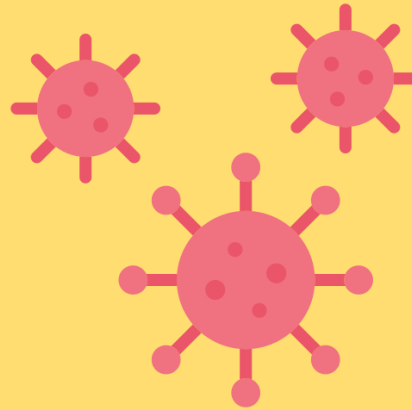




เชื้อไวรัสโอมิครอนกลายพันธุ์ XBB.1.16 .. เราต้องรู้อะไรอีกไหม?



บทความโดย

ศ.เกียรติคุณ นพ.อมร ลีลารัศมี

กรรมการแพทยสภาและรองอธิการบดี ม.สยาม



หมอชวนรู้



The Medical Council of Thailand



tmc.or.th



ศ.เกียรติคุณ นพ.อมร สีลารัตน์

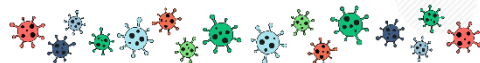


เชื้อไวรัสโอมิครอนกลายพันธุ์ XBB.1.16 .. เราต้องรู้อะไรอีกไหม?

เมื่อโรคโควิด-19 กำลังถูกจัดให้เป็นโรคประจำถิ่นและจำนวนผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 รายใหม่ในเดือนกุมภาพันธ์และมีนาคม 2566 กำลังลดลง จู่ ๆ มีการรายงาน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ ตั้งแต่วันที่ 9-15 เมษายน ว่า มีผู้ติดเชื้อรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 435 ราย เฉลี่ย วันละ 62 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่าจากสัปดาห์ที่ผ่านมา (วันที่ 2-8 เมษายน 2566) ที่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 168 ราย เฉลี่ยวันละ 24 ราย พร้อม ๆ กับ มีการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นในหลายประเทศและพบเชื้อสายพันธุ์ XBB.1.16 ใน 22 ประเทศแล้ว



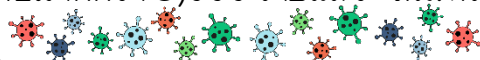
ปัจจุบัน โลกกำลังจับตามองเชื้อไวรัสโอมิครอนกลายพันธุ์ในกลุ่ม XBB โดยเฉพาะ XBB.1.16 ว่า จะเป็นตัวก่อโรคที่เด่นขึ้นมา ส่งผลให้ยอดผู้ติดเชื้อรายใหม่ เพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ฝ่าย กทม. ก็แจ้งว่า ก่อนสงกรานต์ มีผู้ติดเชื้อรายใหม่วันละ 300 กว่าราย หลังสงกรานต์เพิ่มขึ้นเป็นวันละ 700 กว่าราย องค์การและผู้เชี่ยวชาญต่างพยากรณ์ว่า จะพบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มมากขึ้นในเดือนพฤษภาคม และลดลงในเดือนมิถุนายน



ส่วนผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดีได้ออกจดหมายลงวันที่ 12 เมษายน 2566 แจ้งให้แพทย์ของตนทราบถึงแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยมีเนื้อหาสำคัญคือ เลิกใช้แอนติบอดีเฉพาะเจาะจง (LAAB) ในแนวทางการรักษา ทำให้เกิดความกังวลในหมู่ประชาชนว่า จะเกิดการระบาดรอบใหม่อีกไหม? โรคจะรุนแรงมากขึ้นหรือไม่? การรักษาจะยุ่งยากมากขึ้นไหม? ประชาชนต้องรีบไปฉีดวัคซีนอีกไหมหรือใครควรจะไปฉีด? เป็นต้น ทำให้โรคโควิด-19 กลับมาเป็นข่าวดังใหม่ในสื่อต่าง ๆ อีกครั้ง และเกิดคำถามว่า เราต้องรู้อะไรเพิ่มเติมอีกไหมจากเดิมที่ทราบกันดีอยู่แล้ว?



