

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
Lopburi Cancer Hospital

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1. การรักษาหลักๆเป็นการผ่าตัด ส่วนการรักษาเสริมจะเป็นการฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด การให้ยาฮอร์โมนบำบัด
2. ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนมาก ถ้าก้อน Tumorมีขนาด >5 mm หรือมีลักษณะ Cell เป็นแบบ Moderate/Poorly differentiated หรือ Unfavorable features เช่น Angiolymphatic invasion จะต้องได้รับการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดทุกรายไม่ว่าจะเป็น การฉายรังสี ให้ยาเคมีบำบัด ให้ยาฮอร์โมนบำบัด
3. การส่งตรวจ ER, PR, HER-2 ทุกราย รวมถึงcaseที่กลับเป็นซ้ำต้องตรวจ หรือถ้าไม่ได้ส่งตรวจขอยืม Block Slideให้ผู้ป่วยนำติดตัว มาด้วย/หรือส่งตรวจเพิ่มเติมและส่งผลมาตามหลังได้
4. การผ่าตัด Breast conservative surgery ก่อนทำผ่าตัดทุกครั้งต้องทำ Mammogram ทุกราย เพื่อจะพิจารณาว่า มีข้อห้ามในการผ่าตัดวิธี Breast conservative surgeryหรือไม่
5. การฉายแสงจะทำในผู้ป่วย
 - ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Breast conservative surgery ทุกราย
 - ผ่าตัด MRM ที่มี Patho tumorมีขนาด>5 cm (Stage T3, T4) or LN+ve \geq 4 or Margin Close <1 mm or Margin +ve
6. รายละเอียดประวัติการให้ยาเคมีบำบัด วันที่เริ่ม วันที่ครบ สูตรที่ให้ จำนวน Cycle ที่ได้รับ (ถ้าให้ยา Hormone บอกชื่อยาด้วย)
7. ข้อเสนอแนะในการผ่าตัด การลงแผลผ่าตัดกับรู Drain ไม่ควรห่างกันมาก เพราะจะมีผลทำให้ Field Radiation ใหญ่ขึ้นโดยไม่จำเป็น
8. การWork up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Patho(ทุกอันที่มี)
FNA Cytology (ทุกอันที่มี)
ย้อมER PR HER2
HIV
CBC
BUN Cr
LFT , HBsAg
EKG
Operative note
Ultrasound upper abdomenตั้งแต่T3N1
CXR และX-rayอื่นๆที่มี

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

1. การจัดการแบ่งการรักษาหลัก

- ผู้ป่วยที่เป็นระยะ Early stage คือ stage 0 –IIa การรักษาจะเป็นการผ่าตัดเป็นหลัก ขอให้พิจารณาปรึกษา Gynecologic Oncology โดยทั่วไปมักจะไมผ่าตัดใน Stage IIa
- ผู้ป่วยที่เป็นระยะ ที่ชัดเจนว่าผ่าตัดไม่ได้คือตั้งแต่ระยะ IIb หรือระยะ Early stage แต่ไม่เหมาะกับการผ่าตัดให้พิจารณาส่งรังสีรักษาเพื่อฉายแสง ใส่แร่ หรือร่วมกับ ให้อาเคมีบำบัด

2. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Patho (ทุกอันที่มี)
FNA Cytology (ทุกอันที่มี)
Pap smear
CBC
BUN , Cr
LFT , HIV
EKG
Operative note (ถ้ามี)
CT Whole abdomen
CXR และ X-ray อื่นๆที่มี
Consult URO ถ้ามี Obstructive uropathy

NCCN2013: Optional for <= stage IB1 = CXR, CT

Optional for >= stage IB2 cystoscopy/proctoscopy with biopsy ถ้าสงสัย มี involvement

3. ขอให้พิจารณาผล Lab และ X-ray แกะไขให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม Lab ที่พบผิดปกติบ่อยคือ

- HIV +ve พิจารณาปรึกษาแพทย์อายุรกรรม เพื่อประเมินการ Treatment antiretroviral agent
- Hb ต่ำให้พิจารณาการให้เลือดเพื่อ Keep Hb ≥ 10
- Cr สูงหรือสงสัย obstructive uropathy ให้ส่งทำ Ultrasound เพื่อประเมินว่ามี Obstruction uropathy หรือไม่ถ้ามีขอให้ปรึกษา Uro surgeon เนื่องจากรพ.มะเร็งลพบุรีไม่มี Uro surgeon

4. การประเมินผู้ป่วยก่อนการรักษาถ้า Performance status ไม่ดี ECOG > 3 ส่วนมากมักจะไมให้อาเคมีบำบัด หรือฉายรังสี มักจะให้การรักษาแบบ Palliative care หรือ Best supportive care ที่ใกล้บ้านเพื่อความสะดวก อาจพิจารณา ให้อาตติผู้ป่วยมาติดต่อก่อน หรือส่ง Mail ข้อมูลผู้ป่วยมาก่อนได้

5. ถ้ามีการส่ง CT whole abdomen แล้วไม่จำเป็นต้องส่ง IVP

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

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งมดลูก

1. ผู้ป่วยส่วนมากมักจะเป็น Early stage การรักษาคือการผ่าตัด ตามด้วยรังสีรักษา และหรือ การให้ยาเคมีบำบัด
2. การ Work up staging ที่สำคัญ จะเป็น Surgical staging จากผล Patho และ Operative note
3. CT scan ในรายที่สงสัย extra uterine involvement, Operative note ขอทราบ residual tumor ด้วยหรือ Investigation อื่นๆตามความเหมาะสมของ Underlying disease (กรณี Active) เช่น โรคหัวใจ ควรปรึกษาอายุรแพทย์ร่วมประเมินด้วย
4. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Patho(ทุกอันที่มี)
FNA Cytology (ทุกอันที่มี)
Pap smear
HIV
CBC
BUN
Cr
LFT
EKG
Operative note (ถ้ามี)
CXR และ X-ray อื่นๆที่มี
Consult URO Sx ถ้ามี
Obstructive uropathy

หมายเหตุ : โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ยังไม่มีแพทย์ผ่าตัดทางด้านนรีเวช (กำลังศึกษาต่อ) ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ มะเร็งปากมดลูก ที่ต้องได้รับการผ่าตัดสามารถส่งไปได้ที่

1. ศูนย์แพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
62 ม.7 อ. องค์กรักษ์ จ. นครนายก 037-395085-6
2. รพ.ธรรมศาสตร์
3. รพ.ราชวิถี
4. รพ.สระบุรี 082 - 1991717, 061 - 4038882

เมื่อผ่าตัดแล้วสามารถส่งกลับมาฉายรังสีต่อได้

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่

1. โดยทั่วไปการผ่าตัดเป็นวิธีการหลักในการรักษามะเร็งรังไข่ และกำหนดระยะของโรค แล้วจึงพิจารณาให้เคมีบำบัดในรายที่มีข้อบ่งชี้
2. ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่เหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดเป็นเบื้องต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายที่พิจารณาแล้วว่าไม่สามารถผ่าตัดเนื้อออกออกได้หมดหรือเหลือน้อยกว่าขนาด1 cm. (Suboptimal residual tumor) อาจพิจารณาให้เคมีบำบัดในเบื้องต้นก่อน
3. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Patho
Operative note
CBC
FBS
BUN Cr
CA125
LFT
HIV , E' lyte
B-HCG , AFP ,LDH ในอายุ<30ปี
EKG
CXR
U/S pelvis/ CT Pelvis หรือ CT whole abdomenพร้อมผลอ่าน

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

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ
(ยกเว้นมะเร็งหลังโพรงจมูก)

1. การรักษาหลักคือการผ่าตัด หรือฉายรังสี+/- การให้ยาเคมีบำบัด หรือผ่าตัดแล้วมาฉายรังสีต่อ
2. ผู้ป่วยที่มีก้อนที่คอให้ ENT exam ก่อน ถ้าพบ Primary lesion ให้ Biopsy primary lesion โดยไม่ต้องBiopsy ก้อนที่คอ
3. ถ้าตรวจร่างกายแล้วผู้ป่วยมีแนวโน้มเกิดภาวะ Upper airway obstruction หรือจาก CT แล้ว Airway แคบลงมากกว่า 50% ให้พิจารณาทำ Prophylactic tracheostomy
4. หลังผ่าตัดแล้วมีข้อบ่งชี้ในการฉายรังสีต่อ ขอให้รับส่งฉายรังสีหลังผ่าตัดประมาณ 3-6 สัปดาห์
5. ผู้ป่วยที่เจาะคอให้เปลี่ยนเป็น Tube plastic ก่อนมาฉายรังสี
6. ผู้ป่วยส่วนมากทุกรายต้องฉายรังสีก่อน ยกเว้นผู้ป่วยCaseวิจัย หรือCase ที่มี Distance metastasis แล้ว อาจพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดไปก่อน
7. ก่อนการฉายรังสี ผู้ป่วยต้องปรึกษาทันตแพทย์เพื่อเตรียมช่องปาก ดังนั้นเพื่อให้ล่าช้า ในทุกCase ที่สงสัยมะเร็งบริเวณของ ENT นั้น ขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอผลPatho หรือรอ Investigation ต่างๆให้ปรึกษาทันตแพทย์เตรียมช่องปากรอไว้เลย และขอทราบวันที่ทำฟันเสร็จ วันที่ถอนฟันซี่สุดท้าย หรือ คาดว่าจะถอนฟันซี่สุดท้ายเสร็จ เพื่อกำหนดวันนัดการฉายรังสีได้ถูกต้อง
8. ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารไม่ได้ ให้ใส่ NG tube feed อาหาร หรือทำ Gastrostomy เพื่อ Improve Nutrition
9. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Patho (ทุกอันที่มี)
FNA Cytology (ทุกอันที่มี)
HIV
CBC
BUN, Cr
LFT , HBsAg
E' lyte
EKG
CT Head and neck
CXR และX-rayอื่นๆที่มี
เตรียมช่องปากก่อนฉายแสง
PT ,PTT ,INR ,Blood group กรณีจะผ่าตัด

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก

1. การรักษาหลักคือการฉายรังสี +/- การให้ยาเคมีบำบัด การผ่าตัดไม่มีบทบาทเพราะฉะนั้นผู้ป่วยทุกระยะส่งมาที่หน่วยงานรังสีรักษา
2. ส่วนมากทุกรายต้องฉายรังสีก่อน ยกเว้นผู้ป่วยCaseวิจัยหรือCase ที่มี Distance metastasis แล้วอาจจะพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดไปก่อน
3. ก่อนการฉายรังสี ผู้ป่วยต้องปรึกษาทันตแพทย์เพื่อเตรียมช่องปาก ดังนั้นเพื่อให้ล่าช้า ในทุก Case ที่สงสัยมะเร็งบริเวณของ ENT นั้นขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอผลPatho หรือรอInvestigation ต่างๆให้ปรึกษาทันตแพทย์เตรียมช่องปากรอไว้เลย และขอทราบวันที่ทำฟันเสร็จ วันที่ถอนฟันซี่สุดท้าย หรือคาดว่าจะถอนฟันซี่สุดท้ายเสร็จ เพื่อกำหนดวันนัดการฉายรังสีได้ถูกต้อง
4. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Patho(ทุกอันที่มี)
FNA Cytology (ทุกอันที่มี)
HIV
CBC
BUN, Cr
LFT, HBsAg
E' lyte
EKG
CT Head and Neck
Ultrasound upper abdomen WHO class 2-3/N2-3 Disease
CXR และX-rayอื่นๆที่มี
เตรียมช่องปากก่อนฉายแสง
Nutritional assessment (ทำGastrostomywได้เลย ถ้าFeedอาหารไม่ได้)

The World Health Organization (WHO) classification for nasopharyngeal cancer is used most often.

Type 1 represents well to moderately well-differentiated squamous cell cancers.

Type 2 denotes nonkeratinizing tumors, including transitional carcinoma and lymphoepithelioma.

Type 3 represents undifferentiated carcinomas, including lymphoepithelioma, Anaplastic, clear cell, and spindle cell variants.

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

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

Patho(ทุกอันที่มี)
FNA Cytology (ทุกอันที่มี)
HIV
CBC
BUN
Cr
LFT
CEA
HBsAg
EKG
Colonoscope
Operative note
Barium enema
CXR และX-rayอื่นๆที่มี
Ultrasound upper Abdomen
CT whole abdomen

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย

1. ผู้ป่วย Stage T3, T4 หรือ Node +ve ต้องได้ รับการรักษาด้วยวิธีการฉายรังสีร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด พร้อมกัน เป็น Concurrent therapy แต่ถ้าผู้ป่วย Performance status ไม่ดี จะพิจารณาให้การ รักษาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งเป็น Sequential therapy
2. พิจารณา Pre op RT+CMT กรณี ประเมินแล้วเป็น T3 T4 หรือ Node +ve ผ่าตัดลำบาก ต้องการ เก็บ Sphincter เพิ่ม Local control โดยจะให้ Concurrent radiation +Chemo 2 Cycle
→ ผ่าตัด → Chemo 4 Cycles
3. พิจารณา Post op RT+CMT กรณี ผ่าตัดไปแล้ว Patho T3, T4 หรือ Node +ve โดยจะให้ Chemo 2 Cycles → Concurrent radiation +Chemo 2 cycles → Chemo 2 Cycles
4. การฉายรังสีจะฉายประมาณ 28 ครั้ง
5. พिल्ม Barium, CT- Abdomen, การให้ประวัติตำแหน่งของก้อนระยะเท่าไรจาก Anal verge หรือ การ วางClip จะช่วยในการกำหนดตำแหน่งในการฉายรังสีได้แม่นยำเพิ่มขึ้น
6. กรณีมีการผ่าตัดยก Colostomy ไม่ควรวางในตำแหน่งที่ใกล้กับบริเวณที่จะฉายรังสี
7. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Patho(ทุกอันที่มี)
FNA Cytology (ทุกอันที่มี)
HIV
CBC
BUN
Cr
LFT
CEA
HBsAg
EKG
Colonoscope
Operative note
Barium enema
CXR และ X-ray อื่นๆ ที่มี
Ultrasound upper Abdomen
CT whole abdomen

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งปอด

1. ถ้าเป็น Early stage ผู้ป่วย Performance status ดีเหมาะแก่การผ่าตัดให้ส่งไปผ่าตัดกับแพทย์ ศัลยกรรมทรวงอกใกล้บ้าน (โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ไม่สามารถผ่าตัดได้) ภายหลังรับการผ่าตัดแล้วให้ส่งผู้ป่วยมารับ Adjuvant Chemotherapy
2. ถ้าเป็น Advanced stage หรือ Early stage แต่ผ่าตัดไม่ได้ หรือผู้ป่วยไม่ยอมผ่าตัด สามารถส่งมาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีเพื่อให้ฉายรังสี และให้ยาเคมีบำบัดตามความเหมาะสม
3. กรณีฉุกเฉินที่พบบ่อยคือ SVC obstruction ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงต้องใส่ท่อช่วยหายใจและต้องต่อกับเครื่องช่วยหายใจ หรือนอนราบ นอนนิ่งๆไม่ได้ หรือต้องมีคนดูแลติดตัวผู้ป่วยตลอด จะทำการฉายรังสีไม่ได้ เพราะการฉายรังสีนั้นผู้ป่วยจะต้องนอนราบ นิ่งๆบนเตียงฉายรังสีนานประมาณ 10 นาที โดยที่ในห้องฉายรังสีไม่มีเครื่องช่วยหายใจ และไม่สามารถเข้าไปอยู่ในห้องฉายรังสีร่วมกับผู้ป่วยได้เพราะจะได้รับรังสีในปริมาณสูงมาก
4. ต้องทำการตรวจ CT –SCAN Chest ทุกราย เพื่อกำหนดระยะโรค
5. การวินิจฉัยจำเป็นต้องได้ผล Patho อาจจะต้องปรึกษาแพทย์หลายสาขาตามตำแหน่งที่มีอยู่ของก้อน (โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีสามารถ Biopsy tissue โดยใช้ CT-SCAN เป็นตัว Guide จากแพทย์แผนกรังสีวินิจฉัยเท่านั้น และไม่มีแพทย์อายุรกรรมโรคปอด หรือแพทย์ศัลยกรรมทรวงอก)
6. ถ้ายังไม่มีผล Patho จะพิจารณาฉายรังสีในกรณีที่ ผู้ป่วยและญาติยินยอมที่จะรับได้กับความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้เป็นโรคมะเร็ง และมีประวัติอื่นๆที่อาจสงสัยว่าเป็นมะเร็ง และ Performance status ECOG ≤ 3
7. **ผล Patho เป็นสิ่งสำคัญ** ควรต้องแยก Small cell lung cancer กับ Non small cell lung cancer เพราะจะมีผลต่อการพิจารณาเลือกสูตรยาเคมีบำบัดซึ่งจะใช้สูตรยาแตกต่างกัน
8. ถ้าผู้ป่วยมี Pleural effusion และมีอาการเหนื่อยมากสามารถ Supportive treatment ตามอาการ Tapping Effusion เป็นครั้งๆได้เลย ถ้าน้ำออกมากจะสามารถใส่สาย ICD และ Medical pleurodesis ได้ตามความเหมาะสม(ถ้าผู้ป่วยใส่ ICD อยู่อาจจะไม่สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้ จะต้องพิจารณาเป็นรายๆ)
9. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Patho(ทุกอันที่มี)	BUN Cr
FNA Cytology (ทุกอันที่มี)	LFT
Sputum cytology	HBsAg
Lung biopsy	EKG
Pleural effusion cytology	Bronchoscope
Block slide	Operative note
HIV	CT Chest
CBC	CXR และ X-ray อื่นๆที่มี

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งตับ

1. ถ้าเป็น Early stage ให้ปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อประเมินการผ่าตัดก่อนเสมอ
2. ในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ให้ส่งมาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เพื่อประเมินแนวทางการรักษาอื่นๆ เช่น การจี้ด้วยไฟฟ้า (RFA) หรือ ฉีดยาเคมีอุดหลอดเลือดในตับ (TACE)
3. กรณี Metastasis ร่วมกับ Child A cirrhosis มี Role ของ Targeted Rx ให้ส่งมาปรึกษาเคมีบำบัด
4. ถ้าผู้ป่วยเป็น Child C cirrhosis (Ascites หรือ Total Bilirubin >3) ให้พิจารณา Supportive ที่โรงพยาบาลของท่าน
5. ต้องทำการตรวจ CT –SCAN 3 phase upper abdomen ทุกราย เพื่อกำหนดระยะโรค
6. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

PTT
PT
AFP
CEA
CA199
HIV
CBC
INR
BUN
Cr
LFT
HBsAg
E'lyte
UA
EKG
CXR
Anti HCV

แนวทางการรักษาและการเตรียมข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

1. การรักษาจะขึ้นกับ Recurrence risk ของผู้ป่วย โดยประเมินจากระยะของโรค, Gleason score, ค่า PSA
2. การรักษาผู้ป่วยกลุ่ม low risk และ Intermediate risk
 - ติดตามการดำเนินโรค โดยยังไม่ให้การรักษาเฉพาะโดยทันที ในผู้ป่วยกลุ่มที่อายุน้อยแล้ว
 - 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 High risk หรือมี Regional Lymph node metastasis
 - การรักษาหลัก คือการฉายรังสีร่วมกับ long-term androgen-deprivation therapy (ADT)
4. การรักษาผู้ป่วยที่มีการกระจายของโรคไปที่อื่น
 - Androgen-deprivation therapy (ADT) จะเป็นการรักษาหลัก กรณีไม่ตอบสนองจะพิจารณาให้ยาเคมีบำบัด
 - Palliative local treatment เช่น Palliative radiotherapy
5. การฉายรังสีหลังผ่าตัด Prostatectomy มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยดังต่อไปนี้
 - pT3, Positive margin(s), Gleason score 8-10, Seminal vesicle involvement, ระดับ PSA ยังไม่ปกติหลังจากผ่าตัด 3 สัปดาห์
6. การ Work up lab for staging เพิ่มเติมดังต่อไปนี้

Patho (ทุกอันที่มี)
PSA
CBC
HIV
BUN Cr
LFT
HBsAg
CXR
EKG
Bone scan
Operative note
Pelvic CT or MRI (MRI is preferred over CT)

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

Patho (ทุกอันที่มี)
CBC
BUN Cr
LFT
calcium
CXR
EKG
Operative note