



คำแนะนำโรคไอกรนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

จากสถานการณ์การระบาดของโรคไอกรนในโรงเรียน ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย จึงได้จัดทำคำแนะนำเกี่ยวกับโรคไอกรน แนวทางการดูแลรักษา การป้องกัน คำแนะนำการให้วัคซีนและการปฏิบัติตัวในสถานการณ์ที่มีการระบาดในโรงเรียนแก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

โรคไอกรน

โรคไอกรนเป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Bordetella pertussis* ซึ่งก่อโรคเฉพาะในคน โรคไอกรนเป็นโรคที่รู้จักมายาวนาน ยังพบได้เรื่อยๆ และยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย เนื่องจากภูมิคุ้มกันทั้งจากการติดเชื้อทางธรรมชาติหรือการฉีดวัคซีนไม่คงทน ป้องกันการติดเชื้อซ้ำได้เพียง 5-7 ปีเท่านั้น ผู้ที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนกระตุ้นเป็นระยะจะมีโอกาสเป็นซ้ำได้ ในพื้นที่ที่มีความครอบคลุมในการฉีดวัคซีนต่ำ จะมีการระบาดได้ง่าย เช่น ในช่วงกลางปี 2567 มีการระบาดต่อเนื่องในภาคใต้เนื่องจากความครอบคลุมในการฉีดวัคซีนต่ำมาก

ในผู้ที่ภูมิคุ้มกันปกติ เด็กโต และในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เคยรับวัคซีนมาในอดีตหากเป็นโรคไอกรนมักมีอาการไม่รุนแรงอาจมีอาการคล้ายไข้หวัด แต่อาจมีอาการไอต่อเนื่องหลายสัปดาห์ ทำให้มีโอกาสแพร่เชื้อได้นาน และไอกรนอาจรุนแรงได้ในกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กทารกอายุน้อยกว่า 1 ปี โดยเฉพาะต่ำกว่า 6 เดือน รวมทั้งผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัวบางชนิดได้ ในปัจจุบันมียาสำหรับการรักษาที่ได้ผลดีและวัคซีนสำหรับป้องกันโรค

การติดต่อ การติดต่อของโรคเกิดผ่านละอองฝอยไอหรือจามจากผู้ป่วย หรือผ่านการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจของผู้ป่วย ระยะของการแพร่เชื้อเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไอ มีน้ำมูก จนถึง 21 วันหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการของโรค แต่ผู้ป่วยจะแพร่เชื้อได้สูงสุดในช่วง catarrhal stage แต่หากผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมจะแพร่เชื้อได้นาน 5 วันนับจากที่ได้รับการรักษา โรคไอกรนมีระยะเวลาฟักตัวระหว่าง 5-21 วัน โดยเฉลี่ย 7-10 วัน เด็กเล็กมักได้รับเชื้อจากสมาชิกผู้ใหญ่ในบ้าน

อาการและอาการแสดง อาการของโรคไอกรนแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

- 1) ระยะอาการหวัด (Catarrhal stage) ผู้ป่วยจะมีอาการ มีน้ำมูก ไข้ต่ำๆ แยกยากจากไข้หวัดทั่วไป เป็นอยู่ประมาณ 1-2 สัปดาห์
- 2) ระยะไอรุนแรง (Paroxysmal stage) ผู้ป่วยจะมีอาการไอรุนแรงติดต่อกันเป็นชุด ตามด้วยการหายใจเข้าอย่างแรง จนเกิดเสียงวู๊ป (whoop) บางรายอาจมีอาเจียน เชี่ยวจากภาวะขาดออกซิเจนและหยุดหายใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กเล็ก ระยะนี้อาการจะเป็นอยู่ประมาณ 2-4 สัปดาห์

3) ระยะฟื้นตัว (Convalescent stage) ผู้ป่วยจะมีอาการไอและอาเจียนทุเลาลง หายไปใน 2-3 สัปดาห์ บางรายอาจมีอาการไอได้นานหลายสัปดาห์ โดยรวมระยะของโรคทั้งหมดหากไม่มีโรคแทรกซ้อนจะใช้เวลาประมาณ 6-10 สัปดาห์

