

แนวทางการรักษาและการเตรียม ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1. การรักษาหลักๆเป็นการผ่าตัด ส่วนการรักษาเสริมจะเป็นการฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด การให้ยาฮอร์โมนบำบัด
2. ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนมาก ถ้าก้อน Tumor มีขนาด >5 mm หรือมีลักษณะ Cell เป็นแบบ Moderate/Poorly differentiated หรือ Unfavorable features เช่น Angiolymphatic invasion จะต้องได้รับการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดทุกรายไม่ว่าจะเป็น การฉายรังสี ให้ยาเคมีบำบัด ให้ยาฮอร์โมน
3. การส่งตรวจ ER, PR, HER-2, KI-67 ทุกราย รวมถึงcaseที่กลับเป็นซ้ำต้องตรวจ หรือถ้าไม่ได้ส่งตรวจให้ขอยืม Block Slide ให้ผู้ป่วยนำติดตัว มาด้วย/หรือส่งตรวจเพิ่มเติมและส่งผลมาตามหลังได้
4. การผ่าตัด Breast conservative surgery ก่อนทำผ่าตัดทุกครั้งต้องทำ Mammogram ทุกราย เพื่อจะพิจารณาว่า มีข้อห้ามในการผ่าตัดวิธี Breast conservative surgery หรือไม่
5. การฉายแสงจะทำในผู้ป่วย
 - ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Breast conservative surgery ทุกราย
 - ผ่าตัด MRM ที่มี Patho tumor มีขนาด >5 cm (Stage T3, T4) or LN+ve or Margin +ve หรือกรณีที่มี Closed margin อาจส่งมาปรึกษา ก่อนเพื่อพิจารณาฉายแสง
6. รายละเอียดประวัติการให้ยาเคมีบำบัด วันที่เริ่ม วันที่ครบ สูตรที่ให้ จำนวน Cycle ที่ได้รับ (ถ้าให้ยา Hormone บอกชื่อยาด้วย)
7. ข้อเสนอแนะในการผ่าตัด การลงแผลผ่าตัดกับรู Drain ไม่ควรห่างกันมาก เพราะจะมีผลทำให้ Field Radiation ใหญ่ขึ้นโดยไม่จำเป็น
8. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Investigations	รายการตรวจก่อน Refer
CBC	ผู้ป่วยทุกราย <u>ต้องมีผลภายใน 1 เดือน</u> ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ
BUN Cr	
LFT	
HBsAg	
Anti-HIV	
EKG	
Operative note	
US/CT upper abdomen ในกรณี Abnormal LFT หรือ node +ve (prefer CT for staging) กรณีให้ Neoadjuvant chemotherapy prefer CT for staging ก่อนให้ยา	ถ้ามีผลการตรวจ <u>ให้แนบผลการตรวจล่าสุด</u> <u>ของทุกอัน</u> ที่มีการตรวจก่อนส่งตัวมา รักษาต่อ
CXR และ X-ray อื่นๆ ที่มี, Mammogram (ถ้ามี)	
Patho และ Cytology	
ย้อม ER PR HER2 Ki-67	
HER 2 DISH ในกรณี HER2 2+หรือ 3+ และ node +ve	

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

1. การจัดการแบ่งการรักษาหลัก

- ผู้ป่วยที่เป็นระยะ Early stage คือ Stage I –IIa การรักษาจะเป็นการผ่าตัดเป็นหลัก ขอให้พิจารณาปรึกษา Gynecologic Oncology หากมี Adverse features จึงพิจารณาฉายรังสีหรือร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด
- ผู้ป่วยที่เป็นระยะ ที่ชัดเจนว่าผ่าตัดไม่ได้คือตั้งแต่ระยะ IIb หรือระยะ Early stage แต่ไม่เหมาะกับการผ่าตัดให้พิจารณาส่งรังสีรักษาเพื่อฉายแสง ใส่แร่ หรือร่วมกับ ให้ยาเคมีบำบัด

2. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Investigations	รายการตรวจก่อน Refer
Patho (ทุกอันที่มี) เน้น Cervical biopsy	ผู้ป่วยทุกราย ต้องมีผลภายใน 1 เดือน ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ
FNA Cytology (ทุกอันที่มี)	
CBC, PT PTT INR	
BUN , Cr, Eletrolytes	
LFT , HIV, HBsAg	
FBS, ผู้ป่วย DM ที่จะผ่าตัด เจาะ HbA1C เพิ่ม	
EKG	
CXR และ X-ray อื่นๆ ที่มี	ถ้ามีผลการตรวจ ให้แนบผลการตรวจล่าสุดของทุกอัน ที่มีการตรวจก่อนส่งตัวมารักษาต่อ
CT Whole abdomen	
Operative note (ถ้ามี)	
Consult URO ถ้ามี Obstructive uropathy	

กรณีผล patho อ่านว่าเป็น poorly differentiated cancer ขอให้ส่งย้อม IHC เพิ่มเติม

3. ขอให้พิจารณาผล Lab และ X-ray แก่ไขให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม Lab ที่พบผิดปกติบ่อย คือ

- HIV +ve พิจารณาปรึกษาแพทย์อายุรกรรม เพื่อประเมินการ Treatment antiretroviral agent
- Hb ต่ำให้พิจารณาการให้เลือดเพื่อ Keep Hb ≥ 10
- Cr สูงหรือสงสัย Obstructive uropathy ให้ส่งทำ Ultrasound เพื่อประเมินว่ามี Obstruction uropathy หรือไม่ ถ้ามีขอให้ปรึกษา Uro surgeon เนื่องจากรพ. มะเร็งรังสีไม่มี Uro surgeon
- Cystoscopy/proctoscopy with biopsy ถ้าสงสัย มี Involvement

4. การประเมินผู้ป่วยก่อนการรักษาถ้า Performance status ไม่ดี ECOG > 3 ส่วนมากมักจะไม่ให้ยาเคมีบำบัดหรือฉายรังสี มักจะให้การรักษาแบบ Palliative care หรือ Best supportive care ที่ใกล้บ้าน เพื่อความสะดวก อาจจะพิจารณา ให้ญาติผู้ป่วยมาติดต่อ หรือส่ง Mail ข้อมูลผู้ป่วยมาก่อนได้

5. ถ้ามีการส่ง CT whole abdomen แล้วไม่จำเป็นต้องส่ง IVP

6. Investigation อื่นๆ ตามความเหมาะสมของ Underlying disease (กรณี Active) เช่น โรคหัวใจ ควรปรึกษาอายุรแพทย์ร่วมประเมินด้วย

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งมดลูก

1. ผู้ป่วยส่วนมากมักจะเป็น Early stage การรักษาหลัก คือ การผ่าตัด ตามด้วยรังสีรักษา และหรือการให้ยาเคมีบำบัด
2. การ Work up staging ที่สำคัญ จะเป็น Surgical staging จากผล Patho และ Operative note
3. Operative note ขอทราบ Residual tumor ด้วยหรือ Investigation อื่น ๆ ตามความเหมาะสมของ Underlying disease (กรณี Active) เช่น โรคหัวใจ ควรปรึกษาอายุรแพทย์ร่วมประเมินด้วย
4. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Investigations	รายการตรวจก่อน Refer	
Patho(ทุกอันที่มี) โดยเฉพาะ Endometrium biopsy	<p>ผู้ป่วยทุกราย <u>ต้องมีผลภายใน 1 เดือน</u> ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ</p>	
FNA Cytology (ทุกอันที่มี)		
Pap smear		
HIV, HBsAg		
CBC, PT PTT INR		
BUN ,Cr, Eletrolytes		
FBS, ผู้ป่วย DM ที่จะผ่าตัด เจาะ HbA1C เพิ่ม		
LFT		
EKG		
CT Whole Abdomen		
CXR และX-ray อื่นๆ ที่มี		
Operative note (ถ้ามี)		<p>ถ้ามีผลการตรวจ <u>ให้แนบผลการตรวจล่าสุดของทุกอัน</u> ที่มีการตรวจก่อนส่งตัวมารักษาต่อ</p>
Consult URO Sx ถ้ามี Obstructive uropathy		

