

**แนวทางการให้วัคซีน  
ป้องกันโรคไอกรนชนิดไร้เซลล์ (aP) ในหญิงตั้งครรภ์  
ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค**



มกราคม 2567  
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค



แนวทางการให้วัคซีนป้องกันโรคไอกรนชนิดไร้เซลล์ (aP)  
ในหญิงตั้งครรภ์ ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค



## การให้บริการวัคซีน aP ในกลุ่มเป้าหมาย

### 1. การเตรียมการก่อนให้บริการ

ประมาณการจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่จะเข้ารับบริการ พร้อมเตรียมวัคซีน และวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อการให้บริการ

### 2. การให้บริการวัคซีน

1. ในวันที่ให้บริการ ขอให้เจ้าหน้าที่เตรียมวัคซีน วัสดุอุปกรณ์ และเอกสารสำหรับบันทึกการให้บริการ เช่น สมุดสุขภาพแม่และเด็ก ทะเบียนการให้บริการ เป็นต้น ทั้งนี้ วัคซีนที่เตรียมไว้ให้บริการต้องอยู่ในระบบลูกโซ่ความเย็นที่ควบคุมอุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส

2. จัดเตรียมความพร้อมวัสดุอุปกรณ์ และยาที่จำเป็นในการกักชีพ ให้พร้อมใช้ทันที รวมถึงระบบส่งต่อผู้ป่วย สำหรับกรณีการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน

3. ชักประวัติและตรวจสอบ มีข้อห้าม ข้อควรระวัง ในการได้รับวัคซีน aP ของหญิงตั้งครรภ์ หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีข้อห้าม และข้อควรระวัง ขอให้ปรึกษาสูติแพทย์ก่อนให้วัคซีน

4. ชี้แจงข้อมูลการให้บริการวัคซีนแก่หญิงตั้งครรภ์ ให้ทราบถึงชนิดวัคซีนที่ได้รับ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการฉีดวัคซีน อาการภายหลังได้รับวัคซีนที่อาจเกิดขึ้นได้ และความรู้เบื้องต้นในการสังเกตและดูแลตนเองภายหลังได้รับวัคซีน

5. ก่อนฉีดวัคซีน ให้สังเกตลักษณะของวัคซีนที่ให้บริการ โดยวัคซีนต้องอยู่ในสภาพดี และไม่หมดอายุ

6. ฉีดวัคซีน aP ให้หญิงตั้งครรภ์ เข้าชั้นกล้ามเนื้อต้นแขน (Intramuscular)

7. บันทึกเลขที่ผลิต (Lot no.) ของวัคซีน aP ในทะเบียนให้บริการ เพื่อใช้ในการตรวจสอบและติดตามอาการภายหลังได้รับวัคซีนของผู้รับบริการ

8. สังเกตอาการของหญิงตั้งครรภ์อย่างน้อย 30 นาทีหลังได้รับวัคซีน โดยให้นั่งรออยู่บริเวณที่จัดไว้ให้ หากมีอาการผิดปกติรุนแรงให้ปฐมพยาบาลเบื้องต้นทันที และขอให้ดำเนินการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนตามแนวทางของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

### 3. การบันทึกข้อมูล

#### 3.1 การบันทึกการให้บริการในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่ใช้อยู่ปัจจุบัน ยังไม่มีการปรับเพิ่มชื่อวัคซีน ap ในหน้า “ประวัติหญิงตั้งครรภ์ปัจจุบัน” ขอให้เจ้าหน้าที่บันทึกชนิดวัคซีน และวันที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนในช่องที่เว้นว่างไว้สำหรับวัคซีนอื่น ๆ (ตัวอย่างตาม ภาคผนวกที่ 2 ) ทั้งนี้ ในอนาคตสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กดังกล่าวจะมีการปรับชื่อวัคซีนให้เป็นปัจจุบันต่อไป



### 3.2 การบันทึกการให้บริการในโปรแกรมบันทึกข้อมูลสุขภาพ

ขอให้หน่วยบริการบันทึกการให้บริการในรูปแบบ 43 เพิ่มมาตรฐานผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลสุขภาพ เช่น JHCIS, HOSxP, Home C และ Med-Tech เป็นต้น โดยมีรหัสวัคซีน รหัส ICD-10-TM และรหัสส่งออก ดังนี้ ตารางที่ 1 ชื่อ รหัสวัคซีน และรหัสวินิจฉัย ICD-10-TM

ชื่อวัคซีน (ภาษาไทย)	ชื่อวัคซีน (ภาษาอังกฤษ)	รหัสวัคซีน	รหัส ICD-10-TM
ไอกรน ชนิดไรโซเซลล์	aP	P41	Z23.7

หมายเหตุ ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนวัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ชนิดไรโซเซลล์ จากหน่วยบริการอื่นๆ สามารถบันทึกข้อมูลรหัสวัคซีน คือ T12 และ รหัส ICD-10-TM คือ Z27.1

### 4. การจัดทำรายงานผลปฏิบัติงานและรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีน

#### 4.1 การรายงานผลปฏิบัติงานการได้รับวัคซีน aP

ขอให้หน่วยบริการบันทึกการให้บริการวัคซีน aP ในหญิงตั้งครรภ์ ลงในทะเบียนผู้มารับบริการ ซึ่งอาจเป็นทะเบียนแบบจัดทำเองหรือในโปรแกรมบันทึกข้อมูลสุขภาพ ให้ครบถ้วนถูกต้อง

#### 4.2 การจัดทำรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนไอกรน

เนื่องจากโปรแกรมบันทึกข้อมูล ได้แก่ JHCIS และ HOSxP/HOSxP\_PCU ยังไม่สามารถเรียกดูความครอบคลุมการได้รับวัคซีน aP ในหญิงตั้งครรภ์ได้ ดังนั้นจึงขอให้หน่วยบริการจัดทำทะเบียนความครอบคลุมการได้รับวัคซีนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ ที่ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้ 1) ชื่อ-สกุล 2) วันที่ได้รับวัคซีน aP และ 3) อายุครรภ์ที่ได้รับวัคซีน aP (ภาคผนวกที่ 3) โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

ตารางที่ 2 เกณฑ์การพิจารณาความครบถ้วนของการได้รับวัคซีนไอกรน ในหญิงตั้งครรภ์

ประวัติการได้รับวัคซีน aP ในหญิงตั้งครรภ์	เกณฑ์พิจารณา
ได้รับวัคซีน aP จำนวน 1 เข็ม	ผ่านเกณฑ์
ไม่ได้รับวัคซีน aP	ไม่ผ่านเกณฑ์

วิธีคำนวณความครอบคลุมการได้รับวัคซีนไอกรนในหญิงตั้งครรภ์ คำนวณ ได้จากสูตร

$$\text{อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนไอกรน} = \frac{\text{จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดแล้วที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีนไอกรน}}{\text{จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดแล้วที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ}} \times 100$$

1) จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดแล้วที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดแล้วในพื้นที่รับผิดชอบที่อาศัยอยู่จริง (ข้อมูล 43 เพิ่ม ประเภทที่อยู่อาศัย type 1 และ 3)



2) จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดแล้วที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีนไอกรน หมายถึงจำนวนหญิงตั้งครรภ์ ในงวดที่รายงาน เฉพาะที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ที่รายงานได้รับวัคซีนไอกรน 1 ครั้ง โดยไม่คำนึงว่าจะได้รับวัคซีนนี้จากหน่วยบริการใด (ทั้งที่หน่วยบริการเจ้าของพื้นที่และหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน)

หมายเหตุ ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ชนิดไร้เซลล์ จำนวน 1 เข็ม ในขณะที่ตั้งครรภ์ ให้ถือว่า ได้รับวัคซีนไอกรน จำนวน 1 เข็ม และขอให้บันทึกความครอบคลุมการได้รับวัคซีนไอกรนของหญิงตั้งครรภ์ดังกล่าว

#### 5. การติดตามผลการดำเนินงานในระบบฐานข้อมูลสุขภาพ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถติดตามผลการให้บริการวัคซีน และความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในระดับเขตจังหวัด และหน่วยบริการ ได้ในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

#### คำถามที่พบบ่อย

ถาม: กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีน aP ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ดังนั้น ควรให้วัคซีน Tdap อีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์หรือไม่?

ตอบ: หากฉีดวัคซีน aP ในช่วงอายุครรภ์ 16 - 32 สัปดาห์ ถือว่าไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีน Tdap อีก เพราะในช่วงเวลาดังกล่าว ร่างกายแม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันแล้วส่งต่อไปยังลูกได้

ถาม: กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ช้า หรือยังไม่ได้รับวัคซีน aP เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ขึ้นไป จำเป็นต้องรับวัคซีน aP หรือไม่ อย่างไร

ตอบ: การฉีดวัคซีน aP ในหญิงตั้งครรภ์ หลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ยังคงมีประโยชน์ในการลดการติดเชื้อเสียชีวิตจากไอกรนในทารกอายุขวบปีแรก ทั้งนี้ ยังสามารถให้วัคซีนแก่หญิงตั้งครรภ์ จนถึงอายุครรภ์ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนคลอด เพื่อให้ได้ระดับภูมิคุ้มกันถ่ายทอดไปยังลูก

ถาม: สามารถให้วัคซีน aP ในครั้งเดียวกันกับวัคซีนอื่น ๆ ได้หรือไม่?

ตอบ: สามารถให้วัคซีน aP พร้อมกับวัคซีนอื่นในวันเดียวกันได้ เช่น วัคซีนไขหวัดใหญ่ แต่ควรฉีดวัคซีนคนละตำแหน่ง

ถาม: ภูมิคุ้มกันต่อโรคไอกรนจะเกิดขึ้นเมื่อใดภายหลังจากได้รับวัคซีน aP

ตอบ: ภูมิคุ้มกันต่อโรคไอกรนจะเกิดขึ้น 2 สัปดาห์ ภายหลังจากได้รับวัคซีน aP แต่กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีน aP น้อยกว่า 2 สัปดาห์ก่อนคลอด ทารกอาจได้รับภูมิคุ้มกันมารดาไม่มากพอ แต่ยังมีประโยชน์ในการป้องกันโรคไอกรนในมารดาและลดการแพร่เชื้อจากมารดาไปยังทารกได้



ถาม: หากหญิงตั้งครรภ์เคยได้รับวัคซีนไอกรนมาแล้วในครรภ์ก่อน ดังนั้น ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์ จะต้องได้รับวัคซีน aP อีกครั้งในการตั้งครรภ์ครั้งนี้หรือไม่

ตอบ: ตามที่อนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แนะนำให้วัคซีน aP จำนวน 1 เข็ม ทุกการตั้งครรภ์ ดังนั้น ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ จึงต้องได้รับวัคซีน aP ด้วย

ถาม: ทารกแรกเกิดสามารถฉีดวัคซีนป้องกันไอกรนได้หรือไม่

ตอบ: ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กำหนดให้ทารกเข้ารับวัคซีนรวมคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ไวรัส ตับอักเสบบี และฮิบ เมื่ออายุ 2, 4 และ 6 เดือน ดังนั้น การให้วัคซีนไอกรนในหญิงตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญเพื่อส่งต่อภูมิคุ้มกันจากแม่ไปสู่ลูก ก่อนอายุที่ทารกสามารถรับวัคซีนได้



## ภาคผนวก 1 แบบฟอร์มใบเบิกวัคซีน (ว. 3/1)



แบบฟอร์ม ว.3/1 (ปี 2567)

ที่.....

หน่วยบริการ (รพ.สต./ฝ่าย).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเบิกวัคซีนในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

หน่วยบริการ (รพ.สต./ฝ่าย).....ขอเบิกวัคซีนต่างๆ ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	วัคซีน	ข้อมูลการเบิกวัคซีน เดือน.....				ผลการให้วัคซีนเดือน..... ที่ผ่านมา		
		เป้าหมาย (คน)	จำนวนวัคซีน (ขวด/หลอด)			จำนวนผู้รับบริการ (คน)	จำนวนวัคซีนที่เปิดใช้ (ขวด/หลอด)	อัตราสูญเสีย (ร้อยละ)
			ที่ต้องการใช้	ยอดคงเหลือยกมา	ที่ขอเบิก			
เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี	1. BCG (10 doses)	-	-	-	-	-	-	-
	2. HB (2 doses)	-	-	-	-	-	-	-
	3.1 DTP-HB-Hib (10 doses)	-	-	-	-	-	-	-
	3.2 DTP-HB-Hib (1 dose)	-	-	-	-	-	-	-
	4. OPV (20 doses)	-	-	-	-	-	-	-
	5. IPV (1 dose)	-	-	-	-	-	-	-
	6. MMR (1 dose)	-	-	-	-	-	-	-
	7. DTP (10 doses)	-	-	-	-	-	-	-
	8.1 LAJE (1 dose)	-	-	-	-	-	-	-
8.2 JE เชื้อตาย (1 dose)	-	-	-	-	-	-	-	
9. Rota (1 dose)	-	-	-	-	-	-	-	
นักเรียน ป.1 (เก็บตกในรายที่ได้ไม่ครบถ้วน)	10. MMR (1 dose)	-	-	-	-	-	-	-
	11. BCG (10 doses)	-	-	-	-	-	-	-
	12. OPV (20 doses)	-	-	-	-	-	-	-
	13. dT (10 doses)	-	-	-	-	-	-	-
	14. HB (2 doses)	-	-	-	-	-	-	-
	15. LAJE (1 dose)	-	-	-	-	-	-	-
16. IPV (1 dose)	-	-	-	-	-	-	-	
นักเรียน หญิง	17. HPV (1 dose)	-	-	-	-	-	-	-
นักเรียน ป.6	18. dT (10 doses)	-	-	-	-	-	-	-
หญิงตั้งครรภ์	19. dT (10 doses)	-	-	-	-	-	-	-
	20. Influenza (1 dose)	-	-	-	-	-	-	-
	21. aP (1 dose)	-	-	-	-	-	-	-
คลินิก วัคซีนผู้ใหญ่	22. dT (10 doses)	-	-	-	-	-	-	-
	23. MR (นศ. ทาง การแพทย์)	-	-	-	-	-	-	-
	24. HB (บุคลากรทาง การแพทย์และ	-	-	-	-	-	-	-

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ หน่วยบริการประมาณการกลุ่มเป้าหมายในการเบิกวัคซีนตามชนิดและขนาดบรรจุของวัคซีนตามที่คลังวัคซีนโรงพยาบาลได้รับการจัดสรร



## ภาคผนวก 2 ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลการได้รับวัคซีนในสมุดสุขภาพแม่และเด็ก

## ส่วนที่ 1 บริการหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

## ประวัติหญิงตั้งครรภ์ปัจจุบัน

ครรภ์ที่ ..... ประจำเดือนครั้งสุดท้าย ..... คณะกำหนดการคลอด .....  
 ก่อนตั้งครรภ์น้ำหนัก ..... ก.ก. ส่วนสูง ..... ซม. BMI. ก่อนการตั้งครรภ์ .....  
 เคยผ่าตัดคลอด ..... ครั้ง จำนวนบุตรที่มีชีวิต ..... คน บุตรคนสุดท้าย อายุ ..... ปี ..... เดือน

## ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายงานการตรวจเลือด	หญิงตั้งครรภ์		สามี	
	ครั้งที่ 1 วตป .....	ครั้งที่ 2 วตป .....	ครั้งที่ 1 วตป .....	ครั้งที่ 2 วตป .....
Blood gr/Rh				
Hct/Hb				
OF/MCV, MCH				
DCIP				
Hb typing				
PCR				
ไวรัสตับอักเสบบี				
ซีฟิลิส				
ตรวจหาเชื้อเอช ไอ วี				
<input type="checkbox"/> คัดกรอง ดาวน์ซินโดรม	<input type="checkbox"/> เสียงสูง	<input type="checkbox"/> เจาะน้ำคร่ำ ผล .....		
<input type="checkbox"/> ไม่ได้คัดกรอง ดาวน์ซินโดรม	<input type="checkbox"/> เสียงต่ำ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ .....		
ผลตรวจอื่นๆ				

การให้คำปรึกษาแบบคู่  ได้รับก่อนตรวจเลือด วันที่ .....

ได้รับหลังตรวจเลือด วันที่ .....

การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่  ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ ..... สัปดาห์

ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ ..... สัปดาห์

## การจัดวัคซีนที่มีส่วนประกอบของวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก

ก่อนตั้งครรภ์เคยฉีดวัคซีน ..... ครั้ง ครั้งสุดท้าย วันที่ .....

ในระหว่างตั้งครรภ์

ฉีดวัคซีน ครั้งที่ 1 วันที่ ..... เดือน ..... พฤษภาคม ..... พ.ศ.25 ..... 67 (aP)

ครั้งที่ 2 วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.25 .....

ครั้งที่ 3 วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.25 .....

เข็มกระตุ้น วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.25 .....

ไม่ได้ฉีดวัคซีนในครรภ์นี้ เพราะได้รับ ครบ 3 เข็ม หรือ เข็มกระตุ้นไม่เกิน 10 ปี

## การจัดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลเมื่ออายุครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป ในช่วงรณรงค์

ฉีดวัคซีน 1 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.25 .....



## ภาคผนวก 3 ตัวอย่างทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนไอกอน ในหญิงตั้งครรภ์

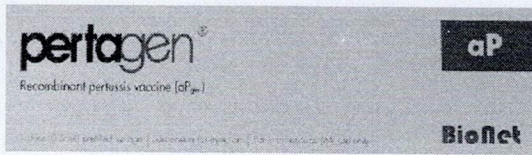
ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	LMP	EDC	การได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของ ไอกอน		อายุครรภ์ ที่ได้รับวัคซีน (สัปดาห์)*
					ชนิดวัคซีน	วันที่ได้รับวัคซีน	
หมู่ที่ 3							
1	XXXXX XXXXX	XX	ว/ด/ป	ว/ด/ป	aP	ว/ด/ป	27
2	XXXXX XXXXX	XX	ว/ด/ป	ว/ด/ป	aP	ว/ด/ป	27
3	XXXXX XXXXX	XX	ว/ด/ป	ว/ด/ป	aP	ว/ด/ป	28
4	XXXXX XXXXX	XX	ว/ด/ป	ว/ด/ป	Tdap	ว/ด/ป	29
5	XXXXX XXXXX	XX	ว/ด/ป	ว/ด/ป	aP	ว/ด/ป	27
6	XXXXX XXXXX	XX	ว/ด/ป	ว/ด/ป	aP	ว/ด/ป	30
7	XXXXX XXXXX	XX	ว/ด/ป	ว/ด/ป	aP	ว/ด/ป	28
8	XXXXX XXXXX	XX	ว/ด/ป	ว/ด/ป	Tdap	ว/ด/ป	28
9	XXXXX XXXXX	XX	ว/ด/ป	ว/ด/ป	aP	ว/ด/ป	28
10	XXXXX XXXXX	XX	ว/ด/ป	ว/ด/ป	aP	ว/ด/ป	27



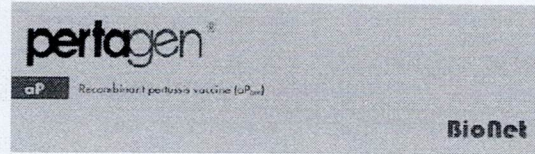




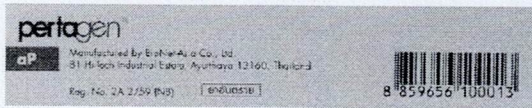
ภาคผนวก 5 รายละเอียดบรรจุภัณฑ์วัคซีน aP ชื่อทางการค้า Pertagen®



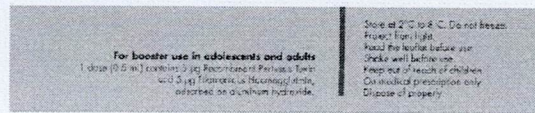
ด้านหน้า



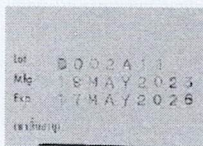
ด้านหลัง



ด้านข้าง



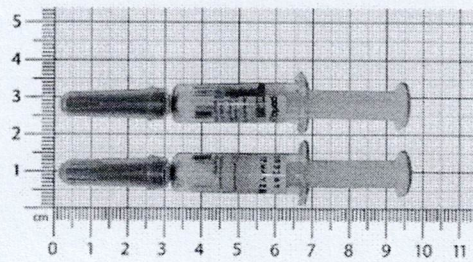
ด้านบน



ด้านข้างซ้าย



ด้านข้างขวา



ภาพผลิตภัณฑ์