน้าหน่วยชันติบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ให้ความรู้เกี่ยวกับ “Facing to the end of life” (การเผชิญความตาย)



# “การรักษามะเร็งเต้านม ระยะกระจายด้วยยา”

วิทยากรผู้บรรยาย  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอรุณี เดชาพันธุ์กุล



มะเร็งเต้านมพบได้เป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย อุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ 14,000 ราย ต่อปี และร้อยละ 20 ของผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ในระยะกระจาย ซึ่งไม่สามารถรักษาได้หายขาดได้ แต่การรักษามีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การรักษามะเร็งเต้านมระยะกระจายมี 3 วิธีด้วยกันคือ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การฉายแสง และการรักษาแบบประคับประคอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละรายตามแผนการรักษาที่เหมาะสมที่สุด

การรักษาด้วยยาในปัจจุบัน มียา 3 กลุ่มหลัก คือ ยาเคมีบำบัด ยาต้านฮอร์โมน และยาออกฤทธิ์แบบมุ่งเป้า

ยาเคมีบำบัด มีหน้าที่กำจัดเซลล์ที่แบ่งตัวเร็ว มีทั้งแบบชนิดฉีดซึ่งจะให้ทางหลอดเลือดดำส่วนปลายหรือในบางรายจะให้ทาง PORT-A-Cath ในกรณีที่ทำหัตถ์แล้ว และยาเม็ดแบบกิน การออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดสามารถรักษาได้กับทุกชนิดของมะเร็งเต้านมและเนื่องจากยาเคมีบำบัดส่งผลทำลายเซลล์ปกติของร่างกายได้เช่นเดียวกับเซลล์มะเร็ง จึงมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยได้

ผลข้างเคียงที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ คือ ทำให้เกิดอาการเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บปาก เจ็บคอ ผอมลง ชาปลายมือปลายเท้า เจ็บบริเวณเส้นเลือดตำแหน่งที่ใส่ยาเคมีบำบัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่ายขึ้นเพราะยาเคมีบำบัดไปทำให้การสร้างเม็ดเลือดจากในไขกระดูกหนึ่งในส่วนคือ เม็ดเลือดขาวลดลง ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลงและเส้นเลือดอักเสบ

ผลข้างเคียงดังกล่าวขึ้นกับชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ส่วนใหญ่มะเร็งเต้านมมีผลตอบสนองต่อการรักษาดีมากกับยาเคมีบำบัดเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่นๆ มะเร็งเต้านมจัดเป็นหนึ่งในมะเร็งที่มีทางเลือกในการรักษา มียาที่ดีขึ้นทำให้มีผลการรักษาที่ดีขึ้นมากในปัจจุบัน

วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อให้ผลข้างเคียงเกิดน้อยหรือเป็นอันตรายต่อชีวิตน้อยที่สุด ได้แก่ การรับประทานอาหารที่สุกและสะอาด ปรุงอาหารด้วยความร้อน ล้างมือบ่อยๆ เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อ หลีกเลี่ยงหรือไม่อยู่ใกล้กับคนที่ เป็นหวัด ดูแลทำความสะอาดร่างกายตามหลักสุขอนามัย ดื่มน้ำอย่างน้อย 2 ลิตรต่อวัน หากมีอาการจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดรุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียนเกิน 6 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายเหลวเกิน 6 ครั้งต่อวัน ต้องรีบไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด โดยเฉพาะถ้ามีอาการไข้นร่วมด้วย เนื่องจากมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อรุนแรงได้จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ

กลุ่มที่สอง ยาต้านฮอร์โมน เนื่องจากมะเร็งเต้านม ร้อยละ 70-80 มีผลตัวรับฮอร์โมนเป็นบวก ความหมายคือ ส่วนใหญ่มะเร็งใช้ฮอร์โมนเพศหญิงคือฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายกระตุ้นให้เซลล์มะเร็งโตขึ้น การรักษาคือการใช้ยาเพื่อไปขัดขวางการสร้างฮอร์โมน หรือทำให้ฮอร์โมนที่สร้างขึ้นมานั้นทำงานไม่ได้ ซึ่งยาที่ใช้มีทั้งแบบฉีดและแบบกิน ยาดังกล่าวจะมีผลข้างเคียงกับผู้ป่วยน้อยกว่ายาเคมีบำบัด แต่จะมีผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้เช่น ทำให้มีอาการ



# “การรักษามะเร็งเต้านม ระยะกระจาย ด้วยวิธีการฉายแสง”

วิทยากรผู้บรรยาย  
อาจารย์แพทย์หญิงรุ่งอรุณ จิระตราชู

ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก ช่องคลอดแห้ง ตกขาวมากขึ้น ปวดตามข้อ กระดูกบาง กระดูกพรุน สัมเลือดอุดตัน และมีโอกาสเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกได้ร้อยละ 0.8 หากผู้ป่วยมีอาการเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติควรรีบไปตรวจทันที การรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนจะให้เฉพาะผู้ป่วยที่มีผลตัวรับฮอร์โมนเป็นบวกเท่านั้น และจะให้ยาต้านฮอร์โมนในช่วงที่โรคสงบหรือให้หลังจากที่ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัดครบไปแล้ว

กลุ่มที่สาม ยาออกฤทธิ์แบบมุ่งเป้า จะมีการนำชิ้นเนื้อ มะเร็งไปตรวจเพื่อหาว่ามีตัวกระตุ้นหรือการส่งสัญญาณที่มีผลต่อการเป็นมะเร็งเต้านมหรือไม่ การรักษาคือการให้ยาเพื่อไปขัดขวางการส่งสัญญาณ ทำให้เกิดการรักษาที่ตรงเป้าหมายที่สุด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะตรวจพบ เฮอรัททูวอก (Her2+) ประมาณร้อยละ 20-25 ผู้ป่วยที่มีเฮอรัททูวอก (Her2+) โรคจะมีความรุนแรงกว่าปกติ เพราะเฮอรัททูวอกจะส่งสัญญาณไปกระตุ้นให้ก้อนมะเร็งโตเร็วขึ้น จึงมีการค้นพบยาที่สามารถไปยับยั้งเฮอรัททูวอก (Her2) ทำให้เฮอรัททูวอกส่งสัญญาณไม่ได้ การตอบสนองคือมะเร็งจะตายหรือเล็กลง ซึ่งยารักษาแบบมุ่งเป้า

นี้สามารถรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดและยาต้านฮอร์โมนได้ในผู้ป่วยที่ตรวจพบเฮอรัททูวอก (Her2+)

นอกเหนือจากการรักษาที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีการรักษาที่สำคัญอีกทางหนึ่ง คือ การรักษาแบบประคับประคองตามอาการโดยรักษาร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานเป็นการรักษาผู้ป่วยตามอาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการใช้ยารักษาตามอาการหรือการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การใช้ยาในการรักษาอาการต่างๆเช่น ยาแก้ปวด ยาแก้อาเจียร ยาคลายกล้ามเนื้อจะใช้ในกรณีที่มีการกระจายไปที่สมองจะเป็นยากลุ่มสเตียรอยด์ ยาลดภาวะการแทรกซ้อนจากมะเร็งกระจายไปที่กระดูกจะช่วยลดโอกาสการเกิดกระดูกหักหรือกระดูกกดทับไขสันหลัง การเจาะระบายน้ำในช่องปอดในกรณีที่ผู้ป่วยมีน้ำในช่องปอดเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยให้กับผู้ป่วยมะเร็งสามารถกระจายไปได้ทุกที่ทุกเซลล์ในร่างกาย ตำแหน่งของการกระจายที่สามารถสังเกตได้จากอาการที่แสดงได้ดังนี้



- มะเร็งกระจายไปที่ต่อม้ำเหลืองและผิวหนัง สังเกตอาการจะมีลักษณะ คือ มีตุ่ม ก้อนตามผิวหนัง แผลแตก
- มะเร็งกระจายไปที่ปอด ลักษณะอาการ คือ มีอาการไอ เหนื่อย หอบ เจ็บหน้าอก
- มะเร็งกระจายไปที่ตับ ลักษณะอาการ คือ ปวดท้อง ตับโต ตัวเหลือง ตาเหลือง ตับอักเสบ
- กระจายไปที่กระดูก ลักษณะอาการ คือ ปวดบริเวณหลัง กระดูก กระดูกหัก
- มะเร็งกระจายไปที่สมอง ลักษณะอาการ คือ อ่อนแรง พูดจาสับสน ชัก เดินเซ ปวดหัว







วิทยาการผู้บรรยาย ดอกเตอร์นายแพทย์สากล สิงหะ

## “Facing to the end of life” (การเผชิญความตาย)

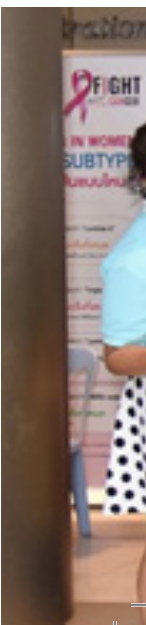
อาการแต่ละอย่างขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนที่กระจายไปว่าอยู่ตรงไหน และสามารถใช่วิธีการฉายแสงเพื่อบรรเทาอาการที่ตำแหน่งแพร่กระจายของมะเร็งได้เพื่อทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากนั้นท่านวิทยากรได้นำภาพแต่ละตำแหน่งที่มะเร็งสามารถกระจายไปได้และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมฟังบรรยายซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์

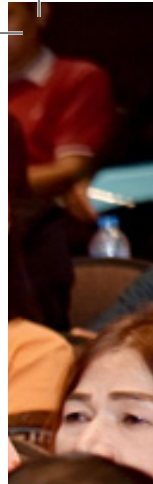
“Facing to the end of life” (การเผชิญความตาย) โดยท่านวิทยากรทำกิจกรรมดนตรีบำบัด (Music Therapy) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้สึกผ่อนคลาย และได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย แนะนำการเตรียมตัวในการเผชิญความตาย ช่วยผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ผู้ป่วยเผชิญความตายแบบตายดี ตอบ

สนองตามความต้องการของผู้ป่วยโดยการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข ภายในงานมีการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดังกล่าว

ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 172 ท่าน เป็นเพศชายร้อยละ 9 เพศหญิงร้อยละ 91 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 30, 56 และ 14 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป จากการประเมินความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจในระดับมากเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.92







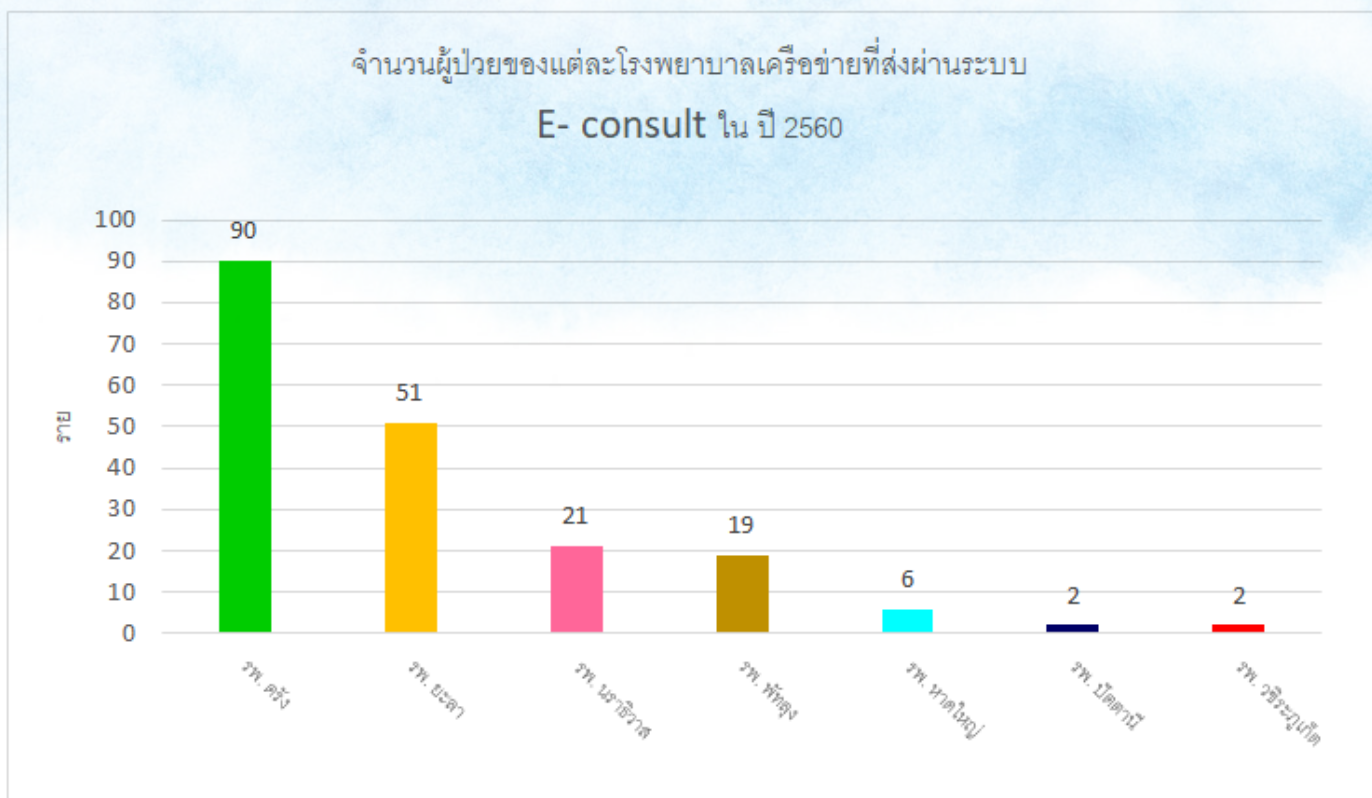
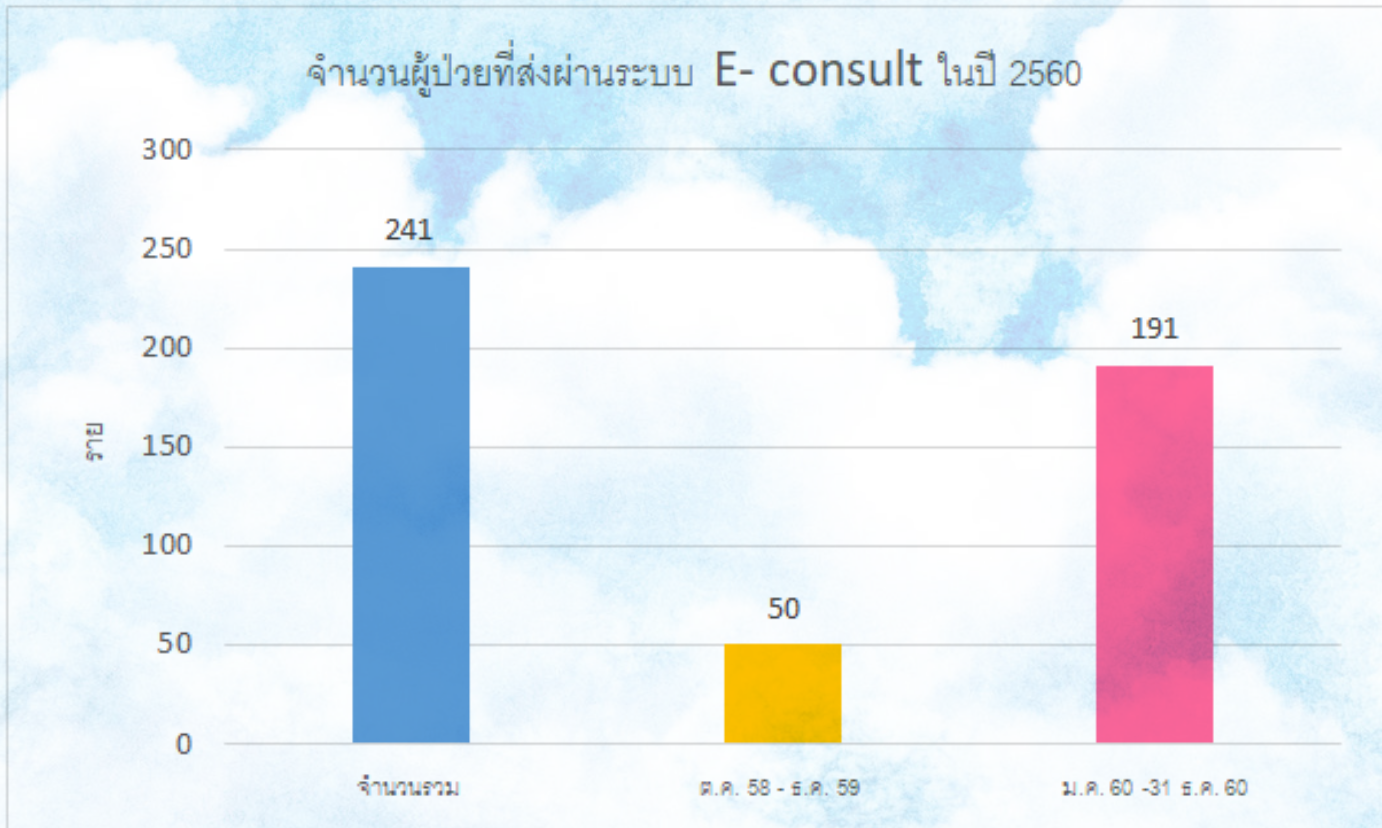




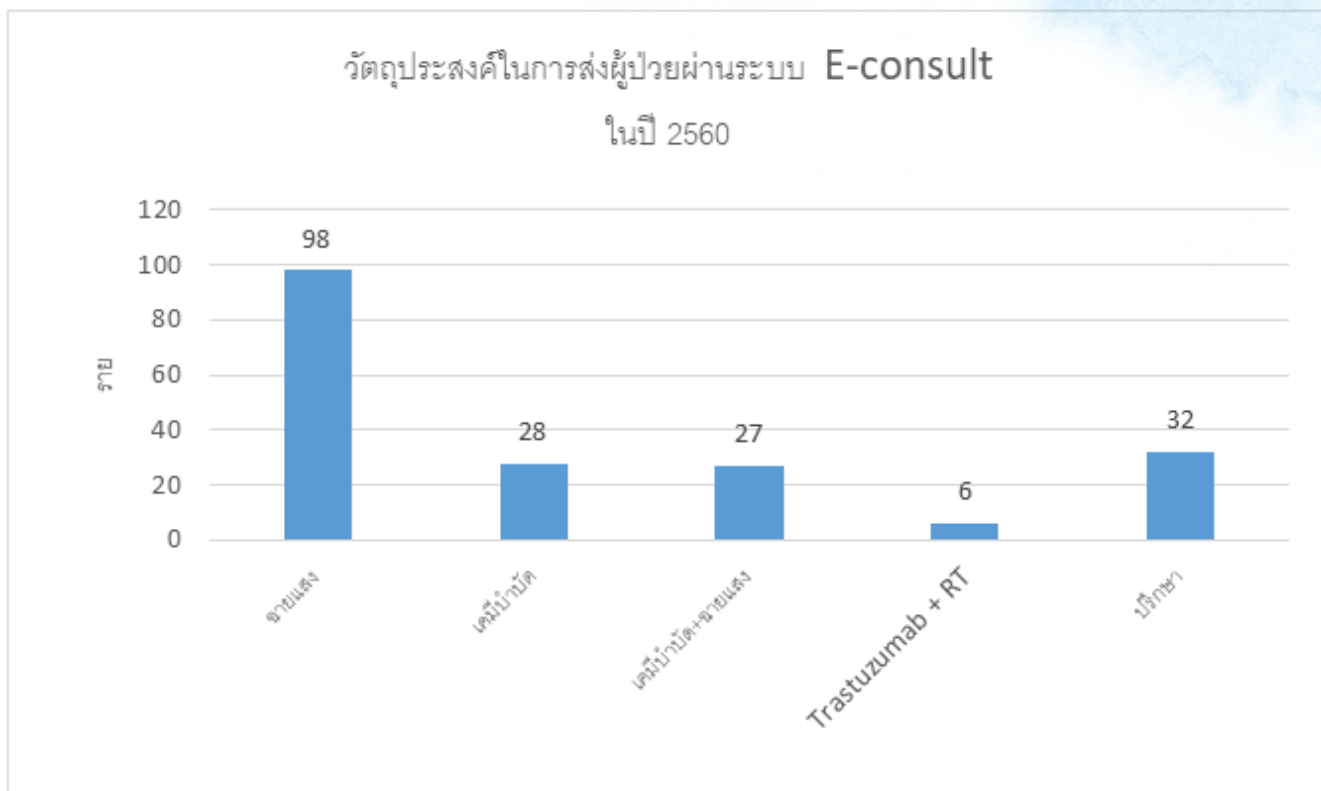
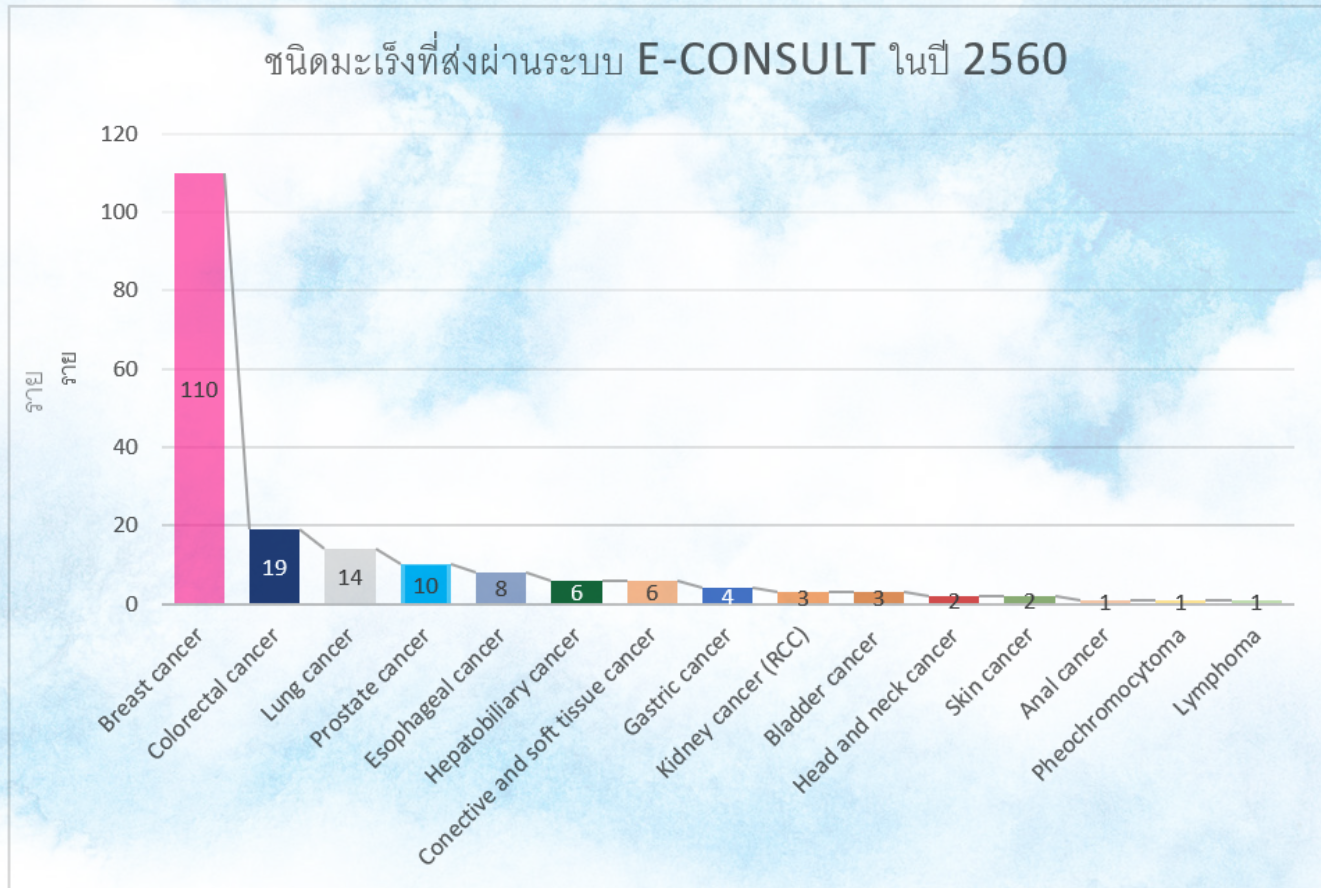




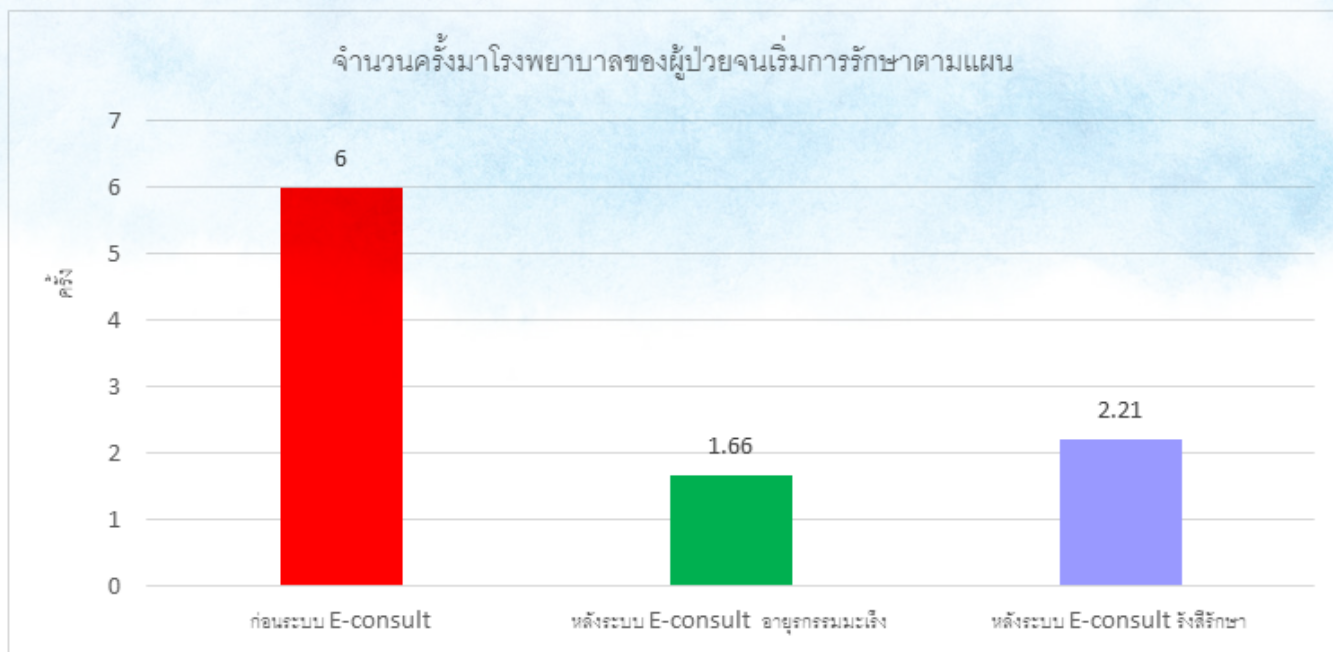
## การใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ประจำปี 2560 สามารถสรุปผลการดำเนินการได้ดังนี้



# Solid tumor (E-consult)



# Solid tumor (E-consult)







# ภาระงานด้านการเรียนการสอนและบริการความรู้ แก่หน่วยงานและบุคลากรทางสาธารณสุข

(เฉพาะงานที่จัดโดยหน่วยงานภาครัฐ)

## อาจารย์แพทย์



รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์  
เป็นวิทยากรบรรยาย

1. Debate-How to select first line treatment in NSCLC, Kantary Hills จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 25 มีนาคม 2560
2. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคมะเร็งและยาเคมีบำบัด ณ ห้องกิตติ สิมอภิชิต อาคารเรียนรวมและหอสมุด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วันที่ 4 กรกฎาคม 2560
3. Clinical practice guideline in screening of cancer and management of iron problems: - Wrap-up the concept ณ โรงแรมบี.พี.แกรนด์ สมิหราบิซ อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา วันที่ 18 สิงหาคม 2560 (Moderator)



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอรุณี เดชาพันธุ์กุล  
เป็นวิทยากรบรรยาย

1. Systemic consulting lead standard care in breast cancer treatment ณ โรงแรมบุรีศรีภูบูติก อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา วันที่ 29 พฤษภาคม 2560
2. การรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยยาเคมีบำบัด และการรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยยาเคมีบำบัด ณ ห้องกิตติ สิมอภิชิต อาคารเรียนรวมและหอสมุด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วันที่ 5 กรกฎาคม 2560



อาจารย์แพทย์หญิงจิรวดี สกิตยเรืองศักดิ์  
เป็นวิทยากรบรรยาย

1. What's new in anti-cancer treatment? ณ ห้องเกษม สิมวงศ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2560
2. ทำอย่างไรดี เมื่อวันเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ณ ห้องประชุม ศูนย์ถันยเวชชเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระบารมี โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ วันที่ 26 เมษายน 2560



อาจารย์นายแพทย์สิวิช ศักดิ์เดชยนต์  
เป็นวิทยากรบรรยาย

1. Practical cancer screening of non-hematologic malignancies ณ โรงแรมบี.พี.แกรนด์ สมิหราบิซ อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา วันที่ 18 สิงหาคม 2560
2. Change of programmed cell death 1 ligand expression in non-small cell lung EGFR tyrosine kinase inhibitors exposure ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จังหวัดชลบุรี วันที่ 4 พฤศจิกายน 2560 (นำเสนอผลงานวิจัย)

# ภาระงานด้านการเรียนการสอนและบริการความรู้ แก่หน่วยงานและบุคลากรทางสาธารณสุข

(เฉพาะงานที่จัดโดยหน่วยงานภาครัฐ)

## บุคลากรสายสนับสนุน



คุณนันทิยา รัตนคช

(ผู้จัดการศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง:  
HOCC-PSU) เป็นวิทยากรบรรยาย

1. มะเร็ง...เสี่ยงอย่างไรไม่พบพาน รู้เท่าทันเมื่อต้องเป็น ณ ลานเวที  
สุขภาพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา  
วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2560
2. E-consult practice to customize the system in Southern  
region ณ โรงแรมบุรีศรีภูบูติก อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา  
วันที่ 29 พฤษภาคม 2560
3. E-consult system ณ โรงพยาบาลพัทลุง อำเภอเมือง  
จังหวัดพัทลุง วันที่ 6 ตุลาคม 2560



คุณมลิวรรณ ส่งเสริม (นักวิชาการสาธารณสุข)

เป็นวิทยากรบรรยาย

1. E-consult practice to customize the system in Southern  
region ณ โรงแรมบุรีศรีภูบูติก อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา วันที่  
29 พฤษภาคม 2560
2. E-consult system ณ โรงพยาบาลพัทลุง อำเภอเมือง จังหวัด  
พัทลุง วันที่ 6 ตุลาคม 2560

## ผลงานทางวิชาการของอาจารย์แพทย์

1. Sathitruangsak C, Righolt CH, Klewes L, Chang DT, Kotb R, Mai S. Distinct and shared three-dimensional chromosome organization patterns in lymphocytes, monoclonal gammopathy of undetermined significance and multiple myeloma. *Int J Cancer* 2017; 140: 400-10.
2. Soulieres D, Faivre S, Mesia R, Remenar E, Li SH, Karpenko A , et al. Buparlisib and paclitaxel in patients with platinum-pretreated recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck (BERIL-1): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2 trial. *Lancet* 2017; 18: 323-35.
3. Leigh NB, Rizvi NA, Lopes GL, Arpornwirat W, Charles CM, Chiappori AA, et al. Phase 2 Study of Erlotinib in Combination With Linsitinib (OSI-906) or Placebo in Chemotherapy-Naive Patients With None Small-Cell Lung Cancer and Activating Epidermal Growth Factor Receptor Mutations. *Clin Lung Cancer* 2017; 18: 34-42.

## ผลงานทางวิชาการของบุคลากรสายสนับสนุน

1. ทิพย์วรรณ อรัญดร, อนงนาฏ เรืองดำ, พรพิศ เรืองจจร, นันทน์ภัส พรุเพชรแก้ว และภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์. ภาวะโภชนาการ ความเชื่อและพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารโรคมะเร็ง ปีที่ 37 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2560* หน้า 127-141.





## แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านของภาควิชาอายุรศาสตร์ ที่ผ่านการปฏิบัติงานในสาขาวิชามะเร็งวิทยาปี 2560

ปี 2560	ชื่อ-สกุล
19 ธันวาคม 2559 - 15 มกราคม 2560	พญ.เอมิกา ไพรพนาพงศ์
16 มกราคม 2560 - 12 กุมภาพันธ์ 2560	นพ.สุรฤทธิ์ เนาว์รุ่งโรจน์
13 กุมภาพันธ์ 2560 - 12 มีนาคม 2560	พญ.นวพร อักษรนาคกรชัย
13 มีนาคม 2560 - 9 เมษายน 2560	พญ.ปรียาวัตร ส้มทอง
10 เมษายน 2560 - 7 พฤษภาคม 2560	พญ.นุชนารถ รัชชสุภกกาญจน์
8 พฤษภาคม 2560 - 31 พฤษภาคม 2560	พญ.ณัฐติยา สุขเจริญ
1 มิถุนายน 2560 - 2 กรกฎาคม 2560	นพ.อริภัทร์ บรรจงจิตร
3 กรกฎาคม 2560 - 30 กรกฎาคม 2560	นพ.ปิยะณัฐ แก้วดวงเทียน นพ.บดินทร์ อนันตระวณิชย์
31 กรกฎาคม 2560 - 27 สิงหาคม 2560	พญ.ธัญกมล พงศ์นฤเดช
28 สิงหาคม 2560 - 24 กันยายน 2560	นพ.ศทาเทพ วัชรานุกพงษ์
25 กันยายน 2560 - 22 ตุลาคม 2560	พญ.สิรินภา ไตรวนารสม
23 ตุลาคม 2560 - 19 พฤศจิกายน 2560	นพ.รวิภาส วงศ์ศิริฤเดช
20 พฤศจิกายน 2560 - 17 ธันวาคม 2560	นพ.กฤติเมธ ศรีธรรมาภิวัฒน์



## แพทย์และนักศึกษาแพทย์ที่มาดูงาน ในสาขาวิชามะเร็งวิทยา ปี 2560



Ms. Chankan Chanvirat

นักศึกษาแพทย์ ปี 6 สถาบัน Dalian Medical University

ภาควิชาอายุรศาสตร์ ประเทศจีน

มาศึกษาดูงานระยะสั้น ตั้งแต่ 27 กุมภาพันธ์ 2560-10 มีนาคม 2560



พญ.กุลิสรา นันทมงคลกุล

แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขามะเร็งรังสีวิทยา

ภาควิชาสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา ฝึกอบรมดูงาน 1-31 กรกฎาคม 2560



พญ.ปรีชญ์ตนา นุชประมุข

แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขามะเร็งรังสีวิทยา ภาควิชาสูติศาสตร์ และ

นรีเวชวิทยา ฝึกอบรมดูงาน 1-31 สิงหาคม 2560

# ภูมิคุ้มกันบำบัด กำจัดมะเร็ง (Cancer immunotherapy)

ปัจจุบันการรักษามะเร็งโดยทั่วไป ได้แก่ การผ่าตัด การฉายแสง และเคมีบำบัด ซึ่งวิธีเหล่านี้สามารถรักษาผู้ป่วยได้ในระยะการป่วยที่แตกต่างกัน และมีข้อจำกัดคือ การผ่าตัดสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยในระยะที่มะเร็งยังไม่แพร่กระจายเท่านั้น ส่วนการฉายแสงและเคมีบำบัดมีผลข้างเคียงคือทำลายเซลล์ร่างกายที่ปกติไปด้วย ทางการแพทย์จึงมีการค้นคว้าวิจัยวิธีการรักษาอื่นๆ ที่สามารถยับยั้งเซลล์มะเร็งได้โดยมีผลข้างเคียงกับผู้ป่วยน้อยที่สุด

ในระยะหลังมานี้มีการรักษามะเร็งอีกวิธีที่เริ่มใช้กันในประเทศต่าง เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และจีน คือ การรักษาโดยใช้ภูมิคุ้มกันบำบัด ผลการรักษาปรากฏว่าร่างกายของผู้ป่วยต่อสู้กับเซลล์มะเร็งได้ดีขึ้น มีผลข้างเคียงน้อย และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

## ภูมิคุ้มกันบำบัดคืออะไร

ภูมิคุ้มกันบำบัดหรือบางครั้งเรียกว่า **ภูมิคุ้มกันรักษา** เป็นการนำหลักในการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อสู้กับแปลกปลอมมาใช้ในการบำบัดรักษาโรคโดยการเพิ่มหรือลดประสิทธิภาพการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งมี ๒ แบบคือ

๑. **แบบกระตุ้นภูมิคุ้มกันทั่วไป (Non-specific Immunotherapy)** เป็นภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองไม่เฉพาะเจาะจงต่อโรคใดโรคหนึ่ง เช่นการใช้วัคซีนต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันโรคทั่วไป เป็นต้น

๒. **แบบเจาะจงแอนติเจน/สารก่อภูมิคุ้มกัน (Antigen-specific Immunotherapy)** เป็นภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองเจาะจงเฉพาะโรค หรือเฉพาะตัวกระตุ้น หรือเฉพาะสิ่งแปลกปลอม หรือเฉพาะสารก่อภูมิคุ้มกัน ซึ่งการรักษาแบบเจาะจงแอนติเจนนั้น ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่เจาะจงต่อเซลล์เป้าหมาย, เซลล์ก่อโรคและอาการ ทั้งยังทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาได้น้อย ทั้งนี้ยังแบ่งภูมิคุ้มกันบำบัดแบบเจาะจงแอนติเจนเป็นอีก ๒ กลุ่มย่อยคือ

๒.๑ **ชนิดลดการตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอม (Suppression Immunotherapy)** ซึ่งนำมาใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง และในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ

๒.๒ **ชนิดเพิ่มการตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอม (Activation Immunotherapy)** ซึ่งนำมาใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง โดยอาจเป็นการให้ยาสารภูมิคุ้มกัน/แอนติบอดี หรือนำเซลล์ภูมิคุ้มกันของร่างกายไปดัดแปลงให้มีฤทธิ์ต่อสู้กับเซลล์มะเร็งได้ และยังสามารถใช้วัคซีนบางชนิดที่ผลิตจากเซลล์มะเร็ง ซึ่งปัจจุบันกำลังอยู่ในการศึกษาทดสอบทางคลินิก

## ภูมิคุ้มกันบำบัด กำจัดมะเร็งได้อย่างไร

ภูมิคุ้มกันบำบัดชนิดเพิ่มการตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอมที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง แบ่งได้เป็นหลายชนิด ได้แก่

๑. **โมโนโคลนอลแอนติบอดี (Monoclonal antibody)** คือการรักษาโดยใช้ยาสารภูมิคุ้มกัน หรือแอนติบอดีที่มีความจำเพาะกับเซลล์มะเร็งในการควบคุมการเจริญเติบโตหรือควบคุมการสังเคราะห์โปรตีนในเซลล์มะเร็งเช่น ยาอิพิลิมุแมบ (Ipilimumab), ยานิวโลแมบ (Nivolumab), ยาเพมโบโรลิซูแมบ (Bemrolizumab) เป็นต้น





**๒. ภูมิคุ้มกันบำบัดแบบไม่จำเพาะ (Non-specific Immunotherapy)** เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกันหรือภูมิคุ้มกันของร่างกายในการทำลายเซลล์มะเร็งโดยใช้ยาที่เป็นสารภูมิคุ้มกัน/แอนติบอดีที่ไม่จำเพาะ นิยมใช้พร้อมกับหรือใช้ภายหลังการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น การใช้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา

**๓. การใช้ไวรัสรักษามะเร็ง (Oncolytic Virus Therapy)** เป็นการนำไวรัสที่ได้รับการดัดต่อพันธุกรรมให้มีคุณสมบัติจำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งในการทำลายเซลล์มะเร็ง โดยแพทย์จะฉีดไวรัสเข้าสู่เนื้องอกหรือเซลล์มะเร็ง ซึ่งไวรัสจะทำการแบ่งตัวภายในเซลล์เนื้องอกหรือในเซลล์มะเร็งจนส่งผลให้เซลล์มะเร็งตาย เมื่อเซลล์มะเร็งหรือเซลล์เนื้องอกตายแล้ว ตัวเซลล์ที่ตายจะปล่อยแอนติเจนหรือสิ่งที่ร่างกายระบุว่าเป็นสิ่งแปลกปลอมออกมา ทำให้ร่างกายสร้างสารภูมิคุ้มกันหรือแอนติบอดีที่มีผลเจาะจงกับเซลล์มะเร็งดังกล่าว ซึ่งสารภูมิคุ้มกันหรือแอนติบอดีนี้จะกำจัดเซลล์มะเร็งนั้นๆ ไป ปัจจุบันมีการศึกษาการรักษาด้วยวิธีนี้ในมะเร็ง เช่น มะเร็งผิวหนังเมลาโนมา

**๔. การรักษาโดยใช้ที-เซลล์บำบัด (T-cell Therapy)** โดยนำทีเซลล์ในเลือดของร่างกาย ไปผ่านกระบวนการดัดแปลงให้มีความจำเพาะกับตัวรับ (Receptor) ในเซลล์มะเร็ง และฉีดทีเซลล์ที่ผ่านกระบวนการนี้กลับเข้าสู่ร่างกายเพื่อให้ทีเซลล์ทำลายเซลล์มะเร็ง ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีนี้ได้รับการยอมรับให้ใช้เป็นการรักษาหนึ่งในมะเร็งเม็ดเลือดขาวแล้ว

**๕. วัคซีนโรคมะเร็ง (Cancer Vaccines)** เป็นอีกหนึ่ง

วิธีที่จะช่วยให้ร่างกายสามารถต่อสู้กับเซลล์มะเร็งได้โดยการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้สามารถจดจำเซลล์มะเร็งและสามารถทำลายโปรตีนที่มีความเกี่ยวข้องกับเซลล์มะเร็งได้ ปัจจุบันมีการนำมาใช้เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งตับ เป็นต้น

**ภูมิคุ้มกันบำบัด มีผลข้างเคียงอย่างไร**

ผลข้างเคียงโดยทั่วไป เช่น เหนื่อยล้า คลื่นไส้ แผลในช่องปาก ท้องเสีย ความดันโลหิตสูง ชาวม ไข้ ปวดศีรษะ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้จะค่อยๆลดลงไปภายหลังการรักษาครั้งแรก แต่ในผู้ป่วยบางรายผลข้างเคียงที่เกิดจากภูมิคุ้มกันบำบัดอาจมีความรุนแรงและจำเป็นต้องได้รับยาภูมิคุ้มกัน เช่น สเตียรอยด์ ดังนั้นผู้ป่วยและญาติควรเฝ้าระวังผลข้างเคียงดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้นและรีบแจ้งให้แพทย์ทำการรักษาหากอาการดังกล่าวรุนแรงมากขึ้นเพื่อความปลอดภัยสูงสุดแก่ตัวผู้ป่วยเอง ♦

เอกสารอ้างอิง

1. Lynnette Atwood, et al. Understanding Cancer Immunotherapy (Second Edition). The Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) 2015.
2. Robert C, Schachter J, Long GV, et al. Pembrolizumab versus ipilimumab in advanced melanoma. N Engl J Med 2015;372:2521-2532.
3. Fry TJ, Mackall CL. T-cell adoptive immunotherapy for acute lymphoblastic leukemia. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2013;2013:348-353.
4. Pardoll D. Chapter 6: Cancer immunology. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. Abeloff's Clinical Oncology. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier;2014.

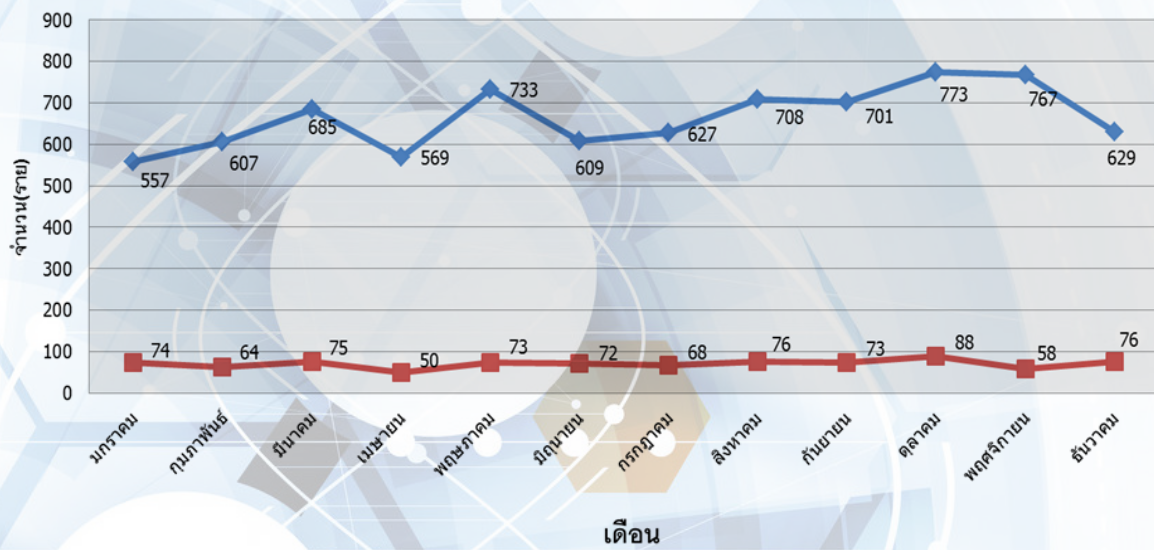


รายงาน

# สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประจำปี 2560

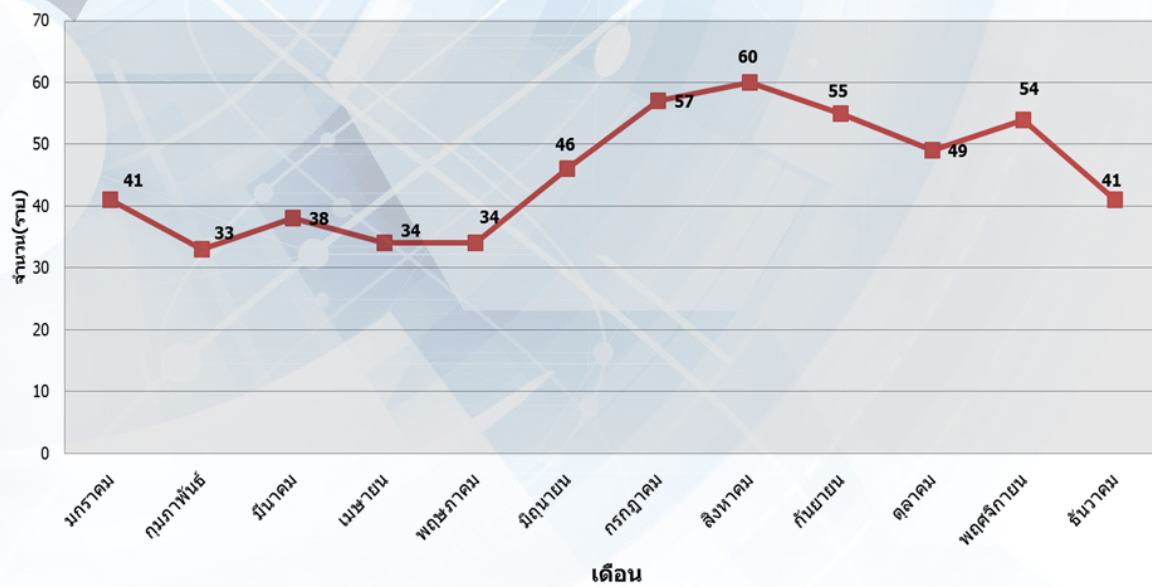
ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง  
สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กราฟแสดงผู้ป่วยนอกของสาขาวิชามะเร็งวิทยา ปี 2560



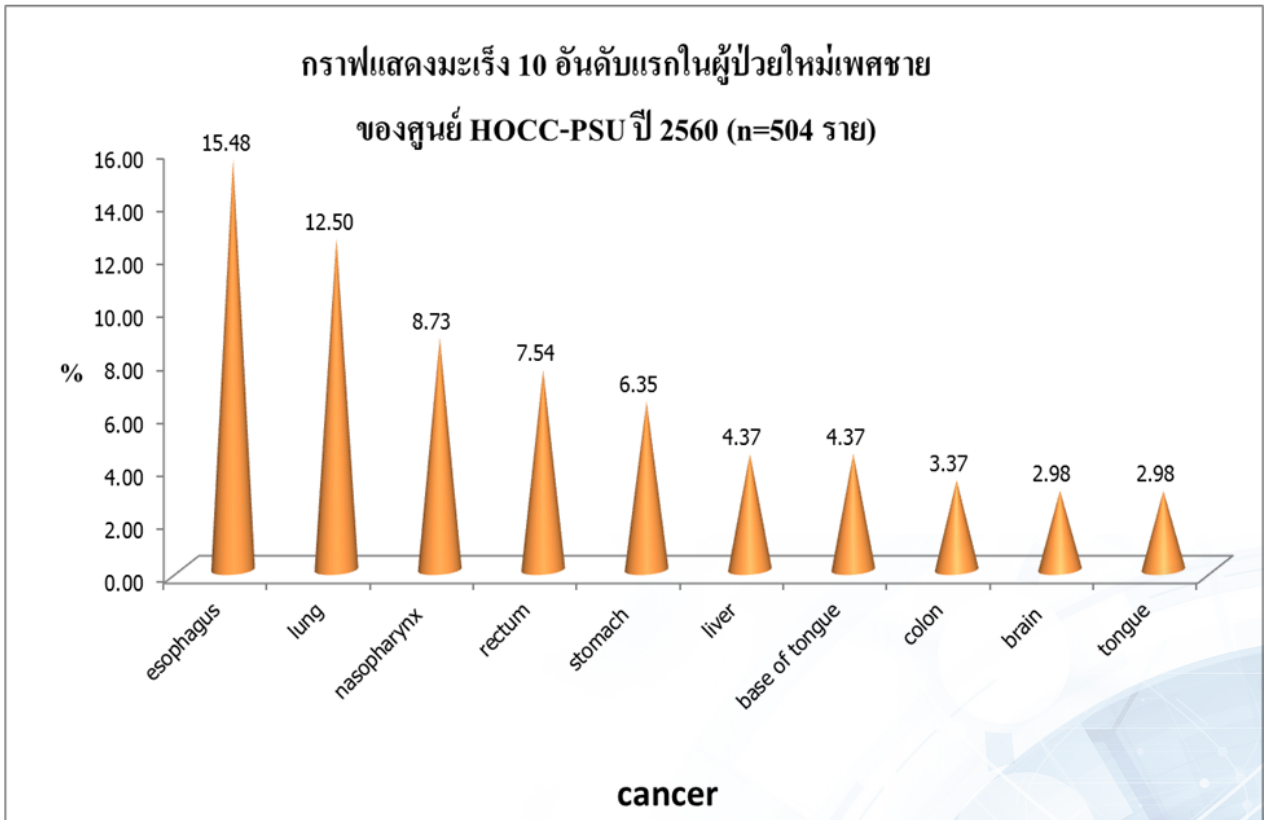
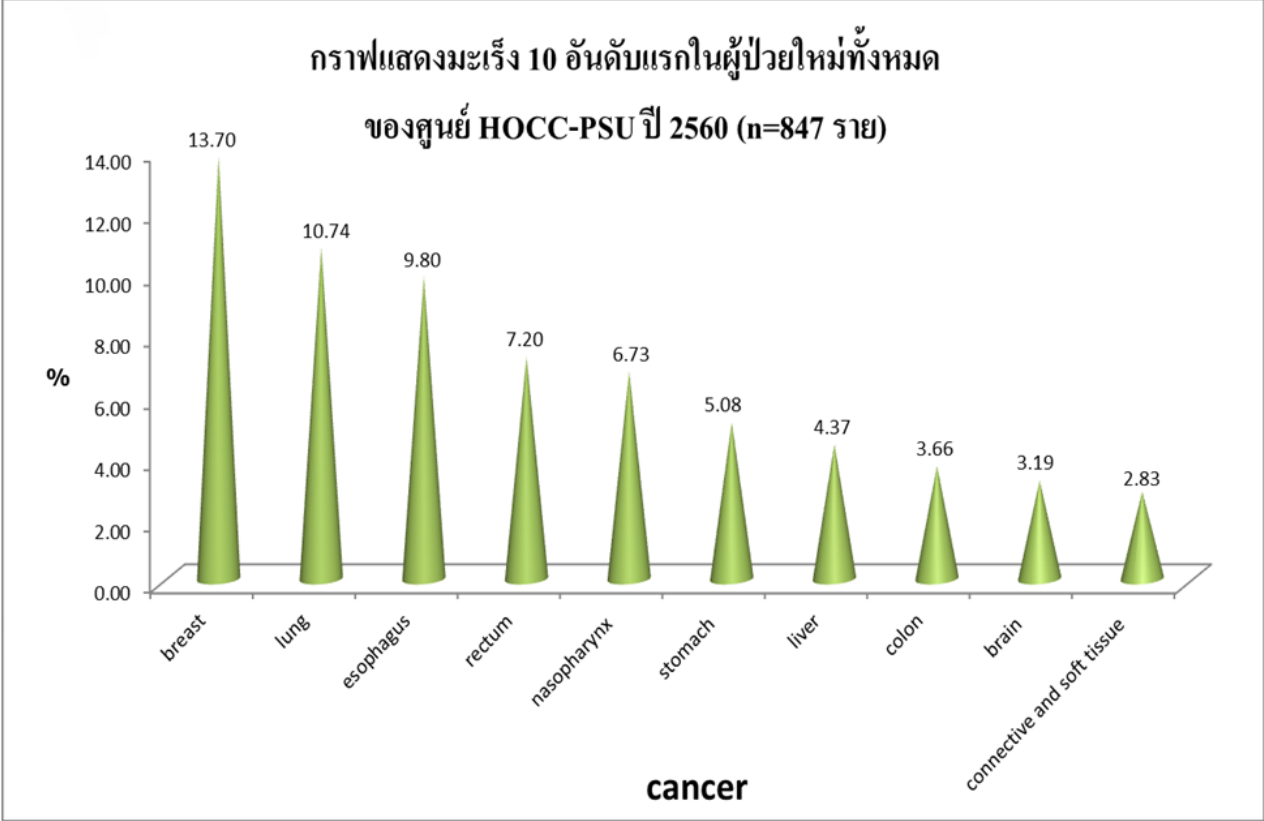
◆ สรุปภาระงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยของสาขาวิชามะเร็งวิทยา (ผู้ป่วยนอก) ประจำปี 2560  
■ สรุปจำนวนผู้ป่วยใหม่ของสาขาวิชามะเร็งวิทยา (ผู้ป่วยนอก) ประจำปี 2560

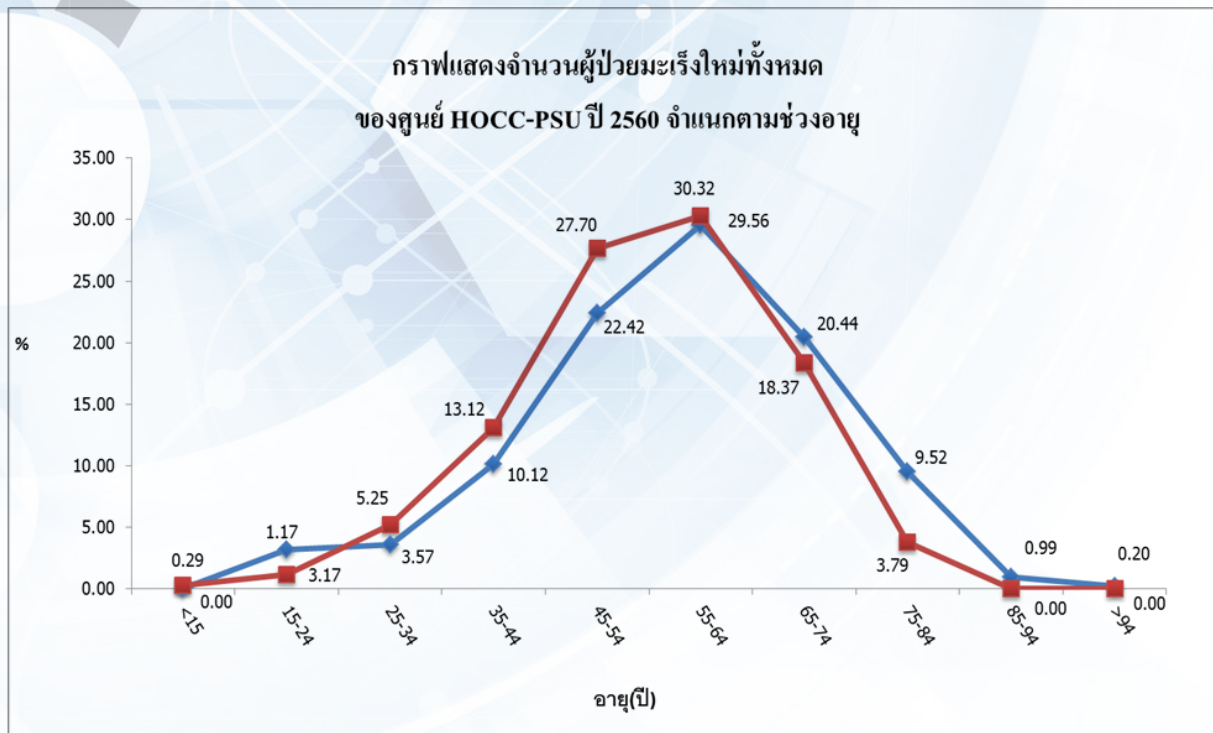
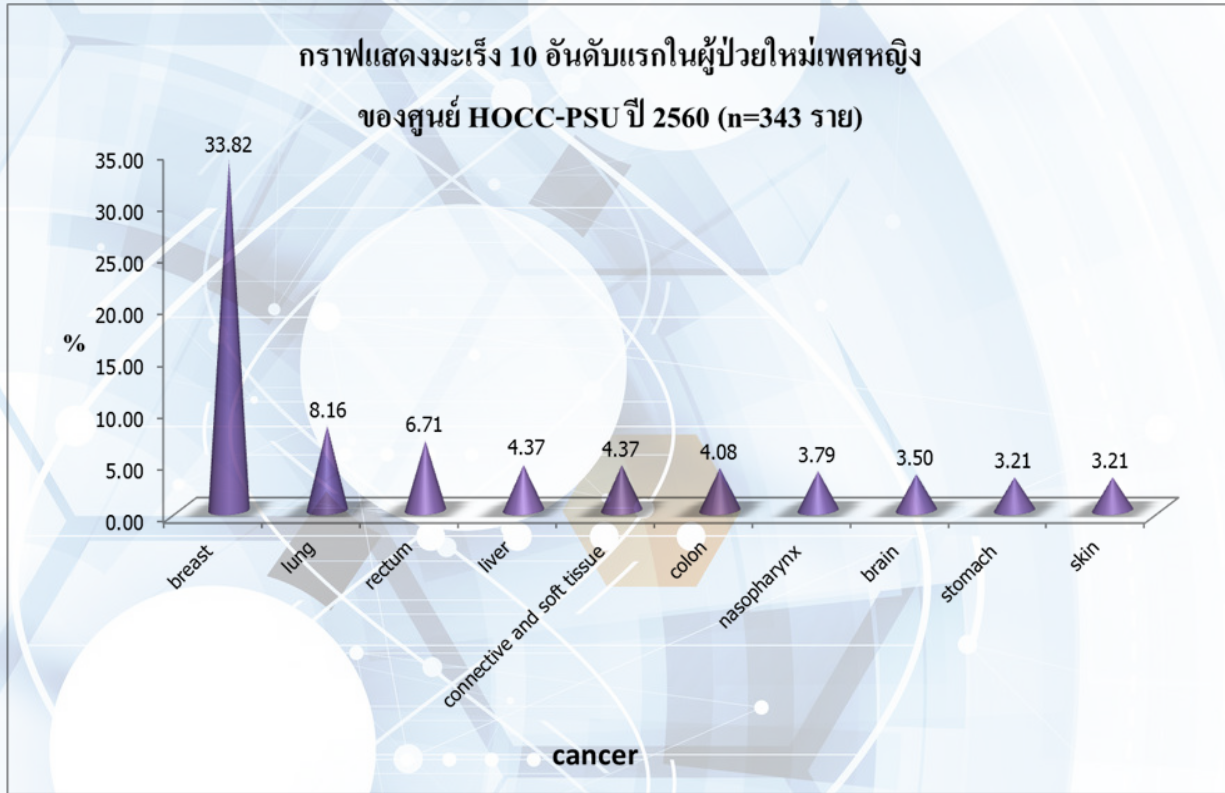
กราฟแสดงผู้ป่วยใน ที่สาขาวิชามะเร็งวิทยา รับปรึกษา ประจำปี 2560



■ สรุปจำนวนผู้ป่วยที่สาขาวิชามะเร็งวิทยา รับปรึกษา (ผู้ป่วยใน) ประจำปี 2560







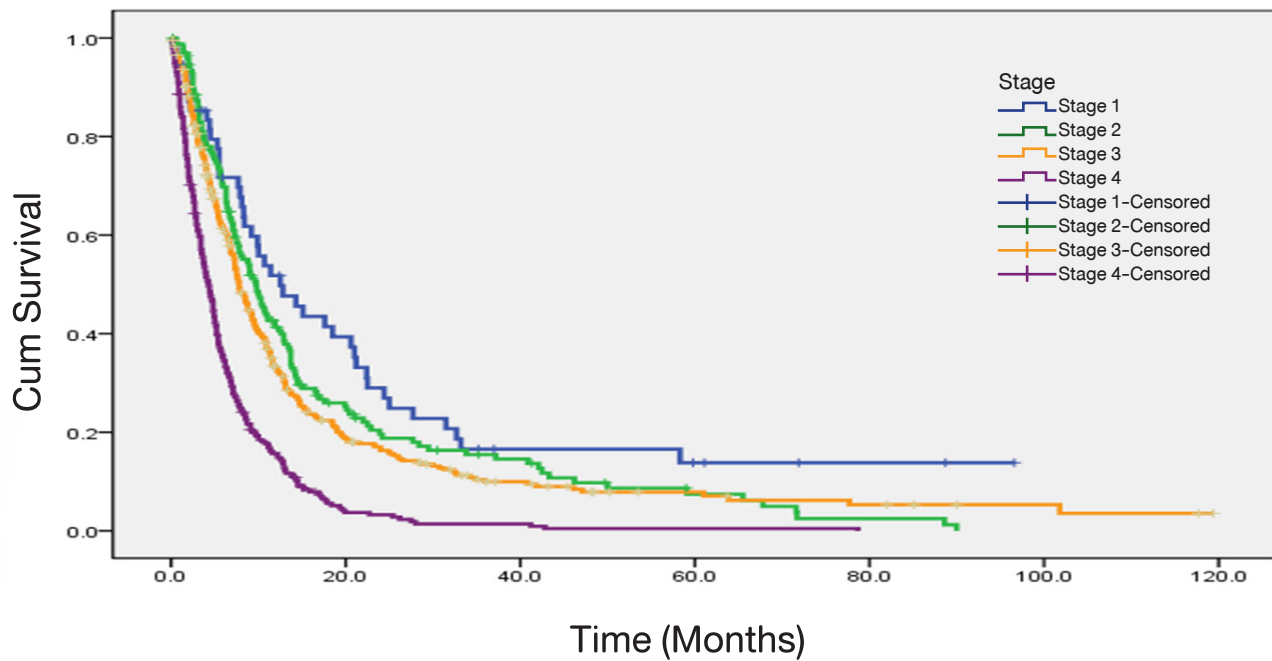




# มะเร็งหลอดอาหาร

ระยะเวลาการรอดชีพโดยรวม (Overall survival) ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารตามระยะของโรค  
ปี 2551-2560 (N=865 ราย)

## Survival Functions

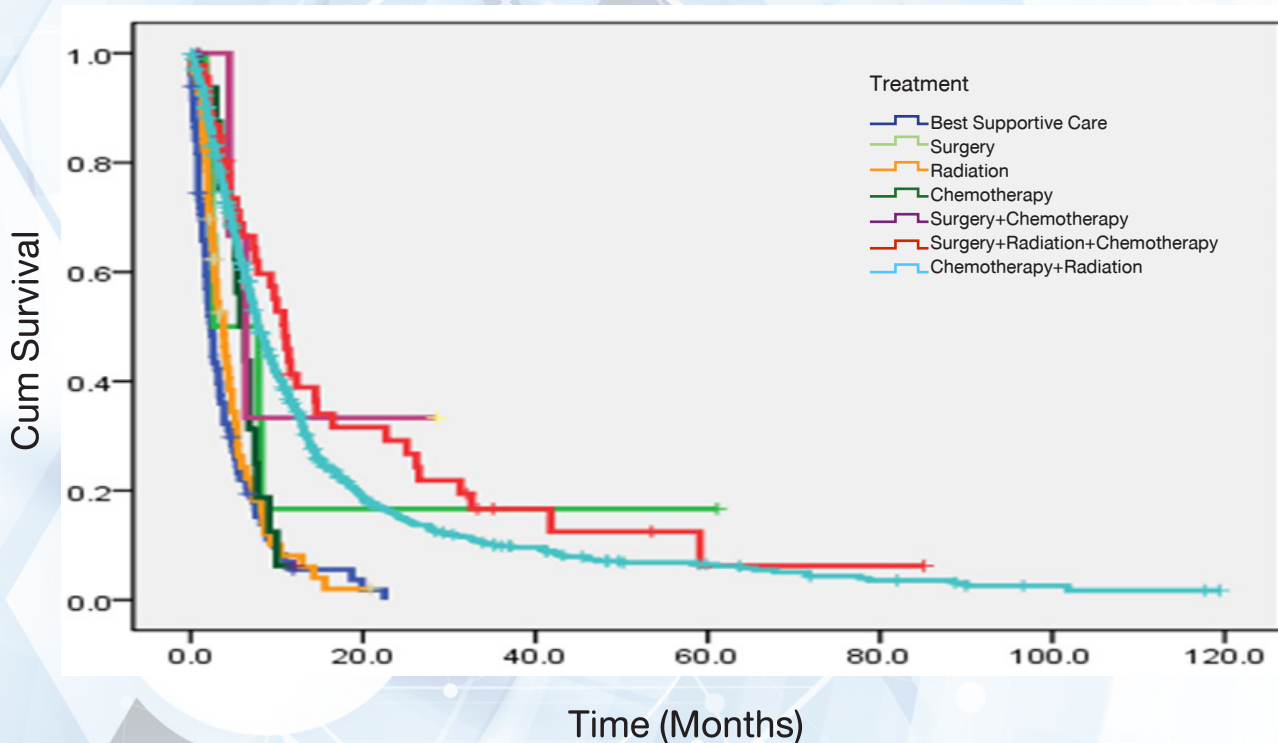


ระยะเวลาการรอดชีพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารระยะที่ 1 : เท่ากับ 12 เดือน (95% CI : 6 , 18 )  
ระยะเวลาการรอดชีพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารระยะที่ 2 : เท่ากับ 10 เดือน (95% CI : 8 , 12 )  
ระยะเวลาการรอดชีพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารระยะที่ 3 : เท่ากับ 8 เดือน (95% CI : 7 , 9 )  
ระยะเวลาการรอดชีพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารระยะที่ 4 : เท่ากับ 4 เดือน (95% CI : 4 , 5 )

# มะเร็งหลอดอาหาร

ระยะเวลาการรอดชีพโดยรวม (Overall survival) ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารตามชนิดการรักษา ปี 2551-2560 (N=865 ราย)

## Survival Functions



ระยะเวลาการรอดชีพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร best supportive care : เท่ากับ 2 เดือน (95% CI : 2 , 3 )  
ระยะเวลาการรอดชีพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร surgery : เท่ากับ 3 เดือน (95% CI : 0 , 9 )  
ระยะเวลาการรอดชีพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร radiation : เท่ากับ 4 เดือน (95% CI : 3 , 5 )  
ระยะเวลาการรอดชีพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร chemotherapy : เท่ากับ 5 เดือน (95% CI : 4 , 8 )  
ระยะเวลาการรอดชีพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร surgery + chemotherapy: เท่ากับ 6 เดือน (95% CI : 3 , 9 )  
ระยะเวลาการรอดชีพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร surgery + radiation+ chemotherapy: เท่ากับ 11 เดือน (95% CI : 9 , 13 )  
ระยะเวลาการรอดชีพโดยรวม ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร chemotherapy+ radiation: เท่ากับ 7 เดือน (95% CI : 6 , 8 )

ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารแยกตามตำแหน่ง  
ปี 2551-2560 (N=865 ราย)

ตำแหน่ง	N (%)
Cervical esophagus	63 (7.28)
Thoracic, unspecified	85 (9.83)
Thoracic, upper- third	44 (5.09)
Thoracic, middle -third	249 (28.79)
Thoracic, lower -third	216 (24.96)
Unspecified /Overlapping	208 (24.05)
<b>Total</b>	<b>865 (100)</b>

ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารแยกตามมะเร็งร่วม  
ปี 2551-2560 (N=865 ราย)

มะเร็งร่วม	N (%)
มะเร็งหูดอกมูก	45 (5.20)
อื่นๆ	24 (2.77)