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่

1. โดยทั่วไปการผ่าตัดเป็นวิธีการหลักในการรักษามะเร็งรังไข่ และกำหนดระยะของโรค แล้วจึงพิจารณาให้เคมีบำบัดในรายที่มีข้อบ่งชี้
2. ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่เหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดเป็นเบื้องต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายที่พิจารณาแล้วว่าไม่สามารถผ่าตัดเนื้องอกออกได้หมดหรือเหลือน้อยกว่าขนาด 1 cm. (Suboptimal residual tumor) อาจพิจารณาให้เคมีบำบัดในเบื้องต้นก่อน
3. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Investigations	รายการตรวจก่อน Refer
CBC, PT PTT INR	<p>ผู้ป่วยทุกราย</p> <p><u>ต้องมีผลภายใน 1 เดือน</u></p> <p>ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ</p>
FBS, ผู้ป่วย DM ที่จะผ่าตัด เเจาะ HbA1C เพิ่ม	
BUN , Cr , Eletrolytes	
CA125, CA 19-9, CEA	
LFT	
HIV , HBsAg	
B-HCG , AFP ,LDH ในอายุ<30ปี	
EKG	
CXR	
CT whole abdomen พร้อมผลอ่าน	
Operative note	<p>ถ้ามีผลการตรวจ</p> <p><u>ให้แนบผลการตรวจล่าสุดของทุกอัน</u></p> <p>ที่มีการตรวจก่อนส่งตัวมารักษาต่อ</p>
Patho	

4. Tumor marker : กรณีที่ใช้เวลาไม่นานในการรอผลตรวจ ส่ง CA 125 และ ถ้าอายุ <30 ปี เพิ่ม B-HCG, AFP, LDH
5. Investigation อื่นๆ ตามความเหมาะสมของ Underlying disease (กรณี Active) เช่น โรคหัวใจ ควรปรึกษาอายุรแพทย์ร่วมประเมินด้วย
6. กรณีผู้ป่วยรับการผ่าตัดแล้วให้แจ้งข้อมูลรายละเอียด
 - ชนิดของ Operation
 - ผลพยาธิวิทยา (Pathological report) พร้อมสำเนาใบ Report
 - Operative finding (ระบุว่าTumor rupturedหรือไม่) เหลือ Residual tumor ที่ตำแหน่งใด ขนาดเท่าไร

หมายเหตุ : 1. ถ้าผู้ป่วยมี Ascitis ให้ Tapping Ascitis for Cell block > ถ้าทำได้

2. ถ้าผู้ป่วยผ่าตัดมาแล้วจาก SO (Salpingo – oophorectomy) พบว่าเป็น CA Ovary ไม่เคยทำ CT Whole Abdomen ก่อนผ่าตัด ขอให้ส่งทำ CT Whole Abdomen มาด้วย แต่ถ้ามีการส่งทำ CT Whole Abdomen ก่อนผ่าตัดมาแล้วภายใน 1 เดือน ก็ไม่ต้องส่งอีก

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ

(ยกเว้นมะเร็งหลังโพรงจมูก)

