

สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพในรอบสัปดาห์ที่ 13 ปี พ.ศ. 2569

Outbreak Verification Summary, Week 13, 2026

ทีมเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ (WATCH Team) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ situationawarenessteam@gmail.com

กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานเหตุการณ์ โรค และภัยสุขภาพที่สำคัญ ผ่านโปรแกรมการตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค จากเครือข่ายงานสาธารณสุขทั่วประเทศ ในสัปดาห์ที่ 13 ระหว่างวันที่ 23-29 มีนาคม 2569 ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคไข้เลือดออกเสียชีวิต จำนวน 5 เหตุการณ์

เหตุการณ์ที่ 1 อำเภอปอง จังหวัดพะเยา

พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศหญิง สัญชาติไทย อายุ 77 ปี เป็นผู้ป่วยติดเตียง ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย ตำบลปอง อำเภอปอง จังหวัดพะเยา ประวัติโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เริ่มป่วยวันที่ 21 มีนาคม 2569 ด้วยอาการไข้ ไอ มีเสมหะ และอ่อนเพลีย วันที่ 22 มีนาคม 2569 ญาตินำส่งโรงพยาบาล แกรับพบอุณหภูมิร่างกาย 37.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ชีพจร 99 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 147/76 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC) พบว่า เม็ดเลือดขาว 6,600 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร นิโทรฟิล ร้อยละ 79 ลิมโฟไซต์ร้อยละ 15 เกล็ดเลือด 120,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร และฮีมาโตคริต ร้อยละ 36 แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นเป็น Fatigue R/O secretion obstruction รับไว้รักษาแผนกผู้ป่วยใน ต่อมาวันที่ 24 มีนาคม 2569 ผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์สรุปสาเหตุการเสียชีวิต คือ Respiratory failure, Sepsis, Pneumonia และผลการตรวจตัวอย่างเลือดที่โรงพยาบาล ด้วยวิธีการ Rapid test (Ag+Ab) จำนวน 1 ตัวอย่าง พบผลเป็นบวกต่อ Dengue virus (ไม่ระบุชนิด) จึงส่งตัวอย่างตรวจ PCR for Dengue and PCR for Dengue Serotype ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1/1 เชียงราย อยู่ระหว่างการตรวจ

มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

เทศบาลตำบลปอง จะดำเนินการพ่นหมอกควันควบคุมยุงพาหะในพื้นที่หมู่ที่ 1 ตำบลปอง อำเภอปอง ในช่วงบ่ายของวันที่ 25 มีนาคม 2569 ทีมสอบสวนควบคุมโรค สำนักรวจปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค พบค่า HI = 0% ค่า CI = 0% และดำเนินการค้นหาผู้สัมผัสโรค ในช่วงก่อนป่วย 14 วันและหลังป่วย 5 วัน และสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกกับประชาชนในพื้นที่

เหตุการณ์ที่ 2-3 กรุงเทพมหานคร

เหตุการณ์ที่ 2 พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศชาย สัญชาติไทย อายุ 76 ปี อาชีพพ่อบ้าน ปฏิเสธโรคประจำตัว ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี เริ่มป่วยวันที่ 20 มีนาคม 2569 ด้วยอาการเจ็บหน้าท้อง และรู้สึกเหนื่อย เข้ารับการรักษาครั้งแรกเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2569 ที่โรงพยาบาลแห่งแรก ด้วยอาการไข้ ปวดกล้ามเนื้อ มีภาวะช็อก ต่อมาวันที่ 25 มีนาคม 2569 ส่งต่อรักษาโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง ด้วยอาการซึม อ่อนเพลีย มีอาการเหนื่อยมาก กระสับกระส่าย แกรับพบอุณหภูมิร่างกาย 39.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ชีพจร 120 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 110/91 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC) พบว่า เม็ดเลือดขาว 6,100 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร นิโทรฟิล ร้อยละ 61 ลิมโฟไซต์ ร้อยละ 33 เกล็ดเลือด 10,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร และฮีมาโตคริตร้อยละ 40.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยวิธี Dengue-NS1Ag ผล Positive แพทย์วินิจฉัยเป็น Dengue Hemorrhagic Fever with shock และเสียชีวิตในวันที่ 25

มีนาคม 2569 ปังจยเสี่ยง ได้แก่ ภายในบริเวณบ้านค่อนข้างรก มีสิ่งกระดาช ของไม้ได้ใช้งานวางเต็มพื้นที่หน้าบ้าน และมีสัตว์ เลี้ยงจำนวนมาก (สุนัขประมาณ 10 ตัว แมวประมาณ 10 ตัว เลี้ยงแบบปิด) รวมถึงมีค่า CI ในบ้านผู้ป่วย เท่ากับ 21.05% สสำรวจรัศมีรอบบ้าน 200 เมตร ค่า HI เท่ากับ 10% และ CI เท่ากับ 17.64%

มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

ทีมสอบสวนควบคุมโรค ส่งตัวอย่างจากผู้ป่วยเพื่อ ตรวจหา serotype และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ปังจยเสี่ยงเกิดโรค สสำรวจสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยและบริเวณโดยรอบในรัศมี 200 เมตร พร้อมและให้ความรู้แก่ชุมชน เรื่องโรคไข้เลือดออก อาการ การรักษา การสังเกตอาการผิดปกติรุนแรงที่ต้องรีบไปโรงพยาบาล ควบคุมโรคโดยกำจัดทำลายภาชนะน้ำขัง ดำเนินการใส่ทรายอะเบทในภาชนะเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย และให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยและญาติให้ช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

เหตุการณ์ที่ 3 พบผู้เสียชีวิต จำนวน 1 ราย เพศ หญิง สัญชาติไทย อายุ 20 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ที่อยู่ขณะเริ่ม ป่วย แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร เริ่มป่วย วันที่ 20 มีนาคม 2569 และไปพบแพทย์ที่คลินิกแห่งหนึ่ง ด้วย อาการไข้สูง ปวดเมื่อยตามตัว แต่อาการไม่ดีขึ้น วันที่ 23 มีนาคม 2569 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งแรก ด้วย อาการ ไข้ ปวดกล้ามเนื้อ เจาะเลือดแล้วตรวจพบ Dengue Fever ส่งต่อการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนแห่ง หนึ่ง (ตามสิทธิการรักษา) ในวันที่ 24 มีนาคม 2569 และต่อมา วันที่ 25 มีนาคม 2569 ผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ และอาการไม่ ดีขึ้น ส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนในวันที่ 26 มีนาคม 2569 แพทย์คล่าชีพรไม่พบ จึงได้ CPR และเสียชีวิตใน เวลาต่อมา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยสถาบันบำราศนราดูร พบสารพันธุกรรม Dengue serotype 2 (ct=26.89) ปังจยเสี่ยง ได้แก่ ที่พักอาศัยเป็นอพาร์ทเมนต์ที่มีภาชนะน้ำขัง พบค่า HI = 18.51% และค่า CI = 29.50%

เหตุการณ์ที่ 4 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

พบผู้เสียชีวิต จำนวน 1 ราย เพศหญิง สัญชาติไทย อายุ 33 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว BMI 38.71 อาชีพค้าขาย ที่อยู่ ขณะเริ่มป่วย ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เริ่ม

ป่วยวันที่ 1 มีนาคม 2569 ด้วยอาการปวดเมื่อยตัว ไข้ ปวดบ่า ตา และปวดศีรษะ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2569 ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ด้วยอาการ ไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว ตาพร่ามัว แรกพบพบอุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 122/75 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัย เบื้องต้นเป็น Fever ให้ยากลับมาทานที่บ้านและนัดเจาะเลือด เพิ่มเติมเนื่องจากสงสัยไข้เลือดออก ต่อมาอาการไม่ดีขึ้น วันที่ 5 มีนาคม 2569 มารักษาที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่ ด้วยอาการ ไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน มีประจำเดือนมาวันแรก พบ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 137/83 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC) พบว่า เม็ดเลือดขาว 2,460 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิล ร้อยละ 72 ลิมโฟไซต์ร้อยละ 22 เกล็ดเลือด 38,000 เซลล์/ลูกบาศก์ มิลลิเมตร และฮีมาโตคริตร้อยละ 41.5 รับรักษาในแผนกผู้ป่วย ใน วันที่ 8 มีนาคม 2569 ผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์ระบุสาเหตุการ เสียชีวิตเป็น Upper gastrointestinal bleeding, Acute liver failure, Severe metabolic acidosis, Dengue shock syndrome ผล RT-PCR Dengue (วันที่ 6 มีนาคม 2569) พบสารพันธุกรรม Dengue Type 2 (Ct = 24.2) ปังจยเสี่ยง คือ ภาวะอ้วน และ ช่วงมีประจำเดือนทำให้มีอาการรุนแรงและเสี ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น พบค่า CI บ้านผู้ป่วย = 42.86% และ รอบบ้าน 15 หลังคาเรือน ค่า HI = 25% ค่า CI = 15%

มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

วันที่ 10 มีนาคม 2569 ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดย แผลงที่ 12.2 สงขลา ได้สอบสวนโรคทบทวนการดำเนินงานการ ควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรการ 3-3-1 ประเมินค่าดัชนีลูกน้ำ ยุงลาย ประเมินประสิทธิภาพเครื่องพ่นและผู้ปฏิบัติงานพ่น สารเคมี และเฝ้าระวังทางกฏวิทยา โดยใช้สวิงโอบยุง ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุข อำเภอหาดใหญ่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลคอหงส์และเทศบาลเมืองคอหงส์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้ หน่วยงานในพื้นที่เฝ้าระวังและควบคุมโรคต่อเนื่อง 28 วัน ตาม มาตรการ Day 0 7 14 21 และ 28

เหตุการณ์ที่ 5 อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศหญิง สัญชาติไทย อายุ 12 ปี อาชีพนักเรียน ปฏิเสธโรคประจำตัว ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย ตำบลหนองปลาไหล อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี เริ่มป่วยวันที่ 18 มีนาคม 2569 เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2569 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยอาการไข้ ปวดศีรษะ ตัวร้อน แกร็บพบอุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที BMI = 33.147 kg/m² Lung clear คอไม่แดง ลิ้นมีจุดแดง ตรวจ ATK FLU A/B และ COVID-19 ผล Negative แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น ไข้หวัด จ่ายยาให้กลับไปทานที่บ้าน วันเดียวกันอาการไม่ดีขึ้น ซ้ำยา Paracetamol, Ibuprofen 600 mg มารับประทานเอง ต่อมาในวันที่ 22 มีนาคม 2569 ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น จึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล แพทย์สั่งตรวจ Dengue NS1Ag Dengue IgM : ผล Negative, IgG : Positive ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC) พบว่า เม็ดเลือดขาว 14,400 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร นิวโทรฟิล ร้อยละ 55 ลิมโฟไซต์ร้อยละ 23 เกล็ดเลือด 62,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร และฮีมาโตคริตร้อยละ 55 แพทย์วินิจฉัย Septic shock with RS Failure, Cardiac arrest suspected from hypoxia ต่อมาเวลา 22.28 น. ผู้ป่วยเสียชีวิต เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2569 ส่งตัวอย่างเลือดส่งตรวจ Dengue serotype โดย

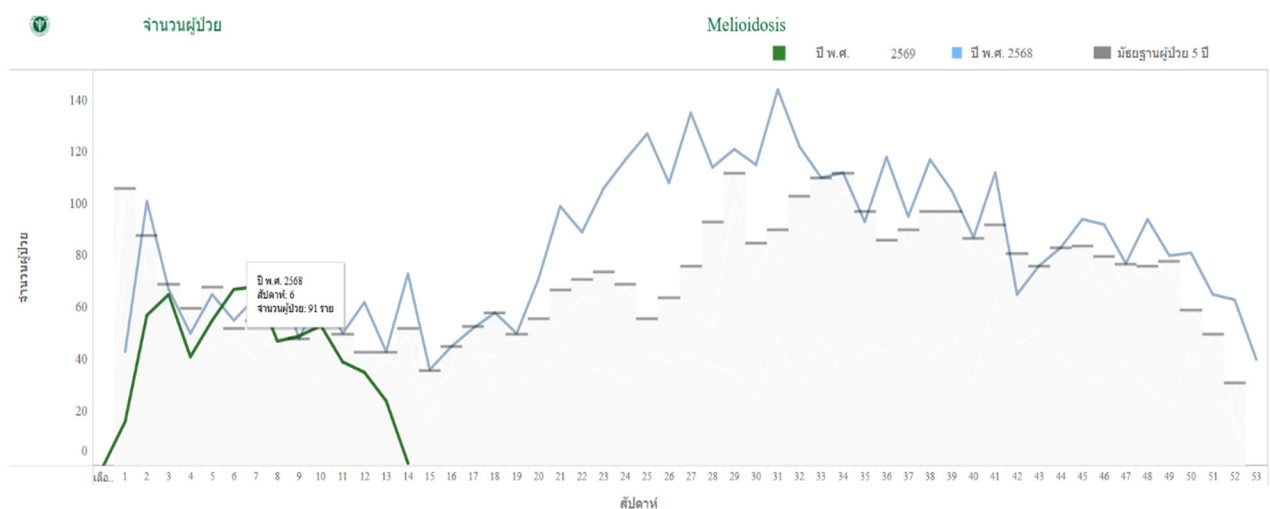
วิธีการ PCR จำนวน 1 ตัวอย่าง ที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ผลพบสารพันธุกรรมของไวรัสเดงกี ซีโรทัยป์ 4 (DENV-4) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค : มีประวัติรับประทานยา NSAIDs

มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรีร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วางแผนลงพื้นที่สอบสวนควบคุมโรคเพิ่มเติม

2. สถานการณ์โรคเมลิออยโดสิส

จากข้อมูลระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Digital Disease Surveillance) โรคเมลิออยโดสิส ระหว่างวันที่ 1 มกราคม-29 มีนาคม 2569 พบผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 630 ราย อัตราป่วย 0.971 ต่อประชากรแสนคน ผู้เสียชีวิตทั้งหมด 17 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มอายุ 50-59 ปี และกลุ่มอายุ 40-49 ปี ตามลำดับ สัญชาติที่พบ คือ สัญชาติไทย จำนวน 611 ราย และสัญชาติอื่น จำนวน 19 ราย ในเขตสุขภาพที่ 10 และเขตสุขภาพที่ 9 ตามลำดับ พบอัตราป่วยในจังหวัดอุบลราชธานี (4.255 ต่อประชากรแสนคน) และจังหวัดบุรีรัมย์ (2.542 ต่อประชากรแสนคน) โดยข้อมูลระหว่างสัปดาห์ที่ 6-8 พบผู้ป่วยมากกว่าค่าปี 2568 และค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสรายสัปดาห์ ประเทศไทย ปี 2568, 2569 เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง

จากข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์ (โปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด : Modernized Event-Based Surveillance) ระหว่างวันที่ 23–29 มีนาคม 2569 โรคเมลิออยโดสิส พบเหตุการณ์ทั้งหมด จำนวน 7 เหตุการณ์ ที่เข้าเกณฑ์ตรวจสอบข่าวของกรมควบคุมโรค จำนวน 7 เหตุการณ์ และไม่มีเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์ DCIR โดยพบเหตุการณ์การระบาดในที่พัก (บ้าน/คอนโด/ห้องเช่า) จำนวน 7 เหตุการณ์

3. การประเมินความเสี่ยงของโรคโรคเมลิออยโดสิส

จากการเฝ้าระวังสถานการณ์โรคเมลิออยโดสิสในประเทศไทย พบว่ายังคงมีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูงต่อการป่วยรุนแรงและเสียชีวิต โดยเฉพาะในช่วงปลายฤดูร้อนต่อเนื่องก่อนเข้าสู่ฤดูฝน ซึ่งเริ่มมีฝนฟ้าคะนองและกิจกรรมทางการเกษตรเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประชาชนสัมผัสดินและน้ำมากขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ทั้งทางบาดแผล การสูดดมละอองดินน้ำ และการดื่มน้ำที่ไม่สะอาด ทั้งนี้ข้อมูลของกรมควบคุมโรคยังสะท้อนว่าโรคเมลิออยโดสิสยังคงเป็นหนึ่งในโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงในกลุ่มโรคเฝ้าระวังสำคัญของประเทศในช่วงต้นปี 2569 โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคไต และผู้ดื่มสุราเรื้อรัง ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตได้รวดเร็วภายใน 24–48 ชั่วโมง หากวินิจฉัยล่าช้า ในเชิงพื้นที่พบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 7, 8 และ 10 มีอัตราป่วยสูงต่อเนื่อง จากลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่เกษตรกรรม นาข้าว และมีความชื้นในดินสูง รองลงมา คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออก และบางจังหวัดในภาคกลางตอนบน สำหรับระดับจังหวัดควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษในพื้นที่ที่มีประวัติผู้ป่วยซ้ำรายปี พื้นที่เสี่ยงน้ำท่วมฉับพลัน พื้นที่ขุดลอกดิน และกลุ่มอาชีพเกษตรกรหรือแรงงานที่สัมผัสดินน้ำโดยตรง โดยคาดว่าในช่วง 2–4 สัปดาห์ถัดไป

ประเด็นความเสี่ยงสำคัญเชิงระบบยังอยู่ที่การวินิจฉัยของการรักษาต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) และในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากอาการทางคลินิกคล้ายปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้เกิดการให้ยาปฏิชีวนะล่าช้า (delayed antibiotic therapy) ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นระดับความเสี่ยงของโรคในสัปดาห์นี้จึงประเมิน

เป็น “ระดับสูงในมิติความรุนแรง (severity) และระดับปานกลางถึงสูงในมิติการแพร่กระจายเชิงพื้นที่” โดยเฉพาะพื้นที่ระบาดเดิมของประเทศ

สถานการณ์ต่างประเทศ

องค์การอนามัยโลกกำลังติดตามเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์ใหม่ ที่พบในกว่า 20 ประเทศ

องค์การอนามัยโลกกำลังติดตามเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์ใหม่ที่รู้จักกันในชื่อ "ซิกาดา" Cicada BA.3.2 คือ สายพันธุ์ย่อยของไวรัส SARS-CoV-2 ในตระกูล Omicron ที่มีความน่าสนใจเป็นพิเศษเนื่องจากลักษณะการเกิดของมัน นักวิจัยตั้งชื่อว่า "Cicada" หรือจักจั่น เพราะพฤติกรรมของมันที่คล้ายกับแมลงชนิดนี้ คือ การชุมนุมตัวเห็บหรือหยุดการระบาดไปนานแล้วกลับมาแพร่ระบาดอีกครั้งพร้อมการกลายพันธุ์ที่เปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง ความแตกต่างที่ทำให้ โควิดสายพันธุ์ใหม่ Cicada BA.3.2 ตัวนี้กลายเป็นที่จับตามองขององค์การอนามัยโลก (WHO) และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) มีประเด็นหลัก ดังนี้

การกลายพันธุ์ที่รุนแรงกว่าเดิม

นักวิจัยพบว่า Cicada BA.3.2 มีการกลายพันธุ์ในส่วนของโปรตีนหนาม (Spike Protein) มากถึง 70-75 ตำแหน่ง เมื่อเทียบกับสายพันธุ์ต้นแบบ หรือแม้แต่สายพันธุ์ที่ระบาดก่อนหน้านี้ อย่างโควิดสายพันธุ์ JN.1 และ XFG การกลายพันธุ์ที่มากมายขนาดนี้เปรียบเสมือนการ "เปลี่ยนชุดเกราะ" ใหม่ ทำให้ร่างกายจำหน้าตาของไวรัสไม่ได้

ประสิทธิภาพในการหลบหลีกภูมิคุ้มกัน

ด้วยจำนวนการกลายพันธุ์ที่สูงมาก ทำให้เชื้อโควิด 19 สายพันธุ์ Cicada BA.3.2 มีคุณสมบัติในการหลบหลีกภูมิคุ้มกัน (Immune Evasion) ที่ดีเยี่ยม ไม่ว่าจะเป็นภูมิคุ้มกันที่เกิดจากการฉีดวัคซีนรุ่นเก่า หรือภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติจากการเคยติดเชื้อโควิดสายพันธุ์อื่นมาก่อน ก็อาจไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อสายพันธุ์นี้ได้เต็มร้อย

อัตราการแพร่เชื้อและความสามารถในการจับเซลล์

แม้ผลทางห้องปฏิบัติการจะชี้ว่า Cicada BA.3.2 อาจมีความสามารถในการเข้าสู่เซลล์ปอดได้น้อยกว่าสายพันธุ์เดลตา (Delta) แต่ในแง่ของการแพร่กระจายในชุมชน มันกลับทำได้ดี

ในแถบยุโรป โดยเฉพาะในประเทศที่มีอากาศหนาวเย็น ซึ่งเชื่อ
สามารถมีชีวิตรอดและแพร่กระจายผ่านละอองฝอยได้ดีขึ้น

สายพันธุ์นี้ถูกตรวจพบครั้งแรกที่แอฟริกาใต้ในช่วง
ปลายปี 2024 และเริ่มเห็นสัญญาณการแพร่ระบาดที่ชัดเจนขึ้น
ในช่วงปลายปี ค.ศ. 2025 จนถึงต้นปี ค.ศ. 2026 นี้ โดย
องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดให้เป็นสายพันธุ์ที่ต้องเฝ้า
ติดตาม (Variant Under Monitoring - VUM) จากการรายงาน
ล่าสุดของหน่วยงานเฝ้าระวังพันธุกรรมไวรัสโลก ข้อมูลระบุว่า
โควิดสายพันธุ์ Cicada BA.3.2 ได้แพร่กระจายไปแล้วอย่างน้อย
23 ประเทศทั่วโลก (ข้อมูล ณ มีนาคม 2026) โดยมีรายละเอียด
พื้นที่ระบาดสำคัญดังนี้ สหรัฐอเมริกา : พบการปนเปื้อนในน้ำ
เสียแล้วว่า 29 รัฐ และมีรายงานผู้ติดเชื้อในคลินิกเพิ่มขึ้นอย่าง
ต่อเนื่อง

ทวีปยุโรป : เป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนการระบาดสูงสุดใน
ขณะนี้ โดยเฉพาะใน เยอรมนี เดนมาร์ก สหราชอาณาจักร และ
เนเธอร์แลนด์ ซึ่งพบว่า Cicada BA.3.2 ครองสัดส่วนผู้ติดเชื้อสูง
ถึง 30% ของผู้ป่วยโควิดทั้งหมด

ภูมิภาคอื่น ๆ : มีรายงานการตรวจพบในประเทศญี่ปุ่น
แอฟริกาใต้ (จุดที่คาดว่าพบเคสแรก) ออสเตรเลีย

ขณะที่สถานการณ์โควิด 19 สายพันธุ์ใหม่ Cicada
BA.3.2 ในไทยตอนนี้ยังไม่พบการระบาดของโควิด 19 สายพันธุ์
นี้ แต่ควรเฝ้าระวังการกลายพันธุ์อย่างใกล้ชิด รวมถึงการดูแล
รักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ เช่น การสวม
หน้ากากในที่แออัดและการล้างมือบ่อย

ที่มา : <https://www.cdc.gov/mmwr/index.html>