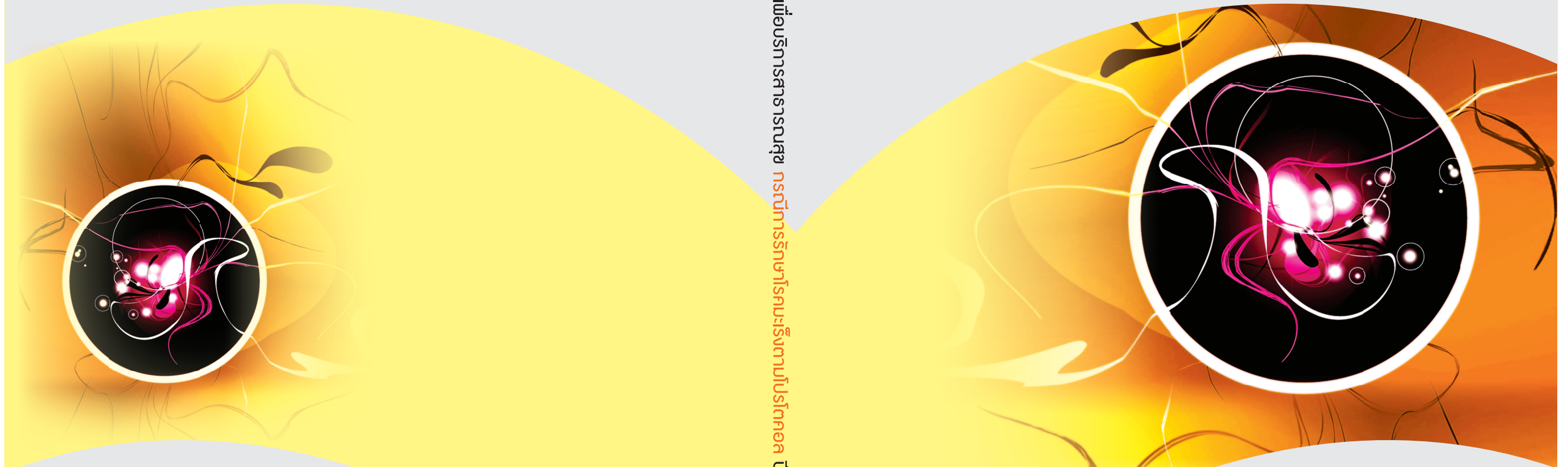




คู่มือ แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล ปีงบประมาณ 2556

คู่มือ

แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล ปีงบประมาณ 2556



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | National Health Security Office
120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรัฐประศาสนศาสตร์ "ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550"
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210 โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730

website : www.nhso.go.th
อ้างอิง : <http://eclaim.nhso.go.th>



สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คู่มือ

แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล

ปีงบประมาณ 2556

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คู่มือแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล ปีงบประมาณ 2556

ISBN 978-616-7323-71-8

พิมพ์ ครั้งที่ 1

จำนวน 1,400 เล่ม

จัดทำโดย สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ

“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

โทรศัพท์ 0-2141-4000 www.nhso.go.th

ออกแบบและพิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

โทรศัพท์ 0-2903-8257-9

สารบัญ

<u>ส่วนที่ 1</u>		หน้า
● บทที่ 1	หน่วยบริการที่สามารถเบิกจ่ายค่าชดเชย	1
● บทที่ 2	มะเร็งเต้านม	4
● บทที่ 3	มะเร็งปากมดลูก	12
● บทที่ 4	มะเร็งรังไข่	18
● บทที่ 5	มะเร็งโพรงหลังจมูก	27
● บทที่ 6	มะเร็งปอด	35
● บทที่ 7	มะเร็งหลอดอาหาร	46
● บทที่ 8	มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	51
● บทที่ 9	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	62
● บทที่ 10	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	68
● บทที่ 11	มะเร็งต่อมลูกหมาก	77
● ภาคผนวก		
	» ผนวก 1 การประเมินสถานะผู้ป่วย	80
	» ผนวก 2 แบบฟอร์มการแบ่งระยะมะเร็ง	82
	» ผนวก 3 ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพ	83
<u>ส่วนที่ 2</u>		
● แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข		86
	กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล	
	» รายการรหัสโรค (ICD-10)ของโรคมะเร็ง 10 ชนิด	94
	» รายการรังสีรักษาในการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล	98
	» รายละเอียดการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลสำหรับบันทึกข้อมูล	99
	ในโปรแกรม e-claim	



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการรักษาโรคมะเร็ง
เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าชดเชยการบริการทางการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อให้ผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งตามแนวทางการรักษาเดียวกัน และให้หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๕ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕ มอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ยกเลิกความในบทที่ ๒-๙ ของเอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาตาม Protocol ลงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๒

ข้อ ๒ ให้หน่วยบริการที่ขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ ปีขึ้นไป ถือปฏิบัติตามแนวทางการรักษาโรคมะเร็งแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ ประกาศนี้ให้มีผลใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๖ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๕

(นายพิรพล สุทธิวิเศษศักดิ์)
รองเลขาธิการ รักษาการแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทที่ 1

หน่วยบริการที่สามารถเบิกจ่ายค่าชดเชยการบริการทางการแพทย์ ตามแนวทางการรักษาโรคมะเร็ง ปี 2556 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่ให้บริการรักษาผู้ป่วย โรคมะเร็ง และสามารถเบิกจ่ายค่าชดเชยการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางการรักษาโรคมะเร็ง ปี 2556 ดังนี้

1.1 ความพร้อมด้านบริการ

1.1.1 สามารถให้บริการตรวจวินิจฉัยขั้นสุดท้าย และให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

1.1.2 สามารถให้บริการดูแลรักษาปัญหาและภาวะแทรกซ้อนต่างๆในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นผลจากการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง

1.1.3 มีระบบการบริหารเวชภัณฑ์ และสามารถสำรอง ยาเคมีบำบัด ฮอรัโมน และยาจำเป็นอย่างเพียงพอ และพร้อมใช้

1.1.4 มีระบบสารสนเทศ และ แบบบันทึกเวชระเบียน การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อตรวจประเมินแสดงผลทางสถิติ และการจัดทำรายงานด้านการบริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง และสามารถเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

1.1.5 มีระบบการส่งต่อ หรือเครือข่ายการดูแลรักษา และให้คำปรึกษาด้านการรักษา ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ระดับตติยภูมิเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ตลอดจนการส่งกลับให้กับหน่วยบริการต้นสังกัด

1.1.6 มีระบบการติดตามผลการรักษาดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง

1.1.7 ต้องผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation, HA หรือ ISO 9001:2000 ทั้งระบบหรือระบบ การรับรอง คุณภาพอื่นที่เป็นที่ยอมรับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ในกรณีที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ ต้องมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพโดยมีหลักฐานประกอบในการพิจารณา

1.2 ความพร้อมด้านสถานที่ อุปกรณ์และเครื่องมือ

1.2.1 มีการจัดสถานที่แยกเป็นสัดส่วน หรือมีระบบการสำรอง เตียงหรือสถานที่เพื่อใช้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านเคมีบำบัด หรือด้านรังสีรักษา ตามศักยภาพและความพร้อมของหน่วยบริการ

1.2.2 มีอุปกรณ์พร้อมสำหรับเตรียมยาเคมีบำบัดที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย รวมถึง Infusion pump เพียงพอ เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านเคมีบำบัด ตามศักยภาพและความพร้อมของ หน่วยบริการ

1.2.3 มี หรือ จัดให้มีบริการการตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งสามารถให้บริการตรวจชิ้นเนื้อทาง พยาธิ และการตรวจ Hormone receptors

1.2.4 มี หรือ จัดให้มีบริการการ ตรวจทางรังสีวิทยา ซึ่งสามารถให้บริการเพื่อ การวินิจฉัย โรคมะเร็งที่จำเป็น

1.2.5 ในกรณีที่มี หรือ จัดให้มีบริการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านรังสีรักษา โดยหน่วยรังสี รักษา นั้น ต้องผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อระดับตติยภูมิด้านรังสีรักษาใน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.3 ความพร้อมด้านบุคลากร

ต้องจัดให้มีบุคลากรประเภทต่างๆ โดยให้สอดคล้องกับศักยภาพการให้บริการรักษา ผู้ป่วย โรคมะเร็งของหน่วยบริการนั้น และต้องมีบุคลากรปฏิบัติงานเป็นการประจำ หรือประเภทกึ่งเวลา ในลักษณะ การปฏิบัติงานเป็นเวรผลัด สามารถให้การดูแล และให้คำปรึกษาได้โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง

1.3.1 ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา

1.3.2 ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก/สาขาลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สาขาพยาธิวิทยา/สาขากุมารศัลยศาสตร์

1.3.3 อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา

1.3.4 สูติรีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขามะเร็งวิทยานรีเวช

1.3.5 อายุรแพทย์/ศัลยแพทย์/สูติรีแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วย โรคมะเร็งด้านเคมีบำบัดตามที่ราชวิทยาลัยแพทย์แต่ละสาขากำหนด

1.3.6 รังสีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาวิชารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และสาขารังสีวินิจฉัย

1.3.7 พยาธิแพทย์

1.3.8 นักเทคนิคการแพทย์

1.3.9 นักรังสีเทคนิค หรือเจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์

1.3.10 เภสัชกรที่ผ่านการฝึกอบรมการเตรียมยาเคมีบำบัด

1.3.11 พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง โรคมะเร็ง มีความรู้ความชำนาญและมี ประสบการณ์ในการดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด/ฮอร์โมน/ฉายรังสี จำนวนเพียงพอใน การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ในกรณีข้อ 1.3.6 และ 1.3.7 ให้เป็นไปตามศักยภาพการให้บริการ หรือสามารถจัดหาเพื่อ ให้บริการได้ตามความเหมาะสมตามสภาพปัญหาของพื้นที่

2 คุณสมบัติของหน่วยบริการที่ให้บริการรักษาโรคมะเร็ง : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2556

2. หน้าที่ของหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่มีความพร้อมตามเกณฑ์ข้อ 1 มีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

2.1 ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางการรักษาโรคมะเร็ง ปี 2556

2.2 กำกับ สนับสนุน ดูแลผู้ให้บริการให้สามารถให้การดูแล รักษาตามมาตรฐานวิชาชีพที่สภาวิชาชีพกำหนด

2.3 หน้าที่อื่นๆ ตามที่กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และกฎหมายอื่นกำหนดไว้

3. หน่วยบริการที่มีความพร้อมตามคุณสมบัติที่กำหนด มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุข จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3.1 หน่วยบริการแจ้งความจำนงและขอประเมินคุณสมบัติได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต ทั้ง 13 เขต ได้ตั้งแต่วันที่ประกาศใช้เป็นต้นไป โดยเมื่อผ่านการประเมินตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว หน่วยบริการสามารถบันทึกข้อมูลสำหรับการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ ผ่านระบบ E-claim ตามแนวทางที่กำหนด

3.2 หน่วยบริการที่มีความพร้อมแต่ไม่ครบตามคุณสมบัติที่กำหนด

- 1) ในด้านสถานที่ จะสามารถเบิกค่าชดเชยค่าบริการได้ ตั้งแต่วันที่ประกาศใช้ จนถึงสิ้นปีงบประมาณ 2556
- 2) ในด้านบุคลากร จะสามารถเบิกค่าชดเชยค่าบริการได้ ตั้งแต่วันที่ประกาศใช้จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2556

บทที่ 2

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งเต้านม

เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ปี 2556

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้เกิดนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทบทวนการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โดยกำหนด Protocol เพื่อการเบิกจ่ายตามแนวทางการรักษาระดับล่าสุด และผ่านการพิจารณาโดยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ข้อบ่งชี้การรักษาเสริมมะเร็งเต้านมระยะแรกด้วยฮอร์โมน (Adjuvant hormonal therapy)

1. Tamoxifen

- 1.1 ในผู้ป่วย invasive carcinoma ที่มี hormone receptor เป็นบวก (ER and/or PR-positive)
- 1.2 ให้ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี
- 1.3 อาจพิจารณาให้ในผู้ป่วย ductal carcinoma in situ (DCIS) ที่มี hormone receptor เป็นบวก (ER and/or PR-positive) เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งข้างตรงข้าม ไม่มีข้อมูลเพิ่มอัตราการรอด และไม่ให้ในผู้ป่วยที่มี ER และ PR negative

2. ยากลุ่ม Aromatase Inhibitors (AI) (letrozole)

พิจารณาให้ในผู้ป่วยที่หมดประจำเดือนที่มีผล Hormone receptor เป็นบวก (ER and/or PR-positive) โดยรายละเอียดดังนี้

- 2.1 หากจำเป็นต้องใช้ AI ควรให้แบบ sequential คือให้ AI 2 ปี ต่อด้วย tamoxifen 3 ปี หรือ Tamoxifen 3 ปี ต่อด้วย AI 2 ปี
- 2.2 ในกรณีที่มีข้อห้ามใช้ Tamoxifen และ/หรือ ทนต่อการใช้ Tamoxifen ไม่ได้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 5 ปี
- 2.3 ในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่โรคจะกลับมาได้แก่กลุ่มที่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ให้ต่อจากการให้ Tamoxifen ครบ 5 ปีโดยให้ต่อระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี (กรณีที่ไม่เคยได้ AI มาก่อน)

สำหรับการหมดประจำเดือนควรพิจารณา ดังนี้

- 1) อายุน้อยกว่า 60 ปี หมดประจำเดือนจากผลของการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้าง หรือหมดประจำเดือนตามธรรมชาติอย่างน้อย 1 ปี ร่วมกับการตรวจระดับ hormone (FSH และ estradiol) ตาม criteria แต่ไม่ใช่ Chemotherapy-induced menopause
- 2) อายุมากกว่า 60 ปี

4 Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชดเชยการรักษามะเร็งเต้านม : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2556

ข้อบ่งชี้การรักษาเสริมมะเร็งเต้านมระยะแรกด้วยยาเคมีบำบัด (Adjuvant chemotherapy)

1. กลุ่ม triple negative (ER , PR และ HER2 negative) ที่มีขนาดก้อน ≥ 1 ซม.
2. กลุ่ม HER2 enriched tumor (ER, PR negative และ HER2 positive) ที่มีขนาดก้อน ≥ 1 ซม.
3. กลุ่ม ER และ/ หรือ PR positive ที่มี High risk ได้แก่ (ข้อใดข้อหนึ่ง)
 - 3.1 ไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง ร่วมกับ low ER/PR positivity หรือ grade III tumor หรือ HER 2 positive หรือ Ki-67 $> 14\%$ หรือ ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ > 5 ซม.
 - 3.2 มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้รักรั้ว 1-3 ต่อมน ร่วมกับ low ER/PR positivity หรือ grade III tumor หรือ HER 2 positive หรือ Ki-67 $> 14\%$ หรือ ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ > 2 ซม.
 - 3.3 มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้รักรั้ว ≥ 4 ต่อมน

ข้อบ่งชี้การรักษาเสริมมะเร็งเต้านมระยะแรกด้วยยาเคมีบำบัดชุด Taxane (Taxane-based adjuvant chemotherapy)

1. ยกกลุ่ม Taxane ได้แก่ การให้ Paclitaxel ในสูตรยาที่ 4 (Doxorubicin + Cyclophosphamide (AC) ตามด้วย Paclitaxel) พิจารณาให้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้รักรั้วเป็นหลัก ได้แก่
 - 1.1 กลุ่มที่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้รักรั้ว 1-3 ต่อมน และมี HER2 positive หรือ ER and PR negative
 - 1.2 กลุ่มที่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้รักรั้ว ≥ 4 ต่อมน
2. ยาสูตร TC (Docetaxel + cyclophosphamide) ให้ใช้ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามต่อการใช้ doxorubicin ได้แก่ เคยได้รับ doxorubicin มาก่อน หรือ LVEF $< 50\%$ หรือมีประวัติหัวใจวายเท่านั้น

ข้อบ่งชี้การให้ Neoadjuvant chemotherapy

1. ใช้ในผู้ป่วยระยะลุกลามเฉพาะที่ (Locally advanced breast cancer) ได้แก่ ระยะ T4 หรือ N2, N3 หรือ T3 บางรายที่ต้องการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ breast conservation หรือยังผ่าตัดไม่ได้
2. ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดได้ และต้องการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ breast conservation โดยมีข้อบ่งชี้ต้องได้รับ Adjuvant chemotherapy หลังผ่าตัด

ข้อบ่งชี้การรักษาเสริมมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายด้วยฮอร์โมน

1. ผล ER และ/หรือ PR เป็นบวก
2. กรณีไม่ทราบผล ER และ PR พิจารณาให้เมื่อ
 - 2.1 ระยะปลอดโรค (Disease -free interval) นานเกิน 2 ปี
 - 2.2 ตำแหน่งของการแพร่กระจายชนิดที่ไม่ทำให้เสียชีวิตโดยเร็ว เช่น ต่อมน้ำเหลือง, กระดูก, ผิวหนัง เป็นต้น

- 2.3 อายุมากกว่า 50 ปี
- 2.4 อยู่ในวัยหมดประจำเดือน
- 2.5 มีประวัติการตอบสนองต่อการรักษาด้วยฮอร์โมน มาก่อน

หลักเกณฑ์การรักษามะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายด้วยฮอร์โมน

1. ให้ครั้งละ 1 ชนิด ไม่ควรให้หลายชนิดพร้อมกัน โดยชนิดของยาที่ใช้ขึ้นกับภาวะประจำเดือน
2. ไม่ให้พร้อมยาเคมีบำบัด
3. เปลี่ยนชนิดฮอร์โมนเมื่อโรคลุกลามเท่านั้น
4. ชนิดของฮอร์โมนที่ใช้ ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยเป็นวัยก่อนหมดประจำเดือนหรือวัยหลังหมด

ประจำเดือน

4.1 ผู้ป่วยวัยก่อนหมดประจำเดือน ได้แก่ ผู้ป่วยที่ยังมีประจำเดือนอยู่หรือประจำเดือนหมดไปตามธรรมชาติไม่เกิน 1 ปี

- 1) ฮอร์โมนตัวแรกที่ใช้ คือ tamoxifen หรือ ovarian ablation
- 2) ฮอร์โมนตัวที่สองที่ใช้ คือ ovarian ablation หรือ tamoxifen หรือ progestin (megestrol acetate) อาจพิจารณาการรักษาต่อด้วย aromatase inhibitor ได้ หากไม่ตอบสนองต่อการรักษาดังกล่าวและหมดประจำเดือนจาก ovarian ablation แล้ว

4.2 ผู้ป่วยวัยหลังหมดประจำเดือน

- 1) ฮอร์โมนตัวแรกที่ใช้คือ Tamoxifen หากยังไม่เคยได้ยามาก่อนหรือหยุดยาในการรักษาหลังผ่าตัดเกิน 1 ปี หรือ aromatase inhibitor ในกรณีที่เคยได้ tamoxifen มาแล้วในการรักษาหลังผ่าตัดและหยุดยาน้อยกว่า 1 ปี หรือมีข้อห้ามใช้ Tamoxifen
- 2) ฮอร์โมนตัวที่สองที่ใช้ กรณีที่โรคลุกลามมากขึ้นหลังจากที่มีการตอบสนองต่อ tamoxifen ระยะเวลาหนึ่ง คือ aromatase inhibitor หรือ progestin (megestrol acetate)

ข้อบ่งชี้การรักษามะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายด้วยยาเคมีบำบัด

1. ผู้ป่วยที่มีผล Hormone receptor (ER และ PR) เป็นลบ (Endocrine non-responsive)
2. ผู้ป่วยที่โรคลุกลามหรือติดต่อการรักษาด้วยฮอร์โมน
3. ผู้ป่วยที่โรคแพร่กระจายอย่างรวดเร็วและอาจมีอันตรายถึงชีวิต

ข้อบ่งชี้การใช้สูตรยา (แต่ละสูตรให้ได้ไม่เกิน 6 รอบต่อครั้ง)

สูตรที่ 1 Classical CMF, FAC, AC

1. ผู้ป่วยไม่เคยได้รับ Adjuvant chemotherapy หลังผ่าตัด
2. ผู้ป่วยเคยได้รับ Adjuvant chemotherapy หลังผ่าตัดนานเกิน 2 ปี ยกเว้นกรณี Anthracycline-containing regimen แนะนำให้ใช้ยาเคมีบำบัดชุดใหม่แทน

สูตรที่ 2

2.1 Taxane group (docetaxel หรือ paclitaxel) กรณีได้ยา FAC, AC (Anthracycline-containing regimen) เป็นสูตรแรก หรือมีข้อห้ามในการใช้ Anthracycline-containing regimen

2.2 FAC, AC กรณีได้ยา CMF เป็นยาสูตรแรก

สูตรที่ 3 Capecitabine พิจารณาให้ในกรณีที่ได้ Taxanes เป็นยาสูตรที่ 2 หรือมีข้อห้ามในการใช้ taxanes

สูตรที่ 4 CMF พิจารณาให้ในกรณีที่ไม่เคยได้รับ CMF มาก่อน

หมายเหตุ ในกรณีที่เคยมีการตอบสนองดีระหว่างให้ยา ถ้าโรคกำเริบขึ้นใหม่หลังหยุดยาไปอย่างน้อย 6 เดือน อาจพิจารณาให้ได้อีก 1 ครั้ง ยกเว้นกรณี Anthracycline-containing regimen

ข้อบ่งชี้การใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1. Post mastectomy Radiotherapy

1.1 Four or more positive axillary lymph nodes

1.2 T3, T4

1.3 Positive (or closed < 1 mm) surgical margins

1.4 Pectoral fascia involvement

1.5 1-3 positive axillary nodes with inadequate axillary dissection (<10 nodes)

1.6 อาจพิจารณาให้ในกลุ่ม 1-3 positive axillary nodes โดยพิจารณาปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย ได้แก่ Age, Premenopausal status, Tumor > 2 cm., Nodal extracapsular extension, LVSI, Grade III, Hormonal receptors negative

2. Conservative Breast Therapy

2.1 Invasive ductal carcinoma ให้ภายใน 2-6 สัปดาห์ หลังผ่าตัดแบบ breast conserving surgery (BCS) กรณีไม่ได้ให้ยาเคมีบำบัด หรือหลังให้ยาเคมีบำบัด 3-4 สัปดาห์

2.2 Ductal Carcinoma in Situ

3. Inoperable tumor but without distant metastasis

4. Palliative Radiation Therapy

พิจารณาให้เพื่อบรรเทา ความปวด , เลือดออกหรือเป็นแผล , การกดเบียดเนื้อเยื่อปกติ , การอุดกั้นอวัยวะที่เป็นท่อกลวง, การกดทับไขสันหลัง การอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ ที่เกิดจากก้อนมะเร็ง โดยต้องคำนึงถึงผลการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา สภาพร่างกาย การพยากรณ์โรค และความสะดวกในการเดินทางมารักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้แพทย์ควรเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจได้เอง ซึ่งอาจจะใช้ External beam radiotherapy หรือ Brachytherapy ก็ได้

โดยพิจารณาให้การรักษาด้วยรังสีในกรณีต่อไปนี้

- 4.1 Palliative radiotherapy for unresectable primary tumor
- 4.2 Palliative radiotherapy for distant metastatic sites such as bone, brain, spine, lymph nodes, soft tissue and others
- 5. Locoregional Recurrence Breast Cancer
- 6. Ovarian Castration
 - 6.1 กลุ่มที่ไม่สามารถรักษาอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด /ปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ
 - 6.2 Premenopause และHormone receptor positive

.....

Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชุดเคมีบำบัดรักษามะเร็งเต้านม ปีงบประมาณ 2556

1. ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งเต้านมระยะแรก

สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
1. CMF (preferably oral regimen)	q 28 days	cyclophosphamide	100 mg/m ² /day PO day 1-14	100	14	6	8,400
		methotrexate	40 mg/m ² IV day1, 8	40	2	6	480
		5-fluorouracil	600 mg/m ² IV day1, 8	600	2	6	7,200
2. AC	q 21 days	doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	60	1	4	240
		cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400
3. FAC (CAF)	q 21 days	cyclophosphamide	500 mg/m ² IV day1	500	1	6	3,000
		doxorubicin	50 mg/m ² IV day1	50	1	6	300
		5-fluorouracil	500 mg/m ² IV day1	500	1	6	3,000
		doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	60	1	4	240
4. AC followed by paclitaxel as described	q 21 days	cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400
		followed by paclitaxel	175 mg/m ² IV day1	175	1	4	700
		doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	60	1	4	240
		cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400
		followed by paclitaxel	80 mg/m ² IV day1	80	1	12	960
5. TC*	q 21 days	docetaxel	75 mg/m ² IV day1	75	1	4	300
		cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400

การให้ยาเคมีบำบัดระยะแรก เลือกสูตรใดขึ้นอยู่กับภาวะผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

* สูตร TC สำหรับผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ Doxorubicin ได้แก่ เคยได้รับ doxorubicin มาก่อน หรือ LVEF <50% หรือมีประวัติหัวใจวายเท่านั้น

3. ชนิดและขนาดของฮอร์โมนรักษามะเร็งเต้านม ระยะแรก

กลุ่มฮอร์โมน	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/day)	Day	จำนวนที่ใช้รวม (mg)
Antiestrogen: Tamoxifen	20 mg/day per oral	20.0	1,825	36,500
Aromatase inhibitors (AI)*: Letrozole	2.5 mg/day per oral	2.5	1,825	4,562.5

ระยะเวลาที่ใช้ฮอร์โมน 5 ปี

*หากจำเป็นต้องใช้ AI ควรให้แบบ sequential คือให้ AI 2 ปี ต่อด้วย tamoxifen 3 ปี หรือ tamoxifen 3 ปี ต่อด้วย AI 2 ปี

4. ชนิดและขนาดของฮอร์โมนรักษามะเร็งเต้านม ระยะแพร่กระจาย

กลุ่มฮอร์โมน	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/day)	จำนวนที่ใช้รวม (mg/visit)*
Antiestrogen: Tamoxifen	20 mg/day per oral	20	Maximum ≤1,800 mg/visit (≤90 days/visit)
Selective aromatase inhibitors: Letrozole	2.5 mg/day per oral	2.5	Maximum ≤ 225 mg/visit (≤90 days/visit)
Progestin: Megestrol acetate	160 mg/day per oral	160	Maximum ≤ 14,400 mg/visit (≤90 days/visit)

ระยะเวลาที่ใช้ฮอร์โมนจนกว่าโรคกำเริบ

*การจ่ายยาครั้งละไม่เกิน 3 เดือน

บทที่ 3

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าชดเชยการบริการทางการแพทย์ ปี 2556 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้เกิดนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทบทวนการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการ รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก โดยกำหนด Protocol เพื่อการเบิกจ่ายตามแนวทางการรักษาลดต่ำสุด และผ่านการพิจารณาโดยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ข้อบ่งชี้การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก

การรักษาปฐมภูมิ (Primary treatment)

1. มะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IA1

- 1.1. พิจารณาทำผ่าตัด extrafascial hysterectomy (abdominal, vaginal หรือ laparoscopic)
- 1.2. ในกรณีที่พบมี lymphovascular space involvement (LVSI) อาจพิจารณาทำผ่าตัด modified radical hysterectomy (type 2) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน* (ระดับที่ 2B)
- 1.3. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด พิจารณาให้รังสีรักษา brachytherapy
- 1.4. ในกรณีที่ผู้ป่วยยังต้องการมีบุตร และไม่มี LVSI อาจพิจารณาทำผ่าตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวย (conization) โดยที่ขอบของ cone โดยรอบตรวจไม่พบเซลล์มะเร็ง (negative margins)
- 1.5. ในกรณีที่ผู้ป่วยยังต้องการมีบุตร และพบมี LVSI อาจพิจารณาทำผ่าตัด trachelectomy ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน* (ระดับที่ 2B)

หมายเหตุ* หลังผ่าตัด ในรายที่พบมี positive pelvic nodes ให้รังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด (concurrent chemoradiotherapy with platinum-based chemotherapy) เพิ่ม

2. มะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IA2

- 2.1. พิจารณาทำผ่าตัด modified radical hysterectomy (type 2) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน*
- 2.2. ในกรณีที่ไม่มีพบมี LVSI อาจพิจารณาทำผ่าตัด extrafascial hysterectomy ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน*
- 2.3. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด พิจารณาให้รังสีรักษา brachytherapy ± pelvic radiation ประมาณ 6-8 สัปดาห์

12 Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชดเชยการรักษามะเร็งปากมดลูก : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2556

2.4. ในกรณีที่ผู้ป่วยยังต้องการมีบุตร อาจพิจารณาทำผ่าตัด radical trachelectomy ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน* (ระดับที่ 2B)

หมายเหตุ* หลังผ่าตัด ในรายที่พบมี positive pelvic nodes ให้รังสีรักษาพร้อมกับยาเคมีบำบัด (concurrent chemoradiotherapy with platinum-based chemotherapy) เพิ่ม

3. มะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IB1, IIA (≤ 4 ซม.)

3.1. พิจารณาทำผ่าตัด radical hysterectomy (type 3) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน \pm สุ่มตัด (sampling) ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ para-aortic.* (ระดับที่ 1)

3.2. หรือ ให้รังสีรักษา pelvic radiation + brachytherapy ประมาณ 6-8 สัปดาห์

3.3. ในกรณี Stage IB1, ขนาด tumor ≤ 2 ซม. ที่ผู้ป่วยยังต้องการมีบุตร อาจพิจารณาทำผ่าตัด radical trachelectomy ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน \pm สุ่มตัด (sampling) ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ para-aortic.*

หมายเหตุ*

- หลังผ่าตัด ในรายที่ negative pelvic nodes แต่พบมี large primary tumor, deep stromal invasion หรือมี LVSI ควรพิจารณาให้รังสีรักษาเพิ่มบริเวณอุ้งเชิงกราน (adjuvant pelvic radiotherapy) เป็นรายๆไป

- หลังผ่าตัด ในรายที่พบมี positive pelvic nodes หรือ positive surgical margin ให้รังสีรักษาพร้อมกับยาเคมีบำบัด (adjuvant concurrent chemoradiotherapy with platinum-based chemotherapy) เพิ่ม (ระดับที่ 1)

- หลังผ่าตัด ในรายที่พบมี positive para-aortic nodes ให้พิจารณาทำ computed tomography (CT scan) ทรวงอก ถ้าผล negative ให้รังสีรักษา pelvic + para-aortic RT \pm brachytherapy แนะนำให้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วย ถ้าผล positive CT Scan ของทรวงอกให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือ รังสีรักษา

4. มะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IB2, IIA2 (> 4 ซม.)

4.1. พิจารณาทำผ่าตัด radical hysterectomy (type 3) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน \pm สุ่มตัด (sampling) ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ para-aortic.* หรือ

4.2. ให้รังสีรักษา pelvic radiation + brachytherapy ประมาณ 6-8 สัปดาห์ ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด(ระดับที่ 1) หรือ

4.3. ให้ยาเคมีบำบัด (neoadjuvant chemotherapy) แล้วทำผ่าตัด radical hysterectomy (type 3) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน \pm สุ่มตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณ para-aortic.* (ระดับที่ 2B)

หมายเหตุ *

- หลังผ่าตัด ในรายที่ negative pelvic nodes แต่พบมี large primary tumor, deep stromal invasion หรือมี LVSI ควรพิจารณาให้รังสีรักษาเพิ่มบริเวณอุ้งเชิงกราน (adjuvant pelvic radiotherapy) เป็นรายๆไป
- หลังผ่าตัด ในรายที่พบมี positive pelvic nodes หรือ positive surgical margin หรือ positive parametrium ให้รังสีรักษาพร้อมกับยาเคมีบำบัด (adjuvant concurrent chemoradiotherapy with platinum-based chemotherapy) เพิ่ม (ระดับที่ 1)
- หลังผ่าตัด ในรายที่พบมี positive para-aortic nodes ให้พิจารณาทำ computed tomography (CT scan) ทรวงอก ถ้าผล negative ให้รังสีรักษา pelvic + para-aortic RT ± brachytherapy แนะนำให้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วย ถ้าผล positive CT Scan ของทรวงอกให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือ รังสีรักษา

5. มะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IIB, IIIA, IIIB

พิจารณาให้รังสีรักษา pelvic radiation + brachytherapy ประมาณ 6-8 สัปดาห์ ร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด (ระดับที่ 1) ± adjuvant hysterectomy ใน stage IIB (ระดับที่ 3) อนึ่ง ในกรณีที่มี positive para-aortic LN ควรให้ para-aortic RT

6. มะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IVA

6.1. พิจารณาให้รังสีรักษา pelvic radiation + brachytherapy ประมาณ 6-8 สัปดาห์ ร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด (ระดับที่ 1) อนึ่ง ในกรณีที่มี positive para-aortic LN ควรให้ para-aortic RT

6.2 พิจารณาทำผ่าตัด pelvic exenteration ในผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะที่มี vesico-vaginal หรือ recto-vaginal fistula

7. มะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IVB

7.1. พิจารณาให้ยาเคมีบำบัด/ รังสีรักษาในบางกรณี

7.2. หรือ ให้การรักษาแบบ palliative (ควบคุมอาการเจ็บปวด, supportive & symptomatic, รังสีรักษาเฉพาะที่ แล้วแต่กรณี)

ข้อบ่งชี้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก เมื่อมีการกลับเป็นซ้ำของโรค (Recurrence)

1. กรณีเมื่อมี local recurrence ตามหลังการผ่าตัด radical surgery

1.1 พิจารณาให้รังสีรักษาพร้อมกับยาเคมีบำบัด หรือ ในผู้ป่วยบางรายที่มี central recurrence ขนาดเล็ก (< 2 ซม.) พิจารณาให้รังสีรักษาอย่างเดียว

1.2 หรือ พิจารณาทำผ่าตัด pelvic exenteration ในผู้ป่วยบางราย (โดยเฉพาะที่มี fistula) ที่การกระจายของโรคไม่ถึงกระดูกเชิงกราน (pelvic side wall) (ระดับที่ 2B)

2. กรณีเมื่อมี local recurrence ตามหลังรังสีรักษา

2.1 พิจารณาทำผ่าตัด pelvic exenteration ในผู้ป่วยบางราย ที่ประเมินแล้วว่าสามารถผ่าตัดตัวโรครอกได้ (ระดับที่ 2B) หรือ

2.2 พิจารณาให้ยาเคมีบำบัด (อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยบางราย)

2.3 การให้รังสีรักษาซ้ำ (อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยบางราย) ขึ้นกับระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษาครั้งแรกและสภาพผู้ป่วย

3. กรณีเมื่อมี recurrent metastatic cancer

พิจารณาให้ยาเคมีบำบัด (อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยบางราย) หรือ การให้รังสีรักษา (palliative radiation) หรือ การให้การรักษาดูแลอาการ (support care)

ข้อบ่งชี้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกด้วยการให้ Palliative Radiation Therapy

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก FIGO Stage IVB หรือ unresectable recurrent cancer สามารถพิจารณาให้รังสีรักษาได้ เพื่อบรรเทา ความปวด เลือดออกหรือเป็นแผล การกดเบียดเนื้อเยื่อปกติ การอุดตัน อวัยวะที่เป็นท่อกลาง การกดทับไขสันหลัง การอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ ที่เกิดจากก้อนมะเร็ง โดยต้องคำนึงถึงผลการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา สภาพร่างกายผู้ป่วย การพยากรณ์โรค ตลอดจนความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้แพทย์ควรเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจได้เอง ซึ่งอาจจะใช้ external beam radiotherapy หรือ brachytherapy ก็ได้ โดยพิจารณาให้การรักษาดังกล่าวในกรณีต่อไปนี้

1. Palliative radiotherapy for unresectable primary tumor
2. Palliative radiotherapy for distant metastatic sites such as bone, brain, spine,

lymph nodes, soft tissue and others

ตารางแสดง สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

Protocol	Single agent therapy	Combination therapy
1. Concurrent chemo-radiation	Cisplatin Carboplatin	Cisplatin / 5-FU
2. Neoadjuvant chemotherapy	Cisplatin	Cisplatin / 5-FU (level 2B)
3. First-line chemotherapy for advanced / recurrence cervical cancer	Cisplatin Carboplatin	Cisplatin / 5-FU (level 2B)
4. Second-line chemotherapy for advanced / recurrence cervical cancer	Mitomycin	

Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชุดเซยกการรักษามะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer) รั้งไข่ ปั้งบประมาณ 2556

Protocol 1: Concurrent chemoradiation

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยาก	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /day	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	Cisplatin	q 7 days	Cisplatin	40 mg/m ² IV day 1	40	1	6	240
2	Cisplatin	q 21-28 days	Cisplatin	70-75 mg/m ² IV day 1	70-75	1	3	210-225
3	Cisplatin/5-FU	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	75	1	3	225
4	Carboplatin	q 7 days	5-fluorouracil** Carboplatin (แทน cisplatin*)	1,000 mg/m ² IV day 1,2,3,4 AUC 2 mg/ml/min IV day 1	1,000 Maximum total dose ≤ 300 mg.	4 1	3 5-6	12,000 1,500-1,800 mg

Dose = AUC (GFR + 25)

GFR = [(140-age) x body wt. / 72 x Cr] x 0.85

Cr = mg/ml

* Carboplatin ใช้ในกรณีที่มีผู้ป่วยสูงอายุ หรือ มี renal insufficiency, cardiac disease, หรือ hypertensive disorders

** Please beware of severe side effects of fluorouracil with radiotherapy in this setting.

Protocol 2: Neoadjuvant chemotherapy

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยาก	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /day	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	75	1	1-2	75-150
2	Cisplatin/5-FU	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	75	1	3	225
			5-fluorouracil**	1,000 mg/m ² IV day 1,2,3,4	1,000	4	3	12,000

** Please beware of severe side effects of fluorouracil with radiotherapy in this setting.

Protocol 3: First-line chemotherapy for Advanced / Recurrent cervical cancer

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /day	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	75	1	6	450
2	Cisplatin/5-FU	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	75	1	3	225
3	Carboplatin*	q 21-28 days	5-fluorouracil**	1,000 mg/m ² IV day 1,2,3,4	1,000	4	3	12,000
			Carboplatin*	AUC 4-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750 mg.	1	6	4,500 mg

* Carboplatin ใช้ในกรณีที่มีผู้ป่วยสูงอายุ หรือ มี renal insufficiency, cardiac disease, หรือ hypertensive disorders

**Please beware of severe side effects of fluorouracil with radiotherapy in this setting.

Protocol 4: Second-line chemotherapy for Advanced / Recurrent cervical cancer

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose mg/m ² /day	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	Mitomycin	q 42-56 days	Mitomycin*	10 mg/m ² IV day 1	10	1	4	40

*การใช้ Mitomycin พิจารณาให้ทุก 42-56 วัน ไม่เกิน 4 cycles จนกว่าจะมีข้อห้าม ได้แก่ severe bone marrow suppression

บทที่ 4

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งรังไข่

เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าชดเชยการบริการทางการแพทย์ ปี 2556

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้เกิดนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทบทวนการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ โดยกำหนด Protocol เพื่อการเบิกจ่ายตามแนวทางการรักษาระดับล่าสุด และผ่านการพิจารณาโดยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ข้อบ่งชี้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่

1. มะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว (Epithelial Ovarian Cancer)

การรักษาปฐมภูมิ (Primary treatment)

1. ผู้ป่วยกรณี Early disease (FIGO stage I, II) หลังจากทำผ่าตัด staging laparotomy

1.1 ใน Stage IA หรือ IB Grade 1 ไม่มีการรักษาเพิ่มเติม

1.2 ใน Stage IA หรือ IB Grade 2-3 หรือ Stage IC Grade 1-3 ให้ยาเคมีบำบัดเพิ่มเติม (adjuvant platinum-based chemotherapy) 3-6 cycles (พยาธิวิทยาชนิด clear-cell ถือเป็น Grade 3)

1.3 ใน Stage II ให้ยาเคมีบำบัดเพิ่มเติม (adjuvant platinum-based chemotherapy) 6-8 cycles (ระดับที่ 1)

2. ผู้ป่วยกรณี Advanced disease (FIGO Stage III, IV)

2.1 หลังได้การวินิจฉัย (จากเซลล์วิทยาของน้ำในช่องท้อง หรือจากพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ) และประเมินผู้ป่วยแล้วว่าไม่สามารถทำการผ่าตัด cytoreductive surgery ได้ พิจารณาให้ยาเคมีบำบัด (neoadjuvant platinum-based chemotherapy) 3-6 cycles และตามด้วยการผ่าตัด cytoreductive surgery หลังผ่าตัดให้ยาเคมีบำบัด เพิ่มเติม (adjuvant platinum-based chemotherapy) 4-6 cycles

2.2 หลังการทำผ่าตัด cytoreductive surgery

2.2.1 ในรายที่สามารถผ่าตัดได้ optimal [รอยโรคที่เหลืออยู่ (residual disease) แต่ละจุดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 1.0 ซม.] พิจารณาให้ยาเคมีบำบัดเพิ่มเติม (adjuvant platinum-based chemotherapy) 6 -8 cycles หรือ ให้รังสีรักษาเพิ่มเติม (adjuvant whole abdominal + whole pelvic radiation) ในรายที่มี microscopic disease (ระดับที่ 2B)

2.2.2 ในราย ที่ผ่าตัดได้ suboptimal พิจารณาให้ยาเคมีบำบัด platinum-based chemotherapy 3-6 cycles อาจจะทำตามด้วย interval debulking surgery หลังผ่าตัดให้ยาเคมีบำบัดเพิ่มเติม (adjuvant platinum-based chemotherapy) 4-6 cycles (ระดับที่ 1)

การรักษาผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค (Recurrence) - Salvage therapy

1. ในรายที่มี complete remission และโรคกลับมา (relapse) ≥ 6 เดือนหลังหยุดยาเคมีบำบัด พิจารณาให้ยาเคมีบำบัด first-line platinum-based chemotherapy เดิม

2. ในรายที่มี complete remission และโรคกลับมา (relapse) ≥ 6 เดือนหลังหยุดยาเคมีบำบัด พิจารณาผ่าตัด secondary cytoreductive surgery และให้ยาเคมีบำบัด first-line platinum-based chemotherapy เดิม

3. ในรายที่มี complete remission และโรคกลับมา (relapse) < 6 เดือนหลังหยุดยาเคมีบำบัด พิจารณาให้ยาเคมีบำบัด second-line chemotherapy หรือให้การรักษาระดับประคับประคอง (supportive care)

หมายเหตุ

- ก. ในกรณีผู้ป่วย Stage III, IV ที่มี partial response ต่อ first-line chemotherapy พิจารณาให้ยาเคมีบำบัด second-line chemotherapy หรือให้รังสีรักษาบริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกรานใน Stage III บางราย (ระดับที่ 2B)
- ข. ในรายที่มี progression หรือ stable disease ต่อ first-line chemotherapy พิจารณาให้การรักษาระดับประคับประคอง (supportive care) หรือ ให้ยาเคมีบำบัด second-line chemotherapy

ข้อบ่งชี้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ด้วย การให้ Palliative Radiation Therapy

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ FIGO Stage IV สามารถพิจารณาให้รังสีรักษาได้ เพื่อบรรเทา ความปวด เลือดออกหรือเป็นแผล การกดเบียดเนื้อเยื่อปกติ การอุดตันอวัยวะที่เป็นท่อกลาง การกดทับไขสันหลัง การอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ ที่เกิดจากก้อนมะเร็ง โดยต้องคำนึงถึงผลการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา สภาพร่างกาย การพยากรณ์โรค และความสะดวกในการเดินทางมารักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้แพทย์ควรเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจได้เอง ซึ่งอาจจะใช้ external beam radiotherapy หรือ brachytherapy ก็ได้ โดยพิจารณาให้การรักษาด้วยรังสีในกรณีต่อไปนี้

1. Palliative radiotherapy for unresectable primary tumor
2. Palliative radiotherapy for distant metastatic sites such as bone, brain, spine, lymph nodes, soft tissue and others

2. มะเร็งรังไข่ชนิด Epithelial Ovarian Cancer of Low Malignant Potential (LMP)

การรักษาปฐมภูมิ (Primary treatment)

1. ในรายผู้ป่วยต้องการมีบุตร พิจารณาทำผ่าตัด conservative surgery ร่วมกับ comprehensive staging
 - 1.1 ใน FIGO Stage I-IV ที่ไม่มี invasive implants ไม่มีการรักษาเพิ่มเติม
 - 1.2 ใน FIGO Stage I-IV ที่มี invasive implants ให้การรักษาเหมือน epithelial ovarian cancer
2. ในรายผู้ป่วยไม่ต้องการมีบุตร พิจารณาทำผ่าตัด complete staging surgery และหลังผ่าตัด
 - 2.1 ใน FIGO Stage I-IV ที่ไม่มี invasive implants ไม่มีการรักษาเพิ่มเติม
 - 2.2 ใน FIGO Stage I-IV ที่มี invasive implants ให้การรักษาเหมือน epithelial ovarian cancer

การรักษาผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค (Recurrence)

พิจารณาทำการผ่าตัด ร่วมกับการ debulking ในรายที่มีข้อบ่งชี้ และหลังผ่าตัด

- ในรายที่ไม่มี invasive implants ไม่มีการรักษาเพิ่มเติม
- ในรายที่มี invasive implants ให้การรักษาเหมือน epithelial ovarian cancer

สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ชนิด Epithelial Ovarian Cancer (EOC) & EOC of LMP

First-line chemotherapy

- สูตรที่ 1 Carboplatin ร่วมกับ Cyclophosphamide
- สูตรที่ 2 Carboplatin ร่วมกับ Paclitaxel
- สูตรที่ 3 Cisplatin ร่วมกับ Cyclophosphamide
- สูตรที่ 4 Cisplatin ร่วมกับ Paclitaxel
- สูตรที่ 5 Carboplatin

Second-line chemotherapy

- สูตรที่ 1 Carboplatin
- สูตรที่ 2 Paclitaxel
- สูตรที่ 3 Gemcitabine
- สูตรที่ 4 Oral Etoposide
- สูตรที่ 5 Carboplatin / Paclitaxel
- สูตรที่ 6 Cisplatin / Paclitaxel

3. มะเร็งรังไข่ชนิด Malignant Ovarian Germ Cell Tumors

การรักษาปฐมภูมิ (Primary treatment)

หลังจากการทำผ่าตัด staging laparotomy (fertility-sparing surgery ร่วมกับการทำ comprehensive staging ในผู้ป่วยที่ต้องการมีบุตร)

1. ในรายที่เป็น Dysgerminoma
 - 1.1 FIGO Stage I ไม่มีการรักษาเพิ่มเติม
 - 1.2 FIGO Stage II-IV ให้ยาเคมีบำบัดเพิ่มเติม (adjuvant chemotherapy) หรือให้รังสีรักษาในผู้ป่วยบางราย
2. ในรายที่เป็น Non-Dysgerminomatous tumors [Endodermal sinus tumor (EST), Embryonal tumor (ET), Immature teratoma (Im T)]
 - 2.1 FIGO Stage I, grade 1, Im T ไม่มีการรักษาเพิ่มเติม
 - 2.2 FIGO Stage I, grade 2, 3 หรือ FIGO Stage II-IV Im T ให้ยาเคมีบำบัดเพิ่มเติม (adjuvant chemotherapy)
 - 2.3 FIGO Stage I – IV EST, ET ให้ยาเคมีบำบัดเพิ่มเติม (adjuvant chemotherapy)

การรักษาผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค (Recurrence)

1. พิจารณาให้รังสีรักษาในรายที่เป็น Dysgerminoma
2. พิจารณาทำผ่าตัดในรายที่ผลการตรวจ (investigations) พบว่ามีก้อน และ tumor markers อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. พิจารณาให้ยาเคมีบำบัด second-line chemotherapy ในรายที่พบว่า tumor markers อยู่ในระดับสูงต่อเนื่อง

4. มะเร็งรังไข่ชนิด Malignant Sex Cord-Stromal Tumors

การรักษาปฐมภูมิ (Primary treatment)

1. หลังจากการทำผ่าตัด fertility-sparing surgery ร่วมกับการทำ comprehensive staging ในผู้ป่วยที่ต้องการมีบุตร ในกรณีที่ FIGO Stage IA, IC ไม่มีการรักษาเพิ่มเติม
2. หลังจากการทำผ่าตัด staging laparotomy
 - 2.1 FIGO Stage IA, IB ไม่มีการรักษาเพิ่มเติม
 - 2.2 FIGO Stage I, grade 3 หรือ ruptured IC หรือ FIGO Stage II-IV พิจารณาให้ยาเคมีบำบัดเพิ่มเติม (adjuvant cisplatin-based chemotherapy) หรือ (regimen เดียวกันกับที่ใช้ใน germ cell tumor) หรือให้รังสีรักษา (radiation therapy)

การรักษาผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค (Recurrence)

1. พิจารณาผ่าตัด secondary cytoreductive surgery และ/หรือ ให้ยาเคมีบำบัด
2. พิจารณาให้รังสีรักษา หรือ
3. ให้การรักษาแบบประคับประคอง (supportive care)

สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ชนิด Malignant Ovarian Germ Cell Tumors & Malignant Sex Cord-Stromal Tumors

First-line chemotherapy

- สูตรที่ 1 BEP (1)
- สูตรที่ 2 BEP (2)
- สูตรที่ 3 VBP
- สูตรที่ 4 VAC

Second-line chemotherapy

- สูตรที่ 1 PE
 - สูตรที่ 2 VIP
 - สูตรที่ 3 Paclitaxel
-

Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชดเชยค่ารักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ ปีงบประมาณ 2556

Protocol 1 : Chemotherapy in Epithelial Ovarian Cancer (EOC) & EOC of low malignant potential (LMP) First-line: Adjuvant chemotherapy & Neoadjuvant chemotherapy

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาด & วิธีใช้	Dose (mg/m ² /d)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	Carboplatin / Cyclophosphamide	q 21-28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750 mg.	1	3-6	2,250-4,500 mg
			Cyclophosphamide	600 mg/m ² , IV	600	1	3-6	1,800-3,600
2	Carboplatin / Paclitaxel	q 21-28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750 mg.	1	3-8	2,250-6,000 mg
			Paclitaxel	175 mg/m ² , IV	175	1	3-8	525-1,400
3	Cisplatin / Cyclophosphamide	q 21-28 days	Cisplatin	75-100 mg/m ² , IV	75-100	1	3-6	225-600
			Cyclophosphamide	600 mg/m ² , IV	600	1	3-6	1,800-3,600
4	Cisplatin / Paclitaxel	q 21-28 days	Cisplatin	75-100 mg/m ² , IV	75-100	1	3-6	225-600
			Paclitaxel	175 mg/m ² , IV	175	1	3-6	525-1,050
5	Carboplatin	q 28 days	Carboplatin	AUC 6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750 mg.	1	3-8	2,250-6,000 mg

สูตรที่ 1,2 ใช้กันทั่วไป
สูตรที่ 5 ใช้ในผู้สูงอายุ หรือในรายที่มี Performance status (ECOG score) ไม่ดี

Dose = AUC(GFR + 25)

GFR = [(140 - age) x body wt. / 72 x Cr] x 0.85
โดย Cr = mg/ml

**Protocol 2 : Chemotherapy in Epithelial Ovarian Cancer (EOC) & EOC of low malignant potential (LMP)
Second-line chemotherapy:**

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาด & วิธีใช้	Dose (mg/m ² /d)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
1	Carboplatin	q 28 days	Carboplatin	AUC 6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750 mg.	1	6	4,500 mg
2.1	Paclitaxel	q 21-28 days	Paclitaxel	175-200 mg/m ² , IV	175-200	1	6	1,050-1,200
2.2	Paclitaxel	q 28 days	Paclitaxel	80 mg/m ² , IV day 1,8,15	80	3	6	1,440
3.1	Gemcitabine **	q 21 days	Gemcitabine	800-1,250 mg/m ² , IV day 1,8	800-1250	2	6	9,600-15,000
3.2	Gemcitabine **	q 28 days	Gemcitabine	1,000 mg/m ² , IV day 1,8,15	1000	3	6	18,000
4	Etoposide	q 28 days	Etoposide	50 mg/m ² , PO day 1-21	50	21	6	6,300
5*	Carboplatin / Paclitaxel	q 21-28 days	Carboplatin Paclitaxel	AUC 5-6 mg/ml/min, IV 175 mg/m ² , IV	Maximum total dose ≤ 750 mg. 175	1 1	3-6 3-6	2,250-4,500 mg 525-1,050
6*	Cisplatin / Paclitaxel	q 21-28 days	Cisplatin Paclitaxel	75-100 mg/m ² , IV 175 mg/m ² , IV	75-100 175	1 1	3-6 3-6	225-600 525-1,050

* สูตรที่ 5, 6 ใช้ในรายที่ Recurrent (Platinum – sensitive)

** Gemcitabine ใช้เป็น subsequent line ใน Advanced ovarian cancer ที่ดื้อยาในกลุ่ม Taxane

**Protocol 3 : Chemotherapy in Malignant Ovarian Germ Cell Tumors & Malignant Sex Cord-Stromal Tumors
First-line: Adjuvant chemotherapy**

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาด & วิธีใช้	Dose (mg/m ² /d)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
1	BEP(1)	q 28 days	Bleomycin	12-15 U/d, IV day 1,2,3	12-15 U/d	3	3-6	108-270 U
			Etoposide	100 mg/m ² , IV day 1-5	100	5	3-6	1,500-3,000
			Cisplatin	75-100 mg/m ² , IV	75-100	1	3-6	225 - 600
2	BEP(2)	q 28 days	Bleomycin	10-20 U/d, IV day1	10-20 U/d	1	12	120-240 U
			Etoposide	100 mg/m ² , IV day 1-5	100	5	3-6	1,500-3,000
			Cisplatin	20 mg/m ² , IV day 1-5	20	5	3-6	300-600
3	VBP	q 21 days	Vinblastine	12 mg/m ² , IV	12	1	3-6	36-72
			Bleomycin	20 units/d, IV day1	20 U/d	1	12	120-240 U
			Cisplatin	20 mg/m ² , IV day 1-5	20	5	3-6	300-600
4	VAC	q 28 days	Vincristine	1 mg/m ² , IV	1	1	3-6	3-6
			Dactinomycin	300 microgram/m ² ,IV day 1-5	300 microgram	5	3-6	4,500-9,000 microgram
			Cyclophosphamide	150 mg/m ² , IV day 1-5	150	5	3-6	2,250-4,500

**Protocol 4 : Chemotherapy in Malignant Ovarian Germ Cell Tumors & Malignant Sex Cord-Stromal Tumors
Second-line chemotherapy:**

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาด & วิธีใช้	Dose (mg/m ² /d)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
1.1	PE	q 28 days	Cisplatin *	20 mg/m ² IV day 1-5	20	5	6	600
			Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5		2,250 – 3,000
			Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750 mg.	1		4,500 mg
2.1	VIP	q 28 days	Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5	6	2,250 – 3,000
			Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5		2,250 – 3,000
			Ifosfamide	4 gm/m ² IV in 24 hrs	4,000	1		24,000
			Mesna	4 gm/m ² IV in 24 hrs day1,2	4,000	2		48,000
			Cisplatin*	20 mg/m ² IV day 1-5	20	5		600
2.2	VIP	q 28 days	Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5	6	2,250 – 3,000
			Ifosfamide	4 gm/m ² IV in 24 hrs	4,000	1		24,000
			Mesna	4 gm/m ² IV in 24 hrs day 1,2	4,000	2		48,000
			Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750 mg.	1		4,500 mg
3	Paclitaxel	q 21-28 days	Paclitaxel	175 – 200 mg/m ² IV	175-200	1	6	1,050 – 1,200

หมายเหตุ *ในบางกรณี ที่ไม่สามารถใช้ cisplatin พิจารณาใช้ carboplatin แทน

บทที่ 5

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งโพรงหลังจมูก เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ปี 2556 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้เกิดนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทบทวนการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการ รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งโพรงหลังจมูก โดยกำหนด Protocol เพื่อการเบิกจ่ายตามแนวทางการรักษาลับล่าสุด และผ่านการพิจารณาโดย ความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ข้อบ่งชี้การรักษาโรคมะเร็งโพรงหลังจมูก

การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation Treatment)

รังสีรักษาถือเป็นการรักษามาตรฐานหลักของมะเร็งโพรงหลังจมูก โดยมีข้อบ่งชี้ คือ

1. การรักษาเพื่อหวังผลหายขาด
 - 1.1 ในโรคระยะที่ 1,2,3 และ 4 ที่ยังไม่มีการกระจายของโรคไปที่อื่น
 - 1.2 มีการกลับขึ้นมาใหม่เฉพาะที่โพรงหลังจมูกโดยมีระยะเวลาห่างจากการรักษาครั้งแรกมากกว่า 1 ปี
2. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ
 - 2.1 โรคระยะที่ 4 ที่มีการกระจายของโรคไปที่อื่น
 - 2.2 โรคที่กลับขึ้นมาใหม่
 - 1) การกลับขึ้นมาใหม่เฉพาะที่โพรงหลังจมูกโดยมีระยะเวลาห่างจากการรักษาครั้งแรกน้อยกว่า 1 ปี
 - 2) มีการกลับขึ้นมาใหม่ที่มีการกระจายของโรคไปที่อื่น
3. เทคนิคการให้รังสีเพื่อรักษาหวังผลหายขาด
 - 3.1 เป้าหมายที่จะต้องได้รังสีจะต้องครอบคลุมตำแหน่งของมะเร็งปฐมภูมิ (Nasopharynx) ทิศทางการลุกลามเฉพาะที่ของโรค (Local tumor extension) และ ต่อมมน้ำเหลืองที่คอ (Lymphatic drainage of the neck)
 - 3.2 ปริมาณของรังสี
 - T1, T2 ใช้ปริมาณรังสี 65-70 Gy
 - T3, T4 ใช้ปริมาณรังสี 70 Gy

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา ต้องใช้ รังสีเอกซ์ หรือ รังสีแกมมา หรือ รังสีอิเล็กตรอน มีพลังงานสูง มากกว่าล้านโวลต์ สามารถวางลำรังสีได้หลายเทคนิค ได้แก่ Conventional Radiotherapy, 3-D Conformal Radiotherapy, IMRT (Intensity Modulated Radiotherapy), อาจพิจารณาให้ การรักษาเสริมด้วย Brachytherapy หรือ Stereotactic radiosurgery, Stereotactic radiotherapy

3.4 ควรใช้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาในระยะโรคที่ Stage II (T2N0M0, T1-2N1M0), III, IV (T3-4 or N1-3 M0) ที่ยังไม่มีการกระจายของโรคไปอวัยวะอื่น

4. เทคนิคการให้รังสีเพื่อบรรเทาอาการ

4.1 เป้าหมายที่จะต้องได้รังสี โดยทั่วไปจะครอบคลุมตำแหน่งของก้อนมะเร็ง

4.2 ปริมาณของรังสี

- 8-10 Gy ใน 1 ครั้ง หรือ
- 20-40 Gy ในเวลา 1- 4 สัปดาห์

4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา ต้องใช้รังสีเอกซ์ หรือ รังสีแกมมา หรือ รังสีอิเล็กตรอนที่มีพลังงาน สูงมากกว่าล้านโวลต์ สามารถวางลำรังสีได้หลายเทคนิค เช่น 2-D Conventional Radiotherapy, 3-D Conformal Radiotherapy, IMRT (Intensity Modulated Radiotherapy), Brachytherapy, Stereotactic radiosurgery, Stereotactic radiotherapy

4.4 พิจารณาใช้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วย ในผู้ป่วยที่มี ECOG Performance Status 0-2

ขอบเขตของรังสีที่ใช้ในการรักษา จะต้องครอบคลุมตำแหน่งของมะเร็งปฐมภูมิ (Nasopharynx) และทิศทางการลุกลามเฉพาะที่ของโรค (Local tumor extension) ตลอดจนต่อมน้ำเหลืองที่คอ (Lymphatic drainage of the neck)

5. การฉายรังสีรักษาในกรณีโรคระยะโรงหลังจุมกลับมาเป็นซ้ำ

ต้องใช้ความระมัดระวังกำหนดขอบเขต ของลำรังสีอย่างรัดกุมที่สุด ซึ่งอาจจะใช้วิธีต่อไปนี้ ได้แก่ 2-D, 3-D Conformal Radiotherapy, IMRT (Intensity Modulated Radiotherapy), Brachytherapy, Stereotactic radiosurgery, Stereotactic radiotherapy

6. Palliative Radiation Therapy

สามารถพิจารณาให้รังสีรักษาได้เพื่อบรรเทา ความปวด, เลือดออกหรือเป็นแผล, การกดเบียดเนื้อเยื่อปกติ, การอุดกั้นอวัยวะที่เป็นท่อกลวง การกดทับไขสันหลัง การอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ ที่เกิดจากก้อนมะเร็ง โดยต้องคำนึงถึงผลการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา สภาพร่างกาย การพยากรณ์โรค และความสะดวกในการเดินทางมารักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้แพทย์ควรเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจได้เอง ซึ่งอาจจะใช้ external beam radiotherapy หรือ Brachytherapy ก็ได้

การรักษาด้วยการผ่าตัด

1. Neck dissection ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีโรคในตำแหน่งต่อมน้ำเหลืองของคออยู่ภายหลัง 10-12 สัปดาห์หลังการรักษาด้วยรังสีรักษา โดยไม่พบการแพร่กระจายของโรคไปอวัยวะอื่น และยังสามารถที่จะผ่าตัดออกได้

2. อาจพิจารณา Nasopharyngectomy ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำของโรคที่ตำแหน่งโพรงหลังจมูก โดย มีข้อห้ามในกรณีที่มีการลุกลามเข้าไปยังกระดูก Base of skull

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

1. การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีในสำหรับโรคมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะที่ II-IV

ข้อพิจารณา

1.1 สำหรับผู้ป่วยมีโรคอยู่ในระยะ T2 หรือมากกว่า หรือมีการลุกลามของมะเร็งเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ โดยไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ไกลออกไป (Distant metastasis)

1.2 ผู้ป่วยควรมี Performance status ที่ดีมาก (ECOG 0-1) และไม่มีภาวะโรคร่วมที่อาจเป็นอันตรายจากการให้ยารักษาาร่วมกัน

สูตรยาที่แนะนำในการรักษาร่วมกับการฉายรังสี ได้แก่

- สูตรที่ 1 Cisplatin*
- สูตรที่ 2 Weekly Cisplatin*

*ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา Cisplatin ได้แก่ มีความเสี่ยงที่จะรับสารน้ำก่อนให้ยา Cisplatin, มีภาวะการทำงานของไตบกพร่องโดยมีค่า Creatinine clearance น้อยกว่า 50 ml/min ให้หยุดการให้ยา Cisplatin โดยฉายรังสีต่อจนครบตามแผน หรือให้ใช้ยา Carboplatin แทน

สูตรยาที่แนะนำในการรักษาเสริมภายหลังการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี คือ

PF** = Cisplatin* ร่วมกับ 5FU

*ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา Cisplatin ได้แก่ มีความเสี่ยงที่จะรับสารน้ำก่อนให้ยา Cisplatin, มีภาวะการทำงานของไตบกพร่องโดยมีค่า Creatinine clearance น้อยกว่า 50 ml/min ให้หยุดการให้ยาเคมีบำบัด หรือให้ใช้ยา Carboplatin แทน

**ใช้สูตรยารักษาเสริมภายหลังให้ยา Cisplatin ชนิดเดียวร่วมกับการฉายรังสี

2. การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีในสำหรับโรคมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะที่ II-IV

ข้อพิจารณา

ผู้ป่วยที่มี Performance status ดี (ECOG 0-1) และไม่มีภาวะโรคร่วมที่อาจเป็นอันตรายจากการให้ยาเคมีบำบัด แต่ไม่สามารถทนต่อการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดพร้อมกันกับการฉายรังสีได้ หรือเพื่อต้องการลดขนาดของก้อนมะเร็งก่อนการให้รังสี

สูตรยาเคมีบำบัดสูตรแรกสำหรับมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะที่ II-IV คือ

PF = Cisplatin* ร่วมกับ 5FU

*ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา Cisplatin ได้แก่ มีความเสี่ยงที่จะรับสารน้ำก่อนให้ยา Cisplatin, มีภาวะการทำงานของไตบกพร่องโดยมีค่า Creatinine clearance น้อยกว่า 50 mL/min ให้หยุดการให้ยาเคมีบำบัด หรือใช้ Carboplatin แทน

3. การให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะแพร่กระจายหรือกลับมาเป็นซ้ำ

ข้อพิจารณา

3.1 ยังไม่มีข้อมูลยืนยันจากการศึกษา Randomized control trial ว่าการให้ยาเคมีบำบัดในกรณีนี้จะช่วยเพิ่มอัตราการมีชีวิตรอด แต่ข้อมูลในการศึกษาแบบ non-randomized control trials พบว่าอาจมีประโยชน์ด้าน Palliative

3.2 การให้ยาเคมีบำบัดต้องมีการติดตามผลการรักษาโดยดูผลการตอบสนองทางรังสีวิทยาพร้อมกับ Performance status ของผู้ป่วยว่าได้ประโยชน์จากการรักษาหรือไม่ และให้ยาเคมีบำบัดได้ไม่เกิน 6 ชุด

3.3 การให้ยาเคมีบำบัดให้เลือกใช้เพียงสูตรใดสูตรหนึ่งเท่านั้น ผู้ป่วยหนึ่งรายใช้ยาได้ไม่เกิน 2 สูตร

สูตรยาเคมีบำบัดสำหรับมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะแพร่กระจายหรือกลับมาเป็นซ้ำ ได้แก่

- สูตร 1. Cisplatin* single agent
- สูตร 2. PF คือ Cisplatin* ร่วมกับ 5FU

*สามารถใช้ Carboplatin AUC 5-6 mg/mL/min, day 1 แทน Cisplatin ได้ในการพิจารณาของแพทย์ผู้รักษา

Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชดเชยค่ารักษาผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูก งบประมาณ 2556

Protocol 1.1 การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีสำหรับโรคมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะที่ II-IV ข้อพิจารณา

- 1.1 สำหรับผู้ป่วยมีโรคมะเร็ง T2b หรือมากกว่า หรือมีการลุกลามของมะเร็งเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ โดยไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ไกลออกไป (Distant metastasis)
- 1.2 ผู้ป่วยควรมี Performance status ที่ดีมาก (ECOG 0-1) และไม่มีภาวะโรคร่วมที่อาจเป็นอันตรายจากการให้ยารักษาพร้อมกัน

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกกับการฉายรังสี

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1A	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin*	100 mg/m ² day 1, 22, 43	100	3	3	900
1B	Carboplatin (แทน Cisplatin)	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min, IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	3	2,250 mg
2A	Weekly Cisplatin *	q 7 days	Cisplatin*	40 mg/m ² weekly ของการฉายรังสีระยะเวลาประมาณ 8 สัปดาห์	40	1	8	320
2B	Carboplatin (แทน Cisplatin)	q 7 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 2 mg/ml/min, IV weekly ของการฉายรังสีระยะเวลาประมาณ 8 สัปดาห์	Maximum total dose ≤ 300 mg	1	8	2,400 mg

*ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา Cisplatin ได้แก่

มีความเสี่ยงที่จะรับสารน้ำก่อนให้ยา Cisplatin หรือ มีภาวะการทำงานไตโดยมีค่า Creatinine clearance น้อยกว่า 50 ml/min ให้หยุดการให้ยา Cisplatin โดยฉายรังสีต่อจนครบตามแผน หรือ ใช้ Carboplatin แทน สูตรที่ 1 ใช้ขนาด AUC 5-6 mg/ml/min, day 1, 3 cycles สูตรที่ 2 ใช้ขนาด AUC 2 mg/ml/min, IV weekly ของการฉายรังสีระยะเวลาประมาณ 8 สัปดาห์, 8 cycles

Protocol 1.2 การให้ยาเคมีบำบัดรักษาเสริมภายหลังการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี สำหรับโรคมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะที่ II-IV

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาเสริมภายหลังการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี ผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูก

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	PF 1**	q 28 days	Cisplatin*	80 mg/m ² /day day 1	80	1	3	240
			5FU	1,000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	3	12,000
2	PF 2	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min, IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	3	2,250 mg
			5FU	1,000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	3	12,000

*ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา Cisplatin ได้แก่

มีความเสี่ยงที่จะรับสารน้ำก่อนให้ยา Cisplatin, มีภาวะการทำงานของไตผิดปกติ creatinine clearance น้อยกว่า 50 ml/min ให้หยุดการให้ยาเคมีบำบัด หรือใช้ Carboplatin แทน ขนาด AUC 5-6 mg/ml/min, day 1, 3 cycles

**ใช้สูตรยารักษาเสริมภายหลังให้ยา Cisplatin ชนิดเดียวกับกับการฉายรังสี

Protocol 2. การให้ยาเคมีบำบัดก่อนการฉายรังสีสำหรับโรคมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะที่ II-IV
ข้อพิจารณา

- 2.1. สำหรับผู้ป่วยมีโรตอยู่ในระยะ T2b หรือมากกว่า หรือมีการลุกลามของมะเร็งเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ โดยไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ไกลออกไป (Distant metastasis)
- 2.2 ผู้ป่วยควรมี Performance status ต่ำ (ECOG 0-2) และไม่มีภาวะโรคร่วมที่อาจเป็นอันตรายจากการให้ยาเคมีบำบัด แต่ไม่สามารถทนต่อการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดพร้อมกับการฉายรังสีได้

ขนาดและสูตรยาเคมีบำบัดสูตรแรกสำหรับมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะที่ II-IV

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	PF 1	q 28 days	Cisplatin*	80 mg/m ² /day day 1	80	1	3	240
			5FU	1000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	3	12,000
2	PF 2	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	3	2,250 mg
			5FU	1000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	3	12,000

*ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา Cisplatin ได้แก่
 มีความเสี่ยงที่จะรับสารน้ำก่อนให้ยา Cisplatin, มีภาวะการทำงานของไตบกพร่องโดยมีค่า Creatinine clearance น้อยกว่า 50 ml/min
 ให้หยุดการให้ยาเคมีบำบัด หรือใช้ Carboplatin แทน ขนาด AUC 5-6 mg/ml/min, day 1, 3 cycles

Protocol 3. การให้ยาเคมีบำบัดสำหรับโรคมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะแพร่กระจายหรือกลับมาเป็นซ้ำ ข้อพิจารณา

- 3.1 ยังไม่มีข้อมูลยืนยันจากการศึกษา Randomized control trial ว่าการให้ยาเคมีบำบัดในกรณีที่จะช่วยเพิ่มอัตราการมีชีวิตรอด แต่ข้อมูลในการศึกษาแบบ Non-randomized control trials พบว่าอาจมีประโยชน์ด้าน Palliative
- 3.2 การให้ยาเคมีบำบัดต้องมีการติดตามผลการรักษา โดยดูผลการตอบสนองทางสรีรวิทยาร่วมกับ Performance status ของผู้ป่วยว่าได้ประโยชน์จากการรักษาหรือไม่ และให้ยาเคมีบำบัดได้ไม่เกิน 6 ชุด
- 3.3 การให้ยาเคมีบำบัดให้เลือกรักษาเพียงชุดใดชุดหนึ่งเท่านั้น ผู้ป่วยหนึ่งรายให้ยาได้ไม่เกิน 2 ชุด

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดสำหรับใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกระยะแพร่กระจายหรือกลับมาเป็นซ้ำ

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1A	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin*	80 mg/m ² /day day 1	80	1	6	480
1B	Carboplatin (แทน Cisplatin)	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	3	2,250 mg
2A	PF 1	q 28 days	Cisplatin*	80 mg/m ² /day day 1	80	1	6	480
			5FU	1000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	6	24,000
2B	PF 2	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	3	2,250 mg
			5FU	1000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	6	24,000

*สามารถให้ Carboplatin AUC 5-6 mg/ml/min, day 1 แทน Cisplatin ได้ในการพิจารณาของแพทย์ผู้รักษา

บทที่ 6
แนวทางการรักษาโรคมะเร็งปอด
เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าชดเชยการบริการทางการแพทย์ ปี 2556
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้เกิดนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทบทวนการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด โดยกำหนด protocol เพื่อการเบิกจ่ายตามแนวทางการรักษาลับล่าสุด และผ่านการพิจารณาโดยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ข้อบ่งชี้การรักษาโรคมะเร็งปอด ชนิด Non-small cell lung cancer (NSCLC)

1. มะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะที่ I (stage I)

- T1a N0M0
- T1b N0M0

การรักษาตามศัลยกรรม

การรักษาหลักของผู้ป่วยคือ การผ่าตัด Curative lung resection with systematic lymph node dissections กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามต่อการผ่าตัด

การใช้รังสีรักษา

1. Postoperative radiation ในรายที่ closed หรือ positive margin
2. Radical radiation (3D-CRT) หรือ SBRT ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามต่อการผ่าตัด หรือปฏิเสธการผ่าตัด

2. มะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะที่ II (stage II)

- T1 N1 M0
- T2 N1 M0
- T3 N0 M0

การรักษาตามศัลยกรรม

1. กรณี T1 N1 M0, T2 N1 M0 พิจารณาการผ่าตัด curative lung resection with systematic lymph node dissections

2. กรณี T3 N0 M0 พิจารณาการผ่าตัด Curative enbloc chest well and lung resection with systematic lymph node dissections

การใช้รังสีรักษา

1. Postoperative radiation ในรายที่ closed หรือ positive margin หรือ positive node N2, N3
2. Radical radiation ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามต่อการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

เป็นการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด (adjuvant therapy) ภายหลังการผ่าตัด

ข้อพิจารณา

1. ให้เฉพาะในรายที่โรคมะเร็งอยู่ในระยะ II และ III ที่มีโรคในต่อมน้ำเหลืองหลังได้รับการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อมะเร็งออก
 2. ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 หรือ 1
- สูตรยาที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาเสริม ได้แก่
- สูตรที่ 1 cisplatin* ร่วมกับ vinorelbine**
 - สูตรที่ 2 PE คือ cisplatin* ร่วมกับ etoposide

หมายเหตุ

*สามารถใช้ carboplatin แทน cisplatin ได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา Cisplatin ได้แก่ มีความเสี่ยงที่จะรับสารน้ำก่อนให้ยา cisplatin มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง, เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงแม้ได้รับยาด้านอาเจียนที่เหมาะสม

** vinorelbine ร่วมกับ cisplatin มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 แต่ยังไม่ถูกรับรองใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงยังไม่สามารถเบิกจ่ายตามสิทธิระบบประกันสุขภาพได้

3. มะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะที่ III (stage IIIA)

- T1 N2 M0
- T2 N2 M0
- T3 N1 M0
- T3 N2 M0
- T4 N0 M0
- T4 N1 M0

การรักษาด้านศัลยกรรม

1. พิจารณาทำ EBUS (Endoscopic bronchial ultrasound) หรือ mediastinoscope (ในสถานพยาบาลที่สามารถทำได้) เพื่อหาว่ามีการลุกลามของโรคเข้า mediastinal lymph node หรือไม่

- 1) ถ้า mediastinal lymph node positive พิจารณาให้ neo adjuvant chemotherapy หรือ chemoradiation แล้วตามด้วย restaging หาก down stage จึงพิจารณา surgery
- 2) ถ้า mediastinal lymph node negative ให้ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดก่อน แล้วค่อยพิจารณาการรักษาเสริมภายหลังได้ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

2. กรณีที่ไม่สามารถทำ mediastinoscope ได้ ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษาว่าจะผ่าตัดก่อนแล้วรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดกรณีที่ผลพยาธิวิทยาพบว่า mediastinal lymph node positive หรืออาจพิจารณาให้ preoperative chemotherapy หรือ chemoradiation แล้วตามด้วย surgery

3. กรณี Superior sulcus tumor พิจารณาให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี แล้วตามด้วยการผ่าตัดในกรณีที่ประเมินแล้วพบว่าสามารถผ่าตัดได้และไม่มี distant metastasis

การใช้รังสีรักษา

1. Postoperative radiotherapy หรือ chemoradiotherapy ใน closed หรือ positive margin หรือ N2, N3

2. Preoperative chemoradiotherapy ใน borderline resectable case หรือ superior sulcus tumor (T3 N0 or N1, M0) หรือ chest wall tumor (T3 N0 or N1, M0)

3. Chemoradiotherapy ในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้

4. . Radical Radiotherapy ในรายที่สภาพร่างกายไม่เหมาะสมที่จะรับการรักษาด้วย concurrent chemoradiation ได้

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

เป็นการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีสำหรับโรคมะเร็งปอดลุกลามเฉพาะที่ระยะที่ III

ข้อพิจารณา

1. ผู้ป่วยมีโรคอยู่ในระยะ IIIA ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้โดยพบว่ามีมะเร็งลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองช่องทรวงอกจากการตรวจทางพยาธิวิทยาหรือทางรังสีวินิจฉัย หรือโรคในระยะ IIIB

2. สามารถใช้ยาเคมีบำบัดในสูตรที่มียาชนิดเดิมที่ใช้ในการรักษาเสริมให้เพิ่มเติมจากการให้ยาร่วมกับการฉายรังสีได้อีก 2 ชุด

สูตรยาที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาร่วมกับการฉายรังสี

- สูตรที่ 1 PE คือ cisplatin* ร่วมกับ etoposide ร่วมกับการฉายรังสี 6-7 สัปดาห์
- สูตรที่ 2 CbPac คือ carboplatin ร่วมกับ paclitaxel ร่วมกับการฉายรังสี 6-7 สัปดาห์

หมายเหตุ * สามารถใช้ carboplatin แทน cisplatin ได้ ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา cisplatin ได้แก่ มีความเสี่ยงที่จะรับสารน้ำก่อนให้ยา cisplatin มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง หรือ เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงแม้ได้รับยาต้านอาเจียนที่เหมาะสม

4. มะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะที่ III (stage IIIB)

- AnyT, 1-3 N3 M0

- T4 N2 M0

การรักษาตามศัลยกรรม กรณี T4 N0 M0, T4 N1 M0 ที่มีการประเมินแล้วพบว่าสามารถผ่าตัดได้

1. กรณีที่เป็น T4 N2 ให้พิจารณา preoperative treatment ก่อนแล้วจึง restaging (ทำเหมือน T1, T2N2) ถ้ามีการตอบสนองการรักษาโดย mediastinal lymph node หายไปจึงพิจารณาผ่าตัด

2. กรณีที่ T4 ก่อนเนื้องอกและมีอาการกระจายไปกลีบอื่นข้างเดียวกัน เป็นชนิดที่ limited involvement of carcinoma พิจารณาผ่าตัดทำ sleeve resection แล้วตามด้วยการฉายรังสี และ/หรือ เคมีบำบัด หรือให้เคมีบำบัดก่อน หรือการฉายรังสีก่อน หรือการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดก่อนแล้ว ตามด้วยการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับความเห็นของคณะทีมแพทย์ผู้รักษาทั้ง 3 ฝ่ายประเมินร่วมกัน

การใช้รังสีรักษา

1. การใช้รังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด (chemoradiotherapy)

2. Radical radiotherapy ในรายที่สภาพร่างกายไม่เหมาะสมที่จะรับการรักษาด้วย concurrent chemoradiation ได้

5. มะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะที่ IV (stage IV)

- ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีการแพร่กระจายของโรคไปเยื่อหุ้มปอด หรือไปยังปอดส่วนอื่นหลายจุด หรือ อวัยวะอื่น และมี performance status 0 หรือ 1

- AnyT, AnyN M1

การรักษาตามศัลยกรรม

อาจพิจารณาการผ่าตัดในกรณีที่รอยโรคที่ปอดสามารถผ่าตัดออกได้เฉพาะผู้ป่วยที่มีการกระจายไปที่สมองหรือต่อมหมวกไต ที่มีรอยโรคเดียว โดยไม่มีการกระจายไปที่อื่นๆ ภายใต้การประเมินร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ

การใช้รังสีรักษา

การใช้รังสีรักษาจะใช้ในการบรรเทาอาการเฉพาะที่ สามารถพิจารณาให้รังสีรักษาได้เพื่อบรรเทาความปวด, เลือดออกหรือเป็นแผล, การกดเบียดเนื้อเยื่อปกติ, การอุดกั้นอวัยวะที่เป็นท่อกลวง, การกดทับไขสันหลัง การอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ ที่เกิดจากก้อนมะเร็ง โดยต้องคำนึงถึงผลการรักษา ผลข้างเคียงของการ

รักษา สภาพร่างกาย การพยากรณ์โรค และความสะดวกในการเดินทางมารักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้แพทย์ควรเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจได้เอง ซึ่งอาจจะใช้ External beam radiotherapy หรือ Brachytherapy ก็ได้ โดยพิจารณาให้การรักษาด้วยรังสีในกรณีต่อไปนี้

1. Palliative radiotherapy for unresectable primary tumor
2. Palliative radiotherapy for distant metastatic sites such as bone, brain, spine, lymph nodes, soft tissue and others

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

1. การให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ IV สูตรแรก (First line drugs)

ข้อพิจารณา

1. ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะ IV ที่มี performance status 0 หรือ 1 แนะนำให้ใช้ยาเคมีบำบัดสูตรที่มี platinum ร่วมในการรักษา ในกรณีผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 70 ปี อาจพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดชนิดเดียว
2. ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะ IV ที่มี performance status 2 ให้พิจารณาการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นรายๆ ไป โดยอาจพิจารณาใช้ยาเคมีบำบัดชนิดเดียวในการรักษา โดยคำนึงถึงอายุของผู้ป่วยเป็นปัจจัยรองจาก performance status
3. การให้ยาเคมีบำบัดต้องมีการติดตามผลการรักษาโดยดูผลการตอบสนองทางรังสีวิทยาร่วมกับ performance status ของผู้ป่วยว่าได้ประโยชน์จากการรักษาหรือไม่ และไม่ให้ยาเคมีบำบัดมากกว่า 6 cycles

สูตรยาเคมีบำบัด สำหรับมะเร็งปอดปอดระยะที่ IV สูตรแรก (first line drugs)

ให้เลือกสูตรใดสูตรหนึ่งเท่านั้น ดังนี้

- สูตรที่ 1 PE คือ cisplatin* ร่วมกับ etoposide
- สูตรที่ 2 CG คือ cisplatin* ร่วมกับ gemcitabine
- สูตรที่ 3 CbPac คือ carboplatin ร่วมกับ paclitaxel

หมายเหตุ * สามารถใช้ carboplatin แทน cisplatin ได้ ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา cisplatin ได้แก่ มีความเสี่ยงที่จะรับสารน้ำก่อนให้ยา cisplatin มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง หรือ เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงแม้ได้รับยาต้านอาเจียนที่เหมาะสม

2. การให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ IV สูตรที่สอง (second line drugs)

ข้อพิจารณา

1. ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ IV ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรแรกไปแล้ว และยังมี performance status 0 หรือ 1 อาจพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดสูตรที่สองได้
2. การให้ยาเคมีบำบัดต้องมีการติดตามผลการรักษาโดยดูผลการตอบสนองทางรังสีวิทยาร่วมกับ performance status ของผู้ป่วยว่าได้ประโยชน์จากการรักษาหรือไม่และให้ยาเคมีบำบัดได้ 4-6 cycles

Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชดเชยการรักษามะเร็งโพรงปอด : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2556 39

3. ในกรณีที่เคยได้รับการรักษาสูตรแรกที่มี docetaxel มาก่อน ไม่สามารถใช้ docetaxel เป็นยาสูตรที่สองได้

สูตรยาสำหรับมะเร็งปอดระยะที่ IV สูตรที่สอง (second line drugs) คือ docetaxel

ข้อบ่งชี้การรักษา มะเร็งปอด ชนิด small cell lung cancer (SCLC)

1. Limited disease

1.1 พิจารณาให้รังสีรักษา (thoracic radiation) ร่วมกับยาเคมีบำบัด ได้แก่ combination cisplatin, etoposide (4-6 cycle)

1.2 พิจารณาการฉายรังสีที่สมองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค (prophylactic cranial irradiation) หลังการรักษาด้วย thoracic radiation และเคมีบำบัดเสร็จสิ้นแล้ว ได้ผลการรักษาแบบ complete or partial remission

1.3 พิจารณารังสีรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (palliative radiotherapy)

2. Extensive disease

2.1 พิจารณาให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ combination cisplatin with etoposide (4-6 cycles)

2.2 การใช้รังสีรักษาบรรเทาอาการเฉพาะที่ (palliative radiotherapy) ในรอยโรคที่มีการแพร่กระจาย เช่น สมอง, กระดูก เป็นต้น หรือรอยโรคในทรวงอก และพิจารณาในรายที่มีการตอบสนองที่ดีต่อการให้ยาเคมีบำบัด

2.3 พิจารณาการฉายรังสีที่สมองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค (prophylactic cranial irradiation) หลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดเสร็จสิ้นแล้ว ได้ผลการรักษาแบบ complete หรือ partial response

3. สำหรับมะเร็งปอดกลุ่มที่เคยได้รับการรักษาและกลับมาเป็นซ้ำ (recurrent SCLC)

3.1 พิจารณารังสีรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (palliative radiotherapy) ในรอยโรคที่มีการกลับมาเป็นซ้ำ การแพร่กระจาย เช่น สมอง, กระดูก เป็นต้น หรือรอยโรคในทรวงอก

3.2 หลังจากที่มีผลต่อการรักษาด้วย first line cisplatin และ etoposide หรือ carboplatin and etoposide ให้ต่อการรักษาด้วย CAV ได้แก่ combination cyclophosphamide, doxorubicin และ vincristine ซึ่งสามารถใช้เป็น second-line regimen

3.3 หลังจากที่มีผลต่อการรักษาด้วย first line CAV ได้แก่ combination cyclophosphamide, doxorubicin และ vincristine ให้ต่อการรักษาด้วย cisplatin และ etoposide หรือ carboplatin and etoposide ซึ่งสามารถใช้เป็น second-line regimen

4. การพิจารณาการผ่าตัดในกรณี

4.1 T1-2 N0 ทั้งกลุ่มที่วินิจฉัยได้ก่อนผ่าตัดและกลุ่มที่ไม่ได้ผลชิ้นเนื้อก่อนผ่าตัด ซึ่งในกลุ่มที่วินิจฉัยได้ก่อนผ่าตัดจะผ่าตัดหลังให้ยาเคมีบำบัด

4.2 ระยะที่ II (stage II) จำเพาะบางรายที่มีการตอบสนองดีมากต่อยาเคมีบำบัด อาจพิจารณาผ่าตัดเพื่อกำจัดมะเร็งส่วนที่ยังตกค้าง

4.3 กรณีที่มี synchronous second primary lesion เริ่มด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อควบคุม SCLC แล้วผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งชนิดอื่นที่มีด้วย (second primary lesion)

Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชดเชยค่ารักษาผู้ป่วยมะเร็งปอด Non-small cell Lung Cancer ปีงบประมาณ 2556

Protocol 1: การรักษาเสริมภายหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy)

ขนาดและสูตรของยาเคมีบำบัด การรักษาเสริมหลังผ่าตัดมะเร็ง non-small cell lung cancer

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1A	PE	q 21 days	cisplatin*	75-80mg/m ² IV day 1	75-80	1	4	300-320
			etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4	1,200
1B	Carboplatin/ etoposide	q 21 days	carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min in day 1	maximum total dose ≤ 750 mg	1	4	3,000 mg
			etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4	1,200

* สามารถใช้ Carboplatin AUC 5-6 mg/ml/min ใน day 1 แทน Cisplatin ได้

Protocol 2 : การรักษาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยรังสี สำหรับมะเร็งปอดลุกลามเฉพาะที่ระยะ III

ขนาดและสูตรของยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยรังสี มะเร็ง non-small cell lung cancer

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1A	PE STEP 1	q 42 days	cisplatin*	50mg/m ² IV day 1,8,29,36	50	4	1	200
			etoposide	50 mg/m ² IV day 1-5,29-33 ของการรักษาวันซึ่งระยะเวลาประมาณ 6-7 สัปดาห์	50	10	1	500
	PE STEP 2	q 21 days	cisplatin*	80 mg/m ² IV day 1	80	1	2	160
			etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	2	600
1B	PE STEP 1	q 42 days	carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min IV day 1,29	maximum total dose ≤ 750 mg	2	1	1,500 mg
			etoposide	50 mg/m ² IV day 1-5,29-33 ของการรักษาวันซึ่งระยะเวลาประมาณ 6-7 สัปดาห์	50	10	1	500
	PE STEP 2	q 21 days	carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min IV day 1	maximum total dose ≤ 750 mg	1	2	1,500 mg
			etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	2	1,200
2	CbPac STEP 1	q 7 days	carboplatin	AUC 2 mg/ml/min day 1	maximum total dose ≤ 300 mg	1	6	1,800 mg
			paclitaxel	50 mg/m ² IV ,6 wk พร้อมฉายรังสี	50	1	6	300
	CbPac STEP 2	q 21 days	carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	maximum total dose ≤ 750 mg	1	2	1,500 mg
			paclitaxel	200 mg/m ² IV in day1	200	1	2	400

* สามารถใช้ carboplatin AUC 5-6 mg/ml/min ใน day 1 และ 29 แทน cisplatin ได้

** สามารถใช้ยาในสูตรที่มียาชนิดเดิมในการรักษาเสริม (Protocol 1) ให้เพิ่มเติมจากการให้ร่วมกับกับการฉายรังสีได้อีก 2 cycle

หมายเหตุ 1. ขั้นตอน เลือกใช้ สูตรใดสูตรหนึ่งใน 1A,1B,2

2. STEP1 สามารถถอดด้วย STEP2 ของสูตรอื่นได้ (กรณีใช้ carboplatin แทน cisplatin)

Protocol 3: การรักษาคะมีนบำบัด มะเร็งปอดที่ระยะแพร่กระจาย IIIB และ IV (First line drugs)

ขนาดและสูตรของยาเคมีบำบัดมะเร็ง non-small cell lung cancer ระยะแพร่กระจาย IIIB และ IV (First line drugs)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1A	PE	q 21 days	cisplatin*	80mg/m ² IV day 1	80	1	4-6	320-480
			etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4-6	1,200-1,800
1B	Carboplatin/ etoposide	q 21 days	carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min in day 1	maximum total dose ≤ 750 mg.	1	4-6	3,000-4,500 mg
			etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4-6	1,200-1,800
2A	CG	q 21 days	cisplatin*	80 mg./m ² IV day 1	80	1	4-6	320-480
			gemcitabine	1,000 mg./m ² IV day 1,8	1,000	2	4-6	8,000-12,000
2B	Carboplatin/ gemcitabine	q 21 days	carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min in day 1	maximum total dose ≤ 750 mg.	1	4-6	3,000-4,500 mg
			gemcitabine	1,000mg./m ² IV day 1,8	1,000	2	4-6	8,000-12,000
3	CbPac	q 21 days	carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	maximum total dose ≤ 750 mg.	1	4-6	3,000-4,500 mg
			paclitaxel	200 mg/m ² IV day 1	200	1	4-6	800-1,200

* สามารถใช้ carboplatin AUC 5-6 mg/ml/min ใน day 1 แทน cisplatin ได้

Protocol 4: การรักษาเคมีบำบัด มะเร็งปอดที่ระยะแพร่กระจาย IIIB และ IV (Second line drugs)

ขนาดและสูตรของยาเคมีบำบัดมะเร็ง non-small cell lung cancer ระยะแพร่กระจาย IIIB และ IV (Second line drugs)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	docetaxel	q 21 days	docetaxel	60-75 mg/m ² IV day 1	60-75	1	4-6	300-450

Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชุดเข็มดำรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอด small cell Lung Cancer งบประมาณ 2556

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดในมะเร็ง small cell lung cancer

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	CAV	q 21 days	cyclophosphamide	800-1,000 mg/m ² IV day 1	800-1,000	1	4-6	4,000-6,000
			doxorubicin	40-50 mg/m ² IV day 1	40-50	1	4-6	200-300
			vincristine	1.4 mg/m ² IV (maximum total dose 2 mg per injection) day 1	2	1	4-6	8-12
2	PE 1	q 21 days	cisplatin	25 mg/m ² IV day 1-3	25	3	4-6	300-450
			etoposide	100 mg/m ² IV day 1-3	100	3	4-6	1,200-1,800
3A	PE 2	q 21 days	cisplatin*	80 mg/m ² IV day 1	80	1	4-6	320-480
			etoposide	100 mg/m ² IV day 1-3	100	3	4-6	1,200-1,800
3B	PE 2	q 21 days	carboplatin* (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min ใน day 1	maximum total dose ≤ 750 mg.	1	4-6	3,000-4,500 mg
			etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4-6	1,200-1,800

หมายเหตุ ใช้สูตรใดสูตรหนึ่ง ให้ 4-6 cycle

* สามารถใช้ carboplatin AUC 5-6 mg/ml/min ใน day 1 แทน cisplatin ได้

บทที่ 7

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งหลอดอาหาร

เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าชดเชยการบริการทางการแพทย์ ปี 2556

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้เกิดนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทบทวนการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งหลอดอาหาร โดยกำหนด Protocol เพื่อการเบิกจ่ายตามแนวทางการรักษาฉบับล่าสุด และผ่านการพิจารณาโดยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ข้อบ่งชี้การรักษาโรคมะเร็งหลอดอาหาร (Squamous cell carcinoma)

1. มะเร็งหลอดอาหาร ระยะที่ I –III (T1-T4a)

Clinical Stage

T₁-T_{4a}, resectable (N₀₋₁, M_x) (Non cervical esophagus) ในรายที่สภาพร่างกาย สมบูรณ์ทนต่อการรักษาโดยการผ่าตัดได้

การรักษาปฐมภูมิ (Primary treatment)

1. การรักษาด้วยการผ่าตัด Esophagectomy (ชนิดคำแนะนำระดับ 1) T₁-T_{4a}, ในกรณี Esophagectomy แบบ Transthoracic และมี R1, R2 resection ECOG Performance status 0-2 ให้ Post operative Concurrent chemoradiation โดยใช้สูตร 5FU based หาก ECOG Performance status >2 ใช้การรักษาประคับประคอง (Best supportive care)

2. Preoperative concurrent Chemoradiation T₂-T_{4a}, ใช้สูตรยา Cisplatin+5FU (Protocol 1) และ Radiation 45 -50.4 GY

2.1 กรณี Complete response สมควรทำ Esophagectomy หากไม่ผ่าตัด อาจพิจารณา observe

2.2 กรณี Partial response or stable disease และ ผ่าตัดได้ควรทำ Esophagectomy

2.3 กรณี Progressive Disasese หรือ Residual disease ที่ผ่าตัดไม่ได้ พิจารณาให้ Palliative Chemotherapy หรือ Palliative Radiation หรือ รักษาประคับประคอง

2. มะเร็งหลอดอาหารที่ผ่าตัดไม่ได้ ระยะ I-III

Clinical Stage

2.1 T_{4b} lesion

2.2 T_{1b},N₊ to T_{4b},any N Cervical esophageal tumor

2.3 ในผู้ป่วยที่สภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ ที่จะรับการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด

การรักษาปฐมภูมิ (Primary treatment)

1. ECOG Performance status 0-2

- ใช้ Definitive concurrent chemoradiation สูตรยา Cisplatin+5FU (Protocol 2) และ Radiation (50 - 50.4Gy) (ชนิดคำแนะนำระดับ 1)

- Definitive radiation (50 – 70 Gy) ในกรณีที่ไม่สามารถรับ Chemotherapy ได้

2. ECOG Performance status >2 รักษาแบบ ประคับประคอง

3. มะเร็งหลอดอาหาร ระยะ 4 (Any T Any N M1)

Clinical Stageผู้ป่วยระยะแพร่กระจาย ระยะที่ 4 (Any T, Any N, M1)

การรักษาปฐมภูมิ (Primary treatment)

1. กรณีในรายที่สภาพร่างกายสมบูรณ์ ECOG Performance status 0-2 ให้ Chemotherapy (Protocol 3) ร่วมกับการรักษาประคับประคอง หรือ การรักษาประคับประคองเท่านั้นในรายที่ไม่ต้องการรับ Chemotherapy

2. กรณีในรายที่สภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ ECOG Performance status > 2 ให้การรักษาประคับประคองร่วมกับ Radiation

3. สามารถพิจารณาให้รังสีรักษาได้เพื่อบรรเทา ความปวด , เลือดออกหรือเป็นแผล , การกดเบียดเนื้อเยื่อปกติ, การอุดตันอวัยวะที่เป็นท่อกลวง , การกดทับไขสันหลัง การอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ ที่เกิดจากก้อนมะเร็ง โดยต้องคำนึงถึงผลการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา สภาพร่างกาย การพยากรณ์โรค และความสะดวกในการเดินทางมารักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้แพทย์ควร เป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจได้เอง ซึ่งอาจจะใช้ External beam radiotherapy หรือ Brachytherapy ก็ได้ โดยพิจารณาให้การรักษาด้วยรังสีในกรณีต่อไปนี้

1. Palliative radiotherapy for unresectable primary tumor

2. Palliative radiotherapy for distant metastatic sites such as bone, brain, spine, lymph nodes, soft tissue and others

หมายเหตุ ในกรณีมะเร็งหลอดอาหารชนิด Adenocarcinoma ที่ Esophagogastric junctionให้การรักษาแบบมะเร็ง กระเพาะอาหาร

Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชุดเวชภัณฑ์รักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ปีงบประมาณ 2556

Protocol 1 การให้ยาเคมีบำบัดโรคมะเร็งหลอดอาหารก่อนการผ่าตัด ร่วมกับรังสีรักษา (Preoperative concurrent chemoradiation)

ข้อพิจารณา

- 1.1 ให้เฉพาะในรายที่โรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ I-IIb (T1-2, N0-1, M0 และ T3, N0, M0) และระยะที่ III (T3, N1, M0)
- 1.2 ผู้ป่วยต้องมี performance status 0-2

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ก่อนการผ่าตัด

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	Cisplatin/ 5-fluorouracil x 2 cycles	q 28 days	Cisplatin*	75 mg/m ² /d IV day 1,29 of RT	75	1	2	150
2	Carboplatin /5-fluorouracil x 2 cycles	q 28 days	5-fluorouracil	750-1000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT**	750-1000	4	2	6,000
			Carboplatin (แทน Cisplatin) 5-fluorouracil	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg. 750-1000	1	2	1,500 mg
				750-1000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT**	750-1000	4	2	3,000-4,000

*สามารถใช้ Carboplatin AUC 5-6 mg/ml/min ใน day 1 และ 29 แทน Cisplatin ได้ ในกรณีที่ GFR < 60 ml/min

** q 28 days นับ day1 ห่างจาก day 29

Protocol 2 การให้ยาเคมีบำบัดโรคมะเร็งหลอดอาหารร่วมกับรังสีรักษาในกรณีที่ไม่ผ่าตัดได้
(**Definitive concurrent chemoradiation**)

ข้อพิจารณา

- 2.1 ให้เฉพาะในรายที่โรคอยู่ในระยะที่ III (T4, Any N, M0) cervicalEsophageal tumor หรือผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด
- 2.2 ผู้ป่วยต้องมี performance status 0-2

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารร่วมกับรังสีรักษาในกรณีที่ไม่ผ่าตัดได้

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)	
1	Cisplatin/ 5-fluorouracil x 4 cycles	q 28 days	Cisplatin*	C1-2: 75 mg/m ² /d IV day 1, 29 of RT	75	1	2	150	
		q 28 days	5-fluorouracil	C3-4: 75 mg/m ² /d IV day 1	75	1	2	150	
2	Carboplatin / 5-fluorouracil x 4 cycles	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	C1-2: 750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT**	750-1,000	4	2	8,000	
				C3-4: 750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4	2	6,000	
		q 28 days	5-fluorouracil	Maximum total dose ≤ 750 mg.	Maximum total dose ≤ 750 mg.	750-1,000	4	2	8,000
				750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT**	750-1,000	4	2	6,000	

*สามารถให้ Carboplatin AUC 5-6 mg/ml/min ใน day 1 และ 29 แทน Cisplatin ได้ ในกรณีที่ GFR < 60 ml/min

** q 28 days นับ day 1 ห่างจาก day 29

Protocol 3 การให้ยาเคมีบำบัดโรคมะเร็งหลอดอาหารระยะ IV (Any T, Any N, M1) หรือมีโรคกำเริบซ้ำ

- 3.1 ให้เฉพาะในรายที่มี performance status 0-2
- 3.2 การให้ยาเคมีบำบัดต้องมีการติดตามผลการรักษา โดยดูผลการตอบสนองทางรังสีวิทยา ร่วมกับกับ performance status ของผู้ป่วยว่าได้ประโยชน์จากการรักษาหรือไม่
- 3.3 สูตรที่ 2 ควรใช้ใผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งหลอดอาหารส่วนปลายชนิด adenocarcinoma เท่านั้น

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดสำหรับใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารระยะแพร่กระจาย

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	Cisplatin/ 5-fluorouracil	q 28 days	Cisplatin*	75-80 mg/m ² /d IV day 1	75	1	6	450
2	Carboplatin/ 5-fluorouracil	q 28 days	5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4	6	3,000-4,000
			Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg.	1	6	4,500 mg
			5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4	6	3,000-4,000

*สามารถใช้ Carboplatin AUC 5-6 mg/ml/min ใน day 1 และ 29 แทน Cisplatin ได้ ในกรณีที่ GFR < 60 ml/min

บทที่ 8

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าชดเชยการบริการทางการแพทย์ ปี 2556 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้เกิดนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงทบทวนการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการ รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ลำไส้ตรง โดยกำหนด Protocol เพื่อการเบิกจ่ายตามแนวทางการรักษาระดับล่าสุด และผ่านการพิจารณาโดย ความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ข้อบ่งชี้การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colon)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ประกอบด้วย การผ่าตัดซึ่งถือเป็นการรักษาหลัก และเสริมด้วยการให้ยาเคมีบำบัด และการให้รังสีรักษา โดยให้พิจารณาตามข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยและความเหมาะสม

1. มะเร็งลำไส้ใหญ่ Stage I (T1-2 No Mo)

ไม่มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา

2. มะเร็งลำไส้ใหญ่ Stage II

การให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (High-risk stage II Colon cancer) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 พิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy ร่วมด้วย ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น (Stage II A Colon cancer with high risk factors for Systemic recurrence) คือ T3 Colon cancer และ T4 lesion R₀ ที่มีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- Poorly differentiated หรือ Undifferentiated tumor
- Lymphatic หรือ Vascular หรือ Perineural invasion
- Tumor obstruction
- Tumor perforation
- Resected lymph node less than 12 nodes

2.2 พิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy และอาจพิจารณาให้รังสีรักษาเฉพาะบาง

ตำแหน่งที่มีความเสี่ยงสูง ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ (Stage II Colon cancer with high risk for local recurrence) ได้แก่

- T3 with localized perforation
- Positive margin หรือ closed margin
- T4 lesion เฉพาะ ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัด en bloc resection ได้หมด

สูตรยา

-สูตรที่ 1 5FU based regimen

-สูตรที่ 2 UFT/ Leucovorin

3. มะเร็งลำไส้ใหญ่ Stage III

Stage III A T1-2 N1 M0

Stage III B T3-4 N1 Mo

Stage III C any T N2 M0

ควรพิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy ทุกราย ยกเว้นในกรณีที่มีข้อห้ามหรือสภาพร่างกายไม่เหมาะสม ส่วนรังสีรักษานั้นอาจพิจารณาในราย T4 lesion (Positive margin หรือ closed margin, T4 lesion เฉพาะ ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัด en bloc resection ได้หมด)

สูตรยา

-สูตรที่ 1 5FU based regimen

-สูตรที่ 2 FOLFOX (FOLFOX4 or mFOLFOX6)

หมายเหตุ สูตร 2 พิจารณาใช้ในกรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 75 ปี โดยมีการประเมิน PS ก่อน ใช้เมื่อ ECOG PS = 0-1 โดยคำนึงถึง ผลข้างเคียง peripheral neuropathy อย่างใกล้ชิด และแนะนำให้หยุดใช้ oxaliplatin เมื่อมี peripheral neuropathy grade 2 ขึ้นไป

(Capecitabine ไม่มีข้อบ่งชี้ในบัญชีหลักแห่งชาติแต่มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ได้ผลในการรักษาในมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3)

4. มะเร็งลำไส้ใหญ่ Stage IV, any T any N M1

4.1 Liver Metastasis

4.1.1 ถ้าสามารถผ่าตัดส่วนของ Liver metastasis ออกได้หมด (Curative resection)

ควรพิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy การผ่าตัด Liver metastasis นั้นอาจผ่าตัดพร้อมกับการผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือผ่าตัดภายหลังภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์

4.1.2 ถ้าไม่สามารถผ่าตัดส่วนของ Liver metastasis ออกได้ (Unresectable liver)

metastasis) อาจพิจารณาให้ chemotherapy ก่อน แล้วดูการตอบสนองของก้อนมะเร็ง ถ้ามีการตอบสนองดีอาจทำการผ่าตัดได้ในภายหลัง แล้วตามด้วย Adjuvant chemotherapy หรือ พิจารณาให้ Palliative care

สูตรยา 5FU based regimen

(สูตรยา FOLFOX อยู่ระหว่างรออนุมัติจากบัญชียาหลักแห่งชาติเพราะมีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าได้ผลในการรักษา ซึ่งสปสช.จะประกาศใช้ต่อไป)

4.1.3 การรักษาด้วย **Radiofrequency ablation** เป็นวิธีการรักษา Liver metastasis ที่ได้มาตรฐานอีกวิธีหนึ่ง (คำแนะนำระดับ 2 B)

4.2 Lung and other metastasis

ถ้าผู้ป่วยมี Metastasis ที่สามารถผ่าตัดออกได้หมด ควรผ่าตัดหลังจากทำการผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ไปแล้ว (เป็น Staged operation) แล้วควรพิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy

สูตรยา 5FU based regimen

(สูตรยา FOLFOX อยู่ระหว่างรออนุมัติจากบัญชียาหลักแห่งชาติเพราะมีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าได้ผลในการรักษา ซึ่งสปสช.จะประกาศใช้ต่อไป)

4.3 **Other metastasis** ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ พิจารณาให้ Palliative chemotherapy หรือ Palliative radiotherapy โดยพิจารณาให้รังสีรักษาได้เพื่อบรรเทา ความปวด , เลือดออกหรือเป็นแผล, การกตเบียดเนื้อเยื่อปกติ, การอุดกั้นอวัยวะที่เป็นท่อกลาง, การกดทับไขสันหลัง การอุดต้นหลอดเลือดดำใหญ่ที่เกิดจากก้อนมะเร็ง โดยต้องคำนึงถึงผลการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา สภาพร่างกาย การพยากรณ์โรค และความสะดวกในการเดินทางมารักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้แพทย์ควรเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจได้เอง

ข้อบ่งชี้การรักษามะเร็งลำไส้ตรง (Rectum)

1. มะเร็งลำไส้ตรง Stage (cT1-2 No Mo)

การรักษามะเร็งลำไส้ตรง ด้วยการผ่าตัด มี 2 วิธี คือ Transabdominal resection และ Transanal local excision

การพิจารณาให้การรักษาเสริม ขึ้นกับวิธีการผ่าตัด และผลทางพยาธิวิทยา ดังนี้

1.1 การผ่าตัดแบบ Transabdominal resection

เมื่อผลพยาธิวิทยาเป็น pT3 No Mo หรือ pT1-3 N1-2 Mo พิจารณาให้ Postoperative Chemoradiotherapy

1.2 การผ่าตัดแบบ Transanal Local Excision

1.2.1 เมื่อผลพยาธิวิทยาเป็น pT2 Nx และ Margin negative พิจารณาทำการผ่าตัดเพิ่มเติมแบบ Transabdominal resection และถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดหรือไม่สามารถผ่าตัดได้พิจารณาให้ Chemoradiotherapy

1.2.2 เมื่อผลพยาธิวิทยา เป็น pT1-2 Nx และ มี Unfavorable feature ซึ่งได้แก่ Positive margin, Lymphovascular invasion และ Poorly differentiation พิจารณาทำการผ่าตัดเพิ่มเติมแบบ Transabdominal resection แล้วพิจารณาผลพยาธิวิทยาอีกครั้ง และถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดหรือไม่สามารถผ่าตัดได้พิจารณาให้ Chemoradiotherapy

2. มะเร็งลำไส้ตรง Stage cT3 No หรือ T-any N1-2 มีการรักษา 2 แบบ คือ

2.1 Preoperative neoadjuvant chemoradiotherapy แล้วทำการผ่าตัดแบบ Transabdominal resection เมื่อผ่าตัดแล้วให้ Adjuvant chemotherapy

2.2 ทำการผ่าตัดแบบ Transabdominal resection แล้วพิจารณาการรักษาเสริม เมื่อผลพยาธิวิทยาเป็น pT3 No Mo หรือ pT1-3 N1-2 Mo พิจารณาให้ Postoperative adjuvant chemoradiotherapy

สูตรยา ได้แก่ 5 Fluorouracil / Leucovorin หรือ 5 FU alone

(Capecitabine ไม่มีข้อบ่งชี้ในบัญชีหลักแห่งชาติแต่มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ได้ผลในการรักษาในมะเร็งลำไส้ตรง)

3. มะเร็งลำไส้ตรง Stage cT4 หรือ Locally unresectable

การรักษาพิจารณาให้ Preoperative neoadjuvant chemoradiotherapy เมื่อสามารถผ่าตัดออกได้

พิจารณาให้ Post-operative adjuvant chemotherapy และถ้าไม่สามารถผ่าตัดออกได้ อาจพิจารณาให้

Palliative chemotherapy หรือ Palliative radiotherapy

สูตรยา ได้แก่ 5 Fluorouracil / Leucovorin หรือ 5 FU alone

(Capecitabine ไม่มีข้อบ่งชี้ในบัญชีหลักแห่งชาติแต่มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ได้ผลในการรักษาในมะเร็งลำไส้ตรง)

4. มะเร็งลำไส้ตรง Stage any T-any N-any M1

4.1 Resectable metastasis มีแนวทางรักษา 2 แบบ คือ

4.1.1 การผ่าตัด แบบ Curative resection หลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ตรงออกก่อนแล้ว

ทำผ่าตัด metastasis ภายหลังนั้น ควรพิจารณาการรักษาเสริมตามผลพยาธิวิทยา ดังนี้

- T1-2 N0 M1 ให้ Postoperative adjuvant chemotherapy
- T3-4, N-any หรือ T-any, N1-2 ให้ Postoperative chemoradiotherapy

4.1.2 Preoperative Chemoradiotherapy เป็น Neoadjuvant therapy แล้วจึงทำการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งลำไส้ตรง (rectum) และ Metastasis ออก แบบ Curative resection ภายหลังผ่าตัดพิจารณาให้ Postoperative adjuvant chemotherapy

4.1.3 Preoperative Chemotherapy ก่อน

4.1.3.1) ต่อด้วยการผ่าตัด ภายหลังผ่าตัดพิจารณาให้ Postoperative adjuvant chemoradiotherapy หรือ

4.1.3.2) Preoperative Chemoradiotherapy แล้วพิจารณาผ่าตัด

4.1.4 การรักษาด้วย Radiofrequency ablation เป็นวิธีการรักษา Liver metastasis ที่ได้มาตรฐานอีกวิธีหนึ่ง (คำแนะนำระดับ 2 B)

สูตรยา ได้แก่ 5Fluorouracil / Leucovorin หรือ 5FU alone

(สูตรยา FOLFOX ยังไม่อยู่ในเงื่อนไขของบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าได้ผลในการรักษาในมะเร็งลำไส้ตรงระยะที่ 4)

(ไม่แนะนำให้ใช้ FOLFOX พร้อมกับ รังสีรักษา)

4.2 Unresectable metastasis พิจารณาให้ Palliative chemotherapy หรือ Palliative radiotherapy

สูตรยา ได้แก่ 5 Fluorouracil / Leucovorin

(Capecitabine ไม่มีข้อบ่งชี้ในบัญชียาหลักแห่งชาติแต่มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าได้ผลในการรักษาในมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่แพร่กระจาย)

ข้อบ่งชี้การรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เมื่อมีการกลับเป็นซ้ำของโรค (Recurrence treatment)

1. มะเร็งกลับเป็นซ้ำที่รอยต่อ (Anastomotic recurrence) หรือ ในอุ้งเชิงกรานเพียงอย่างเดียว

1.1 ในรายที่ยังไม่เคยได้รับรังสีรักษามาก่อน ควรพิจารณาให้ Preoperative chemoradiotherapy

แล้วจึงพิจารณาผ่าตัด และหลังผ่าตัดพิจารณาให้ chemotherapy

1.2 ในรายที่เคยได้รับรังสีรักษามาก่อน อาจพิจารณาให้รังสีรักษาเพิ่มเติม หรือ Palliative chemotherapy หรือ Palliative care

2. มะเร็งกลับเป็นซ้ำที่อวัยวะอื่นเพียงตำแหน่งเดียว (คำแนะนำ 2B)

2.1 ให้พิจารณาตรวจเพิ่มเติม ถ้าไม่พบมะเร็งแพร่กระจายไปตำแหน่งอื่นที่ผ่าตัดไม่ได้ ควรทำการผ่าตัดแล้วตามด้วย Adjuvant chemotherapy

2.2 พิจารณาให้ Neoadjuvant chemotherapy แล้วพิจารณาผ่าตัด แล้วตามด้วย Adjuvant chemotherapy แต่ในรายที่ผ่าตัดไม่ได้ ควรรักษาแบบเดียวกับ Unresectable disease

สูตรยา ได้แก่ 5 Fluorouracil / Leucovorin

(Oxaliplatin ยังไม่อยู่ในเงื่อนไขของบัญชีหลักแห่งชาติแต่มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ได้ผลในการรักษาในมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง)

3. มะเร็งกลับเป็นซ้ำหลายตำแหน่ง หรือ Unresectable disease

พิจารณาให้ Palliative chemotherapy หรือ Palliative radiotherapy โดยพิจารณาให้รังสีรักษาเพื่อบรรเทา ความปวด, เลือดออกหรือเป็นแผล, การกดเบียดเนื้อเยื่อปกติ, การอุดกั้นอวัยวะที่เป็นท่อ กลวง, การกดทับไขสันหลัง การอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ ที่เกิดจากก้อนมะเร็ง

Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชดเชยค่ารักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ปีงบประมาณ 2556

Protocol 1.1 : Adjuvant Chemotherapy มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแรก หลังการผ่าตัด ข้อพิจารณา

- 1.1 ให้เฉพาะในรายที่โรคอยู่ในระยะที่ II ที่มีปัจจัยเสี่ยง (สูตรที่ 1 และ 2) และระยะที่ III (สูตรที่ 1,3 และ 4) มีปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคระยะที่ II ได้แก่ poorly differentiation, lymphatic/vascular invasion, bowel obstruction, < 12 lymph nodes examined) หรือ T4, NO, MO; หรือ T3 with localized perforation หรือ close, indeterminate หรือ positive margins
- 1.2 ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 หรือ 1

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดในมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ระยะแรก หลังการผ่าตัด

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil leucovorin	375-425 mg/m ² /d IV day 1-5 20 mg/m ² /d IV day 1-5	425 20	5 5	6 6	12,750 600
2	UFT/Leucovorin	q 5 wks	UFT leucovorin	300 mg/m ² /d PO day 1-28 (4 wks stop 1 wk.) 90 mg/d PO day 1-28 (4 wks stop 1 wk.)	300 90	28 28	5 5	42,000 12,600
3	FOLFOX4	q 14 days	5-fluorouracil 5-fluorouracil leucovorin oxaliplatin	400 mg/m ² /d IV bolus day 1-2 600 mg/m ² /d IV drip in 22 hours day 1-2 200 mg/m ² /d IV day 1-2 85 mg/m ² /d IV day 1	400 600 200 85	2 2 2 1	12 12 12 12	9,600 14,400 4,800 1,020
4	mFOLFOX6	q 14 days	5-fluorouracil 5-fluorouracil leucovorin oxaliplatin	400 mg/m ² /d IV bolus day 1 2,400 mg/m ² /d IV drip in 46 hours 400 mg/m ² /d IV day 1 85 mg/m ² /d IV day 1	400 2,400 400 85	1 1 1 1	12 12 12 12	4,800 28,800 4,800 1,020

- หมายเหตุ
1. ควรพิจารณาเลือกสูตรที่ 3 หรือ 4 ก่อนในกลุ่มผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 75 ปี
 2. ในกรณีที่เกิดผลข้างเคียงรุนแรง (Grade 3-4) ควรพิจารณาเปลี่ยนสูตรยาเป็นอีกสูตรหนึ่ง
 3. ในกรณีที่เมื่อใช้สูตรที่ 3 หรือ 4 ให้ติดตามผลข้างเคียง peripheral neuropathy อย่างใกล้ชิด และแนะนำให้หยุดใช้ oxaliplatin เมื่อมี peripheral neuropathy grade 2 ขึ้นไป

Protocol 1.2 : Adjuvant Chemotherapy มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 4 ที่มี lung, liver หรือ other metastasis ที่ผ่าตัดออกได้หมด
ข้อพิจารณา

- 1.1 ให้เฉพาะในรายที่โรคอยู่ในระยะที่ IV (any T any N M1) และสามารถผ่าตัดส่วนของ metastasis ออกได้หมด (Curative resection)
- 1.2 ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 หรือ 1

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดในมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ระยะที่ 4 ที่มี lung, liver หรือ other metastasis ที่ผ่าตัดออกได้หมด

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	375-425 mg/m ² /d IV day 1-5	375-425	5	6	12,750
			leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600
2	FOLFOX4	q 14 days	5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1-2	400	2	12	9,600
			5-fluorouracil	600 mg/m ² /d IV drip in 22 hours day 1-2	600	2	12	14,400
3	mFOLFOX6	q 14 days	leucovorin	200 mg/m ² /d IV day 1-2	200	2	12	4,800
			oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	12	1,020
			5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1	400	1	12	4,800
			5-fluorouracil	2,400 mg/m ² /d IV drip in 46 hours ปรึ้นเป็น 46	2,400	1	12	28,800
			leucovorin	400 mg/m ² /d IV day 1	400	1	12	4,800
			oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	12	1,020

หมายเหตุ 1. ควรพิจารณาเลือกสูตรที่ 2 หรือ 3 ก่อนในกลุ่มผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 75 ปี

- 2. ในกรณีที่เกิดผลข้างเคียงรุนแรง (Grade 3-4) ควรพิจารณาเปลี่ยนสูตรยาเป็นอีกสูตรหนึ่ง
- 3. ในกรณีเมื่อใช้สูตรที่ 3 หรือ 4 ให้ติดตามผลข้างเคียง peripheral neuropathy อย่างใกล้ชิด และแนะนำให้หยุดใช้ oxaliplatin เมื่อมี peripheral neuropathy grade 2 ขึ้นไป

Protocol 2: Adjuvant Chemotherapy มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรก หลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา
ข้อพิจารณา

- 2.1 ให้เฉพาะในรายที่โรคอยู่ในระยะที่ II (pT3-4, N0, M0) และระยะที่ III (pT1-3, N1-2)
- 2.2 ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 หรือ 1

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดในมะเร็ง ลำไส้ตรงระยะแรก หลังผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	5-fluorouracil / leucovorin x 6 cycles	q 28 days*	5-fluorouracil	C1-2: 375-425 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	425	5	2	4,250
				C3-4: 400 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	400	4	2	3,200
				C5-6: 380-400 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	400	5	2	4,000
		q 28 days*	leucovorin	C1,2,5,6: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	4	400
				C3-4: 20 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	20	4	2	160
				C1-2: 500 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	500	5	2	5,000
2	5-fluorouracil	q 28 days*	5-fluorouracil	C3-4: 500 mg/m ² /d IV day 1-3, 29-31 of RT	500	3	2	3,000
				C5-6: 450 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	450	5	2	4,500

* q 28 days นับ day1 ห่างจาก day 29

Protocol 3: Adjuvant Chemotherapy มะเร็งลำไส้ตรงระยะแรก ก่อนและหลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา
ข้อพิจารณา

3.1 ให้เฉพาะในรายที่โรคอยู่ในระยะที่ II (pT3-4, N0, M0) และระยะที่ III (pT1-4, N1-2)

3.2 ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 หรือ 1

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดในมะเร็ง ลำไส้ตรงระยะแรก ก่อนและหลังผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	5-fluorouracil / leucovorin (1) x 6 cycles	q 28 days	5-fluorouracil	C1-2: 350 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33 of RT*	350	5	2	3,500
				C3-6: 380-400 mg/m ² /d IV day 1-5,	400	5	4	8,000
				C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33 of RT*	20	5	2	200
2	5-fluorouracil / leucovorin (2) x 6 cycles	q 28 days	leucovorin	C3-6: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	4	400
				C1-2: 400 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT*	400	4	2	3,200
				C3-6: 380-400 mg/m ² /d IV day 1-5	400	5	4	8,000
3	5-fluorouracil x 6 cycles	q 28 days	leucovorin	C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT*	20	4	2	160
				C3-6: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	4	400
				C1-2: 1,000 mg/m ² /d CIV day 1-5, 29-33 of RT*	1000	5	2	10,000
				C3-6: 500 mg/m ² /d IV day 1-5	500	5	4	10,000

* q 28 days นับ day1 ห่างจาก day 29

Protocol 4: Palliative Chemotherapy (First line drug) มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะ IV

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตรแรกในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะ IV หรือมีโรคกำเริบ

ข้อพิจารณา

- 1.1 ให้เฉพาะในรายที่มี performance status 0 หรือ 1
- 1.2 สำหรับรายที่มี performance status 2 ให้พิจารณาการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นรายๆไป
- 1.3 ที่พิจารณาให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่มีโอกาสได้รับการผ่าตัดมะเร็งที่แพร่กระจายไปที่ปอดหรือตับ
- 1.4 การให้ยาเคมีบำบัดต้องมีการติดตามผลการรักษา โดยดูผลการตอบสนองของทางรังสีวิทยาร่วมกับ performance status ของผู้ป่วยว่าได้ประโยชน์จากการรักษาหรือไม่ และให้ยาเคมีบำบัดไม่เกิน 6 เดือน

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดสูตรแรกสำหรับใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจาย

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	5-fluorouracil / leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	375-425 mg/m ² /d IV day 1-5	375-425	5	6	12,750
			leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600

บทที่ 9

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าชดเชยการบริการทางการแพทย์ ปี 2556 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้เกิดนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงทบทวนการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยกำหนด Protocol เพื่อการเบิกจ่ายตามแนวทางการรักษาระดับล่าสุด และผ่านการพิจารณาโดยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ข้อบ่งชี้การรักษาโรคมะเร็งตับ (Hepatocarcinoma)

การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบหวังหาย (curative resection)

การผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งตับ สามารถหวังผลหายขาด (curative) ได้ หากผู้ป่วยมีสภาพเหมาะสม (ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยมะเร็งตับ) การคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่มีผลต่อการผ่าตัด ตั้งแต่การสืบค้น ตำแหน่งและ จำนวนก้อน การลุกลามและการประเมินสภาพการทำงานของตับ (Child-Pugh classification or indocyanine green (ICG) clearance test) รวมถึงสถานะของผู้ป่วย (performance status) เพื่อใช้ในการวางแผนการผ่าตัด

หลักการการผ่าตัดมะเร็งตับเพื่อหวังผลหายขาด (curative) พิจารณาดังนี้

1. พยายามให้ได้ขอบแนวตัดก้อนมะเร็ง (surgical resection margin) อย่างน้อยมีเนื้อตับที่ตี 1 เซนติเมตร รอบก้อน

2. พยายามตัดให้ได้ตามกายวิภาคของตับ (anatomical resection)

3. พยายามให้มีการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดน้อยที่สุด โดยใช้เทคนิคในการผ่าตัดต่าง ๆ เช่น hepatic vascular inflow occlusion, lowering central venous pressure เป็นต้น ทั้งนี้อาจร่วมกับการใช้เครื่องมือช่วยในการผ่าตัด เช่น intraoperative ultrasound (เพื่อวางแผนการผ่าตัดหลีกเลี่ยงเส้นเลือดใหญ่สำคัญ), ultrasonic aspirator, argon beam coagulator, vascular stapler เป็นต้น

ข้อห้ามในการผ่าตัดมะเร็งตับ ได้แก่ Child class C, ECOG scale = 3-4 , มะเร็งตับที่มีการแพร่กระจายไปยังเส้นเลือดสำคัญ และมะเร็งที่แพร่ไปยังอวัยวะอื่นๆ (ชนิดคำแนะนำระดับ 1)

การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative treatment)

1. Transarterial Chemoembolization (TACE)

การรักษาด้วยวิธี TACE เป็นการรักษาประคับประคอง HCC ที่ใช้บ่อยมากที่สุด (ตารางแนบ) เป็นวิธีการฉีดยาเคมีบำบัด เช่น Mitomycin C, 5-Fluouracil, Cisplatin, Doxorubicin hydrochloride เป็นต้น ที่ผสมกับสาร Iodized oil ผ่านสายสวนเข้าไปทาง Hepatic artery ทำให้มีการฉีดยาเข้าก้อนโดยตรง นอกจากนี้ยังสามารถทำการอุดเส้นเลือดแดงที่เลี้ยงก้อนมะเร็งโดยการใช้ Gelatin sponge เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของยาเคมีในก้อนมะเร็ง และติดค้างอยู่ในก้อนมะเร็งได้นานมากขึ้น ตลอดจนลดอาการข้างเคียงของยาเคมีได้

ข้อบ่งชี้ในการทำ TACE ได้แก่

1. Unresectable HCC from extensive tumor
2. Insufficient hepatic reserve postoperatively
3. Medically inoperable
4. Tumor downsizing prepare for hepatic resection or liver transplantation
5. Rupture HCC (transarterial embolization)

ข้อห้ามในการทำ TACE ได้แก่

1. Complete portal thrombosis
2. Major hepatic insufficiency (Child's class C)
3. Severe renal insufficiency
4. Biliary obstruction
5. Extensive Extrahepatic metastasis

2. การทำลายก้อนมะเร็งด้วยสารต่าง ๆ

การรักษาแบบประคับประคองโดยการฉีดสารเข้าไปที่ก้อนโดยตรง ไม่ว่าจะผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous approach) หรือ ขยะผ่าตัด (Laparoscopic or open surgery) มีการพัฒนาเครื่องมือสารต่าง ๆ และเทคโนโลยีไปอย่างมาก ข้อจำกัดโดยรวมของการรักษาคือจำนวนและขนาดของก้อน สภาพการทำงานของตับ และความแข็งแรงของผู้ป่วย

- ข้อบ่งชี้ในการรักษา
1. ขนาดของก้อนมะเร็งควรมีขนาดไม่เกิน 3 เซนติเมตร
 2. ปริมาตรก้อนรวมกันไม่เกิน 30 % ของปริมาตรตับทั้งหมด

- ข้อห้ามในการใช้ ได้แก่
1. Uncorrectable coagulopathy
 2. ภาวะการติดเชื้อ (Sepsis) ที่ควบคุมไม่ได้
 3. Severe debilitation

ในปัจจุบันมีวิธีการรักษาต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การฉีดแอลกอฮอล์เข้าก้อนมะเร็งตับ (Ethanol ablation)

ในการฉีดสาร Ethanol ที่มีความเข้มข้นมากกว่า ร้อยละ 95 ไปที่ก้อนมะเร็งตับ สามารถทำได้ง่าย ไม่มีความยุ่งยากในเรื่องเครื่องมือและสาร ได้ประสิทธิภาพในการรักษาดี

2.2 Radio-frequency ablation (RFA)

เป็นการรักษาโดยใช้พลังงานคลื่นวิทยุไปชักนำให้เกิดไฟฟ้ากระแสสลับขึ้นภายในเซลล์และเปลี่ยนเป็นพลังงานความร้อน ทำลายเซลล์มะเร็ง โดยรอบในรัศมีประมาณ 2 - 5 cm มะเร็งที่เหมาะสมสำหรับการรักษาด้วยวิธีนี้ควรมีขนาดไม่เกิน 3 cm

นอกจากนี้ยังมีวิธีการรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ เช่น Microwave ablation, Cryoablation (Liquid nitrogen) เป็นต้น

3. การทำ TACE สามารถทำร่วมกับการรักษาแบบอื่นๆ เช่น radiofrequency ablation หรือ tumor ablation อื่นๆ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการรักษาทั้งสองชนิดจะเสริมกัน ทำให้ผลการรักษาดีกว่าการรักษาแบบหนึ่งแบบใดเพียงอย่างเดียว

ข้อบ่งชี้การรักษามะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma)

มะเร็งท่อน้ำดี แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. Intra-hepatic type (Peripheral type) มะเร็งจะเกิดที่ท่อน้ำดีภายในตับ และขยายออกสู่เนื้อตับข้างๆ ทำให้มีอาการจะมีลักษณะเป็นก้อนมะเร็งคล้ายกับมะเร็งตับชนิด hepatocellular carcinoma
2. Extra-hepatic type (Central type) มะเร็งจะเกิดที่ท่อน้ำดีใหญ่ ตั้งแต่ขั้วตับ (hepatic hilar) จนถึงท่อน้ำดีร่วม (common bile duct) ส่วนปลาย ทั้งนี้ไม่รวมมะเร็งที่ ampula of Vater และมะเร็งถุงน้ำดี มะเร็งท่อน้ำดีตีบในกลุ่มนี้มักจะทำให้เกิดการอุดตันท่อน้ำดี (obstructive jaundice)

การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดแบบหวังหาย (curative resection)

1. การผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic or peripheral cholangiocarcinoma)

โดยการผ่าตัดตับซีกที่มีมะเร็งออก โดยตัดตามกายวิภาคของตับ (anatomical resection) ให้ได้ขอบเขตเพียงพอ เพื่อให้ได้ negative free margin รวมทั้งการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณขั้วตับออกทั้งหมด (hepatoduodenal lymphadenectomy) และพยายามให้มีการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดน้อยที่สุด

2. การผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic cholangiocarcinoma)

2.1 ในกรณีที่เนื้องอกอยู่ proximal one third ของท่อน้ำดี การผ่าตัดต้องทำ hilar duct resection และ lymphadenectomy ซึ่งส่วนใหญ่ต้องทำ liver resection ด้วย เพราะการทำ hilar duct resection เพียงอย่างเดียวจะไม่เพียงพอ แต่ถ้าทำ frozen section ของ proximal duct แล้ว ได้ free margin ก็อาจพิจารณาไม่ต้องทำ liver resection

อนึ่งหากมีข้อบ่งชี้ที่ต้องทำ liver resection ควรต้องทำ caudate lobe resection ร่วมด้วย เพราะจะทำให้ผลการรักษาดีกว่า

2.2 ในกรณีเนื้องอกที่อยู่ middle third ให้ทำ bile duct section และ frozen section ของทั้ง proximal duct และ distal duct โดย

- ถ้าพบเนื้องอกลุกลามไปทางด้าน proximal ให้ผ่าตัดรักษาเหมือน proximal one third tumor
- ถ้าเนื้องอกลุกลามไปด้าน distal ให้พิจารณาทำ pancreaticoduodenectomy ร่วมด้วย

2.3 ในกรณีเนื้องอกอยู่ distal one third ต้องทำ pancreaticoduodenectomy และ lymphadenectomy

การรักษาแบบประคับประคอง มะเร็งท่อน้ำดี

1. การแก้ไขทางเดินน้ำดีอุดตัน ได้แก่

1.1 การผ่าตัดบายพาสทางเดินน้ำดี (surgical enterobiliary bypass)

1.2 การใส่ท่อระบายน้ำดี ผ่านผิวหนัง (Percutaneous transhepatic biliary drainage: PTBD)

1.3 การใส่ท่อระบายน้ำดี ผ่านกล้อง (Endoscopic biliary stent) (รายละเอียดแนบท้าย)

อนึ่งควรมีการปรึกษาร่วมกันในระหว่างแพทย์สหสาขา ก่อนการตัดสินใจวิธีการรักษาแบบประคับประคอง

แนวทางการรักษามะเร็งท่อน้ำดีผ่านกล้องส่องตรวจท่อน้ำดีโดยการใส่ท่อระบายน้ำดี

ใช้ในกรณีไม่สามารถผ่าตัดเนื้องอกออกได้ หรือผู้ป่วยไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ หรือผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการคัน เหลืองของผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การใส่ท่อพลาสติกระบายน้ำดีในผู้ป่วย hilar cholangiocarcinoma เพื่อแก้ไขการอุดตัน 1 ข้าง และ 2 ข้างมีประสิทธิผลเท่าเทียมกันในการระบายน้ำดี แต่การใส่ท่อระบายน้ำดี 2 ข้างจะมีท่อน้ำดีอีกเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการใส่ท่อระบายเพียงข้างเดียว

ข้อเสียของท่อพลาสติกระบายน้ำดีคือ อุดตันเร็วประมาณ 3-4 เดือน ส่วนท่อโลหะระบายจะอุดตันหลังใส่ประมาณ 6-9 เดือน และเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้มีระยะเวลาอยู่รอดเฉลี่ยประมาณ 140-147 วัน การใส่ท่อโลหะจึงอาจมีความคุ้มค่ามากกว่าการใส่ท่อพลาสติกเนื่องจากอุดตันช้ากว่า ทำให้ไม่ต้องมาส่องกล้องเพื่อเปลี่ยนท่อระบายบ่อย ในผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่สั้นกว่า 4 เดือน การใส่ท่อระบายพลาสติกจะเหมาะสมกว่า

ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจด้วย MRCP หรือ CT เพื่อประเมินกายวิภาคของท่อน้ำดีที่อุดตันและวางแผนส่องกล้องเข้าไประบายท่อน้ำดีขนาดใหญ่และมีการเชื่อมต่อกันมากที่สุดเพื่อหลีกเลี่ยงการฉีดยาที่บวมเข้าไปในท่อน้ำดีข้างที่อุดตันแต่ไม่สามารถระบายออกมาได้

ท่อโลหะระบายน้ำดีที่ใช้อาจใช้ชนิด covered metal stent เพื่อป้องกันเนื้องอกเจริญเติบโตเข้ามาที่ระบาย ทำให้ท่อระบายอุดตันช้ากว่าเมื่อเทียบกับ non covered metal stent

2. การใช้รังสีรักษา (Radiotherapy)

สามารถพิจารณาให้รังสีรักษาได้เพื่อบรรเทา ความปวด, เลือดออกหรือเป็นแผล, การกดเบียดเนื้อเยื่อปกติ, การอุดตันอวัยวะที่เป็นท่อน้ำดี, การกดทับไขสันหลัง การอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ ที่เกิดจากก้อนมะเร็ง โดยต้องคำนึงถึงผลการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา สภาพร่างกาย การพยากรณ์โรค และความสะดวกในการเดินทางมารักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้แพทย์ควรเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจได้เอง ซึ่งอาจจะใช้ external beam radiotherapy หรือ brachytherapy ก็ได้ โดยพิจารณาให้การรักษาร่วมกับรังสีในกรณีต่อไปนี้

1. Palliative radiotherapy for unresectable primary tumor
2. Palliative radiotherapy for distant metastatic sites such as bone, brain, spine, lymph nodes, soft tissue and others
3. พิจารณาให้ รังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด (5U – based) เสริมหลังจากการผ่าตัด เมื่อพบว่า Positive margin, lymph node positive

3. แนวทางการใช้เคมีบำบัด (Systemic chemotherapy)

3.1 สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีระยะเริ่มต้นหลังการผ่าตัด (adjuvant chemotherapy for resectable cholangiocarcinoma) ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะแนะนำการใช้เคมีบำบัดในข้อบ่งชี้

3.2 สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลามที่ไม่สามารถผ่าตัดได้หรือระยะแพร่กระจาย (locally advanced and metastatic cholangiocarcinoma)

สูตรยา ได้แก่ Cisplatin/5-FU

สำหรับผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายและการทำงานของอวัยวะต่างๆ ดี เช่น ไต ไชกระดูก และตับ เป็นต้น

(Gemcitabine ยังไม่มีข้อบ่งชี้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าได้ผลที่ดีที่สุด สำหรับการรักษามะเร็งท่อน้ำดีและถุงน้ำดีในปัจจุบัน ใช้รักษาร่วมกับ Cisplatin (Gemcitabine/Cisplatin)

Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชุดเข็มคาร์กิกษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและถุงน้ำดี ปีงบประมาณ 2556

Protocol 1: Postoperative Chemoradiation สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี หลังการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา ข้อพิจารณา

- 1.1 ให้เฉพาะใบรายชื่อ Positive margin, lymph node positive
- 1.2 ผู้ป่วยต้องมี performance status 0 หรือ 1

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัดมะเร็งท่อน้ำดี หลังผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	5-fluorouracil / leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil leucovorin	C1-2: 400 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	400 20	4 4	2 2	3,200 160

Protocol 2 : สูตรเคมีบำบัดรักษาก่อนผ่าตัดและถุงน้ำดีและถุงน้ำดีและถุงน้ำดีที่สามารถผ่าตัดได้หรือระยะแพร่กระจาย

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg/m ²)
1	Cisplatin/5-FU	q 28 days	Cisplatin 5-fluorouracil	75 – 100 mg/m ² /d IV day 1 1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	75 - 100 1,000	1 4	6 6	450 - 600 24,000
2	Carboplatin/5-FU	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin) 5-fluorouracil	AUC 5 mg/ml/min IV day 1 1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	Maximum total dose ≤ 750 mg. 1,000	1 4	6 6	4,500 mg 24,000

บทที่ 10

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าชดเชยการบริการทางการแพทย์ ปี 2556 ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้เกิดนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงทบทวนการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรค **มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ** โดยกำหนด Protocol เพื่อการเบิกจ่ายตามแนวทางการรักษาฉบับล่าสุด และผ่านการพิจารณาโดยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Cancer) ด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อบ่งชี้การรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (neoadjuvant therapy)

1. รอยโรคปฐมภูมิเป็นระยะ T2 หรือมากกว่า
2. มีแผนที่จะทำการผ่าตัดเอาก่อนมะเร็งออกหมดภายหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
3. ผู้ป่วยมีสมรรถภาพของร่างกาย performance status ECOG 0-1
4. สูตรยาที่ใช้ได้ คือ CMV โดยสามารถใช้ carboplatin แทน cisplatin ในกรณีที่มีภาวะการทำงานของไตบกพร่องโดยมีค่า creatinine clearance น้อยกว่า 60 mL/min หรือผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 70 ปี โดยให้ยาทั้งหมด 3 cycles ก่อนการผ่าตัด
5. ให้ใช้ สูตร CG (ตาม Protocol 4: 1A,1B) ได้ กรณีที่ไม่มียา vinblastine ในประเทศไทย

ข้อบ่งชี้การรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัด cystectomy (adjuvant therapy)

1. รอยโรคปฐมภูมิเป็นระยะ T3 หรือ N1 หรือมากกว่า
2. ได้รับการผ่าตัด cystectomy เอาก่อนมะเร็งออก
3. ผู้ป่วยมีสมรรถภาพของร่างกาย performance status ECOG 0-1
4. สูตรยาที่ใช้ได้ คือ CMV โดยสามารถใช้ carboplatin แทน cisplatin ในกรณีที่มีภาวะการทำงานของไตบกพร่องโดยมีค่า creatinine clearance น้อยกว่า 60 mL/min หรือผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 70 ปี โดยให้ยาทั้งหมด 4 cycles
5. ให้ใช้ สูตร CG (ตาม Protocol 4: 1A,1B) ได้ กรณีที่ไม่มียา vinblastine ในประเทศไทย

ข้อบ่งชี้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี (concurrent chemoradiation)

1. รอยโรคปฐมภูมิเป็นระยะ T2 หรือมากกว่า

2. ต้องการเก็บกระเพาะปัสสาวะไว้โดยได้รับการผ่าตัด maximal TUR-BT หรือผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะได้เนื่องจากสมรรถภาพร่างกายไม่เหมาะสม หรือมีการแพร่กระจายของโรคเข้าต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน
3. ผู้ป่วยมีสมรรถภาพของร่างกาย performance status ECOG 0-1
4. สูตรยาที่ใช้ได้ ได้แก่ PF, MF โดยสามารถใช้ carboplatin แทน cisplatin ในกรณีที่มีภาวะการทำงานของไตบกพร่องโดยมีค่า creatinine clearance น้อยกว่า 60 ml/min หรือผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 70 ปี โดยให้ยาทั้งหมด 2 cycles ร่วมกับการฉายรังสี หรือ cisplatin single agent จำนวน 3 cycles ร่วมกับการฉายรังสี

ข้อบ่งชี้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะแพร่กระจายหรือกลับเป็นซ้ำ

(Advanced metastatic cancer or recurrent cancer)

1. โรคมะเร็งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นมากกว่าต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน หรือกลับเป็นซ้ำที่ไม่สามารถรับการฉายรังสีเฉพาะที่หรือการผ่าตัดได้
2. ผู้ป่วยมีสมรรถภาพของร่างกาย performance status ECOG 0-1
3. สูตรยาที่ใช้ได้ ได้แก่ cisplatin-gemcitabine หรือ CMV โดยสามารถใช้ carboplatin แทน cisplatin ในกรณีที่มีภาวะการทำงานของไตบกพร่องโดยมีค่า creatinine clearance น้อยกว่า 60 ml/min หรือผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 70 ปี โดยให้ยาทั้งหมด 4 cycles
4. สามารถเลือกยาได้เพียง 1 สูตร โดยพิจารณาสูตรยาที่ไม่เคยใช้มาก่อนถ้าเคยได้ในการรักษาเสริม

ข้อบ่งชี้การรักษาเสริมมะเร็งกระเพาะปัสสาวะด้วย สารเคมีบำบัดหรือยาเสริมภูมิคุ้มกันชนิดใส่ภายในกระเพาะปัสสาวะ (Intravesical Adjuvant Chemotherapy and Immunotherapy)

ผลทางพยาธิเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะชนิด Transitional Cell Carcinoma โดยมีปัจจัยความเสี่ยงในการกลับคืนของโรคและการแพร่กระจายสูง ได้แก่

1. จำนวนก้อนมะเร็งที่ตรวจพบ ในการตรวจวินิจฉัยครั้งเดียวกัน
2. ระยะเวลาของการตรวจพบมีการคืนกลับของโรคมะเร็งภายหลังจากการรักษาโดยการผ่าตัดเฉพาะที่ Transurethral Resection Bladder Tumor
3. ลักษณะทางพยาธิวิทยาของเนื้อมะเร็งที่ตรวจพบ

สูตรยา คือ BCG

ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา BCG ในมะเร็งกระเพาะปัสสาวะไม่ลุกลามเข้าชั้นกล้ามเนื้อ และหลังจากผ่าตัดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (TURBT) ไป 2 – 4 อาทิตย์ ดังนี้:

- 1) High grade Ta หรือ T1
- 2) Recurrence Ta / T1 Low grade

- 3) มีหลายตำแหน่ง (ขนาด > 3 แห่ง) non-invasive
- 4) มี CIS (Carcinoma – in – situ)
- 5) ขนาดของมะเร็ง > 3 ซม. เป็น sessile หรือ thick stalk (ก้านมะเร็งหนา)
- 6) Incomplete resection (residual tumor) (มีมะเร็งเหลือค้าง ตัดออกไม่หมด)

วิธีการให้ยา

โดยให้ BCG ทุกอาทิตย์ เป็นเวลา 6 อาทิตย์ก่อน ให้ BCG อีกในเดือนที่ 3, 6 และทุก 6 เดือน เป็นเวลา 3 ปี (อย่างต่ำควรจะมีมากกว่า 1 ปี ขึ้นไป) ถ้าหลังจาก 6 อาทิตย์แล้วตรวจโดยส่องกล้องยังเกิดมะเร็งใหม่ก็ตัดออกและให้ BCG ได้อีก 6 อาทิตย์

ข้อห้ามของการใช้ BCG

1. แพ้ BCG
2. Significant Immunosuppression / HIV patients
3. Active autoimmune disease เช่น rheumatoid arthritis, lupus เป็นต้น
4. มีประวัติเป็นวัณโรค หรือ เคยรับ BCG แล้ว Sepsis
5. ผู้ป่วยอายุมากและไม่ค่อยแข็งแรง
6. อาจมีโรคตับ (Liver Disease)

ถ้าใช้ BCG ไม่ได้ให้ใช้ Mitomycin – C 20 – 40 mg ทุกอาทิตย์ เป็นเวลา 6 – 8 อาทิตย์ อาจให้ Mitomycin- C 20 – 40 มก. ทุก 3 เดือน เป็นเวลา 1 ปี ในรายที่ตอบสนองต่อ MMC)

ผลข้างเคียงจากการรักษาโดยใช้ Intravesical Chemotherapy and Immunotherapy ที่พบบ่อยและควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยประกอบการพิจารณาแนวทางการรักษาได้แก่

- มีอาการของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างทำงานผิดปกติจากกระเพาะปัสสาวะหดตัวเล็กน้อย
- มีไข้ ปัสสาวะเป็นเลือด มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ
- มีอาการปวดตามข้อ มีอาการแพ้จากยาเสริมภูมิคุ้มกัน
- มีอาการติดเชื้อของอวัยวะอื่นๆ จากยาเสริมภูมิคุ้มกันได้
- มีการกดไขกระดูกทำให้ซีด, ติดเชื้อทางกระแสโลหิตได้ง่าย และเลือดไหลแล้วหยุดยากได้

ข้อบ่งชี้ในการใช้รังสีรักษา รักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

1. การฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด และ Maximum TUR-BT เพื่อสงวนกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Preservation Therapy)
 - 1) Clinical stage T2-T4, N any, M0 ¹
 - 2) Single lesion

3) No hydronephrosis is preferred

4) Tumor size \leq 5 cm is preferred

2. การฉายรังสี เป็นการรักษาหลัก อย่างเดียว

Muscle invasive bladder cancer (cT2-4, N any, M0) ที่สภาพร่างกาย อายุ หรือโรคประจำตัว ทำให้ไม่สามารถรับการรักษาด้วย Multi-modality Bladder Preservation Therapy ได้

3. กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้ การฉายรังสีภายหลังการผ่าตัด Cystectomy or Partial Cystectomy พิจารณาในกรณี Positive margin หรือ pT3-T4 หรือ pN+

4. การฉายรังสีเพื่อการประคับประคองอาการ (Palliative Radiotherapy)

พิจารณาให้ในกลุ่ม Advanced หรือ Metastasis เพื่อบรรเทาอาการ ความปวด เลือดออก การกดเบียดเนื้อเยื่อปกติ การอุดกั้นท่อปัสสาวะหรืออวัยวะอื่นๆ การกดทับไขสันหลัง การแพร่กระจายไปยังสมอง การอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ที่เกิดจากก้อนมะเร็ง โดยต้องคำนึงถึงผลการรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษา สภาพร่างกาย การพยากรณ์โรค และความสะดวกในการเดินทางมารับรักษาของผู้ป่วย

Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชดเชยค่ารักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ปิงบประมาณ 2556

Protocol 1 การรักษาสเสริมก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant chemotherapy)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
1A	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	3	180
			Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	3	24
			Cisplatin*	100 mg/m ² /d IV day 2	100	1	3	300
1B	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	3	180
			Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	3	24
2A	GC***	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 2	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	3	4,500 mg
			Cisplatin*	70 mg/m ² /d IV day 1	70	1	6	420
2B	GC ***	q 21 days	Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000
			Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	5,400 mg
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000

*** กรณีที่ไม่มียา vinblastine ในประเทศไทย

Protocol 2 การรักษาเสริมภายหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
1A	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	4	240
			Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	4	32
			Cisplatin*	70-100 mg/m ² /d IV day 2	100	1	4	400
1B	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	4	240
			Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	4	32
2A	GC***	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 2	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	4	4,500 mg
			Cisplatin*	70 mg/m ² /d IV day 1	70	1	6	420
2B	GC***	q 21 days	Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000
			Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	5,400 mg
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000

*** กรณีที่ไม่มียา vinblastine ในประเทศไทย

Protocol 3 การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี (Concurrent chemoradiation)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
1	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin	70-100 mg/m ² /d IV day 1	100	1	3	300
2	PF	q 21 days	Cisplatin	15 mg/m ² /d IV day 1-3	15	3	2	90
			5FU	400 mg/m ² /d IV day 1-3	400	3	2	2,400
3	MF	-	Mitomycin C	12 mg/m ² /d IV day 1	12	1	1	12
			5FU	500 mg/m ² /d IV day 1-5, 22-26	500	10	1	5,000
4	Carboplatin	-	Carboplatin	AUC 2 mg/ml/min IV day 1, 8, 15, 22,29, 36	Maximum total dose ≤ 300 mg.	6	1	1,800 mg

Protocol 4 การให้ยาเคมีบำบัดในระยะแพร่กระจายหรือกลับเป็นซ้ำ (Metastatic or recurrent cancer)

ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)
1A	GC	q 21 days	Cisplatin*	70 mg/m ² /d IV day 1	70	1	6	420
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000
1B	GC	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤750 mg	1	6	5,400 mg
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000
2A	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	6	360
			Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	6	48
			Cisplatin*	70-100 mg/m ² /d IV day 2	70-100	1	6	420-600
2B	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	6	360
			Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	6	48
			Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤750 mg	1	6	4,500 mg

เลือกใช้ได้เพียง 1 สูตรต่อผู้ป่วย โดยพิจารณาสูตรยาที่ไม่เคยได้รับมาก่อน

**Protocol 5 การรักษามะเร็งด้วย สารเคมีบำบัด หรือยาเสริมภูมิคุ้มกัน ชนิดใส่ภายในกระเพาะปัสสาวะ
(Intravesical Adjuvant Chemotherapy and Immunotherapy)**

สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้รวม (mg)
1.BCG	q 7 days	BCG	81 mg. intravesical	81	1	6	486
	Maintenance q 90-180 days	BCG	81 mg. intravesical weekly x3	81	3	3-7	729-1,701
2.Mitomycin C	Induction q 7 days	Mitomycin C	20-40 mg intravesical	20-40	1	6-8	120-320
	Maintenance q 90 days	Mitomycin C	20-40 mg intravesical	20-40	1	4	80-160

บทที่ 11

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าชดเชยการบริการทางการแพทย์ ปี 2556

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้เกิดนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงทบทวนการจ่ายชดเชยค่าบริการกรณีค่าใช้จ่าย สูงสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรค **มะเร็งต่อมลูกหมาก** โดยกำหนด Protocol เพื่อการเบิกจ่ายตามแนวทางการรักษาระดับล่าสุด และผ่านการพิจารณาโดยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ข้อบ่งชี้การรักษา มะเร็งต่อมลูกหมาก โดยการผ่าตัด

เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก Stage T1 - T3 N0M0 โดยพิจารณาการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกจากร่างกายด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ Retropubic Radical Prostatectomy (RRP) หรือ Laparoscopic Radical Prostatectomy ซึ่งแพทย์ควรเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัดอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจได้เอง

การผ่าตัดอวัยวะทั้งหมดเป็นการรักษาที่แนะนำสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะสุดท้าย (Stage IV prostate cancer)

ข้อบ่งชี้การรักษาผู้ป่วยที่มีการกลับมาซ้ำของโรค (Recurrence) และผู้ป่วยระยะลุกลาม (Advanced Disease)

การรักษาผู้ป่วยที่มีการกลับมาซ้ำของโรค (Recurrence) และผู้ป่วยระยะลุกลาม (Advanced) ได้แก่ Stage C - T4, N1 หรือ M1 ขึ้นไป ซึ่งมีการลุกลามออกนอกต่อมลูกหมากแล้ว พิจารณาใช้รังสีรักษาเพิ่มเติมจากการรักษาแบบการลด hormone เพศชาย Androgen deprivation therapy และ Chemotherapy

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเฉพาะที่จากการที่มะเร็งลามไปบริเวณต่างๆ มีแนวทางการรักษาตามอาการ ได้แก่ การฉายรังสีบริเวณกระดูกเฉพาะที่เพื่อรักษากระดูกที่มีภาวะแทรกซ้อน และ systemic therapy ในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่โรคลุกลามหลังจากที่ได้รับการรักษาโดย Androgen Deprivation Therapy มาแล้ว (Castrate Resistance Prostate Cancer)

ข้อบ่งชี้การใช้ Docetaxel ใน Castration resistant prostate cancer (CRPC)

1. CRPC ระยะแพร่กระจายที่มี clinical หรือ PSA progression (มีการเพิ่มขึ้นของ PSA 3 ครั้ง ติดต่อกัน ห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ โดยเพิ่มขึ้น >25% ของระดับต่ำสุดอย่างน้อย 2 ครั้ง และมีค่ามากกว่าค่าต่ำสุด 2 ng/ml)
2. ต้องเคยได้ androgen deprivation therapy (bilateral orchidectomy or LHRH agonist) มาก่อน และระดับ testosterone น้อยกว่า 50 ng/dl กรณีที่ไม่ได้รักษาด้วย bilateral orchidectomy
3. ต้องเคยได้ antiandrogen มาก่อน และหยุด antiandrogen มาอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์
4. แนะนำให้ใช้ docetaxel 60-75 มก/ตร.ม. ทุก 3 สัปดาห์ เป็นจำนวนไม่เกิน 6 รอบ

ข้อบ่งชี้ในการใช้รังสีรักษา รักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

1. การฉายรังสีเป็นการรักษาหลักในการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (Definite Radiotherapy)

1.1 Localized early prostate cancer

- 1) กลุ่ม very low risk ที่มี life expectancy ≥ 20 ปี (อายุ < 62 ปี)
- 2) กลุ่ม low risk ที่มี life expectancy ≥ 10 ปี (อายุ < 77 ปี)

1.2 Locally advanced prostate cancer

กลุ่ม Intermediate risk/ high risk/ very high risk ทั้งหมด ยกเว้นกรณีมีข้อห้ามในการฉายรังสี

1.3 LN metastatic prostate cancer ที่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

2. การฉายรังสีภายหลังการผ่าตัด Radical Prostatectomy (Adjuvant/ Salvage Radiotherapy)

2.1 ผลชิ้นเนื้อที่มี Extracapsular extension หรือ positive surgical margin หรือ มีการลุกลามไปยัง seminal vesicles หรือ

2.2 หลังการผ่าตัด PSA > 0.2 ng/ml. หรือ

2.3 มีการเพิ่มขึ้นของค่า PSA หลังการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง และมีนัยสำคัญ

3. การฉายรังสีเพื่อการประคับประคองอาการ (Palliative Radiotherapy)

พิจารณาให้ในกลุ่ม Advanced หรือ Metastases เพื่อบรรเทาอาการ ความปวด เลือดออก การกตเบียดเนื้อเยื่อปกติ การอุดกั้นท่อปัสสาวะหรืออวัยวะอื่นๆ การกดทับไขสันหลัง การแพร่กระจายไปยังสมอง การอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ ที่เกิดจากก้อนมะเร็ง โดยต้องคำนึงถึงผลการรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษา สภาพร่างกาย การพยากรณ์โรค และความสะดวกในการเดินทางมารับรักษาของผู้ป่วย

การใส่แร่ High Dose Rate Brachytherapy มีข้อบ่งชี้ในกรณี Intermediate to high risk group โดยใช้เป็นการเพิ่มปริมาณรังสี (boost dose) โดยให้รวมกับการฉายรังสี(External Radiotherapy) 40-50 Gy

Protocol 1 การให้ยาเคมีบำบัดรักษาใน Castration resistant prostate cancer (CRPC)

ขนาดและสูตรของเคมีบำบัด

สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนที่ใช้ รวม (mg/m ²)
Docetaxel	q 21 days	docetaxel	60-75 mg/m ² IV	60-75	1	6	360-450

ผนวก 1 การประเมินสถานะผู้ป่วย

ตารางที่ 1 Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status.

Grade	ECOG
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair
5	Dead

* As published in Am. J. Clin. Oncol.:

Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.:

Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982.

ตารางที่ 2 Patient Performance Score Using Zubrod and Karnofsky Scales

Zubrod	Karnofsky (%)	Definition
0	100	Asymptomatic
1	80-90	Symptomatic, fully, Ambulatory
2	60-70	Symptomatic, in bed < 50% of day
3	40-50	Symptomatic, in bed > 50% of day, but not bedridden
4	20-30	Bedridden

ตารางที่ 3 Child-Pugh Classification การประเมินการทำงานของตับ (liver function reserve)

Parameters	Point		
	1	2	3
Bilirubin (mg/dl)	< 2	2-3	>3
Albumin (mg/dl)	>3.5	2.8-3.5	< 2.8
Prothrombin time (sec prolonged)	1-3	4-6	> 6
Encephalopathy (grade)	0	1-2	3-4
Ascites	None	Slight	Moderate/Severe

Score: Class A 5-6 points, Class B 7-9 points, Class C 10-15 points



แบบฟอร์มการแบ่งระยะมะเร็งก่อนให้การรักษา (สำหรับหน่วยบริการ)

วัน เดือน ปี ที่ให้การรักษา.....
 ชื่อ.....นามสกุล.....HN.....
 โรงพยาบาล.....Hospital Code.....จังหวัด.....
 การวินิจฉัย.....

TNM Classification

Primary Tumor (T)		Regional lymph Nodes(N)		Distant Metastasis (M)	
Tx	<input type="checkbox"/>	NX	<input type="checkbox"/>	MX	<input type="checkbox"/>
To	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MO	<input type="checkbox"/>
Tis	<input type="checkbox"/>	N1	<input type="checkbox"/>	MI	<input type="checkbox"/>
T1	<input type="checkbox"/>	N2	<input type="checkbox"/>		
T2	<input type="checkbox"/>	N3	<input type="checkbox"/>		
T3	<input type="checkbox"/>				
T4	<input type="checkbox"/>				
Staging (S)		Histologic Grade (G)		WHO Type	
Stage 0	<input type="checkbox"/>	GX	<input type="checkbox"/>	(Naso pharyngeal)	
Stage I	<input type="checkbox"/>	G1	<input type="checkbox"/>	WHO Type I	<input type="checkbox"/>
Stage II	<input type="checkbox"/>	G2	<input type="checkbox"/>	WHO Type II	<input type="checkbox"/>
Stage III	<input type="checkbox"/>	G3	<input type="checkbox"/>	WHO Type III	<input type="checkbox"/>
Stage IV	<input type="checkbox"/>	G4	<input type="checkbox"/>		
Child – Pugh Classification			ECOG PERFORMANCE STATUS		
A	<input type="checkbox"/>	Grade 0		<input type="checkbox"/>	
B	<input type="checkbox"/>	Grade 1		<input type="checkbox"/>	
C	<input type="checkbox"/>	Grade 2		<input type="checkbox"/>	
		Grade 3		<input type="checkbox"/>	
		Grade 4		<input type="checkbox"/>	
		Grade 5		<input type="checkbox"/>	

Other : Karnofsky Scales.....
 : Bismuth_Corlette Classification type.....
 :
 (ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา)

ผนวก 3 ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพ

ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

เรื่อง	มาตรฐานที่จำเป็นต้องตรวจ / รักษา	การบันทึกที่จำเป็นต้องมี
ซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อการวินิจฉัย	Weight loss () Yes () No	บันทึกการตรวจร่างกาย
	Jaundice () Yes () No	() มีครบถ้วนสมบูรณ์
	Hepatomegaly () Marked () Mild	() มีแต่ไม่สมบูรณ์
	Abdominal Mass () Marked () Mild	() ไม่มีการบันทึก
	Ascites () Marked () Mild	
	Nodes () Marked () Mild	
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการวินิจฉัย	AFP () Yes () No	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
	SGOT () Yes () No	() มีครบถ้วนสมบูรณ์
	SGPT () Yes () No	() มีแต่ไม่สมบูรณ์
	Albumin () Yes () No	() ไม่มีการตรวจ
	Total bilirubin () Yes () No	
	Direct Bilirubin () Yes () No	
	CBC.,plt. () Yes () No	
	FBS () Yes () No	
	PT.,PTT. () Yes () No	
	HBsAg () Yes () No	
	Anti HBc () Yes () No	
Anti-HCV () Yes () No		
การทำ imaging diagnostic	Ultrasonography () Yes () No	ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย
	CT-scan/ MRI () Yes () No	() มีครบถ้วนสมบูรณ์
		() มีแต่ไม่สมบูรณ์
	() ไม่มีการตรวจ	
การทำหัตถการเพื่อการ วินิจฉัย	FNAB () Yes () No	() ไม่มีการตรวจ
		() มีการตรวจตามข้อบ่งชี้
		() มีการตรวจแต่ไม่ระบุข้อบ่งชี้
		() ไม่มีการตรวจแต่มีข้อบ่งชี้ของการตรวจ

ผนวก 3 ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพ

ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

เรื่อง	มาตรฐานที่จำเป็นต้องตรวจ / รักษา	การบันทึกที่จำเป็นต้องมี
การตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อการวินิจฉัย	รายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยา	ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา
	() ตรวจพบเซลล์มะเร็ง	() มีครบถ้วนสมบูรณ์
	() ตรวจไม่พบเซลล์มะเร็ง	() มีแต่ไม่สมบูรณ์
		() ไม่มีการรายงาน
การวินิจฉัย (ระยะ อวัยวะ / ระบบ และระยะของโรค)	อวัยวะที่พบก้อนมะเร็ง () ระยะ () ไม่ระบุ	ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา
	ขนาดของก้อนมะเร็ง () ระยะ () ไม่ระบุ	() มีครบถ้วนสมบูรณ์
	การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง () ระยะ () ไม่ระบุ	() มีแต่ไม่สมบูรณ์
	การแพร่กระจายไปอวัยวะข้างเคียง () ระยะ () ไม่ระบุ	() ไม่มีการรายงาน
การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	() มีการรักษาด้วยเคมีบำบัด	บันทึกรายละเอียดการรักษาด้วยเคมีบำบัด
	() ไม่มีการรักษาด้วยเคมีบำบัด	() มีครบถ้วนสมบูรณ์
		() มีแต่ไม่สมบูรณ์
		() ไม่มีการบันทึก
การรักษาด้วยรังสีรักษา	() มีการรักษาด้วยรังสีรักษา	บันทึกรายละเอียดการรักษาด้วยรังสีรักษา
	() ไม่มีการรักษาด้วยรังสีรักษา	() มีครบถ้วนสมบูรณ์
		() มีแต่ไม่สมบูรณ์
		() ไม่มีการบันทึก
การรักษาด้วยการผ่าตัด	() มีการรักษาด้วยการผ่าตัด	บันทึกรายละเอียดการรักษาด้วยการผ่าตัด
	() ไม่มีการรักษาด้วยการผ่าตัด	() มีครบถ้วนสมบูรณ์
		() มีแต่ไม่สมบูรณ์
		() ไม่มีการบันทึก

ผนวก 3 ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพ

ตัวอย่างแบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

เรื่อง	มาตรฐานที่จำเป็นต้องตรวจ / รักษา	การบันทึกที่จำเป็นต้องมี
การรักษาภาวะแทรกซ้อน	() มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น	บันทึกรายละเอียดการรักษาภาวะแทรกซ้อน
	() ไม่มีการเกิดภาวะแทรกซ้อน	() มีครบถ้วนสมบูรณ์
		() มีแต่ไม่สมบูรณ์
		() ไม่มีการบันทึก
การซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อติดตามผล	Weight loss () Yes () No	บันทึกการตรวจร่างกาย
	Jaundice () Yes () No	() มีครบถ้วนสมบูรณ์
	Hepatomegaly () Marked () Mild	() มีแต่ไม่สมบูรณ์
	Abdominal Mass () Marked () Mild	() ไม่มีการบันทึก
	Ascites () Marked () Mild	
	Nodes () Marked () Mild	
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อติดตามผล	AFP () Yes () No	ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา
	Alkaline Phosphatase () Yes () No	() มีครบถ้วนสมบูรณ์
	SGPT () Yes () No	() มีแต่ไม่สมบูรณ์
	Albumin () Yes () No	() ไม่มีการรายงาน
	Total bilirubin () Yes () No	
	Direct Bilirubin () Yes () No	
การทำหัตถการ และ imaging เพื่อติดตามผล	Ultrasonography () Yes () No	ผลการตรวจทางรังสีวินิจฉัย
	CT-scan/ MRI () Yes () No	() มีครบถ้วนสมบูรณ์
		() มีแต่ไม่สมบูรณ์
		() ไม่มีการตรวจ

รายชื่อคณะกรรมการพัฒนาแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการโรคมะเร็ง

- | | |
|---|-------------------------|
| (๑) นายแพทย์ไพโรจน์ สิ้นลารัตน์
ที่ปรึกษาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล | เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| (๒) แพทย์หญิงสุดสวาท เลหาวินิจ
นายกมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย | เป็นประธานคณะกรรมการ |
| (๓) แพทย์หญิงชมรต์มี ขุนศึกเม้งราย
ที่ปรึกษา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | เป็นรองประธานคณะกรรมการ |
| (๔) ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิเชียร ศรีมนินทร์นิมิตร
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล | เป็นคณะกรรมการ |
| (๕) ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เอกภพ สิริชัยนันท์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี | เป็นคณะกรรมการ |
| (๖) ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | เป็นคณะกรรมการ |
| (๗) ศาสตราจารย์แพทย์หญิงลักขณา โพนนกุล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี | เป็นคณะกรรมการ |
| (๘) รองศาสตราจารย์นายแพทย์วิชาญ หล่อวิทยา
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | เป็นคณะกรรมการ |
| (๙) ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชลเกียรติ ขอบประเสริฐ
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๐) ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์จาตุรนต์ ต้นดีวัฒน์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๑) ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง จันจิรา เพชรสุขศิริ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๒) ศาสตราจารย์ คลินิก นายแพทย์ดรินทร์ โล่สรีวิวัฒน์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๓) รองศาสตราจารย์นายแพทย์วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๔) รองศาสตราจารย์นายแพทย์จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๕) พันเอกนายแพทย์วิชัย วาสนสิริ
วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๖) ศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย โอเจริญรัตน์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๗) นายแพทย์ธีรภูมิ คูหะเปรมะ
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ | เป็นคณะกรรมการ |
| (๑๘) รองศาสตราจารย์นายแพทย์ธีรวิทย์ พันธุ์ชัยเพชร
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล | เป็นคณะกรรมการ |

(๑๙) นายแพทย์ชูศักดิ์ เกษมคานต์ สถาบันโรคทรวงอก	เป็นคณะกรรมการ
(๒๐) รองศาสตราจารย์นายแพทย์วสันต์ สิ้นะสมิต คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	เป็นคณะกรรมการ
(๒๑) ศาสตราจารย์นายแพทย์จตุพล ศรีสมบุญ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	เป็นคณะกรรมการ
(๒๒) รองศาสตราจารย์นายแพทย์ดำรง ตริสุโกศล คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เป็นคณะกรรมการ
(๒๓) นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี	เป็นคณะกรรมการ
(๒๔) พันเอกนายแพทย์ วิชัย ประยูรวิวัฒน์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	เป็นคณะกรรมการ
(๒๕) ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงเมธิณี ไหมแพง โรงพยาบาลกรุงเทพ	เป็นคณะกรรมการ
(๒๖) พลตรีนายแพทย์สถิตย์ เรืองดิถ์รัตน์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	เป็นคณะกรรมการ
(๒๗) พันเอกนายแพทย์นพพร เชยพันธุ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	เป็นคณะกรรมการ
(๒๘) นายแพทย์दनัยพันธ์ อัครสกุล โรงพยาบาลราชวิถี	เป็นคณะกรรมการ
(๒๙) ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงเอื้อมแข สุขประเสริฐ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น	เป็นคณะกรรมการ
(๓๐) พันเอกนายแพทย์กสานต์ สีตลารมณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	เป็นคณะกรรมการ
(๓๑) ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงธิตติยา เดชเทพพร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี	เป็นคณะกรรมการ
(๓๒) อาจารย์นายแพทย์นภดล โสภารัตนาไพศาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	เป็นคณะกรรมการ
(๓๓) อาจารย์แพทย์หญิงจรรุวรรณ เอกวัลลภ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	เป็นคณะกรรมการ
(๓๔) รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงฉันทนา ธนะไชย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี	เป็นคณะกรรมการ
(๓๕) ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทกานต์ เอี่ยมนวนานนทชัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	เป็นคณะกรรมการ
(๓๖) ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อานนท์ โชติรสนิรมิต คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	เป็นคณะกรรมการ
(๓๗) เกสัชกรกิตติ สุคันโธ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	เป็นคณะกรรมการ

(๓๘) ผู้อำนวยการสำนักบริหารการจัดสรรกองทุน	เป็นคณะทำงาน
(๓๙) ผู้อำนวยการสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ	เป็นคณะทำงาน
(๔๐) ผู้อำนวยการสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ	เป็นคณะทำงาน
(๔๑) ผู้จัดการกองทุนยาเวชภัณฑ์และวัคซีน	เป็นคณะทำงาน
(๔๒) นางกฤษณา โกสีหเดช	เป็นคณะทำงาน
(๔๓) นางสาวสมฤทัย สุพรรณกุล	เป็นคณะทำงาน
(๔๔) แพทย์หญิงพนมวัลย์ บุญยมานพ	เป็นคณะทำงาน
(๔๕) นางสาวอรรวรรณ หงษ์ทอง	เป็นคณะทำงาน
(๔๖) ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ	เป็นคณะทำงานและเลขานุการ
(๔๗) นางสาวนงลักษณ์ บรรณจิรกุล	เป็นคณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

ส่วนที่ 2



แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล ปีงบประมาณ 2556

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ
มกราคม 2556

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมคณะทำงานด้านวิชาการซึ่งเป็น
นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาด้านโรคมะเร็ง ได้มีการทบทวนเพื่อพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการรักษา
โรคมะเร็งที่กำหนดให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแนวทางการรักษาที่เปลี่ยนไปตามสถานการณ์ของ
โรค และการใช้ยาในปัจจุบัน และเพื่อให้ระบบการเบิกจ่ายชดเชยของหน่วยบริการมีประสิทธิภาพเป็นไปในแนวทาง
เดียวกัน และหน่วยบริการสามารถเบิกชดเชยได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
จึงขอกำหนดแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลที่
กำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชนิดของการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล

- 1) มะเร็งเต้านม
- 2) มะเร็งปากมดลูก
- 3) มะเร็งรังไข่
- 4) มะเร็งโพรงจมูก
- 5) มะเร็งปอด
- 6) มะเร็งหลอดอาหาร
- 7) มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง
- 8) มะเร็งตับและท่อน้ำดี
- 9) มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
- 10) มะเร็งต่อมลูกหมาก

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชย

- 1) เป็นผู้ที่มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) หน่วยบริการที่รักษา และสามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้แก่หน่วยบริการที่ผ่านการประเมินคุณสมบัติ
ตามที่ สปสช. กำหนด
- 3) หน่วยบริการที่รักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลที่กำหนด 10 โรค ได้แก่ มะเร็งเต้านม, มะเร็ง
ปากมดลูก, มะเร็งรังไข่, มะเร็งโพรงจมูก, มะเร็งปอด, มะเร็งหลอดอาหาร, มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง, มะเร็ง

ตับและท่อน้ำดี, มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ, มะเร็งต่อมลูกหมาก จะต้องมีหลักฐานยืนยันผลการวินิจฉัยที่ชัดเจน และต้องมีรหัสการวินิจฉัยโรค (ICD-10) รหัสการทำหัตถการ (ICD-9-CM) ตามที่กำหนด

4) เกณฑ์ และเงื่อนไขการจ่ายชดเชย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1) สำหรับการให้บริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2556 และกรณีที่มีการให้บริการรักษาผู้ป่วยด้วยโปรโตคอลเดิมที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประกาศใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 จะขยายเวลาให้รักษาและเบิกจ่ายตามโปรโตคอลเดิมได้ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2556

4.2) การรักษามะเร็งตามโปรโตคอลนี้ สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีอายุยังไม่ถึงให้สามารถรักษาแบบมะเร็งทั่วไปได้

4.3) รายการยาที่ประกาศใช้ เป็นยาที่ประกาศและมีข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

4.4) ค่า BSA (Body surface area) คำนวณตามจริงในผู้ป่วยแต่ละราย ไม่เกิน 2 m^2 สำหรับยาเคมีบำบัดชนิดรับประทานและฉีดเข้าเส้นเลือด ยกเว้น ยาฮอริโมน และยาเสริมภูมิคุ้มกันชนิดใส่ภายในกระเพาะปัสสาวะ คือ ยา BCG และ Mitomycin C

4.5) ให้นำหน่วยบริการ เบิกจ่ายชดเชยเป็นรายวัน (visit) ของการรักษาแต่ละโปรโตคอล โดยให้นำหน่วยบริการคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาในแต่ละวัน (visit) ยกเว้นยาฮอริโมนให้เบิกจ่ายเป็นจำนวนเม็ดที่จ่ายจริงหรือตามที่กำหนดในแต่ละครั้ง โดย สปสช. จะพิจารณาจ่ายชดเชยให้ไม่เกิน 365 เม็ด หรือ 730 เม็ด ต่อปีงบประมาณ ทั้งนี้แล้วแต่ขนาดของยา

4.6) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จ่ายเงินชดเชยเป็นค่ายาเคมี / ยาฮอริโมน / รังสีรักษา / รังสีวางแผน / ค่าอุปกรณ์ / ค่ายาและค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาเคมีและหรือการทำรังสีรักษา

4.7) หน่วยบริการที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งตามโปรโตคอล ต้องบันทึกตามแบบฟอร์มการแบ่งระยะตามชนิดมะเร็ง ตามแบบ FM-06-031 ในภาคผนวก 2 เก็บไว้ในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อสำหรับตรวจสอบภายหลังด้วย

4.8) กรณีที่หน่วยบริการเดียวกันให้การรักษาผู้ป่วย เป็นทั้งประเภทผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาเดียวกัน หน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายในกรณีผู้ป่วยใน เท่านั้น

4.9) สูตรยาในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตามโปรโตคอล ที่มีรายการยาเคมีบำบัดอยู่ในกลุ่ม ยา จ (2) หน่วยบริการที่รักษา จะได้รับการจ่ายชดเชยเป็นยา ตามระบบ VMI โดยในการคำนวณจ่ายชดเชยต่อวัน (visit) คำนวณจ่ายชดเชยเป็นค่าผสมยาและเตรียมยาเท่านั้น ไม่ได้รวมราคายาดังกล่าวด้วย ได้แก่ ยา Docetaxel และ Letrozole ที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งปอด

4.10) การรักษาผู้ป่วย 1 ราย หน่วยบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้เพียง 1 สูตรยาเท่านั้น เว้นแต่ มีการเปลี่ยนแปลงระยะของโรค หน่วยบริการจึงจะสามารถขอเบิกสูตรยาใหม่ได้ ทั้งนี้ สปสช. อาจขอแฟ้มเวชระเบียนตรวจสอบในภายหลัง

4.11) กรณีการรักษาไม่ครบ Cycle ตามที่ระบุของแต่ละโปรโตคอล เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดเช่นรับยาไม่ได้จำเป็นต้อง off protocol หรือเสียชีวิต หน่วยบริการสามารถเบิกจ่ายชดเชยตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกินเพดานที่กำหนดต่อวัน ตามจำนวนวันที่ให้การรักษาผู้ป่วย

4.12) หน่วยบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเรียงตามโปรโตคอล จะได้รับการชดเชยตามจำนวนเงินที่เรียกเก็บ แต่ไม่เกินราคากลางตามที่กำหนดของแต่ละวัน (visit) ในโปรโตคอลนั้น และสามารถเบิกชดเชยกรณีรังสีรักษาหรือรังสีวางแผน ตามรายการที่กำหนดได้อีก

การคำนวณจ่ายชดเชย

1) กรณีผู้ป่วยนอก

1.1) คำนวณจ่ายด้วยระบบ Point System with Ceiling with Global Budget

1.2) ได้รับตามค่าใช้จ่ายจริง แต่ไม่เกินเพดานการจ่ายของแต่ละวัน (visit) ในแต่ละโปรโตคอล ตามที่กำหนด

1.3) ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย, ค่าตรวจ LAB , และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ หน่วยบริการประจำเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

1.4) ค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากเพดานการจ่ายชดเชยของ สปสช. ใน หมวดค่ายาเคมี / ยาฮอร์โมน / รังสีรักษา / รังสีวางแผน / ค่าอุปกรณ์ / ค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา หน่วยบริการที่รักษาไม่สามารถเรียกเก็บเพิ่มเติมจากหน่วยบริการประจำหรือผู้ป่วยได้อีก

2) กรณีผู้ป่วยใน

ได้รับค่าใช้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

3) กรณีที่หน่วยบริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเรียงตามโปรโตคอล **แต่ไม่ใช้ยาตามสูตรยาที่กำหนดในโปรโตคอล** หน่วยบริการจะต้องทำหนังสือเพื่อขออนุมัติการรักษาเป็นราย ๆ ไป โดยให้ส่งประวัติการ รักษาผู้ป่วย, การตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้อง และแผนการรักษาปัจจุบันที่ต้องการให้ สปสช. พิจารณา ทั้งนี้ สปสช. จะเสนอให้คณะทำงาน ฯ พิจารณาเพื่อปรับปรุงโปรโตคอลต่อไป และจะได้รับการชดเชยตามจริง ไม่เกิน 4,000 บาท / visit โดยไม่ครอบคลุมกรณีใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

วิธีการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการ ในระบบโปรแกรม e-Claim โดยให้บันทึกวันที่รับบริการเป็นวัน (visit) ภายใน 30 วันหลังให้บริการ โดยหากเป็นการรับ-ส่งต่อข้ามจังหวัดต้องบันทึกข้อมูลแบบ OP Refer

หลังจากนั้น สปสช. จะทำการตัดข้อมูลตามรอบที่กำหนด พร้อมทั้งพิจารณาตรวจสอบและออกรายงานการจ่ายเงินให้หน่วยบริการ

หมายเหตุ

- 1) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการแบ่งระยะมะเร็งก่อนให้การรักษามาตามแบบ FM-06-031 ในภาคผนวก 2 และเก็บไว้ที่แฟ้มเวชระเบียนให้ตรวจสอบ
- 2) กรณีที่มีข้อบ่งชี้เป็นไปตามสูตรยาในโปรโตคอลที่กำหนด ให้พิจารณาใช้สูตรยาที่ 1 ก่อนเสมอ และหากใช้สูตรดังกล่าวไม่ได้ให้ระบุเหตุผลไว้ในเวชระเบียนด้วยทุกครั้ง
- 3) หน่วยบริการควรทำการประเมินคุณภาพการรักษาภายในหน่วยบริการ โดยอาจใช้แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตามตัวอย่างในภาคผนวก 1 และภาคผนวก 2
- 4) ราคาที่จ่ายชดเชยเป็นการจ่ายต่อวัน (visit) ของการให้ยาในแต่ละโปรโตคอล แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการ

5) ให้หน่วยบริการที่รักษาด้วยโปรโตคอลเก่า สามารถรักษาต่อเนื่องจนครบ course ได้ แต่ต้องไม่เกินวันที่ 30 มิถุนายน 2556 โดยการบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายให้บันทึกข้อมูลเบิกจ่ายเป็นรอบ (cycle) และใช้รหัสการเบิกจ่าย และราคาการจ่ายชดเชยตามประกาศ ฯ เดิม

ตารางแสดงรหัสการเบิกจ่าย และเงื่อนไขในการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim
ปีงบประมาณ 2556

มะเร็ง	ลำดับ	รหัสเบิกจ่าย	รหัสโรค / รหัสหัตถการ สำหรับบันทึกข้อมูล ในโปรแกรม e-Claim
1) เต้านม	1	CBrC11	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	2	CBrC12	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	3	CBrC13	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	4	CBrC14A	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	5	CBrC14B	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	6	CBrC15A	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	7	CBrC15B	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	8	CBrC17	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	9	CBrC21	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	10	CBrC22	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	11	CBrC23	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	12	CBrC24	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	13	CBrC26	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	14	CBrC25	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511
	15	CBrH31	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511
	16	CBrH41	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511
	17	CBrH44	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511
2) ปากมดลูก	1	CCxC11	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	2	CCxC12	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	3	CCxC13	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	4	CCxC14	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	5	CCxC21	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	6	CCxC22	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	7	CCxC31	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	8	CCxC32	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	9	CCxC33	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	10	CCxC43	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
3) รังไข่	1	COvC11	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	2	COvC12	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	3	COvC13	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	4	COvC14	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	5	COvC15	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925

มะเร็ง	ลำดับ	รหัสเบิกจ่าย	รหัสโรค / รหัสเหตุการณ์ สำหรับบันทึกข้อมูล ในโปรแกรม e-Claim
	6	COvC21	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	7	COvC22A	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
3) รังไข่ (ต่อ)	8	COvC22B	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	9	COvC23A	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	10	COvC23B	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	11	COvC24	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511
	12	COvC25	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511+ 9925
	13	COvC26	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511+ 9925
	14	COvC31	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	15	COvC32	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	16	COvC321	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	17	COvC322	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	18	COvC33	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	19	COvC331	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	20	COvC332	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	21	COvC34	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	22	COvC41	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	23	COvC42	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	24	COvC43	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	25	COvC44	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	26	COvC45	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
4) โพรทหลังจุมุก	1	CNaC11a	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	2	CNaC12a	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	3	CNaC13a	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	4	CNaC14a	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	5	CNaC11b	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	6	CNaC12b	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	7	CNaC21	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	8	CNaC22	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	9	CNaC31	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	10	CNaC32	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	11	CNaC33	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	12	CNaC34C	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	13	CNaC34D	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
5) ปอด	1	CLnC11	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	2	CLnC12	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925

มะเร็ง	ลำดับ	รหัสเบิกจ่าย	รหัสโรค / รหัสเหตุการณ์ สำหรับบันทึกข้อมูล ในโปรแกรม e-Claim
	3	CLnC21C	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	4	CLnC21D	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	5	CLnC22A	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
5) ปอด (ต่อ)	6	CLnC22B	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	7	CLnC25A	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	8	CLnC25B	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	9	CLnC31	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	10	CLnC32	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	11	CLnC33	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	12	CLnC34	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	13	CLnC35	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	14	CLnC41	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	15	CLuC11	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	16	CLuC12	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	17	CLuC13	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	18	CLuC15	ICD 10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
6) หลอดอาหาร	1	CEsC11	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	2	CEsC12	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	3	CEsC21A	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	4	CEsC21B	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	5	CEsC22	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	6	CEsC23	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	7	CEsC31	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	8	CEsC32	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
7) ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	1	CCrC11	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	2	CCrC13	ICD-10 โรคมะเร็ง + Z511
	3	CCrC14	ICD-10 โรคมะเร็ง + Z511 + 9925
	4	CCrC15	ICD-10 โรคมะเร็ง + Z511 + 9925
	5	CCrC16	ICD-10 โรคมะเร็ง + Z511 + 9925
	6	CCrC17	ICD-10 โรคมะเร็ง + Z511 + 9925
	7	CCrC18	ICD-10 โรคมะเร็ง + Z511 + 9925
	8	CCrC21C	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	9	CCrC21D	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	10	CCrC21E	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	11	CCrC21F	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	12	CCrC22A	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925

มะเร็ง	ลำดับ	รหัสเบิกจ่าย	รหัสโรค / รหัสหัตถการ สำหรับบันทึกข้อมูล ในโปรแกรม e-Claim
	13	CCrC22B	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	14	CCrC22C	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	15	CCrC31C	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	16	CCrC31D	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
7) ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	17	CCrC32C	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
(ต่อ)	18	CCrC32D	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	19	CCrC33	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	20	CCrC33A	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	21	CCrC41	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
8) ท่อน้ำดี	1	CChC11	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	2	CChC21	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	3	CChC22	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
9) กระเพาะปัสสาวะ	1	CBdC11	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	2	CBdC12	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	3	CBdC13A	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	4	CBdC13B	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	5	CBdC21	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	6	CBdC22	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	7	CBdC23A	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	8	CBdC23B	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	9	CBdC31	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	10	CBdC32	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	11	CBdC33	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	12	CBdC34	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	13	CBdC41A	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	14	CBdC41B	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	15	CBdC42A	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	16	CBdC42B	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	17	CBdC51A	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	18	CBdC51B	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	19	CBdC52A	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
	20	CBdC52B	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925
10) ต่อมลูกหมาก	1	CPsC11	ICD-10 โรคมะเร็ง+ Z511 + 9925

รายการรหัสโรค (ICD-10) ของโรคมะเร็ง 10 ชนิด

1) โรคมะเร็งเต้านม (CA Breast)	
C500	Malignant neoplasm of breast, nipple and areola
C501	Malignant neoplasm of central portion of breast
C502	Malignant neoplasm of upper-inner quadrant of breast
C503	Malignant neoplasm of lower-inner quadrant of breast
C504	Malignant neoplasm of upper-outer quadrant of breast
C505	Malignant neoplasm of lower-outer quadrant of breast
C506	Malignant neoplasm of axillary tail of breast
C508	Malignant neoplasm of overlapping lesion of breast
C509	Malignant neoplasm of breast, unspecified
D050	Carcinoma in situ of breast, lobular carcinoma in situ
D051	Carcinoma in situ of breast, intraductal carcinoma in situ
D057	Other carcinoma in situ of breast
D059	Carcinoma in situ of breast, unspecified

2) โรคมะเร็งปากมดลูก (CA Cervix)	
C530	Malignant neoplasm of endocervix
C531	Malignant neoplasm of exocervix
C538	Malignant neoplasm of overlapping lesion of cervix uteri
C539	Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified
D060	Carcinoma in situ of cervix uteri, endocervix
D061	Carcinoma in situ of cervix uteri, exocervix
D067	Carcinoma in situ of cervix uteri, other parts of cervix
D069	Carcinoma in situ of cervix, unspecified

3) โรคมะเร็งรังไข่ (CA Ovary)	
C56	Malignant neoplasm of ovary
C796	Secondary malignant neoplasm of ovary
D073	Other and unspecified female genital organs

4) โรคมะเร็งโพรงหลังจมูก (CA Nasopharynx)	
C110	Malignant neoplasm of nasopharynx, superior wall of nasopharynx
C111	Malignant neoplasm of nasopharynx, posterior wall of nasopharynx
C112	Malignant neoplasm of nasopharynx, lateral wall of nasopharynx
C113	Malignant neoplasm of nasopharynx, anterior wall of nasopharynx
C118	Malignant neoplasm of nasopharynx, overlapping lesion of nasopharynx
C119	Malignant neoplasm of nasopharynx, unspecified
D000	Lip, oral cavity and pharynx

5) โรคมะเร็งปอด (CA Lung)	
C340	Malignant neoplasm of main bronchus
C341	Malignant neoplasm of upper lobe, bronchus or lung
C342	Malignant neoplasm of middle lobe, bronchus or lung
C343	Malignant neoplasm of lower lobe, bronchus or lung
C348	Malignant neoplasm of overlapping lesion of bronchus and lung
C349	Malignant neoplasm of bronchus or lung, unspecified
C780	Secondary malignant neoplasm of lung
D022	Carcinoma in situ of bronchus and lung

6) โรคมะเร็งหลอดอาหาร (CA Esophagus)	
C150	Malignant neoplasm of oesophagus, cervical part of oesophagus
C151	Malignant neoplasm of oesophagus, thoracic part of oesophagus
C152	Malignant neoplasm of oesophagus, abdominal part of oesophagus
C153	Malignant neoplasm of oesophagus, upper third of oesophagus
C154	Malignant neoplasm of oesophagus, middle third of oesophagus
C155	Malignant neoplasm of oesophagus, lower third of oesophagus
C158	Malignant neoplasm of oesophagus, overlapping lesion of oesophagus
C159	Malignant neoplasm of oesophagus, unspecified
D001	Carcinoma in situ of oesophagus

7) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง (CA Colon-rectum)	
C180	Malignant neoplasm of colon, caecum
C181	Malignant neoplasm of colon, appendix
C182	Malignant neoplasm of colon, ascending colon
C183	Malignant neoplasm of colon, hepatic flexure
C184	Malignant neoplasm of colon, transverse colon
C185	Malignant neoplasm of colon, splenic flexure
C186	Malignant neoplasm of colon, descending colon
C187	Malignant neoplasm of colon, sigmoid colon
C188	Malignant neoplasm of colon, overlapping lesion of colon
C189	Malignant neoplasm of colon, unspecified
C19	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction
C20	Malignant neoplasm of rectum
C785	Secondary malignant neoplasm of large intestine and rectum
D010	Colon
D011	Rectosigmoid junction
D012	Rectum

8) โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma)	
C221	Intrahepatic bile duct carcinoma
C227	Overlapping lesion of biliary tract
C23	Malignant neoplasm of gallbladder
C240	Extrahepatic bile duct
C241	Ampulla of Vater
C248	Ampulla of Vater
C249	Biliary tract, unspecified
C788	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified digestive organs

9) โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (CA Bladder)	
C670	Trigone of bladder
C671	Dome of bladder
C672	Lateral wall of bladder
C673	Anterior wall of bladder
C674	Posterior wall of bladder
C675	Bladder neck
C676	Ureteric orifice
C677	Urachus
C678	Overlapping lesion of bladder
C679	Bladder, unspecified
C791	Secondary malignant neoplasm of bladder and other and unspecified urinary organs
D090	Bladder
D091	Other and unspecified urinary organs

10) โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (CA Prostate)	
C61	Malignant neoplasm of prostate

รายการรังสีรักษาในการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลและรหัสการเบิกจ่ายในโปรแกรม e-Claim
ปีงบประมาณ 2556

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	ราคา	รหัสเบิกจ่าย
1	การตรวจและกำหนดแผนการรักษาด้วยรังสี	ครั้ง	900	RTX101
2	การจำลองการฉายรังสี 2 มิติ	ครั้ง	800	RTX102
3	การคำนวณตามแผนการรักษา 2 มิติ	ครั้ง	700	RTX103
4	การจำลองการฉายรังสี 3 มิติ	ครั้ง	4,100	RTX104
5	การคำนวณตามแผนการรักษา 3 มิติ	ครั้ง	4,000	RTX105
6	การคำนวณตามแผนการรักษาแบบ IMRT	ครั้ง	7,900	RTX106
7	การทำ Customized block	ครั้ง	1,600	RTX107
8	การทำอุปกรณ์ยึดอวัยวะในการฉายรังสี (Mask)	ครั้ง	2,400	RTX108
9	การฉายรังสีด้วยเครื่อง Co-60	บริเวณ (Field)	300	RTX201
10	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคพิเศษ MLC	บริเวณ (Field)	600	RTX202
11	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค	บริเวณ (Field)	500	RTX203
12	การฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาค with Electron and MLC	บริเวณ (Field)	600	RTX204
13	การฉายรังสี IMRT	ครั้ง	3,300	RTX205
14	การใส่แร่ซีเซียม-137	ครั้ง	7,000	RTX206
15	การใส่แร่อิริเดียม-192	ครั้ง	5,800	RTX207
16	การฝังแร่อิริเดียม-192	course	6,000	RTX208
17	Half Body Irradiation	ครั้ง	4,100	RTX209
18	การฉายรังสี SRS	course	65,000	RTX210
19	การฉายรังสี SRT	course	65,000	RTX211
20	Total body irradiation	course	20,000	RTX212
21	การฉายรังสีระหว่างการทำผ่าตัด (IORT)	บริเวณ (Field)	5,700	RTX213
22	คำรักษาด้วยเครื่อง Hyperthermia	ครั้ง	1,600	RTX214
การรักษาด้วยรังสีรักษาลำดับที่ 1-8		ตรวจสอบเฉพาะรหัส ICD-10 ของโรคมะเร็ง 11 โรค		
การรักษาด้วยรังสีรักษาลำดับที่ 9-21		ตรวจสอบเฉพาะรหัส ICD-10 ของโรคมะเร็ง 11 โรค และ ICD-9-CM =9221-9223		
การรักษาด้วยรังสีรักษาลำดับที่ 22		ตรวจสอบเฉพาะรหัส ICD-10 ของโรคมะเร็ง 11 โรค และ ICD-9-CM =9985		

หมายเหตุ

นิยามของคำว่า “Field ” คือทิศทางทางเข้าของรังสี ซึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่ง “ Field ” ต่อหนึ่งบริเวณ/อวัยวะ (สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย ลงวันที่ 20 เมษายน 2553)

รายละเอียดการรักษาโรคมะเร็งเต้านม (CA Breast) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาขเดช ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย		
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56	
Protocol 1 เคมีบำบัดที่ใช้ รักษาผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม ระยะแรก	1	CMF (preferably oral regimen)	q 28 days	cyclophosphamide	100 mg/m ² /day PO day 1-14	100	14	6	8,400	25	CBrC11	CBrC11	
				methotrexate	40 mg/m ² IV day1, 8	40	2	6	480	440			CBrC11
				5-fluorouracil	600 mg/m ² IV day1, 8	600	2	6	7,200	355			
	2	AC	q 21 days	doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	60	1	4	240	1,685	CBrC12	CBrC12	
				cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400	715			
	3	FAC (CAF)	q 21 days	cyclophosphamide	500 mg/m ² IV day1	500	1	6	3,000	615	CBrC13	CBrC13	
				doxorubicin	50 mg/m ² IV day1	50	1	6	300	1,220			
				5-fluorouracil	500 mg/m ² IV day1	500	1	6	3,000	310			

รายละเอียดการรักษาโรคมะเร็งเต้านม (CA Breast) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาเฉลี่ย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 1 (ต่อ) เคมีบำบัดที่ใช้ รักษามะเร็ง เต้านม ระยะแรก	4.1	AC followed by paclitaxel as described	q 21 days	doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	60	1	4	240	1,685	CBrc14A	CBrc14
				cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400	715		
	4.2		q 21 days	followed by paclitaxel	175 mg/m ² IV day1	175	1	4	700	6,015	CBrc14B	
				doxorubicin	60 mg/m ² IV day1	60	1	4	240	1,685		
				cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400	715	CBrc15A	CBrc15A
				followed by paclitaxel	80 mg/m ² IV day1	80	1	12	960	4,360	CBrc15B	CBrc15B
	5	TC	q 21 days	docetaxel (q2)	75 mg/m ² IV day1	75	1	4	300	150 *	CBrc17	ไม่มี
				cyclophosphamide	600 mg/m ² IV day1	600	1	4	2,400	715		

รายละเอียดการรักษาโรคมะเร็งเต้านม (CA Breast) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาขายเฉลี่ย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 2 เคมีบำบัดที่ใช้ รักษาผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม ระยะ แพร่กระจาย				cyclophosphamide	100 mg/m ² /day- PO day 1-14	100	14	6	8,400	25		
	1	CMF	q 28 days	methotrexate	40 mg/m ² IV day1, 8	40	2	6	480	440	CBrC21	CBrC21
				5-FU	600 mg/m ² IV day1, 8	600	2	6	7,200	355		
				5-FU	500 mg/m ² IV	500	1	6	3,000	310		
	2	FAC (CAF)	q 21 days	doxorubicin	50 mg/m ² IV	50	1	6	300	1,220	CBrC22	CBrC22
				cyclophosphamide	500 mg/m ² IV	500	1	6	3,000	310		
3	AC	q 21 days	doxorubicin	60 mg/m ² IV	60	1	6	360	1,685	CBrC23	CBrC23	
			cyclophosphamide	600 mg/m ² IV	600	1	6	3,600	715			
4	Paclitaxel	q 21 days	paclitaxel	175 mg/m ² IV over 3 hours	175	1	6	1,050	6,015	CBrC24	CBrC24	
5	Docetaxel	q 21 days	docetaxel (q2)	75-100 mg/m ² IV over 1 hours	75-100	1	6	450-600	150 *	CBrC26	ยา จ 2 เบิกใน VMI	
6	Capecitabine	q 21 days	capecitabine	1,000-1,250 mg/m ² PO bid pc day1-14	2,500	14	8	280,000	1,550	CBrC25	CBrC25	

รายละเอียดการรักษาโรคมะเร็งเต้านม (CA Breast) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาชุดขาย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Antiestrogen:												
ฮอโมนรักษา ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะแรก	1	Tamoxifen		Tamoxifen	20 mg/day PO	20	1,825		36,500	ขนาด 10 mg เม็ดละ 4 บาท ให้ เบิกได้ไม่เกิน 730 เม็ด/ ปีงบประมาณ	CBRH31	CBRH31
	Aromatase inhibitors (AI):											
	2	Letrozole		Letrozole	2.5 mg/day PO	2.50	1,825		4,562.50	จ 2 เบิกใน ระบบ VMI	ยา จ 2 เบิกใน VMI	ยา จ 2 เบิกใน VMI
Antiestrogen:												
ฮอโมนรักษา มะเร็งเต้านม ระยะ แพร่กระจาย	1	Tamoxifen		Tamoxifen	20 mg/day PO Maximum <1,800 mg/visit (≤90 days/visit)	20			Maximum <1,800 mg/visit (<90 days/visit)	ขนาด 10 mg เม็ดละ 4 บาท ให้เบิก ได้ครั้งละไม่ เกิน 90 วัน คิดเป็นเงิน 720 บาท	CBRH41	CBRH41

รายละเอียดการรักษาโรคมะเร็งเต้านม (CA Breast) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาขงเคย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 4 (ต่อ)												
ฮอร์โมนรักษา มะเร็งเต้านม ระยะ แพร่กระจาย	2	Letrozole		Letrozole	2.5 mg/day <u>PQ</u> Maximum < 225 mg/visit (<=90 days/visit)	2.5			Maximum <225 mg/visit (<90 days/visit)	จ 2 เบิกใน ระบบVMI ให้ เบิกได้ครั้งละ ไม่เกิน 90 วัน	ยา จ 2 เบิกใน VMI	ยา จ 2 เบิกใน VMI
Progestin:												
	1	Megestrol acetate		Megestrol acetate	160 mg/day <u>PQ</u> Maximum < 14,400 mg/visit (≤90 days/visit)	160			Maximum <14,400 mg/visit (<90 days/visit)	ขนาด 160 mg เม็ดละ 73 บาท ให้ เบิกได้ครั้งละ ไม่เกิน 90 วันคิดเป็นเงิน 6,570 บาท	CBRH44	CBRH44

- * เป็นราคาที่ สปสช.จ่ายชดเชยค่าเตรียมยา / ผสมยา สำหรับตัวยา Docetaxel ให้เบิกในระบบ VMI

- Protocol 4 ฮอร์โมนรักษามะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย จำนวนใช้รวม (mg/m²) เป็นจำนวนต่อ visit ที่กำหนดให้หน่วยบริการเบิกจ่ายในแต่ละครั้ง

รายละเอียดการรักษามะเร็งปากมดลูก (CA Cervix) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาชดเชย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 3 (ต่อ) First-line chemotherapy for Advanced / Recurrent cervical cancer	2	Cisplatin/5-FU	q 21 days	Cisplatin	75 mg/m ² IV day 1	75	1	3	225	1,760		
				5-fluorouracil	1,000 mg/m ² IV day 1,2,3,4	1,000	4	3	12,000	1,885	ไม่มี	
Protocol 4 Second-line chemotherapy for Advanced / Recurrent cervical cancer	3	Carboplatin	q 21-28 days	Carboplatin	AUC 4-6 mg/mV/min, IV	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	4,500	5,070	ไม่มี	
				Mitomycin	10 mg/m ² IV day 1	10	1	4	40	2,055	ไม่มี	

รายละเอียดการรักษาโรคมะเร็งรังไข่ (CA Ovary) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาชดเชย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Chemotherapy in Epithelial Ovarian Cancer (EOC) & EOC of low malignant potential (LMP) First-line: Adjuvant chemotherapy & Neoadjuvant chemotherapy	1	Carboplatin / Cyclophosphamide	q 21-28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	3-6	2,250-4,500	5,070	COvC11	COvC11
		Cyclophosphamide		600 mg/m ² IV	600	1	3-6	1,800-3,600	715			
	2	Carboplatin / Paclitaxel	q 21-28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose < 750 mg	1	3-8	2,250-6,000	5,070	COvC12	COvC12
		Paclitaxel		175 mg/m ² IV	175	1	3-8	525-1,400	6,015			
	3	Cisplatin / Cyclophosphamide	q 21-28 days	Cisplatin	75-100 mg/m ² , IV	75-100	1	3-6	225-600	2,295	COvC13	COvC13
Cyclophosphamide		600 mg/m ² IV		600	1	3-6	1,800-3,600	715				
4	Cisplatin / Paclitaxel	q 21-28 days	Cisplatin	75-100 mg/m ² , IV	75-100	1	3-6	225-600	2,295	COvC14	COvC14	
	Paclitaxel		175 mg/m ² , IV	175	1	3-6	525-1,050	5,315				
5	Carboplatin	q 28 days	Carboplatin	AUC 6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose < 750 mg	1	3-8	2,250-6,000	5,070	COvC15	COvC15	

รายละเอียดการรักษามะเร็งรังไข่ (CA Ovary) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาต่อเซสชั่น (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย							
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56						
Chemotherapy in Epithelial Ovarian Cancer (EOC) & EOC of low malignant potential (LMP) Second-line chemotherapy:	1	Carboplatin	q 28 days	Carboplatin	AUC 6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	4,500	5,070	COVC21	COVC21						
	2.1	Paclitaxel	q 21-28 days	Paclitaxel	175-200 mg/m ² , IV	175-200	1	6	1,050-1,200	7,415	COVC22A	COVC22						
	2.2	Paclitaxel	q 28 days	Paclitaxel	80 mg/m ² , IV day 1,8,15	80	3	6	1,440	4,360	COVC22B	ไม่มี						
	3.1	Gemcitabine	q 21 days	Gemcitabine	800-1,250 mg/m ² , IV day 1,8	800-1250	2	6	9,600-15,000	12,320	COVC23A	COVC23						
	3.2	Gemcitabine	q 28 days	Gemcitabine	1,000 mg/m ² , IV day 1,8,15	1000	3	6	18,000	7,975	COVC23B	ไม่มี						
	4	Etoposide	q 28 days	Etoposide	50 mg/m ² , PO day 1-21	50	21	6	6,300	715	COVC24	COVC24						
5	Carboplatin /	q 21-28 days	Carboplatin	Paclitaxel	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose < 750 mg	1	3-6	2,250-4,500	5,070	COVC25	ไม่มี						
	Paclitaxel												175 mg/m ² , IV	175	1	3-6	525-1,050	5,315
	Cisplatin /												75-100 mg/m ² , IV	75-100	1	3-6	225-600	2,295
6	Paclitaxel	q 21-28 days	Paclitaxel	Paclitaxel	175 mg/m ² , IV	175	1	3-6	525-1,050	5,315	COVC26	ไม่มี						

Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชุดเซสชันการรักษามะเร็งรังไข่ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2556 113

รายละเอียดการรักษาโรคมะเร็งรังไข่ (CA Ovary) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาต่อราย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Chemotherapy in Malignant Ovarian Germ Cell Tumors & Malignant Sex Cord- Stromal Tumors First-line: Adjuvant chemotherapy	1	BEP(1)	q 28 days	Bleomycin	12-15 U/d, IV day 1,2,3	12-15 U/d	3	3-6	108-270 U	2,915	COVC31	COVC31
					100 mg/m ² , IV day 1-5	100	5	3-6	1,500-3,000	865		
					75-100 mg/m ² , IV	75-100	1	3-6	225 - 600	2,295		
	2	BEP(2)	q 7 days	Bleomycin	10-20 U/d, IV day1	10-20 U/d	1	12	120-240 U	4,295	COVC321	COVC321
					100 mg/m ² , IV day 1-5	100	5	3-6	1,500-3,000	865		
					20 mg/m ² , IV day 1-5	20	5	3-6	300-600	685		
	3	VBP	q 7 days	Bleomycin	20 units/d, IV day1	20 U/d	1	12	120-240 U	4,295	COVC331	COVC331
					12 mg/m ² , IV	12	1	3-6	36-72	1,185		
					20 mg/m ² , IV day 1-5	20	5	3-6	300-600	685		
	4	VAC	q 28 days	Vincristine	1 mg/m ² , IV	1	1	3-6	3-6	475	COVC332	COVC332
					300 microgram/m ² , IV day 1-5	300 microgram	5	3-6	4,500-9,000 microgram	1,230		
					Cyclophosphamide	150	5	3-6	2,250-4,500	350		

รายละเอียดการรักษามะเร็งรังไข่ (CA Ovary) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาต่อเซส ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 4 Chemotherapy in Malignant Ovarian Germ Cell Tumors & Malignant Sex Cord-Stromal Tumors	1.1	PE	q 28 days	Cisplatin	20 mg/m ² IV day 1-5	20	5	6	600	685	COvC41	COvC41
				Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5	6	2,250 -3,000	865		
Second-line chemotherapy:	1.2	PE	q 28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min, IV	Maximum total dose < 750 mg	1	6	4,500	5,220	COvC42	COvC42
				Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5	6	2,250 -3,000	865		
	2.1	VIP	q 28 days	Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5	6	2,250 -3,000	865	COvC43	COvC43
				Ifosfamide	4 gm/m ² IV in 24 hrs	4,000	1	6	24,000	10,565		
				Mesna	4 gm/m ² IV in 24 hrs day1,2	4,000	2	6	48,000	2,330		
				Cisplatin	20 mg/m ² IV day 1-5	20	5	6	600	685		

รายละเอียดการรักษาโรคมะเร็งรังไข่ (CA Ovary) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาชดเชย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย															
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56														
Protocol 4 (ต่อ) Chemotherapy in Malignant Ovarian Germ Cell Tumors & Malignant Sex Cord-Stromal Tumors	2.2	VIP	q 28 days	Etoposide	75-100 mg/m ² IV day 1-5	75-100	5	6	2,250 -3,000	865	COvC44	COvC44														
													Ifosfamide	4 gm/m ² IV in 24 hrs	4,000	1	6	24,000	10,565							
																				Mesna	4 gm/m ² IV in 24 hrs day 1,2	4,000	2	6	48,000	2,330
Second-line chemotherapy:	3	Paclitaxel	q 21-28 days	Paclitaxel	175 – 200 mg/m ² IV	175-200	1	6	1,050 – 1,200	7,415	COvC45	COvC45														

รายละเอียดการรักษาโรคมะเร็งโพรงหลังจมูก (CA Nasopharynx) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาชุดเฉลี่ย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 1.1 การให้ยาเคมีบำบัด ร่วมกับการฉายรังสีใน สำหรับโรคมะเร็ง โพรงหลังจมูกระยะที่ II-IV	1A	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin	100 mg/m ² day 1, 22, 43	100	1	3	900	2,295	CNaC11a	CNaC11a
	1B	Carboplatin (แทน Cisplatin)	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min, IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	3	2,250	5,070	CNaC12a	CNaC12a
	2A	Weekly Cisplatin	q 7 days	Cisplatin	40 mg/m ² weekly ของ การฉายรังสีระยะเวลา ประมาณ 8 สัปดาห์	40	1	8	320	1,175	CNaC13a	CNaC13a
	2B	Carboplatin (แทน Cisplatin)	q 7 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 2 mg/ml/min, IV weekly ของการฉายรังสี ระยะเวลาประมาณ 8 สัปดาห์	Maximum total dose ≤ 300 mg	1	8	2,400	2,195	CNaC14a	CNaC14a
Protocol 1.2 การให้ยาเคมี บำบัดรักษาเสริม ภายหลังการให้ยาเคมี บำบัดรวมกับการฉาย รังสี ในสำหรับ โรคมะเร็งโพรงหลัง จมูกระยะที่ II-IV	1	PF 1	q 28 days	Cisplatin 5-fluorouracil	80 mg/m ² /day day 1 1000 mg/m ² /day day 1-4	80 1,000	1 4	3 3	240 12,000	1,920 475	CNaC11b	CNaC11b
	2	PF 2	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin) 5-fluorouracil	AUC 5-6 mg/ml/min, IV day 1 1000 mg/m ² /day day 1-4	Maximum total dose < 750 mg 1,000	1 4	3 3	2,250 12,000	5,070 475	CNaC12b	CNaC12b

รายละเอียดการรักษารักษามะเร็งโพรงหลังจมูก (CA Nasopharynx) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาชดเชย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 2 การให้ยาเคมีบำบัด ก่อนการฉายรังสีใน สำหรับโรคมะเร็ง โพรงหลังจมูกระยะที่ II-IV	1	PF 1	q 28 days	Cisplatin	80 mg/m ² /day day 1	80	1	3	240	1,920	CNaC21	CNaC21
										475		
Protocol 3 การให้ยาเคมีบำบัด ในการรักษาผู้ป่วย มะเร็งโพรงหลังจมูก ระยะแพร่กระจาย หรือกลับมาเป็นซ้ำ	2	PF 2	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min, IV day 1	Maximum total dose < 750 mg	1	3	2,250	5,070	CNaC22	CNaC22
										475		
	1A	Cisplatin	q 21 days	80	1	6	480	1,920	CNaC31	CNaC31		
1B	Carboplatin (แทน Cisplatin)	q 21 days	AUC 5-6 mg/ml/min, IV day 1	Maximum total dose < 750 mg	1	3	2,250	5,070	CNaC32	CNaC32		
2A	PF 1	q 28 days	80	1	6	480	1,920	CNaC33	CNaC33			
								475				
2B	PF 2	q 28 days	AUC 5-6 mg/ml/min, IV day 1	Maximum total dose < 750 mg	1	3	2,250	5,070	CNaC34A	CNaC34A		
								475				
				5-fluorouracil	1000 mg/m ² /day day 1-4	1,000	4	6	24,000		CNaC34D	CNaC34B

รายละเอียดการรักษาโรคมะเร็งปอด (CA Lung) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคา Cheney ต่อวัน (visit) : บาท		รหัสเบิกจ่าย	
										ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56	ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Non-small cell Lung Cancer	1A	PE	q 21 days	cisplatin	75-80mg/m ² IV day 1	75-80	1	4	300-320	1,920	CLnC11	CLnC11	
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4	1,200	865	CLnC11		
Protocol 1 การรักษาเสริม ภายหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy)	1B	Carboplatin /etoposide	q 21 days	carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min in day 1	maximum total dose ≤ 750 mg	1	4	3,000	5,070	CLnC12	CLnC12	
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4	1,200	865	CLnC12		
Protocol 2 การรักษาเคมีบำบัด ร่วมกับการรักษารังสี สำหรับมะเร็งปอด ลุกลามเฉพาะที่ ระยะ III	1A	PE Step 1	q 42 days	cisplatin	50mg/m ² IV day 1,8,29,36	50	4	1	200	1,220	CLn21A	CLn21A	
				etoposide	50 mg/m ² IV day 1-5,29-33 ของการฉาย รังสีระยะเวลาประมาณ 6-7 สัปดาห์	50	10	1	500	510	CLnC21C	CLn21B	
		PE Step 2	q 21 days	cisplatin	80 mg/m ² IV day 1	80	1	2	160	1,920	CLnC21D	ไม่มี	
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	2	600	865	CLnC21D		

รายละเอียดการรักษามะเร็งปอด (C.A Lung) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาชดเชย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 2 (ต่อ)	1B	PE Step 1	q 42 days	carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min IV day 1,29	maximum total dose ≤ 750 mg	2	1	1,500	5,070	CLnC22A	CLnC22
				etoposide	50 mg/m ² IV day 1-5,29-33 ของการฉายรังสีระยะเวลาประมาณ 6-7 สัปดาห์	50	10	1	500	510		
		PE Step 2	q 21 days	carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min IV 100 mg/m ² IV day 1	maximum total dose ≤ 750 mg	1	2	1,500	5,220	CLnC22B	ไม่มี
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	2	1,200	715		
	2	CbPac Step 1	q 7 days	carboplatin	AUC 2 mg/ml/min day 1	maximum total dose ≤ 300 mg	1	6	1,800	2,195	CLnC25A	CLnC25
				paclitaxel	50 mg/m ² IV, 6 wk พร้อมฉายรังสี	50	1	6	300	2,955		
		CbPac Step 2	q 21 days	carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	maximum total dose ≤ 750 mg	1	2	1,500	5,070	CLnC25B	ไม่มี
				paclitaxel	200 mg/m ² IV in day1	200	1	2	400	7,415		

รายละเอียดการรักษามะเร็งปอด (CA Lung) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคา Cheney ต่อวัน (visit) :	รหัสเบิกจ่าย	
										บาท	ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 3 การรักษาเคมีบำบัด มะเร็งปอดที่ระยะ แพร่กระจาย IIIB และ IV (First line drugs)	1A	PE	q 21 days	cisplatin	80mg/m ² IV day 1	80	1	4-6	320-480	1,760	CLnC31	CLnC31
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4-6	1,200-1,800	865	CLnC32	CLnC32A
2A	CG	q 21 days	cisplatin	80 mg./m ² IV day 1	80	1	4-6	320-480	1,920	CLnC33	CLnC33	
			gemcitabine	1,000 mg./m ² IV day 1,8	1,000	2	4-6	8,000-12,000	7,975	CLnC34	CLnC34	
2B	Carboplatin /gemcitabine	q 21 days	cisplatin	AUC 5 mg/ml/min in day 1	maximum total dose ≤ 750	1	4-6	3,000-4,500	5,070	CLnC35	CLnC35	
			gemcitabine	1,000mg/m ² IV day 1,8	1,000	2	4-6	8,000-12,000	7,975	CLnC35	CLnC35	
3	CbPac	q 21 days	carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	maximum total dose ≤ 750 mg	1	4-6	3,000-4,500	5,070	CLnC35	CLnC35	
			paclitaxel	200 mg/m ² IV day 1	200	1	4-6	800-1,200	7,415	CLnC35	CLnC35	

รายละเอียดการรักษโรคมะเร็งปอด (C.A Lung) ตามโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาชดเชย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 4 การรักษาเคมี บำบัดมะเร็งปอดที่ ระยะแพร่กระจาย IIIB และ IV (Second line drugs)	1	docetaxel	q 21 days	docetaxel (ยา จ.2)	60-75 mg/m ² IV day 1	60-75	1	4-6	300-450	150 *	CLuC41	ยา จ.2 เบิกใน VMI
Small cell Lung Cancer	1	CAV	q 21 days	cyctophosphamide	800-1,000 mg/m ² IV day 1	800-1,000	1	4-6	4,000-6,000	935	CLuC11	CLuC11
				doxorubicin	40-50 mg/m ² IV day 1	40-50	1	4-6	200-300	1,070		
				vincristine	1.4 mg/m ² IV (maximum total dose 2 mg per injection) day 1	2	1	4-6	8-12	345		
	2	PE 1	q 21 days	cisplatin	25 mg/m ² IV day 1-3	25	3	4-6	300-450	535	CLuC12	CLuC12
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1-3	100	3	4-6	1,200-1,800	715		

รายละเอียดการรักษโรคมะเร็งปอด (CA Lung) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคา Cheney ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Small cell Lung Cancer (ต่อ)	3A	PE 2	q 21 days	cisplatin	80 mg/m ² IV day 1	80	1	4-6	320-480	1,770	CLuC13	CLuC13
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1-3	100	3	4-6	1,200-1,800	715	CLuC15	ไม่มี
	3B	PE 2	q 21 days	carboplatin (แทน cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min ใน day 1	maximum total dose ≤ 750 mg	1	4-6	3,000-4,500	4,920	CLuC15	ไม่มี
				etoposide	100 mg/m ² IV day 1,2,3	100	3	4-6	1,200-1,800	715	CLuC15	ไม่มี

* เป็นราคาที่ สบสช.จ่าย Cheney ค่าเตรียมยา / ผสมยา , ส่วนยา Docetaxel ใช้เบิกในระบบ VMI

รายละเอียดการรักษาริดมะเร็งหลอดอาหาร (CA Esophagus) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาชดเชย		
										วันที่เบิกจ่าย	ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค.56 ก่อน 1 ม.ค.56	
Protocol 1 การให้ยาเคมีบำบัด โรคมะเร็งหลอด อาหารก่อนการผ่าตัด ร่วมกับรังสีรักษา	1	Cisplatin/5- fluorouracil x 2 cycles	q 28 days	Cisplatin	75 mg/m ² /d IV day 1,29 of RT	75	1	2	150	1,760	CEsC11	
				5-fluorouracil	750-1000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	750-1000	4	2	6,000	475	CEsC11	
	2	Carboplatin/ 5- fluorouracil x 2 cycles	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	Maximum total dose ≤750 mg	1,500	1	2	1,500	5,070	ไม่มี
				5-fluorouracil	750-1000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	750-1000	4	2	6,000	475	CEsC12	
Protocol 2 การให้ยาเคมีบำบัด โรคมะเร็งหลอด อาหารร่วมกับรังสี รักษาในกรณีที่ไม่ได้ ไม่ได้(Definitive concurrent chemoradiation)	1	Cisplatin/5- fluorouracil x 4 cycles	q 28 days	Cisplatin	C1-2: 75 mg/m ² /d IV day 1,29 of RT	75	1	2	150	1,760	CEsC21A	
				5-fluorouracil	C1-2: 750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29- 32 of RT	750-1,000	4	2	8,000	475	CEsC21A	
			q 28 days		Cisplatin	C3-4: 75 mg/m ² /d IV day 1	75	1	2	150	1,610	CEsC21B
					5-fluorouracil	C3-4: 750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4 x 2 cycles	750-1,000	4	2	6,000	325	CEsC21B

รายละเอียดการรักษารักษาโรคมะเร็งหลอดอาหาร (CA Esophagus) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาต่อหน่วย (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 2 (ต่อ) การให้ยาเคมีบำบัดโรคมะเร็งหลอดอาหารร่วมกับรังสีรักษาในกรณีที่ไม่ได้ (Definitive concurrent chemoradiation)	2	Carboplatin/5-fluorouracil x 4 cycles	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	C1-2 AUC 5-6 mg/ml/min day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	2	1,500	5,070	CEsC22	ไม่มี
				5-fluorouracil	C1-2: 750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	750-1,000	4	2	8,000	475	ไม่มี	
Protocol 3 การให้ยาเคมีบำบัดโรคมะเร็งหลอดอาหารระยะ IV (Any T, Any N, M1) หรือมีโรตกำเริบ	1	Cisplatin/5-fluorouracil	q 28 days	Cisplatin	75-80 mg/m ² /d IV day 1	75	1	6	450	1,760	CEsC31	CEsC31
				5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4	6	3,000-4,000	475	ไม่มี	
	2	Carboplatin/5-fluorouracil	q 28 days	Carboplatin	AUC 5-6 mg/ml/min day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	4,500	5,070	CEsC32	ไม่มี
				5-fluorouracil	750-1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	750-1,000	4	6	3,000-4,000	475	ไม่มี	

รายละเอียดการรักษารักษาระยะแรก (CA Colon - Rectum) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาต่อหน่วย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย		
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56	
Protocol 1.2 Adjuvant Chemotherapy	1	5FU/Leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	375-425 mg/m ² /d IV day 1-5	375-425	5	6	12,750	310	ไม่มี	ไม่มี	
				leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600	460			CCrC16
มะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะที่ 4 ที่มี lung, liver หรือ other metastasis ที่ ผ่าตัดออกได้หมด	2	FOLFOX4	q 14 days	5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1-2	400	2	12	9,600	160	ไม่มี	ไม่มี	
				5-fluorouracil	600 mg/m ² /d IV drip in 22 hours day 1-2	600	2	12	14,400	355			CCrC17
				leucovorin	200 mg/m ² /d IV day 1-2	200	2	12	4,800	2,405			
				oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	12	1,020	22,395			
				5-fluorouracil	400 mg/m ² /d IV bolus day 1	400	1	12	4,800	160			
				5-fluorouracil	2,400 mg/m ² /d IV drip in 46 hours	2,400	1	12	28,800	955			CCrC18
leucovorin	400 mg/m ² /d IV day 1	400	1	12	4,800	4,655							
				oxaliplatin	85 mg/m ² /d IV day 1	85	1	12	1,020	22,395			

รายละเอียดการรักษารักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (CA Colon - Rectum) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาต่อเซสชั่น (Visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 2 Adjuvant Chemotherapy มะเร็งลำไส้ตรง ระยะแรกหลัง การผ่าตัดร่วมกับ รังสีรักษา	1	5-fluorouracil / leucovorin x 6 cycles	q 28 days	5-fluorouracil	C1-2: 375-425 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	425	5	2	4,250	310	CCrC21C	CCrC21A
				leucovorin	C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	4	400	460	CCrC21D	CCrC21B
				5-fluorouracil	C3-4: 400 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT 29-32 of RT	400	4	2	3,200	310	CCrC21E	CCrC21A
				leucovorin	C3-4: 20 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	20	4	2	160	460	CCrC21F	CCrC21A
				5-fluorouracil	C5-6: 380-400 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	400	5	2	4,000	310	CCrC21G	CCrC21A
				leucovorin	C5-6: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	4	2	160	460	CCrC21H	CCrC21A
	2	5-fluorouracil	q 28 days	5-fluorouracil	C1-2: 500 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	500	5	2	5,000	310	CCrC22A	ไม่มี
				5-fluorouracil	C3-4: 500 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-31 of RT	500	3	2	3,000	310	CCrC22B	ไม่มี
				5-fluorouracil	C5-6: 450 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	450	5	2	4,500	310	CCrC22C	ไม่มี
				5-fluorouracil	C1-2: 375-425 mg/m ² /d IV day 1-5, 29-33	425	5	2	4,250	310	CCrC21C	CCrC21A
				leucovorin	C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	4	400	460	CCrC21D	CCrC21B
				5-fluorouracil	C3-4: 400 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT 29-32 of RT	400	4	2	3,200	310	CCrC21E	CCrC21A

รายละเอียดการรักษาระยะเริ่มต้น (CA Colon - Rectum) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาขาย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย			
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56		
Protocol 3 Adjuvant Chemotherapy ระยะเริ่มต้น และหลังการ ผ่าตัดร่วมกับรังสี รักษา	1	5-fluorouracil / leucovorin (1) x 6 cycles	q 28 days	5-fluorouracil	C1-2: 350 mg/m ² /d IV day 1- 5,29-33 of RT	350	5	2	3,500	355	CCrC31C	CCrC31A		
				leucovorin	C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-5,29- 33 of RT	20	5	2	200	460				
				5-fluorouracil	C3-6: 380-400 mg/m ² /d IV day 1-5	400	5	4	8,000	310			CCrC31D	CCrC31B
				leucovorin	C3-6: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	4	400	460				
				5-fluorouracil	C1-2: 400 mg/m ² /d IV day 1- 4,29-32 of RT	400	4	2	3,200	310			CCrC32C	CCrC32A
				leucovorin	C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-4,29- 32 of RT	20	4	2	160	460				
	2	5-fluorouracil / leucovorin (2) x 6 cycles	q 28 days	5-fluorouracil	C3-6: 380-400 mg/m ² /d IV day 1-5	400	5	4	8,000	310	CCrC32D	CCrC32B		
				leucovorin	C3-6: 20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	4	400	460				
				5-fluorouracil x 6 cycles	C1-2: 1,000 mg/m ² /d IV day 1- 5,29-33 of RT	1000	5	2	10,000	475			CCrC33	CCrC33
				leucovorin	C3-6: 500 mg/m ² /d IV day 1-5	500	5	4	10,000	310				

รายละเอียดการรักษารักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (CA Colon - Rectum) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาต่อเซต (Visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 4				5-fluorouracil	375-425 mg/m ² /d IV day 1-5	375-425	5	6	12,750	310		
Palliative Chemotherapy (First line drug) มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะ IV	1	5-fluorouracil / leucovorin	q 28 days	leucovorin	20 mg/m ² /d IV day 1-5	20	5	6	600	460	CCrC41	CCrC41

รายละเอียดการรักษารังสีและเคมีบำบัด (Cholangiocarcinoma) ตามโปรโตคอลสำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาขายต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 1 Postoperative Chemoradiation สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง มะเร็งท่อน้ำดี หลังการ ผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา	1	5-FU / leucovorin	q 28 days	5-fluorouracil	C1-2: 400 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	400	4	2	3,200	310	CChC11	ไม่มี
				Leucovorin	C1-2: 20 mg/m ² /d IV day 1-4, 29-32 of RT	20	4	2	160	460		
Protocol 2 สูตรเคมีบำบัดรักษา ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและ ถุงน้ำดีระยะลุกลามที่ไม่ สามารถผ่าตัดได้หรือ ระยะแพร่กระจาย	1	Cisplatin/5- FU	q 28 days	Cisplatin	75-100 mg/m ² /d IV day 1	75 - 100	1	6	450 - 600	2,295	CChC21	ไม่มี
				5-fluorouracil	1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	1,000	4	6	24,000	475		
	2	Carboplatin /5-FU	q 28 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	4,500	5,070	CChC22	ไม่มี
				5-fluorouracil	1,000 mg/m ² /d IV day 1-4	1,000	4	6	24,000	475		

Protocol เพื่อการเบิกจ่ายชุดเคมีการรักษาโรคมะเร็ง : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2556 131

รายละเอียดการรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (CA Bladder) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาขายเฉลี่ย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 1 การรักษาเสริมก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant chemotherapy)	1A	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	3	180	440	ไม่มี	ไม่มี
				Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	3	24	495		
				Cisplatin	100 mg/m ² /d IV day 2	100	1	3	300	2,295		
	1B	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	3	180	440	ไม่มี	ไม่มี
				Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	3	24	495		
				Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 2	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	3	4,500	5,070		
2A	GC	q 21 days	Cisplatin	70 mg/m ² /d IV day 1	70	1	6	420	1,760	ไม่มี	ไม่มี	
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000	7,975			
2B	GC	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	5,400	5,070	ไม่มี	ไม่มี	
			Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000	7,975			

รายละเอียดการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (CA Bladder) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาต่อเซสชั่น (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย													
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56												
Protocol 2 การรักษาเสริม ภายหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy)	1A	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	4	240	440	ไม่มี	CBdC21												
										495														
										Cisplatin			70-100 mg/m ² /d IV day 2	100	1	4	400	2,295						
																			Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	4	440
										1B			CMV	q 21 days	Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	4	32	495	ไม่มี	CBdC22	
	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 2	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	4	4,500	5,070																	
								Cisplatin	70 mg/m ² /d IV day 1		70	1									6			420
	Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000	7,975																	
								2A	GC		q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)									AUC 5 mg/ml/min IV day 1			Maximum total dose ≤ 750 mg
	Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000	7,975																	
								2B	GC	q 21 days	Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	5,400	5,070	ไม่มี	CBdC23B					
Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2	6	12,000	7,975																		

รายละเอียดการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (CA Bladder) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาขายเฉลี่ย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
										ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 3 การให้ยาเคมีบำบัด รวมกับการฉายรังสี (Concurrent chemoradiation)	1	Cisplatin	q 21 days	Cisplatin	70-100 mg/m ² /d IV day 1	100	1 3	300	2,295	Cbdc31	ไม่มี
	2	PF	q 21 days	Cisplatin	15 mg/m ² /d IV day 1-3	15	3 2	90	640	Cbdc32	ไม่มี
				5FU	400 mg/m ² /d IV day 1-3	400	3 2	2,400	310		
3	MF	-	-	Mitomycin C	12 mg/m ² /d IV day 1	12	1 1	12	2,870	Cbdc33	ไม่มี
				5FU	500 mg/m ² /d IV day 1-5, 22-26	500	10 1	5,000	310		
Protocol 4 การให้ยาเคมีบำบัด ในระยะ แพร่กระจายหรือ กลับเป็นซ้ำ (Metastatic or recurrent cancer)	1A	GC	q 21 days	Carboplatin	AUC 2 mg/ml/min IV day 1, 8, 15, 22,29, 36	Maximum total dose ≤ 300 mg	6 1	1,800	2,195	Cbdc34	ไม่มี
				Cisplatin	70 mg/m ² /d IV day 1	70	1 6	420	1,760		
	1B	GC	q 21 days	Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2 6	12,000	7,975	Cbdc41A	ไม่มี
Carboplatin (แทน Cisplatin)				AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1 6	5,400	2,195			
				Gemcitabine	1,000 mg/m ² /d IV day 1, 8	1,000	2 6	12,000	7,975	Cbdc41B	ไม่มี

รายละเอียดการรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (CA Bladder) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ถึงงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาต่อเซสชั่น (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
											ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 4 (ต่อ) การให้ยาเคมีบำบัดในระยะแพร่กระจายหรือกลับเป็นซ้ำ (Metastatic or recurrent cancer)	2A	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	6	360	440	ไม่มี	ไม่มี
				Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	6	48	495		
				Cisplatin	70-100 mg/m ² /d IV day 2	70-100	1	6	420-600	2,295		
	2B	CMV	q 21 days	Methotrexate	30 mg/m ² /d IV day 1, 8	30	2	6	360	440	ไม่มี	ไม่มี
				Vinblastine	4 mg/m ² /d IV day 1, 8	4	2	6	48	495		
				Carboplatin (แทน Cisplatin)	AUC 5 mg/ml/min IV day 1	Maximum total dose ≤ 750 mg	1	6	4,500	2,195		
Protocol 5 การรักษาเสริมด้วยสารเคมีบำบัดหรือยาเสริมภูมิคุ้มกัน ชนิดใส่ภายในกระเพาะปัสสาวะ	1	BCG	Maintenance q 90-180 days	BCG	81 mg intravesical	81 mg/day	1	6	486	3,735	ไม่มี	ไม่มี
				BCG	81 mg intravesical weekly x3	81 mg/day	3	3-7	729-1,701	3,735	ไม่มี	ไม่มี

รายละเอียดการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (CA Bladder) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลในโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาชดเชย ต่อวัน (visit) : บาท	รหัสเบิกจ่าย	
										ตั้งแต่ 1 ม.ค.56	ก่อน 1 ม.ค.56
Protocol 5 (ต่อ)			Induction q 7 days	Mitomycin C	20-40 mg intravesical	20-40 mg/day	1 6-8	120-320	3,960	Cbdc52A	ไม่มี
การรักษาเสริมด้วย สารเคมีบำบัด หรือยาเสริม ภูมิคุ้มกัน ชนิดใส่ ภายในกระเพาะ ปัสสาวะ	2	Mitomycin C	Maintenanc e q 90 days	Mitomycin C	20-40 mg intravesical	20-40 mg/day	1 4	80-160	3,960	Cbdc52B	ไม่มี

รายละเอียดการรักษารักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (CA Prostate) ตามโปรโตคอล สำหรับบันทึกข้อมูลโปรแกรม e-Claim ปีงบประมาณ 2556

Protocol	ลำดับ ที่	สูตร	ความถี่	ตัวยา	ขนาดและวิธีใช้	Dose (mg/m ² /day)	Day	Cycle	จำนวนใช้รวม (mg/m ²)	ราคาชดเชย		รหัสเบิกจ่าย
										ต่อวัน (visit) : บาท	ตั้งแต่ 1 ม.ค.56 ก่อน 1 ม.ค.56	
ขนาดและสูตรของเคมี บำบัดที่ใช้รักษา Castration resistant prostate cancer (CRPC)	1	Docetaxel	q 21 days	docetaxel (q2)	60-75 mg/m ² IV	60-75	1	6	360-450	150 *	CPsC11	ไม่มี

* เป็นราคาที่ สปสช.จ่ายชดเชยค่าเตรียมยา / ผสมยา , ส่วนยา Docetaxel ให้เบิกในระบบ VMI

การติดต่อประสานงาน

กรณีที่หน่วยบริการมีปัญหาในการเบิกจ่าย หรือมีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาโปรโตคอล สามารถติดต่อให้รายละเอียดได้ ตามรายชื่อต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	E-mail
1	นายการุณย์ คุณศิริานนท์	ผู้อำนวยการ	-	Karoon.k@nhso.go.th
2	นางกฤษณา โกสีหเดช	หัวหน้ากลุ่มงาน	0 2141 4096 08 4439 0100	Kisana.k@nhso.go.th
3	นางเบญจมาส เลิศชาคร	หัวหน้ากลุ่มงาน	0 2141 4069 09 0197 5086	Benjamas.l@nhso.go.th
4	นางสาวปวีณา วรรณวัฒนา	จนท.บริหารงาน ประกันสุขภาพ	0 2141 4099 09 0197 5128	Paweena.w@nhso.go.th

หากต้องการส่งเอกสาร สามารถส่งได้ตามที่อยู่ด้านล่างนี้

<p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ “ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”</p> <p>ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210</p>
--