1. การรักษาหลักคือการผ่าตัด หรือฉายรังสี+/- การให้ยาเคมีบำบัด หรือผ่าตัดแล้วมาฉายรังสีต่อ
2. ผู้ป่วยที่มีก้อนที่คอให้ ENT exam ก่อน ถ้าพบ Primary lesion ให้ Biopsy primary lesion โดยไม่ต้อง Biopsy ก้อนที่คอ
3. ถ้าตรวจร่างกายแล้วผู้ป่วยมีแนวโน้มเกิดภาวะ Upper airway obstruction หรือจาก CT แล้ว Airway แคบลงมากกว่า 50% ให้พิจารณาทำ Prophylactic tracheostomy
4. หลังผ่าตัดแล้วมีข้อบ่งชี้ในการฉายรังสีต่อ ควรได้รับการฉายรังสีหลังผ่าตัดภายใน 6 สัปดาห์ ขอให้รีบส่งมาทันทีที่ทราบผล Patho
5. ผู้ป่วยที่เจาะคอให้เปลี่ยนเป็น Tube plastic with inner ก่อนมาฉายรังสี
6. ผู้ป่วยส่วนมากทุกรายต้องฉายรังสีก่อน ยกเว้นผู้ป่วย Case วิจัย หรือ Case ที่มี Distance metastasis แล้ว อาจจะพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดไปก่อน
7. ก่อนการฉายรังสี ผู้ป่วยต้องปรึกษาทันตแพทย์ เพื่อเตรียมช่องปาก ดังนั้นเพื่อไม่ให้ล่าช้า ในทุก Case ที่สงสัยมะเร็งบริเวณของ ENT นั้น ขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอผล Patho หรือรอ Investigation ต่างๆ ให้ปรึกษาทันตแพทย์เตรียมช่องปากรอไว้เลย และขอทราบวันที่ทำฟันเสร็จ วันที่ถอนฟันซี่สุดท้าย หรือคาดว่าจะถอนฟันซี่สุดท้ายเสร็จ เพื่อกำหนดวันนัดการฉายรังสีได้ถูกต้อง
8. ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารไม่ได้ ให้ใส่ NG tube feed อาหาร หรือทำ Gastrostomy เพื่อ Improve Nutrition
9. ผู้ป่วย Neck node unknown primary ผล Patho ให้ส่งย้อม p16, EBER ใน node gr I, II ,III , upper V ขอให้ทำ Panendoscopy guide biopsy c tonsillectomy และ node gr IV, lower V ให้ทำ Panendoscopy guide biopsy
10. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Investigations	รายการตรวจก่อน Refer
Patho (ทุกอันที่มี)	ผู้ป่วยทุกราย <u>ต้องมีผลทุกอันก่อนส่งตัวมารักษาต่อ</u> (ยกเว้น CA oropharynx ส่งย้อม p16 ไม่ต้องรอผลย้อมส่งมาก่อนได้)
FNA Cytology (ทุกอันที่มี)	
Anti-HIV	ผู้ป่วยทุกราย <u>ต้องมีผลภายใน 1 เดือน</u> ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ
CBC	
BUN	
Cr	
Electrolyte	
LFT	
HBsAg	
PT ,PTT ,INR ,Blood group กรณีจะผ่าตัด	

EKG	
CXR และ X-ray อื่นๆ ที่มี	
CT Head and neck with contrast	ผู้ป่วยทุกราย ต้องมีผลภายใน 2 เดือน ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ
เตรียมช่องปากก่อนฉายแสง	ผู้ป่วยทุกราย ต้องเตรียมภายใน 2 สัปดาห์ ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก

1. การรักษาหลักคือการฉายรังสี และการให้ยาเคมีบำบัด โดยอาจฉายรังสีก่อน หรือให้ยาเคมีบำบัดนำก่อน ขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์ การผ่าตัดไม่มีบทบาท เพราะฉะนั้นผู้ป่วยทุกระยะส่งมาที่หน่วยงานรังสีรักษา **ขอส่งมา ENT ก่อนเพื่อประมาณ staging ที่ถูกต้องก่อน**
2. ก่อนการฉายรังสี ผู้ป่วยต้องปรึกษาทันตแพทย์ เพื่อเตรียมช่องปาก ดังนั้นเพื่อให้ล่าช้า **ในทุก Case ที่สงสัยมะเร็งบริเวณของ ENT นั้นขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอผลPatho หรือรอInvestigation ต่างๆให้ปรึกษาทันตแพทย์เตรียมช่องปากรอไว้เลย และขอทราบวันที่ทำฟันเสร็จ วันที่ถอนฟันซี่สุดท้าย หรือคาดว่าจะถอนฟันซี่สุดท้ายเสร็จ เพื่อกำหนดวันนัดการฉายรังสีได้ถูกต้อง**
3. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Investigations	รายการตรวจก่อน Refer
Patho(ทุกอันที่มี)	ผู้ป่วยทุกราย ต้องมีผลทุกอันก่อนส่งตัวมารักษาต่อ
FNA Cytology (ทุกอันที่มี)	
HIV	ผู้ป่วยทุกราย ต้องมีผลภายใน 1 เดือน ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ
CBC	
BUN, Cr	
LFT, HBsAg	
Electrolyte	
EKG	
CXR และ X-ray อื่นๆ ที่มี	
MRI with gd or CT Head and Neck with contrast (prefer MRI)	ผู้ป่วยทุกราย ต้องมีผลภายใน 2 เดือน ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ
Ultrasound upper abdomen N2-3 Disease	
เตรียมช่องปากก่อนฉายแสง	ผู้ป่วยทุกราย ต้องเตรียมภายใน 2 สัปดาห์ ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ
Nutritional assessment (ทำGastrostomyได้เลย ถ้า Feed อาหารไม่ได้)	

According to the World Health Organization (WHO), NPC is classified into 3 subtypes:

- Keratinizing squamous cell carcinoma (WHO type 1)
- Nonkeratinizing squamous cell carcinoma (WHO type 2)
- Undifferentiated or poorly differentiated carcinoma, including lymphoepithelioma and anaplastic variants (WHO type 3)

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

1. ผู้ป่วย Stage T1, T2 ที่มี Node -ve ให้การรักษาด้วยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวไม่ต้องให้เคมีบำบัดหรือฉายรังสีเพิ่มเติม
2. ผู้ป่วย Stage T3 ที่มี Node - ve และไม่มี High risk features (Grade 3-4, Lymphatic/vascular Invasion, Bowel obstruction, <12 Lymph nodes examined localized perforation, Close, Indeterminate or Positive margins) อาจพิจารณาผ่าตัดติดตาม
3. จะพิจารณาให้เคมีบำบัด ผู้ป่วย Stage T3 ที่มี High risk features หรือ ผู้ป่วย Stage T4 หรือ ผู้ป่วย LN +ve ต้องให้เคมีบำบัดหลังผ่าตัด
4. ผู้ป่วย Stage T4 บางรายที่ไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด อาจจำเป็นต้องได้รับการฉายรังสีภายหลังการผ่าตัด
5. การ Work up lab for staging ก่อนส่งตัวมาที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

Investigations	รายการตรวจก่อน Refer
CBC	<p>ผู้ป่วยทุกราย <u>ต้องมีผลภายใน 1 เดือน</u> ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ</p>
BUN	
Cr	
LFT	
CEA	
HBsAg	
Anti-HIV	
EKG	
CXR และ X-ray อื่นๆ ที่มี	
CT whole abdomen + CT Chest with contrast	
Colonoscope	<p>ถ้ามีผลการตรวจ <u>ให้แนบผลการตรวจล่าสุด</u> <u>ของทุกอัน</u>ที่มีการตรวจ ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ</p>
Operative note	
Barium enema (ถ้ามี)	
Patho	
FNA Cytology	

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย

1. ผู้ป่วย Stage T3, T4 หรือ Node +ve ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการฉายรังสีร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด พร้อมกัน เป็น Concurrent therapy แต่ถ้าผู้ป่วย Performance status ไม่ดี จะพิจารณาให้การรักษาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งเป็น Sequential therapy
2. พิจารณา Pre op RT+CMT กรณีประเมินแล้วเป็น T3 T4 หรือ Node +ve แล้วจึงผ่าตัด โดยระยะเวลาที่เหมาะสมคือ 5-12 สัปดาห์หลังฉายรังสี
3. พิจารณา Post op RT+CMT กรณีผ่าตัดไปแล้ว Patho T3, T4 หรือ Node +ve
4. การฉายรังสีจะฉายประมาณ 25-28 ครั้ง
5. พิล์ม CT- Abdomen, Colonoscope, การให้ประวัติตำแหน่งของก้อนระยะเท่าไรจาก Anal verge จะช่วยในการกำหนดตำแหน่งในการฉายรังสีได้แม่นยำเพิ่มขึ้น
6. ขอให้ทางต้นสังกัดพิจารณาทำ Colostomy มาก่อนการฉายรังสี ในกรณีที่มี Impending obstruction, Nearly/circumferential tumor ที่ Pass scope ไม่ได้ เนื่องจากช่วงที่ฉายรังสี ก่อนจะบวมขึ้น กรณีมีการผ่าตัดยก Colostomy ไม่ควรวางในตำแหน่งที่ใกล้กับบริเวณที่จะฉายรังสี
7. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Investigations	รายการตรวจก่อน Refer
CBC	<p>ผู้ป่วยทุกราย ต้องมีผลภายใน 1 เดือน ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ</p>
BUN	
Cr	
LFT	
CEA	
HBsAg	
Anti-HIV	
EKG	
CXR และ X-ray อื่นๆ ที่มี	
CT whole abdomen + CT Chest with contrast	
Colonoscope	<p>ถ้ามีผลการตรวจ ให้แนบผลการตรวจล่าสุด ของทุกอันที่มีการตรวจ ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ</p>
Operative note	
Patho	
FNA Cytology	