องค์การอนามัยโลกแถลงข่าวเมื่อวันที่ 29 มีนาคมว่า ตรวจพบสายพันธุ์ XBB.1.16 ในผู้ติดเชื้อมากกว่า 800 รายใน 22 ประเทศ ส่วนใหญ่พบในอินเดีย และกำลังแทนที่สายพันธุ์ที่กำลังระบาดในปัจจุบันต่อมา ได้จัดเชื้อ XBB.1.16 ตัวนี้เป็น variant under monitoring (VUM) ในวันที่ 30 มีนาคม 2566 เชื้อตัวนี้เริ่มพบในประเทศอินเดียตั้งแต่เดือนมกราคมและระบาดจนถึงกลางเดือนเมษายน พบมากกว่า 3,000 รายแล้ว ในสหรัฐฯ ก็มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.21 เป็น 7.2 ในเวลานี้



เมื่อตรวจดูจากรหัสพันธุกรรมพบว่า เชื้อ XBB.1.16 เกิดจากลูกผสมกันระหว่าง เชื้อโอมิครอน BA.2.10.1 และ BA.2.75 ตำแหน่งกลายพันธุ์ที่โปรตีนหนาม มี 3 ตำแหน่ง คือ E180V, F486P, K478R ซึ่งตำแหน่ง K478R ทำให้เชื้อแบ่งตัวเก่ง และแพร่กระจายได้เร็วขึ้นกว่าเชื้อ XBB.1 หรือ XBB.1.5 ประมาณ 1.2 ถึง 1.5 เท่า มีรายงานอาการใหม่ทางคลินิกว่า พบตาแดง ตาแฉะจากเยื่อตาอักเสบในเด็กติดเชื้อที่ประเทศอินเดีย แต่ยังไม่พบว่า เชื้อ XBB.1.16 ทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้นด้วยตัวของมันเอง กล่าวคือ ไม่พบว่า เชื้อปล่อยสารพิษหรือกระตุ้นให้เกิด cytokine storm มากกว่าเชื้อ XBB สายพันธุ์ตัวอื่น ๆ กรมวิทยาศาสตร์ในประเทศไทยก็รายงานว่า จนถึงวันที่ 18 เมษายน มีผู้ติดเชื้อ XBB.1.16 จำนวน 27 รายในประเทศไทย และมี 1 รายเป็นผู้สูงอายุที่ตายจากการติดเชื้อตัวนี้

ข้อมูล ณ วันที่ 24 เมษายน 2566





หมอชวบุรี



เชื้อไวรัสโอมิครอนกลายพันธุ์ XBB.1.16 .. เราต้องรู้อะไรอีกไหม?



ข้อมูลจากอีกแหล่งหนึ่งแจ้งว่า หากนับเชื้อโควิดทุกสายพันธุ์ที่กำลังระบาดในไทย

เชื้อ XBB.1.16 คิดเป็นร้อยละ 3 ของผู้ป่วยในช่วงวันที่ 1 ก.พ. – 16 เม.ย.

(จากการถอดรหัสพันธุกรรม 410 ตัวอย่าง) เชื้อโควิดสายพันธุ์หลักในไทยเวลานี้ยังเป็น XBB.1.5 สัดส่วนสายพันธุ์ต่าง ๆ ของโอมิครอนที่กำลังระบาดในไทย จากฐานข้อมูลรหัสพันธุกรรมโควิดโลกหรือ GISAID มีดังนี้

🦠XBB.1.5 ร้อยละ 47 🦠XBB.1.9.1 ร้อยละ 27 🦠XBB.1.16 ร้อยละ 13

🦠XBB.1.5.7 ร้อยละ 7 🦠และ XBB.1.16.1 ร้อยละ 7

เชื้อไวรัสโอมิครอนกลายพันธุ์ XBB.1.16 มีข้อมูลแตกต่างจากเชื้อสายพันธุ์เดิมที่เด่นชัด



คือ เพิ่มจำนวนตัวเร็วขึ้นในเซลล์ และหลบหลีกภูมิคุ้มกันชนิด IgG ที่เคยจับเชื้อตรงตำแหน่งโปรตีนหนามได้ดี ภูมิคุ้มกันจึงไม่สามารถยับยั้งเชื้อเข้าเซลล์ได้ และทำให้เชื้อเพิ่มจำนวนและแพร่กระจายได้เร็วขึ้น
แล้วยังทำให้แอนติบอดีเฉพาะเจาะจง (LAAB) ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อหรือนำมาใช้ในการรักษาโรคโควิด-19 ได้ ดังนั้น ถ้ามีการใช้ LAAB ในการรักษาผู้ติดเชื้อรายใดในขณะนี้ ผู้นั้นก็เสี่ยงสูงที่ LAAB จะใช้รักษาไม่ได้ผล ส่วนข้อมูลในด้านอื่นนั้นไม่ได้แตกต่างไปจากเดิมที่เราเคยรู้จัก

การกลายพันธุ์ที่เกิดขึ้นบ่อยเพราะเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 อยู่กลุ่ม RNA virus

จึงมีการกลายพันธุ์เร็ว เชื้อไวรัสกลายพันธุ์สามารถเกิดขึ้นได้ทุกวัน สายพันธุ์ลูกชนิดใดเก่งสู้สายพันธุ์แม่ไม่ได้ ก็ล้มหายตายไป สายพันธุ์ลูกชนิดใดเก่งกว่าสายพันธุ์แม่ ก็แพร่กระจายต่อ สายพันธุ์ใดที่แพร่กระจายต่อได้ต้องมีลักษณะ 3 ข้อนี้เสมอ คือ...

1 แบ่งตัวเร็วขึ้น

2 แพร่กระจายเข้าเซลล์มนุษย์เก่งขึ้น

3 ติดต่อภูมิคุ้มกันของมนุษย์มากขึ้นเรื่อยๆ



ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้จะเป็นของตายตัวที่ไม่เปลี่ยนแปลง และไม่ต้องรอให้นักวิทยาศาสตร์หาหลักฐานมาพิสูจน์ด้วย ทำให้เราต้องปรับสูตรวัคซีนให้ครอบคลุมเชื้อสายพันธุ์ใหม่อยู่บ่อย ๆ ส่วนเชื้อที่แทบไม่กลายพันธุ์เลย

เช่น เชื้อไวรัสหัด ไข้ทรพิษ คางทูม จะทำให้กลายเป็นโรคประจำถิ่นได้ง่าย เพราะมนุษย์สัมผัสเชื้อครั้งแรก และสร้างภูมิคุ้มกันในเวลาต่อมา ภูมิคุ้มกันจะใช้ต่อต้านเชื้อได้นานตลอดชีวิต โรคหัด คางทูม ก็เลยกลายเป็นโรคประจำถิ่นได้ง่าย



ข้อมูล ณ วันที่ 24 เมษายน 2566





หมอชวนรู้



3

เชื้อไวรัสโอมิครอนกลายพันธุ์ XBB.1.16 .. เราต้องรู้อะไรอีกไหม?

ลักษณะคลินิกของโรคโควิด-19 XBB.1.16 แตกต่างจากเดิมไหม ?

ลักษณะคลินิกหรืออาการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อสายพันธุ์นี้เหมือนโรคที่เกิดจากเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์อื่น พบเยื่อบุตาอักเสบได้ด้วย ผู้ที่ป่วยรุนแรงจะเกิดจากสาเหตุหลาย อย่างร่วมกัน เช่น



ไม่เคยฉีดวัคซีนโควิด-19 มาก่อน

ผู้ที่ฉีดวัคซีนเข็มสุดท้ายหรือเคยติดเชื้อมาแล้วนานเกิน 6 เดือนขึ้นไป

ผู้ที่ร่างกายอ่อนแอมาก หรือกำลังได้ยากดภูมิคุ้มกัน

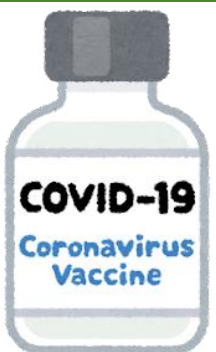
หรือผู้ที่รับเชื้อโควิด-19 เข้าไปครั้งเดียวจำนวนมาก ๆ ในเวลาอันสั้น

ได้แก่ ผู้ที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยและอยู่ในห้องแคบ ๆ หรือในห้องที่มีผู้คนอยู่แออัด และมีการตะโกน ร้องเพลง หรือเชียร์เสียงดังตลอดเวลาในพื้นที่หรือในห้องนั้น ตัวอย่างของแหล่งแพร่เชื้อที่เคยเกิดขึ้นในอดีต คือ สนามมวย และผับบาร์ เป็นต้น

การเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีอาการหนักจึงไม่ได้เกิดจากสารพิษที่เชื้อผลิตออกมาแต่ประการใด แต่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น การตรวจด้วยวิธี ATK หรือ RT-PCR ยังคงให้ผลบวกเหมือนเดิม

วัคซีนโควิด-19 ชนิดไบวาเลนต์(Bivalent) คืออะไร?

วัคซีนชนิดไบวาเลนต์ใช้ mRNA ของสายพันธุ์อยู่ฮันและสายพันธุ์โอมิครอน ได้แก่ สายพันธุ์ย่อย BA.1, หรือ BA.4, BA.5 อย่างละครึ่ง มาผสมกัน กลายเป็นวัคซีนที่ทำมาจาก 2 สายพันธุ์หลักดังกล่าววัคซีนชนิดนี้ผลิต โดยบริษัท Pfizer-BioNTech(ไฟสีทา) และบริษัท Moderna การฉีดวัคซีนไบวาเลนต์จึงเพิ่มการกระตุ้นภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสสายพันธุ์โอมิครอนได้ดีขึ้น 9 ถึง 13 เท่าในขณะที่วัคซีนชนิดสายพันธุ์อยู่ฮัน(สายพันธุ์เดียว) กระตุ้นภูมิคุ้มกันต่อเชื้อกลายพันธุ์ได้ประมาณ 2-3 เท่า ประเทศไทยมีวัคซีนทั้ง 2 บริษัทและฉีดให้ฟรีตั้งแต่เดือนเมษายน-พฤษภาคม 2566 มาแล้ว





หมอชวบุรี



เชื้อไวรัสโอมิครอนกลายพันธุ์ XBB.1.16 .. เราต้องรู้อะไรอีกไหม?

ใครต้อง/ควรรับการฉีดวัคซีนไขว้ไปวาเลนซ์ ?

วัคซีนไขว้ไปวาเลนซ์ใช้ได้กับผู้มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ไม่เคยแพ้วัคซีนยี่ห้อ Pfizer หรือ Moderna อย่างรุนแรงมาก่อน และมีประโยชน์มากกับผู้ที่มีความผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

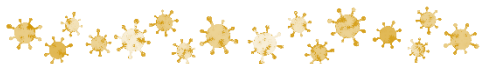


1. บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานด้านหน้า
และสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจ

2. กลุ่มเสี่ยง 608 เช่น คนที่อ้วนมาก ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น
และเคยติดเชื้อโควิด-19 มานานเกิน 6 เดือน
หรือฉีดวัคซีนครั้งสุดท้ายนานเกิน 4 เดือนมาแล้ว



3. กลุ่มคนที่ไม่เคยฉีดวัคซีนหรือติดเชื้อโควิด-19 มาก่อนเลย



สำหรับประชาชนทั่วไปที่เคยฉีดวัคซีนโควิด-19
อย่างน้อย 2 เข็มและฉีดเข็มล่าสุดนานเกิน 4 เดือนแล้ว
ก็สามารถรับการฉีดวัคซีนไขว้ไปวาเลนซ์เป็นเข็มกระตุ้นได้เช่นกัน
ประโยชน์ที่เกิดขึ้นก็มีบ้างแต่ไม่มากไปกว่ากลุ่มคนใน 3 ข้อ
ดังกล่าว หากหาวัคซีนไขว้ไปวาเลนซ์ไม่ได้ ก็ไม่ต้องไปขวนขวาย
มากเกินไปนะครับ เพราะถ้าเราฉีดวัคซีนอื่น ๆ สามเข็มมาแล้ว
และระวังตัวอย่างดี เราจะไม่เจ็บป่วยรุนแรง การระวังตัวให้ได้
ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัยและหลีกเลี่ยงการอยู่ในพื้นที่
แออัดนานเกิน 30 นาที ไม่เข้าอยู่ในพื้นที่ที่มีการตะโกน เชียร์
มาก ๆ เช่น สนามมวย ผับบาร์ห้องแคป ฯลฯ เป็นต้น หากเกิดสูตร
เชื้อในขณะสวมหน้ากากอนามัย จะเป็นการติดเชื้อแบบเหตุสุดวิสัย
และจำนวนเชื้อที่ได้รับจะมีน้อย หากเชื้อหลุดเข้ามาในโพรงจมูก/
ทางเดินหายใจส่วนต้น กว่าเชื้อจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนก่อโรคได้
หรือกว่าเชื้อจะลงลึกไปถึงเนื้อปอด ภูมิคุ้มกันจะถูกกระตุ้นให้สร้างและ
ปล่อยแอนติบอดีออกมามากพอที่จะทำลายเชื้อที่บุกรุกเพิ่มขึ้นในทางเดินหายใจส่วนบนหรือ
เพ่งลงไปถึงเนื้อปอดได้ กรณีนี้จะถือว่าเป็นการติดเชื้อจากเหตุสุดวิสัยและกลับกลายเป็นผลดีเพราะ
ร่างกายถูกกระตุ้นให้สร้างภูมิคุ้มกันสูงขึ้นอีกต่อเชื้อโอมิครอน เท่ากับว่า เราได้รับวัคซีนกระตุ้น
จากเชื้อโอมิครอนเอง“ตรงเป้า”เลยตามธรรมชาติ เราจะมีอาการป่วยน้อยกว่า หรือบางทีไม่รู้ตัวว่า
ติดเชื้อโอมิครอนมาแล้ว แต่ร่างกายได้สร้างภูมิคุ้มกัน“ตรงเป้า”ต่อเชื้อโอมิครอนให้เราไปแล้ว





หมอชวนรู้



เชื้อไวรัสโอมิครอนกลายพันธุ์ XBB.1.16 .. เราต้องรู้อะไรอีกไหม?

แนวทางการรักษาโรคโควิด-19 ในขณะนี้

หลังจากที่ โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ออกจดหมายลงวันที่ 12 เมษายน 2566 แจ้งให้แพทย์ของตนทราบถึงแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยมีเนื้อหาสำคัญคือ **ตัดการใช้แอนติบอดีเฉพาะเจาะจง (LAAB) ออกไปจากแนวทางการรักษา** กระทรวงสาธารณสุขได้เป็นแกนกลางในการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นไปตามหลักข้อมูลวิชาการ แต่มีประเด็นเล็กๆ เกี่ยวกับการใช้ LAAB ที่แตกต่างจากแนวทางเดิมที่เคยทำมาก่อน แนวทางครั้งก่อนในเดือนพฤศจิกายน 2565 ได้เคยแนะนำให้ใช้ LAAB เพียงขนานเดียว(ถ้ามีการเลือกใช้) โดยอ้างว่า สายพันธุ์ BA.2.75 ซึ่งเป็นสายพันธุ์หลักในการระบาดในขณะนั้น ยังไวต่อ LAAB (แต่ก็มีนักวิชาการบางท่านเห็นต่างว่า สายพันธุ์ BA.2.75 ลดหรือไม่ไวต่อ LAAB แล้ว จึงแนะนำให้ใช้ยาต้านไวรัสขนานอื่นร่วมด้วยกับ LAAB เพื่อให้เกิดความมั่นใจในประสิทธิผลของการรักษา) แต่แนวทางในวันที่ 18 เมษายน 2566 จะเริ่มมีประเด็นตรงที่ว่า ให้ใช้ LAAB ก่อนก็ได้ แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้นใน 24 ถึง 48 ชั่วโมง ให้เพิ่มยาต้านไวรัส Paxlovid หรือ Remdesivir ให้ผู้ป่วยด้วย จึงเกิดคำถามว่าทำไมจึงแนะนำแบบนี้

1

เพราะหลายท่านไม่คิดว่า อาการเจ็บป่วยจะดีขึ้นเร็วใน 24 - 48 ชั่วโมงจากการฉีด LAAB ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อสายพันธุ์ใด จึงไม่น่าจะเป็นข้อแนะนำที่ดีและไม่สะดวกที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ



2

ก่อนจะฉีดยา LAAB เพื่อการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับคำอธิบายตรงประเด็นนี้ใหม่ว่า LAAB อาจจะได้ผลลดลงหรือไม่ได้ผล หรือ ผู้ติดเชื้อมีโอกาสได้ร่วมเลือกยาต้านไวรัสที่จะใช้กับตนเองไหม?



3

คำแนะนำว่า ไม่ดีขึ้นใน 24 - 48 ชั่วโมงจึงเริ่มให้ยาขนานอื่น จะทำให้การรักษาโรคติดเชื้อเข้าไปได้ไหม? จะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นได้ ทั้ง ๆ ที่ในแนวทางการรักษาก็แจ้งว่า ให้รีบให้ยาเร็วที่สุดภายใน 5 วัน เมื่อมีการตัดสินใจจะให้ยารักษาโรค



ยาโมนูพิราเวียร์(molnupiravir) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ต้านเชื้อไวรัสตัวอื่นที่ก่อโรคในระบบทางเดินหายใจได้ดีในหลอดทดลองด้วย เช่น เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่, เชื้อ MERS-CoV, เชื้อ RSV ได้ แต่มีการนำยานานี้มาศึกษาต่อในการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 เท่านั้น ยา molnupiravir มีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์น้อย ราคาถูก เป็นยาที่มี generic อยู่ด้วย ยานานอื่นยังมีราคาสูงกว่า ยา molnupiravir หลายเท่า **ข้อห้ามใช้ของโมนูพิราเวียร์ก็มีน้อย เช่น ไม่ใช้ในเด็ก หญิงตั้งครรภ์ และมารดาที่ให้นมบุตร** จึงน่าจะพิจารณาให้ใช้ยา molnupiravir เป็นอันดับแรก รัฐบาลควรเร่งหาหรือผลิตยานานี้มาสะสมเก็บไว้ใช้เพื่อใช้รักษาผู้ติดเชื้อโควิด-19 ด้วย





หมอชวบุรี



เชื้อไวรัสโอมิครอนกลายพันธุ์ XBB.1.16 .. เราต้องรู้อะไรอีกไหม?

แนวทางการรักษาโรคโควิด-19 ในขณะนี้

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับปรับปรุงวันที่ 18 เมษายน 2566 ที่ประกาศให้ใช้ทั่วประเทศ และมีการปรับเงื่อนไขของการให้ LAAB ดังที่แสดงไว้แล้ว แต่ได้แจ้งว่า แนวทางนี้จะมีความแตกต่างกันในสถานพยาบาลแต่ละแห่งได้ ข้อเสนอส่วนตัวเพื่อประโยชน์ของผู้ติดเชื้อคือ หากผู้ติดเชื้อรายใดจะถูกฉีด LAAB เข้ากล้ามเนื้อที่ตะโพก 2 ข้าง เสนอให้ยา molnupiravir ไปกินด้วยเลย แพทย์ควรแจ้งผู้ติดเชื้อให้ทราบข้อมูลการระบาดของเชื้อ XBB และความเสี่ยงที่ยา LAAB จะใช้ไม่ได้ผล และวิธีลดความเสี่ยงนี้คือ ให้กินยา molnupiravir ไปด้วยเลยในวันที่ฉีดยา เป็นแบบ one-stop service ไปเลย ไม่ต้องคอยให้อาการไม่ดีขึ้นแล้วกลับมารับยาต้านไวรัสอีกครึ่งหลัง 24 -48 ชั่วโมง เพราะถ้าไม่ดีขึ้น การให้ยาต้านไวรัสจะเข้าไปอีก 1-2 วัน ทั้ง ๆ ที่ผู้ติดเชื้อมาพบแพทย์อยู่ตรงหน้าแล้ว เมื่อ 1-2 วันก่อนหน้านี้นี้แล้ว นอกจากนี้ ขอเสนอลำดับการให้ยาว่า ให้เริ่มจากยา molnupiravir เป็นอันดับแรกก่อน ยกเว้นในรายที่มีปอดอักเสบแล้ว ให้เลือกใช้ remdesivir ก่อนโดยให้ยาทางหลอดเลือดดำ เอกสารข้างล่างนี้ คือแนวทางเวชปฏิบัติฉบับปรับปรุงวันที่ 18 เมษายน 2566 ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้ใช้ทั่วประเทศ

ฉบับปรับปรุงวันที่ 18 เมษายน 2566 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข
แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



หน้า 1

การปรับแนวทางเวชปฏิบัติ ฉบับนี้ มีประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ปรับการให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรครุนแรง
2. ปรับเงื่อนไขของการให้ Long-acting Antibody (LAAB)

คำแนะนำการให้ยาต้านไวรัสในกลุ่มนี้

ให้เลือก 1 ชนิด ตามลำดับคือ nirmatrelvir/ritonavir หรือ remdesivir หรือ molnupiravir หรือ tixagevimab/cilgavimab (Long-acting Antibody : LAAB) โดยเริ่มพิจารณาให้ยานับจากวันที่เริ่มมีอาการ และให้ขนาดยา/จำนวนวัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คำแนะนำการพิจารณาการให้ยาต้านไวรัส

ยาต้านไวรัส	การเริ่มยา	จำนวนวันและโดสยา
1) nirmatrelvir/ritonavir	ควรเริ่มภายใน 5 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการ	5 วัน 10 โดส
2) remdesivir	ควรเริ่มภายใน 5 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการ	3 วัน 3 โดส
3) molnupiravir	ควรเริ่มภายใน 5 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการ	5 วัน 10 โดส

สำหรับ tixagevimab/cilgavimab (LAAB)*

ควรเริ่มให้เร็วที่สุด ภายใน 5-7 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการ 1 โดส ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 24 ถึง 48 ชั่วโมง ให้ยาต้านไวรัสชนิดอื่นเพิ่มเติม คือ nirmatrelvir/ritonavir หรือ remdesivir

การให้ยาต้านไวรัสพิจารณาจากปัจจัยต่อไปนี้ ได้แก่

- 1) ประสิทธิภาพของยาในการลดอัตราการป่วยหนักและอัตราการตาย ประวัติโรคประจำตัว
- 2) ข้อห้ามการใช้ยา
- 3) ปฏิกริยาต่อกันของยาต้านไวรัสกับยาเดิมของผู้ป่วย (drug-drug interaction)
- 4) การบริหารเตียง
- 5) ความสะดวกของการบริหารยา และราคา

การเลือกให้ยาให้กับผู้ป่วยรายใดแพทย์อาจใช้ยา ตามรายการข้างต้นนี้ได้โดยพิจารณาจากปัจจัยดังกล่าว สถานพยาบาลแต่ละแห่งอาจมีความแตกต่างกัน





หมอชวนรู้



เชื้อไวรัสโอมิครอนกลายพันธุ์ XBB.1.16 .. เราต้องรู้อะไรอีกไหม?

การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ
หรือการเจ็บป่วยรุนแรงหากติดเชื้อโดยเหตุบังเอิญหรือเหตุสุดวิสัย



ทุกท่านยังต้องเคร่งครัดในการดำเนินชีวิตแบบ new normal ไปก่อน เช่น
สวมหน้ากากอนามัย อยู่ห่างกัน ล้างมือ ต้องหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่
สาธารณะ แออัด อากาศไม่ถ่ายเท
ทั้งนี้เพื่อมิให้รับเชื้อ หรือหากเป็นเหตุบังเอิญหรือสุดวิสัย ก็รับเชื้อกลายพันธุ์
จำนวนน้อยซึ่งจะไม่สามารถก่อโรคได้รุนแรง หากเราฉีดวัคซีนไปแล้ว
อย่างน้อย 3 เข็ม หรือเคยติดเชื้อไปก่อนแล้ว
หากเริ่มติดเชื้อหรือ ATK ให้ผลบวก แนะนำว่าท่านต้องประเมินตนเองว่าจะมี
โอกาสเจ็บป่วยรุนแรงหรือไม่? เพราะผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือเบา ก็จะเริ่มจาก
อาการเล็กน้อยในวันแรกของโรคทั้งนั้น หากไม่อย่างเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยรุนแรงหรือ
เจ็บป่วยที่มีอาการนานหลายวัน ไม่อย่างจะแพร่เชื้อให้คนที่อยู่ในบ้านเดียวกันหรือ
คนใกล้เคียง หรืออยากลดเวลาเจ็บป่วยให้สั้นที่สุดเพื่อที่จะไปทำงานต่อได้ ไม่อย่าง
เสี่ยงที่จะเป็น long COVID ท่านก็น่าจะเลือกกินยา molnupiravir ไปเลยเมื่อทราบว่า
ตนเองติดเชื้อแล้ว

หวังว่า ข้อมูลและความเห็นต่าง ๆ ที่เสนอไว้นี้ จะเป็นความรู้และข้อมูลเพิ่มเติมอีก
เล็กน้อยให้ท่านได้นำไปพิจารณาประยุกต์ใช้ เมื่อท่านทราบข้อมูลครบถ้วนถึงตอนนี้แล้วก็ไม่ต้อง
วิตกกังวล ผมเชื่อว่าพวกเราจะผ่านพ้นการระบาดอีกหนึ่งระลอกของเชื้อ XBB.1.16 ไปได้ด้วยดีทุก
ท่านครับ

ภาพความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19



เสี่ยงสูง

การอยู่ในที่แออัดและมีการ
สนทนาระหว่างกัน โดย
ไม่มีการป้องกันตัวเอง



เสี่ยงต่ำ

การผ่านไปในที่แออัด
และมีการป้องกันตัวเอง
ตามสมควร



ไม่เสี่ยง

ปฏิบัติตามมาตรการ
ป้องกันโควิด 19 อย่าง
เคร่งครัดทุกประการ