ภาวะแทรกซ้อนของโรคไอกรนที่อาจพบในวัยรุ่มและในผู้ใหญ่ ได้แก่ ปอดอักเสบ น้ำหนักลด ไอจนรบกวนการนอน กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ กระตุกซี่โครงหัก โดยเฉพาะผู้สูงอายุอาจเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้นสำหรับในทารกโดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกอายุน้อยกว่า 6 เดือน และยังได้รับวัคซีนไม่ครบ อาจมีอาการที่รุนแรงได้นอกจากนี้อาการยังอาจไม่ตรงไปตรงมา เช่น มี catarrhal stage สั้น จากนั้นในระยะ paroxysmal stage ทารกจะมีอาการ ไอ สำลัก หัวใจเต้นช้า หรือหยุดหายใจโดยที่ไม่มีอาการไอเสียงดัง whoop ภาวะแทรกซ้อนในทารกที่อาจพบได้แก่ ปอดอักเสบ ความดันในปอดสูง หยุดหายใจ เลือดออกในตา ไล่เลื่อน ภาวะชัก และอาจเสียชีวิตได้ ทารกอายุน้อยกว่า 3 เดือนเป็นกลุ่มที่เสียชีวิตมากที่สุด

การวินิจฉัยโรค อาศัยอาการทางคลินิก ร่วมกับประวัติการสัมผัสโรคหรือประวัติการระบาด และอาจพิจารณาทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค ปัจจุบัน gold standard ในการวินิจฉัยโรคไอกรนคือการตรวจหาเชื้อหรือสารพันธุกรรมของเชื้อด้วยวิธี Polymerase chain reaction (PCR) โดยเก็บตัวอย่างจากโพรงจมูกของผู้ป่วย (nasopharyngeal swab หรือ nasopharyngeal aspiration) เนื่องจากการตรวจ PCR มีการใช้แพร่หลายมากขึ้น จึงทำให้มีการวินิจฉัยโรคได้มากขึ้น

การดูแลรักษา การรักษาผู้ป่วยไอกรนประกอบด้วย การรักษาจำเพาะด้วยยาปฏิชีวนะ การรักษาทั่วไป และการแยกผู้ป่วย

- การให้ยาปฏิชีวนะ ยาปฏิชีวนะที่สามารถใช้ในการรักษาโรคไอกรนดังแสดงในตารางที่ 1 โดยแนะนำ Azithromycin นาน 5 วันเป็นยาหลัก ทั้งการรักษาและการป้องกัน ส่วนยาทางเลือกแสดงดังตารางที่ 1 สำหรับ trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) จะพิจารณาใช้เฉพาะในผู้ที่มีอายุมากกว่า 2 เดือนที่ไม่สามารถทนยาในกลุ่ม macrolide ได้ หรือสงสัยดื้อยา
- การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ จะมีผลช่วยกำจัดหรือลดจำนวนเชื้อไอกรนได้ โดยหากเริ่มให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยระยะ catarrhal stage จะสามารถช่วยลดอาการและความรุนแรงของโรคได้ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยระยะ paroxysmal stage การให้ยาปฏิชีวนะจะไม่ค่อยมีผลต่อการดำเนินโรค แต่ยังคงมีประโยชน์ในกำจัดเชื้อและลดการแพร่กระจายเชื้อ
- การรักษาทั่วไป หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นการไอ การให้ออกซิเจน การให้สารน้ำให้เพียงพอ ในรายที่มีอาการรุนแรง เช่น หยุดหายใจ ภาวะเขียว อาจมีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือพิจารณาการเปลี่ยนถ่ายเลือด (exchange transfusion) กรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรงร่วมกับเม็ดเลือดขาวสูงมาก

การแยกโรค

การแยกผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลควรใช้มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางละอองเสมหะ (droplet precautions) ผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยหรือสงสัยโรคไอกรนควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลอื่น และหยุดเรียนเป็นระยะเวลา 5 วันหลังจากได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม หรือ 21 วันตั้งแต่เริ่มมีอาการในกรณีไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ

การป้องกัน

คำจำกัดความของผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close contact)

ผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close contact) หมายถึง ผู้ที่สัมผัสโดยตรง (Direct contact) กับสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ ของผู้ป่วยที่เป็นโรคไอกรน โดยสัมผัสในระยะประชิด (Face-to-face contact) หรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วยไอกรนที่แสดงอาการในพื้นที่ปิด ในระยะ 1 เมตร เป็นระยะเวลามากกว่า 60 นาที ซึ่งผู้สัมผัสใกล้ชิดหมายรวมถึง

- ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยไอกรน
- ผู้ที่สัมผัสผู้ป่วยไอกรนเป็นเวลานาน เช่น พักค้างคืนกับผู้ป่วยในห้องเดียวกัน หรือนั่งเรียนใกล้กัน
- บุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยไอกรนโดยไม่ได้ใส่เครื่องป้องกันอย่างเหมาะสม (เช่น ไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย) เช่น ทำการตรวจร่างกายผู้ป่วย feed อาหาร อาบน้ำ หรือสัมผัสสารคัดหลั่งทางเดินหายใจเช่น เสมหะ น้ำมูก หรือ น้ำลาย ของผู้ป่วยยืนยัน โดยส่องกล้อง bronchoscopy หรือ intubation เป็นต้น
- ผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่พักร่วมห้องกับผู้ป่วยไอกรนในระยะแพร่เชื้อ

การป้องกันโรคในผู้สัมผัสโรค (Care of exposed people)

- ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยไอกรนทุกราย ไม่ว่าจะได้รับวัคซีนไอกรนครบถ้วนหรือไม่ ควรได้รับการติดตามและสังเกตอาการทางเดินหายใจในช่วง 21 วันนับจากวันสุดท้ายหลังสัมผัสกับผู้ป่วยไอกรน
- หากผู้สัมผัสใกล้ชิดมีอาการไอ ควรได้รับการตรวจประเมิน และพิจารณาตรวจยืนยันโรคไอกรน ในระหว่างรอผลตรวจควรให้แยกโรคหรือหยุดเรียนก่อน
- การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันโรคหลังการสัมผัส (Pertussis postexposure prophylaxis, PEP) เป้าหมายหลัก คือการป้องกันการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไอกรนที่รุนแรง ดังนั้นผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโรคไอกรน ไม่ว่าจะได้รับวัคซีนไอกรนครบถ้วนหรือไม่หากมีข้อบ่งชี้ ผู้สัมผัสโรคไอกรนที่ควรได้รับ PEP ได้แก่
 - ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยไอกรน
 - ผู้สัมผัสมีความเสี่ยงเกิดโรคไอกรนรุนแรง ได้แก่ เด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคปอดเรื้อรัง โรคหอบหืดปานกลางถึงรุนแรง เป็นต้น

- ผู้สัมผัสอยู่ใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคไทรนรุนแรง เช่น หญิงตั้งครรภ์ใน ไตรมาสที่สาม เพราะสามารถแพร่เชื้อไปยังทารกหลังคลอดได้ และผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี เช่น ในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตแรกคลอด สถานเลี้ยงเด็กหรือหอผู้ป่วยดูแลหญิงหลังคลอด
 - บุคลากรทางการแพทย์ทุกราย (แม้เคยได้รับวัคซีน) ที่สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยไทรนโดยไม่ได้ใส่น้ำกากป้องกัน
 - ในกรณีระบาดในโรงเรียน พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะป้องกันหลังสัมผัสโรคในผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยไทรน เพื่อป้องกันโรค ยุติการระบาด และลดการสูญเสียโอกาสของเด็กนักเรียนในการไปโรงเรียน
- ยาปฏิชีวนะที่แนะนำสำหรับ PEP เป็นยาเดียวกับที่แนะนำที่ใช้ในการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 1

การให้วัคซีนป้องกันไทรน

โดยทั่วไปมีคำแนะนำในการวัคซีนป้องกันไทรน มีทั้งชนิดวัคซีนเดี่ยวและวัคซีนรวมกับโรคอื่นๆ โดยจะพิจารณาตามความเหมาะสม ดังนี้

1. อายุน้อยกว่า 6 ปี ควรรับวัคซีนให้ครบ โดยเป็นวัคซีนรวมที่มีคอตีบ บาดทะยัก ไทรน และอาจรวมวัคซีนป้องกันเชื้ออื่นๆ ในเด็กเล็กด้วย เช่น DTP-HB-Hib จำนวน 5 โด๊ส ที่อายุ 2, 4, 6, 18 เดือน และ 4-6 ปี ซึ่งอาจเป็นรูปแบบวัคซีนไทรนทั้งเซลล์ (whole cell) หรือแบบไร้เซลล์ (acellular) ก็ได้
2. วัยรุ่น 10-12 ปี แนะนำให้ฉีดวัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก ไทรนชนิดไร้เซลล์สูตรเด็กโตและผู้ใหญ่ (Tdap/TdaP) กระตุ้น 1 โด๊ส หลังจากนั้นฉีดกระตุ้นต่อด้วย ด้วยวัคซีน dT/Tdap/TdaP ทุก 10 ปี
3. ผู้ใหญ่ หากยังไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันไทรนเข็มกระตุ้น แนะนำให้ฉีดวัคซีนรวม Tdap/TdaP กระตุ้น 1 โด๊ส จากนั้นแนะนำให้ฉีดวัคซีนรวม dT/Tdap/TdaP กระตุ้น ประมาณทุก 10 ปี (สังเกตว่าการฉีดกระตุ้นวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักในผู้ใหญ่ นั้น ไม่ได้มีการใช้วัคซีนที่มีไทรนด้วยเสมอไป คืออาจใช้เป็นวัคซีน dT ไม่ใช่ Tdap/TdaP) โดยแนะนำให้ฉีดเมื่ออายุลงท้ายด้วยเลข “0” เช่นที่อายุ 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80 ปี
4. หญิงตั้งครรภ์ แนะนำให้วัคซีนป้องกันไทรนในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 16 สัปดาห์ขึ้นไป โดยใช้วัคซีนไทรนชนิดไร้เซลล์เดี่ยว (aP) เพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้อยู่ในระดับเพียงพอถ่ายทอดไปยังทารก หรือใช้ วัคซีนรวม Tdap/TdaP ได้ทุกการตั้งครรภ์
5. ในกรณีที่มีเด็กทารกที่อายุน้อยกว่า 6 เดือน ในครอบครัว ควรให้ทุกคนในบ้านได้รับวัคซีนป้องกันไทรนตามที่แนะนำในข้างต้นให้ครบถ้วน เพื่อไม่ให้แพร่เชื้อไปยังทารก (Cocooning)

ในกรณีมีการระบาดของโรคไอกรน อาจพิจารณาฉีดกระตุ้นไอกรนได้ตามความเหมาะสม โดยเฉพาะ หากได้รับวัคซีนป้องกันไอกรนได้ล่าสุดทำมาเกิน 5 ปี โดยอาจใช้วัคซีนป้องกันไอกรนชนิดไร้เซลล์ชนิดเดี่ยว (aP) หรือ วัคซีนรวม คอตีบ บาดทะยัก ไอกรนชนิดไร้เซลล์สูตรเด็กโตและผู้ใหญ่ (Tdap/TdaP) ก็ได้ โดยในกรณีที่เพิ่งได้รับ วัคซีนรวม คอตีบ บาดทะยัก (dT) ได้ล่าสุดทำมาไม่เกิน 5 ปี แนะนำให้วัคซีนป้องกันไอกรนชนิดเดี่ยว (aP) เพื่อลด ผลข้างเคียงมาตรการดำเนินการในกรณีเกิดการระบาดของโรคไอกรน

การระบาดของโรคไอกรนในสถานศึกษาและศูนย์เด็กเล็ก

นियามการระบาดของโรคไอกรนในสถานศึกษาและศูนย์เด็กเล็ก

การพบผู้ป่วยโรคไอกรนตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปในสถานศึกษาและศูนย์เด็กเล็ก โดยอาจเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการ ตรวจยืนยันทั้ง 2 ราย หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยันอย่างน้อย 1 รายและอีก 1 รายที่มีอาการทางคลินิก สงสัยโรคไอกรน ภายใน 42 วัน (2 เท่าของระยะฟักตัวของโรคไอกรนที่ยาวที่สุด)

โรงเรียนและสถานศึกษาควรมีมาตรการดังนี้

- ตรวจสอบอาการเจ็บป่วยของนักเรียนและบุคลากร แนะนำให้ผู้ที่มีผู้ป่วยหยุดเรียน ผู้ที่ได้รับการยืนยันหรือ สงสัยโรคไอกรนรีบหยุดเรียนจนกว่าจะได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะครบ 5 วัน แต่หากยังมีอาการไอ แนะนำให้ใส่หน้ากากอนามัยเมื่อกลับไปโรงเรียน
- ตรวจสอบประวัติการรับวัคซีนและแนะนำให้เด็กนักเรียน คุณครู และบุคลากรในโรงเรียนได้รับวัคซีน ครบตามคำแนะนำ
- ควรประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อวางแผนวางแนวทางการควบคุมการระบาด
- ไม่แนะนำให้เก็บตัวอย่างส่งตรวจ PCR for *Bordetella pertussis* ในผู้สัมผัสใกล้ชิดที่ไม่มีอาการแต่ ควรได้รับการติดตามและสังเกตอาการทางเดินหายใจในช่วง 21 วันนับจากวันสุดท้ายหลังสัมผัสกับผู้ป่วยไอกรน และไม่จำเป็นต้องหยุดเรียน
 - หากเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดควรพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะป้องกันหลังสัมผัสโรคโดยไม่ต้องตรวจหาเชื้อ การให้ยาหลังสัมผัสในกรณีระบาดในโรงเรียน จะช่วยป้องกันโรค ช่วยยุติการระบาดและลด โอกาสที่เด็กจะเสียโอกาสในการไปโรงเรียน ทั้งนี้หากผู้สัมผัสเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรครุนแรงหรืออยู่ ร่วมบ้านกับกลุ่มเสี่ยงโรครุนแรง ควรแนะนำให้ได้รับยาหลังสัมผัสทุกราย
 - หากมีอาการเจ็บป่วยควรหยุดเรียน และไปพบแพทย์เพื่อตรวจประเมิน
- โดยทั่วไปไม่มีคำแนะนำให้ปิดโรงเรียนเพื่อควบคุมการระบาด

แนวทางปฏิบัติสำหรับแพทย์ เมื่อพบสถานการณ์ระบาดในสถานศึกษา

เมื่อมีเด็กนักเรียนป่วยเป็นกลุ่มก้อน จนนำไปสู่การวินิจฉัยว่ามีการระบาดของไอกรนเกิดขึ้น ผู้ปกครองมักมีความกังวลใจสูงเพราะไม่แน่ใจว่าโรคจะมีความรุนแรงหรือไม่เพียงใด และอาจนำไปสู่การกดดันให้มีตรวจเด็กนักเรียนหรือบุคลากรเกินความจำเป็น มีการใช้ยาหลังสัมผัสโดยไม่สมเหตุสมผล และอาจนำไปสู่การปิดสถานศึกษาโดยไม่จำเป็น แพทย์ควรให้ความรู้แก่บุคลากรของโรงเรียนและผู้ปกครองที่เกี่ยวข้อง

คำแนะนำทั่วไปในกรณีเกิดมีการระบาดขึ้น มีแนวทางดังนี้

- ในกรณีที่พบผู้ที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ และอยู่ในสถานศึกษาที่มีการระบาด แพทย์สามารถให้การวินิจฉัยโดยใช้อาการร่วมกับประวัติสัมผัสและให้การรักษาไปได้เลยโดยไม่จำเป็นต้องตรวจยืนยัน หรืออาจพิจารณาตรวจเท่าที่จำเป็นเป็นกรณีไป เช่นมีประวัติสัมผัสไม่ชัดเจน ควรให้เด็กป่วยแยกตัวและสวมหน้ากากตลอดเวลาจนกว่าจะพ้นระยะแพร่เชื้อและไม่มีอาการ
- ในกรณีที่พบผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยัน แต่ผู้สัมผัสนั้นไม่มีอาการ ควรพิจารณาให้ยาป้องกันหลังสัมผัสไปได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องตรวจหาเชื้อ
- ไม่จำเป็นต้องตรวจหรือให้ยาเด็กนักเรียนหรือบุคลากรที่สบายดีและไม่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยัน แต่ให้สังเกตอาการในเด็กทุกคนในสถานศึกษา หากมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ จึงค่อยพิจารณาตรวจและให้การรักษา
- ควรแนะนำให้เด็กนักเรียนและบุคลากรได้รับวัคซีนอย่างเหมาะสมตามอายุ ในกรณีที่ได้รับวัคซีนไม่ครบ ควรแนะนำให้ฉีดโดยเร็ว