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

1. ถ้าเป็น Early stage ให้ปรึกษาอายุรกรรมทางเดินอาหารเพื่อประเมินการผ่าตัดก่อนเสมอ
2. ในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ ให้ส่งมาปรึกษาอายุรกรรมทางเดินอาหาร เพื่อประเมินแนวทางการรักษาอื่นๆ เช่น การจี้ด้วยไฟฟ้า (RFA) หรือ ฉีดยาเคมีอุทลอดเลือดในตับ (TACE)
3. กรณี Metastasis ร่วมกับ Child A cirrhosis มี Role ของ Targeted Rx ให้ส่งมาปรึกษาเคมีบำบัด
4. ถ้าผู้ป่วยเป็น Child C cirrhosis (Ascitesหรือ Total Bilirubin >3) ให้พิจารณา Supportive ที่โรงพยาบาลของท่าน
5. ต้องทำการตรวจ CT –SCAN 3 phase upper abdomen ทุกราย **ต้องเป็นผลภายใน 2 เดือน** เพื่อกำหนดระยะโรคและวางแผนการรักษา
6. การ Work up lab for staging ก่อนส่งตัวมาที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ดังต่อไปนี้

Investigations	รายการตรวจก่อน Refer
CBC	<p align="center">ผู้ป่วยทุกราย ต้องมีผลภายใน 1 เดือนก่อนส่งตัวมารักษาต่อ</p>
INR	
BUN	
Cr	
Electrolyte	
LFT	
HBsAg	
Anti HCV	
Anti-HIV	
PTT	
PT	
INR	
AFP	
CA 19-9	
CEA	
UA	
EKG	
CXR	

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

1. การรักษาจะขึ้นกับ Recurrence risk ของผู้ป่วย โดยประเมินจากระยะของโรค, Gleason score, ค่า PSA
2. การรักษาผู้ป่วยกลุ่ม low risk
 - ติดตามการดำเนินโรค โดยยังไม่ให้การรักษาเฉพาะโดยทันที โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มที่อายุมากแล้ว
 - การฉายรังสี จะเริ่มหลังจากทำ Transurethral resection แล้วอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ เพื่อลด Urethral stricture
 - ผ่าตัด Radical prostatectomy with pelvic lymph node dissection (If predicted probability of lymph node metastasis $\geq 2\%$)
3. การรักษาผู้ป่วยกลุ่ม Intermediate risk และ High risk หรือมี Regional Lymph node metastasis
 - การรักษาหลัก คือ การฉายรังสีร่วมกับ **Androgen-deprivation therapy (ADT)**
4. การรักษาผู้ป่วยที่มีการกระจายของโรคไปที่อื่น
 - **Androgen-deprivation therapy (ADT)** จะเป็นการรักษาหลัก กรณีไม่ตอบสนองจะพิจารณาให้ยาเคมีบำบัด
 - Palliative local treatment เช่น Palliative radiotherapy
5. การฉายรังสีหลังผ่าตัด Prostatectomy อาจพิจารณาในผู้ป่วยดังต่อไปนี้
 - Positive margin(s), Seminal vesicle involvement, Extraprostatic extension ใดๆอย่างหนึ่ง
 - ระดับ PSA > 0.2 ng/dL อาจพิจารณา Salvage RT
6. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Investigations	รายการตรวจก่อน Refer
Patho (ทุกอันที่มี)	ผู้ป่วยทุกราย <u>ต้องมีผลภายใน 1 เดือน</u> ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ
PSA	
CBC	
HIV	
BUN Cr	
LFT	
HBsAg	
CXR	
EKG	
Bone scan	
Operative note	
CT Chest + Whole Abdomen	
MRI prostate (multiparametric MRI is preferred)	

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์

ชนิด Papillary or Follicular cell

1. ทำการผ่าตัด Total หรือ Near total thyroidectomy ก่อนรับการรักษาด้วยสารกัมมันตรังสี I-131
2. ถ้าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Lobectomy ต้องทำการผ่าตัด Completion thyroidectomy ก่อนรับการรักษาด้วยสารกัมมันตรังสี I-131
3. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Investigations	รายการตรวจก่อน Refer
Calcium	ผู้ป่วยทุกราย <u>ต้องมีผลภายใน 1 เดือน</u> ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ
Albumin	
CBC	ถ้ามีผลการตรวจ <u>ให้แนบผลการตรวจล่าสุดของทุกอัน</u> ที่มีการตรวจก่อนส่งตัวมารักษาต่อ
BUN Cr	
LFT	
CXR	
EKG	
Operative note	
Patho (ทุกอันที่มี)	

การส่งและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งปอด

กรณีการส่งผู้ป่วย ดังนี้

1. การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัย ในผู้ป่วยที่สงสัยมะเร็งปอด หรือสงสัยมะเร็งที่อื่นลุกลามมาในทรวงอก (ก้อนในปอด น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลืองข้างหลอดลมหรือขั้วปอดโต) (Chest Clinic)

2. การส่งต่อผู้ป่วยมาเพื่อการรักษา (กรณีที่มีผลชิ้นเนื้อหรือน้ำแล้ว)

1) การผ่าตัดมะเร็งปอดระยะต้น (Chest Clinic)

2) การรักษาด้วยยา (เคมีบำบัด ยาพุ่งเป้า ภูมิคุ้มกันบำบัด) (Onco Clinic)

3) การรักษาด้วยการฉายรังสี

3.1) การฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมี (RT Clinic)

3.2) การฉายรังสีในภาวะฉุกเฉิน

- Brain metastasis (RT Clinic) กรณีที่เป็น Single brain metastasis

พิจารณาปรึกษาศัลยแพทย์สมองมาก่อน ว่าสามารถผ่าตัดได้หรือไม่ก่อน

- Spine metastasis with cord compression (RT Clinic)

- SVC obstruction ที่นอนราบได้ (RT Clinic)

- SVCO ที่นอนราบไม่ได้ (RT Clinic+Chest Clinic) เพื่อคุยเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจระหว่าง

การฉายรังสี

- Symptomatic Combine lobe atelectasis or Total lung atelectasis (Chest

Clinic) เพื่อประเมินการใส่ Stent กรณีที่ไม่สามารถทำได้จะส่ง Palliative RT

4) การรักษาภาวะ Malignant pleural effusion (Medical pleurodesis, Pleural catheter)

(Chest Clinic) กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยจาก Pleural effusion ให้ทางโรงพยาบาลต้นสังกัด

Intermittent thoracentesis เพื่อบรรเทาอาการเบื้องต้นก่อน

(ถ้ายังไม่มียาผลชิ้นเนื้อไม่แนะนำให้ใส่ Chest drain เนื่องจากจะทำ Pleuroscopy ได้ยาก)

3. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Investigations	รายการตรวจก่อน Refer
CBC	ผู้ป่วยทุกราย <u>ต้องมีผลภายใน 1 เดือน</u> ก่อนส่งตัวมารักษาต่อ
BUN, Cr	
Electrolyte	
LFT	
Anti HIV	
HbsAg	
EKG	

Investigations	รายการตรวจก่อน Refer
Sputum AFB/Gene x pert กรณีสงสัยมี Co-infection TB	
-ส่งตรวจ Serum EGFR Mutation ในกรณี NSCLC	
-Pathology/Cytology report (ถ้ามี) (ทั้งผล Positive และ Negative), block slide (ถ้ามี)	
-Operative/Bronchoscopy report (ถ้ามี)	
-Spirometry result ถ้ามี	
Imaging พร้อมผล Official report และขอให้แปลงเป็น File DICOM ใส่ CD มาด้วย <ol style="list-style-type: none"> a. CT chest with contrast b. CXR ช่วงการป่วยนี้และย้อนหลัง 5 ปี (ถ้ามี) c. ถ้าผู้ป่วยมีอาการทางสมอง ที่เปลี่ยนแปลงในช่วง 1 เดือน ให้ทางโรงพยาบาลต้นสังกัดทำ CT brain with contrast d. Imaging อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป่วยในครั้งนี้ 	

หมายเหตุ : 1. รายการยาปัจจุบันที่ใช้อยู่ (ถ้ามีให้นำมาด้วย)

2. ให้ระบุแผนกที่ต้องการปรึกษามาเลย (ถ้าสามารถระบุได้)

3. กรณีผู้ป่วยมีอาการที่สงสัยว่าอาจจะมีโรคหัวใจ ในช่วง 1 เดือน เช่น Angina pain, Abnormal EKG ให้ทางโรงพยาบาลต้นสังกัดปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ เพื่อรักษาควบคุมอาการโรคหัวใจให้ดีขึ้นแล้วจึงส่งมาที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี