

วอนงค์คารา 10 มีนาคม 2569
 ณ ห้องกลมลพิพย์ 3 โรงแรมสุโกศล กรุงเทพฯ

08.00 - 09.00	ลงทะเบียน	13.30 - 14.00	Optimizing Influenza Protection in Older Adults: Evidence and Clinical Impact of High-Dose Vaccine [Sanofi Pasteur] ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระพงษ์ คณิตวิเชียร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Moderator: รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ทวี โชติพิทยสุนนท์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, กรมการแพทย์
09.00 - 09.10	พิธีเปิดการประชุม แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิฯ กระทรวงสาธารณสุข	14.00 - 14.30	Pneumococcal and RSV Vaccines [Pfizer] ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระพงษ์ คณิตวิเชียร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
09.10 - 09.30	ปาฐกถาเกียรติยศ “ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ” “นโยบายและมาตรการจัดการโรคระบบทางเดินหายใจ ของประเทศไทย” แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิฯ กระทรวงสาธารณสุข	Symposium “Influenza & Other Respiratory Pathogens in 2026”	
09.30 - 10.00	Epidemiology and Situation of Influenza and Other Respiratory Infections in Thailand : 2025-2026 แพทย์หญิงกาวีณี ค้างเงิน รองผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	14.30 - 14.50	Seasonal, Avian and Pandemic Flu: Treatment & Prevention รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ทวี โชติพิทยสุนนท์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, กรมการแพทย์
10.00 - 10.30	พักรับประทานอาหารว่าง และเยี่ยมชมบูธ	14.50 - 15.10	“Tripledemic” in Adult & Elderly: Treatment & Prevention ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระพงษ์ คณิตวิเชียร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
10.30 - 11.00	Clinical Management of “Tripledemic” : Case-Based รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ทวี โชติพิทยสุนนท์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, กรมการแพทย์	15.10 - 15.30	The Best Strategies to Promote Vaccination Coverage among Population แพทย์หญิงสุดา พันธุ์รินทร์ สถานเสาวภา สภากาชาดไทย
11.00 - 11.30	Update on “Tripledemic Vaccines” & RSV Monoclonal Antibody	15.30 - 15.50	Moderator (Q & A) ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระพงษ์ คณิตวิเชียร

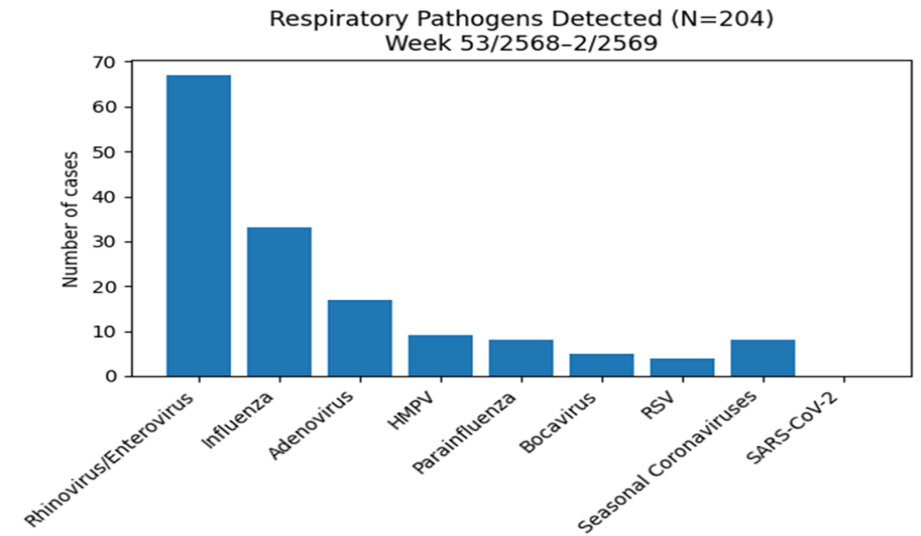
Update on Tripledemic Vaccines and RSV Monoclonal Antibody

- ศ. พญ. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหิดล

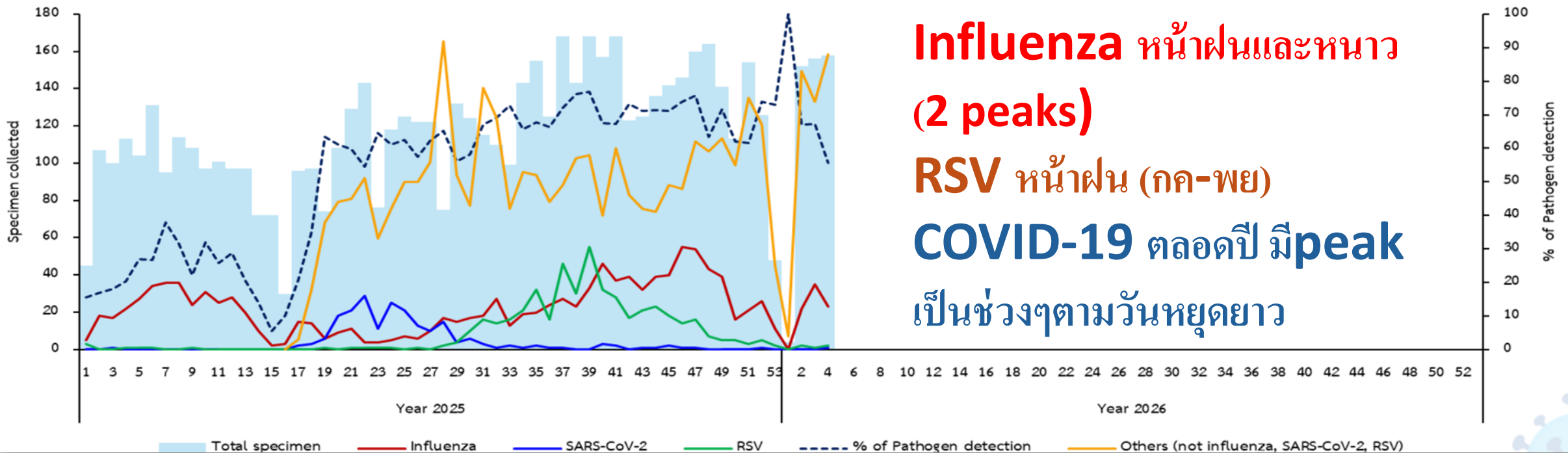
Respiratory Pathogens in ILI, Thailand

8 จังหวัด เชียงราย ตาก นครพนม จันทบุรี อุดรธานี กทม ระนอง และสุราษฎร์ธานี

<https://ddc.moph.go.th/doi/pagecontent.php?page=1496&dept=doi>

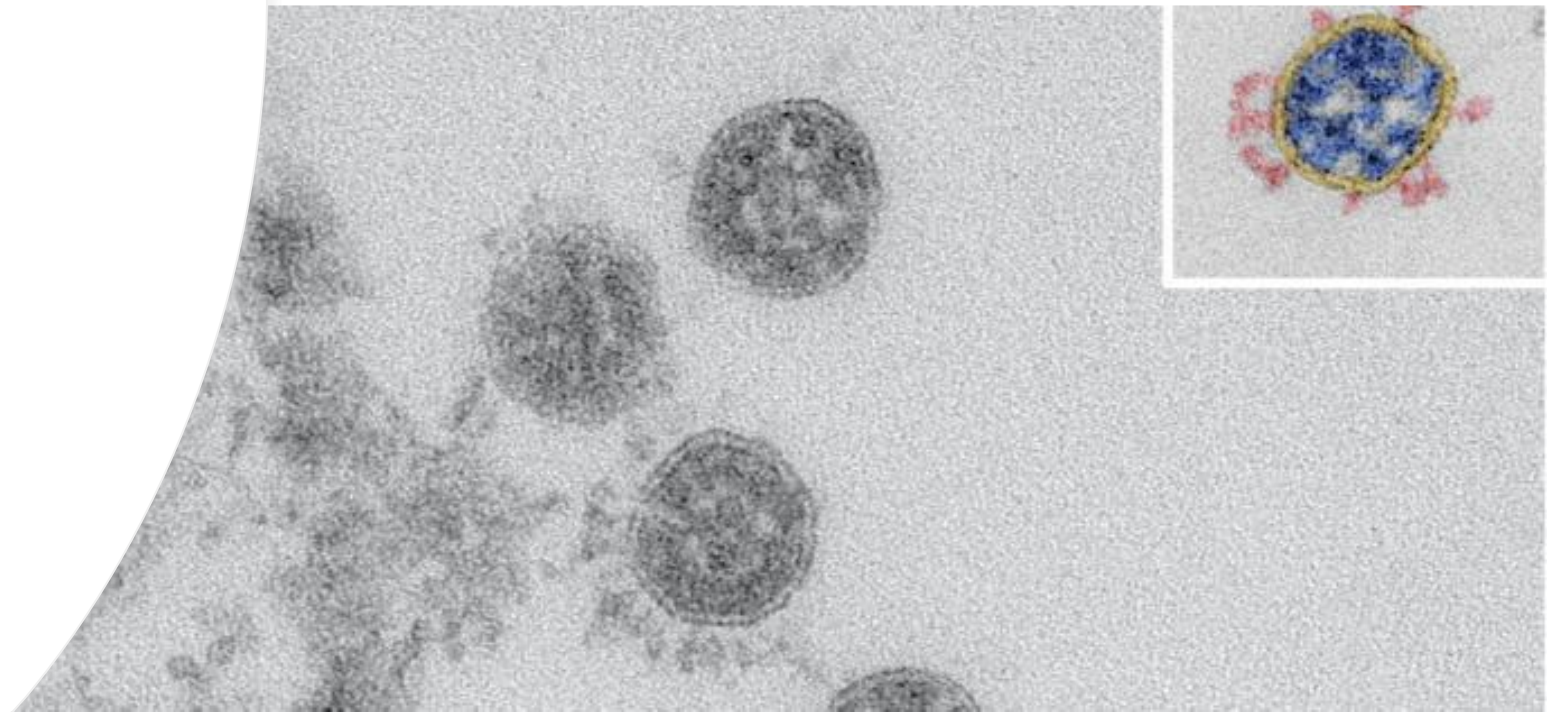
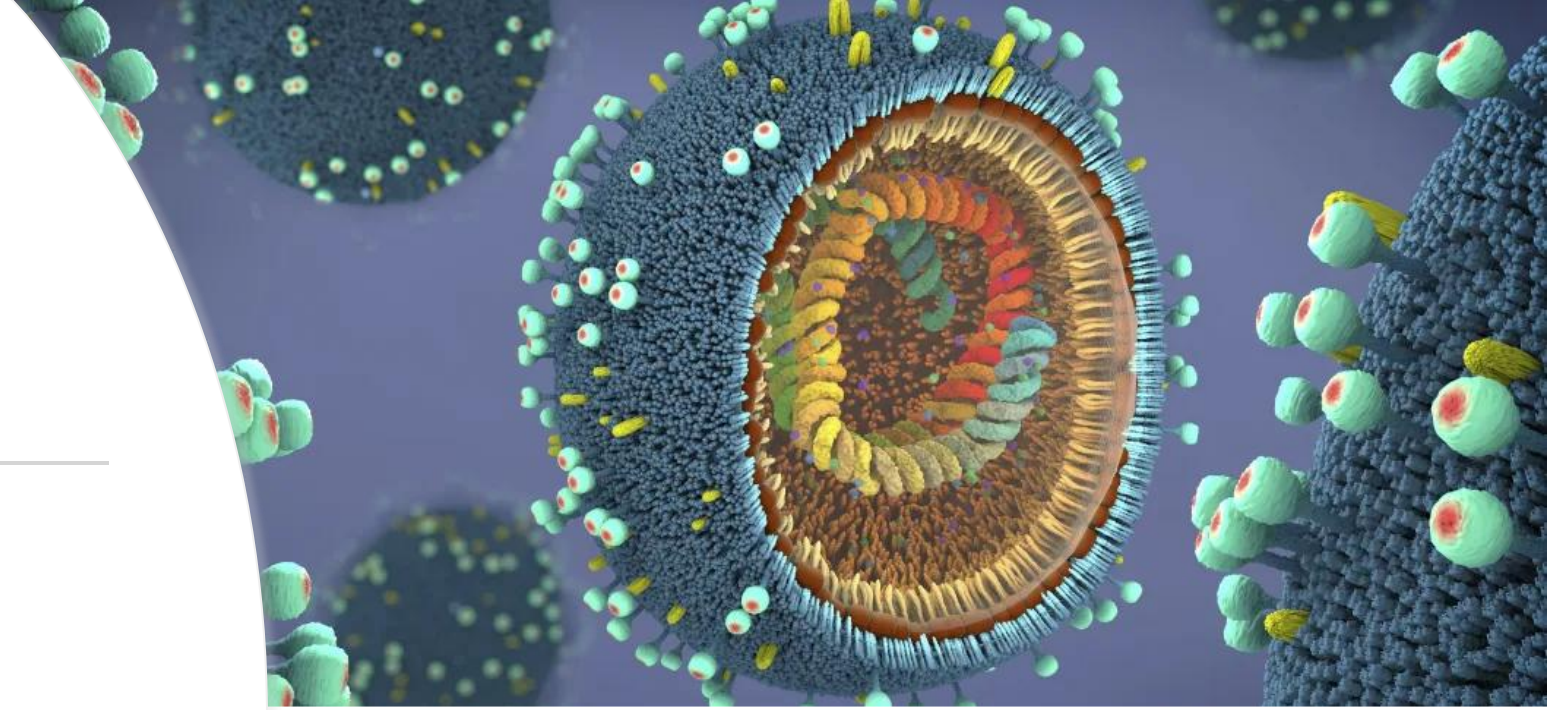


กราฟเส้นแสดงร้อยละของไข้หวัดใหญ่ อาร์เอสวี โควิด-19 และเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 - 24 มกราคม 2569



Outline

- **Influenza vaccines**
- **COVID-19 vaccines**
- **RSV Monoclonal antibodies and vaccines**



Influenza vaccine update



INFLUENZA

INFLUENZA

INFLUENZA

INFLUENZA

INFLUENZA

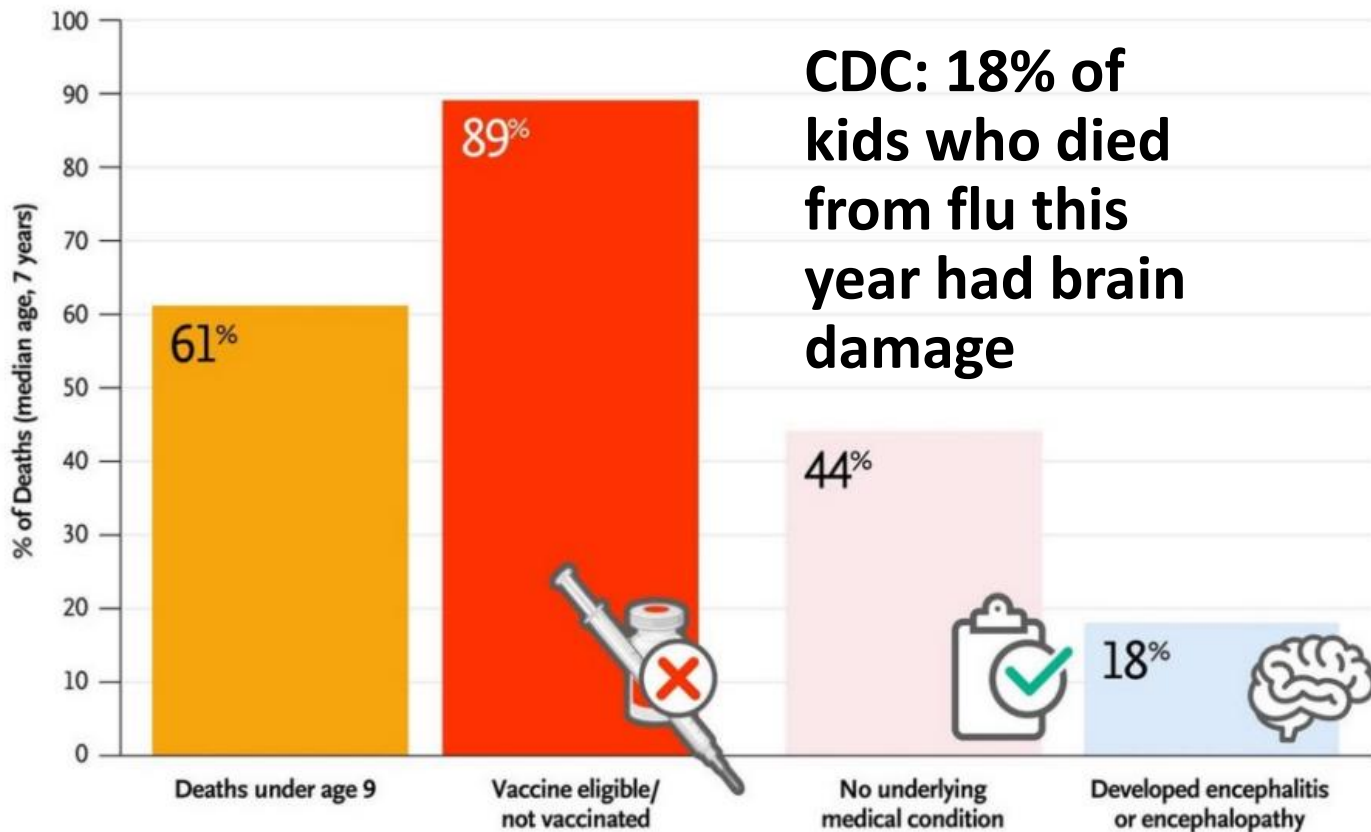
INFLUENZA

INFLUENZA



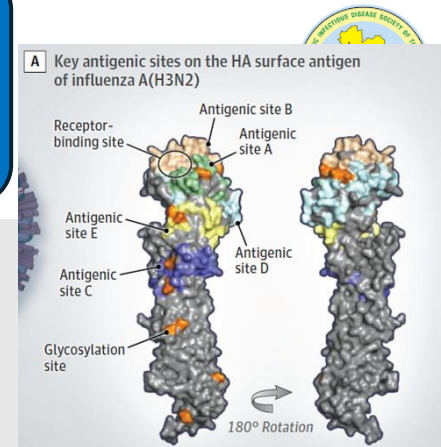
ไข้หวัดใหญ่ปีนี้ดูมากในอเมริกา เด็กตายมากกว่าทุกปี โดย **H3N2 Subclade K** เป็นสาเหตุถึง **90%** และใน **ferret** ฉีดวัคซีนน่าจะกัน **H3N2** นี้ได้แค่ **8.6%**

280 children died from influenza in 2024–25, the most ever reported in a nonpandemic flu season

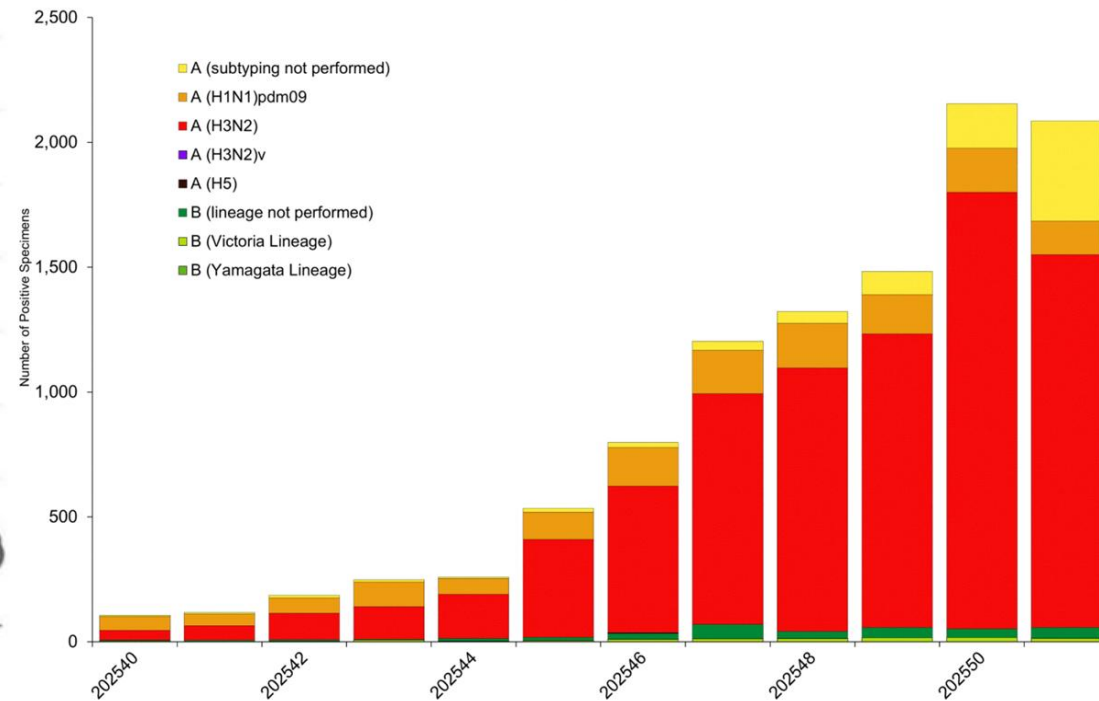


CDC: 18% of kids who died from flu this year had brain damage

H3N2 influenza A Subclade K, with antigenic drift, causing 90% of circulating H3N2 in US late 2025



Influenza Positive Tests Reported to CDC by U.S. Public Health Laboratories National Summary, 2025-2026 Season



Reinhart K, et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2025 Sep 25;74(36):565-569. doi: 10.15585/mmwr.mm7436a2. PMID: 40996933; PMCID: PMC12463192.

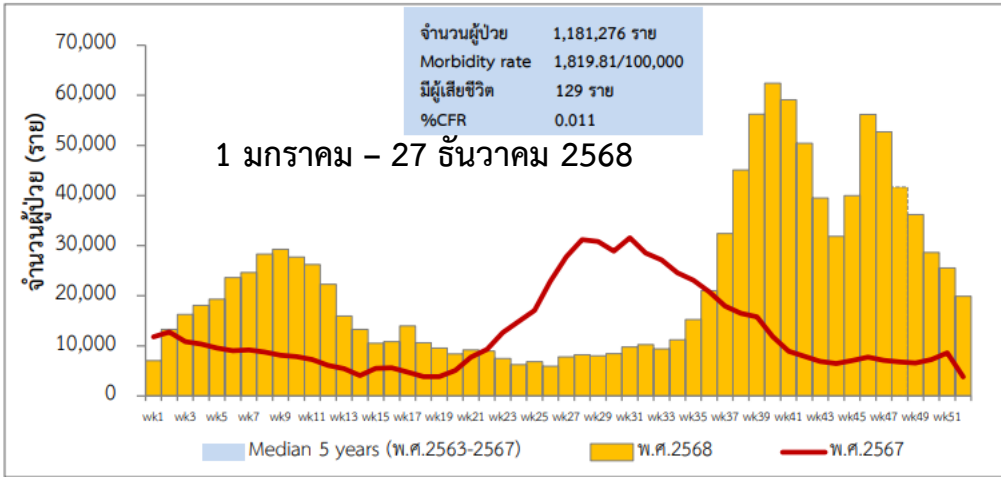


สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย

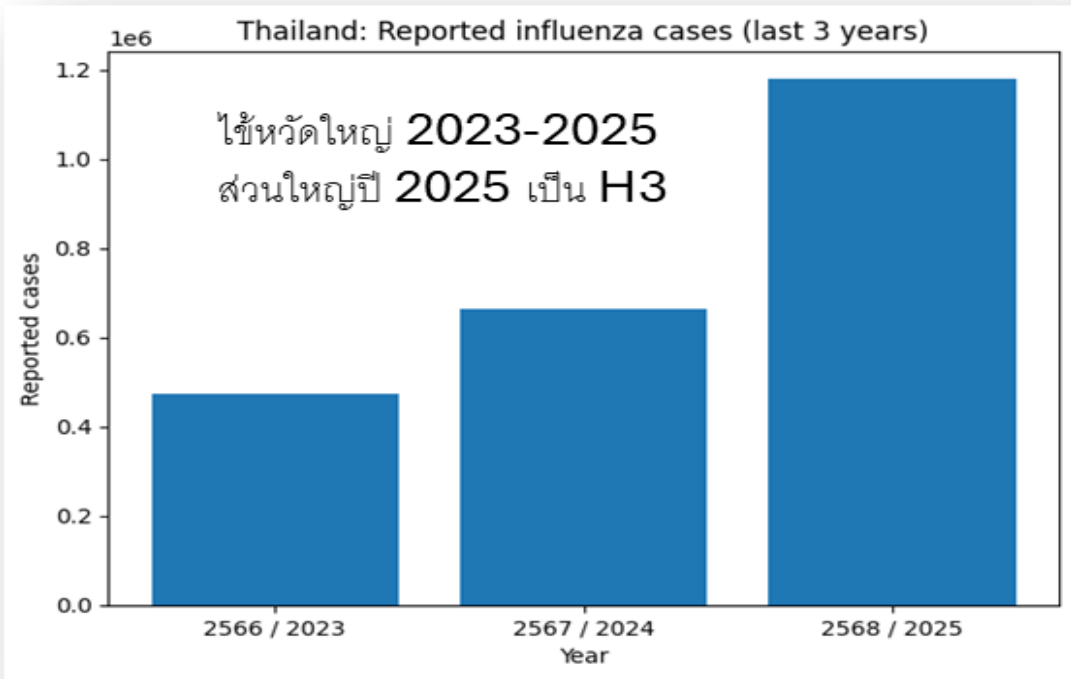
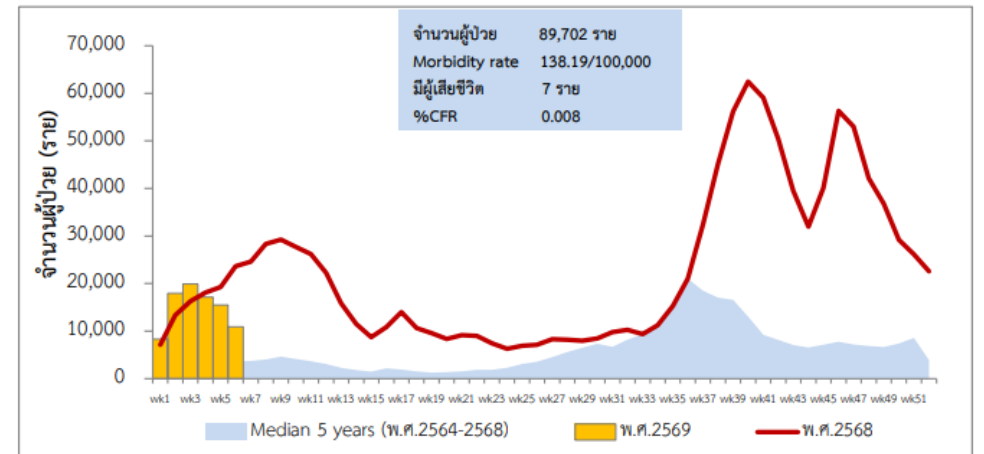


รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย พ.ศ. 2569
ประจำสัปดาห์ที่ 6 (1 กุมภาพันธ์ – 7 กุมภาพันธ์ 2569)

กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ
กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

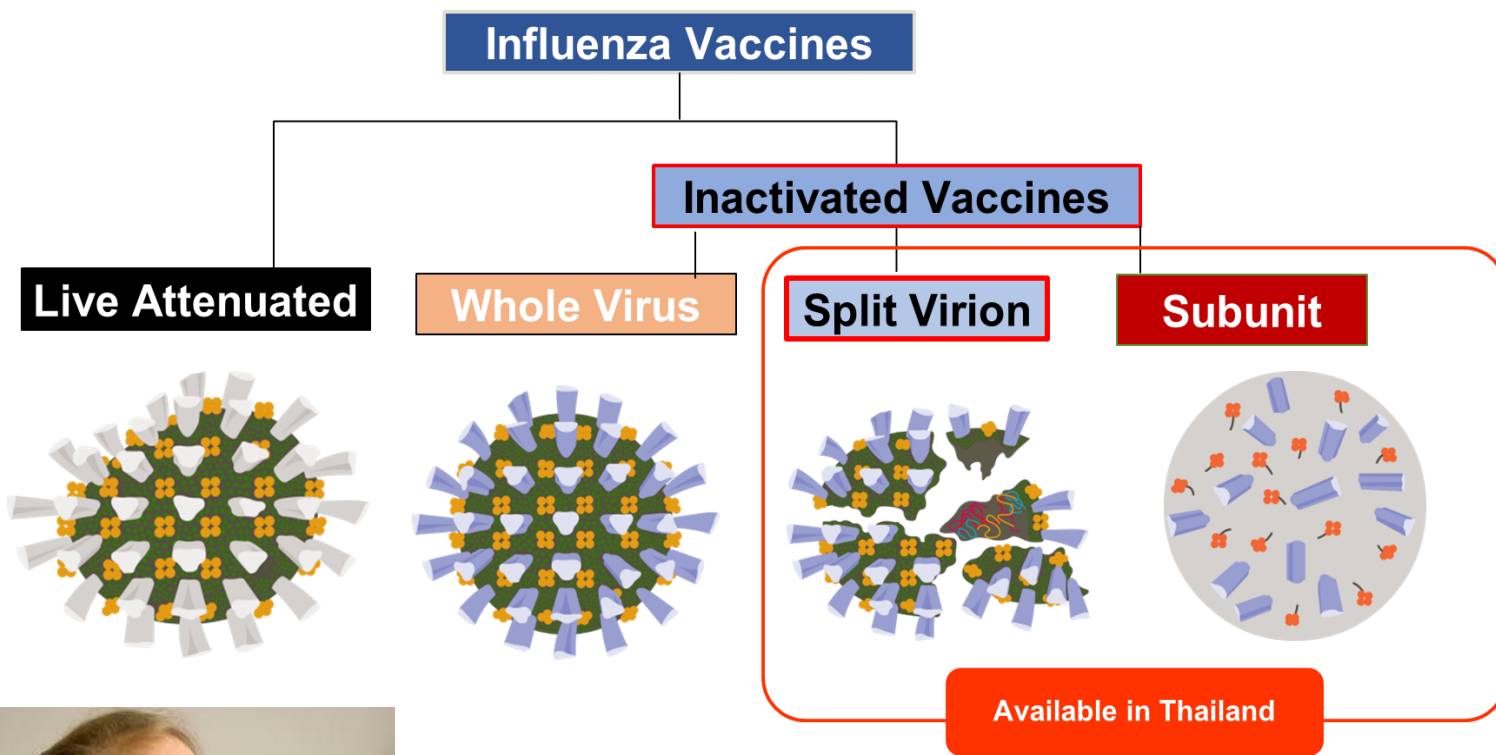


ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 7 กุมภาพันธ์ 2569 มีรายงานผู้ป่วย 89,702 ราย อัตราป่วย 138.19 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 7 ราย ในจังหวัดนครราชสีมา 3 ราย อุตรดิตถ์ 2 ราย เพชรบูรณ์และสิงห์บุรี จังหวัดละ 1 ราย พบเป็นเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ A 4 ราย และสายพันธุ์ B 3 ราย สัปดาห์นี้รายงานผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่มีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2568) ในเวลาเดียวกัน แต่ยังสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ดังรูปที่ 1



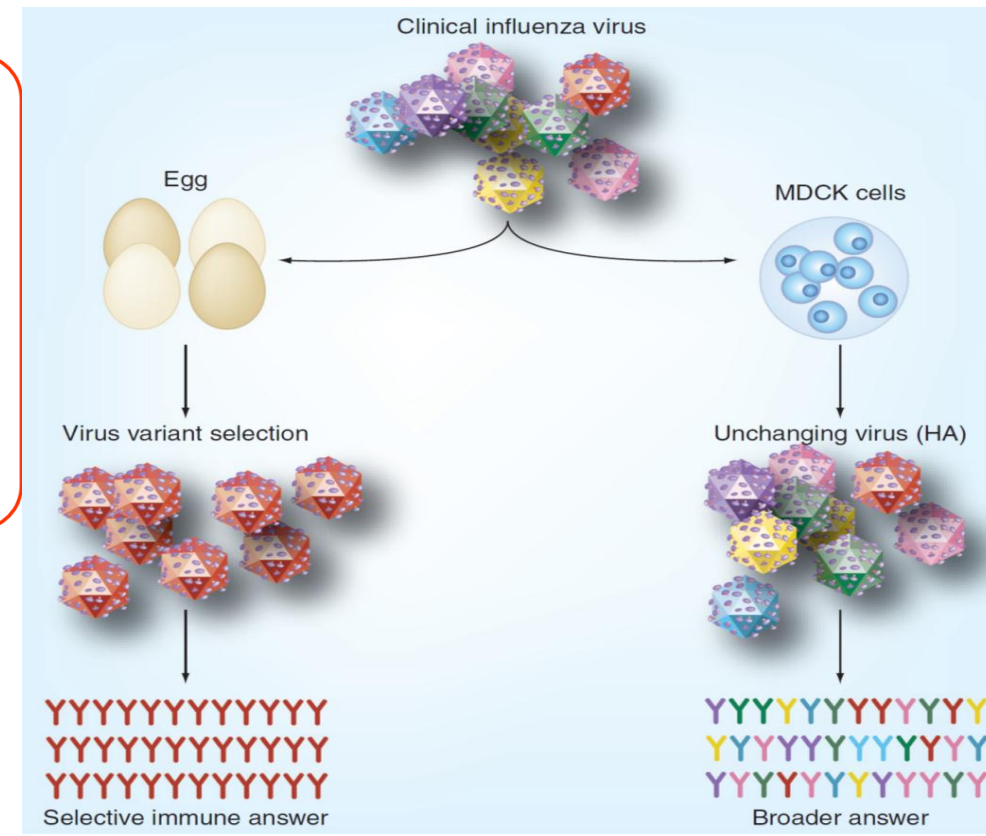
แหล่งข้อมูล : ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, โปรแกรมเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ (M-EBS)

Influenza vaccines: Overall not much different!

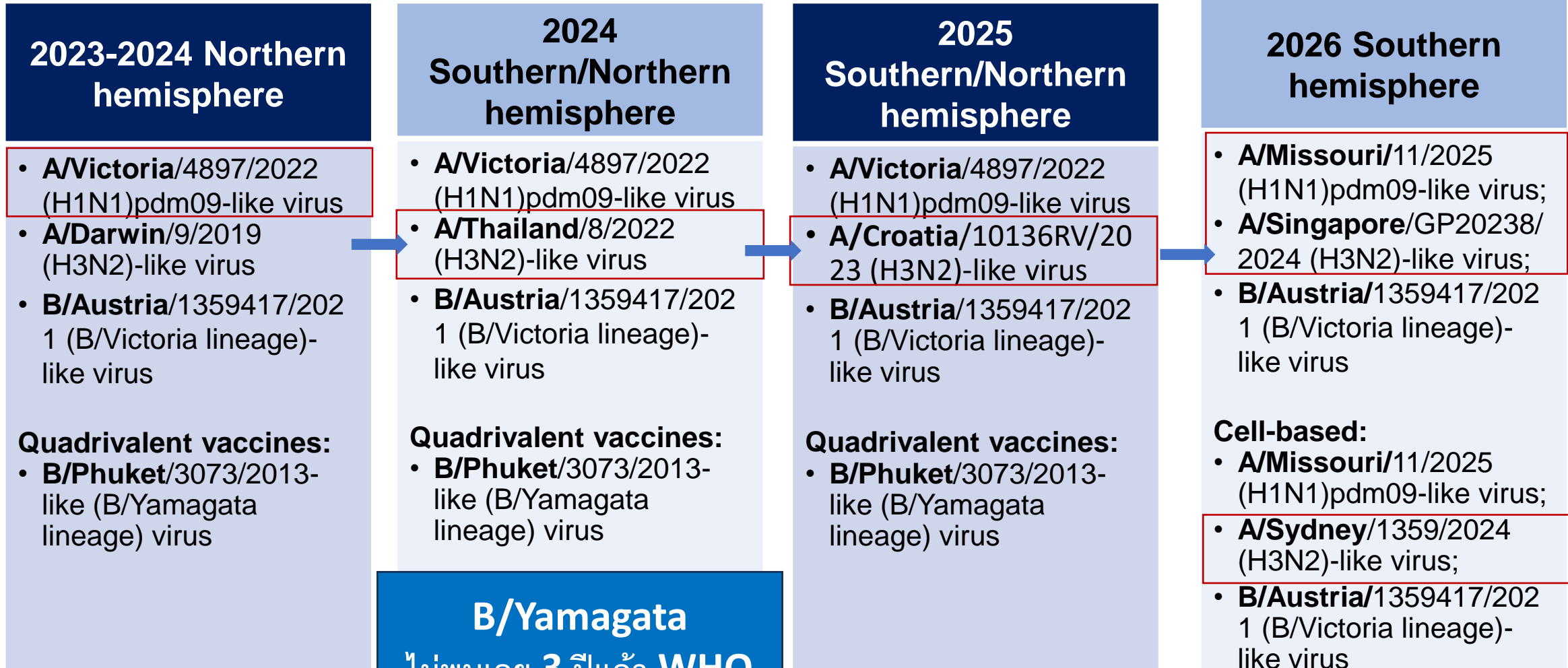


วัคซีน **cell-based** ทำให้ **match** สายพันธุ์ได้ดี
 ขึ้น **7-21%**

Raul Ortiz de Lejarazu-Ledonardo et al., Vaccines 2021;9:1255



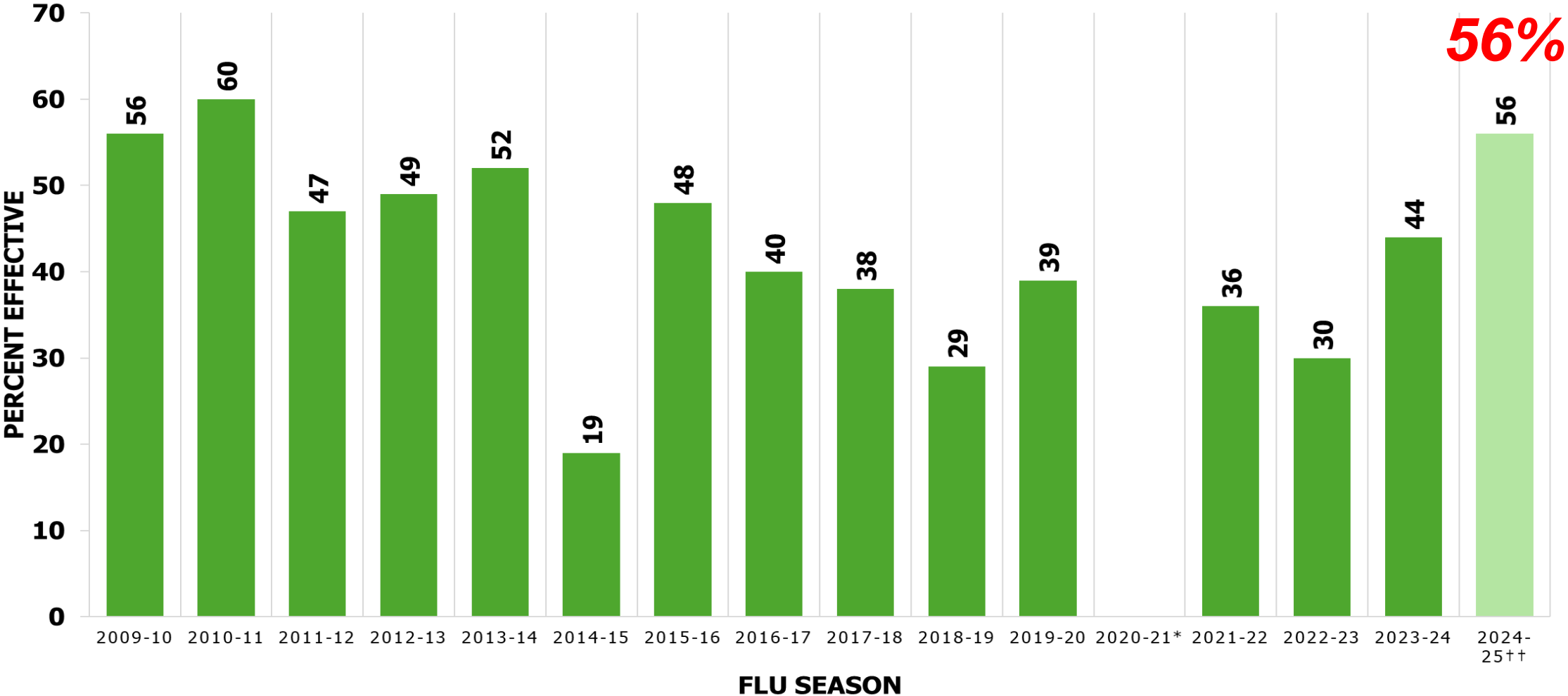
Recommended composition of influenza vaccines



B/Yamagata
 ไม่พบเลย 3 ปีแล้ว WHO
 จึงแนะนำ **trivalent vaccine** เริ่มปี 2024

<https://www.who.int/news/item/26-09-2025-recommendations-announced-for-influenza-vaccine-composition-for-the-2026-southern-hemisphere-influenza-season#:~:text=The%20WHO's%20recommendations%20for%20the%202026%20influenza,new%20candidate%20vaccine%20viruses%20for%20zoonotic%20influenza.>

Effectiveness of Seasonal Flu Vaccines from The 2009 – 2024 Flu Seasons



*2020-21 flu vaccine effectiveness was not estimated due to low flu virus circulation during the 2020-2021 flu season.

†† VE estimates for 2022-2023 flu season are preliminary.

Influenza-Associated Pediatric Deaths — United States, 2024–25 Influenza Season

2024–25 flu season had the highest reported number of **flu-related pediatric deaths (280)** during a non-pandemic flu season*

56%
of children who died
had an underlying
medical condition

Almost 90%
of children who died
were not fully
vaccinated

Everyone 6 months and older should receive an annual flu vaccine.
Talk to your doctor about flu vaccination.

MMWR

* Pediatric influenza deaths have been nationally notifiable since 2004;
Influenza-Associated Pediatric Mortality surveillance system

bit.ly/428YhOU

SEPTEMBER 25, 2025

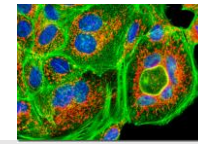


The median age at death was 7 years, and 56% of children who died had at least one underlying medical condition.

Influenza A viruses were associated with 240 (86%) of the deaths.

40% of children who died were treated with influenza antiviral medications.

Who is better: Egg-based vs Cell-based



Randomized Pragmatic Trial of the Comparative Effectiveness of Chicken Egg-, Mammalian Cell Culture-Based and Recombinant Protein Quadrivalent Influenza Vaccines in US Military Health System Beneficiaries (N=15,432)

Real World Dataset: Relative Effectiveness of Cell-Based and Egg-based Influenza Vaccines, 2023–2024 Influenza season in the US (Test negative case-control N=106,779)

Non-Egg and Egg Flu Shots Appear Comparable for Effectiveness

แต่อัตรา **seroconversion** สูงกว่านะ

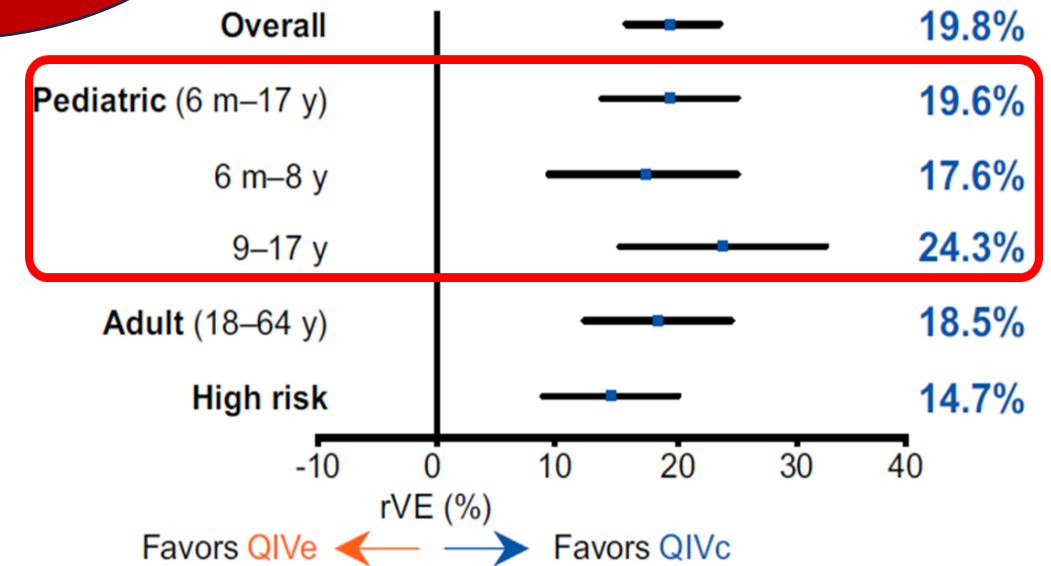
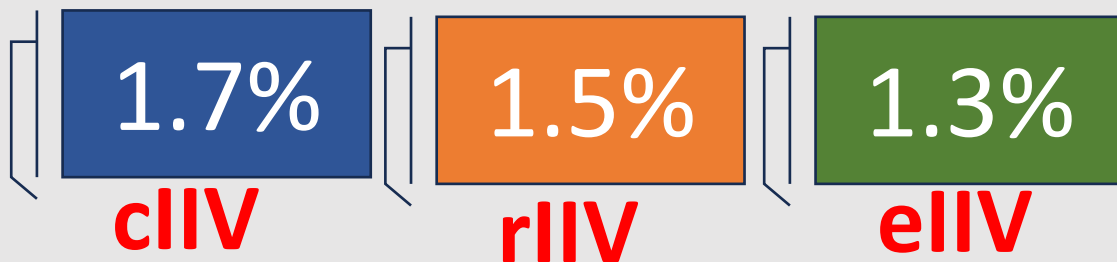
- rIV ดีกว่าต่อทุกสายพันธุ์
- cIV ดีกว่าต่อ A/H3N2

ประมาณว่า พอๆกัน หรือ cell-based อาจจะดีกว่าหน่อย โดยเฉพาะในเด็ก

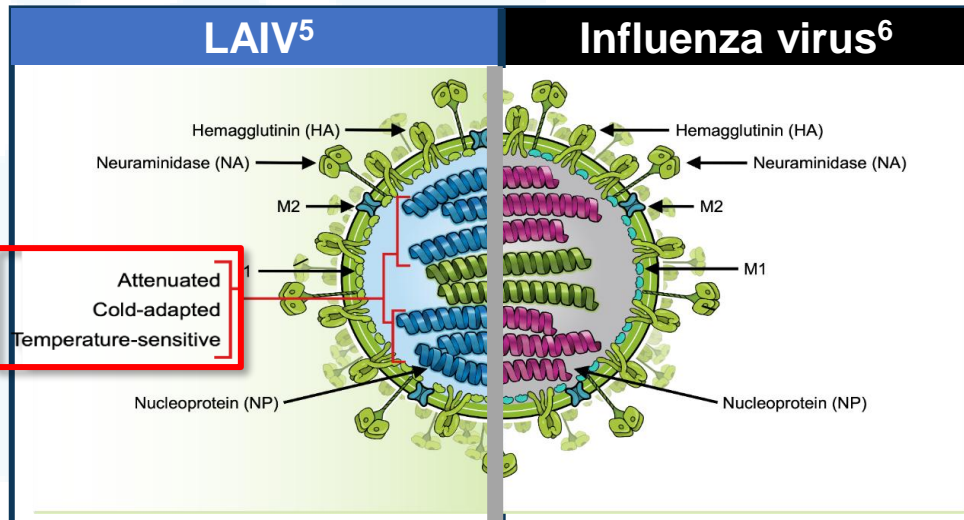
Cell-based ดูดีกว่า โดยเฉพาะในเด็ก **19.6%**

2018 and 2021, PAIVED randomized (1:1:1) eligible Military Health System beneficiaries to receive eIV, cIV, or rIV during an influenza season.

No difference in influenza incidence!

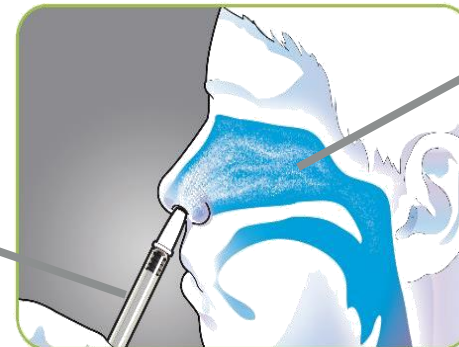


LAIV is designed to help stimulate an immune response **similar to wild-type influenza**¹⁻⁴



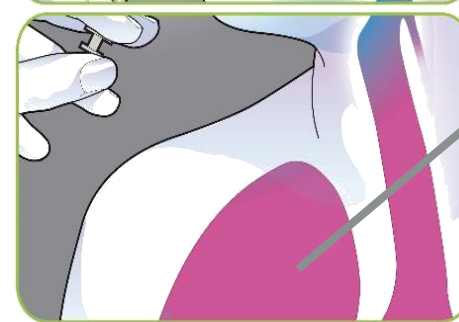
Attenuated

ทำให้เชื้อไวรัส
อ่อนฤทธิ์ลงจนไม่
สามารถก่อโรคได้



Cold-adapted

ปรับให้เพิ่มจำนวนได้
เฉพาะในอุณหภูมิต่ำที่
บริเวณโพรงจมูก



Temperature-sensitive

ปรับให้มีความไวต่อ อุณหภูมิ
เชื้อไวรัสจะไม่สามารถเพิ่ม
จำนวนได้ที่อุณหภูมิสูงใน
ร่างกาย (บริเวณทางเดิน
หายใจส่วนล่าง)

HA = hemagglutinin; LAIV = live attenuated influenza vaccine; M1 = Matrix-1 protein; M2 = Matrix-2 protein; NA = neuraminidase; NP = nucleoprotein; WHO = World Health Organization.
1. Hoft DF et al. J Infect Dis. 2011;204(6):845–853; 2. He XS et al. J Virol. 2006;80(23):11756–11766; 3. Basha S et al. Hum Immunol. 2011;72(6):463–469; 4. Mohn KG et al. Hum Vaccin Immunother. 2018;14(3):571–578. 5. FluMist. Prescribing Information. August, 2024; 6. Hayden FG et al. Influenza virus. 2017:1009–1058; 7. Maassab HF and DeBorde DC. Vaccine.1985;3(5):355–369.

Who is better: Live attenuated

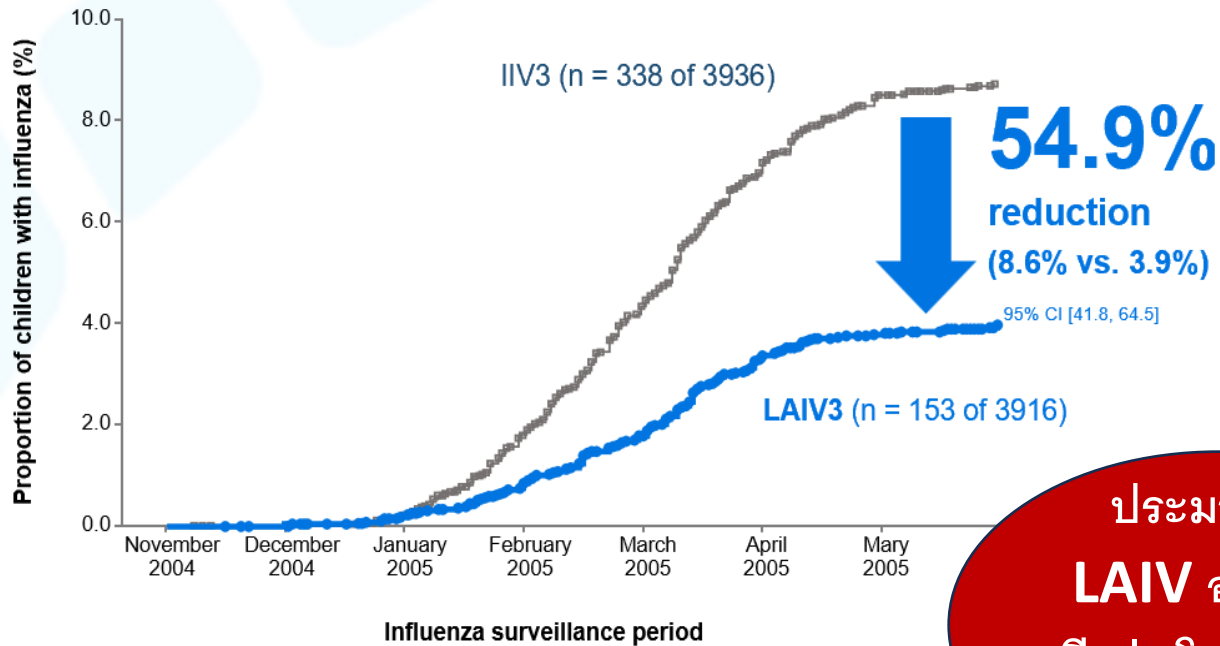


vs Inactivated vaccines



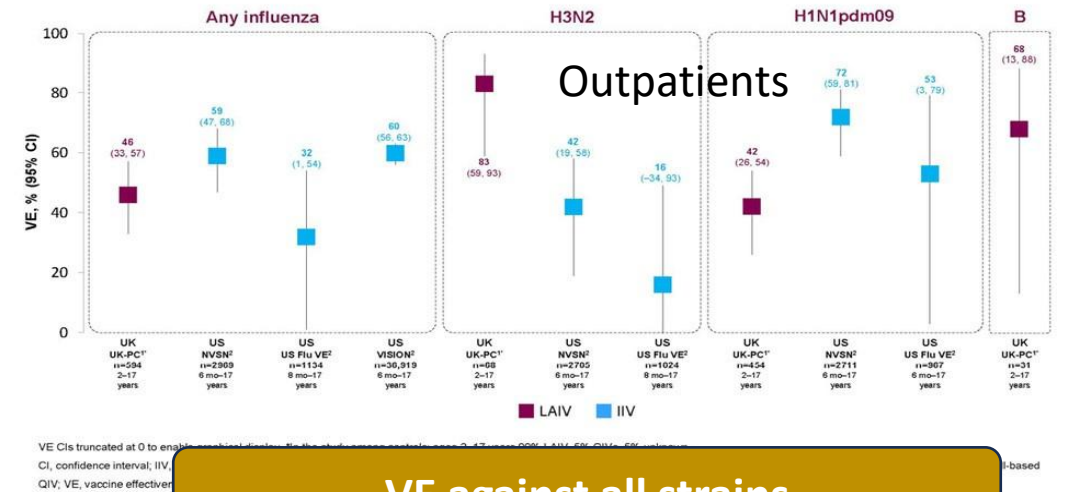
Live Attenuated versus Inactivated Influenza Vaccine in Infants and Young Children: DB RCT in 2004-2005

Comparative efficacy of IIV3 and LAIV3 against influenza illness in healthy children¹



ประมาณว่า
LAIV อาจจะดู
ดีกว่า โดยเฉพาะ
H3N2

Effectiveness of Live Attenuated and Inactivated Influenza Vaccines in Children: Interim data from the 2024/25 Influenza Season (gathered from published data)



VE against all strains

Outpatient
LAIV = 42-83%
IIV = 16-72%

Inpatient
LAIV = 52-79%
IIV = 55-78%

1. Belshe RB et al. N Engl J Med. 2007;356(7):685-696.

Bandell A, et al. January 2026 Open Forum Infectious Diseases 13(Supplement_1). DOI:10.1093/ofid/ofaf695.1611



วัคซีนไขหวัดใหญ่แบบพ่นจมูก ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทยให้ใช้ ในผู้ที่มีอายุ 2-49 ปี

ใช้ สำหรับ พ่นจมูก โดยให้ตามตารางดังต่อไปนี้

อายุ	ขนาดวัคซีน	ตารางการให้วัคซีน
2 ปี ถึง 8 ปี	1 หรือ 2 โดส * โดย แต่ละโดสมี ปริมาตร 0.2 มิลลิลิตร †	ในกรณีที่ให้ 2 โดส ให้วัคซีนแต่ละโดส ห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน
9 ปี ถึง 49 ปี	1 โดส ปริมาตร 0.2 มิลลิลิตร †	-



วัคซีนมีพร้อมใช้ในเดือนตุลาคมปี 2568 นี้ (northern strain)

การศึกษาขนาดใหญ่ ให้คนฉีดวัคซีน
แบบ **HD** และ **SD** ลงทะเบียน
Effectiveness of high-dose influenza
vaccine against hospitalisations in older
adults (FLUNITY-HD): an individual-level
pooled analysis

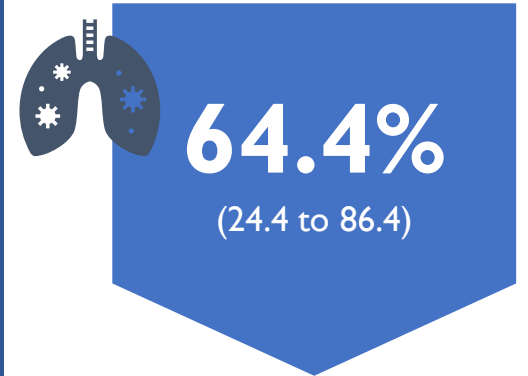
The pool analysis of Denmark and Spain studies:
N= 466 320 (233 311 HD-IIV and 233 009 SD-IIV),
mean age 73.3 years. Pragmatic, registry-based,
open-label, randomized, active-controlled.

ข้อมูลรวม 2 การศึกษา พบว่าแบบ
High-dose มีประสิทธิภาพในการ
ป้องกันไข้หวัดใหญ่และปอดบวม **9%**
และป้องกันการนอน รพ ดีกว่า **40%**

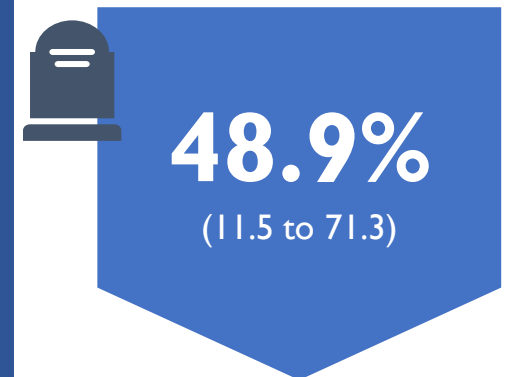
วัคซีนไข้หวัดใหญ่
High-dose
(Antigen มากขึ้น
4 เท่า) ให้ประสิทธิ
ภาพ ที่สูงกว่าวัคซีน
ขนาดปกติ ในผู้สูงวัย
65 – 79 ปี

Relative Vaccine Effectiveness
for QIV-HD vs QIV-SD across
Clinical Outcomes

ลดการนอน รพ จาก
ไข้หวัดใหญ่



ลดการเสียชีวิต



JCVI statement on influenza vaccines for 2025 to 2026

JCVI 2025/26 Guideline of Influenza Vaccination

For the 2025-2026 season, the UK's Joint Committee on Vaccination and Immunization (JCVI) advises that for any given influenza vaccine type, if available, a trivalent is preferred over a quadrivalent formulation.

Age/risk group type	Priority recommended vaccine types	Alternatives where recommended vaccination is not possible
65 years+	Adjuvanted inactivated influenza vaccine High-dose inactivated influenza vaccine Recombinant inactivated influenza vaccine	Inactivated influenza cell-culture vaccine
18-64 years old in a risk group	Inactivated influenza cell-culture vaccine Inactivated recombinant influenza vaccine or adjuvanted inactivated influenza vaccine (50-64 years old) High-dose inactivated influenza vaccine (60-64 years old)	Inactivated influenza egg-culture vaccine
2 to 17 years old	Live attenuated influenza vaccine	Inactivated influenza cell-culture vaccine
2-17 years old (If administration of live attenuated vaccine is not possible)	Inactivated influenza cell-culture vaccine	Inactivated influenza egg-culture vaccine
6 months-2 years old in a risk group	Inactivated influenza cell-culture vaccine	Inactivated influenza egg-culture vaccine

LAIV is the vaccine of choice for children aged 2 to 17 years old.

กรณีที่มีประวัติแพ้ไข่ทั้งแบบรุนแรงและไม่รุนแรง สามารถรับวัคซีนไข้วัดใหญ่ ชนิดใดก็ได้ โดยไม่ต้องระวังเพิ่มจากปกติ ตามความเหมาะสมกับช่วงอายุ³

ถ้าเคยมีปฏิกิริยารุนแรงหลังการฉีดครั้งก่อน ห้ามฉีดอีกทุกชนิด



Persons with Egg Allergy¹

- Multiple studies indicate that egg-allergic persons are not at increased risk of severe allergic reactions to egg-based influenza vaccines.
- Egg allergy necessitates no additional safety measures for influenza vaccination beyond those recommended for any recipient of any vaccine.

Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)—United States, 2024-25

Anaphylaxis พบ 1.35/ล้านโด๊ส และส่วนใหญ่ ไม่พบเกี่ยวกับแพ้ไข่		
Vaccine Type	Egg-Based?	Ovalbumin Content per Dose
LAIV (nasal spray)	Yes	<0.024 µg per 0.2 mL dose ²
Standard egg-based IIVs	Yes	0.05-0.1 µg per 0.5 mL dose ²

1. CDC. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)—United States, 2024-25. <https://www.cdc.gov/flu/hcp/acip/index.html>. Accessed 26 April 2025.

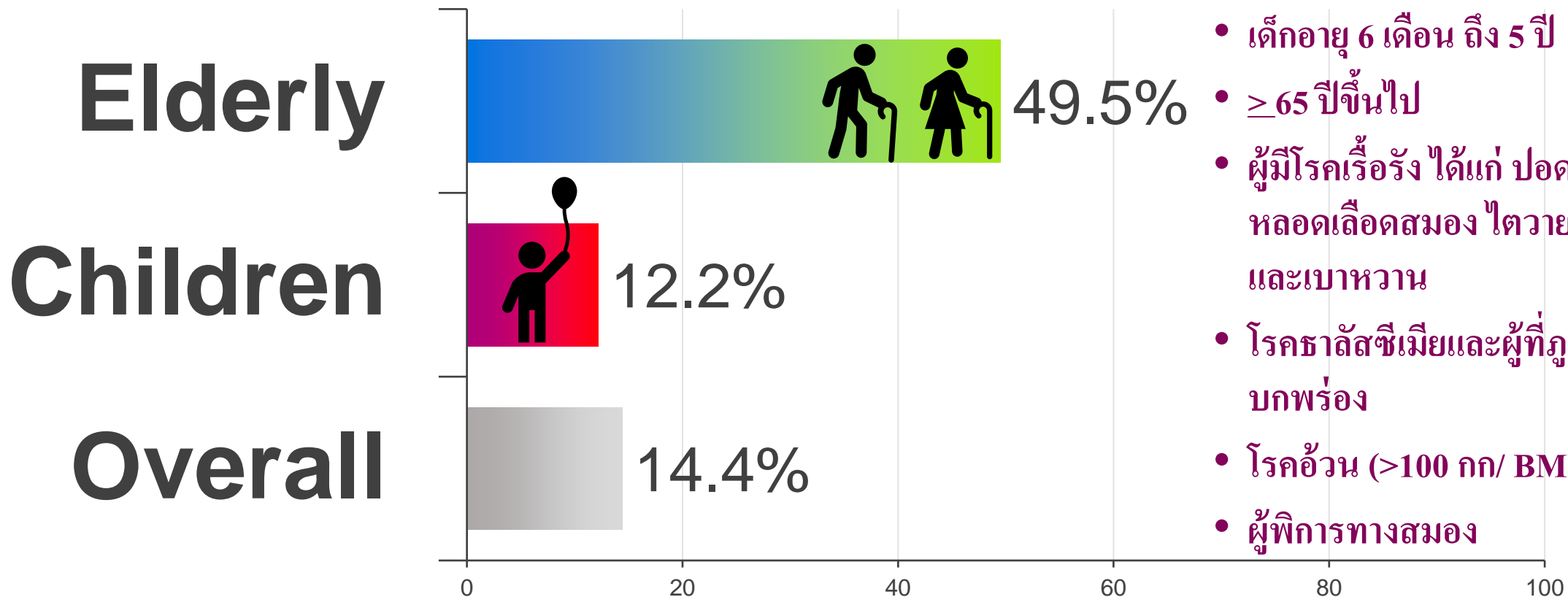
2. UK health security agency. All influenza vaccines marketed in the UK for the 2025 to 2026 season. <https://www.gov.uk/government/publications/influenza-vaccines-marketed-in-the-uk/all-influenza-vaccines-marketed-in-the-uk-for-the-2025-to-2026-season-text-version>. Accessed 29 April 2025

3. สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. คำแนะนำการให้วัคซีนป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ



Influenza Vaccines Coverage in Thailand

% Vaccination 2023



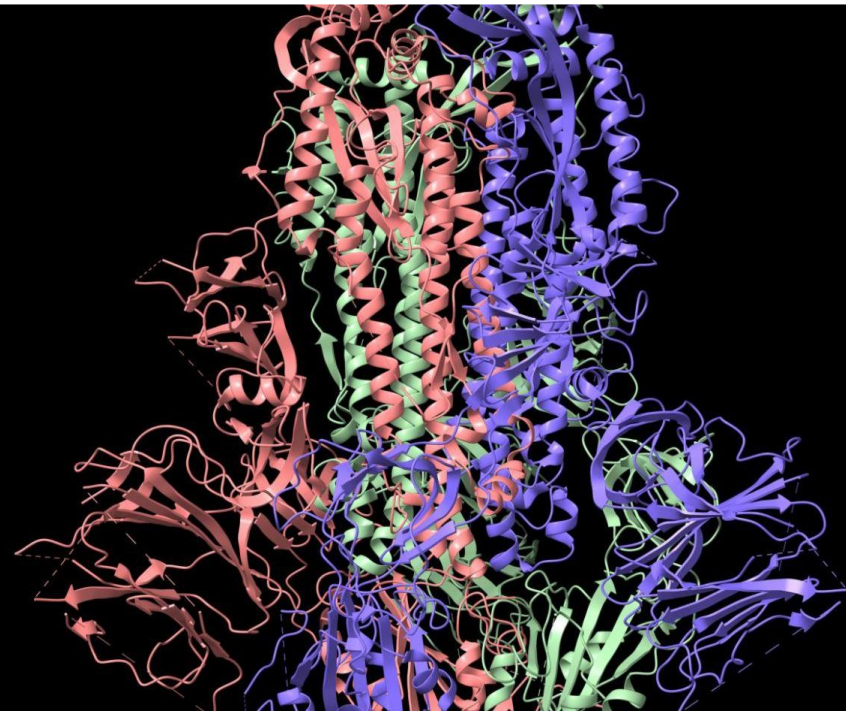
รัฐจัดสรรวัคซีนให้หวััดใหญ่

- หญิงตั้งครรภ์
- เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี
- ≥ 65 ปีขึ้นไป
- ผู้มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปอด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย มะเร็ง และเบาหวาน
- โรคธาลัสซีเมียและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- โรคอ้วน (>100 กก/ BMI >35)
- ผู้พิการทางสมอง

Calculated by number of flu vaccines doses in both public and private sector and divided by population group

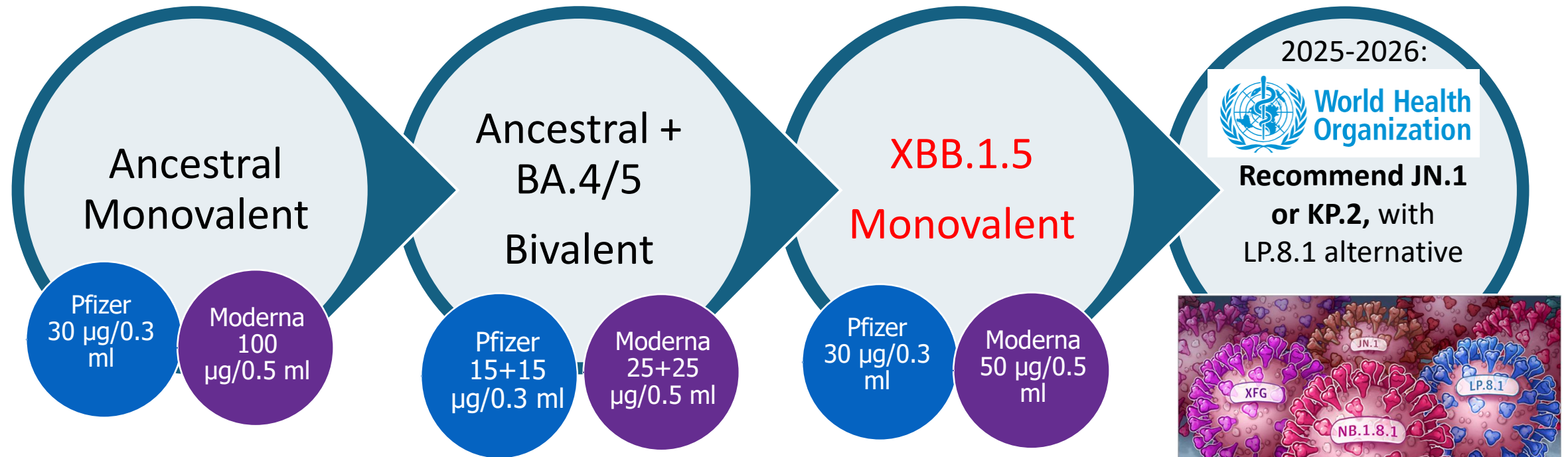


COVID-19 Vaccines



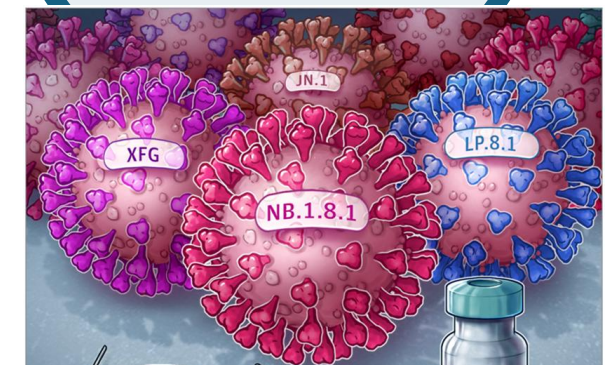
Evolution of COVID-19 vaccine component

การฉีดวัคซีนสายพันธุ์อัปเดตเพิ่ม จะเพิ่มการป้องกันโรครุนแรง 23-33% และเพิ่มการป้องกัน
การติดเชื้อแบบมีอาการ 11-25% จากวัคซีนเดิม



Using statistical modeling, the predicted additional effectiveness of a vaccine dose with an updated vaccine antigen may be approximately 23-33% against severe disease as compared to a previous vaccine antigen and 11-25% against symptomatic disease.

<https://www.who.int/news/item/26-04-2024-statement-on-the-antigen-composition-of-covid-19-vaccines>



- 2025-2026:
- Moderna and Pfizer plan LP.8.1
 - Novavax plans JN.1.

COVID-19 mRNA Vaccination and 4-Year All-Cause Mortality Among Adults Aged 18 to 59 Years in France, supporting safety of the vaccine (N= 22.7 mil vaccinated vs 5.9 mil unvaccinated)

Vaccinated individuals had a 74% lower risk of death from severe COVID-19 and no increased risk of all-cause mortality over a median follow-up of 45 months.

From the French National Health Data System for all individuals in the French population aged 18 to 59 years who were alive on November 1, 2021. Data analysis was conducted from June 2024 to September 2025.

วัคซีนป้องกันการเสียชีวิตจากโควิดได้ 74% ในผู้ใหญ่

Table 3. RI of Short-Term Mortality, All Causes, by Cancer, External Causes, Circulatory Diseases, and COVID-19, Within 6 Months Following Vaccination, Using Adapted SCCS Models^a

Risk window ^b	Cause of death, RI (95% CI)				
	All-cause	Tumor	Circulatory diseases	External causes	COVID-19
6 mo After dose 1	0.65 (0.63-0.67)	0.71 (0.67-0.76)	0.63 (0.57-0.71)	0.63 (0.58-0.68)	0.73 (0.59-0.91)
6 mo After dose 2	0.76 (0.74-0.79)	0.85 (0.81-0.89)	0.74 (0.66-0.83)	0.78 (0.71-0.86)	0.29 (0.23-0.36)
6 mo After dose 3	0.80 (0.76-0.84)	0.83 (0.77-0.89)	0.76 (0.65-0.88)	0.95 (0.83-1.09)	0.40 (0.30-0.52)
6 mo After any dose	0.71 (0.69-0.73)	0.80 (0.77-0.84)	0.68 (0.62-0.76)	0.67 (0.61-0.72)	0.39 (0.32-0.47)

Effectiveness of 2024–2025 COVID-19 Vaccines in Children in the United States — VISION, August 29, 2024–September 2, 2025

COVID-19 vaccines protect children from severe illness

2024-25 COVID vaccines **reduced the risk*** of COVID-associated emergency department and urgent care visits by:

 **76%**

In children ages 6 months to 4 years

 **56%**

In children ages 5–17 years

Health care providers: Talk to parents about the benefit of COVID-19 vaccines for their child

MMWR

bit.ly/4rS0RUO

DECEMBER 11, 2025

CDC.gov

Irving SA, et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2025;74:607–614.

Neonatal Outcomes After COVID-19 Vaccination in Pregnancy

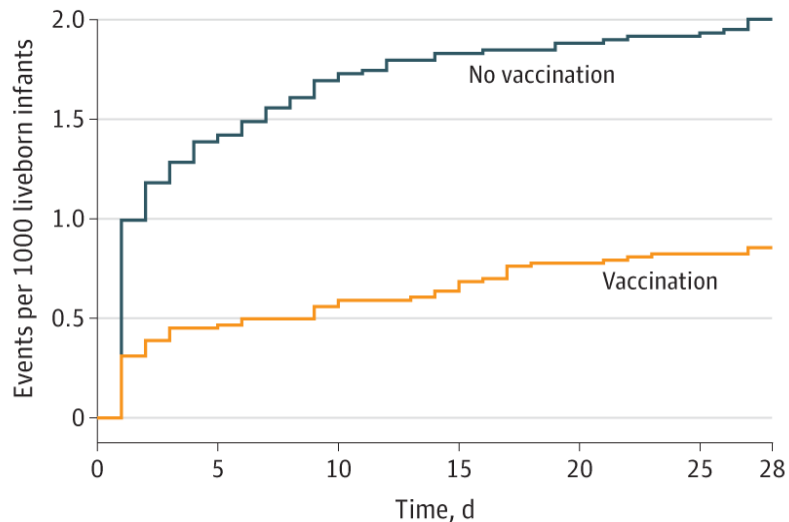
ฉีดแม่ป้องกัน **ICH, HIE, mortality** (สวีเดน นอร์เวย์)

Exposure to COVID-19 vaccination in utero exhibited lower odds for:

- neonatal nontraumatic intracranial hemorrhage (event rate, 1.7 vs 3.2/1000; aOR, 0.78 [95% CI, 0.61-0.99])
- hypoxic-ischemic encephalopathy (1.8 vs 2.7/1000; aOR, 0.73 [95% CI, 0.55-0.96]),
- neonatal mortality (0.9 vs 1.8/1000; aOR, 0.68 [95% CI, 0.50-0.91]).

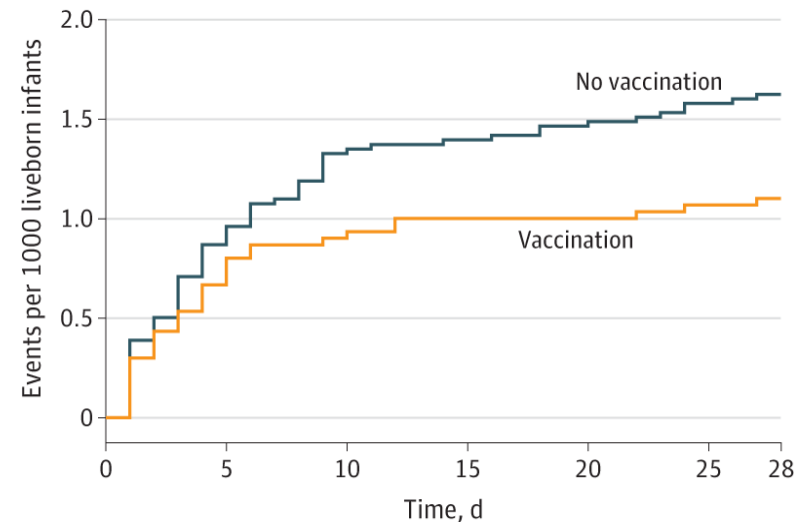
Population-based cohort study from Sweden and Norway (n= 200,000) that included 94 303 infants exposed to COVID-19 vaccination during pregnancy and 102 167 control infants born between June 2021 and January 2023

A Time to neonatal death (<28 d) in Sweden



No. at risk						
No vaccination	58 461	58 380	58 362	58 354	58 351	58 349
Vaccination	64 350	64 321	64 314	64 309	64 300	64 297

B Time to neonatal death (<28 d) in Norway

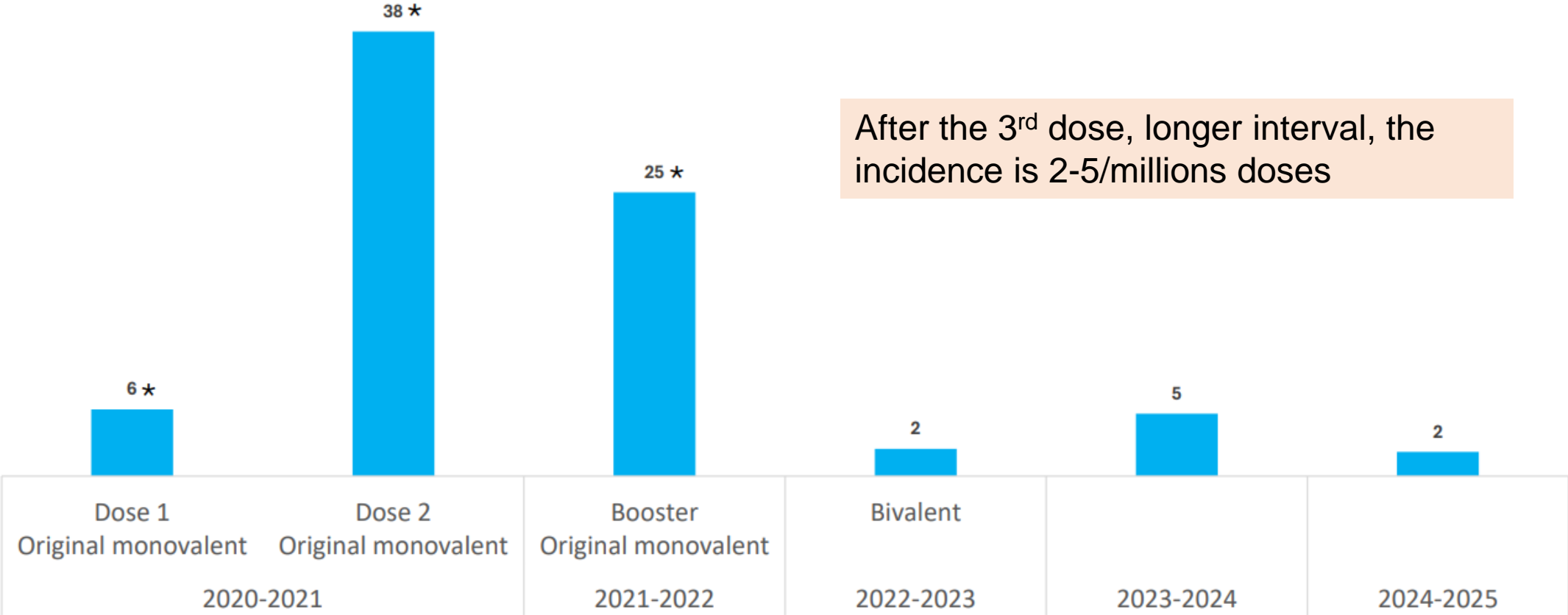


No. at risk						
No vaccination	43 706	43 668	43 648	43 645	43 642	43 637
Vaccination	29 952	29 932	29 925	29 922	29 922	29 920



Myocarditis following mRNA COVID-19 vaccination among people ages 12–39 years in the Vaccine Safety Datalink

Incidence of myocarditis within 7 days of vaccination per million mRNA vaccine doses administered



*Statistically significant increased rate ratio in vaccinated concurrent comparator analysis

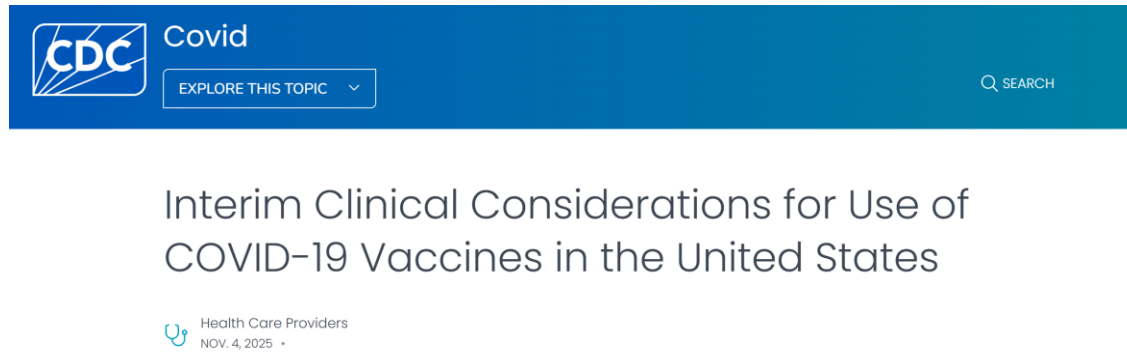
Source: CDC Immunization Safety Office, unpublished data

CDC: National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Use of 2025–2026 COVID-19 Vaccines: Work Group Considerations; <https://www.cdc.gov/acip/downloads/slides-2025-04-15-16/05-Panagiotakopoulos-COVID-508.pdf> access on 29 April 2025

Summary of recent changes

Use of COVID-19 Vaccines in the United States | Covid | CDC

US-ACIP/CDC ไม่แนะนำให้วัคซีนโควิดในทุกกลุ่ม ทุกอายุ รวมถึงคนท้อง ไม่ว่าจะเสี่ยงหรือไม่ ให้เป็น Shared decision-making ทั้งหมด



<https://www.cdc.gov/covid/hcp/vaccine-considerations/index.html>

November 4, 2025

- 1. The COVID-19 vaccination recommendations have been updated to reflect individual-based decision-making (also known as shared clinical decision-making) for people ages 6 months and older.
- 2. Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine is no longer authorized for children ages 6 months–4 years. The only FDA-approved COVID-19 vaccine available for this age group is Moderna (Spikevax).

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



NEWS RELEASE AVAILABLE IMMEDIATELY

According to Kennedy, the FDA has approved COVID-19 vaccines for 2025-26 for individuals at higher risk for serious outcomes, limiting it to age 6 months or older for the Moderna shot, 5 years and older for the Pfizer-BioNTech shot, and 12 years and older for the Novavax shot.

All age 6 -23 months



COVID

COVID-19 continues to result in hospitalization and death in the pediatric population. Infants and children 6 through 23 months of age are at the highest risk for severe COVID-19. Given this, the AAP recommends a COVID-19 vaccine for all children ages 6 through 23 months old to help protect against serious illness. Children younger than 2 years old are especially vulnerable to severe COVID-19 and should be prioritized for vaccination unless they have a known allergy to the vaccine or its ingredients.

All age 2-18 yrs at high risk



In addition to the recommendation for all children younger than 2 years, the AAP recommends a single dose of age-appropriate COVID-19 vaccine for all children and adolescents 2 through 18 years of age in the following risk groups :

- Persons at high risk of severe COVID-19
- Residents of long-term care facilities or other congregate settings
- Persons who have never been vaccinated against COVID-19
- Persons whose household contacts are at high risk for severe COVID-19

All age 2-18 yrs whose parents want them to have it



The AAP also recommends the vaccine be available for children ages 2-18 who do not fall into these risk groups, but whose parent or guardian desires them to have the protection of the vaccine. The most updated version of the COVID-19 vaccine that is available should be used. The Academy's recommendations for COVID-19 vaccines are [published online here](#) and will be published in the November issue of *Pediatrics* (online Aug. 19).

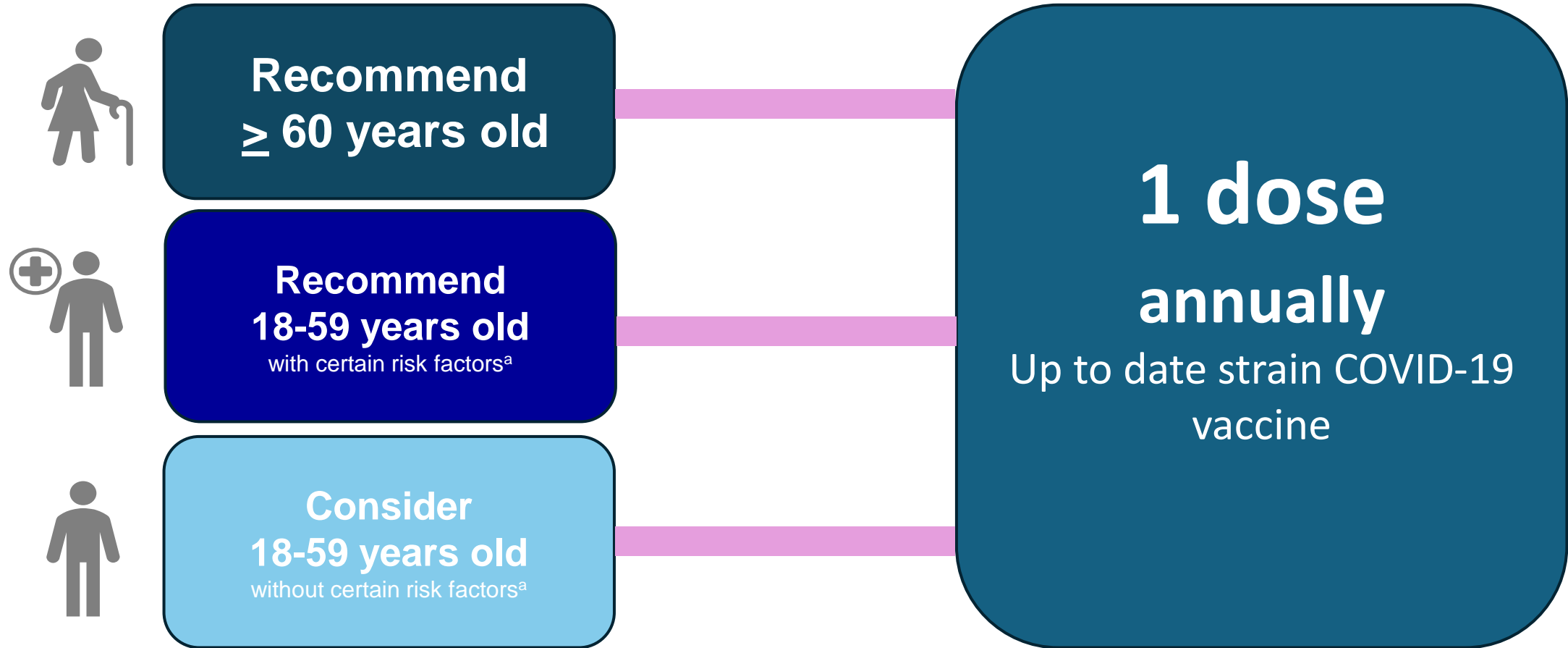
COVID-19 Vaccines: Navigating the Chaos of Conflicting Guidance

Table. COVID Vaccine Recommendations

Risk group	FDA	ACIP/HHS	AAFP	AAP	ACOG
Adults 65+	Approved	Shared decision-making	Recommend	N/A	N/A
6 months to 64 years with high-risk condition	Approved	Shared decision-making	Recommend	Recommend	N/A
Pregnant patients	Unclear, but pregnancy included as high-risk condition	Not approved	Recommend	N/A	Recommend
Children and adults without risk factors	Not approved	Shared decision-making	Recommend for age 6-23 months and administer to all others who desire it	Recommend for age 6-23 months and administer to all others who desire it	N/A



IDAT 2025: COVID-19 Vaccine Recommendation



คำแนะนำนี้ไม่คำนึงถึงว่าเคยได้รับวัคซีนโควิด 19 มาแล้วหรือไม่ และจำนวนเท่าใด

* แนะนำให้ฉีดวัคซีนรุ่นล่าสุดเพิ่มอีก 1 โดส ในผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องปานกลางถึงรุนแรง โดยให้ห่างจากโดสหลังสุดอย่างน้อย 8 สัปดาห์

^a ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโควิด 19 ที่รุนแรง ได้แก่ โรคร่วมเรื้อรัง(เช่นโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือดโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคอ้วนโรคมะเร็ง โรคเบาหวาน) และหญิงตั้งครรภ์

(ร่าง) คำแนะนำการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับเด็กและวัยรุ่น ฉบับที่ 14

- วัคซีนโควิด-19 ที่มีในประเทศไทยในขณะนี้ เป็นวัคซีน mRNA ของ Pfizer-BioNTech สายพันธุ์ย่อย JN.1
- ในปี พ.ศ. 2569 จะมีวัคซีน mRNA ของ Pfizer-BioNTech สายพันธุ์ย่อย LP.8.1 (ซึ่งอยู่ในกลุ่ม JN.1 lineage) เฉพาะฝาสีเทา (30 mcg/0.3 ml) ชนิด single dose/vial ซึ่งรับรองให้ใช้ในอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป

ผลิตภัณฑ์	บรรจุภัณฑ์	ขนาด	วิธีใช้	อายุที่รับรองให้ใช้	หมายเหตุ
ฝาสีเทา	Single dose/vial	30 mcg/0.3 ml	Intramuscular	≥ 12 ปีขึ้นไป	ไม่ต้องเจือจาง

หมายเหตุในกรณีที่ไม่สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่แนะนำตามกลุ่มอายุได้ อาจพิจารณาแบ่งโดส (fractional dose) ได้ในเด็กอายุ 5 ถึง <12 ปี พิจารณาใช้วัคซีน Pfizer-BioNTech ฝาสีเทา แอบสีเทา มาแบ่งโดส (fractional dose) เป็นขนาด 10 ไมโครกรัม ปริมาณ 0.1 มิลลิลิตร ต่อโดส ในการฉีดแทนฝาสีฟ้าได้



คำแนะนำการให้วัคซีนคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ใช้หวัดใหญ่ และโควิด 19 ในหญิงตั้งครรภ์

(ผ่านมติที่ประชุมหารือการให้วัคซีน dT ในผู้ใหญ่ และวัคซีนในหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกรมควบคุมโรค ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย วันที่ 14 กรกฎาคม 2566

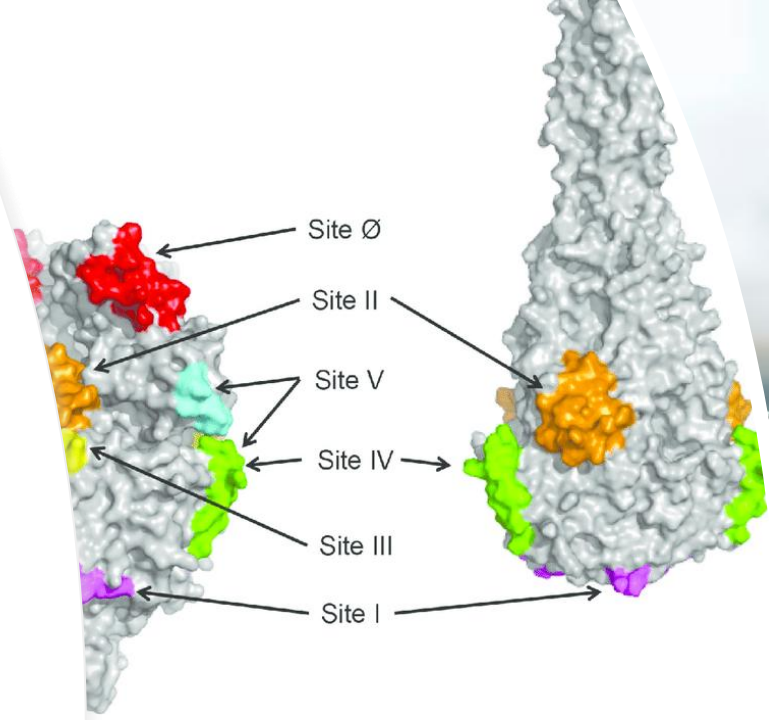
และมติที่ประชุมคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ครั้งที่ 4/2566 วันที่ 20 กรกฎาคม 2566)

ชนิดวัคซีน	วัคซีนไข้หวัดใหญ่	วัคซีนโควิด 19	วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก (dT)	วัคซีนไอกรนชนิดไร้เซลล์ (aP)*
คำแนะนำ	<p>ให้ 1 เข็ม ทุกการตั้งครรภ์</p> <p>อายุครรภ์ที่แนะนำ 12 – 20 สัปดาห์ (สามารถให้ได้ตลอดการตั้งครรภ์)</p> <ul style="list-style-type: none"> ให้เร็วที่สุดเพื่อป้องกันแม่และภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์ (Adverse pregnancy outcome) สามารถให้ในการมาฝากครรภ์ครั้งเดียวกันได้ 	<ul style="list-style-type: none"> แนะนำวัคซีนโควิด 19 ชนิด mRNA (ตามข้อมูลการใช้ที่มีมากที่สุดในปัจจุบัน) 	<p>สามารถให้ได้ตลอดการตั้งครรภ์</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ที่ได้รับวัคซีนมาแล้วอย่างน้อย 3 เข็ม <ol style="list-style-type: none"> เข็มสุดท้าย ≥ 10 ปี ฉีดกระตุ้น 1 เข็ม ทุก 10 ปี เข็มสุดท้าย < 10 ปี ไม่ต้องฉีด ผู้ที่ได้รับวัคซีนน้อยกว่า 3 เข็ม (1-2 เข็ม/ไม่ทราบประวัติ/ไม่เคยได้รับวัคซีน) ฉีดให้ครบ 3 เข็ม เดือนที่ 0, 1, 6 	<p>ให้ 1 เข็ม ทุกการตั้งครรภ์</p> <p>อายุครรภ์ที่แนะนำ 20 – 32 สัปดาห์ (สามารถให้ได้เมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์ขึ้นไป)</p> <p>การฉีดหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ยังคงมีประโยชน์ในการลดการติดเชื้อหรือเสียชีวิตในทารกขวบปีแรกจากโรคไอกรน</p> <p>ทั้งนี้ ควรให้วัคซีนอย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนคลอด เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันจากมารดาถ่ายทอดไปยังทารก</p>
	<ul style="list-style-type: none"> สามารถให้ได้เมื่อมีประวัติได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่เข็มสุดท้ายมากกว่า 6 เดือน 			

หมายเหตุ: *สามารถใช้วัคซีนรวม Tdap/TdaP แทน วัคซีน dT + aP ได้ จำนวน 1 เข็ม ทุกการตั้งครรภ์ ตามอายุครรภ์ที่แนะนำของ aP

(Tdap = วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรนชนิดไร้เซลล์ แบบ acellular ; TdaP = วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรนชนิดไร้เซลล์ แบบ recombinant)

RSV Vaccines and Monoclonal Antibody





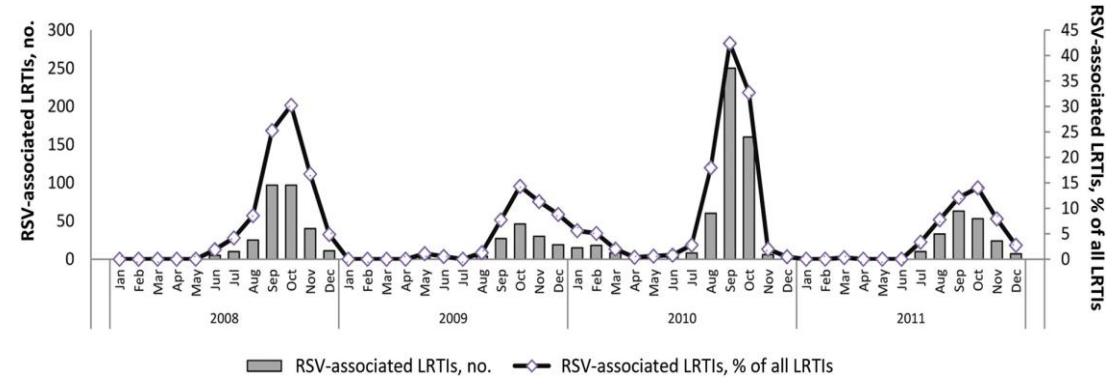
ภูมิคุ้มกันสำเร็จรูปป้องกันอาร์เอสวี (RSV) ชนิดรุนแรง

18. ภูมิคุ้มกันสำเร็จรูปป้องกันอาร์เอสวี (RSV)

- 1) เป็น monoclonal antibody ผลิตจากเซลล์เพาะเลี้ยง ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 1 เข็มป้องกันได้อย่างน้อย 6 เดือน มีสองชนิดคือ
 - 1.1 Nirsevimab ในฤดูกาลที่หนึ่ง ใช้ขนาด 50 มก. ในทารกน้ำหนัก ≤ 5 กก. และ 100 มก. ถ้าน้ำหนัก > 5 กก. สำหรับฤดูกาลที่สองให้เฉพาะกลุ่มเสี่ยง ขนาด 200 มก. ทุกน้ำหนักตัว
 - 1.2 Clesrovimab ในฤดูกาลที่หนึ่ง ให้ขนาด 105 มก. ทุกน้ำหนักตัว ยังไม่มีคำแนะนำในฤดูกาลที่สอง
- 2) แนะนำ/พิจารณาให้ในเด็กแข็งแรงที่อายุ $< 8/12$ เดือน และเด็กเสี่ยงถึงอายุ $< 19/24$ เดือน ในช่วงมิ.ย.ถึง ต.ค. (รายละเอียดดูในคำแนะนำราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย)

- แนะนำให้ฉีดในระยะเข้าฤดูกาลระบาดของ RSV ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคมของทุกปี
- ทารกที่เกิดในช่วงฤดูกาลระบาดของ RSV ควรได้รับ nirsevimab โดยเร็วที่สุดหลังคลอด หาก
 - มารดาไม่ได้รับวัคซีน RSV ระหว่างตั้งครรภ์ หรือไม่ทราบสถานะการรับวัคซีน RSV ของมารดา
 - ทารกเกิดภายใน 14 วันหลังจากมารดาได้รับวัคซีน RSV ขณะตั้งครรภ์
- แนะนำให้ฉีดเพียงครั้งเดียวในฤดูกาล สามารถป้องกันได้ตลอดทั้งฤดูกาล
- Nirsevimab สามารถให้ร่วมกับวัคซีนตามวัยได้ และไม่ต้องมีการเว้นระยะห่างกับวัคซีนทุกชนิดรวมถึงวัคซีนชนิดเข็มมีชีวิต เนื่องจากไม่รบกวนการสร้างภูมิคุ้มกันต่อวัคซีน











Hospitalizations For ALRTIs Due To RSV In Thailand, 2008-2011*



*Naorat S, et al. J Infect Dis. 2013 Dec 15;208 Suppl 3:S238-45.

New Active And Passive Immunization Products for RSV That Are FDA Approval

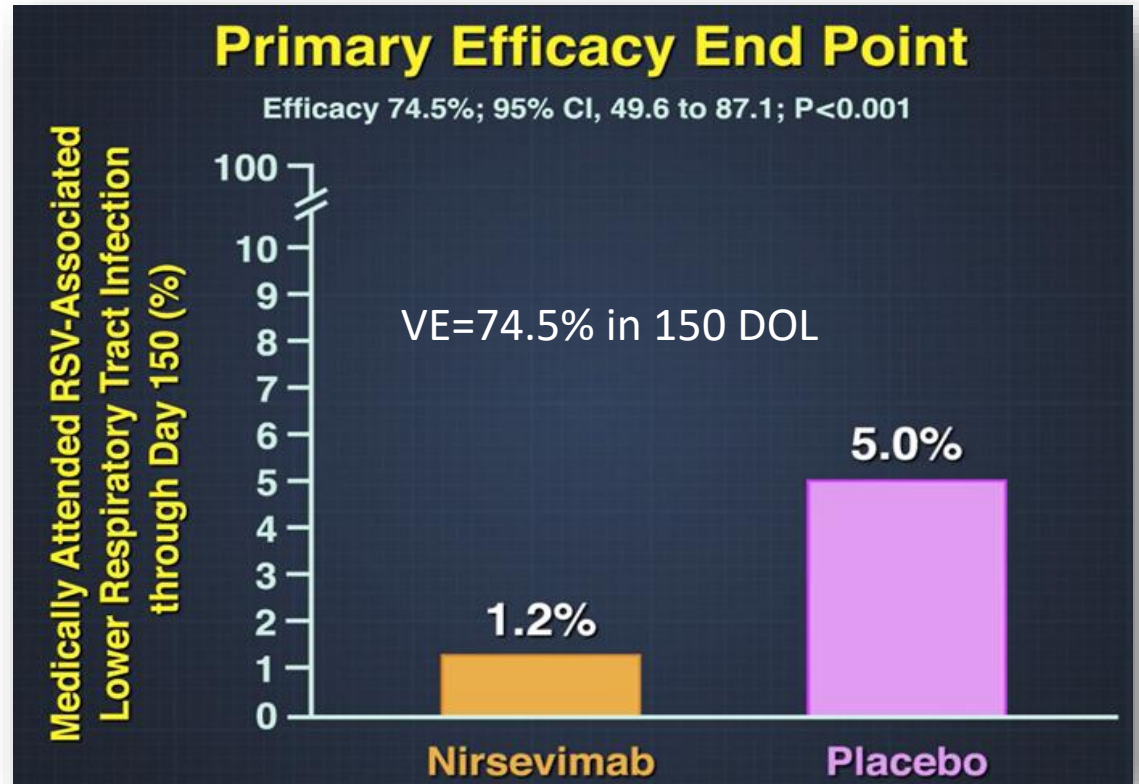
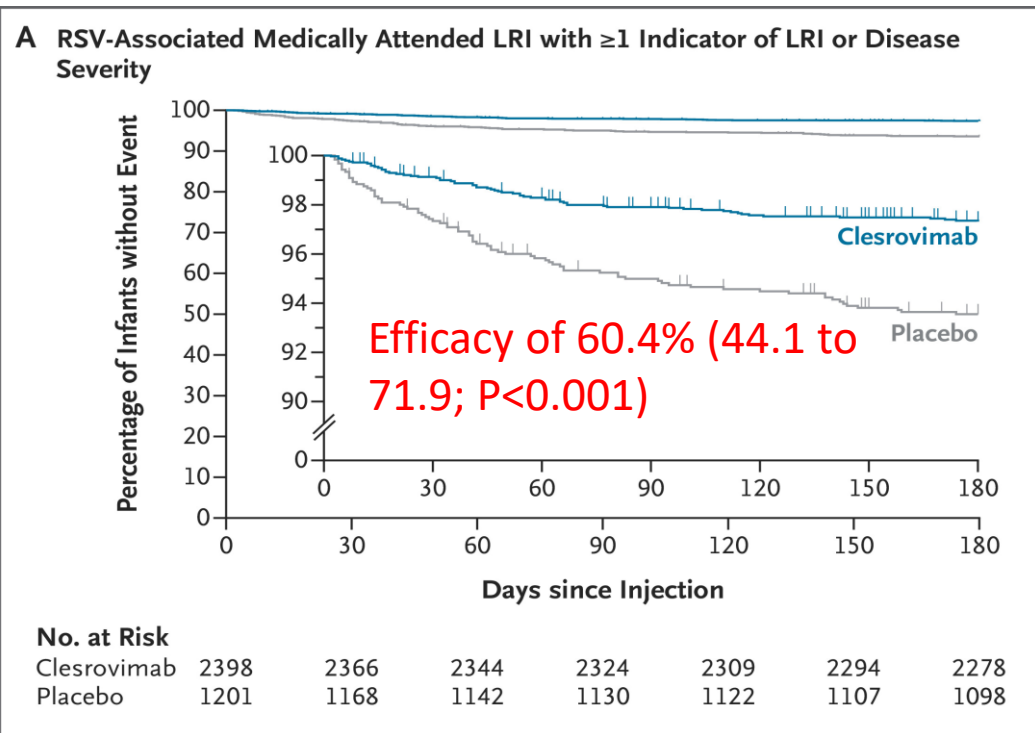


Products	Infants and children		Pregnant women	Adults and older adults		Comments
	Healthy	High-risk		Adults increase risk	Older adults (≥ 60 y)	
RSV vaccines						
• GSK's AREXVY				 50–59 Y		
• Pfizer's ABRYSVO				 ≥ 18 Y		US: 32-36 wk GA Thai: 24-36 wk GA
Monoclonal antibody						
• Palivizumab						
• Nirsevimab						
• Clesrovimab						

- GSK's AREXVY: a recombinant RSV F protein antigen (based on the RSV-A subtype), stabilized in the prefusion conformation (preF), and AS01_E adjuvant.
- Pfizer's ABRYSVO: a recombinant RSV F protein antigen (based on both the RSV-A and -B subtypes), stabilized in preF conformation

Clesrovimab for Prevention of RSV Disease in Healthy Infants: Phase 3 RCT, N=3614

Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Late-Preterm and Term Infants: Phase 3 RCT, multinational, infants >35 wk GA, age <1yo, MELODY (N=1490)



Summary of Real-World Impact on RSV-Related Outcomes* Northern Hemisphere Countries 2023/24 season

Medically attended
RSV ARI

89%⁵
(95% CI: 77–94)

Primary Care
RSV-Related Bronchiolitis

48.1%–79.7%^{2,9}

(95% CI: 42.4–53.3)

(95% CI: 67.7–87.3)

ED Visits

77%–87.9%^{3,5}

(95% CI: 69–83)

(95% CI: 70.3–95.1)

Hospitalization

73.7%–98%^{1–6,8,10,11}

(95% CI: 65.6–90.2)

(95% CI: 95–99)

ICU Admission

69.6%–92.1%^{2–4,7,8,10}

(95% CI: 42.9–83.8)

(95% CI: 64.0–98.3)

*These results are from different studies.

ARI: acute respiratory infection; CI, confidence interval; ED, emergency department; ICU, intensive care unit.

References: 1. López-Lacort M. et al *Euro Surveill.* 2024;29(6):pii=2400046; 2. Coma E, et al. *Arch Dis Child* 2024;0:1–6. 3. Ezpeleta G, et al. *Vaccines.* 2024;12:383; 4. Assad Z, et al. *N Engl J Med* 2024;391:144-54. 5. Payne A. ACIP presentation, June 28, 2024, Available at: <https://www.cdc.gov/acip/downloads/slides-2024-06-26-28/04-RSV-Mat-Peds-Payne-508.pdf>, (Accessed July 2024). 6. Ares-Gómez S et al. *Lancet Infectious Diseases* 2024; 24(8): 817-828. 7. Paireau J et al. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 2024; 18:e13311. 8. Agüera M, et al, *Pediatr Allergy Immunol.* 2024;35:e14175. 9. Lassoued Y. et al *The Lancet Regional Health - Europe*, 2024; 44: 101007. 10. Barbas Del Buey JF, et al. *Frontiers in Public Health.* 2024;12:1441786. 11. Estrella-Porter P, et al. *Vaccine.* 2024:S0264-410X(24)00657-1;

- ☐ แนะนำเริ่มให้ **Nirsevimab** หรือ **Clesrovimab** ก่อนเข้าฤดูกาลระบาด มิ.ย.ถึงต.ค.
- ☐ ทารกที่คลอดในช่วงฤดูกาลระบาด ให้โดยเร็วที่สุดภายใน 1 สัปดาห์หลังคลอดเมื่อไม่มีภาวะป่วยเฉียบพลันหรือวิกฤต



		เด็กแข็งแรงดี	เด็กที่มีภาวะเสี่ยงโรครุนแรง
แนะนำ	★ ★	อายุ ≤ 8 เดือน	อายุ ≤ 19 เดือน
พิจารณา	★	อายุ 8-12 เดือน	อายุ 19-24 เดือน

Dose:

- Nirsevimab
 - 1st season: 50 mg for < 5 kg;
100 mg for ≥ 5 kg
 - 2nd season: 200 mg for all
- Clesrovimab 1st season
105 mg for all



เฉพาะทารกที่มารดาไม่ได้รับวัคซีน หรือได้รับ <14 วันก่อนคลอด

- พิจารณาในทารกคลอดก่อน 32 สัปดาห์ หรือทารกเสี่ยงมาก

* กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1. โรคปอดเรื้อรังจากภาวะคลอดก่อนกำหนดที่ยังคงได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ หรือมีการใช้ออกซิเจนในช่วง 6 เดือนก่อนเข้าสู่ฤดูกาลระบาด 2. เด็กที่มี hemodynamically significant congenital heart disease 3. ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง หรือ 4. เด็กที่เป็นโรค cystic fibrosis รุนแรง

Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants

ป้องกัน LRTI ในทารกได้ดี 82%

In this phase 3, double-blind trial conducted in 18 countries, we randomly assigned, in a 1:1 ratio (N=3,682 vs 3,676), pregnant women at 24 through 36 weeks' gestation

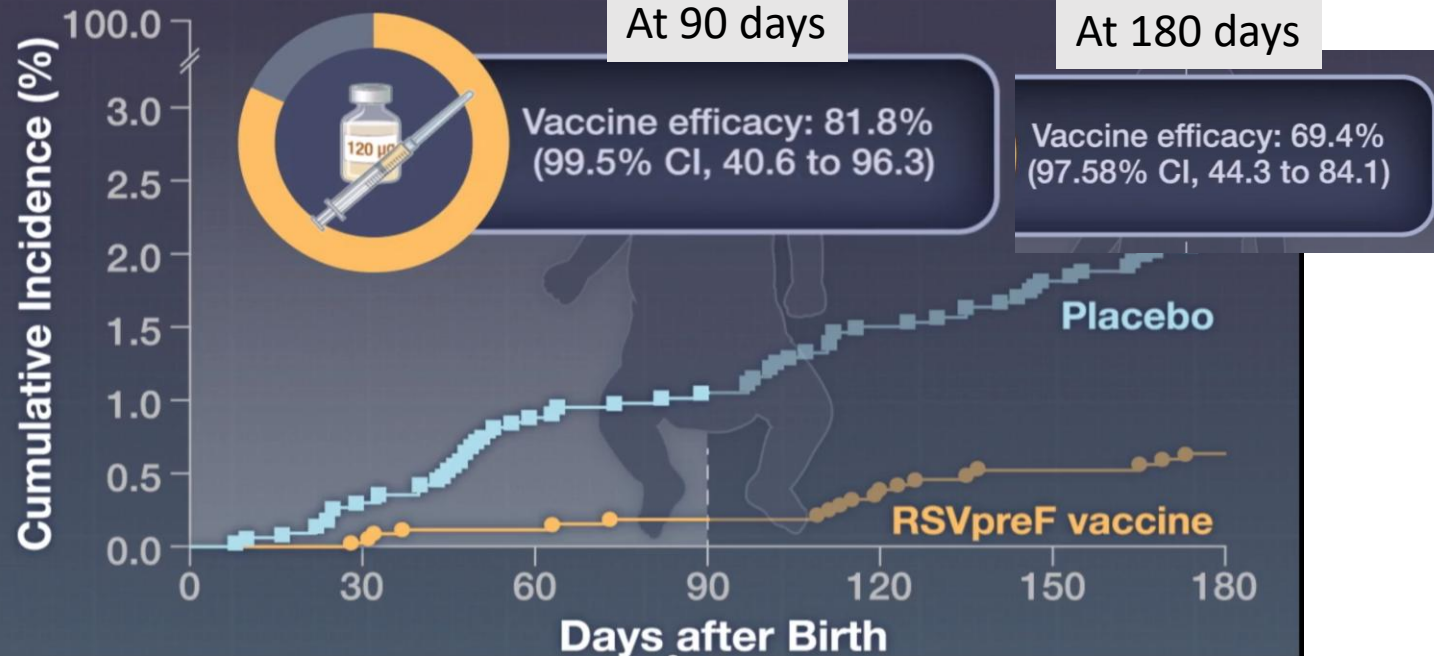
Timing: 32–36 Weeks Gestation

Optimizes transplacental antibody transfer to the neonate



Real-world effectiveness of RSVpreF vaccination during pregnancy during the 2024 RSV season in Argentina (BERNI study): a multicentre, retrospective, test-negative, case-control study

Medically Attended Severe RSV-Associated Lower Respiratory Tract Illness



Vaccine Effectiveness

78.6% (62.1–87.9) from birth to 3 mo
71.3% (53.3–82.3) from birth to 6 mo
76.9% (45.0–90.3) against RSV-associated severe LRTD was from birth to 6 mo

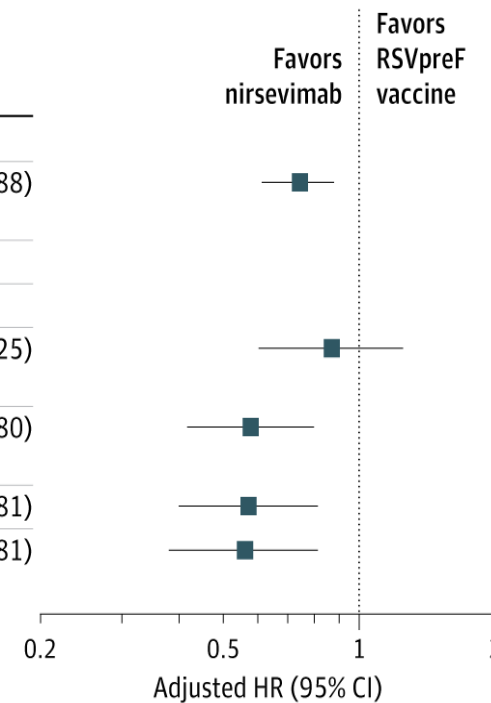
Nirsevimab vs RSVpreF Vaccine for Respiratory Syncytial Virus–Related Hospitalization in Newborns

(N=42560): population-based cohort study
 used data from the French National Health Data System



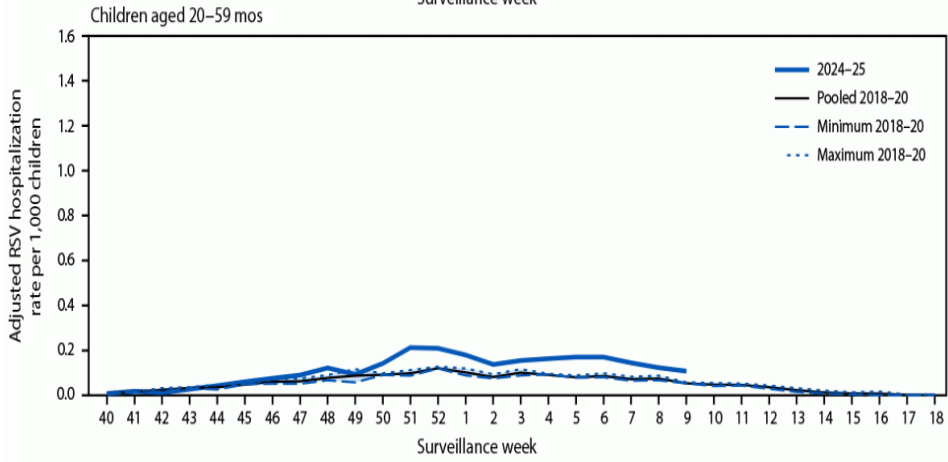
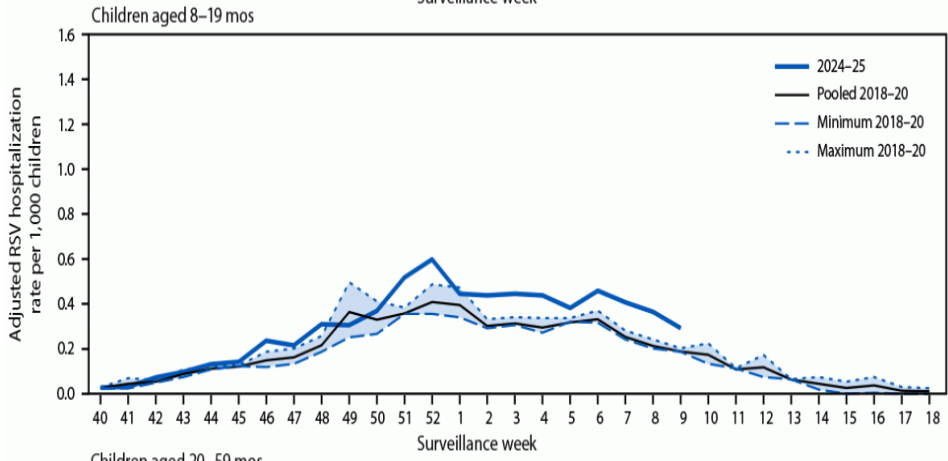
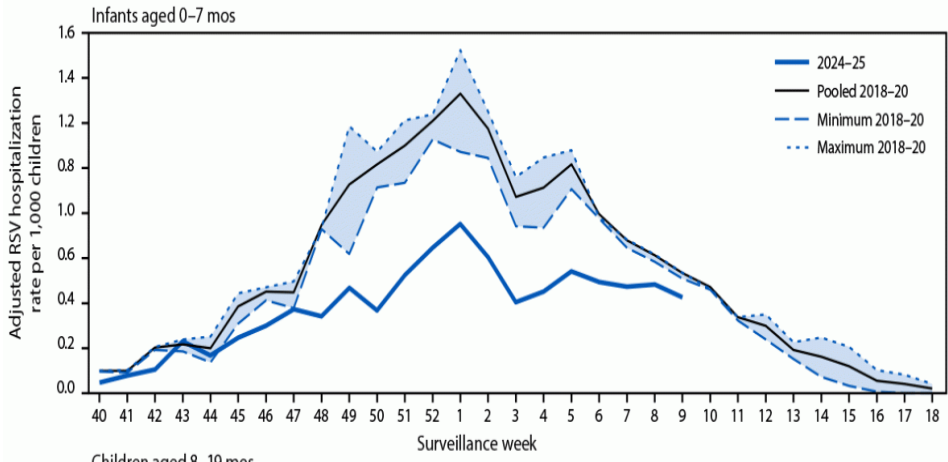
พบว่า การให้ **Nirsevimab** มีประสิทธิภาพในการป้องกันการนอน รพ ดีกว่าการให้
 วัคซีนในแม่ ลด ICU/ventilator/O2 Rx ได้ดีกว่า 56-58%

	No. (%)		Between-group difference (95% CI), %	HR ^a (95% CI)	Adjusted HR ^b (95% CI)
	Nirsevimab (n=21 280)	RSVpreF vaccine (n=21 280)			
Primary outcome					
Hospitalization for RSV-associated lower respiratory tract infection	212 (1.0)	269 (1.3)	-0.3 (-0.5 to -0.1)	0.79 (0.65 to 0.94)	0.74 (0.61 to 0.88)
Secondary outcomes					
RSV-associated lower respiratory tract infection					
With high-dependency unit admission ^c	58 (0.3)	67 (0.3)	0 (-0.1 to 0.1)	0.86 (0.61 to 1.23)	0.87 (0.60 to 1.25)
With pediatric intensive care unit admission	55 (0.3)	101 (0.5)	-0.2 (-0.3 to -0.1)	0.54 (0.39 to 0.76)	0.58 (0.42 to 0.80)
With ventilatory support	51 (0.2)	89 (0.4)	-0.2 (-0.3 to -0.1)	0.56 (0.40 to 0.79)	0.57 (0.40 to 0.81)
With oxygen therapy ^d	39 (0.2)	76 (0.4)	-0.2 (-0.3 to -0.1)	0.51 (0.34 to 0.76)	0.56 (0.38 to 0.81)



Nirsevimab was associated with lower severe outcomes:

- PICU admission (aHR, 0.58 [0.42 to 0.80]),
- Requiring ventilator support (aHR, 0.57 [0.40 to 0.81]),
- Requiring oxygen therapy (aHR, 0.56 [0.38 to 0.81]).



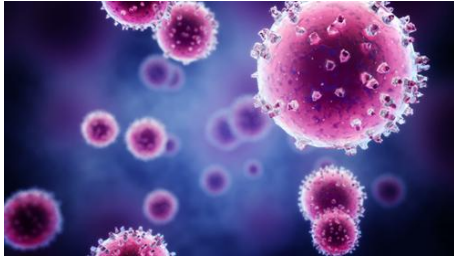
Interim Evaluation of Respiratory Syncytial Virus Hospitalization Rates Among Infants and Young Children After Introduction of Respiratory Syncytial Virus Prevention Products — United States, October 2024–February 2025

ฉีดแม่ก็ได้ ฉีดลูกก็ได้ ให้ฉีดทุกโอกาส
 ให้แม่ทันทีที่มีโอกาสช่วงตั้งครรภ์ เพราะจะได้ป้องกันตั้งแต่เกิด และให้ลูกถ้าแม่ไม่ได้รับวัคซีน หรือให้แล้วคลอดก่อน **14** วัน ให้ได้ทั้งสองวิธีขึ้นอยู่กับความสะดวก

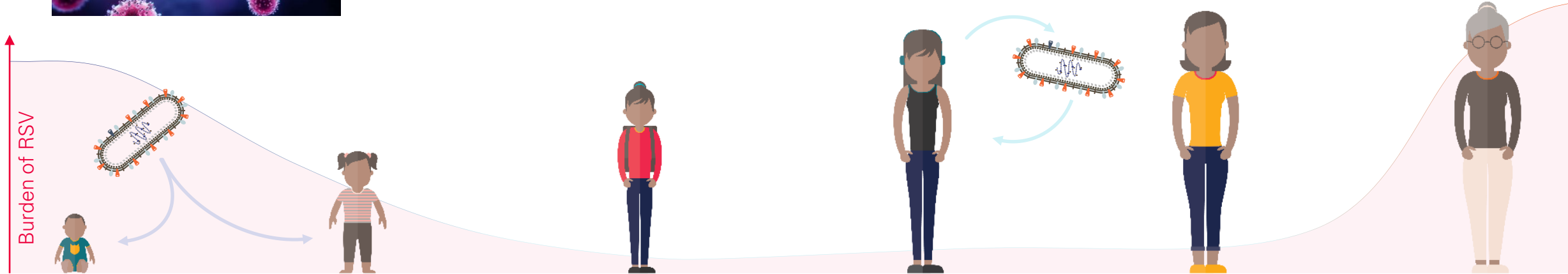
Among infants aged 0–7 months, 2024–25 RSV-associated hospitalization rates were lower compared with 2018–20 pooled rates (estimated relative rate reductions of 43% [RSV-NET: 95% CI = 40%–46%] and 28% [NVSN: 95% CI = 18%–36%]). The largest estimated rate reduction was observed among infants aged 0–2 months (RSV-NET: 52%, 95% CI = 49%–56%; NVSN: 45%, 95% CI = 32%–57%) and during peak hospitalization periods (December–February).

Patton ME, Moline HL, Whitaker M, et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2025;74:273–281. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7416a1>

RSV (Respiratory Syncytial Virus) is a disease of all ages



RSV เป็นโรคร้ายของทารกและผู้เฒ่า



Virtually all children will have been infected with RSV by age 2 years¹

Immune response after natural infection is incomplete and is short-lived^{2,3}
RSV reinfections may occur throughout life³

Older adults are at high risk of severe RSV infection. Those with certain comorbidities are at even greater risk^{4,5}



The figure is for illustrative purposes only

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2023. Symptoms and Care. <http://www.cdc.gov/rsv/about/symptoms.html> (accessed October 2023);
2. Openshaw PJM et al. *Annu Rev Immunol* 2017;35:501–532; 3. Walsh E et al. *Clin Chest Med* 2017;38(1):29–36; 4. Branche AR et al. *Clin Infect Dis* 2022;74(6):1004–1011; 5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2023. RSV in Older Adults and Adults with Chronic Medical Conditions. <https://www.cdc.gov/rsv/high-risk/older-adults.html> (accessed October 2023)

ประสิทธิภาพของวัคซีน RSV ในการป้องกันการ นอน รพ สำหรับผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป = 75-76%

ป้องกันได้อย่างน้อย 2 ปี

Underlying medical conditions associated with increased risk for severe RSV disease include:



Chronic lung disease
(e.g., COPD and
asthma)



Chronic kidney
disease



Moderate or severe
immunocompromise



Chronic cardiovascular
disease (e.g., CHF and
CAD)



Chronic liver
disease



Chronic hematologic
disorders



Chronic or progressive
neurologic or neuromuscular
conditions



Diabetes
Mellitus



Any underlying *condition*
that a provider determini
might increase the risk of
severe RSV disease

Other factors associated with increased risk for severe RSV disease include:



Frailty or advanced age,
as determined by the
healthcare provider



Residence in a
nursing home or
other long-term care
facility



Any underlying *factor*
a provider determines
might increase the risk
of severe RSV disease



แนะนำผู้ที่อายุ 75 ปี ขึ้น
ไป หรือ 60 ปีขึ้นไปที่มี
ความเสี่ยงต่อโรครุนแรง



มีโอกาสเกิด GBS = 1.5 (Arexvy)-5 (Abrysvvo)/million doses

<https://www.cdc.gov/media/releases/2024/s-0626-vaccination-adults.html>

Surie D, et al. JAMA. Published online September 04, 2024. doi:10.1001/jama.2024.15775

COVID-19 Vaccine

- ป้องกันนอน รพ **50-70%** (ลดเหลือ **30-40%** หลัง **4-6** เดือน)
- ป้องกัน เสียชีวิตได้ **60-70%**
- ป้องกัน **MIS-C >90-100%**
- **Long COVID** ประมาณ **40-80%**

ยังจำเป็นในกลุ่มเสี่ยง

- คนทั่วไปที่แข็งแรงดีไม่ต้องฉีดก็ได้

Link-Gelles R, et al. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2024;73:77–83. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7304a2>
Holm Hansen C, et al. *Lancet Infect Dis* 2024:S1473-3099(23)00746-6. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(23\)00746-6](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(23)00746-6);
Watanabe A, Vaccine . 2023 Mar 10 41 11 1783 1790
Hamad Saied, et al. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2023;21(1):80. 2023 Aug 7. doi:10.1186/s12969-023-00848-1

วัคซีนไขหวัดใหญ่

จำเป็นในกลุ่มเสี่ยง ควรฉีดในเด็กและคนทั่วไป

- ป้องกันโรคได้ประมาณ **40-60%**
- ป้องกันนอน รพ. ได้ **68%**
- ลดการใช้ยาปฏิชีวนะ **31%**

<https://www.cdc.gov/flu/vaccines-work/effectiveness-studies.htm>
Lancet Child Adolesc Health 2018 May;2(5):338-349. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30062-2. Epub 2018 Mar 5.

RSV

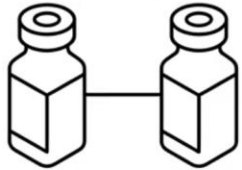
- ควรพิจารณาในสูงวัยและกลุ่มเสี่ยง
- ควรฉีดในแม่หลังไตรมาส 2
- **Nirsevimab** ควรฉีดในทารกทุกคน
- ป้องกันโรคโรครุนแรงได้ **>80%**

Co-Administration: Can We Give Them Together?

วัคซีนไข้หวัดใหญ่ โควิด และ RSV สามารถให้พร้อมกัน/กับวัคซีนอื่นๆได้ โดยไม่ต้องเว้นช่วง ไม่เพิ่มAE

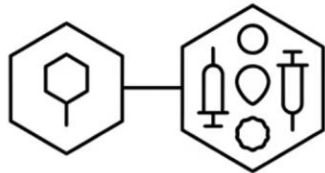
YES COMBINATIONS

Influenza & COVID



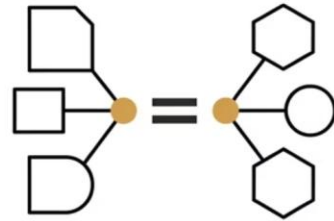
No Spacing Required

RSV & Childhood Vaccines

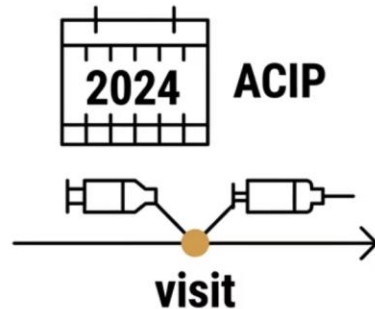


No Spacing Required

CONSIDERATIONS



Spacing Not Required for Any Approved Combo



ACIP 2024 Recommends Same-Visit Admin

Clinical Guidance

Influenza + COVID

Same-visit administration is safe and effective; no immunologic interference demonstrated

RSV Monoclonal + Routine Vaccines
Nirsevimab co-administered with DTaP, DTaP, HepB series — no no spacing required per ACIP 2023

Practical Benefit: Same-visit co-administration reduces missed opportunities and improves program coverage.



CHILDHOOD IMMUNIZATION SCHEDULE BY RECOMMENDATION GROUP

January, 2026

For all children

For Certain High-Risk Groups

Shared Clinical Decision-Making

Vaccines	Schedule
DTaP	2, 4, 6, 15-18 mo, and 4-6 yo
Tdap	1 st dose 11-12 yo
Hib	2, 4, (6), 12-15 mo
PCV15/20	2, 4, 6, 12-15mo
IPV	2, 4, 6-18 mo, and 4-6 yo
MMR	12-15 mo and 4-6 yo
Var	12-15 mo and 4-6 yo
HPV	1-dose at 11-12 yo.

Vaccines	Schedule
RSV mAb (No mom's vac)	Birth-7 mo
RSV mAb (high-risk)	Birth-7 mo, 8-19 mo
HBV (mom+)	Birth, 1-2, 6-18 mo
Dengue (in endemic)	3-dose with lab+
MCV ACWY (host)	2-, 3-, or 4-dose
MenB (host)	10-17 yo
HAV (travel)	≥6 mo

Vaccines	Schedule
Rota	2-3 dose at 2, 4, (6) mo
COVID-19	2-dose then annual
Influenza	2-dose then annual
HAV	2-dose at ≥12 mo
HBV (mom -)	3-dose at 2, 4, 6-18 mo
MCV ACWY	2-dose at 11-12 yo, then 16 yo
MenB	2-3 dose at 16-17 yo



แถลงการณ์ ฉบับที่ 5/2568

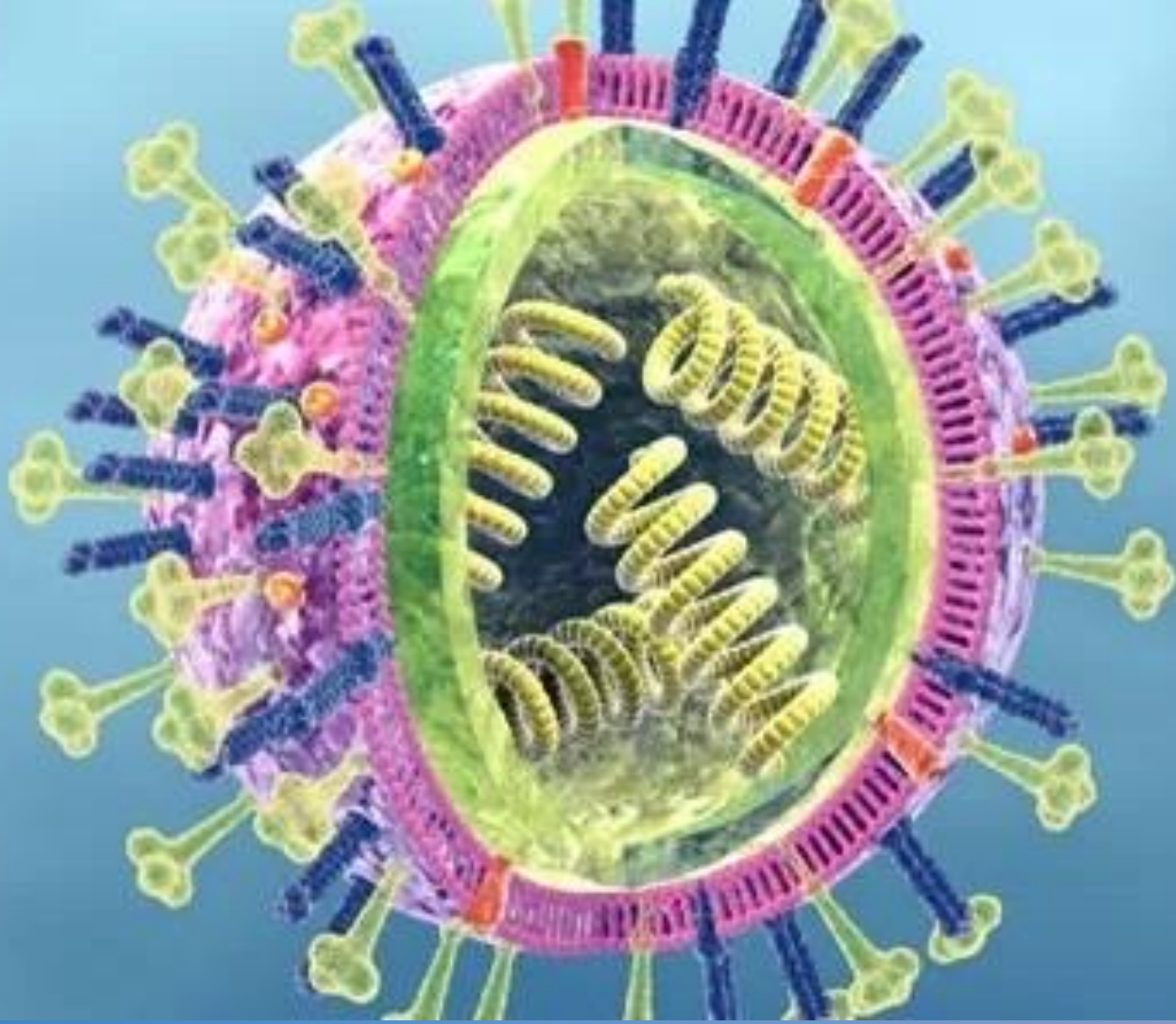
ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

และสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

จุดยืนเรื่อง การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กด้วยวัคซีน: ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย
และบทบาทสำคัญในการปกป้องสุขภาพเด็ก

สรุปคำแนะนำของราชวิทยาลัย/สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

- ทารกแรกเกิดทุกคนต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี เข็มแรกภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด
- เด็กและวัยรุ่นในกลุ่มเสี่ยงอายุ 6 เดือน ถึง 18 ปี ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สายพันธุ์ล่าสุดตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก
- วัคซีนทุกชนิดรวมทั้งสารประกอบในวัคซีนที่แนะนำให้ใช้ในเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะออทิสซึม



Thank you.