References

1. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Red Book: 2024–2027 Report of the Committee on infectious diseases. Kimberlin DW, Banerjee R, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, editors. American Academy of Pediatrics 345 Park Blvd, Itasca, IL 60143; 2024.
2. กรมควบคุมโรค ก. แนวปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไอกรน. <https://ddc.moph.go.th/>; มิถุนายน 2567.
3. โรคไอกรน (Pertussis). [Pidst.or.th](http://pidst.or.th). [cited 2024 Nov 13]. Available from: <https://www.pidst.or.th/A299.html>

ตารางที่ 1 ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาและป้องกันโรคไทริน

อายุ	ยาปฏิชีวนะที่แนะนำ (Recommended Drugs)			ยาปฏิชีวนะทางเลือก (Alternative)
	Azithromycin	Erythromycin	Clarithromycin	TMP-SMX
น้อยกว่า 1 เดือน	10 มก/กก/วัน วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน*	40 มก/กก/วัน แบ่งให้วันละ 4 ครั้ง นาน 14 วัน	ไม่แนะนำ	ไม่แนะนำในเด็กอายุ < 2 เดือน
1 - 5 เดือน	10 มก/กก/วัน วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน	40 มก/กก/วัน แบ่งให้วันละ 4 ครั้ง นาน 14 วัน	15 มก/กก/วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง นาน 7 วัน	≥ 2 เดือน: TMP, 8 มก/กก/วัน; SMX, 40 มก/กก/วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง นาน 14 วัน
เด็ก ≥ 6 เดือน	10 มก/กก วันละ 1 ครั้ง ในวันแรก (ขนาดสูงสุด 500 มก) จากนั้น 5 มก/กก/วัน วันละ 1 ครั้ง ในวันที่ 2-5 วัน (ขนาดสูงสุด 250 มก/วัน)	40 มก/กก/วัน แบ่งให้วันละ 4 ครั้ง นาน 7-14 วัน (ขนาดสูงสุด 2 กรัม/วัน)	15 มก/กก/วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง นาน 7 วัน (ขนาดสูงสุด 1 กรัม/วัน)	TMP, 8 มก/กก/วัน; SMX, 40 มก/กก/วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง นาน 14 วัน
วัยรุ่นและผู้ใหญ่	500 มก วันละ 1 ครั้ง ในวันแรก จากนั้น 250 มก/วัน วันละ 1 ครั้ง ในวันที่ 2-5 วัน	2 กรัม/วัน แบ่งให้วันละ 4 ครั้ง นาน 7-14 วัน	1 กรัม/วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง นาน 7 วัน	TMP, 320 มก/วัน; SMX, 1600 มก/วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง นาน 14 วัน

*แนะนำเป็นยาหลักในกลุ่มอายุนี้นี้เพราะการใช้ erythromycin มีความเสี่ยงต่อ idiopathic hypertrophic pyloric stenosis



รายนามคณะทำงานจัดทำคำแนะนำสำหรับกรณีโรคไอกกรระบาดในโรงเรียน
ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. ศ. นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา | ที่ปรึกษา |
| 2. พล.ต.หญิง รศ.ฤดีวิไล สามโกเศศ | ประธาน |
| 3. ศ. พญ.กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ | รองประธาน |
| 4. รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์ | กรรมการ |
| 5. ศ. พญ.ฉันทวีร์ ภูธนกิจ | กรรมการ |
| 6. รศ.(พิเศษ) พญ.วารุณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์ | กรรมการ |
| 7. ผศ.(พิเศษ) พญ.ปิยรัชต์ สันตะรัตติวงศ์ | กรรมการ |
| 8. ผศ. นพ.ชนเมธ เตชะแสนศิริ | กรรมการ |
| 9. ผศ. พญ.อรศรี วิทวัสมงคล | กรรมการ |
| 10. อ. พญ.สุธาทิพย์ เอ็มเปรมศิลป์ | กรรมการ |
| 11. รศ. พญ.วันทปรียา พงษ์สามารถ | กรรมการและเลขานุการ |
| 12. อ. พญ.ณิชาภมล เลิศอมรกิจคดี | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |