

แสงสว่าง

ที่ปลายอุโมงค์

Dim light at the end of the tunnel



ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิง แสงสุรีย์ จูทา
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี

แสงสว่างที่ปลายอุโมงค์

Dim light at the end of the tunnel



ปัจจุบันนี้ การรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ Chronic Myeloid Leukemia (CML) ได้พัฒนาไปจากเดิมมาก การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Stem cell transplant) ไม่ใช่การรักษาที่เป็นมาตรฐานอีกต่อไป การให้การรักษาโดยยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจง (Targeted Therapy) เป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Tyrosine Kinase Inhibitor (TKI) ส่วนใหญ่ได้ผลดีมาก ผู้ป่วยสามารถจะมีชีวิตเหมือนคนปกติได้ ข้อสำคัญคือ ผู้ป่วยต้องมีความวินัยในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามที่แพทย์แนะนำ หนังสือเล่มนี้จัดทำขึ้นมาเพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยและญาติ ได้รับทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และความก้าวหน้าในปัจจุบัน ตลอดจนแนวทางในการดูแลและติดตามผลการรักษาของตนเอง รวมทั้งมีประวัติของผู้ป่วยบางรายที่ยากแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองเพื่อเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยทุกคน นอกจากนี้ ยังมีเรื่องของมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ Acute Myeloid Leukemia (AML) และเรื่องการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต เพื่อเป็นความรู้เพิ่มเติมอีกด้วย

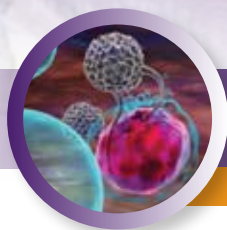
คณะผู้จัดทำหวังว่าหนังสือนี้จะมีประโยชน์สำหรับทุกท่าน และขอให้กำลังใจทุกๆ ท่าน ที่สามารถจะมีชีวิตเหมือนคนปกติ เช่นเดียวกับผู้ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือหลอดเลือดหัวใจตีบ ขอเพียงท่านมีความวินัยในการปฏิบัติตามและรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ ท่านก็จะสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้เหมือนคนอื่น ๆ สิ่งนี้ นะคะ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิง แสงสุรีย์ จูฑา
ประธานที่ปรึกษาชมรมผู้ป่วย CML



มะเร็งเม็ดเลือดขาว

(Leukemia)



มะเร็งเม็ดเลือดขาว แบ่งออกเป็นชนิดใหญ่ๆ 2 ชนิด คือ

1. ชนิดเฉียบพลัน
2. ชนิดเรื้อรัง

นอกจากนี้ มะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้ง 2 ชนิดข้างต้น ยังแบ่งออกตามลักษณะของเซลล์ได้เป็น 2 แบบ คือ แบบมัยอีลอยด์ (myeloid leukemia) และแบบลิมโฟยด์ (lymphoid leukemia) ดังนั้น เราจะพบมะเร็งเม็ดเลือดขาวตามชนิดและแบบได้ใหญ่ๆ 4 อย่าง คือ

1. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์
(acute myeloid leukemia หรือ AML)
2. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบลิมโฟยด์
(acute lymphoid leukemia หรือ ALL)
3. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์
(chronic myeloid leukemia หรือ CML)
4. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบลิมโฟยด์
(chronic lymphocytic leukemia หรือ CLL)

เนื่องจากผู้ป่วยผู้ใหญ่ในประเทศไทยส่วนใหญ่จะพบมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ (AML) และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ (CML) ดังนั้น ในที่นี้จะขอล่าวถึงเฉพาะ 2 โรคนี้เท่านั้น

มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ (AML)

มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน เกิดจากการที่เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในไขกระดูกไม่สามารถเจริญเติบโต (differentiate) ไปเป็นเซลล์ตัวแก่ได้ แต่มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวน (proliferation) ในระยะของเซลล์ตัวอ่อนในไขกระดูกเป็นจำนวนมาก และขยายตัวออกมาในกระแสโลหิตหรือเนื้อเยื่ออื่นๆ ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆ เป็นผลให้ไขกระดูกไม่สามารถผลิตเซลล์เม็ดเลือดปกติได้ ไม่ว่าจะเป็นเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวที่ปกติตลอดจนเกร็ดเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการจากการขาดเซลล์เม็ดเลือดดังกล่าว

อุบัติการณ์ของมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ในประชากรทั่วไปเท่ากับ 2-3 ราย ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี ส่วนใหญ่พบในคนที่อายุมากกว่า 15 ปี พบเป็นร้อยละ 70-80 ของมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในผู้ใหญ่

สาเหตุ

สาเหตุของมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ได้แก่

1. ทางพันธุกรรม อุบัติการณ์ของการเกิดโรคในพี่น้องของผู้ป่วยพบสูงกว่าประชากรทั่วไป 3 เท่า

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางโครโมโซมแต่กำเนิด เช่น ดาวน์ซินโดรม จะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงกว่าคนปกติ

2. สารรังสี ประชากรญี่ปุ่นที่รอดชีวิตจากการทิ้งระเบิดปรมาณูที่ฮิโรชิมา และนางาซากิ พบว่ามีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันมากกว่าคนปกติถึง 30 เท่า

3. สารเคมี ผู้ป่วยที่ได้รับสารเบนซิน จะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงกว่าคนทั่วไป 10 เท่า นอกจากนี้ ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าเชื้อรา หรือน้ำยาทำความสะอาด ก็พบอุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้นด้วย

4. ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงขึ้น

5. บุหรี่ ในบุหรี่ยังมีสารก่อให้เกิดมะเร็งหลายชนิด จากการศึกษาระบาดวิทยาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่สามารถเพิ่มอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันได้



อย่างไรก็ตาม ปัจจัยต่างๆ ข้างต้น เป็นเพียงปัจจัยเสี่ยงเท่านั้น กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมีโอกาสเกิดโรคสูงขึ้น แต่ไม่ใช่ทุกคนที่มีปัจจัยดังกล่าวจะเกิดโรคเสมอไป คงมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอีกหลายอย่าง

การพยากรณ์โรค

- 1. อายุ** ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก
- 2. ความผิดปกติทางสารพันธุกรรม** พบว่าใน AML เราสามารถบอกการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้ตามโครโมโซมที่พบ ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ
 - 2.1 กลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคดี** ได้แก่ พวกที่มี $t(8;21)$; $t(15;17)$ และ $inv(16)$
 - 2.2 กลุ่มที่การพยากรณ์โรคนานกลาง** ได้แก่ กลุ่มที่มีโครโมโซมปกติ หรือความผิดปกติอื่นๆ นอกจากข้อ 2.1, 2.3
 - 2.3 กลุ่มที่มีพยากรณ์โรคไม่ดี** ได้แก่ คนที่มี -7 , $7q-$, -5 , $5q-$, $11q23$, $3q21$, $+8$, พวกที่มี multiple chromosome abnormalities หรือรายที่เป็น MDS นำมาก่อน

อาการและอาการแสดง

อาการชืดและเหนียวง่าย เป็นอาการสำคัญที่พบบ่อยมาก เป็นผลจากการที่ไขกระดูกไม่สามารถสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงได้ตามปกติ



อาการเลือดออกง่าย มีสาเหตุมาจากเกร็ดเลือดต่ำ เนื่องจากไขกระดูกสร้างได้น้อยลง จะพบจุดเลือดออกบริเวณแขนขา เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล ประจำเดือนออกมาก อาจมีเลือดออกในจอประสาทตา ทำให้ตามัวได้ ถ้ามีภาวะเลือดออกในสมองมักจะรุนแรง และทำให้เสียชีวิตได้

อาการไข้ มักเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ อาจจะมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ หรืออาจจะเกิดจากตัวโรคเองก็ได้



เหงือกบวมโต (gum hypertrophy) พบได้ประมาณร้อยละ 25-50 ของผู้ป่วย

น้ำหนักลด เป็นอาการแสดงสำคัญ พบได้ถึงร้อยละ 70 ของผู้ป่วย

อาการปวดกระดูกหรือปวดตามข้อ ในระยะแรกมักจะพบน้อย แต่ในระยะที่โรคลุกลามไปมาก อาจพบได้บ่อยขึ้น

อาการทางสมอง มักจะมีการดำเนินโรครุนแรงจนทำให้เสียชีวิต มีอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ 10-30 ผู้ป่วยอาจจะมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน คอแข็ง อัมพาตของเส้นประสาทเป็นต้น

เกณฑ์การวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัยที่สำคัญ คือ การพบเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว (blast cells) อย่างน้อยร้อยละ 30 ของเซลล์ทั้งหมดในไขกระดูก

การรักษา

การรักษาแบบประคับประคอง (supportive care) หมายถึง การรักษา
อย่างอื่นๆ นอกเหนือจากการให้เคมีบำบัด



1. การให้ส่วนประกอบของเลือด

- ควรพิจารณาให้เกร็ดเลือดเข้มข้น เพื่อให้ระดับของเกร็ดเลือดในเลือดสูงเกิน $20 \times 10^9/\text{ลิตร}$
- การให้เม็ดเลือดแดงเข้มข้น เมื่อผู้ป่วยซีด หรือระดับ Hct ต่ำกว่า 24-25% ในรายที่อายุน้อย หรือต่ำกว่า 28-30 % ในรายที่อายุน้อยมาก

2. ผู้ป่วยที่มีไข้ $>38^\circ\text{C}$ และมีจำนวนของเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil ต่ำกว่า $0.5 \times 10^9/\text{ลิตร}$ ควรจะทำการสับคั่นเบื้องต้นเพื่อหาตำแหน่งของการติดเชื้อ แล้วพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะชนิดครอบคลุมกว้างขวางเข้าหลอดเลือดดำ

3. ผู้ป่วยที่มีกรดยูริกสูง ควรพิจารณาให้ยาต้านกรดยูริก (allopurinol) 300 มก./วัน ควรระวังผลข้างเคียงในผู้สูงอายุ หรือมีโรคไต

4. พิจารณาการแยกส่วนประกอบของเลือด โดยเฉพาะแยกเฉพาะเม็ดเลือดขาวออก (leukapheresis) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวมากกว่า $100 \times 10^9/\text{ลิตร}$ หรือมีอาการของอวัยวะต่างๆ ขาดเลือด จากการที่เม็ดเลือดขาวจำนวนมาก

ไปอุดตันการไหลเวียนของเลือด เช่น มีอาการทางปอด มีหอบ เหนื่อย แน่นหน้าอก หรืออาการทางสมอง เช่น ปวดศีรษะ ชี้น สับสน หรือชัก เป็นต้น

การรักษาเฉพาะโรค แบ่งออกเป็น 2 ตอนคือ

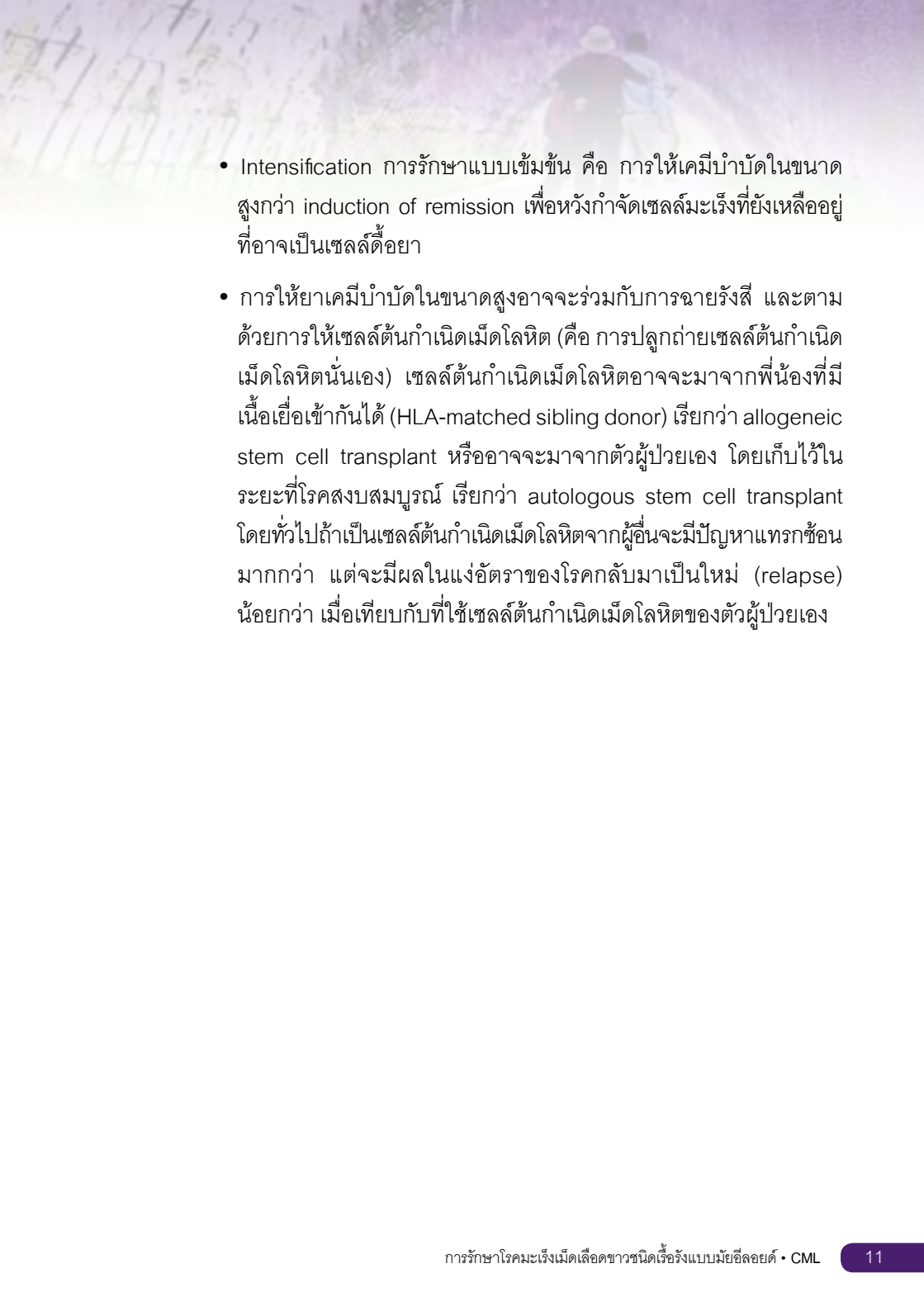
1. การรักษาเพื่อชักนำให้โรคสงบสมบูรณ์ (Induction of remission) เป็นการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะโรคสงบสมบูรณ์ (Complete remission หรือ CR) ยาเคมีบำบัดมาตรฐานในปัจจุบัน คือ สูตร 3+7 ได้แก่ การให้ anthracycline (doxorubicin หรือ idarubicin) ทางหลอดเลือดดำ 3 วัน ร่วมกับ cytosine arabinoside ทางหลอดเลือดดำ 7 วัน พบว่าประมาณร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระยะ CR ได้

การที่จะบอกว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะ CR หรือไม่นั้น อาศัยดูจากทางคลินิกว่าอาการต่างๆ ของผู้ป่วยหายเป็นปกติการตรวจร่างกายทุกอย่างปกติหมด ผลการตรวจเลือดกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติหมด และที่สำคัญที่สุด คือ การตรวจไขกระดูกพบเซลล์เม็ดเลือดชนิดต่างๆ ปกติ และพบเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว (blast cell) น้อยกว่าร้อยละ 5 ของเซลล์ทั้งหมด

การที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ CR ไม่ได้หมายความว่าเซลล์มะเร็งจะหมดไปจากร่างกาย แต่ว่ายังอยู่ในจำนวนที่น้อยเกินกว่าที่วิธีตรวจทางห้องปฏิบัติการธรรมดาจะตรวจได้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้เคมีบำบัดหลังจากที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ CR แล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคจริงๆ

2. การรักษาระยะหลังโรคสงบ (post remission therapy) เป็นการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้โรคกลับมาอีก (relapse) และเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังคงเหลืออยู่ให้หมดไปจากร่างกาย ทำได้หลายทาง เช่น

- Consolidation therapy เป็นการให้ยาเคมีบำบัดในลักษณะเดียวกับใน induction of remission แต่ให้ติดต่อกัน 3-4 ครั้ง ห่างกัน ทุก 1-2 เดือน

- 
- Intensification การรักษาแบบเข้มข้น คือ การให้เคมีบำบัดในขนาดสูงกว่า induction of remission เพื่อหวังกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังเหลืออยู่ ที่อาจเป็นเซลล์ดื้อยา
 - การให้ยาเคมีบำบัดในขนาดสูงอาจจะรวมกับการฉายรังสี และตามด้วยการให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (คือ การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตนั่นเอง) เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตอาจจะมาจากพี่น้องที่มีเนื้อเยื่อเข้ากันได้ (HLA-matched sibling donor) เรียกว่า allogeneic stem cell transplant หรืออาจจะมาจากตัวผู้ป่วยเอง โดยเก็บไว้ในระยะที่โรคสงบสมบูรณ์ เรียกว่า autologous stem cell transplant โดยทั่วไปถ้าเป็นเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากผู้อื่นจะมีปัญหาแทรกซ้อนมากกว่า แต่จะมีผลในแง่อัตราของโรคกลับมาเป็นใหม่ (relapse) น้อยกว่า เมื่อเทียบกับที่ใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตของตัวผู้ป่วยเอง



มะเร็งเม็ดเลือดขาว

ชนิดเรื้อรัง (Chronic leukemia)



มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง มี 2 แบบ

1. แบบมัยอีลอยด์ (Chronic myeloid leukemia)
2. แบบลิมโฟยด์ (Chronic lymphocytic leukemia)

มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ เป็นแบบที่พบบ่อยกว่าแบบลิมโฟยด์ ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะแบบมัยอีลอยด์เพียงอย่างเดียว

สาเหตุ

สาเหตุของมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ ยังไม่ทราบแน่ชัด การฉายรังสีเป็นปัจจัยเดียวที่อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้อีกเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่เคยได้รับการฉายรังสีเพื่อการรักษาโรคข้อบางชนิด และผู้ที่รอดชีวิตจากการทิ้งระเบิดปรมาณูที่ฮิโรชิมาและนางาซากิ พบว่ามีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง แบบมัยอีลอยด์สูงกว่าคนทั่วไปมาก

ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 15-50 ปี อายุเฉลี่ยในต่างประเทศประมาณ 65 ปี แต่ในประเทศไทยจากการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีพบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 36-38 ปี ร้อยละ 89 ของผู้ป่วยในประเทศไทยจะมีอายุต่ำกว่า 50 ปี พบในผู้ชายบ่อยกว่าผู้หญิงเล็กน้อย บางรายไม่มีอาการอะไรเลย ทราบว่าเป็นโรคนี้อย่างบังเอิญ อาจจะไปตรวจร่างกายประจำปีแล้วตรวจพบว่าเป็นโรคนี้นี้ หรือไม่

สบายเป็นอย่างอื่น ไปพบแพทย์แล้วตรวจพบว่าเป็นโรคนี้ นอกจากนั้น ก็อาจจะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ผอมลง รับประทานอาหารแล้วแน่นท้อง หรือคลื่นไส้ได้ในท้อง เป็นต้น ผู้ป่วยชายบางรายอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการอวัยวะเพศแข็งตัว ไม่ยอมหด แล้วตรวจเลือดพบว่าเป็นโรคนี้

ประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยมีม้ามโต คลำได้ชัดเจน ขนาดของม้ามขึ้นอยู่กับระยะเวลาของโรค ยิ่งเป็นมานานม้ามยิ่งโตมาก แต่ในปัจจุบันมีการตรวจเลือดประจำปีกันมากขึ้น พบผู้ป่วยโรคนี้ในระยะเริ่มต้นมากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้มักไม่พบม้ามโต หรือโตเล็กน้อยเท่านั้น

ผู้ป่วยโรคนี้มีความผิดปกติทางเลือดที่พบจำเพาะโรคนี้ คือ บางส่วนของแขนยาวของโครโมโซมคู่ที่ 9 ถูกย้ายไปอยู่บนแขนยาวของโครโมโซมคู่ที่ 22 และบางส่วนของแขนยาวของโครโมโซมคู่ที่ 22 ถูกย้ายไปอยู่บนแขนยาวของโครโมโซมคู่ที่ 9 เราเรียกโครโมโซมคู่ที่ 22 ที่มีส่วนของคู่ที่ 9 อยู่ด้วยว่า ฟิลาเดลเฟียโครโมโซม พบฟิลาเดลเฟียโครโมโซม ในผู้ป่วยโรคนี้ประมาณร้อยละ 95 การพบฟิลาเดลเฟียโครโมโซมทำให้เกิดสารทางพันธุกรรม bcr-abl ซึ่งตรวจพบได้ด้วยวิธี RQ-PCR สารทางพันธุกรรม bcr-abl เป็นตัวทำให้เกิดโรคนี้ ความผิดปกติทางเลือดที่ตรวจพบ คือ ผู้ป่วยจะมีโลหิตจางเล็กน้อยถึงปานกลาง เม็ดเลือดขาวจะสูงกว่าปกติ โดยขึ้นอยู่กับเป็นมานานเท่าไรแล้ว ม้ามโตมากเท่าไร ยิ่งเป็นมานานม้ามยิ่งโตมาก เม็ดเลือดขาวจะยิ่งสูงมาก บางรายสูงถึง 4-5 แสน/ลบ.ซม. (คนปกติจะมีเม็ดเลือดขาวประมาณ 5,000-10,000/ลบ.ซม) ส่วนจำนวนเกร็ดเลือดมักปกติ หรือสูงกว่าปกติ มีบางรายที่อาจมีเกร็ดเลือดต่ำได้



ผู้ป่วยโรคนี้มีอยู่ 3 ระยะ คือ

1. **ระยะเรื้อรัง (Chronic phase)** ส่วนใหญ่ตอนที่มาพบแพทย์ครั้งแรกมักจะอยู่ในระยะนี้ เมื่อได้รับการรักษาแล้วผู้ป่วยมักเข้าสู่ระยะที่โรคสงบ ตับ ม้าม มักจะยุบหมด เม็ดเลือดกลับมาปกติ ผู้ป่วยมักจะมีชีวิตอยู่ประมาณ 3-5 ปี ก็จะเข้าสู่อีกระยะหนึ่ง

2. **ระยะลุกลาม (Accelerated phase)** เมื่อรักษาไปสักระยะหนึ่ง ผู้ป่วยบางรายเข้าสู่ระยะลุกลาม ทำให้เริ่มไม่ได้ผลจากการรักษา เริ่มมีอาการซีดมากขึ้น อาจต้องให้เลือด หรือส่วนประกอบของเลือด บางรายเกร็ดเลือดต่ำ ถ้าต่ำมากก็อาจทำให้มีจุดเลือดออกตามตัว หรือเลือดออกตามไรฟันได้ เม็ดเลือดขาวสูงขึ้น ม้ามเริ่มโตขึ้น ทำให้แน่นท้องมากขึ้น

3. **ระยะเฉียบพลัน (Blastic phase)** ถือว่าเป็นระยะสุดท้ายของโรค มีอาการคล้ายๆ กับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน คือ มีไข้ ซีดมาก เพลีย มีอาการเลือดออกง่าย หรือมีจุดเลือดออกตามตัว หรือแขน ขา เลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น ระยะนี้ถือว่าเป็นระยะสุดท้ายของโรค การรักษาส่วนใหญ่มักไม่ได้ผลดี

การพยากรณ์

ตัวแปรที่บอกถึงการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ แตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา ที่ยอมรับกันทั่วไป คือ

1. อายุ ผู้ป่วยที่อายุเกิน 60 ปี มีการพยากรณ์โรคไม่ดี
2. เพศหญิง จะมีการพยากรณ์โรคดีกว่าเพศชาย
3. ม้ามโตมาก มีการพยากรณ์โรคไม่ดี
4. ตับโตมาก มักจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี
5. เม็ดเลือดขาวสูงมาก

6. เกร็ดเลือดที่สูงมากหรือต่ำกว่าปกติ
7. จำนวนตัวอ่อนในเลือดมาก
8. คนที่มีพังผืดในไขกระดูกได้ผลจากการรักษาไม่ดีเท่าคนที่ไม่มีพังผืด
9. คนที่มีโครโมโซมที่ผิดปกติ นอกเหนือไปจากการมีฟิลาเดลเฟียโครโมโซม
10. มีเม็ดเลือดขาวชนิดเบซิฟิล (basophil) สูง

แนวทางการรักษา

การรักษา CML ในปัจจุบันได้เปลี่ยนไปจากเมื่อ 10 ปีที่แล้วอย่างมาก การปลูกถ่ายไขกระดูกไม่ใช่การรักษาที่เป็นมาตรฐานเบื้องต้นแล้ว

ผู้ป่วย CML ที่อยู่ในระยะเรื้อรัง ควรได้รับการรักษาด้วย Targeted therapy ทุกคน

การรับประทานยาในกลุ่มที่เรียกว่า Tyrosine kinase inhibitor (TKI) มีอยู่ 3 ตัว คือ

1. **อิมาตินิบ หรือกลีเวค** เป็นยารับประทานที่มีฤทธิ์ยับยั้งฟิลาเดลเฟียโครโมโซมโดยตรง ดังนั้น จึงสามารถทำให้จำนวนฟิลาเดลเฟียโครโมโซมลดลงจนเป็นศูนย์ได้ ซึ่งหมายความว่าโรคหายขาดได้ ผู้ป่วยระยะเรื้อรังควรได้รับการรักษาด้วยอิมาตินิบในขนาด 400 มก. ต่อวัน ประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยระยะเรื้อรัง ได้ผลจากอิมาตินิบ คือ สามารถมีฟิลาเดลเฟียโครโมโซมลดลงเป็นศูนย์ได้ จากการติดตามผู้ป่วยหลังการรักษามา 8 ปี พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 83 ยังมีชีวิตอยู่ อิมาตินิบให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษา CML ใดๆ ที่เคยมีมาก่อนหน้านี้ ผลข้างเคียงที่พบบ่อย คือ บวม ปวดเมื่อย หรือผื่นคัน ส่วนใหญ่อาการไม่มาก และมักหายในไม่นาน ปัญหาตัวนี้ คือ ราคาค่อนข้างแพงมาก แต่โชคดีที่มีโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยนานาชาติ (จีแพบ GIPAP) ที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าฟรี โดย

ไม่จำกัดจำนวนผู้ป่วย หรือระยะเวลาที่จะให้ผู้ป่วยในหลักประกันสังคมในปัจจุบัน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2555 สามารถได้รับการรักษาด้วยยาอิมาตินิบทุกคนแล้ว ดังนั้น ผู้ป่วยทุกสิทธิสามารถเข้าถึงยาทุกคน

เมื่อรับประทานยาจนฟิลาเดลเฟียโครโมโซมเป็นศูนย์ แล้วหยุดยาหรือลดยาได้หรือไม่

ข้อมูลในปัจจุบัน แม้ว่าฟิลาเดลเฟียโครโมโซมเป็นศูนย์แล้วก็ยังจำเป็นต้องรับประทานยาต่อไป ไม่มีกำหนด เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อหยุดยาแล้วจะมีโรคกลับมาอีก ดังนั้น จึงไม่แนะนำให้ลดขนาดของยาหรือหยุดยา นอกจากร่วมอยู่ในการศึกษาทางคลินิก (clinical trial)

จากการรักษาที่ได้ผลดีมากนี้ ทำให้ในปัจจุบันนี้ ถือว่า CML เป็นโรคเรื้อรังคล้ายๆ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ ที่ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ก็สามารถจะมีชีวิตอยู่เหมือนคนปกติได้

2. นิโลทีนิบ (ทาซิกน่า) เป็นยาที่พัฒนามาจาก อิมาตินิบ ใช้ได้ผลในกรณี que ผู้ป่วยไม่ได้ผลจากอิมาตินิบ หรือไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของอิมาตินิบได้ โดยใช้น้ำหนัก 400 มก. ทุก 12 ชั่วโมง

3. ดาซาตินิบ (สไปรเซล) ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ผลจากอิมาตินิบ หรือนิโลทีนิบ หรือทนผลข้างเคียงของยาดังกล่าวไม่ได้ ใช้น้ำหนัก 100 มก. วันละครั้ง

จากการที่นิโลทีนิบและดาซาตินิบได้ผลดีในผู้ป่วยที่ไม่ได้ผลจากการใช้อิมาตินิบ และยาทั้งสองตัวนี้มีประสิทธิภาพที่ดีกว่า ทำให้มีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ยานิโลทีนิบเทียบกับยาอิมาตินิบในผู้ป่วย CML ระยะเรื้อรังใหม่ (ENESTnd study) และการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ยาดาซาตินิบเทียบกับยาอิมาตินิบในผู้ป่วย CML ระยะเรื้อรังใหม่ (DASISION study) ผลการศึกษาของ ENESTnd study พบว่าจากการติดตามผู้ป่วยมาถึง 6 ปี ยานิโลทีนิบขนาด 300 มก. ทุก 12 ชั่วโมง สามารถ

ทำให้ผู้ป่วยมีฟิลาเดลเฟียโครโมโซมเป็นศูนย์มากกว่ายาอิมาตินิบ และยานิโลทินิบ สามารถทำให้ผู้ป่วยมี bcr-abl (PCR) ลดลงได้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ DASISION study จากการติดตามมา 5 ปี ก็พบว่ายาดาซาทีนิบขนาด 100 มก. วันละครั้ง ได้ผลดีกว่ายาอิมาตินิบ ดังนั้นในปัจจุบันนี้ ทั้งยานิโลทินิบ และยาดาซาทีนิบได้รับการอนุมัติให้ใช้ได้กับผู้ป่วย CML ใหม่ ในระยะเรื้อรังแล้ว แต่ยานิโลทินิบจะมีราคาสูงกว่ายาอิมาตินิบ ในขณะที่ยาดาซาทีนิบมีราคาสูงกว่ายาอิมาตินิบ

สิทธิการรักษา

1. ผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนในสิทธิข้าราชการ สามารถเข้าถึงยาอิมาตินิบได้ เนื่องจากอยู่ในบัญชี ๑.2 หากไม่ได้ผลสามารถไปใช้นิโลทินิบขนาด 400 มก. ทุก 12 ชั่วโมงได้ หากไม่ได้ผลสามารถใช้อิมาตินิบขนาด 100 มก. วันละครั้งได้ ตามลำดับ และเนื่องจากยานิโลทินิบขนาด 300 มก. ทุก 12 ชั่วโมง ยังไม่อยู่ในบัญชียาแห่งชาติ แต่มีราคาถูกกว่ายาอิมาตินิบซึ่งเป็นยาในบัญชี ๑.2 ดังนั้น แพทย์สามารถจ่ายให้ผู้ป่วยใหม่ที่ยังไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนได้

2. ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมใหม่สามารถเข้าถึงยาอิมาตินิบได้ หากไม่ได้ผลสามารถไปใช้นิโลทินิบขนาด 400 มก. ทุก 12 ชั่วโมงได้ หากยังไม่ได้ผลก็สามารถใช้อิมาตินิบขนาด 100 มก. วันละครั้งได้ ตามลำดับ แต่ไม่สามารถเข้าถึงยานิโลทินิบขนาด 300 มก. ทุก 12 ชั่วโมง

3. ผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพใหม่สามารถเข้าถึงยาอิมาตินิบได้ ผ่านโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยนานาชาติจีแพบ หากไม่ได้ผลสามารถไปใช้นิโลทินิบขนาด 400 มก. ทุก 12 ชั่วโมงได้ หากยังไม่ได้ผลสามารถใช้อิมาตินิบขนาด 100 มก. วันละครั้งได้ ตามลำดับ เช่นเดียวกัน แต่ไม่สามารถเข้าถึงยานิโลทินิบขนาด 300 มก. ทุก 12 ชั่วโมง

สรุป คือ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาทั้ง 3 ตัวได้ทุกสิทธิแล้ว แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสามารถให้คำแนะนำท่านได้

ตารางสรุปสิทธิการรักษา

ยา	สิทธิข้าราชการ	สิทธิประกันสังคม	สิทธิบัตรทอง
อิมาตินิบ 400 มก. ต่อวัน	เบิกได้	เบิกได้	เบิกผ่านโครงการจีแพบ
นิโลทินิบ 400 มก. ทุก 12 ชม.	เบิกได้ ถ้าใช้อิมาตินิบ แล้วไม่ได้ผล	เบิกได้ ถ้าใช้อิมาตินิบ แล้วไม่ได้ผล	เบิกได้ถ้าใช้อิมาตินิบ แล้วไม่ได้ผล
ดาซาทินิบ 100 มก. ต่อวัน	เบิกได้ หลังใช้นิโลทินิบ ไม่ได้ผล	เบิกได้ หลังใช้นิโลทินิบ ไม่ได้ผล	เบิกได้หลังใช้นิโลทินิบ ไม่ได้ผล
นิโลทินิบ 300 มก. ทุก 12 ชม. (ในผู้ป่วยใหม่)	เบิกได้	เบิกไม่ได้	เบิกไม่ได้

ในการรักษาด้วยยา Tyrosine kinase inhibitor (TKI) ทั้ง 3 ตัวนั้น จำเป็นต้องติดตามการรักษาด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลายอย่าง ดังนี้

- การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด complete blood count (CBC) เพื่อดูจำนวนเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด ผู้ป่วยบางรายอาจมีจำนวนเม็ดเลือดแต่ละชนิดต่ำลงได้ อาจจำเป็นต้องหยุดยาชั่วคราว หรือบางรายหากมีเม็ดเลือดขาวต่ำซ้ำๆ แพทย์อาจพิจารณาให้ยากกระตุ้นเม็ดเลือดขาว



- การทำงานของตับ ระดับน้ำตาลในเลือด การทำงานของไต ยาในกลุ่มนี้สามารถทำให้ค่าเหล่านี้ผิดปกติได้ แพทย์ต้องตรวจดูเป็นระยะ และอาจต้องหยุดยาชั่วคราวในกรณีที่ผลเลือดผิดปกติ

- เจาะไขกระดูกเพื่อดูจำนวนพลาเซลล์เพียโครโมโซมตามมาตรฐานของยุโรป จะตรวจหลังจากรับประทานยาไปแล้ว 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และทุก 6 เดือน จนกว่าพลาเซลล์เพียโครโมโซมเป็นศูนย์ หลังจากนั้นตรวจทุกปี นอกจากดูจำนวนพลาเซลล์เพียโครโมโซมแล้ว ยังสามารถดูว่ามีโครโมโซมผิดปกติอื่นเกิดขึ้นอีกหรือไม่

- การตรวจทางโมเลกุล ดู bcr-abl ด้วยวิธี RQ-PCR จากเลือด เนื่องจากการตรวจไขกระดูกเพื่อดูจำนวนพลาเซลล์เพียโครโมโซมนั้น จำนวนเซลล์ที่ตรวจเป็นแค่หลักสิบเท่านั้น แต่การตรวจทางโมเลกุล สามารถตรวจเซลล์ในหลักหมื่น จึงเป็นการตรวจที่ละเอียดกว่า เป้าหมาย คือ ให้ค่า bcr-abl ต่ำกว่า 0.1%IS หรือตรวจไม่พบเลย การตรวจ RQ-PCR มีวิธีหลากหลาย ดังนั้น จึงต้องเป็นห้องปฏิบัติการที่มีค่ามาตรฐาน คือ รายงานเป็น %IS (International Standardization) ขณะนี้ไม่มีโรงพยาบาลที่สามารถตรวจ RQ-PCR ที่มีค่ามาตรฐานได้เป็นบางแห่งเท่านั้น

กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ผลจากยาทั้ง 3 ตัวข้างบน หรือคนที่มีอาการกลายพันธุ์ชนิด T315I ควรได้รับการพิจารณาทำการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ผู้ป่วยที่จะรักษาด้วยวิธีนี้ได้ ต้องมีอายุน้อยกว่า 55 ปี และมีพี่น้องพ่อแม่เดียวกันที่มีเนื้อเยื่อ (HLA) เข้ากันได้ ซึ่งโอกาสที่พี่น้องพ่อแม่เดียวกันจะมี HLA เหมือนกันนั้น มีแค่ร้อยละ 25 เท่านั้น หากพี่น้องไม่มีเนื้อเยื่อเข้ากันได้ อาจทำโดยหาผู้บริจาคอื่นที่มีเนื้อเยื่อที่เข้ากันได้ แต่ก็อาจมีปัญหาแทรกซ้อนมากขึ้น

การใช้ยาฉีดอินเตอร์เฟียร์รอน (interferon) เป็นยาฉีดที่ราคาค่อนข้างสูง ต้องฉีดทุกวัน และมีผลข้างเคียงของยามาก เช่น เพลีย เป็นไข้สูง ปวดเมื่อยคล้ายๆ เป็นไข้หวัดใหญ่ ส่วนใหญ่มักจะเป็น 2 สัปดาห์แรกหลังฉีดยาแก้ไข้ให้ผลข้างเคียงของยาน้อยลงได้ โดยการฉีดตอนเย็นหรือก่อนนอน และรับประทานยาแก้ไ้ แก้ปวด ก่อนฉีดยาประมาณ 2 ชั่วโมง ทำให้อาการต่างๆ บรรเทาลงได้บ้าง หลังจากฉีดลงไป 2 สัปดาห์แล้ว อาการข้างเคียงจากยามักจะน้อยลงหรือหายไป การฉีดยาอินเตอร์เฟียร์รอนสามารถทำให้จำนวนพลาเซลล์เพียโครโมโซมลดลงได้ ในรายที่ตอบสนองต่อ

ยาดี สามารถทำให้ฟิลาเดลเฟียโครโมโซมหายไป กลับมามีโครโมโซมที่ปกติได้ แต่จำเป็นต้องฉีดยาระยะยาวประมาณ 2-3 ปี ใช้เวลา 6 เดือน ถึง 12 เดือน จึงจะเริ่มเห็นว่าจำนวนฟิลาเดลเฟียโครโมโซมลดลง รายที่ฉีดยาแล้วกลับมามีโครโมโซมที่ปกติได้ มีการพยากรณ์โรคดีมีสิทธิ์หายขาดจากโรคได้ แต่เท่าที่ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยไทย พบว่าอัตราการตอบสนองต่อยาอินเทอร์เฟียร์อนต่ำกว่าผู้ป่วยในต่างประเทศมาก

ในรายที่ได้รับยาอินเทอร์เฟียร์อนแล้ว ฟิลาเดลเฟียโครโมโซมไม่ลดลง ถ้าให้ยาฉีดเอราซี (Ara C) ร่วมด้วย จะมีโอกาสตอบสนองดีขึ้น สามารถทำให้ฟิลาเดลเฟียโครโมโซมลดลง หรือหายไปได้ แต่การใช้ยาฉีดทั้ง 2 ตัวร่วมกัน จะมีผลข้างเคียงมากขึ้น ผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถทนต่อการฉีดยา 2 ตัวร่วมกันได้

เคมีบำบัด ส่วนใหญ่จะใช้วิธีให้เคมีบำบัดชนิดรับประทานยาที่มีใช้กันแพร่หลาย คือ บุซัลแฟน (Busulfan) และไฮดรอกซียูเรีย (Hydroxyurea) ยาทั้ง 2 ตัว สามารถจะควบคุมให้จำนวนเม็ดเลือดขาวที่สูงในโรคนี้ ลงมาอยู่ในระดับปกติได้ ถือว่าอยู่ในระยะโรคสงบ แต่ถึงแม้ว่าเม็ดเลือดขาวจะกลับมาปกติ โลหิตจางหายไปได้ แต่ตัวฟิลาเดลเฟียโครโมโซมก็ยังมียอยู่ ดังนั้นจึงหมายความว่าโรคยังอยู่ไม่ได้หายขาดจากโรค และการให้เคมีบำบัดชนิดต่างๆ ก็ไม่สามารถจะทำให้จำนวนฟิลาเดลเฟียโครโมโซมหายไปได้ เคมีบำบัดเหล่านี้จึงเป็นเพียงยาที่ควบคุมให้โรคสงบลงเท่านั้น แต่ไม่ได้รักษาให้หายขาดได้

ผู้ป่วยในระยะลุกลามและระยะเฉียบพลัน มักได้ผลจากการรักษาไม่ดีเท่าผู้ป่วยในระยะเรื้อรัง ส่วนใหญ่แล้วต้องให้การรักษาแบบประคับประคองร่วมไปด้วย เช่น ซีดมาก มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง อาจต้องให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด รายที่มีเกร็ดเลือดต่ำมาก มีจุดเลือดออกตามตัวหรือออกตามไรฟัน จำเป็นต้องให้เกร็ดเลือดเข้มข้นแก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการที่จะมีเลือดออกในอวัยวะสำคัญๆ เช่น ในสมอง เป็นต้น รายที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำจากการให้เคมีบำบัดอาจมีการติดเชื้อได้ จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วย เป็นต้น

ในทศวรรษที่ผ่านมา ผลการรักษาอะเรจินเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ (CML) ด้วยยาในกลุ่ม TKI ได้เปลี่ยนโรคนี้จากมะเร็งให้เป็นเหมือนโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งถ้าผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ สามารถมีชีวิตเหมือนคนปกติได้ ในทศวรรษข้างหน้านี้จะเป็นการพยายามหาทางให้ผู้ป่วยที่รักษาแล้วได้ผลดี สามารถหยุดยาได้โดยโรคไม่กลับมา ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยหายขาดจากโรคได้

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

1. แสงสุรีย์ จูฑา Chronic myeloid leukemia ในถนนอมศรี ศรีชัยกุล, แสงสุรีย์ จูฑา บรรณาธิการ ตำราโลหิตวิทยา การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย กรุงเทพมหานคร : เมดิคัลมีเดีย จำกัด 2537.
2. แสงสุรีย์ จูฑา Chronic myeloid leukemia ในโลหิตวิทยาในเวชปฏิบัติ อานินทร์ อินทรกำรชัย บรรณาธิการ กรุงเทพมหานคร : ปิยอนด์เอ็น เทอร์ไพรซ์ จำกัด 2542 หน้า 365-372.
3. Chronic myelogenous leukemia ในแนวทางการรักษาโรคทางโลหิตวิทยาในประเทศไทย อานินทร์ อินทรกำรชัย บรรณาธิการ กรุงเทพมหานคร : ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด 2541 หน้า 187-194.

การปลูกถ่าย

เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

(การปลูกถ่ายไขกระดูก)



การปลูกถ่ายไขกระดูก หรือในปัจจุบันนิยมเรียกว่าการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต เป็นวิธีการรักษาโรคทางโลหิตวิทยา ทั้งที่เป็นกรรมพันธุ์และที่เกิดขึ้นเองในภายหลัง

ไขกระดูกมีลักษณะคล้ายเลือดอยู่ในโพรงกระดูก มีหน้าที่สร้างเซลล์เม็ดเลือดได้แก่ เม็ดเลือดแดง มีหน้าที่นำออกซิเจนไปให้อวัยวะต่างๆ เม็ดเลือดขาวมีหน้าที่ทำลายเชื้อโรคและสร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกาย และเกร็ดเลือดมีหน้าที่ช่วยให้เลือดหยุดเวลาที่มีบาดแผล ดังนั้นถ้ามีความผิดปกติในการทำงานของไขกระดูก อาจจะมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

โรคที่ได้รับผลดีจากการรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตได้แก่

1. **โรคธาลัสซีเมีย** เป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยในประเทศไทย ในบางแห่งพบได้ในอัตราที่สูง ผู้ป่วยจะมีอาการซีด ตัวเหลือง ตาเหลือง ตับ ม้ามโต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการให้เลือดเป็นระยะๆ ส่วนใหญ่โรคนี้มักจะรุนแรง และเสียชีวิตตั้งแต่ในวัยเด็ก หรือวัยหนุ่มสาว การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจะสามารถทำให้หายขาดจากโรคนี้ได้



2. **โรคไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง** เป็นโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย และเป็นปัญหาในการรักษามาก ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ใหญ่ ประมาณ ร้อยละ 50 จะเสียชีวิตภายใน 6 เดือน และร้อยละ 20 จะมีชีวิตอยู่ 1 ปี การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในระยะแรกๆ หลังการวินิจฉัยไม่นาน จะช่วยให้อัตราการมีชีวิตอยู่ หรือหายจากโรคดีขึ้นมาก โดยมีอัตราการมีชีวิตอยู่หลังปีที่ 2-4 ถึงร้อยละ 60-70 ดังนั้น การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจึงเป็นวิธีหนึ่งในการช่วยเพิ่มอัตราการหายจากโรคนี้

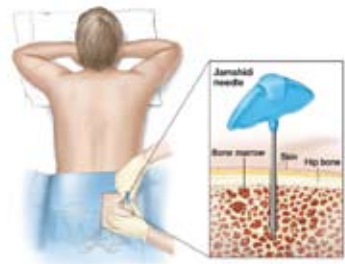
3. **มะเร็งเม็ดเลือด** มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ตลอดจนมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี น่าจะได้รับการพิจารณาเพื่อรับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต เพราะสามารถรักษาให้หายขาดได้

4. **โรคพันธุกรรมอื่นๆ** เช่น ภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยกำเนิดชนิดรุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในวัยเด็ก การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวเหมือนคนปกติได้

5. **โรคมะเร็งชนิดอื่นๆ** เช่น มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย หรือมะเร็งบางชนิดในเด็ก เป็นต้น

ขั้นตอนในการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

ทำโดยการให้ยาเคมีบำบัดในขนาดสูงแก่ผู้ป่วย เพื่อทำลายเซลล์ไขกระดูกที่ผิดปกติ หรือเซลล์มะเร็งให้หมดไป โดยอาจให้ร่วมกับการฉายแสงก็ได้ หลังจากนั้นนำเอาเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากผู้บริจาคให้กับผู้ป่วยโดยทางหลอดเลือดแบบเดียวกับการให้เลือด เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต



จากผู้บริจาคจะเข้าไปอยู่ในไขกระดูกของผู้ป่วย และเริ่มสร้างเซลล์เม็ดเลือดได้ราวๆ ปลายสัปดาห์ที่ 2 หรือในสัปดาห์ที่ 3 ดังนั้น ในระยะ 2-3 สัปดาห์แรกหลังการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต ผู้ป่วยจะมีภูมิต้านทานต่ำมาก จำเป็นต้องอยู่ในห้องแยกที่

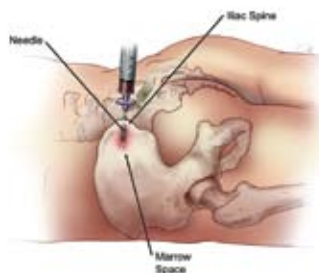
สะอาด ปลอดภัย เพื่อลดอัตราการติดเชื้อจากภายนอก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักจะมีการติดเชื้อร่วมด้วยเสมอ จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพ และ จำเป็นที่จะต้องให้การรักษายาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยมักจะมีอาการเบื่อ อาหาร รับประทานไม่ค่อยได้ จำเป็นต้องได้รับอาหารเสริมทางหลอดเลือด จนกว่า จะรับประทานอาหารได้เพียงพอ นอกจากนี้ เนื่องจากระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเตรียมตัว ก่อนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต จนกระทั่งฟื้นตัวหายเป็นปกติ นาน ประมาณ 1-2 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการกังวลไม่สบายใจ ผู้ที่ดูแลจึงต้อง มีความเห็นใจและเข้าใจปัญหา ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจสดชื่น

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตอีกอย่างหนึ่งที่ไม่พบ ในผู้ป่วยเปลี่ยนอวัยวะอื่นๆ คือ เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากผู้บริจาคที่ให้เข้าไป อาจจะมีปฏิกิริยาต่อต้านเซลล์ของผู้ป่วยเอง ทำให้มีความผิดปกติของระบบต่างๆ เช่น ผิวหนัง ระบบทางเดินอาหาร การทำงานของตับ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้อาจรุนแรง มากจนถึงแก่ชีวิตได้

เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตได้มาจากไหน

สำหรับผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตนั้น ต่างจากการเปลี่ยนอวัยวะอื่น ตรงที่ผู้บริจาคสามารถสร้างทดแทนได้ใหม่ ดังนั้น ผู้บริจาคจึงไม่ได้สูญเสียอะไร ไปเลย ซึ่งต่างจากอวัยวะอื่นๆ ที่ร่างกายไม่สามารถสร้างทดแทนได้ใหม่ และการเอา เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตออกมานั้นสามารถทำได้ 2 วิธี

1. ทำโดยใช้เข็มดูดจากไขกระดูกออกมา โดยไม่ต้องทำการผ่าตัด เพียงดมยาสลบเท่านั้น ผู้บริจาคจะมีอาการเจ็บกระดูกบริเวณนั้นใน 2-3 วัน แรก และอ่อนเพลียเล็กน้อย เช่นเดียวกับการบริจาค เลือด ผู้บริจาคสามารถกลับไปทำงานตามปกติใน 2-3 วัน



2. ทำได้โดยใช้ยากระตุ้นเซลล์ไขกระดูกให้ออกมาอยู่ในหลอดเลือดในปริมาณที่มากพอ หลังจากนั้นผู้บริจาคมาบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต โดยใช้สายต่อเข้าเส้นเลือดแล้วต่อเข้าเครื่องเพื่อจะแยกเอาเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตออกมาทางเส้นเลือด เหมือนการบริจาคเลือด วิธีนี้ผู้ป่วยจะฟื้นตัวเร็วกว่าและกลับบ้านเร็วกว่า

3. นอกจากเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจาก 2 แหล่ง ดังกล่าวแล้ว เรายังสามารถใช้เลือดจากรกเป็นแหล่งของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตได้อีกทางหนึ่งด้วย

ใครเป็นผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตได้บ้าง

ส่วนใหญ่แล้ว ผู้บริจาคมักจะเป็นพี่น้องของผู้ป่วยที่มีเนื้อเยื่อ (HLA) เข้ากันได้ นอกจากนี้ ผู้บริจาคยังอาจเป็นคนที่ไม่ใช่พี่น้องกันแต่มีเนื้อเยื่อเข้ากันก็ได้

ข้อจำกัด

1. ข้อจำกัดในเรื่องผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตก็คือ ถ้าผู้ป่วยไม่มีพี่น้องหรือมีจำนวนน้อย เนื้อเยื่อเข้ากันไม่ได้ ก็ไม่สามารถทำการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตได้ ในกรณีเช่นนี้อาจทำได้โดยการใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตของผู้ป่วยเอง เช่น โรคมะเร็งเม็ดเลือด หรือมะเร็งชนิดอื่น หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดจนโรคสงบแล้ว เราสามารถเก็บเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตของผู้ป่วยแช่แข็งเก็บไว้ เมื่อเตรียมผู้ป่วยโดยการให้ยาเคมีบำบัดในขนาดสูงแล้ว เอาเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตของผู้ป่วยที่แช่แข็งไว้กลับมาให้ผู้ป่วยใหม่ ด้วยวิธีนี้ผู้ป่วยเป็นผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตให้ตนเอง ปัญหาแทรกซ้อนเรื่องเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตที่เข้าไปจะต้านเซลล์ของผู้ป่วยจึงไม่เกิดขึ้น แต่จะมีอัตราการที่โรคกลับมาใหม่สูงกว่าการใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากผู้บริจาค

2. ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งในการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในผู้ป่วยไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง คือ ผู้ป่วยที่เคยได้รับเลือด หรือส่วนประกอบของเลือดอื่นๆ เช่น เม็ดเลือดขาว หรือเกร็ดเลือดเข้มข้นจำนวนมากมาแล้ว โอกาสที่จะได้ผลดีจาก

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตมีน้อยลง เพราะมีโอกาสสูงที่ร่างกายจะมีการต่อต้านเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตของผู้บริจาค ทำให้การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตนั้นประสบความสำเร็จต่ำ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องทำการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในระยะแรกเริ่ม หลังการวินิจฉัยโรคไม่นานนัก ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับเลือดจำนวนมาก

3. นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่อายุมากจะมีปัญหาแทรกซ้อนจากการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตมาก ดังนั้น ส่วนใหญ่แล้วจะไม่สามารถทำการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในผู้ป่วยที่อายุเกิน 55 ปี หรือถ้าจำเป็นต้องทำในรายที่อายุมาก ต้องดัดแปลงโดยใช้วิธีให้ยาเคมีบำบัดในขนาดที่ลดลง เพื่อลดปัญหาแทรกซ้อน

สรุป

ในปัจจุบันนี้ ถือว่าการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับโรคหลายชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน เป็นต้น สำหรับในประเทศไทยได้เริ่มวิธีการรักษานี้มานานเกิน 10 ปีแล้ว ผลการรักษาดีเท่าๆ กับในต่างประเทศ ปัญหาแทรกซ้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากผู้บริจาคมีปฏิกิริยาต่อต้านเซลล์ของผู้ป่วยนั้น เราพบน้อยกว่าในต่างประเทศ นับเป็นโชคดีของผู้ป่วยไทย





แบ่งปันเรื่องราวชีวิต

ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ (CML Patient Story)



CML ทำให้ผมจัดระเบียบชีวิตใหม่

ผมทราบว่าเป็น CML ในปลายปี 2548 เมื่อไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งก่อนหน้านั้นสองสามปี ผมไม่เคยสนใจตัวเองนัก แม้ป่วยก็ไม่ค่อยจะกินยา ด้วยเชื่อว่านอนพักผ่อนน้อยก็ดีขึ้นเอง ก็เป็นเช่นนี้มาตลอด จนสองสามปีหลังมานั้น ผมมีอาการแปลกไป ผมน้ำหนักลดเยอะราวสิบกิโล ต้องเปลี่ยนขนาดกางเกงทั้งหมด และมีอาการเหนื่อยง่าย และเหนื่อยมากยามทำงานออกแรงมากๆ ครอบครัวยังกังวลว่าเป็นโรคหัวใจตามพ่อแม่ และพี่บางคน แต่ตรวจคลื่นหัวใจวิ่งสายพานแล้วก็ไม่ใช่ ก็เริ่มหมั่นตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี ก็พบเพียงว่ากรดยูริกสูงบ้าง ก็เป็นอย่างนี้เรื่อยมา

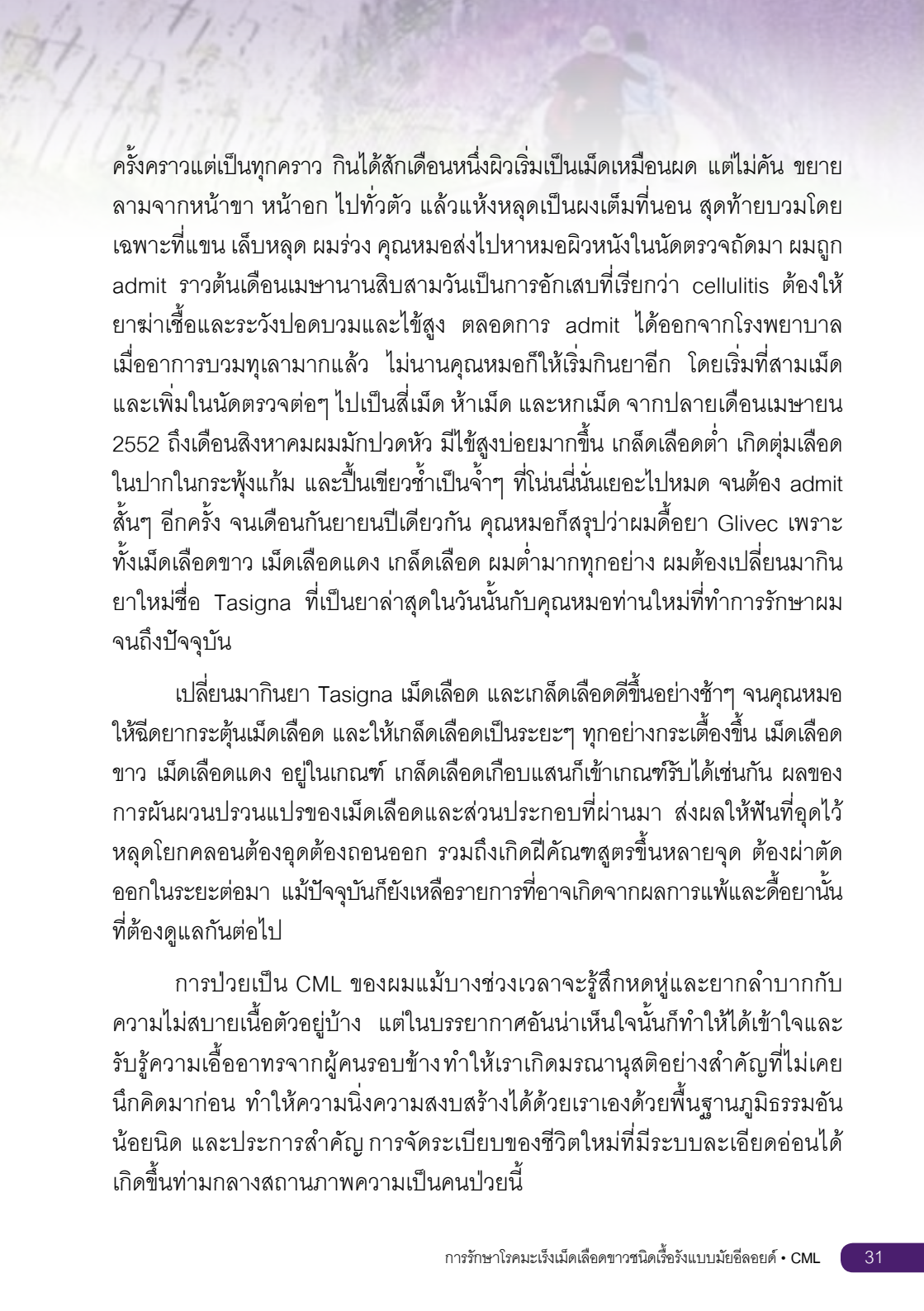
จนมาครั้งการตรวจสุขภาพในปลายปี 2548 ที่เอ่ยถึงนั้น คุณหมอผู้อธิบายผลการตรวจบอกว่าเม็ดเลือดขาวสูงมากเท่าไรผมไม่ได้ใส่ใจในตอนนั้น คุณหมอว่าสงสัยจะเป็นอาการของโรคอะไรสักอย่าง ซึ่งผมก็ยังไม่ได้ใส่ใจ จนหลายวันต่อมาโรงพยาบาลติดต่อมาขอตรวจเลือดซ้ำ ผมก็ไปตรวจและพบคุณหมอคนเดิม คุณหมอใจดีกับผมเป็นพิเศษ แล้วให้ใบนัดเพื่อมาพบคุณหมออีกท่านที่ทราบว่าเป็นแพทย์เฉพาะทางโรคเลือด ซึ่งผมก็ไปตามเวลานัดเย็นวันนั้น คุณหมอคนนี้อธิบายเรื่องโรคอาการของโรค ตัวเลขข้อมูลและวิธีการรักษาเยอะมาก ผมจำได้เพียงว่าเม็ดเลือดขาวผมสูงกว่าปกติเป็นแสนๆ หน่วย ม้ามผมโตจนปลิ้นตามซี่โครง ผมเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ระยะของโรคมีจำกัดผมต้องกินยาลดเม็ดเลือดขาววันนั้นเลย (Hydrea) แล้วคุณหมอก็ขอเจาะไขกระดูก ซึ่งเป็นอะไรที่ผมไม่เคยรับบริการทางการแพทย์อะไรที่

เยอะแบบนี้เลย อย่างมากที่สุดก็แค่เคยถูกเจาะเลือดหรือฉีดยาเท่านั้น แต่การเจาะไขกระดูกผมว่าเจ็บมากที่สุด

ในเย็นวันต่อมาผมมาตรวจซ้ำ เพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันที่คลินิกเอ็นโรงพยาบาลรามาริบตี ผลการตรวจเลือดคุณหมอบอกผมเหมือน โรงพยาบาลแรก ผมยังคงรักษาที่เดิมจนคุณหมอบอกผมว่าผลการตรวจไขกระดูกเป็น negative (ผลเป็นลบ) ไม่บอกว่าผมเป็น CML คุณหมอส่งมาเจาะที่ โรงพยาบาลรามาริบตี และจะย้ายมารักษาที่นี่เลยเพื่อประหยัดขึ้นก็ได้ ผมย้ายมารักษาที่นี่ยังกินยา Hydreia ได้เจาะไขกระดูกและตรวจ BCR-ABL หลายครั้ง พร้อมไปกับความพยายามพาพี่ๆ มาตรวจเพื่อจะปลูกถ่ายไขกระดูก แต่ไม่สำเร็จ แม้กระนั้นก็ยังคงมาตรวจตามนัดไม่เคยพลาด แม้แต่สักครั้ง ผลเลือด CBC ก็ดีทุกอย่าง ม้ามที่เคยโตก็ยุบอยู่ในเกณฑ์ ชีวิตก็ยังดำเนินไปตามปกติที่เคยเป็นมา

ปลายปี 2551 ผมหมดสติไปเฉยๆ ระหว่างดื่มน้ำกินงานสังสรรค์ในหมู่เพื่อน ทั้งที่ดื่มเหล้าไปเพียงนิดเดียว คุณหมอบอกว่าผมดื้อยา Hydreia ในนัดตรวจถัดมา ผมต้องเปลี่ยนยาซึ่งแพงมากและผลการตรวจไขกระดูกก็เป็น negative ผมปรึกษาคุณหมอเรื่องยาและโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยๆ ที่ทราบมาจากหนังสือ คุณหมอบอกจะทดลองดูว่าจะกินยาได้อย่างไร โดยนำผล BCR-ABL ที่มีผลตรวจหลายครั้งมาเปรียบเทียบหาแนวโน้มที่อธิบายการป่วยของผม แล้วผมก็ได้ยาใหม่ชื่อ Glivec มาแทน Hydreia ซึ่งไม่ใช่ยาเพื่อการรักษาโรคนี้ แต่เป็นเพียงยาลดและควบคุมเม็ดเลือดขาว แต่ผมก็ต้องใช้อยู่นานจนติดกันไปเอง ด้วยเหตุปัจจัยที่เล่าก่อนนี้ ผมเริ่มตระหนักว่าผมเป็นคนป่วยจริงๆ พฤติกรรมการใช้ชีวิตเริ่มคิดใหม่ สุรา ยาสูบ การเที่ยวเตร่ แบบสมบุกสมบันเลิกขาด โดยไม่ต้องมีใครมาร้องขอให้วอนใดๆ รวมทั้งค้นหาวิธีการเยียวยาตัวเองในภาวะที่รู้สึกไม่สบาย เพื่อลดการกินยาตามอาการใหม่ๆ ที่กำลังประสบในช่วงต่อเนืองกันนี้

ผมกินยา Glivec เมื่อต้นปี 2552 ก็ไม่ต่างจากผู้ป่วยอื่น คือ กินยากทั้งพะอืดพะอม คลื่นไส้ และอาเจียนแบบที่เรียกบ้านๆ ว่า ลากเขียวลากเหลืองทีเดียว ไม่ใช่เป็น



ครั้งคราวแต่เป็นทุกคราว กินได้สักเดือนหนึ่งผิวเริ่มเป็นเม็ดเหมือนผด แต่ไม่คัน ขยาย
ลามจากหน้าขา หน้าอก ไปทั่วตัว แล้วแห้งหลุดเป็นผงเต็มทีนอน สุดท่ายบวมโดย
เฉพาะที่แขน เล็บหลุด ผมร่วง คุณหมอส่งไปหาหมอผิวหนังในนัดตรวจถัดมา ผมถูก
admit รวตันทันเดือนเมษายนสิบสามวันเป็นการอักเสบที่เรียกว่า cellulitis ต้องให้
ยาฆ่าเชื้อและระวังปอดบวมและไข้สูง ตลอดการ admit ได้ออกจากโรงพยาบาล
เมื่ออาการบวมทุเลามากแล้ว ไม่นานคุณหมอก็ให้เริ่มกินยาอีก โดยเริ่มที่สามเม็ด
และเพิ่มในนัดตรวจต่อไปเป็นสี่เม็ด ห้าเม็ด และหกเม็ด จากปลายเดือนเมษายน
2552 ถึงเดือนสิงหาคมผมมักปวดหัว มีไข้สูงบ่อยมากขึ้น เกล็ดเลือดต่ำ เกิดตุ่มเลือด
ในปากในกระพุ้งแก้ม และบั้นเอวซ้ำเป็นจำๆ ที่โน่นนี่นั่นเยอะไปหมด จนต้อง admit
สั้นๆ อีกครั้ง จนเดือนกันยายนปีเดียวกัน คุณหมอก็สรุปว่าผมต้องยา Glivec เพราะ
ทั้งเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง เกล็ดเลือด ผมต่ำมากทุกอย่าง ผมต้องเปลี่ยนมากิน
ยาใหม่ชื่อ Tasigna ที่เป็นยาล้ำสุดในเวลานั้นกับคุณหมอต่านใหม่ที่ทำกรรักษาผม
จนถึงปัจจุบัน

เปลี่ยนมากินยา Tasigna เม็ดเลือด และเกล็ดเลือดดีขึ้นอย่างช้าๆ จนคุณหมอ
ให้ฉีดยากระตุ้นเม็ดเลือด และให้เกล็ดเลือดเป็นระยะๆ ทุกอย่างกระเตื้องขึ้น เม็ดเลือด
ขาว เม็ดเลือดแดง อยู่ในเกณฑ์ เกล็ดเลือดเกือบแสนก็เข้าเกณฑ์รับได้เช่นกัน ผลของ
การผันผวนปรวนแปรของเม็ดเลือดและส่วนประกอบที่ผ่านมา ส่งผลให้พื้นที่จุดไว้
หลุดโยกคลอนต้องดูดต้องถอนออก รวมถึงเกิดผื่นคันตุ่มขึ้นหลายจุด ต้องผ่าตัด
ออกในระยะต่อมา แม้ปัจจุบันก็ยังเหลือรายการที่อาจเกิดจากผลการแพ้และดื้อยานั้น
ที่ต้องดูแลกันไป

การป่วยเป็น CML ของผมแม้บางช่วงเวลาจะรู้สึกหดหู่และยากลำบากกับ
ความไม่สบายเนื้อตัวอยู่บ้าง แต่ในบรรยากาศอันน่าเห็นใจนั้นก็ทำให้ได้เข้าใจและ
รับรู้ความเอื้ออาทรจากผู้คนรอบข้าง ทำให้เราเกิดมรณานุสติอย่างสำคัญที่ไม่เคย
นึกคิดมาก่อน ทำให้ความนิ่งความสงบสร้างได้ด้วยเราเองด้วยพื้นฐานภูมิธรรมอัน
น้อยนิด และประการสำคัญ การจัดระเบียบของชีวิตใหม่ที่มีระบบละเอียดอ่อนได้
เกิดขึ้นท่ามกลางสถานภาพความเป็นคนป่วยนี้



ผมเป็นคนโชคดี

ย้อนกลับไปเมื่อเกือบ 14 ปีที่แล้ว พันศุทธิ์เจ้ากรรมทำผมปวดฟันมาหลายวันมาก จนทนไม่ได้ต้องไปผ่าออกที่โรงพยาบาล แต่ผ่านไปประมาณสองวันพอบ้วนปากเมื่อไรทำไมเลือดยังไม่หยุดไหลซะที แต่ก็ไม่ได้สนใจมากเท่าไร ต่อมาก็เริ่มมีจ้ำเขียวๆ ตามตัว เพื่อนๆ ชวนไปเตะบอลกันก็รู้สึกว่าการทำอะไรเราเหนื่อยง่ายมาก จึงไม่ถึงรอบสนามก็ออกอาการไม่ไหว กระทั่งได้กลับไปบ้านที่เชียงใหม่ จึงตัดสินใจไปหาหมอที่โรงพยาบาลที่เชียงใหม่ ก็ขับรถไปตามปกติ แต่พอผลเลือดออกมา คือ หมอให้นอนโรงพยาบาลเลยในวันนั้นเลย ก็นึกสงสัยว่าตกลงเราเป็นอะไรหรือนี่ จึงก้มไปดูที่ป้ายข้างๆ เติง ก็เลยจดไว้ Chronic Myelogenous Leukemia (CML) ตอนแรกๆ ก็คิดว่าไม่ได้เป็นอะไรมากนัก แต่ทำไมหมอไม่ให้กลับบ้านสักที นอนมาเป็นอาทิตย์แล้ว ซึ่งในตอนนั้นก็ทำงานที่กรุงเทพฯ ด้วย เลยขออนุญาตหมอว่าจะขอมารักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ว่าเป็นเวลาอยู่หน้าคอมพิวเตอร์ก็เลยค้นดูในอินเทอร์เน็ตว่าเป็นโรคอะไรกันแน่ คำตอบแรกที่พบ คือ เป็นโรคอันตรายถึงชีวิต สาเหตุไม่รู้ การรักษาไม่มี ในขณะนั้นไม่มีข้อมูลภาษาไทยมากเท่าไรต้องอ่านเว็บไซต์หรือข้อมูลต่างๆ เป็นภาษาอังกฤษ ในตอนแรกนั้นเริ่มด้วยการกินยาไฮดรอกซียูเรีย (HYDREA® hydroxyurea) อยู่หลายเดือน ต่อมาก็เป็นยาอินเทอร์เฟียร์รอน (Interferon) ยาฉีดเข้าที่กล้ามเนื้อ ฉีดทีก็นั่งทำใจทีเพราะจิ้มลงไปก็ชาก็มีเลือดไหลออกมาพร้อมเข็ม จิ้มพุงก็กลัวได้ทะลัก ตอนนั้นกำลังใจตกต่ำสุดขีดจึงตั้งหน้าตั้งตาหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ตจนเจอมียาที่กำลังทดลองอยู่ที่อเมริกาและมีทดลองในคนแล้วได้ผลดีมาก แต่เนื่องจากเขารับเฉพาะคนที่เป็หน้าๆ แล้วเท่านั้น เพื่อทำการทดลองว่ายาได้ผลดีหรือไม่ พยายามเขียนไปหาทุกๆ โรงพยาบาลที่มีการทดลองยานั้น แต่อเมริกามันไกลมากอีกทั้งต้องไปอยู่เป็นเดือนๆ ที่นั่นโดยที่เราไม่รู้จักใครเลย ต่อมาก็รู้ว่าจะมีการเปิดการทดลองนี้ที่สิงคโปร์และออสเตรเลียจึงสมัครไปทั้งสองที่ ปรากฏว่าได้รับเลือกไปที่สิงคโปร์ โดยมีรหัสคนไข้ 001 เลย ตอนแรกก็นึกอยู่ว่าโรคนี้ไม่มีใครเป็นกันเลยหรือไง ทำไมเราถึงได้อันดับหนึ่ง แต่ก็เข้าใจได้ว่าประเทศสิงคโปร์มีประชากรน้อย ที่นี้ปัญหามีอยู่ว่าต้องไปอยู่ที่สิงคโปร์

หนึ่งเดือนเต็ม เพราะ 4 อาทิตย์แรกที่กินยาต้องมีการตรวจเลือดทุกๆ อาทิตย์ ค่า
โรงรำนที่นั่นและค่าโรงพยาบาลก็แสนจะแพงทำงดี จึงเริ่มจากการเขียนเว็บไซต์
ประวัติตนเองขึ้นมาบอกวัตถุประสงค์ว่าเราจะไปรักษาตัวแต่ไม่มีเงินพอ ขอการ
สนับสนุนเงินช่วยในการเดินทางและกินอยู่ในระยะเวลา 1 เดือน ดูไปก็เหมือนอีเมลล์
ที่หลายๆ ท่านเคยได้รับที่เรียกว่าอีเมลล์ขยะ แต่ก็ได้ผลนะครัับมีคนพยายามโอนเงิน
จากอเมริกามาให้สองหมื่นกว่าบาท ชื่อ Rose marry ส่วนคนที่สองส่งเช็คต่างประเทศ
มาให้ 50 เหรียญ แต่พอเราเอาไปขึ้นเงินที่ธนาคารมีค่าธรรมเนียม 35 เหรียญ
เราก็จะเหลือเงินประมาณ 450 บาท เลยตัดสินใจส่งเช็คใบนั้นกลับคืนไปให้เขา แล้ว
บอกว่าเรารู้สึกยินดีและขอบคุณในน้ำใจเขาที่มีต่อเรา แต่ค่าธรรมเนียมมันเยอะ
เหลือเกิน ต่อมาอีกสองอาทิตย์ผมก็ได้รับจดหมายจากต่างประเทศที่แอบสอดเงินมา
ข้างในเป็นใบละ 50 เหรียญจากคนเดิม แต่ที่น่าตกใจและเป็นเรื่องที่แปลกประหลาด
มาก คือ คนแรกและคนที่สองมีชื่อเหมือนกันเลย คือ Rose marry แต่คนละ
นามสกุลกันเท่านั้น

เมื่อวันเดินทางใกล้มาถึงก่อนออกเดินทางไปสิงคโปร์ ตอนแรกๆ ใจกล้ำมาก
คิดว่ายังงขอไปนอนวัดไทยหรือไม่ก็นอนล้มหน้าโรงพยาบาลให้เขาช่วยรักษาละกัน
เอาพาสปอร์ตซ้อนไว้เลยจะได้ไม่ต้องส่งเรากลับบ้าน ตอนนั้นยอมรับว่าหมดหนทาง
หรือไม่ก็บ้ามากที่จะทำอย่างนั้น แต่ก็ตัดสินใจเดินทางไปคนเดียว และเมื่อเดินทาง
ไปถึงสิงคโปร์ปรากฏว่ามีคนมาขึ้นโซรบายชื่อเรา ตอนนั้นงมากกว่าเป็นใครเราก็
ไม่เคยรู้จักใครด้วย แต่เขาก็พาเราไปนอนบ้านเขาพร้อมกับบอกทางไปโรงพยาบาล
ให้หมด ตอนนั้นก็ยังค้นหาคำตอบไม่ได้ว่าเขาคือใคร เพราะไม่กล้าถาม แต่คงมาช่วย
เราไม่ผิดคนแน่ เพราะบอกชื่อเราถูกหมดเลย วันที่สองเลยตัดสินใจถามว่ารู้จักเราได้
อย่างไร เขาก็บอกว่าเขาอยู่ที่โบสถ์แล้วมีคนประกาศในโบสถ์ว่าผมจะไปที่สิงคโปร์
และต้องการความช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย เขาเองเลยอาสา แต่ก็ยังงๆ ว่าแล้ว
โบสถ์ที่สิงคโปร์รู้จักเราได้งไร ตอนหลังถึงรู้ว่ามีรุ่นพี่ที่เมืองไทยชื่อพันธ์ทนยอยู่
ที่โบสถ์เมืองไทย และเขามีเพื่อนที่โบสถ์สิงคโปร์จึงให้เขาประกาศว่าใครพอจะช่วย
ผมได้บ้าง ตลอดเวลาที่อยู่ที่สิงคโปร์ 1 เดือน มีคนมารับไปทานข้าวข้างนอกเกือบๆ

ทุกอาทิตย์เหมือนเป็นคนมีบุญยังงៃไม่ทราบ และนั่นคือจุดเริ่มต้นว่าทุกวันนี้ทำไมผมจึงต้องอยากที่จะช่วยผู้ป่วยคนอื่นๆ เพราะในช่วงที่ชีวิตผมลำบากมีคนยื่นมือเข้ามาช่วยมากมาย ผมเองก็ควรช่วยผู้ที่เขาลำบากเช่นกัน ตอนที่ไป-กลับสิงคโปร์ตลอดระยะเวลา 3 ปีนั้น ต้องออกค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดหลายแสนบาท ต้องเป็นหนี้บัตรเครดิตมากมาย และใช้เวลาหลายปีกว่าจะจ่ายหนี้ได้หมด เมื่อกลับมาเมืองไทยหลังจากทดลองยาได้ 3 ปี ก็ต้องมาต่อสู้กับประกันสังคมและสวัสดิการในเมืองไทยอีกมากมาย จนกระทั่งมีโครงการ GIPAP ที่ได้เข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วย จึงเข้าร่วมอยู่ในโครงการของ GIPAP จนถึงปัจจุบัน

ดังนั้น จึงอยากจะให้ทุกท่านที่ได้อ่าน ทราบว่ายาที่เรารับประทานกันอยู่นี้มีราคาแพงมาก ขอให้ท่านยาอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อเราได้มีโอกาสรอดชีวิตมาแล้วนั้น ก็จงใช้เวลาที่เหลือของเราเพื่อกลับไปช่วยเหลือคนอื่นๆ ต่อไป และขอเป็นกำลังใจให้สำหรับทุกท่านที่กำลังต่อสู้กับโรคนี้อยู่ครับ



ชีวิตใหม่

ดิฉันพบว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเมื่อเดือนธันวาคม ปี 2552 ขณะนั้นเรียนปริญญาโทใกล้จบแล้ว จำได้ว่าไปสอบข้อเขียนเทอมสุดท้าย ขากลับแวะรับประทานอาหารร้านข้างทางกับเพื่อนๆ ปรากฏว่าหลายคนมีอาการอาหารเป็นพิษอย่างแรง ต้องเข้าโรงพยาบาลรวมทั้งตัวดิฉันด้วย ดิฉันเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติด้วยอาการท้องเสียมารักษาตัว 1-2 วัน เจาะเม็ดเลือดแล้วพบว่าเม็ดเลือดขาว 1 หมื่นกว่าๆ ให้น้ำแล้วไม่ลดลง กลับเพิ่มขึ้นเป็น 3 หมื่นกว่า แพทย์เจ้าของไข้จึงให้แพทย์ด้านโลหิตวิทยามาตรวจดู โดยการเจาะไขกระดูกแล้วส่งมาตรวจที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ประมาณ 15 วันถึงทราบผลว่า เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดมัยอีลอยด์ (Chronic Myelogenous Leukemia; CML) ระหว่างที่ป่วยสามีไปหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ตมาให้อ่าน ทำให้ทราบว่า อาจารย์แพทย์ที่รักษาและให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เก่งที่สุดคือ ศ.พญ.แสงสุรีย์ จูฑา โรงพยาบาลรามาริบัติ จึงขอให้แพทย์ที่โรงพยาบาล

ธรรมชาติฯ ทำเรื่องส่งประวัติการรักษาามาตรวจกับ ศ.พญ.แสงสุรีย์ จูฑา ซึ่งครั้งแรกที่มาพบคุณหมอ คือ ต้องการปรึกษาการรักษาให้หายขาด โดยการปลูกถ่ายไขกระดูก (Stem Cell) ซึ่งกำลังเป็นเรื่องที่เข้ามาใหม่ในขณะนั้น แต่คุณหมอบอกว่าการปลูกถ่ายไขกระดูกมีความเสี่ยงมากกว่าและการรักษาปัจจุบันนี้สามารถหายควบคุมได้ ดีฉันจึงรักษาโดยการทานยา ก่อนอื่นต้องเริ่มตั้งแต่ตรวจสอบประวัติการรักษาที่ผ่านมา และส่งไปเจาะไขกระดูกใหม่ เพื่อให้ได้ผลที่แน่นอน ซึ่งปรากฏว่าตอนที่ไปตรวจใหม่ๆ ในเม็ดเลือดขาวมีเซลล์ตัวอ่อนมากกว่า 5% และคุณหมอให้การรักษาโดยทานยา Glivec 100 mg. หลังอาหารเช้าวันละ 4 เม็ด เมื่อทานยาไป 3 เดือน เจาะไขกระดูกอีกครั้งพบว่ายังคงมีอยู่บ้างเล็กน้อย และเมื่อตรวจอีกครั้ง 3 เดือนต่อมาปรากฏว่าผลเป็น 0 ซึ่งดีฉันดีใจมาก ในปีแรกต้องควบคุมโดยการทานยาและเจาะไขกระดูกเป็นระยะ ซึ่งมีผลข้างเคียงจากการทานยาบ้าง คือ อาการคลื่นไส้อยากอาเจียน และอาการท้องเสีย ถ่ายเหลวกระปริดกระปรอย นอกนั้นก็ไม่มีอาการอย่างอื่น และที่สำคัญต้องควบคุมอาหาร พยายามทานอาหารสุกใหม่ ร้อนๆ ไม่ทานอาหารที่มีผลทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง เช่น งดการทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวจำพวก ส้ม เกรฟฟรุต ทับทิม มะเฟือง และพยายามดูแลตัวเองไม่ให้เป็นไข้หวัด โดยการฉีดยาป้องกันไข้หวัดตามฤดูกาล ซึ่งที่โรงพยาบาลรามธิบดีมีบริการฉีดให้ ไม่ให้ท้องเสียจากการติดเชื้อทั้งหลาย เพราะร่างกายเราไม่มีเม็ดเลือดขาว ซึ่งจะไปฆ่าเชื้อโรคได้ดีเหมือนคนอื่น เวลาเป็นไข้ หรือท้องเสียติดเชื้อจะเป็นมากกว่าคนอื่น ถึงขั้นต้องนอนโรงพยาบาลให้ยาฆ่าเชื้อทางเส้นเลือดทุกทีที่สำคัญต้องสุขภาพจิตให้ดี ทำจิตใจให้แจ่มใส อย่าไปกังวลกับโรคที่เป็นอยู่ อยากจะบอกว่าทุกวันนี้ ดำเนินชีวิตและทำงานได้เหมือนคนปกติทั่วไปทุกอย่าง อยากจะกราบขอบพระคุณ ศ.พญ.แสงสุรีย์ จูฑา อีกครั้งที่มอบชีวิตใหม่ให้ดิฉันและครอบครัวได้อยู่กันพร้อมหน้าอย่างมีความสุขอีกครั้ง



วินัยในการรับประทานยา

เมื่อได้รับทราบว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว สิ่งแรกที่เราควรทำคือ มีสติ และควรตรวจสอบให้แน่ใจ และแน่วแน่ที่เราเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวจริงๆ หรือไม่ ไม่ได้เกิดจากการตรวจที่ผิดพลาด หรือผิดคน ซึ่งมันเกิดขึ้นได้ เราอาจจะขอตรวจซ้ำ หรือไปพบแพทย์ท่านอื่นเพื่อตรวจเช็คเอาให้แน่นอน แน่ชัด ว่าเราเป็นจริงๆ นะ หากผลออกมาว่าเป็นจริงๆ เชื่อถือได้ถึงตรงนี้ให้ตกใจได้เล็กน้อย ตกใจมากมายจะมีสติกลับมาซ้ำ และไม่ได้ช่วยอะไร แถมจะทรมานตัวเองๆ เพราะไม่ม่กำลังใจจะสู้ สิ่งที่ต้องรู้เมื่อเราเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวคือ เราเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบไหน ชนิดไหน ในระยะไหน มะเร็งเม็ดเลือดขาวมีหลายแบบ หลายระยะ ซึ่งผมจะไม่ขอกล่าวในที่นี้ เพราะในรายละเอียดเชิงการแพทย์ลึกๆ ให้แพทย์อธิบายให้ฟังจะดีกว่าครับ และนำไปฟังให้รู้เรื่อง อย่าพยักหน้าไปเรื่อยทั้งๆ ที่ไม่รู้เรื่อง ชีวิตเราเองเราต้องรู้ดีที่สุดว่า อะไร อย่างไร ใช้ไหมครับ แต่ไม่ต้องขนาดเข้าใจจนไปสอบเข้าเรียนแพทย์ได้ อันนั้นก็เกินไป (เข้าไปอ่านข้อมูลเบื้องต้น ได้ที่ www.thaicml.com ครับ)

เมื่อเรารู้ว่าเราเป็นอะไร แล้วที่ต้องรู้ต่อไป คือ แล้วมันมีทางรักษาอย่างไรบ้างกับใคร ที่ไหนดี อันนี้ก็ต้องต้องพูดคุย สอบถามแพทย์โรคเลือดนั้นแหละดีที่สุดครับ ใครเล่าจะรู้ดีกว่าคนในวงการล่ะครับ ผมแนะนำว่าเป็นชะชานาณี่ คลินิกคงไม่ใช่แล้วแน่ๆ มันต้องระดับโรงพยาบาลที่มีมาตรฐาน มีแพทย์ หรือมีคณะแพทย์ที่ปรึกษาเรื่องโรคเลือดที่ชำนาญ มีประสบการณ์ในการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดที่คุณเป็นครับ ผมให้ความสำคัญในประสบการณ์การรักษาของแพทย์ เพราะประสบการณ์ยิ่งมากก็ยิ่งเชี่ยวชาญมากยิ่งครับ อย่าลืมนะครับที่เป็นกันนะไม่ใช่ใช้หัวดี ซื่อยากินเองได้ หายเองได้นะครับ มะเร็งครับ มะเร็งเม็ดเลือดขาวครับ ท่องไว้ แต่อันนี้ผมให้ข้อสังเกตส่วนตัวไว้อย่างนะครับ หากได้โรงพยาบาลที่มีโรงเรียนแพทย์ด้วยจะดีมาก เพราะการเรียนการสอนมันต้องปรับปรุงให้ทันสมัยครับ ดังนั้น เทคโนโลยี วิทยาการใหม่ๆ น่าจะ... ผมใช้คำว่าน่าจะนะครับ น่าจะดีครับ เมื่อพบแพทย์ก็ถามเสียให้เข้าใจว่า แนวทางการรักษาโรคที่เราเป็น และสภาพที่เราเป็นในขณะนี้ แนวทาง

การรักษา มันจะออกมาในรูปแบบไหน วิธีไหนได้บ้าง กินยา ฉีดยา เคมีบำบัด หรือจะปลูกถ่ายไขกระดูก เพราะร่างกายแต่ละคนไม่เหมือนกัน อันนี้ให้แพทย์อธิบายน่าจะดีที่สุดครับ แล้วจะหายขาดหรือไม่ ถ้ามเสี่ยงให้หมดนะครับ ว่าในขณะที่รักษาตามแนวทางวิธีการที่แพทย์บอกนั้น มันมีผลข้างเคียงจากยาจากการรักษาหรือไม่ อย่างไร จะได้ไม่มา เอ๊ะ!! กันทีหลังครับ

ทีนี้แหละเรื่องสำคัญ ค่าใช้จ่ายจะแพงมากไหม แล้วเราจะทำอย่างไร ในเรื่องค่าใช้จ่ายได้บ้าง คงต้องตอบว่าแพงครับ แพงมาก ไม่ธรรมดา เกินจินตนาการ แล้วเราจะจ่ายไหวไหม ก็คงต้องบอกตามตรงว่า ยากแบบแทบจะเป็นไปไม่ได้ที่จะจ่าย ค่ารักษาพยาบาลไอ้เจ้าโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ด้วยตัวเราเองโดยลำพังครับ อ่านมาถึงตรงนี้ อย่าเพิ่งตกใจครับ ในข่าวร้ายมีข่าวดีเสมอ หากใครเป็นข้าราชการก็น่าจะเบิกค่าใช้จ่ายได้ หากใครใช้สิทธิ 30 บาทรักษาแล้วละก็ ชีวิตมีหวังครับ ยาพื้นฐานที่ใช้ในการรักษาเขาคือครอบคลุมอยู่พอสมควรครับ หากใครใช้สิทธิประกันสังคม ก็ฟังจะมีข่าวดีมาไม่นานนี้ว่า เขาก็ยอมจ่ายยารักษาที่เป็นพื้นฐานแล้วนะครับ หลังจากที่ทั้งแพทย์และคนไข้ทั้งหลายต่อสู้กันมาอย่างดุเดือดภาวี่ละเอาดูแล้วลูกค้าเลยยากเชียวนะ ทุกท่านอย่าลืมตามเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลของตัวเองให้ดีนะครับ อย่าท้อแท้ สู้ๆ ครับ นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงาน มูลนิธิ ที่คอยให้ความช่วยเหลือในการจัดหามาให้ผู้ป่วย **ฟรี!!** ครับ **ฟรี!!** ย้ำอีกที แต่ต้องอยู่ในเงื่อนไขของทางหน่วยงาน มูลนิธิ ด้วยนะครับ รายละเอียดปรึกษาแพทย์ที่รักษาได้เลยครับ หรือมาพูดคุยกับชมรมผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอิลอยด์ได้เลยครับ เข้าไปที่ www.thaicml.com นั้นแหละครับ ไปหาข้อมูลพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ครับ ผมเองก็ป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอิลอยด์ หรือที่เรียกกันว่า CML มาสองปีกว่า และก็มีเพื่อนๆ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเหมือนๆ กันหลายคน บางคนก็เป็นมาเป็นสิบๆ ปี แล้วนะครับ ทุกวันนี้ก็ยังอยู่ ร่วมกับโรคไปได้ ดำเนินชีวิตไปได้ ดังนั้น อย่าไปกังวลมากครับ ชีวิตมีทางออกเสมอจะมากจะน้อยใจเย็นๆ มีสติไว้ครับ เรื่องสิทธิในการรักษานี้สำคัญมาก โดยทั่วไปยาเม็ดละประมาณพันบาทนิดๆ รับประทานประมาณ 4 เม็ดต่อวัน ต้องทานทุกวันต่อเนื่องตลอดชีวิตที่เหลืออยู่

ก็เดือนละประมาณหนึ่งแสนสองหมื่นบาทหน่อยๆ ปีหนึ่งก็ประมาณหนึ่งล้านห้าแสนบาทโดยประมาณ โหดไหมครับ ใครจะจ่ายได้ อย่างผมเองนี่ไม่เข้าเงื่อนไขอะไรกับเขา เพราะทำงานมีรายได้ ดังนั้น ใช้สิทธิบัตรทองไม่ได้ ยาที่ประกันสังคมยอมจ่ายนั้น ก็ไม่ใช่ปริมาณที่ผมทาน ดังนั้น ต้องจ่ายเอง ทำงานเสียภาษีไป จ่ายประกันสังคมไป ทุกเดือน ไม่ได้อะไรตอบแทนเลย เอาเป็นหมดเงินเมื่อไรก็เลิกกินละกันครับ ดังนั้น อยากให้ปรับปรุงเงื่อนไขให้มันเป็นชีวิตจริงหน่อย ไม่ใช่ผมจ่ายภาษีไปเรื่อยๆ พอผมเจ็บป่วยโรคแบบนี้ทุกคนก็บอกว่าไม่เข้าเงื่อนไข แล้วจบกัน นี่ยังไม่รวมเรื่องผลประโยชน์โรงพยาบาล บางที่ที่ไม่มีปัญญารักษา แต่ยังหวังคนไข้ไว้ ไม่ยอมส่งตัวไปโรงพยาบาลที่เข้ารักษาได้ ก็เพราะเงินนี้แหละ ไม่มีใครสนใจความเจ็บป่วยของคนไข้ คนไข้ต้องดิ้นรนเอาเอง ผมไม่ได้เป็นไข้หวัดนะครับ ให้สิทธิผมเลือกโรงพยาบาลหน่อยครับ ที่มันน่าเศร้าตรงโรคนี้เป็นโรคที่มียารักษา ย៉านะครับ ยารักษาไม่ใช่ยากดภูมิที่ไม่ได้รักษาอะไร แต่เราไม่สามารถเข้าถึงยาได้ เพราะมีราคาแพง และสิทธิต่างๆ นั้น ก็ดูแลครอบคลุมยาเฉพาะที่อยู่ในบัญชียาหลักเท่านั้น หากใครเกิดการกลายพันธุ์ของโรค และ/หรือ มีเหตุต้องเปลี่ยนยาไปใช้ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลัก หรือไม่ตรงเงื่อนไขขะหลาดๆ ของทางบัตรทอง หรือประกันสังคม ที่ไม่ได้ดูชีวิตจริง ในการรักษาคงตายแน่นอนจะเอาที่ไหนมาจ่ายได้ซึ่งมันน่าจะมีวิธีทำให้ยาราคาถูกลง ให้คนสามารถเข้าถึงยากันได้ง่ายขึ้น อันนี้คงต้องรวมตัวกัน ช่วยกันเรียกร้อง ให้ภาครัฐเข้ามาดูแลสวัสดิการประชาชนผู้ป่วยกันครับ จะยากง่ายก็ต้องทำครับ อ้อ! ยามันแพงขนาดนี้ แต่มันก็มีประสิทธิภาพดีในการรักษานะครับ ถ้าเรามีวินัยในการทานยา ทานยาตรงเวลา ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญมากในการรักษาว่าจะได้ผลมากน้อยขนาดไหน อย่าทำเป็นเล่นไป กลายพันธุ์มาแล้วไปไม่เป็นกันเสียครับ อย่าทำเป็นเล่นไป พลาดกันมาเยอะครับ ไม่เคร่งครัดวินัยในการทานยานี้ะครับ ออกกำลังกาย ทานอาหารที่มีประโยชน์กันนะครับ อันนี้ใช้เงินซื้อไม่ได้ ใครทำใครได้ครับ

มาสู่คำถามยอดฮิต แล้วเราจะตายไหม คำตอบ คือ ตายแน่นอนครับ ผมรับรอง 100% ครับ ทุกท่าน แต่ตายด้วยเหตุใดอันนี้ไม่สามารถทราบล่วงหน้าได้ อาจจะถูกรถชนตาย หรือภรรยาตบตาย เพราะจับได้ว่ามีกิ๊ก หรือจิตตก ห่อเหี่ยว ทำใจไม่ได้

เลยทำเอาร่างกายทรุดโทรม หหมดกำลังใจ พาลเสียชีวิตไปก็มี เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา เหมือนที่พระท่านว่าไว้ จะรวย จะจน จะทำบุญมากมายขนาดไหน ก็ตามครั้น ดังนั้น อยู่มาทุกข์เพราะรู้ว่าเป็นมะเร็งเลย เสียเวลา ชีวิตที่เหลืออยู่ จะนั่งเศร้าซึมกังวลไปตลอดช่วงชีวิตที่เหลือหรือครับ ไม่ว่าจะป่วยหรือไม่ เราควรใช้ชีวิตในทุกวันนี้ให้มีความหมายกับคนที่เรารัก และส่งคนรอบตัวให้ดีขึ้น ใช้ชีวิตให้มีความสุขในทุกๆ วัน ไม่ต้องรีบร้อน เอาความทุกข์ในวันข้างหน้า มาทุกข์ในวันนี้หรือครับ ให้เขามาตามเวลาแหละครับ จะรีบไปทำไมกัน บางคนบอกก็กลัวตายนี่นา ใครไม่กลัวบ้างล่ะครับ ของมันยังไม่เคยเจอ ใครก็กลัวทั้งนั้นแหละครับ แต่มีสติสักหน่อยรับความจริงของชีวิตให้ได้ ผมไม่เห็นมันจะมีอะไรเลยครับ ขอให้ผู้ป่วยทุกท่านมีสติและกำลังใจที่ดีในการสู้กับโรคร้ายนะครับ ทำชีวิตให้มีสุข มีความหมาย ต่อคนรัก ต่อครอบครัว ต่อสังคมครับ ในการรักษาข้อสำคัญที่สุดต้องไม่ลืม คือ รักษา วินัยในการทานยาอย่างเคร่งครัดตามคำแนะนำแพทย์ครับ อยู่กันอีกนานครับ เชื่อผมเถอะ ถ้าสามารถเข้าถึงยาได้นะครับ ผมก็เป็นครับ สู้ๆ ครับทุกท่าน

ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง แบบมัยอีลอยด์ (CML)
ตรวจพบโรคเดือนมกราคม 2555 ปัจจุบันรับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ
แพทย์ที่ดูแล อาจารย์แสงสุริย์ จุฑา



เมื่อผมเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง (CML)

ประมาณปลายปี 2540 ผมรู้สึกปวดท้องคล้ายๆ กับปวดแบบโรคกระเพาะอาหาร คือ ปวดเป็นระยะมากบ้างน้อยบ้าง จึงตัดสินใจไปหาหมอที่โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ไกลจากบ้านภายหลังจากการตรวจโดยคุณหมอเอามือมาคลำที่บริเวณท้องของผม ได้บอกว่าม้ามของผมโตผิดปกติ จึงให้ผมเจาะเลือด เพื่อดูว่าเป็นอะไรมากกว่าที่ผมคิดว่าปวดท้อง เพราะเป็นโรคกระเพาะหรือเปล่า หลังจากผลเลือดคุณหมอก็แจ้งผลการตรวจเลือด

ของผม ซึ่งวินิจฉัยว่าผมน่าจะเป็น “โรคโลหิตเมียหรือโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว” เนื่องจากเม็ดเลือดขาวสูงมากถึง 135,000 ต่อลูกบาศก์เซนติเมตร ซึ่งโดยปกติควร มีเม็ดเลือดขาวประมาณ 5,000-10,000 ต่อลูกบาศก์เซนติเมตรเท่านั้น

ในเวลานั้นผมมีความกังวลใจและตกใจมาก แต่คุณหมอบอกว่าโรคนี้อาจมีโอกาส รักษาได้ด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูก แต่ต้องใช้เงินค่อนข้างมากทีเดียว แต่คุณหมอบอกว่าทางรัฐบาลมีโครงการรักษาให้ฟรีเป็นกรณีๆ ไป โดยผ่านทางสำนักงานประกันสังคม ซึ่งผมทำไว้กับทางโรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งหนึ่ง แต่คุณหมอแนะนำว่าที่โรงพยาบาลของรัฐประมาณ 3-4 แห่ง มีหมอที่เชี่ยวชาญและมีเครื่องมือที่ทันสมัย สำหรับตรวจรักษาโรคนี้นี้

หลังจากได้ดำเนินการเปลี่ยนโรงพยาบาลในบัตรรับรองสิทธิมาที่โรงพยาบาลของรัฐแล้ว ประมาณเดือนกรกฎาคม 2541 จึงได้เริ่มทำการรักษา ซึ่งทำการตรวจเลือดอย่างละเอียดอีกครั้งพร้อมทั้งมีการเจาะไขกระดูก ผลการวินิจฉัยก็เป็นการยืนยันแน่ชัดว่าผมกลายเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง (Chronic Myeloid Leukemia) หรือเรียกย่อๆ ว่า CML ซึ่งคุณหมอบอกว่าเป็นชนิดไม่ร้ายแรง และสามารถรักษาให้หายได้ด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก และมีโอกาสสำเร็จถึงร้อยละ 90 แต่ต้องได้รับการปลูกถ่ายจากเซลล์เนื้อเยื่อของพี่น้องสายเลือดเดียวกันเท่านั้น ซึ่งคุณหมอบอกว่าโอกาสในการพบเซลล์เนื้อเยื่อที่เข้ากันได้จากพี่น้องท้องเดียวกันมีประมาณร้อยละ 25 หรือเพียง 1 ใน 4 เท่านั้น ผมบอกว่าผมมีพี่น้องอีก 4 คน แต่พี่คนที่ 2ป่วยเป็นโรคไตวายใกล้จะเสียชีวิตแล้ว

ดังนั้น ผมได้ติดต่อพี่น้องทั้ง 3 คนให้มาทำการตรวจเลือดที่โรงพยาบาลตามที่คุณหมอบอก แต่โชคไม่เข้าข้างผม คุณหมอแจ้งว่าเซลล์เนื้อเยื่อของพี่น้องผมทั้ง 3 คน ไม่สามารถใช้ได้ในการปลูกถ่ายไขกระดูก ซึ่งถ้าจะเอาจากของคนอื่นที่ไม่ใช่พี่น้องกัน โอกาสก็ยิ่งยากมากขึ้นและเสี่ยงต่อชีวิตมากด้วย เนื่องจากไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูก คุณหมอบอกว่า คงต้องรักษาโดยการฉายยาเพื่อ

ลดจำนวนเม็ดเลือดขาวให้ลดลง และให้คงอยู่ในระดับปกติไปจนกว่าจะมีการปรับเปลี่ยนยา หรือวิธีการรักษาที่ดีกว่าต่อไป

หลังจากรับประทานยา Hydroxyurea มาประมาณปีกว่า คุณหมอก็ให้เปลี่ยนมาใช้ยา Interferon ฉีดเข้าใต้ผิวหนังแทน ซึ่งคุณหมอบอกว่ามีประสิทธิภาพดีกว่า ผมเลยต้องฉีดยาด้วยตัวเองเรื่อยมาประมาณ 3-4 ปี จนกระทั่งต้นปี 2546 คุณหมอบอกว่ามียารับประทานตัวใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคลูคีเมียชนิดเรื้อรังโดยเฉพาะ และมีโครงการจีแปป (GIPAP) ซึ่งเป็นโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง โดยไม่คิดมูลค่า แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องผ่านการพิจารณาจากทางแพทย์และโครงการตามขั้นตอน เพื่อรับรองว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามข้อกำหนด ซึ่งคุณหมอก็เห็นว่าผมน่าจะเข้าโครงการนี้ได้ และได้ดำเนินการให้ฉันได้รับอนุมัติจากโครงการในที่สุด ผมเริ่มรับประทานยาที่มีชื่อทางการแพทย์ว่า Imatinib ภายใต้ตราสินค้า Glivec มาตั้งแต่เดือนมีนาคม 2546 จนถึงทุกวันนี้ ผลการตรวจเลือดวิเคราะห์ Bcr-Abl พบว่าเป็น negative และผลการตรวจเลือด RQ-PCR พบว่า อยู่ในระดับ undetected ซึ่งแสดงถึงผลการตอบสนองของการรับประทานยาอยู่ในขั้นที่ดีมาก ซึ่งผมรู้สึกว่าคุณหมอน่าจะมีโอกาสหายได้ ถ้าผลการตรวจเป็นแบบนี้ไปเรื่อยๆ และต้องมาหาหมอตามนัดทุกครั้ง และทานยาตามที่คุณหมอสั่งอย่างเคร่งครัด

เรื่องราวย่อๆ ที่ผมถ่ายทอดมานี้ ผมหวังว่าน่าจะเป็นประสบการณ์ เป็นความรู้ และเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังคนอื่นๆ รวมทั้งญาติของผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้า และต่อสู้กับโรคนี้อย่างมีความหวังเหมือนกับผม ซึ่งผมได้ใช้ประโยชน์จากสื่อสังคมออนไลน์ใน Facebook ส่วนตัวของผมสร้างเว็บเพจในชื่อ “ผู้ป่วย CML คนหนึ่ง” ด้วยแรงบันดาลใจ และความตั้งใจจากส่วนลึกของจิตใจของผมที่จะนำเสนอเรื่องราว การกลายมาเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง และการเสาะหาข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับโรคนี้นั้นในทุกๆ มิติ ที่จะเป็นประโยชน์ไม่มากนักน้อยสำหรับผู้สนใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยทั้งเก่าและใหม่รวมทั้งญาติผู้ป่วย เพื่อเป็นแหล่งข้อมูล กำลังใจ และมีมิตรภาพที่จะเกิดขึ้นกับทั้งตัวผมและเพื่อนๆ ที่มีโอกาส

ได้เห็นได้เข้ามาในเว็บเพจ เพื่อพูดคุย สอบถาม ปรีกษา ให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน
ดูจเป็นครอบครัวเดียวกัน ซึ่งก็มีเพื่อนๆ จำนวนไม่น้อยทีเดียวได้เข้ามาที่เพจของผม
และบอกกับผมว่า หลังจากได้มีโอกาสพูดคุยกับผมแล้ว “รู้สึกสบายใจขึ้นมากทีเดียว”
แค่นี้ผมก็รู้สึกปิติยินดี ภูมิใจเป็นที่สุด

เขียนโดย ผู้ป่วย CML คนหนึ่ง
(เริ่มเป็นโรค CML เมื่ออายุ 35 ปี ปัจจุบันอายุ 52 ปี)
วันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2558

